



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ

**Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του
ελληνικού πληθυσμού. Αύξηση προσερχομένων ασθενών στα
Δημόσια Νοσοκομεία
Η περίπτωση του νοσοκομείου Λαμίας**

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΚΟΝΤΑΞΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
Επιβλέπων
ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ

Λαμία, 06 Δεκεμβρίου 2017



UNIVERSITY OF THESSALY
SCHOOL OF SCIENCE
INFORMATICS AND COMPUTATIONAL BIOMEDICINE

**The impact of the financial crisis on the health of the Greek
population. Increase of incoming patients in Public Hospitals**
The case of Lamia Hospital

VASILIKI KONTAXI

Master thesis

IOANNIS TRIANTAFYLLOU

Lamia / 06 DECEMBER 2017



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗ
ΚΑΙ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ**

«ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΒΙΟΛΟΓΙΑ»

**Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του
ελληνικού πληθυσμού. Αύξηση προσερχομένων ασθενών
στα Δημόσια Νοσοκομεία**

Η περίπτωση του νοσοκομείου Λαμίας

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΚΟΝΤΑΞΗ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Επιβλέπων
ΙΩΑΝΝΗΣ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ**

Λαμία, 06 Δεκεμβρίου 2017

«Υπεύθυνη Δήλωση μη λογοκλοπής και ανάληψης προσωπικής ευθύνης»

Με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων, και γνωρίζοντας τις συνέπειες της λογοκλοπής, δηλώνω υπεύθυνα και ενυπογράφως ότι η παρούσα εργασία με τίτλο **«Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Αύξηση προσερχομένων ασθενών στα Δημόσια Νοσοκομεία Η περίπτωση του νοσοκομείου Λαμίας»** αποτελεί προϊόν αυστηρά προσωπικής εργασίας και όλες οι πηγές από τις οποίες χρησιμοποίησα δεδομένα, ιδέες, φράσεις, προτάσεις ή λέξεις, είτε επακριβώς (όπως υπάρχουν στο πρωτότυπο ή μεταφρασμένες) είτε με παράφραση, έχουν δηλωθεί κατάλληλα και ευδιάκριτα στο κείμενο με την κατάλληλη παραπομπή και η σχετική αναφορά περιλαμβάνεται στο τμήμα των βιβλιογραφικών αναφορών με πλήρη περιγραφή. Αναλαμβάνω πλήρως, ατομικά και προσωπικά, όλες τις νομικές και διοικητικές συνέπειες που δύναται να προκύψουν στην περίπτωση κατά την οποία αποδειχθεί, διαχρονικά, ότι η εργασία αυτή ή τμήμα της δεν μου ανήκει διότι είναι προϊόν λογοκλοπής.

Ο/Η ΔΗΛΩΝ/-ΟΥΣΑ

Ημερομηνία

Υπογραφή

**Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του
ελληνικού πληθυσμού. Αύξηση προσερχομένων ασθενών στα
Δημόσια Νοσοκομεία
Η περίπτωση του νοσοκομείου Λαμίας**

ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΚΟΝΤΑΞΗ

Τριμελής Επιτροπή:

Ιωάννης Τριανταφύλλου

Παντελής Μπάγκος

Βασίλειος Δρακόπουλος

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Πληροφορική και Υπολογιστική Βιοϊατρική» του τμήματος Πληροφορικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με έδρα την Λαμία.

Πριν την παρουσίαση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που γνώρισα, συνεργάστηκα μαζί τους και έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην υλοποίησή της.

Πρώτο από όλους θέλω να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής εργασίας, Καθηγητή κο. Ιωάννη Τριανταφύλλου για την πολύτιμη καθοδήγηση του και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε.

Στη συνέχεια θα ήθελα να ευχαριστήσω την Προϊσταμένη του Γραφείου κίνησης ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας κα. Μπούκα Βαγιούλα, για την παροχή των απαραίτητων στοιχείων που χρησιμοποιήθηκαν για την ολοκλήρωση της εργασίας, καθώς επίσης και το Επιστημονικό Συμβούλιο που ενέκρινε την συλλογή των στοιχείων αυτών.

Τις ευχαριστίες μου εκφράζω και στους καθηγητές κο. Παντελή Μπάγκο και τον κο. Βασίλειο Δρακόπουλο που δέχτηκαν να είναι μέλη της τριμελούς επιτροπής αξιολόγησης της μεταπτυχιακής εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θέλω να απευθύνω στο σύζυγό μου Θέμιστοκλή Φαλιά, για την καθοριστική του βοήθεια, ο οποίος στάθηκε σημαντικός αρωγός στην προσπάθειά μου και με υποστήριξε σε κάθε φάση της πορείας μου.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω την μητέρα μου Αλεξάνδρα, καθώς και τις κόρες μου Μαρία, Αργυρή και Αλεξάνδρα που με υπομονή και κουράγιο πρόσφεραν την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση τόσο για την υλοποίηση της μεταπτυχιακής μου εργασίας, όσο και για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΛΙΣΤΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ-ΠΙΝΑΚΩΝ-ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ-ΕΙΚΟΝΩΝ	10
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	
1.1 Τι είναι οικονομική κρίση	17
1.2 Τα χαρακτηριστικά της οικονομικής κρίσης.....	19
1.3 Τα αίτια της κρίσης.....	22
1.4 Ιστορική αναδρομή στις οικονομικές κρίσεις.....	23
1.5 Οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	
2.1 Ορισμός της υγείας.....	26
2.1.1 Οι βασικές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας.....	27
2.1.2 Οι δράσεις της Δημόσιας Υγείας.....	27
2.2 Επίδραση της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού.....	28
2.3 Ψυχική Υγεία.....	29
2.3.1 Κατάθλιψη.....	30
2.3.2 Άγχος.....	31
2.3.3 Αυτοκτονίες.....	31
2.3.4 Επιπτώσεις στις Συμπεριφορές υγείας-καταχρήσεις.....	32
2.3.4 α Κατανάλωση αλκοόλ.....	33
2.3.4 β Κάπνισμα.....	34
2.3.4 γ Ναρκωτικές ουσίες.....	34
2.4 Σωματικές επιπτώσεις.....	35
2.5 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	
3.1 Εννοιολογική προσέγγιση του Συστήματος Υγείας.....	37
3.2 Μορφές Συστημάτων Υγείας.....	38
3.2.1 Φιλελεύθερο ή ιδιωτικό σύστημα.....	38

3.2.2 Δημόσιο σύστημα.....	39
3.2.3 Μικτό σύστημα.....	40
3.3 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	40
3.3.1 Κατηγορίες Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).....	42
3.4 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα Υγείας.....	42
3.5 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	44
3.6 Συνέπειες οικονομικής κρίσης στα νοσοκομεία.....	47
3.7 Δαπάνες υγείας	49
3.8 Φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.....	50
3.9 Τρόποι και παράγοντες χρηματοδότησης συστημάτων υγείας.....	50
3.10 Πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας.....	53
3.10.1 Χρηματοδότηση από τον Δημόσιο Τομέα.....	53
3.10.2 Χρηματοδότηση από τον Ιδιωτικό Τομέα.....	54
3.10.3 Χρηματοδότηση από την Εξωτερική Βοήθεια και Συνεργασία.....	54
3.11 Χρηματοδότηση νοσοκομείων στην Ελλάδα.....	54
3.12 Διάρθρωση των Υπηρεσιών ενός Ελληνικού Δημόσιου Νοσοκομείου.....	56
3.12.1 Υπηρεσίες Υγείας του νοσοκομείου.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο : ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ

4.1 Η ταυτότητα του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας.....	60
Διάρθρωση ιατρικής Υπηρεσίας.....	61
Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	62
Διάρθρωση Διοικητικής- Οικονομικής Υπηρεσίας.....	63
Έσοδα	64
Στελέχωση του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας.....	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Σκοπός- Μέθοδος.....	68
5.2 I) Περιγραφική Στατιστική για ποσοτικές μεταβλητές.....	69
5.2.1 Ανάλυση ποσοτικών χαρακτηριστικών.....	69
5.3 II) Περιγραφική Στατιστική για ποιοτικές μεταβλητές.....	75

5.3.1	Ανάλυση ποιοτικών χαρακτηριστικών.....	75
5.3.1 α	Πίνακες κατανομής δείγματος και γραφήματα.....	75
5.4	Πίνακες Συνάφειας και Έλεγχος Ανεξαρτησίας.....	83
5.5	Έλεγχος υποθέσεων σε ποσοτικές μεταβλητές.....	104
5.5.1	Σύγκριση τιμών μιας μεταβλητής σε δύο ανεξάρτητα δείγματα.....	104
5.5.2	Συσχέτιση κατά Pearson ανάμεσα στην ηλικία και την διάρκεια νοσηλείας των ασθενών.....	106
5.5.3	Μοντέλα Γραμμικής Παλινδρόμησης.....	107
5.5.4	Μελέτη της ροής εισερχομένων ασθενών κατά την διάρκεια της περιόδου 2007-2015.....	109
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ		112
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		115

ΛΙΣΤΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ- ΠΙΝΑΚΩΝ- ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ- ΕΙΚΟΝΩΝ

Κατάσταση Διαγραμμάτων:

Διάγραμμα 1. Μέση κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των ηλικιών 16-21 σε σχέση με το χρονικό διάστημα της ανεργίας σελ 23

Διάγραμμα 2. Σύστημα Παροχής και Χρηματοδότησης των Υπηρεσιών Υγείας σελ. 53

Διάγραμμα 3. Οργανόγραμμα Νοσοκομείου Λαμίας σελ. 65

Κατάσταση Πινάκων:

Πίνακας 1. Αριθμός επισκέψεων κατά την ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων του ΕΣΥ. σελ 46

Πίνακας 2. Συνολικός αριθμός επισκέψεων στα ΤΕΙ σελ. 46

Πίνακας 3. Αριθμός επισκέψεων στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ σελ. 47

Πίνακας 4. Προϋπολογισμός νοσοκομείων. σελ.48

Πίνακας 5. Συνολικές δαπάνες νοσοκομείων ανά υγειονομική περιφέρεια (ΥΠε) (έτη 2009–2012). σελ. 50

Πίνακας 6. Μέτρα κεντρικής τάσης για το σύνολο των ατόμων του δείγματος σελ. 69

Πίνακας 7. Μέτρα διασποράς για το σύνολο των νοσηλευθέντων σελ. 70

Πίνακας 8. Μέτρα μορφής για το σύνολο των ατόμων του δείγματος σελ. 71

Πίνακας 9. Κατανομή δείγματος ανά εθνικότητας σελ. 76

Πίνακας 10. Κατανομή δείγματος ανά φύλο σελ. 76

Πίνακας 11. Κατανομή δείγματος με βάση την οικογενειακή κατάσταση σελ. 77

Πίνακας 12. Κατανομή δείγματος ανά επάγγελμα σελ. 78

Πίνακας 13. Κατανομή δείγματος ανά Τμήμα-Κλινική σελ.79

Πίνακας 14. Κατανομή δείγματος σύμφωνα με την διάγνωση σελ. 80

Πίνακας 15. Κατανομή δείγματος ανά έτος εισαγωγής σελ.82

Πίνακας 16. Συνάφεια μεταξύ Διάγνωσης και φύλου σελ 83

Πίνακας 17. Συνάφεια μεταξύ Διάγνωσης και Εθνικότητας σελ. 86

Πίνακας 18. Συνάφεια μεταξύ Διάγνωσης και Οικογενειακής κατάστασης σελ. 90

Πίνακας 19. Συνάφεια μεταξύ Διάγνωσης και Επαγγέλματος σελ. 93

- Πίνακας 20.** Στατιστικά ομάδας δείγματος ηλικίας t-test σελ. 105
- Πίνακας 21.** Στατιστικά ομάδας δείγματος διάρκειας νοσηλείας t-test σελ. 105
- Πίνακας 22.** Συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και διάρκειας νοσηλείας σελ. 106
- Πίνακας 23.** Γραμμική Παλινδρόμηση ηλικίας – φύλο με εξαρτημένη τη διάρκεια νοσηλείας σελ. 107
- Πίνακας 24.** Συντελεστής Γραμμικής Παλινδρόμησης μεταξύ ηλικίας – φύλο σελ. 108
- Πίνακας 25.** Συντελεστής Γραμμικής Παλινδρόμησης ηλικίας σελ. 109
- Πίνακας 26.** Πλήθος εισερχομένων ασθενών ανά έτος 109

Κατάσταση Γραφημάτων:

- Γράφημα 1.** Κατανομή δείγματος ανά εθνικότητα σελ. 76
- Γράφημα 2.** Κατανομή δείγματος ανά φύλο σελ. 77
- Γράφημα 3.** Κατανομή δείγματος με βάση την οικογενειακή κατάσταση σελ. 77
- Γράφημα 4.** Κατανομή δείγματος ανά επάγγελμα σελ. 79
- Γράφημα 5.** Κατανομή δείγματος ανά Τμήμα-Κλινική σελ. 80
- Γράφημα 6.** Κατανομή δείγματος σύμφωνα με την διάγνωση σελ.81
- Γράφημα 7 & 8.** Κατανομή δείγματος ανά έτος εισαγωγής σελ. 82
- Γράφημα 9.** Πορεία πλήθους εισερχομένων ασθενών 110

Κατάσταση Εικόνων:

- Εικ. 1** Εξωτερική εικόνα του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας 64
- Εικ. 2** Εικόνες από το εσωτερικό τμήμα του νοσοκομείου σελ. 67
- Εικ. 3.** Ιστόγραμμα συχνοτήτων ηλικίας σελ. 73
- Εικ. 4.** Θηκόγραμμα συχνοτήτων ηλικίας σελ. 73
- Εικ. 5.** Ιστόγραμμα συχνοτήτων διάρκειας νοσηλείας σελ. 74
- Εικ. 6.** Θηκόγραμμα συχνοτήτων διάρκειας νοσηλείας σελ. 74

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα τελευταία χρόνια οι περισσότερες χώρες αντιμετωπίζουν τη χειρότερη οικονομική κρίση του αιώνα, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης σε παγκόσμια κλίμακα. Αν και η χρηματοπιστωτική κρίση ξεκίνησε από την Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, εξαπλώθηκε γρήγορα στις ανεπτυγμένες χώρες και στην συνέχεια στον υπόλοιπο κόσμο, συνεπώς επηρέασε και την Ελλάδα.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση και η οικονομική ύφεση που την ακολουθεί, επιβαρύνει ιδιαίτερα τους πολίτες αλλά και το σύστημα υγείας των χωρών που θα την υποστούν μέσω του φαύλου κύκλου που δημιουργείται από την αύξηση της ανεργίας, την απώλεια της ασφάλισης υγείας, την μείωση των εισοδημάτων με αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μέσω της συνεχόμενης επίτασης της φτώχειας

Η κρίση έφερε σημαντικές συνέπειες στην ελληνική κοινωνία τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Η μείωση του εισοδήματος αλλά και η αύξηση της ανεργίας, προκαλούν οικονομικά και ψυχολογικά προβλήματα με αποτέλεσμα την αύξηση σωματικών διαταραχών όπως η θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια που θεωρείται η πιο συχνή επίπτωση της κρίσης στην υγεία και την αύξηση των ψυχικών διαταραχών, προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και των αυτοκτονιών.

Η οικονομική κρίση δημιουργεί προβλήματα και στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης.

Η περικοπή Κρατικών δαπανών για τις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας, ως ένα από τα μέτρα αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης έχει ως αποτέλεσμα, την έλλειψη προσωπικού, υλικών και φαρμάκων. Συνεπώς, προσφέρονται Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας χαμηλότερης ποιότητας και λιγότερης ποσότητας. Λόγω μειωμένου οικογενειακού προϋπολογισμού εξαιτίας της οικονομικής στενότητας, οι ασθενείς στρέφονται στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας και αυξάνουν τη ζήτηση για τις υπηρεσίες αυτές.

Στόχος της παρούσας εργασίας είναι να γνωρίσουμε το αγαθό της υγείας και πως αυτή επηρεάζεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης τόσο για τους πολίτες όσο και για τις υγειονομικές δομές με την αύξηση των δαπανών τους. Επίσης η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας (σωματικής και ψυχικής) του πληθυσμού και ο οικονομικός

αντίκτυπος στη δημόσια και ιδιωτική υγεία αυτής της ενδεχόμενης αρνητικής εξέλιξης με αποτέλεσμα την αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία. Για την υλοποίηση της υπόθεσης αυτής προβλέπεται η ανάπτυξη των ακόλουθων κεφαλαίων.

Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της οικονομικής κρίσης, τα χαρακτηριστικά και τα αίτια της εξάπλωσής της. Επίσης γίνεται μια ιστορική αναδρομή της ελληνικής κρίσης και οικονομίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στις επιπτώσεις που προκαλεί η οικονομική κρίση στην υγεία του πληθυσμού με ψυχικές διαταραχές, κατάθλιψη, αυτοκτονίες, επιπτώσεις συμπεριφοράς.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια του συστήματος υγείας, το ελληνικό σύστημα υγείας στην περίοδο της κρίσης καθώς επίσης και τις επιπτώσεις που επιφέρει η κρίση στα συστήματα υγείας. Αναφέρει τις δαπάνες υγείας, τους πόρους και τις πηγές χρηματοδότησης των ελληνικών νοσοκομείων και την διάρθρωση των υπηρεσιών νοσοκομείων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η ταυτότητα του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας το οποίο αποτελεί την πηγή πληροφοριών έτσι ώστε να υλοποιηθεί η ανάλυση του ερευνητικού μέρους της εργασίας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας. Εφαρμόζεται η περιγραφική στατιστική για την ανάλυση των ποσοτικών και οι ποιοτικών μεταβλητών του δείγματος που καταγράφηκε. Τέλος στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα-συμπεράσματα της έρευνας

ABSTRACT

In the late years most countries face the worst financial crisis of the century, which has resulted in a depression and a decrease in employment on a worldwide scale. Even though the financial crisis started from the United States of America, it spread quite fast to the developed countries and then to the rest of the world, with the consequence of affecting Greece as well.

The worldwide financial crisis and the financial depression that follows it incur a considerable burden to the citizens as well as to the health system of the countries that suffer it through the vicious circle which is generated by the increase in unemployment, the loss of health insurance and the decrease in the incomes, resulting in the increase in morbidity and mortality through the continuing intensification of poverty.

The crisis has brought about significant consequences in the Greek society both on an individual and on a collective level. The decrease in the incomes as well as the increase in unemployment generate financial and psychological problems that result in the increase in physical disorders, such as mortality due to ischaemic heart disease, which is regarded as the most common repercussion of the crisis in terms of health, and in the increase in psychic disorders, addiction problems – including drug addiction – and suicides.

The financial crisis generates problems in the funding of health systems as well; It threatens the viability of private insurance companies and burdens the operation of the public health service units as a result of increased demand.

The cutting of State funds for Public Health Services as a means for dealing with the financial crisis results in the shortage of personnel, materials and medication. Consequently, Public Health Services of lower quality and quantity are provided. Due to the reduced family budget as a result of the financial scarcity, patients turn to Public Health Services and increase the demand for the latter.

The purpose of this paper is to acquaint ourselves with the good of health services and how this is affected in times of financial crisis, both as far as the citizens are concerned and as concerns the health structures through the increase in their expenses. Furthermore, this paper examines the impact of the financial crisis to the level of the (physical and psychic) health of the population and the financial impact of this seemingly negative trend to the public and private health services, which has resulted in the increase in the demand of health services in public

hospitals. In order to test this working hypothesis, the detailed analysis of the topic will follow on the basis of its division in the following chapters.

In Chapter One, the concept of the financial crisis, its features and causes of its spreading are analyzed. Furthermore, a historical overview of the Greek crisis and of the Greek economy forms also a part of the chapter.

Chapter Two refers to the repercussions that the financial crisis incurs to the health of the population in terms of psychic disorders, depression, suicides and repercussions in the change of behaviour.

In Chapter Three, the concept of the health system, the Greek health system in the period of crisis as well as the consequences that the crisis incurs to the health systems are analyzed. This chapter reports on the health expenses, the resources and the funding sources of the Greek hospitals as well as the structure of the hospital services.

In Chapter Four, the identity of the general Hospital of Lamia, which has been the source of information for this project, is presented, in order to proceed to the carrying out of the research part of the paper.

In Chapter Five, the methodology of the research is presented. Descriptive statistics is applied for the analysis of the quantitative and qualitative variables of the registered sample. Finally, in Chapter Six, the results-conclusions of the research are presented.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

1.1. Τι είναι οικονομική κρίση

Στην ελληνική γλώσσα, η λέξη κρίση προέρχεται από το ρήμα κρίνω θέλοντας να χαρακτηρίσει μια μη κανονική κατάσταση. Περιγράφει μια κατάσταση κρίσιμη, δύσκολη και επικίνδυνη. Συγκεκριμένα κρίση είναι μια εκτροπή από την κατάσταση της κανονικότητας και μπορεί να προσλάβει διαβαθμίσεις αντικανονικότητας από μια κατάσταση απλής διαταραχής μέχρι την κατάσταση ελεγχόμενων εκρηκτικών γεγονότων και την κατάσταση του χάους και του πανικού. Συνεπώς, μια κρίση εμπεριέχει μια απειλή σχετικά με τους πόρους και τους ανθρώπους, την απώλεια του ελέγχου και ορατές ή αόρατες συνέπειες στους ανθρώπους, τους πόρους και τους οργανισμούς.

Για να οριστεί η οικονομική κρίση χρησιμοποιούνται συνήθως οι έννοιες από τη θεωρία των οικονομικών διακυμάνσεων. Οι οικονομικές διακυμάνσεις ορίζονται, ως οι διαδοχικές αυξομειώσεις της οικονομικής δραστηριότητας μέσα σε μια οικονομία (παραγωγή, εισόδημα, απασχόληση κλπ). Λέγονται αλλιώς και κυκλικές διακυμάνσεις ή οικονομικοί κύκλοι. Υπάρχουν δύο κύριες φάσεις από τις οποίες διέρχεται η οικονομία στη διάρκεια ενός οικονομικού κύκλου: η φάση της ανόδου ή της άνθησης και η φάση της καθόδου ή της ύφεσης. Η μετάβαση από την άνοδο στην κάθοδο και αντίστροφα δε γίνεται αμέσως ή απότομα, αλλά απαιτεί χρόνο. Επίσης περνάει από τη φάση της κρίσης που είναι η κορυφή του κύκλου. Αντιστοίχως, η μετάβαση από την κάθοδο στην άνοδο περνάει από τη φάση της ύφεσης. (Λιανός, Παπαβασιλείου, Χατζηανδρέου, 2010). Από πολύχρονες στατιστικές μελέτες διαπιστώθηκε ότι οι οικονομικοί κύκλοι διαρκούν περίπου από 7 έως 11 χρόνια (European Commission, 2009).

Η κρίση είναι έννοια πολυδιάστατη και έχει αποδοθεί με ποικίλους τρόπους από πολλούς ανθρώπους, για να περιγράψουν ότι βρίσκονται σε μια κρίσιμη περίοδο και αντιμετωπίζουν ένα δύσκολο πρόβλημα.

Συνεπώς, οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Όταν λέμε οικονομική δραστηριότητα αναφερόμαστε σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της

οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κ.λπ. Ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας είναι οι επενδύσεις, οι οποίες όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη (Κουφάρης, 2010)

Σύμφωνα με τους Rosenthal, Charles και Hart η κρίση είναι «μία σοβαρή απειλή κατά της υφιστάμενης δομής, των θεμελιωδών αρχών και κανόνων του κοινωνικού συστήματος, η οποία επιβάλλει τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων εντός περιορισμένου χρόνου και υπό συνθήκες αβεβαιότητας» (Rosenthal, Charles & Hart, 1989).

Η έννοια της οικονομικής κρίσης είναι μια χρονική περίοδος με μεγάλη πτωτική κίνηση στην αγορά (Sharpe, 1963) και ουσιαστικά προκύπτει από την διατάραξη της οικονομικής ισορροπίας και την εξασθένηση οικονομικών παραγόντων λόγω απροσδόκητων γεγονότων που κάνουν την εμφάνισή τους εξαιτίας διαφόρων τοπικών ή διεθνών αιτιολογιών όπως τα οικονομικά και διοικητικά προβλήματα, η διαφθορά, η διατάραξη του φορολογικού συστήματος, τα προβλήματα πληρωμής του εξωτερικού χρέους, η αδυναμία εισαγωγής αρκετού εξωτερικού κεφαλαίου, προβλήματα ανεργίας ή ακόμα και φυσικές καταστροφές» (Erol, Arak, Atmaca & Öztürk, 2011).

Ο Barton (2004), ορίζει την κρίση ως: «ένα μεγάλο, ξαφνικό γεγονός, το οποίο πιθανώς έχει αρνητικά αποτελέσματα. Το γεγονός και οι συνέπειές του μπορούν να βλάψουν σοβαρά έναν οργανισμό και τους υπαλλήλους του, καθώς και τα προϊόντα και τις υπηρεσίες, την οικονομική κατάσταση και την υπόληψη». Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, ενισχύεται η ανάγκη για διαχείριση της επικοινωνίας και της εικόνας του οργανισμού. Κρίση είναι μία κατάσταση, η οποία προσεγγίζει μία επικίνδυνη φάση, για την οποία είναι απαραίτητο να γίνουν έκτακτες παρεμβατικές ενέργειες, ώστε να αποφευχθούν επιβλαβείς και ζημιογόνες συνέπειες για τον οργανισμό, με σκοπό να επανέλθει σε φυσιολογικές συνθήκες. Είναι μία αποφασιστική και κρίσιμη στιγμή για τον οργανισμό, όπου μια λανθασμένη απόφαση μπορεί, όπως προαναφέρθηκε, να κοστίζει ακόμη και τη βιωσιμότητα του οργανισμού.

Σύμφωνα με το Institute for Crisis Management (ICT- 2001), η κρίση είναι μία κατάσταση σημαντικής επιχειρηματικής αποσύνθεσης, η οποία έχει σαν επακόλουθο τις αρνητικές αντιδράσεις από όλες τις ομάδες ενδιαφερομένων, εκτεταμένη κάλυψη από τα ΜΜΕ, καθώς και δημόσια εξονυχιστική έρευνα. Η κατάσταση αυτή μπορεί να έχει πολιτική, νομική, οικονομική και κυβερνητική επίδραση στις δραστηριότητές της.

Από τους ορισμούς της κρίσης που προηγήθηκαν, συγκεντρώνονται τα παρακάτω βασικά κοινά στοιχεία που εμπεριέχονται σε μια κρίση:

α) απειλή για τον άνθρωπο και τους πόρους

β) το στοιχείο της έκπληξης- αιφνιδιασμού με αποτέλεσμα την απώλεια ελέγχου

γ) το μικρό χρονικό διάστημα για τη λήψη απόφασης

1.2 Χαρακτηριστικά της οικονομικής κρίσης

Η προέλευση κάθε οικονομικής κρίσης έχει διαφορετικά αίτια και επηρεάζεται από πολλούς και ποικίλους παράγοντες, εμφανίζεται δε με διαφορετική μορφή, έκταση και ένταση.

Παρόλα αυτά η κάθε κρίση, ανεξάρτητα από τη μορφή της και τον οργανισμό στον οποίο δημιουργείται, χαρακτηρίζεται από τα εξής (Ahmed, 2006):

1) Είναι κλιμακούμενη σε ένταση. Οι εμφανιζόμενες κρίσεις δεν εκδηλώνονται από την πρώτη στιγμή με τη μεγαλύτερή τους ένταση, αλλά κλιμακώνονται.

2) Επικρατεί υψηλό αίσθημα ανασφάλειας και κινδύνου. Κατά την περίοδο που η κρίση εμφανίζεται, οι εμπλεκόμενοι κυριεύονται από άγχος, καθώς αισθάνονται να χάνουν τον έλεγχο της κατάστασης.

3) Επηρεάζονται οι συνήθειες λειτουργίες και ρυθμοί. Η ένταση και η ανησυχία για το χειρότερο «σενάριο» εξέλιξης των γεγονότων, διαταράσσουν και μεταβάλλουν την συνήθη εύρυθμη λειτουργία της επιχείρησης.

4) Διακινδυνεύει η δημόσια/ διεθνής εικόνα της μονάδας/ χώρας. Οι συνέπειες κάθε εμφανιζόμενης κρίσης, συνήθως πλήττουν την «εικόνα».

5) Θα ελεγχθεί εξονυχιστικά από τους αρμόδιους κρατικούς- διακρατικούς φορείς και από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε).

6) Προκαλεί βλάβες και υλικές ζημιές. Προκαλείται συνήθως ηθική βλάβη, η οποία ζημιώνει την ισχύ της χώρας, ή το προφίλ της επιχείρησης, ενώ παράλληλα προκαλείται δυσλειτουργία στην εμπορική της δραστηριότητα.

Η οικονομική κρίση έχει μια σειρά από αρνητικά αποτελέσματα και συνέπειες για την οικονομία της κάθε χώρας. Αυτά μπορεί να ποικίλουν από χώρα σε χώρα τόσο στην εμφάνισή τους σε αυτές όσο και στην έντασή τους. Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση του ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ (ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, 2008) τα χαρακτηριστικά της οικονομικής κρίσης συνοψίζονται ως εξής:

> **Μείωση ρευστότητας στην οικονομία**

Η οικονομία, που μαστίζεται από την οικονομική κρίση, σημειώνει μείωση της οικονομικής της ρευστότητας, καθώς μειώνονται τα κέρδη των επιχειρήσεων και παράλληλα οι τράπεζες μειώνουν τα δάνεια που χορηγούν, αυστηροποιώντας τα κριτήρια.

> **Υψηλά επιτόκια δανεισμού**

Μια χώρα χάνει την φήμη και την οικονομική αξιοπιστία της, με αποτέλεσμα όταν προσπαθήσει να δανειστεί για να καλύψει τις ανάγκες (μείωση πιστοληπτικής ικανότητας) και τα ελλείμματά της να συναντά καχυποψία στην εκπλήρωση της αποπληρωμής των δανείων της, κάτι που θα επιφέρει αύξηση των επιτοκίων δανεισμού της (μείωση πιστοληπτικής ικανότητας και αύξηση των λεγόμενων spreads).

> **Μείωση επενδυτικής δραστηριότητας**

Οι επενδυτές είναι διστακτικοί στο να εναποθέσουν τις καταθέσεις τους στην εν λόγω χώρα και να στρέφονται σε άλλες χώρες, μειώνοντας έτσι την επενδυτική δραστηριότητα.

> **Αύξηση αβεβαιότητας για το μέλλον**

Οι πολίτες είναι απογοητευμένοι από την υπάρχουσα κατάσταση και δεν τρέφουν ελπίδες και αισιοδοξία για ένα ευνοϊκότερο μέλλον.

> **Αύξηση ανεργίας**

Οι επιχειρήσεις, αδυνατούν να επιβιώσουν και διακόπτουν την λειτουργία τους δημιουργώντας έναν υψηλό αριθμό ανέργων, μια πολύ συχνή συνέπεια της κρίσης.

> **Μειωμένη λαϊκή εμπιστοσύνη στα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα**

Οι πολίτες βλέποντας τις συνθήκες που επικρατούν και τις συνεχόμενες υποσχέσεις που δίνονται χάνουν σιγά-σιγά την εμπιστοσύνη τους στα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, τα οποία με τη σειρά μειώνουν όλο και παραπάνω την χρηματοδοτική τους βοήθεια προς τις επιχειρήσεις.

> **Αύξηση φορολογίας**

Το κράτος στην προσπάθειά του να αυξήσει τα μειωμένα έσοδά του και προκειμένου να είναι ικανό να ανταποκριθεί στις δανειακές του υποχρεώσεις αυξάνει τους φόρους και φέρνει σε ακόμα πιο δεινή θέση του πολίτες.

> **Μείωση κρατικών δαπανών**

Επίσης, το κράτος μειώνει όλων των ειδών τις κρατικές δαπάνες ακολουθώντας σφικτές οικονομικές πολιτικές, με στόχο να ανταπεξέλθουν στην δυσχερή οικονομική κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει.

> **Ρευστό οικονομικό περιβάλλον**

Όλες οι υπάρχουσες συγκυρίες δημιουργούν και εδραιώνουν ένα ρευστό οικονομικό περιβάλλον, το οποίο δεν αφήνει και τις καλύτερες υποσχέσεις για να ξεπεραστεί ανώδυνα η κρίση. Ακόμα, συναντάται μια αρνητική ψυχολογία του πληθυσμού για τις μελλοντικές εξελίξεις

> **Μείωση εξαγωγών - ανταγωνιστικότητα**

Ανάμεσα σε όλες τις επιπτώσεις που φέρνει μια κρίση είναι και η μείωση των εξαγωγών, η μείωση της ανταγωνιστικότητας, οι αρνητικοί ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης και η μειωμένη παραγωγική δραστηριότητα.

> **Μείωση της καταναλωτικής συμπεριφοράς**

Η αυξημένη φορολογία και το αρνητικό οικονομικό κλίμα συμβάλλουν στη μείωση της καταναλωτικής συμπεριφοράς, οδηγώντας τους καταναλωτές να αρκούνται στα απολύτως απαραίτητα, με το βλέμμα στην εκπλήρωση των όλο και μεγαλύτερων φορολογικών τους επιβαρύνσεων. Με άλλα λόγια, έχει μειωθεί η αγοραστική δύναμη των καταναλωτών εξαιτίας των μειωμένων μισθών και συντάξεων από τις περικοπές που έχει υποβάλει το κράτος. Τέλος, όλα αυτά έχουν ως επακόλουθο τη μειωμένη εγχώρια ζήτηση και μείωση πωλήσεων και κερδών σε όλους τους κλάδους της οικονομίας.

1.3 Αίτια οικονομικής κρίσης

Τα αίτια της υπάρχουσας οικονομικής κρίσης συνδέονται από πολύ παλιά με την ιστορία της μεταπολεμικής συσσώρευσης του κεφαλαίου στον αναπτυγμένο καπιταλισμό. Επίσης τα αίτια της κρίσης προήλθαν από τα διαρθρωτικά προβλήματα και τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν, καθώς και από τη διεθνή συγκυρία της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης που τα ανέδειξε με πιο έντονο τρόπο. Στην Ελληνική οικονομία, ένα χαρακτηριστικό γνώρισμά της είναι η ύπαρξη των διορθωτικών προβλημάτων πριν την εμφάνιση της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης, τα οποία διογκώθηκαν τα τελευταία χρόνια με την εμμονή στην άσκηση πολιτικών στη κατεύθυνση των αυτορυθμιζόμενων αγορών (Μπούρας & Λυκούρας, 2011).

Τα βασικότερα αίτια αυτής της κρίσης είναι (Καλλίντζας Τ., Ψαλιδόπουλος Μ., Καραμούζης Ν., Χαρδούβελης Γ., (2009).

- Η φούσκα στις τιμές των ακινήτων σε πολλές περιοχές των ΗΠΑ, η οποία διευκόλυνε την υπέρ-κατανάλωση, με αποτέλεσμα την υπέρ-θέρμανση της οικονομίας και την αύξηση του ελλείμματος τρεχουσών συναλλαγών, όπως πολλές φορές συμβαίνει σε παρόμοιες κρίσεις
- Η αλόγιστη χρήση τιτλοποίησης στεγαστικών δανείων (Securitization)

Η μεταφορά του ρίσκου από τους ισολογισμούς των τραπεζών στο κοινό και τους επενδυτές μέσω τιτλοποιήσεων, πολλοί από τους οποίους αγνοούσαν το ύψος κινδύνου και υπήρξαν επιρρεπείς στις τότε υψηλές αποδόσεις. Επομένως, ο μηχανισμός της τιτλοποίησης δημιουργεί δύο προβλήματα. Πρώτον, αφαιρεί από τον παραδοσιακό τραπεζίτη, το κίνητρο σωστής αξιολόγησης πιστοληπτικού κινδύνου του δανειολήπτη αφού ο κίνδυνος αυτός μεταφέρεται σε άλλους οργανισμούς.

- Η υπερβολική χρήση δανειακών κεφαλαίων (Financial Leverage)

Η ραγδαία εξάπλωση στεγαστικών δανείων υψηλού κινδύνου, από 9% των συνολικών στεγαστικών το 2003 σε 24% το 2007, δηλαδή μια αχαλίνωτη πιστωτική επέκταση σε κατηγορίες νοικοκυριών που υπό κανονικές συνθήκες δεν θα έπρεπε να έχουν δανειοδοτηθεί.

- Η πλημμελής διαβάθμιση πιστοληπτικού κινδύνου ομολόγων μειωμένης εξασφάλισης (Bond Ratings)
- Το σύστημα αμοιβών στο χρηματοπιστωτικό τομέα (Bonus)

1.4 Ιστορική αναδρομή στις οικονομικές κρίσεις

Η παγκόσμια ιστορία έχει καταγράψει τρεις μεγάλες οικονομικές κρίσεις από το 1929 έως το τη δεκαετία του 1980. Επίσης τη φούσκα των μετοχών υψηλής τεχνολογίας το 2000 και τη σημερινή οικονομική κρίση η οποία ξεκίνησε το 2007.

Η πρώτη και μεγαλύτερη ήταν το κραχ του 1929 ή όπως αποκαλείται «ΜΑΥΡΗ ΠΕΜΠΤΗ» 24 Οκτωβρίου του 1929, με συνέπειες την δραματική ελάττωση της βιομηχανικής παραγωγής κατά 40%, κλείσιμο 865.000 μικρομεσαίων επιχειρήσεων και 35.000.000 άνεργοι μόνο στις ΗΠΑ.

Η δεύτερη οικονομική κρίση έκανε την εμφάνισή της την δεκαετία του 70 με τις δύο πετρελαϊκές κρίσεις. Η πρώτη καταγράφεται στις 17 Οκτωβρίου του 1973 όταν οι αραβικές χώρες-μέλη του ΟΠΕΚ (Οργανισμού Πετρελαιοπαραγωγών Κρατών), για να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους απέναντι στις ΗΠΑ και στην Ολλανδία, που αποκάλυπτα υποστήριζαν το Ισραήλ, επέβαλαν εμπάργκο στην αποστολή πετρελαίου στις δύο αυτές χώρες.

Έξι χρόνια μετά, το 1979, ακολούθησε η δεύτερη πετρελαϊκή κρίση. Έκανε την εμφάνισή της στις ΗΠΑ, στον απόηχο της ιρανικής επανάστασης. Το νέο καθεστώς επανέλαβε τις εξαγωγές πετρελαίου, αλλά ήταν ασυνεπής και λιγότερες.

Η Τρίτη οικονομική κρίση καταγράφεται τη δεκαετία του 80 και συγκεκριμένα τη Δευτέρα 19 Οκτωβρίου 1987, ή όπως την ονομάζουν «Μαύρη Δευτέρα», όπου ο δείκτης Dow Jones έχασε το 22% της αξίας του μέσα σε λίγες ώρες, δίνοντας το έναυσμα για ένα μαζικό ξεπούλημα μετοχών στην Ευρώπη και την Ιαπωνία (Λυμπερόπουλος, 2010).

Το 2000-2001 είχαμε την κρίση λόγω έκρηξης της φούσκας του internet. Εκείνη την περίοδο ήταν μόδα οι εταιρείες του internet, από τις οποίες οι περισσότερες δεν ήταν κερδοφόρες. Τον Οκτώβριο του 2002 η φούσκα έσκασε, με το δείκτη των μετοχών υψηλής τεχνολογίας να χάνει το 78% της αξίας του.

Η σημερινή οικονομική κρίση έρχεται 78 χρόνια μετά την τελευταία μεγάλη κρίση του 1929 αλλά και τις πετρελαϊκές κρίσεις και έχει εξαπλωθεί σε όλο τον πλανήτη. Θεωρείται μία από τις χειρότερες οικονομικές κρίσεις από τη δεκαετία του 1920. Ξεκίνησε το 2007 στις ΗΠΑ όπου είδαν για άλλη μια φορά την οικονομία τους να συρρικνώνεται.

Ο αντίκτυπος της κρίσης επηρέασε και την Ελλάδα. Η ελληνική οικονομία έχει επηρεασθεί από την κρίση στους περισσότερους κλάδους της και τα μέτρα για την αντιμετώπιση

της πιστωτικής κρίσης και την ανασυγκρότηση της ελληνικής οικονομίας θα είναι πολύ επώδυνα.

1.5 Οικονομική κατάσταση στην Ελλάδα

Η οικονομία της Ελλάδας, σύμφωνα με τα στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας το 2011, κατατάσσεται στην 34η μεγαλύτερη στον κόσμο με ονομαστικό ακαθάριστο εγχώριο προϊόν 299 δις. \$ ή 42η με ισοτιμία αγοραστικής δύναμης 304 δις. €.

Επίσης, η Ελλάδα είναι η 15η μεγαλύτερη οικονομία στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 27 χωρών-μελών. Όσον αφορά το κατά κεφαλήν εισόδημα, η Ελλάδα κατατάσσεται 29η στον κόσμο με ονομαστικό ΑΕΠ 27.875 \$ ή 33η με 27.624 \$ αναφορικά με την αγοραστική της δύναμη. (το ονομαστικό ΑΕΠ αποτιμά την αξία της παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών σε τρέχουσες τιμές και αγοραστική δύναμη είναι ο δείκτης εκείνος από τον οποίο φαίνεται το μέγεθος των εξόδων των πολιτών).

Η οικονομία της Ελλάδας περιστρέφεται κυρίως γύρω από τον τομέα των υπηρεσιών (85,0%) και τη βιομηχανία (12,0%), ενώ η γεωργία αποτελεί το 3,0% της εθνικής οικονομικής παραγωγής. Σημαντικές ελληνικές βιομηχανίες περιλαμβάνουν τον τουρισμό (με 14,9 εκατομμύρια διεθνείς τουρίστες το 2009, κατατάσσεται ως η 7η χώρα με την μεγαλύτερη επισκεψιμότητα στην Ευρωπαϊκή Ένωση και η 16η στον κόσμο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Τουρισμού των Ηνωμένων Εθνών) και την εμπορική ναυτιλία (με 16,2% της συνολικής παγκόσμιας χωρητικότητας, η ελληνική ναυτιλία είναι η μεγαλύτερη στον κόσμο), ενώ η Ελλάδα είναι επίσης ένας σημαντικός γεωργικός παραγωγός (συμπεριλαμβανομένης της αλιείας) στο εσωτερικό της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έτσι η ελληνική οικονομία θεωρείται σημαντικός επενδυτής στην περιοχή των Βαλκανίων.

Είναι γεγονός ότι η παραγωγική βάση της Ελληνικής Οικονομίας είναι περιορισμένη, αφού στηρίχθηκε σε αντίθεση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως αναφέρετε και παραπάνω, σε τομείς όπως ο τουρισμός, η ναυτιλία και η οικοδομή, κλάδοι που πλήττονται πρώτοι και με ιδιαίτερη ένταση από την κρίση. Ακόμη, οι Τράπεζες το πιο ισχυρό τμήμα του ελληνικού κεφαλαίου, οι οποίες λειτούργησαν με πρωτόγνωρους ρυθμούς πιστωτικής επέκτασης, τόσο στο εσωτερικό όσο και στο εξωτερικό, με την επέκτασή τους στα Βαλκάνια και τη Νοτιοανατολική Ευρώπη, μαζί με άλλες μεγάλες ελληνικές επιχειρήσεις, είναι εκτεθειμένες στην διεθνή κρίση με

την ανάληψη υψηλών κινδύνων, καθώς η κρίση αυτή πλήττει με ιδιαίτερη σφοδρότητα τις χώρες αυτές (Τσουλφίδης, 2010).

Η ύφεση της ελληνικής οικονομίας από το 2008 και μετά επέφερε σημαντικές συνέπειες στην κοινωνία. Η ελληνική οικονομία διανύει τον όγδοο χρόνο συνεχούς μείωσης του εισοδήματός της και έχει καταγράψει συνολικές απώλειες που ξεπέρασαν το 25% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, σύμφωνα με τα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Η αξιοπιστία της Ελλάδας στις διεθνείς αγορές κεφαλαίου κλονίστηκε. Οι ιδιωτικές και δημόσιες επενδύσεις περιορίστηκαν σημαντικά. Ο υπερδανεισμός και η υπερκατανάλωση του δημοσίου τροφοδότησε την υπερκατανάλωση του ιδιωτικού τομέα, συντηρώντας σημαντικά ελλείμματα στην ανταγωνιστικότητα και στην παραγωγικότητα. Το δημόσιο χρέος διογκώθηκε σημαντικά και το κράτος εξαρτάται από τις δανειακές εισφορές από επίσημους φορείς για την χρηματοδότηση στις κοινωνικές δαπάνες, μισθούς και για το δημοσιονομικό έλλειμμα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

2.1 Ορισμός της υγείας

Ο ορισμός της υγείας δεν είναι εύκολο να καθοριστεί, αφού ο τρόπος που αντιλαμβάνεται κανείς την υγεία ή την ασθένεια, επηρεάζεται από πληθώρα παραγόντων.

Το πώς ορίζεται η υγεία και η ασθένεια ως κοινωνική αναπαράσταση ίσως να διαφέρει ανάλογα με τις πολιτιστικές διαφορές, τις ιδέες και πεποιθήσεις, την [εκπαίδευση](#) και την παιδεία αλλά και τις [θρησκευτικές αντιλήψεις](#) (για τη ζωή, το θάνατο, την [αμαρτία](#), την τιμωρία, το μίasma), καθώς και τις αντιλήψεις για το σώμα (για τα όρια του, την καθαριότητα, την εικόνα του, το φύλο του) που υπάρχουν σε κάθε [κοινωνία](#). Είναι γνωστό ακόμα ότι ο τεράστιος αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με την κοινωνική αναπαράσταση που έχει ο πληθυσμός για την υγεία του. Παράγοντες γενετικοί, περιβαλλοντικοί όπως ο τρόπος διαβίωσης, η κατοικία, η εργασία, οι συνθήκες εργασίας, η ρύπανση περιβάλλοντος, παράγοντες συνθηκών ζωής όπως η διατροφή, το κάπνισμα, η άσκηση, η χρήση εθιστικών ουσιών, η συμπεριφορά, παράγοντες σχετιζόμενοι με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας και παράγοντες εκπαίδευσης υγείας επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και την κοινωνική αναπαράσταση του διπόλου υγείας-ασθένειας.

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

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του [Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας](#) (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία [ασθένειας](#) ή [αναπηρίας](#)». Η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται μόνο από την [ιατρική](#), αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το [περιβάλλον](#), η [οικονομία](#), η εργασία κ.α.

Η προαγωγή υγείας όπως υιοθετείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), είναι μία διαδικασία η οποία παράλληλα εξυπηρετεί και ένα συγκεκριμένο σκοπό δηλαδή να καταστήσει τα άτομα ικανά να αποκτήσουν ή να αυξήσουν τον έλεγχο στην υγεία τους, με την

αυτό-ενδυνάμωση. Ο ορισμός αυτός αναγνωρίζει ότι η υγεία και ο έλεγχος της αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα, το οποίο η προαγωγή υγείας θα πρέπει να παροτρύνει τον κόσμο να εξασκεί.

Ως Δημόσια Υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής της Δημόσιας Υγείας είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Αντικείμενο της Δημόσιας Υγείας είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Στηρίζεται σε διάφορες επιστήμες και τεχνικές όπως η ιατρική, η επιδημιολογία και η βιο-στατιστική, οι κοινωνικές επιστήμες, που βοηθούν να διερευνηθεί το επίπεδο της υγείας και νοσηρότητας του πληθυσμού και να παραχθούν μέτρα με σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

2.1.1 Οι βασικές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας

Οι βασικές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας συνοψίζονται ως ακολούθως.

- Στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.
- Στην προστασία και προαγωγή της υγείας, καθώς και στην πρόληψη ασθενειών.
- Στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.
- Στην προάσπιση των αναγκών υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.
- Στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων, και στην αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών.

2.1.2 Οι δράσεις της Δημόσιας Υγείας

Οι δράσεις της Δημόσιας Υγείας συνοψίζονται ως εξής

- Η εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από το φυσικό περιβάλλον από δραστηριότητες της κοινωνικής και παραγωγικής ζωής.
- Στους κοινωνικούς περιβαλλοντικούς και οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.

- Στις ανάγκες των ευπαθών πληθυσμών και στους τρόπους ζωής και τις συνθήκες που τις επηρεάζουν.
- Στην αποτελεσματική αντιμετώπιση επειγόντων ή έκτακτων καταστάσεων και γεγονότων.
- Στη διαμόρφωση πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα.
- Στη διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας.

2.2 Επίδραση της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού

Η τρέχουσα οικονομική κρίση, η οποία είναι διαφορετική σε κάθε χώρα, έχει επηρεάσει αρνητικά την οικονομία σε διεθνές επίπεδο. Αυτό αποκαλύπτουν έρευνες και μελέτες των επιμέρους χαρακτηριστικών που συνιστούν την οικονομική κατάσταση των χωρών. Όμως, μια οικονομική κρίση δεν έχει μόνο οικονομικές, αλλά και κοινωνικές διαστάσεις, καθώς προοδευτικά επεκτείνεται και συνεπηρεάζει όλες τις πτυχές της κοινωνικής ζωής του ατόμου, πλήττοντας ακόμα και την υγεία του.

Η χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση ενός ατόμου, δηλαδή το χαμηλό εισόδημα, η μειωμένη εκπαίδευση, η εργασία που δεν απαιτεί υψηλές δεξιότητες και ο κοινωνικός αποκλεισμός, σχετίζονται με την κακή σωματική (Blakely *et al.* (2002)), ψυχολογική και συναισθηματική υγεία (Van Rossum (2002), Theodossiou (1998)), όπως και τον υψηλό κίνδυνο θνησιμότητας (Gardner & Oswald (2004), Everson *et al.* (2002)).

Μελέτες δείχνουν την αύξηση της θνησιμότητας στον γενικό πληθυσμό χωρών σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων έχουν άμεση σχέση με την αύξηση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, αναπνευστικές λοιμώξεις, χρόνια ηπατική νόσο, αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες. Επιπλέον, η θνησιμότητα των βρεφών είχε και αυτή ανοδική πορεία σε αντίθεση με τους θανάτους λόγω τροχαίων ατυχημάτων (Falagas *et al.* (2009)).

Άλλες μελέτες αποκαλύπτουν πώς η πρόωμη έκθεση της μητέρας σε στρεσογόνους παράγοντες λόγω κατάθλιψης, άγχους ή ακόμη και υποσιτισμού κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, ενισχύει την δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμου-υπόφυσης-επινεφρίδιων στο βρέφος, προκαλώντας του παντοινή ευαισθησία σε μελλοντικά στρεσογόνα ερεθίσματα (Lupien *et al.* (2009)). Ο υποσιτισμός του βρέφους επηρεάζει την ανάπτυξή του, καθώς η

απουσία ρετινοϊκού οξέος (παράγωγο της βιταμίνης Α) επιδρά αρνητικά στη νοητική ανάπτυξη, ενώ η έλλειψη των Ω-3 λιπαρών οξέων ενισχύει την κατάθλιψη και τη Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (Ramakrishnan *et al.*, 2009). Τέλος, η έλλειψη σιδήρου μεταβάλλει τη διαδικασία της μυελίνωσης (Beard, 2008).

Επίσης επιπτώσεις προκαλούνται και στα παιδιά, καθώς οι πρώιμες και τυχόν αντίξοες εμπειρίες συνήθως αλλάζουν τη δομική και λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου τους επηρεάζοντας κατά αυτόν τον τρόπο την μελλοντική ψυχική τους υγεία (Tomalski & Johnson, 2010). Επιπρόσθετα, η άσχημη κοινωνική και οικονομική κατάσταση των γονέων προάγει την χαμηλή ικανότητα εστίασης της προσοχής τους (Kishiyama *et al.*, 2009).

Οι κυβερνήσεις που λαμβάνουν βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) μειώνουν τις δημόσιες κοινωνικές δαπάνες και επιβαρύνουν τους ασθενείς με το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Από έρευνα που διεξήχθη σε χώρες του πρώην ανατολικού μπλοκ για την ασθένεια της φυματίωσης απέδειξε ότι, οι χώρες που έλαβαν υποστήριξη από το ΔΝΤ, μείωσαν κατά πολύ τις δαπάνες τους (-7,5%), τον αριθμό των ιατρών ανά άτομο (-7%) και την κάλυψη του πληθυσμού στο αντιφυματικό πρόγραμμα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) (Stuckler *et al.*, 2008). Όταν όμως, οι χώρες αποσύρθηκαν από το ΔΝΤ, η φυματίωση μειωνόταν κατά 31% ή επανέρχονταν στα προηγούμενα επίπεδα πριν την είσοδο στο ΔΝΤ. Επιπλέον, ο δανεισμός από άλλες πηγές με λιγότερο αυστηρούς όρους σχετιζόταν με μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας και ουδέτερη επίδραση στο σύστημα υγείας (Stuckler & Basu, 2009).

2.3 Ψυχική Υγεία

Οι μελετητές εκφράζουν την ανησυχία τους ότι η οικονομική κρίση έχει αντίκτυπο στην ψυχική υγεία για τις επιπτώσεις της και συνιστούν την ετοιμότητα των συστημάτων υγείας για την αντιμετώπισή τους. Οι ψυχικές διαταραχές αναμένεται να αυξηθούν μέχρι το 2020 και να γίνουν δεύτερες στην κατάταξη που σχετίζεται με την ανικανότητα μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια (WHO, 2001). Πολύ μεγάλος είναι και ο συσχετισμός οικονομικής ανέχειας και κατάθλιψης (Butterworth *et al.*, 2009, Scutella & Wooden, 2008).

Τα αρνητικά αποτελέσματα της ανεργίας στη ψυχική υγεία είναι κατά πολύ μεγαλύτερες σε χώρες που δεν έχουν ισχυρή οικονομική ανάπτυξη και χαρακτηρίζονται από άνιση διανομή εισοδήματος και συστήματα ελλιπούς προστασίας ανέργων (Paul & Moser, 2009).

Η συσχέτιση φτώχειας και ψυχικών διαταραχών προέκυψε μέσω των δεικτών ανέχειας, όπως χαμηλό εισόδημα, ανασφάλεια, απελπισία, κοινωνική μεταβολή, στίγμα, διάκριση, κοινωνικός αποκλεισμός, περιορισμένη εκπαίδευση, καθώς και συννοσηρότητα με σωματικά νοσήματα (Patel & Kleinman, 2003, Patel *et al.*, 1995).

Το συμπέρασμα των περισσότερων ερευνών είναι ότι η ανέχεια ευνοεί τις ψυχικές διαταραχές, αλλά και το αντίστροφο, ενώ κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης οι φτωχοί πλήττονται πρώτοι αποτελώντας ομάδα υψηλού κινδύνου (Ago *et al.*, 1995).

Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών παίζει και το φύλο, καθώς οι γυναίκες πλήττονται λιγότερο από τον στιγματισμό και τυχόν ψυχολογική πίεση. Αυτό μπορεί να συμβαίνει εξαιτίας των εναλλακτικών και διαφορετικών κοινωνικών ρόλων που οι γυναίκες επιτελούν (Kulik, 2000, Shamir, 1985).

Η έρευνα του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. (Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής) το 2008, προκειμένου να αποτυπώσει την κατάθλιψη στον Ελληνικό πληθυσμό και να διερευνήσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία, οδήγησε σε συμπεράσματα χρήσιμα για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και ύφεσης στην ψυχική υγεία των Ελλήνων . .

Η μακροχρόνια ανεργία είναι ο κύριος λόγος της διατάραξης της ψυχικής υγείας. Πολλοί επιστήμονες συμφωνούν ότι η ανεργία και η απότομη απώλεια του εισοδήματος, μπορεί να εμφανίσει ψυχικές διαταραχές όπως (Αυτόνομο Στέκι, 2012) :

1. κατάθλιψη
2. άγχος
3. καταχρήσεις
4. αυτοκτονίες

Η εκδήλωση των συμπτωμάτων συμβαίνει συνήθως 6 μήνες μετά τη μείωση του εισοδήματος (Araya *et al.*, 2003). Το οικονομικό χρέος προδιαθέτει και αυτό την κατάθλιψη και την κακή ψυχική υγεία (Jenkins *et al.*, 2008).

2.3.1 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μία διαταραχή της διάθεσης με σοβαρές συνέπειες, η οποία πλήττει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα, 350 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο υποφέρουν από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, εκ των οποίων τα 2/3 είναι γυναίκες. Μέχρι το έτος 2030, η κατάθλιψη προβλέπεται να γίνει η πιο διαδεδομένη αιτία αναπηρίας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η οικονομική κρίση που πλήττει αυτή τη στιγμή και τη χώρα μας επιφέρει κάποιες αλλαγές στο μακρο-οικονομικό περιβάλλον, όπως μείωση των θέσεων εργασίας, αυξανόμενα οικονομικά χρέη, ανισότητες στο εισόδημα κ.α, οι οποίες αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης.

Εκτός από τους αμιγώς οικονομικούς παράγοντες, ο φόβος, η ανασφάλεια και η αβεβαιότητα για το μέλλον ως ψυχολογικές κατασκευές που συνδέονται με οικονομικές παραμέτρους μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων». (Νιάκας, 2013). από την ανάλυση των αποτελεσμάτων του NIMH Epidemiologic Catchment Area Project, προκύπτει πως όσοι βρέθηκαν σε ανεργία παρουσίαζαν διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης (Dooley, Catalano, & Wilson, 1994).

2.3.2 Άγχος

Το άγχος δεν είναι τίποτα παραπάνω παρά μια προσπάθεια του οργανισμού να τεθεί σε μια διαδικασία εγρήγορσης και ετοιμότητας για δράση, προκειμένου να καταφέρει να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες, την «απειλή», τους κινδύνους και να επιβιώσει. Είναι η ψυχοσυναισθηματική μας αντίδραση απέναντι στην πίεση που βιώνουμε, η οποία εκδηλώνεται με ποικίλα συμπτώματα, όπως δύσπνοια, ταχυπαλμία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου, ευερεθιστότητα, σύγχυση, απώλεια ελέγχου, αίσθημα ζάλης, αδυναμία λήψης αποφάσεων και πολλά άλλα. Όταν, ωστόσο, βιώνουμε πολλά από τα παραπάνω συμπτώματα δεν μιλάμε, απλώς, για άγχος αλλά, ενδεχομένως, για κάποιας μορφής αγχώδη διαταραχή.

2.3.3. Αυτοκτονίες

Η ανεργία και η οικονομική δυσπραγία έχουν σαν αποτέλεσμα τον υπερδιπλασιασμό των αυτοκτονιών.

Πρόσφατη έρευνα σε 11 από 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Στην περίπτωση, κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται >3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4-4,5%.

Αξιοσημείωτη αύξηση των κρουσμάτων [αυτοχειρίας](#) έχει παρατηρηθεί στην Ελλάδα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, με τις αυτοκτονίες να παρουσιάζουν σημαντική

αύξηση στις οικονομικά ενεργές ηλικιακές ομάδες και στους άνδρες να είναι σημαντικά περισσότερες απ' ό,τι στις γυναίκες.

Στη διάρκεια της δεκαετίας 2001-2012, σημειώθηκαν στην Ελλάδα 4641 περιπτώσεις αυτοκτονίας. Οι αυτοκτονίες στους άνδρες ήταν 3840 (82,7% του συνόλου), ενώ οι αυτοκτονίες σε γυναίκες ήταν σημαντικά λιγότερες (801 σε απόλυτο αριθμό ή 17,3% του συνόλου). Ο δείκτης αυτοκτονιών αυξήθηκε συνολικά κατά 43,9% την περίοδο 2001-2012. Από τη σύγκριση των στοιχείων πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, προκύπτει στατιστικά σημαντική αύξηση του δείκτη αυτοκτονιών στον ανδρικό πληθυσμό, ενώ δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στις γυναίκες.

Στις 24.1.2011 το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) στην ημερίδα με θέμα «Οικονομική κρίση, κοινωνικός αποκλεισμός και εξαρτήσεις», και με τη συμμετοχή Ελλήνων και Αμερικανών επιστημόνων αναφέρει πως όταν η ανεργία εμφανίζει αύξηση κατά 3% για μακρά περίοδο, τότε η θνησιμότητα από αυτοκτονίες αυξάνεται κατά 4,5%, ενώ η θνησιμότητα λόγω κατάχρησης αλκοόλ αυξάνεται κατά 28%. Οι επιπτώσεις αυτές αφορούν περισσότερο τους άνεργους άνδρες μέσης παραγωγικής ηλικίας. (ΚΕΘΕΑ, 2011).

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

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

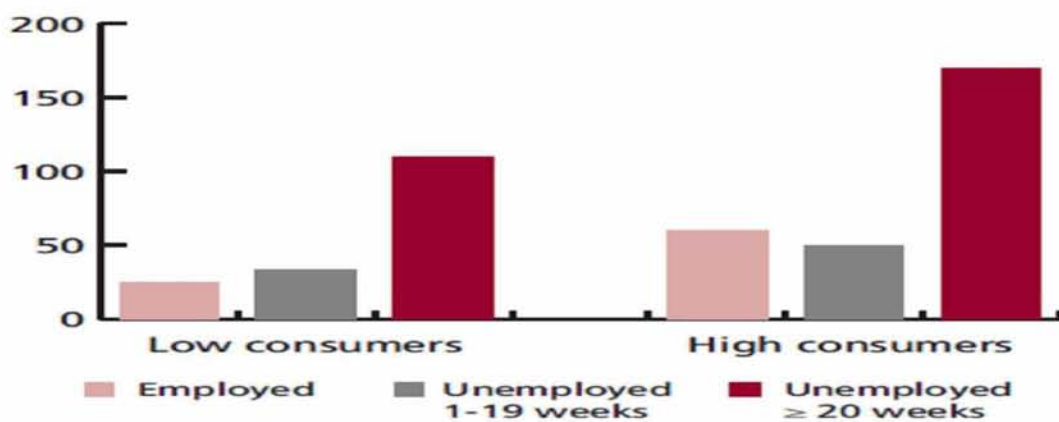
2.3.4 Επιπτώσεις στις Συμπεριφορές υγείας-καταχρήσεις

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

2.3.4.α Κατανάλωση αλκοόλ

Η κατάχρηση και η εξάρτηση από το αλκοόλ αποτελεί τον πέμπτο σημαντικότερο παράγοντα κινδύνου πρόωρων θανάτων και αναπηριών στον κόσμο. Το αλκοόλ ευθύνεται για την πρόκληση πάνω από 60 τύπων ασθενειών και βλαβών (WHO, 2007).

Μια μακροχρόνια μελέτη, στην οποία πραγματοποιήθηκε παρακολούθηση νέων ατόμων για πέντε χρόνια μετά την ολοκλήρωση της υποχρεωτικής τους εκπαίδευσης, κατέληξε στο συμπέρασμα, ότι όσοι από αυτούς υπήρξαν άνεργοι για μεγάλο χρονικό διάστημα παρουσίαζαν σημαντικά μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν ή ήταν άνεργοι για μικρή χρονική περίοδο. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι καταναλωτές αλκοόλ που εργάζονται καταφέρνουν να μην ξεπερνούν τα επιτρεπόμενα όρια κατανάλωσης, ενώ τα ίδια άτομα όταν μείνουν άνεργα συχνά γίνονται αλκοολικοί ξεπερνώντας τα επιτρεπτά όρια. Οι καταναλωτές αλκοόλ που εργάζονται καταφέρνουν να μην ξεπερνούν τα όρια επιτρεπόμενα όρια κατανάλωσης, ενώ τα ίδια άτομα αν είναι άνεργα συχνά γίνονται αλκοολικοί ξεπερνώντας τα επιτρεπτά όρια. (Διάγραμμα 1)



Διάγραμμα 1. Μέση κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των ηλικιών 16-21 σε σχέση με το χρονικό διάστημα της ανεργίας. (Πηγή: <http://enne.gr>)

Κατά τη διάρκεια του 2010 το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), συγκάλεσε Ομάδα εργασίας, αποτελούμενη από εκπροσώπους των θεραπευτικών υπηρεσιών, για την αποτύπωση της προβληματικής χρήσης αλκοόλ στη Ελλάδα . Η έρευνα έδειξε ότι το 89,6% των ατόμων που ζήτησαν βοήθεια ήταν ελληνικής καταγωγής, ενώ το 10,4% κατάγονταν από άλλες χώρες. Το 43% που αντιμετώπιζε πρόβλημα αλκοόλ ανέφερε

ότι είχε πρόβλημα ψυχικής υγείας (κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές και απόπειρες αυτοκτονίας) το 41,8% πρόβλημα σωματικής υγείας και το 14,9% και τα δύο.

Από στοιχεία της Εθνικής Έρευνας Υγείας, η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί καθημερινή συνήθεια για το 10% των Ελλήνων, ενώ στην ευρωπαϊκή κατάταξη, η Ελλάδα βρίσκεται περίπου στη μέση, σε ό,τι αφορά στον συνολικό πληθυσμό με τους Έλληνες άνδρες να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ από τις Ελληνίδες. (Τερζόπουλος & Σαράφης, 2013).

2.3.4.β Κάπνισμα

Μελέτες έχουν δείξει ότι η ανεργία σχετίζεται με το κάπνισμα. Οι άνεργοι είναι βαρύτεροι καπνιστές από τους μισθωτούς (Lee *et al.*, 1991), ενώ οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μείνουν άνεργοι (Maldron *et al.*, 1989). Άλλες έρευνες ενισχύουν την υπόθεση ότι η ανεργία αυξάνει τον επιπολασμό του καπνίσματος κυρίως στις νεαρές ηλικίες. (Πατελάρου, Μανιδάκη, Μπαλολάκης, Ορφανού, & Πατελάρου, 2012)

Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των δυτικοευρωπαϊκών χωρών, σε ποσοστό το οποίο, αν και τελευταία έχει μειωθεί, εξακολουθεί να παραμένει το υψηλότερο μεταξύ των χωρών της δυτικής Ευρώπης. Η μείωση μάλλον οφείλεται στον περιορισμό των εισοδημάτων των νοικοκυριών λόγω της οικονομικής κρίσης, όμως είναι ανεπαίσθητη αφού και πάλι τα ποσοστά είναι υψηλά. (10^ο Πανελλήνιο συνέδριο Δημόσιας υγείας & Υπηρεσιών Υγείας με θέμα «Δημόσια Υγεία : Δρόμος προς την ανάπτυξη», 2014)

2.3.4.γ Ναρκωτικές ουσίες

Οι επιπτώσεις των οικονομικών και κοινωνικών μεταβολών τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, σύμφωνα με τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ευνοούν την εξάπλωση του προβλήματος των ναρκωτικών. Η οικονομική κρίση έχει επιδεινώσει την κατάσταση των εξαρτημένων ατόμων και έχει οδηγήσει σε ραγδαία αύξηση του HIV/AIDS και άλλων μολυσματικών ασθενειών.

Μελέτες στη Βρετανία, στη Νορβηγία και στη Σουηδία έχουν δείξει έντονη σχέση μεταξύ της ανεργίας και των ναρκωτικών ουσιών (LSD, οπιούχα) και κυρίως της κάνναβης. (Peck & Plant, 1986) που είναι πιο διαδεδομένη στους Ευρωπαίους. Το 2010 υπολογίζεται το ύψος της κατανάλωσής της από € 7 δισεκατομμύρια έως € 10 δισεκατομμύρια. Οι συχνοί χρήστες είναι ένα μικρό κλάσμα των συνολικών χρηστών κάνναβης (μεταξύ 5 % και 25 % ,

ανάλογα με τη χώρα), αλλά είναι υπεύθυνοι για το μεγαλύτερο μέρος (μεταξύ 55% και 77%) του συνολικού ποσού της κάνναβης ετήσιας κατανάλωσης.

Στην Ελλάδα από την «Ετήσια Έκθεση για την Κατάσταση του Προβλήματος των Ναρκωτικών και των Ουιροπνευματωδών στην Ελλάδα» για το 2010, έδειξε ποσοστιαία αύξηση στον αριθμό των ατόμων που αναφέρουν ως κύρια ουσία κατάχρησης την κάνναβη και την κοκαΐνη ή κρακ. Η κάνναβη κατέγραψε αύξηση κατά 139% και η κοκαΐνη ή κρακ κατέγραψε αύξηση κατά 437%. Μεταξύ 2009 και 2010 ο αριθμός των ατόμων που εντάχθηκαν σε προγράμματα για προβλήματα από ηρωίνη ή άλλα οπιοειδή παρέμεινε σταθερός, ενώ αύξηση κατά 19,4% παρουσίασε ο αριθμός των ατόμων που εντάχθηκαν σε προγράμματα απεξάρτησης για προβλήματα από κάνναβη.

Ραγδαία αυξάνεται ο αριθμός των ανθρώπων που καλούν σε βοήθεια, έτσι στις μονάδες του ΟΚΑΝΑ κάθε βδομάδα δέχονται 10-15 νέες αιτήσεις για ένταξη στα θεραπευτικά προγράμματα. Αυτό σημαίνει ότι οι χρήστες αυξάνονται και ότι εμφανίζονται κάποιοι 'κρυμμένοι' χρήστες».

Η οικονομική κρίση πλήττει την κοινωνία και αποδυναμώνει τις δομές της και έτσι σε περίοδο λιτότητας, που συνοδεύεται από περικοπές στους προϋπολογισμούς και πολλές φορές και μείωση προσωπικού στον δημόσιο τομέα και στον τομέα της Υγείας, οδηγεί σε περιορισμένη δράση για την αντιμετώπιση της μάστιγας των ναρκωτικών, σε σχέση με τα μέτρα πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.

2.4 Σωματικές επιπτώσεις

Με βάση τα αποτελέσματα της Εθνικής Μελέτης Νοσηρότητας (Ε.ΜΕ.ΝΟ), η [οικονομική κρίση](#) και η [ανεργία](#) σχετίζονται με αύξηση των εμφραγμάτων, με τη συχνότητα της στεφανιαίας νόσου να αγγίζει το 4,6% και των εγκεφαλικών το 1,9%. Επιπλέον, η στεφανιαία νόσος ήταν 2 φορές συχνότερη στους άνδρες (6,3%) απ' ότι στις γυναίκες (3,1%).

Ωστόσο, η ανεργία και η κρίση επηρεάζουν και το [σωματικό βάρος](#). Ποσοστό 45% των ανδρών και 30% των γυναικών ήταν υπέρβαροι και 31% των ανδρών και 34% των γυναικών παχύσαρκοι. Στην ηλικιακή ομάδα 18-29 ετών, 51% των ανδρών και 31% των γυναικών ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.

Ποσοστό 39% των ανδρών και 33% των γυναικών είχαν υπέρταση. Σημειώνεται ότι το 40% των υπέρτασικών ήταν αδιάγνωστοι, 15% είχαν διαγνωσθεί αλλά δεν έπαιρναν θεραπεία, 27% έπαιρναν θεραπεία αλλά ήταν αρρυθμιστοι και μόνο 18% ήταν ρυθμισμένοι υπό θεραπεία..

Εξάλλου, το 12,5% των ανδρών και το 10% των γυναικών είχαν διαβήτη (11% στο σύνολο). Από τους διαβητικούς, 14% ήταν αδιάγνωστοι, 4% είχαν διαγνωσθεί αλλά δεν έπαιρναν θεραπεία, 41% έπαιρνε θεραπεία αλλά ήταν αρρυθμιστοι και 41% ήταν ρυθμισμένοι υπό θεραπεία.

Επιπλέον, το 37% των ανδρών και το 34% των γυναικών είχαν αυξημένη χοληστερίνη (35% συνολικά) ενώ πάνω από τα 2/3 ατόμων ηλικίας κάτω από 50 ετών με αυξημένη χοληστερίνη είναι αδιάγνωστοι.

2.5 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τον καθηγητή κ. Κυριόπουλο, στην Ελλάδα εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη (Κυριόπουλος, 2010). Αυτό σημαίνει ότι αυξάνονται, αντίστοιχα, οι πιέσεις για αποδοτικότητα του συστήματος Υγείας. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του υπουργείου Υγείας, ήδη σημειώνεται μια αύξηση 20% στη χρήση των υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ παρατηρείται μια μείωση κατά 15% περίπου στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία (Δημολιάτης, Κυριόπουλος, Λάγγας & Φιλαλήδης, 2006).

Η σημερινή οικονομική κρίση δεν πλήττει μόνο τις φτωχές χώρες αλλά και τις πλούσιες . Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελούσε κοινωνικό αγαθό ή δικαίωμα, όμως σήμερα, ολοένα και περισσότερο η πρόσβαση αυτή βασίζεται σε ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια. Είναι λοιπόν αναμενόμενο να παρατηρηθούν προβλήματα στην πρόσβαση σε κοινωνικές ομάδες με περιορισμένους πόρους. Έτσι στις χαμηλής μέσης ανάπτυξης χώρες η πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Εννοιολογική προσέγγιση του Συστήματος Υγείας

Η εννοιολογική προσέγγιση του συστήματος υγείας εξαρτάται από την επιστημονική αντίληψη και την ιδεολογική σκοπιά των διαφόρων επιστημόνων. Δεν ταυτίζεται με την ιατρική περίθαλψη, αλλά περιλαμβάνει ευρύτερες υπηρεσίες πρόληψης και προάσπισης της δημόσιας υγείας

Σύμφωνα τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το σύστημα υγείας ορίζεται ως «οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση υγείας». Κατά τον Roemer σύστημα υγείας είναι «ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό».

Κατά τον Λιαρόπουλο (2007), το ολοκληρωμένο σύστημα υγείας είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας.

Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007), το σύστημα υγείας αποτελεί ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων υλικών πόρων προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού. Έχει ως βασικές αρχές λειτουργίας την αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, ενώ εμφανίζει και ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, όπως εμφάνιση προκλητής ζήτησης, ηθικός κίνδυνος, μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά, μη αποτελεσματική αξιολόγηση των υπηρεσιών και ανισότητες τους.

Σύμφωνα με τη μελέτη του κ. Σούλη & των συνεργατών του (2001), σύστημα υγείας ορίζεται ως «το σύνολο των επιμέρους στοιχείων-υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους όπως και με το περιβάλλον (του

συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξής του, ο οποίος είναι η διατήρηση και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού».

Σύστημα υγείας είναι δηλαδή, «το σύνολο των δομών και υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, με βάση θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας, με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας και κατ' επέκταση της υγείας των πολιτών, στους οποίους απευθύνονται» (Σιγάλας, 2008).

Εν κατακλείδι το σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο υποσυστημάτων που αλληλοσχετίζονται τόσο μεταξύ τους, όσο και με το ευρύτερο οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό περιβάλλον και έχει σκοπό τη διασφάλιση και τη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού της χώρας. Πρέπει να είναι οικονομικά αποτελεσματικό και κοινωνικά δίκαιο. Να παράγει δηλαδή υπηρεσίες υγείας στη μέγιστη δυνατή ποσότητα και το μικρότερο δυνατό κόστος και ταυτόχρονα να εξασφαλίζει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες.

Το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και αλληλοεξαρτώνται. Τα τρία αυτά υποσυστήματα είναι :

- Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και η εξέλιξή του
- Η παραγωγή υπηρεσιών υγείας
- Η παραγωγή κάλυψης των δαπανών.

3.2 Μορφές Συστημάτων Υγείας

Το σύστημα υγείας έχει τρεις μορφές οι οποίες είναι οι εξής :

- Το Φιλελεύθερο ή Ιδιωτικό Σύστημα
- Το Δημόσιο Σύστημα
- Το Μικτό Σύστημα

3.2.1 Φιλελεύθερο ή ιδιωτικό σύστημα

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς και με την ελάχιστη παρέμβαση του κράτους. Επικρατεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας και η υγειονομική κάλυψη

αποτελεί προσωπική και ελεύθερη επιλογή του καθενός, δηλαδή ο καθένας αποφασίζει ελεύθερα αν πρέπει ή όχι να ασφαλιστεί. Όσοι επιλέγουν να μείνουν ανασφάλιστοι (φτωχοί, άνεργοι κτλ.), καλούνται να πληρώσουν τις δαπάνες με το ατομικό τους εισόδημα κάθε φορά που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας.

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα του συγκεκριμένου συστήματος για τον ασθενή είναι η διασφάλιση του δικαιώματος να επιλέγει τον γιατρό και το νοσοκομείο που επιθυμεί. Το δικαίωμα αυτό υπάρχει μόνο για τους οικονομικά εύπορους ενώ οι οικονομικά αδύνατοι το έχουν όσο το επιτρέπει η οικονομική τους δυνατότητα.

Τα μειονεκτήματα του συστήματος αυτού είναι αρχικά ότι οδηγεί σε μεγάλες υγειονομικές ανισότητες αφού η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή. Στο σύστημα αυτό απουσιάζει η καθολική και πλήρης κάλυψη του πληθυσμού. Ένα άλλο μειονέκτημα είναι η αύξηση της προκλητής ζήτησης από την πλευρά των γιατρών η οποία οδηγεί στην αύξηση άσκοπων επισκέψεων, εξετάσεων και εγχειρήσεων, με αποτέλεσμα ο τομέας υγείας να απορροφά πολλούς πολύτιμους πόρους χωρίς να έχει ανάλογα αποτελέσματα. Επιπλέον, επειδή το σύστημα αυτό βασίζεται στο κέρδος εστιάζεται κυρίως στη θεραπευτική αντιμετώπιση και αποκατάσταση της νόσου και ελάχιστα στην πρόληψη και αποθεραπεία εκτός του νοσοκομείου (Σαρρής & Σούλης, 2001).

3.2.2 Δημόσιο σύστημα

Το δημόσιο σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη με την ισότιμη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού ανεξάρτητα από φύλλο, ηλικία, επάγγελμα και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση που επιτυγχάνεται μέσα από την αυξημένη κρατική παρέμβαση. Στο δημόσιο σύστημα, το κράτος εξασφαλίζει ένα ελάχιστο επίπεδο υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες, έχοντας έντονη παρέμβαση. Οι συντελεστές παραγωγής μπορεί να ανήκουν στο κράτος, στα ασφαλιστικά ταμεία ή και σε ιδιώτες.

Τα δημόσια συστήματα χρηματοδοτούνται είτε από την κοινωνική ασφάλιση που εκπροσωπείται από διάφορα ασφαλιστικά ταμεία, που χρηματοδοτούν το σύστημα από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων (ο καθένας επιλέγει τους τρόπους κάλυψης των αναγκών υγείας του μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, πληρώνοντας τις απαιτούμενες εισφορές) είτε από τον κρατικό μηχανισμό (φορολογία). Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην αρχή ότι η υγεία είναι

δημόσιο αγαθό παρά ατομικό δικαίωμα και γι αυτό υποχρεούται το κράτος να παρέχει τις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας (Θεοδώρου και συνεργάτες, 2001)

Το πλεονεκτήματα αυτού του συστήματος είναι ότι διασφαλίζεται πλήρης, καθολική και ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως της κοινωνικο – οικονομικής τους κατάστασης και το μειονέκτημα είναι η ανάπτυξη της γραφειοκρατίας η οποία εμποδίζει την ιατρική και επιβαρύνει τις υπηρεσίες με περισσότερες εργασίες, η εμφάνιση λίστας αναμονών λόγω του ότι προτεραιότητα έχουν τα σοβαρά περιστατικά και όχι η οικονομική δυνατότητα των πολιτών και δεν υπάρχει ελεύθερη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου από τους ασθενείς .

3.2.3 Μικτό σύστημα

Το μικτό σύστημα είναι ένας συνδυασμός μεταξύ του ιδιωτικού και δημοσίου συστήματος. Βασίζεται στην κοινωνική ασφάλιση, που χρηματοδοτείται από εισφορές που υπολογίζονται σύμφωνα με την οικονομική δυνατότητα του καθενός. Η παρέμβαση του κράτους είναι σημαντική, αφού συμπληρώνει χρηματικά τα κενά της κοινωνικής ασφάλισης, προσφέροντας στους πολίτες ένα ελάχιστο αριθμό υπηρεσιών υγείας.

Έχει αποδειχθεί ότι τέτοιου είδους συστήματα έχουν εξασφαλίσει ικανοποιητικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού διατηρώντας και τα χαρακτηριστικά ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης με λογικό κόστος.

3.3 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα συστήθηκε με το θεμελιώδη νόμο 1397/1983 (ΦΕΚ 123 Α'). Στο πρώτο του άρθρο ο νόμος αναφέρει: «1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. 2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού». Ο νόμος αυτός θεωρείται η ουσιαστικότερη προσπάθεια εφαρμογής ενιαίων αρχών σε ένα κατακερματισμένο σύστημα υγείας. Τα νοσοκομεία μετατράπηκαν σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και απαγορεύθηκε η ίδρυση ή επέκταση ιδιωτικών κλινικών και

καθιερώθηκε ο θεσμός του μόνιμου ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης στα νοσοκομεία.

Έτσι λοιπόν το Ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από ένα μικτό σύστημα υγείας με συμμετοχή τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα, όχι μόνο από την πλευρά παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και από την χρηματοδότηση αυτών. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα του Έλληνα πολίτη και σχετίζεται με την υπηκοότητα, την επαγγελματική κατάσταση και τις ασφαλιστικές εισφορές προς τους δημόσιους φορείς. Σκοπός του Ε.Σ.Υ. είναι η βελτίωση της υγείας των ασθενών και όχι η προσφορά υπηρεσιών υγείας. Ο δημόσιος τομέας καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού ενώ ο ιδιωτικός την ζήτηση.

Τα πλεονεκτήματα της λειτουργίας του εθνικού συστήματος υγείας είναι :

- η εξασφάλιση δίκαιης κατανομής των πόρων
- η ενιαία και κεντρική χρηματοδότηση του συστήματος συμβάλλει στην αποτελεσματική διαχείρισή του και στον έλεγχο των δαπανών του
- οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας, πρόληψης και υγειονομικής διαφώτισης αποτελούν προτεραιότητα
- δεν υπάρχει διαστρέβλωση στην άσκηση ιατρικής και η συνεργασία μεταξύ των γιατρών είναι καλή, αφού ο επαγγελματικός ανταγωνισμός είναι περιορισμένος
- Περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος

Τα μειονεκτήματα του εθνικού συστήματος υγείας είναι :

- η ανάπτυξη γραφειοκρατίας επιβαρύνει την οικονομική και αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος
- η υπόθαλψη της επαγγελματικής χαλαρότητας των ιατρών
- η εμφάνιση λίστας αναμονής σε νοσοκομεία για χειρουργικές επεμβάσεις
- η περιορισμένη επιλογή ιατρού και νοσοκομείου που έχει ο ασθενής
- η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών στο σύστημα που θα προάγουν την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα και το μανάτζμεντ.
- Υψηλές δαπάνες υγείας
- Χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

3.3.1 Κατηγορίες Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες υγειονομικής περίθαλψης:

1) Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Περιλαμβάνει υπηρεσίες για τη διάγνωση και πρόληψη ασθενειών και νοσημάτων χωρίς να χρειαστεί ο ασθενής να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από φορείς του δημοσίου τομέα όπως τα Κέντρα Υγείας, τα εξωτερικά Ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών και από ιδιωτικούς φορείς, όπως ιδιωτικών ιατρείων, διαγνωστικών κέντρων, εξωτερικών ιατρείων ιδιωτικών κλινικών, ιδιώτες ιατροί και οδοντίατροι.

2) Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Περιλαμβάνει υπηρεσίες που απευθύνονται σε ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομεία ή κλινικές. Οι υπηρεσίες παρέχονται από Φορείς του δημόσιου ως δημόσια νοσοκομεία, λίγα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος και από Ιδιωτικούς φορείς (Κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία και κλινικές)

3) Τριτοβάθμια περίθαλψη

Ανήκουν μεγάλης δυναμικότητας Πανεπιστημιακά και Γενικά νοσοκομεία που διαθέτουν πληρότητα σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και ειδικευμένο προσωπικό. Στα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία γίνονται και η έρευνες στον τομέα της ιατρικής και τεχνολογίας.

3.4 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα Υγείας

Η κρίση δεν επιδρά αρνητικά μόνο στην υγεία των ανθρώπων, αλλά δημιουργεί πιέσεις και στη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Ειδικότερα, σε περιόδους οικονομικής ύφεσης δύο τομείς διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας και κατ' επέκταση στην υγεία του πληθυσμού. Οι τομείς αυτοί είναι τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας με την παράλληλη ανάδειξη των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας ως παράγοντες μείζονος σημασίας.

Τα βιώσιμα συστήματα υγείας βασίζονται στην αξιόπιστη πρόσβαση σε ανθρώπινο κεφάλαιο και αναλώσιμους πόρους. Η εξασφάλιση αυτών των εισροών απαιτεί οικονομικούς πόρους για επενδύσεις σε κτίρια και εξοπλισμό, για αποζημίωση του προσωπικού υγείας, για τα φάρμακα και αναλώσιμα. Οι περισσότερες χώρες αισθάνονται συνεχή πίεση λόγω των αυξανόμενων δαπανών και των περιορισμένων πόρων.

Τα συστήματα υγείας στην οικονομική κρίση αντιμετωπίζουν προβλήματα χρηματοδότησης λόγω μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας και λόγω της διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους. Τα ελλείμματα όμως στον δημόσιο τομέα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις τόσο στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης όσο και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών τους αναγκών (Appleby, 2008).

Η έκθεση του WHO «The Financial Crisis and Global Health» τον Ιανουάριο του 2009 επιβεβαιώνει ότι, εάν οι δημόσιοι προϋπολογισμοί το οικογενειακό εισόδημα υφίστανται 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, εφόσον η περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε χαμηλότερο κόστος. Αν δεν εξασφαλιστεί επαρκή οικονομική στήριξη της δημόσιας περίθαλψης, η ποιότητα υπηρεσιών είναι πιθανόν να επιδεινωθεί. Η μείωση του προϋπολογισμού για την υγεία θα μπορούσε να αποδειχθεί προβληματική, εφόσον οι απαιτήσεις για υγειονομική περίθαλψη, όπως η ψυχική υγεία, αυξάνεται κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης. Η ίδια έκθεση επιβεβαιώνει ότι τα συστήματα υγείας επιβαρύνονται λόγω αύξησης της ζήτησης κυρίως υπηρεσιών δημοσίου χαρακτήρα καθώς οι ασθενείς στρέφονται εκεί όπου τους παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη (WHO, 2009).

Τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης για δύο κυρίως λόγους. Ο πρώτος αφορά στη μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας. Ο δεύτερος σχετίζεται με τη διακοπή της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους.

Στις χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες, η πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα (who,2009).

Έτσι λοιπόν, είναι πιθανό λόγω της διαρκούς της οικονομικής κρίσης να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε ετήσια βάση λόγω μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης, κατά την εκτίμηση της Παγκόσμιας Τράπεζας. (BOVINIK, 2010)

Στη Λατινική Αμερική, η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 1982 οδήγησε σε μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία επηρεάζοντας δυσανάλογα τις φτωχότερες και πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Musgrove P.,1987) Αναλυτές συμφωνούν ότι απάντηση στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία αποτελούν τα εθνικά συστήματα υγείας και η εθνική ασφάλιση υγείας (WHO, 2009).

3.5 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη της οικονομίας συρρικνώθηκε το 2008 υπό το βάρος της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Η ανεργία τον Ιούλιο του 2009 ήταν 9,6% σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας (ΕΣΥΕ.,2009)

Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών συνδυαστικά με το υψηλό εθνικό έλλειμμα αναμένεται να εντείνει τις συνέπειες στους προϋπολογισμούς για το Ελληνικό σύστημα υγείας (Καραϊσκού, 2012). Οι περικοπές στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων μελλοντικά θα δυσκολέψουν την κατάσταση και έτσι εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Αυτό σημαίνει ότι αυξάνονται, αντίστοιχα, οι πιέσεις για αποδοτικότητα του συστήματος Υγείας. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του υπουργείου Υγείας, ήδη σημειώνεται μια αύξηση 20% στη χρήση των υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ παρατηρείται μια μείωση κατά 15% περίπου στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία (Δημολιάτης & Κυριόπουλος, 2006)

Η κατάσταση αυτή θα δημιουργήσει μεγαλύτερες πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και στην αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος

υγείας είναι μικρή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών. Η δυσαρέσκεια των ασθενών εστιάζεται κυρίως στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Υπάρχουν κοινωνικοοικονομικές ανισότητες ως προς τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Έρευνες έχουν δείξει ότι στην Ελλάδα υπάρχει συσχέτιση της χρήσης υπηρεσιών υγείας του επιπέδου της υγείας με το εισόδημα (Mossialos, 2002).

Τα μέλη των νοικοκυριών σε κίνδυνο φτώχειας δηλώνουν ότι έχουν χειρότερη υγεία. Ειδικότερα, ο πτωχός πληθυσμός έχει κάποιο χρόνια πρόβλημα κατά 35% περισσότερο από το μη πτωχό πληθυσμό.

Πολλές είναι οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης και στο Ελληνικό σύστημα υγείας, όπως κατακερματισμός, επικαλύψεις και υγειονομικές ανισότητες, αδυναμία κάλυψης αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας, αύξηση της ζήτησης λόγω γήρανσης του πληθυσμού, πληθωρισμός ιατρών και έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, χαμηλή παραγωγικότητα και ποιότητα των υπηρεσιών, μη ανταποκρισιμότητα, σπατάλη πόρων και διοχέτευσή τους στην παραοικονομία. Τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων (6,5 δις €) και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας (4,5 δις €) θα αυξηθούν και θα υπάρξουν δυσχέρειες στην εξυπηρέτησή τους, ενώ και ο ιδιωτικός τομέας θα αντιμετωπίσει, επίσης, ανάλογα προβλήματα. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες θα αντιμετωπίσουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους, καθώς η ζήτηση για τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας θα μειωθεί εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος.

Σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες, οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη, με αποτέλεσμα να υπάρχει επιπλέον ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, επιβαρύνοντας κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (WHO, 2009) Στην Ελλάδα η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία του 2011, στρέφεται προς τον δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με διόγκωση των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία κατά 24% το 2010 και κατά 6% το 2011, αλλά κάμψη της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια κατά 9% και 11% το 2010 αντιστοίχως και με στασιμότητα όμως το 2011 κατά -1% και 1% αντίστοιχα (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Γεγονός το οποίο υποδηλώνει μεταξύ άλλων, και την ανάπτυξη μηχανισμού αντίστροφης «υποκατάστασης», φαινόμενο το οποίο σχετίζεται με τη διαφορετική επιβάρυνση των καταναλωτών (με ίδιες πληρωμές ή/και παραπληρωμές) στις διάφορες υπηρεσίες υγείας.

ΔΥΠε	Αριθμός νοσηλ.ευθέντων 2009	Αριθμός νοσηλ.ευθέντων 2010	Αριθμός νοσηλ.ευθέντων 2011	%Μεταβολή 2009-2010	% Μεταβολή 2010-2011
1 ^η	473.750	540.888	594.456	14%	10%
2 ^η	204.270	269.789	279.456	32%	4%
3 ^η	181.031	248.443	271.404	37%	9%
4 ^η	290.405	308.633	317.163	6%	3%
5 ^η	170.461	212.574	229.983	25%	8%
6 ^η	268.720	362.574	376.313	35%	4%
7 ^η	96.036	145.258	149.283	51%	3%
Σύνολο	1.684.673	2.088.199	2.218.465	24%	6%

Πηγή: Γραφείο ΓΓ ΥΥΚΑ (2009/2010), esy.net (2011)

Πίνακας 1. Αριθμός επισκέψεων κατά την ολόμηρη λειτουργία των νοσοκομείων του ΕΣΥ

ΔΥΠε	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ 2009	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ 2010	ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ 2011	% μεταβολή 2009-2010	% μεταβολή 2010-2011
1 ^η	3.037.906	2.548.170	2.359.636	-16%	-7%
2 ^η	1.411.907	1.333.340	1.474.856	-6%	-11%
3 ^η	1.836.955	1.685.076	1.604.480	-6%	-5%
4 ^η	2.143.020	1.993.717	1.972.266	-8%	-1%
5 ^η	1.230.496	1.177.218	1.202.73	-7%	2%
6 ^η	2.476.526	2.374.333	2.253.013	-4%	-5%
7 ^η	922.845	799.535	930.407	-4%	-16%
Σύνολο	13.056.845	11.911.390	11.797.396	-9%	-1%

Πηγή: Γραφείο ΓΓ ΥΥΚΑ (2009-2010), esu.net (2011)

Πίνακας 2. Συνολικός αριθμός επισκέψεων στα ΤΕΙ

Στον παραπάνω πίνακα εμφανίζεται ο συνολικός αριθμός επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, στα τμήματα επειγόντων περιστατικών και στα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων, ενώ στον παρακάτω πίνακα εμφανίζονται οι επισκέψεις στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

ΔΥΠε	Τ.Ε.Ι. 2009	Τ.Ε.Ι 2010	Τ.Ε.Ι 2011	% μεταβολή 2009-2010	% μεταβολή 2010-2011
1 ^η	1.616.679	1.290.064	1.184.448	-20%	-8%
2 ^η	762.121	751.642	828.642	-1%	10%
3 ^η	1.093.107	975.934	912.145	-11%	-7%
4 ^η	1.211.822	1.091.356	1.092.803	-10%	0%
5 ^η	683.194	621.427	662.235	-9%	7%
6 ^η	1.500.367	1.343.019	1.359.934	-10%	1%
7 ^η	439.903	401.067	478.437	-9%	19%
Σύνολο	7.307.193	6.474.508	6.518.644	-11%	1%

Πηγή: Γραφείο ΓΓ ΥΥΚΑ (2009-2010), *esu.net* (2011)

Πίνακας 3. Αριθμός επισκέψεων στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ

Η βιωσιμότητα του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν είναι πια δεδομένη, λόγω της οικονομικής κρίσης που πλήττει την Ελλάδα. Μια λύση για την ανάπτυξη του ελληνικού συστήματος υγείας είναι:

- Πλήρης ανάπτυξη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Ανάπτυξη θεσμού οικογενειακού γιατρού ή γενικού γιατρού
- Διαρκής παρακολούθηση επιπέδων και δεικτών υγείας
- Ενημέρωση – εκπαίδευση και ενδυνάμωση του ατόμου σχετικά με θέματα υγείας
- Κινητοποίηση κοινωνικών ομάδων για δημιουργία εθελοντικού δικτύου κοινωνικής προστασίας ευαίσθητων ομάδων.
- Ανακατανομή των πόρων και προώθηση της πρόληψης σε σχέση με την θεραπεία
- Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών των υγειονομικών φορέων,
- Αξιοποίηση και ανάπτυξη προσωπικού (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009).

3.6 Συνέπειες οικονομικής κρίσης στα νοσοκομεία

Λόγω της οικονομικής κρίσης πολλοί ασθενείς καταφεύγουν στα δημόσια νοσοκομεία, αφού είναι οικονομικά αδύνατον να επισκεφθούν κάποιο ιδιωτικό ιατρείο ή διαγνωστικό κέντρο για να εξεταστούν.

Οι ασθενείς που απευθύνονται στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, προκειμένου να υποβληθούν σε κάποια εξέταση ή να επισκεφτούν ένα γιατρό, είναι αναγκασμένοι να περιμένουν

μέχρι και 6 μήνες. Η τεράστια αναμονή στη λίστα οδηγεί μάλιστα πολλές φορές τους ασθενείς - οι περισσότεροι από τους οποίους είναι χαμηλόμισθοι και συνταξιούχοι- να καταφεύγουν σε ιδιωτικές κλινικές, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που η κατάσταση υγείας ασθενών έχει επιδεινωθεί μέχρι να γίνουν δεκτοί από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αυτή η αναμονή οφείλεται αφενός μεν στην αυξημένη ζήτηση των ασθενών και αφετέρου στη μειωμένη προσφορά του ιατρικού προσωπικού λόγω περικοπών.

Επίσης λόγω της κρίσης οι προσλήψεις σε προσωπικό για τα νοσοκομεία έχει μειωθεί, συνεπώς οι λιγοστοί γιατροί και νοσηλευτές των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών ζουν τον δικό τους εφιάλτη, έχοντας να εξετάσουν και να περιθάλμουν δυσανάλογα μεγάλο αριθμό ασθενών σε σχέση με τις δυνατότητές τους, με συχνές ελλείψεις βασικών υλικών, βλάβες μηχανημάτων, συνθήκες που προκαλούν σε εργαζομένους και επισκέπτες έντονο στρες.

Λόγω της περικοπής δαπανών και απλήρωτων προμηθευτών στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας, παρατηρούνται ελλείψεις υλικών μεγάλης κατανάλωσης, που είναι απαραίτητα για τη λειτουργία των νοσοκομείων όπως οξυζενέ, βαμβάκι, αναλώσιμα υλικά κ.α.

Για το λόγο αυτό το Υπουργείο Υγείας έδωσε εντολές για την κατάρτιση των προϋπολογισμών των νοσοκομείων ως προς το πλαίσιο των υποχρεώσεων του και της ασκούμενης δημοσιονομικής προσαρμογής. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται οι στόχοι που ετέθησαν για το 2011 και 2012-2015 .

Κατηγορίες	Προϋπολογισμός						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ΕΣΟΔΑ	2,2	2,2	2,1-2,2	2,2	2,15	2,1	2,05
έσοδα από παρεχόμενες Υπηρεσίες	2,2	2,2	2,1	2,4	2,05	2	1,95
Λοιποί πόροι	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
ΔΑΠΑΝΕΣ	2,9	2,6	2,4	2,2	2,15	2,1	2,05
Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη		2,1	1,61	1,51	1,48	1,43	1,4
Προσωπικό (Επικουρικό κλπ)			0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Λοιπές Υπηρεσίες		0,5	0,59	0,49	0,47	0,47	0,45

Πηγή: Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ 2011

Πίνακας 4. Προϋπολογισμός νοσοκομείων

3.7 Δαπάνες υγείας

Δαπάνη Υγείας εννοούμε κάθε δαπάνη που γίνεται με πρωταρχικό σκοπό την βελτίωση ή την πρόληψη χειροτέρευσης της κατάστασης υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού.

Το 2009 η δαπάνη υγείας για τη Ελλάδα ανήλθε στο 9,6% του Α.Ε.Π δηλαδή 24,6 δις, από τα οποία τα 15,4 δις αποτελούν δημόσια δαπάνη και τα 9,2 δις ιδιωτική δαπάνη για την υγεία. Η ιδιωτική δαπάνη υγείας περιλαμβάνει τις δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη σε κρατικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές περιλαμβανομένων των δαπανών που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων κατηγοριών του πληθυσμού, καθώς και των ατόμων που είναι ανασφάλιστα. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία περιλαμβάνουν όχι μόνο τις επενδύσεις στο χώρο της υγείας αλλά και την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών υγείας. Οι Εθνικοί λογαριασμοί υγείας είναι μια τυποποιημένη μεθοδολογία που παρακολουθεί και καταγράφει όλες τις ροές των δαπανών σε ένα σύστημα υγείας (δημόσιες ,ιδιωτικές ,δαπάνες στο εξωτερικό) (IOBE) Αθήνα, Σεπτέμβριος 2011). Οι δαπάνες υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες:

- **Ιατρικές Δαπάνες**, οι οποίες αναφέρονται σε αμοιβές γιατρών, έξοδα μεταφοράς ασθενών, έξοδα για διάφορες θεραπείες π.χ. λουτροθεραπείες κ.α
- **Νοσοκομειακές Δαπάνες** που αφορούν έξοδα νοσηλείας, δαπάνες επεμβάσεων, δαπάνες φαρμάκων, δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων κ.α
- **Φαρμακευτικές Δαπάνες**, οι οποίες αφορούν δαπάνες για φάρμακα, οπτικά και ορθοπεδικά.

Εκτός από τις παραπάνω κύριες δαπάνες υπάρχουν οι **Συνολικές Δαπάνες Υγείας** που περιλαμβάνουν δαπάνες για σχολική ιατρική, για πρόληψη, για υγειονομικές υπηρεσίες στρατού, για έρευνα και λειτουργικές δαπάνες.

Οι δαπάνες των ελληνικών νοσοκομείων αποτελούν βασικό δείκτη των οικονομικών στόχων κάθε νοσοκομειακής μονάδας. Οι συνολικές δαπάνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ προκύπτουν από το σύνολο των δαπανών για υπηρεσίες, όπως δημόσιες επιχειρήσεις και οργανισμοί (ΔΕΚΟ), ασφάλεια, καθαριότητα, εστίαση και λοιπές δαπάνες, των δαπανών υλικών που χωρίζονται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: φάρμακο, υγειονομικό υλικό, ορθοπαιδικό υλικό, χημικά αντιδραστήρια, και των δαπανών αναλώσιμων, όπως αέρια, καύσιμα και λοιπές δαπάνες

Στον παρακάτω πίνακα καταγράφεται το σύνολο των Νοσοκομειακών Δαπανών ανά υγειονομική περιφέρεια (ΥΠε)

ΔΥΠε	2009	2010	2011	2012
1 ^η	898.801.622	822.351.210	761.431.833	696.980.763
2 ^η	369.778.208	415.565.155	418.124.475	382.419.022
3 ^η	267.150.984	256.079.380	265.955.011	230.151.333
4 ^η	397.657.776	380.710.940	321.501.778	278.191.888
5 ^η	237.365.987	202.463.235	176.593.206	159.096.705
6 ^η	407.985.324	379.338.107	343.687.536	307.877.233
7 ^η	172.627.907	178.400.316	162.849.704	146.914.870
Σύνολο	2.751.367.808	2.614.908.343	2.450.143.543	2.201.631.814

Πηγή: Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ) – ESY.net
Πίνακας 5. Συνολικές δαπάνες νοσοκομείων ανά υγειονομική περιφέρεια (ΥΠε) (έτη 2009–2012).

Με τους εθνικούς λογαριασμούς υγείας παρέχονται πληροφορίες σε τρεις άξονες:

- 1) πηγές χρηματοδότησης, δηλαδή ποιος θα χρηματοδοτήσει τις δραστηριότητες στον χώρο της υγείας, από πού δηλαδή θα προέλθουν οι πόροι.
- 2) παραγωγή. Σε αυτό το στάδιο αποτυπώνουμε πώς θα κατανεμηθούν οι πόροι στους συντελεστές παράγωγης (ιατροί, νοσηλευτές, κτιριακές υποδομές, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, κτλ).
- 3) Κατανάλωση, δηλαδή ποιες μορφές περίθαλψης θα αγοραστούν με αυτούς τους πόρους (νοσοκομειακή, προληπτική, θεραπευτική).

Το σύστημα των τριών αξόνων λειτουργεί ως ταυτότητα και πρέπει να ισχύει η ισότητα:

$$\text{χρηματοδότηση} = \text{παραγωγή} = \text{κατανάλωση}$$

3.8 Φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας

Ανάλογα με το θεσμικό πλαίσιο οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας διακρίνονται σε:

1. Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ): Δημόσια νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., Πανεπιστημιακά και νοσοκομεία του Ι.Κ.Α.

2. Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ): Δεν θεωρούνται ούτε δημόσια ούτε ιδιωτικά αλλά υπάγονται στην εποπτεία του Δημόσιου (Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, Ερρίκος Ντυνάν, Παπαγεωργίου κλπ).
3. Στρατιωτικά Νοσοκομεία: εξυπηρετούν τις ανάγκες των στρατιωτικών και των σωμάτων ασφάλειας (Γενικό νοσοκομείο Αεροπορίας, 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών κλπ)
4. Ιδιωτικές κλινικές: Έχουν συνήθως την μορφή Ανώνυμων Εταιρειών και Περιλαμβάνουν:
 - Γενικές ιδιωτικές κλινικές: οι οποίες αποτελούν το μεγαλύτερο κομμάτι της αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με ποσοστό 65% .
 - Μαιευτικές- γυναικολογικές κλινικές: όπου οι δυο μεγαλύτερες εταιρίες κατέχουν πάνω από το 70% της εν λόγω αγοράς. Το ποσοστό όμως που κατέχουν στην αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας είναι 14%.
 - Διαγνωστικά κέντρα: Αποτελούν τη δεύτερη σε μέγεθος κατηγορία του κλάδου με ποσοστό 21%. Οι 2 πρώτες εταιρείες καλύπτουν περίπου το (1/3) της αγοράς, ενώ πλήθος εταιρειών περίπου 400 καλύπτουν το υπόλοιπο (2/3) της αγοράς διαγνωστικών κέντρων

3.9 Τρόποι και παράγοντες χρηματοδότησης συστημάτων υγείας

Η έννοια της χρηματοδότησης προσδιορίζεται ως η ανάγκη εξεύρεσης πόρων και η κατανομή αυτών. Στα συστήματα υγείας έχει ένα πιο σύνθετο περιεχόμενο για να συμπεριλάβει τις πηγές και τους φορείς προέλευσης των πόρων, τις μεθόδους χρηματοδότησης-αποζημίωσης, τους τρόπους διαχείρισης και τα κριτήρια κατανομής τους (Σούλης, 1999).

Ο τρόπος χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας είναι καθοριστικός για τη βιωσιμότητα και την ικανοποίηση των πολιτών, επειδή καθορίζει τον τρόπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, τον τρόπο χρηματοδότησής τους και έχει σχέση με τις διαδικασίες άντλησης των πόρων.

Το σύστημα υγείας λειτουργεί με βάση τα δημογραφικά, επιδημιολογικά, πολιτισμικά, οικονομικά και πολιτικά δεδομένα της κάθε χώρας, διότι όλα αυτά μαζί δημιουργούν τα

χαρακτηριστικά του κάθε συστήματος υγείας. Έτσι ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι αποτέλεσμα της επίδρασης ορισμένων βασικών παραγόντων.

Οι κυριότεροι παράγοντες που επηρέασαν τον τρόπο χρηματοδότησης είναι αυτοί που σχετίζονται με τη ζήτηση (Θεοδώρου και συνεργάτες, 2001). Τέτοιοι παράγοντες είναι οι δημογραφικές αλλαγές του πληθυσμού (αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, αυξανόμενη δημογραφική γήρανση), επιδημιολογικοί παράγοντες (χρόνια νοσήματα, αναπηρίες, τροχαία, AIDS), οικονομικοί παράγοντες (ανεργία, αύξηση εισοδήματος σε κάποιες ομάδες), η αυξημένη χρήση στις υπηρεσίες υγείας και η αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων.

Άλλοι παράγοντες είναι η πολυδιάσπαση των φορέων ασφάλισης υγείας, τα ταμεία δύο ταχυτήτων (λαϊκά και ευγενή), η απουσία αναδιανομής των πόρων μεταξύ των ταμείων, η ποικιλία των εισφορών των ασφαλισμένων σε διαφορετικά ταμεία και η έλλειψη δικαιοσύνης στην κατανομή της κρατικής ενίσχυσης.

Η επέκταση του δημόσιου τομέα υγείας, η ανάπτυξη της τεχνολογίας, η αύξηση του ιατρικού δυναμικού και η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης έπαιξαν σημαντικό ρόλο στον τρόπο χρηματοδότησης της κάθε χώρας.

Στην Ελλάδα ένα από τα κύρια στοιχεία που χαρακτηρίζουν τη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας είναι η απουσία των καθορισμένων κανόνων δράσης, τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα.

Η συνεχής παρουσία του κρατικού φορέα, κυρίως στην διαμόρφωση των χαμηλών τιμών και νοσηλίων περί των υπηρεσιών υγείας, περιορίζει σημαντικά την δυνατότητα άσκησης τιμολογιακής πολιτικής στα νοσοκομειακά ιδρύματα και στα ασφαλιστικά ταμεία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, την πλήρη απουσία της διαπραγματευτικής δύναμης και του ανταγωνιστικού στοιχείου μεταξύ των φορέων του συστήματος, εφόσον, ο κρατικός φορέας καθίσταται ως ο βασικός παράγοντας για την διαμόρφωση του ύψους, των πηγών, αλλά και της κατανομής των χρηματικών φόρων ως προς τους προμηθευτές

Οι γεωγραφικές ανισότητες (πολλά νησιά, ορεινές περιοχές) επηρέασαν τον τρόπο χρηματοδότησης λόγω των πρόσθετων εξόδων που απαιτούνται για την οργάνωση και τη λειτουργία δομών αλλά και οικονομικά κίνητρα στελέχωσής τους (Αδαμακίδου, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009).

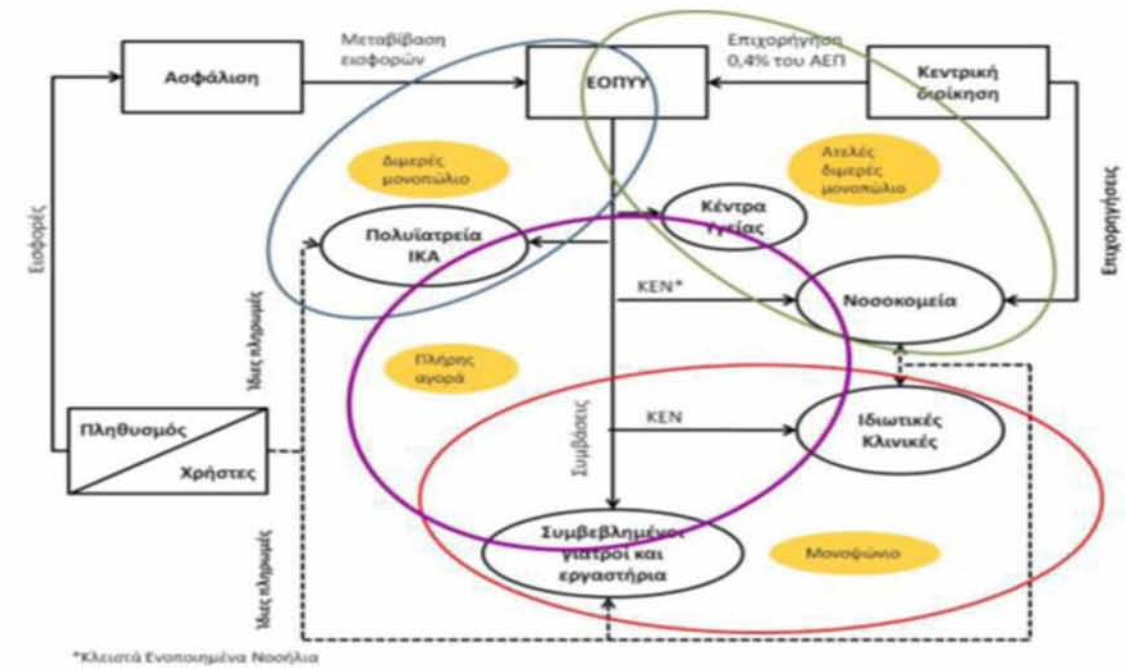
3.10 Πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας

Οι πηγές χρηματοδότησης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας προέρχονται από:

1. το Δημόσιο Τομέα
2. τον Ιδιωτικό Τομέα
3. την Εξωτερική Βοήθεια και Συνεργασία

Τα ποσοστά συμμετοχής δεν είναι ίδια για όλους τους τομείς, αλλά παρουσιάζονται διακυμάνσεις.

Στο παρακάτω γράφημα φαίνεται το σύστημα υγείας της Ελλάδας με τις υπηρεσίες υγείας και τις χρηματοδοτικές ροές.



Πηγή: totekmirio.gr Διάγραμμα 2.. Σύστημα Παροχής και Χρηματοδότησης των Υπηρεσιών Υγείας

3.10.1 Χρηματοδότηση από τον Δημόσιο Τομέα

Η βασική πηγή εσόδων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας είναι ο κρατικός προϋπολογισμός. Το κράτος μέσω φορολογίας εισπράττει χρήματα από τους πολίτες και τα διανέμει στην αγορά μέσω υπηρεσιών υγείας. Το Ελληνικό Συστήματος Υγείας αντλεί χρήματα και από την κοινωνική ασφάλιση όπου ο ασφαλισμένος καταβάλλει τις ασφαλιστικές εισφορές ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής και ο εργοδότης λόγω της εργατικής νομοθεσίας, έτσι εδώ τα έσοδα

προέρχονται από τις εισφορές των ασφαλισμένων, των εργοδοτών και από ένα μικρό ποσοστό συνεισφοράς του Δημόσιου.

3.10.2 Χρηματοδότηση από τον Ιδιωτικό Τομέα

Ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης αποτελεί πρόσθετη πηγή εσόδων στο Ελληνικό σύστημα υγείας. Ο ασφαλιζόμενος πληρώνει ανάλογα με τον κίνδυνο της ασθένειας, το επάγγελμα, την κοινωνική θέση και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου. Άλλη πηγή χρηματοδότησης από τον ιδιωτικό τομέα είναι οι απευθείας πληρωμές των πολιτών από το εισόδημά τους στα συστήματα υγείας. Οι πόροι αυτοί δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση αλλά από την ίδια περιουσία των πολιτών. (Λιαρόπουλος, 2007).

3.10.3 Χρηματοδότηση από την Εξωτερική Βοήθεια και Συνεργασία

Ένα μέρος της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, εξαρτάται από την εξωτερική βοήθεια που έχει λάβει την μορφή των ευρωπαϊκών Κοινοτικών Πλαισίου Στήριξης για την αναβάθμιση των υποδομών της υγειονομικής φροντίδας της χώρας μας. Η συγκεκριμένη αυτή πηγή χρηματοδότησης έχει την μορφή των επενδύσεων, είναι συγκυριακή και συμβάλει καθοριστικά στη βελτίωση της νοσοκομειακής υποδομής, ιδιαίτερα όσον αφορά την ελληνική περιφέρεια.

3.11 Χρηματοδότηση νοσοκομείων στην Ελλάδα

Η χρηματοδότηση των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων είναι πολύ σημαντική διότι αφορά τον τρόπο ή τη μέθοδο αποζημίωσης των προμηθευτών των νοσοκομείων καθώς και του προσωπικού που εργάζονται σε αυτούς τους οργανισμούς. Οι πηγές χρηματοδότησης καθώς και το ποσό που θα καταναλωθεί για τον σκοπό αυτό ίσως είναι το σημαντικότερο ζήτημα στην πολιτική υγείας καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών για την υγεία απορροφώνται από τα νοσοκομεία (περίπου το 60% των συνολικών δαπανών υγείας (Πολύζος, 1999).

1. Κύρια πηγή χρηματοδότησης των Ελληνικών Δημόσιων νοσοκομείων αποτελεί η ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και από τον Προϋπολογισμό Δημόσιων

Επενδύσεων. Από αυτή την πηγή καλύπτονται οι δαπάνες της δημόσιας υγείας, των επενδύσεων σε κτίρια και εξοπλισμό του νοσοκομείου, η δημόσια υγεία, η εκπαίδευση και η έρευνα στο χώρο αυτό καθώς και τις επιχορηγήσεις των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών που εμφανίζουν ελλείμματα. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001) δηλαδή, εκτός από την κάλυψη των ασφαλισμένων που εκπροσωπεί ο κρατικός προϋπολογισμός καλείται να συμπληρώσει το έλλειμμα που δημιουργείται από την διαφορά που προκύπτει από το ποσό του νοσηλίου που δίνουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί ή η κρατική επιχορήγηση ή η καταβολή του ποσού από ιδιώτες για κάποιες εξετάσεις που κάνουν στο νοσοκομείο και του πραγματικού κόστους που δαπανώνται για την φροντίδα υγείας που παρέχεται. (Σουλιώτης, 2000)

2. Άλλη πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης. Από τις εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και αυτοαπασχολούμενων καλύπτεται το μεγαλύτερο κομμάτι του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων στα ταμεία αυτά. Υπάρχουν τέσσερις μέθοδοι χρηματοδότησης- αποζημίωσης.

- Ημερήσια νοσήλια, όπου καταβάλλεται ένα σταθερό ποσό για κάθε ημέρα παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Αυτό περιλαμβάνει την ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική φροντίδα που προσφέρεται καθώς και οι ξενοδοχειακές υπηρεσίες που θα χρησιμοποιήσει με την παραμονή του στο νοσοκομειακό ίδρυμα. Παρουσιάζεται τάση για αύξηση των ημερών νοσηλείας.
- Ευλύγιστο ή σπαστό νοσήλιο λειτουργεί με την ίδια φιλοσοφία του ημερησίου νοσηλίου με την διαφορά ότι το ποσό που καταβάλλεται διαφέρει ανάλογα με το τμήμα στο οποίο νοσηλεύεται ο ασθενής. Δηλαδή, πληρώνεται ένα σταθερό ποσό που καλύπτει την φροντίδα και τις υπηρεσίες που θα χρησιμοποιηθούν, όμως το ποσό διαφέρει από τμήμα σε τμήμα. Άλλο ποσό θα κληθεί να καταβάλει ο ασφαλιστικός φορέας για κάποιον που νοσηλεύεται στον παθολογικό τομέα και άλλο ποσό για κάποιον στον χειρουργικό κ.ο.κ.
- Ανοιχτό νοσήλιο που καταβάλλεται αρχικά ένα πάγιο πόσο που καλύπτει τις ξενοδοχειακές και διοικητικές υπηρεσίες που χρησιμοποιεί ο ασθενής και έπειτα χρεώνονται οι υπόλοιπες υπηρεσίες που χρησιμοποιεί ο ασθενής μια- μια δηλαδή, χρεώνονται ξεχωριστά κάθε εξέταση που θα ζητηθεί από τον γιατρό.
- Πληρωμή κατά πράξη τέλος, όπου χρεώνονται όλες οι πράξεις που θα κάνει ένας ασθενής βάση ενός συστήματος λογιστικής καταγραφής. Αυτό παρατηρείται κυρίως στα

ιδιωτικά νοσοκομεία. Υπάρχει τάση για μεγιστοποίηση του όγκου των προσφερόμενων υπηρεσιών.

3. Έσοδα από παρεχόμενες υπηρεσίες σε ασφαλισμένους σε ασφαλιστικές εταιρίες οι οποίες είναι συμβεβλημένες με τα νοσοκομεία ύστερα από έγκριση του Υπουργού Υγείας .
4. Τα δημόσια νοσοκομεία παρέχουν εκτός από κλειστή νοσοκομειακή περίθαλψη και επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων του νοσοκομείου. Οι ιατροφαρμακευτικές πράξεις που παρέχονται σε αυτό το πλαίσιο είναι δωρεάν εκτός από την καταβολή ενός μικρού πόσου από τους ίδιους τους ασθενείς. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001)
5. Στις πηγές χρηματοδότησης του νοσοκομείου περιλαμβάνονται επίσης τα έσοδα από τις υπηρεσίες που παρέχονται μετανοσοκομειακά και την ειδική φροντίδα όπως επίσης και τα έσοδα από μονάδες αποκατάστασης και αποθεραπείας που παρέχονται από τα δημόσια νοσοκομεία .
6. Έσοδα από εκμετάλλευση χώρων και εγκαταστάσεων για μη ιατρικές υπηρεσίες σε νοσηλεύομενους, επισκέπτες καθώς και το προσωπικό (π.χ. κυλικεία, ανθοπωλεία, κλπ) .
7. Έσοδα από κληρονομίες, κληροδοσίες, δωρεές και επιχορηγήσεις από τρίτους καθώς και οι πρόσοδοι από αυτές

3.12 Διάρθρωση των Υπηρεσιών ενός Ελληνικού Δημόσιου Νοσοκομείου

Το νοσοκομείο είναι ένα ιατροκοινωνικό ίδρυμα που έχει σκοπό την αποκατάσταση υγείας μέσω της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας στους αρρώστους που εισάγονται σε αυτό, τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας μέσω της άσκησης της προληπτικής ιατρικής και την προαγωγή της ιατρικής επιστήμης μέσω της ιατρικής έρευνας και εκπαίδευσης των στελεχών υγείας (Παλαιολόγου Β., 2002).

Συχνά παρέχεται η δυνατότητα μακροχρόνιας παραμονής των ασθενών για θεραπεία ή παρακολούθηση. Άλλοτε η παρουσία τους είναι βραχεία ή απλά μια επίσκεψη (εξωτερικά ιατρεία).

Τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Η έκδοση και η τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με βάση την κείμενη νομοθεσία, με κοινή απόφαση των υπουργών προεδρίας της κυβέρνησης, οικονομικών, υγείας και πρόνοιας, ύστερα από γνώμη

του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και σύμφωνη γνώμη της ΥΠΕ (Υγειονομικής Περιφέρειας). στην περιφέρεια του οποίου το νοσοκομείο έχει την έδρα του.

Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται η νομική του μορφή, η επωνυμία και η έδρα του, ο συνολικός αριθμός των κρεβατιών του και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, η διάρθρωση της νοσηλευτικής υπηρεσίας, της διοικητικής υπηρεσίας και τεχνικής υπηρεσίας και οι αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού του νοσοκομείου, οι κατά κλάδο και η κατηγορία θέσης και η διαβάθμιση των θέσεων .

3.12.1 Υπηρεσίες Υγείας του νοσοκομείου

Το Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο διαρθρώνεται σε τέσσερις υπηρεσίες (Παλαιολόγου Β., 2002).

- Την Ιατρική Υπηρεσία, όπου υπάγονται όλοι οι γιατροί και όσοι επιστήμονες δικαιούνται σύμφωνα με την νομοθεσία να παρέχουν υπηρεσίες υγείας καθώς και οι φαρμακοποιοί του νοσοκομείου.
- την Νοσηλευτική Υπηρεσία, όπου υπάγονται οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες όλων των κατηγοριών και κλάδων
- Διοικητική Υπηρεσία, όπου υπάγονται όλοι όσοι απασχολούνται με την διοίκηση του νοσοκομείου (Διοικητής, υπάλληλοι γραφείων διοίκησης κα)
- Τεχνική ή Ξενοδοχειακή Υπηρεσία όπου υπάγονται όλοι όσοι απασχολούνται στο νοσοκομείο όλων των λοιπών κατηγοριών και κλάδων

Η Ιατρική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς που ο κάθε ένας τομέας απαρτίζεται από τμήματα αντίστοιχων ειδικοτήτων . Οι τομείς της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι :

1. Παθολογικός τομέας : Περιλαμβάνει τα τμήματα
 - Παθολογικό
 - Καρδιολογικό
 - Παιδιατρικό
 - Νεφρολογικό
 - Μονάδες (εμφραγμάτων, Τεχνητού νεφρού, χειμειοθεραπείας κά
2. Χειρουργικός τομέας . Περιλαμβάνει:
 - Χειρουργική

- Ορθοπαιδικό
 - Ουρολογικό
 - Ωτορινολαρυγγολογικό κλπ
 - Μονάδες (εντατικής θεραπείας, ανάνηψης, εγκαυμάτων)
3. Εργαστηριακός τομέας . Περιλαμβάνει
- Μικροβιολογικό
 - Βιοχημικό
 - Αιματολογικό
 - Αιμοδοσίας
 - Κυτταρολογικό
 - Ανοσολογικό κλπ
 - Μονάδες (Τοξικολογική, Μεσογειακής Αναιμίας)
4. Ψυχιατρικός τομέας . Περιλαμβάνει :
- Ψυχιατρικό
 - Παιδοψυχιατρικό
 - Ψυχογυριατρικό κλπ
5. Τομέας της κοινωνικής ιατρικής . Περιλαμβάνει:
- Επιδημιολογίας
 - Βιοστατιστικής
 - Κοινωνικής Εργασίας
 - Κοινωνικής Πρακτικής
6. Επείγουσας και εντατικής ιατρικής
7. Φαρμακευτικός τομέας

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε νοσηλευτικούς τομείς όπου στον καθένα υπάγονται νοσηλευτικά τμήματα και νοσηλευτικές μονάδες, καθώς και ειδικά τμήματα Νοσηλευτικής διεύθυνσης .

Τα νοσοκομεία αποτελούνται από τους εξής τομείς:

1. Παθολογικός τομέας για την κάλυψη των αναγκών των Ποθολογικών Νοσηλευτικών Τμημάτων

2. Χειρουργικός τομέας για την κάλυψη των αναγκών χειρουργικών τμημάτων
3. Νοσηλευτικός τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την κάλυψη των αναγκών των εξωτερικών ιατρείων.
4. Η Διοικητική Υπηρεσία του νοσοκομείου διαρθρώνεται σε υποδιευθύνσεις, τμήματα και αυτοτελή γραφεία ανάλογα με τη δύναμη των κρεβατιών. Ενδεικτικά θα αναφέρουμε τις εξής:

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ

ΤΜΗΜΑΤΑ

1. Προσωπικού

Γραμματείας

2. Κίνησης Αρρώστων
3. Διατροφής
4. Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων
5. Κοινωνικής Υπηρεσίας
6. Παραϊατρικών Επαγγελμάτων (Τεχνολόγων)

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ

ΤΜΗΜΑΤΑ :

1. Οικονομικού
2. Πληροφορικής – Οργάνωσης
3. Διατροφής

ΑΥΤΟΤΕΛΗ ΓΡΑΦΕΙΑ :

1. Επιστασίας
2. Ιματισμού

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ

ΤΜΗΜΑΤΑ :

1. Τεχνικού
2. Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΑΜΙΑΣ

4.1 Η ταυτότητα του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας

Τα βασικά χαρακτηριστικά δομής, οργάνωσης και λειτουργίας του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας καθορίζονται από την υπουργική απόφαση του Υπουργού Υγείας με αριθμό Α3α/οικ.110515/14 (ΦΕΚ αρ. φ. 3444/τ. Β/22-12-2014. Σύμφωνα με την παραπάνω απόφαση, η οποία αποτελεί τον οργανισμό του νοσοκομείου, στα κύρια χαρακτηριστικά της ταυτότητάς του περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

Όνομασία: Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας

Έδρα: Λαμία

Σκοπός: Η παροχή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στο πληθυσμό ευθύνης της Διοίκησης της 5ης Υ.ΠΕ. Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες Δ.Υ.ΠΕ. Η φροντίδα υγείας παρέχεται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης.

Δυναμικότητα: Η συνολική δύναμη του νοσοκομείου ορίζεται σε τετρακόσιες εφτά (407) οργανικές κλίνες, εκ των οποίων είναι αναπτυγμένες οι τριακόσιες δέκα εφτά (317).

Κτηριακές εγκαταστάσεις: Το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας βρίσκεται στην περιοχή ‘Ταράτσα’ στη Λαμία, σε ένα χώρο 76.080.000 τ.μ. Είναι ένα νεόδμητο κτίριο (λειτουργεί από τον Αύγουστο’06) έξι (6) ορόφων και 51.076.52 τ.μ. Αποτελείται από τα εξής:

Β’ υπόγειο όπου βρίσκονται τα πλυντήρια και οι μηχανολογικές εγκαταστάσεις.

Α’ υπόγειο όπου βρίσκεται η Τεχνική Υπηρεσία, η κεντρική αποθήκη και τα μαγειρεία.

Ισόγειο βρίσκεται η ιατροδικαστική υπηρεσία, κυλικείο, οι διοικητικές υπηρεσίες και το τμήμα επειγόντων περιστατικών

1^{ος} όροφος με το τμήμα φυσικοθεραπείας, ογκολογικό, ακτινογραφικό, αξονικός τομογράφος και τα τμήματα τακτικών εξωτερικών ιατρείων

2^{ος} όροφος βρίσκεται η μαιευτική, η αιμοδοσία και τα εργαστήρια

3^{ος} όροφος με τον μηχανογράφο

4^{ος} όροφος βρίσκεται η παιδιατρική, η μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) και τα χειρουργεία

5^{ος} όροφος βρίσκονται οι κλινικές : παθολογική, πνευμονολογική και καρδιολογική

6^{ος} όροφος με την χειρουργική κλινική, ουρολογική, οφθαλμολογική και ορθοπεδική.

Στον ίδιο περιβάλλοντα χώρο βρίσκονται:

-το παλαιό κτίριο 1.463 τ.μ. το οποίο ανακαινίσθηκε πρόσφατα και πρόκειται να συγχωνευθεί και το νέο κτίριο για επέκταση του νοσοκομείου,

- η ψυχιατρική κλινική 1.350 τ.μ., αποτελεί ένα ξεχωριστό κτίριο ειδικά κατασκευασμένο για τους ψυχικά ασθενείς

Διαρθρωτική δομή:

1. Το Νοσοκομείο απαρτίζεται από τις ακόλουθες Υπηρεσίες ή αυτοτελή τμήματα και ειδικά Γραφεία.

A. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

α. Ιατρική

β. Νοσηλευτική

γ. Διοικητική–Οικονομική

B. ΑΥΤΟΤΕΛΗ ΤΜΗΜΑΤΑ

Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής

Αυτοτελές Τμήμα Κλινικής Διατροφής

Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου, Ποιότητας και Έρευνας και συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ

Υποστήριξης Πολίτη

3. Κάθε Υπηρεσία, Αυτοτελές Τμήμα και Ειδικό Γραφείο έχει τη δική του ιεραρχική διάρθρωση και συγκρότηση. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρονται τα εξής:

ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

1. Η Ιατρική Υπηρεσία του Γ.Ν. Λαμίας αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε Τομείς, στους οποίους λειτουργούν Τμήματα κατά ειδικότητα, Μονάδες, Ειδικές Μονάδες, καθώς και Διατομεακά και λοιπά Τμήματα, ως εξής:

A. ΤΟΜΕΙΣ

- α) Παθολογικός Τομέας με δυναμικότητα 170 κλινών
- β) Χειρουργικός Τομέας με δυναμικότητα 170 κλινών
- γ) Ψυχιατρικός Τομέας με δυναμικότητα 20 κλινών
- δ) Εργαστηριακός Τομέας
- ε) Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής με δυναμικότητα 30 κλινών

B. ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

- 1. Κατ' οίκον Νοσηλείας
- 2. ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ)
- 3. Ημερήσιας Νοσηλείας
- 4. ΚΕΝΤΡΟ ΦΥΣΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΕΦΙΑΠ)

Γ. ΛΟΙΠΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

- Παραϊατρικού Προσωπικού
- Κοινωνικής Εργασίας

ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις Νοσηλευτικούς (3) τομείς, οι οποίοι λειτουργούν σε επίπεδο Υποδιευθύνσεων. Κάθε Νοσηλευτικός Τομέας διαρθρώνεται σε νοσηλευτικά τμήματα ως ακολούθως:

1ος ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ. Διαρθρώνεται σε (6) τμήματα που καλύπτουν τα Τμήματα, Ειδικές Μονάδες και τις Μονάδες του Παθολογικού Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.

2ος ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ. Διαρθρώνεται σε (6) Τμήματα που καλύπτουν τα Τμήματα και τις Ειδικές Μονάδες του Χειρουργικού Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας και τα Χειρουργεία.

3ος ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ. Διαρθρώνεται σε (8) τμήματα που καλύπτουν τα Τμήματα του Εργαστηριακού Τομέα, τις Μονάδες του Τομέα Επείγουσας και Εντατικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, τα Εξωτερικά Ιατρεία, καθώς και τα Διατομεακά Τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας.

2. Στο Νοσοκομείο συνιστάται Νοσηλευτική Επιτροπή κατά τα οριζόμενα στις διατάξεις του άρθρου 115 του Ν. 2071/92 όπως ισχύει η οποία αποτελείται από:

A. Τον/την Προϊστάμενο/η της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, ως Πρόεδρο

B. Ένα (1) Προϊστάμενο Τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα

Γ. Ένα (1) νοσηλευτή τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα.

ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ–ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

1. Η Διοικητική–Οικονομική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3)

Υποδιευθύνσεις, ως ακολούθως:

α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού

β) Υποδιεύθυνση Οικονομικού

γ) Υποδιεύθυνση Τεχνικού

2. Κάθε Υποδιεύθυνση διαρθρώνεται σε Τμήματα, ως ακολούθως:

α) Υποδιεύθυνση Διοικητικού

Τμήματα:

1. Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού

2. Γραμματείας

3. Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων, Επειγόντων Περιστατικών και ΚΕΦΙΑΠ

4. Κίνησης Ασθενών

β) Υποδιεύθυνση Οικονομικού

Τμήματα:

1. Οικονομικού

2. Προμηθειών

3. Επιστάσις–Ιματισμού

γ) Υποδιεύθυνση Τεχνικού

Τμήματα:

1. Βιοϊατρικής Τεχνολογίας

2. Τεχνικού

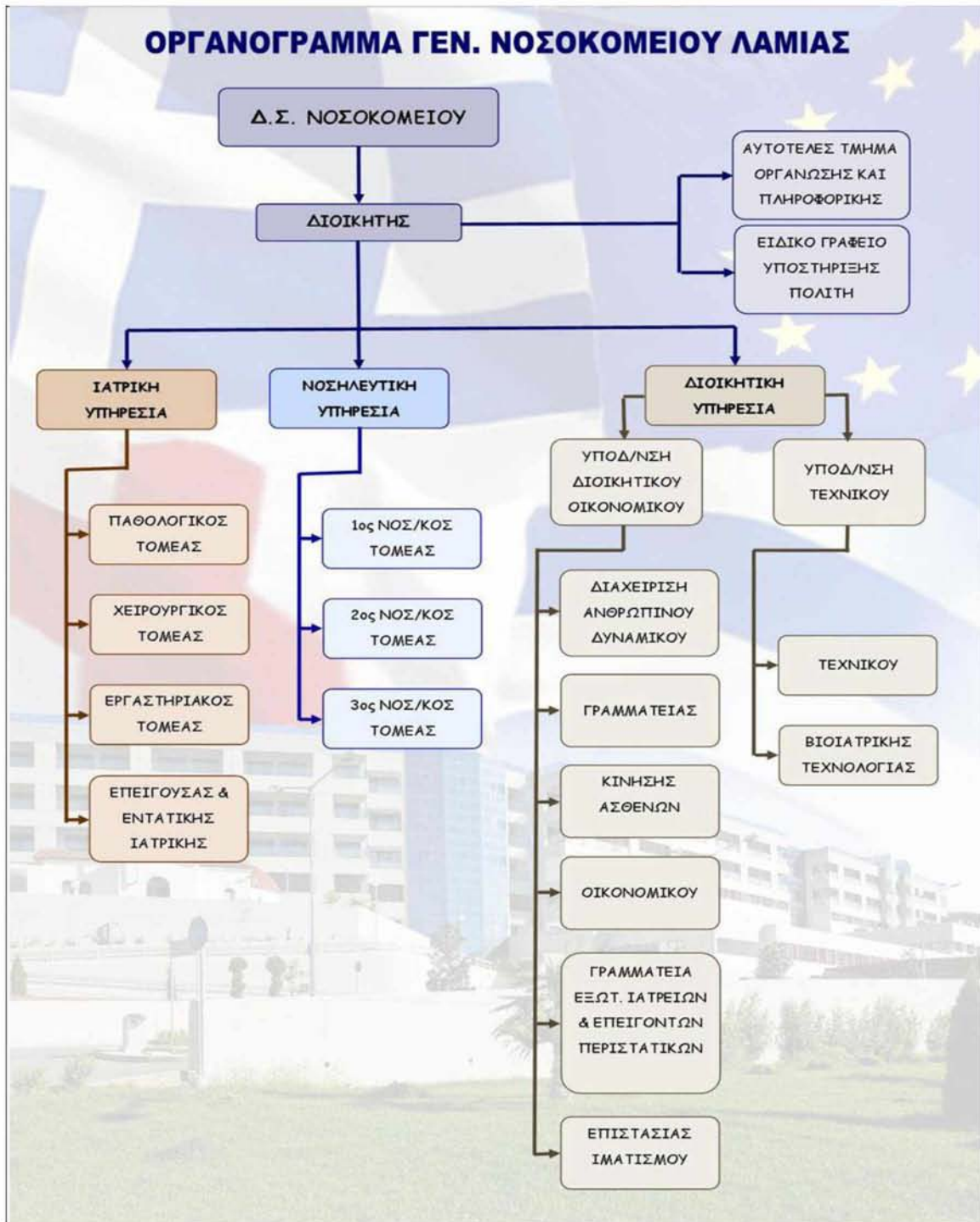
ΕΣΟΔΑ

Τα έσοδα του Νοσοκομείου είναι:

1. Οι επιχορηγήσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό και το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων
2. Οι εισπράξεις από νοσήλια, εξέταστρα και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών
3. Οι πρόσοδοι από την ίδια αυτού περιουσία.
4. Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, εκποιήσεις περιουσιακών στοιχείων.
5. Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τις αρμοδιότητές του



Εικόνα 1. Εικόνα από τον εξωτερικό χώρο του Γενικού νοσοκομείου Λαμίας



Διάγραμμα 3. Οργανόγραμμα Νοσοκομείου Λαμίας

Στελέχωση του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας

Το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας στελεχώνεται με τις εξής κύριες κατηγορίες προσωπικού.

Ιατρικό προσωπικό: Η ιατρική Υπηρεσία στελεχώνεται από ειδικευμένους γιατρούς ΕΣΥ (Εθνικού Συστήματος Υγείας) που έχουν συσταθεί σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 25 του Ν 1397/1983 όπως ισχύουν στον κλάδο των γιατρών ΕΣΥ του Υπουργείου Υγείας. Σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου Λαμίας, οι θέσεις του ιατρικού προσωπικού ανέρχονται στις εκατόν σαράντα τρεις (143) από τις οποίες μόνο οι εξήντα εννιά (69) είναι καλυμμένες. Εκτός από το μόνιμο προσωπικό στην δυναμικότητα του νοσοκομείου σήμερα, περιλαμβάνονται και σαράντα δύο (42) γιατροί οι οποίοι εκτελούν την ειδικότητά τους και δώδεκα (12) επικουρικοί για κάλυψη των μεγάλων αναγκών.

Νοσηλευτικό προσωπικό: Η Νοσηλευτική Υπηρεσία στελεχώνεται από προσωπικό των παρακάτω κατηγοριών και κλάδων, σε καθένα από τους οποίους οι αντίστοιχες θέσεις ορίζονται ως εξής:

I. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΙΕ Κλάδος ΠΙΕ Νοσηλευτικής Δέκα (10) θέσεις

II. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΕ :

Κλάδος ΤΕ Νοσηλευτικής Διακόσιες είκοσι πέντε (225) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Επισκεπτών –τριών Υγείας Εννέα (9) θέσεις

Κλάδος ΤΕ Μαιευτικής Δεκαπέντε (15) θέσεις

III. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΔΕ

Κλάδος ΔΕ Βοηθών Νοσηλευτικής Εκατόν είκοσι έξι (126) θέσεις

Από τις παραπάνω θέσεις είναι καλυμμένες οι τριακόσιες είκοσι επτά (327). Όμως, κατά περιόδους προσλαμβάνεται και επικουρικό νοσηλευτικό προσωπικό με σχέση εργασίας Ιδιωτικού Δικαίου Ορισμένου Χρόνου, ο αριθμός των οποίων μεταβάλλεται ανάλογα με τις ανάγκες και την επιχορήγηση από το Υπουργείο Υγείας.

Στη δύναμη του προσωπικού του νοσοκομείου σύμφωνα με τον Οργανισμό, περιλαμβάνεται το Διοικητικό προσωπικό, άλλοι επιστήμονες του κλάδου υγείας και λοιπό παραϊατρικό προσωπικό, επίσης βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό και προσωπικό της τεχνικής υπηρεσίας.

Αξιολογώντας τα παραπάνω βασικά χαρακτηριστικά της ταυτότητας του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας, προκύπτει ότι πρόκειται για ένα νοσοκομείο μεγάλου μεγέθους στο οποίο καθημερινά αναζητά ποιοτικές υπηρεσίες υγείας μεγάλο πλήθος ανθρώπων με σοβαρά ή μη προβλήματα υγείας από όλη την περιφέρεια της Στερεάς Ελλάδας.



Εικόνα 2. Εικόνες από τον εσωτερικό χώρο του Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Σκοπός- Μέθοδος

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να παρουσιάσουμε την πιθανή αύξηση της εισροής των ασθενών προς τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα και συγκεκριμένα στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας σαν αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν οι 33.499 ασθενείς που προσήλθαν και νοσηλεύθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας κατά την διάρκεια από το 2007 (έτος έναρξης του Πληροφοριακού συστήματος) έως το 2015.

Η καταγραφή των ασθενών έγινε το χρονικό διάστημα Μάιος -Ιούλιος 2016. Το γεγονός ότι το έτος 2016 δεν είχε λήξει, δεν συμπεριλήφθηκε στο δείγμα.

Η καταγραφή του έτους 2015 περιλαμβάνει όλους τους μήνες από τον Ιανουάριο έως τον Δεκέμβριο με σύνολο ασθενών 16.750 (2093 μέχρι και Φεβρουάριο). Για τα προηγούμενα έτη 2007 -2014 έγινε καταμερισμός ως εξής: $16750/8=2093,75$ δηλαδή 2093ασθενείς για τα έτη 2007 έως 2013 και 2098 για το έτος 2014. Σύνολο δείγματος 33.499 ασθενείς

Τα έτη 2007 έως 2015 περιλαμβάνουν τους εξής μήνες:

- 2007 Ιανουάριος έως Ιούνιος 2093 ασθενείς (έως 28/6/2007)
- 2008 Ιανουάριος έως Φεβρουάριος 2093 ασθενείς (έως 11/2/2008)
- 2009 Ιανουάριος 2093 ασθενείς (έως 30/1/2009)
- 2010 Ιανουάριος έως Φεβρουάριο 2093 ασθενείς (έως 19/2/2010)
- 2011 Ιανουάριος 2093 ασθενείς (έως 25/1/2011)
- 2012 Ιανουάριος 2093 ασθενείς (έως 28/1/2012)
- 2013 Ιανουάριος έως Φεβρουάριος 2093 ασθενείς (έως 1/2/2013)
- 2014 Ιανουάριος έως Φεβρουάριος 2098 ασθενείς (έως 19/2/2014)
- 2015 Ιανουάριος έως Δεκέμβριος 16.750 ασθενείς (έως 31/12/2015)

Σύνολο δείγματος 33.499 ασθενείς

Στατιστική ανάλυση: Για τον σκοπό αυτό έχει πραγματοποιηθεί περιγραφική στατιστική με την εφαρμογή του στατιστικού πακέτου SPSS, για:

1. **την ποσοτική προσέγγιση**, καθώς μέσα από αυτή, θα μπορέσουν να δοθούν κατάλληλες απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία έχουν τεθεί.
2. **την ποιοτική προσέγγιση**

5.2 I) Περιγραφική Στατιστική για ποσοτικές μεταβλητές

Ποσοτικές είναι οι μεταβλητές των οποίων οι τιμές έχουν αριθμητικές ιδιότητες και εκφράζονται με μια μονάδα μέτρησης. Στην παρούσα έρευνα οι μεταβλητές που θα ασχοληθούμε είναι:

- ηλικία
- διάρκεια νοσηλείας.

5.2 1. Ανάλυση ποσοτικών χαρακτηριστικών

Στην συγκεκριμένη παράγραφο θα παρουσιάσουμε τα μέτρα κεντρικής τάσης, διασποράς, ασυμμετρίας και κύρτωσης για τις δύο ποσοτικές μεταβλητές του δείγματος των 33499 ασθενών. Στον παρακάτω πίνακα περιλαμβάνονται τα βασικά περιγραφικά στατιστικά μέτρα κεντρικής τάσης για το σύνολο των ποιοτικών μεταβλητών που έχουν καταγραφεί για όλους τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας 2007-20015.

Μεταβλητή	Μέση τιμή	Τυπικό Σφάλμα μέσης τιμής	Διάμεσος	Κορυφή
Ηλικία	62,29	0,128	69	81
Διάρκεια Νοσηλείας	2,60	0,028	1	0

Πίνακας 6. Μέτρα κεντρικής τάσης για το σύνολο των ατόμων του δείγματος

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε τα ακόλουθα:

- Ο μέσος όρος ηλικίας 62,29 αντιπροσωπεύει το σύνολο των 33499 ατόμων που νοσηλεύθηκαν στο ΓΝΛαμίας κατά το χρονικό διάστημα 2007-2015

- Η ηλικία ως 69 ετών αποτελεί το 50% των ατόμων που νοσηλεύθηκαν, ενώ το υπόλοιπο 50% έχει ηλικία 69 ετών και άνω.
- Ένας τυχαία επιλεγμένος ασθενής που έχει νοσηλευθεί το χρονικό διάστημα 2007-2015, αναμένεται να έχει μέση διάρκεια νοσηλείας (Ν.Δ.Ν.) 2,60 ημέρες.
- Το 50% των ασθενών, νοσηλεύονταν τουλάχιστον για 1 ημέρα, ενώ το υπόλοιπο 50% η διάρκεια νοσηλείας τους ξεπερνούσε την μια ημέρα.

Μεταβλητή	Τυπική Απόκλιση	Εύρος	1 ^ο τεταρτημόριο	3 ^ο τεταρτημόριο	Συντελεστής Μεταβλητότητας CV
Ηλικία	23.378	106	47	81	0,3753
Διάρκεια Νοσηλείας	5,043	206	0	4	1,9396

Πίνακας 7. Μέτρα διασποράς για το σύνολο των νοσηλευθέντων του δείγματος

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε τα εξής:

- Η τυπική απόκλιση της ηλικίας του δείγματος είναι 23,378. Το διάστημα μεταξύ 38,912 έως 85,668 που προκύπτει από το μέσο όρο ηλικίας $62,29 \pm 23,378$, αποτελεί μια περιοχή όπου φαίνεται να νοσηλεύονται ασθενείς με την συγκεκριμένη ηλικία σε μεγαλύτερη συχνότητα, από ότι οι ηλικίες εκτός περιοχής (38,912-85,668).
- Το εύρος των μετρήσεων που αναφέρονται στις ηλικίες των ασθενών είναι ίσο με 106, που πρακτικά σημαίνει τη μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των δυο ακραίων ηλικιών του δείγματος.
- Το 1^ο τεταρτημόριο των μετρήσεων που αφορούν την ηλικία είναι ίσο με 47, που πρακτικά σημαίνει ότι 1 στους 4 ασθενείς του δείγματος έχει ηλικία έως 47 ετών.
- Το 3^ο τεταρτημόριο των μετρήσεων που αφορούν την ηλικία είναι ίσο με 81, που πρακτικά σημαίνει ότι 1 στους 4 ασθενείς του δείγματος έχει ηλικία πάνω από 81 ετών.
- Ο συντελεστής μεταβλητότητας των μετρήσεων που αφορούν την ηλικία είναι ίσος με 0,3753, που σημαίνει ότι το δείγμα των νοσηλευθέντων ασθενών είναι ανομοιογενές ως προς την ηλικία, εφόσον είναι μεγαλύτερος από 0,1.
- Η τυπική απόκλιση της διάρκειας νοσηλείας του δείγματος είναι ίση με 5,043, που σημαίνει πρακτικά ότι η αναμενόμενη διαφορά της διάρκειας νοσηλείας στο διάστημα

από $2,60 \pm 5,043$, αποτελεί μια περιοχή όπου φαίνεται να παραμένουν οι ασθενείς στην κλινική σε μεγαλύτερη συχνότητα από ότι εκτός περιοχής.

- Το εύρος των μετρήσεων που αναφέρονται στην διάρκεια νοσηλείας των ασθενών είναι ίσο με 206, που πρακτικά σημαίνει τη μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των δυο ακραίων ημερών νοσηλείας του δείγματος.
- Το 1^ο τεταρτημόριο των μετρήσεων που αφορούν την διάρκεια νοσηλείας είναι ίσο με 0, που πρακτικά σημαίνει ότι 1 στους 4 ασθενείς του δείγματος έχει διάρκεια νοσηλείας έως 0 ημέρες.
- Το 3^ο τεταρτημόριο των μετρήσεων που αφορούν την διάρκεια νοσηλείας είναι ίσο με 4, που πρακτικά σημαίνει ότι 3 στους 4 ασθενείς του δείγματος έχει διάρκεια νοσηλείας έως 4 ημέρες.
- Ο συντελεστής μεταβλητότητας των μετρήσεων που αφορούν την διάρκεια νοσηλείας είναι ίσος με 1,9396, που σημαίνει ότι το δείγμα των νοσηλευθέντων ασθενών είναι ανομοιογενές ως προς την διάρκεια νοσηλείας, εφόσον είναι μεγαλύτερος από 0,1.

Ο επόμενος πίνακας παρουσιάζει τα βασικά μέτρα μορφής για τους ασθενείς που νοσηλεύθηκαν και αποτελούν το δείγμα της έρευνας

Μεταβλητή	Συντελεστή Ασυμμετρίας	Τυπικό Σφάλμα Ασυμμετρίας	Συντελεστή Κύρτωσης	Τυπικό Σφάλμα Κύρτωσης
Ηλικία	-0,795	0,013	-0,252	0,027
Διάρκεια Νοσηλείας	9,534	0,013	230,210	0,027

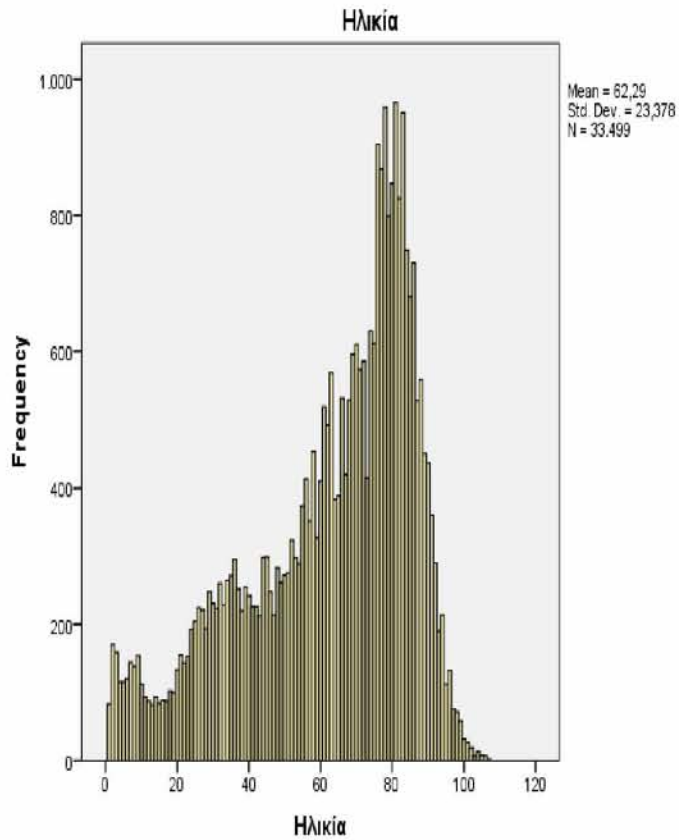
Πίνακας 8. Μέτρα μορφής για το σύνολο των ατόμων του δείγματος

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε τα ακόλουθα:

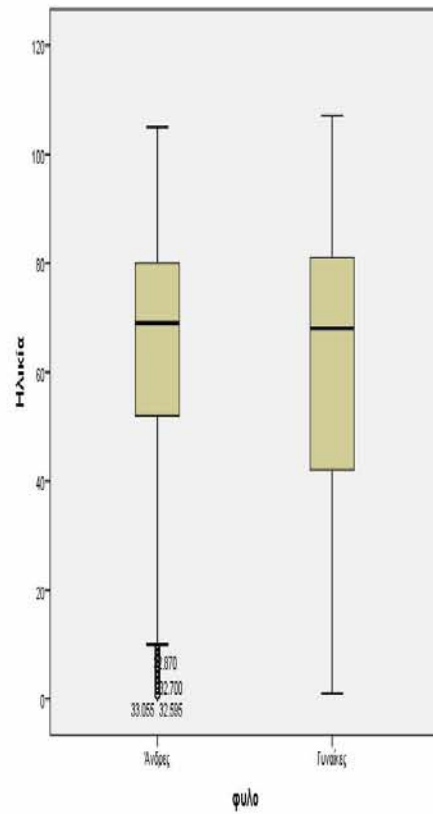
- το πηλίκο του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας των μετρήσεων που αφορούν την ηλικία των ασθενών είναι ίσο με 61,15385, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο από 2, το δείγμα παρουσιάζει θετική ασυμμετρία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι περισσότερες καταγραφές που αφορούν την ηλικία βρίσκονται κάτω από τον αντίστοιχο δειγματικό μέσο όρο.

- το πηλίκo του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα κύρτωσης των μετρήσεων που αφορούν την ηλικία των ασθενών είναι ίσο με $-9,33333$, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μικρότερο του -2 το δείγμα χαρακτηρίζεται ως λεπτόκυρτο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι καταγραφές που αφορούν την ηλικία των ασθενών παρουσιάζουν υψηλή συγκέντρωση γύρω από την κορυφή του δείγματος
- το πηλίκo του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα ασυμμετρίας των μετρήσεων που αφορούν την διάρκεια νοσηλείας των ασθενών είναι ίσο με $733,3846$, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο από 2 , το δείγμα παρουσιάζει θετική ασυμμετρία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι περισσότερες καταγραφές που αφορούν την ηλικία βρίσκονται κάτω από τον αντίστοιχο δειγματικό μέσο όρο.
- το πηλίκo του συντελεστή προς το τυπικό σφάλμα κύρτωσης των μετρήσεων που αφορούν την διάρκεια νοσηλείας των ασθενών είναι ίσο με $8526,296$, που πρακτικά σημαίνει ότι, εφόσον είναι μεγαλύτερο του 2 το δείγμα χαρακτηρίζεται ως πλατύκυρτο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι καταγραφές που αφορούν την διάρκεια νοσηλείας των ασθενών παρουσιάζουν χαμηλή συγκέντρωση γύρω από την κορυφή του δείγματος.

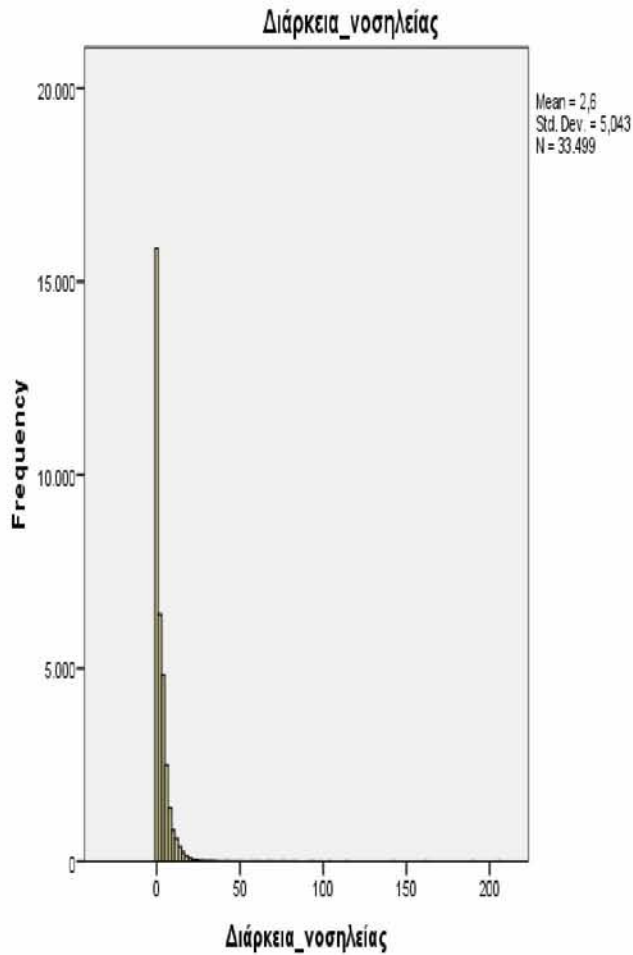
Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα ιστογράμματα συχνοτήτων και τα αντίστοιχα θηκογράμματα για όλες τις υπό μελέτη ποσοτικές μεταβλητές και για τους 33499 νοσηλευθέντες ασθενείς για τα έτη 2007-2015



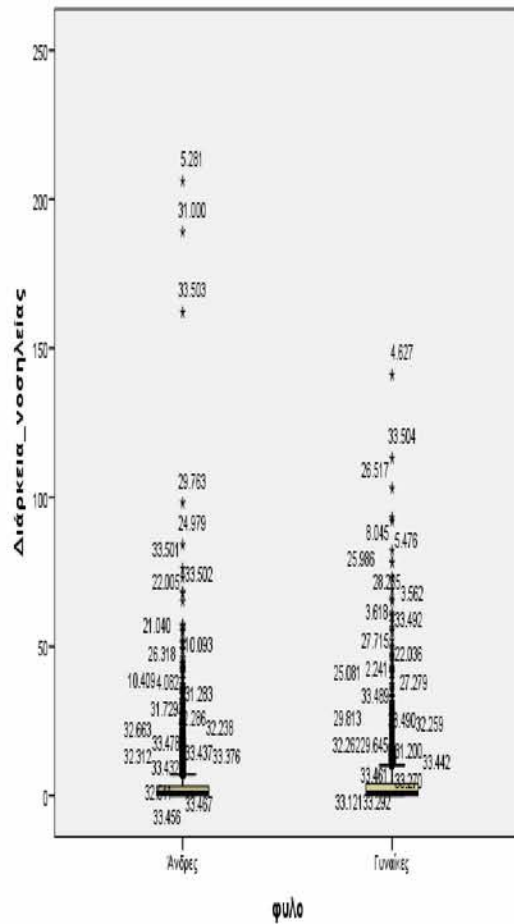
Εικ.3 Ιστόγραμμα συχνοτήτων ηλικίας



Εικ.4 Θηκόγραμμα ηλικίας ανά φύλο



Εικ.5 Ιστόγραμμα συχνοτήτων διάρκειας νοσηλείας ασθενών



Εικ.6 Θηκόγραμμα συχνοτήτων διάρκειας νοσηλείας ασθενών

Τα παραπάνω διαγράμματα συνοψίζουν τα συμπεράσματα που νωρίτερα είχαν διατυπωθεί βάσει των τιμών των Πινάκων 1,2,3

5.3 II) Περιγραφική Στατιστική για ποιοτικές μεταβλητές

Στις ποιοτικές μεταβλητές (διατεταγμένες ή μη) δεν μπορούμε να κάνουμε μαθηματικές πράξεις. Μπορούμε μόνο να καταμετρήσουμε τις συχνότητες κάθε κατηγορίας, δημιουργώντας έτσι τον λεγόμενο πίνακα συχνοτήτων, και εν συνέχεια να προβούμε σε γραφικές παραστάσεις όπως το Ραβδόγραμμα.

Οι ποιοτικές μεταβλητές με τις οποίες θα ασχοληθούμε στην παρούσα μελέτη είναι:

- Εθνικότητα
- Φύλο
- Οικογενειακή κατάσταση
- Επάγγελμα
- Κλινική- τμήμα
- Διάγνωση
- Έτος

5.3 1. Ανάλυση ποιοτικών χαρακτηριστικών

Στην συγκεκριμένη παράγραφο θα πραγματοποιήσουμε αναλύσεις με την βοήθεια του προγράμματος SPSS & EXCEL.

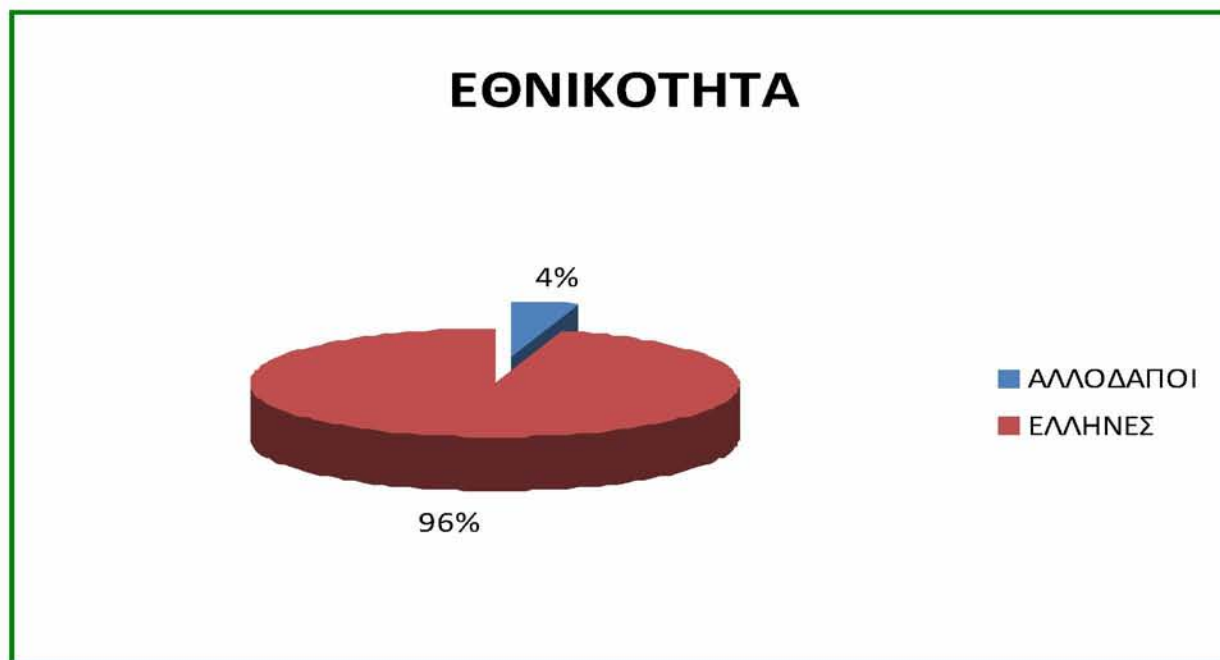
5.3 1 α. Πίνακες κατανομής δείγματος και γραφήματα

Με την βοήθεια πινάκων κατανομής δείγματος και γραφημάτων θα παρουσιάσουμε τις παραπάνω ποιοτικές μεταβλητές.

Οι παρακάτω πίνακες, περιλαμβάνουν παρουσίαση των δημογραφικών στοιχείων καθώς και άλλων χαρακτηριστικών του δείγματος της έρευνας που αποτελείται από 33499 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν κατά τη διάρκεια 2007-2015 στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας .

ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ N	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ	1495	4,5
ΕΛΛΗΝΕΣ	32004	95,5
ΣΥΝΟΛΟ	33,499	100

Πίνακας 9. Κατανομή δείγματος ανά εθνικότητα

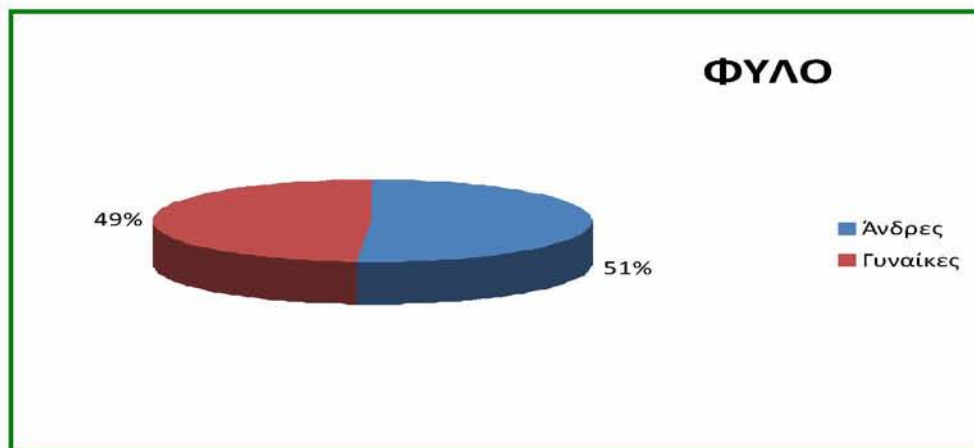


Γράφημα 1. Κατανομή δείγματος ανά εθνικότητα

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν κατά τη διάρκεια 2007-2015 στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας στο μεγαλύτερο ποσοστό 96% είναι εθνικότητας ελληνική, ενώ το μόλις 4% είναι αλλοδαποί.

ΦΥΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ N	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Άνδρες	17112	51,1
Γυναίκες	16387	48,9
Σύνολο	33499	100

Πίνακας 10. Κατανομή δείγματος ανά φύλο

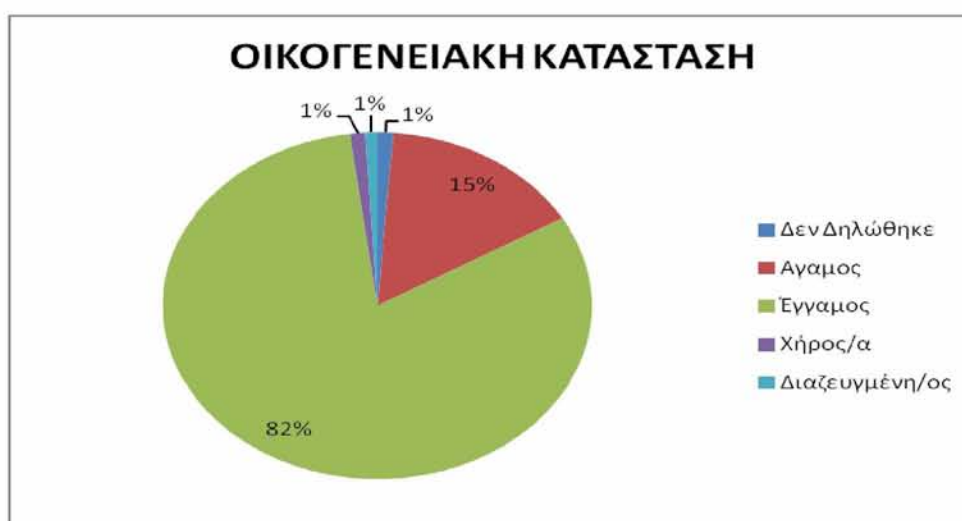


Γράφημα 2 . Κατανομή δείγματος ανά φύλο

Παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δείγματος των ασθενών που νοσηλεύθηκαν είναι άνδρες 51%, ενώ το 49% είναι γυναίκες.

Οικογενειακή Κατάσταση	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ N	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Δεν Δηλώθηκε	406	1,2
Αγαμος	5142	15,3
Έγγαμος	27262	81,4
Χήρος/α	376	1,1
Διαζευγμένη/ος	304	0,9
Σύνολο	33499	100

Πίνακας 11. Κατανομή δείγματος με βάση την οικογενειακή κατάσταση



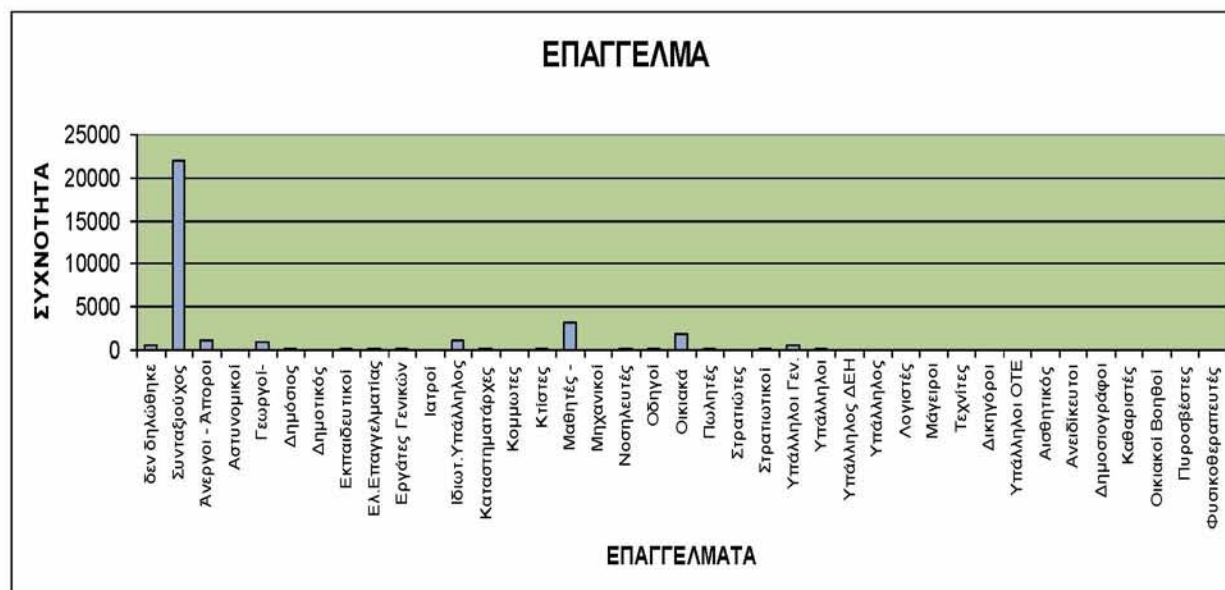
Γράφημα 3. Κατανομή δείγματος με βάση την οικογενειακή κατάσταση

Από την καταγραφή των 33499 νοσηλευθέντων , παρατηρούμε στον παραπάνω πίνακα ότι το 82% των ασθενών είναι έγγαμοι.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ N	ΠΟΣΟΣΤΟ %
δεν δηλώθηκε	587	1,8
Συνταξιούχος	22001	65,7
Άνεργοι - Άποροι	1212	3,6
Αστυνομικοί	70	0,2
Γεωργοί-κτηνοτρόφοι	962	2,9
Δημόσιος Υπάλληλος	94	0,3
Δημοτικός Υπάλληλος	11	0
Εκπαιδευτικοί	148	0,4
Ελ.Επαγγελματίας	181	0,5
Εργάτες Γενικών καθηκόντων	163	0,5
Ιατροί	47	0,1
Ιδιωτ. Υπάλληλος	1039	3,1
Καταστηματάρχες	274	0,8
Κομμωτες	19	0,1
Κτίστες	103	0,3
Μαθητές - Φοιτητές - Νεογνά - Βρέφη	3196	9,5
Μηχανικοί	69	0,2
Νοσηλευτές	103	0,3
Οδηγοί Αυτοκινήτων (ταξί και μικρών)	113	0,3
Οικιακά	1805	5,4
Πωλητές	205	0,6
Στρατιώτες	22	0,1
Στρατιωτικοί	97	0,3
Υπάλληλοι Γεν. Καθηκόντων	552	1,6
Υπάλληλοι Γραφείου	208	0,6
Υπάλληλος ΔΕΗ	41	0,1
Υπάλληλος Τράπεζας	12	0,0
Λογιστές	13	0,0
Μάγειροι	5	0,0

Τεχνίτες	45	0,1
Δικηγόροι	6	0,0
Υπάλληλοι ΟΤΕ	22	0,1
Αισθητικός	1	0,0
Ανειδίκευτοι Υπάλληλοι	1	0
Δημοσιογράφοι	4	0
Καθαριστές	25	0,1
Οικιακοί Βοηθοί	14	0
Πυροσβέστες	26	0,1
Φυσικοθεραπευτές	3	0
ΣΥΝΟΛΟ	33499	100

Πίνακας 12. Κατανομή δείγματος ανά επάγγελμα.



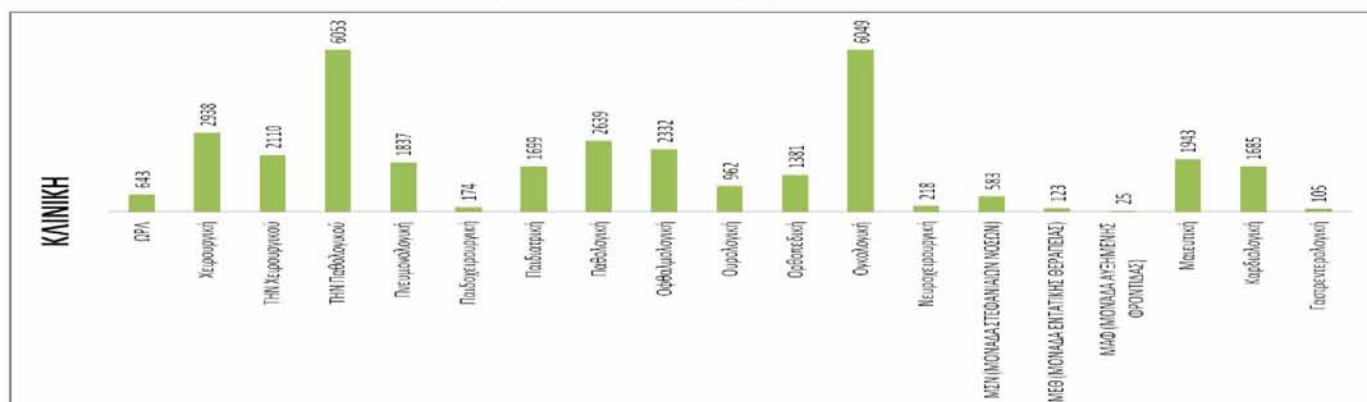
Γράφημα 4. Κατανομή δείγματος ανά επάγγελμα

Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι τα μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύθηκαν κατά το χρονικό διάστημα 2007-2015 είναι συνταξιούχοι.

ΚΛΙΝΙΚΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ N	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Γαστρεντερολογική	105	0,3
Καρδιολογική	1685	5,0
Μαιευτική	1943	5,8

ΜΑΦ (ΜΟΝΑΔΑ ΑΥΞΗΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ)	25	0,1
ΜΕΘ (ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ)	123	0,4
ΜΣΝ (ΜΟΝΑΔΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΝΟΣΩΝ)	583	1,7
Νευροχειρουργική	218	0,7
Ογκολογική	6049	18,1
Ορθοπαιδική	1381	4,1
Ουρολογική	962	2,9
Οφθαλμολογική	2332	7,0
Παθολογική	2639	7,9
Παιδιατρική	1699	5,1
Παιδοχειρουργική	174	0,5
Πνευμονολογική	1837	5,5
ΤΗΝ Παθολογικού	6053	18,1
ΤΗΝ Χειρουργικού	2110	6,3
Χειρουργική	2938	8,8
ΩΡΛ	643	1,9
ΣΥΝΟΛΟ	33499	100,0

Πίνακας 13. Κατανομή δείγματος ανά Τμήμα-Κλινική νοσηλείας

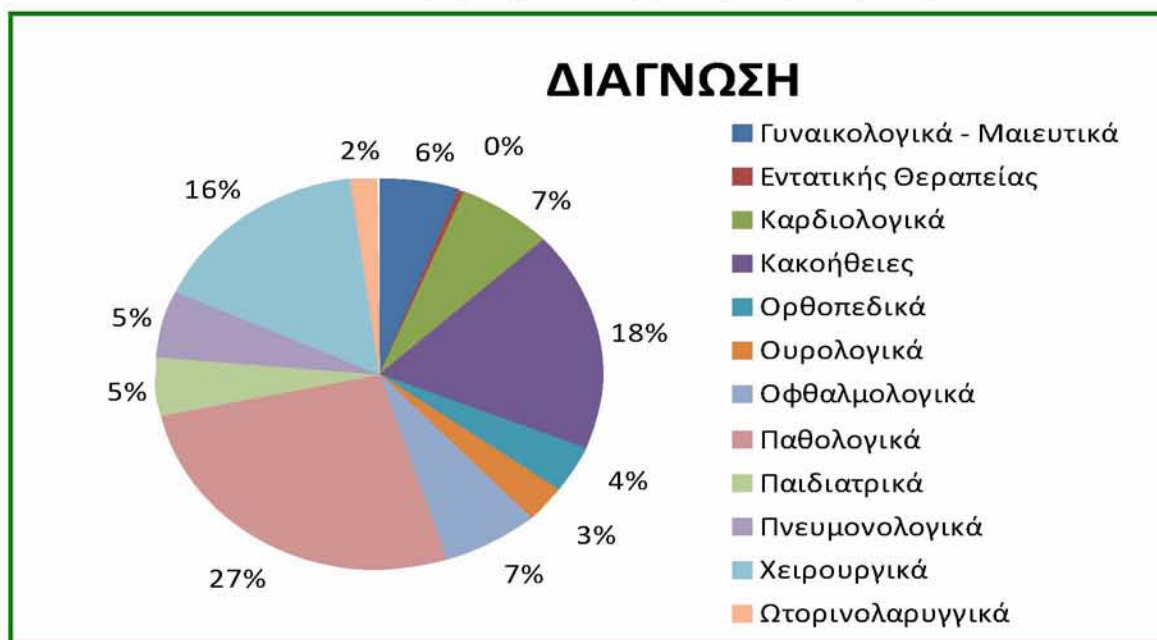


Γράφημα 5. Κατανομή δείγματος ανά Κλινική-Τμήμα νοσηλείας

Από τους παραπάνω πίνακες, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών που νοσηλεύθηκε κατά το χρονικό διάστημα 2007-2015, είναι στο Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας του Παθολογικού τομέα και στην Ουρολογική Κλινική.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ Ν	ΠΟΣΟΣΤΟ %
Γυναικολογικά - Μαιευτικά	1943	5,8
Εντατικής Θεραπείας	148	0,4
Καρδιολογικά	2268	6,8
Κακοήθειες	6049	18,1
Ορθοπαιδικά	1380	4,1
Ουρολογικά	962	2,9
Οφθαλμολογικά	2332	7,0
Παθολογικά	8797	26,3
Παιδιατρικά	1701	5,1
Πνευμονολογικά	1837	5,5
Χειρουργικά	5439	16,2
Ωτορινολαρυγγικά	643	1,9
ΣΥΝΟΛΟ	33499	100,0

Πίνακας 14. Κατανομή δείγματος σύμφωνα με την διάγνωση

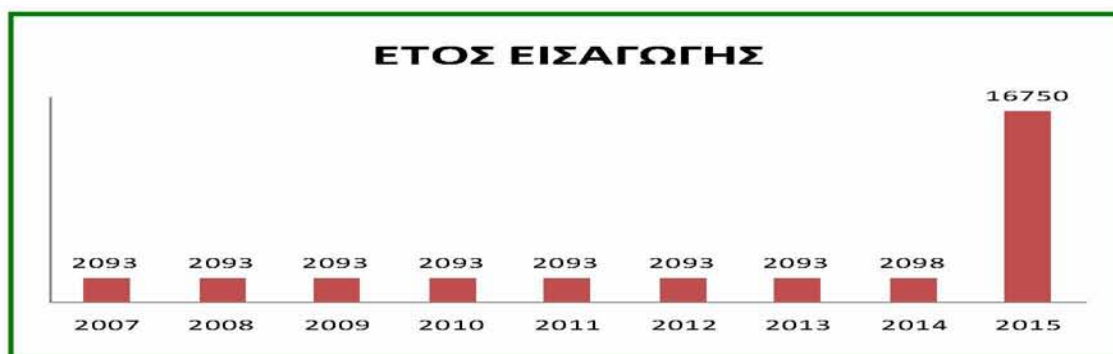


Γράφημα 6. Κατανομή δείγματος σύμφωνα με την διάγνωση

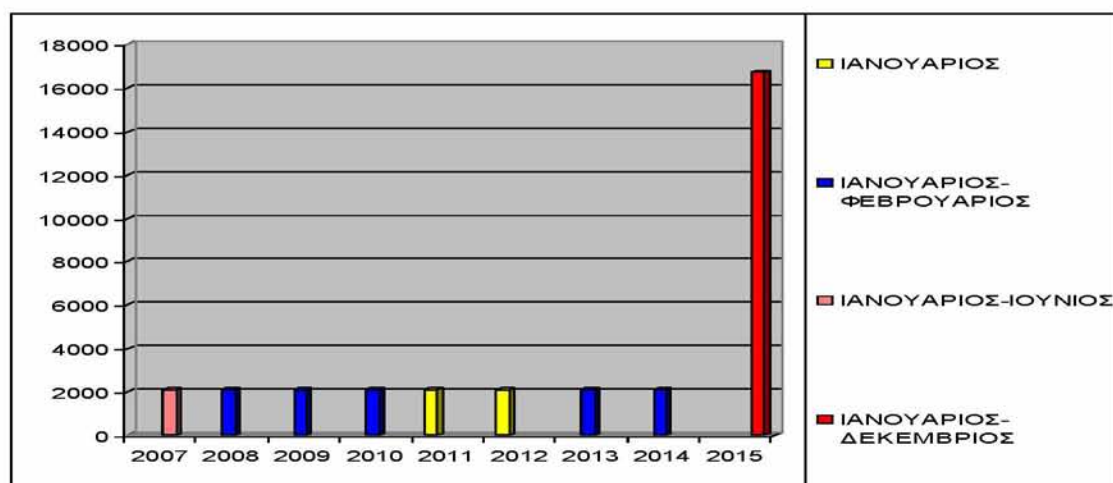
Από τους παραπάνω πίνακες παρατηρούμε ότι το 27% των ασθενών που νοσηλεύθηκαν, η διάγνωση τους οφείλονταν σε παθολογικά αίτια.

ΕΤΟΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ Ν	ΠΟΣΟΣΤΟ %
2007	2093	6,2
2008	2093	6,2
2009	2093	6,2
2010	2093	6,2
2011	2093	6,2
2012	2093	6,2
2013	2093	6,2
2014	2098	6,3
2015	16750	50
ΣΥΝΟΛΟ	33499	100

Πίνακας 15. Κατανομή δείγματος ανά έτος εισαγωγής



Γράφημα 7. Κατανομή δείγματος ανά έτος εισαγωγής



Όπως αναφέρθηκε παραπάνω στην ενότητα Υλικό-Μέθοδος, για το έτος 2015 καταγράφηκαν όλοι οι ασθενείς που προσήλθαν και νοσηλεύθηκαν, ενώ για τα προηγούμενα έτη έγινε καταμερισμός. Έτσι λοιπόν από τον παραπάνω πίνακα 15 & τα γραφήματα 7 παρατηρούμε ότι στα έτη 2011 & 2012 νοσηλεύθηκε μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών, εφόσον οι 2093 ασθενείς

καταγράφηκαν μόνο για τον μήνα Ιανουάριο, ενώ για τα υπόλοιπα έτη ο ίδιος αριθμός ασθενών καταγράφηκε για περισσότερους μήνες .

5.4 Πίνακες συνάφειας και έλεγχος ανεξαρτησίας

Στη συνέχεια θα δούμε πίνακες συνάφειας καθώς και θα εξετάσουμε αν τα ποιοτικά χαρακτηριστικά εξαρτώνται μεταξύ τους ή όχι.

Διατυπώνονται οι ακόλουθες δυο υποθέσεις

- $\left\{ \begin{array}{l} H_0: \text{Τα υπό μελέτη ποιοτικά χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα} \\ H_1: \text{Τα υπό μελέτη ποιοτικά χαρακτηριστικά εξαρτώνται} \end{array} \right.$

Ακολουθεί ο έλεγχος ανεξαρτησίας. Γενικός κανόνας είναι ότι αν το *p-value* είναι $>\alpha\%$ δεν απορρίπτω την H_0 , διαφορετικά την απορρίπτω σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha\%$.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΦΥΛΟ					
			ΦΥΛΟ		ΣΥΝΟΛΟ
			Άνδρες	Γυναίκες	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	Γυναικολογικά - Μαιευτικά	Συχνότητα	0	1943	1943
		%εντός ίδιας διάγνωσης	0,0%	100%	100,0%
		% εντός ίδιου φύλου	0,0%	11,8%	5,8%
		% επί του συνόλου	0,0%	5,8%	5,8%
	Εντατικής Θεραπείας	Συχνότητα	100	48	148
		%εντός ίδιας διάγνωσης	67,6%	32,4%	100,0%
		% εντός ίδιου φύλου	0,6%	0,3%	0,4%
		% επί του συνόλου	0,3%	0,1%	0,4%
	Καρδιολογικά	Συχνότητα	1414	854	2268
		%εντός ίδιας διάγνωσης	62,3%	37,7%	100,0%
		% εντός ίδιου φύλου	8,3%	5,2%	6,8%

	% επί του συνόλου	4,2%	2,5%	6,8%
Κακοήθειες	Συχνότητα	3371	2678	6049
	%εντός ίδιας διάγνωσης	55,7%	44,3%	100,0%
	% εντός ίδιου φύλου	19,7%	16,3%	18,1%
	% επί του συνόλου	10,1%	8,0%	18,1%
Ορθοπεδικά	Συχνότητα	495	885	1380
	%εντός ίδιας διάγνωσης	35,9%	64,1%	100,0%
	% εντός ίδιου φύλου	2,9%	5,4%	4,1%
	% επί του συνόλου	1,5%	2,6%	4,1%
Ουρολογικά	Συχνότητα	778	184	962
	%εντός ίδιας διάγνωσης	80,9%	19,1%	100,0%
	% εντός ίδιου φύλου	4,5%	1,1%	2,9%
	% επί του συνόλου	2,3%	0,5%	2,9%
Οφθαλμολογικά	Συχνότητα	1096	1236	2332
	%εντός ίδιας διάγνωσης	47,0%	53,0%	100,0%
	% εντός ίδιου φύλου	6,4%	7,5%	7,0%
	% επί του συνόλου	3,3%	3,7%	7,0%
Παθολογικά	Συχνότητα	4561	4236	8797
	%εντός ίδιας διάγνωσης	51,8%	48,2%	100,0%
	% εντός ίδιου φύλου	26,7%	25,8%	26,3%
	% επί του συνόλου	13,6%	12,6%	26,3%
Παιδιατρικά	Συχνότητα	910	791	1701
	%εντός ίδιας διάγνωσης	53,5%	46,5%	100,0%
	% εντός ίδιου φύλου	5,3%	4,8%	5,1%

		% επί του συνόλου	2,7%	2,4%	5,1%
Πνευμονολογικά	Συχνότητα		1100	737	1837
	%εντός ίδιας διάγνωσης		59,9%	40,1%	100,0%
	% εντός ίδιου φύλου		6,4%	4,5%	5,5%
	% επί του συνόλου		3,3%	2,2%	5,5%
Χειρουργικά	Συχνότητα		2910	2529	5439
	%εντός ίδιας διάγνωσης		53,5%	46,5%	100,0%
	% εντός ίδιου φύλου		17,0%	15,4%	16,2%
	% επί του συνόλου		8,7%	7,5%	16,2%
Ωτορινολαρυγγικά	Συχνότητα		355	288	643
	%εντός ίδιας διάγνωσης		55,2%	44,8%	100,0%
	% εντός ίδιου φύλου		2,1%	1,8%	1,9%
	% επί του συνόλου		1,1%	0,9%	1,9%
ΣΥΝΟΛΟ	Συχνότητα		17112	16387	33499
	%εντός ίδιας διάγνωσης		51,1%	48,9%	100,0%
	% εντός ίδιου φύλου		100,0%	100,0%	100,0%
	% επί του συνόλου		51,1%	48,9%	100,0%

Πίνακας 16. Συνάφεια μεταξύ Διάγνωσης και φύλου

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε τη διάγνωση των ανδρών και γυναικών που νοσηλεύθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας κατά το χρονικό διάστημα 2007 – 2015. Δίνοντας ένα παράδειγμα διαπιστώνουμε ότι:

- 2268 άτομα , άνδρες και γυναίκες διαγνώστηκαν με καρδιολογικά αίτια
- Από το σύνολο των ατόμων που διαγνώστηκαν με καρδιολογικά αίτια το 62,3% ήταν άνδρες και το 37,7% γυναίκες.
- Από το σύνολο των ανδρών που νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο το 8,3% διαγνώστηκαν με καρδιολογικά αίτια.

- Από το σύνολο των ατόμων που νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο το 4,2% διαγνώστηκαν με καρδιολογικά αίτια και ταυτόχρονα ήταν άνδρες.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p- value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή το είδος της διάγνωσης επηρεάζεται σημαντικά από το φύλο του ατόμου στο οποίο γίνεται η διάγνωση. Έντονη διαφοροποίηση εντοπίζεται για παράδειγμα, στη διάγνωση ορθοπεδικών αιτιών όπου οι γυναίκες παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη σχετική συχνότητα, ενώ αντίθετα στη διάγνωση πνευμονολογικών και ουρολογικών αιτιών οι άνδρες εμφανίζουν εντονότερη συχνότητα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ					
		ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ		ΣΥΝΟΛΟ	
		Αλλοδαποί	Έλληνες		
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	Γυναικολογικά - Μαιευτικά	Συχνότητα	456	1487	1943
		% εντός ίδιας διάγνωσης	23,5%	76,5%	100,0%
		% εντός ίδιας Εθνικότητας	30,5%	4,6%	5,8%
		% επί του συνόλου	1,4%	4,4%	5,8%
	Εντατικής Θεραπείας	Συχνότητα	5	143	148
		% εντός ίδιας διάγνωσης	3,4%	96,6%	100,0%
		% εντός ίδιας Εθνικότητας	0,3%	0,4%	0,4%
		% επί του συνόλου	0,0%	0,4%	0,4%
	Καρδιολογικά	Συχνότητα	51	2217	2268
		% εντός ίδιας διάγνωσης	2,2%	97,8%	100,0%

		% εντός ίδιας Εθνικότητας	3,4%	6,9%	6,8%
		% επί του συνόλου	0,2%	6,6%	6,8%
Κακοήθειες	Συχνότητα		95	5954	6049
	% εντός ίδιας διάγνωσης		1,6%	98,4%	100,0%
	% εντός ίδιας Εθνικότητας		6,4%	18,6%	18,1%
	% επί του συνόλου		0,3%	17,8%	18,1%
Ορθοπεδικά	Συχνότητα		49	1331	1380
	% εντός ίδιας διάγνωσης		3,6%	96,4%	100,0%
	% εντός ίδιας Εθνικότητας		3,3%	4,2%	4,1%
	% επί του συνόλου		0,1%	4,0%	4,1%
Ουρολογικά	Συχνότητα		11	951	962
	% εντός ίδιας διάγνωσης		1,1%	98,9%	100,0%
	% εντός ίδιας Εθνικότητας		0,7%	3,0%	2,9%
	% επί του συνόλου		0,0%	2,8%	2,9%
Οφθαλμολογικά	Συχνότητα		21	2311	2332
	% εντός ίδιας διάγνωσης		0,9%	99,1%	100,0%
	% εντός ίδιας Εθνικότητας		1,4%	7,2%	7,0%
	% επί του συνόλου		0,1%	6,9%	7,0%
Παθολογικά	Συχνότητα		284	8513	8797

	% εντός ίδιας διάγνωσης	3,2%	96,8%	100,0%
	% εντός ίδιας Εθνικότητας	19,0%	26,6%	26,3%
	% επί του συνόλου	0,8%	25,4%	26,3%
Παιδιατρικά	Συχνότητα	199	1502	1701
	% εντός ίδιας διάγνωσης	11,7%	88,3%	100,0%
	% εντός ίδιας Εθνικότητας	13,3%	4,7%	5,1%
	% επί του συνόλου	0,6%	4,5%	5,1%
Πνευμονολογικά	Συχνότητα	27	1810	1837
	% εντός ίδιας διάγνωσης	1,5%	98,5%	100,0%
	% εντός ίδιας Εθνικότητας	1,8%	5,7%	5,5%
	% επί του συνόλου	0,1%	5,4%	5,5%
Χειρουργικά	Συχνότητα	252	5187	5439
	% εντός ίδιας διάγνωσης	4,6%	95,4%	100,0%
	% εντός ίδιας Εθνικότητας	16,9%	16,2%	16,2%
	% επί του συνόλου	0,8%	15,5%	16,2%
Ωτορινολαρυγγικά	Συχνότητα	45	598	643
	% εντός ίδιας διάγνωσης	7,0%	93,0%	100,0%
	% εντός ίδιας Εθνικότητας	3,0%	1,9%	1,9%

		% επί του συνόλου	0,1%	1,8%	1,9%
ΣΥΝΟΛΟ	Συχνότητα		1495	32004	33499
	% εντός ίδιας διάγνωσης		4,5%	95,5%	100,0%
	% εντός ίδιας Εθνικότητας		100,0%	100,0%	100,0%
	% επί του συνόλου		4,5%	95,5%	100,0%

Πίνακας 17. Συνάφεια μεταξύ Διάγνωσης και Εθνικότητας

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε την διάγνωση των ατόμων, Ελλήνων και αλλοδαπών, που νοσηλεύθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας κατά το χρονικό διάστημα 2007 – 2015. Στο παράδειγμα παρατηρούμε ότι:

- 8.797 άτομα (Έλληνες και αλλοδαποί) διαγνώστηκαν με παθολογικά αίτια
- Από το σύνολο των ατόμων που διαγνώστηκαν με παθολογικά αίτια το 3,2% ήταν αλλοδαποί και το 96,8% Έλληνες.
- Από το σύνολο των Ελλήνων που νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο το 26,6% διαγνώστηκαν με παθολογικά αίτια.
- Από το σύνολο των ατόμων που νοσηλεύθηκαν στο νοσοκομείο το 25,4% διαγνώστηκαν με παθολογικά αίτια και ταυτόχρονα ήταν Έλληνες.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p- value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή το είδος της διάγνωσης επηρεάζεται σημαντικά από την εθνικότητα των ατόμων στους οποίους γίνεται η διάγνωση.

Παρόμοια εικόνα εντοπίζεται και στις υπόλοιπες διαγνώσεις, αφού οι Έλληνες παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα από τους αλλοδαπούς.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ & ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ								
			ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ					Σύνολο
			δεν δηλώθηκε	Άγαμος	Έγγαμος	Χήρος/α	Διαζευγμένη/ος	
ΔΙΑΓΝΩΣΗ	Γυναικολογικά - Μαιευτικά	Συχνότητα	51	454	1406	11	21	1943
		% εντός ίδιας διάγνωσης	2,6%	23,4%	72,4%	0,6%	1,1%	100,0%
		% εντός ίδιας Οικογ_καταστασης	12,6%	8,8%	5,2%	2,9%	6,9%	5,8%
		% επί του συνόλου	0,2%	1,4%	4,2%	0,0%	0,1%	
	Εντατικής Θεραπείας	Συχνότητα	1	20	125	0	2	1943
		% εντός ίδιας διάγνωσης	0,7%	13,5%	84,5%	0,0%	1,4%	100,0%
		% εντός ίδιας Οικογ_καταστασης	0,2%	0,4%	0,5%	0,0%	0,7%	5,8%
		% επί του συνόλου	0,0%	0,1%	0,4%	0,0%	0,0%	5,8%
	Καρδιολογικά	Συχνότητα	17	111	2044	63	33	148
		% εντός ίδιας διάγνωσης	0,7%	4,9%	90,1%	2,8%	1,5%	100,0%
		% εντός ίδιας Οικογ_καταστασης	4,2%	2,2%	7,5%	16,8%	10,9%	0,4%
		% επί του συνόλου	0,1%	0,3%	6,1%	0,2%	0,1%	0,4%
	Κακοήθειες	Συχνότητα	35	271	5453	169	121	2268
		% εντός ίδιας διάγνωσης	0,6%	4,5%	90,1%	2,8%	2,0%	100,0%
		% εντός ίδιας Οικογ_καταστασης	8,6%	5,3%	20,0%	44,9%	39,8%	6,8%
		% επί του συνόλου	0,1%	0,8%	16,3%	0,5%	0,4%	6,8%

Ορθοπαιδικά	Συχνότητα	8	129	1231	6	6	6049
	% εντός ίδιας διάγνωσης	0,6%	9,3%	89,2%	0,4%	0,4%	100,0%
	% εντός ίδιας Οικογ_καταστασης	2,0%	2,5%	4,5%	1,6%	2,0%	18,1%
	% επί του συνόλου	0,0%	0,4%	3,7%	0,0%	0,0%	18,1%
Ουρολογικά	Συχνότητα	7	43	895	9	8	1380
	% εντός ίδιας διάγνωσης	0,7%	4,5%	93,0%	0,9%	0,8%	100,0%
	% εντός ίδιας Οικογ_καταστασης	1,7%	0,8%	3,3%	2,4%	2,6%	4,1%
	% επί του συνόλου	0,0%	0,1%	2,7%	0,0%	0,0%	4,1%
Οφθαλμολογικά	Συχνότητα	1	36	2259	28	8	962
	% εντός ίδιας διάγνωσης	0,0%	1,5%	96,9%	1,2%	0,3%	100,0%
	% εντός ίδιας Οικογ_καταστασης	0,2%	0,7%	8,3%	7,4%	2,6%	2,9%
	% επί του συνόλου	0,0%	0,1%	6,7%	0,1%	0,0%	2,9%
Παθολογικά	Συχνότητα	147	1072	7482	40	56	2332
	% εντός ίδιας διάγνωσης	1,7%	12,2%	85,1%	0,5%	0,6%	100,0%
	% εντός ίδιας Οικογ_καταστασης	36,2%	20,8%	27,4%	10,6%	18,4%	7,0%
	% επί του συνόλου	0,4%	3,2%	22,3%	0,1%	0,2%	7,0%
Παιδιατρικά	Συχνότητα	0	1699	2	0	0	8797
	% εντός ίδιας διάγνωσης	0,0%	99,9%	0,1%	0,0%	0,0%	100,0%

	% εντός ίδιας Οικογ_καταστασης	0,0%	33,0%	0,0%	0,0%	0,0%	26,3%
	% επί του συνόλου	0,0%	5,1%	0,0%	0,0%	0,0%	26,3%
Πνευμονολογικά	Συχνότητα	6	102	1698	13	9	1701
	% εντός ίδιας διάγνωσης	0,3%	5,6%	92,4%	0,7%	0,5%	100,0%
	% εντός ίδιας Οικογ_καταστασης	1,5%	2,0%	6,2%	3,5%	3,0%	5,1%
	% επί του συνόλου	0,0%	0,3%	5,1%	0,0%	0,0%	5,1%
Χειρουργικά	Συχνότητα	125	1003	4244	31	36	1837
	% εντός ίδιας διάγνωσης	2,3%	18,4%	78,0%	0,6%	0,7%	100,0%
	% εντός ίδιας Οικογ_καταστασης	30,8%	19,5%	15,6%	8,2%	11,8%	5,5%
	% επί του συνόλου	0,4%	3,0%	12,7%	0,1%	0,1%	5,5%
Ωτορινολαρυγγικά	Συχνότητα	8	202	423	6	4	5439
	% εντός ίδιας διάγνωσης	1,2%	31,4%	65,8%	0,9%	0,6%	100,0%
	% εντός ίδιας Οικογ_καταστασης	2,0%	3,9%	1,6%	1,6%	1,3%	16,2%
	% επί του συνόλου	0,0%	0,6%	1,3%	0,0%	0,0%	1,9%
	Συχνότητα	406	5142	27262	376	304	33499
	% εντός ίδιας διάγνωσης	1,2%	15,3%	81,4%	1,1%	0,9%	100,0%
	% εντός ίδιας Οικογ_καταστασης	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% επί του συνόλου	1,2%	15,3%	81,4%	1,1%	0,9%	100,0%

ΣΥΝΟΛΟ													
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Πίνακας 18. Συνάφεια μεταξύ Διάγνωσης και Οικογενειακής κατάστασης

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε την διάγνωση των ασθενών με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση. Παράδειγμα, όσον αφορά τους παντρεμένους που νοσηλεύθηκαν παρατηρούμε ότι:

- 7482 άτομα που νοσηλεύθηκαν λόγω παθολογικών αιτιών είναι έγγαμοι.
- Από το σύνολο των ατόμων που είναι έγγαμοι, το 85,1% διαγνώστηκαν με παθολογικά αίτια.
- Από το σύνολο των ατόμων που πάσχουν από παθολογικά αίτια, το 27,4% είναι παντρεμένοι .
- Από το σύνολο των ατόμων που νοσηλεύθηκαν με παθολογικά αίτια στο νοσοκομείο Λαμίας το χρονικό διάστημα 2007-2015, το 22,3% είναι παντρεμένοι.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p- value είναι 0,000 <0,05 οπότε απορρίπτω την H_0 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η διάγνωση επηρεάζεται σημαντικά από την οικογενειακή κατάσταση του ατόμου στο οποίο γίνεται η διάγνωση.

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ-ΔΙΑΓΝΩΣΗ											Σύνολο	
		ΔΙΑΓΝΩΣΗ												
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		Γυναικολογικά - Μαιευτικά	Εντατικής Θεραπείας	Καρδιολογικά	Κακοήθειες	Ορθοπεδικά	Ουρολογικά	Οφθαλμολογικά	Παθολογικά	Παιδιατρικά	Πνευμονολογικά	Χειρουργικά	Ωτορινολαρυγγικά	
		Δεν δηλώθηκε επαγγελματός	Συχνότητα	112	1	39	62	19	9	3	176	0	15	142
% εντός ίδιου επαγγελματός	19,1		0,2%	6,6	10,6	3,2	1,5%	0,5	30,0	0,0	2,6	24,2	1,5	100,0
% εντός ίδιας διάγνωσης														
% επί συνόλου	5,8%		0,7%	1,7	1,0%	1,4	0,9%	0,1	2,0%	0,0	0,8	2,6%	1,4	1,8%
Σ	0,3%		0,0%	0,1	0,2%	0,1	0,0%	0,0	0,5%	0,0	0,0	0,4%	0,0	1,8%
Σ	Συχνότητα	154	106	17	4531	10	831	22	6319	2	15	3241	25	22001

				86		25		15			37		4	
	% εντός ίδιου επαγγελματ ος	0,7% 0,5%	0,5%	8,1 %	20,6 %	4,7 %	3,8%	10, 1 %	28,7 %	0,0 %	7,0 %	14,7 %	1,2 %	100,0 %
	% εντός ίδιας διάγνωσης	7,9% %	71,6 %	78, 7%	74,9 %	74, 3 %	86,4 %	95, 0 %	71,8 %	0,1 %	83, 7 %	59,6 %	39, 5 %	65,7%
	%επί συνόλου	0,5% %	0,3% %	5,3 %	13,5 %	3,1 %	2,5%	6,6 %	18,9 %	0,0 %	4,6 %	9,7% %	0,8 %	65,7%
Άνεργοι - Άποροι	Συχνότητα	248	15	70	320	56	22	2	187	0	59	191	42	1212
	% εντός ίδιου επαγγελματ ος	20,5 %	1,2% %	5,8 %	26,4 %	4,6 %	1,8%	0,2 %	15,4 %	0,0 %	4,9 %	15,8 %	3,5 %	100,0 %
	% εντός ίδιας διάγνωσης	12,8 %	10,1 %	3,1 %	5,3% %	4,1 %	2,3%	0,1 %	2,1% %	0,0 %	3,2 %	3,5% %	6,5 %	3,6%
	%επί συνόλου	0,7% %	0,0% %	0,2 %	1,0% %	0,2 %	0,1% %	0,0 %	0,6% %	0,0 %	0,2 %	0,6% %	0,1 %	3,6%
	Συχνότητα	5	0	4	23	1	3	0	14	0	2	14	4	70
Αστυνομικοί	% εντός ίδιου επαγγελματ ος	7,1% %	0,0% %	5,7 %	32,9 %	1,4 %	4,3%	0,0 %	20,0 %	0,0 %	2,9 %	20,0 %	5,7 %	100,0 %
	% εντός ίδιας διάγνωσης	0,3% %	0,0% %	0,2 %	0,4% %	0,1 %	0,3%	0,0 %	0,2% %	0,0 %	0,1 %	0,3% %	0,6 %	0,2%
	%επί συνόλου	0,0% %	0,0% %	0,0 %	0,1% %	0,0 %	0,0% %	0,0 %	0,0% %	0,0 %	0,0 %	0,0% %	0,0 %	0,2%
	Συχνότητα	82	6	81	241	28	11	24	224	0	42	197	26	962
	Γεωργοί-κτηνοτρόφοι	% εντός ίδιου επαγγελματ ος	8,5% %	0,6% %	8,4 %	25,1 %	2,9 %	1,1%	2,5 %	23,3 %	0,0 %	4,4 %	20,5 %	2,7 %
% εντός ίδιας διάγνωσης		4,2% %	4,1% %	3,6 %	4,0% %	2,0 %	1,1%	1,0 %	2,5% %	0,0 %	2,3 %	3,6% %	4,0 %	2,9%
%επί συνόλου		0,2% %	0,0% %	0,2 %	0,7% %	0,1 %	0,0% %	0,1 %	0,7% %	0,0 %	0,1 %	0,6% %	0,1 %	2,9%

Δημόσιος Υπάλληλος	Συχνότητα	9	0	21	0	5	1	2	20	0	5	23	8	94
	% εντός ίδιου επαγγελματ ος	9,6%	0,0%	22, 3%	0,0%	5,3 %	1,1%	2,1 %	21,3 %	0,0 %	5,3 %	24,5 %	8,5 %	100,0 %
	% εντός ίδιας διάγνωσης	0,5%	0,0%	0,9 %	0,0%	0,4 %	0,1%	0,1 %	0,2% %	0,0 %	0,3 %	0,4% %	1,2 %	0,3%
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,1 %	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,1% %	0,0 %	0,0 %	0,1% %	0,0 %	0,3%
	Συχνότητα	2	0	0	1	1	0	0	3	0	0	4	0	11
	% εντός ίδιου επαγγελματ ος	18,2 %	0,0%	0,0 %	9,1%	9,1 %	0,0%	0,0 %	27,3 %	0,0 %	0,0 %	36,4 %	0,0 %	100,0 %
	% εντός ίδιας διάγνωσης	0,1%	0,0%	0,0 %	0,0%	0,1 %	0,0%	0,0 %	0,0% %	0,0 %	0,0 %	0,1% %	0,0 %	0,0%
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,0% %	0,0 %	0,0 %	0,0% %	0,0 %	0,0%
Εκπαιδευτικοί	Συχνότητα	41	0	7	16	2	5	7	31	0	5	25	9	148
	% εντός ίδιου επαγγελματ ος	27,7 %	0,0%	4,7 %	10,8 %	1,4 %	3,4%	4,7 %	20,9 %	0,0 %	3,4 %	16,9 %	6,1 %	100,0 %
	% εντός ίδιας διάγνωσης	2,1%	0,0%	0,3 %	0,3%	0,1 %	0,5%	0,3 %	0,4% %	0,0 %	0,3 %	0,5% %	1,4 %	0,4%
	%επί συνόλου	0,1%	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,1% %	0,0 %	0,0 %	0,1% %	0,0 %	0,4%
	Συχνότητα	21	1	4	3	8	4	1	78	0	9	39	13	181
	% εντός ίδιου επαγγελματ ος	11,6 %	0,6%	2,2 %	1,7%	4,4 %	2,2%	0,6 %	43,1 %	0,0 %	5,0 %	21,5 %	7,2 %	100,0 %
	% εντός ίδιας διάγνωσης	1,1%	0,7%	0,2 %	0,0%	0,6 %	0,4%	0,0 %	0,9% %	0,0 %	0,5 %	0,7% %	2,0 %	0,5%
	%επί συνόλου	0,1%	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,2% %	0,0 %	0,0 %	0,1% %	0,0 %	0,5%
Ελ.Επαγγελματίας	Συχνότητα	21	1	4	3	8	4	1	78	0	9	39	13	181
	% εντός ίδιου επαγγελματ ος	11,6 %	0,6%	2,2 %	1,7%	4,4 %	2,2%	0,6 %	43,1 %	0,0 %	5,0 %	21,5 %	7,2 %	100,0 %
	% εντός ίδιας διάγνωσης	1,1%	0,7%	0,2 %	0,0%	0,6 %	0,4%	0,0 %	0,9% %	0,0 %	0,5 %	0,7% %	2,0 %	0,5%
	%επί συνόλου	0,1%	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,2% %	0,0 %	0,0 %	0,1% %	0,0 %	0,5%

Εργάτες Γενικών καθηκόντων	Συχνότητα	1	0	3	55	5	3	8	48	0	3	30	7	163
	% εντός ιδίου επαγγελμα- τος	0,6%	0,0%	1,8	33,7	3,1	1,8%	4,9	29,4	0,0	1,8	18,4	4,3	100,0
	% εντός ίδιας διάγνωσης	0,1%	0,0%	0,1	0,9%	0,4	0,3%	0,3	0,5%	0,0	0,2	0,6%	1,1	0,5%
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0	0,2%	0,0	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,0	0,1%	0,0	0,5%
	Συχνότητα	7	0	4	3	2	0	2	7	0	3	18	1	47
	% εντός ιδίου επαγγελμα- τος	14,9	0,0%	8,5	6,4%	4,3	0,0%	4,3	14,9	0,0	6,4	38,3	2,1	100,0
	% εντός ίδιας διάγνωσης	0,4%	0,0%	0,2	0,0%	0,1	0,0%	0,1	0,1%	0,0	0,2	0,3%	0,2	0,1%
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,1%	0,0	0,1%
	Συχνότητα	107	4	38	69	42	9	0	419	0	22	297	32	1039
% εντός ιδίου επαγγελμα- τος	10,3	0,4%	3,7	6,6%	4,0	0,9%	0,0	40,3	0,0	2,1	28,6	3,1	100,0	
% εντός ίδιας διάγνωσης	5,5%	2,7%	1,7	1,1%	3,0	0,9%	0,0	4,8%	0,0	1,2	5,5%	5,0	3,1%	
%επί συνόλου	0,3%	0,0%	0,1	0,2%	0,1	0,0%	0,0	1,3%	0,0	0,1	0,9%	0,1	3,1%	
Συχνότητα	19	2	18	78	6	9	5	41	0	8	72	16	274	
% εντός ιδίου επαγγελμα- τος	6,9%	0,7%	6,6	28,5	2,2	3,3%	1,8	15,0	0,0	2,9	26,3	5,8	100,0	
% εντός ίδιας διάγνωσης	1,0%	1,4%	0,8	1,3%	0,4	0,9%	0,2	0,5%	0,0	0,4	1,3%	2,5	0,8%	
%επί συνόλου	0,1%	0,0%	0,1	0,2%	0,0	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,0	0,2%	0,0	0,8%	

Κομμωτές	Συχνότητα	6	0	0	0	0	0	0	5	0	1	6	1	19
	% εντός ιδίου επαγγελματ ος	31,6 %	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	26,3 %	0,0 %	5,3 %	31,6 %	5,3 %	100,0 %
	% εντός ίδιας διάγνωσης	0,3%	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,1%	0,0 %	0,1 %	0,1%	0,2 %	0,1%
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,1%
	Συχνότητα	1	1	18	16	5	2	1	14	0	3	36	6	103
	% εντός ιδίου επαγγελματ ος	1,0%	1,0%	17, 5%	15,5 %	4,9 %	1,9%	1,0 %	13,6 %	0,0 %	2,9 %	35,0 %	5,8 %	100,0 %
	% εντός ίδιας διάγνωσης	0,1%	0,7%	0,8 %	0,3%	0,4 %	0,2%	0,0 %	0,2%	0,0 %	0,2 %	0,7%	0,9 %	0,3%
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,1 %	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,0 %	0,1%	0,0 %	0,3%
Μαθητές - Φοιτητές - Νεογνά - Βρέφη	Συχνότητα	160	3	16	19	45	12	19	511	16	32	549	13	3196
	% εντός ιδίου επαγγελματ ος	5,0%	0,1%	0,5 %	0,6%	1,4 %	0,4%	0,6 %	16,0 %	53, 2%	1,0 %	17,2 %	4,1 %	100,0 %
	% εντός ίδιας διάγνωσης	8,2%	2,0%	0,7 %	0,3%	3,3 %	1,2%	0,8 %	5,8%	99, 9%	1,7 %	10,1 %	20, 4%	9,5%
	%επί συνόλου	0,5%	0,0%	0,0 %	0,1%	0,1 %	0,0%	0,1 %	1,5%	5,1 %	0,1 %	1,6%	0,4 %	9,5%
	Συχνότητα	14	0	9	2	4	1	0	17	0	1	18	3	69
	% εντός ιδίου επαγγελματ ος	20,3 %	0,0%	13, 0%	2,9%	5,8 %	1,4%	0,0 %	24,6 %	0,0 %	1,4 %	26,1 %	4,3 %	100,0 %
	% εντός ίδιας διάγνωσης	0,7%	0,0%	0,4 %	0,0%	0,3 %	0,1%	0,0 %	0,2%	0,0 %	0,1 %	0,3%	0,5 %	0,2%
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,0%	0,0 %	0,1%	0,0 %	0,0 %	0,1%	0,0 %	0,2%

	συνόλου			%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Νοσηλεύτές	Συχνότητα	55	0	2	19	7	0	0	6	0	1	11	2	103
	% εντός	53,4	0,0%	1,9	18,4	6,8	0,0%	0,0	5,8%	0,0	1,0	10,7	1,9	100,0
	ίδιου	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	επαγγελματ ος													
	% εντός	2,8%	0,0%	0,1	0,3%	0,5	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,1	0,2%	0,3	0,3%
Οδηγοί Αυτοκινήτων (ταξί και	Συχνότητα	4	1	4	69	5	0	0	15	0	2	10	3	113
	% εντός	3,5%	0,9%	3,5	61,1	4,4	0,0%	0,0	13,3	0,0	1,8	8,8%	2,7	100,0
	ίδιου	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	επαγγελματ ος													
	% εντός	0,2%	0,7%	0,2	1,1%	0,4	0,0%	0,0	0,2%	0,0	0,1	0,2%	0,5	0,3%
Οικιακά	Συχνότητα	617	4	51	293	71	13	22	370	0	46	291	27	1805
	% εντός	34,2	0,2%	2,8	16,2	3,9	0,7%	1,2	20,5	0,0	2,5	16,1	1,5	100,0
	ίδιου	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	επαγγελματ ος													
	% εντός	31,8	2,7%	2,2	4,8%	5,1	1,4%	0,9	4,2%	0,0	2,5	5,4%	4,2	5,4%
Πωλητές	Συχνότητα	73	0	3	38	8	1	2	41	0	4	27	8	205
	% εντός	35,6	0,0%	1,5	18,5	3,9	0,5%	1,0	20,0	0,0	2,0	13,2	3,9	100,0
	ίδιου	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	επαγγελματ ος													
	% εντός	3,8%	0,0%	0,1	0,6%	0,6	0,1%	0,1	0,5%	0,0	0,2	0,5%	1,2	0,6%
	%επί	0,2%	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,0	0,1%	0,0	0,6%

	συνόλου			%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Στρατιώτες	Συχνότητα	0	0	0	0	0	1	0	11	0	1	6	3	22
	% εντός	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	4,5%	0,0	50,0	0,0	4,5	27,3	13,	100,0
	ίδιου			%	%	%	%	%	%	%	%	6	%	
	επαγγελματ ος												%	
	% εντός	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,1%	0,0	0,1	0,1%	0,5	0,1%
Στρατιωτικοί	ίδιας διάγνωσης			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	%επί	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,1%
	συνόλου			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	Συχνότητα	20	0	3	0	0	1	0	49	0	2	19	3	97
	% εντός	20,6	0,0%	3,1	0,0%	0,0	1,0%	0,0	50,5	0,0	2,1	19,6	3,1	100,0
Υπάλληλοι Γεν. Καθηκόντων	ίδιου	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	επαγγελματ ος													
	% εντός	1,0%	0,0%	0,1	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,6%	0,0	0,1	0,3%	0,5	0,3%
	ίδιας διάγνωσης			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	%επί	0,1%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,0	0,1%	0,0	0,3%
Υπάλληλοι Γραφείου	συνόλου			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	Συχνότητα	105	4	49	57	25	18	15	123	0	26	109	21	552
	% εντός	19,0	0,7%	8,9	10,3	4,5	3,3%	2,7	22,3	0,0	4,7	19,7	3,8	100,0
	ίδιου	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	επαγγελματ ος													
Υπάλληλοι Γραφείου	% εντός	5,4%	2,7%	2,2	0,9%	1,8	1,9%	0,6	1,4%	0,0	1,4	2,0%	3,3	1,6%
	ίδιας διάγνωσης			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	%επί	0,3%	0,0%	0,1	0,2%	0,1	0,1%	0,0	0,4%	0,0	0,1	0,3%	0,1	1,6%
	συνόλου			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	Συχνότητα	47	0	27	70	2	2	3	25	0	4	23	5	208
Υπάλληλοι Γραφείου	% εντός	22,6	0,0%	13,	33,7	1,0	1,0%	1,4	12,0	0,0	1,9	11,1	2,4	100,0
	ίδιου	%	%	0%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	επαγγελματ ος													
	% εντός	2,4%	0,0%	1,2	1,2%	0,1	0,2%	0,1	0,3%	0,0	0,2	0,4%	0,8	0,6%
	ίδιας διάγνωσης			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
%επί	0,1%	0,0%	0,1	0,2%	0,0	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,0	0,1%	0,0	0,6%	

	συνόλου			%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Υπάλληλος ΔΕΗ	Συχνότητα	1	0	4	12	2	1	0	10	0	1	6	4	41
	% εντός	2,4%	0,0%	9,8	29,3	4,9	2,4%	0,0	24,4	0,0	2,4	14,6	9,8	100,0
	ίδιου			%	%	%		%	%	%	%	%	%	%
	επαγγελματ ος													
	% εντός	0,1%	0,0%	0,2	0,2%	0,1	0,1%	0,0	0,1%	0,0	0,1	0,1%	0,6	0,1%
	ίδιας			%		%		%		%		%		%
	διάγνωσης													
	%επί	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,1%
συνόλου			%		%		%		%		%		%	
Υπάλληλος Τράπεζας	Συχνότητα	1	0	2	3	0	0	0	3	0	0	3	0	12
	% εντός	8,3%	0,0%	16,	25,0	0,0	0,0%	0,0	25,0	0,0	0,0	25,0	0,0	100,0
	ίδιου			7%	%	%		%	%	%	%	%	%	%
	επαγγελματ ος													
	% εντός	0,1%	0,0%	0,1	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,1%	0,0	0,0%
	ίδιας			%		%		%		%		%		%
	διάγνωσης													
	%επί	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0%
συνόλου			%		%		%		%		%		%	
Λογιστές	Συχνότητα	6	0	0	0	0	0	0	3	0	1	2	1	13
	% εντός	46,2	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	23,1	0,0	7,7	15,4	7,7	100,0
	ίδιου	%		%		%		%	%	%	%	%	%	%
	επαγγελματ ος													
	% εντός	0,3%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,1	0,0%	0,2	0,0%
	ίδιας			%		%		%		%		%		%
	διάγνωσης													
	%επί	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0%
συνόλου			%		%		%		%		%		%	
Μάγειροι	Συχνότητα	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	1	5
	% εντός	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	20,	20,0	0,0	0,0%	0,0	0,0	40,0	20,	100,0
	ίδιου			%		0	%	%		%	%	%	0	%
	επαγγελματ ος					%		%		%		%		%
	% εντός	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,1	0,1%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,2	0,0%
	ίδιας			%		%		%		%		%		%
	διάγνωσης													
	%επί	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0%

	συνόλου			%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Τεχνίτες	Συχνότητα	0	0	2	23	2	2	0	6	0	0	8	2	45
	% εντός	0,0%	0,0%	4,4	51,1	4,4	4,4%	0,0	13,3	0,0	0,0	17,8	4,4	100,0
	ίδιου			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	επαγγελματ ος													
	% εντός	0,0%	0,0%	0,1	0,4%	0,1	0,2%	0,0	0,1%	0,0	0,0	0,1%	0,3	0,1%
	ίδιας			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	διάγνωσης													
	%επί	0,0%	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,1%
	συνόλου			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Δικηγόροι	Συχνότητα	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	3	0	6
	% εντός	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	50,0	0,0	0,0	50,0	0,0	100,0
	ίδιου			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	επαγγελματ ος													
	% εντός	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,1%	0,0	0,0%
	ίδιας			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	διάγνωσης													
	%επί	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0%
	συνόλου			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Υπάλληλοι ΟΤΕ	Συχνότητα	2	0	1	1	0	0	0	10	0	1	7	0	22
	% εντός	9,1%	0,0%	4,5	4,5%	0,0	0,0%	0,0	45,5	0,0	4,5	31,8	0,0	100,0
	ίδιου			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	επαγγελματ ος													
	% εντός	0,1%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,1	0,1%	0,0	0,1%
	ίδιας			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	διάγνωσης													
	%επί	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,1%
	συνόλου			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Αισθητικός	Συχνότητα	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
	% εντός	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	10	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	100,0
	ίδιου			%	%	0,0	%	%	%	%	%	%	%	%
	επαγγελματ ος													
	% εντός	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,1	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0%
	ίδιας			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	διάγνωσης													
	%επί	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0%
	συνόλου			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%

	συνόλου			%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Ανειδίκευτοι Υπάλληλοι	Συχνότητα	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	% εντός ιδίου	100, 0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	100,0
	επαγγελματ ος			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	% εντός ιδίας	0,1%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0%
	διάγνωσης			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0%
				%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Δημοσιογράφοι	Συχνότητα	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	4
	% εντός ιδίου	25,0 %	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	50,0	0,0	0,0	25,0	0,0	100,0
	επαγγελματ ος			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	% εντός ιδίας	0,1%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0%
	διάγνωσης			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0%
				%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Καθαριστές	Συχνότητα	11	0	1	0	1	0	1	5	0	1	4	1	25
	% εντός ιδίου	44,0 %	0,0%	4,0	0,0%	4,0	0,0%	4,0	20,0	0,0	4,0	16,0	4,0	100,0
	επαγγελματ ος			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	% εντός ιδίας	0,6%	0,0%	0,0	0,0%	0,1	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,1	0,1%	0,2	0,1%
	διάγνωσης			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,1%
				%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Οικιακοί Βοηθοί	Συχνότητα	4	0	1	2	1	0	0	1	0	0	5	0	14
	% εντός ιδίου	28,6 %	0,0%	7,1	14,3	7,1	0,0%	0,0	7,1%	0,0	0,0	35,7	0,0	100,0
	επαγγελματ ος			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	% εντός ιδίας	0,2%	0,0%	0,0	0,0%	0,1	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,1%	0,0	0,0%
	διάγνωσης			%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0	0,0%
				%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	

	συνόλου			%	%	%	%	%	%	%	%	%		
Πυροσβέστες	Συχνότητα	3	0	0	23	0	0	0	0	0	0	0	26	
	% εντός ιδίου επαγγελματ ος	11,5	0,0%	0,0	88,5	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	100,0	
	% εντός ίδιας διάγνωσης	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	%επί συνόλου	0,2%	0,0%	0,0	0,4%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,1%	
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,1%	
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,1%	
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,1%	
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0	0,1%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,1%	
Φυσικοθεραπευτές	Συχνότητα	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	
	% εντός ιδίου επαγγελματ ος	100,	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	100,0	
	% εντός ίδιας διάγνωσης	0%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	%επί συνόλου	0,2%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0%	
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0%	
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0%	
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0%	
	%επί συνόλου	0,0%	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0	0,0%	0,0%	
ΣΥΝΟΛΟ	Συχνότητα	1943	148	22	6049	13	962	23	8797	17	18	5439	64	33499
	% εντός ιδίου επαγγελματ ος	5,8%	0,4%	6,8	18,1	4,1	2,9%	7,0	26,3	5,1	5,5	16,2	1,9	100,0
	% εντός ίδιας διάγνωσης	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	%επί συνόλου	100,	100,	10	100,	10	100,	10	100,	10	10	100,	10	100,0
	%επί συνόλου	0%	0%	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0,0	0%	0,0	%
	%επί συνόλου	5,8%	0,4%	6,8	18,1	4,1	2,9%	7,0	26,3	5,1	5,5	16,2	1,9	100,0
	%επί συνόλου	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
	%επί συνόλου	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	

Πίνακας 19. Συνάφεια μεταξύ Διάγνωσης και Επαγγέλματος

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε την διάγνωση των ασθενών με βάση το επάγγελμά τους Στο παράδειγμά μας, παρατηρούμε ότι:

- 1786 άτομα που νοσηλεύθηκαν λόγω καρδιολογικών παθήσεων είναι συνταξιούχοι.

- Από το σύνολο των ατόμων που είναι συνταξιούχοι, το 8,1% διαγνώστηκαν με καρδιολογικές παθήσεις.
- Από το σύνολο των ατόμων που πάσχουν από καρδιολογικές παθήσεις, το 78,7% είναι συνταξιούχοι.
- Από το σύνολο των ατόμων που νοσηλεύθηκαν με καρδιολογικές παθήσεις στο νοσοκομείο Λαμίας το χρονικό διάστημα 2007-2015, το 5,3% είναι συνταξιούχοι.

Σύμφωνα με τον έλεγχο ανεξαρτησίας το p -value είναι $0,000 < 0,05$ οπότε απορρίπτω την H_0 που σημαίνει ότι τα δυο χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή η διάγνωση επηρεάζεται από την επαγγελματική κατάσταση των ασθενών στους οποίους γίνεται η διάγνωση. Έντονη διαφοροποίηση εντοπίζεται για παράδειγμα, στη διάγνωση παθολογικών αιτιών όπου οι συνταξιούχοι παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη σχετική συχνότητα, ενώ αντίθετα στη διάγνωση εντατικής θεραπείας και γυναικολογικών αιτιών οι συνταξιούχοι εμφανίζουν μικρότερη συχνότητα

5.5 Στατιστική συμπερασματολογία για ποσοτικά χαρακτηριστικά των ασθενών

5.5.1 Στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων για την ηλικία και τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών

Πολλές φορές θέλουμε να ελέγξουμε αν η μέση τιμή μιας ποσοτικής μεταβλητής διαφέρει σε δυο ανεξάρτητα δείγματα. Για παράδειγμα αν η μέση ηλικία των γυναικών του δείγματος της έρευνας διαφέρει έναντι της μέσης ηλικίας των ανδρών. Για την εφαρμογή του κατάλληλου στατιστικού τεστ T διατυπώνονται οι ακόλουθες υποθέσεις

Μηδενική υπόθεση H_0 : $\mu_1 = \mu_2$ έναντι της Εναλλακτικής υπόθεσης H_1 : $\mu_1 \neq \mu_2$

Η υπόθεση H_0 απορρίπτεται όταν η τιμή του στατιστικού κριτηρίου T είναι κατά απόλυτη τιμή μεγαλύτερη από την τιμή που θα λάμβανε εάν ίσχυε η μηδενική υπόθεση και δίνεται από τους πίνακες της αντίστοιχης κατανομής. .

Αρχικά εξετάζουμε αν παρουσιάζονται σημαντικές ηλικιακές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών που νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο.

	Φύλο	Συχνότητα	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσης Τιμής
Ηλικία	Άνδρες	17112	63,57	22,615	,173
	Γυναίκες	16387	60,95	24,077	,188

Πίνακας 20. Περιγραφικά μέτρα του ορίου ηλικίας στις δύο ομάδες

Ο παραπάνω πίνακας περιέχει κάποια περιγραφικά μέτρα για τα δύο ανεξάρτητα δείγματα. Από αυτά φαίνεται ότι (τουλάχιστον αριθμητικά) οι άνδρες που νοσηλεύτηκαν έχουν κατά μέσο όρο μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με τις γυναίκες.

Στο πλαίσιο του στατιστικού ελέγχου ισότητας των μέσων τιμών μεταξύ ανδρών και γυναικών, για να αποφανθούμε ποια αποτελέσματα θα χρησιμοποιήσουμε, ελέγχουμε αρχικά μέσω του Levene τεστ την ισότητα των διασπορών μεταξύ των δύο ομάδων. Ο έλεγχος υποδεικνύει ότι η υπόθεση της ισότητας απορρίπτεται σε επίπεδο 5% ($p\text{-value} = 0,000 < 0,05$), συνεπώς θα χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα του ελέγχου T-test που αφορούν ετεροσκεδαστικά δείγματα, όπου και διαπιστώνουμε ότι η υπόθεση της ισότητας των μέσων τιμών απορρίπτεται ($p\text{-value} = 0,000 < 0,05$). Συνεπώς, κατά μέσο όρο η ηλικία μεταξύ ανδρών και γυναικών που νοσηλεύτηκαν διαφέρει σημαντικά. Μάλιστα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 20, οι άνδρες που νοσηλεύτηκαν παρουσιάζουν μεγαλύτερη ηλικία έναντι των γυναικών.

Στη συνέχεια, εξετάζουμε αν παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών που νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο ως προς τη διάρκεια νοσηλείας τους.

	Φύλο	Συχνότητα	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα Μέσης Τιμής
Διάρκεια_νοσηλείας	Άνδρες	17112	2,58	5,232	,040
	Γυναίκες	16387	2,61	4,837	,038

Πίνακας 21. Περιγραφικά μέτρα της διάρκειας νοσηλείας στις δύο ομάδες

Από τον Πίνακα 21 φαίνεται ότι οι άνδρες έχουν κατά μέσο όρο αριθμητικά μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας σε σχέση με τις γυναίκες. Βεβαίως η αριθμητική σύγκριση δεν αποτελεί

ισχυρή ένδειξη και πρέπει να ελεγχθεί στατιστικά. Έτσι λαμβάνουμε τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου. Για να αποφανθούμε ποια αποτελέσματα θα χρησιμοποιήσουμε, ελέγχουμε αρχικά μέσω του τεστ Levene την ισότητα των διασπορών μεταξύ των δύο ομάδων. Ο έλεγχος υποδεικνύει ότι η υπόθεση της ισότητας δεν μπορεί να απορριφθεί σε επίπεδο 5% ($p\text{-value} = 0,258 > 0,05$), συνεπώς θα χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα του ελέγχου T-test για ομοσκεδαστικά δείγματα, όπου και διαπιστώνουμε ότι η υπόθεση της ισότητας των μέσων τιμών δεν απορρίπτεται ($p\text{-value} = 0,582 > 0,05$). Συνεπώς, η μέση διάρκεια νοσηλείας μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν διαφέρει σημαντικά. .

5.5.2 Συσχέτιση κατά *Pearson* ανάμεσα στην ηλικία και τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών

Προκειμένου να ελέγξουμε την ύπαρξη γραμμικής σχέσης μεταξύ δύο ποσοτικών μεταβλητών, χρησιμοποιούμε συνήθως τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του *Pearson*, εφόσον τα δεδομένα προσαρμόζονται ικανοποιητικά στην Κανονική κατανομή. Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης επιθυμούμε να εξετασθεί η πιθανή ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των της ηλικίας και της διάρκειας νοσηλείας ενός ασθενή. Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου εκφράζει την ανεξαρτησία μεταξύ των δύο υπό μελέτη ποσοτικών χαρακτηριστικών. Συνεπώς, αν το αντίστοιχο $p\text{-value} < 0,05$ θα συμπεραίνουμε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών

		Ηλικία	Διάρκεια_νοσηλείας
Ηλικία	Pearson Correlation	1	,066**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	33499	33499
Διάρκεια_νοσηλείας	Pearson Correlation	,066**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	33499	33499

Πίνακας 22. Συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και διάρκειας νοσηλείας

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως ο δειγματικός συντελεστής συσχέτισης μεταξύ της ηλικίας και διάρκειας νοσηλείας για τους 33499 ασθενείς που νοσηλεύθηκαν ήταν $r = 0,066$ η οποία κρίνεται στατιστικά σημαντική αφού $p\text{-value} < 0,001$. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι ο χρόνος νοσηλείας ενός ατόμου που εισέρχεται στο Νοσοκομείο σχετίζεται ισχυρά, στατιστικά και θετικά με την ηλικία του. Με άλλα λόγια, καταγράφεται η στατιστική ένδειξη ότι όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία ενός ασθενή που εισέρχεται στο Νοσοκομείο, τόσο μεγαλύτερο είναι και το χρονικό διάστημα που απαιτείται για τη νοσηλεία του.

5.5.3 Μοντέλα Γραμμικής Παλινδρόμησης

Ο συντελεστής συσχέτισης *Pearson* που υπολογίστηκε νωρίτερα μας έδωσε στατιστικές ενδείξεις ότι η διάρκεια νοσηλείας σχετίζεται ισχυρά και γραμμικά με την ηλικία των ασθενών που νοσηλεύονται στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας. Στη συνέχεια θα διερευνήσουμε την πιθανή επίδραση πάνω στη διάρκεια νοσηλείας των παραγόντων «φύλο» και «ηλικία» των ασθενών. Δεδομένου ότι τα εκτιμώμενα σφάλματα της Γραμμικής Παλινδρόμησης ικανοποιούν τις βασικές προϋποθέσεις Κανονικότητας, ανεξαρτησίας και ομοσκεδαστικότητας, εφαρμόζουμε μοντέλο Γραμμικής Παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάρκεια νοσηλείας. Λαμβάνουμε τα ακόλουθα αποτελέσματα.

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,066 ^a	,004	,004	5,032

a. Predictors: (Constant), Ηλικία, φυλο

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3707,703	2	1853,851	73,221	,000 ^b
	Residual	848072,701	33496	25,319		
	Total	851780,403	33498			

a. Dependent Variable: Διάρκεια_νοσηλείας

b. Predictors: (Constant), Ηλικία, φυλο

Πίνακας 23. Γραμμική παλινδρόμηση ηλικία-φύλο με εξαρτημένη διάρκεια νοσηλείας

Από τους παραπάνω πίνακες διαπιστώνουμε τα ακόλουθα:

Ο συντελεστής προσδιορισμού του γραμμικού μοντέλου είναι ίσος με $R^2 = 0,004$. Ωστόσο το αντίστοιχο *p-value* για τον έλεγχο σημαντικότητας του μοντέλου είναι $< 0,001$, που πρακτικά σημαίνει ότι το σύνολο των δύο ανεξάρτητων παραγόντων που χρησιμοποιήθηκαν επιδρά γραμμικά και σημαντικά στην τιμή της διάρκειας νοσηλείας. Προκειμένου να διαπιστώσουμε αν και οι δύο παράγοντες του μοντέλου συμβάλουν σημαντικά στην πρόβλεψη της τιμής της εξαρτημένης μεταβλητής, διενεργούμε στατιστικούς ελέγχους για κάθε επεξηγηματική μεταβλητή χωριστά. Σύμφωνα με τον ακόλουθο πίνακα

Συντελεστές Γραμμικής Παλινδρόμησης

Model		Unstandardized Coefficients		t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	1,675	,084	19,897	,000	1,510	1,840
	φύλο	,068	,055	1,229	,219	-,040	,176
	Ηλικία	,014	,001	12,089	,000	,012	,017

Πίνακας 24. Συντελεστές Γραμμικής παλινδρόμησης φύλο- ηλικία (a. Dependent Variable: Διάρκεια_νοσηλείας)

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι τα *p-values* για το φύλο και την ηλικία του ασθενή είναι ίσα με 0.219 και $< 0,001$ αντίστοιχα. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι το φύλο δεν παρουσιάζει σημαντική επίδραση πάνω στη διάρκεια νοσηλείας του ασθενή, ενώ αντίθετα η ηλικία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόβλεψη της διάρκειας νοσηλείας. Συνεπώς, πρέπει να εφαρμόσουμε εκ νέου γραμμική Παλινδρόμηση, όμως αυτή τη φορά χωρίς τον παράγοντα «φύλο» που κρίθηκε μη σημαντικός.

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1 (Constant)	1,713	,078		21,895	,000	1,560	1,866
Ηλικία	,014	,001	,066	12,039	,000	,012	,016

Πίνακας 25. Συντελεστής Γραμμική παλινδρόμησης ηλικία (a. Dependent Variable: Διάρκεια_νοσηλείας)

Έτσι λοιπόν από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι το p-value για την ηλικία του ασθενή είναι <0.001. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι η ηλικία παρουσιάζει σημαντική γραμμική επίδραση πάνω στη διάρκεια νοσηλείας του ασθενή. Η εξίσωση πρόβλεψης για τη διάρκεια νοσηλείας βάσει της ηλικίας ενός ασθενή δίνεται ακολούθως

$$\text{Διάρκεια νοσηλείας} = 1.713 + 0.014 \cdot \text{Ηλικία}$$

5.5.4 Μελέτη της ροής εισερχομένων ασθενών κατά τη διάρκεια της περιόδου 2007-2015

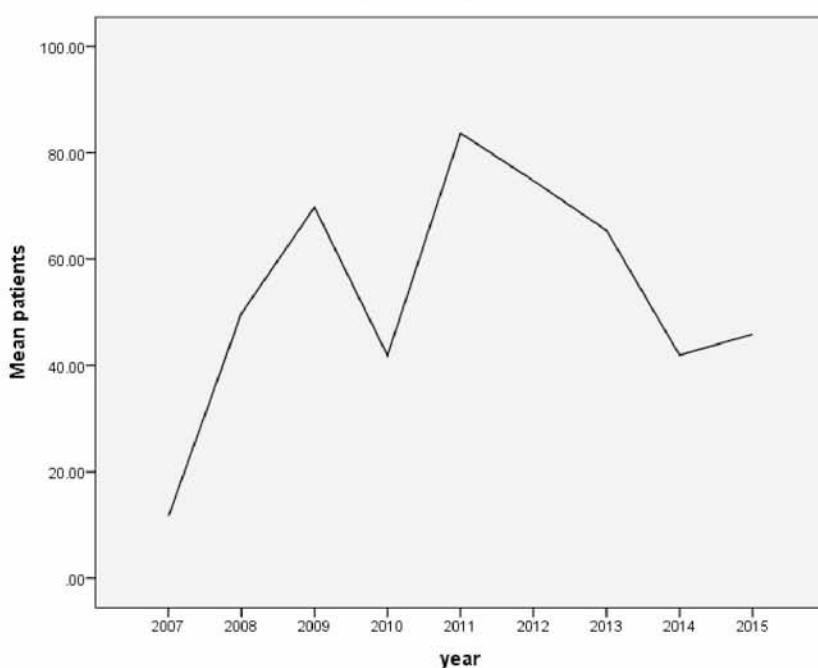
Στην παρούσα παράγραφο, θα μελετήσουμε την πορεία του πλήθους εισερχομένων ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας κατά τη χρονική περίοδο 2007-2015. Τα στοιχεία που αναλύθηκαν, αφορούν την ημερήσια ροή ασθενών στο νοσοκομείο για το σύνολο των μηνών του εκάστοτε έτους. Ο ακόλουθος πίνακας περιλαμβάνει το μέσο ημερήσιο πλήθος ασθενών που εισέρχονταν κατά την περίοδο 2007-2015.

Έτος	Ημερήσιο Πλήθος εισερχομένων ασθενών
2007	11.69
2008	49.83
2009	69.77
2010	41.86
2011	83.72
2012	74.75

2013	65.41
2014	41.96
2015	45.89

Πίνακας 26. Πλήθος εισερχομένων ασθενών ανά έτος

Όπως φαίνεται και αριθμητικά στον παραπάνω πίνακα, ο αριθμός ασθενών που εισέρχονταν στο Νοσοκομείο ανά ημέρα αυξήθηκε ραγδαίως μετά το έτος 2008, οπότε και τοποθετείται η έναρξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Γραφικά η πορεία του πλήθους των εισερχομένων ασθενών στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας αποτυπώνεται ακολούθως



Γράφημα 8. Πορεία πλήθους εισερχομένων ασθενών

Προκειμένου να διαπιστώσουμε αν οι παραπάνω αριθμητικές ή/και γραφικές ενδείξεις για αύξηση του πλήθους ασθενών που εισέρχονταν ημερησίως στο νοσοκομείο πριν και μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης, επιβεβαιώνονται και στατιστικά, διενεργούμε κατάλληλο στατιστικό έλεγχο σύγκρισης ανεξάρτητων ομάδων. Τα δύο επικρατέστερα σενάρια για την χρονικό διαχωρισμό των ετών 2007 έως 2015 σε περίοδο προ και μετά έναρξης της κρίσης είναι τα ακόλουθα:

Σενάριο 1. Η περίοδος μέχρι και το 2007 χαρακτηρίζεται ως προ έναρξης της κρίσης, ενώ η περίοδος από το 2008 και μετά ως περίοδος μετά την έναρξη της κρίσης

Σενάριο 2. Η περίοδος μέχρι και το 2008 χαρακτηρίζεται ως προ έναρξης της κρίσης, ενώ η περίοδος από το 2009 και μετά ως περίοδος μετά την έναρξη της κρίσης

Αναφορικά με το Σενάριο 1, ο στατιστικός έλεγχος ισότητας των μέσων τιμών των δύο περιόδων δίνει p-value ίσο με $0.029 < 0.05$. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι σε επίπεδο σημαντικότητας 5% απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ισότητας των μέσων τιμών του πλήθους εισερχομένων ασθενών, δηλαδή επιβεβαιώνεται και στατιστικά ότι κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης ο αριθμός ασθενών που εισέρχονται ημερησίως στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας αυξήθηκε σημαντικά έναντι του αντίστοιχου αριθμού που εισέρχονταν προ έναρξης της κρίσης. Προφανώς, ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε μία κοινωνιολογικού περιεχομένου μελέτη που θα αποσκοπούσε στην αιτιολογία και την ανάλυση του φαινομένου.

Αναφορικά με το Σενάριο 2, ο στατιστικός έλεγχος ισότητας των μέσων τιμών των δύο περιόδων δίνει p-value ίσο με $0.090 > 0.05$ (αλλά < 0.10). Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι σε επίπεδο σημαντικότητας 5% δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ισότητας των μέσων τιμών του πλήθους εισερχομένων ασθενών, δηλαδή δεν επιβεβαιώνεται στατιστικά ότι κατά την περίοδο μετά την έναρξη της κρίσης ο αριθμός ασθενών που εισέρχονται ημερησίως στο Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας αυξήθηκε σημαντικά έναντι του αντίστοιχου αριθμού που εισέρχονταν προ έναρξης της κρίσης. Ωστόσο το συμπέρασμα είναι οριακό, καθώς όπως φανερώνεται από την τιμή του p-value σε επίπεδο σημαντικότητας 10% η απόφαση διαφοροποιείται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο τελευταίο κεφάλαιο της πτυχιακής εργασίας πραγματοποιείται μια σύνοψη των βασικότερων συμπερασμάτων που προέκυψαν από την συνολική ερευνητική προσπάθεια και ενασχόληση με το συγκεκριμένο αντικείμενο. Τα συμπεράσματα κατέληξαν σύμφωνα με τα στοιχεία που αντλήθηκαν από το Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας που αφορούσαν τις εισροές των ασθενών τις χρονιές 2007 έως 2015.

Η έλευση της οικονομικής κρίσης σε παγκόσμιο επίπεδο έχει δημιουργήσει μια σειρά από διαδοχικές αναταράξεις σε όλους τους τομείς των εμπλεκόμενων χωρών με περαιτέρω συνέπειες. Η οικονομική κρίση, επηρεάζει τους κοινωνικούς προσδιοριστές, προκαλεί σοβαρά πλήγματα στην υγεία του πληθυσμού, τα οποία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση.

Η ποιότητα των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών επηρεάζει την υγεία σε όλες τις φάσεις της ζωής του ατόμου και η ανεπάρκειά της κοστίζει περισσότερο στα άτομα που ανήκουν σε κατώτερες κοινωνικές βαθμίδες, σε αντίθεση με εκείνα των ανώτερων βαθμίδων.

Η επισφαλής εργασία, η ελλιπής εκπαίδευση, οι κακές συνθήκες διαβίωσης, το μειωμένο εισόδημα, οι στρεσογόνες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες αποτελούν αιτίες «κακής υγείας». Το πλήγμα στην οικονομία με την αύξηση της ανεργίας, της επαπειλούμενης εργασίας, με την παράλληλη μεγάλη μείωση του εισοδήματος, οδηγούν την αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας στους δημόσιους φορείς, από την άλλη όμως ο περιορισμός των δαπανών για την υγεία που συνεπάγεται την αύξηση των τιμών των φαρμάκων και των ιατρικών νοσηλίων, τη μείωση προσωπικού και την έλλειψη των κατάλληλων, επαρκών υποδομών για τη στήριξη και τη φροντίδα των πολιτών, διαδέχεται μιας ατέρμονη αλυσίδα επιπτώσεων με τελικό αποδέκτη τον ελληνικό πληθυσμό.

Στην παρούσα μελέτη, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, καταλήξαμε σε συμπεράσματα σύμφωνα με τα στοιχεία του νοσοκομείου Λαμίας, που είχαν να κάνουν με τις εισαγωγές των

ασθενών στο νοσοκομείο(συνολικού δείγματος 33.499), τις χρονιές από το 2007 έως 2015, τα οποία παρουσιάζονται ως εξής:

Από την ανάλυση των ποσοτικών και ποιοτικών μεταβλητών διαπιστώσαμε ότι:

-Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 62,29%.

-Το 96% ήταν εθνικότητας ελληνική ενώ το 4% αλλοδαποί.

-Οι άνδρες ήταν περισσότεροι από τις γυναίκες με ποσοστό 51% και 49% αντίστοιχα.

-Το 82% των ατόμων ήταν έγγαμοι.

-Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος των ασθενών που νοσηλεύθηκαν ήταν συνταξιούχοι.

-Στο Τμήμα Ημερήσιας Νοσηλείας του παθολογικού τμήματος και στην Ογκολογική κλινική παρατηρήθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό εισαγωγών.

- Το 27% των ασθενών διαγνώστηκαν με παθολογικά αίτια.

Από την μεταβολή φύλο και διάγνωση, διαπιστώσαμε ότι το είδος της διάγνωσης επηρεάζεται από το φύλο του ασθενή π.χ., στη διάγνωση ορθοπεδικών αιτιών οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα, σε αντίθεση με τους άνδρες που παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα στα πνευμονολογικά και ουρολογικά περιστατικά

Από την μεταβλητή διάγνωση και εθνικότητα, παρατηρούμε ότι τα χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή το είδος της διάγνωσης επηρεάζεται από την εθνικότητα των ασθενών, αφού οι Έλληνες παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα από τους αλλοδαπούς

Από την μεταβλητή διάγνωση και οικογενειακή κατάσταση, παρατηρούμε ότι τα χαρακτηριστικά εξαρτώνται, δηλαδή το είδος της διάγνωσης επηρεάζεται από την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών.

Από την μεταβλητή επάγγελμα και διάγνωση, παρατηρούμε ότι η διάγνωση επηρεάζεται από το επάγγελμα του ασθενή, π.χ., οι συνταξιούχοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα παθολογικών αιτιών, ενώ αντίθετα στη διάγνωση εντατικής θεραπείας και γυναικολογικών αιτιών εμφανίζουν μικρότερη συχνότητα.

Στη συνέχεια εξετάσαμε αν υπήρχαν σημαντικές ηλικιακές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ως προς την ηλικία, διαπιστώσαμε ότι οι άνδρες που νοσηλεύθηκαν έχουν κατά μέσο όρο μεγαλύτερη ηλικία σε σχέση με τις γυναίκες. Ενώ ως προς την διάρκεια νοσηλείας, διαπιστώσαμε ότι δεν υπήρχε σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών δηλαδή οι ημέρες νοσηλείας τους ήταν σχεδόν ίδιες.

Ο χρόνος νοσηλείας ενός ασθενή που εισέρχεται στο νοσοκομείο σχετίζεται με την ηλικία του, δηλαδή όσο πιο μεγάλη η ηλικία του ασθενή, τόσο μεγαλύτερο χρονικό διάστημα θα χρειαστεί για

την νοσηλεία του. Αυτό όμως δεν συμβαίνει με το φύλο, δηλαδή η διάρκεια νοσηλείας δεν σχετίζεται με το φύλο του ασθενή.

Τέλος διαπιστώσαμε ότι η ημερήσια ροή ασθενών που εισέρχονταν στο νοσοκομείο Λαμίας κατά την περίοδο 2007-2015 αυξήθηκε ραγδαίως μετά το έτος 2008, οπότε και τοποθετείται η έναρξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Άρα συμπεραίνουμε πώς λόγω της οικονομικής κρίσης, όλο και περισσότεροι άνθρωποι επέλεξαν τις υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα αντί του ιδιωτικού την συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη

- Ahmed, M. (2006). *The Principles and Practice of Crisis Management*. Hampshire and New York: Palgrave Macmillan.
- Araya, R., Lewis, G, Rojas, G, & Fritsch, R. (2003). Education and income: which is more important for mental health? *Journal of Epidemiol Community Health*, **57**, 501-505.
- Aro, S., Aro, H., & Keskimaki, I. (1995). Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder. A 17-year retrospective follow-up. *British Journal of Psychiatry*, **166**(6), 759-767.
- Beard, J. (2008). Why iron deficiency is important in infant development. *Journal of Nutrition*, **138**(12), 2534-2536.
- Busch, K. (1985). *Η κρίση των ευρωπαϊκών κοινοτήτων*. Αθήνα: Ερατώ.
- Butterworth, P., Rodgers, B., & Windsor, T. (2009). Financial hardship, socio- economic position and depression. results from the PATH Through the Life survey. *Journal of Social Science & Medicine*, **69**(2), 229-237.
- Buvnik, M. (2010). *The global financial crisis: Assessing vulnerability for women and children, identifying policy responses*. Geneva: World Bank.
- Dieter, H. (2011). *Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature(1990-2010)*. *Current Drug Abuse Reviews*. Frankfurt: University Of Applied Science, Institute of Addiction Research.
- Dooley, D., Catalano, R., & Wilson, G. (1994). Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Community Psychology*, **22**(6), 745-765.
- Erol, M., Apak, S., Atmaca, M., & Oztiirk, S. (2011). Management measures to be taken for the enterprises in difficulty during times of global crisis: An empirical study. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, **24**(2011), 16-32.
- European Commission, (2009). *Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses*. Brussels: European Economy.
- Falagas, M., Vouloumanou, E., & Mavros, M. e. (2009). Economic crises and mortality: a review of the literature. *International Journal of Clinical Practice*, **63**(8), 1128-1135.

- Gardner, J., & Oswald, A. (2005). How is Mortality Affected by Money, Marriage and Stress? *Journal of Health Economics*, **23**(6), 1181-1207.
- Jenkins, R., Bhugra, D., Bebbington, P., & et.al. (2008). ebt, income and mental disorder in the general population. *Journal of Psychological Medicine*, **38**(10), 1485-1493.
- Kishiyama, M., Boyce, W., Jimenez, A., & et al. (2009). Socioeconomic disparities affect prefrontal function in children. *Journal of Cognitive Neuroscience*, **21**(6), 1106-1115.
- Krugman, P. (2009). *Η Κρίση του 2008 & η επιστροφή των οικονομικών της ύφεσης*. Εκδόσεις Καστανιώτη: Αθήνα.
- Kulik, L. (2000). Jobless men and women: A comparative analysis of job search intensity, attitudes toward employment and related responses. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, **73**(4), 487-500.
- Lee, A., Crombie, I., Smith, W., & Tunstall, P. (1991). Cigarette smoking and employment status. *Social Science & Medicine*, **33**(11), 1309-1312.
- Lupien, S., Mc Ewen, B., Gunnar, M., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behavior and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, **10**(6), 434-445.
- Matsaganis, M. (2015). Youth unemployment ant the Great Recession in Greece. Στο J. Juan, No Country for Young People? Youth Labor Market Prod+Lems in Europe (σσ. 77-87). London: Centre for Economic Policy Research.
- Μελέτη της McKinsey&Company (2011) *Η Ελλάδα 10 χρόνια μπροστά: Προσδιορίζοντας το νέο Εθνικό Μοντέλο Ανάπτυξης – Σύνοψη*», Σεπτέμβριος 2011, σελ. 17-18,
- Musgrove, P. (1987). The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services*, **17**(3), 411-441.
- Nicholson, W. (1998). *Μικροοικονομική Θεωρία-Βασικές Αρχές και προεκτάσεις*. Αθήνα: Κριτική.
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). *Poverty and common mental disorders in developing countries*. *Bulletin of the WHO*. Paris, France: WHO.
- Paul, K., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: metaanalyses. *Journal of Vocational Behavior*, **74**(3), 264-282.
- Paul, K., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: metaanalyses. *Journal of Vocational Behavior*, **74**(3), 264-282.

- R., & Wooden, M. (2008). The effects of hardship and joblessness on mental health. *Social Science Medicine*, **67**(2), 88-10.
- Ramakrishnan, U., Imhoff-Kunsch, B., & Di Girolamo, A. (2009). Role of docosahexanoic acid in maternal and child mental health. *American Society for Nutrition*, **89**(3), 9585-9625.
- Rosenthal, U., Charles, M., & Hart, P. (1989). *Coping with crises: The management of disasters, riots, and terrorism*. Michigan: C.C. Thomas.
- Shamir, B. (1985). Sex differences in psychological adjustment to unemployment and reemployment: A question of commitment, alternatives or finance? *Social Problems*, **33**(1), 67-79.
- Sharpe, W. (1963). Simplified Model for Portfolio Analysis. *Management Science*, **9**(2), 277-293.
- Stuckler, D., & Basu, S. (2009). The International Monetary Fund's effects on global health: before and after the 2008 financial crisis. *International Journal of Health Services*, **39**(4), 771-781.
- Stuckler, D., Basu, S., & King, L. (2008). International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *Plos Medicine*, **5**(7), 1079-1090.
- Theodossiou, I. (1998). The Effects of Low-pay and Unemployment on Psychological Well-being: A Logistic Regression Approach. *Journal of Health Economics*, **17**(1), 85-104.
- Tomalski, P., & Johnson, M. (2010). The effects of early adversity on the adult and developing brain. *Current Opinion in Psychiatry*, **23**(3), 223-228.
- Van Rossum, C. (2000). Socioeconomic Status and Mortality in Dutch Elderly People-The Rotterdam Study. *European Journal of Public Health*, **10**(4), 255-261.
- WHO. (2009). *The financial crisis and global health: report of a high-level consultation*. Geneva: WHO.
- WHO, (2001). *Mental Health in Europe*. Copenhagen, Denmark: WHO.
- WHO, (2009). *Health amid a financial crisis: a complex diagnosis*. Bull: WHO.

Ελληνική

- Αλετράς, Β., Μαρσαγγάνης, Μ., & Νιάκας, Δ. (2002). *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Αυτόνομο Στέκι, (Ιούλιος 2012). *Η Ψυχική υγεία σε συνθήκες κρίσης*

- Βασιλόπουλος, Α. (2010). Προμήθειες Δημόσιων Νοσοκομείων. Διαφθορά; Οργανωτικό-Διοικητική Ανεπάρκεια; Ή και τα δύο μαζί. *Διοικητική Ενημέρωση*, **53**, 46-68.
- ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Ι. Ε. (2008). *Ελληνική οικονομία και η ΑΔΕΔΥ*. Αθήνα: Ετήσια Έκθεση.
- Δημολιάτης, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ., & Φιλαλήθης, Τ. (2006). *Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.
- Δουμουλάκης, Γ., Πολύζος, Ν., & Χρυσοχοϊδης, Γ. (2000). *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Εφημερίδα της Κυβέρνησης (2010) Μέτρα για την εφαρμογή του μηχανισμού στήριξης της ελληνικής οικονομίας από τα κράτη-μέλη της Ζώνης του ευρώ και το Δ.Ν.Τ. *Νόμος 3845/2010 ΦΕΚ 65 τ.Α'*
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Θεοδώρου, Μ., Σουλής, Σ., & Σαρρής, Μ. (1995). *Συστήματα Υγείας και πραγματικότητα*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.
- ΙΟΒΕ, (2011). *Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του Μνημονίου*. Αθήνα: ΙΟΒΕ.
- ΙΟΒΕ: (2014) *Ποιοι τομείς εμποδίζουν την ανάπτυξη*. Αθήνα, ΙΟΒΕ
- Καλλίντζας Τ., Ψαλιδόπουλος Μ., Καραμούζης Ν., Χαρδούβελης Γ., (2009). Η κρίση του 2007-2009: τα αίτια, η αντιμετώπιση και οι προοπτικές *Επιστημονικό περιοδικό Οικονομία & Αγορές . Διεύθυνση Οικονομικών Μελετών & Προβλέψεων*
- Καλογεροπούλου, Μ., & Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Καραϊσκού, Α., Μαλλιαρού, Μ., & Σαράφης (2012). Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, **4(2)**, 49-54.
- ΚΕΘΕΑ, (2011). *Η οικονομική κρίση, κοινωνικός αποκλεισμός και εξαρτήσεις*. Αθήνα: ΚΕΘΕΑ.
- Κουλιεράκης, Γ. (2010). Οικονομική Κρίση και Δημόσια Υγεία: Απειλή για την Κοινωνική Συνοχή. *Νέα Υγεία*, **6**.
- Κυριόπουλος, Γ. (1999). *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας.

- Κυριόπουλος, Γ. (2010). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *16ο Πανελλήνιο Συνέδριο εσωτερικής Παθολογίας*.
- Κυριόπουλος, Γ., & Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, **27**(5), 834-840.
- Λιανός, Θ., Παπαβασιλείου, Α., & Χατζηανδρέου, Α. (2010). *Αρχές της οικονομικής θεωρίας*. Αθήνα: Εκδόσεις ΙΤΥΕ-Διόφαντος.
- Λιαρόπουλος, Λ. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα.
- Λυμπερόπουλος, Λ. (2010). *Η σωστή στρατηγική σε περίοδο οικονομικής ύφεσης*. Πρέβεζα: Πτυχιακή Εργασία ΑΤΕΙ Ηπείρου.
- Μαλλιαρού, Μ., & Σαράφης, Π. (2012). Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας. *Το Βήμα Ασκληπιού*, **11**(1), 202-212.
- Μπούρας, Γ., & Λυκούρας, Λ. (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία. *Αρχεία Νευρολογικής Ιατρικής. Εγκεφαλός*, **48**, 54-61.
- Νιάκας, Δ. (2013). *Οικονομική κρίση και επιπτώσεις στην υγεία*. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Παλαιολόγου Β (2002) : «*Οργάνωση & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας Ι*», Αθήνα 2002
- Πατελάρου, Α., Μανιδάκη, Α., Μπαλολάκης, Α., Ορφανού, Ε., & Πατελάρου, Ε. (2012). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία-Προτάσεις για παρέμβαση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, **4**(3), 53-61.
- Πολύζος, Ν. (1999). *Αποδοτικότητα των νοσοκομείων με βάση την ταξινόμηση των ασθενών*. Αθήνα: Εκδόσεις ΤΥΠΕΤ.
- Πολύζος, Ν. (2007). *Χρηματοοικονομική Διοίκηση Μονάδων Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος,.
- Σιγάλας, Ι. (2008). *Η δημόσια περίθαλψη: Προβλήματα και προοπτικές*. Ιωάννινα: 4ο σεμινάριο.
- Σούλης, Σ. (1999). *Οικονομική της Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σουλιώτης, Κ. (2000). *Ο ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Τερζόπουλος, Β., & Σαράφης, Π. (2013). γενική κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σήμερα. Δείκτες και παράγοντες επιβάρυνσης της υγείας, δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η συμβολή της πρόληψης, της προαγωγής υγείας και της αγωγής υγείας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, **5**(2), 15-25.

Τσουλφίδης, Λ. (2011). Από την οικονομική άνθηση στην κρίση του 1930. *Munich Personal RePEc Archive*, 1-37.

Διαδικτυακές πηγές

Διαδικτυακή Πύλη για την Υγεία (2014). (<http://www.ygeianet.gr>)

Κουφάρης, Γ. (2009). Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές. *Χρήμς*, 8-10 (<http://www.hrima.gr/article.asp?view=599&ref=593>).

Κωσταρέλλου, Ε. (2010). *Αξέχαστη (!) και δυσσίωνα η 3η Μαρτίου*. (<http://www.enet.gr/?i=issue.el.home&date=04/03/2010&id=137789>)

Μπρουσάλης, Κ. (2016). *History Report*. (<http://historyreport.gr>)

Παπασωτηρίου, Γ. (2009). *Η κρίση*. (http://gpasso.blogspot.gr/2009/02/blog-post_12.htm)