

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ  
ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ  
ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.**

**ΣΙΑΡΚΟΥ ΜΑΡΙΑ**

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

Πειραιάς, Έτος  
2014



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

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

**ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ  
ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ  
ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.**

**ΣΙΑΡΚΟΥ ΜΑΡΙΑ, Α.Μ.: ΔΥ/1036**

Επιβλέπων: Χαράλαμπος Οικονόμου, Επίκουρος καθηγητής, Τμήμα Κοινωνιολογίας,  
Πάντειο Πανεπιστήμιο

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.  
Πειραιάς, Έτος 2014



---

**UNIVERSITY of  
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Management**

**THE EFFECTS OF THE ECONOMIC CRISIS ON THE  
HEALTH LEVEL OF THE GREEK POPULATION**

**Siarkou Maria**

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

Piraeus, Greece, Year 2014



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η δημιουργία της παρούσης μελέτης συνέπεσε χρονικά με τις ραγδαίες αλλαγές στο χώρο της εργασίας μου. Η διαθεσιμότητα αποτελεί βίωμά μου πλέον και όχι απλά άλλο ένα μέτρο για την αναδιάρθρωση του ΕΣΥ. Για τη διαδρομή θα ήθελα να ευχαριστήσω τόσο τον επιβλέπων καθηγητή μου, κ. Οικονόμου Χαράλαμπο για την κατανόησή του και τη συνεργασία του, όσο και όλους εκείνους που με στήριξαν σε αυτή τη δύσκολη περίοδο που έτρεχε μαζί με τη συγγραφή της διπλωματικής.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ ιδιαίτερα και στους γονείς μου που είναι η αρχή και η βάση για ό,τι έχω κάνει ως τώρα και στο στενό μου περιβάλλον που συμμετείχε με το δικό του τρόπο σε όλη αυτή τη διαδικασία.





# **Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού.**

**Σημαντικοί Όροι:** υγεία, οικονομική κρίση, κοινωνικοί προσδιοριστές, οικονομικοί δείκτες, δείκτες υγείας, ψυχική υγεία, σωματική υγεία, επίπεδο υγείας, ελληνικός πληθυσμός

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η παγκόσμια οικονομική κρίση αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα της σημερινής εποχής. Καθώς αυτή εντείνεται οι συνέπειες αποκτούν επικίνδυνο χαρακτήρα, αφού επηρεάζουν άμεσα το επίπεδο υγείας των πολιτών. Η υγεία, το πολυτιμότερο αγαθό, γίνεται απρόσιτη για ολοένα και μεγαλύτερο μέρος του κοινωνικού συνόλου.

Στην Ελλάδα, τα νοικοκυριά και ιδιαίτερα εκείνα που ανήκουν στις πιο ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, βάλλονται από τη μείωση του εισοδήματός τους, από τις περικοπές στις δημόσιες δαπάνες, λόγω της έμφασης στον περιορισμό του κόστους, αλλά και από τα υψηλά ποσοστά ανεργίας που μαστίζουν τη χώρα τα τελευταία χρόνια.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αποδώσει τη γενικότερη οικονομική κατάσταση στην Ευρώπη και να αναδείξει τους μηχανισμούς εκείνους με τους οποίους η κρίση, επηρεάζοντας τους κοινωνικούς προσδιοριστές, επηρεάζει τελικά και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, ώστε στο τέλος να δοθεί μια εμπειριστατωμένη εικόνα της οικονομικής δυσχέρειας στην οποία έχει περιέλθει το ελληνικό κράτος και το αντίκτυπο που έχει αυτή στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Η έρευνα στηρίχθηκε σε διάφορες διεθνείς, και μη, μελέτες και σε στατιστικά στοιχεία που έχουν προκύψει από αρμόδιους οργανισμούς. Ειδικότερα, για την περιγραφή της οικονομικής κατάστασης και του επιπέδου υγείας αντίστοιχα, επιστρατεύτηκαν οι οικονομικοί δείκτες και οι δείκτες υγείας για τους οποίους υπήρχαν πληροφορίες.

Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν την έντονη επίδραση της οικονομικής κρίσης και των συνοδών φαινομένων αυτής στη σωματική υγεία και στην ψυχική των ελλήνων πολιτών, επηρεάζοντας άμεσα και έμμεσα σε μεγάλο

βαθμό το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Τα προβλήματα εθισμού, οι αυτοκτονίες, η κατάθλιψη, κτλ εμφανίζουν μεγάλη αύξηση το τελευταίο διάστημα.

Βέβαια η κρίση δεν είναι στατικό φαινόμενο και εξελίσσεται διαρκώς, για αυτό θα πρέπει άμεσα, οργανωμένα και αποτελεσματικά να εφαρμοσθούν πολιτικές που να προλαμβάνουν, να προάγουν και να διασφαλίζουν το επίπεδο υγείας των ανθρώπων γενικότερα.

# **The effects of the economic crisis on the health level of the Greek population**

**Keywords:** health, economic crisis, social determinants, economic indicators, health indicators, physical health, mental health, level of health, Greek population

## **ABSTRACT**

The global economic crisis is the main characteristic nowadays. As economic crisis rises up, the dangerous consequences finally affect citizen's health. Health is becoming unreachable for the majority of the population.

Lately, in Greece, households and especially the socially vulnerable ones, are becoming the victims not only of the reduction in their income, the government's expenses cuts, due to the emphasis in the cut of cost, but also they have to face high unemployment rates that infest the country at this moment.

The main purpose of this study is at first to present a general view of the consequences of the current economic crisis in Europe and to highlight the mechanisms that the social determinants are being affected. In the end, what is expected is to be given a holistic view of economic predicament of Greece and its impact to the population's health level.

Research is based on several international and non- international researches, as well as statistic analysis that have been derived from the associated agencies. For a better presentation of the economic situation and health level, economic and health indicators have been used, wherever statistics were available.

The research results compose that physical and mental health of Greek citizens, is highly, directly and indirectly, affected by the economic crisis and its impacts. Addiction problems, suicides, depression, etc show a great increase in rates last years.

As economic crisis is not only a statistic phenomenon, but something that passes off, that's a good reason for taking into consideration to implement political measurements, as soon as possible, that will further and ensure people's health level in a well- organized and effective way.



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	IX
ABSTRACT.....	XI
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	XIII
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	XVII
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	XVII
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	XVIII
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	XIX
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	XXI
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.....</b>	<b>1</b>
1.1 Εισαγωγή.....	1
1.2 Ορισμός της Υγείας.....	1
1.3 Κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας.....	2
1.3.1 Σύντομη ιστορική προσέγγιση.....	2
1.3.2 Περιγραφή των κοινωνικών προσδιοριστών υγείας.....	3
1.4 Δείκτες υγείας.....	6
1.4.1 Ρόλος δεικτών υγείας.....	6
1.4.2 Κατηγορίες δεικτών υγείας.....	7
1.5 Ανακεφαλαίωση.....	10
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>11</b>
2.1. Εισαγωγή.....	11
2.2 Ιστορική αναδρομή της κρίσης.....	11
2.3 Οικονομική αποτύπωση της κρίσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	13
2.3.1 ΑΕΠ.....	14

2.3.2	<i>Δημόσιο Έλλειμμα</i> .....	15
2.3.3	<i>Δημόσιο χρέος</i> .....	15
2.3.4	<i>Τομέας Απασχόλησης</i> .....	17
2.3.5	<i>Ανεργία</i> .....	18
2.3.6	<i>Φτώχεια και Κοινωνικός αποκλεισμός</i> .....	20
2.4	<i>Κοινωνικές προεκτάσεις της κρίσης</i> .....	20
2.4.1	<i>Εργασία και υγεία</i> .....	21
2.4.2	<i>Ανεργία και υγεία</i> .....	22
2.5	<i>Επίδραση της κρίσης στους κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας</i> .....	24
2.5.1	<i>Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία</i> .....	25
2.5.1.1	<i>Κατάθλιψη</i> .....	25
2.5.1.2	<i>Άγχος</i> .....	26
2.5.1.3	<i>Αυτοκτονίες</i> .....	27
2.5.1.4	<i>Καταχρήσεις</i> .....	27
2.5.2	<i>Επιπτώσεις στη σωματική υγεία</i> .....	30
2.5.2.1	<i>Διατροφή και φυσική άσκηση</i> .....	31
2.5.2.2	<i>Χρόνια νοσήματα</i> .....	31
2.5.2.3	<i>Μεταδιδόμενα νοσήματα</i> .....	32
2.5.3	<i>Θνησιμότητα</i> .....	33
2.5.3.1	<i>Θνησιμότητα και ανεργία</i> .....	34
2.5.3.2	<i>Θνησιμότητα και αυτοκτονίες</i> .....	35
2.5.3.3	<i>Θνησιμότητα και νοσήματα</i> .....	36
2.5.3.4	<i>Θνησιμότητα και χρήση υπηρεσιών υγείας</i> .....	36
2.5.3.5	<i>Βρεφική θνησιμότητα</i> .....	37
2.6	<i>Ανακεφαλαίωση</i> .....	38

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....39**

3.1	<i>Εισαγωγή</i> .....	39
3.2	<i>Η κρίση στην Ελλάδα</i> .....	39
3.2.1	<i>Αποτύπωση της κρίσης σε οικονομικούς δείκτες</i> .....	43
3.2.1.1	<i>Έλλειμμα</i> .....	43
3.2.1.2	<i>Δαπάνες Τακτικού Προϋπολογισμού</i> .....	44
3.2.1.3	<i>Απασχόληση</i> .....	47
3.2.1.4	<i>Ανεργία</i> .....	51
3.2.1.5	<i>Κατώτατος μισθός</i> .....	54
3.2.1.6	<i>Δείκτες φτώχειας και κοινωνικός αποκλεισμός</i> .....	55
3.3	<i>Επιπτώσεις της κρίσης στο επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού</i> .....	59
3.3.1	<i>Η ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού</i> .....	60

3.3.1.1	Κατάθλιψη.....	61
3.3.1.2	Αυτοκτονίες.....	63
3.3.1.3	Επιπτώσεις στις Συμπεριφορές υγείας. ....	63
3.3.2	<i>Η σωματική υγεία του ελληνικού πληθυσμού</i> .....	67
3.3.2.1	Διατροφή και σωματική άσκηση-τάση για παχυσαρκία .....	67
3.3.2.2	Χρόνια νοσήματα .....	68
3.3.2.3	Μεταδιδόμενα νοσήματα .....	70
3.3.2.4	Θνησιμότητα .....	72
3.4	Ανακεφαλαίωση.....	73
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>		<b>75</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>		<b>77</b>





## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 2. 1</b> ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ ΣΤΗΝ Ε.Ε ΑΝΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥΣ (ΣΕ ΧΙΛ.) .....	18
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 1</b> ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΟ ΕΓΧΩΡΙΟ ΠΡΟΪΟΝ 2006-2012 .....	44
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 2</b> ΔΑΠΑΝΕΣ ΤΑΚΤΙΚΟΥ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΥ .....	45
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 3</b> Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΠΛΗΡΟΥΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ 2007-2011 .....	49
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 4</b> ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΜΕΡΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑΑ 2007-2011 .....	50
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 5</b> ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΩΝ, ΗΛΙΚΙΑΣ 15 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ, ΣΕ 8 ΜΕΓΑΛΟΥΣ ΚΛΑΔΟΥΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2007-2011, Δ' ΤΡΙΜΗΝΟ .....	51
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 6</b> Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΑ, ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ ΣΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 2007-2011 .....	54

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1. 1</b> ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ .....	4
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. 1</b> ΡΥΘΜΟΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΟΥ ΑΕΠ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΖΩΝΗΣ.....	14
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. 2</b> ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΖΩΝΗ 2011-2012.....	15
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. 3</b> ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΧΡΕΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΖΩΝΗ, 2011-2012.....	16
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. 4</b> ΚΡΑΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	17
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. 5</b> ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΖΩΝΗ, 2011-2013.....	19
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. 6</b> ΜΕΣΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΝ 16-21 ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ.....	29
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. 7</b> ΚΑΜΠΥΛΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΑΝΕΡΓΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1979-1980 .....	34
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. 8</b> ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ 2004-2011.....	35
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2. 9</b> ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ 2005-2011 .....	37

<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. 1</b> 5ΕΤΗ CDSΣΕΠΤ.2009-ΦΕΒΡ.2011 .....	41
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. 2</b> ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΛΥΠΤΟΝΤΑΙ ΛΟΓΩ ΚΟΣΤΟΥΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ .....	46
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. 3</b> ΡΥΘΜΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΟΥ ΛΕΠ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ,1996-2011 .....	47
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. 4</b> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ 15-64 ΕΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ Α΄ ΤΡΙΜΗΝΟ 2007-Β΄ΤΡΙΜΗΝΟ 2012 ...	48
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. 5</b> ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ 15-64 ΕΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΤΟ ΣΥΝΟΛΟ, ΑΝΔΡΕΣ, ΓΥΝΑΙΚΕΣ, Α΄ΤΡΙΜΗΝΟ2007- Β΄ΤΡΙΜΗΝΟ2012 .....	48
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. 6</b> ΜΗΝΙΑΙΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ –ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2012 .....	52
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. 7</b> ΔΕΙΚΤΕΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ 2008-2011 .....	56
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. 8</b> ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΦΤΩΧΕΙΑΣ, ΕΕ-15, ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΑ 2011 ....	57
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. 9</b> ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΟΥ ΑΔΥΝΑΤΕΙ ΝΑ ΚΑΛΥΨΕΙ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΕΛΛΑΔΑ 2009-2012 .....	58
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. 10</b> ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΣΥΜΦΩΝΟΥΝ Η΄ ΔΙΑΦΩΝΟΥΝ ΜΕ ΑΥΤΗΝ ΤΗΝ ΦΡΑΣΗ: ‘Η ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΣΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΙ ΝΑΙ ΥΠΟ ΑΠΕΙΛΗ΄ .....	62
<b>ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3. 11</b> ΣΥΝΟΛΟ ΔΗΛΩΘΕΝΤΩΝ ΗΙΥ ΑΤΟΜΩΝ ΚΑΤΑ ΕΤΟΣ 2008-2013.....	72

## **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ**

<b>ΕΙΚΟΝΑ 1</b> WHO.....	1
--------------------------	---

## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ**

ΑΕΠ:	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΓΕΣΕΒΕΕ:	Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών Βιοτεχνών Εμπόρων Ελλάδος
ΓΣΕΕ:	Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος
ΔΑΘ:	Δείκτης Αίτησης Θεραπείας
ΔΕΜΑ:	Δείκτης Επικράτησης Μολυσματικών Ασθενειών
ΕΕ:	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΤΕΠΝ:	Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά
ΕΟΠΥΥ:	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΧ:	Ευρωπαϊκός Οικονομικός Χώρος
ΕΠΨΥ:	Ερευνητικό Πανεπιστήμιο Ινστιτούτο ψυχικής υγιεινής
ΕΣΔΥ:	Εθνική σχολή Δημόσιας Υγείας
ΚΕΘΕΑ:	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
ΚΜΕ:	Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο
ΟΟΣΑ:	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΟΥ:	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΧΕΝ:	Χρήστες Ενδοφλέβιων Ναρκωτικών

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ**

AIDS:	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ECDC:	European Centre for Disease Prevention and Control
HAART:	Highly Active Antiretroviral Therapy
HIV:	Human Immunodeficiency Virus
WHO:	World Health Organization
NIMH:	National Institute of Mental Health



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην ανάδειξη της επίδρασης των κοινωνικών προσδιοριστών στο επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού, ως απόρροια της οικονομικής κρίσης. Αρχικά, εστιάζει στην περιγραφή της οικονομικής κατάστασης των διαφόρων χωρών υπό κρίση και την αντίστοιχη κατάσταση υγείας αυτών, για να καταλήξει στην διερεύνηση του επιπέδου υγείας στην Ελλάδα, επαληθεύοντας ή καταρρίπτοντας τις προβλέψεις που καταδεικνύουν σοβαρές επιπτώσεις σε αυτό.

Η Ελλάδα ήδη από το 2010 έχει τεθεί υπό τον οικονομικό έλεγχο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, του Νομισματικού Ταμείου και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας, ως αποτέλεσμα της έκρυθμης οικονομικής κατάστασης στην οποία περιήλθε. Η τωρινή κατάσταση της οικονομίας της, γνωστή για τα υψηλά ελλείμματα αλλά και το υψηλό δημόσιο χρέος, κρίνεται ακόμα πιο επικίνδυνη μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της ευάλωτης παγκόσμιας οικονομίας.

Η αύξηση της ανεργίας, της φτώχειας και η μείωση του εισοδήματος αποτελούν κύρια γνωρίσματα της σημερινής πραγματικότητας. Λαμβάνοντας υπόψη τους δεδομένους μηχανισμούς επίδρασης αυτών στην σωματική και ψυχική υγεία, γίνεται εύκολα αντιληπτό το πιθανό μέγεθος των επιπτώσεων αυτών στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Παράλληλα, η αδυναμία της οικονομίας ωθεί τη χώρα σε περιορισμένη δυνατότητα στήριξης όλων εκείνων των μηχανισμών, προκειμένου να προαχθεί το επίπεδο υγείας των πολιτών. Οι μειώσεις των δαπανών για την υγεία, η περιστολή προγραμμάτων πρόνοιας και κοινωνικής πολιτικής, η μείωση της ποιότητας των ήδη επιβαρυνμένων υπηρεσιών υγείας και οι μειωμένοι πόροι υποστήριξης των αδύναμων νοικοκυριών, επιβαρύνουν περαιτέρω την υγεία του πληθυσμού.

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική η σε βάθος διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού, ώστε να διαφυλαχθεί το αγαθό της υγείας και κατά συνέπεια η κοινωνική και οικονομική ευημερία της χώρας.

### *Σκοπός- Αντικείμενο μελέτης*

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών ερευνών παγκοσμίως. Στην παρούσα εργασία επιστρατεύονται τέτοιες μελέτες για διάφορες χώρες, με σκοπό να αναλυθεί η

επίδραση της κρίσης στην ψυχική και στη σωματική υγεία του πληθυσμού γενικά, και συγκεκριμένα στο επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Η εργασία επικαλείται έρευνες και μελέτες που έχουν δημοσιευτεί σε περιοδικά και εφημερίδες, άρθρα και ηλεκτρονικές σελίδες, καθώς και στατιστικά στοιχεία έγκυρων πηγών, όπως ο WHO, η Ελληνική Στατιστική Εταιρεία κ.ά, ενώ φιλοδοξεί να αποτελέσει αναφορά για περαιτέρω έρευνα, καθώς η οικονομική κρίση βρίσκεται ακόμα σε εξέλιξη.

### *Περιγραφή κεφαλαίων*

Η τρέχουσα οικονομική κρίση, εξακολουθεί να έχει μεγάλη δυναμική, διαφορετική σε κάθε χώρα και έχει επηρεάσει αρνητικά την οικονομία σε διεθνές επίπεδο. Αυτό άλλωστε έχει αποδειχθεί σε διάφορες έρευνες και μελέτες. Η αποτύπωση της εξέλιξης των οικονομικών δεικτών προ και μετά της κρίσης, όπως αυτή προκύπτει από επίσημα στατιστικά στοιχεία, είναι ενδεικτική της σημερινής πραγματικότητας, και δικαιολογεί τις επακόλουθες επιπτώσεις στους κοινωνικούς προσδιοριστές.

Ειδικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται ο ορισμός της υγείας, αναλύονται οι κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας και οι επιδράσεις τους στην υγεία και παρουσιάζονται οι δείκτες υγείας ως το μέσο για να περιγραφεί η επίδραση αυτή.

Στο επόμενο κεφάλαιο περιλαμβάνεται η ιστορική αναδρομή της κρίσης και η περιγραφή της οικονομικής κατάστασης ευρωπαϊκών χωρών. Επίσης, προσδιορίζονται οι μηχανισμοί, με τους οποίους αυτή επιδρά στους κοινωνικούς προσδιοριστές και στη συνέχεια με τη βοήθεια συγκεκριμένων δεικτών υγείας απεικονίζεται η ψυχική και σωματική υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο. Στο τέλος του κεφαλαίου είναι πλέον σαφής η συσχέτιση μεταξύ της κρίσης και του επιπέδου υγείας αλλά και ο βαθμός επίδρασης, όπως αυτός αποτυπώνεται στα μέχρι τώρα στοιχεία.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας στην Ελλάδα. Η περίπτωση της Ελλάδας είναι αντιπροσωπευτική, καθώς ανήκει μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών που έχουν πληγεί περισσότερο από την κρίση. Έτσι, μετά την ιστορική αναδρομή της κρίσης για την Ελλάδα, δίνονται στοιχεία για τους οικονομικούς δείκτες, ώστε να δοθεί μια ολοκληρωμένη εικόνα της ελληνικής οικονομίας και παρατίθενται έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με δείκτες υγείας για την ψυχική και σωματική υγεία, ώστε να εξακριβωθεί το μέγεθος της επίδρασης της κρίσης στο επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Στο τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και οι διαπιστώσεις

που προκύπτουν από την βιβλιογραφική έρευνα σχετικά με το επίπεδο υγείας που χαρακτηρίζει τον ελληνικό πληθυσμό στα χρόνια της οικονομικής κρίσης.





# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

### 1.1 Εισαγωγή

Η υγεία είναι μία κατάσταση που περιγράφει την πολύπλευρη έννοια της ευεξίας κάθε ζώντος οργανισμού, ενός ατόμου ή πληθυσμού. Οι παράγοντες που την επηρεάζουν ποικίλλουν και αναφέρονται ως κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες.

Εδώ και πολλά χρόνια οι κοινωνικοί προσδιοριστές έχουν αποτελέσει αντικείμενο μελέτης και ερευνών. Έτσι, πολλοί επιστήμονες επιχείρησαν να περιγράψουν τους κοινωνικούς προσδιοριστές, καθώς και τους μηχανισμούς με τους οποίους αυτοί επιδρούν στην υγεία, χρησιμοποιώντας διάφορα μοντέλα.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει πολλάκις αναφερθεί εκτενώς στους κοινωνικούς προσδιοριστές της υγείας και έχει υπογραμμίσει τη σχέση ανάμεσα σε αυτούς και την υγεία, αλλά και την επίπτωση των πολιτικών υγείας. Προκειμένου να παρατηρείται αυτή η σχέση θα πρέπει να συλλέγονται τα απαραίτητα στοιχεία που αφορούν στην υγεία ενός πληθυσμού. Για το λόγο αυτό χρησιμοποιούνται οι δείκτες υγείας, οι οποίοι αποτελούν βασικό εργαλείο για την αποτύπωση του επιπέδου υγείας.

Τέλος, στο πρώτο κεφάλαιο διευκρινίζεται ο ορισμός της υγείας και τι αυτή συνεπάγεται, επισημαίνονται οι κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας και πώς αυτοί επηρεάζουν την υγεία και παρουσιάζονται οι δείκτες υγείας ως το μέσο για να περιγραφεί η επίδραση αυτή.

### 1.2 Ορισμός της Υγείας

Η Υγεία είναι ο παράγοντας που μετράει την φυσική, ψυχολογική ή ακόμα και την πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού.



**Εικόνα 1**  
**WHO**

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

(1946), η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». (WHO, 2013)

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

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

### **1.3 Κοινωνικοί προσδιοριστές υγείας**

#### *1.3.1 Σύντομη ιστορική προσέγγιση*

Η σημασία των κοινωνικών προσδιοριστών, αν και ο τίτλος δόθηκε αργότερα, είχε γίνει αντιληπτή πολύ πριν διατυπωθεί από τον WHO. Έτσι, από παλαιότερες εποχές είχαν διαπιστωθεί οι πολλαπλές επιδράσεις των συνθηκών διαβίωσης στην υγεία, καθώς και το περιορισμένο προνόμιο της υγείας, με βάση το εισόδημα και την κοινωνική τάξη και έγιναν σοβαρές προσπάθειες εξάλειψης αυτών. (Irwin & Scali, 2010)

Ήδη από το 1779, ο Peter Frank, γιατρός και ακαδημαϊκός, με το έργο του “System of a Complete Medical Policy”, παραθέτει νομοθετικές παρεμβάσεις και δράσεις για την προστασία της υγείας του πληθυσμού από την στιγμή της γέννησης του ατόμου μέχρι τον θάνατο του, και οι οποίες αφορούν μέτρα για την προσωπική υγιεινή, την ιατρική περίθαλψη, την περιβαλλοντική διαχείριση και την υγειονομική μηχανική.

Στη συνέχεια, η έναρξη της βιομηχανικής επανάστασης, συνοδευόμενη από τη μαζική αστικοποίηση του πληθυσμού, σηματοδοτεί και τις πρώτες προσπάθειες για την ανάδειξη της συσχέτισης κοινωνικού και οικονομικού περιβάλλοντος και επιπέδου υγείας, ενώ παράλληλα, εμφανίζονται οι πρώτες μελέτες για το ρόλο των εξυγιαντικών μέτρων δημόσιας υγείας, ως σημαντικής παραμέτρου για τη μείωση της θνησιμότητας.

Ο Edwin Chadwick το 1842, με το νόμο για την προστασία των απόρων (Poor Law Act Amendment, 1834) και ο Friedrich Engels το 1844, με τα έργα “The Sanitary Conditions of the Labouring Population” και “The Condition of the Working Class in England”, μελετούν το επίπεδο υγείας της εργατικής τάξης σε συνάρτηση με

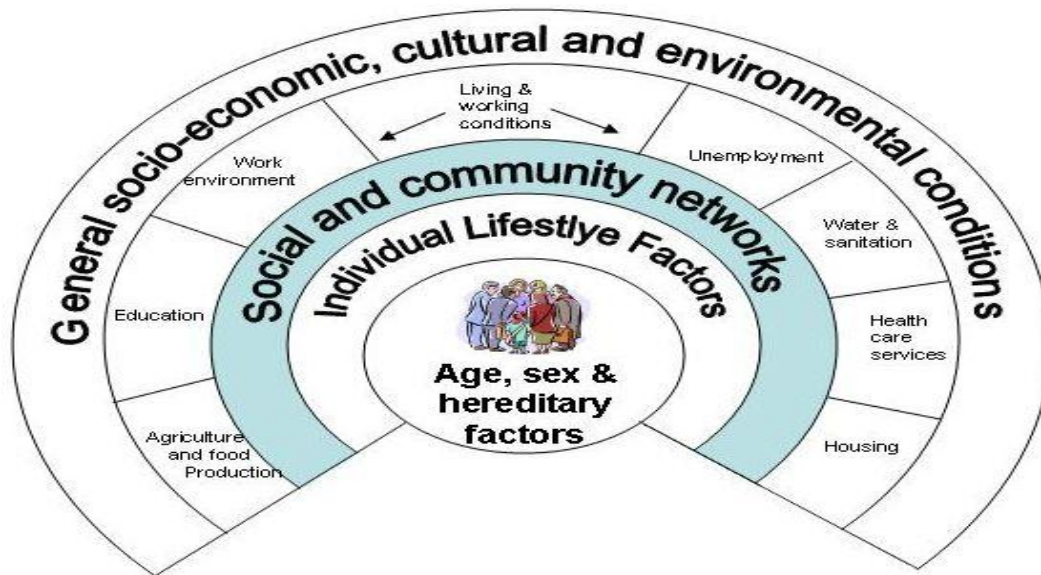
την επίδραση του περιβάλλοντος στην υγεία του πληθυσμού και την υγιεινή των αστικών και βιομηχανικών κέντρων της Αγγλίας.

Επιπλέον, ο γιατρός John Snow το 1855, καταλήγει με τη στατιστική μελέτη των περιπτώσεων κρουσμάτων χολέρας, στην σύνδεση του υδρευτικού συστήματος με την εξάπλωσή της (“On the Mode of Communication of Cholera”), ενώ ο Max von Pettenkofer διερευνά την επιδημία της χολέρας στο Μόναχο το 1850. Η έντονη επιστημονική και ερευνητική δραστηριότητα της εποχής αποτελούν την αφετηρία για τη δημιουργία κατάλληλων υποδομών, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος της υγείας του πληθυσμού σε σχέση με την εξάπλωση των λοιμωδών νοσημάτων. (ΕΣΔΥ, 2010)

### *1.3.2 Περιγραφή των κοινωνικών προσδιοριστών υγείας*

Στην προηγούμενη ενότητα αναφέρθηκε πως από νωρίς έγινε κατανοητή η διαπίστωση πως η υγεία, και κατά συνέπεια, η ευημερία των ατόμων και των πληθυσμών, επηρεάζεται από μία σειρά παραγόντων. Η προσπάθεια αποτύπωσης των παραγόντων αυτών και των μηχανισμών επίδρασής τους στο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού επιχειρήθηκε από πολλούς επιστήμονες με τη χρήση διαφόρων μοντέλων. Ένα από αυτά είναι το Policy Rainbow (Εικόνα 2) που περιγράφηκε το 1991 από τους Dahlgren και Whitehead. (Whitehead, Dahlgren, & Gilson., 2001)

Στο μοντέλο αυτό εκφράζονται οι διάφορες ζώνες επιρροής στο δυναμικό του ατόμου για την υγεία. Το 1995 ο Whitehead διακρίνει τους παράγοντες σε μη τροποποιήσιμους (η ηλικία, το φύλο, τα γενετικά χαρακτηριστικά) και σε τροποποιήσιμους (ο τρόπος ζωής, το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, οι ευρύτερες κοινωνικές, οικονομικές, πολιτιστικές και περιβαλλοντικές συνθήκες), απεικονιζόμενους κατά αύξοντα βαθμό. (Speller, 2007)



Πηγή: (Speller, 2007)

### Διάγραμμα 1. 1

## ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

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

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

Ειδικότερα, επισημαίνει κυρίως πως οι κακές κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες

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

Τέτοιες διαφορές δεν παρατηρούνται μόνο κατακόρυφα στην κοινωνική κλίμακα αλλά και οριζόντια, ανάλογα με τα επαγγέλματα. Έτσι, το ανειδίκευτο προσωπικό είναι πιο επιρρεπές σε ασθένειες και σε πρόωρο θάνατο σε σχέση με το υπόλοιπο προσωπικό, γεγονός που συσχετίζεται με τα αντίστοιχα εισοδήματά τους και με τις απορρέουσες ψυχοκοινωνικές αιτίες, που επιδρούν άμεσα ή και έμμεσα. Η επισφαλής εργασία, η ελλιπής εκπαίδευση, οι κακές συνθήκες διαβίωσης, το μειωμένο εισόδημα είναι κάποιοι από τους λόγους που, συν τω χρόνο, επιβαρύνουν λίγο ή πολύ την υγεία των ατόμων. Τονίζει επίσης, πως η επιβίωση σε στρεσογόνες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες επιταχύνει την φυσιολογική φθορά των ατόμων και αυξάνει την πιθανότητα να μην έχουν τα προσδόκιμα υγιή γηρατειά. Εντός των άλλων, οι συγγραφείς αναφέρουν ότι, ενώ η μελέτη του ανθρώπινου γονιδιώματος μπορεί να οδηγήσει σε προόδους όσον αφορά στην κατανόηση και τη θεραπεία συγκεκριμένων ασθενειών, ωστόσο, υπάρχουν ενδείξεις πως κάποιες από αυτές ίσως να οφείλονται στις κοινές αιτίες της κακής υγείας που επηρεάζουν τους πληθυσμούς. Και ακούγεται λογικό, καθώς αυτές εξελίσσονται πιο γρήγορα σε σχέση με τον αργό ρυθμό των γενετικών αλλαγών, αφού αντικατοπτρίζουν τις αλλαγές στον τρόπο ζωής του εκάστοτε πληθυσμού. (Speller, 2007)

Είναι αναμενόμενο πως με την πάροδο των χρόνων, και καθώς αποτυπώνεται η διαχρονική τάση των προσδιοριστών υγείας, να παρέχονται σημαντικές πληροφορίες για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού ανά τον κόσμο. Αυτό έχει γίνει κατανοητό από όλους τους αρμόδιους φορείς ανά κράτος, και, προς την κατεύθυνση αυτή, ο WHO διατηρεί βάσεις δεδομένων για όλα τα θέματα που αφορούν στην υγεία από 53 χώρες (Health Evidence Network, European Environment and Health Information System), συντάσσει επιτροπές, πραγματοποιεί οργανωμένα προγράμματα (Health in All policies), που αναδεικνύουν τόσο τα προβλήματα όσο και τους τρόπους επίλυσής τους.

Συγκεκριμένα, το 2008, η Επιτροπή που ορίστηκε από τον ΠΟΥ ως υπεύθυνη για τους κοινωνικούς προσδιοριστές στην υγεία, δημοσίευσε μια Έκθεση με τίτλο «CLOSING THE GAP IN A GENERATION». Η Έκθεση υπογράμμιζε δύο γενικότερους τομείς των κοινωνικών προσδιοριστών που θα έπρεπε να αντιμετωπιστούν άμεσα. Ο

πρώτος ήταν η βελτίωση των καθημερινών συνθηκών διαβίωσης, συμπεριλαμβανομένου ενός υγιούς φυσικού περιβάλλοντος, της δίκαιης και αξιοπρεπούς απασχόλησης, ενός ανεπτυγμένου δικτύου για δια βίου κοινωνική προστασία και της εύκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Ο δεύτερος εμπεριείχε την ορθή διανομή της εξουσίας, των χρημάτων και των πόρων. Δηλαδή, αναφερόταν στις δαπάνες που αφορούσαν στα προγράμματα υγείας, στη δημόσια χρηματοδότηση για την υποστήριξη των κοινωνικών προσδιοριστών υγείας, στην αντιμετώπιση των οικονομικών ανισοτήτων, στην εξάντληση των πόρων, στην επίτευξη των σωστών συνθηκών εργασίας, στην ίση μεταχείριση των δύο φύλων, στην πολιτική χειραφέτηση και τέλος, στην ισορροπία ανάμεσα στην εξουσία και την ευημερία των κρατών. (WHO, Social Determinants)

Να σημειωθεί στο σημείο αυτό πως οι κοινωνικοί προσδιοριστές, όχι μόνο επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, αλλά θεωρούνται οι κύριοι υπεύθυνοι και για τις ανισότητες που εμφανίζονται. Έτσι, καθώς αναδιαμορφώνουν το επίπεδο υγείας σε διαφορετικό βαθμό, τόσο σε κρατικό επίπεδο όσο και σε παγκόσμιο, είναι λογική η άμβλυνση των ανισοτήτων μεταξύ των διαφόρων ομάδων ή πληθυσμών. Βεβαίως, κάτι τέτοιο είναι μη επιθυμητό και για το λόγο αυτό, με πρωτοβουλία του WHO, έχουν συσταθεί διάφορες επιτροπές πρόληψης και προώθησης των προσδιοριστών, για να εξαλειφθούν οι ανισότητες και να βελτιωθεί ισοδύναμα το επίπεδο υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο.

Τέλος, είναι εμφανής η σπουδαιότητα της ένταξης των κοινωνικών προσδιοριστών στον χώρο των ερευνών υγείας, ώστε να οργανωθεί διεπιστημονική προσέγγιση με στόχο να οικοδομηθούν οι απαραίτητες δράσεις, πρωτοβουλίες και πολιτικές για την επίτευξη του στόχου της διατήρησης ενός αποδεκτού επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε εθνικό και σε παγκόσμιο επίπεδο.

## **1.4 Δείκτες υγείας.**

### *1.4.1 Ρόλος δεικτών υγείας.*

Είναι λοιπόν κατανοητό πως η υγεία του ατόμου είναι μία πολυπαραγοντική κατάσταση που καθορίζεται από το ευρύτερο πλαίσιο της ζωής του. Συνεπώς, η κατάσταση υγείας του ατόμου και του πληθυσμού δεν προσδιορίζεται μονοδιάστατα από βιολογικούς, αλλά και από κοινωνικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες, καθώς όλοι αυτοί επηρεάζουν πτυχές της σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας. Οι προαναφερθέντες παράγοντες

δεν επηρεάζουν την υγεία ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο. Αντιθέτως, η αλληλεπίδρασή τους προσδιορίζει το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης στιγμής.

Στο πλαίσιο μιας συστημικής προσέγγισης, η υγεία και η ασθένεια αποτελούν προϊόντα αλληλεπίδρασης όλων αυτών των παραγόντων. Η προσέγγιση αυτή επισημαίνει τις αλληλεπιδράσεις και επιβεβαιώνεται συνεχώς ως προς την ορθότητά της σχετικώς με τους αιτιακούς μηχανισμούς διαμόρφωσης της υγείας. Έτσι, η υγεία και η ασθένεια αποτελούν δύο όψεις ενός συνεχούς ενιαίου και δυναμικού συστήματος, στο οποίο η θέση ατόμων ή ομάδων προσδιορίζεται κάθε φορά για μια δεδομένη στιγμή. (Καμινιώτη Ολυμπία, 2012)

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



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

#### 1.4.2 Κατηγορίες δεικτών υγείας

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

1. Θετικοί δείκτες. Οι θετικοί δείκτες παρουσιάζουν μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα της υγείας. Τέτοιοι δείκτες είναι :
  - i) Προσδόκιμο επιβίωσης. -Μέσος χρόνος ζωής του πληθυσμού,
  - ii) Δείκτης γεννητικότητας. -Μέσο ποσοστό γεννήσεων στον πληθυσμό και
  - iii) Δείκτης γονιμότητας. -Μέσος αριθμός παιδιών ανά γυναίκα.

2. *Αρνητικοί δείκτες.* Οι αρνητικοί δείκτες είναι δείκτες εμφάνισης συχνότητας νοσημάτων και άλλων παθολογικών καταστάσεων και αποτελούν ένα μέτρο μέτρησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Αυτοί οι δείκτες είναι :
- i) Δείκτης νοσηρότητας.-Το ποσοστό των νοσούντων από μία συγκεκριμένη ασθένεια σ' ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στον πληθυσμό
  - ii) Δείκτης θνησιμότητας. -Αριθμός θανάτων από ένα συγκεκριμένο νόσημα σε μία συγκεκριμένη περίοδο στο σύνολο του πληθυσμού. Ο δείκτης θνησιμότητας μπορεί να είναι γενικός δείκτης (αδρός δείκτης θνησιμότητας) ή μπορεί να είναι δείκτης θνησιμότητας ανά φύλο, ηλικία και αιτία θανάτου. Ένας δείκτης που δείχνει το επίπεδο υγείας ενός λαού είναι ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας. Αυτός ο δείκτης δείχνει τον αριθμό των θανάτων παιδιών ηλικίας μικρότερη του ενός έτους σ' ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στο σύνολο των γεννηθέντων παιδιών στο ίδιο χρονικό διάστημα. Αυτός ο δείκτης χρησιμοποιείται ευρέως στις λιγότερο οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες όπου το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας είναι ιδιαίτερα υψηλό. Όσο το ποσοστό αυτό μειώνεται, τόσο δείχνει τη βελτίωση του επιπέδου υγείας, την πρόοδο της ιατρικής και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης σε αυτές τις χώρες
  - iii) Δείκτης θνητότητας. -Εκφράζει την πιθανότητα θανάτου από ένα νόσημα ατόμων που έχουν προσβληθεί από αυτό
3. *Οικονομικοί και Διοικητικοί δείκτες.* Αποτυπώνουν την οικονομική και διοικητική κατάσταση στο σύστημα υπηρεσιών υγείας σε μία χώρα. Οι δείκτες αυτοί είναι:
- i. Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ. -Ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (δηλαδή του συνολικού εισοδήματος που παράγεται σε μία χώρα) που δαπανάται στο χώρο της υγείας.
  - ii. Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας. – Το ποσό των χρημάτων που έχουν δαπανηθεί στο χώρο της υγείας αντιστοιχούν σε κάθε κάτοικο της χώρας
  - iii. Αριθμός ιατρών ανά 100.000 κατοίκους. –ο αριθμός ιατρών που αντιστοιχούν σε 100.000 κατοίκους
  - iv. Αριθμός νοσηλευτών ανά 100.000 κατοίκους. – ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού ανά 100.000 κατοίκους
  - v. Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους. – ο αριθμός των κλινών σε κλινικές και νοσοκομεία ανά 100.000 κατοίκους



- vi. Αριθμός εισαγωγών ή εξαγωγών σ' ένα νοσοκομείο. – Ο αριθμός των ατόμων που εισέρχονται για νοσηλεία σε νοσοκομείο ή τον αριθμό των ατόμων που παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο
- vii. Μέση διάρκεια νοσηλείας. – Ο μέσος αριθμός των ημερών νοσηλείας ανά περιστατικό ασθενή. (Υπολογίζεται διαιρώντας τον αριθμό ημερών νοσηλείας σ' ένα έτος με τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών στο ίδιο έτος)
- viii. Αριθμό επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία
- ix. Αριθμό εργαστηριακών εξετάσεων
- x. Μέσο ποσοστό κάλυψης των κλινών. –Δείχνει το μέσο αριθμό ανά έτος που είναι απασχολημένο με ασθενή μία κλίνη. Υπολογίζεται διαιρώντας τον αριθμό ετήσιων ημερών νοσηλείας με τον αριθμό των διαθέσιμων κλινών που έχει πολλαπλασιαστεί με το 365
- xi. Δείκτης πολυπλοκότητας και σοβαρότητας των περιστατικών Roemer (RCI).- Η μέση διάρκεια νοσηλείας των συνολικών περιστατικών κάθε νοσοκομείου στο ποσοστό κάλυψης των κλινών. Διαιρείται το ποσοστό κάλυψης κλινών ενός νοσοκομείου με το ποσοστό κάλυψης κλινών όλων των νοσοκομείων και αυτός ο δείκτης πολλαπλασιάζεται με τη μέση διάρκεια νοσηλείας του νοσοκομείου.

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

- a. *Ισοδύναμα Υγιή Χρόνια Ζωής.*- Τα χρόνια ζωής σε κατάσταση τέλειας υγείας
- b. *Ποιοτικά Σταθμισμένα Χρόνια Ζωής.* -Τα χρόνια ζωής ενός ατόμου σταθμισμένα με την ποιότητα ζωής που τους αποδίδει το άτομο.
- c. *Δυνητικά Χαμένα Χρόνια Ζωής.* -Τα συνολικά χρόνια ζωής που χάνονται από αιτίες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν.
- d. *Υγιές Προσδόκιμο Ζωής.* -Τα χρόνια τα οποία ένας πληθυσμός μπορεί να ζήσει χωρίς σοβαρή ανικανότητα ή βλάβης.
- e. *Χρόνια Ζωής Σταθμισμένα για Ανικανότητα.* -Συνολικά χρόνια με καλή υγεία κατά κύριες αιτίες ανικανότητας.

Διαπιστώνει κανείς από τα παραπάνω πως οι δείκτες υγείας ποικίλλουν, έτσι ώστε να καλύπτουν όλο το εύρος, ενώ παράλληλα αποτελούν όλοι ανεξαιρέτως βασικό εργαλείο παρακολούθησης και παρατηρήσεων των πληροφοριών που σχετίζονται με το θέμα της υγείας. Σαφώς και για τη διεξαγωγή της εκάστοτε έρευνας γίνεται επιλογή των δεικτών, ανάλογα με το αντικείμενο μελέτης, έτσι ώστε τα αποτελέσματα που προκύπτουν να είναι ακριβή, αντιπροσωπευτικά και επαληθεύσιμα και να αποδίδουν στο σύνολό τους μία σαφή και ολοκληρωμένη εικόνα του εν λόγω θέματος.

Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες εκείνοι που δύνανται να περιγράψουν σφαιρικά και με επάρκεια το τωρινό επίπεδο υγείας των ελλήνων, ως επακόλουθο της οικονομικής κρίσης που εξελίσσεται στην χώρα και για τους οποίους υπήρχαν διαθέσιμα στοιχεία για το επίμαχο διάστημα.

### **1.5 Ανακεφαλαίωση**

Συνοπτικά, στο πρώτο κεφάλαιο αποσαφηνίστηκαν οι μηχανισμοί με τους οποίους οι κοινωνικοί προσδιοριστές επηρεάζουν την υγεία και άρα η μεγάλη σημασία αυτών για το επίπεδο υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού. Συγκεκριμένα, η κατάσταση υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού προσδιορίζεται από βιολογικούς, αλλά και από κοινωνικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες. Όλοι αυτοί κλονίζουν τη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευημερία του.

Η διαπίστωση αυτή οδηγεί αναπόφευκτα στην αναγκαιότητα αποτύπωσης της υγείας με την χρήση δεικτών, ώστε να γίνονται οι σωστές και έγκαιρες παρεμβάσεις για την προοδευτική βελτίωσή της. Τέλος, η κατάλληλη επιλογή των δεικτών κάθε φορά είναι αυτή που συμβάλλει στην συγκέντρωση όλων εκείνων των στοιχείων, προκειμένου να αποδοθεί σφαιρικά η εικόνα του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2**

### **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **2.1. Εισαγωγή**

Είναι γενικά παραδεκτό το γεγονός πως η τρέχουσα οικονομική κρίση, η οποία εξακολουθεί να έχει μεγάλη δυναμική, διαφορετική σε κάθε χώρα, έχει επηρεάσει αρνητικά την οικονομία σε διεθνές επίπεδο. Αυτό άλλωστε αποκαλύπτουν οι έρευνες και οι μελέτες των επιμέρους χαρακτηριστικών που συνιστούν την οικονομική κατάσταση των χωρών.

Ειδικότερα στις ευρωπαϊκές χώρες, η αποτύπωση της εξέλιξης των οικονομικών δεικτών προ και μετά της κρίσης είναι ενδεικτική της σημερινής πραγματικότητας, και δικαιολογεί τις επακόλουθες επιπτώσεις στους κοινωνικούς προσδιοριστές. Η συσχέτιση των χαρακτηριστικών της απασχόλησης με την υγεία, αλλά και της έλλειψης απασχόλησης και ειδικότερα της ανεργίας με θέματα υγείας, επεξηγεί τους κύριους μηχανισμούς με τους οποίους η κρίση διεισδύει στην οικονομία μιας χώρας, επηρεάζοντας τελικά άμεσα και έμμεσα την κατάσταση υγείας του πληθυσμού.

Έτσι, στο δεύτερο κεφάλαιο την ιστορική αναδρομή της κρίσης ακολουθεί η περιγραφή της οικονομικής κατάστασης αντιπροσωπευτικών ευρωπαϊκών χωρών προ και μετά της κρίσης. Αναλύονται οι μηχανισμοί, με τους οποίους αυτή επιδρά στους κοινωνικούς προσδιοριστές και στη συνέχεια αποτυπώνεται η ψυχική και σωματική υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο πια, επιστρατεύοντας συγκεκριμένους δείκτες υγείας, με σκοπό να αποδειχθεί γενικότερα η συσχέτιση μεταξύ της κρίσης και του επιπέδου υγείας αλλά και ο βαθμός επίδρασης, όπως αυτός αποτυπώνεται στα μέχρι τώρα στοιχεία.

#### **2.2 Ιστορική αναδρομή της κρίσης**

Η Διεθνής Χρηματοπιστωτική Κρίση του 2007 αποτέλεσε μια παγκόσμια κατάσταση απειλούμενης οικονομικής ύφεσης στον ευρύτερο χρηματοπιστωτικό και τραπεζικό τομέα, με αφετηρία τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής.

Η κρίση αυτή έρχεται 78 χρόνια μετά τη μεγάλη κρίση του 1929, με την οποία θεωρείται συγκρίσιμη, αν όχι σφοδρότερη. Η δημιουργία της οφείλεται στην προώθηση στεγαστικών δανείων χαμηλής εξασφάλισης και στην αλόγιστη χρήση

δομημένων επενδυτικών προϊόντων, άμεσα εξαρτώμενα από τη δυνατότητα αποπληρωμής των δανείων, από τα οποία και παράγονταν. Στη συνέχεια, η προσπάθεια απομάκρυνσης του πιστωτικού και επιτοκιακού κινδύνου από τις τράπεζες, η μετατροπή στάσιμων κεφαλαίων σε εμπορεύσιμους τίτλους και η μετακίνηση των σύνθετων επενδυτικών τίτλων στις καταστάσεις ειδικών οντοτήτων, προκάλεσαν ένα "ντόμινο" αλυσιδωτών αντιδράσεων στον αμερικανικό και, κατά συνέπεια, στον ευρωπαϊκό τραπεζικό και κτηματομεσιτικό τομέα.

Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της γενικευμένης κατάστασης είναι ο κίνδυνος κατάρρευσης τραπεζών από φημολογία, η πώληση άλλων σε ιδιαίτερα χαμηλό τίμημα και η άσκηση νομισματικής πολιτικής από τις Κεντρικές Τράπεζες. Βεβαίως, κάτι τέτοιο μοναδικό σκοπό έχει τη διάσωση του χρηματοοικονομικού συστήματος και όχι τη διασφάλιση των τιμών, όπως παραδοσιακά οφείλουν να πράττουν. Συνεπώς, τα συστήματα που εκτέθηκαν στα "τοξικά", όπως ονομάστηκαν, ομόλογα, βρέθηκαν σε δυσμενή θέση. Το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο αναφέρει για τότε επιθετική συμπεριφορά της κρίσης που δεν αφήνει αλώβητη την πραγματική οικονομία, έτσι ώστε να θεωρείται παγκόσμιο γεγονός πλέον η ύφεση και η πτώση της απασχόλησης.

Η αντίδραση των χωρών υπήρξε καθολική και άμεση στην εφαρμογή δραστικών μέτρων για την εξάλειψη των παραπάνω στοιχείων της κρίσης. Βασικός και κοινός στόχος όλων των χωρών τίθεται η ρύθμιση της ρευστότητας, η κινητοποίηση των επενδύσεων, με σκοπό την άνθιση της οικονομίας και την ενθάρρυνση της απασχόλησης.

Σαφώς και παρατηρήθηκαν διαφορές, όσον αφορά στα μέτρα που το κάθε κράτος εφάρμοσε, με βασικότερη διάκριση μεταξύ των Ηνωμένων Πολιτειών και του Ηνωμένου Βασιλείου και των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έτσι, παρατηρεί κανείς πως οι δύο πρώτες φανερά επηρεασμένες από τον John Maynard Keynes, επιχείρησαν ανάκαμψη της οικονομίας αυξάνοντας τις δημόσιες δαπάνες, για να αντιμετωπιστεί το έλλειμμα της ζήτησης, πολιτική που οδήγησε όμως στην ταυτόχρονη εκτόξευση των ελλειμμάτων και του δημόσιου χρέους με περαιτέρω συνέπειες, το μέγεθος των οποίων θα αποκαλυφθεί συν τω χρόνω.

Από την άλλη πλευρά, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, εξ αρχής, κατέστη σαφές πως η αντιμετώπιση της κρίσης θα βασιζόταν στην ανάπτυξη μιας κοινής στρατηγικής όλων των χωρών, που ταυτόχρονα θα σεβόταν και θα προάσπιζε τους μακροπρόθεσμους στόχους της Ε.Ε. Έτσι, το Δεκέμβριο του 2008 κατατέθηκε το σχέδιο για την

αντιμετώπιση της κρίσης, τη στήριξη και την ανάκαμψη της οικονομίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με την άμεση εισαγωγή ρευστότητας, ώστε να ενισχυθεί η ζήτηση και να προωθηθούν οι επενδύσεις, με απώτερο στόχο να γίνουν ανταγωνιστικές.

Να τονισθεί στο σημείο αυτό, πως βασική αρχή του σχεδίου αυτού ήταν η απόλυτη προσαρμογή του στους ξεκάθαρους περιορισμούς του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης (ΣΣΑ), με το οποίο προστατεύεται η δημοσιονομική πειθαρχία και η νομισματική σταθερότητα. Τα καίρια σημεία αυτής της πολιτικής είναι η ενίσχυση της αγοράς, με την έμπρακτη στήριξη τόσο των επιχειρήσεων όσο και της απασχόλησης.

Σε δυσμενότερη θέση, λόγω της οικονομικής κρίσης, βρίσκονται οι χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες και ιδιαίτερα εκείνες που υστερούν σε ανεπτυγμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας. Ειδικοί υποστηρίζουν πως, για να ανταπεξέλθουν στις πληρωμές τραπεζικών χρεών και για να διατηρήσουν στο ελάχιστο ένα αξιοπρεπές και ασφαλές επίπεδο κοινωνικής προστασίας, οι χώρες αυτές θα χρειαστούν ένα τρισεκατομμύριο δολάρια περίπου. (Κυριόπουλος, Γ; Τσιάντου, Β, 2010)

### **2.3 Οικονομική αποτύπωση της κρίσης στην Ευρωπαϊκή Ένωση**

Γενικά, η οικονομική κρίση συνεπάγεται σοβαρές επιπτώσεις σε όλους τους τομείς στο εσωτερικό μιας χώρας, καθώς αρχικά επηρεάζει την οικονομία της και εν συνεχεία διευρύνεται, πλήττοντας και τις υπόλοιπες χώρες, απειλώντας τελικά τα θεμέλια της παγκόσμιας οικονομίας.

Με στόχο την απόδοση μιας εμπεριστατωμένης εικόνας των οικονομικών προεκτάσεων της κρίσης του 2007 στην Ευρώπη, δόκιμη είναι η περιγραφή των οικονομικών στοιχείων στη συνέχεια, στα οποία αποτυπώνεται το μέγεθός της, όπως αυτά αναφέρονται στην Έκθεση του 2013 του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ.

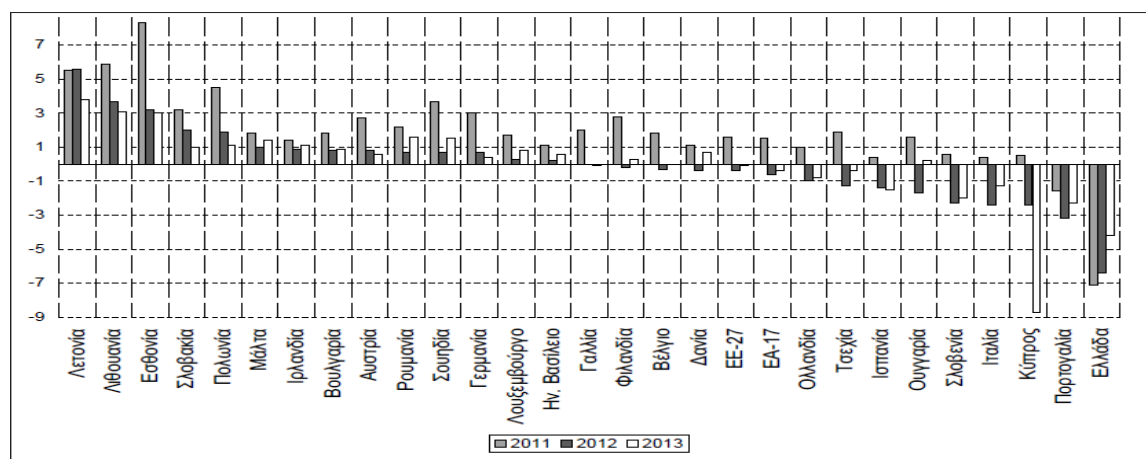
Ειδικότερα, η Ευρωπαϊκή Οικονομία, περιλαμβάνοντας την Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ευρωζώνη, από το τελευταίο τρίμηνο του 2011 βρίσκεται σε παρατεταμένη ύφεση, καθώς, όπως δείχνουν τα στοιχεία, έχει επηρεαστεί σε μόνιμο βαθμό από την οικονομική κρίση, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες οικονομίες, που, έστω και αργά, δείχνουν να ανακάμπτουν.

Το οικονομικό κλίμα του 2012, χαρακτηρίζεται από την οικονομική αστάθεια και αβεβαιότητα, τις κρίσεις χρέους, τα οξυμένα προβλήματα στον χρηματοοικονομικό

τομέα αρκετών χωρών, την υψηλή ανεργία, την υποαπασχόληση των παραγωγικών συντελεστών και τις οικονομικές πολιτικές των κρατών-μελών να τάσσονται στην κατεύθυνση της δημοσιονομικής προσαρμογής, προκειμένου να περιοριστούν τα δημοσιονομικά ελλείμματα.

### 2.3.1 ΑΕΠ

Το 2012, το ΑΕΠ της Ευρωζώνης εμφανίζει συρρίκνωση κατά 0,6%, μετά από τους χαμηλούς θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης του 2010 και 2011 (1,9% και 1,4%, αντίστοιχα), ενώ παρόμοια ήταν και η μεταβολή του ΑΕΠ της ΕΕ, το οποίο συρρικνώθηκε το 2012 κατά 0,3%.



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

### Διάγραμμα 2. 1

#### Ρυθμοί ανάπτυξης του ΑΕΠ στις χώρες της Ευρωζώνης

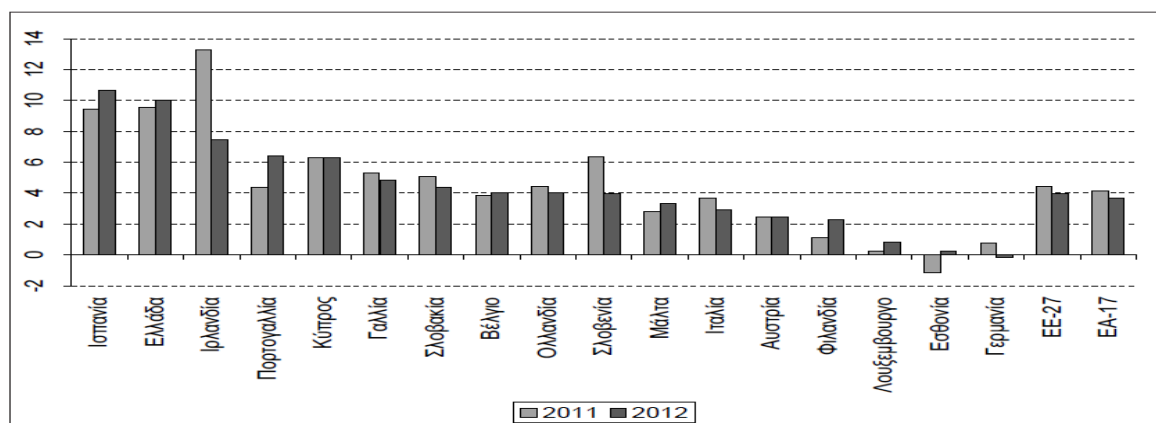
Όπως παρατηρεί κανείς, η εξέλιξη του ΑΕΠ διαφοροποιείται αρκετά εντός των χωρών της ζώνης του ευρώ, μετά την οικονομική κρίση (Διάγραμμα 2.1). Συγκεκριμένα, τη χρονιά του 2011 και του 2012 οι διαφοροποιήσεις στην εξέλιξη του ΑΕΠ είναι ιδιαίτερος εμφανείς.

Επιπλέον, η αυξημένη αβεβαιότητα που κυριαρχεί στις ευρωπαϊκές οικονομίες, με την ταυτόχρονη αδυναμία των κυβερνήσεων να δημιουργήσουν συνθήκες οικονομικής ασφάλειας, είναι λογικό να επηρεάζουν τις αποφάσεις που σχετίζονται με την κατανάλωση και την επένδυση. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει η μείωση της ιδιωτικής κατανάλωσης κατά 1,3, αλλά και των επενδύσεων του παγίου κεφαλαίου αγγίζοντας το -4,1% μέσα στο 2012.

Επιπρόσθετα, σημειώνεται μείωση του πληθωρισμού στο 2,5% από 2,7% που ήταν το 2011. Βασική αιτία για τη μείωση του πληθωρισμού αποτελεί η μικρή αύξηση των τιμών της ενέργειας και των τροφίμων, αλλά και η ασθενής εσωτερική ζήτηση, που οδηγεί σε μικρές αυξήσεις των τελικών τιμών των προϊόντων και των υπηρεσιών.

### 2.3.2 Δημόσιο Έλλειμμα

Σε σχέση με την εξέλιξη των δημοσιονομικών μεγεθών, η μείωση του ελλείμματος είναι έκδηλη σε όλες σχεδόν τις οικονομίες της ζώνης του ευρώ (Διάγραμμα 2.2), στα πλαίσια της αυστηρής πολιτικής περιορισμού αυτού. Έτσι, στις χώρες της ΕΕ πέφτει στο 4% το 2012 από 4,4% που ήταν το 2011 και στις χώρες της Ευρωζώνης στο 3,7% από 4,1%. Ταυτόχρονα, η αύξηση των δημοσιονομικών εσόδων, ως αποτέλεσμα της θετικής επίδρασης της οικονομικής ανάκαμψης μετά την οικονομική κρίση, οδηγεί στην αύξηση των εσόδων από έμμεσους φόρους (ΦΠΑ). Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η άμεση φορολογία (εισόδημα και πλούτος), αλλά και η πολιτική αύξησης των συντελεστών φορολόγησης του εισοδήματος από εργασία και κεφάλαιο, που ακολούθησαν πολλές χώρες- μέλη, με σκοπό τη βελτίωση των δημοσιονομικών ισοζυγίων.



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

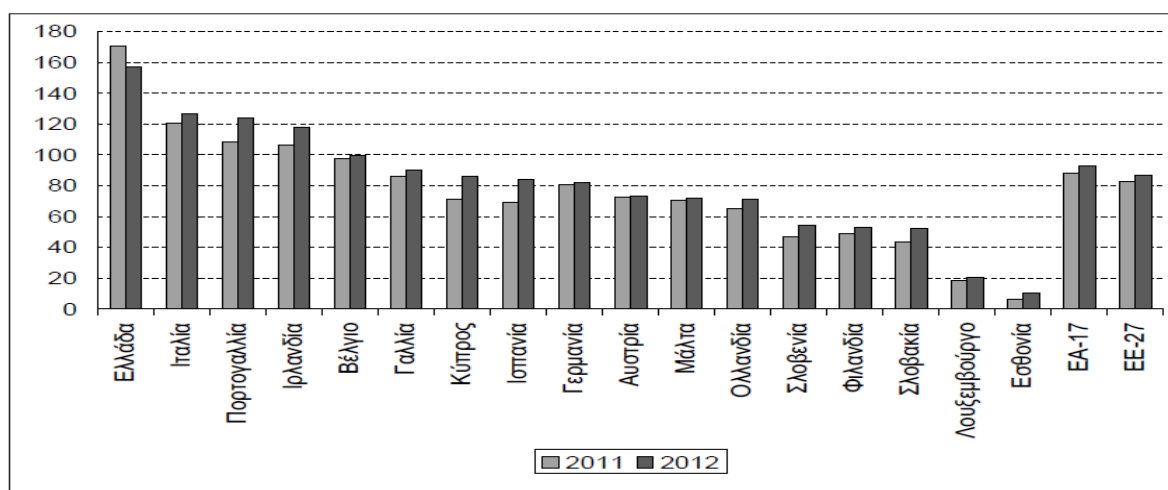
### Διάγραμμα 2. 2

### Εξέλιξη Δημόσιου ελλείμματος στην Ευρωζώνη, 2011-2012

### 2.3.3 Δημόσιο χρέος

Εντούτοις, παρά τον περιορισμό των δημοσιονομικών ελλειμμάτων, το δημόσιο

χρέος συνεχίζει να αυξάνεται, με μικρότερο όμως ρυθμό, εξαιτίας της αύξησης των δαπανών για τόκους, παράλληλα με την μείωση των ρυθμών ανάπτυξης. Έτσι, για το 2012 το χρέος ως προς το ΑΕΠ για τις χώρες της Ευρωζώνης αυξάνεται στο 92,7% από 88% το 2011, και για το σύνολο των χωρών της ΕΕ στο 86,9% από 83,1% το 2011.(Διάγραμμα 2.3)



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

### Διάγραμμα 2.3

#### Εξέλιξη Δημόσιου χρέους στην Ευρωζώνη, 2011-2012

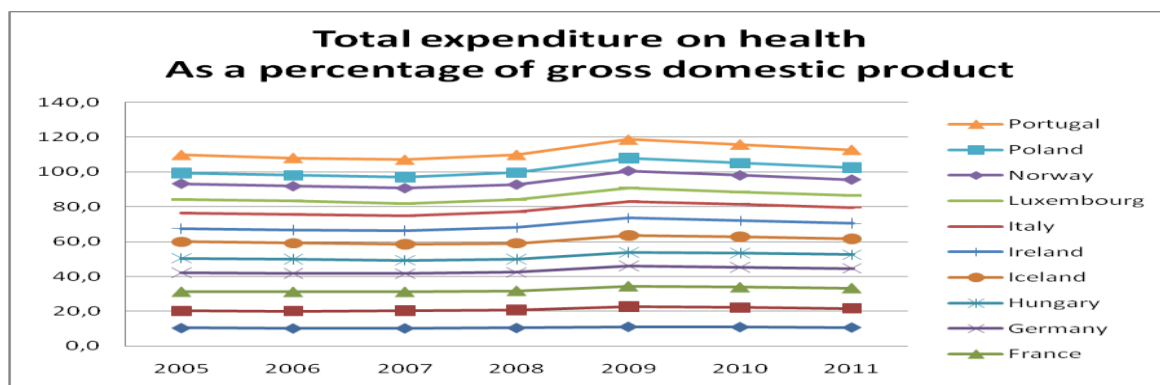
Στο σημείο αυτό σκόπιμη είναι η αναφορά της επίδρασης των προηγούμενων οικονομικών δεικτών και στα οικονομικά της υγείας. Έτσι, η μικρή βελτίωση του ΑΕΠ, σε συνδυασμό με την αύξηση του πληθωρισμού, καθώς και τα υψηλά ελλείμματα που παρατηρούνται, με την περαιτέρω αύξηση του δημόσιου χρέους, ως απόρροιας της οικονομικής κρίσης, δεν αφήνουν πολλά περιθώρια ευελιξίας στις κυβερνήσεις. Οπότε, αυτές αναπόφευκτα καταφεύγουν σε αυστηρές δημοσιονομικές πολιτικές, προκειμένου να επιτευχθεί οικονομική ανάκαμψη.

Συγκεκριμένα, στον τομέα της υγείας όλα τα παραπάνω συνεπάγονται σοβαρό αντίκτυπο στα νοικοκυριά, που είναι και ο τελικός αποδέκτης. Κατά συνέπεια, αυτά καλούνται να αντιμετωπίσουν τις περικοπές των μισθών, την αύξηση των τιμών των φαρμάκων και των ιατρικών νοσηλίων, ενώ παράλληλα οι κρατικές δαπάνες και τα κονδύλια για τη δημόσια υγεία περιορίζονται σημαντικά. Στον Διάγραμμα 2.4 απεικονίζεται η μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία ενδεικτικά για κάποιες χώρες από το 2009 και μετά την έλευση της κρίσης.

Είναι εμφανές λοιπόν το πώς ο τομέας της υγείας προοδευτικά αποδυναμώνεται



και υπολειτουργεί, αδυνατώντας πολλές φορές ακόμα και να καλύψει επαρκώς τις ανάγκες του πληθυσμού. Παράλληλα, η πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας δυσχεραίνει, καθώς οι φορείς δημόσιας υγείας ασφυκτιούν και δηλώνουν ανεπάρκεια, ενώ η ιδιωτική ασφάλιση καθίσταται οικονομικά απρόσιτη σε αυτόν.



**Διάγραμμα 2.4**  
**Κρατικές Δαπάνες Υγείας**

#### 2.3.4 Τομέας Απασχόλησης

Είναι λογικό πως, οι προαναφερθέντες αλλαγές στους οικονομικούς δείκτες, δε θα μπορούσαν να αφήσουν ανεπηρέαστο τον τομέα της απασχόλησης. Κάνοντας έναν απολογισμό, από την έναρξη της οικονομικής κρίσης στην ΕΕ, παρατηρείται πως 5.509.700 θέσεις εργασίας έχουν χαθεί, ενώ οι άνεργοι έχουν αυξηθεί σε 8.593.200 άνδρες και γυναίκες. Από αυτά τα νούμερα, οι 3.909.000 θέσεις εργασίας και οι 6.172.500 ανήκουν στην Ευρωζώνη.

Ειδικότερα, το 2012, ο τομέας της απασχόλησης εμφανίζει σημαντική μείωση σε σχέση με το 2011. Συγκεκριμένα, οι θέσεις εργασίας στην ΕΕ μειώνονται κατά 1.038.400, με παράλληλη αύξηση των ανέργων κατά 2.079.600 άνδρες και γυναίκες, εκ των οποίων, στην Ευρωζώνη αναλογεί το 96% των θέσεων εργασίας που χάθηκαν και το 98% της αύξησης των ανέργων.

Ιδιαίτερη επιδείνωση παρατηρείται στο ποσοστό των νέων συγκεκριμένα. Έτσι, η απασχόληση των νέων μέχρι 24 ετών στην ΕΕ συρρικνώνεται και το 2012 κατά 726.300 νέους και νέες, με αποτέλεσμα να έχουν χαθεί συνολικά 3.766.000 θέσεις εργασίας νέων από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ τον Ιούλιο του 2013, οι σοβαρές δυσκολίες ανεύρεσης εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα το ποσοστό ανεργίας των νέων κάτω των 25 ετών να υπερβαίνει το 60% στην Ελλάδα,

το 55% στην Ισπανία, το 52% στην νότιο Αφρική και το 40% στην Ιταλία και την Πορτογαλία.

Επίσης, καθ'όλη τη διάρκεια της κρίσης είναι εμφανής η αλλαγή σύστασης του ενεργού εργατικού δυναμικού στην απασχόληση, όσον αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο. Έτσι, μειώνονται τα ποσοστά απασχόλησης για το χαμηλό και μέσο εκπαιδευτικό επίπεδο, με ταυτόχρονη αύξηση του υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου (Πίνακας 2.1) ενώ ο ΟΟΣΑ σημειώνει πως, σε πολλές από τις 24 χώρες-μέλη του, η απώλεια εργασίας και η μείωση του μισθού πλήττει σε μεγαλύτερο βαθμό ανειδίκευτους εργάτες και νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα, απ' ότι ειδικευμένους εργαζόμενους με υψηλότερη αμοιβή.

## Πίνακας 2. 1

### Απασχολούμενοι στην Ε.Ε ανά εκπαιδευτικό επίπεδο και οι μεταβολές τους (σε χιλ.)

GEO/TIME	2012				2011-2012	2011-2012	2011-2012	2011-2012	2008-2012	2008-2012	2008-2012	2008-2012
	ΣΥΝΟΛΟ	(0-2)	(3-4)	(5-6)	ΣΥΝΟΛΟ	(0-2)	(3-4)	(5-6)	ΣΥΝΟΛΟ	(0-2)	(3-4)	(5-6)
European Union (28)	216.980,2	43.793,7	105.661,7	66.937,1	-1.038,4	-2.119,3	-766,4	1.938,3	-5.509,7	-8.992,9	-4.046,5	7.456,1
European Union (27)	215.545,7	43.588,9	104.769,6	66.604,2	-991,3	-2.082,4	-743,9	1.929,4	-5.316,7	-8.907,7	-3.918,6	7.440,6
European Union (15)	172.448,2	38.957,1	77.480,2	55.428,9	-622,9	-1.919,3	-323,5	1.714,0	-3.795,9	-7.833,2	-1.780,2	5.748,0
Euro area (17)	140.216,6	33.162,8	64.386,6	42.508,0	-999,3	-1.609,8	-388,0	1.089,1	-3.909,0	-6.435,2	-1.180,5	3.793,6
Euro area (13)	136.704,7	32.870,7	62.110,0	41.565,1	-987,3	-1.592,9	-379,7	1.075,6	-3.791,0	-6.366,4	-993,9	3.655,6
Belgium	4.513,3	878,3	1.770,3	1.864,7	13,2	-16,8	-23,7	53,7	75,9	-73,9	-35,6	185,4
Bulgaria	2.931,0	319,2	1.775,2	836,7	-31,2	-19,9	-19,4	8,2	-422,8	-178,7	-225,6	-18,4
Czech Republic	4.883,8	209,2	3.652,7	1.021,3	-13,4	-12,3	-54,3	53,3	-110,8	-79,7	-267,3	236,0
Denmark	2.688,5	595,6	1.139,5	876,3	-14,0	-43,8	-8,6	23,5	-164,1	-183,6	-50,1	45,5
Germany	39.952,0	5.167,1	23.145,3	11.601,9	314,1	3,9	84,6	312,4	1.480,5	-418,5	427,4	1.533,8
Estonia	624,4	51,6	329,8	242,8	15,3	-1,3	5,1	11,7	-32,1	-16,0	-31,4	15,1
Ireland	1.831,2	311,3	658,2	824,1	-11,0	-23,0	-6,2	28,7	-262,1	-164,4	-136,2	75,8
Greece	3.755,4	1.091,8	1.483,9	1.179,7	-324,6	-181,3	-116,4	-26,9	-793,3	-476,1	-304,4	-12,8
Spain	17.266,1	6.347,1	4.099,8	6.819,2	-823,8	-571,1	-209,5	-43,2	-2.977,9	-2.264,9	-743,1	30,2
France	25.778,9	5.463,0	11.234,4	9.079,8	21,3	-213,6	-138,4	372,4	-88,6	-716,0	-430,1	1.056,5
Croatia	1.434,5	204,8	892,0	332,9	-47,1	-36,9	-22,6	8,9	-193,0	-85,3	-128,1	15,6
Italy	22.843,1	7.821,8	10.743,8	4.277,5	-70,9	-229,5	-37,3	195,9	-509,9	-988,5	169,4	309,3
Cyprus	386,5	72,4	150,8	163,3	-8,9	-14,5	0,5	5,1	6,1	-14,7	-0,5	21,2
Latvia	885,6	78,4	504,4	302,7	24,0	-3,0	4,9	22,3	-238,9	-61,4	-176,4	-1,1
Lithuania	1.275,5	50,6	708,9	515,9	21,3	0,4	13,1	7,7	-242,6	-44,7	-187,5	-10,5
Luxembourg	235,8	44,9	89,0	98,8	11,1	0,9	2,5	7,7	33,5	-11,8	6,7	35,5
Hungary	3.877,9	418,7	2.438,5	1.020,6	66,0	-1,7	25,5	42,1	-1,5	-65,0	-60,5	123,9
Malta	172,4	80,4	54,3	37,7	4,0	2,7	-0,2	1,5	12,4	-15,8	20,2	8,9
Netherlands	8.409,1	2.052,1	3.517,1	2.760,9	52,0	-59,2	22,2	82,9	-170,3	-129,2	-113,0	62,7
Austria	4.170,0	636,3	2.679,4	854,4	39,5	-28,9	26,7	41,8	93,6	-78,8	61,7	110,8
Poland	15.549,8	1.054,8	9.895,0	4.599,9	-537,0	-84,9	-455,5	3,3	-207,8	-344,6	-776,5	913,2
Portugal	4.547,3	2.627,5	979,1	940,6	-206,5	-249,9	9,7	33,6	-552,9	-906,7	188,5	165,2
Romania	9.262,8	2.108,9	5.494,0	1.659,9	125,2	-17,5	88,3	54,3	-106,3	-187,6	-192,5	273,8
Slovenia	919,3	99,8	544,1	275,4	-11,3	-7,3	-14,6	10,7	-71,9	-44,2	-65,4	37,6
Slovakia	2.328,4	87,7	1.741,7	499,1	-22,6	-3,8	-13,9	-4,8	-104,5	-22,2	-175,0	92,8
Finland	2.483,2	329,6	1.165,5	988,1	9,5	-17,0	20,6	6,0	-47,7	-93,6	-19,8	65,7
Sweden	4.657,1	707,0	2.300,4	1.643,5	31,2	-23,1	-3,8	58,7	64,1	-98,4	-23,8	195,7
United Kingdom	29.317,2	4.883,7	12.474,3	11.619,4	336,0	-266,7	53,8	566,8	23,1	-1.228,9	-778,0	1.888,9
Iceland	167,9	52,7	60,8	53,8	1,9	-1,6	-0,1	3,5	-9,2	-18,5	4,1	5,6
Norway	2.585,4	472,4	1.114,4	979,6	49,9	-9,3	13,3	39,4	71,7	-49,4	-0,5	111,5

Πηγή: www.gsee.gr

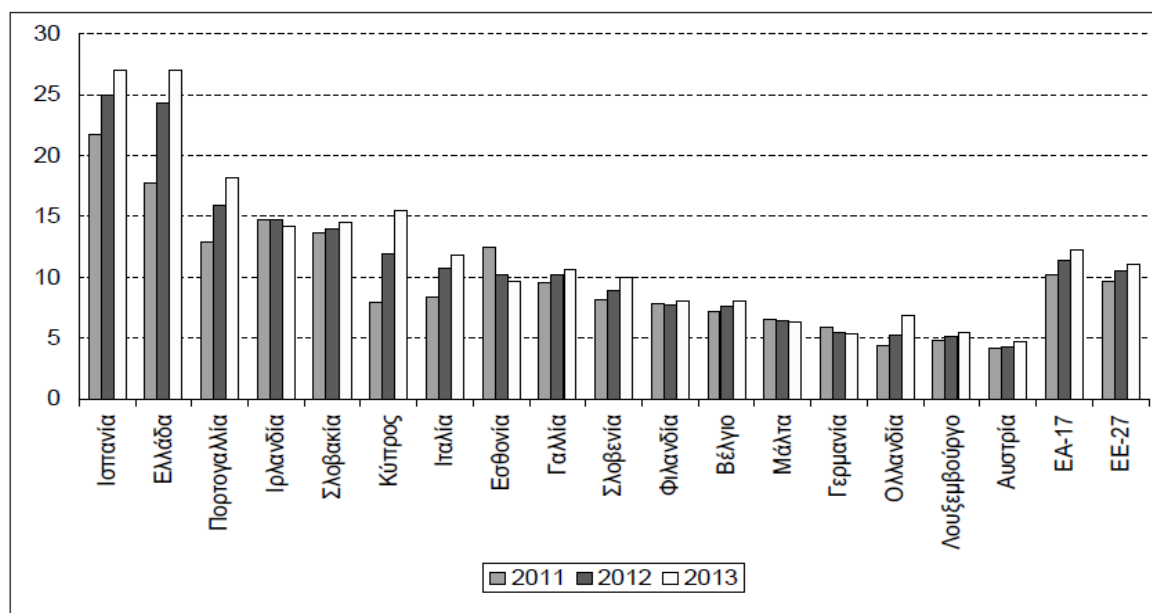
### 2.3.5 Ανεργία

Όσον αφορά στην εξέλιξη της ανεργίας, αυτή σημειώνει περαιτέρω αύξηση. Έτσι, διαμορφώνεται στο 11,4% του συνολικού εργατικού δυναμικού των χωρών της Ευρωζώνης και στο 10% της ΕΕ, με τάση ενίσχυσης και το 2013. Η εξέλιξή της είναι αναμενόμενη, αφού γενικά ο σταδιακός ρυθμός ανάκαμψης της οικονομίας με την

παρέλευση μιας κρίσης, συνοδεύεται από ένα υψηλό επίπεδο ανεργίας (άνεργη ανάκαμψη). (Διάγραμμα 2.5)

Επιπλέον, οι διαφορετικές υποδομές της κάθε χώρας, εντείνουν το πρόβλημα και έτσι παρατηρείται αδυναμία των χωρών της Ευρώπης να διατηρήσουν ένα σταθερό ρυθμό ανάκαμψης. Η αβεβαιότητα για τις οικονομικές προοπτικές και οι οικονομικές εξελίξεις σε αρκετές χώρες- μέλη της, καθιστούν την κυκλική εξέλιξη της ανεργίας μακροπρόθεσμη, γεγονός που επιφέρει αλυσιδωτές συνέπειες στην αγορά εργασίας, στην παραγωγή αλλά και στην κοινωνική συνοχή.

Ειδικότερα, το 2013, οι άνεργοι στην Ευρωπαϊκή Ένωση φτάνουν τα 26,4 εκατομμύρια και στην Ευρωζώνη τα 19,2 εκατομμύρια, σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat το Μάιο του 2013, ως αποτέλεσμα της εφαρμογής των προγραμμάτων λιτότητας και της ύφεσης. Δηλαδή, μέσα σε ένα χρόνο (Μάιος 2012 - Μάιος 2013), η ανεργία στην Ε.Ε. αυξήθηκε κατά 1,32 εκατομμύρια άτομα και στην ευρωζώνη κατά 1,34 εκατομμύρια άτομα.



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

**Διάγραμμα 2. 5**

**Εξέλιξη του ρυθμού ανεργίας στην Ευρωζώνη, 2011- 2013**

### 2.3.6 Φτώχεια και Κοινωνικός αποκλεισμός

Η αποτύπωση της ευρωπαϊκής οικονομικής κατάστασης δε θα μπορούσε να ολοκληρωθεί χωρίς την αναφορά στο επίπεδο φτώχειας που αντιπροσωπεύει την Ευρώπη στο σύνολό της στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Στα πρόσφατα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Κομισιόν διαφαίνεται ξεκάθαρα η μέχρι τώρα επιβάρυνση των νοικοκυριών από τις εξελίξεις των προαναφερθέντων οικονομικών δεικτών, καθώς μεγάλο μέρος του ευρωπαϊκού πληθυσμού ζει στα όρια της φτώχειας.

Η φτώχεια αναμενόμενα δημιουργεί στους ανθρώπους συναισθήματα έντονης ανασφάλειας, αφού καθιστά δύσκολη την κάλυψη βασικών βιοτικών αναγκών, όπως η σίτιση και η στέγαση, ενώ παράλληλα τους ωθεί στην υιοθέτηση συγκεκριμένου τρόπου ζωής, ο οποίος συνήθως οδηγεί στον κοινωνικό αποκλεισμό.

Ειδικότερα, σύμφωνα με τα στοιχεία της Κομισιόν, (European Commission, 2014) υπολογίζεται πως πάνω από 120 εκατομμύρια άνθρωποι βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, δηλαδή το 24% του συνολικού πληθυσμού της Ευρώπης. Από το ποσοστό αυτό το 27% αφορά στα παιδιά στην Ευρώπη, το 20,5% άτομα ηλικίας πάνω των 65 ετών, ενώ το 9% εκείνους που εργάζονται.

Συγκεκριμένα, το 9% των ευρωπαϊκών νοικοκυριών βάλλεται από σοβαρές υλικές στερήσεις και το 17% των Ευρωπαίων ζει με λιγότερο από το 60% του μέσου εισοδήματος των νοικοκυριών της χώρας τους. Επίσης, ποσοστό 10% των Ευρωπαίων ζουν σε νοικοκυριά όπου όλα τα μέλη είναι άνεργα, ενώ παρατηρούνται ποσοστά φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού κατά 12 εκατομμύρια πιο υψηλά για τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες.

Τέλος, ειδικοί πληθυσμοί όπως οι Ρομά, χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής, καθώς όχι μόνο παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά ανεργίας, αλλά και απουσίας από τα εκπαιδευτικά συστήματα. Έτσι, τα δύο τρίτα αυτών είναι άνεργοι, ένα στα δύο παιδιά φοιτά νηπιαγωγείο και μόνο το 15% έχει πλήρη δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

## 2.4 Κοινωνικές προεκτάσεις της κρίσης

Στην προηγούμενη ενότητα πραγματοποιήθηκε η απεικόνιση του οικονομικού πλαισίου των διαφόρων χωρών μετά την κρίση του 2007. Όμως, μια οικονομική κρίση δεν έχει μόνο οικονομικές αλλά και κοινωνικές διαστάσεις, καθώς προοδευτικά επεκτείνεται και συνεπηρεάζει όλες τις πτυχές της κοινωνικής ζωής του ατόμου, πλήττοντας ακόμα και την υγεία του. Σε αυτή την ενότητα πρόκειται να αναλυθεί η συσχέτιση των χαρακτηριστικών της απασχόλησης με την υγεία, αλλά και της

έλλειψης απασχόλησης και ειδικότερα της ανεργίας με θέματα υγείας, ώστε να γίνουν κατανοητοί οι μηχανισμοί επίδρασης της κρίσης στους κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας.

#### 2.4.1 *Εργασία και υγεία*

Είναι γενική αλήθεια πως η εργασία αποτελεί το σημαντικότερο μέσο απόκτησης οικονομικών πόρων, για το μεγαλύτερο τουλάχιστον τμήμα του πληθυσμού, καλύπτοντας ταυτόχρονα, εκτός από τις υλικές, και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ανθρώπου.

Ειδικότερα, η ύπαρξη απασχόλησης, το είδος της και το αναμενόμενο εισόδημα, προσδιορίζουν το επίπεδο υλικής και κοινωνικής ευημερίας του και τη δυνατότητα κάλυψης των παρούσων και μελλοντικών αναγκών, τόσο του ιδίου όσο και των μελών της οικογένειάς του.

Εκτός του εισοδήματος όμως, και ό,τι αυτό συνεπάγεται, να σημειωθεί πως, μέσω της εργασίας, το άτομο ανακαλύπτει και διαμορφώνει την ταυτότητά του, τονώνεται η αυτοεκτίμησή του, αποκτώντας, παράλληλα, κοινωνική θέση και ρόλο. Αφιερώνοντας σημαντικό μέρος του χρόνου και της ενέργειας σε καθημερινή βάση, ο εργαζόμενος δημιουργεί κοινωνικούς δεσμούς με το περιβάλλον της εργασίας και τους συναδέλφους του, απαραίτητους για την προσωπική του εξέλιξη ως κοινωνικό ον.

Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται από την πλειοψηφία των ερευνητικών ευρημάτων, που υπογραμμίζουν την ύπαρξη θετικής επίδρασης της εργασίας στη σωματική και ψυχική υγεία. Όμως, έχουν εντοπιστεί και περιπτώσεις-εξαιρέσεις. Έτσι, υπό προϋποθέσεις, το εργασιακό περιβάλλον ενδέχεται να αποτελέσει πηγή άγχους, κούρασης και δυσφορίας, είτε με την άσκηση συγκεκριμένων καθηκόντων, είτε λόγω εργασιακών σχέσεων ή άλλων παραγόντων που εμπλέκονται στην εργασία.

Επιπρόσθετα, η ανασφαλής απασχόληση λειτουργεί αρνητικά για την υγεία όλων και ιδιαίτερα για την υγεία των ευάλωτων ψυχικά ομάδων. Έχει βρεθεί επίσης ότι, και η απασχόληση σε βάρδιες δρα αρνητικά στην υγεία. Οι ευέλικτες μορφές απασχόλησης, όπως η μερική απασχόληση, έχουν συσχετιστεί με θετική αλλά και με αρνητική επιρροή στην υγεία, εφόσον μάλλον καταλυτικό ρόλο στη διαμόρφωση των αντίστοιχων συνεπειών φαίνεται να έχει η ακούσια ή η εκούσια επιλογή εργασίας από το άτομο. (Καμινιώτη Ολυμπία, 2012)

Πάντως, έτσι και αλλιώς, οι θετικές συνέπειες της εργασίας υπερκαλύπτουν τις

αρνητικές, γεγονός που έγκειται στην ευρύτερη προσφορά της εργασίας στο άτομο, τόσο υλικά όσο και ψυχικά.

#### 2.4.2 *Ανεργία και υγεία*

Έχοντας ήδη αναφερθεί στην πολύπλευρη σημασία της εργασίας για τον άνθρωπο, είναι εύκολο να κατανοήσει κανείς την αρνητική επίδραση της μη εργασίας σε αυτό. Έτσι, η ανεργία, εκτός της αρχικής απώλειας του εισοδήματος, συνεπάγεται πολλά περισσότερα για το ίδιο το άτομο. Συγκεκριμένα, η ακούσια διακοπή της εργασίας και της επαγγελματικής δραστηριότητας κλονίζει την εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του, την ταυτότητά του, τους ρόλους του και το σκοπό της ζωής του. Οπότε, το άτομο καθίσταται ψυχικά ανενεργό, καθώς νιώθει να ανατρέπονται η κοινωνική του θέση, το κύρος του και τα ήδη οργανωμένα επαγγελματικά του σχέδια, έστω και σε προσωρινό βαθμό. (Αναγνωστόπουλος, 2010)

Γενικά, εντοπίζει κανείς δύο μεγάλες συνέπειες της ανεργίας: τη δυσχερή οικονομική κατάσταση και τη μειωμένη αυτοεκτίμηση του ατόμου, αν και οι δύο αυτές επιδράσεις πολλές φορές επικαλύπτονται. Παρόλα αυτά, και οι δύο αποτελούν βασική αιτία άγχους για τον άνεργο. Οι οικονομικές δυσκολίες ενδεχομένως πλήττουν περισσότερο τα άτομα χαμηλού ή μεσαίου εισοδήματος.

Από την άλλη πλευρά, η απώλεια αυτοεκτίμησης είναι μάλλον εντονότερη στα άτομα των υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων. Συχνά δημιουργεί στο άτομο το αίσθημα απώλειας του ελέγχου στη ζωή του, με συνεπαγόμενα καταθλιπτικά συναισθήματα, ψυχοσωματικά συμπτώματα, κ.λπ., καθιστώντας το γενικά πιο εύθραυστο. Βέβαια, σύμφωνα με έρευνα, στην γενικότερη ισορροπία του ατόμου, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο από το άμεσο οικογενειακό περιβάλλον. (Linn, Sandifer, & Stein, 1985)

Εκτός αυτού, σύμφωνα με το family stress model του Conger και των συνεργατών του το 2000 (Ahmed, 2005), οι επιπτώσεις της ανεργίας δεν περιορίζονται στο ίδιο το άτομο μόνο, αλλά επεκτείνονται και στα μέλη της οικογένειάς του. Εντοπίζουν αρνητικές συνέπειες στην υγεία των ατόμων και στις σχέσεις τους με τους άλλους, εξαιτίας της μακροχρόνιας οικονομικής ανέχειας, υπογραμμίζοντας ιδιαίτερα την επιβάρυνση στην ψυχική και τη σωματική υγεία των παιδιών. Έτσι, η οικονομική δυσπραγία μειώνει την αλληλοϋποστήριξη μεταξύ των συντρόφων και αυξάνει την επιθετικότητα, διαταράσσοντας σε μεγάλο βαθμό την ισορροπία των σχέσεων. Η κακή ψυχολογική κατάσταση των γονέων, συνοδευόμενη από καταθλιπτικά

συμπτώματα έχει σαφώς σοβαρό αντίκτυπο και στα παιδιά. (Davis & Mantler, 2004)

Οι επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία έχουν αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών, που καταδεικνύουν την άμεση συσχέτισή της με συγκεκριμένους δείκτες υγείας. Συγκεκριμένα, το 1976 ο Brenner, χρησιμοποιώντας συγκεντρωτικά δεδομένα (aggregate data) 30 ετών για τις ΗΠΑ, κατέδειξε την αρνητική επίπτωση της ανεργίας σε οκτώ δείκτες: τις αυτοκτονίες, τις εισαγωγές σε νοσοκομεία, τους εγκλεισμούς σε φυλακές, τις ανθρωποκτονίες, τη θνησιμότητα από κίρρωση του ήπατος, τα καρδιακά προβλήματα και τη νεφρική ανεπάρκεια και τον συνολικό δείκτη θνησιμότητας. Στη συνέχεια, το 1983, εξέτασε τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης σε ευρωπαϊκές χώρες και εντόπισε ότι συσχετίζονται με τον συνολικό δείκτη θνησιμότητας και με συγκεκριμένες αιτίες θνησιμότητας. (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2013)

Ο Brenner υποστήριξε ένθερμα ότι η οικονομική κρίση οδηγεί σε αύξηση της ανεργίας, η οποία δημιουργεί προβλήματα υγείας, λόγω της υποβάθμισης της οικονομικής και κοινωνικής ευημερίας. Υποστήριξε, επίσης, ότι σε περιόδους οικονομικής ύφεσης επηρεάζεται αρνητικά και η υγεία των εργαζομένων, εξαιτίας του άγχους που δημιουργεί η γενικευμένη εργασιακή ανασφάλεια, που επικρατεί στις περιόδους αυτές.

Σε επόμενη έρευνα, που πραγματοποιήθηκε από τους Price et al. το 2002, με συμπλήρωση ερωτηματολογίων σε ατομικό επίπεδο, έγινε διερεύνηση των μηχανισμών εκείνων, με τους οποίους η ανεργία επηρεάζει την υγεία. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της έρευνας, η ανεργία οδηγεί σε επιβάρυνση της σωματικής υγείας, μέσω της επίδρασης που ασκεί στην «αίσθηση ελέγχου» που νοιώθει το άτομο και τις λοιπές συναισθηματικές επιπτώσεις που προκαλεί. Η οικονομική δυσπραγία αυξάνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα και μειώνει την αίσθηση ότι το άτομο έχει τον έλεγχο της ζωής του. Η θλίψη και το άγχος που προκαλούνται από την απώλεια ελέγχου, επιβαρύνουν τη σωματική υγεία. Αυτή η διαχρονική μελέτη έδειξε ότι η σχέση υγείας και ανεργίας είναι αμφίπλευρη, αφού η ψυχική ασθένεια οδηγεί σε απώλεια της εργασίας, αλλά και η ανεργία αποτελεί αιτία εμφάνισης ή και επιδείνωσης της ψυχικής ασθένειας. (Price, Choin, & Vinocur, 2002)

Τέλος, να σημειωθεί πως, πολλές φορές, το ανεπαρκές εισόδημα, αποτελεί την κύρια αιτία περιορισμού της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, της μη πρόσβασης σε αυτές ή την επιλογή κατώτερης ποιότητας ιατρικής φροντίδας, γεγονός που έμμεσα επίσης επηρεάζει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, μελέτες

κατέδειξαν ότι τα άτομα χαμηλού εισοδήματος περιορίζουν τη χρήση εκείνων των υπηρεσιών υγείας, που πρέπει τα ίδια να καταβάλουν σημαντικό μέρος της αντίστοιχης δαπάνης. Κάτι τέτοιο συμβαίνει, για παράδειγμα, στην περίπτωση της οδοντιατρικής περίθαλψης, καθώς και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών που δεν καλύπτονται επαρκώς από τους ασφαλιστικούς φορείς.

Επίσης, το χαμηλό εισόδημα συνεπάγεται και μικρότερη συχνότητα πρόσβασης σε προληπτικές (συμβουλευτικές) και θεραπευτικές (συνταγογραφία φαρμάκων και νοσοκομειακή περίθαλψη) υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου. Ταυτόχρονα, τα άτομα ανώτερων εισοδηματικών κλιμακίων προσφεύγουν συχνότερα σε γιατρούς ειδικοτήτων, σε σχέση με τους φτωχούς. (Μ Μαλλιάρου; Π Σαράφης, 2012)

Σε μελέτη για την χρήση/κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας των νοικοκυριών στην Κορέα το 1997 κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης κατέστη πολύ σαφής η μείωση της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας σε ένα ασφαλιστικό σύστημα με συμμετοχή στην χρήση για όλα τα νοικοκυριά. Έτσι, επιβαρύνθηκαν κυρίως τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα και ειδικά οι άνεργοι, περισσότερο δε στην κατανάλωση φαρμάκων, τα οποία φαίνεται να αυξήθηκαν λόγω της κρίσης και της υποτίμησης του νομίσματος. (Νιάκας, 2013)

Γίνεται κατανοητό λοιπόν, πως η αισθητή κάμψη της οικονομίας, κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης, συνεπάγεται την αύξηση των ποσοστών απώλειας της εργασίας ή της μειωμένης εργασίας, απειλώντας τελικά την κοινωνική ευημερία και οδηγώντας μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, κυρίως των χαμηλότερων στρωμάτων, σε επίπεδο φτώχειας. Η δυσχερής οικονομική κατάσταση των νοικοκυριών, ή και η παντελής απουσία αυτών, επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ατόμων, καθώς το αγαθό της υγείας καθίσταται μάλλον δυσπρόσιτο σε αυτά.

## **2.5 Επίδραση της κρίσης στους κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας**

Όλα τα παραπάνω συνυπάρχουν και αλληλεπιδρούν με τη γενικότερη οικονομική κατάσταση, όπως αυτή περιγράφηκε στην αρχή του κεφαλαίου, σε επίπεδο κρατικό, αλλά και διεθνές. Η αδυναμία της οικονομίας της εκάστοτε χώρας επιβαρύνει και επιβαρύνεται από την παγκόσμια κρίση και σίγουρα θέτει την κάθε χώρα σε αδύναμη θέση στήριξης όλων εκείνων των μηχανισμών, προκειμένου να βελτιώσει το επίπεδο υγείας των πολιτών. Ο κατακερματισμός των δαπανών για την υγεία, που συνεπάγεται την περιστολή προγραμμάτων πρόνοιας και κοινωνικής πολιτικής, καθώς και την μείωση της ποιότητας των ήδη επιβαρυνμένων υπηρεσιών υγείας, η



έλλειψη των πόρων για την υποστήριξη των αδύναμων νοικοκυριών, αποτελούν επιπλέον παραμέτρους στην επιβάρυνση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Συγκεκριμένα, η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών ερευνών παγκοσμίως, όπως έχει ήδη αναφερθεί. Σε αυτή την ενότητα επιστρατεύονται τέτοιες μελέτες, έτσι ώστε να αποδειχθεί η επίδραση της κρίσης, στην ψυχική και στη σωματική υγεία του πληθυσμού, και κατά συνέπεια στο επίπεδο υγείας αυτού. Ταυτόχρονα, θα γίνεται παράθεση στατιστικών πινάκων, με στόχο την απεικόνιση της μεταβολής των κοινωνικών προσδιοριστών υγείας σε διάφορες χώρες του ευρώ και μη, πριν και κατά την κρίση, προκειμένου να αποτυπωθεί το επίπεδο υγείας αυτών ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης.

### *2.5.1 Επίδρασεις στην ψυχική υγεία*

Το φαινόμενο της ανεργίας, συνοδό της οικονομικής κρίσης, και δη η καλπάζουσα και η μακροχρόνια ανεργία, αποτελούν καίριους υπονομευτές της ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν ότι η ανεργία και η απώλεια εισοδήματος, κατά συνέπεια, μπορεί να προκαλέσει τις ακόλουθες ψυχολογικές διαταραχές:

- a) κατάθλιψη (κυρίως στα άτομα μέσης ηλικίας),
- b) άγχος,
- c) καταχρήσεις,
- d) αυτοκτονικό ιδεασμό ή και αυτοκτονία (ιδίως στους άνδρες),
- e) αντικοινωνική συμπεριφορά (πχ. επιθετικότητα, βία). (Αναγνωστόπουλος, 2010)

#### 2.5.1.1 Κατάθλιψη

Σύμφωνα με την κ. Οικονόμου, επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, «διεθνείς μελέτες καταδεικνύουν τη σύνδεση ανάμεσα στο χαμηλό εισόδημα και τις απορρέουσες οικονομικές πιέσεις με τις αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης. Από τις οικονομικές πιέσεις, η μείωση του εισοδήματος, η ανεργία, και η οικονομική δυσχέρεια αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, με την παρουσία οικονομικών οφειλών και αναδεικνύεται ως κρίσιμος παράγοντας στη συσχέτιση οικονομικής δυσχέρειας και κατάθλιψης. Εκτός από τους αμιγώς

οικονομικούς παράγοντες, ο φόβος, η ανασφάλεια και η αβεβαιότητα για το μέλλον ως ψυχολογικές κατασκευές που συνδέονται με οικονομικές παραμέτρους μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων». (Νιάκας, 2013)

Επίσης, από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του NIMH Epidemiologic Catchment Area Project, προκύπτει πως όσοι βρέθηκαν σε ανεργία παρουσίαζαν διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης. (Dooley, Catalano, & Wilson, 1994)

#### 2.5.1.2 Άγχος

Είναι γενική αλήθεια πως το επαγγελματικό άγχος εξαντλεί το απόθεμα υγείας του ανθρώπινου δυναμικού. Το άγχος αυτό είναι μείζονος σημασίας για την υγεία και την παραγωγικότητα των ανθρωπίνων πόρων, καθώς τα συμπτώματα του δεν υποχωρούν μετά το τέλος του καθημερινού ωραρίου και την έξοδο από το χώρο εργασίας, αλλά παραμένουν με αντίκτυπο στην ευρύτερη ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου. (Πετράκης, 2011)

Συγκεκριμένα, μπορεί να εκδηλωθεί με αυξημένη ένταση, έλλειψη εργασιακής ικανοποίησης, επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη. Αυτές οι ενδείξεις τελικά αποδυναμώνουν την απόδοση, οδηγώντας σε μείωση της παραγωγικότητας. Οι Maslach et al. υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξάντληση διακρίνεται σε:

- I. Συναισθηματική εξάντληση που αναφέρεται στο αίσθημα ψυχικής κόπωσης και καθιστά τον εργαζόμενο ανίκανο να συγκεντρωθεί,
  - II. Αποπροσωποποίηση που αναφέρεται σε ανάπτυξη ουδέτερων και αρνητικών αισθημάτων,
  - III. Αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης που αναφέρεται στο μειωμένο επιθυμητό και
  - IV. Επιδιωκόμενο αίσθημα ικανοποίησης του επαγγελματία από την εργασία του.
- (Πετράκης, 2011)

Τα στοιχεία δείχνουν πως το επαγγελματικό άγχος αφορά περίπου έναν στους τέσσερις εργαζομένους ενώ, σύμφωνα με μελέτες, ποσοστό από 50% - 60% του συνόλου των χαμένων εργάσιμων ημερών σχετίζονται με το εργασιακό άγχος. Αυτό ερμηνεύεται εύκολα, καθώς ο μεταβαλλόμενος κόσμος της εργασίας θέτει ολοένα και περισσότερες απαιτήσεις στους εργαζομένους μέσα από την περικοπή προσωπικού και την εξωτερική ανάθεση, τη μεγαλύτερη ανάγκη για ευελιξία από άποψη λειτουργιών και δεξιοτήτων, την αυξανόμενη χρήση συμβάσεων εργασίας ορισμένου

χρόνου, την αυξανόμενη εργασιακή ανασφάλεια, την εντατικοποίηση της εργασίας (με αυξημένο φόρτο εργασίας και μεγαλύτερη πίεση) αλλά και την κακή ισορροπία μεταξύ εργασιακού και ιδιωτικού βίου. (European Agency For Safety And Health At Work., 2013)

#### 2.5.1.3 Αυτοκτονίες

Αν και οι επιπτώσεις αυτής της εποχής στην ψυχική υγεία μπορεί να μην έχουν αποκρυσταλλωθεί ακόμα σε συγκεντρωτικά στατιστικά στοιχεία, ωστόσο οι τάσεις είναι εμφανείς: αναφέρουν υπερδιπλασιασμό των αυτοκτονιών που συνδέονται με ανεργία και οικονομική δυσπραγία.

Με βάση τα στοιχεία πρόσφατης έρευνας, σε 11 από 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Στην περίπτωση, κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται >3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4–4,5%.

Η ανάλυση κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα, έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας προκαλεί αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες και ισχαιμική καρδιοπάθεια στους άνδρες νέας ηλικίας, ενώ στην ηλικία >60 ετών δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική σχέση.

Αυτές οι διαπιστώσεις επιβεβαιώνονται από διάφορες έρευνες. Έτσι, έρευνες στην Ουγγαρία αναφέρονται σε αύξηση των αυτοκτονιών την περίοδο της οικονομικής κρίσης, στην Ινδία σημαντική μείωση του επιπέδου της ψυχικής υγείας, στο Χονγκ Κόνγκ αύξηση της κατάθλιψης και στην Ουκρανία αύξηση των αυτοκτονιών εν τω μέσω οικονομικής κρίσης.

Να σημειωθεί στο σημείο αυτό, πως ο πραγματικός αριθμός, ειδικά των αυτοκτονιών, υπολογίζεται κατά πολύ υψηλότερος σε σχέση με τον αριθμό των επίσημων στατιστικών. Και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, μεγάλος αριθμός αυτοκτονιών δηλώνεται ως αιφνίδιοι θάνατοι προς αποφυγή του κοινωνικού στίγματος. (Κουλιεράκης, 2010)

#### 2.5.1.4 Καταχρήσεις

Με βάση έρευνα του Dieter Henkel το 2011, για τη διερεύνηση της σχέσης των καταχρήσεων και της ανεργίας, πραγματοποιήθηκε ταυτοποίηση τουλάχιστον εκατόν τριάντα σχετικών μελετών, που είχαν διεξαχθεί μεταξύ 1990 και 2010. Τα

αποτελέσματα έδειξαν πως η ιδιαίτερα υψηλή κατανάλωση αλκοόλ είναι περισσότερο διαδεδομένη στους άνεργους. Επίσης, είναι πιο πιθανό να είναι και καπνιστές, να καταφεύγουν σε παράνομη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων, και να εμφανίζουν εξαρτήσεις (αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών).

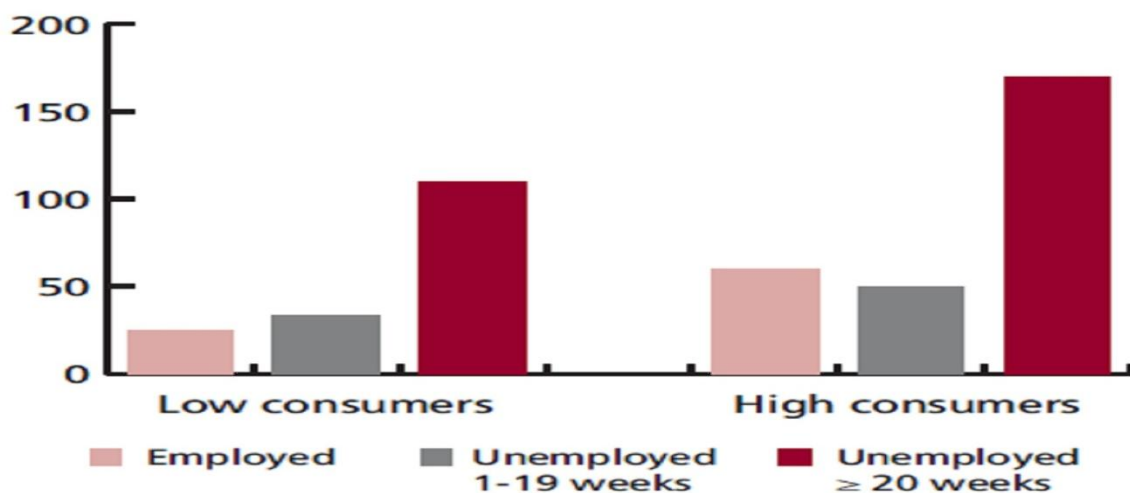
Οι εξαρτήσεις, όχι μόνο αυξάνουν την πιθανότητα της ανεργίας, αλλά ταυτόχρονα μειώνουν την πιθανότητα επανένταξης στον εργασιακό τομέα μετά την απεξάρτηση, ενώ και η ανεργία είναι δυνατόν να αυξήσει τον κίνδυνο υποτροπής. (Dieter, 2011)

#### ➤ Κατανάλωση αλκοόλ

Γενικά, παρατηρείται πως η αύξηση της ανεργίας συνεπάγεται την αύξηση της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών και αυτό ως αποτέλεσμα των ψυχικών διαταραχών που επέρχονται. Από τον κανόνα αυτό φαίνεται πως εξαιρούνται κάποιες χώρες, οι οποίες σε μελέτες δείχνουν τη συνολική κατανάλωση αλκοόλ μειωμένη σε περιόδους κρίσεων, αλλά αυξημένη τη συχνότητα των περιστατικών εκείνων που έχουν κάνει υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και βρίσκονται σε κατάσταση μέθης. Αυτό εξηγείται με την ταυτόχρονη αύξηση του κόστους αγοράς των αλκοολούχων ποτών σε περίοδο κρίσεων και την μεγάλη μείωση του εισοδήματος.

Σε έρευνες, επίσης, διαφαίνεται ότι όσοι έχουν προϋπάρχοντα προβλήματα αλκοολισμού είναι πιο πιθανό δεχτούν απόλυση την περίοδο της οικονομικής κρίσης ή είναι μικρότερη η πιθανότητα να ξαναβρούν δουλειά. (Πατελάρου, Μανιδάκη, Μπαλολάκης, Ορφανού, & Πατελάρου, 2012)

Μια μακροχρόνια μελέτη, στην οποία πραγματοποιήθηκε παρακολούθηση νέων ατόμων για πέντε χρόνια μετά την ολοκλήρωση της υποχρεωτικής τους εκπαίδευσης, κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι όσοι από αυτούς υπήρξαν άνεργοι για μεγάλο χρονικό διάστημα παρουσίαζαν σημαντικά μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν ή ήταν άνεργοι για μικρή χρονική περίοδο. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι καταναλωτές αλκοόλ που εργάζονται καταφέρνουν να μην ξεπερνούν τα επιτρεπόμενα όρια κατανάλωσης, ενώ τα ίδια άτομα όταν μείνουν άνεργα συχνά γίνονται αλκοολικοί ξεπερνώντας τα επιτρεπτά όρια. (Διάγραμμα 2.6)



Πηγή: <http://enne.gr>

### Διάγραμμα 2. 6

**Μέση κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των ηλικιών 16-21 σε σχέση με το χρονικό διάστημα της ανεργίας.**

Γενικά, από κατάχρηση οινοπνεύματος παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα, διαπίστωση η οποία επιβεβαιώνει και πάλι την υπόθεση ότι η ανεργία συνδέεται με ψυχολογικές διαταραχές.

#### ➤ *Κάπνισμα*

Μελέτες έχουν δείξει την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στον επιπολασμό καπνίσματος και των ποσοστών ανεργίας και συγκεκριμένα, υποστηρίζουν πως οι άνεργοι είναι βαρύτεροι καπνιστές από τους μισθωτούς. Άλλες έρευνες ενισχύουν την υπόθεση ότι η ανεργία αυξάνει τον επιπολασμό του καπνίσματος κυρίως στις νεαρές ηλικίες. (Πατελάρου, Μανιδάκη, Μπαλολάκης, Ορφανού, & Πατελάρου, 2012)

#### ➤ *Ναρκωτικές ουσίες*

Το οικονομικό πλαίσιο, τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, που συνεπάγεται η οικονομική κρίση, σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, δημιουργεί εύφορο έδαφος για την αύξηση της ζήτησης των παράνομων ναρκωτικών. Έτσι, από τη μία πλευρά υπάρχει η ανάγκη του πληθυσμού να αντιμετωπίσει το άγχος, την κατάθλιψη κτλ από τα οποία βάλλεται, και από την άλλη τα οικονομικά οφέλη για τους κερδοσκόπους, που όπως δείχνουν τα στοιχεία είναι νεαρά άτομα, τα

οποία όχι μόνο διακινούν αλλά και παράγουν κάνναβη. (European Commission, 2013)

Γενικότερα, τα τελευταία δύο χρόνια μία νέα ουσία εμφανίζεται κάθε εβδομάδα στην αγορά, καθώς το Διαδίκτυο συντελεί στην γρήγορη ενημέρωση και διανομή της. Στις 25 Οκτωβρίου 2011, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ανακοίνωσε την αναθεώρηση των κανόνων της ΕΕ, για την καταπολέμηση της παράνομης διακίνησης ναρκωτικών, ιδίως των νέων ψυχοδραστικών ουσιών, οι οποίες μιμούνται τα αποτελέσματα επικίνδυνων ναρκωτικών, όπως η έκσταση ή η κοκαΐνη και αποτελούν ένα ραγδαία αυξανόμενο πρόβλημα, ενώ μέσα στο 2013 αναμένεται μια νέα νομοθετική πρόταση.

Οι εκτιμήσεις της αγοράς στην ΕΕ όμως επικεντρώνονται στην κάνναβη, καθώς είναι το πλέον πιο διαδεδομένο στους Ευρωπαίους. Έτσι, για το 2010 υπολογίζεται το ύψος της κατανάλωσής της από € 7 δισεκατομμύρια έως € 10 δισεκατομμύρια. Οι συχνοί χρήστες είναι ένα μικρό κλάσμα των συνολικών χρηστών κάνναβης (μεταξύ 5 % και 25 % , ανάλογα με τη χώρα ), αλλά είναι υπεύθυνοι για το μεγαλύτερο μέρος (μεταξύ 55% και 77% ) του συνολικού ποσού της κάνναβης ετήσιας κατανάλωσης. Επίσης, αναφέρεται ότι η εφαρμογή των νόμων ενάντια στην παραγωγή και διανομή κάνναβης αυξάνει δραματικά την τιμή της, προκειμένου να αποζημιωθούν οι παραγωγοί και διακινητές για την διακριτική διακίνηση αλλά και για τον πιθανό κίνδυνο της σύλληψης, φυλάκισης και κατάσχεσης.

Επιπλέον, μελέτες στη Βρετανία, στη Νορβηγία και στη Σουηδία έχουν δείξει έντονη σχέση μεταξύ της ανεργίας και των ναρκωτικών ουσιών (LSD, οπιούχα) και κυρίως της κάνναβης. (Peck & Plant, 1986)

Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η οικονομική κρίση επίσης πλήττει την κοινωνία και τα θεμέλιά της, αποδυναμώνοντας με ύπουλο τρόπο τα μέσα που εκείνη διαθέτει για να υποστηρίξει τις δομές της. Έτσι, είναι άμεσα υπεύθυνη για την προοδευτική συρρίκνωση της κοινωνικής πολιτικής της εκάστοτε χώρας. Η περίοδος λιτότητας, που συνοδεύεται από περικοπές στους προϋπολογισμούς και πολλές φορές και μείωση προσωπικού, οδηγεί σε περιορισμένη δράση για την αντιμετώπιση της μάστιγας των ναρκωτικών, σε σχέση με τα μέτρα πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.

### *2.5.2 Επιπτώσεις στη σωματική υγεία*

Γενικά, η ανεργία σχετίζεται με αύξηση της νοσηρότητας. Αυτό είναι αναμενόμενο,

καθώς τα άτομα αναγκάζονται να διαβιώνουν σε υποβαθμισμένο περιβάλλον, να τρέφονται με χαμηλής διατροφικής αξίας τροφή ή και να υποσιτίζονται. Πολλές φορές μάλιστα, η ανάγκη για επιβίωση τα αναγκάζει να καταφύγουν σε επιλογή εργασιών με ακατάλληλες συνθήκες. Επιπλέον, το χαμηλό συνήθως εκπαιδευτικό τους επίπεδο, τους στερεί τη δυνατότητα της γνώσης των κινδύνων για την υγεία τους αλλά και της υιοθέτησης ενός υγιεινού τρόπου διαβίωσης.

#### 2.5.2.1 Διατροφή και φυσική άσκηση

Οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες σε περιόδους οικονομικής κρίσης, είναι γεγονός πως είναι άμεσο επακόλουθο της μείωσης των εσόδων των νοικοκυριών. Έτσι, ένα τμήμα του πληθυσμού, για να ανταπεξέλθει, επιλέγει φθηνότερα και επεξεργασμένα τρόφιμα, στις δυτικές χώρες κυρίως. (Μ Μαλλιαρού; Π Σαράφης, 2012)

Έτσι, η διατροφή παύει να είναι ποιοτική, δεν ενισχύεται ο οργανισμός από βιταμίνες, ιχνοστοιχεία και αντιοξειδωτικές ουσίες και έτσι εμφανίζεται αύξηση ασθενειών, ακόμη και του κοινού κρυολογήματος. Ειδικότερα παρατηρείται

- Μείωση κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών
- Μείωση κατανάλωσης ψαριού επειδή θεωρείται ακριβό
- Αύξηση κατανάλωσης συσκευασμένων τροφίμων που είναι πλούσια σε ζάχαρη και λιπαρά
- Αύξηση κατανάλωσης γρήγορου και φτηνού φαγητού
- Αύξηση κατανάλωσης γλυκών και σοκολάτας
- Σε οικονομικότερες επιλογές τροφίμων που ενδεχομένως είναι κατώτερης ποιότητας
- Μείωση φυσικής δραστηριότητας (Κατσαδούνη, 2012)

Βέβαια, άλλες έρευνες έχουν δείξει και μέτριες μειώσεις στον επιπολασμό της παχυσαρκίας, λόγω του περιορισμού της κατανάλωσης ποσότητας φαγητού εκτός σπιτιού, καθώς επίσης και του περισσότερου ελεύθερου χρόνου για φυσική δραστηριότητα, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί τον κανόνα. (Ludwig & Pollack, 2009)

#### 2.5.2.2 Χρόνια νοσήματα

Μελέτες δείχνουν πως η προαναφερόμενη αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης, σε περιόδους οικονομικής κρίσης, θεωρείται παράγοντας αύξησης της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Επίσης, η ίδια η αυξανόμενη

ανεργία συνδέεται με χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Το ίδιο ισχύει και για τα αναπνευστικά προβλήματα καθώς και για τις ασθένειες που σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ. Συγκεκριμένα, σε μελέτες αναφέρεται αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας λόγω της πνευμονίας ή γρίπης αλλά και λόγω ηπατικών νοσημάτων (κίρρωση ήπατος) σε περιόδους οικονομικής κρίσης. (Πατελάρου, Μανιδάκη, Μπαλολάκης, Ορφανού, & Πατελάρου, 2012)

#### 2.5.2.3 Μεταδιδόμενα νοσήματα

Τα μεταδιδόμενα νοσήματα και οι τρόποι περιορισμού των κρουσμάτων αυτών αποτελούν αντικείμενο μελέτης και έρευνας σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό αλλά και κρατικό επίπεδο. Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά σε στατιστικά στοιχεία που αφορούν στον ιό του HIV/AIDS συγκεκριμένα, καθώς τα τελευταία χρόνια έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις.

Σήμερα, η HIV λοίμωξη θεωρείται χρόνια νόσος, υπό την προϋπόθεση ότι ο/η ασθενής λαμβάνει συστηματικά τη θεραπεία του. Έως τώρα δεν έχει βρεθεί αποτελεσματικό προφυλακτικό εμβόλιο έναντι του HIV. Ωστόσο, επειδή η HAART μειώνει τη συγκέντρωση του ιού στα μολυσματικά βιολογικά υγρά και συνεπώς ελαττώνει την πιθανότητα μετάδοσής του, δίνεται πλέον μεγάλη σημασία στο ρόλο που διαδραματίζει η χορήγηση της αντιρετροϊκής θεραπείας στον τομέα της πρόληψης.

Από το 2008, το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC) είναι αρμόδιο για το συντονισμό της επιτήρησης για το HIV/AIDS σε επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (EOX). Ετησίως υποβάλλονται στοιχεία στο ευρωπαϊκό σύστημα επιτήρησης (TESSY) σε τυποποιημένα σύνολα δεδομένων, τόσο για τον ιό HIV όσο και για το AIDS.

Το 2011, αναφέρθηκαν συνολικά 28.038 νέα κρούσματα HIV στις χώρες του ευρώ. Παρά την αποτελεσματική και διαθέσιμη αντιρετροϊκή θεραπεία, ο ετήσιος ρυθμός των διαγνώσεων HIV δεν δείχνει σαφή σημάδια μείωσης, ενώ το HIV εξακολουθεί να μεταδίδεται σε επιλεγμένους πληθυσμούς, όπως οι άνδρες έχοντες σεξουαλικές σχέσεις με άνδρες και οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών. Επίσης, σε μερικές χώρες παρατηρείται αύξηση του αριθμού των κρουσμάτων AIDS. (Likatavicius & Laar, 2012)

Ειδικότερα, τα υψηλότερα ποσοστά (ανά 100.000 πληθυσμού) παρατηρήθηκαν



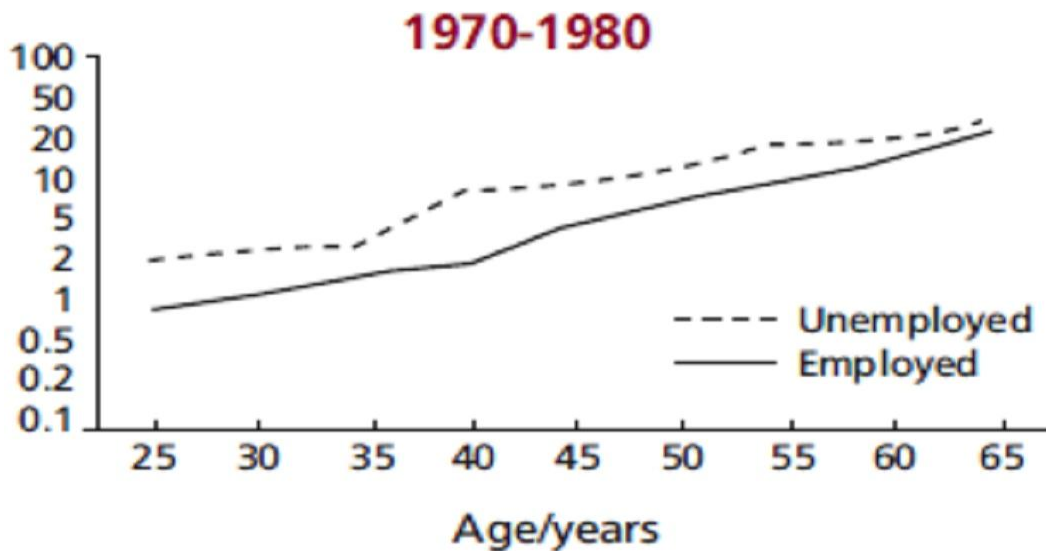
στην Εσθονία με 27,3 , στη Λετονία με 13,4, στο Βέλγιο με 10,7 και στο Ηνωμένο Βασίλειο με 10,0, ενώ τα χαμηλότερα ποσοστά αναφέρθηκαν από την Τσεχική Δημοκρατία με 1,5 και τη Σλοβακία με 0,9. Επίσης, να σημειωθεί πως το ένα τρίτο των ετεροφυλόφιλων κρουσμάτων από τον ιό HIV αντιστοιχεί σε άτομα από την Αφρική, όπου παρατηρείται μια γενικευμένη επιδημία του HIV. Αυτό επιτάσσει την άμεση διασφάλιση θεραπείας αλλά και της περίθαλψης σε αυτές τις χώρες.

Τα στατιστικά στοιχεία, που προκύπτουν από την συλλογή των στοιχείων σχετικά με τον ιό, καταδεικνύουν την άρρητη σχέση της εξάπλωσης των νοσημάτων γενικότερα με την ασθενή οικονομική κατάσταση της εκάστοτε χώρας, καθώς παρατηρείται αδυναμία στην ενημέρωση, στην παροχή φροντίδας και στη λήψη κατάλληλων μέτρων για την αποφυγή εξάπλωσης του ιού. Συγκεκριμένα, η καθυστερημένη έναρξη θεραπείας του ιού του HIV μειώνει τα κλινικά οφέλη, αλλά και την προληπτική αξία της θεραπείας από την άποψη της περαιτέρω μετάδοσης του ιού HIV.

Επιπλέον, η έλλειψη παροχής συμβουλευτικής και της διεξαγωγής εξετάσεων για την εξασφάλιση της έγκαιρης διάγνωσης, τη πρόσβασης και της συμμόρφωσης στη θεραπεία που θα μετατρέψει το αποτέλεσμα στη μείωση της μετάδοσης μπορεί να λάβει τρομαχτικές διαστάσεις. Η ισότιμη πρόσβαση στη θεραπεία του HIV και τη φροντίδα για κάθε πολίτη θα πρέπει να αποτελεί πρωταρχική μέριμνα των χωρών για να διατηρήσουν υψηλή την ποιότητα ζωής των πολιτών τους.

### *2.5.3 Θνησιμότητα*

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης οι περισσότερες από τις προαναφερθέντες παραμέτρους όπως το αυξημένο άγχος, η κατάθλιψη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις συνήθειες είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε αύξηση της θνησιμότητας, από όλες τις αιτίες θανάτου όπως φαίνεται στον Διάγραμμα 2.7. Σοβαρές οικονομικές υφέσεις έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν τους κινδύνους για την υγεία και άρα τα ποσοστά θνησιμότητας.



Πηγή: <http://enne.gr>

**Διάγραμμα 2. 7**

**Καμπύλη θνησιμότητας εργαζομένων- ανέργων κατά την περίοδο 1979-1980**

**2.5.3.1 Θνησιμότητα και ανεργία**

Η μελέτη των Economidou et al.13 σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1%, συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (δηλαδή 2,18 θανάτους/100.000). Επίσης, η ίδια μελέτη κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια (Μ Μαλλιαρού; Π Σαράφης, 2012) (Πατελάρου, Μανιδάκη, Μπαλολάκης, Ορφανού, & Πατελάρου, 2012)

Επιπλέον, η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωγη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα.

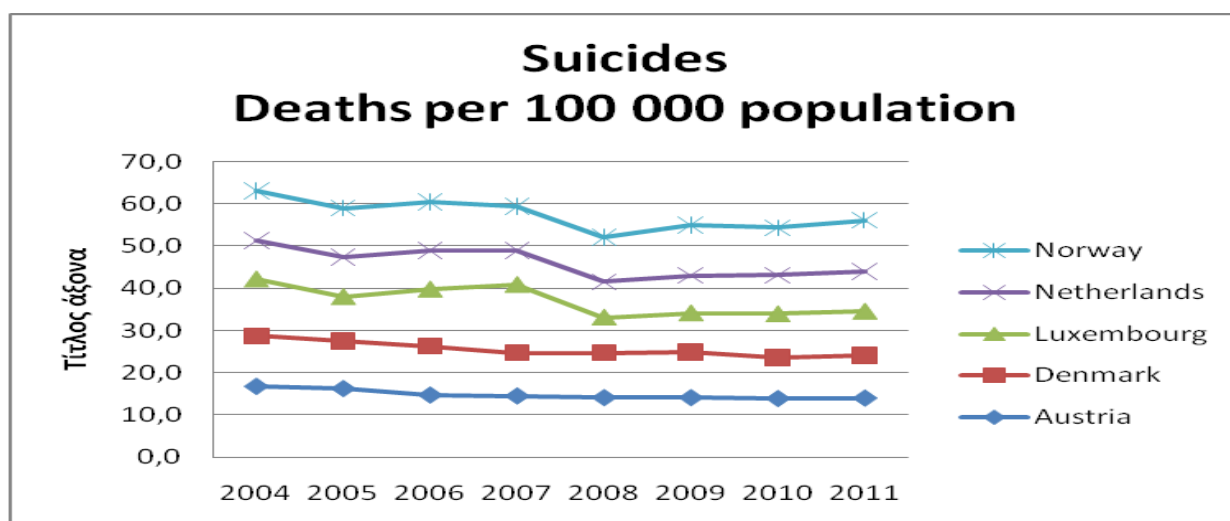
Ενδιαφέρον στα στατιστικά στοιχεία περί θνησιμότητας παρουσιάζει η περίπτωση της Ρωσίας. Η χώρα βίωσε την οικονομική κρίση τόσο την περίοδο 1990-1991 με την κατάρρευση της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, αλλά και το 1998, με την υποτίμηση του νομίσματος, την αύξηση του πληθωρισμού και την συνοδευόμενη πολιτικοοικονομική αστάθεια και αβεβαιότητα. Παρατηρείται λοιπόν σταδιακή αύξηση της θνησιμότητας από το 1991 και μετά, έως το έτος 1994, οπότε άρχισε να

μειώνεται ως το 2008, οπότε και πάλι η θνησιμότητα άρχισε να αυξάνει βαθμιαία, μέχρι το 2001. Τη συγκεκριμένη χρονιά το προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών είχε μειωθεί στα 58.9 έτη.

Ασφαλώς και δεν είναι τυχαίο το γεγονός πως τα δυο σημεία καμπής, δηλαδή τα έτη 1991 και 1998 συμπίπτουν με την εμφάνιση των κρίσεων στη Ρωσία. Μάλιστα ο δείκτης θνησιμότητας αποδείχθηκε ένας πολύ άμεσα ευαίσθητος δείκτης στις κοινωνικοοικονομικές αλλαγές. Να επισημανθεί πως τα ποσοστά αλλάζουν με βάση τις διάφορες ηλικίες. Έτσι, στις ηλικίες 15-34 ετών, οι κύριες αιτίες θανάτου ήταν οι αυτοκτονίες, οι ανθρωποκτονίες και τα τροχαία δυστυχήματα. Ενώ στις ηλικίες 35-69 ετών, η αύξηση της θνησιμότητας οφειλόταν στις αυτοκτονίες και σε προβλήματα υγείας όπως τα καρδιαγγειακά επεισόδια αλλά και η κίρρωση του ήπατος προφανώς λόγω του αλκοολισμού, ως «τρόπο διαχείρισης» του υπερβολικού άγχους. (Αναγνωστόπουλος, 2010)

#### 2.5.3.2 Θνησιμότητα και αυτοκτονίες

Το οικονομικό κραχ στις Η.Π.Α. στις αρχές του 1930, χαρακτηρίστηκε από μείωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 10%, αλλά και από αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40%, όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30% . (Κουλιεράκης, 2010)



Πηγή: [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

#### Διάγραμμα 2. 8

#### Αυτοκτονίες 2004-2011

Παρομοίως, στον Διάγραμμα 2.8 είναι εμφανής η αύξηση θνησιμότητας από

αυτοκτονίες από το 2008-2011, ενώ τα προηγούμενα έτη 2007-2008 είχαν μειωθεί αισθητά.

#### 2.5.3.3 Θνησιμότητα και νοσήματα

Έρευνες σε χώρες που βρέθηκαν σε οικονομική κρίση έχουν καταδείξει αύξηση της συνολικής θνησιμότητας στο Μεξικό, αύξηση των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Αργεντινή, ενώ στην Ινδονησία και στην Κορέα αύξηση της συνολικής νοσηρότητας.

Σημαντικές αλλαγές στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα σε περιόδους οικονομικής κρίσης έχουν αναφερθεί και στις Φιλιππίνες και στο Βιετνάμ. Στην μελέτη των Falagas et al. πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση των μελετών που είχαν διερευνήσει τη θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό διαφόρων χωρών σε περιόδους οικονομικής κρίσης, σε σύγκριση με περιόδους πριν ή μετά την κρίση. Οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων σχετίστηκαν με την αύξηση στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, στις 7 από τις 8 μελέτες, και με αύξηση στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα, στις 6 από τις 7 μελέτες.

Αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας σε ανέργους, σε σύγκριση με εργαζόμενους, υποστηρίζουν και μελέτες από Φιλανδία, Ιταλία, Σουηδία, ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο. (Πατελάρου, Μανιδάκη, Μπαλολάκης, Ορφανού, & Πατελάρου, 2012)

Αύξηση θνησιμότητας έχει παρατηρηθεί επίσης και από ιούς γρίπης, τον ιό του Νείλου (WNV), και από AIDS σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Η ανεπάρκεια οικονομικών πόρων για τη διεξαγωγή εξετάσεων προληπτικού ελέγχου αλλά και για την ενημέρωση του πληθυσμού δημιουργεί εύφορες συνθήκες διάδοσης των ιών. (ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013)

#### 2.5.3.4 Θνησιμότητα και χρήση υπηρεσιών υγείας

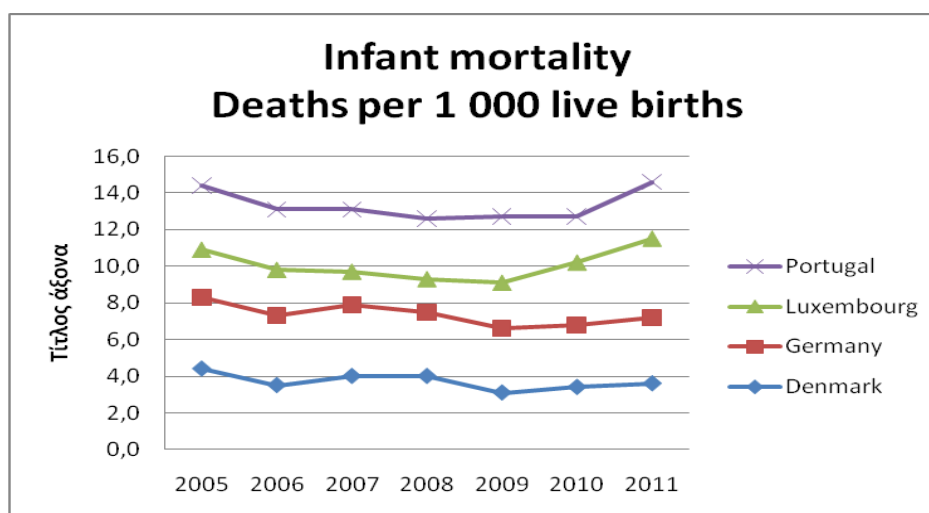
Τέλος, η πιθανή περιορισμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ένας επιπρόσθετος παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της θνησιμότητας σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Αυτό συμβαίνει ειδικά σε εκείνες τις περιπτώσεις που η χρήση συμπεριλαμβάνεται και στις προσωπικές δαπάνες (Μ Μαλλιαρού; Π Σαράφης, 2012)

Να σημειωθεί εδώ πως έχει διαπιστωθεί, σε μελέτη των Black et al το 1980, πως οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στις κοινωνικές τάξεις, και πως τα άτομα και οι οικογένειες, οι οποίες βρίσκονται σε

χαμηλότερες θέσεις διατρέχουν δυο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, αλλά και στην εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά. (Μ Μαλλιάρου; Π Σαράφης, 2012)

#### 2.5.3.5 Βρεφική θνησιμότητα

Η βρεφική θνησιμότητα έχει αποδειχθεί να αυξάνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Αυτό απεικονίζεται και στο διάγραμμα του Διάγραμμα 2.9 όπου για τα έτη 2009-2011, φαίνεται η αυξητική τάση των ποσοστών βρεφικής θνησιμότητας, προφανώς συνδεδεμένη με την εμφάνιση της κρίσης, ενώ το προηγούμενο έτος είχε μειωθεί.



Πηγή: [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

#### Διάγραμμα 2. 9

#### Βρεφική Θνησιμότητα 2005-2011

Ειδικότερα, στις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, η περιστολή των δαπανών υγείας θέτει σε καθεστώς ανεπάρκειας βασικές παροχές, όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας, κατά τη διάρκεια οικονομικής κρίσης ο αριθμός των θανάτων είναι δυνατό να αυξηθεί κατά 400.000 ανά έτος λόγω της μείωσης εξασφάλισης εμβολίων. (WHO, Report of a high- level Consultation., 2009)

## 2.6 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό επιχειρήθηκε η αποτύπωση των οικονομικών μεγεθών για χώρες της Ευρώπης σε σύγκριση με τα στοιχεία των δεικτών υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο για την περιγραφή της ψυχικής και σωματικής υγείας.

Από τη συσχέτιση αυτών διακρίνει κανείς πως η οικονομική κρίση, η οποία εξακολουθεί να είναι εξελισσόμενη, σε διαφορετικό βαθμό ανά χώρα της Ευρώπης, έχει επηρεάσει αρνητικά τους κοινωνικούς προσδιοριστές, όπως αποδεικνύουν διάφορες έρευνες, με περαιτέρω συνέπειες, καθώς ήδη έχει αρχίσει να διαφαίνεται μεγάλη επίδραση σε ορισμένους δείκτες υγείας, στην ψυχική και σωματική υγεία και προφανώς έπεται η συνέχεια, γεγονός που επίσης επαληθεύεται και από τα στατιστικά άλλων χωρών, εκτός της ΕΕ, που υπέστησαν κρίση στο παρελθόν.

Έτσι, η έλευση της οικονομικής κρίσης φαίνεται πως συνοδεύεται από αύξηση διαταραχών ψυχικής υγείας, χρόνιων και μεταδιδόμενων νοσημάτων, υψηλά αντίστοιχα ποσοστά θνησιμότητας και κακή σωματική υγεία.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

#### **3.1 Εισαγωγή**

Στο τρίτο κεφάλαιο, και αφού έχει ήδη περιγραφεί το αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη και στο επίπεδο υγείας της αντίστοιχα, επιχειρείται να αποτυπωθούν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας στην Ελλάδα.

Η περίπτωση της Ελλάδας παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς ανήκει μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών που έχουν πληγεί περισσότερο από την κρίση. Έτσι, μετά την ιστορική αναδρομή της κρίσης για την Ελλάδα, δίνονται στοιχεία για τους οικονομικούς δείκτες, ώστε να δοθεί μια ολοκληρωμένη εικόνα της ελληνικής οικονομίας.

Τα στοιχεία αυτά έρχονται να συμπληρώσουν έρευνες που έχουν γίνει σχετικά με δείκτες υγείας για την ψυχική και σωματική υγεία, ώστε να εξακριβωθεί η επίδραση της κρίσης στο επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

#### **3.2 Η κρίση στην Ελλάδα**

Στα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας, το κλίμα που επικρατούσε στην Ελλάδα χαρακτηριζόταν από ρυθμούς ανάπτυξης συγκρίσιμους με εκείνους των υπολοίπων χωρών της ΕΕ και, κατά περιπτώσεις, ακόμα μεγαλύτερους, με το ποσοστό ανεργίας να διατηρείται σε μη ανησυχητικά επίπεδα και να ακολουθεί καθοδική πορεία από το 2004 και μετά. Η αισιοδοξία αυτή διατηρήθηκε και για κάποιο μικρό διάστημα από τότε που ξέσπασε η παγκόσμια οικονομική κρίση, καθώς το 2008 η Ελλάδα σημείωνε ανάπτυξη 1,3%, την ώρα που η ανάπτυξη στην ευρωζώνη ήταν μόλις 0,4%, γεγονός που ενδεχομένως οδήγησε αρχικά ορισμένους να θεωρήσουν ότι η Ελλάδα δεν θα επηρεαστεί ιδιαίτερα από την παγκόσμια κρίση.

Με την εν συνεχεία μεταφορά της κρίσης από τον χρηματοοικονομικό τομέα στην πραγματική οικονομία, ο ρυθμός παγκόσμιας ανάπτυξης έγινε αρνητικός, κάτι που σημειώθηκε για πρώτη φορά μετά τη μεγάλη ύφεση της δεκαετίας του 1930. Οι κυβερνήσεις και οι κεντρικές τράπεζες δραστηριοποιήθηκαν μειώνοντας τα επιτόκια και αυξάνοντας το ελάχιστο ποσό των εγγυημένων τραπεζικών καταθέσεων, σε μια προσπάθεια τόνωσης της ρευστότητας.

Παράλληλα, οι επεκτατικές δημοσιονομικές πολιτικές που είχαν υιοθετηθεί από τις κυβερνήσεις οδήγησαν στην προοδευτική αύξηση του δημόσιου χρέους, και μαζί με την ευαισθητοποίηση των αγορών από τα γεγονότα του 2008 οδήγησαν στην αναγκαία εξέταση της φερεγγυότητας και του πιστωτικού κινδύνου των χωρών. Έτσι, ενώ πριν το 2007-2008 η Ελλάδα θεωρούνταν περίπου το ίδιο αξιόπιστη με όλες τις υπόλοιπες χώρες της ευρωζώνης, από το δεύτερο μισό του 2009 και μετά, η Ελλάδα αξιολογήθηκε ως η χώρα με τη μικρότερη πιθανότητα ελέγχου του διογκούμενου χρέους της.

Μέσα στη δεκαετία του 1980 το ελληνικό δημόσιο χρέος παρουσίασε δραματική αύξηση, η οποία συνεχίστηκε με μικρότερο ρυθμό και στις επόμενες δεκαετίες. Ενώ τις δεκαετίες του 1960 και του 1970 η Ελλάδα ισοσκελίζε τα έσοδα και τις δαπάνες της, τη δεκαετία του 1980 το δημόσιο έλλειμμα είχε εκτιναχτεί στο 8,1% του ΑΕΠ. Αντίστοιχα, λόγω των ολοένα αυξανόμενων ελλειμμάτων, το δημόσιο χρέος είχε αγγίξει το 26% του ΑΕΠ τη δεκαετία του 1980, το 71% τη δεκαετία του 1990 ενώ το 2009, το δημόσιο χρέος καταγράφηκε στο 115,1% του ΑΕΠ. Η σταδιακή αυτή αύξηση του δημόσιου χρέους επηρέασε την ελληνική οικονομία, καθώς, σε σύγκριση με τη δεκαετία του 1970, αφενός η κατανάλωση αυξήθηκε σημαντικά, αφετέρου μειώθηκαν οι επενδύσεις.

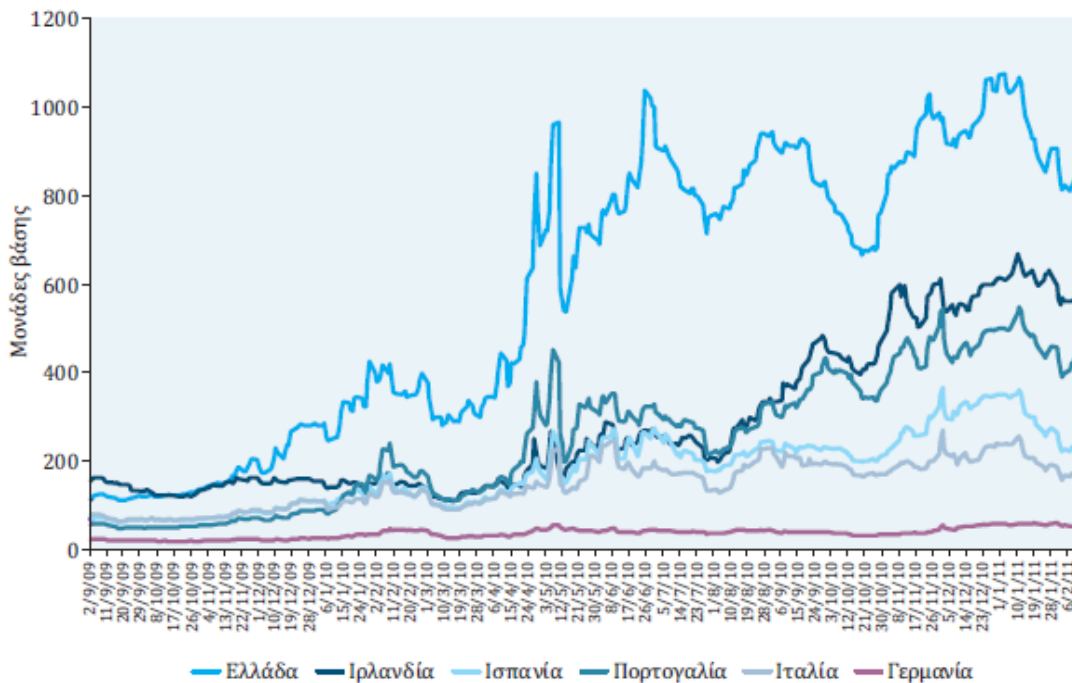
Το 2009 το εξωτερικό χρέος της Ελλάδας ανήλθε σε ποσοστό 82,5% του ΑΕΠ, καθώς οι οικονομικές απαιτήσεις για την Ελλάδα υπήρξαν ιδιαίτερα αυξημένες. Καταρχήν, ο όγκος των εισαγωγών ήταν μεγαλύτερος από εκείνον των εξαγωγών. Ταυτόχρονα, η χώρα δέχτηκε μικρότερες εισροές από τους κοινοτικούς πόρους (λόγω της ένταξης των νέων κρατών-μελών), ενώ υποχρεώθηκε να πληρώνει μεγαλύτερους τόκους για το αυξημένο εξωτερικό χρέος της. Έτσι, η Ελλάδα εμφάνισε αυξημένες ανάγκες δανεισμού (καθώς οι αποταμιεύσεις δεν επαρκούσαν για την αγορά ομολόγων που εκδίδονταν από την κυβέρνηση, ενώ υπήρξαν και μεγάλες επενδυτικές δαπάνες λόγω των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004) και διόγκωσε περαιτέρω το εξωτερικό της χρέος.

Λογικά λοιπόν, λίγο πριν το τέλος της δεκαετίας, επιβεβαιώθηκαν οι υποψίες για την Ελλάδα, ως τη χώρα με τη μεγαλύτερη επικινδυνότητα και τα ελληνικά κρατικά ομόλογα ως εκείνα τα οποία απαιτούσαν τη μεγαλύτερη πληρωμή για ασφάλεια (δηλαδή με το μεγαλύτερο ρίσκο). Και ήταν αναμενόμενο,, αφού οι δείκτες CDS συνυπολογίζουν, μεταξύ άλλων, το δημόσιο και ιδιωτικό χρέος κάθε χώρας ή τη



σταθερότητα του τραπεζικού της συστήματος και αντανakλούν την πιστοληπτική φερεγγυότητα των κρατών.

Από τον Νοέμβριο του 2009 και μετά, τα CDS της Ελλάδας (τα επιτόκια των προθεσμιακών συμβολαίων ανταλλαγής πιστωτικού κινδύνου μακροπρόθεσμων ομολόγων πενταετούς διάρκειας της Ελλάδας) ξεπέρασαν ακόμα και τα ήδη υψηλότερα από αυτά των άλλων χωρών της ευρωζώνης. Ενώ λοιπόν τον Οκτώβριο του 2009 τα ελληνικά CDS βρίσκονταν στις 130 περίπου μονάδες βάσης (κάτι που σημαίνει ότι ένας αγοραστής ελληνικού 5ετούς ομολόγου αξίας 1 εκατ. Ευρώ έπρεπε να καταβάλλει 13.000 ευρώ ετησίως επί 5 χρόνια για ασφάλεια), μέσα στο δεύτερο μισό του 2010 τα CDS βρίσκονταν κατά μέσο όρο στις 800 μονάδες βάσης, ενώ περιστασιακά ξεπέρασαν ακόμα και τις 1.000 μονάδες βάσης. Αυτή η ανοδική πορεία των ελληνικών CDS αποτυπώνεται στο Διάγραμμα, όπου φαίνονται επίσης και τα CDS της Ιρλανδίας, της Ισπανίας, της Πορτογαλίας, της Ιταλίας και της Γερμανίας (η οποία θεωρείται σταθερά ως η πιο αξιόπιστη χώρα της ΕΕ).



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

**Διάγραμμα 3. 1**

**5ετή CDS.Σεπτ.2009-Φεβρ.2011**

Έπειτα, ακολουθούν οι πιέσεις των αγορών, αναδεικνύοντας περίτρανα τα προβλήματα της ελληνικής οικονομίας (το ύψος του δημόσιου και του εξωτερικού χρέους, τη σχετικά χαμηλή ανταγωνιστικότητα καθώς και τα προβλήματα

οργάνωσης) και τελικά οι υποβαθμίσεις των οίκων αξιολόγησης: μία μέρα μετά το διπλασιασμό της εκτίμησης του δημόσιου χρέους, ο οίκος Fitch υποβάθμισε την Ελλάδα από A σε A- και τον Δεκέμβριο την υποβίβασε ακόμα μία βαθμίδα, ενώ σε υποβιβασμούς προχώρησαν και οι οίκοι S&P και Moody's. Αυτοί οι υποβιβασμοί ενέτειναν την ανησυχία σε ολόκληρη την ευρωζώνη για το μέλλον της Ελλάδας, σε σχέση με το μέλλον της νομισματικής ένωσης, καθώς ήδη από το διάγραμμα γίνεται φανερό το πόσο αλληλένδετες είναι οι οικονομίες της ΕΕ, αφού τα CDS των άλλων χωρών (με εξαίρεση της Γερμανίας που παρουσιάζουν σταθερότητα), αν και κατά πολύ χαμηλότερα από τα ελληνικά, ακολουθούν τις ίδιες αυξομειώσεις.

Στις αρχές του 2010, η κυβέρνηση ανακοινώνοντας το Πρόγραμμα Σταθερότητας και Ανάπτυξης, οριοθέτησε ως άμεσο στόχο τη μείωση του ελλείμματος κατά 4% και περαιτέρω μείωσή του σε κάτω από 3% έως το 2012. Αυτό σήμαινε τη λήψη μιας σειράς από μέτρα όπως το πάγωμα προσλήψεων, η αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης, η αύξηση του ΦΠΑ, νέο φορολογικό σύστημα για την πάταξη της φοροδιαφυγής, μείωση των δαπανών και πολλά άλλα.

Επειδή παρόλα αυτά δεν ανακόπηκε η ανοδική πορεία των CDS, στις αρχές Μαρτίου του 2010, η κυβέρνηση εισήγαγε μια σειρά νέων μέτρων που περιείχε περικοπές μισθών, περαιτέρω αύξηση του ΦΠΑ, περικοπές στις δημόσιες επενδύσεις, ενώ η ΕΕ ανακοίνωσε τη δημιουργία μηχανισμού χρηματοδότησης με τη συμμετοχή του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου.

Από τον Απρίλιο και μετά, ακολούθησαν νέες υποβαθμίσεις από τους οίκους αξιολόγησης, με τα ελληνικά ομόλογα να κατατάσσονται για πρώτη φορά από τότε που είχε ξεκινήσει η αξιολόγησή τους στην κατηγορία των «σκουπιδιών» (junk). Τελικά, και έπειτα από μια σειρά διαπραγματεύσεων σχετικά με το ύψος και τους όρους της χρηματοδότησης, η Ελλάδα υπέγραψε το Μνημόνιο στις 5 Μαΐου 2010, το οποίο περιλαμβάνει υποστήριξη ύψους 80 δισ. ευρώ από χώρες της ευρωζώνης και 30 δισ. ευρώ από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, με κόστος δανεισμού περίπου 4% έως 5% και περίπου 3,3% αντίστοιχα. Ταυτόχρονα δέχθηκε τον όρο της άμεσης δρομολόγησης διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, με τριμηνιαία αναλυτική, ώστε να διαπιστώνεται ο βαθμός επίτευξης της δημοσιονομικής πειθαρχίας.

Η κατάσταση εξακολουθεί και παραμένει ρευστή, ενώ καθημερινά αποτυπώνεται και πέρα από τα νούμερα στους διάφορους τομείς της ελληνικής κοινωνίας, με περαιτέρω συνέπειες.

### 3.2.1 Αποτύπωση της κρίσης σε οικονομικούς δείκτες

Η κρίση, παραλύοντας την οικονομία εξαπλώνεται στη συνέχεια και στους υπόλοιπους τομείς κάθε χώρας με διάφορους μηχανισμούς. Σκοπός της παρούσας ενότητας είναι η περιγραφή της οικονομικής κατάστασης στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της κρίσης σε αυτή, ώστε στην επόμενη ενότητα να αναλυθούν οι συνεπακόλουθες επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας των πολιτών, καθώς υπάρχει αλληλένδετη σχέση μεταξύ τους.

Επειδή η κρίση και οι συνέπειες που απορρέουν από αυτή είναι σε εξελισσόμενη φάση τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, είναι κατανοητό πως η αποτύπωσή τους στη συνέχεια, με τη βοήθεια των οικονομικών δεικτών, είναι απλώς μια προσπάθεια παρακολούθησης της εξέλιξης ορισμένων κύριων πτυχών της και όχι η τελική αποτίμησή της. Σύμφωνα με αυτό, το ύψος του ελλείμματος, η εξέλιξη του ΑΕΠ, το ύψος των δαπανών, τα χαρακτηριστικά του τομέα της απασχόλησης σε συνδυασμό με τα ποσοστά της ανεργίας, αλλά και το ύψος του κατώτατου μισθού, όπως αυτά παρουσιάζονται στην Ετήσια Έκθεση του Εθνικού Ινστιτούτου Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού, είναι δυνατό να αποδώσουν μια κατατοπιστική εικόνα για την σημερινή ελληνική πραγματικότητα. (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, 2013)

#### 3.2.1.1 Έλλειμμα

Το 2012 η μείωση του ΑΕΠ (πραγματική μεταβολή) ήταν 6,4% σε σχέση με το 2011. (Πίνακας 3.1) Επίσης, σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία, το έλλειμμα του κρατικού προϋπολογισμού για το 2012 ήταν 8,1% του ΑΕΠ έναντι ελλείμματος 10,9% του ΑΕΠ το 2011. Σε απόλυτο μέγεθος το έλλειμμα του κρατικού προϋπολογισμού το 2012 ήταν 15.668 εκατ. Ευρώ, βελτιωμένο σε σχέση με τα 22.773 εκατ. Ευρώ του 2011, αλλά όμως και πάλι ιδιαίτερα υψηλό.

**Πίνακας 3. 1**  
**Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν 2006-2012.**

	Ετήσιες εκατοστιαίες μεταβολές						
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
1. Ιδιωτική κατανάλωση	4,4	3,6	4,3	-1,6	-6,2	-7,7	-9,1
2. Δημόσια κατανάλωση	3,1	7,1	-2,6	4,9	-8,7	-5,2	-4,2
3. Ακαθάριστες επενδύσεις παγίου κεφαλαίου	14,9	22,8	-14,3	-13,7	-15,0	-19,6	-19,2
3.1 Κατασκευές	22,7	-8,9	-12,7	-10,0	-12,2	-28,4	-15
3.2 Εξοπλισμός	15,6	37,0	1,3	-24,0	-20,0	-18,1	-23,9
3.3 Λοιπές	24,4	-10,2	-4,2	15,8	-7,1	-16,9	-3
4. Εγχώρια τελική ζήτηση	7,0	4,7	-1,2	-3,0	-8,3	-9,3	-9,8
5. Αποθέματα και στατιστικές διαφορές	0,5	1,6	1,1	-1,8	-0,3	0,4	0,8
6. Εξαγωγές αγαθών και υπηρεσιών	3,1	6,9	1,7	-19,4	5,2	0,3	-2,4
7. Εγχώρια ζήτηση	6,2	5,9	-5,4	-7,1	-8,7	-9,4	-9,8
8. Εισαγωγές αγαθών και υπηρεσιών	8,2	14,6	0,9	-20,2	-6,2	-7,3	-13,8
<b>ΑΕΠ σε αγοραίες τιμές</b>	<b>5,5</b>	<b>3,5</b>	<b>-0,2</b>	<b>-3,1</b>	<b>-4,9</b>	<b>-7,1</b>	<b>-6,4</b>

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

#### 3.2.1.2 Δαπάνες Τακτικού Προϋπολογισμού

Αναμενόμενο είναι λοιπόν, καθώς ο στόχος ήταν η μείωση του ελλείμματος, για το 2012, οι Δαπάνες του Προϋπολογισμού να εμφανίσουν μείωση κατά 12,3% (61.499 εκατ. ευρώ) σε σχέση με τις δαπάνες του 2011 (70.146 εκατ. ευρώ). Συγκεκριμένα, προκειμένου να αντισταθμιστεί η μειωτική τάση των εσόδων, σημειώθηκαν μεγάλες περικοπές στις πρωτογενείς δαπάνες του τακτικού προϋπολογισμού, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 3.2.

### Πίνακας 3. 2

#### Δαπάνες Τακτικού Προϋπολογισμού

Σε εκατ. ευρώ	2010	2011	Εκτέλεση* 2012	Προϋπολ*. 2013	Εκατοστιαίες Μεταβολές	
					2011- 2010	2012- 2011*
<b>I. Δαπάνες τακτικού Προϋπολογισμού</b>	<b>67.758</b>	<b>70.146</b>	<b>61.499</b>	<b>55.802</b>	<b>3,5</b>	<b>-12,3</b>
1. Δαπάνες προσωπικού	22.543	21.823	20.511	18.499	-3,2	-6,0
Εκ των οποίων για συντάξεις	6.253	6.572	6.564	5.763	5,1	-0,1
2. Τόκοι (και λοιπές δαπάνες εξυπηρέτησης Δημόσιου Χρέους)	13.223	16.348	12.223	8.900	23,6	-25,2
3. Ασφάλιση και Περίθαλψη	15.764	17.715	16.742	14.969	12,4	-5,5
Εκ των οποίων: Επιχορηγ. Ασφαλιστ. Ταμείων	13.524	15.154	14.466	12.600	12,1	-4,5
4. Αποδιδόμενοι Πόροι	5.775	5.003	3.474	3.777	-13,4	-30,6
5. Λειτουργικές και Λοιπές Δαπάνες	8.097	7.020	6.410	6.305	-13,3	-8,7
8. Επιχορήγηση Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων για εξόφληση μέρους παλιών οφειλών τους	367	435	392	400	18,5	-9,9
9. Εξοπλιστικά Προγράμματα ΥπΕΘΑ	1.017	360	410	750	-64,6	13,9
<b>II. Δαπάνες Προϋπολογισμού Δημοσίων Επενδύσεων</b>	<b>8.454</b>	<b>6.559</b>	<b>6.114</b>	<b>6.850</b>	<b>-22,4</b>	<b>-6,8</b>
<b>III. Δαπάνες Κρατικού Προϋπολογισμού ( I+II )</b>	<b>76.212</b>	<b>76.705</b>	<b>67.614</b>	<b>62.652</b>	<b>0,6</b>	<b>-11,9</b>
Πρωτογενείς δαπάνες Κρατικού Προϋπολογισμού	62.989	60.357	55.391	53.752	-4,2	-8,2
Πρωτογενείς δαπάνες Τακτικού Προϋπολογισμού	52.179	51.562	47.137	44.650	-1,2	-8,6
Χρεολύσια	19.549	28.843	23.905	12.845	47,5	-17,1

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

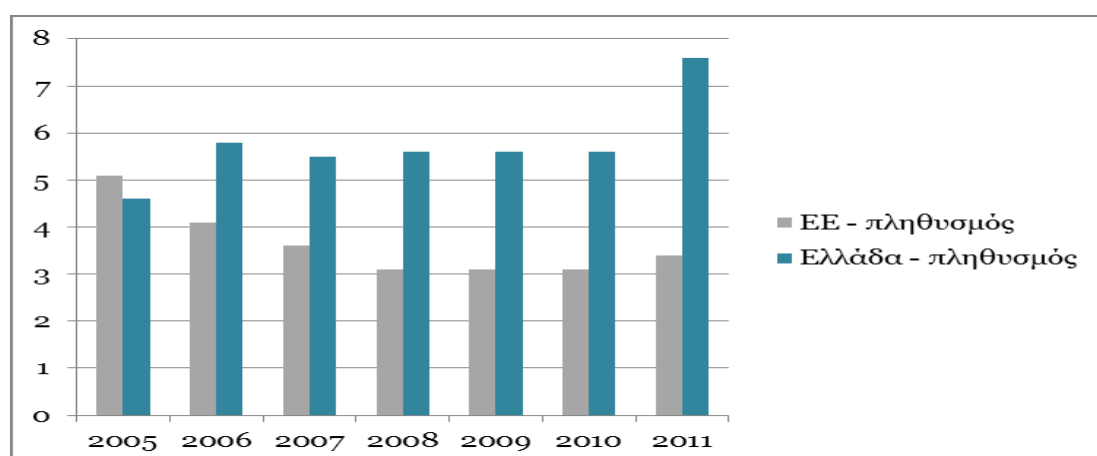
Αξίζει να αναφερθεί στο σημείο αυτό η μείωση των δαπανών για αποδοχές και συντάξεις το 2012 κατά 6,0%, έναντι μείωσης κατά 3,2% το 2011. Η μείωση αυτή αντικατοπτρίζει τη μεγάλη μείωση στις αποδοχές προσωπικού, κατά 8,6% το 2012, ενώ είχαν μειωθεί και 6,4% το 2011 και περιλαμβάνει, εκτός των μειώσεων στους μισθούς των δημοσίων υπαλλήλων και τις πολυάριθμες αποχωρήσεις λόγω συνταξιοδότησης από το Δημόσιο, ως αποτέλεσμα των αρνητικών μισθολογικών εξελίξεων. Παρόλα αυτά ο αριθμός των συνταξιοδοτήσεων υπήρξε τόσο υψηλός που οι περικοπές των συντάξεων δεν κατάφεραν να επιφέρουν την αναμενόμενη μείωση της δαπάνης για τις συντάξεις.

Όσον αφορά στις δαπάνες για ασφάλεια και περίθαλψη αυτές παρουσίασαν μείωση κατά 5,5% το 2012, έναντι της αύξησης κατά 12,4% το 2011. Συνολικά

δηλαδή, διαμορφώθηκαν στα 16.742 εκατ. ευρώ από 17.715 εκατ. ευρώ. (Πίνακας 3.2)

Συγκεκριμένα, μέχρι στιγμής, οι μεγάλες περικοπές των δημοσίων δαπανών για την υγεία, περιλαμβάνουν μειώσεις στον αριθμό του υγειονομικού προσωπικού, του μισθού ιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας, τη μείωση συντάξεων, και μειώσεις στην αγορά προμηθειών ιατρικών προϊόντων, μειώσεις στις φαρμακευτικές δαπάνες, προώθηση γενόσημων φαρμάκων κτλ. Επίσης, για τη μείωση των δαπανών αποφασίστηκε συγχώνευση ή κλείσιμο μονάδων υγείας, καθώς και η δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. αναφορικά με τη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα ασφάλισης υγείας.

Το αντίκτυπο όλων αυτών διαφαίνεται από τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης μελέτης, κατά την οποία έγινε προσπάθεια εκτίμησης ορισμένων δεικτών υγείας σε σχέση με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα. Συγκρίνοντας δεδομένα για το 2007 και το 2009, παρατηρήθηκε μικρότερος αριθμός ιατρικών επισκέψεων σε σχέση με τις ανάγκες (Διάγραμμα 3.2). Ο κύριος λόγος της μη πραγματοποίησης των αναγκαίων ιατρικών επισκέψεων δεν ήταν η οικονομική δυσχέρεια, αλλά οι ελλείψεις στην προσφορά των παρεχόμενων υπηρεσιών, που συνδέεται με τη δημοσιονομική περικοπή των δαπανών υγείας. Να σημειωθεί πως στην ίδια μελέτη επισημαίνεται επίσης ότι μεταξύ 2007 και 2009 αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των ατόμων που θεωρούν ότι η υγεία τους είναι κακή ή πολύ κακή.



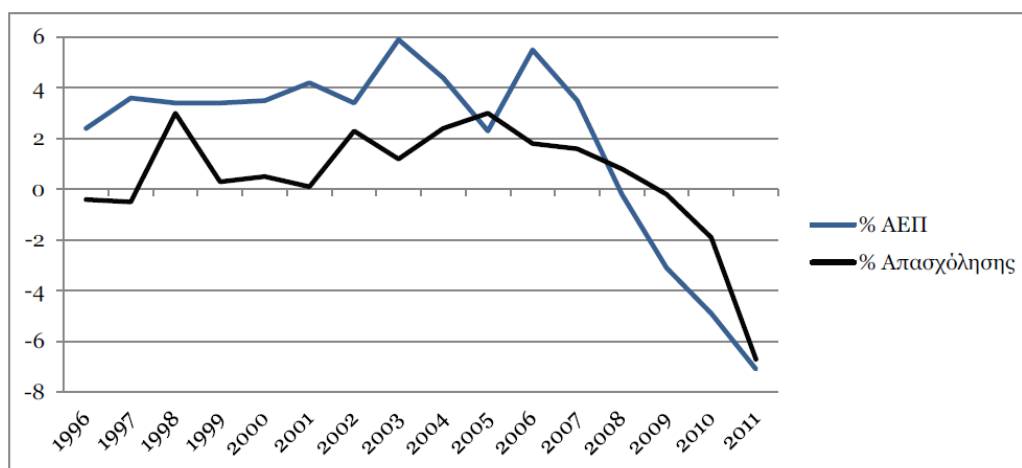
Πηγή: [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr)

### Διάγραμμα 3. 2

**Ιατρικές ανάγκες που δεν καλύπτονται λόγω κόστους στην Ε.Ε και στην Ελλάδα για το σύνολο του πληθυσμού.**

### 3.2.1.3 Απασχόληση

Η Ελλάδα πάντα χαρακτηριζόταν από χαμηλότερα του μέσου ευρωπαϊκού όρου ποσοστά απασχόλησης. Μέχρι και το 2008, τα ποσοστά απασχόλησης ακολουθούσαν ανοδική πορεία. Έκτοτε σημειώνουν μεγάλη κάμψη, ειδικά μεταξύ 2010 και 2011 (Διάγραμμα 3.3) Πλέον, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης είναι εμφανέστατες στη μείωση των ποσοστών απασχόλησης στην ελληνική αγορά εργασίας. (Διάγραμμα 3.4)

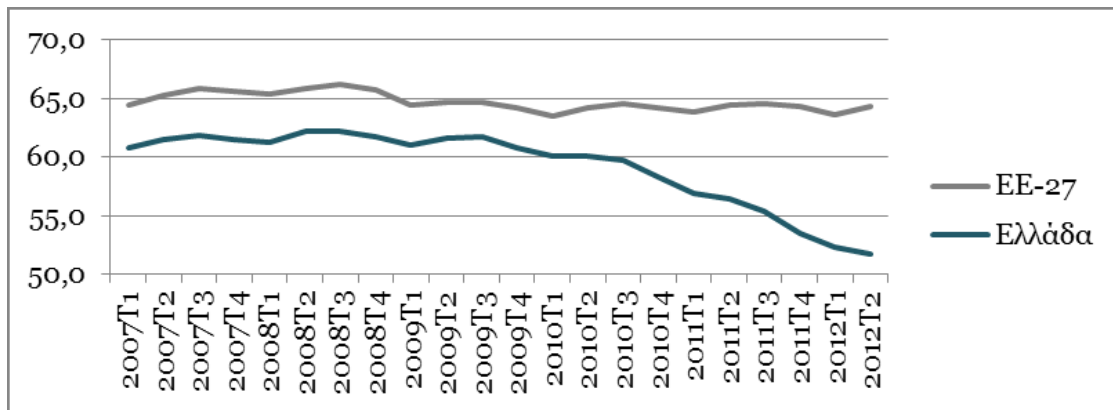


Πηγή: [www.eiead.gr](http://www.eiead.gr)

**Διάγραμμα 3. 3**

#### **Ρυθμός μεταβολής του ΑΕΠ και της απασχόλησης στην Ελλάδα, 1996-2011**

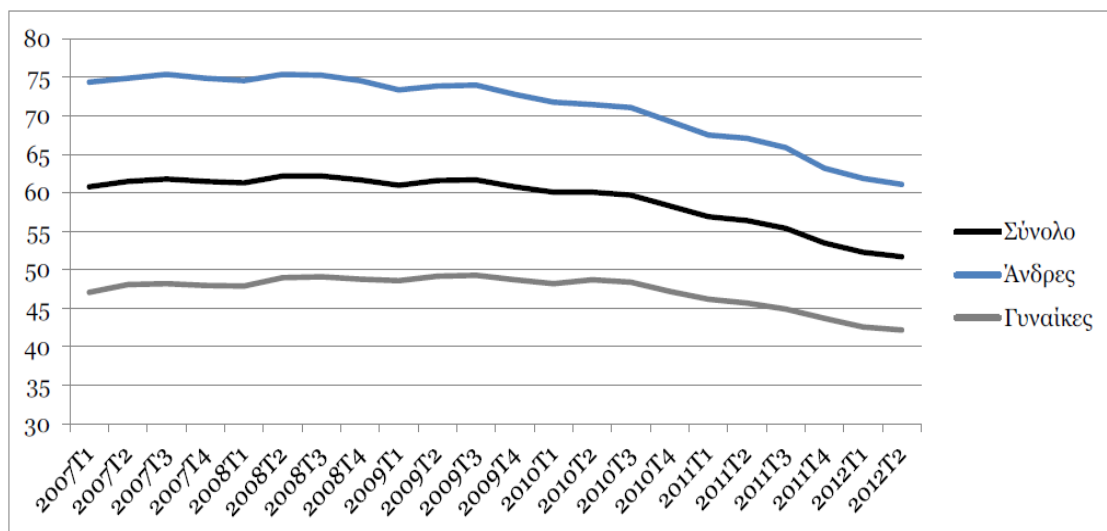
Η καθοδική πορεία των ποσοστών απασχόλησης συνεχίζεται και το 2012, φτάνοντας το β' τρίμηνο του τρέχοντος έτους το ποσοστό 51,7%. Πριν την κρίση η διαφορά των συνολικών ποσοστών απασχόλησης μεταξύ Ευρωπαϊκής Ένωσης και Ελλάδος ήταν περίπου 4 ποσοστιαίες μονάδες. Όμως, από τότε και μετά, φτάνοντας το β' τρίμηνο του 2012, η διαφορά αγγίζει τις 12,6 αντίστοιχα. Σημαντική είναι και η διαπίστωση πως τα ποσοστά απασχόλησης είναι ιδιαίτερα χαμηλά στην Ελλάδα για τις γυναίκες. (Διάγραμμα 3.5)



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

**Διάγραμμα 3. 4**

**Ποσοστό απασχόλησης 15-64 ετών στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, α' τρίμηνο 2007-β' τρίμηνο 2012**



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

**Διάγραμμα 3. 5**

**Ποσοστά απασχόλησης 15-64 ετών στην Ελλάδα για το σύνολο, άνδρες, γυναίκες, α' τρίμηνο 2007 – β' τρίμηνο 2012**

Επιπρόσθετα, στο σύνολο της χώρας παρατηρείται μεγαλύτερη μείωση της πλήρους απασχόλησης σε σχέση με τη μείωση της απασχόλησης γενικά (14,6% έναντι 13%). Αυτό είναι η απόδειξη της ενίσχυσης της μερικής απασχόλησης σε βάρος της πλήρους, γεγονός που συνεπάγεται χαμηλότερα εισοδήματα για τα νοικοκυριά. (Πίνακας 3.4) Οι θέσεις πλήρους εργασίας μειώνονται σε όλες τις



περιφέρειες της χώρας, εντούτοις με μεγάλες διαφοροποιήσεις, όπως απεικονίζεται και στον Πίνακα 3.3.

**Πίνακας 3. 3**

**Η εξέλιξη της πλήρους απασχόλησης για την πενταετία 2007-2011 (δ' τρίμηνο)**

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>Σχέση 2011/2007</b>
Αν. Μακεδονία & Θράκη	222.301 (93,8%)	220.541 (93,9%)	216.236 (93,8%)	210.909 (93,7%)	189.221 (92,8%)	-33.080 [-14,9%]
Κεντρική Μακεδονία	716.227 (94,3%)	717.048 (93,4%)	692.126 (93,6%)	661.246 (93,2%)	596.258 (93,1%)	-119.969 [-16,8%]
Δυτική Μακεδονία	93.100 (89,9%)	96.959 (90%)	97.111 (90,1%)	91.087 (90,2%)	80.938 (90%)	-12.162 [-13,1%]
Ήπειρος	124.720 (93,7%)	123.673 (92,2%)	125.212 (90,7%)	119.626 (89,7%)	112.827 (91,6%)	-11.893 [-9,5%]
Θεσσαλία	275.978 (93,6%)	272.231 (92,1%)	272.454 (91,5%)	257.228 (92%)	231.019 (91,1%)	-44.959 [-16,3%]
Ιόνια Νησιά	82.531 (95,2%)	87.814 (94,7%)	89.769 (94,8%)	80.721 (95,2%)	78.288 (87,4%)	-4.243 [-5,1%]
Δυτική Ελλάδα	265.121 (95,6%)	260.095 (93,4%)	272.047 (94,5%)	261.449 (94,4%)	238.697 (94,1%)	-26.424 [-10%]
Στερεά Ελλάδα	206.014 (92,4%)	201.356 (92,2%)	198.442 (93,6%)	193.749 (92,7%)	169.899 (93,1%)	-36.115 [-17,5%]
Αττική	1.635.600 (96%)	1.651.868 (95,8%)	1.587.280 (94,6%)	1.523.869 (94,5%)	1.378.060 (93,6%)	-257.540 [-15,7%]
Πελοπόννησος	240.072 (93,7%)	241.928 (93,9%)	236.254 (94,8%)	223.955 (92,8%)	202.205 (94%)	-37.867 [-15,8%]
Βόρειο Αιγαίο	69.234 (96,6%)	68.152 (96,9%)	69.799 (94,8%)	68.232 (95,3%)	62.097 (95,1%)	-7.137 [-10,3%]
Νότιο Αιγαίο	111.369 (94,1%)	114.270 (95,6%)	110.043 (94,1%)	104.038 (94,1%)	110.324 (92,7%)	-1.045 [-0,9%]
Κρήτη	235.244 (92,4%)	237.185 (93,9%)	233.318 (92,9%)	221.940 (91,3%)	203.300 (90,8%)	-31.944 [-13,6%]
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ</b>	<b>4.277.511 (94,7%)</b>	<b>4.293.120 (94,3%)</b>	<b>4.200.091 (93,8%)</b>	<b>4.018.049 (93,5%)</b>	<b>3.653.133 (92,9%)</b>	<b>-624.378 [-14,6%]</b>

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

### Πίνακας 3. 4

#### Εξέλιξη της μερικής απασχόλησης για την πενταετία 2007-2011

Εξέλιξη της μερικής απασχόλησης για την πενταετία 2007-2011 (δ' τρίμηνο)						
	2007	2008	2009	2010	2011	Σχέση 2011/2007
Αν. Μακεδονία & Θράκη	14.796 (6,2%)	14.213 (6,1%)	14.309 (6,2%)	14.071 (6,3%)	14.778 (7,2%)	-18 [-]
Κεντρική Μακεδονία	43.375 (5,7%)	50.923 (6,6%)	47.154 (6,4%)	48.188 (6,8%)	43.988 (6,9%)	+613 [+1,4%]
Δυτική Μακεδονία	10.455 (10,1%)	10.723 (10%)	10.624 (9,9%)	9.845 (9,8%)	8.997 (10%)	-1458 [-13,9%]
Ήπειρος	8.394 (6,3%)	10.529 (7,8%)	12.904 (9,3%)	13.735 (10,3%)	10.361 (8,4%)	+1967 [+23,4%]
Θεσσαλία	18.840 (5,4%)	23.244 (7,9%)	25.270 (8,5%)	22.484 (8%)	22.700 (8,9%)	+3.860 [+20,5%]
Ιόνια Νησιά	4.124 (4,8%)	4.901 (5,3%)	4.921 (5,2%)	4.045 (4,8%)	11.237 (12,6%)	+7.113 [+172,5%]
Δυτική Ελλάδα	12.172 (4,4%)	18.259 (6,6%)	15.691 (5,5%)	15.572 (5,6%)	14.832 (5,9%)	+2.660 [+21,9%]
Στερεά Ελλάδα	16.844 (7,6%)	17.018 (7,8%)	13.645 (6,4%)	15.149 (7,3%)	12.674 (6,9%)	-4.170 [-24,8%]
Αττική	67.445 (4%)	72.079 (4,2%)	90.678 (5,4%)	89.241 (5,5%)	94.769 (6,4%)	+27.324 [+40,6%]
Πελοπόννησος	16.206 (6,3%)	15.694 (6,1%)	13.037 (5,2%)	17.441 (7,2%)	12.846 (6%)	-3.360 [-20,7%]
Βόρειο Αιγαίο	2.438 (3,4%)	2.146 (3,1%)	3.791 (5,2%)	3.401 (4,7%)	3.217 (4,9%)	+779 [+32%]
Νότιο Αιγαίο	7.044 (4,9%)	5.257 (4,4%)	6.888 (5,9%)	6.569 (5,9%)	8.731 (7,3%)	+1.687 [+23,9%]
Κρήτη	19.480 (7,6%)	15.520 (6,1%)	17.805 (7,1%)	21.255 (8,7%)	20.527 (9,2%)	+1.047 [+5,3%]
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ</b>	<b>241.613</b> (5,3%)	<b>260.506</b> (5,7%)	<b>276.717</b> (6,2%)	<b>280.996</b> (6,5%)	<b>279.627</b> (7,1%)	<b>+38.014</b> [+15,7%]

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

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί η σημαντική μείωση του αριθμού των απασχολουμένων για το διάστημα 2007-2011 στον κλάδο της υγείας και της κοινωνικής μέριμνας, σε μια περίοδο που θα έπρεπε να ενισχυθούν όσον αφορά στο εργατικό δυναμικό τους και όχι να αποδυναμωθούν.(Πίνακας 3.5)

### Πίνακας 3.5

Εξέλιξη του αριθμού απασχολούμενων, ηλικίας 15 ετών και άνω, σε 8 μεγάλους κλάδους οικονομικής δραστηριότητας για το διάστημα 2007-2011, δ' τρίμηνο (σε χιλιάδες άτομα)

Κλάδοι οικονομικής δραστηριότητας (ΣΤΑΚΟΔ – 08)	2007	2008	2009	2010	2011	Μεταβολή 2011-2007
Γεωργία, Δασοκομία, Αλιεία	516,2	516,9	551,2	533,8	496,7	-19,5 [-3,8%]
Μεταποίηση	560,1	533,7	494,3	448,8	388,1	-172,0 [-30,7%]
Κατασκευές	399,5	386,8	364,1	298,6	227,0	-172,5 [-43,2%]
Χονδρικό και λιανικό εμπόριο	802,3	834,0	791,7	795,0	723,4	-78,9 [-9,8%]
Υπηρεσίες παροχής καταλύματος και εστίασης	306,2	307,1	315,8	296,7	286,8	-19,4 [-6,3%]
Μεταφορές, αποθήκευση, ελκικωνίες	260,6	292,9	302,4	293,0	261,1	+0,5 [+0,2%]
Εκπαίδευση	320,6	322,3	325,3	313,1	303,0	-17,6 [-5,5%]
Υγεία και κοινωνική μέριμνα	244,0	231,0	240,5	243,1	234,3	-9,7 [-4%]
<b>ΣΥΝΟΛΑ</b>	<b>3.409,5</b>	<b>3.424,7</b>	<b>3.385,3</b>	<b>3.222,1</b>	<b>2.920,4</b>	<b>-489,1</b> <b>[-14,3%]</b>

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

#### 3.2.1.4 Ανεργία

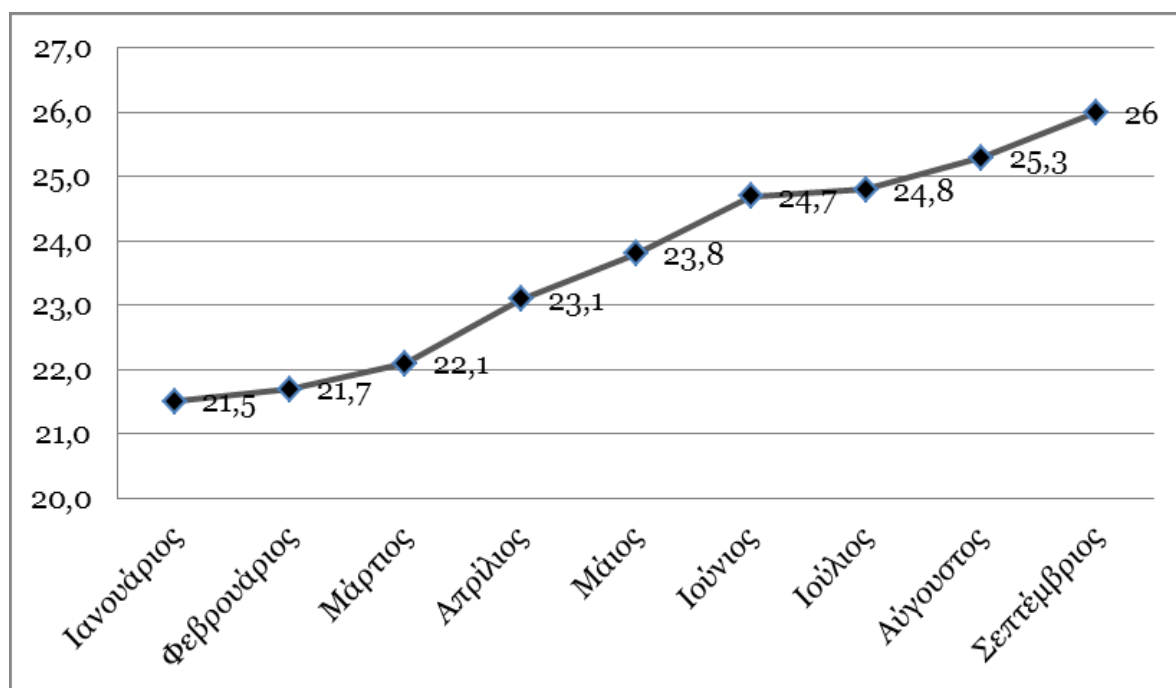
Η έννοια της ανεργίας είναι απόλυτα συνυφασμένη με το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης, προσβάλλοντας και αποδυναμώνοντας τόσο οικονομικά όσο και ψυχικά μεγάλο μέρος του πληθυσμού μιας χώρας. Στη χώρα μας έχει φτάσει σε δυσθεώρητα ύψη στην παρούσα φάση επηρεάζοντας, άμεσα είτε έμμεσα, εκατομμύρια ανθρώπους.

Ειδικότερα, από το 8,1% του 2007 και το 7,9% του 2008 η ανεργία εκτοξεύθηκε στο 20,7% το 2011 (δ' τρίμηνο), θέτοντας απότομα σε δύσμοιρη θέση τη ζωή της συντριπτικής πλειονότητας των εργαζομένων ανθρώπων της χώρας, άλλες φορές άμεσα καθιστώντας τους άνεργους, άλλες έμμεσα με την πίεση στους όρους εργασίας και αμοιβής και τις εργασιακές σχέσεις όσων ακόμη εργάζονται. (Διάγραμμα 3.6)

Ακολούθως, με βάση την έρευνα του εργατικού δυναμικού της ΕΛΣΤΑΤ για το β' τρίμηνο του 2012, το γενικό ποσοστό ανεργίας ανέβηκε στο 23,6%, σχεδόν 3% πάνω

από τα τέλη του 2011. Έτσι, ο αριθμός των ανέργων έφτασε στα 1.168.761 άτομα, αυξημένος κατά 142.886 άτομα σε σχέση με τα τέλη του 2011, δηλαδή σε ποσοστό 13,9%. Πρόκειται για συντριπτική αύξηση, λαμβάνοντας υπόψη ότι συντελέστηκε μέσα σε ένα μόνο εξάμηνο. Επίσης, να σημειωθεί πως τα τελευταία στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ για το 2013 δείχνουν την ανεργία να φτάνει το 27,3%, καταλαμβάνοντας την πρώτη θέση στην ΕΕ. (Ελληνική Στατιστική Εταιρεία, 2014)

Τα στοιχεία για το τέλος του 2011 δείχνουν πως οι περιφέρειες που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη ανεργία είναι η Δυτική Μακεδονία με ποσοστό 25%, η Στερεά Ελλάδα με 23,8%, η Κεντρική Μακεδονία με 22,8%, η Ανατολική Μακεδονία και Θράκη με 21,1% και η Αττική με 21,7%. Για το β' τρίμηνο του 2012 τα αντίστοιχα ποσοστά στις εν λόγω περιφέρειες έχουν αυξηθεί δραματικά: στη Δυτική Μακεδονία 30% (+5%), στη Στερεά Ελλάδα 28,4% (+4,6%), στην Κεντρική Μακεδονία 25,1% (+2,3%), στην Ανατολική Μακεδονία και Θράκη 24% (+2,9%) και στην Αττική 23,8% (+1,9%).



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

**Διάγραμμα 3. 6**

**Μηνιαία ποσοστά ανεργίας στην Ελλάδα: Ιανουάριος – Σεπτέμβριος 2012**

Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στη διάρκεια που μπορεί να έχει η ανεργία, αφού εάν αυτή εξελιχθεί σε μακροχρόνιο φαινόμενο, πέραν των δώδεκα μηνών

δηλαδή, αποκτά μια μονιμότητα που είναι δυσκολότερο να ξεπεραστεί.

Στην Ελλάδα το φαινόμενο της μακροχρόνιας ανεργίας δεν είναι πρωτοφανές, καθώς είχε πάντα υψηλά ποσοστά και ήταν πολύ οικείο στην κατηγορία των νέων, ειδικά στην αρχή τους στην αγορά εργασίας τα προηγούμενα χρόνια. Αυτό επιβεβαιώνεται και από μελέτη του ΟΟΣΑ, σύμφωνα με την οποία οι μειώσεις στο εισόδημα των Ελλήνων πολιτών αντανακλούν την επιδείνωση στις συνθήκες αγοράς εργασίας για μεγάλα τμήματα του πληθυσμού και κυρίως τους νέους. Η ίδια έρευνα αναφέρει πως, ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ για το ενεργό εργασιακό τμήμα του πληθυσμού βρίσκεται στο 65%, στην Ελλάδα βρίσκεται στο 49%. Επίσης, μεταξύ 2008 και 2013, η ανεργία αντιστοιχούσε σε αύξηση κατά 3800 άτομα ανά εβδομάδα, ενώ το 60% του 1,4 εκατομμυρίου. των ανθρώπων που αναζητούν εργασία, είναι μακροχρόνια άνεργοι. (OECD, Society At A Glance 2014, Highlights: GREECE. The crisis and its aftermath., 2014)]

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ανάμεσα στις χώρες που χαρακτηρίζονται από υψηλότερα ποσοστά μακροχρόνιας ανεργίας στο σύνολο της ανεργίας από το μέσο ευρωπαϊκό όρο, είναι και η Ελλάδα μαζί με τη Βουλγαρία, την Εσθονία, την Ιρλανδία, την Ιταλία, τη Λεττονία, τη Λιθουανία, την Ουγγαρία, τη Μάλτα, την Πορτογαλία, τη Σλοβενία και τη Σλοβακία.

Ειδικότερα, τα έτη 2002-2008 οι άνεργοι, με διάρκεια ανεργίας άνω των 12 μηνών, άγγιζαν το 47,5%-54,9% ενώ το 2009 το ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας στην Ελλάδα ήταν στο πολύ χαμηλό-για τα ελληνικά δεδομένα- 40,8%, το 2010 στο 45% και το 2011 στο 49,6%. Αυτό οφείλεται όμως εν μέρει στις πολιτικές συγκράτησης των ποσοστών με την προώθηση της συμμετοχής των μακροχρόνια ανέργων σε προγράμματα κατάρτισης, επιδοτούμενης απασχόλησης κτλ., ή και στην αποθάρρυνση των ανέργων με στην επακόλουθη παραίτησή τους από την αγορά εργασίας.

### Πίνακας 3. 6

Η εξέλιξη της ανεργίας, σε ποσοστά, κατά ομάδες ηλικιών στο διάστημα 2007-2011 (δ' τρίμηνο)

	2007	2008	2009	2010	2011	Μεταβολή 2011/2007
15-29 ετών	17,2%	16,5%	20,4%	28,0%	39,5%	+22,3%
30-44 ετών	7,2%	7,2%	9,3%	13,2%	19,1%	+11,9%
45-64 ετών	4,0%	4,3%	6,3%	8,7%	13,5%	+9,5%
65 ετών και άνω	1,2%	0,7%	1,0%	1,6%	3,5%	+1,3%
Συνολικό ποσοστό ανεργίας όλων των ηλικιών	8,1%	7,9%	10,3%	14,2%	20,7%	+12,6%

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

Όπως φαίνεται από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα, η ανεργία έχει υπερδιπλασιάσει τα ποσοστά της στις τρεις από τις τέσσερις ηλικιακές ομάδες που καταγράφονται, ενώ τα έχει υπερτριπλασιάσει στην κατηγορία των 45-64 ετών.

Μιλώντας για «καταστροφή των παραγωγικών δυνάμεων» εν τω μέσω της κρίσης αναφέρεται κανείς στο μεγάλο πλήγμα της ανεργίας ακριβώς σε αυτό το τμήμα του εργατικού δυναμικού, των ηλικιών 30-64, το οποίο διακρίνεται για την αυξημένη εμπειρία, ειδικευση και παραγωγικότητά του. Η απαξίωση της έμπειρης εργατικής δύναμης απειλεί τόσο τη ζωή των ανθρώπων όσο και τη βιωσιμότητα της κοινωνίας στο σύνολό της.

#### 3.2.1.5 Κατώτατος μισθός

Το ύψος του κατώτατου μισθού θεωρείται ένας από τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν την φτώχεια. Η διαμόρφωση του ύψους του κατώτατου μισθού θα πρέπει να συνταιριάζει τους οικονομικούς παράγοντες (παραγωγικότητα, οικονομική ανάπτυξη, απασχόληση) με τις ανάγκες των εργαζομένων.

Τα ποσοστά πριν την κρίση δίνουν στην Ελλάδα την πρωτιά στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 15, ως τη χώρα με το υψηλότερο ποσοστό φτωχών εργαζομένων (14%), ποσοστό διπλάσιο από το μέσο όρο της ΕΕ-15 (7%). Δυστυχώς, οι συνεχείς μειώσεις των μισθών εντείνουν την οικονομική ύφεση που διέρχεται η ελληνική οικονομία, οδηγώντας σε ακόμη μεγαλύτερη ύφεση, καθώς ωθεί στο κλείσιμο και άλλων επιχειρήσεων, σε δραματική μείωση της απασχόλησης και νέα αύξηση της ανεργίας, η οποία θα επιφέρει αλυσίδα συνεπειών.

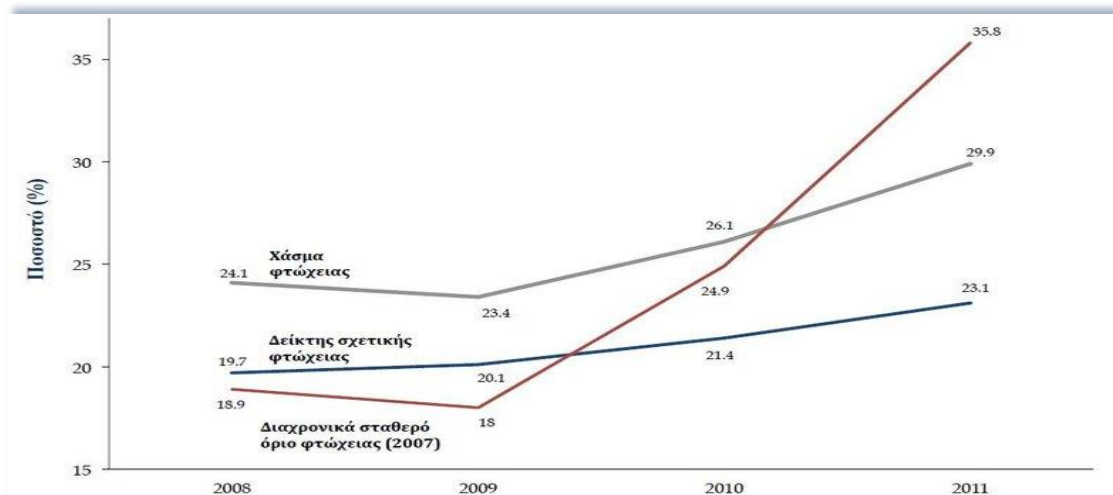
Οι επιπτώσεις, από την μείωση του κατώτατου μισθού κατά 22% (και 32% για τους νέους κάτω των 25 ετών), δεν περιορίζονται μόνο στην μείωση των αποδοχών όσων αμείβονται με τον κατώτατο μισθό. Η εξέλιξη αυτή είχε ως αποτέλεσμα να συμπαρασύρει ανάλογα και τα επιδόματα ανεργίας, ασθενείας, μητρότητας, τις συντάξιμες αποδοχές και τις αμοιβές για υπερωριακή απασχόληση.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτή η τάση συρρίκνωσης του ρόλου του μισθού, ο οποίος υποβιβάζεται πλέον σε απλό παράγοντα που επηρεάζει τον πληθωρισμό ή βελτιώνει την ανταγωνιστικότητα, ενώ παραγκωνίζεται και αμελείται πλήρως το ζήτημα της αναδιανομής του εισοδήματος.

Συνοψίζοντας, όλοι οι παραπάνω οικονομικοί δείκτες ολοκληρώνουν την εικόνα του τωρινού οικονομικού περιβάλλοντος της Ελλάδας, τελικό αποτέλεσμα του οποίου είναι η δραματική αύξηση του δείκτη της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, που θα αναλυθεί στην επόμενη υποενότητα.

#### 3.2.1.6 Δείκτες φτώχειας και κοινωνικός αποκλεισμός.

Η εκδήλωση της οικονομικής κρίσης και τα μέτρα δημοσιονομικής λιτότητας που εφαρμόστηκαν από το 2010 στην Ελλάδα ήταν αναπόφευκτο πως θα οδηγήσουν σε δραματική επιδείνωση των δεικτών φτώχειας στη χώρα. Έτσι, σύμφωνα με τον ευρέως χρησιμοποιούμενο δείκτη σχετικής φτώχειας (που αναφέρεται στο ποσοστό του πληθυσμού με ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα χαμηλότερο από το 60% του αντίστοιχου διάμεσου εισοδήματος των κατοίκων της χώρας), η φτώχεια από 19,7% που ήταν το 2008 αυξήθηκε στο 23,1% το 2011.



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

### Διάγραμμα 3. 7

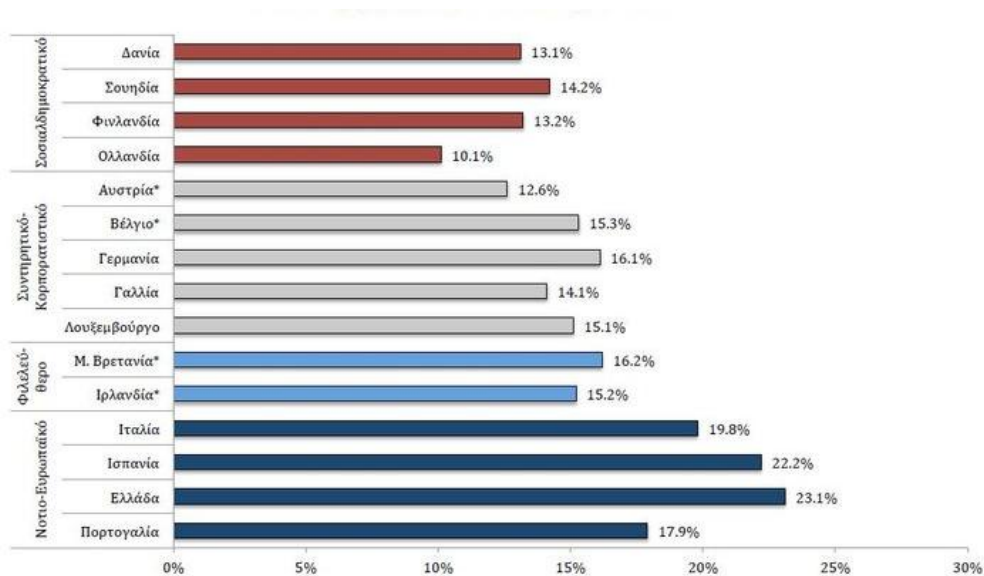
#### Οι Δείκτες Φτώχειας στην Ελλάδα 2008-2011

Ιδιαίτερα χρήσιμος για την αποτύπωση της επιδείνωσης των συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών στη χώρα είναι ο δείκτης φτώχειας που κατασκευάζεται διατηρώντας διαχρονικά σταθερό το όριο φτώχειας σε όρους πραγματικής αγοραστικής δύναμης (με βάση τα εισοδήματα του 2007).

Σύμφωνα με τον συγκεκριμένο δείκτη η φτώχεια αυξήθηκε από 18,9% το 2008 σε 35,8% το 2011. Αξιοσημείωτο δε είναι το γεγονός ότι η φτώχεια αυξήθηκε κατά 11 ποσοστιαίες μονάδες σε έναν μόλις χρόνο, από το 2010 στο 2011. Εξίσου σημαντική είναι και η επιδείνωση που καταγράφεται στο χάσμα (ή βάθος) φτώχειας που αυξήθηκε από 24,1% το 2008 σε 29,9% το 2011. Αυτό σημαίνει ότι το 2011 ένας στους δύο φτωχούς διέθεταν ισοδύναμο μηνιαίο εισόδημα μικρότερο από 334 ευρώ.

Τα παραπάνω στοιχεία όμως δεν αντικατοπτρίζουν όλη την κατάσταση, αφού οι μεγαλύτερες συνέπειες για τα νοικοκυριά επήλθαν το 2012-2013. Η επίδραση του Μνημονίου στα εισοδήματα εκτιμάται να έχει πλήξει σε μεγάλο βαθμό τις συνθήκες διαβίωσης των νοικοκυριών στο διάστημα αυτό και έτσι με βάση τα πλέον πρόσφατα διαθέσιμα δεδομένα, η Ελλάδα για το 2011 εμφανίζει το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό φτώχειας στην ΕΕ-15 (23,1%) μετά την Ισπανία.





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

### Διάγραμμα 3. 8

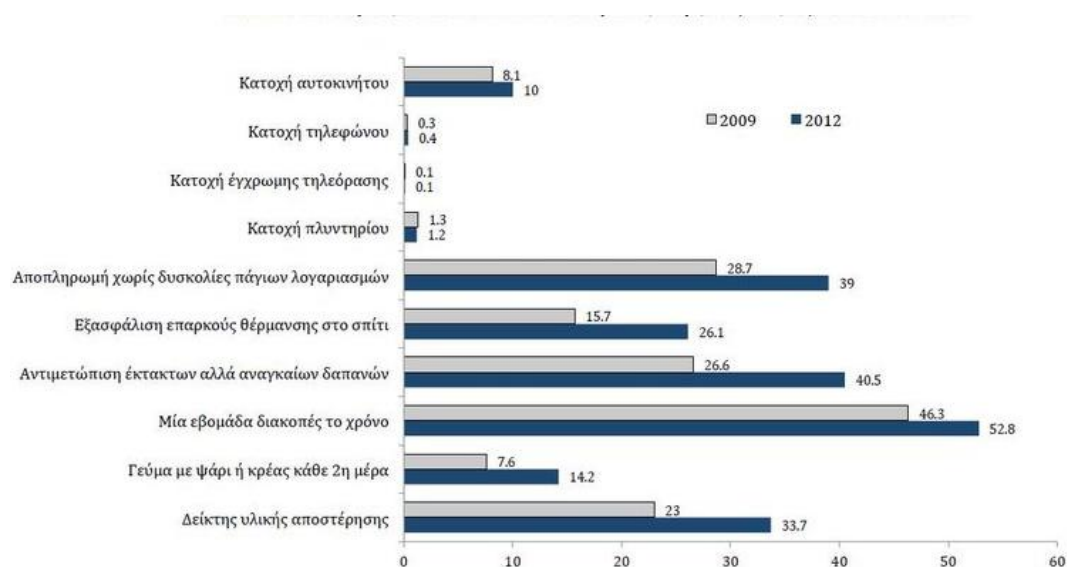
Ποσοστό (%) φτώχειας, ΕΕ-15, Εισοδήματα 2011

Όμως ο δείκτης της σχετικής φτώχειας δεν αποτελεί άλλο ένα οικονομικό μέγεθος. Αντικατοπτρίζει πολλά περισσότερα, τα οποία είναι δυνατό να προσδιοριστούν συμπληρωματικά, προκειμένου να υπάρχει και η ποιοτική διάσταση της φτώχειας. Ακολούθως, η Eurostat τα τελευταία χρόνια, συνυπολογίζει δείκτες υλικής αποστέρησης, που βασίζονται στη δυνατότητα των νοικοκυριών να καλύψουν τις ακόλουθες βασικές ανάγκες:

- 1) γεύμα με ψάρι ή κρέας κάθε δεύτερη μέρα,
- 2) μία εβδομάδα διακοπές το χρόνο,
- 3) αντιμετώπιση έκτακτων αλλά αναγκαίων δαπανών,
- 4) εξασφάλιση επαρκούς θέρμανσης στο σπίτι,
- 5) αποπληρωμή πάγιων λογαριασμών χωρίς δυσκολίες,
- 6) κατοχή πλυντηρίου στην κατοικία διαμονής,
- 7) κατοχή έγχρωμης τηλεόρασης στην κατοικία διαμονής,

8) κατοχή τηλεφώνου και

9) κατοχή αυτοκινήτου.



[www.ineobservatory.gr](http://www.ineobservatory.gr)

Διάγραμμα 3. 9

Ποσοστό του πληθυσμού που αδυνατεί να καλύψει συγκεκριμένες ανάγκες.

Ελλάδα 2009-2012

Γενικά θεωρείται πως η υλική αποστέρηση ισοδυναμεί με την απουσία δυνατότητας για την ικανοποίηση τουλάχιστον 3 από τις παραπάνω ανάγκες. Τα στοιχεία που προέκυψαν στρέφουν την προσοχή στο αναδυόμενο πρόβλημα της επιδείνωσης των συνθηκών διαβίωσης του πληθυσμού στην Ελλάδα.

Συγκεκριμένα, με βάση αυτόν το δείκτη προκύπτει ότι το ποσοστό των ατόμων που αντιμετώπισαν υλική αποστέρηση το 2012 αυξήθηκε σε 33,7% από 21,8% που ήταν το 2008. Αξιοσημείωτη είναι η αύξηση στην αδυναμία των νοικοκυριών να εξασφαλίσουν επαρκή θέρμανση στο σπίτι, αλλά και μια ισορροπημένη διατροφή, γεγονός που δεν αποτελεί ένδειξη καλής σωματικής υγείας. Επιπρόσθετα, περισσότερα από 1 στα 2 νοικοκυριά δεν έχει τη δυνατότητα μιας εβδομάδας διακοπών το χρόνο, με ό,τι αυτό συνεπάγεται, αφού βάλεται και η σωματική αλλά και η ψυχική του υγεία σε αυτήν την περίπτωση.

Με μία πρώτη ματιά είναι εύκολο να εντοπίσει κανείς τις πρώτες συνέπειες ντόμινο της κρίσης που προκύπτουν, υποθάλποντας τελικά την υγεία του πληθυσμού. Στη συνέχεια θα γίνει αναφορά σε μελέτες, στατιστικά στοιχεία που αφορούν στην

Ελλάδα και στους δείκτες υγείας που αυτή παρουσιάζει τα τελευταία χρόνια, προκειμένου να αποδειχθεί η επίδραση της οικονομική κρίσης στο επίπεδο υγείας των Ελλήνων. (INE Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ, 2014)

### **3.3 Επιπτώσεις της κρίσης στο επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού**

Παρατηρώντας την εξέλιξη της κρίσης στην Ελλάδα και εντοπίζοντας τον αντίκτυπο που αυτή έχει και θα συνεχίσει να έχει στους οικονομικούς δείκτες, όπως αυτός περιγράφηκε στην προηγούμενη ενότητα, είναι εύλογο να αναλογιστεί κανείς την επίδρασή της και στο επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού τελικά. Έτσι, καθώς η κρίση εξελίσσεται η ανεργία, τα χρέη των νοικοκυριών, η αποδυνάμωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) αλλά και οι ανύπαρκτες δομές της δημόσιας Υγείας, ως απόρροια της μείωσης των δημοσίων δαπανών, άλλαξαν δραματικά τους δείκτες της υγείας του πληθυσμού τα τελευταία χρόνια. Η αρνητική αυτή εξέλιξη επαληθεύεται από πληθώρα ερευνών που καταλήγουν όλες στα ίδια συμπεράσματα.

Μία τέτοια έρευνα διεξήχθη από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) σε 6.500 νοικοκυριά. Σύμφωνα με αυτή, παρατηρήθηκε αύξηση σε παθήσεις όπως η κατάθλιψη, το άγχος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ καταγράφηκε και αύξηση της χρήσης αντικαταθλιπτικών κατά 38,5%. Αυτοί που πλήττονται κύρια είναι οι χρόνια πάσχοντες, οι άνεργοι, οι ηλικιωμένοι και οι γυναίκες.

Στο σημείο αυτό αξίζει επιπρόσθετα να αναφερθούν τα αποτελέσματα της έρευνας του τομέα Οικονομικών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) για λογαριασμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), υπό την εποπτεία του καθηγητή Γιάννη Κυριόπουλου, σχετικά με το επίπεδο αυτοεκτίμησης της υγείας του πληθυσμού. Το δείγμα αφορά 10.572 άτομα και η κωδικοποίηση πραγματοποιήθηκε από τον ερευνητή Δημήτρη Ζαβρά. Σύμφωνα με αυτή, στην έρευνα του 2006 το 29% των ερωτηθέντων ανέφερε «κακό επίπεδο υγείας», ενώ το 2011 το ποσοστό αυτό ανήλθε σε 31% (αύξηση 2%). Επίσης, στην έρευνα του 2006 το 14,3% ανέφερε αδυναμία προσέγγισης των υπηρεσιών Υγείας λόγω οικονομικών προβλημάτων, ενώ το 2011 το 17,5% ανέφερε αδυναμία λόγω οικονομικών προβλημάτων (αύξηση 3,2%). Είναι λοιπόν προφανές ότι η κρίση έχει επιδράσει αρνητικά στη χρήση των υπηρεσιών Υγείας και κατά συνέπεια και στο επίπεδο υγείας.

Επίσης σε παρόμοια μελέτη της ΕΣΔΥ προκύπτει ότι η αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά ανάμεσα στις κατηγορίες του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος. Παρατηρείται επίσης μια τάση

να αυξάνεται η τιμή της αξιολόγησης, καθώς η κατηγορία εισοδήματος αυξάνει. Στην ίδια έρευνα οι ερωτώμενοι βαθμολόγησαν καλύτερα την υγεία τους για το 2009 σε σχέση με το 2010. (ΕΣΔΥ, 2011)

Να σημειωθεί εδώ πως τα στοιχεία που προκύπτουν από παρόμοιες έρευνες, σχετικά με τις απόψεις των πολιτών για την προσωπική τους υγεία, πρέπει να χρησιμοποιούνται με κάποιες επιφυλάξεις, καθώς η υποκειμενική κρίση γενικά επηρεάζεται από μια σειρά παραγόντων. Εντούτοις, τα αποτελέσματα μιας τέτοιας έρευνας μπορούν να είναι πολύ σημαντικά για προβλέψεις που αφορούν τη μελλοντική υγεία των πολιτών και τα ποσοστά θνησιμότητας των κοινωνιών. (Νιάκας, 2013)

Στη συνέχεια θα γίνει ανάλυση των επιπτώσεων της κρίσης στο επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού, με την χρήση των διαφόρων μελετών και στατιστικών που έχουν δημοσιευτεί, ώστε να υπάρξει εμπειριστατωμένη προσπάθεια αποτύπωσης της ελληνικής πραγματικότητας.

### *3.3.1 Η ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού*

Η οικονομική κρίση πλήττει την ψυχική υγεία όχι μόνο των ψυχικά ασθενών αλλά και των υγιών ανθρώπων, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα. Όσον αφορά στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού για τα τελευταία χρόνια, οι επιστήμονες αναφέρουν πρωτοφανή για τα ελληνικά δεδομένα ποσοστά κατάθλιψης και αυτοκτονικών τάσεων. Ο φόβος, η ανασφάλεια και η αβεβαιότητα για το μέλλον, ως ψυχολογικές επιπτώσεις που συνδέονται με οικονομικές παραμέτρους, είναι δυνατό να προκαλέσουν την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Σχετικές έρευνες υπογραμμίζουν επίσης πως αιτίες κατάθλιψης μπορούν να αποτελέσουν η εργασιακή επισφάλεια και ο φόβος απώλειας εργασίας, ίσως και πιο σοβαρές, σε σχέση με το ίδιο το γεγονός της ανεργίας, αφού το άγχος της απόλυσης συχνά μπορεί να οδηγήσει σε καταθλιπτικό επεισόδιο.

Η καταγραφή των αιτημάτων, από ανθρώπους που δυσφορούν αυτήν την περίοδο, προς τις υποστηρικτικές μονάδες, παρουσιάζει αύξηση κατά 20% - 30%. Στο τέλος του 2009-2011 συγκεκριμένα, καταγράφηκε αυξημένος αριθμός επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία με ωτορινολαρυγγολογικές διαταραχές ιλίγγου (vertigo) και εμβοών (tinnitus), που πιθανόν σχετίζονται με την αυξημένη δυσφορία και κοινωνική

ανησυχία λόγω της οικονομικής κρίσης, αν και ακόμα δεν έχει τεκμηριωθεί με έρευνα αυτή η συσχέτιση.

Ειδικά για το επίπεδο ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, καταγράφεται αύξηση των περιπτώσεων ψυχολογικών προβλημάτων κατά 40%, οικογενειακής δυσαρμονίας στο 51%, διαταραχών διαγωγής 28%, σχολικής άρνησης κατά 25%, ενώ τα ποσοστά εκφοβισμού ("bullying") ανέρχονται στο ποσοστό των 22%, οι απόπειρες αυτοκτονιών στο 20% και οι καταχρήσεις ουσιών στο 19%. (Simou & Koutsogeorgou, 2014)

### 3.3.1.1 Κατάθλιψη

Ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα είναι η έρευνα της Ελληνικής Εταιρείας Θετικής Ψυχολογίας (ΕΕΘΕΨΥ), για το πόσο έχει επηρεάσει η κρίση την ψυχολογία στην Ελλάδα. Η πρώτη έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2008-2009 με 5.265 συμμετέχοντες στις ηλικίες από 17 ετών έως 60 ετών και η δεύτερη το 2010 με 2.701 συμμετέχοντες από 17 ετών έως 60 ετών και καλύπτει όλο το φάσμα μορφωτικού και οικονομικού επιπέδου, οικογενειακής και εργασιακής κατάστασης. ( Ελληνική Εταιρεία Θετικής Ψυχολογίας, 2011)

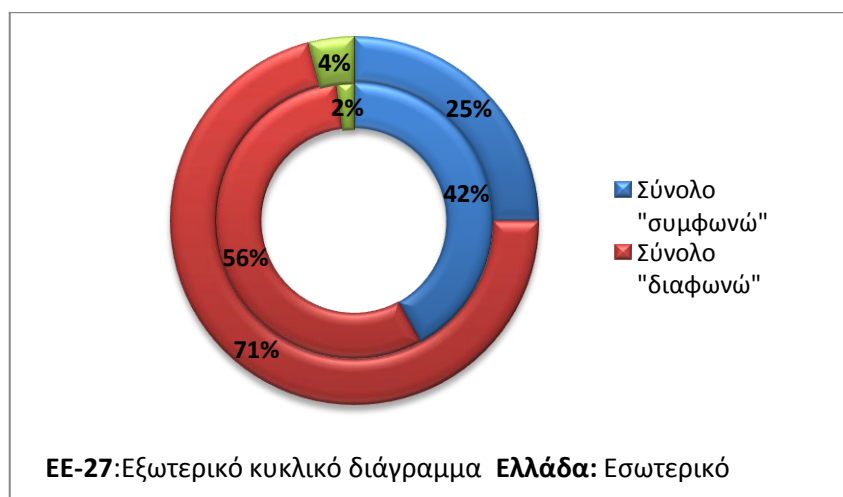
Σύμφωνα με αυτή ένας στους δύο Έλληνες έχουν συμπτώματα κατάθλιψης, ένας στους τέσσερις έχουν και κατάθλιψη και άγχος και ένας στους τρεις έχει άγχος. Από εκείνους, οι οποίοι επηρεάστηκαν από την κρίση και αποτελούν το 47% του πληθυσμού, το 59% εμφανίζει κατάθλιψη και το 50,7% εμφανίζει άγχος - στρες. Οι γυναίκες φαίνεται να έχουν επηρεαστεί περισσότερο από ό,τι οι άντρες. Οι νέοι εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, με άμεσες συνέπειες στην παραγωγικότητα και την απόδοσή τους. Αξιοπρόσεκτη είναι η παρατήρηση πως εκείνοι που βιώνουν πιο πολλά θετικά συναισθήματα έχουν λιγότερη κατάθλιψη και άγχος και παρότι ζουν στο ίδιο περιβάλλον, βιώνοντας θετικά συναισθήματα προστατεύονται από την κατάθλιψη.

Επίσης, σύμφωνα με μελέτη του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), που παρουσιάστηκε σε συνέδριο, υπήρξε μια αύξηση 15,3% των καταθλιπτικών επεισοδίων μεταξύ 2011 και 2009. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ανταπόκριση στο ερώτημα «αν τον περασμένο μήνα υπήρξε μια περίοδος τουλάχιστον δύο βδομάδων που νιώθατε μελαγχολικός». Οι θετικές απαντήσεις συγκέντρωναν το 47,2% το 2009 και 54,4% το 2011. Παρουσιάζεται, δηλαδή, μια αύξηση της τάξεως του 15,3%. (ΕΠΨΥ)

Επιπλέον, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, η αποτύπωση ενός «Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου» (ΜΚΕ) είχε τα εξής ποσοστά: το 2008 3,3%, το 2009 6,8% και το 2011 8,2%. Οι ομάδες που σημειώνουν τις μεγαλύτερες και στατιστικά σημαντικές μεταβολές στην επικράτηση του ΜΚΕ είναι οι άνδρες, τα άτομα ηλικίας 25 - 34 ετών και 55 - 64 ετών, οι έγγαμοι, οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, οι κάτοικοι της Αθήνας και τα άτομα που εργάζονται.

Τέλος, αξιοπρόσεκτα είναι τα στοιχεία από τη "Γραμμή Βοήθειας για την κατάθλιψη". Σύμφωνα με αυτά, οι άνδρες σε ποσοστό 65% και η κύρια παραγωγική ηλικιακή ομάδα (30-45 ετών), πλήττονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από την οικονομική κρίση εμφανίζοντας σημαντικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Αλλά και τα άτομα νεότερης ηλικίας (18-30 ετών) αντιμετωπίζουν με έντονο άγχος την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών και τους όρους που προδιαγράφουν την εργασιακή τους θητεία. (Μπούρας & Λύκουρας, 2011)

Επίσης, όπως αναφέρεται στην έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την "Ψυχική Υγεία", οι Έλληνες ερωτηθέντες ανησυχούν περισσότερο για την



Πηγή: [www.ec.europa.eu](http://www.ec.europa.eu)

### Διάγραμμα 3. 10

**Σε ποιο βαθμό οι πολίτες συμφωνούν ή διαφωνούν με αυτήν την φράση: "Η ασφάλεια της θέσης εργασίας είναι υπό απειλή".**

εξασφάλιση της θέσης εργασίας τους, με τέσσερεις στους δέκα (42%) να συμφωνούν ότι κινδυνεύουν να χάσουν τη δουλειά τους, σε σύγκριση με τον μέσο όρο που ανέρχεται στο 25%. Νιώθουν το ίδιο με τους υπόλοιπους Ευρωπαίους σχετικά με το

κατά πόσο η δουλειά τους αντικατοπτρίζει τις ικανότητές τους και την αναγνώριση που λαμβάνουν στην εργασία τους. (European Commission Mental Health)

### 3.3.1.2 Αυτοκτονίες

Αξιοσημείωτο είναι πως για την περίοδο 2009 - 2012 καταγράφηκαν συνολικά 3.124 «τελεσμένες και απόπειρες αυτοκτονίας». Πρόκειται για την ίδια περίοδο που τα ποσοστά κατάθλιψης, όπως προαναφέρθηκε, είχαν ραγδαία αύξηση. Στις 24.1.2011 το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) στην ημερίδα με θέμα «Οικονομική κρίση, κοινωνικός αποκλεισμός και εξαρτήσεις», και με τη συμμετοχή Ελλήνων και Αμερικανών επιστημόνων αναφέρει πως όταν η ανεργία εμφανίζει αύξηση κατά 3% για μακρά περίοδο, τότε η θνησιμότητα από αυτοκτονίες αυξάνεται κατά 4,5%, ενώ η θνησιμότητα λόγω κατάχρησης αλκοόλ αυξάνεται κατά 28%. Οι επιπτώσεις αυτές αφορούν περισσότερο τους άνεργους άνδρες μέσης παραγωγικής ηλικίας. (ΚΕΘΕΑ, 2011)

Η Εταιρεία Προληπτικής Ψυχιατρικής στις 9.10.2001 υποστήριξε πως η «ανεργία διαλύει την ψυχική υγεία», στηριζόμενη στα στοιχεία πως υπάρχει ανεργία σε ποσοστό 90% μεταξύ των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, ενώ το 70% από αυτούς επιθυμούν να εργαστούν, διαπίστωση που επαληθεύτηκε στα επόμενα έτη.

Αργότερα, κατά το 38ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο στην Αθήνα στις 16-19/5 το 2012 προκύπτει το συμπέρασμα από τα συλλεγόμενα στοιχεία, πως οι βασικές αιτίες για την αύξηση των αυτοκτονιών κατά 22% τη διετία 2009 – 2011 είναι η οικονομική κρίση, η ανεργία και η ανασφάλεια. Εξίσου τραγική είναι και η διαπίστωση πως οι επιπτώσεις τείνουν να επηρεάζουν επικίνδυνα ακόμα και τα παιδιά, καθώς παρατηρήθηκε αύξηση κατά 10% - 15% των νοσηλειών τους στα νοσοκομεία λόγω ψυχογενών αιτιών την τελευταία διετία.

### 3.3.1.3 Επιπτώσεις στις Συμπεριφορές υγείας.

- *Ναρκωτικά*

Στην «Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Οιοπνευματωδών στην Ελλάδα» για το 2010, η εκπρόσωπος του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΙΝ), Μ. Τερζίδου αναφέρει πως από το 2002 μέχρι το 2010 καταγράφεται η μεγαλύτερη

ποσοστιαία αύξηση στον αριθμό των ατόμων που αναφέρουν ως κύρια ουσία κατάχρησης την κάνναβη και την κοκαΐνη ή κρακ. Ειδικότερα, η κάνναβη κατέγραψε αύξηση κατά 139% και η κοκαΐνη ή κρακ κατέγραψε αύξηση κατά 437%. Μεταξύ 2009 και 2010 ο αριθμός των ατόμων που εντάχθηκαν σε προγράμματα για προβλήματα από ηρωίνη ή άλλα οπιοειδή παρέμεινε σταθερός, ενώ αύξηση κατά 19,4% παρουσίασε ο αριθμός των ατόμων που εντάχθηκαν σε προγράμματα απεξάρτησης για προβλήματα από κάνναβη.

Στην πλειονότητά τους οι χρήστες (80,9%) ανέφεραν την κάνναβη ως ουσία πρώτης χρήσης με μέσο όρο ηλικίας τα 15,9 έτη. Μεταξύ 2002 και 2010, η κάνναβη παραμένει η ουσία με την οποία τα άτομα κατά κανόνα ξεκινούν την παράνομη χρήση. Μάλιστα, το ποσοστό της αυξάνεται από 76,6% το 2002 σε 80,9% το 2010. Τέλος, η συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών πλέον κάνουν παράλληλη χρήση ουσιών.

Στο σημείο αυτό σκόπιμη είναι η αναφορά πως μέσα στο πρώτο επτάμηνο του 2011 ο αριθμός των νέων κρουσμάτων HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών (XEN) σχεδόν οκταπλασιάστηκε. Τα στοιχεία καταγράφηκαν από τους θεραπευτικούς φορείς, τα προγράμματα και τα εργαστήρια της χώρας που διαθέτουν δεδομένα στο ΕΚΤΕΠΝ στο πλαίσιο της εφαρμογής του Δείκτη Επικράτησης Μολυσματικών Ασθενειών (ΔΕΜΑ). Τα στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ επιβεβαιώνονται και από τα αντίστοιχα στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), το οποίο αναφέρει συνέχιση των κρουσμάτων. Τα παραπάνω παραπέμπουν ξεκάθαρα σε επιδημική έκρηξη του ιού – τουλάχιστον στους XEN στο Νομό Αττικής. Παρόμοια δείγματα επιδημικής έκρηξης μολυσματικών ασθενειών στους XEN είχαν ήδη αρχίσει να διαφαίνονται στους δείκτες επιπολασμού της Ηπατίτιδας C στον πληθυσμό αυτόν, ιδιαίτερα στους XEN του Νομού Αττικής. (Δικτυακή Πύλη για την Υγεία, 2014)

Διαπιστώνει κανείς πως τα προαναφερθέντα ποσοστά παρουσιάζουν ανοδική πορεία στο σύνολό τους. Ταυτόχρονα ραγδαία αυξάνεται και ο αριθμός των ανθρώπων που καλεί σε βοήθεια, γεγονός που προϋποθέτει όμως υποδομές που να δύνανται να παρέχουν τη στήριξη, τη θεραπεία και την απεξάρτηση αλλά και τα απαραίτητα μέτρα πρόληψης. Με ένα τέτοιο οικονομικό πλαίσιο για τη χώρα, που επιβάλλει τις περικοπές των δαπανών και τη μείωση ανθρώπινου δυναμικού στο δημόσιο τομέα και στον τομέα της Υγείας ειδικότερα, είναι εύκολο να αναλογιστεί κανείς τη σοβαρότητα των επιπτώσεων.



- *Κατανάλωση αλκοόλ*

Η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ συμβάλλουν σημαντικά σε παγκόσμιο επίπεδο στην πρόκληση ασθενειών και αποτελούν τον πέμπτο σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου πρόωρων θανάτων και αναπηριών στον κόσμο (WHO, 2007)

Σύμφωνα με τα στοιχεία (WHO, 2009), το αλκοόλ ευθύνεται για την πρόκληση πάνω από 60 τύπων ασθενειών και βλαβών. Ειδικότερα, οι νευροψυχιατρικές διαταραχές που συνδέονται με το αλκοόλ αφορούν πάνω από το 1/3 (34%) της επιβάρυνσης από τα αποδιδόμενα στο αλκοόλ νοσήματα και αναπηρίες, ακολουθούν οι ακούσιες βλάβες, όπως τα τροχαία ατυχήματα, τα εγκαύματα, οι πνιγμοί και οι πτώσεις (συνολικά 26%), καθώς και οι εκούσιες βλάβες όπως η αυτοκτονία (11%), η κίρρωση του ήπατος (10%), οι καρδιαγγειακές παθήσεις (10%) και ο καρκίνος (9%) (WHO, 2007).

Με απώτερο στόχο την καλύτερη αποτύπωση της προβληματικής χρήσης αλκοόλ στην Ελλάδα, το ΕΚΤΕΠΝ κατά τη διάρκεια του 2010 συγκάλεσε Ομάδα Εργασίας αποτελούμενη από εκπροσώπους των θεραπευτικών υπηρεσιών για την εφαρμογή του Δείκτη Αίτησης Θεραπείας (ΔΑΘ) για το Αλκοόλ. Τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

Αρχικά, είναι αξιοσημείωτο πως η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων (89,6%) που ζήτησαν θεραπευτική βοήθεια το τελευταίο τρίμηνο του 2010 ήταν ελληνικής εθνικότητας, ενώ το υπόλοιπο 10,4% κατάγονταν από άλλες χώρες. Επίσης, στο σύνολο των ατόμων που αντιμετώπιζε πρόβλημα με το αλκοόλ, το 43,3% ανέφερε πρόβλημα ψυχικής υγείας, το 41,8% πρόβλημα σωματικής υγείας και το 14,9% και τα δύο. Σχετικά με το είδος των ψυχικών τους προβλημάτων αναφέρθηκαν κυρίως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές και απόπειρες αυτοκτονίας, ενώ τα σωματικά προβλήματα που αναφέρονται συχνότερα ήταν ήπατος.

Στον αριθμό των εισαγωγών για το 2010 παρατηρείται ραγδαία αύξηση (N=814), σε σύγκριση με τα δύο προηγούμενα έτη (2008: N=391, 2009: N=673) καθώς και στο ποσοστό των υπό θεραπεία ατόμων με διαγνωσμένο ψυχιατρικό πρόβλημα (22%) σε σύγκριση με το 2009 (10,7%). (ΕΚΤΕΠΝ, 2013)

Επιπρόσθετα, με βάση τα στοιχεία της Εθνικής Έρευνας Υγείας, η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί καθημερινή συνήθεια για το 10% των Ελλήνων, ενώ στην ευρωπαϊκή κατάταξη, η Ελλάδα βρίσκεται περίπου στη μέση, σε ό,τι αφορά στον

συνολικό πληθυσμό με τους Έλληνες άνδρες να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ από τις Ελληνίδες. (Τερζόπουλος & Σαράφης, 2013)

- *Κάπνισμα*

Παρά τις πρόσφατες προσπάθειες και επιτυχίες στην εφαρμογή του Πλαισίου Σύμβασης του ΠΟΥ για τον Έλεγχο του Καπνίσματος στην Ελλάδα, η χώρα κατέχει ακόμα ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ενήλικων χρηστών καπνού παγκοσμίως και το υψηλότερο ποσοστό στις χώρες της ΕΕ.

Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν από το Εθνικό Πρόγραμμα Ελέγχου της Καπνιστικής Συνήθειας στην Ελλάδα, σε συνεργασία και τον ΠΟΥ και το Κέντρο Ελέγχου Λοιμώξεων της Αμερικής:

- 3,5 εκατομμύρια Έλληνες δηλώνουν καπνιστές, δηλαδή σε ποσοστό 38,2% των Ελλήνων του δείγματος (51.2% των ανδρών, 25.7% των γυναικών)
- Το 50.7% ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 25-44 ετών
- Το 72.2% των καθημερινών καπνιστών θεωρούνται εξαρτημένοι από τη νικοτίνη
- Η έκθεση στο παθητικό κάπνισμα αντιστοιχεί στο 52.3% των ενηλίκων που εκτίθενται σε παθητικό κάπνισμα στο χώρο της εργασίας τους (1,6 εκατομμύρια ενήλικες), στο 65.7% των ενηλίκων (6,0 εκατομμύρια άτομα) που είχαν εκτεθεί σε καπνό στο σπίτι και στο 72.2% των ενηλίκων (3,3 εκατομμύρια άτομα) που εκτίθενται στον καπνό του τσιγάρου όταν επισκέπτονται εστιατόρια
- Σε παιδιά ηλικίας 13-15 ετών:
  1. Ποσοστό 10.3% των αγοριών, 9.9% των κοριτσιών και 10.1% των νέων στο σύνολό τους καπνίζουν τσιγάρα
  2. Το 56.7% των μαθητών είναι παθητικοί καπνιστές στο σπίτι τους
  3. Το 67.4% των μαθητών είναι παθητικοί καπνιστές σε κλειστούς δημόσιους χώρους
  4. 67.9% των καπνιστών προμηθεύτηκε τσιγάρα από κατάστημα ή περίπτερο

Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών χωρών, σε ποσοστό το οποίο, αν και τελευταία έχει μειωθεί,

εξακολουθεί να παραμένει το υψηλότερο μεταξύ των χωρών της δυτικής Ευρώπης. Η μείωση μάλλον οφείλεται στον περιορισμό των εισοδημάτων των νοικοκυριών λόγω της οικονομικής κρίσης, όμως είναι ανεπαίσθητη αφού και πάλι τα ποσοστά είναι υψηλά. (Δημόσια Υγεία : Δρόμος προς την ανάπτυξη., 2014)

### 3.3.2 Η σωματική υγεία του ελληνικού πληθυσμού

#### 3.3.2.1 Διατροφή και σωματική άσκηση-τάση για παχυσαρκία

Σύμφωνα με πανελλαδική έρευνα ο μέσος Έλληνας είναι καπνιστής, δεν τρέφεται σωστά και υγιεινά, δεν ασκείται σωματικά, ενώ εμφανίζει τάση προς την παχυσαρκία.

Συγκεκριμένα, το χαμηλό οικονομικό επίπεδο του πληθυσμού σχετίζεται με άμεσα επιβλαβείς, μη υγιεινές συνήθειες και παχυσαρκία, όπως αναφέρει η μελέτη ΑΤΤΙΚΗ, από το τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας – Διατροφής του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου σε συνεργασία με την 1<sup>η</sup> Καρδιολογική Κλινική της Ιατρικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Ειδικότερα, όσον αφορά στην διατροφή των Ελλήνων, ιδιαίτερα κατατοπιστική είναι η έρευνα του ΓΕΣΕΒΕΕ 15-20/12/2011. Σύμφωνα με αυτή, το 13% των ερωτηθέντων αναφέρει ότι το εισόδημά του δεν επαρκεί ούτε καν για την κάλυψη των αναγκών, το 78% των νοικοκυριών αντιμετωπίζει σοβαρές δυσκολίες στην κάλυψη αναγκών και για το λόγο αυτό το 68,4% κάνει περικοπές στην κατανάλωση ειδών διατροφής. Επίσης, το 50% των νοικοκυριών διαθέτει μόνο το 2,2% του εισοδήματός του για τρόφιμα.

Επιπρόσθετα, με βάση την έρευνα για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης του 2010 της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής προκύπτει πως:

- Το 20,1% του ελληνικού πληθυσμού είναι στα όρια της φτώχειας
- Το 22,7% του φτωχού πληθυσμού δηλώνει ότι στερείται διατροφής
- Το 4,2% του μη φτωχού πληθυσμού επίσης δηλώνει ότι στερείται διατροφής

Από τη γενικότερη κατάσταση σαφώς δεν μένουν ανεπηρέαστα ούτε τα παιδιά, καθώς 500.000 παιδιά στην Ελλάδα ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας. Η κακή διατροφή στην παιδική ηλικία οδηγεί σε παχυσαρκία, καρδιοπάθειες και μεταβολικό σύνδρομο στο μέλλον, γεγονός με περαιτέρω συνέπειες, αφού η χαμηλής ποιότητας διατροφή μιας γενιάς παιδιών δύναται να επηρεάσει αρνητικά την οικονομική ανάπτυξη στην Ελλάδα σε βάθος χρόνου. (Κατσαδούνη, 2012)

Στοιχεία της Eurostat έρχονται να επιβεβαιώσουν τα παραπάνω, καθώς, μόνο το 21% των Ελλήνων καταναλώνει φρούτα δύο ή περισσότερες φορές την ημέρα και μόνο το 16.9% καταναλώνει δύο ή περισσότερες μερίδες λαχανικών ημερησίως. Πρώτοι έρχονται οι Γάλλοι με ποσοστά 44,8% και 49,3% αντίστοιχα. Επιπλέον, ανάμεσα στους Έλληνες, οι μικρότερης ηλικίας και χαμηλότερου βιοτικού επιπέδου, κάνουν την πλέον ανθυγιεινή διατροφή.

Όσον αφορά στα στοιχεία σχετικά με τη συμπεριφορά των Ελλήνων ως προς τη σωματική άσκηση, το 39.7% δηλώνει ότι ακολουθεί σταθερά καθημερινό σχετικό πρόγραμμα, αλλά εξίσου μεγάλο είναι και το ποσοστό εκείνων που δηλώνουν ότι δεν ασκούνται καθόλου (39.8%). Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η Ελλάδα κατατάσσεται στη μέση του σχετικού πίνακα, ενώ πρώτοι είναι οι Ρουμάνοι με ποσοστό 86.6%.

Τέλος, να σημειωθεί πως το 17.6% των Ελλήνων θεωρούνται παχύσαρκοι και το 38.4% έχουν σωματική μάζα ανώτερη του φυσιολογικού (Αθροιστικό ποσοστό 56%), ενώ φυσιολογικό σωματικό βάρος έχει το 42.2%. Με αυτά τα ποσοστά η Ελλάδα κατατάσσεται τέταρτη μετά τη Μάλτα (22.8%), την Εσθονία (18.5%) και την Τσεχία (18.3%). (Τερζόπουλος & Σαράφης, 2013)

### 3.3.2.2 Χρόνια νοσήματα

Το ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας, ενώ παρουσίασε πτώση το 2004 (19.1%) σε σχέση με το 2003 (19.9%), έκτοτε αυξάνεται χρόνο με το χρόνο για να φτάσει περίπου στο 22.6% το 2010. (Τερζόπουλος & Σαράφης, 2013)

Έχει ήδη αναφερθεί πως το άμεσο αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στα οικονομικά της υγείας ήταν η μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας σε ποσοστό 30% και η μείωση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας στο 25%. Στα πλαίσια αυτών, το 2010, η πλειοψηφία των χωρών της ΕΕ έλαβαν μέτρα συγκράτησης των φαρμακευτικών δαπανών, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Τα μέτρα ελέγχου εστιάζουν κυρίως στην προσφορά και ζήτηση, με έμφαση στα μέτρα για τη μείωση των τιμών, την αλλαγή στη δομή τιμών, στη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος, στον ΦΠΑ επί των φαρμάκων και στην αλυσίδα διανομής. (Vogler, Zimmerman, Leopold, & Joncheere, 2011)

Οι επιπτώσεις των μέτρων αυτών για τον ελληνικό πληθυσμό ήταν σοβαρές και ιδιαίτερα για τους χρόνιους νοσούντες, καθώς τα νοικοκυριά είναι ήδη επιβαρυνόμενα από τη συρρίκνωση των εισοδημάτων τους.

Στοιχεία πρόσφατης έρευνας, σε ασθενείς που πάσχουν από υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άνοια τύπου Alzheimer, ισχυροποιούν κατά πολύ την άποψη πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει δραματικά το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού και δη των χρονίως πασχόντων. Σκοπός της έρευνας ήταν η την ανάδειξη των εμποδίων από τις πιέσεις που ασκούνται στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς δεδομένης της οικονομικής κατάστασης.

Ειδικότερα, από την έρευνα εμφανίζεται μόνο το 7,6% των χρονίως πασχόντων να διέγνωσαν την πάθηση τους μέσω ενός προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου, γεγονός που αναδεικνύει το κενό τέτοιων προγραμμάτων, ενώ επίσης χαμηλό είναι και το ποσοστό αυτών που το διέγνωσαν μέσω του ετήσιου check-up (14%). Η πλειοψηφία (60,3%), στράφηκε σε διάγνωση με την εμφάνιση των συμπτωμάτων και ένα ποσοστό 17% ανακάλυψε τυχαία την ασθένεια κατά την αντιμετώπιση κάποιου άλλου προβλήματος υγείας.

Η εκτίμηση του επιπέδου υγείας από τους ίδιους τους χρόνιους πάσχοντες παρουσιάζει μείωση κατά 4% για το από το 2012 έως τις αρχές του 2013. Το μεγαλύτερο ποσοστό μείωσης καταγράφεται στους ασθενείς με Alzheimer (7%). Πιθανή αιτία για αυτό θεωρείται η αύξηση της συμμετοχής στο φάρμακο από 0% σε 10% και της μειωμένης χρηματοδότησης των Κέντρων Ημέρας ανοικτών ασθενών.

Το 64% των χρονίως πασχόντων δηλώνει δυσκολίες στην πρόσβαση σε ιατρό ή σε ιατρικές υπηρεσίες λόγω των οικονομικών/εισοδηματικών περιορισμών, ενώ το 60% λόγω του παρατεταμένου χρόνου που απαιτείται, καθώς υπάρχει μεγάλη λίστα αναμονής.

Η έρευνα καθιστά σαφή την ύπαρξη διαφοροποιήσεων μεταξύ των πασχόντων με βάση το εισόδημα και το μορφωτικό τους επίπεδο. Έτσι, η αύξηση του εισοδήματος και το υψηλό μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται τη μείωση της πιθανότητας αντιμετώπισης οικονομικών εμποδίων από τους ασθενείς, ενώ η πλέον ευπαθής ομάδα του πληθυσμού είναι οι άνεργοι. Το ίδιο ισχύει και όσον αφορά στην πιθανότητα αντιμετώπισης εμποδίων χρόνου. Οι άνεργοι είναι οι πιο πιθανοί να αντιμετωπίσουν τις προαναφερόμενες δυσκολίες με τις ογκώδεις λίστες αναμονής.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως τα χρόνια νοσήματα αποτελούν τη σημαντικότερη αιτία ανικανότητας και πρόωρου θανάτου, ενώ επιφέρουν υψηλό κόστος στο σύστημα υγείας, καθώς ευθύνονται για το 70% της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και απορροφούν περισσότερο από το 65% της εθνικής υγειονομικής δαπάνης. (ΕΣΔΥ,

2011)

### 3.3.2.3 Μεταδιδόμενα νοσήματα

Καθώς η Ελλάδα φαίνεται να είναι η χώρα που έχει πληγεί περισσότερο από την οικονομική κρίση σε ευρωπαϊκό επίπεδο, διαφαίνεται ότι το εγγύς μέλλον θα επιφέρει αύξηση των μεταδιδόμενων ασθενειών, όπως η μαλάρια, και των επιδημιών, ειδικότερα των λοιμώξεων με τον Ιό Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας (HIV) των οποίων ο αριθμός αυξάνεται συνεχώς. Η προαναφερόμενη αύξηση φαίνεται να συνδέεται άμεσα με την αύξηση του μεγάλου αριθμού χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών.

Πιο συγκεκριμένα, μεταξύ των ετών 2009-2011, παρατηρείται ένα ακανόνιστα υψηλό φορτίο (burden) θνησιμότητας και νοσηρότητας εξαιτίας διαφόρων επιδημιών μεγάλης κλίμακας. Έτσι, το 2009 καταγράφεται υψηλό φορτίο θνησιμότητας από την πανδημική γρίπη A(H1N1), το 2009 ως το 2011 εμφανίζεται η αυτόχθονη *Plasmodium vivax* μαλάρια, το 2010 και το 2011 παρατηρείται αύξηση των κρουσμάτων μολύνσεων από τον Ιό του Δυτικού Νείλου (WNV), ενώ παράλληλα πραγματοποιείται ξέσπασμα των λοιμώξεων HIV σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών ουσιών. (Simou & Koutsogeorgou, 2014)

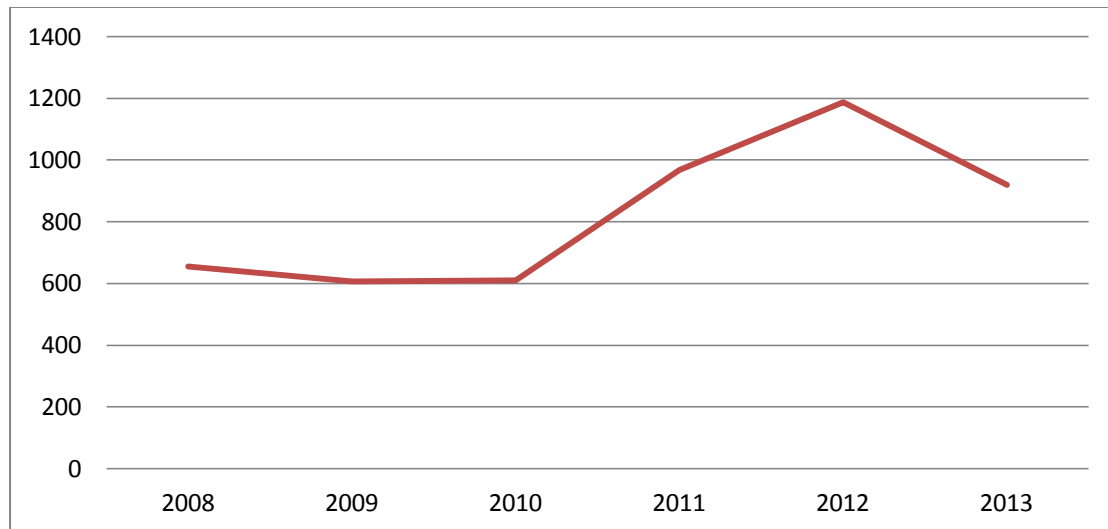
Επίσης, τα τελευταία χρόνια, νοσήματα, όπως η φυματίωση, παρουσιάζουν σημαντικές αυξομειώσεις στον επιπολασμό τους, ενώ σημαντικά αυξημένη εμφανίζεται και η συχνότητα των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων αλλά και η αυξημένη μετάδοση των διαφόρων νοσημάτων σε παιδιά μεταναστών και Ρομά. Η κατάσταση επιβαρύνεται ιδιαίτερα, καθώς το 2014 προστέθηκε η γρίπη, η οποία στην Ελλάδα πήρε μεγαλύτερες διαστάσεις σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης, όπως τονίστηκε στο 10ο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας.

Ειδικότερα, το σημαντικότερο ίσως αρνητικό χαρακτηριστικό των ελληνικών νοσοκομείων είναι η μεγάλη συχνότητα απομόνωσης λοιμωξιογόνων μικροοργανισμών κατά τη νοσηλεία και η ευρεία ανθεκτικότητά τους στα αντιβιοτικά. Η Ελλάδα ανήκει μεταξύ των χωρών με τις σοβαρότερες επιπτώσεις από νοσοκομειακές λοιμώξεις, τη μεγαλύτερη συχνότητα απομόνωσης πολυανθεκτικών κλινικών στελεχών αιτιών νοσοκομειακών λοιμώξεων, αλλά και τη μεγαλύτερη συχνότητα νοσηλευομένων υπό αντιβίωση στην Ευρώπη. Συγκεκριμένα, η πολυαντοχή δεν περιορίζεται μόνο στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, αλλά επεκτείνεται και στους υπόλοιπους θαλάμους ακόμα και σε κέντρα αποκατάστασης.

Κύριος υπαίτιος αυτού του φαινομένου είναι η αλόγιστη συνταγογράφηση αντιβιοτικών, τα ποσοστά της οποίας ανέρχονται στη χώρα μας σχεδόν στο διπλάσιο του Ευρωπαϊκού μέσου όρου. Όμως, εξίσου σημαντική αιτία αποτελούν και οι πλημμελείς συνθήκες ελέγχου της διασποράς των μικροοργανισμών, αποτέλεσμα της έλλειψης προσωπικού αλλά και των κατάλληλων μέσων.

Τα στατιστικά από τα δεδομένα επιτήρησης σε εθνικό και Ευρωπαϊκό επίπεδο (Σχέδιο Δράσης Προκρούστης – Επιπολασμός Νοσοκομειακών Λοιμώξεων – Greek Whonet) αναφέρουν ότι στα ελληνικά νοσοκομεία το 9% των ασθενών εμφανίζουν νοσοκομειακή λοίμωξη, ενώ ο αντίστοιχος ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι 6% και το 54,7% λαμβάνουν αντιβιοτικά, ενώ ο ευρωπαϊκός μέσος όρος είναι 37,1%. Οι επικρατέστερες των λοιμώξεων προκαλούνται από τρία παθογόνα, τα *Acinetobacter*, *Klebsiella* και *Pseudomonas*, ενώ απαιτείται συντονισμένη προσπάθεια για τον έλεγχο διασποράς τους, τόσο από το Υπουργείο Υγείας όσο και από το ΚΕΕΛΠΝΟ και τα νοσοκομεία.

Τέλος, όσον αφορά στην επιδημία του HIV στην Ελλάδα παρατηρείται αυξητική τάση τα τελευταία έτη. Το 2011 και 2012 σημειώνεται μια μεγάλη αύξηση των περιστατικών HIV λοίμωξης, όπως αυτά δηλώθηκαν στο σύστημα καταγραφής, με ιδιαίτερη αύξηση των περιστατικών των XEN (Διάγραμμα 3.8). Το 2013 είναι μια χρονιά που σημειώνουν κάμψη τα περιστατικά, όμως όπως δηλώνει ο αρμόδιος φορέας είναι μάλλον πρόωρη μία ερμηνεία ακόμα. (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ, 2013)



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

### Διάγραμμα 3. 11

#### Σύνολο Δηλωθέντων HIV Ατόμων κατά έτος

#### 3.3.2.4 Θνησιμότητα

Καταλήγοντας, οι πιο αξιοσημείωτοι δείκτες που προκαλούν αίσθηση, καθώς παρουσιάζουν επικίνδυνη αύξηση, επισημαίνοντας τη σοβαρότητα της κρίσης, είναι η βρεφική θνησιμότητα και η θνησιγένεια.

- **Βρεφική θνησιμότητα**

Στις 13.12.2012 το Πανεπιστήμιο Αθηνών με τον καθηγητή των Οικονομικών της Υγείας Γιάννης Υφαντόπουλο παρουσίασε μελέτη σχετικά με την αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας. Σύμφωνα με τα στοιχεία που προέκυψαν η βρεφική θνησιμότητα πριν την οικονομική κρίση ήταν 2,7 θάνατοι ανά 1.000 παιδιά ηλικίας μέχρι ενός χρόνου, ενώ μετά την κρίση αυξήθηκε σε 3,8 ανά 1.000 παιδιά. Μια τέτοια εξέλιξη συνεπάγεται σαφώς και μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά 2-3 χρόνια και μάλιστα βραχυπρόθεσμα.

- **Θνησιγένεια**

Επιπλέον, σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, ο επιπολασμός της θνησιγένειας εμφανίζει αύξηση της τάξεως του 19% κατά την διάρκεια της ύφεσης, δηλαδή το διάστημα 2009- 2012, σε σύγκριση με το διάστημα πριν από την κρίση δηλαδή το 2005-2008. Το σημαντικότερο όμως είναι πως το



ποσοστό αυτό είναι το μεγαλύτερο που έχει σημειωθεί στην Ελλάδα τα τελευταία σαράντα χρόνια και δεν είναι περιστασιακό, καθώς παραμένει υψηλό σε όλη τη διάρκεια της κρίσης, επισημαίνει ο Αλέξανδρος Κεντικελένης και οι συνεργάτες του στο περιοδικό *The Lancet*. (*The Lancet: Η θνησιγένεια τραγικό αποτέλεσμα της λιτότητας.*, 2014)

### **3.4 Ανακεφαλαίωση**

Η περιγραφή των οικονομικών μεγεθών της Ελλάδας δείχνει τη δυσχερή θέση στην οποία έχει βρεθεί η χώρα το τελευταίο διάστημα μετά την κρίση και εξηγεί τις επιπτώσεις που αυτή προκαλεί στο επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Ειδικότερα, το ύψος του ελλείμματος, η εξέλιξη του ΑΕΠ, οι μειωμένες δαπάνες, τα χαρακτηριστικά του τομέα της απασχόλησης σε συνδυασμό με τα ποσοστά της ανεργίας, αλλά και το ύψος του κατώτατου μισθού, το επίπεδο φτώχειας και το φαινόμενο κοινωνικού αποκλεισμού, απεικονίζουν τη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα.

Απόρροια αυτής της οικονομικής κατάστασης στην οποία έχει περιέλθει η Ελλάδα, αποτελεί η αύξηση των ποσοστών καταθλίψεων, αυτοκτονιών, των ναρκωτικών, της κατανάλωσης αλκοόλ, του καπνίσματος, του ποσοστού της ανεπαρκούς ή μη ποιοτικής διατροφής και της μη σωματικής άσκησης και της συνεπαγόμενης τάσης για παχυσαρκία.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι πραγματικότητα πως η έλευση της οικονομικής κρίσης σε παγκόσμιο επίπεδο έχει δημιουργήσει μια σειρά από διαδοχικές αναταράξεις σε όλους τους τομείς των εμπλεκόμενων χωρών με περαιτέρω συνέπειες. Συγκεκριμένα, επιστημονικές έρευνες διεθνώς και στη χώρα μας πιστοποιούν πως, εκτός των άλλων, η οικονομική κρίση, επηρεάζοντας τους κοινωνικούς προσδιοριστές, προκαλεί σοβαρά πλήγματα στην υγεία του πληθυσμού, τα οποία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση.

Ειδικότερα, η ποιότητα των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών επηρεάζει



την υγεία σε όλες τις φάσεις της ζωής του ατόμου και η ανεπάρκειά της κοστίζει περισσότερο στα άτομα που ανήκουν σε κατώτερες κοινωνικές βαθμίδες, σε αντίθεση με εκείνα των ανώτερων βαθμίδων. Η επισφαλής εργασία, η ελλιπής εκπαίδευση, οι κακές συνθήκες διαβίωσης, το μειωμένο εισόδημα, οι στρεσογόνες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες αποτελούν αιτίες «κακής υγείας». Προκειμένου να μπορεί να υφίσταται μια συστηματική προσέγγιση χρησιμοποιούνται οι δείκτες υγείας, οι

οποίοι εκφράζουν πτυχές της υγείας και όλοι μαζί μπορούν να αποδώσουν τη συνολική εικόνα του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Στην Ελλάδα γίνεται αναφορά για ραγδαία επιδείνωση των δεικτών υγείας. Το πλήγμα στην οικονομία με την αύξηση της ανεργίας, και δη της μακρόχρονης ανεργίας, της επαπειλούμενης εργασίας, με την παράλληλη μεγάλη μείωση του εισοδήματος, τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία που συνεπάγεται την αύξηση των τιμών των φαρμάκων και των ιατρικών νοσηλίων, τη μείωση προσωπικού και την έλλειψη των κατάλληλων, επαρκών υποδομών για τη στήριξη και τη φροντίδα των πολιτών, διαδέχεται μιας ατέρμονη αλυσίδα επιπτώσεων με τελικό αποδέκτη τον ελληνικό πληθυσμό.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στην ψυχική υγεία, παρατηρείται δραματική αύξηση

των ποσοστών καταθλίψεων, αυτοκτονιών, των ναρκωτικών και της κατανάλωσης αλκοόλ αλλά και του καπνίσματος. Επιπλέον, μέχρι και σήμερα στην Ελλάδα δεν έχει διαμορφωθεί ενιαίο πλαίσιο παροχής υγειονομικών και προληπτικών υπηρεσιών, ώστε να δύναται ο τομέας της υγείας να αντιμετωπίσει την έκρηξη των σοβαρά ψυχοσωματικών προβλημάτων που αναμενόμενα πολλαπλασιάζονται κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης. Γιατί όπως είναι γνωστό, η οικονομική ύφεση επιδρά με πολλαπλούς μηχανισμούς στην υγεία του ατόμου. Έτσι, σε περιόδους ύφεσης μειώνονται οι δαπάνες για την υγεία και τις δομές πρόνοιας, ενώ ταυτόχρονα στο εργασιακό περιβάλλον η μείωση των αποδοχών, η εργασιακή ανασφάλεια και η απώλεια θέσεων εργασίας και εισοδήματος, έχει ως συνέπεια την αύξηση των ψυχικών διαταραχών και των κρουσμάτων αυτοκτονίας και καταθλίψεων.

Στην σωματική υγεία πρωτοστατεί η αύξηση του ποσοστού της ανεπαρκούς ή μη ποιοτικής διατροφής και της μη σωματικής άσκησης, ενώ αυξάνεται και η τάση προς την παχυσαρκία, εξαιτίας της οικονομικής δυσχέρειας των νοικοκυριών να καλύψουν τις διατροφικές τους ανάγκες σωστά και επαρκώς. Επιπλέον να σημειωθεί πως, η αδυναμία του χώρου της υγείας να οργανωθεί και να ανταπεξέλθει όσον αφορά στην πρόληψη, την φροντίδα και τη στήριξη των πολιτών-ασθενών, ήταν γνωστή και πριν την κρίση, και είναι πολύ μεγαλύτερη τώρα, αφού έχει υποστεί μεγάλες πιέσεις και περικοπές των δαπανών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ανεπάρκεια αντιμετώπισης των χρόνιων νοσημάτων καθώς και των μεταδιδόμενων λοιμώξεων που παρουσιάζουν τόσο μεγάλα ποσοστά επιπολασμού όσο και νοσηρότητας.

Από την παραπάνω ανάλυση καθίσταται σαφές πως η υγεία στην Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα τα οποία απαιτούν οργανωμένες και συγκροτημένες πολιτικές, ώστε να επιλυθούν αποτελεσματικά και άμεσα.

Ακόμα και εν τω μέσω της κρίσης, κάθε πολιτική που διαμορφώνεται στον τομέα της υγείας μιας χώρας θα πρέπει να αποβλέπει στη βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού της. Μόνο έτσι θα εξασφαλίζεται η κοινωνική ευημερία και η αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των περιορισμένων πόρων.

Η υγεία αποτελεί μια πρωταρχική επένδυση που αυξάνει τη μελλοντική παραγωγική δύναμη των ατόμων και της οικονομίας και οδηγεί σε οικονομική ανάπτυξη. Μάλιστα η επένδυση στην υγεία θεωρείται ως μια παραγωγική δαπάνη που προάγει την οικονομική μεγέθυνση, αφού μέσω της θετικής της επίδρασης στην παραγωγικότητα της εργασίας και στο προσδόκιμο ζωής μπορούν να επιτευχθούν πολλά.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αναγνωστόπουλος, Φ. (2010). Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Ψυχική και Σωματική Υγεία. *Νέα Υγεία*, σ. 4.
- Βαρουφάκης, Γ., Πάτωκος, Τ., Τσερκεζής, Λ., & Κουτσοπέτρος, Χ. (2011, Δεκέμβριος). Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και στην Ευρώπη το 2011. *Μελέτη INE*. Αθήνα: Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.
- Δημόσια Υγεία : Δρόμος προς την ανάπτυξη. (2014). Αθήνα: 10ο Πανελλήνιο Συνέδριο Δημόσιας Υγείας και Υπηρεσιών Υγείας.
- *Δικτυακή Πύλη για την Υγεία*. (2014). Ανάκτηση από <http://www.ygeianet.gr>
- Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας. (2013). *Ετήσια Έκθεση του Εθνικού Ινστιτούτου Εργασίας 2012*. Αθήνα.
- ΕΚΤΕΠΝ. (2013). Ανάκτηση 2014, από <http://www.ektepn.gr>
- Ελληνική Στατιστική Εταιρεία. (2014, Μάιος). Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα Μάιος 2014. Ανάκτηση από <http://statistics.gr>
- *Ελληνική Στατιστική Εταιρεία*. (n.d.). Ανάκτηση από <http://www.statistics.gr>
- ΕΠΙΨΥ. (n.d.). Ανάκτηση 2013, από ΕΠΙΨΥ: <http://www.epipsi.gr>
- *Έρευνα: Τριτοκοσμικά χαρακτηριστικά στην Υγεία-Μειώνεται το προσδόκιμο ζωής*. (2013, Μάρτιος 29). Ανάκτηση 2013, από ΣΚΑΙ: <http://www.skai.gr>
- ΕΣΔΥ. (2011, Μάρτιος). Έρευνα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα.
- ΕΣΔΥ. (2010). Η ειδικότητα της ιατρικής στη δημόσια υγεία στην Ευρώπη και στην Ελλάδα: σύγχρονες τάσεις και προκλήσεις. σελ 9-10.
- INE Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ. (2014). *Αναλύσεις και στοιχεία*. Ανάκτηση 2014, από Ineobservatory: <http://www.ineobservatory.gr>
- Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. (2013). *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση. Ετήσια Έκθεση 2013*. Αθήνα.
- Καμινιώτη Ολυμπία. (2012). *Εργασία και απασχόληση στην Ελλάδα. Υγεία και αγορά εργασίας: Αλληλεπιδράσεις σε περίοδο κρίσης*. Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού.

- Κατσαδούνη, Λ. (2012). Οικονομική κρίση και διατροφή.
- ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. (2013). *Επιδημιολογική Επιτήρηση της HIV/AIDS λοίμωξης στην Ελλάδα. Δηλωθέντα στοιχεία έως 31.12.2013*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας.
- ΚΕΘΕΑ. (2011, Ιανουάριος 14). *Η οικονομική κρίση, κοινωνικός αποκλεισμός και εξαρτήσεις*. Ανάκτηση από ΚΕΘΕΑ: <http://www.kethea.gr>
- Κουλιεράκης, Γ. (2010). Οικονομική Κρίση και Δημόσια Υγεία: Απειλή για την Κοινωνική Συνοχή. *Νέα Υγεία*, σ. 8.
- Κυριόπουλος, Γ., & Νιάκας, Δ. (1994). *Θέματα Οικονομικών και Πολιτικής Υγείας*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας.
- Κυριόπουλος, Γ; Τσιάντου, Β. (2010). *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*.
- Μ Μαλλιάρου; Π Σαράφης. (2012, Ιανουάριος - Μάρτιος). Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. *Το Βήμα Ασκληπιού. Τριμηνιαίο επιστημονικό, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α', Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών*, 11 (1), σσ. 202-212.
- Μπούρας, Γ., & Λύκουρας, Λ. (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία. *Εγκέφαλος* (48), σσ. 54-61.
- Νιάκας, Δ. (2013). Οικονομική κρίση και επιπτώσεις στην υγεία. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών.
- Παναγιωτόπουλος, Τ., & Παπαμιχαήλ, Δ. (2013). *Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα 2012*. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Πατελάρου, Α., Μανιδάκη, Α., Μπαλολάκης, Α., Ορφανού, Ε., & Πατελάρου, Ε. (2012). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία-Προτάσεις για παρέμβαση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4 (3), σσ. 55-57.
- Πετράκης, Π. Ε. (2011). *Η ελληνική οικονομία και η κρίση. Προκλήσεις και προοπτικές*. Quaestor.
- Στεφανής, Κ. Ν. (2013). *Η Κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα. Ετήσια Έκθεση 2013*. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
- Τερζίδου, Μ. (2011). *Η Κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των*

οινοπνευματωδών στην Ελλάδα. Ετήσια Έκθεση 2011. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.

- Τερζόπουλος, Β., & Σαράφης, Π. (2013). Η γενική κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σήμερα. Δείκτες και παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας, δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας.. Η συμβολή της πρόληψης, της προαγωγής υγείας και της αγωγής υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*. , 5 (2).
- Τσαλίκου, Φ. (2010). Η Απειλή της Ψυχικής Υγείας Σήμερα. *Νέα Υγεία* , σ. 5.
- Υγειονομικός Χάρτης της Ελλάδος. (2013). *Δείκτες Υγείας*. Ανάκτηση 2013, από Υγειονομικός Χάρτης.: <http://ygeiamap.gov.gr>

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ahmed, Z. S. (2005). *Poverty, Family Stress & Parenting*. Ανάκτηση 2013, από <http://www.humiliationstudies.org>
- Bartley, M. (1994). Unemployment and ill health: understanding the Relationship. *Journal of Epidemiology and Community Health* , 333-337.
- Blum, R. W., & Gates, W. H. (2011). Morbidity and Mortality among Adolescents and Young Adults in the United States. *Astra Zeneca Fact Sheet 2011*. Ανάκτηση από <http://www.jhsph.edu>
- Chang, S.-S., Stuckler, D., Yip, P., & Gunelli, D. (2013, September). *Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries*. Ανάκτηση από BMJ: <http://www.bmj.com>
- Davis, C. G., & Mantler, J. (2004, March). *The consequences of Financial Stress for Individuals, Families, and Society*. Centre for Research on Stress. Ανάκτηση από <http://http-server.carleton.ca>
- Dieter, H. (2011). *Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature(1990-2010)*. Current Drug Abuse Reviews, University Of Applied Science, Institute of Addiction Research, Frankfurt.
- Dooley, D., Catalano, R., & Wilson, G. (1994, December). *Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study*. Ανάκτηση 2013, από PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- European Agency For Safety And Health At Work. (2013). Ανάκτηση 2013, από <http://osha.europa.eu/en/topics/stress>
- European Commission. (2013, March 13). A growing EU illicit drugs market shows the impact of the crisis. Brussels. Ανάκτηση 2013, από A growing EU illicit drugs market shows the impact of the crisis.: <http://europa.eu>
- *European Commission Mental Health*. (n.d.). Ανάκτηση από <http://ec.europa.eu>
- European Commission. (2014). *Poverty and social exclusion*. Ανάκτηση 2014, από <http://ec.europa.eu>
- Irwin, A., & Scali, E. (2010, November 4). Action of the social determinants of health: a historical perspective.
- Likatavicius, G., & Laar, M. V. (2012, 11 29). *HIV and AIDS in the European*



Union, 2011. Ανάκτηση 2013, από Eurosurveillance:

<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20329>

- Linn, M. W., Sandifer, R., & Stein, S. (1985). Effects of Unemployment on Mental and Physical Health. *American Journal of public health* , 75 (5).
- Ludwig, D. S., & Pollack, H. A. (2009). *Obesity and the economy: from crisis to opportunity*. Ανάκτηση 2013, από NCBI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- OECD. (2012). *Health at a Glance Europe 2012*. OECD Publishing.
- OECD. (2014, March). *Society At A Glance 2014, Highlights: GREECE. The crisis and its aftermath*.
- Peck, D. F., & Plant, M. A. (1986). *Unemployment and illegal drug use: concordant evidence from a prospective study and national trends*. Ανάκτηση 2013, από NCBI: <http://www.ncbi.com.nlm.nih.gov/>
- Price, R. H., Choin, J. N., & Vinocur, A. D. (2002). Links in the chain of adversity following job loss: how financial strain and loss of personal control lead to depression, impaired functioning and poor health. *Journal of occupational Health Psychology* . , 302-312.
- *Psychosocial risks and stress at work*. (2013). Ανάκτηση 2013, από European Agency for safety and health at work.: <http://osha.europa.eu>
- Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). *Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009-2013: A systematic review*. Ανάκτηση 2014, από <http://www.nsph.gr>
- Speller, V. (2007). *Collective and individual responsibilities for health, both physical and mental*. Ανάκτηση 2013, από HealthKnowledge: <http://healthknowledge.org.uk>
- *The Lancet: Η θνησιγένεια τραγικό αποτέλεσμα της λιτότητας*. (2014, Μάιος 2).
- Vogler, S., Zimmerman, N., Leopold, C., & Joncheere, K. D. (2011). Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Med Review* (2).
- Whitehead, M., Dahlgren, G., & Gilson., L. (2001). Developing the policy response to inequities in Health. A global perspective in : Challenging inequities in health care: from ethics to action. *Oxford University Press* , 309-322.
- WHO. (2013). *Definition of Health*. Ανάκτηση 2013, από WHO:

<http://www.who.int>

- WHO. (2009, January 19). *Report of a high- level Consultation*. Ανάκτηση από <http://www.who.int>
- WHO. (2007). *The world health report 2007*. WHO.
- WHO. (2009). *The world health report 2009*. WHO.
- WHO. *World Health Organization*. Ανάκτηση 2013, από [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health: the solid facts* (2 εκδ.). WHO.

#### ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- <http://www.gsee.gr>
- <http://www.enne.gr>
- <http://www.eiead.gr>
- <http://positiveemotions.gr>
- <http://www.keelpno.gr>
- <http://www.statistics.gr>
- <http://www.epipsi.gr>
- <http://www.ektepn.gr>  
<http://www.ygeianet.gr>