

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: Ασθενείς χωρίς ασφαλιστική κάλυψη. Καταγραφή και ανάλυση του προβλήματος σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Όνοματεπώνυμο: Ελένη Δεσλή

Επαγγελματικός τίτλος: Κοινωνική Λειτουργός

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Θεόφιλος Καραχάλιος, Καθηγητής Ορθοπαιδικής Κλινικής Π.Γ.Ν.Λ.,
Επιβλέπων καθηγητής

Σωκράτης Βαρυτιμίδης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ορθοπαιδικής Κλινικής
Π.Γ.Ν.Λ., Μέλος Τριμελούς επιτροπής

Μιχάλης Χαντές, Επίκουρος Καθηγητής Ορθοπαιδικής Π.Γ.Ν.Λ., Μέλος
Τριμελούς επιτροπής

Λάρισα, 2015

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Patients without insurance coverage. Recording and analysis of the problem in primary and tertiary health care.

Περιεχόμενα

Πρόλογος- Ευχαριστίες.....	3
Περίληψη στα Ελληνικά- Λέξεις κλειδιά.....	4
Περίληψη στα Αγγλικά- Λέξεις κλειδιά.....	5
Εισαγωγή.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Γενική αναφορά στις συνέπειες της οικονομικής κρίσης.....	7
Η οικονομική κρίση και το φαινόμενο των αστέγων στο εξωτερικό.....	11
Η οικονομική κρίση και το φαινόμενο των αστέγων στην Ελλάδα.....	14
Οικονομική κρίση και υγεία στην Αμερική.....	15
Οικονομική κρίση και υγεία στην Ευρώπη.....	17
Οικονομική κρίση και ιατρικός τουρισμός.....	20
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
Σκοπός της μελέτης.....	21
Πληθυσμός της μελέτης και μέθοδος.....	22
Αποτελέσματα της μελέτης.....	23
Συζήτηση.....	31
Βιβλιογραφία.....	34
Παράρτημα.....	36

ΠΡΟΛΟΓΟΣ- ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της παρούσης Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο «Ασθενείς χωρίς ασφαλιστική κάλυψη. Καταγραφή και ανάλυση του προβλήματος σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» ξεκίνησε το Μάρτιο του 2014, ωστόσο λόγω διαφόρων υποχρεώσεων κατάφερε να ολοκληρωθεί το Φεβρουάριο του 2015. Είναι μία εργασία που αφορά τους ανθρώπους εκείνους που λόγω οικονομικής κρίσης δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη.

Στο Γενικό Μέρος της εργασίας γίνεται αναφορά στα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης όπως είναι η ανεργία, η εγκληματικότητα, τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, τα προβλήματα στον τομέα της υγείας, οι απόπειρες αυτοκτονίας, το κάπνισμα ακόμη και η παχυσαρκία. Επίσης στο Γενικό Μέρος παρουσιάζεται το φαινόμενο των αστέγων τόσο στην Ελλάδα όσο και στο Εξωτερικό σε σχέση πάντα με το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης. Ακολουθεί η συσχέτιση του τομέα της υγείας με την οικονομική κρίση στην Αμερική αλλά και στην Ευρώπη και τέλος παρουσιάζεται το φαινόμενο του Ιατρικού Τουρισμού ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης.

Στο Ειδικό Μέρος παρουσιάζεται το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας που αφορά τους ανασφάλιστους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας κατά τα έτη 2013- 2014. Στο Ειδικό Μέρος παρουσιάζεται ο σκοπός της έρευνας, ο πληθυσμός (υλικό, δείγμα), η μέθοδος, τα αποτελέσματα και η συζήτηση. Για την καλύτερη και ευκολότερη αντίληψη των πληροφοριών- αποτελεσμάτων της έρευνας, από τον αναγνώστη χρησιμοποιήθηκαν διαγράμματα. Στο τέλος παρατίθεται η βιβλιογραφία, που δεν είναι άλλο από τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση της Διπλωματικής Εργασίας και που αναφέρονται μέσα στο κείμενο. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η Ελληνική βιβλιογραφία πάνω στο θέμα αυτό είναι πενιχρή.

Θα ήταν παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της παρούσης Διπλωματικής Εργασίας, κ. Θεόφιλο Καραγάλιο, καθηγητή της Ορθοπαιδικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, ο οποίος αφιέρωσε αρκετό χρόνο ώστε να με καθοδηγήσει και να με συμβουλευτεί με σκοπό να δημιουργηθεί και να ολοκληρωθεί η παρούσα Διπλωματική Εργασία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ- ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία φέρει τον τίτλο «Ασθενείς χωρίς ασφαλιστική κάλυψη. Καταγραφή και ανάλυση του προβλήματος σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Από τον τίτλο καθίσταται σαφές ότι η εργασία ασχολείται με μία κατάσταση η οποία έρχεται ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης. Η εργασία είναι χωρισμένη, ουσιαστικά σε δύο μέρη. Το πρώτο είναι το Γενικό Μέρος ενώ το δεύτερο είναι το Ειδικό Μέρος.

Το Γενικό Μέρος της εργασίας αναφέρεται στα κύρια αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης. Μερικά από αυτά είναι η ανεργία, η εγκληματικότητα, τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, τα προβλήματα στον τομέα της υγείας, οι απόπειρες αυτοκτονίας, το κάπνισμα αλλά και η παχυσαρκία. Επίσης στο Γενικό Μέρος παρουσιάζεται το φαινόμενο των αστέγων τόσο στην Ελλάδα όσο και στο Εξωτερικό σε σχέση πάντα με το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης. Ακολουθεί αναφορά στον τομέα της υγείας, ο οποίος επηρεάζεται από το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης, στην Αμερική αλλά και στην Ευρώπη και τέλος παρουσιάζεται το φαινόμενο του Ιατρικού Τουρισμού ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης.

Στο Ειδικό Μέρος παρουσιάζεται το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας που αφορά τους ανασφάλιστους ασθενείς του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας κατά τα έτη 2013-2014. Στο Ειδικό Μέρος παρουσιάζεται ο σκοπός της έρευνας, ο πληθυσμός (υλικό, δείγμα), η μέθοδος, τα αποτελέσματα και η συζήτηση. Σκοπός λοιπόν της έρευνας είναι να δούμε την έκταση του φαινομένου των ανασφάλιστων ασθενών στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας κατά τα έτη 2013- 2014. Ο πληθυσμός της μελέτης είναι ανασφάλιστοι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας κατά τα έτη 2013-2014. Η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων έγινε με υπολογιστικά φύλλα excel ενώ για την καλύτερη και ευκολότερη αντίληψη των πληροφοριών- αποτελεσμάτων της έρευνας, από τον αναγνώστη χρησιμοποιήθηκαν διαγράμματα. Ακολουθεί η συζήτηση- σχολιασμός των αποτελεσμάτων ενώ στο τέλος παρατίθεται η βιβλιογραφία, που δεν είναι άλλο από τις πηγές που χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση της Διπλωματικής Εργασίας και που αναφέρονται μέσα στο κείμενο. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η Ελληνική βιβλιογραφία πάνω στο θέμα αυτό είναι πενιχρή.

Λέξεις- Κλειδιά: Οικονομική κρίση, ανεργία, υγεία, ανασφάλιστοι ασθενείς, άστεγοι

SUMMARY- KEY WORDS

This thesis entitled "Patients without insurance. Recording and analysis of the problem at the level of primary health care." From the title it is clear that the work deals with a situation which comes as a consequence of the economic crisis. The work is divided essentially into two parts. The first is the General Part and the second is the Special Part.

The General Part of the work dealt with the major effects of the economic crisis. Some of these are unemployment, crime, problems in interpersonal relationships, health problems, suicide attempts, smoking and obesity. Also on the General Part of the phenomenon of homelessness both in Greece and abroad, always in relation to the phenomenon of economic crisis. A reference in the health sector, which is affected by global economic crisis in America but also in Europe and end the phenomenon of medical tourism as a result of the economic crisis.

The Special Part presented the research piece of work on the uninsured patients at the General University Hospital of Larissa in the years 2013 to 2014. Specific part presents the aim of the research, the population (material sample) method, the results and discussion. Therefore, the aim of the research is to see the extent of the phenomenon of uninsured patients to the University Hospital of Larissa in the years 2013 to 2014. The study population is uninsured patients were hospitalized at University Hospital of Larissa in the years 2013-2014. The processing and analysis of data was done with spreadsheets excel and for better and easier understanding of information; research results, the reader used charts. Here the debate and discussion of the results at the end shows the literature, which is none other than the sources used to prepare the thesis and mentioned in the text.

Key words: Economic crisis, unemployment, health, uninsured patients, homeless

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η συγκεκριμένη Διπλωματική Εργασία με τίτλο «Ασθενείς χωρίς ασφαλιστική κάλυψη. Καταγραφή και ανάλυση του προβλήματος σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» ασχολείται με μία κατάσταση η οποία έρχεται ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης. Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη: το Γενικό Μέρος και το Ειδικό Μέρος.

Στο Γενικό Μέρος της εργασίας θα συναντήσουμε τα κύρια αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης, όπως είναι η ανεργία, η εγκληματικότητα, τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, τα προβλήματα στον τομέα της υγείας, οι απόπειρες αυτοκτονίας, το κάπνισμα αλλά και η παχυσαρκία. Επίσης στο Γενικό Μέρος παρουσιάζεται το φαινόμενο των αστέγων τόσο στην Ελλάδα όσο και στο Εξωτερικό σε σχέση πάντα με το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στον τομέα της υγείας, ο οποίος επηρεάζεται από το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης, στην Αμερική αλλά και στην Ευρώπη και τέλος παρουσιάζεται το φαινόμενο του Ιατρικού Τουρισμού ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης.

Στο Ειδικό Μέρος θα δει κάποιος το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας που αφορά τους ανασφάλιστους ασθενείς του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας κατά τα έτη 2013-2014. Στο Ειδικό Μέρος παρουσιάζεται ο σκοπός της έρευνας, ο πληθυσμός (υλικό, δείγμα), η μέθοδος, τα αποτελέσματα και η συζήτηση.

Η βιβλιογραφία της εργασίας αποτελείται από 18 πηγές. Κάποιες από τις λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την εύρεσή της ήταν *homeless*, *financial crisis* και *economic crisis and health*. Τόσο η βιβλιογραφία όσο και η έρευνα είναι απαραίτητα για τη διεξαγωγή συμπερασμάτων. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η Ελληνική βιβλιογραφία πάνω στο θέμα αυτό είναι πενιχρή. Στην παρούσα εργασία, σκοπός είναι να δείξουμε αν τελικά υπάρχει σχέση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και κατ' επέκταση της ανεργίας με την εμφάνιση των ανασφάλιστων ασθενών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Γενική αναφορά στις συνέπειες της οικονομικής κρίσης

Εδώ και κάποια χρόνια, η Παγκόσμια κοινωνία πλήττεται από μία τεράστια οικονομική κρίση, η οποία σε πρώτη φάση εκδηλώθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Η οικονομική κρίση στην αρχή είχε ως επίκεντρο το τραπεζικό σύστημα και πιο συγκεκριμένα την αδυναμία εξυπηρέτησης των στεγαστικών δανείων. Δεν άργησε, ωστόσο να λάβει διαστάσεις επιδημίας. Έτσι, οι επιπτώσεις ήταν δραματικές σ' ολόκληρο τον κόσμο, όσον αφορά το τραπεζικό σύστημα αλλά φυσικά και τις επιχειρήσεις. Μπροστά σε μία τόσο θλιβερή κατάσταση οι χώρες δεν έμειναν άπραγες. Αντιθέτως, μάλιστα, αντέδρασαν αμέσως λαμβάνοντας μέτρα για την αντιμετώπιση της κρίσης. Φυσικά τα μέτρα διέφεραν από χώρα σε χώρα. Πάντως, ο στόχος ήταν κοινός: η επανεκκίνηση της οικονομίας και η σταθεροποίηση της απασχόλησης. Με άλλα λόγια, στόχος ήταν η στήριξη της αγοράς, της απασχόλησης αλλά και της επιχειρηματικότητας.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης δεν αφορούσαν μόνο τον τομέα της οικονομίας και της επιχειρηματικότητας αλλά πολύ περισσότερο αφορούσαν την ίδια την κοινωνία και τους ανθρώπους της. Πιο συγκεκριμένα, μερικά από τα αποτελέσματα της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης είναι η ανεργία, η αύξηση της εγκληματικότητας, τα προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, τα προβλήματα σωματικής υγείας, τα προβλήματα ψυχικής υγείας (κατάθλιψη, άγχος, ανασφάλειες) καθώς και η αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών. Μία ακόμη συνέπεια της οικονομικής κρίσης, σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) είναι το γεγονός ότι η τελευταία είναι ανασταλτικός παράγοντας για την Έρευνα και την Ανάπτυξη διεθνώς και πολύ περισσότερο για την Ελλάδα (βλ. Παράρτημα 1). Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί πως εξαιτίας της οικονομικής κρίσης παρατηρείται μεγάλη αύξηση της παχυσαρκίας και του καπνίσματος παρά την έλλειψη χρημάτων (ΟΟΣΑ).

Η **ανεργία** είναι ο τομέας που επηρεάζεται περισσότερο και αυτό γιατί οι περισσότεροι νέοι που παίρνουν το πτυχίο τους δεν έχουν τη δυνατότητα να το αξιοποιήσουν. Με άλλα λόγια, οι νέοι πτυχιούχοι δε βλέπουν τους κόπους και τις θυσίες τόσων χρόνων να ευοδώνονται. Ακόμη, πολλοί άνθρωποι που είχαν μια εργασία την έχασαν ή πρόκειται να τη χάσουν εξαιτίας αυτής της νέας κατάστασης. Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με έκθεση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) σχετικά με το επίδομα ανεργίας, οι άνεργοι πολίτες θα λάβουν το ποσό των 360 € για ανώτατο διάστημα 12μηνών ανεργίας. Ασφαλώς, επίδομα ανεργίας δικαιούνται όσοι έχουν καταβάλλει τις ασφαλιστικές εισφορές τους ενώ τα άτομα που δεν έχουν εργαστεί ποτέ βρίσκονται εκτός συστήματος. Για όλα τα παραπάνω, αρκετοί νέοι αλλά και μεγαλύτερης ηλικίας άνθρωποι έλαβαν την απόφαση να μεταναστεύσουν διεκδικώντας έτσι ένα

καλύτερο αύριο. Εφόσον, λοιπόν, η γενέτειρα χώρα δε μπορεί να στηρίξει τα όνειρα και τις ελπίδες τόσων ανθρώπων, έτσι και οι τελευταίοι θα επιδιώξουν την επίτευξη των στόχων τους σε άλλες χώρες του εξωτερικού.

Όπως προαναφέρθηκε μία ακόμη αρνητική συνέπεια της οικονομικής κρίσης είναι **η αύξηση της εγκληματικότητας**. Υπάρχουν άνθρωποι που σε παλαιότερες εποχές δε θα τολμούσαν να προβούν σε εγκληματικές ενέργειες. Όμως, η αδυναμία τους να εξασφαλίσουν τα προς το ζην θα τους ωθήσει να διαπράξουν εγκλήματα όπως ληστείες, φόνοι, φοροδιαφυγή και άλλα παρόμοια. Σύμφωνα με τον καθηγητή εγκληματολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου κ. Αντώνη Μαγκανά «*Το φαινόμενο των συμμοριών των νέων του δρόμου είναι εδώ και χρόνια διαδεδομένο στην Αμερική και τα τελευταία χρόνια έχει παρατηρηθεί πιο έντονα στην Ελλάδα. Παλιά οι νέοι προχωρούσαν σε πολύ ασήμαντες παραβάσεις, μικροκλοπές, τώρα πλέον σήμερα κάνουν ληστείες, διαρρήξεις, μπαίνουν σε συμμορίες προκειμένου να βοηθήσουν τους μεγάλους. Το φαινόμενο πρέπει να μας απασχολήσει και όχι οι εξαιρέσεις. Υπάρχουν ομάδες συμμοριών που βγαίνουν στους δρόμους και τρομοκρατούν τον κόσμο. Ληστεύουν ψιλικάτζιδικά κρατώντας όπλα μη ξέροντας καν πως χρησιμοποιούνται με αποτέλεσμα να γίνονται πολύ πιο επικίνδυνοι από έναν κοινό κακοποιό. Συνήθως όμως κρατούν αυτοσχέδια όπλα, μαχαίρια και κατσαβίδια. Όσον αφορά το προφίλ αυτών των παιδιών που παρανομούν δεν είναι απαραίτητα παιδιά από άπορες οικογένειες αλλά σίγουρα είναι παιδιά που κάνουν κακές παρέες. Όταν θα μπει το παιδί σε μια τέτοια παρέα θα κάνει αυτό που θα του πει ο αρχηγός, θα πει, θα καπνίσει, θα πάρει ναρκωτικά και θα φτάσει και στο σημείο της ληστείας. Τα μεγαλύτερα μέλη της σπείρας συνήθως βάζουν τους μικρούς να κάνουν την δύσκολη δουλειά.*». Φυσικά, από όλα τα παραπάνω διεξάγεται το συμπέρασμα ότι το φαινόμενο της εγκληματικότητας επηρεάζει ολόκληρη την κοινωνία καθώς οι ηθικές αξίες καταρρέουν.

Στη συνέχεια, οι **διαπροσωπικές σχέσεις** των ανθρώπων διαταράσσονται εξαιτίας της ευρύτερης ανασφάλειας που επικρατεί στον κόσμο. Η αβεβαιότητα εύρεσης εργασίας καθώς και η αδυναμία εκπλήρωσης των οικονομικών υποχρεώσεων δημιουργεί μια δυσάρεστη ψυχική διάθεση και αυτό με τη σειρά του οδηγεί τους ανθρώπους στην απομόνωση. Πολλά ζευγάρια αποφασίζουν να διαλύσουν τις οικογένειές τους και άλλοι που δεν είχαν οικογένεια δεν παίρνουν την απόφαση να δημιουργήσουν οικογένεια εξαιτίας της αβεβαιότητας μέσα στην οποία ζουν.

Η **υγεία** είναι ένα μεγάλο και πολύ σπουδαίο αγαθό που επηρεάζεται από την οικονομική κρίση. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ως υγεία ορίζεται «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Επομένως, εύκολα μπορεί κανείς να καταλάβει ότι ο ορισμός της υγείας δεν αποδίδεται μόνο από την Ιατρική αλλά και από το περιβάλλον του κάθε ανθρώπου, την εργασία αλλά φυσικά και την οικονομία. Όμως πόσο υγιής μπορεί να είναι ένας άνθρωπος ο οποίος βρίσκεται μπροστά σε μία τόσο σοβαρή κατάσταση, γεμάτη ανασφάλεια και αβεβαιότητα για το μέλλον; Πόσο υγιής μπορεί να είναι

κάποιος ο οποίος έχασε τη δουλειά του, την ασφάλισή του, και κατ' επέκταση την ιατροφαρμακευτική του περίθαλψη; Οι άνθρωποι στην ιδέα και μόνο ότι μπορεί να χάσουν τη δουλειά τους, το σπίτι τους και ό,τι μέχρι τώρα δημιούργησαν γεμίζουν άγχος και φόβους. Πολλοί άνθρωποι οδηγούνται στην κατάθλιψη και άλλοι καταφεύγουν σε πράξεις απελπισίας όπως η αυτοκτονία. Σύμφωνα με τους: Stavrianakos K, Kontaxakis V, Moussas G, Paplos K, Papaslanis T, Havaki-Kontaxaki B, Papadimitriou G., οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων κατά το παρελθόν, όπως η Μεγάλη Ύφεση στις ΗΠΑ το 1929 και η οικονομική κρίση της Ασίας, της Ρωσίας και της Αργεντινής στα τέλη της δεκαετίας του 1990, έχουν συσχετιστεί με διαταραχές της ψυχικής υγείας του οικονομικά πληγέντα. Η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια, τα χρέη, η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός φαίνεται να οδηγούν σε υψηλότερα ποσοστά άγχους και συμπτωμάτων κατάθλιψης και αυξάνονται οι τάσεις αυτοκτονίας. Το αλκοόλ και η χρήση ουσιών και η μείωση του κρατικού προϋπολογισμού για τις υπηρεσίες υγείας ενισχύουν τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στην ψυχική υγεία. Η οικονομική κρίση που πλήττει αυτή τη στιγμή πολλές ευρωπαϊκές χώρες άρχισε το 2008 και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία των ευρωπαίων πολιτών είναι σε εξέλιξη. Η Ελλάδα είναι ίσως η χώρα που πλήττεται περισσότερο από την ευρωπαϊκή χρηματοπιστωτική κρίση. Οι απόπειρες αυτοκτονίας ήταν 70 το 2007, πριν από την οικονομική κρίση (μέση ηλικία 36,9 χρόνια, 71% γυναίκες) και 95 το 2011, κατά τη διάρκεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης (μέση ηλικία 41,0 χρόνια οι γυναίκες 65%). Υπάρχει μια αύξηση των αποπειρών αυτοκτονίας κατά 35,71%. Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο περιόδων όσον αφορά το φύλο και την ηλικία του ατόμου που έκανε την απόπειρα . Υπήρξε μια στατιστικά σημαντική αύξηση των ανέργων ($p = 0,004$), καθώς και των παντρεμένων / χήρων / διαζευγμένων ($p = 0,02$) που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν κατά τη διάρκεια της κρίσης. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στη σοβαρότητα των αποπειρών αυτοκτονίας πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης και στη σοβαρότητα της ψυχοπαθολογίας των ατόμων που έκαναν απόπειρα αυτοκτονίας. **Η οικονομική κρίση είναι πιθανόν να σχετίζεται με την ανοδική τάση για απόπειρα αυτοκτονίας του πληθυσμού της Αθήνας.** Οι περισσότεροι που επηρεάζονται είναι εκείνοι που είναι άνεργοι, παντρεμένοι, χήροι, διαζευγμένοι. Τα προγράμματα πρόληψης αυτοκτονιών είναι απαραίτητα για τον ακριβή και έγκαιρο εντοπισμό και την άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτής της ειδικής ομάδας υψηλού κινδύνου κατά τη διάρκεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης. [1]

Ακόμη, σύμφωνα με τους Giotakos O, Karabelas D, Kafkas A., αρκετές μελέτες δείχνουν μια συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και ψυχολογικής επιβάρυνσης. Προκειμένου να διερευνηθεί η πιθανή επίδραση της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα, μελετήθηκε η σχέση μεταξύ των δύο οικονομικών δεικτών (ανεργία και μέσο εισόδημα) και των μεταβλητών της ψυχικής υγείας (ψυχιατρική κλινική αποδοχή, επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και μονάδες άμεσης επέμβασης, αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες, ποσοστά θνησιμότητας και διαζύγια). Τα

στοιχεία που έχουν συγκεντρωθεί από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία και κάποιες άλλες δόθηκαν από τα παρακάτω νοσοκομεία: Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών και Ευαγγελισμός. Απλές και πολλαπλές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν στα δεδομένα. Δεν υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου της ανεργίας, καθώς και το μέσο εισόδημα, με την είσοδο στις ψυχιατρικές κλινικές. Μια σημαντική συσχέτιση εντοπίστηκε μεταξύ ανεργίας και επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία ($R^2 = 0,40$, $p = 0,001$) και τη μονάδα έκτακτης ανάγκης ($R^2 = 0,49$, $p = 0,0002$) στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Το ποσοστό ανεργίας κατά την περίοδο 1981-2008 συσχετιζόταν θετικά με τον αριθμό των ανθρωποκτονιών ($R^2 = 0,16$, βήτα = 0,000049, $p = 0.03$), καθώς και με τον αριθμό των διαζυγίων ($R^2 = 0,20$, βήτα = 0.005, $p = 0,02$) κατά την ίδια περίοδο. Το μέσο εισόδημα παρουσίασε θετική συσχέτιση με τις επισκέψεις στο τμήμα των δύο ιατρείων ($R^2 = 0,55$, $p < 0,001$) και τη μονάδα έκτακτης ανάγκης ($R^2 = 0,37$, $p = 0,004$), στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Ωστόσο, τα στοιχεία από τα 4 νοσοκομεία της μελέτης έδειξαν αρνητική συσχέτιση μεταξύ του μέσου εισοδήματος και επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία ($R^2 = 0,70$, $p = 0,02$) και μονάδες άμεσης επέμβασης ($R^2 = 0,90$, $p < 0,001$). Επιπλέον, βρέθηκε μια σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του μέσου όρου των εισοδημάτων και την συντελεστών αυτοκτονίας ($R^2 = 0,37$, $p = 0,007$), καθώς και μια θετική συσχέτιση μεταξύ του μέσου εισοδήματος και του αριθμού διαζυγίων ($R^2 = 0,73$, $p < 0,001$). Τα ευρήματα δείχνουν αρκετές ομοιότητες με προηγούμενες έρευνες σε χώρες με ανάλογες οικονομικές κρίσεις, όπως οι πρώην χώρες του ανατολικού μπλοκ, χώρες της Ασίας και των ΗΠΑ. [2]

Τέλος, σύμφωνα με έκθεση του ΟΟΣΑ η Ελλάδα έχει την πρωτιά στο **κάπνισμα και την παχυσαρκία**. Η χώρα μας δεν κερδίζει στο προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με τις υπόλοιπες μεσογειακές χώρες. Αντιθέτως έχουν αυξηθεί οι θάνατοι από εμφράγματα και εγκεφαλικά ως αποτέλεσμα του ανθυγιεινού τρόπου ζωής.

Όλα τα παραπάνω μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η οικονομική κρίση είχε και έχει πολύ σοβαρές επιπτώσεις σε ολόκληρο το κοινωνικό σύνολο.

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΩΝ ΑΣΤΕΓΩΝ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Όπως αναφέρει η Επιτροπή Υγειονομικής Περιθαλψης αστέγων του Ινστιτούτου Ιατρικής των Η.Π.Α. (Institute of Medicine (US) Committee on Health Care for Homeless People.), πάντα υπήρχαν άστεγοι στις Ηνωμένες Πολιτείες, αλλά η κατάστασή τους έχει προκαλέσει πρόσφατα την ευρεία δημόσια αντίδραση και ανησυχία. Ο αριθμός των αστέγων αυξάνεται, ενώ είναι δύσκολο να γίνει ακριβώς αντιληπτός. Υπό το πρίσμα αυτό, το Κογκρέσο ζήτησε από το Ινστιτούτο Ιατρικής να μάθει αν τα υπάρχοντα προγράμματα φροντίδας υγείας αγνοούσαν τους άστεγους ή η παροχή φροντίδας αυτών ήταν αναποτελεσματική.

Ποιος όμως θεωρείται άστεγος; Η παραπάνω επιτροπή θέλοντας να δώσει τον ορισμό του αστέγου αναφέρει ότι ως άστεγος ορίζεται εκείνος ή εκείνη που: Πρώτον, δεν έχει μια σταθερή, τακτική και επαρκή νυχτερινή διαμονή ή δεύτερον ένα άτομο που έχει μια κύρια νυχτερινή διαμονή που είναι: (Α) εποπτευόμενη ή δημόσια και λειτουργεί ως καταφύγιο σχεδιασμένο για την παροχή προσωρινού καταλύματος διαβίωσης (Β) ένας θεσμός που παρέχει μια προσωρινή κατοικία για άτομα η που πρόκειται να γίνει θεσμός ή (Γ) ένας δημόσιος ή ιδιωτικός χώρος που δεν είναι σχεδιασμένος για ένα κανονικό διαμέρισμα ύπνου για τον άνθρωπο (αλλά συνήθως χρησιμοποιείται έτσι). Ο ορισμός αυτός αναφέρεται ειδικά για άστεγους, αλλά ισχύει εξίσου για άστεγες οικογένειες.

Οι άστεγοι βρίσκονται σε σχετικά υψηλό κίνδυνο για ένα ευρύ φάσμα από οξείες και χρόνιες ασθένειες. Ακριβή στοιχεία για τον αριθμό συγκεκριμένων ασθενειών, μεταξύ των αστέγων σε σύγκριση με εκείνους τους ανθρώπους που δεν είναι άστεγοι είναι δύσκολο να επιτευχθούν αλλά υπάρχουν πληροφορίες που δείχνουν ότι **το φαινόμενο των αστέγων συνδέεται με μια σειρά από σωματικά και ψυχικά προβλήματα**. Αυτό είναι εμφανές όχι μόνο από τα τελευταία στοιχεία από το Κοινωνικό και Δημογραφικό Ινστιτούτο Έρευνας, αλλά και από επιμέρους εκθέσεις που έχουν δημοσιευθεί στην ιατρική βιβλιογραφία.

Μελετώντας τη βιβλιογραφία θα έλεγε κανείς ότι τα προβλήματα υγείας που διαπιστώνονται στους άστεγους συχνά προϋπήρχαν αυτού του φαινομένου. Τα πιο κοινά από αυτά είναι οι **σοβαρές ψυχικές ασθένειες**, ιδιαίτερα της χρόνιας σχιζοφρένειας. Όσο οι δεξιότητες των διανοητικά αρρώστων ατόμων χειροτερεύουν, η ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν το περιβάλλον τους, ή η ικανότητα να αντιμετωπίσουν με τη συμπεριφορά τους τον περίγυρό τους, επιδεινώνονται όλο και περισσότερο. Σε περίπτωση απουσίας των κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων και υποστηρικτικών εναλλακτικών ρυθμίσεων στέγασης, πολλοί μένουν στους δρόμους. Ένα άλλο σύγχρονο παράδειγμα ασθένειας το οποίο οδηγεί σε έλλειψη στέγης είναι το **AIDS**. Καθώς η νόσος εξελίσσεται και οδηγεί σε επαναλαμβανόμενες και πιο σοβαρές κρίσεις με ευκαιριακές λοιμώξεις, το άτομο καθίσταται ανίκανο προς εργασία και δεν είναι σε θέση να αντέξει οικονομικά να πληρώνει το

ενοίκιο. Άλλα προβλήματα υγείας που συμβάλλουν στην έλλειψη στέγης περιλαμβάνουν τον αλκοολισμό και την εξάρτηση από τα ναρκωτικά, οι διάφορες καταστάσεις που συμβάλλουν στο να μείνει ένα πρόσωπο άνεργο, ή οποιαδήποτε σημαντική ασθένεια που οδηγεί σε τεράστια έξοδα την υγειονομική περίθαλψη.

Στο βαθμό που οι άστεγοι έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας, έχουν στηριχθεί σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, κλινικές, νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις που εξυπηρετούν τους φτωχούς. **Οι άποροι άνθρωποι (με ή χωρίς ένα σπίτι) αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια στην απόκτηση της υγειονομικής περίθαλψης. Για τους άστεγους υπάρχουν επιπλέον εμπόδια.** Η αναγνώριση των ειδικών αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των αστέγων έχει ενθαρρύνει την ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών για αυτούς. Στην παρατήρηση και την περιγραφή αυτών των υπηρεσιών φροντίδας που συνδέονται με την υγειονομική περίθαλψη και την υγεία, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ετερογενής φύση του άστεγου πληθυσμού, καθώς και η δομή των κοινοτήτων στις οποίες οι υπηρεσίες αυτές έχουν αναπτυχθεί. Ανεξάρτητα από τις διαφορές μεταξύ των αστέγων ή τις περιφερειακές διαφορές στον τομέα των υπηρεσιών, πάντως, **οι άστεγοι άνθρωποι είναι πιο επιρρεπείς σε ορισμένες ασθένειες, έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να λάβουν υγειονομική περίθαλψη και είναι πιο δύσκολο να θεραπευτούν από τους άλλους ανθρώπους**, όλα αυτά επειδή δεν διαθέτουν ένα σπίτι. [3]

Σύμφωνα με τον Cha O., ο πληθυσμός των αστέγων είναι δύσκολο να προσδιοριστεί και ο αριθμός του είναι δύσκολο να αξιολογηθεί. Στη Γαλλία, εκτιμάται ότι σχεδόν 4 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν σε υποβαθμισμένα καταλύματα και οι άστεγοι φτάνουν τους 85.000. Οι περισσότεροι άστεγοι, σπανίως βρίσκονται σε δημόσιους χώρους. Το ένα τρίτο έχουν μια δουλειά, το ένα τέταρτο ζουν με τα παιδιά, και το ένα τρίτο είναι μεταξύ 18 και 29 ετών. Τα κοινά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν την κατάρρευση των κοινωνικών δεσμών και την πλήρη έλλειψη σταθερού καταλύματος. Δεν υπάρχουν ειδικές ασθένειες στο ζήτημα των αστέγων, αλλά η επιδημιολογία τους διαφέρει από το γενικό πληθυσμό: **η συχνότητα εμφάνισης της φυματίωσης είναι 30 φορές υψηλότερη**, για παράδειγμα. Η ιατρική περίθαλψη συχνά φθάνει πολύ αργά. Μία χρόνια νόσος είναι παρούσα σε 45% των περιπτώσεων. Ο μέσος όρος ζωής είναι μόλις 47,6 χρόνια, μεταξύ 30 και 35 ετών, χαμηλότερος από το γαλλικό γενικό πληθυσμό. Η ιατρική φροντίδα μπορεί να είναι πλήρως αποτελεσματική μόνο εάν τα κοινωνικά και στεγαστικά θέματα αυτών των ασθενών αντιμετωπισθούν επαρκώς. [4]

Οι Medlow S, Klineberg E, και Steinbeck K., αναφέρουν ότι το φαινόμενο των αστέγων κατά τη διάρκεια της εφηβείας παρουσιάζει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των νέων. Οι άστεγοι έφηβοι έχουν διαγνωστεί με πολύ διαφορετικά ποσοστά των ψυχικών διαταραχών υγείας και με υψηλά ποσοστά των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. [5] Επίσης, οι Ojha SP, Ma J, Chapagain M, Tulachan P., έχουν γράψει σχετικά με τη συναισθηματικότητα και τη

συμπεριφορά ανάμεσα σε στεγασμένα και άστεγα παιδιά και αναφέρουν ότι το φαινόμενο των αστέγων παιδιών είναι ένα σοβαρό πρόβλημα στην κοινωνία. Οι παράγοντες που οδηγούν τα παιδιά του Νεπάλ σε έλλειψη στέγης είναι η **φτώχεια, η ανεργία, η υπεργεννητικότητα παιδιών, η έκθεση στη βία, οι κοινωνικές διακρίσεις με βάση την κάστα κλπ.** Τα παιδιά που ζουν έξω από τα σπίτια τους, έχουν προβλήματα προσκόλλησης, ιδιοσυγκρασίας, προβλήματα στις κοινωνικές δεξιότητες, τη γνωστική ικανότητα, και την ανάπτυξη της γλώσσας. Λίγες είναι οι μη κυβερνητικές οργανώσεις που έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται γι' αυτά τα παιδιά, αλλά η ανάγκη για ψυχική υγεία είναι παραμελημένη. Η μελέτη επιχείρησε να διερευνήσει τα συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα στα άστεγα παιδιά σε ένα από τα καταφύγια στο Κατμαντού. Όλα τα παιδιά (n = 126) στον Οργανισμό Saathi περιλήφθηκαν στη μελέτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι: Ο επιπολασμός των συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων μεταξύ των συμμετεχόντων ήταν 36 (28.57%) [15 (26,31%) στα αγόρια και 21 (30,43%) στα κορίτσια] με βάση CBCL/6-18 χρόνια και 29 (23.01%) [12 (21.05%) στα αγόρια και 17 (24,63%) στα κορίτσια] με βάση την τελική διάγνωση. Τα προβλήματα συμπεριφοράς ήταν τα πιο κοινά μεταξύ των αγοριών 5 (8,77%), ακολουθούμενα από ODD 3 (5,26%), ADHD 2 (3,5%), το άγχος 2 (3,50%), ενώ το άγχος είναι πιο συχνό στα κορίτσια 9 (13.04 %), ακολουθούμενο από την κατάθλιψη 5 (7,24%), διαγωγή 3 (4,34%). Το ποσοστό των συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών σε άστεγα παιδιά της μελέτης είναι παρόμοια με αυτά των μη άστεγων παιδιών της σχολικής ηλικίας προηγούμενων μελετών, κάτι που μπορεί να συμβαίνει λόγω της προστασίας που παρέχεται από τα καταφύγια. [6]

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΩΝ ΑΣΤΕΓΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Όπως μας πληροφορούν οι Chondraki P, Madianos MG, Dragioti E, Papadimitriou GN., το φαινόμενο των αστέγων, ένα παγκόσμιο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο τώρα είναι επίσης διαδεδομένο στην Ελλάδα, κυρίως στην περιοχή της Αθήνας. Η πιθανή ψυχιατρική νοσηρότητα που σχετίζεται με αναζήτηση βοήθειας και οι προσδιοριστικοί παράγοντες είχαν διερευνηθεί σε δείγμα 254 αστέγων από την ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, με τη χρήση της Mini Διεθνούς Νευροψυχιατρικής Συνέντευξης (M.I.N.I.). Το δείγμα ήταν κυρίως άνδρες (74%), με μέση ηλικία των 51 ετών, είναι στην πλειοψηφία τους άστεγοι για πάνω από 25 μήνες, το 34,3% από αυτούς ζουν σε ακατάλληλα προς διανυκτέρευση καταλύματα. Συνολικά, το 56,7% του δείγματος πληρούσαν τα κριτήρια για το τρέχον Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών-τέταρτη έκδοση (DSM-IV) ψυχιατρική διαταραχή με 20,8% συννοσηρότητα. Μόνο το 36,2% των εντοπισθέντων ψυχιατρικών περιστατικών δεν είχε καμία πρόσφατη ψυχιατρική φροντίδα, ενώ το 44,4% έπαιρνε μη συνταγογραφούμενα φάρμακα και το 20,2% είχε νοσηλευθεί κατά το τελευταίο έτος. Αντίθετα, το 70% των ατόμων που εξαρτώνται από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά υποβλήθηκαν σε θεραπεία σε ψυχιατρική υπηρεσία, ενώ το 60,0% από αυτούς συμμετείχαν σε πρόγραμμα αποκατάστασης το τελευταίο έτος. Η ανάλυση έδειξε ότι οι πιο μορφωμένοι που έχουν μείνει για περισσότερο καιρό άστεγοι αναγνωρίζοντας ότι πάσχουν από ψυχιατρικό πρόβλημα, το οποίο έχει διαγνωσθεί ως «ψυχωτικό» έχουν αυξημένη πιθανότητα να ζητήσουν βοήθεια. Η συντριπτική πλειοψηφία των ψυχικά άρρωστων αστέγων ατόμων δεν λάμβαναν την τρέχουσα ψυχιατρική φροντίδα. [7]

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΜΕΡΙΚΗ

Με βάση την ανάλυση των δεδομένων « Έρευνα Υγείας Καναδά», οι D'Arcy C, Siddique CM. αναλύουν τη σωματική και συναισθηματική ευημερία των μισθωτών και των ανέργων. **Η ανάλυση έδειξε σημαντικές διαφορές υγείας μεταξύ μισθωτών και ανέργων.** Οι άνεργοι παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κινδύνου, μεγαλύτερη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη αναπηρία, ανέφεραν έναν μεγάλο αριθμό προβλημάτων υγείας, αρρώσταιναν πιο συχνά και χρησιμοποιούσαν αναλογικά περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με τα μέτρα αυτά, που προέρχονται από αυτο-αναφερόμενα δεδομένα, ιατρικώς διαγνωσμένα μέτρα δείχνουν επίσης μια μεγαλύτερη ευπάθεια των ανέργων από σοβαρές σωματικές ασθένειες, όπως καρδιακά προβλήματα, πόνο στην καρδιά και το στήθος, υψηλή αρτηριακή πίεση, λιποθυμίες, ζάλη, κοινά προβλήματα οστών και υπέρταση. Η περαιτέρω ανάλυση έδειξε ότι υπάρχει ισχυρή αλληλεπίδραση της απασχόλησης στη σωματική και συναισθηματική υγεία. Οι γυναίκες και οι άνεργοι μεγαλύτερης ηλικίας ανέφεραν περισσότερα προβλήματα υγείας και ιατρικές επισκέψεις, ενώ οι νεότεροι άνεργοι (κάτω των 40) αναφέρθηκαν σε μια ψυχολογική δυσφορία. Οι άνεργοι με το μπλε κολάρο βρέθηκαν να είναι πολύ πιο ευάλωτοι σε σωματική ασθένεια, ενώ οι άνεργοι με επαγγελματικό υπόβαθρο ανέφεραν περισσότερη ψυχολογική δυσφορία. Οι άνεργοι με χαμηλό εισόδημα, οι οποίοι προέρχονταν από οικογένεια μισθωτών, ήταν περισσότερο ταλαιπωρημένο ψυχολογικά. Μια γενική ματιά στα στοιχεία έδειξε ότι οι άνεργοι με το πιο χαμηλό εισόδημα υπέστησαν την πιο καταθλιπτική διάθεση σε κάθε περιφέρεια της χώρας. Είναι προφανές ότι η ανεργία και οι επιπτώσεις στην υγεία αντανακλούν τις ευρύτερες ταξικές ανισότητες στις βιομηχανικές κοινωνίες. Η ανάγκη για κοινωνικές πολιτικές που μειώνουν αποτελεσματικά την ανεργία και τον αρνητικό αντίκτυπο της ανεργίας είναι σαφής. [8]

Όπως αναφέρουν οι Bartfay WJ, Bartfay E, Wu T., **οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των αυτοκινητιστών είναι δυσάρεστες**. Μια φαινομενολογική έρευνα ανέλαβε να εξετάσει τα αποτελέσματα για την περίοδο 2008-09 της παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης στην υγεία των ανέργων αυτοκινητιστών στην канаδική επαρχία του Οντάριο μεταξύ Σεπτεμβρίου και Νοεμβρίου 2009. Συνολικά 22 άνδρες και 12 γυναίκες έλαβαν μέρος. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ποσοτικό δημογραφικό και οικονομικό ερωτηματολόγιο. Η ποιοτική πτυχή της μελέτης αποτελείτο από μια φαινομενολογική σύνθεση που περιλαμβάνει ημι-δομημένες ομαδικές συνεδρίες εστίασης διάρκειας 2 έως 2,5 ωρών. Ο αριθμός των ετών που απασχολούνταν κυμαίνονταν από 2 έως 31,7 με μια μέση τιμή 15 + / - 8. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν υψηλά επίπεδα στρες, άγχους και κατάθλιψης, αυξημένο σωματικό πόνο και δυσφορία, αλλαγές στο βάρος και τη σεξουαλική λειτουργία και οικονομικές δυσκολίες, συμπεριλαμβανομένης της ανικανότητας να αγοράσουν

συνταγογραφούμενα φάρμακα. Οι συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ανεργία που σχετίζεται με την παγκόσμια ύφεση έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των αυτοκινητιστών στο Οντάριο. [9]

Οι Lofgren R1, Karpf M, Perman J, Higdon CM., γράφουν ότι **το σύστημα ιατρικής περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες είναι σε κρίση**. Το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης κλιμακώνεται και απειλεί την κάλυψη εκατομμυρίων ανθρώπων. Οι ανησυχίες σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης και της ασφάλειας των ασθενών αυξάνονται. Οι ασθενείς και οι ασφαλιστικοί φορείς μοιράζονται τώρα δημοσίως τις ανησυχίες αυτές και θέλουν να κάνουν τους παροχείς πιο υπεύθυνους. Παραδοσιακά, η απάντηση στο αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης έχει να τροποποιήσει τα μοντέλα αποζημίωσης και κινήτρων. Επί του παρόντος, υπάρχει μια κίνηση για να μετατεθεί η ευθύνη της συγκράτησης του κόστους στους ασθενείς. Οι συγγραφείς εκφράζουν αμφιβολίες σχετικά με τη συνολική αποτελεσματικότητα αυτής της στρατηγικής και προτείνουν αναδιοργάνωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας. [10]

Σύμφωνα με τους Dillman J1, Mancas B., Jacoby M., Ruth- Sand, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης των Η.Π.Α. στέκεται μόνο του στη μοναδικότητά του σε σχέση με άλλες βιομηχανικές χώρες. Σε σχέση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες οι Ηνωμένες Πολιτείες δεν παρέχουν καθολική κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης για τους πολίτες τους. Η Αμερική στηρίζεται κυρίως στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας και προστατεύεται έτσι από το υψηλό κόστος της ασθένειας. Εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης πολλοί Αμερικανοί δε μπορούν να αντέξουν οικονομικά να πληρώσουν για ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Εξετάζοντας το ερώτημα αν υπάρχει κάποια διαφορά όσον αφορά την έκβαση των ασθενών, που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση, ανάλογα με το αν έχουν ή όχι ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι προφανές ότι υπάρχουν συγκεκριμένα αποτελέσματα για τους φτωχότερους ασθενείς, **ο θάνατος στον βαρέως πάσχοντα πληθυσμό, αν ο ασθενής δεν έχει ιδιωτική ασφάλιση**. [11]

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Σύμφωνα με τον Unger F. η Ευρωπαϊκή υγειονομική περίθαλψη είναι ένα καθήκον, ενταγμένο στον ευρωπαϊκό πολιτισμό μας, με σκοπό να βοηθήσει τους ανθρώπους στην ασθένεια, να προωθήσει μια υγιή κοινωνία μέσω της εκπαίδευσης και της πρόληψης των ασθενειών. Η ανθρώπινη ζωή είναι η υψηλότερη αξία μας. Η έννοια της υγείας είναι θεμελιώδους σημασίας για τη ζωή και οδηγεί στη δημιουργία πλούτου. Η υγεία είναι το αποτέλεσμα μιας κοινής ευρωπαϊκής πολιτισμικής προσπάθειας. **Η παροχή της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη ποικίλει εξαιρετικά και πρέπει να ερμηνευθεί υπό το πρίσμα των διαφορετικών προοπτικών γεωγραφικής και πολιτιστικής ανάπτυξης.** Στον 21ο αιώνα, η υγεία γίνεται θέμα γενικού ευρωπαϊκού ενδιαφέροντος και θα είναι όλο και πιο σημαντική προτεραιότητα στο πλαίσιο της διευρυμένης Ευρωπαϊκής Ένωσης. **Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να κατοχυρώνουν ως απώτερο σκοπό την Αρχή της Υγείας για όλους .** Η φροντίδα υγείας είναι απαραίτητη για τη ζωή, είναι εξαιρετικά περίπλοκη και εξαρτάται από τις ανάγκες του πληθυσμού και τις δημογραφικές δομές του, την πρόοδο σε όλες τις πτυχές της ιατρικής πρακτικής, τα μοντέλα χρηματοδότησης. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης εξελίσσεται από εθνικό σε ευρωπαϊκό εγχείρημα ως μια ευρωπαϊκή αγορά φροντίδας. Και συνεχίζει ότι η ευρωπαϊκή αγορά φροντίδας υγείας εξυπηρετεί τους ασθενείς και δημιουργεί τις προϋποθέσεις για τη συνέχιση της δημιουργίας πλούτου. Για να επιτευχθούν βιώσιμα αποτελέσματα, το κύριο συστατικό στη δόμηση της ιατρικής είναι η κλινική ηγεσία. Τα δημογραφικά στοιχεία και τα θέματα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης είναι οι πιο ευαίσθητες περιοχές, κατά προτεραιότητα, που πρέπει να αντιμετωπισθούν. Αυτό απαιτεί τον συνδυασμό των εθνικών πολιτικών υγείας με τις ευρωπαϊκές υποχρεώσεις. Η κοινή ανησυχία είναι η αύξηση του κόστους της παροχής. [12]

Ο Tarja Granados JA. έχει γράψει: «Σε πρόσφατες δημοσιεύσεις, έχει προταθεί ότι η υγεία του πληθυσμού της Ευρώπης επιδεινώνεται, ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης. Η υποβάθμιση αυτή θα εκδηλωθεί με αύξηση της θνησιμότητας, ιδιαίτερα σε εκείνες τις χώρες που εφαρμόζουν μέτρα λιτότητας. Έχει επίσης προταθεί ότι, ως συνέπεια αυτών των πολιτικών, οι αυτοκτονίες έχουν εκτιναχθεί στα ύψη και η κατάσταση θα μπορούσε να αποβεί καταστροφική για τη δημόσια υγεία όπως συνέβη στη δεκαετία του 1990 στις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης». Αυτά τα στοιχεία δεν έχουν καμία βάση σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα, όπως αναφέρει ο παραπάνω συγγραφέας. Στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι στις ευρωπαϊκές χώρες γενικά και ειδικά σε εκείνους που επηρεάζονται περισσότερο από την κρίση, η γενική θνησιμότητα έχει μειωθεί και η υγεία του πληθυσμού έχει βελτιωθεί για το διάστημα 2007-2010. Παραδόξως, η κρίση είχε μια ευεργετική

επίδραση στην υγεία αυτών των χωρών. Τέτοια ευρήματα είναι σε ουσιαστική συμφωνία με προηγούμενες μελέτες που έχουν δείξει ότι διάφορες περιόδους οικονομικής κρίσης των αγορών ήταν ευνοϊκές για την υγεία, ενώ περιόδους οικονομικής επέκτασης ήταν επιβλαβείς. [13]

Με την παραπάνω τοποθέτηση δε συμφωνούν οι Bosch X, Moreno P και López-Soto A., οι οποίοι γράφουν ότι **οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην ισπανική υγειονομική περίθαλψη είναι οδυνηρές**. Η Ισπανία έχει ένα προηγμένο και ολοκληρωμένο σύστημα υγείας που έχει επιτύχει αξιοσημείωτα αποτελέσματα σε ένα σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα. Τα μέτρα που έχουν εισαχθεί από τις κεντρικές και περιφερειακές κυβερνήσεις για την καταπολέμηση της οικονομικής κρίσης μπορεί να έχουν σοβαρές επιπτώσεις στον τομέα της υγείας, με τις προτεινόμενες αλλαγές οι οποίες δυνητικά απειλούν τις αρχές της ισότητας και της κοινωνικής συνοχής που διέπουν το κράτος πρόνοιας. Στην Ισπανία, όπως και σε άλλες χώρες, η αξιολόγηση των αλλαγών της υγειονομικής περίθαλψης είναι δύσκολη λόγω της έλλειψης των στοιχείων και επειδή οι επιπτώσεις των μέτρων συχνά καθυστερούν, αυτό σημαίνει ότι τα πλήρη αποτελέσματα των αλλαγών όσον αφορά την πρόσβαση στην περίθαλψη και τα αποτελέσματα της υγείας γίνονται αισθητά μόνο μετά από χρόνια. Ωστόσο, ορισμένες επιπτώσεις είναι ήδη ορατές. Με εξαιρέσεις, η Ισπανία δεν έχει χρησιμοποιήσει την κρίση ως ευκαιρία για την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας, τον εξορθολογισμό και την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας, την αύξηση της παραγωγικότητας, και την ανάκτηση εμπιστοσύνης του κοινού. [14]

Στην Ελλάδα οι πολίτες εξαιτίας της αδυναμίας τους να καταβάλλουν τις ασφαλιστικές εισφορές δεν έχουν πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρά διαρθρωτικά προβλήματα που αφορούν την οργάνωση, τη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών. Πάσχει από την απουσία μέτρων συγκράτησης του κόστους και καθορισμένων κριτηρίων για τη χρηματοδότηση με αποτέλεσμα τα ταμεία υγείας να αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα και να αυξάνονται τα ελλείμματα. Από το Μάιο του 2010, αναφέρουν οι Fanourgiakis J., Kanouropakis E., η Ελλάδα ακολουθεί την αυστηρή πολιτική της Τρόικα σε όλους τους τομείς των δημόσιων οικονομικών. Οι οδηγίες της Τρόικα οι οποίες εγκρίνονται από τους πολιτικούς οδηγούν τους οικονομικά ασθενέστερους πολίτες σε κατάθλιψη. Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης όσον αφορά τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έγιναν ορατές από ολόκληρη την κοινωνία. **Ένα μεγάλο μέρος της Ελληνικής κοινωνίας παραμένει ανασφάλιστο** με αποτέλεσμα να μην έχει πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες αντιμετωπίζουν τις υπέρογκες οικονομικές δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και την εξαθλίωση χωρίς κοινωνικό δίκτυο προστασίας. [15]. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Ifanti AA, Argyriou AA, Kalofonou FH, Kalofonos HP., οι οποίοι διεξήγαγαν μια μελέτη επανεξέτασης, η οποία διερευνά τα διαθέσιμα δεδομένα σε σχέση με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και ακολούθως εφαρμόζοντας τα μέτρα λιτότητας για την

υγειονομική περίθαλψη, τις κοινωνικές υπηρεσίες και τις πολιτικές προώθησης της υγείας στην Ελλάδα. Είναι προφανές ότι η Ελλάδα επηρεάζεται περισσότερο από κάθε άλλη ευρωπαϊκή χώρα από την οικονομική κρίση. **Η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια, η μείωση του εισοδήματος, η φτώχεια και η αύξηση των ψυχικών διαταραχών είναι από τις πιο σοβαρές συνέπειες της κρίσης στην κοινωνικοοικονομική ζωή. Το σύστημα υγείας επηρεάζεται ιδιαίτερα από τα αυστηρά μέτρα λιτότητας.** Η δραστική περικοπή των κρατικών δαπανών έχει επηρεάσει σημαντικά τη δομή και τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων που αντιμετωπίζουν έλλειψη προσωπικού, ελλείμματα στον προϋπολογισμό τους, έλλειψη φαρμάκων και βασικών ιατρικών προμηθειών. Επιπλέον, οι πολιτικές για την προαγωγή της υγείας περιορίζονται, αναστέλλοντας έτσι τις σχετικές πρωτοβουλίες προς την κατεύθυνση της πρόληψης των ασθενειών και προαγωγής της υγείας των εκπαιδευτικών πρακτικών. Συνολικά, **η τρέχουσα οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της στην πραγματική ζωή και την υγειονομική περίθαλψη είναι αρκετά ανησυχητικά.** Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής δεν θα πρέπει να αγνοήσουν τις συνέπειες που η λιτότητα και οι δημοσιονομικές πολιτικές έχουν στον τομέα της υγείας. Μεγαλύτερη προσοχή χρειάζεται προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι τα άτομα θα συνεχίσουν να λαμβάνουν τη φροντίδα της δημόσιας υγείας και θα έχουν πρόσβαση στην προληπτική και κοινωνική υποστήριξη των υπηρεσιών. Για να αντιμετωπιστεί η οικονομική δυσπραγία, οι φορείς χάραξης πολιτικής αναμένεται να εφαρμόσουν ανθρωποκεντρική προσέγγιση, διασφαλίζοντας την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τις ηθικές αξίες. [16]

Οι Quaglio G, Karapiperis T, Van Woensel L, Arnold E, McDaid D., αναφέρουν ότι **πολλές ευρωπαϊκές κυβερνήσεις έχουν άφθονα περικόψει τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία κατά τη διάρκεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης.** Τα αποτελέσματα από τις συνέπειες της οικονομικής ύφεσης για την υγεία έχουν αρχίσει να εμφανίζονται. Αυτή η ύφεση έχει οδηγήσει σε αύξηση της κακής κατάστασης της υγείας, αύξηση των ποσοστών του άγχους και της κατάθλιψης μεταξύ των οικονομικά ασθενέστερων. Επιπλέον, η συχνότητα εμφάνισης ορισμένων μεταδοτικών ασθενειών, μαζί με το ποσοστό αυτοκτονίας έχουν αυξηθεί σημαντικά. Η ύφεση έχει οδηγήσει επίσης σε διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, και επηρέασε την προτεραιότητα που δίνεται στις δημόσιες πολιτικές. Το τρέχον οικονομικό κλίμα, ενώ είναι προκλητικό, παρουσιάζει μια ευκαιρία για μεταρρύθμιση και αναδιάρθρωση της προαγωγής της υγείας. [17]

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΣ

Η οικονομική κρίση και η αδυναμία των πολιτών να καταβάλλουν τις ασφαλιστικές τους εισφορές, δημιουργεί ένα ακόμη φαινόμενο που παρατηρείται όλο και πιο έντονα στον 21ο αιώνα και δεν είναι άλλο από αυτό του ιατρικού τουρισμού. Σύμφωνα με τον Pafford B. ο μεγάλος αριθμός των ανασφάλιστων ή μερικώς ανασφάλιστων Αμερικανών και η απότομη αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης στις Ηνωμένες Πολιτείες έχει οδηγήσει στην αύξηση του πληθυσμού των ασθενών που ταξιδεύουν στο εξωτερικό για μια οικονομικά προσιτή υγειονομική περίθαλψη, η οποία έχει γίνει γνωστή ως **ιατρικός τουρισμός**. Έχει σχεδιαστεί να δημιουργηθεί μία βιομηχανία 21 δισεκατομμυρίων δολαρίων το χρόνο μέχρι το 2011. Οι υπεραντλατικές τιμές για τις περισσότερες διαδικασίες, συμπεριλαμβανομένου του αεροπορικού εισιτηρίου, είναι συχνά το μισό του κόστους από εκείνες που εκτελούνται στις Ηνωμένες Πολιτείες! Ορισμένες διαδικασίες είναι 80% λιγότερο. Οι διεθνείς εγκαταστάσεις στην Ινδία, την Ταϊλάνδη και αλλού αποκτούν Joint Commission International (JCI) διαπίστευση και επιθετικό μάρκετινγκ καθώς και διαφήμιση υψηλών προτύπων ποιότητας και εξατομικευμένων υπηρεσιών στους Δυτικούς πελάτες και τις ασφαλιστικές υπηρεσίες. Η αποδοχή του μέσου τουρισμού αυξάνεται, με μια πρόσφατη δημοσκόπηση που δείχνει περισσότερο από το 40% των αμερικανικών καταναλωτών της υγειονομικής περίθαλψης να είναι πρόθυμοι να ταξιδέψουν στο εξωτερικό για περίθαλψη. Οι ασφαλιστικές εταιρείες έχουν αρχίσει να ενσωματώνουν ξένη φροντίδα στη δική τους κάλυψη προσφέροντας εκπτώσεις στους ασθενείς που συμφωνούν να ταξιδέψουν στο εξωτερικό. Οι ιατρικές ομάδες άργησαν να απαντήσουν, παρόλο που οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι ο ιατρικός τουρισμός μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια 162 δισεκατομμυρίων δολαρίων των δαπανών στην Αμερική από το 2012. Ορισμένοι ειδικοί πιστεύουν ότι η συνέχιση του κόστους υγειονομικής περίθαλψης της κρίσης στις ΗΠΑ θα οδηγήσει σε αύξηση του ιατρικού τουρισμού και διεθνή ανταγωνισμό, κάτι που επηρεάζει σημαντικά τους εγχώριους γιατρούς και τα νοσοκομεία. [18]

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να δούμε και να καταλάβουμε την έκταση του προβλήματος των ανασφάλιστων ασθενών κατά τα έτη 2013- 2014 στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. Πιο συγκεκριμένα θέλουμε να ερευνήσουμε αν και κατά πόσο είναι μεγάλο το μέγεθος των ανασφάλιστων ασθενών, αν αυτό μειώνεται, αυξάνεται ή παραμένει σταθερό από το ένα έτος στο άλλο. Επίσης αυτά που θέλουμε να διαπιστώσουμε είναι ποιος είναι ο τρόπος με τον οποίο προσήλθαν αυτοί οι ασθενείς στο νοσοκομείο (π.χ. είναι τακτική ή έκτακτη η εισαγωγή τους), η έκβασή τους (ανάρρωσαν, απεβίωσαν κ.λ.π.) , με ποιον τρόπο έφυγαν από το νοσοκομείο (π.χ. πήραν εξιτήριο ή απέδρασαν), πόσο κόστισαν στο νοσοκομείο γενικότερα αλλά και στις κλινικές ειδικότερα, πόσοι ήταν αυτοί οι ασθενείς, την ηλικία και το φύλο. Για το σκοπό αυτό τέθηκαν κάποια ερωτήματα και δόθηκαν απαντήσεις στις παρακάτω μεταβλητές:

1. **Το είδος εισαγωγής.** Εδώ θα δει κανείς αν η εισαγωγή είναι τακτική ή έκτακτη.
2. **Η έκβαση της νοσηλείας.** Η έκβαση μπορεί να είναι αμετάβλητη, μπορεί να σημαίνει βελτίωση, ίαση αλλά και θάνατο.
3. **Η αιτία εξόδου.** Η έξοδος των ασθενών ήταν κανονική ή σχετιζόταν με απόδραση, αποχώρηση, διακομιδή αλλά και θάνατο;
4. **Η ηλικία.** Στην προσπάθεια να εξεταστεί η ηλικία των ανασφάλιστων ασθενών που προσήλθαν στο Νοσοκομείο κατά τα έτη 2013- 2014 δημιουργήθηκαν ηλικιακές ομάδες (0-9 ετών, 10-19 ετών, 20-29 ετών, 30-39 ετών, 40-49 ετών, 50-59 ετών, 60-69 ετών, 70-79 ετών, 80-89 ετών).
5. **Το φύλο** (άρρεν- θήλυ)
6. **Το κόστος νοσηλείας για όλες τις κλινικές** του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας
7. **Ο μέσος όρος κόστους νοσηλείας για όλες τις κλινικές** του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.
8. **Το κόστος νοσηλείας ανά κλινική.** Εδώ ο διαχωρισμός των κλινικών έγινε με βάση τον τύπο ΚΕΝ.
9. **Ο μέσος όρος κόστους νοσηλείας ανά κλινική.**
10. **Ο αριθμός ασθενών ανά κλινική** χρησιμοποιώντας τον τύπο ΚΕΝ.

Πληθυσμός μελέτης και Μέθοδος

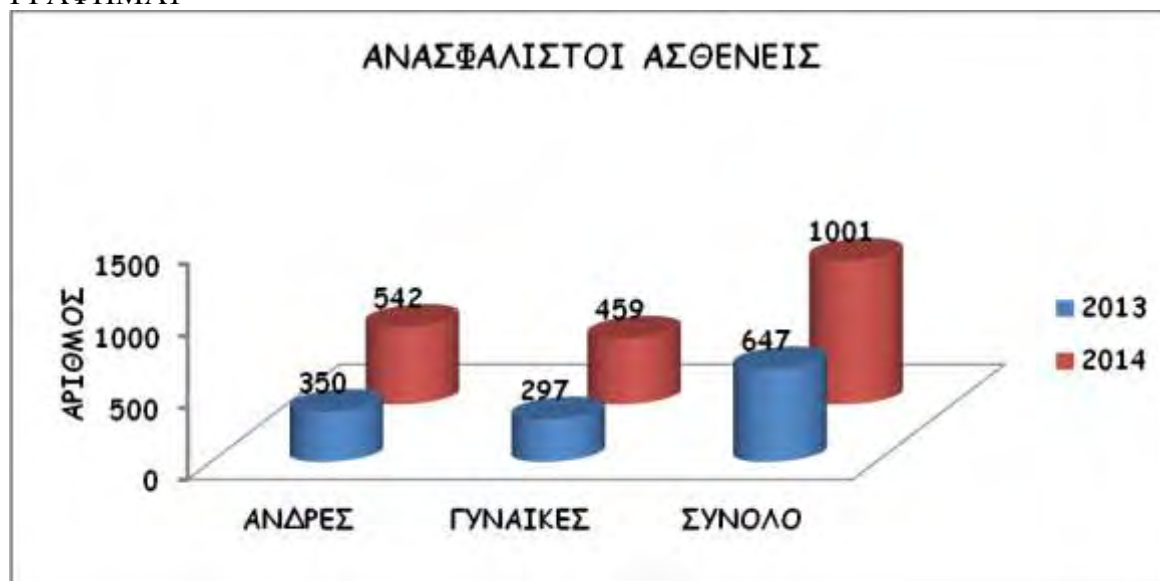
Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι ο πληθυσμός της συγκεκριμένης μελέτης αφορά ασθενείς χωρίς ασφαλιστική κάλυψη που απευθύνθηκαν σε διάφορες κλινικές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας κατά τα έτη 2013- 2014. Το δείγμα αφορούσε και τα δύο φύλα (άρρεν- θήλυ), όλων των ηλικιών, ανεξαρτήτως επαγγέλματος, οικογενειακής κατάστασης, τόπου γέννησης, τόπου καταγωγής και τόπου κατοικίας. Αυτό που πρέπει να επισημανθεί είναι ότι **δεν υπήρχε πρόσβαση σε προσωπικά δεδομένα (ονοματεπώνυμο) και αυτό φυσικά για λόγους διασφάλισης του απορρήτου.**

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι πριν το 2013 δεν υπήρχε συστηματική καταγραφή αυτών των ασθενών. Για τη συλλογή των παραπάνω δεδομένων έγινε η σχετική αίτηση στη Διεύθυνση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας και δόθηκε η απαραίτητη έγκριση. Έτσι πάρθηκαν τα δεδομένα από το γραφείο κίνησης ασθενών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Για τα παραπάνω χρειάστηκε αρκετός χρόνος. Στη συνέχεια, αφού ήταν διαθέσιμα τα αρχεία έγινε επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων σε υπολογιστικά φύλλα excel. Για στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το t-test με όριο στατιστικής σημαντικότητας το επίπεδο του $p < 0.05$. Μ' αυτό τον τρόπο κατηγοριοποιήθηκαν τα δεδομένα και διαμορφώθηκαν τα γραφήματα τα οποία παρουσιάζονται παρακάτω.

Αποτελέσματα

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες γραφημάτων.

ΓΡΑΦΗΜΑ1



Στο **Γράφημα 1** παρατηρούμε τον αριθμό των ανασφάλιστων ατόμων κατά τα έτη 2013- 2014 που απευθύνθηκαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας. Έτσι βλέπουμε ότι ο αριθμός των ανασφάλιστων ανδρών που προσήλθαν στο νοσοκομείο το έτος 2013 ανέρχεται στους 350 ενώ των ανασφάλιστων γυναικών στις 297. Συνολικά, λοιπόν, ο αριθμός των ανασφάλιστων ασθενών για το έτος 2013 φτάνει τους 647. Βλέπουμε, δηλαδή ότι ο αριθμός των ανασφάλιστων ανδρών ασθενών είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν των ανασφάλιστων γυναικών ασθενών κατά το έτος 2013 .

Το ίδιο όμως βλέπουμε να συμβαίνει και κατά το έτος 2014. Εκεί βεβαίως αλλάζει ο αριθμός των ανασφάλιστων ασθενών. Οι ανασφάλιστοι άνδρες- ασθενείς αγγίζουν τους 542 ενώ οι ανασφάλιστες γυναίκες- ασθενείς φθάνουν τις 459. Έτσι, συνολικά ο αριθμός των ανασφάλιστων ασθενών για το έτος 2014 φθάνει τους 1001.

Επομένως, οι ανασφάλιστοι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας **αυξήθηκαν** στατιστικά σημαντικά **από το 2013 έως το 2014 κατά 354 άτομα.**

ΓΡΑΦΗΜΑ 2



Στο **Γράφημα 2** φαίνεται η ηλικία των ανασφάλιστων ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας κατά τα έτη 2013- 2014. Έτσι, λοιπόν, για το έτος 2013, 219 ήταν οι ανασφάλιστοι ασθενείς ηλικίας 0-9 ετών, 35 ηλικίας 10-19 ετών, 78 ηλικίας 20-29 ετών, 80 ηλικίας 30-39 ετών, 70 ηλικίας 40-49 ετών, 74 ηλικίας 50-59 ετών,

70 ηλικίας 60-69 ετών, 13 ηλικίας 70-79 ετών, 3 ηλικίας 80- 89 ετών, κανείς ασθενείς ηλικίας 90-99 δε νοσηλεύτηκε ενώ υπάρχουν και 14 άτομα αγνώστου ηλικίας.

Για το έτος 2014, ο αριθμός των ανασφάλιστων ασθενών ηλικίας 0-9 ετών ανέρχεται στους 305, 70 ήταν ηλικία 10-19 ετών, 80 ήταν ηλικίας 20-29 ετών, 120 ήταν ηλικίας 30-39 ετών, 159 ήταν ηλικίας 40-49 ετών, 118 ήταν ηλικίας 50-59 ετών, 100 ήταν ηλικίας 60-69 ετών, 15 ήταν ηλικίας 70-79 ετών, 13 ήταν ηλικίας 80-89 ετών, 1 ήταν ηλικίας 90-99 ετών ενώ 9 ήταν οι ανασφάλιστοι ασθενείς αγνώστου ηλικίας.

Αυτό που εύκολα μπορούμε να συμπεράνουμε από το **Γράφημα 2** είναι ότι οι περισσότεροι ανασφάλιστοι ασθενείς και για τα δύο έτη 2013- 2014 αφορούν παιδιά ηλικίας 0- 9 ετών (στατιστικά σημαντική διαφορά). Επίσης, μεγάλος είναι και ο αριθμός ανασφάλιστων ασθενών για τις ηλικίες 30-69 ετών με κορυφή στις ηλικίες 40-49 ετών.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3



Στο **Γράφημα 3** φαίνεται το είδος εισαγωγής των ανασφάλιστων ασθενών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας κατά τα έτη 2013- 2014.

Πιο συγκεκριμένα, για το έτος 2013 **συνολικά οι εισαγωγές ήταν 647**. Από αυτές 6 αφορούσαν διακομιδή, 381 αφορούσαν τακτική εισαγωγή ενώ 270 έκτακτη.

Για το έτος 2014 **συνολικά οι εισαγωγές ήταν 1001**. Από αυτές 1 ήταν η διακομιδή, 653 αφορούσαν τακτική εισαγωγή ενώ 338 έκτακτη. Για τα δυο έτη μελέτης οι τακτικές εισαγωγές ήταν στατιστικά σημαντικά περισσότερες από τις έκτακτες.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4



Στο **Γράφημα 4** φαίνεται η έκβαση των ανασφάλιστων ασθενών του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας για τα έτη 2013- 2014.

Βλέπουμε, λοιπόν ότι για το έτος 2013, η έκβαση 113 ασθενών παρέμεινε αμετάβλητη, 497 ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση, 24 ασθενείς παρουσίασαν ίαση, 2 ασθενείς παρουσίασαν επιδείνωση ενώ σε 13 ασθενείς επήλθε θάνατος.

Κατά το έτος 2014, η έκβαση 163 ασθενών παρέμεινε αμετάβλητη, 792 ασθενείς παρουσίασαν βελτίωση, 17 ασθενείς παρουσίασαν ίαση, 8 ασθενείς παρουσίασαν επιδείνωση ενώ σε 18 ασθενείς επήλθε ο θάνατος.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5



Στο **Γράφημα 5** βλέπουμε το ετήσιο κόστος των ανασφάλιστων ασθενών για όλες τις κλινικές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

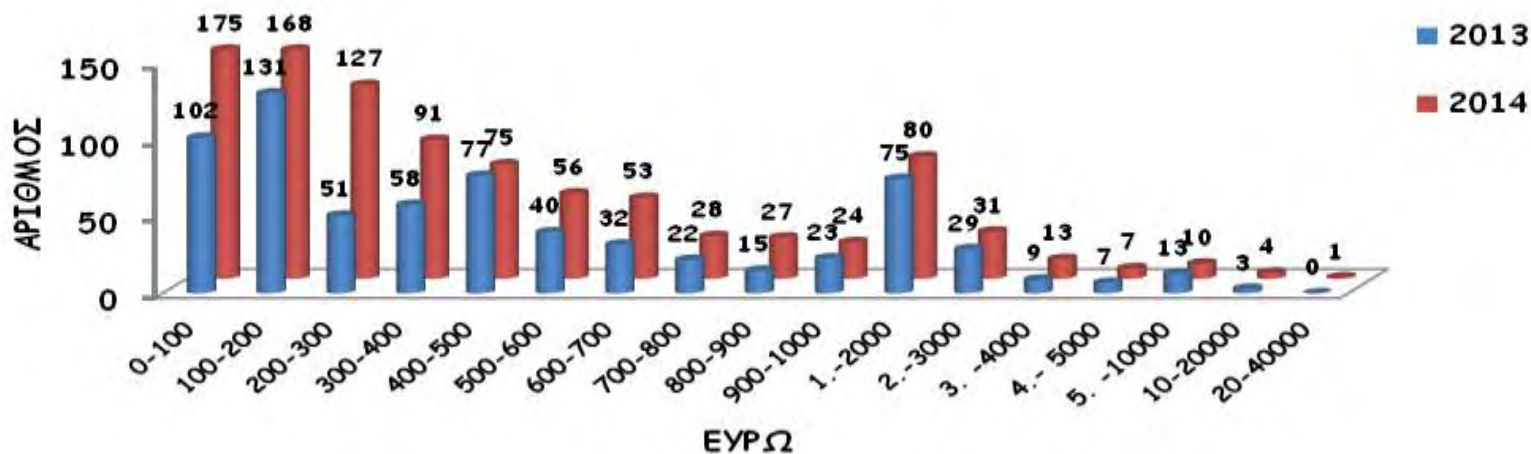
Για το έτος 2013 το συνολικό ετήσιο κόστος νοσηλείας ανέρχεται σε 530.635€ ενώ το κόστος ανά ασθενή φτάνει τα 820€.

Για το έτος 2014, παρατηρούμε αύξηση του συνολικού ετησίου κόστους το οποίο αγγίζει τις 699.245€ ενώ το κόστος ανά ασθενή μειώνεται στα 698€.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι το συνολικό κόστος από το 2013 αυξάνεται στατιστικά σημαντικά το 2014 ενώ το κόστος ανά ασθενή το 2013 είναι μεγαλύτερο σε σχέση με αυτό του 2014.

ΓΡΑΦΗΜΑ 6

ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΟΣΤΟΣ ΚΕΝ



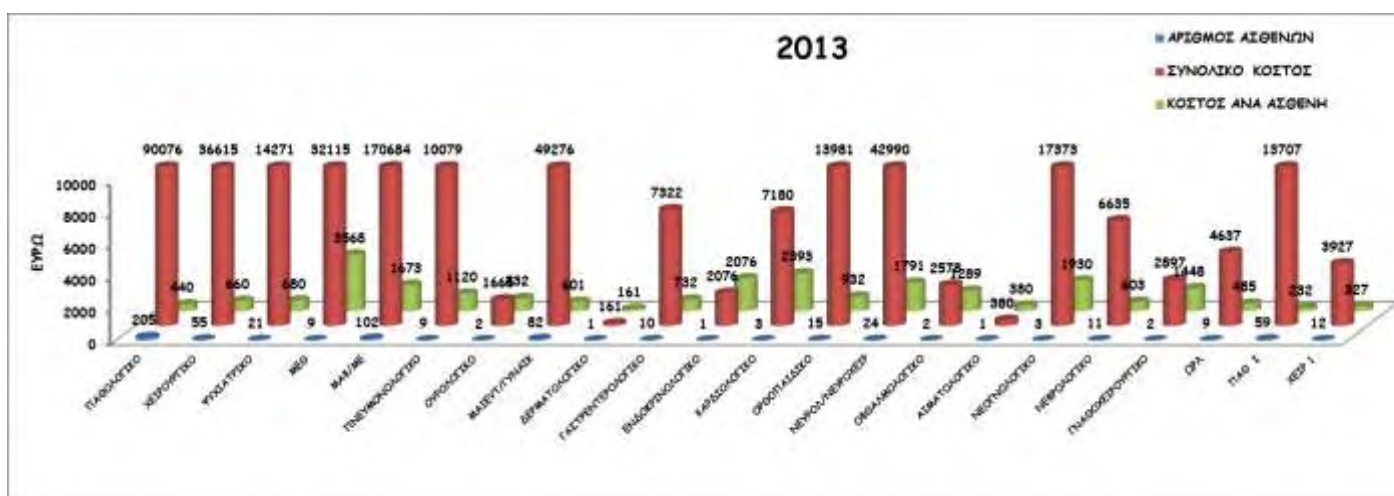
Στο **Γράφημα 6** υπάρχει διαχωρισμός του συνολικού κόστους νοσηλείας των ασθενών που Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας για τα έτη 2013-2014, σε υποκατηγορίες ανάλογα με το επίπεδο σε ευρώ . Το εύρος είναι από 0- 40.000€ και σε κάθε υποκατηγορία βλέπουμε πόσοι ασθενείς αντιστοιχούν. Αυτό που παρατηρούμε στο παραπάνω γράφημα είναι το εξής: Για το έτος 2013, 102 ασθενείς κόστισαν από 0-100€, 131 ασθενείς κόστισαν από 100-200€, 51 ασθενείς

κόστισαν από 200-300€, 58 ασθενείς κόστισαν 300-400€, 77 ασθενείς κόστισαν από 400-500€, 40 ασθενείς κόστισαν από 500-600€, 32 ασθενείς κόστισαν από 600-700€, 22 ασθενείς κόστισαν από 700- 800€, 15 ασθενείς κόστισαν από 800-900€, 23 ασθενείς κόστισαν από 900-1000€, 75 ασθενείς κόστισαν από 1000-2000€, 29 ασθενείς κόστισαν από 2000-3000€, 9 ασθενείς κόστισαν από 3000-4000€, 7 ασθενείς κόστισαν από 4000-5000€, 13 ασθενείς κόστισαν από 5000-10000€, 3 ασθενείς κόστισαν από 10.000-20.000€, ενώ κανείς δεν υπήρξε που να κόστισε από 20.000-40.000€.

Για το έτος 2014 παρατηρούμε τα εξής: 175 ασθενείς κόστισαν από 0-100€, 168 ασθενείς κόστισαν από 100-200€, 127 ασθενείς κόστισαν από 200-300€, 91 ασθενείς κόστισαν από 300-400€, 75 ασθενείς κόστισαν από 400-500€, 56 ασθενείς κόστισαν από 500-600€, 53 ασθενείς κόστισαν από 600-700€, 28 ασθενείς κόστισαν από 700-800€, 27 ασθενείς κόστισαν από 800-900€, 24 ασθενείς κόστισαν από 900-1000€, 80 ασθενείς κόστισαν από 1000-2000€, 31 ασθενείς κόστισαν από 2000-3000€, 13 ασθενείς κόστισαν από 3000-4000€, 7 ασθενείς κόστισαν από 4000-5000€, 10 ασθενείς κόστισαν από 5000-10000€, 4 ασθενείς κόστισαν από 10000-20000€, ενώ υπήρξε 1 ασθενής που κόστισε από 20000-40000€.

Εκ των ανωτέρω φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ασθενών αντιμετωπίζεται με χαμηλό κόστος ΚΕΝ.

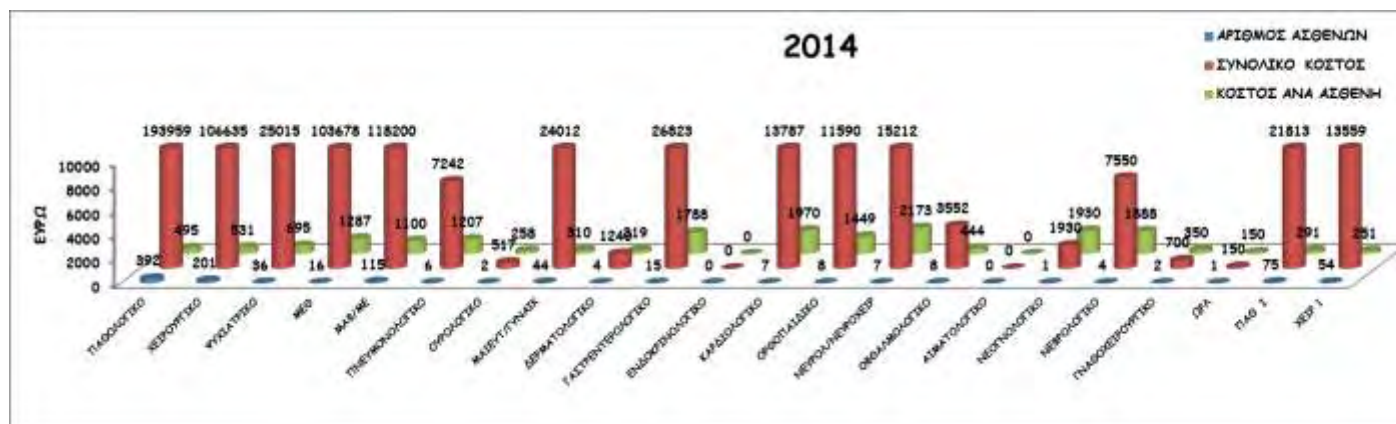
ΓΡΑΦΗΜΑ 7



Στο **Γράφημα 7** παρουσιάζεται ο συνολικός αριθμός ασθενών, το συνολικό κόστος νοσηλείας και ο μέσος όρος κόστους ανά τύπο ΚΕΝ για το έτος 2013. Ο μέσος Όρος ανά ασθενή και το συνολικό κόστος νοσηλείας είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στις μονάδες εντατικής θεραπείας του Νοσοκομείου. Το κόστος νοσηλείας είναι μεγάλο για τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική και Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική του Νοσοκομείου με μικρό όμως μέσο όρο κόστους ανά ασθενή. Αντίθετα οι ασθενείς που

νοσηλεύτηκαν στις Ορθοπαιδικές και Νευροχειρουργικές κλινικές είχαν υψηλό μέσο όρο κόστους ανά ασθενή.

ΓΡΑΦΗΜΑ 8



Στο **Γράφημα 8** παρουσιάζεται ο συνολικός αριθμός ασθενών, το συνολικό κόστος νοσηλείας και ο μέσος όρος κόστους ανά τύπο ΚΕΝ για το έτος 2014. Τα ευρήματα και οι παρατηρήσεις είναι ανάλογες αυτών του έτους 2013 χωρίς τάση διαφοροποίησης.

Συζήτηση- σχολιασμός

Μέσα από τα γραφήματα που παρουσιάστηκαν παραπάνω γίνεται ξεκάθαρο πως το μέγεθος του φαινομένου των ανασφάλιστων ασθενών είναι μεγάλο και αυξάνεται από το ένα έτος στο άλλο. Οι ανασφάλιστοι άνδρες- ασθενείς είναι περισσότεροι από τις ανασφάλιστες γυναίκες- ασθενείς και στα δύο έτη όπου έγινε η έρευνα. Όσον αφορά την ηλικία τους, φαίνεται πως τα παιδιά ηλικίας 0-9 ετών είναι αυτά που καταλαμβάνουν την πρώτη θέση, ενώ ακολουθούν οι ηλικίες από 30 έως 69 ετών. Στους περισσότερους από αυτούς η εισαγωγή ήταν τακτική και στα δύο έτη, ακολουθεί η έκτακτη ενώ μικρότερο αριθμό καταλαμβάνει η διακομιδή. Ο μεγαλύτερος αριθμός των ανασφάλιστων ασθενών και για τα δύο έτη παρουσίασε βελτίωση ενώ ο μικρότερος αριθμός παρουσίασε επιδείνωση. Όσον αφορά το κόστος νοσηλείας τους αυτό αυξάνεται από το ένα έτος στο άλλο. Κάτι τέτοιο ήταν αναμενόμενο αφού αυξάνεται και ο αριθμός των ανασφάλιστων ασθενών. Από την άλλη, όμως όσο αυξάνονται οι ανασφάλιστοι ασθενείς μειώνεται το κόστος νοσηλείας ανά ασθενή. Ο μεγαλύτερος αριθμός ανασφάλιστων ασθενών για το έτος 2013 κόστισε από 100-200 € ενώ δεν υπήρξε κανείς που να κόστισε από 20-40.000€. Για το έτος 2014 ο μεγαλύτερος αριθμός των ανασφάλιστων ασθενών κόστισε από 0-100€ ενώ υπήρξε και ένας ασθενής που κόστισε από 20.000-40.000€.

Από την παραπάνω επεξεργασία των δεδομένων καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σημαντικά τον τομέα της υγείας όπως αναφέρεται και στο Γενικό Μέρος της εργασίας. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, μία συνέπεια της οικονομικής κρίσης είναι η ανεργία. Στην προσπάθεια να ερμηνεύσουμε τα παραπάνω αποτελέσματα θα λέγαμε ότι εφόσον οι άνεργοι αυξάνονται και δεν είναι ασφαλισμένοι σε κάποιο ταμείο αυτό με τη σειρά του έχει ως συνέπεια να επηρεάζεται και ο τομέας της υγείας. Έτσι όταν κάποιος είναι ανασφάλιστος και χρειάζεται νοσηλεία καταφεύγει στο νοσοκομείο. Ακόμη, αυτό που μπορούμε εύκολα να δούμε είναι ότι οι **ανασφάλιστοι άνδρες- ασθενείς είναι περισσότεροι από τις ανασφάλιστες γυναίκες- ασθενείς**. Αυτό ίσως συμβαίνει διότι στην αγορά εργασίας βλέπουμε περισσότερους άνδρες παρά γυναίκες. Έτσι, όταν ο άνδρας εργάζεται και είναι ασφαλισμένος παρέχει ασφαλιστική κάλυψη και στη σύζυγό του. Αυτή είναι η πιο συνηθισμένη περίπτωση ενώ σπανίως συναντούμε το αντίθετο, δηλαδή να εργάζεται η γυναίκα και να ασφαρίζει τον άνδρα.

Όσον αφορά την **ηλικία των ανασφάλιστων ασθενών** αυτό που μπορούμε εύκολα να συμπεράνουμε από το Γράφημα 2 είναι ότι οι περισσότεροι ανασφάλιστοι ασθενείς και για τα δύο έτη 2013- 2014 αφορούν παιδιά ηλικίας 0- 9 ετών. Συγκεκριμένα για το έτος 2013 ο αριθμός τους φτάνει τα 219 ενώ το έτος 2014 αγγίζει τα 305. Κατά την άποψή μου αυτό συμβαίνει διότι τα παιδιά ηλικίας 0-9 ετών έχουν περισσότερες ανάγκες σε σχέση με τις άλλες ηλικίες. Για παράδειγμα, ο εμβολιασμός των παιδιών είναι κάτι που απαραίτητως πρέπει να γίνει. Επιπλέον τα παιδιά σε αυτές τις ηλικίες αρρωσταίνουν στην πλειοψηφία τους πιο συχνά από άλλες ηλικιακές ομάδες, οπότε απευθύνονται στο νοσοκομείο σε μεγαλύτερο βαθμό εφόσον οι γονείς είναι ανασφάλιστοι. Ακόμη, ένα μεγάλο αριθμό ανασφάλιστων ασθενών συναντούμε στις ηλικίες από 30- 69 ετών. Μία εξήγηση που μπορούμε να δώσουμε γι' αυτό είναι ότι οι συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες επλήγησαν και πλήττονται περισσότερο από την οικονομική κρίση των τελευταίων ετών. Από την άλλη πλευρά οι ηλικίες από 70-99 ετών καταλαμβάνουν το μικρότερο αριθμό των ανασφάλιστων ασθενών, διότι ενδεχομένως οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης δεν τους επηρέασαν σε σημαντικό βαθμό.

Στο Γράφημα 3 παρατηρούμε το **είδος εισαγωγής** των ανασφάλιστων ασθενών στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας κατά τα έτη 2013-2014. Έτσι θα δούμε ότι για το έτος 2013 **συνολικά οι εισαγωγές ήταν 647**. Από αυτές οι περισσότερες αφορούσαν τακτική εισαγωγή, ακολούθησαν οι έκτακτες εισαγωγές ενώ ο μικρότερος αριθμός αφορούσε διακομιδή. Για το έτος 2014 **συνολικά οι εισαγωγές ήταν 1001**. Κι εδώ συμβαίνει το ίδιο. Οι περισσότερες εισαγωγές ήταν τακτικές, ακολούθησαν σε αριθμό οι έκτακτες ενώ το μικρότερο αριθμό και σ' αυτό το έτος καταλαμβάνει η διακομιδή. Από τον αριθμό των

τακτικών εισαγωγών συμπεραίνουμε ότι οι περισσότεροι ανασφάλιστοι ασθενείς έχουν χρόνια προβλήματα, τα οποία γνωρίζουν και έτσι επισκέπτονται τακτικά το γιατρό τους. Ο αριθμός των έκτακτων εισαγωγών είναι μικρότερος αλλά όταν κάτι έκτακτο συμβεί στους ανασφάλιστους ασθενείς καταφεύγουν στο νοσοκομείο. Οι διακομιδές, τέλος είναι οι λιγότερες διότι αυτοί που περισσότερο τη χρειάζονται είναι τα μικρά παιδιά ή οι ηλικιωμένοι. Στη συγκεκριμένη περίπτωση έχουμε διακομιδή ενός παιδιού 3 ετών.

Αυτό που παρατηρήσαμε στο Γράφημα 4 είναι η **έκβαση των ανασφάλιστων ασθενών**. Έτσι, ο μεγαλύτερος αριθμός των ανασφάλιστων ασθενών παρουσίασε βελτίωση και ακολουθεί ο αριθμός των ανασφάλιστων ασθενών των οποίων η κατάσταση παρέμεινε αμετάβλητη. Αυτό συμβαίνει διότι όπως αναφέρθηκε και παραπάνω οι περισσότερες εισαγωγές ήταν τακτικές κάτι που προφανώς σημαίνει ότι τα προβλήματα ήταν χρόνια. Επομένως η κατάστασή τους θα βελτιωνόταν ή θα παρέμεινε αμετάβλητη. Φυσικά υπήρξε και ο φυσιολογικός αναμενόμενος αριθμός εκείνων των ασθενών που ανάρρωσαν πλήρως, και που είτε επιδεινώθηκαν είτε απεβίωσαν.

Στη συνέχεια, ακολουθεί το Γράφημα 5 όπου παρατηρούμε το **ετήσιο κόστος** νοσηλείας όλων των ανασφάλιστων ασθενών που προσήλθαν στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας κατά τα έτη 2013-2014 αλλά και το πόσο κόστισε η νοσηλεία κάθε ασθενούς στο νοσοκομείο κατά μέσο όρο. Έτσι, το κόστος νοσηλείας για το 2013 έφτασε τις 530.635€ ενώ το έτος 2014 άγγιξε τις 699.245€. Ωστόσο παρατηρούμε ότι όσο αυξάνεται το ετήσιο κόστος νοσηλείας μειώνεται ο μέσος όρος κόστους ανά ασθενή λόγω της μεγάλης αύξησης του αριθμού των ανασφάλιστων ασθενών το 2014.

Θέλοντας να σχολιάσουμε το Γράφημα 6 θα λέγαμε ότι οι περισσότεροι ανασφάλιστοι ασθενείς βρίσκονται στην ομάδα κόστους νοσηλείας από 0-500€. Ενδεχομένως τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι ανασφάλιστοι ασθενείς δεν απαιτούν μεγάλα έξοδα νοσηλείας.

Στο **Γράφημα 7 και 8** φαίνεται ότι και για τα δυο έτη ο μέσος όρος ανά ασθενή και το συνολικό κόστος νοσηλείας είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο σε ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στις μονάδες εντατικής θεραπείας του Νοσοκομείου. Το κόστος νοσηλείας είναι μεγάλο για τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική και Μαιευτική – Γυναικολογική κλινική του Νοσοκομείου με μικρό όμως μέσο όρο κόστους ανά ασθενή. Αντίθετα οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στις Ορθοπαιδικές και Νευροχειρουργικές κλινικές είχαν υψηλό μέσο όρο κόστους ανά ασθενή.

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι όπως αναφέρθηκε και στο θεωρητικό μέρος της εργασίας η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών οδήγησε σε μεγάλη αύξηση της ανεργίας. Αυτό, φυσικά έχει

ως συνέπεια και την αύξηση των ανασφάλιστων ανθρώπων. Στην περίπτωση λοιπόν που οι ανασφάλιστοι αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα υγείας καταφεύγουν στο νοσοκομείο μη έχοντας άλλη λύση. Στην Ελλάδα βλέπουμε ότι οι ανασφάλιστοι ασθενείς περιθάλπονται ενώ δε συμβαίνει το ίδιο και σε άλλες χώρες όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Ωστόσο, η πολιτεία δεν πρέπει να επαναπαυθεί σε αυτό που συμβαίνει τώρα διότι τα νοσοκομεία οδηγούνται σε συμφόρηση και η εξυπηρέτηση των ασθενών ίσως να μην είναι αποτελεσματική όχι μόνο για τους ανασφάλιστους ασθενείς αλλά και για τους ασφαλισμένους. Αυτό που κατά τη γνώμη μου πρέπει να γίνει είναι να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα στις δομές Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Stavrianakos K., Kontaxakis V., Moussas G., Papplos K., Papaslanis T., Havaki- Kontaxaki B., Papadimitriou G., Attempted suicide during the financial crisis in Athens, psychiatriki 2014, Apr- Jun
2. Giotakos O., Karabelas D., Kafkas A., Financial crisis and mental health in Greece, Psychiatriki, 2011 Apr- Jun
3. Institute of Medicine (US), Committee on Health Care for Homeless people, Homelessness, Health and Human Needs, Washington(DC): National Academies Press (US), 1988
4. Cha O., Health of the homeless, Bull Acad Natl Med. 2014 Feb
5. Medlow S., Klineberg E., Steinbeck K., The health diagnoses of homeless adolescents: A systematic review of the literature, J Adolesc. 2014 Jul
6. Ojha Sp., Ma J., Chapagain M., Tulachan P., Emotional and behavioral problems among sheltered homeless children, JNMA j Nepal Med Assoc 2013 Jul- Sep
7. Chondraki P., Madianos MG, Dragioti E., Papadimitriou GN., Homeless mentally ill in Athens area. Across- sectional study on unmet needs and help- seeking, Int J SocPsychiatry, 2013 Oct. 1
8. D'Arcy C., Siddique CM., Unemployment and health: an analysis of "Canada Health Survey" data, Int J Health Serv. 1985
9. Bartfay Wj., Bartfay E., Wu T., impact of the global economic crisis n the health of unemployed autoworkers, Can J Nurs Res, 2013 Sep
10. Lofgen R., Karpf M., Perman J., Higton Cm., The US health care is in crisis: implications for academic medical centers and their missions
11. Dillman J., Mancas B., Jacoby M., Ruth Sahd L., A review of the literature: differences in outcomes for uninsured versus insured critically ill patients: Opportunities and challenges for critical care nurses as the patient protection and affordable care act begins open enrollment for all Americans, 2014 Jyn- Feb
12. Unger F., Health is wealth: Considerations to European healthcare, Prilozi, 2012 Jul
13. Tapia Granados JA., The economic crisis and health in Spain and Europe: Is mortality increasing?, Salud collect, 2014 Apr
14. Bosch X., Moreno P., Lopez- Soto A., The painful effects of the financial crisis on Spanish health care, Int J Health Serv. 2014
15. Fanourgiakis J., Kanoupakis E., Greek's health, waiting for the 'deus ex machina', 2014 Jun

16. Ifanti AA, Argyriou AA, Kalofonou FH, Kalofonos HP., Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care, *Health Policy*. 2014 Apr
17. Quaglio G., Karapiperis T., Van Woensel L., Arnold E., Mc Daid D., Austerity and health in Europe, 2013 Nov
18. Pafford B., The third- wave medical tourism in the 21th century, *South Med J*, 2009 Aug

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Νέα έκθεση του ΟΟΣΑ για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Έρευνα και Ανάπτυξη διεθνώς – Μεγάλη υστέρηση για την Ελλάδα

Η Ελλάδα βρίσκεται κάτω ή πολύ κάτω από τον μέσο όρο των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ, όσον αφορά όλα σχεδόν τα κριτήρια που αξιολογούν, συγκριτικά, τις επιδόσεις του εθνικού συστήματος επιστήμης και καινοτομίας της, σύμφωνα με τη νέα έκθεση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης «**OECD Science, Technology and Industry Outlook 2012**». Ο Οργανισμός τονίζει ότι τρία είναι τα θέματα αιχμής στο πεδίο της έρευνας και ανάπτυξης στην Ελλάδα, τα οποία χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης: να βελτιωθούν το θεσμικό πλαίσιο και οι γενικότερες συνθήκες ώστε να ενισχυθεί η καινοτομία, να αποτελέσει η καινοτομία τον πυρήνα της ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας και, τέλος, να μετατραπεί η επιδεινούμενη «διαρροή εγκεφάλων» σε «κυκλοφορία εγκεφάλων». Η έκθεση αναφέρει ότι «το τωρινό ερευνητικό σύστημα της Ελλάδας είναι αδύναμο και σε μεγάλο βαθμό αποσυνδεδεμένο από την εγχώρια οικονομία». Ακόμα, επισημαίνει ότι η ανεπαρκής εμπορική αξιοποίηση στις αγορές νέων προϊόντων από καινοτόμους επιχειρηματίες, μέσα από τη συνεργασία εγχώριων πανεπιστημίων και εταιριών, πρέπει εφεξής να αποτελέσει βασική προτεραιότητα της Ελλάδας. Ο Οργανισμός υπογραμμίζει ότι πρέπει να υπερπηδηθούν οι σοβαρές αδυναμίες στο «σύστημα καινοτομίας» της χώρας, ένας παράγοντας κρίσιμος προκειμένου να ανακτηθεί η ανταγωνιστικότητά της. Η μελέτη σημειώνει ότι οι δαπάνες για Έρευνα και Ανάπτυξη (R & D) έχουν «κολλήσει» μόλις στο 0,60% του ελληνικού ΑΕΠ (ο παλαιότερος εθνικός στόχος για ποσοστό 1,5% του ΑΕΠ έως το 2020 θεωρείται πλέον ανέφικτος). Επιπλέον, στο σύνολο των σχετικών εγχώριων δαπανών, κυριαρχούν οι δημόσιες επενδύσεις για έρευνα και ανάπτυξη, οι οποίες όμως, παρόλα αυτά, παραμένουν πολύ χαμηλότερες από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Από την άλλη, οι αντίστοιχες δαπάνες των ελληνικών επιχειρήσεων για R & D είναι απολύτως ανεπαρκείς, όντας οι δεύτερες χαμηλότερες μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ κυριολεκτικά στον «πάτο» του ΟΟΣΑ βρίσκεται και ο αριθμός των νέων εμπορικών καινοτομικών πατεντών, είτε από ελληνικές εταιρείες είτε από ελληνικά πανεπιστήμια. Όπως τονίζει η έκθεση, οι σχέσεις μεταξύ των πανεπιστημίων και των ελληνικών βιομηχανιών είναι ισχνές, με τελικό αποτέλεσμα να υπάρχει αφενός πολύ μικρή ζήτηση από τις εγχώριες εταιρείες για καινοτομική έρευνα και, αφετέρου, να υπάρχει εξίσου ανάλογα μικρή προσφορά καινοτομιών από τα ελληνικά πανεπιστήμια, για τα

οποία επιπροσθέτως γίνεται κριτική αναφορά σχετικά με την μέτρια ποιότητά τους. Παράλληλα, υπογραμμίζεται ότι, μέσα σε ένα τέτοιο σκηνικό, διαρρέουν διαρκώς νέα «μυαλά» στο εξωτερικό, κάτι που εντείνεται διαρκώς λόγω της συνεχιζόμενης οικονομικής κρίσης. Ο ΟΟΣΑ επισημαίνει ότι η οικονομική κρίση οδηγεί σε περαιτέρω συρρίκνωση τόσο των δημοσίων όσο και των ιδιωτικών επενδύσεων για έρευνα και ανάπτυξη στην Ελλάδα, με συνέπεια πλέον τα διαρθρωτικά κεφάλαια της ΕΕ να παραμένουν, ουσιαστικά, η σημαντικότερη πηγή χρηματοδότησης των όποιων εγχώριων καινοτομιών. Ο Οργανισμός υποστηρίζει πως, γι' αυτό ακριβώς το λόγο, η βασική πρόκληση είναι να απορροφηθούν πλήρως αυτοί οι κοινοτικοί πόροι και να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά. Η διεθνής κατάσταση Η διεθνής οικονομική κρίση, που χαρακτηρίζεται μεταξύ άλλων από έλλειψη ζήτησης και δυσκολία χρηματοδότησης, έχει ως συνέπεια την μεγάλη μείωση των δαπανών των επιχειρήσεων για Έρευνα και Τεχνολογία (R & D). Η μελέτη διαπιστώνει ότι σχεδόν όλες οι χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ (με εξαίρεση μόνο τη Γαλλία και την Κορέα) εμφανίζουν πτώση στις σχετικές ιδιωτικές επενδύσεις, γεγονός που αναμένεται να έχει αρνητικές συνέπειες για την προώθηση καινοτομιών και την μακροπρόθεσμη ανάπτυξη. Ο ΟΟΣΑ επισημαίνει ότι η πτώση των επενδύσεων του ιδιωτικού τομέα στους τομείς της έρευνας και ανάπτυξης αντισταθμίζεται εν μέρει από την αύξηση των αντίστοιχων δημόσιων επενδυτικών δαπανών, καθώς πολλές κυβερνήσεις (όπως των ΗΠΑ, της Γερμανίας, της Σουηδίας, της Ελβετίας, του Καναδά, της Αυστραλίας κ.α.) δίνουν πρόσθετα κίνητρα και επιδοτήσεις. Όμως, αυτό δεν ισχύει για χώρες όπως η Ελλάδα, η Ισπανία, η Ιρλανδία, η Σλοβακία, η Σλοβενία κ.α., στις οποίες παρατηρείται μείωση των κρατικών δαπανών για R&D, τάση που αναμένεται να συνεχιστεί και τα επόμενα χρόνια. Δημιουργούνται έτσι χώρες διαφόρων «ταχυτήτων» στο εσωτερικό του ΟΟΣΑ, όσον αφορά την ενίσχυση της έρευνας και τεχνολογίας, της κατ' εξοχήν «ατμομηχανής» της οικονομικής ανάπτυξης. Η εικόνα είναι διαφορετική ανάλογα με τον τομέα οικονομικής δραστηριότητας διεθνώς. Για παράδειγμα, παρά την κρίση, οι μεγάλες εταιρίες λογισμικού και υγείας συνεχίζουν σταθερά να αυξάνουν τις επενδύσεις R & D, ενώ στην αυτοκινητοβιομηχανία η πτώση είναι πολύ αισθητή, αρκετά μεγαλύτερη σε σχέση με την αεροναυπηγική, την πληροφορική (hardware) και τον ιατρικό εξοπλισμό. Η έκθεση προσθέτει ότι αν και σε όλο σχεδόν τον κόσμο οι εξειδικευμένοι εργαζόμενοι (εργάτες και υπάλληλοι) έχουν πληγεί λιγότερο σε σχέση με τους ανειδίκευτους, είναι ήδη ορατή η αύξηση της μακρόχρονης ανεργίας μεταξύ των

εξειδικευμένων εργαζομένων σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Εσθονία, η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Ιρλανδία, ακόμα και οι ΗΠΑ. Ο ΟΟΣΑ υπογραμμίζει ότι σε τομείς γοργά εξελισσόμενους, όπως η βιοτεχνολογία, η πληροφορική και η αεροναυτική, η παραμονή ενός εργαζόμενου για καιρό εκτός εργασίας ουσιαστικά εξασθενεί περαιτέρω τη θέση του, καθώς χάνει επαφή με τις σύγχρονες απαιτήσεις της αγοράς εργασίας, ενώ παράλληλα το ανθρώπινο κεφάλαιο της χώρας υποβαθμίζεται συνολικά - κάτι που αποτελεί πρόκληση προς αντιμετώπιση για την Ελλάδα. Παύλος Δρακόπουλος