



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

Εφαρμοσμένη Οικονομική στην Τραπεζική και
Χρηματοοικονομική

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Καρακεκές Δημήτριος

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Οικονόμου Αθηνά

Βόλος, Φεβρουάριος 2016

Αφιερώνεται στην οικογένεια μου
και στα άτομα που βιώνουν
πραγματικά την οικονομική κρίση.

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια κα. Αθηνά Οικονόμου για τη σωστή καθοδήγησή της και το άρτιο κλίμα συνεργασίας που αναπτύχθηκε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Επίσης, ευχαριστώ την οικογένειά μου και τους φίλους μου για την προσωπική στήριξη.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2007, που είχε ως γενεσιουργό αιτία τα επισφαλή στεγαστικά δάνεια των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής, γρήγορα εξελίχθηκε σε μία από τις σκληρότερες οικονομικές κρίσεις που έχουν πλήξει τη παγκόσμια οικονομία. Το ΑΕΠ πολλών χωρών συρρικνώθηκε ενώ η ανεργία αυξανόταν με ραγδαίους ρυθμούς. Ένας από τους τομείς των κρατών που επηρεάστηκαν περισσότερο ήταν η υγεία. Ειδικότερα, ο τομέας της υγείας, έχει υποστεί δραματικές μειώσεις στη χρηματοδότηση και στους υγειονομικούς πόρους, έχοντας ως αποτέλεσμα την αδυναμία προστασίας των πολιτών.

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται πώς η οικονομική κρίση επηρέασε το επίπεδο υγείας των πολιτών της Ελλάδας και της Ισπανίας. Η έρευνα πραγματοποιείται με τη χρήση κάποιων δεικτών υγείας, όπως είναι η θνησιμότητα αλλά και κάποιων οικονομικών δεικτών, όπως είναι η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας. Επίσης, εξετάζονται οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν λόγω κρίσης στις δύο χώρες. Τέλος, προτείνονται πολιτικές αντιμετώπισης των προβλημάτων.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήσα είναι η βιβλιογραφική ανασκόπηση, αντλώντας τα περισσότερα από τα στοιχεία μου από δημοσιευμένα επιστημονικά άρθρα.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ανησυχητικά. Η οικονομική κρίση αυξάνει τις ανισότητες τόσο στην πρόσβαση, όσο και στη χρήση υπηρεσιών στην υγεία. Επιδρά στους δείκτες υγείας (προσδόκιμο επιβίωσης, θνησιμότητα), προκαλεί αύξηση στα ποσοστά των αυτοκτονιών και των ψυχολογικών διαταραχών αλλά ταυτόχρονα μειώνει τους θανάτους από τροχαία ατυχήματα.

Λέξεις κλειδιά: Οικονομική κρίση, σύστημα υγείας, δείκτες υγείας, σωματική και ψυχική υγεία, πολιτικές αντιμετώπισης.

Abstract

The global economic crisis of 2007, which had as root cause the riskymortgages in the United States of America, quickly became one of the harshest economic crisis that have hit the global economy. The GDP of many countries shrank and unemployment rose rapidly. One of the government sectors, that was mostly affected was health. Specifically, the health sector has undergone dramatic reductions in funding and in health resources, resulting in failure to protect citizens.

This paper examines how the economic crisis affected the health status of the citizens of Greece and Spain. The research is conducted with the use of some health indicators, such as the health spending per capita. In addition, it examines the reforms carried out due to the crisis in both countries. Finally, troubleshootingpolicies are proposed.

The method which i used is the literature review, gathering most of the information from public scientific articles.

The results in most cases are worrying. The economic crisis increases the inequalities in access and use of healthcareservices..It affects the health indicators(life expectancy, mortality), causes an increase in rates of suicides and psychological disorders but also reduces traffic deaths.

Key words: economic crisis, health system, health indicators, physical and mental health, emergency policies.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	3
Abstract.....	4
Κατάλογος διαγραμμάτων.....	8
Κατάλογος πινάκων.....	11
Συνοπτομορφίες.....	12
Εισαγωγή.....	13
Κεφάλαιο 1: ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ.....	15
1.1 Παγκόσμια οικονομική κρίση.....	15
1.2 Η κρίση στην Ελλάδα.....	15
1.3 Η κρίση στην Ισπανία.....	18
1.4 Προηγούμενες έρευνες.....	21
Κεφάλαιο 2: ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	27
2.1 Υγεία.....	27
2.2 Ορισμοί υγείας.....	27
2.3 Πολιτική υγείας.....	28
2.4 Τα συστήματα υγείας Ελλάδας και Ισπανίας πριν την οικονομική κρίση.....	29
2.4.α) ΕΛΛΑΔΑ.....	29
2.4.β) ΙΣΠΑΝΙΑ.....	31

2.5 Χρηματοδότηση και ασφαλιστικά ταμεία.....	33
2.6 Προβλήματα του ΕΣΥ προ κρίσης.....	35
2.7 Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα και την Ισπανία πριν την κρίση....	36
2.8 Ασφαλιστική κάλυψη.....	40
2.9 Φαρμακευτικές δαπάνες.....	41
2.10 Δείκτες υγείας.....	45
2.11 Δείκτης θνησιμότητας.....	48
2.12 Παιδική θνησιμότητα.....	52
2.13 Γιατροί ανά 1000 κατοίκους.....	55
2.14 Νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους.....	57
2.15 Τροχαία ατυχήματα.....	59
2.16 Αυτοκτονίες.....	60

Κεφάλαιο 3: ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....63

3.1 Οι μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας Ελλάδας και Ισπανίας.....	63
3.2 Δαπάνες υγείας σε Ελλάδα και Ισπανία μετά την οικονομική κρίση.....	66
3.2 α) Ελλάδα.....	66
3.2 β) Ισπανία.....	68
3.3 Ασφαλιστική κάλυψη.....	68
3.4 Φαρμακευτικές δαπάνες.....	69
3.5 Δείκτης θνησιμότητας.....	72
3.6 Παιδική θνησιμότητα.....	74
3.7 Γιατροί ανά 1000 κατοίκους.....	75
3.8 Νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους.....	77
3.9 Τροχαία ατυχήματα.....	79
3.10 Αυτοκτονίες.....	82

Κεφάλαιο 4: ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΞΥΓΙΑΝΣΗΣ.....	86
4.1 Προτάσεις για τα συστήματα υγείας Ελλάδας και Ισπανίας.....	86
Συμπεράσματα.....	92
Βιβλιογραφία.....	94

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1.1 : Δημόσιο χρέος της Ελλάδας ως ποσοστό του ΑΕΠ.....	16
Διάγραμμα 1.2: Το ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα από το 2004 έως και το 2012..	17
Διάγραμμα 1.3: Το ποσοστό της νεανικής ανεργίας στην Ελλάδα.....	17
Διάγραμμα 1.4: Ο ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ στην Ισπανία	18
Διάγραμμα 1.5: Το ποσοστό ανεργίας στην Ισπανία.....	19
Διάγραμμα 1.6: Ο ρυθμός ανάπτυξης της Ισπανίας.....	20
Διάγραμμα 1.7: Το ποσοστό ανεργίας των νέων στην Ισπανία.....	20
Διάγραμμα 2.1: Οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα από το 2000 έως το 2008 ως ποσοστό του ΑΕΠ.....	37
Διάγραμμα 2.2.: Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στην Ελλάδα από το 2000 έως το 2008 σε χιλιάδες δολάρια.....	37
Διάγραμμα 2.3: Οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα από το 2000 έως το 2008 σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	38
Διάγραμμα 2.4: Οι δαπάνες υγείας της Ισπανίας πρό κρίσης σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.....	39
Διάγραμμα 2.5: Η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας των Ισπανών πολιτών από το 2000 έως το 2008 σε χιλιάδες δολάρια.....	39
Διάγραμμα 2.6: Η φαρμακευτική δαπάνη της Ελλάδας το 2006 σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.....	41
Διάγραμμα 2.7: Η φαρμακευτική δαπάνη της Ελλάδας το 2007 σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.	42
Διάγραμμα 2.8: Η φαρμακευτική δαπάνη της Ισπανίας το 2006.....	44
Διάγραμμα 2.9: Η φαρμακευτική δαπάνη της Ισπανίας το 2007 ως ποσοστό του ΑΕΠ.....	44
Διάγραμμα 2.10: Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση.....	49
Διάγραμμα 2.11: Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα από το 1995 έως το 2008 σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε.....	49
Διάγραμμα 2.12: Προσδόκιμο ζωής στις χώρες της Ε.Ε κατά το έτος 2007.....	50

Διάγραμμα 2.13: Προσδόκιμο ζωής στις χώρες της Ε.Ε κατά το έτος 2008.....	51
Διάγραμμα 2.14 : Η πορεία του προσδόκιμου επιβίωσης στην Ισπανία από το 2000 εως το 2008.....	51
Διάγραμμα 2.15 :Τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας από το 2000 έως το 2008 σε επίπεδο Ε.Ε.....	52
Διάγραμμα 2.16 : Η βρεφική θνησιμότητα σε χώρες της Ε.Ε το 2007.....	53
Διάγραμμα 2.17 : Η βρεφική θνησιμότητα σε Ελλάδα και Ισπανία τη περίοδο 2000- 2008.....	54
Διάγραμμα 2.18: Αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους στις χώρες της Ε.Ε.....	55
Διάγραμμα 2.19 : Γιατροί ανά 1000 κατοίκους σε χώρες της Ε.Ε.....	56
Διάγραμμα 2.20 : Γιατροί ανα 1000 κατοίκους σε χώρες της Ε.Ε το 2008.....	57
Διάγραμμα 2.21 :Νοσηλευτικό προσωπικό σε χώρες της Ε.Ε τη περίοδο 2000- 2008.....	57
Διάγραμμα 2.22: Νοσηλευτές/1000 κατοίκους σε χώρες της ΕΕ.....	59
Διάγραμμα 2.23: Τα θανατηφόρα ατυχήματα/1.000.000 κατοίκους σε Ελλάδα,Ισπανία και μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε από το 2000 έως το 2008.....	60
Διάγραμμα 2.24: Αριθμός αυτοκτονιών/100.000 κατοίκους στις χώρες της Ε.Ε.....	61
Διάγραμμα 3.1: Η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ελλάδα από το 2005 έως και το 2013.....	66
Διάγραμμα 3.2: Η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ισπανία από το 2005 έως και το 2013.....	68
Διάγραμμα 3.3: Η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη από το 2005 έως το 2013 στην Ελλάδα.....	70
Διάγραμμα 3.4: Η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη στην Ισπανία από το 2005 έως και το 2013.....	71
Διάγραμμα 3.5: Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα από το 2005 μέχρι και το 2013.....	72
Διάγραμμα 3.6: Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ισπανία από το 2005 μέχρι και το 2013.....	73
Διάγραμμα 3.7: Η παιδική θνησιμότητα στην Ελλάδα από το 2005 έως και το 2013.....	74

Διάγραμμα 3.8: Η παιδική θνησιμότητα στην Ισπανία από το 2008 μέχρι το 2013.....	75
Διάγραμμα 3.9: Γιατροί ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα από το 2005 έως το 2013.....	76
Διάγραμμα 3.10: Γιατροί ανά 1000 κατοίκους στην Ισπανία από το 2005 έως και το 2013.....	77
Διάγραμμα 3.11: Νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα από το 2015 μέχρι το 2011.....	77
Διάγραμμα 3.12: Νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους στην Ισπανία από το 2005 μέχρι το 2013.....	78
Διάγραμμα 3.13: Θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα ανά 1.000.000 κατοίκους στην Ελλάδα από το 2005 έως και το 2014.....	80
Διάγραμμα 3.14: Θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα ανά 1.000.000 κατοίκους στην Ισπανία από το 2005 έως και το 2014.....	81
Διάγραμμα 3.15: Αυτοκτονίες ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα από το 2005 έως το 2012.....	82
Διάγραμμα 3.16: Ο αριθμός των αυτοκτονιών ανα 100.000 κατοίκους στην Ισπανία την περίοδο 2005-2013.....	84

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2.1: Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.....	28
Πίνακας 2.2: Η οργανωτική δομή του συστήματος υγείας της Ισπανίας.....	32
Πίνακας 2.3: Ισπανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.....	34
Πίνακας 2.4: Ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα από το 2000 έως το 2008.....	42
Πίνακας 2.5: Τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα από το 2000 έως το 2008.....	54
Πίνακας 2.6 : Η βρεφική θνησιμότητα σε Ελλάδα και Ισπανία τη περίοδο 2000-2008.....	54
Πίνακας 2.7 : Γιατροί ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα από το 2000 έως και το 2008.....	56
Πίνακας 2.8: Αριθμός νοσηλευτών/κατοίκους στην Ελλάδα από το 2000 έως και το 2008.....	58
Πίνακας 2.9: Ο αριθμός των αυτοκτονιών/100.000 κατοίκους στην Ελλάδα από το 2000 έως και το 2008.....	61
Πίνακας 2.10: Ο αριθμός των αυτοκτονιών/100.000 κατοίκους στην Ισπανία από το 2000 έως και το 2008.....	61
Πίνακας 3.1: Τροχαία ατυχήματα Ελλάδας, 2000-2012.....	81
Πίνακας 3.2: Αυτοκτονίες στην Ελλάδα από το 2008 έως και το 2013.....	83
Πίνακας 4.1 : Αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων δημόσιας υγείας....	87

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ

ΑΕΠ: Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

ΔΝΤ: Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

Ε.Ε: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΚΤ: Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα

ΕΛΣΤΑΤ: Ελληνική Στατιστική Αρχή

ΕΟΠΥΥ: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Ε.Σ.Υ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

ΟΓΑ: Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

ΟΑΕΕ: Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών

ΟΝΕ: Οικονομική και Νομισματική Ένωση

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΟΠΑΔ: Οργανισμός Πείθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

ΠΟΥ: Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

ΤΕΒΕ: Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΕΣ

ILO: International Labour Organization

NHS: National Health Service

OECD: Organisation for European Economic Co-operation

WHO: World Health Organization

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία εστιάζει στη μελέτη της οικονομική κρίσης και τις συνέπειες αυτής στον κλάδο της υγείας. Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιείται με τη χρήση κάποιων δεικτών υγείας αλλά και οικονομικών δεικτών.

Η Ελλάδα και η Ισπανία έχουν πληγεί βαρύτερα από την παγκόσμια χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση, με εκτεταμένες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες. Η Ελλάδα εξακολουθεί να υφίσταται μια μαζική και άνευ προηγουμένου διαδικασία αλλαγής και διαρθρωτικής μεταρρύθμισης, η οποία σε μεγάλο βαθμό καθοδηγείται από τους όρους της δανειακής σύμβασης με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ).

Τα υψηλά δημοσιονομικά ελλείμματα, το υψηλό δημόσιο χρέος και τελικά η κρίση δανεισμού από τις διεθνείς χρηματαγορές οδήγησαν τις δύο χώρες σε παρατεταμένη ύφεση. Η κατάρρευση της πραγματικής οικονομίας, πλήττει κυρίως τους μηχανισμούς αναπαραγωγής της εργασίας (παιδεία, υγεία) και κοινωνικής προστασίας (ασφάλιση, υγεία)

Τα συστήματα υγείας της Ισπανίας αλλά ειδικότερα της Ελλάδας αντιμετώπιζαν αρκετά διαρθρωτικά προβλήματα πριν την κρίση. Κατά συνέπεια, ήταν ευάλωτα στις οικονομικές διακυμάνσεις και δεν ήταν καλά προετοιμασμένα ώστε να αντιμετωπίσουν τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού. Πολλές από τις μεταρρυθμίσεις που υλοποιήθηκαν εν μέσω κρίσης είχαν προταθεί πολύ πριν ξεσπάσει η οικονομική κρίση.

Έχοντας υπόψη όλα τα παραπάνω συμπεραίνουμε την αναγκαιότητα μελέτης ενός τέτοιου επίκαιρου θέματος, καθώς η υγεία αποτελεί στοιχείο τόσο του ανθρώπινου κεφαλαίου, όσο και συντελεστής που συνεισφέρει ουσιαστικά στην παραγωγική διαδικασία και την κοινωνική πρόοδο.

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι να εξάγει κάποια συμπεράσματα σχετικά με το εάν η οικονομική κρίση επηρέασε το επίπεδο υγείας των πολιτών της Ελλάδας και της Ισπανίας και επίσης να προτείνει συγκεκριμένες μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούν στη βελτίωση των συστημάτων υγείας των δύο χωρών.

Ο τρόπος ανάπτυξης της έρευνας πραγματοποιήθηκε μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης με έμφαση στα επιστημονικά άρθρα. Τα περισσότερα στοιχεία της εργασίας μου αντλήθηκαν από την ηλεκτρονική σελίδα του ΟΟΣΑ.

Η συνεισφορά της συγκεκριμένης μελέτης εστιάζεται στο να εξετάσει ποιοί τομείς της υγείας επηρεάστηκαν είτε θετικά είτε αρνητικά από την οικονομική κρίση. Οι προτάσεις που παρατίθενται αποσκοπούν στην αντιμετώπιση και άμβλυνση των

αρνητικών επιδράσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία των μελών της κάθε κοινωνίας. Για να επιτευχθεί αυτό χρειάζεται τόσο η συμβολή του κράτους αλλά και του κάθε πολίτη ξεχωριστά.

Συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην παγκόσμια οικονομική κρίση, την κρίση σε Ελλάδα και Ισπανία αλλά και σε προηγούμενες έρευνες που έχουν γίνει με αντικείμενο τη σχέση υγείας-οικονομικής κρίσης. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται εκτενής αναφορά στους δείκτες υγείας, στα συστήματα υγείας Ελλάδας και Ισπανίας πριν την κρίση και σε τι επίπεδο βρισκόταν ο κάθε δείκτης που θα εξετάσουμε πριν ξεσπάσει η οικονομική κρίση. Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα συστήματα υγείας της Ισπανία και της Ελλάδας μετά το ξέσπασμα της κρίσης αλλά και η πορεία των δεικτών της υγείας εν μέσω ύφεσης. Το τέταρτο κεφάλαιο περιέχει κάποιες προτάσεις που αφορούν τη βελτίωση της πολιτικής υγείας σε Ελλάδα και Ισπανία. Τέλος, παραθέτονται τα συμπεράσματα της έρευνάς μου.

Αυτό που χρειάζεται τώρα είναι ένα σαφέστερο, πιο ολοκληρωμένο και καλύτερα οργανωμένο σχέδιο μεταρρύθμισης για την υγεία, το οποίο θα αντιπροσωπεύει πληρέστερα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και θα υιοθετεί μία πιο εξελιγμένη στρατηγική προσέγγιση, ιδίως όσον αφορά την κατανομή των πόρων (Economou et al., 2014a).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

1.1 Παγκόσμια οικονομική κρίση

Από τον Αύγουστο του 2007 η παγκόσμια οικονομία βρίσκεται στη δίνη μίας εκ των μεγαλύτερων οικονομικών κρίσεων που υπήρξαν στην ιστορία της παγκόσμιας οικονομίας. Γενεσιουργό αιτία, σύμφωνα με πολλούς οικονομικούς αναλυτές αποτελούν τα επισφαλή στεγαστικά δάνεια (subprime loans) των ΗΠΑ. Η μεγάλη κρίση ξέσπασε στις ΗΠΑ όταν μεγάλο μέρος του πληθυσμού δεν μπόρεσε να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του για τα στεγαστικά δάνεια, με αποτέλεσμα οι τράπεζες να αντιμετωπίσουν άμεσα κρίση ρευστότητας (Οικονομικό Δελτίο ALPHA BANK, 2009).

Η οικονομική κρίση είχε καταστροφικές συνέπειες για μερικές χώρες στην Ευρώπη, ειδικότερα σε αυτές που είχαν πριν την κρίση υψηλά επίπεδα δημοσίου χρέους και ελλείμματος, οι οποίες αντιμετώπισαν προβλήματα στο να δανειστούν για να διατηρήσουν τις δημόσιες δαπάνες. Η αδυναμία λήψης προσιτής πίστωσης και δημιουργίας εσόδων μέσω της φορολόγησης γεννούν ένα υψηλό χρέος, περιορίζοντας τις επιλογές και συνεπώς περικόπτοντας τις δημόσιες δαπάνες (Mladovsky et al., 2012a).

Μετά από την παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008, πολλές ευρωπαϊκές χώρες, κυρίως στη περιφέρεια της Ευρωζώνης, αντιμετώπισαν αύξηση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων τους και του δημοσίου χρέους τους στα τέλη του 2009. Αυτό εγείρει φόβους για μια αλυσιδωτή αντίδραση του χρέους των χωρών στην περιφέρεια της Ευρωζώνης, και την πιθανή μετάδοση του προβλήματος σε άλλες χώρες του πυρήνα της Ευρωζώνης, που οδηγεί σε μια κρίση εμπιστοσύνης και μια διεύρυνση της διασποράς (spreads) των αποδόσεων των ομολόγων και των συμβάσεων ανταλλαγής κινδύνου αθέτησης (credit default swaps) μεταξύ των περιφερειακών χωρών της Ευρωζώνης και της μεγαλύτερης οικονομίας της Ευρωζώνης, τη Γερμανία. Αυτές οι εξελίξεις έχουν τελικά ξεκινήσει μια ευρωπαϊκή κρίση χρέους που έχει οδηγήσει σε μεγάλες οικονομικές παρεμβάσεις από τις μεμονωμένες κυβερνήσεις και την Τρόικα (που αποτελείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (EC), την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ)) στην Ευρωζώνη (Antonakakis and Collins, 2014).

1.2 Η κρίση στην Ελλάδα

Η ελληνική οικονομία αντιμετώπιζε αρκετά προβλήματα και πριν την παγκόσμια οικονομική κρίση του 2007, τα οποία θα παρουσιαστούν παρακάτω. Ανάμεσα στο χρονικό διάστημα της ένταξης της Ελλάδος στην Ευρωπαϊκή Ένωση και το ξέσπασμα της κρίσης η οικονομική ανάπτυξη ανερχόταν κατά μέσο όρο στο 4,2%. Μετέπειτα αυτά τα στοιχεία θεωρήθηκαν ανακριβή. Αναλυτές αναφέρουν ότι τα στοιχεία της ελληνικής οικονομίας παραποιήθηκαν για να μπορέσει η χώρα να ενταχθεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Όταν η χρηματοπιστωτική κρίση έπληξε τις τράπεζες των ΗΠΑ το 2008, ο Έλληνας Πρωθυπουργός Κώστας Καραμανλής ανακοίνωσε ότι η οικονομία είναι «θωρακισμένη» έναντι του κινδύνου της μετάδοσης. Ωστόσο, τα γεγονότα που ακολούθησαν οδήγησαν τη χώρα στο επίκεντρο της καταιγίδας. Η νέα κυβέρνηση, που εξελέγη το 2009, αναθεώρησε το έλλειμμα από το προβλεπόμενο 13,6% σε 15,8% του ΑΕΠ. Το μέγεθος της οικονομικής κακοδιαχείρισης έγινε προφανές και το κόστος δανεισμού εκτινάχθηκε σε δυσβάσταχτα επίπεδα (Kentikelenis et al.,2014a).

Η Ελλάδα από τα τέλη του 2006 έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση περισσότερο από κάθε άλλη ευρωπαϊκή χώρα. Το δημόσιο χρέος αυξήθηκε από 105,4% του ΑΕΠ το 2007 σε 142,8% το 2010 και 152,6% κατά το τρίτο τρίμηνο του 2011 (Ifanti et al.,2013) .

Διάγραμμα 1.1 : Δημόσιο χρέος της Ελλάδας ως ποσοστό του ΑΕΠ

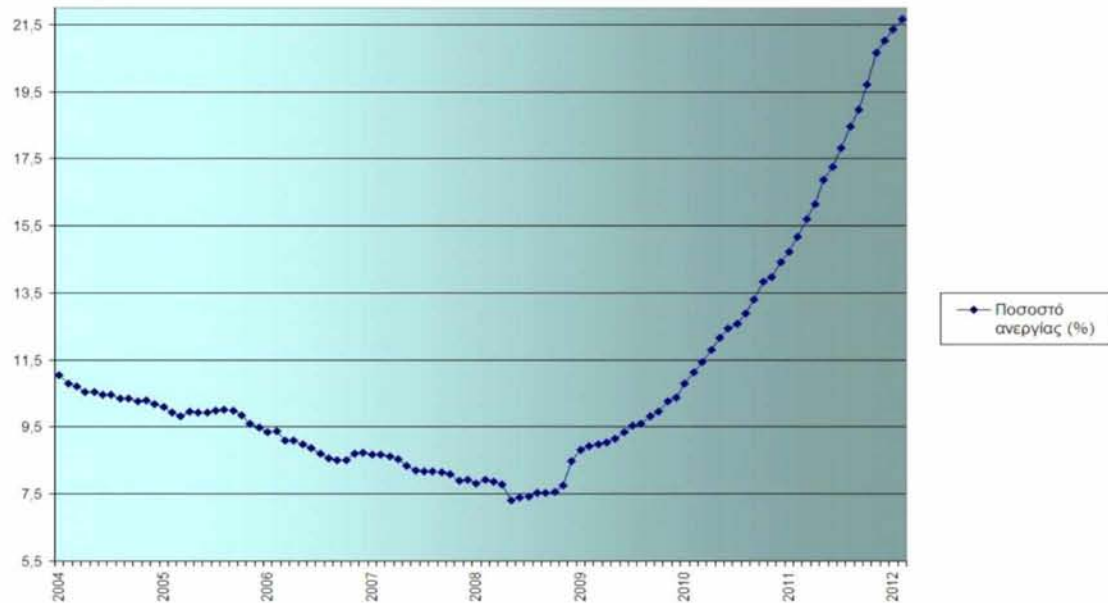


Πηγή: www.tradingeconomics.com

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής το δημόσιο χρέος της Ελλάδος στα τέλη του 2014 εκτινάχθηκε στο 176% του ΑΕΠ και τον Ιούνιο του 2015 ανερχόταν σε 312 δις Ευρώ. Παρατηρούμε, ότι από το 2010 και μετά το δημόσιο χρέος αυξανόταν με ραγδαίο ρυθμό. Ενδεικτικά, από το 2010 μέχρι και το 2012 το δημόσιο χρέος είχε αυξηθεί κατά 24,2%.

Η ανεργία κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης αυξήθηκε σε τρομακτικά ποσοστά. Σύμφωνα με τα τελευταία επίσημα στοιχεία η ανεργία στις αρχές του 2015 κυμαίνεται κοντά στο 25,6%. Οι συνέπειες της ανεργίας είναι εφιαλτικές για την ελληνική οικονομία. Με τη βοήθεια του παρακάτω σχήματος είναι εύκολο να κατανοήσει κανείς την τεράστια αύξηση της ανεργίας εν μέσω οικονομικής κρίσης.

Διάγραμμα 1.2: Το ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα από το 2004 έως και το 2012



Πηγή: www.ekeo.gr

Σήμερα υπολογίζεται ότι η ανεργία ανέρχεται σε 24,99% πράγμα που καθιστά την Ελλάδα πρώτη σε ποσοστό ανεργίας σε ολόκληρη την Ευρώπη με την Ισπανία να την διαδέχεται. Επίσης, η νεανική ανεργία στην Ελλάδα κυμαίνεται κοντά στο 50% (48,6%) γεγονός που ωθεί όλο και περισσότερους νέους σε αναζήτηση εργασίας στο εξωτερικό.

Διάγραμμα 1.3: Το ποσοστό της νεανικής ανεργίας στην Ελλάδα

GREECE YOUTH UNEMPLOYMENT RATE



SOURCE: WWW.TRADINGECONOMICS.COM | EUROSTAT

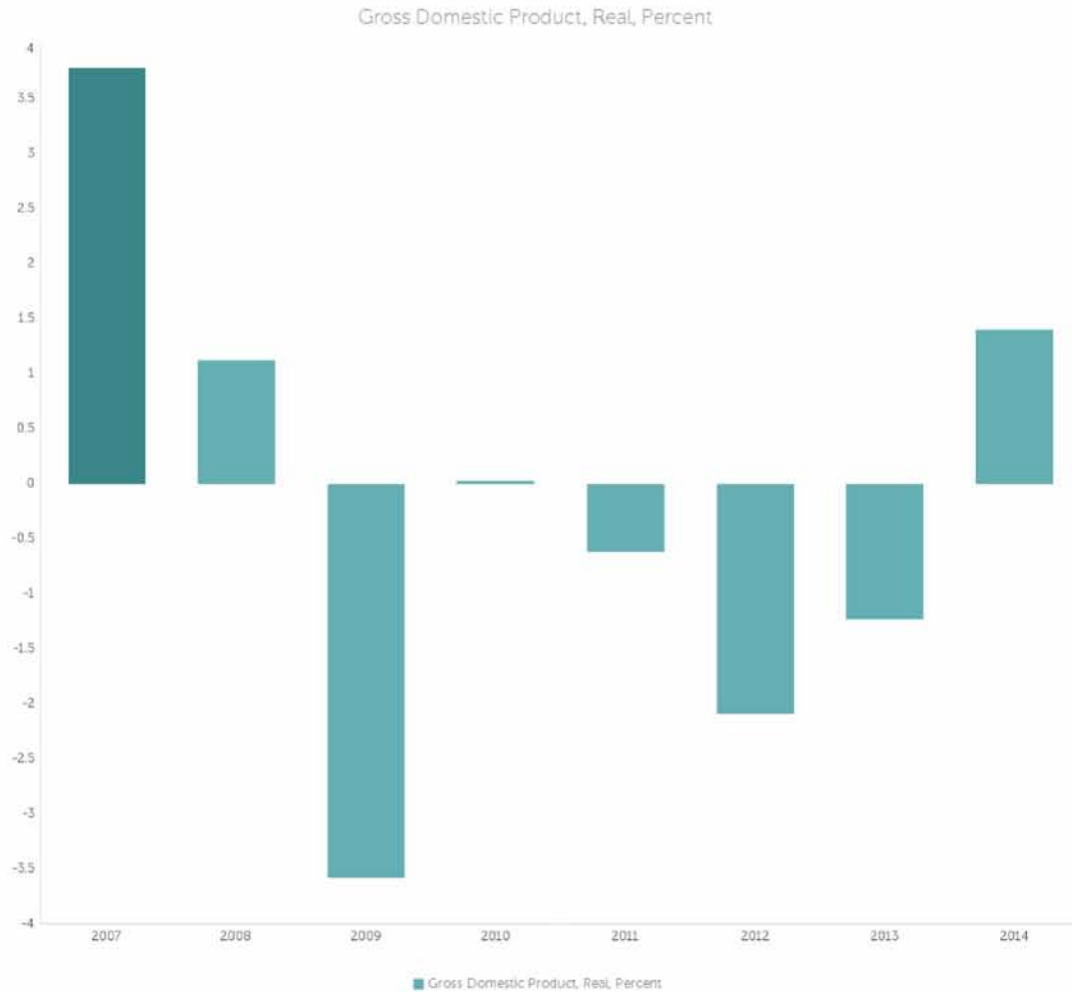
Πηγή: www.tradingeconomics.com

1.3 Η κρίση στην Ισπανία

Η δεύτερη χώρα που θα συμπεριληφθεί στην παρούσα εργασία είναι η Ισπανία. Η επιλογή της συγκεκριμένης χώρας έγινε λαμβάνοντας υπόψη συγκεκριμένα διαρθρωτικά στοιχεία της οικονομίας της, όπως είναι το δημόσιο χρέος, το δημόσιο έλλειμμα και η ανεργία. Αξίζει να αναφέρουμε ότι το δημόσιο χρέος της Ισπανίας πριν το 2007 ήταν βιώσιμο και κυμαινόταν το 2008 κοντά στο 40,2% του ΑΕΠ. Αντίθετα, το πρόβλημα της ανεργίας προϋπήρχε αφού το 2007 η ανεργία στην Ισπανία βρισκόταν κοντά στο 9%. Επίσης, η Ισπανία αποτελεί την τέταρτη χώρα της ΟΝΕ, μετά την Ελλάδα, την Ιρλανδία και την Πορτογαλία, που ζητάει βοήθεια από την Ε.Ε.

Η οικονομία της Ισπανίας βασίζεται κυρίως στον κατασκευαστικό κλάδο, στην αγροτική παραγωγή, στον τουρισμό αλλά και στον κλάδο παροχής υπηρεσιών. Η Ισπανία χτυπήθηκε από την παγκόσμια οικονομική κρίση περισσότερο από πολλές ευρωπαϊκές χώρες λόγω των διάφορων δομικών αδυναμιών της οικονομίας της. Όπως θα παρατηρήσουμε και στο παρακάτω διάγραμμα ο ρυθμός ανάπτυξης της Ισπανίας από τα μέσα του 2007 άρχισε να μειώνεται ραγδαία με αποτέλεσμα το 2009, το 2011, το 2012 και το 2013 να καταγράφει αρνητικούς ρυθμούς ανάπτυξης.

Διάγραμμα 1.4: Ο ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ στην Ισπανία



Source: International Financial Statistics (IFS) (10/14/2015)
Retrieved: 10/22/2015 9:06 AM from <http://data.imf.org>

Πηγή: international monetary fund

Ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα για την Ισπανία αποτελεί το πολύ υψηλό ποσοστό ανεργίας που υπάρχει από το 2009 μέχρι και σήμερα στην επικράτεια της χώρας. Τα τελευταία σημάδια είναι ενθαρρυντικά, καθώς η ανεργία υποχώρησε στο χαμηλότερο επίπεδο των τελευταίων τεσσάρων ετών. Το ποσοστό της ανεργίας στην Ισπανία μειώθηκε στο 22,4% το δεύτερο τρίμηνο του 2015 από 23,8% που ήταν στη διάρκεια του πρώτου τριμήνου, σύμφωνα με στοιχεία που δημοσίευσε η ισπανική στατιστική υπηρεσία. Είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι η Ισπανία μετά από μια εξαιρετικά βαθιά ύφεση όπου το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν της μειώθηκε κατά περίπου 15% από το 2014 επέστρεψε στην ανάπτυξη. Πιο συγκεκριμένα από τον αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης του 1,2% το 2013 το 2014 επανήλθε σε θετικά επίπεδα της τάξης του 1,4%. Σύμφωνα με τις προβλέψεις του διεθνούς νομισματικού ταμείου η ετήσια αύξηση του ΑΕΠ για την Ισπανία το 2015 θα αγγίξει το 3,1%.

Διάγραμμα 1.5: Το ποσοστό ανεργίας στην Ισπανία.



Πηγή: www.tradingeconomics.com

Από το παραπάνω διάγραμμα μπορούμε εύκολα να αντιληφθούμε την αλματώδη αύξηση της ανεργίας στην Ισπανία από το ξέσπασμα της κρίσης το 2008 μέχρι και το 2013, όπου φαίνονται και τα πρώτα σημάδια ανάκαμψης.

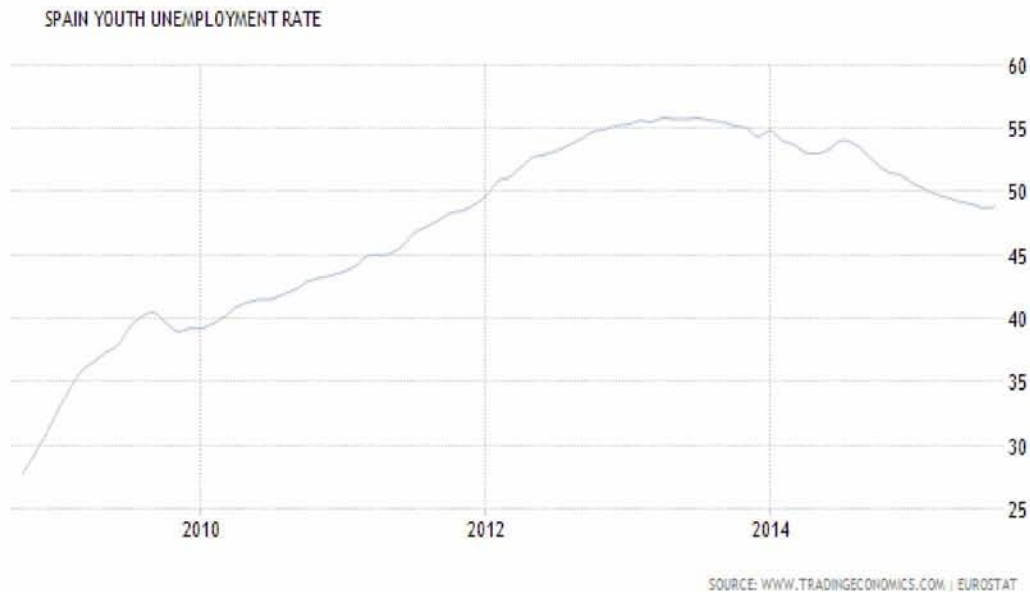
Διάγραμμα 1.6: Ο ρυθμός ανάπτυξης της Ισπανίας



Πηγή: www.tradingeconomics.com

Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι μέχρι και το 2013 η Ισπανία είχε αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης. Από το 2014 μέχρι και σήμερα επανήλθε η ανάπτυξη στη χώρα. Ενδεικτικά, τον Ιούλιο του 2014 η ανάπτυξη άγγιξε το 1%.

Διάγραμμα 1.7: Το ποσοστό ανεργίας των νέων στην Ισπανία



Πηγή: www.tradingeconomics.com

Η ανεργία των νέων υποχώρησε και αυτή στη διάρκεια του δευτέρου τριμήνου του 2015 και διαμορφώθηκε στο 49,2%, υποχωρώντας κάτω από το 50% για πρώτη φορά από τα τέλη του 2011 . Το υπουργείο Οικονομικών της Ισπανίας αναθεώρησε πρόσφατα την πρόβλεψή του για την ανάπτυξη το 2015 στο 3,3% από 2,9%.

1.4 Προηγούμενες έρευνες.

Η οικονομική της υγείας, ορίζεται ως η επιστήμη που μελετά τη κατανομή των περιορισμένων πόρων μεταξύ διαφόρων δραστηριοτήτων με σκοπό την ίαση της ασθένειας, την προαγωγή, τη διατήρηση και τη βελτίωση της υγείας. Η μελέτη αυτής της επιστήμης περιλαμβάνει ακόμη, τον τρόπο δράσης, των υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία, το κόστος και τα οφέλη, αλλά και την υγεία την ίδια όσον αφορά τον τρόπο διανομής της μεταξύ των ατόμων (Pearson, 2002).

Σύμφωνα με τον Σούλη(1998), τα οικονομικά της υγείας βρίσκονται στο τρίγωνο των επιστημονικών οριοθετήσεων μεταξύ της οικονομικής επιστήμης γενικά, της επιστήμης της κοινωνικής πολιτικής και της φιλοσοφικο-ιδεολογικής θεώρησης της υγείας.

Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι οικονομολόγοι οδηγήθηκαν στη μελέτη αυτού του νέου κλάδου είναι η συνεχής άνοδος των δαπανών υγείας, η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας αλλά και η σπανιότητα των πόρων που απορροφά ο τομέας της υγείας. Οι παραπάνω παράγοντες σε συνδυασμό με τη στασιμότητα στην αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας επέβαλαν τη δημιουργία ενός νέου επιστημονικού κλάδου, την οικονομική της υγείας.

Πρωτοπόρος στην έρευνα των οικονομικών της υγείας θεωρείται ο Grossman, ο οποίος το 1972 δημιούργησε ένα οικονομικό υπόδειγμα ατομικής ζήτησης υγείας. Η θεωρία του Grossman στηρίζεται στη θεωρία του Becker(1962) για το ανθρώπινο κεφάλαιο. Σύμφωνα με τον Grossman(1972) το άτομο που ζητά υπηρεσίες υγείας είναι ταυτόχρονα και παραγωγός και καταναλωτής του αγαθού υγείας.

Το υπόδειγμα του Grossman στηρίζεται πάνω σε κάποιες βασικές υποθέσεις. Αυτές σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο(2003) είναι:

- A) Η υγεία θεωρείται διαρκές αγαθό.
- B) Η γέννηση κάθε ατόμου συνοδεύεται με το προσωπικό του αρχικό απόθεμα υγείας.
- Γ) Με την πάροδο των χρόνων το αρχικό απόθεμα υγείας μειώνεται.
- Δ) Το άτομο έχει τη δυνατότητα να παράγει νέο απόθεμα υγείας.

Η ατομική συνάρτηση χρησιμότητας έχει την ακόλουθη μορφή:

$$U = U(f_0 H_0, \dots, f_n H_n, Z_0, \dots, Z_n)$$

Όπου:

H_0 = αρχικό απόθεμα υγείας

H_i = το απόθεμα υγείας του ατόμου τη χρονική στιγμή i

f_i = η ποσότητα υπηρεσιών υγείας που καταναλώνεται ανά μονάδα αποθέματος

$f_i H_i$ = η συνολική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας

Z_i = η συνολική κατανάλωση άλλων αγαθών την ίδια περίοδο

Σκοπός του κάθε καταναλωτή είναι να μεγιστοποιήσει την παραπάνω συνάρτηση υπό τον εισοδηματικό περιορισμό που δίνεται από την παρακάτω συνάρτηση:

$$I = P_H * f_i H_i + P_Z * Z_i$$

Όπου:

I = το εισόδημα του καταναλωτή

$P_H * f_i H_i$ =δαπάνη για τη συνολική κατανάλωση υπηρεσιών υγείας

$P_Z * Z_i$ =δαπάνη για την κατανάλωση άλλων αγαθών

Παραπάνω αναφέραμε, ότι το άτομο εκτός από καταναλωτής υπηρεσιών υγείας λειτουργεί και ως παραγωγός υπηρεσιών υγείας, δηλαδή επενδύει στο κεφάλαιο υγείας. Ο επενδυτής επιδιώκει να αυξηθεί το απόθεμα υγείας του. Η παρακάτω εξίσωση παρουσιάζει την επένδυση που γίνεται στην υγεία:

$$I_i = f(M_i, TH_i, E_i)$$

Όπου:

I_i = η επένδυση που γίνεται με σκοπό την αύξηση του αποθέματος υγείας

M_i = οι ιατρικές υπηρεσίες που είναι απαραίτητες για να δημιουργηθεί το απόθεμα υγείας

TH_i = ο χρόνος που απαιτείται για να πραγματοποιηθεί η επένδυση

E_i = το απόθεμα σε ανθρώπινο κεφάλαιο το έτος i

Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες όχι μόνο κατά τη διάρκεια της μεγάλης ύφεσης του 2007 αλλά και προηγούμενων οικονομικών κρίσεων σχετικά με την επίπτωση της κρίσης στην υγεία των πολιτών. Παρακάτω θα παρουσιαστούν κάποια από αυτά τα αποτελέσματα.

Σύμφωνα με τους Wamala et al.,(1997), στις περισσότερες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της υγείας ενός ατόμου και της οικονομικής του κατάστασης, ανεξάρτητα με τους δείκτες που χρησιμοποιούνται κάθε φορά.

Ένας από τους σημαντικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας του ατόμου καθόλη τη διάρκεια της ζωής του είναι η εισοδηματική και κοινωνική του κατάσταση. Σύμφωνα με την έρευνα των Van Rossum et al.,(2000) οι άνδρες με υψηλή κοινωνικο-οικονομική θέση έχουν πιθανότητα επιβίωσης ίση με 93% για τα επόμενα πέντε έτη, ενώ οι άνδρες με χαμηλή κοινωνικο-οικονομική θέση έχουν αντίστοιχη πιθανότητα ίση με 84%.

Έρευνα για την υγεία κατά τη διάρκεια της Μεγάλης Ύφεσης στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1929-1937 έδειξε ότι, ενώ οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν, η συνολική θνησιμότητα μειώθηκε λόγω της μείωσης των λοιμωδών νόσων και των οδικών ατυχημάτων (Fishback et al.,2007) .

Μια πρόσφατη μελέτη που χρησιμοποίησε αστικά και κρατικά δεδομένα έδειξε ότι εκτός από την αύξηση στις αυτοκτονίες και τη μείωση στους θανάτους λόγω της μείωσης των τροχαίων δυστυχημάτων, η συνολική θνησιμότητα δεν συσχετίζεται με την ίδια την ύφεση (Stuckler et al., 2011).

Η ύφεση μετά την κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης στις αρχές της δεκαετίας του 1990 είχε καταστροφικές συνέπειες για την υγεία του πληθυσμού σε ολόκληρη την περιοχή, με τη θνησιμότητα να αυξάνεται έως και 20% σε ορισμένες χώρες. Ο ρυθμός της μετάπτωσης, συμπεριλαμβανομένης της μαζικής ιδιωτικοποίησης και η απουσία ενός δικτύου κοινωνικής ασφάλειας σε ορισμένες από τις χώρες, επηρεάζει σημαντικά το προσδόκιμο ζωής (Stuckler et al., 2009). Αξίζει να αναφέρουμε ότι σε κάποιες από αυτές τις πρώην κομμουνιστικές χώρες το προσδόκιμο ζωής ξαναέφτασε στα ίδια επίπεδα που βρισκόταν μετά από περίπου είκοσι έτη.

Οι χώρες που έπληξε η οικονομική κρίση της δεκαετίας του 1990 στην Νοτιοανατολική Ασία εφάρμοσαν διαφορετικές στρατηγικές ανάκαμψης. Η Ταϊλάνδη και η Ινδονησία, οι οποίες μείωσαν τις δαπάνες για την κοινωνική προστασία, γνώρισαν βραχυπρόθεσμη αύξηση της θνησιμότητας, ενώ η Μαλαισία κατάφερε να διατηρήσει τα προγράμματα κοινωνικής προστασίας και δεν έδειξε εμφανή αλλαγή στα ποσοστά θανάτου (Waters et al., 2003; Hopkins, 2006; Chang et al, 2009).

Η παρακάτω έρευνα χρησιμοποίησε δεδομένα για σύγκριση από τους οργανισμούς WHO, ILO, World Bank και OECD Health Data για 26 χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης. Τα κρατικά έξοδα που μελετήθηκαν ήταν για την περίοδο 1970-2007. Παρατηρήθηκε ότι για κάθε 1% αύξηση στην ανεργία έχουμε 0,79% αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών για ηλικίες κάτω των 65 ετών και αύξηση 0,79% στις ανθρωποκτονίες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το Ηνωμένο Βασίλειο (1981) όπου η ανεργία αυξήθηκε κατά 3,6% και οι αυτοκτονίες κατά 2,7%. Αντίστοιχες δραματικές αυξήσεις στην ανεργία κατά την οικονομική ύφεση βίωσαν οι χώρες της Φινλανδίας (1990-93) με την ανεργία να αυξάνεται από 3,2% σε 16,6% και της Σουηδίας (1991-92) όπου η ανεργία από 2,1% αυξήθηκε στο 5,7%. Οι επιπτώσεις όμως ήταν διαφορετικές (Ευθυμίου κ.ά.,2013).

Ένας από τους σημαντικότερους ερευνητές στον τομέα των οικονομικών της υγείας είναι αναμφισβήτητα ο Christopher J. Ruhm, ο οποίος δημοσίευσε πολλά επιστημονικά άρθρα με αντικείμενο την σχέση των μακροοικονομικών δεδομένων με το επίπεδο υγείας των πολιτών. Μια σειρά από μελέτες του, που χρησιμοποίησαν δεδομένα συνολικού επιπέδου έχουν υποστηρίξει ότι η υγεία δεν επηρεάζεται από την οικονομική ύφεση στις χώρες υψηλού εισοδήματος, η θνησιμότητα τείνει να μειώνεται, όταν η οικονομία επιβραδύνεται και να αυξάνεται όταν η οικονομία βρίσκεται σε ανοδική πορεία (Ruhm, 2000, 2003, 2008,; Gerdtham and Ruhm, 2006).

Σε ακόμη μια έρευνα του Ruhm η οποία δημοσιεύτηκε τον Μαΐο του 1996 και περιέχει διαμηκή δεδομένα τα ευρήματα ήταν συναρπαστικά. Αρχικά ο Ruhm απέδειξε ότι το ποσοστό ανεργίας είναι αρνητικά συσχετισμένο με την θνησιμότητα. Το ίδιο ισχύει και για τις 9 στις δέκα αιτίες θανάτων με μοναδική εξαίρεση τις αυτοκτονίες. Ο Ruhm αιτιολόγησε τα παραπάνω αποτελέσματα επισημαίνοντας ότι σε περιόδους ύφεσης οι πολίτες μειώνουν την κατανάλωση κανονικών αγαθών όπως είναι το κάπνισμα και η οδήγηση με αποτέλεσμα η θνησιμότητα να μειώνεται. Επίσης, η δουλειά και ειδικότερα οι κακές συνθήκες εργασίας τις περισσότερες φορές σχετίζονται με το άγχος που προκαλεί σημαντικά προβλήματα υγείας. Τέλος ο Ruhm τόνισε ότι σε αρκετές περιπτώσεις οι άνεργοι λαμβάνουν ειδικά προνόμια σε φαρμακευτικό υλικό αλλά και ιατρικής περίθαλψης (Ruhm, 2006b).

Στα συμπεράσματα του Ruhm συμφωνούν και οι έρευνες των Catalano and Bellows (2005). Οι ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι οι υφέσεις μπορούν να έχουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία, διότι η αύξηση του ελεύθερου χρόνου επιτρέπει στους ανθρώπους να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που βελτιώνουν την υγεία όπως η άσκηση, ή να μειώσουν την υπερκατανάλωση φαγητού και αλκοόλ.

Από την άλλη πλευρά υπάρχουν αρκετές έρευνες οι οποίες αποδεικνύουν ότι η οικονομική ύφεση θέτει σε κίνδυνο την υγεία των πολιτών. Οι κυριότερες αιτίες σύμφωνα με τους (Stuckler et al., 2009b; Stuckler et al., 2010; Suhrcke et al., 2011) είναι οι αυτοκτονίες αλλά και η θνησιμότητα που σχετίζεται με το αλκοόλ. Αυτές οι μελέτες διαπιστώνουν επίσης ότι τα δυσμενή αποτελέσματα μπορούν να μετριαστούν από την παροχή προγραμμάτων επανένταξης στην εργασία και υποστήριξη στις οικογένειες κατά τη διάρκεια περιόδων οικονομικής αστάθειας. Σε περίπτωση που τα εν λόγω μέτρα τεθούν σε εφαρμογή, τα οφέλη των οικονομικών κρίσεων για την υγεία, όπως η μείωση των οδικών ατυχημάτων καθώς οι άνθρωποι οδηγούν λιγότερο, τείνουν να υπερτερούν των κινδύνων, βελτιώνοντας την υγεία του πληθυσμού, τουλάχιστον σε βραχυπρόθεσμο ορίζοντα (Mladovsky, 2012b).

Ωστόσο, η έρευνα μέχρι σήμερα επιβεβαιώνει την απότομη αύξηση των αυτοκτονιών στις χώρες που πλήττονται και μείωση των θανάτων από τροχαία ατυχήματα, το πιο αξιοσημείωτο, σε χώρες όπου τα αρχικά επίπεδα ατυχημάτων ήταν υψηλότερα (Stuckler et al., 2011b).

Η χώρα που χτυπήθηκε περισσότερο από κάθε άλλη από την οικονομική κρίση είναι αναμφισβήτητα η Ελλάδα. Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες σχετικά με το κόστος της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας των Ελλήνων πολιτών. Πολλές από αυτές τις έρευνες συνεχίζονται μέχρι και σήμερα.

Πιο λεπτομερή στοιχεία που προέρχονται από την Ελλάδα, την ευρωπαϊκή χώρα που έχει πληγεί περισσότερο από την οικονομική κρίση, επισημαίνουν ότι κατά τα έτη 2010 και 2011 υπήρξε ραγδαία επιδείνωση της ψυχικής υγείας (Οικονομου et al., 2011; Madianos et al., 2011). Επίσης, η αυτοαναφερόμενη γενική κατάσταση της υγείας έχει επιδεινωθεί από την αρχή της κρίσης και υπήρξε μια σημαντική αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που αισθάνθηκαν ότι χρειάζονται υγειονομική περίθαλψη, αλλά δεν είχαν πρόσβαση (Kentekilenis et al., 2011). Άλλο ένα σημαντικό στοιχείο είναι ότι ο αριθμός των νέων κρουσμάτων HIV στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών (XEN) έχει αυξηθεί δραματικά και ίσως αυτό να συμβαίνει από την έλλειψη παροχής υπηρεσιών (ΕΚΠΠΤ and ECDC, 2011).

Επίσης, και οι τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής στήριξης καταγράφουν αυξημένο αριθμό κλήσεων για ψυχολογικά προβλήματα σχετιζόμενα με την οικονομική κρίση. Η Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη του Προγράμματος «Αντι-στίγμα» του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΠΨΥ), το 2010 είχε καταγράψει αυξημένο αριθμό κλήσεων με θεματολογία σχετική με οικονομικά προβλήματα και δυσκολίες στον τομέα της εργασίας. Στο 27% των κλήσεων τα αιτήματα για παροχή ψυχολογικής βοήθειας συνδέονται με την οικονομική κρίση και τη δυσχερή κατάσταση που επικρατεί στον εργασιακό τομέα. Η ανεργία και η οικονομική επισφάλεια αποτελούν από τους παράγοντες που αναφέρονται με μεγάλη συχνότητα από τους καλούντες ως επιβαρυντικοί για την ψυχολογική τους κατάσταση (Μπούρας και Λύκουρας, 2011).

Περιληπτικά, ενώ απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να κατανοήσουμε τις μακροπρόθεσμες και έμμεσες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και στα συστήματα υγείας, μερικά στοιχεία από προηγούμενες περιόδους οικονομικής ύφεσης δείχνουν ότι η ύφεση, ιδίως όταν συνοδεύεται από αύξηση της ανεργίας, είναι επιζήμια για τη δημόσια υγεία (Karlan, 2012; McKee et al., 2012). Η διατήρηση των δαπανών για την κοινωνική προστασία, ιδίως σε ενεργητικά προγράμματα για την αγορά εργασίας, είναι πιθανό να μειώσει τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία.

Οι Madianos et al., πραγματοποίησαν πανελλαδική τηλεφωνική έρευνα, το 2008 με δείγμα 2.197 ατόμων και το 2009 με δείγμα 2.192, με σκοπό τη διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της οικονομικής κρίσης και του επιπολασμού του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών και συγκεκριμένα έδειξε ότι τα άτομα που αντιμετώπιζαν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. Όσον αφορά τη σύγκριση των δεδομένων των δύο φάσεων, παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού επιπολασμού του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου της τάξεως του 2,1% το έτος 2009 σε σχέση με το 2008 (Madianos et al., 2011b).

Από τα στοιχεία των παραπάνω ερευνών μπορούμε να κατανοήσουμε ότι μια οικονομική κρίση μπορεί να προκαλέσει διάφορα αποτελέσματα στο επίπεδο υγείας των πολιτών, είτε αρνητικά είτε θετικά. Αυτό εξαρτάται κυρίως από το είδος της κρίσης, τις αιτίες αλλά κυρίως με το πώς το κράτος θα αντιμετωπίσει την οικονομική κρίση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

2.1 Υγεία

Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικότερα στοιχεία ζωής του ανθρώπου. Όταν ο άνθρωπος είναι υγιής, τότε μπορεί και ανταποκρίνεται πλήρως και επαρκώς στις

εργασιακές, κοινωνικές και οικογενειακές του υποχρεώσεις. Όταν ο άνθρωπος δεν είναι υγιής, τότε αφενός μεν δεν μπορεί να ανταποκριθεί πλήρως στις υποχρεώσεις του, αφετέρου δε είναι εξαναγκασμένος να δαπανήσει χρήματα για την αποκατάσταση της υγείας του. (Χλέτσος,2011a)

2.2 Ορισμοί υγείας

Τι ακριβώς εννοούμε όμως με τον όρο υγεία; Υπάρχουν αρκετοί ορισμοί στη διεθνή βιβλιογραφία, κάποιους από τους οποίους θα αναφέρουμε παρακάτω.

Σύμφωνα με το καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) ως υγεία ορίζεται όχι μόνο η απουσία νόσου, αλλά και η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Σύμφωνα με τον Χλέτσο(2011b) το θέμα της υγείας έχει διερευνηθεί από διαφορετικές επιστήμες, όπως η επιδημιολογία, η δημογραφία, η κοινωνιολογία, η ψυχολογία και η οικονομία. Έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί της έννοιας υγείας. Αναφέρουμε τέσσερις βασικούς ορισμούς της υγείας σύμφωνα με τους Λιαρόπουλος ,(2007) και Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας, (2007):

Α) Θετικός ορισμός της υγείας. Η υγεία αντιμετωπίζεται ως κάτι ευρύ και δίνεται έμφαση στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών που συμβάλλουν στην επίτευξη αυτού που ονομάζουμε υγεία πολύ υψηλού επιπέδου. Ένας τέτοιος ορισμός της υγείας δίνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, όπου για αυτόν τον οργανισμό "υγεία είναι όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας, αλλά η πλήρης σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία του ατόμου". Αυτός ο ορισμός εκφράζει μία θετική διάσταση για την υγεία.

Β)Αρνητικός ορισμός της υγείας. Ο αρνητικός ορισμός της υγείας στηρίζεται στην αντίληψη του Jeremy Bentham για την υγεία. Σύμφωνα με τον Bentham " υγεία είναι η απουσία νόσου". Σύμφωνα με την ιατρική επιστήμη μπορεί να μην υπάρχει καλή υγεία, παρόλο που δεν υπάρχουν συμπτώματα.

Γ)Δειτουργικός ορισμός της υγείας. Με βάση τον ορισμό του Parson (1979) η υγεία ορίζεται αναφορικά με την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους, π.χ. στην εργασία του, στο σπίτι του σε σχέση με τους δικούς του ανθρώπους κ.α.

Δ)Βιωματικός ορισμός της υγείας. Ο βιωματικός ορισμός εστιάζεται κυρίως στο άτομο και στον τρόπο που αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία του.

2.3 Πολιτική υγείας

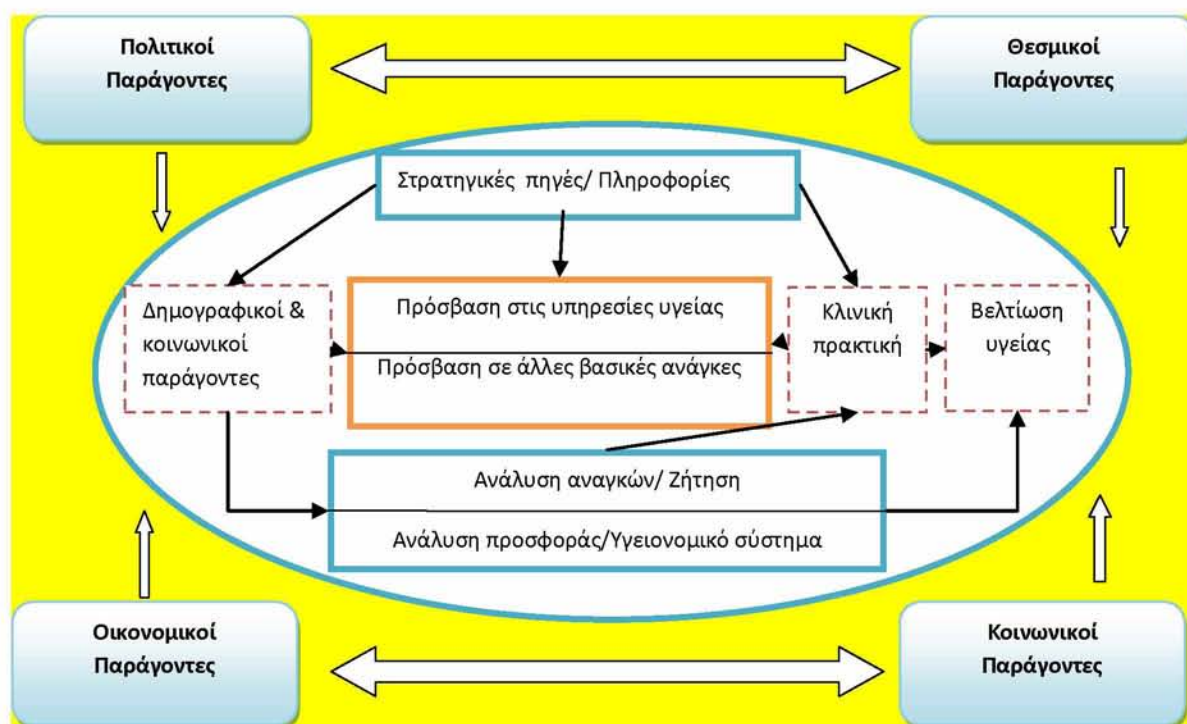
Ένας από τους κύριους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας είναι η πολιτική με την οποία η εκάστοτε κυβέρνηση διαχειρίζεται τα θέματα που ρυθμίζουν το επίπεδο υγείας των πολιτών. Η πολιτική υγείας συνίσταται στο "σύνολο των μέτρων και των αποφάσεων που λαμβάνει κάθε κυβέρνηση για την προώθηση και την ανάπτυξη του τομέα υγείας της χώρας της με γνώμονα τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τους

διαθέσιμους πόρους και τους υπάρχοντες πολιτικούς περιορισμούς, υποδεικνύοντας ταυτόχρονα τους κυριότερους τρόπους επίτευξης αυτών" (Κουρής και Σουλιώτης, 2007).

Κάθε πολιτική που διαμορφώνεται στον τομέα της υγείας μιας χώρας θα πρέπει να αποβλέπει στη βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού της, τη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας και την αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των περιορισμένων πόρων (Υφαντόπουλος, 2006α).

Μπορούμε να αναφέρουμε ότι τρεις από τους σημαντικότερους στόχους των πολιτικών υγείας σε κάθε αναπτυγμένη χώρα είναι η ποιότητα, το χαμηλό κόστος και η καθολική πρόσβαση. Οι παράγοντες που ρυθμίζουν την πολιτική υγείας σε κάθε κράτος ποικίλουν. Αυτοί μπορεί να είναι θεσμικοί, κοινωνικοί, οικονομικοί αλλά και πολιτικοί παράγοντες. Με τη βοήθεια του παρακάτω σχήματος θα κατανοήσουμε βαθύτερα τη λειτουργία αυτών των παραγόντων και το πώς διαμορφώνουν πολιτική υγείας.

Πίνακας 2.1: Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας στην Ελλάδα.



Πηγή: Υφαντόπουλος, 2006b

2.4 Τα συστήματα υγείας Ελλάδας και Ισπανίας πριν την οικονομική κρίση.

2.4.α) ΕΛΛΑΔΑ

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Το ελληνικό σύστημα χαρακτηρίζεται ως μεικτό γιατί ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) προέρχεται από τη φορολογία. Επίσης υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983 και στόχευε στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Οι βασικοί του στόχοι ήταν : η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση τη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται μέσω ενός μεικτού συστήματος. Οι κύριοι πόροι είναι η γενική φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες. Οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία ανέρχονται περίπου στο 43% του συνόλου των δαπανών για υγεία. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτές αμείβονται με μισθό, ενώ στην περίπτωση των εργαζομένων στα ασφαλιστικά Ταμεία, αυτοί πληρώνονται από το ίδιο το Ταμείο. (Χλέτσος, 2011c)

Συνοψίζοντας , τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007b) είναι:

- α) αποτελεί μεικτό σύστημα υγείας
- β) η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τη γενική φορολογία αλλά και την κοινωνική ασφάλιση
- γ) το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης διαμορφώνει την πολιτική υγείας
- δ) το ΕΣΥ διαιρείται διοικητικά σε περιφέρειες
- ε) τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, οι ιδιώτες γιατροί και τα κέντρα Υγείας παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- στ) τα νοσοκομεία παρέχουν τη δευτεροβάθμια φροντίδα
- ζ) οι νοσοκομειακοί ιατροί αμείβονται με μισθό ενώ οι ιδιώτες κατά υπηρεσία
- η) τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται μέσω της φορολογίας και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας σύμφωνα με τον Χλέτσο (2011d) είναι :

"α) ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας , β) πλήρης κάλυψη του πληθυσμού , γ) έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας , δ) περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος και ε) ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας "

Τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος σύμφωνα με τον Χλέτσο (2011e) είναι :

"α) υψηλές δαπάνες υγείας , β) χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας , γ) περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς , δ) προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, ε) πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη

συντονισμού, στ) άτυπες πληρωμές, ζ)προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, η)πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας θ)λίσστες αναμονής των ασθενών"

Νοσοκομεία.

Οι τρεις κύριες κατηγορίες νοσοκομείων είναι:

- (1) δημόσια νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ
- (2) δημόσια νοσοκομεία που χρησιμοποιούνται από το Υπουργείο άμυνας, το ΙΚΑ, το Υπουργείο Παιδείας και το Υπουργείο δικαιοσύνης
- (3) ιδιωτικά νοσοκομεία, η συντριπτική πλειοψηφία των οποίων είναι ιδιωτικά κερδοσκοπικά ιδρύματα

Το Ε.Σ.Υ κατέχει και λειτουργεί σχεδόν το 32% του συνολικού αριθμού των νοσοκομείων, τα ιδιωτικά νοσοκομεία αποτελούν περίπου το 62% του συνόλου, ενώ το υπόλοιπο 6% είναι δημόσια νοσοκομεία που δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. Εντούτοις αυτά τα ποσοστά είναι παραπλανητικά όσον αφορά τους αριθμούς νοσοκομειακών κρεβατιών, δεδομένου ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία τείνουν να είναι αρκετά μικρά. Από την άποψη των αριθμών κρεβατιών, επομένως, το 63,5 % ανήκει σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ ενώ το 28.8% σε ιδιωτικά νοσοκομεία.

2.4.β) ΙΣΠΑΝΙΑ

Η Ισπανία διαχρονικά κατέχει ένα αρκετά υψηλό προσδόκιμο ζωής σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης. Είναι ενδεικτικό ότι για το 2013 το προσδόκιμο ζωής για τους Ισπανούς πολίτες υπολογίστηκε σε 83,2 έτη με την Ιταλία να την διαδέχεται με 82,8 έτη. Η Ελλάδα βρίσκεται στην έβδομη θέση με προσδόκιμο ζωής τα 81,4 έτη. Αυτό οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως ο τρόπος ζωής, η διατροφή αλλά σαφώς σημαντικό ρόλο κατέχει και το σύστημα υγείας.

Το εθνικό σύστημα υγείας της Ισπανίας χαρακτηρίζεται από την καθολικότητα της κάλυψης υγείας των πολιτών του, την χρηματοδότησή του κυρίως από την φορολογία και την κυρίαρχη λειτουργία του ως δημόσιος τομέας, συνεπώς αποτελεί σύστημα τύπου Beveridge (εθνικό σύστημα υγείας).Το 1986, η μετάβαση του συστήματος υγείας σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας περιελάμβανε μια μεταρρύθμιση στη χρηματοδότηση, η οποία μετασχημάτισε το προηγούμενο σύστημα σε ένα φόρο-χρηματοδοτούμενο σύστημα το οποίο παρείχε καθολική κάλυψη.

Σημαντικό στοιχείο του συστήματος υγείας της Ισπανίας αποτελεί το γεγονός ότι σχεδόν όλες οι αρμοδιότητες στον τομέα υγείας εκχωρήθηκαν από το 2002 στις περιφέρειες με αποτέλεσμα να υφίστανται 17 περιφερειακά υπουργεία με πρωταρχική δικαιοδοσία στην οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών υγείας της περιφέρειάς τους και σημαντικό βαθμό αυτονομίας στην χρηματοδότησή τους (δαπάνες και έσοδα) (Κουτσούκαλης,2011α).

Συνοπτικά, σύμφωνα με τον Κουτσούκαλη(2011b) μπορούμε να επισημάνουμε ότι το σύστημα υγείας της Ισπανίας βασίζεται στους παρακάτω φορείς

Κεντρική κυβέρνηση

Η κεντρική κυβέρνηση στην Ισπανία η οποία διαμορφώνει τις στρατηγικές λειτουργίες, που περιλαμβάνουν:

- γενικό συντονισμό των υπηρεσιών της υγείας
- χρηματοδότηση του συστήματος, και τακτοποίηση του χρηματοοικονομικού τομέα
- καθορισμό ενός εγγυημένου πακέτου οφελών από το NHS
- ρύθμιση της φαρμακευτική πολιτικής
- προπτυχιακή εκπαίδευση αλλά και μεταπτυχιακή ιατρική πρακτική

Υπουργείο Υγείας

Το Υπουργείο Υγείας αποτελεί εγγυητή στο δικαίωμα όλων για πρόσβαση στην υγεία. Αυτή είναι η βασική αρμόδια αρχή για το συντονισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και υγειονομικής περίθαλψης.

Ίδρυμα υγείας Carlos III

Είναι υπεύθυνο για θέματα της βιοϊατρικής έρευνας, την κατάρτιση του προσωπικού στον τομέα της δημόσια υγείας και την επιμέλεια των υγειονομικών υπηρεσιών.

Υπουργείο εργασίας και κοινωνικών υποθέσεων

Ο ρόλος του Υπουργείου εργασίας και κοινωνικών υποθέσεων αφορά κυρίως τον καθορισμό της δομής του Εθνικού Συστήματος Ασφαλείας, του πακέτου οφελών του και των συνεταιρισμών του.

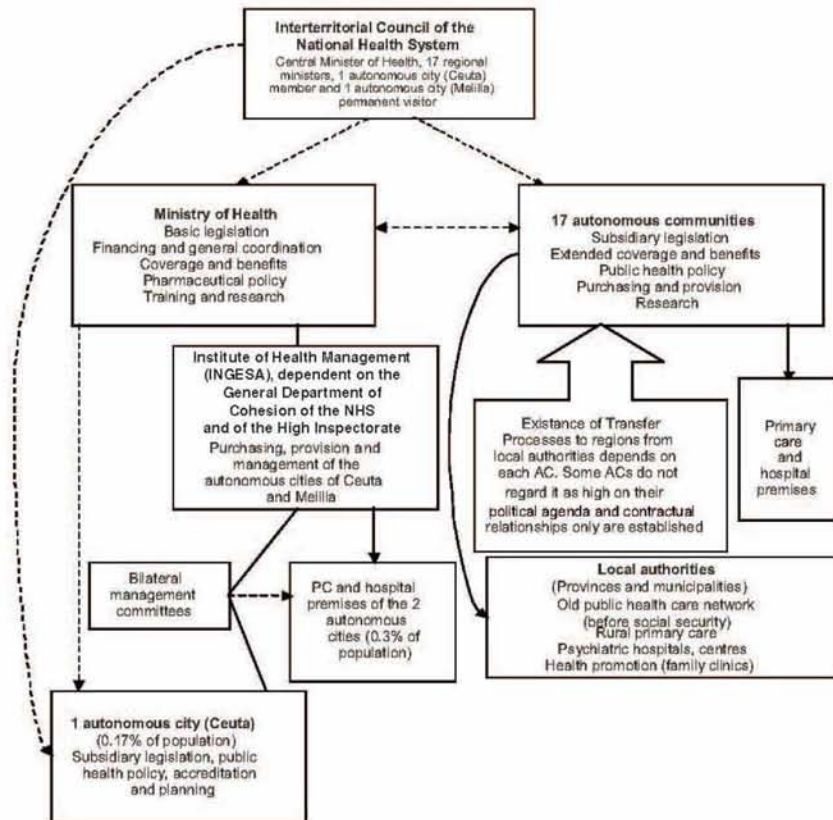
Περιφερειακές κυβερνήσεις

Στο ισπανικό σύστημα υγείας η ευθύνη για την υγειονομική περίθαλψη μεταβιβάζεται από την κεντρική διοίκηση στα χαμηλότερα επίπεδα κυβέρνησης, τα οποία συνήθως εκλέγονται πολιτικά.

Τοπικές κυβερνήσεις

Οι περισσότερες τοπικές ευθύνες του τομέα της υγείας αποδίδονται στις αυτόνομες κοινότητες, με εξαίρεση των βασικών πολιτικών του τομέα της υγιεινής και μερικών άλλων δραστηριοτήτων των περιβαλλοντικών Υγιεινών. Επιπλέον, ο νόμος υγειονομικής περίθαλψης του 1986 ορίζει ότι οι τοπικές κυβερνήσεις πρέπει να συνεχίσουν να διοικούν και να χρηματοδοτούν τα δίκτυα υγειονομικής περίθαλψης που έχουν κληρονομηθεί από το παρελθόν.

Πίνακας 2.2: Η οργανωτική δομή του συστήματος υγείας της Ισπανίας



Πηγή: Armesto et al.,(2010a)

2.5 Χρηματοδότηση και ασφαλιστικά ταμεία

Στην Ελλάδα πριν την οικονομική κρίση υπήρχαν διάφοροι πάροχοι υπηρεσιών υγείας. Παρακάτω θα γίνει μια συνοπτική παρουσίαση αυτών των παρόχων:

Α) Πάροχοι υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται μέσω του Ε.Σ.Υ, όπως τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία δημόσιων νοσοκομείων. Η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και σε πολύ μικρό βαθμό από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Β) Πάροχοι υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Η χρηματοδότηση προέρχεται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.

Γ) Πάροχοι υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται μέσω των υπηρεσιών τοπικών αρχών (περιλαμβάνονται λίγες κλινικές και η πρόνοια). Η χρηματοδότηση προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Δ) Πάροχοι υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται μέσω του ιδιωτικού τομέα.

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΑ ΤΑΜΕΙΑ.

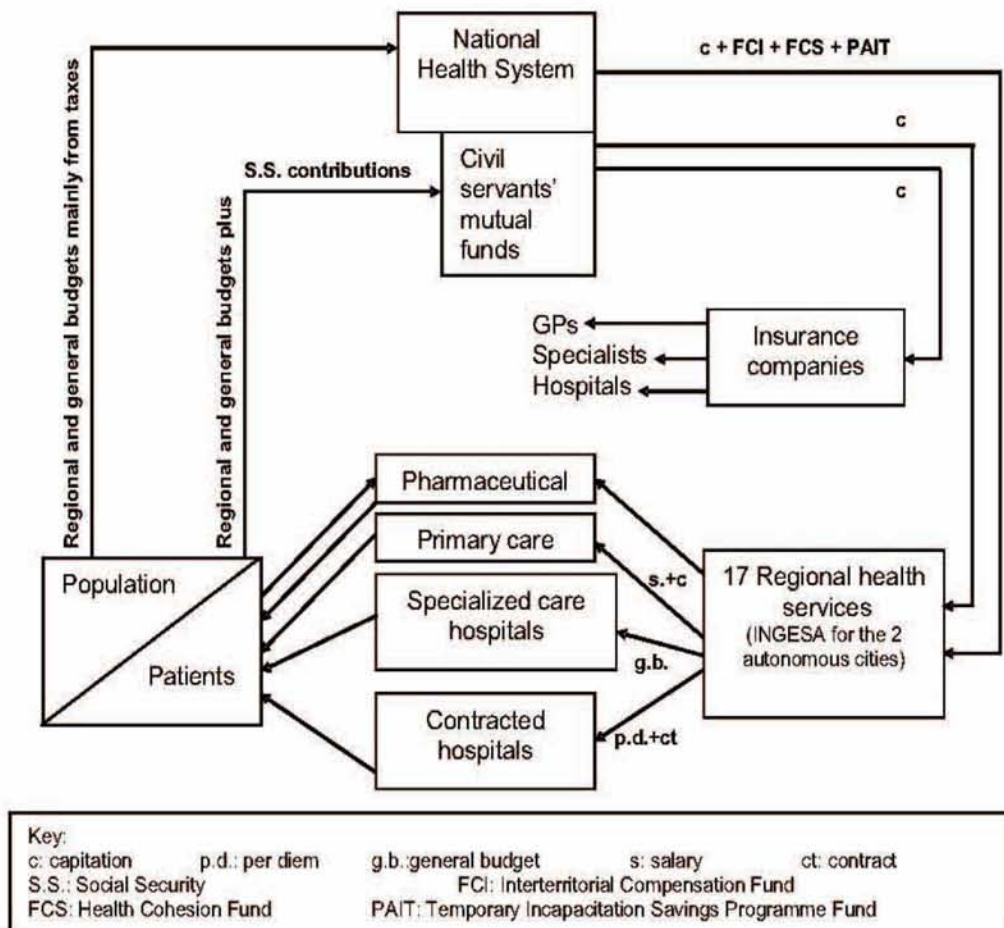
Τρία είναι τα κυριότερα ασφαλιστικά ταμεία στην Ελλάδα. Αυτά είναι το ΙΚΑ, το ΤΕΒΕ και ο ΟΓΑ.

Σχεδόν όλες οι δημόσιες δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται μέσω της γενικής φορολογίας, η οποία αντικατέστησε το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης. Το νέο μοντέλο της χρηματοδότησης υιοθετήθηκε το 2001. Από το 1984, ο αρχικός τομέας της υγειονομικής περίθαλψης έχει περάσει μια εκτενή διαδικασία θεσμικής μεταρρύθμισης και δημιουργίας υποδομών. Η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη είναι ένα σύστημα που αποτελείται από κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και διεπιστημονικές ομάδες και παρέχει υπηρεσίες προσωπικής και δημόσιας υγείας.

Ισπανία

Η υγειονομική περίθαλψη στην Ισπανία χρηματοδοτείται κυρίως από δημόσιες πηγές, αλλά και ένα μικρό ποσοστό από ιδιωτικές (71.2% και 28.9%, αντίστοιχα). Οι δημόσιες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούνται αποκλειστικά μέσω της φορολογίας. Τα ασφαλιστικά ταμεία των δημόσιων υπαλλήλων χρηματοδοτούνται κατά 70% από το κράτος (μέσω της φορολογίας) και κατά 30% μέσω των συνεισφορών από τους δημόσιους υπαλλήλους. Όταν τα μέλη του ασκούν το δικαίωμά τους να επιλέξουν τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών του NHS, τα ασφαλιστικά ταμεία καταβάλλουν ένα κατά κεφαλήν ποσό άμεσα στο εθνικό σύστημα. Δηλαδή, εάν ο δημόσιος υπάλληλος επιλέγει να συνάψει και ένα ιδιωτικό ασφαλιστικό συμφωνητικό, το ποσό που καταβάλλεται στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες συμφωνεί με τους όρους που έχει θέσει το δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο (Κουτσούκαλης, 2011c).

Πίνακας 2.3: Ισπανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης



Πηγή: Armesto et al.,(2010b)

2.6 Προβλήματα του ΕΣΥ προ κρίσης

Πριν από την κρίση, το ελληνικό σύστημα υγείας υπέφερε από ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων. Ως εκ τούτου, ήταν ευάλωτο στις οικονομικές διακυμάνσεις και δεν ήταν καλά προετοιμασμένο για να αντιμετωπίσει τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του πληθυσμού. Ενώ οι περισσότερες από τις μεταρρυθμίσεις που εισήχθησαν από το 2010 έχουν καθοριστεί από την Τρόικα, ορισμένες από αυτές είχαν προταθεί στο παρελθόν (Antonakakis and Collins, 2014b).

Το ελληνικό σύστημα υγείας έπασχε από διάφορες ανεπάρκειες (Dianaki and Mosiallos, 2005; Economou, 2010), τα οποία μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- 1) Η διαδικασία λήψης αποφάσεων στιγματίζεται από υψηλό βαθμό συγκέντρωσης.
- 2) Ελλατωματικά συστήματα διαχείρισης πληροφοριών που συχνά στελεχώνονται από προσωπικό με ανεπαρκή διαχειριστική ικανότητα.
- 3) Έλλειψη ικανοποιητικού σχεδιασμού αλλά και περιορισμένες διοικητικές

ικανότητες.

4) Άνιση κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.

5) Ελλιπής πληθυσμιακή κάλυψη.

6) Αναποτελεσματικοί μηχανισμοί ελεγκτών εισόδου.

7) Ανισότητες στη πρόσβαση υπηρεσιών.

8) Το πρόβλημα των άτυπων πληρωμών(φακελάκια)

9) Άνιση περιφερειακή κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και των υποδομών της υγείας.

10) Το σύστημα αξιολόγησης των αναγκών δεν είναι καθόλου αποτελεσματικό όπως επίσης και η σειρά προτεραιότητας.

2.7 Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα και την Ισπανία πριν την κρίση.

Οι δαπάνες υγείας, αναφέρονται σε κάθε τύπο δαπάνης που γίνεται με πρωταρχικό σκοπό την βελτίωση της κατάστασης υγείας ενός ατόμου. Ο ορισμός αυτός για τις δαπάνες υγείας επιτρέπει την μετρησιμότητα των οικονομικών δραστηριοτήτων ανάλογα με τον πρωταρχικό σκοπό αλλά και τα αποτελέσματα που παράγονται από το σύστημα υγείας. Η έννοια των δραστηριοτήτων σχετίζεται και με την εξυπηρέτηση του πρωταρχικού σκοπού του συστήματος υγείας αλλά αφορά και δραστηριότητες που πραγματοποιούνται προκειμένου να βελτιωθεί ή και να διατηρηθεί ένα επίπεδο υγείας.

Οι δαπάνες υγείας κάθε κράτους αποτελούνται από τις δημόσιες αλλά και τις ιδιωτικές δαπάνες. Ο κυριότερος τρόπος έκφρασης των δαπανών υγείας ενός κράτους είναι ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Οι δαπάνες υγείας σε όλες τις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ από το 2000 μέχρι και λίγο πριν ξεσπάσει η παγκόσμια οικονομική κρίση ήταν συνεχώς ανοδικές ή παραμέναν σταθερές. Οι κυριότερες αιτίες αύξησης των δαπανών υγείας σύμφωνα με τον Χλέτσο (2011f) είναι:

"Α) Οικονομική ανάπτυξη. Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου τα τελευταία χρόνια οδήγησε και σε αύξηση των δαπανών για υγεία, αφού οι κάτοικοι της χώρας έγιναν περισσότερο πλούσιοι και μπορούν πλέον να δαπανήσουν και περισσότερα χρήματα για την υγεία τους. Β) Δημογραφικές αλλαγές. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η μείωση των γεννήσεων οδήγησαν στην περαιτέρω γήρανση του πληθυσμού και στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Γ) Τεχνολογική ανάπτυξη. Η τεχνολογική ανάπτυξη στο χώρο της υγείας οδήγησε στη χρήση ολοένα και πιο πολύπλοκων μηχανημάτων και στη συνολική αύξηση των δαπανών υγείας. Δ) Ιατρική επιστήμη. Η πρόοδος στην ιατρική επιστήμη είχε ως αποτέλεσμα να ανακαλυφθούν νέες θεραπείες ασθενειών και κατ' επέκταση να αυξηθούν και οι συνολικές δαπάνες για υγεία. Ε) Ιατρικός πληθωρισμός. Δημιουργεί προκλητή

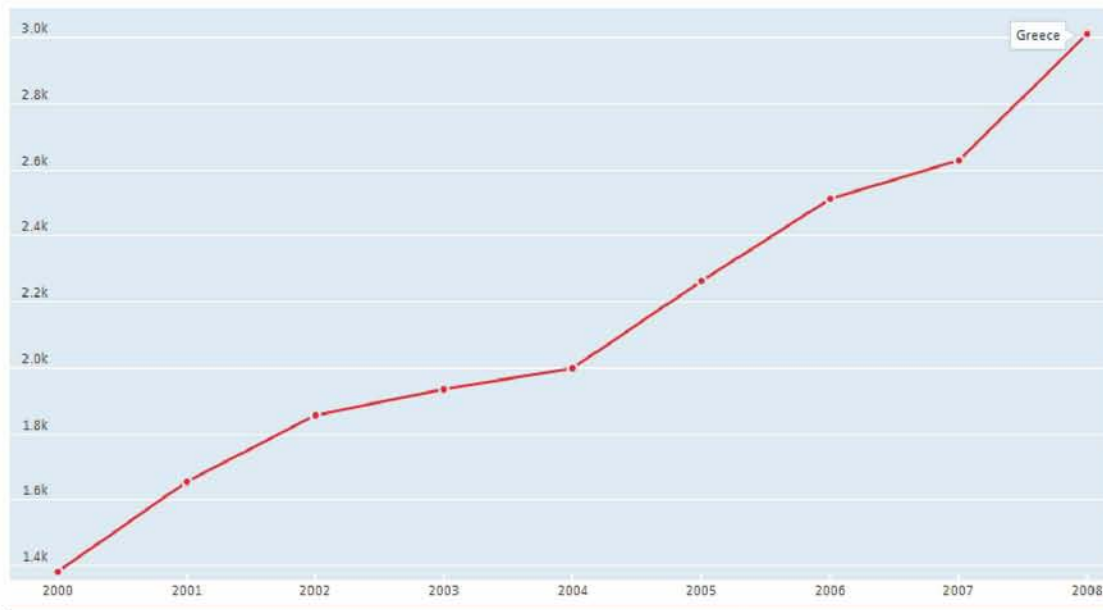
ζήτηση και ως εκ τούτου την αύξηση των δαπανών για υπηρεσίες υγείας. ΣΤ)
Αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας. "

Διάγραμμα 2.1: Οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα από το 2000 έως το 2008 ως ποσοστό του ΑΕΠ.



Πηγή: ΟΟΣΑ

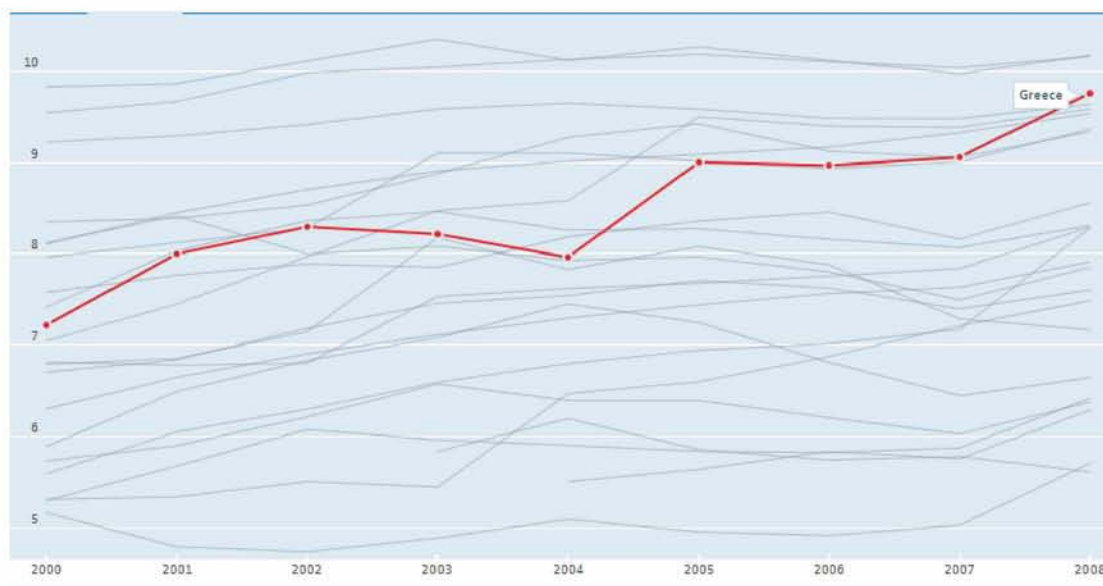
Διάγραμμα 2.2.: Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στην Ελλάδα από το 2000 έως το 2008 σε χιλιάδες δολάρια.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Όπως παρατηρούμε από τα δύο παραπάνω διαγράμματα στην πρό κρίσης εποχή οι δαπάνες για την υγεία είχαν ανοδική τάση. Αυτό εξηγείται εύκολα από τους παράγοντες που αναφέραμε παραπάνω. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας μέσα σε 8 έτη υπερδιπλασιάστηκαν αφού το 2000 ήταν 1383\$ ανά άτομο ενώ το 2008 κυμαινόταν στα 3011\$. Επίσης παρατηρούμε ότι η αύξηση των δαπανών υγείας από το 2004 μέχρι το 2008 είναι ραγδαία. Ειδικότερα το 2004 οι δαπάνες υγείας ανερχόταν σε 7,96% του ΑΕΠ ενώ το 2005 σε 9% του ΑΕΠ.

Διάγραμμα 2.3: Οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα από το 2000 έως το 2008 σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.



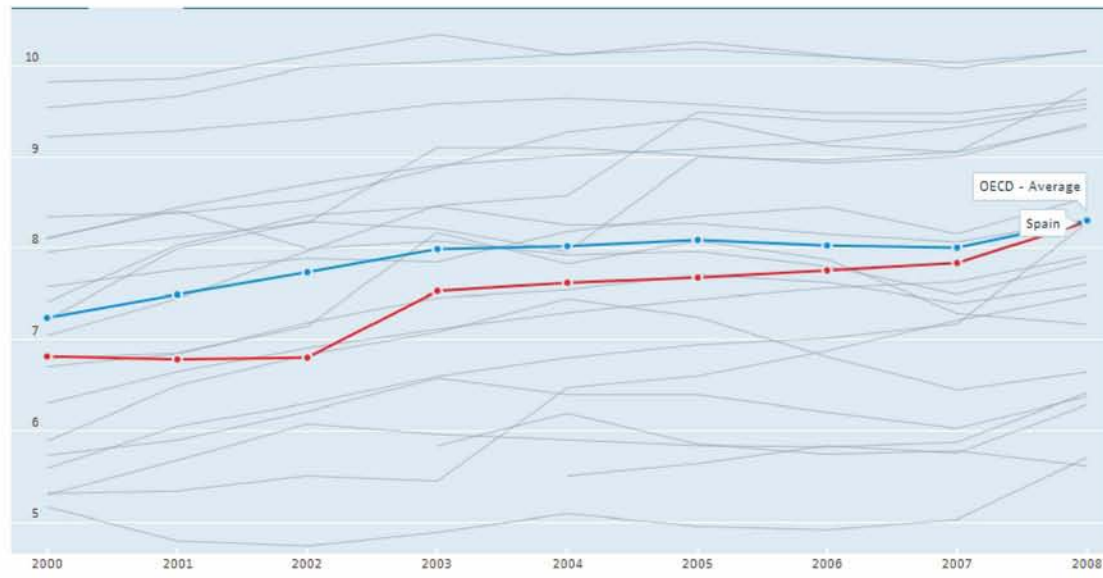
Πηγή: ΟΟΣΑ

Όπως παρατηρούμε από το παραπάνω διάγραμμα η Ελλάδα στην περίοδο προ οικονομικής κρίσης βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο δαπανών υγείας σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ. Επίσης διαπιστώνουμε ότι σε περιόδους ανάπτυξης οι δαπάνες για υγεία έχουν συνήθως ανοδική τάση στη πλειοψηφία των κρατών.

Ισπανία

Η Ισπανία αποτελεί μία από τις ευρωπαϊκές χώρες η οποία δοκιμάστηκε από την παγκόσμια οικονομική κρίση με σοβαρές συνέπειες τόσο ως προς το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν όσο και ως προς το επίπεδο της ανεργίας. Τα μέτρα λιτότητας που επιβλήθηκαν στην επικράτεια της χώρας επηρέασαν εκτός από το βιοτικό επίπεδο και το επίπεδο υγείας των πολιτών.

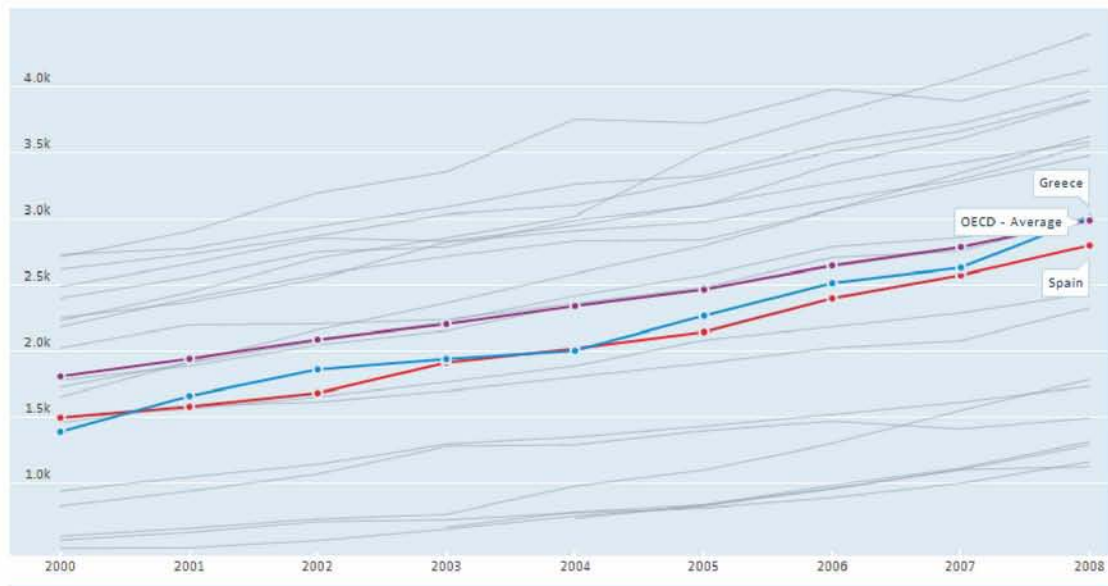
Διάγραμμα 2.4: Οι δαπάνες υγείας της Ισπανίας πρό κρίσης σε σύγκριση με το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Όπως παρατηρούμε από το παραπάνω γράφημα ακόμη και πριν ξεσπάσει η παγκόσμια οικονομική κρίση η Ισπανία δαπανούσε λιγότερα κεφάλαια για υγεία συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες μέλη του ΟΟΣΑ. Ειδικότερα, το 2002 ο μέσος όρος (ως ποσοστό του ΑΕΠ) δαπανών για υγεία στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ ήταν 7,73% ενώ την ίδια στιγμή στην Ισπανία ήταν 6,8%. Επίσης παρατηρούμε ότι κοντά στο ξέσπασμα της κρίσης η Ισπανία έφτασε το μέσο όρο δαπανών των χωρών του ΟΟΣΑ.

Διάγραμμα 2.5: Η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας των Ισπανών πολιτών από το 2000 έως το 2008 σε χιλιάδες δολάρια.



Spain, OECD, Greece

Πηγή: ΟΟΣΑ

Από το παραπάνω γράφημα διαπιστώνουμε τη χαμηλή κατά κεφαλή δαπάνη των Ισπανών πολιτών για δαπάνες υγείας. Χαρακτηριστικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι το 2005 κάθε Έλληνας πολίτης δαπανούσε 2263\$ το χρόνο για την υγεία του, κάθε Ισπανός 2140\$ ενώ ο μέσος όρος των πολιτών των χωρών του ΟΟΣΑ 2463\$. Το 2008 η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ελλάδα κυμαίνονταν στα 3011\$, στην Ισπανία 2796\$ ενώ στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ ο μέσος όρος ήταν 2988\$. Παρατηρούμε και πάλι ότι λίγο πριν ξεσπάσει η οικονομική κρίση οι δαπάνες για υγεία του πληθυσμού της Ελλάδας και της Ισπανίας ήταν κοντά στο μέσο όρο των κρατών μελών του ΟΟΣΑ.

2.8 Ασφαλιστική κάλυψη.

Μέχρι το 2011, το ελληνικό σύστημα υγείας παρείχε κάλυψη για σχεδόν το 100% του πληθυσμού μέσω ενός δικτύου των διαφόρων ταμείων. Το σύστημα ήταν, και εξακολουθεί να είναι, συνδεδεμένο με το καθεστώς απασχόλησης και το είδος της απασχόλησης. Η συγχώνευση σχεδόν όλων των κεφαλαίων του συστήματος υγείας και η δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου είχε προταθεί σε αρκετές μεταρρυθμίσεις από το 1968, αλλά ουδέποτε εφαρμόστηκε (Economou et al, 2014b).

Τον Ιούλιο του 2013, η ελληνική κυβέρνηση υπέγραψε συμφωνία με τον ΠΟΥ για την υποστήριξη των προγραμματισμένων μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας. Τον Σεπτέμβριο του 2013, η κυβέρνηση ξεκίνησε ένα νέο κουπόνι υγείας χρηματοδοτούμενο με κεφάλαια από την Ευρωπαϊκή Ένωση για να καλύψει 230.000 δικαιούχους για το 2013 – 14. Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε για να αντιμετωπίσει κάποιες ανάγκες υγείας πολύ φτωχών ασθενών οι οποίοι έχασαν την πρόσβαση στην

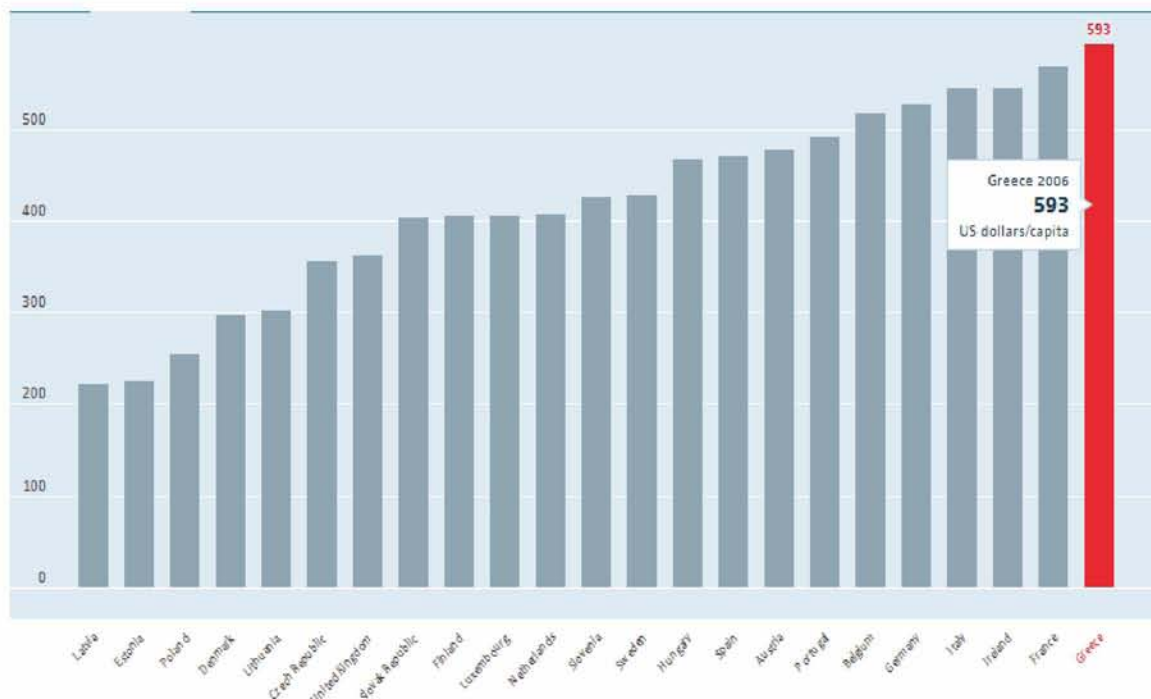
περίθαλψη. Ανασφάλιστα πρόσωπα μπορούν να υποβάλλουν αίτηση για ένα κουπόνι που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μέχρι και τρεις επισκέψεις για ένα προκαθορισμένο σύνολο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε μια περίοδο 4 μηνών, και περιλαμβάνει προγεννητικούς ελέγχους για τις έγκυες γυναίκες (Kentikelenis et al,2014b).

Το Ισπανικό σύστημα υγείας παρείχε σχεδόν 100% κάλυψη στους πολίτες της Ισπανίας. Η κρατική υγειονομική περίθαλψη είναι δωρεάν για όλους όσους ζουν και εργάζονται στην Ισπανία, αν και σε μερικά από τα ισπανικά νησιά ίσως χρειαστεί να ταξιδέψεις για να βρεις ένα κρατικό φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

2.9 Φαρμακευτικές δαπάνες.

Τα φάρμακα και η υγεία, παραμένουν αλληλένδετες έννοιες, στην πορεία του χρόνου. Αυτό συμβαίνει διότι τα φάρμακα αποτελούν εργαλείο για την προστασία και προαγωγή της υγείας αλλά και τη διατήρηση της ποιότητας της ανθρώπινης ζωής. Η τρόικα επέβαλλε σκληρές μεταρρυθμίσεις στις φαρμακευτικές δαπάνες της Ελλάδας λόγω των υψηλών ποσοστών συνταγογράφησης επώνυμων φαρμάκων. Όπως θα δούμε και από τα παρακάτω σχήματα η Ελλάδα κατείχε την πρώτη θέση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε σε κατά κεφαλή φαρμακευτικές δαπάνες πριν την κρίση.

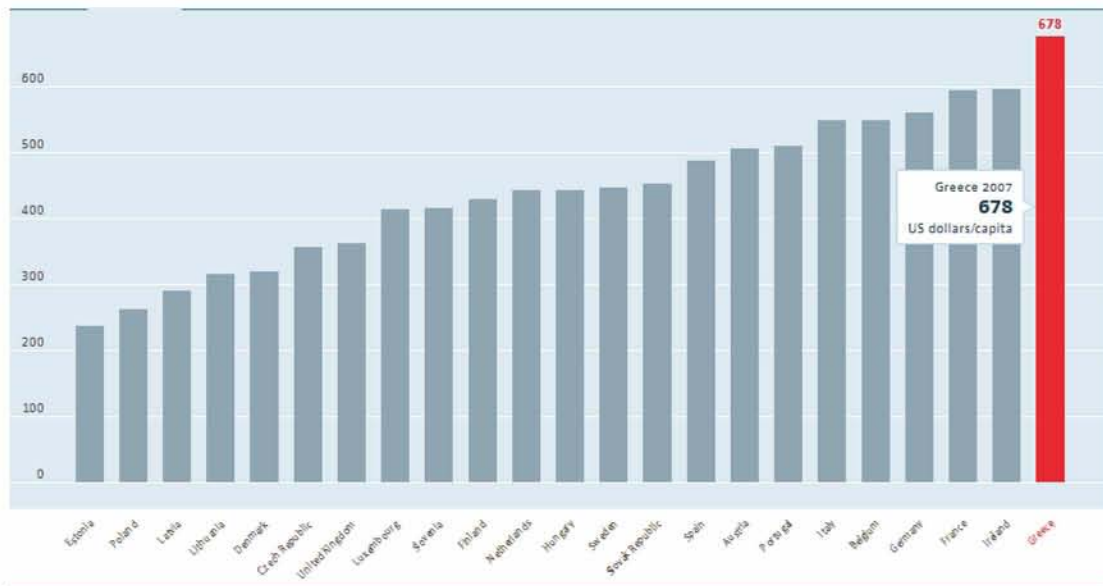
Διάγραμμα 2.6: Η φαρμακευτική δαπάνη της Ελλάδας το 2006 σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Όπως παρατηρούμε από το παραπάνω σχήμα η κατά κεφαλήν δαπάνη της Ελλάδας για το 2006 ήταν η υψηλότερη σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ανερχόταν σε 593\$ ανά άτομο. Ενδεικτικά υπερδυνάμεις όπως η Γερμανία και η Γαλλία δαπανούσαν λιγότερα από την Ελλάδα για φάρμακα με τις κατά κεφαλήν δαπάνες των Γάλλων να ανέρχονται στα 569\$ ενώ των Γερμανών στα 527\$.

Διάγραμμα 2.7: Η φαρμακευτική δαπάνη της Ελλάδας το 2007 σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Το ίδιο παρατηρούμε να συμβαίνει και το 2007. Η Ελλάδα κατέχει και πάλι την πρώτη θέση με τους Έλληνες πολίτες να δαπανούν κατά μέσο όρο 678\$ για φάρμακα. Την Ελλάδα ακολουθεί η Ιρλανδία με κατά κεφαλή δαπάνες 597\$. Η διαφορά της Ελλάδας με την Ιρλανδία είναι αρκετά μεγάλη και ανέρχεται σε 81\$ ανά άτομο.

Πίνακας 2.4: Ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα από το 2000 έως το 2008(σε εκατ. Ε)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
ΑΕΠ	135.044	145.098	155.192	170.865	183.583	193.050	208.893	222.771	232.920
ΑΕΠ κατά κεφαλήν (σε €)	12.385	13.251	14.124	15.500	16.596	17.386	18.737	19.941	20.756
Συνολική Δαπάνη Υγείας	10.803	12.914	14.278	15.378	16.155	18.726	20.263	21.832	23.525
Συνολική Δαπάνη Υγείας κατά κεφαλήν (€)	991	1.179	1.299	1.395	1.460	1.686	1.818	1.954	2.096
Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	8,00%	8,90%	9,20%	9,00%	8,80%	9,70%	9,70%	9,80%	10,10%
Δημόσια Δαπάνη Υγείας	6.444	7.832	8.264	9.208	9.552	11.256	12.569	13.175	14.102
Δημόσια Δαπάνη Υγείας κατά κεφαλήν (€)	591	715	752	835	864	1.014	1.127	1.179	1.257
Δημόσια ως % Συνολικής Δαπάνης Υγείας	59,60%	60,60%	57,90%	59,90%	59,10%	60,10%	62,00%	60,30%	59,90%
Δημόσια Δαπάνη Υγείας ως % του ΑΕΠ	4,80%	5,40%	5,30%	5,40%	5,20%	5,80%	6,00%	5,90%	6,10%
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη	2.042	2.324	2.684	3.137	3.554	4.026	4.600	5.414	5.834
Συνολική Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν (σε €)	187	212	244	285	321	363	413	485	520
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % της Δαπάνης Υγείας	18,90%	18,00%	18,80%	20,40%	22,00%	21,50%	22,70%	24,80%	24,80%
Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	1,50%	1,60%	1,70%	1,80%	1,90%	2,10%	2,20%	2,40%	2,50%
Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη	764	822	879	972	1.129	1.157	1.090	1.374	1.304
Ιδιωτική Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν	70	75	80	88	102	104	98	123	116
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	1.278	1.502	1.805	2.165	2.425	2.869	3.510	4.040	4.530
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν (σε €)	117	137	164	196	219	258	315	362	404
Επιστροφές (rebates) φαρμακευτικών εταιρειών	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη ως % του ΑΕΠ	0,90%	1,00%	1,20%	1,30%	1,30%	1,50%	1,70%	1,80%	1,90%

*το ποσοστό αναφέρεται στην καθαρή δημόσια φαρμακευτική δαπάνη

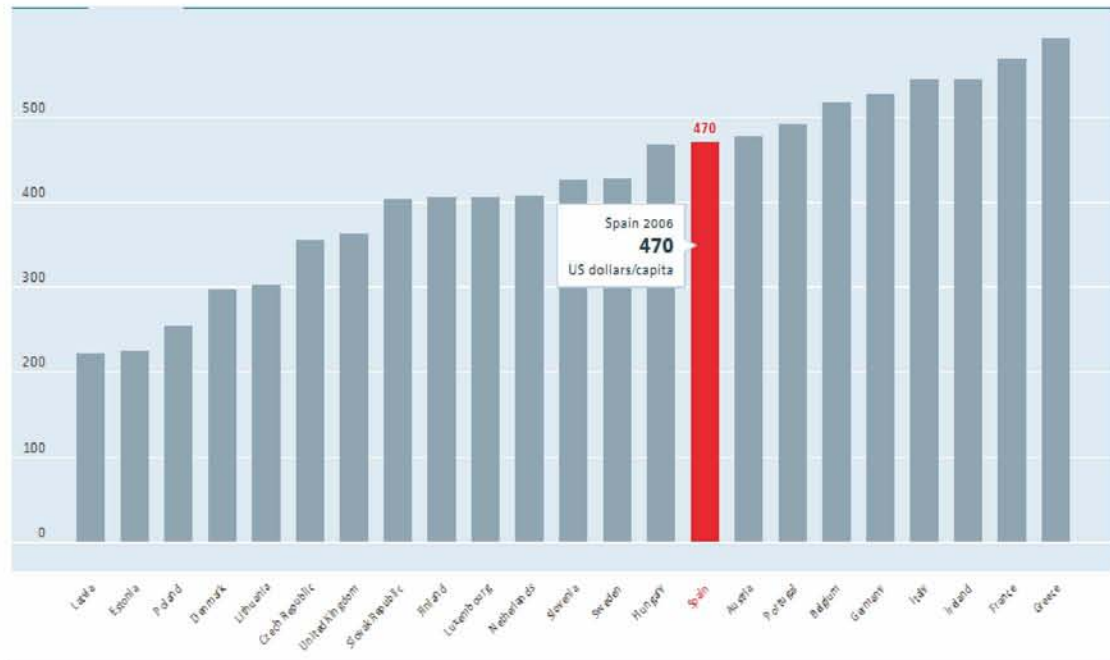
Πηγή: Φατσή Αικατερίνη, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Από τον παραπάνω πίνακα μπορούμε να αντλήσουμε σημαντικά στοιχεία που αφορούν τις δαπάνες υγείας και τις φαρμακευτικές δαπάνες στην Ελλάδα από το 2000 έως κι το 2008. Παρατηρούμε και εδώ ότι η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας αυξάνεται συνεχώς με αποτέλεσμα μέσα σε εννιά χρόνια να έχει υπερδιπλασιαστεί. Παρατηρούμε ότι το ίδιο συμβαίνει και με τις φαρμακευτικές δαπάνες αλλά σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό, με αποτέλεσμα σε μια εννιαετία η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη να έχει σχεδόν τριπλασιαστεί.

Ισπανία

Παραπάνω είχαμε αναφέρει ότι οι δαπάνες για υγεία στην Ισπανία πριν την κρίση ήταν λίγο κάτω από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Δεν συμβαίνει το ίδιο όμως για τις φαρμακευτικές δαπάνες. Με τη βοήθεια των παρακάτω διαγραμμάτων θα προσπαθήσουμε να απεικονίσουμε το μέγεθος των χρηματικών ποσών που δαπανούνταν για φαρμακευτικό υλικό.

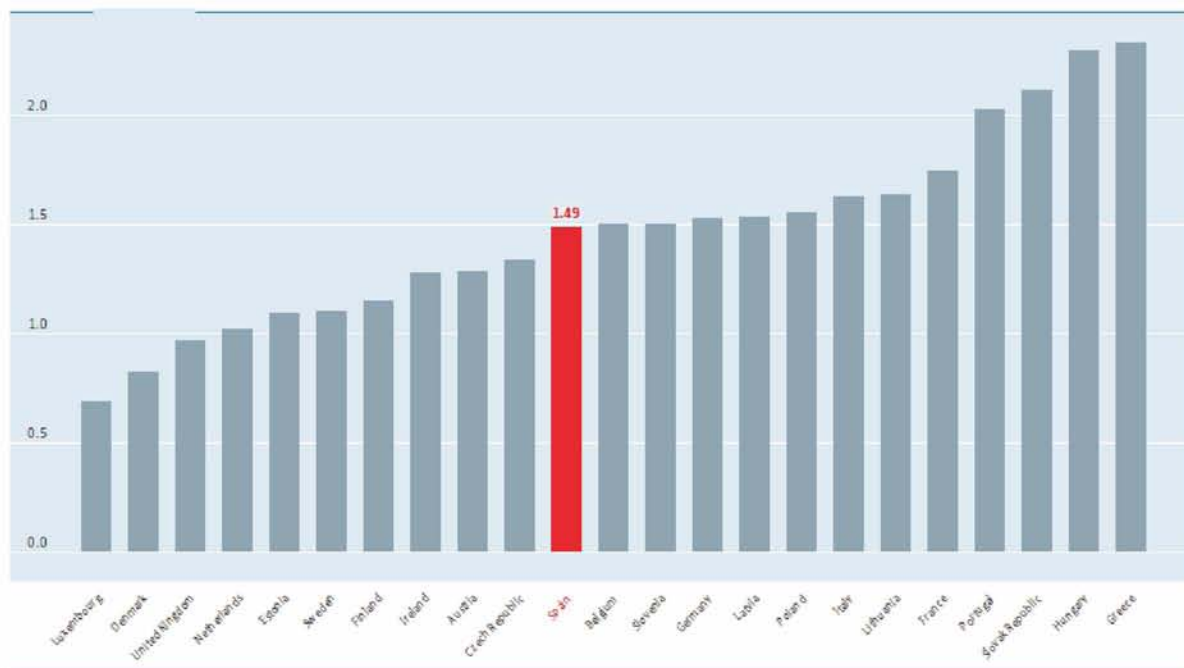
Διάγραμμα 2.8: Η φαρμακευτική δαπάνη της Ισπανίας το 2006.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Το 2006, δηλαδή λίγα χρόνια πριν ξεσπάσει η οικονομική κρίση, οι Ισπανοί πολίτες δαπανούσαν κατά μέσο όρο 470\$ το χρόνο για φαρμακευτική περίθαλψη. Την ίδια χρονιά στη Γερμανία, στην Ιταλία και στο Ηνωμένο Βασίλειο δαπανούσαν 527\$, 544\$ και 362\$ αντίστοιχα. Όπως παρατηρούμε και από το παραπάνω σχήμα η φαρμακευτική δαπάνη της Ισπανίας το 2006 βρισκόταν λίγο πιο πάνω από το μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε.

Διάγραμμα 2.9: Η φαρμακευτική δαπάνη της Ισπανίας το 2007 ως ποσοστό του ΑΕΠ.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Το 2007 οι φαρμακευτικές δαπάνες της Ισπανίας ανερχόταν στο 1,49% του συνολικού ΑΕΠ. Αυτό το ποσό αντιχτοιχεί στο 19% των συνολικών δαπανών για υγεία. Όπως παρατηρούμε και από το παραπάνω διάγραμμα η Ισπανία βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε, με την Ελλάδα να βρίσκεται στη πρώτη θέση με φαρμακευτικές δαπάνες που ισούνται με το 2,49 του ΑΕΠ της και το Λουξεμβούργο στην τελευταία θέση με φαρμακευτικές δαπάνες ίσες με 0,69 του ΑΕΠ τους.

Αρκετές φορές είχε αναφερθεί η ανησυχία για το υψηλό επίπεδο δαπανών για φάρμακα στην Ελλάδα πριν ακόμη ξεσπάσει η κρίση. Αξίζει να αναφέρουμε ότι το 2009 η συνολική φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα των 11 εκατ. ανθρώπων έφτασε τα 8,4 δισ. Ευρώ, δηλαδή 4 δισ. ευρώ περισσότερα από χώρες με αντίστοιχο ή ελαφρώς μικρότερο πληθυσμό, όπως η Σουηδία και η Πορτογαλία και 4 δισ. λιγότερο από την Ισπανία των 47 εκατ. κατοίκων. Στην Ισπανία, μια χώρα που αντιμετωπίζει πλέον παρόμοια προβλήματα στον τομέα της οικονομίας και κατα συνέπεια και στον τομέα της υγείας παρατηρούμε ότι πριν την κρίση οι δαπάνες για φαρμακευτική περίθαλψη κυμαινόταν σε πιο λογικά πλαίσια. (ΟΟΣΑ, 2012)

2.10 Δείκτες υγείας.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι "μέτρησης" του επιπέδου υγείας των πολιτών αλλά ο πιο διαδεδομένος είναι μέσω των δεικτών υγείας. Σύμφωνα με τον Χλέτσο(2011g) οι δείκτες υγείας επιτρέπουν τη μέτρηση, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Οι δείκτες αυτοί είναι :

"Θετικοί δείκτες. Οι θετικοί δείκτες παρουσιάζουν μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα της υγείας. Τέτοιοι δείκτες είναι :

- A) το προσδόκιμο επιβίωσης, δηλαδή ο μέσος χρόνος ζωής του πληθυσμού.
- B) ο δείκτης γεννητικότητας, δηλαδή το μέσο ποσοστό των γεννήσεων στον πληθυσμό.
- Γ) ο δείκτης γονιμότητας που δείχνει το μέσο αριθμό παιδιών ανά γυναίκα.

Αρνητικοί δείκτες. Οι αρνητικοί δείκτες είναι δείκτες εμφάνισης συχνότητας νοσημάτων και άλλων παθολογικών καταστάσεων και αποτελούν ένα μέτρο μέτρησης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Αυτοί οι δείκτες είναι :

- A) Δείκτης νοσηρότητας. Δείχνει το ποσοστό των νοσούντων από μία συγκεκριμένη ασθένεια σ' ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στον πληθυσμό.
- B) Δείκτης θνησιμότητας. Δείχνει τον αριθμό θανάτων από ένα συγκεκριμένο νόσημα σε μία συγκεκριμένη περίοδο στο σύνολο του πληθυσμού. Ο δείκτης θνησιμότητας μπορεί να είναι γενικός δείκτης (αδρός δείκτης θνησιμότητας) ή μπορεί να είναι δείκτης θνησιμότητας ανά φύλο, ηλικία και αιτία θανάτου. Ένας δείκτης που δείχνει το επίπεδο υγείας ενός λαού είναι ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας. Αυτός ο δείκτης δείχνει τον αριθμό των θανάτων παιδιών ηλικίας μικρότερη του ενός έτους σ' ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στο σύνολο των γεννηθέντων παιδιών στο ίδιο χρονικό διάστημα. Αυτός ο δείκτης χρησιμοποιείται ευρέως στις λιγότερο οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες όπου το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας είναι ιδιαίτερα υψηλό. Όσο το ποσοστό αυτό μειώνεται, τόσο δείχνει τη βελτίωση του επιπέδου υγείας, την πρόοδο της ιατρικής και τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης σε αυτές τις χώρες.
- Γ) Δείκτης θνητότητας. Εκφράζει την πιθανότητα θανάτου από ένα νόσημα ατόμων που έχουν προσβληθεί από αυτό.

Οικονομικοί και Διοικητικοί δείκτες. Οι δείκτες αυτοί αποτυπώνουν την οικονομική και διοικητική κατάσταση στο σύστημα υπηρεσιών υγείας σε μία χώρα. Οι δείκτες αυτοί είναι :

- A) Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕγΠ. Δείχνουν τι ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (δηλαδή του συνολικού εισοδήματος που παράγεται σε μία χώρα) δαπανάται στο χώρο της υγείας.
- B) Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας. Ο δείκτης αυτός δείχνει πόσα χρήματα που έχουν δαπανηθεί στο χώρο της υγείας αντιστοιχούν σε κάθε κάτοικο της χώρας.
- Γ) Αριθμός ιατρών ανά 100.000 κατοίκους. Δείχνει τον αριθμό των ιατρών που αντιστοιχούν σε 100.000 κατοίκους.

Δ) Αριθμός νοσηλευτών ανά 100.000 κατοίκους. Δείχνει τον αριθμό του νοσηλευτικού προσωπικού ανά 100.000 κατοίκους.

Ε) Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους. Δείχνει τον αριθμό των κλινών σε κλινικές και νοσοκομεία ανά 100.000 κατοίκους.

ΣΤ) Αριθμός εισαγωγών ή εξαγωγών σ' ένα νοσοκομείο. Εκφράζει τον αριθμό των ατόμων που εισέρχονται για νοσηλεία σε νοσοκομείο ή τον αριθμό των ατόμων που παίρνουν εξιτήριο από το νοσοκομείο.

Ζ) Μέση διάρκεια νοσηλείας. Δείχνει το μέσο αριθμό ημερών νοσηλείας ανά περιστατικό – ασθενή. Υπολογίζεται διαιρώντας τον αριθμό ημερών νοσηλείας σ' ένα έτος με τον αριθμό των νοσηλευθέντων ασθενών στο ίδιο έτος.

Η) Αριθμό επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία.

Θ) Αριθμό εργαστηριακών εξετάσεων.

Ι) Μέσο ποσοστό κάλυψης των κλινών. Δείχνει το μέσο αριθμό ανά έτος που είναι απασχολημένο με ασθενή μία κλίνη. Υπολογίζεται διαιρώντας τον αριθμό ετήσιων ημερών νοσηλείας με τον αριθμό των διαθέσιμων κλινών που έχει πολλαπλασιαστεί με το 365.

ΙΑ) Δείκτης πολυπλοκότητας και σοβαρότητας των περιστατικών Roemer (RCI). Δείχνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας των συνολικών περιστατικών κάθε νοσοκομείου στο ποσοστό κάλυψης των κλινών. Διαιρούμε το ποσοστό κάλυψης κλινών ενός νοσοκομείου με το ποσοστό κάλυψης κλινών όλων των νοσοκομείων και αυτό το δείκτη τον πολλαπλασιάζουμε με τη μέση διάρκεια νοσηλείας του νοσοκομείου. "

Πέρα από τους προαναφερόμενους δείκτες υγείας, υπάρχουν και γενικότεροι δείκτες που απευθύνονται στο σύνολο του πληθυσμού, και όχι μόνο σε αυτούς που εμφανίζουν κάποιο σύμπτωμα, και επιτρέπουν τη σύγκριση του γενικού επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Σύμφωνα με τον Χλέτσο(2011h), αυτοί οι δείκτες είναι:

Α) Δυνητικά Χαμένα Χρόνια Ζωής. Τα συνολικά χρόνια ζωής που θα μπορούσαν να είχαν σωθεί, δηλαδή οι αιτίες θανάτου αντιμετωπιζόνταν.

Β) Υγιές Προσδόκιμο Ζωής. Τα χρόνια ζωής ενός ατόμου χωρίς σοβαρή πάθηση ή βλάβη.

Γ) Χρόνια Ζωής Σταθμισμένα για Ανικανότητα. Τα συνολικά χρόνια ζωής ενός ατόμου με καλή υγεία, όταν κάποιος αντιμετωπίζει κάποια ανικανότητα στη διάρκεια της ζωής του.

Δ) Ποιοτικά Σταθμισμένα Χρόνια Ζωής. Τα χρόνια ζωής ενός ατόμου σταθμισμένα με την ποιότητα ζωής που τους αποδίδει το άτομο.

Παρακάτω θα παρουσιαστούν στοιχεία για κάποιους από τους παραπάνω δείκτες για τις δύο χώρες που εξετάζω. Επίσης, θα παρουσιαστούν κάποια στοιχεία για τις αυτοκτονίες και τα τροχαία ατυχήματα.

2.11 Δείκτης θνησιμότητας.

Η θνησιμότητα είναι ένα βιολογικό φαινόμενο με πολλές κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις. Διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τον τόπο διαμονής, διάφορες επιβλαβείς συνήθειες (κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα), την διατροφή, τις επικρατούσες συνθήκες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και την κληρονομικότητα. Το καλύτερο μέσο μετρήσεως της θνησιμότητας είναι οι πίνακες επιβίωσης. Η μία από τις στήλες των πινάκων αυτών, η στήλη της "προσδοκώμενης ζωής", αντανακλά το επίπεδο της θνησιμότητας: όσο υψηλότερη είναι η θνησιμότητα, τόσο μικρότερη είναι η προσδοκώμενη ζωή (ο αριθμός δηλαδή των ετών, τα οποία, άτομα ορισμένης ηλικίας, ελπίζεται να ζήσουν κατά μέσο όρο). Συνηθισμένο μέτρο συγκρίσεως είναι η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση. (Καλαμπαλίκης, 2005)

Η προσδοκώμενη ζωή δεν επηρεάζεται από τις αλλαγές στη δομή των ηλικιών και δίνει μεγαλύτερο βάρος στη θνησιμότητα των νέων από ότι ο τυποποιημένος συντελεστής θνησιμότητας (Tickle, 1996)

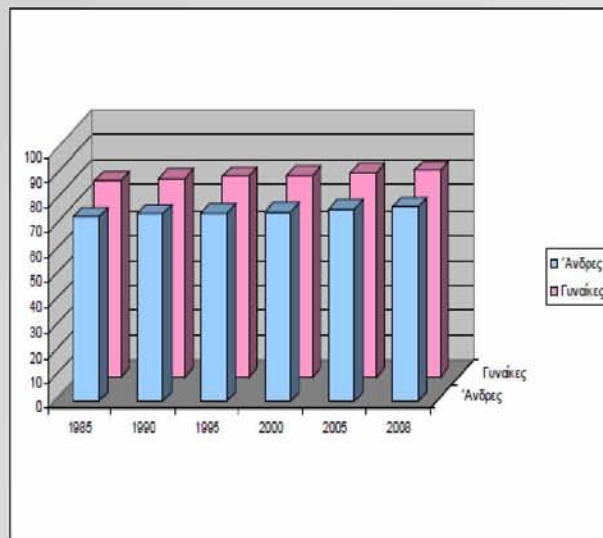
Η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Ερευνητικά δεδομένα παρουσιάζουν ευρήματα, τα οποία υποστηρίζουν ότι η ανεργία συνδέεται με αύξηση της θνησιμότητας από 20% έως 25% της μέσης τιμής σε ισοδύναμες κοινωνικές τάξεις (Bethune, 1997).

Η Ελλάδα διαχρονικά κατείχε υψηλά ποσοστά στο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση. Αυτό οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως η μεσογειακή διατροφή αλλά και ο τρόπος ζωής. Με τη βοήθεια των παρακάτω διαγραμμάτων θα προσπαθήσουμε να μελετήσουμε το προσδόκιμο επιβίωσης των Ελλήνων πολιτών από το 1980 μέχρι το 2008 και τη σχέση του με το προσδόκιμο επιβίωσης άλλων ευρωπαϊκών χωρών.

Διάγραμμα 2.10: Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση.

Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, στην Ελλάδα (1985 – 2008)

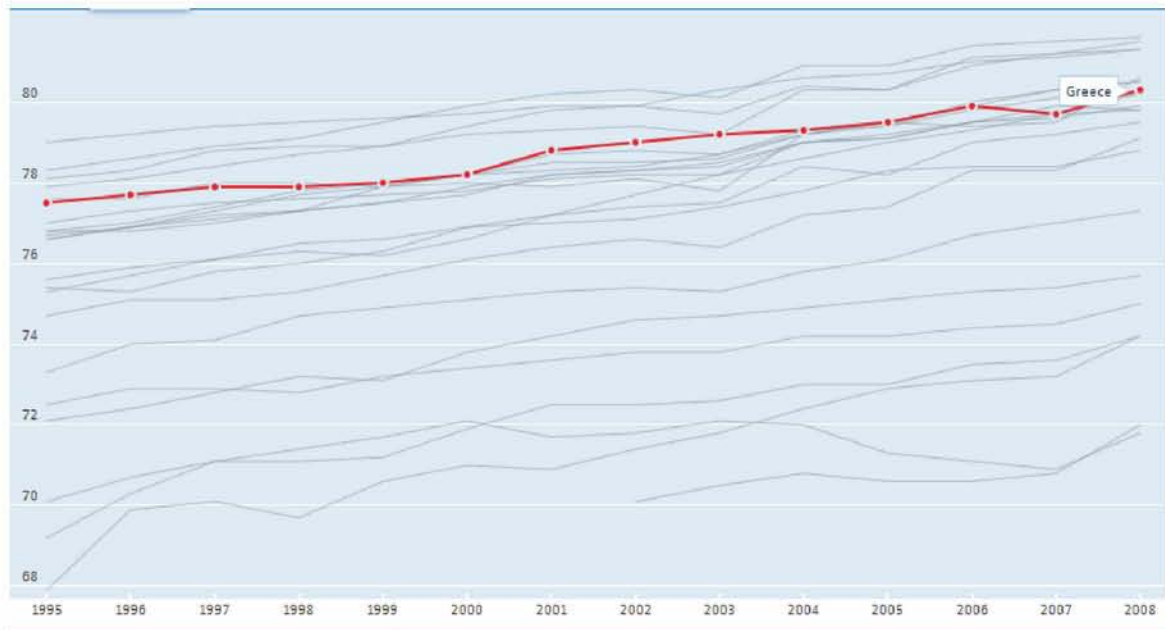
Έτος	Άνδρες	Γυναίκες
1985	73,5	78,4
1990	74,6	79,5
1995	75,0	80,3
2000	75,5	80,5
2005	76,8	81,7
2008	77,5	82,5



Πηγή: Athens school of hygiene

Από τον παραπάνω πίνακα μπορούμε εύκολα να εξάγουμε κάποια συμπεράσματα. Πρώτα από όλα μπορούμε εύκολα να διακρίνουμε ότι οι γυναίκες ζούν περισσότερα χρόνια από τους άντρες. Ενδεικτά από το 1985 έως και το 2008 το προσδόκιμο ζωής των γυναικών είναι κατά πέντε χρόνια μέσο όρο μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των αντρών. Επίσης παρατηρούμε ότι το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται διαχρονικά και για τους άντρες και για τις γυναίκες. Αυτό οφείλεται σε διάφορους παράγοντες όπως το βιοτικό επίπεδο, η τεχνολογία αλλά και η πρόοδος της ιατρικής επιστήμης.

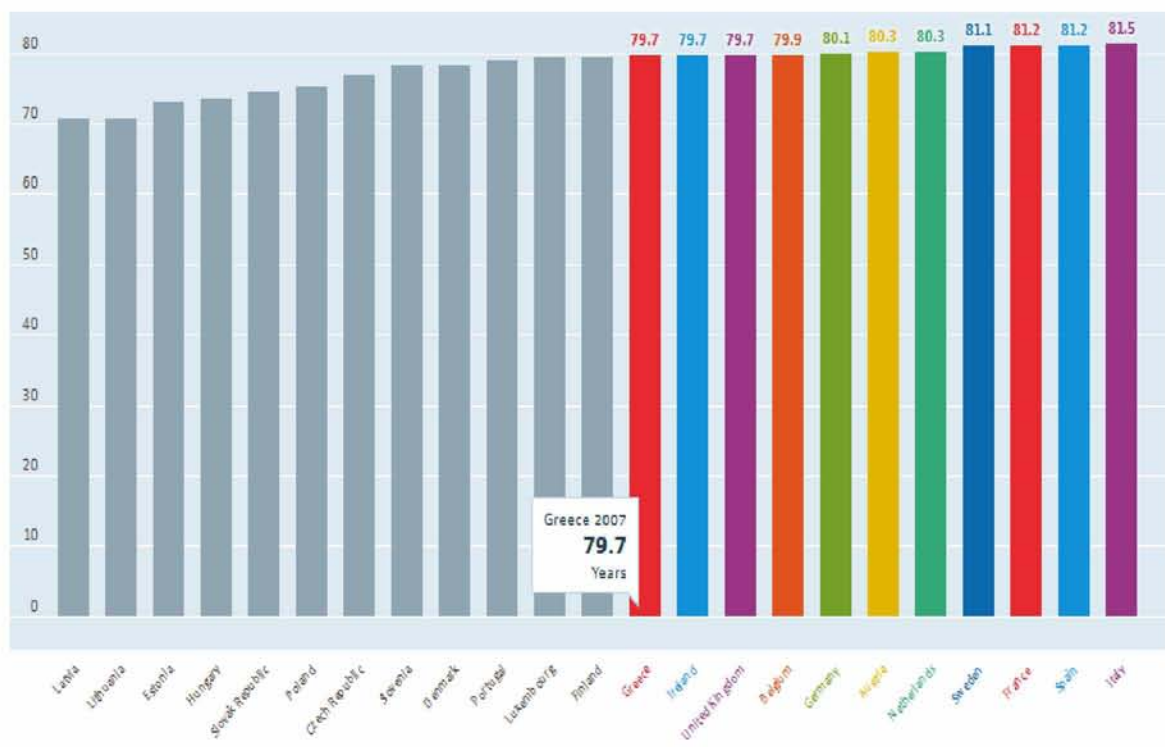
Διάγραμμα 2.11: Το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα από το 1995 έως το 2008 σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε.



Πηγή: ΟΟΣΑ

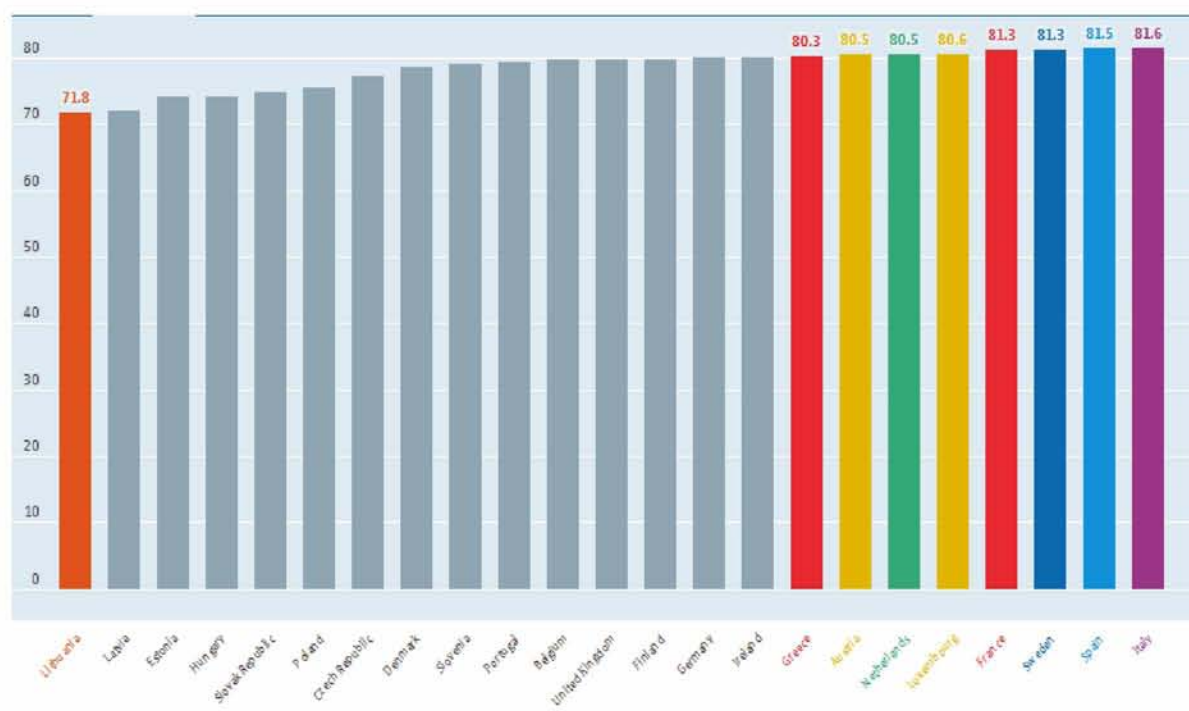
Όπως παρατηρούμε από το παραπάνω διάγραμμα η Ελλάδα βρίσκεται στις πρώτες θέσεις ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής. Με τη βοήθεια των παρακάτω διαγραμμάτων θα μελετήσουμε ειδικότερα το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα για τα έτη 2007 και το 2008, δηλαδή λίγο πριν ξεσπάσει η οικονομική κρίση.

Διάγραμμα 2.12: Προσδόκιμο ζωής στις χώρες της Ε.Ε κατά το έτος 2007.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Διάγραμμα 2.13: Προσδόκιμο ζωής στις χώρες της Ε.Ε κατά το έτος 2008

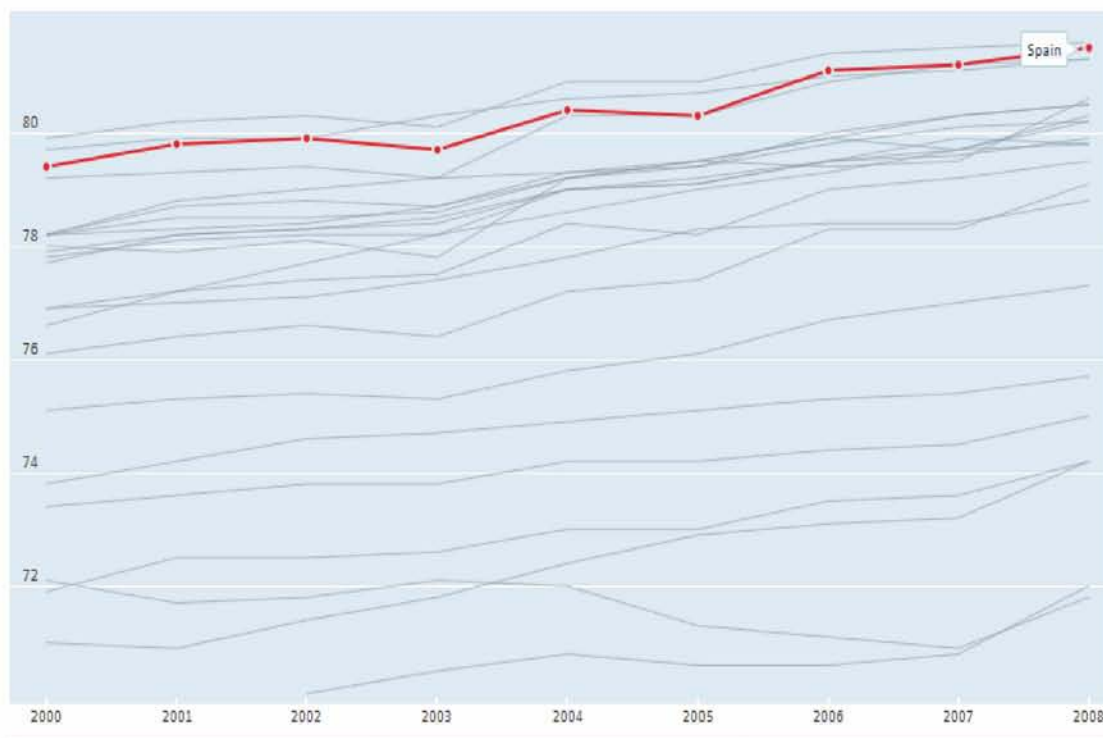


Πηγή: ΟΟΣΑ

Το 2007 το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση των Ελλήνων πολιτών ανερχόταν στα 79,7 έτη, λίγο πιο πάνω από το μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε ο οποίος κυμαίνονταν κόντα στα 77 έτη. Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι η χώρα με το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής είναι η Ιταλία με 81,5 έτη προσδόκιμο ζωής το 2007 και την ακολουθεί η Ισπανία με 81,2 έτη. Για το έτος 2008 παρατηρούμε ότι το προσδόκιμο ζωής το 2008 αυξήθηκε κατά 0,6 έτη και διαμορφώθηκε στα 80,3 έτη. Πρώτη θέση κατέχει και πάλι η Ιταλία με 81,6 έτη ενώ την ακολουθεί η Ισπανία με 81,5 έτη. Αυτό που αξίζει να σημειώσουμε είναι η μεγάλη διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στις χώρες, όπως τα δέκα περίπου έτη ανάμεσα στην Ισπανία και τη Λιθουανία.

Όπως παρατηρήσαμε και από τα παραπάνω διαγράμματα η Ισπανία κατέχει ένα από τα υψηλότερα προσδόκιμα επιβίωσης ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε. Με τη βοήθεια του παρακάτω διαγράμματος θα αντιληφθούμε την εξέλιξη του προσδόκιμου επιβίωσης στην Ισπανία στη πορεία του χρόνου.

Διάγραμμα 2.14 : Η πορεία του προσδόκιμου επιβίωσης στην Ισπανία από το 2000 έως το 2008.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Όπως παρατηρούμε η Ισπανία από το 2000 μέχρι το 2008 κατείχε μία θέση με τα μεγαλύτερα προσδόκια ζώης ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε.

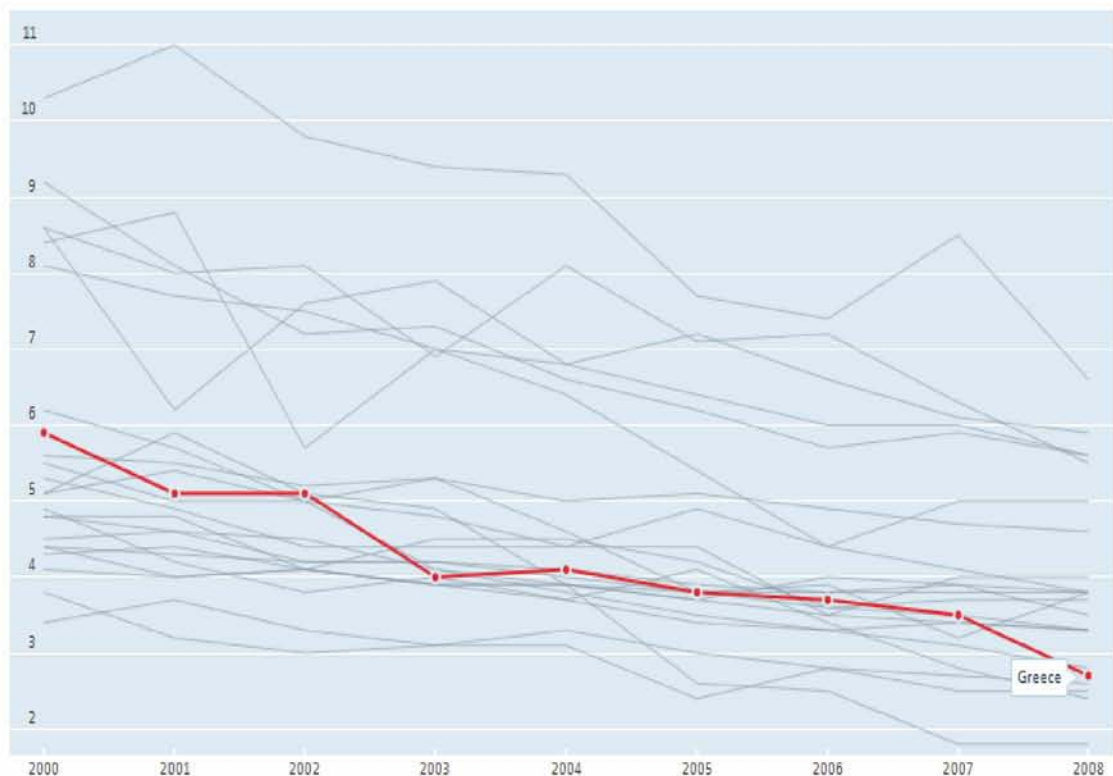
2.12 Παιδική θνησιμότητα.

Ως βρεφική θνησιμότητα ή δείκτης βρεφικής θνησιμότητας (Infant mortality rate, IMR) ορίζεται ο αριθμός των θανάτων βρεφών ηλικίας κάτω του ενός έτους ανά 1.000 ζωντανές γεννήσεις.

Η βρεφική θνησιμότητα αποτελεί επιδημιολογικό δείκτη με ιδιαίτερη σημασία, γιατί αντικατοπτρίζει το υγειονομικό επίπεδο μιας κοινότητας και σχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων. Μετά τη δεκαετία του '40, οι εξελίξεις στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων, που μαστίζαν μέχρι τότε τον παιδικό πληθυσμό είχαν ως αποτέλεσμα τη θεαματική μείωση της βρεφικής θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο (Δρόσου-Αγακίδου, 2004).

Στα πλαίσια της συγκεκριμένης εργασίας θα γίνει μία προσπάθεια με τη βοήθεια διαγραμμάτων να μελετηθεί η πορεία της βρεφικής θνησιμότητας σε Ελλάδα και Ισπανία και κατά πόσο επηρεάστηκε από την οικονομική κρίση.

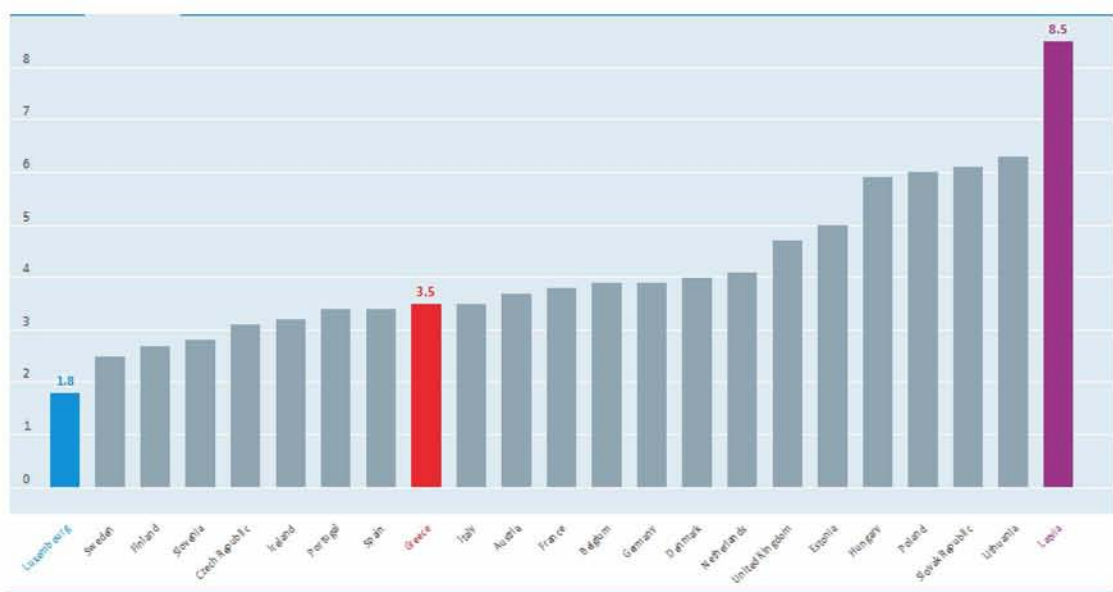
Διάγραμμα 2.15 : Τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας από το 2000 έως το 2008 σε επίπεδο Ε.Ε.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Από το παραπάνω διάγραμμα μπορούμε να εξάγουμε κάποια σημαντικά αποτελέσματα. Αρχικά, παρατηρούμε ότι σε όλες τις χώρες της Ε.Ε τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας έχουν αρνητική κλίση, δηλαδή μειώνονται με το πέρασμα του χρόνου. Επίσης, παρατηρούμε ότι η Ελλάδα βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε. Παρακάτω θα αναλύσουμε τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας για το έτος 2007, δηλαδή μια χρονιά πριν ξεσπάσει η οικονομική κρίση.

Διάγραμμα 2.16 : Η βρεφική θνησιμότητα σε χώρες της Ε.Ε το 2007.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Με τη βοήθεια του διαγράμματος είναι εύκολο να διακρίνουμε ότι η Ελλάδα πριν ξεσπάσει η κρίση κατέχει χαμηλή θέση στον πίνακα κατάταξης βρεφικής θνησιμότητας των χωρών της Ε.Ε. Συγκεκριμένα, το 2007 υπήρχαν 3,5 θάνατοι βρεφών ανά 1000 γεννήσεις. Την ίδια χρονιά, η Λιθουανία κατείχε την πρώτη θέση με 8,5 θανάτους ενώ το Λουξεμβούργου είχε τους λιγότερους θανάτους (1,8 ανά 1000 γεννήσεις). Ειδικότερα, θα παρακολουθήσουμε τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα με τη βοήθεια του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 2.5: Τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα από το 2000 έως το 2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Greece	5.9	5.1	5.1	4.0	4.1	3.8	3.7	3.5	2.7

Πηγή: ΟΟΣΑ

Αυτό που συμπεραίνουμε είναι ότι οι θάνατοι βρεφών ανά 1000 γεννήσεις από το 2000 έως και το 2008 είχαν συνεχώς αρνητική πορεία. Επίσης, το 2008 παρατηρήθηκαν σχεδόν οι μισοί θάνατοι σε σχέση με το 2000.

Από την άλλη πλευρά κάτι παρόμοιο παρατηρούμε και στην Ισπανία. Με τη βοήθεια του παρακάτω διαγράμματος θα δείξουμε ότι κοντά στο 2000 τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας ήταν μικρότερα από τα αντίστοιχα της Ελλάδας αλλά κοντά στο 2008 η κατάσταση είχε αντιστραφεί.

Διάγραμμα 2.17 : Η βρεφική θνησιμότητα σε Ελλάδα και Ισπανία τη περίοδο 2000-2008.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Πίνακας 2.6 : Η βρεφική θνησιμότητα σε Ελλάδα και Ισπανία τη περίοδο 2000-2008

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Greece	5.90	5.10	5.10	4.00	4.10	3.80	3.70	3.50	2.70
Spain	4.40	4.00	4.10	3.90	3.90	3.70	3.50	3.40	3.30

Πηγή: ΟΟΣΑ

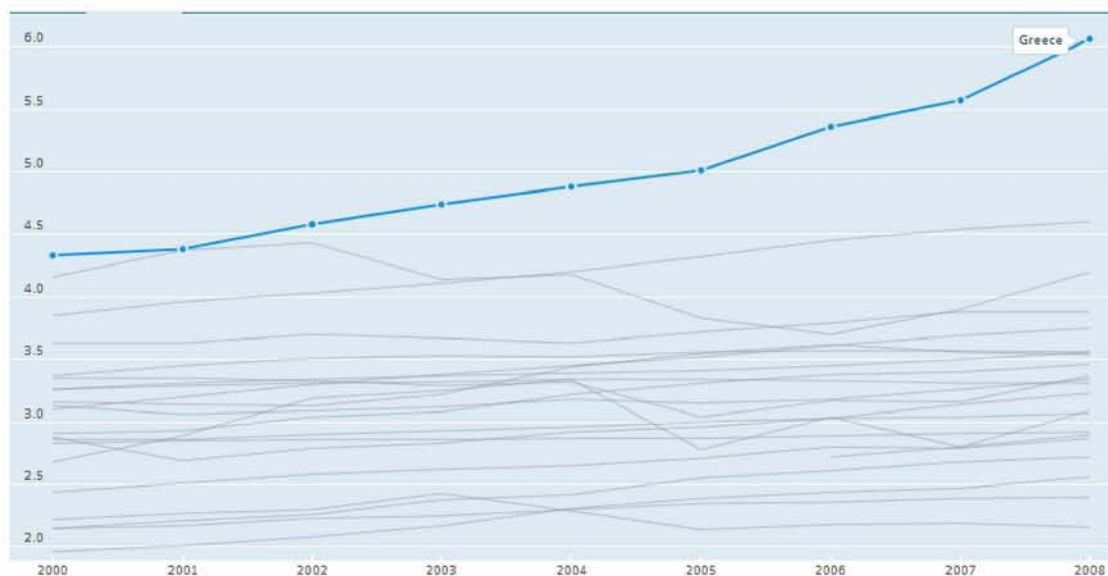
Όπως παρατηρούμε στον παραπάνω πίνακα τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας σε Ελλάδα και Ισπανία ήταν αρκετά κοντά κατά τη διάρκεια της περιόδου 2000 -2008.

2.13 Γιατροί ανά 1000 κατοίκους.

Ο υγειονομικός τομέας αποτελεί διεθνώς έναν από τους βασικούς τομείς της οικονομίας και έναν από τους μεγαλύτερους εργοδότες. Στις χώρες του ΟΟΣΑ και την Ευρωπαϊκή Ένωση ο τομέας της υγείας την δεκαετία του 1990 απορροφούσε το 5% και 4,6 % του εργατικού δυναμικού, αντίστοιχα, εν αντιθέσει με το ελληνικό σύστημα υγείας όπου απασχολούσε το μικρότερο ποσοστό επαγγελματιών υγείας μεταξύ των χωρών μελών και ανερχόταν στο 3,5% του εργατικού δυναμικού της χώρας (Πολύζος Ν. και Υφαντόπουλος Ι.,2000α).

Η Ελλάδα κατείχε πάντα ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ιατρών ανά 1000 κατοίκους σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Με τη βοήθεια του παρακάτω διαγράμματος είναι εύκολο να επιβεβαιωθεί η παραπάνω πρόταση.

Διάγραμμα 2.18: Αριθμός ιατρών ανά 1000 κατοίκους στις χώρες της Ε.Ε



Πηγή: ΟΟΣΑ

Όπως παρατηρούμε από το παραπάνω διάγραμμα η Ελλάδα από το 2000 έως και το 2008 είχε αναλογικά τους περισσότερους γιατρούς από κάθε άλλη χώρα της ΕΕ. Επίσης, παρατηρούμε ότι υπάρχει μια ανοδική τάση, ειδικότερα από το 2002 και έπειτα. Ας δούμε όμως με αριθμούς το ποσοστό των γιατρών ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα από το 2000 έως και το 2008.

Πίνακας 2.7 : Γιατροί ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα από το 2000 έως και το 2008.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Greece	4.33	4.38	4.58	4.74	4.88	5.01	5.36	5.57	6.06

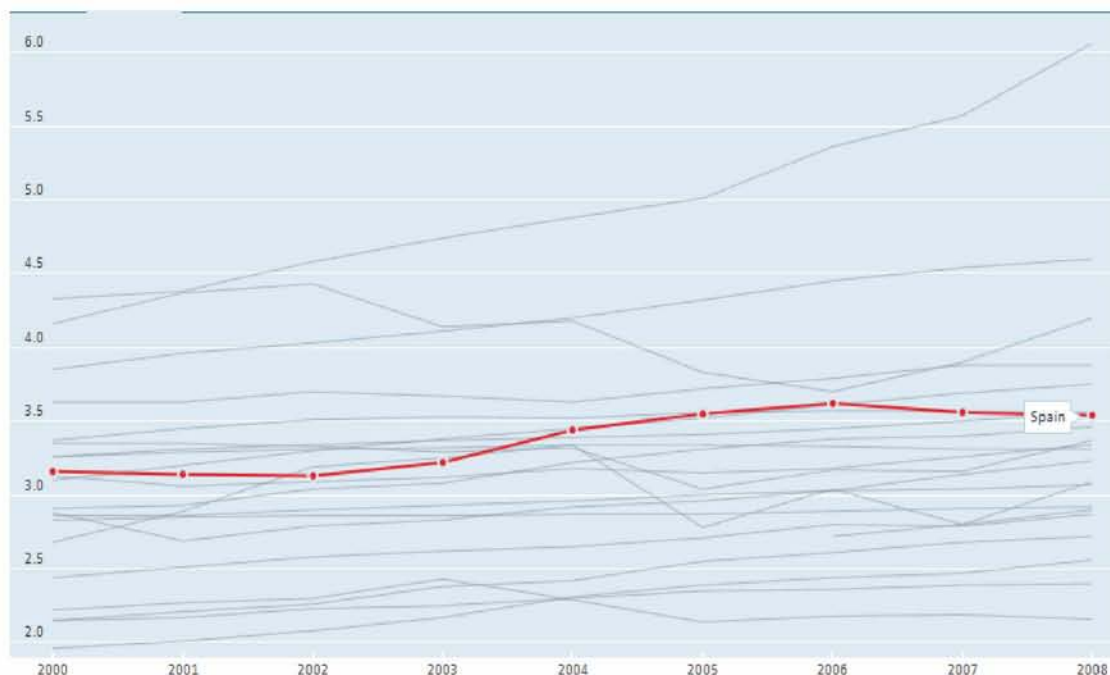
Πηγή: ΟΟΣΑ

Το 2008 στην Ελλάδα υπήρχαν 6,06 γιατροί ανά 1000 κατοίκους, αριθμός υπερβολικά μεγάλος αν σκεφτεί κάποιος ότι σε χώρες όπως η Γαλλία και η Γερμανία υπήρχαν 3,31 και 3,56 γιατροί ανά 1000 κατοίκους αντίστοιχα. Η χώρα που βρίσκεται στη δεύτερη θέση της κατάταξης είναι η Αυστρία με 4,6 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους.

Ο αριθμός των ιατρών βάσει πληθυσμιακών κριτηρίων στην Ελλάδα εμφανίζεται ως ο υψηλότερος μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ για το έτος 2009 αγγίζοντας τους 5.56 ανά 1000 κατοίκους, όταν ο μέσος όρος στις χώρες μέλη του οργανισμού για το ίδιο έτος υπολογίζεται στους 3.16 ιατρούς/1000 κατοίκους.

Με τη βοήθεια των παρακάτω διαγραμμάτων και πινάκων θα εξετάσουμε το ίδιο θέμα για την επικράτεια της Ισπανίας.

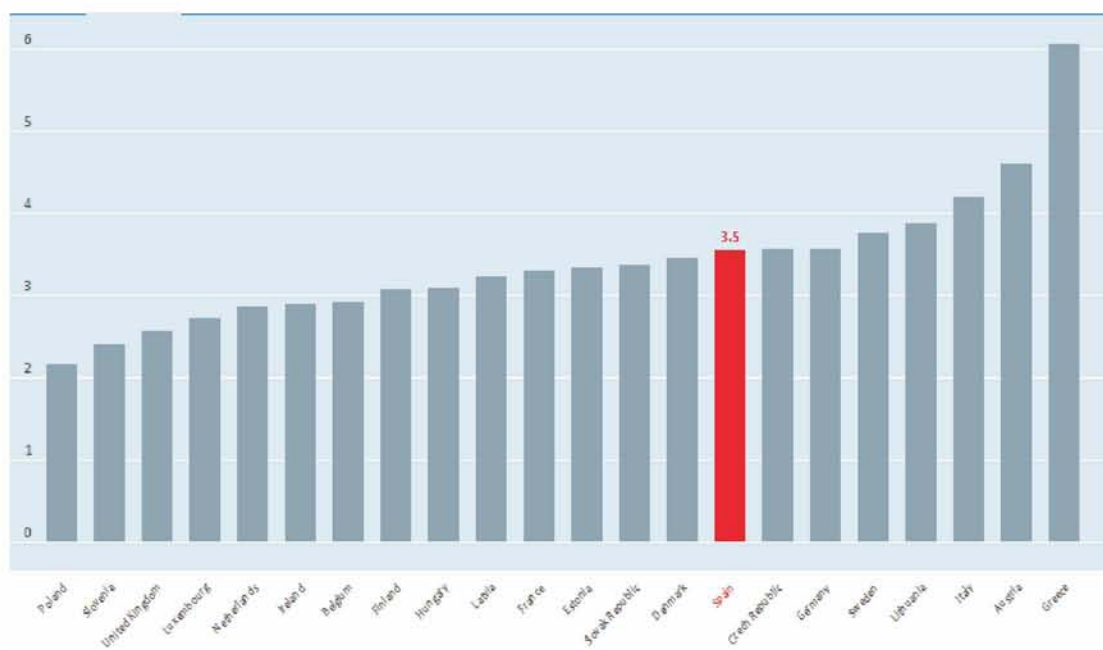
Διάγραμμα 2.19 : Γιατροί ανά 1000 κατοίκους σε χώρες της Ε.Ε.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Αντιλαμβανόμαστε εύκολα ότι οι γιατροί ανά 1000 κατοίκους στην Ισπανία πριν την οικονομική κρίση κυμαινόταν κοντά στο μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε. Στο επόμενο κεφάλαιο της εργασίας μου θα γίνει μια προσπάθεια να εξακριβωθεί αν το ίδιο συμβαίνει και στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, δηλαδή κατά πόσο ο τομέας της υγείας επηρεάστηκε από τις δύσκολες συνθήκες. Τώρα θα εξεταστεί ο αριθμός των γιατρών/1000 κατοίκους για το έτος 2008, δηλαδή λίγο πριν τα σημάδια της ύφεσης γίνουν εμφανή.

Διάγραμμα 2.20 : Γιατροί ανα 1000 κατοίκους σε χώρες της Ε.Ε το 2008.



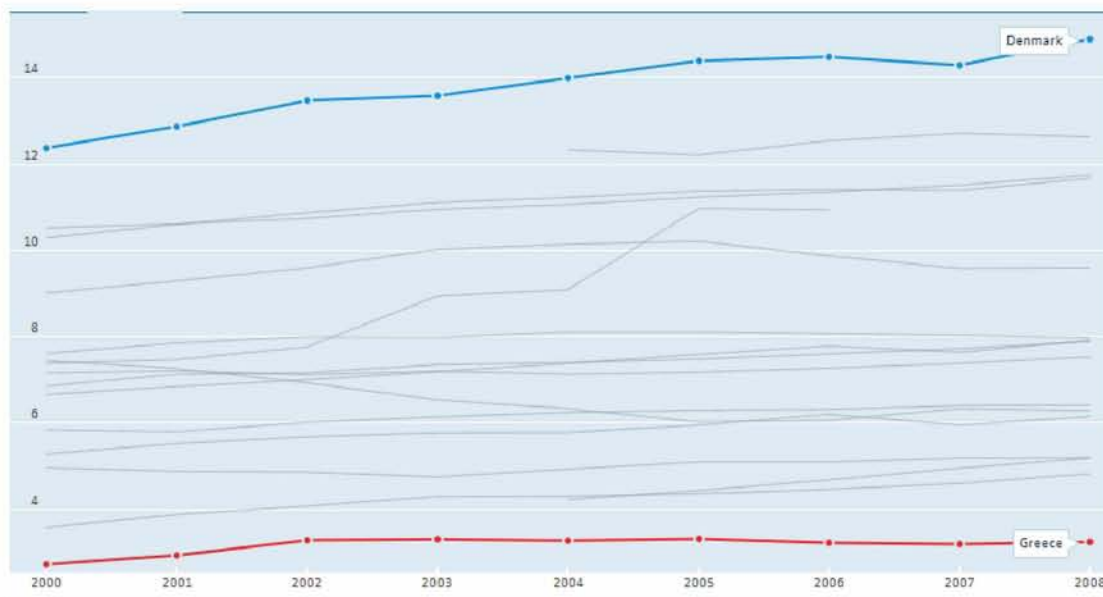
Πηγή: ΟΟΣΑ

Από το παραπάνω διάγραμμα είναι εύκολο να διαπιστώσουμε ότι οι γιατροί ανά 1000 κατοίκους στην Ισπανία το 2008 κυμαινόταν κοντά στο μέσο όρο της Ε.Ε. Ειδικότερα, υπήρχαν 3,5 γιατροί όσους είχε περίπου η Τσεχία και η Γερμανία (3,6) αλλά και η Δανία (3,4). Οι λιγότεροι γιατροί ανά 1000 κατοίκους για το 2008 υπήρχαν στη Πολωνία με τον αριθμό να είναι ο 2,2/1000.

2.14 Νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους.

Στη περίπτωση της Ελλάδας, δεν ισχύει το ίδιο που ίσχυε με τους γιατρούς και για το νοσηλευτικό προσωπικό. Παρακάτω θα δούμε ότι ο αριθμός των νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους είναι από τους μικρότερους ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε.

Διάγραμμα 2.21 : Νοσηλευτικό προσωπικό σε χώρες της Ε.Ε τη περίοδο 2000-2008.



Πηγή :ΟΟΣΑ

Το παραπάνω διάγραμμα είναι πλήρως διαφωτιστικό όσο αφορά τη κατάσταση που επικρατεί στο νοσηλευτικό προσωπικό στην Ελλάδα. Όπως παρατηρούμε από το 2000 μέχρι το 2008 η Ελλάδα κατείχε συνεχώς τη τελευταία θέση ανάμεσα στις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε σε νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους. Ενδεικτικά, το 2000 στην Ελλάδα υπήρχαν 2,72 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους ενώ στη Γερμανία και στη Δανία 10,52 και 12,37 αντίστοιχα.

Με τη βοήθεια του παρακάτω πίνακα θα δούμε τον ακριβή αριθμό των νοσηλευτών στην Ελλάδα από το 2000 έως και το 2008.

Πίνακας 2.8: Αριθμός νοσηλευτών/κατοίκους στην Ελλάδα από το 2000 έως και το 2008.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Greece	2.72	2.93	3.28	3.30	3.27	3.31	3.22	3.19	3.24

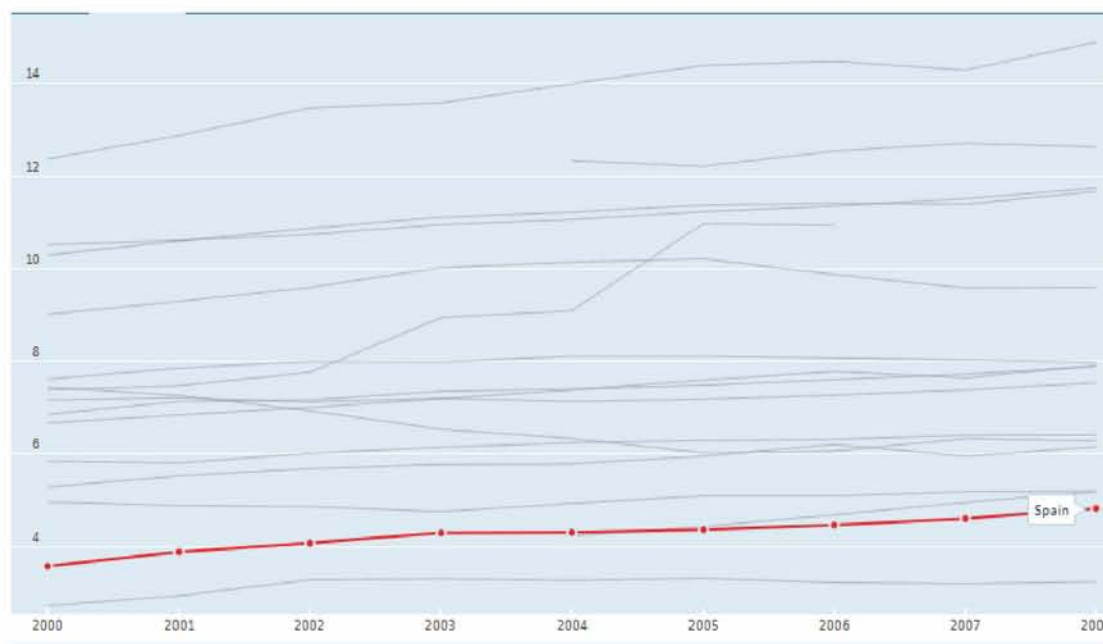
Πηγή:ΟΟΣΑ

Υπό το πρίσμα των παραπάνω δεδομένων εμφανίζεται ότι το μέγεθος του νοσηλευτικού προσωπικού στην Ελλάδα υπολείπεται σημαντικά των ιατρών. Παρόλα αυτά, η εξαγωγή συμπερασμάτων τόσο από την συγκριτική δημογραφική εξέλιξη των ιατρών και νοσηλευτών όσο και του λόγου νοσηλευτών ανά ιατρό δεν αποτελεί αξιόπιστη απόδειξη της υποστελέχωσης του συστήματος από τους εν λόγω επαγγελματίες υγείας. Το 2009 το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) απασχολούσε νοσηλευτικό προσωπικό της τάξεως των 35.420 ατόμων εκ των οποίων 2,7% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ), το 46% τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ), 41,3 % δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΥ) και το 10% υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ). Από το νοσηλευτικό προσωπικό ανώτερης εκπαίδευσης το 94,5% ήταν απόφοιτοι τεχνολογικών ιδρυμάτων και το 5,5% απόφοιτοι πανεπιστημιακών ιδρυμάτων. ενώ

από το βοηθητικό προσωπικό το 80,4% ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 19,6% υποχρεωτικής εκπαίδευσης.

Η Ισπανία από την άλλη πλευρά αντιμετωπίζει πανομοιότυπα προβλήματα στον τομέα του νοσηλευτικού προσωπικού αφού είναι η χώρα που βρίσκεται στη προτελευταία θέση (πριν την Ελλάδα) ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε στον πίνακα των νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους.

Διάγραμμα 2.22: Νοσηλευτές/1000 κατοίκους σε χώρες της ΕΕ.



Όπως παρατηρούμε και από το παραπάνω διάγραμμα η Ισπανία βρίσκεται από το 2000 μέχρι το 2008 συνεχώς στη προτελευταία θέση στον πίνακα νοσηλευτών/ 1000 κατοίκους. Ειδικότερα, το 2008 η Ισπανία είχε 4,82 νοσηλευτές/1000 κατοίκους ενώ η Γαλλία 7,91.

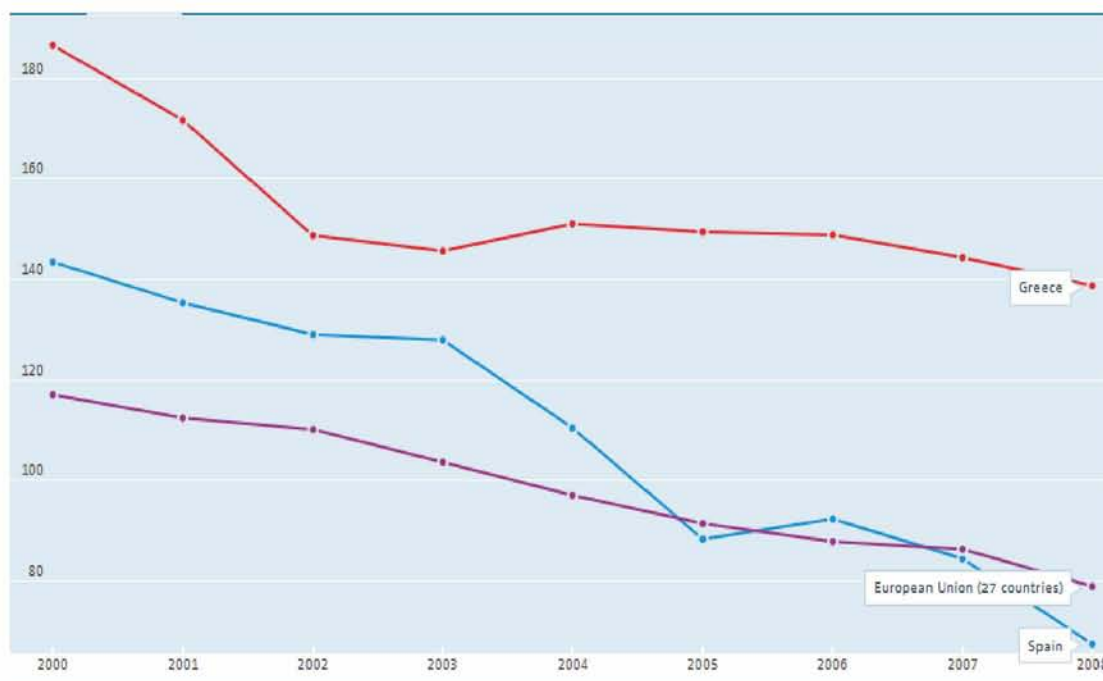
2.15 Τροχαία ατυχήματα.

Όπως αναφέραμε και προηγουμένως μέσω των προηγούμενων ερευνών που έχουν γίνει για να εξετάσουν το πως μία οικονομική κρίση επηρεάζει το επίπεδο υγείας των πολιτών, συνήθως η ύφεση έχει θετικά αποτελέσματα όσο αφορά τα θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα.

Τα χαμηλότερα κέρδη μειώνουν τη κατανάλωση κανονικών αγαθών όπως είναι η κατανάλωση αλκοόλ και η οδήγηση με αποτέλεσμα τα θανατηφόρα τροχαία που σχετίζονται με το αλκοόλ να μειώνονται (Ruhm, 1995).

Με τη παρούσα εργασία θα πραγματοποιηθεί μια προσπάθεια να διευκρινιστεί αν αυτό συνέβη και στη περίπτωση της Ελλάδας και της Ισπανίας. Αρχικά με τη βοήθεια ενός διαγράμματος θα αναλυθεί η πορεία των θανατηφόρων ατυχημάτων σε Ελλάδα και Ισπανία από το 2000 έως και το 2008 και στο επόμενο κεφάλαιο της εργασίας θα εξεταστεί αν αυτός ο αριθμός παραμένει κοντά στα ίδια σημεία ή αν υπάρχει κάποια αξιοσημείωτη αλλαγή.

Διάγραμμα 2.23: Τα θανατηφόρα ατυχήματα/1.000.000 κατοίκους σε Ελλάδα, Ισπανία και μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε από το 2000 έως το 2008.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Στη περίπτωση της Ελλάδας παρατηρούμε ότι ο αριθμός των θανατηφόρων τροχαίων υπερτερεί κατά πολύ το μέσο όρο των θανατηφόρων τροχαίων των χωρών της Ε.Ε. Επίσης, παρατηρούμε ότι από το 2003 μέχρι και λίγο πριν ξεσπάσει η οικονομική κρίση ο αριθμός τους παρέμενε σε σχετικά σταθερά επίπεδα. Στην Ισπανία αντίστοιχα, παρατηρούμε ότι ο αριθμός των θανατηφόρων τροχαίων από το 2000 μέχρι και το 2005 είναι πάνω από το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ, από το 2005 μέχρι και το 2007 είναι οριακά υψηλότερος και από το 2007 έως και τις αρχές του 2008 χαμηλότερος. Αυτό που μπορούμε να τονίσουμε είναι η αρνητική τάση που υπάρχει, με εξαίρεση το διάστημα μεταξύ 2005 και 2006. Στο επόμενο κεφάλαιο θα εξετάσουμε τι συνέβη μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης.

2.16 Αυτοκτονίες.

Αναμφίβολα μία από τις σημαντικότερες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης αφορά τη ψυχική υγεία των πολιτών. Όπως αναφέραμε και στην αρχή της εργασίας διάφορες επιστημονικές έρευνες διαπίστωσαν ότι η ψυχική υγεία των πολιτών διαταράσσεται εν μέσω οικονομικών κρίσεων. Τα κύρια χαρακτηριστικά είναι η αύξηση των αυτοκτονιών και των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη. Η παρούσα εργασία θα εξετάσει αν η οικονομική κρίση σε Ελλάδα και Ισπανία επηρέασε τον αριθμό των αυτόχειρων.

Οι δείκτες ψυχικής υγείας που φάνηκε να έχουν σημαντική συσχέτιση με τους οικονομικούς δείκτες είναι οι επισκέψεις σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία και τμήματα επειγόντων ψυχιατρικών κλινικών, οι αυτοκτονίες, οι ανθρωποκτονίες και ο αριθμός διαζυγίων (Γιωτάκος κ.ά., 2012α).

Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές τα στοιχεία που υπάρχουν στην Ελλάδα για τον αριθμό των αυτοκτονιών συχνά δεν ανταποκρίνονται στη πραγματικότητα. Αυτό συμβαίνει υπό το φόβο του κοινωνικού στιγματισμού αλλά και επειδή η ορθόδοξη εκκλησία δεν επιτρέπει τη ταφή του νεκρού σε περίπτωση αυτοκτονίας. Τα επίσημα στοιχεία των αυτοκτονιών στην Ελλάδα δίνονται από τον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 2.9: Ο αριθμός των αυτοκτονιών/100.000 κατοίκους στην Ελλάδα από το 2000 έως και το 2008.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Greece	3.40	2.90	2.80	3.30	3.00	3.40	3.30	2.80	3.10

Πηγή: ΟΟΣΑ

Από τον παραπάνω πίνακα είναι εύκολο να αντιληφθούμε ότι την περίοδο 2000-2008 δεν υπήρχαν μεγάλες αποκλίσεις στον αριθμό των αυτοχειρών. Επίσης, παρατηρούμε ότι ο μέσος αριθμός αυτοκτονιών μία ενιαετία πριν τη κρίση κυμαινόταν κοντά στο 3,1 ανά 100.000 κατοίκους.

Στην Ισπανία αντίστοιχα, τα επίσημα στοιχεία για την ίδια περίοδο δίνονται από τον παρακάτω πίνακα.

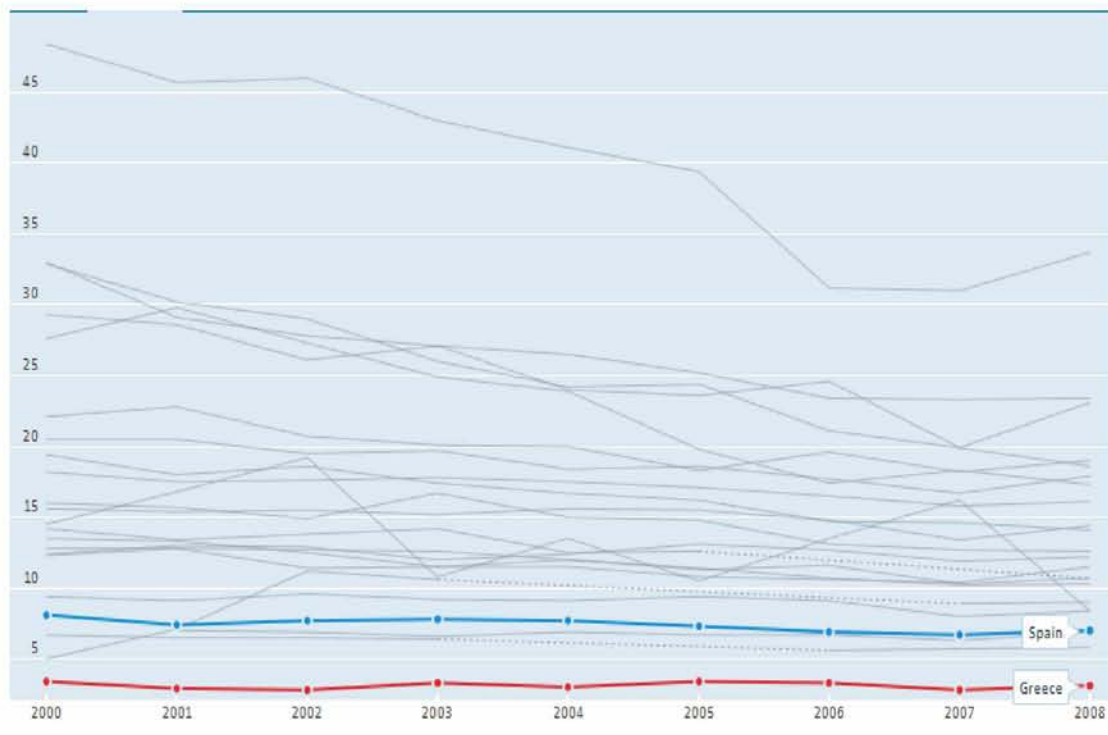
Πίνακας 2.10: Ο αριθμός των αυτοκτονιών/100.000 κατοίκους στην Ισπανία από το 2000 έως και το 2008.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Spain	8.10	7.40	7.70	7.80	7.70	7.30	6.90	6.70	7.00

Πηγή: ΟΟΣΑ

Οι αποκλίσεις και στη περίπτωση της Ισπανία παρατηρούμε ότι δεν είναι μεγάλες. Ο μέσος όρος των αυτοκτονιών/100.000 κατοίκους την ενιαετία 2000-2008 κυμαίνεται κοντά στο 7,4 , αριθμό αρκετά μεγαλύτερο από τον αντίστοιχο της Ελλάδας. Με τη βοήθεια του παρακάτω διαγράμματος θα αντιληφθούμε εύκολα τη θέση της Ελλάδας και της Ισπανίας σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε όσο αφορά των αριθμό των αυτοκτονιών.

Διάγραμμα 2.24: Αριθμός αυτοκτονιών/100.000 κατοίκους στις χώρες της Ε.Ε.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Σύμπεραίνουμε ότι η Ελλάδα κατείχε το μικρότερο ποσοστό αυτοκτονιών την ενιαετία 2000-2008 ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε, αλλά και η Ισπανία κατείχε ένα από τα μικρότερα ποσοστά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΟΛΙΤΙΚΉ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

3.1 Οι μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας Ελλάδας και Ισπανίας.

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

Σύμφωνα με τον Χλέτσο (2015), στο διάστημα της ένταξης της Ελλάδας στα μνημόνια (2010 έως σήμερα) παρατηρούνται σημαντικές νομοθετικές αλλαγές στο σύστημα υγείας που στοχεύουν κυρίως στην αλλαγή της δομής του, αλλά και στο δημοσιονομικό εκσυγχρονισμό του. Στο εν λόγω διάστημα, υπό τη πίεση της Τρόικα, γίνονται οι ακόλουθες νομοθετικές παρεμβάσεις :

"α) δημιουργείται ο ΕΟΠΥΥ (Ν. 3918/2011) που προκύπτει από τη συνένωση καταρχήν επτά μεγάλων ασφαλιστικών Ταμείων (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, Οίκος Ναύτου) για να προσφέρει υπηρεσίες υγείας (πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας) σε περισσότερους από εννέα εκατομμύρια πολίτες. Οι παροχές που προσφέρει ο ΕΟΠΥΥ είναι παροχές σε είδος και παροχές σε χρήμα. Την περίοδο αυτή ο ΕΟΠΥΥ απορροφά τις υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ και λειτουργεί ταυτόχρονα ως πάροχος και αγοραστής Υπηρεσιών Υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ έχει και δικούς τους ιατρούς (που εργάζονταν στις υγειονομικές μονάδες του ΙΚΑ), αλλά δικτυώνεται και με ιατρούς που αμείβονται από τον ΕΟΠΥΥ κατά πράξη.

β) Με τον Ν. 4238 / 2014, ύστερα και από απαίτηση της Τρόικα, αλλάζει η φυσιογνωμία και ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος παραμένει μόνο αγοραστής Υπηρεσιών Υγείας τόσο από το δημόσιο, όσο και από τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Η αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΥΥ σηματοδοτεί και αλλαγή του τρόπου λειτουργίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας και σημαντική αναβάθμιση του ρόλου του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος διεκδικεί να υποκαταστήσει σε αρκετές περιπτώσεις το δημόσιο τομέα. Κατά ορισμένους ερευνητές η αλλαγή της φυσιογνωμίας του ΕΟΠΥΥ, μετά από την απαίτηση τη Τρόικα, σηματοδοτεί μία προσπάθεια ιδιωτικοποίησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και η αλλαγή της φυσιογνωμίας του μόνο σε αγοραστή των υπηρεσιών υγείας αποσκοπεί : α) να υπάρχει η συγκέντρωση των πόρων σ' ένα μόνο φορέα β) να γίνει καλύτερη και ορθολογικότερη διαχείριση των χρημάτων - δαπανών και γ) να επιτευχθεί αύξηση

των χρηματοδοτικών πόρων. Γενικά ο στόχος του ΕΟΠΥΥ είναι ο έλεγχος των δαπανών υγείας και η ορθολογικότερη κατανομή τους

γ) μέτρα που συμβάλλουν στον περιορισμό των δαπανών του συστήματος υγείας όπως η θεσμοθέτηση των ΚΕΝ (ΦΕΚ 1702/β/2011) - που αποτελεί ένα νέο τρόπο αποζημίωσης των νοσηλίων των δημόσιων νοσοκομείων -, η ανάπτυξη ενός συστήματος προμηθειών υγείας (Ν. 3918/2011) και η ανάπτυξη του πληροφοριακού συστήματος του ΕΟΠΥΥ παρέχοντας ηλεκτρονικές υπηρεσίες στους πολίτες και τη σύνδεσή του με τους παρόχους υγείας μέσω των εφαρμογών e-ΔΑΠΥ και e-prescription

δ) μέτρα που συμβάλλουν στην αύξηση των εσόδων, όπως η θεσμοθέτηση του clawback(όπου καθορίζεται ανώτατη μηνιαία δαπάνη του ΕΟΠΥΥ για τους ιδιώτες παρόχους υγείας, οι οποίοι οφείλουν να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ τα χρήματα που ξεπερνούν αυτό το ανώτατο ποσό) και θεσμοθέτηση του rebate(που είναι υποχρεωτική έκπτωση επί του τιμολογίου των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ιδιώτες παρόχους υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των φαρμακοποιών, καθώς επίσης και αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

ε) μέτρα για την αύξηση της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας με τη θεσμοθέτηση του HealthVoucher(το οποίο χρηματοδοτείται από το ΕΣΠΑ και παρέχει δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε πρώην ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ με εισόδημα μικρότερο των 15000 ευρώ ετησίως) και της νοσοκομειακής και φαρμακευτικής κάλυψης των ανασφάλιστων (ΦΕΚ 1465/2014 και 1753/2014). "

Ενδεικτικά, μπορούμε να αναφέρουμε ότι μέσα από μια σειρά μέτρων λιτότητας, ο δημόσιος προϋπολογισμός των νοσοκομείων μειώθηκε κατά 26% μεταξύ του 2009 και του 2011.

Το 2012 σε μια προσπάθεια για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, η ελληνική Κυβέρνηση ξεπέρασε τις απαιτήσεις της Τρόικας για περικοπές του κόστους λειτουργίας των νοσοκομείων και των φαρμακευτικών δαπανών. Ο πρώην υπουργός Υγείας, Ανδρέας Λοβέρδος, παραδέχθηκε ότι "η ελληνική δημόσια διοίκηση ... χρησιμοποίησε μπαλτάδες για την επίτευξη των περικοπών." Οι αρνητικές επιπτώσεις αυτών των περικοπών έχουν ήδη αρχίσει να εκδηλώνονται. (Kentikelenis et al.,2014b)

Από το 2011, επιβλήθηκε αύξηση των τελών χρήσης από 3 σε 5€ στα εξωτερικά ιατρεία τμήματα των δημόσιων νοσοκομείων και κέντρων υγείας. Επιπλέον, ψηφίστηκε νόμος (4093/2012) ο οποίος εισήγαγε τέλος 25 € ανά ασθενή για εισαγωγή σε κρατικό νοσοκομείο από το 2014 και μετά και επιπλέον 1 € για κάθε φαρμακευτική συνταγή που εκδίδεται. Ωστόσο, το τέλος για την εισαγωγή σε νοσοκομείο σύντομα ανακλήθηκε λόγω της ισχυρής αντίδρασης των επαγγελματιών υγείας. Τα τέλη χρήσης σε όλες τις δημόσιες εγκαταστάσεις απομακρύνθηκαν για

ορισμένες ευάλωτες ομάδες (διαβητικοί και λήπτες μοσχευμάτων έχουν προστεθεί στη λίστα) (Antonakakis and Collins,2014b).

Ισπανία.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση έπληξε σε μεγάλο βαθμό την επικράτεια της Ισπανίας. Το ισπανικό κράτος αντιμετώπισε πολλά προβλήματα εν μέσω κρίσης, με τα πολύ υψηλά ποσοστά της ανεργίας να ξεχωρίζουν. Από αυτή τη κατάσταση δεν μπόρεσε να ξεφύγει ούτε ο τομέας της υγείας στον οποίο πραγματοποιήθηκαν γενναίες περικοπές.

Τα κυριότερα μέτρα συγκράτησης του κόστους που υλοποιήθηκαν από την κυβέρνηση της Καταλονίας το 2011(X.Bosch et al.,2014a)

- Μέση μείωση 8,5% του προϋπολογισμού των δημόσιων νοσοκομείων.
- Μείωση του αριθμού των νοσηλευτών κατά 4000 άτομα (από 46.000 σε 42.000).
- Ο περιορισμός του αριθμού των ωρών εργασίας των ιατρών του δημόσιου τομέα με αντίστοιχη μείωση του μισθού τους ή, εναλλακτικά, η αύξηση των ωρών εργασίας χωρίς παράλληλη αύξηση των μισθών
- Κλείσιμο τμημάτων αλλά και νοσοκομειακών κλινών σε δύο δημόσια νοσοκομεία. Το καλοκαίρι του 2011 έκλεισαν το 25% περίπου των κλινών στα δημόσια νοσοκομεία..
- Κλείσιμο τουλάχιστον 40 κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τα οποία αποτελούσαν περίπου το 10% του συνόλου.
- Λήξη των επενδύσεων σε νέες υποδομές υγειονομικής περίθαλψης, όπως η διακοπή της κατασκευής επτά νέων νοσοκομείων και σαραντατεσσάρων κέντρων πρωτοβάθμιας υγείας.
- Το κλείσιμο ή μείωση του ωραρίου λειτουργίας των 100 κέντρων εξωτερικών ασθενών.
- Τερματισμός των μη επείγουσων χειρουργικών επεμβάσεων το απόγευμα (ένα μέτρο που εγκρίθηκε το 2010 για να μειώσει τις λίστες αναμονής).
- Το κλείσιμο των νυκτερινών υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης των κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας σε αγροτικές περιοχές, εφόσον ήταν δυνατή η άμεση πρόσβαση ασθενοφόρου.

Εκτός από τα παραπάνω μέτρα, η κυβέρνηση της Ισπανίας προσπάθησε να επιβάλλει και κάποια επιπρόσθετα τα οποία είχαν ως σκοπό τη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας. Οι κυριότερες περικοπές σύμφωνα με τους Bosch et al.,(2014b) ήταν:

- 1) Εισαγωγή στη κεντρική αγορά των φαρμάκων, νέων προϊόντων υγείας και τεχνολογία υγείας εφόσον έχουν εγκριθεί από το Συμβούλιο του ΕΣΥ.
- 2) Εναρμόνιση των ευθυνών μεταξύ των διοικήσεων για την υγεία και την εξάλειψη των επικαλυπτόμενων διεργασιών.
- 3) Δημιουργία μίας νέας, ενιαίας, εθνικής υπηρεσίας για την επίβλεψη της ποιότητας, τις επιθεωρήσεις και τις πιστοποιήσεις.
- 4) Διακοπή των υπερωριών στην απογευματινή και τη βραδινή εργασία.
- 5) Η επιβολή χρεώσεων για παροχή υγείας σε αλλοδαπούς και τρίτα πρόσωπα.
- 6) Χρησιμοποίηση περισσότερων γενόσημων φαρμάκων.
- 7) Προσαρμογή των δόσεων του φαρμάκου στη συνταγογραφούμενη θεραπεία.
- 8) Συντονισμός και συνεργασία μεταξύ των διαφόρων επιπέδων φροντίδας υγείας μέσα σε μια ενιαία οργάνωση.
- 9) Ενιαία, ηλεκτρονική συνταγογράφηση στο ΕΣΥ.
- 10) Ανάπτυξη και βελτίωση των εγκαταστάσεων μεσαίας και μακράς διαμονής για να μειωθεί η διαμονή σε νοσοκομεία επειγόντων περιστατικών.

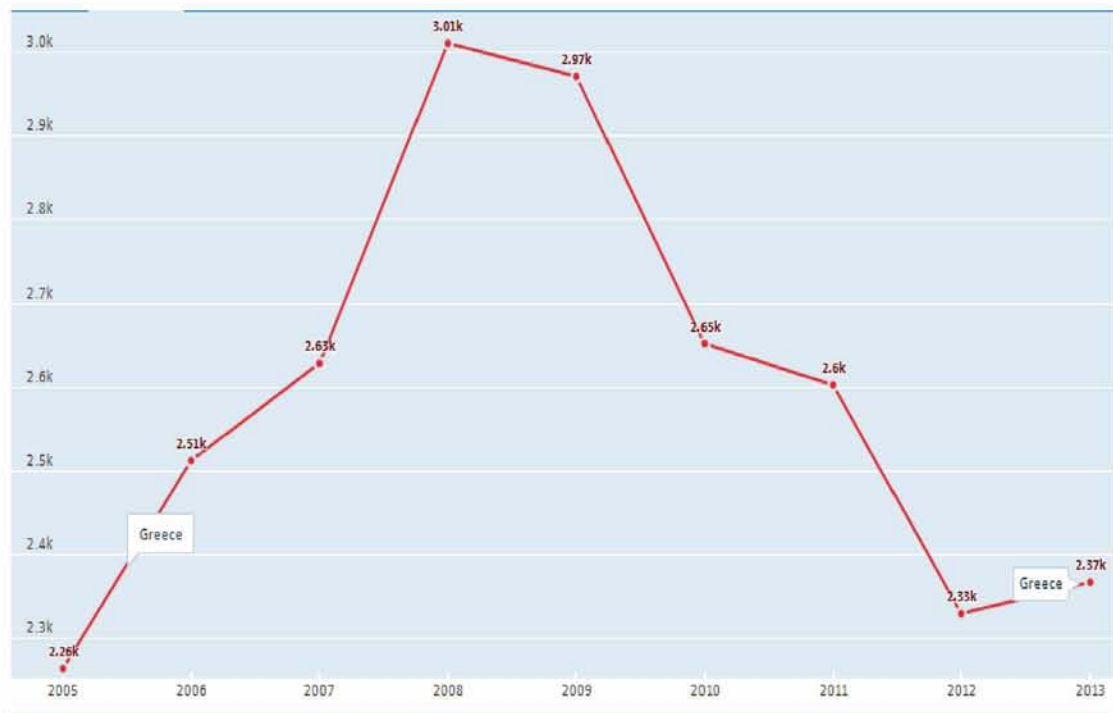
3.2 Δαπάνες υγείας σε Ελλάδα και Ισπανία μετά την οικονομική κρίση

Εν μέσω οικονομικής κρίσης, οι χώρες που πλήχθηκαν αναγκάστηκαν να εφαρμόσουν γενναίες μεταρρυθμίσεις σχεδόν σε όλους τους τομείς (παιδεία, άμυνα κλπ). Είναι λογικό λοιπόν και ο τομέας της υγείας να μην έχει μείνει ανεπηρέαστος από τις περικοπές που οι δανειστές επιβάλλουν. Παρακάτω θα δούμε το πώς επηρεάστηκε η χρηματοδότηση της υγείας από το κράτος.

3.2 α) Ελλάδα

Όπως αναφέραμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο ο κυριότερος τρόπος έκφρασης των δαπανών υγείας ενός κράτους είναι ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Θα εξετάσουμε πως διαμορφώθηκαν οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα μετά το 2008 και εάν υπάρχει σημαντική απόκλιση με τα προηγούμενα χρόνια. Η εξέταση θα γίνει κυρίως με τη χρήση διαγραμμάτων. Για να λάβουμε υπόψη και τη μείωση του ΑΕΠ που υπάρχει σε περιόδους ύφεσης θα εξετάσουμε τις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας.

Διάγραμμα 3.1: Η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ελλάδα από το 2005 έως και το 2013.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Από το παραπάνω διάγραμμα διαπιστώνουμε εύκολα ότι η κρίση είχε σοβαρό αντίκτυπο στη κατά κεφαλή δαπάνη για υγεία. Παρατηρούμε ότι από το 2008 και μετά υπάρχει σταδιακή μείωση της κατά κεφαλήν δαπάνης υγείας. Ειδικότερα, το 2008 ο κάθε Έλληνας πολίτης δαπανούσε κατά μέσο όρο 3.011 δολάρια για ανάγκες υγείας. Το 2012, δηλαδή 4 χρόνια μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας ανερχόταν σε 2.329 δολάρια δηλαδή 682 δολάρια λιγότερο από το 2008. Από το 2008 μέχρι και το 2012 υπάρχει μία μείωση κοντά στο 22,6% της κατά κεφαλή δαπάνης υγείας στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία, στο ελληνικό σύστημα υγείας διατέθηκαν 6,1 δισ του συνολικού εθνικού προϋπολογισμού για το 2011 σε αντίθεση με τα 4,4 δισεκατομμύρια το 2012 (30% μείωση) Αυτού του είδους η μείωση επηρέασε σημαντικά τη δομή και τη συνολική λειτουργία της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων, λόγω της έλλειψης προσωπικού και των ελλείψεων φαρμάκων και άλλων βασικών ιατρικών και χειρουργικών προμηθειών (Karidis et al.,2011)

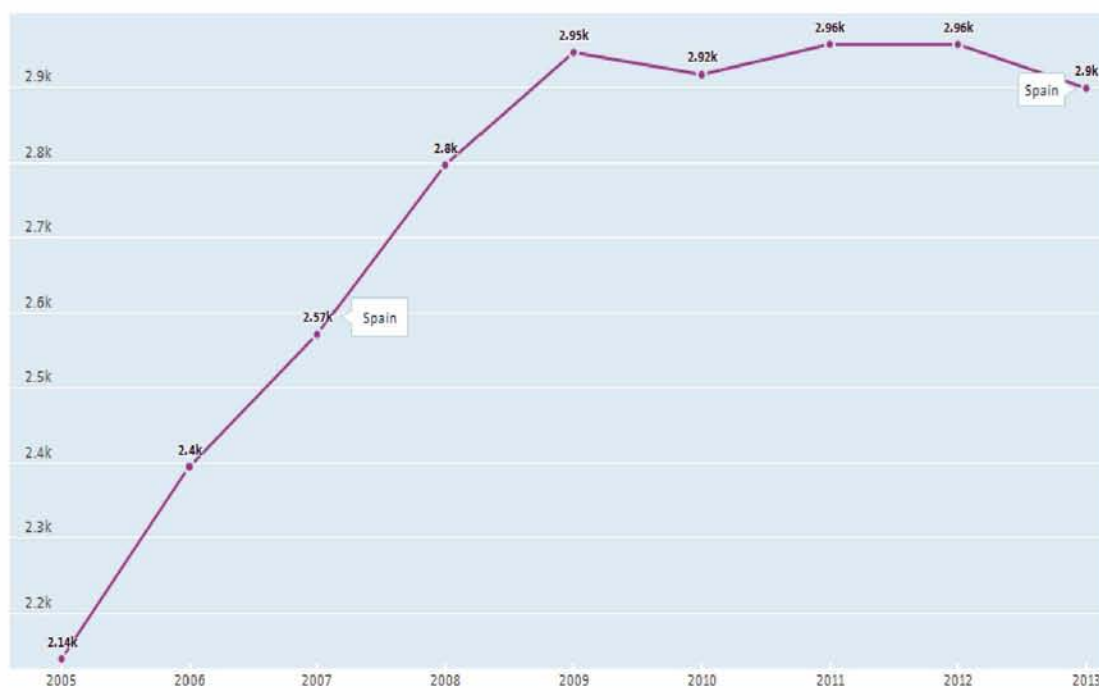
Το ΑΕΠ μεταξύ 2009-2012 περιορίστηκε κατά 16,3%, έναντι κάμψης κατά 23,6% στην τρέχουσα συνολική δαπάνη Υγείας και 25,3% στην τρέχουσα δημόσια δαπάνη υγείας. Παρατηρούμε δηλαδή μια δυσανάλογη μείωση των δαπανών υγείας σε σχέση με τη μείωση του ΑΕΠ.

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

3.2 β) Ισπανία

Έχοντας παρατηρήσει ότι στην Ελλάδα οι κατά κεφαλή δαπάνες υγείας μειώθηκαν σε μεγάλο βαθμό κατά τη περίοδο της κρίσης θα εξετάσουμε αν ισχύει το ίδιο για την Ισπανία η οποία πλήχθηκε και αυτή σοβαρά από τη παγκόσμια οικονομική κρίση.

Διάγραμμα 3.2: Η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ισπανία από το 2005 έως και το 2013



Πηγή: ΟΟΣΑ

Στην περίπτωση της Ισπανίας παρατηρούμε ότι πριν η κρίση χτυπήσει τη χώρα η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας των Ισπανών πολιτών είχε ανοδική τάση. Από το 2005 έως και το 2009 υπήρχε μια αύξηση της τάξης του 27,3%. Μπορούμε εύκολα να αντιληφθούμε ότι αυτή η ανοδική τάση δεν συνεχίστηκε όταν εμφανίστηκαν τα πρώτα σημάδια της κρίσης. Από το διάγραμμα παρατηρούμε ότι η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας από το 2009 μέχρι και το 2013 παρέμεινε σχετικά σταθερή σε αντίθεση με την ανοδική πορεία που υπήρχε προ κρίσης. Ειδικότερα, από το 2009 μέχρι το 2013 παρατηρούμε μία απειροελάχιστη μείωση της τάξης του 1%.

Το σύνολο των δαπανών για την υγεία μειώθηκαν κατά 10,6 τοις εκατό μεταξύ 2010 και 2013, που αντιστοιχεί σε 6.700 εκατ €, ή 150 € κατά κεφαλήν. Η μείωση έγινε ακόμη μεγαλύτερη όταν εγκρίθηκαν οι προϋπολογισμοί του 2013, όπου υπήρξε μία μείωση 10 τοις εκατό των δαπανών για τα δημόσια νοσοκομεία και τους εργαζομένους. Στην Ισπανία είχε ήδη εισαχθεί μείωση 9 τοις εκατό των δαπανών για την υγεία (περίπου 1 δις €) για το 2011 και περαιτέρω μείωση 9 τοις εκατό το 2012.

Το 2012, η Καταλονία επέβαλε επίσης φόρο 1€ για κάθε συνταγογράφηση φαρμάκων (Bosch et al.,2014c).

3.3 Ασφαλιστική κάλυψη.

Μέχρι το 2011, το ελληνικό σύστημα υγείας παρείχε κάλυψη για σχεδόν το 100% του πληθυσμού μέσω ενός δικτύου των διαφόρων Ταμείων. Η κατάσταση αυτή άλλαξε το 2011 με τη δημιουργία του νέου Εθνικού Οργανισμού Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Ο ΕΟΠΥΥ προοριζόταν να καλύψει τη μεγάλη πλειοψηφία του πληθυσμού (εργατικό δυναμικό, εξαρτώμενα άτομα και συνταξιούχους), αναλαμβάνοντας την παρουσία του μόνο στη βραχυπρόθεσμη ανεργία. Ωστόσο, στο πλαίσιο της βαθιάς κρίσης, η ανεργία αυξήθηκε ταχύτατα φθάνοντας το 27,3% το 2013. Σύμφωνα με την προϋπάρχουσα νομοθεσία, ο ΕΟΠΥΥ καλύπτει αποτελεσματικά τους ανέργους για μέγιστη διάρκεια δύο χρόνων, οδηγώντας έτσι σε αύξηση του ποσοστού του ανασφάλιστου πληθυσμού.(Antonakakis and Collins,2014c)

Για την αντιμετώπιση του υψηλού αριθμού των ανασφάλιστων ανθρώπων, το Υπουργείο Υγείας δημιούργησε το Σεπτέμβριο του 2013, ένα πρόγραμμα voucher για την υγεία. Σήμερα, ο αριθμός των ανασφάλιστων συμπολιτών μας υπολογίζεται κοντά στα 2,5 εκατομμύρια. Ο αριθμός αυτός είναι τεράστιος αν αναλογιστεί κάποιος ότι ο συνολικός πληθυσμός της Ελλάδας δεν ξεπερνά τα 11 εκατομμύρια.

Στην **Ισπανία** υπολογίζεται ότι περίπου 900.000 άτομα έχουν αποκλειστεί από το δημόσιο σύστημα υγείας, ενώ το 16% του πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση σε φαρμακευτική περίθαλψη. Η οικονομική κρίση έχει δημιουργήσει προβλήματα στον τομέα της υγείας, με την κυβέρνηση να μειώνει, τα έξοδα για την υγεία. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την περιθωριοποίηση όσων δεν ήταν ασφαλισμένοι, ενώ τα φάρμακα για σοβαρές ασθένειες δίνονται μόνο σε όσους έχουν ασφάλιση.(ΟΟΣΑ,2014)

3.4 Φαρμακευτικές δαπάνες.

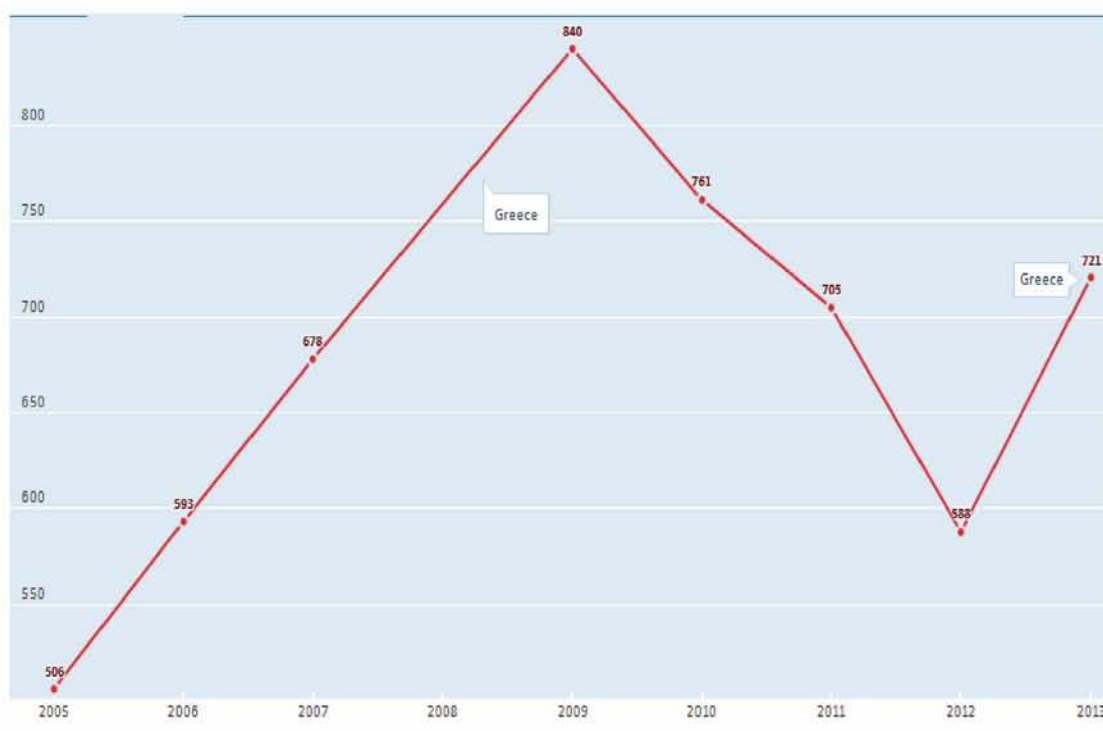
Στο προηγούμενο κεφάλαιο παρατηρήσαμε ότι η Ελλάδα κατείχε πριν το 2008 την υψηλότερη θέση του πίνακα με τις κατά κεφαλή φαρμακευτικές δαπάνες σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. Οι δανειστές έθεσαν κάποιους όρους με σκοπό τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών.

Στο στόχαστρο της Τρόικα μπήκε η δημόσια χρηματοδότηση των φαρμακευτικών δαπανών, για τις οποίες η μεταρρύθμιση ήταν αναγκαία λόγω των πολύ υψηλών ποσοστών συνταγών επώνυμων φαρμάκων. Ο δεδηλωμένος στόχος ήταν να μειωθούν οι δαπάνες από 4, 37 δις € το 2010 σε 2 ,88 δις € το 2012 (ο στόχος αυτός εκπληρώθηκε), Ωστόσο, έχουν υπάρξει πολλά ακούσια αποτελέσματα και ορισμένα φάρμακα έχουν γίνει δυσεύρετα, λόγω των καθυστερήσεων των επιστροφών στα

φαρμακεία, στα οποία δημιουργήθηκαν δυσβάστακτα χρέη. Πολλοί ασθενείς πρέπει να πληρώνουν τώρα μπροστά και να περιμένουν για τις επόμενες επιστροφές από το ασφαλιστικό ταμείο (Kentikelenis et al., 2014c).

Με τη βοήθεια του παρακάτω διαγράμματος θα προσπαθήσουμε να μελετήσουμε τη πορεία των κατά κεφαλή δαπανών υγείας από το 2005 δηλαδή λίγα χρόνια πριν ξεσπάσει η κρίση μέχρι το 2013 όπου τα σημάδια της βαριάς ύφεσης είχαν γίνει αισθητά στο σύνολο της οικονομίας της χώρας.

Διάγραμμα 3.3: Η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη από το 2005 έως το 2013 στην Ελλάδα.



Πηγή: ΟΟΣΑ

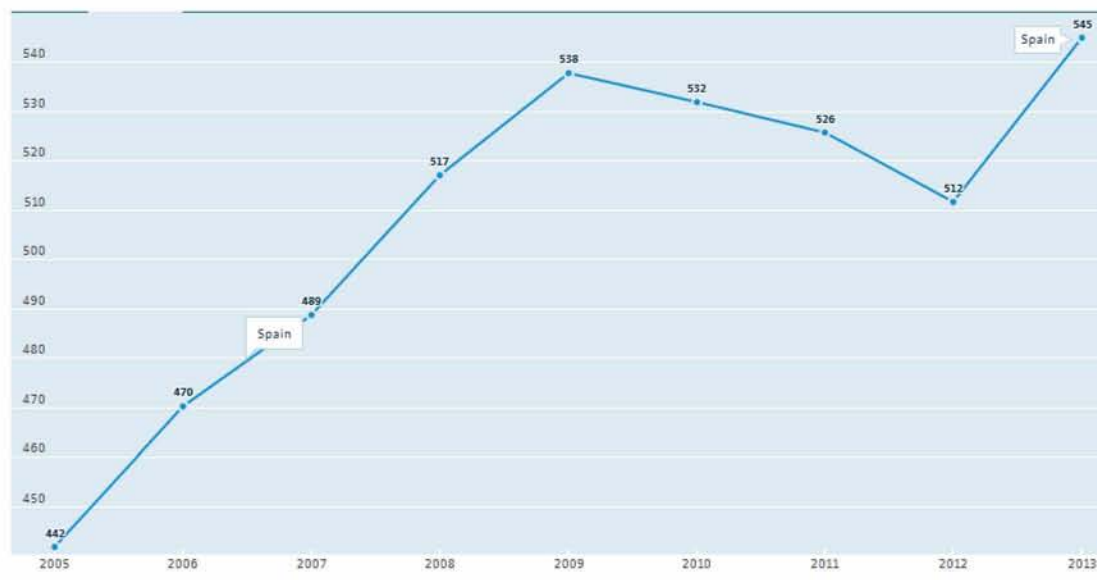
Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε την ανοδική τάση της κατά κεφαλή φαρμακευτικής δαπάνης μέχρι και το 2009. Από το 2005 έως και το 2009 η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα αυξήθηκε κατά περίπου 40%. Όμως από το 2009 μέχρι και το 2012 παρατηρούμε μία κατακόρυφη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών της τάξης του 30% η οποία απορρέει από τις ασφυκτικές πιέσεις των δανειστών.

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε μέχρι το 2009 ανοδική τάση, όπως και η δαπάνη υγείας και το ΑΕΠ. Ωστόσο, τη διετία 2010/2011 μειώθηκε δραστικά, κατά 22%, για να φτάσει το 2011 στα €3,98 δισ., αποτελώντας το 1,8% του ΑΕΠ και το 30% των δημόσιων δαπανών υγείας (ΕΛΣΤΑΤ, 2015).

Στο προηγούμενο κεφάλαιο παρατηρήσαμε ότι η Ισπανία πριν το 2008 ακολουθούσε εντελώς διαφορετική πολιτική στη φαρμακευτική περίθαλψη από την Ελλάδα. Η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη στην Ισπανία πριν τη κρίση κυμαινόταν κοντά

στο μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε. Στη συνέχεια θα εξετάσουμε την πορεία της κατά κεφαλή φαρμακευτικής δαπάνης κατά την περίοδο της κρίσης.

Διάγραμμα 3.4: Η κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη στην Ισπανία από το 2005 έως και το 2013



Πηγή :ΟΟΣΑ

Από το παραπάνω διάγραμμα γίνεται αντιληπτό ότι η οικονομική κρίση δεν επηρέασε σημαντικά τη κατά κεφαλή φαρμακευτική δαπάνη στην Ισπανία. Αυτό που μπορούμε να διακρίνουμε είναι ότι διέκοψε τη συνεχή ανοδική τάση που υπήρχε πριν τη κρίση και τη σταθεροποίησε κοντά στο επίπεδο των 530\$ ανά άτομο.

Η μείωση των δαπανών για την υγεία στην Ισπανία κατά τα τελευταία έτη είναι συνδεδεμένη εν μέρει με τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών, οι οποίες μειώθηκαν περισσότερο από 6% σε πραγματικούς όρους το 2011. Η Ισπανία εισήγαγε το 2010 μια σειρά μέτρων για τη μείωση των δαπανών για φάρμακα, συμπεριλαμβανομένου μιας γενικής έκπτωσης που ισχύει για όλα τα φάρμακα που συνταγογραφούνται από γιατρούς του ΕΣΥ, και έδωσε εντολή για μειώσεις τιμών για τα γενόσημα φάρμακα και αύξηση της συμμετοχής στις πληρωμές το 2012. Επίσης το μερίδιο της αγοράς γενόσημων φαρμάκων, διπλασιάστηκε στην Ισπανία μεταξύ του 2008 και του 2012, για να φθάσει το 18% της συνολικής φαρμακευτικής αγοράς στην τιμή (40% σε όγκο) (OECD,2014).

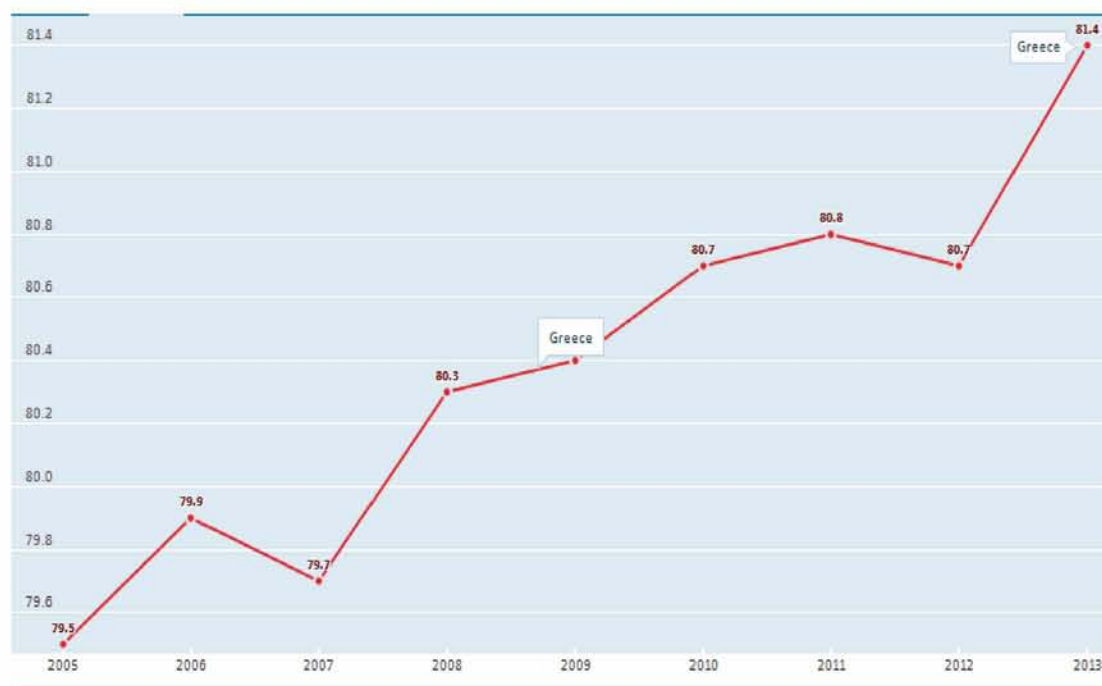
Τέλος, είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι οι άνεργοι πλέον δεν πληρώνουν για τις φαρμακευτικές ανάγκες τους σε αντίθεση με την προ κρίσης εποχή όπου πλήρωναν το 40% όπως και οι εργαζόμενοι (Bosch et al., 2014d).

3.5 Δείκτης θνησιμότητας.

Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναφέραμε ότι το καλύτερο μέσο μετρήσεως της θνησιμότητας είναι οι πίνακες επιβίωσης. Η μία από τις στήλες των πινάκων αυτών, η στήλη της "προσδοκώμενης ζωής", αντανακλά το επίπεδο της θνησιμότητας: όσο υψηλότερη είναι η θνησιμότητα, τόσο μικρότερη είναι η προσδοκώμενη ζωή. Με τη βοήθεια διαγραμμάτων θα εξετάσουμε αν υπάρχει σημαντική απόκλιση στη προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση πριν και μετά την οικονομική κρίση. Η έρευνα θα ξεκινήσει με τη περίπτωση της Ελλάδας.

Μελέτη από τον Economidou et al., (2007) κατέληξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18. Μέσω της οικονομικής κρίσης το άτομο οδηγείται σε μακρόχρονη ανεργία η οποία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωγη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα.

Διάγραμμα 3.5: Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα από το 2005 μέχρι και το 2013.



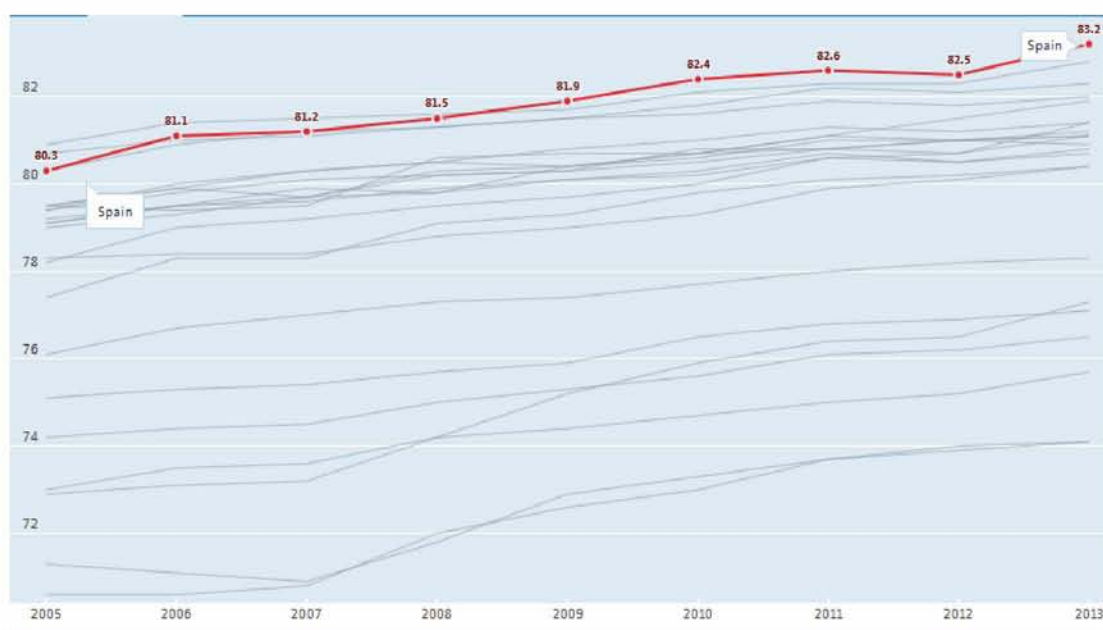
Πηγή: ΟΟΣΑ

Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι μετά το 2007 το προσδόκιμο ζωής είχε συνεχώς ανοδική τάση χωρίς να παρουσιάζονται σημαντικές αποκλίσεις με την τάση που υπήρχε τα προηγούμενα χρόνια. Οπότε, με απλά λόγια μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση δεν επηρεάστηκε από την οικονομική κρίση. Επίσης, η Ελλάδα κατείχε αλλά και συνεχίζει να κατέχει ένα από τα υψηλότερα προσδόκια ζωής κατά τη γέννηση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να αναφέρουμε ότι οι Έλληνες κατορθώνουν να επιβιώνουν μέσα σε σκληρές εποχές κρίσης και μνημονίων, ανατρέποντας τα επιδημιολογικά δεδομένα, που θέλουν να μειώνεται το προσδόκιμο επιβίωσης σε μεγάλες κρίσεις. Από το 2009 έως το 2013, οι Ελληνίδες κατόρθωσαν να αυξήσουν τον αναμενόμενο κατά τη γέννηση χρόνο ζωής κατά περισσότερους από οκτώ μήνες και οι άνδρες κατά σχεδόν ενάμιση χρόνο (ΕΛΣΤΑΤ,2015).

Η Ισπανία κατέχει μαζί με την Ιταλία τη πρώτη θέση στον πίνακα με το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση με μία συνεχώς αυξανόμενη τάση μέχρι το 2007. Με το παρακάτω διάγραμμα θα εξεταστεί αν το ίδιο συμβαίνει από το 2007 και μετά.

Διάγραμμα 3.6: Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ισπανία από το 2005 μέχρι και το 2013



Πηγή: ΟΟΣΑ

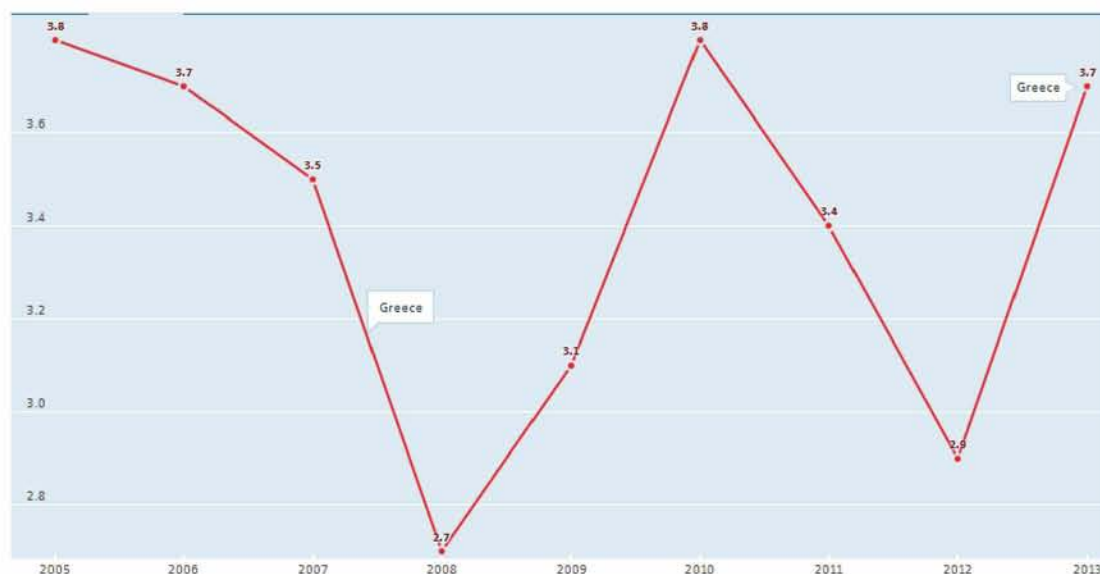
Από το παραπάνω διάγραμμα αρχικά επιβεβαιώνεται το διαχρονικά υψηλό προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση των Ισπανών πολιτών. Επίσης, παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει σημαντική απόκλιση πριν και μετά την κρίση αφού η ανοδική τάση υφίσταται και μετά το 2007 με σχεδόν ίδιο ρυθμό. Συμπεραίνουμε ότι οι παραπάνω μελέτες που επισημαίνουν ότι το προσδόκιμο επιβίωσης μειώνεται κατά την περίοδο βαθιάς ύφεσης διαψεύδονται και στην περίπτωση της Ισπανίας.

Αντίθετα, σύμφωνα με μια νέα έρευνα της Eurostat οι άνθρωποι στην Ισπανία μπορούν να περιμένουν ότι θα ζήσουν περισσότερο από τους Ευρωπαίους ομολόγους τους, με μέσο προσδόκιμο ζωής τα 82,5 έτη. (Eurostat,2015)

3.6 Παιδική θνησιμότητα.

Ως βρεφική θνησιμότητα ορίζεται ο αριθμός των θανάτων βρεφών ηλικίας κάτω του ενός έτους ανά 1.000 ζωντανές γεννήσεις. Εδώ θα προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε αν κατά την περίοδο της κρίσης υπάρχουν αξιοσημείωτες αλλαγές στον δείκτη της παιδικής θνησιμότητας. Θα ξεκινήσουμε με την περίπτωση της Ελλάδας και έπειτα θα ασχοληθούμε με την Ισπανία.

Διάγραμμα 3.7: Η παιδική θνησιμότητα στην Ελλάδα από το 2005 έως και το 2013



Πηγή: ΟΟΣΑ

Από το παραπάνω σχήμα παρατηρούμε ότι πριν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης γίνουν αισθητές στη χώρα τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας είχαν συνεχώς αρνητική κλίση. Αυτή η πορεία αλλάζει από το 2008 και έπειτα. Το 2008 οι θάνατοι ανά 1000 ζωντανές γεννήσεις ήταν 2,7 ενώ δύο χρόνια αργότερα έφτασαν τους 3,8, είχαμε μία αύξηση δηλαδή της τάξης του 29%. Από το 2010 μέχρι και το 2012 αυτό το ποσοστό ξαναμειώνεται και φτάνει στα χαμηλά επίπεδα του 2008, αλλά μέσα στο έτος του 2012 παρατηρούμε μία ραγδαία αύξηση που αυξάνει το ποσοστό από 2,9 σε 3,7 ανά 1000 ζωντανές γεννήσεις.

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) για την Ελλάδα που αφορούν το έτος 2010, η πλειοψηφία (39%) των θανάτων παιδιών κάτω των 5 ετών οφείλεται σε εκ γενετής ανωμαλίες, για τη δεύτερη θέση ευθύνεται η προωρότητα (34%) και την τρίτη υψηλή θέση καταλαμβάνουν άλλες αιτίες (9%). Συνεπώς, δεν μπορεί να εξαχθεί ασφαλές συμπέρασμα για τον τρόπο που εξωτερικοί παράγοντες, όπως η αδυναμία κάλυψης βασικών αναγκών διαβίωσης και περίθαλψης των παιδιών, επιδρούν στους θανάτους των παιδιών στην Ελλάδα.

Στο προηγούμενο κεφάλαιο, είδαμε ότι τα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας στην Ισπανία ήταν διαχρονικά σε χαμηλά επίπεδα. Με το παρακάτω διάγραμμα θα εξεταστεί αν το ίδιο συμβαίνει από το 2008 και μετά.

Διάγραμμα 3.8: Η παιδική θνησιμότητα στην Ισπανία από το 2008 μέχρι το 2013.



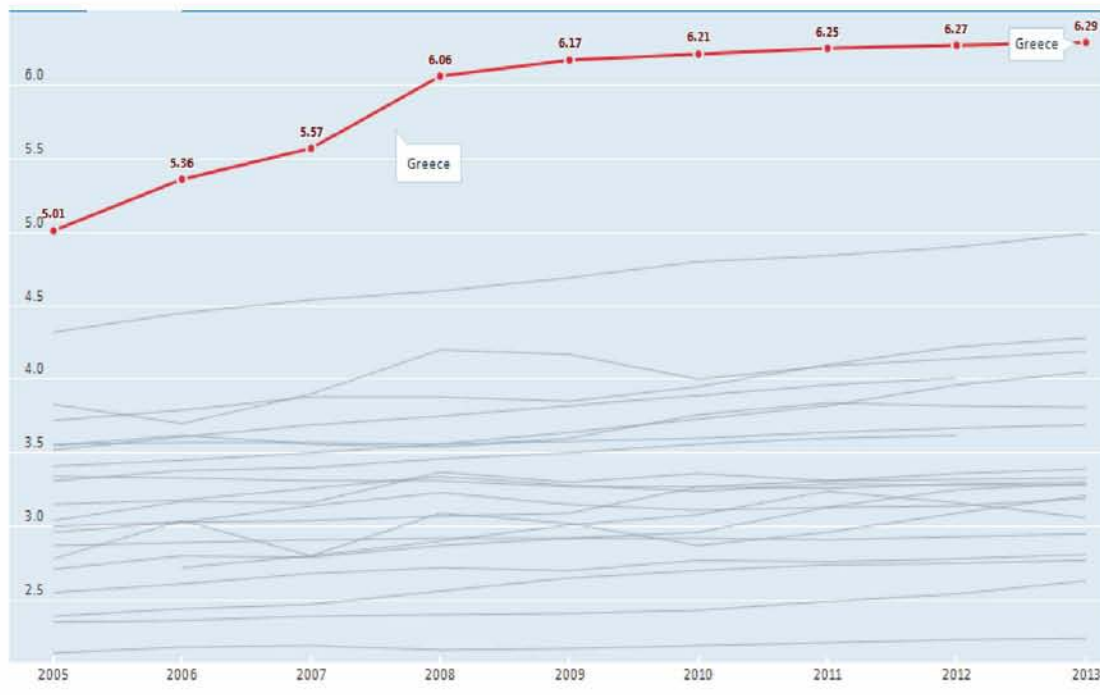
Πηγή: ΟΟΣΑ

Εδώ παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει κάποια αξιοσημείωτη αλλαγή στη πορεία της βρεφικής θνησιμότητας αν εξαιρέσουμε τη σημαντική πτώση που υπάρχει το 2012. Αντιλαμβανόμαστε ότι η αρνητική τάση που υπήρχε πριν το 2007 διακόπτεται χωρίς όμως να παρατηρείται κάποια σημαντική αλλαγή αφού τα ποσοστά παραμένουν σχεδόν σταθερά από το 2009 μέχρι και το 2012.

3.7 Γιατροί ανά 1000 κατοίκους.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του προηγούμενου κεφαλαίου, πριν ξεσπάσει η οικονομική κρίση, στην Ελλάδα υπήρχαν οι περισσότεροι γιατροί ανά 1000 κατοίκους σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. Τώρα με τη βοήθεια του παρακάτω διαγράμματος θα εξετάσω αν το ίδιο συμβαίνει από το 2008 και έπειτα.

Διάγραμμα 3.9: Γιατροί ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα από το 2005 έως το 2013.



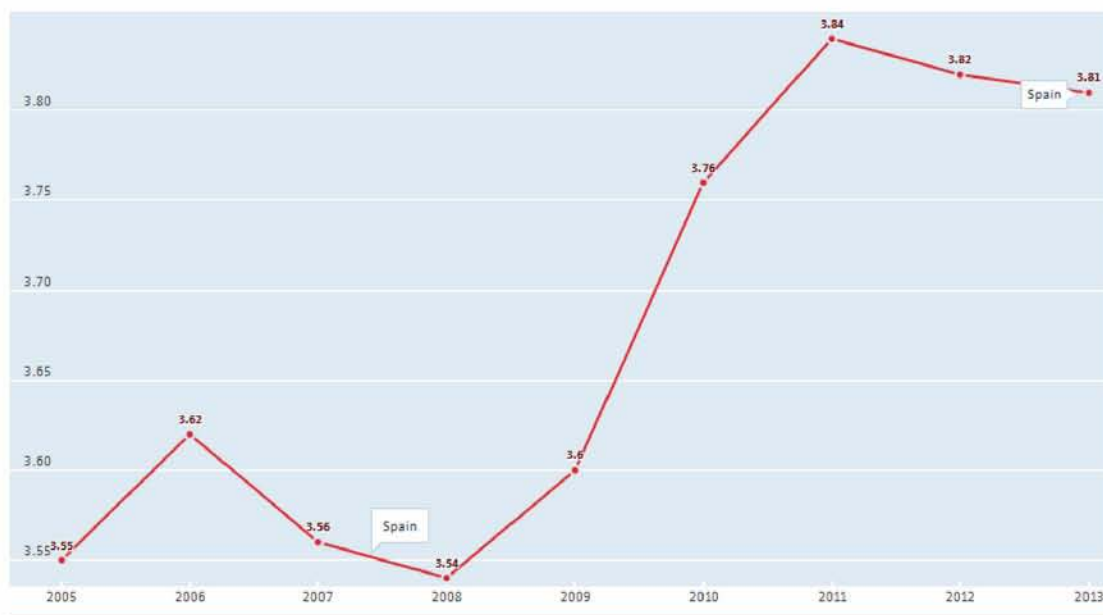
Πηγή: ΟΟΣΑ

Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι και μετά το 2008 η Ελλάδα είχε τους περισσότερους γιατρούς ανά 1000 κατοίκους σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. Ενδεικτικά, το 2011 η Ελλάδα είχε 6,25 γιατρούς/1000 κατοίκους και δεύτερη χώρα ερχόταν η Αυστρία με 4,84. Χώρες με πολύ ισχυρή οικονομία όπως η Γερμανία και η Γαλλία είχαν 3,82 και 3,31 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους αντίστοιχα. Επίσης, παρατηρούμε ότι και μετά το 2008 ο αριθμός των ιατρών στην Ελλάδα δεν μειώθηκε αλλά συνέχισε να αυξάνεται με μικρότερη ένταση. Συμπερασματικά, μπορούμε να αναφέρουμε ότι ο αριθμός των γιατρών ανά 1000 κατοίκους δεν επηρεάστηκε από την οικονομική κρίση με μόνη εξαίρεση τη διακοπή της ραγδαίας ετήσιας αύξησης που υπήρχε πριν το 2008.

Ο υγειονομικός τομέας είναι τόσο εντάσεως εργασίας όσο και εξάρτησης εργασίας και κατ' επέκταση η ποσότητα και η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την επαρκή στελέχωση των δομών υγείας καθώς και από την εκπαίδευση και τις ικανότητες του προσωπικού (King and Martineau, 2006).

Σύμφωνα με έρευνα των Armesto et al., (2010c), ο σχετικός αριθμός των ιατρών στην Ισπανία έχει αυξηθεί σημαντικά από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, σε σύγκριση με τις κεντρικές ευρωπαϊκές και μεσογειακές χώρες, ή με το Ηνωμένο Βασίλειο για να γίνει τα τελευταία χρόνια ένας από τους υψηλότερους στην ΕΕ.

Διάγραμμα 3.10: Γιατροί ανά 1000 κατοίκους στην Ισπανία από το 2005 έως και το 2013



Πηγή: ΟΟΣΑ

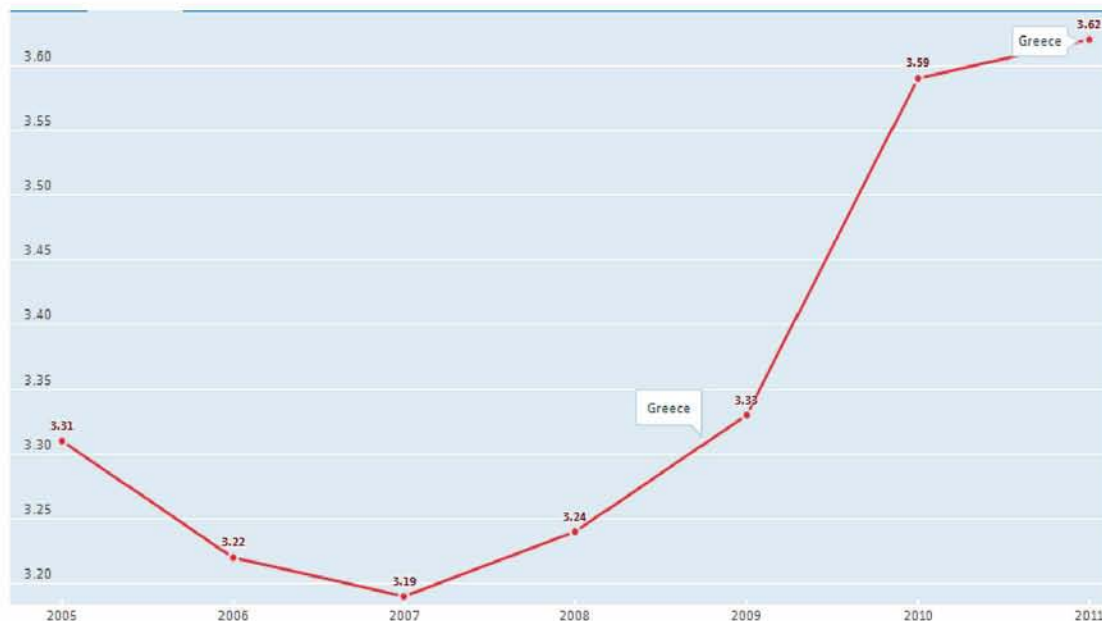
Την παραπάνω έρευνα έρχεται να επιβεβαιώσει το διάγραμμα των γιατρών ανά 1000 κατοίκους στην Ισπανία.

Στη περίπτωση της Ισπανίας, παρατηρούμε ότι μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και εν μέσω περικοπών ο αριθμός των γιατρών ανά 1000 κατοίκους αυξάνεται ραγδαία. Από το 2008 μέχρι το 2011 παρουσιάζεται μία αύξηση της τάξης του 8%. Αυτό συμβαίνει κυρίως λόγω της αύξησης της ζήτησης υπηρεσιών υγείας εν μέσω οικονομικών κρίσεων.

3.8 Νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους.

Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναφέραμε ότι στην Ελλάδα δεν ισχύει το ίδιο φαινόμενο με τους γιατρούς και για τους νοσηλευτές. Παρατηρήσαμε, ότι πριν την ύφεση η Ελλάδα είχε τους λιγότερους νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους ανάμεσα στις χώρες της Ε.Ε.

Διάγραμμα 3.11: Νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους στην Ελλάδα από το 2015 μέχρι το 2011.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρούμε ότι από το 2007 και μετά παρουσιάζεται μια αλματώδης αύξηση των νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους. Χαρακτηριστικά από το 2007 μέχρι το 2011 υπήρχε μία αύξηση της τάξης του 12% περίπου. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί και πάλι λόγω της αύξησης της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας εν μέσω οικονομικής ύφεσης.

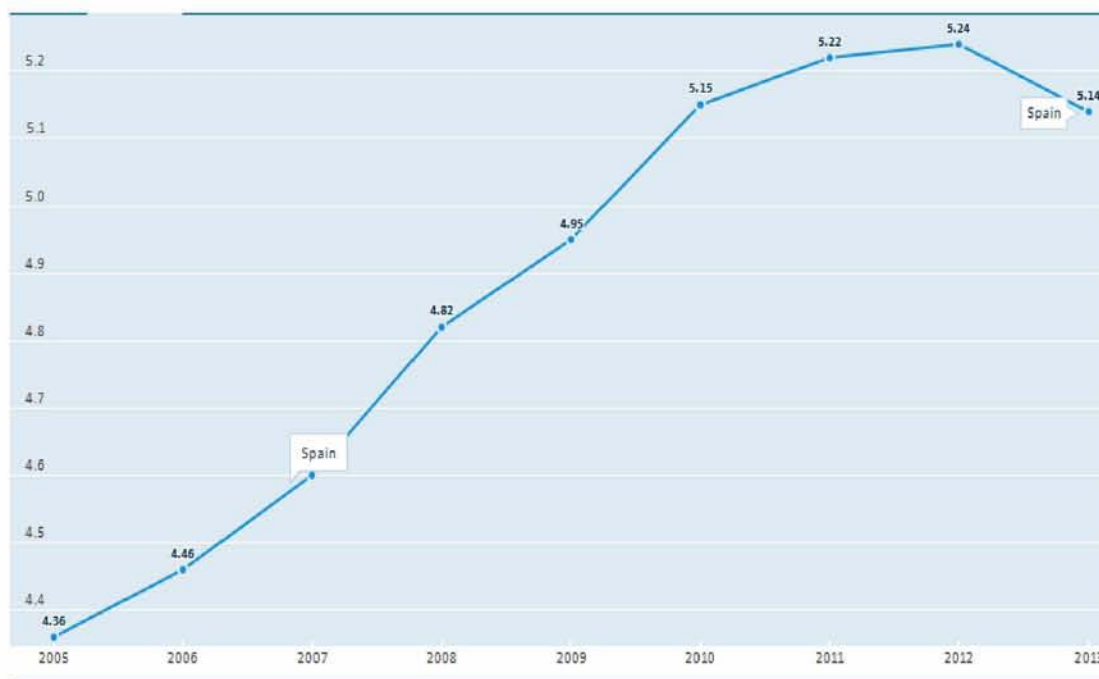
Το 2009 το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) απασχολούσε νοσηλευτικό προσωπικό της τάξεως των 35420 ατόμων εκ των οποίων 2,7% ήταν πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΠΕ), το 46% τεχνολογικής εκπαίδευσης (ΤΕ), 41,3 % δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (ΔΥ) και το 10% υποχρεωτικής εκπαίδευσης (ΥΕ). Από το νοσηλευτικό προσωπικό ανώτερης εκπαίδευσης το 94,5% ήταν απόφοιτοι τεχνολογικών ιδρυμάτων και το 5,5% απόφοιτοι πανεπιστημιακών ιδρυμάτων. ενώ από το βοηθητικό προσωπικό το 80,4% ήταν δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 19,6% υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Ο λόγος νοσηλευτών ανά ιατρό υπολογίζεται εμφανώς δυσανάλογος, καταλαμβάνοντας την τελευταία θέση στις χώρες του ΟΟΣΑ για το έτος 2009. Αναλυτικότερα, ο λόγος νοσηλευτές ανά ιατρό υπολογίζεται στους 0,61 όταν ο μέσος όρος στις χώρες μελή του οργανισμού είναι 4,6 φορές μεγαλύτερος (2,83 νοσηλευτές/ιατρό) (Economou,2010).

Έχει υπολογιστεί ότι λόγω της οικονομικής κρίσης περίπου το 1/3 των πτυχιούχων νοσηλευτών θα παραμείνουν άνεργοι για διάστημα έως τέσσερα χρόνια μετά την αποφοίτησή τους, και οι νοσοκόμες έκτακτης ανάγκης θα πρέπει να εργάζονται υπερωρίες, με λιγότερους πόρους (π.χ. χορήγηση φαρμάκων και αποστειρωμένο εξοπλισμό), με περισσότερες ημέρες εργασίας και χαμηλότερο μισθό (Kalafati,2012).

Η Ισπανία δεν αντιμετωπίζει παρόμοια προβλήματα με την Ελλάδα όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό. Όπως παρατηρήσαμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο ο λόγος νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους κυμαίνεται κοντά στο μέσο όρο των κρατών μελών της Ε.Ε. Εδώ θα εξετάσουμε τι συνέβη μετά το ξέσπασμα της κρίσης.

Ο σχετικός αριθμός των νοσοκόμων στην Ισπανία έχει αυξηθεί σημαντικά από τα μέσα της δεκαετίας του 1990, σε σύγκριση με πολλές ευρωπαϊκές χώρες. Η Ισπανία εμφανίζει στοιχεία κοντά προς τη Γαλλία και τη Γερμανία, τα οποία συγκλίνουν προς τον μέσο της ΕΕ. Το Ισπανικό σύστημα εξακολουθεί να είναι πιο "γιατρό-κεντρικό" από τα αντίστοιχα άλλων χωρών της ΕΕ. Η Ισπανία φαίνεται να είναι πολύ πιο μπροστά από την Ολλανδία και την Νορβηγία σε αριθμό νοσηλευτών (Armesto et al.,2010d).

Διάγραμμα 3.12: Νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους στην Ισπανία από το 2005 μέχρι το 2013



Πηγή: ΟΟΣΑ

Εδώ παρατηρούμε, ότι οι παραπάνω μελέτες συμφωνούν με τα συμπεράσματα του διαγράμματος, δηλαδή ότι συνεχίζεται η αυξητική τάση των νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους και εν μέσω κρίσης. Δεν παρατηρείται κάποια αξιοσημείωτη αλλαγή στη τάση που υπήρχε και πριν την οικονομική κρίση με μοναδική εξαίρεση τη μείωση που παρατηρείται τη χρονιά 2012-2013 όπου ο αριθμός των νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους μειώνεται.

3.9 Τροχαία ατυχήματα.

Οι περισσότερες έρευνες που υπάρχουν στη παγκόσμια βιβλιογραφία καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η οικονομική κρίση μειώνει τα τροχαία ατυχήματα. Αυτό συμβαίνει κυρίως για τους παρακάτω λόγους:

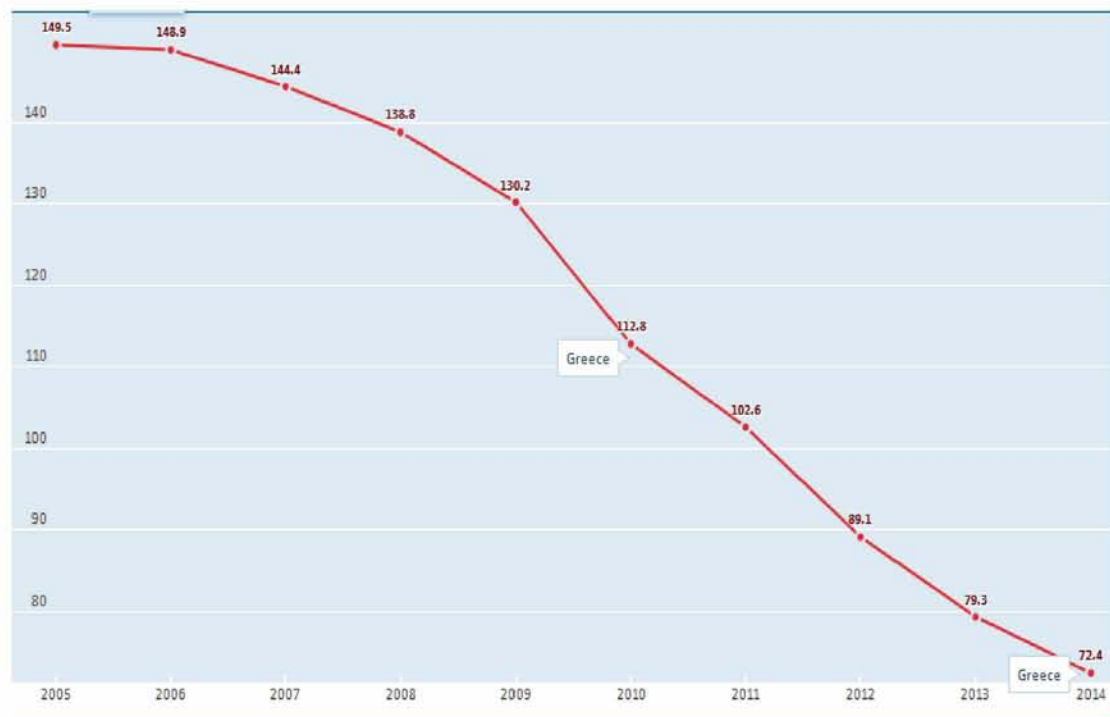
- Με τη μείωση των διανυομένων χιλιομέτρων και των εκδρομών, λόγω του κόστους βενζίνης

- Με πιθανή μείωση της ταχύτητας για οικονομία βενζίνης
- Με την ελάττωση των εξόδων σε νυχτερινά κέντρα, η οποία συνεπάγεται λιγότερη οδήγηση με αυξημένα επίπεδα αλκοόλης στο αίμα των οδηγών.

Αρχικά θα εξετάσουμε την επίδραση της οικονομικής κρίσης στα θανατηφόρα ατυχήματα στην Ελλάδα.

Σύμφωνα με τη μελέτη «Περιβαλλοντικές επιπτώσεις των οδικών συγκοινωνιακών έργων» του ΕΜΠ οι νεκροί από τροχαία ατυχήματα στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης περιορίστηκαν κατά 30%. Συγκεκριμένα, τα ατυχήματα που σημειώθηκαν στους ελληνικούς δρόμους στοίχισαν τη ζωή σε 1.087 άτομα το 2011 έναντι 1.553 το 2008. Αστικό και υπεραστικό δίκτυο εμφανίζουν μείωση του κυκλοφοριακού φόρτου κατά 30%, σύμφωνα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν στην ημερίδα «Πρωτοβουλίες - Δράσεις Οδικής Ασφάλειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης» του Τεχνικού Επιμελητηρίου Ελλάδας.

Διάγραμμα 3.13: Θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα ανά 1.000.000 κατοίκους στην Ελλάδα από το 2005 έως και το 2014



Πηγή: ΟΟΣΑ

Παρατηρούμε ότι στην Ελλάδα, η οικονομική κρίση επηρέασε θετικά τον αριθμό των τροχαίων ατυχημάτων, σημειώνοντας εντυπωσιακή μείωση. Το 2005 είχαμε 149,5 θανατηφόρα ατυχήματα ανά 1 εκ. κατοίκους ενώ το 2014 μόνο 72,4, δηλαδή σημειώθηκε μία σημαντική μείωση της τάξης του 51,7%.

Αναλυτικότερα, μπορούμε να εξετάσουμε την τάση των τροχαίων με τη βοήθεια του παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 3.1: Τροχαία ατυχήματα Ελλάδα, 2000-2012

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

Πηγή: www.astynomia.gr

Από των παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε τη μείωση όχι μόνο των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων αλλά και γενικά του συνόλου των τροχαίων. Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Αστυνομίας η μείωση των θανατηφόρων τροχαίων συνεχίστηκε και μετά το 2012 αφού το 2013 πραγματοποιήθηκαν μόνο 799 με 866 νεκρούς ενώ το 2014 μόνο 747 με 801 νεκρούς.

Στο προηγούμενο κεφάλαιο παρατηρήσαμε ότι στην Ισπανία το επίπεδο των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων ήταν αρκετά χαμηλότερο από εκείνο της Ελλάδας και κοντά στο μέσο όρο των χωρών της ΕΕ. Τώρα θα εξετάσουμε την πορεία των θανατηφόρων τροχαίων μετά το ξέσπασμα της κρίσης.

Διάγραμμα 3.14: Θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα ανά 1.000.000 κατοίκους στην Ισπανία από το 2005 έως και το 2014.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Σύμφωνα με αρκετές έρευνες που υπάρχουν στην παγκόσμια βιβλιογραφία (Stuckler et al., 2010b; Ruhm, 1995b) τα θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα μειώνονται κατά τις περιόδους ύφεσης.

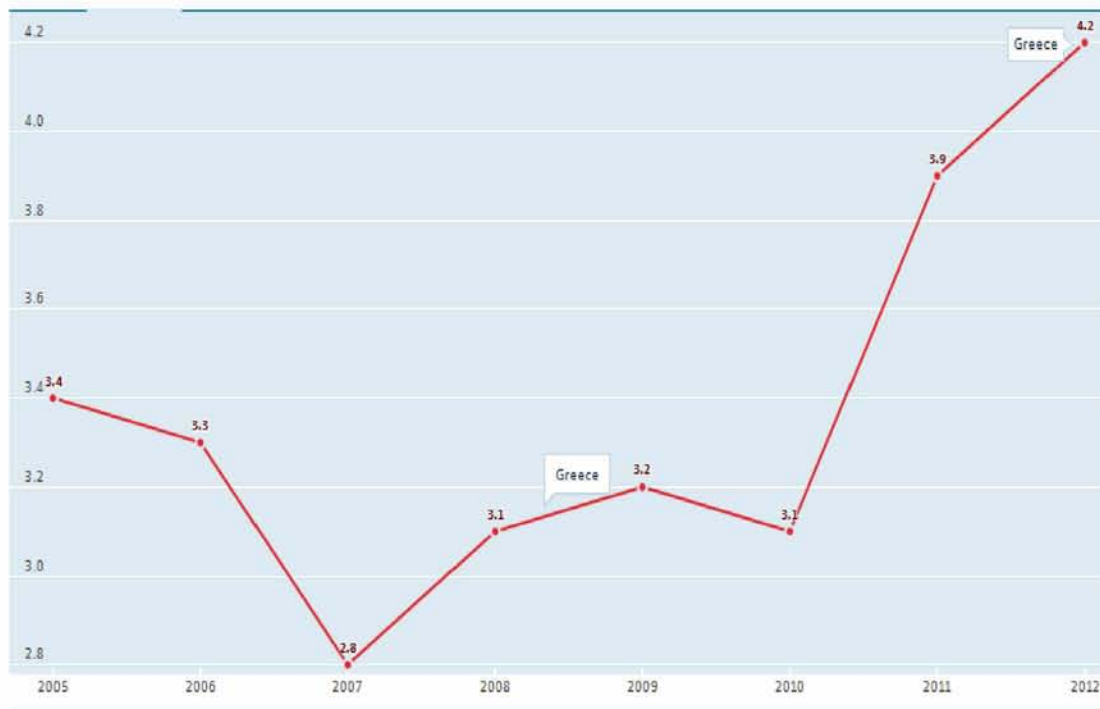
Τα στοιχεία του παραπάνω διαγράμματος συμφωνούν με τις παραπάνω έρευνες. Παρατηρούμε ότι και στην Ισπανία εν μέσω οικονομικής κρίσης υπήρχε ραγδαία μείωση των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων. Συγκεκριμένα το 2007 τα θανατηφόρα τροχαία ήταν 84,5 ανά 1 εκ. κατοίκους ενώ 7 χρόνια αργότερα τα θανατηφόρα τροχαία υπολογιζόταν στα 36,4 ανά 1 εκ. κατοίκους. Η μείωση των θανατηφόρων τροχαίων ατυχημάτων από το 2007 έως και το 2014 υπολογίζεται στο 56,9%. Συμπερασματικά, μπορούμε να επισημάνουμε ότι η οικονομική κρίση είχε θετικά αποτελέσματα στα θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα με αποτέλεσμα μέσα σε μια επταετία να μειωθούν πάνω από 50%.

3.10 Αυτοκτονίες

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

Με τη βοήθεια του παρακάτω διαγράμματος θα εξετάσουμε εάν η οικονομική κρίση επηρέασε τελικά το επίπεδο των αυτοκτονιών στην Ελλάδα.

Διάγραμμα 3.15: Αυτοκτονίες ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα από το 2005 έως το 2012.



Πηγή: ΟΟΣΑ

Όπως παρατηρούμε από το παραπάνω διάγραμμα η αρνητική τάση που υπήρχε πριν το 2007 στον αριθμό των αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους διακόπτεται. Από το 2007 μέχρι το 2009 παρατηρούμε μια αύξηση στον αριθμό των αυτοκτονιών. Το διάστημα 2009-2010 παρατηρείται μια απειροελάχιστη μείωση αλλά από το 2010 μέχρι το 2012 υπήρχε μία ραγδαία επιδείνωση του προβλήματος. Ενδεικτικά, στην διετία 2010-2012 ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξήθηκε κατά 26,1%. Είναι σημαντικό να τονίσουμε ότι ο αριθμός των αυτοκτονιών διαφέρει ανά υπηρεσία που τις καταγράφει. Παρακάτω, θα παρατεθεί ένας πίνακας με τον ακριβή αριθμό των αυτοκτονιών από το 2008 έως και το 2013 σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ και την Ελληνική Αστυνομία.

Οι αυτοκτονίες στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί κατά 17% από το 2007 έως 2009, με τα ανεπίσημα στοιχεία να παραπέμπουν σε αύξηση 25% κατά την περίοδο 2009-2010. Το Υπουργείου Υγείας, το 2011, ανέφερε μια αύξηση στις αυτοκτονίες της τάξης του 40% [6,10,18-20,23,4, 26], καθώς και μια μελέτη που διαπιστώνει αύξηση κατά 36% μεταξύ 2009 και 2011 από τα πρόσωπα που δήλωσαν ότι έχουν αποπειραθεί να αυτοκτονήσουν εντός του μήνα πριν από την έρευνα (Kentikelenis et al.,2011b; Liaropoulos,2012; Fountoulakis et al.,2012;Economou et al.,2013).

Πίνακας 3.2: Αυτοκτονίες στην Ελλάδα από το 2008 έως και το 2013

Έτος	ΕΛΣΤΑΤ	ΕΛΑΣ
2008	373	365
2009	391	352
2010	377	388
2011	477	353
2012	508	415
2013	533	566

Πηγή: Ελληνική Αστυνομία

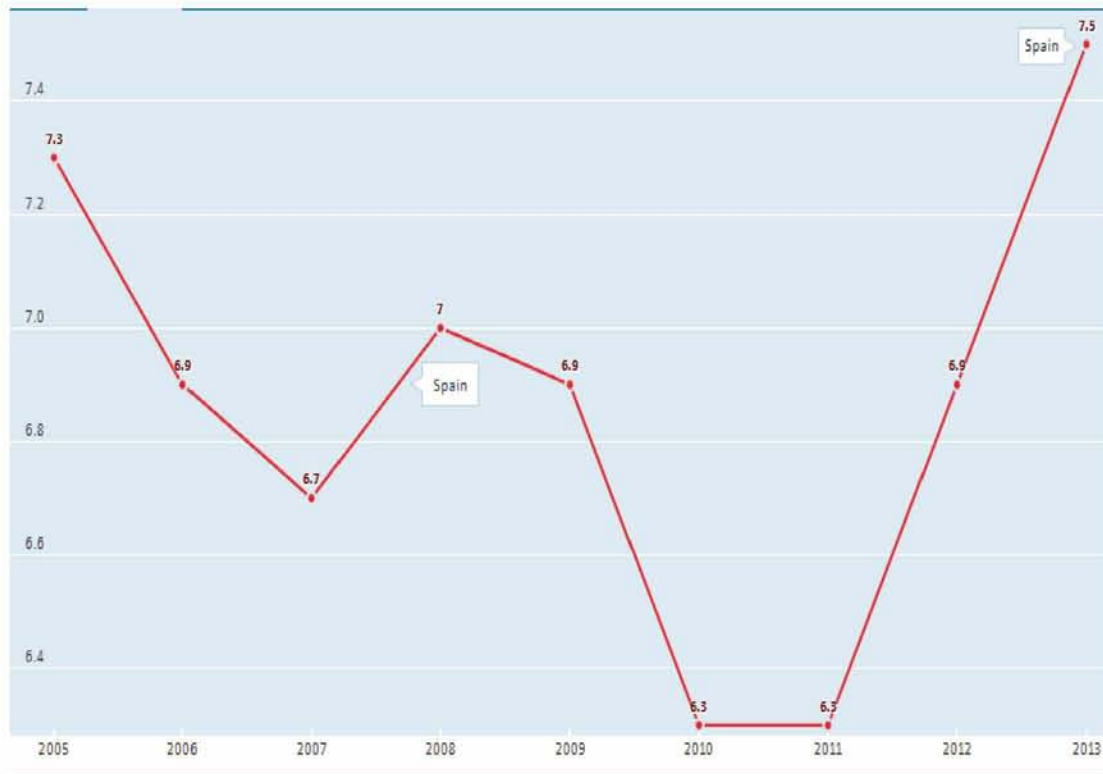
Παρατηρούμε και εδώ την ανοδική τάση των αυτοκτονιών μετά το 2008. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ ο αριθμός των αυτοκτονιών την περίοδο 2008-2013 αυξήθηκε κατά 28,5% ενώ σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΑΣ αυξήθηκε κατά 35,5%. Οι αυτοκτονίες αυτές που συνέβησαν κυρίως για οικονομικούς λόγους αφορούν κυρίως άνδρες οικογενειάρχες ηλικίας από 35 έως 50 ετών, ελεύθεροι επαγγελματίες ή επιχειρηματίες που ξαφνικά ανοίχτηκαν επικίνδυνα και δεν μπόρεσαν να αντεπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους ή έχασαν τις δουλειές τους.

Σύμφωνα με έρευνα των Flatau et al.,(2000) η εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων και οι σκέψεις αυτοκτονίας είναι συχνότερες όταν κάποιος είναι άνεργος. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι και στην περίπτωση της Ελλάδας αλλά και στην περίπτωση της Ισπανίας αυτή η έρευνα επιβεβαιώνεται.

Στο προηγούμενο κεφάλαιο είδαμε ότι στην Ελλάδα αλλά και στην Ισπανία τα ποσοστά αυτοκτονιών πριν την κρίση ήταν από τα μικρότερα ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ. Παραπάνω, απεδείχθη ότι η οικονομική κρίση αύξησε τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα. Τώρα, θα εξεταστεί η περίπτωση της Ισπανίας.

Οι Adams et al.,(2003) αναφέρουν αποτελέσματα ερευνών σύμφωνα με τα οποία τα άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα η πιθανότητα εμφάνισης ψυχολογικών διαταραχών είναι αρκετά μεγαλύτερη από τα άτομα που δεν αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι εν μέσω κρίσης το ποσοστό των πολιτών που εμφανίζουν κάποια ψυχοσωματική νοσηρότητα να είναι αυξημένο άρα και τα ποσοστά των αυτοκτονιών.

Διάγραμμα 3.16: Ο αριθμός των αυτοκτονιών ανα 100.000 κατοίκους στην Ισπανία την περίοδο 2005-2013



Πηγή: ΟΟΣΑ

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

Στην περίπτωση της Ισπανίας παρατηρούμε ότι ο αριθμός των αυτοκτονιών επηρεάστηκε κυρίως από το 2011 και έπειτα. Από το 2007 έως και το 2011 οι αλλαγές στο επίπεδο των αυτοκτονιών δεν παρουσίασαν κάποια ιδιαίτερη απόκλιση. Ο αριθμός των αυτόχειρων ανά 100.000 κατοίκους εκείνο το διάστημα μειώθηκε κατά 5% περίπου. Όμως, την περίοδο 2011-2013 παρατηρούμε μια ραγδαία αύξηση των αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκων της τάξης του 16%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΕΞΥΓΙΑΝΣΗΣ

4.1 Προτάσεις για τα συστήματα υγείας Ελλάδας και Ισπανίας.

Από τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983, η Ελλάδα δεν διέθετε ένα ολοκληρωμένο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με προληπτικές υπηρεσίες, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές. Επίσης, δεν έχουν ληφθεί μέτρα για τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας, τη δημιουργία υπηρεσιών ανακουφιστικής φροντίδας και την ενσωμάτωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Ως εκ τούτου, μέχρι τώρα, το περιεχόμενο και η διαδικασία της αλλαγής έχουν περιέλθει σε ένα αυστηρά τεχνοκρατικό καθεστώς που δεν λαμβάνει δεόντως υπόψη τις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού (Economou et al., 2014c).

Η οικονομική κρίση και τα προγράμματα οικονομικού ελέγχου που επιβάλλει η τρόικα, τα οποία χαρακτηρίζονται από μειώσεις στη δημόσια δαπάνη για την υγεία, προκαλούν επιδείνωση του επιπέδου υγείας, δυσχέρεια στην πρόσβαση και την αναγκαία χρήση υπηρεσιών υγείας και μείωση της ιατρικής αποτελεσματικότητας. Για ένα καλύτερο επίπεδο υγείας των πολιτών είναι αναγκαίο να εφαρμοστούν γενναίες μεταρρυθμίσεις.

Η κρίση όξυνε τα προβλήματα που υπήρχαν πριν την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, και πολλά από τα μέτρα πολιτικής εισήχθησαν υπό πίεση από τους όρους διάσωσης και έχουν κάνει τη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας πιο άδικη. Η επιβολή περιορισμών στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία (σε όχι περισσότερο από 6% του ΑΕΠ) και η ταυτόχρονη μείωση του ΑΕΠ (από το 2009, με περαιτέρω μειώσεις στα χρόνια που ακολούθησαν) σημαίνει ότι ο τομέας της δημόσιας υγείας καλείται να καλύψει τις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού με τη μείωση των οικονομικών πόρων (Economou et al., 2014d).

Ένα αποτελεσματικό και αποδοτικό για την υγεία σύστημα, πιο κοντά στην ικανοποίηση των αναγκών και προσδοκιών των πολιτών, αφορά στον εντοπισμό των σημείων εγκατάστασης γενικών μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας με τον προσωπικό γιατρό να έχει κεντρικό ρόλο (Oikonomou and Mariolis, 2010). Επίσης, σημαντική κρίνεται η εστίαση στον καλύτερο σχεδιασμό παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς σύμφωνα με έρευνα του Γιωτάκου (2012b) φαίνεται να υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της προσβασιμότητας, της εγγύτητας και του αριθμού των υπηρεσιών υγείας με τους δείκτες αυτοκτονίας.

Ο αντίκτυπος που είχε η πρόσφατη οικονομική κρίση των χωρών του ΟΟΣΑ στα συστήματα υγείας συνοψίζεται σε μια έκθεση που δημοσιεύθηκε από τον ΠΟΥ (2009). Η έκθεση αναφέρει πως στις χώρες που έχουν ζητήσει έκτακτη βοήθεια από το ΔΝΤ, οι περιορισμοί των δαπανών που επιβάλλονται κατά τη διάρκεια της περιόδου αποπληρωμής του δανείου, η μείωση του ΑΕΠ, η σημαντική αύξηση της ανεργίας και η μείωση των εσόδων στο εισόδημα των νοικοκυριών δημιουργούν ολοένα και περισσότερα προβλήματα στον τομέα της υγείας. Λόγω της πτώσης των εισοδημάτων των νοικοκυριών, οι ασθενείς γυρίζουν από τον ιδιωτικό στο δημόσιο

τομέα .Ως αποτέλεσμα, η ποιότητα της φροντίδας ενδέχεται να επιδεινωθεί και η πρόσβαση στις υπηρεσίες μπορεί να περιοριστεί. Οι μειώσεις των συνολικών δαπανών έχουν επίπτωση στη σύνθεση των δαπανών για την υγεία, με αποτέλεσμα μειώσεις μισθών, των υποδομών και του εξοπλισμού (Economou et al., 2014e).

Σύμφωνα με τους Μαλλιάρου Μαρία και Σαράφη Παύλο (2012) οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα αφορούν:

- Βελτίωση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Ανάπτυξη θεσμού οικογενειακού γιατρού ή γενικού γιατρού .
- Διαχρονική και συνεχής παρακολούθηση επιπέδων και δεικτών υγείας,
- Ενημέρωση – εκπαίδευση του ατόμου σχετικά με θέματα υγείας.
- Δημιουργία εθελοντικού δικτύου κοινωνικής προστασίας ευαίσθητων ομάδων.
- Προώθηση της πρόληψης σε σχέση με την θεραπεία και ενημέρωση για το πόσο σημαντική είναι η πρόληψη.
- Αξιολόγηση της υπάρχουσας τεχνολογίας υγείας
- Συνεργασία φορέων υγείας

Τον Ιούλιο του 2013, η ελληνική κυβέρνηση υπέγραψε συμφωνία με τον ΠΟΥ για την υποστήριξη του προγραμματισμού των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας. Η κυβέρνηση πρέπει να χρησιμοποιήσει τις ικανότητες του ΠΟΥ και με επείγοντα χαρακτήρα λόγω της παρούσας κατάστασης στην υγεία. Τον Σεπτέμβριο του 2013, η κυβέρνηση ξεκίνησε ένα νέο πρόγραμμα υγείας χρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Ένωση για να καλύψει 230.000 δικαιούχους για το 2013. Το πρόγραμμα σχεδιάστηκε για να αντιμετωπίσει κάποιες ανάγκες υγείας φτωχών ασθενών που έχασαν την πρόσβαση στην περίθαλψη, ιδίως λόγω του αυξανόμενου αριθμού των ανέργων για 2 έτη ή περισσότερο. Ανασφάλιστα πρόσωπα μπορούν να υποβάλουν αίτηση για ένα κουπόνι που μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μέχρι και τρεις επισκέψεις για ένα προκαθορισμένο σύνολο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε μια περίοδο 4 μηνών, και περιλαμβάνει προγεννητικούς ελέγχους για τις έγκυες γυναίκες. Εμπειρίες από άλλες χώρες που έχουν υποστεί τις συνέπειες οικονομικών κρίσεων (π.χ., η Ισλανδία και η Φινλανδία) δείχνουν ότι με την οριοθέτηση υγειονομικών και κοινωνικών προϋπολογισμών, και την επικέντρωση των περικοπών αλλού, οι κυβερνήσεις μπορούν να αντισταθμίσουν τις βλαβερές συνέπειες των κρίσεων σχετικά με την υγεία των πληθυσμών τους (Kentikelenis et al., 2014d).

Σύμφωνα με έρευνα του πανεπιστημίου της Αυστραλίας Queensland(2010) οι παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία διακρίνονται ανάλογα με την αποτελεσματικότητα ως προς το κόστος και την επίδραση στην υγεία. Με τη βοήθεια του παρακάτω πίνακα θα παρουσιαστεί η μελέτη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1 : Αξιολόγηση προγραμμάτων και παρεμβάσεων δημόσιας υγείας

Ιδιαίτερα αποτελεσματικά ως προς το κόστος.

Μεγάλη επίδραση στην υγεία	Μέτρια επίδραση στην υγεία	Μικρή επίδραση στην υγεία
<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Φορολογία οινοπνεύματος, καπνού και «μη υγιεινών τροφών»<input type="checkbox"/> Περιορισμός της ποσότητας αλατιού στα επεξεργασμένα τρόφιμα<input type="checkbox"/> Πιο αποδοτική θεραπεία της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερόλης με τη χρήση<ul style="list-style-type: none">A) Φθηνότερων φαρμάκωνB) Καλύτερη διαχείριση των ασθενών<input type="checkbox"/> Δακτύλιος για την αντιμετώπιση της παχυσαρκία	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Δράσεις αγωγής και προαγωγής της φυσικής άσκησης (δημιουργία πάρκων με όργανα γυμναστικής)<input type="checkbox"/> Φαρμακευτικά σκευάσματα για τη διακοπή του καπνίσματος<input type="checkbox"/> Προσυμπτωματικοί έλεγχοι γυναικών για την οστεοπόρωση<input type="checkbox"/> Προσυμπτωματικοί έλεγχοι διαβητικών για χρόνια νεφρική νόσο	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Φθορίωση πόσιμου νερού<input type="checkbox"/> Εμβολιασμός κατά της Ηπατίτιδας Β

Αποτελεσματικά ως προς το κόστος.

- Εμβολιασμός HPV και Pap test
- Προσυμπτωματικοί έλεγχοι για το διαβήτη σε συνδυασμό με παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής
- Προσυμπτωματικοί έλεγχοι για χρόνια νεφρική νόσο σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή
- Δράσεις διαίτας και άσκησης για τα υπέρβαρα άτομα

Δεν προτείνεται

- PSA test για καρκίνο του προστάτη
- Φαρμακευτική αγωγή για απώλεια βάρους
- Δράσεις για την κατανάλωση περισσότερων φρούτων και λαχανικών
- Λήψη ασπιρίνης για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νόσων
- Δράσεις κατά των ναρκωτικών στα σχολεία

Πηγή: Ιδίου συγγραφέα

Σύμφωνα με τον πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών κ. Γιώργο Πατουλή (2012) οι ενέργειες που πρέπει να πραγματοποιηθούν για να υπάρξουν ουσιώδες αλλαγές στο σύστημα υγείας είναι:

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

Τα τελευταία χρόνια, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία αυξάνονται με ραγδαίο ρυθμό, με διαφορές στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στο επίπεδο νοσηρότητας και θνησιμότητας. Δεδομένου αυτού του προβλήματος απαιτούνται σημαντικές δράσεις για την περιστολή του. Σημαντικές δράσεις αποτελούν, η διασφάλιση της πρόσβασης κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα διαφορετικά ποσοστά συμμετοχής στο βάρος χρηματοδότησης της υγειονομικής δαπάνης με κανόνα την ανάλογη σχέση με το εισόδημα και την αντιστρόφως ανάλογη με την ανάγκη και τη βαρύτητα της νόσου, καθώς επίσης και η ανάπτυξη υποστηρικτικών παρεμβάσεων στα μη ευνοημένα εισοδηματικά στρώματα. Στο πλαίσιο αυτό, οι πληττόμενες κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού (άνεργοι, ηλικιωμένοι, χρονίως πάσχοντες, άτομα με εισόδημα κάτω από το όριο της φτώχειας και άλλοι) μπορεί να έχουν ελεύθερη πρόσβαση κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (και γενικά στο υγειονομικό σύστημα) και να καλύπτονται, από ασφαλιστική και ιατρική άποψη.

Οι περισσότερες από τις παραπάνω μεταρρυθμίσεις ισχύουν για την Ελλάδα αλλά και για την Ισπανία. Στο παρακάτω μέρος του κεφαλαίου θα αναφερθούμε απολειστικά σε μεταρρυθμίσεις που προτείνονται για το Ισπανικό σύστημα υγείας.

Η σημερινή κατάσταση του ΕΣΥ της Ισπανίας είναι μη βιώσιμη. Η Ισπανία δεν μπορεί να συνεχιστεί να συσσωρεύει ελλείμματα ενώ κάνει περικοπές που μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της περίθαλψης και την υγεία των πολιτών. Εκτός από τα οικονομικά δεινά, το σύστημα απειλείται και από άλλους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των συσσωρευμένων διαρθρωτικών χρεών, τη γήρανση του πληθυσμού, την αύξηση των χρόνιων ασθενειών, τη μη επαρκή αξιολόγηση, το υψηλό κόστος των νέων τεχνολογιών, και την υπερβολική ιατρικοποίηση (Bosch et al., 2014d).

Μεταξύ των βραχυπρόθεσμων μέτρων που αποσκοπούν στην ενίσχυση της συνοχής και της ποιότητας είναι: η ρύθμιση των μέγιστων χρόνων αναμονής, η ολοκλήρωση της εφαρμογής του ενιαίου ΕΣΥ ηλεκτρονικής υγείας και εκτεταμένη χρήση των πόρων της ηλεκτρονικής υγείας για τη διευκόλυνση των πολιτών, η αλληλεπίδραση με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, η υιοθέτηση ημερολογίου για ενιαίο εμβολιασμό. Από την πλευρά της συγκράτησης του κόστους, τα συμφωνηθέντα

βραχυπρόθεσμα μέτρα επικεντρώνονται στη φαρμακευτική πολιτική. Το δεύτερο Φαρμακευτικό Πολιτικό Στρατηγικό Σχέδιο έχει ξεκινήσει, καθώς και η τροποποίηση του ισχύοντος συστήματος τιμών αναφοράς, η μείωση των τιμών των γενόσημων φαρμάκων και ο καθορισμός ανωτάτων τιμών για τα φάρμακα που ενδείκνυνται για ήπια συμπτώματα. Οι οικονομίες που προέρχονται από τις παραπάνω πολιτικές εκτιμώνται γύρω στο € 1.5 δις. Ενώ η ρύθμιση των τιμών αποτελεί αποκλειστική αρμοδιότητα της κεντρικής διοίκησης, οι περιφερειακές διοικήσεις (και ακόμη και μεμονωμένα νοσοκομεία) παίζουν ρόλο στην ιδιότητά τους ως αγοραστές των φαρμάκων. Η συμφωνία ανακοινώνει την άμεση δημιουργία μιας συγκεντρωτικής διαδικασίας προμηθειών για το σύνολο του ΕΣΥ, με στόχο τη βελτίωση της διαπραγματευτικής ισχύος έναντι των προμηθευτών με την ανταλλαγή πληροφοριών για τις τιμές (Armesto Garcia et al., 2010d).

Πιο συγκεκριμένα, οι μακροπρόθεσμοι στόχοι του ΕΣΥ της Ισπανίας σύμφωνα με τους Armesto Garcia et al., (2010e) είναι:

- Μεταρρύθμιση του Ταμείου Συνοχής της Υγείας και ανάλυση της ανάγκης να εισαχθεί ένα ελάχιστο κεφάλαιο για την υγειονομική περίθαλψη από τη γενική χρηματοδότηση. Ο δεδηλωμένος στόχος είναι να στηρίξει καλύτερα τις πολιτικές συνοχής του ΕΣΥ.
- Αναθεώρηση και βελτίωση των υφιστάμενων μηχανισμών αποζημίωσης των συστημάτων υγείας για την περίθαλψη που παρέχεται για εργασιακά και τα τροχαία ατυχήματα (ασφαλισμένοι ιδιωτικές εταιρίες που ειδικεύονται ή ταμεία αλληλασφάλισης), καθώς και για τα έξοδα που προέρχονται από την φροντίδα που παρέχεται στους πολίτες της Ε.Ε.
- Αύξηση του αριθμού των εθνικών στρατηγικών για την υγεία στο πλαίσιο του σχεδίου της ποιότητας του ΕΣΥ. Κυρίως, δίνεται προτεραιότητα με την Εθνική Στρατηγική για τη περίθαλψη χρόνιων ασθενειών.
- Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, οι προτεραιότητες πολιτικής περιλαμβάνουν ένα κοινό πλαίσιο για την αύξηση της συμμετοχής των επαγγελματιών στον τομέα της διαχείρισης, της κατανομής των πόρων σε περιφερειακές υπηρεσίες υγείας, και την ανάπτυξη ενός κοινού συστήματος σχεδιασμού του εργατικού δυναμικού. Μια άλλη πτυχή στην αντιμετώπιση είναι η εφαρμογή του νέου χάρτη ειδικοτήτων υγείας, θεμελιωμένη σε ένα κοινό πυρήνα κατάρτισης με ευέλικτες διαδρομές εξειδίκευσης.
- Εφαρμογή του εθνικού συστήματος πληροφοριών υγείας.
- Η δημόσια υγεία στο επίκεντρο της προώθησης υγιεινών τρόπων ζωής, με επιμονή στα διαρκή προγράμματα σχετικά με την παχυσαρκία, τη διατροφή, την άσκηση και την κατανάλωση καπνού.

Ένα επιπλέον πρόβλημα που προκύπτει είναι η μη δίκαιη συμμετοχή στο χρηματοδοτικό βάρος, μεταξύ των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων. Η μετατόπιση των οικονομικών βαρών προς ένα πιο προοδευτικό σύστημα εισφορών είναι προφανώς απαραίτητη, καθώς επίσης και η συσχέτισή του με ένα μεικτό σύστημα ασφαλιστικών εισφορών (συνδυασμός του αριθμού των εργαζομένων και της προστιθέμενης αξίας της παραγωγής μιας επιχείρησης) (Κυριόπουλος κ.ά., 2012).

Τα τελευταία χρόνια έχουν ενταθεί σε εκρηκτικό βαθμό οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία, με διαφορές στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στο επίπεδο νοσηρότητας και θνησιμότητας. Δεδομένου αυτού του προβλήματος απαιτούνται σημαντικές δράσεις για την περιστολή του. Η εφαρμογή των παραπάνω μεταρρυθμίσεων απαιτεί καλή προετοιμασία όλων των εμπλεκόμενων με το σύστημα υγείας αλλά και ισχυρή πολιτική θέληση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τόσο το επίπεδο υγείας των πολιτών όσο και τη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Η οικονομική κατάσταση των πολιτών έχει σημαντικό αντίκτυπο στους δείκτες υγείας αλλά και τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η μακροχρόνια ύφεση έχει αναδείξει την ανάγκη για ριζική αναδιάρθρωση τόσο του ελληνικού συστήματος υγείας όσο και του ισπανικού, προς την επίτευξη των στόχων τους για την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, δίκαια, καθολικά και δωρεάν.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης εργασίας έδειξαν ότι οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας στην Ελλάδα μειώθηκαν ραγδαία εν μέσω ύφεσης ενώ στην Ισπανία διακόπηκε η ανοδική πορεία που υπήρχε πριν την κρίση. Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί (Karidis et al.,2011;Stuckler et al., 2010) η μείωση των δαπανών υγείας δημιουργεί σημαντικά προβλήματα στην "καλή " υγεία των πολιτών, άρα σύμφωνα με τις παραπάνω έρευνες συμπεραίνουμε ότι η υγεία των πολιτών σε Ελλάδα και Ισπανία χειροτέρευσε εν μέσω κρίσης.

Και στις δύο χώρες, το προσδόκιμο επιβίωσης δεν υφίσταται κάποια σημαντική απόκλιση και συνεχίζει να είναι από τα υψηλότερα σε επίπεδο Ε.Ε. Αυτό οφείλεται κυρίως στον τρόπο ζωής και στη διατροφή. Μελέτες της Eurostat(2015) και της ΕΛΣΤΑΤ(2015) επιβεβαιώνουν τη μη σύνδεση της οικονομικής κρίσης σε Ελλάδα και Ισπανία με το προσδόκιμο επιβίωσης.

Τα ποσοστά παιδικής θνησιμότητας στην Ελλάδα παρουσίασαν μια αξιοσημείωτη αύξηση σε αντίθεση με την Ισπανία όπου τα ποσοστά έμειναν στα ίδια επίπεδα. Όμως, σύμφωνα με την έκθεση του ΠΟΥ(2010) δεν μπορούμε να συνδέσουμε άμεσα την οικονομική κατάσταση των ατόμων με την παιδική θνησιμότητα.

Η Ελλάδα κατείχε τους περισσότερους γιατρούς ανά 1000 κατοίκους πριν την κρίση. Αυτό δεν άλλαξε κατά την περίοδο της ύφεσης με μόνη εξαίρεση τη διακοπή της ραγδαίας ετήσιας αύξησης. Στην περίπτωση της Ισπανίας, εν μέσω κρίσης, ο αριθμός των γιατρών ανά 1000 κατοίκους αυξήθηκε σημαντικά. Και στις δύο χώρες ο αριθμός των νοσηλευτών αυξήθηκε με εμφανέστερα αποτελέσματα στην περίπτωση της Ελλάδας.

Εκτός από τα αρνητικά αποτελέσματα που είδαμε παραπάνω υπάρχουν και τα θετικά. Τα τροχαία ατυχήματα κατά την περίοδο της ύφεσης παρουσίασαν σημαντική μείωση και στις δύο χώρες. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με τις έρευνες των Ruhm (1995); Stuckler et al.,(2010) που επισήμαναν ότι εν μέσω οικονομικών κρίσεων τα θανατηφόρα τροχαία ατυχήματα μειώνονται.

Τέλος, ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξήθηκε και στις δύο χώρες, με πιο εμφανή αποτελέσματα στην περίπτωση της Ελλάδας. Και εδώ παρατηρούμε ότι τα αποτελέσματα συμφωνούν με τις μελέτες των Kentikelenis et al.,(2011);Flatau et al.,(2000) αλλά και άλλων μελετών.

Επίσης, η μακροχρόνια ύφεση αυξάνει τις ανισότητες στην υγεία. Ισότητα στην υγεία σημαίνει ίσες ευκαιρίες στη διανομή και στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Έχει παρατηρηθεί ότι οι υγειονομικές ανισότητες συνδέονται με κοινωνικούς δείκτες, όπως η κοινωνική τάξη και η ανεργία πράγμα που αποδεικνύει τη σχέση μεταξύ οικονομικής κατάστασης των πολιτών και της υγείας τους. Σημαντική αλληλεξάρτηση υπάρχει και μεταξύ της οικονομικής κατάστασης των ατόμων και της ψυχικής τους υγείας. Η ανεργία, οι εισοδηματικές ανισότητες, η επισφάλεια στην εργασία και η έλλειψη στέγης οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων γεγονός που αποτελεί πηγή για διάφορες ψυχολογικές διαταραχές.

Από το ξέσπασμα της κρίσης μέχρι και σήμερα τα συστήματα υγείας της Ισπανίας και της Ελλάδας έχουν να αντιμετωπίσουν την αυξημένη ζήτηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας ενώ ταυτόχρονα η χρηματοδότηση μειώνεται δραματικά.

Η έκθεση του WHO «The Financial Crisis and Global Health» τον Ιανουάριο του 2009 επιβεβαιώνει ότι, εάν το οικογενειακό εισόδημα υφίσταται πιέσεις η ζήτηση για τις δημόσιες υπηρεσίες αυξάνεται. Η πείρα έχει δείξει ότι οι δαπάνες στον ιδιωτικό τομέα τείνουν να μειώνονται σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, καθώς οι ασθενείς είτε αναβάλλουν την φροντίδα εντελώς ή στρέφονται από τον ιδιωτικό στον δημόσιο τομέα, εκεί όπου τους παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη και η περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε χαμηλότερο κόστος. Επίσης αυτή η έκθεση δημοσιοποίησε ένα ψήφισμα που προτρέπει τα κράτη μέλη της ΕΕ να εξασφαλίσουν ότι τα συστήματα υγείας τους θα συνεχίσουν την προστασία των πιο ευάλωτων ομάδων.

Σύμφωνα με τους Economou et al.,(2014f) τα σημεία που χρίζουν ιδιαίτερης προσοχής σε σχέση με το σύστημα υγείας της Ελλάδας είναι:

- A) ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- B) ενδυνάμωση των πολιτών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τις υπηρεσίες που χρειάζονται και τις επιλογές θεραπείας
- Γ) αναδιάρθρωση του συστήματος υγείας με επίκεντρο τον ασθενή και την πρωτοβάθμια φροντίδα
- Δ) μεγαλύτερη αποκέντρωση και περιφερειοποίηση της λήψης αποφάσεων και πρόβλεψης
- Ε) την αύξηση της λογοδοσίας στον τομέα της υγείας.

Η πολιτική υγείας που ασκείται σε Ελλάδα και Ισπανία δείχνει ότι οι εκάστοτε κυβερνήσεις δεν έχουν αποκομίσει τίποτα από τα τελευταία παραδείγματα χωρών που έχουν προβεί σε περικοπές δαπανών υγείας και τα σοβαρά προβλήματα που δημιούργησαν οι ενέργειες αυτές στην υγεία των πολιτών.

Παρόλα τα αρνητικά αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζουμε τη συγκεκριμένη κατάσταση ως απειλή αλλά ως μια ευκαιρία αναδιοργάνωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, δημιουργίας νέων και βελτίωσης των υγειονομικών, κοινωνικών και ασφαλιστικών συστημάτων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

Γιωτάκος Ο., Τσουβέλας Γ. και Κονταξάκης Β. (2012). Αυτοκτονίες και υπηρεσίες παροχής ψυχικής υγείας στην Ελλάδα, *Ψυχιατρική*, 23:29–38

Δρόσου-Αγακίδου Β. (2004). Διαχρονικές τάσεις και αιτίες περιγεννητικής, νεογνικής και βρεφικής θνησιμότητας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22, 459-466

Ευθυμίου Κ., Αργαλία Ε., Κασκάμπα Ε και Μακρή Α. (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα; *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ*, 50, 22-30

Καλαμπαλίκης Γ. (2005). *ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ (1981 – 2000)*, Π.Μ.Σ Σχολής Θετικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πάτρας

Καλογεροπούλου Μ. και Μουρδουκούτας Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα

Κουρής Γ. Και Σουλιώτης Κ. (2007), Οι περιπέτειες των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας: Μία ιστορική επισκόπηση, *Κοινωνία Οικονομία και Υγεία*, 1:35-67

Κουτσούκαλης Ε. (2010). *Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας της Ε.Ε.*, Π.Μ.Σ στην Αναλογιστική Επιστήμη και Διοικητική Κινδύνου, Πανεπιστήμιο Πειραιά

Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ. και Πάβη Ε. (2012) *Οικονομική κρίση και υγεία*, , Εκδόσεις Καστανιώτη Α.Ε., Αθήνα

Λιαρόπουλος Λ. (2007). *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Μαλλιάρου Μ. και Σαράφη Π. (2012), Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας, *Τριμηνιαίο, ηλεκτρονικό περιοδικό του τμήματος Νοσηλευτικής Α΄*, Τεχνολογικό εκπαιδευτικό ίδρυμα Αθηνών

Μασουράκης Μ. (2009). Οικονομικό Δελτίο, ALPHA BANK, 108

Μπούρας Γ. Και Λύκουρας Λ.(2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία, *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ*, 48, 54-61

Όγδοο Πανελλήνιο Συνεδρίο της ΕΣΔΥ.(2012).Οικονομία και Υγεία σε Κρίση: Αδιέξοδα και Υπερβάσεις.

Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι (2000). Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 17(6): 627-639

Σούλης Σ.,(1998). Οικονομική της Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Υφαντόπουλος Γ.,(2003).Τα οικονομικά της υγείας,Εκδόσεις Τυπωθήτω,Αθήνα

Υφαντόπουλος Γ.,(2006). *Τα οικονομικά της υγείας*, Εκδόσεις Τυπωθήτω,Αθήνα

Φατσή Α.(2013). *ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ*,Π.Μ.Σ στη Διοίκηση της υγείας,Πανεπιστήμιο Πειραιά

Χλέτσος Μ.(2011). *Οικονομικά της υγείας*,Εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα.

Χλέτσος Μ.(2015). Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της της κρίσης, *Τμήμα Οικονομικών Επιστημών,Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων*.

Ξενόγλωσση

Adams P., Hurd M.D., McFadden D., Merrill A. and Ribeiro T., (2003). Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status. *Journal of Econometrics*, 112: 3-56.

Antonakakis N. and Collins A. (2014). Does Fiscal Consolidation Really Get You Down? Evidence from Suicide Mortality, *Munich Personal RePEc Archive*, 58510

Armesto S.G, Abadía-Taira M, Antonio Durán, Quevedo C.H and Delgado E.B. (2010),Spain: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(4):1–295
Bethune A.(1997) Unemployment and mortality in: Drever F & Whitehead M. ed. Health inequalities, *The Stationery office*, London.

Becker G.S.,(1962). Investment in human capital.*Journal of political economy*,70, 9-49

Bosch X., Moreno P., and López-Soto A.(2014). THE PAINFUL EFFECTS OF THE FINANCIAL CRISIS ON SPANISH HEALTH CARE, *International Journal of Health Services*,44,25-51

Catalano R. and Bellows B. (2005). Commentary: if economic expansion threatens public health, should epidemiologists recommend recession? *International Journal of Epidemiology*, 34(6):1212–1213

Chang S.S., Gunnell D., Sterne J.A., Lu T.H and Cheng A.T.(2009). Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Social Science & Medicine*, 68(7):1322–1331.

Davaki K. and Mossialos E. (2005) Plus ça change: health sector reforms in Greece, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (1-2). 143-167
Economics, 115:617–650.

Economou C. ,Kaitelidou D., Kentikelenis A.,Sissouras A. and Maresso A. (2014). The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece,*European Observatory on health systems and policies*

Economou M., Madianos M., Peppou L.E., Theleritis C., Patelakis A. and Stefanis C.(2013). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry*, ,12, 53–9.

Economou C.(2010). Greece: Health system review. *Health Systems in Transition*, , 12(7):1–18

Economou A, Nikolaou A and Theodossiou I. (2007)Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. Centre for European Labour Market Research. University of Aberdeen, UK, Business School Working Paper Series, 2007-182007.

EMCDDA, ECDC (2011). HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania. Lisbon, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European Centre for Disease Prevention and Control evidence from the OECD. *Economic and Human Biology*, 4(3):298–316.

Eurostat(2015). Being young in Europe today, eurostat statistical book.

Fishback P., Haines M. and Kantor S. (2007). Births, deaths, and New Deal relief during the Great Depression. *Review of Economics and Statistics*, 89(1):1–14.

Flatau P., Galea J. and Petridis R., (2000). Mental Health and Wellbeing and Unemployment. *The Australian Economic Review*, 33(2): 161-181.

Fountoulakis K.N., Grammatikopoulos I.A., Koupidis S.A., Siamouli and Theodorakis P.N.(2012)Health and the financial crisis in Greece. *Lancet*,379,1001–2.

Gerdtham U.G and Ruhm C.J. (2006). Deaths rise in good economic times:

- Grossman M.(1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health, *The Journal of Political Economy*,80,223-255
- Hopkins S. (2006). Economic stability and health status: evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy*, 75(3):347–357.
- Ifantia A.A., Argyriou A.A., Kalofonou F.H. and Kalofonos H.P. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care,*Health Policy*,113,8-12
- Kalafati M.(2012). How Greek healthcare services are affected by the Eurocrisis. *Emergency Nurse*, 20, 26–7.
- Kaplan G.A. (2012). Economic crises: some thoughts on why, when and where they (might) matter for health – a tale of three countries. *Social Science & Medicine*, 74(5):643–646.
- Karidis N.P., Dimitroulis D. and Kouraklis G.(2011). Global financial crisis and surgical practice: the Greek paradigm, *World Journal of Surgery*,35,2377–81.
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M. , and Stuckler D.(2011). Health Effects of Financial Crisis: Omens of a Greek Tragedy. *The Lancet* ,378, 9801
- Kentikelenis A.,Karanikolos M., Reeves A., McKee M and Stuckler D.(2014). Greece’s health crisis: from austerity to denialism, *The Lancet*, 383,748–53
- King G. and Martineau T. (2006). Workforce Planning for the Health Sector. Capacity Project Knowledge Sharing. Technical Brief 6.
- Liaropoulos L.(2012).Greek economic crisis: not a tragedy for health. *British Medical Journal*,345
- Madianos M., Economou M., Alexiou T. and Stefanis C. (2011). Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10):943–952.
- McKee M., Basu S. and Stuckler D. (2012). Health systems, health and wealth: the argument for investment applies now more than ever.*Social Science & Medicine*, 74(5):684–687.
- Murphy G.C., Athanasou J.A.,(1999).The effects of unemployment on mental health, *Occup Organ Psychol*, 72, 83-99
- Pearson A.(2002).Clinical nurse specialists,*International Journal of Nursing Practise*,8,11-14
- OECD (2014).Health statistics 2014, How does Spain compares?
- Oikonomou N. and Mariolis A.(2010) How is Greece conforming to Alma Ata’s

principles in the middle of its biggest financial crisis? *British Journal of General Practise* ,60, 456-457

Ruhm C.J. (1995). Economic Conditions and Alcohol Problems. *Journal of Health Economics*,14 (5): 583-603.

Ruhm C.J. (1996). Are recessions good for your health? *Nation bureau of economic research*,5570

Ruhm C.J. (2000). Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Health& Medicine*, 74(5):684-687.

Ruhm C.J. (2003). Good times make you sick. *Journal of Health Economics*,22(4):637-658.

Ruhm C.J. (2008). A healthy economy can break your heart. *Demography*, 44:829-848.

Stuckler D., Basu S. and McKee M. (2010). Budget crises, health, and social welfare programmes. *British Medical Journal*, 340:c3311.

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A. and McKee M. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*, 378(9786):124-12

Stuckler D, Basu S. and McKee M., (2010).Budget crisis, health and social welfare programmes, *BMJ*, 340

Stuckler D., King L. and McKee M. (2009). Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*, 373(9661):399-407.

Suhrcke M., Stuckler D., Suk J., Desai M., Senek M., McKee M., Tsoлова S., Basu S., Abubakar I., Hunter P., Rechel B and Semenza J. (2011). The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PLoS One*, 6(6):e20724.

Tickle L.(1996). Mortality Trends in the UK,1982 to 1992. Population trends 86,London

University of Queensland(2010). School of Population Health: The ACE-Prevention- Assessing Cost-Effectiveness in Prevention Report and Presentation, Australia

Van Rossum C.T., van de Mheen H., Mackenbach J.P. and Grobbee D.E., (2000). Socioeconomic status and mortality in Dutch elderly people-The Rotterdam study. *European Journal of Public Health*, 10: 255-261.

Wamala S.P., Wolk A. and Orth-Gomér K., (1997). Determinants of obesity in relation to socioeconomic status among middle-aged Swedish women. *Preventive Medicine*, 26: 734-744.

Waters H., Saadah F. and Pradhan M. (2003). The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy Plan*,18(2):172–181.

WHO (2009). *The financial crisis and global health*, Geneva

WHO (2010). *WORLD HEALTH STATISTICS*,France

Ηλεκτρονικές διευθύνσεις

www.astynomia.gr

www.ekeo.gr

www.oecd.org

www.nsph.gr

www.statistics.gr

www.tradingeconomics.com