



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ**  
**ΠΜΣ «ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ, ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΑΙ Η**  
**ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ ΣΤΟ**  
**ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Χριστίνα Ζ. Μαλέσκου

Επιβλέπων: Κωνσταντίνος Καραμάνης  
Αναπληρωτής Καθηγητής

Πρέβεζα, Νοέμβριος 2021

**THE FINANCIAL CRISIS, ITS CONSEQUENCES AND ITS IMPACT  
ON THE HEALTHCARE SECTOR AND ON THE HEALTH LEVEL  
OF GREEK CITIZENS**

## **Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή**

Πρέβεζα, 21/01/2022

### **ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ**

1. Επιβλέπων καθηγητής

Κωνσταντίνος Καραμάνης,

Αναπληρωτής Καθηγητής

2. Μέλος επιτροπής

Γεώργιος Κόλιας,

Επίκουρος Καθηγητής

3. Μέλος επιτροπής

Ειρήνη Τριάρχη,

Λέκτορας

© Μαλέσκου, Χριστίνα, 2021.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

## **Δήλωση μη λογοκλοπής**

Δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις διατάξεις του Ν. 2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μου ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Μαλέσκου, Χριστίνα

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας τη διπλωματική μου εργασία και φτάνοντας στο τέλος αυτής της δημιουργικής και επικοινωνιακής εμπειρίας, που αποκόμισα μέσα από τη διαδρομή μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους με στήριξαν.

Πρώτα από όλα αισθάνομαι την ηθική υποχρέωση να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Καραμάνη Κωνσταντίνο, για την αμέριστη βοήθειά του και την καθοδήγησή του κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής, αλλά και για τον εξαιρετικό τρόπο διδασκαλίας και μεταλαμπάδευσης γνώσεων στα μαθήματα που μας δίδαξε. Επίσης, οφείλω ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στον κ. Κόλια Γεώργιο, για την πολύτιμη βοήθειά του στο οικονομικό μέρος της έρευνας. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους διδάσκοντες του ΠΜΣ, για τις πλούσιες γνώσεις που αποκόμισα και που παρά τις αντίξοες συνθήκες που επικράτησαν στο δεύτερο εξάμηνο διδασκαλίας των μαθημάτων, λόγω της πανδημίας, στάθηκαν στο ύψος των περιστάσεων και με συλλογική προσπάθεια καταφέραμε να ολοκληρώσουμε με επιτυχία το πρόγραμμα σπουδών.

Εκτός όμως από τις γνώσεις, μέσα από τη συμμετοχή μου στο πρόγραμμα, αποκόμισα και φιλικές ζωές, τις συνοδοιπόριστές μου σε αυτό το όμορφο εκπαιδευτικό ταξίδι, που τις ευχαριστώ για όλα τα συναισθήματα (χαράς και γέλιου, αλλά και άγχους και έντασης) που μοιραστήκαμε αυτά τα δύο χρόνια και για την ψυχολογική αλληλοϋποστήριξη. Εκτός από τις νέες φίλες μου θα ήμουν αγνώμων να μην ευχαριστήσω τις φίλες μου που είναι χρόνια στη ζωή μου και είναι πάντα δίπλα μου, με ενθαρρύνουν και με εμπυχώνουν με τη θετική τους σκέψη και το χαμόγελό τους.

Ένα τεράστιο ευχαριστώ από καρδιάς στην οικογένειά μου, συμπεριλαμβανομένης της πατρικής οικογένειας της δικής μου και του συζύγου μου, που ως ελάχιστη ένδειξη ευγνωμοσύνης τους αφιερώνω όλη την προσπάθειά μου. Τους ευχαριστώ για την αγάπη τους, την ηθική και ψυχολογική στήριξή τους και το αδιάλειπτο ενδιαφέρον τους. Ιδιαίτερα να ευχαριστήσω τα παιδιά μου, Βασίλη και Ζήκο, που παρόλο τη μικρή τους ηλικία στάθηκαν δίπλα μου..... Τέλος, το ευχαριστώ είναι λίγο για τον σύζυγό μου, Αλέξη, που όλα αυτά τα χρόνια που είμαστε μαζί με ενθαρρύνει σε κάθε μου βήμα και με στηρίζει σε κάθε μου επιλογή, με υπομονή, κατανόηση και αγάπη!!!

Χωρίς τη δική σας στήριξη δε θα είχα φτάσει στον προορισμό μου... σας ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ!!!

---

*Για μένα η εκπαίδευση είναι ευτυχία και ευχαριστώ όλους όσους με βοήθησαν να εμπλουτίσω αυτόν τον θαυμαστό κόσμο της γνώσης*

---

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η απορρύθμιση της παγκόσμιας οικονομίας, λόγω της κρίσης που εκδηλώθηκε στις ΗΠΑ το 2008, σε συνδυασμό με τα υψηλά ελλείμματα και το υπέρογκο δημόσιο χρέος, οδήγησαν την Ελλάδα, τον Μάιο του 2010, να τεθεί υπό αυστηρή δημοσιονομική επιτήρηση, από τους θεσμούς του ευρωπαϊκού και παγκόσμιου οικονομικού κατεστημένου. Η χώρα μας, μη έχοντας περιθώρια ελιγμών, υιοθέτησε μέτρα λιτότητας, τα οποία επέφεραν ραγδαία συρρίκνωση της οικονομικής δραστηριότητας και γενική πτώση της κοινωνικοοικονομικής ευημερίας των πολιτών. Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό τη διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον υγειονομικό τομέα και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας, η οποία εγκλωβισμένη από τις δημοσιονομικές ανισορροπίες έπρεπε να μειώσει τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία, επηρεάζοντας αρνητικά τη λειτουργία των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ορθώνοντας εμπόδια στην πρόσβαση των πολιτών σε αυτές και συμβάλλοντας στην περαιτέρω φτωχοποίησή τους. Παράλληλα, η ανεργία και η φτώχεια, σε συνδυασμό με το κατακερματισμένο σύστημα υγείας, επιβάρυναν τη σωματική και ψυχική υγεία μεγάλου μέρους του πληθυσμού.

Τα δύο ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται στη διπλωματική εργασία είναι «πώς η μεταβολή του ΑΕΠ επηρέασε τις δημόσιες δαπάνες υγείας» και «πώς η μεταβολή των δημόσιων δαπανών υγείας επηρέασε ορισμένους κοινωνικούς δείκτες», κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, προκειμένου να απαντηθούν τα ερωτήματα, είναι η ανάλυση χρονολογικών σειρών, η δε εκτίμηση των σχέσεων των υπό εξέταση μεταβλητών προσδιορίστηκε μέσω γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης. Από τα αποτελέσματα της έρευνας παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ του κ.κ. ΑΕΠ και των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο ( $p\text{-value}=0,019$ ), ενώ μεταξύ των δαπανών αυτών και των δεικτών «AROE», «αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες» και «ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας» προέκυψε ισχυρή στατιστική αρνητική συσχέτιση, σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, με τους δύο πρώτους δείκτες και οριακά σημαντική στατιστική αρνητική σχέση με τον τελευταίο ( $p\text{-value}=0,084<0,1$ ). Τέλος, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των κ.κ. δημόσιων δαπανών υγείας και της βρεφικής θνησιμότητας ( $p\text{-value}=0,664$ ).

**Λέξεις κλειδιά:** οικονομική κρίση, τομέας υγείας, δαπάνες υγείας, φτώχεια, ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, ψυχική υγεία

## **ABSTRACT**

The deregulation of the world's economy, due to the crisis that took place in the USA in 2008, in combination with the high deficits and the huge public debt, led Greece, in May 2010, to be placed under strict fiscal surveillance by the institutions of the European and global economic status quo. Our country, having no leeway for manoeuvre, adopted austerity measures, which led to a rapid contraction of the economic activity and a general decline in the socio-economic prosperity of the citizens. The purpose of this study is to investigate the consequences of the financial crisis on the healthcare sector and on the health level of the population of Greece, which entrapped by fiscal imbalances had to reduce public expenditures on health, adversely affecting the function of the healthcare services, creating barriers to citizens' access to them, contributing thus to their further impoverishment. At the same time, unemployment and poverty, in combination with the fragmented health system, burdened the physical and mental health of a vast part of the population.

The two questions of the research posed in this master's dissertation are "how the change in GDP affected public health expenditure" and "how the change in public health expenditure affected certain social indicators", during the financial crisis. The method used to answer the above questions is that of the chronological order analysis and the evaluation among the relationships of the variables in question was determined by linear regression models. The results of the research showed that a statistically significant positive relationship was observed between GDP per capita and public health expenditure per capita ( $p$ -value = 0.019), while between these expenditures and the indicators "AROPE", "number of deaths from suicide" and "unmet health needs" there was a strong statistically negative correlation, at the significance level of 5%, with the first two indicators and a marginally significant statistically negative relationship with the latter ( $p$ -value =  $0.084 < 0.1$ ). Finally, no statistically significant relationship was observed between public health expenditure per capita and infant mortality ( $p$ -value = 0.664).

**Keywords:** financial crisis, health sector, health expenditure, poverty, unmet health needs, mental health



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....</b>	<b>i</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....</b>	<b>ii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>iii</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....</b>	<b>iv</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....</b>	<b>vi</b>
<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ/ΕΙΚΟΝΩΝ .....</b>	<b>vii</b>
<b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ .....</b>	<b>x</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>xii</b>
<b>Κεφάλαιο Πρώτο: Η χρηματοπιστωτική κρίση του 2008 και οι επιπτώσεις της στην Ελλάδα .....</b>	<b>19</b>
1.1 Ιστορική αναδρομή στην παγκόσμια κρίση του 2008 .....	19
1.2 Τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα .....	22
1.3 Τα μνημόνια και τα μέτρα λιτότητας .....	27
1.4 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην ελληνική οικονομία και κοινωνία .....	32
1.4.1 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης σε βασικά μακροοικονομικά μεγέθη ..	33
1.4.2 Οι κοινωνικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης .....	36
1.4.2.1 Στην αγορά εργασίας .....	36
1.4.2.2 Στη φτώχεια .....	39
1.4.2.3 Στην εκπαίδευση .....	43
1.4.2.4 Στη μετανάστευση εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού .....	44
<b>Κεφάλαιο Δεύτερο: Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα υγείας της Ελλάδας .....</b>	<b>46</b>
2.1 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα πριν την κρίση .....	46
2.2 Οι μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης .....	50
2.3 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στους επαγγελματίες υγείας .....	56
2.4 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας .....	62
2.5 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία .....	70
2.6 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη βρεφική θνησιμότητα .....	78
<b>Κεφάλαιο Τρίτο: Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα .....</b>	<b>82</b>
3.1 Εισαγωγή .....	82

3.2	Προσδιοριστικοί παράγοντες των δαπανών υγείας .....	83
3.3	Η διαχρονική εξέλιξη των συνολικών δαπανών υγείας.....	85
3.3.1	Η εξέλιξη των δαπανών υγείας πριν την έλευση της κρίσης.....	85
3.3.2	Η εξέλιξη των δαπανών υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης.....	90
3.3.3	Οι επιπτώσεις των αυξημένων πληρωμών OPP .....	98
<b>Κεφάλαιο Τέταρτο - Ερευνητικό μέρος: Συσχέτιση των δημόσιων δαπανών υγείας με το ΑΕΠ και με κοινωνικούς δείκτες.....</b>		<b>101</b>
4.1	Σκοπός και Ερευνητικά ερωτήματα.....	101
4.2	Ερευνητική διαδικασία και παρουσίαση δεδομένων .....	101
4.3	Περιγραφική ανάλυση των τιμών των μεταβλητών .....	105
4.4	Οικονομετρική ανάλυση .....	108
4.5	Η πορεία των δεικτών μετά την ολοκλήρωση των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής.....	119
<b>Κεφάλαιο Πέμπτο: Συζήτηση-Συμπεράσματα.....</b>		<b>122</b>
5.1	Συζήτηση-Συμπεράσματα.....	122
<b>Κεφάλαιο Έκτο: Περιορισμοί-Προτάσεις .....</b>		<b>130</b>
6.1	Περιορισμοί της έρευνας .....	130
6.2	Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	130
<b>Επίλογος .....</b>		<b>133</b>
<b>Βιβλιογραφία .....</b>		<b>134</b>
	Ελληνική βιβλιογραφία.....	134
	Ξενόγλωσση βιβλιογραφία .....	142
	Διαδικτυακοί ιστότοποι .....	154
	Νομοθετικό πλαίσιο.....	156

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.4.2.2.1: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού του δείκτη AROPE για την Ελλάδα και την ΕΕ (2008-2018).....	40
Πίνακας 3.3.2.1: Δημόσιες δαπάνες υγείας σε εκ. ευρώ, ως ποσοστό του ΑΕΠ, ανά κάτοικο, ως ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης υγείας και δαπάνες υγείας της Γενικής Κυβέρνησης (εκτός ΟΚΑ) και των ΟΚΑ ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας (2009-2018) .....	93
Πίνακας 4.2.1: Διαχρονική εξέλιξη των υπό εξέταση μεταβλητών (2008-2018).....	102
Πίνακας 4.2.2: Ρυθμός μεταβολής των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο και του κ.κ. ΑΕΠ.....	103
Πίνακας 4.3.1: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών (2008-2018).....	106
Πίνακας 4.3.2: Συντελεστές συσχέτισης των μεταβλητών .....	107
Πίνακας 4.4.1: Έλεγχος ύπαρξης ή μη μοναδιαίων ριζών με ADF test.....	110
Πίνακας 4.4.2: Έλεγχος ύπαρξης ή μη μοναδιαίας ρίζας των κατάλοιπων με ADF test ..	111
Πίνακας 4.4.3: Αποτελέσματα παλινδρόμησης υποδείγματος (2) .....	112
Πίνακας 4.4.4: Αποτελέσματα παλινδρόμησης υποδείγματος (3) .....	114
Πίνακας 4.4.5: Αποτελέσματα παλινδρόμησης υποδείγματος (4) .....	115
Πίνακας 4.4.6: Αποτελέσματα παλινδρόμησης υποδείγματος (5) .....	116
Πίνακας 4.4.7: Αποτελέσματα παλινδρόμησης υποδείγματος (6) .....	117
Πίνακας 4.5.1: Εξέλιξη των δεικτών για τα έτη 2008 και 2018-2020.....	120

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ/ΕΙΚΟΝΩΝ

Διάγραμμα 1.2.1: Διαχρονική εξέλιξη του δημοσιονομικού ελλείμματος ως διαφορά των εσόδων και των εξόδων της Ελλάδας (1980- 2010).....	24
Διάγραμμα 1.2.2: Δημοσιονομικό και πρωτογενές ισοζύγιο ως ποσοστό του ΑΕΠ για την Ελλάδα (1996-2009).....	25
Διάγραμμα 1.4.1.1: Διαχρονική εξέλιξη του κ.κ. ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές για την Ελλάδα και την ΕΕ (2008-2018).....	34
Διάγραμμα 1.4.1.2: Διαχρονική εξέλιξη του χρέους γενικής κυβέρνησης ως ποσοστό του ΑΕΠ για την Ελλάδα και την ΕΕ (2008-2018).....	35
Διάγραμμα 1.4.1.3: Διαχρονική εξέλιξη του δημοσιονομικού ισοζυγίου ως ποσοστό του ΑΕΠ για την Ελλάδα και την ΕΕ (2008-2018).....	35
Διάγραμμα 1.4.2.1.1: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού ανεργίας στην Ελλάδα και στην ΕΕ (2008-2018) .....	37
Διάγραμμα 1.4.2.2.1: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού κινδύνου παιδικής φτώχειας για την Ελλάδα (2008-2018) .....	41
Διάγραμμα 1.4.2.4.1: Διαχρονική εξέλιξη ποσοστού ανεργίας και εκροών Ελλήνων (2008-2017).....	45
Διάγραμμα 2.3.1: Απασχόληση στον τομέα της υγείας σε ποσοστό του εργατικού δυναμικού (2000 και 2016) .....	57
Διάγραμμα 2.4.1: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας για την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ιταλία, Ισπανία και τον μέσο όρο της ΕΕ (2008-2018) .	67
Διάγραμμα 2.4.2: Ποσοστό πληθυσμού με ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, λόγω υψηλού κόστους, ανάλογα με την εισοδηματική ομάδα (Ελλάδα) (2008-2015).....	68
Διάγραμμα 2.4.3: Αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση, με βάση τους τρεις βασικούς λόγους : κόστος, απόσταση και λίστες αναμονής (για 34 χώρες και για τον μέσο όρο της ΕΕ) (2016) .....	69
Διάγραμμα 2.5.1: Ποσοστό πληθυσμού με μείζονα κατάθλιψη στην Ελλάδα (2008-2013).....	73

Διάγραμμα 2.5.2: Αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες στην Ελλάδα (2008-2018).....	75
Διάγραμμα 2.6.1: Διαχρονική εξέλιξη του δείκτη της βρεφικής θνησιμότητας για την Ελλάδα και την ΕΕ (2008-2018) .....	79
Διάγραμμα 3.3.1.1: Διαχρονική εξέλιξη των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ιταλία και Ισπανία (2001-2009) .....	87
Διάγραμμα 3.3.1.2: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού συμμετοχής των δημόσιων δαπανών υγείας στο σύνολο των δαπανών υγείας για την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ιταλία και Ισπανία (2001-2009) .....	88
Διάγραμμα 3.3.1.3: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού συμμετοχής πληρωμών OPP στο σύνολο των δαπανών υγείας για την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ιταλία και Ισπανία (2003-2009) .....	88
Διάγραμμα 3.3.2.1: Διαχρονική εξέλιξη των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ιταλία και Ισπανία (2009-2018) .....	92
Διάγραμμα 3.3.2.2: Πορεία των δημόσιων δαπανών υγείας ως σύνολο, ως ποσοστό του ΑΕΠ και ανά κάτοικο για την Ελλάδα (2009-2018) .....	94
Διάγραμμα 3.3.2.3: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού συμμετοχής των δημόσιων δαπανών υγείας στο σύνολο των δαπανών υγείας για την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ιταλία και Ισπανία (2009-2018) .....	95
Διάγραμμα 3.3.2.4: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού συμμετοχής πληρωμών OPP στο σύνολο των δαπανών υγείας για την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ιταλία και Ισπανία (2009-2018) .....	96
Διάγραμμα 3.3.3.1: Ποσοστό πληθυσμού με καταστροφικές δαπάνες και ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας για 19 χώρες .....	100
Διάγραμμα 4.2.1: Διαχρονική εξέλιξη των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο και του κ.κ. ΑΕΠ (2008-2018) .....	103
Διάγραμμα 4.2.2: Διαχρονική εξέλιξη των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο και του ποσοστού των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας (2008-2018) .....	104
Διάγραμμα 4.2.3: Διαχρονική εξέλιξη των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο και του δείκτη AROPE (2008-2018).....	104

Διάγραμμα 4.2.4: Διαχρονική εξέλιξη των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο, του αριθμού θανάτων από αυτοκτονίες και της βρεφικής θνησιμότητας (2008-2018).....	105
Διάγραμμα 5.1.1: Σχηματική απεικόνιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη.....	129

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΔΥΠε	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΤ	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
ΕΜΕΝΟ	Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας
ΕΝΕ	Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου
ΕΠΨΥ	Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΙΚΠΙ	Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής
ΙΝΕ	Ινστιτούτο Εργασίας
ΙΟΒΕ	Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών
ΙΣΑ	Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών
ΚΑΝΕΠ	Κέντρο Ανάπτυξης Εκπαιδευτικής Πολιτικής
ΚΕΝ	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΚΕΠΕ	Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
ΚΕΣΥ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
κ.κ.ΑΕΠ	Κατά Κεφαλήν ΑΕΠ
ΚΥ	Κέντρα Υγείας
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

ΜΠΔΣ	Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής
ΝΠΔΔ	Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
ΟΚΑ	Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης
ΟΝΕ	Οικονομική και Νομισματική Ένωση
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠεΣΥ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας
ΠεΣΥΠ	Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας
ΠΟΠ	Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΛΥ	Σύστημα Λογαριασμών Υγείας
ΤοΜΥ	Τοπική Μονάδα Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
ΦΠΑ	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας
AROP	At-Risk-of-Poverty
AROPE	At Risk Of Poverty or Social Exclusion
CDO	Collateralized Debt Obligation
CDS	Credit Default Swaps
ECO	Economic Cooperation Organization
EFSF	European Financial Stability Facility
MTFS	Medium-Term Fiscal Strategy
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OPP	Out-of-Pocket Payments
PSI	Private Sector Involvement



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κρίση που ξεκίνησε το 2007 ως «κρίση των ενυπόθηκων δανείων», με γενεσιουργό χώρα τις ΗΠΑ, επεκτάθηκε πολύ σύντομα στο μεγαλύτερο μέρος του υπόλοιπου κόσμου, παίρνοντας τη μορφή χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης. Η μεταφορά της κρίσης στην πραγματική οικονομία δε θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστη τη χώρα μας, η οποία ταλανιζόταν ήδη από μακροοικονομικές ανισορροπίες και βαθιά διαρθρωτικά προβλήματα. Μολονότι στα αρχικά στάδια της παγκόσμιας ύφεσης η επίδρασή της φάνηκε να είναι αμελητέα για την Ελλάδα, από το τέλος του 2009 και στις αρχές του 2010 η χώρα μας εισήλθε σε μια άνευ προηγουμένου δημοσιονομική κρίση. Απόρροια αυτής της κατάστασης ήταν η Ελλάδα να τεθεί υπό την εποπτεία της τρόικας και οι κυβερνήσεις της να υπογράψουν τρία προγράμματα οικονομικής προσαρμογής, τα οποία επέβαλαν μια σειρά μέτρων λιτότητας. Η δημοσιονομική βιωσιμότητα της χώρας μας απαιτούσε, μεταξύ άλλων, τεράστιες περικοπές στους εθνικούς προϋπολογισμούς και κυρίως όσον αφορά τον πολυδάπανο τομέα της υγείας.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι αφενός, μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, να παρουσιάσει τα αίτια της οικονομικής κρίσης και τις ευρύτερες συνέπειές της για τη χώρα μας και αφετέρου, μελετώντας τη διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας, να διερευνήσει μέσω οικονομετρικής ανάλυσης, για το χρονικό διάστημα 2008-2018, τη συσχέτιση των δημόσιων δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη με το ΑΕΠ και με τους δείκτες των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας, του κινδύνου φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού (δείκτης AROPE), του αριθμού των ατόμων που οδηγήθηκαν στην αυτοκτονία και της βρεφικής θνησιμότητας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, είναι η ανάλυση χρονολογικών σειρών και η εκτίμηση των σχέσεων των υπό εξέταση μεταβλητών προσδιορίστηκε μέσω γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης, με τη συνδρομή του στατιστικού πακέτου STATA.

Για την καλύτερη περιγραφή και ανάλυση των προαναφερθέντων, η διπλωματική εργασία αναπτύσσεται σε έξι κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται η απαρχή της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης του 2008, οι αιτίες που οδήγησαν τη χώρα μας στη δημοσιονομική κατάρρευση και στην προσφυγή στα μνημόνια, καθώς και τα μέτρα που ελήφθησαν στο πλαίσιο της προσπάθειας της δημοσιονομικής εξυγίανσης. Περαιτέρω, αναλύονται οι συνέπειες της κρίσης στο οικονομικό και κοινωνικό γίγνεσθαι της Ελλάδας. Ειδικότερα, ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στην πορεία του ΑΕΠ, του δημοσιονομικού

ισοζυγίου και του δημόσιου χρέους, όπως και στην εξέλιξη της ανεργίας και του επιπέδου φτώχειας του πληθυσμού, καθώς και στην επίδραση της ύφεσης στον τομέα της εκπαίδευσης και στη μετανάστευση του εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται το ελληνικό σύστημα υγείας, από την ίδρυσή του μέχρι την εμφάνιση της κρίσης, καθώς και οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στον τομέα αυτό κατά τη διάρκειά της, με κύριο στόχο την περιστολή των δημόσιων δαπανών υγείας. Επίσης, παρουσιάζονται εκτενή στοιχεία, στατιστικά και βιβλιογραφικά, για τον τρόπο με τον οποίο τα μέτρα λιτότητας επηρέασαν τους επαγγελματίες υγείας, το επίπεδο των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας, την ψυχική υγεία των πολιτών και τη βρεφική θνησιμότητα.

Το τρίτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στη διαχρονική εξέλιξη των συνολικών δαπανών υγείας, για το χρονικό διάστημα πριν και μετά την έλευση της κρίσης στη χώρα μας και στους παράγοντες που προσδιορίζουν τις εν λόγω δαπάνες, κυρίως αυτές που προέρχονται από δημόσιες χρηματοδοτήσεις. Επιπρόσθετα, αναφέρονται οι δυσμενείς επιπτώσεις των αυξημένων ιδιωτικών πληρωμών για την υγεία, στα ελληνικά νοικοκυριά.

Στο τέταρτο κεφάλαιο διατυπώνονται τα ερευνητικά ερωτήματα που πραγματεύεται η εργασία και επιχειρείται μέσω οικονομετρικών εργαλείων να προσδιοριστεί η σχέση και η ένταση της συσχέτισης των υπό εξέταση μεταβλητών, ώστε να δοθούν απαντήσεις στα εν λόγω ερωτήματα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, μέσω συζήτησης και παράθεσης των συμπερασμάτων, γίνεται προσπάθεια συγκερασμού των αποτελεσμάτων της οικονομετρικής ανάλυσης με το θεωρητικό πλαίσιο και με τα ευρήματα προγενέστερων ερευνών, που είχαν ως αντικείμενο μελέτης τους αντίστοιχα θέματα.

Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με το έκτο κεφάλαιο, στο οποίο αναφέρονται από τη μία οι περιορισμοί της έρευνας και από την άλλη επιχειρείται να παρουσιαστούν και ζητήματα που αναφέρονται για μελλοντική έρευνα.

# **Κεφάλαιο Πρώτο: Η χρηματοπιστωτική κρίση του 2008 και οι επιπτώσεις της στην Ελλάδα**

## **1.1 Ιστορική αναδρομή στην παγκόσμια κρίση του 2008**

Η πολύμορφη κρίση που ξέσπασε το 2007-2008 στις ΗΠΑ αποτελεί τη μεγαλύτερη κρίση της παγκόσμιας οικονομίας, μετά την κρίση του 1929-1933 (Μπαμπανάσης, 2011: 21). Η εμφάνισή της οφείλεται στην αλληλεπίδραση πολλών αιτιών, που σχετίζονταν μεταξύ τους, όπως οι μακροοικονομικές αστάθειες, οι οποίες επιδεινώθηκαν από ακατάλληλες αποφάσεις νομισματικής πολιτικής, η υψηλή μόχλευση, οι εσφαλμένες εκτιμήσεις, οι χρηματοοικονομικές καινοτομίες, που δημιούργησαν ουτοπικές προσδοκίες, καθώς και οι ποικίλες ρυθμιστικές αδυναμίες (π.χ. η αδιαφάνεια στους κανονισμούς των ΗΠΑ) (Meier, Rodriguez Gonzalez & Kunze, 2021). Η τετραετία που ακολούθησε υπήρξε περίοδος ισχυρών οικονομικών κλυδωνισμών, αλλά και έντονου προβληματισμού, για τη βιωσιμότητα του παγκόσμιου οικονομικού συστήματος (Κότιος & Παυλίδης, 2012: 119).

Στην εμφάνιση των μακροοικονομικών ανισορροπιών, που δημιουργήθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες στην παγκόσμια οικονομία, συνέβαλε το γεγονός ότι οι αναδυόμενες οικονομίες των αναπτυσσόμενων χωρών, όπως της Κίνας, μέσω της δυναμικής τους πορείας, κατάφεραν να πετύχουν μεγάλα πλεονάσματα στα ισοζύγιο αγαθών και υπηρεσιών, σε σχέση με τις αναπτυγμένες οικονομίες, που συσώρευσαν ελλείμματα (Μπαμπανάσης, 2011: 27-28).

Αποτέλεσμα της παρατεταμένης έλλειψης οικονομικής ισορροπίας, μεταξύ αυτών των χωρών, ήταν να αυξηθούν ραγδαία οι εισροές κεφαλαίων από την Ασία προς τις ΗΠΑ, με συνέπεια την υπερβολική ρευστότητα και τη διατήρηση των επιτοκίων δανεισμού στις Ηνωμένες Πολιτείες σε χαμηλά επίπεδα. Η εξέλιξη αυτή έδωσε ώθηση στις ήδη υπάρχουσες ανισορροπίες του χρηματοοικονομικού τομέα, συμβάλλοντας στην ενίσχυση του δανεισμού και επηρεάζοντας θετικά την αγορά των ενυπόθηκων δανείων στις ΗΠΑ (Verick & Islam, 2010; Χαρδούβελης, 2011: 36; Ramskogler, 2015).

Είναι κοινά αποδεκτό ότι η ευπαθής αγορά των ενυπόθηκων δανείων υψηλού κινδύνου (subprime loans) των ΗΠΑ και η μη ορθή πιστωτική παρακολούθησή τους συνιστούν τον ακρογωνιαίο λίθο της οικονομικής κρίσης (Meier, Rodriguez Gonzalez & Kunze, 2021; Κότιος & Παυλίδης, 2012: 122). Τα δάνεια αυτά, τα οποία αποτελούσαν τη δευτερεύουσα

αγορά δανείων, απευθύνονταν σε άτομα που παρουσίαζαν μεγάλο κίνδυνο ως πιστωτές, αφού δεν πληρούσαν ουσιαστικά τα κριτήρια πιστοληπτικής ικανότητας. Το μίγμα της διατήρησης των επιτοκίων, από την Ομοσπονδιακή Τράπεζα των ΗΠΑ (Federal Reserve System), σε πολύ χαμηλά επίπεδα και της αύξησης της ριψοκίνδυνης δραστηριότητας των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, επιτάχυνε την αύξηση των τιμών στην αγορά ακινήτων, δημιουργώντας τη λεγόμενη «φούσκα». Καθώς όμως τα επιτόκια εμφάνισαν ανοδική πορεία, λόγω αλλαγής των συνθηκών της αγοράς, αυξήθηκαν και οι κάτοχοι στεγαστικών δανείων που αντιμετώπιζαν αντικειμενική δυσκολία στο να εκπληρώσουν τις δανειακές τους υποχρεώσεις, γεγονός που οδήγησε, από τα μέσα του 2006, στην πτώση των τιμών των κατοικιών. Η κατάσταση αυτή εξελίχθηκε σε χιονοστιβάδα που παρέσυρε τις τράπεζες, οι οποίες έπρεπε να αντιμετωπίσουν τη σημαντική μείωση των ρευστών διαθέσιμων, που προκάλεσε το πλήθος των μη εξυπηρετούμενων δανείων (Mankiw & Taylor, 2010: 10,19; Κότιος & Παυλίδης, 2012: 122).

Εδώ υπεισέρχεται κι ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας της κρίσης, που αφορά την αλόγιστη προσφυγή στη μέθοδο της τιτλοποίησης δανείων. Η αυξημένη ρευστότητα από την τιτλοποίησή τους επέτρεψε στις τράπεζες να προσφέρουν πίστωση σε περισσότερους δανειολήπτες, καθώς μπορούσαν να δανείζουν εκ νέου τα ποσά που εισέπρατταν μέσω αυτής της μεθόδου, με στόχο φυσικά τα κέρδη και χωρίς να λαμβάνεται υπόψη ο επικείμενος κίνδυνος. Η περαιτέρω επέκταση του δανεισμού τροφοδότησε ακόμη περισσότερο την έκρηξη τιμών στην αγορά κατοικιών (Κότιος & Παυλίδης, 2012: 122-123; Angell & Patel, 2017).

Ο μηχανισμός της τιτλοποίησης επέτρεπε στις τράπεζες να ομαδοποιούν τα δάνεια και να τα πωλούν σε δομημένους επενδυτικούς φορείς. Οι εν λόγω φορείς, προκειμένου να αγοράζουν αυτό το πακέτο των τραπεζικών προϊόντων, προέβαιναν στην έκδοση ομολόγων, τα οποία στη συνέχεια τα προωθούσαν σε επενδυτές, με αποτέλεσμα την ευθύνη έναντι των επενδυτών αυτών να την έχει ο νεοσύστατος φορέας και όχι η τράπεζα (Mankiw & Taylor, 2010: 15-16). Δυστυχώς, όλη αυτή η διαδικασία ήταν εξαιρετικά αδιαφανής και δε διασφάλιζε τους συμμετέχοντες στην αλυσίδα τιτλοποίησης από τον εγγενή κίνδυνο της μη αποπληρωμής των δανείων, από τους αρχικούς δανειολήπτες (Ramskogler, 2015; Angell & Patel, 2017).

Τα πράγματα όμως έγιναν ακόμη πιο περίπλοκα, καθώς οι επενδυτές μπορούσαν να αγοράσουν ασφάλεια έναντι αυτού του κινδύνου, τα επονομαζόμενα CDS (Credit Default

Swaps), δηλαδή ένα ετήσιο ασφάλιστρο σε μια ασφαλιστική εταιρεία, η οποία αναλάμβανε να πληρώσει στον επενδυτή την αξία του ομολόγου, αν οι αρχικοί λήπτες των δανείων αδυνατούσαν να πληρώσουν τα δάνειά τους (Mankiw & Taylor, 2010: 17). Η αγορά των CDS αναπτύχθηκε γρήγορα σε κερδοσκοπία, καθιστώντας το σύστημα ακόμη πιο εύθραυστο, αφού τα εξελιγμένα αυτά παράγωγα διευκόλυναν την υπερβολική ανάληψη χρηματοπιστωτικού κινδύνου και συνεπώς την περαιτέρω απορρύθμιση του χρηματοπιστωτικού τομέα (Crotty, 2009).

Όπως αναφέρει ο Χαρδούβελης (2011: 36) τις νέες μορφές τιτλοποιήσεων, με σύνθετους δομημένους τίτλους, που είχαν διαφορετικές ονομασίες και εκφάνσεις, όπως τα CDO (Collateralized Debt Obligations), λίγοι τις κατανοούσαν και μπορούσαν να τις τιμολογήσουν σωστά. Οι οργανισμοί αξιολόγησης πιστοληπτικής ικανότητας, υποκινούμενοι προφανώς από κερδοσκοπικά κίνητρα, υποτιμούσαν συστηματικά τον κίνδυνο αυτών των περιουσιακών στοιχείων και τους έδιναν τη σφραγίδα έγκρισής τους, παρέχοντάς τους υπερβολικά θετικές αξιολογήσεις και υψηλές βαθμολογήσεις (Crotty, 2009; Meier, Rodriguez Gonzalez & Kunze, 2021).

Με την πάροδο του χρόνου τα παράγωγα χρηματοοικονομικά προϊόντα, που είχαν ως αποτέλεσμα τη διογκωμένη μόχλευση, έγιναν πιο περίπλοκα, αδιαφανή και ρευστά (Crotty, 2009), ενώ η ανεξέλεγκτη αύξησή τους, όπως επισημαίνει και ο Μπαμπάνας (2011: 26), διεύρυνε το χάσμα μεταξύ της χρηματοπιστωτικής οικονομίας και της πραγματικής οικονομίας, σημειώνοντας ότι το 2008 τα προϊόντα αυτά σε παγκόσμιο επίπεδο ανέρχονταν σε 500 τρισεκατομμύρια ευρώ, όταν το παγκόσμιο ΑΕΠ ήταν μόλις 56 τρισεκατομμύρια ευρώ. Με την έναρξη όμως της μαζικής αθέτησης των δανειακών υποχρεώσεων από τους δανειολήπτες και των μαζικών πωλήσεων ή και σε πολλές περιπτώσεις κατασχέσεων των κατοικιών τους, τα «τοξικά» αυτά προϊόντα άρχισαν να έχουν απροσδιόριστη αξία, αφού τα περισσότερα στηρίζονταν σε στεγαστικά δάνεια subprime. Αυτό σήμαινε ότι τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα που είχαν στην κατοχή τους τα συγκεκριμένα παράγωγα, αδυνατούσαν να εκτιμήσουν την πλέον χαμηλότερη αξία τους, μια και οι σχετικές αγορές κατέρρεαν (Χαρδούβελης, 2011: 41).

Η έκρηξη της φούσκας των ακινήτων στις ΗΠΑ, η κατάρρευση των τιμών τους και οι συνεχείς μειώσεις στις αξίες των τιτλοποιημένων, μη παραδοσιακών, προϊόντων είχαν ως αποτέλεσμα πολλά χρηματοπιστωτικά ιδρύματα να συσσωρεύσουν τόσο μεγάλα ποσά επισφαλών χρεών, ώστε κάποια οδηγήθηκαν σε πτώχευση, ενώ άλλα εξαγοράστηκαν ή

κρατικοποιήθηκαν (Meier, Rodriguez Gonzalez & Kunze, 2021). Η κατάρρευση κολοσσιαίων εταιρειών παροχής χρηματοοικονομικών υπηρεσιών έκανε ορατή τη χρηματοπιστωτική κρίση, η οποία έλαβε δραματικές διαστάσεις τον Σεπτέμβριο του 2008, με την αποτυχία της Lehman Brothers να επιβιώσει (Angell & Patel, 2017).

Η κρίση γρήγορα διαχύθηκε σε όλη την πραγματική παγκόσμια οικονομία, αφού τράπεζες ανά τον κόσμο είχαν αγοράσει τα παράγωγα προϊόντα από τις ΗΠΑ. Η εμφάνιση προβλημάτων ρευστότητας στο παγκόσμιο χρηματοπιστωτικό σύστημα είχε ως αποτέλεσμα τη μεγάλη αύξηση των διατραπεζικών επιτοκίων σε ολόκληρο τον κόσμο (Μπαμπάνας, 2011: 21) και τη σταδιακή απομόχλευση, η οποία διαδραμάτισε και τον κυριότερο ρόλο στην επέκταση της κρίσης, σε όλες τις χρηματοοικονομικές δραστηριότητες (Χαρδούβελης, 2011: 39).

Η διεθνής χρηματοπιστωτική κρίση, όπως σημειώνουν και οι Κότιος & Παυλίδης (2012: 156-167), δε θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστη την Ευρωζώνη, καθώς υπήρξε στενή διασύνδεση των ευρωατλαντικών χρηματοπιστωτικών όρων και αλληλεξάρτηση των αγορών αγαθών και υπηρεσιών. Αρχικά η κρίση έπληξε τις ευρωπαϊκές τράπεζες, σε δεύτερο όμως χρόνο μεταλαμπαδεύτηκε στις πραγματικές οικονομίες, αφού η ύφεση μεταφράστηκε σε μείωση της επένδυσης, της εγχώριας ζήτησης και του εξωτερικού εμπορίου, που με τη σειρά τους οδήγησαν σε επιβράδυνση των ρυθμών της οικονομικής ανάπτυξης και σε επιδείνωση των δημοσιονομικών μεγεθών. Το γεγονός αυτό προκάλεσε μια νέα κρίση στο οικοδόμημα της ΟΝΕ, την κρίση χρέους, η οποία αφορούσε κυρίως τις αδύναμες χώρες, μια εκ των οποίων ήταν η Ελλάδα, που όπως προκύπτει από την ανάλυση της επόμενης ενότητας βρισκόταν ήδη σε ιδιαίτερα ευάλωτη θέση.

## **1.2 Τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα**

Η σφοδρότητα της οικονομικής κρίσης που ξέσπασε το 2009 αποκάλυψε περίτρανα τις χρόνιες αδυναμίες του ελληνικού, οικονομικού και πολιτικού συστήματος, να λειτουργήσει αρμονικά, τόσο εντός της Ευρωζώνης, όσο και στο διεθνές περιβάλλον. Οι αδυναμίες αυτές οδήγησαν σε μια συνεχή κακοδιαχείριση της εγχώριας ελληνικής οικονομίας και σε αύξηση του δημόσιου χρέους, με ρυθμό πολύ υψηλότερο από αυτόν των υπόλοιπων της κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (Kouretas & Vlamis, 2010; Κότιος & Παυλίδης, 2012: 202). Η κρίση έφερε στην επιφάνεια, με επώδυνο τρόπο, τις συνέπειες της ανεπάρκειας των θεσμών, της ατολμίας λήψης διαρθρωτικών μέτρων και

γενικά των στρεβλώσεων που καταπονούσαν τη χώρα μας για δεκαετίες (Λιαργκόβας, 2020: 20).

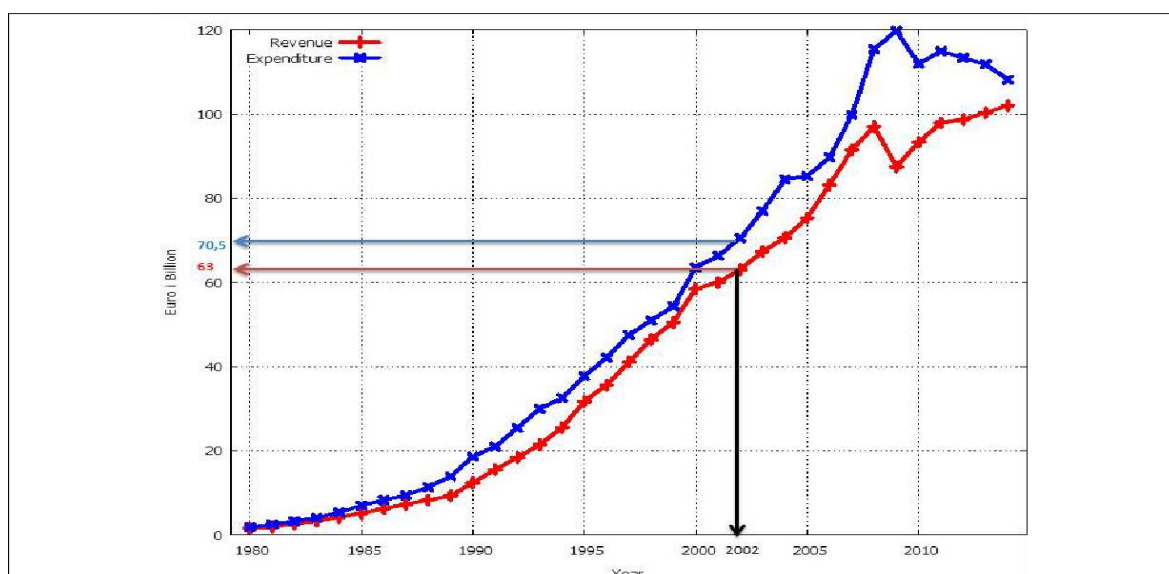
Στη σχετική βιβλιογραφία αναφέρονται συγκεκριμένα προβλήματα, που ταλάνιζαν την ελληνική οικονομία πριν το ξέσπασμα της κρίσης και αφορούσαν τη διαφθορά και την έλλειψη διαφάνειας των δημόσιων ελληνικών θεσμών, τη διασπάθιση του δημόσιου χρήματος, καθώς και σοβαρά θέματα δυσλειτουργικής είσπραξης των φόρων (Ozturk & Sozdemir, 2015). Σχετικά με τη διαφθορά, δεδομένα από την Παγκόσμια Τράπεζα και το Transparency International's Corruption δείχνουν ότι, κατά την περίοδο 2002-2011, δεν ήταν απλώς ένα σποραδικό και περιστασιακό φαινόμενο που βασάνιζε τη χώρα μας, αλλά μια πολυετής κατάσταση, εξαιρετικά διαδεδομένη. Συγκεκριμένα, για την εν λόγω περίοδο, η Ελλάδα κατατάχθηκε, για την πλειονότητα των ετών, ως η πρώτη πιο διεφθαρμένη χώρα στην Ευρωζώνη (Theocharis & Deth, 2013).

Στη βιβλιογραφική έρευνα που πραγματοποιήθηκε, ως βασικό αίτιο δημιουργίας της οικονομικής κρίσης αναφέρεται η ύπαρξη των «δίδυμων ελλειμμάτων», δηλαδή η ταυτόχρονη ύπαρξη ελλείμματος, τόσο στο δημοσιονομικό ισοζύγιο, όσο και στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών, που όπως αναφέρουν οι Κότιος, Γαλανός και Ρουκανάς (2012) το πρώτο τροφοδοτούσε το δεύτερο. Την πορεία και τις αιτίες των ελλειμμάτων αυτών, κατά την περίοδο πριν την κρίση, θα αναλύσουμε στη συνέχεια.

Η αρχική συσσώρευση του ελληνικού χρέους ξεκίνησε το 1980 και περαιτέρω εξερράγη στις αρχές του 2000, με την υιοθέτηση του ευρώ. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 και 1990, η Ελλάδα επωφελήθηκε από αρκετές επιχορηγήσεις της ΕΕ και γεωργικές επιδοτήσεις, που επέτρεψαν στις ελληνικές κυβερνήσεις να επιβραβεύσουν οικονομικά πολλές κοινωνικές ομάδες και ταυτόχρονα να επεκτείνουν τον δημόσιο τομέα, χωρίς όμως να μπορούν να καλύψουν τις απορρέουσες δημόσιες δαπάνες, αφού τα έσοδα από φόρους ήταν ανεπαρκή (Dimitraki & Kartsaklas, 2017). Η διόγκωση του μεγέθους του δημόσιου τομέα, η άνοδος του μισθολογικού κόστους του, καθώς και η αύξηση της συνταξιοδοτικής δαπάνης, παράλληλα με την αδυναμία του κράτους να καταπολεμήσει τη φοροδιαφυγή σε όλους τους κλάδους της οικονομίας, οδήγησαν στην αύξηση του δημοσιονομικού ελλείμματος (Τσακλόγλου, Οικονομίδης, Παγουλάτος, Τριαντόπουλος & Φιλιππόπουλος, 2016).

Προς επίρρωση των αναγραφόμενων της προηγούμενης παραγράφου, παρουσιάζεται το διάγραμμα 1.2.1 από την έρευνα του Mantalou (2015) σχετικά με τις αιτίες που οδήγησαν στην παρατεταμένη οικονομική κρίση της Ελλάδας, το οποίο ευκρινώς επιβεβαιώνει τη σημαντική παθογένεια του ελληνικού οικονομικού συστήματος, όσον αφορά την ύπαρξη του δημοσιονομικού ελλείμματος. Σύμφωνα με τα στοιχεία του διαγράμματος αυτού, διαχρονικά από το 1980 μέχρι και το 2010, δηλαδή για μια περίοδο 30 χρόνων, τα συνολικά έξοδα της γενικής κυβέρνησης ήταν σταθερά υψηλότερα από τα συνολικά έσοδα.

Διάγραμμα 1.2.1: Διαχρονική εξέλιξη του δημοσιονομικού ελλείμματος ως διαφορά των εσόδων και των εξόδων της Ελλάδας (1980- 2010)

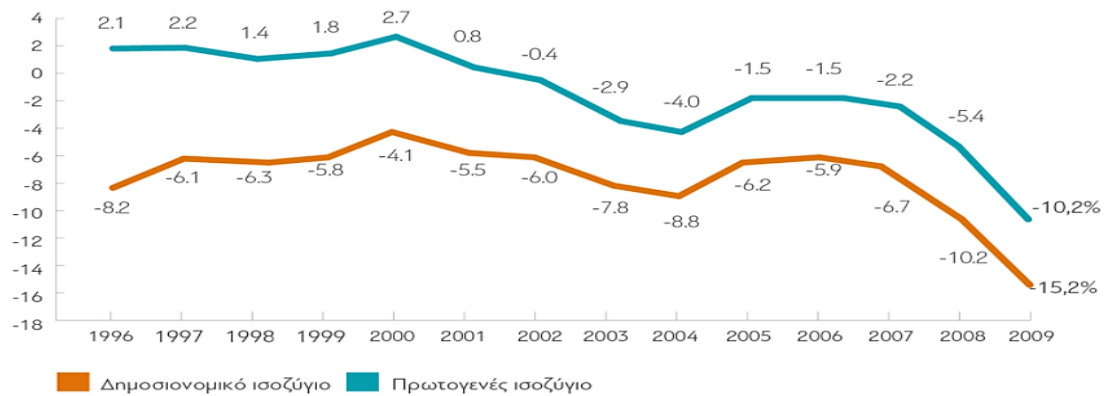


Πηγή: Mantalos, P. (2015). *Greek Debt Crisis. "An Introduction to the Economic Effects of Austerity"*. <https://www.oru.se/globalassets/oru-sv/institutioner/hh/workingpapers/workingpapers2015/wp-4-2015.pdf>

Στο επόμενο διάγραμμα (1.2.2) παρουσιάζεται το ίδιο μέγεθος, δηλαδή το δημοσιονομικό έλλειμμα, αλλά ως ποσοστό του ΑΕΠ. Η σοβαρότητα του προβλήματος εμφανίζεται πιο έντονα μετά το 2001, όταν το ύψος του δημοσιονομικού ελλείμματος άρχισε να αυξάνεται σταδιακά, αγγίζοντας το 2004 το ποσοστό 8,8% του ΑΕΠ και καταλήγοντας το 2009 σε ποσοστό 15,2%, παρουσιάζοντας αλματώδη αύξηση πέντε ποσοστιαίων μονάδων, σε σχέση με το 2008. Το πλέον ανησυχητικό όμως ήταν η σταδιακή αύξηση του πρωτογενούς ελλείμματος, το οποίο το 2009 έφθασε το 10,2% του ΑΕΠ (Τσακλόγλου Οικονομίδης, Παγουλάτος, Τριαντόπουλος & Φιλιππόπουλος, 2016).



Διάγραμμα 1.2.2: Δημοσιονομικό και πρωτογενές ισοζύγιο ως ποσοστό του ΑΕΠ για την Ελλάδα (1996-2009)



Πηγή: Τσακλόγλου, Π., Οικονομίδης, Γ., Παγουλάτος, Γ., Τριαντόπουλος, Χ. & Φιλιππόπουλος, Α. (2016). Ένα νέο αναπτυξιακό πρότυπο για την Ελληνική οικονομία και η μετάβαση σε αυτό. [https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/05/production\\_model\\_research\\_dianeosis\\_final.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/05/production_model_research_dianeosis_final.pdf)

Όσον αφορά το ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών της Ελλάδας, παρόλο που την περίοδο 1982-1998 αυτό αντιστοιχούσε στο 2,2% του ΑΕΠ, μετά το 1999 παρατηρήθηκε θεαματική επιδείνωσή του. Ειδικότερα, η απελευθέρωση των χρηματοπιστωτικών αγορών τη δεκαετία του 1990 και η διαδικασία νομισματικής ενοποίησης, που κατέληξε στην υιοθέτηση ενός κοινού νομίσματος το 2001, είχαν ως αποτέλεσμα τη μεγάλη πιστωτική επέκταση, την τεράστια μείωση των επιτοκίων δανεισμού και την ταυτόχρονη μείωση του ποσοστού ιδιωτικής αποταμίευσης, παράγοντες που συνέβαλαν στη διαμόρφωση των μεγαλύτερων ελλειμμάτων στο εν λόγω ισοζύγιο. Η κατάσταση αυτή οξύνθηκε ακόμη περισσότερο από το γεγονός ότι ο εξωτερικός δανεισμός και η απρόσκοπτη εισροή κεφαλαίων στη χώρα μας χρηματοδοτούσε τις καταναλωτικές δαπάνες, με αποτέλεσμα η οικονομική ανάπτυξη, κατά τη δεκαετία 1999-2009, να στηρίζεται όχι στην προσφορά, αλλά περισσότερο στην αυξημένη ζήτηση, η οποία καλυπτόταν κατά ένα μεγάλο μέρος από την άνοδο των εισαγωγών (Τράπεζα της Ελλάδας, 2010). Όπως αναφέρουν και οι Johnston και Regan (2016), τα ελλείμματα τρεχουσών συναλλαγών δε θα ήταν πρόβλημα από μόνα τους, ούτε για την Ελλάδα ούτε για τις υπόλοιπες πληγείσες χώρες του Νότου της Ευρωζώνης, εάν ο εξωτερικός δανεισμός, ο οποίος κατά βάση προερχόταν από τις χώρες του Βορρά, διοχετευόταν σε εμπορεύσιμους τομείς, που θα ενίσχυαν τη μακροπρόθεσμη παραγωγικότητα και θα έδιναν ώθηση στις εξαγωγές, διασφαλίζοντας έτσι την εμφάνιση μελλοντικών πλεονασμάτων.

Στους προαναφερθέντες παράγοντες επιβάρυνσης του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών πρέπει να προστεθεί η επιβεβαιωμένη, από πολυάριθμες βάσεις δεδομένων και επισκοπήσεις διεθνών οργανισμών και ερευνητών, καθίζηση που υπέστη η

ανταγωνιστικότητα της ελληνικής οικονομίας, κατά την περίοδο 2000-2009, η οποία συνέβαλε στην επιβράδυνση των εξαγωγών, στην αύξηση των εισαγωγών και στην απώλεια μεριδίων στις ξένες αγορές. Σημαντικό ρόλο στην υποβάθμιση της ανταγωνιστικότητας έπαιξε η επίμονη θετική διαφορά του πληθωρισμού της Ελλάδας, κατά την προαναφερόμενη περίοδο, καθώς και η ταχύτερη αύξηση του κόστους εργασίας ανά μονάδα προϊόντος, σε σχέση με τις άλλες χώρες-μέλη της Ευρωζώνης (Μπαμπάνας, 2011: 406; Μητσόπουλος & Πελαγίδης, 2012: 204). Η συνύπαρξη όλων αυτών των μη ευνοϊκών συνθηκών συντέλεσε στην εμφάνιση ενός ελλειμματικού ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών, που σύμφωνα με τα δεδομένα της Eurostat<sup>1</sup>, το 2008 ανήλθε στο 15,1% του ΑΕΠ, ποσοστό υπερδιπλάσιο του αντίστοιχου ελλείμματος για το έτος 2002. Απόρροια αυτής της δυσμενούς οικονομικής κατάστασης ήταν η ελληνική οικονομία να χάσει την αξιοπιστία της στις διεθνείς αγορές και να γίνει πιο επιρρεπής σε εξωγενή οικονομικά σοκ, όπως αυτό της κρίσης του 2008 στις ΗΠΑ.

Το χάσμα μεταξύ των δημόσιων δαπανών και των δημόσιων εσόδων, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση των χρόνιων δημοσιονομικών ελλειμμάτων, όπως και η ενίσχυση των ανισορροπιών στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών, είχαν ως αποτέλεσμα όχι μόνο την ανοδική πορεία του δημόσιου χρέους αλλά και την ανατροπή της σύνθεσής του, υπό την έννοια ότι ήταν πλέον οι ξένες τράπεζες αυτές που παρακρατούσαν το μεγαλύτερο τμήμα του (Τσακλόγλου, Οικονομίδης, Παγουλάτος, Τριαντόπουλος & Φιλιππόπουλος, 2016). Ειδικότερα, το δημόσιο χρέος άρχισε να αυξάνεται σημαντικά μετά το 1981, φτάνοντας το 1993 στο 100% του ΑΕΠ. Στη συνέχεια, τα προγράμματα δημοσιονομικής προσαρμογής, που υιοθετήθηκαν προκειμένου η χώρα μας να μπορέσει να ικανοποιήσει τα κριτήρια εισόδου στην ΟΝΕ, σε συνδυασμό με τους υψηλούς ρυθμούς οικονομικής μεγέθυνσης, συνέβαλαν στη διατήρηση του δημόσιου χρέους κοντά σε αυτό το ποσοστό μέχρι το 2006. Ωστόσο, από το 2007 και μετά, που άρχισε να καταγράφεται αύξηση των δανειακών αναγκών, παρατηρήθηκε εκ νέου αλματώδης άνοδος του χρέους, η οποία οδήγησε τον λόγο του δημόσιου χρέους προς το ΑΕΠ σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα (ΙΝΕ 2011α), αγγίζοντας το ποσοστό του 127% το 2009. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχούσε σε 301,1 δισ. ευρώ, ποσό σχεδόν διπλάσιο του αντίστοιχου ποσού των 148,2 δισ. ευρώ, που είχε διαμορφωθεί για το έτος 2000 (ΚΕΠΕ, 2020).

---

<sup>1</sup> Eurostat, 2021, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TIPSBP20/default/table> (Accessed on 6 April 2021)

Τα παραπάνω επαληθεύουν τις απόψεις ότι η Ελλάδα δεν αξιοποίησε τις ευνοϊκές συνθήκες που δημιούργησε η ένταξή της στην ΟΝΕ, αλλά αντίθετα εμφάνισε πρωτόγνωρη διόγκωση του μεγέθους των ελλειμμάτων και του δημόσιου χρέους. Η ανεξέλεγκτη άνοδος αυτών των μακροοικονομικών μεγεθών αύξησε στην ουσία την πιθανότητα υλοποίησης του αρνητικού σεναρίου, που τελικά επιβεβαιώθηκε από τους πρώτους μήνες του 2010 και αναφερόταν στη δυσκολία πρόσβασης της ελληνικής οικονομίας στον διεθνή δανεισμό.

Βέβαια, άμοιρες των ευθυνών δεν ήταν ούτε η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (ΕΚΤ) ούτε οι κυβερνήσεις της Ευρωζώνης, οι οποίες αντέδρασαν καθυστερημένα και απέτυχαν να δώσουν ένα σαφές μήνυμα στις αγορές, ότι δηλαδή ήταν διατεθειμένες να παρέχουν άμεση πολιτική και οικονομική υποστήριξη, σε όποια χώρα αντιμετώπιζε οικονομικά προβλήματα (Kouretas & Vlamis, 2010). Στην προηγούμενη διαπίστωση δεν πρέπει να παραληφθεί να αναφερθεί η διαρθρωτική αδυναμία της Ευρωζώνης, που αφορούσε την ανισορροπία ανάμεσα στις χώρες του Βορρά και του Νότου, με τις πρώτες να συσσωρεύουν πλεονάσματα και επενδύσεις και τις δεύτερες να παραμελούν να λαμβάνουν αναπτυξιακές πρωτοβουλίες, προκειμένου να καταστούν ανταγωνιστικές (Χριστοδουλάκης, 2012: 282-283).

### **1.3 Τα μνημόνια και τα μέτρα λιτότητας**

Η ελληνική κρίση χρέους πυροδοτήθηκε τον Οκτώβριο του 2009, όταν η νεοεκλεγείσα κυβέρνηση αποκάλυψε ότι η χώρα είχε υποτιμήσει το δημοσιονομικό έλλειμμα κατά περίπου 6 ποσοστιαίες μονάδες (Zettelmeyer, Trebesch & Gulati, 2013). Η αποδεδειγμένη πλέον δυσμενής πορεία των ελληνικών μακροοικονομικών μεγεθών διάβρωσε την εμπιστοσύνη των διεθνών χρηματοπιστωτικών αγορών προς την Ελλάδα και αύξησε την αβεβαιότητα σχετικά με τη βιωσιμότητα του ελληνικού δημόσιου χρέους (Nelson, Belkin & Jackson, 2017). Παρά τις προσπάθειες της κυβέρνησης να αναστρέψει το αρνητικό κλίμα ανακοινώνοντας δημοσιονομικά μέτρα τον Φεβρουάριο και τον Μάρτιο του 2010, η υποβάθμιση της πιστοληπτικής ικανότητας της Ελλάδας από τους οίκους αξιολόγησης και η συνεχόμενη αύξηση του κόστους δανεισμού, καθιστούσαν ιδιαίτερος δυσχερή τη χρηματοδότηση του δημόσιου χρέους της χώρας μας (Κότιος & Παυλίδης 2012: 223; Τράπεζα Ελλάδος, 2014).

Η αποσταθεροποίηση της ελληνικής οικονομίας και ο φόβος για βαθιά ύφεση είχαν ως αποτέλεσμα η ελληνική κυβέρνηση, την άνοιξη του 2010, να ζητήσει και επίσημα τη

στήριξη του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ), της ΕΕ και της ΕΚΤ (θεσμοί οι οποίοι έμειναν στην ιστορία ως «τρίκα»), ώστε να υπογραφεί δάνειο ικανό να καλύψει τις χρηματοδοτικές ανάγκες της χώρας μας (Monastiriotis, 2011). Αυτό το πακέτο οικονομικής στήριξης, γνωστότερο ως «μνημόνιο», θα ακολουθούνταν από ακόμα δυο πακέτα διάσωσης. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά των τριών αυτών Προγραμμάτων Οικονομικής Προσαρμογής (ΠΟΠ) παρουσιάζονται στη συνέχεια.

Το πρώτο μνημόνιο, το οποίο επικυρώθηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο με τον ν. 3845/2010 τον Μάιο του 2010, προέβλεπε την υποστήριξη της χώρας μας, για περίοδο τριών ετών, με την παροχή δανείου ύψους 110 δισ. ευρώ σε δόσεις, στο οποίο θα συμμετείχαν οι χώρες της Ευρωζώνης με 80 δισ. ευρώ και το ΔΝΤ με 30 δισ. ευρώ. Ο κύριος στόχος του δημοσιονομικού προγράμματος ήταν η διόρθωση των δημοσιονομικών ανισορροπιών και η αποκατάσταση της εμπιστοσύνης στο ελληνικό κράτος, μέσω της μείωσης του ελλείμματος και του λόγου του δημόσιου χρέους προς το ΑΕΠ (ν. 3845/2010, Παράρτημα ΙΙΙ). Προϋπόθεση όμως για την ενεργοποίηση του δανείου ήταν η δρομολόγηση διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και η εφαρμογή μιας σειράς από μέτρα λιτότητας (Μπαμπανάσης, 2011: 97-98).

Οι όροι που τέθηκαν από τους δανειστές αποσκοπούσαν από τη μία στην αύξηση των δημόσιων εσόδων, μειώνοντας τη φοροδιαφυγή και εισφοροδιαφυγή και από την άλλη στην περιστολή των μη βιώσιμων και ανεξέλεγκτων δημόσιων δαπανών (Πελαγίδης, 2015: 89). Προκειμένου να μειωθούν οι κρατικές δαπάνες, το μνημόνιο εγκαινίασε τη στρατηγική «εσωτερικής υποτίμησης», βάσει μιας σωρευτικής διαδικασίας που είχε ως στόχο τη μείωση των μισθών και των επιδομάτων του δημόσιου τομέα και ταυτόχρονα τη συρρίκνωση του προσωπικού στην τοπική αυτοδιοίκηση, τη δημόσια υγεία και την εκπαίδευση (Markantonatou, 2013). Από την πλευρά των εσόδων, τα μέτρα περιλάμβαναν αύξηση του συντελεστή ΦΠΑ και των φόρων επί των καυσίμων, του καπνού, του αλκοόλ και των ειδών πολυτελείας. Προς την ίδια κατεύθυνση αποσκοπούσε η εισαγωγή νέας προοδευτικής κλίμακας, σχετικά με τη φορολόγηση του εισοδήματος φυσικών προσώπων, με ταυτόχρονη είσοδο περισσότερων συντελεστών (Ματσαγγάνης, 2011: 101-102; Μπαμπανάσης, 2011: 98).

Σύμφωνα με την πρώτη αξιολόγηση από την τριόικα, που δημοσιεύθηκε τον Αύγουστο του 2010, διαπιστώθηκε ότι το πρόγραμμα κατά τους πρώτους μήνες εξελίχθηκε ευρέως, όπως άλλωστε αναμενόταν. Τα πράγματα άρχισαν όμως να επιδεινώνονται γρήγορα και στη

δεύτερη αξιολόγηση, που δημοσιεύθηκε τον Δεκέμβριο του 2010, γινόταν αναφορά στις δυσκολίες εφαρμογής του προγράμματος και στα μακροοικονομικά αποτελέσματα, τα οποία δυστυχώς δεν ανταποκρίνονταν στις αρχικές προβλέψεις (Τράπεζα Ελλάδος, 2014; Colasanti, 2016). Η μη υλοποίηση βασικών στόχων του προγράμματος, κατά τη διάρκεια του επόμενου έτους, επιβεβαίωσαν την ύπαρξη ανυπέρβλητων δυσκολιών στην εφαρμογή του. Ένας από τους αποτυχημένους αυτούς στόχους ήταν η μη εμφάνιση θετικών ρυθμών ανάπτυξης, αφού η πτώση του ΑΕΠ το 2011 συνεχίστηκε με ρυθμό μείωσης 5% περίπου και η ύφεση της πραγματικής οικονομίας επεκτάθηκε σε όλους τους τομείς (Μπαμπανάσης, 2011: 103). Ταυτόχρονα, ήταν σαφές ότι η προσπάθεια μεταρρύθμισης είχε χάσει την αρχική της ένταση, αφού από τη μια οι πληθυσμιακές ομάδες, που τα συμφέροντά τους επηρεάστηκαν από τις μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες, προέβαλαν αυξανόμενη αντίσταση, ενώ από την άλλη, λάμβανε χώρα η επιδεινούμενη πολιτική κατάσταση (Colasanti, 2016).

Η απόκλιση από τους στόχους του πρώτου μνημονίου οδήγησε στην υιοθέτηση ενός Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής (ΜΠΔΣ) (Medium-Term Fiscal Strategy - MTFS 2012-2015), που εγκρίθηκε από τη Βουλή των Ελλήνων με τον ν. 3986/2011 (Μπαμπανάσης, 2011: 104). Ουσιαστικά επρόκειτο για μια νέα συμφωνία δημοσιονομικής και διορθωτικής προσαρμογής, με στόχο την επίτευξη μιας βιώσιμης δημοσιονομικής κατάστασης, μέσα σε ένα σύντομο χρονικό διάστημα, μέσω νέων φορολογικών ρυθμίσεων και πρόσθετων μέτρων εξυγίανσης. Στα μέτρα αυτά συμπεριλαμβανόταν και το πρόγραμμα των ιδιωτικοποιήσεων δημόσιων περιουσιακών στοιχείων, μέσω του οποίου θα εξασφαλιζόταν η απόκτηση 50 δισεκατομμυρίων ευρώ (Κότιος & Παυλίδης, 2012: 225; Μητσόπουλος & Πελαγίδης, 2012: 403-405).

Παρά την ψήφιση του ΜΠΔΣ, οι οικονομικές εξελίξεις επιδεινώθηκαν σημαντικά, μια και τόσο το δημοσιονομικό έλλειμμα, όσο και το δημόσιο χρέος κατέγραψαν αύξηση (Τράπεζα Ελλάδος, 2014). Στο πλαίσιο αυτό, στα τέλη Οκτωβρίου του 2011, θεσπίστηκαν τα μέτρα του ν. 4024/2011, τα οποία, μεταξύ άλλων, αναφέρονταν στην εφαρμογή νέου ενιαίου μισθολογίου για τους δημόσιους υπαλλήλους και συγχρόνως στην υλοποίηση χρονοδιαγράμματος για τη μετακίνηση αυτών σε καθεστώς πλεοναζόντων (Μητσόπουλος & Πελαγίδης, 2012: 405).

Η παρατεταμένη ύφεση της ελληνικής οικονομίας και οι συνεχείς υποβαθμίσεις του ελληνικού χρέους είχαν ως αποτέλεσμα, ένα μήνα σχεδόν μετά την ψήφιση του ΜΠΔΣ και

συγκεκριμένα στις 21 Ιουλίου 2011, σε μια διάσκεψη κορυφής έκτακτης ανάγκης, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο να συμφωνήσει σε μια δεύτερη διάσωση για την Ελλάδα. Ωστόσο, η διαδικασία ολοκληρώθηκε στις 27 Οκτωβρίου 2011, όταν το Συμβούλιο της ΕΕ επικαιροποίησε το δεύτερο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα (Μητσόπουλος & Πελαγίδης, 2012: 408, 416; Kosmidou, Kousenidis & Negakis, 2015), τη χρηματοδότηση του οποίου ενέκριναν οι Υπουργοί Οικονομικών της ζώνης του ευρώ στις 14 Μαρτίου 2012 (European Commission, 2021).

Σε αντίθεση με το πρώτο πρόγραμμα, το οποίο βασίστηκε σε διμερή δάνεια, οι χώρες της Ευρωζώνης συμφώνησαν ότι το δεύτερο πρόγραμμα θα χρηματοδοτηθεί από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (European Financial Stability Facility, EFSF). Το πρόγραμμα προέβλεπε συνολική οικονομική βοήθεια ύψους 164,5 δισ. ευρώ έως το τέλος του 2014<sup>2</sup>, περίοδος η οποία αργότερα επεκτάθηκε έως στις 30 Ιουνίου 2015. Από το ποσό αυτό η ζώνη του ευρώ δεσμεύτηκε να συνεισφέρει 144,7 δισ. ευρώ, ενώ το ΔΝΤ ανέλαβε την υποχρέωση να συμβάλει με 19,8 δισ. ευρώ. (European Commission, 2021). Ωστόσο, στην πραγματικότητα, το ΔΝΤ τελικά συνεισέφερε περίπου 12 δισ. ευρώ και ο μηχανισμός στήριξης της ΕΕ περίπου 130,9 δισ. ευρώ (Colasanti, 2016).

Προκειμένου όμως να καταστεί το δημόσιο χρέος βιώσιμο, αποφασίστηκε να εφαρμοστεί ένας ακόμη μηχανισμός, αυτός της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα (Private Sector Involvement, PSI) στην εθελοντική ανταλλαγή ομολόγων, με την προσδοκία της αναδιάρθρωσης του χρέους τουλάχιστον κατά 50% (Kassotakis & Kassotaki, 2018). Συνολικά μέσω του PSI το ελληνικό χρέος μειώθηκε κατά 100 δισ. ευρώ περίπου σε ονομαστική αξία, γιατί στην ουσία το πραγματικό κούρεμα ήταν αρκετά μικρότερο (Λιαργκόβας, 2020: 69).

Η νέα δανειακή σύμβαση, που ψηφίστηκε από τη Βουλή των Ελλήνων τον Φεβρουάριο του 2012 με τον ν. 4046/2012, συνοδεύεται από την ελληνική δέσμευση υλοποίησης συγκεκριμένων δράσεων. Τέτοιες δράσεις ήταν η λήψη φορολογικών μέτρων, για την αντιστάθμιση των στόχων του 2011 που δεν είχαν επιτευχθεί, περαιτέρω μείωση του δημόσιου τομέα, μειώσεις των επικουρικών συντάξεων κατά 15-20%, συγχωνεύσεις ασφαλιστικών ταμείων, απελευθέρωση «κλειστών επαγγελμάτων», μείωση των δαπανών

---

<sup>2</sup>Οι χώρες της ζώνης του ευρώ και το ΔΝΤ δεσμεύτηκαν για τα ποσά που δεν είχαν αποδεσμευτεί κατά το πρώτο πρόγραμμα (ελληνική δανειακή διευκόλυνση) συν 130 δισεκατομμύρια ευρώ επιπλέον για τα έτη 2012-2014.

για φάρμακα και ανακεφαλαιοποίηση των τραπεζών, μετά την αναδιάρθρωση του χρέους (Markantonatou, 2013).

Από το τέλος Οκτωβρίου του 2012 οι εξελίξεις ήταν ραγδαίες, καθώς μετά από έναν μαραθώνιο διαπραγματεύσεων με την τρόικα, η ελληνική κυβέρνηση ολοκλήρωσε το περιεχόμενο του νέου ΜΠΔΣ για τα έτη 2013-2016 (ν. 4093/2012), που προέβλεπε νέα μέτρα λιτότητας (Kosmidou, Kousenidis & Negakis, 2015). Χαρακτηριστική είναι η μείωση του κατώτατου μισθού κατά 22% για τους εργαζόμενους άνω των 25 ετών, καθώς και η θέσπιση υποκατώτατου μισθού για εργαζομένους ηλικίας κάτω των 25 ετών, για τους οποίους η περικοπή αντιστοιχούσε στο ποσοστό του 32%. Η μείωση αυτή, που αποσκοπούσε στην ενίσχυση της απασχόλησης και της ανταγωνιστικότητας, δεν είχε προηγούμενο παγκοσμίως και συνέβαλε στην περαιτέρω επιδείνωση της κοινωνικής κατάστασης (Matsaganis & Leventi, 2014)<sup>3</sup>.

Επιπλέον, η Ευρωομάδα διαπιστώνοντας ότι η βιωσιμότητα του χρέους δεν παρουσίασε την προσδοκώμενη βελτίωση, έθεσε θέμα μείωσης του χρέους με δημόσια προσφορά επαναγοράς κρατικών τίτλων, η οποία ολοκληρώθηκε το Δεκέμβριο του 2012 (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014). Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι τον Ιανουάριο του 2013 ψηφίστηκε το όγδοο πρόγραμμα λιτότητας, προκειμένου να μπορέσει το ελληνικό δημόσιο να αποδεσμεύσει 2,5 δισ. ευρώ για το έτος 2013.

Το δεύτερο πρόγραμμα οικονομικής βοήθειας, παρά τις ατέλειες στην εφαρμογή του, κατάφερε να ξεκινήσει μια διαδικασία οικονομικής ανάκαμψης. Η μακροοικονομική αυτή πρόοδος, όντας εύθραυστη και ευάλωτη σε εσωτερικούς και εξωτερικούς κλυδωνισμούς, διακόπηκε και το δεύτερο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής εκτροχιάστηκε, ως επακόλουθο της διαφωνίας μεταξύ της Ελλάδας και των πιστωτών της, κατά το πρώτο εξάμηνο του 2015 (Arghyrou, 2015). Η οικονομική κατάσταση έγινε πιο δυσχερής με τη διακοπή της αποπληρωμής των δανείων προς το ΔΝΤ, την επιβολή ελέγχου κεφαλαίων και την απόφαση διεξαγωγής δημοψηφίσματος την 5<sup>η</sup> Ιουλίου 2015 (Λιαργκόβας, 2020: 81).

Οι εξελίξεις αυτές είχαν ως αποτέλεσμα τη σύναψη της τρίτης δανειακής σύμβασης, που ψηφίστηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο στις 14 Αυγούστου 2015, με τον ν. 4336/2015 και η διάρκεια της ορίστηκε στα τρία έτη, αρχής γενομένης την 19 Αυγούστου 2015. Η συμφωνία χρηματοδοτικής διευκόλυνσης, ύψους 86 δισ. ευρώ, επέβαλε ευρείες

---

<sup>3</sup>Με την αριθμ. οικ. 4241/127/30-01-2019 αυξήθηκε τελικά ο κατώτατος μισθός κατά περίπου 11% και από 1 Φεβρουαρίου 2019 είναι οι ίδιοι για όλους τους εργαζόμενους, ανεξάρτητα από την ηλικία τους.

μεταρρυθμίσεις στην ελληνική οικονομία, χωρίς όμως να παρέχει συγκεκριμένη ελάφρυνση του χρέους (Nelson, Belkin & Jackson, 2017). Με την ολοκλήρωση του τρίτου προγράμματος οικονομικής προσαρμογής, τον Αύγουστο του 2018, η Ευρωομάδα συμφώνησε να παρατείνει την περίοδο χάριτος των δανείων του EFSF από το 2022 έως το 2032 (Pagoulatos, 2018).

Μετά και το τρίτο μνημόνιο του καλοκαιριού του 2015, το μέγεθος της χρηματοδοτικής στήριξης που συμφωνήθηκε να παρασχεθεί στην Ελλάδα ήταν μεγαλύτερο από κάθε άλλη παρόμοια παρέμβαση αυτού του είδους, αφού αντιπροσώπευε περισσότερο από δύο φορές τον ετήσιο προϋπολογισμό της ΕΕ του έτους 2015 και περισσότερο από το 120% του ΑΕΠ της Ελλάδας του έτους 2010 (Colasanti, 2016). Όπως είναι αναμενόμενο, μια τόσο μεγάλη παρέμβαση ήταν αδύνατο να μην έχει συνέπειες, οι οποίες συζητούνται στην επόμενη ενότητα.

#### **1.4 Οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην ελληνική οικονομία και κοινωνία**

Η Ελλάδα εφάρμοσε ένα από τα πιο σκληρά προγράμματα δημοσιονομικής εξυγίανσης, γεγονός που πιστοποιεί ότι η ελληνική κρίση είναι η βαθύτερη και η μεγαλύτερη που έχει καταγραφεί ποτέ σε χώρα του ΟΟΣΑ, κατά τη μεταπολεμική περίοδο (Andriopoulou, Kanavitsa & Tsakloglou, 2020). Υπάρχει πλήθος εμπειρικών ερευνών στη βιβλιογραφία, που εξετάζει σε βάθος τις δυσμενείς επιπτώσεις των δημοσιονομικών, φορολογικών και εισοδηματικών πολιτικών, που υιοθετήθηκαν τα χρόνια της κρίσης στη χώρα μας και είχαν ως έκβαση τη σοβαρή συμπίεση του πραγματικού διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών και τη μείωση της αγοραστικής τους δύναμης.

Η τρόικα με τους όρους που επέβαλε στις δανειακές συμβάσεις επικεντρώθηκε κυρίως στα μακροοικονομικά μεγέθη, όπως το δημόσιο χρέος (το οποίο εξακολουθεί μέχρι και σήμερα να είναι διογκωμένο), το δημοσιονομικό έλλειμμα και απέφυγε να εξετάσει βασικούς κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επιδεινώθηκαν σοβαρά από την κρίση, καθώς και τις επακόλουθες στρατηγικές δημοσιονομικής αποκατάστασης (Mavridis, 2018). Σε αυτή την ενότητα θα εξεταστεί η προέκταση της κρίσης, μέχρι και το τέλος της εφαρμογής του τρίτου προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής, στον οικονομικό και κοινωνικό ιστό της χώρας μας, μέσα από την επίδρασή της σε βασικές μακροοικονομικές μεταβλητές,



στην αγορά εργασίας, στη φτώχεια, στην εκπαίδευση και στη μετανάστευση του εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού.

#### **1.4.1 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης σε βασικά μακροοικονομικά μεγέθη**

Με την έλευση της κρίσης, η αναγκαιότητα της οικονομικής αναδιάρθρωσης πρόβαλε επιτακτικά και επηρέασε τα μακροοικονομικά μεγέθη, όπως το ΑΕΠ, το δημόσιο χρέος, το δημοσιονομικό ισοζύγιο. Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα, η αλόγιστη αύξηση του δανεισμού, δημόσιου και ιδιωτικού, που κατευθύνθηκε κατά κύριο λόγο σε μη παραγωγικές δραστηριότητες και η δραστική διόγκωση της εγχώριας ζήτησης, είχαν ως αποτέλεσμα η ελληνική οικονομία να βιώσει μια πρωτόγνωρη «φούσκα» οικονομικής δραστηριότητας.

Η πλασματική αυτή δραστηριότητα οδήγησε σε ασυνήθιστα υψηλούς για τη χώρα μας ρυθμούς οικονομικής μεγέθυνσης μέχρι και το 2007, δημιουργώντας την ψευδαίσθηση μιας μακροχρόνιας ευμάρειας<sup>4</sup>. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι η αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ, κατά το χρονικό διάστημα 2000–2007, ήταν κατά μέσο όρο 4% υψηλότερο από τις άλλες χώρες της ζώνης του ευρώ, εκτός της Ιρλανδίας και του Λουξεμβούργου (IMF, 2013)<sup>5</sup>. Καθώς όμως η αυξημένη ζήτηση ήταν η κύρια αιτία της ταχείας αύξησης του ΑΕΠ, η απότομη πτώση αυτής, λόγω των μέτρων λιτότητας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, οδήγησε και σε δραματική μείωση του ΑΕΠ.

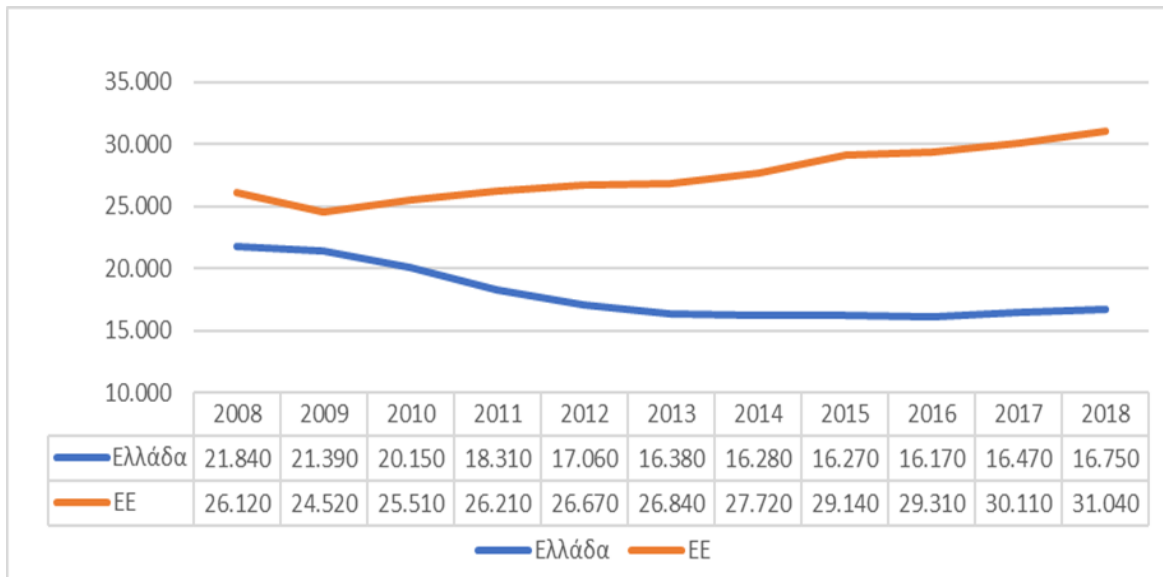
Στο επόμενο διάγραμμα (1.4.1.1) παρουσιάζεται η πορεία του κ.κ. ΑΕΠ, από το 2008 έως και το 2018, για την Ελλάδα και την ΕΕ, από όπου είναι έκδηλη η φθίνουσα πορεία του για τη χώρα μας, καθώς και η διαφορά του σε σχέση με τις αντίστοιχες τιμές του μέσου όρου της ΕΕ. Ειδικότερα, από το 2008 στο 2018 το κ.κ. ΑΕΠ στη χώρα μας συρρικνώθηκε κατά 23%, όταν στην ΕΕ, για τον αντίστοιχο δείκτη, όχι μόνο δεν παρατηρήθηκε συνολική μείωση, αλλά αύξηση περίπου 19%.

---

<sup>4</sup> [https://www.dianeosis.org/2016/04/pos\\_ftasame\\_sta\\_mnimonία/](https://www.dianeosis.org/2016/04/pos_ftasame_sta_mnimonია/)

<sup>5</sup> <https://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2013/cr13156.pdf>

Διάγραμμα 1.4.1.1: Διαχρονική εξέλιξη του κ.κ. ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές για την Ελλάδα και την ΕΕ (2008-2018)

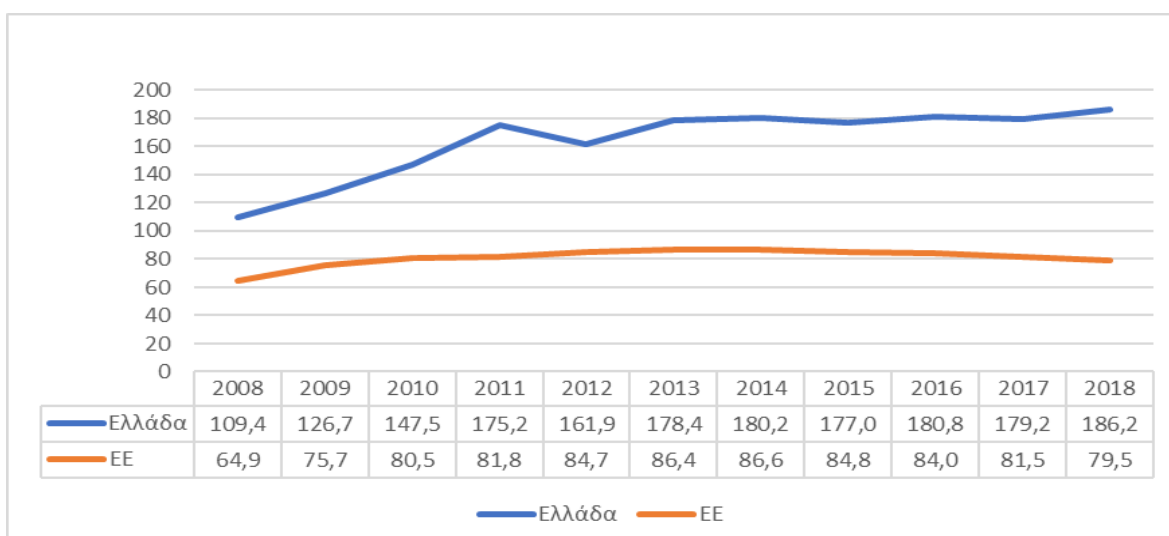


Πηγή: Eurostat 2021, Main GDP aggregates per capita. Ανακτήθηκε από [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/NAMA\\_10\\_PC\\_\\_custom\\_1529365/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/NAMA_10_PC__custom_1529365/default/table?lang=en) (Accessed on 6 April 2021)

Η κρίση όμως δεν ξετυλίχτηκε μόνο με μείωση του ΑΕΠ αλλά και με αύξηση του ήδη διογκωμένου δημόσιου χρέους. Την περίοδο της οικονομικής μεγέθυνσης, από τα μέσα της δεκαετίας του 1990 μέχρι και λίγο πριν από την εκδήλωση της κρίσης, ο καθοριστικός παράγοντας που συνέβαλε στο να μην εκτροχιαστεί ο λόγος του δημόσιου χρέους προς το ΑΕΠ ήταν η αύξηση του ΑΕΠ και όχι η ασκούμενη δημοσιονομική πολιτική, που δημιουργούσε σταθερά ελλείμματα, τα οποία ήταν αναγκαίο να χρηματοδοτούνται με νέο δανεισμό. Αντίστοιχα λοιπόν, μετά την εμφάνιση της κρίσης, η αρνητική πορεία του ΑΕΠ και η ταυτόχρονη αύξηση του απόλυτου μεγέθους του δημόσιου χρέους ώθησαν τον λόγο αυτό στα ύψη (INE, 2011α).

Στο διάγραμμα 1.4.1.2 απεικονίζεται από τη μία η ανεξέλεγκτη ανοδική πορεία του ελληνικού χρέους της γενικής κυβέρνησης ως ποσοστό του ΑΕΠ και από την άλλη η τεράστια διαφορά του σε σχέση με τον μέσο όρο της ΕΕ. Συγκεκριμένα, από το 2008 στο 2018, το μακροοικονομικό αυτό μέγεθος αυξήθηκε κατά περίπου 80 ποσοστιαίες μονάδες, όταν για τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ η αντίστοιχη άνοδος ήταν μόλις 15 ποσοστιαίες μονάδες. Είναι αξιοσημείωτο ότι μετά το 2010 η τιμή του εν λόγω δείκτη υπερέβαινε το διπλάσιο του αντίστοιχου μεγέθους των χωρών της ΕΕ.

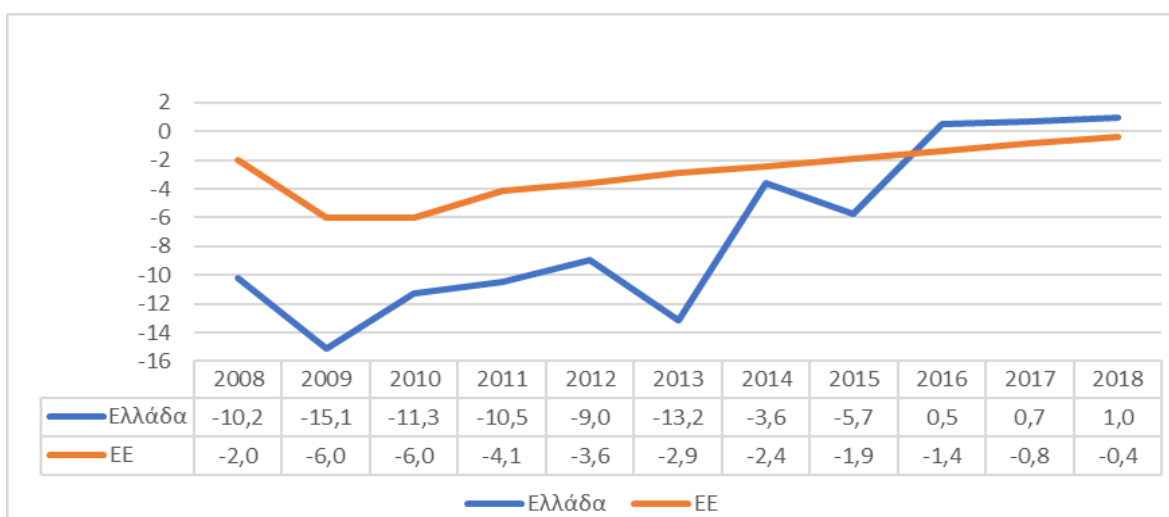
Διάγραμμα 1.4.1.2: Διαχρονική εξέλιξη του χρέους γενικής κυβέρνησης ως ποσοστό του ΑΕΠ για την Ελλάδα και την ΕΕ (2008-2018)



Πηγή: Eurostat 2021, General government gross debt. Ανακτήθηκε από [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_17\\_40/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_17_40/default/table?lang=en) (Accessed on 6 April 2021)

Όσον αφορά την πορεία του δημοσιονομικού ισοζυγίου της χώρας μας, βασικός πυλώνας των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής ήταν η δραστική συρρίκνωση του ελλείμματος και η εμφάνιση πλεονάσματος. Όπως φαίνεται και από τα δεδομένα που συνοδεύουν το διάγραμμα 1.4.1.3, πριν την υλοποίηση του πρώτου ΠΟΠ, το έτος 2009, το έλλειμμα ήταν 15,1%, ενώ στη συνέχεια άρχισε η σταδιακή του μείωση.

Διάγραμμα 1.4.1.3: Διαχρονική εξέλιξη του δημοσιονομικού ισοζυγίου ως ποσοστό του ΑΕΠ για την Ελλάδα και την ΕΕ (2008-2018)



Πηγή: Eurostat 2021, General government deficit/surplus. Ανακτήθηκε από <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00127/default/table?lang=en> (Accessed on 6 April 2021)

Με εξαίρεση το έτος 2013, όπου σημειώθηκε μια απότομη αύξηση του δημοσιονομικού ελλείμματος στο 13,2%, το μέγεθος αυτό κυμάνθηκε, μετά το 2011, κάτω από το ποσοστό

του 10%, ενώ για τα έτη 2016, 2017 και 2018, όταν υλοποιούνταν το τρίτο ΠΟΠ, υπήρξε πλεόνασμα. Από την εξέλιξη αυτή είναι κατανοητό ότι η εφαρμογή των τριών προγραμμάτων είχε συνολικά θετικό αντίκτυπο στην πορεία του μεγέθους του δημοσιονομικού ισοζυγίου. Προκειμένου όμως να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, υιοθετήθηκαν μεταρρυθμίσεις και συρρικνώθηκαν οι δημόσιες δαπάνες σε νευραλγικούς τομείς της ελληνικής κοινωνίας, επιβαρύνοντας οικονομικά και ψυχολογικά τον πληθυσμό της, ο οποίος επωμίστηκε δυσβάσταχτο βάρος, όπως προκύπτει από τα αναφερόμενα στο σύνολο της παρούσας εργασίας.

## **1.4.2 Οι κοινωνικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης**

### **1.4.2.1 Στην αγορά εργασίας**

Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, που υιοθέτησαν οι ελληνικές κυβερνήσεις στο πλαίσιο συμμόρφωσής τους στις επιταγές των συμβατικών υποχρεώσεων, που απέρρεαν από τα ΠΟΠ, αφορούσαν κατά ένα μεγάλο μέρος τον τομέα της αγοράς εργασίας, στον οποίο εφαρμόστηκαν μια σειρά από παρεμβάσεις. Στο πλαίσιο αυτών, η ενίσχυση της εμφάνισης των ευέλικτων μορφών απασχόλησης κατείχε έναν από τους πρωταγωνιστικούς ρόλους. Οι προσλήψεις με καθεστώς ευέλικτης εργασίας από ολοένα και περισσότερους εργοδότες, απέβλεπε στη μείωση του εργασιακού κόστους, ώστε να μπορέσουν οι επιχειρήσεις να απελευθερωθούν από την οικονομική στασιμότητα και κατ' επέκταση να υπάρξει πτώση της ανεργίας και αύξηση της απασχόλησης (Ρομποτή & Ιωαννίδης, 2019; Κούγιας, 2017).

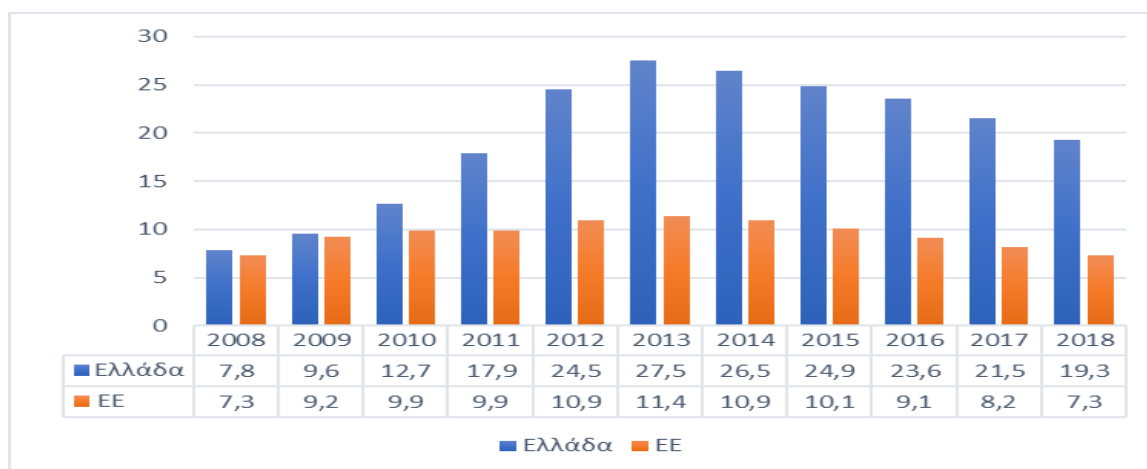
Κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης και συγκεκριμένα στο διάστημα 2009-2013, η μείωση της συνολικής απασχόλησης κατά περίπου ένα εκατομμύριο θέσεων εργασίας και ο τριπλασιασμός του ποσοστού ανεργίας, αποδείκνυαν ότι η διεύρυνση της εφαρμογής των ευέλικτων μορφών απασχόλησης απέτυχε να συμβάλει στην περιστολή της ανεργίας (Karamanis & Hyz, 2014). Αξίζει να αναφερθεί ότι το 40% των θέσεων, που είχε δημιουργηθεί στην ελληνική οικονομία από το 1991 μέχρι το 2008, χάθηκε κατά την τριετία 2010-2012 (Ρομπόλης, 2012: 96). Μετά τα 2013 υπήρξε μια οριακή διόρθωση στους δείκτες της ανεργίας, η οποία όντως μπορεί να οφειλόταν στην ενίσχυση της μη τυπικής και ευέλικτης εργασίας και στην υποχώρηση της τυπικής και πλήρους απασχόλησης (Κούγιας, 2017). Προς επίρρωση της προηγούμενης διαπίστωσης, θα αναφερθούμε στην ετήσια έκθεση του INE (2019), σύμφωνα με την οποία οι ευέλικτες

μορφές απασχόλησης υπερδιπλασιάστηκαν μεταξύ του 2009 και του 2018, με το ποσοστό να κυμαίνεται στο 54,3% για το έτος 2018, σε αντίθεση με τις προσλήψεις σε θέσεις πλήρους απασχόλησης, οι οποίες κατά το ίδιο διάστημα υποχώρησαν από το 79% το 2008 στο 45% το 2009.

Η μεταμόρφωση όμως αυτή της αγοράς εργασίας επηρέασε ανεπανόρθωτα τους νέους της Ελλάδας, που κατά την περίοδο 2008-2017, η πλήρης απασχόλησή τους μειώθηκε κατά 53%, ενώ η μερική αυξήθηκε κατά 12,5% (Kougiyas, 2019). Πρέπει να σημειωθεί ότι η ανεργία των νέων στιγματίσει την ελληνική οικονομία, καθώς αποκλείστηκε από την αγορά εργασίας το πιο παραγωγικό δυναμικό της, που αποτελεί μια από τις βασικές συνιστώσες της μελλοντικής, οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης κάθε χώρας. Περαιτέρω, η εργασιακή αυτή ευελιξία δε συνδυάστηκε με παράλληλη προώθηση παρεμβάσεων, που θα διασφάλιζαν από τη μία σταθερότητα στον εργασιακό βίο και από την άλλη τους υλικούς εκείνους όρους διαβίωσης των εργαζομένων, ώστε να ζουν με αξιοπρέπεια απολαμβάνοντας κοινωνική δικαιοσύνη.

Παρά όμως την περιορισμένη αποκλιμάκωση του συνολικού ποσοστού ανεργίας μετά το 2013, αυτό συνέχισε όχι μόνο να κυμαίνεται σε υψηλά επίπεδα (23,6%, 21,5% και 19,3% για τα έτη 2016, 2017 και 2018 αντίστοιχα), που απείχαν κατά πολύ από το ιστορικά χαμηλό ποσοστό του 7,8% του 2008, αλλά να είναι υπερδιπλάσιο του ποσοστού ανεργίας του μέσου όρου των χωρών της ΕΕ (διάγραμμα 1.4.2.1.1).

Διάγραμμα 1.4.2.1.1: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού ανεργίας στην Ελλάδα και στην ΕΕ (2008-2018)



Πηγή: Eurostat 2021, Total unemployment rate. Ανακτήθηκε από <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00203/default/table?lang=en> (Accessed on 6 April 2021)

Σημειώνουμε επιπρόσθετα ότι το ποσοστό των μακροχρόνια ανέργων, στο σύνολο των ανέργων, ανερχόταν σταθερά από το 2013 και μετά σε ποσοστό άνω του 70%, υποδηλώνοντας έτσι την ιδιαίτερη δυσκολία που αντιμετώπιζαν οι άνεργοι να επανέλθουν στην εργασία, μετά την αναγκαστική απομάκρυνσή τους από την επαγγελματική ζωή (INE, 2018). Η διόγκωση της ανεργίας αποτέλεσε ίσως την πιο δραματική έκφανση της δημοσιονομικής εξυγίανσης, καθώς οι πολλαπλές συνέπειές της κλόνισαν την οικονομική και κοινωνική συνοχή του ελληνικού κράτους.

Η ανεργία, ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης στη Ελλάδα, έχει μελετηθεί σε πολλές έρευνες. Σε μια από αυτές, την οποία επιμελήθηκαν οι Karafolas & Alexandrakis (2014), προέκυψε το συμπέρασμα ότι υπήρξε σαφής ασύμμετρος αντίκτυπος της αύξησης της ανεργίας, όσον αφορά την τοπική αγορά εργασίας, με την έννοια ότι κάποιοι νομοί στην Ελλάδα επλήγησαν περισσότερο και κάποιοι άλλοι λιγότερο, αφού οι δεύτεροι σημείωσαν αύξηση στο ποσοστό ανεργίας χαμηλότερη από τον εθνικό μέσο όρο. Επίσης, αναφορικά με το ερώτημα περί σύνδεσης της ανεργίας με την παραγωγική εξειδίκευση των νομών, η μελέτη των ιδίων έδειξε ότι οι περιοχές της χώρας μας που ειδικεύονταν στη βιομηχανία επηρεάστηκαν περισσότερο από εκείνες που είχαν ως επίκεντρο ενασχόλησης τον τουρισμό και τη γεωργία. Στην προηγούμενη διαπίστωση σύγκλινε και η έρευνα του Matsaganis (2013), σύμφωνα με την οποία περισσότερες θέσεις εργασίας χάθηκαν στη ελληνική βιομηχανία παρά στις υπηρεσίες, ενώ στον γεωργικό τομέα η μείωση της απασχόλησης υπήρξε σταθερή. Τέλος, αξιοσημείωτη είναι η αναφορά σε μια πρόσφατη μελέτη της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας για την Ελλάδα, από την οποία προκύπτει το συμπέρασμα ότι ακόμη και αν ο ετήσιος ρυθμός ανάπτυξης της χώρας μας είναι 2% τα επόμενα χρόνια, θα χρειαστούν το λιγότερο 13 χρόνια για να επανέλθει η ελληνική οικονομία στα επίπεδα που βρισκόταν πριν από την κρίση (Λιαργκόβας, 2020: 194).

Εκτός των προαναφερθέντων, είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι η περίοδος της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα συνδυάστηκε γενικά με τη διαρκή αποδόμηση των θεσμών στον τομέα της εργασίας, με την έννοια ότι η μνημονιακή νομοθεσία εισήγαγε κοινωνικά άδικο μέτρα, που επηρέασαν μη αναστρέψιμα το σύστημα των συλλογικών και ατομικών εργασιακών σχέσεων. Αποτέλεσμα αυτών των μονομερών και δυσανάλογων μέτρων ήταν τα κεκτημένα, από δεκαετίες, κοινωνικά και συνδικαλιστικά δικαιώματα των εργαζομένων, να παρουσιάσουν έλλειμμα και να μην κατοχυρώνονται θεσμικά (Lanara-Tzotze, 2013). Η απορρύθμιση αυτή της ατομικής εργατικής νομοθεσίας και η

αποδιάρθρωση του συστήματος των συλλογικών συμβάσεων συνέβαλαν όχι μόνο στη διολίσθηση της πλειονότητας των μισθών προς τα νέα κατώτατα όρια, με σοβαρή απόκλιση από τον αναπτυγμένο πυρήνα των ευρωπαϊκών χωρών, αλλά γενικά στην επιδείνωση του εργασιακού περιβάλλοντος (INE, 2020).

#### **1.4.2.2 Στη φτώχεια**

Η μεγάλη άνοδος της ανεργίας και η οικονομική δυσπραγία, λόγω μείωσης του εισοδήματος, σε συνδυασμό με τα κενά του συστήματος κοινωνικής προστασίας, προκάλεσαν δραματική αύξηση της φτώχειας (Ματσαγγάνης, Λεβέντη, Καναβιτσία & Φλεβοτόμου, 2017). Πρέπει να σημειωθεί ότι το ελληνικό κράτος πρόνοιας δεν ήταν προετοιμασμένο κατάλληλα ώστε να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της εκτεταμένης φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, με αποτέλεσμα η διαφυγή από αυτή την κατάσταση να καταστεί δυσχερής (Andriopoulou, Kanavitsa & Tsakoglou, 2020).

Τα απόλυτα μέτρα φτώχειας δείχνουν ότι μετά τη έναρξη της κρίσης το ποσοστό φτώχειας στην Ελλάδα αυξήθηκε, διεκδικώντας ένα από τα υψηλότερα ποσοστά μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, αλλά και των κρατών-μελών της ΕΕ. Η φτώχεια έγινε βαθύτερη και επίμονη και τα καταρρακωμένα, από οικονομικής απόψεως, νοικοκυριά έπεσαν περισσότερο κάτω από το όριο αυτής, με αποτέλεσμα το 2015 το 57% των νοικοκυριών στη χώρα μας να αναφέρουν εισοδήματα κάτω του μισού του μέσου εισοδήματος (Bulman & Pisu, 2018). Αυτό το αποτέλεσμα προκύπτει πολύ ξεκάθαρα, όταν κάποιος εξετάζει ένα ολοκληρωμένο και πολυδιάστατο μέτρο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, όπως είναι ο δείκτης AROPE (κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού)<sup>6</sup>, που παρέχει από κοινού ένα μέτρο, τόσο της σχετικής, όσο και της απόλυτης φτώχειας και συνεπώς καταγράφει μια πλήρη διάσταση αυτής (Canale & Liotti, 2017).

Σύμφωνα με τον πίνακα 1.4.2.2.1 επιβεβαιώνεται ότι περισσότερα από ένα στα τρία άτομα αντιμετώπιζαν καθημερινά τη φτώχεια, αφού το ποσοστό των ατόμων που κινδύνευαν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό αυξήθηκε δραματικά τα πρώτα χρόνια της κρίσης, φτάνοντας το 36% του πληθυσμού το 2014. Για τα επόμενα δύο έτη το ποσοστό παρέμεινε σχετικά σταθερό και στη συνέχεια παρουσίασε μια ήπια πτωτική πορεία, χωρίς όμως να

---

<sup>6</sup> Ο δείκτης AROPE αντιστοιχεί στο άθροισμα των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας ή σε σοβαρή υλική στέρηση ή διαβιών σε νοικοκυριά με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας.

επανέλθει στο ποσοστό πριν την έναρξη της κρίσης. Η Ελλάδα σε σχέση με τις άλλες χώρες της ΕΕ, καθόλη τη διάρκεια εφαρμογής των δημοσιονομικών μέτρων, βρισκόταν στην ομάδα των χωρών με το μεγαλύτερο δείκτη AROPE, αφού ο ευρωπαϊκός μέσος όρος για τον αντίστοιχο δείκτη, για όλα τα έτη του χρονικού διαστήματος 2010-2018, ήταν κατά πολύ μικρότερος, όπως φαίνεται στον πίνακα, από αυτόν της χώρας μας.

Πίνακας 1.4.2.2.1: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού του δείκτη AROPE για την Ελλάδα και την ΕΕ (2008-2018)

Έτος	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ποσοστό για την Ελλάδα	28,1	27,6	27,7	31,0	34,6	35,7	36,0	35,7	35,6	34,8	31,8
Ποσοστό για την ΕΕ	-	-	23,8	24,3	24,8	24,6	24,4	23,8	23,5	22,4	21,8

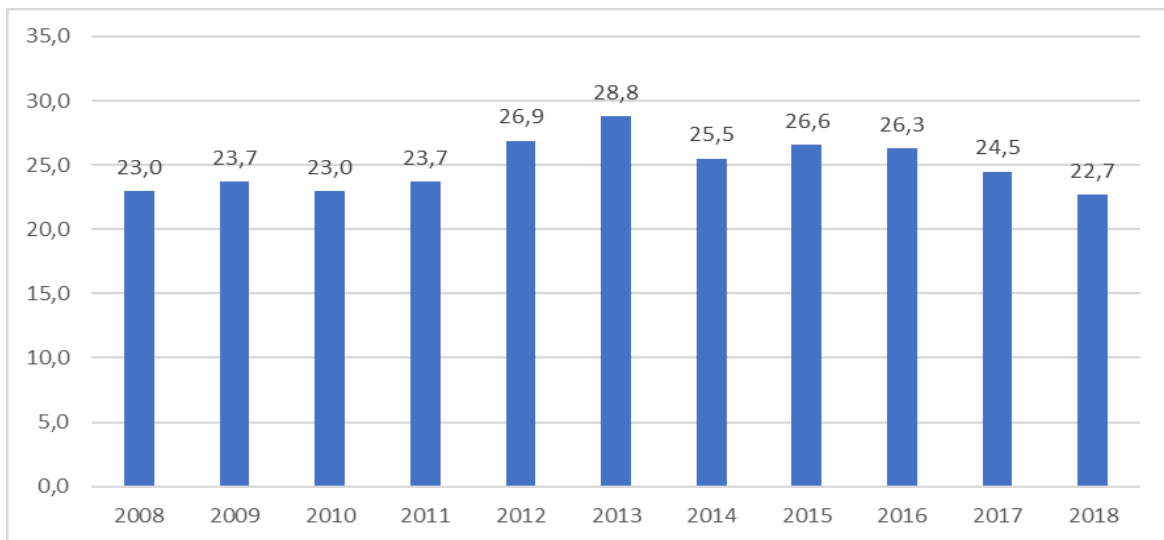
Πηγή: Eurostat 2021, *People at risk of poverty or social exclusion*. Ανακτήθηκε από [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_01\\_10/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_01_10/default/table?lang=en) (Accessed on 6 April 2021)

Επίσης, το 2015, το ποσοστό των εργαζομένων που αντιμετώπιζαν κίνδυνο φτώχειας (δείκτης AROP) στην ΕΕ υπολογίστηκε στο 9,5%, ενώ στην Ελλάδα ήταν 13,4%, που αντιστοιχούσε στο δεύτερο υψηλότερο ποσοστό μετά τη Ρουμανία, που κατείχε την πρώτη θέση με ποσοστό 18,6% (European Commission, 2017). Αυτή η οικονομική κατάρρευση μεγάλου μέρους των νοικοκυριών και η ανέχεια στην οποία οδηγήθηκαν, δημιούργησαν τις θλιβερές εικόνες συμπολιτών μας να ζητιανεύουν και να ζουν άστεγοι στους δρόμους, έχοντας απωλέσει θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα.

Συν τοις άλλοις, όπως αναφέρουν οι Kaplanoglou & Rapanos (2016), πραγματικά ανησυχητική ήταν η εξέλιξη του ποσοστού κινδύνου παιδικής φτώχειας, αφού τα πρώτα χρόνια μετά το ξέσπασμα της κρίσης σχεδόν τα μισά παιδιά στην Ελλάδα κατοικούσαν σε νοικοκυριά, όπου το βιοτικό τους επίπεδο ήταν το αντίστοιχο των «φτωχών του 2008». Παρατηρώντας πράγματι τα στατιστικά στοιχεία, είναι προφανές ότι η ευάλωτη ομάδα των παιδιών βρέθηκε σε δεινή θέση. Συγκεκριμένα, ο κίνδυνος φτώχειας των παιδιών από 23% το 2008 αυξήθηκε σε 28,8% το 2013, το υψηλότερο ποσοστό της χρονικής περιόδου 2008-2018, ενώ στη συνέχεια διαγράφηκε μια σταθερή πτωτική πορεία, σημειώνοντας το 2018 το ποσοστό του 22,7% (διάγραμμα 1.4.2.2.1).



Διάγραμμα 1.4.2.2.1: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού κινδύνου παιδικής φτώχειας για την Ελλάδα (2008-2018)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2008, <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA10/2008>

Eurostat, 2021, At-risk-of poverty rate by detailed age group. Ανακτήθηκε από <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tessi120/default/table?lang=en> (Accessed on 6 April 2021)

Περαιτέρω, τα εμπειρικά στοιχεία αποδεικνύουν ότι κατά την περίοδο της κρίσης η φτώχεια φαίνεται να μετατοπίστηκε από την ομάδα των ηλικιωμένων σε αυτήν των παιδιών. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι με βάση τα στοιχεία του 2016 σε κίνδυνο φτώχειας βρισκόταν το 12,4% των ατόμων ηλικίας 65 και άνω. Το ποσοστό αυτό ήταν μειωμένο κατά 13,9 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το ποσοστό (26,3%) που αφορούσε τον κίνδυνο φτώχειας για παιδιά ηλικίας 0-17 ετών, για το ίδιο έτος (ΕΛΣΤΑΤ, 2016<sup>7</sup>; Μητράκος, 2018). Η διαφορά αυτή συνέχισε να υπάρχει και για τα επόμενα έτη, όπου ο κίνδυνος φτώχειας για τα παιδιά εξακολουθούσε να είναι σχεδόν διπλάσιος από τον αντίστοιχο κίνδυνο για τους ηλικιωμένους (ΕΛΣΤΑΤ, 2017 & 2018)<sup>8</sup>.

Καταλληλότερος δείκτης για την αποτύπωση της επιδείνωσης των συνθηκών διαβίωσης των παιδιών είναι αυτός που υπολογίζεται με βάση ένα διαχρονικά σταθερό όριο φτώχειας, όπως το όριο φτώχειας του 2007, σταθμίζοντας τα εισοδήματα ως προς τις διαφορές στην αγοραστική τους δύναμη. Ειδικότερα, με βάση το όριο φτώχειας του 2007, το ποσοστό παιδικής φτώχειας από 22,6% το 2008 μειώθηκε στο 20,7% το 2009. Στη συνέχεια όμως αυξήθηκε με δραματικά γρήγορους ρυθμούς και ανήλθε στο 55,1% το 2014. Αυτό σημαίνει ότι το 2014 το 55,1% των παιδιών της χώρας μας (δηλαδή πάνω από 1 εκατομμύριο παιδιά) είχε συνθήκες διαβίωσης αντίστοιχες με αυτές που είχε το 20,7% των

<sup>7</sup> ΕΛΣΤΑΤ, 2016, <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA10/2016>

<sup>8</sup> ΕΛΣΤΑΤ, 2017 & 2018, <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA10/2017>; <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA10/2018>

παιδιών το 2009. Τα ποσοστά αυτά καταδεικνύουν τις επιζήμιες επιπτώσεις της εφαρμογής των πολιτικών λιτότητας στη χώρα μας, κυρίως τα πρώτα πέντε χρόνια της οικονομικής κρίσης, στο βιοτικό επίπεδο των παιδιών (UNICEF, 2017).

Επιπρόσθετα, πρέπει να αναφερθεί ότι το ποσοστό των παιδιών που διέτρεχαν κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού (δείκτης AROPE) στην Ελλάδα, σε σχέση με το αντίστοιχο ποσοστό του ευρωπαϊκού μέσου όρου, ήταν σημαντικά διαφοροποιημένο προς τα πάνω. Ειδικότερα, μεταξύ των κρατών-μελών της ΕΕ, η Ελλάδα, για το έτος 2017 κατέγραψε το τρίτο μεγαλύτερο ποσοστό (36,2%), μετά τη Ρουμανία (41,7%) και τη Βουλγαρία (41,6%), ενώ για τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ το αντίστοιχο ποσοστό ανερχόταν σε 24,9% (Eurostat, 2021)<sup>9</sup>.

Οι κακές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες διαβίωσης και η διαρκής έκθεση στη φτώχεια στην πρώιμη ζωή μπορεί να επηρεάσει ανεπανόρθωτα τη σωματική, γνωστική και κοινωνική υγεία των παιδιών και να οδηγήσει μέχρι και σε παραβατικές συμπεριφορές (Malamitsi-Puchner & Briana, 2019). Η διαπίστωση αυτή ενισχύεται ακόμη περισσότερο από το γεγονός ότι, όπως αναφέρει και η Ντολιοπούλου (2015), υπάρχει διασύνδεση ανάμεσα στη φτώχεια και στη μειωμένη ακαδημαϊκή επίδοση των παιδιών. Τα παιδιά από οικονομικά ασθενέστερες οικογένειες γνωρίζουν, από πολύ μικρή ηλικία, ότι δεν έχουν τις ίδιες ευκαιρίες με συνομηλίκους τους από ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα στην απόκτηση υλικών και κοινωνικών αγαθών. Γι' αυτό, ενώ τα δεύτερα έχουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν ένα υψηλό μορφωτικό επίπεδο, τα πρώτα ασχολούνται πολλές φορές με την επιβίωση και την απόκτηση χρημάτων, χωρίς να τους παρέχεται η ευκαιρία πρόσβασης στην ανώτατη εκπαίδευση. Η φτώχεια, επομένως, επηρεάζει τις προσωπικές προσδοκίες των παιδιών και τη μελλοντική ένταξή τους στην αγορά εργασίας.

Τα παιδιά όμως αποτελούν το μέλλον κάθε χώρας και η συσσώρευση μειονεκτημάτων και αρνητικών συναισθημάτων κατά την παιδική ηλικία, λόγω βίωσης της φτώχειας, πολύ πιθανόν να τα επηρεάσει αρνητικά στο να επιτύχουν μελλοντικά επιτεύγματα κατά την ενήλικη ζωή, μη συμβάλλοντας έτσι στην ανάπτυξη και στην ευημερία της χώρας, παρά μόνο στην αναπαραγωγή της φτώχειας και των ανισοτήτων (UNICEF, 2017).

---

<sup>9</sup> Eurostat, 2021, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tespm040/default/table?lang=en> (Accessed on 6 April 2021)

### 1.4.2.3 Στην εκπαίδευση

Η κρίση δε θα μπορούσε να μην υπονομεύσει και τον τομέα της εκπαίδευσης, αφού κάτω από τον ασφυκτικό κλοιό της επιβαλλόμενης δημοσιονομικής συμπίεσης, οι δημόσιες δαπάνες για όλες τις εκπαιδευτικές βαθμίδες σημείωσαν σημαντική μείωση, την περίοδο 2009-2014. Συγκεκριμένα, για τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση καταγράφηκε περιστολή των δαπανών ύψους 31,8% το 2014 σε σχέση με το 2009, ενώ σημαντική ήταν και η υποβάθμιση της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, λόγω του περιορισμού της πραγματικής κατά κεφαλήν δαπάνης για την τριτοβάθμια εκπαίδευση κατά 20,5% (INE, 2017). Το 2016, σύμφωνα με μελέτη που διενεργήθηκε από τον IOBE (2019), η Ελλάδα κατατάχθηκε στην προτελευταία θέση της ΕΕ, όσον αφορά το ποσοστό της δαπάνης για εκπαίδευση ως προς το σύνολο των δαπανών της Γενικής Κυβέρνησης. Ακόμη και το 2018, η Ελλάδα αφιέρωσε μόνο το 3,9% του ΑΕΠ της για δαπάνες που αφορούσαν την εκπαίδευση. Το ποσοστό αυτό ήταν όχι μόνο χαμηλότερο εν συγκρίσει με το 2009, όπου το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 4,1%, αλλά υστερούσε και σε σχέση με τον μέσο όρο της ΕΕ, που υπολογίστηκε στο 4,6% (European Commission, 2020). Οι περικοπές αυτές, που καταδεικνύουν την ανεπαρκή οικονομική στήριξη του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος, είχαν ως αποτέλεσμα την «επιστροφή» του μεγέθους της δημόσιας εκπαιδευτικής δαπάνης στις αρχές της δεκαετίας του 2000 (IOBE, 2019).

Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του ΚΑΝΕΠ (2016), ενώ από το 2007 μέχρι το 2010 υπήρξε αύξηση των σχολικών μονάδων και του διδακτικού προσωπικού στην πρωτοβάθμια και στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, μετά το 2010 και μέχρι το 2014, οι σχολικές μονάδες μειώθηκαν κατά 10% και το διδακτικό προσωπικό κατά 17,7%. Για την ίδια χρονική περίοδο ο μαθητικός πληθυσμός μειώθηκε κατά 2,6%, που σημαίνει ότι το 2014 λιγότεροι εκπαιδευτικοί και λιγότερες υποδομές αντιστοιχούσαν σε περισσότερους μαθητές.

Η συρρίκνωση των δημόσιων δαπανών, των σχολικών μονάδων και του προσωπικού διδασκαλίας συνεπάγεται όχι μόνο την επιδείνωση των συνθηκών κάτω από τις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες εκπαίδευσης, αλλά και της ποιότητας των υπηρεσιών αυτών (Λιαργόβας, 2020, σ.204), με ό,τι αρνητικό δύναται να επιφέρει η υποβάθμιση της ποιότητας του αγαθού της εκπαίδευσης, που αποτελεί απαραίτητο εφόδιο για τη διεκδίκηση ενός καλύτερου αύριο, τόσο σε ατομικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.

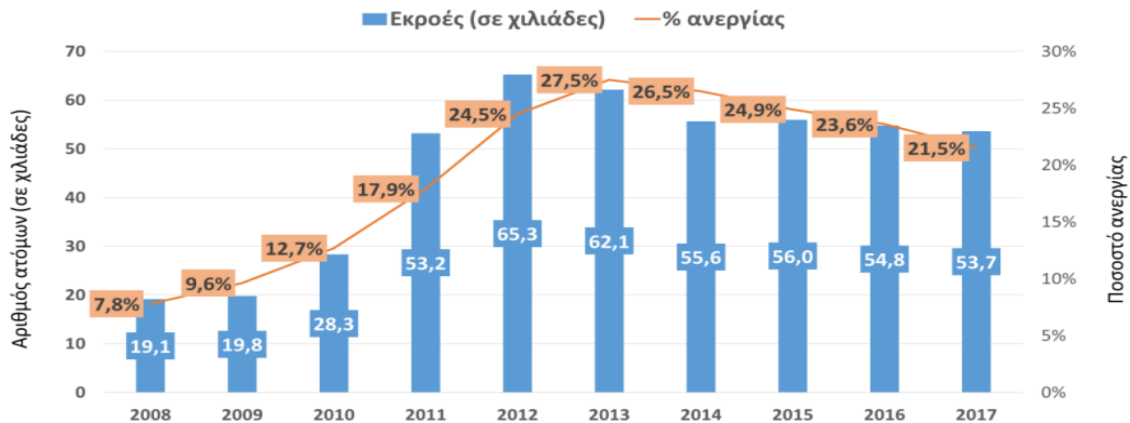
#### 1.4.2.4 Στη μετανάστευση εξειδικευμένου ανθρώπινου δυναμικού

Μία από τις σημαντικότερες κοινωνικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης ήταν η μετανάστευση στο εξωτερικό χιλιάδων Ελλήνων, η οποία αποτέλεσε ένα τεράστιο και περίπλοκο φαινόμενο, με ποικίλες διαστάσεις για την ελληνική κοινωνία. Στόχος της μετανάστευσης, κατά την περίοδο της κρίσης, ήταν να βρουν οι άνθρωποι μια αξιοπρεπή εργασία, που θα τους εξασφάλιζε ένα ποιοτικότερο βιοτικό επίπεδο, αφού η μεγάλη οικονομική ύφεση, στην οποία περιήλθε η χώρα μας, αύξησε ραγδαία την ανεργία. Παρόλο που και στο παρελθόν Έλληνες μετανάστες έφυγαν σε ξένες χώρες για ένα καλύτερο μέλλον, υπάρχει μια ουσιώδης διαφορά με τους μετανάστες της τελευταίας δεκαετίας. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι που μετανάστευσαν στο παρελθόν ήταν μεγαλύτερης ηλικίας, προερχόμενοι στην πλειοψηφία τους από φτωχές κοινωνικές τάξεις, ενώ οι Έλληνες που εγκατέλειψαν τη χώρα μας, κατά τη διάρκεια της κρίσης, ήταν κυρίως επιστημονικά εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό και μάλιστα της νέας γενιάς (Christopoulos, Kalantonis, Stavroulakis & Katsikides, 2014).

Η διαρροή εγκεφάλων, το λεγόμενο φαινόμενο brain-drain, από την καταρρακωμένη οικονομικά Ελλάδα προς τις πιο προηγμένες χώρες, προκλήθηκε από τις μηδαμινές ευκαιρίες απασχόλησης, που είχαν οι πτυχιούχοι νέοι με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, λόγω των ισχυρών μέτρων λιτότητας, που ελήφθησαν στο πλαίσιο διάσωσης της χώρας μας (Panagiotakopoulos, 2020). Ειδικότερα, οι σχεδόν ανύπαρκτες πιθανότητες για επαγγελματική αποκατάσταση οδήγησαν το πιο παραγωγικό κομμάτι του εργατικού δυναμικού στο να αναζητήσει σε άλλες χώρες την αναγνώριση των προσόντων του, σε συνδυασμό με υψηλότερες αμοιβές και ευοίωνες προοπτικές επαγγελματικής ανέλιξης.

Στο διάγραμμα 1.4.2.4.1, όπου απεικονίζεται ταυτόχρονα η εξέλιξη του ποσοστού ανεργίας στη χώρα μας και ο αριθμός του ατόμων που μετανάστευσαν, κατά τη δεκαετία 2008-2017, είναι έκδηλη η άμεση συσχέτισή τους, αφού η ανοδική πορεία των δύο μεγεθών είναι ταυτόχρονη. Χαρακτηριστικό είναι ότι η κορύφωση της αύξησης και των δύο μεγεθών προσδιορίστηκε με ένα έτος διαφορά, ήτοι για το έτος 2012, για τη μετανάστευση και για το έτος 2013, για το ποσοστό ανεργίας. Από το έτος 2013 στο έτος 2017, παρατηρήθηκε πτώση 6 ποσοστιαίων μονάδων για την ανεργία και 8,4 ποσοστιαίων μονάδων για τον αριθμό του ατόμων που μετανάστευσαν, χωρίς όμως τα ποσοστά να επανέρθουν στα επίπεδα του 2008.

Διάγραμμα 1.4.2.4.1: Διαχρονική εξέλιξη ποσοστού ανεργίας και εκροών Ελλήνων (2008-2017)



Πηγή: [https://www.sev.org.gr/Uploads/Documents/Brain\\_Drain\\_executive\\_summary.pdf](https://www.sev.org.gr/Uploads/Documents/Brain_Drain_executive_summary.pdf)

Δυστυχώς, η κρίση βρήκε την Ελλάδα με ένα μη μεταρρυθμισμένο σύστημα κοινωνικής προστασίας και με μια υποδομή στον τομέα της απασχόλησης που δεν μπόρεσε να αντέξει τους κραδασμούς που ακολούθησαν, με αποτέλεσμα η νέα γενιά να πληρώσει το μεγαλύτερο τίμημα (Kougiias, 2019). Προς επιβεβαίωση των παραπάνω θα αναφερθούμε σε σχετικά στατιστικά στοιχεία, σύμφωνα με τα οποία από τους 467.765 Έλληνες πολίτες (δηλαδή περίπου 4,6% του συνολικού πληθυσμού), που είχαν εγκαταλείψει τη χώρα μας κατά την περίοδο 2008-2017, εκτιμάται ότι περίπου το 70% αυτών των μεταναστών ήταν πτυχιούχοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Panagiotakopoulos, 2020). Επίσης, σύμφωνα με έρευνα της ICAP People Solutions, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάστηκαν το 2018, το 53% αυτών που μετανάστευσαν τα τελευταία χρόνια από την Ελλάδα ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού και 8% διδακτορικού (Λιαργκόβας, 2020: 200), γεγονός που συνηγορεί υπέρ της δυσάρεστης αλήθειας της μετανάστευσης μεγάλου αριθμού Ελλήνων επιστημόνων.

Το κόστος της απογύμνωσης της χώρας μας από το πλέον καταρτισμένο και εξειδικευμένο ανθρώπινο κεφάλαιο, που αποτελεί έναν από τους βασικούς συντελεστές παραγωγής, είναι υψηλό. Η σοβαρότητά του αφορά από τη μια τη γήρανση του ελληνικού πληθυσμού και από την άλλη την αποτυχημένη επένδυση, που αντιπροσωπεύει κάθε πτυχιούχος που φεύγει από την Ελλάδα. Το γεγονός αυτό ισοδυναμεί όχι μόνο με αποδυνάμωση της παραγωγικότητας, αλλά και με απώλεια τεχνογνωσίας και καινοτόμων ιδεών, η αξιοποίηση των οποίων θα οδηγούσε σε ανάκαμψη της ελληνικής οικονομίας (Marinakou, Giousmpasoglou, & Paliktzoglou, 2016; Christopoulos, Kalantonis, Stavroulakis & Katsikides, 2014).

## **Κεφάλαιο Δεύτερο: Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα υγείας της Ελλάδας**

### **2.1 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα πριν την κρίση**

Βασικός στόχος κάθε συστήματος υγείας είναι η εξασφάλιση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και η βελτίωση της ευημερίας και της ποιότητας ζωής των πολιτών (Adamakidou & Kalokerinou, 2010). Το ελληνικό σύστημα υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως μεικτό, τόσο ως προς τη χρηματοδότηση, όσο και ως προς την παροχή υπηρεσιών. Ουσιαστικά πρόκειται για ένα σύστημα που ενσωματώνει αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων υγείας, περιλαμβάνοντας έτσι πρότυπα δημόσιου, αλλά και σε σημαντικό βαθμό πρότυπα ιδιωτικού χαρακτήρα (IOBE, 2017).

Το σύστημα υγείας στη χώρα μας ξεκίνησε να δημιουργείται τον 19ο αιώνα. Η εξελικτική του πορεία ήταν αργή εξαιτίας των κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών συνθηκών που επικρατούσαν στο νεοσύστατο ελληνικό κράτος. Συγκεκριμένα, οι λόγοι που συντέλεσαν στον αργό ρυθμό εξέλιξης ήταν οι παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος πόλεμος, η μικρασιατική καταστροφή, η δικτατορία και οι δαπάνες που χρησιμοποιούνταν για στρατιωτικό εξοπλισμό. Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα όμως, ήρθαν στο προσκήνιο και άλλοι ανασταλτικοί παράγοντες, οι οποίοι αναφέρονταν στο μετεμφυλιακό κλίμα, που δημιούργησε διχασμούς, στις πελατειακές σχέσεις και στην υιοθέτηση ξένων υγειονομικών μοντέλων, χωρίς προηγουμένως οι ιθύνοντες να αφουγκράζονται τις ανάγκες της ελληνικής κοινωνίας (Μαλαβάζος, Μαρκασιώτη, Μαλλιαρού & Σαράφης, 2019).

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1980, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα ήταν ένα από τα λιγότερα ανεπτυγμένα μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, με πολλά κενά στην παροχή, στην οργάνωση και στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και μεγάλες ανισότητες, όσον αφορά την πρόσβαση σε αυτή<sup>10</sup>. Αποτέλεσμα των κενών αυτών ήταν τα προβλήματα στον υγειονομικό τομέα να παραμένουν σημαντικά και να εντείνονται οι πιέσεις για μια δραστική κρατική παρέμβαση, που θα περιόριζε την εμπορευματοποίηση και την παραοικονομία στον χώρο της υγείας. Οι πρώτες ενέργειες πραγματοποιήθηκαν με την ψήφιση του ν. 1278/1982 για τη σύσταση του Κεντρικού

---

<sup>10</sup> <https://healthmanagement.org/c/imaging/issuearticle/an-overview-of-the-healthcare-system-in-greece-1>

Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και του ν. 1316/1983 για τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Η ψήφιση του ν. 1397/1983 «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας» αποτέλεσε τη σημαντικότερη τομή στο ελληνικό σύστημα υγείας μεταπολεμικά. Στην πραγματικότητα, με τον νόμο αυτόν επιχειρήθηκε η εγκαθίδρυση και η ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα, μια προσπάθεια που σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες είχε ήδη ξεκινήσει πολλά χρόνια πριν (Τατσιώνη, Καραθάνος & Μίσσιου, 2015). Για πρώτη φορά έμπαιναν τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), στο οποίο θα είχαν δωρεάν πρόσβαση όλοι οι πολίτες, ανεξαρτήτως πνευματικού, οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου, απολαμβάνοντας με αυτό τον τρόπο το ύψιστο κοινωνικό αγαθό της υγείας (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Το πλαίσιο του νόμου αυτού, που ήταν σύμφωνο με τις αρχές της Διακήρυξης της Alma-Ata<sup>11</sup>, είχε ως στόχο όχι μόνο την καθολικότητα της ασφαλιστικής κάλυψης των πολιτών και την ισότητα πρόσβασής τους στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και την ανάπτυξη όλων των επιπέδων φροντίδας από το ΕΣΥ, καθώς και την ποιοτική και ποσοτική αύξηση των επενδύσεων και του ανθρώπινου δυναμικού στον δημόσιο τομέα (Adamakidou & Kalokerinou, 2010). Δόθηκε επίσης έμφαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), που αποτελεί τον βασικό πυλώνα κάθε οργανωμένου υγειονομικού συστήματος, αλλά και στη δευτεροβάθμια και στην τριτοβάθμια περίθαλψη (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009). Είναι χαρακτηριστικό ότι στις αγροτικές και τις ημιαστικές περιοχές ιδρύθηκαν τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ), τα οποία δυστυχώς δεν ανταποκρίθηκαν στον αρχικό σκοπό τους, που ήταν η ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Όσον αφορά τα ΚΥ στις αστικές περιοχές, το πρώτο άρχισε να λειτουργεί σε συνοικία της Αθήνας μόλις τον Ιούνιο 2004, δηλαδή είκοσι περίπου χρόνια μετά την ίδρυση του ΕΣΥ (Αντωνοπούλου, 2008).

Μετά τη θέσπιση του ν. 1397/1983 υπήρξαν πολλές νομοθετικές πρωτοβουλίες για την εφαρμογή ενός αποκεντρωτικού συστήματος οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, στην ελληνική επικράτεια. Οι πρωτοβουλίες αυτές στόχευαν στην ορθότερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και της χρηματοδότησης των

---

<sup>11</sup>Η Διακήρυξη της Alma-Ata (1978) για την ΠΦΥ, που υιοθετήθηκε από το σύνολο των κρατών-μελών του ΠΟΥ και της UNICEF, αποτελεί σταθμό στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας. Στη Διεθνή Διάσκεψη, στο πλαίσιο της οποίας διατυπώθηκε η Διακήρυξη, συμμετείχαν 134 έθνη, τα οποία έθεσαν ως παγκόσμια στρατηγική το «Υγεία για Όλους μέχρι το Έτος 2000» (Τατσιώνη, Καραθάνος & Μίσσιου, 2015).

υπηρεσιών υγείας, καθώς και στην αντιμετώπιση των διάφορων τοπικών αναγκών και προβλημάτων του συστήματος υγείας (Κακαλέτσης, Ιωαννίδης, Σιγάλας, & Χατζητόλιος, 2013). Ειδικότερα, η πρώτη αξιοσημείωτη μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας, μετά το 1983, που είχε στόχο τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ, έγινε δεκαοκτώ χρόνια αργότερα, ήτοι το 2001 (ν. 2889/2001), με την ίδρυση των δεκαεπτά Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠεΣΥ), τα οποία ενεργούσαν ως μεσάζοντες μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και των Νοσοκομείων (Mossialos, Allin & Davaki, 2005).

Μέχρι το 2001 το Υπουργείο Υγείας ήταν υπεύθυνο για τον σχεδιασμό και τη ρύθμιση του ΕΣΥ σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο (INE, 2012). Με τη σύσταση των ΠεΣΥ, όλες οι Νοσοκομειακές Μονάδες, καθώς και τα ΚΥ, με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, που ανήκαν στο ΕΣΥ και βρίσκονταν και λειτουργούσαν στη χωρική αρμοδιότητα κάθε ιδρυόμενου ΠεΣΥ, μετατράπηκαν αυτοδικαίως σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου ΠεΣΥ, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια (παρ. 4, άρθρου 1 του ν. 2889/2001). Η συγκρότηση των ΠεΣΥ απέβλεπε στον επιμερισμό των αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας, με σκοπό την καλύτερη κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και των πόρων ανά γεωγραφική περιοχή, έτσι ώστε να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η οικονομία των παρεχόμενων υγειονομικών εκροών (γνωστό ως 3E: Effectiveness, Efficiency, Economy) (INE, 2011β).

Παρόλο που πηγή έμπνευσης για τα ΠεΣΥ αποτέλεσε η αποσυγκέντρωση των συστημάτων υγείας, που ήδη εφαρμοζόταν στην υπόλοιπη Ευρώπη, στην Ελλάδα η σχετική θεσμική διάρθρωση εξοπλίστηκε με ένα πλήθος ειδικών αρμοδιοτήτων διοικητικής και οικονομικής διαχείρισης, χωρίς σε αυτές να προστεθεί η μοναδική αρμοδιότητα, που θα έδινε το στίγμα των περιφερειακών διοικήσεων της υγείας ως οντοτήτων ορθολογικά οργανωμένων. Η αρμοδιότητα για την οποία γίνεται λόγος ήταν να καθορίζουν τα ΠεΣΥ τους προς επίτευξη στόχους της πολιτικής υγείας στις Περιφέρειες, να αποτιμούν τα αποτελέσματα μέσω των οποίων θα διαπιστώνεται το τυχόν μέγεθος απόκλισης από τους επιδιωκόμενους στόχους και να προσδιορίζουν τα αναγκαία διορθωτικά μέτρα (Αντωνοπούλου, 2008).

Στην προσπάθεια αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας, τα ΠεΣΥ μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ) (ν. 3106/2003), στα διοικητικά συμβούλια των οποίων δόθηκαν πρόσθετες αρμοδιότητες, όπως ο συντονισμός και η άσκηση πολιτικών παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, η



εκπόνηση Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης και Χάρτη Πρόνοιας κ.α. Τελικά, με τον ν. 3329/2005 καταργούνται τα ΠεΣΥΠ και αντικαθίστανται από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας» (ΔΥΠε). Η βασική αλλαγή αφορά στη νομική προσωπικότητα των νοσοκομείων του ΕΣΥ, που από αποκεντρωμένες μονάδες μετατρέπονται και πάλι σε ΝΠΔΔ, με δικά τους όργανα, περιουσία και προϋπολογισμό, τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας (ΥΠΕ). Οι νόμοι αυτοί, χωρίς σταθερή στόχευση και με παλινωδίες πολλές φορές σε ό,τι αφορά στον αριθμό, στη σύσταση και στις αρμοδιότητες των Περιφερειακών Συστημάτων/Περιφερειών, πρόδιδαν προχειρότητα στον σχεδιασμό, έλλειψη μακροπρόθεσμης στρατηγικής και απουσία πραγματικής βούλησης για αποκέντρωση. Μάλιστα σε μια περαιτέρω οπισθοδρόμηση, ο αριθμός των ΥΠΕ μειώθηκε από 17 σε 7 (ν. 3527/2007) (Κακαλέτσης, Ιωαννίδης, Σιγάλας & Χατζητόλιος, 2013).

Είναι κοινά αποδεκτό ότι κάθε μεταρρυθμιστική απόπειρα, προκειμένου να καταστεί εφικτή η επιτυχής εφαρμογή της, οφείλει να συνδέεται με το ευρύτερο κοινωνικοοικονομικό, πολιτικό και πολιτισμικό περιβάλλον. Στην περίπτωση της Ελλάδας παρατηρήθηκε ένα αγεφύρωτο χάσμα μεταξύ των διακηρυγμένων μεταρρυθμιστικών στόχων και των εφαρμοσμένων πολιτικών παρεμβάσεων (INE, 2011β). Το χάσμα αυτό είχε ως αποτέλεσμα στα τέλη της δεκαετίας του 2000, πριν την έναρξη της κρίσης και παρά τον μεγάλο αριθμό νομοθετικών παρεμβάσεων που προηγήθηκαν, το ελληνικό σύστημα υγείας να υποφέρει από σοβαρές αδυναμίες. Ορισμένες από αυτές είχαν να κάνουν με τις ανεπάρκειες στη λειτουργία της ΠΦΥ, όπου ένα κατατεταγμένο συνονθύλευμα υπηρεσιών αδυνατούσε να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού, ενώ κάποιες άλλες αφορούσαν την απουσία μηχανισμών αξιολόγησης, παρακολούθησης και ελέγχου του κόστους και της αποδοτικότητας, όπως και την ανυπαρξία μηχανισμού ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών, ανθρώπινων και οικονομικών πόρων, τόσο μεταξύ των υπηρεσιών υγείας, όσο και μεταξύ των περιφερειών, με βάση τις πραγματικές ανάγκες των πολιτών (INE, 2012).

Επιπρόσθετα, ο υψηλός βαθμός συγκέντρωσης στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και διοικητικών διαδικασιών, η περιορισμένη διοικητική ικανότητα του απασχολούμενου προσωπικού, η απουσία συστήματος αξιολόγησης της τεχνολογίας που εφαρμοζόταν στον τομέα της υγείας, όπως και οι οπισθοδρομικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης, αποτελούσαν

σοβαρές ανεπάρκειες του ελληνικού υγειονομικού συστήματος περίθαλψης (Economou, Kaitelidou, Kentikelenis, Maresso & Sissouras, 2014). Φυσικά οι σοβαρές ελλείψεις μη ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (κυρίως νοσηλευτικού) και η έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας, δημιουργούσαν περαιτέρω προβλήματα στην ύπαρξη ενός συστήματος υγείας που θα εξασφάλιζε υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου για όλους τους πολίτες (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Ένα σημαντικό επιπρόσθετο εμπόδιο, για την αποτελεσματική λειτουργία του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, ήταν ο κατακερματισμός του δημόσιου τομέα με 35 ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, παρέχοντας τόσο ασφάλιση υγείας, όσο και περίθαλψη. Τέλος, οι ευρέως διαδεδομένες άτυπες πληρωμές αποτελούσαν σημαντική πηγή ανισότητας και αναποτελεσματικότητας του τομέα υγείας (Liaropoulos, Siskou, Kaitelidou, Theodorou & Katostaras, 2008). Σύμφωνα με ελληνική μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2008, το 36% των ασθενών ανέφεραν τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή σε γιατρό. Οι πληρωμές αυτές, οι οποίες αντιπροσώπευαν σχεδόν το 20% της συνολικής νοσοκομειακής δαπάνης των νοικοκυριών, δεν αποτελούσαν πολιτιστικό χαρακτηριστικό ή συνειδητή επιλογή πολυτέλειας, αλλά μια καθιερωμένη αναγκαστική κοινωνική συμπεριφορά, που κατέστη απαραίτητη κατά την αναζήτηση ευκολότερης πρόσβασης σε ποιοτική θεραπεία (Kaitelidou et al., 2013).

Συνοψίζοντας, είναι προφανές ότι η έναρξη της κρίσης βρήκε το ελληνικό σύστημα υγείας να είναι αντιμέτωπο με σοβαρά προβλήματα δυσλειτουργίας, με μεγάλα δημοσιονομικά αδιέξοδα και με αυξανόμενη τη δυσαρέσκεια των Ελλήνων πολιτών, αναφορικά με την κατάσταση που επικρατούσε στο υγειονομικό σύστημα, στην ποιότητα της προσφερόμενης περίθαλψης και στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας<sup>12</sup>.

## **2.2 Οι μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης**

Η ελληνική κυβέρνηση, μπροστά στον κίνδυνο πτώχευσης, υποχρεώθηκε να δανειοδοτηθεί και να υπογράψει μνημόνια τα οποία, όπως αναλύσαμε στο πρώτο κεφάλαιο, επέβαλαν λιτότητα, μείωση των δημόσιων δαπανών και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις σε όλους τους τομείς. Όσον αφορά στον υγειονομικό τομέα, κατά τη χρονική περίοδο υπογραφής και εφαρμογής των τριών μνημονίων, υλοποιήθηκαν

---

<sup>12</sup> <https://www.qualityinhealth.gr/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou.html>

μεταρρυθμίσεις που στόχευαν σε ριζικές αλλαγές σε αυτόν, σε αύξηση της αποδοτικότητάς του και σε περιστολή των δημόσιων δαπανών υγείας (Μαραγκάκη, Κωνσταντινίδης & Σαράφης, 2019). Ειδικότερα, η οικονομική ύφεση οδήγησε τη χώρα μας στην ψήφιση νομοθετημάτων, που είχαν στόχο την εξοικονόμηση πόρων και τη δημοσιονομική προσαρμογή, σχετικά με τον χώρο της υγείας (Ποτήρης & Σαράφης, 2014).

Σημαντικά μέτρα προς αυτή την κατεύθυνση ήταν η αναδιάρθρωση των κλινικών και των νοσοκομείων του ΕΣΥ, με συνενώσεις ή καταργήσεις μονάδων, καθώς και η αλλαγή της χρηματοδότησής τους, μέσω της εφαρμογής των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ) (Μαραγκάκη, Κωνσταντινίδης & Σαράφης, 2019). Από τις συγχωνεύσεις των νοσοκομείων αναμένονταν εξοικονόμηση πόρων από το σύστημα εφημεριών και αύξηση της αποδοτικότητας. Ωστόσο, η μεταρρύθμιση αυτή δεν ολοκληρώθηκε, καθώς υπήρχαν νοσοκομεία που συγχωνεύτηκαν διοικητικά και εξοικονομήθηκαν κάποιοι πόροι, χωρίς όμως να μειωθούν τα λειτουργικά έξοδα, δίχως συγχώνευση κλινικών, μείωση διευθυντικών θέσεων και προϊσταμένων, δημιουργώντας επί πλέον εντάσεις στο προσωπικό (Μπακόλα, Φραδέλος, Μπακόλα & Ζυγά, 2018). Όσον αφορά τα ΚΕΝ (Υ4α/οικ.85649 ΚΥΑ, ΦΕΚ 1702/Β/1-8-2011), αυτά αποτέλεσαν ένα νέο σύστημα τιμολόγησης παροχής των ιατρικών υπηρεσιών προς στους ασθενείς, κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους σε νοσοκομεία (ΙΝΕ, 2015). Ουσιαστικά η μεταρρύθμιση αυτή αφορούσε τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων και η υλοποίησή της προκάλεσε τελικά αύξηση των δαπανών της νοσοκομειακής περίθαλψης προς τα ιδιωτικά νοσοκομεία. Απόρροια της εξέλιξης αυτής ήταν οι ιθύνοντες, μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα, να μειώσουν τις αρχικές τιμές αποζημίωσης κατά 30% (Νιάκας, 2014).

Ένας από τους πρώτους νόμους, που ψηφίστηκε την ίδια χρονιά με την υπογραφή του πρώτου μνημονίου, ήταν ο ν. 3892/2010, για την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων, ο οποίος αποτέλεσε κρίσιμη μεταρρύθμιση στον τομέα της υγείας. Το μέτρο αυτό κινήθηκε προς τη σωστή κατεύθυνση, διότι αποτέλεσε ισχυρό μηχανισμό ελέγχου της συνταγογραφικής συμπεριφοράς του ιατρικού σώματος (ΙΝΕ, 2012). Κύριος στόχος ήταν ο περιορισμός της αλόγιστης συνταγογράφησης, που οδηγούσε σε υπέρμετρη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης και σε υπερβολική κατανάλωση φαρμάκων (Μαραγκάκη, Κωνσταντινίδης & Σαράφης, 2019).

Η πλέον χαρακτηριστική νομοθετική παρέμβαση, όσον αφορά τον χώρο της ΠΦΥ, ήταν ο ν. 3918/2011. Η πρώτη μεταβολή στον τομέα της ΠΦΥ, που προέκυψε από τον νόμο αυτόν, ήταν η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), στον οποίον εντάχθηκαν οι κλάδοι υγείας των μεγαλύτερων Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) της χώρας. Στους κύριους σκοπούς του οργανισμού αυτού περιλήφθηκαν, εκτός από την κάλυψη με υπηρεσίες υγείας των ασφαλισμένων των υπό ένταξη ΟΚΑ, ο λειτουργικός συντονισμός (Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012) και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων, που συνιστούσαν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Δημιουργήθηκε έτσι ένα ενιαίο δίκτυο παροχής υπηρεσιών υγείας, μέσω του οποίου επιχειρήθηκε ο σχεδιασμός ενός νέου υγειονομικού χάρτη ΠΦΥ, καταγράφοντας και αξιοποιώντας όλες τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επίσης, έγινε προσπάθεια ώστε ο νέος φορέας να έχει ξεκάθαρους και σαφείς κανόνες συνεργασίας με όλους τους παρόχους υγείας, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι δεν υπήρχαν εξαρχής και αδύνατα σημεία (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).

Μια από τις αδυναμίες αυτές αφορούσε στο γεγονός ότι ο ΕΟΠΥΥ ήταν την ίδια στιγμή αφενός φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας (με τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ) και αφετέρου φορέας αγοράς αυτών των υπηρεσιών (με τους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων) (Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012). Επιπλέον, αν και η ενοποίηση των ταμείων θα μπορούσε θεωρητικά να μειώσει το διοικητικό κόστος και να βελτιώσει την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, μια σειρά άμεσων μέτρων, που επιβλήθηκαν από την εφαρμογή της μεταρρύθμισης, μετέφεραν ένα μέρος του κόστους στον ασφαλισμένο πληθυσμό. Τα μέτρα αυτά είχαν ως στόχο τη συγκράτηση των δημόσιων δαπανών υγείας και την αύξηση των δημόσιων εσόδων. Για παράδειγμα, περιορίστηκε η πρόσβαση σε διάφορες υπηρεσίες υγείας, όπως τις οδοντιατρικές, αφού μεταξύ ΕΟΠΥΥ και οδοντιάτρων δε συνάφθηκε καμία σύμβαση. Επιπρόσθετα, επιβλήθηκε στους ασφαλισμένους η καταβολή του ενός ευρώ υπέρ ΕΟΠΥΥ, για κάθε ιατρική συνταγή, όπως και η χρέωση των 25 ευρώ, για κάθε εισαγωγή στα δημόσια νοσοκομεία. Περαιτέρω, το νέο Ταμείο αύξησε τη συμμετοχή των ασφαλισμένων για ιδιωτικές νοσοκομειακές υπηρεσίες, φτάνοντας έως και το 50 % για τους αγρότες. Αυτά τα μέτρα δεν ευνόησαν τον ασφαλισμένο πληθυσμό, αλλά αντίθετα αύξησαν τη συμμετοχή από την τσέπη του (Niakas, 2013).

Τον Μάρτιο του 2012 υπεγράφη το δεύτερο μνημόνιο, βάσει του οποίου η Κυβέρνηση, εκτός των λοιπών υποχρεώσεων, όφειλε να συνεχίσει την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων «εκσυγχρονισμού» και στο σύστημα υγείας, με στόχο από τη μία τη διατήρηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία σε χαμηλά επίπεδα (έως 6% του ΑΕΠ) και από την άλλη την εξασφάλιση της καθολικής πρόσβασης των πολιτών σε ποιοτική περίθαλψη. Συγκεκριμένα, ο ν. 4046/2012 (μνημόνιο ΙΙ) έκρινε αναγκαία τη μείωση της δημόσιας δαπάνης για εξωνοσοκομειακά φάρμακα, η οποία δε θα έπρεπε να υπερβαίνει το 1% του ΑΕΠ, έως το τέλος του 2014 (INE, 2015). Ταυτόχρονα, ενισχύθηκε η μεγαλύτερη χρήση γενόσημων φαρμάκων, δημιουργήθηκαν αρνητικές και θετικές λίστες φαρμάκων, καθώς και πραγματοποιήθηκε προσπάθεια μείωσης του κέρδους των φαρμακευτικών εταιρειών μέσω εφαρμογής μέτρων, όπως της έκπτωσης (rebate) και του μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (clawback) (Μαραγκάκη, Κωνσταντινίδης & Σαράφης, 2019). Το clawback και το rebate συνιστούν παρεμβάσεις που συμβάλλουν, μέχρι και σήμερα, στην αύξηση των εσόδων, αφού το πρώτο αναφέρεται στην επιστροφή από τους ιδιώτες παρόχους υγείας εκείνου του ποσού που υπερβαίνει τη δαπάνη που έχει τεθεί ως ανώτατο όριο από τον ΕΟΠΠΥ, ενώ το δεύτερο αφορά στην υποχρεωτική έκπτωση, την οποία καλούνται να κάνουν στον ΕΟΠΠΥ οι ιδιώτες πάροχοι υγείας, επί του τιμολογίου των υπηρεσιών που προσφέρουν<sup>13</sup>.

Ο σκοπός του ΕΟΠΥΥ αναθεωρήθηκε με τον ν. 4238/2014, προκειμένου ο οργανισμός να επικεντρωθεί στην κύρια αποστολή του ως εθνικός ασφαλιστικός φορέας υγείας, να ενδυναμωθεί ο ρόλος του ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας και να καταργηθεί ο διττός ρόλος του ως αγοραστής και ταυτόχρονα ως πάροχος υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, με τον νόμο αυτόν ο ΕΟΠΥΥ διατήρησε μόνο την αρμοδιότητα χρηματοδότησης, καθώς όλες οι λειτουργίες παροχής υπηρεσιών υγείας μεταβιβάστηκαν σε ένα νέο σύστημα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, το επονομαζόμενο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) (INE, 2015). Με τη σύσταση του ΠΕΔΥ, η μεταφορά των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ στις ΥΠΕ αποτέλεσε βήμα εξομάλυνσης των σχέσεων στην αγορά της ΠΦΥ. Αυτό συνέβη καθώς η αλλαγή αυτή συνέβαλε, από την πλευρά της προσφοράς, στην καθιέρωση ενός ενιαίου δικτύου παροχής υπηρεσιών υγείας και από την πλευρά της ζήτησης, στην εδραίωση του αγοραστικού ρόλου του ΕΟΠΥΥ και στην ενίσχυση της διαπραγματευτικής του δύναμης έναντι των προμηθευτών του (Φρεγγίδου, Γαλάνης,

---

<sup>13</sup> <https://www.qualityinhealth.gr/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou.html>

Ζαφειροπούλου & Παραστατίδης, 2017). Με τον ίδιο νόμο καθιερώθηκε ο Οικογενειακός Ιατρός, ως δομή παροχής ΠΦΥ και θεσπίστηκε και ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας, ένα μέτρο με την εφαρμογή του οποίου αναμενόταν η μείωση των δεικτών θνησιμότητας από νοσήματα με σαφή κληρονομικό υπόβαθρο, αλλά και από νοσήματα που εντάσσονται σε προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (Ποτήρης & Σαράφης, 2014).

Παρόλο που μέσω του ΠΕΔΥ επιχειρήθηκε η αναδιοργάνωση της ΠΦΥ, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας, της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης του συστήματος υγείας (INE, 2015), υπήρξε σημαντικό πρόβλημα χρονικής διαθεσιμότητας των μονάδων υγείας του, κυρίως στα αστικά κέντρα, λόγω μη λειτουργίας σε 24ωρη βάση. Επιπρόσθετα, υπήρξαν σημαντικές ελλείψεις στο φάσμα ιατρικών ειδικοτήτων, με αποτέλεσμα την αναγκαστική κατεύθυνση των ασθενών σε ιδιωτικές δομές ή νοσοκομεία (Φρεγγίδου, Γαλάνης, Ζαφειροπούλου & Παραστατίδης, 2017).

Το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας, για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, θεσπίστηκε για πρώτη φορά με τον ν.4368/2016. Το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο εισήγαγε τη θεμελιώδη αλλαγή της εξίσωσης του δικαιώματος ασφαλισμένων, ανασφάλιστων και πρώην κατόχων Ατομικού Βιβλιαρίου Οικονομικά Αδύναμου ή Ανασφάλιστου, σε σχέση με την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας<sup>14</sup>. Το 2017, ένας νέος νόμος, ο 4486/2017, εισήγαγε μεταρρυθμίσεις με σκοπό την προώθηση της κοινωνικής, σωματικής και ψυχικής προόδου της «υγείας για όλους». Ο συγκεκριμένος νόμος, αποσκοπώντας στην καθολική κάλυψη της υγείας, στην ισότητα, στη δικαιοσύνη και στην αλληλεγγύη, έχει κοινά χαρακτηριστικά με τους πυλώνες της διακήρυξης της Astana<sup>15</sup> (Μαλαβάζος, Μαρκασιώτη, Μαλλιαρού & Σαράφης, 2019).

Καίρια καινοτομία αυτής της μεταρρύθμισης είναι ότι πρόσθεσε μια επιπλέον δομή πρωτογενών υπηρεσιών, τις λεγόμενες Τοπικές Μονάδες Υγείας (ToMY), η οποία

---

<sup>14</sup> <https://www.moh.gov.gr/articles/health/anapytksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>

<sup>15</sup> Το 2018 στην πόλη Astana ο ΠΟΥ, θέλοντας να επιβεβαιώσει τις δεσμεύσεις της Alma-Ata, συγκαλεί όλα τα κοινωνικά κράτη για επαναπροσδιορισμό στις αξίες και τις αρχές της δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης. Η διακήρυξη του 2018 θέτει τη σημασία της υγείας για την ειρήνη, την ασφάλεια, την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη, καθώς και την αλληλεπίδρασή τους. Η ΠΦΥ πρέπει να είναι προσιτή, ισότιμη, ασφαλής αποτελεσματική, διαθέσιμη και οικονομικά προσιτή.

σχεδιάστηκε για να λειτουργήσει ως «φύλακας» του συστήματος και να ενισχύσει τις πρωτοβάθμιες δραστηριότητες πρόληψης της υγείας. Οι ΤοΜΥ, μαζί με τους συμβεβλημένους με το σύστημα ιδιώτες ιατρούς, θα δημιουργούσαν ένα τοπικό δίκτυο παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας πρώτου βαθμού, στοχεύοντας στην παροχή υπηρεσιών οικογενειακού γιατρού για όλους τους πολίτες (Petmesidou, 2019). Σύμφωνα με τον ίδιο νόμο καταργείται η ονομασία ΠΕΔΥ και τα ΚΥ Αστικού Τύπου, ενώ οι Μονάδες Υγείας του ΠΕΔΥ μετονομάζονται σε ΚΥ, με σκοπό να παρέχουν υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής και εξειδικευμένης φροντίδας υγείας σε δεύτερο επίπεδο (παρ. 2, άρθρου 3 του ν.4486/2017).

Για άλλη μια φορά έγινε προσπάθεια ενσωμάτωσης της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στο δημόσιο σύστημα υγείας και εξουδετέρωσης της υπερβολικής εξάρτησης από τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Ωστόσο, η εφαρμογή του μέτρου από την έναρξή του αντιμετώπιζε προβλήματα, αφού το χρονικό διάστημα της οικονομικής και δημοσιονομικής πρόβλεψης για τη λειτουργία των ΤοΜΥ υπήρξε περιορισμένο και η χρηματοδότησή τους συνδέεται, μέχρι και σήμερα, με πηγές της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η αβεβαιότητα σχετικά με την «επιβίωση» αυτών των ομάδων παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ και το γεγονός ότι σε πολλές περιοχές οι υποδομές είναι ανεπαρκείς, ευθύνονται για τη χαμηλή ανταπόκριση των γιατρών στις επανειλημμένες εκκλήσεις του Υπουργείου Υγείας, για την πλήρωση θέσεων στις ΤοΜΥ (Petmesidou, 2019).

Παρόλο που πολλές από τις προαναφερθείσες μεταρρυθμίσεις, που εφαρμόστηκαν στον τομέα της υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ήταν θέματα που απασχολούσαν τους ιθύνοντες για πολλές δεκαετίες, όταν αυτές τελικά υλοποιήθηκαν, η ελληνική οικονομία είχε ήδη επιδεινωθεί σοβαρά, με συνέπεια τα αποτελέσματα να μην είναι τα αναμενόμενα. Πολλές από τις πολιτικές που ακολουθήθηκαν είχαν ως επίκεντρο την οριζόντια μείωση του δημόσιου κόστους υγείας, χωρίς όμως να εκτιμηθούν οι συνέπειες στην επάρκεια και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η χρηματοδοτική αυτή πίεση, που ασκήθηκε στον υγειονομικό τομέα, επιβάρυνε τα ασθενέστερα οικονομικά στρώματα, στα οποία μεταφέρθηκε μεγάλη μερίδα του υγειονομικού κόστους.

### 2.3 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στους επαγγελματίες υγείας

Οι οικονομικές αλλαγές που επιβλήθηκαν στο σύνολο της ελληνικής κοινωνίας μετά το 2009, κυρίως στους μισθούς και στις συντάξεις του δημόσιου τομέα, επηρέασαν δυσμενέστερα το εργατικό δυναμικό του υγειονομικού τομέα της χώρας μας (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Επίσης, το πάγωμα των προσλήψεων, που επιβλήθηκε το 2010 στον δημόσιο τομέα, ανέκοψε τη σταθερή αύξηση του απασχολούμενου ανθρώπινου δυναμικού στην υγειονομική περίθαλψη, τάση η οποία χαρακτήριζε την περίοδο από το 1995 έως τα τέλη της δεκαετίας του 2000, με αποτέλεσμα, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, να υπάρξει μείωση του προσωπικού που εργαζόταν στα νοσοκομεία (Economou, Kaitelidou, Karanikolos & Maresso, 2017; OECD, 2017). Το ΕΣΥ λειτούργησε, τουλάχιστον για το 2014, με 10-40% λιγότερους εργαζομένους, των οποίων ο μισθός είχε μειωθεί κατά 40% (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι ο μέσος ετήσιος μισθός των εξειδικευμένων κατηγοριών επαγγελματιών υγείας, που απασχολούνταν στο δημόσιο τομέα, μειώθηκε από 58.000 € το 2009 σε 42.000 € το 2015, ενώ ο μέσος μισθός του νοσηλευτικού προσωπικού μειώθηκε από 29.000 € σε 21.000€, για την ίδια χρονική περίοδο (Economou, Kaitelidou, Karanikolos & Maresso, 2017).

Παρατηρήθηκε επίσης έντονη ανισορροπία στην κατανομή του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, τόσο από γεωγραφικής άποψης, όσο και από την άποψη του μείγματος δεξιοτήτων. Ειδικότερα, η Ελλάδα έχει τον υψηλότερο αριθμό γιατρών και ταυτόχρονα τον χαμηλότερο αριθμό νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στην ΕΕ (OECD, 2019), γεγονός που ισχύει μέχρι και σήμερα. Με βάση τη στατιστική αποτύπωση στις βάσεις δεδομένων του ΟΟΣΑ, η χώρα μας από το 1999 βρίσκεται σταθερά στις τελευταίες θέσεις, μεταξύ των χωρών-μελών του οργανισμού, αλλά και της ΕΕ, σε αναλογία νοσηλευτικού προσωπικού ανά 1.000 κατοίκους, σημειώνοντας φθίνουσα πορεία από 3,47 νοσηλευτές το 2011, σε 3,37 νοσηλευτές το 2018 (Τζιάλλας, Γκούτζιας, Κωνσταντινίδου, Δημακόπουλος & Αναγνωστόπουλος, 2018). Η μεγαλύτερη πτώση παρατηρήθηκε στα μέσα περίπου της κρίσης, ήτοι το 2014 και το 2015, με αναλογία 3,23 και 3,21 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους, αντίστοιχα<sup>16</sup>. Η έλλειψη επαρκούς αριθμού νοσηλευτών οφείλεται κατά ένα μεγάλο μέρος στους υψηλούς ρυθμούς πρόωρης αποχώρησης από το επάγγελμα, λόγω της

---

<sup>16</sup> <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart> (Accessed on 6 April 2021)



επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως αποδεικνύεται σε πολλές σχετικές μελέτες (Τούντας κ.ά. 2020).

Αντίθετα, στις χώρες της ΕΕ ο μέσος όρος του αριθμού των νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους αυξήθηκε από 7,4 το 2008 σε 8,2 το 2018. Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό, το 2018 ο αριθμός των γιατρών στην Ελλάδα ήταν 6,1 ανά 1.000 κατοίκους, ενώ κατά μέσο όρο στις χώρες της ΕΕ ο αντίστοιχος αριθμός ήταν 3,8. Βέβαια, μπορεί η χώρα μας να έχει τον μεγαλύτερο αριθμό γιατρών μεταξύ των χωρών της ΕΕ, αλλά αυτός ο αριθμός είναι υπερτιμημένος, διότι περιλαμβάνει όλους τους γιατρούς που έχουν άδεια άσκησης επαγγέλματος (συμπεριλαμβανομένων των συνταξιούχων γιατρών και εκείνους που μπορεί να είχαν μεταναστεύσει σε άλλες χώρες) (OECD, 2020). Εκτός των ανωτέρω, σημαντικό είναι να αναφερθεί η περιορισμένη συνολική παρουσία του ανθρώπινου παράγοντα στο σύστημα υγείας της χώρας μας, στο οποίο για το έτος 2016 απασχολούνταν το 5,4% του συνόλου του ανθρώπινου δυναμικού, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις χώρες του ΟΟΣΑ ξεπερνούσε το 10% (διάγραμμα 2.3.1) (Τούντας κ.ά. 2020).

Διάγραμμα 2.3.1: Απασχόληση στον τομέα της υγείας σε ποσοστό του εργατικού δυναμικού (2000 και 2016)



Πηγή: Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ. & Φιλαλήθης, Τ. (2020). *Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. [https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/02/health\\_system\\_final.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/02/health_system_final.pdf)

Παρόλο που η αναλογία των γιατρών προς τον πληθυσμό της χώρας μας μπορεί να είναι η υψηλότερη στην ΕΕ, από το 2010 και μετά (κυρίως μέχρι το 2015) παρατηρήθηκε σταθερή μείωση του αριθμού του ιατρικού προσωπικού, γεγονός που οφειλόταν κατά το μεγαλύτερο μέρος στο φαινόμενο brain drain (Anastasiou, Anagnostou, Theodossiou & Paramargaritis, 2020).

Οι καταστροφικές συνέπειες της κρίσης στην πραγματική ζωή, που οδήγησαν στην εξελισσόμενη αύξηση της ανεργίας, στην εργασιακή ανασφάλεια και στη μείωση του εισοδήματος, προκάλεσαν τη μόνιμη μετανάστευση ενός τεράστιου κύματος γιατρών στο εξωτερικό. Η ελληνική αγορά εργασίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης πρόσφερε λίγες ευκαιρίες και, ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι Έλληνες γιατροί εγκατέλειψαν την πατρίδα τους, για να αναζητήσουν εργασία σε πιο ισχυρές οικονομίες, όπως της Γερμανίας και της Σουηδίας, που παρουσίαζαν έλλειψη σε εξειδικευμένους γιατρούς (Ifanti, Argyriou, Kalofonou & Kalofonos, 2014).

Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι για το τελευταίο έτος εφαρμογής των μνημονίων (2018), η ανεργία των γιατρών στην Ελλάδα έφτασε σε επίπεδα ρεκόρ, καθώς το 28% (2.100 άτομα) των μελών του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (ΙΣΑ) ήταν άνεργοι ή υποαπασχολούμενοι (Anastasiou, Anagnostou, Theodossiou & Papamargaritis, 2020). Μια βασική αιτία, που συνδέεται άμεσα με τη κρίση και επιδείνωσε το πρόβλημα της μετανάστευσης των γιατρών, ήταν η μείωση της εθνικής χρηματοδότησης για τις λειτουργικές δαπάνες των δημόσιων νοσοκομείων, η οποία συνέβαλε στις μειωμένες προσλήψεις νέων μόνιμων γιατρών (Ifanti, Argyriou, Kalofonou & Kalofonos, 2014).

Οι Chatziprodromidou et al. (2017) τονίζουν ορισμένους από τους παράγοντες που οδήγησαν σημαντικό αριθμό νέων, φιλόδοξων και ταλαντούχων Ελλήνων επιστημόνων του κλάδου της ιατρικής να αναζητήσουν εργασία στη Γερμανία, στη Γαλλία, στη Μεγάλη Βρετανία, στη Σουηδία, στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα και στην Αυστραλία. Σε αυτούς συμπεριλαμβάνεται ο ιατρικός πληθωρισμός, οι μειωμένες κρατικές δαπάνες όσον αφορά την έρευνα, την εκπαίδευση και την περαιτέρω δυνατότητα κατάρτισης, καθώς και οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας. Στους παραπάνω παράγοντες πρέπει να προστεθούν οι υποβαθμισμένες και κακώς οργανωμένες υπηρεσίες του ΕΣΥ και η αδυναμία απασχόλησης στον υπερκορεσμένο ιδιωτικό υγειονομικό τομέα, ο οποίος έπασχε από τη μειωμένη αγοραστική δύναμη του ελληνικού πληθυσμού. Πρέπει να αναφερθεί ότι, σύμφωνα με το Γερμανική Ιατρική Ένωση, στον γερμανικό τομέα υγείας, για το έτος 2015, απασχολούνταν 3.017 γιατροί με ελληνική ιθαγένεια, με αποτέλεσμα οι Έλληνες γιατροί να σχηματίζουν τη δεύτερη μεγαλύτερη ομάδα ξένων ιατρών που εργάζονται στη χώρα αυτή (Gkolfopoulos, 2016).

Δεδομένα από τον ΙΣΑ αναφέρουν ότι ο αριθμός των Ελλήνων ιατρών, που μετανάστευσαν σε χώρες της ΕΕ, είχε διογκωθεί δραματικά μεταξύ 2007 και 2012,

παρουσιάζοντας πέντε φορές αύξηση το 2012 σε σύγκριση με το 2007, ενώ 4.000 γιατροί είχαν ήδη μεταναστεύσει σε μια ξένη χώρα έως το 2013, από τους οποίους το 60% ήταν ειδικοί (Bazoukis, Kalampokis, Papoudou-Bai, Bazoukis & Grivas, 2020). Μεταξύ 2013 και 2018, 1.500 γιατροί ετησίως υπέβαλαν αίτηση, για να παραλάβουν τα απαιτούμενα πιστοποιητικά, προκειμένου να μετακομίσουν στο εξωτερικό, ενώ το 2019, ο ΙΣΑ εξέδωσε 1.097 από τα εν λόγω πιστοποιητικά, εκ των οποίων τα 348 αφορούσαν γιατρούς ανειδίκευτους και 749 ειδικευμένους. Συνολικά, το έτος 2018, περισσότεροι από 18.000 Έλληνες γιατροί εργάζονταν στο εξωτερικό και οι περισσότεροι από αυτούς είχαν εγκαταλείψει τη χώρα λόγω της οικονομικής κρίσης (Anastasiou, Anagnostou, Theodossiou & Papamargaritis, 2020).

Η απόδραση του πολύτιμου επιστημονικού-ιατρικού προσωπικού στο εξωτερικό ήταν ένα πραγματικό πρόβλημα, με πολλές και ποικίλες δυσμενείς επιπτώσεις στην υγιή λειτουργία του ΕΣΥ. Η «φυγή» των Ελλήνων γιατρών εκτός χώρας είχε ως αποτέλεσμα να υπάρχει έλλειψη ιατρικού προσωπικού στον υγειονομικό τομέα, γεγονός το οποίο σε συνδυασμό με τις συνεχείς αλλαγές στο σύστημα συνταξιοδότησης - που ενθάρρυνε την πρόωρη συνταξιοδότηση- καθώς και τα μέτρα λιτότητας που, μεταξύ άλλων, επέβαλαν αναστολή πρόσληψης στον δημόσιο τομέα, ήταν αρκετά για να προκαλέσουν λειτουργικά προβλήματα στο ελληνικό σύστημα υγείας και να υπονομεύσουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (Chatziprodromidou et al., 2017). Η μετανάστευση, επιπλέον, του καταρτισμένου ιατρικού δυναμικού στο εξωτερικό εξασθένησε επιστημονικά τη χώρα μας, καθιστώντας δύσκολη την ανάπτυξη ιατρικής καινοτομίας, ενώ παράλληλα οι δυσμενείς οικονομικές επιπτώσεις είναι ακόμη εμφανείς, καθώς η Ελλάδα δεν επωφελείται από τους επιστήμονες, τις σπουδές των οποίων χρηματοδότησε (Anastasiou, Anagnostou, Theodossiou & Papamargaritis, 2020).

Στους χιλιάδες γιατρούς που μετανάστευσαν στην αλλοδαπή προστίθενται και άλλοι τόσοι νοσηλευτές, που εγκατέλειψαν την Ελλάδα, αφήνοντας πίσω την κρίση, την ανεργία, τους μισθούς πείνας και το δημόσιο σύστημα υγείας που τελούσε υπό κατάρρευση. Το πάγωμα των προσλήψεων στον δημόσιο τομέα είχε ως αποτέλεσμα η ανεργία στον κλάδο των νοσηλευτών να αγγίζει το 30%, ενώ η μετακίνηση των ασθενών από τον ιδιωτικό στον δημόσιο τομέα προκάλεσε την απώλεια θέσεων και στις ιδιωτικές κλινικές<sup>17</sup>.

---

<sup>17</sup> <https://www.tanea.gr/2016/08/28/greece/opoy-fygei-fygei-kai-oi-nosileytes/>

Είναι χαρακτηριστικό ότι η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδος (ΕΝΕ), από το 2005 έως και το 2009, είχε εκδώσει 58 πιστοποιητικά καλής επαγγελματικής κατάστασης (ένα από τα έγγραφα που χρειάζονται οι νοσηλευτές προκειμένου να εργαστούν στο εξωτερικό), έναντι 349 το 2014<sup>18</sup>, ενώ στοιχεία από την ίδια Ένωση αποκαλύπτουν ότι 1.700 νοσηλευτές έφυγαν από τη χώρα, τη διετία 2014 – 2015. Το νοσηλευτικό δυναμικό, που είχε αποχωρήσει τη διετία αυτή από την Ελλάδα, αφορούσε άνεργους απόφοιτους ΤΕΙ ή ΑΕΙ νοσηλευτικής, νέους, στην πιο παραγωγική ηλικία, από 23 έως 35 χρονών<sup>19</sup>.

Η μαζική φυγή των νέων νοσηλευτών «πλήγωσε» ακόμη περισσότερο το δημόσιο σύστημα υγείας, όπου το εναπομείναν «γηρασμένο» προσωπικό κατέβαλε τεράστια προσπάθεια για να ανταπεξέλθει στις αυξημένες απαιτήσεις<sup>20</sup>. Ο πρόεδρος της ΕΝΕ είχε αναφέρει ότι οι ελλείψεις σε προσωπικό κοστίζουν ακριβά στο σύστημα υγείας επισημαίνοντας ότι: *«Τα ιατρικά και νοσηλευτικά λάθη έχουν αυξηθεί λόγω του φόρτου εργασίας. Αντίστοιχα, οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό καθιστούν σχεδόν αδύνατη τη λήψη μέτρων πρόληψης και ελέγχου των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, με αποτέλεσμα να απειλείται η υγεία των ασθενών»*<sup>21</sup>.

Τα μέτρα λιτότητας, που ελήφθησαν κατά τη διάρκεια εφαρμογής των ΠΟΠ, δημιουργώντας ένα εργασιακό περιβάλλον, στο οποίο επικράτησε η εργασιακή ανασφάλεια και η αβεβαιότητα, δεν αποτέλεσαν μόνο τη βασική αιτία του αυξημένου φαινομένου της μετανάστευσης του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, αλλά συνέβαλλαν καταλυτικά στη διόγκωση του άγχους, για όσους έμειναν στον ελληνικό υγειονομικό τομέα εργασίας. Εξάλλου, είναι κοινά αποδεκτό ότι η δυσμενής εργασιακή πραγματικότητα και οι μειωμένες αποδοχές συγκαταλέγονται στα σημαντικότερα αίτια που οδηγούν σε επαγγελματική δυσαρέσκεια, σε αύξηση του stress και τελικά σε αποχώρηση από τον εργασιακό βίο πολλών από τους εργαζόμενους του νοσηλευτικού προσωπικού (Λαμπράκη, Βλασιάδης, Πατεράκης & Φιλαλήτης, 2016). Στα συνολικά ευρήματα της μελέτης των Kerasidou, Kingori & Legido-Quigley (2016) επισημαίνεται ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής ανέφεραν ότι ένιωθαν ότι οι συνθήκες εργασίας τους, κατά τη διάρκεια της κρίσης, σε ένα

---

<sup>18</sup> <https://www.onmed.gr/ygeia-politiki/story/332759/megalo-kyma-fygis-giatron-kai-nosilefton-sto-eksoteriko>

<sup>19</sup> <https://www.protothema.gr/greece/article/605963/feugoun-apo-tin-ellada-kai-oi-nosileutes-gia-na-doulepsoun-sto-exoteriko/>

<sup>20</sup> <https://www.protothema.gr/greece/article/605963/feugoun-apo-tin-ellada-kai-oi-nosileutes-gia-na-doulepsoun-sto-exoteriko/>

<sup>21</sup> <https://www.tanea.gr/2016/08/28/greece/opoy-fygei-fygei-kai-oi-nosileytes/>

υποστελεχωμένο, υποχρηματοδοτούμενο και κακοδιαχειριζόμενο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ήταν «σαν να βρίσκονταν σε εμπόλεμη ζώνη», αλλά ότι «έπρεπε να συνεχίσουν να πολεμούν», προς όφελος των ασθενών. Η ίδια μελέτη έδειξε ότι οι εν λόγω εργαζόμενοι αντιλήφθηκαν τις μειώσεις των μισθών και την επιδείνωση των συνθηκών εργασίας τους ως προσβολή της αξιοπρέπειας και της αξίας τους.

Στις προαναφερθείσες αιτίες πρέπει να προστεθεί και το γεγονός ότι οι μειωμένοι κρατικοί προϋπολογισμοί για την υγεία συνέβαλαν, εκτός όλων των άλλων (αδυναμία κάλυψης των ανασφάλιστων πολιτών της χώρας μας, μειώσεις στους μισθούς των επαγγελματιών υγείας), στην εμφάνιση ελλείψεων υλικών πόρων, όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας (Αγγελοπούλου & Τζουμανικά, 2020). Ειδικότερα, οι συνεχείς περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας κλιμάκωσαν την έλλειψη υλικοτεχνικού εξοπλισμού και υγειονομικού υλικού, με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας να μη διαθέτουν τα απαραίτητα εφόδια, προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με αποδοτικό τρόπο. Το γεγονός αυτό δε σήμαινε υλική μόνο αποδυνάμωση των υγειονομικών δομών, αλλά και ψυχολογική καταρράκωση των επαγγελματιών υγείας, που ένιωθαν δέσμοι της οικονομικής ύφεσης, μη μπορώντας να εξασφαλίσουν την απρόσκοπτη άσκηση του λειτουργήματός τους. Τα προαναφερθέντα επιβεβαιώνονται και από τη μελέτη των Rachiotis et al., (2014), όπου διαπιστώθηκε ότι οι ελλείψεις ιατρικών προμηθειών δεν είχαν μόνο αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, αλλά συσχετίστηκαν σημαντικά και με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας.

Τα αρνητικά αυτά συναισθήματα οδηγούν στο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία συσχετίζεται με χρόνια κόπωση, ψυχοσωματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα, καθώς και με μειωμένη παραγωγικότητα, δυσαρέσκεια στην εργασία και διάθεση αποχώρησης από αυτήν (Skefales et al., 2014). Συνεπώς, ο αντίκτυπος του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας είναι σοβαρότατος, γιατί συμβάλλει στη σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς τους (Χάρος κ.ά., 2017). Το ανθρώπινο υγειονομικό δυναμικό όμως αποτελεί βασικό παράγοντα, τόσο στην παραγωγή, όσο και στη διανομή των υπηρεσιών υγείας και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της φροντίδας υγείας. Τα επίπεδα απόδοσης του προσωπικού σχετίζονται με τη θνησιμότητα των νοσηλεύομενων ασθενών, με τα δυσμενή συμβάντα, με τις επιπλοκές και με τη διάρκεια παραμονής στον νοσοκομειακό χώρο (Παπαδοπούλου, 2015).

Εν κατακλείδι, τα δημοσιονομικά μέτρα που επιβλήθηκαν από τις δανειακές συμβάσεις με την τρόικα, έφεραν αντιμέτωπο το προσωπικό των υπηρεσιών υγείας με τη λύση της εξωτερικής μετανάστευσης, την εργασιακή ανασφάλεια, τη δυσαρέσκεια, την εξάντληση και τον υπερβολικό φόρτο εργασίας, καθιστώντας έτσι την εργασιακή τους καθημερινότητα εξαιρετικά δύσκολη και επηρεάζοντας δυσμενώς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

## **2.4 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας**

Ο κύριος στόχος των συστημάτων υγείας κάθε χώρας είναι η διασφάλιση της ισότητας, όσον αφορά την πρόσβαση στην απαραίτητη υγειονομική περίθαλψη, για όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάστασή τους (Pappa, Kontodimopoulos, Papadopoulos, Tountas & Niakas, 2013). Σε περιόδους οικονομικής κρίσης όμως, οι πολιτικές και τα μέτρα λιτότητας, που οδηγούν σε περικοπές μισθών και συντάξεων, σε αύξηση της ανεργίας και σε μειωμένη δημόσια χρηματοδότηση, εμποδίζουν, με άμεσο και έμμεσο τρόπο, την αποτελεσματική και ποιοτική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, αυξάνοντας τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας.

Οι εν λόγω ανάγκες, που ορίζονται ως «η διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που κρίνονται απαραίτητες για την κατάλληλη αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας και των υπηρεσιών που πράγματι λαμβάνονται», χρησιμοποιούνται ως «εργαλείο» για την παρακολούθηση της προσβασιμότητας και της έκτασης της ανισότητας, στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Pappa, Kontodimopoulos, Papadopoulos, Tountas & Niakas, 2013). Ο δείκτης αυτών των αναγκών μετρά το μερίδιο του πληθυσμού, ηλικίας 16 ετών και άνω, που αναφέρει ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική περίθαλψη, εξαιτίας ενός από τους ακόλουθους λόγους: οικονομική δυσχέρεια, λίστες αναμονής και ο παράγοντας του χρόνου απόστασης, που χρειάζεται ο ασθενής για να έχει πρόσβαση στην υγειονομική μονάδα που θα ικανοποιήσει τις ανάγκες του και υπολογίζεται ως το άθροισμα των τριών αυτών κατηγοριών<sup>22</sup>.

Εξετάζοντας πιο προσεκτικά τους λόγους αυτούς, το κόστος είναι σίγουρα ο πιο σημαντικός παράγοντας, που οδηγεί σε αυξημένο επίπεδο μη ικανοποιούμενων αναγκών υγείας. Σύμφωνα με έρευνα του INE (2015), αυξημένο ποσοστό ακάλυπτων αναγκών για

---

<sup>22</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_03\\_60/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_60/default/table?lang=en).

ιατρική εξέταση, λόγω οικονομικού κόστους, από το 2007 μέχρι το 2011, παρουσιάστηκε στη χώρα μας στα χαμηλά, αλλά και στα μεσαία εισοδηματικά στρώματα, ενώ αντίθετα το αντίστοιχο ποσοστό μειώθηκε σε όσους είχαν υψηλότερα εισοδήματα. Το γεγονός αυτό αποτελεί ένδειξη ότι η οικονομική κρίση στη χώρα μας οδήγησε σε αύξηση του κόστους της ιατρικής περίθαλψης και ότι οι ανισότητες, ως προς την πρόσβαση και τη χρήση της ιατρικής φροντίδας, είχαν διευρυνθεί.

Επίσης, σε τρεις πανελλαδικές έρευνες Hellas Health (2010, 2013, 2015), που πραγματοποίησε το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής (ΙΚΠΙ) σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού, το υψηλό κόστος ήταν ο σημαντικότερος παράγοντας μη ικανοποίησης ιατρικών αναγκών (Τούντας κ.ά., 2020). Δεν αποτελεί λοιπόν έκπληξη το γεγονός ότι και αρκετοί ειδικοί του European Social Policy Network (ESPN) αναφέρουν το εισόδημα ως βασικό παράγοντα που εξηγεί τις ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Baeten, Spasova, Vanhercke & Coster, 2018). Σε αντίστοιχο συμπέρασμα κατέληξε και η μελέτη των Zavras, Zavras, Kyriopoulos & Kyriopoulos (2016), ήτοι όσο χαμηλότερο είναι το εισόδημα, τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να μην καλυφθούν οι ιατρικές ανάγκες για οικονομικούς λόγους.

Οι μειώσεις που υπέστησαν οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μετά το 2009, συνοδεύτηκαν από αυξημένο αριθμό ατόμων που δεν είχαν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (με τις ευάλωτες ομάδες να επηρεάζονται περισσότερο), καθώς και από την έλλειψη κατάλληλου εξοπλισμού για χειρουργικές παρεμβάσεις, με αποτέλεσμα την προβληματική παροχή υπηρεσιών χειρουργικής υγειονομικής περίθαλψης και συνεπώς την επιδείνωση της υγείας των ασθενών (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Οι σοβαρές επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης σε μεγάλα τμήματα του πληθυσμού αντικατοπτρίζονταν και στην αυξανόμενη χρήση των δωρεάν παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), στις οποίες στράφηκε μεγάλο μέρος του γηγενούς πληθυσμού κατά τη διάρκεια της κρίσης (INE, 2015).

Επιπλέον, οι συνθήκες της κρίσης και της παρατεταμένης λιτότητας έφεραν στο προσκήνιο το σοβαρό πρόβλημα ενός ραγδαία αυξανόμενου αριθμού ανασφάλιστων πολιτών (INE, 2015). Συγκεκριμένα, η κάλυψη για υπηρεσίες υγείας, για την πλειονότητα όσων έμειναν άνεργοι ή αδυνατούσαν πλέον να καταβάλουν τις εισφορές (όπως οι αυτοαπασχολούμενοι), διακόπτονταν έπειτα από ένα διάστημα, που μπορούσε να φτάσει

το μέγιστο δύο χρόνια (OECD, 2017). Φαίνεται λοιπόν ότι το εργασιακό καθεστώς αποτέλεσε έναν καθοριστικό παράγοντα για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα, αφού το ποσοστό των ανέργων που ανέφεραν προβλήματα πρόσβασης ήταν σχεδόν διπλάσιο του ποσοστού που αντιστοιχούσε στους απασχολούμενους (Economou, Kaitelidou, Katsikas, Siskou & Zafirovou, 2014).

Ειδικότερα, το ποσοστό της εκρηκτικά αυξανόμενης ανεργίας επηρέασε κατά προσέγγιση 2,5 εκατ. άτομα, σχεδόν δηλαδή το ένα τέταρτο του ελληνικού πληθυσμού, οι οποίοι απώλεσαν το δικαίωμα της ιατροφαρμακευτικής κάλυψης. Το γεγονός αυτό ώθησε στη θέσπιση νέας νομοθεσίας το 2016, βάσει της οποίας παρέχεται το δικαίωμα δωρεάν πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, όχι μόνο στους Έλληνες πολίτες, αλλά και στους παράτυπους μετανάστες και πρόσφυγες (OECD, 2017).

Επιπρόσθετα, στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, το μέρος του πληθυσμού που διαβιούσε σε συνθήκες οικονομικής δυσπραγίας, λόγω ανεργίας, μειώσεων στους μισθούς και στις συντάξεις, αδυνατούσε να έχει πρόσβαση σε εναλλακτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως είναι η ιδιωτική, με αποτέλεσμα να υπάρχει αυξημένη ζήτηση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Το γεγονός αυτό επιβάρυνε ακόμη περισσότερο το δημόσιο σύστημα υγείας, το οποίο αντιμετώπιζε ήδη μεγάλες ελλείψεις σε υλικό και σε ανθρώπινο δυναμικό, λόγω του περιορισμού των κρατικών δαπανών υγείας. Απόρροια της κατάστασης αυτής ήταν η αύξηση του χρόνου αναμονής, για τη λήψη υπηρεσιών δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, δημιουργώντας επιπλέον εμπόδια στην πρόσβαση σε αυτές (INE, 2015; Ζερβέα, Αποστολάκης & Σαράφης, 2020; Rotarou & Sakellariou, 2019). Οι Economou, Kaitelidou, Katsikas, Siskou & Zafirovou (2014) αναφέρουν ότι σύμφωνα με τα διαθέσιμα επίσημα στοιχεία, από τον Ελληνικό Χάρτη Υγείας, στα πρώτα χρόνια της κρίσης οι χρόνοι αναμονής, για χρήση υπηρεσιών εξωτερικών ιατρείων σε δημόσιες δομές υγείας, αυξήθηκαν κατά περισσότερο από 200%.

Οι Τσιρώνα, Σίσκου, Γαλάνης & Καϊτελίδου (2019) μελετώντας μια σειρά από σχετικές έρευνες, που διεξήχθησαν το διάστημα 2004–2017, διερεύνησαν την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων της χώρας μας στις υπηρεσίες υγείας. Το συμπέρασμα στο οποίο κατέληξαν ήταν ότι οι ανικανοποίητες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης αυτής της κατηγορίας ασθενών, κατά τα χρόνια εφαρμογής των μνημονιακών πολιτικών, ήταν ιδιαίτερα αυξημένες και ότι το υψηλό



κόστος, οι μεγάλες λίστες αναμονής και η έλλειψη χρόνου αποτελούσαν τις κύριες συνιστώσες, που δυσχεραίναν την πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας.

Η κρίση όμως συνδέθηκε και με προβλήματα πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες που σχετίζονταν με την απόσταση στην οποία βρίσκονταν οι δομές υγείας. Τα προβλήματα αυτά αφορούσαν το αυξημένο κόστος των δημόσιων μεταφορών για τους πολίτες, λόγω της μειωμένης δημόσιας χρηματοδότησης, των χαμηλών εισοδημάτων (και συνεπώς μειωμένοι πόροι για χρήση μεταφορικών μέσων), καθώς και της κατάργησης δομών παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων και των περικοπών των δημόσιων δαπανών υγείας. Η κρίση λοιπόν, όχι μόνο φαίνεται ότι δυσκόλευε τους ανθρώπους, αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας λόγω απόστασης, αλλά υπάρχουν και στοιχεία που αποδεικνύουν ότι λόγω αυτής της δυσκολίας οι πολίτες αδυνατούσαν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες υγείας. Ειδικότερα, το ποσοστό των ατόμων στην Ελλάδα που ανέφεραν ανεκπλήρωτη ιατρική ανάγκη, λόγω γεωγραφικής απόστασης, σχεδόν τριπλασιάστηκε στα τέσσερα πρώτα χρόνια της κρίσης (Eurofound, 2013).

Περαιτέρω, οι περικοπές στους μισθούς των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να μη φαίνεται ότι επηρέαζαν άμεσα την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αλλά συνέβαλαν σε αυτό, μέσω των μειωμένων εργασιακών κινήτρων (Eurofound, 2013). Στις μειώσεις αυτές των μισθών έρχεται να προστεθεί η ανεπαρκής στελέχωση πολλών δομών υγείας, λόγω μειωμένων προσλήψεων, πρόωρης συνταξιοδότησης, ιατρικής μετανάστευσης, καθώς και η «γήρανση» όσων συνέχιζαν να υπηρετούν. Οι συνθήκες επομένως εργασίας των εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας, ειδικά στον δημόσιο τομέα, δεν ήταν οι πλέον κατάλληλες, γεγονός που επηρέαζε αρνητικά την απόδοσή τους. Είναι λοιπόν σαφές ότι τα ανωτέρω καθιστούσαν δυσχερή τη λειτουργία των υγειονομικών δημόσιων υπηρεσιών, συμβάλλοντας στη μη ικανοποίηση των αυξημένων αναγκών υγείας (Τούντας κ.ά. 2020).

Αναφορικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, δεν πρέπει να παραλειφθεί να αναφερθεί ο ρόλος της αύξησης του ποσοστού συμμετοχής των ιδιωτικών δαπανών στο σύνολο των δαπανών υγείας. Όπως θα δούμε στο επόμενο κεφάλαιο, κατά τη διάρκεια της δεκαετούς κρίσης στη χώρα μας, αυξήθηκε το μερίδιο συμμετοχής των ιδιωτικών δαπανών στο σύνολο των δαπανών υγείας, σε αντίθεση με το ποσοστό συμμετοχής των αντίστοιχων δημόσιων δαπανών, που υπέστη μεγάλη μείωση. Η έλλειψη οικονομικής προστασίας, λόγω μειωμένων δημόσιων δαπανών και η επιβάρυνση του πληθυσμού, λόγω αυξημένων πληρωμών από την «τσέπη» του, δημιούργησε επιπρόσθετα εμπόδια στην πρόσβαση στην

υγειονομική περίθαλψη, υπονόμεισε την κατάσταση της υγείας των πολιτών και επιδείνωσε τη φτώχεια. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των ανισοτήτων στην προσβασιμότητα στην υγεία, την επιβάρυνση των φτωχών νοικοκυριών, των χαμηλοσυνταξιούχων και τη μετατόπιση του υγειονομικού κόστους σε όσους είχαν μεγαλύτερες ανάγκες για περίθαλψη (OECD, 2016; OECD, 2019b).

Σε έκθεση του Eurofound (2013), σχετικά με τις επιπτώσεις της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση σε δημόσιες χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες υγείας στην ΕΕ, επισημαίνεται ότι οι χώρες με υψηλότερο μερίδιο ιδιωτικών πληρωμών για υπηρεσίες υγείας παρουσίαζαν γενικά και σημαντικά υψηλότερες αναλογίες ατόμων που ανέφεραν δυσκολίες λόγω κόστους. Ειδικότερα, συνολικά το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν δυσκολίες πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες για οικονομικούς λόγους, ήταν 1% υψηλότερο για κάθε ποσοστιαία αύξηση του ποσοστού εκείνων των δαπανών για την υγεία, που καταβάλλονταν απευθείας από την πλευρά των νοικοκυριών.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται στατιστικά στοιχεία, αναφορικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, όπως αυτά αναφέρονται στην επίσημη στατιστική βάση της Eurostat, σε εκθέσεις του OECD και σε έρευνες σχετικές με την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat<sup>23</sup>, από το 2008 έως το 2012 η Ελλάδα, όσον αφορά τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας ως άθροισμα και των τριών αιτιών (κόστους, απόστασης και χρόνου αναμονής), παρουσίαζε ποσοστό μικρότερο από τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία, την Πολωνία και τη Λετονία. Από το 2013 όμως και μετά, η χώρα μας ανέβηκε στις πρώτες θέσεις, σε σχέση με τα υπόλοιπα κράτη-μέλη της ΕΕ. Ειδικότερα, το 2013 και 2014 βρέθηκε στην 3<sup>η</sup> θέση, ενώ από το 2015 έως και το 2018 διατήρησε τη 2<sup>η</sup> θέση, μετά την Εσθονία, που κατείχε την 1<sup>η</sup> θέση.

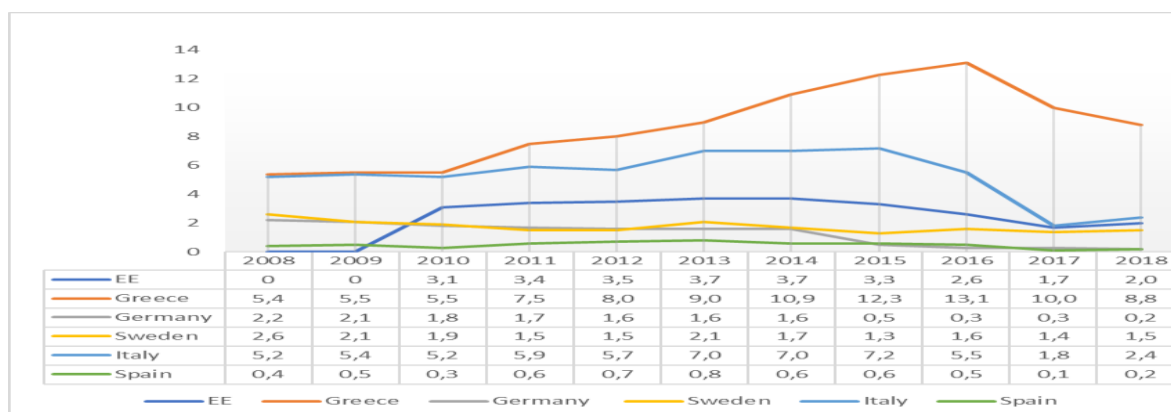
Στο διάγραμμα 2.4.1, τα δεδομένα του οποίου προέρχονται από τις στατιστικές της ΕΕ για το εισόδημα και τις συνθήκες διαβίωσης (EU SILC), παρουσιάζεται η εξέλιξη του δείκτη των ανεκπλήρωτων αναγκών για ιατρική περίθαλψη, από το 2008 έως και το 2018, για το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ, για τρεις χώρες της Νότιας Ευρώπης, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας, καθώς και για δύο χώρες της Βόρειας Ευρώπης. Όσον αφορά τον μέσο όρο της ΕΕ, παρατηρείται αύξηση του δείκτη κατά την περίοδο 2010-2014 (από 3,1% σε 3,7%), γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί από τις πολιτικές λιτότητας που ακολουθήθηκαν σε πολλές χώρες, κατά την περίοδο αυτή, την απώλεια δικαιωμάτων ασφάλισης για

<sup>23</sup> [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_03\\_60/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_60/default/table?lang=en)

ορισμένες ομάδες και ταυτόχρονα την αυξανόμενη ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη. Μετά το 2014 όμως παρατηρήθηκε σταδιακή βελτίωση του δείκτη, με αποτέλεσμα το ποσοστό των ανεκπλήρωτων αναγκών το 2018 να είναι κάτω από το επίπεδο του 2010.

Από τα απεικονιζόμενα στοιχεία καθίσταται σαφές ότι η χώρα μας, κατά το χρονικό διάστημα της οικονομικής κρίσης, βρισκόταν συνεχώς πάνω από το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ και παρουσίασε τις μεγαλύτερες μεταβολές στην επιδείνωση του ποσοστού των πολιτών με ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας. Συγκεκριμένα, από το 2008 στο 2018 οι εν λόγω ανάγκες στην Ελλάδα αυξήθηκαν κατά 3,4 ποσοστιαίες μονάδες (από 5,4% το 2008 σε 8,8%, το 2018), ενώ στις συγκρινόμενες χώρες οι ανάγκες αυτές μειώθηκαν, με την πιο σημαντική πτώση να παρατηρείται στην Ιταλία (από 5,2% σε 2,4%) και στη Γερμανία (από 2,2% σε 0,2%). Όσον αφορά την Ισπανία, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας παρουσίαζαν ποσοστό κάτω του 1% για όλο το αναφερόμενο διάστημα.

Διάγραμμα 2.4.1: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας για την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ιταλία, Ισπανία και τον μέσο όρο της ΕΕ (2008-2018)



Πηγή: Eurostat, 2021, *Self-reported unmet need for medical examination and care by sex*. Ανακτήθηκε από [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_03\\_60/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_60/default/table?lang=en) (Accessed on 6 April 2021)

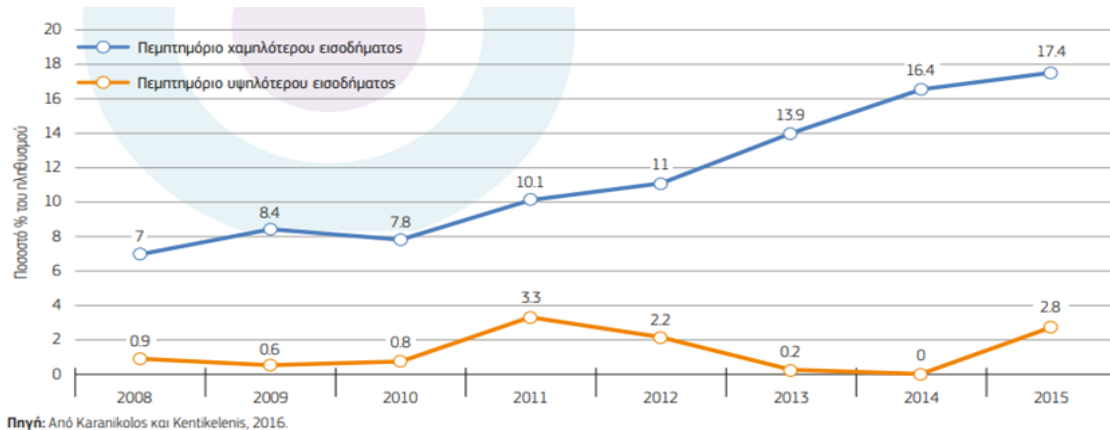
Τα έτη 2014, 2015 και 2016 πάνω από το 10% (10,9%, 12,3 και 13,9%, αντίστοιχα) του πληθυσμού της Ελλάδας ανέφερε μια ανεκπλήρωτη ανάγκη για ιατρική εξέταση, με το βάρος να πέφτει κυρίως στις ομάδες χαμηλού εισοδήματος (OECD, 2016; OECD, 2018; Eurostat, 2021). Ειδικά για το έτος 2014, ένα στα έξι άτομα (ποσοστό 17%) με το χαμηλότερο εισόδημα ανέφερε ότι δεν πήγε για ιατρική εξέταση, όταν χρειάστηκε (OECD, 2016). Επίσης, τα αποτελέσματα μελέτης, που πραγματοποιήθηκε από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2014), έδειξαν ότι περίπου το 60% των χρόνιων ασθενών αντιμετώπιζε οικονομικούς περιορισμούς ή εκτεταμένες λίστες αναμονής, προκειμένου να αποκτήσει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Economou, Kaitelidou, Katsikas, Siskou & Zafiropoulou, 2014).

Το γεγονός ότι οι ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος αντιμετώπιζαν μεγαλύτερες δυσκολίες πρόσβασης στην περίθαλψη, επιβεβαιώθηκε σε μεγάλο βαθμό το έτος 2015, όταν η διαφοροποίηση, όσον αφορά τις μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγείας, μεταξύ του υψηλότερου και του χαμηλότερου πεμπτημορίου εισοδήματος ήταν τεράστια (3,9% και 18,7%, αντίστοιχα). Το στοιχείο αυτό υπογραμμίζει την άνιση πρόσβαση που βίωσαν οι διάφορες εισοδηματικές ομάδες στη χώρα μας, αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας, κατά το διάστημα της κρίσης (OECD, 2017).

Επιπρόσθετα, το ποσοστό των ατόμων, που ανέφεραν ότι δεν είχαν ικανοποιήσει τις ανάγκες τους για ιατρική περίθαλψη για **οικονομικούς λόγους**, υπερδιπλασιάστηκε από το 2008 στο 2014 (από 4% σε σχεδόν 10%). Αυτό το ποσοστό, όσον αφορά την ομάδα των ατόμων με το χαμηλότερο εισόδημα, ξεπέρασε το 16% για το έτος 2014, όταν το 2008 ήταν μόλις 7% (OECD, 2016). Η υπέρμετρη αυτή αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού που ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, λόγω υψηλού κόστους, επιβεβαιώνεται συγκρίνοντας και το έτος 2010 (έτος υπογραφής του πρώτου μνημονίου) με το έτος 2015 (έτος υπογραφής του τρίτου μνημονίου), όπου το ποσοστό από 4,2% αυξήθηκε σε 10,9%, αντίστοιχα (OECD, 2017).

Το διάγραμμα 2.4.2 απεικονίζει με χαρακτηριστικό τρόπο τις ανισότητες στην πρόσβαση για την υγειονομική περίθαλψη, ανάλογα με την εισοδηματική ομάδα. Συγκεκριμένα, για το έτος 2015, οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγείας λόγω υψηλού κόστους, για το φτωχότερο πεμπτημόριο έφτασε στο 17,4%, το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ, όπου ο μέσος όρος ήταν μόλις 4,1%, ενώ για το πεμπτημόριο με το υψηλότερο εισόδημα το ποσοστό αυτό ήταν μόλις 2,8% (OECD, 2017).

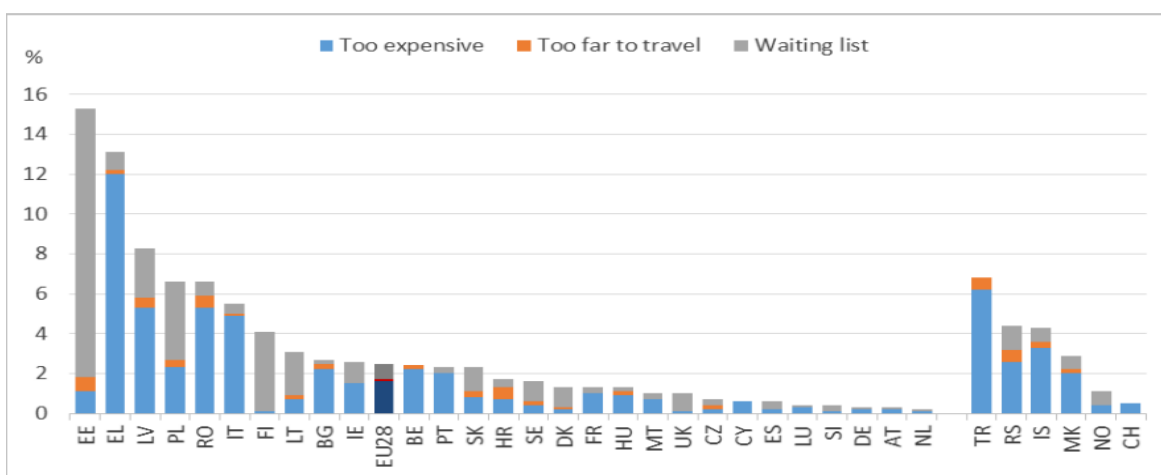
*Διάγραμμα 2.4.2: Ποσοστό πληθυσμού με ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, λόγω υψηλού κόστους, ανάλογα με την εισοδηματική ομάδα (Ελλάδα) (2008-2015)*



Πηγή: OECD (2017). Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017. doi:10.1787/9789264285224-el

Για το έτος 2016, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 2.4.3, η Ελλάδα αποτελεί την πιο ακραία περίπτωση χώρας, με το 12% των αυτοαναφερόμενων ανικανοποίητων αναγκών υγείας να οφείλονται σε οικονομική δυσπραγία. Ακολουθεί η Τουρκία με 6,2% και η Ρουμανία και η Λετονία, αμφότερες με 5,3% (Baeten, Spasova, Vanhercke & Coster, 2018). Επίσης, για το ίδιο έτος, σχεδόν ένας στους πέντε Έλληνες (ποσοστό 20%) με το χαμηλότερο εισόδημα ανέφερε ότι δεν έλαβε καμία ιατρική φροντίδα, όταν την είχε ανάγκη, κυρίως για οικονομικούς λόγους (OECD, 2018).

*Διάγραμμα 2.4.3: Αυτοαναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική εξέταση, με βάση τους τρεις βασικούς λόγους: κόστος, απόσταση και λίστες αναμονής (για 34 χώρες και για τον μέσο όσο της ΕΕ) (2016)*



*Πηγή: Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B., & Coster, S. (2018). Inequalities in access to healthcare. A study of national policies 2018. doi: 10.2767/371408*

Το έτος 2017 ακάλυπτες ανάγκες υγείας αναφέρθηκαν επίσης από σχεδόν ένα στα πέντε νοικοκυριά του φτωχότερου πεμπτημίου εισοδήματος, αλλά μόλις από το 3% των πλουσιότερων νοικοκυριών (OECD, 2019a). Το τελευταίο έτος εφαρμογής των ΠΟΠ (2018), το ποσοστό του πληθυσμού που ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη μειώθηκε στο ποσοστό του 8,8%. Το βάρος όμως εξακολουθούσε να πέφτει σε άτομα χαμηλού εισοδήματος, αφού σχεδόν πάλι ένας στους πέντε Έλληνες του χαμηλότερου εισοδηματικού πεμπτημίου ανέφερε ότι δεν κατάφερε να έχει πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη, καθώς και ότι οι ανεκπλήρωτες αυτές ανάγκες υγείας οφείλονταν κυρίως σε οικονομικές δυσκολίες (OECD, 2020).

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα προαναφερθέντα στατιστικά στοιχεία είναι σαφές ότι η εισοδηματική ανισότητα, που κυριάρχησε καθόλη τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, η ανεργία και η φτώχεια που διογκώθηκαν, λόγω των μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής στο πλαίσιο της κρίσης, δημιούργησαν

ανυπέρβλητά εμπόδια αναφορικά με την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης υψηλής ποιότητας. Οι δραματικές επίσης περικοπές σε ανθρώπινους, υλικούς και οικονομικούς πόρους στον ελληνικό δημόσιο υγειονομικό τομέα, λόγω της μειωμένης κρατικής χρηματοδότησης, συνέβαλαν σε σημαντικό βαθμό στη μείωση της προσφοράς της ιατρικής περίθαλψης και προκάλεσαν ανισορροπίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες εκφράστηκαν με την αύξηση των οικονομικών και χρονικών εμποδίων. Το φαινόμενο αυτό είχε ως συνέπεια την αύξηση του μεγέθους των περιπτώσεων ανικανοποίητης ζήτησης και ιδίως αυτών που κατηγοριοποιούνται ως ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, πράγμα το οποίο έπληξε κυρίως το πεδίο της πρόληψης, της δημόσιας υγείας, της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων (Κυριόπουλος, 2017: 69).

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν μελέτες που επικαιροποιούν το γεγονός ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας μπορεί να συμβάλλουν στην επιδείνωση της κατάστασης της υγείας και της ποιότητας ζωής<sup>24</sup>, να αυξήσουν τον κίνδυνο θνησιμότητας<sup>25</sup> ή και να σχετίζονται με συμπτώματα ψυχικής και ψυχοσωματικής φύσης<sup>26</sup> (Pappa, Kontodimopoulos, Papadopoulos, Tountas & Niakas, 2013).

## **2.5 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία**

Σύμφωνα με διεθνείς μελέτες, υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση της οικονομικής ύφεσης με την ψυχική υγεία. Οι περισσότερες από αυτές έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η αύξηση της ανεργίας, ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η μείωση του προσωπικού και η μείωση των μισθών, συνδέονται με αυξημένο ποσοστό διαταραχών της διάθεσης, άγχους, κατάθλιψης, δυσθυμίας και αυτοκτονίας (Mucci, Giorgi, Roncaioli, Perez & Arcangeli, 2016). Οι Paul & Moser (2009) εξετάζοντας με μετα-αναλυτικές μεθόδους την επίδραση της ανεργίας στην ψυχική υγεία, διαπίστωσαν ότι ο αριθμός των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα ήταν πολύ μεγαλύτερος όσον αφορά τους άνεργους (34%) σε σχέση με τους εργαζόμενους (16%). Επιπλέον, η αρνητική αυτή επίδραση ήταν ισχυρότερη στις χώρες με αρνητικό επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, άνηση κατανομή

---

<sup>24</sup> McCarberg BH, Nicholson BD, Todd KH, Palmer T, Penles L. The impact of pain on quality of life and the unmet needs of pain management: results from pain sufferers and physicians participating in an Internet survey. *Am J Ther.* 2008 Jul-Aug;15(4):312-20. doi: 10.1097/MJT.0b013e31818164f2. PMID: 18645331.

<sup>25</sup> Alonso J., Orfila F., Ruigomez A., Ferrer M., Anto JM, 1997. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *American Journal of Public Health*, 87, 365\_370, doi: 10.2105/AJPH.87.3.365.

<sup>26</sup> Westin, M.; Ahs, A.; Brand Persson, K.; Westerling, R. A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care-lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy* 2004, 68, 333–344.

εισοδήματος και αδύναμα συστήματα κοινωνικής προστασίας. Η σχέση μεταξύ της χαμηλής οικονομικής κατάστασης και της αυξημένης συχνότητας εμφάνισης ψυχικών ασθενειών έχει αποδειχθεί ακόμη και από μελέτες που έγιναν αρκετές δεκαετίες πριν, όπως η New Haven Study, που διεξήχθη το 1958 και η Midtown Manhattan Study, η οποία πραγματοποιήθηκε το 1963 (Murali & Oyebode, 2004).

Οι ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα οι συναισθηματικές κρίνονται πρωταρχικής σημασίας για τη δημόσια υγεία, καθώς κατατάσσονται στις πρώτες αιτίες που προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητας των ανθρώπων. Το ζήτημα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία έχει απασχολήσει ιδιαίτερα την επιστημονική κοινότητα και έχει επισημανθεί η ανάγκη παροχής της κατάλληλης παρέμβασης από τα συστήματα υγείας (Ευθυμίου, Αργαλιά, Κασκάμπα & Μακρή, 2013). Η αναχαιτίση της επιβάρυνσης της ψυχικής υγείας, λόγω της οικονομικής κρίσης, μπορεί να γίνει μέσω της άσκησης πολιτικών δημόσιας υγείας, που συμβάλλουν στη βελτίωσή της. Αυτό δυστυχώς δε συνέβη στην Ελλάδα, αφού η κρατική χρηματοδότηση για τον τομέα της ψυχικής υγείας μειώθηκε κατά 20%, από το 2010 στο 2011 και κατά 55% επιπλέον από το 2011 στο 2012 (Drydakakis, 2015).

Η χώρα μας, έχοντας πληγεί σοβαρά από την ύφεση, ήρθε αντιμέτωπη με ανησυχητικά γρήγορες αυξήσεις στα ποσοστά ανεργίας, με μια συνεχιζόμενη κοινωνικοοικονομική και πολιτική αναταραχή και με σημαντικές περικοπές στις κυβερνητικές δαπάνες (Economou et al., 2014). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα ακόμα και στην περίπτωση όσων δεν ανήκαν στις ομάδες των ανέργων, αλλά ήταν εργαζόμενοι, να επιβαρυνθούν ψυχολογικά, λόγω των οικονομικών πιέσεων, των αντίξοων συνθηκών εργασίας και της καθημερινής απειλής απώλειας της εργασίας τους (Οικονόμου, Χαρίτση, Πέππου, Διέτη & Σουλιώτης, 2018).

Σε έρευνα του Ευρωβαρομέτρου, που διεξήχθη το 2010 (Φεβρουάριος – Μάρτιος 2010), μεταξύ 26.800 πολιτών της ΕΕ, στα 27 κράτη μέλη της ΕΕ, παρατηρήθηκε ότι μεταξύ των ερωτηθέντων τη μεγαλύτερη μείωση αυτών που δήλωσαν ότι ένιωθαν χαρούμενοι πάντα ή τον περισσότερο καιρό, σε σύγκριση με το 2006 (Δεκέμβριος 2005-Ιανουάριος 2006), την παρουσίασαν οι Έλληνες πολίτες. Συγκεκριμένα, η μείωση αυτή ανήλθε στις 18 ποσοστιαίες μονάδες, αφού από 61% το 2006 μειώθηκε σε 43% το 2010, ενώ για το σύνολο των πολιτών της ΕΕ η μείωση ήταν μόλις 4 ποσοστιαίες μονάδες (από 65% σε 61%). Επίσης, στην Ελλάδα υπήρξε και η μεγαλύτερη μείωση, με πτώση 12 ποσοστιαίων μονάδων, αυτών που δήλωσαν ότι ένιωθαν ήρεμα και γαλήνια πάντα ή τον περισσότερο

καιρό, καθώς το 2006 το ποσοστό αυτό ανερχόταν σε 58%, ενώ το 2010 μειώθηκε σε 46%. Για την ίδια χρονική περίοδο, για το σύνολο των πολιτών της ΕΕ, η αντίστοιχη μείωση ήταν μόλις 2 ποσοστιαίες μονάδες (από 63% σε 61%) (European Commission, 2010).

Στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής πραγματοποιήθηκε έρευνα σε ανήλικο πληθυσμό (2.150 έφηβοι), η οποία παρείχε επιδημιολογικά δεδομένα για την κατάσταση της ψυχικής υγείας των εφήβων, εν μέσω της ύφεσης στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ανάπτυξη ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε εφήβους στην ελληνική κοινωνία, επιβεβαιώνοντας ότι η κρίση προσκρούει δυσανάλογα στις πιο ευάλωτες κοινωνικοοικονομικές ομάδες (Paleologou et al., 2018).

Τον Μάιο του 2015, στην έρευνα Hellas Health VI, που πραγματοποίησε το ΙΚΠΠ, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 1.001 ατόμων του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού, συμπεριελήφθησαν ερωτήσεις που αφορούσαν την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Από το σύνολο της έρευνας και την ανάλυση των ευρημάτων, προέκυψε το συμπέρασμα ότι η επιδείνωση της υγείας, κυρίως της ψυχικής και ιδιαίτερα των κατώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων, αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στην οικονομική κρίση (Τούντας, Σουλιώτης, Γιαννοπούλου, Γώτη & Τζαβάρα, 2015).

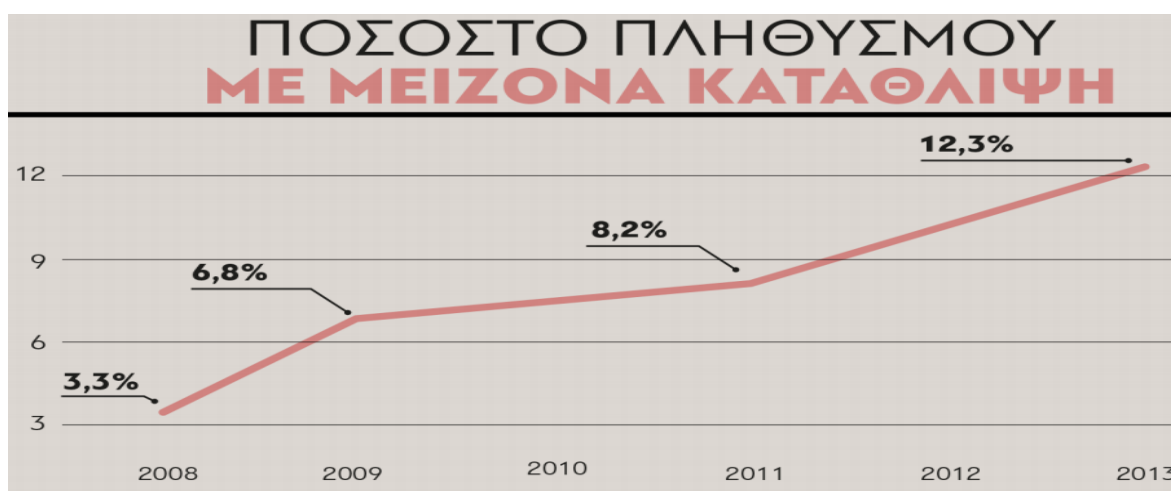
Σχετικά με τις επιπτώσεις της ανεργίας στην αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας και στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε έρευνα, για τη χρονική περίοδο 2008-2013, χρησιμοποιώντας τη Διαχρονική Μελέτη Αγοράς Εργασίας, τα ευρήματα της οποίας έδειξαν ότι οι μορφές αυτές υγείας των πολιτών επηρεάστηκαν δυσμενώς από την αύξηση της ανεργίας. Ειδικότερα, κατά την περίοδο 2010-2013, όπου η ανεργία διπλασιάστηκε, παρατηρήθηκε μεγαλύτερη επιδείνωση της υγείας, σε σύγκριση με την περίοδο 2008-2009. Επιπλέον, η ίδια έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ανεργία στη χώρα μας επηρέασε αρνητικά την υγεία των γυναικών σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με των ανδρών. Η μεγαλύτερη ευπάθεια των γυναικών μπορεί να οφειλόταν στην υψηλότερη ανασφάλεια που αισθάνθηκαν, λόγω της μακροχρόνιας ανεργίας, της αδυναμίας ανταπόκρισης στις οικονομικές υποχρεώσεις, καθώς και της κοινωνικής απομόνωσης, καταστάσεις τις οποίες αντιμετώπισαν σε υπέρμετρο βαθμό στα χρόνια της κρίσης. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας ήταν σύμφωνα και με ευρήματα άλλων μελετών, οι οποίες είχαν ως αντικείμενο διερεύνησης τις επιπτώσεις των δυσμενών οικονομικών συνθηκών στους δείκτες ευημερίας των πολιτών της ΕΕ και των ΗΠΑ (Drydakis, 2015).



Ο αντίκτυπος της ανεργίας στην υγεία έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών επιδημιολογικών μελετών, γιατί η απώλεια εργασίας αποτελεί ένα τραυματικό και αγχωτικό συμβάν στη ζωή κάθε ανθρώπου, όπου σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία συμβάλλει στην ανάπτυξη όχι μόνο σωματικών, αλλά και ψυχικών ασθενειών. Τα ευρήματα από έρευνες υποστηρίζουν ακόμη και την υπόθεση ότι η ανεργία δε συσχετίζεται απλά με την ψυχική νόσο, αλλά ουσιαστικά την προκαλεί (Δεπάστας, 2019). Επίσης, όπως αναφέρουν οι Οικονόμου, Χαρίτση, Πέππου, Διέτη & Σουλιώτης (2018), μετα-αναλύσεις επιδημιολογικών συγχρονικών μελετών κατέδειξαν ότι άτομα με χαμηλό εισόδημα είναι 1,81 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη, σε σχέση με άτομα με υψηλότερα εισοδήματα. Μάλιστα, η έκθεση σε σοβαρές οικονομικές δυσκολίες μπορεί να προκαλέσει μέχρι και κλινικές μορφές κατάθλιψης (Δεπάστας, 2019).

Τα ευρήματα τεσσάρων διαδοχικών μελετών, που διεξήγαγε το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), κατέδειξαν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης μια σταδιακή, αλλά συνεχή αύξηση στη μηνιαία επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, το ποσοστό επικράτησης της μείζονος κατάθλιψης στον πληθυσμό της χώρας μας, για το 2008, όταν η κρίση δεν είχε ακόμη γίνει αισθητή, ήταν 3,3%, ενώ το 2009 το ποσοστό αυτό υπερδιπλασιάστηκε, φτάνοντας το 6,8%. Στη συνέχεια, το ποσοστό αυτό αναρριχήθηκε στο 8,2% για το έτος 2011 και στο 12,3% για το έτος 2013 (Οικονόμου, Χαρίτση, Πέππου, Διέτη & Σουλιώτης 2018) (διάγραμμα 2.5.1).

Διάγραμμα 2.5.1: Ποσοστό πληθυσμού με μείζονα κατάθλιψη στην Ελλάδα (2008-2013)



Πηγή: *διαΝΕΟσις/ΕΠΨΥ*, 2016, [https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki\\_ygeia\\_ellinwn/](https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki_ygeia_ellinwn/)

Επιπρόσθετα, από την έρευνα του ΕΠΨΥ, που επεξεργάστηκε το περιεχόμενο των κλήσεων στην Τηλεφωνική Γραμμή Βοήθειας για την κατάθλιψη, από τον Μάιο 2008 έως

και τον Ιούνιο 2011, προέκυψε το συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι που τηλεφωνούσαν για βοήθεια εξέφραζαν οικονομική δυσπραγία, άγχος για το μέλλον, έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών, αδυναμία εύρεσης εργασίας ή ανεργία και γενικά άνθρωποι που ζούσαν υπό συνθήκες εργασιακής αβεβαιότητας και ανασφάλειας. Η συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με την υψηλή ανεργία επιβεβαιώθηκε και από τα ευρήματα μεταγενέστερων μελετών, που διερεύνησαν το ίδιο φαινόμενο, όπως της Εθνικής Μελέτης Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου (EMENO), που πραγματοποίησε το 2014 η Ιατρική Σχολή σε συνεργασία με όλες τις Ιατρικές Σχολές των Ελληνικών Πανεπιστημίων και το Πάντειο Πανεπιστήμιο και στην οποία συμμετείχε τυχαίο πανελλαδικό δείγμα 5.000 ατόμων, 18 ετών και άνω<sup>27</sup>.

Στην έρευνα υγείας, που πραγματοποίησε η ΕΛΣΤΑΤ το 2014<sup>28</sup>, περιλαμβάνονταν ερωτήματα που αποσκοπούσαν στην καταγραφή του επιπολασμού και της σοβαρότητας των ψυχικών νόσων, ειδικότερα της κατάθλιψης. Σύμφωνα με τα στοιχεία που προέκυψαν, κατάθλιψη δήλωσε το 4,7% του πληθυσμού, ποσοστό αυξημένο κατά 80,8% σε σχέση με το ποσοστό του 2009 (2,6%). Οι 3 στους 10 ήταν άνδρες (33%) και οι 7 γυναίκες (67%). Σε όμοια έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2019<sup>29</sup>, δηλαδή μετά την έξοδο από τα μνημόνια, κατάθλιψη δήλωσε το 3,8% του πληθυσμού, ποσοστό δηλαδή μειωμένο κατά 19,2%, σε σχέση με την έρευνα του 2014 (4,7%). Όμως, ακόμη και μετά από πέντε έτη, οι 3 στους 10 που παρουσιάζουν κατάθλιψη ήταν άνδρες (30,5%) και οι 7 γυναίκες (69,5%).

Η αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, κατά την περίοδο της κρίσης, δεν ήταν ένα φαινόμενο που εμφανίστηκε μόνο στην Ελλάδα. Οι Stuckler, Reeves, Loopstra, Karanikolos & McKee (2017) αναφέρουν ότι μελέτη που χρησιμοποίησε δεδομένα από έρευνες υγείας, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη, διαπίστωσε ότι η απώλεια θέσεων εργασίας, για άτομα ηλικίας μεταξύ 50-64 ετών, συνδέθηκε με αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά 28% στις ΗΠΑ και κατά 8% στην Ευρώπη.

Η μακροοικονομική αστάθεια όμως δε συνδέεται μόνο με μια ήπια χειροτέρευση των ψυχικών διαταραχών, αλλά και με την αύξηση του αριθμού των ατόμων που οδηγούνται στην αυτοκτονία (Madianos, Alexiou, Patelakis & Economou, 2014). Μετά την παγκόσμια ύφεση του 2008 και την κρίση του ευρωπαϊκού δημόσιου χρέους του 2009, τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ελλάδα και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες παρουσίασαν αξιοσημείωτη

---

<sup>27</sup> [https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki\\_ygeia\\_ellinwn/](https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki_ygeia_ellinwn/)

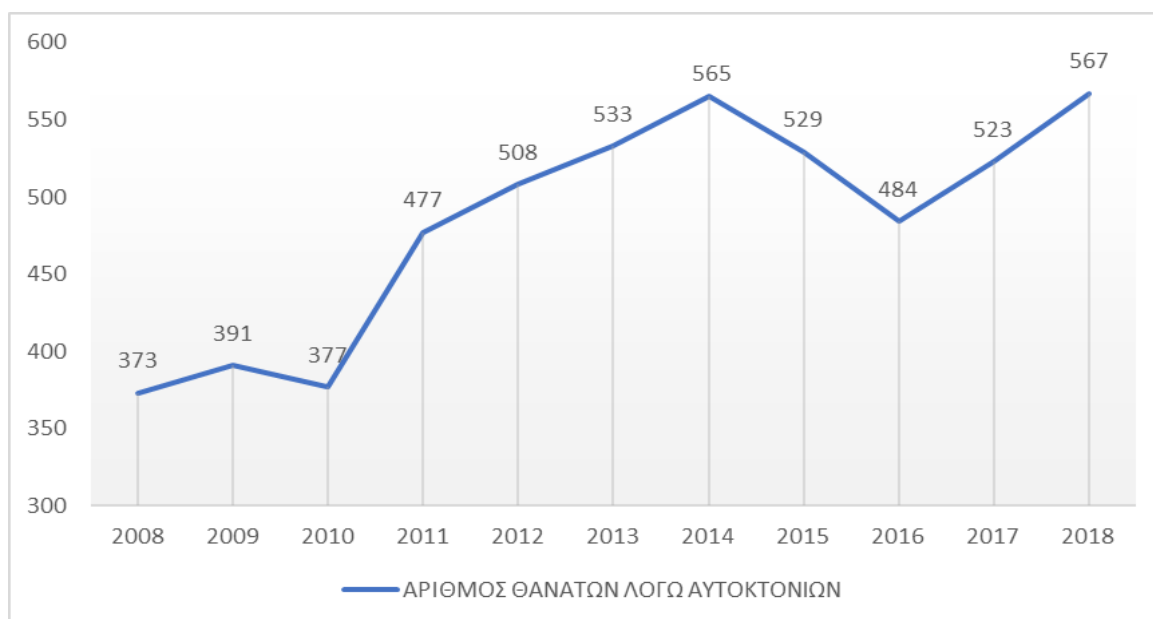
<sup>28</sup> ΕΛΣΤΑΤ, 2014, <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/2014>

<sup>29</sup> ΕΛΣΤΑΤ, 2019, <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/2019>

άνοδο (Antonakakis & Collins, 2014). Οι Toffolutti & Suhrcke (2014), που διερεύνησαν τον αντίκτυπο της μακροοικονομικής πτώσης, κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, σε μια σειρά δεικτών συμπεριφοράς υγείας, χρησιμοποιώντας δεδομένα για 23 χώρες της ΕΕ, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, επιβεβαίωσαν όχι μόνο την αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, αλλά και το γεγονός ότι οι επιπτώσεις ήταν πιο έντονες στις χώρες με χαμηλά επίπεδα κοινωνικής προστασίας.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (2012 & 2018), ενώ από το 2000 στο 2010 οι θάνατοι που αποδίδονταν σε αυτοκτονίες στη χώρα μας μειώθηκαν κατά 1,3% (από 382 σε 377), από το 2010 και μετά, η θνησιμότητα από αυτοκτονίες άρχισε να αυξάνεται. Συγκεκριμένα, το ποσοστό αυτοκτονιών σημείωσε αύξηση κατά 50,4% από το 2010 στο 2018 και όπως σε όλα τα χρόνια της κρίσης έτσι και το έτος 2018 οι ανδρικές αυτοκτονίες ήταν πολύ υψηλότερες από αυτές των γυναικών (διάγραμμα 2.5.2).

Διάγραμμα 2.5.2: Αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες στην Ελλάδα (2008-2018)



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2012 & 2018, <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO12/2012>;  
<https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO13/2018>

Τα ευρήματα της μελέτης του Madianos, Alexiou, Patelakis & Economou (2014) αποδεικνύουν ότι η έναρξη της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα συσχετίστηκε με σημαντική αύξηση της συχνότητας των αυτοκτονιών. Ειδικότερα, μεταξύ του 2007 και του 2011, παρατηρήθηκε αύξηση της θνησιμότητας λόγω αυτοκτονιών κατά 55,8%, ενώ η ποσοστιαία αύξηση των συνολικών ποσοστών θνησιμότητας στην Ελλάδα, μεταξύ των ίδιων ετών, ήταν μόνο 1,1%. Τα αποτελέσματα αυτά ενίσχυσαν ακόμη περισσότερο τα ευρήματα παρόμοιων ερευνών που αφορούσαν την Ελλάδα και αναφέρονταν σε αύξηση

του αυτοκτονικού ιδεασμού κατά 184,9% και αύξηση των αποπειρών αυτοκτονιών κατά 161,5%, μεταξύ 2008 και 2011. Η ίδια έρευνα έδειξε ότι τα ποσοστά αυτοκτονιών συσχετίζονται θετικά με διάφορους μακροοικονομικούς δείκτες, όπως το δημόσιο χρέος και την ανεργία.

Σε αρκετές εμπειρικές μελέτες, όπως των Lewis & Sloggett (1998), του Young-Hwan (1995), των Lundin et al. (2012), των Classen & Dunn (2012) και των Chen et al. (2012), σταθερό εύρημα αποτελεί η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και αυτοκτονίας (Madianos, Alexiou, Patelakis & Economou, 2014). Στην τρέχουσα κρίση διαπιστώθηκε ότι για κάθε ποσοστιαία μονάδα αύξησης της ανεργίας υπήρξε αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών κατά 0,79% στην Ευρώπη και κατά 0,99% στις ΗΠΑ (Konstantakopoulos et al., 2019). Όσον αφορά την Ελλάδα, είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τη μελέτη των Antonakakis & Collins (2014) τα μέτρα της δημοσιονομικής λιτότητας, η ανεργία και γενικά η οικονομική ύφεση, αύξησαν σημαντικά τα ποσοστά αυτοκτονίας του ανδρικού πληθυσμού. Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώθηκε και από την έρευνα των Rachiotis, Stuckler, McKee & Hadjichristodoulou (2015), στην οποία διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού ανεργίας ανδρών σε εργάσιμη ηλικία και της θνησιμότητας από αυτοκτονία (αύξηση της ανεργίας κατά μια ποσοστιαία μονάδα συνδεόταν με αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών στους Έλληνες άνδρες αυτής της ηλικίας κατά 0,19/100.000), καθώς και από την έρευνα του Foundoulakis (2020), στην οποία προσδιορίστηκε ότι η επίδραση της ανεργίας στην αύξηση των αυτοκτονιών στη χώρα μας, περιορίστηκε σε άνδρες στην αρχή της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας (20-24 ετών) και σε μεσήλικες (45-49 και 55-59 ετών).

Περαιτέρω, ενώ το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας επικεντρώνεται στην επίδραση της ανεργίας στη μεταβολή του ποσοστού των αυτοκτονιών, ρόλο φαίνεται να διαδραματίζουν και οι αλλαγές στο κ. κ. ΑΕΠ. Συγκεκριμένα, η μελέτη του Sher (2006) ανέφερε ότι το κ.κ. ΑΕΠ είχε την τάση να συσχετίζεται με το ποσοστό θνησιμότητας από αυτοκτονίες σε άνδρες, αλλά όχι σε γυναίκες, ενώ η μελέτη του Tapia Granados (2005) κατέληξε ότι η σχέση μεταξύ των δεικτών ΑΕΠ και αριθμού θανάτων από αυτοκτονίες υποδηλώνει ότι ο δεύτερος μειώνεται σε περιόδους οικονομικής επέκτασης και αυξάνεται σε περιόδους ύφεσης (Foundoulakis, 2020). Αναφορικά με τη χώρα μας, η μελέτη των Antonakakis & Collins (2014) επιβεβαίωσε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του αριθμού των αυτοκτονιών και του κ. κ. ΑΕΠ και ότι η αρνητική οικονομική

ανάπτυξη, λόγω της ύφεσης, οδήγησε σε υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών. Τέλος, η έρευνα του Fountoulakis (2020) έδειξε ότι οι πρόσθετοι θάνατοι από αυτοκτονίες στην Ελλάδα, κατά το διάστημα 2009-2015, μπορούσαν κατά το ένα τρίτο να αποδοθούν άμεσα στην ανεργία και το άλλο ένα τρίτο σε άλλες συνέπειες της ύφεσης, συμπεριλαμβανομένης και της μείωσης του ΑΕΠ.

Εκτός όμως από την επίδραση της αύξησης της ανεργίας και της μείωσης του ΑΕΠ στην άνοδο των αυτοκτονιών, πρέπει να αναφερθεί και η συμβολή της φτώχειας ως μεταβλητή που επηρέασε την ψυχική υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Αυτό επιβεβαιώνεται και από σχετική δήλωση του ΠΟΥ (1995), που χαρακτηριστικά αναφέρει ότι *"Ο πιο αδίστακτος δολοφόνος στον κόσμο και η μεγαλύτερη αιτία πόνου στη γη είναι η ακραία φτώχεια"*. Τα χρήματα δεν είναι εγγυητής της ψυχικής υγείας, ούτε η απουσία τους οδηγεί αναγκαστικά σε ψυχική ασθένεια, όμως η φτώχεια συνδέεται με πολλά μακροπρόθεσμα προβλήματα που σχετίζονται με την κακή σωματική υγεία και την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών. Σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, οι άνθρωποι που επιχειρούν να αυτοκτονήσουν ανήκουν συχνότερα στις κοινωνικές κατηγορίες που σχετίζονται με την κοινωνική αποσταθεροποίηση και τη φτώχεια (Murali & Oyebode, 2004). Επομένως, η λιτότητα στη χώρα μας, δημιουργώντας απώλειες θέσεων εργασίας και συνθήκες φτώχειας, αποδυνάμωσε όχι μόνο οικονομικά, αλλά και ψυχολογικά τον πληθυσμό, με συνέπεια η φτώχεια να αποτελέσει μια κρίσιμη συνιστώσα, όσον αφορά τον αριθμό των ατόμων που οδηγήθηκαν στην αυτοκτονία.

Ένας επιπλέον λόγος που συνέβαλε στην επιδείνωση αυτής της κατάστασης ήταν ο μεγάλος βαθμός μείωσης που υπέστησαν οι δημόσιες δαπάνες, στα πλαίσια της δημοσιονομικής προσαρμογής. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Antonakakis & Collins (2014) έδειξαν ότι μια μείωση κατά 1% των κρατικών δαπανών είχε ως συνέπεια την αύξηση του συνολικού ποσοστού αυτοκτονιών στην Ελλάδα κατά 0,3%, εύρημα που επιβεβαιώνει ότι οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες συνέβαλαν στα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονιών. Ακόμη πιο συγκεκριμένα, οι ηλικιακές ομάδες στις οποίες σημειώθηκε σημαντική αύξηση των ποσοστών αυτοκτονιών, λόγω της δημοσιονομικής λιτότητας που προκλήθηκε από τις μειώσεις των κρατικών δαπανών, ήταν αυτές των 65-89 ετών και 45-64 ετών. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι αυτές οι ομάδες αποτελούσαν τα μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού στην Ελλάδα που επηρεάστηκαν σε υπερβολικό βαθμό από τις μειώσεις των συντάξεων και των μισθών, αντίστοιχα.

Με την αναφορά στη μεγάλη μείωση που υπέστησαν οι δημόσιες δαπάνες κατά τη διάρκεια της κρίσης, πρέπει να επισημανθεί και ο ρόλος που διαδραμάτισαν οι περικοπές στον ελληνικό προϋπολογισμό για την υγεία, όσον αφορά την επιβάρυνση της ψυχικής κατάστασης του πληθυσμού. Όπως εκτέθηκε και σε προηγούμενη ενότητα της εργασίας, η περιστολή των δημόσιων δαπανών υγείας είχε δυσμενείς συνέπειες στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας, γεγονός που συντέλεσε στη μη έγκαιρη και έγκυρη πρόληψη και θεραπεία ατόμων που υπέφεραν από προβλήματα ψυχικής φύσεως. Οι Rachiotis, Stuckler, McKee & Hadjichristodoulou (2015) αναφέρουν ότι η συσχέτιση μεταξύ των διακυμάνσεων της αυτοκτονίας στην Ελλάδα και της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας είχε επιβεβαιωθεί και από σχετικές έρευνες που είχαν πραγματοποιηθεί πριν την έναρξη της κρίσης.

Συνεπώς, η οικονομική κρίση στην Ελλάδα δημιούργησε από τη μία έναν φαύλο κύκλο ανάμεσα στην ανεργία, τη φτώχεια, την οικονομική δυσπραγία και την κακή ψυχική υγεία και από την άλλη διεύρυνε το χάσμα, λόγω περικοπών στον τομέα της υγείας, μεταξύ των προσφερόμενων υπηρεσιών και των αναγκών ψυχικής υγείας. Η ανεπαρκής όμως αντιμετώπιση των ψυχικών παθήσεων δεν επιβάρυνε μόνο τους πάσχοντες, αλλά συνολικά την κοινωνία που αποδυναμώθηκε από το παραγωγικό δυναμικό της.

## **2.6 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη βρεφική θνησιμότητα**

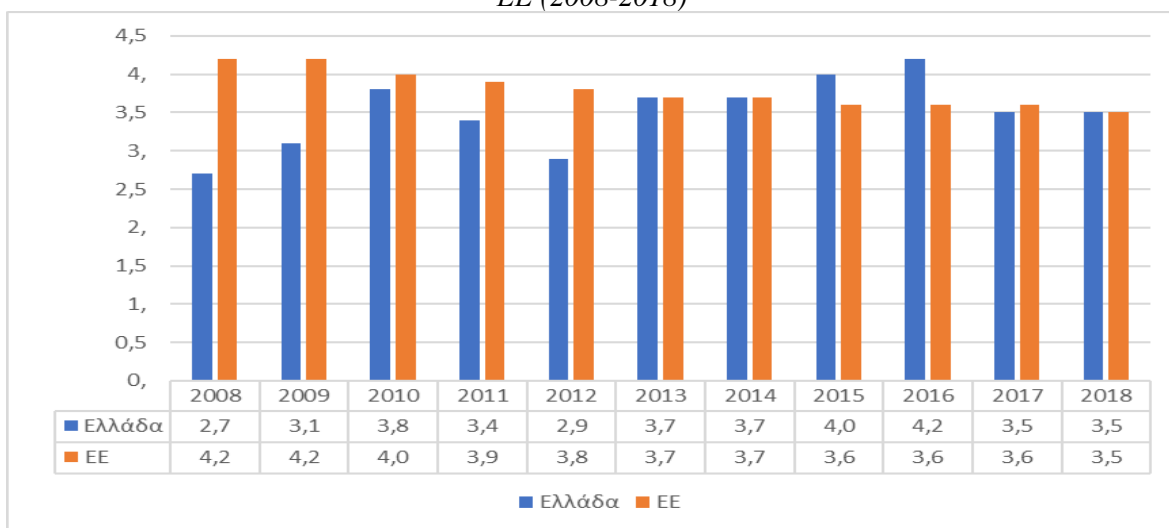
Η οικονομική κρίση του 2008 και οι συνακόλουθες πολιτικές λιτότητας, που εφαρμόστηκαν στον τομέα της υγείας, σχετίζονται με την αύξηση της θνησιμότητας λόγω διάφορων αιτιών (Zilidis & Hadjichristodoulou, 2020). Ευρήματα μελετών έχουν δείξει ότι οι οικονομικές κρίσεις σε λιγότερο εύπορες χώρες, συνοδεύονται από αύξηση της θνησιμότητας. Αυτό αποδίδεται, μεταξύ άλλων παραγόντων, στο αυξημένο ψυχοκοινωνικό στρες, το οποίο υφίστανται οι άνθρωποι σε τέτοιες περιόδους. Η αβεβαιότητα για το μέλλον, η ανάγκη προσαρμογής σε πολλές αλλαγές στη ζωή, συμπεριλαμβανομένων των πτυχών της εργασιακής ζωής, οι αλλαγές στην κοινωνική δομή και η διάλυση του δικτύου κοινωνικής ασφάλισης, συμβάλλουν στην ψυχοσωματική δυσφορία, η οποία πολλές φορές καταλήγει σε απώλεια της ανθρώπινης ζωής (Falagas, Vouloumanou, Mavros & Karageorgopoulos, 2009).

Συνήθως, ένας από τους κύριους δείκτες, που χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας ενός πληθυσμού, είναι αυτός της βρεφικής θνησιμότητας,

(Rezaei, Moradi & Kerami Matin, 2015), που ορίζεται ως ο αριθμός των θανάτων βρεφών ηλικίας κάτω του ενός έτους ανά 1.000 ζωντανές γεννήσεις. Στην εξέλιξη του εν λόγω δείκτη, σημαντικές συνιστώσες αποτελούν οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, μέσα στις οποίες ζουν οι μητέρες και τα νεογνά, καθώς και η αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας (OECD, 2018; OECD, 2020). Περαιτέρω, η μείωση των κρατικών οικονομικών πόρων επηρεάζει τον βαθμό κοινωνικής ευημερίας, καθώς και τη λειτουργία του συστήματος υγείας, η οποία αντικατοπτρίζεται στην αυξημένη βρεφική θνησιμότητα (Falagas, Vouloumanou, Mavros & Karageorgopoulos, 2009).

Στο διάγραμμα 2.6.1 αποτυπώνεται η πορεία του δείκτη της βρεφικής θνησιμότητας, για την Ελλάδα και την ΕΕ, κατά την περίοδο της κρίσης. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία, από το 2008 στο 2016, ο εν λόγω δείκτης για τη χώρα μας αυξήθηκε κατά 55,5% (από 2,7 σε 4,2). Για τα έτη 2017 και 2018 κινήθηκε στο επίπεδο του 3,5, το οποίο ήταν μεν μικρότερο από αυτό του 2016, αλλά συνέχιζε να είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο του 2008. Αξίζει να σημειωθεί ότι από το 2001 και μέχρι την εμφάνιση της κρίσης, η βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα είχε παρουσιάσει μια μέση ετήσια μείωση 2,1% (Filippidis, Gerovasili, Millett & Tountas, 2017).

Διάγραμμα 2.6.1: Διαχρονική εξέλιξη του δείκτη της βρεφικής θνησιμότητας για την Ελλάδα και την ΕΕ (2008-2018)



Πηγή: Eurostat, 2021, Infant mortality rates. Ανακτήθηκε από [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO\\_MINFIND\\_\\_custom\\_1507766/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MINFIND__custom_1507766/default/table?lang=en) (Accessed on 6 April 2021)

Σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ, κατά τα πρώτα χρόνια της κρίσης, η βρεφική θνησιμότητα για τη χώρα μας κυμάνθηκε σε χαμηλότερα επίπεδα. Μετά όμως από το 2012, για τα έτη 2013, 2014 και 2018, δεν παρουσίασε καμία διαφορά σε σχέση με την

ΕΕ, ενώ αντίθετα, για τα έτη 2015 και 2016, ο δείκτης για την Ελλάδα κινήθηκε σε υψηλότερα επίπεδα.

Η αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας στη χώρα μας υποδεικνύει τα προβλήματα που δημιούργησαν οι σκληρές οικονομικές συνθήκες, οι οποίες συνδέθηκαν με τη μειωμένη δυνατότητα πρόσβασης μεγάλου μέρους του πληθυσμού στην κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη, αλλά και με την αδυναμία, λόγω ελλείψεων, του ίδιου του δημόσιου τομέα υγείας να ανταποκριθεί στην αυξημένη ζήτηση για παροχή υπηρεσιών υγείας. Τα ευρήματα της μελέτης των Zilidis & Hadjichristodoulou (2020) επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση της οικονομικής κρίσης και της δυσμενούς πορείας της βρεφικής θνησιμότητας. Οι κοινωνικοοικονομικές παράμετροι που επηρεάστηκαν από την κρίση, με πρωταρχικές το ΑΕΠ και το εισόδημα, που μειώθηκαν, καθώς και την ανεργία, που γνώρισε τεράστια αύξηση, βρέθηκε ότι είναι οι καθοριστικοί παράγοντες της αυξημένης ελληνικής βρεφικής θνησιμότητας. Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Προϊκάκη, Κοτσίκου & Λάμπρου (2017), όπου χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα για την Ελλάδα που αφορούσαν έτη πριν την έναρξη της κρίσης και μέχρι το 2013, διαπιστώθηκε ότι η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας ήταν αρνητικά σχετιζόμενη με τον δείκτη της βρεφικής θνησιμότητας.

Περαιτέρω, τα εμπειρικά στοιχεία από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση υποστηρίζουν ότι το υψηλότερο επίπεδο κ.κ. ΑΕΠ σχετίζεται με χαμηλότερο ρυθμό βρεφικής θνησιμότητας, γεγονός που επιβεβαιώνει τη σημαντική και αρνητική σχέση μεταξύ των δύο δεικτών. Το συμπέρασμα αυτό προέκυψε και από τη μελέτη των Erdoğan, Ener & Arica (2013) σε 25 χώρες υψηλού εισοδήματος του ΟΟΣΑ, για την περίοδο 1970-2007, όπου διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας μειωνόταν, όσο μεγαλύτερη ήταν η οικονομική ανάπτυξη και όσο πιο πλούσιες ήταν οι χώρες. Στο ίδιο αποτέλεσμα κατέληξε και μεταγενέστερη έρευνα των Rezaei, Moradi & Kerami Matin (2015), που είχε ως σκοπό να προσδιορίσει τους κύριους παράγοντες που επηρεάζουν τη βρεφική θνησιμότητα σε χώρες της ECO, για την περίοδο 2005 έως 2012. Η μελέτη αυτή ανέδειξε και τον ρόλο των δημόσιων δαπανών υγείας, όσον αφορά την εξέλιξη του δείκτη της βρεφικής θνησιμότητας, αφού για τις χώρες που μελετήθηκαν διαπιστώθηκε η σημαντική και αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δυο μεταβλητών. Τέλος, αναφέρουμε τη μελέτη των Jiménez -Rubio (2011), τα ευρήματα της οποίας συμφωνούν με τις προαναφερθείσες μελέτες και στην οποία διαπιστώθηκε ότι μια αύξηση του ΑΕΠ κατά 10% συνέβαλε σε μείωση της βρεφικής θνησιμότητας κατά 1% (Rezaei, Moradi & Kerami Matin, 2015).



Είναι σαφές από τα προεκτεθέντα ότι οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, δημιούργησαν πρόσφορο έδαφος για την αύξηση του δείκτη της βρεφικής θνησιμότητας. Η γενική οικονομική ύφεση, με τη ραγδαία πτώση του ΑΕΠ, τη μείωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών, τη δυσλειτουργία του υγειονομικού συστήματος και την πίεση που ασκήθηκε στους προϋπολογισμούς υγείας, συνέβαλαν στην αναποτελεσματική φροντίδα της μητέρας και των βρεφών, υποβαθμίζοντας τη συνολική βρεφική υγειονομική περίθαλψη.

## Κεφάλαιο Τρίτο: Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα

### 3.1 Εισαγωγή

Ως δαπάνες υγείας ορίζονται τα έξοδα, είτε δημόσια είτε ιδιωτικά, για την κάλυψη των αναγκών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, οι δαπάνες υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες δαπανών<sup>30</sup>:

- Ιατρικές δαπάνες, οι οποίες αναφέρονται σε αμοιβές γιατρών, έξοδα μεταφοράς ασθενών, έξοδα για διάφορες θεραπείες .
- Νοσοκομειακές δαπάνες, που αφορούν έξοδα νοσηλείας, δαπάνες επεμβάσεων, δαπάνες φαρμάκων, δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων κ.α.
- Φαρμακευτικές δαπάνες, οι οποίες αφορούν δαπάνες για φάρμακα, οπτικά και ορθοπεδικά. Αν στις κύριες κατηγορίες προστεθούν και οι δαπάνες για σχολική ιατρική, για υγειονομικές υπηρεσίες στρατού, για ιατρική της εργασίας, για κατάρτιση, για πρόληψη, για έρευνα και λειτουργικές δαπάνες, τότε το σύνολο αυτών ορίζεται ως συνολικές δαπάνες υγείας.

Προκειμένου να επιτευχθεί η διεθνής σύγκριση μεταξύ ομοειδών μεγεθών που αφορούν τις δαπάνες υγείας, αναπτύχθηκε από κοινού, από τον ΟΟΣΑ, την Eurostat και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)<sup>31</sup>. Στόχος του ΣΛΥ είναι ο προσδιορισμός του συνόλου της υγειονομικής δαπάνης, το οποίο σύνολο όχι μόνο είναι απαραίτητη πληροφορία για την άσκηση αποτελεσματικής δημόσιας πολιτικής στον τομέα της υγείας, αλλά επιτρέπει και την παροχή αξιόπιστων στοιχείων προς τους Διεθνείς Οργανισμούς<sup>32</sup>. Το ΣΛΥ παρέχει πληροφόρηση για την οικονομική δραστηριότητα στον τομέα της υγείας σε τρεις άξονες: α) κατανάλωση β) παραγωγή γ) χρηματοδότηση. Η κατανάλωση αναφέρεται στο είδος των υπηρεσιών που παράγονται και καταναλώνονται, η παραγωγή στους παρόχους των υπηρεσιών υγείας και η χρηματοδότηση στους φορείς χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας (INE, 2015).

Η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας είναι αρκετά περίπλοκη. Ειδικότερα, το ΕΣΥ χρηματοδοτείται με πόρους που προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό και

---

<sup>30</sup> [https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/13/4/404.pdf](https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/404.pdf)

<sup>31</sup> Το ΣΛΥ για πρώτη φορά προτάθηκε για εφαρμογή από τον ΟΟΣΑ το 2000, ενώ τέθηκε σε εφαρμογή το 2003. Η Ελλάδα είναι η τελευταία από τις 35 χώρες που έχουν εφαρμόσει το ΣΛΥ του ΟΟΣΑ, παρόλο που είχε εναρμονιστεί νωρίτερα με τους ορισμούς των Εθνικών Λογαριασμών Υγείας (INE, 2015).

<sup>32</sup> ΕΛΣΤΑΤ, 2013, <https://www.statistics.gr/documents/20181/f17b7a7a-a0cd-4196-8bd9-db9a7e13f812>

τους ΟΚΑ, οι οποίοι αποτελούν τις δύο δημόσιες πηγές χρηματοδότησης, καθώς και από τον ιδιωτικό τομέα. Βασική πηγή των εσόδων του κρατικού προϋπολογισμού αποτελεί η άμεση και έμμεση φορολογία, καθώς και η ειδική φορολόγηση συγκεκριμένων προϊόντων που θεωρούνται βλαβερά για την υγεία, ενώ οι ΟΚΑ αντλούν έσοδα από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, καθώς και από τις εισφορές των αυτοαπασχολούμενων (Λιαργκόβας, 2020: 209-210). Όσον αφορά την τρίτη πηγή χρηματοδότησης, ήτοι τον ιδιωτικό τομέα, αποτελούν δαπάνες που επιβαρύνουν τον ασθενή. Συγκεκριμένα περιλαμβάνουν τις ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας (out-of-pocket payments, OPP), τις δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης, καθώς και άλλες δαπάνες, που επιβαρύνουν το οικογενειακό εισόδημα, όπως οι άτυπες πληρωμές σε παρόχους υπηρεσιών υγείας (INE, 2015).

Ο δείκτης των δαπανών υγείας υπολογίζεται ως σύνολο, αλλά και ανά είδος χρηματοδότησης, όπως αυτά αναφέρθηκαν παραπάνω. Επίσης, μετράται ως ποσοστό του ΑΕΠ, ως κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας και ως ποσοστό του κάθε είδους χρηματοδότησης στο σύνολο των δαπανών υγείας <sup>33</sup>.

### **3.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες των δαπανών υγείας**

Πολλές μελέτες έχουν διερευνήσει τους παράγοντες που εξηγούν την εξέλιξη των συνολικών δαπανών υγείας. Η εμπειρική βιβλιογραφία για τους καθοριστικούς παράγοντες αυτών των δαπανών ξεκίνησε με τη μελέτη του Newhouse (1977) (Lago-Peñas, Cantarero-Prieto & Blázquez-Fernández, 2013). Μετά την πρωτοποριακή αυτή μελέτη, οι καθοριστικοί παράγοντες των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης έχουν ταξινομηθεί σε οικονομικούς και μη οικονομικούς (Zhou et al., 2020).

Οι οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις δαπάνες για την υγεία περιλαμβάνουν το ΑΕΠ (Amiri & Ventelou, 2012, Samadi & Homaiarad, 2013, Bedir, 2016, Rezaei et al., 2016, Behera & Dash, 2017, Vargas Bustamante & Shimoga, 2017, Behera & Dash, 2018, Börke Tunalı & Tolga Saruç, 2018, Behera & Dash, 2019, Zhou et al., 2020), τα φορολογικά έσοδα (Behera & Dash, 2017, 2018 & 2019, Zhou et al. 2020), το δημοσιονομικό ισοζύγιο (Ariste & Carr, 2003, Behera & Dash, 2018, 2019), το δημόσιο χρέος (Behera & Dash, 2018, 2019), τον πληθωρισμό (Zhou et al., 2020), το ποσοστό συμμετοχής στο εργατικό δυναμικό (Zhou et al., 2020). Τα ευρήματα των σχετικών

---

<sup>33</sup> <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

ερευνών έχουν καταλήξει ότι ορισμένα από αυτά τα μακροοικονομικά μεγέθη ασκούν σημαντικότερη επίδραση στις δαπάνες υγείας, ενώ κάποια άλλα μικρότερη. Το μεγαλύτερο όμως μέρος της βιβλιογραφίας επικεντρώνεται στη σχέση μεταξύ των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και του εισοδήματος. Σε γενικές γραμμές υποστηρίζεται ότι δεν υπάρχει μόνο ένας ισχυρός θετικός συσχετισμός μεταξύ των κατά κεφαλήν δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη και του κατά κεφαλήν εισοδήματος, αλλά ότι το δεύτερο εξηγεί ένα υψηλό ποσοστό της διακύμανσης των δαπανών υγείας (Lago-Peñas, Cantarero-Prieto & Blázquez-Fernández, 2013).

Όσον αφορά τις μη οικονομικές μεταβλητές, οι Meskarpour Amiri, Kazemian, Motaghd & Abdi (2021), μελετώντας τριάντα έξι έρευνες, προέβησαν σε συστηματική ανασκόπηση των παραγόντων που καθορίζουν τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Οι εν λόγω μελετητές ταξινόμησαν τους μη οικονομικούς παράγοντες σε έξι κύριες ομάδες: κοινωνικούς-δημογραφικούς, τεχνολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, παράγοντες που σχετίζονται με την επιδημιολογική μετάβαση και τα μεταβαλλόμενα πρότυπα ασθενειών, παράγοντες που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας και παράγοντες που αφορούν τη διοίκηση και τον σχεδιασμό του τομέα της υγείας. Επίσης, στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι σε όλες σχεδόν τις έρευνες το εισόδημα αποδεικνύεται ως ο πιο σημαντικός παράγοντας που εξηγεί το διαφορετικό επίπεδο ανάπτυξης των δαπανών υγείας μεταξύ των χωρών.

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν μελέτες που εστίασαν την έρευνά τους στην επίδραση των μακροοικονομικών παραγόντων μιας χώρας, στην ανάπτυξη μόνο των δημόσιων δαπανών υγείας. Ειδικότερα, οι Behera & Dash (2018 & 2019) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ του κόστους της δημόσιας υγείας και των μακροοικονομικών δεικτών σε 15 μεγάλες πολιτείες της Ινδίας, για την περίοδο 1990-2014 και σε 85 χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, για την περίοδο 2000-2013, ενώ οι Zhou et al., (2020) μελέτησαν τη σχέση αυτή σε 21 αναδυόμενες οικονομίες, συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας, για το χρονικό διάστημα από το 2000 έως το 2018.

Στις μελέτες των Behera & Dash διαπιστώθηκε ότι η οικονομική ανάπτυξη και η δημοσιονομική ισορροπία έχουν ευνοϊκό αντίκτυπο στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία και ότι τα φορολογικά έσοδα και το κ.κ ΑΕΠ έχουν θετική και στατιστικά σημαντική σχέση με την ανάπτυξη των δημόσιων δαπανών υγείας. Περαιτέρω, αναφέρεται ότι τα υψηλά επίπεδα πληθωρισμού, που συνδέονται με μακροοικονομική αστάθεια λόγω της πτώσης

της ζήτησης και της μείωσης των φορολογικών εσόδων, επηρεάζουν το επίπεδο των δημόσιων δαπανών υγείας. Η χαμηλή ικανότητα ενός κράτους είσπραξης φορολογικών εσόδων, σε συνδυασμό με υψηλές δαπάνες, δημιουργεί δημοσιονομικό έλλειμμα, αυξάνοντας την ανάγκη για δάνεια, προκειμένου να χρηματοδοτηθεί το έλλειμμα αυτό. Η αποπληρωμή όμως αυτών των δανείων αναγκάζει τις κυβερνήσεις να συμπιέζουν τους πόρους που μπορούν να διαθέσουν για τη χρηματοδότηση άλλων αναπτυξιακών δαπανών. Το επιπρόσθετο, επομένως, δημόσιο χρέος που δημιουργείται από αυτόν τον δανεισμό, επηρεάζει την άσκηση της δημοσιονομικής πολιτικής μιας χώρας, η οποία προκειμένου να ανταποκριθεί στην πληρωμή του ακολουθεί τακτικές περικοπών στις δημόσιες δαπάνες, συμπεριλαμβανομένου και του τομέα της υγείας (Behera & Dash, 2018).

Στη μελέτη των Zhou et al. (2020) αναφέρεται ότι η οικονομική μεγέθυνση, που προκαλείται από μια αύξηση του κ.κ. ΑΕΠ, δίνει τη δυνατότητα στις κυβερνήσεις να συγκεντρώσουν αρκετά φορολογικά έσοδα και να ενισχύσουν τη βάση των εσόδων τους. Αυτό δίνει στις χώρες την ευκαιρία να ενδυναμώσουν τον προϋπολογισμό τους για τα συστήματα υγείας και να αυξήσουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη. Τα ευρήματα της μελέτης αυτής υποδηλώνουν μια σχέση σχήματος u μεταξύ των δαπανών δημόσιας υγείας και της οικονομικής ανάπτυξης. Η σχέση αυτή δείχνει ότι το κόστος της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης μειώνεται σε επίπεδο χαμηλού εισοδήματος, φτάνει σε ένα ελάχιστο σημείο και στη συνέχεια αρχίζει την ανοδική πορεία, καθώς το εισόδημα αυξάνεται πέρα από το όριο αυτό.

Το γενικό συμπέρασμα είναι ότι η εξέλιξη του κ.κ. ΑΕΠ και το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας αποτελούν βασικό μοχλό για την αύξηση των δημόσιων δαπανών υγείας. Συνεπώς, στη χώρα μας, η τεράστια συρρίκνωση του ΑΕΠ, που σημειώθηκε κατά τα χρόνια της κρίσης, συνέβαλε καταλυτικά στη δραματική μείωση του προϋπολογισμού της δημόσιας υγείας, επιφέροντας δυσμενείς συνέπειες στον τομέα της υγείας και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

### **3.3 Η διαχρονική εξέλιξη των συνολικών δαπανών υγείας**

#### **3.3.1 Η εξέλιξη των δαπανών υγείας πριν την έλευση της κρίσης**

Τη δεκαετία του 1980 στην Ελλάδα η αύξηση της δημόσιας δαπάνης υγείας χρηματοδοτήθηκε κυρίως με κρατικά έσοδα, ενώ το 1990 η χρηματοδότηση προήλθε κατά 60% από φορολογικά έσοδα και κατά 40% από εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση. Η

υψηλή αναλογία του κράτους στη χρηματοδότηση της δημόσιας δαπάνης αντανακλούσε όχι μόνο τις κρατικές επιχορηγήσεις στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά και την προσπάθεια διατήρησης των τιμών σε χαμηλά επίπεδα, ώστε να μετριαστεί η οικονομική «πίεση» στην κοινωνική ασφάλιση, να διατηρηθεί ο πληθωρισμός χαμηλός και να αποτραπεί η ανάπτυξη του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα. Κατά τη δεκαετία 1990–2000, καταγράφηκε η μεγαλύτερη αύξηση της συνολικής δαπάνης υγείας στην Ελλάδα, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του ΟΟΣΑ, όπου η εν λόγω δαπάνη παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητη (Σίσκου, Καϊτελίδου, Θεοδώρου & Λιαρόπουλος, 2008). Η μη συγκράτηση όμως του κόστους των δαπανών υγείας για τη χώρα μας ήταν εξίσου εμφανής και τη δεκαετία πριν την κρίση, αφού τόσο οι δημόσιες, όσο και οι ιδιωτικές δαπάνες κινούνταν σε υψηλά επίπεδα (Maresso et al., 2015).

Με βάση τα καταγεγραμμένα στατιστικά στοιχεία<sup>34</sup>, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία στην χώρα μας αυξήθηκαν από 8% του ΑΕΠ το 2001, σε 9,4% το 2009. Η άνοδος αυτή αντιστοιχούσε σε αύξηση της δαπάνης υγείας ανά κάτοικο από 1.119,21€ το 2001, σε 2.011,75€ το 2009. Παρόμοια πορεία με τις συνολικές δαπάνες υγείας ακολούθησαν και οι δημόσιες δαπάνες υγείας, αφού για το ίδιο χρονικό διάστημα η συμμετοχή τους στο ΑΕΠ αυξήθηκε από 5% το 2001, σε 6,4% το 2009, γεγονός το οποίο ισοδυναμούσε με αύξηση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία ανά κάτοικο κατά 94,3% (από 707,41€ το 2001 σε 1.374,43€ το 2009). Όσον αφορά τη συμμετοχή των δημόσιων δαπανών υγείας στις συνολικές δαπάνες για την υγεία, αυτή αυξήθηκε από 63,2% σε 68,3%, για την ίδια περίοδο. Από την άλλη, σχετικά με τις δαπάνες OPP, ενώ η δαπάνη ανά κάτοικο, από το 2003 στο 2009<sup>35</sup>, σημείωσε αύξηση κατά 13,2% (από 524,24€ σε 593,53€), η συμμετοχή τους στις συνολικές δαπάνες υγείας μειώθηκε κατά 8,4 ποσοστιαίες μονάδες. Επίσης, αξιοσημείωτο είναι ότι ο ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας ήταν μεγαλύτερος από το ρυθμό αύξησης του ΑΕΠ. Ειδικότερα, μεταξύ του 2003 και του 2009, ενώ το ΑΕΠ αυξήθηκε κατά 32,8% (από 178.904,90 εκ. € σε 237.534,20 εκ. €)<sup>36</sup>, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν κατά 47,8% (από 15.115,96 εκ. € σε 22.344,57 εκ. €) και οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν κατά 68,7% (από 9.049,04 εκ. € σε 15.265,83 εκ.).

Στα διάγραμμα 3.3.1.1 παρουσιάζονται, για το χρονικό διάστημα 2001-2009, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα, σε σύγκριση με άλλες τέσσερις

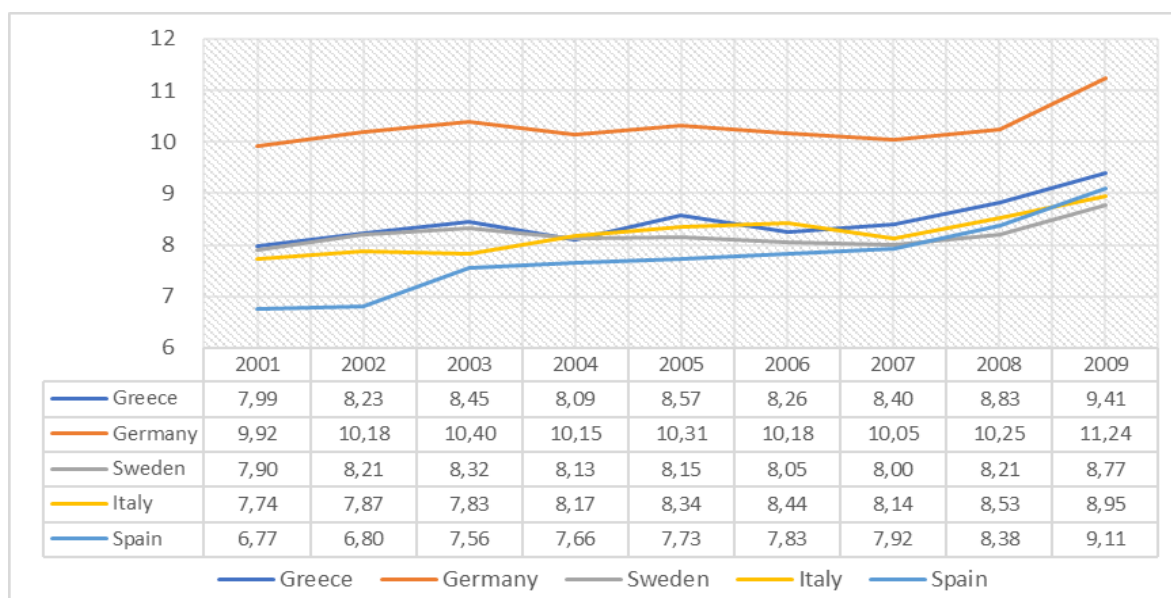
<sup>34</sup> <https://stats.oecd.org/> (Accessed on 24 August 2021)

<sup>35</sup> Διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία υπάρχουν από το 2003 και μετά

<sup>36</sup> <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tipsau10/default/table?lang=en> (Accessed on 24 August 2021)

χώρες της Ευρώπης. Παρατηρούμε ότι οι εν λόγω δαπάνες για τη χώρα μας κινούνταν στα ίδια σχετικά επίπεδα με το αντίστοιχο ποσοστό της Ιταλίας και της Σουηδίας (με μικρή θετική διαφορά υπέρ της Ελλάδας, για τα περισσότερα έτη), σε υψηλότερο ποσοστό από της Ισπανίας και σε χαμηλότερο από αυτό της Γερμανίας.

Διάγραμμα 3.3.1.1: Διαχρονική εξέλιξη των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ιταλία και Ισπανία (2001-2009)

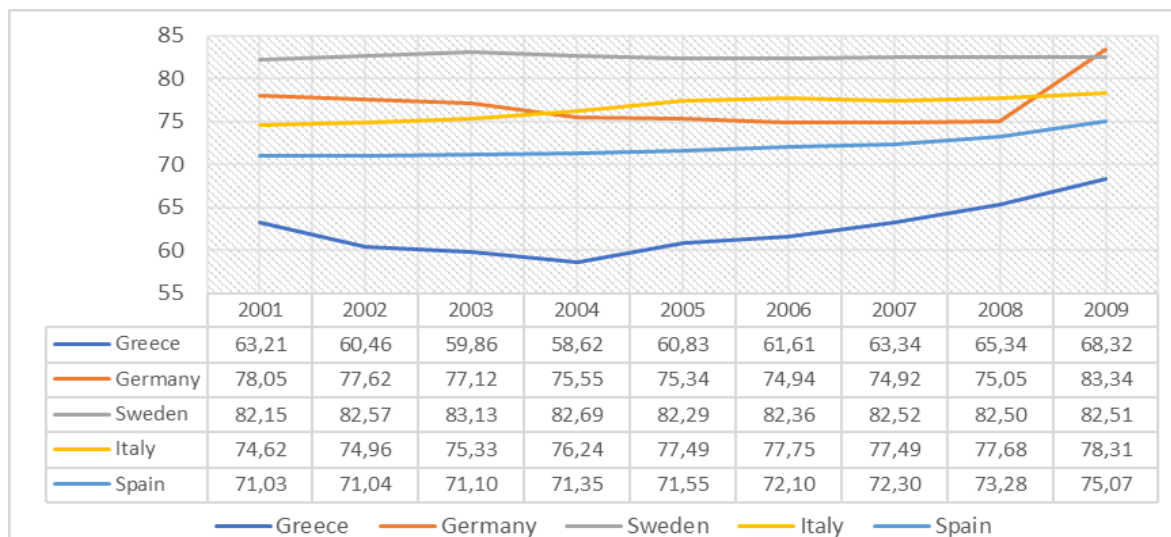


Πηγή: OECD (2021), *Health expenditure and financing*. Ανακτήθηκε από <https://stats.oecd.org/> (Accessed on 24 August 2021)

Βέβαια, όπως φαίνεται στα διαγράμματα 3.3.1.2 και 3.3.1.3, το ποσοστό συμμετοχής των δημόσιων δαπανών υγείας στο σύνολο των δαπανών υγείας, για την Ελλάδα, κυμαινόταν σε αρκετά χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με τις εν συγκρίσει χώρες, ενώ το ποσοστό συμμετοχής των δαπανών ΟΡΡ κυμαινόταν σε πολύ υψηλότερα επίπεδα.

Αναφορικά με τις δημόσιες δαπάνες υγείας, το ποσοστό συμμετοχής τους στο σύνολο των δαπανών υγείας αυξήθηκε για τη χώρα μας, από το 2001 στο 2009, κατά περίπου 5 ποσοστιαίες μονάδες, όπως συνέβη και για τις αντίστοιχες δαπάνες της Γερμανίας. Όμως, για την Ιταλία και την Ισπανία η αντίστοιχη αύξηση ανερχόταν περίπου στις 4 ποσοστιαίες μονάδες, ενώ στη Σουηδία το συγκεκριμένο ποσοστό, καθόλη τη διάρκεια της περιόδου αυτής, παρουσίαζε μια σταθερότητα και κυμαινόταν στο ποσοστό 82% με 83% (διάγραμμα 3.3.1.2).

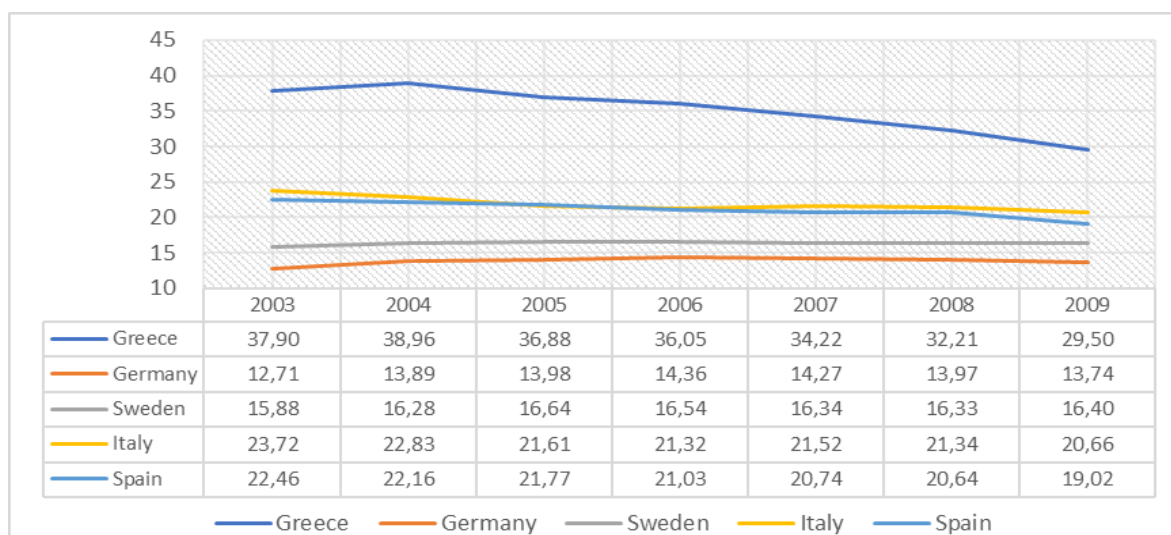
Διάγραμμα 3.3.1.2: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού συμμετοχής των δημόσιων δαπανών υγείας στο σύνολο των δαπανών υγείας για την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ιταλία και Ισπανία (2001-2009)



Πηγή: OECD (2021), *Health expenditure and financing*. Ανακτήθηκε από <https://stats.oecd.org/> (Accessed on 24 August 2021)

Όσον αφορά το ποσοστό συμμετοχής των δαπανών OPP στο σύνολο των δαπανών υγείας στη χώρα μας, για το διάστημα 2003-2009, υπήρξε μείωση κατά 8,4 ποσοστιαίες μονάδες, ενώ για την Ιταλία και την Ισπανία η μείωση που καταγράφηκε ήταν πολύ μικρότερη (3 και 3,5 ποσοστιαίες μονάδες, αντίστοιχα). Αντίθετα, στη Σουηδία και στη Γερμανία υπήρξε αύξηση κατά μισή και μία ποσοστιαία μονάδα, αντίστοιχα (διάγραμμα 3.3.1.3).

Διάγραμμα 3.3.1.3: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού συμμετοχής πληρωμών OPP στο σύνολο των δαπανών υγείας για την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ιταλία και Ισπανία (2003-2009)



Πηγή: OECD (2021), *Health expenditure and financing*. Ανακτήθηκε από <https://stats.oecd.org/> (Accessed on 24 August 2021)

Η αύξηση όμως της κρατικής υγειονομικής δαπάνης στη χώρα μας, κατά τα έτη πριν την κρίση, κατευθύνθηκε κυρίως στην αύξηση της απασχόλησης, των αμοιβών και στις



ασυλλόγιστες σπατάλες υγειονομικού υλικού και λιγότερο στην αναβάθμιση υποδομών και υπηρεσιών, με αποτέλεσμα η ικανοποίηση των πολιτών από το δημόσιο σύστημα υγείας να είναι χαμηλή (Σίσκου, Καϊτελίδου, Θεοδώρου & Λιαρόπουλος, 2008). Οι παράγοντες πίσω από τη σημαντική αυτή αύξηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία, αφορούσαν τον τρόπο με τον οποίο εξελίχθηκε η πολιτική υγείας μέχρι τότε και τους λόγους που έφεραν την Ελλάδα στην άκρη της οικονομικής κατάρρευσης. Μια προσεκτική εξέταση όλων των προσπαθειών μεταρρύθμισης στον τομέα της υγείας, που είχαν πραγματοποιηθεί τα χρόνια πριν την έναρξη της κρίσης, αποκαλύπτει ότι οι βασικές πολιτικές σε όλες τις μεταρρυθμίσεις δεν εφαρμόστηκαν και σημαντικοί τομείς προτεραιότητας αγνοήθηκαν σε μεγάλο βαθμό. Επιπλέον, πολλές από τις πολιτικές που υιοθετήθηκαν ωφέλησαν τον ιδιωτικό τομέα ή οδήγησαν σε σημαντικό κατακερματισμό του υγειονομικού συστήματος (Goranitis, Siskou & Liaropoulos, 2014).

Δεν πρέπει να παραλειφθεί να αναφερθεί ότι, κατά την περίοδο 2003-2010, οι φαρμακευτικές δαπάνες εκτοξεύθηκαν στα ύψη, σημειώνοντας αύξηση κατά 80% (από 293 € ανά κάτοικο, το 2003 σε 528 € το 2010), με πάνω από το 77% των δαπανών να καλύπτεται από δημόσια χρήματα. Ταυτόχρονα, σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η αύξηση σε φαρμακευτικές δαπάνες ήταν σημαντικά χαμηλότερη (29%), με τη μέση κατά κεφαλήν δαπάνη να εκτιμάται σε 326€ το 2003 και 420€ το 2010 (Maresso et al., 2015). Το γεγονός ότι το 25% των δαπανών για την υγεία της χώρας μας αφορούσε τη φαρμακευτική δαπάνη, είχε ως αποτέλεσμα η Ελλάδα να καταταχθεί, στην περίοδο πριν την κρίση, στην τρίτη θέση μεταξύ των πιο ακριβών χωρών του ΟΟΣΑ. Επιπλέον, η συγκεκριμένη δαπάνη παρουσίαζε ένα από τα χαμηλότερα επίπεδα διεΐσδυσης γενόσημων φαρμάκων στη φαρμακευτική αγορά της Ελλάδας, ήτοι 32%, σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ, που παρουσίαζαν ελάχιστο επίπεδο 60% στη χρήση αυτών των φαρμάκων (Ifanti, Argyriou, Kalofonou & Kalofonos, 2013).

Κύριο ρόλο στην ανοδική εξέλιξη της υγειονομικής δαπάνης στην Ελλάδα, στη δεκαετία πριν την κρίση, φέρεται να διαδραμάτισαν τα ιδιαίτερα δομικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας (ευνοιοκρατία, υπερβάλλουσα ζήτηση υγειονομικών υπηρεσιών, άνιση γεωγραφική πρόσβαση, χαμηλή αποδοτικότητα, μεγάλες αναμονές). Εκτός όμως των χαρακτηριστικών αυτών, στην κατάσταση αυτή συνέβαλε η απουσία ελεγκτικών μηχανισμών στη συνταγογράφηση και στη διάθεση των φαρμάκων, η

έλλειψη μηχανοργάνωσης και διπλογραφικού λογιστικού συστήματος δαπανών και γενικά η απουσία ενός καλά οργανωμένου δικτύου ΠΦΥ (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

Η αύξηση των δαπανών για την υγεία, κατά τη διάρκεια του διαστήματος 2005–2009, ήταν υπεύθυνη για το 21% του δημοσιονομικού ελλείμματος στην ελληνική οικονομία, το οποίο για το έτος 2009 υπερέβαινε το 15% του ΑΕΠ, ενώ οι συνολικές δαπάνες για τη υγεία άγγιζαν το 10% του ΑΕΠ. Επιπλέον, κατά το ίδιο χρονικό διάστημα, από τα συνολικά 38,1 δισ. € που προστέθηκαν στο δημόσιο χρέος, τα 6,4 δισ. € αποτελούσαν αύξηση στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Ένας τομέας, που καταναλώνει σχεδόν το ένα δέκατο του ΑΕΠ και προκαλεί το ένα πέμπτο του εθνικού ελλείμματος, είναι ένας προφανής υποψήφιος για μεταρρύθμιση, προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι οικονομικές πιέσεις και να ικανοποιηθεί και η ζήτηση για υγειονομικές υπηρεσίες, βάσει των αναγκών των πολιτών (Goranitis, Siskou & Liaropoulos, 2014).

Η αποτυχία ελέγχου της αύξησης των δαπανών για την υγεία, στο διάστημα πριν την κρίση, είχε ως αποτέλεσμα το έλλειμμα του ελληνικού προϋπολογισμού για τον τομέα της υγείας να αγγίζει τα 50 δισ. €. Κατά συνέπεια, με την έλευση της κρίσης, η δυσμενής οικονομική κατάσταση που επικρατούσε στον τομέα αυτό, αναφέρθηκε ως ένας παράγοντας που συνέβαλε στον οικονομικό εκτροχιασμό της χώρας και ως εκ τούτου τέθηκε υπό καθεστώς έντονου ελέγχου από την τρόικα (Maresso et al., 2015). Η συνεχής διόγκωση των δημόσιων δαπανών υγείας στην Ελλάδα, θεωρήθηκε από πολλούς μία από τις βασικότερες παθογένειες της δημοσιονομικής πολιτικής και αποτέλεσε πεδίο μέτρων εξοικονόμησης πόρων, σύμφωνα με το δημοσιονομικό πρόγραμμα προσαρμογής (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016).

### **3.3.2 Η εξέλιξη των δαπανών υγείας κατά τη διάρκεια της κρίσης**

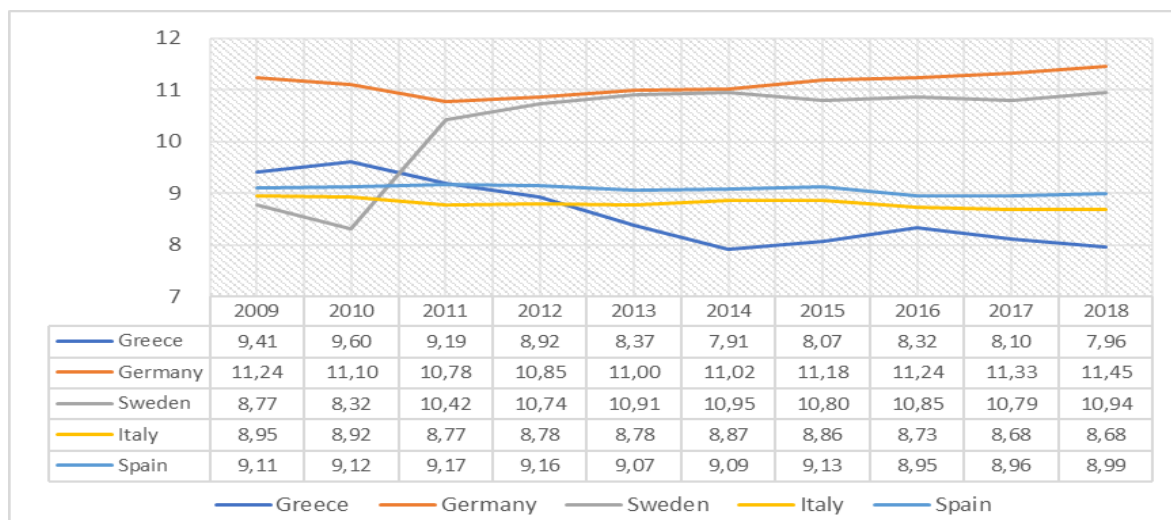
Το έτος 2010 σχεδόν όλες οι χώρες του ΟΟΣΑ σημείωσαν επιβράδυνση στην αύξηση των δαπανών για την υγεία, σε σύγκριση με την περίοδο 2000 έως 2009. Σε ορισμένες χώρες, που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική ύφεση, σημειώθηκαν δραματικές ανατροπές στις δαπάνες για την υγεία, σε σύγκριση με την προηγούμενη περίοδο. Παρόλο που αμέσως μετά την οικονομική κρίση, οι περισσότερες χώρες ανέλαβαν τη δέσμευση ότι θα υπάρξει διασφάλιση του προϋπολογισμού υγειονομικής περίθαλψης, στα χρόνια που ακολούθησαν υπήρξαν μειώσεις στις δαπάνες υγείας (Morgan & Astolfi, 2013).

Δεδομένου ότι η δημόσια χρηματοδότηση, για τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, αντιπροσώπευε τα τρία τέταρτα περίπου των συνολικών δαπανών για την υγεία, μεγάλο μέρος της μείωσης των συνολικών δαπανών αποδόθηκε στη μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία. Οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες, για τις χώρες που υπέστησαν σε μεγαλύτερο βαθμό τον οικονομικό αντίκτυπο της κρίσης, άρχισαν από το έτος 2010. Συγκεκριμένα, για τις χώρες του ΟΟΣΑ, ενώ από το 2008 στο 2009 υπήρχε αύξηση στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία κατά μέσο όρο ίση με 4,9%, από το 2009 στο 2010 υπήρξε μείωση κατά 0,3%. Αντίθετα, κατά την ίδια περίοδο, οι δαπάνες για την υγεία που επιβάρυναν τα νοικοκυριά σημείωσαν αύξηση. Αυτό είχε να κάνει με τα μέτρα που έλαβαν ορισμένες χώρες και είχαν ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση της χρηματοδοτικής επιβάρυνσης από τις δημόσιες στις ιδιωτικές πηγές. Ένα ευρέως διαδεδομένο μέτρο, που συνδυάστηκε με την κατάργηση της επιλεξιμότητας για ορισμένες υπηρεσίες υγείας, ήταν η αύξηση των χρεώσεων των πολιτών, προκειμένου να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Morgan & Astolfi, 2013).

Όσον αφορά τις χώρες της ΕΕ, σε ορισμένες από αυτές (Ισλανδία, η Ιρλανδία, Ελλάδα) εφαρμόστηκαν από την αρχή της κρίσης δραστικά μέτρα για τη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, ενώ σε ορισμένες άλλες, όπως η Εσθονία, η Τσεχική Δημοκρατία, η Ισπανία και η Σλοβενία, παρατηρήθηκαν πιο μέτριες πτώσεις (μεταξύ 1% και 4%). Αντίθετα, τόσο στη Γαλλία, όσο και στην Ιταλία, οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία από το 2009 στο 2010 συνέχισαν να αυξάνονται (Morgan & Astolfi, 2013).

Εντός λοιπόν αυτού του περιβάλλοντος και των σημαντικών μεταρρυθμίσεων που προωθήθηκαν, όλα τα στατιστικά μεγέθη που αφορούσαν τις δαπάνες στον ελληνικό χώρο υγείας σημείωσαν τεράστιες μεταβολές. Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 3.3.2.1, η χώρα μας, από το 2009 στο 2018, παρουσίασε τη μεγαλύτερη πτώση στις συνολικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, σε σχέση με την Ιταλία και την Ισπανία, ενώ η Σουηδία αντίθετα, όχι μόνο δε μείωσε τις αντίστοιχες δαπάνες, αλλά τις αύξησε. Όσον αφορά τη Γερμανία, οι εν λόγω δαπάνες κυμάνθηκαν, για όλα τα έτη του χρονικού διαστήματος 2009-2018, στο 11% με 11,5% του ΑΕΠ.

Διάγραμμα 3.3.2.1: Διαχρονική εξέλιξη των συνολικών δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ για την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ιταλία και Ισπανία (2009-2018)



Πηγή: OECD (2021), *Health expenditure and financing*. Ανακτήθηκε από <https://stats.oecd.org/> (Accessed on 24 August 2021)

Η συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας στη χώρα μας, από το έτος 2009 στο έτος 2018, κατέγραψε μείωση σε ποσοστό 36%. Ειδικότερα, στα έξι πρώτα έτη σημειώθηκε μείωση σε ποσοστό 37,2% (από 22.344,57 εκ. € το 2009 σε 14.024,42 εκ. € το 2014), ενώ από το 2014 στο 2018 σημειώθηκε μια μικρή αύξηση 2%. Σε ό,τι αφορά στην εξέλιξη των δαπανών υγείας ανά κάτοικο, παρατηρήθηκε συρρίκνωση από 2.011,75€ το έτος 2009, σε 1.332,73€ το έτος 2018, δηλαδή επήλθε μείωση κατά 33,8%<sup>37</sup>.

Όσον αφορά τις δημόσιες δαπάνες υγείας, παρότι παραδοσιακά οι εν λόγω δαπάνες για την Ελλάδα ποτέ δεν υπερέβησαν τον μέσο όρο της ΕΕ, η κρίση επέφερε σημαντικό αντίκτυπο. Προκειμένου λοιπόν να μειωθούν οι δαπάνες του δημόσιου τομέα και να επιτευχθεί η αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των δημόσιων πόρων, κατά το πρώτο ΠΟΠ τέθηκε ο περιορισμός ότι η ελληνική δημόσια δαπάνη για την υγεία δε θα έπρεπε να ξεπερνά το 6% του ΑΕΠ. Αν και στα επόμενα ΠΟΠ δεν αποτελούσε πλέον ρητό στόχο, εξακολούθησε να καθορίζει τα μέτρα δημοσιονομικής βιωσιμότητας (OECD, 2017).

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 3.3.2.1, οι συνολικές δημόσιες δαπάνες υγείας σημείωσαν μείωση κατά 45,3%, από το 2009 (15.265,83 εκ. €) στο 2018 (8.357,56 εκ. €), ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό. Ειδικότερα, οι δαπάνες υγείας από τη Γενική Κυβέρνηση μειώθηκαν κατά 36%, ενώ από τους ΟΚΑ μειώθηκαν κατά 51,5%<sup>38</sup>. Οι συνολικές δημόσιες δαπάνες

<sup>37</sup>[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_SHA11\\_HF\\_\\_custom\\_1321989/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HF__custom_1321989/default/table?lang=en) (Accessed on 24 August 2021)

<sup>38</sup>[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_SHA11\\_HF\\_\\_custom\\_1321989/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HF__custom_1321989/default/table?lang=en) (Accessed on 24 August 2021)

υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ μειώθηκαν από 6,4% σε 4,7%, πτώση η οποία εκφράστηκε σε μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο κατά 43,3%, ήτοι από 1.374,43€ το 2009 σε 778,69€ το 2018. Επιπρόσθετα, από το 2009 στο 2018, το ποσοστό των συνολικών δημόσιων δαπανών επί της συνολικής τρέχουσας δαπάνης υγείας μειώθηκε κατά 9,9 ποσοστιαίες μονάδες (από 68,3% σε 58,4%). Πιο συγκεκριμένα, από το 2009 στο 2014, σημειώθηκε μείωση κατά περίπου 11 ποσοστιαίες μονάδες, ενώ μετά το 2014 υπήρξε μια σταθεροποίηση του εν λόγω ποσοστού, με αποτέλεσμα να κυμαίνεται περίπου μεταξύ του 57,5% και του 61%.

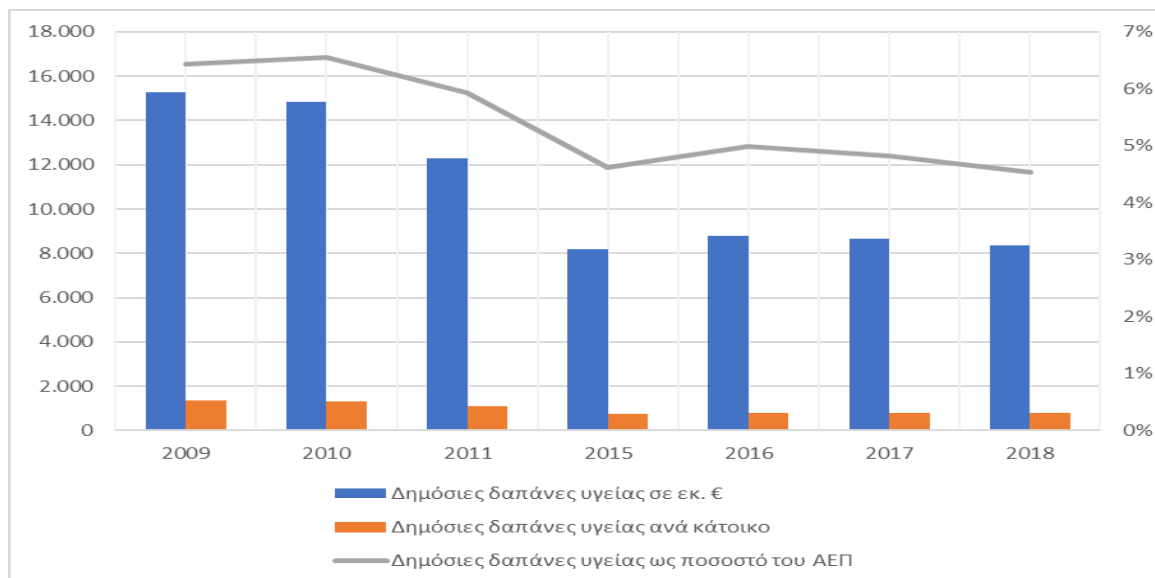
*Πίνακας 3.3.2.1: Δημόσιες δαπάνες υγείας σε εκ. ευρώ, ως ποσοστό του ΑΕΠ, ανά κάτοικο, ως ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης υγείας και δαπάνες υγείας της Γενικής Κυβέρνησης (εκτός ΟΚΑ) και των ΟΚΑ ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας (2009-2018)*

Έτος	Δημόσιες δαπάνες υγείας σε εκ. ευρώ	Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	Δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο	Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης υγείας	Δαπάνες υγείας της Γενικής Κυβέρνησης (εκτός ΟΚΑ) ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας	Δαπάνες υγείας των ΟΚΑ ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας
2009	15.265,83	6,43	1.374,43	68,32	27,37	40,95
2010	14.820,52	6,61	1.332,62	68,91	30,11	38,80
2011	12.280,38	6,04	1.105,85	65,70	22,48	43,22
2012	11.113,22	5,90	1.006,18	66,11	30,23	35,88
2013	9.272,60	5,16	845,64	61,70	30,87	30,84
2014	8.088,27	4,56	742,56	57,67	30,02	27,65
2015	8.182,77	4,65	756,20	57,58	28,77	28,82
2016	8.805,81	5,05	817,17	60,74	31,17	29,57
2017	8.678,38	4,90	806,94	60,46	27,76	32,70
2018	8.357,56	4,65	778,69	58,43	27,38	31,05

Πηγή: Eurostat, 2021, *Health care expenditure by financing scheme*. Ανακτήθηκε από [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_SHA11\\_HF\\_custom\\_1321989/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HF_custom_1321989/default/table?lang=en) (Accessed on 24 August 2021)

Στο διάγραμμα 3.3.2.2 απεικονίζεται η πορεία των δημόσιων δαπανών υγείας ως σύνολο, ως ποσοστό του ΑΕΠ και ανά κάτοικο.

Διάγραμμα 3.3.2.2: Πορεία των δημόσιων δαπανών υγείας ως σύνολο, ως ποσοστό του ΑΕΠ και ανά κάτοικο για την Ελλάδα (2009-2018)



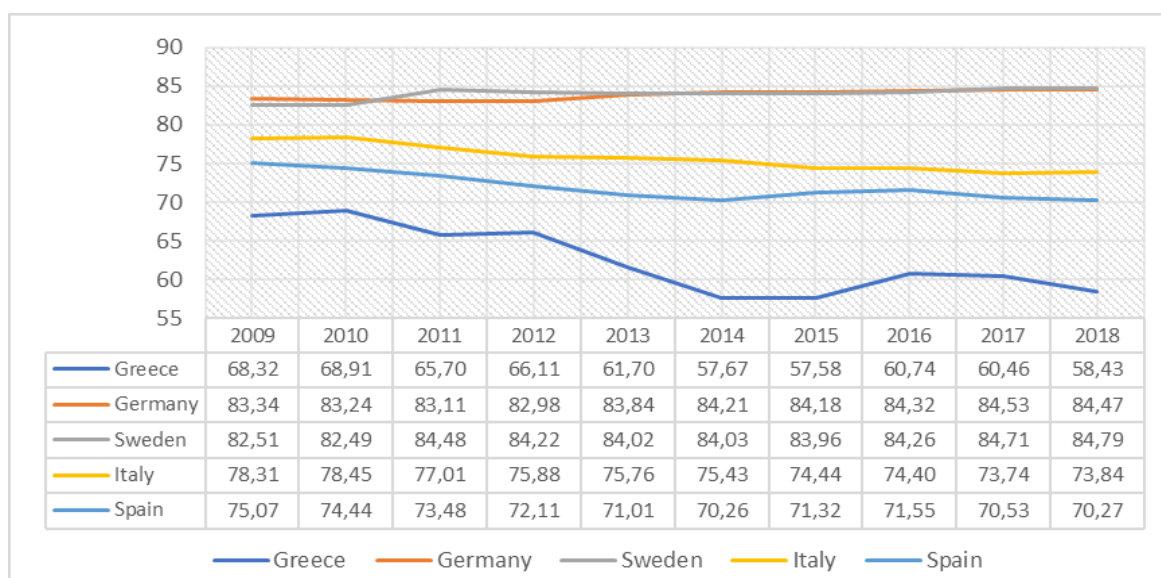
Αξίζει να αναφερθεί ότι οι δαπάνες υγείας της Γενικής Κυβέρνησης, ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών υγείας, παρουσίασαν μικρότερη μεταβολή σε σχέση με εκείνες των ΟΚΑ. Οι πρώτες παρουσίασαν μικρή αυξομείωση κατά τη διάρκεια της δεκαετούς κρίσης, καταλήγοντας το 2018 να συμμετέχουν στο σύνολο των δαπανών υγείας με ποσοστό 27,4% (ποσοστό ίσο με αυτό που καταγράφηκε και για το έτος 2009), ενώ οι δεύτερες σημείωσαν αρκετά μεγάλη πτώση, ήτοι μείωση κατά 9,9 ποσοστιαίες μονάδες (πίνακας 3.2.2.1). Εξάιρεση στην πορεία αυτή αποτέλεσε το έτος 2011, όταν η συμμετοχή των ΟΚΑ στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας υπερέβαινε το ποσοστό του 43% (το υψηλότερο ποσοστό κατά το διάστημα 2009-2018), ενώ η δαπάνη που καλυπτόταν από τον κρατικό προϋπολογισμό ανερχόταν στο ποσοστό του 22,5%, το οποίο αποτελούσε και το χαμηλότερο ποσοστό κατά το διάστημα της κρίσης.

Η μεγάλη πτωτική πορεία της ποσοστιαίας συμμετοχής των ΟΚΑ στο σύνολο των δαπανών υγείας ήταν αναμενόμενη, αφού η κύρια πηγή χρηματοδότησής τους είναι οι υποχρεωτικές εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Οι μειωμένες αυτές εισφορές κατά το διάστημα της κρίσης, λόγω των απολύσεων, της υψηλής ανεργίας, της αυξανόμενης ημιαπασχόλησης, των μειωμένων μισθών και του σημαντικού ποσοστού αδήλωτης εργασίας, οδήγησαν σε κατακόρυφη πτώση των εσόδων των ΟΚΑ,

παρασύροντας προς την ίδια κατεύθυνση και τη χρηματοδότηση των δημόσιων δαπανών υγείας (OECD, 2017).

Περαιτέρω, συγκριτικά με άλλες χώρες της ΕΕ, το ποσοστό συμμετοχής των δημόσιων δαπανών υγείας στο σύνολο των δαπανών υγείας, κατά τη διάρκεια της κρίσης, ήταν πολύ χαμηλότερο στην Ελλάδα, όχι μόνο σε σχέση με τη Σουηδία και τη Γερμανία, το οποίο ήταν αναμενόμενο, αλλά συγκριτικά και με την Ιταλία και την Ισπανία (διάγραμμα 3.3.2.3). Μάλιστα, η διαφορά του ποσοστού με τις δύο τελευταίες χώρες, για το έτος 2014, ανερχόταν στις 17,8 και 12,6 ποσοστιαίες μονάδες, αντίστοιχα.

*Διάγραμμα 3.3.2.3: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού συμμετοχής των δημόσιων δαπανών υγείας στο σύνολο των δαπανών υγείας για την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ιταλία και Ισπανία (2009-2018)*



*Πηγή: OECD (2021), Health expenditure and financing. Ανακτήθηκε από <https://stats.oecd.org/> (Accessed on 24 August 2021)*

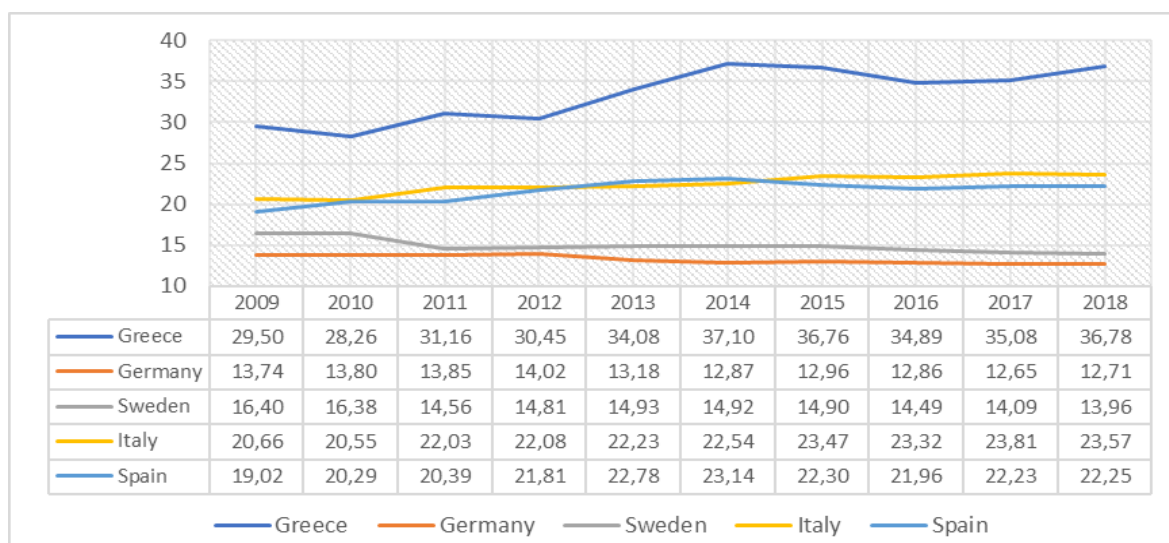
Η μεγάλη αυτή απόσταση διατηρήθηκε μεταξύ της χώρας μας και των άλλων δυο χωρών της Νότιας Ευρώπης και για τα υπόλοιπα έτη. Το ίδιο συμπέρασμα προκύπτει, αν γίνει σύγκριση γενικά με τον μέσο όρο της ΕΕ, όπου σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία από τη Eurostat, από το 2014 και μετά, η θετική διαφορά υπέρ της ΕΕ κυμαινόταν γύρω στις 20 ποσοστιαίες μονάδες.

Η οικονομική κρίση συνέβαλε όχι μόνο στη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, αλλά και στη μείωση των συνολικών ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. Η μείωση όμως που προέκυψε στη συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση (από 7.026,12 εκ. € το 2009 σε 5.890,84 εκ. € το 2018, ήτοι ποσοστό 16,2%) ήταν πολύ μικρότερη από την αντίστοιχη μείωση που υπέστη η συνολική δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (ποσοστό 45,3%). Αυτό

είχε ως αποτέλεσμα το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών επί των συνολικών δαπανών υγείας, για το υπό μελέτη χρονικό διάστημα, να αυξηθεί από 31,4% το 2009 σε 41,2% το 2018<sup>39</sup>.

Ομοίως, οι δαπάνες υγείας OPP, παρόλο που μειώθηκαν από 6.592,32 εκ. € το 2009 σε 5.260,66 εκ. € το 2018, παρουσίασαν αύξηση ως ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης υγείας κατά 7,3 ποσοστιαίες μονάδες (από 29,5% το 2009 σε 36,8% το 2018). Το ποσοστό των εν λόγω δαπανών, για όλο το χρονικό διάστημα 2009-2018, ήταν αρκετά υψηλότερο, συγκριτικά όχι μόνο με την Ιταλία και την Ισπανία, αλλά και με τη Γερμανία και τη Σουηδία (διάγραμμα 3.3.2.4). Το ίδιο συμπέρασμα προκύπτει, αν γίνει σύγκριση γενικά με τον μέσο όρο της ΕΕ. Ειδικότερα, σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία από την Eurostat, από το 2014 και μετά, η χώρα μας υπερέβαινε, για τις δαπάνες αυτές, τον μέσο όρο των κρατών -μελών της ΕΕ κατά 20 ποσοστιαίες μονάδες περίπου.

Διάγραμμα 3.3.2.4: Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού συμμετοχής πληρωμών OPP στο σύνολο των δαπανών υγείας για την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ιταλία και Ισπανία (2009-2018)



Πηγή: OECD (2021), *Health expenditure and financing*. Ανακτήθηκε από <https://stats.oecd.org/> (Accessed on 24 August 2021)

Εκ των ανωτέρω, συνάγεται ότι, αφού οι δημόσιες δαπάνες στο σύνολο των δαπανών για την υγεία συρρικνώθηκαν, οι ιδιωτικές πληρωμές κάλυψαν αυτό το κενό χρηματοδότησης πλήττοντας κυρίως, όπως θα αναλυθεί στην επόμενη υποενότητα, όσους είχαν χαμηλά εισοδήματα. Στη μελέτη των Wagstaff et al. (2018) επαληθεύεται το γεγονός ότι η αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία συμβάλλει στη μείωση των ιδιωτικών πληρωμών.

<sup>39</sup><https://www.statistics.gr/documents/20181/986839/06.+The+financing+of+health+providers+by+financing+agents+%28HF+x+HP%29+-+SHA+2011+EN+%28+2009+--+2018+%29.xlsx/201230f6-956c-ec23-35e5-2f6a5aa2e013?t=1593428016447> (Accessed on 24 August 2021); <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/2013>; <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/2019>



Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό εξαθλίωσης λόγω πληρωμών OPP, για τις χώρες που μελετήθηκαν, μειώθηκε, αυξάνοντας τόσο το μερίδιο των δαπανών που διατέθηκαν για την υγεία μέσω των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, όσο και το μερίδιο που διοχετεύτηκε μέσω άλλων κρατικών υπηρεσιών. Αυτό επιβεβαιώνεται και από σχετική έκθεση του WHO, στην οποία αναφέρεται ότι υπάρχει μια ισχυρή σχέση μεταξύ των δαπανών OPP και των δημόσιων δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, για την Ευρωπαϊκή Περιφέρεια. Ως εκ τούτου, η ενίσχυση των κρατικών δαπανών για την υγεία αποδεικνύεται αποτελεσματική στη μείωση των πληρωμών για δαπάνες υγείας από την «τσέπη» των πολιτών (Thomson, Cylus & Evetovits, 2019).

Περαιτέρω, σε οικονομετρική ανάλυση που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια έρευνας του Παρατηρητηρίου Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων του ΙΝΕ (2015), για την εκτίμηση της σχέσης ανάμεσα στην οικονομική κρίση και την υγεία στην Ελλάδα, διαπιστώθηκε ότι η αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία, την περίοδο 2006-2008, μείωσε τον κίνδυνο της «κακής» υγείας των ατόμων σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο. Αντίθετα, οι μειώσεις των δημόσιων δαπανών για την υγεία, την περίοδο 2009-2011, αύξησαν σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο τον κίνδυνο της «κακής υγείας». Το εύρημα αυτό υποδηλώνει τον δυσμενή αντίκτυπο που έχουν στην υγεία των ατόμων οι περικοπές των δημόσιων δαπανών για την υγεία.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι πολιτικές υποχρηματοδότησης της δημόσιας υγείας, που ακολουθήθηκαν στη χώρα μας, κατά το διάστημα της κρίσης χρέους, ήταν ένας από τους βασικούς λόγους που το ΕΣΥ δυσκολεύτηκε να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της νέας κρίσης, αυτής της πανδημίας του COVID-19. Η πρωτοφανής υγειονομική κρίση βρήκε τα ελληνικά νοσοκομεία αποδεκατισμένα από γιατρούς και νοσηλευτές και με εμφανείς ελλείψεις σε υγειονομικό υλικό, σε κρεβάτια ΜΕΘ και σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι η Γερμανία, η οποία είχε διατηρήσει το ποσοστό συμμετοχής των δημόσιων δαπανών υγείας, στο σύνολο των δαπανών για τον τομέα αυτό, στο υψηλότερο επίπεδο του 83% με 84% (διάγραμμα 3.3.2.3), καθόλη τη διάρκεια του χρονικού διαστήματος 2009-2018, αντιμετώπισε, μέσω του ισχυρού συστήματος υγείας της, αποτελεσματικότερα την υγειονομική κρίση του COVID-19.

### 3.3.3 Οι επιπτώσεις των αυξημένων πληρωμών OPP

Η παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω πληρωμών OOP, υπήρξε ανέκαθεν χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας, γεγονός που πήγαζε σε μεγάλο βαθμό από την προκλητή ζήτηση (ζήτηση που υποκινείται από την προσφορά). Κατά τη διάρκεια της κρίσης, τα υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης του πληθυσμού με δαπάνες υγειονομικού κόστους, οφείλονταν κυρίως στη συμμετοχή των ασφαλισμένων στην αγορά των φαρμάκων, στις άμεσες πληρωμές για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονταν στη δέσμη παροχών υγείας, όπως επισκέψεις σε ειδικούς ιατρούς και στις άτυπες πληρωμές, που αντιπροσώπευαν μεγάλο μέρος των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών (Maresso et. al., 2015).

Ευρήματα μελέτης, που πραγματοποιήθηκε από το INE (2011β), απέδειξαν ότι οι αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες για υγεία στη χώρα μας, εκτός από το ότι συνέβαλαν στην άνοδο της φτώχειας, μείωσαν σημαντικά και αυτό καθαυτό το εισόδημα των φτωχών. Δηλαδή οι φτωχοί έγιναν φτωχότεροι. Η διαπίστωση αυτή δεν αποτελεί έκπληξη, αφού όταν τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα ξοδεύουν μεγάλο μέρος του εισοδήματός τους για να ικανοποιήσουν τις ιατροφαρμακευτικές τους ανάγκες, στερούνται αναλογικά περισσότερους πόρους, τους οποίους θα μπορούσαν να διαθέσουν στην κάλυψη άλλων καταναλωτικών αναγκών, με προφανείς επιδράσεις στο επίπεδο διαβίωσής τους (INE, 2011β).

Ο WHO αναφέρει ότι το 2010 περίπου 150 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως υπέφεραν από συνεχιζόμενη οικονομική καταστροφή και 100 εκατομμύρια άνθρωποι εξωθήθηκαν να διαβιούν κάτω από το όριο της φτώχειας, λόγω αναπόφευκτων πληρωμών OPP (Chantzaras & Yfantopoulos, 2018). Μελέτη, που διενήργησε επίσης ο ίδιος οργανισμός σχετικά με την οικονομική προστασία στην Ευρώπη, διαπίστωσε ότι σε 24 χώρες μεγάλο μέρος των πολιτών αντιμετώπιζαν καταστροφικές δαπάνες υγείας<sup>40</sup>, καθώς και ότι αυξημένος αριθμός νοικοκυριών ωθούνταν στη φτώχεια ως αποτέλεσμα πληρωμών OPP. Το γεγονός αυτό σήμαινε ότι υπήρχαν νοικοκυριά που δεν είχαν πλέον τη δυνατότητα να ικανοποιήσουν άλλες βασικές ανάγκες, όπως φαγητό, στέγαση και θέρμανση. Η ανάλυση των στοιχείων της έρευνας αυτής κατέληξε στο εύρημα ότι οι καταστροφικές δαπάνες για την υγεία, σε όλες τις χώρες της μελέτης, συγκεντρώνονταν σε μεγαλύτερο βαθμό μεταξύ των φτωχότερων νοικοκυριών (Thomson, Cylus & Evetovits, 2019).

---

<sup>40</sup> Ως καταστροφική δαπάνη ορίζεται η άμεση δαπάνη του νοικοκυριού για υγεία που υπερβαίνει το 40% των συνολικών του δαπανών, εξαιρουμένων των βασικών δαπανών διαβίωσης (δηλ. τροφή, στέγαση και υπηρεσίες κοινής ωφέλειας).

Περαιτέρω, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 122 χώρες, διαπιστώθηκε εξαθλίωση λόγω δαπανών υγείας OPP ακόμη και σε εκείνες όπου ολόκληρος ο πληθυσμός καλυπτόταν επίσημα από το εθνικό σύστημα ασφάλισης υγείας. Επίσης, στην ίδια έρευνα αναφέρεται ότι η μείωση της εξαθλίωσης από τις δαπάνες αυτού του είδους, απαιτεί όχι μόνο την υγειονομική κάλυψη περισσότερων ανθρώπων, αλλά και την κάλυψη μεγαλύτερου μεριδίου των συνολικών δαπανών για την υγεία, μέσω κρατικών χρηματοδοτικών ρυθμίσεων (Wagstaff et al., 2018).

Οι Chantzaras & Yfantopoulos (2018) επισημαίνουν στη μελέτη τους ότι ο συνολικός αντίκτυπος των δαπανών OPP στη φτώχεια στη χώρα μας άρχισε να κλιμακώνεται μετά το 2012. Ειδικότερα, το 2015, το ποσοστό των νοικοκυριών του δείγματος της έρευνας που οδηγήθηκε στη φτωχοποίηση, λόγω των πληρωμών αυτών, ανήλθε σε 1,9%, το οποίο αντιστοιχούσε σε πάνω από 200.000 άτομα, αν το επεκτείνουμε στον συνολικό πληθυσμό της Ελλάδας. Επιπρόσθετα, το ποσοστό αυτό ήταν αυξημένο κατά 90,5% σε σχέση με το ποσοστό που είχε καταγραφεί κατά την έναρξη της κρίσης. Η επέκταση της εξάρτησης της χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης από δαπάνες OPP αύξησε τον οικονομικό κίνδυνο και τις δυσκολίες των νοικοκυριών στην Ελλάδα, διαταράσσοντας τις συνθήκες διαβίωσής τους και δημιουργώντας εμπόδια στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας.

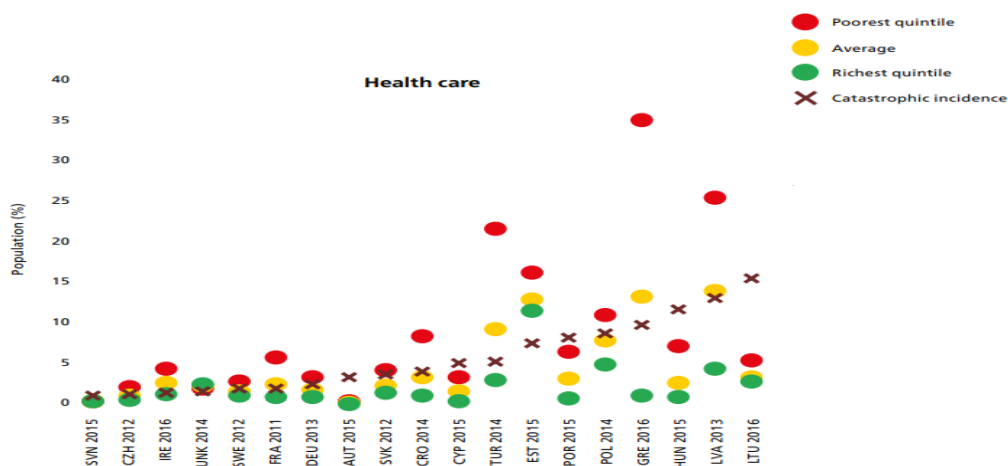
Σε μελέτη που πραγματοποίησαν οι Crookes et al. (2020) και χρησιμοποίησαν δεδομένα από την Έρευνα Προϋπολογισμού Ελληνικών Νοικοκυριών, για το έτος 2004 και για το χρονικό διάστημα 2008–2017, προέκυψε το συμπέρασμα ότι παρόλο που οι αυξημένες πληρωμές OPP, κατά τα έτη της κρίσης, επέφεραν μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση για όλα τα νοικοκυριά, τα πιο φτωχά ήταν αυτά που υπέστησαν δυσανάλογα το μεγαλύτερο βάρος. Τα ευρήματα της εν λόγω μελέτης υποδηλώνουν ότι η διάβρωση της οικονομικής προστασίας των ελληνικών νοικοκυριών και ιδιαιτέρως των φτωχών, κατά την περίοδο της ύφεσης, ήταν ενδεικτική ενός οπισθοδρομικού συστήματος χρηματοδότησης του τομέα της υγείας.

Αυτή η σημαντική εξάρτηση από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές, ως πηγή χρηματοδότησης της υγείας στη χώρα μας, οδήγησε σε αυξημένο ποσοστό καταστροφικών δαπανών υγείας. Μεταξύ των ατόμων που είχαν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, το ποσοστό αυτών των δαπανών αυξήθηκε από 7 % το 2010 σε 10 % το 2016, το τέταρτο

υψηλότερο στην ΕΕ, ενώ σχεδόν το 80% του συνόλου των καταστροφικών δαπανών συγκεντρωνόταν στο φτωχότερο 40% των ελληνικών νοικοκυριών<sup>41</sup> (OECD, 2019a).

Το διάγραμμα 3.3.3.1 δείχνει τη συνολική συχνότητα καταστροφικών δαπανών υγείας και ανεκπλήρωτων αναγκών για υγειονομική περίθαλψη σε 19 χώρες, με τις χώρες να κατατάσσονται κατά καταστροφική συχνότητα. Από τα δεδομένα επιβεβαιώνεται ότι το ποσοστό του πληθυσμού που ανέφερε ανικανοποίητες ανάγκες υγείας, έτεινε να είναι χαμηλότερο στις χώρες που είχαν και χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης καταστροφικών δαπανών. Όσον αφορά την Ελλάδα, είναι σαφές από τα απεικονιζόμενα στοιχεία ότι τα φτωχότερα νοικοκυριά επιβαρύνθηκαν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα πλουσιότερα και με βάση αυτήν την επιβάρυνση η χώρα μας κατείχε την πρώτη θέση.

Διάγραμμα 3.3.3.1: Ποσοστό πληθυσμού με καταστροφικές δαπάνες και ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας για 19 χώρες



Πηγή: Thomson, S., Cylus, J., & Evetovits, T. (2019). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Συνεπώς, η εκτεταμένη ιδιωτική δαπάνη υγείας στη χώρα μας αποτέλεσε έναν από τους λόγους της εμφάνισης ανισοτήτων στην πρόσβαση και στη χρήση υπηρεσιών υγείας, της ύπαρξης καταστροφικών δαπανών, της απουσίας χρηματοδοτικής δικαιοσύνης και της φτωχοποίησης μέρους του ελληνικού πληθυσμού (Τούντας κ.ά., 2020).

<sup>41</sup> Τα στοιχεία αυτά είναι προγενέστερα της επέκτασης της κάλυψης που έλαβε χώρα στο τέλος του 2016.

## **Κεφάλαιο Τέταρτο - Ερευνητικό μέρος: Συσχέτιση των δημόσιων δαπανών υγείας με το ΑΕΠ και με κοινωνικούς δείκτες**

### **4.1 Σκοπός και Ερευνητικά ερωτήματα**

Βασικός σκοπός του ερευνητικού μέρους της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να μελετηθεί, με τη βοήθεια οικονομετρικών εργαλείων, η διαχρονική συσχέτιση των δημόσιων δαπανών υγείας με το ΑΕΠ, τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, τον δείκτη AROPE (κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού), τον αριθμό θανάτων από αυτοκτονίες και τη βρεφική θνησιμότητα, κατά το χρονικό διάστημα 2008-2018, ήτοι από την έναρξη της παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης και μέχρι την ολοκλήρωση των τριών προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής, που εφαρμόστηκαν στη χώρα μας.

Ειδικότερα η ανάλυσή μας εστιάζεται σε δύο κατευθύνσεις (ερευνητικά ερωτήματα):

**Πρώτον:** Πώς η μεταβολή του ΑΕΠ επηρέασε τις **δημόσιες δαπάνες υγείας** κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

**Δεύτερον:** Πώς η μεταβολή των **δημόσιων δαπανών υγείας** επηρέασε, κατά την ίδια περίοδο, τους παρακάτω κοινωνικούς δείκτες :

**1. ΑΝΕΚΠΛΗΡΩΤΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ)**

**2. ΔΕΙΚΤΗΣ AROPE : ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΦΤΩΧΕΙΑΣ Ή ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΥ (ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ)**

**3. ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ**

**4. ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΝΑ 1.000 ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ**

### **4.2 Ερευνητική διαδικασία και παρουσίαση δεδομένων**

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε, για τη μελέτη των επιδράσεων που αναφέρθηκαν ανωτέρω, είναι η ανάλυση χρονολογικών σειρών και η εκτίμηση των σχέσεων των υπό εξέταση μεταβλητών προσδιορίστηκε μέσω γραμμικών μοντέλων παλινδρόμησης, με τη συνδρομή του στατιστικού πακέτου STATA. Τα δεδομένα για τις μεταβλητές αντλήθηκαν τον μήνα Απρίλιο του 2021, από τη βάση δεδομένων της Ευρωπαϊκής Στατιστικής

Υπηρεσίας Eurostat, του OECD<sup>42</sup> και της ΕΛΣΤΑΤ<sup>43</sup>. Επίσης, οι παρατηρήσεις των χρονοσειρών είναι ετήσιες και αφορούν το χρονικό διάστημα 2008-2018.

Στον πίνακα 4.2.1. παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα δεδομένα των μεταβλητών που χρησιμοποιήθηκαν στην οικονομετρική ανάλυση. Σημειώνουμε ότι η διαχρονική εξέλιξη των τιμών των εν λόγω μεταβλητών παρουσιάστηκε αναλυτικά στα προηγούμενα κεφάλαια της παρούσας εργασίας.

Πίνακας 4.2.1: Διαχρονική εξέλιξη των υπό εξέταση μεταβλητών (2008-2018)

Έτη	Δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο	Κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές	Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας (σε ποσοστό)	Δείκτης AROPE (σε ποσοστό)	Αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες	Βρεφική θνησιμότητα ανά 1.000 γεννήσεις
2008	1.259,92	21.840,00	5,40	28,10	373,00	2,70
2009	1.374,43	21.390,00	5,50	27,60	391,00	3,10
2010	1.332,62	20.150,00	5,50	27,70	377,00	3,80
2011	1.105,85	18.310,00	7,50	31,00	477,00	3,40
2012	1.006,18	17.060,00	8,00	34,60	508,00	2,90
2013	845,64	16.380,00	9,00	35,70	533,00	3,70
2014	742,56	16.280,00	10,90	36,00	565,00	3,70
2015	756,20	16.270,00	12,30	35,70	529,00	4,00
2016	817,17	16.170,00	13,10	35,60	484,00	4,20
2017	806,94	16.470,00	10,00	34,80	523,00	3,50
2018	780,08 <sup>44</sup>	16.750,00	8,80	31,80	567,00	3,50

Πηγή: Eurostat, OECD, ΕΛΣΤΑΤ, Απρίλιος 2021

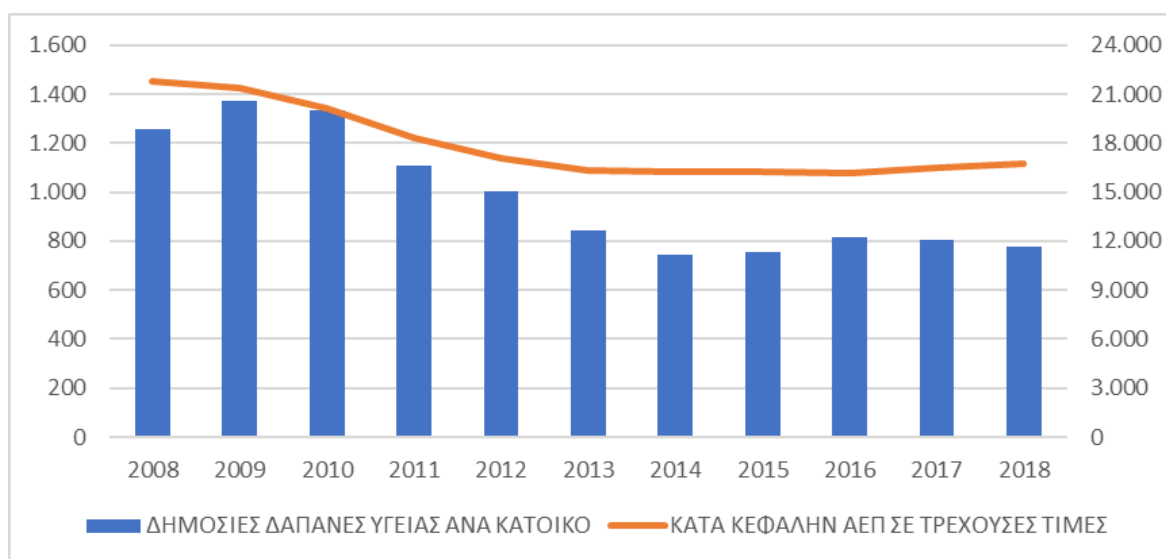
Στο διάγραμμα 4.2.1 παρουσιάζεται η διαχρονική πορεία των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο, συγκριτικά με την αντίστοιχη πορεία του κ.κ. ΑΕΠ, για την εξεταζόμενη περίοδο 2008-2018.

<sup>42</sup> Από τη στατιστική βάση του OECD αντλήθηκαν τα δεδομένα σχετικά με την τιμή του δείκτη «δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο», για το έτος 2008.

<sup>43</sup> Από την ΕΛΣΤΑΤ αντλήθηκαν τα δεδομένα για τον δείκτη «αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες».

<sup>44</sup> Υπάρχει διαφορά της τιμής όσον αφορά το έτος 2018, σε σχέση με την αντίστοιχη τιμή στον πίνακα 3.3.2.1, λόγω αναθεώρησης των στοιχείων. Ο πίνακας 3.3.2.1 βασίστηκε σε δεδομένα που η άντληση των στοιχείων τους πραγματοποιήθηκε τον Αύγουστο 2021, ενώ η ανάλυση των χρονολογικών σειρών στις υπό εξέταση μεταβλητές βασίστηκε σε δεδομένα που η ανάκτησή τους έγινε τον Απρίλιο του 2021.

Διάγραμμα 4.2.1: Διαχρονική εξέλιξη των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο και του κ.κ. ΑΕΠ (2008-2018)



Παρατηρώντας την εξέλιξη των τιμών του κ.κ. ΑΕΠ και των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο, που όπως έχει αναλυθεί και σε προηγούμενα κεφάλαια της εργασίας κατά τα περισσότερα έτη της οικονομικής κρίσης η πορεία τους ήταν καθοδική, διαπιστώνουμε τη θετική σχέση ανάμεσά τους. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον ρυθμό μεταβολής τους (πίνακας 4.2.1.), μετά το 2009 και μέχρι το 2014, υπήρξε μείωση των δύο δεικτών με την εντονότερη πτώση όμως να εμφανίζεται στις κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες υγείας.

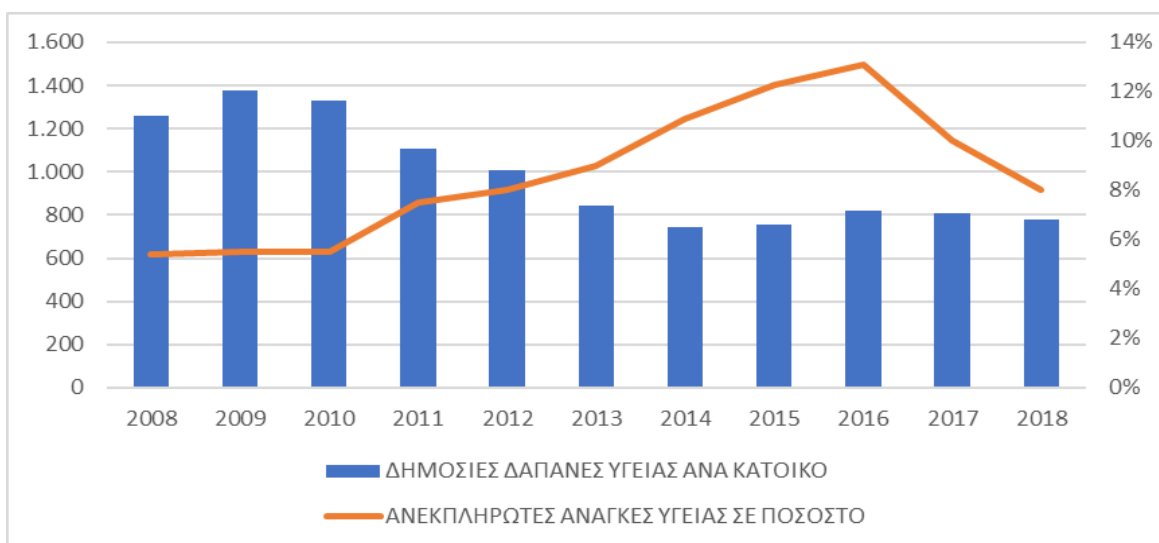
Πίνακας 4.2.2: Ρυθμός μεταβολής των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο και του κ.κ. ΑΕΠ

Έτη	Ρυθμός μεταβολής δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο	Ρυθμός μεταβολής κ.κ.ΑΕΠ
2008-2009	9,09%	-2,06%
2009-2010	-3,04%	-5,80%
2010-2011	-17,02%	-9,13%
2011-2012	-9,01%	-6,83%
2012-2013	-15,96%	-3,99%
2013-2014	-12,19%	-0,61%
2014-2015	1,84%	-0,06%
2015-2016	8,06%	-0,61%
2016-2017	-1,25%	1,86%
2017-2018	-3,33%	1,70%

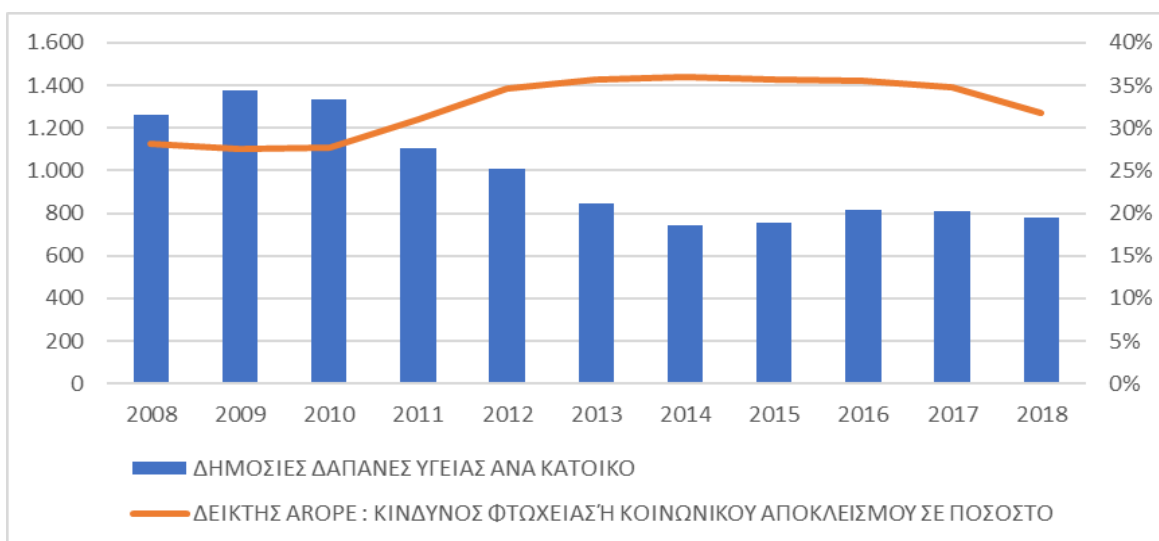
Μετά το 2014 και μέχρι το 2018 παρατηρείται μείωση της έντασης της μεταβολής και για τους δύο δείκτες, που σημείωσαν μικρές αυξομειώσεις, με εξαίρεση το διάστημα 2015-2016, όπου υπήρξε μια πιο έντονη αύξηση στις δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο κατά 8%. Ο μέσος όρος, για την εξεταζόμενη περίοδο, του ρυθμού μείωσης του κ.κ. ΑΕΠ ήταν -2,6%, ενώ των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο ήταν -4,3%.

Στα διαγράμματα 4.2.2, 4.2.3 και 4.2.4 απεικονίζεται η σχέση του δείκτη των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, τον δείκτη AROPE, τον αριθμό θανάτων από αυτοκτονίες και τη βρεφική θνησιμότητα. Ο μέσος όρος του ρυθμού αύξησης των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας ήταν 6,2%, του δείκτη AROPE 1,4%, του αριθμού θανάτων από αυτοκτονίες 4,7% και της βρεφικής θνησιμότητάς 3,6%, ενώ οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο ακολούθησαν την αντίθετη πορεία, με μέσο όρο μείωσης, όπως προαναφέρθηκε, κατά -4,3%

Διάγραμμα 4.2.2: Διαχρονική εξέλιξη των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο και του ποσοστού των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας (2008-2018)

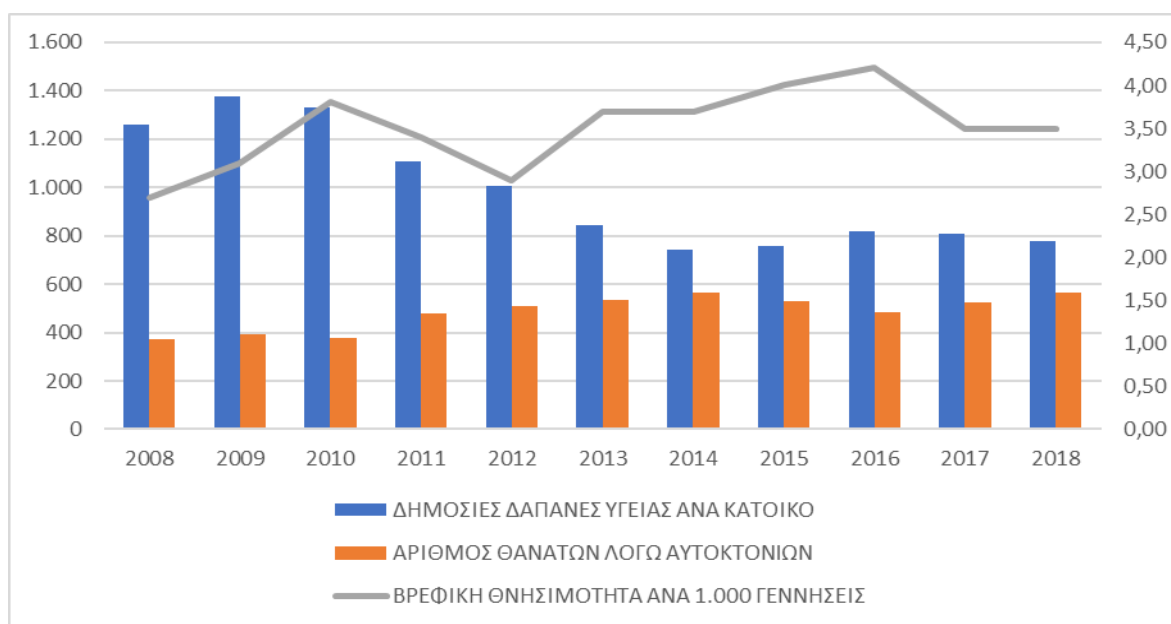


Διάγραμμα 4.2.3: Διαχρονική εξέλιξη των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο και του δείκτη AROPE (2008-2018)





Διάγραμμα 4.2.4: Διαχρονική εξέλιξη των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο, του αριθμού θανάτων από αυτοκτονίες και της βρεφικής θνησιμότητας (2008-2018)



Από την παρουσίαση των δεδομένων των μεταβλητών προκύπτει από τη μια η θετική σχέση μεταξύ του κ.κ. ΑΕΠ και των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο και από την άλλη η αρνητική σχέση μεταξύ των δαπανών αυτών και των υπό μελέτη κοινωνικών δεικτών. Η ποσοτική σχέση μεταξύ αυτών των μεταβλητών και η έντασή της θα διερευνηθεί διεξοδικά στη συνέχεια, μέσω προσδιορισμού των συντελεστών συσχέτισης και οικονομετρικής ανάλυσης.

### 4.3 Περιγραφική ανάλυση των τιμών των μεταβλητών

Στον πίνακα 4.3.1 παρουσιάζονται ορισμένα βασικά περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των υπό μελέτη έξι μεταβλητών. Ειδικότερα, κατά τη περίοδο 2008-2018, οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο είναι στα 984,33€ κατά μέσο όρο, με τυπική απόκλιση 244,04€ και ένα εύρος από 742,56€ έως 1.374,43€, ενώ το κ.κ. ΑΕΠ, που είναι η δεύτερη σημαντική μεταβλητή είναι στα 17.915,45€ κατά μέσο όρο, με τυπική απόκλιση 2.181,50€ και ένα εύρος από 16.170,00€ έως 21.840,00€.

Στη μεταβλητή «ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας (%)» η μέση τιμή είναι 8,73 και η τυπική απόκλιση είναι 2,69, ενώ στη μεταβλητή «δείκτης AROPE: κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού (%)» η μέση τιμή είναι 32,60 και η τυπική απόκλιση 3,48. Στη μεταβλητή «αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες» η μέση τιμή είναι 484,27, η τυπική απόκλιση 72,42 και το εύρος του αριθμού αυτού κυμαίνεται από 373 έως 567 άτομα.

Τέλος, στη μεταβλητή «βρεφική θνησιμότητα ανά 1.000 γεννήσεις», για το ίδιο χρονικό διάστημα, η μέση τιμή είναι 3,50 και η τυπική απόκλιση είναι 0,46.

Πίνακας 4.3.1: Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των μεταβλητών (2008-2018)

	Min	Mean	SD	Max
Δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο	742,56	984,33	244,04	1.374,43
Κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές	16.170,00	17.915,45	2.181,50	21.840,00
Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας (σε ποσοστό)	5,40	8,73	2,69	13,10
Δείκτης Arope: κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού (σε ποσοστό)	27,60	32,60	3,48	36,00
Αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες	373	484,27	72,42	567
Βρεφική θνησιμότητα ανά 1.000 γεννήσεις	2,70	3,50	0,46	4,20

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο και του κ.κ. ΑΕΠ, αλλά και των υπόλοιπων μεταβλητών της οικονομετρικής ανάλυσης. Η ποσοτική μέτρηση της έντασης της σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών ονομάζεται συντελεστής συσχέτισης (correlation coefficient). Για να εκτιμήσουμε την ένταση αυτή υπολογίσαμε τον συντελεστή γραμμικής συσχέτισης **Pearson (r)**<sup>45</sup>. Οι τιμές των συντελεστών συσχέτισης δίνονται στον πίνακα 4.3.2.

<sup>45</sup>Ο συντελεστής Pearson παίρνει τις τιμές από -1 (αρνητική συσχέτιση) έως +1 (θετική συσχέτιση) και όσο μεγαλύτερη είναι η απόλυτη τιμή του, τόσο ισχυρότερη είναι η συσχέτιση των δύο μεταβλητών.

Πίνακας 4.3.2: Συντελεστές συσχέτισης των μεταβλητών

	1	2	3	4	5	6
1. Δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο	1					
2. Κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές	0,942***	1				
3. Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας (σε ποσοστό)	-0,887***	-0,866***	1			
4. Δείκτης Arope: κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού (σε ποσοστό)	-0,911***	-0,938***	0,883***	1		
5. Αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες	-0,934***	-0,922***	0,725**	0,847***	1	
6. Βρεφική θνησιμότητα ανά 1.000 γεννήσεις	-0,543*	-0,609**	0,724**	0,507	0,390	1

\*\*\*. Correlation is significant at the 0.01 level (Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε διάστημα εμπιστοσύνης 99%)

\*\* . Correlation is significant at the 0.05 level (Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε διάστημα εμπιστοσύνης 95%)

\*. Correlation is significant at the 0.10 level (Οι συσχετίσεις είναι σημαντικές σε διάστημα εμπιστοσύνης 90%)

Συγκεκριμένα, για το διάστημα 2008-2018, οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο παρουσιάζουν πολύ ισχυρή θετική συσχέτιση με το κ.κ. ΑΕΠ ( $r=0,942$ ), παρέχοντας μια πρώτη ένδειξη ότι πράγματι συσχετίζονται θετικά με το εισόδημα. Από την άλλη, συσχετίζονται αρνητικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, τον δείκτη AROPE, τον αριθμό θανάτων από αυτοκτονίες και τη βρεφική θνησιμότητα. Ειδικότερα, πολύ ισχυρή συσχέτιση προέκυψε με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας ( $r=-0,887$ ), τον δείκτη AROPE ( $r=-0,911$ ) και τον αριθμό θανάτων από αυτοκτονίες ( $r=-0,934$ ), ενώ με τη βρεφική θνησιμότητα υπάρχει μέτρια συσχέτιση ( $r=-0,543$ ). Παρατηρούμε επίσης, παρόλο που δεν αποτελεί αντικείμενο ανάλυσης της παρούσας εργασίας, ότι το κ.κ. ΑΕΠ συσχετίζεται αρνητικά και σε υψηλό βαθμό με τις μεταβλητές ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας ( $r=-0,866$ ), τον δείκτη AROPE ( $r=-0,938$ ), τον αριθμό θανάτων από αυτοκτονίες ( $r=-0,922$ ), ενώ με τη βρεφική θνησιμότητα υπάρχει μέτρια συσχέτιση ( $r=-0,609$ ). Επιπρόσθετα, από τις

συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών που αφορούν τους κοινωνικούς δείκτες, προέκυψε ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας και των άλλων τριών μεταβλητών, καθώς και μεταξύ του δείκτη AROPE και του αριθμού θανάτων από αυτοκτονίες. Αντίθετα, μεταξύ του δείκτη AROPE και της βρεφικής θνησιμότητας η συσχέτιση που προέκυψε είναι μεν θετική, αλλά μέτρια ( $r=0,507$ ), όπως και μεταξύ του αριθμού θανάτων από αυτοκτονίες και της βρεφικής θνησιμότητας, όπου η συσχέτιση είναι ασθενής ( $r=0,390$ ).

#### 4.4 Οικονομετρική ανάλυση

Το υπόδειγμα που θα χρησιμοποιηθεί για το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, ήτοι «Πώς η μεταβολή του ΑΕΠ επηρέασε τις δημόσιες δαπάνες υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης» είναι το εξής (υπόδειγμα 1) :

$$\log HCE_t = \alpha_1 + \beta_1 \log GDPp_t + u_t \quad (1)$$

Αυτό σημαίνει ότι θα προχωρήσουμε στην εκτίμηση της σχέσης αυτής μέσω ενός γραμμικού μοντέλου παλινδρόμησης, όπου ως μεταβλητές στο υπόδειγμα θα χρησιμοποιήσαμε τους φυσικούς λογαρίθμους των μεταβλητών «δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο» και «κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές».

Ειδικότερα, ως HCE ορίζονται οι κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες υγείας (εξαρτημένη μεταβλητή), το GDP αντιπροσωπεύει το κατά κεφαλήν ΑΕΠ (ανεξάρτητη μεταβλητή), ο συντελεστής  $\alpha_1$  τον σταθερό όρο, ο παράγοντας  $u_t$  τον διαταρακτικό όρο, ενώ το  $\beta_1$  τον προς εκτίμηση συντελεστή.

Θεωρητική προϋπόθεση για την παλινδρόμηση είναι η στασιμότητα<sup>46</sup> των δεδομένων (χρονοσειρών). Αν έχουμε μη στάσιμα δεδομένα και χρησιμοποιήσουμε την παλινδρόμηση (ελάχιστα τετράγωνα) για να εκτιμήσουμε τους συντελεστές ενός μοντέλου, μπορεί φαινομενικά να έχουμε ικανοποιητικά στατιστικά σφάλματος (υψηλή τιμή συντελεστή προσδιορισμού), αλλά μη ικανοποιητικό (στατιστικά) μοντέλο. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται φαινομενική παλινδρόμηση (spurious regression) και εμφανίζεται συχνά στην ανάλυση χρονολογικών σειρών. Συνήθως το πρόβλημα οφείλεται στην ύπαρξη

---

<sup>46</sup>Τα βασικά χαρακτηριστικά μιας στάσιμης χρονοσειράς είναι η σταθερότητα του μέσου, της διακύμανσης και της συσχέτισης στον χρόνο.

τάσης<sup>47</sup> (trend) στα δεδομένα, που κάνει τη χρονοσειρά μη στάσιμη. Η λύση για το πρόβλημα της φαινομενικής παλινδρόμησης είναι η χρήση των διαφορών των δεδομένων, ώστε να εφαρμόσουμε το μοντέλο σε στάσιμα δεδομένα. Επειδή η στασιμότητα των δεδομένων ή των διαφορών τους είναι σημαντική προϋπόθεση, υπάρχουν έλεγχοι στασιμότητας των χρονοσειρών.

Ένας τρόπος που χρησιμοποιείται ευρύτατα για τον έλεγχο της στασιμότητας μιας χρονοσειράς είναι ο έλεγχος ύπαρξης μοναδιαίας ρίζας (unitroot) για τις μεταβλητές. Ωστόσο, είναι γνωστό από τη βιβλιογραφία ότι σε κάθε υπόδειγμα ανάλυσης χρονοσειρών, εκτός από τον έλεγχο ύπαρξης μοναδιαίας ρίζας, εξετάζεται η πιθανότητα συνολοκλήρωσης (cointegration) μεταξύ των μεταβλητών που θα χρησιμοποιηθούν στο υπόδειγμα.

Οι έλεγχοι που καλούνται έλεγχοι μοναδιαίας ρίζας (unitroot tests) αντιστοιχούν στη μηδενική υπόθεση  $H_0$  για την ύπαρξη μη στασιμότητας (υπάρχει μοναδιαία ρίζα) και στην εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  για την ύπαρξη στασιμότητας (δεν υπάρχει μοναδιαία ρίζα). Καταρχάς, για να διαπιστώσουμε την ύπαρξη μοναδιαίας ρίζας πραγματοποιήσαμε το Augmented Dickey-Fuller test for unitroot (ADF-επαυξανόμενος έλεγχος των Dickey-Fuller)<sup>48</sup> για τις δύο μεταβλητές. Ο έλεγχος ξεκινάει υποθέτοντας ότι η μηδενική υπόθεση  $H_0$  είναι σωστή.

Στον πίνακα 4.4.1 παρουσιάζεται η κρίσιμη τιμή ή όριο απόρριψης (critical value or rejection limit), με βάση την οποία καθορίζουμε την κρίσιμη περιοχή ή περιοχή απόρριψης (critical region or rejection region) της  $H_0$  και κρίνεται αν η τιμή της στατιστικής συνάρτησης  $T$  είναι ακραία ή όχι. Η στατιστική συνάρτηση  $T$ , την οποία επιλέγουμε για να εκφράσει «αυτό που παρατηρείται στο δείγμα», ονομάζεται στατιστική συνάρτηση ελέγχου (test statistic). Εφόσον η στατιστική τιμή βρίσκεται μέσα στα όρια αυτής της περιοχής απόρριψης, θα πρέπει να απορρίψουμε την  $H_0$ , ενώ σε αντίθετη περίπτωση θα πρέπει να την αποδεχθούμε<sup>49</sup>.

---

<sup>47</sup> Η εμφάνιση τάσης στη χρονοσειρά υποδηλώνει ότι τα στατιστικά χαρακτηριστικά του συστήματος που παράγει τη χρονοσειρά αλλάζουν με τον χρόνο και η χρονοσειρά δεν είναι στάσιμη.

<sup>48</sup> Για τον έλεγχο της μοναδιαίας ρίζας σε αυτοπαλίνδρομο υπόδειγμα τάξης μεγαλύτερης από την πρώτη, δηλαδή στα υποδείγματα  $AR(p)$ , χρησιμοποιούμε τον επαυξημένο έλεγχο των Dickey - Fuller (ADF), ο οποίος διαφέρει από αυτό των DF στο ότι περιλαμβάνει επιπλέον τις υστερήσεις της εξαρτημένης μεταβλητής.

<sup>49</sup> Όταν απορρίπτεται η  $H_0$ , το δείγμα χαρακτηρίζεται στατιστικά σημαντικό (statistically significant) και έχει την έννοια ότι διαφέρει σημαντικά από αυτό που αναμενόταν από την  $H_0$ . Για να ελεγχθεί η μηδενική

Με βάση τα αποτελέσματα του ελέγχου ADF σε επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha = 0.01$  η κρίσιμη τιμή είναι  $c = -4.380$ , σε επίπεδο  $\alpha = 0.05$  η κρίσιμη τιμή είναι  $c = -3.600$  και σε επίπεδο  $\alpha = 0.10$  η κρίσιμη τιμή είναι  $c = -3.240$ . Επισημαίνουμε ότι, όσο πιο μικρό είναι το επίπεδο σημαντικότητας στο οποίο μπορούμε να απορρίψουμε την  $H_0$ , τόσο πιο σημαντική είναι η τιμή της στατιστικής συνάρτησης ελέγχου, με την έννοια ότι δίνει πιο ισχυρές αποδείξεις εναντίον της  $H_0$ , με αποτέλεσμα τόσο πιο στατιστικά σημαντικό να είναι το αποτέλεσμα του ελέγχου.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4.4.1 η τιμή της στατιστικής συνάρτησης ελέγχου και για τις δύο μεταβλητές (variables) δε βρίσκεται στην κρίσιμη περιοχή (περιοχή απόρριψης) του ελέγχου για κανένα από τα τρία επίπεδα σημαντικότητας ( $\alpha=1\%$ ,  $\alpha=5\%$  και  $\alpha=10\%$ ), γεγονός που σημαίνει ότι δεν μπορούμε να απορρίψουμε την  $H_0$ , ήτοι την υπόθεση της ύπαρξης μοναδιαίας ρίζας και για τις δύο περιπτώσεις. Συγκεκριμένα, δεχόμαστε τη μηδενική υπόθεση για τη μεταβλητή «δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο», γιατί η απόλυτη τιμή του t-statistic είναι μικρότερη από την απόλυτη τιμή της κρίσιμης τιμής (critical value) για όλα τα επίπεδα σημαντικότητας. Ομοίως και για τη μεταβλητή «κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές», κάτι που συνεπάγεται ότι οι χρονοσειρές των δύο μεταβλητών χαρακτηρίζονται ως μη στάσιμη διαδικασία.

Πίνακας 4.4.1: Έλεγχος ύπαρξης ή μη μοναδιαίων ριζών με ADF test

Variable	Test Statistic	Critical Value		
		1%	5%	10%
HCE	-1.309	-4.380	-3.600	-3.240
GDPp	-2.122	-4.380	-3.600	-3.240

Με την ύπαρξη μοναδιαίας ρίζας είμαστε βέβαιοι ότι δεν είναι δυνατόν να εκτιμηθεί το υπόδειγμα με την μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων (OLS), διότι θα παραχθούν λανθασμένα αποτελέσματα (spurious regression). Οπότε, μετά από έλεγχο για την ύπαρξη συνολοκλήρωσης (cointegration test), θα αποφασιστεί και η μέθοδος της εκτίμησης του

---

υπόθεση ορίζουμε ένα επίπεδο ή μια στάθμη σημαντικότητας (significant level), που είναι η πιθανότητα με την οποία δεχόμαστε να κάνουμε λάθος απορρίπτοντας τη μηδενική υπόθεση, ενώ αυτή είναι σωστή. Η πιθανότητα αυτή συμβολίζεται με το ελληνικό γράμμα  $\alpha$ . Συνήθως θέτουμε  $\alpha = 0.05$ , ενώ υπάρχουν περιπτώσεις όπου θέτουμε  $\alpha = 0.01$  ή  $\alpha = 0.1$ . Είναι προφανές ότι όταν θέσουμε  $\alpha = 0.05$  και ο στατιστικός έλεγχος μας οδηγήσει στην απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης, τότε είμαστε 95% βέβαιοι ότι πήραμε τη σωστή απόφαση και συνεπώς η πιθανότητα να έχουμε κάνει λάθος είναι 0.05 ή 5%.

υποδείγματος. Το τεστ μπορεί να γίνει αν ελεγχθούν τα κατάλοιπα (residuals) της παλινδρόμησης της μεταβλητής «δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο» στη μεταβλητή «κατά κεφαλήν ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές», για μοναδιαία ρίζα. Στον παρακάτω πίνακα (4.4.2) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αυτού του ελέγχου ύπαρξης ή μη μοναδιαίας ρίζας με τον έλεγχο ADF, όπως είδαμε προηγουμένως, τα οποία δηλώνουν την ύπαρξη μοναδιαίας ρίζας στα κατάλοιπα ( $|t| < |\text{critical value}|$  για κάθε επίπεδο σημαντικότητας).

Πίνακας 4.4.2: Έλεγχος ύπαρξης ή μη μοναδιαίας ρίζας των κατάλοιπων με ADF test

Variable	Test Statistic	Critical Value		
		1%	5%	10%
Residuals	-2.095	-4.380	-3.600	-3.240

Μετά από αυτό το συμπέρασμα ακολούθησαν τεστ για τον έλεγχο ύπαρξης ή μη μοναδιαίας ρίζας με τη μεθοδολογία του ADF, στα οποία μελετήσαμε τις πρώτες διαφορές των μη στάσιμων μεταβλητών. Τα αποτελέσματα των συγκεκριμένων τεστ κατέληξαν σε στασιμότητα των χρονοσειρών και αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι παίρνοντας τις πρώτες διαφορές εξαλείφθηκε η εμφάνιση τάσης αυτών των χρονοσειρών. Χρησιμοποιώντας λοιπόν για την εκτίμηση του υποδείγματος (1) τις πρώτες διαφορές των υπό μελέτη μεταβλητών, θα εκτιμήσουμε το παρακάτω υπόδειγμα :

$$\Delta \log HCE_t = \alpha_1 + \beta_1 \Delta \log GDPp_t + u_t \quad (2)$$

Όπου  $\Delta \log HCE_t = \log HCE_t - \log HCE_{t-1}$  και ανάλογα για τη μεταβλητή  $\Delta \log GDPp_t$

Σημειώνουμε ότι η μηδενική υπόθεση  $H_0$  είναι αυτή που υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών που μελετώνται, ενώ η εναλλακτική  $H_1$  είναι η υπόθεση που αναφέρεται στην εκτίμηση που κάνουμε αναφορικά με τη σχέση που υπάρχει μεταξύ αυτών. Για το συγκεκριμένο υπόδειγμα, η  $H_1$  ουσιαστικά αφορά την ερευνητική υπόθεση ότι το κατά κεφαλήν ΑΕΠ επηρεάζει τις δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο.

Να αναφέρουμε ότι στα αποτελέσματα της παλινδρόμησης, για κάθε ένα από τα υποδείγματα που εκτιμήθηκαν στη συνέχεια της εργασίας, παρουσιάζονται, εκτός των υπόλοιπων στοιχείων, οι συντελεστές προσδιορισμού (R-squared)<sup>50</sup>, οι συντελεστές

<sup>50</sup> Ο συντελεστής προσδιορισμού R-squared είναι η αναλογία ή το ποσοστό της διακύμανσης του δείγματος της εξαρτημένης μεταβλητής που ερμηνεύεται/ προβλέπεται από την ανεξάρτητη μεταβλητή. Ο συντελεστής

παλινδρόμησης (regression coefficient) με τα αντίστοιχα διαστήματα εμπιστοσύνης (95% confidence interval)<sup>51</sup>, καθώς και τα παρατηρούμενα επίπεδα στατιστικής σημαντικότητας (p-value).

Η τιμή p-value χρησιμοποιείται για να μας βοηθήσει να υποστηρίξουμε ή να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση, δηλαδή είναι η απόδειξη ενάντια στη μηδενική υπόθεση  $H_0$ . Η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται αν η p-value είναι μικρότερη από τα επίπεδα σημαντικότητας 1%, 5% ή 10%<sup>52</sup>. Όσο πιο μικρή είναι η p-value, τόσο ισχυρότερες ενδείξεις εναντίον της  $H_0$  προκύπτουν από το συγκεκριμένο δείγμα ή αλλιώς τόσο πιο σημαντική είναι η τιμή της στατιστικής συνάρτησης ελέγχου που δίνει το δείγμα.

Τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης για την εκτίμηση του υποδείγματος (2) παρουσιάζονται στον πίνακα 4.4.3.

Πίνακας 4.4.3: Αποτελέσματα παλινδρόμησης υποδείγματος (2)

<i>Linear Regression</i>						<i>Number of obs = 10</i>	
						<i>F (1,8) = 8.60</i>	
						<i>Prob&gt; F = 0.0189</i>	
						<i>R-squared = 0.2998</i>	
						<i>Root MSE = .08575</i>	
<b>D.logHCE</b>	<b>Coef.</b>	<b>Robust Std.Err</b>	<b>t</b>	<b>P&gt; t </b>	<b>95% Confidence Interval</b>		
D1.logGDPp	1.367001	.4660081	2.93	0.019	.2923845	2.441618	
_cons	-.011668	.0317599	-0.37	0.723	-.0849065	.0615704	

προσδιορισμού παίρνει τιμές από 0 έως 1:  $0 \leq R\text{-squared} \leq 1$ . Όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή του R-squared, τόσο καλύτερη είναι η προσαρμογή του υποδείγματος στα δεδομένα του δείγματος.

<sup>51</sup> Το διάστημα εμπιστοσύνης είναι ένα διάστημα αριθμών που πιστεύεται/εκτιμάται ότι περιέχει μια άγνωστη παράμετρο του πληθυσμού και ταυτόχρονα είναι ένα μέτρο της εμπιστοσύνης για την άγνωστη παράμετρο. Για παράδειγμα, όταν λέμε 95% δ.ε του συντελεστή παλινδρόμησης, αυτό σημαίνει ότι η πιθανότητα το διάστημα εμπιστοσύνης να περιέχει την πραγματική τιμή του συντελεστή είναι 95% ( $1 - \alpha = 0.95$ ).

<sup>52</sup> Εάν η p-value είναι μικρότερη του 1%, τότε υπάρχει συντριπτική απόδειξη (overwhelming evidence) που υποστηρίζει την εναλλακτική υπόθεση. Εάν η p-value είναι μεταξύ 1% και 5%, τότε υπάρχει ισχυρή απόδειξη (strong evidence) που υποστηρίζει την εναλλακτική υπόθεση. Εάν η p-value είναι μεταξύ 5% και 10% τότε υπάρχει ασθενής απόδειξη (weak evidence) που υποστηρίζει την εναλλακτική υπόθεση. Εάν η p-value ξεπερνά το 10%, τότε δεν υπάρχει απόδειξη (evidence) που υποστηρίζει την εναλλακτική υπόθεση.



Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, για τα δεδομένα της περιόδου 2008-2018, ο συντελεστής προσδιορισμού R-squared πήρε την τιμή 0,2998, που σημαίνει ότι το ΑΕΠ ερμηνεύει το 29,98% της μεταβλητότητας των δημόσιων δαπανών υγείας, το οποίο είναι ένα αρκετά ικανοποιητικό ποσοστό.

Επιπλέον, από τον πίνακα 4.4.3 προκύπτει ότι  $p\text{-value}=0,019$ , που σημαίνει ότι υπάρχει πιθανότητα 1,9% τα αποτελέσματά μας να είναι τυχαία, το οποίο και αποτελεί πολύ μικρό ποσοστό. Συνεπώς, η μηδενική υπόθεση ότι το κατά κεφαλήν ΑΕΠ δεν επηρεάζει τις κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες υγείας, απορρίπτεται σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, εφόσον  $p\text{-value}=0,019 < 0,05$ , πράγμα που επιβεβαιώνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών. Αυτό σημαίνει ότι ο συντελεστής της μεταβλητής  $\Delta \log \text{GDP}_t$ , ο οποίος βρέθηκε **θετικός** και ίσος με 1,37, είναι στατιστικά σημαντικός. Να σημειωθεί ότι για την αναφερόμενη περίοδο (2008-2018) και σύμφωνα με τα δεδομένα του δείγματός μας για το υπόδειγμα εκτίμησης 2, που αφορά το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, ο θετικός συντελεστής της μεταβλητής  $\Delta \log \text{GDP}_t$  δηλώνει πως μια μεταβολή του κατά κεφαλήν ΑΕΠ κατά 1%, οδηγεί σε μεταβολή των δαπανών δημόσιας υγείας ανά κάτοικο, **προς την ίδια κατεύθυνση**, κατά 1,37%.

Στη συνέχεια θα εκτιμήσουμε με τον ίδιο τρόπο τα παρακάτω υποδείγματα, που σχετίζονται με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα της εργασίας. Εργαστήκαμε με τον ίδιο τρόπο όπως παραπάνω και καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι τα προς εκτίμηση υποδείγματα είναι τα εξής :

$$\Delta \log \text{expd}_t = \alpha_1 + \beta_1 \Delta \log \text{HCE}_t + u_t \quad (3)$$

$$\Delta \log \text{arope}_t = \alpha_1 + \beta_1 \Delta \log \text{HCE}_t + u_t \quad (4)$$

$$\Delta \log \text{suicide}_t = \alpha_1 + \beta_1 \Delta \log \text{HCE}_t + u_t \quad (5)$$

$$\Delta \log \text{mort}_t = \alpha_1 + \beta_1 \Delta \log \text{HCE}_t + u_t \quad (6)$$

Η ανεξάρτητη μεταβλητή σε κάθε υπόδειγμα είναι ο λογάριθμος της μεταβλητής «ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΚΑΤΟΙΚΟ» ( $\log \text{HCE}$ ), ενώ οι εξαρτημένες μεταβλητές σε κάθε υπόδειγμα είναι (ο δείκτης  $\Delta$  δηλώνει πρώτες διαφορές) :

**1. Για το υπόδειγμα (3) ο λογάριθμος της μεταβλητής «ΑΝΕΚΠΛΗΡΩΤΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ)» ( $\log \text{expd}$ )**

2. Για το υπόδειγμα (4) ο λογάριθμος της μεταβλητής « ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΡΟΠΕ (ΣΕ ΠΟΣΟΣΤΟ)» (logarope)

3. Για το υπόδειγμα (5) ο λογάριθμος της μεταβλητής «ΑΡΙΘΜΟΣ ΘΑΝΑΤΩΝ ΑΠΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΕΣ» (logsuicide)

4. Για το υπόδειγμα (6) ο λογάριθμος της μεταβλητής « ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΝΑ 1.000 ΓΕΝΝΗΣΕΙΣ» (logmort)

Τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης για την εκτίμηση του υποδείγματος (3) παρουσιάζονται στον πίνακα 4.4.4. Για το συγκεκριμένο υπόδειγμα, η εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  αφορά την ερευνητική υπόθεση ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο επηρεάζουν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας.

Πίνακας 4.4.4: Αποτελέσματα παλινδρόμησης υποδείγματος (3)

<i>Linear Regression</i>						<i>Number of obs = 10</i>	
						<i>F (1,8) = 3.90</i>	
						<i>Prob &gt; F = 0.0838</i>	
						<i>R-squared = 0.2444</i>	
						<i>Root MSE = .14906</i>	
<b>D.logexped</b>	<b>Coef.</b>	<b>Robust Std.Err</b>	<b>t</b>	<b>P&gt; t </b>	<b>95% Confidence Interval</b>		
D1.logHCE	-.8272137	.4190176	-1.97	0.084	-1.79347	.1390426	
_cons	.0091781	.055828	0.16	0.873	-.1195614	.1379176	

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, για τα δεδομένα της περιόδου 2008-2018, εκτιμάται ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο ερμηνεύουν το 24,44% ( $R\text{-squared}=0.2444$ ) της μεταβλητότητας των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας, κάτι που εκφράζει μια μέτρια ερμηνευτική ικανότητα της διακύμανσης των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας από τη διακύμανση των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο.

Επίσης, από τον πίνακα προκύπτει ότι  $p\text{-value}=0,084$ , που σημαίνει ότι υπάρχει πιθανότητα 8,4% τα αποτελέσματα μας να είναι τυχαία. Συνεπώς, η μηδενική υπόθεση ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο δεν επηρεάζουν τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, απορρίπτεται μόνο σε επίπεδο σημαντικότητας 10%, εφόσον  $p\text{-value} < 0,1$ , πράγμα

που δείχνει ότι υπάρχει οριακά σημαντική στατιστική σχέση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών. Από την άλλη, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 1% ή 5% η μηδενική υπόθεση δεν απορρίπτεται και οι δυο μεταβλητές σε αυτά τα επίπεδα σημαντικότητας δεν συνδέονται μεταξύ τους. Με βάση τα προαναφερόμενα, ο συντελεστής της μεταβλητής  $\Delta \log HCE_t$ , ο οποίος βρέθηκε **αρνητικός** και ίσος με -0,83, είναι στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο εμπιστοσύνης τουλάχιστον 10%. Επομένως, για την περίοδο 2008-2018 και σύμφωνα με τα δεδομένα του δείγματός μας για το υπόδειγμα εκτίμησης 3, που αφορά το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, ο αρνητικός συντελεστής της μεταβλητής  $\Delta \log HCE_t$  δηλώνει πως μια μεταβολή των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο κατά 1%, οδηγεί σε μεταβολή των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας κατά 0,83%, αλλά προς την **αντίθετη κατεύθυνση**.

Τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης για την εκτίμηση του υποδείγματος (4) παρουσιάζονται στον πίνακα 4.4.5. Για το συγκεκριμένο υπόδειγμα, η εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  αφορά την ερευνητική υπόθεση ότι οι κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες υγείας επηρεάζουν τον δείκτη AROPE (κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού).

Πίνακας 4.4.5: Αποτελέσματα παλινδρόμησης υποδείγματος (4)

<i>Linear Regression</i>						<i>Number of obs = 10</i>	
						<i>F (1,8) = 8.05</i>	
						<i>Prob &gt; F = 0.0219</i>	
						<i>R-squared = 0.3224</i>	
						<i>Root MSE = 1.6915</i>	
<b>D.logarope</b>	<b>Coef.</b>	<b>Robust Std.Err</b>	<b>t</b>	<b>P&gt; t </b>	<b>95% Confidence Interval</b>		
D1.logHCE	-11.38578	4.011753	-2.84	0.022	-20.6369	-2.134657	
_cons	-.175842	.5163821	-0.34	0.742	-1.366621	1.014937	

Συγκεκριμένα, για τα δεδομένα της περιόδου 2008-2018, εκτιμάται ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο ερμηνεύουν το 32,24% ( $R\text{-squared}=0.3224$ ) της μεταβλητότητας του δείκτη AROPE. Με βάση αυτό το αποτέλεσμα συμπεραίνεται ότι ο εν λόγω δείκτης εξηγείται σε ικανοποιητικό βαθμό από τη μεταβλητή «δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο».

Επιπλέον, από τον πίνακα προκύπτει ότι  $p\text{-value}=0,022$ , που σημαίνει ότι υπάρχει πιθανότητα 2,2% τα αποτελέσματα μας να είναι τυχαία, το οποίο και αποτελεί αρκετά μικρό ποσοστό. Συνεπώς, η μηδενική υπόθεση ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο δεν επηρεάζουν την πορεία του δείκτη AROPE, απορρίπτεται σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, εφόσον  $p\text{-value}=0,022 < 0,05$ , πράγμα που επιβεβαιώνει ότι υπάρχει σημαντική στατιστική σχέση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών. Αυτό σημαίνει ότι ο συντελεστής της μεταβλητής  $\Delta\log HCE_i$ , ο οποίος βρέθηκε **αρνητικός** και ίσος με  $-11,39$ , είναι στατιστικά σημαντικός. Επίσης, για την αναφερόμενη περίοδο (2008-2018) και σύμφωνα με τα δεδομένα του δείγματός μας για το υπόδειγμα εκτίμησης 3, που είναι μέρος του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, ο αρνητικός συντελεστής της μεταβλητής  $\Delta\log HCE_i$  δηλώνει πως μια μεταβολή των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο κατά 1%, οδηγεί σε μεταβολή του δείκτη AROPE κατά 11,39%, αλλά προς την **αντίθετη κατεύθυνση**.

Τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης για την εκτίμηση του υποδείγματος (5) παρουσιάζονται στον πίνακα 4.4.6. Για το συγκεκριμένο υπόδειγμα, η εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  αφορά την ερευνητική υπόθεση ότι οι κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες υγείας επηρεάζουν τον αριθμό θανάτων από αυτοκτονίες.

Πίνακας 4.4.6: Αποτελέσματα παλινδρόμησης υποδείγματος (5)

<i>Linear Regression</i>						<i>Number of obs = 10</i>	
						<i>F (1,8) = 6.01</i>	
						<i>Prob &gt; F = 0.0399</i>	
						<i>R-squared = 0.4289</i>	
						<i>Root MSE = .07357</i>	
<b>D.logsuicide</b>	<b>Coef.</b>	<b>Robust Std. Err</b>	<b>t</b>	<b>P&gt; t </b>	<b>95% Confidence Interval</b>		
D1.logHCE	-.6220632	.2538048	-2.45	0.040	-1.207338	-.0367883	
_cons	.0120559	.0262535	0.46	0.658	-.0484848	.0725967	

Στο υπόδειγμα 5, για τα δεδομένα της περιόδου 2008-2018, παρουσιάζεται μια τιμή του συντελεστή προσδιορισμού R-squared της τάξης του 0,4289, το οποίο σημαίνει ότι η μεταβλητότητα της εξαρτημένης μεταβλητής «αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες»

ερμηνεύεται σε ικανοποιητικό ποσοστό (42,89%) από την ανεξάρτητη μεταβλητή, ήτοι από τις δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο.

Επιπλέον, από τον πίνακα προκύπτει ότι  $p\text{-value}=0,04$ , που σημαίνει ότι υπάρχει πιθανότητα 4% τα αποτελέσματα μας να είναι τυχαία, το οποίο και αποτελεί αρκετά μικρό ποσοστό. Συνεπώς, η μηδενική υπόθεση ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο δεν επηρεάζουν την πορεία του δείκτη «αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες», απορρίπτεται σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, εφόσον  $p\text{-value}=0,04 < 0,05$ , πράγμα που επιβεβαιώνει ότι υπάρχει σημαντική στατιστική σχέση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών. Αυτό σημαίνει ότι ο συντελεστής της μεταβλητής  $\Delta\log HCE_{it}$ , ο οποίος βρέθηκε **αρνητικός** και ίσος με  $-0,62$ , είναι στατιστικά σημαντικός. Επίσης, για την αναφερόμενη περίοδο (2008-2018) και σύμφωνα με τα δεδομένα του δείγματος μας για το υπόδειγμα εκτίμησης 5, που είναι μέρος του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος, ο αρνητικός συντελεστής της μεταβλητής  $\Delta\log HCE_{it}$  δηλώνει πως μια μεταβολή των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο κατά 1%, οδηγεί σε μεταβολή του δείκτη «αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες» κατά 0,62%, αλλά προς την **αντίθετη κατεύθυνση**.

Τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης για την εκτίμηση του υποδείγματος (6) παρουσιάζονται στον πίνακα 4.4.7. Για το συγκεκριμένο υπόδειγμα, η εναλλακτική υπόθεση  $H_1$  αφορά την ερευνητική υπόθεση ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο επηρεάζουν τη βρεφική θνησιμότητα.

Πίνακας 4.4.7: Αποτελέσματα παλινδρόμησης υποδείγματος (6)

<i>Linear Regression</i>						<i>Number of obs = 10</i>	
						<i>F (1,8) = 0.20</i>	
						<i>Prob &gt; F = 0.6643</i>	
						<i>R-squared = 0.0225</i>	
						<i>Root MSE = .15337</i>	
<b>D.logmort</b>	<b>Coef.</b>	<b>Robust Std. Err</b>	<b>t</b>	<b>P&gt; t </b>	<b>95% Confidence Interval</b>		
D1.logHCE	.2272582	.5044165	0.45	0.664	-.9359283	1.390445	
_cons	.036846	.0433252	0.85	0.420	-.0630621	.1367542	

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης, για τα δεδομένα της περιόδου 2008-2018, διαπιστώνεται η μηδαμινή ερμηνευτική ικανότητα ( $R\text{-squared}=0.0225$ ) των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο, όσον αφορά τη συμπεριφορά της εξαρτημένης μεταβλητής «Βρεφική θνησιμότητα ανά 1.000 γεννήσεις».

Ειδικότερα, από τον πίνακα προκύπτει ότι  $p\text{-value}=0,664$ , το οποίο είναι μεγαλύτερο από κάθε σύνηθες επίπεδο σημαντικότητας (1%, 5% και 10%). Συνεπώς, τα στοιχεία δεν παρέχουν ενδείξεις για να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση ότι οι δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο δεν επηρεάζουν τη μεταβλητότητα του δείκτη της βρεφικής θνησιμότητας. Με βάση αυτή την παρατήρηση, συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει σημαντική στατιστική σχέση μεταξύ των δύο υπό μελέτη μεταβλητών και ότι ο συντελεστής της μεταβλητής  $\Delta\log HCE_i$ , ο οποίος βρέθηκε θετικός και ίσος με 0,23, δεν είναι στατιστικά σημαντικός.

Ολοκληρώνοντας την οικονομετρική ανάλυση, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι αρχικός στόχος της παρούσας έρευνας, σχετικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, ήταν η εκτίμηση της σχέσης μεταξύ διάφορων μακροοικονομικών μεταβλητών και των δημόσιων δαπανών υγείας. Οι υπόλοιπες μεταβλητές, εκτός του ΑΕΠ, για το οποίο εκτιμήθηκε το υπόδειγμα 2, αφορούσαν το δημοσιονομικό ισοζύγιο, το ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών, το δημόσιο χρέος, την ανεργία, τον ρυθμό πληθωρισμού και τα φορολογικά έσοδα του κράτους, για τις οποίες προσδιορίστηκαν τα δεδομένα τους από τη βάση στατιστικών δεδομένων της Eurostat.

Τα μακροοικονομικά αυτά μεγέθη όμως δε χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυσή μας, λόγω του προβλήματος της πολυσυγγραμικότητας, ήτοι του γεγονότος ότι οι ανεξάρτητες αυτές μεταβλητές, για την εξεταζόμενη χρονική περίοδο (2008-2018), παρουσίαζαν αλληλεξάρτηση μεταξύ τους. Στην περίπτωση των παλινδρομήσεων πρέπει να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση προσδιοριστικών μεταβλητών που συσχετίζονται σε μεγάλο βαθμό μεταξύ τους, καθώς η πολυσυγγραμικότητα δυσχεραίνει τον προσδιορισμό του βαθμού της επίδρασης κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής στην εξαρτημένη.

## 4.5 Η πορεία των δεικτών μετά την ολοκλήρωση των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής

Στην ενότητα αυτή θα αναφερθούμε στην πορεία του κ.κ. ΑΕΠ, του δημόσιου χρέους, του δημοσιονομικού ισοζυγίου, του ποσοστού ανεργίας, των δαπανών υγείας, των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας, του δείκτη AROPE και της βρεφικής θνησιμότητας<sup>53</sup>, για τα έτη που ακολούθησαν μετά την ολοκλήρωση των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής, που υιοθέτησε η χώρα μας στο διάστημα της οικονομικής κρίσης. Πιο συγκεκριμένα θα αναφερθούμε στα έτη 2019 και 2020, με την επισήμανση ότι σχετικά με τις δαπάνες υγείας και τη βρεφική θνησιμότητα δεν υπάρχουν καταγεγραμμένα στοιχεία στις επίσημες στατιστικές βάσεις, για το έτος 2020. Τα εν λόγω δεδομένα αποτυπώνονται στον πίνακα 4.5.1, στον οποίο συμπεριλαμβάνονται και τα έτη 2008 και 2018, προκειμένου να διευκολυνθεί η σύγκριση.

Όπως φαίνεται από τον πίνακα, όλα τα αναφερόμενα μεγέθη, για το έτος 2019, σημείωσαν μικρή βελτίωση σε σχέση με το έτος 2018, εκτός από τη βρεφική θνησιμότητα. Συγκεκριμένα, αναφορικά με τους οικονομικούς δείκτες, το κ.κ. ΑΕΠ και το πλεόνασμα αυξήθηκαν, ενώ το χρέος και η ανεργία μειώθηκαν. Σχετικά με τις δαπάνες υγείας, σημειώθηκε μικρή αύξηση στις δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο και στο ποσοστό συμμετοχής των δημόσιων δαπανών στο σύνολο των δαπανών υγείας, ενώ παρατηρήθηκε μικρή μείωση (1,6 ποσοστιαίες μονάδες) στο ποσοστό συμμετοχής των δαπανών υγείας OPP. Οι δημόσιες όμως δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ κυμάνθηκαν στα ίδια επίπεδα με το 2018, ήτοι ποσοστό 4,7%, που ήταν κάτω από το όριο του 6%, που είχε θέσει η τρόικα από το πρώτο μνημόνιο. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας μειώθηκαν ανεπαίσθητα, ενώ ο δείκτης AROPE σημείωσε μείωση κατά 1,8 ποσοστιαίες μονάδες. Από την άλλη, ο δείκτης της βρεφικής θνησιμότητας αυξήθηκε από 3,5 σε 3,7 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις, που ισοδυναμεί με αύξηση κατά 5,7%. Σε σύγκριση με το 2008, ο μόνος δείκτης που το 2019 σημείωσε θεαματική βελτίωση ήταν το δημοσιονομικό ισοζύγιο, όπου για το 2008 καταγράφηκε έλλειμμα ύψους 10,2% του ΑΕΠ, ενώ για το 2019 το εν λόγω μακροοικονομικό μέγεθος εμφάνισε πλεόνασμα 1,1% του ΑΕΠ.

---

<sup>53</sup> Όσον αφορά τον αριθμό των αυτοκτονιών η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) έχει ανακοινώνει τα στατιστικά στοιχεία που αποτυπώνουν τις αιτίες θανάτου μέχρι και το έτος 2018.

Πίνακας 4.5.1.: Εξέλιξη των δεικτών για τα έτη 2008 και 2018-2020

Περιγραφή δείκτη / Έτη	2008	2018	2019	2020
κ.κ. ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές	21.840	16.730	17.090	15.420
Χρέος γενικής κυβέρνησης ως ποσοστό του ΑΕΠ	109,4	186,4	180,7	206,3
Δημοσιονομικό ισοζύγιο ως ποσοστό του ΑΕΠ	-10,2	0,9	1,1	-10,1
Ποσοστό ανεργίας	7,8	19,3	17,3	16,3
Ποσοστό δαπανών υγείας OPP στο σύνολο των δαπανών υγείας	29,5	36,78	35,18	-
Ποσοστό δημόσιων δαπανών υγείας στο σύνολο των δαπανών υγείας	68,32	58,43	59,76	-
Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ	5,77	4,65	4,68	-
Δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο	1.259,92	778,69	801,24	-
Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας (σε ποσοστό)	5,4	8,80	8,10	6,40
Δείκτης AROPE (σε ποσοστό)	28,1	31,8	30,0	28,9
Βρεφική θνησιμότητα ανά 1.000 γεννήσεις	2,7	3,5	3,7	-

Πηγή: Eurostat, OECD, <https://ec.europa.eu/eurostat>, <https://stats.oecd.org/>, (Accessed on 23 October 2021)<sup>54</sup>

<sup>54</sup> Για τους δείκτες κ.κ. ΑΕΠ, χρέος γενικής κυβέρνησης και δημοσιονομικό ισοζύγιο υπάρχει διαφορά με τα αντίστοιχα δεδομένα στην υποενότητα 1.4.1, για το έτος 2018, λόγω αναθεώρησης στοιχείων. Ομοίως και για τον δείκτη «δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο», για το ίδιο έτος, σε σχέση με τα δεδομένα στον πίνακα 4.2.1.



Από τα προαναφερθέντα είναι έκδηλο ότι η προσπάθεια κατά τη διάρκεια της κρίσης να εξυγιανθούν τα δημοσιονομικά μεγέθη της χώρας μας και να καταστεί βιώσιμο το δημόσιο χρέος, απέφερε μικρά μεν αλλά θετικά αποτελέσματα. Το μεγαλύτερο επίτευγμα στο δημοσιονομικό πεδίο ήταν η εμφάνιση πλεονάσματος στο ισοζύγιο της γενικής κυβέρνησης, το οποίο βέβαια δεν κρίθηκε αρκετά ικανό για να μειώσει όσο έπρεπε το χρέος της γενικής κυβέρνησης, που το 2019 εξακολουθούσε να βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα. Αναμφίβολα όμως η χώρα μας είχε αρχίσει να μπαίνει σε τροχιά οικονομικής μεγέθυνσης και είχε αυξήσει τις δυνατότητές της να ικανοποιεί τις οικονομικές και κοινωνικές ανάγκες του πληθυσμού.

Η πορεία αυτή δυστυχώς ανακόπηκε το 2020, λόγω της πανδημίας του COVID-19, όταν η μεταβλητή του δημοσιονομικού ισοζυγίου επανήλθε στα δυσχερή επίπεδα του 2008, σημειώνοντας έλλειμμα ύψους 10,1% του ΑΕΠ. Ακόμη πιο ανησυχητικό υπήρξε το γεγονός ότι διεύρυνση του ελλείμματος, από 1,5% το 2019 σε 6,7% του ΑΕΠ το 2020<sup>55</sup>, παρουσιάστηκε και στο ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών. Περαιτέρω, για το ίδιο έτος, οι μακροοικονομικοί δείκτες του κ.κ. ΑΕΠ και του δημόσιου χρέους είχαν αντίστροφη πορεία σε σχέση με εκείνη του 2019, με τον πρώτο να σημειώνει μείωση και τον δεύτερο αύξηση, ενώ το ποσοστό ανεργίας, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας και ο δείκτης AROPE συνέχισαν την καθοδική τους πορεία.

Από τα ανωτέρω στοιχεία είναι σαφές ότι η μέτρια οικονομική ανάκαμψη, στην οποία βρισκόταν η ελληνική οικονομία μετά το 2018, ανακόπηκε από το νέο παγκόσμιο οικονομικό σοκ, που προκάλεσε η υγειονομική κρίση του COVID-19. Συγκρίνοντας επομένως, την ελληνική οικονομική κρίση του 2009-2018 με την ανακόπτουσα υγειονομική κρίση, συμπεραίνουμε ότι τα μεγέθη που πλήττονται πρωταρχικά είναι τα δημοσιονομικά, με πρωταγωνιστή το δημόσιο χρέος, η αύξηση του οποίου πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα, για να αποφευχθούν περαιτέρω δυσμενείς συνέπειες. Η επανεμφάνιση επίσης των «δίδυμων» ελλειμμάτων, που ήταν και οι βασικές αιτίες που οδήγησαν τη χώρα μας, στο τέλος της δεκαετίας του 2000, στο χείλος της οικονομικής καταστροφής, αποτελεί ιδιαίτερα ανησυχητικό γεγονός για τα προβλήματα που ενδέχεται να δημιουργηθούν στο μέλλον για την Ελλάδα, αν η οικονομική και κοινωνική δραστηριότητα δεν επανέλθει σύντομα σε επίπεδα κανονικότητας.

---

<sup>55</sup><https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tipsbp20/default/table?lang=en> (Accessed on 23 October 2021)

## Κεφάλαιο Πέμπτο: Συζήτηση-Συμπεράσματα

### 5.1 Συζήτηση-Συμπεράσματα

Η κρίση, στην οποία εισήλθε η χώρα μας μετά το 2009, οδήγησε στην υιοθέτηση πολιτικών λιτότητας, στα πλαίσια των οποίων πραγματοποιήθηκαν δραστικές περικοπές στις κρατικές δαπάνες, προκειμένου να χρηματοδοτηθεί το δημοσιονομικό έλλειμμα και το υπέρογκο δημόσιο χρέος. Αποτέλεσμα αυτής της προσπάθειας για δημοσιονομική εξυγίανση ήταν η ελληνική κοινωνία να βάλλεται, για δέκα ολόκληρα χρόνια, από τις απορρέουσες συνέπειες της ανεργίας, της φτώχειας και της γενικότερης οικονομικής ύφεσης.

Οι μειώσεις στους κρατικούς προϋπολογισμούς δε θα μπορούσαν να μη συμπαρασύρουν προς την ίδια κατεύθυνση και τις δημόσιες δαπάνες υγείας, οι οποίες ως ποσοστό του ΑΕΠ μειώθηκαν από 6,4% σε 4,7%, από το 2009 στο 2018 και ως ποσοστό επί της συμμετοχής τους στο σύνολο των δαπανών για την υγεία, μειώθηκαν από 68,3% σε 58,4%, ποσοστό αρκετά χαμηλότερο, όχι μόνο από τον μέσο όρο της ΕΕ, αλλά και των άλλων δύο χωρών της νότιας Ευρώπης, της Ιταλίας και της Ισπανίας. Στην αρνητική αυτή πορεία των δημόσιων δαπανών υγείας συνέβαλαν φυσικά τα μειωμένα φορολογικά έσοδα του κράτους, λόγω της συρρίκνωσης των εισοδημάτων του ελληνικού πληθυσμού, καθώς και οι απολεσθείσες εισφορές προς τους ΟΚΑ, από εργαζόμενους και εργοδότες, λόγω των δραστικών μέτρων περιορισμού της απασχόλησης και των μαζικών απολύσεων.

Απόρροια της μείωσης των κρατικών υγειονομικών δαπανών, προκειμένου τα νοικοκυριά να καλύψουν τις ανάγκες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ήταν η αύξηση του ποσοστού συμμετοχής των ιδιωτικών πληρωμών για την υγεία (OPP) στο σύνολο των δαπανών υγείας, από 29,5% το 2009 σε 36,8% το 2018, όταν ο μέσος όρος της ΕΕ παρουσίαζε φθίνουσα πορεία. Αν συγκρίνουμε τους δείκτες των δαπανών υγείας ανά κάτοικο, προκύπτει ότι η μείωση των κατά κεφαλήν δημόσιων δαπανών υγείας (43,3%) υπερέβαινε το διπλάσιο της μείωσης των αντίστοιχων δαπανών OPP (17,4%), μετατοπίζοντας έτσι το βάρος της παροχής υγειονομικής περίθαλψης από το κράτος στον ιδιώτη. Όπως αναφέρεται και στη μελέτη των Grigorakis, Floros, Tsangari & Tsoukatos (2016), το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό πληρωμών OPP στην Ελλάδα ήταν συγκρίσιμο με εκείνο σε οικονομιών με ανεπαρκή κοινωνική ασφάλιση υγείας. Επίσης,

η ανάλυση της έρευνας των ανωτέρω μελετητών οδήγησε στο συμπέρασμα ότι οι πληρωμές OPP σε ιδιωτικά νοσοκομεία στην Ελλάδα είχαν καταστροφικό αντίκτυπο, ιδιαίτερα στους φτωχούς ανθρώπους.

Είναι χρήσιμο να αναφερθεί ότι στο διάστημα πριν την κρίση τα ποσοστά συμμετοχής, στο σύνολο των δαπανών υγείας, των δημόσιων δαπανών υγείας και των ιδιωτικών πληρωμών, παρουσίαζαν πορεία αντίθετη σε σχέση με αυτή που ακολούθησαν κατά τα έτη της κρίσης. Όπως είδαμε και σε προηγούμενο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, το ποσοστό συμμετοχής των δημόσιων δαπανών είχε αυξητική πορεία (από 63,2% το 2001 σε 68,3% το 2009), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των OPP εμφάνιζε μείωση (από 37,9% το 2003 σε 29,5% το 2009). Δυστυχώς όμως, η διόγκωση αυτή των δημόσιων δαπανών, πριν την έναρξη της κρίσης, δε συμβάδισε με την αναδιοργάνωση του ελληνικού δημόσιου συστήματος υγείας και με τη δημιουργία εκείνων των συνθηκών, που θα καθιστούσαν το εθνικό σύστημα υγείας αποτελεσματικό και ικανό να αντιμετωπίσει την επερχόμενη οικονομική κρίση. Αντίθετα, η αύξηση αυτή συνέβαλε κατά πολύ στο συνολικό δημοσιονομικό έλλειμμα και χρέος της χώρας, με αποτέλεσμα κατά τα έτη της κρίσης να γίνονται προσπάθειες εξορθολογισμού των δημόσιων δαπανών υγείας εις βάρος των πολιτών.

Κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης, το μερίδιο των δημόσιων δαπανών που στρέφεται στον υγειονομικό τομέα επηρεάζεται από το δυσμενές μακροοικονομικό περιβάλλον, το οποίο επιδρά αρνητικά στην ικανότητα κινητοποίησης πόρων της οικονομίας προς τη συνολική ανάπτυξη του τομέα υγείας (Behera & Dash, 2019). Οι παράγοντες προσδιορισμού των συνολικών δαπανών υγείας έχουν μελετηθεί σε μεγάλο μέρος της διεθνούς βιβλιογραφίας, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη σχέση μεταξύ των δαπανών αυτών και του ΑΕΠ. Ορισμένες έρευνες επικεντρώθηκαν στη διερεύνηση αποδεικτικών στοιχείων συσχέτισης μεταξύ μόνο των δημόσιων δαπανών για την υγεία και των μακροοικονομικών μεγεθών, επιβεβαιώνοντας τη θετική και σημαντική συσχέτιση του ΑΕΠ και της πορείας των κρατικών δαπανών υγείας. Η συσχέτιση μεταξύ των δεικτών αυτών είναι άμεση και ισχυρή, διότι μέσω της αύξησης του ΑΕΠ δίνεται η δυνατότητα στις χώρες να χρησιμοποιήσουν τα πρόσθετα έσοδα για την ενίσχυση του προϋπολογισμού των συστημάτων υγείας τους.

Η σχέση αυτή επιβεβαιώθηκε για τη χώρα μας από την περιγραφική και την οικονομετρική ανάλυση που προηγήθηκε, για το χρονικό διάστημα 2008-2018, όπου

βρέθηκε να υπάρχει μια στατιστικά σημαντική θετική σχέση μεταξύ του κ.κ. ΑΕΠ και των κατά κεφαλήν δημόσιων δαπανών υγείας. Η ανάδειξη της σχέσης αυτής προέκυψε από τη συσχέτιση μεταξύ των δύο ερμηνευτικών μεταβλητών, καθώς και από τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης για την εκτίμηση του υποδείγματος  $\Delta \log HCE_t = \alpha_1 + \beta_1 \Delta \log GDPp_t + u_t$ . Συγκεκριμένα, η έντονη θετική συσχέτιση επιβεβαιώνεται από την υψηλή θετική τιμή του συντελεστή συσχέτισης  $r=0,942$  και από το γεγονός ότι ο συντελεστής της μεταβλητής  $\Delta \log GDPp_t$  βρέθηκε στατιστικά σημαντικός και θετικός σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ( $p < 0,05$ ). Η τιμή του εν λόγω συντελεστή ανήλθε σε 1,37 που σημαίνει ότι, κατά την εξεταζόμενη περίοδο 2008-2018, η μείωση του κ.κ. ΑΕΠ κατά 1% οδηγούσε σε μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο σε μεγαλύτερο ποσοστό, ήτοι κατά 1,37%.

Τα αυστηρά όμως μέτρα λιτότητας, που υιοθετήθηκαν στον τομέα της υγείας, έθεσαν σε κίνδυνο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας, καθώς και την ικανότητα πρόσβασης των ανθρώπων σε αυτές, με δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία του πληθυσμού της χώρας μας, αφού οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας του κατά το διάστημα της κρίσης σχεδόν διπλασιάστηκαν. Μετά την υπογραφή του πρώτου μνημονίου, η αύξηση του εν λόγω δείκτη ανήλθε σε 2 ποσοστιαίες μονάδες (από 5,5% το 2010 σε 7,5% το 2011) και κορυφώθηκε τα έτη 2015 και 2016, σημειώνοντας ποσοστά 12,3% και 13,1%, αντίστοιχα. Τα ποσοστά αυτά υπερέβαιναν κατά πολύ τον μέσο όρο της ΕΕ, όπου οι μη ικανοποιούμενες ανάγκες υγείας κυμαίνονταν μεταξύ του 2% και 4%, κατά το χρονικό διάστημα 2010-2018.

Το φαινόμενο των ανικανοποίητων αναγκών υγείας εμφανίζεται λόγω διάφορων αιτιών, με τις σημαντικότερες να αναφέρονται στην αδυναμία κάλυψης του απαιτούμενου κόστους των υπηρεσιών υγείας, στους αυξημένους χρόνους αναμονής και στην απόσταση μεταξύ της κατοικίας των νοικοκυριών και των δομών που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας. Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας για οικονομικούς λόγους, κατά το χρονικό διάστημα της ύφεσης, σχετίστηκαν με το εισόδημα και την εργασιακή κατάσταση, με την έννοια ότι χαμηλόμισθοι, άνεργοι και ανασφάλιστοι στη χώρα μας ήρθαν αντιμέτωποι με την αδυναμία ικανοποίησης των αναγκών τους. Η δυσανάλογη επιβάρυνση των νοικοκυριών χαμηλού εισοδήματος ενισχύθηκε ακόμη περισσότερο από το γεγονός των αυξημένων πληρωμών ΟΡΡ, οι οποίες δημιουργούσαν επιπρόσθετα εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Τα συμπεράσματα αυτά επαληθεύονται και από τα καταγεγραμμένα στατιστικά στοιχεία, που αποδεικνύουν ότι οι δυσκολίες πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, λόγω οικονομικών φραγμών, ήταν ιδιαίτερα υψηλές για τις ομάδες χαμηλού εισοδήματος. Στο ίδιο εύρημα κατέληξε και η έρευνα των Zavras, Zavras, Kygiopoulos & Kygiopoulos (2016), που πραγματοποιήθηκε τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας στην Ελλάδα.

Τη δραματική υποβάθμιση των δημόσιων υπηρεσιών παροχής υγειονομικής φροντίδας, που οδήγησε σε άνοδο των μη ικανοποιούμενων αναγκών υγείας, ενίσχυσε η τεράστια διαφορά ανάμεσα στους περιορισμένους υγειονομικούς πόρους και στο μεγάλο πλήθος αναγκών υγείας. Στην αναντιστοιχία αυτή συνέβαλε η αυστηρή μνημονιακή πολιτική και οι οριζόντιες περικοπές στον δημόσιο προϋπολογισμό υγείας, που στέρησαν από το ελληνικό υγειονομικό σύστημα πολύτιμες δομές, καθώς και ανθρώπινους και υλικούς πόρους. Επιπρόσθετα, η μείωση των αμοιβών και των πρόσθετων παροχών των επαγγελματιών υγείας, όπως και της ποσότητας και ποιότητας του υγειονομικού υλικού, απαραίτητου για την άσκηση των καθηκόντων τους, οδήγησε το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στη λύση της μετανάστευσης, σε χώρες που διέθεταν πιο υγιή και βιώσιμα συστήματα υγείας. Φυσικά, η εξαναγκαστική αυτή «φυγή» απογύμνωσε τις δομές υγείας από ανθρώπινο δυναμικό, επηρεάζοντας για ακόμη μια φορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας εις βάρος των ασθενών, οι οποίοι ή έπρεπε να στραφούν σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, επιβαρύνοντας επιπλέον τον οικογενειακό τους προϋπολογισμό ή να αφήσουν τις ιατρικές τους ανάγκες ανεκπλήρωτες.

Περαιτέρω, απόρροια των μέτρων εξυγίανσης του δημόσιου υγειονομικού τομέα και της μείωσης της κρατικής χρηματοδότησης για την υγεία, ήταν μεγάλο μέρος του εισοδήματος των ατόμων να κατευθύνεται στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, συμβάλλοντας στη φτωχοποίησή τους και στην αδυναμία κάλυψης άλλων βασικών αναγκών επιβίωσης. Το γεγονός αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα σχετικών ερευνών, όπως του INE (2011), των Chantzaras & Yfantopoulos (2018) και των Crookes et al. (2020). Οι μελέτες αυτές διαπίστωσαν ότι οι αυξημένες πληρωμές OPP λειτούργησαν, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, ως ένας επιπλέον παράγοντας αύξησης της οικονομικής δυσφορίας του πληθυσμού της χώρας μας και κυρίως των φτωχότερων στρωμάτων, οξύνοντας το πρόβλημα της αποδόμησης θεμελιωδών

δικαιωμάτων τους, όπως της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και της αξιοπρεπούς ικανοποίησης των αναγκών τους.

Η θετική σχέση ανάμεσα στις πληρωμές OPP και στη φτώχεια και αποστέρηση άλλων υλικών αγαθών επιβεβαιώνεται αφενός από τον WHO (2019), σύμφωνα με τον οποίο μεγάλο μέρος του πληθυσμού της Ευρώπης υπέφερε από τη φτώχεια, εξαιτίας των πληρωμών αυτών και αφετέρου από την έρευνα των Wagstaff et al. (2018), που κατέληξε στο ίδιο συμπέρασμα, μελετώντας 122 χώρες παγκοσμίως. Στις έρευνες αυτές επισημαίνεται και η συσχέτιση της πορείας των δημόσιων δαπανών υγείας και της οικονομικής δυσκολίας που αντιμετώπισαν τα νοικοκυριά, λόγω των αυξημένων δαπανών OPP.

Οι οικονομικές και κοινωνικές συνέπειες της ύφεσης, με την ανύπαρκτη οικονομική ανάπτυξη, τη διαρκώς αυξανόμενη ανεργία και την εμφάνιση μεγάλου αριθμού πολιτών που υπέφεραν από φτώχεια, καταρράκωσαν ψυχολογικά τον ελληνικό πληθυσμό, αυξάνοντας τις ανάγκες του για ψυχική βοήθεια. Η δραστική όμως μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης στον τομέα της ψυχικής υγείας, αποδυνάμωσε τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, σε υλικούς και σε ανθρώπινους πόρους, με αποτέλεσμα την παροχή ανεπαρκών και μη ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής φροντίδας. Η αντίθετη κατεύθυνση προς την οποία κινήθηκαν οι δυνάμεις της ζήτησης και της προσφοράς, για τις συγκεκριμένες υπηρεσίες, εμπόδιζαν την έγκαιρη πρόληψη και θεραπεία των προβλημάτων αυτής της φύσεως, με συνέπεια την αύξηση του αριθμού των ατόμων που οδηγήθηκαν σε αυτοκτονία, που θεωρείται ευρέως ως η κορυφή του παγόβουνου της ψυχικής δυσφορίας.

Στη μελέτη των Matsubayashi, Sekijima & Ueda (2020) αναφέρεται ότι η λιτότητα μπορεί να επιδεινώσει την ψυχική υγεία των ανθρώπων με δύο βασικούς τρόπους, αυξάνοντας την οικονομική ανασφάλεια μεταξύ των ευάλωτων ατόμων και μειώνοντας τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Στη χώρα μας οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, δημιούργησαν πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη και των δύο αυτών προϋποθέσεων, με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των ατόμων που βρήκαν ως διέξοδο την αυτοκτονία.

Υπάρχει μεγάλος αριθμός εμπειρικών ερευνών, ορισμένες από τις οποίες παρουσιάστηκαν στο θεωρητικό μέρος (Antonakakis & Collins, 2014; Madianos,

Alexiou, Patelakis & Economou, 2014; Rachiotis, Stuckler, McKee & Hadjichristodoulou, 2015; Fountoulakis, 2020), σχετικά με τους καθοριστικούς παράγοντες των αυξημένων ποσοστών αυτοκτονίας στην Ελλάδα, που επιβεβαιώνουν ότι η οικονομική ύφεση, οι αυξήσεις στα ποσοστά ανεργίας και οι περικοπές στους δημόσιους προϋπολογισμούς συνδέονται με τις εκδηλώσεις έντονης αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

Πέραν της ψυχικής υγείας, από την οικονομική κρίση επηρεάστηκαν και οι δείκτες της θνησιμότητας. Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, η βρεφική θνησιμότητα στη χώρα μας γνώρισε αυξητική πορεία κατά το διάστημα της ύφεσης και αυτό αποδόθηκε κατά ένα μεγάλο μέρος στην επιδείνωση των κοινωνικών και οικονομικών συνθηκών. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν έρευνες που έχουν επιβεβαιώσει γενικά τη σημαντική και αρνητική συσχέτιση μεταξύ της πορείας των δημόσιων δαπανών υγείας και της μεταβολής της βρεφικής θνησιμότητας. Στην οικονομετρική όμως ανάλυση της παρούσας εργασίας, η σχέση αυτή δεν επαληθεύτηκε για την Ελλάδα, για το υπό μελέτη χρονικό διάστημα (2008-2018), γεγονός το οποίο συμφωνεί με τα ευρήματα της μελέτης των Zilidis & Hadjichristodoulou (2020).

Η ανοδική όμως πορεία των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας, του δείκτη AROPE και του αριθμού των ατόμων που αυτοκτόνησαν συσχετίζεται με τις περικοπές που υπέστησαν οι δημόσιες δαπάνες υγείας, κατά τα έτη της κρίσης στη χώρα μας. Οι σχέσεις μεταξύ αυτών των δεικτών, για το χρονικό διάστημα 2008-2018, μελετήθηκαν περιγραφικά και οικονομετρικά, χρησιμοποιώντας ως ανεξάρτητη μεταβλητή τον δείκτη «δημόσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο» και ως εξαρτημένες μεταβλητές τους δείκτες «ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας (σε ποσοστό)», «ARPE: κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού (σε ποσοστό)» και «αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες». Από τη σχετική ανάλυση βρέθηκε να υπάρχει μια οριακά στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ της ανεξάρτητης μεταβλητής και του ποσοστού των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας, ενώ με το ποσοστό των ατόμων που υπέφεραν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό και του αριθμού των θανάτων από αυτοκτονίες διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση.

Η ανάδειξη των σχέσεων αυτών προέκυψε από τη συσχέτιση μεταξύ των ερμηνευτικών μεταβλητών, καθώς και από τα αποτελέσματα της παλινδρόμησης για την εκτίμηση των παρακάτω υποδειγμάτων:

$$\Delta \log \text{expd}_t = a_1 + \beta_1 \Delta \log \text{HCE}_t + u_t \quad (3)$$

$$\Delta \log \text{arope}_t = a_1 + \beta_1 \Delta \log \text{HCE}_t + u_t \quad (4)$$

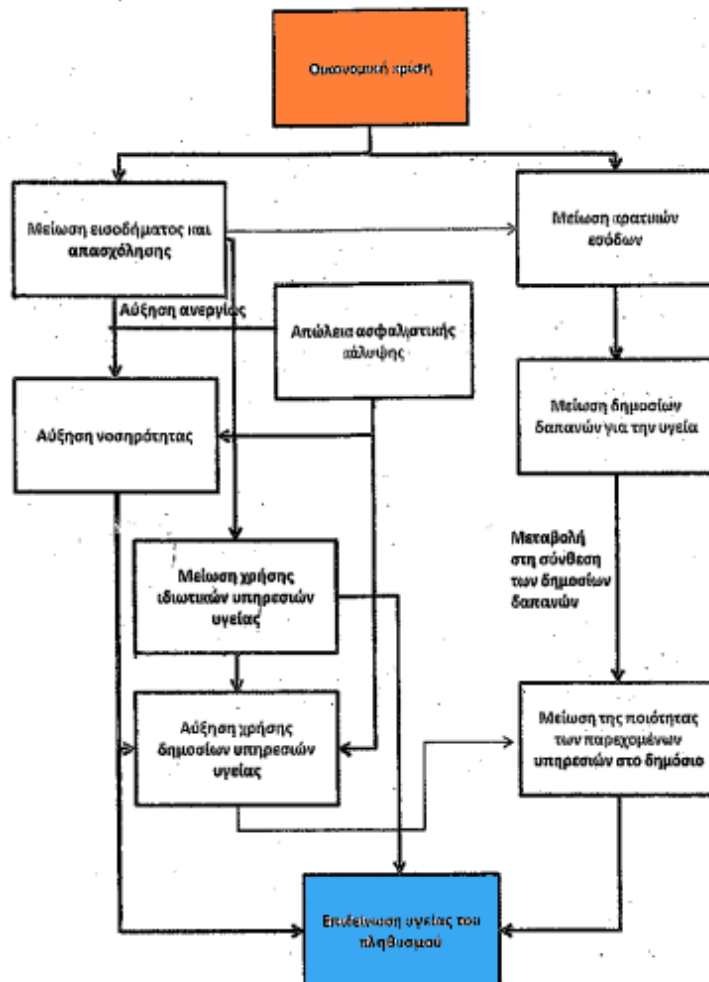
$$\Delta \log \text{suicide}_t = a_1 + \beta_1 \Delta \log \text{HCE}_t + u_t \quad (5)$$

Συγκεκριμένα, η αρνητική συσχέτιση επιβεβαιώνεται από την αρκετά υψηλή και αρνητική τιμή του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Pearson και από το γεγονός ότι ο συντελεστής της μεταβλητής  $\Delta \log \text{HCE}_t$  για τα υποδείγματα (4) και (5) (εξαρτημένες μεταβλητές είναι οι δείκτες «AROE» και «αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες», αντίστοιχα) βρέθηκε στατιστικά σημαντικός και αρνητικός σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ( $p < 0,05$ ), ενώ ο αντίστοιχος συντελεστής για το υπόδειγμα (5) (εξαρτημένη μεταβλητή είναι το ποσοστό των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας) βρέθηκε μεν στατιστικά σημαντικός και αρνητικός, αλλά όχι σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, αλλά σε επίπεδο 10% ( $p < 0,10$ ). Ειδικότερα, από τις τιμές των συντελεστών το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι, κατά την εξεταζόμενη περίοδο (2008-2018), η μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο κατά 1% οδηγούσε σε αύξηση του δείκτη «ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας (σε ποσοστό)» κατά 0,83%, σε αύξηση του δείκτη «AROE» κατά 11,39% και σε αύξηση του δείκτη «αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες» κατά 0,62%.

Τα ευρήματα της παρούσας οικονομετρικής ανάλυσης, σε συνδυασμό με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα αναφερθέντα στατιστικά στοιχεία, υποδηλώνουν ότι τα προγράμματα οικονομικής προσαρμογής που εφαρμόστηκαν στη χώρα μας, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, οι μακροοικονομικές πολιτικές που ακολουθήθηκαν και οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που υιοθετήθηκαν, συνέβαλαν σε μεγάλο βαθμό στην περιστολή των δημόσιων δαπανών υγείας και στην υποβάθμιση της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας. Οι περικοπές στον δημόσιο προϋπολογισμό υγείας ενέτειναν τις υγειονομικές παθογένειες και όξυναν τις ανισότητες, όσον αφορά την πρόσβαση στην υγεία και την ποιοτική ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Τέλος, συνέβαλλαν στη φτωχοποίηση των πολιτών, που σε πολλές περιπτώσεις, μη έχοντας την ικανότητα να εξασφαλίσουν τα προς το ζην, αλλά και λόγω της αδυναμίας του υγειονομικού συστήματος να τους παρέχει τις τόσο πολύτιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, που δυστυχώς αποδεκατίστηκαν στο διάστημα της κρίσης, οδηγήθηκαν στην αυτοχειρία.



Ολοκληρώνοντας την ενότητα των συμπερασμάτων παραθέτουμε το παρακάτω διάγραμμα 5.1.1, στο οποίο απεικονίζονται σχηματικά οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη.



Πηγή: Κυριόπουλος, Γ.(2017: 70). Υγεία & Ιατρική Περίθαλψη.

## **Κεφάλαιο Έκτο: Περιορισμοί-Προτάσεις**

### **6.1 Περιορισμοί της έρευνας**

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι το περιορισμένο χρονικό διάστημα (2008-2018), στο οποίο αναφέρονται τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, αποτελεί έναν λόγο που επηρεάζει μερικώς την εγκυρότητά τους. Ο λόγος που εστίασαμε στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο είναι ότι στόχος της εργασίας είναι η διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας και στο επίπεδο υγείας των πολιτών της Ελλάδας, μέσω συσχετίσεων μεταξύ δεικτών που επηρεάστηκαν δυσμενώς από αυτήν. Η χρησιμοποίηση, επομένως, δεδομένων προγενέστερων της κρίσης, πιθανόν θα δυσχέραινε τον προσδιορισμό των εν λόγω συσχετίσεων και τον συγκερασμό των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας με το θεωρητικό πλαίσιο και με τα ευρήματα μελετών που είχαν ως αντικείμενο έρευνάς τους αντίστοιχα θέματα.

### **6.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Η παρούσα διπλωματική εργασία αναλύει και παρουσιάζει, μέσω οικονομετρικών εργαλείων, την επίδραση του ΑΕΠ στην εξέλιξη των δημόσιων δαπανών υγείας για την Ελλάδα, για το χρονικό διάστημα της οικονομικής κρίσης, αφού οι εν λόγω δαπάνες χρηματοδοτούνται από αυτό το βασικό, για κάθε οικονομία, μακροοικονομικό μέγεθος. Ο δημοσιονομικός όμως χώρος για την υγεία επηρεάζεται από ένα γενικότερο ευνοϊκό μακροοικονομικό περιβάλλον, στο οποίο επικρατούν χαμηλά επίπεδα δημόσιου χρέους, ελλείμματος, ανεργίας κ.α.

Σε μια μελλοντική επομένως έρευνα, θα μπορούσε να διερευνηθεί η μεμονωμένη κάθε φορά επίδραση και άλλων μακροοικονομικών παραγόντων (δημόσιο χρέος, δημοσιονομικό έλλειμμα, ανεργία, πληθωρισμός) στην πορεία των δαπανών για την υγεία και να εξετασθεί αν κάποιος από τους παράγοντες αυτούς παρουσιάζει εντονότερη συσχέτιση με τις δημόσιες δαπάνες υγείας από ότι το ΑΕΠ ή αν τελικά το ΑΕΠ έχει τον πρωταγωνιστικό ρόλο επίδρασης. Προσδιορίζοντας τον βαθμό συσχέτισης μεταξύ κάθε μακροοικονομικού δείκτη και του δείκτη των κρατικών δαπανών για την υγεία, οι ιθύνοντες μπορούν να δώσουν έμφαση στη βελτίωση εκείνων των μακροοικονομικών μεταβλητών, που επηρεάζουν εντονότερα τις δαπάνες υγείας και να ενισχύσουν εποικοδομητικά το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας.

Επανερχόμενη στη σχέση μεταξύ των δαπανών για τη δημόσια υγεία και του ΑΕΠ, υπάρχει μια αυξανόμενη βιβλιογραφία, η οποία ομαδοποιεί τη σχέση τους σε τρεις διαφορετικές γραμμές έρευνας. Το πρώτο σκέλος αφορά τον προσδιορισμό του αγαθού «δημόσια υγειονομική περίθαλψη» ως πολυτελές ή αναγκαίο αγαθό, γεγονός που έχει επιπτώσεις στη σχέση μεταξύ των δαπανών δημόσιας υγείας και της οικονομικής ευημερίας μιας χώρας. Το δεύτερο σκέλος της βιβλιογραφίας ασχολείται με τη διερεύνηση στοιχείων που αποδεικνύουν μια ισχυρή σχέση μεταξύ των δημόσιων δαπανών υγείας και του ΑΕΠ, ενώ το τρίτο σκέλος εξετάζει την αιτιότητα μεταξύ των δεικτών αυτών. Υπάρχουν δύο τύποι αιτιότητας μεταξύ των δαπανών για τη δημόσια υγεία και του ΑΕΠ, η μονοκατευθυντική, ήτοι οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία ως συνάρτηση του ΑΕΠ ή το αντίστροφο και η αμφίδρομη (Behera & Dash, 2017).

Ο προσδιορισμός αυτής της κατεύθυνσης είναι κομβικός, καθώς οι επιπτώσεις της εκάστοτε πολιτικής για την υγεία είναι πολύ διαφορετικές για κάθε πιθανή κατεύθυνση. Ειδικότερα, η παρουσία αμφίδρομης αιτιότητας, μεταξύ της εξέλιξης των δαπανών δημόσιας υγείας και του ΑΕΠ, συνεπάγεται ότι οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία και η οικονομική ανάπτυξη επηρεάζονται από κοινού από οικονομικά σοκ και ότι οι συντηρητικές πολιτικές για την υγεία, εκτός όλων των άλλων συνεπειών, μπορεί να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις και στο εισόδημα (Behera & Dash, 2017).

Στην έρευνα που παρουσιάστηκε στο πέμπτο κεφάλαιο προσδιορίστηκε ότι το κ.κ. ΑΕΠ επιδρά στατιστικώς σημαντικά στην πορεία των δημόσιων δαπανών υγείας ανά κάτοικο, αλλά δεν εξετάστηκε αν ισχύει και το αντίστροφο. Η καλύτερη όμως υγεία, που προάγεται, όπως είδαμε και στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, μέσω της ενίσχυσης του προϋπολογισμού για την υγεία, οδηγεί σε αύξηση της παραγωγικότητας και αποδοτικότητας του ανθρώπινου δυναμικού, γεγονός που συμβάλλει στην οικονομική ανάπτυξη και στην αύξηση των δυνατοτήτων μιας χώρας να ικανοποιεί σε μεγαλύτερο βαθμό τις ανάγκες του πληθυσμού της. Το επιχείρημα αυτό είναι λογικό και θεωρητικό, η απόδειξη όμως της αμφίδρομης αυτής σχέσης μέσω οικονομετρικών μοντέλων έχει ιδιαίτερη σημασία για το είδος της πολιτικής δημόσιας υγείας που θα εφαρμοστεί στη χώρα μας τα επόμενα έτη. Στο πλαίσιο επίσης της σχέσης αυτής (αν επιβεβαιωθεί) μπορεί να προσδιοριστεί και ποια επίδραση είναι πιο έντονη: του ΑΕΠ στις δημόσιες δαπάνες υγείας ή το αντίστροφο.

Περαιτέρω, θα μπορούσε να προσδιοριστεί και η ελαστικότητα των δημόσιων δαπανών υγείας ως προς το εισόδημα και ανάλογα να εξαχθεί το συμπέρασμα, αν οι δαπάνες αυτές αντιμετωπίζονται στη χώρα μας ως είδος πρώτης ανάγκης (ανελαστική συμπεριφορά) ή ως είδος πολυτελείας (ελαστική συμπεριφορά).

Επιπρόσθετα, όσον αφορά την επίδραση του κατακερματισμένου δημόσιου χρηματοδοτικού μηχανισμού υγείας στους κοινωνικούς δείκτες, αντικείμενο έρευνας θα μπορούσε να αποτελέσει η μελέτη της επίδρασης αυτής στον αριθμό των Ελλήνων επαγγελματιών υγείας που μεταναστεύουν σε άλλες χώρες. Η έλλειψη επαρκών στατιστικών στοιχείων δυσχεραίνει την έρευνα αυτή, αλλά σε μελλοντικό χρόνο, αν υπάρξουν τα απαραίτητα καταγεγραμμένα δεδομένα, θα αποτελούσε ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον ερευνητικό εύρημα.

Τέλος, η διερεύνηση της ποσοτικής σχέσης μεταξύ των δεικτών «δημόσιες δαπάνες υγείας» και «ιδιωτικές δαπάνες υγείας» και η εκτίμησή της κατά τον τρόπο που προσδιορίστηκαν οι σχέσεις των μεταβλητών της έρευνας της παρούσας εργασίας, θα ήταν ενδιαφέρον θέμα μελλοντικής μελέτης. Η απόδειξη της σχέσης αυτής μέσω οικονομετρικής ανάλυσης, θα ισχυροποιήσει τα αναφερόμενα στην εργασία ότι η μείωση του ποσοστού συμμετοχής των δημόσιων δαπανών υγείας στο σύνολο των δαπανών υγείας, κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, οδήγησε στην αύξηση του ποσοστού συμμετοχής των δαπανών OPP.

## Επίλογος

Οι πολιτικές υγείας που ακολουθούνται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης πρέπει να είναι στοχευμένες, ώστε να προσδιορίζονται εκείνα τα μέσα και οι τρόποι, που θα μπορούν να αποδυναμώσουν τις δυσμενείς επιπτώσεις της κρίσης αυτής. Στόχος κάθε υγειονομικού συστήματος θα πρέπει να είναι η προστασία του ύψιστου αγαθού της υγείας των πολιτών, μέσω αποτελεσματικών υπηρεσιών υγείας. Για να επιτευχθεί ο στόχος αυτός, πρέπει να εξαλειφθεί το φαινόμενο της κατασπατάλησης του δημόσιου χρήματος, μέσω ασυλλόγιστων δαπανών προς όφελος των λίγων. Αντίθετα, οι ασκούντες την πολιτική στον τομέα της υγείας, έχοντας ως γνώμονα το προσήκον μέτρο και τις αρχές της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας, πρέπει να χρηματοδοτούν την υλοποίηση εκείνων των μεταρρυθμίσεων, μέσω των οποίων θα αναβαθμίζονται οι υπηρεσίες υγείας, θα ενισχύονται οι υγειονομικές δομές με το κατάλληλο ανθρώπινο δυναμικό και τον απαραίτητο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, θα ικανοποιούνται οι πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού και θα αμβλύνονται οι ανισότητες που προκαλεί η δυσμενής πορεία των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας (μείωση του εισοδήματος, αύξηση της φτώχειας και της ανεργίας).

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα αποτελέσματα της έρευνας, που παρουσιάστηκαν στην παρούσα διπλωματική εργασία, είναι σαφές ότι η χώρα μας δεν πρέπει ποτέ ξανά να οδηγηθεί σε αντίστοιχους κοινωνικοοικονομικούς κλυδωνισμούς, που πλήττουν όλους τους τομείς, συμπεριλαμβανομένου και αυτού της υγείας. Επιβάλλεται, επομένως, να μεριμνήσουμε όλοι έμπρακτα για την ενδυνάμωση της οικονομικής και κοινωνικής συνοχής, η οποία θα συμβάλλει στην οικοδόμηση ενός βιώσιμου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, που από τη μία θα εξασφαλίζει την ισότιμη και καθολική πρόσβαση όλων των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και από την άλλη θα μπορεί να ανταποκρίνεται άμεσα και αποτελεσματικά σε απειλές δημόσιας υγείας, όπως της πανδημίας του COVID-19. Τέλος, οι ιθύνοντες θα πρέπει να παρακολουθούν τους δείκτες που αφορούν τις δαπάνες υγείας και την υγεία των πολιτών και να υπάρχει ικανή παρέμβαση, ώστε αυτοί να επανέρχονται έγκαιρα στα επιθυμητά επίπεδα.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική βιβλιογραφία

Αγγελοπούλου, Ζ. & Τζουμανίκα, Μ. (2020). Εργασιακή ικανοποίηση προσωπικού υπηρεσιών υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Περιφέρεια Αχαΐας, *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 1(2), 31-39. doi:10.24283/hjns.202025

Αντωνοπούλου, Λ. (2016). Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα: συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 3(2), 109-120. doi:10.12681/scad.8890

Βραχάτης, Δ. & Παπαδόπουλος, Α. (2012). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και προοπτικές. *Νοσηλευτική*, 51(1), 10-17. Ανακτήθηκε από <http://docplayer.gr/67826767-Protovathmia-frontida-ygeias-stin-ellada-dedomena-kai-prooptikes.html>

Γιανασμίδης, Α. & Τσιαούση, Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(1), 106-115. Ανακτήθηκε από <https://www.mednet.gr/archives/2012-1/pdf/106.pdf>

Δεπάστας, Χ. (2019). Ψυχική υγεία και κοινωνικοοικονομική κρίση: το παράδειγμα της Ελλάδας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 18(2), 151-165. doi: 10.5281/zenodo.2619545

Έκθεση UNICEF (2017). *Η Κατάσταση των Παιδιών στην Ελλάδα 2017. Τα παιδιά της κρίσης*. Ανακτήθηκε από [https://www.efsyn.gr/sites/default/files/unicef-paidia\\_290317\\_0.pdf](https://www.efsyn.gr/sites/default/files/unicef-paidia_290317_0.pdf)

ΕΛΣΤΑΤ (2008). *Δελτίο Τύπου. Κίνδυνος φτώχειας. Έρευνα Εισοδήματος και Συνθήκες Διαβίωσης των Νοικοκυριών (SILC)/2008*. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA10/2008>

ΕΛΣΤΑΤ (2012). *Δελτίο Τύπου: Αιτίες θανάτων έτους 2012 / Χρονοσειρά: Θάνατοι (Αιτίες ICD-9) (2000 - 2016)* Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO12/2012>

ΕΛΣΤΑΤ (2013). *Δελτίο Τύπου. Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2011 (Προσωρινές εκτιμήσεις)*. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/documents/20181/f17b7a7a-a0cd-4196-8bd9-db9a7e13f812>

ΕΛΣΤΑΤ (2013). *Δελτίο Τύπου. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2013 και αναθεώρηση των στοιχείων ΣΛΥ ετών 2009-2012*. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/2013>

ΕΛΣΤΑΤ (2014). *Δελτίο Τύπου. Έρευνα Υγείας: Έτος 2014*. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/2014>

ΕΛΣΤΑΤ (2016). *Δελτίο Τύπου. Κίνδυνος φτώχειας. Έρευνα Εισοδήματος και Συνθήκες Διαβίωσης των Νοικοκυριών (SILC)/2019*. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA10/2016>

ΕΛΣΤΑΤ (2017). *Δελτίο Τύπου. Κίνδυνος φτώχειας. Έρευνα Εισοδήματος και Συνθήκες Διαβίωσης των Νοικοκυριών (SILC)/2017*. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA10/2017>

ΕΛΣΤΑΤ (2018). *Δελτίο Τύπου. Κίνδυνος φτώχειας. Έρευνα Εισοδήματος και Συνθήκες Διαβίωσης των Νοικοκυριών (SILC)/2018*. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA10/2018>

ΕΛΣΤΑΤ (2018). *Δελτίο Τύπου: Αιτίες θανάτου: έτος 2018*. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SPO13/2018>

ΕΛΣΤΑΤ (2019). *Δελτίο Τύπου. Ερευνά Υγείας: Έτος 2019*. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE22/2019>

ΕΛΣΤΑΤ (2019). *Δελτίο Τύπου. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2019*. Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανακτήθηκε από <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/2019>

Ευθυμίου, Κ., Αργαλιά, Ε., Κασκαμπά, Ε. & Μακρή, Α. (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα;. *Εγκέφαλος*, 50, 22-30. Ανακτήθηκε από <http://www.encephalos.gr/pdf/50-1-02g.pdf>

Ζερβέα Ε., Αποστολάκης Ι. & Σαράφης, Π. (2020). Δημοσιονομική κρίση στην Ελλάδα: Επιπτώσεις στο χώρο της υγείας. Χρήση των γενόσημων φαρμάκων ως μέτρο παρέμβασης. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 19(3), 219-236. doi: 10.5281/zenodo.3926696

INE (2011α). *Κρίση δημόσιου χρέους στην Ελλάδα. Αιτίες και προοπτικές*. Επιστημονική Έκθεση. Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε.- Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων. Ανακτήθηκε από <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/report4.pdf>

INE (2011β). *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα. Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*. Μελέτες. Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε - Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων. Ανακτήθηκε από <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/study-16.pdf>

INE (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Επιστημονικές Εκθέσεις. Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε - Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων. Ανακτήθηκε από <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/report7.pdf>

INE (2015). *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα*. Μελέτες. Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε - Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων. Ανακτήθηκε από <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2016/06/Meleti-35.pdf>

INE (2018). *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση*. Ετήσια Έκθεση 2018. Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε. Ανακτήθηκε από <https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2018/03/ETHSIA-EKTHESI-2018-INE-GSEE-H-ELLINIKH-OIKONOMIA-KAI-H-APASXOLISH.pdf>

INE (2019). *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση*. Ετήσια Έκθεση 2019. Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε. Ανακτήθηκε από [https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2019/08/Ethsia\\_Ekthesi\\_2019.pdf](https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2019/08/Ethsia_Ekthesi_2019.pdf)

INE (2020). *Οι εργασιακές σχέσεις στο πλαίσιο του Τρίτου Μνημονίου. Τα επίμαχα πεδία της διαπραγμάτευσης με τους δανειστές και το ευρωπαϊκό περιβάλλον*. Μελέτες. Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε - Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων. Ανακτήθηκε από [https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2020/11/Meleti\\_50.pdf](https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2020/11/Meleti_50.pdf)



IOBE (2017). *Ο Δείκτης Τιμών Υγείας της ΕΛ.ΣΤΑΤ. και το κόστος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας*. Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών. Ανακτήθηκε από [http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_19042017\\_REP-GR.pdf](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_19042017_REP-GR.pdf)

IOBE (2019). *Εκπαίδευση στην Ελλάδα: Κρίση και Εξέλιξη της Δημόσιας και Ιδιωτικής Δαπάνης*. Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών. Ανακτήθηκε από [http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_F\\_14032019\\_REP.pdf](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_F_14032019_REP.pdf)

Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι., & Χατζητόλιος, Α. (2013). Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα. Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(2), 233-240. Ανακτήθηκε από <https://www.mednet.gr/archives/2013-2/pdf/233.pdf>

ΚΑΝΕΠ/ΓΣΕΕ (2017). *Τα Βασικά Μεγέθη της Εκπαίδευσης 2016. Η ελληνική πρωτοβάθμια & δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Μέρος Β: το εθνικό πλαίσιο αναφοράς (2001-2014)*. Αθήνα: Κέντρο Ανάπτυξης Εκπαιδευτικής Πολιτικής/ Γ.Σ.Ε.Ε. Ανακτήθηκε από <https://www.kanep-gsee.gr/wp-content/uploads/2017/04/ΕΤΕΚΤΗ2016.pdf>

ΚΕΠΕ (2020). Η εξέλιξη και διάρθρωση του δημοσίου χρέους. *Οικονομικές Εξελίξεις*, 41, 26-32. Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών. Ανακτήθηκε από <https://www.kepe.gr/index.php/el/erevna/dimosieyseis/oikonomikes-ekseliksis/item/3007-oikonomikes-exelixeis-tefchos-41.html>

Κότιος, Α., Γαλανός, Γ. & Ρουκανάς, Σ. (2012). *Η Ελληνική Κρίση και η Κρίση του Συστήματος Διακυβέρνησης της Ευρωζώνης. Σειρά Ερευνητικών Εργασιών*, 18(1), 1-26. Ανακτήθηκε από <https://www.des.unipi.gr/wp-content/uploads/2016/02/%CE%9A%CE%A1%CE%99%CE%A3%CE%97-%CE%A4%CE%9F%CE%A5-%CE%A3%CE%A5%CE%A3%CE%A4%CE%97%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%9F%CE%A3-%CE%94%CE%99%CE%91%CE%9A%CE%A5%CE%92%CE%95%CE%A1%CE%9D%CE%97%CE%A3%CE%97%CE%A3-%CE%A4%CE%97%CE%A3-%CE%95%CE%A5%CE%A1%CE%A9%CE%96%CE%A9%CE%9D%CE%97%CE%A3-PRD.pdf>

Κότιος, Α. & Παυλίδης, Γ. (2012). *Διεθνείς Οικονομικές κρίσεις: Κρίσεις του συστήματος ή της πολιτικής*. Αθήνα: Rosili.

Κούγιας, Κ. (2017). Ευέλικτη Απασχόληση στην Ελλάδα της Κρίσης: Σκέψεις και Διαπιστώσεις. *Κοινωνική Πολιτική*, 6, 85-109. doi: 10.12681/sp.10882

Κυριόπουλος Γ. (2017). *Υγεία & Ιατρική Περίθαλψη*. Αθήνα: Παπαδόπουλος

Λαμπράκη, Μ., Βλασιάδης, Κ., Πατεράκης, Γ. & Φιλαλήθης, Α. (2016). Προσδοκίες και ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 33(4), 472-478. Ανακτήθηκε από <https://www.mednet.gr/archives/2016-4/pdf/472.pdf>

Λιαργκόβας, Π. (2020). *Δέκα χρόνια κρίση, τρία μνημόνια και μια πανδημία*. Αθήνα: Πατάκη.

Μαλαβάζος, Θ., Μαρκασιώτη Β., Μαλλιαρού, Μ. & Σαράφης, Π. (2019). Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ALMA-ATA ΣΤΗΝ ASTANA. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 11(3), 39-56. Ανακτήθηκε από [http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/manufel\\_367\\_Eq3S8kBH5M.pdf](http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/manufel_367_Eq3S8kBH5M.pdf)

Μανιού, Μ. & Ιακωβίδου, Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(4), 380-400. Ανακτήθηκε από <http://ejournals.uniwa.gr/index.php/tovima/article/view/132>

Μαραγκάκη, Α., Κωνσταντινίδης, Θ. & Σαράφης, Π. (2019). Οι συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στην υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 36(5), 687-694. Ανακτήθηκε από <https://www.mednet.gr/archives/2019-5/pdf/687.pdf>

Ματσαγγάνης, Μ. (2011). *Η Κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς. Οικονομική κρίση, δημοσιονομική λιτότητα και κοινωνική προστασία*. Αθήνα: Κριτική.

Ματσαγγάνης, Μ., Λεβέντη, Χ., Καναβιτσά Ε. & Φλεβοτόμου, Μ. (2017). *Μια Αποδοτικότερη Πολιτική για την Καταπολέμηση της Ακραίας Φτώχειας*. Αθήνα: διαNEOσις, Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης. Ανακτήθηκε από [https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2017/04/poverty\\_final.2017.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2017/04/poverty_final.2017.pdf)

Μητράκος, Θ. (2018). Οικονομικές ανισότητες, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός: Η διεθνής εμπειρία και η περίπτωση της Ελλάδας κατά την περίοδο της πρόσφατης κρίσης. *Κοινωνική Πολιτική*, 9, 7-24. doi :10.12681/sp.15983

Μητσόπουλος, Μ. & Πελαγίδης, Θ. (2012). *Κατανοώντας την κρίση στην Ελλάδα*, Αθήνα: Ψυχογιός.

Μπακόλα, Ε., Φραδέλος, Ε., Μπακόλα, Ε. & Ζυγά, Σ. (2018). Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(4), 549-557. Ανακτήθηκε από <https://www.mednet.gr/archives/2018-4/pdf/549.pdf>

Μπαμπανάσης, Σ. (2011). *Από την κρίση στη βιώσιμη ανάπτυξη*. Αθήνα: Παπαζήση.

Νιάκας, Δ. (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας - Διατροφής*, 5(1), 3-7. Ανακτήθηκε από [https://www.researchgate.net/publication/281148778\\_Greek\\_financial\\_crisis\\_and\\_the\\_effects\\_on\\_health\\_care\\_system](https://www.researchgate.net/publication/281148778_Greek_financial_crisis_and_the_effects_on_health_care_system)

Ντολιοπούλου, Ε. (2015). Οι επιπτώσεις της φτώχειας γενικότερα και στα παιδιά ειδικότερα και πιθανοί τρόποι παρεμβάσεων για την πρόληψη και τη μείωσή της. *Έρευνα στην Εκπαίδευση*, 3, 97-123. doi: 10.12681/hjre.8849

Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ., Πέππου, Λ.Ε., Διέτη, Ε. & Σουλιώτης, Κ. (2018). Η ψυχική υγεία στην Ελλάδα της οικονομική κρίσης: Κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές της κατάθλιψης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35 (Συμπλ. 1), 17-26. Ανακτήθηκε από <https://www.mednet.gr/archives/2018-sup/pdf/17.pdf>

Παπαδοπούλου, Δ. (2015). Οι επιπτώσεις της κρίσης και των μεταρρυθμίσεων στην άσκηση της νοσηλευτικής. *Επιστημονικά Χρονικά*, 20(2), 159-174. Ανακτήθηκε από [http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika\\_xronika/p15-2-5.pdf](http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p15-2-5.pdf)

Πελαγίδης, Θ. (2015). *Ανάλυση της ελληνικής οικονομίας*. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Ανακτήθηκε από <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/1187>

Πετρέλης, Μ. & Δομάγερ, Φ. Ρ. (2016). Οι δαπάνες υγείας και η κοινωνική πολιτική που εφαρμόστηκε στην Ελλάδα και στην Ευρώπη την τελευταία δεκαετία. *Διεπιστημονική*

*Φροντίδα Υγείας*, 8(2), 48-56. Ανακτήθηκε από <http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/beb7b36a7ae9bece673e16c735a2ee5b.pdf>

Ποτήρης Α. & Σαράφης, Π. (2014). Ανασκόπηση του νομοθετικού πλαισίου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – Προτάσεις βελτίωσης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 6(3), 116-121. Ανακτήθηκε από <http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/eeb7f4a63b1d9e57374a34e571affd2c.pdf>

Προϊκάκη, Σ, Κοτσίκου, Ε. & Λάμπρου, Γ. (2017). Οι επιπτώσεις της ελληνικής οικονομικής κρίσης στους δείκτες δημόσιας υγείας. Γεννήσεις, θνησιμότητα και αυτοκτονίες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(4), 533-544. Ανακτήθηκε από <https://www.mednet.gr/archives/2017-4/pdf/533.pdf>

Ρομπόλης Σ. (2012). *Οικονομική κρίση και κοινωνικό κράτος. Από το κράτος πρόνοιας στο κράτος φιλανθρωπίας*. Αθήνα: Επίκεντρο.

Ρομποτή, Ε. & Ιωαννίδης, Α. (2019). «Ενοικίαση» εργαζομένων και οικονομική κρίση στην Ευρωπαϊκή Ένωση Τρίτου Μνημονίου Ελλάδα. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 151, 99-13. Ανακτήθηκε από <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/ekke/article/view/19836/17292>

Σίσκου, Ο., Καϊτελίδου, Δ., Θεοδώρου, Μ. & Λιαρόπουλος, Λ. (2008). Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό παράδοξο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5), 663-672. Ανακτήθηκε από <http://mednet.gr/archives/2008-5/pdf/663.pdf>

Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β. & Μίσσιου, Α. (2015). *Έννοιες και αρχές για τη γενική ιατρική. [Κεφάλαιο Συγγράμματος]. Στο Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β., Μίσσιου, Α. 2015. Εισαγωγή στη γενική ιατρική. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. κεφ 1. Ανακτήθηκε από <http://hdl.handle.net/11419/3809>*

Τζιάλλας, Δ., Γκούτζιας, Ε., Κωνσταντινίδου, Ε., Δημακόπουλος, Γ. & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2018). Ποσοτική και Ποιοτική Καταγραφή του Νοσηλευτικού Προσωπικού στα Δημόσια Νοσοκομεία του ΕΣΥ. *Νοσηλευτική*, 57(4), 420-449. Ανακτήθηκε από [https://www.researchgate.net/publication/336252175\\_Posotike\\_kai\\_Poiotike\\_Katagraphe\\_tou\\_Noseleutikou\\_Prosopikou\\_sta\\_Demosia\\_Nosokomeia\\_tou\\_ESY](https://www.researchgate.net/publication/336252175_Posotike_kai_Poiotike_Katagraphe_tou_Noseleutikou_Prosopikou_sta_Demosia_Nosokomeia_tou_ESY)

Τούντας, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ., Νεκτάριος, Μ., Σουλιώτης, Κ., Υφαντόπουλος, Γ. & Φιλαλήθης, Τ. (2020). *Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Αθήνα: διαΝΕΟσις, Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης. Ανακτήθηκε από [https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/02/health\\_system\\_final.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/02/health_system_final.pdf)

Τούντας, Γ., Σουλιώτης, Κ., Γιαννοπούλου, Κ., Γώτη., Γ. & Τζαβάρα, Χ. (2015). *Η Υγεία Των Ελλήνων Στην Κρίση. Ποσοτική έρευνα*. Αθήνα: διαΝΕΟσις, Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης. Ανακτήθηκε από [https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/epidrasi\\_tis\\_krisis\\_stin\\_ygeia\\_1o\\_paradoteo\\_final.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/03/epidrasi_tis_krisis_stin_ygeia_1o_paradoteo_final.pdf)

Τράπεζα της Ελλάδος, (2010). *Ισοζύγιο Τρεχουσών Συναλλαγών της Ελλάδος. Αιτίες ανισορροπιών και προτάσεις πολιτικής*. Αθήνα: Τράπεζα της Ελλάδος (ΤτΕ). Ανακτήθηκε από

[https://www.bankofgreece.gr/Publications/%CE%99%CF%83%CE%BF%CE%B6%CF%8D%CE%B3%CE%B9%CE%BF\\_%CE%A4%CF%81%CE%AD%CF%87%CE%BF%CF%85%CF%83%CF%89%CE%BD\\_%CE%A3%CF%85%CE%BD%CE%B1%CE%BB%CE%BB%CE%B1%CE%B3%CF%8E%CE%BD.pdf](https://www.bankofgreece.gr/Publications/%CE%99%CF%83%CE%BF%CE%B6%CF%8D%CE%B3%CE%B9%CE%BF_%CE%A4%CF%81%CE%AD%CF%87%CE%BF%CF%85%CF%83%CF%89%CE%BD_%CE%A3%CF%85%CE%BD%CE%B1%CE%BB%CE%BB%CE%B1%CE%B3%CF%8E%CE%BD.pdf)

Τράπεζα της Ελλάδος (2014). *Το χρονικό της Μεγάλης κρίσης: Η Τράπεζα της Ελλάδος 2008-2013*. Αθήνα: Τράπεζα της Ελλάδος (ΤτΕ). Ανακτήθηκε από <http://www.setee.gr/images/pdf/ToXronikoKrisiTE.pdf>

Τσακλόγλου, Π., Οικονομίδης, Γ., Παγουλάτος, Γ., Τριαντόπουλος, Χ. & Φιλιππόπουλος, Α. (2016). *Ένα νέο αναπτυξιακό πρότυπο για την Ελληνική οικονομία και η μετάβαση σε αυτό*. Αθήνα: διαΝΕΟσις, Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης. Ανακτήθηκε από [https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/05/production\\_model\\_research\\_dianeosis\\_final.pdf](https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2016/05/production_model_research_dianeosis_final.pdf)

Τσιρωνά, Χ., Σίσκου, Ο., Γαλάνης, Π. & Καϊτελίδου, Δ. (2019). Διερεύνηση των Ανικανοποίητων Αναγκών Υγείας Ευάλωτων Πληθυσμιακών Ομάδων την Περίοδο της Οικονομικής Κρίσης στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 58(2), 126–138. Ανακτήθηκε από <https://www.hjn.gr/index.php/e1/2019/tomos-58-teyxos-2/132-2019205>

Φρεγγίδου, Ε., Γαλάνης Π., Ζαφειροπούλου, Μ. & Παραστατίδης, Σ. (2017). Η προσπάθεια δικτύωσης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα μέσω της εδραίωσης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας: Περιπτωσιολογική μελέτη

δικτύωσης δομών ΠΕΔΥ Κιλκίς. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 16(1), 33-47. Ανακτήθηκε από <https://www.vima-asklipiou.gr/images/upload/various/files/8585857071564329748Mn5m3iVRUaEjn59uipk8585921392012162057.pdf>

Χαρδούβελης, Γ. (2011). *Το χρονικό της διεθνούς και συνακόλουθης ελληνικής και ευρωπαϊκής κρίσης: Αίτια, αντιδράσεις, επιπτώσεις, προοπτική*. Ανακτήθηκε από <https://bankfin.unipi.gr/wp-content/uploads/2018/06/apo-th-diethni-krish-eurobank.pdf>

Χάρος, Δ., Κολυπέρα, Β., Λαζαρίδου, Ε., Ανδριοπούλου, Μ., Βιβιλάκη, Β. & Λιβάνης, Ε. (2017). Ο αντίκτυπος του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(4), 467-475. Ανακτήθηκε από <https://www.mednet.gr/archives/2017-4/pdf/467.pdf>

Χριστοδουλάκης, Ν. (2012). *Οικονομικές θεωρίες και κρίσεις. Ο ιστορικός κύκλος ορθολογισμού και απερισκεψίας*. Αθήνα: Κριτική.

Mankiw, G., & Taylor, M. (2010). *Αρχές οικονομικής θεωρίας (Δεύτερος Τόμος). Με αναφορές στις ευρωπαϊκές οικονομίες (Μακροοικονομική - Συμπλήρωμα για τη χρηματοπιστωτική κρίση του 2007-2009)*. Αθήνα: Gutenberg.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017). Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, *OECD Publishing*, Paris. doi:10.1787/9789264285224-el

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a). Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, *OECD Publishing*, Paris. doi:10.1787/9552c910-el

## **Ξενόγλωσση βιβλιογραφία**

Adamakidou, T., & Kalokerinou, A. (2010). New health policies on primary health care in Greece. *Health Science Journal*. 4(1), 15-23, Ανακτήθηκε από <https://www.hsj.gr/medicine/new-health-policies-on-primary-health-care-in-greece.php?aid=3617>

Amiri, A., & Ventelou, B. (2012). Granger causality between total expenditure on health and GDP in OECD: Evidence from the Toda–Yamamoto approach. *Economics Letters*, 116(3), 541-544. doi :10.1016/j.econlet.2012.04.040

Anastasiou, E., Anagnostou, G., Theodossiou, G., & Papamargaritis, V. (2020). Physicians' Brain Drain: Investigating the Determinants to Emigrate Through Empirical Evidence. *International Journal Of Business And Economic Sciences Applied Research*, 13(2), 83-92. doi:10.25103/ijbesar.132.07

Andriopoulou, E., Kanavitsa, E., & Tsakloglou, P. (2020). Decomposing poverty in hard times: Greece 2007-2016. GreeSE papers (149). *London School of Economics and Political Science, London, UK*. Ανακτήθηκε από <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/105179>

Angell, C. & Patel, K. (2017). *Crisis and Response: An FDIC History, 2008–2013*. Ανακτήθηκε από <https://www.fdic.gov/bank/historical/crisis/>

Antonakakis, N., & Collins, A. (2021). The impact of fiscal austerity on suicide: On the empirics of a modern Greek tragedy. *Social Science & Medicine*, 112, 39-50. doi:10.1016/j.socscimed.2014.04.019

Arghyrou, M. (2015). *The Greek Crisis and Financial Assistance Programmes: An Evaluation*. CESifo Working Paper Series No. 5591. Ανακτήθηκε από <https://ssrn.com/abstract=2701705>

Ariste, R., & Carr, J. (2003). *New considerations on the empirical analysis of health expenditures in Canada, 1966-1998*. [Ottawa, Ont.]: Health Canada. Ανακτήθηκε από [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1015789](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1015789)

Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B., & Coster, S. (2018). *Inequalities in access to healthcare. A study of national policies 2018*. European Social Policy Network (ESPN), European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Publications Office, 2018. doi: 10.2767/371408

Bazoukis, X., Kalampokis, N., Papoudou-Bai, A., Bazoukis, G., & Grivas, N. (2020). The increasing incidence of immigration and information-seeking behaviour of medical doctors in north-western Greece. *Rural And Remote Health*, 20(1). doi: 10.22605/RRH4877

Bedir, S. (2016). Healthcare Expenditure and Economic Growth in Developing Countries. *Advances In Economics And Business*, 4(2), 76-86. doi:10.13189/AEB.2016.040202

- Behera, D., & Dash, U. (2017). Impact of GDP and tax revenue on health care financing: An empirical investigation from Indian states. *Theoretical and Applied Economics, Asociatia Generala a Economistilor din Romania*, 2(611), 249-266. Ανακτήθηκε από <http://store.ectap.ro/articole/1282.pdf>
- Behera, D., & Dash, U. (2018). The impact of macroeconomic policies on the growth of public health expenditure: An empirical assessment from the Indian states. *Cogent Economics & Finance*, 6(1), 1435443. doi :10.1080/23322039.2018.1435443
- Behera, D., & Dash, U. (2019). Impact of macro-fiscal determinants on health financing: empirical evidence from low-and middle-income countries. *Global Health Research And Policy*, 4(21). doi: 10.1186/s41256-019-0112-4
- Börke Tunali, Ç., & Tolga Saruç, N. (2018). An Empirical Analysis on the Relationship between Health Care Expenditures and Economic Growth in the European Union Countries. *European Journal Of Medicine And Natural Sciences*, 2(1), 12. Ανακτήθηκε από [https://www.researchgate.net/publication/324863392\\_](https://www.researchgate.net/publication/324863392_)
- Bulman, T. & Pisu, M. (2018). Generating employment, raising incomes and addressing poverty in Greece. *OECD Economics Department Working Papers*, No. 1505, OECD Publishing, Paris. doi: 10.1787/8eec4ced-en
- Canale, R. & Liotti, G. (2017). Structural Adjustment and Unemployment in Selected Eurozone Countries. *The Australian Economic Review*, 48(2), 113–121. doi:10.1111/1467-8462.12094
- Chantzaras, A., & Yfantopoulos, J. (2018). Financial protection of households against health shocks in Greece during the economic crisis. *Social Science & Medicine*, 211, 338-351. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.06.024
- Chatziprodromidou, I., Emmanouilides, C., Yfanti, F., Ganas, A., Roupas, T., Varsamidis, K., & Apostolou T. (2017). Brain drain: The Greek phenomenon. *International Research Journal of Public and Environmental Health*, 4(11), 289-293. doi:10.15739/irjpeh.17.034
- Christopoulos, A., Kalantonis, P., Stavroulakis, D., & Katsikides, S. (2014). The Migration of Greek Scientists Abroad and the Phenomenon of Brain-Drain in the Current Crisis. *International Journal of Business, Humanities and Technology*, 4(2), 106-114.



Ανακτήθηκε από <https://www.semanticscholar.org/paper/%22The-Migration-of-Greek-Scientists-Abroad-and-the-Christopoulos-Kalantonis/c4bc7326d8dd83ad32015548f21238ac7bc857c4>

Colasanti, F. (2016). *Financial assistance to Greece: Three programmes*. Ανακτήθηκε από [http://aei.pitt.edu/72888/1/pub\\_6345\\_financial\\_assistance\\_to\\_greece.pdf](http://aei.pitt.edu/72888/1/pub_6345_financial_assistance_to_greece.pdf)

Crookes, C., Palladino, R., Seferidi, P., Hirve, R., Siskou, O., & Filippidis, F. (2020). Impact of the economic crisis on household health expenditure in Greece: an interrupted time series analysis. *BMJ Open*, *10*(8), e038158. doi:10.1136/bmjopen-2020-038158

Crotty, J. (2009). Structural causes of the global financial crisis: a critical assessment of the ‘new financial architecture. *Cambridge Journal of Economics*, *33*(4), 563–580. doi: 10.1093/cje/bep023

Dimitraki, O., & Kartsaklas, A. (2017). Sovereign debt, deficits and defence spending: the case of Greece. *Defence and Peace Economics*, *29*(6), 712-727. doi: 10.1080/10242694.2017.1289497

Drydakis, N. (2015). The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis. *Social Science & Medicine*, *128*, 43-51. doi:10.1016/j.socscimed.2014.12.025

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece: Health System Review. *Health Systems in Transition*, *19*(5), 1-166. PMID: 29972131. Ανακτήθηκε από [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf)

Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., & Zafiropoulou, M. (2014). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population1. *Social Cohesion and Development*, *9*(2), 99-115. doi: <https://doi.org/10.12681/scad.8880>

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., & Sissouras, A. (2014). *The impact of the crisis on the health system and health in Greece*. Ανακτήθηκε από <https://www.researchgate.net/publication/325396612>

Economou, M., Madianos, M., Peppou, L. E., Souliotis, K., Patelakis, A., & Stefanis, C. (2014). Cognitive social capital and mental illness during economic crisis: A nationwide population-based study in Greece. *Social Science & Medicine*, *100*, 141-147. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.11.006

Erdoğan, E., Ener, M., & Arıca, F. (2013). The Strategic Role of Infant Mortality in the Process of Economic Growth: An Application for High Income OECD Countries. *Procedia - Social And Behavioral Sciences*, *99*, 19-25. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.10.467

Eurofound (2013). *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*, Dublin. Ανακτήθηκε από <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2013/quality-of-life-social-policies/impacts-of-the-crisis-on-access-to-healthcare-services-in-the-eu>

European Commission (2010). *Eurobarometer 73.2. Mental Health. Part 1: Report*. European Commission. Special Eurobarometer 345. Ανακτήθηκε από [https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/mental\\_health/docs/ebs\\_345\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/mental_health/docs/ebs_345_en.pdf)

European Commission (2017). *Θεματικό ενημερωτικό δελτίο ευρωπαϊκού εξάμηνου κοινωνική ένταξη*. Ανακτήθηκε από [https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file\\_import/european-semester\\_thematic-factsheet\\_social\\_inclusion\\_el.pdf](https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_social_inclusion_el.pdf)

European Commission (2020). *Education and Training Monitor 2020*. Ανακτήθηκε από <https://op.europa.eu/webpub/eac/education-and-training-monitor-2020/countries/greece.html>

European Commission (2021). *Financial assistance to Greece*. Ανακτήθηκε από [https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/financial-assistance-eu/which-eu-countries-have-received-assistance/financial-assistance-greece\\_en#enhanced-surveillance-framework-for-greece](https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/financial-assistance-eu/which-eu-countries-have-received-assistance/financial-assistance-greece_en#enhanced-surveillance-framework-for-greece)

Falagas, M., Vouloumanou, E., Mavros, M., & Karageorgopoulos, D. (2009). Economic crises and mortality: a review of the literature. *International Journal Of Clinical Practice*, *63*(8), 1128-1135. doi:10.1111/j.1742-1241.2009.02124.x

- Filippidis, F., Gerovasili, V., Millett, C., & Tountas, Y. (2017). Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Scientific Reports*, 7(1). doi:10.1038/srep46423
- Fountoulakis, K. (2020). Suicides in Greece before and during the period of austerity by sex and age group: Relationship to unemployment and economic variables. *Journal Of Affective Disorders*, 260, 174-182. doi:10.1016/j.jad.2019.09.001
- Gkolfinopoulos, A. (2016). The Migration of Greek Physicians to Germany: Motivations, Factors and the Role of National Health Sectors. *European Policy Analysis*, 2(2), 136-157. Ανακτήθηκε από <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.18278/epa.2.2.8>
- Grigorakis, N., Floros, C., Tsangari, H., & Tsoukatos, E. (2016). Out of pocket payments and social health insurance for private hospital care: Evidence from Greece. *Health Policy*, 120(8), 948-959. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.06.011
- Ifanti, A., Argyriou, A., Kalofonou, F., & Kalofonos, H. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care. *Health Policy*, 113(1-2), 8-12. doi:10.1016/j.healthpol.2013.05.017
- Ifanti, A., Argyriou, A., Kalofonou, F., & Kalofonos, H. (2014). Physicians' brain drain in Greece: A perspective on the reasons why and how to address it. *Health Policy*, 117(2), 210-215. doi:10.1016/j.healthpol.2014.03.014
- Johnston, A., & Regan, A. (2016). European Monetary Integration and the Incompatibility of National Varieties of Capitalism. *Journal of Common Market Studies*, 54(2), 318–336. doi:10.1111/jcms.12289
- Kaitelidou, D., Tsirona, C., Galanis, P., Siskou, O., Mladovsky, P., Kouli, E., Prezerakos, P., Theodorou, M., Sourtzi, P., & Liaropoulos, L. (2013). Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 109(1), 23-30. doi:10.1016/j.healthpol.2012.10.012
- Kaplanoglou, G. & Rapanos, V. (2016). Evolutions in Consumption Inequality and Poverty in Greece: The Impact of the Crisis and Austerity Policies. *Review Of Income And Wealth*, 64(1), 105-126. doi:10.1111/roiw.12287

- Karafolas, S., & Alexandrakis, A. (2014). Unemployment Effects of the Greek Crisis: a Regional Examination. *Procedia Economics and Finance*, 19, 82 – 90. doi:10.1016/S2212-5671(15)00010-6
- Karamanis, K., & Hyz, A. (2014). Flexible Working and Unemployment in Greece: An Analysis and Review of the Evidence. *International Journal Of Academic Research In Business And Social Sciences*, 4(10), 533-542. doi: 10.6007/IJARBSS/v4-i10/1248
- Kassotakis, I., & Kassotaki, O. (2018). The 2010 Greek financial crisis. In *SAGE Business Cases*. SAGE Publications, Ltd. Ανακτήθηκε από <https://sk.sagepub.com/cases/the-2010-greek-financial-crisis>
- Kerasidou, A., Kingori, P., & Legido-Quigley, H. (2016). “You have to keep fighting”: maintaining healthcare services and professionalism on the frontline of austerity in Greece. *International Journal For Equity In Health*, 15(1). doi: 10.1186/s12939-016-0407-8
- Konstantakopoulos, G., Pikouli, K., Ploumpidis, D., Bougonikolou, E., Kouyanou, K., Nystazaki, M., & Economou, M. (2020). The impact of unemployment on mental health examined in a community mental health unit during the recent financial crisis in Greece. *Psychiatriki*, 30(4), 281-290. doi: 10.22365/jpsych.2019.304.281
- Kosmidou, K., Kousenidis, V., & Negakis, C. (2015). The impact of the EU/ECB/IMF bailout programs on the financial and real sectors of the ASE during the Greek sovereign crisis. *Journal of Banking & Finance*, 50, 440–454. doi:10.1016/j.jbankfin.2014.03.008
- Kougias, K. (2019). Youth-oriented active labour market policies and economic crisis: Explaining policy effort in Greece and Portugal. *International Social Security Review*, 72(4), 79-105. doi:10.1111/issr.12222
- Kouretas, G., & Vlamis, P. (2010). The Greek Crisis: Causes and Implications. *Panoeconomicus*, 57(4), 391-404. doi:10.2298/PAN1004391K
- Lago-Peñas, S., Cantarero-Prieto, D., & Blázquez-Fernández, C. (2013). On the relationship between GDP and health care expenditure: A new look. *Economic Modelling*, 32, 124-129. doi :10.1016/j.econmod.2013.01.021

Lanara-Tzotze, Z. (2013). *The impact of anti-crisis measures and the social and employment situation: Greece*. Ανακτήθηκε από <https://www.eesc.europa.eu/sites/default/files/resources/docs/qe-31-12-350-en-c.pdf>

Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M., & Katostaras, T. (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 87(1), 72-81. doi: 10.1016/j.healthpol.2007.12.005

Madianos, M., Alexiou, T., Patelakis, A., & Economou, M. (2014). Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece. *The European Journal Of Psychiatry*, 28(1), 39-49. doi:10.4321/S0213-61632014000100004

Malamitsi-Puchner, A., & Briana, D. (2019). Economic stress and child health—the Greece experience. *Acta Paediatrica*, 108(10), 1740-1741. doi:10.1111/apa.14917

Mantalos, P. (2015). *Greek Debt Crisis “An Introduction to the Economic Effects of Austerity”*. Working Papers 2015:4, Örebro University, School of Business. Ανακτήθηκε από <https://www.oru.se/globalassets/oru-sv/institutioner/hh/workingpapers/workingpapers2015/wp-4-2015.pdf>

Marengo, A., Mladovsky, P., Thomson, S., Sagan, A., Karanikolos, M., Richardson, E., Cylus, J., Evetovits, T., Jowett, M., Figueras, J., & Kluge, H. (2015). Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience. *European Observatory on Health Systems and Policies*. PMID: 28837306. Ανακτήθηκε από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK447858/>

Marinakou, E., Giousmpasoglou, C., & Paliktzoglou, V. (2016). *The Brain Drain Phenomenon in Higher Education in Greece: Attitudes and Opinions on the Decision to Immigrate*. doi:10.13140/RG.2.1.2709.0009

Markantonatou, M. (2013). *Diagnosis, Treatment, and Effects of the Crisis in Greece. A “Special Case” or a “Test Case”?* MPIfG Discussion Paper, No. 13/3. Ανακτήθηκε από <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/70247/1/737354100.pdf>

Matsaganis, M. (2013). *The Greek Crisis: Social Impact and Policy Responses*. Ανακτήθηκε από <http://library.fes.de/pdf-files/id/10314.pdf>

- Matsaganis, M., & Leventi C. (2014). Poverty and Inequality during the Great Recession in Greece. *Political Studies Review*, 12, 209–223. doi:10.1111/147ΛEΩE8-9302.12050
- Matsubayashi, T., Sekijima, K., & Ueda, M. (2020). Government spending, recession, and suicide: evidence from Japan. *BMC Public Health*, 20(243). doi: 10.1186/s12889-020-8264-1
- Mavridis, S. (2018). Greece’s Economic and Social Transformation 2008–2017. *Social Sciences*, 7(1), 9. doi:10.3390/socsci7010009
- Meier, S., Rodriguez Gonzalez, M., & Kunze, F. (2021). The global financial crisis, the EMU sovereign debt crisis and international financial regulation: lessons from a systematic literature review. *International Review Of Law And Economics*, 65, 105945. doi:10.1016/j.irl.2020.105945
- Meskarpour Amiri, M., Kazemian, M., Motaghed, Z., & Abdi, Z. (2021). Systematic review of factors determining health care expenditures. *Health Policy And Technology*, 10(2), 100498. doi:10.1016/j.hlpt.2021.01.004
- Monastiriotis, V. (2011). Making geographical sense of the Greek austerity measures: compositional effects and long-run implications. *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, 4(3), 323–337. doi:10.1093/cjres/rsr026
- Morgan, D., & Astolfi, R. (2013). Health Spending Growth at Zero: Which Countries, Which Sectors Are Most Affected?. OECD Health Working Papers, No. 60, *OECD Publishing*. doi:10.1787/5k4dd1st95xv-en
- Mossialos, E., Allin, S., & Davaki, K. (2005). Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 14(S1), S151-S168. doi:10.1002/hec.1033
- Mucci, N., Giorgi, G., Roncaioli, M., Fiz Perez, J., & Arcangeli, G. (2016). The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease And Treatment*, 983-993. doi:10.2147/NDT.S98525
- Murali, V., & Oyebode, F. (2004). Poverty, social inequality and mental health. *Advances In Psychiatric Treatment*, 10(3), 216-224. doi:10.1192/apt.10.3.216

- Nelson, R., Belkin, P., & Jackson, J. (2017). *The Greek Debt Crisis: Overview and Implications for the United States*. Ανακτήθηκε από <https://fas.org/sgp/crs/row/R44155.pdf>
- Niakas, D. (2013). Greek Economic Crisis and Health Care Reforms: Correcting the Wrong Prescription. *International Journal Of Health Services*, 43(4), 597-602. doi: 10.2190/HS.43.4.a
- OECD/European Union (2016). Health at a Glance: Europe 2016: State of Health in the EU Cycle , *OECD Publishing*. doi:10.1787/9789264265592-en
- OECD/European Union (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, *OECD Publishing*, Paris/European Union, Brussels. doi:10.1787/health\_glance\_eur-2018-en
- OECD (2019b). Health at a Glance 2019: OECD Indicators, *OECD Publishing*, Paris. doi:/10.1787/4dd50c09-en
- OECD/European Union (2020). Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, *OECD Publishing*, Paris. doi:10.1787/82129230-en
- Ozturk, S., & Sozdemir, A. (2015). Effects of Global Financial Crisis on Greece Economy. *Procedia Economics and Finance*, 23, 568 – 575. doi:10.1016/S2212-5671(15)00441-4
- Pagoulatos, G. (2018). Greece after the bailouts: assessment of a qualified failure. GreeSE Papers (130). *Hellenic Observatory, European Institute, London, UK*. Ανακτήθηκε από <http://eprints.lse.ac.uk/91957/>
- Paleologou, M., Anagnostopoulos, D., Lazaratou, H., Economou, M., Peppou, L.E., & Malliori, M. (2018). Adolescents' mental health during the financial crisis in Greece: The first epidemiological data. *Psychiatriki*, 29(3), 271-274. doi:10.22365/jpsych.2018.293.271
- Panagiotakopoulos, A. (2020). “Investigating the factors affecting brain drain in Greece: looking beyond the obvious”. *World Journal Of Entrepreneurship, Management And Sustainable Development*, 16(3), 207-218. doi: 10.1108/WJEMSD-10-2019-0076
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., & Niakas, D. (2013). Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative

Sample of the Greek Population. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 10(5), 2017-2027. doi: 10.3390/ijerph10052017

Paul, K., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal Of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282. doi: 10.1016/j.jvb.2009.01.001

Petmesidou, M. (2019). Challenges to Healthcare Reform in Crisis-Hit Greece. *E-Cadernos CES*, (31). doi:10.4000/eces.4127

Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, E., Dounias, G., & Hadjichristodoulou, C. (2014). Medical Supplies Shortages and Burnout among Greek Health Care Workers during Economic Crisis: a Pilot Study. *International Journal Of Medical Sciences*, 11(5), 442-447. doi: 10.7150/ijms.7933

Rachiotis, G., Stuckler, D., McKee, M., & Hadjichristodoulou, C. (2015). What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003-2012). *European Journal Of Public Health*, 25(suppl\_3). doi:10.1093/eurpub/ckv168.050

Ramskogler, P. (2015). Tracing the origins of the financial crisis, *OECD Journal: Financial Market Trends*. Ανακτήθηκε από <https://www.oecd.org/daf/fin/financial-markets/Tracing-the-origins-of-the-financial-crisis.pdf>

Rezaei, S., Fallah, R., Kazemi Karyani, A., Daroudi, R., Zandiyan, H., Hajizadeh, M. (2016). Determinants of healthcare expenditures in Iran: evidence from a time series analysis. *Med J Islam Repub Iran*, 30(313). Ανακτήθηκε από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4898847/>

Rezaei, S., Moradi K., & Kerami Matin B. (2015). Macro Determinants of Infant Mortality in ECO Countries: Evidence from Panel Data Analysis. *International Journal of Pediatrics*, 3 (1.2), 449-455. Ανακτήθηκε από [https://ijp.mums.ac.ir/article\\_3912.html](https://ijp.mums.ac.ir/article_3912.html)

Rotarou, E., & Sakellariou, D. (2017). Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece. *Critical Public Health*, 29(1), 48-60. doi:10.1080/09581596.2017.1394575



Samadi, A., & Homaie Rad, E. (2013). Determinants of Healthcare Expenditure in Economic Cooperation Organization (ECO) Countries: Evidence from Panel Cointegration Tests. *SSRN Electronic Journal*. doi:10.2139/ssrn.2286987

Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy*, 115(2-3), 111-119. doi:10.1016/j.healthpol.2014.02.002

Skefales, A., Plakas, S., Fouka, G., Goni, M., Vassiliadou, M., & Bergiannaki, J. (2014). Burnout and Its Association with Working Conditions among Greek Hospital Nurses in a Time of Financial Crisis. *Open Journal Of Nursing*, 04(07), 548-563. doi:10.4236/ojn.2014.47058

Stuckler, D., Reeves, A., Loopstra, R., Karanikolos, M., & McKee, M. (2017). Austerity and health: the impact in the UK and Europe. *European Journal Of Public Health*, 27(suppl\_4), 18-21. doi: 10.1093/eurpub/ckx167

Theocharis, Y. & Deth, J. (2013). *Causes and Consequences of the Greek Crisis*. Ανακτήθηκε από <https://ssrn.com/abstract=2283215>

Thomson, S., Cylus, J., & Evetovits, T. (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies*. Ανακτήθηκε από <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Toffolutti, V., & Suhrcke, M. (2014). Assessing the short term health impact of the Great Recession in the European Union: A cross-country panel analysis. *Preventive Medicine*, 64, 54-62. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.03.028

Vargas Bustamante, A., & Shimoga, S. (2017). Comparing the Income Elasticity of Health Spending in Middle-Income and High-Income Countries: The Role of Financial Protection. *International Journal Of Health Policy And Management*, 7(3), 255-263. doi:10.15171/ijhpm.2017.83

Verick, S., & Islam, I. (2010). *The Great Recession of 2008-2009: Causes, Consequences and Policy Responses*. Ανακτήθηκε από [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1631069](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1631069).

Wagstaff, A., Flores, G., Smitz, M., Hsu, J., Chepynoga, K., & Eozenou, P. (2018). Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 6(2), e180-e192. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30486-2

Zavras, D., Zavras, A., Kyriopoulos, I., & Kyriopoulos, J. (2016). Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC Health Services Research*, 16(1). doi: 10.1186/s12913-016-1557-5

Zettelmeyer, J., Trebesch, C., & Gulati, M. (2013). The Greek debt restructuring: an autopsy. *Economic Policy*, 28(75), 513-563. doi:10.1111/1468-0327.12014

Zhou, L., Ampon-Wireko, S., Wireko Brobbey, E., Dauda, L., Owusu-Marfo, J., & Kachie Tetgoum, A. (2020). The Role of Macroeconomic Indicators on Healthcare Cost. *Healthcare*, 8(2), 123. doi: 10.3390/healthcare8020123

Zilidis, C., & Hadjichristodoulou, C. (2020). Economic Crisis Impact and Social Determinants of Perinatal Outcomes and Infant Mortality in Greece. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 17(18), 6606. doi: 10.3390/ijerph17186606

### **Διαδικτυακοί ιστότοποι**

<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

<https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart>

[https://www.dianeosis.org/2016/04/pos\\_ftasame\\_sta\\_mnimonia/](https://www.dianeosis.org/2016/04/pos_ftasame_sta_mnimonia/)

[https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki\\_ygeia\\_ellinwn/](https://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki_ygeia_ellinwn/)

[https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies\\_esdd/13/4/404.pdf](https://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/13/4/404.pdf)

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/TIPSBP20/default/table>

[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/NAMA\\_10\\_PC\\_\\_custom\\_1529365/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/NAMA_10_PC__custom_1529365/default/table?lang=en)

[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_17\\_40/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_17_40/default/table?lang=en)

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00127/default/table?lang=en>

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00203/default/table?lang=en>

[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_01\\_10/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_01_10/default/table?lang=en)

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tessi120/default/table?lang=en>

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tespm040/default/table?lang=en>

[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg\\_03\\_60/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_03_60/default/table?lang=en)

[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO\\_MINFIND\\_\\_custom\\_1507766/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MINFIND__custom_1507766/default/table?lang=en)

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tipsau10/default/table?lang=en>

[https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH\\_SHA11\\_HF\\_\\_custom\\_1321989/default/table?lang=en](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/HLTH_SHA11_HF__custom_1321989/default/table?lang=en)

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tipsbp20/default/table?lang=en>

<https://healthmanagement.org/c/imaging/issuearticle/an-overview-of-the-healthcare-system-in-greece-1>

<https://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2013/cr13156.pdf>

<https://www.moh.gov.gr/articles/health/anaptyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-sythma-ygeias>

<https://www.onmed.gr/ygeia-politiki/story/332759/megalo-kyma-fygis-giatron-kai-nosilefton-sto-eksoteriko>

<https://www.protothema.gr/greece/article/605963/feugoun-apo-tin-ellada-kai-oi-nosileutes-gia-na-doulepsoun-sto-exoteriko/>

<https://www.qualityinhealth.gr/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou.html>

[https://www.sev.org.gr/Uploads/Documents/Brain\\_Drain\\_executive\\_summary.pdf](https://www.sev.org.gr/Uploads/Documents/Brain_Drain_executive_summary.pdf)

<https://www.statistics.gr/documents/20181/986839/06.+The+financing+of+health+providers+by+financing+agents+%28HF+x+HP%29+-SHA+2011+EN+%28+2009+-+2018+%29.xlsx/201230f6-956c-ec23-35e5-2f6a5aa2e013?t=1593428016447>

<https://stats.oecd.org/>

<https://www.tanea.gr/2016/08/28/greece/opoy-fygei-fygei-kai-oi-nosileytes/>

## **Νομοθετικό πλαίσιο**

N.1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 43/Α/1983)

N.2889/2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37/Α/2001)

N.3106/2003 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 30/Α/2003)

N.3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 81/Α/2005)

N.3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευμένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 25/Α/2007)

N.3845/2010 «Μέτρα για την εφαρμογή του μηχανισμού στήριξης της ελληνικής οικονομίας από τα κράτη-μέλη της Ζώνης του ευρώ και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο» (ΦΕΚ 65/Α/2010)

N.3892/2010 «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων» (ΦΕΚ 189/Α/2010)

N.3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 31/Α/2011)

N.3986/2011 «Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012–2015» (ΦΕΚ 152/Α/2011)

N.4024/2011 «Συνταξιοδοτικές ρυθμίσεις, ενιαίο μισθολόγιο – βαθμολόγιο, εργασιακή εφεδρεία και άλλες διατάξεις εφαρμογής του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012–2015» (ΦΕΚ 226/Α/2011)

Αριθμ. Υ4α/οικ. 85649 «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» (ΦΕΚ 1702/Β/2011)

N.4046/2012 «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» (ΦΕΚ 28/Α/2012)

N.4093/2012 «Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016 – Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016» (ΦΕΚ 222/Α/2012)

N.4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 38/Α/2014)

N.4336/2015 «Συνταξιοδοτικές διατάξεις – Κύρωση του Σχεδίου Σύμβασης Οικονομικής Ενίσχυσης από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας και ρυθμίσεις για την υλοποίηση της Συμφωνίας Χρηματοδότησης» (ΦΕΚ 94/Α/2015)

N.4368/2016 «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 21/Α/2016)

N.4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 115/Α/2017)