



ΠΑΝ ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Η ΕΠΙΡΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Συντάκτες: ΧΑΚΙΜ ΜΙΧΑΗΛ & ΡΑΜΑΔΑΝΗ
ΤΑΤΙΑΝΑ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΟΥΝΙΑΝΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ
ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2012

....And they go on living and partly living.

και συνεχίζουν να ζουν και εν μέρει μόνον να ζουν...

Murder in the Cathedral, Elliot T.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

...Ευχαριστούμε πολύ τους γονείς μας για την κατανόηση και συμπαράσταση που μας έδωσαν κατά την διάρκεια των σπουδών μας,

καθώς και τον καθηγητή μας, Κύριο Κουπίδη Σωτήριο, για την πολύτιμη βοήθειά του και για την υποστήριξη και υπομονή που μας έδειξε καθ' όλη τη διάρκεια της διπλωματικής μας εργασίας.....

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

- | | |
|-----------------------------|--------|
| 1.1 Σκοπός της έρευνας | ΣΕΛ.11 |
| 1.2 Μεθοδολογία της έρευνας | ΣΕΛ.12 |

2^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

- | | |
|-----------------------------------|--------|
| 2.1 Παγκοσμιοποίηση και υγεία | ΣΕΛ.18 |
| 2.2 Γενικά περί συστημάτων υγείας | ΣΕΛ.25 |
| 2.3 Το ελληνικό σύστημα υγείας | ΣΕΛ.28 |

3^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

- | | |
|-------------------------------------|--------|
| 3.1 Το επίπεδο Υγείας των Ευρωπαίων | ΣΕΛ.39 |
| 3.2 Το επίπεδο υγείας των Ελλήνων | ΣΕΛ.45 |

4^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

- | | |
|---|--------|
| 4.1 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στη κοινωνική και οικονομική ζωή | ΣΕΛ.53 |
| 4.2 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας | ΣΕΛ.63 |
| 4.3 Προβλήματα στην ιατρική περίθαλψη στην περίοδο της οικονομικής κρίσης | ΣΕΛ.72 |

5^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

- | | |
|--|--------|
| 5.1 Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας | ΣΕΛ.76 |
| 5.2 Το τρίτο μνημόνιο για την υγεία | ΣΕΛ.81 |
| 5.3 Τα έως τώρα μέτρα, αποτελέσματα των μέτρων του μνημονίου στο ελληνικό σύστημα υγείας | ΣΕΛ.84 |

6^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ –ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΣΕΛ.89

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΛΙΣΤΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ:

Διάγραμμα 1: Η νέα οργανωτική δομή του Συστήματος Υγείας: ΕΣΥ–ΕΟΠΥΥ

Διάγραμμα 2: Επίπεδα περίθαλψης

Διάγραμμα 3: Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Διάγραμμα 4: Προσδόκιο ζωής σε χρόνια

Διάγραμμα 5: Προσδόκιο ζωής στην ηλικία των 65

Διάγραμμα 6: Ποσοστά θανάτου στην Ελλάδα

Διάγραμμα 7: Ποσοστά θανάτου των εφήβων

Διάγραμμα 8: Ποσοστά ανεργίας αντρών /γυναικών

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ:

Πίνακας 1: Τα επιμέρους στάδια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Πίνακας 2: Τα συστήματα υγείας στην Ευρώπη

Πίνακας 3: Τα Επίπεδα Φροντίδας Υγείας

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ:

ΟΤΑ	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΚΥ	Κέντρα Υγείας
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφαλίσεων
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΝΠΔΔ	Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου
ΔΜΣ	Δείκτης Μάζας Σώματος
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΕΟΠΥΥ	Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΥΥΚΑ	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΒΕΘ	Βιοτεχνικό Επιμελητήριο Θεσσαλονίκης
ΦΠΑ	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας
ΟΕΝΓΕ	Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας
ΕΣΥΕ	Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας
ΟΕΝΓΕ	Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος
ΟΠΙΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου
ΤΕΠ	Τμήματα Ελεγχόντων Περιστατικών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πρόσφατη χρηματοπιστωτική κρίση αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες στην παγκόσμια οικονομία και έχει μεταφερθεί με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, έχοντας ως αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης σε παγκόσμια κλίμακα. Η παγκοσμιοποίηση συνέβαλε και αυτή με τη σειρά της στην ταχύτερη μετάδοση του προβλήματος από χώρα σε χώρα.

Η παρούσα κρίση πλήττει δυσανάλογα τις χώρες με χαμηλή και μέση ανάπτυξη καθώς επίσης και τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα στο εσωτερικό των χωρών. Η ανεργία, η ευπρόσβλητη εργασία και η ανασφάλεια έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στην υγεία. Η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, των αυτοκτονιών και της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι οι πιο εμφανείς επιπτώσεις της εν λόγω κρίσης στην υγεία του πληθυσμού, οι οποίες κατανέμονται διαφορετικά μεταξύ των κατοίκων μιας χώρας, με τις χαμηλότερα κοινωνικές τάξεις να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο.

Η οικονομική κρίση επίσης, δημιουργεί προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας. Πιο συγκεκριμένα απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Υπό το πρίσμα αυτό, αναδεικνύεται η σημασία των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας σε ότι αφορά στη διαμόρφωση του επιπέδου αυτής αλλά και στην ανάγκη για την αντιμετώπιση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων που παρατηρούνται σε αυτή.

Η Ελλάδα βιώνει τα τελευταία έτη τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης που έχει αναδείξει συστηματικά προβλήματα και στρεβλώσεις σε διάφορους τομείς της παραγωγικής δραστηριότητας. Η επιβολή των μνημονίων οδήγησε στην αλλαγή κοινωνικο-οικονομικών δεδομένων δίνοντας ευκαιρίες για διαρθρωτικές αλλαγές και στον τομέα της υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τον τελευταίο χρόνο, η παγκόσμια κοινότητα αντιμετωπίζει μια μεγάλης έντασης οικονομική κρίση, η οποία, αν και εκδηλώθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες με επίκεντρο τις τραπεζικές επισφάλειες και ειδικότερα την αδυναμία εξυπηρέτησης των στεγαστικών δανείων, σύντομα έλαβε διαστάσεις επιδημίας. Η χρηματοπιστωτική κρίση επεκτάθηκε ταχύτατα στις αναπτυγμένες χώρες και στη συνέχεια σε ολόκληρο τον κόσμο, με δραματικές επιπτώσεις στο τραπεζικό σύστημα και τις επιχειρήσεις. Σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, η κρίση μεταφέρεται με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης. Η αντίδραση των χωρών ήταν άμεση σ' ό, τι αφορά στη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της κρίσης.

Τα μέτρα αυτά, αν και διέφεραν από χώρα σε χώρα, ωστόσο είχαν έναν κοινό στόχο, τη βελτίωση της ρευστότητας, την κινητοποίηση των επενδύσεων με σκοπό την αναθέρμανση της οικονομίας και τη συγκράτηση της απασχόλησης. Η προσέγγιση αυτή επιχειρεί την αναθέρμανση της οικονομίας με αύξηση των δημοσίων δαπανών, προκειμένου να αντισταθμιστεί τμήμα του ελλείμματος της ζήτησης. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το σχέδιο για την αντιμετώπιση της κρίσης, τη στήριξη και την ανάκαμψη της οικονομίας κατατέθηκε το Δεκέμβριο του 2008. Η ανάπτυξη κοινών στρατηγικών σε συνδυασμό με την προώθηση των μακροπρόθεσμων στόχων της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του σχεδίου. Στόχος ήταν η τόνωση της αγοράς και η λήψη μέτρων για τη στήριξη των επιχειρήσεων και της απασχόλησης.

Οι βασικοί άξονες για την αντιμετώπιση της κρίσης είναι η εισαγωγή ρευστότητας στην οικονομία, ώστε να τονωθεί η ζήτηση και η προώθηση των επενδύσεων έχοντας σαν μακροπρόθεσμο στόχο την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της Ευρώπης, λαμβάνοντας όμως υπόψη τους περιορισμούς του Συμφώνου Σταθερότητας, το οποίο δίνει έμφαση στη δημοσιονομική πειθαρχία και τη νομισματική σταθερότητα. Από την άλλη πλευρά, οι χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες και ιδιαίτερα όσες δεν έχουν αναπτυγμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Υπολογίζεται ότι στα αμέσως επόμενα χρόνια οι χώρες αυτές θα χρειαστούν ένα τρισεκατομμύριο δολάρια για πληρωμές τραπεζικών χρεών και για τη διατήρηση ενός ελάχιστου ασφαλούς επιπέδου κοινωνικής προστασίας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από μία σύνθετη και αρκετά ασαφή σχέση μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού. Μετά το 1983, διαμορφώθηκε ένα δημόσιο σύστημα παροχής υπηρεσιών με δύο κύριους πόλους. Ο πρώτος αφορούσε το ΕΣΥ στη νοσοκομειακή και πρωτοβάθμια φροντίδα και το ΙΚΑ στην ανοικτή (εξωνοσοκομειακή) φροντίδα, ο οποίος χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο από εισφορές και φορολογικά έσοδα και κατά ένα μέρος από προπληρωμές. Τα προβλήματα στην οργάνωση του δημοσίου, η χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών σε πολλές περιπτώσεις, η γραφειοκρατία, η αναμονή, οι ελλείψεις και οι αδυναμίες του έστρεψαν μεγάλο αριθμό πολιτών στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος τις τελευταίες δεκαετίες αναπτύχθηκε και αυξήθηκε σε όλα τα μεγέθη ταχύτατα. Ο δεύτερος πυλώνας αφορά τον ιδιωτικό τομέα που χρηματοδοτείται από ιδιωτικές δαπάνες και την κοινωνική ασφάλιση (IOBE 2011).

Οι γενικοί δείκτες υγείας του πληθυσμού βελτιώθηκαν με χαμηλότερους ρυθμούς συγκριτικά με άλλες χώρες τα τελευταία 40 χρόνια και στα πλαίσια αυτά η Ελλάδα προσεγγίζει γοργά τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ αναφορικά με τους δείκτες προσδόκιμου ζωής. Ωστόσο υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις αναφορικά με επί μέρους δείκτες καθότι σε ορισμένες περιπτώσεις υπερτερεί ενώ σε άλλες υπολείπεται σημαντικά άλλων χωρών. Τέλος είναι ανησυχητικό το επίπεδο παραγόντων κινδύνου όπως το κάπνισμα και η παχυσαρκία που την κατατάσσουν στην δυσχερέστερη θέση ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ και που αναμένεται στον μέλλον να επιβαρύνουν σημαντικά το υγειονομικό προφίλ του πληθυσμού.

Στο Ελληνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε ένα σύνθετο, περίπλοκο, αναποτελεσματικό, γραφειοκρατικό, συγκεντρωτικό, πολυδιασπαστικό μοντέλο, καθότι συνυπάρχει ταυτόχρονα Εθνικό Σύστημα Ασφάλειας (ΕΣΥ-Beveridge model), Εθνικό Σύστημα Ασφάλισης (Ταμεία Bismarck model) και ένας από τους μεγαλύτερους αναλογικά (κρατικοδίαιτους) ιδιωτικούς τομείς παροχής υπηρεσιών υγείας στις χώρες τους ΟΟΣΑ. Τέλος το σύστημα υγείας δεν είναι οργανωμένο με τρόπο που να προάγει αποδοτικότητα, παραγωγικότητα και ποιότητα.

Μελετώντας τις κοινωνικές επιπτώσεις που επιφέρει η οικονομική κρίση στις χώρες που τη βιώνουν και είναι στενά συνδεδεμένες με τα υψηλά ποσοστά ανεργίας παρατηρείται αύξηση των περιστατικών ψυχοπαθολογίας (όπως άγχος, κατάθλιψη, ανησυχία), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης από ουσίες και υιοθέτηση μη υγιούς τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος

και παράλληλη πλήρως διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνόμενες υγειονομικές υπηρεσίες. Πολλές έρευνες διεθνώς δείχνουν την άμεση συσχέτιση της οικονομικής ανέχειας και της κατάθλιψης (IOBE 2011).

Οι ομάδες που πλήττονται κυρίως από την κρίση βρίσκονται στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, εκεί που η απειλή είναι άμεση και απόλυτη. Εκεί παρατηρείται αύξηση της νοσηρότητας και του πρόωρου θανάτου και μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση των κακών οικονομικών δεικτών και αυτών της καλής ψυχικής υγείας. Λόγοι που ερμηνεύουν αυτή την κατάσταση είναι τα προβλήματα στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή τα οποία λειτουργούν σωρευτικά. Η μακροχρόνια παραμονή των ατόμων στην ανεργία οδηγεί σε φτώχεια και κοινωνικό αποκλεισμό, καταστάσεις που είναι στενά συνδεδεμένες με πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα (IOBE 2011).

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διαπιστωθούν οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και στην υγεία των πολιτών καθώς και η ανασκόπηση των αλλαγών που επέφερε το μνημόνιο στις υπηρεσίες υγείας της χώρας μας. Τα συγκεκριμένα ερευνητικά ερωτήματα επιχειρήθηκε να απαντηθούν με τη χρήση τεκμηρίων, μακριά από ιδεολογικές αγκυλώσεις και κομματικές προκαταλήψεις, γεγονός που αποτέλεσε σημαντική πρόκληση.

1^ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 Σκοπός της έρευνας

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε συνάντηση με τον υπεύθυνο καθηγητή, όπου συζητήθηκε ο σκοπός της έρευνας με την τεχνική του **καταιγισμού ιδεών** (brainstorming). Ο καταιγισμός ιδεών ως τεχνική διδασκαλίας είναι ένα χρήσιμο εργαλείο για τον εκπαιδευτικό και μπορεί να εφαρμοστεί εύκολα στην καθημερινή διδακτική πράξη. Πρόκειται για μια συμμετοχική διαδικασία κατά τη διάρκεια της οποίας οι φοιτητές ανακαλούν συνειρμικά προϋπάρχουσες αντιλήψεις και προβαίνουν σε ελεύθερη και αυθόρμητη έκθεση ιδεών για ένα θέμα. Εφαρμόζεται συνήθως στο πλαίσιο της ομάδας μιας σχολικής τάξης, στην αρχή της προσέγγισης ενός γνωστικού αντικειμένου, με στόχο την διερεύνηση των ποικίλων διαστάσεων ενός θέματος. (Δαρβίρη Χ., 2009)

Από την παραπάνω διαδικασία προέκυψαν αρκετά **ερευνητικά ερωτήματα**. Ερευνητικό ερώτημα είναι μια ερωτηματική πρόταση που συνήθως τίθεται σε ευθύ ή πλάγιο λόγο, όπου ένας συγκεκριμένος στόχος της έρευνας, αποτυπώνεται ως το ζητούμενο να ερευνηθεί-να απαντηθεί χωρίς καμία αναφορά στα αναμενόμενα αποτελέσματα. Χαρακτηριστικά του: α) αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο ζήτημα ή πρόβλημα, β) η έρευνα καλείται να απαντήσει διερευνώντας το μεθοδικά και συστηματικά, γ) αποτελεί την αφετηρία και το επίκεντρο της ερευνητικής διαδικασίας. Το ερευνητικό ερώτημα αποτελεί την κινητήρια δύναμη της έρευνας αντικατοπτρίζοντας τη θέληση του ανθρώπου για γνώση. (Δαρβίρη Χ., 2009)

Τα ερευνητικά ερωτήματα που προέκυψαν ήταν τα εξής:

- Πώς η παγκοσμιοποίηση επηρεάζει τα συστήματα υγείας;
- Ποια η διάρθρωση του Ελληνικού συστήματος υγείας;
- Ποιο είναι το επίπεδο υγείας των Ευρωπαίων;
- Ποιο το επίπεδο υγείας των Ελλήνων;

- Σύγκριση του επιπέδου υγείας Ελλήνων και Ευρωπαίων πολιτών.
- Η οικονομική κρίση επηρεάζει την κοινωνία, την υγεία των πολιτών, και την ιατρική περίθαλψη;
- Ποιες οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Ελληνικό σύστημα υγείας;
- Ποια είναι τα μέτρα που προτείνονται στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας για την αναδιάρθρωσή του;

1.2 Μεθοδολογία της έρευνας

Μετά την οριοθέτηση των ερευνητικών ερωτημάτων διενεργήθηκε **βιβλιογραφική ανασκόπηση** με τη χρήση πηγών από το διαδίκτυο καθώς και από ελληνικά συγγράμματα σχετικά με την οικονομική κρίση και τα συστήματα υγείας. Η διαδικασία της αναζήτησης υπαρχόντων βιβλιογραφικών δεδομένων καλείται τεχνικά βιβλιογραφική ανασκόπηση. Ουσιαστικά αποτελεί τη συστηματική, εκτεταμένη και πλήρη εξέταση των βιβλιογραφικών πηγών οι οποίες σχετίζονται με το ερευνητικό ή τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται στη μελέτη. (Δαρβίρη Χ., 2009)

Μελετήθηκε πληθώρα βιβλίων που αφορούσαν τις πολιτικές υγείας, καθώς και σχετικά άρθρα από ελληνικά και ξένα περιοδικά σχετικά με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και παγκοσμίως. Κατόπιν στην πληθώρα κειμένων, άρθρων, βιβλίων πραγματοποιήθηκε θεματική **ανάλυση περιεχομένου**, η οποία είναι η διαδικασία με την οποία εντοπίζονται, κωδικοποιούνται και ταξινομούνται τα δεδομένα. Έχει ως αποτέλεσμα την πιστή καταγραφή πληροφοριών τις πολλαπλές αναγνώσεις κειμένων, την αναγνώριση των θεμάτων και τέλος την κατηγοριοποίηση των θεμάτων αυτών, που θα βοηθούσε στην απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων

Η ανάλυση περιεχομένου:

- Προτείνεται να γίνεται από περισσότερα από ένα άτομα (συνήθως τρία).
- Καθένας κάνει την ανάλυση ξεχωριστά και τα αποτελέσματα της κωδικοποίησης συγκρίνονται και συζητώνται.

- Η διαδικασία αυτή ενισχύει την *‘εμπιστευσιμότητα’* των δεδομένων και ονομάζεται *‘τριμερής διασταύρωση ανάλυσης’*. (Δαρβίρη Χ., 2009)

Αν και πολλές φορές η βιβλιογραφική ανασκόπηση και η ανάλυση περιεχομένου θεωρείται ως η «εύκολη» διαδικασία στο πλαίσιο διεξαγωγής μίας έρευνας, εντούτοις θα πρέπει να καταστεί σαφές ότι αποτελεί μία επίπονη και δύσκολη διεργασία, καθώς περιλαμβάνει την επισταμένη μελέτη μεγάλου συνήθως όγκου προηγούμενων εργασιών. Η συστηματική όμως εργασία ανταμείβεται καθώς με τη διεξαγωγή της οι ερευνητές μπορούν να αποφύγουν λάθη προηγούμενων ερευνών, αλλά και να υποστηρίξουν εμπειριστατώμενα τα ερευνητικά τους ερωτήματα, προσθέτοντας ένα ακόμα κομμάτι στο πάζλ που συνθέτει τη γνώση και τη μάθηση. Επιπροσθέτως, η ως άνω εργασία είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, τόσο για τον καθορισμό των ερευνητικών θεμάτων όσο και του κυρίου μέρους της έρευνας (Δαρβίρη Χ., 2009).

Η διεξαγωγή μίας βιβλιογραφικής ανασκόπησης μπορεί να εξυπηρετεί διαφορετικούς σκοπούς και ανάγκες. Κατ’ αυτόν τον τρόπο ο ερευνητής μπορεί να την χρησιμοποιήσει προκειμένου να αυξήσει τη γνώση του επί του αντικειμένου της μελέτης του, να εξακριβώσει αν το θέμα που τον απασχολεί έχει ήδη ερευνηθεί και αν ναι, σε ποιο βαθμό έχει εξηγηθεί, ποιες μεθοδολογίες χρησιμοποιήθηκαν και ποια ήταν τα αποτελέσματα των ερευνών, διασφαλίζοντας τόσο την καινοτομία της ερευνητικής του ιδέας του όσο και την αύξηση των πιθανοτήτων για απάντηση των ερευνητικών κενών που τυχόν θα εντοπιστούν (Δαρβίρη Χ., 2009).

Συνοπτικά, οι στόχοι μίας βιβλιογραφικής ανασκόπησης περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Μέσω της ανασκόπησης ο ερευνητής καταδεικνύει στους μελλοντικούς αναγνώστες της έρευνάς του τις άριστες γνώσεις επί των θεμάτων που πραγματεύεται η έρευνά του και την άμεση αλληλεπίδραση που έχει αποκτήσει με το αντικείμενο της μελέτης του. Μια καλή ανασκόπηση αυξάνει αμέσως την εγκυρότητα του ερευνητή και αναδεικνύει τις ικανότητές του.
- Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναδεικνύει την προϋπάρχουσα γνώση και τους τρόπους με τους οποίους άλλοι ερευνητές χειρίστηκαν και μελέτησαν ένα ερευνητικό αντικείμενο, και ταυτόχρονα συνδέει αυτή την ήδη καταγεγραμμένη γνώση και πληροφορία με την τρέχουσα μελέτη.

- Η διεξαγωγή μίας βιβλιογραφικής ανασκόπησης παρέχει τη δυνατότητα στον ερευνητή αλλά και στο μελλοντικό αναγνώστη, για μία ολοκληρωμένη σύνθεση και παρουσίαση των υπαρχόντων δεδομένων, με συνοπτικό αλλά και εύληπτο τρόπο. Μία σωστά δομημένη ανασκόπηση περιλαμβάνει τα κύρια και βασικά σημεία των θεμάτων που καλύπτει, καθώς και τις διαφωνίες ή τα κοινά σημεία των προηγούμενων ερευνών, και αναφέρει πιθανές μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις για την κατανόηση των θεμάτων που πραγματεύεται.
- Τέλος η βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτελεί ένα από τους κυριότερους τρόπους αξιοποίησης της καταγεγραμμένης γνώσης, μία ευκαιρία για μάθηση, αλλά και τη γένεση νέων ερωτημάτων, ιδεών και πιθανών ερευνητικών μεθοδολογιών.

Τα στάδια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι:

1. Ο καθορισμός από την ερευνητική ομάδα ή τον ερευνητή ενός σχεδίου αναζήτησης στο οποίο περιλαμβάνεται ο ορισμός της ειδικής ορολογίας, που θα χρησιμοποιηθεί για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας, εφόσον βεβαίως έχει αποφασιστεί το θέμα της έρευνας. Παράλληλα μπορεί να καθοριστούν τυχόν περιορισμοί στην αναζήτηση, οι οποίοι ίσως να είναι χρονικοί, γλωσσικοί, γεωγραφικοί ή ακόμα να αφορούν σε θέματα μεθοδολογίας. Για παράδειγμα, μπορεί να επιλεγεί η ανασκόπηση μόνο της βιβλιογραφίας στην αγγλική, και η οποία να έχει εκδοθεί την τελευταία δεκαετία, ενώ οι πληροφορίες να αφορούν μία μόνο γεωγραφική περιοχή, την Ελλάδα.
2. Αναγνώριση των διαθέσιμων βιβλιογραφικών πηγών στα καθορισμένα θέματα της έρευνας, εξαντλώντας όλες τις πιθανές πηγές, βιβλιοθήκες, έντυπο και οπτικοακουστικό υλικό, υλικό που διατίθεται ψηφιακά ή μέσω του διαδικτύου.
3. Κριτική αξιολόγηση και ανάλυση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας που έχει συγκεντρωθεί και επιλογή όσων τελικά θα χρησιμοποιηθούν. Κάθε πληροφορία που συλλέγεται θα πρέπει να μελετάται και αναλύεται κριτικά.
4. Οργάνωση της βιβλιογραφίας, είτε με τη χρήση σημειώσεων και την υπογράμμιση των σημαντικότερων είτε μέσω περιλήψεων ή και με την ανάπτυξη σχετικών διαγραμμάτων.

5. Αξιοποίηση, σύνθεση και παράθεση της βιβλιογραφίας με βάση τις ανάγκες στα διάφορα στάδια της έρευνας.

Η μεγάλη τεχνολογική πρόοδος και η διάδοση της χρήσης των ηλεκτρονικών υπολογιστών με αναφορά σε όλες σχεδόν τις εκφάνσεις της ανθρώπινης δραστηριότητας, δεν θα μπορούσε να μη βρει εφαρμογή και στη διάχυση των ανακαλυπτόμενων γνώσεων και πληροφοριών.

Η χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών για την απόκτηση βιβλιογραφικών δεδομένων περιλαμβάνει διάφορες μορφές όπως η ψηφιακή διάθεση υλικού με τη χρήση οπτικών δίσκων, η διάθεση ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων, ηλεκτρονικών περιοδικών, ψηφιακών βιβλίων και άλλων εντύπων καθώς και των ηλεκτρονικών ιστοσελίδων στο ελεύθερο διαδίκτυο.

Η αναζήτηση βιβλιογραφικών δεδομένων στο διαδίκτυο δεν είναι μία εύκολη διαδικασία, τόσο λόγω του όγκου των διαθέσιμων πληροφοριών όσο και της αδυναμίας ελέγχου των δεδομένων που διοχετεύονται μέσω αυτού. Επομένως απαιτούνται δεξιότητες και εμπειρία που θα επιτρέψουν τη γρήγορη επιλογή έγκυρων πηγών πληροφόρησης.

Ένας πρώτος τρόπος αξιολόγησης των δεδομένων που προκύπτουν από την πλοήγηση στο διαδίκτυο είναι η αξιολόγηση των ιστότοπων που τις διαθέτουν.

Υπάρχουν πέντε βασικά κριτήρια αξιολόγησης των ιστοσελίδων (Δαρβίρη Χ., 2009)

1. Ακρίβεια: αφορά στο κατά πόσο οι διαθέσιμες πληροφορίες από την εν λόγω ιστοσελίδα βεβαιώνονται από τις πηγές ή αν υπάρχουν σχετικές βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο.
2. Εξουσιοδότηση: αφορά στην ύπαρξη εξουσιοδοτημένου συγγραφέα για το περιεχόμενο μιας ιστοσελίδας ή μιας αρχής που φιλοξενεί τη συγκεκριμένη ιστοσελίδα. Για παράδειγμα, ένα κείμενο ενυπόγραφο που διαθέτει λεπτομέρειες για πιθανή επαφή με το συγγραφέα ή ένα κείμενο που φιλοξενείται στην ηλεκτρονική διεύθυνση του Π.Ο.Υ. αυξάνει τις πιθανότητες αξιοπιστίας.
3. Αντικειμενικότητα: η αντικειμενικότητα αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο παρατίθενται οι πληροφορίες, εάν ελλοχεύει ο κίνδυνος προκαταλήψεων, προώθησης μονομερών στοιχείων κτλ.. Παράλληλα, η παρουσία τυχόν

διαφημίσεων στην ιστοσελίδα μπορεί να καταδεικνύει την προώθηση συγκεκριμένων συμφερόντων και απόψεων.

4. **Επικαιρότητα:** το κριτήριο αυτό αναφέρεται στο επίκαιρο των πληροφοριών, το πότε δημοσιεύτηκαν αυτές οι πληροφορίες και εάν έχουν γίνει αναθεωρήσεις του περιεχομένου.
5. **Κάλυψη του θέματος:** το τελευταίο αυτό κριτήριο αφορά ουσιαστικά στο κοινό στο οποίο απευθύνεται η ιστοσελίδα έστω και αν ο τρόπος παράθεσης του περιεχομένου είναι ανάλογος του κοινού.

Η έρευνα διενεργήθηκε από τον Μάιο του 2011 έως και τον Ιούνιο του 2012. Τα επιμέρους στάδια της εκπόνησης τα ης παρούσας διπλωματικής εργασίας παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Στάδιο	Χρονική Διάρκεια
Καταιγισμός ιδεών	6/5/2011-25/5/2011
Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων	15/6/2011-1/7/2011
Βιβλιογραφική ανασκόπηση	20/8/2011-27/11/2011
Θεματική ανάλυση περιεχομένου	18/1/2012-24/4/2012
Συγγραφή	28/4/2012-17/8/2012
Διορθώσεις	1/9/2012-28/9/2012
Οριστικοποίηση συμπερασμάτων	2/10/2012-20/10/2012
Προετοιμασία παρουσίασης	21/10/2012-31/10/2012

Πίνακας 1: Τα επιμέρους στάδια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια η παγκόσμια κοινότητα βιώνει έναν καταγισμό αλλαγών σε όλους τους τομείς του πολιτικού, οικονομικού και κοινωνικού γίνεσθαι και κάθε λαός κάνει τιτάνιες προσπάθειες να διατηρήσει τόσο την εθνική του ταυτότητα καθαρή, όσο και την ποιότητα της καθημερινής του ζωής υψηλή. Η συνεχής διακρατική ροή πληροφοριών και προϊόντων συνοδεύεται αναγκαστικά και από μετακίνηση πληθυσμών, πολιτισμικών χαρακτηριστικών και οικονομικών συναλλαγών. Αυτή η τάση κεντρικού ελέγχου και εξάλειψης των ιδιαιτεροτήτων των πληθυσμών καλείται **παγκοσμιοποίηση** και εκλαμβάνεται από άλλους ως θετική και από άλλους ως αρνητική, ανάλογα με τις πολιτικές πεποιθήσεις ή την κοινωνική βαθμίδα. Πάντως, ανεξάρτητα με τη μορφή που παίρνει, έχει πολλές επιπτώσεις στον εύθραστο τομέα της υγείας σχετικά με το επίπεδο ζωής των λαών και με τα συστήματα υγείας των διαφόρων κρατών (Τσαβλής Δ., 2010).



Το **σύστημα υγείας** μιας χώρας είναι η αντανάκλαση της ιδεολογικής, πολιτισμικής και πολιτικής της συγκρότησης. Τα συστήματα υγείας δημιουργήθηκαν τον 20ο αιώνα και κατέχουν ήδη κεντρική θέση στην ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους. Καθώς οι δυνατότητες, αλλά και οι απαιτήσεις του σύγχρονου ανθρώπου αυξάνουν με αλματώδης ρυθμούς, η πρόκληση μεγαλώνει και τα δилήμματα γίνονται όλο και δυσκολότερα. Ερωτήσεις όπως: *–μπορούν όλες οι ατομικές ανάγκες να ικανοποιούνται πάντα από συλλογικούς πόρους; πόση τεχνολογία χρειαζόμαστε πραγματικά και για ποιες ανάγκες; ποια είναι τα όρια της ατομικής ευθύνης και μέχρι που φτάνει η υποχρέωση της κοινωνίας;*– απασχολούν τα συστήματα υγείας στον αιώνα μας, χωρίς οι λύσεις να είναι παντού και πάντα οι ίδιες.

Η μελέτη των διεθνών συστημάτων υγείας από την άλλη, αποτελεί μια χρήσιμη άσκηση και για τη μελέτη της πορείας του ελληνικού συστήματος υγείας, αλλά και για την άντληση διδαγμάτων σχετικά με τη μελλοντική του ανάπτυξη. Η άσκηση αυτή είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σήμερα, στην ιστορική στιγμή όπου η ελληνική κοινωνία φαίνεται ότι βρίσκεται μπροστά σε μια μείζονα πρόκληση μετασχηματισμού των συστημάτων διαχείρισης της χώρας γενικότερα.

2.1 Παγκοσμιοποίηση και υγεία

Η παγκοσμιοποίηση αναφέρεται στον προσδιορισμό του κόσμου ως ένα ενιαίο κοινωνικό σύνολο οργάνωσης, μέσα στο οποίο αίρεται η κυριαρχία της εδαφικότητας και οι οικονομικές, πολιτικές και πολιτιστικές λειτουργίες περνάνε σε ένα διαχρονικό επίπεδο χωρίς σύνορα και περιορισμούς.

Έτσι, αναπόφευκτα, συναντάται στα τρία βασικά πεδία της κοινωνικής ζωής:

- την οικονομία και τους κανόνες ρύθμισης της παραγωγής, της ανταλλαγής, της διανομής και της κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών.
- την πολιτική και τους όρους συγκέντρωσης και άσκησης της εξουσίας και της δικαιοδοσίας, τη διπλωματία και τη χρήση μέσων επιτήρησης και εξαναγκασμού.
- τον πολιτισμό, τη μετάδοση νοημάτων, πεποιθήσεων, προτιμήσεων και αξιών καθώς και την παραγωγή και χρήση συμβόλων. (Μάτσα Κ., 2011).

Με βάση τα παραπάνω τρία στοιχεία η παγκοσμιοποίηση, σύμφωνα με τον *Petrella*, μπορεί να διακριθεί σε επτά τύπους:

1. Η παγκοσμιοποίηση των χρηματοοικονομικών αγορών και της ιδιοκτησίας του κεφαλαίου.
2. Η παγκοσμιοποίηση των αγορών και των στρατηγικών ανταγωνισμού.
3. Η παγκοσμιοποίηση της τεχνολογίας, της γνώσης και της έρευνας
4. Η παγκοσμιοποίηση των τρόπων ζωής, των καταναλωτικών συμπεριφορών και του πολιτισμού
5. Η παγκοσμιοποίηση που οδηγεί στην αλλαγή του ρόλου των εθνικών κυβερνήσεων και οδηγεί στην παγκόσμια διακυβέρνηση
6. Η παγκοσμιοποίηση ως πολιτική ενοποίηση του κόσμου

7. Η παγκοσμιοποίηση της αντίληψης και της συναίσθησης του ατόμου για τον κόσμο που οδηγούν στην καθιέρωση «μιας γης» και του «παγκόσμιου πολίτη» (Petrella R., 1996)

Στην εποχή μας λοιπόν “παγκοσμιοποιείται” τόσο το κεφάλαιο όσο και η εργασία. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά το κεφάλαιο, ήταν ανέκαθεν παγκοσμιοποιημένο θα μπορούσαμε να θέσουμε ως αφειρία του, την εμφάνιση του καπιταλισμού κατά την διάρκεια του 15^{ου} αιώνα. Η θεωρία της καπιταλιστικής οικονομίας, όπως διατυπώθηκε από τον Adam Smith τον 18ο αιώνα και τον David Ricardo στις αρχές του 19ου, βασίζεται ακριβώς στην υπόθεση της πλήρους κινητικότητας, παγκοσμότητας και διεθνικότητας των παραγωγικών συντελεστών. Σε ότι αφορά την εργασία, μια απλή ανάγνωση της ιστορίας είναι αρκετή για να καταδείξει ότι τα μεταναστευτικά ρεύματα και οι μετακινήσεις εργαζομένων ξεπέρασαν κάθε όριο κατά τον 19ο αιώνα (για να μην αναφερθούμε π.χ. στην εποχή του δουλεμπορίου που ρήμαξε την Αφρικανική Ήπειρο ήδη από τον 16ο αιώνα) – έτσι ώστε η σημερινή κινητικότητα να εμφανίζεται συγκριτικά ασήμαντη. (Τσαβλής Δ., 2010)

Με πρόσχημα λοιπόν την «παγκοσμιοποίηση», επιδιώκεται σήμερα η κατάλυση του Κοινωνικού Κράτους, ακόμη και στην Ευρώπη που το γέννησε ως έννοια και στην οποία, έχει προ πολλού δώσει αναμφισβήτητα δείγματα οικονομικής επιτυχίας και επίδοσης.

Συνεπώς, κάτω από το προσωπείο της σημερινής παγκοσμιοποίησης, υπάρχει η δεδομένη βούληση των κυβερνήσεων και του πολιτικού προσωπικού να παγκοσμιοποιήσουν το ταχύτερο την οικονομία, προς όφελος μιας εξαιρετικά μικρής μειοψηφίας, η οποία και θα κυριαρχεί, ανεξάρτητα με το πόσο αντιπαραγωγικά δρα αυτή, ακόμα και με καπιταλιστικούς όρους. (Τσαβλής Δ., 2010).

Η παγκοσμιοποίηση επηρεάζει την υγεία σε δύο επίπεδα:

α) Επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Εξαρτάται από την επιρροή των ατομικών κινδύνων υγείας, όπως η διατροφή και η συμπεριφορά, από το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο και τους συλλογικούς κινδύνους υγείας, όπως η μόλυνση του περιβάλλοντος, οι μολυσματικές ασθένειες και η διάθεση επικίνδυνων προϊόντων, και τέλος, από την οργάνωση και λειτουργία του συστήματος υγείας.

Η παγκοσμιοποίηση, από τη μια μεριά, μέσω της οικονομικής και τεχνολογικής ανάπτυξης, επέφερε βελτίωση του επιπέδου υγείας πολλών πληθυσμών, αλλά από την άλλη μεριά, έθεσε σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία άλλων πληθυσμών μέσω της επιδείνωσης των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών διαβίωσης και εργασίας, την εμφάνιση κινδύνων για το φυσικό περιβάλλον και την υπερεκμετάλλευση των πόρων.

Καίριο πλήγμα κατάφεραν η εκμηδένιση των αποστάσεων, η απελευθέρωση του εμπορίου βλαπτικών ουσιών και η εντατικοποίηση των διεθνών επαφών, που διευκόλυναν τη μετάδοση ασθενειών. Το τελευταίο αποδίδεται στις υπερσύγχρονες αερομεταφορές που καθιστούν δυνατή τη μετακίνηση από έναν τόπο σε έναν άλλο μέσα σε ελάχιστο χρόνο συγκριτικά με την τεράστια απόσταση που τους χωρίζει και την εξάπλωση μολυσματικών ασθενειών, όπως το AIDS και η γρίπη των πουλερικών, ή ασθενειών οφειλόμενων σε συνωστισμό και άθλιες συνθήκες υγιεινής, όπως η φυματίωση, η χολέρα και η διφθερίτιδα.

β) Επίπεδο λειτουργίας των συστημάτων υγείας. Τα συστήματα υγείας στις αναπτυγμένες χώρες δέχονται πιέσεις για αλλαγή. Οι παράγοντες που δρουν είναι δημογραφικοί, νοσολογικοί, τεχνολογικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί. Παρατηρείται διεθνώς γήρανση του πληθυσμού, γεγονός που αυξάνει τη ζήτηση για ιατρική φροντίδα ενώ μεταβάλλει ριζικά και το νοσολογικό φάσμα. Εφαρμόζονται νέες τεχνολογίες γενετικής και φαρμακοδυναμικής που δίνουν ώθηση στο κόστος της περίθαλψης, αλλά μειώνουν τη θνητότητα. Η μετανάστευση και η ανεργία αυξάνονται χωρίς να υπάρχει ανάλογη ασφαλιστική συνεισφορά στα ταμεία υγείας. Οι κοινωνικές ανισότητες σε πολλές χώρες βαθαινούν παρά την αύξηση του εθνικού πλούτου, καθώς η παγκοσμιοποίηση και το νέο ανταγωνιστικό περιβάλλον πέζουν για χαμηλό κόστος εργασίας και για περικοπές στις κοινωνικές παροχές .

Εδώ η παγκοσμιοποίηση επιδρά στον τρόπο χρηματοδότησης και παροχής υπηρεσιών υγείας επηρεάζοντας τη ζήτηση και την προσφορά τους, την ποιότητα, τη διαθεσιμότητα και την πρόσβαση σε αυτές. Επαναπροσδιορίζει το ρόλο του κράτους στην άσκηση πολιτικής υγείας και καθιστά αναγκαία τη δυναμικότερη συμμετοχή διεθνών οργανισμών για τη λύση προβλημάτων που ξεπερνούν τις δυνατότητες των τοπικών κοινωνιών. (Τσαβλής Δ., 2010)

Η ανεργία, η μερική απασχόληση, η φτώχεια, η έλλειψη στέγης, η μετανάστευση, οι κοινωνικές ανισότητες, έννοιες, άρρηκτα συνδεδεμένες με δυσμενείς επιπτώσεις στην

υγεία, σήμερα, μέσα σε όρους χαλάρωσης του κράτους πρόνοιας και κατ' επέκταση των παραδοσιακών δεσμών της οικογένειας, δημιουργούν διαδικασίες κοινωνικού αποκλεισμού για διαρκώς ευρύτερες κοινωνικές ομάδες. (Στασινοπούλου Ο., 1990).

Σε αυτές τις ομάδες, εκτός από τους φτωχούς και τους άστεγους, ανήκουν και οι μετανάστες, οι πολιτικοί και οι οικονομικοί πρόσφυγες, από τον τρίτο κόσμο, τις βαλκανικές και τις πρώην σοβιετικές δημοκρατίες, που συρρέουν κατά κύματα στις ευρωπαϊκές χώρες και στην Κύπρο, προσπαθώντας να εξασφαλίσουν μέσα από την υπερεργασία τους, τα στοιχειώδη για την επιβίωσή τους. Από τους γηγενείς, που έχουν ήδη μπροστά τους απειλητικό το φάσμα της ανεργίας, αντιμετωπίζονται με καχυποψία και προκατάληψη. Παρά το γεγονός, ότι, κατά κανόνα, γίνονται αντικείμενα εκμετάλλευσης, αποτελούν θύματα του ρατσιστικού στερεότυπου ότι «αυτοί ευθύνονται για την ανεργία, αφού παίρνουν τις δουλειές των γηγενών». (Κεσκινίδου Α., και συν. 2011).

Η ανεργία σχετίζεται επίσης με ψυχικές διαταραχές, όπως κατάθλιψη, άγχος, χαμηλό βαθμό αυτοεκτίμησης και τάσεις αυτοκτονίας. Η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης, πολυτοξικομανιακής συμπεριφοράς και αλκοολισμού αυξάνεται ολόένα και περισσότερο στην ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα των ανέργων. Η αύξηση των ανισοτήτων ανάμεσα σε πλούσιους και φτωχούς στον τομέα της φροντίδας υγείας αποτελεί μία από τις πλέον δραματικές συνέπειες της παγκοσμιοποίησης. Η μείωση του κράτους πρόνοιας και η λειτουργία των συστημάτων υγείας με αυστηρά ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια, έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ανισοτήτων στην υγεία.

Τα άτομα χαμηλού οικονομικού επιπέδου λαμβάνουν πτωχή ποιότητα φροντίδας καθότι, είτε λόγω έλλειψης ασφαλιστικής κάλυψης και συνεπώς αδυναμίας προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας είτε λόγω προκαταλήψεων των επαγγελματιών υγείας, συχνά δείχνουν απροθυμία για αναζήτηση φροντίδας και τακτικής παρακολούθησης, άλλοτε λόγω έλλειψης ασφαλιστικής κάλυψης, άλλοτε εξαιτίας της αδυναμίας προσβασιμότητάς τους στις υπηρεσίες υγείας και άλλοτε λόγω των προκαταλήψεων των επαγγελματιών υγείας, που τους καθιστούν απρόθυμους για συνεργασία και τακτική παρακολούθηση.

Σύμφωνα με την ανάλυση του κοινωνιολόγου Serge Paugam, η φτώχεια διακρίνεται σε δύο είδη: Την ενσωματωμένη στην κοινωνία φτώχεια, που αναπτύσσεται διαχρονικά σε όλες τις κοινωνίες και την περιθωριακή φτώχεια των προηγμένων βιομηχανικών κοινωνιών, όπου περιλαμβάνονται όλο και μεγαλύτεροι αριθμοί εργατών που ωθούνται

στο περιθώριο λόγω της βιομηχανικής και της τεχνολογικής ανάπτυξης και της παγκοσμιοποίησης. Σημαντικό ποσοστό εργαζομένων θέτει σε κίνδυνο την υγεία του, εξαιτίας της υπεραπασχόλησης και του άγχους, αφού τα άτομα αυτά εργάζονται τόσες πολλές ώρες, ώστε δίκαια θα μπορούσε να αναφέρει κάποιος γι' αυτούς ότι «ζουν για να δουλεύουν και όχι ότι δουλεύουν για να ζουν». Είναι μια κατάσταση που εκθέτει τον οργανισμό σε συνεχές και μόνιμο άγχος, ενώ τον οδηγεί να υιοθετεί νέους τρόπους ζωής.

Οι επιπτώσεις του άγχους στην υγεία, σε συνδυασμό με την υιοθέτηση αυτού του νέου τρόπου ζωής, οδηγούν στις σύγχρονες ασθένειες καρδιαγγειακά, νεοπλασίες που αποτελούν τις πρώτες αιτίες θανάτου στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Οι εν λόγω πολιτισμικές ασθένειες οι οποίες δυστυχώς αποτελούν και προνόμιο των κατώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων, συνδέονται με συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η διατροφή, το οινόπνευμα, η έλλειψη σωματικής άσκησης και το άγχος. Η ανεργία και η φτώχεια αποτελούν αρνητικές επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης που ενδεχομένως να οδηγήσουν τα άτομα σε κοινωνικό αποκλεισμό, καθώς και σε ακραίες συμπεριφορές με άμεσες και έμμεσες επιπτώσεις στην υγεία.

Ο συνδυασμός όμως της ανεργίας, της φτώχειας αλλά και του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελούν έναν εκρηκτικό συνδυασμό συνθηκών, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν το άτομο σε επικίνδυνες ενέργειες και συμπεριφορές όπως η χρήση ψυχοδραστικών ουσιών.

Η περιθωριοποίηση των συγκεκριμένων ατόμων τους οδηγεί σε σύγκρουση με την κοινωνία και τις κυρίαρχες αξίες που τη διέπουν. Η εξάρτηση ως τρόπος ζωής, δημιουργεί προϋπόθεση κοινωνικής απομόνωσης και βίαιης συμπεριφοράς. Στην εποχή μας, η συχνότητα των ψυχιατρικών και των παθολογικών διαταραχών αυξάνεται διαρκώς. Το 11,5% της παγκόσμιας επιβάρυνσης των νοσημάτων προέρχεται από νευρολογικές παθήσεις και παθήσεις της ψυχικής υγείας. Η κατάθλιψη ευθύνεται για το 4,2% της παγκόσμιας επιβάρυνσης των ασθενειών, ποσοστό που ανέρχεται στο 5,8% αν συνυπολογιστεί και η αυτοκτονία. Σε παγκόσμια κλίμακα, σημειώνονται περίπου 1 εκατομμύριο αυτοκτονίες ετησίως.

Με βάση την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ο επιπολασμός των ασθενειών είναι διπλάσιος στις πλούσιες χώρες απ' ότι στις φτωχές. Φυσικά, η φτώχεια αποτελεί έναν πολυσύνθετο παράγοντα με πολλές προεκτάσεις. Λιγότερα χρήματα σημαίνουν λιγότερους πόρους για να αντιμετωπίσει ένα άτομο κάποια προβλήματα που

πιθανόν να προκύψουν. Επιπλέον, η φτώχεια ενισχύει την ψυχολογική επιβάρυνση που βιώνουν τα άτομα αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας ψυχικής πάθησης. (Κεσκανίδου Α., 2011).

Με βάση την κρατική έκθεση για την υγεία στις ΗΠΑ, ένας στους πέντε Αμερικανούς το χρόνο υποφέρει από μια διαγνωσμένη ψυχική διαταραχή, ενώ το 50% του αμερικανικού πληθυσμού θα παρουσιάσει μια τέτοια διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής του. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 20% του πληθυσμού της γης που συντηρείται με εισόδημα < 1 \$ την ημέρα, παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Αυτή η ζοφερή εικόνα συνέβαλε, ώστε οι ειδικοί επιστήμονες να δηλώνουν επίσημα ότι «η παγκοσμιοποίηση» έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία”. (Οικονόμου Χ., 2004)

Γι’ αυτό λόγω της σοβαρότητας των γεγονότων πρέπει να αναπτυχθούν νέες κατευθύνσεις και δράσεις όσον αφορά την παγκόσμια πολιτική υγείας. Παραδοσιακά, η μελέτη της πολιτικής υγείας εντασσόταν στο πεδίο διερεύνησης των δημόσιων πολιτικών, δηλαδή των πολιτικών των οποίων ο σχεδιασμός, ο προγραμματισμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση ενέπιπταν κυρίως στις αρμοδιότητες των κρατικών φορέων και οργάνων. Η διαδικασία της παγκοσμιοποίησης ανέδειξε τη σπουδαιότητα μιας σειράς ζητημάτων η σημασία των οποίων ξεπερνά την εθνική διάσταση, θέτοντας νέες προκλήσεις σε σχέση με τις θεωρητικές προσεγγίσεις, τα μεθοδολογικά εργαλεία και τις πηγές των δεδομένων. Με αυτή την έννοια, θα μπορούσε να υποστηριχθεί η ανάδυση ενός νέου «επιστημονικού παραδείγματος», σύμφωνα με την θεώρηση του Thomas Kuhn.¹ (Τούντας Γ., 2002)

¹ Ο Όρος «επιστημονικό παράδειγμα» εκφράζει το σύνολο των νόμων, των θεωριών, των εφαρμογών, των πειραματικών διατάξεων, των κανόνων και των κριτηρίων επιστημονικής πρακτικής, καθώς επίσης των πεποιθήσεων, των αξιών και των τεχνικών που ασπάζονται τα μέλη μιας επιστημονικής κοινότητας και που μετατρέπονται σε πρότυπα παραδειγματικών λύσεων σε συγκεκριμένα προβλήματα. Βλ.: Kuhn T., (1981), *Η δομή των επιστημονικών επαναστάσεων*, Σύγχρονα Θέματα, Αθήνα, Σελ. 74.



Υπάρχουν πολλοί υπερεθνικοί, ευρωπαϊκοί και εθνικοί οργανισμοί, οι οποίοι ασχολούνται με τη χάραξη και την εφαρμογή πολιτικών υγείας. Ιδιαίτερη αναφορά ωστόσο αξίζει να γίνει στον σημαντικότερο και μεγαλύτερο υπερεθνικό οργανισμό που είναι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Ο Π.Ο.Υ. είναι ένας διεθνής οργανισμός που λειτουργεί στο πλαίσιο του Ο.Η.Ε. και είναι αρμόδιος για το συντονισμό σε διεθνές επίπεδο των συνεργασιών και δραστηριοτήτων προστασίας της Δ.Υ. Ιδρύθηκε το 1948, ως συνεχιστής και κληρονόμος του έργου του Γραφείου Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών, που λειτούργησε πριν το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο.

Η αποστολή του Π.Ο.Υ., είναι «η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας από τους λαούς». Κύρια αποστολή του είναι η μάχη κατά των ασθενειών, κατά των βασικών λοιμωδών νοσημάτων και η προαγωγή του γενικού επιπέδου υγείας των λαών σε όλο τον κόσμο. Μέλη του Π.Ο.Υ. είναι όλα τα κράτη μέλη του Ο.Η.Ε., αλλά μπορούν να μετέχουν και κράτη που δεν είναι μέλη του Ο.Η.Ε. Σήμερα ο Π.Ο.Υ. έχει 193 μέλη, εκ των οποίων 2 είναι εκτός Ο.Η.Ε. (Τούντας Γ., 2000)

Η διοίκηση του Π.Ο.Υ. ασκείται από:

- την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας (World Health Assembly) που αποτελεί το ανώτατο αποφασιστικό όργανο του Π.Ο.Υ. και αποτελείται από τους εθνικούς αντιπροσώπους των κρατών-μελών,
- το Εκτελεστικό Συμβούλιο του Π.Ο.Υ. (Executive Board), που αποτελείται από 34 μέλη τα οποία διορίζονται από την Παγκόσμια Συνέλευση,
- το Γενικό Διευθυντή, που επιλέγεται επίσης από την Παγκόσμια Συνέλευση.

Η διοικητική δομή του Π.Ο.Υ. αποτελείται από την κεντρική διοίκηση και έξι Περιφερειακά Γραφεία (Αφρικής, Ευρώπης, ΝΑ Ασίας, Ανατολικής Μεσογείου, δυτικού Ειρηνικού και Αμερικής). Επίσης, ο Π.Ο.Υ. διαθέτει γραφεία σε 147 χώρες-μέλη, η

αναγκαιότητα ύπαρξης των οποίων καθορίζεται από τις ίδιες τις χώρες. (Τούντας Γ., 2000).

Ο Π.Ο.Υ. συντονίζει μία σειρά προπαθειών και πρωτοβουλιών σε όλο το φάσμα της Δ.Υ. παγκοσμίως. Η δραστηριότητά του είναι ιδιαίτερα σημαντική στο πεδίο των λοιμωδών νοσημάτων, στον τομέα της προαγωγής της υγείας, της μελέτης και ανάδειξης των κοινωνικών προσδιοριστών και τέλος τον τομέα της επιστημονικής υποστήριξης και τεκμηρίωσης.

Ο Π.Ο.Υ. έχει επιδείξει μια ιδιαίτερη συμβολή στον τομέα της ανάπτυξης πολιτικών και εθνικών στρατηγικών υγείας, καθώς και στον τομέα της επιστημονικής υποστήριξης των στρατηγικών αυτών.

Ο Π.Ο.Υ. συνεργάζεται στενά σε διεθνές επίπεδο με μια σειρά μη κυβερνητικών οργανισμών που δραστηριοποιούνται στο πεδίο της Δ.Υ., με τους οποίους συγκροτεί ένα δίκτυο που λειτουργεί υπό την εποπτεία και το συντονισμό του. (ΥΥΚΑ. 2008). Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι ο Π.Ο.Υ. είναι βασικός πυλώνας στην παραγωγή κατευθύνσεων της παγκόσμιας υγείας, αλλά και θεματοφύλακας των αξιών της υγείας σε πείσμα πολλές φορές διαφόρων οικονομικών και πολιτικών συμφερόντων.

2.2 Γενικά περί συστημάτων υγείας

Ο ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και διατήρηση της υγείας. (Πολυνείκης Α., 2010) Στην Ευρωπαϊκή Ένωση διακρίνονται τέσσερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των Συστημάτων Υγείας.

Το πρώτο αναφέρεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, που αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge, γνωστό και ως μοντέλο Beveridge. Οι πρωτανεύουσες αρχές είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας. Η Αγγλία και η Ιρλανδία αποτελούν τις πιο αντιπροσωπευτικές χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου. (Γερμενής Α., 2005).

Το δεύτερο σύστημα οργάνωσης και διοίκησης ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο και αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Bismark το 1883, γνωστό και ως μοντέλο Bismark. Η κύρια ιδέα του Bismark ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος, που θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Η Γερμανία και οι λοιπές χώρες της Κεντρικής Ευρώπης υιοθέτησαν το σύστημα αυτό. (Γερμενής Α., 2005).

Το τρίτο πρότυπο οργάνωσης και διοίκησης αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο, όπου η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Η Σουηδία, με τη Δανία και τις άλλες σκανδιναβικές χώρες αποτελούν το σύνολο των βορειοευρωπαϊκών χωρών που έχουν υιοθετήσει τη φιλοσοφία αυτού του μοντέλου.

Τέλος, το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης των Υπηρεσιών Υγείας. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του, τόσο στη φιλοσοφία του Sir William Beveridge, όσο και του Bismark. Όλες οι χώρες της Νότιας Ευρώπης έχουν τη μεταπολεμική εμπειρία εξόδου από ολοκληρωτικά καθεστώτα και μετάβασης σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, κατά την διάρκεια της δεκαετίας του 1970 και 1980, είχαν ως κύριο στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το πρότυπο οργάνωσης στηρίχθηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού, με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων. (Γερμενής Α., 2005).

Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες εξασφαλίζουν περίθαλψη υγείας σχεδόν σε όλους τους κατοίκους τους - ωστόσο, ξοδεύουν το ένα τρίτο έως το ένα δεύτερο από όσα δαπανούν οι ΗΠΑ για την υγεία των Αμερικανών πολιτών.

Η Γαλλία και η Γερμανία, οι οποίες θεωρούνται ευρέως ως οι χώρες με τα καλύτερα συστήματα υγείας στην Ευρώπη, με λίγα παράπονα για ορθολογική οργάνωση των υπηρεσιών και για λίστες αναμονής, δαπανούν 11% και 10,4% του προϋπολογισμού τους, αντίστοιχα, στην περίθαλψη. Οι ΗΠΑ, συγκριτικά, δαπανούν 16% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος τους (ΑΕΠ) στον τομέα της υγείας, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ.

Μοντέλο	Χαρακτηριστικά	Ενδεικτικές χώρες
Αγγλοσαξονικό	<ul style="list-style-type: none"> • Διασφάλιση ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας • Κοινωνική ισότητα • Αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων • Γεωγραφική αποκέντρωση Υπηρεσιών Υγείας 	Αγγλία, Ιρλανδία
Ηπειρωτικό	<ul style="list-style-type: none"> • Αυτονομία • Αυτοδιαχείριση των ασφαλιστικών ταμείων 	Γερμανία, χώρες Κεντρικής Ευρώπης
Σκανδιναβικό	<ul style="list-style-type: none"> • Η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. 	Σουηδία, Δανία και οι άλλες σκανδιναβικές χώρες
Νοτιοευρωπαϊκό	<ul style="list-style-type: none"> • Καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας • Αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων. 	Χώρες της Νότιας Ευρώπης

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Τα χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη.

Το Ηνωμένο Βασίλειο, το οποίο επίσης παρέχει καθολική περίθαλψη μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS), δαπανά 8,4% του ΑΕΠ στην υγεία, γεγονός που καθιστά το NHS ένα από τα φθηνότερα συστήματα υγείας στην Ευρώπη. (Υφαντόπουλος Γ., 2005)

Ωστόσο σε αντίθεση με τη Γαλλία και τη Γερμανία, το βρετανικό NHS κατακλύζεται τα τελευταία χρόνια από παράπονα για μεγάλες λίστες αναμονής και για ανεπάρκεια νοσοκομειακών κλινών (Υφαντόπουλος Γ., 2005).

Ένας από τους λόγους που οι δύο άλλες υπερδυνάμεις της γηραιάς ηπείρου τα πάνε καλύτερα από τη Μ. Βρετανία είναι ότι έχουν υψηλότερο ποσοστό γιατρών στον πληθυσμό τους. Τόσο στη Γαλλία όσο και στη Γερμανία, ο αριθμός των γιατρών ανά 1.000 άτομα φθάνει το 3,5, πολύ πάνω από το 2,5 του Ην. Βασιλείου και το 2,4 των ΗΠΑ.

Οι Γάλλοι και οι Γερμανοί επισκέπτονται τον γιατρό τους πολύ συχνότερα από ό,τι οι Βρετανοί και οι Αμερικανοί. Ο μέσος ετήσιος αριθμός ιατρικών επισκέψεων είναι 6,3 στη Γαλλία και 7,5 στη Γερμανία, έναντι 3,8 στις ΗΠΑ και 5 στο Ην. Βασίλειο, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ.

Αν και ο αριθμός των ατόμων χωρίς πρόσβαση σε περίθαλψη είναι ελάχιστος τόσο στη Γαλλία όσο και στη Γερμανία, η γήρανση των πληθυσμών και η ταχύτητα των ιατρικών ανακαλύψεων αναμένεται ότι θα δημιουργήσουν πιέσεις ακόμη και στα καλύτερα χρηματοδοτούμενα συστήματα της Ευρώπης.

Ιδιαίτερη σημασία, εξάλλου, έχουν και οι πόροι, που διαφέρουν αρκετά έως καθοριστικά από μοντέλο σε μοντέλο. Χαρακτηριστικό είναι ότι από τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας το βρετανικό μοντέλο προβλέπει πως από τη γενική φορολογία προέρχεται το 79% των δαπανών υγείας, ενώ το γερμανικό μοντέλο αντίστοιχα το 19%.

Ιδιαίτερη ωστόσο αναφορά πρέπει να γίνει στο σύστημα υγείας των ΗΠΑ, το οποίο δίνει έμφαση στην ιδιωτική παρά στην κοινωνική ασφάλιση και του Καναδά, όπου οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από περιφερειακούς οργανισμούς, οι οποίοι λειτουργούν υπό την ευθύνη δώδεκα περιφερειακών αρχών.

2.3 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τον Σεπτέμβριο του 1983, ψηφίστηκε ο νόμος 1397/83 για τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.). Στο άρθρο 1 διατυπώνεται η φιλοσοφία του νόμου, με βάση τις εξής θεμελιώδεις αρχές:

- Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους.
- Κάθε πολίτης, ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική του θέση και τον τόπο διαμονής του, έχει το ίδιο δικαίωμα για ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα.
- Η προστασία της υγείας είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους και υλοποιείται από ενιαίο, αποκεντρωμένο και δημοκρατικό σύστημα υγείας.

Βασικοί στόχοι του νόμου ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, ο ενιαίος προγραμματισμός, η ισοκατανομή, η αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο διαχωρισμός του δημόσιου από τον ιδιωτικό τομέα (Τούντας Ι., 1988).

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, 30 περίπου χρόνια μετά την ψήφιση του ν. 1397 για την ίδρυση του ΕΣΥ, εμπίπτει στην κατηγορία των μεικτών μοντέλων, στο βαθμό που συνυπάρχει το μοντέλο του ΕΣΥ με το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης, με παράλληλη λειτουργία του ιδιωτικού μοντέλου. Η συνύπαρξη αυτή αφορά τόσο τη χρηματοδότηση όσο και τις υποδομές. Οι μισές περίπου δαπάνες υγείας είναι δημόσιες (52,8% των συνολικών) και οι μισές ιδιωτικές. Οι δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν περίπου το 25%-30% των δημοσίων δαπανών υγείας, ενώ το υπόλοιπο ποσοστό (70%-75%) προέρχεται από τη φορολογία. (Μάρκοβιτς Γ., και συν. 2011).

Οι βασικοί παράγοντες που συνέβαλαν στην καθιέρωση του συγκεκριμένου συστήματος είναι:

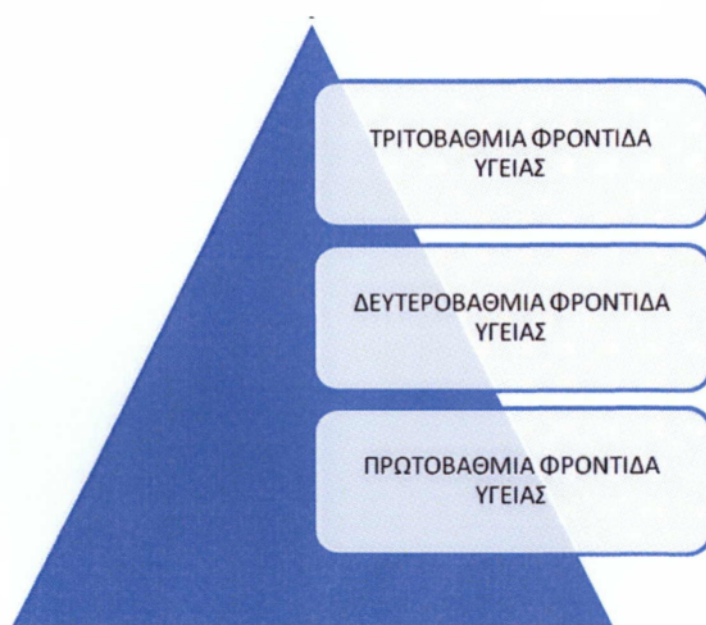
- Η υιοθέτηση από τις Ελληνικές κυβερνήσεις – ειδικά μετά από την μεταπολίτευση – ενός πατερναλιστικού συστήματος κοινωνικής προστασίας, όπου το κράτος αναλαμβάνει τον ρόλο να παρέχει υπηρεσίες υγείας και να διασφαλίζει τη χρηματοδότηση και συνέχεια της λειτουργίας του συστήματος, εξασφαλίζοντας την ελεύθερη πρόσβαση σε όλο και μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού.
- Η πολιτική απόφαση των Ελληνικών κυβερνήσεων και πολιτικών κομμάτων να υιοθετήσουν στην υγεία, όπως και σε άλλα κοινωνικά ζητήματα, συστήματα εφαρμοζόμενης και χρηματοδοτούμενης πολιτικής που εφαρμόζονταν σε αναπτυγμένες χώρες της Δύσης και ειδικά της Δυτικής και Βορείου Ευρώπης.
- Η ύπαρξη ισχυρού και παρεμβατικού κράτους πρόνοιας και κοινωνικού κράτους, τουλάχιστον μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του '90. (Στασινοπούλου Ο., 1990)
- Η άποψη των πολιτικών φορέων και των πολιτών ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό και η μέριμνα οφείλει να είναι κρατική.
- Η διασπορά και διάχυση του πληθυσμού σε περιοχές με χαμηλή πυκνότητα κατοίκων (νησιά, απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές, παραμεθόριες περιοχές ορεινή ηπειρωτική χώρα), όπου κάνει αδύνατη και μη οικονομική την ύπαρξη ιδιωτικών φορέων και υπηρεσιών παροχής υγείας.
- Η διάχυτη και γενική αντίληψη του πληθυσμού ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό που παρέχεται με την ευθύνη του κράτους.

Τα επίπεδα περίθαλψης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας είναι:

Α) το Πρωτοβάθμιο, το οποίο αναφέρεται σε πληθυσμό 500 έως 5000 ατόμων σε γεωγραφική οντότητα δήμου, με ενδεικτική υπηρεσία το Κέντρο Υγείας.

Β) το Δευτεροβάθμιο, το οποίο αναφέρεται σε πληθυσμό έως 500.000 ατόμων και σε γεωγραφική οντότητα Νομαρχίας, με ενδεικτική υπηρεσία το Νομαρχιακό Νοσοκομείο.

Γ) το Τριτοβάθμιο, το οποίο αναφέρεται σε πληθυσμό άνω των 500.000 ατόμων σε γεωγραφική οντότητα Περιφέρειας, με ενδεικτική υπηρεσία το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο.



ΠΙΝΑΚΑΣ 3: Τα Επίπεδα Φροντίδας Υγείας

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, ανάλογα με το ποιος κατέχει τα μέσα παραγωγής, διακρίνεται σε:

Δημόσιο Σύστημα. Ραχοκοκαλιά του δημοσίου συστήματος είναι το Ε.Σ.Υ. Περιλαμβάνει ενδεικτικά τα κρατικά νοσοκομεία, κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι το αρμόδιο όργανο από την πλευρά του κράτους για το σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, την εφαρμογή, την αξιολόγηση και τη χρηματοδότηση των πολιτικών, των υπηρεσιών και των προγραμμάτων

υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Παράλληλα όμως και άλλα Υπουργεία έχουν αναπτύξει μονάδες και υπηρεσίες υγείας (π.χ. στρατιωτικά νοσοκομεία υπό την ευθύνη του Υπουργείου Εθνικής Αμύνης).

Ιδιωτικό σύστημα. Είναι εξίσου ανεπτυγμένο με το δημόσιο σύστημα. Περιλαμβάνει ιδιωτικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά εργαστήρια, ελεύθεροι επαγγελματίες ιατρούς.

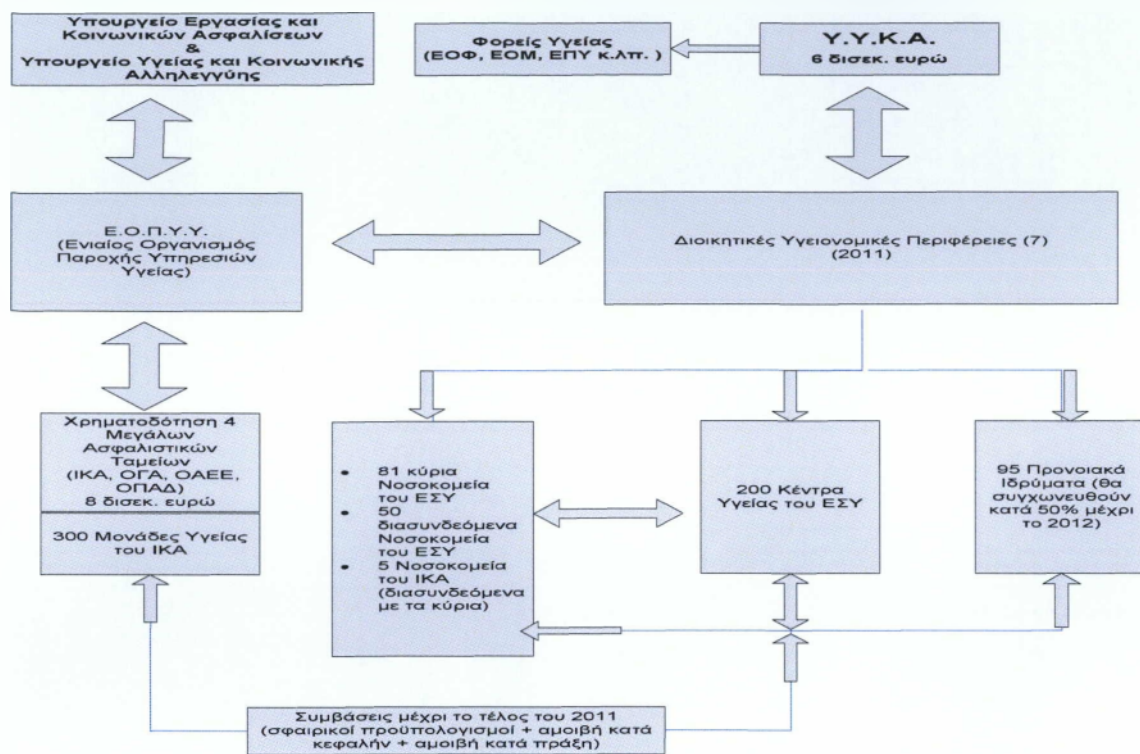
Εποπτεύεται από τις αιρετές περιφέρειες (του νόμου Καλλικράτη) και το Υπουργείο Ανάπτυξης, χωρίς ωστόσο να ασκείται ουσιαστικός έλεγχος και αξιολόγηση.

Σύστημα Μη κερδοσκοπικού τομέα. Περιλαμβάνει κυρίως δομές και υπηρεσίες που έχουν αναπτύξει οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και οι ΟΤΑ. Χαρακτηριστικότερο παράδειγμα αποτελούν οι μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης που αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο μεταρρύθμισης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και τα δημοτικά ιατρεία των δήμων. Προ της δημιουργίας του Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών (ΕΟΠΥΥ) στην κατηγορία αυτή ανήκαν και οι μονάδες υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών που πλέον έχουν απορροφηθεί από τον ΕΟΠΥΥ.

Μετά τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ η νέα οργανωτική δομή του συστήματος υγείας απεικονίζεται στο διάγραμμα 1.

Πιο ανεπτυγμένο από όλα είναι το δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης. Οι δημόσιες δομές δευτεροβάθμιας/τρίτοβάθμιας περίθαλψης που υπάγονται στο ΕΣΥ περιλαμβάνουν 84 Γενικά Νοσοκομεία, 23 Ειδικά Νοσοκομεία, 7 Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και 18 Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας με συνολικό αριθμό κλινών 36.621. Τα περισσότερα από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ έχουν δυναμικότητα 100 – 200 κλινών, παρέχοντας κυρίως δευτεροβάθμιες υπηρεσίες περίθαλψης και 32 από αυτά έχουν δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες, παρέχοντας τρίτοβάθμιες και μεγάλης εξειδίκευσης υπηρεσίες περίθαλψης.

Διάγραμμα 1: Η νέα οργανωτική δομή του Συστήματος Υγείας: ΕΣΥ-ΕΟΠΥΥ



Πηγή: Έκθεση Πεπραγμένων 2010-2011, ΥΥΚΑ

Τα χαρακτηριστικά του δημόσιου τομέα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας ενδεικτικά περιλαμβάνουν:

- Χρόνια υποχρηματοδότηση και υποκοστολόγηση υπηρεσιών- ιδιαίτερα εκείνων που περιλαμβάνουν ανθρώπινη εργασία. (Zdoukos T., 2005)
- Κουρασμένο και αποκαρδιωμένο (demoralized) προσωπικό των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας. (Κυγίουρος J., και συν. 2003)
- Διαρκώς αυξανόμενος όγκος εργασίας λόγω μη ύπαρξης διαθέσιμου εισοδήματος ευρύτατων λαϊκών στρωμάτων, λόγω της παρατεινόμενης οικονομικής δυσπραγίας της εποχής
- Πρόδηλη και μερικές φορές προκλητική διαβλητότητα τρόπων επιλογής προσωπικού

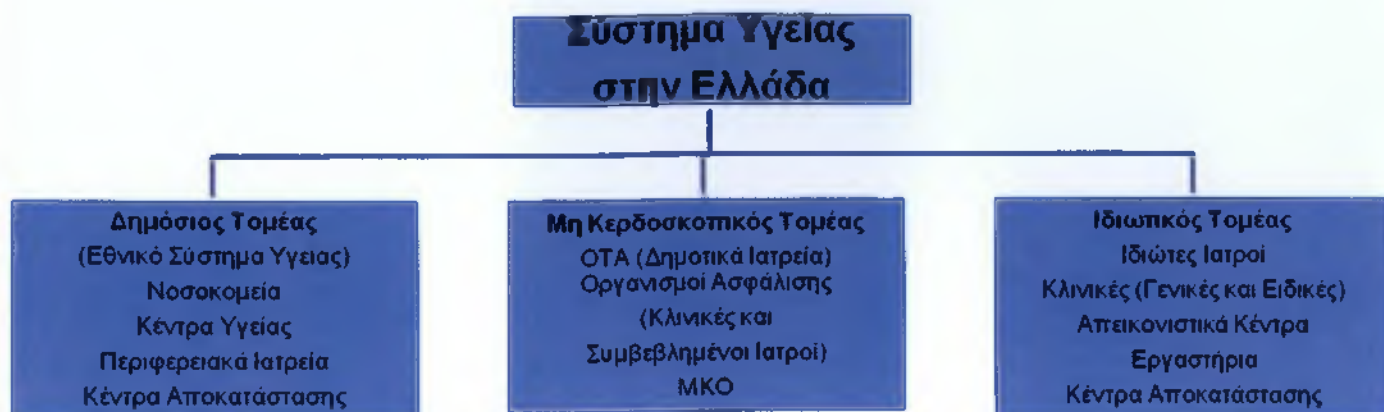
Ομοίως τα χαρακτηριστικά του Ελληνικού Συστήματος-Ιδιωτικός Τομέας:

- Χρόνιος δυϊσμός: μικρές μονάδες με χαμηλές συγκριτικά τιμές- αρκετές φορές υποβαθμισμένης ποιότητας, εξαρτημένες ως επί το πλείστον από την παρουσία ενός συγκεκριμένου επαγγελματία, συνήθως ιατρού και μεγάλες μονάδες μονοπωλιακού χαρακτήρα που διαρκώς κατακτούν περισσότερο μέρος της αγοράς υπηρεσιών υγείας. (Νικολαΐδης Γ., 2007)
- Ιδιαίτερη εξάρτηση από τις κρατικές ή ασφαλιστικές χρηματοδοτήσεις. (Kondilis E., 2005)
- Έμφαση και επδόσεις ιδιαίτερα στις επενδύσεις ενσωμάτωσης τεχνολογίας. (Σουλιώτης Κ., 2001)
- Μικρή εμπλοκή στην αντιμετώπιση του μεγάλου όγκου των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού.
- Χρόνιο εθισμό στην υπερκοστολόγηση και στην προκλητή ζήτηση προϊόντων
- Με χαμηλούς δείκτες (σε σύγκριση με τον δημόσιο τομέα) απασχόλησης προσωπικού και μεγαλύτερες μισθολογικές διαφοροποιήσεις μεταξύ του προσωπικού που απασχολεί. (Σουλιώτης Κ., 2000).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: Επίπεδα περίθαλψης.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.



Σε ό, τι αφορά στις υποδομές το ΕΣΥ διαθέτει τις περισσότερες νοσοκομειακές κλίνες (69%), ενώ ο ιδιωτικός τομέας το 28% των κλινών. Το υπόλοιπο 3% των κλινών το διαθέτουν νοσοκομεία ΝΠΙΔ. Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, το ΕΣΥ διαθέτει 201 κέντρα υγείας και 1.478 περιφερειακά ιατρεία, καθώς και τα εξωτερικά ιατρεία των 132 νοσοκομείων του ΕΣΥ. Το ΙΚΑ διαθέτει 42 νομαρχιακές μονάδες υγείας, 50 τοπικές και 65 υποκαταστήματα, καθώς και ένα ευρύ φάσμα άλλων δομών και μονάδων ΠΦΥ. Ο δε ιδιωτικός τομέας διαθέτει περισσότερα από 400 διαγνωστικά κέντρα, τα εξωτερικά ιατρεία πολλών ιδιωτικών κλινικών και ένα σύνολο 25.000 γιατρών και 12.000 οδοντιάτρων που παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες.

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την έλλειψη σύγχρονων μονάδων περίθαλψης (νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, κέντρα αποκατάστασης, κ.ά.), από τον πληθωρισμό των γιατρών και τις μεγάλες ελλείψεις στα λοιπά επαγγέλματα υγείας, κυρίως σε νοσηλευτές/τριες, από την περιθωριοποίηση της Δημόσιας Υγείας και της Πρόληψης, από την άσκηση αναχρονιστικών μορφών διοίκησης, από την απουσία μηχανισμών ελέγχου και ποιότητας και από την ύπαρξη σημαντικών κοινωνικών ανισοτήτων, λόγω της μεγάλης παραοικονομίας, της άνισης κατανομής των υπηρεσιών και της συνεχούς υποβάθμισης του δημόσιου τομέα.

Συνεχίζοντας την ανάλυση των κυριότερων προβλημάτων του ΕΣΥ θα πρέπει να αναφερθεί ότι έχει αναπτύξει κυρίως τις νοσοκομειακές κλίνες και χαρακτηρίζεται

νοσοκομειοκεντρικό. Η ΠΦΥ έχει αναπτυχθεί μόνο με τη δημιουργία των ΚΥ αγροτικού τύπου καλύπτοντας κυρίως τις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές της χώρας, ενώ τα ΚΥ αστικού τύπου αναπτύσσονται δειλά το τελευταίο διάστημα στις μεγάλες πόλεις.

Περαιτέρω, εξίσου σημαντικά προβλήματα του ΕΣΥ εντοπίζονται στην υποχρηματοδότηση, που το καθλώνουν και το καθιστούν συμπληρωματικό του Ιδιωτικού τομέα υγείας, που ανθεί λόγω της προκλητικής προνομιακής μεταχείρισης. Η ανορθολογική διάθεση και διαχείριση των πόρων που διατίθενται η αδιαφάνεια και η διαφθορά, έρχονται να επιτείνουν το πρόβλημα της χαμηλής χρηματοδότησης. (Κουπίδης Σ., 2010).

Η γραφειοκρατία και η παραοικονομία του ΕΣΥ είναι επίσης στοιχεία που το υπονομεύουν, το δυσφημούν και το απαξιώνουν. Η αδιαφάνεια στις προμήθειες υγειονομικού, φαρμακευτικού υλικού και αντιδραστηρίων, οι συμβάσεις με εργολάβους για τις βοηθητικές υπηρεσίες φύλαξης, καθαριότητας, catering κλπ, οδηγούν σε κατασπατάληση πολύτιμων πόρων και διασπάθιση δημοσίου χρήματος. Το φακελάκι, οι λίστες αναμονής, η προκλητή συνταγογράφηση και η προκλητή ζήτηση βιοϊατρικής τεχνολογίας, οδηγούν σε καταλήστευση των αποθεματικών του κλάδου υγείας των ταμείων και σε στυγνή εκμετάλλευση και ταλαιπωρία τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.

Η πολιτική σε ανθρώπινο δυναμικό διαπνέεται από αδιαφάνεια και πελατειακή λογική και αντίληψη. Υπάρχει ανορθολογική κατανομή του ιατρικού προσωπικού μεταξύ κέντρου και περιφέρειας. Ενώ διαθέτουμε 0,8 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους, από τις καλύτερες αναλογίες στην Ευρώπη, εν τούτοις η κακή κατανομή τους σε συνδυασμό με τον κατακερματισμό των υγειονομικών μονάδων, δημιουργεί προβλήματα στην λειτουργία των μικρών και μεσαίων Νοσοκομείων. Οι ελλείψεις Νοσηλευτικού, Παραϊατρικού προσωπικού βάζουν εμπόδια στην αξιοποίηση σύγχρονων υποδομών του ΕΣΥ. (Κουτσιούμπελης Σ., 2012)

Η Ελλάδα με το νόμο 3198/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» και 3863/2010 «Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, Ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις» ιδρύθηκε ο ΕΟΠΥΥ. Ουσιαστικά υπό το βάρος του Μνημονίου, η συγκεκριμένη πολιτική προσβλέπει σε μείωση του προϋπολογισμού για την υγεία, αφού τελικός στόχος είναι η συγκράτηση των δαπανών για την υγεία σε ποσοστό μικρότερο του 6% του ΑΕΠ για το 2011 και με τάση για περαιτέρω μείωση τα επόμενα χρόνια.

Οι τομείς οι οποίοι προσδιορίστηκαν στο Αναθεωρημένο Μνημόνιο:

1. Διοίκηση του Συστήματος Υγείας- μείωση του κατακερματισμού του Συστήματος;
2. Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας: συγκέντρωση, συλλογή, διανομή των κονδυλίων;
3. Εναρμόνιση πακέτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των διαφόρων ταμείων
4. Σύνδεση μεταξύ ιδιωτικής και δημόσιας παροχής υπηρεσιών
5. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έναντι εξειδικευμένης και νοσοκομειακής περίθαλψης
6. Αποδοτικότητα στην παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών
7. Αναμόρφωση Φαρμακευτικής Πολιτικής
8. Ανθρώπινοι πόροι
9. Δημόσια Υγείας- Προτεραιότητες, προαγωγή και πρόληψη των ασθενειών
10. Συλλογή δεδομένων, αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας και αξιολόγηση αποδόσεων
11. Μηχανισμοί ελέγχου των δαπανών. (Σισσούρας Α.,2011).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο κόσμος στην Ευρωπαϊκή Ένωση ζει περισσότερο και γενικά χαίρει καλύτερης υγείας παρά ποτέ άλλοτε. Το προσδόκιμο ζωής στη Δυτική Ευρώπη αυξάνεται σταθερά από τη δεκαετία του 1950 κατά 2,5 έτη ανά δεκαετία. Το προσδόκιμο ζωής στην Ευρώπη των 27 κυμαίνεται από 66-78 έτη (χάσμα 12 ετών) για τους άνδρες και από 76-84 (χάσμα 8 ετών) για τις γυναίκες.

Οι διαφορές μεταξύ των χωρών της Ε.Ε. είναι μεγαλύτερες για το προσδόκιμο υγιούς ζωής από ότι για το προσδόκιμο ζωής. Το προσδόκιμο υγιούς ζωής κυμαίνεται από 57-75 έτη (18 έτη) για τις γυναίκες και από 54-71 έτη (17 έτη) για τους άνδρες. Τα περισσότερα προγνωστικά υποθέτουν ότι αυτή η βελτίωση της υγείας θα συνεχιστεί. Ωστόσο, οι ασθένειες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής αυξάνουν τον κίνδυνο της ανακοπής της αύξησης του προσδόκιμου ζωής.

Συντελεστές κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ, οι τραυματισμοί και τα ατυχήματα προκαλούν πρόωρο θάνατο και χρόνιες ασθένειες. Υφίσταται σαφής σύνδεση μεταξύ της διαίτας, του τρόπου ζωής και της υγείας. Τα μη μεταδοτικά νοσήματα αναλογούν σε άνω του 87% της συνολικής επιβάρυνσης ασθενειών στην Ε.Ε. Οι ασθένειες ψυχικής υγείας αναλογούν σε 27% της επιβάρυνσης. Το 1999 οι ψυχικές διαταραχές ευθύνονταν για άνω του 40% των συντάξεων αναπηρίας στη Φινλανδία και 25% στην Πορτογαλία. Οι καρδιαγγειακές

νόσοι αποτελούν σήμερα τη μεγαλύτερη αιτία θανάτων στην Ε.Ε. Ευθύνονται για περίπου 40% των θανάτων και για τα δύο φύλα. Επίσης αποτελούν βασική αιτία κακής κατάστασης της υγείας στην Ευρώπη. (<http://www.tvxs.gr>, 2011)

Η παχυσαρκία και ο διαβήτης τύπου 2 επιδεικνύουν ανησυχητικές τάσεις, όχι μόνο επειδή επηρεάζουν μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, αλλά επίσης επειδή παρουσιάζονται πλέον σε νεαρότερες ηλικίες. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το 2000, απωλέσθη σύνολο 158 εκατομμυρίων ημερών εργασίας, το οποίο αναλογεί σε μέσο όρο 20 ημερών για κάθε ατύχημα. Επιπλέον, οι μεταδοτικές ασθένειες και οι πανδημίες μπορούν να εξαπλωθούν γρηγορότερα παρά ποτέ πέρα από τα εθνικά σύνορα λόγω της υψηλής κινητικότητας. Ευτυχώς, οι κύριες αιτίες πρόωρου θανάτου είναι σε μεγάλο βαθμό αποτρέψιμες, καθότι οι βασικοί παράγοντες κινδύνου τους είναι συμπεριφορικοί και μπορεί να επηρεαστούν με την αποτελεσματική χρήση γνωστών και εφικτών παρεμβάσεων της δημόσιας υγείας.

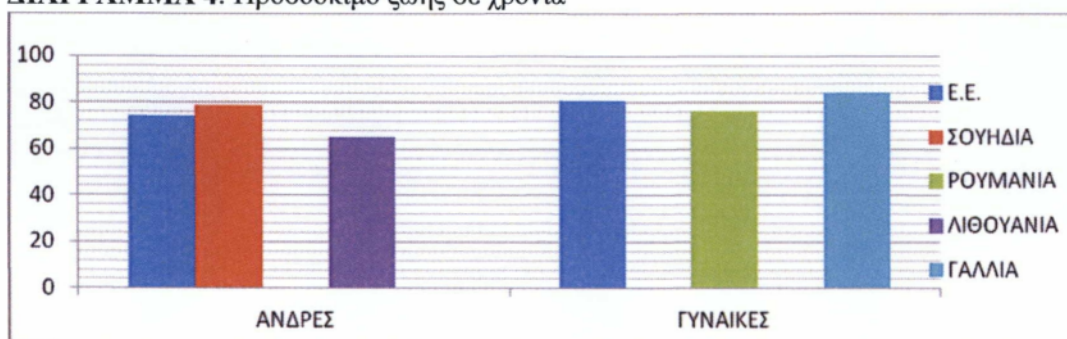
Το επιδημιολογικό πρότυπο του ελληνικού πληθυσμού ταυτίζεται μεν με αυτό των άλλων αναπτυγμένων κρατών (επικράτηση των εκφυλιστικών νοσημάτων, και νοσημάτων που οφείλονται στο σύγχρονο τρόπο ζωής) αλλά η χώρα υπολείπεται όσον αφορά στις διαχρονικές τάσεις. Η θνησιμότητα στην Ελλάδα παρουσιάζει γεωγραφική διακύμανση, πράγμα που αντανακλά τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Υψηλότερη οικονομική ανάπτυξη και υψηλότερο κοινωνικο-οικονομικό και μορφωτικό επίπεδο συνδέονται με χαμηλότερη θνησιμότητα, δηλαδή με καλύτερη υγεία.

Η Ελλάδα κατέχει πολλά αρνητικά δείγματα παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία και αναφέρονται στους μείζονες παράγοντες κινδύνου. Βασικοί εξ αυτών είναι το κάπνισμα, ανθυγιεινή διατροφή, η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, η έλλειψη φυσικής άσκησης και η παχυσαρκία οι οποίοι ευθύνονται τόσο για παθήσεις του κυκλοφορικού όσο για την ανάπτυξη κακοηθών νεοπλασμάτων. Σε εθνική μελέτη για την υγεία και τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα το 2006 βρέθηκε ότι 46,8% των ερωτώμενων δήλωναν ότι είναι καπνιστές, και 6,9% πρώην καπνιστές. Η Ελλάδα κατατάσσεται τρίτη σε συχνότητα καπνίσματος μεταξύ ενηλίκων (46% στους άνδρες και 29% στις γυναίκες).

3.1 Το επίπεδο Υγείας των Ευρωπαίων

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, στις χώρες της ΕΕ, έχει αυξηθεί κατά έξι χρόνια από το 1980 και μετά, φτάνοντας τα 78 χρόνια το 2007. Κατά μέσο όρο στις 27 χώρες της ΕΕ, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, για την τριετή περίοδο 2005-2007, ήταν 74,3 χρόνια για τους άνδρες και 80,8 χρόνια για τις γυναίκες. Η Γαλλία είχε το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για τις γυναίκες (84,4 χρόνια), ενώ η Σουηδία είχε το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες (78,8 χρόνια). Σο χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναφέρθηκε στη Ρουμανία για τις γυναίκες (76,2 χρόνια) και στη Λιθουανία για τους άνδρες (65,1 χρόνια). Οι ανισότητες ανάμεσα στις χώρες με το υψηλότερο και το μικρότερο προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση είναι περίπου οκτώ χρόνια για τις γυναίκες και 14 χρόνια για τους άνδρες.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: Προσδόκιμο ζωής σε χρόνια

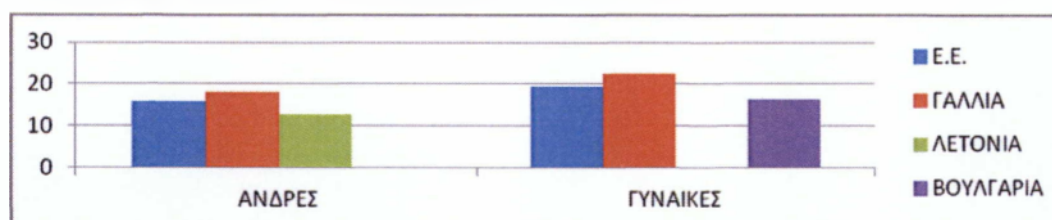


Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και το ζήτημα της υγείας και της ποιότητας της ζωής στα πρόσθετα χρόνια ζωής έχει σημαντικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας και μακροχρόνιας περίθαλψης στην Ευρώπη. Τα έτη υγιούς ζωής κατά τη γέννηση ορίζονται ως ο αριθμός των ετών ζωής που οι καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου δεν περιορίζονται από προβλήματα υγείας. Στην περίοδο 2005-2007, τα έτη υγιούς ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση ανέρχονταν σε 61,3 χρόνια για τις γυναίκες και τα 60,1 χρόνια για τους άνδρες, κατά μέσο όρο. Η διαφορά ανάμεσα στα φύλα είναι μικρότερη απ' ό,τι για το προσδόκιμο ζωής, λόγω του ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν υψηλότερο ποσοστό

περιορισμού δραστηριοτήτων στη ζωή τους. Στα έτη υγιούς ζωής κατά τη γέννηση, το 2005-2007, ήταν περισσότερα στη Μάλτα, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, και λιγότερα στη Λετονία για τις γυναίκες και στην Εσθονία για τους άνδρες (<http://www.news-medical.net.>, 2011).

Το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών αυξήθηκε επίσης σημαντικά κατά τις τελευταίες δεκαετίες στις ευρωπαϊκές χώρες. Ο μέσος όρος για τις 27 χώρες της ΕΕ το 2005-2007 ήταν 15,9 χρόνια για τους άνδρες και 19,5 χρόνια για τις γυναίκες. Όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, η Γαλλία είχε το μεγαλύτερο προσδόκιμο στην ηλικία των 65 ετών τόσο για τις γυναίκες (22,6 χρόνια) όσο και για τους άνδρες (18,1 χρόνια). Σο χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών ήταν στην ανατολική Ευρώπη – στη Λετονία για τους άνδρες (12,7 χρόνια) και στη Βουλγαρία για τις γυναίκες (16,3 χρόνια).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5: Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65



Όπως και κατά τη γέννηση, η διαφορά μεταξύ των φύλων για τα έτη υγιούς ζωής στην ηλικία των 65 είναι πολύ μικρότερη απ' ό τι για το προσδόκιμο ζωής. Το 2005-2007 οι άνδρες ήταν σε σχετικά καλύτερη θέση, με 8,4 χρόνια έναντι 8,1 χρόνια των γυναικών.

Είναι δύσκολο να εκτιμηθεί η σχετική συμβολή μιας σειράς ιατρικών και μη ιατρικών παραγόντων που μπορεί να επηρεάζουν τις διαφορές στο (υγιές) προσδόκιμο ζωής. Το υψηλό εθνικό εισόδημα, γενικά, συνδέεται με μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής στις ευρωπαϊκές χώρες, παρότι η σχέση είναι λιγότερο εμφανής σε υψηλότερα επίπεδα εθνικού εισοδήματος, δείχνοντας ότι πάνω από ένα ορισμένο επίπεδο ο αντίκτυπος δεν είναι ανάλογος. Άλλοι καθοριστικοί παράγοντες για την υγεία παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο. (<http://www.who.int/en.>, 2012).

Όμως παρόλο που οι παράγοντες κινδύνου για την υγεία μεταβάλλονται, πολλές χώρες της ΕΕ έχουν επιτύχει αξιοσημείωτη πρόοδο όσον αφορά την κατανάλωση καπνού, παρότι εξακολουθεί να αποτελεί την κύρια αιτία πρόωρων θανάτων. Μεγάλο μέρος της μείωσης μπορεί να αποδοθεί σε πολιτικές σε εθνικό επίπεδο και επίπεδο ΕΕ σχετικά με την προώθηση εκστρατειών ευαισθητοποίησης του κοινού, τις απαγορεύσεις διαφημίσεων και την αύξηση της φορολογίας. Πλέον, στη Σουηδία και την Ισλανδία καπνίζει καθημερινά λιγότερο από το 18% των ενηλίκων, σε σχέση με το 30% το 1980. Ωστόσο, περίπου το 40% των ενηλίκων στην Ελλάδα εξακολουθεί να καπνίζει σε καθημερινή βάση. Σα ποσοστά των καπνιστών είναι επίσης σχετικά υψηλά στη Βουλγαρία, την Ιρλανδία και τις Κάτω Χώρες. (<http://www.who.int/en>, 2012).

Η κατανάλωση οινοπνεύματος μειώθηκε επίσης σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες τις τελευταίες τρεις δεκαετίες. Οι περικοπές στη διαφήμιση, οι περιορισμοί στις πωλήσεις και η φορολόγηση αποδείχτηκαν αποτελεσματικά μέτρα για τη μείωση της κατανάλωσης οινοπνεύματος. Παραδοσιακές οινοπαραγωγικοί χώρες, όπως η Ιταλία, η Γαλλία και η Ισπανία παρουσίασαν ουσιαστική μείωση της κατά κεφαλή κατανάλωσης οινοπνεύματος από το 1980 και μετά. Από την άλλη, η κατανάλωση αυξήθηκε σημαντικά σε μια σειρά χωρών, όπως η Ιρλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και ορισμένες σκανδιναβικές χώρες. (<http://www.who.int/en>, 2012).

Πάνω από το μισό του συνόλου των ενηλίκων στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι πλέον υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Αυτό ισχύει στις 15 από τις 27 χώρες της ΕΕ. Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας – η οποία συνεπάγεται μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία σε σχέση με το υπερβολικό βάρος – κυμαίνεται από λίγο κάτω του 10% στη Ρουμανία, την Ελβετία και την Ιταλία σε πάνω από 20% στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιρλανδία, τη Μάλτα και την Ισλανδία. Κατά μέσο όρο, στις χώρες της ΕΕ το 15,5% των ενηλίκων είναι παχύσαρκοι.

Σο ποσοστό παχυσαρκίας έχει διπλασιαστεί τα τελευταία 20 χρόνια στις περισσότερες χώρες της ΕΕ για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία. Η ταχεία αύξηση σημειώθηκε ανεξάρτητα από τα επίπεδα της παχυσαρκίας πριν από δύο δεκαετίες. Η παχυσαρκία υπερδιπλασιάστηκε στις Κάτω Χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο την περίοδο 1998-2008, παρότι το ποσοστό στις Κάτω Χώρες είναι αυτή τη στιγμή λιγότερο από το ήμισυ αυτού του Ηνωμένου Βασιλείου.

Επειδή η παχυσαρκία συνδέεται με μεγαλύτερο κίνδυνο για χρόνιες παθήσεις, συνδέεται με σημαντικό πρόσθετο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Πρόσφατη μελέτη στην Αγγλία εκτιμά ότι το συνολικό κόστος που συνδέεται με το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία μπορεί να αυξηθεί έως και 70% την περίοδο 2007-2015 και να είναι κατά 2,4 φορές υψηλότερο σε σχέση με το 2005. (<http://www.who.int/en>, 2012).

Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες υπάρχουν ανησυχίες όσον αφορά την έλλειψη ιατρών. Ο αριθμός των ιατρών ανά κεφαλή διαφέρει σημαντικά, με χαμηλότερο αυτόν στην Τουρκία ενώ ακολουθούν η Πολωνία και η Ρουμανία. Ο αριθμός των ιατρών είναι επίσης σχετικά χαμηλός στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Ιρλανδία.

Ωστόσο, από το 2000 και μετά, ο αριθμός των ιατρών αυξήθηκε σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, με εξαίρεση τη Σλοβακική Δημοκρατία. Κατά μέσο όρο, ο αριθμός αυξήθηκε από 3,0 ιατρούς ανά 1 000 κατοίκους το 2000 σε 3,3 το 2008. Αυξήθηκε ιδίως γρήγορα στην Ιρλανδία, όπου το ποσοστό αύξησης έφτασε σχεδόν το 50%. Μεγάλο μέρος της αύξησης αυτής οφειλόταν στην πρόσληψη αλλοδαπών ιατρών, το ποσοστό των οποίων τριπλασιάστηκε την εν λόγω περίοδο. Ομοίως, ο αριθμός των κατά κεφαλή ιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο αυξήθηκε κατά 30% από το 2000 έως το 2008, από 2,0 ιατρούς ανά 1 000 κατοίκους σε 2,6.

Αντίθετα, από το 2000 και μετά δεν υπήρξε ουσιαστικά αύξηση του αριθμού των κατά κεφαλή ιατρών στη Γαλλία και την Ιταλία. Ύστερα από μείωση του αριθμού εισακτέων στις ιατρικές σχολές στις δεκαετίες του '80 και '90, ο αριθμός των κατά κεφαλή ιατρών στην Ιταλία αυξήθηκε το 2002 και μειώθηκε από τότε και μετά. Στη Γαλλία ο αριθμός αυξήθηκε το 2005 και η μείωση αναμένεται να συνεχιστεί τα επόμενα δέκα χρόνια. (<http://www.who.int/en>, 2012).

Σχεδόν σε όλες τις χώρες, το ισοζύγιο γενικών ιατρών και ειδικευμένων ιατρών άλλαξε τις τελευταίες δεκαετίες, με τον αριθμό των ειδικευμένων ιατρών να αυξάνεται πολύ πιο γρήγορα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να υπάρχουν περισσότεροι ειδικευμένοι απ' ότι γενικοί ιατροί στις περισσότερες χώρες, με εξαίρεση τη Ρουμανία και την Πορτογαλία. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί με τη μείωση της ελκυστικότητας της παραδοσιακής λειτουργίας του γενικού/οικογενειακού ιατρού, καθώς και την αυξανόμενη διαφορά στις αμοιβές. Η αργή αύξηση ή μείωση του αριθμού γενικών κατά κεφαλή ιατρών δημιουργεί ανησυχίες όσον αφορά την πρόσβαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Πολλές χώρες εξετάζουν

τρόπους βελτίωσης της ελκυστικότητας της γενικής ιατρικής και την ανάπτυξη νέων ρόλων για άλλους επαγγελματίες παροχής υγειονομικής περίθαλψης, όπως το νοσηλευτικό προσωπικό. (<http://www.who.int/en>, 2012).

Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες υπάρχουν επίσης ανησυχίες όσον αφορά την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού. Στο νοσηλευτικό προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, όχι μόνο σε παραδοσιακά πλαίσια όπως είναι τα νοσοκομεία και τα ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας αλλά, όλο και περισσότερο, στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, κυρίως με την παροχή περίθαλψης σε χρόνια ασθενείς και την κατ' οίκον περίθαλψη. Το 2008 υπήρχαν περίπου 15 νοσηλευτές/νοσηλεύτριες ανά 1 000 κατοίκους στη Φινλανδία, την Ισλανδία, την Ιρλανδία και την Ελβετία και ελαφρώς λιγότεροι στη Δανία και τη Νορβηγία. Η Τουρκία διαθέτει το μικρότερο αριθμό νοσηλευτικού προσωπικού, ακολουθούμενη από την Ελλάδα, τη Βουλγαρία και την Κύπρο, με λιγότερους από 5 ανά 1000 κατοίκους. (<http://www.who.int/en>, 2012).

Από το 2000 και μετά, ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού αυξήθηκε σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, με εξαίρεση τη Λιθουανία και τη Σλοβακική Δημοκρατία. Η αύξηση ήταν ιδιαίτερα μεγάλη στην Πορτογαλία, την Ισπανία, τη Γαλλία και την Ελβετία.

Η αύξηση των δαπανών για την υγεία ασκεί πίεση στους κρατικούς προϋπολογισμούς. Οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, συχνά με ταχύτερο ρυθμό απ' ό,τι η οικονομική μεγέθυνση, οδηγώντας σε αύξηση του μεριδίου στο ΑΕΠ των πόρων για την υγεία. Το 2008 οι χώρες της ΕΕ δαπάνησαν, κατά μέσο όρο, 8,3% του ΑΕΠ τους για την υγεία, σε σχέση με 7,3% το 1998. Ωστόσο, το μερίδιο του ΑΕΠ που διατίθεται για δαπάνες στον τομέα της υγείας ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των χωρών και κυμαίνεται από σχεδόν 6% στην Κύπρο και τη Ρουμανία έως και πάνω από 10% στη Γαλλία, την Ελβετία, τη Γερμανία και την Αυστρία.

Σε ορισμένες χώρες, η πρόσφατη οικονομική ύφεση οδήγησε σε σοβαρή αύξηση του λόγου των δαπανών για την υγεία προς το ΑΕΠ. Στην Ιρλανδία, το ποσοστό του ΑΕΠ που διατίθεται για την υγεία αυξήθηκε από 7,5% το 2007 σε 8,7% το 2008. Στην Ισπανία αυξήθηκε από 8,4% σε 9,0%.

Το 2008 η Νορβηγία είχε τις υψηλότερες ανά κεφαλή δαπάνες μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, ξεπερνώντας περίπου 4 300 ευρώ. Η Ελβετία, το Λουξεμβούργο και η Αυστρία είναι οι επόμενες στη σειρά χώρες με τις υψηλότερες δαπάνες. Οι περισσότερες βόρειες

και δυτικές χώρες δαπάνησαν σε ΙΑΔ από 2500 έως 3500 ευρώ ανά άτομο, δηλαδή 10% έως 60% περισσότερο από το μέσο όρο της ΕΕ. Οι χώρες που δαπάνησαν λιγότερο από το μέσο όρο της ΕΕ είναι αυτές της ανατολικής και νότιας Ευρώπης, όπως η Τουρκία, η Ρουμανία, η Βουλγαρία, η Πολωνία και η Ουγγαρία (<http://www.who.int/en>, 2012).

Οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία τείνουν να συσχετίζονται θετικά με το κατά κεφαλή ΑΕΠ, παρότι η συσχέτιση είναι μεγαλύτερη μεταξύ ευρωπαϊκών χωρών με χαμηλό κατά κεφαλή ΑΕΠ. Ακόμη και για χώρες με παρόμοια επίπεδα του κατά κεφαλή ΑΕΠ, μπορεί να υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές στις δαπάνες για την υγεία. Για παράδειγμα, η Ισπανία και η Γαλλία διαθέτουν παρόμοιο κατά κεφαλή ΑΕΠ, όμως η Ισπανία δαπανά λιγότερο από το 80% των δαπανών της Γαλλίας για την υγεία. (<http://www.who.int/en>, 2012).

Τα συστήματα υγείας δέχονται ορισμένες φορές κριτική ότι επικεντρώνονται υπερβολικά στην «περίθαλψη ασθενείας»: στην θεραπεία ασθενών, χωρίς να κάνουν αρκετά για την πρόληψη ασθενειών. Κατά μέσο όρο, στις χώρες της ΕΕ, μόνο το 3% των σημερινών δαπανών για την υγεία διατίθεται για την πρόληψη και για προγράμματα δημόσιας υγείας.

Ο δημόσιος τομέας είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης της υγείας, σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες εκτός της Κύπρου. Κατά μέσο όρο, το 2008 σχεδόν τρία τέταρτα όλων των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτήθηκαν από το δημόσιο τομέα, μέσω της γενικής φορολογίας ή των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης. Στο Λουξεμβούργο, την Τσεχική Δημοκρατία, τις σκανδιναβικές χώρες (εκτός της Φινλανδίας), το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Ρουμανία, η δημόσια χρηματοδότηση αντιστοιχούσε σε περισσότερο από 80% της συνολικής δαπάνης για την υγεία.

Το μέγεθος και η σύνθεση της ιδιωτικής χρηματοδότησης διαφέρουν μεταξύ των χωρών. Στις περισσότερες χώρες γίνεται με πληρωμή σε ρευστό από τους ασθενείς. Κατά μέσο όρο στις χώρες της ΕΕ, η ιδιωτική ασφάλεια υγείας αντιστοιχεί μόνο στο 3-4% της συνολικής δαπάνης για την υγεία. Ωστόσο, σε ορισμένες χώρες παίζει σημαντικό ρόλο. Στη Γερμανία παρέχει πρωτοβάθμια κάλυψη για ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες. Στη Γαλλία, η ιδιωτική ασφάλεια υγείας χρηματοδοτεί το 13% των συνολικών δαπανών, όμως παρέχει συμπληρωματική και παραπληρωματική κάλυψη σε ένα καθολικό δημόσιο σύστημα.

Δεδομένης της σύγχρονης ανάγκης να μειωθούν τα δημοσιονομικά ελλείμματα σε πολλές χώρες, οι κυβερνήσεις μπορεί να βρεθούν προ δύσκολων πολιτικών επιλογών

βραχυπρόθεσμα. Είτε θα πρέπει να περικόψουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία, είτε να περικόψουν δαπάνες σε άλλους τομείς είτε να αυξήσουν τους φόρους ή τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης για τη μείωση των ελλειμμάτων τους. Η βελτίωση της παραγωγικότητας του τομέα της υγείας μπορεί να συμβάλει στην εξισορρόπηση αυτών των πιέσεων, π.χ. μέσω της πιο αυστηρής αξιολόγησης των τεχνολογιών υγείας ή της αυξημένης αξιοποίησης των τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας (e-Health). Οι πρωτοβουλίες αυτές μπορεί επίσης να έχουν ως πρόσθετο όφελος τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης, που είναι ένας άλλος τομέας συνεργασίας ανάμεσα στον ΟΟΣΑ και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. (<http://www.who.int/en>, 2012).

3.2 ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

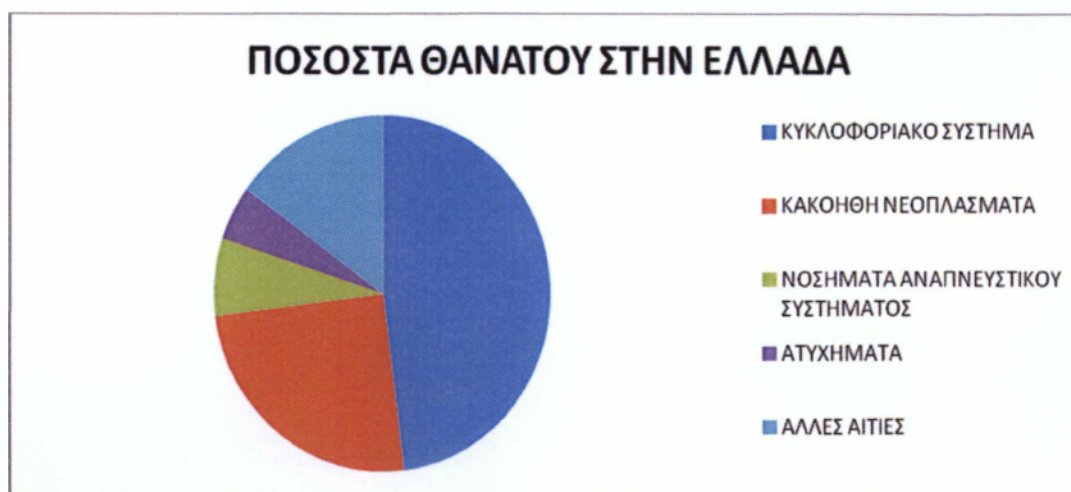


<http://logioshermes.blogspot.com>

Τα τελευταία 10 χρόνια (1996 - 2006) ο συνολικός πληθυσμός της χώρας αυξήθηκε κατά 4,2%, κυρίως λόγω της μετανάστευσης. Η ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών αυξήθηκε από 13,3% στο σύνολο του πληθυσμού το 1983, σε 18,5% το 2006, με αποτέλεσμα την περαιτέρω δημογραφική γήρανση του πληθυσμού. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση διαμορφώθηκε, το 2004, στα 76,67 έτη για τους άντρες και στα 81,46 έτη για τις γυναίκες, εμφανίζοντας μικρή αυξητική τάση, κυρίως λόγω της μείωσης της περιγεννητικής και βρεφικής θνησιμότητας. Η Ελλάδα, σε ό,τι αφορά το προσδόκιμο ζωής, κατατάσσεται το 2004 στην 11η θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ το 2001 κατείχε την 7η θέση και το 1991 τη 2η. Το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών στην Ελλάδα, βρίσκεται πλέον κάτω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ μέχρι το 1999 ήταν υψηλότερο. Η γενική θνησιμότητα παρουσιάζει σταθερή μείωση τόσο για τους άντρες όσο

και για τις γυναίκες, όμως η μείωση αυτή είναι με βραδύτερους ρυθμούς σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (48%), τα κακοήγη νεοπλασμάτα (25%), τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (7%) και τα ατυχήματα (5%) (ΥΥΚΑ, 2008).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6: Ποσοστά θανάτου στην Ελλάδα



Τα ατυχήματα κατέχουν την πρώτη θέση στις ηλικίες μέχρι 44 ετών, οι κακοήθεις νεοπλασίες στις ηλικίες 45-59 ετών και τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος στις ηλικίες άνω των 60 ετών.

Η θνησιμότητα από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος εμφανίζει μείωση στην Ελλάδα, ο ρυθμός όμως μείωσης είναι βραδύτερος απ' ό,τι στις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με αποτέλεσμα να υπερβαίνει αυτή της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Από τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τη συχνότερη αιτία θανάτου αποτελούν οι παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων και ακολουθεί η ισχαιμική καρδιοπάθεια, ενώ στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι η πρώτη αιτία θανάτου. Η διαφορά αυτή πιθανόν να οφείλεται σε λάθη καταγραφής των αιτίων θανάτου, ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα άνω των 75 ετών. (Τσελέπη Χ., 2010)

Η θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλασμάτα στην Ελλάδα είναι μικρότερη από το μέσο όρο της Ε.Ε. και παραμένει σταθερή την τελευταία 20ετία ενώ στην Ευρωπαϊκή Ένωση μειώνεται στο διάστημα αυτό.

Η θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα στους άντρες είναι σχεδόν διπλάσια απ' ό,τι στις γυναίκες, λόγω της μεγάλης συχνότητας των νεοπλασμάτων του αναπνευστικού συστήματος εξαιτίας του καπνίσματος. (Τσελέπη Χ., 2010)

Στις γυναίκες, τα νεοπλάσματα του μαστού αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου από νεοπλάσματα και ακολουθούν τα νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος. Σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.

Η θνησιμότητα από κακοήγη νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος και της ουροδόχου κύστης είναι υψηλότερη από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ στα υπόλοιπα νεοπλάσματα, η θνησιμότητα είναι χαμηλότερη.

Η θνησιμότητα από ατυχήματα είναι πολύ μεγαλύτερη στους άντρες απ' ό,τι στις γυναίκες και βρίσκεται άνω του μέσου όρου της Ε.Ε., παρά το γεγονός ότι ακολουθεί πτωτική τάση.

Το 55,9% των θανάτων από ατυχήματα οφείλονται στα τροχαία, τα οποία όμως παρουσιάζουν σημαντική μείωση μετά το 1996. (Τσελέπη Χ., 2010)

Τα ατυχήματα είναι υπεύθυνα για το 27% των χαμένων χρόνων ζωής, που εκφράζουν την πρόωμη θνησιμότητα, και ακολουθούν τα κακοήγη νεοπλάσματα (24%) και τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (21%).

Στους άντρες, η κύρια αιτία χαμένων χρόνων ζωής είναι τα ατυχήματα και ακολουθεί η ισχαιμική καρδιοπάθεια και ο καρκίνος του πνεύμονα, ενώ στις γυναίκες προηγούνται οι περιγεννητικές καταστάσεις και ακολουθούν οι συγγενείς ανωμαλίες και τα τροχαία ατυχήματα.

Στο Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής, η Ελλάδα με 71 έτη (69,1 για τους άντρες και 72,9 για τις γυναίκες) το 2002, κατέχει την 21η θέση διεθνώς και την 11η στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Οι κύριες αιτίες νοσηλείας του ελληνικού πληθυσμού ήταν, το 2003, τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (15%), τα νεοπλάσματα (10%) και τα νοσήματα του πεπτικού συστήματος (10%).(<http://www.ygeianet.gr>, 2011) Σε σχέση με το 1997, τα νεοπλάσματα, από την 4η θέση βρίσκονται στην 2η, και τα νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων από την 9η στην 4η θέση.

Κατά την περίοδο 1997 - 2003, ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών αυξήθηκε τόσο συνολικά (20%) όσο και ανά κατηγορία νοσημάτων. Το 35% του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού πάσχει από ένα χρόνιο νόσημα. Προηγείται σε συχνότητα η υπέρταση και ακολουθούν η υπερχοληστεριναιμία, οι αρθρίτιδες, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι αγχώδεις διαταραχές.

Η περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα ελαττώνεται σταθερά τα τελευταία 30 χρόνια. Το 2003 ήταν 6,26 ανά 1.000 γεννήσεις, ενώ ο μέσος όρος στην Ευρωπαϊκή Ένωση την ίδια χρονιά ήταν 6,54. Μεγαλύτερη μείωση παρουσιάζει ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας. Από 29,6% το 1970, έφτασε στο 4,06% το 2004, που είναι χαμηλότερος του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (5,27%).(Τσελέπη Χ., 2010)

Οι κυριότερες αιτίες βρεφικής θνησιμότητας είναι τα προβλήματα της περιγεννητικής περιόδου και οι χρωμοσωματικές ανωμαλίες.

Σε σύγκριση με το 1996 έχει επιτευχθεί μείωση στους θανάτους από λοιμώδη νοσήματα και εξωτερικές αιτίες. Παρά το γεγονός ότι οι θάνατοι από ατυχήματα στην παιδική ηλικία έχουν μειωθεί κατά 65,8% τα τελευταία 15 χρόνια, συνεχίζουν να αποτελούν την πρώτη αιτία της παιδικής θνησιμότητας.

Η Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία στον ενήλικο ελληνικό πληθυσμό παρουσιάζει χαμηλές τιμές στις διαστάσεις της γενικής υγείας Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα (62,02/100) και της ψυχικής υγείας (64,41/100) και σχετικά υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις του κοινωνικού ρόλου (81,53/100) και του συναισθηματικού ρόλου (81,86/100). (<http://www.ygeianet.gr>., 2011)

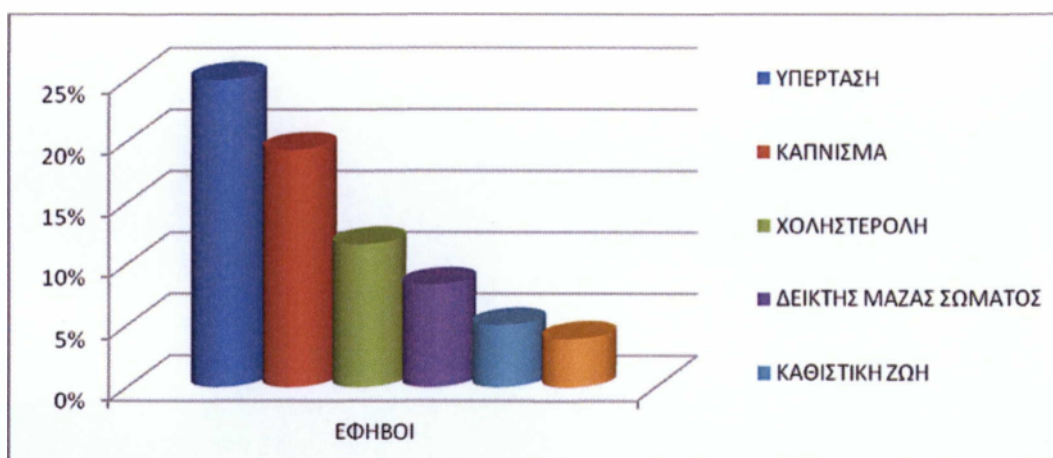
Οι άντρες υπερτερούν των γυναικών και στις 8 διαστάσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, ενώ σε όλες τις διαστάσεις υπάρχει μείωση με την αύξηση της ηλικίας. Οι Έλληνες εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές στη διάσταση της γενικής υγείας και κυρίως στη διάσταση της ψυχικής υγείας σε σύγκριση με χώρες όπως η Γερμανία, η Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, και υπερτερούν στη διάσταση του σωματικού πόνου.

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία στους Έλληνες εφήβους υστερεί άλλων ευρωπαϊκών χωρών στις περισσότερες διαστάσεις, κυρίως στην ψυχική ευεξία και

υπερτερεί μόνο στις διαστάσεις του σχολικού περιβάλλοντος και του κοινωνικού αποκλεισμού.

Η υπέρταση ευθύνεται για το 25% του συνόλου των θανάτων, το κάπνισμα για το 19,3%, η υψηλή χοληστερόλη για το 11,6%, ο υψηλός Δείκτης Μάζας Σώματος για το 8,3%, η καθιστική ζωή για το 5% και η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών για το 3,9%.(Τσελέπη Χ., 2010)

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7: Ποσοστά θανάτου των εφήβων.



Σε ό,τι αφορά στα Χρόνια Ζωής Απαλλαγμένα από Ανικανότητα (DALY's), ο πιο επιβλαβής παράγοντας κινδύνου είναι το κάπνισμα (12,9%) και ακολουθούν η αρτηριακή υπέρταση (11,8%), ο υψηλός Δ.Μ.Σ. (8,5%) και η υψηλή χοληστερόλη (7,6%), η κατάχρηση αλκοόλ (4,3%), η καθιστική ζωή (3,5%) και η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (2,6%).(Τσελέπη Χ., 2010)

Η διατροφή των Ελλήνων παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις μ964 της τάξης του 50% από τις βασικές προδιαγραφές της Μεσογειακής Δίαιτας. Ο δείκτης ισορροπημένης διατροφής είναι 26,6 με κατώτατο όριο ικανοποιητικών τιμών το 28. Η εστίαση εκτός οικίας είναι ιδιαίτερα συχνή, ενώ 1 στους 3 Έλληνες δεν λαμβάνει το πρωινό γεύμα. Παρόλα αυτά, η διατροφή των Ελλήνων παραμένει ικανοποιητική σε σύγκριση με τις άλλες αναπτυγμένες χώρες, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, όπου κατέχουμε την 1η θέση.

Η Ελλάδα κατέχει στο κάπνισμα μία από τις υψηλότερες θέσεις διεθνώς. Το 40% των ενήλικων ελλήνων είναι καπνιστές (49,9% των ανδρών και το 30,8% των γυναικών), με αυξητικές τάσεις και στα δύο φύλα τα τελευταία χρόνια. Το 24,6% των μαθητών ηλικίας 14-17 ετών καπνίζει καθημερινά, ενώ στάσιμα παραμένουν την τελευταία 5ετία τα ποσοστά των νέων 18-34 ετών που καπνίζουν. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί και το παθητικό κάπνισμα καθώς, από τους μη-καπνιστές, το 31,5% δηλώνει ότι εκτίθεται σε κάπνισμα στο σπίτι και το 38% στην εργασία. Συνολικά, πάνω από 20.000 Έλληνες πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας του καπνίσματος.

Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα κυμαίνεται σε σχετικά χαμηλά επίπεδα σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση, σύμφωνα με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. Περίπου 1 στους 5 Έλληνες δηλώνει ότι πίνει περισσότερο από 4 μερίδες οινοπνευματωδών ποτών την εβδομάδα. Μεταξύ των εφήβων, τα περιστατικά μέθης, αν και αυξήθηκαν τη δεκαετία 1993 - 2003, παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Ο μέσος Δείκτης Μάζας Σώματος των Ελλήνων είναι μεταξύ 26,2-26,4 kg/m², όταν η ανώτερη φυσιολογική τιμή είναι 25 kg/m². Το ποσοστό του πληθυσμού με αυξημένο σωματικό βάρος ανέρχεται στα 57,7%, γεγονός που μας κατατάσσει στη 2η χειρότερη θέση μετά το Ηνωμένο Βασίλειο, μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15. Σε ό,τι αφορά τη σωματική άσκηση, το 34,5% των ανδρών και το 44,7% των γυναικών στον ενήλικο πληθυσμό, δηλώνουν σωματικά αδρανείς. (Τσελέπη Χ., 2010)

Το 8,6% του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών έχει κάνει χρήση παράνομης ναρκωτικής ουσίας. Υψηλότερα ποσοστά εμφανίζουν οι άντρες (13,3% έναντι 3,9% των γυναικών), και τα άτομα ηλικίας 18-35 ετών (12,2%). Διαχρονικά, η χρήση παράνομων ναρκωτικών παρουσίασε σημαντική αύξηση στο διάστημα 1984 - 1998 και στη συνέχεια παρουσίασε πτωτική πορεία. Σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι Έλληνες έφηβοι εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά χρήσης, ιδιαίτερα κάνναβης.

Σημαντικές κοινωνικές ανισότητες παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Τα χρόνια νοσήματα είναι πιο συχνά στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (36,9%) σε σύγκριση με τις ανώτερες (30,4%). Σε ορισμένα νοσήματα, όπως στον σακχαρώδη διαβήτη, η διαφορά είναι σχεδόν διπλάσια (6,2% έναντι 3%).

Αντίστοιχες διαφορές παρατηρούνται και σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και στους παράγοντες κινδύνου διατροφή, άσκηση, αϋπνία, κ.ά. -πλην του καπνίσματος, που είναι πιο συχνό στα ανώτερα στρώματα- σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες.

Ανισότητες στην υγεία παρατηρούνται και κατά γεωγραφικές περιοχές, με την Αν. Μακεδονία και Θράκη, που έχει το χαμηλότερο κατά κεφαλήν Α.Ε.Π., να παρουσιάζει τον υψηλότερο δείκτη γενικής θνησιμότητας (768,3 ανά 100.000 κατοίκους) και το υψηλότερο ποσοστό καρδιαγγειακών νοσημάτων.(ΥΥΚΑ 2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ, ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τον τελευταίο χρόνο, η παγκόσμια κοινότητα αντιμετωπίζει μια μεγάλης έντασης οικονομική κρίση, η οποία, αν και εκδηλώθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες με επίκεντρο τις τραπεζικές επισφάλειες και ειδικότερα την αδυναμία εξυπηρέτησης των στεγαστικών δανείων, σύντομα έλαβε διαστάσεις επιδημίας. Η χρηματοπιστωτική κρίση επεκτάθηκε ταχύτατα στις αναπτυγμένες χώρες και στη συνέχεια σε ολόκληρο τον κόσμο, με δραματικές επιπτώσεις στο τραπεζικό σύστημα και τις επιχειρήσεις. Σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, η κρίση μεταφέρεται με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης. Η αντίδραση των χωρών ήταν άμεση σε ό,τι αφορά στη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της κρίσης. Τα μέτρα αυτά, αν και διέφεραν από χώρα σε χώρα, ωστόσο είχαν έναν κοινό στόχο, τη βελτίωση της ρευστότητας, την κινητοποίηση των επενδύσεων με σκοπό την αναθέρμανση της οικονομίας και τη συγκράτηση της απασχόλησης.

Η προσέγγιση αυτή επιχειρεί την αναθέρμανση της οικονομίας με αύξηση των δημοσίων δαπανών, προκειμένου να αντισταθμιστεί τμήμα του ελλείμματος της ζήτησης. Παράλληλα, όμως, η πολιτική αυτή οδηγεί σε αύξηση των ελλειμμάτων και του δημόσιου χρέους, με αποτελέσματα τα οποία δεν μπορούν να κριθούν επί του παρόντος. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το σχέδιο για την αντιμετώπιση της κρίσης, τη στήριξη και την ανάκαμψη της οικονομίας κατατέθηκε το Δεκέμβριο του 2008. Η ανάπτυξη κοινών στρατηγικών σε συνδυασμό με την προώθηση των μακροπρόθεσμων στόχων της

Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του σχεδίου. Στόχος είναι η τόνωση της αγοράς και η λήψη μέτρων για τη στήριξη των επιχειρήσεων και της απασχόλησης.

Οι βασικοί άξονες για την αντιμετώπιση της κρίσης είναι η εισαγωγή ρευστότητας στην οικονομία ώστε να τονωθεί η ζήτηση και η προώθηση των επενδύσεων με μακροπρόθεσμο στόχο την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της Ευρώπης, πάντα όμως λαμβάνοντας υπόψη τους περιορισμούς του Συμφώνου Σταθερότητας, το οποίο δίνει έμφαση στη δημοσιονομική πειθαρχία και τη νομισματική σταθερότητα. Από την άλλη πλευρά, οι χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες και ιδιαίτερα όσες δεν έχουν αναπτυγμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας, αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Υπολογίζεται ότι στα αμέσως επόμενα χρόνια οι χώρες αυτές θα χρειαστούν ένα τρισεκατομμύριο δολάρια για πληρωμές τραπεζικών χρεών και για τη διατήρηση ενός ελάχιστου ασφαλούς επιπέδου κοινωνικής προστασίας.

4.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΖΩΗ

Η οικονομική κρίση προκαλεί δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι η μείωση ή και η απουσία εισοδήματος προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια. Το διεθνές εμπόριο, ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης και η απασχόληση αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η διεθνής οικονομία. (Κυριόπουλος 2010)

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης διαφοροποιούνται όχι μόνο μεταξύ των χωρών, όπου –όπως είναι αναμενόμενο– οι χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις αναπτυγμένες χώρες, αλλά και στο εσωτερικό των χωρών, έτσι ώστε οι χειρόνακτες εργάτες και τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση να υφίστανται τις πλέον δυσμενείς επιπτώσεις σε σχέση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης της μεσαίας και ανώτερης τάξης. (Κυριόπουλος 2010)

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Εμπορίου (World Trade Organization, WTO), μείωση της ζήτησης εισαγωγών είχε ήδη παρατηρηθεί από το 2007. Ωστόσο, οι προβλέψεις για το 2012 είναι ιδιαίτερα δυσοίωνες, καθώς προβλέπεται πτώση 10% σε

ποσοτικούς όρους. Η μείωση αυτή αναμένεται να πλήξει περισσότερο τις αναπτυγμένες από τις αναπτυσσόμενες χώρες (μείωση 14% έναντι 7%)..(Κυριόπουλος 2010)

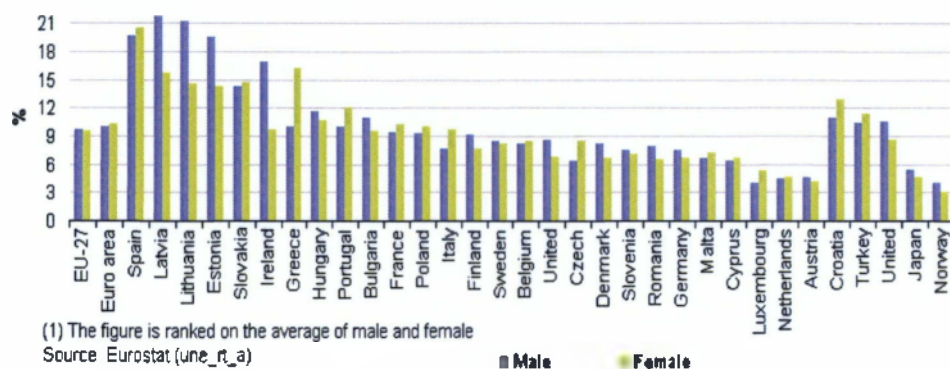
Αν και η παγκοσμιοποίηση επέδρασε θετικά σε ορισμένες χώρες, όπως η Κίνα, η Ινδία και άλλες, με τη μείωση της φτώχειας, η πτώση του διεθνούς εμπορίου έχει ανακόψει αυτή τη βελτίωση και έχει θέσει σε κριτική επανεξέταση το υπόδειγμα της παγκοσμιοποίησης, ενώ αναδεικνύει την ανάγκη για ρύθμιση των αγορών και κρατική παρέμβαση στους κανόνες επιχειρηματικής δραστηριότητας και διανομής των δημοσίων αγαθών. (Κυβελέα Ν., και συν. 2011)

Η παρούσα κρίση κινεί σε μηδενικό ή και αρνητικό ρυθμό την ανάπτυξη στην παγκόσμια οικονομία, με εξαίρεση την Κίνα, την Ινδία και μερικές άλλες νέες βιομηχανικές χώρες. Η παγκόσμια οικονομία αναμένεται να συρρικνωθεί κατά 2,9% το 2012 σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα. Το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) προβλέπεται να μειωθεί κατά 3% στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και κατά 2% στις υπόλοιπες αναπτυγμένες οικονομίες. Ασθενής ανάκαμψη της οικονομίας με μικρή άνοδο του ρυθμού ανάπτυξης προβλέπεται το 2013. Ωστόσο, οι προβλέψεις αυτές είναι αρκετά εύθραυστες και ως εκ τούτου δεν μπορεί να υπολογιστεί με ακρίβεια ο χρόνος και ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης. (<http://www.ygeianet.gr>, 2011)

Η οικονομική κρίση, σε παγκόσμια κλίμακα, θέτει σε καθεστώς ευπρόσβλητης εργασίας το ήμισυ σχεδόν των εργατών, οι οποίοι βρίσκονται σε κίνδυνο απώλειας της εργασίας και συνεπώς σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας. Από τα τέλη του 2008 η ανεργία άρχισε να αυξάνεται σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Organization, ILO), η ανεργία σε παγκόσμια κλίμακα, από 5,7% που ήταν το 2007, προβλέπεται να κυμανθεί στο 6,1–7,1% το 2012, δηλαδή σε αύξηση του αριθμού των ανέργων κατά 18–51 εκατομμύρια. Ο αριθμός των φτωχών εργαζομένων θα αυξηθεί παγκόσμια κατά 200 εκατομμύρια και θα ανέλθει στο επίπεδο των 700–800 εκατομμυρίων. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του ΟΟΣΑ, τον Αύγουστο του 2011 η ανεργία στις χώρες του ΟΟΣΑ έφθασε στο 8,6%, δηλαδή ήταν κατά 2,3% υψηλότερη έναντι του Αυγούστου του 2008. Το αντίστοιχο ποσοστό στην Ευρώπη, τον Αύγουστο του 2009, ήταν 9,6%, δηλαδή κατά 2% υψηλότερο απ' ό,τι τον Αύγουστο του 2008. Η κατάσταση αυτή, όπως περιγράφηκε παραπάνω, απειλεί κυρίως τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, καθώς και στο εσωτερικό των χωρών τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, ενώ αποδεικνύει τρία βασικά αλληλοσυνδεδεμένα προβλήματα:

- την αυξανόμενη τάση των ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών,
- την ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας,
- τα επείγοντα ζητήματα της κλιματικής αλλαγής και της οικολογικής υποβάθμισης (Κυβελέα Ν., και συν. 2011).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8: Ποσοστά ανεργίας αντρών/γυναικών



Επίσης μια εκτενής οικονομική μεταβολή στην κοινωνία μπορεί να έχει ως συνέπεια την τροποποίηση επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών (π.χ. μείωση καπνίσματος λόγω αύξησης της τιμής των τσιγάρων), δηλαδή μπορεί να εκληφθεί ως ευκαιρία, είτε την αύξηση των ψυχικών διαταραχών και των αυτοκτονιών, δηλαδή να θεωρηθεί ως κρίση.

Προηγούμενα παραδείγματα μείζονος οικονομικής ύφεσης, για παράδειγμα το οικονομικό κραχ στις Η.Π.Α. το 1930, χαρακτηρίστηκαν από μείωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 10%, αλλά από αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40% όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30%.

Είναι γνωστό ότι σε περιόδους σημαντικών κοινωνικών κρίσεων που προκαλούνται είτε από φυσικά φαινόμενα, είτε από το ξέσπασμα πανδημιών, είτε εξαιτίας μιας σημαντικής οικονομικής ύφεσης, αναδύονται προβλήματα σε πολλαπλά επίπεδα (κοινωνικό, ψυχολογικό, πολιτικό).

Η αποτελεσματική διαχείριση αυτών των προβλημάτων πρέπει να βασίζεται σε ένα μοντέλο «κοινωνικής συνοχής». Συγκεκριμένα το μοντέλο που βασίζεται στη «κοινωνική συνοχή» χαρακτηρίζεται από:

- A) την ενεργή συμμετοχή των ομάδων πολιτών στο σχεδιασμό της διαχείρισης της κρίσης,
- B) την εγκαθίδρυση σχέσεων εμπιστοσύνης ανάμεσα στο κράτος και στους πολίτες,
- Γ) τον επανακαθορισμό των κοινωνικών αξιών όπως η ελευθερία και η ισότητα.

Έχοντας ως σημείο εκκίνησης τα παραπάνω, τίθενται δύο ουσιαστικά ερωτήματα αναφορικά με την κοινωνική συνοχή: *μια οικονομική κρίση, με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, στην ελληνική πραγματικότητα σήμερα, εννοεί ή θέτει σε κίνδυνο την κοινωνική συνοχή. Και ακόμα, μπορεί η διατάραξη της κοινωνικής συνοχής, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, να έχει επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων και ποιες.*

Συμπεραίνουμε πως η απώλεια της εργασίας σχετίζεται με πλημμελή διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υγειονομικές υπηρεσίες. Τέλος, φάνηκε πως η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%.

Η κρίση δεν αλλάζει μόνο τα οικονομικά μεγέθη, αλλάζει τις κοινωνικές σχέσεις των ανθρώπων.



Η οικονομική κρίση που διέρχεται η Ελλάδα είναι βαθιά και η εκτίμησή μας είναι ότι θα διαρκέσει για αρκετά χρόνια. Επίσης, άρχισαν να διαφαίνονται και οι κοινωνικές της επιπτώσεις (ανεργία, εγκληματικότητα, αυτοκτονίες, κλπ.).

Το τελευταίο διάστημα ανακοινώθηκαν τα συμπεράσματα από δύο έρευνες, μία της εταιρείας Marc για λογαριασμό του Βιοτεχνικού Επιμελητηρίου Αθήνας, και η δεύτερη της εταιρίας Interview για το Βιοτεχνικό Επιμελητήριο Θεσσαλονίκης (ΒΕΘ). Η πρώτη έρευνα κατέγραψε, για το 2009, σημαντική μείωση τόσο του τζίρου της συντριπτικής πλειονότητας των βιοτεχνικών επιχειρήσεων της Αθήνας όσο και της απασχόλησης. Σύμφωνα με την έρευνα, ο τζίρος των επιχειρήσεων μειώθηκε κατά περίπου 1/3 το 2009

και η απασχόληση κατά 25.000 άτομα, ενώ η εκτίμηση των επιχειρηματιών ότι θα προχωρήσουν το επόμενο διάστημα σε απολύσεις σημειώνει σημαντική αύξηση κατά 10% σε σχέση με προηγούμενη έρευνα που είχε γίνει το καλοκαίρι.

Η δεύτερη έρευνα είχε θέμα το ασφαλιστικό και ερωτήθηκαν 405 ενεργοί επιχειρηματίες, μέλη του ΒΕΘ, και 300 συνταξιούχοι. Οι 4 στους 10 συνταξιούχους αναγκάζονται να εργασθούν για να επιβιώσουν, ενώ το 69% θεωρεί ότι η σύνταξη είναι χαμηλή. Επιπλέον, τα στοιχεία έδειξαν ότι βγαίνουν στην σύνταξη στα 61,8 έτη κατά μέσο όρο, έχοντας πληρώσει εισφορές κατά μέσο όρο 32,7 έτη. Τέλος, το 43% απαντά ότι χειροτέρευσε η ζωή του μετά την σύνταξη.

Εάν, λοιπόν, αναλογισθεί κανείς την πρωτόγνωρη οικονομική κατάσταση που περνάει η Ελλάδα, και την οποία επιβεβαιώνουν στοιχεία όπως οι παραπάνω δύο έρευνες, είναι εύκολο να συμπεράνει κανείς ότι ταυτόχρονα θα αυξάνονται και οι κοινωνικές επιπτώσεις. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προειδοποιούσε από τον Ιανουάριο του 2009 για τις επιπτώσεις της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Επίσης, έδινε ιδιαίτερη έμφαση για τις αναπτυσσόμενες χώρες που θα καταφύγουν στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο! Τόνιζε, μάλιστα, ο ΠΟΥ ότι η πρώτη προτεραιότητα σε κάθε χώρα, που θα αντιμετωπίσει απότομη οικονομική πτώση, πρέπει να είναι η προστασία της ζωής και των περιουσιών των πολιτών που θα είναι σε μεγαλύτερο ρίσκο. Παρατηρούμε μία επικίνδυνη αύξηση της εγκληματικότητας, κυρίως στα αστικά κέντρα τα οποία υφίστανται προφανώς την μεγαλύτερη πίεση από την ανεργία, ή την ανασφάλεια της εργασίας. Στα στατιστικά στοιχεία που έδωσε στην δημοσιότητα η Ελληνική Αστυνομία για το 2009, αναφέρονται 388 ληστείες στην Αττική, με λίγα λόγια 1,3 ληστείες την ημέρα. Ο αριθμός αυτός είναι αυξημένος κατά 43,91% σε σχέση με τον αντίστοιχο του 2008. (Τσιάντος Β., 2010)

Ένα δεύτερο ανησυχητικό σημείο, που παίρνει και αυτό εκρηκτικές διαστάσεις, είναι η διαφαινόμενη αύξηση των αυτοκτονιών για οικονομικούς λόγους. Στην εφημερίδα “Πρώτο Θέμα” αναφέρεται ότι “Ένας Έλληνας αυτοκτονεί κάθε μέρα λόγω χρεών”.

Οι οικονομολόγοι υπογραμμίζουν ότι τα δημόσια ελλείμματα δεν είναι αιτία αλλά συνέπεια της τρέχουσας κρίσης του ιδιωτικού τομέα της οικονομίας. Το πραγματικό αίτιο είναι η διεθνής κρίση του συστήματος και όχι η παθογένεια της κάθε χώρας χωριστά...και του συστήματος γενικότερα. Υψηλό έλλειμμα και χρέος δεν είχε μόνο η Ελλάδα αλλά και χώρες όπως η Γερμανία, που παραβίαζε επί 8 στα 11 χρόνια του ευρώ τα όρια του

συμφώνου σταθερότητας. Το ίδιο ισχύει και για τη Γαλλία που παραβίασε 7 στα 11 χρόνια του ευρώ το όριο για το χρέος και 5 στα 11 τον στόχο για το έλλειμμα. Μόνο το Λουξεμβούργο και η Φινλανδία εκπλήρωναν τους δημοσιονομικούς στόχους του συμφώνου Σταθερότητας και στα 11 χρόνια του ευρώ.(www.Oikofilosofiko.blogspot.com)

Οι δύσκολες αποφάσεις λήφθηκαν στη χώρα μας για την αντιμετώπιση της χρεοκοπίας και του χρέους ύψους 300 δις ευρώ. Μόνο που το χρέος και τους τόκους, περίπου 13 δις το χρόνο (5%) του ΑΕΠ, δεν καλούνται να το πληρώσουν αυτοί που το δημιούργησαν αλλά αυτοί που δεν φέρουν την παραμικρή ευθύνη. Τα νέα μέτρα λιτότητας θα επηρεάσουν την καθημερινότητα και την ποιότητα της ζωής όλων μας. Τις συνθήκες εργασίας, τον ελεύθερο χρόνο, το φυσικό και το ανθρωπογενές περιβάλλον, την εκπαίδευση, τη δημόσια υγεία, το συνολικό κοινωνικό εισόδημα.

Η αναμενόμενη οικονομική ύφεση σε μια χώρα σαν την Ελλάδα, με την υπερβολική και ανορθολογική κατανάλωση, θα μπορούσε να μην είναι κάτι το κακό αν δεν υπήρχε ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού που στερείται ακόμη βασικά αγαθά. Η νέα κατάσταση θα μας αναγκάσει όλους να ξανασκεφτούμε σχετικά με την κατανάλωση άχρηστων συνήθως αγαθών, την έννοια της ποιότητας ζωής και της προόδου και της ανάπτυξης. Ήδη έχουν αρχίσει να ανθούν θεωρίες αποανάπτυξης, που επιδεινώνουν τη γενικότερη θεωρητική αμηχανία σε κύκλους από τους οποίους η κοινωνία θα περίμενε πιο καθαρές αναλύσεις και προτάσεις διεξόδου από την κρίση. (www.Oikofilosofiko.blogspot.com)

Η κρίση που περνάμε δεν είναι μόνο κρίση οικονομική αλλά και πολιτισμική, κυρίως κρίση της κουλτούρας του καταναλωτισμού και τη επίδειξης. Με τα νέα μέτρα λιτότητας φτωχοποιείται η μεσαία τάξη της χώρας μας. Όμως όταν φτωχοποιείται το 40% του πληθυσμού συνενώνεται με τα αλλά 40% των φτωχών κοινωνικών ομάδων. Φτάνουμε λοιπόν στην κοινωνία των 8/10 που αντιπαρατίθεται στο υπόλοιπο 20% του πληθυσμού που ζει μέσα σε προκλητικό πλούτο.

Αυτονόητες φαίνονται πια οι σκέψεις για αμφισβήτηση του κυρίαρχου κοινωνικού μοντέλου και του νεοφιλελεύθερου δήθεν μονόδρομου, που μας βομβάρδιζαν να παραδεχτούμε, και γίνεται καλοδεχούμενη η πρόταση για στροφή προς μια οικονομία αυτοχρηματοδοτούμενη, μια παραγωγή ορθολογικότερη και ποιοτικότερη, με μείωση του εργάσιμου χρόνου για αντιμετώπιση της ανεργίας και φυσικά αμφισβήτηση και αντιπαράθεση με το χρηματοπιστωτικό κεφάλαιο. Με μείωση του χρόνου εργασίας στο

μισό θα είχε εξαλειφθεί αυτομάτως η ανεργία όμως τότε δεν θα υπήρχε η εφεδρεία των ανέργων να συμπίπτει προς τα κάτω τα μεροκάματα..

Όλοι αντιλαμβάνονται ότι τα νέα οικονομικά, ασφαλιστικά μέτρα της ελληνικής κυβέρνησης δεν έχουν καμιά σχέση με τις πραγματικές ανάγκες του λαού. Επιχειρούν απλώς να υποχρεώσουν τους εργαζόμενους να πληρώσουν τα χρέη προς τους ξένους και τους έλληνες τραπεζίτες. Τα χρέη αυτά τα δημιούργησαν οι ανεύθυνες πολιτικές φοροελαφρύνσεων και παροχών στο ελληνικό κεφάλαιο που προσπάθησε να επεκταθεί στα Βαλκάνια, αναζητώντας πελατεία και πιο φτηνά εργατικά χέρια. Η μείωση των φορολογικών εσόδων, που επήλθε μέσω των δωρεών προς τους πλουσίους, οδήγησε την κυβέρνηση να χρηματοδοτεί ένα αυξανόμενο μέρος των εθνικών προϋπολογισμών με δάνεια . Η οικονομική ύφεση έφερε παραπέρα μείωση των φορολογικών εσόδων. Τέλος τα προγράμματα διάσωσης των τραπεζών επιδεινώσαν ακόμη περισσότερο τα δημόσια ελλείμματα ενώ οι αρμόδιες δημόσιες αρχές δεν ενήργησαν αποφασιστικά για να αναλάβουν τον έλεγχο του χρηματοπιστωτικού τομέα, ώστε να αλλάξει η λειτουργία του. Κατόπιν η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αποφάσισε να παρέμβει ρυθμιστικά στην αγορά παραγώγων επενδυτικών προϊόντων και να απαγορεύσει τις ακάλυπτες ανοικτές πωλήσεις σε μετοχές , ομόλογα και ασφάλιστρα πιστωτικού κινδύνου CDS.

Το ερώτημα ποιος θα πληρώσει την κρίση δεν είναι δύσκολο να απαντηθεί. Θα πληρώσουν οι άνθρωποι που τιμωρούνται διπλά. Οι φτωχοί που εργάζονται για να επιβιώσουν, για να σωθούν αυτοί που κερδίζουν χρήματα από το δημόσιο χρέος, μέσω της πτώσης των μισθών και των συντάξεων, την καταστροφή των κοινωνικών υπηρεσιών, την αύξηση των φόρων και του ΦΠΑ. Όμως αυτά τα μέτρα αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης δεν αντιμετωπίζουν καμιά από τις πραγματικές αιτίες της κρίσης και βυθίζουν τους ανθρώπους στην εξαθλίωση και την επισφάλεια.

Το ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι η οικονομική κρίση έχει τις συνέπειες της και στους μετανάστες. Η κρίση διώχνει τους μετανάστες. Η ανεργία, η ακρίβεια και η φτώχεια χτυπά όπως είναι φυσικό πρώτα τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Η αναμενόμενη οικονομική , αναπτυξιακή ύφεση δεν θα επιτρέψει την απορρόφηση των χιλιάδων νέων ανέργων γηγενών και μεταναστών. Οι μετανάστες είναι η πρώτη ομάδα απόλυσης. Πολλοί μετανάστες «χωρίς χαρτιά» παραμένουν συχνά απλήρωτοι. Σύμφωνα με την ελληνική Στατιστική Υπηρεσία οι άνεργοι μετανάστες και Έλληνες αυξάνονται κατά 38.000 το

μήνα σήμερα έχουν καταγραφεί 605.277 άνεργοι ένας στους τρεις νέους έως 24 χρονών είναι άνεργος. (Μάνος Γ., 2009)

Η κρίση δεν πρόκειται να λύσει το πρόβλημα της παράνομης μετανάστευσης. Η οικονομική κρίση θα είναι μια τραγική πραγματικότητα και θα δημιουργηθεί πρόβλημα επιβίωσης για πολλούς ανέργους, ανεξάρτητα από ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και εθνικότητα.

Τα πακέτα διάσωσης δεν μπορούν να καταπολεμήσουν την κρίση γιατί δεν αντιμετωπίζουν τις αιτίες της. Από τα πακέτα διάσωσης και τα υψηλά επιτόκια για τα κρατικά δάνεια κερδίζουν μόνο οι τράπεζες. Το κεφάλαιο των πλουσίων και τα κέρδη των πολυεθνικών με τα οποία κερδοσκοπούν στις χρηματοπιστωτικές αγορές, παραμένουν άθικτα. Για το λόγο αυτό μόνο με αντίσταση σε εθνικό και πανευρωπαϊκό επίπεδο θα μπορέσουμε να εμποδίσουμε την πολιτική που ασκείται σε όφελος των τραπεζών και των πολυεθνικών.(www.Oikofilosofiko.blogspot.com)

Η «καθημερινότητα» είναι μια έννοια γενική που περιγράφει αόριστα πολλές όψεις της ζωής και τις σχετικές κοινωνικές πρακτικές μας.

Η καθημερινότητα έχει τα δικά της ιστορικά υποκείμενα τους εργαζόμενους και τους ανέργους που τη ζουν μέσα σε κρυφές και φανερές εντάσεις και συγκρούσεις..(Κανείς δεν γνωρίζει τις συνθήκες της ζωής του καλύτερα από αυτόν που τις ζει..) Συνθήκες κατοικίας, μετακίνησης προς και από το χώρο της δουλειάς, αντιμετώπιση των εξόδων για την αυτοσυντήρηση, τις καθημερινές δράσεις ρουτίνας, στο ελεύθερο χρόνο, ο τρόπος αντιμετώπισης προβλημάτων υγείας, ζητήματα μόρφωσης των παιδιών, το οικονομικό άγχος των καλοκαιρινών διακοπών , προβλήματα ένδυσης και υπόδησης κλπ.)

Το μεγαλύτερο κομμάτι της κοινωνίας ζει μια γκρίζα , καταπιεστική και αλλοτριωμένη πραγματικότητα, νοιώθοντας ότι οι συνθήκες της ζωής του τον ξεπερνάνε και δεν μπορεί μόνος του να τις αλλάξει...Η διάκριση δημόσιου και ιδιωτικού, παλιού και καινούργιου, ελευθερίας και ανελευθερίας περνάνε μέσα από την καθημερινότητα.

Στην κοινωνία της κατανάλωσης και της εμπορευματοποίησης των πάντων ο ορίζοντας της καθημερινότητας και η αίσθηση της ελευθερίας καθορίζεται από τα οικονομικά περιθώρια του ατόμου που καλείται σε συνθήκες κρίσης να περιορίσει τις ανάγκες του και

να τις ικανοποιήσει εν μέρει και μέσα στο αφύσικο περιβάλλον των μεγαλουπόλεων. Οι δρόμοι διαφυγής και ψυχικής τόνωσης είναι περιορισμένοι.

Η καθημερινότητα έχει εκτός από την οικονομική της διάσταση και την πολιτισμική. Τη συμμετοχή σε πολιτισμικά αγαθά, το γέμισμα του ελεύθερου χρόνου με αυτάξίες πληρώσεις. Με πράξεις δηλαδή που είναι αυτοσκοπός και όχι μέσον για άλλο σκοπό, που είναι συνήθως το χρήμα. Τέτοιες δραστηριότητες συνδέονται με την κοινωνική συμμετοχή, με την απόλαυση ενός θεάματος, στο θέατρο και τον κινηματογράφο, σε μια ερασιτεχνική αθλητική δραστηριότητα (π.χ. μια θεατρική ομάδα, μια κινηματογραφική λέσχη, με ατομική πρωτοβουλία).

Η καθημερινότητα έχει δύο διαστάσεις. Αλλιώς αντιμετωπίζουν οι γυναίκες την ίδια οικονομική και κοινωνική πίεση κι αλλιώς οι άντρες. Οι στενάχωρες συνθήκες κατοικίας και διαβίωσης επηρεάζουν τη διάθεση, τη σεξουαλικότητα, τη συμβίωση ή το γάμο ατόμων με διαφορετικές ανάγκες, πραγματικές ή ψεύτικες, που όμως αυτοί που τις νοιώθουν τις βιώνουν σαν πραγματικές. Η διαφήμιση αυτό επιδιώκει. Να προκαλέσει επιθυμίες και με την συνεχή επανάληψη της να γίνουν οι επιθυμίες ανάγκες.. (π.χ. θέματα ενδυμασίας, καλλωπισμού, διασκέδασης, αλλιώς τα νοιώθουν οι γυναίκες και συνήθως διαφορετικά οι άντρες.)

Η καθημερινότητα καθορίζει την κοινωνική συνείδηση του ατόμου. Η περίφημη αλλοτρίωση, η αποξένωση από το προϊόν της εργασίας μας, από τους άλλους ανθρώπους και στο τέλος από τον ίδιο των εαυτό μας βιώνεται ως γενικευμένη συνθήκη μέσα από τις καθημερινές ανθρώπινες σχέσεις. Ο αλλοτριωμένος, μοναχικός άνθρωπος νοιώθει ότι είναι ένα εμπόρευμα. Νοιώθει την επέκταση της ανταλλακτικής αξίας σε όλες τις όψεις της καθημερινής του ζωής. (Η έλλειψη δημόσιων χώρων αναψυχής και πράσινου οδηγεί στην καφετέρια για ένα καφέ, αντί σε ένα δροσερό δημόσιο πάρκο, ή παρέα με φίλους μπροστά στην παραλία.)

Όμως οι συνθήκες της ζωής μας είναι αντιφατικές. Από τη μια μεριά αποτελούν έκφραση της αλλοτρίωσης από την άλλη όμως αποτελούν μέρος της ανάπτυξης του ατόμου. Μέσα στη βιωμένη καθημερινότητα γίνεται μια συνεχής επεξεργασία νέων δεδομένων, των εμπειριών που κάνουν αφόρητη τη ζωή. Αρχίζει τότε ένας κριτικός μετασχηματισμός της εμπειρίας και μια αλλαγή στη σκέψη και στον «κοινό νου».

Μια μικρή παρηγοριά για τους μη έχοντες είναι η διαπίστωση ότι ο πλούτος δεν φέρνει από μόνος του την ευτυχία. Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι αντίθετα ο πλούτος φέρνει ψυχικά τραύματα. Η αύξηση του πλούτου δεν φέρνει την ευτυχία αλλά αντίθετα μπορεί να προκαλέσει σοβαρή ζημία στην ψυχική υγεία των πολιτών μιας χώρας. Πάντως όταν μια χώρα γίνεται πλουσιότερη οι πολίτες στρέφονται στην αγορά συμβόλων πλούτου δίχως πραγματική αξία. Ρούχα επώνυμων σχεδιαστών, κοσμήματα και πολυτελή αυτοκίνητα Όμως η συσσώρευση όλων αυτών των υλικών αγαθών δεν εγγυάστε την ευτυχία. Το αντίθετο μάλιστα. Πλήθος εμπειρικών ερευνών έχουν δείξει ότι αυτό που κάνει τους ανθρώπους ευτυχισμένους είναι οι κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις τους. Αυτές είναι που συμβάλλουν αποφασιστικά στην εσωτερική γαλήνη και στην αίσθηση ασφάλειας κάθε ανθρώπου. (Σουλιώτης., 2006)

Για τους οικονομολόγους πρόβλημα αποτελεί ο τρόπος μέτρησης του αληθινού πλούτου μιας χώρας. Πολλοί οικονομολόγοι πιστεύουν ότι χρειάζεται να επικεντρωθούν περισσότερο στην μέτρηση της ευτυχίας των πολιτών.

Υποστηρίζεται ότι ολοένα περισσότεροι άνθρωποι στις πλούσιες χώρες μένουν ανικανοποίητοι, νοιώθουν χαμένοι σε έναν κόσμο όπου υπάρχουν μόνο ποσοτικές ανάγκες και αναζητούν μια μορφή ζωής που θα ξεφεύγει από την κυριαρχία του καταναλωτισμού και την υποταγή του «είναι» στο «έχειν» και στο «φαίνεσθαι».

Όλα τα παραπάνω θα μοιάζουν ουτοπικά για τα 2/3 του παγκόσμιου πληθυσμού που στερείται τα στοιχειώδη για τη συντήρηση στη ζωή. (Νερό, τροφή, στέγη, φάρμακα, εκπαίδευση.)

Οι αρχαίοι Έλληνες απέφευγαν τον όρο «ευτυχία», που σημαίνει «καλή τύχη» και προτιμούσαν τη λέξη «ευδαιμονία», («δαίμονας» του ανθρώπου είναι ο χαρακτήρας του, έλεγε ο Ηράκλειτος) Η προσωπική ευδαιμονία δήλωνε μια προσωπική κατάκτηση του ενάρετου, συνετού πολίτη που ήταν σε θέση να διαθέτει και να διαχειρίζεται εκτός από τα στοιχειώδη εξωτερικά αγαθά, μιαν αρμονική οικογενειακή ζωή, την ενεργό συμμετοχή στα κοινά, για τη διαχείριση των υποθέσεων μιας δημοκρατικής και δίκαιης πολιτείας, ελεύθερων και ισότιμων πολιτών

4.2 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ



Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Συνεπώς, το ποσοστό της ανεργίας αντανακλά σε μεγάλο βαθμό την πορεία της οικονομίας. Επιπρόσθετα, η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία.

Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος και επιπλέον πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υγειονομικές υπηρεσίες.

Πρόσφατη έρευνα, σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Αντίθετα, η ίδια έρευνα ανέδειξε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39% και μη στατιστικά σημαντική σχέση με τη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα και τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες. Στην περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται >3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4–4,5%. Επίσης, παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από κατάχρηση οινοπνεύματος, διαπίστωση η οποία θεμελιώνει αρκούντως την υπόθεση ότι η ανεργία συνδέεται με ψυχολογικές διαταραχές. Η ανάλυση κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας προκαλεί αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες και ισχαιμική καρδιοπάθεια στους άνδρες νέας ηλικίας, ενώ στην ηλικία >60 ετών δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική σχέση.

Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνει και η μελέτη των Economidou et al σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση 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). Επίσης, η ίδια μελέτη κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν διάφορα ευρήματα τα οποία παρουσιάζουν την εικόνα ότι 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. Ειδικότερα, φαίνεται ότι σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης αυξάνονται οι επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες, όπως είναι το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνεύματος, ενώ μειώνεται η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή, με αποτέλεσμα την αύξηση της παχυσαρκίας. Επιπρόσθετα, αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης η θνησιμότητα μειώνεται, με εξαίρεση τις αυτοκτονίες, οι οποίες φαίνεται να αυξάνονται. Οι επιδράσεις αυτές διαφοροποιούνται κατά φύλο, ηλικία και αιτία και έχουν διαφορετική ευαισθησία ως προς τους χρησιμοποιούμενους δείκτες (ΑΕΠ, επίπεδο απασχόλησης).

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση, ενώ τα άτομα και οι οικογένειες που βρίσκονται σε χαμηλή θέση διατρέχουν δύο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά

Όσον αφορά τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη ψυχική και σωματική υγεία, μια οικονομική κρίση μπορεί να επηρεάσει άμεσα τη ζωή των ατόμων, οδηγώντας τα εκτός αγοράς εργασίας, προκαλώντας τους απώλεια του εισοδήματος και του κοινωνικού δικτύου που είχαν στο χώρο εργασίας.

Αυτές οι απώλειες, με τη σειρά τους, αυξάνουν τόσο το ψυχοκοινωνικό στρες που βιώνουν όσο και την πίεση λόγω έλλειψης υλικών αγαθών και πόρων. Επιπλέον, και οι ευρύτερες, εκτός εργασίας, κοινωνικές σχέσεις (πχ. συζυγικές, οικογενειακές) δοκιμάζονται λόγω της οικονομικής κρίσης.

Η απώλεια της εργασίας και η ανεργία σημαίνουν κάτι περισσότερο από τη στέρηση του εισοδήματος η ακούσια διακοπή της εργασίας και της επαγγελματικής δραστηριότητας επηρεάζει την εικόνα που έχει το άτομο για τον εαυτό του, την ταυτότητά του, τους ρόλους του, τη νοηματοδότηση της ζωής του. (Αναγνωστόπουλος Φ., 2010).

Η ανεργία κάνει το άτομο να νιώθει «άχρηστο», η κοινωνική του θέση και το κύρος κλονίζονται, τα σχέδια και οι επιδιώξεις στη ζωή ανατρέπονται, ενώ καταλαμβάνεται από αίσθημα απελπισίας και απογοήτευσης, αφού οι προσδοκίες για επαγγελματική άνοδο και καταξίωση διαψεύδονται και η εκπλήρωση των προσωπικών του στόχων ματαιώνεται, τουλάχιστον προσωρινά.

Οι περισσότεροι επιστήμονες συμφωνούν ότι η ανεργία μπορεί να προκαλέσει ψυχολογικές διαταραχές (Αναγνωστόπουλος Φ., 2010):

- I. κατάθλιψη (κυρίως στα άτομα μέσης ηλικίας),
- II. άγχος,
- III. κατάχρηση ουσιών (όπως το αλκοόλ),
- IV. αυτοκτονικό ιδεασμό ή και αυτοκτονία (ιδίως στους άνδρες),
- V. αντικοινωνική συμπεριφορά (πχ. επιθετικότητα, βία).

Αυτές οι διαπιστώσεις επιβεβαιώνονται από έρευνες στην Ουγγαρία όπου παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών την περίοδο της οικονομικής κρίσης, στην Ινδία όπου παρατηρήθηκε μείωση του επιπέδου της ψυχικής υγείας, στο Χονγκ Κόνγκ όπου παρατηρήθηκε αύξηση της κατάθλιψης, αλλά και στην Ουκρανία όπου παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών εν μέσω οικονομικής κρίσης.

Η ανεργία έχει σχετισθεί και με τη σωματική υγεία. Κάτω από συνθήκες οικονομικής κρίσης, το αυξημένο στρες, η κατάθλιψη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις συνήθειες (πχ. διατροφή με πρόχειρο φαγητό ή ανθυγιεινές τροφές) μπορεί να οδηγήσουν σε:

I.

μ
 μ (. μ),
(. μ μ) (.
 μ).

II.

μ , μ , μ , μ μ

αποτελούσε έναν «τρόπο διαχείρισης» του υπερβολικού στρες. (Αναγνωστόπουλος Φ., 2010).

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι σε κάποιες χώρες η συνολική κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να είναι μειωμένη σε περιόδους κρίσεων (λόγω κόστους αγοράς των αλκοολούχων ποτών), αλλά εμφανίζεται αυξημένη η συχνότητα περιστατικών που έχουν κάνει υπερβολική κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και βρίσκονται σε κατάσταση μέθης. Επισημαίνουν επίσης ότι όσοι έχουν προϋπάρχοντα προβλήματα αλκοολισμού είναι πιο πιθανό να απολυθούν την περίοδο της οικονομικής κρίσης ή είναι λιγότερο πιθανό να ξαναβρούν δουλειά (Αναγνωστόπουλος Φ., 2010).

Συμπερασματικά, γνωρίζοντας τις δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε άλλες χώρες, θα πρέπει να ληφθούν και στη χώρα μας κατάλληλα μέτρα ώστε ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στην υγεία των ατόμων να μετριασθεί.

Στις γραμμές που ακολουθούν συνοψίζονται μερικές προσωπικές σκέψεις και επισημάνσεις ως προς την απειλή της ψυχικής υγείας σήμερα.

Ζούμε μια πρωτόγνωρη εποχή. Μια εποχή όπου η κατάθλιψη και το άγχος “φυσικοποιούνται” και τείνουν να προβάλλουν ως συστατικά στοιχεία μιας καθημερινότητας που αφορά ολοένα και περισσότερα άτομα.

Είναι η πρώτη φορά μετά τον πόλεμο που μια ολόκληρη γενιά πιστεύει ότι η ζωή της θα είναι χειρότερη από εκείνη των γονιών της.

Το τι συμβαίνει μέσα στο πάσχον υποκείμενο συνδέεται στενά με το τι συμβαίνει έξω από αυτό. Με αυτή την έννοια η κατίσχυση ενός ενδοατομικού ιατρικού μοντέλου, που προάγει την ιατρικοποίηση της οδύνης, αποτελεί έναν ορατό κίνδυνο.

Αν σύμφωνα με τον ΠΟΥ ορίσουμε την ψυχική υγεία ως την ικανότητα που έχει το άτομο να δημιουργεί κοινωνικούς δεσμούς, να αντιμετωπίζει τις αντιξοότητες της καθημερινότητας και να μπορεί να επενδύει στο μέλλον, τότε όλα τα δεδομένα που έχουμε στη διάθεσή μας πείθουν ότι η υπόθεση της ψυχικής υγείας σήμερα πάσχει.

Γνωρίζουμε, σύμφωνα πάντα με τον ΠΟΥ, ότι σε λίγα χρόνια η 2η πιο σημαντική ασθένεια στον πλανήτη θα είναι η κατάθλιψη. Εξίσου όμως σημαντική είναι η τεράστια

αχανής γκριζα ζώνη που δεν καλύπτεται από τις στατιστικές και απλώνεται ανάμεσα στην ψυχική αρρώστια και την ψυχική υγεία.

Θα ονομάζοντας ζώνη μιας «ήρεμης απελπισίας». Άνθρωποι-σκιές, που, χωρίς απαραίτητα να πάσχουν από μια ψυχική διαταραχή, παραιτούνται και αδυνατούν να σχεδιάσουν ένα οποιοδήποτε πρόσταγμα για το μέλλον τους, με άλλα λόγια αδυνατούν να ζήσουν. Επιζούν δίχως να ζουν, θυμίζοντας τον στίχο του Έλιοτ από το «Murder in the Cathedral»: «... and they go on living and partly living» (και συνεχίζουν να ζουν και εν μέρει μόνον να ζουν). Υπάρχει την αίσθηση ότι αυτός ο στίχος συνοψίζει στις μέρες μας το ψυχικό στίγμα ενός εξαιρετικά μεγάλου αριθμού συμπολιτών μας. Αξίζει να εστιασθεί η προσοχή μας σε αυτό που δεν φαίνεται, στο βουβό, στο άρρητο, το μη μετρήσιμο. Την οδύνη.

Μια οδύνη που μπορεί να μην αγγίζει τις διαστάσεις ενός μείζονος καταθλιπτικού συνδρόμου είναι όμως εδώ για να γεμίζει με δυσθυμία, δυσφορία, ανηδονία τον ψυχισμό ή και να οδηγεί σε βίαιες εκρήξεις. Οι επιπτώσεις αυτής της εποχής στην ψυχική υγεία μπορεί να μην έχουν αποκρυσταλλωθεί ακόμα σε συγκεντρωτικά στατιστικά στοιχεία, ωστόσο οι τάσεις είναι εμφανείς: υπερδιπλασιασμός των αυτοκτονιών που συνδέονται με ανεργία και οικονομική δυσπραγία.

Ο πραγματικός αριθμός τους είναι πολύ υψηλότερος απ' ό τι καταγράφουν οι επίσημες στατιστικές, καθώς πολλές αυτοκτονίες, προς αποφυγή του στίγματος, δηλώνονται ως αιφνίδιοι θάνατοι. Παρατηρείται επίσης αυξημένη ζήτηση ψυχοφαρμάκων ιδίως ανάμεσα στις γυναίκες, κατακόρυφη αύξηση των ακούσιων ψυχιατρικών εγκλεισμών, των καταθλίψεων, (κυρίως ανάμεσα στους ανέργους), των ψυχοσωματικών εκδηλώσεων, των αγχωδών διαταραχών, της εξάρτησης από ουσίες παράνομες (ναρκωτικά) και νόμιμες (αλκοόλ και ψυχοφάρμακα), αρχίζοντας μάλιστα από πολύ νεαρές ηλικίες.

Το φαινόμενο της καλπάζουσας ανεργίας αποτελεί ένα καίριο υπονομευτή της ψυχικής υγείας. Η ανεργία βρίσκεται στο 12% και, αν προσθέσουμε τους μερικά απασχολούμενους, το ποσοστό ξεπερνά το 18% αυτή τη στιγμή και μπορεί να φθάσει στο 20-21% στο τέλος της χρονιάς. Στην εργασιοκεντρική εποχή μας η δουλειά δεν εξασφαλίζει μόνο τα προς το ζην αλλά προσφέρει και τα εχέγγυα μιας ταυτότητας, μιας ύπαρξης δηλαδή. Η εργασιακή εξειδίκευση παύει να είναι ένα ειδικό συμβολικό προνόμιο και γίνεται γενική ταξινομητική μήτρα. Χωρίς κρυσταλλωμένες επαγγελματικές ιδιότητες

το άτομο δεν σημαίνει τίποτα. Δεν είναι αναγνώσιμο και άρα δεν υπάρχει.(<http://www.pis.gr>, 2012).

Δεν είναι απορίας άξιον ότι τα πορίσματα όλων των ερευνών στον κόσμο επισημαίνουν τον κλονισμό της υγείας του ανέργου. Ποσοστό 25 με 50% των ανέργων παρουσιάζει ψυχοπαθολογικά συμπτώματα: καταθλίψεις, μελαγχολία, αυτο-μομφή, χαμηλή αυτό-εκτίμηση, αγχώδεις διαταραχές, σωματοποίηση της οδύνης και του άγχους. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο σχετικά μικρός αριθμός ερευνών που μελετούν την επίδραση της ανεργίας ενός ατόμου στην υγεία των υπολοίπων μελών της οικογένειάς του. Πώς βιώνεται η νέα εξαθλίωση. Ποιο είναι το ψυχικό κόστος της κρίσης. Ερωτήματα που αν και απουσιάζουν από τις σχεδιαζόμενες πολιτικές δεν παύουν να είναι πρωτεύουσας σημασίας σε μια εποχή που ο κοινωνικός αποκλεισμός τείνει να πάρει τις διαστάσεις ενός μείζονος πολιτικού και ηθικού ζητήματος. Ερωτήματα-πρόκληση και για τις επιστήμες του ανθρώπου.

Χρειάζεται να μελετηθεί και να γίνει κατανοητό με ποιο τρόπο και μέσα από ποιους μηχανισμούς το υποκειμενικό βίωμα διαρθρώνεται και συναρθρώνεται με την κοινωνική, θεσμικά αποδεκτή βία. Μορφή θεσμικά αποδεκτής βίας αποτελεί η φτώχεια, η ανεργία και η απειλή της απόλυσης. Μορφή βίας αποτελεί να ζεις με τον τρόπο της επιβίωσης.

Σε κάθε περίπτωση εκείνο που περισσότερο παρά ποτέ άλλοτε απαιτείται σήμερα είναι η στήριξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, της απειλούμενης με κατάρρευση πρόνοιας και κοινωνικής φροντίδας, ιδιαίτερα στα πιο ευάλωτα μέλη της που είναι και τα πρώτα θύματα αυτού του ακήρυχτου πολέμου. (Αναγνωστόπουλος Φ., 2010).

Μια εκτενής οικονομική μεταβολή στην κοινωνία μπορεί να έχει ως συνέπεια είτε την τροποποίηση επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών (π.χ. μείωση/ διακοπή καπνίσματος, λόγω αύξησης της τιμής των τσιγάρων), δηλαδή μπορεί να εκληφθεί ως ευκαιρία, είτε την αύξηση των ψυχικών διαταραχών (π.χ. κατάθλιψη) και των αυτοκτονιών, δηλαδή να θεωρηθεί ως κρίση.

Προηγούμενα παραδείγματα μείζονος οικονομικής ύφεσης, για παράδειγμα το οικονομικό κραχ στις Η.Π.Α. στις αρχές του 1930, χαρακτηρίστηκαν από μείωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 10%, αλλά από αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40%, όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30% (Κουλιεράκης., 2010).

Αντίστοιχα στοιχεία αναφέρονται και για τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, αμέσως μετά τη σημαντική κοινωνικο-πολιτική μεταβολή που συνέβη στις αρχές της δεκαετίας του '90: όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30%, αυξήθηκε τόσο η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες κατά 20%, όσο και οι αυτοκτονίες κατά 40% (Stuckler et al., 2009). Μάλιστα, οι επιπτώσεις ήταν σοβαρότερες σε χώρες όπου οι κοινωνικο-οικονομικές αλλαγές έγιναν γρήγορα, το σύστημα κοινωνικής προστασίας ήταν αδύναμο και το κοινωνικό κεφάλαιο ήταν χαμηλό.

Γνωρίζουμε ότι σε περιόδους σημαντικών κοινωνικών κρίσεων που προκαλούνται είτε από φυσικά φαινόμενα, είτε από το ξέσπασμα πανδημιών, είτε εξαιτίας μιας σημαντικής οικονομικής ύφεσης, αναδύονται προβλήματα σε πολλαπλά επίπεδα (κοινωνικό, ψυχολογικό, πολιτικό).

Η αποτελεσματική διαχείριση αυτών των προβλημάτων πρέπει να βασίζεται σε ένα μοντέλο «κοινωνικής συνοχής». Για παράδειγμα, η ανάλυση της διαχείρισης κρίσεων, εξαιτίας του Τυφώνα Katrina στη Νέα Ορλεάνη, ή της επιδημίας SARS στον Καναδά έδειξε ότι ένα μοντέλο διαχείρισης που βασίζεται στον έλεγχο και στις εντολές, είναι λιγότερο αποτελεσματικό από ένα αντίστοιχο, που βασίζεται στην «κοινωνική συνοχή».

Συγκεκριμένα, το μοντέλο που βασίζεται στην «κοινωνική συνοχή» χαρακτηρίζεται από:

- i. **την ενεργή συμμετοχή των ομάδων πολιτών** στο σχεδιασμό της διαχείρισης της κρίσης και στην ανάδειξή τους σε ισότιμους εταίρους, με άμεσο αποτέλεσμα να αποκτήσουν το αίσθημα ελέγχου και κυριαρχίας απέναντι στο φόβο, στην απελπισία και στην αβεβαιότητα,
- ii. **την εγκαθίδρυση σχέσεων εμπιστοσύνης και στενής συνεργασίας** ανάμεσα στο κράτος, στους πολίτες, στις επιχειρήσεις και στις υπηρεσίες υγείας, βοηθώντας στην εξασφάλιση της απαραίτητης κοινωνικής συναίνεσης για «περιοριστικά» μέτρα όπως ο εμβολιασμός, μια ενδεχόμενη καραντίνα ή ο κατ' οίκον περιορισμός,
- iii. **τον επανακαθορισμό των κοινωνικών αξιών**, όπως η ελευθερία, η ισότητα, η εθνική ασφάλεια, η ανεξαρτησία και η κοινωνική δικαιοσύνη ή εννοιών όπως ο οίκτος και ο εθνικισμός.

Έχοντας ως σημείο εκκίνησης τα παραπάνω, τίθενται δύο ουσιαστικά ερωτήματα αναφορικά με την κοινωνική συνοχή: μια οικονομική κρίση, με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, στην ελληνική πραγματικότητα σήμερα, ευνοεί ή θέτει σε κίνδυνο

την κοινωνική συνοχή. Και ακόμα, μπορεί η διατάραξη της κοινωνικής συνοχής, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, να έχει επιπτώσεις στη σωματική και στην ψυχική υγεία των ατόμων και ποιες.

Η αύξηση της ανεργίας, η μείωση των δαπανών για προγράμματα πρόνοιας/ κοινωνικής πολιτικής, η αύξηση των ψυχικών διαταραχών και η αύξηση χρήσης υπηρεσιών υγείας συνιστούν τις σημαντικότερες απειλές για την κοινωνική συνοχή.

Πρόσφατη έρευνα σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έδειξε ότι η ανεργία συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές, προβλήματα εθισμού και ουσιοεξάρτησης, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφών χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινόπνευματος.

Επιπλέον, η απώλεια της εργασίας σχετίζεται με πλημμελή διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υγειονομικές υπηρεσίες. Τέλος, φάνηκε πως η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79% (Stuckler et al., 2009).

Από την άλλη πλευρά, η αύξηση της νοσηρότητας κατά τη διάρκεια της κρίσης και μετά, εξ' αιτίας των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων από το άγχος, ωθεί σε μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγείας με πλημμελή διαχείριση της νόσου και των ασθενών.

Μάλιστα, προβλέπεται ότι η επιπλέον ζήτηση υπηρεσιών υγείας θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει φανεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος, οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες για τις οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη (WHO., 2009).

Αναφορικά με την ανεργία, στοιχεία δείχνουν ότι έχει ήδη επέλθει μια σημαντική αύξηση: από 8.1% το 2007 (WHO., 2010), σε 14.1% τον Σεπτέμβριο του 2010 (Eurostat., 2010). Επιπλέον, το ποσοστό των πολιτών που βρίσκονται κοντά στο όριο της φτώχειας ανέρχεται στο 20% τον Σεπτέμβριο του 2010 (Eurostat., 2010).

Είναι αβέβαιο το κατά πόσο μπορεί τουλάχιστον να σταθεροποιηθεί το ποσοστό αυτό, όσο προχωρά η οικονομική ύφεση. Αναφορικά με τις αυτοκτονίες, ο σταθμισμένος δείκτης θανάτων από αυτοκτονίες ήταν το 2008, για την Ελλάδα, 2.85, σημαντικά χαμηλότερος από τον αντίστοιχο μέσο δείκτη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο οποίος ήταν 14.1 (WHO., 2010).

Πόσο ακόμη θα διατηρηθεί αυτή η σημαντική διαφοροποίηση; Είναι αβέβαιο. Και εάν ακόμη η οικονομική ύφεση θεωρηθεί ως ευκαιρία, για ποιούς θα είναι; (Κουλιεράκης., 2010).

4.3 ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ



Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση, παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία και απαιτείται η δέσμευση τουλάχιστον 1,1 τρις δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για την εξυπηρέτηση τμήματος της κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας. 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, με κορυφαίο παράδειγμα τις Ηνωμένες Πολιτείες, στις οποίες υπάρχουν 47 εκατομμύρια άνεργοι.

Η χρηματοδοτική πίεση στον υγειονομικό τομέα αναδεικνύει δύο σημαντικές συνιστώσες:

- ο την εξαιρετική σημασία της βιωσιμότητας των συστημάτων ασφαλιστικής κάλυψης και κοινωνικής προστασίας και
- ο την ανάδειξη της θεμελιώδους σημασίας των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας.

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης, αλλά και των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, καθώς και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών.



"Sorry, you're back on the waiting list. In the middle of your operation they had a call from management to say we'd run out of funds."

Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, όπως είναι λογικό, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι καταναλωτές-ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη.

Τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης για δύο κυρίως λόγους. Ο πρώτος αφορά στη μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας. Ο δεύτερος σχετίζεται με τη διακοπή της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους. Είναι όμως πιθανό η συνέχιση της ροής οικονομικών πόρων προς τις οικονομικά ασθενέστερες χώρες να είναι, τελικά, προς το συμφέρον των πλουσιότερων χωρών, καθώς υγιής πληθυσμός σημαίνει ασφάλεια, πολιτική σταθερότητα και οικονομική ανάπτυξη. Επίσης, στις αναπτυσσόμενες χώρες η πρόληψη και η θεραπεία των λοιμωδών νοσημάτων (π.χ. AIDS, ελονοσία και φυματίωση) είναι μείζονος σημασίας και στηρίζεται σχεδόν εξ ολοκλήρου στην εξωτερική βοήθεια και τη συνεργασία.

Στις χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες, η πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Υπό το πρίσμα αυτό, είναι πιθανό διαρκούσης της οικονομικής κρίσης να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε ετήσια βάση λόγω μείωσης της

εμβολιαστικής κάλυψης, κατά την εκτίμηση της Παγκόσμιας Τράπεζας.(
<http://www.pis.gr.>, 2012)

Την ίδια ώρα, σε κατάσταση ασφυξίας βρίσκονται τα νοσοκομεία της χώρας σε Αθήνα και επαρχία, με το προσωπικό να καταγγέλλει ελλείψεις σε υλικά και φάρμακα που βάζουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών. Σύμφωνα με ρεπορτάζ της Real News αιτία είναι οι μειωμένοι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων και η εντολή προς τις διοικήσεις για μείωση κατά 30% των δαπανών, καθώς και οι καθυστερήσεις στη διαδικασία των παραγγελιών, λόγω των απευθείας αναθέσεων και της αδυναμίας διενέργειας κεντρικών διαγωνισμών. Την κατάσταση επιβαρύνει το εμπάργκο από τους απλήρωτους προμηθευτές. Παράλληλα, το υπουργείο Υγείας θεωρεί τις ελλείψεις τεχνητές και δόθηκε εντολή στο Σώμα Επιθεωρητών Υγείας να παρεμβαίνει, για να διερευνά κατά πόσον ευσταθούν οι καταγγελίες.

Όχι μόνο δεν περισσεύουν 6.000 γιατροί, όπως αυθαίρετα εμφανίζει η κυβέρνηση, αλλά υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις τις οποίες οι εκπρόσωποι της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (ΟΕΝΓΕ) υπολογίζουν σε 5.000. Ενώ η κυβέρνηση προσπαθεί να περιστείλει τις δαπάνες με κάθε τρόπο και παρουσιάζει τις συγχωνεύσεις ως λύση, οι γιατροί υπολογίζουν ότι το πρόγραμμα συγχωνεύσεων του υπουργείου Υγείας θα στερήσει 10.000 νοσοκομειακές κλίνες, κάνοντας την περίθαλψη ακόμα πιο δύσκολη. Τα στοιχεία που προέρχονται από μελέτη που είχε κάνει κοινή επιτροπή του υπουργείου Υγείας και της ΟΕΝΓΕ το 2009, για τον σχεδιασμό της πρόσληψης 2.000 νέων γιατρών, είναι καταλυτικά: Σε όλα τα νοσοκομεία υπηρετούν 12.353 ειδικευμένοι γιατροί ΕΣΥ και 1.060 πανεπιστημιακοί και στα Κέντρα Υγείας 3.073 γιατροί. Οι ελλείψεις, τότε, είχαν υπολογιστεί σε 3.500 ειδικούς γιατρούς και 1.100 ειδικευόμενους στα περιφερειακά νοσοκομεία και σε πάνω από 400 στα Κέντρα Υγείας. Από τότε, βέβαια, έχουν γίνει συνταξιοδοτήσεις και τα κενά έχουν πολλαπλασιαστεί. Έχουν προσληφθεί μόνο επτά ειδικευμένοι γιατροί. Αντί, λοιπόν, η κυβέρνηση να καλύψει αυτά τα κενά, κλείνει νοσοκομεία και μεταφέρει κλινικές, προσπαθώντας να εμφανίσει μάλιστα και πλεονάζον προσωπικό, τη στιγμή που στα δημόσια νοσοκομεία έχει καταγραφεί κατακόρυφη αύξηση των επισκέψεων που φθάνει το 30%. Αποκαλυπτικό για το πού οδηγείται η δημόσια Υγεία είναι το γεγονός που καταγγέλθηκε στη συνέντευξη Τύπου της ΟΕΝΓΕ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κρίση σε ένα σύστημα υγείας προκαλείται από την επίδραση ενός απροσδόκητου συμβάντος με αποτέλεσμα τον περιορισμό της διαθεσιμότητας των υγειονομικών υπηρεσιών ή τη μεγάλη και ξαφνική αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας.

Συχνά, ως πρώτη αντίδραση στην κρίση, οι κυβερνήσεις περιορίζουν αυθαίρετα τους υγειονομικούς προϋπολογισμούς χωρίς ταυτόχρονη προσπάθεια να αυξηθεί η αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων. Αυτό ακριβώς συνέβη και στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Υπάρχουν πολλά παραδείγματα όπου η συρρίκνωση της δημόσιας χρηματοδότησης για τον υγειονομικό τομέα μπορεί να οδηγήσει σε επιπλέον αύξηση των ιδιωτικών δαπανών και κυρίως των δαπανών των νοικοκυριών και μακροπρόθεσμα σε αύξηση του υγειονομικού κόστους. Ταυτόχρονα, τίθεται σε κίνδυνο η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι πολιτικές αντιμετώπισης της κρίσης περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, περικοπές στους προϋπολογισμούς υγείας, αύξηση των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων και αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Τέτοιες πολιτικές μπορεί να οδηγήσουν σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας των πολιτών και σε περισσότερες δαπάνες υγείας στο μέλλον δεδομένου ότι, αυξάνεται η δαπάνη για επείγουσα φροντίδα υγείας έναντι των δαπανών για πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα που δυνητικά οδηγούν σε συγκράτηση των συνολικών δαπανών υγείας.

5.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Κρίση σε ένα σύστημα υγείας προκαλείται από την επίδραση ενός απροσδόκητου συμβάντος με αποτέλεσμα τον περιορισμό της διαθεσιμότητας των υγειονομικών υπηρεσιών ή τη μεγάλη και ξαφνική αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. (Γερμενής Α., 2010).

Συχνά, ως πρώτη αντίδραση στην κρίση, οι κυβερνήσεις περιορίζουν αυθαίρετα τους υγειονομικούς προϋπολογισμούς χωρίς ταυτόχρονη προσπάθεια να αυξηθεί η αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων. Αυτό ακριβώς συνέβη και στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Η βιβλιογραφία βρίθει παραδειγμάτων όπου η συρρίκνωση της δημόσιας χρηματοδότησης για τον υγειονομικό τομέα μπορεί να οδηγήσει σε επιπλέον αύξηση των ιδιωτικών δαπανών και κυρίως των δαπανών των νοικοκυριών και μακροπρόθεσμα σε αύξηση του υγειονομικού κόστους. Ταυτόχρονα, τίθεται σε κίνδυνο η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι πολιτικές αντιμετώπισης της κρίσης περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, περικοπές στους προϋπολογισμούς υγείας, αύξηση των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων και αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Τέτοιες πολιτικές μπορεί να οδηγήσουν σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας των πολιτών και σε περισσότερες δαπάνες υγείας στο μέλλον δεδομένου ότι, αυξάνεται η δαπάνη για επείγουσα φροντίδα υγείας έναντι των δαπανών για πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα που δυνητικά οδηγούν σε συγκράτηση των συνολικών δαπανών υγείας.

Η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας είναι εμφανής. Καταρχήν, οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων μειώθηκαν μέχρι και 40%. Το 2010, σε σχέση με το 2009, αυξήθηκαν οι εισαγωγές στα νοσοκομεία κατά 24% και κατά 8% το πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σχέση με το αντίστοιχο εξάμηνο του 2010. Σημαντικός αριθμός ανθρώπων δεν επισκέπτονται πλέον το γιατρό, παρότι υπάρχει ανάγκη (αύξηση κατά 15% μεταξύ 2007 και 2009). Παρατηρήθηκε επίσης σημαντική αύξηση των χρηστών απαγορευμένων ουσιών και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Μάλιστα, η αύξηση των κρουσμάτων aids το 2011 ξεπέρασε το 50% σε σχέση με το 2010. Οι αυξήσεις αυτές δεν

είναι άσχετες με τις περικοπές του ενός τρίτου των ανοικτών προγραμμάτων στην κοινότητα.

Επιπλέον, αυξήθηκαν οι επισκέψεις σε ιατρεία Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων. Σύμφωνα με τους Ιατρούς του Κόσμου, ο αριθμός των Ελλήνων σε σχέση με το συνολικό αριθμό ανθρώπων που αναζητούν υπηρεσίες υγείας σε τέτοιους Οργανισμούς, ανέρχεται σήμερα στο 30% σε σχέση με 3-4% το 2007. Πρέπει άμεσα να ληφθούν μέτρα αναστροφής αυτής της κατάστασης που θα διασφαλίζουν ένα αποδεκτό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό.

Μεταξύ άλλων, απαιτούνται μέτρα αύξησης του βαθμού χρήσης των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών έναντι των νοσοκομειακών υπηρεσιών όπου είναι εφικτό. Να προστατευθεί καθ' οιονδήποτε τρόπο η πρόσβαση ευπαθών ομάδων του πληθυσμού σε υγειονομικές υπηρεσίες. Να χρησιμοποιηθούν εργαλεία αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας. Να εξασφαλιστούν τα αναγκαία ιατροτεχνολογικά προϊόντα και φάρμακα για την ασφαλή λειτουργία των νοσοκομείων. Να εξορθολογιστεί η φαρμακευτική δαπάνη και η δαπάνη για ιατρικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις και να ληφθούν μέτρα διατήρησης και ενίσχυσης του ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα.

Οι οριζόντιες περικοπές μόνο τα αντίθετα από τα επιθυμητά αποτελέσματα μπορούν να επιφέρουν. Απαιτείται μία συνολική προσέγγιση του ζητήματος και λήψη μέτρων που θα προάγουν την αποδοτικότητα των διαθέσιμων πόρων και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας στο σύστημα υγείας. (Γερμενής Α., 2010).



Το Ελληνικό Σύστημα γενικότερα βρίσκεται σε μακροχρόνια και πολύπλευρη κρίση. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι από τις χαμηλότερες στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι τρεις βασικές κατηγορίες δαπανών υγείας είναι οι νοσοκομειακές, οι εξωνοσοκομειακές και οι

φαρμακευτικές. Μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας, τόσο στην Ελλάδα (46%) όσο και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες (47%) αναλώνεται στο νοσοκομειακό τομέα.

Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη της οικονομίας συρρικνώθηκε το 2008 υπό το βάρος της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, περαιτέρω μείωση έγινε και το 2009 εξαιτίας της πτώσης των εξαγωγών, ενώ αργή και σταδιακή ανάκαμψη προβλέπεται το 2012. Η ανεργία στην Ελλάδα τον Ιούλιο του 2009 ήταν 9,6% σύμφωνα με στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδας (ΕΣΥΕ). Το υψηλό έλλειμμα αποτελεί και το μεγαλύτερο πρόβλημα της ελληνικής οικονομίας, καθώς περιορίζει τις επιλογές για την άσκηση αποτελεσματικής δημοσιονομικής πολιτικής, η οποία θα στηρίξει την αγορά και θα ενισχύσει την οικονομία οδηγώντας την ελληνική οικονομία στην έξοδο από την κρίση. Τέλος, το ΑΕΠ αναμένεται να παρουσιάσει μείωση κατά 0,9% σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος, σύμφωνα με εκτιμήσεις της Eurostat.

Στη χώρα μας εκτιμάται ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας πρόκειται να αυξηθεί κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα στρέψει την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Η κατάσταση αυτή θα δημιουργήσει ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις από τις ήδη υπάρχουσες στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

Η ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι μικρή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελετών. Η δυσaréσκεια των ασθενών εστιάζεται κυρίως στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. (Τούντας Ι., 2009).

Επιπλέον, οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματά τους, δηλαδή στο επίπεδο υγείας, θα ενταθούν. Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα φαίνεται ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου της υγείας με το εισόδημα. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από την ΕΣΥΕ, όπου, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, το 2006 το 20,3% του πληθυσμού της χώρας (838.910 νοικοκυριά) ανήκε σε νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα. Σε σχέση με την υγεία, τα μέλη των νοικοκυριών σε κίνδυνο φτώχειας δηλώνουν ότι έχουν χειρότερη υγεία. Ειδικότερα, ο πτωχός πληθυσμός έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα κατά 35% περισσότερο από το μη πτωχό πληθυσμό.



Τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων (6,5 δις €) και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας (4,5 δις €) θα αυξηθούν και θα υπάρξουν δυσχέρειες στην εξυπηρέτησή τους, ενώ και ο ιδιωτικός τομέας θα αντιμετωπίσει, επίσης, ανάλογα προβλήματα. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες θα αντιμετωπίσουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους, καθώς η ζήτηση για τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας θα μειωθεί εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος. (Fattore G., 2009).

Προβλήματα αναμένεται να δημιουργηθούν στην αποτελεσματική διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, ειδικά των ατόμων που βρίσκονται στις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες. Ωστόσο, η εκτεταμένη μορφή οριζόντιας αλληλεγγύης και η ύπαρξη των δομών κοινωνικής προστασίας και υγείας αποτελούν θετικό στοιχείο για τη χώρα μας, καθώς μπορούν να απορροφήσουν μεγάλο τμήμα αυτής της κοινωνικής και οικονομικής έντασης και να προφυλάξουν τον πληθυσμό από τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία.

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, τα κοινωνικά επιδόματα και οι κοινωνικές μεταβιβάσεις, δηλαδή η κοινωνική βοήθεια, τα οικογενειακά επιδόματα, τα βοηθήματα ανεργίας και ασθένειας, τα επιδόματα αναπηρίας-ανικανότητας, οι εκπαιδευτικές παροχές και οι συντάξεις, ενδέχεται να μειώσουν σημαντικά το ποσοστό της φτώχειας. Υπό το πρίσμα αυτό, αναδεικνύεται και η ανάγκη στήριξης των νοικοκυριών που υφίστανται καταστροφικές δαπάνες για την υγεία, δηλαδή δαπανούν >40% του εισοδήματός τους εξαιτίας ενός αιφνιδίου συμβάντος ή δαπανηρού χρόνιου νοσήματος.



Τεράστια είναι η πίεση που προκαλεί η οικονομική κρίση στους ασθενείς και στα δημόσια νοσοκομεία. Χιλιάδες πολίτες που εξυπηρετούνταν στον ιδιωτικό τομέα, απευθύνονται στο ΕΣΥ για κλινικές ή εργαστηριακές εξετάσεις. Η αύξηση της ζήτησης ξεπερνά το 30%, με τα πρωινά ιατρεία να ανταποκρίνονται με δυσκολία στις νέες συνθήκες.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με δημοσίευμα της εφημερίδας «Εθνος», ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ξεπερασμένος τεχνολογικά εξοπλισμός και περιορισμένοι χώροι, αυξάνουν θεαματικά τον χρόνο αναμονής. Οι ασθενείς που χρειάζονται εξέταση σε πρωινό ιατρείο του ΕΣΥ πρέπει να περιμένουν έως και δέκα μήνες! Ακόμη και ασθενείς με καρκίνο υποβάλλονται στο μαρτύριο της αναμονής, γεγονός που αναγκάζει ήδη το υπουργείο Υγείας να αναζητά νέους τρόπους οργάνωσης των ραντεβού.

Οι λίστες αναμονής οδηγούν τους ανθρώπους σε απόγνωση και το ΕΣΥ σε διάλυση: Ασθενείς που δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν δωρεάν και έγκαιρα στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου, καταφεύγουν στα ερείποντα. Η κατάσταση αυτή «μπλοκάρει» τη λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, προκαλώντας δυσκολία στην εξυπηρέτηση ανθρώπων που έχουν πραγματική ανάγκη:

Η κατάσταση δημιουργεί έναν φαύλο κύκλο, από τον οποίο δύσκολα μπορεί να βγει το ΕΣΥ. Η ηγεσία του υπουργείου Υγείας αναζητεί τρόπο να διαχειριστεί τη ραγδαία αύξηση στην κίνηση των εξωτερικών ιατρείων, η οποία φαίνεται να είναι ανεξέλεγκτη.

Ο πρόεδρος της Ομοσπονδίας νοσοκομειακών γιατρών (ΟΕΝΓΕ) εκτιμά ότι η κίνηση στα δημόσια νοσοκομεία έχει αυξηθεί πολύ πάνω από 30%. Ενδεικτική είναι η περίπτωση του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», στο οποίο οι εισαγωγές ξεπέρασαν πέρυσι τις 52.000, ενώ το 2008 ήταν 45.000. Η κατάσταση είναι δύσκολα αντιμετωπίσιμη και οι αριθμοί ξεπερνούν κάθε προγραμματισμό. Στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου «Αλεξάνδρα»

εξετάζονται σε ετήσια βάση πάνω από 100.000 ασθενείς, όσος είναι και ο πληθυσμός του Βόλου.

5.2 ΤΟ ΜΝΗΜΟΝΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ



ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ 2010

Ξεκινώντας με τις προοπτικές, η Ελλάδα για μεγάλο χρονικό διάστημα πληρώνει υψηλότερη τιμή για τις υπηρεσίες υγείας που απολαμβάνει. Για να αντιμετωπιστεί αυτό, έχουν ήδη υλοποιηθεί μεταρρυθμίσεις το 2010, οι οποίες έχουν αρχίσει ήδη να αποδίδουν σημαντικά αποτελέσματα, κυρίως όσον αφορά τον τομέα των δαπανών για φάρμακα. Οι μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες, που εφαρμόστηκαν το 2011, ακολουθούν τρεις κατευθύνσεις:

- 1) στο χώρο των δαπανών για φάρμακα, επέκταση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης στα κύρια ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και διεύρυνση της αρνητικής λίστας των χορηγούμενων φαρμάκων
- 2) διοικητικές μεταρρυθμίσεις, που περιλαμβάνουν την εισαγωγή ηλεκτρονικής αρχειοθέτησης των ιατρικών παραπεμπτικών σε ιδιωτικά κέντρα, την ενοποίηση των πακέτων παροχών μεταξύ των διαφόρων ταμείων, την κεντροποίηση των προμηθειών σε κάποια από τα μεγαλύτερα ταμεία, και



3) μειώσεις στις καθαρές λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων, μέσω της πλήρους εφαρμογής και της αύξησης των συγχρηματοδοτήσεων, της ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων και μέσω μειώσεων στα αναλώσιμα και στις παρεχόμενες υπηρεσίες. (Μάρκοβιτς Γ., και συν. 2011)

Κατά τη διάρκεια του 2010 προβλεπόταν ολοκλήρωση της Ασφαλιστικής Μεταρρύθμισης. Η Εθνική Αναλογιστική Αρχή έχει παρουσιάσει την ενδιάμεση έκθεση με προβλέψεις για τις συνταξιοδοτικές δαπάνες μέχρι το 2060, όπως προβλέπεται από τον ασφαλιστικό νόμο του Ιουλίου για τα ταμεία κύριας ασφάλισης.

Όσον αφορά τον εκσυγχρονισμό του συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης, η κυβέρνηση υιοθετεί μια εκτενή μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας και αλλάζει την κατανομή των σχετικών με την υγεία αρμοδιοτήτων μεταξύ των υπουργείων.

Πρωταρχικός στόχος είναι να διατηρηθούν οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία κάτω από 6% του ΑΕΠ, διατηρώντας παράλληλα καθολική πρόσβαση και βελτιώνοντας την ποιότητα της περίθαλψης. Σε βραχυπρόθεσμο ορίζοντα, η κύρια έμφαση πρέπει να δοθεί στην πειθαρχία σε μακροοικονομικό επίπεδο και στον έλεγχο του κόστους.

Όσον αφορά τα φαρμακευτικά προϊόντα, η κυβέρνηση έχει φέρει σε εφαρμογή μέτρα προς εξοικονόμηση τουλάχιστον 2 δισεκ. ευρώ σε σχέση με το 2010, εκ των οποίων τουλάχιστον το 1 δισεκατομμύριο ευρώ έχει πραγματοποιηθεί το 2011. Αυτό θα φέρει το μέσο όρο δημοσίων δαπανών για φάρμακα εξωνοσοκομειακής περίθαλψης σε περίπου 1% του ΑΕΠ μέχρι το τέλος του 2012.

Επίσης η κυβέρνηση επιβάλλει την καταβολή των υφιστάμενων συμμετοχών σε χρήμα για τις τακτικές υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων σε όλα τα δημόσια νοσοκομεία και κέντρα υγείας και διευρύνει τη λειτουργία του ολόημερου ωραρίου των νοσοκομείων, προκειμένου να αναπτυχθούν και να βελτιωθούν οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και να αυξηθούν τα έσοδα. Η Κυβέρνηση αυξάνει και διασφαλίζει την είσπραξη της συμμετοχής των ασθενών για υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων από 3 σε 5 ευρώ και επεκτείνει αυτή τη χρέωση σε αδικαιολόγητες επισκέψεις στα επείγοντα περιστατικά.

Η κυβέρνηση διασφαλίζει μεγαλύτερη δημοσιονομική και λειτουργική εποπτεία των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης από τον Υπουργό Οικονομικών, καθώς και τη

δημοσίευση των ελεγμένων λογαριασμών νοσοκομείων και κέντρων υγείας. (Μάρκοβιτς Γ., και συν. 2011)

Ως ειδική ομάδα εργασίας, η Κυβέρνηση συστήνει μια ανεξάρτητη ομάδα εργασίας από ειδικούς εμπειρογνώμονες στον τομέα της υγείας, έργο της οποίας είναι η παραγωγή λεπτομερούς έκθεσης για μια συνολική μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας με σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας.

ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ 2011

Η Κυβέρνηση διασφαλίζει ότι το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για διαγνωστικές εξετάσεις που επί του παρόντος εφαρμόζεται πιλοτικά από τον ΟΠΑΔ επεκτείνεται σε όλα τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.

Η Κυβέρνηση διασφαλίζει ότι η ηλεκτρονική συνταγογράφηση επεκτείνεται και στο σύστημα παραπομπών προς άλλους γιατρούς και προς ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

Μηχανογράφηση των νοσοκομείων και σύστημα παρακολούθησης

Το Υπουργείο Υγείας ολοκληρώνει το πρόγραμμα μηχανογράφησης των νοσοκομείων. Ειδικότερα, ολοκληρώνει τη διαδικασία ενσωμάτωσης και την ενοποίηση των πληροφοριακών συστημάτων των νοσοκομείων, καθώς και την κεντρική διαχείριση των πληροφοριών. Το Υπουργείο Υγείας δημιουργεί μια ειδική υπηρεσία/μονάδα για τη συλλογή στοιχείων και για τη σύνταξη τακτικών τριμηνιαίων εκθέσεων, καθώς και μιας ετήσιας έκθεσης. Αντίγραφο αυτών των εκθέσεων διαβιβάζεται στην αρμόδια αρχή του Υπουργείου Οικονομικών.

Η Κυβέρνηση λαμβάνει μέτρα για να διασφαλίσει ότι τουλάχιστον το 50% του όγκου των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται από τα δημόσια νοσοκομεία μέχρι το τέλος του 2011 θα αποτελείται από **γενόσημα φάρμακα** των οποίων η πατέντα έχει λήξει, ιδίως καθιστώντας υποχρεωτική τη προμήθεια φαρμακευτικών σκευασμάτων από όλα τα δημόσια νοσοκομεία με κριτήριο τη δραστική ουσία. (Μάρκοβιτς Γ., και συν., 2011)

Όσον αφορά τη λογιστική και τον έλεγχο, η Κυβέρνηση διασφαλίζει ότι το πρόγραμμα μηχανογράφησης των νοσοκομείων επιτρέπει τη μέτρηση της δραστηριότητας των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Για το σκοπό αυτό, η Κυβέρνηση ορίζει ένα βασικό

σύνολο δεικτών μέτρησης της δραστηριότητας και των δαπανών, σύμφωνα με τις βάσεις δεδομένων της Eurostat, του ΟΟΣΑ και της ΠΟΥ.

Η Κυβέρνηση διασφαλίζει ότι το πρόγραμμα της μηχανογράφησης των νοσοκομείων επιτρέπει τη δημιουργία ενός βασικού συστήματος ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων ασθενών.

Τέλος, με τον εκσυγχρονισμό του συστήματος υγείας η Κυβέρνηση καθορίζει ένα σύστημα κοστολόγησης για τα νοσοκομεία με βάση τα ιατρικά περιστατικά, το οποίο θα χρησιμοποιηθεί για τη σύνταξη των προϋπολογισμών των νοσοκομείων από 2013.

5.3 ΤΑ ΕΩΣ ΤΩΡΑ ΜΕΤΡΑ, ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Με τους καινούργιους νόμους επιχειρείται διαρθρωτική αλλαγή στο σύστημα προμηθειών των φορέων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, που υπάρχουν στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και κυρίως των νοσοκομείων του ΕΣΥ. Αποτελεί κοινή διαπίστωση η συσσώρευση υπερβολικού χρέους των νοσοκομείων εντός της τελευταίας εξαετίας, όπως και η αδυναμία ελέγχου και συγκράτησης των δαπανών υγείας. (Λοβέρδος Α., 2010)

ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΤΟΥ ΜΝΗΜΟΝΙΟΥ:

Αναγκαστικές αποσπάσεις γιατρών -και νοσηλευτών- σε κοντινά νοσοκομεία που αντιμετωπίζουν πρόβλημα ελλείψεων, φέρεται να εισηγείται η Επιτροπή Σοφών για την Υγεία. Ειδικότερα, όπως αναφέρει δημοσίευμα των «Νέων», σύμφωνα με τον συντονιστή της επιστημονικής ομάδας για τις συγχωνεύσεις καθηγητή Οικονομικών της Υγείας Λυκούργο Λιαρόπουλο, το πλεόνασμα των νοσοκομειακών γιατρών είναι της τάξης των 6.500. Επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία που συγκέντρωσε η επίκουρη καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Αθηνών Δάφνη Καϊτελίδου, στο πλαίσιο της Επιτροπής Σοφών, στη χώρα μας αντιστοιχεί σχεδόν ένας γιατρός για κάθε νοσοκομειακή κλίνη. (Λοβέρδος Α., 2010)

Ακόμα, αναφέρεται ότι η χώρα μας διαθέτει 3,4 φορές περισσότερους καρδιολόγους σε σχέση με τον μέσο όρο της Ε.Ε., 2,6 φορές περισσότερους ουρολόγους, 2,7 φορές περισσότερους παιδίατρος, 90% περισσότερους ακτινολόγους και ακτινοθεραπευτές και 58% περισσότερους γενικούς χειρουργούς. Παράλληλα, οι ειδικότητες που φαίνεται να μην έχουν ζήτηση είναι η ογκολογία και η γενική ιατρική. Στην Ελλάδα δραστηριοποιούνται 0,9 ογκολόγοι ανά 100.000 πληθυσμού, σε αντίθεση με την αντιστοιχία 2 προς 100.000 που είναι ο μέσος όρος της Ε.Ε.

Όσον αφορά στις ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού, από τα στοιχεία προκύπτει ότι αντιστοιχούν 3,4 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους στην Ελλάδα όταν στην Ε.Ε. αντιστοιχούν κατά μέσο 6,9 νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους.

Ο πρόεδρος της επιτροπής των σοφών για την Υγεία Ηλίας Μόσιαλος, τονίζει στα «Νέα», ότι το «κούρεμα» στις κλινικές των νοσοκομείων της χώρας, θα αποτελέσει καλή αφορμή για να αρχίσει και η αναδιάρθρωση στους γιατρούς του ΕΣΥ. Στην Αττική λειτουργούν 450 κλινικές σε 26 νοσοκομεία και ο γενικός γραμματέας του υπουργείου Νίκος Πολύζος ανακοινώνει πως πρέπει να μειωθούν στις 350.

Ο κ. Μόσιαλος επισημαίνει ότι όταν ολοκληρωθούν οι συνενώσεις κλινικών θα φανεί σε όλη του την έκταση και το πλεόνασμα γιατρών ανά ειδικότητα, «αφού μέχρι σήμερα οι προσλήψεις γιατρών γινόταν βάσει των αναγκών των τμημάτων και όχι βάσει της πληρότητας και της παραγωγικότητας αυτών». «Συνεπώς, δεν θα χρειάζεται να προκηρύσσουμε θέσεις εάν δεν καταγράφεται αντίστοιχη αποτελεσματικότητα. Αντίθετα, θα υπάρχει η δυνατότητα να καλύπτονται τα κενά σε νοσοκομεία της ίδιας περιφέρειας με το υπάρχον προσωπικό», συμπληρώνει.

Επιπλέον, όπως προσθέτει ο κ. Μόσιαλος, πρέπει να μπει τέλος στον άναρχο τρόπο με τον οποίο δίδονται οι ειδικότητες. «Η εξειδίκευση των νέων γιατρών πληρώνεται από τους έλληνες φορολογουμένους, άρα πρέπει να εξυπηρετούν τις δικές τους ανάγκες. Αλλωστε, η πολυδιάσπαση κλινικών έχει συνέπεια να μη γίνεται καλή εκπαίδευση αφού οι νέοι γιατροί δεν έχουν τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν όλο το εύρος των περιστατικών της ειδικότητάς τους». (Λοβέρδος Α., 2010).

Στο μεταξύ, και η έκθεση που κατέθεσε στο υπουργείο Υγείας για τις επικείμενες συγχωνεύσεις των νοσοκομείων ο κ. Λιαρόπουλος, προβλέπει πάγωμα των προσλήψεων.

«Αν η χώρα μας αποφασίσει να προσεγγίσει σταδιακά το επίπεδο στελέχωσης των

ευρωπαϊκών νοσοκομείων, πρέπει να κάνει λίγες ή και καθόλου προσλήψεις την επόμενη τετραετία», αναφέρει.

Ακόμα, προτείνει στο πλαίσιο των συγχωνεύσεων στο ΕΣΥ να εφημερεύουν 7 ημέρες την εβδομάδα τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των μεγάλων νοσοκομείων της Αττικής, όπου εκεί οι γιατροί θα κάνουν τη «διαλογή» των σοβαρών περιστατικών. Επίσης, τονίζει ότι πρέπει και οι συμβεβλημένοι ιδιώτες γιατροί του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας να έχουν πρόσβαση στα κενά κρεβάτια των νοσοκομείων ώστε να παραλέμπουν τους ασφαλισμένους ανάλογα με την πάθησή τους.

Τέλος, ο κ.Λιαρόπουλος προτείνει τη «μετάταξη» νοσηλευτών σε κοντινά νοσοκομεία ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες. Στο πλαίσιο αυτό αναφέρει τη μεταφορά νοσηλευτικού προσωπικού από το Πατησίων στους Αγίους Αναργύρους, ενώ σε γειτονικές μονάδες υγείας θα μεταφερθεί και μερίδα νοσηλευτών των νοσοκομείων Παμμακάριστος και Αγία Βαρβάρα.(health daily)

Το νέο μνημόνιο: τα μέτρα για υγεία μέχρι το 2014 :

Μειώσεις στα ειδικά μισθολόγια και στις επικουρικές συντάξεις, αλλαγές στο εργασιακό καθεστώς των εργαζομένων στην υγεία, νέες περικοπές δαπανών και πολλά άλλα περιλαμβάνει το δεκασέλιδο κείμενο, το οποίο παρέδωσε στους αρμόδιους για την εφαρμογή του νέου Μνημονίου υπουργούς ο τέως πρωθυπουργός, Λουκάς Παπαδήμος. Το κείμενο περιλαμβάνει: **Απολύσεις στο Δημόσιο** μέχρι το 2015, καθώς γίνεται λόγος για 150.000 λιγότερες θέσεις που θα προέλθουν «από τους υπαλλήλους που θα αποχωρήσουν κι από εκείνους που θα απολυθούν». Επίσης, τονίζεται η υποχρέωση για μειώσεις μισθών στα ειδικά μισθολόγια.

Μείωση δαπανών για την υγεία, μέσω μείωσης των δαπανών για φάρμακα (ζητάει τουλάχιστον το 50% των συνταγογραφούμενων να είναι γενόσημα). Μεταφορά όλης της δικαιοδοσίας για την εποπτεία του ΕΟΠΥΥ και των άλλων ταμείων υγείας στο υπουργείο Υγείας. Οι αρμοδιότητες για την κοινωνική προστασία να περάσουν στο υπουργείο Εργασίας. Ψήφιση νόμου για την άρση των περιορισμών σε παρόχους πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας.

Μείωση των εργοδοτικών ασφαλιστικών εισφορών, κάτι που εκτιμάται ότι θα συμβάλλει στην πιο επιεική αντιμετώπιση του μισθολογικού κόστους στον ιδιωτικό τομέα.

Υιοθέτηση ενός νόμου-πλαisiού για τις επικουρικές συντάξεις που θα συγχωνεύει όλα τα επικουρικά σε ένα ταμείο και θα προβλέπει περικοπές "προνόμια" των επικουρικών συντάξεων για το 2013-2014 σε συνδυασμό με τους στόχους του μεσοπρόθεσμου πλαisiού. Τέλος, αναφορικά με τα «κλειστά» επαγγέλματα, δίνεται περιθώριο μέχρι και το τέλος Μαρτίου για την ολοκλήρωση όλων των διαδικασιών και την πλήρη απελευθέρωση της λίστας των περίπου 500 επαγγελμάτων για τα οποία έχει δεσμευτεί το υπουργείο Οικονομικών, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται και αρκετά επαγγέλματα του κλάδου υγείας. (www.ygeia.net.gr., 2012)

Κρίση σε ένα σύστημα υγείας προκαλείται από την επίδραση ενός απροσδόκητου συμβάντος με αποτέλεσμα τον περιορισμό της διαθεσιμότητας των υγειονομικών υπηρεσιών ή τη μεγάλη και ξαφνική αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Συχνά, ως πρώτη αντίδραση στην κρίση, οι κυβερνήσεις περιορίζουν αυθαίρετα τους υγειονομικούς προϋπολογισμούς χωρίς ταυτόχρονη προσπάθεια να αυξηθεί η αποδοτικότητα στη χρήση των πόρων. Αυτό ακριβώς συνέβη και στο ελληνικό σύστημα υγείας.

Η βιβλιογραφία βρίθει παραδειγμάτων όπου η συρρίκνωση της δημόσιας χρηματοδότησης για τον υγειονομικό τομέα μπορεί να οδηγήσει σε επιπλέον αύξηση των ιδιωτικών δαπανών και κυρίως των δαπανών των νοικοκυριών και μακροπρόθεσμα σε αύξηση του υγειονομικού κόστους. Ταυτόχρονα, τίθεται σε κίνδυνο η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι πολιτικές αντιμετώπισης της κρίσης περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, περικοπές στους προϋπολογισμούς υγείας, αύξηση των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων και αύξηση της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας. Τέτοιες πολιτικές μπορεί να οδηγήσουν σε επιδείνωση της κατάστασης της υγείας των πολιτών και σε περισσότερες δαπάνες υγείας στο μέλλον δεδομένου ότι, αυξάνεται η δαπάνη για επείγουσα φροντίδα υγείας έναντι των δαπανών για πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα που δυνητικά οδηγούν σε συγκράτηση των συνολικών δαπανών υγείας.

Η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας είναι εμφανής. Καταρχήν, οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων μειώθηκαν μέχρι και 40%. Το 2010, σε σχέση με το 2009, αυξήθηκαν οι εισαγωγές στα νοσοκομεία κατά 24% και κατά 8% το πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σχέση με το αντίστοιχο εξάμηνο του 2010. Σημαντικός αριθμός ανθρώπων

δεν επισκέπτονται πλέον το γιατρό, παρότι υπάρχει ανάγκη (αύξηση κατά 15% μεταξύ 2007 και 2009). Παρατηρήθηκε επίσης σημαντική αύξηση των χρηστών απαγορευμένων ουσιών και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Μάλιστα, η αύξηση των κρουσμάτων aids το 2011 ξεπέρασε το 50% σε σχέση με το 2010. Οι αυξήσεις αυτές δεν είναι άσχετες με τις περικοπές του ενός τρίτου των ανοικτών προγραμμάτων στην κοινότητα.

Επιπλέον, αυξήθηκαν οι επισκέψεις σε ιατρεία Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων. Σύμφωνα με τους Ιατρούς του Κόσμου, ο αριθμός των Ελλήνων σε σχέση με το συνολικό αριθμό ανθρώπων που αναζητούν υπηρεσίες υγείας σε τέτοιους Οργανισμούς, ανέρχεται σήμερα στο 30% σε σχέση με 3-4% το 2007.

Σύμφωνα με τον Σουλιώτη θα πρέπει άμεσα να ληφθούν μέτρα αναστροφής αυτής της κατάστασης που θα διασφαλίζουν ένα αποδεκτό επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό. Μεταξύ άλλων, απαιτούνται μέτρα αύξησης του βαθμού χρήσης των εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών έναντι των νοσοκομειακών υπηρεσιών όπου είναι εφικτό. Να προστατευθεί καθ' οιονδήποτε τρόπο η πρόσβαση ευπαθών ομάδων του πληθυσμού σε υγειονομικές υπηρεσίες. Να χρησιμοποιηθούν εργαλεία αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας. Να εξασφαλιστούν τα αναγκαία ιατροτεχνολογικά προϊόντα και φάρμακα για την ασφαλή λειτουργία των νοσοκομείων. Να εξορθολογιστεί η φαρμακευτική δαπάνη και η δαπάνη για ιατρικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις και να ληφθούν μέτρα διατήρησης και ενίσχυσης του ανθρώπινου δυναμικού στον υγειονομικό τομέα. (Σουλιώτης Κ., 2000),

Οι οριζόντιες περικοπές μόνο τα αντίθετα από τα επιθυμητά αποτελέσματα μπορούν να επιφέρουν. Απαιτείται μία συνολική προσέγγιση του ζητήματος και λήψη μέτρων που θα προάγουν την αποδοτικότητα των διαθέσιμων πόρων και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας στο σύστημα υγείας.



6° ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το μεγαλύτερο κύμα της ύφεσης φαίνεται να έχει παρέλθει και τα πρώτα σημάδια ανάκαμψης αρχίζουν να φαίνονται στην παγκόσμια οικονομία, ωστόσο πολλά ζητήματα μένουν ακόμη προς διευθέτηση ώστε να επιστρέψει η αγορά στους κανονικούς της ρυθμούς, να αποκατασταθούν τα πλήγματα της οικονομικής κρίσης και να επανέλθει μια ισορροπία. Σ' ό, τι αφορά στα συστήματα υγείας, παρότι η οικονομική κρίση φαίνεται να έχει, τελικά, θετικά αποτελέσματα, οδηγώντας σε δημιουργικές σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση στη δημόσια υγεία και στην ανασυγκρότηση της ασφάλισης υγείας.

Τα τελευταία χρόνια, η μόνιμη συζήτηση, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά παγκοσμίως, είναι η οικονομική κρίση, η δημοσιονομική εξυγίανση, η μείωση των ελλειμμάτων των κρατών, το αν η μείωση αυτών αποτελεί πράγματι τη λύση στο πρόβλημα της παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης και το πώς θα βγούμε από την κρίση αυτή. Εν ολίγοις, το κύριο θέμα συζήτησης είναι η «παγκοσμιοποίηση», η «ανταγωνιστικότητα» και το πώς αυτές οι δύο έννοιες θα μας οδηγήσουν στην έξοδο από την «Κρίση».

Μέσα λοιπόν από την αναζήτηση νέων θεσμών παγκόσμιας δημοκρατικής διακυβέρνησης που θα εξασφαλίζουν την ειρήνη, την ασφάλεια, τη δικαιοσύνη, την ευμάρεια και την περιβαλλοντική προστασία, θα πρέπει και η υγεία να αποκτήσει τις ανάλογες διεθνείς υποδομές που θα επιτρέπουν την υπεράσπισή της και την κατοχύρωσή της ως παγκόσμιο δημόσιο αγαθό. Θα πρέπει δηλαδή να διαμορφωθούν οι προϋποθέσεις εκείνες που θα επιτρέψουν την επεξεργασία, την παρακολούθηση και την αντιμετώπιση των υγειονομικών δεδομένων σε παγκόσμιο επίπεδο. Είναι φανερό, ότι όσο στη διαδικασία της παγκοσμιοποίησης εμφανίζονται νέοι όροι, όπως αυτός της υγείας, τόσο θα αποδυναμώνονται εκείνοι που αντιμετωπίζουν το νέο διεθνές σκηνικό ως ένα τρόπο για ανεξέλεγκτη οικονομική κερδοσκοπία ή πολιτική κυριαρχία.

Σε ότι αφορά στο σύστημα υγείας σημαντικό είναι να αναφέρουμε την αναποτελεσματική οργάνωση και διοίκηση του, η οποία είχε δημιουργήσει οικονομικά αδιέξοδα, τα οποία έγιναν εντονότερα κατά την διάρκεια της δημοσιοοικονομικής κρίσης, όπου είχαν μειώσει το ηθικό του προσωπικού και δυσαρεστήσει τους πολίτες και χρήστες των υπηρεσιών που δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι σύμφωνα με τις κατά καιρούς μετρήσεις. Τα

προβλήματα αυτά και οι αδυναμίες πρέπει να αντιμετωπιστούν, πλέον υπό την πίεση των δημοσιοοικονομικών εξελίξεων, με στρατηγική καλά σχεδιασμένη, σταθερή και συντονισμένη.

Σε ότι αφορά στο επίπεδο υγείας, οι γενικοί δείκτες υγείας του πληθυσμού βελτιώθηκαν με χαμηλότερους ρυθμούς συγκριτικά με άλλες χώρες τα τελευταία 40 χρόνια και στα πλαίσια αυτά η Ελλάδα προσεγγίζει ταχύτατα τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ αναφορικά με τους δείκτες προσδόκιμου ζωής. Ωστόσο υπάρχουν σημαντικές διαφοροποιήσεις αναφορικά με επί μέρους δείκτες καθότι σε ορισμένες περιπτώσεις υπερτερεί ενώ σε άλλες υπολείπεται σημαντικά άλλων χωρών. Τέλος είναι ανησυχητικό το επίπεδο παραγόντων κινδύνου όπως το κάπνισμα και η παχυσαρκία που την κατατάσσουν στην δυσχερέστερη θέση ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ και που αναμένεται στον μέλλον να επιβαρύνουν σημαντικά το υγειονομικό προφίλ του πληθυσμού.

Τέλος, η οικονομική κρίση έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην υγεία του πληθυσμού όσο και στη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Συντονισμένες προσπάθειες και οργανωμένο σχέδιο χρειάζεται για την αντιμετώπιση των πιέσεων στους προϋπολογισμούς της υγείας και την διατήρηση και βελτίωση όπου είναι δυνατό του επιπέδου υγείας του πληθυσμού χωρίς την μείωση των δαπανών υγείας. Η μεγάλη δημοσιονομική κρίση και η ύφεση που διανύει η ελληνική οικονομία, υποχρεώνουν την Ελλάδα να διατηρήσει τις δημόσιες δαπάνες για υγειονομική περίθαλψη σε χαμηλά επίπεδα ως ποσοστό του ΑΕΠ διατηρώντας παράλληλα την ισότιμη πρόσβαση σε όλους και βελτιώνοντας την ποιότητα της περίθαλψης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ, ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Αναγνωστόπουλος Φ., (2010), *Νέα Υγεία: Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη ψυχική και σωματική υγεία*. 20.

Γερμενής Α., (2010), *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Η Οικονομική Κρίση και Οι Επιπτώσεις της στην Υγεία και την Ιατρική Περίθαλψη* 27.

Γερμενής Α., (2005), *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. α, Τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη* 22.

Δαρβίρη Χ., (2009), *Μεθοδολογία της έρευνας στο χώρο της υγείας*. Εκδόσεις Πασχαλίδη Ε.Π.Ε., Αθήνα.

Στάθης Γ., (2011), *Επιθεώρηση Υγείας: Τι Προβλέπει το «3^ο» Μνημόνιο για την Υγεία*.

Κεσκινίδου Α., (2011), *Παγκοσμιοποίηση*. Διαθέσιμο: <http://www.vlioras.gr/Philologia/Composition/Pagkosmioiioisi.htm> (πρόσβαση 2008)

Κουλιεράκης Γ., (2010), *Νέα Υγεία: Οικονομική κρίση & υγεία: Απειλή για την κοινωνική συνοχή*. 70.

Κουπίδης Σ., (2010), *Εκπαιδευτικές σημειώσεις ΤΕΙ Καλαμάτας Καλαμάτα*

Κουτσιουμπέλης Σ., (2012), *Το παρόν και το μέλλον του ΕΣΥ*. Διαθέσιμο στο: <http://www.eumedline.eu>. Προσπελάστηκε 23/4/2012.

Κυβελέα Ν., και συν. (2011), *Η συμβολή του κοινωνιολόγου στη σύγχρονη*

πολυπολιτισμική κοινωνία. Διαθέσιμο: <http://srv-dide.mes.sch>.

Κυριόπουλος Γ. (2010), *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής: Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*.

Λοβέρδος Α., (2010), *Αιτιολογική Έκθεση. Διαρθρωτικές Αλλαγές στο Σύστημα Υγείας και άλλες Διατάξεις*.

Μάνος Γ., (2009), *Παγκοσμιοποίηση και υπερπληθυσμός: Η ελληνική απάντηση*.

Διαθέσιμο: <http://www.globalusers.tk> (πρόσβαση 18.1.2012)

Μάρκοβιτς Γ., και συν. (2011), Επιθεώρηση Υγείας. *Η Χρηματοδότηση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα* 22.

Μάτσα Κ., (2011), *Η καθημερινή ζωή, η ασθένεια και ο καπιταλισμός στην εποχή της κρίσης της παγκοσμιοποίησης*. Διαθέσιμο: <http://www.scribd.com/doc/> (πρόσβαση 18.9.2007)

Νικολαΐδης Γ., (2007), *Κοινωνία και Υγεία: Αντιφάσεις και αδιέξοδα της μεθοδολογίας του Managed Care: Η περίπτωση της Ελληνικής Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης*. 1.

Οικονόμου Χ., (2004), *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες*, Εκδόσεις: Διόνικος, Αθήνα.

Πολυνείκης Α., (2010), *Εθνικό Σύστημα Υγείας* Διαθέσιμο: <http://http://www.moh.gov.cy>. (πρόσβαση 18.9.2011).

Σισσούρας Α., (2011) *Ομάδες Εργασίας Εμπειρογνομόνων στον Τομέα της Υγείας*(υπό δημοσίευση)

Σουλιώτης Κ., (2006), *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα.

Σουλιώτης Κ. (2000), *Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Εκδόσεις: Παπαζήση, Αθήνα.

Σουλιώτης Κ., (2001), *Ανάλυση των Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές Διευκρινήσεις και Διαπιστώσεις για το Σύστημα Υγείας*, Παπαζήσης, Αθήνα, 2001.

Στασινοπούλου Ο., (1990), *Κράτος πρόνοιας: Ιστορική εξέλιξη, σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις*. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.

Τούντας Γ., (2002), *Πολιτική Υγείας*, Εκδόσεις: Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.

Τούντας Γ., (2009), *Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις: Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.

Τούντας Γ., (1988), *Κοινωνία και υγεία*. Εκδόσεις: Οδύσεια, Αθήνα

Τριανταφύλλου Δ., και συν. (2000), Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής: *Δείκτες υγείας στην Ευρώπη*. 100.

Τσαβλής Δ., (2010), Το θέμα: *Παγκοσμιοποίηση και Υγεία*

Τσελέπη Χ., και συν. (2000), Κοινωνικές και πολιτιστικές πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας, *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας*.

Τσιάντος Β., (2010), καθημερινός τυπος Καβάλας: *Οι κοινωνικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης*.

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία*. Αθήνα: ΥΥΚΑ 2008

Υφαντόπουλος Γ., και συν. (2005), Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής. β (2005), *Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας* 22.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Fattore G., και συν. (2009), *Health Policy*, Εκδόσεις: Elsevier. gr/drupal/index.php?q=node/45 (πρόσβαση 5.9.2007)

IOBE Institute for Economic and Industrial Studies (2011) *Health Expenditures and Policies in Greece During the Memorandum Era* (in Greek).

Petrella R., (1996), Globalization and internalization: the dynamics of the emerging world order. In: Boyer, R. & Drache, D. *States against Markets: the limits of globalization* (Eds.). London: Routledge.

Kondilis E., (2005), *Private for profit health sector in Greece. Development characteristics (1980-2002)*, Ανακοίνωση στην στην XIV Conference της International Association for Health Policy με θέμα: *Health Policy in Europe: Contemporary dilemmas and challenges*. Thessalonika.

Kyriopoulos J., και συν. (2003), *Professional Profile of National Health Service Physicians in Greece and Their Self-Expressed Needs*, *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, **23**.

Zdoukos T., (2005), *Aspects of deregulation and privatization in the Greek National Health System*, ανακοίνωση στην XIV Conference της International Association for Health Policy με θέμα: *Health Policy in Europe: Contemporary dilemmas and challenges* Thessalonika.

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

<http://www.eurostat.ec.europa.eu> προσπελάστηκε 15/2/12

<http://www.healthview.gr> προσπελάστηκε 15/8/2011

<http://www.news-medical.net> προσπελάστηκε 10/10/11

<http://www.Οικοφιλοσοφικο.blogspot.com> προσπελάστηκε 20/1/12

<http://www.pis.gr> προσπελάστηκε 13/3/12

<http://www.tvxs.gr> προσπελάστηκε 5/11/11

<http://www.who.int/en> προσπελάστηκε 10/4/2012

<http://www.ygeianet.gr> προσπελάστηκε 29/3/2012