



Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Οικονομικών Επιστημών

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Εφαρμοσμένη Οικονομική-Διοίκηση Επιχειρήσεων
και Δημοσίων Οργανισμών»

Θέμα Εργασίας:

«Οι επιπτώσεις της Παγκοσμιοποίησης στην Υγεία:

Η περίπτωση της Ελλάδας»



Κατσίβελου Καλλιόπη

Επιβλέπων Καθηγητής : Δρ. Μιχαήλ Ζουμπουλάκης

Βόλος, 2021

Στην οικογένειά μου,

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέπον καθηγητή της διπλωματικής μου διατριβής Δρ. Μιχαήλ Ζουμπουλάκη, για την υπομονή του αλλά και την καθοδήγηση και υποστήριξη του στην δημιουργία της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Τέλος, ευχαριστώ εξίσου την οικογένεια αλλά και όλους όσους ήταν δίπλα μου και με παροτρύνανε να μην τα παρατήσω.

Περίληψη

Η Παγκοσμιοποίηση είναι ένα φαινόμενο που άλλαξε σημαντικά την διεθνή οικονομία, πολιτική και κοινωνία. Όλες αυτές οι αλλαγές των προηγούμενων δεκαετιών επίδρασαν θετικά ή αρνητικά στις περισσότερες χώρες, αναπτυγμένες και μη. Επίσης, η παγκοσμιοποίηση επηρεάζει και τον τομέα της Υγείας και των υπηρεσιών παροχής υγείας. Επιπρόσθετα, η παγκόσμια οικονομική κρίση επηρέασε θετικά και αρνητικά τον τομέα της Υγείας στην Ελλάδα. Καθώς, η οικονομική κρίση δεν επηρέασε μόνο την γενική υγεία των πολιτών αλλά και την ψυχική τους υγεία. Επιπλέον, δημιούργησε προβλήματα στην χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, στη βιωσιμότητα των ασφαλιστικών ταμείων, στη λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας κ.α. Σκοπός της παρούσας εργασίας αποτελεί η εξέταση του φαινομένου της παγκοσμιοποίησης και των επιδράσεων αυτής στον τομέα της υγείας και των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Οι επιδράσεις αυτές αφορούν τον τρόπο με τον οποίο επηρέασε τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα η ελληνική οικονομική κρίση, ως απόρροια της παγκοσμιοποίησης της οικονομίας και της παγκόσμιας και της ευρωπαϊκής οικονομικής κρίσης. Τα μηνύματα τα οποία συμφώνησε η Ελλάδα να εφαρμόσει έχουν ως άμεσο αποτέλεσμα την πραγματοποίηση σημαντικών αλλαγών σε διάφορα θέματα όπως τα εργασιακά, τη χρηματοδότηση και τις δομές των υπηρεσιών υγείας, με θετικές και αρνητικές επιδράσεις.

Περιεχόμενα

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Οικονομικών Επιστημών.....	1
Περίληψη	4
Εισαγωγή	6
Κεφάλαιο 1ο: Παγκοσμιοποίηση και Υγεία.....	8
1.1 Παγκοσμιοποίηση και κοινωνική πολιτική.....	8
1.2 Επιδράσεις στην παγκόσμια πολιτική για την Υγεία.....	11
1.2.1 Επίπεδο υγείας του πληθυσμού.....	11
1.2.2 Οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας	13
1.2.3 Μοντέλα Παγκοσμιοποίησης στην Υγεία	14
1.3 Η Υγεία ως Παγκόσμιο Δημόσιο Αγαθό.....	18
1.4 Προκλήσεις στην Υγεία εξ αιτίας της Παγκοσμιοποίησης.....	20
1.5 Ο Ρόλος των Διεθνών Οργανισμών για την Υγεία	20
1.5.1 Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας	21
1.5.2 Οι πολιτικές της Ε.Ε. για την Υγεία	22
Κεφάλαιο 2ο: Υπηρεσίες Υγείας.....	24
2.1 Εισαγωγή.....	24
2.2 Υπηρεσίες Υγείας	24
2.3 Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα	25
2.4 Συστήματα Υγείας	26
Κεφάλαιο 3ο: Επιπτώσεις της Παγκοσμιοποίησης.....	30
3.1. Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στην υγεία.....	30
3.2 Ανεργία και υγεία	30
3.3 Φτώχεια, κοινωνική ανισότητα και υγεία	32
3.4 Υπεραπασχόληση και υγεία	33
3.5 Κοινωνικός αποκλεισμός και υγεία.....	34
3.6 Παγκοσμιοποίηση και ψυχική υγεία	34
3.7 Παγκοσμιοποίηση και υπερπληθυσμός.....	35
3.8 Υπερπληθυσμός, διατροφικές και οικολογικές επιπτώσεις.....	36
Κεφάλαιο 4ο: Επιδράσεις της Παγκοσμιοποίησης	38
στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	38
4.1 Παγκόσμια και Ευρωπαϊκή Οικονομική Κρίση.....	38
4.2. Ελληνική Οικονομική Κρίση και επιπτώσεις στην υγεία	40
4.2.1. Επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ζωή	41
4.2.2. Επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας.....	48
4.2.3.Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των Ελλήνων	51
4.2.4 Το θέμα της αυτοκτονίας την περίοδο της οικονομικής κρίσης	53
4.3 Επίδραση της Παγκοσμιοποίησης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	54
4.3.1 Ελληνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ).....	54
4.3.2 Εργασιακές Αλλαγές.....	55
4.3.3 Μείωση της χρηματοδότησης στις υπηρεσίες υγείας	58
4.3.4 Συγχωνεύσεις νοσοκομείων	58
4.3.5 Θετικές επιδράσεις παγκοσμιοποίησης στο Σύστημα Υγείας	58
4.4 Επίδραση της Ε.Ε. στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα.....	59
4.4.1 Ενιαία Ευρωπαϊκή Αγορά και Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα	59
4.4.2 Στρατηγική της Συνθήκης της Λισσαβόνας.....	60
4.4.3 Ε.Σ.Π.Α. και Χρηματοδότηση Υγείας.....	62
Κεφάλαιο 5ο: Συμπεράσματα	64
Βιβλιογραφία	68

Εισαγωγή

Το φαινόμενο της πρόσφατης φάσης της παγκοσμιοποίησης τις τελευταίες δεκαετίες έχει επηρεάσει όλους τους τομείς της ανθρώπινης παραγωγικότητας. Οι κυριότεροι τομείς που επιδρά είναι η οικονομία και η πολιτική. Ειδικότερα μετά το 2000 και την οικονομική κρίση του 2007 η παγκοσμιοποίηση επηρέασε ακόμη περισσότερο τους τομείς αυτούς καθώς και άλλους όπως την υγεία την πολιτική για το περιβάλλον κ.α. Αυτές οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης έχουν διαμορφώσει διάφορες απόψεις σχετικά, με την εξέλιξη, τα αίτια, και τις θετικές ή αρνητικές της συνέπειες για τον κόσμο. Η επίδραση της παγκοσμιοποίησης στον χώρο της υγείας είναι εμφανής μετά την οικονομική κρίση και την αύξηση της εμπλοκής των ιδιωτικών φορέων στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Η παρούσα εργασία εξετάζει το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης και τις επιπτώσεις του στον χώρο της υγείας. Ειδικότερα θα μας απασχολήσει η περίπτωση της Ελλάδας και τις επιδράσεις που έχει δεχθεί το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο θα ασχοληθούμε με την παγκοσμιοποίηση στον χώρο της υγείας και των υπηρεσιών υγείας. Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται οι επιδράσεις στον χώρο της υγείας καθώς και τα θεωρητικά μοντέλα της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας. Επίσης, αναφέρουμε τις θετικές και αρνητικές επιδράσεις που έχει στον χώρο της υγείας. Ενώ, στο τελευταίο μέρος του κεφαλαίου, παρουσιάζουμε τις μελλοντικές προκλήσεις εξ αιτίας της παγκοσμιοποίησης και τις πολιτικές που εφαρμόζουν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η Ε.Ε. για την υγεία.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι υπηρεσίες υγείας γενικότερα και αυτές της Ελλάδας τις οποίες και θα μελετήσουμε.

Στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφονται οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας. Ειδικότερα θα επικεντρωθούμε στα παρακάτω θέματα: 1) κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, 2) ανεργία και υγεία, 3) φτώχεια, κοινωνική ανισότητα σε θέματα υγείας, 4) υπεραπασχόληση και υγεία, 5) κοινωνικός αποκλεισμός και υγεία και 6) παγκοσμιοποίηση και ψυχική υγεία.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται οι επιδράσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα των υπηρεσιών υγείας στη Ελλάδα την περίοδο των μνημονίων. Επίσης

περιγράφεται το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, το θεσμικό και νομοθετικό πλαίσιο και οι τρόποι χρηματοδότησης του Ε.Σ.Υ.

Η μελέτη μας εστιάζει στις επιδράσεις της οικονομικής κρίσης, α) στην κοινωνική και οικονομική ζωή, β) στο επίπεδο υγείας των Ελλήνων, γ) τις επιδράσεις που έχει δεχθεί το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, δ) στην ψυχική υγεία των Ελλήνων, ε) προβλήματα που παρουσιάζει η ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα και στ) στο φαινόμενο των αυτοκτονιών την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Επίσης θα αναφέρουμε και στις επιδράσεις της Ε.Ε. στο Ε.Σ.Υ.

Στο πέμπτο κεφάλαιο θα αναφέρουμε τα βασικά συμπεράσματα της ερευνάς μας που αναφέρονται στο ότι ο διάλογος για την παγκοσμιοποίηση και τις επιπτώσεις της έχει αποκτήσει πλέον άλλο νόημα και βαρύτητα λόγω και της παγκόσμιας Οικονομικής Κρίσης που έπληξε και της Ελλάδα.

Κεφάλαιο 1ο: Παγκοσμιοποίηση και Υγεία

1.1 Παγκοσμιοποίηση και κοινωνική πολιτική

Ο όρος «παγκοσμιοποίηση» χαρακτηρίζει την σύγχρονη εποχή στις χώρες του Δυτικού κόσμου. Ως έννοια εμφανίστηκε μετά την δεκαετία του 1980 για να δηλώσει την πολιτική και τη στρατηγική των πολυεθνικών εταιρειών και επιχειρήσεων οι οποίες σταδιακά επεκτείνονταν σε νέες αγορές. Ακόμη, και σήμερα ο όρος επηρεάζει τη λειτουργία της οικονομίας και τη σύνδεση της με τις άλλες χώρες σε οικονομικό, πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο.

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει πληθώρα αναφορών και ορισμών για το τι είναι «παγκοσμιοποίηση». Όλοι οι ορισμοί συμφωνούν στο ότι η παγκοσμιοποίηση ως έννοια και διαδικασία χαρακτηρίζεται από έντονα οικονομικά στοιχεία και διαδικασίες εμπριέχοντας πολιτικές, κοινωνικές, τεχνολογικές, περιβαλλοντικές και πολιτιστικές αποφάσεις ή τάσεις.

Η παγκοσμιοποίηση για την UNESCO χαρακτηρίζεται ως ένα σύνολο οικονομικών, κοινωνικών, τεχνολογικών, πολιτιστικών και πολιτικών δομών και διαδικασιών που προκύπτουν από το μεταβαλλόμενο χαρακτήρα της παραγωγής, της κατανάλωσης και του εμπορίου των αγαθών και των προτερημάτων που περιλαμβάνουν τη βάση της διεθνούς πολιτικής οικονομίας.

Η παγκοσμιοποίηση αναφέρεται στον προσδιορισμό του κόσμου ως ενιαίο κοινωνικό σύνολο οργάνωσης, μέσα στο οποίο δεν υπάρχουν σύνορα και στοιχεία κυριαρχίας καθώς οι οικονομικές, πολιτικές και πολιτιστικές λειτουργίες γίνονται σε ένα διαχρονικό επίπεδο χωρίς σύνορα και περιορισμούς. Αυτό επηρεάζει:

Την οικονομία και τους κανόνες ρύθμισης της παραγωγής, της ανταλλαγής, της διανομής και της κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών.

Την πολιτική και τους όρους συγκέντρωσης και άσκησης της εξουσίας και της δικαιοδοσίας, τη διπλωματία και τη χρήση μέσων επιτήρησης και εξαναγκασμού.

Τον πολιτισμό, τη μετάδοση νοσημάτων, πεποιθήσεων, προτιμήσεων και αξιών καθώς και την παραγωγή και χρήση συμβόλων.

Ο Petrella (1996) διακρίνει την παγκοσμιοποίηση σε επτά τύπους:

- Παγκοσμιοποίηση των χρηματοοικονομικών αγορών και της ιδιοκτησίας κεφαλαίου.
- Παγκοσμιοποίηση των αγορών και των στρατηγικών ανταγωνισμού.
- Παγκοσμιοποίηση της τεχνολογίας, της γνώσης και της έρευνας.
- Παγκοσμιοποίηση των τρόπων ζωής, των καταναλωτικών συμπεριφορών και του πολιτισμού.
- Η Παγκοσμιοποίηση που οδηγεί στην αλλαγή του ρόλου των εθνικών κυβερνήσεων και οδηγεί στην παγκόσμια διακυβέρνηση.
- Η Παγκοσμιοποίηση ως πολιτική ενοποίηση του κόσμου.
- Η Παγκοσμιοποίηση της αντίληψης και της συναίσθησης του ατόμου για τον κόσμο που οδηγούν στην καθιέρωση «μιας γης» και του «παγκόσμιου πολίτη».

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις οι οποίες ερμηνεύουν την έννοια της παγκοσμιοποίησης. Σύμφωνα με τον Quiggin (2002), υπάρχουν τέσσερις προσεγγίσεις με τις οποίες ερμηνεύεται η παγκοσμιοποίηση: **η νεοφιλελεύθερη** (neoliberal), **η σκεπτικιστική** (skeptical), **η διεθνιστική** (internationalism) και εκείνη που **είναι αντίθετη με την παγκοσμιοποίηση** (antiglobalism). Η νεοφιλελεύθερη ισχυρίζεται ότι η παγκοσμιοποίηση έχει μόνο θετικά αποτελέσματα, είναι αναπόφευκτη και βασίζει την αισιοδοξία της στο χρυσό τρίπτυχο: ιδιωτικοποίηση επιχειρήσεων, απορρύθμιση αγορών κεφαλαίου και οικονομία της αγοράς. Η σκεπτικιστική που διατηρεί επιφυλάξεις απέναντι στην πρώτη και τονίζει ότι οδηγούν σε οικονομική αστάθεια η ελεύθερη διεθνής ροή κεφαλαίων και οι σταθερές συναλλαγματικές ισοτιμίες. Η διεθνιστική που συμφωνεί με τη νεοφιλελεύθερη προσέγγιση σχετικά με τον ρόλο του διεθνούς εμπορίου στην οικονομική ευημερία, διαφέρει όμως στον τρόπο που ερμηνεύει την πολύτιμη αυτή βοήθειά του. Δηλαδή, προσεγγίζει το εμπόριο από την πλευρά της ενδυνάμωσης της διακρατικής και διεθνούς συνεργασίας, αντίθετα με τη νεοφιλελεύθερη άποψη σχετικά με τη διεξαγωγή του εμπορίου σε συνθήκες

μηδενικής ή ελάχιστης ρύθμισης. Η αρνητική προσέγγιση της παγκοσμιοποίησης τονίζει μόνο τα μειονεκτήματά της σε όλους τους τομείς του κοινωνικοοικονομικού και πολιτικού στίβου και πιο συγκεκριμένα στη μείωση των μισθών, τον περιορισμό των κοινωνικών παροχών, την αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων και της ανεργίας καθώς και την εξάπλωση της φτώχειας.

Όσον αφορά στην παγκοσμιοποίηση στην υγεία, η κοινωνική πολιτική εστιάζει σε τρεις τομείς: στις επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στα κράτη πρόνοιας και τις κοινωνικές πολιτικές, στη συμβολή των κρατών πρόνοιας και των κοινωνικών πολιτικών στη διαδικασία της παγκοσμιοποίησης και στην παγκοσμιοποίηση της διαδικασίας άσκησης της κοινωνικής πολιτικής (Yeates, 2001).

Επιπτώσεις παγκοσμιοποίησης στα κράτη πρόνοιας και τις κοινωνικές πολιτικές:

Πως συνδέεται η παγκοσμιοποίηση με τις αλλαγές στη χρηματοδότηση και την οργάνωση και δομή των κρατών πρόνοιας. Γενικότερα κυριαρχούν δύο τρόποι σε αυτόν τον τομέα. Η πρώτη άποψη ασχολείται με τις περιορισμένες δυνατότητες των κρατών για την επιλογή πολιτικών, καθώς τα κράτη υποχρεούνται να υιοθετήσουν παραπλήσιες οικονομικές και κοινωνικές πολιτικές για την αντιμετώπιση των κοινών προκλήσεων. Ενώ με τον δεύτερο τρόπο αναφέρεται στη μείωση του επιπέδου κοινωνικής προστασίας και την προσπάθεια διατήρησης από τα κράτη της οικονομικής τους ανταγωνιστικότητας

Συμβολή των κρατών πρόνοιας και κοινωνικών πολιτικών στη διαδικασία της παγκοσμιοποίησης.

Ο τομέας αυτός εστιάζει στον ρόλο που έχουν οι μεταρρυθμίσεις των κρατών πρόνοιας στη διεθνοποίηση του εμπορίου, της παραγωγής και των επενδύσεων. Η κοινωνική πολιτική είναι βασικός τομέας της πολιτικής εξουσίας και κινητήριο μοχλός της οικονομίας ενός κράτους. Καθώς, ορίζει τον εξωτερικό ανταγωνισμό της οικονομίας και το πως επηρεάζεται στον διεθνή ανταγωνισμό.

Παγκοσμιοποίηση της διαδικασίας άσκησης της κοινωνικής πολιτικής:

Στον τομέα αυτό μελετώνται οι τρόποι με τους οποίους επηρεάζεται η κοινωνική πολιτική των κρατών από τις αποφάσεις και ενέργειες των διεθνών οργανισμών (ΟΟΣΑ, Παγκόσμια Τράπεζα, Π.Ο.Υ.), μέσα από τα διακρατικά προγράμματα για τη

διαχείριση των υπερεθνικών προβλημάτων πχ., μετανάστευση, επιδημίες, κλιματική αλλαγή.

1.2 Επιδράσεις στην παγκόσμια πολιτική για την Υγεία

Η Παγκοσμιοποίηση επηρεάζει την υγεία σε διάφορους τομείς. Ως συνθετικός παράγοντας οι τεχνολογικές και οικονομικές εξελίξεις επίδρασαν θετικά στο επίπεδο υγείας ορισμένων κρατών αυξάνοντας το προσδόκιμο ζωής σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού της γης (Οικονόμου, 2004). Ωστόσο, η παγκοσμιοποίηση απειλεί την υγεία στις φτωχότερες χώρες του κόσμου και στους αδύναμους εξ αιτίας της υπερ - εκμετάλλευσης των πόρων που εκθέτουν σε κίνδυνο την υγεία αυτών των πληθυσμών επιβαρύνοντας τις κοινωνικές, οικονομικές και περιβαλλοντικές συνθήκες διαβίωσης και εργασίας (Harris, Seid., 2001).

Η Παγκοσμιοποίηση επηρεάζει α) το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού και β) την οργάνωση και τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, τόσο θετικά όσο και αρνητικά. Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού εξαρτάται από την ατομική συμπεριφορά και συνήθειες των πολιτών (διατροφή, κάπνισμα κλπ.), από το κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον καθώς και από άλλους μεγάλους εξωτερικούς παράγοντες, όπως, μόλυνση περιβάλλοντος, μολυσματικές ασθένειες κ.α., και τέλος από την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος φροντίδας υγείας, ποιότητα υπηρεσιών και πρόσβαση σε αυτές (Οικονόμου, 2004).

1.2.1 Επίπεδο υγείας του πληθυσμού

Ανισότητες:

Πολλές έρευνες σχετικές με την επιρροή της παγκοσμιοποίησης αναδεικνύουν το γεγονός ότι η παγκοσμιοποίηση και οι πολιτικές των πλουσίων χωρών και των διεθνών οργανισμών, όπως η Παγκόσμια Τράπεζα, το Δ.Ν.Τ. και ο Π.Ο.Ε., δεν έχουν καταφέρει να εξαλείψουν την φτώχεια μεταξύ των χωρών, αντίθετα συνέβαλαν στην αύξηση των ανισοτήτων μεταξύ πλούσιων και πτωχών (Οικονόμου, 2004). Οι ανισότητες αυτές επεκτείνονται στον τομέα της υγείας μέσα από την ισότητα στην

παροχή των υπηρεσιών και την πρόσβαση σε αυτές. Κοινωνικοί παράγοντες, όπως η κοινωνική θέση, το φύλο, επάγγελμα, η γεωγραφική περιοχή κλπ., συμβάλλουν στη διατήρηση ή αύξηση των ανισοτήτων στην υγεία. Επιπρόσθετα, η υγεία και η ασθένεια εξαρτώνται από αυτούς τους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Manth, 2000).

Εκμηδένιση αποστάσεων και εντατικοποίηση διεθνών επαφών:

Οι νέες ψηφιακές τεχνολογίες καταργούν την παραδοσιακή επικοινωνία και δημιουργούν μια τηλε-(α)σύγχρονη σχέση στον χρόνο και των χώρο μέσω των Ψηφιακών Μέσων, κοινωνικών δικτύων και επικοινωνίας. Αυτό σύμφωνα με τον Μπεκ (2000), όπως και η μεταφορά ατόμων, αγαθών, υπηρεσιών, απόψεων-ιδεών, εικόνων και γεγονότων αποτελούν στοιχεία της σύγχρονης παγκοσμιοποίησης. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι οι νέες τεχνολογίες και τα ψηφιακά μέσα μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην παρακολούθηση, στην πρόληψη και στη θεραπεία των ασθενειών (Labonte, Torgerson, 2005).

Τα τελευταία χρόνια οι μεταναστευτικές ροές ανθρώπων προς τις Δυτικές χώρες, όπως και η παράλληλη μετάδοση ασθενειών κοντά στα σύνορα από της μια χώρα στην άλλη αυξάνονται ραγδαία με ταχύτετους ρυθμούς. Ο Brundtland, υποστήριξε ότι «με την παγκοσμιοποίηση, ένα απλό μικρόβιο μπορεί να απειλήσει όλη την ανθρωπότητα, καθώς δεν υπάρχουν άσυλα υγείας» (Aginam, 2000).

Ανθυγιεινός τρόπος ζωής:

Ενώ όπως αναφέραμε η οικονομική ανάπτυξη και οι νέες τεχνολογίες βελτίωσαν τον χώρο της Ιατρικής βοηθώντας στην καταπολέμηση των λοιμωδών ασθενειών, ταυτόχρονα, κάποιοι εξωτερικοί παράγοντες, οικονομική κρίση, ανεργία κλπ., συνέβαλλαν στην αύξηση των μη μεταδοτικών ασθενειών (NCDs) και των ψυχικών διαταραχών. Σύμφωνα με τους Frenk και Gomez-Dantes (2002), αυτός είναι συνέπεια του σύγχρονου τρόπου ζωής των κοινωνιών και της παγκοσμιοποίησης.

Ειδικότερα, η παγκοσμιοποίηση και οι μηχανισμοί ρύθμισης των χρηματοπιστωτικών κεφαλαίων αυξάνουν την αίσθηση της αβεβαιότητας και της προσωρινότητας για την εργασία και την διατήρηση της κατοικίας. Ενώ η ανεργία ή η

μερική απασχόληση, η φτώχεια, η μετανάστευση και οι αλλαγές στη δομή και λειτουργία της οικογένειας δημιουργούν ανισότητες για περισσότερες κοινωνικές ομάδες πληθυσμού. Όλα αυτά αποτελούν παράγοντες πρόκλησης κατάθλιψης και άλλων ψυχικών διαταραχών. Σε αυτές τις ομάδες, εκτός από τους πτωχούς και τους άστεγους, ανήκουν τόσο οι μετανάστες όσο οι πολιτικοί και οι οικονομικοί πρόσφυγες.

Η παγκοσμιοποίηση με τα καταναλωτικά πρότυπα που δημιούργησε βοήθησε στην αύξηση των ανθυγιεινού τρόπου ζωής των πολιτών. Η αστικοποίηση των πόλεων οδήγησε μέρος του πληθυσμού την ανεργία και την φτηνή κατοικία, ενώ τα χαμηλά εισοδήματα δεν επαρκούν για τη σωστή διατροφή με αποτέλεσμα την αγορά και κατανάλωση φτηνών προϊόντων καθώς και παράνομη πώληση προϊόντων καπνού και οινοπνεύματος (Huymen, Martens, Hilderink, 2005). Τα νέα αυτά καταναλωτικά πρότυπα, σχετίζονται με τη μεγάλη έξαρση των ασθενειών, όπως ο καρκίνος, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, τα εγκεφαλικά επεισόδια, οι ψυχικές παθήσεις, ο διαβήτης και άλλες καταστάσεις που οδηγούν στην παχυσαρκία (World Health Organization, 2001).

Περιβαλλοντική υγεία:

Τα νέα αυτά καταναλωτικά πρότυπα, ο σύγχρονος τεχνολογικός τρόπος στην παραγωγή των προϊόντων προκαλούν και οικολογικά ζητήματα (Μπεκ, 2000), τα οποία επηρεάζουν την υγεία. Διάφορες έρευνες διαπιστώνουν ότι οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στο περιβάλλον συμβάλουν στην κλιματική αλλαγή, στην αύξηση της τρύπας του όζοντος, στην αποσταθεροποίηση, καταστροφή και αποψίλωση δασών φυσικού περιβάλλοντος π.χ., Αμαζόνιος, καθώς και μέσω των χρωστικών και χημικών στοιχείων και αποβλήτων που καταλήγουν στο έδαφος, αέρα, νερό και τρόφιμα. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), βασισμένος σε διάφορες επιδημιολογικές μελέτες (REN C, TONG S.,2008) επισημαίνει τον κίνδυνο ανεπιθύμητων δράσεων στην υγεία από την αύξηση συγκεντρώσεων των PM (αιωρούμενα σωματίδια), του O₃ (τροποσφαιρικό όζον) και του NO_x (Οξειδία αζώτου)(STOCKER BD, ROTH R, JOOS F, SPAHNI R, STEINACHER M, ZAEHLE S ET AL,2013).

1.2.2 Οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας

Η Παγκοσμιοποίηση επηρεάζει την χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών των συστημάτων υγείας καθώς εισάγει όρους της οικονομία στον χώρο της υγείας όπως

σχέσεις προσφοράς-ζήτησης υγειονομικών υπηρεσιών, την ποιότητα, τη διαθεσιμότητα, και την εύκολη πρόσβαση σε αυτές. Επίσης, καθορίζει τον ρόλο του κράτους στη λήψη των αποφάσεων και την άσκηση πολιτικής υγείας. Σημαντικό ακόμη, ρόλο έχουν οι διεθνείς οργανισμοί, αφού τα προβλήματα πλέον αντιμετωπίζονται «οικουμενικά» και σε διεθνές επίπεδο (Οικονόμου, 2004).

Επιπτώσεις φιλελευθεροποίησης εμπορίου στα προϊόντα και τις υπηρεσίες υγείας:

Στην έκθεση της *Ομάδας Εργασίας της Επιτροπής Μακροοικονομικών και Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ)* επισημαίνεται η αύξηση του εμπορίου προϊόντων και υπηρεσιών υγείας (Οικονόμου, 2004). Η έκθεση παρουσιάζει τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις των τάσεων που εμφανίζονται αν δεν ληφθούν μέτρα σε διεθνές και εθνικό επίπεδο· για παράδειγμα, η επέκταση του κερδοσκοπικού σε βάρος του δημόσιου τομέα υγείας ενδέχεται να οδηγήσει σε ένα δυϊσμό των υπηρεσιών υγείας, με περιορισμό της πρόσβασης στα πτωχά στρώματα του πληθυσμού και προσφορά υψηλότερης ποιότητας υπηρεσιών προς τα εύπορα στρώματα (Οικονόμου, 2004). Οι ΗΠΑ και ορισμένες χώρες της Λατινικής Αμερικής καταμαρτυρούν μια μείωση στη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, που ακολουθείται από την ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών στον τομέα της υγείας (Οικονόμου, 2004, Huymen, Martens, Hilderink, 2005), η οποία συμβάλλει στην υποχώρηση της ιδιότητας του πολίτη και στην αποδυνάμωση των δικαιωμάτων του καθώς η υπηρεσίες υγείας μετατρέπονται από δημόσιο αγαθό σε εμπόρευμα.

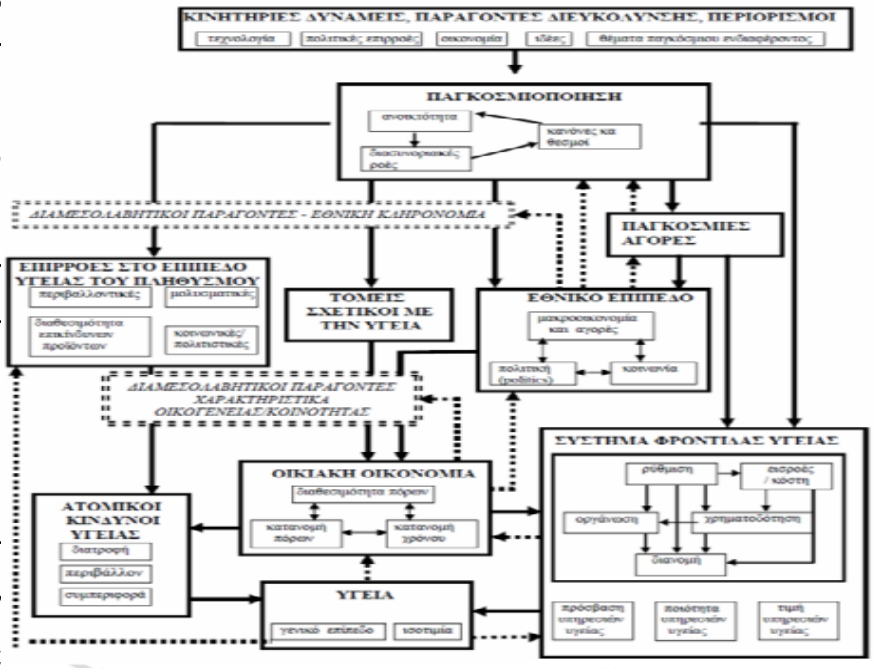
1.2.3 Μοντέλα Παγκοσμιοποίησης στην Υγεία

Η έρευνα για τις επιδράσεις της παγκοσμιοποίησης στον χώρο της υγείας έχει οδηγήσει στη διαμόρφωση κάποιων θεωρητικών μοντέλων που εντοπίζονται στον χώρο της υγείας:

Μοντέλο Woodward et al (2001)

Πρώτο μοντέλο είναι αυτό των Woodward et al (2001) όπου το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού όπως και η ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ των μελών του

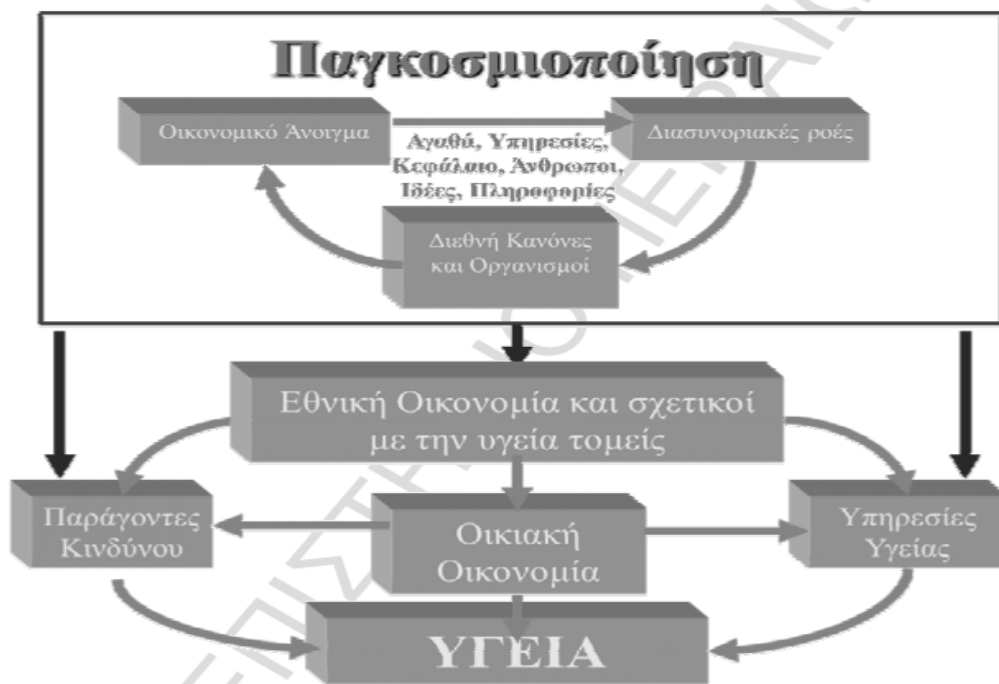
εξαρτώνται από τρεις παράγοντες: α) Ατομικές συνήθειες, διατροφή, κάπνισμα εργασία, β) από το κοινωνικό-πολιτισμικό περιβάλλον και τους ομαδικούς κινδύνους υγείας (μόλυνση περιβάλλοντος, μολυσματικές ασθένειες) και γ) από την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος υγείας που παρέχει την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών (Οικονόμου, 2004).



Γράφημα 2.1. Παγκοσμιοποίηση στην Υγεία (Woodward et al, 2001)

Μοντέλο Smith (2004)

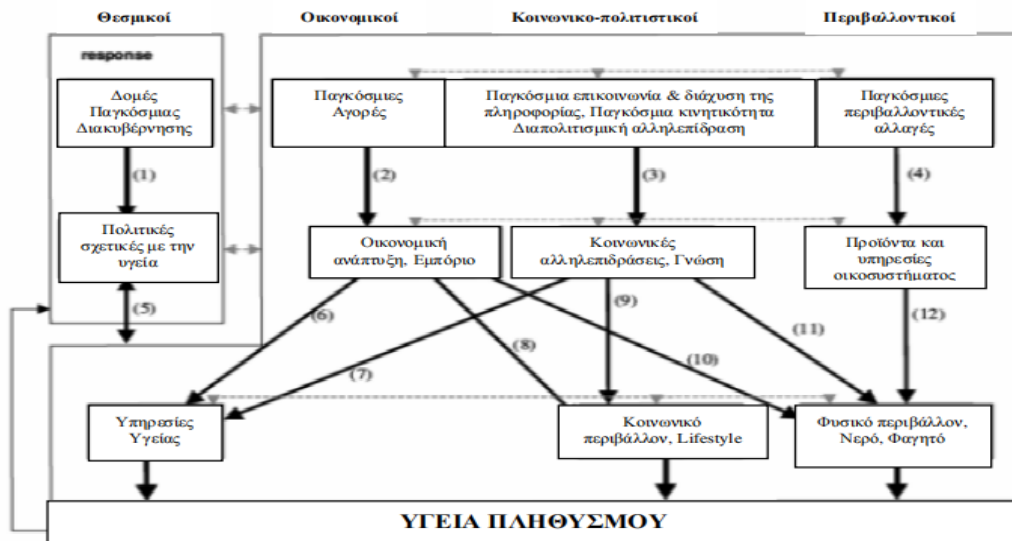
Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η παγκοσμιοποίηση επηρεάζει το επίπεδο υγείας μέσω α) της εθνικής οικονομίας και τους σχετικούς με την υγεία κλάδους, β) τους εξωτερικούς-ατομικούς παράγοντες κινδύνου, γ) την οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών υγείας και δ) και την οικιακή οικονομία. Η αλληλεπίδραση αυτών των παραγόντων επηρεάζει κυρίως το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μιας χώρας. Η παγκοσμιοποίηση, λοιπόν, επηρεάζει αυτούς τους παράγοντες μέσω της μετακίνησης και μετανάστευσης στα σύνορα, του ανοίγματος των εθνικών οικονομιών και των διεθνών κανόνων που θεσπίζονται από τους Διεθνείς Οργανισμούς για την προώθηση των προϊόντων αγαθών, των υπηρεσιών, του κεφαλαίου, των ιδεών και των πληροφοριών μιας χώρας.



Γράφημα 2.2. Παγκοσμιοποίηση στην Υγεία (Smith, 2004)

Μοντέλο Huynen et al (2005)

Η παγκοσμιοποίηση θεωρείται ως μια προεξέχουσα διαδικασία στην οποία πραγματοποιούνται ταυτόχρονα επιμέρους διαδικασίες σε διάφορους τομείς. Αυτό το σύνολο των διαδικασιών μεταβάλλει το επίπεδο υγείας ου πληθυσμού μια χώρας, επηρεάζοντας διάφορους θεσμικούς, οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτιστικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.



Γράφημα 2.3. Παγκοσμιοποίηση στην Υγεία (Huynen et al, 2005)

Μοντέλο Lee (2003) Σύμφωνα με την Lee (2003), η παγκοσμιοποίηση είναι το αποτέλεσμα της σύνδεσης της τεχνολογίας, της κουλτούρας και της οικονομίας που οδηγεί στη εξάλειψη του χρόνου, του χώρου και των διεργασιών της γνωστικής διάστασης, της οργάνωσης και λειτουργίας της κοινωνίας και των επιδράσεων που έχουν αυτές στην οικονομική, την κοινωνικοπολιτική, την τεχνολογική και την περιβαλλοντική σφαίρα της κοινωνικής ζωής.

Πίνακας 2.1. Διαστάσεις και επιδράσεις παγκοσμιοποίησης στην υγεία

Σφαίρες / Διαστάσεις	Χωρική	Χρονική	Γνωστική
Οικονομική	Αναδιοργάνωση σε διεθνές επίπεδο των δραστηριοτήτων παραγωγής και εμπορίας των σχετικών με την υγεία τομέων.	Ταχύτερη διακίνηση των μολυσματικών παραγόντων μέσω του εντεινόμενου εμπορίου φυτών και ζώων	Εξάπλωση νεο-φιλελεύθερων πολιτικών υγείας στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας
		Γρηγορότερη μεταφορά από το εργαστήριο στην αγορά των νέων παρεμβάσεων υγείας	Παγκόσμια διεκδίκηση για την κατοχύρωση των πνευματικών δικαιωμάτων ιδιοκτησίας σε σχέση με τα φάρμακα κλπ.
Πολιτική	Διεθνής κινητοποίηση της κοινωνίας των πολιτών για ζητήματα υγείας	Εκστρατείες ταχείας ανταπόκρισης στις σχετικές με την υγεία αιτίες	Διάδοση της αντίληψης της υγείας ως ανθρώπινου δικαιώματος
Κοινωνικο-πολιτισμική	Νέες μορφές ταυτότητας ως αποτέλεσμα κοινών αναγκών υγείας	Διάδοση τρόπων ζωής και των σχετικών συνθηκών φυσικής και ψυχικής υγείας	Επιρροή των παγκόσμιων ΜΜΕ στους τρόπους υγιεινής ζωής
Τεχνολογική	Δημιουργία νέων τύπων «χώρου» μέσω των τεχνολογιών της πληροφορικής και των επικοινωνιών	Ικανότητα ανάληψης ταχύτερης επιτήρησης και παρακολούθησης των ασθενειών	Χρήση του Internet για τη διάχυση των πληροφοριών
Περιβαλλοντική	Περιβαλλοντικές επιπτώσεις	Επιταχυνόμενη εξάντληση φυσικών πόρων	Μετάδοση της έννοιας της βιωσιμότητας στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας
		Ταχύτερη παγκόσμια διακίνηση γενετικού υλικού	

1.3 Η Υγεία ως Παγκόσμιο Δημόσιο Αγαθό

Για την σωστή χρήση των παραπάνω μοντέλων για την παγκοσμιοποίηση την υγεία είναι απαραίτητη η ανάγκη για την καθιέρωση θεσμών και πολιτικών σε παγκόσμια κλίμακα για την προαγωγή της παγκόσμια υγείας και για την εξασφάλιση ότι όλες οι χώρες θα μπορούν να απολαμβάνουν τη μέγιστη δυνατή ωφέλεια από το άνοιγμα των συνόρων, της κοινωνίας και της οικονομίας, αντιμετωπίζοντας ταυτόχρονα τους κινδύνους. Για το λόγο αυτό κι όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία σταδιακά η υγεία προσεγγίζεται ως **Παγκόσμιο Δημόσιο Αγαθό**, το οποίο προϋποθέτει τη συνεργασία μεταξύ όλων των κρατών, πλουσίων και φτωχών για την ανάπτυξη προγραμμάτων, πολιτικών, και υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των μελλοντικών προκλήσεων.

Οι διεθνείς οργανισμοί έχουν σημαντικό ρόλο για την παροχή του «παγκόσμιου αγαθού υγεία» άμεσα ή έμμεσα από την εμπλοκή τους σε δραστηριότητες παραγωγής νέων προϊόντων, υπηρεσιών και προγραμμάτων, ακόμη από την προώθηση ή τη σύναψη συμφωνιών μεταξύ των κρατών. Για αυτό δίνεται έμφαση στη εντατικοποίηση

της συνεργασίας για τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών, για τη βελτίωση της χρηματοδότησης και της εύρεσης πόρων από εθνικούς προϋπολογισμούς, στην ανάπτυξη υποστηρικτικών δομών για τη συνεργασία στη έρευνα και τη διάχυση της πληροφορίας και της γνώσης, και τέλος στον επαναπροσδιορισμό του ρόλου και του θεσμικού καταστατικού πλαισίου που διέπει τη λειτουργία των διεθνών οργανισμών (Οικονόμου, 2004).

Η ραγδαία εξάπλωση του ιού SARS-CoV-2 και η επαγόμενη νόσος Covid-19 αποτελούν τη νέα πανδημία την οποία καλείται να αντιμετωπίσει η ανθρωπότητα. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ιού σε συνδυασμό με την απουσία αντικής φαρμακευτικής αγωγής και εμβολίου, καθιστούν τη νόσο σημαίνουσα απειλή για την παγκόσμια υγεία. Οι πανδημίες δεν είναι νέες για την ανθρώπινη ιστορία. Ο ιός Covid-19, τρεις δεκαετίες μετά τον ιό HIV, ότι όχι μόνον η αντιμετώπιση αλλά και η πρόληψη των ασθενιών θα πρέπει να αποτελούν παγκόσμιο δημόσιο αγαθό, δηλαδή τα κράτη θα πρέπει να αναλάβουν κατά προτεραιότητα τις ευθύνες τους σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Σύμφωνα και με τα παραπάνω η αναγνώριση παγκόσμιων δημόσιων αγαθών απαιτεί διεθνή συνεργασία, πέραν της διαμεσολάβησης των διεθνών οργανισμών. Όπως είναι γνωστό ο ιός δεν κάνει διακρίσεις. Δείχνει με επείγοντα τρόπο ότι ένας αδύναμος κρίκος της αλυσίδας μπορεί να θέσει σε κίνδυνο ολόκληρο το παγκόσμιο οικοδόμημα. Αυτός είναι ο κύριος λόγος για τον οποίο αυτό που ονομάζουμε δημόσιο αγαθό σχετίζεται με την ανάπτυξη εθνικών και διεθνών συστημάτων, τα οποία θα στηρίζονται στην παγκόσμια συνεργασία για την αντιμετώπιση ανάλογων απειλών (Abbott F, 2020).

Η συνεχής και η συστηματική συλλογή δεδομένων σχετικά με τις ανισότητες υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας μέσω ενός ολοκληρωμένου συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης και ιχνηλάτησης αντίστοιχα των πιθανών κρουσμάτων και επαφών τους μπορούν να συμβάλουν στην βελτιστοποίηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των μέτρων πολιτικής υγείας (Chowkwanyun and Reed, 2020. Khalatbari-Soltani et al., 2020. Laurecin and McClinton, 2020. Παπαδάτος-Αναγνωστόπουλος και συν. 2020). Η πανδημία κάποια στιγμή θα ξεπεραστεί, αλλά αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία για την ανθρωπότητα είναι η θεώρηση της υγείας όχι ως προνόμιο για λίγους ή εμπορεύσιμου καταναλωτικού αγαθού αλλά ως ένα δημόσιο αγαθό, το οποίο έχει υποχρέωση η πολιτεία να το παρέχει ισότιμα προς όλους τους πολίτες.

1.4 Προκλήσεις στην Υγεία εξ αιτίας της Παγκοσμιοποίησης

Όπως αναφέραμε σε προηγούμενα σημεία η παγκοσμιοποίηση έθεσε μερικά ζητήματα τα οποία ξεπερνούν την εθνική διάσταση. Ειδικότερα τα θέματα της υγείας αντιμετωπίζονται από τους παγκόσμιους οργανισμούς χαράσσοντας διάφορες πολιτικές υγείας για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών. Σύμφωνα με τη (Lee, 1998), η παγκοσμιοποίηση σχετίζεται με τα παρακάτω ζητήματα υγείας:

«Την αντιμετώπιση των επιδημιών και των ασθενειών στο εσωτερικό και μεταξύ των κρατών και των πληθυσμιακών ομάδων.

Τη μετανάστευση και την κινητικότητα πληθυσμιακών ομάδων και την επίπτωση που έχουν στη μεταφορά μεταδοτικών ασθενειών.

τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και την εξασφάλιση των απαιτούμενων πόρων σε ένα περιβάλλον συνεχούς κινητικότητας της εργασίας και του κεφαλαίου.

Τη ρύθμιση του παγκόσμιου εμπορίου και της παραγωγής ώστε να προστατευθεί η υγεία των ανθρώπων και των εργαζομένων έναντι των, μεταδοτικών ασθενειών, των βιομηχανικών κινδύνων, των βλαβερών αποβλήτων, των επαγγελματικών ασθενειών κλπ.

Την επίδραση που έχει η ανάπτυξη της τεχνολογίας της πληροφορικής και των τηλεπικοινωνιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας και στην εμφάνιση νέων μορφών ανισοτήτων που σχετίζονται με τη δυνατότητα πρόσβασης στις τεχνολογίες αυτές.

Το ρόλο του κράτους, των μη κυβερνητικών οργανώσεων, των διεθνών οργανισμών, των ιδιωτικών φορέων κλπ., στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας και την ανεύρεση μιας ισορροπίας μεταξύ αυτών.

Τον καθορισμό και εφαρμογή των διεθνών κανόνων για τα ζητήματα της παγκόσμιας υγείας, την αξιόπιστη πιστοποίηση των προμηθευτών υπηρεσιών και επαγγελματιών υγείας».

1.5 Ο Ρόλος των Διεθνών Οργανισμών για την Υγεία

Η διαχείριση και η αντιμετώπιση των παραπάνω ζητημάτων μπορεί να γίνει μόνο στα πλαίσια και με τη συνεργασία των μεγάλων Διεθνών Οργανισμών. Οι διεθνείς οργανισμοί φαίνεται να αποτελούν το ιδανικό μέσο για την αντιμετώπιση των

προβλημάτων υγείας, η οποία είναι πέρα από τις δυνατότητες των εθνικών συστημάτων υγείας.

Σταδιακά από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 άρχισε η αναγνώριση για την προστασία και την προαγωγή της υγείας σε διεθνές επίπεδο, ως βασικό στοιχείο των προσπαθειών προώθησης κοινωνικά υπεύθυνων μορφών παγκοσμιοποίησης εκφράζεται τόσο στις πρωτοβουλίες που ανέλαβαν τα τελευταία χρόνια ο ΠΟΥ και το Ινστιτούτο Έρευνας για την Κοινωνική Ανάπτυξη των Ηνωμένων Εθνών όσο και στις αντίστοιχες πρωτοβουλίες των 7 ή 8 πλουσιότερων χωρών του κόσμου (Οικονόμου, 2004).

Στην συνέχεια θα παρουσιάσουμε τις πολιτικές δύο διεθνών οργανισμών οι οποίοι συμβάλλουν στον περιορισμό των αρνητικών επιδράσεων στον τομέα της υγείας: ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) και η Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.).

1.5.1 Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Ο Π.Ο.Υ. είναι ένα όργανο των Ηνωμένων Εθνών με αρμοδιότητες τη διαχείριση των διεθνών θεμάτων για την υγεία και τη δημόσια υγεία. Στο τελευταίο τέταρτο του 20ου αι. η πολιτική του Π.Ο.Υ. σχετίζονταν με την επίτευξη του στόχου «του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας για όλους τους πολίτες του κόσμου» για μια ποιοτικότερη κοινωνική και οικονομική ευημερία (Υφαντόπουλος, 2005).

Το 1985, ο Π.Ο.Υ. καθόρισε τη στρατηγική της υγείας για όλους έως το 2000, εξειδικεύοντας 38 στόχους (Υφαντόπουλος, 2005). Οι στόχοι αυτοί συχνά αξιολογούνταν ως προς την πορεία τους ενώ αποτελούσαν και θέμα στις Διεθνείς Επαφές και συζητήσεις των κρατών. Οι στόχοι αυτοί αξιολογήθηκαν σε σχέση με την γενική πολιτική που ασκούσε ο Οργανισμός και των κρατών ανάμεσα στις αναπτυγμένες-αναπτυσσόμενες και μη. Ενώ, το Ευρωπαϊκό Περιφερειακό Γραφείο του Π.Ο.Υ., μετά από νέα αξιολόγηση πρότεινε τη μείωση των 38 στόχων σε 21 στόχους για τον 21ο αιώνα. Για αυτό και ο Π.Ο.Υ. έθεσε ως προτεραιότητα την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία κυρίως μέσω της ενίσχυσης του κοινωνικού ιστού και της κοινωνικής αλληλεγγύης (Τούντας, 2000).

1.5.2 Οι πολιτικές της Ε.Ε. για την Υγεία

Αντίστοιχες δράσεις και πολιτικές ανέπτυξε και η Ευρωπαϊκή Ένωση ήδη από την Συνθήκη του Μάαστριχτ (1991), με το άρθρο 129, για την δημόσια υγεία. Ωστόσο, δεν δημιουργήθηκε ενιαία πολιτική από τα κράτη μέλη σχετικά με την πολιτική υγείας, αλλά επέμενε η Επιτροπή σε εκκλήσεις προς τα κράτη-μέλη για την ανάπτυξη κοινών στόχων και στρατηγικών (Υφαντόπουλος, 2005). Παράλληλα, οργανώθηκαν πολλά προγράμματα για την αντιμετώπιση και πρόληψη του καρκίνου, του AIDS, των ναρκωτικών κ.α. Ενώ, ενισχύθηκε η έρευνα και η διακρατική, διεπιστημονική συνεργασία στον τομέα της υγείας. (Τούντας, 2000).

Με τη Συνθήκη του Άμστερνταμ η Ε.Ε για πρώτη φορά προσπάθησε να εναρμονίσει την νομοθεσία για την προστασία της υγείας με την επιβολή μέτρων. (Υφαντόπουλος, 2005). Η εξέλιξη αυτή θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική, γιατί για πρώτη φορά η ΕΕ προτείνει μέτρα για την προστασία της υγείας στους κρίσιμους τομείς του περιβάλλοντος, των μεταφορών, της γεωργίας, της εργασίας και της εκπαίδευσης (Τούντας, 2000).

Παρά τα μέτρα αυτά, η ΕΕ δεν κατάφερε να διαμορφώσει μια ενιαία κοινή πολιτική για την υγεία. Καθώς υπάρχουν πολλές ανισότητες ανάμεσα στα εθνικά συστήματα υγείας μεταξύ των μελών κρατών. Το αίτημα όμως παρέμενε για πολλά χρόνια διότι με αυτό τον τρόπο θα αντιμετωπίζονταν τα προβλήματα στα εθνικά συστήματα και οι μελλοντικές προκλήσεις όπως, η μετακίνηση πληθυσμών, η εξωτερική μετανάστευση εκτός κρατών μελών, η οικονομική κρίση κ.α. (Τούντας, 2000).

Το Μάρτιο του 2000, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο της Λισαβόνας έθεσε τις βάσεις για τη κοινή αναμόρφωση των συστημάτων κοινωνικής προστασίας στις χώρες-μέλη. Η προσπάθεια αυτή ονομάστηκε «ανοικτή μέθοδος συντονισμού», με αυτόν τον τρόπο θα ενισχύονταν η συνεργασία των κρατών και των εμπλεκόμενων φορέων υγείας για την δημιουργία κοινωνικής κοινωνικής πολιτικής. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργήθηκαν νέες σχέσεις μεταξύ των φορέων υγείας της κοινωνικής προστασίας των εθνικών συνταξιοδοτικών συστημάτων κλπ., (Υφαντόπουλος, 2005).

Η στρατηγική αυτή της Ε.Ε. για την δημόσια υγεία βασίζεται στις παρακάτω δυο αρχές:

(α) οι τέσσερις βασικές ελευθερίες (ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων, των υπηρεσιών, των προσώπων και των κεφαλαίων μεταξύ των κρατών-μελών) που κατοχυρώνονται στις Συνθήκες της Ένωσης έχουν πεδίο εφαρμογής και στον υγειονομικό τομέα και

(β) η φροντίδα υγείας αποτελεί τμήμα του ευρωπαϊκού κοινωνικού μοντέλου και συνεπώς η επιδίωξη της ενιαίας εσωτερικής αγοράς πρέπει να περικλείεται εντός ενός κοινωνικού ρυθμιστικού πλαισίου που να εγγυάται τη θέσπιση βασικών κανόνων ισότητας και αλληλεγγύης (Οικονόμου, 2004).

Η Παγκοσμιοποίηση αποτελεί ένα πολυσύνθετο φαινόμενο, το οποίο έχει επεκταθεί σε όλα τα επίπεδα της ανθρώπινης ζωής, δημιουργώντας στην ανθρωπότητα δυνατότητες και προοπτικές με ταυτόχρονες όμως αναταραχές και ανακατατάξεις, με θετικές και αρνητικές επιπτώσεις, οι οποίες επηρεάζουν τόσο τον ίδιο τον άνθρωπο και την υγεία του όσο και τις υπηρεσίες υγείας.

Κεφάλαιο 2ο: Υπηρεσίες Υγείας

2.1 Εισαγωγή

Ο τομέας της Υγείας αποτελεί έναν από τους πιο περίπλοκους τομείς της διοίκησης και της οικονομίας μια χώρας. Ο τομέας αυτό διακρίνεται σε Μονάδες Υγείας ή σε Υπο-συστήματα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Τα συστήματα υγείας έχουν άλλα χαρακτηριστικά στην οργάνωσή τους από ότι τα άλλα κοινωνικά συστήματα, εξ αιτίας της ιδιαιτερότητάς της φύσης του αγαθού της υγείας.

Η Υγεία αποτελεί δημόσιο κοινωνικό αγαθό, δηλαδή θα πρέπει να παρέχεται σε όλους τους ανθρώπους ανεξαρτήτως της κοινωνική τους θέσης, την οικονομική τους ευμάρεια, με τη μορφή καταναλωτικού και επενδυτικού χαρακτήρα. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η υγεία ορίζεται ως η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχολογικής και πνευματικής ευρωστίας και όχι ως απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας (Σούλης, 1999).

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) είναι μικτό και συνδυάζει την Κοινωνική Ασφάλιση και στου Εθνικού Συστήματος με εμπλοκή ιδιωτικού και δημόσιου τύπου υπηρεσιών υπό τις εθνικές κρατικές πολιτικές, σχεδιασμό και κοινωνικό έλεγχο.

2.2 Υπηρεσίες Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας είναι το σύνολο των προσφερόμενων ιατρικών φροντίδων, προληπτικών και θεραπευτικών όπως και σ' όλους τους μηχανισμούς παροχής και διανομής τους. Στις υπηρεσίες υγείας παρέχεται και σε υγιή άτομα. Αντίθετα περίθαλψη προσφέρεται σε άτομα που έχουν υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός προβλήματος υγείας.

Οι υπηρεσίες υγείας είναι και καταναλωτικά και παραγωγικά αγαθά. Η περίθαλψη θεωρείται καταναλωτικό αγαθό επειδή ικανοποιεί τις ανάγκες των ανθρώπων για την επιβίωση και την ευημερία τους και του μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής τους, ακόμη θεωρείται και επενδυτικό αγαθό καθώς προάγει την παραγωγικότητα

και τη μακροζωία μέσω της καλής υγείας. Έτσι, οι δαπάνες των ατόμων για την υγεία τους αποτελούν επένδυση.

Οι υπηρεσίες υγείας δημιουργούνται στις μονάδες παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι μονάδες αυτές μπορεί να είναι ιδιωτικές (γραφεία, πολυ-ιατρεία) ή δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Η ειδίκευση των μονάδων αυτών προσδιορίζει και το είδος των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, οι πόροι που διαθέτουν οι μονάδες υγείας, το προσωπικό, ο εξοπλισμός, από την οργάνωση, και τις υποδομές σχετίζονται με την ποσότητα και την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Οι υπηρεσίες υγείας ενός κράτους θα πρέπει να στηρίζονται στα παρακάτω χαρακτηριστικά για τις ανάγκες των πολιτών τους:

- A) Υπαρξη καλά οργανωμένων υπηρεσιών. Ανοικτές στο ευρύ κοινό για ιατρική φροντίδα ή περίθαλψη.*
- B) Οι πολίτες να έχουν εύκολη πρόσβαση σε αυτές και για χρήση τους.*
- C) Να είναι αποδεκτές από τους πολίτες. Εδώ νοείται για την καλή ποιότητα των υπηρεσιών, του επιστημονικού προσωπικού, για τον εξοπλισμό κλπ.*

Όσον αφορά την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας αυτή σχετίζεται με τρεις παράγοντες: 1) Από το ποσό που διατίθενται για την υγεία σε όλες τις υπηρεσίες υγείας, 2) από την επιλογή των μεθόδων παραγωγής των υγειονομικών υπηρεσιών και 3) από την κατανομή των υπηρεσιών υγείας ανά πληθυσμό (Καριώτης, 1992; Παπαπαναγιώτου, 2000).

3.3 Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα σχετίζονται με την προσφορά και την ζήτηση, ενώ χωρίζονται ανάλογα με τον επιδιωκόμενο σκοπό και με το μέρος παροχής των υπηρεσιών. Πρέπει να τονίσουμε ότι κύριο ρόλο παίζουν οι εξωτερικοί παράγοντες των δομών της μονάδας υγείας (περιοχή, απόσταση από κοντινότερη μονάδα υγείας κ.α.) όσο και από τους εσωτερικούς παράγοντες (φάσμα και ποσότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, πόρους, οργάνωση, εξοπλισμός και προσωπικό).

Ο τομέας της Υγείας στην Ελλάδα χωρίζεται σε τρεις μορφές υπηρεσιών περίθαλψης:

- **Πρωτοβάθμια Περίθαλψη**

Περιλαμβάνει τη λεγόμενη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, δηλαδή, την ιατρική φροντίδα για τη διάγνωση και θεραπεία εκτός νοσοκομείων και δεν απαιτείται παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Παρέχεται στα αγροτικά ιατρεία και στους υγειονομικούς σταθμούς Ν. 3487/55 και στα Κέντρα Υγείας αγροτικού τύπου Ν. 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) Επίσης τα τελευταία χρόνια αυτού του είδους η περίθαλψη γίνεται από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς (Ι.Κ.Α, Ε.Φ.Κ.Α), τους ιδιώτες και τα εξωτερικά ιατρεία. Η ιδιωτική φροντίδα συνήθως είναι μικροβιολογικά εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και άλλα εξωτερικά ιατρεία.

- **Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Περίθαλψη**

Η Δευτεροβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει ιατρική φροντίδα των νοσοκομείων τη διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας. Καλύπτει τις υπηρεσίες που προσφέρονται στις κλινικές και στα νοσοκομεία.

Η τριτοβάθμια περίθαλψη εμπεριέχει και αυτή την παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο, σε αυτή την περίπτωση όμως απαιτούνται υψηλές επιστημονικές γνώσεις και προσωπικό, ειδικός εξοπλισμός και συνεργασία πολλών ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση της κατάστασης της ασθένειας. Εδώ ανήκουν τα περιφερειακά γενικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία με εξειδικευμένο προσωπικό εξοπλισμό και τεχνογνωσία.

2.4 Συστήματα Υγείας

Ως Σύστημα Υγείας ορίζεται η οργάνωση και διοίκηση του ανθρώπινου δυναμικού και των υλικών πόρων του τομέα αυτού, όπου σκοπός του είναι η βέλτιστη παροχή υγείας μέσα από τον κατάλληλο προγραμματισμό και σχεδιασμό για την ανάπτυξη των υπηρεσιών χρησιμοποιώντας τους διαθέσιμους πόρους.

Ένα καλά οργανωμένο σύστημα υγείας πρέπει να τηρεί κάποιες προϋποθέσεις ή αρχές λειτουργίας: α) *Καθορισμός πολιτικών υγείας με στόχους*, β) *Προσδιορισμός*

των πολιτικών και των μέτρων της πολιτικής ηγεσίας για την επίτευξη των στόχων, και
γ) Διαρκής αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μέτρων και λήψη νέων διορθωτικών μέτρων όταν χρειαστούν.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διακρίνουμε τα παρακάτω μοντέλα συστημάτων υγείας:

(1) Μοντέλο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (Beveridge Model)

Συναντάται στην Μεγάλη Βρετανία με το National Health Service και στην Ιταλία. Τα χαρακτηριστικά του συστήματος:

- α) Πλήρη κάλυψη του πληθυσμού
- β) Χρηματοδότηση μέσω της φορολογίας (κρατικός προϋπολογισμός)
- γ) ο έλεγχος των παραγωγικών υπηρεσιών ανήκει στο κράτος.

(2) Μοντέλο της Κοινωνικής Ασφάλισης (Bismarck Model)

Συναντάται στην κεντρική Ευρώπη, στη Γερμανία, στην Αυστρία, Γαλλία και το Βέλγιο. Τα χαρακτηριστικά του συστήματος αυτού:

- α) Πλήρης ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- β) Η χρηματοδότηση γίνεται μέσω εισφορών των εργοδοτών, των εργαζομένων και από το κράτος
- γ) Υποχρεωτική ασφάλιση των πολιτών από ασφαλιστικούς, Μη Κερδοσκοπικούς Οργανισμούς
- δ) Η κυριότητα των μέσων παραγωγής και παροχής υγείας είναι δημόσια ή ιδιωτική

(3) Μοντέλο της Ιδιωτικής Ασφάλισης

Το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας που βασίζεται είτε σε εργαζόμενο είτε στα άτομα και χρηματοδοτείται από ατομικές και εργοδοτικές εισφορές. Η χρηματοδότηση και η παροχή των υπηρεσιών ανήκει σε ιδιωτικούς φορείς που λειτουργούν στα πλαίσια μιας ελεύθερης αγοράς. Παραδείγματα του μοντέλου αυτού αποτελούν η Ελβετία και οι Ηνωμένες Πολιτείες. Η ιδιωτική ασφάλιση ενώ υπάρχει σε διάφορες χώρες η εφαρμογή της είναι κυρίως συμπληρωματική. Αφού τα περισσότερα εθνικά συστήματα υγείας προσφέρουν πλήρη κάλυψη, χωρίς κόστος στο σημείο εισόδου, υπάρχει ελάχιστη ανάγκη για ιδιωτική ασφάλιση. Για παράδειγμα, στο

Σουηδικό σύστημα υγείας μόλις το 2,5% των πολιτών αγοράζει ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Κατηγοριοποίηση Συστημάτων Υγείας ανάλογα με τη Χρηματοδότηση

Τύπος συστήματος	Κατευθυντήρια αρχή	Κοινωνικό-πολιτικός στόχος	Ρόλος του κράτους	Χρηματοδότηση
Ιδιωτική ασφάλιση Υγείας	Αρχή της ανταποδοτικότητας	Παροχή υπηρεσιών σύμφωνα με την ικανότητα πληρωμής	Ρύθμιση αγοράς ασφάλισης Πρόνοια Φτωχών	Ιδιωτική: Ασφάλιστρα ανάλογα με το ρίσκο
Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας	Αρχή Κοινωνικής Αλληλεγγύης	Ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας	Θεσμοθέτηση πλαισίων Εποπτεία	Δημόσια: Εισφορές Ανάλογα με το εισόδημα
Κρατική Υπηρεσία Υγείας	Αρχή της Ισότητας	Ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας	Οργανωτικός και χρηματοδοτικός φορέας υπηρεσιών υγείας	Δημόσια: Φόροι ανάλογα με το εισόδημα

8

Πηγή :Γεώργιος Πιερράκος. «Συστήματα Υγείας (Θ). Ενότητα 5: Μοντέλα Χρηματοδότησης Οργάνωσης». Έκδοση: 1.0. Αθήνα 2015.

Ο ρόλος της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στη λειτουργία και απόδοση του συστήματος υγείας είναι σε πρωταρχικό στάδιο ενώ το οργανωτικό πλαίσιο της παραγωγικής διαδικασίας επιδρά στο μέγεθος της στάθμης της υγείας του πληθυσμού.

Τα συστήματα υγείας παγκοσμίως καλούνται να αντιμετωπίσουν τις παρακάτω προκλήσεις: α) την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας για ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας και περίθαλψης σε όλου, β) το διαρκώς αυξανόμενο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας και γ) την ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής της νέας τεχνολογίας με κριτήριο την αποτελεσματικότητά της.

Όσον αφορά για το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και τη χώρα μας μια πρόκληση αποτέλεσε στα τέλη του προηγούμενου αιώνα η εφαρμογή ενός σύγχρονου συστήματος

υγείας Ν.1379/1983 του Ε.Σ.Υ (Παπαπαναγιώτου, 2000; Υφαντόπουλος, 2003).
Βέβαια η οικονομική κρίση δημιούργησε νέες προκλήσεις στο σύστημα υγείας της
χώρας τις οποίες θα παρουσιάσουμε σε επόμενο κεφάλαιο

Οι επιπτώσεις της Παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας λαμβάνουν μια
διπλή διάσταση, επηρεάζοντας ταυτόχρονα τόσο την οργάνωση και τη λειτουργία των
υπηρεσιών υγείας όσο και την υγεία του πληθυσμού .

Κεφάλαιο 3ο: Επιπτώσεις της Παγκοσμιοποίησης

3.1. Κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στην υγεία

Στο προηγούμενο κεφάλαιο διαπιστώσαμε ότι στις αρχές της νέας φάσης της παγκοσμιοποίησης που ξεκίνησε τη δεκαετία του 1990 αυτή θεωρούνταν κυρίως ως μια οικονομική διαδικασία. Ωστόσο σήμερα η παγκοσμιοποίηση είναι ένα ολοκληρωμένο σύνολο πολιτικών, οικονομικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών παραγόντων και σχέσεων που ρυθμίζουν την κοινωνία μας. Με αυτό ως δεδομένο, η σύγχρονη παγκοσμιοποίηση μπορεί να χαρακτηριστεί ως η συνεχής διασυνοριακή συνεργασία των εθνικών πολιτιστικών, οικονομικών, πολιτικών, κοινωνικών και τεχνολογικών αλληλεπιδράσεων που οδηγούν στη δημιουργία υπερεθνικών δομών και οργανισμών για τη διαχείριση και αντιμετώπιση των αντίστοιχων προβλημάτων και προγραμμάτων.

Η υγεία του ανθρώπου είναι το αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων του ανθρώπου με το περιβάλλον στο οποίο ζει. Γι' αυτό και λαμβάνεται υπ' όψιν ως ένας μακροπρόθεσμος δείκτης μέσω του οποίου μπορεί να μετρηθεί η κατάσταση και η βιωσιμότητα του φυσικού και κοινωνικό-οικονομικού περιβάλλοντος.

Επειδή, η παγκοσμιοποίηση οδηγεί σε πολλές αλλαγές στην κοινωνία και στο περιβάλλον, έχει αναπτυχθεί από ερευνητές η άποψη και η ανησυχία για την υγεία των μελλοντικών γενεών με συνέπεια να θέτουν το ζήτημα για τα «διαγενεακά δικαιώματα» της βιώσιμης ανάπτυξης, πιο συγκεκριμένα θέτουν το δικαίωμα των μελλοντικών γενεών να ζήσουν σε ένα υγιές περιβάλλον με υγιεινή και ισορροπημένη ζωή (Huynen M., 2005).

3.2 Ανεργία και υγεία

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat του 2019, το ποσοστό απασχόλησης ατόμων ηλικίας 20 έως 64 ετών, όπως μετρήθηκε από την έρευνα εργατικού δυναμικού (ΕΕΔ-ΕΕ), η Ελλάδα καταγράφει το χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ (61,2 %). Πίσω από αυτόν τον μέσο όρο, μπορούν παρόλαυτά να διαπιστωθούν μεγάλες διαφορές μεταξύ των χωρών.

Η Σουηδία εμφανίζει το υψηλότερο ποσοστό απασχόλησης στην ΕΕ μέχρι σήμερα:

82.1 %. Παρόμοιο υψηλό ποσοστό διαπιστώνεται επίσης στην Ισλανδία (85,9 %) και τη Σουηδία (82,9 %).

Η ανεργία, η φτώχεια, η έλλειψη στέγης, οι κοινωνικές ανισότητες και η μετανάστευση έχουν δυσμενείς συνέπειες στην υγεία. Έρευνα που διεξήχθη το 2017 στα Κέντρα Φιλοξενίας, από το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ, έδειξε ότι μεγάλος αριθμός προσφύγων εφήβων ή νεαρών ενηλίκων ανδρών, καταναλώνει καθημερινά αλκοόλ και κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών τις οποίες προμηθεύονται είτε από διάφορα σημεία της Αθήνας είτε έξω από τα Κέντρα Φιλοξενίας (Χρήση ουσιών στα Κέντρα Φιλοξενίας μεταναστών και προσφύγων, Υπουργείο Υγείας, 2017). . Στην Ελλάδα η αύξηση της ανεργίας και η πτώση του βιοτικού επιπέδου έχουν ως αποτέλεσμα οι Έλληνες να βλέπουν τους νεοεισερχόμενους μετανάστες και πρόσφυγες ως ανταγωνιστές στην αγορά εργασίας (φτηνή εργατική δύναμη, μείωση μισθών κλπ.). Οι οικονομικοί μετανάστες και πρόσφυγες πέφτουν θύματα του ρατσιστικού στερεότυπου ότι «αυτοί ευθύνονται για την ανεργία, αφού παίρνουν τις δουλειές των γηγενών», που έχουν ήδη μπροστά τους απειλητικό το φάσμα της ανεργίας.

Πολλοί θεωρούν ότι κύρια αιτία για την ανεργία αποτελεί η εξέλιξη της τεχνολογίας και των αυτοματοποιημένων συστημάτων της Πληροφορικής. Ο τομέας αυτός εξελίσσεται ραγδαία και ρυθμίζει τη ζήτηση για το ανθρώπινο δυναμικό. Η τεχνολογική παγκοσμιοποιημένη αγορά στις αναπτυγμένες χώρες δημιουργεί πρόβλημα στις χώρες όπου η οικονομία στηρίζεται στη γεωργία ή σε μικρές βιοτεχνίες καθώς αυτές οι χώρες αντιμετωπίζουν τον σκληρό ανταγωνισμό έναντι της τεχνολογίας (Huymen et al..., 2005).

Η ανεργία σχετίζεται επίσης με ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, άγχος, χαμηλό βαθμό αυτοεκτίμησης και τάσεις αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, (Catalano, 2009) η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης, εθισμού σε ουσίες και αλκοολισμού αυξάνεται ολοένα και περισσότερο στην ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα των ανέργων. Οι άνθρωποι που έχουν χάσει τη δουλειά τους ή έχουν υποστεί σημαντικές μειώσεις στο εισόδημά τους για λόγους άσχετους με την απόδοσή τους αισθάνονται βαθύτατη απογοήτευση. Αυτήν την ματαίωσή τους προσπαθούν να την

καλύψουν με αλκοόλ και άλλες ουσίες, με αποτέλεσμα να γίνονται επιθετικοί και να βιώνουν έντονο άγχος (Μάτσα Κ., 2010, Κεσκινίδου Α, Τσακίρη Μ.).

Άλλες μελέτες κατέγραψαν ότι από μόνη της η ανεργία δεν παίζει ρόλο στην υγεία όταν τα άτομα που αυτο-αξιολογούνται είναι αισιόδοξα με θετική σκέψη και αυτό γιατί η ψυχολογία όσων εργαζόνταν πριν γίνουν άνεργοι είναι υψηλότερη από εκείνων που δεν είχαν ούτε ένα ημερομίσθιο ποτέ τους. Συνεπώς, η ανεργία από μόνη της δεν αποτελεί παράγοντα για την υγεία αλλά μπορεί να εμφανίσει την αρνητική προδιάθεση των ατόμων στην υγεία τους κυρίως στους μακροχρόνια ανέργους (Böckerman P., & Ilmakunnas P., 2009).

Έχει εκτιμηθεί μέσα από διάφορες μελέτες και έρευνες ότι τα τελευταία 20 χρόνια η αύξηση της ανεργίας, το αίσθημα ανασφάλειας της θέσης εργασίας και οι μειώσεις των μισθών ως προς τη διαβίωση έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην διατήρηση της υγείας. (Καραϊσκού Α., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π, 2012) Οι βασικές ερμηνευτικές προσεγγίσεις αυτού του φαινομένου θεωρούνται η φτώχεια, το στρες, οι συνθήκες εργασίας (μη ικανοποιητική εργασία, υποβαθμισμένη θέση) και οι καταχρηστικές συμπεριφορές που επιβαρύνουν την υγεία συμπεριφορές όπως η κατανάλωση του αλκοόλ, του καπνίσματος και των ναρκωτικών (Blundell-Wignall A., Slovik P.,2010).

3.3 Φτώχεια, κοινωνική ανισότητα και υγεία

Πολλές μελέτες έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια οι οποίες αφορούν την φτώχεια στις αναπτυγμένες και μη χώρες. Μια από αυτές είναι και η έρευνα του Paugam, 2005, ο οποίος διακρίνει δύο ειδών φτώχειας: α) *την ενσωματωμένη φτώχεια*, υπάρχει σε όλες τις κοινωνίες και δημιουργείται διαχρονικά και β) *την περιθωριακή φτώχεια των αναπτυγμένων βιομηχανικών χωρών*, σε αυτή εντάσσονται άτομα που ζουν στο περιθώριο , χαμηλόμισθοι εργάτες κ.α., εξ αιτίας των απαιτήσεων της αγοράς, της τεχνολογικής ανάπτυξης και της παγκοσμιοποίησης.

Η παγκοσμιοποίηση διέυρνε τις κοινωνικές ανισότητες σε όλες τις χώρες και στον τομέα της υγείας και της ιατρικής περίθαλψης. Σύμφωνα με αποτελέσματα ερευνών, η παγκοσμιοποίηση αλλά και οι πολιτικές που ακολούθησαν κάποιες

πλούσιες χώρες όσο και οι διεθνείς οργανισμοί, όπως η Παγκόσμια Τράπεζα, το ΔΝΤ κ.ά. , απέτυχαν να μειώσουν τη φτώχεια (Οικονόμου,2004). Έχει αποδειχθεί ότι οι υγειονομικές ανισότητες συνδέονται άμεσα με μεταβλητές που αποτελούν δείκτες των κοινωνικών συνθηκών, όπως η ανεργία η κοινωνική τάξη, η φυλετική ομάδα καθώς και η γεωγραφική περιοχή. Αυτοί οι κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση καθ'όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής και ασκούν σημαντική επίδραση στην κατάσταση της υγείας (Μάντη,2000).

3.4 Υπεραπασχόληση και υγεία

Όλο και περισσότεροι άνθρωποι αναγκάζονται να εργάζονται περισσότερες ώρες ή να βρίσκουν δεύτερη εργασία προκειμένου να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους πχ., οικογενειακές, οικονομικές κ.α. Το φαινόμενο αυτό είναι συνέπεια της παγκοσμιοποίησης και του αισθήματος της αβεβαιότητας για το μέλλον. Η αναζήτηση για δεύτερη εργασία οδηγεί στην υπεραπασχόληση η οποία προκαλεί άγχος καθώς προσπαθεί το άτομο να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του. Οι επιπτώσεις αυτού του τρόπου ζωής για την υγεία τους, εκτός του άγχους είναι οι ασθένειες όπως, τα καρδιακά νοσήματα και νεοπλασίες ή ψυχολογικά προβλήματα. Τα δύο πρώτα αποτελούν τις δύο πρώτες κύριες αιτίες θανάτου στις αναπτυσσόμενες και αναπτυσσόμενες χώρες (Τούντας κ.α., 2000· WHO, 2002). αυτές οι ασθένειες σχετίζονται με τον τρόπο ζωής σε αυτές τις κοινωνίες και με τους παράγοντες όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ, η έλλειψη σωματικής άσκησης και του άγχους (Τούντας 2004· WHO, 2004).

Οι ειδικοί σχετικά με τα θέματα της δημόσιας υγείας ανησυχούν για την εξέλιξη αυτού του τρόπου ζωής στα χρόνια της οικονομικής κρίσης όπως η ανεργία, η μείωση εισοδημάτων είναι πιθανότερη για μεγάλο μέρος του πληθυσμού και τις επιπτώσεις που θα έχει στην υγεία τους (WHO, 2009). Όπως, αναφέραμε παραπάνω, η οικονομική κρίση προκαλεί αβεβαιότητα και άγχος στη σκέψη μιας ενδεχόμενης απώλειας της εργασίας τους. Αυτό οδηγεί στο άγχος και στην υπεραπασχόληση και έτσι, τα άτομα αυτά να ζουν σε αυτόν τον «φαύλο κύκλο» της αβεβαιότητας και του άγχους (Benach et al, 2007· Burgard et al, 2009· Perlaman et al, 2009).

Μια έρευνα που αφορούσε στα ποσοστά θνησιμότητας στην Ισπανία κατέγραψε ότι ενώ οι αυτοκτονίες έτειναν να αυξάνονται κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, τα συνολικά ποσοστά θνησιμότητας έτειναν να αυξάνονται κατά τη διάρκεια της ανάκαμψης και να μειώνονται κατά τη διάρκεια της ύφεσης (Gili et al, 2012· Ruhm, 2006, 2003, 2000· Tapia – Granados, 2005). Συνολικά, οι επιπτώσεις στην υγεία εξαιτίας της ανεργίας (ή και της υπεραπασχόλησης) διαφέρουν σημαντικά, με τις χειρότερες επιπτώσεις να έχουν παρατηρηθεί μεταξύ των άγαμων, εκείνων που στερούνται κοινωνικής στήριξης, καθώς και σε χώρες με αδύναμη αγορά εργασίας και με ελάχιστα προγράμματα υποστήριξης της οικογένειας (Stuckler et al, 2009).

3.5 Κοινωνικός αποκλεισμός και υγεία

Η μακροχρόνια ανεργία, η βιομηχανική αλλαγή σε μη ειδικευμένους εργαζόμενους, η εξέλιξη των οικογενειακών δομών, η παρακμή των παραδοσιακών μορφών αλληλεγγύης, η αύξηση του ατομικισμού, η αύξηση του ατομικισμού και οι νέες μορφές μετανάστευσης είναι κάποιες από τις αιτίες που προκαλούν τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Από τη μία πλευρά η βιωμένη εμπειρία του κοινωνικού αποκλεισμού που επικεντρώνεται στις άσχημες συνθήκες διαβίωσης, στο χαμηλό εισόδημα, στους γλωσσικούς φραγμούς, στον αποκλεισμό από υγειονομικές και άλλες υπηρεσίες και στα φαινόμενα ρατσισμού, λειτουργώντας επιβαρυντικά στην κατάσταση της υγείας τους(Φούσκας Θ., Οικονόμου Χ., 2011). Από την άλλη πλευρά, δημιουργείται μία δυνητικά αρνητική κατάσταση της υγείας τους που οδηγεί με τη σειρά της στον κοινωνικό αποκλεισμό εξαιτίας των υπαρκτών δυσκολιών στην εύρεση απασχόλησης και επιδείνωσης του πραγματικού διαθέσιμου εισοδήματος (Οικονόμου Χ.,2006).

3.6 Παγκοσμιοποίηση και ψυχική υγεία

Αν και πολλές έρευνες σχετίζουν τις ψυχικές διαταραχές με το κοινωνικό και περιβαλλοντικό πλαίσιο των ανθρώπων, δεν μπορούμε να προβλέψουμε ποιες από αυτές αποτελούν συνέπεια της παγκοσμιοποίησης. Σύμφωνα με τους Kirmayer & Minas (2000), η παγκοσμιοποίηση επιδρά στην ψυχική υγεία των ανθρώπων α) στην ατομική και συλλογική τους ταυτότητα, β) μέσω των οικονομικών-κοινωνικών ανισοτήτων για την υγεία και γ) μέσω της μετάδοσης της γνώσης για τις ψυχικές

ασθένειες. Τα κράτη προσπαθούν να ενισχύσουν το εθνικό αίσθημα στους πολίτες τους ενισχύοντας το κοινό αίσθημα για την χώρα με διάφορες πολιτικές. Ωστόσο, η οικονομική κατάσταση των ατόμων επηρεάζεται από την αστικοποίηση και την τάση για μετανάστευση (Bhugra et al, 2004).

Πρόσφατες έρευνες κατέγραψαν ότι η συχνότητα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών και παθολογικών ασθενειών αυξάνεται ραγδαία. Σύμφωνα με τις έρευνες αυτές το 11,5% των παγκόσμιων νοσημάτων αποτελούν νευρολογικές παθήσεις και ψυχικές διαταραχές. Ακόμη η κατάθλιψη με το 4,2% ως συχνότητα εμφάνισης έχει από τα πιο υψηλά ποσοστά. Αν υπολογιστούν όμως, και οι αυτοκτονίες σε παγκόσμιο επίπεδο όπου σχεδόν 1 εκατομμύριο αυτοκτονίες καταγράφονται κάθε χρόνο το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 5,8%.

3.7 Παγκοσμιοποίηση και υπερπληθυσμός

Σύμφωνα με τον Τούντα (2000), η αύξηση του πληθυσμού της γης είναι αποτέλεσμα κοινωνικών, οικονομικών, τεχνολογικών και οικονομικών εξελίξεων, δηλαδή, της Παγκοσμιοποίησης. Όλοι αυτοί οι παράγοντες ανέβασαν το βιοτικό επίπεδο των ανθρώπων στις Δυτικές χώρες, ακόμη και στην Ιατρική. Για αυτό και πολλοί ειδικοί προβλέπουν ότι τα επόμενα χρόνια το προσδόκιμο ζωής του ανθρώπου μπορεί να αυξηθεί και στα 120 χρόνια, με τη βοήθεια της Ιατρικής, της γενετικής και μηχανικής. Η Ιατρική και οι κοινωνικές συνθήκες βοήθησαν στη μείωση της παιδικής θνησιμότητας.

Η αύξηση του πληθυσμού της γης επηρεάζει αρνητικά το άτομο, καθώς επιδρά στην ψυχολογία του ατόμου και στο γεγονός ότι πλέον η προσωπικότητα γίνεται ένας ακόμη αριθμός για τα εθνικά κράτη. Επιπρόσθετα, η αύξηση του πληθυσμού της γης επιδρά στην κοινωνία καθώς αυξάνεται ο πληθυσμός μεγαλύτερης ηλικίας, η ανεργία η βία, ο ρατσισμός κλπ. Στις αστικές κοινωνίες. Όπως, μεγάλο πρόβλημα αποτελούν τα συνταξιοδοτικά, τα ασφαλιστικά και υγειονομικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας και την αντιμετώπισή τους από τα κράτη και τους διεθνείς οργανισμούς.

Σύμφωνα με τους ερευνητές La Croix et al, (2003), κύριες αιτίες για την αύξηση του πληθυσμού αποτελούν: 1) η διάχυση της ιατρικής τεχνολογίας, 2) της τεχνολογίας και 3) της τεχνολογίας του οικογενειακού προγραμματισμού. Σε έρευνα

του Ο.Η.Ε. επιβεβαιώθηκε η παγκοσμιοποίηση επέδρασε στην αύξηση του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο, αναδεικνύοντας τις αρνητικές επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης.

Ταυτόχρονα τα οικονομικά συμφέροντα των ισχυρών κρατών επιβάλλουν στα εθνικά κράτη τα δικά τους συμφέροντα προσδοκώντας σε κέρδη. Επιπλέον, η αύξηση του πληθυσμού της γης προσέφερε νέους καταναλωτές, περισσότερα αγαθά και νέες ανάγκες πολλές από αυτές δεν νοούνται ως πραγματικές ανάγκες. Ακόμη το πρόβλημα αυτό δημιουργεί ζήτημα σίτισης των δισεκατομμυρίων ανθρώπων καθώς οι καλλιεργήσιμες εκτάσεις δεν επαρκούν. Αυτή η υπερ-παραγωγή καταναλωτικών προϊόντων σχετίζεται με την τεχνολογική ανάπτυξη, την γενετική και μηχανική. Αυτό πολλές φορές επηρεάζει την παραγωγή τροφίμων και χημικών στοιχείων και την μεγαλύτερη διάρκειά τους.

3.8 Υπερπληθυσμός, διατροφικές και οικολογικές επιπτώσεις

Όπως, αναφέρουμε παραπάνω η μαζική παραγωγή τροφίμων δημιουργεί προβλήματα στους καταναλωτές στην υγεία τους μέσω των τοξινών και των καρκινογόνων χημικών ενώσεων που είναι δύσκολο να ανιχνευθούν. Ακόμη πιο επικίνδυνο είναι οι ρύποι των εργοστασίων που μολύνουν το νερό, τον αέρα, το έδαφος και καταλήγουν στα ζώα και στα τρόφιμα και στον άνθρωπο.

Σε έρευνα των Key et al 2010 (πότε;) διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα των κρουσμάτων καρκίνου του μαστού παρουσίασε αυξητικές τάσεις, της τάξης του 20% τη δεκαετία του 1990. Τα στοιχεία δείχνουν ότι τα ποσοστά νέων κρουσμάτων αναμένεται να αυξηθούν ακόμη περισσότερο τα επόμενα χρόνια. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, για την πλειοψηφία των κρουσμάτων έχουν ενοχοποιηθεί οι διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων. Οι τροφές, εκτός από τις συντηρητικές και τις βελτιωτικές ουσίες που περιέχουν, είναι χαμηλής ποιότητας. Η διατροφή σήμερα προσανατολίζεται σε σιτηρέσια πλούσια σε κρέας και κορεσμένα λιπαρά, τα οποία ενοχοποιούνται για την αθηρωμάτωση των αγγείων που οδηγεί σε καρδιαγγειακές νόσους. Επίσης, ενοχοποιούνται για πολλά είδη καρκίνου, όπως του παχέος εντέρου και του μαστού.

Η παρουσίαση των επιπτώσεων της παγκοσμιοποίησης στην υγεία αναδεικνύει την ανάγκη αναζήτησης εκείνων των θεσμών και των πολιτικών, σε παγκόσμιο επίπεδο, που θα καταστήσουν εφικτή την προαγωγή της παγκόσμιας υγείας και θα εξασφαλίσουν ότι όλες οι χώρες μπορούν να απολαμβάνουν τη μέγιστη δυνατή ωφέλεια που απορρέει από το άνοιγμα των συνόρων, της κοινωνίας και της οικονομίας, αντιμετωπίζοντας τους λιγότερους δυνατούς κινδύνους. Από την πλευρά των συστημάτων υγείας, η παγκοσμιοποίηση επιδρά στον τρόπο χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Κεφάλαιο 4ο: Επιδράσεις της Παγκοσμιοποίησης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

4.1 Παγκόσμια και Ευρωπαϊκή Οικονομική Κρίση

Η Παγκόσμια οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2007 από τις ΗΠΑ και τα στεγαστικά δάνεια επηρέασε όχι μόνο την οικονομία των ΗΠΑ αλλά και των υπόλοιπων αναπτυγμένων χωρών, κυρίως της Ευρώπης. Η εξάπλωση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης αποτέλεσε ζήτημα συζητήσεων σε επίπεδο κυβερνήσεων, διεθνών οργανισμών καθώς και μεταξύ των μεγάλων Κεντρικών Τραπεζών σε ΗΠΑ και Ευρωπαϊκή Ένωση για την αντιμετώπιση της κρίσης. Ωστόσο, υπήρχαν πολλές διαφωνίες για την κατάλληλη δημοσιονομική πολιτική που έπρεπε να εφαρμοστεί τόσο μεταξύ των διεθνών οργανισμών ΟΟΣΑ – ΔΝΤ - ΕΚΤ, όσο και κρατών Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία - Γερμανία, Ολλανδία – Νοτιοευρωπαϊκών χωρών.

Η Ευρωπαϊκή κρίση κορυφώθηκε το 2010 και το 2011 όπου τρεις χώρες μέλη της Ευρωζώνης (μεταξύ αυτών και η Ελλάδα) κατέφυγαν στον μηχανισμό οικονομικής βοήθειας και στήριξης που ιδρύθηκε από την Ευρωπαϊκή Ένωση και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Η Ελλάδα ήταν η πρώτη χώρα που εντάχθηκε στον μηχανισμό τον Απρίλιο του 2010 για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης. Τον Νοέμβριο του 2010 εντάχθηκε και η Ιρλανδία στον μηχανισμό στήριξης Ε.Ε. και ΔΝΤ. Τέλος, τον Απρίλιο του 2011 προσέφυγε και η Πορτογαλία στον μηχανισμό στήριξης (Χαρδούβελης, 2011).

Τα παραπάνω γεγονότα είναι αποτέλεσμα της Παγκοσμιοποίησης και των οικονομικών των χωρών που επηρεάζονται από το παγκόσμιο χρηματοπιστωτικό σύστημα. Εκτός από την οικονομική βοήθεια οι χώρες αυτές έπρεπε να εφαρμόσουν παράλληλα και ένα σκληρό «μνημόνιο» δημοσιονομικό πρόγραμμα λιτότητας, μεταρρυθμίσεων σε διάφορους τομείς μεταξύ αυτών και οι υγεία και τα ασφαλιστικά ταμεία.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2007, έγινε αντιληπτή στην Ελλάδα το 2009 με την κακή πορεία της ελληνικής οικονομίας στο τέλος εκείνου του έτους. Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές η κρίση δημόσιου χρέους οφείλονταν στην κακή οικονομία των μη πλουσίων χωρών της Ευρωζώνης (Παπαστάμου, 2011). Οι άμεσες αιτίες προέρχονταν κυρίως από την παγκόσμια κρίση του 2007-2009. Η εθνική κρατική παροχή ρευστότητας και κεφαλαίου την περίοδο 2001-2007 διέσωσε τις τράπεζες, ενώ η κρατική δαπάνη εμπόδισε την περαιτέρω ύφεση. Το αποτέλεσμα για την Ευρωζώνη ήταν η κρίση του δημόσιου χρέους που διογκώθηκε από τις δομικές αδυναμίες της νομισματικής ένωσης. Σύμφωνα με τον Λαπαβίτσα (2010), η Ευρωζώνη διόγκωσε τα μόνιμα ελλείμματα των χωρών της περιφέρειας, όπως και της Ελλάδας, ενώ τα πλεονάσματα των χωρών της Κεντρικής Ευρώπης παρέμεναν σταθερά.

Αυτές οι αιτίες είχαν ως αποτέλεσμα την μείωση της παραγωγικότητας στις χώρες της περιφέρειας. Επίσης η μείωση των δημοσίων εσόδων προκάλεσε την εμφάνιση των αδυναμιών του ελληνικού κράτους, όπως η κακή φορολογική διαχείριση των πλουσίων, η έλλειψη μηχανισμών πρόνοιας και οι πελατειακές σχέσεις (Σαρτζετάκης, 2010).

Για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης τον Δεκέμβριο του 2008 η Ευρωπαϊκή Ένωση έλαβε κάποια μέτρα για την στήριξη της οικονομίας. Χαρακτηριστικό των μέτρων αυτών ήταν η εφαρμογή κοινών στρατηγικών για την επίτευξη των οικονομικών στόχων της Ένωσης σε μακροπρόθεσμο χρόνο. Στόχος των μέτρων αυτών ήταν η ενίσχυση της αγοράς και η στήριξη των επιχειρήσεων και της απασχόλησης. Ειδικότερα τα μέτρα ήταν: α) η τόνωση της ρευστότητας στην οικονομία, προς αύξηση της ζήτησης και β) ενίσχυση των επενδύσεων για τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας της Ένωσης. Τα μέτρα αυτά στηρίζονταν στο Σύμφωνο Δημοσιονομικής Σταθερότητας της Ένωσης που περιλάμβανε πολιτικές λιτότητας (European Commission, 2009).

Η κρίση στην Ελλάδα πρόβαλε την αμφισβήτηση στον τρόπο λειτουργίας της Ευρωζώνης και για αυτό λήφθηκαν μέτρα για την μείωση των ελλειμμάτων της Ελλάδας, όπου θεωρήθηκε ο «ός» της Ευρωπαϊκής Κρίσης. Πολλοί θεωρούν ότι η κρίση στην ελληνική οικονομία σχετίζεται με την στρατηγική πολιτική του ευρώ. Καθώς η κρίση χτύπησε στην καρδιά της νομισματικής ένωσης, δηλαδή, στις χώρες

μέλη του Ευρώ και στην εμφάνιση διαφορετικών ρυθμών ανάπτυξης του ίδιου νομίσματος στις χώρες της Κεντρικής Ευρώπης και στις Νοτιοευρωπαϊκές χώρες (Krugman, 2009, Κότιος και Παυλίδης, 2012).

Τα μέτρα αυτά θα οδηγούσαν σε γρήγορη ανάκαμψη και ανάπτυξη των χωρών της Ευρωπαϊκής περιφέρειας και σε μια σταθερή οικονομία στις χώρες του κεντρικού πυρήνα της Ευρωζώνης. Αυτό θα είχε ως αποτέλεσμα την μεγάλη εισροή ξένων αποταμιεύσεων και την ραγδαία μείωση του εγχώριου δανεισμού για την σταθεροποίηση των πλεονασμάτων στις χώρες της περιφέρειας.

Το ποσό του χρέους-ελλείμματος το οποίο δεν είναι από τόκους δανείων αποτελεί το **πρωτογενές έλλειμμα**. Ενώ, **μηδενικό πρωτογενές έλλειμμα** μια χώρας είναι ότι η χώρα αυτή δεν παρουσίασε νέο χρέος-έλλειμμα στο χρέος που καλείται να αποπληρώσει. Αντίθετα, πρωτογενές έλλειμμα με θετικό πρόσημο σημαίνει ότι μια χώρα παρουσιάζει νέο χρέος. Για την Ελλάδα, το 2009, το πρωτογενές της έλλειμμα ήταν κοντά στο 15%, οπότε και η αποπληρωμή του ήταν ακατόρθωτη. Για αυτό και έπρεπε η Ελλάδα να δημιουργήσει πρωτογενές πλεόνασμα, έτσι ώστε, το πλεόνασμα να ξεπερνά τις πληρωμές των τόκων του χρέους, τότε το έλλειμμα θα μειώνονταν όπως και το χρέος θα μπορούσε να αποπληρωθεί. Αν όμως, το πρωτογενές πλεόνασμα είναι ίσο με τις πληρωμές του χρέους τότε δεν παρουσιάζεται έλλειμμα αλλά το χρέος μένει σταθερό (Κουφάρης, 2010, Κότιος και Παυλίδης, 2012).

4.2. Ελληνική Οικονομική Κρίση και επιπτώσεις στην υγεία

Η οικονομική κρίση επηρέασε σημαντικά την ποιότητα ζωής στην χώρα μας. Η ανεργία αυξήθηκε ραγδαία, το δημόσιο χρέος ήταν σε πολύ υψηλά επίπεδα γι' αυτό και η Ελλάδα κατέφυγε στους μηχανισμούς στήριξης και μπήκε στην λεγόμενη εποχή των «μνημονίων». Οι περισσότεροι ερευνητές ασχολήθηκαν με το οικονομικό ζήτημα και τις κοινωνικές επιπτώσεις της κρίσης. Λίγοι μελετητές ασχολήθηκαν με το θέμα της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης στα χρόνια της κρίσης στην Ελλάδα, ένας από

αυτούς, ήταν και ο Horton (2011) όπου έθεσε το ζήτημα της μελέτης στην υγεία στην Ελλάδα. Σε μια πρώτη μελέτη για τις επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία καταγράφηκαν τα εξής αξιοσημείωτα αποτελέσματα: ότι ενώ ακόμη πριν την κρίση κάποια άτομα δεν είχαν εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας των δημόσιων νοσοκομείων στις αρχές της κρίσης υπήρξε μια αυξητική τάση στις εισαγωγές στα δημόσια νοσοκομεία περίπου στο 25% το 2010 σε σύγκριση με το 2009 και 8% το πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σχέση με το αντίστοιχο διάστημα του 2010 (Kentikelenis A. et al, 2011). αντίθετα, για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας καταγράφεται μείωση σε ιδιωτικά κέντρα, νοσοκομεία και κλινικές μεταξύ του 25-30% του τζίρου τους στα χρόνια πριν την κρίση (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2010).

Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά αναφέρονται αύξηση της συχνότητας εμφάνισης προβλημάτων υγείας. Σημαντικό γεγονός αποτελεί η αύξηση των αυτοκτονιών στο 17% το 2009 σε σύγκριση με το 2007, ενώ από το 2009 και έως στο τέλος του 2010 υπήρξε νέα αύξηση στο 25% (Avgenakis E., 2011). η τηλεφωνική γραμμή βοήθειας για τις αυτοκτονίες ανέφερε ότι το 25% που τηλεφώνησαν αντιμετώπισαν οικονομικά προβλήματα (Katsadoros D. et al., 2011). Ταυτόχρονα δημοσιεύματα στα ΜΜΕ ανέφεραν ότι η αδυναμία ανταπόκρισης των πολιτών στα οικονομικά τους προβλήματα είναι ο βασικός παράγοντας για την αύξηση των αυτοκτονιών. Επίσης παρατηρήθηκε αύξηση της βίας, των ανθρωποκτονιών και των ληστειών σε διπλάσια ποσοστά μεταξύ 2007 και 2009 (Carassava A., 2011).

4.2.1. Επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ζωή

Η οικονομική κρίση προκάλεσε πολλές αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή των Ελλήνων πολιτών, καθώς η μείωση ή η απώλεια ή η απουσία του εισοδήματος δημιούργησε προβλήματα στην ευημερία και οδήγησε μεγάλο μέρος στην φτώχεια. Οι επιπτώσεις της οικονομική κρίσης διαφοροποιούνται ακόμη και στο εσωτερικό των χωρών καθώς τα άτομα με χαμηλό εισόδημα και χαμηλή εκπαίδευση, όπως οι εργατική τάξη, να πλήττεται περισσότερο από εκείνους που έχουν υψηλό εισόδημα και ανώτερη εκπαίδευση. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου (World Trade Organization, WTO) για το 2012 προέβλεπε μείωση στη ζήτηση των εισαγωγών 10% στις αναπτυσσόμενες χώρες (Κυριόπουλος 2010).

Η οικονομική κρίση προκάλεσε συνθήκες επισφαλούς εργασίας για το μεγαλύτερο μέρος της εργατικής τάξης, οι οποίοι βρίσκονταν σε συνεχές κίνδυνο απώλειας της εργασίας τους. Σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Organization, ILO) η ανεργία αυξήθηκε από τις αρχές του 2009 σε παγκόσμιο επίπεδο από το 5,7% στο τέλος του 2007 σε 6,7-7,1% στις αρχές του 2012 στις αναπτυγμένες χώρες. Ενώ σύμφωνα με τις προβλέψεις για το 2012 οι φτωχοί εργαζόμενοι θα ήταν περίπου 700-800 εκατομμύρια παγκοσμίως. Επιπρόσθετα, σε στοιχεία του ΟΟΣΑ τον Αύγουστο του 2011 η ανεργία έφτασε στο 8,1% με αύξηση 2,6% από αυτή του Αυγούστου του 2008. Τα ποσοστά για τις χώρες της Ευρώπης τον Αύγουστο του 2009 ήταν 9,6% και παρουσίασε αύξηση 2% από αυτή του 2008. Η οικονομική κρίση επηρέασε κυρίως τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης όπως η Ελλάδα, και ανέδειξε τρία ζητήματα στις χώρες αυτές: *α) την αύξηση των ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών, β) τις ανισότητες στην παροχή κοινωνικής προστασίας και παροχής υπηρεσιών υγείας και γ) ζητήματα σχετικά με την κλιματική αλλαγή και της οικολογικής υποβάθμισης* (Κυβελέα Ν., και συν. 2011).

Η οικονομική κρίση επηρέασε πολλές κοινωνικές και οικονομικές ομάδες με διαφορετικό αντίκτυπο στην κάθε μια. Ειδικότερα, οι γυναίκες έχουν επηρεαστεί δυσανάλογα αρνητικά, ενώ οι άνδρες είχαν πιο δυσμενείς συνέπειες από ότι οι γυναίκες. Επίσης, σε πολλές κοινωνίες και περιοχές η νεολαία, τα άτομα με χαμηλή εξειδίκευση, τα άτομα μεγάλης ηλικίας και οι οικονομικοί μετανάστες ήταν αυτοί που κυρίως έχασαν τις θέσεις εργασίας τους ή είναι πιο δύσκολο για αυτούς να βρουν εργασία. Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται ακόμη και στο εσωτερικό των χωρών ανάλογα με την περιοχή.

Ακόμη πριν την οικονομική κρίση οι αναπτυγμένες χώρες είχαν κάποια ποσοστά ανεργίας. Ωστόσο, η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση άλλαξε τον τρόπο λειτουργίας των επιχειρήσεων και της παραγωγική διαδικασία με αποτέλεσμα την απώλεια θέσεων εργασίας με σκοπό τη μείωση του κόστους παραγωγής και εργασίας (Κουφάρης, 2010).

Όσον αφορά στην Ελλάδα τα πρώτα χρόνια της πρώτης δεκαετίας του 2000 η ανεργία ήταν κοντά στο 10%. ενώ τον Μάιο του 2008 έφτασε στο χαμηλότερο ποσοστό του 6,6%. Στη συνέχεια η οικονομική κρίση προκάλεσε ραγδαία αύξηση φτάνοντας

τον Μάιο του 2013 στο 27,6% του εργατικού δυναμικού, δηλαδή, περίπου 1,5 εκατομμύρια άνεργοι στη χώρα μας (Eurostat, 2016).

Μία άλλη κοινωνική συνέπεια της οικονομικής κρίσης για την Ελλάδα αποτέλεσε η εξωτερική μετανάστευση του εργατικού δυναμικού προς τις χώρες της Δύσης. Τα άτομα που μετανάστευσαν ήταν νέοι επιστήμονες. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία την περίοδο της οικονομική κρίσης και από το 2010 και έπειτα έχει μεταναστεύσει περίπου μισό εκατομμύριο των Ελλήνων νέων. Χαρακτηριστικό αποτελεί ότι οι γονείς των σημερινών μεταναστών ανήκουν στα μεγάλα και μεσαία κοινωνικά στρώματα και για αυτό το λόγο τα παιδιά τους δεν ενδιαφέρονται για την αποστολή εμβασμάτων στην Ελλάδα.

Τα αίτια για την μετανάστευση των Ελλήνων στο εξωτερικό ποικίλουν. Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι για την μετανάστευση των νέων και των επιστημόνων ευθύνεται το γεγονός ότι ο αριθμός των πτυχιούχων στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλός και για αυτό αναγκάζονται να φεύγουν τα νέα άτομα. Ενώ, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το ελληνικό, οικονομικό και παραγωγικό μοντέλο και η λειτουργία του οικονομικού συστήματος δεν βοηθούν στην παραμονή του εργατικού και επιστημονικού δυναμικού στη χώρα μας. Κι αυτό γιατί η χώρα παράγει προϊόντα και υπηρεσίες χαμηλής αξίας και δεν χρειάζονται πολλοί επιστήμονες σε αυτές. Αντίθετα οι υποστηρικτές της άποψης αυτής προτάσσουν την αλλαγή του οικονομικού μοντέλου της Ελλάδας, το οποίο θα στηρίζεται στα προϊόντα και τους κλάδους που έχουν μεγάλη προστιθέμενης αξία όπως, αγροτικά προϊόντα, π.χ., ελαιόλαδο, κρασί, κρόκος κ.α., παρόμοια αγροτικά προϊόντα.

Από τις κυριότερες συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα είναι η υποβάθμιση του βιοτικού επιπέδου των Ελλήνων. Το βιοτικό επίπεδο που αφορά το εισόδημα, σχετίζεται με το επίπεδο υγείας και ως εκ τούτου το γενικότερο σύστημα υγείας στην χώρα μας. Σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΛ. ΣΤΑΤ.) και στην ετήσια έρευνα *Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών* το 2013 καταγράφηκαν τα παρακάτω αποτελέσματα:

α) Το όριο της φτώχειας φτάνει τα 5.023 Ευρώ ατομικά και σε 10.547 Ευρώ για ένα νοικοκυριό με δύο ενήλικα μέλη και δύο εξαρτώμενα τέκνα έως ηλικίας 14 ετών, ανά χρόνο.

β) Το 23% περίπου των Ελλήνων απειλούνται από την φτώχεια, ενώ το όριο της φτώχειας εμφανίζονται σχεδόν τα 2/3 του μέσου συνολικού ισοδύναμου εισοδήματος των νοικοκυριών. Το μέσο εισόδημα κυμαίνεται κοντά στα 9.000 ευρώ και το μέσο ετήσιο διαθέσιμο εισόδημα του κάθε νοικοκυριού φτάνει τα 16.000 ευρώ. Τα νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν κίνδυνο φτώχειας είναι 892.763, δηλαδή 2.529.005 άτομα.

γ) Όσον αφορά στην παιδική φτώχεια, ο κίνδυνος συγκεκριμένα για παιδιά ηλικίας 0-17 ετών φτάνει ποσοστό ισοδύναμο του 28,8% και καθίσταται μεγαλύτερο κατά 5,7 ποσοστιαίες μονάδες από το ομόλογο ποσοστό του συνόλου του πληθυσμού. Ο κίνδυνος φτώχειας στα γηραιότερα άτομα (συγκεκριμένα ηλικίας 65 και μεγαλύτερα) φτάνει σε 15,1% και καθίσταται μειωμένο κατά 2,1 ποσοστιαίες μονάδες αναφορικά με το προηγούμενο έτος (2012). Οι οικογένειες, στις οποίες δεν δουλεύει κανένα μέλος ή δουλεύει για χρονική διάρκεια μικρότερη των τριών μηνών, σε ετήσια βάση φτάνει τα 1.200.800 άτομα ή το 19.6% των ατόμων ηλικίας 18-59 ετών, καθώς το προγενέστερο έτος (2012) έφτασε σε 1.010.900 άτομα.

δ) Το μέρος του ελληνικού πληθυσμού, το οποίο κινδυνεύει από το φαινόμενο της φτώχειας αναφορικά με το άθροισμα του πληθυσμού για κάθε μία από τις περαιτέρω πληθυσμιακές ομάδες είναι:

1. Άνεργα Άτομα ανδρικού φύλου (50,7%)
2. Οικογένειες με έναν γονέα και το λιγότερο ένα εξαρτώμενο τέκνο (37,2%)
3. Υπόλοιπα μη οικονομικά ενεργά άτομα (εκτός συνταξιούχων (30,3%)
4. Παιδιά ηλικίας κάτω των 17 χρονών (28,8%)
5. Οικογένειες οι οποίες έχουν ένα ενήλικο άτομο μικρότερο των 65 χρονών (24,4%)
6. Μονο-πρόσωπα νοικοκυριά με μέλος θήλυ (22,9%)

(ΕΛΣΤΑΤ, 2013).

Τα άτομα, τα οποία βρίσκονται σε απειλή φτώχειας ή σε κοινωνικό αποκλεισμό φτάνουν τα 3.903.800 ή σε 35,7% του αθροίσματος του πληθυσμού.

Γενικότερα το βιοτικό επίπεδο είναι ένας παράγοντας που επηρεάστηκε από την κρίση και σε συνδυασμό με τη μείωση του εισοδήματος και τον κίνδυνο της φτώχειας επηρέασε και τις δαπάνες ακόμη και για την υγεία, την καθυστέρηση της θεραπείας και δυσκόλεψε την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ακόμη, όπως πολλές φορές αναφέραμε στην παρούσα εργασία επηρεάζεται τόσο η ψυχική όσο και η σωματική υγεία των πολιτών (Feldstein, 2010).

Μερικές από τις επιπτώσεις στην υγεία, εντοπίζονται στην αύξηση των ατόμων με εθισμό και στη χρήση απαγορευμένων ουσιών, καπνού και αλκοόλ, στην αποδοχή μη υγιεινού τρόπου ζωής μέσω της κατανάλωσης τροφίμων με ελάχιστη διατροφική αξία, αλλά και στην μη επαρκή διαχείριση και ίαση των νοσημάτων από τις υπηρεσίες υγείας, λόγω των προβλημάτων που οι τελευταίες αντιμετώπιζαν εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, τέλος στην αύξηση του άγχους και των ψυχολογικών και ψυχικών ασθενειών (Πατελάρου και συν., 2012).

Η υποβάθμιση στο βιοτικό επίπεδο των Ελλήνων την περίοδο της κρίσης φαίνεται από το γεγονός της αλλαγής της καταναλωτικής συμπεριφοράς τα τελευταία χρόνια. Το μοντέλο της συμπεριφοράς καθορίζει τις ενέργειες των καταναλωτών σε θέματα αγορά προϊόντων, αγαθών και υπηρεσιών. Η συμπεριφορά ενός αγοραστή, τα ερεθίσματα που δέχεται ως καταναλωτής αφορούν το προϊόν, την τιμή, τον τόπο και την προώθησή του, καθώς και σε συνδυασμό με την οικονομική κατάσταση, την τεχνολογική εξέλιξη και τα πολιτικά και περιβαλλοντικά γεγονότα (Darnton - Hill, Cogill 2010, Lane, 2012).

Οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις της κρίσης στην Ελλάδα φαίνονται από τις δράσεις των νοικοκυριών και της ελληνικής οικογένειας. Έτσι, παρατηρήθηκε αλλαγή στον τρόπο ζωής εξ αιτίας της μείωσης των εισοδημάτων, επίσης πολλές οικογένειες μετ' εγκαταστάθηκαν σε πιο φθηνές περιοχές ή επέστρεψαν στην πατρική οικία για μείωση των εξόδων διαμονής τους π.χ., ενοικίων, δημόσιων υπηρεσιών κ.α. Κυριότερη αλλαγή στην καταναλωτική συμπεριφορά στα ελληνικά νοικοκυριά είναι ότι πλέον, τα μέλη των οικογενειών «κυνηγούν» τις προσφορές προϊόντων, αγαθών και υπηρεσιών, μείωσαν τις εξόδους τους για ψυχαγωγία και ελάττωσαν ακόμη και τις

κοινωνικές τους συναναστροφές και τις κοινωνικές τους εξόδους. Κάποιες οικογένειες περιόρισαν ακόμη και τα έξοδα για την εκπαίδευση των παιδιών τους για φροντιστήρια ή για ξένες γλώσσες. Ενώ τέλος, άλλες οικογένειες αναγκάστηκαν να αναζητήσουν βοήθεια μέσω δανεισμού και ελεημοσύνης από συγγενής και φίλους, μέσω της βοήθειας της Εκκλησίας και στις διάφορες κοινωνικές υπηρεσίες των δήμων και των περιφερειών για την κάλυψη πάγιων και αναγκαίων εξόδων τους (Lapavitsas, 2008).

Οι παραπάνω επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα μετέβαλαν σε μεγάλο βαθμό το κόστος ζωής και διαβίωσης στη χώρα μας. Επίσης, το κόστος ζωής σχετίζεται με τις αλλαγές των εισοδημάτων και του πληθωρισμού. Η αύξηση του κόστους ζωής λόγω πληθωρισμού εμφανίζεται περισσότερο στα άτομα που διαθέτουν που διαθέτουν μεγάλο μέρος των εισοδημάτων τους σε προϊόντα τα οποία παρουσιάζουν γρήγορη αύξηση στις τιμές τους. Αντίστοιχα, όπου οι καταναλωτές δεν διαθέτουν το εισόδημά τους για αγορές αυτοί παρουσιάζουν υψηλό βιοτικό επίπεδο (Maniatis & Passas, 2013).

Μια άλλη συνέπεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και αφορά στην εργασία είναι το φαινόμενο της ανασφάλιστης εργασίας να είναι σε υψηλά επίπεδα στη χώρα μας. Η αύξηση αυτή διαπιστώνεται από πρόσφατες έρευνες της περιόδου της κρίσης σύμφωνα με το Ινστιτούτο Εργασίας και του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας (Σ.ΕΠ.Ε.). Σύμφωνα με την έκθεση του Σ.ΕΠ.Ε. για το 2012 μελετήθηκαν 19.83 επιχειρήσεις με 60.976 εργαζομένους από τους οποίους βρέθηκε ότι πάνω από το 1/3 (36%) των εργαζομένων ήταν ανασφάλιστοι. Για τις δύο προηγούμενες χρονιές το 2010 και 2011 τα ποσοστά αδήλωτης εργασίας ήταν 25% και 30% αντίστοιχα. Όπως, φάνηκε οι πολιτικές και οικονομικές συνθήκες στη χώρα οδήγησαν σε αυτήν την τακτική των εργοδοτών και εργαζομένων (INE, 2013).

Παρά τα πολιτικά μέτρα του Μνημονίου για την ενίσχυση της εργασίας η αδήλωτη εργασία αυξάνονταν σταθερά ειδικότερα την προηγούμενη δεκαετία, συγκεκριμένα από την στιγμή που άρχισε να επιβάλλεται το πρόστιμο των 10.500 ευρώ και εφαρμόστηκε το σχέδιο «ΑΡΤΕΜΙΣ» η αδήλωτη εργασία από το 40,47% που ήταν τον Μάρτιο του 2013 έπεσε στο 12% τον Αύγουστο του 2014 και τον Δεκέμβριο του 2019 έπεσε στο μονοψήφιο 5,11%. Ειδικότερα οι κλάδοι που παρατηρήθηκαν μεγάλα ποσοστά αδήλωτης εργασίας ήταν τα επισιτιστικά επαγγέλματα (εστιατόρια-ταβέρνες, αίθουσες δεξιώσεων, καφετέριες, μπαρ), οι επιχειρήσεις οι οποίες

τοποθετούνται σε Βιοτεχνικά Πάρκα και Βιομηχανικές Ζώνες, τα Κομμωτήρια, τα Πρατήρια Βενζίνης, τα Συνεργεία αυτοκινήτων, οι μεταφορικές επιχειρήσεις, το λιανικό εμπόριο, η καθαριότητα. Όσον αφορά την αδήλωτη εργασία των μεταναστών αυτή ήταν σχεδόν στους μισούς εργαζόμενους μετανάστες 46,9%, ενώ για τους Έλληνες ήταν 31% (INE, 2013).

Το 2013, σημειώθηκε επιβράδυνση του ρυθμού μείωσης της απασχόλησης σε ποσοστό -4%, η οποία και αποδόθηκε στην αδήλωτη και ανασφάλιστη εργασία καθώς και στην επιδοτούμενη απασχόληση. Στο πλαίσιο αυτό και με βάση τα απολογιστικά στοιχεία του ΣΕΠΕ για το 2013 πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι σε σύνολο 21.373 επιχειρήσεων και οργανισμών, οι οποίες απασχολούσαν συνολικά 72.960 εργαζόμενους. Από το σύνολο αυτό των εργαζόμενων οι 23.153 ήταν ανασφάλιστοι – αδήλωτοι. Το ποσοστό αυτό των εργαζόμενων κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό αφού είναι σχεδόν στο 32%, δηλαδή στο 1/3 του συνόλου των εργαζόμενων. Επίσης αυτό που είναι σημαντικό είναι ότι το ποσοστό αυτό αυξάνεται από το έτος 2010 και μετά, καθώς το 2010 ήταν 25%, το 2011 ήταν 30% και το 2012 έφτασε στην μεγαλύτερη τιμή του 36,2% (ΣΕΠΕ, 2014).

Η όξυνση του φαινομένου της ανασφάλιστης εργασίας είναι δηλωτική τα τελευταία χρόνια, λόγω της υφιστάμενης οικονομικής κρίσης, και αυτό είναι μια πραγματικότητα η οποία συντελείται και σε άλλες χώρες της Ευρώπης, οι οποίες επικρατούν οι ίδιες οικονομικές συνθήκες με την Ελλάδα. Συγκεκριμένα, στην Ισπανία η ανασφάλιστη εργασία αντιπροσωπεύει το 17% του ΑΕΠ, και στην Ρουμανία το ποσοστό αυτό είναι 20% για το 2014, έτος το οποίο η Ελλάδα κατέγραψε την μεγαλύτερη αύξηση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης (ΣΕΠΕ, 2014).

Επίσης, τα δημόσια ελλείμματα αλλά και το φαινόμενο της ανεργίας επέφεραν μεγάλες αλλαγές στους προϋπολογισμούς για την ασφάλιση, καθώς και των οργανισμών που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη, οι οποίοι ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, στις ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας οι οποίες όπως άλλωστε όλες οι επιχειρήσεις έχουν θέματα ρευστότητας και δυσκολεύονται στην κάλυψη των δανειακών τους αναγκών (ΣΕΠΕ, 2014).

Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην χρηματοδότησή τους, αφού η ζήτηση για τη δημιουργία ιδιωτικών ασφαλιστηρίων

συμβολαίων υγείας έχει μειωθεί σημαντικά εξαιτίας της πτώσης του διαθέσιμου εισοδήματος των καταναλωτών. Δυσκολίες έχουν, επιπροσθέτως, προκύψει και στην εποικοδομητική διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, ιδιαίτερα των ασθενών οι οποίοι εντοπίζονται στις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες (ΣΕΠΕ, 2014).

Σημαντικό επίσης πρόβλημα για την κοινωνία και την οικονομία της χώρας εξ αιτίας της κρίσης ήταν το πρόβλημα της οικονομικής ρευστότητας τόσο για τις επιχειρήσεις όσο και για τα νοικοκυριά. Το πρόβλημα ρευστότητας που δημιουργήθηκε στη χώρα μας προκάλεσε τη μείωση των επενδύσεων καθώς και την δυσπιστία των πολιτών απέναντι στο χρηματοπιστωτικό σύστημα των τραπεζών και των κυβερνήσεων.

Η Ευρωπαϊκή κρίση επηρέασε τον τουρισμό στην χώρας καθώς έθεσε ζήτημα ακόμη και επιβίωσης των ελληνικών τουριστικών επιχειρήσεων. Και αυτό διότι παραδοσιακές χώρες εισροής τουριστών όπως η Γερμανία και η Μεγάλη Βρετανία περιόρισαν τις δαπάνες για διακοπές στο εξωτερικό και την Ελλάδα, λόγω πολιτικών λιτότητας στις χώρες τους. Όσον αφορά τον εσωτερικό τουρισμό οι Έλληνες περιόρισαν όπως ήταν φυσικό τις δαπάνες για διακοπές και ταξίδια αφού αυτές δεν θεωρούνται βασικές ανάγκες αλλά πολυτέλεια (Vandoros et al, 2013).

4.2.2. Επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας

Σε προηγούμενο κεφάλαιο καταγράψαμε τις επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στο επίπεδο υγείας των πολιτών. Οι περισσότερες επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στο επίπεδο υγείας έγιναν εντονότερες την περίοδο της Οικονομικής Κρίσης και γι' αυτό το λόγο δεν θα επεκταθούμε αρκετά στο θέμα αφού το αναλύσαμε στο δεύτερο κεφάλαιο. Εδώ, θα αναφερθούμε σε μερικές έρευνες για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και σε μερικά θέματα σχετικά με την απασχόληση, την έλλειψη σωματικής άσκησης, του εθισμού ουσιών. Τα τρία αυτά ζητήματα επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την υγεία μας.

Τα τελευταία 20 χρόνια σε όλες τις σχετικές μελέτες φαίνεται ότι η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική

επίδραση στην υγεία. Αιτιολογικές ερμηνείες αυτού του φαινομένου αποτελούν η φτώχεια, το στρες, οι επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές όπως η κατάχρηση αλκοόλ, καπνίσματος και ναρκωτικών αλλά και οι ειδικές συνθήκες εργασίας (μη ικανοποιητική εργασία, υποβαθμισμένη θέση) (Τούντας, 2004).

Η απασχόληση είναι σημαντικός παράγοντας για την υγεία των ανθρώπων. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η απασχόληση βοηθά και συντελεί στην καλή ψυχική υγεία. Μέσω της εργασίας ο άνθρωπος έχει κοινωνικές επαφές, αισθάνεται ικανοποίηση για τη συμμετοχή του σε κάποιο έργο και τη συνεισφορά του στην κοινωνία. Για τον λόγο αυτό η απώλεια ή ο κίνδυνος της απώλειας της εργασίας μπορεί να επηρεάσει και την υγεία (WHO 2003, Marmot et al., 2003). Το είδος της εργασίας, που έχει ένα άτομο και οι συνθήκες εργασίας, που είναι εκτεθειμένο, επηρεάζει ανάλογα και την υγεία. Είναι επίσης σημαντικό να εξεταστεί η επίδραση, που έχει η απασχόληση σε άλλες πτυχές της ζωής, που είναι σημαντικές για την υγεία, όπως για παράδειγμα η οικογενειακή ζωή, η κοινωνική ζωή και οι ευθύνες φροντίδας για τα μέλη της οικογένειας.

Πολλές μελέτες και έρευνες έχουν καταγράψει τις αρνητικές συνέπειες της ανεργίας στην υγεία (Wilson et al., 1993, McKee-Ryan et al., 2005, Marmot & Wilkinson 2006, Dean & K. Wilson 2009, Paul et al., 2009). Οι άνεργοι τείνουν να έχουν υψηλότερα επίπεδα διαταραγμένης ψυχικής υγείας, όπως κατάθλιψη, άγχος και στρες, καθώς και υψηλότερα ποσοστά εισαγωγών στο νοσοκομείο, χρόνιων ασθενειών (καρδιαγγειακές παθήσεις, υπέρταση και μυοσκελετικές παθήσεις) και πρόωρης θνησιμότητας (Dean & Wilson 2009, O'Campo et al., 2004, Paul et al., 2009).

Άλλες έρευνες έδειξαν ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με την ανεργία (Bolton & Oatley, 1987, Frese & Mohr, 1987, Montgomery et al., 1999). Επίσης πολλές έρευνες κατέγραψαν ότι η ανεργία επιδρά σε πιο ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως η αυξημένη κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και καπνού και η μειωμένη σωματική δραστηριότητα.

Ωστόσο, παρ' ότι υπάρχουν πολλά αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία, θα πρέπει να τονίσουμε ότι κάθε άτομο βιώνει διαφορετικά την έλλειψη απασχόλησης ανάλογα με τη κοινωνική του θέση, την οικονομική δυνατότητα των γονέων του, την εκπαίδευσή του, το φύλλο, την ηλικία, την οικογενειακή στήριξη, το σύστημα υγείας

και την κρατική πολιτική για τη ανεργία και απασχόληση και ιατρική περίθαλψη (Paul & Moser, 2009).

Σωματική Άσκηση και Υγεία

Σε αρκετές έρευνες έχει βρεθεί ότι οι καταναλωτές την περίοδο της οικονομικής κρίσης επιλέγουν κυρίως αγορές φθηνών προϊόντων και τροφίμων χωρίς να ενδιαφέρονται για την ποιότητά τους. Ακόμη, πολλοί λόγω οικονομικής ανεπάρκειας δεν μπορούν να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα γι' αυτό υπάρχει πρόβλημα υποσιτισμού. Τέλος η κατανάλωση φαγητού εκτός σπιτιού έχει μικρή πτώση, όμως η ανεργία και έλλειψη σωματικής άσκησης οδηγεί στην παχυσαρκία (Ruhm, 2005). Σχετικά με την σωματική άσκηση και την υγεία στην οικονομική κρίση δεν υπάρχουν πολλά δεδομένα ωστόσο υπάρχει μια τάση μείωσης των παχυντικών φαγητών και μείωση εξόδων για κάποιο γυμναστήριο λόγω κόστους.

Εθισμός σε ουσίες

Λόγω της οικονομικής κρίσης και της αύξησης του άγχους παρατηρείται αύξηση του εθισμού σε ουσίες, αλκοόλ, κάπνισμα, σε αντίθεση όμως στην Ελλάδα δεν διαπιστώθηκε αντίστοιχη συσχέτιση (OECD-Προφίλ Υγείας για την Ελλάδα, 2017). Σύμφωνα με τους Lee et al (1991) διαπιστώθηκε ότι οι μη εργαζόμενοι σε περίοδο οικονομικής κρίσης καπνίζουν περισσότερο σε σχέση με αυτούς που εργάζονται. Σε άλλη έρευνα Hamonet & Magalhaes (2001) σε χώρες της Σκανδιναβίας και στη Βρετανία διαπιστώθηκε ότι η ανεργία είχε ως συνέπεια την αύξηση κατανάλωσης και χρήσης απαγορευμένων ουσιών κυρίως κάνναβης, ανεξάρτητα από την οικονομική θέση που είχαν πριν την απώλεια εργασίας.

Όσον αφορά στην κατανάλωση αλκοόλ, παρουσιάζονται δύο τάσεις: η πρώτη αναφέρουν αύξηση λόγω άγχους ενώ η δεύτερη καταγράφει μείωση στις πωλήσεις λόγω ανεργίας και μείωσης εξόδων των νοικοκυριών. Στην πλειοψηφία των ερευνών παρατηρείται η τάση για αύξηση της κατανάλωσης λόγω άγχους και ανεργίας όπου πολλές φορές αποτελεί αιτία θανάτου.

4.2.3.Επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των Ελλήνων

Οι περισσότεροι ερευνητές συγκλίνουν στο ότι η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεών τους (Murphy et al, 1999). Πολλές μελέτες καταγράφουν συνάφεια ανάμεσα στην ανεργία και στην αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ο μέσος όρος των ατόμων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ήταν υπερδιπλάσιος για τους ανέργους (34%), σε σχέση με τα άτομα που εργάζονταν (16%) (Paul & Moser, 2009). Επιπλέον, διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ανέργων και των διαφορές μεταξύ των ανέργων και των ατόμων που εργάζονταν σε βασικές παραμέτρους ενδεικτικές της ποιότητας της ψυχικής υγείας του ατόμου, όπως π.χ. το άγχος, η κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, την αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή, το αίσθημα αυτοεκτίμησης, κ.λπ.

Παράγοντες όπως οι κοινωνικές διακρίσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ανασφάλεια, η ελλιπής εκπαίδευση, η φτώχεια, φαίνεται να συντελούν ενεργά στη μεγιστοποίηση των επιπτώσεων της κρίσης στα κατώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα. Η ψυχική υγεία των ατόμων με χαμηλόμισθη εργασία επιδεινώθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της κρίσης στην αγορά εργασίας (Kerwin et al, 2008).

Η οικογενειακή κατάσταση είναι ένας καθοριστικός παράγοντας για τη στήριξη της ψυχικής υγείας του ατόμου σε καταστάσεις οικονομικής κρίσης. Από πρόσφατες μελέτες προκύπτει ότι η ύπαρξη συζύγου ή σταθερού συντρόφου μπορεί να αποτελέσει όχι μόνο συναισθηματικό στήριγμα, αλλά και χειροπιαστή βοήθεια για την αντιμετώπιση των οικονομικών αναγκών μέσω της οικονομικής συμβολής του. Επίσης μελέτες δείχνουν ότι και η ηλικία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, με τα άτομα μέσης ηλικίας να υποφέρουν περισσότερο από την ανεργία, χωρίς ωστόσο να λείπουν και τα ερευνητικά δεδομένα όπου το γεγονός της ανεργίας μετά τις σπουδές οδηγεί σε σημαντική επιδείνωση της ψυχικής υγείας. Οι «ευαίσθητοι» εργαζόμενοι ή τα άτομα που νοσούν ήδη από κάποιο ψυχικό νόσημα ανήκουν και αυτοί στις ομάδες του πληθυσμού που πλήττονται σαφώς περισσότερο από την οικονομική κρίση. Η εργασιακή ανασφάλεια, στην περίπτωση τους, καθώς και το στρες που αυτή επιφέρει, λειτουργούν ιδιαίτερος ψυχοπιεστικά, εντείνοντας τις ήδη υπάρχουσες δυσκολίες του ατόμου (Μπούρας κ.α., 2004).

Σημαντικές είναι και οι επιπτώσεις στα παιδιά. Η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων σχετίζεται επίσης με χαμηλή ικανότητα εστίασης της προσοχής των παιδιών. Η πρόωμη έκθεση της μητέρας σε στρες λόγω κατάθλιψης, άγχους ή υποσιτισμού κατά την εγκυμοσύνη, αυξάνει τη δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος – υπόφυση- επινεφρίδια στο βρέφος, με αποτέλεσμα την τροποποιημένη απάντηση στα στρεσογόνα ερεθίσματα. Ο υποσιτισμός του ίδιου του βρέφους μπορεί επίσης να παίζει σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, η έλλειψη των ω-3 λιπαρών οξέων σχετίζεται με μεγαλύτερη επίπτωση κατάθλιψης και Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) (Γιωτάκος, 2010).

Οι ελληνικές έρευνες παρουσιάζουν παρόμοια αποτελέσματα. Σύμφωνα με τους Μπούρα και Λύκουρα (2011), υπήρξε αύξηση της ανεργίας με το ποσοστό να φτάνει στο 12,4 % τον Οκτώβριο του 2010. Επίσης, φαίνεται να υπάρχει μια αύξηση στον αριθμό των ατόμων, που απευθύνονται σε Κέντρα Αλληλεγγύης (Κ.Υ.Α.Δ.Α.) για να καλύψουν τις βασικές ανάγκες (τροφή, προσωρινή στέγαση, φάρμακα και ιατρική φροντίδα). Ο αριθμός των ατόμων, που απευθύνονται σε κέντρα εστίασης που παρέχονται από την εκκλησία έχει πολλαπλασιαστεί, κυρίως λόγω του αριθμού των Ελλήνων, που καταφεύγουν σε αυτή τη λύση (35 % -40 % και 50-70 ετών). Τα γεύματα, που καθημερινά προσφέρονται έχουν διπλασιαστεί 5,000 έως 10,000 και αυτό μόνο στην περιοχή της Αθήνας (Μπούρας και Λύκουρας, 2011).

Οι Economou et al (2013) μελέτησαν επιπλέον τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν μια βαθιά και επιζήμια επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού, και ιδιαίτερα στον επιπολασμό της μείζονος κατάθλιψης. Αυτό με την σειρά του προκαλεί σημαντική οικονομική επιβάρυνση από την άποψη της φαρμακευτικής αγωγής, τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης και την απώλεια παραγωγικότητας στα άτομα.

Η μελέτη των επιπτώσεων της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα ήταν ο στόχος της μελέτης των Γιωτάκου κ.α. (2011). Συγκεκριμένα, μελέτησαν την ύπαρξη πιθανής σχέσης μεταξύ ανεργίας και των μέσων αποδοχών των τελευταίων είκοσι ετών, με τους ακόλουθους δείκτες της ψυχικής υγείας:

- εισαγωγές σε ψυχιατρικές κλινικές,
- επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα ψυχιατρικές κλινικές,
- αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες, θνησιμότητα
- διαζύγιο κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας.

Με βάση τα αποτελέσματα, θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα, και της ανεργίας και του μέσου εισοδήματος. Το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι και οι δύο οικονομικοί δείκτες, που σχετίζονται ανεξάρτητα μεταξύ τους με επισκέψεις σε ιατρεία. μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι δύο αυτοί δείκτες επηρεάζουν διάφορα τμήματα του πληθυσμού και πιθανόν να αντανακλούν την επιρροή διαφορετικές αιτίες ωθούν τους ανθρώπους να χρησιμοποιούν αυτές τις υπηρεσιών.

4.2.4 Το θέμα της αυτοκτονίας την περίοδο της οικονομικής κρίσης

Οι χώρες που αντιμετωπίζουν τα πιο σοβαρά οικονομικά προβλήματα, όπως η Ελλάδα και η Ιρλανδία, είχαν μεγαλύτερη αύξηση στις αυτοκτονίες (17% και 13%, αντίστοιχα) συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες (Stuckler, 2010). Σε αυτό το πλαίσιο, σημειώνεται ότι η Αυστρία, με ένα τόσο ισχυρό κοινωνικό δίκτυ ασφαλείας, είχε μια μικρή πτώση σε αυτοκτονίες παρά την αύξηση της ανεργίας κατά 0,6 ποσοστιαίες μονάδες μεταξύ 2007 και 2009. Ωστόσο, η Φινλανδία, επίσης με ισχυρά συστήματα κοινωνικής μέριμνας, είχε μια αύξηση σε αυτοκτονίες πάνω από 5% κατά την ίδια περίοδο, σε αντίθεση με προηγούμενες υφέσεις.

Η οικονομική κρίση οδηγεί λοιπόν σε μία σημαντική αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών, σχετιζόμενο πάντα με τους δείκτες αύξησης της ανεργίας. Όμως και τα γενικότερα ποσοστά θνησιμότητας του πληθυσμού φαίνεται να επηρεάζονται από τις οξύτερες οικονομικές δυσκολίες. Μία μελέτη της βιβλιογραφίας σχετικά με τα ποσοστά θνησιμότητας κατά τις περιόδους οικονομικής κρίσης εμφάνισε την άμεση σχέση των οικονομικών κρίσεων με την αύξηση των γενικών δεικτών θνησιμότητας. Παρατηρήθηκε αύξηση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, αύξηση της θνησιμότητας λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων, χρόνιας ηπατικής νόσου, αυτοκτονιών και ανθρωποκτονιών. Επίσης, αύξηση της θνησιμότητας των βρεφών παρατηρήθηκε

κατά τη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων σε όλες τις μελέτες (Falagas et al 2009). Μοναδική μείωση της θνησιμότητας παρατηρήθηκε στους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, προφανώς λόγω του περιορισμού των μετακινήσεων.

4.3 Επίδραση της Παγκοσμιοποίησης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

4.3.1 Ελληνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ)

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) έχει χαρακτηριστικά από το Κοινωνικό μοντέλο (Bismarck) και το μοντέλο της Εθνικής Υπηρεσίας (Beveridge Model), με συμμετοχή δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Αυτό φαίνεται από την παροχή υπηρεσιών υγείας καθώς και από τους πόρους χρηματοδότησης του συστήματος.

Ειδικότερα στο Ε.Σ.Υ. διακρίνουμε τρία ανεξάρτητα μεταξύ τους υποσυστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας:

1. Ε.Σ.Υ. (δημόσια νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και το Ε.Κ.Α.Β.)
2. Τα Ασφαλιστικά Ταμεία (Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ε.Φ.Κ.Α. κλπ.)
3. Ιδιωτικός τομέας (διαγνωστικά κέντρα, κλινικές, μαιευτήρια κλπ.)

Αυτό αναδεικνύει το ζήτημα της πολυπλοκότητας του συστήματος και της χάραξης ενιαίας πολιτικής υγείας καθώς στο σύστημα μπλέκονται πολλοί φορείς και Υπουργεία. Το Ε.Σ.Υ. δημιουργήθηκε το 1983 με το Νόμο 1397/1983, ενώ συμπληρώθηκε και τροποποιήθηκε αργότερα με τα νομοσχέδια ν.2071/1992 και ν.2194/1994, τον έλεγχο και την εποπτεία τους την είχε το Υπουργείο Υγείας.

Το θεσμικό πλαίσιο για τις ιδιωτικές κλινικές επηρεάστηκε σημαντικά από τη λειτουργία του Ε.Σ.Υ., και αυτό διότι με το νόμο 1397/1983 δεν εκδίδονταν πλέον νέες άδειες για ίδρυση νέων κλινικών ούτε για την επέκταση των ήδη υφιστάμενων. Έτσι, ενώ τα δημόσια νοσοκομεία από 122 που ήταν το 1983 αυξήθηκαν στα 140 το 1993, αντίθετα οι ιδιωτικές κλινικές από 391 μειώθηκαν σε 224 το ίδιο χρονικό διάστημα.

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας έχει στοιχεία που εντάσσονται στα συστήματα κρατικής παρέμβασης καθώς και σε πιο φιλελεύθερα συστήματα για την υγεία που

ευνοεί την ιδιωτική πρωτοβουλία. Η πολυσύνθετη αυτή δομή του συστήματος επηρεάζει σημαντικά την χρηματοδότηση, αφού από τη μια οι τιμές και τα νοσήλια είναι χαμηλές με τους προμηθευτές και τα ασφαλιστικά ταμεία να μην μπορούν να συνεργαστούν σωστά προτάσσοντας ο καθένας τα συμφέροντα τους.

Σε αυτό το πλαίσιο και το μικτό σύστημα υγείας της χώρας οι βασικές πηγές χρηματοδότησης είναι από τον κρατικό προϋπολογισμό (*γενική φορολογία*), από την κοινωνική ασφάλιση (*ασφαλιστικά ταμεία*) και μέσω των ιδιωτικών πληρωμών (*διαθέσιμο ατομικό εισόδημα ή ιδιωτική ασφάλιση*).

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει το ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Λογαριασμών 2010 (European System of Accounts – ESA 2010), για τα έτη 2014 έως 2018

Έτος	Συνολική χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)
2014*	7,85%
2015*	8,02%
2016*	8,21%
2017*	7,97%
2018	7,72%

*Αναθεωρημένα στοιχεία

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Η οικονομική κρίση όπως, είδαμε επηρέασε την Ελλάδα με πολλές επιπτώσεις και στην Υγεία. Η κρίση ήταν απόρροια της Παγκοσμιοποίησης για αυτό και στην παράγραφο αυτή θα αναλύσουμε τις μεταρρυθμίσεις που έγιναν στον τομέα της Υγείας. Αυτές αφορούσαν τις εργασιακές αλλαγές, την χρηματοδότηση και τη συγχώνευση των δημόσιων νοσοκομείων.

4.3.2 Εργασιακές Αλλαγές

Το φαινόμενο της παγκοσμιοποίησης δημιουργεί προϋποθέσεις αύξησης του βαθμού κινητικότητας και ευελιξίας στην αγορά εργασίας, με επίδραση στο ύψος του

μισθού, καθώς συνδέεται με διάφορα φαινόμενα. Ταυτόχρονα, η παγκοσμιοποίηση της γνώσης, η τυποποίηση της γνώσης και η ευκολότερη μεταφορά τεχνογνωσίας δημιουργούν θεωρητικά τη δυνατότητα της τεχνογνωσίας και της τεχνολογίας υπέρ της ανάπτυξης σε οποιονδήποτε χώρο και κλάδο. Η ανάπτυξη των πολυεθνικών επιχειρήσεων και των δικτύων λειτουργεί υπέρ της μεγαλύτερης ευελιξίας των επιχειρήσεων .

Με την υπερβολική διόγκωση της χρηματιστικής σφαίρας και τη συναφή συρρίκνωση της πραγματικής, τα κέρδη έχουν αποσυνδεθεί από την παραγωγή και συνεπώς από την εργασία. Παρά τους φόβους, όμως, που εκφράζονται για το υποτιθέμενο τέλος της «εργασίας», η αλήθεια είναι ότι η ανθρώπινη εργασία εξακολουθεί να παραμένει η μοναδική πηγή πλούτου και κέρδους στις σύγχρονες κοινωνίες. Παρά τη διεθνή κινητικότητα των κεφαλαίων, του χρήματος και των επενδύσεων στην εποχή μας, ο συντελεστής «εργασία» δεν μετακινείται με αυτή την ευκολία από χώρα σε χώρα σε αναζήτηση απασχόλησης.

Ο μεγάλος φόβος του Persy Barnevik, διευθυντή της Asea Brown Boveri (ABB), μιας από τις κυριότερες επιχειρήσεις ενέργειας στον κόσμο, είναι μη τυχόν δημιουργηθούν κοινωνικά κινήματα λόγω των διαφορών μεταξύ των επιχειρήσεων και των εργαζομένων, ο οποίος έκρουσε τον κώδωνα του κινδύνου: «Εάν οι επιχειρήσεις δεν ανταποκριθούν στις προκλήσεις της φτώχειας και της ανεργίας, οι εντάσεις μεταξύ των κατεχόντων και μη κατεχόντων θα αυξηθούν και θα έχουμε σοβαρή έκρηξη της τρομοκρατίας και της βίας». «Η παγκοσμιοποίηση δημιουργεί στις βιομηχανικές μας δημοκρατίες ένα είδος υποβαθμισμένου κοινωνικού στρώματος φτωχών και απογοητευμένων ανθρώπων», λέει ο Αμερικανός πρώην υπουργός Εργασίας, και ζητά οι επιχειρήσεις που απέτυχαν στις υποχρεώσεις τους απέναντι στους πολίτες, μειώνοντας τον αριθμό των μισθωτών τους, να υφίστανται κυρώσεις από το κράτος και να καλούνται να πληρώνουν επιπλέον φόρο

Σύμφωνα με την έκθεση του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας (Σ.ΕΠ.Ε), και τα στοιχεία ελέγχου για το 2017, οι **Υπηρεσίες του Σώματος Επιθεώρησης Εργασίας** πραγματοποίησαν συνολικά **53.389** ελέγχους και επέβαλαν σε εργοδότες-παραβάτες της εργατικής νομοθεσίας 11.944 κυρώσεις (3.064 μηνύσεις, 8.677 πρόστιμα συνολικού ύψους 40.237.012 € και 203 διακοπές εργασιών). Από τα (76) θανατηφόρα

εργατικά ατυχήματα, τα 42 χαρακτηρίστηκαν, με βάση τις σχετικές ιατροδικαστικές εκθέσεις, ως «παθολογικά», δηλαδή ως οφειλόμενα σε παθολογικά αίτια.

Επιπλέον το Σώμα Επιθεώρησης Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π) στην ετήσια έκθεση του 2017 καταγράφηκαν 255 εκθέσεις ελέγχου ή έρευνας κατόπιν εντολών για ελέγχους και έρευνες, που καλύπτουν το σύνολο των τομέων δράσης του Σώματος, εκ των οποίων οι 76 αφορούσαν διενέργεια προκαταρκτικής εξέτασης. Οι εν εξελίξει υποθέσεις την 31.12.2017 ανέρχονται σε 566. Επισημαίνεται ότι οι εκθέσεις ελέγχου οι οποίες αναφέρονται ανωτέρω αφορούν και διεκπεραίωση υποθέσεων, προηγούμενων ετών. Όσον αφορά τους τομείς των ελέγχων που διαπιστώθηκαν προβλήματα αυτοί ήταν:

- 31 για Διαφθορά 11,11%
- 51 για Κακοδιοίκηση 18,28%
- 82 Οργανωτικά 29,39%
- 115 Άλλα 41,22%

Από τα οποία:

- **ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ** (οργάνωση, λειτουργία κ.λ.π.)
123 περιπτώσεις 35,86%
- **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ** (συμβάσεις, προμήθειες ,καταλογισμός κ.λ.π)
70 περιπτώσεις 20,40%
- **ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ** (ιατρικό λάθος, ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, συνθήκες νοσηλείας κ.λ.π.) 77 περιπτώσεις 22,44%
- **ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ** (συνταγογράφηση, διακίνηση φαρμάκων σε δημόσια νοσοκομεία κ.λ.π.) 11 περιπτώσεις 3,21%
- **ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ** (ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών κ.λ.π.)
18 περιπτώσεις 5,25%
- **ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ –ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ**
9 περιπτώσεις 2,62%
- **ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΑΝΤΙΚΑΠΝΙΣΤΙΚΟΥ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ**
3 περιπτώσεις 0,89%
- **ΔΟΜΕΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ** (ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών, κανόνες προστασίας περιβάλλοντος κ.α.) 32 περιπτώσεις 9,33%

4.3.3 Μείωση της χρηματοδότησης στις υπηρεσίες υγείας

Η οικονομική κρίση στην χώρα μας προκάλεσε σημαντικές αλλαγές στον τομέα της Υγείας κύριος στόχος αποτελούσε η εξοικονόμηση πόρων. Από τους πρώτους τομείς που μειώθηκε η χρηματοδότηση ήταν η Πρόνοια και η Ψυχική Υγεία. Έτσι, πολλές φορές υπηρεσίες υποβαθμίστηκαν, ενώ άλλες καταργήθηκαν. Η μείωση της χρηματοδότησης πολλές φορές έφτανε και στο 100% γι' αυτό πολλές μονάδες λειτουργίας αποδυναμώθηκαν. Κυρίως οι φορείς ευπαθών ομάδων και οι μονάδες λειτουργίας τους δεν είχαν την απαιτούμενη χρηματοδότηση. Χαρακτηριστικό ήταν ότι για το 2012 η κρατική χρηματοδότηση για τους φορείς Ψυχικής Υγείας ήταν 40εκατ. Ευρώ, μειωμένη πάνω από το 50% σε σχέση με το 2011 όπου ήταν 85εκατ. Ευρώ, ενώ οι απαιτούμενες ανάγκες ανέρχονταν σε 94εκατ. ευρώ

4.3.4 Συγχωνεύσεις νοσοκομείων

Ένα από τα μέτρα των Μνημονίων ήταν και η ανασυγκρότηση του Ε.Σ.Υ. για την μεγαλύτερη εξοικονόμηση πόρων. Οι οργανισμοί των «διασυνδεδεμένων» νοσοκομείων συγχωνεύτηκαν και από 132 νοσοκομεία το 2012 μειώθηκαν το 2013 σε 83 αυτοτελή Ν.Π.Δ.Δ. με ενιαίο προϋπολογισμό και προμηθειών. Επίσης, επανεμφανίστηκαν τα συμβόλαια Αποδοτικότητας για τους διοικητές των νοσοκομείων, ακόμη άλλαξε και η σύνθεση των τμημάτων των νοσοκομείων, καθώς το προσωπικό και οι κλίνες είναι ενιαίες για τον ιατρικό τομέα που ανήκουν.

4.3.5 Θετικές επιδράσεις παγκοσμιοποίησης στο Σύστημα Υγείας

Παρά τις πολλές αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και στη Υγεία υπάρχουν και κάποια θετικά στοιχεία, διαρθρωτικές αλλαγές, στις υπηρεσίες υγείας μείωση γραφειοκρατίας αντιμετώπιση υπερ-συνταγογραφήσεων, ενοποίηση ασφαλιστικών ταμείων και ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Ειδικότερα:

1. Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας – Ε.Ο.Π.Π.Υ:

Ενοποίηση υπηρεσιών και ασφαλιστικών ταμείων

2. Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση και Γενόσημα

Το μνημόνιο προέβλεπε τα παρακάτω για τα φάρμακα:

- Μείωση συνολικού κέρδους των φαρμακείων κάτω του 15% και των φαρμακοποιών έως 5%.
 - Ηλεκτρονική συνταγογράφηση για το 90% όλων των φαρμάκων και Ιατρικών πράξεων, των Δημόσιων Ταμείων.
 - Εφαρμογή θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης
 - Παρακολούθηση συνταγογράφησης και επιβολή προστίμων σε όσους υπερ-συνταγογραφούν.
 - Μέχρι τέλους του 2012 υπήρχε αύξηση κατά 35% στη χρήση γενόσημων φαρμάκων και έως τέλος του 2013 στο 60%. για τα νοσοκομεία στόχος ήταν το 40% στη ποσότητα του των συνολικών χορηγούμενων φαρμάκων.
 - Η μέγιστη τιμή των πρωτότυπων και των αντιγράφων φαρμάκων μειώθηκε κατά 50% και 40% αντίστοιχα.
 - Σύνδεση ποσοστού συνταγογράφησης ασφαλισμένων στην τιμή των φαρμάκων (χαμηλό ποσοστά σε γενόσημα, υψηλό ποσοστό σε πρωτότυπα)
 - Υποχρέωση από τους γιατρούς στη συνταγογράφηση με τη διεθνή επιστημονική ονομασία της δραστικής ουσίας. Έτσι, υπάρχει δυνατότητα αγοράς γενόσημου φαρμάκου ή χαμηλότερης τιμής της ίδιας δραστικής ουσίας.
3. **Μείωση γραφειοκρατίας**
 4. **Έλεγχος συνταγογράφησης από το κράτος**

4.4 Επίδραση της Ε.Ε. στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα

4.4.1 Ενιαία Ευρωπαϊκή Αγορά και Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα

Η Ελλάδα ανήκει στην Ευρωπαϊκή Ένωση και στην Οικονομική Νομισματική Ένωση (Ο.Ν.Ε) του Ευρώ. Ως εκ τούτου ο τομέας αποτελεί τμήμα των υπηρεσιών υγείας της ενιαίας αγοράς υπηρεσιών υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και διέπεται από τις αντίστοιχες συνθήκες της. Οι σημαντικότερες αρχές στον τομέα της υγείας είναι (Οικονόμου, 2004):

α) Ελεύθερη διακίνηση προσώπων: Στα πλαίσια της Ε.Ε., οι γιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό μετακινούνται ελεύθερα στα κράτη-μέλη. Μπορούν να διαμείνουν για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα ασθενείς και πολίτες σε κάποιο

κράτος μέλος της Ε.Ε. επίσης, υπάρχει προστασία για την ανταλλαγή δεδομένων σε όλα τα κράτη της Ε.Ε.

b) Ελεύθερη μετακίνηση προϊόντων: Όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας, μπορούν να γίνονται ελεύθερα αγορές, δημόσιες προμήθειες φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού σε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. Ακόμη, οι πολίτες μπορούν να επιλέξουν ελεύθερα ιατρικά και φαρμακευτικά προϊόντα από όλα τα κράτη μέλη.

c) Ελεύθερη μετακίνηση υπηρεσιών: Υπάρχει δυνατότητα υποχρεωτικής και προαιρετικής ασφάλισης, όπως και η αγορά προμηθειών και υπηρεσιών υγείας από όλα τα κράτη μέλη.

d) Ελεύθερη μετακίνηση κεφαλαίων: Μπορούν να γίνονται ελεύθερα επενδύσεις στον τομέα της Υγείας για την ανάπτυξη νέων δομών ή τη βελτίωση υπαρχουσών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλα τα κράτη μέλη.

Οι οικονομική κρίση ανάγκασε τους νέους, κυρίως, ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό να μεταναστεύσουν σε κάποια χώρα της Ε.Ε. για να βρουν εργασία. Ακόμη δυσαρεστημένοι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγείας της Ελλάδας πηγαίνουν σε άλλη χώρα της Ε.Ε προκειμένου να εξυπηρετηθούν. Η ελεύθερη διακίνηση προμηθειών φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού δίνει την δυνατότητα σε δημόσιες ή ιδιωτικές υπηρεσίες να μειώσουν το κόστος πώλησης των προϊόντων. Επίσης με την εισαγωγή της ηλεκτρονική συνταγογράφησης το κόστος των ιατρικών προϊόντων και προμηθειών έχει μειωθεί σημαντικά.

4.4.2 Στρατηγική της Συνθήκης της Λισσαβόνας

Οι προτεραιότητες της Ε.Ε. στον τομέα της Υγείας σύμφωνα με την Συνθήκη της Λισσαβόνας είναι:

- i. Εποπτεία της αγοράς για την πρόοδο και την εφαρμογή των κοινοτικών οδηγιών για την υγεία.
- ii. Καταγραφή όλων των στοιχείων για την αξιολόγηση ιατρικών πράξεων και πρακτικών

iii. Την πλήρη απογραφή του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και υλοποίηση περιστασιακών ελέγχων στον εξοπλισμό που υπόκειται στις ευρωπαϊκές οδηγίες.

Οι στρατηγικές της Συνθήκης στοχεύουν στην υλοποίηση ενός κοινού συστήματος προμηθειών για τη μείωση της διασποράς των παραγγελιών. Η έλλειψη ενός κοινού πληροφοριακού συστήματος δεν δίνει τη δυνατότητα για παρεμβάσεις προς βελτίωση του. Αντίθετα, η αποτελεσματικότητα ενός συστήματος προμηθειών, υλικών και υπηρεσιών θα στηρίζεται σε αντικειμενικά δεδομένα και την καλή ποιότητα των πληροφοριών για την καταγραφή των αναγκών.

Στα πλαίσια αυτά και το ελληνικό Υπουργείο Υγείας θέσπισε ένα Κεντρικό Φορέα Προμηθειών (ΚΦΠ) για τις μονάδες υγείας. Χαρακτηριστικό του συστήματος είναι η διαλειτουργικότητά του με τις μονάδες υγείας προς τη συνεργασία του με τον φορέα. Το σύστημα θα παρέχει πληροφορίες στις διευθύνσεις των μονάδων υγείας. Ενώ οι μονάδες υγείας θα λαμβάνουν αυτές τις πληροφορίες και θα στέλνουν στατιστικούς πίνακες για την κατανάλωση στο κεντρικό σύστημα για την ενοποίηση των στοιχείων σε όλη τη χώρα και τον προϋπολογισμό αγοράς προμηθειών του επόμενου έτους.

Ακόμη με την Συνθήκη της Λισσαβόνας ενεργοποιείται το πλαίσιο για την Σύμπραξη Ιδιωτικού και Δημόσιου τομέα για την ανάπτυξη των υποδομών. Κυρίως λόγω της χαμηλής χρηματοδότησης και της έλλειψης κονδυλίων. Αυτό το σύστημα εφαρμόζεται σε πολλές χώρες όπως την Αγγλία, Γαλλία κ.α. όπου η αποτελεσματικότητα του συστήματος φαίνεται στο χαμηλός κόστος λειτουργίας και στο υψηλό επίπεδο ποιότητας των υπηρεσιών.

Το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων τα προηγούμενα χρόνια σύναψε τέτοιες συμβάσεις. Ο δημόσιος χαρακτήρας διατηρήθηκε ενώ εκχωρήθηκαν συνήθως άλλες δραστηριότητες όπως η σίτιση, η φύλαξη, καθαριότητα κλπ. Οι μονάδες υγείας και οργανισμού καταβάλουν χρηματικό τίμημα μηνιαίο ή ετήσιο στους ιδιώτες των παραπάνω υπηρεσιών που προκύπτει μετά από διαγωνισμό τραπεζών σε συνεργασία με κατασκευαστικές εταιρείες. Επίσης υπάρχουν αυστηρά κριτήρια για την υψηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών.

Όσον αφορά την απασχόληση και την εργασία το Υπουργείο Υγείας έλαβε μέτρα για την αύξηση του παραγόμενου ιατρικού προϊόντος της χώρας και την μείωση της ανεργίας και της βελτίωση της διεπαγγελματικής κινητικότητας στην χώρα. Η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα μειώσει την εισαγωγή ασθενών στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, αναβαθμίζοντας την ποιότητα της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης με ανταγωνιστικούς όρους κυρίως για την ανάπτυξη του τουρισμού. Τέλος τα μέτρα αυτά στοχεύουν στην αύξηση του ΑΕΠ και την μείωση της απασχόλησης στα ιατρικά και παραϊατρικά επαγγέλματα.

4.4.3 Ε.Σ.Π.Α. και Χρηματοδότηση Υγείας

Στα πλαίσια του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς 2007-2013 (Ε.Σ.Π.Α.), η Ελλάδα το 2008 θέσπισε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. Το Ε.Σ.Π.Α., αποτελεί σημαντικό πυλώνα χρηματοδότησης έργων και επενδύσεων από τα Ταμεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Ελλάδα.

Η κατάρτιση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης έγινε σύμφωνα με τις Στρατηγικές της Συνθήκης της Λισσαβόνας και του Εθνικού Προγράμματος Μεταρρυθμίσεων για την Ανάπτυξη και Απασχόληση 2005-2008 στην Ε.Ε., την Ελληνική Έκθεση Στρατηγικής για την Κοινωνική Προστασία και την Κοινωνική Ένταξη 2006-2008 και την Ψηφιακή Στρατηγική 2006-2013.

Αναλυτικά το Σχέδιο δράσης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εστίασε σε τρεις πυλώνες για το 2007-2013:

- **Α΄ πυλώνας:** Προστασία της Δημόσιας Υγείας και Ανάπτυξη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Περίθαλψης
- **Β΄ πυλώνας:** Βελτίωση ανταποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος
- **Γ΄ πυλώνας:** Ανάπτυξη της Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Πιο συγκεκριμένα παρουσιάζουμε τις δράσεις για την βελτίωση και προάσπισης της Δημόσιας Υγείας:

1. Συνεχής επίβλεψη της υγείας των πολιτών και όλων των παραγόντων που την επηρεάζουν και την επιβαρύνουν.
2. Αξιολόγηση επιδημιών και καταγραφή σημαντικότερων ασθενειών που εμφανίζονται στη χώρα μας.
3. Καταγραφή και βελτίωση τρόπου και ποιότητας ζωής για την υγιεινή διαβίωση.
4. Συνεχής πληροφόρηση των πολιτών για θέματα υγείας και υγιεινής.
5. Επανασχεδιασμός, συντονισμός και αξιολόγηση όλων των Υπηρεσιών Υγείας σε όλα τα επίπεδα, εθνικό, περιφερειακό, τοπικό, για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.
6. Απογραφή, αξιολόγηση και κάλυψη όλων των αναγκών για την υγεία.
7. Επίβλεψη και έλεγχος των μολυσματικών ασθενειών και παρέμβαση σε περίπτωση εξάπλωσης τους, όποτε εμφανιστούν.
8. Συνεχής έλεγχος των φυσικών πόρων, αποβλήτων, ατμοσφαιρικής ρύπανσης για την περιβαλλοντική υγεία.
9. Αυξημένος υγειονομικός έλεγχος στις εισόδους της χώρας και σε τουριστικές περιοχές.
10. Δημιουργία Ενιαίου Δικτύου υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας που θα καλύπτει αποτελεσματικά όλες τις δράσεις σε συνεργασία με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και νοσοκομειακές μονάδες του Ε.Σ.Υ.

Όλες οι δράσεις για την υγεία στοχεύουν στην εξασφάλιση σε μακροπρόθεσμα στο υψηλό επίπεδο υγείας των πολιτών. Οι δράσεις των επόμενων χρόνων των μνημονίων στόχευαν στην προάσπιση της υγείας, στη μείωση της θνησιμότητας και νοσηρότητας μέσα από συλλογικές δράσεις. Κλίνοντας παρουσιάζουμε μερικά από τα επιχειρησιακά προγράμματα για τη Δημόσια Υγεία:

- i. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «**Ανάπτυξη της Διοικητικής Ικανότητας της Δημόσιας Διοίκησης**», δράσεις για την ανάπτυξη των δημόσιων υπηρεσιών.
- ii. **Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα**, για τις υποδομές της Δημόσιας Υγείας.
- iii. «**Περιβάλλον και Αειφόρος Ανάπτυξη**», για την περιβαλλοντική υγεία και υγιεινή

iv. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «**Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού**», προστασία και προαγωγή δημόσιας υγείας πολιτών.

v. Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «**Ψηφιακή Σύγκλιση**», για την ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων για τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.

Όπως παρατηρήθηκε Η εξάπλωση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης αποτέλεσε ζήτημα συζητήσεων σε επίπεδο κυβερνήσεων και διεθνών οργανισμών, η οποία επηρέασε σε μεγάλο βαθμό και σε πολλούς τομείς την Ελλάδα αλλά και το Σύστημα Υγείας της.

Κεφάλαιο 5ο: Συμπεράσματα

Η Παγκοσμιοποίηση είναι μια πολύπλοκη εν εξελίξει διαδικασία με πολλές θετικές και αρνητικές επιπτώσεις παγκοσμίως στα περισσότερα κράτη, στους

ανθρώπους, στην ανάπτυξη και στη διεθνή πολιτική και οικονομική ζωή. Επίσης, σε αυτό το διάστημα αναπτύχθηκαν αρκετές θεωρίες σχετικά με τον όρο και κυρίως προς υπεράσπιση ή αντίδραση στο φαινόμενο αυτό.

Οι υπέρμαχοι της παγκοσμιοποίησης υποστηρίζουν ότι το ελεύθερο εμπόριο και οι επενδύσεις προωθούν την ευημερία των ανθρώπων. Οι χώρες έχουν πολλές επιλογές αγορών, επενδύσεων, χρηματοδότησης, τεχνολογιών, εξαγωγών ή εισαγωγών προϊόντων για την βελτίωση της παραγωγικότητας και ανταγωνιστικότητας τους. Επίσης, οι ξένες επενδύσεις σε μια χώρα δημιουργούν νέες θέσεις εργασίας και βοηθούν τον οικονομικό ανταγωνισμό.

Αντίθετα, υπάρχουν πολλές αρνητικές γνώμες για την παγκοσμιοποίηση που θεωρούν ότι αυτή οδηγεί στην ανεργία, σε χαμηλό επίπεδο συνθηκών εργασίας και στην εκμετάλλευση των εργαζομένων. Επίσης, εστιάζουν στα ζητήματα ασφαλείας και εξωτερικής πολιτικής των χωρών για την άμυνα μιας χώρας.

Όσον αφορά την Υγεία και την παγκοσμιοποίηση δίνεται έμφαση στην προώθηση κοινωνικά υπεύθυνων μορφών παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό, διότι, ο τομέας της Υγείας είναι πολύπλοκος κλάδος της οικονομίας με δικές του μονάδες και υποσυστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα, συναντούμε το μικτό σύστημα Υγείας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Εθνικού Συστήματος υπό τον κρατικό σχεδιασμό και κοινωνικό έλεγχο.

Για τις επιδράσεις της παγκοσμιοποίησης στην Υγεία δημιουργήθηκαν διάφορα μοντέλα και θεωρίες για την κατανόηση του τρόπου λειτουργίας και επιρροής των συστημάτων υγείας. Παραδείγματα αποτελούν, η έντονη ανησυχία για την εξάπλωση κινδύνων υγείας από τις χαμηλά αναπτυσσόμενες χώρες στις πιο ανεπτυγμένες. Ακόμη, η σύνδεση ζητημάτων υγείας με εξωτερική πολιτική, η υποβάθμιση του περιβάλλοντος και περιβαλλοντικά ζητήματα, η μετανάστευση κ.α.

Σημαντική επιρροή της παγκοσμιοποίησης αποτέλεσε η οικονομική κρίση, η οποία επηρέασε τις Ευρωπαϊκές χώρες την Ε.Ε. και την Ελλάδα. Για τον λόγο αυτό η Ελλάδα αναγκάστηκε να καταφύγει στο Δ.Ν.Τ. και στους ευρωπαϊκούς μηχανισμούς

οικονομικής στήριξης λαμβάνοντας δάνεια και παράλληλα διαρθρωτικά μέτρα και μεταρρυθμίσεις, ΜΝΗΜΟΝΙΑ, 1, 2, και 3.

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα επέφερε σημαντικές αλλαγές σε όλους τους τομείς και στην υγεία. Τα μέτρα που εφαρμόστηκαν αφορούσαν στην εργασία, τη χρηματοδότηση, στις δομές και υπηρεσίες υγείας, για την υπερσυνταγογράφηση και τη λειτουργία των ασφαλιστικών φορέων. Τα μέτρα είχαν αρνητικές συνέπειες στις συνθήκες εργασίας, στη μείωση των μισθών, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, την συνεχή μείωση της χρηματοδότησης για την υγεία, τη συγχώνευση δομών και μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ., υποβαθμίζοντας τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.

Εκτός από τις αρνητικές επιδράσεις η οικονομική κρίση βοήθησε στην ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων, στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση για τη μείωση της γραφειοκρατίας και την μείωση των πόρων. Επίσης προωθήθηκε η χρήση γενόσημων φαρμάκων, η εφαρμογή αγοράς ηλεκτρονικών προμηθειών για τη μείωση του κόστους ιατρικού εξοπλισμού και φαρμάκων.

Μετά από πολλά χρόνια κρίσης οδηγούμαστε σταδιακά στην ανάπτυξη και σύμφωνα με εκτιμήσεις έχει ήδη παρέλθει και τα πρώτα σημάδια ανάκαμψης άρχισαν να διαφαίνονται στην παγκόσμια οικονομία, ωστόσο θα πρέπει να γίνουν κι άλλες μεταρρυθμίσεις για την πλήρη έξοδο, όπως, η ενίσχυση της ρευστότητας και η ασφάλεια του εμπορίου, η αποκατάσταση των μισθών λόγω της οικονομικής κρίσης και τέλος να προκύψει μια γόνιμη ισορροπία για τα κράτη συνολικά.

Η ανάγκη για έγκαιρες και επαρκείς παρεμβάσεις, στόχευαν στη θωράκιση του πολύτιμου αγαθού της υγείας των πολιτών ήταν ιδιαίτερα σκόπιμη την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Η σωστή κατανομή των διαθέσιμων αλλά ταυτόχρονα περιορισμένων οικονομικών πόρων ήταν πολύ σημαντική. Παράλληλα, γίνονταν αντιληπτό πως η οικονομική ύφεση δεν αντιμετωπιζόταν μόνον ως απειλή, αλλά και σαν μια ευκαιρία αναμόρφωσης και εξέλιξης των υγειονομικών εθνικών συστημάτων. Επομένως, κρίθηκε απαραίτητο να περιληφθούν ως υψηλής προτεραιότητας στην ατζέντα των κυβερνήσεων τα κάτωθι (Γιωτάκος και συν, 2011):

- η εξασφάλιση πόρων για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας
- νέες πηγές χρηματοδότησης της υγείας μιας και τα έσοδα από τη φορολογία

ήταν περιορισμένα

- η βελτίωση της απόδοσης του εκάστοτε εθνικού συστήματος υγείας,
- η υποστήριξη των δικτύων κοινωνικής προστασία
- ο έλεγχος της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας
- η παράλληλη μέτρηση ικανοποίησης των πολιτών από το σύστημα
- η παρακολούθηση των δεικτών υγείας
- η εκπαίδευση και ενδυνάμωση του υγειονομικού προσωπικού

Ο τομέας της υγείας ήταν εκείνος, μαζί με την παιδεία, που ταλάνιζε σφοδρά τις κυβερνήσεις της Ελλάδας καθώς οι μεταρρυθμίσεις είχαν άμεσο αντίκτυπο τόσο στην υγεία των πολιτών όσο και στη βιωσιμότητα της εκάστοτε κυβέρνησης και τη σταθερότητα του κράτους. Ορισμένες προτάσεις που μπορούμε να παραθέσουμε για την πληρότητα στην ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας είναι (Δημολιάτης και συν, 2006):

- ➔ Εστίαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και αναβάθμισή της.
- ➔ Ανάπτυξη του θεσμού οικογενειακού γιατρού και του συστήματος παραπομπής (gatekeeping).
- ➔ Αποτελεσματικότερη παρακολούθηση και έλεγχος ποιότητας και δεικτών υγείας.
- ➔ Ενδυνάμωση και εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού.
- ➔ Ανακατανομή των πόρων και προώθηση της πρόληψης σε σχέση με την θεραπεία.
- ➔ Αξιολόγηση της υπάρχουσας τεχνολογίας υγείας.
- ➔ Διεύρυνση της αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- ➔ Συχνές έρευνες ικανοποίησης των ασθενών.

Παρατηρεί λοιπόν κανείς, ότι η παγκοσμιοποίηση λειτούργησε ως ένα τρόπος σκέψης αλλά και δράσης σε όλους τους τομείς, ανέδειξε δηλαδή πρακτικές και μεθοδολογίες που μέχρι τότε φαινόταν επαναστατικές στον τρόπο άσκησης πολιτικής υγείας σε διεθνές επίπεδο. Η διεθνοποίηση της υγείας βοηθήθηκε από τη ραγδαία εξέλιξη της τεχνολογίας και των επικοινωνιών και ενίσχυσε τη συλλογική αντιμετώπιση των «νόσων χωρίς σύνολα». Τα ζητήματα τα οποία θέτει η παγκοσμιοποίηση σε σχέση με την υγεία δίνουν το έναυσμα αναζήτησης εκείνων των θεσμών και των πολιτικών σε παγκόσμιο επίπεδο, που θα εξασφαλίσουν ότι όλες οι χώρες θα μπορούν να απολαμβάνουν τη μέγιστη δυνατή ωφέλεια που απορρέει από το άνοιγμα των συνόρων με όσο το δυνατόν λιγότερους κινδύνους. Στο πνεύμα αυτό αναπτύσσεται η προσέγγιση της υγείας ως «παγκόσμιο δημόσιο αγαθό», το οποίο προϋποθέτει την δημιουργία

υγειονομικών πολιτικών, όπως παρατηρήθηκε ιδιαίτερα στην εποχή που διανύουμε με την αντιμετώπιση του COVID-19.

Ο χαρακτηρισμός της παγκοσμιοποίησης ως «καλή» ή «κακή» δεν αποτελεί το ζητούμενο, το οποίο είναι η κατανόηση των διαφορετικών πολύπλοκων επιπτώσεων μίας διαδικασίας που επηρεάζει το επίπεδο υγείας διαφορετικών ομάδων με διαφορετικό τρόπο. Δε θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως απειλή για τα εθνικά δικαιώματα και ή τα επενδυτικά συμφέροντα αλλά ως πρόκληση για την βελτίωση των συστημάτων υγείας τουλάχιστον στην Ευρώπη που μας αφορά άμεσα. Μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στην προστασία των λαών και ταυτόχρονα να ενισχύσει την προσπάθεια οικονομικής αλλά και κοινωνικό-πολιτικής ολοκλήρωσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Γιωτάκος Ο. (2010). «Οικονομική κρίση και ψυχική Υγεία». Ψυχιατρική 21 (3), σελ. 195-204.

Γιωτάκος Ο., Καράμπελας Δ, Καυκάς Α. (2011), Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα. Ψυχιατρική; 22:109– 119 28.

Δαπέργολας Γ., (2016), Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στην υγεία, Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.

Δημολιάτης Γ, Κυριόπουλος Γ, Λάγγας Δ, Φιλαλήθης Τ. (2006) Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα. Β εκδ. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Ελληνική Εταιρεία Διοίκησης Επιχειρήσεων. Η κοινοτική πρωτοβουλία “EQUAL”. Αναπτυξιακή σύμπραξη «EMΠΕΙΡΙΑ». Σεμινάριο επιμόρφωσης στελεχών «σύγχρονες πολιτικές διαχείρισης της ενεργού γήρανσης του εργατικού δυναμικού». ΕΕΔΕ, Αθήνα.

Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία (ΕΛ.ΣΤΑΤ), (2013), Στατιστικά στοιχεία 2013, Διαθέσιμο από <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE>

Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, (2013), Η Ελληνική Οικονομία και η Απασχόληση, Ετήσια Έκθεση 2013,

Καραϊσκού Α., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 2012; 4(2): 49-54

Καράμπελα, Γ, Κ., (2013), Παγκοσμιοποίηση, Οικονομική κρίση και κοινωνικό-οικονομικές επιπτώσεις, Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Τρίπολη.

Κατσανάκη Δ., Κ., (2012), Οι επιπτώσεις της Παγκοσμιοποίησης στις Υπηρεσίες Υγείας, Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.

Κεσκινίδου Α, Τσακίρη Μ. Παγκοσμιοποίηση. Διαθέσιμο: <http://www.vlioras.gr/Philologia/Composition/Pagkosmiopoiisi.htm> (πρόσβαση 18/10/2019)

Κοντόπουλος, Α., (2010), Επιπτώσεις της Παγκοσμιοποίησης στο επίπεδο υγείας και στα συστήματα υγείας, Frederick University, Λεμεσός, Κύπρος.

Κότιος, Α. & Παυλίδης, Γ., (2012). Διεθνείς οικονομικές κρίσεις: κρίσεις του συστήματος πολιτικής. Αθήνα: Rosili.

Κουφάρης, Γ., (2010). Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές. Περιοδικό Χρήμα, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2010

Λαπαβίτσας Κ., (2010), Κρίση της ευρωζώνης, φτώχεια του δυνατού, πτώχευση του αδυνάτου, Αθήνα:Νοβόλι

Λουκάκη, Μ., Χουρδάκη, Ε., (2005), Η αποκέντρωση στην Υγεία. Η μεταρρύθμιση του Ε.ΣΥ. Και ο νόμος 2889/01, Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Καλαμάτας, Καλαμάτα.

Μάνος Γ. Παγκοσμιοποίηση και υπερπληθυσμός: Η ελληνική απάντηση.

Μάντης Π. (1990). Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων. ΕΑΠ, Πάτρα.

- Μάντη Π. (2000), Ανισότητες στην υγεία. Στο: Μάντη Π, Τσελέπη Χ (Επιμ.) Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα,:68–75
- Μάρδας, Δ., Γ., Βαλκάνος Ι., Ε., (2005), Παγκοσμιοποίηση και σύγχρονη αντίληψη του κοινωνικού κράτους, Επιθεώρηση Οικονομικών Επιστημών, τ.8 σ.91-106, ΤΕΙ Ηπείρου, Πρέβεζα
- Μάτσα Κ. (2010), Η καθημερινή ζωή, η ασθένεια και ο καπιταλισμός στην εποχή της κρίσης της παγκοσμιοποίησης. Από το: <https://tvxs.gr/news/έγραψαν-είπαν/η-καθημερινή-ζωή-η-ασθένεια-και-ο-καπιταλισμός-στην-εποχή-της-κρίσης-της-παγκοσμιοποίησης> (πρόσβαση, 18/10/2019)
- Μπεκ Ο. (2000), Τι είναι παγκοσμιοποίηση. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα,
- Μπούρας και Λυκούρας,(2011), «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία», Εγκέφαλος, pp.55-61
- Νασιόπουλου, Ε., (2016), Η αγορά της υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης, Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς.
- Οικονόμου, Χ. (2004), Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα
- ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός. Θεωρητικές προσεγγίσεις και στρατηγικές επιλογές. Στο: Χ. Οικονόμου, Α. Φερόνας, (επιμ) Οι εκτός των τειχών. Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες. Διόνικος, Αθήνα, 2006 :313–347
- Παπαπαναγιώτου, Μ., (2000), Σημειώσεις μαθήματος Διοίκηση Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστημιακές σημειώσεις, Πανεπιστήμιο Πειραιώς
- Παπαστάμου, Α., (2011). Διεθνείς Οικονομικές Κρίσεις. Αθήνα: Έναστρον.
- Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε. (2012), Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην υγεία, Προτάσεις για Παρέμβαση,
- Σακελλάρης Π. (2008), Η κρίση του παγκόσμιου χρηματοοικονομικού συστήματος: ο αντίκτυπος στη διεθνή και στην ελληνική οικονομία, Φιλελεύθερη Έμφαση, Τεύχος 37
- Σαρτζετάκης, Ε., (2010). Εισαγωγή στη μακροοικονομική. Αθήνα: Σταμούλη.
- Σκουλάς Ν. (2008), Τουρισμός, οι επιπτώσεις της διεθνούς οικονομικής κρίσης. Τουρισμός και οικονομία 345:48-52
- Σούλης, Σ., (1999), Οικονομική της Υγείας, Παπαζήση, Αθήνα
- Στασινοπούλου Ο. (1990) Κράτος πρόνοιας: Ιστορική εξέλιξη, σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα,
- Σύνδεσμος Επιχειρήσεων Πληροφορικής & Επικοινωνιών Ελλάδας (ΣΕΠΕ), (2014), Διαθέσιμο απο <http://www.sepe.gr/gr/SEPE/about-sepe/>
- Τούντας Γ. (2000) Κοινωνία και υγεία. Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα,

Τσαβλης, Α. Δ., (2009), Παγκοσμιοποίηση και Υγεία, Ιατρικά Θέματα: το θέμα, ετ. 14ο, τ.53, Θεσσαλονίκη.

Υφαντόπουλος, Γ., (1999), Διακρατική συνεργασία στην Υγεία, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τ.16 (4), Αθήνα.

Υφαντόπουλος, Γ., (2003), Τα οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και πολιτική, Τυπωθήτω, Αθήνα

Υφαντόπουλος Γ. (2005) Τα οικονομικά της υγείας, Τυπωθήτω, Αθήνα

ΦΟΥΣΚΑΣ Θ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ. Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η ανάδυση μιας διακριτικής πρακτικής. Στο: Δ.Γ. Μαγριπλής (επιμ) Πολιτισμός και διαφορετικότητα εμείς και οι άλλοι. Επιστημονική Σειρά: Θεός-Άνθρωπος-Κοινωνία-4. Σταμούλης Αντώνιος, Θεσσαλονίκη, 2011:415–436

Χακίμ, Μ., Ραμαδάνη Τ., (2012), Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στην Υγεία και στα συστήματα Υγείας. Η περίπτωση της Ελλάδας. Πτυχιακή εργασία, ΑΤΕΙ Καλαμάτας, Καλαμάτα.

Χαραλάμπους, Α., Τσίτση, Θ., (2010), Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός Υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τ. 27(1), σελ. 106-112, Αθήνα.

Χαραλάμπους, Α., Σωκράτους, Σ., Χρήστου, Α., (2011), Παγκοσμιοποίηση, Υγεία και Πολιτική Υγείας, Νοσηλευτική, τ.50 (1) σ. 23-29, Αθήνα.

Χαρδούβελης, Γ., (2011), Το χρονικό της διεθνούς και της συνακόλουθης ελληνικής και ευρωπαϊκής κρίσης: Αίτια, αντιδράσεις, επιπτώσεις και προοπτική, στον συλλογικό τόμο: Καραμούζης, Ν.Β. και Χαρδούβελης, Γ., (επιμέλεια): Από τη διεθνή κρίση στην κρίση της Ευρωζώνης: Τι μας επιφυλάσσει το μέλλον, 31-128, Λιβάνη, Αθήνα

Ξενόγλωσση

Aginam O. (2000) Global village, divided world: South-north gap and global health challenges at Century's Dawn. Indiana Journal of Global Legal Studies, 7:603–610

Abbott F, The TRIPs Agreement Article 73 Security Exceptions and the COVID-19 Pandemic, Research Paper 116, South Centre, 2020

Avgenakis E. (2011). Question: dramatic increase in the number of suicides due to the economic crisis and rumors on the operation of networks of usurers and blackmailers. Reference number: 6171. Athens: Hellenic Parliament.

Böckerman P., & Ilmakunnas P. (2009). Unemployment and Self-Assessed Health: Evidence from panel data. Health Econ.; 18: 161–179

Blundell-Wignall A., Slovik P. The EU Stress Test and Sovereign Debt Exposures. OECD Working Papers on Finance, Insurance and Private Pensions, No 4, OECD Financial Affairs Division, 2010

Bolton W. and K. Oatley, (1987), "The longitudinal study of social support and depression in unemployed men," *Psychological Medicine*, vol. 17, no. 2, pp. 453–460, 1987.

Burgard S, Brand JE, House JS. (2009). Perceived job insecurity and worker health in the

United States. *Soc Sci Med*. 69:777–85

Cabral, R., (2010). The PIGS' External Debt Problem. *VoxEU.org*.

Carassava A. (2011). Crime casts long shadow over Athens. *Los Angeles Times* May 31

Catalano R. (2009). Health, Medical care and Economic Crisis. *The New England Journal of Medicine*. 360; 8: 749 – 751.

Chowkwanyun, M. and Reed, A. L., Jr (2020). Racial health disparities and Covid-19 - Caution and context. *The New England journal of medicine*, 383(3), pp. 201– 203. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2012910>

Darnton - Hill I., Cogill B., (2010), Maternal and Young Child Nutrition Adversely Affected by External Shocks Such As Increasing Global Food Prices, *J. Nutr* 140 (1) :162S-169S

Dean J. A. and K. Wilson, (2009), "“Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed”": exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada," *Ethnicity and Health*, vol. 14, no. 2, pp. 185–204, 2009.

Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. (2013), Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord*;145:308-14.

European Commission, (2009). *Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses*. European Economy, Brussels, pp.1 -87.

EUROSTAT. (2007) Η ανεργία στην Ευρωζώνη και στην ΕΕ των 27 το 2007. Available at: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

Falagas ME, Vouloumanou EK, Mavros MN, Karageorgopoulos DE. (2009) Economic crises and

mortality: a review of the literature.

Feldstein, M., (2010). The euro's fundamental flaws - The single currency was bound to fail. *International Economy*.

Frenk J, Gomez-Dantes O. (2002) Globalization and the challenges to health systems. *Br Med J*, 13:7355–7364

Frese M. and G. Mohr, (1987), "Prolonged unemployment and depression in older workers: a longitudinal study of intervening variables," *Social Science and Medicine*, vol. 25, no. 2, pp. 173–178

Giotakos O, Karabelas D, Kafkas A. Financial crisis and mental health in Greece. *Psychiatriki* 2011; 22(2):109-19.

Harris LR, Seid JM. (2001) Globalization and health in the millennium. *Perspect Global Dev Tech*, 3:1–2

Hamonet C., Magalhaes T.(2001): The notion of health, *Presse Med.* 2001; Mar 31; 30(12):587-90.

Horton R. (2011). Offline: Looking forward to some surprises. *Lancet.* 377: 2164

Huymen MMTE, Martens P, Hilderik HBM. (2005) The health impacts of globalization: A conceptual framework. *Global Health*, 1:1–14,

<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-1-14>

Katsadoros D, Bekiari E, Karydi K, et al. (2011). Suicide help line 1018: characteristics of callers for January-December 2010. 21st Panhellenic Conference of Psychiatry; Athens, Greece; May 5–7

Kentikelenis A. et al. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy.

Kerwin K, DeCicca P. (2008). Local labour market fluctuations and health: Is there a connection and for whom? *J Health Economics*; 27: 1532–50.

Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. (2001) Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol*, 2:133–140

Kirmayer L.& Minas I.H. (2000). The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry.* 45: 438-446.

Kleinman A. (2001) A psychiatric perspective for global changes.

Harvard Rev Psychiatry, 9:74–77

Krugman, P., (2009). Η Κρίση του 2008 & η επιστροφή των οικονομικών της ύφεσης. Αθήνα: Καστανιώτη

Labonte R, Torgerson R. (2005) Interrogating globalization, health and development: Towards a comprehensive framework for research, policy and political action. *Critical Public Health*, 15:157–179

La Croix SJ, Mason A, Abe S. (2003), Population and globalization. *Asia-Pacific Population and Policy* 64:4

Lapavitsas, C., (2008). Financialised capitalism: direct exploitation and periodic bubbles, SOAS.

Lane, P., (2012). The European Sovereign Debt Crisis. *Journal of Economic Perspectives*, Vol.26 no.3

Lee, AJ, Crombie, IK, Smith, WC, Tunstall, PHD. (1991). Cigarette smoking and employment status. *SocSci Med* 33: 1309-12.

Lee K., (2003), 'Globalization and Health: An Introduction, Palgrave

Maniatis, T., & Passas, C., (2013). Profitability, capital accumulation and crisis in the Greek economy 1958-2009: A Marxist analysis, *Review of Radical Political Economics*

Marmot M, Wilkinson R, (2003), editors. *The solid facts*. 2nd ed. Geneva: World Health Organisation;

Marmot M. and R. Wilkinson, (2006), *Social Determinants of Health*, Oxford University Press, London, UK, 2nd edition,

McKee-Ryan, F. M. , Z. Song, C. R. Wanberg, and A. J. Kinicki, (2005), "Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study," *Journal of Applied Psychology*, vol. 90, no. 1, pp. 53–76, 2005.

Montgomery, S. M. D. G. Cook, M. J. Bartley, and M. E. J. Wadsworth, (1999), "Unemployment pre-dates symptoms of depression and anxiety resulting in medical consultation in young men," *International Journal of Epidemiology*, vol. 28, no. 1, pp. 95–100, 1999.

Murphy GC, Athanasou JA. (1999). The effects of unemployment on mental health. *J Occup Organ Psychol*; 72:83- 99.

Nelson, R., Belkin, P., & Mix, D., (2011). *Greece's Debt Crisis: Overview, Policy Responses, and Implications*, Congressional Research Service.

O'Campo, P., W. W. Eaton, and C. Muntaner, (2004), Labor market experience, work organization, gender inequalities and health status: results from a prospective analysis of US employed women," *Social Science and Medicine*, vol. 58, no. 3, pp. 585–594, 2004.

Paugam S. (2005). *Les formes élémentaires de la pauvreté*, Paris, Presses Universitaires de

France, coll. « Le lien social », traduit en espagnol (Alianza Editorial, 2007), en allemand

(Hamburger Édition, 2008)

Paul, K. I. E. Geithner, and K. Moser, (2009), Latent deprivation among people who are employed, unemployed, or out of the labor force," *Journal of Psychology*, vol. 143, no. 5, pp. 477–491, 2009.

Paul K., & Moser K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Vocational Behavior*; 74:264-282.

Petrella R., (1996), 'Globalization and internationalization; The dynamics if the emerging world order'. In Boyer R, Drache D., (eds.) *States against markets: The limits of globalization*, Routledge

Office of the Surgeon General. Mental health: A report of the Surgeon General. Available at: <http://surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html> (accessed 25.9.2007)

Quinggin J., (2002), 'Interpreting globalization: Neoliberal and internationalist views of changing patterns of the global trade and financial systems, Paper prepared under the UNRISD project: Improving Research and Knowledge on Social Development in International Organizations, UNRISD, Geneva

Ruhm, CJ. (2005). Healthy living in hard times. *J Health Econ* 24(2):341–63

REN C, TONG S. Health effects of ambient air pollution – recent research development and contemporary methodological challenges. *Environ Health* 2008, 7:56

Smith R., (2004), 'Lecture 18: Globalization and Health', SOCE3B11, Autumn 04/05

STOCKER BD, ROTH R, JOOS F, SPAHNI R, STEINACHER M, ZAEHLE S ET AL. Multiple greenhouse-gas feedbacks from the land biosphere under future climate change scenarios. *Nat Clim Change* 2013, 3:666–672

Stuckler D. et al. (2011). Public Health in Europe: Power, Politics, and Where Next? *Public Health Reviews*, Vol. 32, No 1, 213-242.

Stuckler D, et al. (2011). Banking crises and mortality during the Great Depression: evidence from US urban populations, 1927–1939. *J Epidemiol Community Health*; published online March 24. DOI:10.1136/jech.2010.121376.

Stuckler D. et al. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 374: 315–23.

Stuckler D, et al. (2009). The health implications of financial crisis: a review of the evidence. *Ulster Med J*. 78: 1–3.

Stuckler D. et al. (2011). Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. 124-125.

UN Chronicle. (1999) Impact of globalization on population change and poverty in rural areas. United Nations,

Vandoros S, Stargardt T. (2013), Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health Policy*;109:1-6.

Wilson and G. M. Walker, (1993), Unemployment and health: a review," *Public Health*, vol. 107, no. 3, pp. 153–162, 1993.

Woodward D., Drager N., Beaglehole R., Lipson D., (2001), 'Globalization and Health: a framework for analysis and action', *Bulletin of the World Health Organization*, 79(9), 875-881.

World Health Organization. (1995) *The world health report 1995: Bridging the gaps*. Geneva, Switzerland,

World Health Organization. (1999) *The world health report 1999: Making a difference*. Geneva, Switzerland,

World Health Organization. (2001) Globalization. Bulletin of the World Health Organization, 79:801–802

World Health Organisation. (2003), Mental Health

Yeates N., (2001), ‘Globalization and Social Policy’, Sage

Links:

<https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2019/12/%CE%9F%CE%9A%CE%91%CE%9D%CE%91-X%CF%81%CE%AE%CF%83%CE%B7-%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%B9%CF%8E%CE%BD-%CF%83%CF%84%CE%B1-%CE%BA%CE%AD%CE%BD%CF%84%CF%81%CE%B1-%CF%86%CE%B9%CE%BB%CE%BF%CE%BE%CE%B5%CE%BD%CE%AF%CE%B1%CF%82-%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%83%CF%84%CF%8E%CE%BD-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%83%CF%86%CF%8D%CE%B3%CF%89%CE%BD.pdf>

<https://www.taxheaven.gr/attachment/6968>