

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΝΕΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ»**

**ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΡΟΛΟΥ ΤΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΟΥ ΤΟΜΕΑ  
“ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ” ΤΟΥ ΕΣΠΑ (2007-2013) ΣΤΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ**

**Βιργινία Λίνου**

**Βόλος, Οκτώβριος 2015**

**Επιβλέπων: Δ. Καλλιώρας, Επίκουρος Καθηγητής**

## Ευχαριστίες

Μετά την ολοκλήρωση αυτής της τόσο εποικοδομητικής προσπάθειας, θα ήθελα να ευχαριστήσω όσους με βοήθησαν κατά τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας.

Αρχικά οφείλω να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή μου, Επίκουρο Καθηγητή Δημήτρη Καλλιώρα, ο οποίος ανέλαβε την επίβλεψη αυτής της εργασίας, για την αρμονική συνεργασία που είχαμε, ήταν πάντα διαθέσιμος να μου προσφέρει τις γνώσεις του, αλλά κυρίως για την μεγάλη κατανόηση που έδειξε απέναντί μου.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα την κα. Μαρία Τσιάπα, Καθηγήτρια ΕΔΙΠ, για την πολύτιμη βοήθεια της, τις χρήσιμες συμβουλές της, αλλά και την καθοδήγηση της, χάρη στην οποία κατάφερα να ολοκληρώσω την εργασία.

Ολοκληρώνοντας θα ήθελα να απευθύνω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου, στους γονείς μου για την συμπαράσταση και βοήθειά τους, αλλά και στον σύζυγό μου για την ηθική υποστήριξη και την τεράστια κατανόηση και υπομονή του.

Τέλος, θα ήθελα να αφιερώσω αυτή την εργασία στις κόρες μου, Έφη, Μάρθα και Μαρκέλλα.

Βιργινία Λίνου

Οκτώβριος, 2015

## **Περίληψη**

Τα τελευταία χρόνια το Υπουργείο Υγείας ανταποκρινόμενο στις σύγχρονες επιδημιολογικές προκλήσεις και στα νέα δεδομένα, εφάρμοσε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. Το χρηματοδοτούμενο αυτό έργο από την ΕΕ, επιδιώκει την ανάδειξη της δημόσια υγείας ως κορυφαίο ζήτημα κοινωνικής πολιτικής, διασφαλίζοντας την πρόληψη των ασθενειών και την ποιότητα ζωής του πολίτη. Για την εκπόνηση αυτού του σχεδίου δράσης, θέτονται στόχοι και σχεδιάζονται παρεμβάσεις στον τομέα της υγείας για την κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη του τόπου. Η πλειοψηφία των κονδυλίων στον τομέα αυτό διατίθεται σε προμήθεια υλικών, υλικοτεχνικές βελτιώσεις και επεκτάσεις νοσοκομείων, ενώ ακολουθούν οι βρεφονηπιακοί σταθμοί παιδικοί σταθμοί, κέντρα προσχολικής αγωγής και δημιουργικής απασχόλησης παιδιών, κατασκηνώσεις, παιδικές χαρές. Ωστόσο, η υγεία εμπεριέχει και μια σειρά κοινωνικών, οικονομικών και άλλων παραμέτρων. Για το λόγο αυτό είναι αναγκαίες οι παρεμβάσεις για τη δραστική μείωση του κοινωνικού χάσματος, καθώς και η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην πρόσβαση υγείας.

**Λέξεις Κλειδιά :** υγεία, χρηματοδότηση, παρεμβάσεις

In recent years the Ministry of Health in response to modern epidemiologic challenges and the new circumstances, has implemented the National Action Plan for Public Health. The project funded by the EU, seeks to highlight the public health as a top social policy issue, ensuring the prevention of disease and quality of civic life. In preparing this Action Plan, are set objectives and planned interventions in the health sector for the socio - economic development of the country. The majority of the funds in this field are available in the supply of materials, logistical improvements and hospital extensions, followed nurseries creches, pre-school centers, creative children camps and playgrounds. However, health contains a series of social, economic and other parametron. Therefore, interventions are necessary to reduce drastically the social divide and tackling inequalities in health access.

**Key Words :** health, funding, interventions

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες .....	i
Περίληψη .....	ii
Κατάλογος Πινάκων.....	iv
Κατάλογος Σχημάτων .....	v
Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο 1ο : Ο Σχεδιασμός της στρατηγικής του αναπτυξιακού τομέα “Υγεία και κοινωνική μέριμνα” του ΕΣΠΑ.....	2
1.1 Η προώθηση της ανάπτυξης μέσω των πόρων της ΕΕ .....	2
1.2 Στόχοι του Σχεδίου Δράσης για την Δημόσια Υγεία .....	4
1.3 Στρατηγική του τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την περίοδο προγραμματισμού 2007-2013 .....	6
α. Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.....	8
β. Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης .....	8
γ. Μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος και της άσκησης προνοιακών πολιτικών.....	9
δ. Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης – eHealth & Health Care .....	11
ε. Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας .....	12
στ. Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εκπαίδευση και συνεχής κατάρτιση. ....	13
ζ. Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας στον τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.....	14
η. Προώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα καθώς και Υ.Υ.Κ.Α. με άλλους φορείς.....	15
θ. Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας .....	16
1.4 Σχεδιαζόμενες παρεμβάσεις και Δαπάνες στην Υγεία .....	17
1.5 Πολιτική υγείας στην Ελλάδα και επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία .....	20
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> Ανάλυση και αξιολόγηση της συμβολής του αναπτυξιακού τομέα ‘Υγεία και κοινωνική μέριμνα’ στην οικονομική και κοινωνική συνοχή των περιφερειών .....	33
2.1 Πόροι που έχουν διατεθεί ανά Περιφέρεια .....	33
2.2 Η σχέση της Υγείας με δείκτες κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας.....	40
Κεφάλαιο 3. Συμπεράσματα .....	52
Βιβλιογραφία.....	54

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Η κατανομή του ΕΣΠΑ στις αναπτυξιακές ενότητες.....	20
Πίνακας 2. Δαπάνη υγείας και ρυθμός μεταβολής της σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης, 2010...22	22
Πίνακας 3. Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας.....	24
Πίνακας 4. Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα. ....	26
Πίνακας 5. Σχετικός κίνδυνος φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις.....	29
Πίνακας 6. Προϋπολογισμοί και έργα ανά περιφέρεια.....	34
Πίνακας 7. Κατηγορίες έργων.....	36
Πίνακας 8. Δείκτης Location Quotient ανά περιφέρεια.....	39
Πίνακας 9. Συντελεστής συσχέτισης ΕΣΠΑ υγείας και κατά κεφαλή ΑΕΠ 2012.....	40
Πίνακας 10. Ποσοστό ανεργίας ανά περιφέρεια.....	41
Πίνακας 11. Επίπεδο φτώχειας ανά περιφέρεια.....	43
Πίνακας 12. Κίνδυνος φτώχειας κατά ηλικιακή ομάδα. περιφέρεια και νομό. ....	44
Πίνακας 13. Ποσοστό φτώχειας ανάλογα με την κατάσταση απασχόλησης και την περιοχή κατοικίας.....	46
Πίνακας 14. Αριθμός γεννήσεων ανά περιφέρεια 2012 – 2013.....	47
Πίνακας 15. Αριθμός νοσοκομείων ανά ΥΠΕ. ....	48

## Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1. Εξέλιξη δαπανών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα.....	25
Σχήμα 2. Σύνολο δαπάνης υγείας .....	27
Σχήμα 3. Εξέλιξη αριθμού ανέργων (σε χιλιάδες), β' τρίμηνο 2012 – α' τρίμηνο 2015. ....	28
Σχήμα 4. Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού με υλικές στερήσεις, κατά ομάδες ηλικιών. ....	30
Σχήμα 5. Ποσοστιαία κατανομή του συνολικού προϋπολογισμού ανά περιφέρεια. ....	35
Σχήμα 6. Σύγκριση ρυθμού εισροής ασθενών. ....	49
Σχήμα 7. Ποσοστιαία μεταβολή ρυθμού εισροής ασθενών. ....	50
Σχήμα 8. Πληρότητα κλινών.....	51

## **Εισαγωγή**

Στη χώρα μας, ο τομέας της υγείας απορροφά πάνω από το 9% του ΑΕΠ, γεγονός που επιβαρύνει την ελληνική κοινωνία και οικονομία σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με το παραγόμενο αποτέλεσμα. Η ικανοποίηση των χρηστών από το Δημόσιο σύστημα υγείας είναι χαμηλή, καθώς οι πολίτες πληρώνουν όλο και περισσότερες πρόσθετες πληρωμές για να εξασφαλίσουν ικανοποιητικές υπηρεσίες υγείας.

Η αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος υγείας τίθεται ως βασική προτεραιότητα και για το λόγο αυτό, συγκροτήθηκε μια σειρά μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων τόσο σε επίπεδο υποδομών όσο κυρίως σε οργανωτικό και λειτουργικό επίπεδο. Η ΕΕ στα πλαίσια της νέας στρατηγικής προσέγγισης για την Πολιτική Συνοχής, χρηματοδοτεί μέσω του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Υγεία.

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος, αλλά και της αναγκαιότητας διάθεσης των κονδυλίων.

Αρχικά, γίνεται μελέτη των στρατηγικών στόχων που διαμορφώθηκαν από το Υπουργείο Υγείας, αναλύοντας το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον, καθώς και μελέτη των σχεδιαζόμενων παρεμβάσεων. Στη συνέχεια γίνεται ανάλυση των διατιθέμενων πόρων ανά Περιφέρεια σε συσχέτιση με ορισμένους δείκτες υγείας, κοινωνικής ευημερίας και προστασίας, καθώς η υγεία εμπεριέχει και μια σειρά κοινωνικών, οικονομικών και άλλων παραμέτρων. Τέλος, εξετάζεται αν υπάρχει πλήρης αποτελεσματικότητα της διάθεσης και χρήσης των πόρων, καθώς και αν καταγράφονται σημαντικές πρωτοβουλίες για την απορρόφηση των κονδυλίων έτσι ώστε να υπάρξει δραστική μείωση του κοινωνικού χάσματος.

## **Κεφάλαιο 1ο : Ο Σχεδιασμός της στρατηγικής του αναπτυξιακού τομέα “Υγεία και κοινωνική μέριμνα” του ΕΣΠΑ**

### **1.1 Η προώθηση της ανάπτυξης μέσω των πόρων της ΕΕ**

Η Ευρώπη τα τελευταία 20 χρόνια έχει αναπτύξει μια σειρά μέτρων, τόσο φορολογικών όσο και χρηματοδοτικών με σκοπό την αύξηση και ενίσχυση των επενδύσεων. Στη συνέχεια, ολόένα και περισσότερες χώρες ακολούθησαν αυτές τις πολιτικές έτσι ώστε να πετύχουν ισόρροπη οικονομική ανάπτυξη. Ανάμεσα σε αυτές ήταν και η Ελλάδα, η οποία προσπάθησε να προσαρμόσει τη φιλοσοφία της αναπτυξιακής πολιτικής στα δικά της οικονομικά δεδομένα, όμως υπήρξε μεγάλη καθυστέρηση. Ωστόσο, επιδίωξε μια σειρά από πολιτικές στήριξης στην βιομηχανία, στην έρευνα και στην ανάπτυξη, στην προστασία του περιβάλλοντος, στην εξοικονόμηση ενέργειας και στον εκσυγχρονισμό των μικρομεσαίων επιχειρήσεων. Παράλληλα έγινε προσπάθεια για αναβάθμιση στον τομέα της τεχνολογίας, με διάφορα προγράμματα υποστήριξης κλάδων υψηλής τεχνολογίας, τεχνικής επαγγελματικής κατάρτισης και παροχής τεχνικής βοήθειας.

Η ΕΕ χρηματοδοτεί ένα ευρύ φάσμα έργων και προγραμμάτων σε διάφορους τομείς, όπως:

- ✓ περιφερειακή και αστική ανάπτυξη
- ✓ απασχόληση και κοινωνική ένταξη
- ✓ γεωργία και αγροτική ανάπτυξη
- ✓ θαλάσσια και αλιευτική πολιτική
- ✓ έρευνα και καινοτομία
- ✓ ανθρωπιστική βοήθεια

Η διαχείριση των χρηματοδοτικών κονδυλίων διέπεται από αυστηρούς κανόνες που διασφαλίζουν ότι η διάθεσή τους παρακολουθείται στενά και χαρακτηρίζεται από διαφάνεια και υπευθυνότητα. Οι 28 επίτροποι της ΕΕ έχουν συλλογικά την τελική



πολιτική ευθύνη για τη χρηστή διάθεση των κονδυλίων της ΕΕ. Δεδομένου ότι η διαχείριση των περισσότερων χρηματοδοτήσεων γίνεται από τις δικαιούχους χώρες, η ευθύνη για τη διενέργεια επιθεωρήσεων και ετήσιων ελέγχων βαρύνει τις εθνικές κυβερνήσεις.

Η διαχείριση του 76% και πλέον του προϋπολογισμού της ΕΕ γίνεται σε συνεργασία με τις εθνικές και περιφερειακές αρχές μέσω ενός συστήματος «κοινής διαχείρισης», κατά κύριο λόγο μέσω 5 μεγάλων ταμείων, των διαρθρωτικών και επενδυτικών ταμείων.

Συλλογικά, τα ταμεία αυτά βοηθούν στην υλοποίηση της στρατηγικής της Ευρώπης.

- ✓ Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής Ανάπτυξης (ΕΤΠΑ) – περιφερειακή και αστική ανάπτυξη
- ✓ Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) – κοινωνική ένταξη και χρηστή διακυβέρνηση
- ✓ Ταμείο Συνοχής (ΤΣ) – οικονομική σύγκλιση των λιγότερο αναπτυγμένων περιφερειών
- ✓ Ευρωπαϊκό Γεωργικό Ταμείο Αγροτικής Ανάπτυξης (ΕΓΤΑΑ)
- ✓ Ευρωπαϊκό Ταμείο Θάλασσας και Αλιείας (ΕΤΘΑ)

Κάποια άλλα κονδύλια, τα οποία διαχειρίζεται απευθείας η ΕΕ, χορηγούνται υπό μορφή:

- ✓ επιχορηγήσεων για συγκεκριμένα έργα που εντάσσονται σε πολιτικές της ΕΕ, συνήθως μετά από δημόσια προκήρυξη, γνωστή ως "πρόσκληση υποβολής προτάσεων". Ένα τμήμα αυτής της χρηματοδότησης προέρχεται από την ΕΕ και ένα άλλο από άλλες πηγές
- ✓ συμβάσεων που συνάπτουν τα όργανα της ΕΕ για την αγορά υπηρεσιών, προϊόντων ή έργων που χρειάζονται για τη λειτουργία τους π.χ. εκπόνηση μελετών, παροχή κατάρτισης, διοργάνωση συνεδρίων, προμήθεια εξοπλισμού ΤΠ. Οι συμβάσεις ανατίθενται μέσω προκήρυξης διαγωνισμών. (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2015)

Ειδικότερα, για τον προγραμματισμό των ταμείων της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε εθνικό

επίπεδο για την περίοδο 2007-2013, ιδιαίτερα σημαντικό αποτέλεσε το έγγραφο αναφοράς **ΕΣΠΑ**, δηλαδή “το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013”. Εκπονήθηκε στο πλαίσιο της νέας στρατηγικής προσέγγισης για την Πολιτική Συνοχής της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σύμφωνα με την οποία το ΕΣΠΑ «...εξασφαλίζει ότι η συνδρομή από τα Ταμεία συμβαδίζει με τις κοινοτικές στρατηγικές κατευθυντήριες γραμμές για τη συνοχή και προσδιορίζει το σύνδεσμο μεταξύ των κοινοτικών προτεραιοτήτων αφενός και του εθνικού προγράμματος μεταρρυθμίσεων αφετέρου». Για την υλοποίηση του ΕΣΠΑ υπεβλήθησαν μια σειρά προτάσεων στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, τόσο σε εθνικό, όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο και λαμβάνοντας υπόψη τα κυριότερα έγγραφα της ΕΕ (Στρατηγική της Λισσαβόνας, Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων), για τη διαμόρφωση των βασικών στρατηγικών επιλογών, η στοχοθεσία του ΕΣΠΑ διατυπώθηκε σε 4 επίπεδα :

- στο επίπεδο των στρατηγικών στόχων του ΕΣΠΑ
- στο επίπεδο των θεματικών και χωρικών προτεραιοτήτων, όπως απαιτείται από το Γενικό Κανονισμό των Ταμείων
- στο επίπεδο των Γενικών Στόχων στους οποίους αναλύεται κάθε θεματική προτεραιότητα
- στο επίπεδο των ειδικών στόχων και των κύριων μέσων επίτευξης

(Υπουργείο Οικονομίας, Υποδομών, Ναυτιλίας & Τουρισμού, 2011)

## **1.2 Στόχοι του Σχεδίου Δράσης για την Δημόσια Υγεία**

Για την απόκτηση μιας ολοκληρωμένης και σύγχρονης στρατηγικής, πρόληψης και προαγωγής υγείας, ανταποκρινόμενη στις σύγχρονες επιδημιολογικές προκλήσεις και στα νέα δεδομένα, το Υπουργείο Υγείας έκανε την πρώτη προσπάθεια στην υγειονομική ιστορία της χώρας εφαρμόζοντας το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. Το έργο αυτό επιδιώκει την ανάδειξη της Δημόσιας Υγείας ως κορυφαίο ζήτημα κοινωνικής πολιτικής, διασφαλίζοντας την πρόληψη των ασθενειών και την ποιότητα ζωής του πολίτη.

Πιο συγκεκριμένα, με βάση το Εθνικό Σχέδιο Δράσης “το Υπουργείο Υγείας διασφαλίζει την προαγωγή της υγείας των πολιτών της χώρας με την παροχή ποιοτικής φροντίδας υγείας με σεβασμό στα δικαιώματα και την ιδιαιτερότητα του κάθε ασθενή. Σκοπός του Υπουργείου είναι η έμφαση στην πρόληψη της ασθένειας, η παροχή ίσων ευκαιριών περίθαλψης σε όλους τους πολίτες και η βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των κρατικών υπηρεσιών υγείας.” (Υπουργείο Υγείας, 2015)

Για την εκπόνηση του Σχεδίου Δράσης για την Δημόσια Υγεία 2007-2013 το υπουργείο μελέτησε αναλυτικά την κατάσταση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λαμβάνοντας υπόψη τις ανεπάρκειες και τα θετικά σημεία, αναλύοντας το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον, διαμόρφωσε τους παρακάτω στόχους:

- Στόχος 1. Χάραξη εθνικής πολιτικής και καθορισμός στόχων για τη Δημόσια Υγεία.
- Στόχος 2. Αναδιοργάνωση του συστήματος παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού.
- Στόχος 3. Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στη Δημόσια Υγεία.
- Στόχος 4. Βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Στόχος 5. Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μηχανισμών ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απειλών.
- Στόχος 6. Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μηχανισμών περιβαλλοντικής υγείας.
- Στόχος 7. Ενίσχυση των δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε όλες τις περιφέρειες.
- Στόχος 8. Βελτίωση της ποιότητας και επιστημονικής εγκυρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Στόχος 9. Πληροφορική οργάνωση για τη Δημόσια Υγεία.
- Στόχος 10. Λογοδοσία και προβολή του συστήματος Δημόσιας Υγείας και αναβάθμιση της επικοινωνιακής του πολιτικής.

(Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ Υπουργείου Υγείας, 2015)

Τέλος, η κύρια αναπτυξιακή προτεραιότητα του Υπουργείου Υγείας είναι “η διατήρηση της υγείας και κατ'επέκταση της παραγωγικής ικανότητας του ατόμου ως πρωταρχικής σημασίας κεφάλαιο για την αναπτυξιακή πορεία της χώρας”. Με βάση λοιπόν, αυτή την διατύπωση γίνεται αναγκαίος ο ορθολογικός σχεδιασμός παρεμβάσεων στον τομέα της υγείας για την κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη του τόπου.

### **1.3 Στρατηγική του τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την περίοδο προγραμματισμού 2007-2013**

Στον τομέα της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αν και έχουν γίνει σημαντικές επενδύσεις από διάφορες χρηματοδοτήσεις Εθνικών αλλά και Κοινοτικών πόρων, ωστόσο, ο τομέας αυτός έχει να κάνει ακόμη πολύ δρόμο για την βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών του.

Για το λόγο αυτό η αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί βασική προτεραιότητα για την περίοδο προγραμματισμού 2007-2013. Απαραίτητη προϋπόθεση όμως είναι μια σειρά συγκροτημένων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων, τόσο σε επίπεδο υποδομών όσο κυρίως σε οργανωτικό και λειτουργικό επίπεδο.

Το Όραμα του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την περίοδο 2007-2013 διατυπώνεται ως εξής:

“Βελτίωση του επιπέδου υγείας και κοινωνικής φροντίδας του πληθυσμού της χώρας, μέσω της προώθησης του οργανωτικού, λειτουργικού και οικονομικού εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης”. (Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ Υπουργείου Υγείας, 2015)

Με βάση το όραμα του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τίθενται οι παρακάτω Στρατηγικοί Στόχοι:

- ✓ Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μέσω της δημιουργίας των κατάλληλων προϋποθέσεων για την προστασία και προαγωγή της υγείας ώστε να αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής.

- ✓ Βελτίωση της απόδοσης του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητά του και να καταστεί περισσότερο ανταγωνιστικό.
- ✓ Μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος και της άσκησης προνοιακών πολιτικών μέσω της προώθησης ενεργητικών πολιτικών κοινωνικής ενσωμάτωσης έναντι των παθητικών πολιτικών πρόνοιας.
- ✓ Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης – e-Health & Health Care, ο οποίος αφορά στην ηλεκτρονική διοίκηση και την οργανωτική αναδιάρθρωση του συστήματος, στην αναβάθμιση – προώθηση σύγχρονων και ποιοτικών ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών με έμφαση στις ανάγκες του πολίτη και στη διασφάλιση της διαλειτουργικότητας με άλλους συμπληρωματικούς τομείς.
- ✓ Ολοκλήρωση της μμεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας στην κατεύθυνση της αποασυλοποίησης και κοινωνικο-οικονομικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, με τη δημιουργία κατάλληλων δομών και υπηρεσιών και την ενεργοποίηση άριστα καταρτισμένου προσωπικού.
- ✓ Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και εκπαίδευση, συνεχής κατάρτιση και προσαρμογή του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως προς τις απαιτήσεις των μεταρρυθμίσεων.
- ✓ Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας στον τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ώστε να ενισχυθεί η παραγωγή προηγμένων προϊόντων και εφαρμογών
- ✓ Προώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα καθώς και Υ.Υ.Κ.Α. με άλλους φορείς.
- ✓ Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας, ώστε να εδραιωθεί ο τουρισμός υγείας και να αναπτυχθούν νέες χρηματοδοτικές εισροές.

Οι Στρατηγικοί Στόχοι του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης επιμερίζονται σε Γενικούς Στόχους. Οι περισσότεροι από τους γενικούς στόχους δύνανται να

εξειδικευτούν στα πεδία της Δημόσιας Υγείας, Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας, Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ψυχικής Υγείας.

(Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ Υπουργείου Υγείας, 2015)

#### **α. Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μιας χώρας είναι ταυτόχρονα συνέπεια και βασικός παράγοντας της αναπτυξιακής κατάστασης και προοπτικής της χώρας. Η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σχετίζεται με την πρόληψη, την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και τον περιορισμό ή την εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου της δημόσιας υγείας. Στο πλαίσιο αυτό είναι αναγκαίο να ληφθεί υπόψη ότι στη σύγχρονη κοινωνία η ανθρώπινη υγεία επηρεάζεται και από περιβαλλοντικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες.

Ως Γενικοί Στόχοι τίθενται οι εξής:

- Χάραξη εθνικής πολιτικής και καθορισμός στόχων για τη Δημόσια Υγεία.
- Αναδιοργάνωση του συστήματος παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού.
- Ενίσχυση των δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε όλες τις περιφέρειες

#### **β. Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**

Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα κατατάσσεται στα δαπανηρότερα και μη αποτελεσματικά συστήματα Υγείας παγκοσμίως ενώ ταυτόχρονα η ικανοποίηση ασθενών δεν αντισταθμίζει το υψηλό κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών. Αποτελεί προτεραιότητα του τομέα ο εξορθολογισμός της λειτουργίας των μονάδων υγείας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από υψηλές δαπάνες και περιορισμένη ανταποδοτικότητα. Στην κατεύθυνση αυτή είναι αναγκαίος και ο εξορθολογισμός της γεωγραφικής κατανομής των μονάδων υγείας με σκοπό την όσο το δυνατόν καλύτερη και ταχύτερη εξυπηρέτηση

των ασθενών.

Παράλληλα απαραίτητη κρίνεται η αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών με διαδικασίες πιστοποίησης, προτυποποίησης και αξιολόγησης. Αιχμή του δόρατος στη προσπάθεια αυτή είναι η πρόσφατη μεταρρύθμιση του συστήματος προμηθειών, με το νέο νόμο προμηθειών του Υ.Υ.Κ.Α. και τις προβλεπόμενες σε αυτό παρεμβάσεις.

Επίσης, η λειτουργία των νοσοκομειακών και άλλων υγειονομικών μονάδων είναι απαραίτητο να βελτιωθεί, ώστε να παρέχουν εσωτερικές συνθήκες κλιματικής άνεσης, σε συνδυασμό με την ορθολογική χρήση ενέργειας και την ασφαλή απόθεση μολυσματικών και ραδιενεργών αποβλήτων.

Οι Γενικοί Στόχοι είναι οι εξής:

- Οικονομική εξυγίανση του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας.
- Βελτίωση της ποιότητας και επιστημονικής εγκυρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Βελτίωση των υποδομών και του εξοπλισμού των μονάδων υγείας.
- Ορθολογική χωροθέτηση των μονάδων υγείας.
- Βελτίωση της περιβαλλοντικής επίδοσης του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Προβολή και αναβάθμιση της επικοινωνιακής πολιτικής του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

#### **γ. Μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος και της άσκησης προνοιακών πολιτικών**

Η πρόληψη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των φαινομένων περιθωριοποίησης και αποκλεισμού στην ελληνική κοινωνία κρίνεται απαραίτητη ώστε να βελτιωθεί η κοινωνική συνοχή, να καταπολεμηθούν οι διακρίσεις και να αξιοποιηθούν οι ευκαιρίες οικονομικής ανάπτυξης των περιφερειών της χώρας. Πρόκειται για ένα στόχο που διαρθρώνεται επιχειρησιακά στους επιμέρους ακόλουθους στόχους:

- Βελτίωση του επιπέδου της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού μέσω μηχανισμών πρόληψης, φροντίδας, αποκατάστασης και ένταξης.
- Ενίσχυση της κοινωνικής και οικονομικής συνοχής των περιφερειών μέσω ορθολογικού χωροταξικού σχεδιασμού και αποκέντρωσης των προνοιακών υπηρεσιών.

Η προώθηση της ισότητας επιτυγχάνεται επίσης μέσω της λειτουργίας των δομών Κοινωνικής Φροντίδας (Βρεφονηπιακοί Σταθμοί, Παιδικοί Σταθμοί, Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών, Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας, κλπ.), οι οποίες επιτρέπουν την πρόσβαση και συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας, καθώς απεμπλέκονται από τις αυξημένες κοινωνικές υποχρεώσεις που αναλαμβάνουν (ανατροφή παιδιών, φροντίδα ηλικιωμένων προσώπων). Προγράμματα και δομές όπως το Δίκτυο Κοινωνικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών, τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.), τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (Κ.Δ.Α.Π.), οι παιδικοί / βρεφονηπιακοί σταθμοί ολοκληρωμένης φροντίδας και ΑμεΑ, οι Δομές Ανοικτής Διαβίωσης ΑμεΑ, ή υπηρεσίες όπως η γραμμή άμεσης επικοινωνίας του Ε.Κ.Α.Κ.Β., τα οποία δημιουργήθηκαν σε προηγούμενες περιόδους, πρέπει να ενισχυθούν και να καλύψουν και άλλες ευπαθείς ομάδες, αλλά και το σύνολο της χώρας όπου αυτό αρμόζει (Εθνικό Δίκτυο Δομών Ανοικτής Διαβίωσης ΑμεΑ, Ανάπτυξη Περιφερειακών Γραφείων Υποστηρικτικών Κοινωνικών Υπηρεσιών).

Επίσης κρίνεται σκόπιμη η δημιουργία νέων δομών και η υλοποίηση δράσεων κοινωνικής φροντίδας και προστασίας της οικογένειας, ιδιαίτερα σε ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές, με σκοπό την εξυπηρέτηση των εργαζόμενων γονέων / γυναικών που εξυπηρετούν συγγενικά ηλικιωμένα άτομα και των μοναχικών ηλικιωμένων ατόμων. Στο πλαίσιο αυτό, οι γενικοί στόχοι είναι οι εξής:

- Ενεργητική ένταξη στην αγορά εργασίας και πρόληψη του αποκλεισμού ευπαθών ατόμων και ομάδων.
- Πρόσβαση σε ποιοτικές κοινωνικές υπηρεσίες και καταπολέμηση των



διακρίσεων μεταξύ χρηστών κοινωνικών υπηρεσιών.

- Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας και προώθησης της ισότητας των φύλων.

#### **δ. Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης – eHealth & Health Care**

Ο ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και η ανάπτυξη ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας αποσκοπεί στη διασφάλιση της διαλειτουργικότητας με άλλους συμπληρωματικούς τομείς και στη βελτίωση της καθημερινότητας του πολίτη. Ο ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναφέρεται στον εκσυγχρονισμό των υφισταμένων και την ανάπτυξη νέων πληροφοριακών συστημάτων που θα επιτρέψουν την ηλεκτρονική διοίκηση και την οργανωτική αναδιάρθρωση καθώς και την ανάπτυξη ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας. Σε ότι αφορά τις υποδομές Τ.Π.Ε. των νοσοκομείων, θα πρέπει να ολοκληρωθούν στη λογική της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, της διαλειτουργικότητας μεταξύ των πληροφοριακών συστημάτων και της παροχής ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας μεταξύ των φορέων υγείας (πληροφοριακά portals, κοινές υπηρεσίες ραντεβού, κοινές δομές διαχείρισης ψηφιακών εικόνων, collocated data centers, αξιοποίηση προτύπων και οντολογιών κλπ.). Στο πλαίσιο αυτό, θα επιδιωχθεί η αξιοποίηση των βέλτιστων πρακτικών σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, προκειμένου να αναδειχθούν οι δυνατότητες που προσφέρονται από τις νέες τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών και να δοκιμαστούν σε πιλοτική φάση αλλά και σε πραγματικές συνθήκες, καινοτόμες τεχνολογικές προσεγγίσεις και επιχειρηματικά σχήματα.

Η εφαρμογή τεχνικών ψηφιοποίησης και τηλεϊατρικής θα επιτρέψει την εξ αποστάσεως ενημέρωση και παρακολούθηση των ατόμων που χρήζουν περίθαλψης και φροντίδας (e-health). Η αξιοποίηση της γνώσης αιχμής απαιτεί συνεργασία των ερευνητών και των παραγγελοδοτών της έρευνας, όπως και διαρκή κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού. Ιδιαίτερα τα εντός της χώρας παραγόμενα ερευνητικά αποτελέσματα θα επιδιωχθεί να διεισδύουν ταχύτερα στην αγορά και την εφαρμογή.

Επίσης, κατά την ανάπτυξη ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στην υποστήριξη του πληθυσμού που συνεχώς γηράσκει και συνεπώς στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς αυξάνεται συνεχώς το χρονικό διάστημα όπου μεγάλη μερίδα του πληθυσμού χρειάζεται προ-νοσοκομειακή φροντίδα, κατ' οίκον υπηρεσίες (τηλεϊατρική, τηλε-παρακολούθηση κλπ. ειδικά προς δύσβατες και νησιωτικές περιοχές) και υπηρεσίες αποκατάστασης.

Οι Γενικοί Στόχοι είναι οι εξής:

- Ενίσχυση της συνεργασίας και της διαλειτουργικότητας πληροφοριακών συστημάτων σε ευρωπαϊκό, εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.
- Δημιουργία σύγχρονων και καινοτόμων υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας βασισμένων στις Τ.Π.Ε.
- Ενιαίες υπηρεσίες e-Health προς όφελος του πολίτη χωρίς αποκλεισμούς

#### **ε. Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας**

Οι προσπάθειες της ελληνικής πολιτείας για τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας της ψυχικής υγείας, σύμφωνα και με τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, έχουν προσλάβει χαρακτηριστικά σημαντικής μεταρρύθμισης του συστήματος. Το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην κοινωνική – κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνολικού συστήματος κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της ψυχικής υγείας.

Στόχος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι η περαιτέρω προώθηση ενός νέου λειτουργικού μοντέλου ανοιχτής φροντίδας των ΑμεΑ, η πρόληψη και καταπολέμηση του αποκλεισμού ομάδων του πληθυσμού από τον εργασιακό και κοινωνικό βίο λόγω σύνθετων χρόνιων προβλημάτων υγείας και η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με τον εθνικό σχεδιασμό. Η

στοχοθεσία αξιοποιεί τις πολιτικές προτεραιότητες της κυβέρνησης για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, τους στόχους της αναθεωρημένης Στρατηγικής της Λισσαβόνας για την ανάπτυξη και την απασχόληση και τις αρχές της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής Κοινωνικής Ένταξης, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις κατευθυντήριες γραμμές για τη λειτουργία των Κοινοτικών Διαρθρωτικών Ταμείων, όσο και καλές πρακτικές άλλων Κρατών Μελών της Ε.Ε. που αναδεικνύονται στο πλαίσιο εφαρμογής της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού. Ταυτόχρονα λαμβάνονται υπ' όψη οι επεξεργασίες διεθνών οργανισμών όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με προσήλωση στο στρατηγικό του στόχο έχει συστήσει Ειδική Γραμματεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Ένταξης η οποία έχει ως προτεραιότητα την προώθηση της μεταρρύθμισης στον τομέα και την εξασφάλιση της κοινωνικής ενσωμάτωσης.

Ως Γενικοί Στόχοι στο πεδίο της Ψυχικής Υγείας τίθενται οι εξής:

- Αποασυλοποίηση του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού χρόνιων ψυχικά ασθενών που σήμερα διαβιούν σε κλειστές δομές.
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που εξακολουθούν να εξυπηρετούνται σε δομές ιδρυματικής περίθαλψης.
- Ανάπτυξη ανοιχτών κοινοτικών δομών πρόληψης και θεραπείας.
- Κοινωνική και οικονομική επανένταξη των ψυχικά ασθενών.
- Πρόληψη και αντιμετώπιση των διακρίσεων, των στερεοτυπικών προκαταλήψεων και του στιγματισμού των ψυχικά ασθενών και της προάσπισης των κοινωνικών και ατομικών

**στ. Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εκπαίδευση και συνεχής κατάρτιση.**

Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού είναι ένας από τους κυριότερους συντελεστές της βελτίωσης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Στο πλαίσιο αυτό

προβλέπεται η προώθηση των στρατηγικών δια βίου εκπαίδευσης αλλά και η επαγγελματική κατάρτιση των εργαζομένων, η ανάπτυξη συνεργασιών με εκπαιδευτικούς φορείς του εσωτερικού και του εξωτερικού, με εφαρμογή μεθόδων εξ' αποστάσεως εκπαίδευσης και η υλοποίηση δράσεων μεταφοράς και διάδοσης τεχνογνωσίας. Η ικανότητα παροχής υπηρεσιών σε ευπαθείς ομάδες (συμπεριλαμβανομένων και των ηλικιωμένων) αποτελεί προτεραιότητα. Στην ίδια κατεύθυνση αναδύεται η ανάγκη κάλυψης νέων ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση κρίσεων και εκτάκτων περιστατικών (φυσικά φαινόμενα, κλπ.), την εφαρμογή και χρήση νέων τεχνολογιών, την αποκατάσταση ασθενών, καθώς και η ανάγκη για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού.

Επιπρόσθετα, απαιτείται η ανάπτυξη μηχανισμών διάχυσης της γνώσης και των ερευνητικών αποτελεσμάτων με σκοπό την αξιοποίησή τους αλλά και η παραγωγή δεικτών και η συγκριτική αξιολόγησή τους με σκοπό τη βελτίωση της διοίκησης και των υπηρεσιών του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Οι Γενικοί Στόχοι στον τομέα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού διαμορφώνονται ως εξής:

- Κατάρτιση προσωπικού υγείας και κοινωνικής φροντίδας.
- Πιστοποίηση δεξιοτήτων κατάρτισης.
- Αναμόρφωση και διεύρυνση προγραμμάτων ιατρικών και παραϊατρικών σπουδών.

#### **ζ. Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας στον τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**

Το Υπουργείο Ανάπτυξης έχει ήδη αναγνωρίσει την «υγεία» ως πεδίο καινοτομίας και υψηλής έντασης κεφαλαίου και γνώσης. Στην κατεύθυνση προώθησης της εξωστρέφειας του τομέα της ιατρικής τεχνολογίας κρίνεται απαραίτητη η εισαγωγή καινοτομιών στην παραγωγική διαδικασία και η ανάπτυξη της τεχνολογίας.

Για την προώθηση των παρεμβάσεων του τομέα προτείνεται η δημιουργία Ανώτατου Συμβουλίου Έρευνας και Καινοτομίας και ενισχύεται η διαρκής επιμόρφωση των ανώτερων και ανώτατων στελεχών του τομέα.

Ως Γενικοί Στόχοι τίθενται οι εξής:

- Ενίσχυση της παραγωγής, μεταποίησης και επενδύσεων σε προηγμένα προϊόντα και εφαρμογές
- Ενίσχυση της παραγωγής φαρμάκων και σκευασμάτων βιολογικής βάσης.

#### **η. Προώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα καθώς και Υ.Υ.Κ.Α. με άλλους φορείς**

Ο στρατηγικός αυτός στόχος συντίθεται από τρεις (3) Γενικούς Στόχους οι οποίοι είναι:

- Επίτευξη Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ – PPP)

Η επίτευξη Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα δεν αναιρεί τον δημόσιο χαρακτήρα της εκμετάλλευσης των έργων στον τομέα της υγείας, καθώς οι υποψήφιοι επενδυτές αναμένεται να αναλάβουν τις υποστηρικτικές δραστηριότητες (ασφάλεια, σίτιση, καθαριότητα, συντήρηση εγκαταστάσεων), που σήμερα ήδη εκχωρούνται σε ιδιώτες. Το κόστος λειτουργίας των έργων αυτών αναμένεται να μειωθεί αισθητά. Ταυτόχρονα, η αναδιοργάνωση της Δημόσιας Επιχείρησης Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ) και η σχεδιαζόμενη μετεξέλιξη σε νέο σχήμα, που να μπορεί να επεκταθεί στην αγορά της ΝΑ Ευρώπης, μπορεί να επιφέρουν μείωση του κόστους υποδομών.

- Δικτύωση φορέων του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Η δικτύωση μεταξύ των μονάδων του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποβλέπει στη συνεργασία και τη συμπληρωματικότητα της δράσης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Έμφαση δίνεται στη δικτύωση μεταξύ των μονάδων τόσο του ίδιου όσο και διαφορετικού επιπέδου (π.χ. μεταξύ των μονάδων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας αλλά

και μεταξύ αυτών της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας).

- Ανάπτυξη και προώθηση του κοινωνικού εθελοντισμού και της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης

Σκοπός είναι η ανάπτυξη και ενίσχυση των θεσμών κοινωνικού εθελοντισμού του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μέσω της συνεργασίας των κρατικών και των μη κυβερνητικών δομών και την οργάνωση της κοινωνικής προσφοράς. Η κοινωνική αλληλεγγύη θα επικεντρωθεί επίσης και σε ζητήματα πρόληψης και αντιμετώπισης φυσικών και άλλων καταστροφών. Η εταιρική κοινωνική ευθύνη ορίζεται στην Πράσινη Βίβλο της Ε.Ε. για την Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη, ως «η οικειοθελής δέσμευση των επιχειρήσεων να ενσωματώσουν στην επιχειρηματική τους λειτουργία και πρακτική και στις σχέσεις τους με τους ενδιαφερόμενους για τη δραστηριότητά τους παράγοντες, κοινωνικές και περιβαλλοντικές δράσεις».

Η προώθηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης είναι σημαντική και στις τρεις διαστάσεις της:

- σε συνάρτηση με το ανθρώπινο δυναμικό μίας επιχείρησης,
- την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων,
- σε σχέση με το εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης: συνεργάτες, πελάτες, προμηθευτές, τοπική κοινωνία, ΜΚΟ, τοπικές αρχές, περιβάλλον

#### **θ. Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας**

Ο στόχος αφορά στην ανάπτυξη κατάλληλων προϋποθέσεων για την εδραίωση του Τουρισμού Υγείας και της εξωστρέφειας του συστήματος. Θα επιδιωχθεί να αναπτυχθούν νέες χρηματοδοτικές εισροές, με την προσέλκυση προσοδοφόρων περιστατικών έξω από τα σύνορα της χώρας: υπηρεσίες μπορούν να παρέχονται σε ασφαλισμένους της Βόρειας Ευρώπης, αλλά και σε ασθενείς από τις γειτονικές χώρες που χρήζουν ειδικής φροντίδας. Η επιδίωξη αυτή αναμένεται να αυξήσει την απασχόληση των ιατρών της χώρας, ο αριθμός των οποίων σε σχέση με τον πληθυσμό είναι από τους μεγαλύτερους σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Στην ίδια κατεύθυνση θα συμβάλουν η ίδρυση κέντρων αποκατάστασης υγείας στην περιφέρεια και ο εξοπλισμός υφιστάμενων τουριστικών μονάδων, που θα εξασφαλίζουν ειδικές υπηρεσίες υγείας στον τουρισμό. Ο τομέας Υγείας θα επιδιώξει να εξασφαλίσει τις υγειονομικές προϋποθέσεις που θα ενθαρρύνουν ευρωπαϊκούς πληθυσμούς τρίτης ηλικίας να αποκτήσουν δεύτερη κατοικία στην ελληνική περιφέρεια. Σε αυτό θα συμβάλλουν καθοριστικά τα Κέντρα Τουρισμού Υγείας.

Ως Γενικοί Στόχοι τίθενται οι εξής:

- Ενίσχυση των προϋποθέσεων για την ανάπτυξη Κέντρων Τουρισμού Υγείας.
- Ενίσχυση των Διασυνοριακών Κέντρων Υγείας σε όλες τις βαθμίδες.
- Περαιτέρω ανάπτυξη και εξορθολογισμός των Διασυνοριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας.
- Διευκόλυνση διακρατικής παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας.
- Παροχή υποστήριξης και μεταφορά τεχνογνωσίας σε δομές γειτονικών χωρών.

(Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ Υπουργείου Υγείας, 2015)

#### **1.4 Σχεδιαζόμενες παρεμβάσεις και Δαπάνες στην Υγεία**

Γενικότερα, το επίπεδο υγείας του πληθυσμού σε σχέση με άλλες μεσογειακές χώρες δεν βελτιώθηκε με τον ίδιο ρυθμό, καθώς υπάρχει υστέρηση στην πρόληψη, την οργάνωση της δημόσιας υγείας αλλά και στη στελέχωση κατάλληλου προσωπικού. Το σύστημα υγείας παρουσιάζει αδυναμίες στην ορθολογική κατανομή υποδομών, δομών και προσωπικού, με αποτέλεσμα την μη αποδοτική λειτουργία του. Ωστόσο, παρουσιάζονται και δυνατότητες με την εξέλιξη της τεχνολογίας και τη γεωπολιτική αναδιάταξη στην Ευρώπη και στα Βαλκάνια (Ιατρικό Βήμα, 2006).

Το κείμενο του ΕΣΠΑ στον κρίσιμο χώρο της υγείας, εστιάζει “στην ανάγκη βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, στο οποίο επιδρούν ανασταλτικά οι αδυναμίες στην πρόληψη, την οργάνωση της δημόσιας υγείας και της πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς και στην στελέχωση. Οι παράγοντες που συμβάλλουν αρνητικά εντοπίζονται, κυρίως,

στη μη ορθολογική κατανομή των νοσοκομειακών υποδομών και προσωπικού, στις υψηλές δαπάνες που δεν εξασφαλίζουν αντίστοιχα υψηλό δείκτη ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας, στις περιφερειακές ανισότητες στη παροχή υπηρεσιών υγείας και, το σημαντικότερο, στη μεγάλη καθυστέρηση σε σχέση με τον λειτουργικό και οργανωτικό εκσυγχρονισμό των μονάδων υγείας που έχει ως συνέπεια τη παρατεινόμενη ανεπάρκεια σε πολλά σημεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Επισημαίνεται η πρόοδος στο τομέα της ψυχικής υγείας, χωρίς ωστόσο και εδώ να μην διαπιστώνονται αδυναμίες στη πρόληψη και πρωτοβάθμια περίθαλψη.” (Υπουργείο Οικονομίας, Υποδομών, Ναυτιλίας & Τουρισμού, 2014). Αναφορικά με την κοινωνική ενσωμάτωση στον τομέα της κοινωνικής αλληλεγγύης, η θεματολογία του ΕΣΠΑ εστιάζει στην αντιμετώπιση των προκλήσεων της ελληνικής κοινωνίας σε σχέση με την μέριμνα για ευπαθείς ομάδες, όπως η αδήλωτη και απλήρωτη εργασία, η ανισοκατανομή του εισοδήματος, οι επιπτώσεις στο συνταξιοδοτικό και νοσηλευτικό σύστημα λόγω της αύξησης του γηράσκοντος πληθυσμού και την αναποτελεσματική εργασιακή και κοινωνική ενσωμάτωση των μεταναστών. Τα έργα της αναπτυξιακής ενότητας “Υγεία και Κοινωνική Μέριμνα” απαρτίζονται από τα έργα με τις παρακάτω θεματικές προτεραιότητες:

- Υποδομές στον τομέα της υγείας
- Υποδομές στον τομέα της φροντίδας παιδιών
- Υποδομές στον τομέα της στέγασης
- Άλλες κοινωνικές υποδομές

Ο συνολικός προϋπολογισμός των έργων στον τομέα της Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας ανέρχεται στα **992.190.123 €**.

(Ανάπτυξη, 2011)

Στον παρακάτω πίνακα, (πίνακας 1), βλέπουμε την κατανομή του ΕΣΠΑ σε όλες τις αναπτυξιακές ενότητες. Στην πρώτη θέση στον προϋπολογισμό βρίσκονται οι υποδομές και υπηρεσίες μεταφορών. Σύμφωνα με το Υπουργείο Οικονομίας & Οικονομικών τα στοιχεία για τις μεταφορές στην Ελλάδα σε σχέση με αυτά της ΕΕ-15, υποδεικνύουν ότι



η συμμετοχή του τομέα στην ανάπτυξη της χώρας είναι ισχυρότερη απ' ό,τι στην υπόλοιπη Ευρώπη. Με την άρση των εγγενών εμποδίων προσβασιμότητας, εξασφαλίζεται η ευρύτερη διάχυση της οικονομικής ανάπτυξης και των συνεργειών της οικονομικής δραστηριότητας τόσο σε εθνικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο. Παράλληλα, οφείλεται και σε εξωγενείς γεωπολιτικούς παράγοντες, όπως η διεύρυνση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η δημιουργία της Ζώνης Ελεύθερου Εμπορίου με τους Μεσογειακούς Εταίρους της Ε.Ε, που συντελεί στη διεύρυνση του ζωτικού οικονομικού χώρου της Ελλάδας διαμέσου και του συστήματος μεταφορών. Οι παράγοντες αυτοί σε συνδυασμό με την προς τα ανατολικά μετατόπιση του «γεωπολιτικού» κέντρου βάρους της ΕΕ-25, μεγεθύνουν τη σημασία της χώρας και του ρόλου της στην περιοχή των Βαλκανίων και της ανατολικής Μεσογείου. Η προοπτική αυτή αναμένεται να ενισχύσει το ρόλο του συστήματος μεταφορών της χώρας σε διεθνές και εθνικό επίπεδο. (Υπουργείο Οικονομίας & Οικονομικών, 2007).

Στη συνέχεια ακολουθούν οι δράσεις για το περιβάλλον. Το συνολικό σχέδιο δράσης βασίζεται στις απαιτήσεις της οδηγίας 91/271 με κεντρικό στόχο την ολοκλήρωση των απαιτούμενων υποδομών για τη συλλογή, μεταφορά και επεξεργασία των λυμάτων. Τέλος σημαντικές είναι και οι δράσεις στον τομέα της επιχειρηματικότητας καθώς, στοχεύουν στην ανάπτυξη ενός ορθολογικού συστήματος δομών στήριξης, στην ανάβαθμιση και απλούστευση του επιχειρηματικού περιβάλλοντος και στην άρση εμποδίων στην ανάπτυξη μικρών επιχειρήσεων.

**Πίνακας 1. Η κατανομή του ΕΣΠΑ στις αναπτυξιακές ενότητες.**

Αναπτυξιακές ενότητες	Προϋπολογισμός (€)
Μεταφορές	13.043.216.394
Δράσεις Περιβάλλοντος	5.193.906.449
Επιχειρηματικότητα	4.851.339.116
Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού	3.977.969.659
Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση	3.152.874.975
Καθαρές Αστικές Μεταφορές	2.719.639.135
Ψηφιακή Σύγκλιση	2.008.569.506
Ενέργεια	1.789.533.048
Αστική Αναγέννηση	1.164.192.099
<b>Υγεία και Κοινωνική Μέριμνα</b>	<b>992.190.123</b>
Πολιτισμός	865.849.334
Τεχνική Υποστήριξη	837.763.432
Έρευνα & Τεχνολογία	763.518.142
Ναυτιλία	348.287.340
Τουρισμός	260.584.247
Διοικητική μεταρρύθμιση	87.925.115

Πηγή: Ανάπτυξη, 2011

### **1.5 Πολιτική υγείας στην Ελλάδα και επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία**

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών παρατηρείται μια συνεχή αύξηση στις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά και σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του πλανήτη. Για τις εθνικές κυβερνήσεις αυτό αποτέλεσε πηγή ανησυχίας, ενώ αναζητήσαν πολιτικές αναχαίτισης της αύξησης.

Γενικότερα, σε περιόδους αύξησης του ΑΕΠ η αύξηση των δαπανών υγείας δεν αποτελεί πρόβλημα, καθώς η κοινωνία θέτει την υγεία ως προτεραιότητα. Αντιθέτως, η αύξηση

των δαπανών υγείας σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, δεσμεύει πόρους από άλλες δραστηριότητες. Είναι μεγάλη η πρόκληση, λοιπόν, για τα κράτη η συγκράτηση του κόστους των συστημάτων υγείας, ενώ η επένδυση στην υγεία μπορεί να αποφέρει κοινωνικά και οικονομικά οφέλη.

Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2), παρατηρούμε ότι το 2010 η μέση κατά κεφαλή δαπάνη υγείας παύει να αυξάνεται λόγω των μέτρων που έχουν ληφθεί σε πολλές χώρες για την μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας. Επίσης, παρατηρείται μια μικρότερη αύξηση σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, ενώ στις χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την κρίση, στην Ελλάδα και στην Ιρλανδία, μειώθηκε σημαντικά η δαπάνη υγείας. Στις χώρες της Ευρώπης το 2010 η συνολική δαπάνη υγείας αντιστοιχούσε κατά μέσο όρο στο 9% του ΑΕΠ.

**Πίνακας 2. Δαπάνη υγείας και ρυθμός μεταβολής της σε επιλεγμένες χώρες της Ευρώπης, 2010.**

	Μέσος ετήσιος ρυθμός μεταβολής δαπάνης υγείας *(%)		Δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ,2010		Κατά κεφαλή δαπάνη υγείας, EUR PPP
	2000-2009	2009-2010	Συνολική	Δημόσια	
Βέλγιο	3,8	0,2	10,5	8,0	3.052
Γαλλία	2,1	0,8	11,6	9,0	3.058
Γερμανία	2,0	2,7	11,6	8,9	3.337
Δανία	3,2	-2,1	11,1	9,5	3.439
Ελβετία	2,0	1,4	11,4	7,4	4.056
<b>Ελλάδα</b>	<b>5,7</b>	<b>-6,7</b>	<b>10,2</b>	<b>6,1</b>	<b>2.244</b>
Ηνωμένο Βασίλειο	4,9	-0,5	9,6	8,0	2.636
Ιρλανδία	6,5	-7,9	9,2	6,4	2.862
Ισπανία	4,1	-0,9	9,6	7,1	2.345
Ιταλία	1,3	1,0	9,3	7,4	2.282
Κύπρος	2,7	-0,2	7,4	3,2	1.783
Νορβηγία	2,9	-2,0	9,4	8,1	4.156
Ολλανδία	5,5	2,0	12,0	9,6	3.890
Πολωνία	7,1	0,5	7,0	5,0	1.068
Πορτογαλία	1,8	0,5	10,7	7,1	2.097
Ρουμανία	5,6	4,2	6,0	4,8	677
Σλοβακία	10,9	2,4	9,0	5,8	1.614
Σλοβενία	3,9	-2,0	9,0	6,6	1.869
Σουηδία	3,4	1,2	9,6	7,7	2.894
Τσεχία	6,0	-4,4	7,5	6,3	1.450
Φινλανδία	3,9	0,4	8,9	6,6	2.504

Πηγή: OECD, 2010.

Η Ελλάδα από το 2008 διέρχεται μια έντονη οικονομική ύφεση, με αποτέλεσμα να έχουν υιοθετηθεί μέτρα δραστηκής περικοπής του συνόλου των δημόσιων δαπανών, προκειμένου να μειωθεί το δημοσιονομικό έλλειμμα. Ο τομέας της δημόσιας παροχής υγείας εμφανίζει μείωση των διατιθέμενων κονδυλίων, ενώ ταυτόχρονα η μακροχρόνια ύφεση έχει ως αποτέλεσμα την εκτόξευση της ανεργίας και την δραματική μείωση του εισοδήματος.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2014b), στην Ελλάδα η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ως προς το ΑΕΠ διαμορφώθηκε στο 9% για το 2011, ενώ το 2010 και 2009 ανήλθαν στο 9,4% και 10% αντιστοίχως. Εδώ, θα πρέπει να σημειωθεί ότι θα πρέπει να συνυπολογιστεί ότι στην διάρκεια των εξεταζόμενων ετών, το ΑΕΠ της Ελλάδας μειωνόταν συνεχώς –όπως και συνεχίζει να μειώνεται-, άρα το ύψος της μείωσης των δημόσιων δαπανών υγείας είναι ακόμη υψηλότερη απ' αυτό που καταγράφεται στα παραπάνω ποσοστά.

Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 3) αποτυπώνεται το ύψος της δαπάνης υγείας, για τα έτη από το 2009 έως το 2012, από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Όπως παρατηρούμε, το σύνολο της τρέχουσας δαπάνης υγείας για την περίοδο 2009-2012 είναι μειωμένο κατά 23,62% με το σύνολο της δημόσιας δαπάνης να είναι μειωμένο συνολικά για την περίοδο 2009-2012 κατά 25,3% ενώ η συνολική ιδιωτική τρέχουσα δαπάνη για την περίοδο 2009-2012 καταγράφει μείωση κατά 20%.

Σημαντική είναι η μείωση, τόσο της δημόσιας, όσο και της συνολικής δαπάνης υγείας για την περίοδο 2011-2012, καταγράφοντας μείωση κατά 12,6% και 12,1% αντίστοιχα.

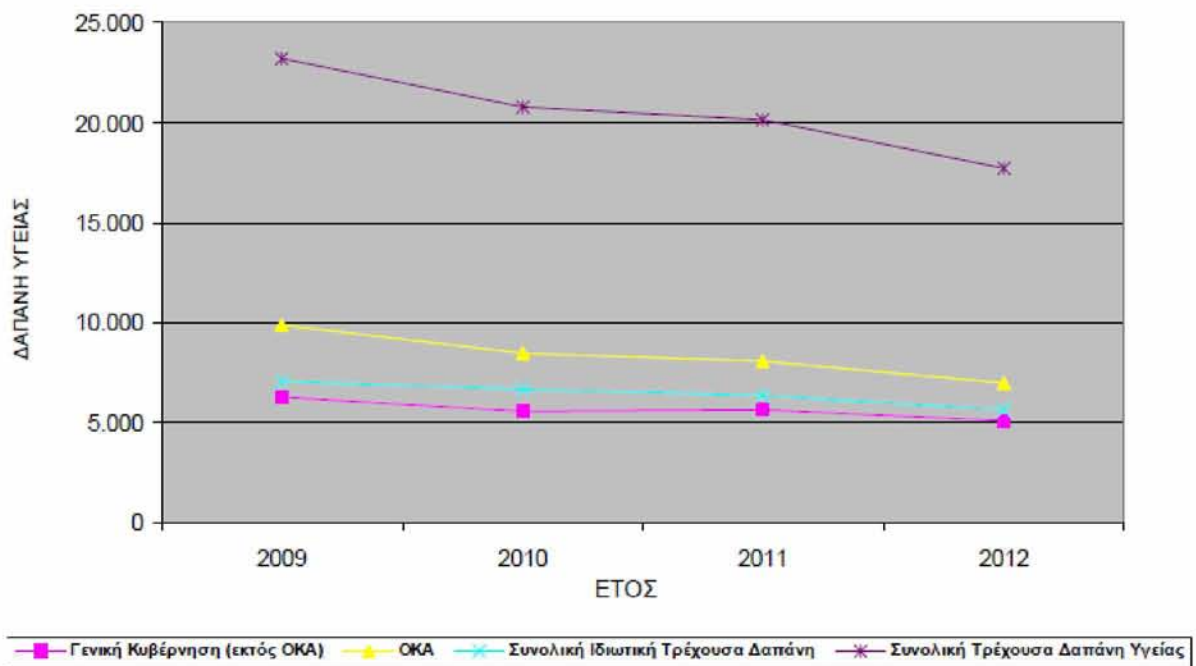
**Πίνακας 3. Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας.**

	2009	Διαφορά 2009- 2010%	2010	Διαφορά 2010-2011 %	2011	Διαφορά 2011- 2012 %	2012
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	6.270	-11,50%	5.548	2,20%	5.672	-10,50%	5.077
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9.853	-13,60%	8498	-4,80%	8.088	-14,00%	6.957
Συνολική Δημόσια Τρέχουσα Δαπάνη (1)+(2)	16.106	-12,80%	14.047	-2,00%	13.761	-12,60%	12.033
Συνολική Ιδιωτική Τρέχουσα Δαπάνη (3)+(4)	7.027	-5,60%	6.632	-4,40%	6.342	-11,40%	5.622
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.2) (3)	433	23,70%	536	-0,40%	534	-1,60%	526
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.2.3) (4)	6.593	-7,50%	6.096	-4,70%	5.808	-12,30%	5.096
Λοιπές Δαπάνες (HF.2.4 έως HF.3) (5)	52	39,20%	73,2	-28,40%	52	2,10%	54
Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας (HF) (1) έως (5)	23.186	-10,50%	20.752	-2,90%	20.156	-12,10%	17.709

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2014c, σ. 3.

Αυτό αποτυπώνεται και στο παρακάτω γράφημα (σχήμα 1):

**Σχήμα 1. Εξέλιξη δαπανών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα.**



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2014c, σ. 3.

Στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 4), παρατηρούμε ότι η συνολική ιδιωτική τρέχουσα δαπάνη, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης, το 2009 ανέρχόταν στο 30,3%, το 2011 έφτασε το 31,5%, και το 2012 το 31,7%, δηλαδή παρουσίασε αύξηση, με την μεγαλύτερη συμμετοχή να κατέχουν οι ιδιωτικές πληρωμές υγείας.

**Πίνακας 4. Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα.**

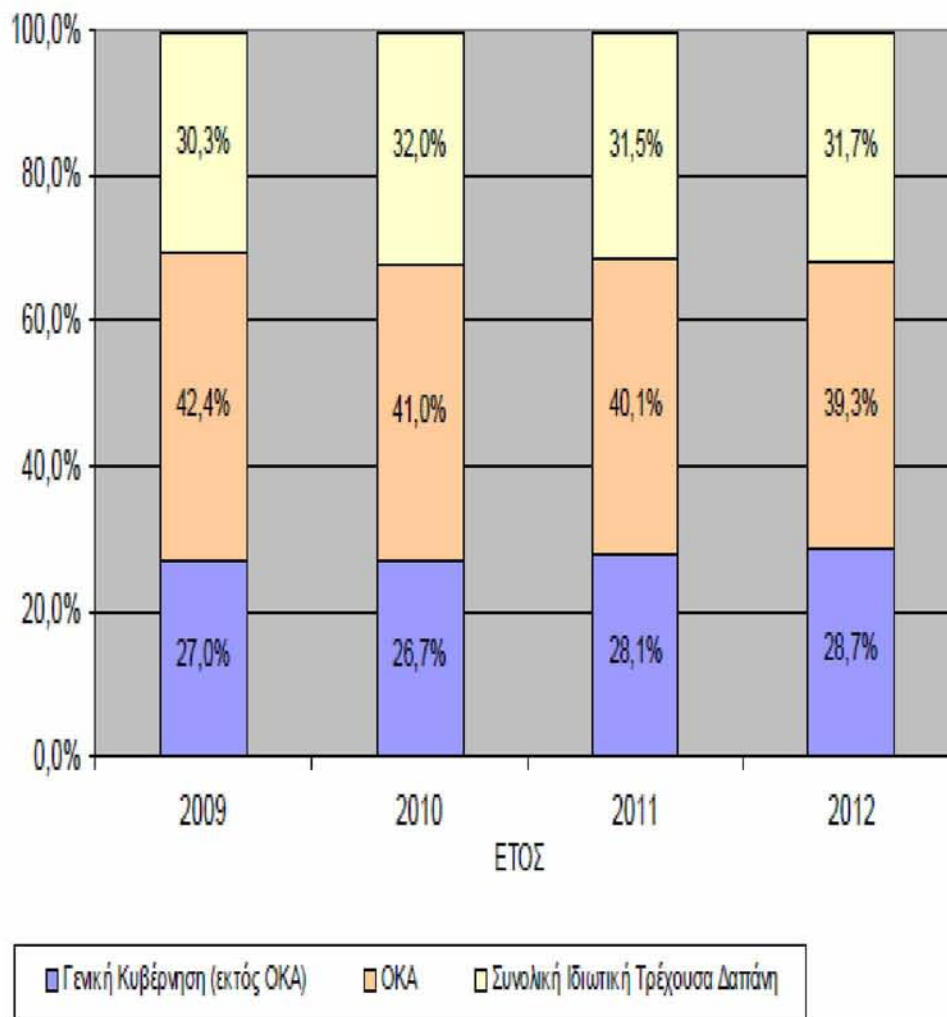
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	6.270	5.548	5.672	5.076
(% της συνολικής)	27,00%	26,70%	28,10%	28,70%
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9.835	8.498	8.088	6.956
(% της συνολικής)	42,40%	41,00%	40,10%	39,30%
<b>Συνολική Δημόσια Τρέχουσα Δαπάνη (1)+ (2)</b>	<b>16.106</b>	<b>14.047</b>	<b>13.761</b>	<b>12.033</b>
(% της συνολικής)	69,50%	67,70%	68,30%	68,00%
<b>Συνολική Ιδιωτική Τρέχουσα Δαπάνη (3)+ (4)</b>	<b>7.027</b>	<b>6.632</b>	<b>6.342</b>	<b>5.621</b>
(% της συνολικής)	30,30%	32,00%	31,50%	31,70%
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.2) (3)	433,8	536,6	534,2	525,7
(% της συνολικής)	1,90%	2,60%	2,70%	3,00%
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.2.3) (4)	6.593	6.096	5.808	5.095
(% της συνολικής)	28,40%	29,40%	28,80%	28,80%
<b>Λοιπές Δαπάνες (HF.2.4 έως HF.3) (5)</b>	<b>52,6</b>	<b>73,2</b>	<b>52,4</b>	<b>53,5</b>
(% της συνολικής)	0,20%	0,40%	0,30%	0,30%
<b>Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας (HF) (1) έως (5)</b>	<b>23.186</b>	<b>20.752</b>	<b>20.156</b>	<b>17.708</b>

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2014c, σ. 4.

Η διάρθρωση του συνόλου των δαπανών υγείας αποτυπώνεται στο επόμενο γράφημα (σχήμα 2).



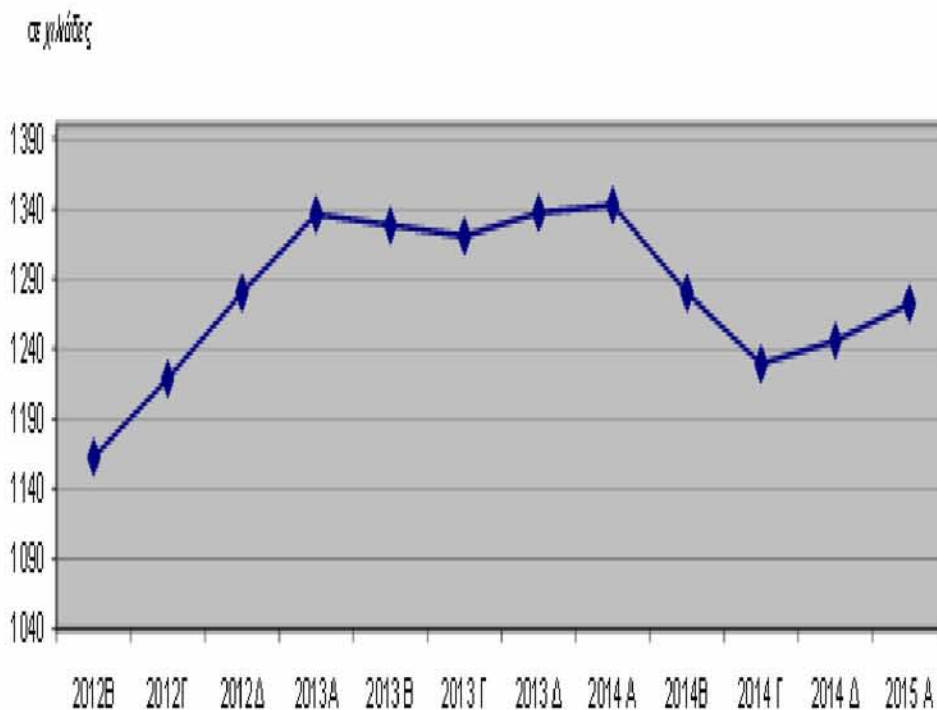
Σχήμα 2. Σύνολο δαπάνης υγείας



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2014c, σ. 4.

Πέραν της περικοπής των δαπανών υγείας, στην Ελλάδα εμφανίζεται μια δραματική αύξηση του ποσοστού ανεργίας. Ο δείκτης ανεργίας το πρώτο τρίμηνο του 2015 έφτασε στο 26,6%, έναντι 26,1% το τέταρτο τρίμηνο του 2014 (σχήμα 3).

**Σχήμα 3. Εξέλιξη αριθμού ανέργων (σε χιλιάδες), β' τρίμηνο 2012 – α' τρίμηνο 2015.**



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2015.

Μάλιστα, ο δείκτης ανεργίας στις ηλικίες 15-24 φτάνει το 51,9%, ενώ για τις ηλικίες 25-29 ανέρχεται σε 39,7% (ΕΛΣΤΑΤ, 2015). Βεβαίως, όπως θα αναλυθεί στην συνέχεια του παρόντος κεφαλαίου, το επίπεδο ανεργίας διαφοροποιείται ανά περιφέρεια, σημείο που θα ληφθεί υπ' όψιν κατά την αξιολόγηση των κατανεμημένων πόρων ανά περιφέρεια.

Λόγω της ανεργίας και της μείωσης των εισοδημάτων, παρατηρείται αύξηση του κινδύνου φτώχειας των νοικοκυριών, ακόμη κι όταν έχουν συνυπολογιστεί οι κοινωνικές μεταβιβάσεις (πίνακας 5).

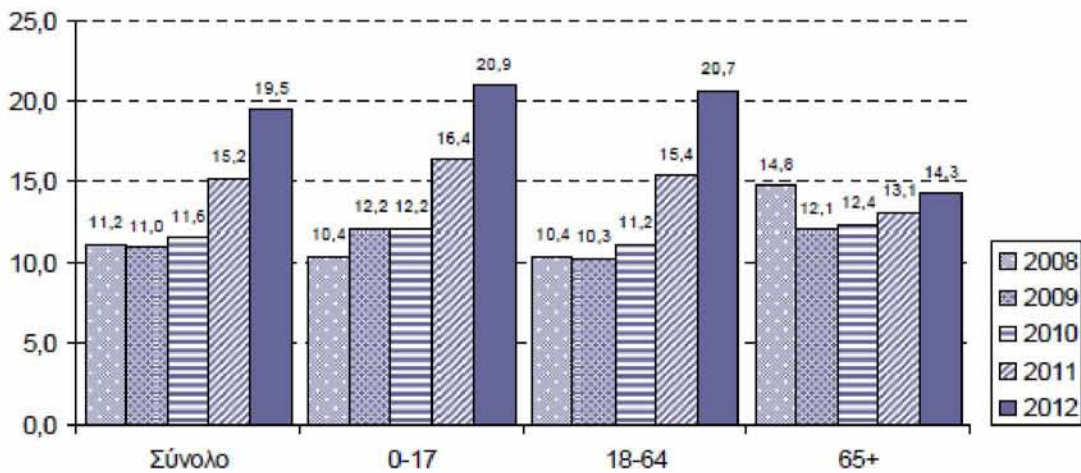
**Πίνακας 5. Σχετικός κίνδυνος φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις.**

	Σύνολο	Άρρενες	Θήλεις
	<b>2011</b>		
<b>Σύνολο</b>	<b>20,1</b>	<b>19,3</b>	<b>20,9</b>
0-17	23	--	--
18-64	19	18,9	19,2
65+	21,3	18,8	23,3
	<b>2012</b>		
<b>Σύνολο</b>	<b>21,4</b>	<b>20,9</b>	<b>21,9</b>
0-17	23,7	--	--
18-64	20	19,9	20,2
65+	23,6	21,7	25,2

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014α.

Ταυτόχρονα έχει αυξηθεί σημαντικά το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει στερήσεις των βασικών αγαθών (σχήμα 4).

**Σχήμα 4. Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού με υλικές στερήσεις, κατά ομάδες ηλικιών.**



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2013.

Από όλα τα παραπάνω, παρατηρούμε δύο ταυτόχρονα φαινόμενα: το πρώτο είναι ότι η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της στροφής του πληθυσμού σε ιδιωτικούς φορείς. Το δεύτερο είναι ότι ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού δεν έχει το απαραίτητο διαθέσιμο εισόδημα προκειμένου να στραφεί σε αυτούς τους ιδιωτικούς φορείς.

Υπό αυτά τα δεδομένα, γίνεται εμφανής ο κίνδυνος της διεύρυνσης της ανισότητας στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και της μεγέθυνσης των αποκλίσεων στους δείκτες κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας.

Όσον αφορά στην ανισότητα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2009), η οικονομική κρίση αυξάνει την ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας, με την κύρια πίεση να κατευθύνεται στις δημόσιες υπηρεσίες παροχής υγείας. Άρα, όταν υφίσταται κρίση και ταυτόχρονα υπάρχει μείωση των δημόσιων κονδυλίων, ένα αυξανόμενο μέρος του πληθυσμού μένει ακάλυπτο.

Επίσης, σύμφωνα με τους Habib et al (2010), η οικονομική κρίση έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία πρόσβασης μεγάλου μέρους του πληθυσμού στις δομές υγείας, με αποτέλεσμα την περαιτέρω διεύρυνση των χάσμάτων, και αυτό συμβαίνει διότι, καθώς η

ζήτηση για δημόσιες υπηρεσίες υγείας είναι αυξημένη, αλλά τα κονδύλια περιορίζονται, ο φόρτος των δημόσιων δομών υγείας είναι ιδιαίτερα αυξημένος, με αποτέλεσμα την αδυναμία εξυπηρέτησης, λόγω έλλειψης πόρων και χρόνου, ενώ το μέρος του πληθυσμού που έχει την εισοδηματική δυνατότητα της πρόσβασης σε ιδιωτικές δομές υγείας, δεν αντιμετωπίζει αντίστοιχα προβλήματα.

Όπως αναφέρουν οι Stuckler et al. (1996), το επίπεδο υγείας επιδεινώνεται όταν, λόγω φόρτου εργασίας, υπάρχει πλημμυρής διαχείριση των νοσημάτων (παρατίθεται στον Κυριόπουλο, 2012). Σε αυτό το πλαίσιο, θα εξεταστούν τα διατιθέμενα κονδύλια ανά περιφέρεια, σε σχέση με ορισμένες από τις υπάρχουσες υποδομές υγείας και κοινωνικής μέριμνας.

Το φαινόμενο της ανισότητας καταγράφεται και στην ανάλυση των Van Doorslaer & Jones (2005), οι οποίοι σημειώνουν ότι οι πολίτες με καλύτερες εισοδηματικές συνθήκες νοιώθουν περισσότερο ασφαλείς για την αντιμετώπιση ενδεχόμενης ασθένειας απ' όσο οι πλέον αδύναμοι πολίτες και επίσης αναφέρουν ότι παρατηρείται ανισότητα στο επίπεδο υγείας που θεωρούν οι πολίτες ότι έχουν.

Επίσης, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission, 2013) η διεύρυνση του εισοδηματικού χάσματος έχει σημαντικές συνέπειες στα ασθενέστερα τμήματα του πληθυσμού και διευρύνει τις περιφερειακές ανισότητες, κάτι που σημειώνεται και στην μελέτη του Bagavos (2013) αναφορικά με τις ανισότητες που καταγράφεται μεταξύ περιφερειών στην Ελλάδα αναφορικά με την υγεία. Υπό αυτό το πρίσμα, θα εξεταστεί η διάθεση των κονδυλίων, σε παράλληλη εξέταση με την ανισότητα στην κατανομή εισοδήματος σε επίπεδο περιφερειών.

Μια επιπλέον σημαντική παράμετρος είναι το ότι τα νοικοκυριά που έρχονται αντιμέτωπα με ένα αιφνίδιο συμβάν ή με ένα δαπανηρό χρόνιο νόσημα θα χρειαστεί να δίδουν ποσοστό άνω του 40% του εισοδήματός τους (Κυριόπουλος και συν., 2003), άρα, με μειωμένο εισόδημα, δεν θα μπορούν να ανταπεξέλθουν στα αντίστοιχα κόστη. Όπως αναφέρουν οι Κυριόπουλος & Τσιάντου (2010): «Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση, ενώ τα άτομα και οι οικογένειες που βρίσκονται σε χαμηλή θέση διατρέχουν δυο φορές

περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά». (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010, σ. 836). Σε αυτό τον άξονα, θα αναλυθεί σειρά δεικτών υγείας και κοινωνικής συνοχής ανά περιφέρεια, ούτως ώστε να εξεταστεί η αποτελεσματικότητα των πόρων.

Μια σημαντική παράμετρος, τόσο της εισοδηματικής ανισότητας, όσο και της ανισότητας στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, αποτελεί η ανεργία. Ο Wilkinson (1996) βρίσκει συσχέτιση της μακροχρόνιας ανεργίας με τον κοινωνικό αποκλεισμό, γεγονός που επιφέρει αύξηση της πρόωρης θνησιμότητας, ενώ η μελέτη των Economou et al. (2008) σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, δείχνει σημαντική στατιστικά συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και θνησιμότητας, καθώς αύξηση της ανεργίας κατά 1% επιφέρει αύξηση κατά 2,18 του δείκτη θνησιμότητας. Παράλληλα, οι Lewis & Sloggett (1998) βρίσκουν θετική συσχέτιση ανάμεσα στον αριθμό αυτοκτονιών και την ανεργία, ενώ οι Martikainen & Valkonen (1996) καταδεικνύουν ότι σε περιόδους απότομης έξαρσης της ανεργίας υπάρχει σημαντική αύξηση των πρόωρων θανάτων.

Επίσης, οι Van der Heyden et al. (2009) βρίσκουν ότι η θνησιμότητα από καρκίνο του πνεύμονα στην Ευρώπη παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με τις κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες, κάτι που καταγράφεται και στην μελέτη των Mackenbach et al. (2000) αναφορικά με τους θανάτους από καρδιαγγειακά νοσήματα.

## **Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> Ανάλυση και αξιολόγηση της συμβολής του αναπτυξιακού τομέα ‘Υγεία και κοινωνική μέριμνα’ στην οικονομική και κοινωνική συνοχή των περιφερειών**

Στο παρόν κεφάλαιο θα γίνει ανάλυση των διατιθέμενων πόρων του προγράμματος «Υγεία και κοινωνική μέριμνα» του ΕΣΠΑ ανά περιφέρεια, καθώς και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος αναφορικά με την σύγκλιση των περιφερειών και την συσχέτισή του με την οικονομική και κοινωνική ευημερία των πολιτών.

### **2.1 Πόροι που έχουν διατεθεί ανά Περιφέρεια**

Στην παρούσα ανάλυση θα γίνει εξέταση των διατιθέμενων κονδυλίων ανά περιφέρεια, σε συσχέτιση με τα αντίστοιχα επίπεδα ανεργίας και ορισμένους δείκτες υγείας, ούτως ώστε να διαπιστωθεί η αναγκαιότητα και αποτελεσματικότητα των εν λόγω κονδυλίων.

Αρχικά, θα παρατεθούν τα διατιθέμενα κονδύλια του αναπτυξιακού τομέα «Υγεία και κοινωνική μέριμνα» ανά περιφέρεια, στην συνέχεια θα παρατεθούν βασικά μεγέθη των περιφερειών και ακολούθως θα γίνει ανάλυση των διατιθέμενων κονδυλίων ανά περιφέρεια, σε συσχέτιση με ορισμένους δείκτες υγείας, κοινωνικής ευημερίας και προστασίας.

Η συνολική εικόνα των περιφερειών αναφορικά με τα κονδύλια του προγράμματος, είναι η εξής:

**Πίνακας 6. Προϋπολογισμοί και έργα ανά περιφέρεια**

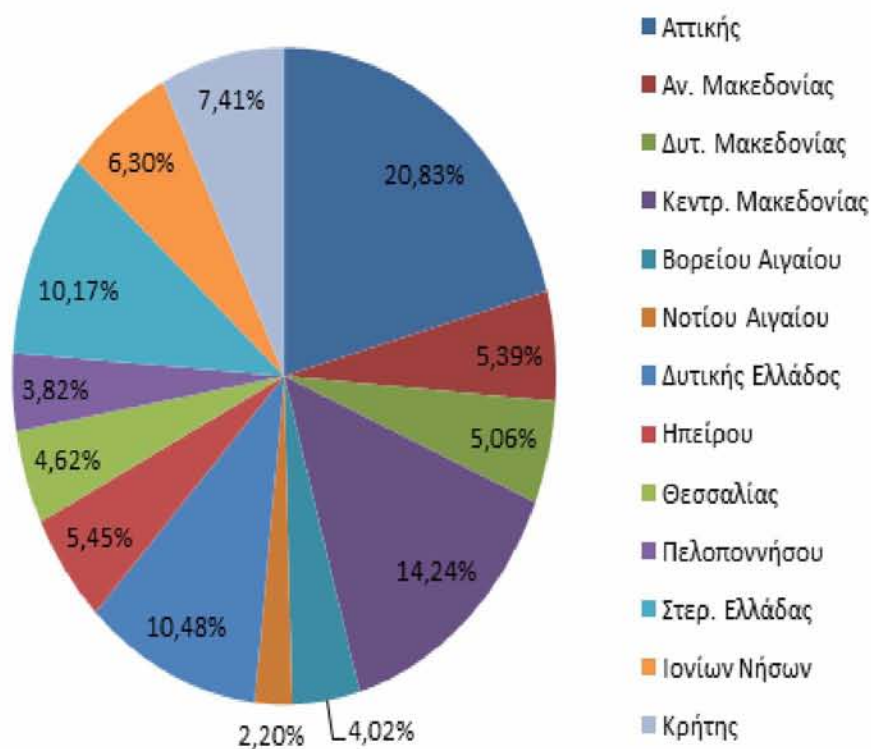
Περιφέρεια	Προϋπολογισμός	Αριθμός έργων	Συμβασιολογημένα	Συμβασιολογημένα %	Ολοκληρωμένα	Ολοκληρωμένα %	Ενταγμένα	Ενταγμένα %
Αττικής	206.788.762	106	77	72,64%	19	17,92%	10	9,43%
Αν. Μακεδονίας	53.481.426	44	29	65,91%	14	31,82%	1	2,27%
Δυτ. Μακεδονίας	50.254.582	39	22	56,41%	7	17,95%	10	25,64%
Κεντρ. Μακεδονίας	141.354.056	61	32	52,46%	20	32,79%	9	14,75%
Βορείου Αιγαίου	39.936.951	22	14	63,64%	4	18,18%	4	18,18%
Νοτίου Αιγαίου	21.813.548	21	17	80,95%	2	9,52%	2	9,52%
Δυτικής Ελλάδας	104.051.186	22	12	54,55%	9	40,91%	1	4,55%
Ηπείρου	54.111.991	21	7	33,33%	13	61,90%	1	4,76%
Θεσσαλίας	45.869.203	53	20	37,74%	12	22,64%	21	39,62%
Πελοποννήσου	37.888.735	34	25	73,53%	6	17,65%	3	8,82%
Στερ. Ελλάδας	100.913.072	28	6	21,43%	16	57,14%	6	21,43%



Ιονίων Νήσων	62.573.571	12	4	33,33%	5	41,67%	3	25,00%
Κρήτης	73.541.712	59	42	71,19%	15	25,42%	2	3,39%
ΣΥΝΟΛΟ	992.578.795	522	307	58,81%	142	27,20%	73	13,98%

Στο επόμενο γράφημα (σχήμα 5) καταγράφεται η ποσοστιαία κατανομή του συνολικού προϋπολογισμού ανά περιφέρεια.

**Σχήμα 5. Ποσοστιαία κατανομή του συνολικού προϋπολογισμού ανά περιφέρεια.**



Οι κατηγορίες των έργων έχουν ως ακολούθως:

**Πίνακας 7. Κατηγορίες έργων.**

	<b>Αττ ική</b>	<b>Αν. Μα κεδ ονία &amp; Θρ άκη</b>	<b>Δυτ. Μα κεδ ονία</b>	<b>Κεν τρ. Μα κεδ ονία</b>	<b>Βόρ ειο Αιγ αίο</b>	<b>Νότ ιο Αιγ αίο</b>	<b>Δυτ ική Ελλ άδα</b>	<b>Ήπ ειρο ς</b>	<b>Θεσ σαλ ία</b>	<b>Πελ οπό ννη σος</b>	<b>Στε ρεά Ελλ άδα</b>	<b>Ιόνι οι Νήσ οι</b>	<b>Κρή τη</b>
Βρεφονηπιακοί σταθμοί. παιδικοί σταθμοί. κέντρα προσχολικής αγωγής και δημιουργικής απασχόλησης παιδιών. παιδοπόλεις. κατασκηνώσεις. παιδικές χαρές	57	19	11	2	3	7		6	3	4		1	17
Κλινικές. νοσοκομεία. ΕΚΑΒ	30	12	27	33	10	5	15	13	34	14	12	7	14
Κέντρα υγείας. κιν. μον. υγείας. περιφερειακά ιατρεία. κέντρα προνοσοκομειακή ς φροντίδας. ΠΦΥ	2	4	1	8	6	8	2		10	10	11	4	20
Κέντρα ψυχικής υγείας.	5			3						5			2

ψυχιατρικά τμήματα													
Ορφανοτροφεία. οικοτροφεία	1												
Γηροκομεία	1												2
Ανοικτή φροντίδα ηλικιωμένων. ΚΑΠΗ. γηριατρικά οικοτροφεία	7	5		4					1		1		2
Κέντρα προγεννητικού ελέγχου & εξωσωματικής	1												
Στέγες υποστηριζόμενης διαβίωσης. βραχείας παραμονής	2	1		6	1		2	1	3				
Οίκοι κοινωνικής μέριμνας		1				1					3		
Κέντρα στήριξης.ημερ. φροντίδας ΑΜΕΑ και νοητ. στέρησης		1		5	2		3	1	2	1			2
Κέντρα σίτισης απόρων		1											
Εξαρτημένων ατόμων								1	2				
Ενταξη τσιγγάνων											1		

Σύμφωνα με τα στοιχεία, διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των κονδυλίων διατίθεται σε προμήθεια υλικών, υλικοτεχνικές βελτιώσεις και επεκτάσεις νοσοκομείων (συν την προμήθεια ασθενοφόρων ΕΚΑΒ) ενώ ακολουθούν οι βρεφονηπιακοί σταθμοί παιδικοί σταθμοί, κέντρα προσχολικής αγωγής και δημιουργικής απασχόλησης παιδιών, παιδοπόλεις, κατασκηνώσεις, παιδικές χαρές. Ως τρίτη σε συχνότητα κατηγορία σε ύψος κονδυλίων είναι η δημιουργία και επέκταση των κέντρων υγείας, ΠΦΥ, κτλ., ενώ οι λοιπές κατηγορίες έχουν εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά.

Προκειμένου να εξεταστεί η αναγκαιότητα διάθεσης των εν λόγω κονδυλίων και να αξιολογηθεί η συμβολή τους στην οικονομική και κοινωνική συνοχή των περιφερειών, θα πρέπει να αναφερθούν ορισμένοι δείκτες των περιφερειών.

Ο δείκτης Location Quotient αναφορικά με το ΕΣΠΑ της υγείας και κοινωνικής μέριμνας, είναι, ανα περιφέρεια, ως ακολούθως:

**Πίνακας 8. Δείκτης Location Quotient ανά περιφέρεια.**

	<b>ΕΣΠΑ Υγεία και κοινωνική μέριμνα</b>	<b>Σύνολο ΕΣΠΑ</b>	<b>ΕΣΠΑ Υγεία στην Περιφέρεια / Συνολικό ΕΣΠΑ στην περιφέρεια</b>	<b>ΕΣΠΑ Υγεία στην χώρα / Συνολικό ΕΣΠΑ στη χώρα</b>	<b>LQ</b>
Αττικής	206.788.763	6.993.310.698	0,030	0,024	1,250
Αν. Μακεδονίας	53.481.426	2.315.830.377	0,023	0,024	0,976
Δυτ. Μακεδονίας	50.254.582	1.549.564.805	0,032	0,024	1,371
Κεντρ.Μακεδο νίας	141.354.057	7.436.434.825	0,019	0,024	0,803
Βορ. Αιγαίου	39.936.952	997.670.112	0,040	0,024	1,692
Νοτ.Αιγαίου	21.813.549	981.459.768	0,022	0,024	0,939
Δυτ. Ελλάδα	104.051.186	5.930.140.594	0,018	0,024	0,742
Ηπείρου	54.111.991	1.995.856.603	0,027	0,024	1,146
Θεσσαλίας	45.869.204	3.575.887.284	0,013	0,024	0,542
Πελοποννήσου	37.888.735	3.563.345.204	0,011	0,024	0,449
Στερ. Ελλάδα	100.913.073	3.348.153.463	0,030	0,024	1,274
Ιονίων Νήσων	62.573.571	938.187.696	0,067	0,024	2,819
Κρήτης	73.541.713	2.327.465.504	0,032	0,024	1,336
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	992.578.802	41.953.306.933			

## 2.2 Η σχέση της Υγείας με δείκτες κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας

Ο συντελεστής συσχέτισης ανάμεσα στο ΕΣΠΑ που αφορά στην υγεία και κοινωνική μέριμνα και στο κατά κεφαλή ΑΕΠ του 2012, είναι 0,2803 (πίνακας 9). Δεν υπάρχουν διαθέσιμα επίσημα στοιχεία για την φτώχεια ανά περιφέρεια, ως εκ τούτου δεν μπορεί να υπάρξει ανάλυση του συντελεστή συσχέτισης ανάμεσα σε ΕΣΠΑ και επίπεδο φτώχειας ανά περιφέρεια

**Πίνακας 9. Συντελεστής συσχέτισης ΕΣΠΑ υγείας και κατά κεφαλή ΑΕΠ 2012**

	<b>ΕΣΠΑ Υγεία και κοινωνική μέριμνα</b>	<b>Κατά κεφαλή Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν ανά περιφέρεια 2012</b>
Αττικής	206.788.763 €	24.095 €
Αν. Μακεδονίας	53.481.426 €	17.507 €
Δυτ. Μακεδονίας	50.254.582 €	15.050 €
Κεντρ. Μακεδονίας	141.354.057 €	12.270 €
Βορείου Αιγαίου	39.936.952 €	13.394 €
Νοτίου Αιγαίου	21.813.549 €	18.064 €
Δυτικής Ελλάδας	104.051.186 €	13.451 €
Ηπείρου	54.111.991 €	12.207 €
Θεσσαλίας	45.869.204 €	12.757 €
Πελοποννήσου	37.888.735 €	13.870 €
Στερ. Ελλάδα	100.913.073 €	15.075 €
Ιονίων Νήσων	62.573.571 €	16.100 €
Κρήτης	73.541.713 €	14.398 €
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΧΩΡΑΣ (μέσος όρος)</b>	992.578.802 €	17.507 €
<b>Συντελεστής συσχέτισης</b>	<b>0,2803</b>	

Πρωτίστως, θα γίνει εστίαση στο ζήτημα της ανεργίας ανά περιφέρεια. Όπως

καταγράφηκε στην προηγούμενη θεωρητική ανάλυση, η ανεργία αποτελεί σημαντική παράμετρο κοινωνικού αποκλεισμού, διευρύνει την ανισότητα πρόσβασης στις δομές υγείας και συνδέεται με αύξηση των ασθενειών και επιδείνωση της συνολικής υγείας.

Η ανεργία στην Ελλάδα ανά περιφέρεια είναι ως εξής:

**Πίνακας 10. Ποσοστό ανεργίας ανά περιφέρεια.**

Ποσοστό ανεργίας			
Περιφέρειες	Α' τριμ. 2014	Α' τριμ. 2015	Διαφορά 2014-2015
Αττική	28	26,7	-4,6%
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	25,4	24,8	-2,4%
Δυτική Μακεδονία	28,4	29	2,1%
Κεντρική Μακεδονία	29,9	27,4	-8,4%
Βόρειο Αιγαίο	24,4	20,2	-17,2%
Νότιο Αιγαίο	30,3	25,4	-16,2%
Δυτική Ελλάδα	29,7	29	-2,4%
Ηπειρος	28,5	25,5	-10,5%
Θεσσαλία	25,2	26,8	6,3%
Πελοπόννησος	23,4	23,9	2,1%
Στερεά Ελλάδα	27,6	26,4	-4,3%
Ιόνιοι Νήσοι	27,4	28,9	5,5%
Κρήτη	26,9	27,2	1,1%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ. 2015

Βάσει των στοιχείων, διαπιστώνεται ότι η διακύμανση της ανεργίας ανέρχεται σε 5.86 μονάδες, ενώ ο μέσος όρος ανεργίας για το σύνολο των περιφερειών είναι 26.24%. Αυτό σηματοδοτεί ότι υπάρχει ανισομέρεια στην ανεργία μεταξύ των περιφερειών, αφού ορισμένες περιοχές έχουν δείκτη ανεργίας αρκετά υψηλότερο από τον μέσο όρο. Μια επιπρόσθετη ένδειξη για την ανισομέρεια της ανεργίας αποτελεί η διαφοροποίηση που

παρουσιάζεται στην μεταβολή της ανεργίας μεταξύ των περιφερειών. Ενώ ορισμένες περιφέρειες έχουν σημαντική μείωση του δείκτη ανεργίας, με ποσοστό μείωσης που ανέρχεται στο 16.2% (περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου) και 17.2% (περιφέρεια Βορείου Αιγαίου), άλλες περιφέρειες παρουσιάζουν σημαντικά μικρότερη μείωση της ανεργίας, ενώ πέντε περιφέρειες καταγράφουν αύξηση της ανεργίας.

Έχοντας ως άξονα την σύγκλιση των περιφερειών, συμπεραίνεται ότι θα έπρεπε να υπάρχει μεγαλύτερη ενεργοποίηση των περιφερειών που αφ' ενός έχουν μεγαλύτερα ποσοστά ανεργίας από τον μέσο όρο και αφ' ετέρου καταγράφουν αύξηση της ανεργίας. Η εν λόγω απαιτούμενη μεγαλύτερη ενεργοποίηση έχει δύο παραμέτρους: η πρώτη παράμετρος αφορά στην κάλυψη των αυξημένων αναγκών του πληθυσμού που μένει άνεργος και η δεύτερη αφορά στην δημιουργία νέων θέσεων εργασίας, δια μέσου της δημιουργίας υποδομών και λοιπών έργων στις περιφέρειες.

Όπως διαπιστώνεται από την μελέτη των Δαφέρμος και συν. (2008), στην Ελλάδα παρατηρείται σημαντική απόκλιση στο επίπεδο φτώχειας του πληθυσμού, τόσο βάσει των αντικειμενικών κριτηρίων (ύψος εισοδήματος), όσο και βάσει της προσωπικής αίσθησης και του υποκειμενικού κριτηρίου της φτώχειας.

Στον πίνακα 11 παρατηρείται ότι σε ορισμένες περιφέρειες, όπως η Αττική και η Κεντρική Μακεδονία, τα επίπεδα (αντικειμενικά και υποκειμενικά) της φτώχειας είναι σημαντικά υψηλότερα απ' όσο σε άλλες περιφέρειες, ως εκ τούτου, προκειμένου να μειωθεί η εν λόγω απόκλιση θα έπρεπε οι εν λόγω περιφέρειες να έχουν αναλάβει δραστικότερα μέτρα δια μέσου του ΕΣΠΑ, ούτως ώστε να παρέχουν σειρά αναγκαίων παροχών, οι οποίες δεν καλύπτονται. Για παράδειγμα, θα μπορούσαν να έχουν προβεί σε δημιουργία και ενίσχυση των κέντρων σίτισης απόρων, κάτι που υπάρχει μόνο στην Ανατολική Μακεδονία και Θράκη, με την δημιουργία μίας δομής. Επίσης, θα μπορούσαν να έχουν δημιουργηθεί οίκοι κοινωνικής μέριμνας, κάτι που έχει γίνει μόνο στις περιφέρειες Αν. Μακεδονίας & Θράκης (1 δομή), Νοτίου Αιγαίου (1 δομή) και Στερεάς Ελλάδας (3 δομές).



Πίνακας 11. Επίπεδο φτώχειας ανά περιφέρεια.

Περιοχή	Σχετικός κίνδυνος			Συνεισφορά στη φτώχεια			
	Μερίδιο του πληθυσμού %	"Αντικειμενική μονοδιάσταση φτώχεια"	"Υποκειμενική φτώχεια"	"Αντικειμενική πολυδιάστατη φτώχεια"	"Αντικειμενική μονοδιάστατη φτώχεια"	"Υποκειμενική φτώχεια"	"Αντικειμενική πολυδιάστατη φτώχεια"
Κεντρική Μακεδονία	17,4	1,21	1,17	1,17	21	20,4	20,3
Δυτική Μακεδονία	2,7	1,11	1,15	0,87	3	3,1	2,3
Θεσσαλία	6,6	1,05	1,09	0,59	6,9	7,2	3,9
Ηπειρος	2,8	1,86	1,29	0,46	5,2	3,6	1,3
Ιόνια Νησιά	1,5	1,2	1,27	0,79	1,8	1,9	1,2
Δυτική Ελλάδα	5,9	1,92	1,31	1,48	11,3	7,7	8,7
Στερεά Ελλάδα	4,4	0,89	0,91	0,55	3,9	4	2,4
Πελοπόννησος	5,1	1,1	1,1	0,77	5,6	5,6	3,9
Αττική	38,5	0,56	0,74	1,03	21,7	28,6	39,8
Νησιά Βορείου Αιγαίου	1,8	1,83	1,33	1,04	3,3	2,4	1,9
Νησιά Νοτίου Αιγαίου	2,7	1,19	1,22	1	3,2	3,3	2,7
Κρήτη	5,1	0,98	0,96	1,33	5	4,9	6,8

Πηγή: Δαφέρμος και συν. 2008. σ. 97.

Επίσης, όπως αναφέρεται στην μελέτη του Μπαλούρδος (2007), καταγράφονται σημαντικές αποκλίσεις στο επίπεδο φτώχειας και στην υλική αποστέρηση, τόσο ανάμεσα στις περιφέρειες, όσο και ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες των περιφερειών (πίνακας 12).

**Πίνακας 12. Κίνδυνος φτώχειας κατά ηλικιακή ομάδα, περιφέρεια και νομό.**

Περιφέρεια / Νομός	Ηλικιακή ομάδα			Σύνολο
	0-14	15-64	65+	Σύνολο
	Κίνδυνος φτώχειας	Κίνδυνος φτώχειας	Κίνδυνος φτώχειας	Κίνδυνος φτώχειας
<b>ΗΠΕΙΡΟΣ</b>	27,30%	26,30%	45,40%	31,30%
ΑΡΤΗΣ	32,10%	41,50%	49,80%	42,90%
ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	23,90%	22,00%	40,20%	26,10%
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	24,90%	18,10%	43,20%	25,40%
ΠΡΕΒΕΖΗΣ	30,60%	33,40%	48,60%	36,50%
<b>ΔΥΤΙΚΗ ΕΛΛΑΔΑ</b>	30,90%	27,50%	39,10%	30,60%
ΑΙΤΩΛΙΑΣ ΚΑΙ ΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ	42,00%	37,70%	41,60%	39,20%
ΑΧΑΪΑΣ	24,80%	21,20%	34,20%	24,40%
<b>ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ</b>	30,80%	29,20%	42,30%	32,60%
ΗΛΕΙΑΣ	25,30%	27,30%	47,40%	31,70%
ΑΡΓΟΛΙΔΟΣ	32,80%	32,90%	34,20%	33,10%
ΑΡΚΑΔΙΑΣ	40,10%	31,20%	52,00%	37,50%
ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	20,50%	20,10%	29,20%	22,30%
ΛΑΚΩΝΙΑΣ	33,90%	30,60%	46,90%	35,60%
ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	33,30%	33,80%	48,40%	37,70%

Πηγή: Μπαλούρδος, 2007. σ. 23

Προκειμένου να είναι επιτυχές ένα πρόγραμμα σύγκλισης μεταξύ των περιφερειών, θα έπρεπε να δοθεί μεγαλύτερη βαρύτητα σε ενέργειες που αφορούν στις πλέον ευάλωτες ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι. Όμως, βάσει των στοιχείων, υπάρχει πολύ μικρή ενεργοποίηση των περιφερειών για γηροκομεία. ΚΑΠΗ. ανοικτή φροντίδα ηλικιωμένων. κ.ο.κ. Στο σύνολο των περιφερειών καταγράφονται μόνο 17 τέτοιες δομές φροντίδας ηλικιωμένων. κάτι που δεν βοηθά στην σύγκλιση των περιφερειών.

Επίσης, όπως καταγράφεται στην μελέτη των Ιωαννίδης και συν. (2012), παρατηρούνται σημαντικές αποκλίσεις στο επίπεδο φτώχειας μεταξύ των περιφερειών, ακόμη και όσον αφορά τους εργαζομένους (πίνακας 13).

**Πίνακας 13. Ποσοστό φτώχειας ανάλογα με την κατάσταση απασχόλησης και την περιοχή κατοικίας.**

Σύνολο εργαζομένων	Μακεδονία. Θράκη. Θεσσαλία	Αττική	Μακεδονία. Θράκη. Θεσσαλία	Αττική
	Ποσοστό φτώχειας %			
Κατάσταση απασχόλησης	Άτομο		Υπεύθυνος νοικοκυριού	
Μισθωτός πλήρους απασχόλησης	11	5	16	9
Μισθωτός μερικής απασχόλησης	32	11	30	18
Αυτοαπασχολούμε ενος πλήρους απασχόλησης χωρίς υπαλλήλους	31	17	36	17
Αυτοαπασχολούμε ενος πλήρους απασχόλησης με υπαλλήλους	19	13	22	18
Αυτοαπασχολούμε ενος μερικής απασχόλησης	38	30	51	25
Άνεργος	34	22	38	26
Συνταξιούχος	24	11	24	11
Άλλη κατάσταση ή οικονομικά ανενεργός	34	21	30	18

Πηγή: Ιωαννίδης και συν.. 2012. σ. 38.

Όπως καταγράφεται βάσει των στοιχείων, η δεύτερη σε ύψος κονδυλίων ενέργεια των περιφερειών, αφορά στην κατηγορία «βρεφονηπιακοί σταθμοί, παιδικοί σταθμοί, κέντρα

προσχολικής αγωγής και δημιουργικής απασχόλησης παιδιών, παιδοπόλεις, κατασκηνώσεις, παιδικές χαρές». Αν και είναι εξαιρετικά σημαντικό να υπάρχουν οι εν λόγω δομές, ωστόσο η δημιουργία τόσων πολλών δομών σε σχέση με άλλες δομές, δεν δικαιολογείται πλήρως από τα στοιχεία των γεννήσεων ανά περιφέρεια. Βάσει των στοιχείων της ΕΛΣΤΑΤ (2014b), σε περιφέρειες όπως η Αν. Μακεδονία & Θράκη, Κεντρική Μακεδονία, Ήπειρος, Θεσσαλία, Αττική και Κρήτη καταγράφεται μείωση των γεννήσεων (πίνακας 14).

**Πίνακας 14. Αριθμός γεννήσεων ανά περιφέρεια 2012 – 2013.**

Αριθμός γεννήσεων ανά περιφέρεια 2012 - 2013			
	2012	2013	Διαφορά %
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	5.167	5.104	-1,22%
Κεντρική Μακεδονία	17.900	16.138	-9,84%
Δυτική Μακεδονία	1.917	2.151	12,21%
Ήπειρος	3.215	2.644	-17,76%
Θεσσαλία	6.529	6.024	-7,73%
Στερεά Ελλάδα	1.530	4.150	171,24%
Ιόνια Νησιά	1.241	1.872	50,85%
Δυτική Ελλάδα	5.504	5.664	2,91%
Πελοπόννησος	2.768	4.433	60,15%
Αττική	44.305	34.713	-21,65%
Βόρειο Αιγαίο	1.327	1.639	23,51%
Νότιο Αιγαίο	2.046	3.095	51,27%
Κρήτη	6.922	6.339	-8,42%
Εξωτερικό	-	168	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100.371</b>	<b>94.134</b>	<b>-6,21%</b>

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ. 2014b

Βεβαίως, αυτό δεν σημαίνει ότι δεν πρέπει να δημιουργούνται και να επεκτείνονται οι εν λόγω δομές. Αντιθέτως, θα πρέπει να ενισχύονται, χωρίς όμως να αποτελούν το επίκεντρο της δραστηριοποίησης των περιφερειών αναφορικά με την εφαρμογή

πολιτικών σύγκλισης και ευημερίας. Όπως καταγράφεται από τα στοιχεία, το μεγαλύτερο ποσοστό του προϋπολογισμού αναφέρεται σε νοσοκομεία, με επέκταση του εξοπλισμού, ανανέωση της υλικοτεχνικής υποδομής, επέκτασής τους και εγκαινίαση νέων νοσοκομείων.

Σε αυτόν τον τομέα, τα εν λόγω προγράμματα προωθούν σημαντικά την σύγκλιση μεταξύ των περιφερειών.

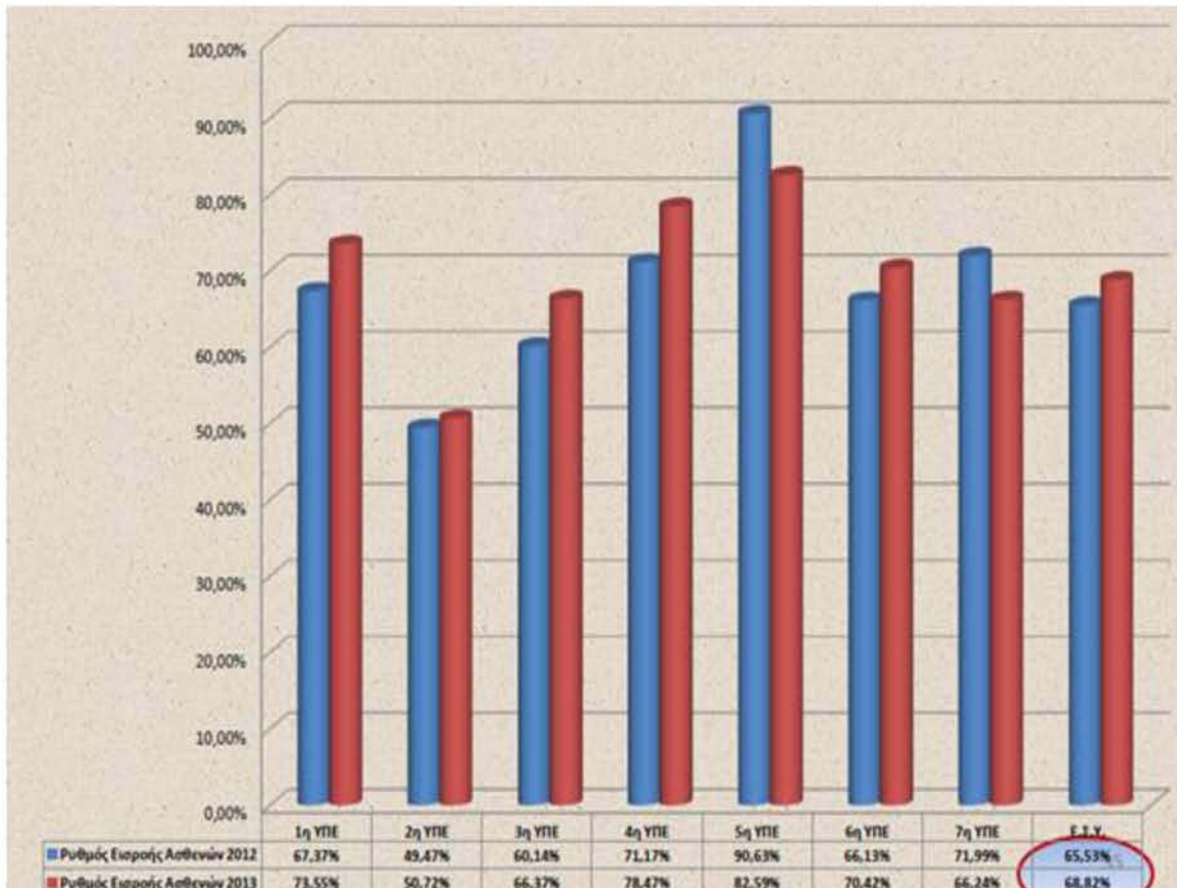
Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών (ΥΠΕ), σε σειρά δεικτών που μπορούν να αποτελέσουν δείκτες της ποιότητας υγείας του πληθυσμού.

Για παράδειγμα καταγράφεται διαφοροποίηση στην ροή ασθενών ανά ΥΠΕ, γεγονός που σηματοδοτεί και τις διαφοροποιημένες ανάγκες μεταξύ των περιφερειών. Το εν λόγω στοιχείο είναι σημαντικό, καθώς περιφέρειες με μικρότερο αριθμό νοσοκομείων (πίνακας 15) ενδέχεται να έχουν αυξημένη ροή ασθενών (σχήμα 6) και αντίστοιχα, περιφέρειες με μεγαλύτερο αριθμό νοσοκομείων να καταγράφουν μικρότερη ροή ασθενών, γεγονός που δημιουργεί απόκλιση μεταξύ των περιφερειών και, επίσης, μεγεθύνει το χάσμα πρόσβασης στην υγεία μεταξύ των κατοίκων των περιφερειών.

**Πίνακας 15. Αριθμός νοσοκομείων ανά ΥΠΕ.**

Υ.ΠΕ.	Αριθμός Νοσοκομείων
1η Υ.ΠΕ Αττικής	19
2η Υ.ΠΕ. Πειραιώς και Αιγαίου	21
3η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας	16
4η Υ.ΠΕ. Μακεδονίας και Θράκης	12
5η Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας	5
6η Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας	29
7η Υ.ΠΕ. Κρήτης	8

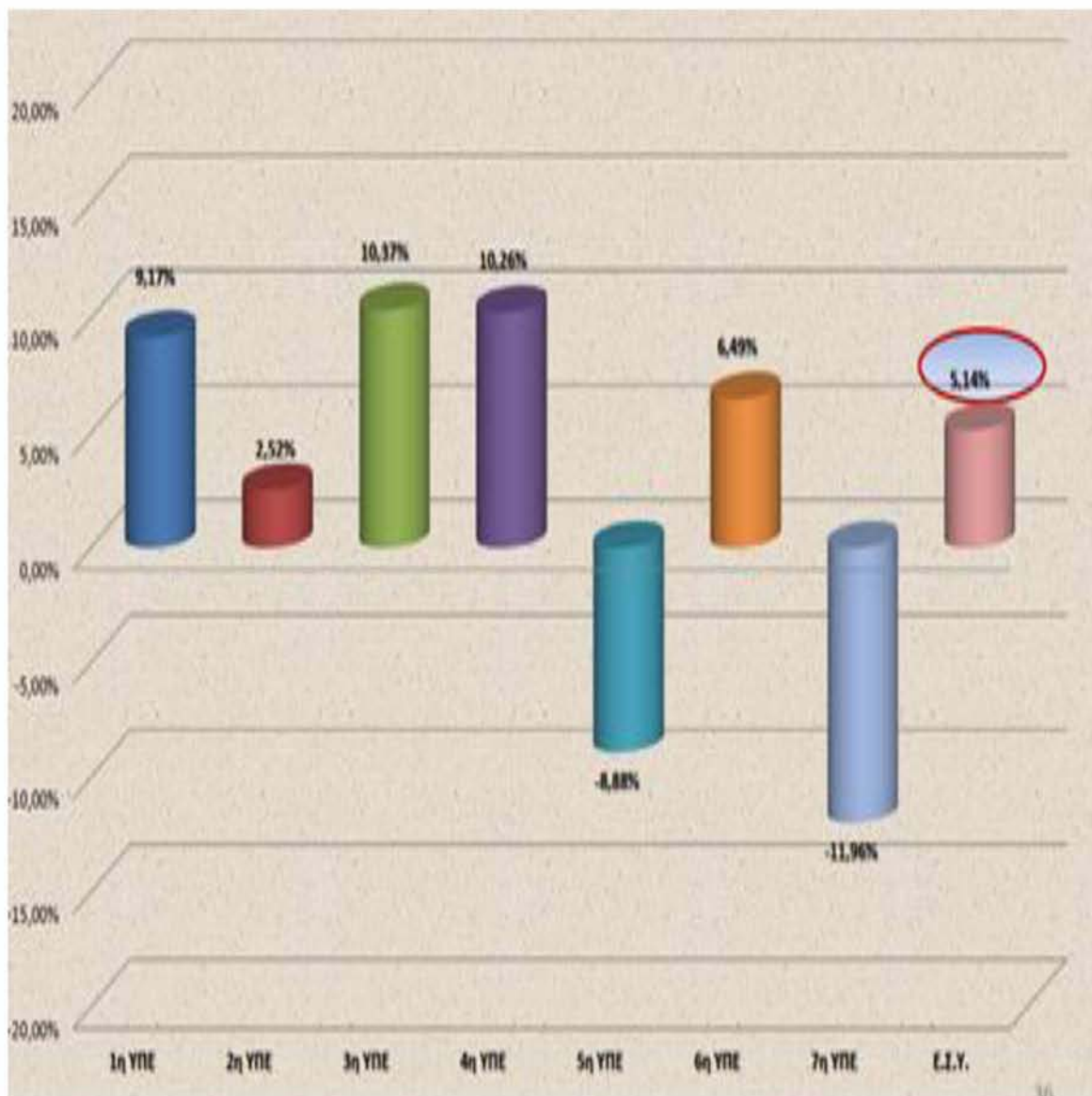
Σχήμα 6. Σύγκριση ρυθμού εισροής ασθενών.



Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2013.

Η ένταξη των δράσεων που αφορούν σε νοσοκομεία είναι σημαντική, ειδικά σε περιόδους και περιπτώσεις που υπάρχει αυξημένος ρυθμός εισαγωγής ασθενών (σχήμα 7). Υπό αυτό το πρίσμα, τα κονδύλια του συγκεκριμένου προγράμματος του ΕΣΠΑ δίδουν την δυνατότητα σύγκλισης μεταξύ των περιφερειών.

Σχήμα 7. Ποσοστιαία μεταβολή ρυθμού εισροής ασθενών.



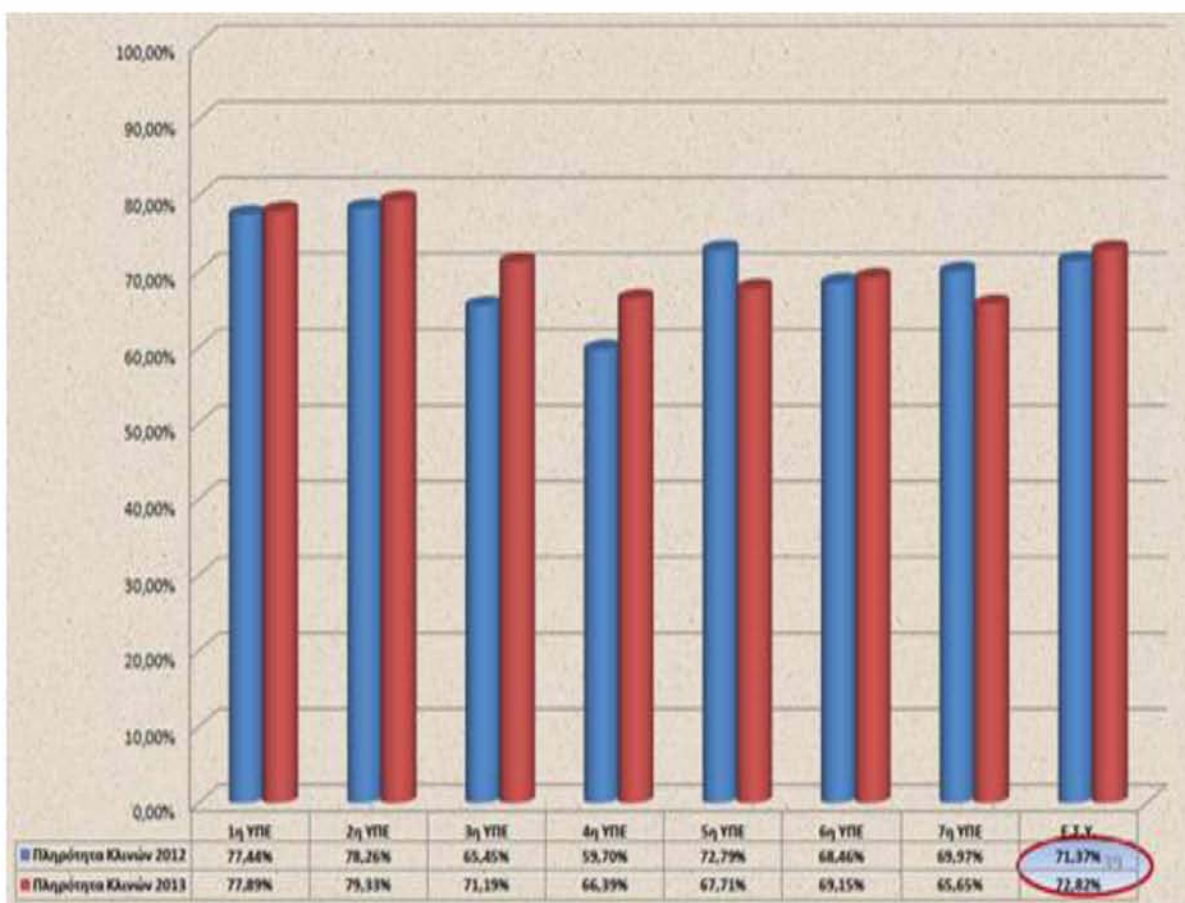
Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2013.

Ένας επίσης βασικός δείκτης αναφορικά με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού αφορά στην πληρότητα των κλινών των νοσοκομείων. Όπως καταγράφεται στο σχήμα 8, υπάρχει διαφοροποίηση στην πληρότητα κλινών ανά περιφέρεια. Έτσι με το συγκεκριμένο πρόγραμμα του ΕΣΠΑ, που περιλαμβάνει την επέκταση και ίδρυση νέων



νοσοκομειακών μονάδων, η εν λόγω απόκλιση μπορεί να μειωθεί σημαντικά.

Σχήμα 8. Πληρότητα κλινών.



Πηγή: Υπουργείο Υγείας. 2013.

### **Κεφάλαιο 3. Συμπεράσματα**

Βάσει όλων των παραπάνω στοιχείων και δεδομένων, προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα:

Πρώτα απ' όλα, η ενεργοποίηση των πόρων του ΕΣΠΑ αποτελεί σημαντική πηγή δυνητικής σύγκλισης μεταξύ των περιφερειών αναφορικά με το επίπεδο υγείας και κοινωνικής προστασίας. Για παράδειγμα, όπως αναφέρθηκε, δεδομένου του ότι καταγράφεται χάσμα ανάμεσα στην πληρότητα κλινών μεταξύ των περιφερειών, είναι σημαντικό το ότι σε πολλές περιφέρειες έχουν διατεθεί κονδύλια αναφορικά με τις νοσοκομειακές υποδομές και την δυναμικότητα των νοσοκομείων.

Όμως, παρ' ότι τα εν λόγω κονδύλια δίδουν την δυνατότητα της σύγκλισης, δεν αποτελούν και την μοναδική παράμετρο της σύγκλισης. Για παράδειγμα, το ζήτημα της πληρότητας των κλινών, αλλά και της συνολικής εξυπηρέτησης των ασθενών, έχει άμεση σχέση με τις προσλήψεις και, αντίστοιχα, τις κενές θέσεις, στα νοσοκομεία. Η εν λόγω διάσταση βεβαίως, δεν άπτεται του ΕΣΠΑ, αλλά των δυνατοτήτων του Υπουργείου Υγείας ως προς τον διατιθέμενο προϋπολογισμό.

Αρα, πέραν των κονδυλίων, απαιτείται μια συνολική στρατηγική προκειμένου να υπάρξει πλήρης αποτελεσματικότητα της διάθεσης και χρήσης των πόρων.

Ένα δεύτερο στοιχείο που προκύπτει από την παρούσα έρευνα αφορά στην ύπαρξη, δημιουργία και ενδυνάμωση ενός ευρύτερου πλέγματος κοινωνικής προστασίας. Ενώ καταγράφεται διάθεση κονδυλίων για μια σειρά από τομείς, όπως για παράδειγμα βρεφονηπιακοί σταθμοί, αντιθέτως δεν καταγράφονται σημαντικές πρωτοβουλίες για την δραστική μείωση του κοινωνικού χάσματος.

Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην πρόσβαση υγεία είναι πολυδιάστατες, αφού, όπως επισημάνθηκε, η υγεία εμπεριέχει σειρά κοινωνικών, οικονομικών και λοιπών

παραμέτρων.

Οι Storm et al (2011) σε μελέτη τους που αφορά στην γεφύρωση των ανισοτήτων υγείας στις Κάτω Χώρες, καταγράφουν σειρά δράσεων όπως η βελτίωση των κοινωνικών, αλλά και οικονομικών, συνθηκών του πληθυσμού με προγράμματα ενεργητικής αντιμετώπισης της ανεργίας, δημιουργία ομάδων κοινωνικής εργασίας, ψυχολογικής στήριξης ανέργων, κτλ.

Βασική παράμετρος της μείωσης των ανισοτήτων αποτελεί το δίκτυο κοινωνικής προστασίας αναφέρεται στο δίκτυο κοινωνικής προστασίας. Υπό αυτό το πλαίσιο σημαντικός είναι ο ρόλος των μη-κυβερνητικών οργανώσεων, αλλά και λοιπών φορέων της περιφέρειας και της τοπικής κοινότητας. Η ενεργοποίηση αυτών των φορέων δίνει την δυνατότητα μείωσης των αποκλίσεων στην πρόσβαση υγείας (Kunitz, 2000). Όμως, όπως παρατηρούμε από τα στοιχεία, οι εν λόγω φορείς δεν έχουν ενεργοποιηθεί στην άντληση πόρων από το πρόγραμμα του ΕΣΠΑ και αντίστοιχα οι περιφέρειες δεν έχουν αναλάβει δομές στήριξης των ανέργων. Η μη-δραστηριοποίηση των περιφερειών δεν βοηθά στην σύγκλιση μεταξύ των περιφερειών, αντιθέτως επιτείνει το πρόβλημα, δεδομένης της διαφοροποίησης που καταγράφεται μεταξύ των δεικτών ανεργίας στις περιφέρειες.

Ένα επιπλέον συμπέρασμα είναι ότι, παρ' ότι η Ελλάδα διανύει μια εντονότατη οικονομική κρίση, δεν έχουν διατεθεί κονδύλια για την ενεργητική αντιμετώπιση της ανεργίας δια μέσου προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης και εθελοντικής απασχόλησης. Η εν λόγω έλλειψη δεν βοηθά στην μείωση των χάσμάτων μεταξύ των περιφερειών και δεν βοηθά στην επανένταξη των χρόνια ανέργων, ούτε στην κινητικότητα της εργασίας μεταξύ των περιφερειών.

Σε γενικές γραμμές, η συμβολή των προγραμμάτων κρίνεται ως θετική, όμως απαιτείται μια μεγαλύτερη ενεργοποίηση των περιφερειών στον μακροπρόθεσμο σχεδιασμό, ούτως ώστε να υπάρξει η όσο το δυνατό μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στα διατιθέμενα κονδύλια.

## Βιβλιογραφία

### *Ελληνική βιβλιογραφία*

Δαφέρμος, Γ., Θεοφιλάκου, Α., Μαυροδημητράκης, Χ. και Τσακλόγλου, Π. (2008). Η φτώχεια στην Ελλάδα. Ομοιότητες και διαφορές χρησιμοποιώντας εναλλακτικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις. *Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων*, 1, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ

ΕΛΣΤΑΤ (2013). *Ερευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών έτους 2012*. ΕΛΣΤΑΤ.

ΕΛΣΤΑΤ (2014a). *Η Ελλάδα σε αριθμούς*. Πειραιάς: ΕΛΣΤΑΤ

ΕΛΣΤΑΤ (2014b). *Φυσική κίνηση πληθυσμού έτους 2013*. Πειραιάς: ΕΛΣΤΑΤ

ΕΛΣΤΑΤ (2014c). *Δαπάνες Υγείας – Σύστημα λογαριασμών υγείας 2009-2012*. Πειραιάς: ΕΛΣΤΑΤ

ΕΛΣΤΑΤ (2015). *Ερευνα εργατικού δυναμικού: Α' τρίμηνο 2015*. Πειραιάς: ΕΛΣΤΑΤ

Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ Υπουργείου Υγείας. (2015). ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ 2007-2013. Ανακτήθηκε από: [http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/operation-planning/action-plans/summary\\_action\\_plan.pdf](http://www.ygeia-pronoia.gr/Uploads/operation-planning/action-plans/summary_action_plan.pdf)

Επιτελική Δομή ΕΣΠΑ Υπουργείου Υγείας. (2015). Στρατηγικός Σχεδιασμός. Ανακτήθηκε από: <http://www.ygeia-pronoia.gr/el-gr/strategic-planning/ygeia-pronoia-strategic-planning>

Ευρωπαϊκή Ένωση. (2015). Χρηματοδοτήσεις της ΕΕ. Ανακτήθηκε απο: [http://europa.eu/about-eu/funding-grants/index\\_el.htm](http://europa.eu/about-eu/funding-grants/index_el.htm)

ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ. (2006). Αναπτυξιακό Πρόγραμμα Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ανακτήθηκε απο: [http://www.iatrikionline.gr/IB\\_103/10-EPIXEIR%20PROGRAMMA.pdf](http://www.iatrikionline.gr/IB_103/10-EPIXEIR%20PROGRAMMA.pdf)

Ιωαννίδης, Α., Παπαθεοδώρου, Χ. και Σούφτας, Δ. (2012). Εργαζόμενοι κι όμως φτωχοί: διαστάσεις της φτώχειας των εργαζομένων στην Ελλάδα. *Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων*, 6, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ

Κυριόπουλος, Γ., Γκρέγκορυ, Σ. και Οικονόμου, Χ. (2003). *Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό*. Αθήνα: Παπαζήση

Κυριόπουλος, Γ. και Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5), 834-840

Μπαλούρδος, Δ. (2007). Οικονομική ανισότητα, φτώχεια και αποστέρηση: Ήπειρος, Δυτική Ελλάδα, Πελοπόννησος. *Επίκαιρα Θέματα*, 3, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Ινστιτούτο Κοινωνικής Πολιτικής

Υπουργείο Οικονομίας, Ανάπτυξης & Τουρισμού. (2011). Τι είναι το ΕΣΠΑ. Ανακτήθηκε απο: <http://www.espa.gr/el/Pages/staticWhatIsESPA.aspx>

Υπουργείο Οικονομίας, Ανάπτυξης & Τουρισμού. (2014). Εκ των προτέρων αξιολόγηση (Ex Ante). Ανακτήθηκε απο: <http://www.espa.gr/el/Pages/staticEvaluationExAnte.aspx>

Υπουργείο Υγείας (2013). *Απολογισμός 2013*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας

Υπουργείο Υγείας. (2015). Υγεία. Ανακτήθηκε απο: <http://www.moh.gov.gr/articles/health>

### ***Ξένη βιβλιογραφία***

Bagavos, C. (2013). “Regional inequalities in health expectancy in Greece”. *Journal of Public Health Research*, 2(2), 66-73

Economou, A., Nikolaou, A. and Theodossiou, I. (2008). “Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union”. *Journal of Economic Studies*, 35(5), 368 – 384

European Commission (2013). *Health inequalities in the EU: Final report of a consortium*. Brussels: European Commission

Habib, B., Narayan, A., Olivieri, S. and Sanchez, C. (2010). “The impact of the financial crisis on poverty and income distribution: insights from simulations in selected countries” *World Bank Economic Premise*, 7, 1-4

Kunitz, S.J. (2000). Accounts of social capital: the mixed health effects of personal communities and voluntary groups. In D.A. Leon, and G. Walt G. (Eds.), *Poverty, inequality and health*. Oxford: Oxford University Press

Lewis, G. and Sloggett, A. (1998). “*Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study*”. *British Medical Journal*, 317, 1283- 6.

Mackenbach, J.P, Cavelaars, A.E., Kunst, A.E. and Groenhof, F. (2000). “Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality; an international study”. *European Heart Journal*, 21(14), 1141-1151.

Martikainen, P.T. and Valkonen, T. (1996). “Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment”. *Lancet*, 348, 909- 912.

Shorrocks, A. (1978). “Income inequality and income mobility”. *Journal of Economic Theory*, 19, 376 – 393

OECD. Health at a glance: Europe 2012. OECD Publishing, Paris, 2012: 120-123. Available at: [http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health\\_glance\\_2012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2012_en.pdf)

Storm, I., Aarts, M-J., Harting, J. and Schuit, A.J. (2011). “Opportunities to reduce health inequalities by ‘Health in All Policies’ in the Netherlands: An explorative study on the national level”. *Health Policy*, 103(2), 130-140

Van der Heyden, J. H., Schaap, M. M., Kunst, A. E., Esnaola, S., Borrell, C., Cox, B., Leinsalu, M., Stirbu, I., Kalediene, R., Deboosere, P., Mackenbach, J.P. and Van Oyen, H. (2009). “Socioeconomic inequalities in lung cancer mortality in 16 European populations”. *Lung Cancer*, 63(3), 2009, 322–330.

Van Doorslaer, E. and Jones, A.M. (2003). “Inequalities in self-reported health: validation of a new approach to measurement”. *Journal of Health Economics*, 22(1), 61-87.

Wilkinson, R.G. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequalities*. London: Routledge

World Health Organization (2009). *The financial crisis and global health*. Geneva: 2009.

