

ΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΒΑΣΗ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ*

---

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΗΣ ΖΑΧΑΡΙΑΣ, ΑΜ: 2010051,**

**ΣΑΒΒΙΔΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ, ΑΜ: 2011025**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ**

**Καλαμάτα, 2015**

## **Ευχαριστίες**

Θεωρούμε υποχρέωσή μας να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας κα Καστανιώτη Αικατερίνη για την πολύτιμη υποστήριξη και καθοδήγησή της. Επιπλέον, θέλουμε να ευχαριστήσουμε θερμά τους ιατρούς για το χρόνο που διέθεσαν στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της έρευνας.

Επιπρόσθετα, οφείλουμε να αφιερώσουμε την πτυχιακή μας εργασία στις οικογένειες μας για την συμπαράσταση που μας παρείχαν σε όλα τα χρόνια της φοίτησής μας στο Τ.Ε.Ι. Πελοποννήσου.

## Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναλύσει το πώς η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας ιδιωτικού τομέα. Θα αναλυθεί το πώς και το πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την υγεία των πολιτών, είτε άμεσα είτε μέσω των συστημάτων υγείας, και κατά πόσο εν τέλει αναζητούν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από τον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα υγείας.

Αρχικά, γίνεται εκτενής λόγος για την έννοια της οικονομικής κρίσης, έπειτα προσδιορίζουμε την έννοια της Υγείας και κατανοούμε το τι είναι ένα Σύστημα Υγείας και πιο συγκεκριμένα το Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Στη συνέχεια συνδυάζουμε την οικονομική κρίση με την Υγεία και το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

Τέλος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικά ιατρεία στην πόλη της Καλαμάτας, είναι η διαπιστωθεί κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επίπτωση στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>	<b>4</b>
<i>Περιεχόμενα Πινάκων</i>	<b>6</b>
<i>Περιεχόμενα Διαγραμμάτων</i>	<b>7</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	<b>8</b>
<b>ΕΝΟΤΗΤΑ 1 – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>10</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ</b>	<b>11</b>
1.1 Έννοια – Ορισμός	11
1.2 Αίτια – Εξάπλωση	11
1.3 Οι κοινωνικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>18</b>
2.1 Δείκτες Υγείας	18
2.2 Συστήματα Υγείας	19
2.2.1 Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας – Σύστημα ιδιωτικής Ασφάλισης	20
2.2.2 Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (Σύστημα Bismark)	20
2.2.3 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Σύστημα Beveridge)	21
2.3 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας	21
2.3.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)	23
2.3.2 Ασφαλιστικά Ταμεία	24
2.3.3 Ιδιωτικός τομέας υγείας	25
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ</b>	<b>29</b>
3.1 Πως επηρεάζει η οικονομική κρίση την υγεία	29
3.2 Πώς επηρεάζει η οικονομική κρίση το σύστημα υγείας και τον ιδιωτικό τομέα υγείας	31
<b>ΕΝΟΤΗΤΑ 2 – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	<b>35</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΡΕΥΝΑ</b>	<b>36</b>
4.1 Μεθοδολογία έρευνας	36

4.2	Αποτελέσματα έρευνας	36
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	56
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	60
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	64

## Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 4.1 Φύλο .....	37
Πίνακας 4.2 Ηλικία.....	37
Πίνακας 4.3 Ειδικότητα.....	38
Πίνακας 4.4 Λειτουργία Ιατρείου .....	40
Πίνακας 4.5 Συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΠΥ .....	41
Πίνακας 4.6 Αν ναι, αυτό αφορά .....	41
Πίνακας 4.7 Απασχόληση προσωπικού .....	42
Πίνακας 4.8 Σχέση εργασίας.....	43
Πίνακας 4.9 Πρόσληψη μέσω προγράμματος.....	44
Πίνακας 4.10 Προηγούμενη απασχόληση προσωπικού.....	45
Πίνακας 4.11 Διακοπή απασχόλησης προσωπικού.....	46
Πίνακας 4.12 Λήξη απασχόλησης προσωπικού .....	47
Πίνακας 4.13 Αριθμός ασθενών – πελατών .....	48
Πίνακας 4.14 Έσοδα Ιατρείου .....	49
Πίνακας 4.15 Έσοδα λειτουργίας Ιατρείου .....	50
Πίνακας 4.16 Τιμή επίσκεψης.....	51
Πίνακας 4.17 Ζήτηση από ασθενείς για παροχή πίστωσης .....	52
Πίνακας 4.18 Επίπεδο ανείσπρακτων απαιτήσεων .....	53
Πίνακας 4.19 Ζήτηση ασθενών για φθηνά φάρμακα (γενόσημα) .....	54

## Περιεχόμενα Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1.1: Η πορεία του Ελληνικού χρέους (ως ποσοστό του ΑΕΠ) την περίοδο 1999-2010 σε σύγκριση με τον μέσο όρο της Ευρωζώνης	15
Διάγραμμα 4.1 Φύλο	37
Διάγραμμα 4.2 Ηλικία	38
Διάγραμμα 4.3 Ειδικότητα	39
Διάγραμμα 4.4 Λειτουργία Ιατρείου	40
Διάγραμμα 4.5 Συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΠΥ	41
Διάγραμμα 4.6 Αν ναι, αυτό αφορά	42
Διάγραμμα 4.7 Απασχόληση προσωπικού	43
Διάγραμμα 4.8 Σχέση εργασίας	44
Διάγραμμα 4.9 Πρόσληψη μέσω προγράμματος	45
Διάγραμμα 4.10 Προηγούμενη απασχόληση προσωπικού	46
Διάγραμμα 4.11 Διακοπή απασχόλησης προσωπικού	47
Διάγραμμα 4.12 Λήξη απασχόλησης προσωπικού	48
Διάγραμμα 4.13 Αριθμός ασθενών – πελατών	49
Διάγραμμα 4.14 Έσοδα Ιατρείου	50
Διάγραμμα 4.15 Έξοδα λειτουργίας Ιατρείου	51
Διάγραμμα 4.16 Τιμή επίσκεψης	52
Διάγραμμα 4.17 Ζήτηση από ασθενείς για παροχή πίστωσης	53
Διάγραμμα 4.18 Επίπεδο ανείσπρακτων απαιτήσεων	54
Διάγραμμα 4.19 Ζήτηση ασθενών για φθηνά φάρμακα (γενόσημα)	55

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εργασία αυτή έχει ως αντικείμενό της το πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας ιδιωτικού τομέα. Σκοπός μας είναι να αναλύσουμε το πώς και πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την υγεία των πολιτών, είτε άμεσα είτε μέσω των συστημάτων υγείας, και κατά πόσο εντέλει αναζητούν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη από τον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα υγείας. Έχει αυξηθεί ή μειωθεί η πρόσβαση των πολιτών στις ιδιωτικές επιχειρήσεις υγείας εν μέσω κρίσης; Σε αυτή την ερώτηση καλούμαστε να απαντήσουμε στο τέλος αυτής της εργασίας, η οποία αποτελείται από δύο μέρη: ένα θεωρητικό και ένα ερευνητικό.

Το θεωρητικό μέρος, χωρίζεται σε τρία κεφάλαια. Αρχικά στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται εκτενής λόγος για την έννοια της οικονομικής κρίσης, προκειμένου να γίνει αντιληπτό το τι εννοούμε όταν λέμε οικονομική κρίση, ποια ήταν τα αίτια της, από πού ξεκίνησε και πως εξαπλώθηκε αλλά και πως αυτή επηρεάζει τα μέλη της κοινωνίας της χώρας όπου υπάρχει και εξελίσσεται.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, προσπαθούμε αρχικά να προσδιορίσουμε την έννοια της υγείας, στη συνέχεια να κατανοήσουμε το τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται και τι είδη αυτού υπάρχουν και τέλος γίνεται προσπάθεια να γνωρίσουμε το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, δηλαδή να δούμε πως διαμορφώνεται ο κλάδος υγείας στην Ελλάδα, όσο αφορά τόσο το δημόσιο αλλά όσο και τον ιδιωτικό τομέα του.

Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους, συνδυάζουμε την οικονομική κρίση με την υγεία και το ελληνικό σύστημα υγείας. Κάνουμε λόγο για το πώς επηρεάζει η οικονομική κρίση την υγεία των πολιτών, σε ποιους τομείς και σε τι κλίμακα. Ύστερα, αναφερόμαστε στο αντίκτυπο της οικονομικής ύφεσης στο σύστημα υγείας που επικρατεί στην Ελλάδα, και ιδιαίτερος στην αποτελεσματικότητά του, τόσο μέσω της αδυναμίας χρηματοδότησής του όσο και μέσω του μειωμένου διαθέσιμου εισοδήματος των πολιτών και τέλος καταλήγουμε στο πόσο έχει επηρεάσει η οικονομική δυσπραγία των πολιτών την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα.



Όσον αφορά το ερευνητικό μέρος της εργασίας, αυτό αποτελείται από το τέταρτο κεφάλαιο στο οποίο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικά ιατρεία στην πόλη της Καλαμάτας, είναι η διαπιστωθεί κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επίπτωση στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα.

## **ΕΝΟΤΗΤΑ 1 – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

## 1.1 Έννοια – Ορισμός

Με τον όρο *οικονομική κρίση* εννοούμε το φαινόμενο εκείνο κατά το οποίο το κύριο χαρακτηριστικό μίας οικονομίας είναι η διαρκής και ιδιαιτέρως αισθητή, σε πολλά επίπεδα, μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Η έννοια της οικονομικής δραστηριότητας συμπεριλαμβάνει όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως τιμές, εθνικό προϊόν, απασχόληση, επενδύσεις, κ.α. Το βασικότερο μέγεθος της οικονομικής δραστηριότητας, του οποίου η πτώση ή η άνοδος συμπαρασύρει και τα υπόλοιπα μεγέθη, είναι οι επενδύσεις. Αυτές είναι και οι πρώτες που πλήττονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Η οικονομική κρίση είναι η μία, και σαφώς η δυσχερέστερη, από τις δύο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων<sup>1</sup>. Είναι η φάση της καθόδου, όπου η οικονομική δραστηριότητα συρρικνώνεται με ολέθρια αποτελέσματα για την ίδια την οικονομία αλλά και την κοινωνία<sup>2</sup>.

## 1.2 Αίτια – Εξάπλωση

Η πρόσφατη οικονομική κρίση δεν είναι ένα αναπάντεχο και απρόσμενο φαινόμενο αλλά μία φυσική κατάληξη των όσων προηγήθηκαν. Στην μεταπολεμική περίοδο και ύστερα από την κρίση του 1970, αρχίζει η λεγόμενη «χρυσή εποχή» της συσσώρευσης κεφαλαίου. Ένα πλήθος από *οικονομικές υπερτιμήσεις* και η ανάληψη μεγάλων *οικονομικών ρίσκων* βοήθησαν στο να οδηγηθούμε σταδιακά σε οικονομικό αδιέξοδο καθώς περνούσαν τα χρόνια.

---

<sup>1</sup> Ως οικονομικές διακυμάνσεις ορίζουμε τις διαδοχικές αυξομειώσεις της οικονομικής δραστηριότητας μέσα σε μία οικονομία. Μία άλλη ονομασία για αυτές είναι *κυκλικές διακυμάνσεις* ή *οικονομικοί κύκλοι*, και αυτό γιατί η οικονομία είναι σαν να κάνει πράγματι *κύκλους*, αφού πάντα μετά την πτώση (ύφεση) θα υπάρχει άνοδος (ανάκαμψη) και μετά την άνοδο, πτώση. Από οικονομικές στατιστικές μελέτες έχει προκύψει ότι ένας οικονομικός κύκλος διαρκεί από 7 έως 11 χρόνια (European Commission, 2009).

<sup>2</sup> Μπλάντας, Τοπάλογλου και Τσιτσιφλή, (2012)

Η οικονομική κρίση εκδηλώθηκε αρχικά στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, όπου λάμβαναν χώρα τα εξής φαινόμενα<sup>3</sup>:

- Διευκολύνθηκε η υπερκατανάλωση από τις *ουτοπικές τιμές* των ακινήτων με αποτέλεσμα την αύξηση του ελλείμματος τρεχουσών συναλλαγών
- Δόθηκαν «ασύστολα» στεγαστικά δάνεια στα νοικοκυριά χωρίς καμία ουσιαστική εγγύηση, και με δελεαστικά χαμηλά επιτόκια στην αρχή, τα οποία όμως θα αναπροσαρμόζονταν στη συνέχεια. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την ξέφρενη πιστωτική επέκταση νοικοκυριών που υπό άλλες συνθήκες δεν θα είχαν δανειοδοτηθεί.
- Οι τράπεζες μετέφεραν το ρίσκο των ισολογισμών τους στο κοινό και τους επενδυτές, μέσω τιτλοποιήσεων. Οι υψηλές αποδόσεις τους ξεγελούσαν τους επενδυτές, οι οποίοι αγνοούσαν το ύψος του κινδύνου και του ρίσκου που αναλάμβαναν. Έτσι, οι τράπεζες δάνειζαν άφοβα σε αφερέγγυους επενδυτές και στη συνέχεια αποκτούσαν ρευστότητα για επιπλέον δανειοδοτήσεις, χωρίς να χρειάζεται να βρουν νέους καταθέτες.

Όλα αυτά συσσωρεύτηκαν με το πέρασμα των χρόνων στην οικονομία των ΗΠΑ, με αποτέλεσμα το 2007, να βρίσκεται αντιμέτωπη με μία από τις πιο μεγάλες προκλήσεις της ιστορίας της. Δεκάδες τράπεζες, επιχειρήσεις και οικονομικοί κολοσσοί χρεοκοπούν. Αλλά το πλήγμα για την κοινωνία είναι πιο έντονο όταν αναλογιστούμε το πόσοι άνθρωποι έμειναν ξαφνικά άστεγοι λόγω της ανικανότητας αποπληρωμής των παράλογων σε όγκο στεγαστικών δανείων που είχαν δοθεί από τις τράπεζες, όπως προαναφέραμε. Φυσικό επακόλουθο αυτής της τακτικής των τραπεζών ήταν ένα πλήθος από κατασχέσεις και το «γκρέμισμα» της ελπίδας τόσων ανθρώπων, την οποία θυσίασαν στο βωμό της πολιτικής εξαιτίας ενός καλοστημένου φιάσκου. Η οικονομολόγος του Πανεπιστημίου Κολούμπια *Γκρετσιέλα Τσιτσιλίνσκι* είχε δηλώσει χαρακτηριστικά: «*Πρόκειται για ένα οικονομικό σκάνδαλο, που θα αφήσει βαθιά χαραγμένες τις πληγές του στον κοινωνικό ιστό και θα στείλει και άλλους άστεγους στους δρόμους*<sup>4</sup>».

---

<sup>3</sup> Μπλάντας, Τοπάλογλου και Τσιτσιφλή, (2012)

<sup>4</sup> Αέρας, (2011)

Η οικονομία των ΗΠΑ όμως επηρεάζει σαφώς και την παγκόσμια οικονομία. Έτσι, πολύ σύντομα η χρηματοπιστωτική κρίση επεκτάθηκε στις ανεπτυγμένες χώρες και στη συνέχεια σε ολόκληρο τον κόσμο, με ολέθριες επιπτώσεις για το τραπεζικό σύστημα και τις επιχειρήσεις. Το 2008 λοιπόν, η κρίση εξαπλώνεται και στην Ευρώπη. Χιλιάδες θέσεις εργασίας χάνονται, τα χρηματιστήρια καταρρέουν, τα ποσοστά της ανεργίας διπλασιάζονται και εκατομμύρια νοικοκυριά βρίσκονται στο κατώφλι της οικονομικής εξαθλίωσης. Ακόμα και χώρες με ισχυρές οικονομίες, όπως η Ιρλανδία και η Ισπανία, βρίσκονται αντιμέτωπες με τον εφιάλτη των μαζικών απολύσεων και των ιδιωτικοποιήσεων<sup>5</sup>. Και κάπως έτσι η κρίση φτάνει και στην Ελλάδα.

Τα αίτια της ελληνικής δημοσιονομικής κρίσης εντοπίζονται στα εξής σημεία<sup>6</sup>:

- Για πάνω από μία δεκαετία πριν την κρίση η τακτική που ακολούθησαν οι ελληνικές κυβερνήσεις ήταν να μειωθούν δραστικά τα φορολογικά έσοδα.
- Η Ευρωπαϊκή Ένωση χρησιμοποίησε μία στρατηγική κατά την οποία: η στήριξη των δημόσιων οικονομικών της Ευρωζώνης δεν μπορούσε να γίνει με απευθείας δανεισμό από την Ευρωπαϊκή Κεντρική τράπεζα αλλά οι εκάστοτε κυβερνήσεις θα έπρεπε να δανείζονται μόνο από τις εμπορικές τράπεζες και τις χρηματοπιστωτικές αγορές. Έτσι, τα επιτόκια δανεισμού εκτινάχθηκαν σε δυσβάστακτα ύψη και προοδευτικά κλονίστηκε η εμπιστοσύνη που είχαν οι χρηματαγορές στην ελληνική οικονομία.
- Η ύπαρξη του ευρώ πριν την κρίση έκανε εύκολη τη μεταφορά κεφαλαιακών πόρων προς τις ταχύτερα αναπτυσσόμενες χώρες και έτσι ισοσκελιζόταν το ισοζύγιο πληρωμών τους. Αυτό σήμαινε πως επιτρεπόταν στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες να παρουσιάζουν ελλειμματικό ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών<sup>7</sup>. Πράγμα το οποίο όμως σταμάτησε να είναι εφικτό όταν ξέσπασε η οικονομική κρίση, καθώς οι κεφαλαιακές εισροές συρρικνώθηκαν.

---

<sup>5</sup> Αέρας, (2011)

<sup>6</sup> Μπλάντας, Τοπάλογλου και Τσιτσιφλή, (2012)

<sup>7</sup> Το ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών συμπεριλαμβάνει:

Τα εμπορικό ισοζύγιο

Το ισοζύγιο υπηρεσιών

Το ισοζύγιο εισοδημάτων

- Στο διάστημα 1996-2008 η πραγματική αύξηση του ΑΕΠ<sup>8</sup> στην Ελλάδα εκτινάχθηκε στο 61%, ενώ την ίδια στιγμή η Ισπανία είχε 56% αύξηση και η Ιρλανδία 124,1%, σε αντίθεση με τη Γερμανία που είχε 19,5%, την Ιταλία που είχε 17,8% και τη Γαλλία που είχε 30,8%. Το γεγονός αυτό είχε ως αποτέλεσμα οι χώρες με τους υψηλότερους ρυθμούς ανάπτυξης να παρουσιάσουν μεγάλα και σημαντικά ελλείμματα στις τρέχουσες συναλλαγές τους (INE – ΓΣΕΕ, 2008).
- Η περίοδος μετά το 1974 υπήρξε περίοδος μεγάλου δανεισμού για την Ελλάδα με συνέπεια τη δημιουργία σημαντικού χρέους, το οποίο χρόνο με το χρόνο διογκωνόταν. Από το 1993 το χρέος άρχισε να υποχωρεί ελαφρά λόγω των υψηλών ρυθμών ανάπτυξης που αναφέραμε πιο πάνω, των οποίων όμως η αιτία ήταν το γεγονός ότι οι τότε κυβερνήσεις ηθελημένα απέκρυπταν υψηλά ελλείμματα και δάνεια. Με το *εικονικό έλλειμμα* της τάξης του 3% το 1999, η Ελλάδα κατάφερε να μπει στην ΟΝΕ (Οικονομική και Νομισματική Ένωση). Δεν ήταν όμως αυτή η λύση στο πρόβλημα καθώς έκτοτε, μέχρι και σήμερα, οι διαρκής λανθασμένες οικονομικές πολιτικές διογκώνουν συνεχώς το ελληνικό χρέος. Μία ενδεικτική εικόνα της πορείας του ελληνικού χρέους ως ποσοστό του ΑΕΠ, από το 1999 έως και το 2010 βλέπουμε στο παρακάτω διάγραμμα:

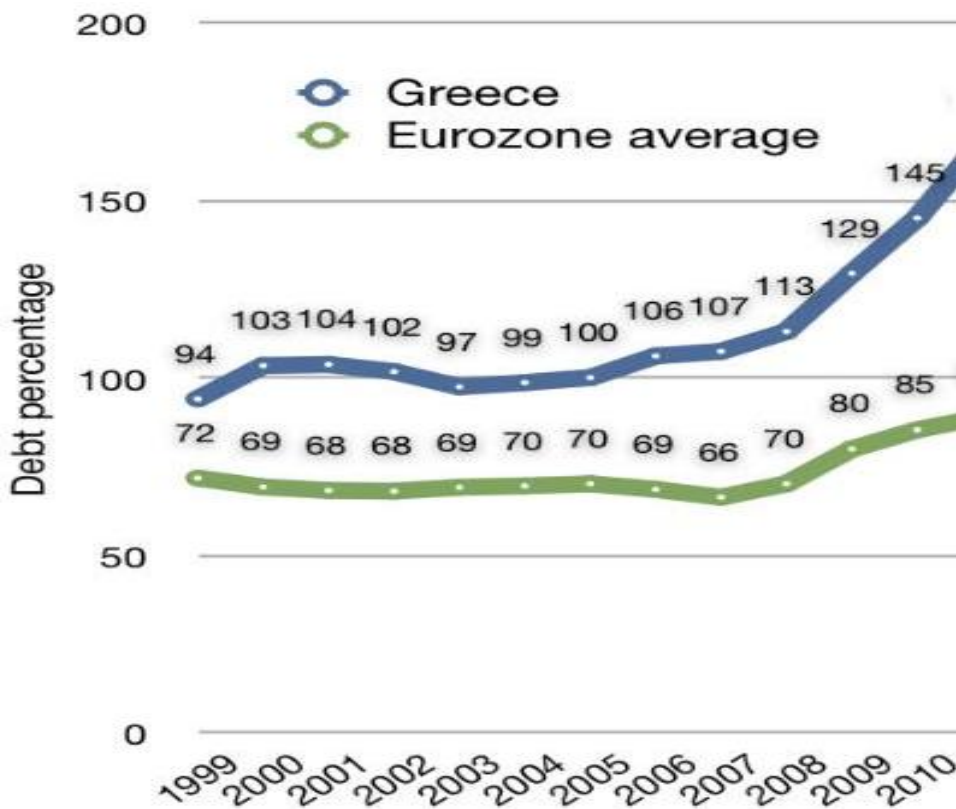
---

Το ισοζύγιο τρεχουσών μεταβιβάσεων.

<sup>8</sup> Ως ΑΕΠ (Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν) ορίζεται η συνολική αξία, εκφρασμένη σε χρηματικές μονάδες, όλων των τελικών αγαθών και υπηρεσιών που παρήχθησαν μέσα σε μία χώρα κατά τη διάρκεια ενός έτους και η οικονομική εξίσωσή του είναι η εξής:

GDP (Gross Domestic Product) = C + I + G + NX όπου,

C (κατανάλωση), I (επενδύσεις), G (δημόσιες δαπάνες) και NX (καθαρές εξαγωγές μείον τις εισαγωγές)



Πηγή: Μπλάντας, Τοπάλογλου και Τσιτσιφλή, (2012)

**Διάγραμμα 1.1: Η πορεία του Ελληνικού χρέους (ως ποσοστό του ΑΕΠ) την περίοδο 1999-2010 σε σύγκριση με τον μέσο όρο της Ευρωζώνης**

Όλα αυτά είχαν ως αποτέλεσμα η Ελλάδα να μπει σε έναν κλοιό επιτήρησης από την Ευρωπαϊκή Ένωση, το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) και την Τρόικα, προκειμένου να δοθούν πακέτα δανειακής στήριξης στο ελληνικό Δημόσιο, υπό τον όρο ότι η χώρα θα ακλουθούσε πιστά ένα αυστηρό πρόγραμμα περικοπής των δημόσιων δαπανών. Εγκαινιάστηκε έτσι μία πολιτική *συρρίκνωσης του κράτους* αναφορικά με τους μισθούς, τις συντάξεις, το ασφαλιστικό σύστημα, την τοπική αυτοδιοίκηση.

### 1.3 Οι κοινωνικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης

Η οικονομική κρίση έχει ολέθρια αποτελέσματα για την κοινωνία καθώς η ύπαρξή της προκαλεί συρρίκνωση των μισθών και αύξηση της ανεργίας, πλήττοντας έτσι την ευημερία των πληθυσμών. Δημιουργούνται κοινωνικές ανισότητες και

αλλοπρόσαλλες συμπεριφορές που οδηγούν άλλοτε στη μετανάστευση, άλλοτε στην εγκληματικότητα και άλλοτε στην βλάβη της σωματικής αλλά κυρίως της ψυχικής υγείας των ανθρώπων<sup>9</sup>.

Η ανεργία είναι ίσως το μεγαλύτερο αντίκτυπο της κρίσης στην κοινωνία, καθώς ολοένα και περισσότεροι άνθρωποι μένουν χωρίς δουλειά και κατ' επέκταση χωρίς εισόδημα σε έναν κόσμο που οι ανάγκες όσο πάνε και πληθαίνουν. Άνθρωποι οι οποίοι αφοσιώθηκαν και διέθεσαν πολλά χρήματα για να σπουδάσουν προσδοκώντας ένα καλύτερο μέλλον, αλλά και ανειδίκευτοι άνθρωποι που έχουν όρεξη και ζήλο για δουλειά, έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με την ανεργία ή με το φόβο αυτής. Ένα άρθρο που δημοσίευσε το πρακτορείο *Assosiated Press* αναφέρει χαρακτηριστικά για την Ελλάδα: «Ένα στα πέντε νοικοκυριά στην Ελλάδα δεν έχουν κανέναν εργαζόμενο, ενώ περίπου τρία εκατομμύρια ανθρώπων δεν έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας λόγω της παρατεταμένης ανεργίας»<sup>10</sup>.

Κοινωνική απόρροια της ανεργίας, που δημιουργεί η οικονομική κρίση, είναι το γεγονός ότι μεγάλος όγκος των δυσαρεστημένων πληθυσμών καταφεύγει στη λύση της μετανάστευσης. Σε μία χώρα οι οποία πλήττεται από την κρίση και μειώνει ολοένα και περισσότερο τις ευκαιρίες της εκπαίδευσης, της εργασίας και γενικότερα της πνευματικής και κοινωνικής ανάπτυξης του λαού, η μόνη διέξοδος που απομένει είναι η *φυγή* σε κάποια άλλη χώρα όπου οι συνθήκες διαβίωσης θα είναι καλύτερες και οι ευκαιρίες εξέλιξης περισσότερες.

Και για αυτούς που δεν μπορούν όμως να μεταναστεύσουν είναι πολύ εύκολο, σε περιόδους οικονομικής συρρίκνωσης, να ακολουθήσουν «*παράνομους δρόμους*» αυξάνοντας έτσι τα επίπεδα της εγκληματικότητας. Οι άνθρωποι για να μπορέσουν να εξασφαλίσουν τα προς το ζην πολλές φορές προβαίνουν σε εγκληματικές πράξεις απελπισίας. Σε μία κοινωνία, όπου συμβαίνουν τέτοιου είδους πρακτικές, το σύστημα αξιών καταρρέει και η όλη κατάσταση είναι αδύνατον να ελεγχθεί από το κοινωνικό σύστημα. Μπορούμε πλέον να μιλάμε για μία «*κοινωνία χάους*»<sup>11</sup>.

---

<sup>9</sup> Μπλάντας, Τοπάλογλου και Τσιτσιφλή, (2012)

<sup>10</sup> Assosiated Press, (2014). Επίσης, διαθέσιμο στο:

<http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=26516&subid=2&pubid=113390054>, ημερομηνία ανάκτησης 20/05/2015.

<sup>11</sup> Θεοδωρόπουλος, (2013)



Ένα άλλο σημαντικό κοινωνικό κομμάτι, το οποίο πλήττεται και αυτό από την οικονομική κρίση και του οποίου αποτέλεσμα είναι και η εγκληματικότητα που προαναφέραμε, είναι η γενική συμπεριφορά των ανθρώπων. Με την ιδέα της οικονομικής κρίσης και των συνεπειών της ο άνθρωπος νιώθει φόβο, άγχος, ανασφάλεια και αβεβαιότητα για το μέλλον το δικό του αλλά και των επόμενων γενεών. Εξαιτίας όλων αυτών των δυσάρεστων συναισθημάτων, η συμπεριφορά του αλλοιώνεται. Γίνεται πιο επιρρεπής και αντιδραστικός για πράγματα που ίσως άλλοτε του φαίνονταν ασήμαντα και αυτό γιατί λειτουργεί υπό συνεχή πίεση. Έτσι οι διαπροσωπικές σχέσεις των ανθρώπων διαταράσσονται διαλύοντας πολλές φορές τον θεσμό της οικογένειας ή της φιλίας.

Τέλος, καταστροφικά είναι τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης στην υγεία του ανθρώπου, πράγμα για το οποίο θα μιλήσουμε εκτενέστερα και σε επόμενο κεφάλαιο της εργασίας αυτής. Η απελπισία όλων αυτών των συμπτωμάτων της κρίσης που προαναφέρθηκαν βλάπτει τους ανθρώπους σε ηθικό επίπεδο τόσο πολύ που πολλές φορές η κατάληξη είναι η αυτοκτονία. Μπορεί να ακούγεται ακραίο σενάριο, αλλά δυστυχώς είναι πραγματικό, ειδικά αν λάβουμε υπόψη μας έρευνες που έγιναν στην Ευρώπη, οι οποίες έδειξαν πως σε περιόδους κρίσης για κάθε αύξηση 1% της ανεργίας αναλογεί 0.8% αύξηση των αυτοκτονιών<sup>12</sup>. Αν αναλογιστούμε επιπλέον και το γεγονός ότι, λόγω των ελάχιστων ή ακόμα και μηδενικών μισθών οι άνθρωποι δεν έχουν πλέον ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ή και αν έχουν η πρόσβασή τους στους τομείς υγείας είναι αρκετά περιορισμένη, είναι εύκολο να κατανοήσουμε τα υψηλά ποσοστά θνησιμότητας που καταγράφονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης.

Η ζωή λοιπόν και η προσωπικότητα των σύγχρονων ανθρώπων, που βασίζονται στην εργασία και στην οικονομική του κατάσταση αλλά και σε άλλα αγαθά κοινωνικής ευημερίας όπως η εκπαίδευση και η υγεία, σε περιόδους οικονομικής κρίσης πλήττονται ανεπανόρθωτα με ολέθρια αποτελέσματα για το κοινωνικό σύνολο.

---

<sup>12</sup> Θεοδωρόπουλος, (2013)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η Υγεία είναι ο παράγοντας ο οποίος αναδεικνύει την φυσική, ψυχολογική αλλά ακόμα και την πνευματική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ένας ζωντανός οργανισμός. Λέγοντας δηλαδή ότι ένας οργανισμός είναι υγιής, εννοούμε τόσο ότι δεν έχει κάποια σωματική δυσλειτουργία όσο και ότι δεν παρουσιάζει κάποια ψυχολογική ή πνευματική ανισορροπία. Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας δεν είναι μόνο ιατρικής φύσεως αλλά έχει να κάνει και με το περιβάλλον που βρίσκεται ο οργανισμός, την οικονομία, την εργασία κ.α<sup>13</sup>.

### 2.1 Δείκτες Υγείας

Ένας «δείκτης υγείας», όπως τον καθορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization), είναι μία *μεταβλητή* η οποία μετράει τις διάφορες πλευρές της υγείας ενός συγκεκριμένου πληθυσμού ή μιας συγκεκριμένης υγειονομικής μονάδας σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο<sup>14</sup>. Είναι μία μονάδα μέτρησης που εφαρμόζεται στην υγεία ή σε κατάσταση συσχετιζόμενη με την υγεία, με ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά που στόχος της είναι να απαντήσει σε ερωτήματα όπως<sup>15</sup>:

- > Πόσο υγιής είναι ένας πληθυσμός
- > Πόσο αποδοτικό είναι το σύστημα υγείας που εφαρμόζεται
- > Πόσο αποτελεσματικές είναι οι στρατηγικές υγείας
- > Ποιοι είναι οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία ενός πληθυσμού

---

<sup>13</sup> Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1946), διαθέσιμο στο: <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1>, ημερομηνία ανάκτησης 12/03/2015.

<sup>14</sup> Υγειονομικός Χάρτης της Ελλάδος, (2013), διαθέσιμο στο <http://ygeiamap.gov.gr/deiktes-ygeias/>, ημερομηνία ανάκτησης 15/04/2015.

<sup>15</sup> Υγειονομικός Χάρτης της Ελλάδος, (2013), διαθέσιμο στο <http://ygeiamap.gov.gr/deiktes-ygeias/>, ημερομηνία ανάκτησης 15/04/2015.

- > Πόσο κοντά ή μακριά βρισκόμαστε από την επίτευξη των υγειονομικών στόχων
- > Πόσο αλλάζουν οι υγειονομικές συνθήκες με το πέρασμα του χρόνου

Μερικά επιγραμματικά παραδείγματα δεικτών υγείας είναι<sup>16</sup>:

1. *Οι Δείκτες Θνησιμότητας*
2. *Οι Κοινωνικο-Δημογραφικοί Δείκτες*
3. *Οι Δείκτες Νοσηρότητας*
4. *Οι Δείκτες Υπηρεσιών Υγείας*

## 2.2 Συστήματα Υγείας

Οι πολίτες κάθε χώρας εκτίθενται ανά πάσα στιγμή στον κοινωνικό κίνδυνο της ασθένειας – αρρώστιας, του ατυχήματος και της ανικανότητας. Τον κίνδυνο αυτόν λοιπόν προσπαθεί κάθε χώρα να τον εξαλείψει ή έστω να τον ελαχιστοποιήσει εφαρμόζοντας εκείνο το *Σύστημα Υγείας* που θεωρεί πιο αποτελεσματικό.

Ως σύστημα υγείας, ορίζεται ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία αλληλεπιδρούν συνεχώς και αδιάκοπα μεταξύ τους αλλά και με το περιβάλλον με σκοπό την διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Με άλλα λόγια είναι ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι και υλικοί πόροι του τομέα της υγείας οργανώνονται και διοικούν στοχεύοντας στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας. Ένα σύστημα υγείας συμπεριλαμβάνει τρία υποσυστήματα<sup>17</sup>:

1. Το πρώτο υποσύστημα περιλαμβάνει όλους εκείνους τους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού
2. Το δεύτερο υποσύστημα αναφέρεται στη διαδικασία παραγωγής υπηρεσιών και αγαθών υγείας

---

<sup>16</sup> Υγειονομικός Χάρτης της Ελλάδος, (2013), διαθέσιμο στο <http://ygeiamap.gov.gr/deiktes-ygeias/>, ημερομηνία ανάκτησης 15/04/2015.

<sup>17</sup> Χλέτσος, (2013)

3. Και το τρίτο υποσύστημα είναι συνδεδεμένο με τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών υγείας

Γενικά, υπάρχουν τριών ειδών συστήματα υγείας<sup>18</sup>:

- i *Το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας – Σύστημα ιδιωτικής Ασφάλισης.*
- ii *Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (Σύστημα Bismark).*
- iii *Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Σύστημα Beveridge).*

### **2.2.1 Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας – Σύστημα ιδιωτικής Ασφάλισης**

Στο σύστημα αυτό κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση και το κράτος προβαίνει μόνο στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών εκείνων που αδυνατούν να αγοράσουν τις υπηρεσίες από την αγορά. Στο σύστημα αυτό, εμφανίζονται μεγάλες υγειονομικές ανισότητες καθώς μεγάλο μέρος του πληθυσμού παραμένει ανασφάλιστο και κατ' επέκταση εκτεθειμένο στα προβλήματα υγείας του, μη μπορώντας να ανταπεξέλθει στο κόστος των ιδιωτικών υπηρεσιών. Η χρηματοδότηση σε αυτό το σύστημα προέρχεται κυρίως από τους ασφαλιστικούς φορείς των πολιτών προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός τέτοιου συστήματος υγείας είναι οι ΗΠΑ.

### **2.2.2 Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (Σύστημα Bismark)**

Στο σύστημα αυτό, η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού βασίζεται στη λογική της «υποχρεωτικής» ασφάλισης, μέσω της δημιουργίας Ασφαλιστικών Ταμείων. Έτσι, επιτυγχάνεται μεγαλύτερη κοινωνική δικαιοσύνη και η κάλυψη του πληθυσμού είναι συλλογική. Η χρηματοδότηση του συστήματος αυτού προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Κυριότεροι εκπρόσωποι αυτού του μοντέλου είναι η Γερμανία και η Γαλλία.

---

<sup>18</sup> Χλέτσος, (2013)

### 2.2.3 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Σύστημα Beveridge)

Η βασική ιδέα του συστήματος αυτού είναι η καθολική και ισότιμη κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού ανεξαρτήτως της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης. Στο σύστημα αυτό, τα επίπεδα υγείας διαχωρίζονται σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο, ενώ η χρηματοδότησή του προέρχεται κυρίως από τη φορολογία. Ένα τέτοιο σύστημα λαμβάνει χώρα στη Μ. Βρετανία.

### 2.3 Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό, διότι κατά κύριο λόγο βασίζεται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση αλλά ωστόσο είναι αυξημένη και η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή υπηρεσιών υγείας όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών αυτών. Η χρηματοδότηση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος προέρχεται από τρεις πηγές:

1. Την κοινωνική ασφάλιση (εισφορές ασφαλισμένων),
2. Τον κρατικό προϋπολογισμό (φορολογία) και
3. Τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών – καταναλωτών<sup>19</sup>.

Συγκεκριμένα, στο σύστημα υγείας της Ελλάδας συμπεριλαμβάνονται<sup>20</sup>:

- i Το ΕΣΥ (Κυρίως νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και ΕΚΑΒ)
- ii Το ΙΚΑ και τα λοιπά Ασφαλιστικά Ταμεία, τα οποία προσφέρουν διαφορετική κάλυψη σε αυτούς που δικαιούνται τις υπηρεσίες τους
- iii Ο Ιδιωτικός τομέας, που περιλαμβάνει πολυάριθμα διαγνωστικά κέντρα, κλινικές, μαιευτήρια, εργαστήρια, ιατρεία και οδοντιατρεία.

Στο σημείο αυτό, και πριν αναλύσουμε τις τρεις προαναφερθείσες υποκατηγορίες του Ελληνικού Συστήματος υγείας, καλό θα ήταν να αναφερθούμε

---

<sup>19</sup> Χλέτσος, (2013)

<sup>20</sup> Σχοινιάς, (2005)

στη διάρθρωση του ελληνικού κλάδου υγείας στα διάφορα επίπεδά της, για να έχουμε μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα<sup>21</sup>:

- Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία προσφέρει υπηρεσίες που αφορούν την πρόληψη και την διάγνωση της νόσου χωρίς να είναι απαραίτητο να παραμείνει ο ασθενής μέσα σε κάποια νοσοκομειακή μονάδα. Σε αυτή τη βαθμίδα ανήκουν τα μικροβιολογικά εργαστήρια, τα διαγνωστικά κέντρα, τα εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων και ελεύθεροι επαγγελματίες ιατροί του ιδιωτικού τομέα.
- Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες για τους ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές ή σε δημόσια νοσοκομεία.
- Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική φροντίδα, την οποία καλύπτει το ΕΚΑΒ σε όλη την Ελλάδα
- Ψυχιατρική Περίθαλψη, στην οποία περιλαμβάνονται τα δημόσια και ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία αλλά και τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών νοσοκομείων και ένα πανελλαδικό δίκτυο εξωνοσοκομειακών και κοινοτικών δομών του δημόσιου τομέα.

Πολλά είναι και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κλάδος υγείας στην Ελλάδα με τα τρία βασικότερα να είναι<sup>22</sup>:

- η δυσκολία και η ανεπάρκεια της χρηματοδότησης,
- η αναποτελεσματικότητα του συστήματος και τέλος
- η μη ικανοποίηση των πολιτών από αυτό.

Όσο αφορά το πρώτο πρόβλημα, το σύστημα είναι απαραίτητο να εξοικονομήσει τους οικονομικούς πόρους που θα στηρίξουν τη βιωσιμότητά του προκειμένου να μην διακινδυνευτεί η υπόστασή του αλλά και οι υπηρεσίες που αυτό παρέχει. Σχετικά με το δεύτερο πρόβλημα, η ισότιμη και καθολική πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας κωλύεται λόγω του υψηλού κόστους παροχής τους αλλά και της διογκωμένης γραφειοκρατίας. Συνάρτηση των δύο αυτών προβλημάτων είναι και το τρίτο, δηλαδή η απογοήτευση και η δυσαρέσκεια των πολιτών από την

---

<sup>21</sup> Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, (2009)

<sup>22</sup> Χλέτσος, (2013)

αναποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας. Ολοένα και κλονίζεται η εμπιστοσύνη τους προς αυτό με αποτέλεσμα, είτε πολλοί να αρνούνται ακόμα και να νοσηλευτούν, είτε αυτοί που είναι πιο οικονομικά εύποροι να καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα.

### 2.3.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) θεσμοθετήθηκε το 1982 στα πλαίσια μεταρρύθμισης και αναβάθμισης των λειτουργιών και υποδομών της δημόσιας υγείας, από τον Γεώργιο Γεννηματά, με απώτερο σκοπό την κάλυψη των ιατροφαρμακευτικών και νοσηλευτικών αναγκών του πληθυσμού της Ελλάδας μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών και της δημιουργίας Κέντρων Υγείας και Νοσοκομείων. Οι υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες. Επιπλέον, οι προσπάθειες ανάπτυξης και αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα γίνονται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι βασικοί στόχοι του ΕΣΥ ήταν<sup>23</sup>:

- Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες να είναι καθολική και ισότιμη αλλά και η χρηματοδότηση αυτών των υπηρεσιών να είναι εξίσου ισότιμη και πλήρης
- Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Η βελτίωση της οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών.

Τα βασικά *πλεονεκτήματα* του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι:

- ✓ Καθολική και ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- ✓ Πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- ✓ Περιορισμένη συμμετοχή των πολιτών στο κόστος
- ✓ Έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- ✓ Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Αντίθετα, τα βασικά *μειονεκτήματά* του είναι:

---

<sup>23</sup> Χλέτσος, (2013)

- ✓ Προβλήματα οικονομικών και γεωγραφικών ανισοτήτων καθώς και έλλειψη συντονισμού
- ✓ Μεγάλο κόστος υγείας και κατ' επέκταση μεγάλες δαπάνες
- ✓ Περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρών από τους πολίτες
- ✓ Χαμηλή πρόοδος και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- ✓ Προβλήματα στην άσκηση του λειτουργήματος της ιατρικής βάσει ήθους και άτυπες πληρωμές
- ✓ Δυσαναλογία ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας, με τους πρώτους να βρίσκονται σε πληθώρα και τους δεύτερους σε έλλειψη.

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο από τον κρατικό προϋπολογισμό, από όπου καλύπτονται οι αμοιβές του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του και δευτερευόντως από τις δαπάνες του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ) αλλά και από δαπάνες για επενδύσεις σε κτηριακό, ιατροφαρμακευτικό και νοσοκομειακό εξοπλισμό του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων. Τέλος, τα λειτουργικά έξοδα των δημόσιων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας τα καλύπτουν τα νοσήλια που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία<sup>24</sup>.

### 2.3.2 Ασφαλιστικά Ταμεία

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης αποτελεί τον κύριο άξονα του Ελληνικού μοντέλου Κοινωνικής Προστασίας. Πρόκειται για ένα σύστημα κύριας και επικουρικής δημόσιας ασφάλισης το οποίο, από την δεκαετία του 1950 μέχρι σήμερα, σκοπό έχει με τη λειτουργία του να καλύψει τους κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, αναπληρώνοντας τη μείωση ή την απώλεια εισοδήματος από απασχόληση με την χορήγηση διάφορων παροχών και υπηρεσιών. Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική<sup>25</sup>.

Η χρηματοδότηση των Ασφαλιστικών Ταμείων καλύπτεται κατά κύριο λόγο από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, καθώς επίσης και από τον

---

<sup>24</sup> Χλέτσος, (2013)

<sup>25</sup> Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Ασφάλισης, (2014)



προϋπολογισμό του κράτους μέσω των κοινωνικών εισφορών και της επιδότησης των ελλειμμάτων τους<sup>26</sup>.

Η ύπαρξη πολλών δημόσιων φορέων ασφάλισης (170 το 2002), όπως τα ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ κ.α., που η εποπτεία τους ήταν ευθύνη πέντε τουλάχιστον διαφορετικών Υπουργείων, δημιούργησε αυξημένες υποχρεώσεις σε θέματα διοίκησης και εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων πολιτών, συμπεραίνοντας έτσι ότι αυτός ο πολυκερματισμός του συστήματος ήταν ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της οργανωτικής δομής του<sup>27</sup>.

Όλα αυτά έως το Μάρτιο του 2011, οπότε με το Ν.3918/2011 συστάθηκε ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) ενοποιώντας τα ταμεία που αφορούσαν το 85% των ασφαλισμένων της χώρας. Σκοπός του ενιαίου φορέα ήταν ο συντονισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έτσι ώστε να υπάρχει για όλους τους ασφαλισμένους πολίτες η ίδια δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ χρηματοδοτείται από τις ασφαλιστικές εισφορές των ασφαλισμένων, την ετήσια επιχορήγηση ύψους 0,6% του ΑΕΠ από τον κρατικό προϋπολογισμό, ποσά που αντιστοιχούν στην επιστροφή των φαρμακευτικών εταιρειών και φαρμακείων προς τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ και λοιπά έσοδα από κοινωνικούς πόρους. Στον ΕΟΠΥΥ εντάχθηκαν περίπου 9,5 εκ. πολίτες από τα κυριότερα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Ο νέος αυτός φορέας, που από το 2014 μετονομάστηκε σε Π.Ε.Δ.Υ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας), λειτουργεί στην αγορά σαν μονοπώλιο, αφού είναι ο μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας γι' αυτό και έχει το πλεονέκτημα της διαπραγμάτευσης και του ελέγχου των τιμών<sup>28</sup>.

### 2.3.3 Ιδιωτικός τομέας υγείας

Στον ιδιωτικό τομέα υγείας εντάσσονται όλοι οι ιδιωτικοί φορείς που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, οι ιδιωτικοί εκπαιδευτικοί φορείς που αντικείμενό τους είναι η εκπαιδευτική

---

<sup>26</sup> Χλέτσος, (2013)

<sup>27</sup> Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Ασφάλισης, (2014)

<sup>28</sup> Θωμάς, (2013)

διαδικασία στο χώρο της υγείας και τέλος, οι εταιρείες που προωθούν φαρμακευτικά και ιατροτεχνολογικά προϊόντα<sup>29</sup>.

Παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα, είναι οι εξής<sup>30</sup>:

- *Δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες*, όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, βιοτικό επίπεδο, πολιτιστικό επίπεδο, τόπος διαμονής, συνθήκες πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας κ.α.
- *Οικονομικοί παράγοντες*, όπως εισόδημα, τιμές υπηρεσιών, επίπεδο κοινωνικής ασφάλισης κ.α.
- Το επίπεδο των νοσηλευτικών υπηρεσιών που παρέχει ο δημόσιος τομέας, καθώς στην περίπτωση που υπάρξουν ελλείψεις και αναποτελεσματικότητα στη διάρθρωση, οργάνωση και λειτουργία των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων (ώρες αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία, συνθήκες νοσηλείας, ξενοδοχειακή υποδομή, ποιότητα γευμάτων, επικοινωνία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και επάρκεια αυτού κλπ.), οι πολίτες στρέφονται προς τις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα προκειμένου να έχουν μία πιο αξιόπιστη και αποδοτική περίθαλψη.
- Τα γραφειοκρατικά εμπόδια και η καθυστέρηση εγκρίσεων δαπανών από το Δημόσιο, που είναι απόρροια του Νομοθετικού Πλαισίου Υγείας, καθώς και οι ατελείωτες λίστες αναμονής, που έχουν να αντιμετωπίσουν οι ασφαλισμένοι προκειμένου τα δημόσια ταμεία να τους παρέχουν την έγκριση και την πραγματοποίηση σημαντικών εξετάσεων ή διαγνωστικών υπηρεσιών, αναγκάζουν πολλούς ασθενείς να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα.
- Η τεχνολογική πρόοδος, καθώς η προηγμένη τεχνολογία των ιατρομηχανολογικών εξοπλισμών αυξάνει τα ποσοστά αξιόπιστου και θετικού αποτελέσματος κατά 100% στη διάγνωση και κατά 80% στη θεραπεία.

Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, η πλειονότητα των ιδιωτικών θεραπευτηρίων δευτεροβάθμιας περίθαλψης που λειτουργούν πανελλαδικά υπάγεται στην κατηγορία δυναμικότητας 41-100 κλινών, ενώ μεγάλος αριθμός των

---

<sup>29</sup> Αποστολάκη, (2010)

<sup>30</sup> Γκομούζα, (2010). Επίσης, Σχοινιάς, (2005)

θεραπευτηρίων αυτών κατέχουν 100-300 κλίνες. Ο μεγαλύτερος αριθμός των θεραπευτηρίων αυτών είναι συγκεντρωμένος στην Αθήνα.

Ανάλογα με το μέγεθός τους οι ιδιωτικές γενικές κλινικές διακρίνονται σε<sup>31</sup>:

- 1) Μεγάλες, πολυδύναμες κλινικές που η δυναμικότητά τους σε κλίνες ξεπερνά τις 300 και οι οποίες είναι στελεχωμένες με άρτια εκπαιδευμένο και εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και εξοπλισμένες με υψηλής τεχνολογίας μηχανήματα και εργαλεία.
- 2) Μεσαίες κλινικές, οι οποίες συνήθως διατηρούν συμβάσεις με ασφαλιστικές εταιρείες του ιδιωτικού τομέα αλλά και με δημόσια ταμεία.
- 3) Μικρές κλινικές, από τις οποίες οι περισσότερες καλύπτουν τα έξοδα νοσηλείας των ασθενών ή μέρος αυτών, μέσω συμβάσεων που έχουν συνάψει με ασφαλιστικούς οργανισμούς του δημοσίου.
- 4) Νευροψυχιατρικές κλινικές, οι οποίες είναι αρκετές σε αριθμό και τα έσοδά τους προέρχονται εξολοκλήρου από τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε αυτές.

Τα τελευταία χρόνια, ο ιδιωτικός κλάδος υγείας έχει παρουσιάσει σημαντική αύξηση, κυρίως λόγω: της τεχνολογικής εξέλιξης στους τομείς της βιοϊατρικής, των καλύτερων υποδομών, του υψηλότερου διαγνωστικού και θεραπευτικού επιπέδου αλλά και εξαιτίας της απογοήτευσης των πολιτών από τους φορείς της δημόσιας υγείας. Έτσι το μέγεθος της ιδιωτικής αγοράς υγείας όλο και μεγαλώνει, καθώς οι γενικές κλινικές, οι μαιευτικές – γυναικολογικές κλινικές, και τα διαγνωστικά κέντρα όλο και πληθαίνουν με τον μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησής τους να φτάνει ακόμα και το 16,8% και του κλάδου γενικότερα το 60%<sup>32</sup>.

Η άνοδος αυτή του ιδιωτικού τομέα έχει αυξήσει πολύ τον ανταγωνισμό μεταξύ των ιδιωτικών μονάδων υγείας κυρίως ως προς: το εταιρικό μέγεθος, το επίπεδο κόστους, τον τεχνολογικό εξοπλισμό, την ποιότητα και την ταχύτητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη συνεργασία με ασφαλιστικούς φορείς, τη δυνατότητα πρόσβασης στις Ιατρικές Υπηρεσίες<sup>33</sup>. Ο ανταγωνισμός αυτός έχει ως αποτέλεσμα

---

<sup>31</sup> Γκομούζα, (2010)

<sup>32</sup> Ευστρατίου, (2014)

<sup>33</sup> Γκομούζα, (2010)

την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών αλλά και την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών αυτών αναδεικνύοντάς τες πολλές φορές ασύμφορες για τον ασθενή – καταναλωτή.

Έτσι, από το 2010 έως και σήμερα, η κατάσταση έχει αλλάξει. Σύμφωνα με ένα άρθρο της *Ημερησίας* η Διευθύντρια Οικονομικών – Κλαδικών Μελετών της ICAP Group, κ. Σταματίνα Παντελαίου είχε τονίσει: «Η συνολική αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, παρουσίασε μείωση κατά 19% το 2013 σε σχέση με το 2012. Ειδικότερα κατά κατηγορία, τη μεγαλύτερη μείωση εμφανίζουν τα έσοδα των γενικών κλινικών με ποσοστό 23%, και ακολουθεί η αγορά των μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών με ποσοστό μείωσης 15%. Σχετικά με τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, η μείωση των εσόδων τους διαμορφώθηκε στο 9,5% το 2012»<sup>34</sup>. Έως και σήμερα η κατάσταση παραμένει ελλειμματική καθώς η οικονομία συρρικνώνεται και μαζί με αυτή και τα έσοδα των ιδιωτικών φορέων υγείας.

Όπως θα αναλύσουμε και στο επόμενο κεφάλαιο, παρά την αύξηση που παρουσίαζε ο ιδιωτικός κλάδος υγείας και τη βελτίωση των υποδομών και της αποτελεσματικότητάς του, το πολύ υψηλό κόστος του σε συνδυασμό μάλιστα και με την οικονομική συρρίκνωση της εποχής στρέφει τους ασθενείς – καταναλωτές προς την αναζήτηση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από το δημόσιο τομέα, ο οποίος είναι λιγότερο αποδοτικός και αξιόπιστος αλλά σίγουρα είναι πιο φθηνός. Αποτέλεσμα αυτού είναι η υποβάθμιση της υγείας των πολιτών.

---

<sup>34</sup> ICAP, (2014). Επίσης, διαθέσιμο στο:

<http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=26519&subid=2&pubid=113399877>, ημερομηνία ανάκτησης 15/04/2015.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

### 3.1 Πως επηρεάζει η οικονομική κρίση την υγεία

Η χρηματοπιστωτική κρίση, που ξεκίνησε από τις ΗΠΑ και σταδιακά επεκτάθηκε σε όλο τον κόσμο, επέφερε τεράστια προβλήματα στην κοινωνική ζωή των ανθρώπων με αποτέλεσμα να επηρεάσει αρνητικά το βιοτικό τους επίπεδο και την υγεία τους. Καθολικός κοινωνικός στόχος είναι η επίτευξη ενός επιπέδου ζωής και υγείας, όσο το δυνατόν υψηλότερου, προκειμένου να επιτευχθεί η αρμονία όχι μόνο του σώματος, αλλά και η ισορροπία του ατόμου με όλα σχεδόν τα στοιχεία του κοινωνικού πολιτικού και οικονομικού περιβάλλοντος.

Γενικά, η οικονομική κρίση οδηγεί σε ανασφάλιστη εργασία, σε μείωση του εισοδήματος, σε εργασιακή ανασφάλεια και τελικά σε φτώχεια και επειδή το σύστημα υγείας σχετίζεται με το εισόδημα άρα η οικονομική κρίση επιδρά και στην υγεία των πολιτών. Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα αλλά και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας<sup>35</sup>.

Η ανεργία είναι μία από τις βασικότερες και πιο δυσάρεστες συνέπειες της οικονομικής κρίσης καθώς τα αποτελέσματά της είναι έκδηλα τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχολογική υγεία των πολιτών. Η εργασία είναι ένας βασικός τομέας που επηρεάζει την ψυχολογία του ανθρώπου, αφού όταν εργάζεται κανείς αφενός έχει περισσότερη αυτοπεποίθηση νιώθοντας ότι είναι χρήσιμος και ότι προσφέρει στο κοινωνικό σύνολο και αφετέρου μέσω του μισθού του μπορεί να καλύψει τις ανάγκες του και να βελτιώσει το βιοτικό του επίπεδο. Επομένως, όταν χάσει τη δουλειά του, ή όταν δεν μπορεί να βρει κάποια εργασία, νιώθει ψυχολογικά ευάλωτος, μειώνεται η αυτοπεποίθησή του και το πιο σημαντικό, δεν έχει χρήματα για να μπορέσει να επιβιώσει. Το άγχος και το στρες κατακυριεύουν την προσωπικότητά του οδηγώντας τον συχνά σε δυσάρεστες ψυχολογικές διαταραχές που πολλές φορές τον ωθούν να καταλήξει σε ακραίες συμπεριφορές. Δεν είναι τυχαίο ότι σε περιόδους οικονομικής

---

<sup>35</sup> Καραϊσκού, Μαλλιαρού και Σαράφης, (2012)

κρίσης αυξάνονται οι αυτοκτονίες, είτε λόγω της ηθικής καταρράκωσης είτε λόγω του ασφυκτικού κλοιού των χρεών που είναι αδύνατο να αποπληρωθούν υπό συνθήκες ανεργίας.

Η άσχημη ψυχολογική κατάσταση και η απελπισία που διακατέχει τον άνθρωπο, τον οδηγούν ακόμα και σε αύξηση των άσχημων και βλαβερών για την υγεία συνηθειών, όπως είναι το κάπνισμα, ο αλκοολισμός αλλά και η χρήση ναρκωτικών. Σε άσχημες συνέπειες για την ψυχολογία των ανθρώπων οδηγεί και η αβεβαιότητα στον εργασιακό χώρο, διότι και οι συνθήκες εργασιακής ανασφάλειας πιέζουν συναισθηματικά τους πολίτες.

Επιπλέον όμως, η ανεργία έχει ως άμεσο αποτέλεσμα τη μείωση του εισοδήματος των νοικοκυριών, άρα και τη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος για τις υπηρεσίες υγείας. Ο άνθρωπος, σε περιόδους οικονομικής κρίσης, ανεργίας και συρρίκνωσης του μισθού του, όταν αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα υγείας, μη έχοντας τη δυνατότητα να πληρώσει για τις υπηρεσίες υγείας, πολλές φορές προτιμάει να αναβάλλει την επίσκεψη σε κάποιο ιατρό, οπότε αυτομάτως θέτει σε περεταίρω κίνδυνο την υγεία του. Έτσι γίνεται κατανοητό γιατί σε περιόδους οικονομικής ύφεσης αυξάνεται το επίπεδο θνησιμότητας των ανθρώπων.

Άρα, η ανεργία, που είναι δημιούργημα της οικονομικής κρίσης, βλάπτει τη ψυχολογική αλλά και τη σωματική υγεία των ανθρώπων, είτε μέσω των διαταραχών της ψυχοσύνθεσης και της συμπεριφοράς τους είτε μέσω του περιορισμού της δυνατότητας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Σε περιόδους οικονομικής κρίσης όμως, ανθεί και η ανασφάλιστη εργασία με αποτέλεσμα και πάλι οι πολίτες να μην έχουν καθόλου ή ελάχιστη και περιορισμένη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες<sup>36</sup>.

Η συρρίκνωση των μισθών είναι επίσης ένα απογοητευτικό φαινόμενο που δεσπόζει σε περιόδους οικονομικής ύφεσης με ολέθρια αποτελέσματα στην υγεία των πολιτών. Οι ανθρώπινες ανάγκες αυξάνονται καθημερινά και σε συνδυασμό με τον υποδιπλασιασμό των μισθών, οδηγείται το βιοτικό επίπεδο και το επίπεδο υγείας του ανθρώπου σε όλο και χαμηλότερα επίπεδα. Με λιγότερο διαθέσιμο εισόδημα ο άνθρωπος αυξάνει την κατανάλωση φθηνού και πλαστικού φαγητού και πολλές

---

<sup>36</sup> Καραϊσκού, Μαλλιαρού και Σαράφης, (2012)

φορές υποσιτίζεται. Επιπλέον, είναι πιο ευάλωτος στις ακραίες καιρικές συνθήκες καθώς δεν διαθέτει χρήματα για θέρμανση (π.χ. πετρέλαιο) αλλά και σε πολλές περιπτώσεις αναγκάζεται να ζει σε υποβαθμισμένο περιβάλλον (π.χ. υπόγειο σπίτι με υγρασία) με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της ίδιας της υγείας του. Τα λιγότερα χρήματα όμως δεν ευνοούν και την καλύτερη και αποδοτικότερη πρόσβασή του στις υπηρεσίες υγείας και κατά συνέπεια την έγκαιρη και έγκυρη πρόληψη και καταπολέμηση των ασθενειών του<sup>37</sup>.

Η αστάθεια και η αβεβαιότητα λοιπόν του οικονομικού περιβάλλοντος επηρεάζει άμεσα την υγεία των πολιτών. Η ανεργία, η μείωση των μισθών και τα αυξημένα χρέη που απορρέουν από την άσχημη οικονομική κατάσταση μιας χώρας προκαλούν στους πολίτες της συναισθήματα θλίψης, παραίτησης από τη ζωή, κατάθλιψης, απελπισίας, φόβου, απόγνωσης, αναξιοτήτας και τους οδηγούν σε καταχρήσεις ουσιών, σε υποσιτισμό, σε αυτοκτονίες, σε γενικότερες ψυχολογικές διαταραχές, σε υποβάθμιση του βιοτικού τους επιπέδου και σε αδυναμία πρόσβασης σε αποτελεσματικούς και αποδοτικούς υγειονομικούς φορείς με αποτέλεσμα την αύξηση της θνησιμότητας και την υποβάθμιση της υγείας τους.

### **3.2 Πώς επηρεάζει η οικονομική κρίση το σύστημα υγείας και τον ιδιωτικό τομέα υγείας**

Ένα βιώσιμο σύστημα υγείας βασίζεται στην αξιόπιστη πρόσβαση σε ανθρώπινο κεφάλαιο και αναλώσιμους πόρους. Η εξασφάλιση αυτών των εισροών απαιτεί οικονομικούς πόρους για επενδύσεις σε υποδομές και εξοπλισμό, για αποζημίωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και για φάρμακα και αναλώσιμα<sup>38</sup>.

Τα συστήματα υγείας, σε περιόδους οικονομικής συρρίκνωσης αντιμετωπίζουν μεγάλα προβλήματα που έχουν να κάνουν με τη χρηματοδότησή τους λόγω της μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία εξαιτίας της οικονομικής στενότητας που επικρατεί. Τα ελλείμματα στο δημόσιο τομέα και η ανεργία ασκούν

---

<sup>37</sup> Καραϊσκού, Μαλλιαρού και Σαράφης, (2012)

<sup>38</sup> Καραϊσκού, Μαλλιαρού και Σαράφης, (2012)

ασφυκτικές πιέσεις τόσο στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης όσο και στις υπηρεσίες υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα που έρχονται αντιμέτωπες με προβλήματα ρευστότητας και αδυναμίας εξυπηρέτησης των δανειακών τους αναγκών.

Τον Ιανουάριο του 2009, η έκθεση του WHO «The Financial Crisis and Global Health» επιβεβαιώνει ότι, όταν οι δημόσιοι προϋπολογισμοί και το οικογενειακό εισόδημα υφίστανται καθοδικές πιέσεις, η ζήτηση για τις δημόσιες υπηρεσίες αυξάνεται. Έτσι, την επιπλέον ζήτηση υπηρεσιών υγείας που υπάρχει κατά τη διάρκεια οικονομικών κρίσεων λόγω της αύξησης της νοσηρότητας εξαιτίας του άγχους, την καρπώνονται κυρίως οι δημόσιες μονάδες παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Η πείρα έχει δείξει ότι, οι δαπάνες στον ιδιωτικό τομέα τείνουν να μειώνονται σε περιόδους οικονομικής κάμψης, καθώς οι ασθενείς είτε αναβάλλουν την φροντίδα εντελώς, είτε στρέφονται από τον ιδιωτικό στο δημόσιο τομέα, εφόσον το κόστος της περίθαλψης στη δεύτερη περίπτωση είναι πολύ λιγότερο<sup>39</sup>.

Η οικονομική στενότητα πιέζει προς τα κάτω μισθούς και συντάξεις και οδηγεί καθημερινά όλο και περισσότερους ανθρώπους στην ανεργία ή τους φέρνει αντιμέτωπους με το φόβο αυτής. Επομένως, οι άνθρωποι δεν έχουν χρήματα να διαθέσουν για τον ιδιωτικό κλάδο υγείας, ο οποίος σίγουρα είναι πιο αποτελεσματικός και αξιόπιστος από το δημόσιο αφού έχει και πιο εξειδικευμένο προσωπικό και πιο σύγχρονα μηχανήματα. Χάνουν λοιπόν, εξαιτίας του υψηλού κόστους, την ευκαιρία για πιο έγκαιρη, έγκυρη και αξιόπιστη διάγνωση και αντιμετώπιση της ασθένειάς τους και συμβιβάζονται με την αναποτελεσματικότητα, την αναξιπιστία, τη γραφειοκρατία και τη μεγάλη αναμονή του δημόσιου τομέα υγείας προκειμένου να μην πληρώσουν ή έστω να πληρώσουν όσο λιγότερο γίνεται.

Σύμφωνα με έρευνες, τα τελευταία χρόνια, και ειδικά μετά το 2010, στη χώρα μας η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας στρέφεται όλο και περισσότερο προς το δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με αύξηση των εισαγωγών κατά 30% στα δημόσια νοσοκομεία και μείωση της ζήτησης για τα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια κατά 9% και 11%, αντίστοιχα. Παρατηρείται επίσης, μείωση στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας από 18% έως 25% περίπου και κυρίως στα ιδιωτικά

---

<sup>39</sup> Καραϊσκού, Μαλλιαρού και Σαράφης, (2012)



μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία<sup>40</sup>.

Αυτή η μειωμένη ζήτηση του ιδιωτικού τομέα συνεπάγεται τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητάς του και απαιτεί τον περιορισμό των διοικητικών δαπανών, την επανεξέταση ή πολλές φορές ακόμα και την αναβολή των επενδύσεων, τη μείωση του προσωπικού την εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, τον περιορισμό των υπηρεσιών, την πιθανή συγχώνευση και τέλος τη συρρίκνωσή του.

Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας όμως μπορεί να έχουν λιγότερο κόστος και έτσι οι πολίτες να τις προτιμούν αλλά, λόγω των περικοπών των κρατικών δαπανών για την υγεία η ποιότητα των παρεχόμενων από αυτές υπηρεσιών υποβαθμίζεται και οι προσδοκίες των ασθενών δεν ικανοποιούνται πλήρως. Επιπλέον, υπάρχει και μεγάλη σπατάλη πόρων και η διοχέτευσή τους στην παραοικονομία και τη διαφθορά με αποτέλεσμα τα τεράστια ελλείμματα των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών φορέων υγείας<sup>41</sup>. Έτσι, εάν δεν εξασφαλιστεί επαρκής οικονομική στήριξη της δημόσιας περίθαλψης, υπάρχει κίνδυνος η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας να επιδεινωθεί περεταίρω.

Η βιωσιμότητα λοιπόν του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη, ιδιαίτερα κάτω από την πίεση της παγκόσμιας – και ιδίως της εθνικής – οικονομικής κρίσης. Οι συνεχόμενες περικοπές των δημοσίων δαπανών για φαρμακευτική περίθαλψη και προμήθειες κάνουν την κατάσταση όλο και πιο δύσκολη. Επιπλέον, οι αυξημένες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού, λόγω όπως αναφέραμε της υποβάθμισης του βιοτικού επιπέδου του, και η στροφή προς τους δημόσιους φορείς που παρέχουν ασφαλιστική κάλυψη αυξάνουν αντίστοιχα και τις πιέσεις για αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.

Τέλος, υποστηρίζεται ότι το σύστημα υγείας της χώρας μας θα μπορούσε να αναπτυχτεί χωρίς επιπρόσθετους πόρους με την εξάλειψη της σπατάλης και της αναποτελεσματικότητας και στα πλαίσια μίας αναδιάρθρωσης που να βασίζεται στην ομαλή οργάνωση και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την εύρεση ενός πιο αποδοτικού τρόπου χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, τη

---

<sup>40</sup> Κυριόπουλος, (2011)

<sup>41</sup> Καραϊσκού, Μαλλιαρού και Σαράφης, (2012)

βέλτιστη χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομείων, την ανάπτυξη συστημάτων αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών των υγειονομικών φορέων και την καλύτερη αξιοποίηση και ανάπτυξη του προσωπικού<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> Καραϊσκού, Μαλλιάρου και Σαράφης, (2012)

## **ΕΝΟΤΗΤΑ 2 – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΕΡΕΥΝΑ**

### **4.1 Μεθοδολογία έρευνας**

Σκοπός της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικά ιατρεία στην πόλη της Καλαμάτας, είναι η διαπιστωθεί κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επίπτωση στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων από γιατρούς που στεγάζουν ιδιωτικά ιατρεία στο κέντρο της πόλης της Καλαμάτας. Η επιλογή των ιατρείων ήταν τυχαία. Η έρευνα ξεκίνησε στις 16/02/2015 και ολοκληρώθηκε στις 27/02/2015. Οι ώρες όπου πραγματοποιήθηκαν οι επισκέψεις στα ιατρεία ήταν από τις 10:00 έως τις 12:30 το πρωί και από τις 18:00 έως τις 20:00 το απόγευμα. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 18 ερωτήσεις, εκ των οποίων 5 γενικού περιεχομένου και 13 ειδικού.

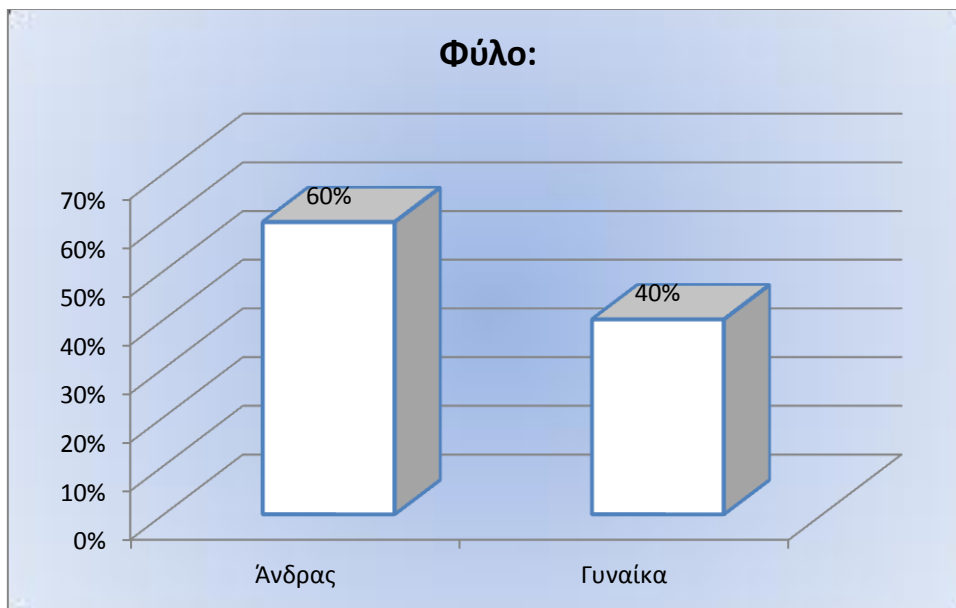
Κατά την διάρκεια της έρευνας υπήρξαν ορισμένες δυσκολίες κυρίως ως προς τον χρόνο αναμονής μέχρι να πραγματοποιηθεί η συνάντηση με τους γιατρούς, καθώς προηγούνταν οι ασθενείς. Επίσης ορισμένοι γιατροί ήταν αρνητικοί στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, διότι υποστήριζαν πως αναφέρεται σε προσωπικά τους δεδομένα, παρόλο που τους τονιζόταν ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν ανώνυμη και εμπιστευτική.

### **4.2 Αποτελέσματα έρευνας**

Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικά ιατρεία στην πόλη της Καλαμάτας.

**Πίνακας 4.1 Φύλο**

<b>Φύλο:</b>		
Άνδρας	48	60%
Γυναίκα	32	40%
Σύνολο	80	100%

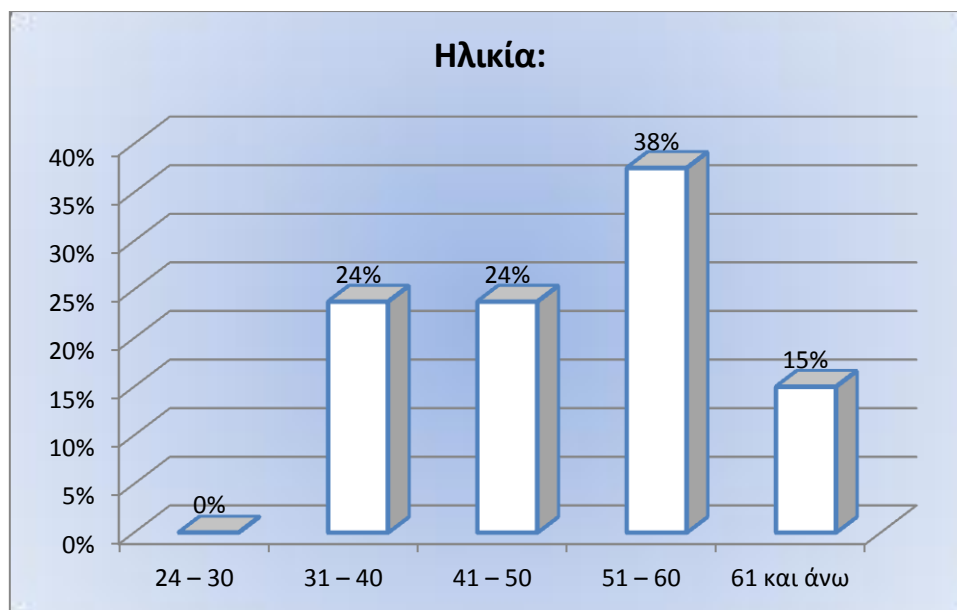


**Διάγραμμα 4.1 Φύλο**

Από τα παραπάνω στοιχεία που αφορούν το φύλο των ερωτώμενων, διαπιστώνεται ότι πάνω από τους μισούς γιατρούς που έλαβαν μέρος στην έρευνα είναι άνδρες (60%). Έτσι, το υπόλοιπο 40% των γιατρών είναι γυναίκες.

**Πίνακας 4.2 Ηλικία**

<b>Ηλικία:</b>		
24 – 30	0	0%
31 – 40	19	24%
41 – 50	19	24%
51 – 60	30	38%
61 και άνω	12	15%
Σύνολο	80	100%



**Διάγραμμα 4.2 Ηλικία**

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα που αφορά την ηλικία των ερωτώμενων, διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι γιατροί που συμμετείχαν στην έρευνα είναι από 51 έως 60 ετών (38%). Οι ηλικίες 31 έως 40 ετών και 41 έως 50 ετών συγκεντρώνουν 24% αντίστοιχα, ενώ το υπόλοιπο 15% των γιατρών είναι από 61 ετών και άνω.

**Πίνακας 4.3 Ειδικότητα**

<b>Ειδικότητα:</b>		
Ακτινολόγος	3	4%
Παιδίατρος	5	6%
Παθολόγος	5	6%
Ψυχίατρος	4	5%
Καρδιολόγος	6	8%
Μικροβιολόγος	5	6%
Οφθαλμίατρος	5	6%
Πνευμονολόγος	5	6%
Ενδοκρινολόγος	3	4%
Κυτταρολόγος	2	3%
Ουρολόγος	2	3%

Χειρουργός ΩΡΛ	2	3%
Οδοντίατρος	14	18%
Δερματολόγο	6	8%
Αιματολόγος	1	1%
Ορθοπαιδικός	4	5%
Γυναικολόγος	6	8%
Γαστρεντερολόγος	2	3%
Σύνολο	80	100%

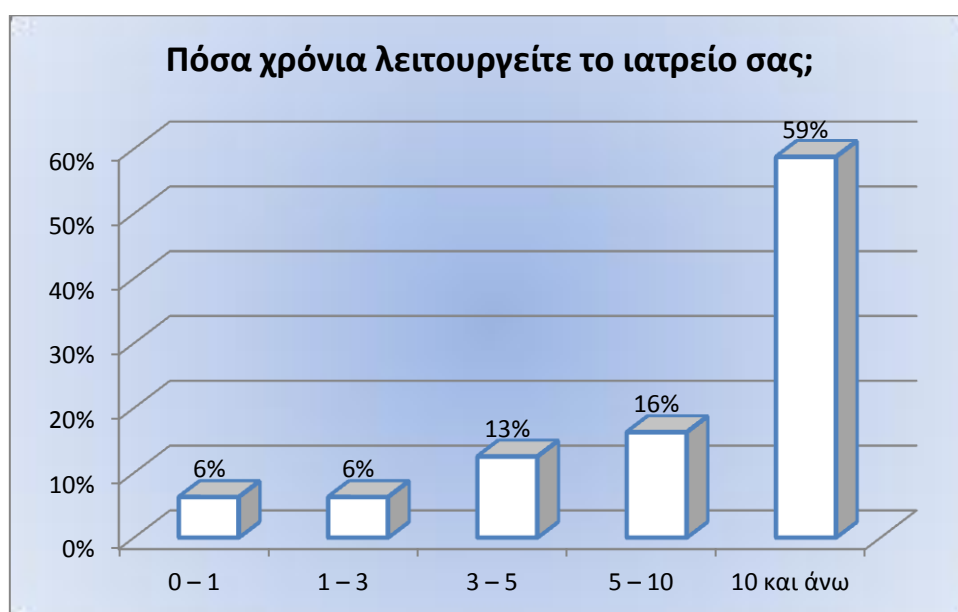


**Διάγραμμα 4.3 Ειδικότητα**

Η ειδικότητα των γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα, εμφανίζεται στο παραπάνω διάγραμμα. Διαπιστώνεται ότι η πλειοψηφία των γιατρών είναι οδοντίατροι (18%). Ακολουθούν με ποσοστό 8% οι καρδιολόγοι, οι δερματολόγοι και οι γυναικολόγοι. Οι παιδίατροι, οι παθολόγοι, οι μικροβιολόγοι, οι οφθαλμίατροι και οι πνευμονολόγοι συγκεντρώνουν ένα ποσοστό της τάξεως του 6% αντίστοιχα. Με μικρότερα ποσοστά ακολουθούν ειδικότητες όπως, ψυχίατρος, ακτινολόγος, ενδοκρινολόγος, ορθοπαιδικός, γαστρεντερολόγος, κυτταρολόγος, ουρολόγος, χειρουργός ΩΡΛ και αιματολόγος.

**Πίνακας 4.4 Λειτουργία Ιατρού**

<b>Πόσα χρόνια λειτουργείτε το ιατρείο σας;</b>		
0 – 1	5	6%
1 – 3	5	6%
3 – 5	10	13%
5 – 10	13	16%
10 και άνω	47	59%
Σύνολο	80	100%



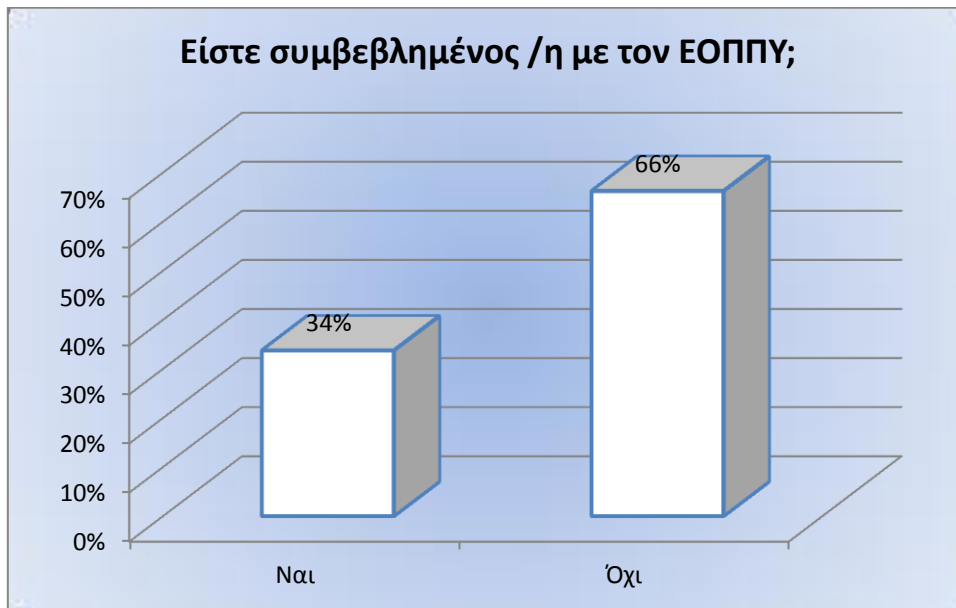
**Διάγραμμα 4.4 Λειτουργία Ιατρού**

Όσον αφορά την λειτουργία των ιατρούων και τα πόσα χρόνια λειτουργούν, παρατηρείται ότι πάνω από τα μισά ιατρεία των γιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα, λειτουργούν από 10 χρόνια και πάνω (59%). Αυτό είναι απόλυτα λογικό, εάν αναλογιστούμε ότι οι περισσότεροι γιατροί είναι πάνω από 51 ετών, οπότε λειτουργούν το ιατρείο τους για τουλάχιστον 10 χρόνια.



**Πίνακας 4.5 Συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΠΥ**

<b>Είστε συμβεβλημένος /η με τον ΕΟΠΠΥ;</b>		
Ναι	27	34%
Όχι	53	66%
Σύνολο	80	100%

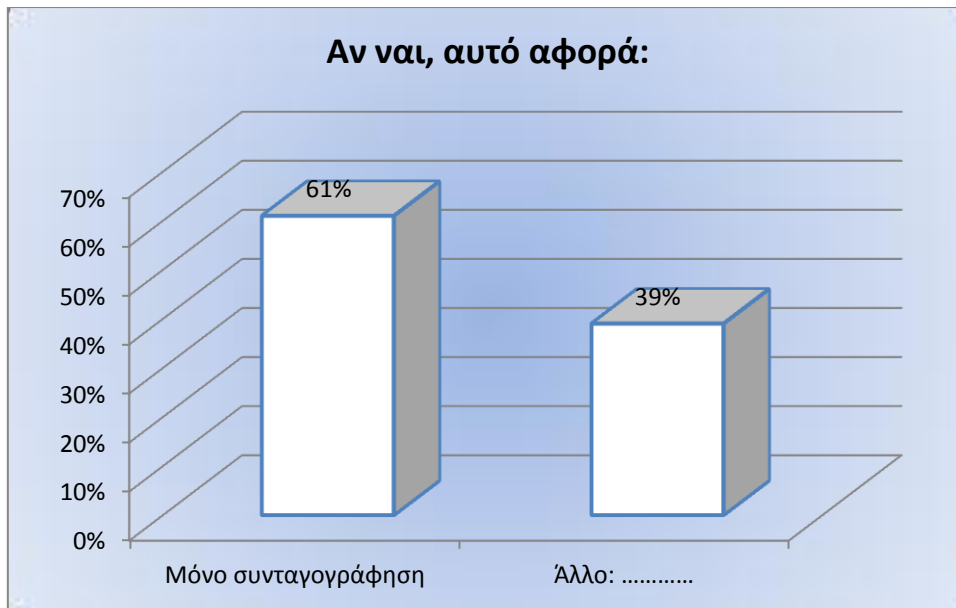


**Διάγραμμα 4.5 Συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΠΥ**

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα, διαπιστώνεται ότι πάνω από τους μισούς γιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα, δεν έχει συμβληθεί με τον ΕΟΠΠΥ (66%), και μόνο το 1/3 περίπου (34%) των γιατρών είναι συμβεβλημένο.

**Πίνακας 4.6 Αν ναι, αυτό αφορά**

Μόνο συνταγογράφηση	25	61%
Άλλο: .....	16	39%
Σύνολο	41	100%

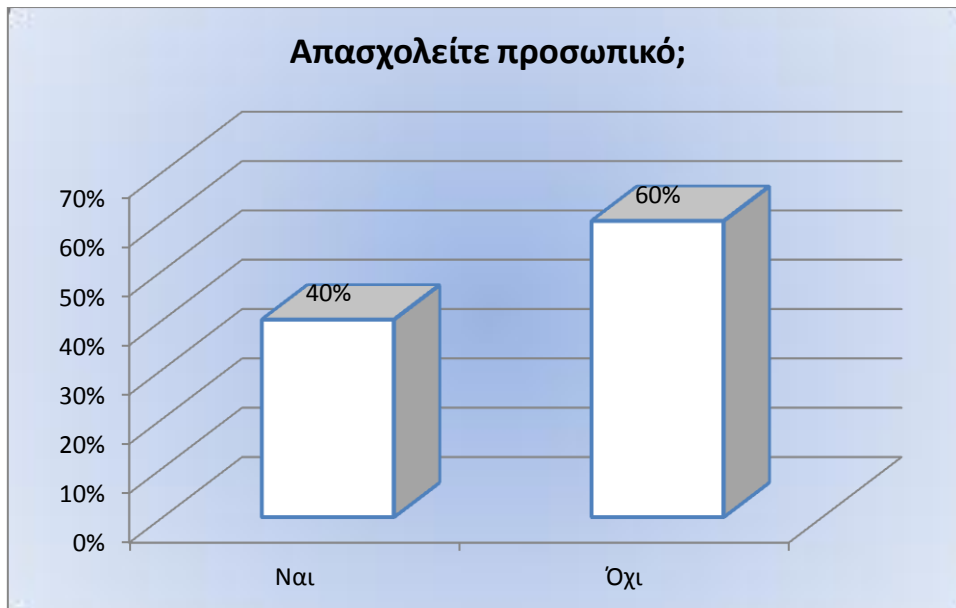


**Διάγραμμα 4.6 Αν ναι, αυτό αφορά**

Από τους γιατρούς που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ, οι περισσότεροι (61%) έχουν τη δυνατότητα συνταγογράφησης φαρμάκων, ενώ αρκετοί (39%) έχουν σύμβαση με διαφορετικό αντικείμενο.

**Πίνακας 4.7 Απασχόληση προσωπικού**

<b>Απασχολείτε προσωπικό;</b>		
Ναι	32	40%
Όχι	48	60%
Σύνολο	80	100%

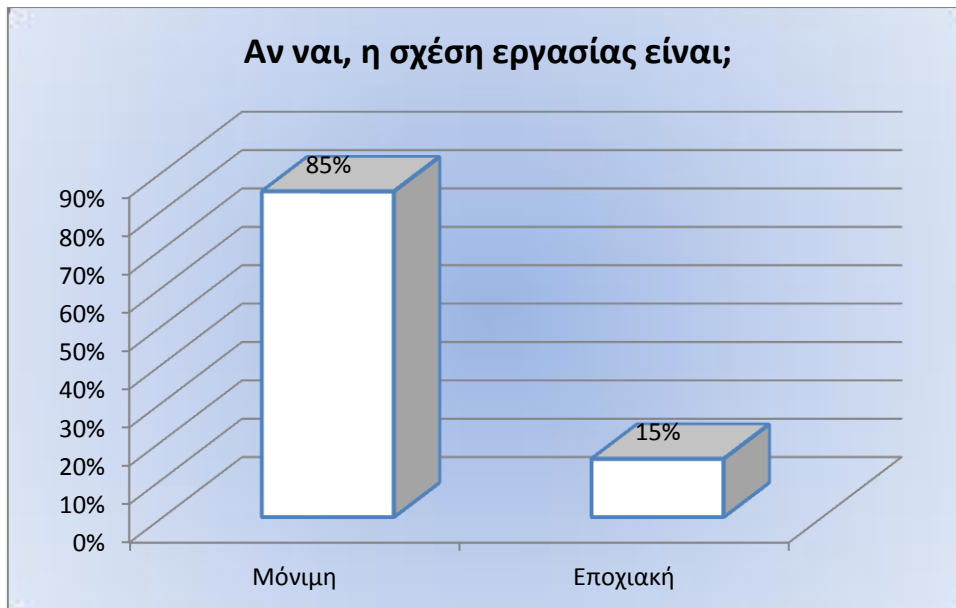


**Διάγραμμα 4.7 Απασχόληση προσωπικού**

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα που αφορά την απασχόληση προσωπικού, παρατηρείται ότι οι περισσότεροι γιατροί δεν απασχολούν προσωπικό (60%), ενώ το 40% των γιατρών έχει προσλάβει προσωπικό.

**Πίνακας 4.8 Σχέση εργασίας**

<b>Αν ναι, η σχέση εργασίας είναι;</b>		
Μόνιμη	28	85%
Εποχιακή	5	15%
Σύνολο	33	100%

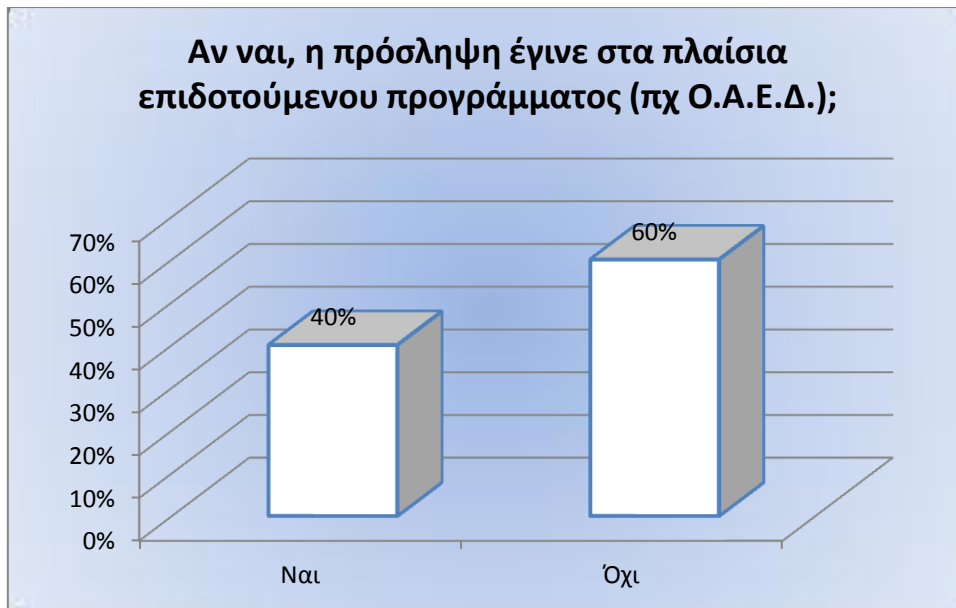


**Διάγραμμα 4.8 Σχέση εργασίας**

Όσον αφορά τους γιατρούς που απασχολούν προσωπικό, το 85% από αυτούς είναι μόνιμοι, ενώ μόνο το 15% έχουν εποχιακή σχέση εργασίας.

**Πίνακας 4.9 Πρόσληψη μέσω προγράμματος**

<b>Αν ναι, η πρόσληψη έγινε στα πλαίσια επιδοτούμενου προγράμματος (πχ Ο.Α.Ε.Δ.);</b>		
Ναι	12	40%
Όχι	18	60%
Σύνολο	30	100%



**Διάγραμμα 4.9 Πρόσληψη μέσω προγράμματος**

Όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο έγινε η πρόσληψη προσωπικού, διαπιστώνεται ότι ένα 40% προσλήφθηκε στα πλαίσια επιδοτούμενου προγράμματος (π.χ. ΟΑΕΔ), ενώ το υπόλοιπο 60% του προσωπικού δεν επιδοτείται από κάποιο πρόγραμμα.

**Πίνακας 4.10 Προηγούμενη απασχόληση προσωπικού**

<b>Απασχολούσατε προσωπικό κατά τα προηγούμενα έτη;</b>		
Ναι	30	38%
Όχι	50	63%
Σύνολο	80	100%



**Διάγραμμα 4.10 Προηγούμενη απασχόληση προσωπικού**

Στην ερώτηση για το εάν οι γιατροί που έλαβαν μέρος στην έρευνα απασχολούσαν προσωπικό κατά τα προηγούμενα έτη, διαπιστώνεται από τα παραπάνω στοιχεία ότι οι περισσότεροι γιατροί δεν απασχολούσαν καθόλου προσωπικό (63%). Το υπόλοιπο 38% των γιατρών έχουν προσλάβει κατά το παρελθόν προσωπικό.

**Πίνακας 4.11 Διακοπή απασχόλησης προσωπικού**

<b>Απασχολούσατε προσωπικό κατά τα προηγούμενα έτη και τώρα πάψατε;</b>		
Ναι	6	9%
Όχι	62	91%
Σύνολο	68	100%

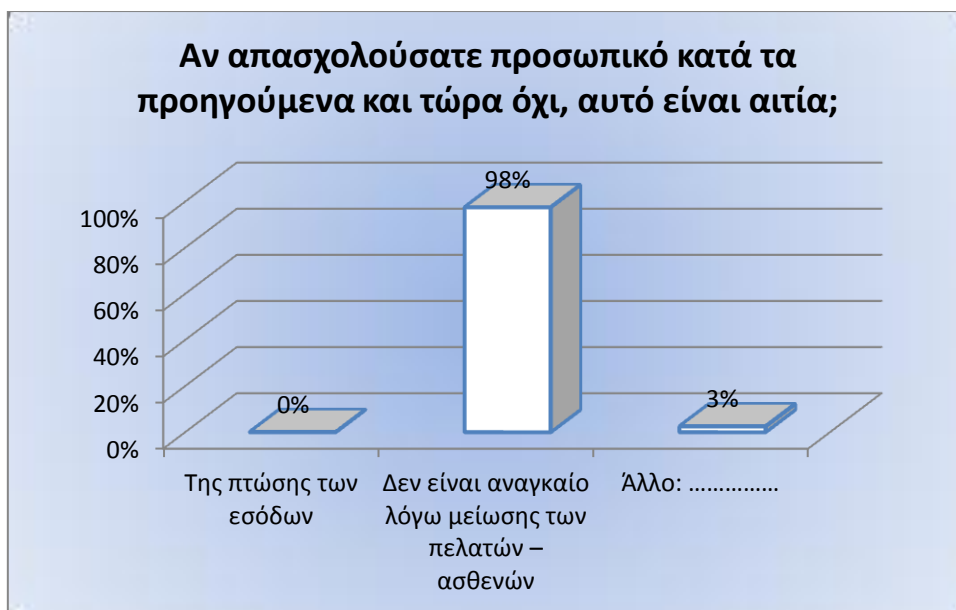


**Διάγραμμα 4.11 Διακοπή απασχόλησης προσωπικού**

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα, μόλις το 9% των συμμετεχόντων γιατρών στην έρευνα, απασχολούσε προσωπικό κατά τα προηγούμενα έτη και τώρα έπαψε να απασχολεί. Η πλειοψηφία των γιατρών (91%), δεν προχώρησε καθόλου σε κάποια πρόσληψη κατά το παρελθόν.

**Πίνακας 4.12 Λήξη απασχόλησης προσωπικού**

<b>Αν απασχολούσατε προσωπικό κατά τα προηγούμενα και τώρα όχι, αυτό είναι αιτία;</b>		
Της πτώσης των εσόδων	0	0%
Δεν είναι αναγκαίο λόγω μείωσης των πελατών – ασθενών	78	98%
Άλλο: .....	2	3%
Σύνολο	80	100%



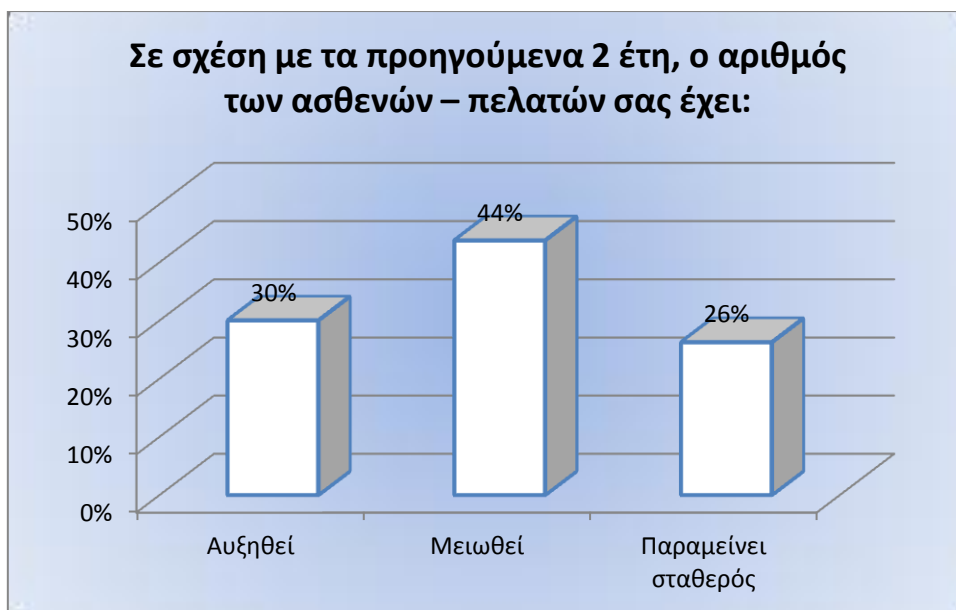
**Διάγραμμα 4.12 Λήξη απασχόλησης προσωπικού**

Από το μικρό ποσοστό των γιατρών που απασχολούσε προσωπικό κατά τα προηγούμενα έτη και τώρα έπαψε να απασχολεί, διαπιστώνεται ότι ο λόγος ήταν η μη αναγκαιότητα ύπαρξης προσωπικού λόγω της μείωσης των πελατών – ασθενών (98%).

**Πίνακας 4.13 Αριθμός ασθενών – πελατών**

<b>Σε σχέση με τα προηγούμενα 2 έτη, ο αριθμός των ασθενών – πελατών σας έχει:</b>		
Αυξηθεί	24	30%
Μειωθεί	35	44%
Παραμένει σταθερός	21	26%
Σύνολο	80	100%



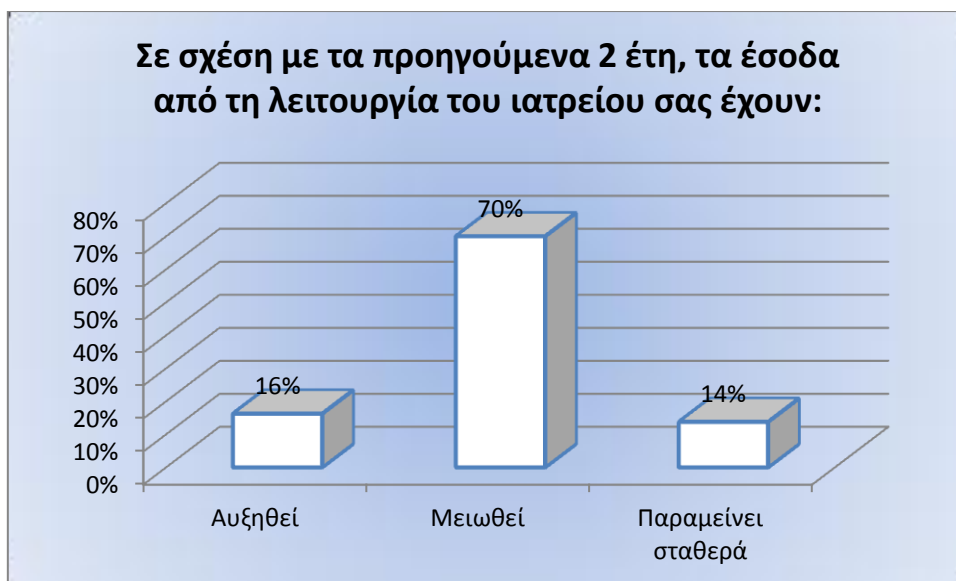


**Διάγραμμα 4.13 Αριθμός ασθενών – πελατών**

Από το παραπάνω διάγραμμα διαπιστώνεται ότι σε σχέση με τα 2 προηγούμενα έτη, ο αριθμός των ασθενών – πελατών έχει μειωθεί για το 44% των γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Για το 30% των γιατρών ο αριθμός τους έχει αυξηθεί και για το υπόλοιπο 26% των γιατρών οι ασθενείς – πελάτες παραμένουν σταθεροί.

**Πίνακας 4.14 Έσοδα Ιατρείου**

<b>Σε σχέση με τα προηγούμενα 2 έτη, τα έσοδα από τη λειτουργία του ιατρείου σας έχουν:</b>		
Αυξηθεί	13	16%
Μειωθεί	56	70%
Παραμένει σταθερά	11	14%
Σύνολο	80	100%

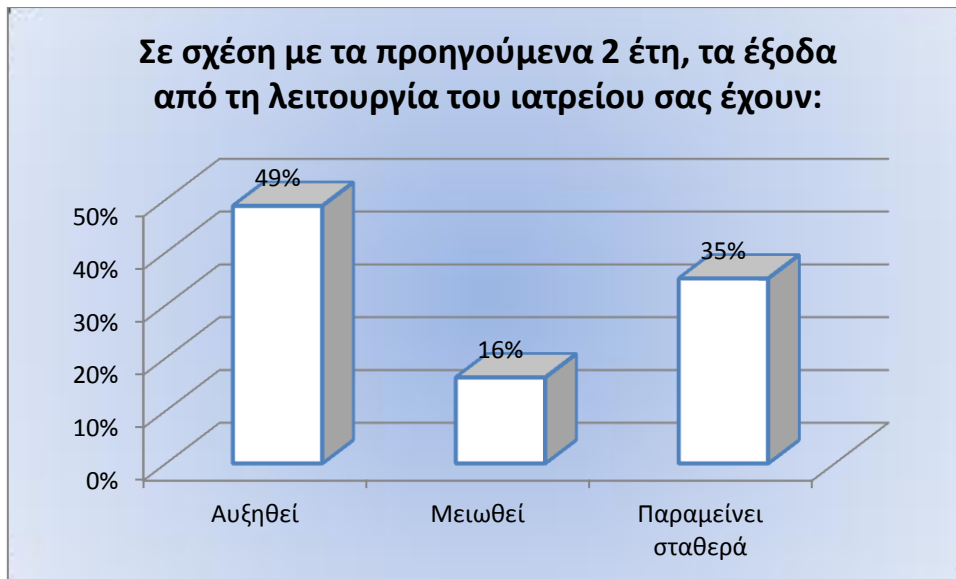


**Διάγραμμα 4.14 Έσοδα Ιατρείου**

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα, διαπιστώνεται ότι σε σχέση με τα 2 προηγούμενα έτη, τα έσοδα από την λειτουργία του ιατρείου έχουν μειωθεί για το 70% των γιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Για το 16% των γιατρών τα έσοδα έχουν αυξηθεί, ενώ μόλις για το 14% των γιατρών παραμένουν σταθερά.

**Πίνακας 4.15 Έξοδα λειτουργίας Ιατρείου**

<b>Σε σχέση με τα προηγούμενα 2 έτη, τα έξοδα από τη λειτουργία του ιατρείου σας έχουν:</b>		
Αυξηθεί	39	49%
Μειωθεί	13	16%
Παραμείνει σταθερά	28	35%
Σύνολο	80	100%

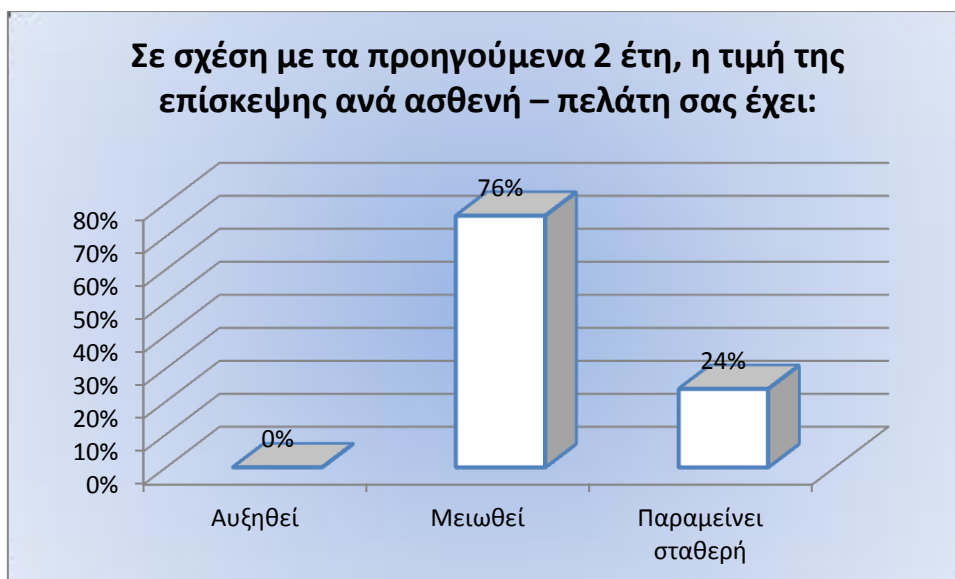


**Διάγραμμα 4.15 Έξοδα λειτουργίας Ιατρείου**

Όσον αφορά τα έξοδα λειτουργίας του ιατρείου, από το παραπάνω διάγραμμα διαπιστώνεται ότι σε σχέση με τα 2 προηγούμενα έτη, τα έξοδα έχουν αυξηθεί για τους μισούς γιατρούς που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Για το 16% των γιατρών τα έξοδα έχουν μειωθεί, ενώ για το υπόλοιπο 35% των γιατρών παραμένουν σταθερά. Η διαπίστωση αυτή, έρχεται να συμφωνήσει με την πιο πάνω ερώτηση στην οποία φαίνεται ότι οι ασθενείς πελάτες έχουν μειωθεί. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση των εσόδων και την αύξηση των εξόδων, τα οποία πάντα υπάρχουν ανεξάρτητα με την κίνηση των ασθενών – πελατών.

**Πίνακας 4.16 Τιμή επίσκεψης**

<b>Σε σχέση με τα προηγούμενα 2 έτη, η τιμή της επίσκεψης ανά ασθενή – πελάτη σας έχει:</b>		
Αυξηθεί	0	0%
Μειωθεί	61	76%
Παραμένει σταθερή	19	24%
Σύνολο	80	100%

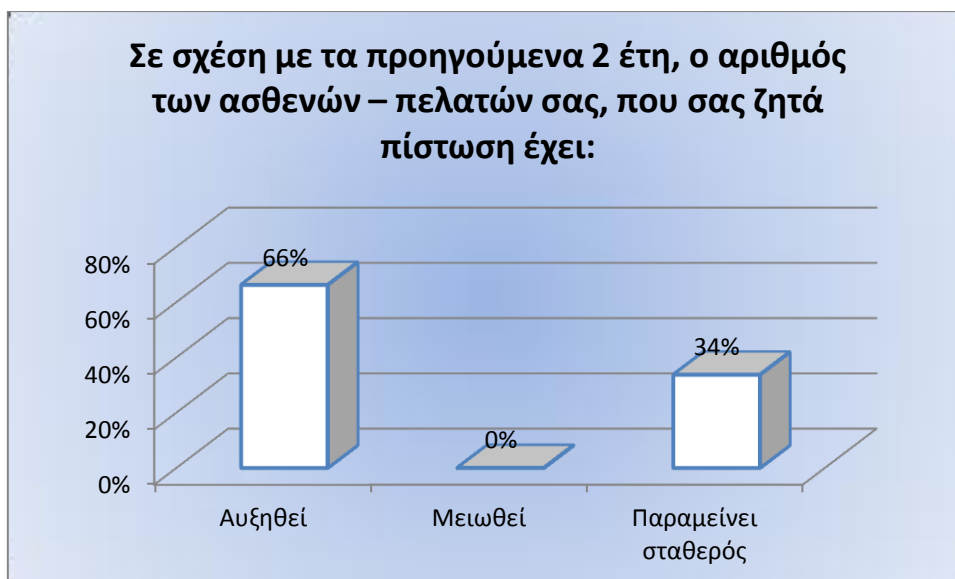


**Διάγραμμα 4.16 Τιμή επίσκεψης**

Όσον αφορά την τιμή επίσκεψης, στο παραπάνω διάγραμμα διαπιστώνεται ότι σε σχέση με τα 2 προηγούμενα έτη, η πλειοψηφία των γιατρών έχει μειώσει την τιμή επίσκεψης (76%), ενώ το υπόλοιπο 24% των γιατρών την έχει κρατήσει σταθερή. Φυσικά, δεν γίνεται λόγος για αύξηση της τιμής, κυρίως τα τελευταία έτη όπου η οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται η χώρα μας, δεν αφήνει περιθώρια για κάτι τέτοιο.

**Πίνακας 4.17 Ζήτηση από ασθενείς για παροχή πίστωσης**

<b>Σε σχέση με τα προηγούμενα 2 έτη, ο αριθμός των ασθενών – πελατών σας, που σας ζητά πίστωση έχει:</b>		
Αυξηθεί	53	66%
Μειωθεί	0	0%
Παραμένει σταθερός	27	34%
Σύνολο	80	100%

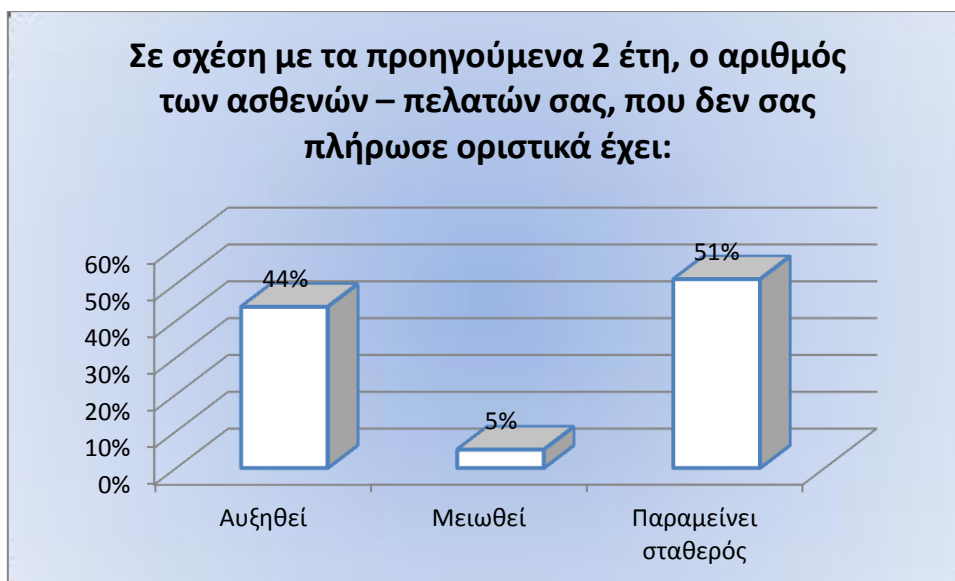


**Διάγραμμα 4.17 Ζήτηση από ασθενείς για παροχή πίστωσης**

Η παραπάνω διαπίστωση για την οικονομική κατάσταση της χώρας μας, έρχεται να συμφωνήσει και με το παρών διάγραμμα σύμφωνα με το οποίο ο αριθμός των ασθενών – πελατών που ζητά πίστωση από τους γιατρούς, έχει αυξηθεί σε σχέση με τα 2 προηγούμενα έτη κατά 66%. Το ενδεχόμενο για μείωση του αριθμού των ασθενών – πελατών που ζητά πίστωση από τους γιατρούς, είναι κάτι που τα επόμενα τουλάχιστον χρόνια δεν μπορεί να συζητηθεί. Βέβαια, για το 34% των γιατρών ο αριθμός των ασθενών – πελατών που τους ζητά πίστωση έχει παραμείνει σταθερός.

**Πίνακας 4.18 Επίπεδο ανείσπρακτων απαιτήσεων**

<b>Σε σχέση με τα προηγούμενα 2 έτη, ο αριθμός των ασθενών – πελατών σας, που δεν σας πλήρωσε οριστικά έχει:</b>		
Αυξηθεί	35	44%
Μειωθεί	4	5%
Παραμένει σταθερός	41	51%
Σύνολο	80	100%

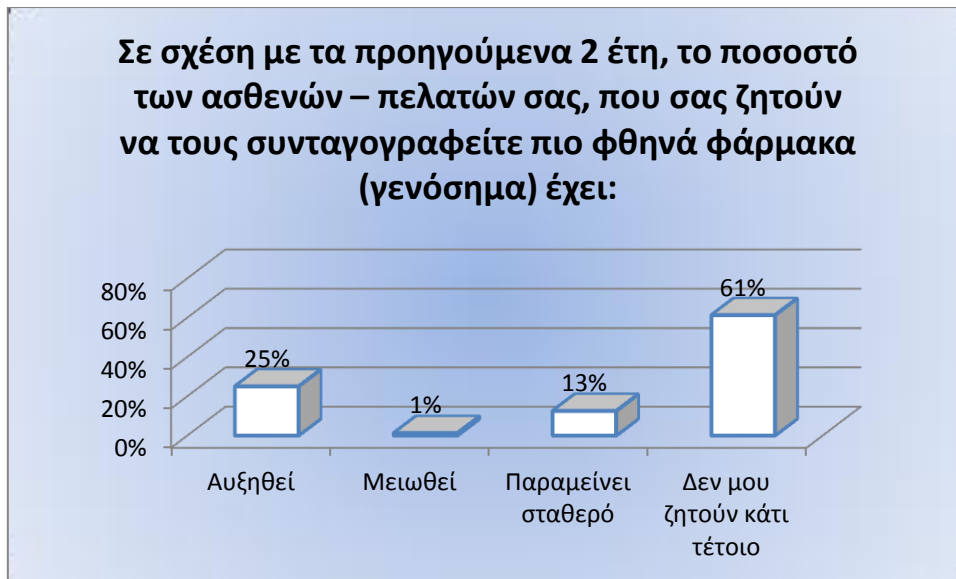


**Διάγραμμα 4.18 Επίπεδο ανείσπρακτων απαιτήσεων**

Από το παραπάνω διάγραμμα παρατηρείται ότι για τους μισούς γιατρούς που έλαβαν μέρος στην έρευνα, ο αριθμός των ασθενών – γιατρών που δεν τους πλήρωσε οριστικά έχει παραμείνει σταθερός σε σχέση με τα 2 προηγούμενα έτη. Βέβαια ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των γιατρών της τάξεως του 44% δηλώνει ότι έχει αυξηθεί ο αριθμός των ασθενών – γιατρών που δεν τους πλήρωσε οριστικά. Οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η δυσχερής οικονομική κατάσταση της χώρας μας, έχει σαν αποτέλεσμα πολλοί συμπολίτες μας να μην έχουν την δυνατότητα να καλύψουν ούτε τις δαπάνες υγείας.

**Πίνακας 4.19 Ζήτηση ασθενών για φθηνά φάρμακα (γενόσημα)**

<b>Σε σχέση με τα προηγούμενα 2 έτη, το ποσοστό των ασθενών – πελατών σας, που σας ζητούν να τους συνταγογραφείτε πιο φθηνά φάρμακα (γενόσημα) έχει:</b>		
Αυξηθεί	20	25%
Μειωθεί	1	1%
Παραμένει σταθερό	10	13%
Δεν μου ζητούν κάτι τέτοιο	49	61%
Σύνολο	80	100%



**Διάγραμμα 4.19 Ζήτηση ασθενών για φθηνά φάρμακα (γενόσημα)**

Τα τελευταία έτη, το κράτος έχει κάνει προσπάθειες για την προώθηση των γενόσημων φαρμάκων τα οποία είναι αρκετά φθηνότερα σε σχέση με τα πρωτότυπα. Από το παραπάνω διάγραμμα όμως φαίνεται ότι ο κόσμος δεν έχει εξοικειωθεί ακόμα, καθώς το 61% των γιατρών δηλώνει ότι οι ασθενείς - πελάτες τους δεν τους ζητούν συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων. Υπάρχει όμως και ένα αρκετά υψηλό ποσοστό των γιατρών (25%) που θεωρούν ότι σε σχέση με τα 2 προηγούμενα έτη, ο αριθμός των ασθενών – πελατών που τους ζητά συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων έχει αυξηθεί.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στόχος αυτής της εργασίας ήταν να αναλύσουμε το αν και κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα. Αυτή η ανάλυση εξελίχθηκε μέσα από διάφορα στάδια. Αρχικά, στο θεωρητικό της μέρος αναφερθήκαμε στο φαινόμενο που ονομάζουμε οικονομική κρίση, στην έννοια της υγείας και του συστήματος υγείας και στο τέλος, σε συνδυασμό αυτών των δύο προσπαθήσαμε να απαντήσουμε στο ερώτημα αν τελικά επηρεάζεται η πρόσβαση των πολιτών στις υγειονομικές υπηρεσίες, ειδικά του ιδιωτικού τομέα, από την οικονομική κρίση.

Πιο αναλυτικά, αρχίσαμε την διάρθρωση αυτής της εργασίας με τον προσδιορισμό του όρου «οικονομική κρίση». Οικονομική κρίση λοιπόν, ονομάζεται η κατάσταση εκείνη κατά την οποία ο περιορισμός της οικονομικής δραστηριότητας είναι έκδηλος σε πολλούς τομείς και ιδιαίτερα στις επενδύσεις. Είναι μία δυσμενής συνθήκη που πλήττει την οικονομία και την κοινωνία με άσχημα αποτελέσματα όπως, μείωση μισθών και συντάξεων, ανεργία, μείωση παραγωγής αγαθών, μείωση επενδύσεων κ.α.

Ξεκίνησε από τις ΗΠΑ το 2007, όταν ένα σύνολο αλόγιστων τακτικών, όπως υπέρογκη δανειοδότηση, έφερε πολλά νοικοκυριά αντιμέτωπα με την κατάσχεση και πολλές μεγάλες και μικρές επιχειρήσεις με τη χρεοκοπία. Φυσικό επακόλουθο της κατάρρευσης μιας τόσο μεγάλης οικονομίας, όπως ήταν αυτή των ΗΠΑ, ήταν να συμπαρασύρει και άλλες χώρες στη δίνη της οικονομικής ύφεσης και σταδιακά η κρίση να επεκταθεί σε όλο τον κόσμο, πλήττοντας βέβαια και την Ελλάδα, η οποία ήταν πολύ ευάλωτη καθώς ανυπολόγιστες σπατάλες, υπερτιμημένα ΑΕΠ, εικονικά ελλείμματα και συσσωρευμένος δανεισμός δεν άφηναν περιθώρια για αποφυγή των επιδράσεων της κρίσης επάνω της.

Πολλές είδαμε ότι είναι και οι κοινωνικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης. Η ανεργία, η φτώχεια, η έξαρση των αυτοκτονιών και της εγκληματικότητας, η μετανάστευση, η αλλοίωση της προσωπικότητας και η σωματική αλλά κυρίως η ψυχολογική βλάβη της υγείας είναι μερικά μόνο από τα ολέθρια αποτελέσματα που έχει η οικονομική κρίση στην κοινωνία. Οι οικονομικοί πόροι λιγοστεύουν, οι ηθικοί



φραγμοί καταρρέουν, οι πράξεις απελπισίας δεσπόζουν και η ανέχεια παρασύρει τους πληθυσμούς σε μία οικονομικά καταρρακωμένη χώρα.

Στη συνέχεια, μιλήσαμε για το υπέρτατο αγαθό του ανθρώπου, την υγεία του. Τονίσαμε ότι ο όρος «υγεία» δεν περιλαμβάνει απλά τη σωματική εύρυθμη λειτουργία ενός ζώντος οργανισμού αλλά και την ψυχική και πνευματική του ισορροπία. Βασικός στόχος λοιπόν κάθε κοινωνίας είναι η εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου υγείας (οι δείκτες υγείας βοηθούν στην αποτίμηση αυτού) για τα μέλη της, την επίτευξη του οποίου έχουν αναλάβει τα συστήματα υγείας.

Ένα σύστημα υγείας για να είναι αποδοτικό θα πρέπει να συνδυάζει σωστά τους ανθρώπινους και οικονομικούς πόρους του. Είδαμε τα τρία είδη συστημάτων υγείας που υπάρχουν στον κόσμο (Ιδιωτικής ασφάλισης, Κοινωνικής ασφάλισης, Εθνικό Σύστημα Υγείας) και καταλήξαμε σε αυτό που επικρατεί στην Ελλάδα, το οποίο είναι ένα μεικτό σύστημα στο οποίο εμπλέκεται τόσο ο δημόσιος τομέας (ασφαλιστικά ταμεία, ΕΣΥ) όσο και ο ιδιωτικός (ιδιωτικά ιατρεία και κλινικές). Η χρηματοδότηση του δημόσιου τομέα προέρχεται από τη φορολογία και τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων στα ασφαλιστικά ταμεία και του ιδιωτικού από τις ιδιωτικές εισφορές των ασθενών.

Ο δημόσιος τομέας υγείας παρουσιάζει πολλά προβλήματα αποδοτικότητας, όπως μεγάλη αναμονή, γραφειοκρατία, όχι και τόσο αναπτυγμένη τεχνολογία και εξειδικευμένο προσωπικό κ.α., ωστόσο όμως έχει χαμηλό κόστος για τους ασθενείς καθώς οι υπηρεσίες που παρέχει είναι είτε δωρεάν, είτε με μία μικρή μόνο συμμετοχή. Αντιθέτως, ο ιδιωτικός τομέας παρόλο που είναι πολύ περισσότερο αποδοτικός, με εξειδικευμένο προσωπικό και εξελιγμένη τεχνολογία που εγγυώνται την άμεση και αποτελεσματική πρόληψη και αντιμετώπιση της ασθένειας, έχει υψηλό κόστος παροχής υπηρεσιών που πολλές φορές είναι ασύμφορο για τον ασθενή.

Έχοντας αναλύσει την έννοια της οικονομικής κρίσης και της υγείας και των συστημάτων της συμπεράναμε ότι η μεταξύ τους σχέση είναι μάλλον καταστροφική και ο συνδυασμός τους επιφέρει ολέθριες επιπτώσεις στην κοινωνία. Κατανοήσαμε ότι, σε περιόδους οικονομικής ανέχειας βλάπτεται η υγεία των πολιτών με πολλούς τρόπους. Μέσω της ανεργίας, της εργασιακής ανασφάλειας, της μείωσης του εισοδήματος και της γενικής οικονομικής αστάθειας που απορρέει από την οικονομική κρίση, ο άνθρωπος αποκτά δυσάρεστα συναισθήματα, όπως άγχος, στρες,

χαμηλή αυτοπεποίθηση, οργή, απελπισία τα οποία τον οδηγούν σε ακραίες και καταστροφικές, τόσο για την σωματική όσο και για την ψυχική υγεία, συμπεριφορές (αυτοκτονίες, καταχρήσεις ουσιών, αλλοίωση χαρακτήρα, επιθετικότητα). Επιπλέον, με χαμηλότερο διαθέσιμο για την υγεία εισόδημα, αναβάλλει επισκέψεις σε ιατρούς ή συμβιβάζεται με μία φθηνή και αναξιόπιστη λύση και σε συνδυασμό με τη γενικότερη υποβάθμιση του βιοτικού επιπέδου που επικρατεί (υποσιτισμός, άθλιες συνθήκες διαβίωσης) τα αποτελέσματα για την υγεία του κοινωνικού συνόλου είναι καταστροφικά.

Εν μέσω κρίσης όμως, πολλά προβλήματα αντιμετωπίζουν και τα συστήματα υγείας, τα οποία διακινδυνεύουν τη βιωσιμότητα τους καθώς οι χρηματοδοτικοί πόροι τους λιγοστεύουν. Και το κράτος αδυνατεί να χρηματοδοτήσει το έργο τους αλλά και οι πολίτες δεν έχουν πλέον χρήματα διαθέσιμα για την υγεία τους. Επομένως, το συμπέρασμα που βγαίνει είναι πως σαφώς σε περιόδους κρίσης ο ασθενής, μη μπορώντας να διαθέσει πολλά χρήματα, ακόμα και για την ίδια του την υγεία, στρέφεται περισσότερο στο δημόσιο τομέα υγείας, παραγκωνίζοντας τον ιδιωτικό, ο οποίος έχει μεγάλο κόστος. Ένας άνεργος ή ένας με μειωμένο μισθό θα προτιμήσει να κάνει κάποιες προληπτικές εξετάσεις ή και να νοσηλευτεί σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο που θα είναι δωρεάν ή έστω με μία μικρή συμμετοχή, γνωρίζοντας ότι χάνει την ευκαιρία για πιο έγκυρο και σίγουρα πιο αποδοτικό αποτέλεσμα, παρά να ζητήσει τις υπηρεσίες κάποιου ιδιωτικού διαγνωστικού κέντρου ή κλινικής που θα ξέρει ότι είναι πιο έμπιστο αλλά που δεν θα μπορεί να ανταπεξέλθει στο μεγάλο κόστος του.

Αναφορικά με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ιδιωτικά ιατρεία στην πόλη της Καλαμάτας, είχε σκοπό να διαπιστώσει κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επίπτωση στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα. Παρατηρήθηκε ότι οι περισσότεροι γιατροί είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ. Δεν απασχολούν προσωπικό και όσοι απασχολούν, δεν επιδοτούνται από κάποιο πρόγραμμα. Λίγα είναι τα ιατρεία που απασχολούσαν προσωπικό κατά τα προηγούμενα έτη και τώρα έπαψαν να απασχολούν, καθώς δεν υπάρχει αναγκαιότητα ύπαρξης προσωπικού λόγω της μείωσης των πελατών – ασθενών.

Όσον αφορά την κατάσταση των ιατρείων σε σχέση με τα 2 προηγούμενα έτη, διαπιστώνεται ότι ο αριθμός των ασθενών – πελατών έχει μειωθεί, τα έσοδα από την

λειτουργία των ιατρείων έχουν μειωθεί, αλλά τα έξοδα έχουν αυξηθεί. Ο αριθμός των ασθενών – πελατών που ζητά πίστωση από τους γιατρούς έχει αυξηθεί.

Βέβαια, η πλειοψηφία των γιατρών έχει μειώσει την τιμή επίσκεψης. Δεν γίνεται λόγος για αύξηση της τιμής, κυρίως τα τελευταία έτη όπου η οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται η χώρα μας, δεν αφήνει περιθώρια για κάτι τέτοιο.

Οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η δυσχερής οικονομική κατάσταση της χώρας μας, έχει σαν αποτέλεσμα πολλοί συμπολίτες μας να μην έχουν την δυνατότητα να καλύψουν ούτε τις δαπάνες υγείας. Τα τελευταία έτη, το κράτος έχει κάνει προσπάθειες για την προώθηση των γενόσημων φαρμάκων τα οποία είναι αρκετά φθηνότερα σε σχέση με τα πρωτότυπα. Ο κόσμος όμως, δεν έχει εξοικειωθεί ακόμα καθώς δεν ζητούν συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων.

Η απάντηση στο ερώτημα της εργασίας λοιπόν, δηλαδή στο αν επηρεάζει η οικονομική κρίση τον ιδιωτικό τομέα υγείας, είναι ναι! Οι επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα είναι ολέθριες καθώς η ανεργία και το χαμηλό εισόδημα μειώνουν τη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και κάνουν τους ασθενείς – πελάτες να στρέφονται προς τις υπηρεσίες του δημόσιου τομέα που έχουν χαμηλότερο κόστος.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

**Assosiated Press, (2014)**, «Άρθρο - γροθιά για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα», *Ημερησία*, 17 Νοεμβρίου, Αθήνα. Επίσης, διαθέσιμο στο: <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=26516&subid=2&pubid=113390054>, ημερομηνία ανάκτησης 20/05/2015.

**Health Consumer Powerhouse, (2013)**, «Ραγδαία πτώση του κλάδου υγειονομικής περιθαλψης στην Ελλάδα λόγω της οικονομικής λιτότητας, σύμφωνα με την ετήσια ευρωπαϊκή κατάταξη», Πίνακας κατάταξης συστημάτων υγειονομικής περιθαλψης 2013, 7<sup>η</sup> έκδοση, 28 Νοεμβρίου, EHCI, Βρυξέλες. Επίσης, διαθέσιμο στο: <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-el.pdf>, ημερομηνία ανάκτησης 15/04/2015.

**ICAP, (2014)**, «Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας», Κλαδική Μελέτη, Διεύθυνση Οικονομικών Μελετών, Icap Group ΑΕ, Αθήνα.

**ICAP, (2014)**, «Μειωμένα τα συνολικά έσοδα των επιχειρήσεων παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας το 2013», *Ημερησία*, 01 Δεκεμβρίου, Αθήνα. Επίσης, διαθέσιμο στο: <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=26519&subid=2&pubid=113399877>, ημερομηνία ανάκτησης 15/04/2015.

**Αέρας Γ., (2011)**, «Οικονομική κρίση, από το χθες στο σήμερα!», *Αληθινά Ψέματα*, 8 Ιανουαρίου, πρώτη ανάρτηση *ΕΞΑΝΤΑΣ*, διαθέσιμο στο: <https://alithinapsemata.wordpress.com/2011/01/08/%CE%B5%CE%BE%CE%B1%CE%B9%CF%81%CE%B5%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%B1%CE%BD%CE%AC%CE%BB%CF%85%CF%83%CE%B7-%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7/>, ημερομηνία ανάκτησης 15/03/2015.

**Αποστολάκη Μ., (2010)**, «Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας Υγείας στην Ελλάδα: συγκριτική αποτίμηση», Διπλωματική Εργασία, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο.

**Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Ασφάλισης, (2014)**, «*Το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης*», Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλειας και Πρόνοιας, διαθέσιμο στο: <http://www.ggka.gr/asfalistikokefI.htm> ημερομηνία ανάκτησης 15/04/2015.

**Γκομούζα Μ., (2010)**, «*Χρηματοοικονομική ανάλυση Κλάδου Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας*», Διπλωματική Εργασία, Ευρωπαϊκό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα στη Διοίκηση Επιχειρήσεων – Ολική Ποιότητα, Πανεπιστήμιο Πειραιά, Πειραιάς.

**Ευστρατίου Χ., (2014)**, «Αύξηση κατά 60% των ασφαλίσεων σε ιδιωτικές εταιρείες για υγειονομική περίθαλψη», *Υπάλληλοι Περιφερειών Ελλάδος*, 24 Σεπτεμβρίου, διαθέσιμο στο: <http://ypalliloiperiferion.blogspot.gr/2014/09/60.html>, ημερομηνία ανάκτησης 15/05/2015.

**Ζησιοπούλου Μ., (2011)**, «*Οικονομικά της υγείας και επιπτώσεις στην υγεία σε περιόδους οικονομικής κρίσης*», σημειώσεις μαθήματος, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Λάρισα. Επίσης, διαθέσιμο στο: [http://www.edypy.gr/site/files/Zisiopoulou\\_Maria.pdf](http://www.edypy.gr/site/files/Zisiopoulou_Maria.pdf), ημερομηνία ανάκτησης 12/03/2015.

**Θεοδωρόπουλος Χ., (2013)**, «Ο κοινωνικός αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης», *Ελευθεροτυπία*, 11 Οκτωβρίου, Αθήνα. Επίσης, διαθέσιμο στο: <http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=391423>, ημερομηνία ανάκτησης 07/05/2015.

**Θωμάς Κ., (2013)**, «*Χρηματοοικονομική Διαχείριση Ιδιωτικών Μονάδων Υγείας*», Διπλωματική Εργασία, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στις Νέες Αρχές Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.

**Καραϊσκού Α., Μαλλιάρου Μ. και Σαράφης Π., (2012)**, «Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας»,

Ανασκόπηση, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 11<sup>ος</sup> Τόμος, 1<sup>ο</sup> τεύχος, Ιανουάριος – Μάρτιος 2012, 202-212

**Κυριόπουλος Γ., (2011)**, «*Η υγεία στη δίνη της οικονομικής κρίσης*», Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

**Μπλάντας Γ., Τοπάλογλου Α. και Τσιτσιφλή Σ., (2012)**, «*Οικονομική κρίση. Αιτίες και αποτελέσματα*», σημειώσεις μαθήματος, Σεμινάριο Τελειοφοίτων, Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, ΤΕΙ Λάρισας. Επίσης, διαθέσιμο στο: [http://el.wikibooks.org/wiki/%CE%9F%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE\\_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7.%CE%91%CE%B9%CF%84%CE%AF%CE%B5%CF%82\\_%CE%BA%CE%B1%CE%B9\\_%CE%B1%CF%80%CE%BF%CF%84%CE%B5%CE%BB%CE%AD%CF%83%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1](http://el.wikibooks.org/wiki/%CE%9F%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7.%CE%91%CE%B9%CF%84%CE%AF%CE%B5%CF%82_%CE%BA%CE%B1%CE%B9_%CE%B1%CF%80%CE%BF%CF%84%CE%B5%CE%BB%CE%AD%CF%83%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1), ημερομηνία ανάκτησης 15/03/2015.

**Μπιμπή Μ., (2014)**, «*Επιδεινούμενες επιπτώσεις στον τομέα Υγείας έχει η οικονομική κρίση*», *health.in.gr, ΑΠΕ-ΜΠΕ*, 21 Φεβρουαρίου. Επίσης, διαθέσιμο στο: <http://health.in.gr/news/healthpolicies/article/?aid=1231297524>, ημερομηνία ανάκτησης 17/04/2015.

**Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, (2009)**, «*Γενικά Στοιχεία για τον Κλάδο της Υγείας στην Ελλάδα*», ενημέρωση επενδυτών, Αθήνα. Επίσης, διαθέσιμο στο: <http://www.iatriko.gr/el/klados-xarakteristika>, ημερομηνία ανάκτησης 12/03/2015.

**Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1946)**, «*Υγεία*», International Health Conference, New York. Επίσης, διαθέσιμο στο: <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1>, ημερομηνία ανάκτησης 12/03/2015.

**Σχοινάς Γ., (2005)**, «*Ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και η ανάπτυξη των μεγαλύτερων ιδιωτικών κλινικών*», Πτυχιακή εργασία, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Φαρμακευτικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα.

**Υγειονομικός Χάρτης της Ελλάδος, (2013)**, «Δείκτες Υγείας», Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, διαθέσιμο στο <http://ygeiamap.gov.gr/deiktes-ygeias/>, ημερομηνία ανάκτησης 15/04/2015.

**Χατζηπαλαμουτζή X., (2014)**, «Τραγικές οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία των Ελλήνων. Αύξηση των ψυχικών και των μεταδιδόμενων νοσημάτων», 28 Μαρτίου. Επίσης, διαθέσιμο στο: <http://www.ygeia360.gr/el/news/item/10081-tragikes-oi-epiptwseis-ths-krishs-sthn-ygeia-kai-thn-ygeionomikh-perithalpsh-sthn-ellada>, ημερομηνία ανάκτησης 15/05/2015.

**Χλέτσος M., (2013)**, «Κύκλος διαλέξεων: Οικονομία και Κοινωνία», σημειώσεις μαθήματος, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα. Επίσης, διαθέσιμο στο: [http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis\\_seminaria/seminaria\\_mathimata/kratos\\_pronias/ili\\_mathimatos/kefalaio2.pdf](http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/kratos_pronias/ili_mathimatos/kefalaio2.pdf), ημερομηνία ανάκτησης 15/04/2015.

«Ελληνική κρίση χρέους 2009 – σήμερα», διαθέσιμο στο: [http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE\\_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7\\_%CF%87%CF%81%CE%AD%CE%BF%CF%85%CF%82\\_2010-%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B1](http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7_%CF%87%CF%81%CE%AD%CE%BF%CF%85%CF%82_2010-%CF%83%CE%AE%CE%BC%CE%B5%CF%81%CE%B1), ημερομηνία ανάκτησης 15/03/2015.

«Εθνικό Σύστημα Υγείας», διαθέσιμο στο: [http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C\\_%CE%A3%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1\\_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82](http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CE%A3%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82), ημερομηνία ανάκτησης 15/03/2015.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

## Α. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

### 1. Φύλο:

- Άνδρας
- Γυναίκα

### 2. Ηλικία:

- 24 – 30
- 31 – 40
- 41 – 50
- 51 – 60
- 61 και άνω

### 3. Ειδικότητα:

.....

.....

.....

### 4. Πόσα χρόνια λειτουργείται το ιατρείο σας;

- 0 – 1
- 1 – 3
- 3 – 5
- 5 – 10
- 10 και άνω



**5. Είστε συμβεβλημένος /η με τον ΕΟΠΠΥ;**

- Ναι
- Όχι

**5α) Αν ναι, αυτό αφορά:**

- Μόνο συνταγογράφηση

Άλλο: .....

.....

**B. ΕΙΔΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

**6. Απασχολείτε προσωπικό;**

- Ναι
- Όχι

**7. Αν ναι, η σχέση εργασίας είναι;**

- Μόνιμη
- Εποχιακή

**8. Αν ναι, η πρόσληψη έγινε στα πλαίσια επιδοτούμενου προγράμματος (πχ Ο.Α.Ε.Δ.);**

- Ναι
- Όχι

**9. Απασχολούσατε προσωπικό κατά τα προηγούμενα έτη;**

- Ναι
- Όχι

**10. Απασχολούσατε προσωπικό κατά τα προηγούμενα έτη και τώρα πάψατε;**

- Ναι
- Όχι

**11. Αν απασχολούσατε προσωπικό κατά τα προηγούμενα και τώρα όχι, αυτό είναι αιτία;**

- Της πτώσης των εσόδων
- Δεν είναι αναγκαίο λόγω μείωσης των πελατών – ασθενών
- Άλλο: .....
- .....

**12. Σε σχέση με τα προηγούμενα 2 έτη, ο αριθμός των ασθενών – πελατών σας έχει:**

- Αυξηθεί
- Μειωθεί
- Παραμένει σταθερός

**13. Σε σχέση με τα προηγούμενα 2 έτη, τα έσοδα από τη λειτουργία του ιατρείου σας έχουν:**

- Αυξηθεί
- Μειωθεί
- Παραμένει σταθερά

**14. Σε σχέση με τα προηγούμενα 2 έτη, τα έξοδα από τη λειτουργία του ιατρείου σας έχουν:**

- Αυξηθεί
- Μειωθεί
- Παραμένει σταθερά

**15. Σε σχέση με τα προηγούμενα 2 έτη, η τιμή της επίσκεψης ανά ασθενή – πελάτη σας έχει:**

- Αυξηθεί
- Μειωθεί
- Παραμένει σταθερή

**16. Σε σχέση με τα προηγούμενα 2 έτη, ο αριθμός των ασθενών – πελατών σας, που σας ζητά πίστωση έχει:**

- Αυξηθεί
- Μειωθεί
- Παραμένει σταθερός

**17. Σε σχέση με τα προηγούμενα 2 έτη, ο αριθμός των ασθενών – πελατών σας, που δεν σας πλήρωσε οριστικά έχει:**

- Αυξηθεί
- Μειωθεί
- Παραμένει σταθερός

**18. Σε σχέση με τα προηγούμενα 2 έτη, το ποσοστό των ασθενών – πελατών σας, που σας ζητούν να τους συνταγογραφείται πιο φθηνά φάρμακα (γενόσημα) έχει:**

- Αυξηθεί
- Μειωθεί
- Παραμένει σταθερό
- Δεν μου ζητούν κάτι τέτοιο