



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ
ΣΤΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ

**Η επίδραση της σύγχρονης οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας στο νομό
Θεσσαλονίκης.**

Τσώνος Δημήτριος

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Υπεύθυνη
Όλγα Χρ. Σίσκου
Διδάσκουσα (ΠΔ 407/80)

Λαμία, Σεπτέμβριος 2014



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗ
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ**

**Η επίδραση της σύγχρονης οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας στο νομό
Θεσσαλονίκης.**

Τσώνος Δημήτριος

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Επιβλέπουσα
Όλγα Χρ. Σίσκου
Διδάσκουσα (ΠΔ 407/80)**

Λαμία, Σεπτέμβριος 2014

**Η επίδραση της σύγχρονης οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας στο νομό
Θεσσαλονίκης.**

Τσώνος Δημήτριος

Τριμελής Επιτροπή:

Όλγα Χρ. Σίσκου, Διδάσκουσα (ΠΔ 407/80)

Πλαγιανάκος Βασίλειος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Μαρία Αδάμ, Επίκουρη Καθηγήτρια

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽¹⁾, που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Δεν παραθέτω κομμάτια βιβλίων ή άρθρων ή εργασιών άλλων αυτολεξεί **χωρίς να τα περικλείω σε εισαγωγικά** και χωρίς να αναφέρω το συγγραφέα, τη χρονολογία, τη σελίδα. Η αυτολεξεί παράθεση χωρίς εισαγωγικά χωρίς αναφορά στην πηγή, είναι λογοκλοπή. Πέραν της αυτολεξεί παράθεσης, λογοκλοπή θεωρείται και η παράφραση εδαφίων από έργα άλλων, συμπεριλαμβανομένων και έργων συμφοιτητών μου, καθώς και η παράθεση στοιχείων που άλλοι συνέλεξαν ή επεξεργάστηκαν, χωρίς αναφορά στην πηγή. Αναφέρω πάντοτε με πληρότητα την πηγή κάτω από τον πίνακα ή σχέδιο, όπως στα παραθέματα.
2. Δέχομαι ότι η αυτολεξεί **παράθεση χωρίς εισαγωγικά**, ακόμα κι αν συνοδεύεται από αναφορά στην πηγή σε κάποιο άλλο σημείο του κειμένου ή στο τέλος του, είναι αντιγραφή. Η αναφορά στην πηγή στο τέλος π.χ. μιας παραγράφου ή μιας σελίδας, δεν δικαιολογεί συρραφή εδαφίων έργου άλλου συγγραφέα, έστω και παραφρασμένων, και παρουσίασή τους ως δική μου εργασία.
3. Δέχομαι ότι υπάρχει επίσης περιορισμός στο μέγεθος και στη συχνότητα των παραθεμάτων που μπορώ να εντάξω στην εργασία μου εντός εισαγωγικών. Κάθε μεγάλο παράθεμα (π.χ. σε πίνακα ή πλαίσιο, κλπ), προϋποθέτει ειδικές ρυθμίσεις, και όταν δημοσιεύεται προϋποθέτει την άδεια του συγγραφέα ή του εκδότη. Το ίδιο και οι πίνακες και τα σχέδια
4. Δέχομαι όλες τις συνέπειες σε περίπτωση λογοκλοπής ή αντιγραφής.

Ημερομηνία:/...../20.....

Ο – Η Δηλ.

(Υπογραφή)

(1) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας υλοποιήθηκε με την υποστήριξη ενός αριθμού ανθρώπων στους οποίους θα ήθελα να εκφράσω τις θερμότερες ευχαριστίες μου. Πρώτα από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα διδάσκουσα κα. Όλγα Σίσκου που χωρίς την αμέριστη βοήθεια, καθοδήγηση και συμπαράστασή της δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί αυτή η εργασία. Παράλληλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω το προσωπικό της 3^{ης} και της 4^{ης} Υ.ΠΕ., καθώς και το προσωπικό των νοσοκομείων «Γ. Παπανικολάου», «ο Άγιος Δημήτριος» και «Γ. Γεννηματάς» για την πολύτιμη βοήθειά τους στη συλλογή των στατιστικών στοιχείων που χρησιμοποιήθηκαν για την εκπόνηση της εργασίας, όπως επίσης και όλους εκείνους που με την απάντησή τους στο ερωτηματολόγιο συνέδραμαν στην διενέργεια της στατιστικής έρευνας. Τέλος, ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στη Νατάσα, στη Γεωργία, στο Γιώργο και στον Κλέαρχο για την κομβικής σημασίας βοήθεια που μου προσέφεραν.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία διενεργήθηκε με σκοπό να διερευνηθεί το πώς η σύγχρονη οικονομική κρίση επιδρά στην υγεία των πολιτών του νομού Θεσσαλονίκης και στις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται. Στο πρώτο μέρος γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση που αφορά στο πώς η οικονομική κρίση και οι μεταβολές στο εισόδημα επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού, καθώς και τα συστήματα υγείας. Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται η στατιστική έρευνα που έλαβε χώρα σε τρία γενικά νοσοκομεία του νομού Θεσσαλονίκης, καθώς και τα αποτελέσματά της έχοντας στόχο αφενός να διαπιστωθεί το αν τελικά, όπως ίσως εύκολα θα μπορούσαμε να υποθέσουμε, η οικονομική κρίση επηρεάζει αρνητικά το επίπεδο της υγείας του πληθυσμού και αφετέρου πως επηρεάζεται το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους διάφορους φορείς.

Σκοπός: Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει σκοπό να παρουσιάσει το αν και πως η σύγχρονη οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την υγεία των πολιτών του νομού Θεσσαλονίκης, καθώς και τις παρεχόμενες προς αυτούς υπηρεσίες υγείας από τους δημόσιους φορείς.

Υλικό – Μέθοδος: Για τη συλλογή των απαραίτητων πρωτογενών δεδομένων κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο και η μέθοδος που επιλέχθηκε για την απάντησή του ήταν η προσωπική συνέντευξη για τη συμπλήρωση του. Η έρευνα διενεργήθηκε κατά τους μήνες Ιανουάριο και Φεβρουάριο του 2014 με τον αριθμό των συμμετεχόντων να ανέρχεται στους 191.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν πως η σύγχρονη οικονομική κρίση επηρεάζει σημαντικά την υγεία του δείγματος καθώς συμπεραίνεται ότι η υποεκτιμώμενη κατάσταση της υγείας του δείγματος σχετίζεται άμεσα με τη μείωση του εισοδήματος και, παράλληλα, αποδεικνύεται ισχυρή συσχέτιση της με την εργασία των ερωτηθέντων.

ABSTRACT

This thesis was conducted in order to investigate how the modern economic crisis affects the health of the citizens of Thessaloniki as well as the health services which are provided to them. The first part is a literature review on how the economic crisis and the changes on income have affected the health and the quality of life of the population along with the public health system. The second part presents the survey which took place in three general hospitals of Thessaloniki, and the results intend both to determine whether the economic crisis affects negatively the health level of the population as well as how it affects the level of the health services by the public health providers.

Purpose: This thesis aims to present if the current financial crisis has affected the citizens of Thessaloniki and, furthermore, the health services that are provided by the public authorities.

Material - Method: A questionnaire was constructed in order to collect the data and personal interview was chosen as the answering method. The research was conducted during January and February of 2014 and the total amount of the sample was 191.

Conclusion: The results of the research show that the current financial crisis affects effectively the health condition of the sample, as it is proven that the self-evaluated state of health of the sample is connected with the decrease on their income and that there is a strong correlation between the health of the sample and their job.

ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο προϊόν

ΓΝΘ: Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΔΑΝΤ: Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΚΚΕ: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών

ΕΛΣΤΑΤ: Ελληνική Στατιστική αρχή (Πρώην ΕΣΥΕ – Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας)

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΣΜΝ: Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα

ΤΕΙ: Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία

ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΥΠΕ: Υγειονομική Περιφέρεια

ESOMAR: ESsential Organisation for encouraging, advancing and elevating MARket research

HIV: Ιός HIV, Human Immunodeficiency Virus (Ιός της Ανθρώπινης Ανοσοανεπάρκειας), υπεύθυνος για τη νόσο του AIDS

IMF: International Monetary Fund

SILC (EU-SILC): Statistics on Income and Living Conditions

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
2. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	8
2.1 Η ευρωπαϊκή μελέτη SILC σχετικά με το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης.....	9
2.2 Δείκτες Λάκεν (Laeken Indicators).....	11
2.3 Δείκτης S80/S20.....	12
2.4 Δείκτης Gini.....	12
3. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΕΣΥ.....	20
5. ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	32
5.1 Κατασκευή ερωτηματολογίου.....	32
5.2 Υπολογισμός αξιοπιστίας.....	35
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	37
6.1 Τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής.....	37
7. ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ.....	43
7.1 Συσχετίσεις μεταξύ την κατάστασης της υγείας και του επαγγέλματος... ..	43
7.2 Συσχέτιση για το αν η μεταβολή στο μηνιαίο εισόδημα επηρεάζει την υγεία.....	44
7.3 Συσχετίσεις μεταξύ εκπαιδευτικού_επιπέδου και κατάσταση υγείας.....	44
7.4 Συσχετίσεις μεταξύ εισοδήματος και των νέων πολιτικών που εφαρμόστηκαν /εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται από τους δημόσιους φορείς	

υγείας.....	45
7.5 Συσχετίσεις μεταξύ της κατάστασης της υγείας και του φύλου.....	45
8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	46
8.1 Συμπεράσματα της έρευνας.....	46
8.2 Σύγκριση με παρόμοια έρευνα.....	46
9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	48
10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	50
10.1 Ερωτηματολόγιο.....	50
10.2 Πίνακες αποτελεσμάτων στατιστικής ανάλυσης των απαντήσεων των ερωτηματολογίων στο SPSS.....	57
10.3 Άδειες για τη διεξαγωγή της έρευνας.....	65

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια η παγκόσμια κοινότητα ταλανίζεται από μία βαθύτατη οικονομική κρίση, τις συνέπειες της οποίας αντιμετωπίζει και η ελληνική οικονομία. Η κρίση αυτή έχει επηρεάσει κάθε τομέα της ελληνικής οικονομίας, έχει πλήξει ισχυρότατα το εισόδημα των Ελλήνων πολιτών, ειδικότερα αυτών της μεσαίας και της κατώτερης τάξης και έχει οδηγήσει τη χώρα σε οριακό σημείο.

Τεράστια ελλείμματα, υπέρογκο δημόσιο χρέος, ανυπολόγιστη ανεργία, μείωση της κίνησης της αγοράς και η, σχεδόν σε μηνιαία βάση, μείωση της πιστοληπτικής ικανότητας της χώρας από διεθνείς οικονομικούς οίκους αξιολόγησης είναι μόνο μερικά από τα παραδείγματα της σύγχρονης κατάστασης. Η χώρα βρίσκεται καθημερινά αντιμέτωπη με τον κίνδυνο της πτώχευσης και της εξόδου από την Ευρωπαϊκή Νομισματική Ένωση (ζώνη του Ευρώ).

Μπροστά, λοιπόν, στον κίνδυνο της χρεοκοπίας και της επιστροφής στη δραχμή, η Ελλάδα αναγκάστηκε να προσφύγει σε διεθνείς μηχανισμούς στήριξης. Έτσι, από το Μάιο του 2010, η Ελλάδα βρίσκεται υπό την επιτήρηση της “Τροϊκα” που αποτελείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (IMF).

Φυσικά, έξω από όλη αυτή την κατάσταση δεν θα μπορούσε να μείνει ο τομέας της υγείας, ο οποίος και προ κρίσης παρουσιάζονταν προβληματικός.

Σε αυτή την εργασία γίνεται προσπάθεια να καταγραφεί πως επιδρά η σύγχρονη οικονομική κρίση αφενός, στο επίπεδο υγείας των πολιτών όσο και στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και αφετέρου στο ρόλο που διαδραματίζει στη διαμόρφωση της αγοράς υπηρεσιών υγείας στο νομό Θεσσαλονίκης. Για τον σκοπό αυτό, κατασκευάστηκε ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν συνολικά από 20 ερωτήσεις αφορούσαν στα προσωπικά στοιχεία των ερωτηθέντων (φύλο, ηλικία, επάγγελμα, εισόδημα κλπ.), πώς κρίνουν την υγεία τους (αν βελτιώθηκε, χειροτέρευσε ή παραμένει η ίδια), καθώς και πώς αυτοί αξιολογούν τις υπηρεσίες των δημόσιων φορέων υγείας. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε και συμπληρώθηκε στα νοσοκομεία Γ. Παπανικολάου, Γ. Γεννηματάς καθώς και Άγιος Δημήτριος και κατόπιν ακολούθησε στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων, όπως και εξαγωγή συμπερασμάτων.

2. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΚΑΙ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Έχει διαπιστωθεί πως υπάρχει άμεση σχέση της οικονομικής κατάστασης του ατόμου και του επιπέδου υγείας του. Επίσης η οικονομική κατάσταση των ατόμων έχει καίρια επίδραση στους γενικούς δείκτες υγείας όπως το προσδόκιμο ζωής, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Εν μέσω μίας οικονομικής κρίσης παρατηρείται ραγδαία μείωση ή ακόμα και απουσία εισοδήματος σε μεγάλες ομάδες του πληθυσμού, γεγονός που ωθεί σημαντικότερο ποσοστό του πληθυσμού στη φτώχεια. Η ανεργία, η μερική απασχόληση, η αβεβαιότητα στην εργασία, η δυσμενής αλλαγή των εργασιακών σχέσεων και η απώλεια εισοδήματος επηρεάζουν σημαντικά την υγεία.

Η ανεργία συνδέεται άμεσα με παθογενείς ψυχολογικές καταστάσεις όπως άγχος, ανασφάλεια και κατάθλιψη. Ψυχικές διαταραχές, καρδιαγγειακά νοσήματα, ανθυγιεινός τρόπος ζωής σχετικός με επιβλαβείς συνήθειες και εξαρτήσεις όπως π.χ. αλκοολισμός, κάπνισμα, παχυσαρκία και κακή διατροφή, ναρκωτικά συνδέονται επίσης με την ανεργία [1].

Παρατηρείται πως οι άνεργοι και οι οικογένειες τους αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο πρόωρου θανάτου, παρουσιάζουν συχνότερα σοβαρά χρόνια νοσήματα και έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα για αναπηρία. Η ανεργία επίσης σχετίζεται με αύξηση της ημερήσιας κατανάλωσης αλκοόλ και, παράλληλα, λόγω του μειωμένου διαθέσιμου εισοδήματος, οι άνεργοι ωθούνται στο να καταναλώνουν τροφές χαμηλής διατροφικής αξίας και προφανώς, λιγότερο υγιεινές [2].

Σε πρόσφατες έρευνες του 2007 και 2009 καταδεικνύεται ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με αύξηση της θνησιμότητας κατά 2,18% και των αυτοκτονιών κατά 0,79% αντίστοιχα. Στην περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται πλέον του 3% για μακρά περίοδο η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται στο 4% έως 4,5%. Ωστόσο, υπάρχουν και θετικές παράμετροι καθώς παρατηρείται μακροπρόθεσμη μείωση του καπνίσματος, μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα καθώς και μικρή σχέση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα [3].

Σαφώς θα πρέπει να αναφερθεί και ο κοινωνικός αντίκτυπος της κρίσης στην υγεία.

Σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, όπως αυτή που διανύουμε, παρατηρείται αύξηση των ανισοτήτων στην υγεία. Η ισότητα στον τομέα της υγείας νοείται ως η καθολική δυνατότητα και οι ίσες δυνατότητες των ατόμων να απολαύσουν τα προσφερόμενα προϊόντα και υπηρεσίες υγείας [4]. Ωστόσο, οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανομονται ανομοιογενώς στην κοινωνική κλιμάκωση κι έτσι η δυνατότητα πρόσβασης των ατόμων στα προϊόντα και τις υπηρεσίες υγείας ποικίλλουν αισθητά.

Η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας βασίζεται σε κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά όπως το επίπεδο της εκπαίδευσης, η κοινωνική τάξη, η ανεργία, το εισόδημα, δείγμα της αμφίδρομης σχέσης οικονομικής τάξης και υγείας.

Άτομα και οικογένειες οι οποίες βρίσκονται στις χαμηλότερες βαθμίδες της κοινωνικής κλιμάκωσης διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, τη στέγαση και τη διατροφή, την ιατρική περίθαλψη, παράγοντες οι οποίοι δρουν αθροιστικά [5].

Τα παραπάνω προβλήματα οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό και τη φτώχεια. Η φτώχεια συντελεί στην παρουσία ασθενειών καθώς τα άτομα αναγκάζονται να διαβιώνουν σε υποβαθμισμένο περιβάλλον, να τρέφονται ανεπαρκώς και να εργάζονται κάτω από ανθυγιεινές και επικίνδυνες συνθήκες. Επιπρόσθετα, το συνήθως χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο των φτωχών τους στερεί τη δυνατότητα γνώσης των κινδύνων που απειλούν την υγεία τους καθώς και την επίγνωση του ατομικού τους επιπέδου υγείας. Επίσης, το χαμηλό εισόδημά τους εμποδίζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας και, ειδικότερα, τους αναγκάζει να περιορίσουν ή ακόμη και να αποφύγουν τη χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας όπου θα πρέπει να καταβάλουν οι ίδιοι σημαντικό μέρος ή ίσως και το πλήρες ποσό της δαπάνης, καθώς αυτές δεν καλύπτονται πλήρως από τους ασφαλιστικούς φορείς, όπως για παράδειγμα υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης [6].

2.1 Η ευρωπαϊκή μελέτη SILC σχετικά με το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης

Στοιχεία σχετικά με το εισόδημα, τις συνθήκες διαβίωσης και τον κοινωνικό αποκλεισμό μπορούν να αντληθούν από την ευρωπαϊκή μελέτη SILC αναφορικά με το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (European Union – Statistics on Income and Living Conditions) .

Το EU-SILC (European Union – Statistics on Income and Living Conditions) είναι ένα πρόγραμμα της Eurostat (στατιστική υπηρεσία της Ευρωπαϊκής Ένωσης) το οποίο σκοπεύει στη συλλογή πολυδιάστατων συγχρονικών δεδομένων σχετικά με το εισόδημα, τις συνθήκες διαβίωσης και τον κοινωνικό αποκλεισμό δεδομένου χρόνου και γεωγραφικής περιοχής.

Το EU-SILC project ξεκίνησε το 2003, βασισμένο σε μία συμφωνία μεταξύ έξι (6) κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Βέλγιο, Δανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Λουξεμβούργο και Αυστρία) και της Νορβηγίας. Το έτος έναρξης εφαρμογής της SILC ήταν το 2004 για την Ευρώπη των 15 (με εξαίρεση τη Γερμανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και την Ολλανδία έως το 2005) και με τη συμμετοχή της Εσθονίας, της Νορβηγίας και της Ισλανδίας. Τα 10 νεότερα μέλη, με την εξαίρεση της Εσθονίας, ξεκίνησαν το 2005. Το SILC επίσης εφαρμόζεται στη Βουλγαρία, τη Ρουμανία, την Τουρκία και την Ελβετία από το 2007. Υπό συζήτηση βρίσκεται η εφαρμογή του στην Κροατία.

Σκοπός της SILC είναι να παράσχει 2 τύπους δεδομένων:

- Συγχρονικά δεδομένα, συναρτήσει χρόνου ή συγκεκριμένης χρονικής περιόδου με μεταβλητές σχετικές με το εισόδημα, τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό και άλλες συνθήκες διαβίωσης.
- Γεωγραφικού μήκους δεδομένα συναρτήσει αλλαγών σε ατομικό επίπεδο, στο πέρασμα του χρόνου, παρατηρούμενες περιοδικά, κατά βάσει σε περίοδο τεσσάρων ετών.

Οι πληροφορίες σχετικά με τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις συνθήκες στέγασης συγκεντρώνονται σε επίπεδο νοικοκυριών ενώ οι πληροφορίες για την εργασία, την εκπαίδευση και την υγεία συλλέγονται για άτομα άνω των 16 ετών. Το εισόδημα, που θεωρείται ο πυρήνας του EU-SILC, ως ένα πολύ λεπτομερές στοιχείο, συλλέγεται σε ατομικό επίπεδο αλλά μόνο λίγα στοιχεία του συμπεριλαμβάνονται στο κομμάτι των νοικοκυριών.

Η EU-SILC δημιουργήθηκε για να παρέχει δεδομένα τα οποία θα χρησιμοποιηθούν για τους διαρθρωτικούς δείκτες της κοινωνικής συνοχής (διατρέχοντες κίνδυνο φτώχειας, δείκτης κατανομής εισοδήματος S80/S20, μισθολογική ανισότητα μεταξύ των φύλων) στα πλαίσια δύο ανοιχτών μεθόδων συντονισμού στο πεδίο της κοινωνικής ένταξης και των συντάξεων.

Για την κοινωνική ένταξη, το πιο σημαντικό αποτέλεσμα είναι ο υπολογισμός των (γνωστών) δεικτών του Λάκεν, συμπεριλαμβανομένων του ποσοστού της φτώχειας, του ποσοστού της συνεχιζόμενης φτώχειας (διασταυρωμένων με την ηλικία, το φύλο, τον

τύπο του νοικοκυριού, το επίπεδο δραστηριότητας, την ένταση της εργασίας και το ιδιοκτησιακό καθεστώς), του δείκτη S80/S20, του συντελεστή GINI και την εργασιακή φτώχεια [7].

2.2 Δείκτες Λάκεν (Laeken Indicators)

Οι δείκτες Λάκεν (Laeken indicators) είναι ένα σύνολο κοινών στατιστικών δεικτών, σχετικών με τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό. Καθιερώθηκαν στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του 2001, στο προάστιο Laeken των Βρυξελλών, από όπου αντλούν και την ονομασία τους. Οι δείκτες Λάκεν αναπτύχθηκαν ως τμήμα της «στρατηγικής της Λισαβόνας», η οποία συμφωνήθηκε στη σύνοδο κορυφής των ευρωπαϊκών κυβερνήσεων το Μάρτιο του 2000 στην ομώνυμη πρωτεύουσα της Πορτογαλίας, όπου και αποφασίστηκε ο συντονισμός των ευρωπαϊκών κοινωνικών πολιτικών, σε επίπεδο κρατών, για την επίτευξη ενός πακέτου κοινών στόχων.

Οι περισσότεροι από τους δείκτες Laeken χαρακτηρίζονται από διάφορα κριτήρια, όπως φύλο, ηλικία, κοινωνική θέση κλπ. Χαρακτηριστικά παραδείγματα:

- Ποσοστό κινδύνου φτώχειας
- Όριο κινδύνου φτώχειας
- S80/S20 δείκτης κατανομής εισοδήματος σε πεντημόρια εισοδήματος
- Επιμέμον επίπεδο κινδύνου φτώχειας
- Επιμέμον επίπεδο κινδύνου φτώχειας/εναλλακτικό όριο
- Σχετικό μέσο χάσμα κινδύνου φτώχειας
- Περιφερειακή συνοχή
- Επίπεδο μακροχρόνιας ανεργίας
- Άτομα που διαβιούν σε νοικοκυριά ανέργων
- Άτομα που σταμάτησαν πρόωρα την εκπαίδευση
- Προσδόκιμα έτη ζωής κατά το έτος γέννησης
- Αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας
- Άγχος σχετικό με το όριο κινδύνου φτώχειας
- Ποσοστό κινδύνου φτώχειας σε σταθερή χρονική περίοδο
- Ποσοστό κινδύνου φτώχειας πριν τη χορήγηση κοινωνικών επιδομάτων
- Συντελεστής Gini
- Επίπεδο κινδύνου φτώχειας των εργαζομένων

- Μέρισμα μακροχρόνιας ανεργίας
- Επίπεδο μακροχρόνιας ανεργίας
- Ποσοστό μακροχρόνια ανέργων[8]

2.3 Δείκτης S80/S20

Ο δείκτης κατανομής εισοδήματος (S80/S20) σε πεντημόρια εισοδήματος αναφέρεται στο μερίδιο του ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος του «πλουσιότερου» 20% του πληθυσμού προς το ανάλογο εισόδημα του «φτωχότερου» 20% του πληθυσμού και επηρεάζεται από τις ακραίες τιμές της κατανομής του εισοδήματος, δηλαδή στο πλουσιότερο και στο φτωχότερο τμήμα του πληθυσμού.[9]

2.4 Δείκτης Gini

Ο δείκτης άνισης κατανομής εισοδήματος (συντελεστής Gini) ορίζεται ως ο λόγος των αθροιστικών μεριδίων του πληθυσμού, κατανεμημένου ανάλογα με το ύψος του εισοδήματος, προς το αθροιστικό μερίδιο του συνολικού εισοδήματος όλου του πληθυσμού, η τιμή του κυμαίνεται από 0 (πλήρης ισότητα) έως 1 (πλήρης εισοδηματική ανισότητα) και ερμηνεύεται ως η στατιστικά αναμενόμενη διαφορά του αποτελέσματος της σύγκρισης δύο τυχαίων εισοδημάτων, ως ποσοστό του μέσου όρου.[10]

3. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγείας βασίζονται στην πρόσβαση και την εισροή ανθρώπινων και αναλώσιμων πόρων. Οι εισροές αυτές απαιτούν οικονομικούς πόρους για κτίρια και εξοπλισμό, για πληρωμή του ανθρώπινου δυναμικού υγείας και για αποζημίωση φαρμάκων και αναλώσιμων υλικών. Αυτοί οι οικονομικοί πόροι προέρχονται από κρατικές δαπάνες για την υγεία και από εξωτερική οικονομική βοήθεια από πλουσιότερες χώρες.

Τα συστήματα υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης, καθότι: α) οι κρατικές δαπάνες μειώνονται λόγω οικονομικής στενότητας β) οι πλουσιότερες χώρες διακόπτουν την οικονομική βοήθεια, επειδή επιχειρούν να περικόψουν τις δαπάνες τους.

Τα ελλείμματα του Δημόσιου τομέα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης αλλά και στα ιδρύματα παροχής υπηρεσιών υγείας (Δημόσια και ιδιωτικά) που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και κάλυψης δανειακών αναγκών.

Στις φτωχές χώρες, ο αντίκτυπος της κρίσης γίνεται αισθητός μέσω των μειωμένων απαιτήσεων για εξαγωγές, τη δυσκολότερη πρόσβαση στο κεφάλαιο, τις λιγότερες άμεσες ξένες επενδύσεις και τις πτωτικές αποστολές εμβασμάτων. Η επακόλουθη ανεργία συνήθως εμφανίζεται χωρίς κάποιο προστατευτικό δίκτυο ασφαλείας. Ενώ τα εισοδήματα μειώνονται, ο κρατικός τομέας υπηρεσιών γίνεται η προτιμότερη πηγή παροχής υγείας και παράλληλα η κυβέρνηση πρέπει να τον χρηματοδοτεί υποκείμενη μεγαλύτερες πιέσεις. Με τις πληροφορίες να είναι ακόμη αρκετά συγκεκριμένες γνωρίζουμε πως, το λιγότερο, επτά υπουργεία υγείας στην Αφρική-συμπεριλαμβανομένων αυτών των φτωχότερων κρατών- έχουν ήδη μειώσει τους προϋπολογισμούς τους λόγω της κρίσης.

Οι αρνητικές επιπτώσεις που επέρχονται στην υγεία των ανθρώπων λόγω της οικονομικής κρίσης, έχουν ως αποτέλεσμα επιπλέον ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή όμως, καθότι σε περιόδους μείωσης του οικογενειακού εισοδήματος οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες που έχουν ασφαλιστική κάλυψη, επιβαρύνει τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η ζήτηση σε ιδιωτικές μονάδες μειώνεται, επειδή οι ασθενείς είτε αναβάλλουν τη φροντίδα, είτε στρέφονται σε δημόσιες μονάδες παροχής υγείας. Έτσι τα συστήματα υγείας επιβαρύνονται λόγω της αύξησης της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, κυρίως

δημόσιου χαρακτήρα.

Η μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία καθώς και η διακοπή της οικονομικής βοήθειας από πλουσιότερες χώρες, απειλεί βασικές παροχές όπως είναι η πρόληψη και θεραπεία λοιμωδών νοσημάτων και οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται άμεσα με τη βρεφική θνησιμότητα.

Όταν τα τοπικά συναλλάγματα υποτιμούνται, το κόστος των εισαγωγών αυξάνεται. Βασικός φαρμακευτικός εξοπλισμός καθίσταται μη διαθέσιμος είτε αδύνατος να παρασχεθεί λόγω της υψηλής τιμής του. Γνωρίζουμε ότι η τιμή των φαρμάκων αυξήθηκε κατά τις προηγούμενες κρίσεις και ήδη παρατηρούμε να συμβαίνει το ίδιο όχι μόνο στην Αφρική (όπου το φαινόμενο είναι πιο έντονο), αλλά και στην Ευρώπη και στην Κεντρική Ασία (πάνω από 30%). Ο βασικός αντίκτυπος εκτείνεται πέρα από τους πολίτες και τις οικογένειες στην κοινωνία ως σύνολο. Στη Λατινική Αμερική η οικονομική κρίση, που ξεκίνησε το 1982, οδήγησε σε μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία, που είχε ως αποτέλεσμα να επηρεαστούν αρνητικά οι φτωχότερες και οι πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

Η διακοπή της χρηματοδότησης προς τις οικονομικά ασθενέστερες χώρες είναι πιθανόν να έχει αρνητικές επιπτώσεις, επειδή μη υγιής πληθυσμός σημαίνει ανασφάλεια, πολιτική αποσταθεροποίηση και οικονομική ύφεση.

Στον αντίποδα, πολλές πλούσιες χώρες με αυξανόμενο πληθυσμό μεγάλης ηλικίας, αναμένονται να αυξήσουν τις χρηματοδοτήσεις της υγείας και των συντάξεων. Οι κυβερνήσεις βρίσκονται στη διαδικασία της δημιουργίας πολύπλοκων και πολιτικά δύσκολων μεταρρυθμίσεων. Ενώ παράλληλα, όσο η κρίση βαθιάνει, ανησυχητική είναι η εμφάνιση στοιχείων που φανερώνουν την προσπάθεια να τεθούν στο περιθώριο προσπάθειες για τη δημιουργία δημοσιονομικών πακέτων, ώστε να εξασφαλιστούν οι πόροι για την αντιμετώπιση μελλοντικών αναγκών υγείας των ηλικιωμένων.

Η έκθεση της επιτροπής υγείας του ΟΟΣΑ τον Ιούλιο του 2009, επικεντρώθηκε στις συνέπειες της κρίσης στη χρηματοδότηση του τομέα υγείας και ένα από τα πορίσματα ήταν: «Η συνέχιση της χρηματοδότησης μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση μέρους των αρνητικών επιπτώσεων της κρίσης».[11]

Μέχρι στιγμής διάφορες μελέτες σχετικά την επίδραση της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα απαντώνται τόσο στην ελληνική όσο και την ξένη βιβλιογραφία. Ακολουθούν χαρακτηριστικά παραδείγματα.

Στη μελέτη των Kentikelenis, et al.[12], αναφέρεται πως η Ελλάδα από την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2007 είναι η χώρα που έχει επηρεαστεί περισσότερο από

οποιαδήποτε άλλη χώρα της Ευρώπης. Η ανεργία από το Μάιο του 2008 ως τον ίδιο μήνα του 2011 είχε αυξηθεί από το 6,6% στο 16,6% και, ειδικότερα, να παρατηρείται εκτόξευση της νεανικής ανεργίας από το 18,6% στο 40,1%. Το δημόσιο χρέος ανάμεσα στα έτη 2007 και 2010 αυξήθηκε από το 105,4% στο 142,8% του ΑΕΠ, όταν το μέσο δημόσιο χρέος της Ευρώπης των 15 (τα 15 μέλη της Ε.Ε. Πριν την 1η Μαΐου 2004) αυξήθηκε από 66,2% σε 85,1% για το ίδιο χρονικό διάστημα. Για να αντιμετωπιστεί αυτή η κατάσταση, η Ελλάδα απευθύνθηκε στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και τους Ευρωπαίους εταίρους της ώστε να δανειστεί το ποσό των 110 δις ευρώ και παράλληλα ωθήθηκε σε δραστικές μειώσεις των κυβερνητικών εξόδων. Παρόλα αυτά, ενώ άλλες χώρες της Ευρώπης (πχ. Γαλλία, Γερμανία) άρχισαν να δείχνουν σημάδια οικονομικής ανάκαμψης, η κρίση συνεχίζει να εξελίσσεται στην Ελλάδα με τη βιομηχανική παραγωγή να μειώνεται κατά 8% το 2010.

Στην προσπάθεια να παρατηρηθεί ο αντίκτυπος της κρίσης στην υγεία και τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκαν ως βάση της ανάλυσής τους δεδομένα από τη EU-SILC.

Χρησιμοποιήθηκαν αντιπροσωπευτικά δείγματα 12.346 και 15.045 ερωτηθέντων, κάνοντας χρήση σταθερών μεθόδων και σε σύνολο 26.489 λήφθηκαν πλήρη κοινωνικό-δημογραφικά δεδομένα. Χρησιμοποιήθηκαν επίσης αναφορές από ινστιτούτα έρευνας για την υγεία, στοιχεία από τις υγειονομικές περιφέρειες και από μη κυβερνητικούς οργανισμούς. Αυτές οι αναφορές περιείχαν επιδημιολογικούς δείκτες, δεδομένα από τις εισαγωγές στα νοσοκομεία και αναφορές προβλημάτων ψυχικής υγείας, καθώς και την κατάσταση των ευάλωτων ομάδων.

Συγκριτικά με το 2007 - περίοδος προ-κρίσης -, το 2009 παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των ανθρώπων οι οποίοι δήλωσαν ότι δεν επισκέφθηκαν κάποιο γιατρό, παρόλο ότι ένιωθαν πως ήταν αναγκαίο. Οι κύριοι αποτρεπτικοί λόγοι για την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας φαίνονταν να μην ήταν ακριβώς συνδεδεμένοι με την ανικανότητα να πληρώσουν για αυτές, αλλά αυτοί να είναι: οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής, η απόσταση που έπρεπε να διανύσουν για να αναζητήσουν φροντίδα υγείας, η αναμονή για να νιώσουν καλύτερα/να βελτιωθεί η υγεία τους καθώς και άλλοι λόγοι που δεν αναφέρονται στην έρευνα.

Δεδομένου ότι το ελληνικό σύστημα υγείας επιτρέπει στους ασφαλισμένους να επισκέπτονται ελεύθερους επαγγελματίες (ιδιώτες) γιατρούς δωρεάν και να απευθύνονται σε κλινικές νοσοκομείων, με τις υπηρεσίες να προσφέρονται για ποσά από 0 έως 5 ευρώ, η παραπάνω παρατηρούμενη αύξηση πιθανώς αντιπροσωπεύει

παράπλευρα προβλήματα: υπήρξαν περίπου 40% μειώσεις στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, παρατηρήθηκε έλλειψη προσωπικού και περιστασιακές ελλείψεις φαρμακευτικών προμηθειών, καθώς και κρούσματα δωροδοκιών, προσφερόμενων στο προσωπικό για να αποφύγουν τις πολυπληθείς ουρές των νοσοκομείων.

Οι πολίτες ήταν λιγότερο πιθανό να επισκεφθούν ιδιώτες ιατρούς και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, υπήρξε αύξηση στις επισκέψεις των δημόσιων νοσοκομείων της τάξης του 24% το 2010 συγκριτικά με το 2009 και 8% κατά το πρώτο εξάμηνο του 2011 συγκριτικά με την ίδια περίοδο το 2010. Οι μεγάλοι πάροχοι ιδιωτικής φροντίδας υγείας, ενώ αποτελούσαν ένα μικρό ποσοστό φροντίδας υγείας σε σχέση με τους δημόσιους παρόχους, «χτυπήθηκαν» επίσης από την πίεση που δέχτηκαν τα εισοδήματα των πολιτών από την αρχή της κρίσης. Σε έρευνα του 2010 αναφέρεται μείωση 25-30% των εισαγωγών στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Στην έρευνα αυτή, παρατηρήθηκαν σημάδια πως τα αποτελέσματα στην υγεία έχουν χειροτερέψει, ειδικά στις ευάλωτες ομάδες. Σημειώθηκε σημαντική αύξηση στην επικράτηση των ανθρώπων που δηλώνουν ότι τα οικονομικά τους είναι “άσχημα” έως “πολύ άσχημα”. Οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 17% το 2009 από το 2007 και ανεπίσημα στοιχεία του 2010, όπως αυτά αναφέρθηκαν στη βουλή, εμφάνιζαν αύξηση 25% σε σχέση με το 2009. Ο υπουργός υγείας σημείωσε μια αύξηση της τάξης του 40% το πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σύγκριση με την ίδια περίοδο το 2010. Η εθνική τηλεφωνική γραμμή κατά των αυτοκτονιών δήλωσε ότι το 25% των τηλεφωνημάτων το 2010 αφορούσε ανθρώπους που αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες και έρευνες στα ΜΜΕ έδειξαν πως η αδυναμία αποπληρωμής προσωπικών χρεών είναι ίσως ο παράγοντας-κλειδί για την αύξηση των αυτοκτονιών. Παράλληλα, υπήρξε αύξηση στη βία: οι ανθρωποκτονίες και οι κλοπές σχεδόν διπλασιάστηκαν ανάμεσα στο 2007 και το 2009. Ο αριθμός των ατόμων που μπορούσαν να αποκτήσουν επιδόματα ασθένειας μειώθηκε μεταξύ 2007 και 2009, πιθανώς λόγω των μειώσεων των προϋπολογισμών, και προβλέπονταν επιπλέον μειώσεις στην πρόσβαση και το επίπεδο των επιδομάτων όταν τα αυστηρά μέτρα ολοκληρωθούν.

Σημαντική υπήρξε επίσης η αύξηση στα κρούσματα HIV στο τέλος του 2010. Τα τελευταία δεδομένα έδειξαν ότι θα υπάρξει αύξηση στις νέες μολύνσεις κατά 52% το 2011 συγκριτικά με το 2010 (902 νέες περιπτώσεις σε σχέση με 605), με τις μισές από τις ήδη παρατηρούμενες αυξήσεις να οφείλονται σε μετάδοση του ιού ανάμεσα σε χρήστες ναρκωτικών ουσιών. Τα δεδομένα για τους πρώτους 7 μήνες του 2011 παρουσίασαν αύξηση περισσότερη από 10 μονάδες ανάμεσα στους χρήστες σε

σύγκριση με την ίδια περίοδο του 2010. Επίσης, οι χρήστες ηρωίνης αυξήθηκαν κατά 20% το 2009, από 20.200 στους 24.100, σύμφωνα με εκτιμήσεις του ελληνικού κέντρου έρευνας και εποπτείας για τα ναρκωτικά.

Οι μειώσεις των προϋπολογισμών το 2009 και το 2010 οδήγησαν στην παύση του 1/3 των προγραμμάτων street-work. Από μία έρευνα σε 275 χρήστες ναρκωτικών ουσιών στην Αθήνα, τον Οκτώβριο του 2010 βρέθηκε ότι το 85% αυτών δεν βρίσκονταν σε πρόγραμμα απεξάρτησης. Πολλά νέα κρούσματα HIV συνδέονται επίσης και με την αύξηση της πορνείας (μη ασφαλής σεξουαλική επαφή). Συγκλονιστικό επίσης, είναι το αποτέλεσμα έρευνας των αρχών, το οποίο έδειξε ότι άτομα προσβλήθηκαν συνειδητά από τη νόσο ώστε να επωφεληθούν ενός επιδόματος 700 ευρώ ανά μήνα και να αποκτήσουν υψηλή σειρά προτεραιότητας σε προγράμματα απεξάρτησης. Αυτά τα προγράμματα παρέχουν συνθετικά οπιούχα και μπορεί να έχουν λίστες αναμονής ακόμα και για 3 χρόνια στις αστικές περιοχές.

Ένας άλλος δείκτης των επιπτώσεων της κρίσης που αναφέρθηκε σχετικά με τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, είναι οι αύξηση της παροχής υπηρεσιών υγείας από μη κυβερνητικές οργανώσεις. Μέχρι πρόσφατα, τέτοια προγράμματα φρόντιζαν κυρίως μετανάστες, αλλά το ελληνικό τμήμα των Γιατρών Του Κόσμου εκτιμά ότι το ποσοστό των Ελλήνων που άρχισαν να αναζητούν αυτές τις υπηρεσίες υγείας αυξήθηκε από το 3-4% πριν την κρίση, σε περίπου 30%.

Εκτός όμως από αυτά τα ανησυχητικά στοιχεία, υπήρξαν και κάποιες ενδείξεις προόδου. Έχει σημειωθεί σημαντική μείωση στην αγορά αλκοόλ και, βάσει των στοιχείων της αστυνομίας, έχουν μειωθεί οι περιπτώσεις οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ. Τα νέα αυτά δεδομένα δεν οφείλονταν στους αστυνομικούς ελέγχους, καθώς οι έλεγχοι παρέμειναν στα ίδια ποσοστά και οι ελεγχόμενοι οδηγοί αυξήθηκαν από το 2008 έως το 2009.

Γενικά, η εικόνα της κατάστασης της υγείας του ελληνικού πληθυσμού θεωρήθηκε ανησυχητική. Σημειώθηκε ότι στην προσπάθεια να αντιμετωπιστούν τα χρέη, ο μέσος πολίτης πληρώνει το υπέρτατο τίμημα: μείωση στην πρόσβαση προληπτικών ελέγχων και φροντίδας υγείας, βρίσκεται αντιμέτωπος με μεγαλύτερο κίνδυνο για HIV και ΣΜΝ και στη χειρότερη περίπτωση απώλεια της ίδιας της ζωής. Συμπέρασμα αυτής της έρευνας ήταν ότι είναι απολύτως αναγκαίο να δοθεί μεγαλύτερη προσοχή στην υγεία και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ώστε να διασφαλιστεί ότι η ελληνική κρίση δεν υπονομεύει την απόλυτη πηγή πλούτου για το ελληνικό κράτος: τους πολίτες του.

Η έρευνα (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2010) [5] αναφέρει πως στην Ελλάδα, το 2008,

κάτω από το βάρος της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης η ανάπτυξη της οικονομίας άρχισε να παίρνει φθίνουσα πορεία. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, εξαιτίας της πτώσης των εξαγωγών, αναμένονταν περαιτέρω πτώση της οικονομίας για το έτος 2009, ενώ προβλέπονταν αργή, αλλά σταθερή ανάκαμψη από τις αρχές του 2011. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ., η ανεργία στη χώρα το 2009 ανέρχονταν στο 9,6%.

Το μεγαλύτερο πρόβλημα της ελληνικής οικονομίας ήταν και παραμένει, ακόμα και σήμερα, το υψηλό έλλειμμα. Το έλλειμμα αυτό δεν παρέχει πολλές επιλογές για άσκηση αποτελεσματικής δημοσιονομικής πολιτικής που θα στηρίξει την εγχώρια αγορά και θα ενισχύσει την οικονομία ώστε να οδηγηθεί η Ελλάδα σε έξοδο από την κρίση. Για τα επόμενα χρόνια, το ΑΕΠ αναμένεται να παρουσιάσει περαιτέρω μείωση σε σύγκριση με τα προηγούμενα έτη σύμφωνα με προβλέψεις της Eurostat.

Υπάρχει η εκτίμηση ότι στην Ελλάδα θα αυξηθεί η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα λόγω της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος των πολιτών. Αυτή η κατάσταση θα δημιουργήσει πιέσεις, πολύ μεγαλύτερες από αυτές που ήδη υπάρχουν, τόσο στην αποτελεσματικότητα, όσο και στην αποδοτικότητα του εθνικού συστήματος υγείας.

Σύμφωνα με αποτελέσματα μελετών, το Ε.Σ.Υ. δεν ανταποκρίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό στις ανάγκες των πολιτών. Τα παράπονα των πολιτών εστιάζονται στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, στην παραοικονομία και τις δωροδοκίες (το φαινόμενο-γνωστό και ως «φακελάκι»), στους μεγάλους χρόνους αναμονής και στην κακή ποιότητα των υπηρεσιών, ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση και τα αποτελέσματα των υπηρεσιών υγείας πρόκειται να ενταθούν. Παρατηρήθηκε ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και του επιπέδου υγείας με το εισόδημα. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνονται και από στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ. όπου φαίνεται ότι κατά το έτος 2006 το 20,3% του πληθυσμού ανήκε σε νοικοκυριά με χαμηλό οικογενειακό εισόδημα. Τα μέλη των οικογενειών που βρίσκονται αντιμέτωπες με τον κίνδυνο της φτώχειας δηλώνουν ότι έχουν χειρότερη υγεία με το φτωχό πληθυσμό να φέρεται να αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας σε ποσοστό 35% μεγαλύτερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό.

Τα επόμενα χρόνια αναμένεται να αυξηθούν τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων στα 6,5 δις ευρώ και των ασφαλιστικών οργανισμών στα 4,5 δις ευρώ και ως αποτέλεσμα θα υπάρξουν δυσχέρειες στην εξυπηρέτηση των πολιτών, ενώ ανάλογα προβλήματα θα αντιμετωπίσουν και οι φορείς υγείας του ιδιωτικού τομέα. Προβλέπεται

να υπάρξουν μεγάλα προβλήματα στη χρηματοδότηση των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών καθώς η ζήτηση των υπηρεσιών τους και η σύναψη νέων ασφαλιστήριων συμβολαίων θα μειωθεί ως επακόλουθο τους διαρκώς μειωμένου εισοδήματος. Δυσκολίες αναμένεται να προκύψουν επίσης και στη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων, ειδικά στους πολίτες που ανήκουν στις χαμηλότερες κοινωνικές και εισοδηματικές βαθμίδες.

Ωστόσο, η οριζόντια αλληλεγγύη και οι δομές της κοινωνικής προστασίας και υγείας που υπάρχουν στην Ελλάδα, αποτελούν ένα θετικό στοιχείο για τη χώρα. Αυτές οι δομές μπορούν να απορροφήσουν ένα μεγάλο τμήμα αυτής της έντασης και να προφυλαχθεί ο πληθυσμός από πολύ αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία.

Τα κοινωνικά και οικογενειακά επιδόματα, η κοινωνική βοήθεια, τα βοηθήματα ανεργίας και ασθενείας, τα επιδόματα αναπηρίας, οι εκπαιδευτικές παροχές και οι συντάξεις μπορούν να μειώσουν σε μεγάλο βαθμό τη φτώχεια. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, παρουσιάζεται και η ανάγκη να στηριχθούν οι οικογένειες που είναι υποχρεωμένες να δαπανούν ποσά μεγαλύτερα του 40% του εισοδήματός τους στην υγεία είτε λόγω κάποιου αιφνίδιου περιστατικού, είτε λόγω κάποιου χρόνιου νοσήματος [13].

4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΜΟΝΑΔΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται πίνακες και γραφήματα με στατιστικά στοιχεία από μονάδες του Ε.Σ.Υ. . Οι πίνακες αυτοί περιλαμβάνουν δεδομένα για τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας που εδρεύουν στο νομό Θεσσαλονίκης και υπάγονται στις 3^η και 4^η Υ.ΠΕ. για την περίοδο 2006-2010 -περίοδος αναφερόμενη από την έναρξη της οικονομικής κρίσης.

Τα στατιστικά στοιχεία που παρέχονται παρακάτω δίνουν μια σαφή εικόνα για τα οικονομικά δεδομένα που αφορούν στις μονάδες υγείας, καθώς επίσης και πληροφορίες για τη νοσηλευτική κίνηση των μονάδων αυτών.

Σημειώνουμε ότι τα αποτελέσματα της έρευνας που παρουσιάζονται στο ειδικό μέρος της εργασίας αναφέρονται σε ασθενείς που είχαν επισκεφθεί μονάδες υγείας της 3ης και 4ης ΥΠΕ. Για το λόγο αυτό, κρίθηκε σκόπιμο να παρουσιαστούν δεδομένα από τις μονάδες που υπάγονται στις δύο παραπάνω Υ.ΠΕ., ώστε ο αναγνώστης να σχηματίσει πλήρη εικόνα του περιβάλλοντος όπου έλαβε χώρα η έρευνα.

Πίνακας 4.1: Στοιχεία κίνησης Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ για τα έτη 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Αναπτυγμένες κλίνες	663	663	663	663	663
Νοσηλευθέντες ασθενείς	56.412	59.904	62.183	62.970	55.835
Ημέρες νοσηλείας	178.445	183.186	183.636	180.616	163.692
Εξετασθέντες ΤΕΙ	88.125	88.837	99.425	106.907	103.930
Εξετασθέντες ΤΕΠ	77.242	81.055	75.683	73.504	63.573
Εργαστηριακές εξετάσεις	5.907.413	3.371.203	3.757.080	3.348.516	3.581.854
Χειρουργικές επεμβάσεις	7.929	7.730	8.393	9.222	7.653
Απεβιώσαντες	888	988	706	932	909

Πηγή: 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας-Θράκης, 2011

Στον πίνακα 4.1 παρατηρείται σταθερή αύξηση της κίνησης του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ τόσο στο σύνολο των νοσηλευθέντων ασθενών με σταθερό αριθμό κλινών, όσο και των εξετασθέντων των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του ιδρύματος κατά τα πρώτα 3 έτη, με εμφανή ωστόσο την απότομη μείωση της κίνησης, ιδίως στους εξετασθέντες του ΤΕΠ και στους

νοσηλευθέντες κατά το τελευταίο έτος, 2010. Επιπρόσθετα, έχουμε απότομη μείωση και σταθεροποίηση κατά το τελευταίο του αριθμού των εργαστηριακών εξετάσεων και απότομη αύξηση των χειρουργικών επεμβάσεων κατά τα έτη 2007-2009 με επαναφορά στα αρχικά μεγέθη κατά το τελευταίο έτος.

Πίνακας 4.2: Στοιχεία κίνησης Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο για τα έτη 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Αναπτυγμένες κλίνες	971	968	968	975	981
Νοσηλευθέντες ασθενείς	69.742	67.327	65.132	64.161	61.372
Ημέρες νοσηλείας	244.785	238.887	234.117	223.809	218.716
Εξετασθέντες ΤΕΙ	181.976	184.949	181.898	177.398	166.255
Εξετασθέντες ΤΕΠ	149.474	149.239	145.213	137.606	134.463
Εργαστηριακές εξετάσεις	4.292.960	4.360.357	4.528.414	4.711.997	4.191.286
Χειρουργικές επεμβάσεις	14.589	14.611	14.753	13.737	11.940
Απεβίωσαντες	873	971	959	843	776

Πηγή: 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας-Θράκης, 2011

Στον πίνακα 4.2 που αφορά τα στοιχεία για το νοσοκομείο Ιπποκράτειο παρατηρείται μικρή αλλά σταθερή πτώση κατά τη διάρκεια των 5 ετών των καταγεγραμμένων στοιχείων στα περισσότερα από τα μεγέθη που αφορούν τους ασθενείς που επισκέφτηκαν τη μονάδα με εξαίρεση τις εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες σημειώνουν σταθερή άνοδο για τα τρία πρώτα έτη και, σχετικά, απότομη πτώση στις εργαστηριακές εξετάσεις κατά το τελευταίο έτος. Αξιοσημείωτη παρατήρηση η απότομη μείωση των χειρουργικών επεμβάσεων κατά το τελευταίο έτος.

Πίνακας 4.3: Στοιχεία κίνησης Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Άγιος Παύλος για τα έτη 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Αναπτυγμένες κλίνες	201	201	201	201	201
Νοσηλευθέντες ασθενείς	13.290	9.587	10.204	10.472	12.769
Ημέρες νοσηλείας	45.066	36.282	38.621	38.140	34.655
Εξετασθέντες ΤΕΙ	33.274	32.349	20.184	34.204	29.330
Εξετασθέντες ΤΕΠ	43.910	44.054	43.792	44.319	31.798
Εργαστηριακές εξετάσεις	1.807.367	1.746.480	1.770.423	1.833.524	
Χειρουργικές επεμβάσεις	1.669	1.425	2.144	2.316	1.599
Απεβίωσαντες	169	139	141	135	175

Πηγή: 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας-Θράκης, 2011

Στο Γ.Ν.Θ. Άγιος Παύλος παρατηρείται, όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 4.3, αξιοσημείωτη πτώση του αριθμού των νοσηλευθέντων ασθενών από το 2006 στο 2007, μικρή αύξηση κατά τα δύο επόμενα έτη και σημαντική αύξηση κατά το τελευταίο έτος, 2011, όπου έχουμε σχεδόν επαναφορά στα αρχικά μεγέθη της έρευνας. Πολύ σημαντική είναι η μείωση της κίνησης του τμήματος εξωτερικών ιατρείων από το 2007 στο 2008 με την προσέλευση των προς εξέταση ατόμων να μειώνεται κατά 12.165, όπως επίσης και η μεγάλη αύξηση της κίνησης κατά το επόμενο έτος, με τον αριθμό των εξετασθέντων να ανέρχεται στις 34.204.

Πίνακας 4.4: Στοιχεία κίνησης Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Θεαγένειο για τα έτη 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Αναπτυγμένες κλίνες	357	357	357	357	359
Νοσηλευθέντες ασθενείς	48.179	47.947	52.848	53.807	52.847
Ημέρες νοσηλείας	115.138	116.843	120.266	117.640	114.112
Εξετασθέντες ΤΕΙ	105.787	122.480	115.803	125.023	136.996
Εξετασθέντες ΤΕΠ	-	-	-	-	-
Εργαστηριακές εξετάσεις	1.789.184	1.907.918	2.012.886	2.067.256	1.794.210
Χειρουργικές επεμβάσεις	4.733	4.998	4.881	4.925	4.601
Απεβίωσαντες	360	408	427	430	481

Πηγή: 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας-Θράκης, 2011

Πίνακας 4.5: Στοιχεία κίνησης Νοσοκομείου Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Θεσσαλονίκης για τα έτη 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Αναπτυγμένες κλίνες	33	33	33	33	33
Νοσηλευθέντες ασθενείς	1.733	889	863	925	686
Ημέρες νοσηλείας	5.858	2.937	2.424	3.495	3.066
Εξετασθέντες ΤΕΙ	50.519	51.788	52.484	53.751	59.599
Εξετασθέντες ΤΕΠ	-	-	-	-	-
Εργαστηριακές εξετάσεις	178.000	138.401	144.887	157.825	134.803
Χειρουργικές επεμβάσεις	5.795	5.003	5.053	5.951	5.488
Απεβιώσαντες	0	0	1	1	0

Πηγή: 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας-Θράκης, 2011

Στα νοσοκομεία Θεαγένειο και Αφροδισίων και Δερματικών νόσων παρατηρούμε από τους πίνακες 4.4 και 4.5 ότι δεν υπάρχουν εξαιρετικά αξιοσημείωτες μεταβολές κατά τη διάρκεια των ετών 2006-2010, με εξαίρεση την κατακόρυφη πτώση, σε ποσοστό σχεδόν 50%, των εργαστηριακών εξετάσεων στο νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων από το 2006 στο 2007. Τα παραπάνω δύο νοσοκομεία, αποτελούν μονάδες υγείας πλήρους εξειδίκευσης και για αυτό το λόγο έχουμε απουσία τμημάτων επειγόντων περιστατικών.

Πίνακας 4.6: Σύνολο εξετασθέντων στα Κέντρα Υγείας του νομού Θεσσαλονίκης, αρμοδιότητας της 4^{ης} Υ.ΠΕ. Μακεδονίας-Θράκης, για τα έτη 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
ΚΥ Ζαγκλιβερίου	37.882	35.160	35.819	36.042	35.941
ΚΥ Θέρμης	89.803	85.190	79.317	77.200	73.451
ΚΥ Νέας Μαδύτου	55.027	56.422	55.085	54.660	54.369
ΚΥ Νέας Μηχανιώνας	50.149	49.542	51.570	49.491	45.446
ΚΥ Σοχού	17.679	22.505	22.486	22.404	21.119

Πηγή: 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας-Θράκης, 2011

Σύμφωνα με τον πίνακα 4.6, στα περισσότερα Κέντρα Υγείας της περιφέρειας του νομού Θεσσαλονίκης σημειώθηκε σταδιακή μείωση των εξετασθέντων από το 2006 έως το 2010, με τη μεγαλύτερη μείωση να καταγράφεται μεταξύ 2008 και 2010.

Παρόμοια μείωση καταγράφηκε και στις εργαστηριακές εξετάσεις που πραγματοποιήθηκαν. Ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων ελαττώνεται σημαντικά ανά έτος, σύμφωνα με τον Πίνακα 4.7.

Πίνακας 4.7: Εργαστηριακές εξετάσεις στα Κέντρα Υγείας του νομού Θεσσαλονίκης, αρμοδιότητας της 4^{ης} Υ.ΠΕ. Μακεδονίας-Θράκης, για τα έτη 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
KY Ζαγκλιβερίου	43.755	42.598	34.877	47.424	31.960
KY Θέρμης	138.836	138.729	123.721	111.732	70.974
KY Νέας Μαδύτου	70.483	71.311	73.766	68.145	64.226
KY Νέας Μηχανιώνας	74.945	89.167	67.055	57.635	51.714
KY Σοχού	35.683	21.460	19.409	19.753	31.081

Πηγή: 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας-Θράκης, 2011

Πίνακας 4.8: Στοιχεία κίνησης Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου» για τα έτη 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Νοσηλευθέντες ασθενείς	39.944	45.521	46.193	47.586	42.530
Ημέρες νοσηλείας	178.960	177.714	178.755	173.937	159.244
Χειρουργικές επεμβάσεις	10.996	10.302	11.323	10.819	10.023
Εξετασθέντες ΤΕΙ	111.189	113.520	109.543	110.682	114.250
Εξετασθέντες Εφημερίας	66.088	66.028	65.047	62.433	61.669
Εξετασθέντες απογευματινών ιατρείων	1.589	1.708	2.007	1.996	1.863

Πηγή: 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας-Θράκης, 2011

Όσον αφορά τα στοιχεία κίνησης για Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου» (πίνακας 4.8) παρατηρείται απότομη αύξηση των νοσηλευθέντων ασθενών από το 2006 στο 2007, ομαλότερη συνέχιση της αύξησης για τα επόμενα 2 χρόνια και απότομη πτώση, της τάξης των 5.000 περίπου, κατά το τελευταίο έτος του πίνακα. Παρόμοια είναι και η μεταβολή στους εξετασθέντες των απογευματινών ιατρείων με απότομες μεταβολές κατά τα αντίστοιχα έτη, χωρίς παράλληλα να παρατηρείται κάποια ιδιαίτερος αξιοσημείωτη μεταβολή στα υπόλοιπα μεγέθη του πίνακα.

Πίνακας 4.9: Στοιχεία κίνησης Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου» για τα έτη 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Νοσηλευθέντες ασθενείς	44.642	42.907	43.344	42.074	42.265
Ημέρες νοσηλείας	189.727	185.146	189.267	186.942	198.567
Χειρουργικές επεμβάσεις	14.609	15.356	15.864	16.961	17.137
Εξετασθέντες ΤΕΙ	148.538	155.920	162.166	166.162	167.437
Εξετασθέντες Εφημερίας	90.050	90.873	92.663	99.705	92.542
Εξετασθέντες απογευματινών ιατρείων	7.269	8.827	8.839	11.884	10.064

Πηγή: 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας-Θράκης, 2011

Στον πίνακα 4.9 αξιοσημείωτη παρατήρηση είναι ότι ενώ κατά τα δύο τελευταία έτη παρατηρείται μείωση των νοσηλευθέντων ασθενών στο Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», παράλληλα σημειώνεται αρκετά σημαντική αύξηση των ημερών νοσηλείας τους. Επίσης, παρατηρείται όπως και προηγούμενα, στα προαναφερθέντα νοσοκομεία της μελέτης, ότι υπάρχει αρχικά άνοδος σε όλα τα υπόλοιπα μεγέθη, καθώς και μείωση τους κατά το τελευταίο έτος.

Πίνακας 4.10: Στοιχεία κίνησης Γ.Ν.Θ. «Γ. Γεννηματάς» για τα έτη 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Νοσηλευθέντες ασθενείς	18.210	18.081	16.700	15.576	13.687
Ημέρες νοσηλείας	69.140	65.084	61.371	57.331	54.083
Χειρουργικές επεμβάσεις	4.125	4.008	3.942	3.973	3.721
Εξετασθέντες ΤΕΙ	43.189	42.115	40.106	38.771	35.413
Εξετασθέντες Εφημερίας	65.435	68.444	64.007	62.796	56.865
Εξετασθέντες απογευματινών ιατρείων	-	-	-	-	-

Πηγή: 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας-Θράκης, 2011

Στα στοιχεία που αφορούν το Γ.Ν.Θ. «Γ. Γεννηματάς» στον πίνακα 4.10 σημειώνεται μικρή, ωστόσο σταθερή πτώση σε όλα τα μεγέθη που παρουσιάζονται, με μεγαλύτερη να είναι αυτή των νοσηλευθέντων ασθενών (περίπου 4.500 σε βάθος 5-ετίας).

Πίνακας 4.11: Στοιχεία κίνησης Γ.Ν.Θ. «ο Άγιος Δημήτριος» για τα έτη 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Νοσηλευθέντες ασθενείς	9.454	10.820	11.447	11.570	11.701
Ημέρες νοσηλείας	31.578	31.226	33.296	32.836	32.575
Χειρουργικές επεμβάσεις	4.264	4.728	4.847	5.060	5.133
Εξετασθέντες ΤΕΙ	37.731	41.181	42.219	42.315	42.504
Εξετασθέντες Εφημερίας	41.970	41.805	39.706	39.962	38.741
Εξετασθέντες απογευματινών ιατρείων	-	-	-	-	-

Πηγή: 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας-Θράκης, 2011

Αντίθετα, στο Γ.Ν.Θ. «ο Άγιος Δημήτριος» σημειώνεται σταδιακή άνοδος σε όλα τα προς μελέτη μεγέθη που μας παρέχει ο πίνακας 4.11, με μοναδική εξαίρεση τους εξετασθέντες κατά τις εφημερίες του νοσοκομείου όπου σημειώνεται σταθερή πτώση του αριθμού τους.

Πίνακας 4.12: Στοιχεία κίνησης Νοσοκομείου Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης για τα έτη 2006-2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Νοσηλευθέντες ασθενείς	3.515	3.436	3.160	2.750	2.772
Ημέρες νοσηλείας	13.256	12.887	12.188	9.995	10.040
Χειρουργικές επεμβάσεις	-	-	-	-	-
Εξετασθέντες ΤΕΙ	18.761	16.738	19.919	17.470	17.082
Εξετασθέντες Εφημερίας	13.588	16.566	20.495	16.463	15.222
Εξετασθέντες απογευματινών ιατρείων	-	-	-	-	-

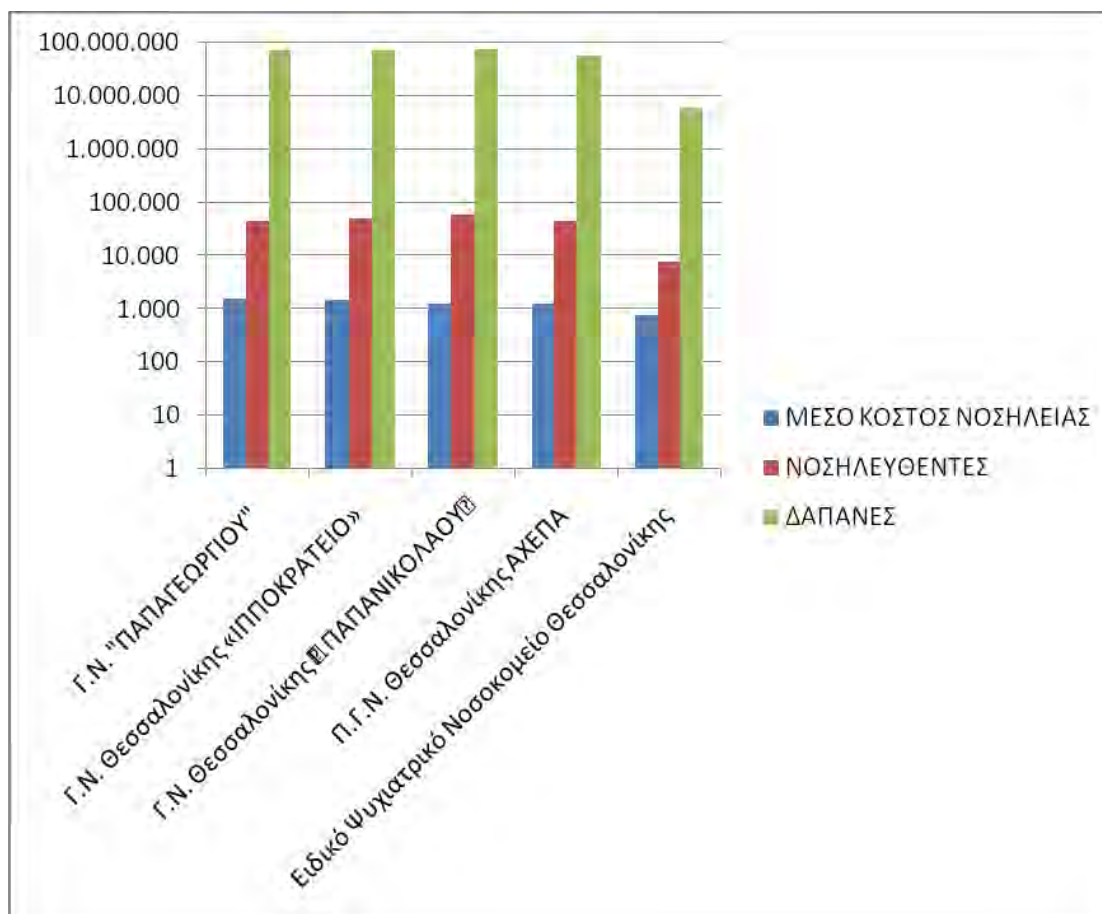
Πηγή: 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας-Θράκης, 2011

Τέλος, στον πίνακα 4.12 όπου παρουσιάζονται μεγέθη σχετικά με το Νοσοκομείο Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης παρατηρείται ραγδαία πτώση των νοσηλευθέντων ασθενών κατά τα τελευταία δύο έτη με παράλληλη πτώση των ημερών νοσηλείας, απότομες μεταβολές στους εξετασθέντες των τακτικών εξωτερικών ιατρείων με μείωση από το 2006 στο 2007, απότομη αύξηση κατά το 2009 και εκ νέου ραγδαία μείωση το 2009, η οποία σταθεροποιείται στο έτος 2010. Επίσης, αξιοσημείωτη είναι η μεταβολή και στους εξετασθέντες εφημερίας, όπου

παρατηρείται ραγδαία άνοδος τους από το αρχικό έτος της μελέτης για τα επόμενα δύο έτη και εξίσου απότομη μείωσή τους κατά τα τελευταία έτη.

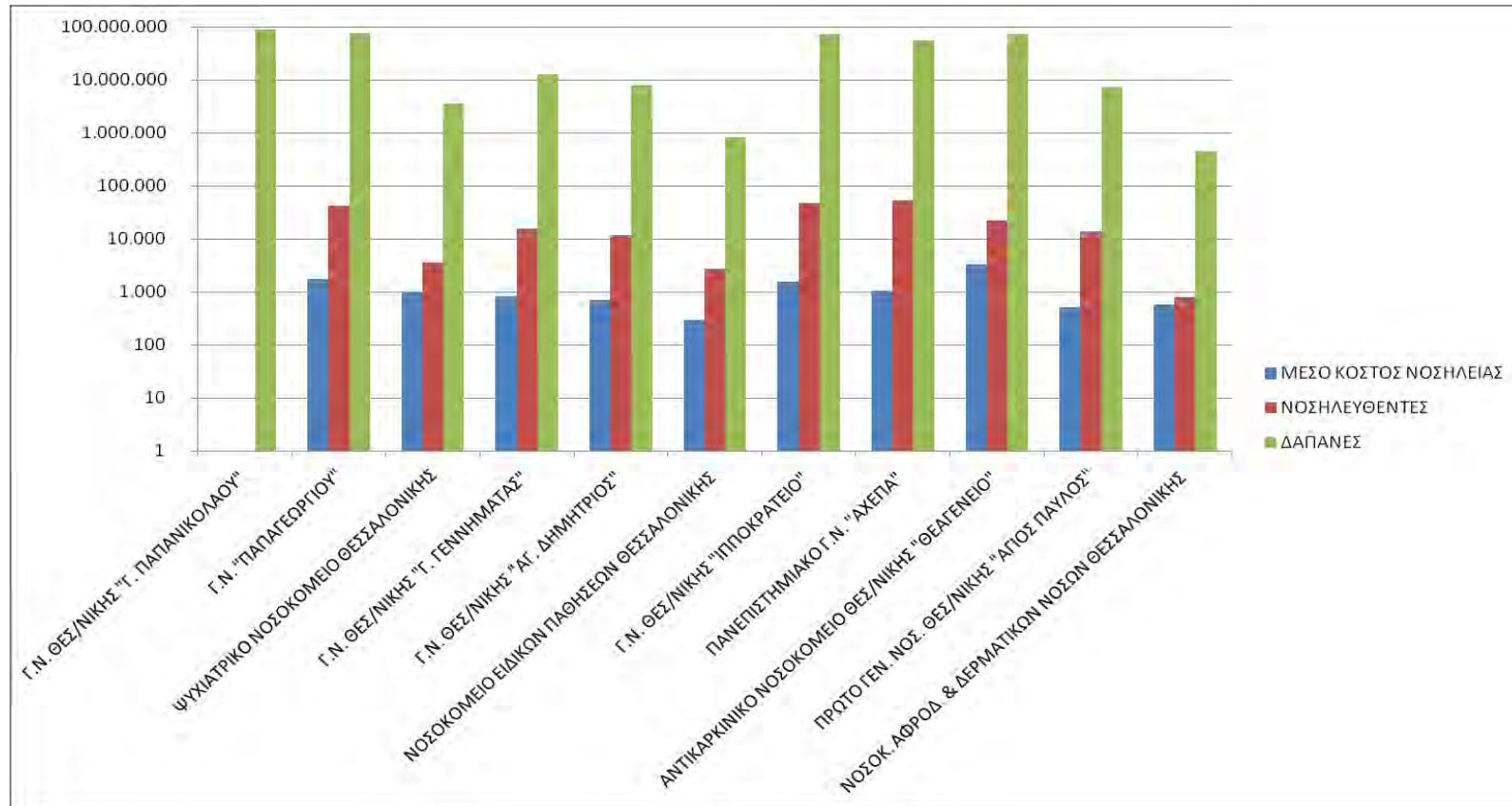
Στα παρακάτω γραφήματα παρουσιάζονται οικονομικά στοιχεία για τις δαπάνες και το μέσο κόστος νοσηλείας για διάφορες νοσοκομειακές μονάδες του νομού Θεσσαλονίκης συναρτήσει του μεγέθους των νοσοκομείων αυτών σε κλίνες και των αριθμό νοσηλευθέντων

Γράφημα 4.1: Αριθμός νοσηλευθέντων , μέσα κόστη νοσηλείας και δαπάνες για τα νοσοκομεία Παπαγεωργίου, Ιπποκράτειο, Παπανικολάου, ΑΧΕΠΑ, Ψ.Ν.Θ για το έτος 2010.



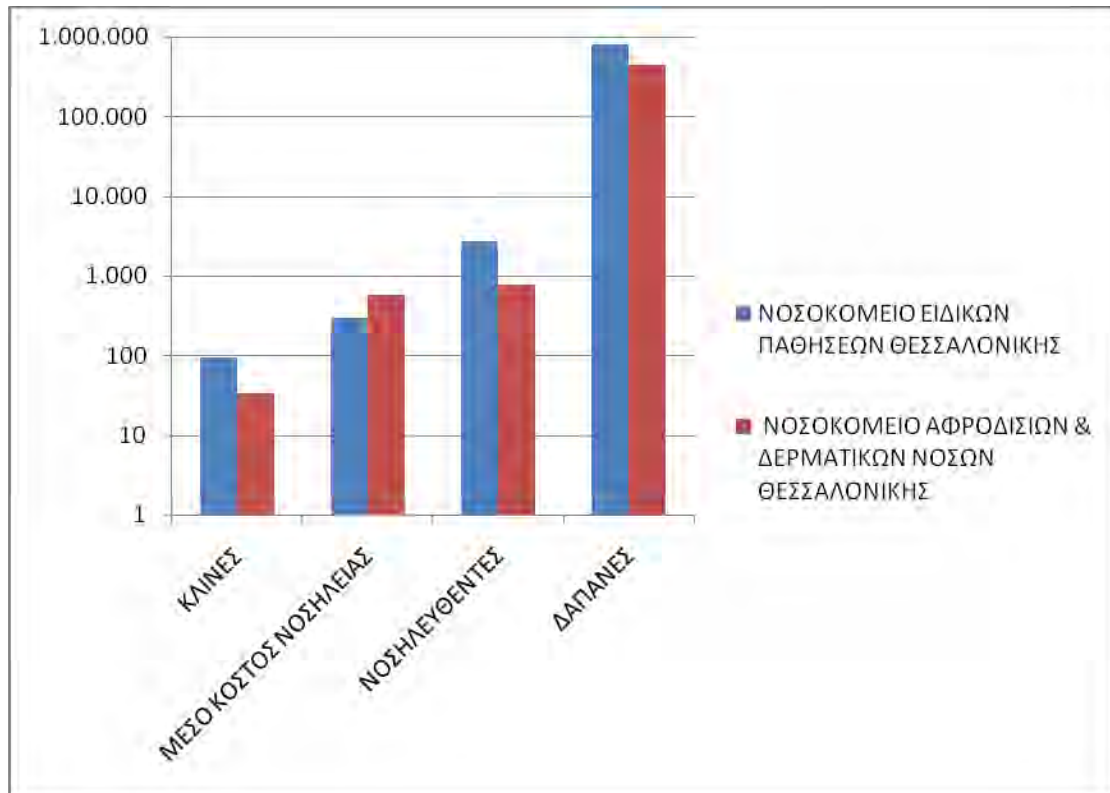
Πηγή: Παράρτημα Έκθεσης Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. & των Μονάδων του ΕΣΥ 2010, Γενική Γραμματεία (Υ.Υ.Κ.Α.) Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Γράφημα 4.2: Αριθμός νοσηλευθέντων, μέσα κόσθη νοσηλείας και δαπάνες για τα νοσοκομεία του νομού Θεσσαλονίκης για το έτος 2009.



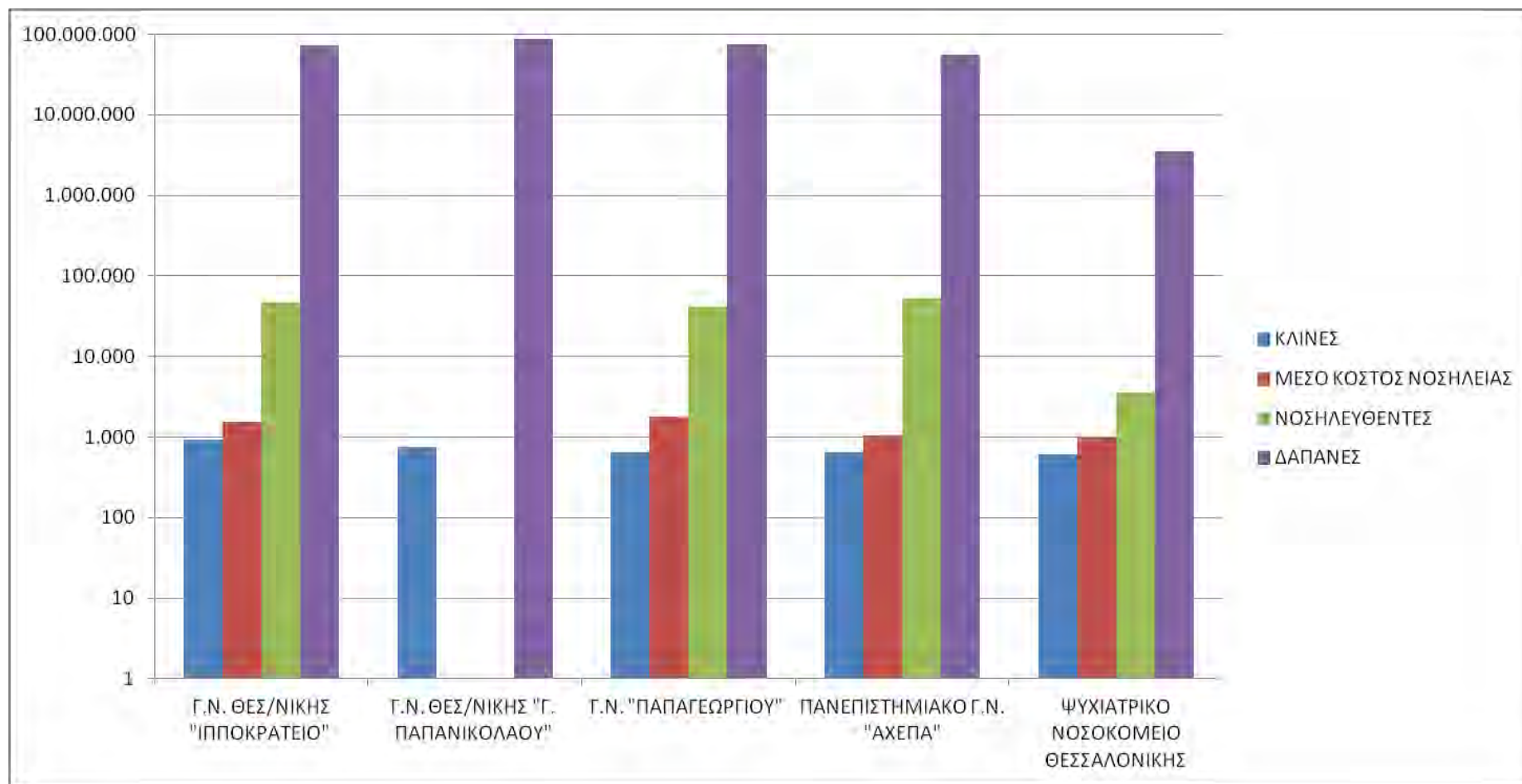
Πηγή: Παράρτημα Έκθεσης Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. & των Μονάδων του ΕΣΥ2010, Γενική Γραμματεία (Υ.Υ.Κ.Α.) Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Γράφημα 4.3: Αριθμός νοσηλευθέντων, μέσα κόστη νοσηλείας και δαπάνες για το νοσοκομείο Ειδικών παθήσεων και το νοσοκομείο Αφροδισίων και δερματικών νόσων για το έτος 2009.



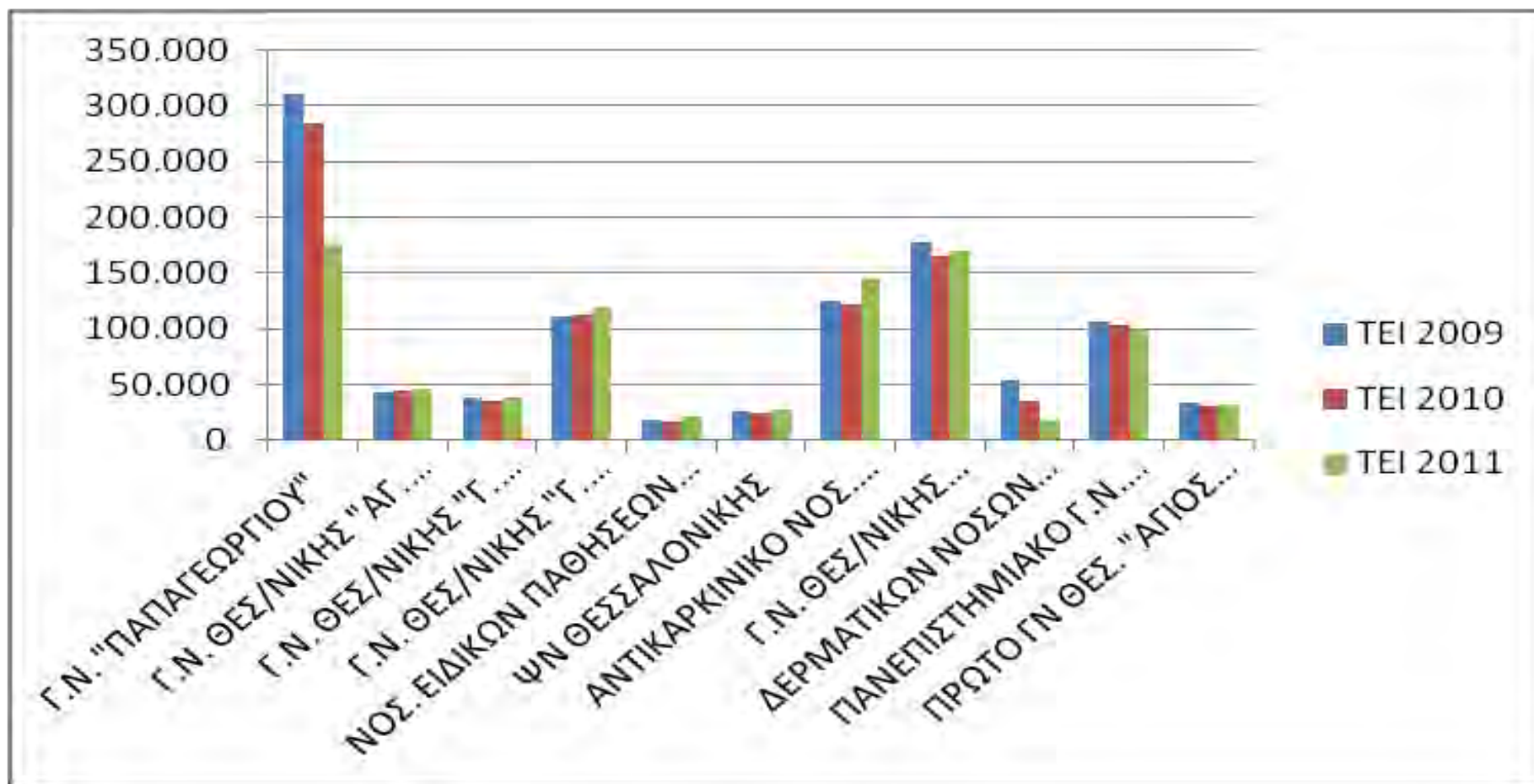
Πηγή: Παράρτημα Έκθεσης Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. & των Μονάδων του ΕΣΥ 2010, Γενική Γραμματεία (Υ.Υ.Κ.Α.) Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Γράφημα 4.4: Μέσο κόστος νοσηλείας για το έτος 2009



Πηγή: Παράρτημα Έκθεσης Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. & των Μονάδων του ΕΣΥ 2010, Γενική Γραμματεία (Υ.Υ.Κ.Α.) Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Γράφημα 4.5: Επισκέψεις στα ΤΕΙ των Νοσοκομείων του ΕΣΥ (2009-2011)



Πηγή: Παράρτημα Έκθεσης Αποτελεσμάτων Υ.Υ.Κ.Α. & των Μονάδων του ΕΣΥ 2010, Γενική Γραμματεία (Υ.Υ.Κ.Α.) Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

5. ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα έλαβε χώρα στα δημόσια νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς», «ο Άγιος Δημήτριος» και «Γ. Παπανικολάου» κατά τους μήνες Ιανουάριο και Φεβρουάριο του 2014. Η συμμετοχή των ερωτηθέντων κρίνεται αρκετά ικανοποιητική καθώς έγινε συλλογή 191 απαντήσεων, με τον αριθμό των ατόμων που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα να ανέρχεται στους 37 (ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα: 83,8%).

5.1 Κατασκευή ερωτηματολογίου

Για τη διεξαγωγή της έρευνας κρίθηκε σκόπιμη η κατασκευή ερωτηματολογίου το οποίο χωρίστηκε σε 4 βασικές κατηγορίες:

- **Υγεία και Ποιότητα ζωής**, όπου οι ερωτώμενοι καλούνταν να απαντήσουν σε ερωτήματα σχετικά την κατάσταση της υγείας τους, το πώς αυτή μεταβλήθηκε κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης και το πώς επηρεάζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες.
- **Εισόδημα**, όπου ζητήθηκαν να απαντηθούν ερωτήματα σχετικά με το ύψος και τις πηγές του εισοδήματος των ερωτηθέντων, καθώς και η προσωπική τους εκτίμηση για το πώς αυτό θα μεταβληθεί στο προσεχές μέλλον.
- **Συμπεριφορά προς την αγορά υγείας**, με ερωτήσεις σχετικές με το πώς και το γιατί οι ερωτώμενοι έκαναν χρήση υπηρεσιών υγείας και για το επίπεδο των υπηρεσιών που τους προσφέρθηκαν και τέλος,
- **Προσωπικά στοιχεία**, όπου ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα να απαντήσουν σε ερωτήματα δημογραφικού ενδιαφέροντος .

Η κατασκευή του ερωτηματολογίου βασίστηκε σε ερωτηματολόγια ερευνών που έχουν ήδη διεξαχθεί κατά το παρελθόν και έχει διαπιστωθεί η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων τους καθώς επίσης και σε οδηγίες από διάφορους φορείς που ειδικεύονται σε στατιστικές μελέτες. Ειδικότερα, η πρώτη κατηγορία ερωτημάτων που αφορούν στην κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο

της Short Form Health Survey (SF-36) [14], η δεύτερη και η τρίτη κατηγορία στο ερωτηματολόγιο της έρευνας SILC της Eurostat [6] και στη διάκριση επαγγελματικών κατηγοριών της ESOMAR [15] και, τέλος, η τέταρτη και τελευταία κατηγορία ερωτημάτων που αφορούν στα δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων σε οδηγίες από την ηλεκτρονική σελίδα του ΕΚΚΕ [16].

Η επιλογή του δείγματος για τη συμμετοχή στην έρευνα και τη συλλογή των ερωτηματολογίων βασίστηκε σε μία σειρά από συγκεκριμένα κριτήρια. Τα άτομα που επιλέχθηκαν για να συμμετέχουν στην έρευνα ήταν άτομα που βρίσκονταν στους χώρους των νοσοκομείων όπου διεξήχθη η έρευνα, είτε αυτοί βρίσκονταν εκεί για δικό τους ζήτημα υγείας είτε βρίσκονταν εκεί ως συνοδοί ή επισκέπτες ασθενών. Σημαντική παράμετρος για την προσέγγιση τους ήταν, σαφώς, η κατάσταση της υγείας τους, η οποία θα έπρεπε να τους επιτρέπει να αφιερώσουν το χρόνο που χρειαζόταν για να απαντήσουν στα ερωτήματα. Τέλος, κρίθηκε αναγκαίο όλοι οι συμμετέχοντες να είναι άνω των 18 ετών και να είναι καλοί γνώστες της ελληνικής γλώσσας ούτως ώστε τα ερωτήματα της έρευνας να είναι απολύτως αντιληπτά προς αυτούς και να διασφαλιστεί η εγκυρότητα των απαντήσεών τους.

Η επιλογή των «Γ. Γεννηματάς», «ο Άγιος Δημήτριος» και «Γ. Παπανικολάου» για τη διεξαγωγή της έρευνας στηρίχθηκε στο γεγονός πως και οι τρεις μονάδες αποτελούν γενικά νοσοκομεία που διαθέτουν κλινικές και εξωτερικά ιατρεία που καλύπτουν σχεδόν όλο το φάσμα της ιατρικής επιστήμης, γεγονός που εξασφαλίζει αρκετά μεγάλη επισκεψιμότητα. Επίσης, η γεωγραφική θέση των τριών νοσοκομείων αποτέλεσε σημαντικό κριτήριο για την επιλογή τους - με τα δύο πρώτα να βρίσκονται σε κεντρικότερα σημεία και το τρίτο να βρίσκεται στις παρυφές της πόλης - γεγονός που θα βοηθούσε στο αναζητηθούν απαντήσεις από ανθρώπους από περισσότερες περιοχές της Θεσσαλονίκης και του νομού περαιτέρω, άρα και το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό.

Με τον αριθμό των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου να ανέρχεται στις 20, το δείγμα της έρευνας θα έπρεπε να κυμαίνεται περίπου στον 10-πλάσιο αριθμό από αυτό των ερωτήσεων ώστε να μπορούμε να εξαγάγουμε ασφαλή συμπεράσματα. Έτσι, ο αριθμός των ερωτηθέντων ανήλθε στους 191. Πιο συγκεκριμένα: Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που απαντήθηκαν στο νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς» ανήλθε στα 91, αυτών που απαντήθηκαν στο νοσοκομείο «ο Άγιος Δημήτριος» ανήλθε στα 67 και αυτών που απαντήθηκαν στο νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου» στα 33.

Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου αξιολογήθηκε με τον δείκτη Cronbach και τα αποτελέσματα, για τη διεξαγωγή των οποίων έγινε χρήση του προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS), αναλύονται στη συνέχεια.

Ένα ερωτηματολόγιο ή εργαλείο μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστο αν τα αποτελέσματα τους για ένα άτομο δεν αλλάζουν μέσα σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα. Συνεπώς αν δοθεί ένα ίδιο τεστ στον ίδιο ερωτώμενο πρέπει να έχουμε το ίδιο αποτέλεσμα. Το αξιόπιστο τεστ εκφράζει ρεαλιστικές εκτιμήσεις των χαρακτηριστικών του ατόμου, εφόσον αυτές αποδίδουν σταθερή απόδοση του ερωτώμενου σε δεδομένη χρονική στιγμή. Σκοπός ενός «καλού» τεστ είναι ένα άτομο να παρουσιάζει χαρακτηριστικά ουσιώδη και μη επιρρεπή σε εξωγενείς παράγοντες. Ένα άτομο είναι σχεδόν αδύνατο να εμφανίζει πάντα τις ίδιες τιμές κάθε φορά που διεξάγεται το τεστ, επομένως είναι απλά επιθυμητό να βρίσκεται στην ίδια θέση στην κλίμακα σε σχέση με τους άλλους ερωτώμενους, δηλαδή να έχει σταθερή απόδοση. Αν, λοιπόν, ο ερωτώμενος που δεν παρουσιάσει ριζικές αλλαγές στην πορεία της εξέλιξης του έχει μια τυπική απόκλιση από το μέσο όρο στην πρώτη εξέλιξη πρέπει αντίστοιχα να έχει μια τυπική απόκλιση και στη δεύτερη.

Η στατιστική ανάλυση της αξιοπιστίας προϋποθέτει οι αριθμητικές τιμές να αντανακλούν την επίδραση δυο παραγόντων: τα σταθερά χαρακτηριστικά του ερωτώμενου, που ονομάζονται πραγματικά χαρακτηριστικά και το τυχαίο σφάλμα μέτρησης ή όπως αποκαλείται τυχαίο/περιστασιακό χαρακτηριστικό του ατόμου. Η σχέση των παραπάνω χαρακτηριστικών δίνεται με τον εξής μαθηματικό τύπο:

$$X = T + E$$

Όπου:

X = ακατέργαστη παρατηρημένη τιμή (raw_score).

T = πραγματική τιμή (true_score).

E = τιμή σφάλματος (error_score).

Ο όρος αξιοπιστία αναφέρεται στην ακρίβεια της μέτρησης, άσχετα με το αντικείμενο μέτρησης. Σε όλες τις μετρήσεις υπάρχουν τα τυχαία σφάλματα. Η αξιοπιστία είναι η βάση για τον υπολογισμό του τυπικού σφάλματος της μέτρησης μιας βαθμολογίας, με το οποίο προβλέπουμε την αυξομείωση της βαθμολογίας εξαιτίας τυχαίων παραγόντων

του ερωτώμενου.

Οι ατομικές διαφορές αποδίδονται είτε σε πραγματικές διαφορές των εξεταζόμενων χαρακτηριστικών, είτε σε τυχαία σφάλματα. Από αυτή την παραδοχή εξάγεται το συμπέρασμα ότι κανένα τεστ δεν είναι πλήρως αξιόπιστο και γι' αυτό δημιουργείται η ανάγκη να υπολογίσουμε το βαθμό/δείκτη αξιοπιστίας ενός τεστ.

5.2 Υπολογισμός αξιοπιστίας

Η αξιοπιστία αποτελεί ένα καθοριστικής σημασίας χαρακτηριστικό του τεστ. Η έλλειψη αξιοπιστίας συνεπάγεται ένα τεστ αντιεπισημονικό και επομένως μη χρήσιμο [17]. Για αυτό το λόγο θα αναφερθούν διάφορες μέθοδοι εκτίμησης της αξιοπιστίας.

Ο δείκτης αξιοπιστίας άλφα του Cronbach στη μέθοδο αυτή μετράται η εσωτερική σταθερότητα ενός τεστ. Ο δείκτης συνάφειας άλφα του Cronbach συγκρίνει τη διακύμανση της συνολικής βαθμολογίας του τεστ, με άλλα λόγια το άθροισμα των διακυμάνσεων όλων των ερωτήσεων με κάθε μια ερώτηση ξεχωριστά. Σκοπός της μεθόδου είναι να μεγιστοποιήσει ή να μετρήσει την εσωτερική σταθερότητα του τεστ. Αυτό επιτυγχάνεται με τον υπολογισμό του συντελεστή άλφα του Cronbach συμπεριλαμβάνοντας ή όχι κάθε ερώτηση. Στην περίπτωση που ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος όταν μια ερώτηση παραλείπεται, τότε αυτή απορρίπτεται. Ο τύπος του συντελεστή άλφα του Cronbach είναι ο εξής :

$$a = \frac{k}{k-1} \cdot \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i}{St} \right)$$

Όπου:

St : η διακύμανση του αθροίσματος των ερωτήσεων του τεστ

$\sum_{i=1}^k S_i$: το άθροισμα των διακυμάνσεων των ερωτήσεων

S_i = η διακύμανση κάθε ερώτησης.

k = ο αριθμός των ερωτήσεων.

Παρατηρούμε πως ο συντελεστής άλφα του Cronbach είναι το γινόμενο του σταθμισμένου αριθμού των ερωτήσεων $\frac{k}{k-1}$ και της διαφοράς της μονάδας από τον λόγο του αθροίσματος των διακυμάνσεων των ερωτήσεων προς τη διακύμανση του αθροίσματος των ερωτήσεων του τεστ. Ο συντελεστής άλφα του Cronbach είναι ο πιο διαδεδομένος και ο πιο σημαντικός συντελεστής αξιοπιστίας [18].

Στην παρούσα έρευνα το ερωτηματολόγιο το οποίο κατασκευάστηκε ελέγχθηκε ως προς την αξιοπιστία του σε τυχαίο δείγμα 20 ατόμων. Ο δείκτης αξιοπιστίας άλφα του Cronbach υπολογίστηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS Statistics 22 και έλαβε την τιμή $\alpha = 0,811$. Η συγκεκριμένη τιμή δείχνει πως το ερωτηματολόγιο είναι αξιόπιστο σε μία κλίμακα αξιολόγησης της αξιοπιστίας από 0,6-0,95 (πολύ υψηλή αξιοπιστία) και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πραγματοποίηση της έρευνας. Δείγμα του ερωτηματολογίου παρατίθεται στη συνέχεια και ακολουθεί περιγραφική στατιστική μελέτη των αποτελεσμάτων.

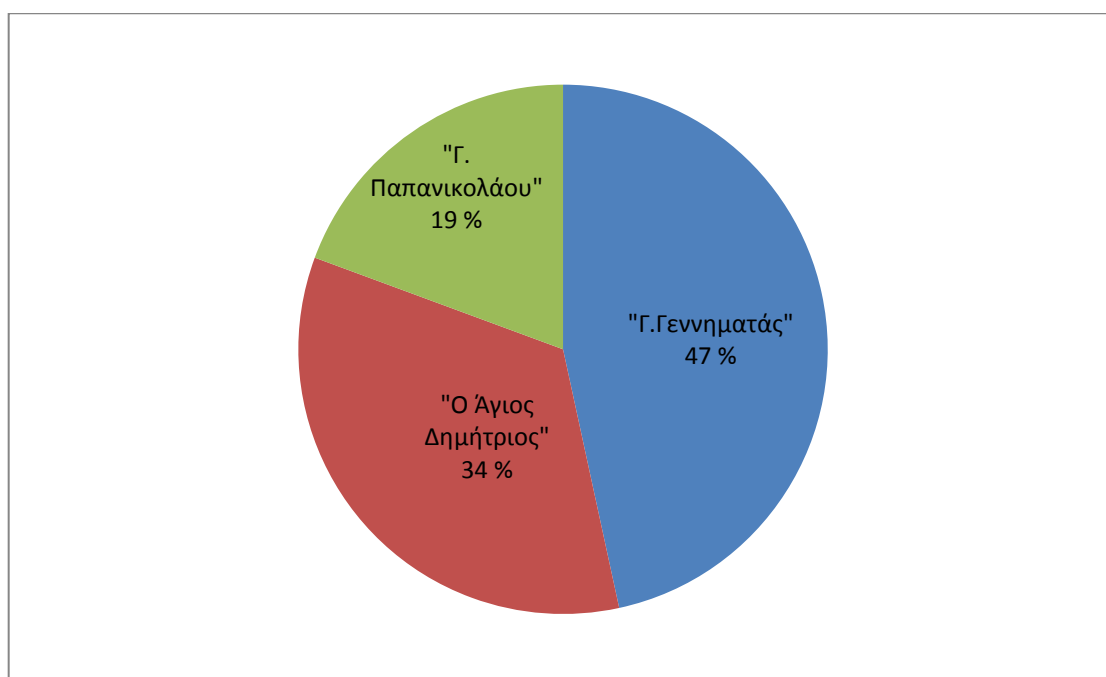
Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι για την διεξαγωγή της έρευνας χορηγήθηκαν οι αντίστοιχες άδειες από την 3^η Υ.ΠΕ. και τα αντίστοιχα νοσοκομεία στους χώρους των οποίων αναζητήθηκε το δείγμα του πληθυσμού, αντίγραφα των οποίων παρατίθενται στη συνέχεια στο κεφάλαιο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ. Επίσης κρίνεται σημαντικό να αναφερθεί ότι ο τρόπος λήψης των απαντήσεων από τους ερωτώμενους έγινε με προσωπικές συνεντεύξεις, οι οποίες έλαβαν χώρα στις κλινικές, τα εξωτερικά ιατρεία και τους αίθριους χώρους των νοσοκομείων.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής

Στο παρακάτω γράφημα παρουσιάζονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων στην έρευνα ανά νοσοκομείο. Ο συνολικός αριθμός των συμμετεχόντων ανήλθε στους 191, με τους 89 εξ αυτών να απαντούν στο Γ.Ν.Θ. «Γ. Γεννηματάς», 65 στο Γ.Ν.Θ «Ο Άγιος Δημήτριος» και 37 στο Γ.Ν.Θ «Γ. Παπανικολάου».

Γράφημα 6.1.1: Ποσοστό των συμμετεχόντων στην έρευνα ανά νοσοκομείο.

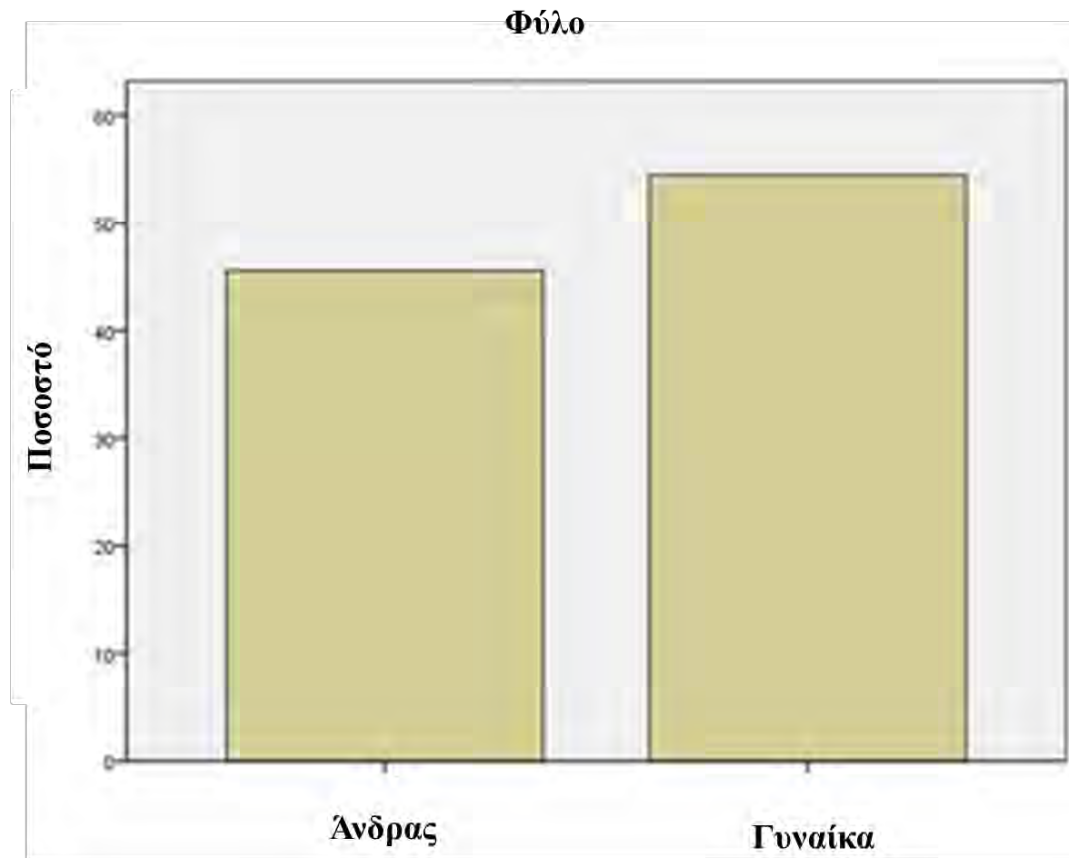


Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ο αριθμός των γυναικών: 87 και των αντρών: 104 που πήραν μέρος στην έρευνα. Συνολικά ερωτήθηκαν 191 άτομα. Σε ποσοστιαίες μονάδες το παρακάτω αποτέλεσμα συνοψίζεται ως εξής:

Γυναίκες : 45.5%

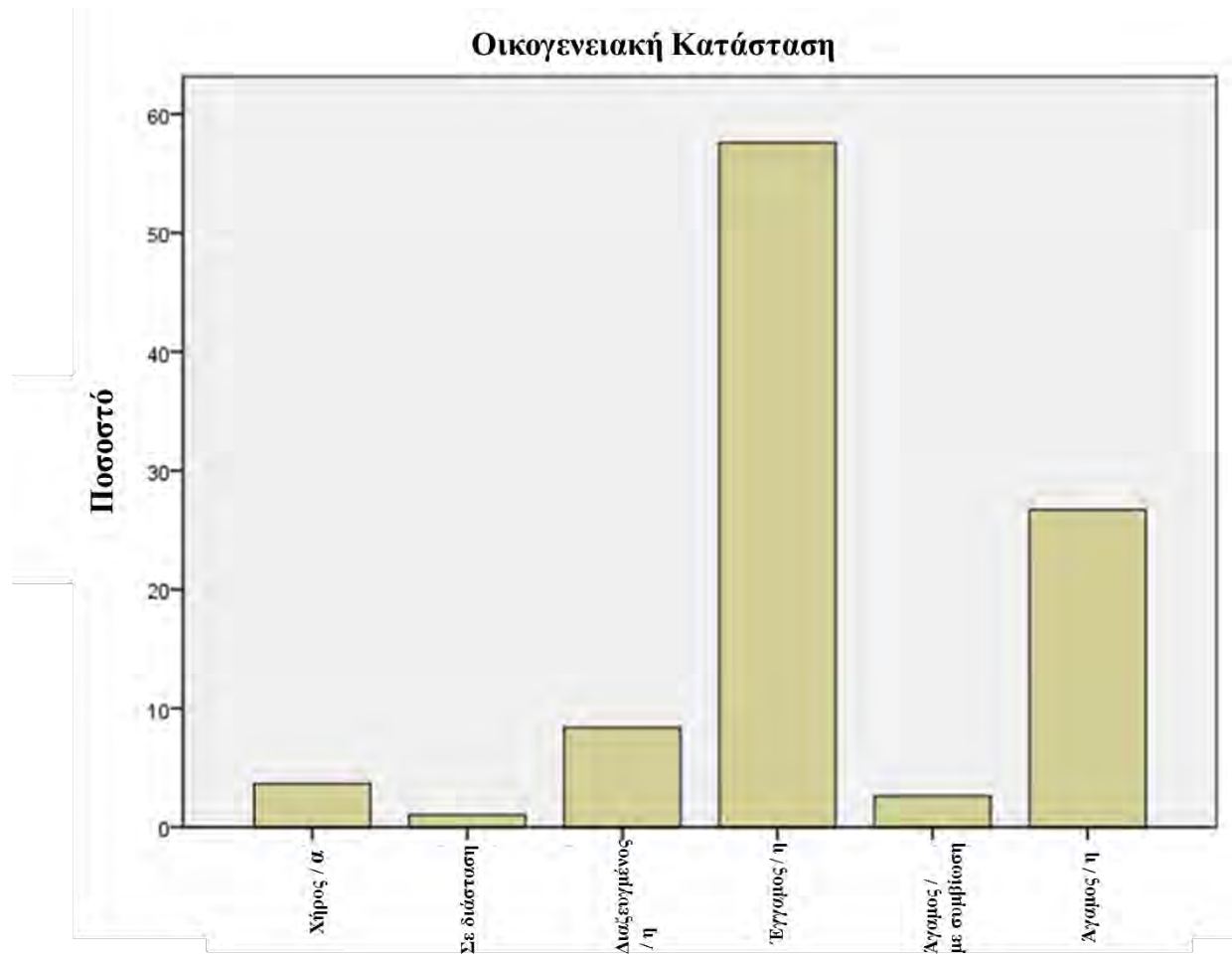
Άνδρες: 54,5%

Γράφημα 6.1.2: Ποσοστό των γυναικών και των αντρών που πήραν μέρος στην έρευνα.



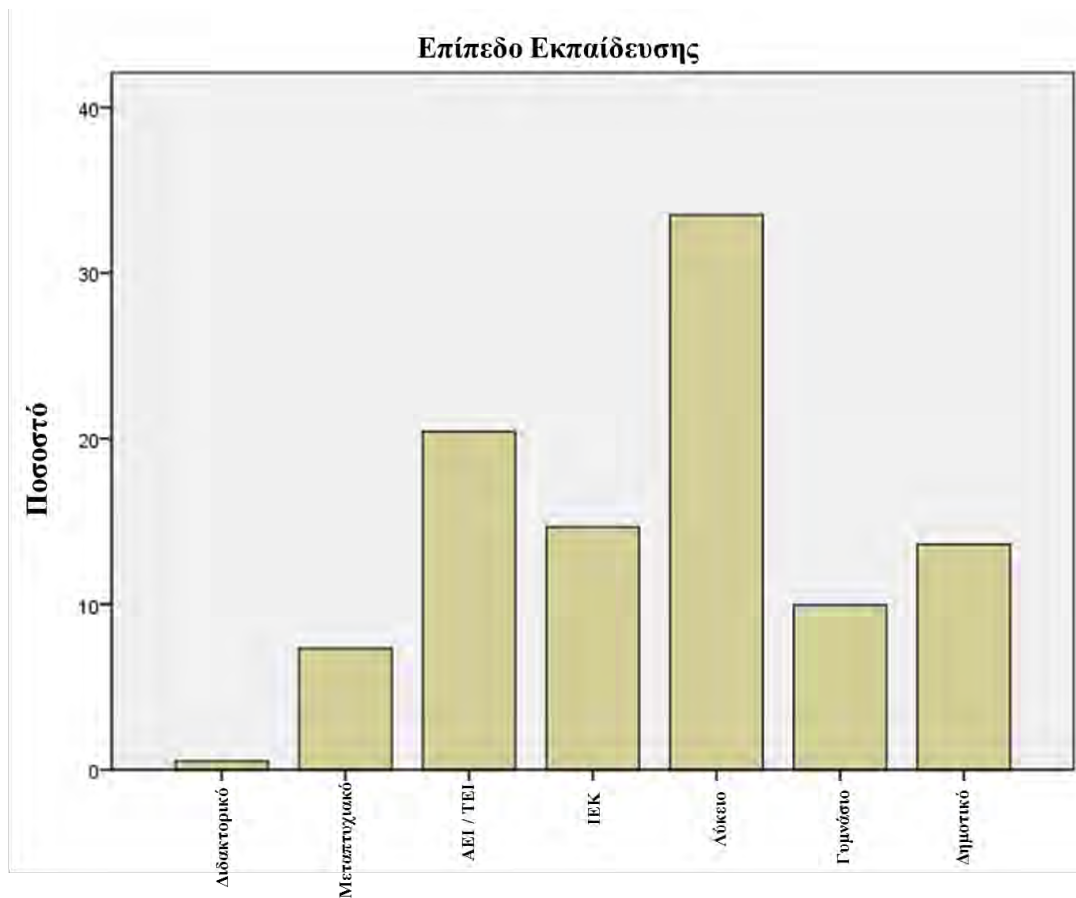
Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζεται το ποσοστό της οικογενειακής κατάστασης των ερωτηθέντων και το αντίστοιχο ιστόγραμμα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ήταν έγγαμοι, ενώ ελάχιστοι ήταν εκείνοι οι οποίοι βρίσκονταν σε διάσταση.

Γράφημα 6.1.3: Ποσοστό της οικογενειακής κατάστασης των ερωτηθέντων



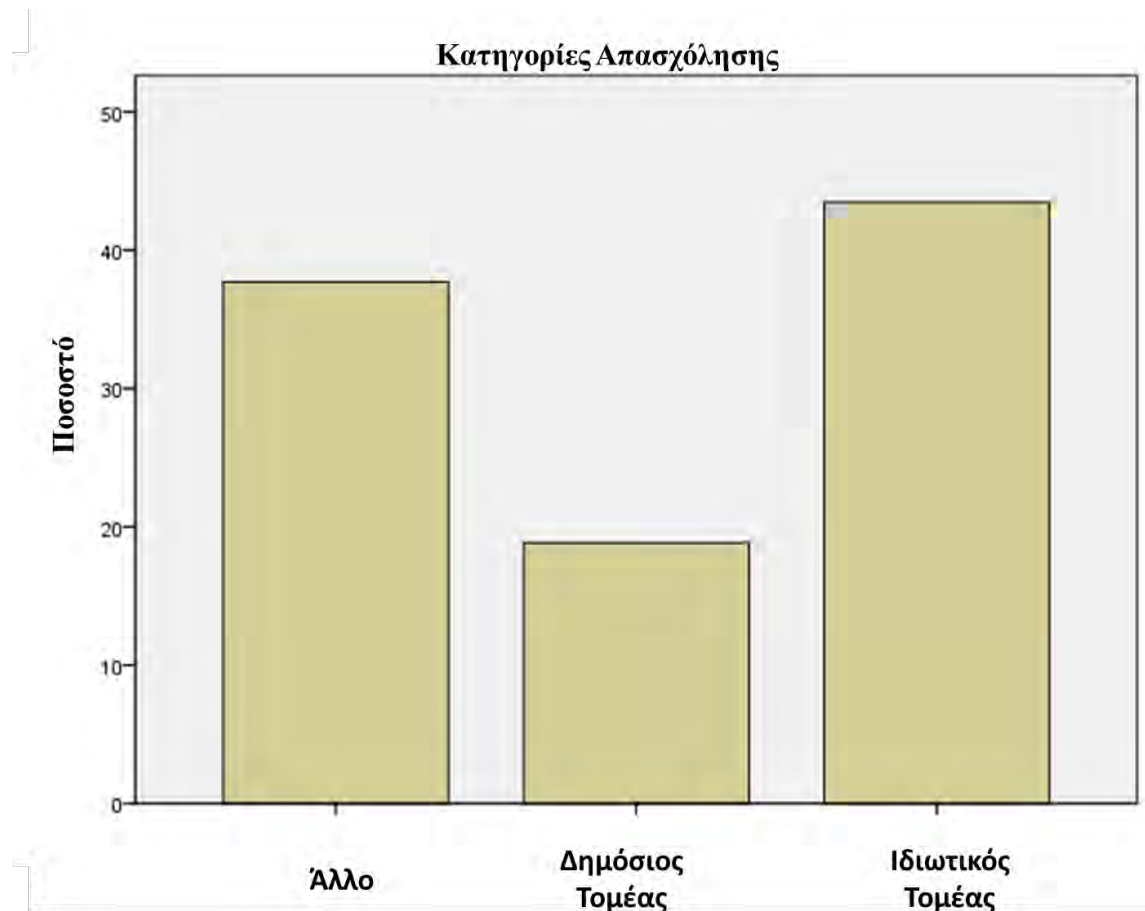
Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, συνοψίζεται στο παρακάτω πίνακα και στο αντίστοιχο ιστόγραμμα.

Γράφημα 6.1.4: Επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων



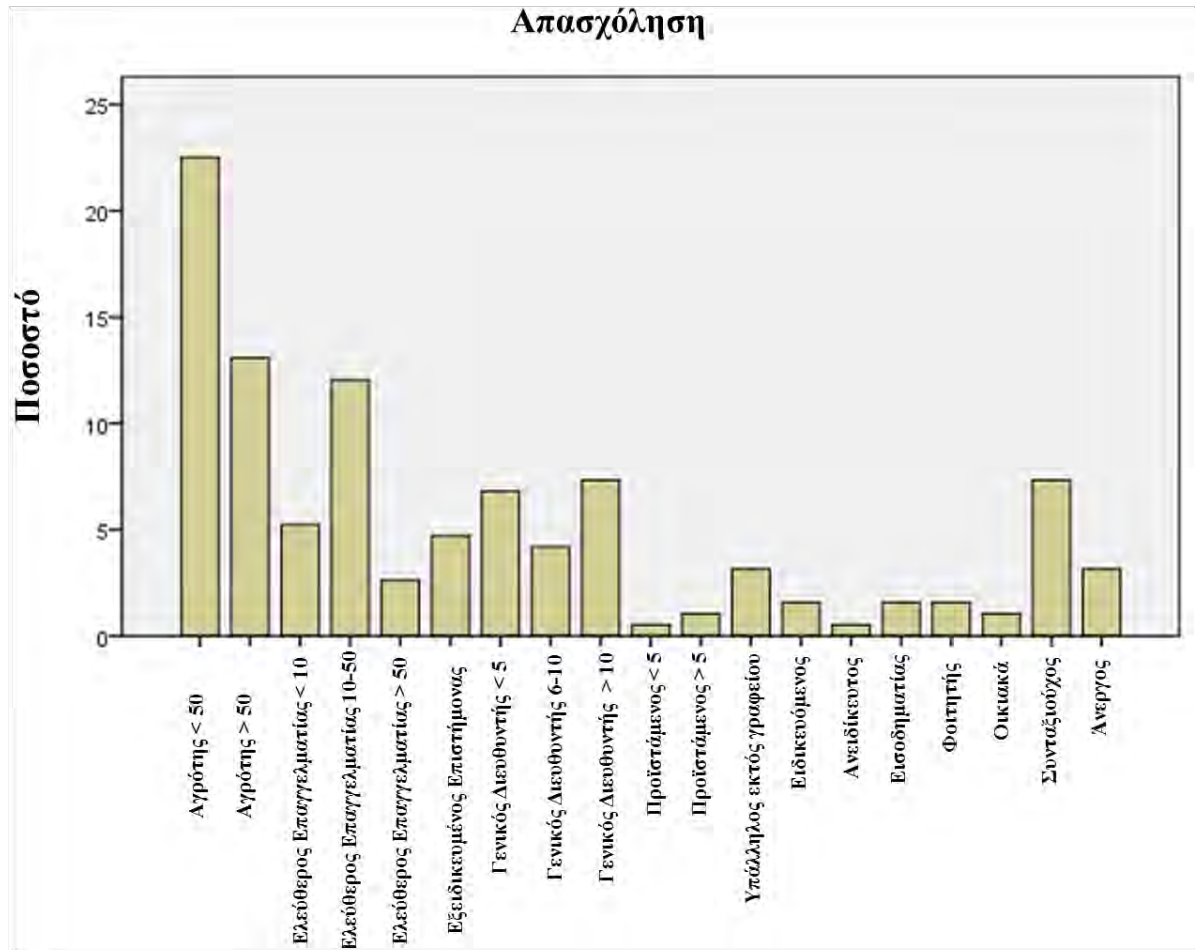
Όσον αφορά την κατηγορία απασχόλησης το 43.5% απάντησαν ότι δουλεύουν στο ιδιωτικό τομέα, το 18.8% στον δημόσιο τομέα και το 37.7% σε κανένα από τους δύο τομείς.

Γράφημα 6.1.5: Κατηγορία απασχόλησης των εργαζόμενων ερωτηθέντων



Όσον αφορά την μεταβλητή είδος απασχόλησης παρακάτω παρουσιάζονται τα ποσοστά.

Γράφημα 6.1.6: Είδος απασχόλησης των εργαζόμενων ερωτηθέντων



7. Συσχετίσεις

Για την εξέταση της ύπαρξης στατιστικώς σημαντικής συσχέτισης, εφαρμόστηκε η στατιστική μέθοδος chi-square με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p=0.05$. Ο έλεγχος αυτός εφαρμόστηκε σε όλους τους παρακάτω ελέγχους συσχετίσεων.

7.1 Συσχετίσεις μεταξύ την κατάστασης της υγείας και του επαγγέλματος:

Όσον αφορά την κατάσταση της υγείας σε σχέση με το επάγγελμα του ερωτηθέντος παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αντίστοιχων μεταβλητών ($.sig < 0.05$). Στον πίνακα 10.2.1 παρουσιάζεται το 73.1 % αυτών που απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας του είναι “άσχημη” να ασχολούνται με αγροτικές εργασίες. Στην απάντηση “μέτρια” το ποσοστό των απασχολούμενων με αγροτικές εργασίες έφτασε το 66.7%. Στην απάντηση “καλή” τα μεγαλύτερα ποσοστά παρουσίασαν άτομα που απασχολούνται ως γενικοί διευθυντές σε μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις καθώς και ένα μικρό ποσοστό αγροτών (16.7% , 14.6% και 12.5% αντίστοιχα). Στην απάντηση “πολύ καλή” ποσοστό 27.1% των ερωτηθέντων απασχολούνται ως ελεύθεροι επαγγελματίες ενώ ένα αντίστοιχο 27.1% συγκέντρωσαν και άτομα που ασχολούνται με αγροτικές εργασίες σε λιγότερα από 50 στρέμματα γης. Τέλος το 21.9% των ατόμων που απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας του είναι εξαιρετική ανήκαν στην κατηγορία των ελεύθερων επαγγελματιών που απασχολούν από 10 μέχρι 50 εργαζόμενους. Ενώ το 15.6% όσων απάντησαν ότι θεωρούν την κατάσταση της υγείας τους εξαιρετική είναι εξειδικευμένοι επιστήμονες ενώ ποσοστό 15.6% συγκέντρωσαν επίσης και οι απασχολούμενοι με τα οικιακά. Επομένως βλέπουμε ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος και της αντίληψης της κατάστασης της υγείας, χειρότερη άποψη για την κατάσταση της υγείας τους παρουσιάζουν τα άτομα που ασχολούνται με χειρονακτικές εργασίες και άτομα που απασχολούνται σε επιχειρήσεις.

7.2 Συσχέτιση για το αν η μεταβολή στο μηνιαίο εισόδημα επηρεάζει την υγεία

Για τον έλεγχο του παραπάνω ερωτήματος εφαρμόστηκε η στατιστική μέθοδος chi-square, προκειμένου να γίνει ο έλεγχος συσχέτισης δύο μεταβλητών: του μηνιαίου εισοδήματος και της υγείας

Όσον αφορά την κατάσταση της υγείας σε σχέση με την μεταβολή εισοδήματος του ερωτηθέντος παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αντίστοιχων μεταβλητών ($.sig < 0.05$). Στον πίνακα παρουσιάζεται ότι το 63,4 % αυτών που απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι άσχημη, είχε μειωθεί πολύ το εισόδημα τους. Στην απάντηση “μέτρια” υπάρχει ίδιο ποσοστό, της τάξης του 42,9 % το οποίο αντιστοιχεί στο ότι ” μειώθηκε λίγο” και ότι ” μειώθηκε πολύ”. Έπειτα το 72,9% των ατόμων που απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι ”καλή”, είχε ” μειωθεί πολύ” το εισόδημα τους. Στην απάντηση “πολύ καλή” το 62,5% είχε “μειωθεί πολύ“ το εισόδημα τους. Επίσης, το 58,1 % που δήλωσαν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι εξαιρετική είχε μειωθεί πολύ το εισόδημα.

7.3 Συσχετίσεις μεταξύ εκπαιδευτικού επιπέδου και κατάσταση υγείας

Για τον έλεγχο του παραπάνω ερωτήματος εφαρμόστηκε η στατιστική μέθοδος chi-square, προκειμένου να γίνει ο έλεγχος συσχέτισης δύο μεταβλητών: του εκπαιδευτικού επιπέδου και της παρούσας κατάστασης της υγείας.

Όσον αφορά την κατάσταση της υγείας σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο του ερωτηθέντος παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αντίστοιχων μεταβλητών ($.sig < 0.05$). Στον πίνακα παρουσιάζεται ότι το 34,1% των ατόμων που η υγεία τους ήταν άσχημη, το εκπαιδευτικό τους επίπεδο ήταν «Δημοτικό». Στην απάντηση μέτρια το 42,9% είχε εκπαίδευση «Λύκειο». Το 29,2% που η κατάσταση της υγείας του ήταν «καλή» είχαν και αυτοί εκπαίδευση «Λύκειο». Στην απάντηση «πολύ καλή» το 33,3% είχε εκπαίδευση «Λύκειο». Τέλος, το 40,6% των οποίων η κατάσταση της υγείας του ήταν «Εξαιρετική» είχαν και αυτοί κατάσταση εκπαίδευσης «Λύκειο».

7.4 Συσχετίσεις μεταξύ εισοδήματος και των νέων πολιτικών που εφαρμόστηκαν/εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται από τους δημόσιους φορείς υγείας

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών παρατηρούμε στον πίνακα ότι το $\text{sig} > 0.05$ ($\text{sig} = 0,091$). Οπότε συμπεραίνουμε ότι δεν προκύπτει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση των δύο αυτών μεταβλητών

7.5 Συσχετίσεις μεταξύ της κατάστασης της υγείας και του φύλου

Όσον αφορά την κατάσταση της υγείας σε σχέση με το φύλο του ερωτηθέντος παρουσιάστηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αντίστοιχων μεταβλητών ($\text{sig} < 0.05$). Στον πίνακα 10.2.5 παρουσιάζεται το 70.7 % αυτών που απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας του είναι “άσχημη” να είναι γυναίκες. Στην απάντηση “μέτρια” το ποσοστό των αντρών έφτασε το 66.7%. Στις απαντήσεις “καλή” και “πολύ καλή” τα ποσοστά μεταξύ των δύο φύλων δεν παρουσιάζουν μεγάλες αποκλίσεις, με τα ποσοστά των αντρών να εμφανίζονται ελαφρά άνω του 50% (54.2% 58.3% αντίστοιχα). Τέλος το 75% των ατόμων που απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας του είναι εξαιρετική ανήκαν στο ανδρικό φύλο. Επομένως βλέπουμε ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της αντίληψης της κατάστασης της υγείας, με τους άντρες να έχουν καλύτερη άποψη για την κατάσταση της υγείας τους σε σχέση με τις γυναίκες.

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

8.1 Συμπεράσματα της έρευνας

Μετά από τη διεξαγωγή της έρευνας και τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, εξάγεται το συμπέρασμα πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει σε πολύ σημαντικό βαθμό την υγεία των κατοίκων του νομού Θεσσαλονίκης. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (72,9%) που απάντησε στο αν η κατάσταση της υγείας τους είναι άσχημη, έχει σημειωθεί μείωση στο εισόδημά τους.

Όσον αφορά την επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων, συμπεραίνουμε ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του επαγγέλματος και της αντίληψης της κατάστασης της υγείας τους, χειρότερη άποψη για την κατάσταση της υγείας τους παρουσιάζουν τα άτομα που ασχολούνται με χειρονακτικές εργασίες και άτομα που απασχολούνται σε μικρές επιχειρήσεις.

Η σχέση της αντίληψης της κατάστασης της υγείας σε συνάρτηση με το μορφωτικό επίπεδο είναι ανάλογη. Στα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης, η ερωτώμενοι θεώρησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι άσχημη.

Παράλληλα, οι νέες πολιτικές που εφαρμόστηκαν στο επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται από τους δημόσιους φορείς υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης δεν φαίνεται να συσχετίζονται με το εισόδημα.

Τέλος, σημαντική συσχέτιση παρουσιάζεται μεταξύ του φύλου και της αντίληψης της κατάστασης της υγείας. Οι γυναίκες παρουσιάζονται περισσότερο απαισιόδοξες, με ένα ποσοστό της τάξεως του 70.7% των ατόμων που θεωρούν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι άσχημη, να ανήκει στο γυναικείο φύλο.

8.2 Σύγκριση με παρόμοια έρευνα

Η παρούσα έρευνα είναι πρωτότυπη για την ελληνική πραγματικότητα σχετικά με την οικονομική κρίση και το πώς επηρέασε τους πολίτες του νομού Θεσσαλονίκης. Ωστόσο, στην έρευνα των Μ. Καλογεροπούλου, Ε. Παπαθανασοπούλου [19] με θέμα: «**Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού**» παρατηρούμε ότι επιβεβαιώνεται για μια ακόμα φορά το γεγονός ότι η

σταθερότητα και αίσθηση ασφάλειας στην εργασία, η οποία στη συγκεκριμένη έρευνα σχετίζεται με τα έτη προϋπηρεσίας, αποτελεί παράγοντα ο οποίος ωθεί τους ερωτώμενους να εκτιμούν ότι η υγεία τους είναι αρκετά καλύτερη σε σύγκριση με αυτούς που αντιμετωπίζουν την όποια αβεβαιότητα σχετικά με την εργασία τους.

9. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial_crisis_20090401/en/index.html (30/5/2014)
2. WHO, World Health Organisation, (2013) Impact of financial crisis on health: a truly global solution is needed.
3. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61556-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61556-0/fulltext) (2/6/2014)
4. <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf> (15/5/2014)
5. Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β., (2010) Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχές Ελληνικής Υγείας* **27**(5):834-840.
6. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/eu_silc (2/5/2014)
7. http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2012/VOLUME%2002_12/VA_REV_5_11_02_12.pdf (2/5/2014)
8. <http://www.poverty.org.uk/summary/eu.htm> (5/5/2013)
9. http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0802/PressReleases/A0802_SFA10_DT_AN_00_2009_06_F_GR.pdf (5/5/2013)
10. <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=22770&subid=2&pubid=63931298> (2/6/2014)
11. <http://www.capital.gr/news.asp?id=2053432> (10/10/2013)
12. Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2011) Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet* **378** (9801):1457 – 1458.
13. Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2012) Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. *Τριμηνιαίο Επιστημονικό Περιοδικό του Τμήματος Νοσηλευτικής Α΄, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθηνών*, 203-212.
14. <http://www.sf-36.org/tools> (8/10/2013)
15. <http://www.esomar.org/> (8/10/2013)
16. <http://www.ekke.gr/> (8/10/2013)
17. Nunnally, J.C., (1975) Psychometric Theory. 25 Years Ago and Now. *Educational Researcher* **4** (10), 7-21.

18. Cronbach, L.J. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* **16**, 297-334.
19. Καλογεροπούλου, Μ., Παπαθανασοπούλου, Ε. (2013) Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού. *Αρχαία ελληνικής ιατρικής* **30** (5): 587-594.

10. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

10.1 Ερωτηματολόγιο



Αγαπητή κυρία / Αγαπητέ κύριε,

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος πτυχιακής εργασίας του τμήματος **Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική** του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με θέμα:

«Η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας στο νομό Θεσσαλονίκης».

Τα νοσοκομεία **Γ. Παπανικολάου, Γ. Γεννηματάς, Άγιος Δημήτριος** καθώς επίσης και η **3^η Υ.ΠΕ . Μακεδονίας** έχουν χορηγήσει τις απαιτούμενες άδειες για την εκπόνηση της παρούσας μελέτης. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Δεν θα αναφέρετε προσωπικά σας στοιχεία στο ερωτηματολόγιο και οι απαντήσεις σας είναι εμπιστευτικές, δεν θα δημοσιοποιηθούν και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της έρευνας. Η συμμετοχή σας είναι απαραίτητη για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 5-10 λεπτά. Για οποιαδήποτε απορία ή διευκρίνιση μπορείτε να επικοινωνήσετε μέσω e-mail στην εξής διεύθυνση: dtsonos@windowslive.com

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας,
Τσώνος Δημήτριος .

Αριθμός ερωτηματολογίου:

Ημερομηνία συμπλήρωσης:

A. ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

1. Γενικά, πως θα κρίνατε την κατάσταση της υγείας σας επί του παρόντος;

- Εξαιρετική
- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Άσχημη

2. Συγκριτικά με ένα χρόνο πριν, πως θα αξιολογούσατε γενικά την υγεία σας τώρα;

- Πολύ καλύτερη σε σχέση με τότε
- Κάπως καλύτερη σε σχέση με τότε
- Περίπου ίδια σε σχέση με τότε
- Κάπως χειρότερη σε σχέση με τότε
- Πολύ χειρότερη σε σχέση με τότε

3. Τα παρακάτω ερωτήματα αφορούν ρουτίνες της καθημερινότητάς σας . Περιορίζει η κατάσταση της υγείας σας αυτές τις δραστηριότητες; Και αν ναι, σε ποιά βαθμό; (Παρακαλώ, σημειώστε με X την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο σε κάθε ερώτηση.)

Ναι, την περιορίζει
πολύ
▼

Ναι, την
περιορίζει λίγο
▼

Όχι, δεν την
περιορίζει
καθόλου
▼

Μέτρια δραστηριότητα (όπως η μετακίνηση κάποιου επίπλου, το καθαρίσμα του σπιτιού, η πραγματοποίηση των καθημερινών αγορών κτλ.)

Το ανέβασμα μιας σκάλας πολλές φορές (όπως το να ανεβείτε στον πρώτο όροφο 4-5 φορές την ημέρα)

B. ΕΙΣΟΔΗΜΑ

4. Ποιά η κύρια πηγή του εισοδήματός σας;

- Εργασία
- Σύνταξη
- Επενδύσεις
- Εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων
- Επιδόματα
- Εξαρτώμενοι από άλλους
- Απουσία εισοδήματος
- Άλλο

5. Το μηνιαίο εισόδημά σας είναι περίπου:

- 0 €
- 0-400€
- 400-800€
- 800-1200€
- 1200-1600€
- 1600-2000€
- Μεγαλύτερο από 2000€

6. Υπήρξε μεταβολή στο εισόδημά σας από την έναρξη της οικονομικής κρίσης;

- Μειώθηκε πολύ
- Μειώθηκε λίγο
- Δεν υπήρξε μεταβολή
- Αυξήθηκε λίγο

Αυξήθηκε πολύ

7. Πιστεύετε ότι στο προσεχές μέλλον το εισόδημά σας...

Θα αυξηθεί;

Θα παραμείνει σταθερό;

Θα μειωθεί;

Γ. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ

8. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους υπήρξε περίπτωση που πραγματικά χρειάστηκε να απευθυνθείτε σε γιατρό ή χειρουργό για εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες, για δικό σας πρόβλημα υγείας, αλλά τελικά δεν τον συμβουλευτήκατε/επισκεφτήκατε;

Ναι, υπήρξε τουλάχιστον μία περίπτωση.

Όχι.

9. Ποιος ήταν ο κύριος λόγος που δεν απευθυνθήκατε σε γιατρό ή χειρουργό για εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες για δικό σας πρόβλημα υγείας; (Παρακαλώ, σημειώστε με X την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο σε κάθε ερώτηση.)

Δεν το επέτρεπε η οικονομική μου κατάσταση(πολύ ακριβή η επίσκεψη/συμβουλή ή δεν υπήρχε κάλυψη από το ασφαλιστικό μου ταμείο

Μεγάλη λίστα αναμονής

Το μέγεθος της απόστασης από το γιατρό/έλλειψη μέσων συγκοινωνίας

Φόβος για το γιατρό, τα νοσοκομεία, τις εξετάσεις, τη θεραπεία

Έλλειψη χρόνου λόγω εργασίας ή φροντίδας παιδιών ή άλλων ατόμων

Αναμονή μήπως το πρόβλημα υποχωρήσει/βελτιωθεί από μόνο του

Δεν γνώριζα κάποιον καλό εξειδικευμένο γιατρό

Άλλος λόγος

10. Κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους υπήρξε περίπτωση που πραγματικά χρειαστήκατε νοσοκομειακή φροντίδα (επίσκεψη/εισαγωγή), για δικό σας πρόβλημα υγείας, αλλά τελικά το αμελήσατε;

Ναι, υπήρξε τουλάχιστον μία περίπτωση.

Όχι.

11. Ποιος ήταν ο κύριος λόγος που δεν επισκεφτήκατε ή εισαχθήκατε σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο για δικό σας πρόβλημα υγείας; (Παρακαλώ, σημειώστε με X την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο σε κάθε ερώτηση.)

Δεν το επέτρεπε η οικονομική μου κατάσταση (πολύ ακριβή η επίσκεψη/εισαγωγή) ή δεν υπήρχε κάλυψη από τον ασφαλιστικό μου φορέα

Μεγάλη λίστα αναμονής

Το μέγεθος της απόστασης από το νοσοκομείο/έλλειψη μέσων συγκοινωνίας

Φόβος για τα νοσοκομεία

Έλλειψη χρόνου λόγω εργασίας ή φροντίδας παιδιών ή άλλων ατόμων

Αναμονή μήπως το πρόβλημα υποχωρήσει/βελτιωθεί από μόνο του

Δεν γνώριζα κάποιο καλό δημόσιο νοσοκομείο

Άλλος λόγος

12. Πώς κρίνετε το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας που παρέχουν οι δημόσιοι φορείς υγείας επί του παρόντος;

Πολύ καλό

καΚαλό

Μέτριο

Κακό

Πολύ κακό

13. Πώς κρίνετε το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας που παρείχαν οι δημόσιοι φορείς υγείας ένα χρόνο πριν;

Πολύ καλό

Καλό

Μέτριο

Κακό

Πολύ κακό

14. Πώς θεωρείτε ότι οι νέες πολιτικές που εφαρμόστηκαν/εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης επηρέασαν/επηρεάζουν το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται από τους δημόσιους φορείς υγείας;

Βελτιώνουν πολύ

Βελτιώνουν λίγο

Δεν επηρεάζουν

Επιδεινώνουν λίγο

Επιδεινώνουν πολύ

Δ. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

15.Φύλο

Άνδρας

Γυναίκα

16.Ηλικία _____

17.Επίπεδο εκπαίδευσης

Απουσία εκπαίδευσης

Απόφοιτος δημοτικού

Απόφοιτο γυμνασίου

Απόφοιτος λυκείου

Απόφοιτος Ι.Ε.Κ.

Απόφοιτος Α.Ε.Ι.-Τ.Ε.Ι.

Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου

Κάτοχος διδακτορικού τίτλου

18. Ποια η απασχόλησή σας; (Παρακαλώ, επιλέξτε από τις παρακάτω κατηγορίες, την επιλογή που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο)

ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΣ/Η

Αγρότης (λιγότερα από 50 στρέμματα γης)

Αγρότης (περισσότερα από 50 στρέμματα γης)

Ελεύθερος επαγγελματίας (απασχολείτε μέχρι 10 εργαζόμενους)

Ελεύθερος επαγγελματίας (απασχολείτε από 10 μέχρι 50 εργαζόμενους)

Ελεύθερος επαγγελματίας (απασχολείτε πάνω από 50 εργαζόμενους)

Εξειδικευμένος επιστήμονας

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ

Εξειδικευμένος επιστήμονας

Γενικός διευθυντής (ως 5 υπαλλήλους)

Γενικός διευθυντής (6-10 υπαλλήλους)

Γενικός διευθυντής (πάνω από υπαλλήλους)

Προϊστάμενος (ως 5 υπαλλήλους)

Προϊστάμενος (πάνω από 5 υπαλλήλους)

Υπάλληλος γραφείου

Υπάλληλος εκτός γραφείου

ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΧΕΙΡΟΝΑΚΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ειδικευμένος/η

Ανειδικευτος/η

- ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΑΣ
- ΦΟΙΤΗΤΗΣ
- ΟΙΚΙΑΚΑ
- ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ
- ΑΝΕΡΓΟΣ

19. Αν στην ερώτηση 18 επιλέξατε κάποια μορφή εργασίας, σημειώστε την απάντηση που χαρακτηρίζει την εργασία σας.

- Ιδιωτικός τομέας
- Δημόσιος τομέας

20. Ποια η οικογενειακή σας κατάσταση;

- Άγαμος/η
- Άγαμος/η με συμβίωση
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Σε διάσταση
- Χήρος/α

Σας ευχαριστώ για τη συμμετοχή και το διαθέσιμο χρόνο σας!

10.2 Πίνακες αποτελεσμάτων στατιστικής ανάλυσης των απαντήσεων των ερωτηματολογίων στο SPSS

Πίνακας 10.2.1 Ποσοστό ανδρών και γυναικών του δείγματος

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid Γυναίκα	87	45.5	45.5	45.5
Ανδρας	104	54.5	54.5	100.0
Σύνολο	191	100.0	100.0	

Πίνακας 10.2.2 Οικογενειακής κατάσταση των ερωτηθέντων

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid Χήρος / α	7	3.7	3.7	3.7
Σε διάσταση	2	1.0	1.0	4.7
Διαζευγμένος /	16	8.4	8.4	13.1
Έγγαμος / η	110	57.6	57.6	70.7
Άγαμος / η με συμβίωση	5	2.6	2.6	73.3
Άγαμος / η	51	26.7	26.7	100.0
Σύνολο	191	100.0	100.0	

Πίνακας 10.2.3 Επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Διδακτορικό	1	.5	.5	.5
Μεταπτυχιακό	14	7.3	7.3	7.9
ΑΕΙ / ΤΕΙ	39	20.4	20.4	28.3
ΙΕΚ	28	14.7	14.7	42.9
Λύκειο	64	33.5	33.5	76.4
Γυμνάσιο	19	9.9	9.9	86.4
Δημοτικό	26	13.6	13.6	100.0
Σύνολο	191	100.0	100.0	

Πίνακας 10.2.4. Κατηγορία απασχόλησης των εργαζόμενων ερωτηθέντων

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άλλο	72	37.7	37.7	37.7
Δημόσιος Τομέας	36	18.8	18.8	56.5
Ιδιωτικός Τομέας	83	43.5	43.5	100.0
Σύνολο	191	100.0	100.0	

Πίνακας 10.2.5 Είδος απασχόλησης των εργαζόμενων ερωτηθέντων

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αγρότης <50	43	22.5	22.5	22.5
Αγρότης >50	25	13.1	13.1	35.6
Ελεύθερος Επαγγελματίας <10	10	5.2	5.2	40.8
Ελεύθερος Επαγγελματίας 10 - 50	23	12.0	12.0	52.9
Ελεύθερος Επαγγελματίας >50	5	2.6	2.6	55.5
Εξειδικευμένος Επιστήμονας	9	4.7	4.7	60.2
Γενικός Διευθυντής <5	8	4.2	4.2	71.2
Γενικός Διευθυντής 6-10	14	7.3	7.3	78.5
Γενικός Διευθυντής > 10	1	.5	.5	79.1
Προϊστάμενος <5	2	1.0	1.0	80.1
Προϊστάμενος >5	6	3.1	3.1	83.2
Υπάλληλος εκτός γραφείου	3	1.6	1.6	84.8
Ειδικευόμενος	1	.5	.5	85.3
Ανειδίκευτος	3	1.6	1.6	86.9
Εισοδηματίας	3	1.6	1.6	88.5
Φοιτητής	2	1.0	1.0	89.5
Οικιακά	14	7.3	7.3	96.9
Συνταξιούχος	6	3.1	3.1	100.0
Σύνολο	191	100.0	100.0	

Πίνακας 10.2.6: Συσχέτιση μεταξύ της κατάστασης της υγείας και του επαγγέλματος των ερωτηθέντων

		apaxolhsh																				Total
		1.0	2.0	3.0	4.0	5.0	6.0	7.0	8.0	9.0	10.0	11.0	12.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0		
healthNOWasxhmh	Count							4			2									7	100	
	% withinhealthNOW	34	39	12				4			2									7	100	
	% withinapaxolhsh	32	64	50				15			100									50	21	
	% ofTotal	7	8	2				1												1	21	
metria	Count				4		9	4		4									9		100	
	% withinhealthNOW	38	28		4		9	4		4									9		100	
	% withinapaxolhsh	18	24		4		22	7		7									14		11	
	% ofTotal	4	3				1												1		11	
kalh	Count	12	4	8	2	4	4	10	16	14		2	8		2				4	6	100	
	% withinhealthNOW	14	8	40	4	40	22	38	100	50		50	66		100				14	50	25	
	% withinapaxolhsh	3	1	2		1	1	2	4	3		2							1	1	25	
	% ofTotal	3	1	2		1	1	2	4	3		2							1	1	25	
polykalh	Count	27	2	2	27	2	8			4				6		6		4	10		100	
	% withinhealthNOW	30	4	10	56	20	44			14				100		100		100	35		25	
	% withinapaxolhsh	6			6		2			1				1		1		1	2		25	
	% ofTotal	6			6		2			1				1		1		1	2		25	
eksairitik	Count	6			21	6	3	15		12		3	6				9		15		100	
	% withinhealthNOW	4			30	40	11	38		28		50	33				100		35		16	
	% withinapaxolhsh	1			3	1		2		2		1					1		2		16	
	% ofTotal	1			3	1		2		2		1					1		2		16	
6.00	Count				100																100	
	% withinhealthNOW				4																100	
	% withinapaxolhsh																				100	
	% ofTotal																				100	
Total	Count	22	13	5	12	2	4	6	4	7		1	3	1		1	1	1	7	3	100	
	% withinhealthNOW	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
	% withinapaxolhsh	22	13	5	12	2	4	6	4	7		1	3	1		1	1	1	7	3	100	
	% ofTotal	22	13	5	12	2	4	6	4	7		1	3	1		1	1	1	7	3	100	

Πίνακας 10.2.7: Πώς η μεταβολή στο μηνιαίο εισόδημα επηρεάζει την υγεία

healthNOW * Metavoli_Eisodhmatos Crosstabulation

		Metavoli_Eisodhmatos				Total
		ayksh8hkelig	oximetavoli	meiw8hkelig	meiw8hke po	
healthNOWasxhmh	Count					
	% within healthNOW	.0	24.4	12.2	63.4	100.0
	% within Metavoli_Eisodhmatos	.0	25.6	12.8	23.4	21.5
	% of Total	.0	5.2	2.6	13.6	21.5
Metria	Count					
	% within healthNOW	.0	14.3	42.9	42.9	100.0
	% within Metavoli_Eisodhmatos	.0	7.7	23.1	8.1	11.0
	% of Total	.0	1.6	4.7	4.7	11.0
Kalh	Count					
	% within healthNOW	.0	16.7	10.4	72.9	100.0
	% within Metavoli_Eisodhmatos	.0	20.5	12.8	31.5	25.1
	% of Total	.0	4.2	2.6	18.3	25.1

poly kalh	Count					
	% within healthNOW	2.1	14.6	20.8	62.5	100.0
	% within Metavoli_Eisodhmatos	50.0	17.9	25.6	27.0	25.1
	% of Total	.5	3.7	5.2	15.7	25.1
eksairetikh	Count					
	% within healthNOW	3.1	31.3	31.3	34.4	100.0
	% within Metavoli_Eisodhmatos	50.0	25.6	25.6	9.9	16.8
	% of Total	.5	5.2	5.2	5.8	16.8
6.00	Count					
	% within healthNOW	.0	100.0	.0	.0	100.0
	% within Metavoli_Eisodhmatos	.0	2.6	.0	.0	.5
	% of Total	.0	.5	.0	.0	.5
Total	Count					1
	% within healthNOW	1.0	20.4	20.4	58.1	100.0
	% within Metavoli_Eisodhmatos	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	% of Total	1.0	20.4	20.4	58.1	100.0

Πίνακας 10.2.8: Συσχέτιση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και κατάσταση υγείας
healthNOW * Education_status Crosstabulation

		Education_status							Total
		phd	Masteaei-teriek	lykeigymnasdhmotil					
healthNO'asxhmh	Count	0	1	2	6	11	7	14	41
	% within healthNOW	.0%	2.4%	4.9%	14.6%	26.8%	17.1%	34.1%	100.0
	% within Education_status	.0%	7.1%	5.1%	21.4%	17.2%	36.8%	53.8%	21.5%
	% of Total	.0%	.5%	1.0%	3.1%	5.8%	3.7%	7.3%	21.5%
Metria	Count	0	1	2	2	9	1	6	21
	% within healthNOW	.0%	4.8%	9.5%	9.5%	42.9%	4.8%	28.6%	100.0
	% within Education_status	.0%	7.1%	5.1%	7.1%	14.1%	5.3%	23.1%	11.0%
	% of Total	.0%	.5%	1.0%	1.0%	4.7%	.5%	3.1%	11.0%
Kalh	Count	1	5	12	11	14	3	2	48
	% within healthNOW	2.1%	10.4%	25.0%	22.9%	29.2%	6.3%	4.2%	100.0
	% within Education_status	100.0	35.7%	30.8%	39.3%	21.9%	15.8%	7.7%	25.1%
	% of Total	.5%	2.6%	6.3%	5.8%	7.3%	1.6%	1.0%	25.1%
poly kalh	Count	0	1	15	9	16	3	4	48
	% within healthNOW	.0%	2.1%	31.3%	18.8%	33.3%	6.3%	8.3%	100.0
	% within Education_status	.0%	7.1%	38.5%	32.1%	25.0%	15.8%	15.4%	25.1%
	% of Total	.0%	.5%	7.9%	4.7%	8.4%	1.6%	2.1%	25.1%

EksairetilCount		0	6	8	0	13	5	0	32
	% within healthNOW	.0%	18.8%	25.0%	.0%	40.6%	15.6%	.0%	100.0%
	% within Education_stat	.0%	42.9%	20.5%	.0%	20.3%	26.3%	.0%	16.8%
	% of Total	.0%	3.1%	4.2%	.0%	6.8%	2.6%	.0%	16.8%
6.00	Count	0	0	0	0	1	0	0	1
	% within healthNOW	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
	% within Education_stat	.0%	.0%	.0%	.0%	1.6%	.0%	.0%	.5%
	% of Total	.0%	.0%	.0%	.0%	.5%	.0%	.0%	.5%
Total	Count	1	14	39	28	64	19	26	191
	% within healthNOW	.5%	7.3%	20.4%	14.7%	33.5%	9.9%	13.6%	100.0%
	% within Education_stat	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	% of Total	.5%	7.3%	20.4%	14.7%	33.5%	9.9%	13.6%	100.0%

Πίνακας 10.2.9: Συσχετίσεις μεταξύ εισοδήματος και των νέων πολιτικών που εφαρμόστηκαν/εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται από τους δημόσιους φορείς υγείας

Mhniaio_Eisodima * politikes Crosstabulation

	politikes					Total
	epideinwnopoly	epideinwnounli	denephreazo	veltivnounli	veltivnopoly	
Mhniaio_Eisodim>200Count	8	2	1	2	0	13
% within Mhniaio_Eisodim>200	61.5%	15.4%	7.7%	15.4%	.0%	100.0%
% within politikes	6.9%	5.3%	4.2%	40.0%	.0%	6.8%
% of Total	4.2%	1.0%	.5%	1.0%	.0%	6.8%
1600-2000Count	6	0	1	0	0	7
% within Mhniaio_Eisodim1600-2000	85.7%	.0%	14.3%	.0%	.0%	100.0%
% within politikes	5.2%	.0%	4.2%	.0%	.0%	3.7%
% of Total	3.1%	.0%	.5%	.0%	.0%	3.7%

1200	Count	6	3	0	0	0	9
1600	% within Mhniaio_Eisodir	66.7%	33.3%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
	% within politike	5.2%	7.9%	0.0%	0.0%	0.0%	4.7%
	% of Total	3.1%	1.6%	0.0%	0.0%	0.0%	4.7%
800-	Count	11	8	4	1	3	27
1200	% within Mhniaio_Eisodir	40.7%	29.6%	14.8%	3.7%	11.1%	100.0%
	% within politike	9.5%	21.1%	16.7%	20.0%	37.5%	14.1%
	% of Total	5.8%	4.2%	2.1%	0.5%	1.6%	14.1%
400-	Count	25	15	7	1	0	48
800	% within Mhniaio_Eisodir	52.1%	31.3%	14.6%	2.1%	0.0%	100.0%
	% within politike	21.6%	39.5%	29.2%	20.0%	0.0%	25.1%
	% of Total	13.1%	7.9%	3.7%	0.5%	0.0%	25.1%
0-40	Count	32	5	4	0	2	43
	% within Mhniaio_Eisodir	74.4%	11.6%	9.3%	0.0%	4.7%	100.0%
	% within politike	27.6%	13.2%	16.7%	0.0%	25.0%	22.5%
	% of Total	16.8%	2.6%	2.1%	0.0%	1.0%	22.5%
0	Count	28	5	7	1	3	44
	% within Mhniaio_Eisodir	63.6%	11.4%	15.9%	2.3%	6.8%	100.0%
	% within politike	24.1%	13.2%	29.2%	20.0%	37.5%	23.0%
	% of Total	14.7%	2.6%	3.7%	0.5%	1.6%	23.0%
Total	Count	116	38	24	5	8	191
	% within Mhniaio_Eisodir	60.7%	19.9%	12.6%	2.6%	4.2%	100.0%
	% within politike	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

% of Total	60.7%	19.9%	12.6%	2.6%	4.2%	100.0%
------------	-------	-------	-------	------	------	--------

Πίνακας 10.2.10: Συσχετίσεις μεταξύ την κατάσταση της υγείας και του φύλου.

healthNOW * gender Crosstabulation

			gender		Total
			gynaika	andras	
healthNOW	Asxhmh	Count	29	12	41
		% within healthNOW	70.7%	29.3%	100.0%
		% within gender	33.3%	11.5%	21.5%
		% of Total	15.2%	6.3%	21.5%
	Metria	Count	7	14	21
		% within healthNOW	33.3%	66.7%	100.0%
		% within gender	8.0%	13.5%	11.0%
		% of Total	3.7%	7.3%	11.0%
	Kalh	Count	22	26	48
		% within healthNOW	45.8%	54.2%	100.0%
		% within gender	25.3%	25.0%	25.1%
		% of Total	11.5%	13.6%	25.1%
poly kalh	Count	20	28	48	
	% within healthNOW	41.7%	58.3%	100.0%	
	% within gender	23.0%	26.9%	25.1%	
	% of Total	10.5%	14.7%	25.1%	
eksairetikh	Count	8	24	32	
	% within healthNOW	25.0%	75.0%	100.0%	
	% within gender	9.2%	23.1%	16.8%	
	% of Total	4.2%	12.6%	16.8%	
6.00	Count	1	0	1	
	% within healthNOW	100.0%	.0%	100.0%	
	% within gender	1.1%	.0%	.5%	
	% of Total	.5%	.0%	.5%	
Total	Count	87	104	191	
	% within healthNOW	45.5%	54.5%	100.0%	

% within gender	100.0%	100.0%	100.0%
% of Total	45.5%	54.5%	100.0%

10.3 Άδειες για τη διεξαγωγή της έρευνας

ΑΠΟ: Γ. Ν. ΤΗ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ

ΑΡ. ΦΑΞ : 00310 310357746

12 ΣΕΠ. 2014 14:37

P1



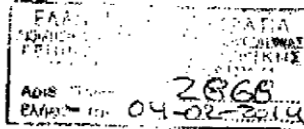
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ

3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης
Πληρ.: Παπαδοπούλου Αναστασία
Τηλ: 2313 320567



Θεσσαλονίκη, 30/01/2014
Αρ. Πρωτ.: Δ3β/1956

Προς:
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«Γ. Παπανικολάου»
Γραφείο Διοικητή ✓

Α.Υ. Διοικ.

Τ.Π. ΣΥΤΒ

ΘΕΜΑ: «Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας του κ. Τσώνου Δημητρίου»
Σχετ: Το υπ' αριθμ. πρωτ 75/28-01-2014 έγγραφό σας.

Με το υπ' αριθμ. πρωτ. 75/28-01-2014 έγγραφό σας μας διαβιβάσατε την αίτηση έγκρισης εκπόνησης ερευνητικής εργασίας του κ. Τσώνου Δημητρίου, φοιτητή του τμήματος Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική, στα πλαίσια συγγραφής πτυχιακής εργασίας με τίτλο «Η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας στο νομό Θεσσαλονίκης». Επιπλέον μας διαβιβάσατε το Πρακτικό Συνεδρίασης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου σας, σύμφωνα με το οποίο εγκρίνεται η εκπόνηση της ανωτέρω ερευνητικής εργασίας. Δεν προχωρήσατε σε διαβίβαση των λοιπών απαιτούμενων δικαιολογητικών (βεβαίωση επιβλέποντος καθηγητή, ερωτηματολόγιο έρευνας), καθώς σας ενημερώσαμε ότι έχουν ήδη κατατεθεί από τον κ. Τσώνο στην Υπηρεσία μας.

Σας ενημερώνουμε ότι έπειτα από:

α) την εξέταση (ως προς την πληρότητα και την ορθότητα) των δικαιολογητικών που μας αποστέλλετε,

β) την εξέταση του τρόπου συλλογής δεδομένων (διανομή ανώνυμου ερωτηματολογίου σε ασθενείς και συνοδούς),

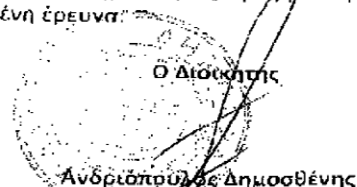
γ) την εξέταση της ενδεικτικής θεματολογίας των ερωτήσεων (του είδους των δεδομένων που θα αντληθούν) και την αξιολόγησή της σε συνάρτηση με το σκοπό διενέργειας της έρευνας,

δ) τη διατύπωση της γνωμοδότησης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου σας υπέρ της έγκρισης εκπόνησης της ερευνητικής εργασίας (Απόσπασμα Πρακτικού 1^{ης} / 15-01-2014 Τακτικής Συνεδρίασης του Επιστημονικού σας Συμβουλίου),

εγκρίνουμε την αίτηση του κ. Τσώνου Δημητρίου και συνεπώς τη διανομή του ερωτηματολογίου. Επιπλέον, παρακαλούμε να διαβιβάσετε στον κ. Τσώνο την επιθυμία μας για γνωστοποίηση κατάθεσης των αποτελεσμάτων της έρευνας του στην Υπηρεσία μας, προς γνώση και αξιοποίηση δεδομένων που θα εξαχθούν από τη συγκεκριμένη έρευνα.

Επισημική διανομή

1. Γραφείο Διοικητή
2. Γραφείο Υποδιοικητών



Διεύθυνση: Αριστοτέλους 16, 54523 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2313 320567, Fax: 2313 320515
e-mail: prae@3ypa.gr



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ
3ης ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ
ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης
Πληρ.: Παπαδοπούλου Αναστασία
Τηλ: 2313 320567

Διοικητική Γραφή (1)
29-1-2014

Θεσσαλονίκη, 24/01/2014
Αρ. Πρωτ.: Δ3β/1620

Προς:
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«Γ. Γεννηματάς-Ο Άγιος Δημήτριος»,
Γραφείο Διοικητή

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
«Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ-Ο ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ»
Αρ. Πρωτ.: 1644
Παραλήφθηκε την 29/1/2014

**ΘΕΜΑ: «Έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας του κ.Τσώνου Δημητρίου»
Σχετ: Το υπ' αριθμ.πρωτ.1272/22-01-2014 έγγραφο σας.**

Με το υπ' αριθμ.πρωτ.1272/22-01-2014 έγγραφο σας μας διαβιβάσατε τα δικαιολογητικά που απαιτούνται για την έγκριση εκπόνησης ερευνητικής εργασίας του κ. Τσώνου Δημητρίου, φοιτητή του τμήματος Πληροφορικής με Εφαρμογές στη Βιοϊατρική, στα πλαίσια συγγραφής πτυχιακής εργασίας με τίτλο «Η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας στο νομό Θεσσαλονίκης».

Σας ενημερώνουμε ότι έπειτα από:

- α) την εξέταση (ως προς την πληρότητα και την ορθότητα) των δικαιολογητικών που μας αποστείλατε,
- β) την εξέταση του τρόπου συλλογής δεδομένων (διανομή ανώνυμου ερωτηματολογίου σε ασθενείς και συνοδούς),
- γ) την εξέταση της ενδεικτικής θεματολογίας των ερωτήσεων (του είδους των δεδομένων που θα αντληθούν) και την αξιολόγησή της σε συνάρτηση με το σκοπό διενέργειας της έρευνας,
- δ) τη διατύπωση της γνωμοδότησης του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου σας υπέρ της έγκρισης εκπόνησης της ερευνητικής εργασίας (Απόσπασμα Πρακτικού 1^{ης} Έκτακτης Συνεδρίασης / 14-01-2014 του Επιστημονικού Συμβουλίου),

εγκρίνουμε την αίτηση του κ.Τσώνου Δημητρίου και συνεπώς τη διανομή του ερωτηματολογίου. Επιπλέον, παρακαλούμε να διαβιβάσετε στον κ.Τσώνο την επιθυμία μας για γνωστοποίηση-κατάθεση των αποτελεσμάτων της έρευνάς του στην Υπηρεσία μας, προς γνώση και αξιοποίηση δεδομένων που θα εξαχθούν από τη συγκεκριμένη έρευνα.

Ο Διοικητής

Ανδριόπουλος Δημοσθένης

- Εσωτερική διανομή
- 1. Γραφείο Διοικητή
 - 2. Γραφείο Υποδιοικητών

Διεύθυνση: Αριστοτέλους 16, 54623 Θεσσαλονίκη, Τηλ.: 2313 320589, Fax : 2313 320515
e-mail: npdp@3ypc.gr

