



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΜΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ – ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΝ
ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΑΡΤΑΣ»**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ :Φερεντίνου Ευθυμία

ΑΜ:177

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗ:

Κωνσταντίνος Καραμάνης

Άρτα, Ιούνιος, 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΠΜΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ – ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΝ
ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ
ΑΡΤΑΣ»**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ :Φερεντίνου Ευθυμία

ΑΜ:177

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗ :
Κωνσταντίνος Καραμάνης

Άρτα, Ιούνιος, 2019

**"THE EFFECTS OF THE ECONOMIC CRISIS ON THE HEALTH
SECTOR IN GREECE
A CASE OF THE GENERAL HOSPITAL ARTAS"**

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Πρέβεζα, 2019

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

Κωνσταντίνος Καραμάνης

Αναπληρωτής Καθηγητής

2. Μέλος επιτροπής

Νικόλαος Αρνής

Λέκτορας

3. Μέλος επιτροπής

Ναζάκης Χαρίλαος

Καθηγητής

© Φερεντίνου, Ευθυμία , 2019.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Allrightsreserved.

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.

Ευθυμία Φερεντίνου,

Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας της μεταπτυχιακές μου σπουδές στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, στη Σχολή Οικονομικών και Διοικητικών Επιστημών του Τμήματος Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής, θα ήθελα από καρδιάς να ευχαριστήσω όλους όσους με βοήθησαν στην ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ.Καραμάνη Κωνσταντίνο ως δείγμα αναγνώρισης της προσφοράς του και της πολύτιμης βοήθειάς του για την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας. Οι πολύτιμες γνώσεις του και η συνεχής αλλά και σωστή κριτική του συνέβαλαν τα μέγιστα για την παρουσίαση αυτού του αποτελέσματος.

Επίσης, ευχαριστώ ιδιαίτερω την οικογένειά μου, το σύζυγό μου Βασίλη Καρασεϊτανίδη και τα παιδιά μου Ελισάβετ και Οδυσσέα, για την αμέριστη συμπαράσταση καθ' όλη της διάρκεια της συγγραφής της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

Φερεντίνου Ευθυμία,

Ιούνιος 2019

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οικονομική κρίση αποτελεί μια δύσκολη περίοδο για το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μιας κοινωνίας που βάζει πρώτιστα τον τομέα της υγείας. Στην παρούσα εργασία περιγράφονται οι αιτίες και οι επιπτώσεις της ελληνικής οικονομικής κρίσης στο εθνικό σύστημα υγείας και γίνεται μια μελέτη περίπτωσης που αφορά το γενικό νοσοκομείο της Άρτας.

Η μελέτη, ανέδειξε πως η οικονομική κρίση αποδυναμώνει το σύστημα υγείας, καθώς μειώνονται οι δαπάνες για την υγεία, με αποτέλεσμα την καθυστέρηση της θεραπείας και συχνά τη μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, επηρεάζεται τόσο η ψυχική όσο και η σωματική υγεία των πολιτών, ενώ παρατηρούνται προβλήματα εθισμού, εξαρτήσεις, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής, καθώς επίσης και πλημμελή διαχείριση των νοσημάτων από τις υπηρεσίες υγείας.

Οι Έλληνες δεν είναι ικανοποιημένοι σε γενικές γραμμές από τις παροχές υγείας, αλλά στην περίπτωση του νοσοκομείου Άρτας, που συνιστά ένα μεσαίο νοσοκομείο, γίνεται προσπάθεια να αντλήσει χρηματοδοτήσεις ώστε με τον εκσυγχρονισμό που παρέχει η ψηφιοποίηση και η αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη διοίκηση να αποκτήσει τη δυνατότητα να μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού με παροχές υπηρεσιών στις οποίες μπορεί να έχει πρόσβαση ο πληθυσμός.

Λέξεις Κλειδιά: Οικονομική κρίση, ελληνικό υγειονομικό σύστημα, δαπάνες υγείας, Γενικό Νοσοκομείο Άρτας

ABSTRACT

The economic crisis is a difficult time for the socio-economic level of a society that primarily targets the health sector. This paper describes the causes and impacts of the Greek economic crisis on the national health system and makes a case study concerning the general hospital of Arta.

The study has highlighted how the economic crisis weakens the health system as health expenditure is reduced, resulting in delayed treatment and often inaccessibility to health services. Additionally, both the mental and physical health of citizens is affected, while addictive problems, addictions, adopting unhealthy lifestyles, and ill-managed disease management by health services.

Greeks are generally not satisfied with health benefits, but in the case of the Arta Hospital, which is a middle hospital, an effort is being made to raise funding so that with the modernization provided by digitization and the most efficient and effective administration, can meet the population's health needs with services that the population can access.

Keywords: Economic crisis, Greek health system, health costs, General Hospital of Arta

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	vii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	1
ABSTRACT	2
Εισαγωγή.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	6
Η οικονομική κρίση.....	6
1.1 Η οικονομική κρίση σε παγκόσμιο επίπεδο.....	6
1.2 Η Ελληνική οικονομική κρίση	9
1.3 Τα αίτια που οδήγησαν την Ελλάδα στην οικονομική κρίση	10
1.4 Μέτρα αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.....	12
1.5 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	17
Το σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.....	17
2.1 Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας.....	19
2.2 Βασικά στοιχεία του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.....	24
2.3 Δομή και οργάνωση του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα. 26	
2.4 Οι εξελίξεις και οι μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα μετά την υπογραφή των μνημονίων	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	32
Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας.....	32
i) Επιπτώσεις στις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα	33
ii) Αλλαγές στα ασφαλιστικά ταμεία	37
iii) Επιπτώσεις στο ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας.....	42
iv) Επιπτώσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας	45
v) Μεταβολές στους δείκτες υγείας και θνησιμότητας.....	47
vi) Οι επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία των πολιτών	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ - Γενικό Νοσοκομείο Άρτας.....	55
4.1 Στατιστικά στοιχεία για το Νοσοκομείο Άρτας κατά την περίοδο 2008-2018	67
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	82
Βιβλιογραφία.....	86
Ελληνική.....	86
Ξένα	89
Διαδίκτυο.....	97

Εισαγωγή

Οι Υπηρεσίες Υγείας, με τη μορφή των σύγχρονων συστημάτων υγείας, αποτελούν οργανωμένα σύνολα επιμέρους υπηρεσιών, με διαρκώς εξελισσόμενη μορφή, που συνεργάζονται προκειμένου να διασφαλιστεί η συνολική Υγεία του πληθυσμού. Στα πλαίσια αυτά, η επιστημονική ιατρική πράξη μετασχηματίζεται σε «Φροντίδα Υγείας» και ανάλογα με το επίπεδο στο οποίο ασκείται, ταξινομείται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η Πολιτική Υγείας αναφέρεται στο σύνολο των μέτρων και των δράσεων που αναλαμβάνει μία κυβέρνηση στο χώρο της Υγείας, με κριτήριο τις ανάγκες Υγείας του πληθυσμού, τους διαθέσιμους πόρους και μέσα, το πολιτικό πλαίσιο και την γενικότερη οικονομική κατάσταση. Είναι σαφές ότι ο βασικός στόχος των Πολιτικών Υγείας, στις αναπτυγμένες χώρες, είναι ο εκσυγχρονισμός των Συστημάτων Υγείας, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος και για την υψηλότερη δυνατή ποιότητα.

Ωστόσο, η ανθρώπινη ιστορία χαρακτηρίζεται από γεγονότα πολύ μεγάλης σημασίας, που σηματοδοτούν ένα σημείο καμπής μεταξύ μιας εποχής και της επόμενης, όταν το σύνολο των κανόνων και αξιών που περιγράφουν σε κάποιο σύστημα ανατρέπονται και ένα νέο σύστημα παίρνει τη θέση του. Η σημασία αυτών των γεγονότων είναι σπάνια εμφανής τη στιγμή που συμβαίνουν και καθίσταται σαφής μόνο εκ των υστέρων, όταν παρατηρούνται από κάποια χρονική απόσταση. Μέχρι τότε είναι συχνά πολύ αργά για να αλλαχθεί η πορεία αυτών των εκδηλώσεων και οι επιπτώσεις που φέρουν στην καθημερινή επαγγελματική ζωή των πολιτών που ζουν και δραστηριοποιούνται στις κοινωνίες που πλήττονται από αυτά.

Η παγκόσμια κρίση του χρηματοπιστωτικού συστήματος που ξεκίνησε το 2008 από τις ΗΠΑ και επηρέασε όλες σχεδόν τις χώρες, έγινε πολύ αισθητή στην Ελλάδα και τους πολίτες της, όταν η ελληνική κυβέρνηση αδυνατούσε να δανεισθεί με λογικά επιτόκια για να καλύψει τις οικονομικές της υποχρεώσεις. Για να αποφύγει την πτώχευση και τη στάση πληρωμών στο εσωτερικό και στο εξωτερικό, επιλέχθηκε μετά από διαπραγματεύσεις, η δανειοδότηση της χώρας μας από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, την Ευρωπαϊκή Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (γνωστή ως Τρόικα), με χαμηλό επιτόκιο, ώστε να καλυφθούν οι τρέχουσες και μελλοντικές ανάγκες, να αποφύγει η χώρα τη στάση πληρωμών και να μην οδηγηθεί σε επίσημη χρεοκοπία. Δύο μεγάλα δάνεια ένα 110 δις ευρώ το 2010 και ένα δεύτερο

130 δις το 2011 συμφωνήθηκαν να δοθούν στη χώρα μας σε δόσεις, με την υποχρέωση της ελληνικής κυβέρνησης να συμμορφώσουν τα οικονομικά του κράτους μέσω περιορισμού των δημοσίων δαπανών (λιτότητα) και μέσω μεταρρυθμίσεων που θα έβαζαν την χώρα σε τροχιά ανάπτυξης. Οι υποχρεώσεις αυτές έχουν καταγραφεί στα μνημόνια Ι και ΙΙ που ακολούθησαν τις συμφωνίες δανειοδότησης από την Τρόικα.

Αν και η Ελλάδα βρίσκεται στο τέλος της δανειακής σύμβασης, οι επιπτώσεις της λιτότητας είναι ακόμη παρούσες και η κρίση δεν έχει ξεπεραστεί. Τα χρόνια που ακολούθησαν τις μνημονιακές υποχρεώσεις-δεσμεύσεις δεν έφεραν την ανάπτυξη, η μείωση του Ακαθαρίστου Εγχωρίου Προϊόντος έχει φτάσει το 25% και η ανεργία εξακολουθεί να είναι στο 26% του ενεργού πληθυσμού (Νιάκας, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η οικονομική κρίση

1.1 Η οικονομική κρίση σε παγκόσμιο επίπεδο

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που ξέσπασε τον Σεπτέμβριο του 2008, έφερε σε ύφεση τις οικονομίες σε όλο τον κόσμο. Η αρχή έγινε με την πιστωτική έκρηξη που κορυφώθηκε στα μέσα του 2007, και ακολούθησε η κατάρρευση των ενυπόθηκων δανείων και των τιτλοποιημένων προϊόντων. Οι ανησυχίες σχετικά με την υγεία των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων μετατράπηκαν σε τραπεζικό πανικό μετά το ναυάγιο των Lehman Brothers και Washington Mutual και τις εξαγορές των κυβερνήσεων των Fannie Mae, Freddie Mac και AIG. Παρόλο που ο πανικός υποχώρησε μετά από διάφορες κυβερνητικές ενέργειες για την προώθηση της ρευστότητας και της φερεγγυότητας του χρηματοπιστωτικού τομέα, οι τιμές σε όλες τις κλάσεις περιουσιακών στοιχείων και βασικών προϊόντων μειώθηκαν δραστικά, το κόστος των εταιρικών και τραπεζικών δανείων αυξήθηκε σημαντικά και η αστάθεια έφτασε σε πρωτοφανή επίπεδα (Ivashina & Scharfstein, 2010).

Πρόκειται επομένως για μια χρηματοπιστωτική κρίση τόσο του αναπτυγμένου όσο και του αναπτυσσόμενου κόσμου, που γρήγορα έγινε μια γενική οικονομική κρίση, που σε πολλές χώρες δημιούργησε μια κοινωνική κρίση και με τη σειρά της μια πολιτική κρίση. Σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, η κρίση μεταφέρεται στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης. Η παγκόσμια κρίση άρχισε ως πιστωτική κρίση (α΄ φάση), μετεξελίχθηκε σε ύφεση της πραγματικής οικονομίας (β΄ φάση), πήρε τη μορφή της δημοσιονομικής κρίσης των κρατών (γ΄ φάση) και του συναλλαγματικού πολέμου, που υπάρχει κίνδυνος να εξελιχθεί σε ανοικτό εμπορικό πόλεμο (δ΄ φάση). Καθεμιά από τις φάσεις αυτές έχει τα δικά της ιδιαίτερα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και οδηγεί στη λήψη διαφορετικών μέτρων οικονομικής πολιτικής. Η πιστωτική κρίση (2007-2008) εκδηλώθηκε, λόγω αδυναμίας αποπληρωμής των στεγαστικών δανείων υψηλού κινδύνου που είχε παραχωρήσει το αμερικανικό χρηματοπιστωτικό σύστημα. Η οικονομική ύφεση (2008-2009) που ακολούθησε, είχε σαν αποτέλεσμα τη δραστική περιστολή των καταναλωτικών και επενδυτικών δαπανών, την

κατάρρευση του διεθνούς εμπορίου, τη δραματική συρρίκνωση της βιομηχανικής παραγωγής και του ΑΕΠ, την απογείωση της ανεργίας και της μερικής απασχόλησης. Κράτη όπως η Ιαπωνία, η Γερμανία, οι ΗΠΑ, η Ιρλανδία αλλά και η Ανατολική Ευρώπη, είχαν αρχίσει να πλήττονται με ρυθμούς Μεγάλης Ύφεσης. Η Ιαπωνία και η Γερμανία επλήγησαν επειδή η ανάπτυξή τους στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στις εξαγωγές και η ενεργός ζήτηση στις διεθνείς αγορές μειώθηκε δραματικά. Οι ΗΠΑ επλήγησαν λόγω της φούσκας των ακινήτων, του προβληματικού τραπεζικού συστήματος και των υπερχρεωμένων νοικοκυριών. Οι περιφερειακές χώρες, παρουσίαζαν και τα δυο μειονεκτήματα (υψηλό βαθμό εξωστρέφειας, προβληματικό τραπεζικό σύστημα), με αποτέλεσμα να πληγούν ακόμη περισσότερο. Το σοβαρότερο πρόβλημα που προκάλεσε η παγκόσμια οικονομική ύφεση είναι η εκτόξευση της ανεργίας και της υποαπασχόλησης σε τεράστια μεγέθη.

Οι αιτίες που οδήγησαν στην παγκόσμια κρίση οφείλονται στους εξής παράγοντες (Blanchard, 2008):

1. Στο παγκόσμιο οικονομικό σύστημα είχαν συσσωρευτεί σημαντικές μακροοικονομικές ανισοροπίες εξαιτίας της υπερπροσφοράς αποταμίευσης κυρίως από την Ασία και το Αμερικανικό έλλειμμα τρεχουσών συναλλαγών, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί υπερβολική ρευστότητα, τα επιτόκια χορηγήσεων να χαμηλώσουν, οι τιμές των τιμών των χρηματιστηριακών αξιών να αυξηθούν και επομένως να επηρεαστεί η αγορά ακινήτων (Krugman, 2009).
2. Η απελευθέρωση των αγορών που υλοποιήθηκε στη δεκαετία του 1990 και τα νέα χρηματοοικονομικά προϊόντα, εξασθένησαν την διαδικασία της διαχείρισης κινδύνων και αύξησαν το βαθμό μόχλευσης (Financial Stability Forum, 2008).
3. Το σύστημα εποπτείας είχε σοβαρές ατέλειες στα ζητήματα επικοινωνίας και ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των εποπτικών αρχών, τόσο σε διασυνοριακό επίπεδο όσο και μέσα σε κάθε χώρα και εστιάζεται στους “συστημικούς” κινδύνους, δηλαδή στους κινδύνους που απορρέουν από τις διασυνδέσεις και αλληλεξαρτήσεις των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, των αγορών και της μακροοικονομικής συγκυρίας.
4. Τα κίνητρα των μετόχων και των διευθυντών (υψηλές βραχυπρόθεσμες ανταμοιβές) και ο επιμερισμός των κινδύνων σε όλο το τραπεζικό σύστημα,

τους εμπόδισαν να εκτιμήσουν ρεαλιστικά το είδος και το μέγεθος των κινδύνων που αναλάμβαναν (Rajan, 2005).

5. Οι εταιρίες αξιολόγησης της πιστοληπτικής ικανότητας, βαθμολογούσαν τα νέα και πολυσύνθετα παράγωγα προϊόντα εξομοιώνοντάς τα με τα κρατικά ομόλογα υψηλής διαβάθμισης, με συνέπεια οι επενδυτές να υποεκτιμούν τον κίνδυνο. Έτσι, η απώλεια ρευστότητας επήλθε, επειδή το σύστημα ήταν εξαιρετικά εύθραυστο, αφήνοντάς το ευάλωτο ακόμη και σε μικρές διαταραχές. Το πρόβλημα έγινε διεθνές επειδή οι ευρωπαϊκές τράπεζες δραστηριοποιούνταν σε αυτές τις αγορές των ΗΠΑ, αλλά το γεγονός που κατέστησε την κρίση τόσο καταστροφική για την παγκόσμια οικονομία, ήταν πως το χρηματοπιστωτικό σύστημα δεν είχε κεφαλαιοποιηθεί επαρκώς από την αρχή (Cecchetti & Schoenholt, 2017).

Η αντίδραση των υπόλοιπων χωρών ήταν άμεση σε ότι αφορά στη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της κρίσης. Τα μέτρα αυτά, αν και διέφεραν από κράτος σε κράτος, είχαν σαν στόχο, τη βελτίωση της ρευστότητας, την κινητοποίηση των επενδύσεων με σκοπό την αναθέρμανση της οικονομίας και τη συγκράτηση της απασχόλησης.

Πιο συγκεκριμένα, η πολιτική των κρατών για την αντιμετώπιση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης είχε, ως πρωταρχικό στόχο την αποτροπή της κατάρρευσης του διεθνούς χρηματοπιστωτικού συστήματος, που μοιραία θα οδηγούσε σε βαθιά και παρατεταμένη ύφεση την παγκόσμια οικονομία. Οι ίδιοι οι εμπνευστές της παρεμβατικής αυτής πολιτικής από την αρχή τόνισαν ότι τα μέτρα που αναγκαστικά πήραν, δεν είχαν μόνιμο χαρακτήρα. Αποτελούσαν μια προσωρινή διαφοροποίηση από τα καθιερωμένα, για να αποτραπεί το ενδεχόμενο συστημικής κατάρρευσης (OECD, 2008; Piketty & Saez, 2006). Οι περισσότερες κυβερνήσεις μόλις διαπίστωσαν πως οι τράπεζες επανήλθαν στην κερδοφορία, απέσυραν τα δημοσιονομικά και νομισματικά μέτρα στήριξης και έβαλαν στόχο τη μείωση των δημοσίων ελλειμμάτων και χρεών αφήνοντας σε δεύτερη μοίρα τη μείωση της ανεργίας και την ανάκαμψη του ιδιωτικού τομέα.

1.2 Η Ελληνική οικονομική κρίση

Την περίοδο που ξέσπασε η κρίση στις ΗΠΑ, δεν έγινε αμέσως κατανοητή η σοβαρότητα και ο κίνδυνος να μετατραπεί σε παγκόσμιο φαινόμενο και να δημιουργηθούν σημαντικά ελλείμματα αλλά και χρέη που θα φέρουν τη χώρα μας στα όρια της χρεοκοπίας. Τα προηγούμενα χρόνια και με στόχο τους Ολυμπιακούς Αγώνες, η Ελλάδα χρεωνόταν για την ανάπτυξη δημόσιων έργων αλλά και την κάλυψη των απαραίτητων υποδομών. Έτσι, υπήρχαν ήδη ανισορροπίες, με υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης μέχρι το 2007, με την ιδέα πως η ελληνική οικονομία ήταν ανταγωνιστική και αξιόπιστη στο πλαίσιο της ευρωζώνης αλλά με δημόσιο χρέος υπέρογκο που συνέχιζε να αυξάνει. Ειδικότερα, η ελληνική οικονομία παρουσίαζε δομικά μειονεκτήματα. Η επιχειρηματική δραστηριότητα χαρακτηριζόταν από εσωστρέφεια και το ποσοστό των εξαγωγών ήταν χαμηλό. Ο δημόσιος τομέας ήταν τεράστιος συγκριτικά με το μέγεθος της Ελλάδας και αναποτελεσματικός. Οι συντάξεις παρέχονταν στους παλαιότερους εργαζόμενους από την εργασία των τωρινών (διανεμητικό σύστημα), χωρίς να έχουν εργαστεί και αποδώσει, απαραίτητα, εισφορές τα ίδια χρόνια με τους υπόλοιπους ευρωπαίους. Το εκπαιδευτικό σύστημα χαρακτηριζόταν από πολλές αδυναμίες αφού δεν συνείσφερε στη διαμόρφωση χαρακτήρων, δεν πρότεινε την κριτική σκέψη, δεν προήγαγε την αριστεία, δεν ήταν συνδεδεμένο με την αγορά εργασίας και υστερούσε σε έρευνα κι ανάπτυξη. Οι παραπάνω παράγοντες, δεν λειτουργούσαν βοηθητικά στο να μπορέσει η χώρα να ανταπεξέλθει την οικονομική κρίση με αποτέλεσμα να οδηγηθεί στα μνημόνια και τα συνεχή μέτρα λιτότητας. Παράλληλα, αναδείχθηκε το πρόβλημα της Ευρώπης που αν και αποτελείται από ένα σύνολο κρατών που έχουν κοινό νόμισμα, αμφισβητείται το κατά πόσο συνιστά νομισματική ένωση (FinancialStabilityForum, 2008).

Έτσι, το 2008 η οικονομία της Ελλάδας παρουσίασε ύφεση η οποία επιταχύνθηκε μετά το 2009, λόγω των δημοσιονομικών προβλημάτων των μεγάλων διαφορών που υπήρχαν στο ισοζύγιο πληρωμών, το χρέος, τα τεράστια κρατικά ελλείμματα και τη μειωμένη ανταγωνιστικότητά της. Το ελληνικό δημόσιο ήταν πλέον υπερχρεωμένο και αντιμετώπιζε τον κίνδυνο της χρεοκοπίας (Βαρουφάκης κ.α., 2011).

Η ανάγκη για δημοσιονομική εξυγίανση οδήγησε στην προσχώρηση της Ελλάδας σε έναν τριμερή μηχανισμό οικονομικής ενίσχυσης, που αποτελείται από

την ΕΕ, το ΔΝΤ και την ΕΚΤ, με κύριο στόχο τη δημοσιονομική προσαρμογή, την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας και τον περιορισμό του κόστους παραγωγής και των τιμών. Για να διασφαλιστεί η χρηματοπιστωτική σταθερότητα, το Πρόγραμμα όριζε την ίδρυση ενός Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας, στις αρχές του έτους 2011 και την ενίσχυσή του με επιπλέον 10 δισ. ευρώ. Αυτά τα χρήματα θα χορηγούνταν σε χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα κεφαλαιακής επάρκειας. Επομένως, η ανάκαμψη της οικονομίας εξαρτήθηκε από την πραγματοποίηση διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων όπως την απελευθέρωση των κλειστών επαγγελμάτων και του λιανικού εμπορίου και της ενίσχυσης του τουριστικού κλάδου. Οι αναγκαίες μεταρρυθμίσεις ήταν δύσκολο να πραγματοποιηθούν για λόγους συμφερόντων μεταξύ της εκάστοτε κυβέρνησης και συγκεκριμένων ομάδων και η δημοσιονομική προσαρμογή παρουσίαζε ελλειμματικά έσοδα και υπέρογκες δαπάνες.

Η αυστηρή εισοδηματική πολιτική και οι δραστικές περικοπές στις δημόσιες δαπάνες που εφαρμόστηκαν συρρίκνωσαν το ΑΕΠ με αποτέλεσμα η ανάπτυξη να παραμένει χαμηλή και το 2015 υπογράφηκε ένα νέο πρόγραμμα με τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας, με στόχο, παραμένοντας στην Ευρώπη, να επιτευχθεί η πολιτική σταθερότητα και η ανάκαμψη της οικονομίας.

Βασικό αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης και της δημοσιονομικής πολιτικής που ακολουθήθηκε, ήταν η αύξηση της ανεργίας, που οδήγησε μεγάλο πληθυσμό πολιτών σε κίνδυνο φτώχειας και/ή σε κοινωνικό αποκλεισμό.

1.3 Τα αίτια που οδήγησαν την Ελλάδα στην οικονομική κρίση

Η οικονομική κρίση της χώρας μας είναι αποτέλεσμα της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης του 2008-2009, αλλά και συνέπεια του μοντέλου οργάνωσης της ελληνικής οικονομίας που περιλαμβάνει έναν ανορθόδοξα δομημένο πρωτογενή τομέα, ανεκμετάλλευτες τουριστικές δυνατότητες και κυρίως ζένα συγκεντρωτικό και γραφειοκρατικό κράτος, πανάκριβο στη λειτουργία του και αναποτελεσματικό, που οδήγησαν σε μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα, σε μείωση της εθνικής αποταμίευσης, υψηλά ποσοστά ανεργίας και σε χαμηλό ποσοστό ξένων επενδύσεων. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με το ασφαλιστικό και τη μισθοδοσία του ευρύτερου

δημόσιου τομέα καθώς και την ολοένα και περισσότερο μειωμένη αποταμίευση του ιδιωτικού τομέα έχουν οδηγήσει σε εκτίναξη του δημόσιου χρέους της χώρας (Chioniset al., 2014; Katsimi&Moutos, 2010).

Ωστόσο δεν θα πρέπει να υποτιμηθεί το γεγονός πως η Ελλάδα είναι κράτος μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης που μαζί με άλλες υπερχρεωμένες χώρες (Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία, Ιρλανδία και Βέλγιο) δε μπορούν να υποτιμήσουν το νόμισμά τους ώστε να ανταπεξέλθουν στα χρέη (Varoufakis, 2011a). Έχει ήδη αναφερθεί πως η κρίση στην Ευρώπη επεκτάθηκε λόγω της δομής της ευρωζώνης αλλά και του μηχανισμού του ευρωπαϊκού ταμείου χρηματοπιστωτικής σταθερότητας που ίδρυσε η Ευρώπη για να ξεπεράσει την κρίση.

Μέχρι το 2008, η Ελλάδα ήταν το ίδιο ανταγωνιστική και αξιόπιστη με τα υπόλοιπα κράτη μέλη. Ωστόσο οι εισαγωγές που έκανε ήταν περισσότερες από τις εξαγωγές, η είσοδος νέων κρατών μελών στην ευρωζώνη την ανάγκασαν να πληρώνει μεγαλύτερους τόκους για το εξωτερικό χρέος της, ενώ παράλληλα είχε μεγάλες ανάγκες δανεισμού λόγω των Ολυμπιακών αγώνων του 2004. Το υπέρογκο δημόσιο χρέος που είχε, εκτιμήθηκε το 2009 οπότε και αξιολογήθηκε σαν τη χώρα με τη μικρότερη πιθανότητα ελέγχου του χρέους της. Την ίδια εποχή, με τις τράπεζες να καταρρέουν, η Ευρώπη έκανε το λάθος να δώσουν την ευθύνη για τη διάσωσή τους, στις κυβερνήσεις των χωρών που όμως δεν είχαν τη δύναμη να σώσουν τις τράπεζες με τρόπο που να διασφαλίζει την υγιή ανάπτυξη των κρατών (Varoufakis et al., 2011). Υπό το πρίσμα αυτό, κυριότερο λόγο από τα όποια δημοσιονομικά προβλήματα είχαν τα υπερχρεωμένα κράτη (που βρίσκονται στην περιφέρεια της Ευρώπης), αποτελεί η διάρθρωση της νομισματικής ένωσης που τα οδηγεί σε έξοδο από τις διεθνείς αγορές και αδυναμία αποπληρωμής του χρέους τους.

Οι χώρες που βρίσκονται στην περιφέρεια της Ευρώπης ήταν πάντα λόγω μικρότερου πληθυσμού και μεγέθους εσωτερικής αγοράς λιγότερο ανταγωνιστικές και παραγωγικές από τις χώρες του ευρωπαϊκού κέντρου. Η ορεινή μορφολογία του εδάφους, η απουσία εγχώριας βιομηχανίας και η έλλειψη σημαντικών αγορών στις γειτονικές τους χώρες έχουν χωρίσει την Ευρώπη στο φτωχό νότο και τον πλούσιο Βορρά. Η είσοδος αυτών των χωρών, μαζί με την Ελλάδα, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, έθεσε τις επιχειρήσεις τους στο σκληρό ανταγωνισμό με τις αναπτυγμένες χώρες του πλούσιου Βορρά και μείωσε ακόμα περισσότερο τη βιομηχανία τους. Η Ελλάδα, αρχικά άντεξε την υποκατάσταση της εγχώριας παραγωγής από εισαγωγές χάρη σε συνεχείς υποτιμήσεις του νομίσματός της που αν και αύξησε την ανεργία, διατήρησε

το ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών σε χαμηλά και ασφαλή επίπεδα. Το τελευταίο, χάθηκε με τη χρήση κοινού νομίσματος, οπότε και η Ελλάδα (μαζί με την Ισπανία και την Πορτογαλία) άρχισε να δανείζεται φθηνά (Βαρουφάκης, κ.α., 2011). Στην Ελλάδα έγινε ανατίμηση του νομίσματος που είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση της ανταγωνιστικότητάς της και σε μεγάλη μείωση των επιτοκίων που οδήγησε σε αύξηση του πληθωρισμού. Η ανάπτυξη της οικονομίας της επιχειρήθηκε με δημόσιο δανεισμό και με εισαγωγές.

1.4 Μέτρα αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Αφού έγινε αντιληπτό πως η οικονομική κρίση της Ελλάδας σαν μέλος της Ευρωζώνης σχετίζονται με τις εξωτερικές, και όχι τις δημοσιονομικές, ανισοροπίες, η αποκλειστική εστίαση στη μείωση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων είναι λανθασμένη και η Ελλάδα θα πρέπει να βοηθηθεί να μειώσει το εξωτερικό έλλειμμα μέσω της ανάκτησης της ανταγωνιστικότητας. Με δεδομένο πως τα αίτια της κρίσης του ευρώ ήταν πολύ ευρύτερα από την Ελλάδα και η απουσία της Ελλάδας από την Ευρωζώνη δεν θα απέτρεπε την κρίση, θα έπρεπε για να ξεπεραστεί η κρίση, η Ελλάδα να ισοσκελίσει το εξωτερικό της ισοζύγιο, που προϋποθέτει αύξηση της ανταγωνιστικότητας. Η δημοσιονομική πειθαρχία, παρότι απαραίτητη, δε συμβάλλει άμεσα σε αυτό το σκοπό και σε κάποιες περιπτώσεις μάλιστα μπορεί ακόμα και να τον δυσχεραίνει. Μέχρι σήμερα, ωστόσο, οι φορείς χάραξης ευρωπαϊκής πολιτικής έχουν επικεντρωθεί σχεδόν αποκλειστικά στη μείωση του δημοσιονομικού ελλείμματος, γεγονός που για να τερματιστεί η κρίση στην Ευρωζώνη και την Ελλάδα, αυτό πρέπει να αλλάξει.

Πιο συγκεκριμένα, τα μέτρα που προώθησε η Τράπεζα της Ελλάδος αποσκοπούσαν στη νομισματική σταθερότητα και τη στήριξη της ρευστότητας του εγχώριου τραπεζικού συστήματος, εξομαλύνοντας την κρίσιμη κατάσταση και διασφαλίζοντας την ανεξαρτησία και το κύρος της. Το 2015 και μετά την αυξημένη αβεβαιότητα και την απομάκρυνση των καταθέσεων από τις τράπεζες, ολοκληρώθηκε με επιτυχία η ανακεφαλαιοποίηση των Ελληνικών τραπεζών με αυξημένη ιδιωτική συμμετοχή. Οι τέσσερις σημαντικές τράπεζες κάλυψαν τα απαιτούμενα κεφάλαια, τα οποία προέκυψαν από την άσκηση προσομοίωσης ακραίων καταστάσεων που διενήργησε η ΕΚΤ (Στουρνάρας, 2015).

Σύμφωνα με τον Δοξιάδη, (2013) για να αντιμετωπισθεί η κρίση χρειάζονται τα ακόλουθα μέτρα:

1. Ευέλικτες αγορές εργασίας, ώστε το εργατικό δυναμικό να μπορέσει να ανακατανεμηθεί σε τομείς έντασης εξαγωγών, να βελτιωθεί η ανταγωνιστικότητα και να μειωθούν οι μισθοί. Επειδή το κοινωνικό κόστος της επακόλουθης αναδιάρθρωσης, μεγεθύνεται με την ταυτόχρονη μείωση των κοινωνικών δαπανών, η οποία πραγματοποιείται στο όνομα της δημοσιονομικής προσαρμογής, θα πρέπει οι μεταρρυθμίσεις απελευθέρωσης της αγοράς εργασίας να συνδυάζονται με την αυξημένη στήριξη όσων επηρεάζονται από αυτές, ακόμη και αν η εν λόγω στήριξη έχει δημοσιονομικό κόστος.
2. Ανταγωνιστικές αγορές προϊόντων, ώστε η μείωση της ζήτησης να αντικατοπτρίζεται σε χαμηλότερες τιμές το οποίο βοηθά την ανάκτηση της ανταγωνιστικότητας και τη μείωση του κοινωνικού κόστους των μειώσεων μισθών. Οι αγορές προϊόντων στην Ελλάδα τείνουν να είναι ολιγοπωλιακές, με αποτέλεσμα οι τιμές να έχουν μειωθεί ελάχιστα, παρά την οικονομική κρίση.
3. Χρηματοδότηση της επιχειρηματικής δραστηριότητας για τη διαδικασία ανακατανομής των παραγωγικών δυνατοτήτων της χώρας προς τον τομέα των εμπορεύσιμων αγαθών.

Για να επέλθει η ανάπτυξη προτάθηκε, επίσης, ως απαραίτητο ένα ανταγωνιστικό φορολογικό σύστημα, με δραστικά μέτρα άμεσου δημοσιονομικού κι αναπτυξιακού αποτελέσματος όπως (Γραμματίδης, 2016):

Θέσπιση Οριζόντιου Φορολογικού Συντελεστή για όλα τα φορολογητέα εισοδήματα ανεξαρτήτως πηγής και για τα επιχειρηματικά κέρδη στο 20% για τα δύο πρώτα έτη εφαρμογής (φορολογικά έτη 2016 και 2017) και στο 12,5% για κάθε επόμενο φορολογικό έτος,

Εφαρμογή του νέου Φορολογικού Συντελεστή, μειωμένου κατά 50% για πέντε χρόνια, σε περιπτώσεις επαναπατριζόμενων επιχειρήσεων που μετέφεραν τη δραστηριότητά τους στο εξωτερικό, εφόσον ο επαναπατρισμός τους συνοδεύεται με δημιουργία ικανού αριθμού θέσεων πλήρους απασχόλησης και,

Θέσπιση Οριζόντιου Φορολογικού Συντελεστή για τα επιχειρηματικά κέρδη στο 0% για τα πέντε πρώτα έτη λειτουργίας νεοφυών επιχειρήσεων στον χώρο της υψηλής

τεχνολογίας ή της καινοτομίας και στο 12,5% για κάθε επόμενο φορολογικό έτος. Ανάλογα μέτρα χρειάζεται να ληφθούν και στον αγροτικό τομέα.

Άλλη πρόταση είναι η κατάργηση του ΕΝΦΙΑ και η εισαγωγή Μοναδικού Φόρου Ακινήτων (ΜΟΦΑΚ), ο οποίος θα ενσωματώνει το σύνολο των σήμερα υφισταμένων επιβαρύνσεων επί των ακινήτων που δεν θα υπερβαίνει το 1% της υποκείμενης σε φορολογία αξίας των ακινήτων ετησίως, σύμφωνα με τις διεθνείς βέλτιστες πρακτικές και θα εισπράττεται από τους Δήμους. Είναι επίσης αναγκαία η θέσπιση αφορολογήτου για ακίνητα που βαρύνονται με εμπράγματα ασφάλειες υπέρ Πιστωτικών Ιδρυμάτων και η αναθεώρηση της λογικής του Τειρεσία.

Οι θεμελιώδεις παρεμβάσεις στο θεσμικό και διοικητικό πλαίσιο πρέπει να περιλαμβάνουν επίσης την απλοποίηση της Φορολογικής Νομοθεσίας, ώστε μέσα από την απλότητα, τη διαφάνεια, τη λογική και τη δικαιοσύνη να χρησιμεύσει τόσο σαν εργαλείο ανάπτυξης όσο και σαν μέσο αλλαγής της φορολογικής μας συνείδησης και συμπεριφοράς.

Στην ίδια ανάλυση, τονίζεται πως η οργάνωση της ελληνικής οικονομίας θα πρέπει να πραγματοποιήσει αυτές τις μεταρρυθμίσεις που θα επιτρέπουν στο κράτος να είναι επιτελικό, ευέλικτο και φιλικό στον πολίτη και στην επιχειρηματικότητα, στο ασφαλιστικό σύστημα, του οποίου η συνολική λειτουργία θα πρέπει να εγγυάται από το κράτος, στη λειτουργία της πραγματικής οικονομίας, που οι δυνάμεις της θα πρέπει να απελευθερωθούν, στη δικαιοσύνη, ώστε να αποδίδεται έγκαιρα κι αποτελεσματικά, στη λειτουργία του χρηματοπιστωτικού συστήματος, στην παιδεία σε όλες τις βαθμίδες, στις εργασιακές σχέσεις, στη περιβαλλοντική διαχείριση, στη διαχείριση του τουρισμού, στην ανάδειξη των πολιτιστικών δυνατοτήτων της χώρας, στη ναυτιλία και στον πρωτογενή τομέα, που θα έπρεπε να αποτελεί μαζί με τον πολιτισμό και τον τουρισμό τους βασικούς άξονες ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας και, τέλος, στη λειτουργία των θεσμών. Οι απαιτούμενες μεταρρυθμίσεις είναι απαραίτητο να σχεδιασθούν με ορθολογισμό, καινοτόμες προσεγγίσεις, τόλμη, σεβασμό σε κεκτημένα δικαιώματα, προσήλωση στον κανόνα μέτρησης κόστους/ωφέλειας, αποτελεσματική και με συνεχή επικοινωνιακή διαχείριση να απαλλάσσουν το πολιτικό προσωπικό από το άγχος του πολιτικού κόστους.

Γίνεται φανερό πως χρειάζεται ένα μακροπρόθεσμο στρατηγικό σχέδιο αναφοράς, διαμορφωμένο μέσα από κοινωνική διαβούλευση που να οδηγεί στην υλοποίηση ενός τελικού στόχου, του οράματος που έχει επιλέξει μια κοινωνία για το μέλλον της οικονομίας της. Για να μπορέσουν τα οικονομικά μοντέλα να

λειτουργήσουν αποτελεσματικά, πρέπει να βασίζονται σε θεμελιώδεις αξίες: στη δημοκρατία, στη δικαιοσύνη, στην εντιμότητα, στη διαφάνεια, στην αλληλεγγύη, στην ασφάλεια, στην αξιοκρατία, στην αριστεία, στον σεβασμό στη διαφορετικότητα, στη φερεγγυότητα και στη λογοδοσία που για να συντηρηθούν, απαιτούν μια κοινωνία που στηρίζεται στη λειτουργία θεσμών και στην τήρηση γενικά αποδεκτών διαδικασιών δεσμευτικών για όλους τους πολίτες.

1.5 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Με την επιτάχυνση των μεταρρυθμίσεων, που αποβλέπουν στη δημιουργία ενός ελκυστικότερου επενδυτικού και επιχειρηματικού περιβάλλοντος, όπως η απελευθέρωση συγκεκριμένων αγορών, η ταχύτερη αδειοδοτική διαδικασία, ο νέος αναπτυξιακός νόμος, η ευελιξία στην αγορά εργασίας, καθώς επίσης η μείωση των τιμών των παραγωγικών συντελεστών λόγω της κρίσης, αναμένεται ουσιαστική βελτίωση των τάσεων εξέλιξης των οικονομικών μεγεθών.

Ωστόσο, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα έπληξαν κυρίως τον τομέα της εργασίας και ιδιαίτερα των νέων. Από το 2009 η ανεργία στη χώρα αυξάνεται ως αποτέλεσμα της διεθνούς κρίσης και συνέχισε μέχρι το 2015 όταν και άρχισε να μειώνεται. Ιδιαίτερα η ανεργία των νέων, που ξεπερνά το 50%, αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα προβλήματα που επέφερε η οικονομική κρίση στη χώρα.

Ο τομέας των επενδύσεων, εμφάνισε τάσεις σταθεροποίησης μετά από μια σειρά σημαντικών μειώσεων κατά τα τελευταία έτη, που οφείλονται στη δραστική περικοπή των δημοσίων δαπανών και την περιοριστική οικονομική πολιτική που ασκήθηκε λόγω της οικονομικής κρίσης. Η οικονομική ύφεση, έπληξε και το διεθνές εμπόριο, με τις εξαγωγές ελληνικών αγαθών να μειώνονται μέχρι το 2014 και τις εισαγωγές να αυξάνουν, ενώ μετά το 2014 το εξαγωγικό εμπόριο εμφανίζει μικρά ποσοστά αύξησης (COM, 2012).

Οι επιπτώσεις της κρίσης έχουν και κοινωνική διάσταση. Η μείωση των μισθών και επομένως, του διαθέσιμου εισοδήματος οδηγεί στη φτωχοποίηση και επιφέρει κοινωνική κατάρρευση. Ως σημαντικότερες κοινωνικές επιπτώσεις προσδιορίζονται οι ακόλουθες (Μουρίκη κ.α., 2012):

- i. Ανεργία
- ii. Μετανάστευση

iii. Εγκληματικότητα

iv. Αυτοκτονίες

v. Θνησιμότητα

Στον τομέα της υγείας, η κρίση εκδηλώνεται κυρίως μέσα από μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες για τη χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας και μειώσεις του εισοδήματος του νοικοκυριού (Stuckleretal., 2009). Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η κρίση και η λιτότητα να πλήξει ιδιαίτερα τις ευάλωτες ομάδες, ενώ στους ήδη εργαζόμενους να επηρεάσει την καθημερινότητά τους προκαλώντας επαγγελματική εξουθένωση. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., σημειώνεται ότι η ανεργία και η οικονομική αστάθεια, συμβάλλουν τόσο στην επιβάρυνση της ψυχικής υγείας, όσο και στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής του ανθρώπου.

Λόγω της ανεργίας, της εργασιακής ανασφάλειας, της απώλειας θέσεων εργασίας και της οικονομικής αστάθειας, επηρεάζεται έντονα η ποιότητα ζωής του πληθυσμού (Vandorosetal, 2013). Αν και θα χρειαστούν αρκετά χρόνια για την πλήρη αξιολόγηση των συνεπειών της κρίσης στην υγεία των πολιτών, οι βασικοί δείκτες έχουν επιδεινωθεί ήδη σημαντικά. Σε σχέση με την υγεία του πληθυσμού, τα πρώτα αποτελέσματα της κρίσης έχουν σημειωθεί στην αυτό-αναφερθείσα υγεία, την ψυχική υγεία και τις μολυσματικές ασθένειες. Σχετικές μελέτες αναφέρουν πως αυξάνονται οι πολίτες που θεωρούν την υγεία τους ως κακή, και που συνδέονται με την εξέλιξη της οικονομικής κρίσης (Zavrasetal., 2012, Vandorosetal., 2013). Επιπλέον, παρατηρείται μια σημαντική αύξηση σε ανθρώπους που αναφέρουν ανικανοποίητες ιατρικές και οδοντιατρικές ανάγκες (Kentikelenisetal., 2011). Επιπλέον, η κατάθλιψη έχει άμεση σχέση με την οικονομική ανέχεια, ενώ, η απότομη πτώση του βιοτικού επιπέδου ενός εργαζομένου μπορεί να τον οδηγήσει στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών και κυρίως της κατάθλιψης (Stuckleretal., 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Το σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Βασικός μοχλός ανάπτυξης για μια χώρα, θεωρείται σε παγκόσμιο επίπεδο, η επένδυση στην υγεία. Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο στόχο της στρατηγικής «Ευρώπη 2020» για μια έξυπνη και χωρίς αποκλεισμούς ανάπτυξη, αποτελεί η προώθηση της καλής υγείας ώστε να βελτιωθεί η παραγωγικότητα και ανταγωνιστικότητα της Ευρωπαϊκής οικονομίας. Σκοπός κάθε Συστήματος Υγείας είναι η προστασία της υγείας και η πρόληψη και θεραπεία των ασθενειών διασφαλίζοντας την ισότιμη πρόσβαση και παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου σε όλους τους πολίτες (Μανιού& Ιακωβίδου, 2009).

Η προσφορά υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από: α) την επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, β) την ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, γ) το επιδημιολογικό πρότυπο και δ) την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη (Υφαντόπουλος, 1986). Στην Ελλάδα υπάρχουν τρία επίπεδα υπηρεσιών υγείας: α) η Πρωτοβάθμια, β) η Δευτεροβάθμια και γ) η Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.

Η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που έχουν προληπτικό, διαγνωστικό και θεραπευτικό χαρακτήρα ενώ παράλληλα, δεν χρειάζεται διανυκτέρευση του ασθενή στη νοσηλευτική μονάδα (Κυριόπουλος, 1995). Σε αυτήν ανήκει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (προληπτικές υπηρεσίες υγείας) και η πρωτοβάθμια περίθαλψη (διάγνωση και θεραπεία) που υπερτερούν σε όρους οικονομίας και απόδοσης σε σύγκριση με τη διαχείριση της ασθένειας. Το σύστημα αυτό, έχει ως αρμοδιότητες τα εξής:

1. Καταπολέμηση και εξάλειψη, στο βαθμό του δυνατού, των αιτιών που οδηγούν σε ασθένεια (πρωτογενής πρόληψη) καθώς και την έγκαιρη διάγνωσή της (δευτερογενής πρόληψη).
2. Προληπτική ιατρική και υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού.
3. Ιατρική και επιδημιολογική έρευνα με στόχο τη βελτίωση της υγιεινής και την αποφυγή επαγγελματικών ασθενειών και ατυχημάτων.
4. Παροχή υπηρεσιών προσχολικής και σχολικής υγιεινής.
5. Ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού για μεταδοτικές ασθένειες.
6. Τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος.

7. Την αγωγή Υγείας.
8. Την παροχή κοινωνικής φροντίδας για την αντιμετώπιση ψυχολογικών προβλημάτων ευάλωτων ομάδων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και προστασία ευπαθών ομάδων (υπερήλικες, άτομα με χρόνιες παθήσεις, χρήστες ουσιών, άτομα με ειδικές ανάγκες).
9. Προληπτική οδοντιατρική και αγωγή στοματικής υγείας ώστε να αποφευχθούν οι πολυδάπανες για τα ασφαλιστικά ταμεία θεραπείες (Κυριόπουλος, 1995).

Η Δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει τις διαγνωστικές και θεραπευτικές ιατρικές τεχνικές για τις οποίες ο ασθενής νοσηλεύεται, αλλά δεν διανυκτερεύει υποχρεωτικά στο νοσοκομείο. Τέτοιες υπηρεσίες παρέχονται: α) σε κρατικά νοσοκομεία του ΕΣΥ από γιατρούς του ΕΣΥ, β) σε πανεπιστημιακά νοσοκομεία από γιατρούς του ΕΣΥ αλλά και πανεπιστημιακούς (υποχρεωτικά ο πρόεδρος του νοσοκομείου, ο διευθυντής της ιατρικής υπηρεσίας, ο πρόεδρος του επιστημονικού συμβουλίου και οι διευθυντές των εργαστηρίων και των κλινικών πρέπει να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της ιατρικής σχολής, γ) σε στρατιωτικά νοσοκομεία που ανήκουν στο υπουργείο εθνικής άμυνας από γιατρούς που μπορεί να είναι μόνιμοι και στρατεύσιμοι ή πολίτες με ειδικές συμβάσεις, δ) σε νοσοκομεία ειδικού καθεστώτος που δεν ανήκουν στο ΕΣΥ και δεν είναι ιδιωτικά από γιατρούς με ειδικές συμβάσεις ανάλογα με τον κανονισμό του νοσοκομείου και ε) σε ιδιωτικά θεραπευτήρια.

Η Τριτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που έχουν διαγνωστικό, θεραπευτικό, ερευνητικό και εκπαιδευτικό χαρακτήρα και επιδιώκουν:

1. Τη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών.
2. Την προώθηση και ενίσχυση της ιατρικής έρευνας.
3. Τη μόνιμη και δια βίου εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.
4. Τον ποιοτικό έλεγχο των υπηρεσιών πρωτοβάθμιου και δευτεροβάθμιου συστήματος υγείας.

Στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετές μονάδες τριτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας με σύγχρονο και υψηλού επιπέδου υλικοτεχνικό εξοπλισμό και άρτια εκπαιδευμένο ιατρικό προσωπικό με ποικίλα αντικείμενα (ινστιτούτα, εργαστήρια, κλινικές) που είτε λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς είτε δε χρηματοδοτούνται ικανοποιητικά.

Η οικονομική κρίση είχε σοβαρές επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας, αφού μετά την υπογραφή των μνημονίων οι στόχοι που είχαν τεθεί ήταν: α) οι δημόσιες δαπάνες υγείας να μειωθούν και να φτάσουν στο 6% του Ακαθαρίστου Εγχωρίου Προϊόντος, και β) να υπάρξουν οι αναγκαίες μεταρρυθμίσεις που θα έκαναν το δημόσιο σύστημα υγείας περισσότερο αποδοτικό (Σουλιώτης και συν., 2018). Σε κάθε περίπτωση, το Υπουργείο Υγείας έχει τις αρμοδιότητες του σχεδιασμού, εφαρμογής, παρακολούθησης, αξιολόγησης και επανεκτίμησης της πολιτικής που θα ακολουθηθεί στο σύστημα υγείας με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου (Υφαντόπουλος, 1986).

2.1 Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας διαμορφώθηκε με βάση τις κοινωνικοοικονομικές, πολιτικές και πολιτιστικές συνθήκες της χώρας μας (τέλος του πρώτου παγκόσμιου πολέμου, η μικρασιατική καταστροφή, η παγκόσμια κρίση του 1929, κοινωνικοί αγώνες για το δικαίωμα στην εργασία και την ασφάλιση) και χαρακτηρίζεται από τη συχνή αλλαγή υπουργών υγείας, λάθη τακτικής και προσπάθεια υιοθέτησης ξένων προτύπων. Από τη σύσταση του ελληνικού κράτους διακρίνονται τρεις περίοδοι διαμόρφωσης του συστήματος υγείας.

Α. Η περίοδος από την ανεξαρτησία μέχρι το 1922

Με τη σύσταση του ελληνικού κράτους, το σύστημα υγείας στηρίχτηκε σε φιλανθρωπικούς φορείς που λειτουργούσαν περιστασιακά, ενώ τα πρώτα νοσοκομεία ιδρύονται με ατομική πρωτοβουλία. Το 1833 η γραμματεία εσωτερικών αναλαμβάνει να οργανώσει υγειονομικά την Ελλάδα και αναλαμβάνει τις αρμοδιότητες ίδρυσης υγειονομικών καταστημάτων, καταπολέμησης των λοιμωδών ασθενειών και ρύθμισης θεμάτων σχετικών με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Επίσης εισάγεται ο θεσμός του νομίατρο που είχε την ευθύνη για την υγεία του πληθυσμού σε επίπεδο νομού. Το 1837 ιδρύεται η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και το 1838 η μαιευτική σχολή. Το 1845 ψηφίζεται ο «Υγειονομικός Νόμος» που αφορούσε τον υγειονομικό κανονισμό. Το 1864 ιδρύεται με νόμο το Φρενοκομείο της Κέρκυρας ενώ από το 1861 ιδρύονται τα ταμεία του NAT, των μεταλλωρύχων και

των δημοσίων υπαλλήλων. Το 1875 ιδρύεται το σώμα γυναικών νοσοκόμων του Ευαγγελισμού, ενώ μέχρι το 1909 το κάθε νοσοκομείο υπαγόταν στην αρμοδιότητα του κάθε δήμου ή κοινότητας (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009). Το 1911 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύει νοσηλευτικές σχολές και με το νόμο 1914, «Περί επιβλέψεως της Δημόσιας Υγείας» σε κάθε νομό του ελληνικού κράτους υπήρχε ένας γιατρός ή νομαρχιακό ιατρικό συμβούλιο (Δαρδαβέσης & Ιωαννίδης, 1999). Παράλληλα προκύπτουν διατάξεις για την κεντρική υγειονομική υπηρεσία που υπάγεται στο υπουργείο εσωτερικών. Το 1914 ιδρύεται το Υπουργείο Περίθαλψης και θεσπίζονται οι πρώτοι νόμοι για τη δημόσια υγεία, μέτρα ασφάλισης της υγείας και προστασίας στους χώρους εργασίας. Το 1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης και Νόμος 2868 θεσπίζει κανόνες για τα ταμεία ασφάλισης των μισθωτών ενώ εισάγεται η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδότη και εργαζομένου (Θεοδώρου και συν., 2001).

B. Η περίοδος από το 1922 μέχρι το 1953

Αυτή η εποχή αρχίζει με την μικρασιατική καταστροφή και την εισροή μεγάλου μεταναστευτικού ρεύματος, το τέλος του α' παγκόσμιου πολέμου και την οικονομική κρίση του 1929. Με τον νόμο 2882 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Με τον νόμο Ν.4333/1929, ιδρύεται το Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών και με το νόμο 4069/1929 ιδρύεται η Υγειονομική Σχολή Αθηνών, ενώ δημιουργείται πλέον ασφαλιστική πολιτική για την υγεία. Το 1934 ιδρύεται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) που όμως άρχισε να λειτουργεί το 1937 λόγω οικονομικών προβλημάτων (Τούντας, 2016). Μετά το 1935 ιδρύονται κρατικά νοσοκομεία, ενώ με τον νόμο 965/37 αρχίζει να οργανώνεται η λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων. Ο Νόμος 2769/1941 δίνει τη δυνατότητα στον υπουργό υγείας και οικονομικών να ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για να αντιμετωπισθούν οι ανάγκες λόγω του β' παγκόσμιου πολέμου (Αλεξιάδης, 1999).

Γ. Η περίοδος από το 1953 μέχρι σήμερα.

I. 1953-1981: Το 1953 με το νόμο 2592 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως» γίνεται μια προσπάθεια διοικητικής αποκέντρωσης με βάση τον πληθυσμό και τη νοσηρότητα, ενώ τονίζεται ο κοινωνικός χαρακτήρας της ιατρικής περίθαλψης. Το 1961 με τον νόμο 4169 ιδρύεται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) στον οποίο ασφαλίζονται οι αγρότες. Την περίοδο 1960-1970 η

οικονομία της Ελλάδας βελτιώνεται κυρίως λόγω του κατασκευαστικού κλάδου, και τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτονται με τις εισφορές κυρίως των εργοδοτών. Ωστόσο η δικτατορία της εποχής δε διευκόλυνε το σχεδιασμό και την υλοποίηση κάποιας πολιτικής για την υγεία, ενώ παράλληλα τόνισε τις ανισότητες στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Με το τέλος της δικτατορίας το 1974 άρχισε να εδραιώνεται το σύστημα υγείας στη βάση των ευρωπαϊκών προτύπων (Τούντας, 2016).

Π. 1981-1989: Το 1983 με τον νόμο 1397 ιδρύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και κατατέθηκε το νομοσχέδιο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας» με βάση το οποίο, το κράτος αναλαμβάνει την ευθύνη παροχής υπηρεσιών όλων των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλους τους πολίτες ισότιμα ανεξάρτητα με την κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση (Κουρής και συν., 2007). Με το νόμο 1937/1983 ιδρύεται το Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (ΠΕ.ΣΥ.) που όμως λειτουργεί το 2001 με τον νόμο 2889/2001 (Θεοδώρου και συν., 1995). Με βάση τον τελευταίο νόμο, προβλέπεται η εξωνοσοκομειακή πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη η οποία παρέχεται στα κέντρα υγείας, στα περιφερειακά και εξωτερικά ιατρεία (Μπέσης, 1993), καθώς επίσης την ίδια χρονιά με το νόμο 1316 ιδρύθηκε ο Ελληνικός Οργανισμός Φαρμάκου (ΕΟΦ) της εθνικής φαρμακοβιομηχανίας και της εθνικής φαρμακαποθήκης. Η υγεία, πλέον, αντιμετωπίζεται ως κοινωνικό αγαθό και δίνεται έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Με τον νόμο 1579/1985 ρυθμίζονται θέματα ειδίκευσης ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού και εκπαίδευσης νοσηλευτών και με τον νόμο 1759/1988 προσδιορίζονται οι όροι για το διορισμό των γιατρών του ΕΣΥ. Οι αδυναμίες που αναφέρονται στο νόμο 1397 αφορούν:

- i. Στην έλλειψη αξιοποίησης της εμπειρίας άλλων κρατών και των συμπερασμάτων του ΠΟΥ για την οργάνωση και λειτουργία των εθνικών συστημάτων υγείας.
- ii. Στην απουσία ενός μηχανισμού διαχείρισης και χρηματοδότησης που θα μπορούσε να ανταπεξέλθει στις συνθήκες της οικονομικής κρίσης διατηρώντας χαμηλό το κόστος.
- iii. Στον ιατροκεντρικό χαρακτήρα των περισσότερων ρυθμίσεων (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

III. 1990-1999: Ο νόμος 2071/1992 δίνει τη δυνατότητα στα νοσοκομεία να λειτουργούν ως δημόσιος οργανισμός αλλά και ως ιδιωτική επιχείρηση με τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ. (Sullivan&Decker, 2009). Επίσης, προβλέπει την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις νομαρχίες. Παράλληλα, και οι γιατροί απέκτησαν το δικαίωμα να διαλέξουν αν θα εργάζονται στο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα καθώς και τη διάρκεια του ωραρίου τους (Σαρρής, 2001). Με τον νόμο 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις» προσδιορίζονται τα δικαιώματα των ασθενών, η αξιολόγηση των υπηρεσιών, η διοίκηση και χρηματοδότηση των νοσοκομείων, οι νοσηλευτικές υπηρεσίες και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Οικονόμου, 2012).

IV. 2000-2004: Ο νόμος 2889/2001 συνιστά μια προσπάθεια συντονισμού του συστήματος υγείας μεταξύ του ΕΣΥ, των ασφαλιστικών ταμείων και του ιδιωτικού τομέα που υλοποιήθηκε με την ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας. Είναι διοικητικές μονάδες (Ν.Π.Δ.Δ.) με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, που συνεισφέρουν στην αποκέντρωση και την καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων. Το 2003, τροποποιείται ο νόμος και ιδρύεται το Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕ.Σ.Υ.Π), που ελέγχεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

V. 2004-2009: Ο νόμος 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», αντικαθιστά το ΠΕ.Σ.Υ. με το Δ.Υ.ΠΕ, (Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας) και το κάθε νοσοκομείο έχει το δικό του προϋπολογισμό (Γούλα, 2007).

VI. 2009-σήμερα: Ο νόμος 3868/2010 ορίζει τα νοσοκομεία του ΕΣΥ να λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση, μέσω των εξωτερικών ιατρείων (Niakas, et al., 2005). Ωστόσο εμφανίζεται το πρόβλημα της καταβολής μεγάλων χρηματικών ποσών για την επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία. Η συνταγογράφηση ρυθμίζεται με τον νόμο 3892/2010 και οι δήμοι αναλαμβάνουν την ευθύνη των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τον νόμο 3852/2010 (Οικονόμου, 2012).

Ο νόμος 3918/2011 ρυθμίζει: α) την ίδρυση του Συστήματος Προμηθειών Υγείας, β) την ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), την ένταξη του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και δ) τις αλλαγές στην πολιτική των

φαρμάκων (Γούλα, 2007). Ο ΕΟΠΥΥ αγοράζει υπηρεσίες υγείας από ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς και εξυπηρετεί ασφαλισμένους του ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ, ΤΥΔΚΥ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΤΣΑΥ, ΝΑΤΕΤΑΑ, ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, ΤΥΔΕ, το ΛΙΜΕΝΙΚΟ. Τα ασφαλιστικά ταμεία που δεν εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ, είναι ο Στρατός Ξηράς, το Ναυτικό, η Αεροπορία και το ΤΥΠΕΤ (Εθνική Τράπεζα). Μετά το δεύτερο μνημόνιο, η ΕΚΤ, το ΔΝΤ και η ΕΕαπαίτησαν τη μείωση των δαπανών για την υγεία (OECD, 2017). Εφαρμόστηκαν τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλεια (ΚΕΝ) για τον έλεγχο της οικονομικής αποζημίωσης της κλειστής νοσοκομειακής περίθαλψης (Οικονόμου, 2012), άλλαξε η πολιτική για τα φάρμακα ώστε οι δαπάνες τους να συγκλίνουν με τα ευρωπαϊκά δεδομένα, εφαρμόστηκαν τα γενόσημα, και καθιερώθηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση που επιτρέπει τον έλεγχο των γιατρών, των φαρμακείων, των νοσοκομείων αλλά και των ασφαλιστικών ταμείων (ΙΟΒΕ, 2011).

Ο νόμος 4052/2012, ρυθμίζει τη γεωγραφική ταύτιση των 7 Υγειονομικών Περιφερειών του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τις 7 Αποκεντρωμένες Διοικήσεις του Προγράμματος Καλλικράτη (Ν. 3852/2010), ώστε να διευκολύνεται η χωρική προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Στο πνεύμα του Ν. 3852/2010 μεταβιβάζονται αρμοδιότητες του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο Γενικό Γραμματέα της Αποκεντρωμένης Διοίκησης. Ο νόμος 4238/2014 ιδρύει το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) και το 2016 ο νόμος 4368 προβλέπει την ασφαλιστική κάλυψη όλων των ανασφάλιστων πολιτών και των προσφύγων στο ΠΕΔΥ (Πετρέλης & Δομάγερ, 2016). Μια τελευταία μεταρρύθμιση έρχεται με τον νόμο 4486/2017 με στόχο την αναμόρφωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς και στη διοικητική οργάνωση και ηλεκτρονική διακυβέρνησή της και την ίδρυση των Τοπικών Μονάδων Υγείας.

Συνοψίζοντας, καταλήγουμε, σχετικά με την οργάνωση του ΕΣΥ, στο γεγονός πως παρά την αρχική πρόθεση για αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, δημιουργήθηκε ένα οργανωτικό σύστημα που εξασφαλίζει απόλυτη εξάρτηση από την κεντρική εξουσία. Το τελευταίο, σε συνδυασμό με την απουσία αυτόνομης χρηματοδότησης καθιστά τις διοικήσεις υγειονομικής περιφέρειας (ΔΥΠΕ) σε υπηρεσίες με απροσδιόριστο ρόλο, ο οποίος είναι μόνο συμβουλευτικός και ανεπαρκώς εποπτικός, χωρίς εξουσία λήψης αποφάσεων, που θέτουν υπό αμφισβήτηση, ιδίως ενόψει της πρόσφατης ύφεσης, την ανάγκη επιβίωσή τους ως ανεξάρτητων διοικητικών οργανισμών (Kakaletsisetal., 2013).

2.2 Βασικά στοιχεία του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας σύμφωνα με τον νόμο 1397/83, έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση. Τα βασικά στοιχεία που το χαρακτηρίζουν είναι τα ακόλουθα:

1. Είναι μεικτό σύστημα, που συνδυάζει στοιχεία των ολοκληρωμένων εθνικών συστημάτων υγείας, των συμβολιακών ασφαλιστικών συστημάτων και των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης, ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων (OECD, 1992).
2. Η χρηματοδότησή του στηρίζεται στη γενική φορολογία και στην κοινωνική ασφάλιση,
3. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας,
4. Οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠε),
5. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες γιατρούς και από κέντρα Υγείας,
6. Η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία,
7. Οι νοσοκομειακοί γιατροί αμείβονται με μισθό, ενώ οι ιδιώτες γιατροί κατά υπηρεσία,
8. Η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών.

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- i. ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- ii. πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- iii. έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- iv. περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος
- v. ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

Οι αδυναμίες του συστήματος είναι:

- i. υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας και χαμηλές δημόσιες δαπάνες με φαινόμενα παραοικονομίας
- ii. έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προγραμμάτων πρόληψης
- iii. έλλειψη ικανοποιητικών υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά νοσοκομεία και αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων καθώς και απόκτησης σύγχρονης τεχνολογίας
- iv. περιορισμένη ελευθερία επιλογής γιατρού από τους ασθενείς
- v. προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών
- vi. ανεπαρκής διοίκηση που χαρακτηρίζεται από συγκεντρωτισμό, γραφειοκρατία, έλλειψη μηχανοργάνωσης και σύγχρονης διοίκησης ολικής ποιότητας
- vii. Απουσία αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης
- viii. Έλλειψη εκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης ή μετεκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Σε γενικές γραμμές δεν έχει γίνει αντιληπτό το μέγεθος των προβλημάτων εξαιτίας της ανεπαρκούς οργάνωσης και της έλλειψης στρατηγικού σχεδίου που θα περιλαμβάνει στόχους και θα αποδίδει ευθύνες. Χαρακτηριστική είναι η απουσία ικανοποιητικών αρχείων (γεννήσεων, θανάτων), εργαστηριακών εγκαταστάσεων για τη διερεύνηση επιδημιών μεταδοτικών ασθενειών, διατομεακών συνδέσεων και προγραμμάτων. Επίσης, το σύστημα υγείας της Ελλάδας δεν είναι προετοιμασμένο κατάλληλα να αντιμετωπίσει τις δημογραφικές μεταβολές, εξαιτίας της ταχείας γήρανσης του πληθυσμού, της χαμηλής γονιμότητας και των μεγάλων μεταναστευτικών ρευμάτων που το επιβαρύνουν. Έτσι, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, οι Έλληνες, ιδιαίτερα οι ενήλικες και οι ηλικιωμένοι, δεν επωφελήθηκαν από τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και της υγειονομικής περίθαλψης στον ίδιο βαθμό με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

Προκειμένου η Ελλάδα να σχεδιάσει και να εφαρμόσει μια συγκροτημένη πολιτική υγείας αξιοποιώντας αποτελεσματικά τους διαθέσιμους οικονομικούς

πόρους, είναι σημαντικό να δημιουργήσει ένα σχέδιο για την ανάπτυξη του κλάδου της δημόσιας υγείας και των επαγγελματιών της (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

2.3 Δομή και οργάνωση του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα

Το εθνικό σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτα, 2007). Η δομή των συστημάτων υγείας εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο εξυπηρετούνται και καλύπτονται από τον κίνδυνο της ασθένειας, του ατυχήματος και της ανικανότητας, οι πολίτες και διακρίνεται σε τρεις τύπους:

- i. Φιλελεύθερο σύστημα υγείας (σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης).
- ii. Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (σύστημα τύπου Bismark).
- iii. Εθνικό σύστημα υγείας (σύστημα τύπου Beveridge).

Ο δημόσιος τομέας του Ελληνικού συστήματος υγείας περιέχει τόσο στοιχεία του συστήματος Beveridge όσο και του συστήματος Bismark (Πολύζος, 2014). Επιπλέον το Ελληνικό σύστημα υγείας ενσωματώνει πολλά χαρακτηριστικά και του ιδιωτικού τομέα γεγονός που υποδηλώνει ανισότητες τόσο στην πρόσβαση όσο και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος, 2007).

Ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές μπορούν να ιδρυθούν και να λειτουργήσουν από ομάδα γιατρών, επενδυτών, χρηματοδοτικούς Οργανισμούς ή ασφαλιστικές εταιρίες (Δίκαιος και συν., 1999). Περιλαμβάνουν, την ιατρική, τη νοσηλευτική και τη διοικητική υπηρεσία αν και δεν έχουν την έκταση και τη διάρθρωση των αντίστοιχων υπηρεσιών των δημοσίων νοσοκομείων. Η πλειονότητα των γιατρών στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι επισκέπτες ή συνεργαζόμενοι γιατροί, οι οποίοι έχουν την επιστημονική ευθύνη της ιατρικής αντιμετώπισης των ασθενών. Αυτοί οι γιατροί αμείβονται απευθείας από τους ασθενείς, έπειτα από ιδιαίτερη συμφωνία, και το ιδιωτικό νοσοκομείο ή η ιδιωτική κλινική δεν επιβαρύνεται με τις αμοιβές ή τη μισθοδοσία των συγκεκριμένων γιατρών.

Σύμφωνα με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ (Ν.1397/83) τα ελληνικά νοσοκομεία που επιχορηγούνταν, άμεσα ή έμμεσα, από το ελληνικό δημόσιο, είναι Νομικά

Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), και έχουν τη νομική υπόσταση της αποκεντρωμένης δημόσιας υπηρεσίας. Κατόπιν, με το Ν. 2889/01 τα δημόσια Νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες μονάδες των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ), που είναι επίσης ΝΠΔΔ. Τα δημόσια νοσοκομεία διαφέρουν από τις δημόσιες επιχειρήσεις, ως προς την ιδιότητά τους και επειδή: α) τα νοσοκομεία επιβάλλουν τα ίδια, τα νοσήλια για τις υπηρεσίες τους, β) οι στόχοι των Νοσοκομείων περιορίζονται στην προσφορά υπηρεσιών υγείας, στην έρευνα και στην εκπαίδευση, ενώ η δημόσια διοίκηση έχει ευρύτερους στόχους, γ) τα νοσοκομεία δεν έχουν τη μορφή ανώνυμης εταιρείας, όπως συμβαίνει συνήθως με τις δημόσιες επιχειρήσεις, ούτε λειτουργούν με μεγαλύτερη ευελιξία από τη δημόσια διοίκηση. Όσον αφορά την οργάνωσή τους, τα νοσοκομεία δεν ανήκουν ούτε στις εξολοκλήρου, ούτε στις μερικά αυτονομημένες δημόσιες επιχειρήσεις, αν και ουσιαστικά είναι επιχειρήσεις υψηλής τεχνολογίας που λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές της επιστημονικής οργάνωσης και διοίκησης (Λιαργκόβας, 2004).

Τα δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν πλέον, το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Ο αριθμός των ιδιωτικών κλινικών, μειώθηκε στη δεκαετία του 1980 για να ενισχυθεί το ΕΣΥ. Ωστόσο, το 1991 με το Π.Δ. 247/91 επιτράπηκε η ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών κλινικών καθώς και η δημιουργία διαγνωστικών μονάδων στις ιδιωτικές κλινικές. Με το Π.Δ. 517/91 προσδιορίζονται οι προδιαγραφές οικοδομής και εξοπλισμού των ιδιωτικών κλινικών που συνήθως είναι μικρές νοσηλευτικές μονάδες με μικρό αριθμό κλινών. Οι περισσότερες κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές τους με αποτέλεσμα η βιωσιμότητά τους να είναι αμφίβολη λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για άρτιες και ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας. Επίσης λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι πόροι ώστε να αναβαθμιστεί ο ξενοδοχειακός, ιατρικός και μηχανολογικός εξοπλισμός τους, ενώ εξαιτίας των παραπάνω δύσκολη θα είναι και η προσαρμογή τους στους κοινοτικούς κανονισμούς (Ανδριώτη, 1988). Ωστόσο υπάρχουν και μεγάλες πολυδύναμες κλινικές που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, με σύγχρονο εξοπλισμό εφάμιλλο με αυτών του εξωτερικού και προσφέρουν το σύνολο των υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Τα πρώτα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια έκαναν την εμφάνιση τους επίσημα πριν από περίπου 30 χρόνια, ενώ τα διαγνωστικά κέντρα, προϊόν της μετεξέλιξης των εργαστηρίων, κάνουν την εμφάνιση τους από το 1980 και μετά, κυρίως ως αποτέλεσμα της απαγόρευσης της δημιουργίας ιδιωτικών κλινικών, καθώς οι επιχειρηματίες γιατροί έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στη δημιουργία διαγνωστικών κέντρων. Ιδιαίτερα ραγδαία ήταν η ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και πιο συγκεκριμένα στην περίοδο 1990-1995. Τότε υπήρχαν περίπου 120-140 κρεβάτια ΜΕΘ στα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, τα οποία ενώ είναι έτοιμα από πλευράς εξοπλισμού, δεν λειτουργούν λόγω έλλειψης προσωπικού. Την ίδια στιγμή ασθενείς πεθαίνουν ή στην καλύτερη περίπτωση ταλαιπωρούνται, λόγω του μικρού αριθμού κλινών ΜΕΘ. Ως απάντηση σε αυτά το κράτος υπογράφει τη μίσθωση κλινών από τον ιδιωτικό τομέα (Θεοδώρου και συν., 1997).

Κύριος στόχος των δημοσίων νοσοκομείων είναι η παροχή ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Σε αντίθεση με τα ιδιωτικά νοσοκομεία, έχουν ως στόχους και: α) την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και κυρίως των γιατρών, κατά την εξειδίκευσή τους σε συγκεκριμένες ειδικότητες, αλλά και των νοσηλευτών και άλλων τεχνολόγων ως προς την πρακτική τους εκπαίδευση, β) την επιστημονική έρευνα στους επιμέρους τομείς της Ιατρικής και των άλλων Επιστημών Υγείας (Λιαργκόβας, 2004). Μια λειτουργική διάκριση μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων, είναι ότι στα πρώτα υπάρχουν όλες ή οι περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, ενώ στα δεύτερα υπάρχουν ελάχιστες ή και μία κλινική ειδικότητα (Οφθαλμιατρείο, Ωνάσειο - Καρδιολογικό, Αντικαρκινικά, Δερματικών Παθήσεων).

Σχετικά με τις μεθόδους πληρωμών των ελληνικών νοσοκομείων, στα ιδιωτικά εφαρμόζεται το «ανοιχτό νοσήλιο» (πληρωμή κατά πράξη) το οποίο επιτρέπει υψηλή κερδοφορία, στα δε δημόσια έχει επιβληθεί το «κλειστό νοσήλιο» (πληρωμή ανά ημέρα νοσηλείας) το οποίο, επειδή είναι προσδιορισμένο πολύ κάτω του πραγματικού κόστους συσσωρεύει σημαντικά ελλείμματα στα νοσηλευτικά ιδρύματα του κράτους. Πρακτικά η τιμολόγηση είναι ενιαία για το σύνολο των νοσοκομείων και καθορίζεται από την κυβέρνηση. Αξίζει να σημειώσουμε πως στο δημόσιο τομέα υγείας, τα αναγκαία ποσά για τις αμοιβές προσωπικού (μισθοί, επιδόματα, εφημερίες, υπερωρίες) καταβάλλονται απευθείας από το δημόσιο ταμείο,

χωρίς να καταγράφονται στους ετήσιους προϋπολογισμούς με αποτέλεσμα να μη μπορεί να υπολογιστεί το πραγματικό νοσοκομειακό κόστος (Λιαργκόβας, 2004).

2.4 Οι εξελίξεις και οι μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα μετά την υπογραφή των μνημονίων

Με την είσοδο της χώρας στην οικονομική κρίση και την ψήφιση των μνημονίων, θεσπίστηκαν νόμοι οι οποίοι αποσκοπούν στη μείωση των δαπανών του συστήματος υγείας όπως τον περιορισμό των πόρων μέσω μεταρρυθμίσεων. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν τη περίοδο της κρίσης με τις ανάλογες επιπτώσεις είναι οι ακόλουθες (Χλέτσος, 2015):

1. Η μείωση του κόστους επηρέασε αρνητικά την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και είχε κοινωνικές επιπτώσεις. Υλοποιήθηκε με μείωση των αποδοχών όλων των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα, με περικοπές στους προϋπολογισμούς όλων των δημόσιων υγειονομικών δομών και με αναστολή κάθε είδους προσλήψεων ακόμη και με μη αντικατάσταση των αποχωρούντων. Έτσι, οι οριζόντιες περικοπές οδήγησαν σε μειώσεις προσωπικού, αποδυναμώνοντας τα νοσοκομεία και τα Κέντρα υγείας.
2. Η μεταρρύθμιση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ, Ν. 4238/2014, ΦΕΚ Α' 38/17-2-2014) οδήγησε στην πλήρη αποδιοργάνωση των δημόσιων δομών στα αστικά κέντρα και σε αποδιοργάνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ.
3. Η οικονομική ύφεση οδήγησε τους ασθενείς απευθείας στα δημόσια νοσοκομεία, που όμως λόγω των πρόσφατων περικοπών και χωρίς το απαραίτητο προσωπικό, με ελλείψεις σε φάρμακα και λειτουργικά μηχανήματα δε μπορούν να εξυπηρετήσουν ποιοτικά τους πολίτες.
4. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν έχει ακόμα εφαρμοστεί, παρότι υπάρχουν σχετικοί νόμοι.
5. Ο Ν. 3892/2010 (ΦΕΚ Α 189/4-11-2010) που προβλέπει την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων, δεν έχει εφαρμοστεί επιτυχώς. Δημιουργείται ο ΕΟΠΥΥ με δικούς του γιατρούς (Niakas, 2013), αλλά δημιουργήθηκαν προβλήματα σχετικά με τις

ληξιπρόθεσμες οφειλές των ασφαλιστικών Ταμείων στο χώρο της Υγείας αφού ο προβλεπόμενος προϋπολογισμός δεν είναι επαρκής και υπήρξε σύγχυση στους πολίτες (Νεκτάριος, 2010). Η κυριότερη αδυναμία του ήταν, ότι δεν υπήρξε καμία πρόβλεψη, στην εποχή της αποασφάλισης, για εκείνους που έχασαν ή χάνουν το ασφαλιστικό τους δικαίωμα λόγω της κρίσης και της ανεργίας.

6. Σημαντική χαρακτηρίστηκε από τους κυβερνητικούς ιθύνοντες, η μεταρρύθμιση που αφορούσε την χρηματοδότηση των νοσοκομείων. Το ψήφισμα Ν.3918/2011, ΦΕΚ Α' 31/02-03-2011, για τις ηλεκτρονικές προμήθειες, εφαρμόστηκε μεν, χρειάζεται βελτίωση δε, ως προς τον ανεφοδιασμό των νοσοκομείων και τις πληρωμές των προμηθευτών. Για τη μεγαλύτερη μείωση των δαπανών θεσμοθετήθηκαν τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΦΕΚ 1702/Β/2011), ενώ για την αύξηση των εσόδων θεσμοθετήθηκαν το clawback (ανάκτηση/ παρακράτηση) και το rebate (επιδότηση) (Χλέτσος, 2015). Με το rebate καθιερώνεται η υποχρεωτική έκπτωση επί του συνολικού τιμολογίου από τους ιδιώτες παρόχους καθώς και η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών σε φάρμακα και διαγνωστικές εξετάσεις. Με το clawback καθορίζεται μηνιαίο όριο για δαπάνη από τους ιδιώτες παρόχους, οι οποίοι υποχρεώνονται να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ τα χρήματα που υπερβαίνουν του ορίου. Τέλος με επιδότηση από το ΕΣΠΑ θεσμοθετήθηκε το healthvoucher μέσω του οποίου οι πρώην ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ με ετήσιο εισόδημα μικρότερο των 15000€ έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με τους ΦΕΚ 1465/2014 και 1753/2014 (Χλέτσος, 2015).
7. Η ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς δεν μπορεί να εφαρμοστεί δεδομένης της αδυναμίας επικοινωνίας του ΕΟΠΥΥ με τα δημόσια νοσοκομεία. Ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί ως πάροχος υπηρεσιών υγείας αλλά και ως αγοραστής αυτών.
8. Για να βελτιωθεί η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, ψηφίστηκε ο νόμος Ν. 4238/2014, ο οποίος προέβλεπε την αλλαγή της υπόστασης του ΕΟΠΥΥ από πάροχο και αγοραστή υπηρεσιών υγείας, μόνο σε αγοραστή τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα της υγείας. Ωστόσο, αυτή η αλλαγή φαίνεται να οδήγησε στην αντικατάσταση του δημόσιου τομέα από τον ιδιωτικό, στα θέματα υπηρεσιών υγείας (Niakas, 2013).
9. Το 2015 αναπτύχθηκε το Εθνικό Σχέδιο για τη μεταρρύθμιση του τομέα υγείας «100 σημεία δράσης για την Καθολική Κάλυψη». Με βάση αυτό το σχέδιο η Ελληνική Κυβέρνηση δεσμεύεται α) για καθολική πρόσβαση σε ποιοτικές

υπηρεσίες υγείας και συμφωνεί με το νόμο 4368/2016, β) οικονομική προστασία των χρηστών υπηρεσιών (περιλαμβάνει προοδευτική εξάλειψη των ιδίων πληρωμών στο σημείο παροχής υπηρεσιών, ειδικά σε ότι αφορά τις απαράδεκτες άτυπες πληρωμές), γ) συντονισμός από ένα ισχυρό υπουργείο Υγείας που χρησιμοποιεί στρατηγική πληροφόρηση σε πραγματικό χρόνο για τη διαχείριση του συνόλου του τομέα Υγείας, δημόσιου και ιδιωτικού, με τρόπο βιώσιμο, συμμετοχικό και διαφανή.

Ωστόσο το σύστημα υγείας στην Ελλάδα δείχνει να επιδέχεται και άλλων αλλαγών ή μεταρρυθμίσεων με στόχο την επιδιόρθωσή του και την ανόρθωση της οικονομίας σε αυτό, με σκοπό την καλύτερη λειτουργία του και την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών στους Έλληνες πολίτες (Niakas, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας

Η Ελλάδα διανύει μια δεκαετία οικονομικής ύφεσης, που περισσότερο από κάθε άλλη ευρωπαϊκή χώρα, έχει οδηγήσει σε αυστηρά μέτρα λιτότητας επιδρώντας αρνητικά σε πολλούς τομείς και ιδιαίτερα στο σύστημα υγείας. Η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια, η μείωση του εισοδήματος, η φτώχεια και η αύξηση των ψυχικών διαταραχών είναι από τις πιο σοβαρές συνέπειες της κρίσης στην κοινωνικοοικονομική ζωή με επιπτώσεις και στην υγειονομική περίθαλψη (Ifanti et al., 2013). Πολλά από τα πρώτα μέτρα που επιβλήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας περιελάμβαναν τη συγχώνευση των τεσσάρων μεγαλύτερων φορέων κοινωνικής ασφάλισης στο ευρύτερο πλαίσιο του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), τη μηνιαία συλλογή δεδομένων σχετικά με δραστηριότητα και τις δαπάνες των νοσοκομείων, τη περικοπή των μισθών του εργατικού δυναμικού, τη μείωση των προσλήψεων υγειονομικού προσωπικού καθώς και τη μείωση των τιμών των φαρμάκων και του υγειονομικού υλικού.

Η μείωση των κρατικών δαπανών έχει επηρεάσει σημαντικά τη δομή και τη λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων, που αντιμετωπίζουν έλλειψη προσωπικού, φαρμάκων και βασικών ιατρικών προμηθειών. Αποτέλεσμα της ασάφειας που χαρακτήριζε τις νομοθετικές παρεμβάσεις στο σύστημα υγείας της χώρας, ειδικότερα στο θέμα της θεσμοθέτησης παγιωμένων χρηματοδοτικών μηχανισμών (τρόπος χρηματοδότησης του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα της υγείας), είναι η εμφάνιση έντονων φαινομένων κοινωνικής ανισότητας, χαμηλής αποδοτικότητας και προσβασιμότητας, αλλά και φτώχης σε ποιότητα υγειονομικής φροντίδας και διαφθοράς στο υγειονομικό σύστημα. Επίσης, οδήγησε στη δημιουργία συνθηκών αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, στα υψηλά ποσοστά των ιδιωτικών δαπανών και στην ανάδειξη του ιδιωτικού τομέα σε σημαντικό παράγοντα (Ρεκλείτη κ.α., 2012).

i) Επιπτώσεις στις δαπάνες υγείας στην Ελλάδα

Οι Δαπάνες Υγείας αφορούν στις συνολικές δαπάνες που πραγματοποιούνται για τη κάλυψη των προληπτικών και θεραπευτικών παροχών υπηρεσιών υγείας, των δραστηριοτήτων οικογενειακού προγραμματισμού και διατροφής καθώς και της έκτακτης ανάγκης. Διακρίνονται σε δημόσιες και ιδιωτικές. Οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης είναι ο κρατικός προϋπολογισμός (άμεση, έμμεση και ειδική φορολογία) και η υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων). Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης είναι η ιδιωτική ασφάλιση, οι δωρεές και οι φιλανθρωπίες και το οικογενειακό εισόδημα με τη μορφή των άμεσων, των άτυπων και των νομίμως θεσμοθετημένων πληρωμών συμμετοχής των χρηστών στο κόστος. Ο νοσοκομειακός τομέας απορροφά το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών υγείας (Υφαντόπουλος, 2003). Οι νοσοκομειακές δαπάνες διακρίνονται σε 3 κύριες κατηγορίες:

- Αγορές, που περιλαμβάνουν τα φάρμακα, το υγειονομικό υλικό, το ορθοπεδικό υλικό, τα αντιδραστήρια και τα υπόλοιπα υλικά, αέρια, καύσιμα, υπόλοιπα.
- Μισθοδοσία που αφορά στην τακτική μισθοδοσία, ειδικά μισθολόγια, αμοιβές επικουρικού, πρόσθετες αμοιβές και
- Γενικές δαπάνες: Δ.Ε.Κ.Ο, ασφάλεια, καθαριότητα, εστίαση, υπόλοιπα.

Πριν από την κρίση, το επίπεδο των δαπανών υγείας στην Ελλάδα μπορούσε να καλύψει τις χρόνιες στρεβλώσεις στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Από τότε που η οικονομική κρίση έπληξε τη χώρα, αυτό δεν είναι πλέον εφικτό. Το 2007, ο μέσος όρος δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ ανερχόταν στο 8.9% για το σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την Ελλάδα ανήλθε στο 9.8% καταλαμβάνοντας την 11η θέση και με τις δαπάνες υγείας να φτάνουν περίπου τα 32 δις. Δολάρια. Την ίδια χρονιά, το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών στις συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ήταν από τις υψηλότερες μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών του κόσμου και ανερχόταν σε 40% έναντι 28% στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ (OECD). Από αυτές, ένα ποσοστό καλυπτόταν από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές

εταιρίες ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό προερχόταν κατά κανόνα από τον ίδιο τον χρήστη (Αδαμακίδου & Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου, 2009).

Πιο πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ δείχνουν τις συνολικές δαπάνες για την υγεία το 2009 στην Ελλάδα να αποτελούν το 9,6% του ΑΕΠ, ελάχιστα πάνω από το ποσοστό των χωρών του ΟΟΣΑ (9,5%) ενώ το 2012 οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα εξισώθηκαν με το μέσο ποσοστό των χωρών του ΟΟΣΑ (9.3%). Η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα το 2012 ανήλθε στο 8.81% και το 2013 στο 8.6% ενός απομειωμένου πλέον ΑΕΠ (ΕΛΣΤΑΤ, 2015). Στην Ελλάδα, το 2012, το 67% των δαπανών υγείας καλύπτεται από τις δημόσιες δαπάνες όταν το αντίστοιχο ποσοστό στις χώρες του ΟΟΣΑ ανέρχεται στο 72%. Από το 2009 έως σήμερα, οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα μειώνονται συνεχώς κάθε έτος, κυρίως εξαιτίας της απότομης μείωσης στις δημόσιες δαπάνες που επιβλήθηκε από τη κυβέρνηση στην προσπάθεια για μείωση του μεγάλου δημοσιονομικού ελλείμματος αλλά και εξαιτίας της γενικότερης μείωσης στο ΑΕΠ. Τόσο το 2010 όσο και το 2012, η Ελλάδα παρουσίασε διψήφια ποσοστιαία μείωση των δαπανών για την υγεία ρίχνοντας το συνολικό επίπεδο των δαπανών περίπου 25% χαμηλότερα από τα επίπεδα του 2008 (OECD, 2014). Επιπλέον, το ποσοστό δαπάνης που καταβλήθηκε και συνεχίζει να καταβάλλεται ως «ίδιες πληρωμές» στον τομέα της παροχής είναι εξαιρετικά υψηλό, ενώ οι αμοιβές για ιατρικές πράξεις, συμμετοχή σε διαγνωστικές εξετάσεις και φάρμακα επιβαρύνονται από την έντονη παρουσία «άτυπων πληρωμών». Παράλληλα, αξιοσημείωτη μείωση σημειώθηκε στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη. Ο Νιάκας (2014), αναφέρει ότι η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε από 6,05 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 σε 3,5 δισεκατομμύρια το 2012 με τάση συνεχούς μείωσης. Το 2013, η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη διαμορφώθηκε στα 2,37 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ αναμενόταν να μειωθεί στα 1,94 δισεκατομμύρια ευρώ το 2014. Έτσι, το 2014 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη αναμενόταν να είναι μειωμένη κατά 60,5% σε σχέση με το 2009 (Τσακανίκας και συν., 2018). Το 2016 έφτασε το €1,9 δις ως αποτέλεσμα σειράς μέτρων όπως η υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η μείωση των τιμών των φαρμάκων, η επιβολή των μηχανισμών του clawback και των υποχρεωτικών εκπτώσεων, η αλλαγή στο σύστημα προμηθειών στα νοσοκομεία και η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος.

Η θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασθενών αυξήθηκε στο 26,4% το 2014, από 14,8% το 2012 και η ιδιωτική συμμετοχή ανήλθε στο 29,3% το 2014, από 20% το

2009. Συγχρόνως, οι κοινωνικές δαπάνες υγείας παρουσιάζουν μέση ετήσια μείωση κατά τα πρώτα έξι χρόνια της κρίσης της τάξης του 6,6%, μετατοπίζοντας έτσι στα – ήδη επιβαρυσμένα – νοικοκυριά σημαντικό βάρος της δαπάνης για νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη (Τσακανίκας και συν., 2018). Ενώ όμως η ζήτηση υπηρεσιών υγείας από δημόσιες δομές αυξήθηκε, η δημόσια χρηματοδότηση των νοσοκομείων μειώθηκε από τα €6,9 δις το 2009 σε €4 δις το 2015,12 ενώ, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του ΟΟΣΑ, η συνολική κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας στην Ελλάδα είναι χαμηλότερη κατά 52,1% σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Την ίδια στιγμή, το ποσοστό των πολιτών που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού φτάνει στο ανώτατο επίπεδο το 2014 αγγίζοντας το 36%, ενώ καταγράφεται ένα μέσο διαθέσιμο ετήσιο εισόδημα, το οποίο ανέρχεται στις €7.680 και είναι το χαμηλότερο σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Συγχρόνως, το μέσο εισόδημα των νοικοκυριών μειώθηκε κατά 35% μέσα σε μόλις τέσσερα χρόνια. Σε σχετική έρευνα του Ινστιτούτου Μικρών Επιχειρήσεων (ΙΜΕ-ΓΣΕΒΕΕ), το 75,3% των νοικοκυριών παρουσίασε μείωση του εισοδήματός του το 2016, ενώ το 32,6% των νοικοκυριών στη χώρα διαθέτει τουλάχιστον έναν άνεργο. Είναι δε βέβαιο ότι σε ένα σύστημα υγείας, του οποίου η χρηματοδότηση στηρίζεται στις ασφαλιστικές εισφορές, με τη χώρα να καταγράφει διαχρονικά από το 2009 τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας, τίθεται υπό αμφισβήτηση η διασφάλιση καθολικής και ισότιμης πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας και η οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Η μείωση, ωστόσο, της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας δεν αφορούσε μόνο τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά και τις περιορισμένες δυνατότητες στελέχωσης των σχετικών δομών. Ήδη από το 2010 τα εισοδήματα των δημοσίων υπαλλήλων δέχονται οριζόντιες περικοπές, οι προσλήψεις «παγώνουν» ή ελαχιστοποιούνται, τα όρια συνταξιοδότησης αυξάνονται ενώ άλλοι επιλέγουν την πρόωρη συνταξιοδότηση. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης, από το 2010 έως το 2013 η μέση μείωση των ιατρών του ΕΣΥ έφτασε το 35% με τον συνολικό αριθμό μέχρι σήμερα να ξεπερνά τις 18.000. Η Γενική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει σχεδόν εξαφανιστεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες – η παροχή υγειονομικής περίθαλψης βασίζεται αποκλειστικά σε νοσοκομειακή και εξειδικευμένη φροντίδα, με ένα πολύ μεγάλο και αρρυθμιστο ιδιωτικό τομέα. Επίσης, ο πολυκερματισμός και η υπανάπτυξη του ΕΣΥ, η ελλιπής

ασφαλιστική κάλυψη που οδηγεί σε μη χρήση της ασφάλειας ασθένειας από τους ασφαλισμένους, η χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας και η εμφάνιση ιατρικού πληθωρισμού σε συνδυασμό με τη ραγδαία ανάπτυξη του κλάδου των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, αύξησαν τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε ποσοστά ιδιαίτερα υψηλά σε σχέση με τις χώρες του ΟΟΣΑ (Souliotis, 2000).

Η συνεχιζόμενη κρίση και οι αναγκαίες μεταρρυθμίσεις που υλοποιήθηκαν υπό την πίεση των μνημονίων οδήγησαν στον κατακερματισμό των δομών και αρμοδιοτήτων του υπουργείου υγείας που σε συνδυασμό με την υπερβολική γραφειοκρατία και πολυνομία που δεν εφαρμόζεται, τις περιορισμένες τεχνικές δυνατότητες, την κακή διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού και τις δυσκολίες προσέλκυσης εξειδικευμένου προσωπικού δυσχέραιναν τη σύνδεση της πολιτικής ηγεσίας, των υπηρεσιών του Υπουργείου και των περιφερειακών του δομών, καθώς μείωσαν υπερβολικά την επιρροή του στον ιδιωτικό τομέα υγείας. Ο τελευταίος, κυριαρχείται από ομάδες συμφερόντων που με την ενίσχυση της επιρροής των επαγγελματιών και των προμηθευτών υγείας αύξησε τις φαρμακευτικές δαπάνες και περιθωριοποίηση, σε μεγάλο βαθμό τα γενόσημα (Υπουργείο Υγείας).

Η υποχρηματοδότηση του συστήματος υγείας οδηγεί σε αργή αλλά κλιμακούμενη απειλή κατάρρευσης του συστήματος. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται από το γεγονός ότι η Ελλάδα δεν έχει ακόμη καταφέρει να συγκεντρώσει τη χρηματοδότηση του ΕΟΠΥΥ και του κρατικού προϋπολογισμού σε μια προβλέψιμη και ενοποιημένη χρηματοδοτική ροή. Εάν τα επίπεδα της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης πάγωναν σε ονομαστικές τιμές, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία θα έφταναν σε τόσο χαμηλά ποσοστά που η Ελλάδα θα έπεφτε σε μεγαλύτερη ύφεση σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες και από πλευράς υγείας και από κοινωνική άποψη (ΕΕ27, 2013), ενώ μια ακραία πτώση στο 7,7%, θα την έθετε στο περιθώριο των ανεπτυγμένων Ευρωπαϊκών χωρών. Εξίσου σημαντικός με το συνολικό επίπεδο χρηματοδότησης, ωστόσο, είναι και ο τρόπος οργάνωσης της χρηματοδότησης, ο οποίος οδηγεί σε αποκλεισμό μεγάλα τμήματα του πληθυσμού.

Η κατάσταση αυτή έχει λειτουργήσει ως αποτρεπτικός παράγοντας για την έγκαιρη αναζήτηση περίθαλψης, ιδιαίτερα για τους ανασφάλιστους Έλληνες. Επιπλέον, υπάρχουν ανάγκες υγείας που δεν καλύπτονται, ιδιαίτερα υπό συνθήκες υπερπροσφοράς ιατρικού προσωπικού και τεχνολογίας. Έχουν γίνει επομένως φανερά τα προβλήματα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, γεγονός που αντικατοπτρίζεται

και στη σημασία που αποδίδεται για τη μείωση των ιδίων πληρωμών στο Εθνικό Σχέδιο Υγείας της Ελλάδας (2015).

Συνοψίζοντας, το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται διαχρονικά από υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, μεγάλο αριθμό ιατρών και δυσανάλογα μικρό αριθμό γενικών ιατρών και νοσηλευτών, οι οποίοι είναι ανισομερώς κατανομημένοι στη χώρα. Οι υψηλές δημόσιες δαπάνες υγείας και τα εγγενή δομικά, οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα, παρατηρούνται εντός του συστήματος πολύ πριν την κρίση. Έτσι, με την εμφάνιση της κρίσης, επιδεινώθηκαν σταδιακά η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ενώ η αύξηση της ανεργίας και η μείωση των οικογενειακών εισοδημάτων αύξησαν τη ζήτηση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, δοκιμάζοντας τα όρια του συστήματος. Οι αγροτικές περιοχές αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες, με ελλείψεις σε φάρμακα και ιατρικό εξοπλισμό. Η κλίμακα και η ταχύτητα των αλλαγών που επιβλήθηκαν, περιόρισαν την ικανότητα του δημόσιου συστήματος υγείας να ανταποκριθεί στις ανάγκες του πληθυσμού, σε μια εποχή αυξημένης ζήτησης (Kentikelenisetal.,2014). Ταυτόχρονα, η ταχύτητα υλοποίησης, ο πλημμελής σχεδιασμός και η απουσία καθολικού μεταρρυθμιστικού αιτήματος, υπονόμισαν ουσιαστικά την επιτυχία τους και δεν επέτρεψαν στο σύστημα να ανταποκριθεί στους στόχους του και στις ανάγκες των πολιτών (Σουλιώτης κ.α., 2018).

ii) Αλλαγές στα ασφαλιστικά ταμεία

Η κοινωνική ασφάλεια στην Ελλάδα εξυπηρετείται μέσω: α) του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης για την προστασία των εργαζομένων, β) του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας για την φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και γ) του εθνικού συστήματος υγείας για την κάλυψη όλων των ατόμων που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια. (Γ.Γ.Κ.Α., 2014-Η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας στην Ελλάδα). Η πλειοψηφία των υποχρεωτικών ασφαλιστικών ταμείων για υγειονομική περίθαλψη βρίσκονται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Απασχόλησεως και Κοινωνικής Πολιτικής (ΥΠ.Α.ΚΠ.). Τα ασφαλιστικά ταμεία προσφέρουν κάλυψη έναντι των δαπανών υγείας στο σύνολο των εργαζομένων της χώρας που είναι υποχρεωτικώς ενταγμένοι σε αυτά και επιπλέον στα εξαρτημένα μέλη της οικογένειάς τους. Το ελληνικό κράτος προσφέρει δωρεάν πρωτογενείς υπηρεσίες υγείας και υγειονομικής περιθάλψεως για περιστατικά αμέσου ανάγκης

από τα ιατρικά κέντρα και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ που λειτουργούν σε ολόκληρη τη χώρα. Οι δαπάνες υγείας που πραγματοποιούνται μέσω του κρατικού προϋπολογισμού διατίθενται κατά κύριο λόγο για την λειτουργία των αγροτικών ιατειών και των κέντρων υγείας που λειτουργούν εκτός των μεγάλων πόλεων, καθώς και για τις δαπάνες των κρατικών νοσοκομείων που δεν καλύπτονται από τις πληρωμές των ασφαλιστικών ταμείων και των ίδιων των ασθενών. Οι δαπάνες υγείας που πραγματοποιούνται από τα ασφαλιστικά ταμεία χρηματοδοτούνται από εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών τους και από τις κρατικές επιχορηγήσεις, αλλά και από αποδόσεις από την κεφαλαιοποίηση εισφορών σε αποθεματικά. Οι ασφαλιστικές εισφορές είναι ειδικές επιβαρύνσεις με προκαθορισμένο προορισμό την κάλυψη των χρηματοδοτικών αναγκών, ενώ το αντάλλαγμα των κοινωνικών εισφορών είναι η δημιουργία ατομικού δικαιώματος σε προκαθορισμένες κοινωνικές ασφαλιστικές παροχές, όπως για παράδειγμα ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Με την ελληνική οικονομία σε κρίση οι οικονομικοί πόροι που δίνονται στο σύστημα υγείας έχουν μειωθεί καθώς τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων δυσχεραίνουν τη συμμετοχή τους στη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, με αποτέλεσμα να παρατηρείται αδυναμία πληρωμών των φορέων υγείας (ασφαλιστικοί οργανισμοί, νοσοκομεία και προμηθευτές). Οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης. Έτσι, ο πληθυσμός που στερείται ασφαλιστικής κάλυψης έχει αυξηθεί δραματικά λόγω της κρίσης. Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης αντιμετωπίζει μια παρατεταμένη κρίση η οποία εκφράζεται τόσο με την ανισορροπία στο ισοζύγιο ικανοποίησης των κοινωνικών ασφαλιστικών αναγκών, όσο και με την ανισορροπία του οικονομικού τους ισοζυγίου.

Μολονότι έχει αρχίσει να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα της ασφαλιστικής κάλυψης με νομοθετικά μέτρα, έχει αναδειχθεί, η ανάγκη της βιωσιμότητας των συστημάτων ασφαλιστικής κάλυψης και κοινωνικής προστασίας, όπως και οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας (Νεκτάριος, 2010), καθώς έχει αποδειχθεί ότι κατά τις περιόδους που σημειώνεται ελάττωση των εισοδημάτων οι ασθενείς τείνουν να απευθύνονται σε υπηρεσίες οι οποίες προσφέρουν ασφαλιστική κάλυψη.

Το 2011, ο έλεγχος των δαπανών κατέστη αδύνατος, καθώς για τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία, δεν αποτέλεσε προτεραιότητα (Μόσιαλος κ.ά., 2011). Επιπρόσθετα, τα Ταμεία δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν σε προκλήσεις συνεργασίας ή και ανταγωνισμού με το δημόσιο σύστημα υγείας, καθώς δεν ήταν επαρκή και η ανάλογη κουλτούρα. Το σημαντικό ζήτημα που δημιουργήθηκε ήταν ότι τα Ασφαλιστικά Ταμεία δεν πλήρωναν το πραγματικό κόστος των υπηρεσιών υγείας που παρέχονταν από το ΕΣΥ (ιδιαίτερα των νοσοκομείων). Ως αιτίες των σημαντικών ελλειμμάτων των ασφαλιστικών ταμείων, αναφέρονται τα εξής: (Μητρόπουλος, 2008):

- Η εκτεταμένη και αλόγιστη συνταγογράφηση, συνήθως ακριβών φαρμάκων, προς όφελος των εμπλεκόμενων στο κύκλωμα του φαρμάκου. Σήμερα γίνεται προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος αυτού με την εφαρμογή της εγκεκριμένης λίστας φαρμάκων από τον ΕΟΦ, καθώς και της ηλεκτρονικής συνταγογραφίσεως.
- Η συνεχής κατάχρηση της συνταγογραφίσεως για τη διενέργεια πολλαπλών διαγνωστικών εξετάσεων προς όφελος των χιλιάδων εργαστηρίων, διαγνωστικών κέντρων και ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών.
- Η υπερτιμολόγηση διαφόρων ιατρικών πράξεων και προμηθειών υλικών και ιδιαίτερος των βιολογικών ιατρικών προϊόντων.
- Η τιμολόγηση για την Κοινωνική Ασφάλιση γινόταν ανά ασθενή.
- Χαμηλά αποδιδόμενα νοσήλια
- Παρουσία πλασματικών εισαγωγών καθώς απουσίαζε η μηχανογράφηση του νοσοκομείου και δεν γινόταν σωστός έλεγχος εισαγωγών.
- Οι προσφερόμενες υπηρεσίες για ιατρικές επισκέψεις από το ΕΣΥ στους ασφαλισμένους των ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ και ΟΓΑ επιβάρυναν το ΕΣΥ καθώς απουσίαζε η κοστολόγησή τους.
- Η υπογεννητικότητα του ελληνικού πληθυσμού, η δημογραφική γήρανση καθώς και η αναλογία του αριθμού των συνταξιούχων προς τον αριθμό των ασφαλισμένων (Στεργίου, 2007).
- Η «μαύρη» και ανασφάλιστη εργασία που μειώνει οικονομικούς πόρους.
- Το μεταναστευτικό ζήτημα.
- Η κατά σειρά ετών εισφοροδιαφυγή.
- Οι αλόγιστες σπατάλες στην περίθαλψη.

- Η άναρχη οργάνωση των επιμέρους συστημάτων και φορέων.
- Η εθελούσια συνταξιοδότηση που επιβαρύνουν το δημόσιο σύστημα.
- Οι οφειλές του Δημοσίου προς τον μεγαλύτερο ασφαλιστικό τομέα (ΙΚΑ - ΕΤΑΜ).
- Η ανεργία, που τείνει να αυξάνεται συνεχώς, με δυσμενείς επιπτώσεις στην κοινωνική ασφάλιση από την οποία αφαιρεί πόρους και κατ' επέκταση μειώνει τα έσοδα και αυξάνει τις δαπάνες συνταξιοδότησης (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012).
- Η στασιμότητα της ελληνικής οικονομίας και η συνεχιζόμενη ύφεση, εξαιτίας των Μνημονιακών πολιτικών.

Ως προς την καταγραφή των δαπανών των ασφαλιστικών ταμείων, αναγνωρίστηκαν τα παρακάτω προβλήματα: α) Στο ΙΚΑ έλειπε ο λογιστικός διαχωρισμός δαπανών νοσηλείας μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών θεραπευτηρίων, β) Στον ΟΑΕΕ απουσίαζε ένα Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα με αποτέλεσμα οι επιμέρους υπηρεσίες ασφάλισης να στέλνουν χειρόγραφα δεδομένα, και οι απολογιστικές δαπάνες να απέχουν πολύ από τις πραγματικές δαπάνες (τιμολόγια πληρωμών), γ) Στον ΟΓΑ η έλλειψη πληροφοριακού συστήματος οδήγησε στην έλλειψη εκσυγχρονισμού των διοικητικών διαδικασιών.

Στις διαρθρωτικές αλλαγές που επέβαλαν τα μνημόνια, συμπεριλαμβάνονται ο νόμος 3863/2010, που θεσμοθετεί τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ (αφορά 2,6 εκατομμύρια συνταξιούχους και 3,5 εκατομμύρια εργαζόμενους) και την ενοποίηση σε ένα Ταμείο όλων των Κλάδων Υγείας, την ενοποίηση όλων των Επικουρικών Ταμείων στο Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης (ΕΤΕΑ), τη δημιουργία του Κεφαλαίου Αλληλεγγύης Γενεών, του γνωστού πλέον ΑΚΑΓΙΕ, που συνιστά πηγή ενίσχυσης του συστήματος μετά το 2019, την αξιοποίηση των σύγχρονων μέσων για τον έλεγχο των δαπανών, όπως η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η ενιαία ηλεκτρονική βάση για την πληρωμή των συντάξεων και η απογραφή όλων των συνταξιούχων, η δημιουργία ενιαίας ηλεκτρονικής βάσης για ΙΚΑ-ΣΕΠΕ-ΟΑΕΔ, η σύσταση ενιαίου Κέντρου Πιστοποίησης της Αναπηρίας (ΚΕΠΑ), η αναμόρφωση στο καθεστώς των Βαρέων και Ανθυγιεινών Επαγγελμάτων (ΒΑΕ) κ.λπ. Τα παραπάνω είχαν ως αποτέλεσμα, πέρα από τη θεμελίωση ενός νέου συστήματος οικονομικά βιώσιμου και κοινωνικά

δίκαιου, τη σημαντική περιστολή δαπανών κατά 5 περίπου δισ. ευρώ ετησίως, με το μεγαλύτερο μέρος να αφορά φαρμακευτική δαπάνη και άλλες δαπάνες υγείας.

Έτσι, το αποθεματικό κεφάλαιο των ασφαλιστικών ταμείων από 26 δισ. ευρώ το 2009 μειώθηκε σε 4,5 δισ. το 2013. Την περίοδο 2010 - 2014 τα Ασφαλιστικά Ταμεία εισέπραξαν από τον κρατικό προϋπολογισμό συνολικά 199,7 δισ. ευρώ. Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στο 63% περίπου του δημόσιου χρέους της Ελλάδας σήμερα. Μέσα σε 10 χρόνια (2000 – 2010) η κρατική επιχορήγηση προς τα Ασφαλιστικά Ταμεία ανέβηκε από το 4% του ΑΕΠ (6,14 δισ. ευρώ το 2000 με ΑΕΠ 146,4 δισ. ευρώ), στο 8,2% του ΑΕΠ (19 δισ. ευρώ το 2010 με ΑΕΠ 230,2 δισ. ευρώ). Από το 2014, το επικουρικό σύστημα της χώρας μας μετά την ενοποίηση όλων των ταμείων λειτουργεί με όρους νοητής κεφαλαιοποίησης, κάτι που ήδη έχει θεσμοθετηθεί με τον νόμο 4387/2017 για τους κλάδους Επικούρησης και Εφάπαξ Παροχών του Ε.Τ.Ε.Α.Ε.Π..

Επιπλέον, σε οργανωτικο-λειτουργικούς όρους το μνημονιακό νομοθετικό πλαίσιο περιλαμβάνει τη σύσταση, οργάνωση και λειτουργία του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) και του Ενιαίου Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης και Εφάπαξ Παροχών (ΕΤΕΑΕΠ). Επίσης σε ασφαλιστικούς όρους, μεταξύ των άλλων, περιλαμβάνει την θέσπιση της εθνικής σύνταξης (384 ευρώ μηνιαίως με 20 έτη ασφάλισης και 346 ευρώ τον μήνα με 15 έτη ασφάλισης), χρηματοδοτούμενης από το κράτος μέσω της φορολογίας, το οποίο από 1/1/2026 θα χρηματοδοτεί αποκλειστικά και μόνο την εθνική σύνταξη (7% του ΑΕΠ - 13 δις ευρώ περίπου το 2017).

Το 2015, γιγαντώνεται το ασφαλιστικό πρόβλημα, καθώς διαπιστώνεται ότι η οριακή ισορροπία εισροών - εκροών ανατρέπεται στο τέλος του 2015, με αποτέλεσμα η ρευστότητα του συστήματος και η βιωσιμότητά του να απαιτούν πρόσθετους πόρους που κατά το 2016 εκτιμώνται σε 950 εκατ. ευρώ (ΓΣΕΕ «Γήρανση του πληθυσμού και μακροχρόνια βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα 2013- 2050»). Μάλιστα, οι ανάγκες αυξάνονται δραματικά τα επόμενα χρόνια και φθάνουν τα 2,67 δισ. ευρώ το 2020. Οι ειδικοί εκτιμούν ότι σε συνθήκες σημαντικής μείωσης της κρατικής επιχορήγησης (από 16,4 δισ. ευρώ το 2012 σε 12,7 δισ. ευρώ το 2014 και μόλις 8,6 δισ. ευρώ τον χρόνο το διάστημα 2015-2018), εκρηκτικής αύξησης της ανεργίας, αύξησης του αριθμού των νέων συνταξιούχων (40.000 τον χρόνο μέχρι το 2009 και 100.000 τον χρόνο μετά το 2010), μείωσης των

μισθών και αύξησης της ανασφάλιστης, αδήλωτης και ευέλικτης εργασίας, είναι αναπόφευκτη η επιβολή νέων μέτρων.

Μερικές από τις παρεμβάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη ρύθμιση της βιωσιμότητας του συστήματος υγείας είναι:

Μείωση του ποσοστού συνταξιοδότησης.

Μείωση του ύψους σύνταξης.

Αύξηση του ποσοστού απασχόλησης.

Αύξηση της εισφοράς (αύξηση μισθών).

iii) Επιπτώσεις στο ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας

Η παγκόσμια οικονομική ύφεση έχει προκαλέσει την ανησυχία και τον προβληματισμό για το ανθρώπινο δυναμικό που ασχολείται στον τομέα της υγείας, σχετικά με τις απολύσεις και τις μειώσεις μισθών που μπορεί να οδηγήσουν σε μια αναπόφευκτη έλλειψη προσωπικού και αύξηση του φόρτου εργασίας, επηρεάζοντας έτσι τις συνθήκες εργασίας του προσωπικού. Επίσης, έρευνες δείχνουν πως άτομα με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο τείνουν να έχουν υψηλότερη ποιότητα υγείας και ότι τα δυσμενή εργασιακά περιβάλλοντα συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση (Leiter, 2009).

Στην περίπτωση που ο φόρτος εργασίας είναι μεγάλος, το ανθρώπινο δυναμικό που ασχολείται στην υγεία, έχει λιγότερες ευκαιρίες να λάβει εγγενείς ανταμοιβές από τη δουλειά τους μέσα από την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας που θα ήταν πρόθυμοι να παρέχουν στους ασθενείς τους (Morgan & Lynn, 2009). Οι νέες συνθήκες εργασίας που έχουν δημιουργηθεί για τους εργαζόμενους δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα κατά τα χρόνια της αυστηρής λιτότητας, αύξησαν τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μεταξύ των αιτιών της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού είναι: το μακροχρόνιο στρες στη δουλειά, η έλλειψη προσωπικού, οι χαμηλές ανταμοιβές, ο υψηλός φόρτος εργασίας, η απουσία δικαιοσύνης. Η επαγγελματική εξουθένωση έχει συσχετιστεί με συμπτώματα κατάθλιψης, χρόνιας κόπωσης, ψυχοσωματικά συμπτώματα και χαμηλή ικανοποίηση από την προσωπική και οικογενειακή ζωή (Burke et al, 2010).

Η ποιότητα της περίθαλψης έχει μειωθεί κατά τη διάρκεια της κρίσης, παρά τις προσπάθειες των νοσηλευτών, που στη συντριπτική πλειοψηφία μοιάζουν

ικανοποιημένοι από την παροχή της ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας που οι ίδιοι προσφέρουν (Poghosian et al, 2010). Αναφορικά με τις μειωμένες αποδοχές, έρευνες τονίζουν ότι η επίδραση του μειωμένου εισοδήματος στην επαγγελματική εξουθένωση, στηρίζεται στο γεγονός ότι οι μειωμένες αποδοχές ταυτίζονται με την μειωμένη αποδοτικότητα και τη μειωμένη επίτευξη των προσωπικών στόχων (Skefales et al, 2014).

Πιο συγκεκριμένα, κατά τη διάρκεια της κρίσης, οι νέες προσλήψεις στο δημόσιο τομέα έγιναν απαγορευτικές, οι μειώσεις των μισθών και η αύξηση της φορολογίας μείωσαν σοβαρά το εισόδημα των δημοσίων υπαλλήλων, συμπεριλαμβανομένων όσων εργάζονται στον τομέα της υγείας, ενώ πολλοί νοσηλευτές έχουν επιλέξει πρόωρες συνταξιοδοτήσεις λόγω μειώσεων στον ακαθάριστο μισθό και αλλαγών στο συνταξιοδοτικό σύστημα. Ειδικότερα, οι επαγγελματίες υγείας επηρεάστηκαν οικονομικά, με περικοπές των μισθών στον δημόσιο τομέα σε ποσοστό 15% όπως και των συντάξεων στο 10% καθώς και κατάργηση του 13ου και 14ου μισθού, ενώ το όριο ηλικίας συνταξιοδότησης αυξήθηκε στα 67 χρόνια (Matsagianí, 2011). Το ΕΣΥ λειτούργησε με 10-40% λιγότερους εργαζόμενους στους οποίους επιβλήθηκε μείωση αποδοχών κατά 40% (Anagnostopoulos & Soumaki, 2012) ενώ το 2012 υπολογίστηκε ότι λόγω της οικονομικής κρίσης περίπου το 1/3 των πτυχιούχων νοσηλευτών θα παραμείνουν άνεργοι έως και τέσσερα χρόνια μετά την αποφοίτησή τους. Επίσης οι νοσηλευτές έκτακτης ανάγκης θα πρέπει να εργαστούν υπερωρίες με λιγότερους διαθέσιμους πόρους, με λιγότερες ημέρες άδειας και χαμηλότερο μισθό συγκριτικά με τρία χρόνια πριν (Kalafati, 2012). Όλοι οι παραπάνω παράγοντες φαίνεται ότι έχουν οδηγήσει το νοσηλευτικό προσωπικό σε υψηλά επίπεδα δυσαρέσκειας εργασίας και επαγγελματικής εξουθένωσης με αποτέλεσμα πολλοί εργαζόμενοι στο τομέα υγείας να έχουν ζητήσει την πρόωρη συνταξιοδότηση τους (Kalafati 2012; Kentikelenis & Papanicolas, 2012). Ο χαμηλότερος μισθός, καθώς και οι συνταξιοδοτικές αλλαγές, επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης (Kalafati, 2012), ενώ οδηγούν σε υψηλά επίπεδα επαγγελματικής απογοήτευσης και συναισθηματικής εξάντλησης και εξασθένισης των νοσηλευτών (Karanikolos et al, 2013; Simou & Koutsogeorgiou, 2014).

Άλλα μέτρα για τη μείωση του προϋπολογισμού στο χώρο της υγείας περιλαμβάνουν την κατάργηση ή συγχώνευση 370 εξειδικευμένων μονάδων και μείωση των δημοσίων νοσοκομειακών κλινών από 35.000 σε 33.000

(Parathanassoglou et al, 2012). Το 2011 ο προϋπολογισμός για την υγεία ήταν €1,4 δις και μειώθηκε κυρίως μέσα από τις περικοπές μισθών και τη μείωση του λειτουργικού κόστους (Karaniolos et al, 2013), ενώ το επόμενο σχέδιο αφορούσε περαιτέρω μείωση της τάξης του 2,1 δις ευρώ από τον προϋπολογισμό της υγειονομικής περίθαλψης μέχρι το 2015 (Stuckler et al, 2011). Οι εισαγωγές σε ιδιωτικά νοσοκομεία μειώθηκαν κατά 40% και, υπήρξε μεγαλύτερη ζήτηση για υπηρεσίες δημόσιου νοσοκομείου. Οι εισαγωγές στα δημόσια νοσοκομεία αυξήθηκαν κατά 24% το 2010 σε σύγκριση με το 2009 και επιπλέον κατά 8% στο πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σύγκριση με το πρώτο εξάμηνο του 2010. Εκτός αυτού, 26.000 επαγγελματίες υγείας απολύθηκαν (Kentikelenis et al, 2011). Επιπλέον, μια μείωση 40% στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, προκάλεσε έλλειψη φαρμακευτικών και ιατρικών εφοδίων.

Όσον αφορά το νοσηλευτικό προσωπικό, η Ελλάδα είχε πάντοτε έλλειψη νοσηλευτών. Το 2009, πριν από την έναρξη της παρούσας κρίσης, υπήρχαν μόνο 3,3 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους με το μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ στο 8,4 (OECD, 2013). Οι επαγγελματίες υγείας έχουν υποστεί μεγάλες μειώσεις στις αποδοχές τους και λειτουργούν σε καθεστώς εργασιακής ανασφάλειας. Οι επαγγελματικές ασθένειες είναι συχνό φαινόμενο στο νοσηλευτικό προσωπικό λόγω παρατεταμένης κόπωσης και χρόνιου άγχους (Θεοδώρου και συν., 2007; Δημητριάδου-Παντέκα κ.α., 2009) καθώς ο ρόλος τους, παρά την πληθώρα των αρμοδιοτήτων και των ευθυνών τους, είναι συχνά υποτιμημένος, στο Σύστημα Υγείας (Koopar, 2008). Ωστόσο, αν και στην Ελλάδα η υποστελέχωση των νοσοκομείων σε νοσηλευτικό προσωπικό και ο υψηλός φόρτος εργασίας φαίνεται να αποτελούν διαχρονικά φαινόμενα η κινητικότητα των νοσηλευτών δεν είναι καταγεγραμμένη, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν στατιστικά δεδομένα.

Υπό αυτές τις συνθήκες το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας αντιμετωπίζει τεράστιες προκλήσεις για να εξισορροπήσει τους μειωμένους πόρους και τις αυξημένες απαιτήσεις για υπηρεσίες. Η κυβέρνηση και το υπουργείο θα πρέπει να λαμβάνουν άμεσα μέτρα για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης στα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα, ώστε να προστατεύουν την ασφάλεια των ασθενών και να διατηρούν την ευημερία των εργαζομένων.

iv) Επιπτώσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είχε ήδη παρουσιάσει τις προηγούμενες δεκαετίες σημαντικά προβλήματα στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητά του, στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, στην οργάνωση και στη δομή του καθώς επίσης και στη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού του (Notara, Kourpidis et al., 2010; Emmanouilidou & Burke, 2013). Κατά τη διάρκεια της κρίσης, τα δημόσια έξοδα μειώθηκαν, με αποτέλεσμα να μειωθούν και οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία, όπως και η ποιότητα και η επάρκεια των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Αντίθετα, η παραοικονομία στην υγεία αυξήθηκε, λόγω μείωσης της κοινωνικής πρόνοιας και του οικογενειακού εισοδήματος.

Οι επιπτώσεις που είχε η οικονομική κρίση στην υγειονομική περίθαλψη και τις υπηρεσίες υγείας επηρέασε τους εξής τομείς (Simou & Koutsogeorgou, 2014):

- δημόσιες δαπάνες υγείας και διαχείριση
- εργατικό δυναμικό
- υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης
- αγορά φαρμάκων
- βιοϊατρική έρευνα

Ελλείψεις παρατηρήθηκαν και στην αποτελεσματική διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, ειδικά των ατόμων που βρίσκονται στις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες, οι οποίοι και προσπαθούν να αναδείξουν την ανάγκη στήριξης των νοικοκυριών τους, που ξοδεύουν το 40% του εισοδήματος τους για την υγεία, είτε λόγω κάποιου δαπανηρού χρόνιου νοσήματος, είτε λόγω αιφνίδιου συμβάντος (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

Η ανεξέλεγκτη και επικερδής αγορά εξειδικευμένης φροντίδας έχει τροφοδοτήσει την παραγωγή υπερπροσφοράς ειδικευμένων ιατρών. Αυτό, έχει οδηγήσει σε υπερπροσφορά των ειδικευμένων έναντι των γενικών γιατρών. Ο αριθμός των γενικών γιατρών βρίσκεται πολύ κάτω από το σημείο αναφοράς της Ε.Ε., σε αναλογία με το ανθρώπινο δυναμικό και από την άποψη της πυκνότητας και του αριθμού απασχολούμενων. Ο αριθμός των ειδικών γιατρών βρίσκεται πολύ πάνω από το σημείο αναφοράς της Ε.Ε., πλεόνασμα το οποίο συνεχίζει να αυξάνεται κάθε χρόνο. Το γεγονός αυτό έχει σαν επίπτωση την προκλητή ζήτηση από την πλευρά της

προσφοράς, με τους ασθενείς να αγοράζουν διαρκώς εξειδικευμένη φροντίδα, με συνέπεια την υπερκατανάλωση, καθώς και τον ανταγωνισμό για πελάτες/ασθενείς, με τους ειδικούς γιατρούς να ανταγωνίζονται στην αγορά πρωτοβάθμιας φροντίδας που κυριαρχείται από έναν αρρύθμιστο ιδιωτικό τομέα. Αυτές οι αρνητικές συνέπειες επιτείνονται από δομικά εμπόδια στο συντονισμό μεταξύ Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Εξειδικευμένης Εξωνοσοκομειακής Φροντίδας, από την «επαγγελματική αντιπαλότητα» και από στρεβλά οικονομικά κίνητρα. Η υπερκατανάλωση και η υπερπροσφορά ειδικών ιατρών έρχεται σε αντίφαση με τη χαμηλή απόδοση. Παρά τις κορυφαίες επιδόσεις σε πληθυσμιακά ποσοστά όσον αφορά στον ακτινολογικό εξοπλισμό, τους ακτινολόγους, τους γυναικολόγους και τους χειρουργούς, ο προσυμπτωματικός έλεγχος για τον καρκίνο του μαστού και του παχέος εντέρου υστερεί σε σχέση με πολλές άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Επιπλέον και παρά την παραπάνω υπερπροσφορά ειδικευμένων γιατρών, οι μέσοι χρόνοι αναμονής για λήψη ιατρικής εκτίμησης στις υπηρεσίες του ΕΣΥ ήταν αντίστοιχα 35 και 20 ημέρες το 2014, ενώ το 21% των ραντεβού με τους γαστρεντερολόγους δεν πραγματοποιήθηκαν και οι ασθενείς έπρεπε να στραφούν σε ιδιωτικές υπηρεσίες. Το ίδιο φαινόμενο οδηγεί και σε μεγάλη κατανάλωση αντιβιοτικών, με την Ελλάδα να έχει το τέταρτο υψηλότερο ποσοστό ακριβών αντιβιοτικών στην Ευρώπη.

Παράλληλα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παραμένει σε ιδιαίτερα χαμηλή ανάπτυξη, διαθέτοντας μία από τις χαμηλότερες αναλογίες νοσηλευτών στον ΟΟΣΑ. Αυτή η υποεπένδυση στην πρωτοβάθμια φροντίδα επηρεάζει όχι μόνο την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη, αλλά, επίσης, σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα της θεραπευτικής φροντίδας, την ικανοποίηση των χρηστών και την εμπιστοσύνη στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Συνοψίζοντας, η διαχείριση των προβλημάτων υγείας είναι κατακερματισμένη και στερείται συνέχειας, ενώ η φροντίδα είναι συχνά αναποτελεσματική και σε γενικές γραμμές αδικαιολόγητα ακριβή. Το άμεσο κόστος για ασθενείς που αναλαμβάνουν την πληρωμή της περίθαλψής τους επιτείνει την οικονομική δυσχέρεια, σε ένα πληθυσμό που ήδη πιέζεται έντονα. Η ποιότητα της περίθαλψης είναι κάτω της βέλτιστης και όλο και περισσότερο θεωρείται ότι δεν αντιστοιχεί στις προσδοκίες του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να μειώνεται η εμπιστοσύνη στις δημόσιες αρχές και στους παρόχους υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Έτσι, ενώ οι περικοπές των δημόσιων δαπανών υγείας ήταν σημαντικές τα τελευταία χρόνια, το

πραγματικό πρόβλημα δεν είναι το ποσό των χρημάτων που δαπανώνται για την υγειονομική περίθαλψη, αλλά το πώς και πού δαπανάται το ποσό αυτό.

ν) Μεταβολές στους δείκτες υγείας και θνησιμότητας

Η κρίση και οι πολιτικές αντιμετώπισής της έχουν επηρεάσει την υγεία των ευάλωτων ομάδων ειδικότερα. Χαρακτηριστική είναι η αύξηση των επισκέψεων στα Εξωτερικά Ιατρεία των ΩΡΑ καθώς και των διαταραχών, όσον αφορά τον ίλιγγο και τις εμβολές πιθανότατα λόγω του άγχους και της θλίψης εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (Karatzanis et al, 2012). Επιπλέον, παρατηρήθηκε άνοδος στα περιστατικά με HIV από 10-15 μεταξύ των ετών 2007-2010, σε 314 τους πρώτους 8 μήνες του 2012, πιθανότατα εξαιτίας της μειωμένης χρηματοδότησης στην πρόληψη και θεραπεία του HIV και εξαιτίας των μειώσεων στους προϋπολογισμούς των προγραμμάτων παρέμβασης για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Kantikelenis et al, 2011; McKee et al, 2012; Pouloropoulos, 2012; Stuckler & McKee, 2012; Karanikolos et al, 2013; Simou & Koutsogeorgou, 2014). Οι μολυσματικές ασθένειες έχει αποδειχθεί ότι εξαπλώνονται σε περιόδους οικονομικής αναταραχής (Stuckler et al, 2008) και σύμφωνα με τους ερευνητές του ΚΕΕΛΠΝΟ, η Ελλάδα έχει υποφέρει από δυσανάλογα υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας διαφορετικής κλίμακας επιδημιών από την αρχή της οικονομικής κρίσης (Bonovas & Nikolopoulos, 2012). Έτσι, η Ελλάδα κατετάγη 4η από 30 χώρες σε θανάτους από τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και το ξέσπασμα του ιού της γρίπης (H1N1), καθώς και από τα πρόσθετα κρούσματα ελονοσίας και του ιού του Δυτικού Νείλου, που παρατηρήθηκαν κατά την περίοδο 2009-2012 και, με τα κρούσματα φυματίωσης να διπλασιάζονται μέσα σε ένα χρόνο.

Αντίθετα, είναι ευτυχές το γεγονός πως οι θάνατοι από τα τροχαία ατυχήματα και οι τραυματισμοί βρίσκονται σε μείωση, καθώς τα άτομα στρέφονται σε εναλλακτικούς, οικονομικότερους τρόπους ταξιδιού και μετακινήσεων, ή απλώς χρησιμοποιούν τα αυτοκίνητα λιγότερο. Έρευνες επιβεβαιώνουν τη μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα σε περιόδους οικονομικής κρίσης (Khang et al., 2005; Shkolnikov et al., 2001; Notzon et al., 1998; Stuckler et al., 2009). Στην Ελλάδα, μεταξύ 2008 και 2010, οι τραυματισμοί από τροχαία ατυχήματα μειώθηκαν κατά 23,5% και οι θάνατοι κατά 37% (Michas & Micha, 2013). Τα τροχαία

ατυχήματα και τα θύματά τους μειώθηκαν κατά το ένα τρίτο στο πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σχέση με το πρώτο εξάμηνο του 2010 σύμφωνα με στοιχεία που δόθηκαν στη δημοσιότητα από το αρχηγείο της ΕΛ.ΑΣ. Ωστόσο, όπως αναφέρεται, ενδιαφέρον θα ήταν να εξεταστεί κατά πόσο αυτή η μείωση οφείλεται και στη μείωση των μετακινήσεων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (Στατιστικά στοιχεία Τροχαίας).

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης το αυξημένο στρες, η κατάθλιψη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις συνήθειες μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες θανάτου (Cutler et al., 2003; Musgrove, 1987; Toole et al., 2000). Στην μελέτη των Falagas et al. (2009), οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων σχετίστηκαν με την αύξηση στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, και με αύξηση στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι Economou et al. (2011), αναφέρουν πως σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (δηλαδή 2,18 θανάτους/100.000). Αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας σε ανέργους σε σύγκριση με εργαζόμενους υποστηρίζουν και μελέτες από Φιλανδία, Ιταλία, Σουηδία, ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο (Martikainen 1990; Stefansson, 1991; Sorlie & Rogot, 1990; Iversen et al., 1987; Junankar 1991). Η μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της θνησιμότητας σε περιόδους οικονομικής κρίσης, ιδίως αν αυτό συνδέεται με τις προσωπικές δαπάνες (Yang et al., 2001). Αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα έχουν άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, όπως οι μετανάστες και οι χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Van Doorslaer et al., 1997; Wilkinson et al., 1996). Παρομοίως, τα άτομα και οι οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου διατρέχουν δυο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας (Blane et al., 1997) εξαιτίας της αθροιστικής δράσης ενός αριθμού παραγόντων όπως το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, τη μειωμένη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη και τις κακές συνθήκες διαβίωσης οι οποίοι δρουν αθροιστικά.

Ωστόσο σε έρευνες αναφέρεται πως στις βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση μικρής διάρκειας έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων προς την υιοθέτηση ενός περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια τη μείωση της θνησιμότητας (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010). Άλλες έρευνες δείχνουν ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης η θνησιμότητα μειώνεται, με

εξαίρεση τις αυτοκτονίες, οι οποίες φαίνεται να αυξάνονται (Ruhm, 2000; Gerdtham et al., 2006).

Ψυχολογικές παράμετροι όπως το άγχος και η κατάθλιψη που αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης θεωρείται ότι αποτελούν παράγοντες για αύξηση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας (Greenwood et al., 1996; Gump et al., 2005). Η ανεργία που αυξάνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης συνδέεται, επίσης, με χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Bethune 1997; Burchell 1994). Σύμφωνα με μελέτες, αύξηση έχει παρατηρηθεί στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε χρονική συσχέτιση με την περίοδο οικονομικής κρίσης (Waltisperger et al., 2005; Shkolnikov et al., 2001; Notzon et al., 1998). Τα αναπνευστικά προβλήματα σύμφωνα με ερευνητές αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα, σε μελέτες αναφέρεται ότι αυξήθηκε η θνησιμότητα λόγω της πνευμονίας ή γρίπης σε περιόδους οικονομικής κρίσης (Khang et al., 2005; Shkolnikov et al., 2001; Gavrilova et al., 2000). Επίσης, ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ, ηπατικά νοσήματα και κυρίως κίρρωση ήπατος έχουν συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας κατά τη διάρκεια οικονομικών κρίσεων (Shkolnikov et al., 2001; Khang et al., 2005; Notzon et al., 1998; Gavrilova et al., 2000).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έδειξε πως η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79% (Stuckler et al., 2009). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα σε περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται περισσότερο από 3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4-4,5%. Την αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών σε περιόδους οικονομικής κρίσης επιβεβαιώνουν και άλλες μελέτες (Khang et al., 2005; Shkolnikov et al., 2001; Gavrilova et al., 2000; Notzon et al., 1998; Ruhm, 2000; Gerdtham et al., 2006). Στην Νότιο Κορέα επίσης, μελέτες υποστηρίζουν την αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών λόγω οικονομικής κρίσης (Watts et al., 1998; Park et al., 2003). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί και το οικονομικό κραχ στις Η.Π.Α. στις αρχές του 1930, που χαρακτηρίστηκε από μείωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 10%, και από αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40%, όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30% (Stuckler et al., 2009). Τα ευρήματα μελέτης για τις οικονομικές αλλαγές στην Ευρώπη τη χρονική περίοδο 1979–2007 υποστηρίζουν πως για κάθε μία ποσοστιαία μονάδα

αύξησης της ανεργίας παρατηρείται αύξηση της τάξης του 0,79% στις αυτοκτονίες και τις ανθρωποκτονίες.

Παράλληλα, σε επόμενη μελέτη, παρατηρήθηκε πως η κατά μία ποσοστιαία μονάδα αύξηση της ανεργίας στους άνδρες σχετίζεται με αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,72%. Επιπλέον, σε μελέτη παρακολούθησης της συχνότητας απόπειρας αυτοκτονίας και της σχέσης της με την ανεργία, καταγράφηκε ότι το ποσοστό στις γυναίκες ήταν τουλάχιστον δύο φορές μεγαλύτερο σε σχέση με τους άνδρες, ενώ το 15,34% επανέλαβε την απόπειρα μέσα στον ίδιο χρόνο και το 75% μέσα σε 2 χρόνια. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μείωση του επιπολασμού του αυτοκτονικού ιδεασμού και της απόπειρας αυτοκτονίας σε επίπεδα που προσεγγίζουν τα αντίστοιχα προ κρίσης, παρά την αύξηση των ποσοστών κατάθλιψης. Μολονότι η Ελλάδα (και η Κύπρος) εμφανίζει τον μικρότερο αριθμό αυτοκτονιών στην Ευρώπη, έχει καταγραφεί σημαντική αύξηση μέσα σε μια τετραετία, με τον αριθμό των θανάτων από αυτοκτονία να αυξάνεται από 377 το 2010 σε 565 το 2014. Σημειώνεται ότι το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών στη χώρα σημειώνεται το 2012, ενώ κάθε μια ποσοστιαία μονάδα αύξησης της ανεργίας συμπίπτει με αύξηση του δείκτη των αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους κατά 0,19. Σε μελέτες που αφορούν στην αυτοκτονικότητα και στον αυτοκτονικό ιδεασμό (Economou et al, 2011; Economou et al, 2013) εντοπίστηκε αύξηση του 36% σε αυτό-αναφορές απόπειρας αυτοκτονίας μεταξύ 2009 και 2011, ενώ σε έρευνα που δημοσιεύτηκε το 2008 από την Economou, Nikolaou & Theodossiou (2008), η αύξηση κατά 1% της ανεργίας συνεπάγονταν και αύξηση κατά 1,54 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους (όπως αναφέρουν οι Καλογεροπούλου & Παπαθανασοπούλου, 2013).

Η βρεφική θνησιμότητα έχει αποδειχθεί να αυξάνεται σε περιόδους οικονομική κρίσης (Paxson et al., 2004; Waltisperger et al., 2005; Carlson et al., 2000). Η μείωση των κρατικών χρηματοδοτικών πόρων είναι ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει το βαθμό της κοινωνικής πρόνοιας, καθώς και τη λειτουργία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας (Bokhari et al., 2007; Schell et al., 2007; Falagas et al., 2009). Ειδικότερα στις χώρες με χαμηλή και μέση ανάπτυξη, ο περιορισμός στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα (WHO, 2009). Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας κατά τη διάρκεια της οικονομικής

κρίσης είναι πιθανό να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε ετήσια βάση λόγω της μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης (Buninik, 2009).

Περαιτέρω, η οικονομική δυσχέρεια έχει βρεθεί ότι σχετίζεται αρνητικά με την ψυχική υγεία. Ευρήματα υποστηρίζουν ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες διατρέχουν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κάποια σοβαρή ψυχολογική διαταραχή, ανεξάρτητα από το εισόδημά τους. Έτσι, τα τελευταία χρόνια η ψυχική υγεία των Ελλήνων διαφαίνεται να έχει χειροτερεύσει καθώς παρατηρείται μια αύξηση της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας της τάξης του 120%, μέσα σε μόλις μια τριετία. Σύμφωνα δε με την Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου, το ποσοστό των ατόμων με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης ανήλθε το 2014 σε 24% και 16% αντίστοιχα. Επίσης, στο πλαίσιο της ίδιας μελέτης, επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με την ανεργία, ενώ έρευνα των Οικονόμου κ.α., (2013) υποστηρίζει ότι σε συνθήκες παρατεταμένης οικονομικής κρίσης μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης έχουν όσοι είναι άνω των 45 ετών, με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, έγγαμοι, άνεργοι και κάτοικοι της Αθήνας. Παράλληλα, οι άνδρες ηλικίας 25–44 ετών, με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο, έγγαμοι και εργασιακά ενεργοί, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν διαταραχή γενικευμένου άγχους.

Παράλληλα, μολονότι βιβλιογραφικά παρατηρείται μείωση της συνολικής θνησιμότητας, οι θάνατοι από ανεπιθύμητες ενέργειες κατά την ιατρική περίθαλψη, από παθήσεις του πεπτικού συστήματος καθώς και από επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού σημειώνουν στατιστικά σημαντική αύξηση. Στο περιβάλλον αυτό, η γενικότερη αντίληψη και στάση ζωής, κυρίως των νέων, έχει επίσης αλλάξει. Από την άλλη, η περίοδος της κρίσης καταγράφει και κάποιες θετικές επιδράσεις, όπως π.χ. η μείωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά 4,7% κατά μέσο όρο ετησίως καθώς και των θανάτων από τροχαία ατυχήματα. Σημαντικό ρόλο προς αυτήν την κατεύθυνση διαδραμάτισε η σταδιακή μείωση του καπνίσματος, η αύξηση της άσκησης και ο περιορισμός που αυτή επέφερε στην καθιστική ζωή, καθώς και η μικρή αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες με την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών. Παράλληλα, μολονότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης παρατηρείται αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ, στην Ελλάδα δεν διαπιστώνεται αντίστοιχη συσχέτιση, καθώς η υπερβολική κατανάλωση θεωρείται κοινωνικά μη αποδεκτή συμπεριφορά (OECD-Προφίλ Υγείας για την Ελλάδα, 2017)

vi) Οι επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία των πολιτών

Η ψυχική υγεία είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στις ταχείες οικονομικές διακυμάνσεις (Durkheim, 1951), και τα πρώτα διαθέσιμα στοιχεία αποκαλύπτουν ανησυχητικές τάσεις. Η οικονομική κρίση φαίνεται να επιφέρει επιπτώσεις στην υγεία και ιδιαίτερα στην ψυχική υγεία, κυρίως μέσω της ανεργίας, της μείωσης του εισοδήματος και της εργασιακής ανασφάλειας (Vandoros et al, 2013). Υπήρξε ένα αυξητικό ποσοστό της τάξης του 45%, των αυτοκτονιών μεταξύ 2007 και 2011 (ELSTAT, 2013), και η αύξηση αυτή ήταν ιδιαίτερα έντονη σε άνδρες παραγωγικής ηλικίας (Kondilis et al., 2013). Ψυχιατρικές έρευνες αποκαλύπτουν επίσης μια επιδείνωση της κατάστασης της ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με έρευνες των Economou, et al, (2013), που αφορούσε την σχέση μαζικής κατάθλιψης και οικονομικής κρίσης βρέθηκε ότι το 2011 οι Έλληνες παρουσιάζουν 2,6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με το 2008. Η επικράτηση της μείζονος κατάθλιψης βρέθηκε να είναι 8,2% το 2011, σχεδόν 5% αύξηση από το 2008. Αυτή η άνοδος ήταν σημαντική και συνδέεται με την οικονομική δυσπραγία, συνδέοντας έτσι την ανάπτυξη της κρίσης με την επιβάρυνση της ψυχικής υγείας (Economou et al., 2012). Επιπλέον, σε μια ακόμη έρευνα παρουσιάστηκε αύξηση 36% μεταξύ 2009 και 2011, σχετικά με τον αριθμό των ατόμων που αναφέρουν μια αποπειραθείσα αυτοκτονία, με μια υψηλότερη πιθανότητα για εκείνους που αντιμετωπίζουν υψηλή οικονομική δυσπραγία (Economou et al., 2011).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προειδοποιεί ότι η οικονομική κρίση και η ανασφάλεια που αυτή προκαλεί, μπορεί να οδηγήσει σε έξαρση του αριθμού των αυτοκτονιών που εμφανίζονται στατιστικά συχνότερα σε ανέργους από ότι σε εργαζομένους. Μπορεί οι αυτοκτονίες να αποτελούν την πιο ακραία μορφή εκδήλωσης της απόγνωσης και των ψυχολογικών προβλημάτων που προκλήθηκαν εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που πλήττει σήμερα την ανθρωπότητα. Ταυτόχρονα όμως η οικονομική ύφεση που αντιμετωπίζουμε προκάλεσε μια ραγδαία αύξηση των ψυχικών διαταραχών γενικότερα, καθώς αποτελεί έναν στρεσογόνο παράγοντα για όλο τον πληθυσμό της γης (Οικονόμου και συν., 2018).

Οι ομάδες υψηλού κινδύνου περιλαμβάνουν τους ηλικιωμένους, τις γυναίκες, τους άνεργους, τους ευάλωτους σε ψυχικά ή σωματικά νοσήματα ακόμα και τους εφήβους. Παρά τις αυξημένες όμως ανάγκες των παραπάνω πληθυσμών για ψυχολογική στήριξη, μειώθηκαν, εξαιτίας της κρίσης τα κονδύλια για τη

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που αποτελεί την πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας. Υπολογίζεται ότι το 50% των ψυχικά ασθενών που έχουν επισκεφθεί υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παραμένουν χωρίς διάγνωση εξαιτίας της ανεπαρκούς εκπαίδευσης των γενικών γιατρών να διαγνώσουν ψυχικά νοσήματα. Βασικό πρόβλημα είναι όμως ότι το Σύστημα Υγείας αδυνατεί να συνδέσει τη σωματική με τη ψυχική υγεία, με αποτέλεσμα η τελευταία να μένει αθεράπευτη. Κατά συνέπεια λοιπόν, με αφορμή την οικονομική κρίση, εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα περιστατικά άγχους, κατάθλιψης, κρίσεων πανικού και ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, κάτι που συνδέεται με την αβεβαιότητα εργασίας, την αδυναμία εκπλήρωσης οικονομικών υποχρεώσεων και το ευρύτερο κλίμα ανασφάλειας που επικρατεί. Μελέτες δείχνουν πως η απώλεια της εργασίας επιφέρει ψυχολογικές συνέπειες όμοιες με αυτές της απώλειας αγαπημένου προσώπου ή του διαζυγίου-χωρισμού (πένθος, σοκ, δυσκολία αποδοχής) και απαιτείται η ανάλογη προσοχή και υποστήριξη.

Τα προβλήματα εθισμού, οι εξαρτήσεις, η υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη την κατανάλωση τροφών χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος, καθώς επίσης η πλημμελής διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρημένες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες στην υγεία (Stuckler et al., 2009).

Οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες είναι διαδεδομένες σε περιόδους οικονομικής κρίσης, δεδομένης της μείωσης των εσόδων του νοικοκυριού, γεγονός που κατ' επέκταση επηρεάζει τον τρόπο που οι πολίτες δαπανούν τα χρήματά τους σε είδη διατροφής. Ορισμένοι συγγραφείς παρατηρούν ότι οι πολίτες επιλέγουν φθηνότερα, επεξεργασμένα τρόφιμα, ενώ από την άλλη μεριά άλλοι έχουν δείξει μέτριες μειώσεις στον επιπολασμό της παχυσαρκίας λόγω λιγότερης κατανάλωσης ποσότητας φαγητού έξω από το σπίτι, καθώς επίσης, λόγω περισσότερου ελεύθερου χρόνου για φυσική δραστηριότητα (Ludwig & Pollack 2009; Ruhm 2005; Ruhm 2009).

Πολλές μελέτες έχουν δείξει την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στον επιπολασμό καπνίσματος και των ποσοστών ανεργίας. Έχει φανεί μέσα από επιδημιολογικές μελέτες ότι οι άνεργοι είναι βαρύτεροι καπνιστές από τους μισθωτούς (Lee et al., 1991), ενώ οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μείνουν άνεργοι (Waldron et al, 1989). Αυτή η διαφορά μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από φαινόμενα, όπως η συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και χαμηλού επιπέδου

εκπαίδευσης, καθώς επίσης μέσω της σχέσης καπνίσματος και χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η ανεργία αυξάνει τον επιπολασμό του καπνίσματος μεταξύ νεότερων ηλικιακά τάξεων (Hammarstrom et al., 1995) ενώ, τέλος, μελέτες στη Βρετανία, Νορβηγία και Σουηδία έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ ανεργίας και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και κυρίως κάνναβης (Peck & Plant 1986; Hammer 1992; Hammarstrom 1994).

Όσον αφορά τη σχέση αλκοόλ και οικονομικής κρίσης επικρατούν δύο απόψεις: Πρώτον, ότι η ανεργία ως φαινόμενο που βρίσκεται σε έξαρση σε περιόδους οικονομικής ύφεσης οδηγεί σε αυξανόμενο άγχος και κατ' επέκταση σε αύξηση της κατανάλωσης οινοπνεύματος, ιδιαίτερα σε νεαρά άνεργα άτομα (Janlert & Hammarstrom, 1992). Δεύτερον, σύμφωνα με άλλη άποψη, η κατανάλωση αλκοόλ περιορίζεται σε περιόδους ανεργίας λόγω έλλειψης χρημάτων. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι καταναλωτές αλκοόλ που εργάζονται καταφέρνουν να μην ξεπερνούν τα επιτρεπόμενα όρια κατανάλωσης, ενώ τα ίδια άτομα όταν μείνουν άνεργα συχνά γίνονται αλκοολικοί ξεπερνώντας τα επιτρεπτά όρια. Συνεπώς, η απασχόληση μπορεί να θεωρηθεί σημαντική μέθοδος βελτίωσης της ποιότητας της ζωής και της προαγωγής της υγείας ενός ατόμου.

Η ψυχική υγεία είναι ένας από τους περισσότερο μελετημένους παράγοντες που επηρεάζονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης (Winefiel, 1995). Κατά τη διεξαγωγή αντίστοιχων μελετών τα άτομα συχνά δίνουν ψευδείς απαντήσεις στα ερωτηματολόγια, οδηγώντας έτσι τους μελετητές σε λανθασμένα συμπεράσματα. Η αρτηριακή πίεση όμως αποτελεί ένα δείκτη που δεν μπορεί κανείς να επηρεάσει εσκεμμένα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα σημαντικός δείκτης ψυχικής υγείας (Janlert, 1992). Αποτελέσματα μελετών έχουν δείξει, επίσης, ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της ανεργίας και της εκδήλωσης επιθετικότητας (Catalano, 1993), καθώς και της αύξησης του αριθμού των διαζυγίων (Stack, 1981), της παιδικής κακοποίησης (Steinberg, 1981), της εγκληματικότητας και της παραβατικότητας (Brenner, 1976; Allan & Steffensmeier, 1989).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ - Γενικό Νοσοκομείο Άρτας



Το ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι άριστο όσον αφορά τη νομοθεσία και το σύστημα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Τα αδύναμα σημεία εντοπίζονται στην έλλειψη διόδων επικοινωνίας μεταξύ των καταναλωτών και την έλλειψη αξιόπιστων δεδομένων. Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Η έκδοση, αναμόρφωση και τροποποίηση των οργανισμών γίνεται μέσα στο πλαίσιο που ορίζει ο νόμος αυτός με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν άλλου συναρμόδιου Υπουργού, ύστερα από γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου και σύμφωνη γνώμη της Δ.Υ.Πε., στην περιφέρεια του οποίου το νοσοκομείο έχει την έδρα του, εφόσον έχει συγκροτηθεί.

Το Γενικό Νοσοκομείο Άρτας είναι ένα νοσοκομείο που βρίσκεται στην πόλη της Άρτας, στο λόφο Περάνθης, κοντά στο Στρατόπεδο Βερσή. Διαθέτει σήμερα 235 κλίνες και υπάγεται στην 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας. Υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592-1953 «Περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντίληψης» (ΦΕΚ 254 Α΄) και σύμφωνα με το άρθρο 7 του ν. 3329-2005 (ΦΕΚ 81 Α΄) αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), το οποίο υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.Π.Ε.) Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και

Δυτικής Ελλάδας, διέπεται από τις διατάξεις του εν λόγω νόμου και φέρει την επωνυμία «ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΡΤΑΣ»». Έδρα του Νοσοκομείου είναι η πόλη της Άρτας.

Σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

1. Η παροχή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας υγείας στον πληθυσμό ευθύνης της 6ης ΥΠΕ Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας, καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες ΥΠΕ. Η φροντίδα υγείας παρέχεται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης.

2. Η ειδίκευση, η συνεχής εκπαίδευση και η επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, αναπτύσσοντας κι εφαρμόζοντας ανάλογα εκπαιδευτικά προγράμματα.

3. Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας. Στην κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προγράμματα και συνεργάζεται με άλλους συναφείς φορείς, καθώς και με διεθνείς οργανισμούς και με επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα.

4. Η συνεργασία με τα νοσηλευτικά ιδρύματα και άλλες μονάδες υγείας της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και ειδικότερα σε ότι αφορά την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, καθώς και ειδικών προγραμμάτων μελέτης και αξιολόγησης θεμάτων, που αφορούν το χώρο της υγείας στην 6η ΥΠΕ Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.

5. Η εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών περίθαλψης, με στόχο την αποτελεσματική προώθηση της υγείας των πολιτών.

6. Η ανάπτυξη διαδικασιών που υλοποιούν τους στρατηγικούς στόχους που τίθενται από το Υπουργείο Υγείας, την 6η ΥΠΕ Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας και το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

Τα όργανα διοίκησης του Νοσοκομείου είναι:

1. Το Διοικητικό Συμβούλιο.
2. Ο Διοικητής του Νοσοκομείου.
3. Ο Υποδιοικητής του άρθρου 15 του Ν. 4025/2011.

Τα ανωτέρω όργανα λειτουργούν με βάση τις διατάξεις του άρθρου 7 του Νόμου 3329/2005 (ΦΕΚ Α/81), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει.

Η συνολική δύναμη του Νοσοκομείου είναι διακόσιες τριάντα πέντε (235) κλίνες, εκ των οποίων οι δέκα πέντε (15) ανήκουν στο ΚΕΦΙΑΠ. Το 2017, το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου ήταν 627 άτομα, ενώ ο προϋπολογισμός ήταν 21.907.295 €.

Το Νοσοκομείο απαρτίζεται από τις ακόλουθες Υπηρεσίες, Αυτοτελές Τμήμα και Ειδικό Γραφείο:

Α. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ: α. Ιατρική β. Νοσηλευτική γ. Διοικητική–Οικονομική

Β. ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ: Οργάνωσης και Πληροφορικής

Γ. ΕΙΔΙΚΟ ΓΡΑΦΕΙΟ Υποστήριξης Πολίτη

Κάθε Υπηρεσία, Αυτοτελές Τμήμα και Ειδικό Γραφείο έχει τη δική του ιεραρχική διάρθρωση και συγκρότηση. Το Αυτοτελές Τμήμα και το Ειδικό Γραφείο υπάγονται απευθείας στο Διοικητή του Νοσοκομείου (ΦΕΚ 3285/Β'/2012).

Η Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου Άρτας διαρθρώνεται σε τομείς. Στους τομείς αυτούς ανήκουν τμήματα και μονάδες καθώς επίσης υπάρχουν και διατομειακά τμήματα και λοιπά τμήματα. Η ακριβής διάρθρωση, βάση του ισχύοντα οργανισμού του Νοσοκομείου είναι:

- Παθολογικός, με δυναμικότητα 104 κλινών
- Χειρουργικός, με δυναμικότητα 103 κλινών
- Εργαστηριακός
- Ψυχικής Υγείας, με δυναμικότητα 13 κλινών
- Δημόσιας Υγείας με δυναμικότητα 15 κλινών στο ΚΕΦΙΑΠ

Στους τομείς λειτουργούν τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία αντιστοίχων ειδικοτήτων με τις ειδικότητες των γιατρών που υπηρετούν. Ο αριθμός των Εξωτερικών Ιατρείων καθορίζεται κάθε φορά με απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου. Παράλληλα διαθέτει κλινικές που καλύπτουν τις περισσότερες απαιτήσεις στον τομέα της υγείας και περίθαλψης ασθενών:

Αιμοδοσία

Αξονικός τομογράφος

Ακτινολογικό

Επείγοντα Περιστατικά

Καρδιολογική Κλινική

Μαιευτική Κλινική

Μικροβιολογικό
Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
Μονάδα Πρόληψης Μεσογειακής Αναιμίας
Ορθοπαιδική κλινική
Ουρολογική κλινική
Παθολογική Κλινική
Παθολογοανατομικό Εργαστήριο
Παιδιατρική Κλινική
Πνευμονολογική Κλινική
Καρδιολογική Κλινική
Φαρμακείο
Φυσικοθεραπευτήριο
Χειρουργική Κλινική
Ψυχιατρική Κλινική
Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική

Στην παιδιατρική κλινική βρίσκεται το εργαστήριο μελέτης αναπνευστικής λειτουργίας, το οποίο είναι το μοναδικό σε όλη την Ήπειρο. Το νοσοκομείο διαθέτει αμφιθέατρο στο οποίο έχουν πραγματοποιηθεί κατά καιρούς διάφορα επιστημονικά συνέδρια όπως το 5ο Συμπόσιο Επείγουσας Ιατρικής. Το νοσοκομείο συνεργάζεται στενά με τα τρία Κέντρα Υγείας του Νομού Άρτας, δηλαδή το Κ.Υ. Άνω Καλεντίνης, Βουργαρελίου και Αγνάντων και είναι συνδεδεμένο με το δίκτυο EPIRUS-NET, το οποίο λειτουργεί από το 2000.

(http://www.gnartas.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=194).

Είναι ένα δίκτυο Τηλεϊατρικής και Τηλε-εργασίας, το οποίο ανήκει στην Γενική Γραμματεία Περιφέρειας Ηπείρου και έχει αναπτυχθεί σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.

Από την 1η Ιουνίου 2012 έχει ξεκινήσει τη λειτουργία της, η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Άρτας-Πρέβεζας (ΚΜΨΥ Α-Π) του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας, η οποία είναι μία υπηρεσία παροχής ψυχιατρικής φροντίδας και προαγωγής της ψυχικής υγείας.

(http://www.gnartas.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=194).

Κάποια σημαντικά πλεονεκτήματα του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας είναι:

- Το εργαστήριο μελέτης αναπνευστικής λειτουργίας στην παιδιατρική κλινική που είναι το μοναδικό στην Ήπειρο.
- Η λειτουργία κινητής μονάδας ψυχικής υγείας Άρτας – Πρέβεζας.
- Η σύνδεση του νοσοκομείου με το σύστημα EPIRUS-NET που αφορά την τηλε-ιατρική και την τηλε-εργασία.
- Η σύνδεση και καθημερινή συνεργασία με τα Κέντρα υγείας του Νομού Άρτας (Ανω Καλεντίνης – Βουργαρελίου – Αγνάντων).

Αδυναμίες στο σύστημα λειτουργίας του Νοσοκομείου θεωρούνται τα εξής:

- Υποστελέχωση σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, παραϊατρικό, επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό, καθώς την τελευταία πενταετία έγιναν μόνο δύο προσλήψεις.
- Στο Ακτινολογικό, ο Αξονικός τομογράφος είναι καινούριος αλλά χωρίς επαρκές ιατρικό προσωπικό να τον λειτουργήσει. Έτσι για αξονικές εξυπηρετούνται μόνο οι ασθενείς που νοσηλεύονται και τα περιστατικά που φθάνουν στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα να καλυφθούν όλες οι ανάγκες του πληθυσμού. Ο ψηφιακός μαστογράφος λόγω έλλειψης ιατρικού προσωπικού αδυνατεί να εξυπηρετήσει τη πρόληψη και διάγνωση για μαστογραφία στο γυναικείο πληθυσμό της πόλης της Άρτας αλλά και των γύρω νομών της περιοχής. Η βλάβη του μηχανήματος οστικής πυκνότητας δεν δύνανται να αντικατασταθεί με αποτέλεσμα να μην εκτελούνται οι εξετάσεις των ασθενών. Επίσης, το μηχάνημα των υπερήχων δεν πληροί τις σύγχρονες απεικονιστικές προδιαγραφές και δεν εκτελούνται βασικές εξετάσεις. Το ενδοσκοπικό ιατρείο εφημερεύει μόνο δέκα ημέρες το μήνα και έχει μόνο έναν ιατρό.
- Το Παθολογοανατομικό εργαστήριο υπολειτουργεί διότι δεν έχει μόνιμο ιατρό και μεγάλο μέρος των παρασκευασμάτων αποστέλλονται για επεξεργασία και διάγνωση στο Παθολογοανατομικό τμήμα της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, με αποτέλεσμα να καθυστερούν για μεγάλο χρονικό διάστημα διαγνωστικά αποτελέσματα άκρως επείγοντα για την υγεία των ασθενών.
- Κυτταρολογικό εργαστήριο δεν υπάρχει.
- Υπάρχει έλλειψη στην ειδικότητα του Δερματολόγου και Νευρολόγου

Ωστόσο, και με βάση την ετήσια οικονομική κατάσταση του Νοσοκομείου Άρτας που έχει συνταχθεί από τον διοικητή και το διοικητικό συμβούλιο το 2018, κίνδυνοι σχετικά με τον κλάδο που δραστηριοποιείται το Νοσοκομείο θεωρείται ότι δεν υφίστανται, στο ορατό μέλλον τουλάχιστον. Τα κύρια χρηματοοικονομικά εργαλεία του Νοσοκομείου είναι οι τραπεζικές καταθέσεις, οι εμπορικές και λοιπές απαιτήσεις και υποχρεώσεις. Η Διοίκηση του Νοσοκομείου εξετάζει και αναθεωρεί σε τακτά χρονικά διαστήματα τις σχετικές πολιτικές και διαδικασίες σχετικά με την διαχείριση των χρηματοοικονομικών κινδύνων, όπως ο κίνδυνος της αγοράς, ο πιστωτικός κίνδυνος και ο κίνδυνος ρευστότητας. Οι κίνδυνοι αυτοί περιλαμβάνουν πιο αναλυτικά:

Κίνδυνος της Αγοράς:

α) Συναλλαγματικός κίνδυνος: Το Νοσοκομείο δεν αντιμετωπίζει άμεσα συναλλαγματικούς κινδύνους καθώς κατά τη διάρκεια της κλειόμενης χρήσης δεν είχε πραγματοποιήσει συναλλαγές σε ξένο νόμισμα και το σύνολο των περιουσιακών της στοιχείων και υποχρεώσεων ήταν σε ευρώ.

β) Κίνδυνος τιμής: Αναφορικά με το κίνδυνο τιμών το Νοσοκομείο δεν εκτίθεται σε σημαντικό κίνδυνο διακύμανσης των μεταβλητών που προσδιορίζουν τόσο τα έσοδα όσο και το κόστος.

γ) Ταμειακές ροές και δίκαιη αξία επιτοκίου κινδύνου: Το Νοσοκομείο δεν αντιμετωπίζει κίνδυνο επιτοκίων καθώς δεν υφίσταται δανεισμός.

Πιστωτικός κίνδυνος

Το Νοσοκομείο έχει σαφή πιστοδοτική πολιτική η οποία εφαρμόζεται με συνέπεια. Η Διοίκηση παρακολουθεί διαρκώς την χρηματοοικονομική κατάσταση των απαιτήσεών της, το μέγεθος και τα όρια των παρεχόμενων πιστώσεων. Στο τέλος της χρήσεως η Διοίκηση θεώρησε ότι δεν υπάρχει κανένας σημαντικός πιστωτικός κίνδυνος που να μην καλύπτεται από κάποια εξασφάλιση ή από επαρκή πρόβλεψη επισφαλούς απαιτήσεως. Η μέγιστη έκθεση σε πιστωτικό κίνδυνο αντανακλάται από το ύψος των εμπορικών και λοιπών απαιτήσεων και των ταμιακών διαθεσίμων του Νοσοκομείου.

Κίνδυνος ρευστότητας

Η ρευστότητα του Νοσοκομείου παρακολουθείται από το Υπουργείο Υγείας το οποίο και καλύπτει τις όποιες ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις μέσω επιχορηγήσεων και εισφορών.

Οι ελλείψεις που αναφέρονται αφορούν το προσωπικό στις κατηγορίες Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης και στο Διοικητικό προσωπικό. Επίσης υπάρχει έλλειψη ιατρικού προσωπικού με αποτέλεσμα να μην είναι εφικτό να εφημερεύουν καθημερινά τα Κέντρα Υγείας και να μεταφέρονται οι Ιατροί στο νοσοκομείο Άρτας για την κάλυψη αναγκών εφημεριών.

Έμφαση δίνεται στα παρακάτω θέματα:

- Δεν υφίσταται ασφαλιστική κάλυψη επί των κτηριακών εγκαταστάσεων, του μηχανολογικού και λοιπού εξοπλισμού του Νοσοκομείου.
- Δεν τηρήθηκαν οι λογαριασμοί της Αναλυτικής Λογιστικής Εκμεταλλεύσεως, όπως προβλέπεται από το Π.Δ 146/2003.
- Το κονδύλι της Κατάστασης Οικονομικής Θέσης «Ιδιοχρησιμοποιούμενα ενσώματα πάγια στοιχεία» που αφορά ακινητοποιήσεις υπό εκτέλεση ποσού € 319.685 προέρχεται από προηγούμενες χρήσεις και δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη το στάδιο ολοκλήρωσης του.
- Οι οικονομικές καταστάσεις του Νοσοκομείου για τη χρήση που έληξε την 31η Δεκεμβρίου 2016 είχαν ελεγχθεί από Ορκωτούς Ελεγκτές Λογιστές, οι οποίοι εξέφρασαν γνώμη με επιφύλαξη στις 22 Δεκεμβρίου 2017 αναφορικά με:
 - 1) τη μη επιβεβαίωση απαιτήσεων από ασφαλιστικούς φορείς
 - 2) τη μη διενέργεια απομείωσης για επισφαλείς απαιτήσεις
 - 3) την ανάγκη βελτίωσης του συστήματος εσωτερικού ελέγχου του Νοσοκομείου αναφορικά με τη διαδικασία βεβαιώσεων των εσόδων από νοσήλια
 - 4) τη μη λήψη επιβεβαιωτικών επιστολών από το σύνολο των νομικών συμβούλων του Νοσοκομείου αναφορικά με τις εκκρεμείς δικαστικές υποθέσεις του.

Τα οικονομικά μεγέθη του Νοσοκομείου για τη χρήση 2017 και η συγκριτική πληροφόρηση της προηγούμενης χρήσης 2016 παρατίθενται αναλυτικά παρακάτω (ΑΔΑ: 7Τ7Ψ4690ΒΒ-ΠΝΡ):

Πίνακας 1: Ετήσια οικονομική κατάσταση Γ.Ν. Άρτας (Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου Άρτας)

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ			
	Σημείωση	από 1.1.2017 έως 31.12.2017	από 1.1.2016 έως 31.12.2016
Εσοδα από παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών		13.854.013	14.426.312
Επιχορηγήσεις/Λοιπά έσοδα	5	16.668.487	15.649.932
Αναλώσεις υλικών		(6.298.000)	(6.070.813)
Αποσβέσεις περιόδου	6	(1.255.263)	(1.395.568)
Παροχές σε εργαζομένους	7	(16.121.470)	(15.181.075)
Λοιπά έξοδα εκμετάλλευσης	8	(2.228.898)	(2.204.825)
Κέρδη προ φόρων χρηματοδοτικών και επενδυτικών αποτελεσμάτων		4.618.869	5.223.964
Χρηματοοικονομικά έσοδα	9	78.934	37.103
Κέρδη προ φόρων		4.697.803	5.261.067
Φόρος εισοδήματος		879	811
Κέρδη μετά φόρων		4.696.924	5.260.256
Λοιπά έσοδα			
Εισφορά χρήσεως από το κράτος (ΣΛΟΤ 1038 ΕΞ 10.9.2012) καταχωρηθείσα απευθείας στη καθαρή θέση	15.2	6.730.990	11.302.002
Διαγραφή απαιτήσεων - Συμφωνισμός με εισφορές από το κράτος για εξόφληση ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων	12,15.2	0	(31.798.472)
Συγκεντρωτικά συνολικά έσοδα		11.427.914	(15.236.215)

Στον Πίνακα 1 παριστάνεται η μείωση του συνολικού εισοδήματος του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας κατά το 2017 σαν αποτέλεσμα της οικονομικής ύφεσης που διέπει τη χώρα μας. Αξίζει να σημειώσουμε πως δε βρήκαμε συγκεντρωτικό

πίνακα της οικονομικής κατάστασης του νοσοκομείου για το 2018 καθώς οι αντίστοιχες ανακοινώσεις στο διαδίκτυο γίνονται το επόμενο καλοκαίρι κάθε έτους.

Πίνακας 2: Οικονομική θέση Γ.Ν. Άρτας (Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου Άρτας)

		31.12.2017	31.12.2016
ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ			
Μη κυκλοφορούντα περιουσιακά στοιχεία			
Ιδιοχρησιμοποιούμενα ενσώματα πάγια στοιχεία	10	9.936.111	11.120.479
Άυλα περιουσιακά στοιχεία	10.1	15.100	0
Σύνολο μη κυκλοφορούντων περιουσιακών στοιχείων		9.951.211	11.120.479
Κυκλοφορούντα περιουσιακά στοιχεία			
Αποθέματα	11	1.515.322	1.567.210
Εμπορικές και λοιπές απαιτήσεις	12	45.140.882	34.647.786
Χρηματοοικονομικά στοιχεία με μεταβολή της εύλογης αξίας τους μέσω αποτελεσμάτων	13	2.280	1.590
Ταμιακά διαθέσιμα και ισοδύναμα	14	6.459.204	4.396.623
Σύνολο κυκλοφορούντων περιουσιακών στοιχείων		53.117.688	40.613.210
Σύνολο περιουσιακών στοιχείων		63.068.899	51.733.689
ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ			
Κεφάλαιο και αποθεματικά αποδιδόμενα στους μετόχους της μητρικής			
Μετοχικό κεφάλαιο	15.1	1.461.294	1.461.294
Κέρδη εις νέο		30.019.071	25.322.148
Λοιπά αποθεματικά	15.2	20.120.067	13.389.077
Σύνολο ιδίων κεφαλαίων		51.600.431	40.172.518
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ			
Μακροπρόθεσμες υποχρεώσεις			
Κρατικές επιχορηγήσεις	16	4.536.865	4.764.177
Σύνολο μακροπρόθεσμων υποχρεώσεων		4.536.865	4.764.177
Βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις			
Εμπορικές και λοιπές υποχρεώσεις	17	6.341.175	6.205.902
Προβλέψεις για επίδικες υποθέσεις	18.1	590.427	591.092
Σύνολο βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων		6.931.602	6.796.994
Σύνολο υποχρεώσεων		11.468.467	11.561.172
Σύνολο ιδίων κεφαλαίων και υποχρεώσεων		63.068.899	51.733.689

Στον Πίνακα 2 φαίνεται πως αντίθετα με τα έσοδα, τα περιουσιακά στοιχεία και τα ίδια κεφάλαια του νοσοκομείου αυξήθηκαν, καθώς οι μακροπρόθεσμες και

βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις μειώθηκαν. Επίσης, οι επιχορηγήσεις και τα λοιπά έσοδα του νοσοκομείου αυξήθηκαν (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: Επιχορηγήσεις και λοιπά έσοδα Γ.Ν. Άρτας (Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου Άρτας)

	31.12.2017	31.12.2016
Τακτικές Επιχορηγήσεις από Ελληνικό Δημόσιο	15.772.752	14.885.414
Απόσβεση επιχορηγήσεων	487.312	476.654
Τακτοποίηση υπολοίπων προμηθειών	0	7.286
Λοιπά έσοδα	428.423	280.578
	16.668.487	15.649.932

Στον Πίνακα 4 που ακολουθεί αναφέρονται οι μειώσεις στις αποσβέσεις εγκαταστάσεων, μεταφορικών μέσων μηχανημάτων και εξοπλισμού, με την παράλληλη αύξηση των παροχών στους εργαζόμενους.

Πίνακας 4: Αποσβέσεις και Παροχές Γ.Ν. Άρτας (Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου Άρτας)

Αποσβέσεις		
	31.12.2017	31.12.2016
Αποσβέσεις κτιριακών εγκαταστάσεων	478.749	478.502
Αποσβέσεις μεταφορικών μέσων	11.978	11.978
Αποσβέσεις μηχανημάτων	702.009	769.618
Αποσβέσεις λοιπού εξοπλισμού	60.300	135.470
Αποσβέσεις άυλων περιουσιακών στοιχείων	2.229	0
Σύνολο	1.255.263	1.395.568
Παροχές σε εργαζομένους		
	31.12.2017	31.12.2016
Αμοιβές έμμισθου προσωπικού	14.874.220	14.257.188
Αμοιβές εκτάκτου προσωπικού	1.247.250	921.447
Λοιπές παροχές	0	2.440
Σύνολο	16.121.470	15.181.075

Όσον αφορά τα λοιπά έξοδα, το 2017 αυξήθηκαν σε σχέση με το 2016. Συνολικά όμως τα έσοδα με τα έξοδα του νοσοκομείου και τα δυο έτη 2016-2017 χαρακτηρίζονται από πολύ μικρή διαφορά μεταξύ εξόδων και εσόδων με τα έξοδα να είναι περισσότερα και στις δυο περιπτώσεις (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: Λοιπά έξοδα και χρηματοοικονομικά έσοδα/έξοδα Γ.Ν. Άρτας (Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου Άρτας)

Λοιπά έξοδα		
	31.12.2017	31.12.2016
Αμοιβές σε ελεύθερους επαγγελματίες	487.327	534.297
Ηλεκτρικό Ρεύμα	351.433	343.300
Υδρευση	145.502	112.108
Τηλεπικοινωνίες	37.358	39.803
Ενοίκια κτιρίων	31.783	31.419
Ασφάλιστρα	2.525	2.892
Επισκευές και συντηρήσεις	470.980	473.661
Καθαρισμοί κτιρίων	165.317	238.428
Μεταφορικά	400	400
Έξοδα ταξιδιών	1.328	2.112
Προβολή και διαφήμιση	3.491	2.278
Κόστος νοσηλείας απόρων	0	265.716
Έξοδα προηγούμενων χρήσεων	433.718	9.045
Λοιπά έξοδα	97.736	138.931
Προβλέψεις για εξόφληση τελεσίδικων δικαστικών αποφάσεων	0	10.435
Σύνολο	2.228.898	2.204.825

Χρηματοοικονομικά έσοδα/(έξοδα)		
	31.12.2017	31.12.2016
Χρηματοοικονομικά έξοδα	(28)	(56)
Χρηματοοικονομικά έσοδα	78.962	37.159
Σύνολο	78.934	37.103

Το Γενικό νοσοκομείο της Άρτας συμμετέχει στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ψηφιακή Σύγκλιση» με την πράξη: «Ενέργειες Ψηφιοποίησης και Τεκμηρίωσης του φυσικού αρχείου ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Άρτας, στην κατεύθυνση δημιουργίας ολοκληρωμένου ψηφιακού φακέλου ασθενή». Για το πρόγραμμα αυτό έχει εγκριθεί προϋπολογισμός 308.245,00 €. Η υλοποίηση περιλαμβάνει την ψηφιοποίηση, την τεκμηρίωση και την διασύνδεση του χειρόγραφου ιατρικού αρχείου των ασθενών, στην κατεύθυνση δημιουργίας ολοκληρωμένου ψηφιακού

φακέλου ασθενή. Από την υλοποίηση του έργου θα ωφεληθεί το σύνολο των ασθενών αφού με την ολοκλήρωση του έργου το Νοσοκομείο θα διαθέτει Ηλεκτρονικό Ιατρικό Φάκελο Ασθενή με πλήρη λειτουργικότητα και σε πλήρη λειτουργία για όλους τους νέους ασθενείς καθώς και για τους παλιότερους σε βάθος δύο τουλάχιστον ετών.

4.1 Στατιστικά στοιχεία για το Νοσοκομείο Άρτας κατά την περίοδο 2008-2018

Αξιοποιώντας τα στοιχεία της νοσηλευτικής δραστηριότητας που αντλήθηκαν από το Πληροφοριακό Σύστημα του Νοσοκομείου Άρτας, έγινε δυνατή η εξέταση των δεικτών επίδοσης και παραγωγικότητάς του. Συγκεκριμένα, εξετάστηκαν οι ακόλουθοι δείκτες:

1. Η νοσηλευτική κίνηση,
2. Οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία,
3. Η μισθοδοσία,
4. Η κίνηση των χειρουργείων και
5. Οι ετήσιες αγορές.

Τα στοιχεία που παρατίθενται στη συνέχεια, αντλήθηκαν από την ιστοσελίδα bi.moh.gov.gr/application/showreport?monthlyReportId=138385.

Η μηνιαία καταγραφή της νοσηλευτικής κίνησης για τα έτη 2008 και 2011-2016 ακολουθεί στον Πίνακα 9. Εξετάζονται ο παθολογικός τομέας με τις κλινικές α) παθολογική, β) πνευμονολογική, γ) καρδιολογική, δ) παιδιατρική. Επίσης ο χειρουργικός τομέας που περιλαμβάνει α) τη χειρουργική κλινική, β) την ορθοπαιδική, γ) τη μαιευτική/γυναικολογική, δ) την ουρολογική, ε) την οφθαλμολογική, στ) τη νευροχειρουργική, ι) την Ω.Ρ.Λ και ο ψυχιατρικός τομέας με την αντίστοιχη κλινική.

Πίνακας 6: Ετήσια καταγραφή νοσηλευτικής κίνησης για τα έτη 2009 - 2018 (Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου Άρτας)

ΕΤΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ	ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΑΠΟΡΟΙ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ
2009	14108	14552	54009	322
2010	13791	14263	53507	283
2011	13387	13863	56079	406
2012	13398	13854	58120	363
2013	14644	15012	57881	484
2014	13535	13975	55412	557
2015	12994	13402	52927	624
2016	13506	13861	52381	1059
2017	12990	13407	53466	1366
2018	13317	13683	52776	1623

Παρατηρείται πως με την πάροδο των ετών, ο αριθμός εισαγωγών μειώνεται σε ποσοστό 4%, ο αριθμός νοσηλευθέντων σε ποσοστό 5% και οι ημέρες νοσηλείας σε ποσοστό 3%. Αντίθετα οι άποροι ανασφάλιστοι αυξήθηκαν σε ποσοστό 229% .

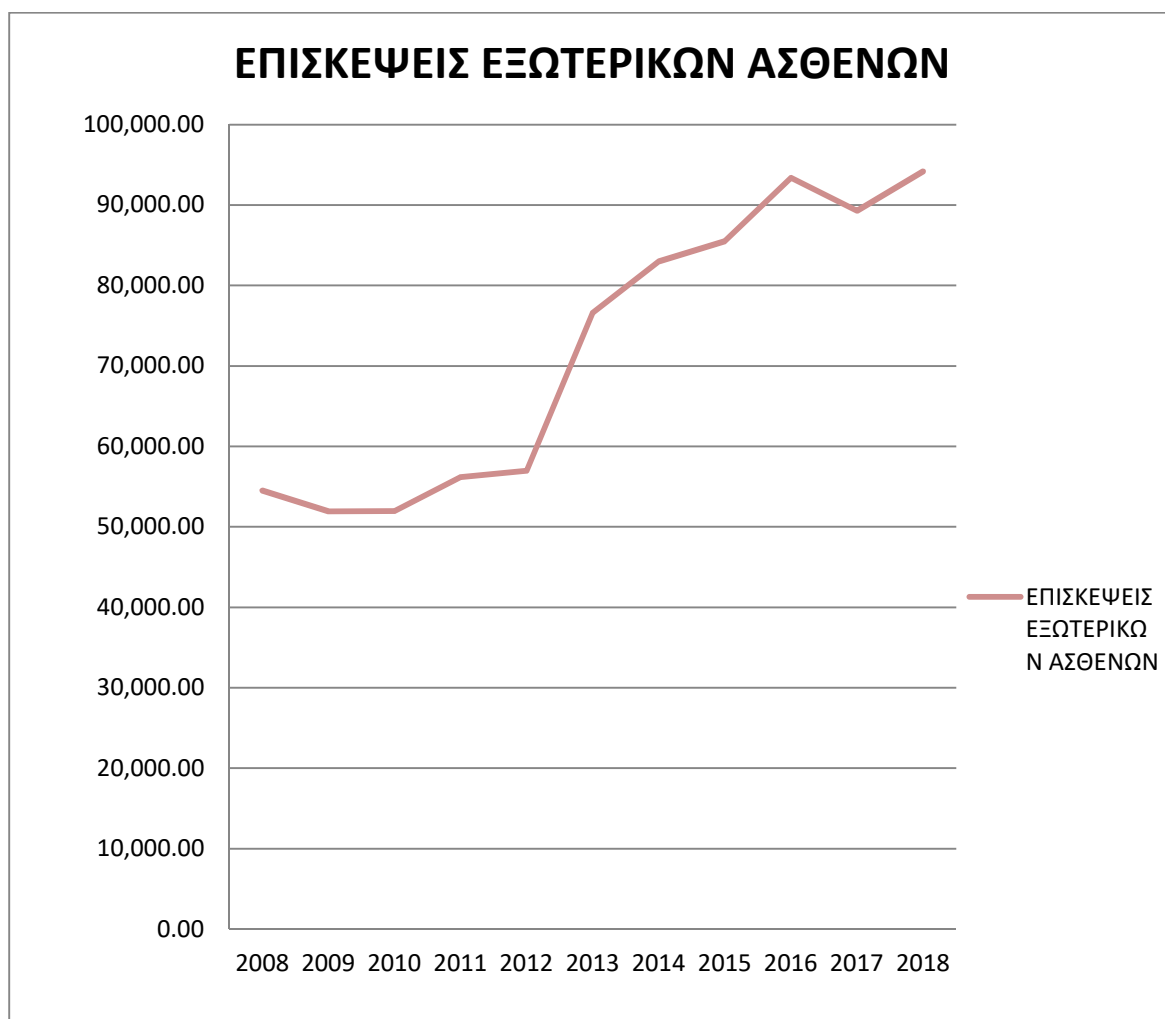
Στον Πίνακα 7 παριστάνονται οι συνολικές επισκέψεις εξωτερικών ασθενών ανά ιατρείο που εξετάστηκαν κατά τα χρόνια της οικονομικής κρίσης 2008-2018.

Πίνακας 7: Αριθμός επισκέψεων εξωτερικών ασθενών ο κατά την περίοδο 2008-2018 (Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου Άρτας)

ΙΑΤΡΕΙΟ	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ΝΕΥΡΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	228	35	31	76	38	172	170	220	208	237	177
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	1.353	1.522	1.347	1.230	940	1.395	1.317	1.183	1.241	1.446	1.530
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	911	1.360	1.662	995	742	1.179	1.396	1.304	1.043	1.065	1.127
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	604	434	488	661	480	1.128	2.018	1.817	2.164	2.108	2.421
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	1.885	1.454	1.089	730	698	1.352	1.714	1.864	2.018	1.852	2.242
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ_ΟΓΚΟ	1.251	1.109	827	597	631	1.234	1.260	1.657	3.173	2.943	3.119
ΑΝΔΡΟΛΟΓΙΚΟ	2	1	0	1	1	1	0	3	2	11	17
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	2.612	3.195	1.818	2.043	1.717	2.106	2.822	2.398	2.156	2.419	2.265
ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ	1.508	1.740	1.674	1.501	1.264	1.697	1.811	1.892	2.066	1.949	2.018
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	3.801	4.401	4.162	3.736	3.788	6.550	6.786	7.131	7.393	6.997	7.340
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	3.475	2.761	3.073	1.792	1.807	3.355	2.556	1.970	2.190	1.999	2.606
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	932	1.002	1.833	1.833	1.753	2.452	2.282	1.732	3.154	2.787	4.539
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	4.010	3.625	3.396	1.576	1.148	3.003	3.224	4.091	3.664	3.744	4.135
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	374	409	162	442	486	782	1.050	872	1.290	1.695	1.665
ΜΑΙΕΥΤ_ΓΥΝΑΙΚΟΛ	1.965	1.456	1.094	1.116	1.559	2.927	2.794	2.753	2.437	2.308	2.107
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	938	251	6	0	0	0	0	0	0	0	0
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	8.926	8.582	9.935	11.846	11.947	14.983	19.458	20.724	24.807	22.672	22.559
ΦΥΣΙΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ	152	122	128	112	136	249	206	314	1.280	1.477	1.270
ΜΕΣΟΓ. ΑΝΑΙΜΙΑΣ	227	320	295	319	143	141	206	197	271	255	260
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ	15.238	13.659	14.787	20.754	24.553	27.967	26.929	27.522	27.401	24.302	26.832
ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	97	22	138	1.021	51	162	214	444	362	416	566
ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ	506	666	497	238	321	526	539	555	575	676	598
ΟΠΤΙΚΑ_ΠΕΔΙΑ	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
ΗΕΓ	13	0	0	0	0	2	0	1	0	1	0
TRIPLEX_ΚΑΡΔΙΑΣ	135	156	127	109	207	160	160	181	177	172	143
N.S.T.	466	515	535	415	286	524	325	342	95	41	35
ΑΕ. ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	1.130	1.208	906	1.403	1.163	1.174	1.840	2.456	1.914	2.542	1.288
Ω.Ρ.Λ.	997	1.245	1.340	760	487	579	719	884	1.063	1.001	1.160
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ_ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ	596	629	577	414	507	573	611	602	664	649	745
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ	14	56	24	4	1	120	434	265	434	471	492
ΑΚΟΥΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	143	1	0	0	0	0	0	0	2	1	0
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ	0	1	12	5	14	23	12	19	23	51	63
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	0	0	0	456	61	0	0	0	0	0	0
ΜΕΛΕΤΗ_ΥΠΝΟΥ	0	0	0	0	38	68	163	84	36	269	327
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ_2	0	0	0	0	0	0	0	13	1	0	0
ΚΕΦΙΑΠ	0	0	0	0	0	0	0	10	61	116	224
ΜΕΘ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	43
ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΕΣ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	572	269
ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΙΚΝΟΤΗΤΑΣ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	54.491	51.939	51.964	56.185	56.967	76.584	83.016	85.500	93.365	89.270	94.182

Γίνεται φανερό πως τη μεγαλύτερη αύξηση την είχαν οι φυσιοθεραπείες/ψυχοθεραπείες, και ακολουθεί η αιμοδοσία και το οφθαλμολογικό.. Συνολικά, από τα 39 εργαστήρια του νοσοκομείου, μείωση στον αριθμό των ασθενών που δέχονται παρουσίασαν τα τέσσερα.

Διάγραμμα 1: Επισκέψεις εξωτερικών ασθενών ανά έτος κατά σύνολο τα έτη 2008 - 2018 (Πηγή: Επεξεργασία της έρευνας)



Στο διάγραμμα 1 απεικονίζεται η μεγάλη αύξηση της επισκεψιμότητας στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Το ποσοστό μεταβολής από την έναρξη της κρίσης προσεγγίζει περίπου το 73%.

Στον Πίνακα 8 φαίνεται η μεταβολή του αριθμού των υπαλλήλων του νοσοκομείου τα έτη 2012-2018 καθώς και της συνολικής μισθοδοσίας τους.

Πίνακας 8: Ετήσια Κατάσταση Αριθμού Υπαλλήλων και Μισθοδοσίας (Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου Άρτας)

Μηνιαία Δαπάνη Μισθοδοσίας		Μόνιμοι	ΙΔΑΧ	ΙΔΟΧ	ΣΥΝΟΛΟ
2012	Εισφορές	1.231.184,52	30.000,33	141.344,94	1.402.529,79
	Αριθμός υπαλλήλων	673	17	86	776
2013	Εισφορές	1.002.012,82	32.538,49	4.723,82	1.039.275,13
	Αριθμός υπαλλήλων	599	17	9	625
2014	Εισφορές	962.699,24	39.092,98	12.644,84	1.014.436,96
	Αριθμός υπαλλήλων	574	22	17	613
2015	Εισφορές	796.091,69	37.112,75	3.433,31	836.637,75
	Αριθμός υπαλλήλων	514	22	1	537
2016	Εισφορές	833.880,07	39.909,44	3.736,89	877.526,4
	Αριθμός υπαλλήλων	538	23	1	562
2017	Εισφορές	848.469,09	38.259,10	3.313,42	890.041,61
	Αριθμός υπαλλήλων	533	22	1	556
2018	Εισφορές	871.787,88	36.860,32	3.821,68	911.639,78
	Αριθμός υπαλλήλων	518	20	1	529

Παρατηρείται πως μέχρι το 2016 οι εισφορές στους υπαλλήλους μειωνόταν συνεχώς με τη μεγαλύτερη μείωση να γίνεται το 2015. Το 2018 σημειώθηκε η πρώτη

αύξηση αν και απέχει από τις εισφορές του 2014 που ήταν πολύ μικρότερες του 2012 στην αρχή δηλαδή της κρίσης. Όμοια ο αριθμός των υπαλλήλων μειώνεται ραγδαία μέχρι και το 2018 με τους ΙΔΟΧ να έχουν τον ελάχιστο αριθμό 1. Η μεγαλύτερη μείωση στο σύνολο των υπαλλήλων πραγματοποιήθηκε το 2015 που όμως δεν απέχει από τη σημερινή κατάσταση. Συνολικά οι μόνιμοι μειώθηκαν σε ποσοστό 23%, οι ΙΔΑΧ σε ποσοστό 42,85% και οι ΙΔΟΧ κατά 98,8%. Ταυτόχρονα, η μισθοδοσία μειώθηκε συνολικά κατά ποσοστό 35%, τα 7 χρόνια της κρίσης που εξετάζουμε.

Σχετικά με την κίνηση στα χειρουργεία τα έτη πριν την κρίση (1995-2005) οι τιμές στον Πίνακα 9 που ακολουθεί δείχνουν μια αυξητική τάση μέχρι το 2003 όπου και τα περιστατικά αρχίζουν να μειώνονται. Η γενική χειρουργική έχει τις περισσότερες περιπτώσεις και ακολουθούν η ορθοπεδική και η οφθαλμολογική, ενώ αντίθετα η νευροχειρουργική έχει τις λιγότερες.

Πίνακας 9: Κίνηση χειρουργείων κατά τα έτη 1995-2005 (Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου Άρτας)

ΚΙΝΗΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ ΤΑ ΕΤΗ 1995--2005							
ΕΤΗ	ΓΕΝ ΧΕΙΡ	ΟΥΡ/ΚΗ	Μ/ -ΓΥΝ	ΟΡΘ/ΚΗ	ΟΦ/ΚΗ	Ν/Χ	ΣΥΝ
1995	601	13	6	340			960
1996	675	21	62	397			1155
1997	851	88	134	465	29		1567
1998	770	153	218	584	119		1844
1999	781	211	452	653	134		2231
2000	879	238	353	629	229		2328
2001	1019	642	276	642	317		2896
2002	964	397	333	537	338		2569
2003	989	390	287	586	561	41	2854
2004	821	407	326	610	534	118	2816
2005	763	397	332	626	373	138	2629

Από τις κλινικές τη μεγαλύτερη αύξηση έχει η ορθοπεδική, στη συνέχεια η οφθαλμολογική και η γενική χειρουργική. Τη μεγαλύτερη μείωση παρουσίασε η νευροχειρουργική. Μέχρι και τις αρχές της οικονομικής κρίσης, παρόμοια τάση χαρακτηρίζει τις περιπτώσεις που χρειάζονται χειρουργείο. Ειδικότερα, η κίνηση στα χειρουργεία από το 2005-2008 αυξάνεται συνολικά και το ίδιο συμβαίνει και στα τακτικά περιστατικά. Στο σύνολό τους τα έκτακτα περιστατικά αυξάνουν μέχρι το 2008 και το 2009 λιγοστεύουν (*Πίνακας 18*).

Πίνακας 18: Κίνηση χειρουργείων κατά τα έτη 2005-2009

(Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου Άρτας)

Κίνηση Χειρουργείου				
ΓΕΝΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	2005	2006	2008	2009
Μεγάλες επεμβάσεις	62	174	85	68
Μεσαίες επεμβάσεις	548	426	645	570
Μικρές επεμβάσεις	153	164	389	367
Τακτικά	661	623	816	757
Έκτακτα	102	141	303	248
Σύνολο	763	764	1119	1005
Ορθοπαιδική				
Μεγάλες επεμβάσεις	273	248	258	298
Μεσαίες επεμβάσεις	181	216	259	298
Μικρές επεμβάσεις	172	230	285	367
Τακτικά	342	443	407	561
Έκτακτα	284	251	395	402
Σύνολο	626	694	802	963
Γυναικολογική/Μαιευτική				
Μεγάλες επεμβάσεις	128	128	108	136
Μεσαίες επεμβάσεις	15	13	11	11
Μικρές επεμβάσεις	189	199	188	181
Τακτικά	256	216	255	282
Έκτακτα	76	124	52	46
Σύνολο	332	340	307	328
Ουρολογική				
Μεγάλες επεμβάσεις	94	70	30	30
Μεσαίες επεμβάσεις	178	148	93	115
Μικρές επεμβάσεις	125	133	301	290
Τακτικά	389	329	381	393
Έκτακτα	8	22	43	42
Σύνολο	397	351	424	435
Οφθαλμολογική				
Μεγάλες επεμβάσεις				
Μεσαίες επεμβάσεις	351	330	413	592
Μικρές επεμβάσεις	22	10	15	45
Τακτικά	372	337	424	632
Έκτακτα	1	3	4	5
Σύνολο	373	340	428	637
Νευροχειρουργική				
Μεγάλες επεμβάσεις	22	40	64	70
Μεσαίες επεμβάσεις	90	108	42	34
Μικρές επεμβάσεις	26	30	97	102
Τακτικά	91	131	117	96
Έκτακτα	47	47	86	110
Σύνολο	2629	178	203	206
Σύνολο/έκτακτα	518	592	883	853
Σύνολο/τακτικά	2111	2075	2400	2721
Γενικό σύνολο	2629	2667	3283	3574

Συνολικά, η κίνηση των χειρουργείων παριστάνεται για όλες τις κλινικές και τα έτη 2010-2017 στον Πίνακα 19.

Πίνακας 19: Κίνηση χειρουργείων κατά τα έτη 2010-2017

(Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου Άρτας)

ΚΙΝΗΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ ΤΑ ΕΤΗ 2010-2017							
ΕΤΗ	GEN ΧΕΙΡ	ΟΥΡ/ΚΗ	Μ/ - ΓΥΝ	ΟΡΘ/ΚΗ	ΟΦ/ΚΗ	Ν/Χ	ΣΥΝ
2010	716	848	744	310	338	104	3060
2011	677	920	320	200	958	74	3149
2012	796	818	344	105	797	66	2924
2013	1007	937	417	174	1233	77	3844
2014	1052	992	377	117	1052	70	3665
2015	940	1066	419	172	653	80	3334
2016	1001	1088	385	287	1351	65	4154
2017	958	958	391	330	1244	70	3952

Γίνεται φανερό πως παρόλη την οικονομική κρίση, δεν παρατηρείται αισθητή αλλαγή στον αριθμό των χειρουργείων. Αυτό σημαίνει πως οι Έλληνες ασθενείς εξακολουθούν να εμπιστεύονται τα δημόσια νοσοκομεία.

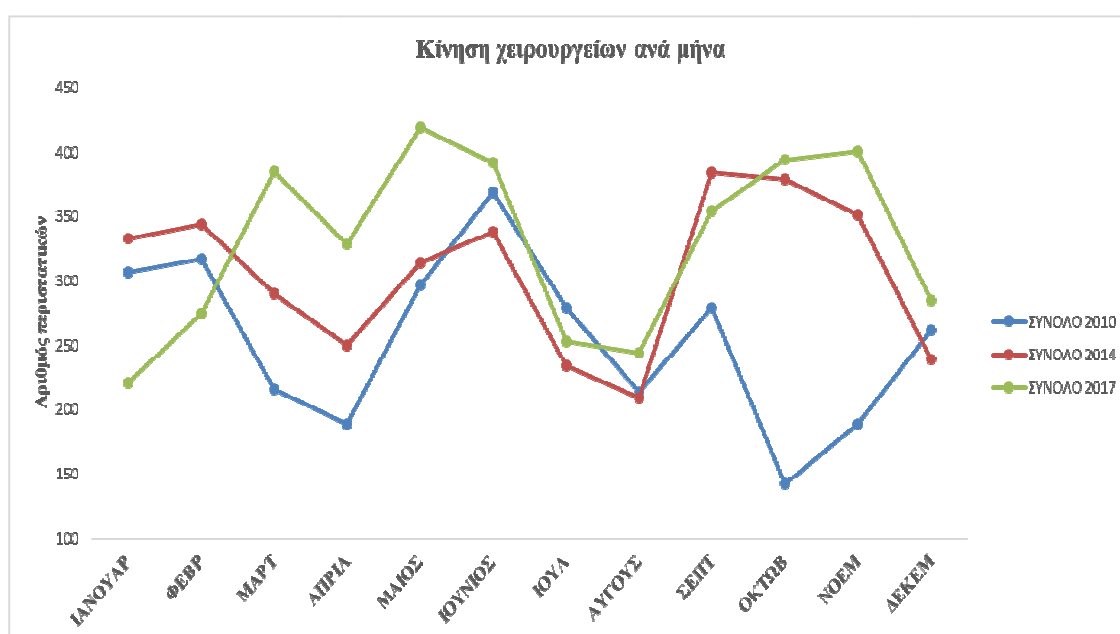
Στο διάγραμμα 1 που παριστάνει την κίνηση των χειρουργείων ανά μήνα τα χρόνια 2010, 2014, 2017 φαίνονται οι διακυμάνσεις των περιστατικών στην αρχή, τη μέση και λίγο πριν βγει η Ελλάδα από τα μνημόνια. Παρατηρείται πως μέχρι το Σεπτέμβριο η πορεία εξέλιξης του αριθμού των περιστατικών είναι παρόμοια τα χρόνια 2010 και 2014. Κατά τους φθινοπωρινούς μήνες εξελίσσονται αντίθετα και καταλήγουν το Δεκέμβριο σε παρόμοιες τιμές.

Το 2017 οι διαφοροποιήσεις παρατηρούνται και την άνοιξη με τον αριθμό των περιστατικών να αυξάνει κατά πολύ τους μήνες Μάρτιο έως Ιούνιο όπου και

συνεχίζει όπως και τα προηγούμενα έτη μέχρι και τον Σεπτέμβριο. Στη συνέχεια εξελίσσεται όπως και το έτος 2014 που τελικά τα περιστατικά αγγίζουν τις τιμές του 2010 τον Δεκέμβριο.

Γίνεται φανερό πως οι επιπτώσεις της κρίσης γίνονται αισθητές τις περιόδους άνοιξης και φθινοπώρου (Διάγραμμα 2).

Διάγραμμα 2: Κίνηση χειρουργείων ανά μήνα κατά σύνολο τα έτη 2010,2014, 2017 (Πηγή: Επεξεργασία της έρευνας)



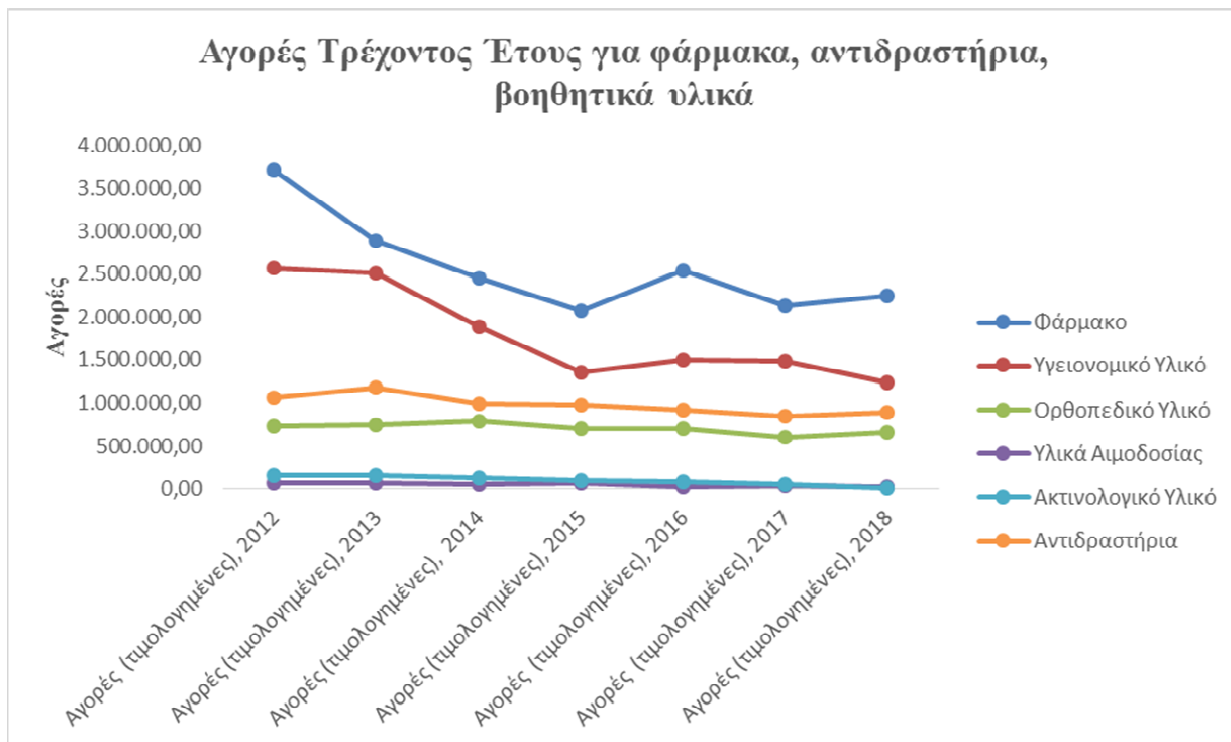
Ο συγκεντρωτικός Πίνακας των αγορών για τα φάρμακα, τα βοηθητικά υλικά και αντιδραστήρια, καθώς και τα αναλώσιμα για τα έτη 2012-2018 κάνουν φανερό πως τη μεγαλύτερη μείωση εμφάνισαν οι αγορές για ακτινολογικό υλικό (98%), τα υλικά αιμοδοσίας (67%) και το υγειονομικό υλικό (51%). Από τα αναλώσιμα ραγδαίες μειώσεις είχαν τα είδη ιματισμού (99%) και το τεχνικό υλικό (86%). Σε γενικές γραμμές, από το 2012 οι αγορές μειώνονται και παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη πτώση το 2015. Στη συνέχεια, οι αγορές για τα φάρμακα αυξάνουν το 2016, μειώνονται το 2017 και δείχνουν μια ανοδική τάση το 2018. Ειδικότερα, οι αγορές για τα φάρμακα από το 2012 έως το 2018 μειώθηκαν σε ποσοστό 40%. Οι αγορές για υγειονομικό υλικό αυξάνουν μέχρι το 2017 όπου και αρχίζουν να μειώνονται το 2018. Τα υπόλοιπα υλικά παρουσιάζουν μια σταθερή εξέλιξη στις αγορές τους κατά τα έτη 2012-2018 (Πίνακας 20, Διάγραμμα 3).

*Πίνακας 20: Συγκεντρωτικός Πίνακας Αγορών-Υποχρεώσεων Φαρμάκων, Βοηθητικών Υλών και αντιδραστηρίων και Αναλωσίμων Υλικών
(Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου Άρτας)*

Αγορές	Φάρμακα	Υγειονομικό Υλικό	Ορθοπαιδικό Υλικό	Υλικά Αιμοδοσίας	Ακτινολογικό Υλικό	Αντιδραστήρια	Αέρια	Καύσιμα	Είδη Ιματισμού	Ανταλλακτικά ή Είδη Συσκευασίας	Τεχνικό Υλικό
Αγορές Χρήσης τρέχοντος έτους (τιμολογημένες), 2012	3.708.913,17	2.562.173,43	736.026,45	59.978,85	148.327,91	1.058.992,13		888.004,06	58.100,18	119.401,20	
Αγορές Χρήσης τρέχοντος έτους (τιμολογημένες), 2013	2.884.515,72	2.516.626,27	749.635,38	69.628,23	145.509	1.172.325,09		796.402,10			197.709,13
Αγορές Χρήσης τρέχοντος έτους (τιμολογημένες), 2014	2.447.464,25	1.890.427,45	781.737,27	54.543,73	116.874,60	990.433,42		9.185,45	1.611,33		140.120,76
Αγορές Χρήσης τρέχοντος έτους (τιμολογημένες), 2015	2.081.685,25	1.355.099,10	708.656,10	69.260,37	100.023,60	979.669,59	147.783	489.340,73			137.260,66
Αγορές Χρήσης τρέχοντος έτους (τιμολογημένες), 2016	2.536.193,18	1.497.886,55	703.300,87	24.471,39	82.457,20	925.872,71		466.467,26	4.450,05		87892,65
Αγορές Χρήσης τρέχοντος έτους (τιμολογημένες), 2017	2.138.655,91	1.485.259,45	605.451,43	33.052,97	55.915,81	841.243,87		484.942,29	4.776,47		112.465,00
Αγορές Χρήσης τρέχοντος έτους (τιμολογημένες), 2018	2.247.949,34	1.241.352,94	660.344,78	19.749,36	2.529,60	887.339,95		483.041,29	76,88		27.727,05

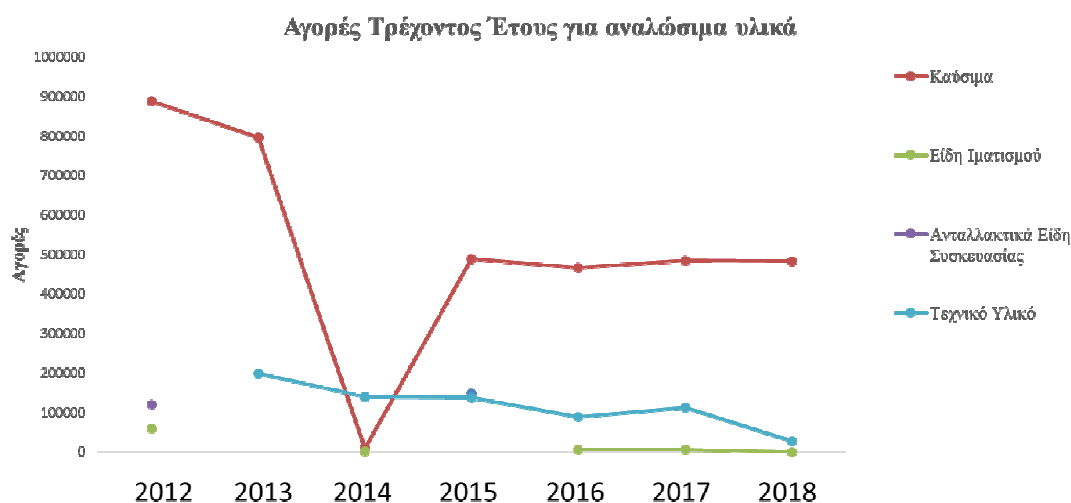
Διάγραμμα 3: Αγορές-Υποχρεώσεις φαρμάκων, βοηθητικών υλικών και αντιδραστηρίων κατά τα έτη 2012-2018

(Πηγή: Επεξεργασία της έρευνας)



Στο διάγραμμα 4 που παριστάνονται οι αγορές των αναλώσιμων υλικών διαπιστώνεται πως τις μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις παρουσιάζουν οι αγορές καυσίμων. Συγκεκριμένα, το 2012 αρχίζει η μείωση των αγορών με μέγιστη πτώση το 2014 όπου και αρχίζουν να αυξάνονται απότομα μέχρι το 2015 και στη συνέχεια σταθεροποιούνται αν και αρκετά κάτω από τις τιμές που δίνονταν το 2012. Αντίθετα οι αγορές στα είδη ιματισμού αρχίζουν να σταθεροποιούνται σε πολύ μικρά επίπεδα μετά το 2016, ενώ οι αγορές του τεχνικού υλικού, μειώνονται σταθερά από το 2012 και μετά.

Διάγραμμα 4: Αγορές-Υποχρεώσεις αναλώσιμων υλικών κατά τα έτη 2012-2018
(Πηγή: Επεξεργασία της έρευνας)



Σχετικά με την οικονομική κατάσταση του νοσοκομείου, τα χρόνια της κρίσης έγινε προσπάθεια νοικοκυρέματος και εξυγίανσης των οικονομικών του Ιδρύματος η οποία αποτυπώνεται και στα δεδομένα του παρακάτω πίνακα όπου τα έσοδα και τα έξοδα εμφανίζονται σχεδόν ισοσκελισμένα. (Πίνακας 21).

Πίνακας 21: Δελτίο εσόδων-εξόδων νοσοκομείου Άρτας κατά τα έτη 2012-2018

(Πηγή: Πληροφοριακό Σύστημα Νοσοκομείου Άρτας)

Ετήσιο Δελτίο	Έσοδα	Έξοδα
2012	12.620.440,10	12.545.832,16
2013	23.071.191,08	21.717.771,56
2014	11.090.655,25	12.158.435,33
2015	10.070.345,33	9.307.121,25
2016	14.805.406,03	11.852.103,65
2017	14.353.762,92	12.171.583,01
2018	11.770.599,39	12.570.745,65

Όσον αφορά τη διακύμανση μεταξύ εσόδων και εξόδων κατά τα έτη 2012-2018, στο διάγραμμα που ακολουθεί παριστάνεται η μεγάλη μείωση που επήλθε τα χρόνια της κρίσης, με εξαίρεση το 2013, όπου δόθηκε κρατική επιχορήγηση για την εξόφληση ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων, και οι προσπάθειες ισοσκελισμού των μεταξύ τους διαφορών. Το 2015 τα έξοδα βρίσκονται στο χαμηλότερο επίπεδο από την αρχή της κρίσης και μέχρι το έτος 2018 κινούνται χαμηλότερα από τα αντίστοιχα έσοδα. (Διάγραμμα 5).

Διάγραμμα 5: Έσοδα- Έξοδα νοσοκομείου κατά τα έτη 2012-2018 (Πηγή: Επεξεργασία της έρευνας)



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα εργασία έγινε μια προσπάθεια περιγραφής των αιτιών και των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και ιδιαίτερα στο εθνικό σύστημα υγείας. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση, ανέδειξε πως η οικονομική κρίση συνοδεύεται από φαινόμενα όπως η αποδυνάμωση του συστήματος υγείας, η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών και η γενικότερη κατάπτωση του οικοδομήματος της υγείας σε μια κοινωνία. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η μείωση των δαπανών για την υγεία, η καθυστέρηση της θεραπείας και συχνά η μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, η οικονομική ύφεση συνεπάγεται σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών, όπως προβλήματα εθισμού, εξαρτήσεις, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφίμων χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινόπνευματος, καθώς επίσης και την πλημμελή διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρημένες υπηρεσίες υγείας. Επίσης οι Έλληνες παρουσιάζονται μη ικανοποιημένοι από τις παροχές υγείας καταλαμβάνοντας τη 2η θέση στην ευρωζώνη των πιο δυσαρεστημένων ασθενών. Οι σημαντικότερες αιτίες αυτού είναι:

- i. Αρνητική εικόνα για το σύστημα υγείας.
- ii. Έλλειψη εμπιστοσύνης στα νοσοκομεία.
- iii. Μετακίνηση ασθενών από επαρχιακά σε κεντρικά νοσοκομεία και σε νοσοκομεία του εξωτερικού.
- iv. Στροφή στην ιδιωτική παροχή υπηρεσιών υγείας.

Ερευνητικά εστίασαμε στην περίπτωση του νοσοκομείου Άρτας, ένα μεσαίο νοσοκομείο που προσπαθεί να είναι αποδοτικό και να παρέχει ποιοτικές υπηρεσίες υπό τις συνθήκες της ύφεσης. Η οικονομική κατάσταση του νοσοκομείου δε μπορούσε να μην επηρεαστεί από την οικονομική κρίση με αποτέλεσμα να έχουν μειωθεί και τα έσοδα και τα έξοδα. Επίσης, γίνεται προσπάθεια ισοσκελισμού τους με τα καλύτερα αποτελέσματα να παρατηρούνται το 2018. Το μεγαλύτερο ποσό εσόδων παρατηρήθηκε το 2013 και το μικρότερο το 2015. Τα έτη κατά τα οποία τα έξοδα ήταν μεγαλύτερα από τα έσοδα ήταν το 2014 και το 2018, ενώ το 2016 τα έσοδα είχαν τη μεγαλύτερη θετική διαφορά από τα έξοδα. Γίνεται επομένως μια σημαντική προσπάθεια ελέγχου των χρηματικών ποσών που διαχειρίζεται το νοσοκομείο.

Σχετικά με το δείκτη της νοσηλευτικής κίνησης, ακολούθησε τη μείωση που δηλώνει και η οικονομική κατάσταση του νοσοκομείου. Εξαίρεση στα έτη της κρίσης, συνιστά η αύξηση του ποσοστού των ανασφάλιστων που εισέρχονται στο νοσοκομείο, ως αποτέλεσμα της απώλειας της εργασίας τους.

Ο δεύτερος δείκτης που αναφέρεται στις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία, δείχνει επίσης πως η οικονομική κρίση αύξησε ραγδαία την κίνηση στο εργαστήριο φυσιοθεραπείας/ψυχοθεραπείας με τη μεγαλύτερη αύξηση να παρατηρείται το 2017. Αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό, αλλά χαρακτηριστικό της κοινωνίας μας που μαστίζεται από τη μακρόχρονη οικονομική κρίση με αποτέλεσμα πολλοί να εμφανίζουν κατάθλιψη ή να σωματοποιούν τα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν. Μείωση εμφανίζουν κατά το 2017 το γυναικολογικό που συνδυάζεται με την υπογεννητικότητα που μαστίζει την Ελλάδα και το εργαστήριο αιμοδοσίας.

Σχετικά με τους εργαζομένους του νοσοκομείου και τις απολαβές τους (τρίτος δείκτης), οι πρώτοι έχουν μειωθεί κατά 30,5% ενώ οι μισθοί τους ελαττώθηκαν κατά 35%. Το αισιόδοξο γεγονός είναι πως η μεγαλύτερη μείωση έγινε το 2015 και στα επόμενα χρόνια εμφανίζεται η τάση να αυξάνεται και ο αριθμός του προσωπικού και ο μισθός τους.

Η κίνηση των χειρουργείων (τέταρτος δείκτης) δεν παρουσίασε μεγάλες διαφορές στα χρόνια πριν την κρίση ούτε κατά τη διάρκειά της μέχρι το 2018. Από τις κλινικές τη μεγαλύτερη αύξηση έχει η ορθοπαιδική, στη συνέχεια η οφθαλμολογική και η γενική χειρουργική. Τη μεγαλύτερη μείωση παρουσίασε η νευροχειρουργική. Επιπλέον, οι επιπτώσεις της κρίσης γίνονται αισθητές τις περιόδους άνοιξης και φθινοπώρου, ενώ κατά τη διάρκεια των ετών παρουσιάζεται η ίδια εξέλιξη.

Στις ετήσιες αγορές-υποχρεώσεις (πέμπτος δείκτης) που πραγματοποιούνται στο νοσοκομείο κυριαρχούν τα φάρμακα, τα καύσιμα και το υγειονομικό υλικό, γεγονός που δείχνει πως το νοσοκομείο ακόμη και τα χρόνια της κρίσης δε στερήθηκε τα τελείως απαραίτητα υλικά για τη λειτουργία του.

Από τα στοιχεία που αναλύσαμε καταλήξαμε στο συμπέρασμα πως αν και η παρουσία προβλημάτων είναι έντονη, το νοσοκομείο έχει όλες τις δυνατότητες να βελτιωθεί και βαίνει προς τον εκσυγχρονισμό και την ψηφιοποίηση με ελπίδες και στόχο την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα. Ο στρατηγικός σχεδιασμός των υπηρεσιών του θα του δώσει τη δυνατότητα να μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού με παροχές υπηρεσιών στις οποίες

μπορούν όλοι να έχουν πρόσβαση. Για το σκοπό αυτό επιτακτική ανάγκη είναι η στήριξη του νοσοκομείου από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και από την κεντρική διοίκηση του Συστήματος Υγείας.

Ο ποιοτικός έλεγχος, η διασφάλιση ποιότητας καθώς και η διοίκηση ολικής ποιότητας σε συνδυασμό με την αξιολόγηση των εμπειριών και απόψεων των ασθενών αποτελούν τον μηχανισμό για την ανάπτυξη μοντέλων που θα βελτιώσουν την ποιότητα στο χώρο της υγείας. Παρόμοιες έρευνες στο χώρο της υγείας μελέτησαν τη σχέση μεταξύ των δημόσιων κοινωνικών δαπανών και των αυτοκτονιών στις χώρες του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (OECD) από το 1980 έως το 2003. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας μπορούν ενισχύσουν την πρόληψη των αυτοκτονιών και ειδικά σε χώρες που βιώνουν κοινωνικοοικονομική κρίση (Park et al, 2009). Σύμφωνα με τους Benatar, Gill, και Bakker, η παγκόσμια υγεία θα μπορούσε να βελτιωθεί με τα εξής βήματα:

- i. διεύρυνση της ανησυχίας για τα ανθρώπινα δικαιώματα ώστε να μπορούν περισσότεροι άνθρωποι να προαχθούν μέσα από τις ικανότητες τους.
- ii. άμεση κοινωνική και οικονομική πολιτική προωθώντας τους νέους στην εργασία και την κοινωνική ενσωμάτωση και χρηματοδοτώντας μηχανισμούς για την υγεία ώστε παρέχει μεγαλύτερη κοινωνική προστασία για τους φτωχούς.
- iii. αναθεώρηση φορολογικής βάσης ώστε η μελλοντική διανομή των φορολογικών επιβαρύνσεων να είναι δίκαιη και βιώσιμη.
- iv. ανάπτυξη των μέτρων που εξασφαλίζουν την αποτελεσματική και σχολαστική ρύθμιση της οικονομίας.
- v. ανάπτυξη πολιτικών προς αναζωογόνηση των συστημάτων δημόσιας υγείας, καθώς επίσης και την υποδομή για τα δημόσια μέσα μεταφοράς, δημόσια συστήματα πληροφόρησης, και συστήματα επικοινωνιών.
- vi. εξέταση των δημογραφικών μετατοπίσεων (ζητήματα υγείας που συνδέονται με τη γηράσκουσα Ευρώπη και την Ιαπωνία)
- vii. άρση των διακρίσεων, όπως «παραγωγικά» και «μη παραγωγικά» μέλη της κοινωνίας.
- viii. αναθεώρηση πολιτικών και αλλαγή της λογικής της αφθονίας ώστε να ελαχιστοποιηθεί η υπερκατανάλωση, και η παραγωγή απορριμμάτων (και να

προαχθούν ένας πιο υγιεινός τρόπος ζωής, συντηρώντας την ανεκτικότητα και την ποικιλομορφία των κοινωνικών επιλογών.

- ix. μεταβολή νοοτροπίας ώστε να παραμείνει το μακροπρόθεσμο όφελος
- x. βαρύτητα στην πληροφόρηση, την εκπαίδευση και τον πολιτισμό.

Ωστόσο η αποτελεσματική και έγκαιρη λήψη μέτρων, οι στοχευμένες αναδιαρθρώσεις και η εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης μπορούν να αποτρέψουν φαινόμενα, όπως η εξαθλίωση και η καταρράκωση του συστήματος υγείας, θωρακίζοντας έτσι την υγεία των πολιτών. Οι μεταρρυθμίσεις αυτές προτείνεται όπως εστιάσουν σε περιοχές που συνιστούν διαχρονικές εκκρεμότητες της πολιτικής υγείας όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το χρηματοδοτικό υπόδειγμα, η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και η διαχείριση των νέων τεχνολογιών στον τομέα της υγείας.

Η ανάπτυξη προγραμμάτων στον οικονομικό τομέα, η καταπολέμηση της ανεργίας, η ενίσχυση των φορέων δημόσιας υγείας και η στήριξη των ευπαθών ομάδων, όπως οι άνεργοι, η προαγωγή διαχείρισης του στρες στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως για παράδειγμα συμβουλευτικά προγράμματα οικονομικής διαχείρισης, η ψυχολογική υποστήριξη και οι οικονομικές διευκολύνσεις οι φοροελαφρύνσεις, η ενίσχυση αντιμετώπισης των κύριων ψυχιατρικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η αποκατάσταση της οικονομικής υγείας των πληγέντων με επιδόματα ανεργίας ή με ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας, θα πρέπει να αποτελέσουν βασικές προτεραιότητες της πολιτείας σε περιόδους οικονομικής ύφεσης (Γιωτάκος, 2010).

Βιβλιογραφία

Ελληνική

Αδαμακίδου, Θ. & Καλοκαιρινού- Αναγνωστοπούλου Α., (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 47(3):320–333.

Αλεξιάδης, Α., (1999). Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας. Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη.

Ανδριώτη, Δ., (1988). Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Εξάντας. Πολιτικές Υγείας. Αθήνα.

Βαρουφάκης, Γ., Πατώκος, Τ., Τσερκέζης, Λ. & Κουτσοπέτρος, Χ., (2011). Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων. ΙΝΕ.

Γιωτάκος, Ο., (2010). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Ψυχιατρική, 21:195-204

Γούλα, Α., (2007). Διοίκηση & Διαχείριση Νοσοκομείου» , Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Δαρδαβέσης, Θ. & Ιωαννίδης Α., (1999). Η σύσταση του Υπουργείου Υγείας, Στο: Πρακτικά του ΙΘ' Πανελληνίου Ιστορικού Συνέδριου. Θεσσαλονίκη.

Δημητριάδου-Παντέκα, Α., Λαβδανίτη, Μ., Μηνασίδου, Ε., Τσαλογλίδου, Α., Καυκιά, Θ. & Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., (2009). Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό. Το Βήμα του Ασκληπιού, 8(3).

Διεθνής Συνδιάσκεψη Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας Alma-Ata, USSR, 6-12 Σεπτεμβρίου 1978.

Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι. & Χλέτσος, Μ.,(1999). Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας. Πάτρα: Εκδόσεις ΕΑΠ.

Δοξιάδης, Α., (2013). Το αόρατο ρήγμα. Εκδόσεις Ίκαρος.

Ευμορφίδου, Π., (2009). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα .Κριτική της εξέλιξης της και οι προκλήσεις του μέλλοντος. Διοικητική ενημέρωση, 50, 76-87.

Ζηλίδης Χ. (1988). Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. ΑΤΕ. Αθήνα.

- Θεοδωρουλάκης, Μ. & Κουμαριανός, Β., (2012). Συστήματα κοινωνικής ασφάλισης-Ασφαλιστικό σύστημα και σύστημα κοινωνικής περίθαλψης. Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ.
- Θεόδωρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ., (1997). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ., (2001). Συστήματα Υγείας, εκδόσεις Παπαζήση.
- Θεοδώρου, Μ., Ποζουκίδου, Α. & Καϊτελίδου, Δ., (2007). Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. Ερευνητική Εργασία, 46(4): 537-544.
- Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών ΙΟΒΕ, (2011). Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου.
- Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π., (2007). Υπηρεσίες Υγείας, Συστήματα-Χρηματοδότηση-Αγορά. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος
- Καλογεροπούλου, Μ. & Παπαθανασοπούλου, Ε., (2013). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού-Πιλοτική μελέτη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(5):587-594.
- Κουρής, Γ., Σουλιώτης Κ. & Φιλαλήθης Α., (2007). Οι «περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, Μία ιστορική επισκόπηση. Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, 1: 35-67
- Κυριόπουλος, Γ., (1990). Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση. Στο βιβλίο Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση Διοίκηση, Προγραμματισμός. European Institute of Social Security. Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ., (1995). Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα.
- Κυριόπουλος Ι. & Τσιάντου, Β., (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 27(5):834-840
- Λιαργκόβας, Π., (2004). Οικονομία και Πολιτική στη σύγχρονη Ελλάδα. Εκδόσεις Διόνικος.
- Λιαρόπουλος, Α. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας, Εκδόσεις Βήτα , Αθήνα.
- Πετρέλης, Μ. & Δομάγιερ, Φ., (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το Βήμα του Ασκληπιού, 15(4):365-378.

- Πολύζος, Ν., (2014). Διοίκηση και οργάνωση υπηρεσιών υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.
- Μανιού, Μ. & Ιακωβίδου, Ε., (2009). The current situation in the public and private hospitals in Greece. Το βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 8(4).
- Μητρόπουλος, Α., (2008). Το τέλος του κοινωνικού κράτους; Αριστερά και συνδικάτα μπροστά στην απορρύθμιση, εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα.
- Μόσιαλος, Η., Ζωγράφος, Κ., Κρεατσάς, Γ., Κυριόπουλος, Ι. (2011). Ενδιάμεση Έκθεση της Ανεξάρτητης Ομάδας Εργασίας Ειδικών Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας, Αθήνα.
- Μπέσης, Ν., (1993). Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας», Ειδικά Κλαδικά Θέματα, Νο. 1, Αθήνα, IOBE.
- Μουρίκη, Α., Μπαλούρδος, Δ., Παπαλιού, Ο., Σπυροπούλου, Ν., Φαγαδάκη, Ε. & Φρονίμου, Ε. (επιμ.) (2012). Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας-2012. Όψεις της κρίσης, Ε.Κ.Κ.Ε., Αθήνα
- Νεκτάριος, Μ., (2010). Διοικητική κινδύνων και ασφαλίσεις επιχειρήσεων. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλη.
- Νιάκας, Δ., (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής, 5 (1):3-7.,
- Οικονόμου Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας. Αθήνα: Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων.
- Οικονόμου, Μ., Παπασλάνης, Θ., Χαρίτση, Μ., Διέτη, Ε. & Σουλιώτης, Κ., (2018). Αυτοκτονικότητα και οικονομική ύφεση: διεθνή και Ελληνικά δεδομένα. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(Συμπλ. 1): 27-35.
- Πολύζος, Ν., Σινογεώργου, Θ., Μαριάτου, Δ. (2007). Αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Κέντρου Υγείας Ναυπάκτου, περιοδικό Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τεύχος 1, Ιανουάριος – Μάρτιος.
- Ρεκλείτη, Μ., Τανανάκη, Μ. & Κυλούδης, Π., (2012). Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με τη διεθνή εμπειρία. Περιεχειρητική Νοσηλευτική, 1(1).
- Σαρρής, Μ., (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

- Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τζ., Παπαγεωργίου, Μ. & Οικονόμου, Μ., (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Αρχαία ελληνικής ιατρικής*, 35 (Συμπλ 1) 9-16.
- Στεργίου, Α., (2007). Δημογραφική γήρανση και ασφαλιστικό. *Ελευθεροτυπία*.
- Στουρνάρας, Γ., (2015). ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, Ελληνική οικονομία, άρθρο: ετήσια έκθεση της Τράπεζας της Ελλάδος για την Ελληνική οικονομία.
- Τούντας, Γ., (2008). Η Έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας, περιοδικό Νέα Υγεία , Τεύχος 59 , Ιανουάριος - Φεβρουάριος – Μάρτιος.
- Τούντας, Γ., (2016). Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση. Διανέοσις Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης.
- Τσακανίκας, Α., Αθανασιάδης, Θ. & Παύλου, Γ., (2018). Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα-Γεγονότα και Στοιχεία. Εκδόσεις IOBE και ΣΦΕΕ.
- Υφαντόπουλος, Ι., (1986). Κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική, Τεύχος 5. Αθήνα.
- Υφαντόπουλος, Γ., (2003). Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική. Αθήνα: Τυπωθήτω Γιώργος Δαρδανός.
- Χλέτσος Μ. (2011). Τα οικονομικά της υγείας. Αθήνα: εκδόσεις Πατάκη.
- Χλέτσος Μ. (2015). Το Ελληνικό σύστημα υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης. *Quality in health*. <https://qualityinhealth.gr/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou>

Ξένη

- Allan, EA. & Steffensmeier, DJ., (1989). Youth, underemployment, and property crime: differential effects of job availability and job quality on juvenile and young adult arrest rates. *Am. Sociol. Rev.* 5(4):107-23.
- Anagnostopoulos, D. & Soumaki, E., (2013). The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: A brief report. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(2):131-134.

Bethune, A., (1997). Unemployment and mortality in: Drever F & Whitehead M. ed. Health inequalities. London, H.M. stationery Office.

Blane, D., Bartley, M., Davey Smith, G. Disease etiology and materialistic explanations of socioeconomic mortality differentials. *Eur J Public Health* 1997, 7:385–391.

Blanchard., O., (2008). Cracks in the System. Repairing the Damaged Global Economy, *Finance and Development*, 8-10.

Bokhari, FA., Gai, Y. & Gottret, P., (2007). Government health expenditures and health outcomes. *Health Econ.* 16: 257–73.

Bonovas, S. & Nikolopoulos, G., (2012). High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 53(3): 169-171.

Brenner, MH., (1976). Estimating the social costs of economic policy: implications for mental and physical health, and criminal aggression. Pap. No. 5.

Burchell, B., (1994). The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health in: Gallie D. et al. *Social change and the experience of unemployment*. Oxford, Oxford university press.

Burke, M., Marlow, C. & Lento, T., (2010). Social network activity and social well-being. DBLP.

Carlson, E. & Tsvetarsky, S., (2000). Birthweight and infant mortality in Bulgaria's transition crisis. *Paediatr Perinat Epidemiol* 14: 159–162.

Catalano, R., Dooley, D., Novaco, R., Wilson, G. & Hough, R., (1993). Using ECA survey data to examine the effect of job layoffs on violent behavior. *Hosp. Community Psychiatr.* 44:874-19.

Cecchetti, S. & Schoenholt, K., (2017). The financial crisis, ten years on., VOX CEPR's Policy Portal, Research-based policy analysis and commentary from leading economists.

Chionis, D., Pragidis, I. & Schizas, P., (2014). Long-term government bond yields and macroeconomic fundamentals: Evidence for Greece during the crisis-era. *Financial Research Letters*, 11(3).

Cutler, DM., Knaul, F., Lozano, R., Mendez, O. & Zurita, B., Financial crisis, health outcomes, and aging: Mexico in the 1980s and 1990s. NBER Working Paper No. 7746. National Bureau of Economic Research: Cambridge, MA.

Durkheim, E., (1951). *Suicide, A study in sociology*, transl. by J. A. Spaulding & G. Simpson, publ. The Free Press, New York.

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

Economou, F., Kostakis, A. & Philippas, N., (2011). Cross-country effects in herding behaviour: Evidence from four South-European markets. *Journal of International Financial Markets, Institutions and Money*, Vol. 21, Issue 3, pp. 443-460.

Economou, M., Madianos, M., Peppou, L., Patelakis, A. & Stefanis C., (2012). Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 145(3): 308-314.

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 population. *Social Cohesion and Development*, 9(2):99-115.

Emmanouilidou, M. & Burke, M., (2013). A thematic review and a policy-analysis agenda of Electronic Health Records in The Greek National Health System. *Health Policy*, 109(1):31-37.

Falagas, ME., Korbila, IP., Giannopoulou, KP., Kondilis, BK. & Peppas, G. Informed consent: how much and what do patients understand? *Am J Surg.*, 198(3):420-35.

Financial Stability Forum, (2008). *Report of the Financial Stability Forum on Enhancing Market and Institutional Resilience*, Basel, 7.

Gavrilova, N., Semyonova, V., Evdokushkina, G. & Ivanov, A., (Problems with Mortality Data in Russia. Center on Aging, NORC/University of Chicago. Institute for Public Health, Russia.

Gerdtham, U., Islam, M., Merlo, J. & Kawacji, I., (2006). Social capital and health: Does egalitarianism matter? A literature review. *International Journal for Equity in Health*, 5:3.

Greenwood, DC., Muir, KR., Packham, CJ. & Madeley, RJ., (1996). Coronary heart disease: a review of the role of psychosocial stress and social support. *J Public Health Med* 18: 221–31.

Gump, B., Matthews, K., Eberly, L. & Chang, Y., (2005). Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Stroke* 36: 98–102.

Hammarstrom, A., (1995). Health consequences of youth unemployment- review from a gender perspective. *Soc Sci Med* 1994; 38:699-709.

Hammarstrom, A. & Janlert, U., (1995) .Unemployment and change of tobacco habits: a study of young people from 16 to 21 years of age. *Addiction* 89:1691-6.

Hammer, T., (1992). Unemployment and use of drug and alcohol among young people: a longitudinal study in the general population. *Br J Addict* 87:1571-1581.

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.

Ivashina, V. & Scharfstein D., (2010). Bank lending during the financial crisis of 2008 - *Journal of Financial economics*, 2010 – Elsevier *Journal of Financial Economics* Volume 97, Issue 3, Pages 319-338.

Iversen, L., Andersen, O., Andersen, PK., Christoffersen, K. & Keiding, N., (1987). Unemployment and mortality in Denmark, 1970-80. *BMJ* 295:879-84.

Janlert, U., (1992). Unemployment and blood pressure in Swedish building labourers. *J Intern Med* 231:241-246.

Janlert, U. & Hammarstrom, A., (1992). Alcohol consumption among unemployed youths: results from a prospective study. *Br J Addict* 87:703-714.

Junankar, PN., (1991). Unemployment and mortality in England and Wales: a preliminary analysis. *Oxf Econ Pap* 43: 305-20.

Kakaletsis, N., Ioannidis, A., Sigalas, I. & Hatzitolios, A., (2013). The regional organization of the National Health System (ESY) in Greece - A brief overview of the legislative interventions to date. *Archives of Hellenic Medicine / Arheia Ellenikes Iatrikes* , 30(2):233-240.

Kalafati, M., (2012). How Greek healthcare services are affected by the Euro crisis. *Emergency nurse: the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association*, 20(3):26-27.

Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, JP. & McKee, M., (2013). Financial crisis, austerity and health in Europe. *Lancet*, 13(381),1323-1331.

Karatzanis, A.D., Symvoulakis E.K., Nikolaou V. & Velegrakis G.A., (2012). Potential impact of the financial crisis on outpatient hospital visits due to otorhinolaryngologic disorders in Crete, Greece. *International Journal of Medical Science*, 9: 126-128.

- Katsimi, M. & Moutos, T., (2010). EMU and the Greek crisis: The political-economy perspective. *European Journal of political Economy*, 26(4):568-576.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, G., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. & Stuckler, D., (2011). Health effects of financial crisis : omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378, (9801): 1457-1458.
- Kentikelenis, A. & Papanicolas, I., (2012). Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health* 22: 4–5.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., Stuckler, D., Khang, YH., Lynch, JW. & Kaplan, GA., (2005). Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. *Int J Epidemiol* 34: 1291–301.
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H. & Benos, A. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *Am J Public Health*. 103(6):973-9.
- Koonar, K. (2008) *Nursing Assistant-An Integral Part of the System*.
- Krugman, P., (2009). *The Return of Depression Economics and the Crisis of 2008*, Allen Lane/Penguin Press.
- Lee, AJ., Crombie, IK., Smith, WC. & Tunstall, PHD., (1991). Cigarette smoking and employment status. *Soc Sci Med* 33: 1309-12.
- Leiter, M., (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of Nursing Management*.
- Ludwig, DS. & Pollack, HA., (2009). Obesity and the economy: from crisis to opportunity. *JAMA* 301(5):533–5.
- Martikainen, PT., (1990). Unemployment and mortality among Finnish men, 1981-5. *BMJ* 301:407-11.
- Matsaganis, M., (2011). The Welfare State and the crisis: The Case of Greece. *Journal of European Social Polisy*, 21(5):501-512.
- McKee, M., Karanikolos, M., Belcher P. & Stuckler D., (2012). Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical Medicine*, 12:356-50.
- Michas, G. & Micha, R., (2013). Road traffic accidents in Greece: have we benefited from the financial crisis? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 67(10):894
- Morgan, J. & Lynn, M., (2009). Satisfaction in nursing in the context of shortage. *Journal of Nursing Management*, 17(3).
- Musgrove, P., (1987). The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *Int J Health Serv*.17: 411–41.

- Niakas, D. & Mylonakis, J., (2005). Choice of physician, private payment and patient satisfaction. Is there any relationship?. *International Journal of Healthcare Technology and Management* 6(3):288 – 295.
- Notara, V., Koupidis, S., Vaga, E. & Grammatikopoulos, I., (2010). Economic crisis and challenges for the Greek healthcare system: The emergent role of nursing management. *Journal of Nursing Management*, 18(5):501-504.
- Notzon, F., Komarov, Y., Ermakov, S. & Sempos, C., (1998). Causes of Declining Life Expectancy in Russia. *JAMA The Journal of the American Medical Association*, 279(10):793-800.
- OECD, (2008). *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*. OECD Publications.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Papathanassoglou, E. & Mpouzika, M., (2012). Critical care in the era of global economic crisis: a nursing ethics perspective. *Nursing in Critical Care*, 17(6).
- Paxson, C. & Case, A., (2004). Sex differences in morbidity and mortality. Center for Health and Wellbeing Discussion Paper, Princeton University, <http://www.wws.princeton.edu/chw/research/papers.php>, forthcoming *Demography*.
- Peck, DF & Plant, MA., (1986). Unemployment and illegal drug use: concordant evidence from a prospective study and national trends. *BMJ* 293:929-932.
- Piketty, T. & Saez, E., (2003). Income Inequality in the United States, 1913-1998. *Quarterly Journal of Economics*, CXVIII (1).
- Piketty, T. & Saez, E.,(2006). The Evolution of Top Incomes: A Historical and International Perspective, *American Economic Review, Papers and Proceedings*, 96.
- Piketty, T.&Saez, E., (2006). How Progressive is the U.S. Federal Tax System- A Historical and International Perspective. *Journal of Economic Perspectives*, 21 (1).
- Poghosyan, L., Clarke, S., Finlayson, M. & Aiken, L., (2010). Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in Six Countries. *Research in Nursing & Health*, 33(4):288-298.
- Poulopoulos, C., (2012). Economic crisis in Greece: risks and challenges for drug policy and strategy. *Journal Drugs and alcohol Today*, 12:132-40.
- Rajan, R., (2005). Has Financial Development Made the World Riskier?, NBER Working Paper, no. 11728.

- Ruhm, C., (2000). Are Recessions Good for Your Health? *The Quarterly Journal of Economics*, Volume 115, Issue 2, pp. 617–650.
- Ruhm, CJ., (2005). Healthy living in hard times. *J Health Econ* 24(2):341–63. 45.
- Ruhm, CJ., (2009). Economic conditions and health behaviors: are recessions good for your health? *N C Med J* 70(4):328–9.
- Schell, CO., Reilly, M., Rosling, H., Peterson, S. & Ekstrom, AM., (2007). Socioeconomic determinants of infant mortality: a worldwide study of 152 low-, middle-, and high-income countries. *Scand J Public Health* 35: 288–97.
- Shkolnikov, V., Martin M. & David L., (2001). Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet* 357: 917–921.
- 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.
- 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*, 4:548-563.
- Sorlie, PD. & Rogot, E., (1990). Mortality by employment status in the National longitudinal mortality study. *Am J Epidemiol* 132:983-92.
- Souliotis, K., (2000). The Role of Private Sector in the Greek Health System. In: Papazisi (ed), Athens, Greece.
- Stack, S., (1981). Comparative analysis of Immigration and Suicide. *Psychological Reports*, 49(2):509-510.
- Stefansson, CG., (1991). Long-term unemployment and mortality in Sweden, 1980-1986. *Soc Sci Med* 32:419-23.
- Steinberg, L., Catalano, R. & Dooley, D., (1981). Economic antecedents of child abuse and neglect. *Child Dev.* 52:260- 267.
- Stuckler, D., King, LP. & Basu, S., (2008). International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *PLoS Medicine*, 5(7): 143.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. & McKee, M., (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *374(9686):315-323.*
- Stuckler, D. & McKee, M., (2011). There Is an alternative: Public Health Professionals Must Not Remain Silent at a Time of Financial Crisis. *European Journal of Public Health*, 22, 2-3

- Sullivan, E. & Decker, P., (2009). *Effective leadership and management in nursing*. Upper Saddle River.
- Toole, M., Rodger, A. & Peregrino-Go, E. et al (2000). *Impact of the Asian Financial Crisis on Health: Indonesia, Thailand, The Philippines, Vietnam, Lao PDR*. Macfarlane Burnet Centre for Medical Research.
- Vandoros, S., Hessel, P., Leone, T. & Avendano, M., (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *Eur J Public Health*. 23(5):727-31.
- Van, E. Doorslaer, Wagstaff, A., Bleichrodt, H., Calonge, S., Gerdtham, UG. & Gerfin, M., (1997). Income related inequalities in health: some international comparisons. *J Health Econ* 16:93-112.
- Varoufakis, J., (2011a). *The Global Minotaur: America, the True Origins of the Financial Crisis and the Future of the World Economy*», Zed Books, 2011.
- Varoufakis Y., Halevi, J. & Theocharakis, N., (2011). *Modern Political Economics: Making Sense of the post-2008 World*. Publisher: Routledge; 1 edition.
- Waldron, I. & Lye, D., (1989). Employment, unemployment, occupation, and smolung. *Am J Prev Med* 5:142-9.
- Waltisperger, D. & Mesle, F., (2005). Economic crisis and mortality: The case of Antananarivo, 1976–2000. *Population* 60: 199–230.
- Watts, C., Antoniou, A., Manoury, B., Hewitt, EW., Mckay, LM., Grayson, L., Fairweather, NF., Emsley, P., Isaacs, N. & Simitsek, PD., (1998). Modulation by epitope-specific antibodies of class II MHC-restricted presentation of the tetanus toxin antigen. *Immunol Rev*. 164:11-16.
- Wilkinson, RG., (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequalities*. Ed 1. Routledge, London.
- Winefield, AH., (1995). Unemployment: its psychological costs. In: Cooper CL, Robertson IT, editors. *International review of industrial and organizational psychology*. New York (NY):John Wiley & Sons Ltd, 169-212.
- Yang, BM., Prescott, N. & Bae, EY., (2001). The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea. *HealthPolicyPlan* 16: 372–85.

Διαδίκτυο

Γραμματίδης, Γ., (2016). Τα αίτια της οικονομικής κρίσης, οι συνέπειες και η διέξοδος. Μύθοι και πραγματικότητα. Ανακτήθηκε στις 27/03/2019 από <https://www.liberal.gr/apopsi/ta-aitia-tis-oikonomikis-krisis-oi-sunepeties-kai-i-diexodos-muthoi-kai-pragmatikotita/41761>.

Στατιστικά Στοιχεία Τροχαίας. Ανακτήθηκε στις 17/05/2019 από http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo_content&perform=view&id=5005&Itemid=86&lang=

Υπουργείο Υγείας. Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του τομέα υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020. Ανακτήθηκε στις 05/05/2019 από http://www.edespa-ygeia.gr/Uploads/announcements/2016/ethniki_stratigiki_ugeias_2014-2020.pdf.

Buvinik, M. The global financial crisis: assessing vulnerability for women and children, identifying policy responses. World Bank, 2009. Ανακτήθηκε στις 13/05/2019 από <http://pslforum.worldbankgroup.org/docs/WBFinancialCrisis.doc>.

COM, (2012). Ανακτήθηκε στις 19/04/2019 από <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2012/EL/1-2012-750-EL-F1-1-ANNEX-1.Pdf>.

OECD. Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, Ανακτήθηκε στις 21/03/2019 από http://dx.doi.org/10.1787/health_glance2015-en.

WHO. The financial crisis and global health. Geneva, 2009. Ανακτήθηκε στις 25/05/2019 από http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf.