



ΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ
ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ
κα ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΤΟΜΑΔΑΚΗ
Α.Μ.2010006
ΚΑΛΑΜΑΤΑ ΙΟΥΝΙΟΣ 2015

Περίληψη

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να διερευνήσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας της Ελλάδας αλλά και στην υγεία των πολιτών. Η μεθοδολογία της εργασίας στηρίχθηκε στη συλλογή δευτερογενών δεδομένων, τα οποία συλλέχθηκαν μέσα από βιβλία άρθρα σε περιοδικά αλλά και μέσα από επίσημους διαδικτυακούς τόπους. Η εργασία ολοκληρώνεται μέσα από τέσσερα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο είναι εισαγωγικό και εισάγει τον αναγνώστη στο θέμα της εργασίας. Το δεύτερο κεφάλαιο αναλύει την ισχύουσα οικονομική κρίση και τις επιπτώσεις της κρίσης, τόσο στα συστήματα υγείας, όσο και στην υγεία των πολιτών. Αρχικά προβαίνει σε μια σύντομη ιστορική αναδρομή της κρίσης, παρουσιάζει την παρούσα κρίση και τους λόγους που οδήγησαν στην κρίση. Επίσης αναλύει τον τρόπο με τον οποίο η κρίση οδήγησε σε αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης, αυτοκτονιών και γενικά πολιτών υπό πίεση. Αποτελεί πλέον γεγονός ότι η παρούσα οικονομική κρίση έχει μετατραπεί σε μια ανθρωπιστική και κοινωνική κρίση.

Το τρίτο κεφάλαιο αναλύει πως βιώνει την κρίση το σύστημα υγείας στην Ελλάδα και οι Έλληνες πολίτες.

Στο τέλος της εργασίας παραθέτονται τα βασικά συμπεράσματα της μελέτης βάσει των οποίων ορισμένες χώρες χρησιμοποίησαν την κρίση για να μειώσουν το κόστος, ιδιαίτερα στους τομείς των νοσοκομειακών και φαρμακευτικών υπηρεσιών. Για ορισμένες χώρες μειώθηκαν (π.χ., Κύπρος, Ελλάδα, Ιρλανδία, Λιθουανία, Πορτογαλία, Ρουμανία) ή πάγωσαν (π.χ. Αγγλία, Σλοβενία) οι μισθοί των επαγγελματιών της υγείας, ή μειώθηκε ο ρυθμός αύξησης των μισθών (π.χ. Δανία) (Mladovsky et al., 2012). Οι πολιτικές αυτές θα μπορούσαν να επιδεινώσουν τις ανισορροπίες μεταξύ των μισθών ή εντός (αν οι μισθοί στον τομέα της υγείας υπάγονται σε διαφορετικό ρυθμό από τους μισθούς του ιδιωτικού τομέα) χωρών, οι οποίες θα μπορούσαν να αυξήσουν την υγεία των εργαζομένων.

Λέξεις κλειδιά: κρίση, υγεία, πολίτες, συστήματα υγείας, Ευρώπη

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	0
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	5
2.1 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	5
2.1.1 Ιστορικά δεδομένα για προγενέστερες οικονομικές κρίσης.....	5
2.1.2 Η παρούσα οικονομική κρίση.....	8
2.1.3 Αιτίες και λόγοι της παρούσας οικονομικής κρίσης.....	9
2.2 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	11
2.3 ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	13
2.4 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΖΩΗ.....	13
2.4.1 Αυξημένη εργασιακή ανασφάλεια.....	14
2.4.2 Αύξηση των νοικοκυριών με υψηλό χρέος.....	14
2.4.3 Δυσμενείς αλλαγές στον τρόπο ζωής.....	16
2.4.4 Οικογένειες υπό πίεση.....	16
2.4.5 Κατάθλιψη.....	17
2.4.6 Αυτοκτονίες.....	17
2.4.7 Ανεργία και θνησιμότητα.....	18
2.5 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
2.6 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	26
2.7 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	34
3.1 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	34
3.2 Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	37
3.3 Η ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΔΟΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	39
3.3.1 Η αποζημίωση των νοσοκομείων -Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες.....	42
3.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	44
3.4.1 Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.....	49
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	50
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53

Κεφάλαιο 1^ο Εισαγωγή

Η τρέχουσα οικονομική κρίση θα μπορούσε να έχει σημαντική επίδραση στην υγεία και την ευημερία των Ευρωπαίων. Η οικονομική δυσπραγία, η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια και η έλλειψη τακτικών αποδοχών διαβίωσης έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία. Η οικονομική ύφεση έχει και αρνητικά (απώλεια εισοδήματος, ανασφάλεια) και θετικά (μειωμένο φόρτο εργασίας, λιγότερη κίνηση) αποτελέσματα στην υγεία, αλλά οι συγκεντρωτικές επιπτώσεις στην Ευρώπη είναι πιθανό να είναι αρνητικές.

Τα στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις της ανεργίας στα ποσοστά θνησιμότητας είναι αντικρουόμενα. Υπάρχουν στοιχεία από την ΕΕ για μια σύνδεση μεταξύ ανεργίας και των ποσοστών θνησιμότητας: δηλαδή όσο υψηλότερη είναι η ανεργία, τόσο υψηλότερο είναι και το ποσοστό θνησιμότητας. Μια αύξηση 1% σε εθνικό ποσοστό ανεργίας αυξάνει το ποσοστό θνησιμότητας σημαντικά, δηλαδή κατά 1,5 ανά 100.000 ανθρώπους. Από την άλλη πλευρά, τα αποδεικτικά στοιχεία σε ολόκληρη την ΕΕ ότι η θνησιμότητα αυξάνεται όταν αυξάνεται η ανεργία δεν είναι συνεπή. Οι πληθυσμοί διαφέρουν σημαντικά σχετικά με την ευαισθησία τους στην θνησιμότητα σε περιόδους οικονομικών κρίσεων και αυτό εξαρτάται εν μέρει από το επίπεδο της κοινωνικής προστασίας.

Ο αυξημένος κίνδυνος θανάτου εξαιτίας της αυτοκτονίας μετά την απόλυση και των οικονομικών προβλημάτων είναι μεγαλύτερος στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες, ίσως επειδή οι άνδρες πιστεύουν πιο συχνά από ό,τι γυναίκες ότι δεν έχουν στήριξη και βοήθεια όταν τα πράγματα πάνε στραβά.

Οι στιγμές οικονομικής αστάθειας προκαλούν ψυχολογική πίεση, η οποία συνδέεται τόσο με την εμφάνιση όσο και με την εξέλιξη των ψυχικών ασθενειών. Οι ανεπιθύμητες αλλαγές στις συνθήκες της ζωής, όπως η ανεργία, είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την κατάθλιψη, τις αγχώδεις διαταραχές και την αυτοκτονία. Τα αποτελέσματα τροποποιούνται από εμπειρίες όπως η ντροπή του να χάσει κάποιος τη δουλειά του και την οικονομική δυσπραγία.

Σε κάποιο βαθμό, η οικονομική ανάπτυξη λειτούργησε σε βάρος της ψυχικής ευεξίας του πληθυσμού. Έτσι, η οικονομική κρίση μπορεί επίσης να φέρει μαζί της ευπρόσδεκτες αλλαγές, όπως η αύξηση του ελεύθερου χρόνου που οδηγεί σε αύξηση του χρόνου που αφιερώνεται στα μέλη της οικογένειας

και σε άλλες δραστηριότητες. Το πώς οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν δυσκολίες όπως η ανεργία σε περιόδους οικονομικής κρίσης εξαρτάται από τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του ατόμου. Η κρίση μπορεί να προσφέρει δυνατότητες για ενίσχυση του κοινωνικού κεφαλαίου και για μετατόπιση των αξιών μας από τα χρήματα σε μη χρηματικές συνιστώσες της ζωής, με την προϋπόθεση ότι η κοινωνική προστασία είναι επαρκής. Η οικονομική κρίση προσφέρει μια ευκαιρία για αναπροσανατολισμό.

Κεφάλαιο 2^ο Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία

2.1 Η οικονομική κρίση

2.1.1 Ιστορικά δεδομένα για προγενέστερες οικονομικές κρίσεις

Σύμφωνα με τον Farrell (2008), το καπιταλιστικό σύστημα έχει μέχρι σήμερα βιώσει τρεις κρίσεις. Στη πραγματικότητα όμως σύμφωνα με τον ίδιο συγγραφέα υπήρξαν κατά την έναρξη του δυο κρίσεις ακόμα μια το 1850 και μία το 1891 (Farrell, 2008).

Ξεκινώντας ιστορικά από τη κρίση της περιόδου 1929-1933 διαπιστώνεται ότι η παρούσα κρίση ήταν αποτέλεσμα της αυξημένης παραγωγής πολύ περισσότερης από τη ζήτηση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της βιομηχανικής παραγωγής κατά 40% αλλά και το κλείσιμο 865.000 μικρομεσαίων επιχειρήσεων αλλά και τη δημιουργία 35.000.000 ανέργων.

Κατά τη διάρκεια αυτής της κρίσης, παρουσιάστηκε μια ραγδαία πτώση του χρηματιστηρίου η οποία οδήγησε στο κραχ της Wall Street, το συγκεκριμένο κραχ είχε ως αποτέλεσμα τη μεγάλη ύφεση στην οποία οδηγήθηκε αρχικά η Αμερικανική οικονομία και στη πορεία η παγκόσμια. Τη Πέμπτη 24 Οκτωβρίου η οποία ονομάστηκε «Μαύρη Πέμπτη», το χρηματιστήριο έκλεισε με απώλειες 13% (Wright, 2008).

Η αγορά κατέβαλε μεγάλες προσπάθειες να ανατρέψει τη παρούσα αρνητική κατάσταση, όμως έχοντας χάσει το χρηματιστήριο το 90% της αξίας του, η κατάσταση ήταν μη αναστρέψιμη. Εκατομμύρια οικογένειες έχασαν τα χρήματά τους, το ΑΕΠ των ΗΠΑ, μειώθηκε δραματικά ενώ υπήρχαν μεγάλα ποσοστά ανεργίας, τέλος οι τράπεζες χρεοκόπησαν. Η Αμερικανική οικονομία χρειάστηκε 10 ολόκληρα χρόνια αλλά και την έναρξη του 2^{ου} Παγκοσμίου πολέμου για να βγει από τη κρίση, μια και οι στρατιωτικές δαπάνες μείωσαν την ανεργία και επέφεραν την ανάπτυξη.

Η κρίση στην Αμερικανική οικονομία επανήλθε κατά το τέταρτο κύμα του πολέμου, με το πόλεμο του Βιετνάμ. Η ΗΠΑ αναγκάστηκαν να δανειστούν και λόγω των ισοτιμιών αλλά και της συνθήκης του Bretton Woods, το Αμερικανικό νόμισμα υπέστη μεγάλη υποτίμηση, με αποτέλεσμα να αυξηθεί ο

πληθωρισμός αλλά και τα ποσοστά ανεργίας (Κρουγκμαν, 2008).

Η επόμενη κρίση, η σιωπηρή όπως ονομάστηκε γιατί ήταν μη αναμενόμενη τα αποτελέσματα της δεν επηρέασαν σημαντικά την παγκόσμια οικονομία από τη πρώτη στιγμή, και εκδηλώθηκε από το 1973 μέχρι το 1980.

Αργότερα στις 19 Οκτωβρίου του 1987, υπήρξε μεγάλη πτώση του δείκτη Dow Jones ο οποίος έχασε το 22% της αξίας του μέσα σε πολύ λίγες ώρες. Οι αιτίες της κρίσης ήταν (Charles et al., 2005): α) Η μεγάλη και ξαφνική πτώση του δολαρίου, β) οι φήμες για εξαγορές, γ) Η κακή πληροφόρηση των πολιτών, δ) Αύξηση των επιτοκίων από τη Γερμανία το 1989 προκειμένου να αποφύγει το δανεισμό.

Η Fed και άλλες τράπεζες οδηγήθηκαν σχεδόν στη χρεοκοπία, στο τέλος η κρίση αυτή ξεπεράστηκε σχετικά εύκολα δεδομένων των επιπτώσεων που είχε. Η συγκεκριμένη κρίση έδωσε το έναυσμα για την εφαρμογή αυστηρότερων κανόνων σε σχέση με τη λειτουργία των τραπεζών και της οικονομίας ευρύτερα.

Η επόμενη κρίση ξέσπασε όταν το επενδυτικό fund Long-Term Capital Market (LTCM) βρέθηκε σε δεινή θέση η οποία ήταν απόρροια των κρίσεων της Ασίας, Ρωσίας και Βραζιλίας τη περίοδο 1997-1998. Το LTCM έπαθε μεγάλη ζημιά όταν οι Ρώσοι ανέστειλαν από τη πλευρά τους τον Αύγουστο του 1998, την εξόφληση των κρατικών ομολόγων, βυθίζοντας το αμερικανικό χρηματιστήριο.

Στο Πίνακα 2-1 γίνετε μια παρουσίαση των μακρών κυμάτων της οικονομίας των περιόδων άνθησης και κρίσεων

Πίνακας 2-1: Σχηματική περιοδολόγηση Μακρών Κυμάτων

Πρώτο μακρο κύμα	1790-1845	60 έτη
Άνθηση (Η Μεγάλη Βιομηχανική Επανάσταση)	1790-1815	25 έτη
Κρίση (Η πείνα του 1840)	1815-1850	35 έτη
Δεύτερο μακρο κύμα	1845-1895	45 έτη
Άνθηση (Η Βικτωριανή ανάκαμψη)	1850-1870	20 έτη
Κρίση (Η μεγάλη κρίση)	1870-1895	25 έτη
Τρίτο Μακρο κύμα	1895-1940	45 έτη
Άνθηση (Η belle époque)	1895-1920	25 έτη
Κρίση (Το κραχ του 1929)	1920-1940	20 έτη
Τέταρτο μακρο κύμα	1940-1990	50 έτη
Άνθηση (Ο χρυσός αιώνας της συσσώρευσης)	1940-1970	30 έτη
Κρίση (Η σιωπηρή κρίση)	1970-1990	20 έτη
Πέμπτο μακρο κύμα	1990	
Άνθηση (Η επανάσταση της πληροφορικής)	1989-2008	Περίπου 20 έτη
Κρίση	2008	

Πηγή: Τσουλφίδης, Λ., (2003) *Οικονομική Ιστορία της Ελλάδος* Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

2.1.2 Η παρούσα οικονομική κρίση(2007 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ)

Στη παρούσα ενότητα γίνει μια αναφορά στη πρόσφατη οικονομική κρίση, η οποία είναι ακόμα υπό εξέλιξη και έχει πλήξει κυρίως την Ευρώπη. Μερικά από τα αίτια της ξεκινούν το 2007 κυρίως από τη πτώση της κτηματομεσιτικής αγοράς, η οποία επηρέασε το ευρύτερο χρηματοπιστωτικό σύστημα (Dutton, 2010).

Η τάση των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, να επενδύουν για μεγάλο χρονικό διάστημα σε προϊόντα αυξημένου κινδύνου με στόχο το κέρδος ήταν ένα από τα βασικότερα προβλήματα. Αυτό οδήγησε πολλές από τις επιχειρήσεις σε αδιέξοδο ενώ αρκετές από αυτές να φτάσουν στην χρεοκοποία (Schwarz, 2008).

Σύμφωνα με την McKinsey Company το 2008 κάποια άλλα σοβαρά αίτια ήταν τα ακόλουθα:

1. Πληθωρισμός-Τιμολογήσεις-Κεφάλαια: Η αρχική αιτία αύξησης του πληθωρισμού ήταν η αύξηση του πετρελαίου, η επόμενη ήταν η αύξηση του πληθωρισμού σε αγορές όπως η Κίνα και η Ινδία. Τέλος η αύξηση των τιμών ειδικά από τις μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις προκειμένου να επιβιώσουν των πιέσεων που δέχονταν.
2. Μείωση προσλήψεων: Η συνεχής μείωση προσωπικού με στόχο τη μείωση του κόστους και την αύξηση των κερδών, μείωση τη καταναλωτική ισχύ, επηρέασε τις πωλήσεις και την αγορά ευρύτερα.
3. Η αυξημένη μείωση των τιμών των ακινήτων σε Ισπανία, Μεγάλη Βρετανία, Αμερική επηρέασε την αγορά επιφέροντας ζημιές στη παγκόσμια οικονομία. Συγχρόνως μεγάλες επιχειρήσεις παρουσίασαν τεράστια ελλείμματα τα οποία αδυνατούσαν να καλύψουν κάποιες από αυτές έκλεισαν.
4. Η τιτλοποίηση των στεγαστικών δανείων.
5. Η απελευθέρωση των αγορών χωρίς συγκεκριμένους νόμους και κανόνες.
6. Η αδυναμία σωστής αξιολόγησης από τους οίκους της διαβάθμισης των προϊόντων.

7. Το χαλαρό νομοθετικό πλαίσιο.
8. Οι λανθασμένη διαχείριση από τους πολιτικούς φορείς και η διαφθορά.
9. Οι τεράστιες αμοιβές των υψηλόβαθμων στελεχών.
10. Η άνιση κατανομή του πλούτου.

Οι επιπτώσεις της κρίσης αναφέρονται στα ακόλουθα (Wright, 2008): 1) Μείωση των ποσοστών του διεθνούς εμπορίου αγαθών, 2) Πτώση του ΑΕΠ σε παγκόσμια κλίμακα, 3) Πτώση τιμών πρώτων υλών, 4) Πτώση διεθνών επενδύσεων μείωση των κερδών στη παροχή υπηρεσιών, μείωση ζήτησης, χρηματοδοτήσεων, 5) Μείωση κατανάλωσης, 6) Αύξηση προστατευτισμού.

Ως δράσεις αντιμετώπισης, ορίστηκαν οι ακόλουθες (Wright, 2008): 1) Αλλαγές στη στρατηγική των επιχειρήσεων, εστιάζοντας στη ποιότητα, στη καινοτομία, τη διαφορετικότητα, 2) Στήριξη οικονομιών από τις κυβερνήσεις, 3) Ενίσχυση της βιομηχανίας από τα κράτη, 4) Στήριξη και οικονομική βοήθεια από την Ευρωπαϊκή Ένωση σε χώρες που είχαν πρόβλημα όπως η Ελλάδα, η Πορτογαλία, 5) Εστίαση στην ευελιξία από τη πλευρά των μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων, 5) Αύξηση της φορολογίας η οποία όμως δεν επιφέρει θετικά αποτελέσματα ειδικά για τους ιδιώτες και μικρές και μεσαίες επιχειρήσεις.

2.1.3 Αιτίες και λόγοι της παρούσας οικονομικής κρίσης

Σύμφωνα με τους Kindleberger and Aliber (2005) τέθηκε το ρητορικό ερώτημα αν είναι δυνατό να προβλεφθεί το πότε θα ξεσπάσει μια κρίση, η απάντηση ήταν δεδομένη από πριν ότι φυσικά και μπορεί μέσα από τη διαδικασία του υπολογισμού της συνεχούς πτώσης των κερδών, η οποία οδηγεί αποδεδειγμένα σε κρίση (Kindleberger & Aliber, 2005).

Το πρώτο βασικό σύμπτωμα είναι η αδυναμία πώλησης εμπορευμάτων, η οποία στη συνέχεια οδηγεί στην αδυναμία αγοράς μέσω παραγωγής. Η έλλειψη ρευστότητας οδηγεί στο δανεισμό, το οποίο αυξάνει από τη πλευρά των τραπεζών τα επιτόκια, ενώ αυξάνει και τη ζήτηση των χρημάτων, με αποτέλεσμα όλων αυτών τη χρεοκοπία των τραπεζών ενώ πολλές επιχειρήσεις κυρίως μικρομεσαίες οι οποίες δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να αντέξουν τη

περίοδο της ύφεσης επίσης κλείνουν. Η παραγωγή μειώνετε μέχρι να φράσει σε επίπεδο που η κατανάλωση καλύπτει τη παραγωγή (Franklin & Douglas, 2007).

Στο δεύτερο στάδιο μερικά από τα συμπτώματα είναι ότι επιχειρήσεις χρεοκοπούν ειδικά οι μικρο-μεσαίες διότι η παραγωγή παύει να μειώνεται ενώ συγχρόνως δεν αυξάνετε, και τέλος τα αποθέματα απορροφώνται. Στο τρίτο στάδιο η αγορά αναζωογονείται. Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο η παραγωγή αυξάνεται η αγορά γυρνά στη πρότερη κατάσταση της και ξεκινά ένας νέος κύκλος που θα οδηγήσει σε μια νέα κρίση μετά από κάποια χρόνια (Franklin & Douglas, 2007). Οι οικονομικές κρίσεις και τα αίτια τους μπορούν να εξηγηθούν μέσα από τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις, τη θεωρία του Schumpeter, η θεωρία των κοινωνικών δομών της συσσώρευσης και η Μαρξική. Αναλυτικά η κάθε μια παραθέτετε παρακάτω:

1. Η ερμηνεία των μακρών κυμάτων από τον Schumpeter: Μια οικονομία που είναι στάσιμη δεν έχει την ικανότητα να συγκεντρώνει κεφάλαια μέσω της διαδικασίας της αποταμίευσης, πράγμα που την αναγκάζει να τα εξασφαλίσει μέσω του χρηματοπιστωτικού συστήματος. Κατά τη περίοδο της άνθησης υπάρχει αύξηση της ζήτησης, αύξηση των τιμών και των εισοδημάτων. Όταν η διαδικασία κορυφωθεί μετά αρχίζει η περίοδο της ύφεσης.
2. Η θεωρία των κοινωνικών δομών συσσώρευσης: Η συγκεκριμένη θεωρία αναφέρεται στη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών και πως αυτή επηρεάζει τη παραγωγική διαδικασία. Όταν η σχέση αυτή δεν λειτουργεί αποτελεσματικά οδηγεί σε οικονομική κρίση.
3. Μαρξιστική ερμηνεία: Η επιχείρηση έχει να αντιμετωπίσει τρία μέτωπα. Στο πρώτο μέτωπο συγκρούεται με τους εργαζόμενους στοχεύοντας στη μείωση του κόστους παραγωγής μέσα από τη μείωση μισθών για την αύξηση του κέρδους. Στο δεύτερο ο επιχειρηματίας αντιμετωπίζει τους ανταγωνιστές του ενώ στο τρίτο και τελευταίο μειώνει τις τιμές με στόχο να αυξήσει τα μερίδια αγοράς του. Όταν δεν τα καταφέρνει και μειώνεται το κέρδος του, τότε αυτό συνεπάγεται ξέσπασμα οικονομικής κρίσης. Η καινοτομικότητα μπορεί αν βοηθήσει στην αντιμετώπιση της δυσμενούς οικονομικής κατάστασης και αποσιώπηση της οικονομικής κρίσης.

2.2 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας

Τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, είναι πολλά και ποικίλουν. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η ελληνική οικονομία, προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του Δημοσίου, ως μέρος της ευρωπαϊκής και της παγκόσμιας οικονομίας, δανειζόταν κάθε χρόνο δεκάδες δισεκατομμύρια ευρώ, που φτάνει τα 250 δισ. Ευρώ.

Σε μια περίοδο, όπως είναι η σημερινή, που οι πιστώσεις έχουν πλέον σταματήσει, η Ελλάδα ήταν αδύνατον να βρει δανεικά. Παράλληλα οι ελληνικές τράπεζες ήταν αδύνατον να βρουν εύκολα δανεικά από το διεθνές σύστημα, άρχισαν να παγώνουν τα δάνεια, με αποτέλεσμα τη δημιουργία πολλών προβλημάτων στους ιδιώτες δανειολήπτες και σε όλες τις επιχειρήσεις (Βενετσάνος, 2009).

Η σημερινή οικονομική κρίση στην Ελλάδα, δημιουργεί ανεργία, οδηγεί πολλά άτομα και οικογένειες, στην εξαθλίωση και στο κοινωνικό περιθώριο. Τα άτομα αυτά χάνουν τη δυνατότητα να αποκτήσουν νέες δεξιότητες και να ενταχθούν ξανά στην παραγωγή όταν αυξηθεί και πάλι η ζήτηση εργασίας. Η ανεργία βαθαίνει τις κοινωνικές ανισότητες και αυξάνει τη φτώχεια. Ιδίως σε περιόδους που η οικονομία αναπτύσσεται (δηλαδή το ΑΕΠ αυξάνεται με περισσότερο από 2% ή 3% ετησίως) την ώρα που η ανεργία παραμένει υψηλή (π.χ. πάνω από 10%), το εισοδηματικό χάσμα μεταξύ των άνεργων και των εργαζόμενων ή των εισοδηματιών γίνεται όλο και πιο ανυπέβλητο.

Όλα τα παραπάνω είχαν σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των πολιτών. Η κατάθλιψη, οι κρίσεις πανικού και γενικά τα ψυχολογικά προβλήματα αυξήθηκαν ραγδαία στην Ελλάδα, λόγω της οικονομικής κρίσης και της ανεργίας. Τους τελευταίους μήνες με τις αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις και την αύξηση της ανεργίας, το εργασιακό άγχος έχει προσβάλει άμεσα ή έμμεσα σχεδόν το σύνολο των εργαζομένων. Οι απολύσεις αλλά και οι νέες συνθήκες εργασίας σύμφωνα με τους νέους όρους, τον όγκο δουλειάς και φυσικά τη μείωση των αποδοχών έχουν προκαλέσει αλυσιδωτές αντιδράσεις όχι μόνο συνδικαλιστικές αλλά και ψυχο-σωματικές.

Οι αγχώδεις διαταραχές, η κατάθλιψη, οι φοβίες και οι κρίσεις πανικού είναι οι πιο διαδεδομένες ψυχικές διαταραχές, όπως ανακοινώθηκε σε πρόσφατο Παγκόσμιο Συνέδριο Ψυχικής Υγείας, που εμφανίζονται λόγω της οικονομικής κρίσης και κατ' επέκταση της ανασφάλειας και αβεβαιότητας. Επίσης, μια από τις πιο ακραίες εκδηλώσεις απογοήτευσης και απόγνωσης είναι η αυτοκτονία, στην οποία οδηγούνται χιλιάδες άνθρωποι σε όλο τον κόσμο.

Στην Ελλάδα, η αυξητική τάση στις αυτοκτονίες καταγράφεται καθαρά και από τα στοιχεία που συγκεντρώνει η γραμμή παρέμβασης για την αυτοκτονία 1018 που λειτουργεί τα τελευταία τρία χρόνια από την Οργάνωση Κλίμακα σε συνεργασία με το υπουργείο Υγείας. Σύμφωνα με στοιχεία, το τελευταίο διάστημα, οι κλήσεις προς τη γραμμή βοήθειας αυξήθηκαν κατά 60% με 70%» (Τσακίρη, 2011).

2.3 Οργανωτικό αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Οι Χαραλάμπους και Τσίτση (2010) αναφέρουν ότι τόσο το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και η διάχυση της καλής υγείας ισότιμα στα μέλη του, εξαρτώνται από την επιρροή των ατομικών κινδύνων (διατροφή, συμπεριφορά), από το κοινωνικό και το πολιτισμικό πλαίσιο καθώς και τους συλλογικούς κινδύνους υγείας (μόλυνση του περιβάλλοντος, διάθεση επικίνδυνων προϊόντων, μολυσματικές ασθένειες) και, τέλος, από την οργάνωση και τη λειτουργία του συστήματος φροντίδας υγείας που προσδιορίζει την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών (Singh & Yu, 1996; Sells & Blum, 1996; Mackenbach, 2005; Wagstaff, 2002).

Στις περιοχές της Νότιας Αμερικής, οι οικονομικές κρίσεις σχετίστηκαν με επιδείνωση των διαιτητικών συνηθειών, καθώς οι άνθρωποι στρέφονταν σε φθινό πλαστικό φαγητό. Ωστόσο υπήρχαν και διαπιστώσεις που έδειχναν ότι υπήρξαν κάποιες διατροφικές βελτιώσεις καθώς σε περιόδους ύφεσης οι άνθρωποι έτρωγαν λιγότερο έξω και μαγείρευαν περισσότερο στο σπίτι (Ruhm, 2000; Ruhm, 2006; Ruhm, 2008).

2.4 Επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ζωή

Η ανεργία προκαλεί κακή ψυχική υγεία, ως αποτέλεσμα της οικονομικής στενότητας και της απουσίας των μη οικονομικών οφελών που παρέχονται από την εργασία, όπως η κοινωνική θέση, η αυτοεκτίμηση, η σωματική και ψυχική δραστηριότητα και η χρήση των δεξιοτήτων του ατόμου.

Οι κύριες επιπτώσεις στην υγεία που αναμένονται σε σύντομο διάστημα από την αύξηση της ανεργίας στην Ευρώπη είναι: η ψυχολογική δυσφορία, η κατάχρηση στο αλκοόλ και οι αυτοκτονίες. Αναμενόμενες μελέτες δείχνουν ότι η ανεργία έχει αιτιώδη επίδραση στην κατάθλιψη και στις τάσεις αυτοκτονίας. Οι άνεργοι σκέφτονται 2-3 φορές περισσότερο την αυτοκτονία. Αυτό είναι εν μέρει επειδή οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο να χάσουν την δουλειά τους, αλλά ακόμη και μεταξύ των ανθρώπων που δεν έχουν ιστορικό σοβαρής ψυχικής ασθένειας, η ανεργία εξακολουθεί να συνδέεται με περίπου 70% μεγαλύτερη πιθανότητα αυτοκτονίας.

Στην ΕΕ, υπάρχει ένας συσχετισμός μεταξύ των ποσοστών ανεργίας και των ποσοστών αυτοκτονιών. Στην ΕΕ, κάθε αύξηση 1% στο εθνικό ποσοστό ανεργίας έχει συσχετιστεί με μια αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες των ανθρώπων κάτω των 65 ετών. Μια περισσότερο από 3% αύξηση της ανεργίας συνδέεται με μία 4,5% αύξηση των αυτοκτονιών. Οι νεότεροι πληθυσμοί ήταν πιο ευαίσθητοι στις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της αύξησης της ανεργίας από ό,τι ήταν τα άτομα άνω των 60 ετών.

Οι νέοι βρίσκονται σε κίνδυνο ψυχικών προβλημάτων μετά την απώλεια των θέσεων εργασίας. Ο κίνδυνος να γίνει ψυχολογικά διαταραγμένος ένας νέος (15-24 ετών), μετά την έναρξη της ανεργίας είναι 51% υψηλότερος σε σχέση με τους νέους που δεν βίωσαν απώλεια εργασίας. Τα ποσοστά ανεργίας στους νέους φαίνεται να συνδέονται με τα ποσοστά αυτοκτονίας.

2.4.1 Αυξημένη εργασιακή ανασφάλεια

Η απώλεια της εργασίας δεν είναι το μόνο άγχος κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Οι υφέσεις μπορούν να είναι εξίσου αγχωτικές και για εκείνους που εργάζονται ακόμα. Στενεύουν τα περιθώρια. Οι άνθρωποι φοβούνται ότι θα χάσουν τις δουλειές τους και ότι θα βιώσουν οικονομικές δυσκολίες· η εργασιακή ανασφάλεια συνδέεται με αύξηση 33% του κινδύνου εμφάνισης κοινών ψυχικών διαταραχών. Επιπλέον, ο φόρτος εργασίας εκείνων που παραμένουν στο χώρο εργασίας μετά από περικοπές προσωπικού μπορεί να αυξηθεί.

2.4.2 Αύξηση των νοικοκυριών με υψηλό χρέος

Αποτέλεσμα της τρέχουσας οικονομικής κρίσης ήταν ότι τα νοικοκυριά με υψηλά χρέη αυξάνεται στην Ευρώπη. Τα χρέη είναι κοινωνικά σχεδιασμένα και επηρεάζουν δυσανάλογα τα άτομα με χαμηλό εισόδημα. Εξ ορισμού, οι μεγάλες οικονομικές υφέσεις θα επηρεάσουν τους ανθρώπους με λίγη προηγούμενη εμπειρία να αντιμετωπίζουν τις κακουχίες. Αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας σε σχέση με άλλους που είναι πιο συνηθισμένοι στην οικονομική ανασφάλεια.

Τα υψηλά χρέη έχουν αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ψυχική διαταραχή. Διαχρονικά δεδομένα παρέχουν αποδείξεις ότι οι οικονομικές δυσκολίες οδηγούν σε αυξημένη εμφάνιση μεγάλων καταθλίψεων.

Διαχρονικά δεδομένα δείχνουν επίσης ότι προβλήματα πληρωμής στεγαστικών και καταναλωτικών δανείων μπορούν να οδηγήσουν σε φτωχότερη πνευματική υγεία. Όσο περισσότερα χρέη έχουν οι άνθρωποι, τόσο πιο πιθανό είναι να έχουν ψυχικές διαταραχές. Σχεδόν ένας στους δύο ενήλικες με χρέος έχει ψυχική διαταραχή. Στη Φινλανδία, τα δεδομένα δείχνουν ότι οι άνθρωποι με υποθήκες έχουν χειρότερη ψυχολογική ευεξία και περισσότερες ψυχικές διαταραχές. Άτομα με χρέος είναι δύο έως τρεις φορές πιο πιθανό να υποφέρουν από κατάθλιψη από ό,τι ο υπόλοιπος κόσμος. Άγαμες μητέρες με χρέος ή που δανείζονται χρήματα έχουν αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης.

Οι άνθρωποι με προβλήματα ψυχικής υγείας στη Βρετανία έχουν σχεδόν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν το χρέος σε σύγκριση με τα άτομα που δεν βρίσκονται σε παρόμοια κατάσταση. Οι άνθρωποι με χρέος που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές, συχνά δεν αναζητούν βοήθεια για τις οικονομικές δυσκολίες τους.

Οι δυσκολίες αποπληρωμής του χρέους συνδέονται με αυτοκτονικές τάσεις και αρκετές μελέτες από το Χονγκ Κονγκ έχουν βρει ότι το ανεξέλεγκτο χρέος είναι προγνωστικός δείκτης της αυτοκτονίας.

Η οικονομική κρίση θα αυξήσει τη φτώχεια στην Ευρώπη. Είναι οι φτωχοί που θα πληγούν περισσότερο από την οικονομική κρίση. Η φτώχεια είναι ένας σημαντικός κοινωνικο-οικονομικός παράγοντας κινδύνου για προβλήματα ψυχικής υγείας, τις διαταραχές, όπως η κατάθλιψη, ακόμα και η αυτοκτονία. Τα ελλείμματα στη γνωστική, συναισθηματική και σωματική ανάπτυξη των παιδιών που μεγαλώνουν σε ακραία φτώχεια και οι συνακόλουθες επιπτώσεις για την υγεία και την ευημερία σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, είναι δυνητικά τεράστια. Τα επίπεδα αυτοκτονίας συνεχώς εντοπίζονται να είναι υψηλότερα στις υποβαθμισμένες περιοχές.

Στην Ευρώπη, είναι πιθανό η τρέχουσα οικονομική κρίση να αυξήσει τον κοινωνικό αποκλεισμό των ευπαθών ομάδων, δηλαδή των φτωχών και των

ανθρώπων που ζουν κοντά στα όρια της φτώχειας. Όσο λιγότερο μορφωμένα είναι τα άτομα, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος της κακής υγείας μετά την απώλεια της δουλειάς.

Τα δεδομένα από την Ιαπωνία δείχνουν ότι κατά τη διάρκεια μιας ύφεσης οι κοινωνικές ανισότητες αμβλύνονται.

2.4.3 Δυσμενείς αλλαγές στον τρόπο ζωής

Η απώλεια της εργασίας οδηγεί σε αλλαγές στον τρόπο ζωής. Η αύξηση στον ελεύθερο χρόνο μπορεί να επιφέρει τόσο ευεργετικές όσο και αρνητικές συνέπειες. Εάν η τρέχουσα ύφεση οδηγήσει σε αύξηση στην χρήση αλκοόλ, πρέπει να αναμένουμε υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας, γιατί η κατά κεφαλήν κατανάλωση αλκοόλ είναι ένας από τους ισχυρότερους καθοριστικούς παράγοντες θνησιμότητας στην Ευρώπη. Στις ευρωπαϊκές χώρες, η μαζική απώλεια των θέσεων εργασίας, δηλαδή πάνω από 3% αύξηση του ποσοστού ανεργίας σε ένα χρόνο, είναι έντονα συνδεδεμένη με μια αύξηση στην κατανάλωση οινοπνεύματος και κατά συνέπεια στους θανάτους που προέρχονται από το αλκοόλ.

2.4.4 Οικογένειες υπό πίεση

Οι επιπτώσεις της ανεργίας τόσο για τον εργαζόμενο όσο και για την οικογένειά είναι διάχυτες, επειδή η εργασία είναι μια πρωταρχική πηγή υλικής, κοινωνικής και ψυχολογικής ασφάλειας εντός της οικογενειακής ενότητας.

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, η οικονομική δυσπραγία της οικογένειας δημιουργεί κίνδυνο για την ψυχική υγεία της μητέρας και του παιδιού. Διαχρονικά δεδομένα δείχνουν ότι η οικονομική ζημία μετά τον τοκετό μπορεί να οδηγήσει τη μητέρα σε κατάθλιψη. Η οικονομική πίεση, μέσω της επιρροής της στην ψυχική υγεία των γονιών, την οικογενειακή αλληλεπίδραση, και την ανατροφή των παιδιών, επηρεάζει την ψυχική υγεία των παιδιών και των νέων. Επιπλέον, οι μειωμένες δημόσιες δαπάνες έχουν επιπτώσεις για τις υπηρεσίες υγείας και εκπαίδευσης και τελικά, για την ευημερία των οικογενειών και την ανάπτυξη της κοινότητας ως σύνολο.

Τα παιδιά συχνά δεν κατανοούν την πολυπλοκότητα της οικογενειακής οικονομικής ζημιάς. Αυτό δημιουργεί ένα αίσθημα ανικανότητας ταυτόχρονα με την επιθυμία τους να ανακουφίσουν την αναταραχή που δημιουργήθηκε από την ανεργία. Αισθήματα σύγχυσης, θυμού και ανασφάλειας μπορούν να επηρεάσουν τις συμπεριφορές των παιδιών και των νέων ανθρώπων προς τους γονείς, το σχολείο και τον κόσμο της εργασίας.

Οι έρευνες σχετικά με τη διαβίβαση των αρνητικών συναισθημάτων και ψυχικής δυσφορίας μέσα στην οικογένεια μεταξύ του γονέα και του παιδιού είναι περιορισμένες. Ωστόσο, αυτό δείχνει ότι ένα αυξημένο επίπεδο μητρικής ψυχικής οδύνης, μπορεί να έχει άμεσο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία του παιδιού.

2.4.5 Κατάθλιψη

Στοιχεία που περιγράφονται στην προηγούμενη ενότητα έδειξαν πειστικά ότι οι γνωστοί παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη, όπως η ανεργία, τα υψηλά χρέη, και η κατανάλωση αλκοόλ θα αυξηθούν λόγω της οικονομικής κρίσης. Μεταξύ των ατόμων που χάνουν τη δουλειά τους, ο ψυχολογικός αντίκτυπος θα εμφανιστεί σε σύντομο χρονικό διάστημα, αλλά η οικονομική πίεση θα επηρεάσει επίσης τις οικογένειες και αυτό συνιστά παράγοντα κινδύνου για τη μακροπρόθεσμη ψυχική υγεία των παιδιών. Αν δεν γίνουν προληπτικές ενέργειες, υπάρχει ο κίνδυνος ότι τα αποτελέσματα από την κρίση θα τα βιώσει η επόμενη γενιά: δηλαδή εκείνοι που σήμερα είναι παιδιά.

2.4.6 Αυτοκτονίες

Οι οικονομικές κρίσεις αποτελούν κίνδυνο για την αύξηση των ποσοστών αυτοκτονιών. Το αν ο κίνδυνος αυτός θα εξελιχθεί σε πραγματική αύξηση των ποσοστών εξαρτάται από τα μέτρα πολιτικής.

Η ασιατική οικονομική κρίση στα τέλη της δεκαετίας του 1990 συνοδεύτηκε από μια αύξηση της θνησιμότητας αυτοκτονιών σε αρκετές χώρες. Ωστόσο, συγκριτικές μελέτες δείχνουν διεθνώς ότι οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης μπορούν να τροποποιηθούν ή ακόμη και να εξαλειφθούν από ενέργειες κοινωνικής προστασίας.

Δύο χώρες της ΕΕ είχαν τη δυνατότητα να αποσυνδέσουν την οικονομική κρίση από την αύξηση των θανάτων από την αυτοκτονία. Στη Σουηδία, η ανεργία αυξήθηκε από 2,1% σε 5,7% μεταξύ 1991 και 1992, αλλά τα ποσοστά αυτοκτονίας είχαν μειωθεί. Στη Φινλανδία, η ανεργία αυξήθηκε από 3,2% σε 16,6% μεταξύ του 1990 και του 1993, αλλά τα ποσοστά αυτοκτονίας μειώνονταν κάθε χρόνο. Πιθανές εξηγήσεις για τις επιτυχίες σε αυτές τις χώρες περιλαμβάνουν το Σκανδιναβικό μοντέλο κοινωνικής ευημερίας με υψηλό επίπεδο κοινωνικής προστασίας και ενεργά προγράμματα αγοράς εργασίας, καθώς και εθνικές δραστηριότητες πρόληψης των αυτοκτονιών.

Αποδεικτικά στοιχεία για προστατευτικούς παράγοντες προέρχονται επίσης από τις αντιθετικές τάσεις αυτοκτονίας μεταξύ των νέων ανδρών στη Νέα Ζηλανδία και τη Φινλανδία κατά τη διάρκεια της ύφεσης της δεκαετίας του 1980 και του 1990. Η ανεργία αυξήθηκε σε μεγαλύτερο βαθμό στη Φινλανδία απ ό,τι στη Νέα Ζηλανδία, αλλά καμία αύξηση δεν καταγράφηκε σχετικά με τις αυτοκτονίες ανδρών στη Φινλανδία, όπου, σε αντίθεση με τη Νέα Ζηλανδία, οι κοινωνικές δαπάνες αυξήθηκαν.

Οι κύριοι κίνδυνοι για τις διαταραχές της ψυχικής υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης για τα επόμενα χρόνια είναι η αυξημένη ψυχολογική αγωνία, η αυξημένη κατάχρηση αλκοόλ και η αύξηση των αυτοκτονιών. Ωστόσο, οι κίνδυνοι αυτοί μπορούν σε μεγάλο βαθμό να αποφευχθούν με τη λήψη πολιτικών μέτρων. Αυτό που οδηγεί τις βιομηχανικές χώρες στην υγεία δεν είναι απόλυτα ο πλούτος ή η ανάπτυξη, αλλά το πώς οι εθνικοί πόροι θα κατανεμηθούν σε όλον τον πληθυσμό.

2.4.7 Ανεργία και θνησιμότητα

Μια σειρά από μελέτες (Stern, 1983; Creed, 1998; Ungvary et al., 1999) αξιολόγησαν τα υπάρχοντα στοιχεία σχετικά με την άμεση σύνδεση και τους πολλαπλούς υποβόσκοντες παράγοντες οι οποίοι παρεμβαίνουν στη σχέση ανεργίας-θνησιμότητας. Η ανεργία μπορεί να είναι επιζήμια για το βιοτικό επίπεδο της ζωής του ατόμου και των οικονομικών του πόρων. Ο περιορισμός των οικονομικών πόρων μπορεί να οδηγήσει σε κακή διατροφή και

περιορισμένη πρόσβαση στην απαραίτητη ιατρική περίθαλψη. Αυτό μπορεί να προκαλέσει αυξημένη σωματική νοσηρότητα, ακόμα και θάνατο.

Πράγματι, ο Junankar (1991) βρήκε μια θετική σχέση μεταξύ ανεργίας και θνησιμότητας και οι Gerdtham και Johannesson (2003) διαπίστωσαν ότι η ανεργία αποτελεί κίνδυνο για την υγεία. Αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου κατά περίπου 50 τοις εκατό, ακόμη και μετά από έλεγχο για το εισόδημα. Οι Martikainen και Valkonen (1996) απέδειξαν ότι τα άτομα που βιώνουν την ανεργία βρέθηκαν να παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας σε σύγκριση με τα άτομα που απολαμβάνουν ακόμη έναν μισθό, μετά τον έλεγχο δημογραφικών και SES δεικτών.

Οι Morris et al. (1994) έδειξαν επίσης ότι όχι μόνο η εμπειρία της ανεργίας, αλλά και η διάρκεια των περιόδων ανεργίας αυξάνουν τον κίνδυνο θανάτου μετά από έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες όπως η ηλικία, η φυλή, ο γάμος, το εισόδημα και επαγγελματική κατηγορία. Οι Junankar (1991), Ungvary et al. (1999), και Moser et al. (1986), επεσήμαναν τις αρνητικές εξωτερικότητες που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες των ανέργων ατόμων, αφού οι σύζυγοι των ανέργων ανδρών φαίνεται να αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας. Περαιτέρω, οι Ungvary et al. (1999) έδειξαν ότι η θνησιμότητα των ανέργων μεσήλικων ανδρών είναι πιο ευαίσθητη στην ανεργία σε σύγκριση με άλλες ηλικιακές ομάδες, αλλά οι Snyder και Evans (2002) έδειξαν ότι η υψηλότερη ηλικιακή ομάδα (ηλικία άνω των 65 ετών) φαίνεται να βιώνει ένα υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας σε σύγκριση με μια νεότερη ομάδα (από λίγους μήνες έως ένα έτος).

Σε αντίθεση με τα παραπάνω, ο Ruhm (2000) επανεξέτασε τη σχέση μεταξύ ανεργίας και θνησιμότητας και τα ευρήματά του έδειξαν ότι η οικονομική ανάκαμψη με τη μείωση του ποσοστού ανεργίας, έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική υγεία, σε αντίθεση με την έννοια ότι η ανεργία επιδεινώνει την υγεία, σωματικά και ψυχικά. Ο Ruhm (2000) υποστήριξε ότι υπάρχουν τουλάχιστον τρεις λόγοι για τους οποίους η αύξηση των ποσοστών απασχόλησης επηρεάζει αρνητικά την ατομική υγεία:

(1) Ο χρόνος αναψυχής μειώνεται, μειώνοντας παράλληλα και την πιθανότητα ενίσχυσης της υγείας με δραστηριότητες όπως η άσκηση.

(2) Η υγεία θα μπορούσε να θεωρηθεί ως «μία εισροή» στην παραγωγή των προϊόντων και υπηρεσιών. Έτσι, λόγω της μεγαλύτερης απαίτησης των

εισροών σε μια αναπτυσσόμενη οικονομία, θα πρέπει να υπάρξει μια αύξηση σε επικίνδυνες συνθήκες εργασίας, σωματική προσπάθεια και ώρες εργασίας.

(3) Η διαθεσιμότητα υψηλότερου εισοδήματος αυξάνει την τάση των ατόμων να αναλαμβάνουν κινδύνους και να επιδίδονται σε δραστηριότητες όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η υπερβολική κατανάλωση μιας διατροφής υψηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά.

Ο Ruhm (2000) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, όπως προσεγγίζεται από το ποσοστό ανεργίας, τόσο συνολικά όσο και ειδικά με τα αίτια τα ποσοστά θνησιμότητας πέφτουν. Μεταγενέστερες μελέτες από τους Gerdtham και Ruhm (2003) και Neumayer (2004) επιβεβαίωσαν τα ευρήματα του Ruhm (2000).

Γενικά, η ανωτέρω επισκόπηση της πρόσφατης έρευνας αναδεικνύει μια αξιοσημείωτη έλλειψη συνέπειας, τόσο όσον αφορά στην επίδραση της ανεργίας στη θνησιμότητα, όσο και ως προς τους μηχανισμούς που συνδέουν αυτά τα δύο φαινόμενα. Η παρούσα μελέτη επιχειρεί να ρίξει περισσότερο φως και να επανεξετάσει το θέμα αυτό σε μια προσπάθεια να φτάσουμε σε κάποια συμπεράσματα. Με τον τρόπο αυτό, λαμβάνει άμεσα υπόψη τις επιδράσεις των συγχυτικών παραγόντων που διαμεσολαβούν στην παραπάνω σχέση. Ελέγχει έτσι για κάποιους σημαντικούς δείκτες των παραγόντων του τρόπου ζωής όπως το κάπνισμα και το ποτό, τις διατροφικές συνήθειες, την ιατρική παρέμβαση και τα παρόμοια.

2.5 Επίδραση στο επίπεδο υγείας

Η απασχόληση συνιστά μια σημαντική παράμετρο, η οποία πλήττεται βάνανσα από την οικονομική κρίση. Έχει διερευνηθεί αρκετά και διαπιστωθεί ότι η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια διαθέσιμου εισοδήματος έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Σημαντικός αριθμός μελετών παρουσιάζουν ευρήματα, τα οποία υποστηρίζουν ότι υπάρχει άρρηκτη σύνδεση μεταξύ ανεργίας και θνησιμότητας από 20-25% της μέσης τιμής σε ισοδύναμες κοινωνικές τάξεις.

Έχει γίνει συσχέτιση και μετά από έρευνες έχει αποδειχτεί ότι η απώλεια της εργασίας συνδέεται με ψυχικές διαταραχές και προβλήματα εθισμού και

εξάρτησης σε ουσίες. Υπάρχει επίσης σύνδεση με την υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, με την αύξηση της χρήσης καπνού και οινοπνεύματος και τέλος αμέλεια και πλημμελή διαχείριση των προβλημάτων υγείας που μπορεί να αντιμετωπίζουν (Stuckler 2009).

Υπάρχει τεράστια αύξηση ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης από ουσίες, τω αυτοκτονιών και της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Όλα αυτά είναι οι πιο εμφανείς επιπτώσεις που προκαλεί η οικονομική κρίση, με κυριότερους πληθυσμούς σε χαμηλές κοινωνικές τάξεις (Τσιαντού και συν 2010). Η ανεργία συνδέεται επίσης με ψυχολογικές συνέπειες (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και με παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα. Χαρακτηριστικό είναι ότι η Ελλάδα βρίσκεται στην 70^η θέση στην «παγκόσμια κατάταξη ευτυχίας», σύμφωνα με την σχετική λίστα του 2013, στην οποία συνέταξε για λογαριασμό του ΟΗΕ ο οργανισμός βιώσιμης ανάπτυξης SDSN.

Η έκθεση αυτή συντάχτηκε από μια ομάδα ψυχολόγων, επιστημόνων, στατιστικών και αναλυτών. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας ο μέσος παγκόσμιος δείκτης ευτυχίας είναι 5,1 (με θεωρητικό άριστα το 10), η Ελλάδα βρίσκεται με δε δείκτη 5,4 ελαφρώς πάνω από το μέσο όρο. Σύμφωνα με τους ερευνητές στην Ευρώπη, η μεγαλύτερη μείωση της ευτυχίας καταγράφηκε στις τέσσερις χώρες (Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία, Ιταλία), που επλήγησαν περισσότερο από την κρίση. Αυτό που υπογραμμίζεται στην έκθεση είναι πως οι μειώσεις της ευτυχίας δείχνουν πόσο μεγάλη επίπτωση έχει μια αντικειμενική οικονομική κρίση (ύφεση, ανεργία κ.α) πάνω στην υποκειμενική ψυχολογική κατάσταση των ανθρώπων, μάλιστα ασχέτως με την μείωση που παρατηρείται στα πραγματικά τους εισοδήματα. Ιδίως, όπως τονίζεται, το φάσμα της πραγματικής ή της επικείμενης ανεργίας είναι αυτό που πάνω από όλα υποσκάπτει την ευτυχία των ανθρώπων.

Δεν είναι έτσι τυχαίο, όπως αναφέρεται, ότι στην Ελλάδα περισσότερο από κάθε άλλη Ευρωπαϊκή χώρα παρατηρείται αύξηση των αρνητικών και μείωση των θετικών συναισθημάτων μεταξύ των πολιτών (Μπαλασόπουλος 2013). Ένα επίσης πολύ σημαντικό ζήτημα προκύπτει από την μείωση του εισοδήματος και την επακόλουθη αύξηση της πίεσης των δανειστών και υποχρεώσεων των νοικοκυριών. Εμπειρικά δεδομένα από την διεθνή

βιβλιογραφία τεκμηριώνουν ότι από το σύνολο των ατόμων, τα οποία πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα, το 23% έχει χρέη από δανεισμό, σε αντίθεση με τα άτομα χωρίς ψυχικό νόσημα όπου μόλις το 8% έχει οφειλές από δανειακές συμβάσεις. Με βάση έρευνα που πραγματοποιήθηκε τα άτομα με πολυάριθμες ή πιεστικές υποχρεώσεις εμφανίζουν έως και έξι φορές υψηλότερη πιθανότητα ανάπτυξης ψυχικής νόσου, έναντι ατόμων τα οποία δεν διαθέτουν κάποια δανειακή υποχρέωση.

Όπως καταλαβαίνουμε από αυτό, η παράμετρος των χρεών και της μη δυνατότητας εξυπηρέτησης αυτών υπερισχύει συγκριτικά με εκείνη του χαμηλού εισοδήματος και αποτελεί εκλυτικό παράγοντα αύξησης της επίπτωσης των ψυχικών νοσημάτων. Όμως, οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία, κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλίμακα και τα άτομα και τις οικογένειες, οι οποίες βρίσκονται χαμηλά σε αυτή την κλίμακα 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 και αυξάνουν ακόμα περισσότερο τον κίνδυνο.

Η οικονομική κρίση και η μακροχρόνια ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, όπως οι μετανάστες και οι χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή και σωματικά προβλήματα. Τα δραματικά οικονομικά φαινόμενα, τα οποία επισυμβαίνουν την τελευταία περίοδο στη χώρα μας έχουν δυσμενή επίπτωση στο αυτό αναφερόμενο επίπεδο υγείας, κατανέμοντας διαφορετικά στον πληθυσμό που σχετίζεται με κοινωνικούς, οικονομικούς, δημογραφικούς και επιδημιολογικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με έρευνα της Ελληνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση στην αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας πριν το 2006 και μετά την κρίση το 2011 και η κατάσταση αυτή σχετίζεται με διάφορους παράγοντες όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση, η ανεργία, το επάγγελμα (συνταξιούχοι, νοικοκυρές), η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος και η ηλικία. Οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι, οι νοικοκυρές, τα άτομα προχωρημένης ηλικίας και κυρίως οι χρονίως πάσχοντες εμφανίζονται, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, να αναφέρουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας κατά το 2011.

Αντίθετα προφυλακτική επίδραση ενός χαμηλότερου επιπέδου αυτοεκτίμησης της υγείας φαίνεται να αποδίδεται στο υψηλότερο εισόδημα, στο υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και στο φύλο (οι άνδρες έναντι των γυναικών).

Επίσης, σημαντικό είναι ότι μετά την έναρξη της κρίσης, υπάρχει στατιστική σημαντική ανάλυση σχετικά με την αυτό αξιολόγηση του επιπέδου υγείας μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα της μελέτης, όταν η ανάλυση εστιάζει στους παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν στην αυτό αναφερόμενη κατάθλιψη. Οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι και οι νοικοκυρές εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν αισθήματα κατάθλιψης, ενώ και στην περίπτωση αυτή, υψηλότερο εισόδημα ή επίπεδο εκπαίδευσης αλλά και η μη ύπαρξη κάποιου χρόνιου προβλήματος υγείας σχετίζεται αρνητικά σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με την ύπαρξη αυτό αναφερόμενης κατάθλιψης.

Υπάρχει επίσης μεγάλη αύξηση της χρήσης αντιψυχωσικών, ηρεμιστικών και αντικαταθλιπτικών από το 2006 σε σχέση με το 2011 (Κυριόπουλος και συν. 2012). Σε έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε είκοσι χώρες έδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Αντιθέτως, η ίδια έρευνα έδειξε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39% και μη στατιστικά σημαντική σχέση με την θνησιμότητα από καρδιαγγειακά και τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες. Στην περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται πλέον του 3% η αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4% έως 5%.

Επίσης, παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από κατάχρηση οινόπνευματος, διαπίστωση η οποία θεμελιώνει αρκούντος την υπόθεση ότι η ανεργία συνδέεται με ψυχολογικές διαταραχές. Η ανάλυση κατά φύλο και ηλικιακή ομάδα δείχνει ότι η αύξηση της ανεργίας προκαλεί αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες και ισχαιμική καρδιοπάθεια στους άνδρες νέας ηλικίας, αλλά στην ηλικιακή ομάδα άνω των 60 ετών δεν διαπιστώνεται στατιστικά σημαντική σχέση (Stuckler 2009).

Σε μια σημαντική έρευνα σε δεκατρείς ευρωπαϊκές χώρες διαπιστώνεται σημαντική σχέση μεταξύ της ανεργίας και θνησιμότητας, σύμφωνα με την οποία αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στον δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18%. Επίσης σύμφωνα με άλλες έρευνες παρουσιάζεται η εικόνα ότι στις βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή των

καταναλωτικών προτύπων προς την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια την μείωση της θνησιμότητας. Οι επιδράσεις αυτές διαφοροποιούνται κατά φύλο, ηλικία και αιτία και έχουν διαφορετική ευαισθησία ως προς τους χρησιμοποιούμενους δείκτες.

Γενικότερα, μια τόσο ισχυρή και διαρκείς οικονομική κρίση έχει πολύ σοβαρές αλλά όχι απολύτως διευκρινισμένες επιπτώσεις στην υγεία, σε αντίθεση με τις κυκλικές κρίσης στην διάρκεια του επιχειρηματικού κύκλου. Αυτό προκύπτει και από τα αποτελέσματα που έχουν δώσει στο παρελθόν διάφορες κρίσης όπως αυτή του 1929, η κρίση στις σοσιαλιστικές χώρες το 1989, η κρίση στις χώρες τις Λατινικής Αμερικής και η κρίσης του 2000 στις ασιατικές χώρες.

Πολλές έρευνες σε αυτές τις χώρες σε περίοδο οικονομικής κρίσης, έχουν δώσει αντιφατικά αποτελέσματα ως προς τους δείκτες αδρής θνησιμότητας, καθώς και άλλους δείκτες, και ως εκ τούτου οι επιπτώσεις δεν έχουν διευκρινισθεί και εξαρτώνται από τα ειδικά χαρακτηριστικά κάθε χώρας, καθώς επίσης και από την ύπαρξη η μη δικτύων κοινωνικής συνοχής και κοινωνικής προστασίας. Όπως είδαμε μέχρι τώρα η σημαντικότερη παράμετρος η οποία επιδρά δυσμενώς στην κατάσταση υγείας είναι η ανεργία σε συνθήκες οικονομικής κρίσης. Είναι γεγονός ότι η υγεία βρίσκεται σε κίνδυνο σε περιόδους ταχείας οικονομικής μεταβολής, αλλά έχει παρατηρηθεί ότι το μέγεθος της επίδρασης αυτών των φαινομένων στη θνησιμότητα έχει άμεση σχέση με την ύπαρξη η μη κοινωνικών δικτύων υποστήριξης και προγραμμάτων κοινωνικής πρόνοιας. Στο ίδιο πλαίσιο έχει καταδειχθεί ότι η κοινωνική συνοχή και η προστασία συμβάλλουν στ μείωση αυτών των επιπτώσεων (Stucker 2009).

Η τρέχουσα οικονομική κρίση θα μπορούσε να έχει σημαντική επίδραση στην υγεία και την ευημερία των Ευρωπαίων. Η οικονομική δυσπραγία, η ανεργία, η εργασιακή ανασφάλεια και η έλλειψη τακτικών αποδοχών διαβίωσης έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία. Η οικονομική ύφεση έχει και αρνητικά (απώλεια εισοδήματος, ανασφάλεια) και θετικά (μειωμένο φόρτο εργασίας, λιγότερη κίνηση) αποτελέσματα στην υγεία, αλλά οι συγκεντρωτικές επιπτώσεις στην Ευρώπη είναι πιθανό να είναι αρνητικές (Stuckler et al., 2009).

Τα στοιχεία σχετικά με τις επιπτώσεις της ανεργίας στα ποσοστά θνησιμότητας είναι αντικρουόμενα. Υπάρχουν στοιχεία από την ΕΕ για μια σχέση μεταξύ ανεργίας και τα ποσοστά θνησιμότητας: δηλαδή όσο υψηλότερη είναι η ανεργία, τόσο υψηλότερο είναι και το ποσοστό θνησιμότητας. Μια

αύξηση 1% σε εθνικό ποσοστό ανεργίας αυξάνει την ποσοστό θνησιμότητας σημαντικά, δηλαδή κατά 1,5 ανά 100 000 ανθρώπους. Από την άλλη πλευρά, τα αποδεικτικά στοιχεία σε ολόκληρη την ΕΕ ότι η θνησιμότητα αυξάνεται όταν αυξάνεται η ανεργία δεν είναι συνεπής. Πληθυσμοί διαφέρουν σημαντικά στο πόσο ευαίσθητη είναι η θνησιμότητα στις οικονομικές κρίσεις, και αυτό εξαρτάται εν μέρει από το επίπεδο της κοινωνικής προστασίας (Simou & Koutsogeorgou, 2014).

Ο αυξημένος κίνδυνος θανάτου εξαιτίας αυτοκτονίας μετά την απόλυση και οικονομικών προβλημάτων είναι μεγαλύτερη στους άνδρες από ό, τι στις γυναίκες, ίσως επειδή οι άνδρες πιστεύουν πιο συχνά από ό, τι γυναίκες ότι δεν έχουν στήριξη και βοήθειας όταν τα πράγματα πάνε στραβά.

Στιγμές οικονομικής αστάθειας προκαλούν ψυχολογική πίεση, η οποία συνδέεται τόσο με την εμφάνιση όσο και με την εξέλιξη ψυχικών ασθενειών. Ανεπιθύμητες αλλαγές στις συνθήκες ζωής, όπως η ανεργία, είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κατάθλιψη, τις αγχώδεις διαταραχές, και την αυτοκτονία. Τα αποτελέσματα τροποποιούνται από εμπειρίες όπως ντροπή στο να χάσει κάποιος τη δουλειά του και την οικονομική δυσπραγία (Economou et al., 2008; Milner et al., 2013).

Σε κάποιο βαθμό, η οικονομική ανάπτυξη ήταν σε βάρος της ψυχικής ευεξίας του πληθυσμού. Έτσι, η οικονομική κρίση μπορεί επίσης να φέρει μαζί της ευπρόσδεκτες αλλαγές, όπως η αύξηση του ελεύθερου χρόνου που οδηγεί σε αύξηση του χρόνου που αφιερώνεται στα μέλη της οικογένειας και σε άλλες δραστηριότητες. Το πως οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν δυσκολίες όπως η ανεργία σε περιόδους οικονομικής κρίσης εξαρτάται από τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του ατόμου. Η κρίση μπορεί να προσφέρει δυνατότητες για ενίσχυση του κοινωνικού κεφαλαίου και για μετατόπιση των αξιών μας από τα χρήματα σε μη χρηματικές συνιστώσες της ζωής, με την προϋπόθεση ότι η κοινωνική προστασία είναι επαρκής. Η οικονομική κρίση προσφέρει μια ευκαιρία για αναπροσανατολισμό (Kondilis et al., 2013).

Πολλοί σχολιαστές εξέφρασαν ανησυχία ότι η παρούσα οικονομική ύφεση θα επηρεάσει αρνητικά τη δημόσια υγεία ως αποτέλεσμα της απώλειας θέσεων εργασίας, συμβάλλοντας σε προβλήματα ψυχικής υγείας ή εθισμού, υιοθέτηση λιγότερο υγιεινού τρόπο ζωής (όπως η αυξημένη κατανάλωση των φθηνών τροφίμων με μικρή θρεπτική αξία, ή το κάπνισμα ως μια αντίδραση στο

στρες) και η κακή διαχείριση των ασθενειών που προκύπτουν από υπερφορτωμένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ή καθυστερήσεις που αναζητούν φροντίδα για τους ασθενείς που ανησυχούν για το πρόσθετο κόστος. Ο ΠΟΥ προειδοποίησε ότι «δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσει το γεγονός ότι θα συνεχίσουμε να βλέπουμε περισσότερα άγχη, αυτοκτονίες και ψυχικές διαταραχές" «Οι φτωχοί και ευάλωτοι θα είναι οι πρώτοι που θα υποφέρουν" και «η υπεράσπιση των προϋπολογισμών για την υγεία» θα γίνεται πιο δύσκολη» (ΠΟΥ, 2009)

Ωστόσο, πολλοί αναλυτές έχουν υποστηρίξει ότι η συνολική κατάσταση της υγείας δεν μπορεί να επηρεαστεί από την οικονομική ύφεση. Πράγματι, ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η ύφεση θα μπορούσε να οδηγήσει σε οφέλη για την υγεία. Μελέτες που γίνονται σε χώρες υψηλού εισοδήματος έχουν δείξει ότι η θνησιμότητα έχει την τάση να πέφτει όταν η οικονομία επιβραδύνεται και αντίστροφα αυξάνεται όταν η οικονομία επιταχύνεται. (Ruhm, 2000; Ruhm, 2008 ; Tapia-Granados, 2005; Tapia-Granados, 2008; Gerdtham, Ruhm, 2006)

2.6 Προβλήματα στην ιατρική περίθαλψη

Η αύξηση των οικονομικών και ρυθμιστικών πιέσεων στη δυτική φαρμακευτική βιομηχανία φαίνεται να οδηγεί την αγορά κλινικής δοκιμής προς την Ασία. Στην Ευρώπη, το 61% των ασθενών που παίρνουν μέρος σε κλινικές δοκιμές που υποβλήθηκαν στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων ήταν από χώρες εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, συμπεριλαμβανομένης της Ανατολικής Ευρώπης και της Ασίας. Η Κίνα, κατά την τελευταία δεκαετία, έχει αναπτύξει σημαντικές ικανότητες σε κλινικές δοκιμές, μαζί με κάποιες βελτιώσεις στο σχέδιο και τη διαχείριση των δεδομένων (Annual Report 2010). Η Κίνα μπορεί να προσφέρει εξοικονόμηση κόστους της τάξης του 50-60% για τις κλινικές δοκιμές, καθώς και με την έρευνα να καταλαμβάνει περίπου το ένα τρίτο των δαπανών E & A των δυτικών φαρμακευτικών εταιρειών, η εξωτερική ανάθεση σε χώρες χαμηλού κόστους είναι λογική. Ωστόσο, αυτό έχει προκαλέσει προβληματισμό ως προς το τοπικό περιβάλλον της έρευνας και τα πρότυπα που πρέπει να εξεταστούν προσεκτικά σε πολλές από τις χώρες αυτές, και τα αποτελέσματα μπορούν επίσης να επηρεαστούν εφόσον ασθενείς σε διάφορες

χώρες που μπορεί να λάβουν πρόσθετα φάρμακα. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορεί πάντα να είναι δυνατό να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τα φάρμακα ή τα αποτελέσματα των δοκιμών σχετικά με τον Ευρωπαϊκό πληθυσμό με βάση τα δεδομένα που προκύπτουν σε διάφορες χώρες (Emerging market for clinical trials in China, 2011).

2.7 Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση υγείας των πολιτών

Η διεθνής χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2007 είχε σοβαρές επιπτώσεις σε βασικούς μακροοικονομικούς δείκτες όπως το ΑΕΠ, το εισόδημα και την ανεργία, προκαλώντας μεγάλες κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες σε ορισμένα κράτη μέλη της ΕΕ. Η οικονομική κρίση οδήγησε σε δημοσιονομικούς περιορισμούς και μέτρα λιτότητας, ιδιαίτερα στα κράτη μέλη που πλήττονται περισσότερο από την ύφεση, με άμεσο αντίκτυπο στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και την βιωσιμότητά τους.

Οι δαπάνες για την υγεία αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο μέρος των συνολικών δημόσιων δαπανών και κατά συνέπεια, υπάρχει τεράστια πίεση για μείωση των δαπανών και αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας. Η ανεργία σε πολλά κράτη μέλη είναι πολύ υψηλή και αποτελεί επιπλέον πρόκληση για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία βρίσκονται ήδη υπό πίεση από μια σειρά παραγόντων: αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, γήρανση του πληθυσμού που συνδέεται με αύξηση των χρόνιων ασθενειών και την πολυνοσηρότητα, ταχεία διάδοση της τεχνολογίας, ελλείψεις και άνιση κατανομή των επαγγελματιών της υγείας, καθώς και αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών. Η πρόκληση είναι στο πώς θα αυξηθεί η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας και θα διασφαλιστεί η καθολική πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη.

Η οικονομική κρίση μπορεί να έχει άμεσες επιπτώσεις, όπως επιδείνωση της κατάστασης της υγείας, επιδείνωση της κατάστασης της ψυχικής υγείας και αλλαγές της συμπεριφοράς υγείας, ενώ οι επιπτώσεις στην υγεία σε επίπεδο θνησιμότητας μπορεί να αργήσουν να εκδηλωθούν.

Η οικονομική κρίση και η οικονομική ύφεση συνδέονται με αύξηση των ψυχικών διαταραχών, αυτοκτονίες, προβλήματα εθισμού και κατάχρησης

ουσιών, υιοθέτηση λιγότερο υγιεινών συμπεριφορών τρόπου ζωής, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας (Eurofound, 2013). Υπάρχουν επίσης στοιχεία που δείχνουν ότι η οικονομική κρίση έχει επιπτώσεις στην εξάπλωση των μολυσματικών ασθενειών και επηρεάζει την ικανότητα των κρατών μελών στην αποτροπή ή αντιμετώπιση των λοιμωδών ασθενειών (European Centre for Disease Prevention and Control, 2013).

Οι πιο ευάλωτες ομάδες συμπεριλαμβανομένων των ανέργων, των ηλικιωμένων, των χρόνιων ασθενών και των μεταναστών, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο υγείας. Την ίδια στιγμή, καθώς η οικονομική ύφεση βαθαίνει, οι ανισότητες στην υγεία είναι πιθανό να διευρύνονται (Kondo et al., 2008).

Η οικονομική κρίση μπορεί να θέσει σε δοκιμασία τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης λόγω της μείωσης των πόρων δημόσιας χρηματοδότησης και του μειωμένου διαθέσιμου εισοδήματος των πολιτών, το οποίο οδηγεί σε αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας του δημόσιου τομέα σε κάποιες χώρες (Eurofound, 2013). Ενώ η επίδραση της κρίσης στο σύστημα υγείας εξαρτάται από την κατάστασή του πριν από την κρίση, καθώς και στις πολιτικές αντιμετώπισης, η οικονομική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης αναδεικνύεται ως ένα σημαντικό ζήτημα (Eurofound, 2013).

Από τα 28 κράτη μέλη, μόνο μία χώρα δεν έχει βιώσει πτώση στο ΑΕΠ σε οποιοδήποτε έτος από το 2007 (Eurostat, 2013). Όλα τα άλλα κράτη μέλη έχουν βιώσει τουλάχιστον ένα έτος μείωσης του πραγματικού ΑΕΠ, μεταξύ 2,8% (Βέλγιο και τη Μάλτα το 2009) και 17,7% (Λετονία το 2009) από το 2007. Η μείωση υπήρξε πιο έντονη και παρατεταμένη στις εξής χώρες: Κύπρος, Κροατία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Ισπανία, Λετονία, Πορτογαλία και Σλοβενία (Eurofound, 2013).

Το ποσοστό ανεργίας στην ΕΕ (28) ήταν 10,8% τον Ιανουάριο του 2014, με το χαμηλότερο ποσοστό να έχει καταγραφεί στην Αυστρία (4,9%) και το υψηλότερο στην Ελλάδα (28%). Η Ελλάδα έχει επίσης το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας των νέων (59%) στην ΕΕ (28) (Eurostat, 2014). Το υψηλό ποσοστό ανεργίας και οι περικοπές των μισθών μείωσαν το εισόδημα των νοικοκυριών ιδιαίτερα στις χώρες που έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση. Ο αριθμός των

ατόμων που ζουν σε νοικοκυριά χωρίς εισόδημα από εργασία έχει διπλασιαστεί στην Ελλάδα, την Ιρλανδία και την Ισπανία (OECD, 2014).

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν στην πλειονότητα των χωρών του ΟΟΣΑ μεταξύ 2009 και 2011. Όσο πιο έντονος είναι ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης, τόσο μεγαλύτερη είναι η μείωση. Η Ελλάδα και η Ιρλανδία εμφάνισαν την μεγαλύτερη πτώση των κατά κεφαλήν δαπανών στην υγεία, μεταξύ 2009 και 2011 (11,1% και 6,6% αντίστοιχα) (OECD, 2013). Ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι η πλειοψηφία των χωρών του ΟΟΣΑ εμφάνισαν περικοπές δαπανών στα προγράμματα πρόληψης.

Οι οικονομικές δυσκολίες, η αύξηση της ανεργίας και οι εκτεταμένες περικοπές στις δαπάνες για την υγεία και τις κοινωνικές δαπάνες έχουν αρνητικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας και της υγείας των ανθρώπων. Οι επιπτώσεις στην υγεία από την τρέχουσα ύφεση δεν έχουν ακόμη πλήρως αποκαλυφθεί. Ωστόσο, ορισμένες αλλαγές έχουν καταγραφεί οι οποίες δίνουν μια ένδειξη ως προς το τι θα πρέπει να αναμένεται μακροπρόθεσμα.

Η υγεία έχει επιδεινωθεί σε ορισμένα κράτη μέλη, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας (Zavras et al., 2013) και τα προβλήματα ψυχικής υγείας συνεπεία της κρίσης παρουσιάζουν μία αύξηση στα κράτη μέλη που πλήττονται από την οικονομική κρίση (Madianos et al., 2011; Bartoll et al., 2013) ενώ υπήρξε μια αύξηση στη συχνότητα εμφάνισης του ιού HIV και των λοιμωδών νόσων (Kondilis et al., 2013). Από την οικονομική κρίση του 2008, οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν στην Ευρώπη και τις ΗΠΑ, ιδιαίτερα στους άνδρες όσο και στις χώρες με τα υψηλότερα επίπεδα ανεργίας (Chang et al., 2013).

Παρά το γεγονός ότι τα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ προσφέρουν καθολική κάλυψη και συστήματα για την υποστήριξη των ευάλωτων ομάδων στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, στην πράξη πολλοί άνθρωποι έχουν προβλήματα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης όταν τις χρειάζονται (Eurofound, 2013). Η κρίση έφερε προκλήσεις όσον αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ιδίως για τις πιο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού οι οποίες πλήττονται άμεσα από την κρίση, όπως τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, οι άνεργοι, οι φτωχοί και οι αποκλεισμένες ομάδες του πληθυσμού. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα οι μισοί από τους μακροχρόνια ανέργους έχουν χάσει την κοινωνική ασφαλιστική κάλυψη υγείας και εξαρτώνται από το δημόσιο σύστημα υγείας.

Πολλές προκλήσεις στην υγειονομική περίθαλψη δεν έχουν σχέση με την κρίση, όπως για παράδειγμα οι λίστες αναμονής. Παρ' όλα αυτά, η πρόσφατη χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και είναι πιθανό ορισμένες υπηρεσίες να έχουν αυξημένη ζήτηση, καθώς και η ζήτηση για τις υπηρεσίες δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης (Eurofound, 2013).

Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης δεν ήταν ίδιος σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ. Ωστόσο, όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, αναγκάστηκαν να περιορίσουν τους προϋπολογισμούς για την υγεία, προκειμένου να ασχοληθούν με την δημοσιονομική λιτότητα και εισήγαγαν μεταρρυθμίσεις πολιτικής και παρεμβάσεων για την προστασία της υγείας των ανθρώπων και την διασφάλιση της μακροπρόθεσμης βιωσιμότητας των συστημάτων υγείας.

Όλα τα κράτη μέλη, σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσουν τις επικρατούσες οικονομικές, κοινωνικές και υγειονομικές ανάγκες, εισήγαγαν μεταρρυθμίσεις και μέτρα πολιτικής με επίκεντρο τρεις τομείς πολιτικής: α) η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, β) έκταση, είδος και εύρος της κάλυψης υγείας και γ) υγειονομικές υπηρεσίες σχεδιασμού, προμήθειας και παράδοσης (Thomson et al., 2013). Ειδικά μέτρα περιλαμβάνουν: ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μεταρρύθμιση του νοσοκομειακού δικτύου, βελτίωση της δημοσιονομικής διαχείρισης και βελτίωση της παρακολούθησης των δαπανών, καλύτερη κατανομή των πόρων, βελτίωση του συστήματος τιμολόγησης και επιστροφής, μείωση των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων και προώθηση της χρήσης των φαρμάκων και των πρακτικών προμηθειών, πιο λογική συνταγογράφηση και διανομή, συμπεριλαμβανομένων των γενόσημων, προώθηση των εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας (ePrescribing) και ενίσχυση της καινοτομίας.

Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, η οικονομική κρίση λειτούργησε ως καταλύτης για την ταχύτερη εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων στον τομέα της υγείας. Αυτές περιελάμβαναν την ενοποίηση των τμημάτων της υγείας των Ασφαλιστικών Ταμείων σε έναν νέο Οργανισμό (ΕΟΠΥΥ), την τιμολόγηση και την επιστροφή χρημάτων από φαρμακευτικά προϊόντα, την ηλεκτρονική συνταγογράφηση και αύξηση της χρήσης των γενόσημων φαρμάκων, βέλτιστη κατανομή των επαγγελματιών υγείας και καλύτερη κατανομή των

νοσοκομειακών κλινών, κλπ.. Στο επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων βρίσκεται η αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη δημιουργία ενός Εθνικού Δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΕΔΥ) σε συνδυασμό με μέτρα που αποσκοπούν στην αντιστάθμιση των προβλημάτων προσβασιμότητας του πληθυσμού που έχασαν την ασφαλιστική κάλυψη υγείας, όπως η εισαγωγή με το «δελτίο για την υγεία» και η καθολική πρόσβαση σε ΠΕΔΥ ανεξάρτητα από το καθεστώς της ασφαλιστικής κάλυψης υγείας.

Βασικό στοιχείο για την ανάπτυξη και την εφαρμογή του προγράμματος μεταρρύθμισης της υγείας στην Ελλάδα, ήταν η διεθνής συνεργασία και οι εταιρικές σχέσεις, συμπεριλαμβανομένης και της τεχνικής υποστήριξης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Ελλάδα και ενός αριθμού των κρατών μελών της ΕΕ και του ΠΟΥ/Ευρώπης. Ένας τομέας προτεραιότητας είναι η ανάπτυξη με τον ΠΟΥ/Ευρώπης ενός εργαλείου παρακολούθησης των οικονομικών επιπτώσεων της κρίσης για την υγεία και το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.

Τα συστήματα υγείας της ΕΕ δεν τα έχουν καταφέρει εξίσου καλά με την οικονομική κρίση και κάποια κράτη-μέλη έπρεπε να εφαρμόσουν σημαντικές και επίπονες μεταρρυθμίσεις σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (COM, 2014). Αν και δεν υπάρχουν ακόμη αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με την αποτελεσματικότητα των εισαχθέντων πολιτικών στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας, είτε λόγω ελλείψεως επικαιροποιημένων δεδομένων ή επειδή πολλές από αυτές έχουν μακροπρόθεσμες επιπτώσεις, έχει αναφερθεί ότι ορισμένες πολιτικές φαίνεται πιθανό να έχουν ενισχύσει την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας.

Με βάση την εμπειρία των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων, μια σειρά από βασικοί παράγοντες μπορούν να εντοπιστούν ότι συμβάλλουν στην δημιουργία πιο αποτελεσματικών, ανθεκτικών και προσιτών συστημάτων υγείας (Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems, OJ C 146, 22.06.2016). Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν: σταθερή χρηματοδότηση για να διασφαλισθεί ο προγραμματισμός και η συνέχεια στην παροχή των υπηρεσιών, ένα συνεπές σύστημα ρύθμισης του κινδύνου και κατανομής του κινδύνου ώστε να εξασφαλιστεί ότι οι πόροι δαπανώνται σύμφωνα με τις ανάγκες, καθορισμός των προτεραιοτήτων, αποδοτική χρήση των φαρμάκων σε συνδυασμό με μέτρα για την προώθηση της ορθολογικής συνταγογράφησης και χορήγησης, ενσωμάτωση της πρωτοβάθμιας και της

δευτεροβάθμιας φροντίδας, καθώς και της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας, καλύτερη χρήση των πόρων και δίκαιη κατανομή του εργατικού δυναμικού της υγείας, ενθάρρυνση διαλειτουργικών λύσεων και υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας για μείωση του κόστους λειτουργίας των κλινικών υπηρεσιών και βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και της αποδοτικότητας, μείωση του διοικητικού κόστους με διατήρηση παράλληλα της ικανότητας διαχείρισης του συστήματος υγείας και μέτρα για τη στόχευση των φτωχότερων ανθρώπων και των τακτικών χρηστών της υγειονομικής περίθαλψης.

Είναι σημαντικό να συνεχιστεί η παρακολούθηση και αξιολόγηση των επιπτώσεων της κρίσης στα συστήματα υγείας σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς και στις πολιτικές αντιμετώπισης και τον εντοπισμό των βέλτιστων πρακτικών και των βασικών στοιχείων για την δημιουργία μηχανισμών αντιμετώπισης και προώθησης πολιτικών επιλογών. Σε αυτή την κατεύθυνση, η χρήση δεικτών, όπως το ECHI και η αύξηση της ροής των πληροφοριών θεωρούνται πολύτιμα.

Η καθολική πρόσβαση στην ποιοτική υγειονομική περίθαλψη, μαζί με την αποτελεσματική πρόληψη αποτελούν βασικούς παράγοντες στην αντιμετώπιση των ανισοτήτων. Θα πρέπει να εξασφαλιστεί η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού και η ενίσχυση των δικτύων ασφαλείας για την υγεία, ειδικά σε περιόδους οικονομικής κρίσης.

Η μετάβαση από την νοσοκομειακή στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη και η εφαρμογή καινοτομιών ΤΠΕ και λύσεων ηλεκτρονικής υγείας θα βελτιώσουν την ανθεκτικότητα των συστημάτων υγείας. Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας υγείας οδηγεί σε καλύτερη υγεία, μειώνει τις ανισότητες στην υγεία και περιορίζει τις δαπάνες για την υγεία, δεδομένου ότι συνδέεται με λιγότερη περιττή νοσηλεία.

Οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας θα πρέπει να εξεταστούν και σε σχέση με το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, συμπεριλαμβανομένων των ευκαιριών απασχόλησης, της παραγωγικότητας, της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Η υγεία των ανθρώπων διαμορφώνεται από πολλούς καθοριστικούς παράγοντες (κοινωνικούς, περιβαλλοντικούς) και η συνεργασία με άλλα υπουργεία πέραν του Υπουργείου Υγείας είναι ζωτικής σημασίας προκειμένου να μειωθούν οι ανισότητες στην υγεία και να αντιμετωπιστούν τα αίτια της κακής υγείας και στο πλαίσιο αυτό η προώθηση της υγείας σε όλες τις

πολιτικές είναι πιο σημαντική από ποτέ.

Κεφάλαιο 3^ο Οικονομική κρίση και επίδραση στην Ελλάδα

3.1 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Η φύση των διαφόρων περιστατικών που συμβαίνουν σε μια επιχείρηση μπορούν να οδηγήσουν σε κρίση. Η κρίση ορίζεται ως μια περίοδος προς το καλύτερο ή προς το χειρότερο για έναν οργανισμό. Στη πρώτη περίπτωση μαθαίνει από τη κρίση και βγαίνει καλύτερος δηλαδή μέσα από τη λύση του προβλήματος, επιχείρηση βελτιώνεται. Στη δεύτερη περίπτωση ο οργανισμός δε καταφέρνει να ξεπεράσει τη κρίση και οδηγείται στη καταστροφή (Brown, 1999).

Σε γενικές γραμμές υπάρχουν πολλά είδη κρίσεων τα οποία μπορούν να προβλεφθούν και να περιοριστούν μέσα από σωστές στρατηγικές διαχείρισης. Για παράδειγμα κάποιες κρίσεις είναι συνδυασμός γεγονότων τα οποία λειτουργούν αλυσιδωτά και το τελικό τους αποτέλεσμα λειτουργεί αρνητικά στη λειτουργία και στη πορεία μιας επιχείρησης (Fink, 1996).

Ένα γεγονός από μόνο του δε μπορεί να δημιουργήσει πρόβλημα σε μια εταιρία, όταν όμως συνδυαστεί με μια αλυσίδα πολλών περιστατικών τα οποία βασίζονται είτε στην αμέλεια, είτε στην αδιαφορία των ιθυνόντων τότε μπορεί να μεταπλαστεί στο μέλλον σε μεγάλο κίνδυνο. Η βιβλιογραφική επισκόπηση σε σχέση με τη κρίση έχει κατάληξη στο συμπέρασμα, ότι δεν είναι ένα αναπάντεχο γεγονός αλλά ότι προκύπτει μέσα μετά από μια αλληλουχία μη προγραμματισμένων κινήσεων και φάσεων. Συγκεκριμένα ο Fink το 1996 (Jannis, 1991) αναφέρθηκε σε τέσσερις φάσεις (Turner, 1994):

1. Προπαρασκευαστικό στάδιο-Προειδοποιητικό στάδιο για ενδεχόμενη κρίση.
2. Διακριτοί κραδασμοί- Πρώτη εικόνα της ενδεχόμενης κρίσης.
3. Χρονική κρίση-Στάδιο ξεκαθαρίσματος και αποφυγή κρίσης.
4. Περίοδο κρίσης- Στάδιο στο οποίο καταλήγει τελικά η εταιρία αν δεν έχει καταφέρει ν' αποφύγει τη κρίση από τα τρία προηγούμενα στάδια.

Η επιχείρηση προκειμένου ν' αποφύγει τη τελική κατάληξη της κρίσης, θα πρέπει να έχει ένα σχεδιασμένο προγραμματισμό αποφυγής ώστε να μπορέσει

να την αποφύγει από τα πρώιμα ακόμα στάδια. Ο Turner το 1994 αναφέρει λανθασμένους χειρισμούς, οι οποίοι δε βοηθούν μια επιχείρηση ν' αποφύγει την ενδεχόμενη κρίση (Turner, 1994):

1. Χάσμα πληροφόρησης μεταξύ εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος.
2. Αδυναμία μεταβίβασης πληροφοριών στο εσωτερικό της επιχείρησης.
3. Μη ευέλικτες ιεραρχίες, οι οποίες δε βοηθούν στη σωστή κατανομή αρμοδιοτήτων αλλά και στη σωστή διαχείριση μη αναμενόμενων περιστατικών.
4. Έλλειψη ομάδων σκέψης.
5. Λειτουργία η οποία βασίζεται σε πεπαλαιωμένους νόμους.
6. Απόλυτες αντιλήψεις (για παράδειγμα πολλές επιχειρήσεις πιστεύουν ότι ποτέ δε θα τους συμβούν ατυχήματα).
7. Πίεση και άγχος στα διοικητικά στελέχη τα οποία δεν έχουν το χρόνο να σκεφτούν αλλά και να διαπιστώσουν γεγονότα που μπορεί να οδηγήσουν στη κρίση.
8. Αδιαφορία για ανησυχητικά μηνύματα.

Όλα τα παραπάνω συμπτώματα είναι χαρακτηριστικά κακής διαχείρισης κινδύνων. Το θέμα είναι ποιοι κίνδυνοι μπορούν να οδηγήσουν στην απόλυτη καταστροφή και ποιοι όχι. Για παράδειγμα η καθημερινή δυσλειτουργία για άλλους οργανισμούς αποτελεί συνήθεια και για άλλους αποτελεί κίνδυνο, ο οποίος μπορεί αργότερα ν' οδηγήσει ακόμα και στη καταστροφή.

Η κρίση είχε άμεσες συνέπειες στην οικονομία της Ελλάδας. Οι εξαγωγές καπνού, που είχε υποκαταστήσει τη σταφίδα ως κύριο εξαγωγικό προϊόν, μειώθηκαν δραματικά εξαιτίας της γερμανικής ύφεσης. Η Γερμανία αποτελούσε τον κύριο εισαγωγέα του ελληνικού καπνού.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 1929, αποτέλεσε μια διεθνοποιημένη ύφεση των παγκόσμιων οικονομιών η οποία διήρκεσε δέκα χρόνια και έπληξε τις περισσότερες χώρες του πλανήτη. Η συγκεκριμένη κρίση αποτέλεσε και αποτελεί ένα παράδειγμα προ αποφυγής, δηλώνοντας τις δραματικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει μια οικονομική καταστροφή (Edward, 2002).

Η 24 Οκτωβρίου του 1929, ημέρα Πέμπτη η λεγόμενη μαύρη Πέμπτη,

αποτελέσει την εναρκτήρια ημέρα της οικονομικής κρίσης η οποία ξεκίνησε από τις ΗΠΑ και στιγματίστηκε από το χρηματιστηριακό κραχ. Η ολοκλήρωση της κρίσης συνδυάστηκε με το έναυσμα της πολεμικής οικονομίας του 2ου παγκοσμίου πολέμου, γύρω στο 1939 (Krugman & Wells, 2009).

Η τότε οικονομική κρίση είχε αρνητικές επιπτώσεις και στον ανεπτυγμένο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο. Οι επιπτώσεις του ήταν πολλές και καταστροφικές για το διεθνές εμπόριο, καθώς και για τα προσωπικά εισοδήματα, τα έσοδα από φόρους, τις τιμές και τα κέρδη. Η παρακμή της βαριάς βιομηχανίας ήταν μεγάλη με αποτέλεσμα να πληγούν όλες οι Μεγαλοπόλεις, με αποτέλεσμα την αύξηση της ανεργίας (Edward, 2002).

Ισχυρό πλήγμα δέχτηκαν οι κλάδοι των κατασκευών και των αγροτόκτηνοτροφικών εργασιών. Το πρόβλημα ειδικά στο δεύτερο προήλθε κυρίως από τη πτώση των τιμών στις σοδειές κατά 40% με 60%. Η ζήτηση περιοριζόταν συνεχώς ενώ τέλος υπήρξαν προβλήματα στο πρωτογενή τομέα όπως στην εκμετάλλευση της γης, των ορυχείων και ξύλου. Η κρίση αντιμετωπίστηκε επιτυχώς σε βάθος χρόνου και κάθε χώρα κατάφερε να την αντιμετωπίσει σε διαφορετικό χρόνο ανά χώρα.

Η ελληνική οικονομία είναι μέρος της ευρωπαϊκής και της παγκόσμιας οικονομίας και ταυτόχρονα είναι ελλειμματική. Η κυβέρνηση δανείζεται κάθε χρόνο δεκάδες δισεκατομμύρια ευρώ (44 εφέτος) για να καλύψει τις ανάγκες του Δημοσίου αλλά και τους τόκους του εξωτερικού μας χρέους, που φτάνει τα 250 δισ. ευρώ. Σε μια περίοδο όπου οι πιστώσεις έχουν σταματήσει, είναι δύσκολο να βρίσκουμε δανεικά. Στο μεταξύ οι ελληνικές τράπεζες επίσης δεν βρίσκουν εύκολα δανεικά από το διεθνές σύστημα και έτσι κόβουν τα δάνεια και δημιουργούν προβλήματα σε όλες τις επιχειρήσεις και τους ιδιώτες δανειολήπτες.

Το υψηλό δημόσιο χρέος και το έλλειμμα των συναλλαγών μας με το εξωτερικό, το οποίο πλησιάζει τα 40 δισ. ευρώ εφέτος, είναι δύο από τα πολλά προβλήματα της ελληνικής οικονομίας. Γενικότερα έχουμε πρόβλημα εσόδων. Η ελληνική οικονομία στηρίζεται κατά 50% στο Δημόσιο (που έχει έλλειμμα και χρέος) και σε τέσσερις βασικούς κλάδους: στις τράπεζες- που έχουν πρόβλημα-, στη ναυτιλία- που έχει καταρρεύσει παγκοσμίως -, στην οικοδομή- που έχει

παγώσει και στον τουρισμό- που αναμένεται ότι θα μειωθεί σημαντικά. Όλοι οι άλλοι κλάδοι στηρίζονται σε αυτούς τους τέσσερις και στο Δημόσιο και κανένας αυτή τη στιγμή δεν παράγει έσοδα. Ταυτόχρονα, η φοροδιαφυγή, η διαφθορά και η γραφειοκρατία έχουν καταδικάσει τον δημόσιο τομέα, που δυσκολεύεται να βοηθήσει σε περιόδους κρίσεως.

Ορισμένοι Έλληνες τραπεζίτες πιστεύουν ότι αν αρχίσουν οι κρατικοποιήσεις τραπεζών στην Ευρώπη, θα υπάρξουν κρατικοποιήσεις και στην Ελλάδα. Δεν μπορεί κανείς εξάλλου να φανταστεί ότι η κυβέρνηση θα δώσει επιπλέον χρήματα σε μια τράπεζα που κινδυνεύει χωρίς να πάρει τις μετοχές και τον έλεγχό της. Γιατί ενώ μειώνεται το βασικό επιτόκιο του ευρώ, τα επιτόκια που πληρώνουμε εμείς για τα δάνεια ανεβαίνουν;

Το σύνολο του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στο Δημόσιο. Και εφόσον το Δημόσιο έχει πρόβλημα, έχουν όλοι οι κλάδοι. Αυτοί που υποφέρουν περισσότερο είναι όσοι σχετίζονται με την οικοδομή. Το κρισιμότερο σημείο στο άμεσο μέλλον: ποια θα είναι η επίπτωση της κρίσης στον τουρισμό, που αποτελεί τη βασική πηγή εισροής κεφαλαίων από το εξωτερικό, αλλά και την πηγή εισοδήματος για εκατοντάδες χιλιάδες Έλληνες. Οι ίδιοι κλάδοι που σήμερα μαστίζονται από την κρίση θα είναι αυτοί που θα απολαύσουν τα μεγαλύτερα κέρδη όταν αποκατασταθεί η εμπιστοσύνη στις αγορές και ξεκινήσει πάλι η οικονομική ανάπτυξη.

3.2 Η κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τον OECD(2012) η οικονομική κρίση, αυξάνει τους δείκτες της φτώχειας στην Ελλάδα, αλλά και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγχρόνως δεδομένου ότι οι δημόσιοι προϋπολογισμοί βρίσκονται σε συνεχή πίεση δεν υπάρχουν οι πόροι να στηριχτεί το σύστημα υγείας των χωρών, άρα και να υποθαλφτούν αξιοπρεπώς όλοι αυτοί οι πολίτες οι οποίοι δεν έχουν ασφάλιση(Πατελάρου,2011).

Ουσιαστικά η κρίση από τη μια αύξησε την ανάγκη για πρόσβαση στη δημόσια υγεία και από την άλλη μείωσε τη δυναμική των εθνικών συστημάτων υγείας, τα οποία δεν μπορούν να εξυπηρετήσουν τις αυξημένες ανάγκες των

πολιτών(Μπουρας και Λύκουρας,2011). Συγχρόνως σύμφωνα με τη Πατελάρου κ.α(2011) η ιδιωτική ασφάλιση είναι πολυτέλεια, μια πολυτέλεια την οποία δεν μπορεί να έχει το μεγαλύτερο μέρος των Ευρωπαίων πολιτών, ειδικά μάλιστα στην Ελλάδα όπως αναφέρει η συγγραφέας η ιδιωτική ασφάλιση σ' επίπεδο υγείας αποτελεί προνόμιο των λίγων.

Η Ελλάδα το διάστημα 2000-2009 είχε αυξημένες δαπάνες για την υγεία, συγκεκριμένα ξοδεύταν το 6,1% του ετήσιου προϋπολογισμού, για ενίσχυση των νοσοκομείων αλλά και ευρύτερα των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Από τη στιγμή που ξέσπασε η κρίση και ειδικά από το 2010 όπου έγινε πολύ πιο έντονη και διακριτή για το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού, οι δαπάνες για την υγεία προκειμένου να μειωθούν τα κόστη και τα δημόσια ελλείμματα, μειώθηκαν σε μεγάλο βαθμό (Πατελάρου κ.α,2011).

Ένα στοιχείο που δείχνει τις αυξημένες δαπάνες που είχε η Ελλάδα για την υγεία μέχρι το 2010, είναι από τη μια ο μεγάλος αριθμός γιατρών ανά 1000 κατοίκους περίπου 6,1 γιατροί, αλλά και ο αριθμός των νοσηλευτών όπου ήταν 3,3 ανά 1000 κατοίκους. Στα χρόνια της κρίσης οι δαπάνες έχουν μειωθεί, ενώ έχουν αυξηθεί οι ανάγκες των πολιτών για υπηρεσίες υγείας, πράγμα που είχε ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση του Εθνικού υγειονομικού συστήματος της χώρας(ΙΟΒΕ,2013).

Σημαντικό είναι να αναφερθεί μέσα από τις απόψεις των θεωρητικών της υγείας (Bloom, Canning, 2003; Bloom et.al, 2004; Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011 κ.α) ότι η υποβάθμιση του συγκεκριμένου συστήματος, πράγμα που έχει γίνει ήδη στην Ελλάδα, μειώνει τη παραγωγική δεινότητα των εργαζομένων και επιδρά στη παραγωγική ανάπτυξη της χώρας θέτοντας σε κίνδυνο την ευρύτερη βιωσιμότητα της. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας η επένδυση στην υγεία όταν γίνεται σωστά, μπορεί να επιφέρει ευρύτερη οικονομική ανάπτυξη σε ένα κράτος.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση δίνει μεγάλη βαρύτητα στο συγκεκριμένο κλάδο και τον θέτει ως σημαίνον παράγοντα στη στρατηγική της για το μέλλον, ειδικά στην ανακοίνωση της 29^{ης} Ιουνίου του 2011 «Προϋπολογισμός για την Ευρώπη», ανέφερε ότι: «Η προώθηση της καλής υγείας αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των στόχων της στρατηγικής "Ευρώπη 2020" για μια έξυπνη, και χωρίς αποκλεισμούς

ανάπτυξη»(Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2011).

Όλα τα παραπάνω δηλώνουν εμπράκτως, ότι λόγω της κρίσης η υγεία έχει υποβαθμιστεί, αυτό έχει αντίκτυπο στην υγεία των πολιτών, μια και λόγω της οικονομικής ύφεσης, παρουσιάζονται πολλά κρούσματα ψυχικών, σωματικών διαταραχών κ.λ.π. Η αυξημένη ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας, σε συνδυασμό με τη μείωση των δαπανών σε Ευρώπη και Ελλάδα, δικαιολογεί σε μεγάλο βαθμό το αδιέξοδο και τους εσωτερικούς κλειδονισμούς που βιώνουν σήμερα όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης(Καράμπελας, Δ., & Καύκας, Α,2011).

Τα Κράτη Μέλη, στην προσπάθεια τους να ενισχύσουν τους βασικούς οικονομικούς κοινωνικούς και υγειονομικούς παράγοντες, εισήγαγαν μεταρρυθμίσεις εστιάζοντας σε τρεις τομείς πολιτικής(Marmot et al,2012): α) τη χρηματοδότηση του συστήματος, β) το βαθμό, τον τύπο και το εύρος της υγειονομικής κάλυψης και γ) το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας.

Τα μέτρα που πάρθηκαν από τις χώρες της Ε.Ε εστίασαν στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στην αναδιάρθρωση του νοσοκομειακού δικτύου, στην καλύτερη παρακολούθηση των δαπανών, στη βελτίωση του συστήματος τιμολόγησης, στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης και στην ορθότερη χρήση των φαρμάκων, στην εφαρμογή διαλειτουργικών λύσεων και υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας(Marmot et al,2012).

3.3 Η αποδοτικότητα δομών υγείας στην Ελλάδα

Σύμφωνα με τους Σίσκου κ.α (2010) η αποδοτικότητα των δομών υγείας στην Ελλάδα, χαρακτηρίζεται ως «παράδοξο» δεδομένου ότι παρότι οι Έλληνες και ειδικά μέσα στη κρίση πληρώνουν αυξημένες δαπάνες για την υγεία, το υγειονομικό ελληνικό σύστημα τείνει να είναι το πλέον ιδιωτικοποιημένο μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Σύμφωνα με τους Niaka, Theodorou και Liaporoulo(2008), σήμερα δεδομένης και της οικονομικής κρίσης, το δημόσιο σύστημα δεν ικανοποιεί ποιοτικά ή ποσοτικά τις ανάγκες των πολιτών πράγμα που το καθιστά ως μη αποδοτικό.

Σε μια άλλη έρευνα από την Ευρωπαϊκή Έρευνα Υγείας (SHARE) η

οποία αναφερόταν στην αποδοτικότητα δομών υγείας (δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας, κ.α.) στην Ευρώπη και στην Ελλάδα, υπήρξε η διαπίστωση ότι οι δαπάνες στην Ελλάδα προέρχονται από τους χρήστες τους, δηλαδή άμεσες νόμιμες καταβολές του ασφαλιστικού συστήματος, παρόλα αυτά, οι περισσότεροι εξ αυτών αναγκάζονται να έχουν και ιδιωτική ασφάλιση, πράγμα που μέσα στη κρίση γίνεται όλο και πιο δύσκολο, διότι το δημόσιο σύστημα υγείας δεν είναι τόσο αποδοτικό όσο θα έπρεπε (Λυμπεράκη, 2006).

Αυτή η κατάσταση οδηγεί πολλούς Έλληνες, άτυπα να περιορίζονται μόνο στο ιδιωτικό σύστημα, μια και πληρώνουν λιγότερα χρήματα ενώ έχουν και καλύτερες υπηρεσίες, αυτό ίσως στο μέλλον να οδηγήσει στην ευρύτερη απαξίωση του εθνικού συστήματος υγείας (Mosialos et al., 2007).

Όλα τα παραπάνω έδωσαν το έναυσμα στους ερευνητές να προχωρήσουν στη παρούσα εμπειρική μελέτη. Η έρευνα διεξάχθηκε σε πανελλαδική βάση, της οποίας το δείγμα ήταν 1.616 τυχαία νοικοκυριά, τα περισσότερα εξ αυτών προέρχονταν από αστικές περιοχές (Σίσκου, 2006).

Γενικά τα στοιχεία τα οποία αποτέλεσαν εισροές στη μελέτη και πλαισίωσαν το συνολικό επιλεγμένο δείγμα των 1.616 τυχαίων νοικοκυριών ήταν το είδος των οικογενειών, που οι περισσότερες ήταν πολυμελείς, το εισόδημα που στη συντριπτική του πλειοψηφία το δείγμα ήταν μεσαίου προς χαμηλού εισοδήματος, το επίπεδο εκπαίδευση που προερχόταν και από τα τρία επίπεδα, κατώτερο, μέσο και ανώτερο κ.λπ. Σε επίπεδο εκροών η παρούσα εμπειρική έρευνα οδηγήθηκε σε συμπεράσματα σε σχέση με την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα αλλά και σε προτάσεις βελτίωσης.

Η μέθοδος έρευνας που χρησιμοποιήθηκε ήταν αυτή των συνεντεύξεων. Σύμφωνα με τον Ιωσηφίδη(2008) «*Η συνέντευξη αποτελεί ίσως την πιο διαδεδομένη μέθοδο συλλογής ποιοτικού υλικού και πληροφοριών στις κοινωνικές επιστήμες*». Μέσα από τη διαδικασία της συνέντευξης δόθηκε η δυνατότητα στους ερευνητές, να παράγουν και να συλλέξουν όσο το δυνατόν πλουσιότερα δεδομένα, για τις εμπειρίες, τις στάσεις και γενικά τις απόψεις των συμμετεχόντων ώστε να οδηγηθούν σε ασφαλή συμπεράσματα. Για τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων δημιουργήθηκε ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο δημιουργήθηκε με τη βοήθεια ειδικών. Η καταγραφή

και η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος SPSS, σε ειδικά σχεδιασμένη βάση δεδομένων. Τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης ήταν τα ακόλουθα (Σίσκου, 2010):

1. Η αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας, και η ευρύτερη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα, δηλώνει την μη αποδοτικότητα των δομών υγείας αλλά και την υποχρηματοδότηση του δημοσίου συστήματος, η οποία οφείλετε από τη μια στην οικονομική κρίση και από την άλλη στη κακή διαχείριση από τη πλευρά της πολιτείας.
2. Τα νοικοκυριά αναζητούν όλο και περισσότερο υπηρεσίες υγείας έναντι πληρωμής, διότι θεωρούν μεγάλο το κόστος της δημόσιας υγείας σε σχέση με την αποδοτικότητα των δομών υγείας (Mossialos et al., 2006).
3. Η χαμηλή απόδοση των δημόσιων δομών υγείας καθορίζει ως αδιαμφισβήτητη ανάγκη την ανάπτυξη και υποστήριξη από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας.
4. Σήμερα υπάρχει η ανάγκη ενίσχυσης και αναβάθμισης των δημοσίων δομών υγείας, ώστε να βελτιωθεί η αποδοτικότητά τους και να ανατοποθετηθούν ως πρώτη επιλογή από τους πολίτες. Σημαντικό ρόλο θα παίζει στη διαδικασία βελτίωσης, η συνεργασία του ιδιωτικού με το δημόσιο τομέα.

Με βάση τα παραπάνω συμπεράσματα της εμπειρικής μελέτης, οι υποδείξεις που θα μπορούσαν να γίνουν από τη συγγραφέα είναι οι ακόλουθες:

1. Η σύμπραξη ιδιωτικού και δημοσίου τομέα αποτελεί σήμερα αναγκαία λύση, για τη βελτίωση της αποδοτικότητας των δημοσίων δομών, ενώ θα ενισχύσει την αντιληπτική αξία της υγείας στην Ελλάδα, μια και οι πολίτες θα έχουν παροχές ανάλογες των εισφορών τους.
2. Δεδομένης της οικονομικής κρίσης, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, δεν είναι δυνατόν να συνεχίσει να βασίζεται στις εισφορές των πολιτών, είναι αναγκαία σήμερα η ύπαρξη ιδιωτικής χρηματοδότησης, η οποία θα επιφέρει βελτίωση σε επίπεδο δομών και υποδομών.
3. Είναι βασικό σήμερα να υπάρξει ένα πλαίσιο αξιολόγησης της απόδοσης και της ποιότητας των δομών υγείας με στόχο μέσα από την αξιολόγηση, να επέλθει η βελτίωση σε όποιο τομέα της υγείας θεωρηθεί αναγκαίο.

4. Η βελτίωση των δομών υγείας θα πρέπει να γίνει σε συνεργασία με τις τοπικές κοινωνίες, εκπαιδευτικούς, γονείς, συνδικαλιστές, εθελοντικές ενώσεις κ.λ.π (Saridi et al., 2009).
5. Αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών ως βάση ανάπτυξης της λειτουργίας των δομών υγείας και ως μέσω βελτίωσης της απόδοσης τους.

3.3.1 Η αποζημίωση των νοσοκομείων -Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες

Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2006) και σε σχέση με τις ομοιογενείς διαγνωστικές ομάδες, η αποζημίωση ενός νοσοκομείου βασίζεται εκ των προτέρων στην αποτελεσματική κοστολόγηση των νοσοκομειακών φροντίδων. Η κοστολόγηση εδώ προκύπτει από την ομαδοποίηση των ασθενειών σε ομάδες αλλά και την υποδιαίρεση αυτών σε διαγνωστικές κατηγορίες.

Οι ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες των ασθενειών, χρησιμοποιούνται ως μέσω τυποποίησης όλων των περιπτώσεων των νοσηλευόμενων ασθενών, δημιουργώντας με αυτό τον τρόπο ομάδα νοσοκομειακών προϊόντων, τα οποία αποζημιώνονται στη βάση των πόρων που είναι υποχρεωτικό να παραχθούν (Street et al., 2011).

Σύμφωνα με τους Αλετράς., Ματσαγγάνης, Νιάκας (2002) οι ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες βασίζονται στη διεθνή ταξινόμηση ασθενειών και χρησιμοποιούν εκτός από την αρχική διάγνωση, τις πιθανές επιπλοκές ή τις επιμέρους ασθένειες που αναπτύσσονται στη περίπτωση ενός ασθενούς, ακόμα χρησιμοποιούν δείκτες όπως το φύλλο, η ηλικία, η βαρύτητα της ασθένειας αλλά και η μέση διάρκεια νοσηλείας η οποία αποτελεί ένδειξη για την αξιοποίηση των διαφόρων πόρων.

Η υιοθέτηση ευρέως των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας στον τομέα της υγείας, αναφέρεται σε συγκεκριμένους λόγους οι οποίοι είναι η επισταμένη και αποτελεσματική ανάπτυξη και περιγραφή της διάρθρωσης των περιστατικών νοσηλείας, η σύγκριση των δεδομένων που χαρακτηρίζουν τα νοσοκομεία μέσα στο χρόνο αλλά και ανά γεωγραφική περιοχή, η βάση αποτελεσμάτων διαμόρφωση της πολιτικής της υγείας, η εξέταση των ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας,

η μελέτη της ποιότητας των διαθέσιμων πόρων (Street et al., 2011). Βάσει των παραπάνω λόγων η μέθοδος των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων βοηθά στην αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη χρηματοδότηση και κατανομή των πόρων στην υγεία.

Σύμφωνα με τον Πολύζο(2007), η προτυποποίηση της διαδικασίας των υπηρεσιών υγείας, η οποία αναπτύσσεται μέσα από τη παρούσα μέθοδο αποζημίωσης βοηθά σε μεγάλο βαθμό τους ασφαλιστικούς φορείς αλλά και τη πολιτεία, να αναγνωρίζουν από την αρχή το κόστος του προϊόντος το οποίο οφείλουν να αγοράσουν ώστε να επιτύχουν τη καλύτερη εξυπηρέτηση της υγείας των ασθενών (Πολύζος,2007).

Η χρήση των DRGs, βοηθά σε πολύ μεγάλο βαθμό τη διοίκηση των νοσοκομείων, στην αμεσότερη διαχείριση του νοσοκομειακού προϊόντος αλλά και στην αποτελεσματικότερη χρηματοδότηση των υπηρεσιών. Σύμφωνα με τους Street et al(2011) η χρήση τους μεταμόρφωσε τη λογική των νοσοκομείων, τα οποία σε λαμβάνουν αρκετούς παράγοντες υπόψη προτού πάρουν μια απόφαση σε σχέση με τη διαδικασία της αποζημίωσης, παράγοντες όπως τη διάρθρωση του νοσοκομειακού προϊόντος, την κοστολόγηση, την τιμολόγηση, την οικονομική διοίκηση, την ασθένεια, και ευρύτερα τη βελτίωση της κερδοφορίας τους.

Το σημαντικότερο στοιχείο των DRGs είναι ο συσχετισμός μεταξύ της ιατρικής διοίκησης με τον οικονομικό σχεδιασμό. Η πρώτη εστιάζει στη σωστή διαχείριση του ασθενούς μέσω των πληροφοριών που αναφέρονται στον ιατρικό του φάκελο και το DRG του, η δεύτερη η χρηματοοικονομική διοίκηση αναφέρεται στην αποδοτική αξιοποίηση των πόρων ενώ συνάμα αξιολογεί την εικόνα του νοσοκομείου προς τα έξω. Η ποσότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασθενείς βοηθά την ιατρό-κλινική απόφαση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών (Σούλης, 1998).

Η χρήση των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων θεωρείτε σήμερα πολύ ενεργητική σε σχέση με την εσωτερική άσκηση της διοίκησης, η οποία έχει τον έλεγχο στα διάφορα προϊόντα ενώ συγχρόνως καθορίζει και τη συμπεριφορά και λειτουργία του ιατρικού προσωπικού.

3.4 Οικονομική κρίση και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην Ελλάδα

Σύμφωνα με μία έκθεση που εκδόθηκε από την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ), το ποσοστό του πληθυσμού στην Ελλάδα που ζει κάτω από το όριο της φτώχειας έφτασε τον αριθμό των 2.340.000 (περίπου 30% του πληθυσμού) το 2010 (Stoilova & Popivanova, 1999). Επιπλέον, μια πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη από την Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών, Βιοτεχνών και Εμπόρων Ελλάδας (ΓΣΕΒΕΕ), έδειξε ότι το εισόδημα του 93,1% των ελληνικών νοικοκυριών έχει μειωθεί σημαντικά κατά τα τελευταία τρία χρόνια. Περίπου το 40% των νοικοκυριών έχει τουλάχιστον ένα μέλος άνεργο και υπάρχει μια δραστική μείωση των δαπανών σε βασικά αγαθά και τρόφιμα.

Συγκεκριμένα, περίπου το 80% των συμμετεχόντων στην έρευνα αυτή ανέφεραν σημαντικές περικοπές στις δαπάνες για θέρμανση, είδη ένδυσης και ψυχαγωγίας, ενώ το 40% δήλωσαν ότι καταναλώνουν τρόφιμα χαμηλής ποιότητας (World Health Organization, 2008). Επιπλέον, άλλα δεδομένα αποκάλυψαν ότι τα τελευταία δύο χρόνια περίπου το 65% του πληθυσμού στην Ελλάδα δαπάνησε περισσότερο από το 40% του εισοδήματός τους το 2011 για το ενοίκιο της κατοικίας ή την αποπληρωμή στεγαστικών δανείων.

Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ), η Ελλάδα εξακολουθεί να διατηρεί ένα μεγάλο χάσμα πλούτου μεταξύ των πλουσιότερων και των φτωχότερων ανθρώπων στην Ευρώπη (Semenza & Giesecke, 2008). Σύμφωνα με μία έκθεση που δημοσιεύθηκε από την ΕΛΣΤΑΤ το 2012, ο αριθμός των απασχολούμενων στην Ελλάδα ήταν 3.640.000 άτομα, ενώ ο αριθμός των ανέργων ήταν 1,35 εκατομμύρια και ο αριθμός των ανενεργών ήταν 3.340.000. Μεταξύ των ενηλίκων, το ποσοστό ανεργίας βρέθηκε να είναι 27% τον Νοέμβριο του 2012 σε σύγκριση με 20,8% το Νοέμβριο του 2011 και 12,0% το Μάιο του 2010 [18]. Η ανεργία των νέων αυξήθηκε επίσης από 18.6% το Μάιο του 2008 και 40,1% το Μάιο του 2011 σε περίπου 55% το Νοέμβριο του 2012 (Suk et al., 2009).

Εκτός από την ανεργία, η μείωση των ωρών εργασίας λόγω της μερικής απασχόλησης, αποτελεί μία άλλη σημαντική παρενέργεια της οικονομικής κρίσης (Suk et al., 2009). Επιπλέον, η αυξημένη συχνότητα εμφάνισης των αστέγων είναι προφανέστατα αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Με βάση τα επίσημα στοιχεία, κατά τη διάρκεια της βαθιάς ύφεσης, ο αριθμός των Ελλήνων και μεταναστών αστέγων αυξήθηκε εντυπωσιακά το 2011 (2.781 άστεγοι το 2009 έναντι 11.000 το 2011). Η πλειοψηφία των αστέγων ήταν Έλληνες πολίτες και ζούσαν σε μεγάλες πόλεις, κυρίως στην Αθήνα και τον Πειραιά (CSDH, 2008). Επιπροσθέτως, τα βίαια εγκλήματα, συμπεριλαμβανομένων των ένοπλων ληστειών, κλοπών, διαρρήξεων και ανθρωποκτονιών, σχεδόν διπλασιάστηκαν το 2012 σε σύγκριση με το 2007, κατά την έναρξη της χρηματοπιστωτικής κρίσης (Johnson et al., 2007). Τα διαζύγια έχουν επίσης αυξηθεί δραματικά και σε συνδυασμό με την ανεργία φαίνεται να συνδέονται στενά με το βίαιο έγκλημα, ιδιαίτερα τις ανθρωποκτονίες (Stuckler et al., 2009).

3.4.1 Ο αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία, το ελληνικό σύστημα υγείας έλαβε 6,1 δις από τον συνολικό εθνικό προϋπολογισμό το 2011 σε αντίθεση με τα 4,4 δις που έλαβε το 2012 (μείωση 30%) (Taría-Granados, 2008). Αυτού του είδους η σημαντική μείωση επηρέασε τη δομή και τη συνολική λειτουργία της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων, εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού, των ελλειμμάτων, των ελλείψεων ή ακόμα και της πλήρους έλλειψης φαρμάκων και άλλων βασικών ιατρικών και χειρουργικών προμηθειών (Taría-Granados, 2005). Όσοι εργάζονται στον τομέα της υγείας έχουν επίσης επηρεαστεί σημαντικά από τις εφαρμοζόμενες δημοσιονομικές πολιτικές και υποφέρουν, μεταξύ άλλων, από μια σημαντική μείωση των μισθών τους (Taría-Granados, 2005a). Σε μια πρόσφατη μελέτη σχετικά με τις φαρμακευτικές πολιτικές στην Ευρώπη, έχει προταθεί ότι το ελληνικό κράτος έχει εφαρμόσει τα αυστηρότερα μέτρα, όπως μειώσεις των τιμών, αλλαγές στις συν-πληρωμές και στους συντελεστές ΦΠΑ για τα φάρμακα. Έχει επίσης

προταθεί ότι η αντίδραση της κυβέρνησης στην κρίση ήταν επιτυχής όσον αφορά στην εξοικονόμηση των δημοσίων δαπανών (Ruhm, 2008).

Τα αρχικά δεδομένα από μια άλλη επίσημη έκθεση επιβεβαίωσαν το ως άνω σημείο, δεδομένου ότι οι δαπάνες για τα δημόσια φάρμακα μειώθηκαν από 5,09 δις το 2009 σε 4,25 δις το 2010 και σε 4,10 δις το 2011 (Ruhm, 2008a). Παρ' όλ' αυτά, το πρόβλημα με την έλλειψη φαρμάκων παραμένει ζωτικής σημασίας, επειδή οι ασθενείς που πάσχουν από σοβαρές ασθένειες κινδυνεύουν με διακοπή της θεραπείας τους. Ο λόγος για τον οποίο συμβαίνει αυτό μπορεί να οδηγήσει τις φαρμακευτικές εταιρείες που προσφέρουν τα προϊόντα τους σε νοσοκομεία και κέντρα δημόσιας υγείας και απειλούν να σταματήσουν τις συναλλαγές με το Ελληνικό Δημόσιο, λόγω της μείωσης των τιμών. Ωστόσο, μέχρι σήμερα η απειλή αυτή δεν έχει γίνει πραγματική (Ruhm, 2008a).

Σε μια προσπάθεια να εξηγήσουμε αυτές τις πολιτικές, θα πρέπει να αναφέρουμε ότι κατά την περίοδο 2000-2009 οι δαπάνες υγείας ανά κάτοικο στην Ελλάδα αυξήθηκαν με μέσο ετήσιο ρυθμό 7%, σε σύγκριση με το 4% στις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ. Το 25% των δαπανών για την υγεία της χώρας αφορούν φαρμακευτικά προϊόντα, που είναι ένας από τους κύριους λόγους για μια τέτοια αύξηση. Αυτό, με τη σειρά του, έχει κατατάξει τη χώρα στην τρίτη θέση ανάμεσα στις πιο ακριβές χώρες του ΟΟΣΑ. Επιπλέον, η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα χαμηλότερα επίπεδα σε διείσδυση γενόσημων φαρμάκων στην φαρμακευτική αγορά της χώρας, δηλαδή 32% σε σύγκριση με άλλες χώρες της ΕΕ που αποδεικνύουν ένα ελάχιστο επίπεδο του 60% χρήση γενόσημων φαρμάκων (Gerdtham & Ruhm, 2006a).

Μια άλλη αιτία της εξάντλησης των φαρμάκων είναι ότι οι ιδιώτες φαρμακοποιοί αντιμετωπίζουν σοβαρές δυσκολίες σε απόθεμα φαρμάκων, επειδή οι τιμές των φαρμάκων έχουν διατηρηθεί σε χαμηλά επίπεδα, με αποτέλεσμα οι εταιρείες να εξάγουν φάρμακα σε άλλες χώρες της ΕΕ με υψηλότερες τιμές. Οι παράλληλες εξαγωγές, οι οποίες θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως μια σημαντική αιτία για τις ελλείψεις σε φάρμακα, διεξάγονται σε όλη την ΕΕ και το φαινόμενο δεν αφορά αποκλειστικά στην Ελλάδα ή σε άλλες χώρες υπό καθεστώς διάσωσης. Το φαινόμενο οφείλεται στις διαφορές των τιμών μεταξύ των χωρών. Οι αρχές προσπαθούν να αντιμετωπίσουν αυτήν την

κατάσταση με την προσωρινή απαγόρευση των εξαγωγών, η οποία είναι ο μόνος τρόπος για τον περιορισμό των παράλληλων εξαγωγών και την προστασία της δημόσιας υγείας (Stuckler et al., 2010). Τα δημόσια φαρμακεία αντιμετωπίζουν παρόμοιο πρόβλημα, καθώς πολλά από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνά δεν είναι διαθέσιμα (Stuckler et al., 2009).

Πιο πρόσφατα, η ευρωπαϊκή φαρμακευτική εταιρεία σταμάτησε την παράδοση του αντι-νεοπλασματικού παράγοντα Setuximab («Erbitux») στα ελληνικά νοσοκομεία, λόγω των απλήρωτων λογαριασμών. Οι ασθενείς, κατά συνέπεια, πρέπει να περιμένουν για αρκετές ημέρες για να πάρουν τα φάρμακά τους από τα υποκαταστήματα της Εθνικής Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) (Stuckler et al., 2009). Ένα σημαντικό αδιέξοδο στο σύστημα προέκυψε από την αδυναμία του ΕΟΠΥΥ να διαπραγματευτεί τα χρέη του με τους φαρμακοποιούς. Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία, ο ΕΟΠΥΥ όφειλε στα φαρμακεία 120 εκ. τον Αύγουστο του 2012 και 125 εκ. το Σεπτέμβριο του 2012. Περίπου 300 εκ. εκκρεμούν επίσης να διευθετηθούν από τους λογαριασμούς του 2011 (Stuckler et al., 2009a). Μια άλλη αιτία των προβλημάτων με τον ΕΟΠΥΥ και τους φαρμακοποιούς θα μπορούσε να είναι η μείωση των τιμών για τα φαρμακευτικά προϊόντα.

Ωστόσο, θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι οι φαρμακοποιοί αρνούνταν να διανείμουν τα προϊόντα στους ασφαλισμένους δωρεάν και στη συνέχεια να απαιτήσουν από τα ταμεία της δημόσιας ασφάλισης υγείας, επειδή ο ΕΟΠΥΥ τους χρωστά πολλά χρήματα. Ο μόνος τρόπος για να σταματήσει αυτό είναι να μειωθούν οι φαρμακευτικές δαπάνες, κυρίως μέσω της αύξησης των μεριδίων αγοράς των γενόσημων φαρμάκων, τα οποία εξακολουθούν να είναι χαμηλά στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Υπουργείου Οικονομικών, τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων και των δημόσιων ασφαλιστικών ταμείων το 2012, τα οποία εικάζεται ότι είναι περίπου 6,0 δις (1.71δις και 4,1 δις αντίστοιχα), θα αυξηθούν από τη στιγμή που εφαρμοστούν πλήρως τα μέτρα λιτότητας στα επόμενα δύο χρόνια (Stuckler et al., 2008).

Επιπλέον, αν και οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων μειώθηκαν κατά 40%, οι εισαγωγές και η αξιοποίηση της υπηρεσίας της δημόσιας υγείας αυξήθηκε κατά 30% κατά τα τελευταία δύο χρόνια, τονίζοντας τη στροφή του

κοινού από τον τομέα της ιδιωτικής υγείας στην δημόσια. Μία μείωση κατά 30% καταγράφηκε στις εισαγωγές στα ιδιωτικά νοσοκομεία και επιβεβαιώνει τα προαναφερθέντα δεδομένα (Bobrik et al., 2005). Από την άλλη μεριά, οι άτυπες πληρωμές έχουν επίσης αναφερθεί ως ένα άλλο σημάδι της επιδείνωσης του συστήματος, το οποίο εγείρει ανησυχίες σχετικά με την εμφάνιση πρόσθετης οικονομικής επιβάρυνσης στους προϋπολογισμούς των νοικοκυριών στην Ελλάδα (Gajalakshmi et al., 2003).

Σε σχέση με τις πολιτικές για την προαγωγή της υγείας, έχει ανασταλεί η πρόληψη των μολυσματικών ή χρόνιων ασθενειών και η παράνομη κατάχρηση ναρκωτικών. Άλλωστε, ο προϋπολογισμός ελέγχου HIV/AIDS έχει μειωθεί σημαντικά, αυξάνοντας έτσι το ποσοστό επίπτωσης των νέων μολύνσεων κατά 50% το 2011, σε σύγκριση με εκείνες που αναφέρθηκαν επίσημα το 2010. Συγκεκριμένα, το 2011, περισσότερο από το ήμισυ των νέων μολύνσεων από HIV-1 αφορούσαν περιπτώσεις χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών, με μια 10-πλάσια αύξηση κατά το πρώτο εξάμηνο του τρέχοντος έτους. Πολλές από αυτές τις περιπτώσεις αφορούν σε γυναίκες από το εξωτερικό, οι οποίες συνδέονται με την πορνεία (Drobniewski et al., 2005). Ως αποτέλεσμα της οικονομικής δυσπραγίας και της συνακόλουθης απουσία ενός συγκεκριμένου σχεδίου πρόληψης της νόσου στην Ελλάδα, έχει επίσης καταγραφεί μεγάλη επιβάρυνση από διάφορες επιδημίες μεγάλης κλίμακας στη διάρκεια των τελευταίων τριών ετών, όπως ο ιός της γρίπης (Schwenk & Macallan, 2000).

Επιπλέον, μια σημαντική ένδειξη των επιπτώσεων της κρίσης είναι η σημαντική αύξηση των ψυχικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου του άγχους και της μείζονος κατάθλιψης. Τα ερευνητικά δεδομένα από μια μελέτη που δημοσιεύθηκε πρόσφατα έδειξαν ότι η μείζων κατάθλιψη σε ένα μήνα επιπολασμού έφτασε στο σημείο του 8,2% το 2011 έναντι του 3,3% το 2008 (Rehm et al., 2009). Επίσης, σε μια άλλη μελέτη, τα αποτελέσματα δύο πανεθνικού επιπέδου διατομεακών τηλεφωνικών ερευνών με 4.389 ερωτηθέντες, επεσήμανε ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα διέτρεχαν, ως επί το πλείστον, κίνδυνο εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης (Prasad et al., 2009). Το αποτέλεσμα αυτής της επιδημίας στη συχνότητα των ψυχικών διαταραχών είναι η αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40% κατά το πρώτο εξάμηνο του 2011, σε σύγκριση με την ίδια περίοδο το 2010 (Basu et al., 2009). Αυτό το

δραματικό φαινόμενο, είναι τόσο εμφανές σήμερα στην ελληνική κοινωνία και έχει συσχετιστεί σημαντικά με το υψηλό επίπεδο της ανεργίας μεταξύ του πληθυσμού, το πολύ χαμηλό εισόδημα και την αδυναμία ενός μεγάλου αριθμού πολιτών να εξοφλήσει τα προσωπικά του χρέη. Τέλος, τα άτομα με ειδικές ανάγκες και όσοι λαμβάνουν παροχές ασθενείας ή αναπηρίας, επίσης έχουν πληγεί αμείλικτα από την οικονομική κρίση, λόγω των σημαντικών περικοπών στον προϋπολογισμό των κοινωνικών παροχών (Stuckler et al., 2010). Ως εκ τούτου, περίπου το 30% του ελληνικού λαού αναζητά ιατρική βοήθεια σε μη κυβερνητικές οργανώσεις, όπως στο ελληνικό τμήμα των Γιατρών του Κόσμου (Pesaran et al., 1999).

Συμπεράσματα

Ορισμένες χώρες χρησιμοποίησαν την κρίση για να μειώσουν το κόστος, ιδιαίτερα στους τομείς των νοσοκομειακών και φαρμακευτικών υπηρεσιών. Για παράδειγμα, οι κυβερνήσεις της Αυστρίας, της Λετονίας, την Πολωνίας, της Σλοβενίας ενίσχυσαν τη θέση τους σε διαπραγματεύσεις για τις τιμές με τις φαρμακευτικές εταιρείες, και εκείνων της Δανίας, της Ελλάδας, της Λετονίας, της Πορτογαλίας, της Σλοβενίας επιτάχυναν την αναδιάρθρωση των τομέων τους στο νοσοκομείο. Για ορισμένες χώρες μειώθηκαν (π.χ., Κύπρος, Ελλάδα, Ιρλανδία, Λιθουανία, Πορτογαλία, Ρουμανία) ή πάγωσαν (π.χ. Αγγλία, Σλοβενία) οι μισθοί των επαγγελματιών της υγείας, ή μειώθηκε ο ρυθμός αύξησης των μισθών (π.χ. Δανία) (Mladovsky et al., 2012). Οι πολιτικές αυτές θα μπορούσαν να επιδεινώσουν τις ανισορροπίες μεταξύ των μισθών ή εντός (αν οι μισθοί στον τομέα της υγείας υπάγονται σε διαφορετικό ρυθμό από τους μισθούς του ιδιωτικού τομέα) χωρών, οι οποίες θα μπορούσαν να αυξήσουν την υγεία των εργαζομένων.

Αρχικά δεν υπάρχουν σημαντικές αλλαγές που έγιναν στο πεδίο εφαρμογής (δηλαδή, εκ του νόμου πακέτου παροχών και υπηρεσιών που παρέχονται στον πληθυσμό που καλύπτονται από το κράτος) ή στο εύρος (δηλαδή, ο πληθυσμός που καλύπτεται από το κράτος) της κάλυψης υγείας, αν και μερικές μειώσεις έγιναν (συνήθως μικρής κλίμακας). Έτσι, σε μερικές χώρες, ορισμένες υπηρεσίες απομακρύνθηκαν από το πακέτο παροχών (π.χ., *in-vitro* γονιμοποίηση και φυσιοθεραπεία στην Ολλανδία).

Σε ορισμένες χώρες, τα οφέλη για τις ομάδες χαμηλού εισοδήματος επεκτάθηκαν (π.χ., Μολδαβία). Ωστόσο, ορισμένες χώρες-συγκεκριμένα, η Τσεχική Δημοκρατία, Δανία, Εσθονία, Φινλανδία, Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Λετονία, Κάτω Χώρες, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβενία, μείωσαν την έκταση της κάλυψης, με τη θέσπιση ή την αύξηση των τελών χρήσης για ορισμένες υπηρεσίες υγείας για την αντιμετώπιση της κρίσης. Στις περισσότερες χώρες, η έλλειψη των δεδομένων και οι δυνατότητες έμμεσων επιπτώσεων σημαίνει ότι η εκτίμηση των επιπτώσεων αυτών των μεταρρυθμίσεων σχετικά με την πρόσβαση στην περίθαλψη και τα αποτελέσματα για την υγεία δεν είναι

ακόμα δυνατή. Ωστόσο, τα στοιχεία από την ευρύτερη ιατρική βιβλιογραφία υποδεικνύουν πιθανές συνέπειες (Mladovsky et al., 2012).

Οι αυξήσεις στα τιμολόγια των χρηστών αποτελούν ένα ιδιαίτερο λόγο ανησυχίας, επειδή αυξάνουν την οικονομική επιβάρυνση των νοικοκυριών (Wagstaff et al., 1992) και πιθανόν να μειώσουν τη χρήση της υψηλής αξίας και φροντίδας και της χαμηλής αξίας εξίσου, ειδικά για ανθρώπους με χαμηλά εισοδήματα και χρήστες της υγειονομικής περίθαλψης, ακόμη και όταν τα τέλη χρήσης είναι χαμηλά (Newhouse, 1993; Gemmill et al., 2008). Εισαγωγή ή αυξήσεις των τελών χρήσης στην πρωτοβάθμια ή περιπατητική περίθαλψη ειδικά μπορεί να επιδεινώσει τα αποτελέσματα για την υγεία και να οδηγήσει σε αύξηση της χρήσης του δωρεάν, αλλά σε πόρους υπηρεσίες π.χ. φροντίδα έκτακτης ανάγκης. Έτσι, η εξοικονόμηση κόστους και η αύξηση της αποδοτικότητας είναι λιγοστές.

Ορισμένες χώρες έχουν αυξήσει τους φόρους για τα αλκοολούχα ποτά και τον καπνό, ή και τα δύο. Ένας συνδυασμός κινήτρων, όπως η αύξηση των εσόδων και η προώθηση της υγείας είναι συχνά πίσω από τέτοια μέτρα. Για παράδειγμα το 2012, οι φόροι αλκοόλ αυξήθηκαν στην Φινλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου η θνησιμότητα από την κατανάλωση οινοπνεύματος είχε αυξηθεί στη δεκαετία του 2000. (Makela & Osterberg, 2009; Davies, 2012).

Τα τσιγάρα και το αλκοόλ έχουν μικρότερη ελαστικότητα τιμών. Και στα δύο δημιουργήθηκαν πρόσθετα έσοδα και μειώθηκε η κατανάλωση προσφέροντας με τον τρόπο αυτό διπλά οφέλη για τις κυβερνήσεις που αντιμετωπίζουν μείωση των εσόδων και αύξηση των προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ, λόγω της οικονομικής κρίσης (Lhachimi et al., 2012). Κάποιες χώρες (π.χ. Φινλανδία, Γαλλία, Ουγγαρία) έχουν καθιερώσει τη φορολόγηση των αναψυκτικών, αλλά αυτοί οι φόροι είναι μικροί, και, στη Γαλλία, ο φόρος είναι σαφώς για αύξηση των εσόδων και όχι μέτρο προαγωγής της υγείας (το ίδιο ισχύει και για τα ποτά με τεχνητά γλυκαντικά).

Οι περικοπές στον προϋπολογισμό της Ελλάδας το 2009 και το 2010 είχαν ως αποτέλεσμα την απώλεια του ενός τρίτου των προγραμμάτων street-work της χώρας. Σε μία έρευνα από 275 χρήστες ναρκωτικών στην Αθήνα τον Οκτώβριο του 2010, διαπιστώθηκε ότι το 85% δεν ήταν σε πρόγραμμα

αποκατάστασης. Πολλές νέες μολύνσεις από τον HIV επίσης συνδέονται με την αύξηση της πορνείας (και με επαφή χωρίς προφυλάξεις). Μια επίσημη έκθεση περιγράφει λογαριασμούς της εσκεμμένης αυτο-λοίμωξης από μερικά άτομα για να αποκτήσουν πρόσβαση στις παροχές των € 700 ανά μήνα και ταχύτερη εισαγωγή τους στα προγράμματα αποκατάστασης των ναρκωτικών. Τα προγράμματα αυτά προσφέρουν πρόσβαση σε συνθετικά οπιοειδή και μπορούν να έχουν λίστες αναμονής 3 ετών ή περισσότερο σε αστικές περιοχές (Kentikelenis et al., 2011).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Annual Report 2010. European Medicines Agency. June 28, 2011
- Basu S, Stuckler D, Gonsalves G, Lurie M. (2009). The production of consumption: addressing the impact of mineral mining on tuberculosis in southern Africa. *Globalization and Health*. 5
- Bobrik A, Danishevki K, Eroshina K, McKee M. (2005). Prison health in Russia: the larger picture. *J Public Health Policy*. 26:30–59
- Brown M.,(1999). *The disaster business, Management Today*, October
- Bryan, L. Farrell, D. (2008). *Leading through uncertainty*. McKinsey
- Charles P. Kindleberger and Robert A. (2005), *Manias, Panics, and Crashes: A History of Financial Crises*, 5th ed. Wiley,
- Creed, P. A. (1998). Improving the mental and physical health of unemployed people: why and how? *Medical Journal of Australia*, 168(4), 177e178.
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization
- Davies SC. (2012). On the state of the public’s health 2011. London: Department of Health.
- Drobniewski F, Balabanova Y, Ruddy M, et al. (2005). Tuberculosis, HIV seroprevalence and intravenous drug abuse in prisoners. *Euro Respir J*. 26:298–304
- Dutton, R. (2010), *Financial Meltdown*, Infodial.
- Economou, A., Nikolaou, A., Theodossiou, I., (2008), “Are recessions harmful to health after all?”, *Journal of Economic Studies*, Vol. 35 No. 5, 2008, pp. 368-384
- Edward W. B.(2002): *USA and the Diplomacy of the Financial Crisis 1931*, Cambridge, Mass.
- Emerging market for clinical trials in China – communication problems and unresolved intellectual property issues restrict growth. Market research report. April 11, 2011;<http://www.companiesandmarkets.com/Market-Report/emerging-market-for-clinical-trials-in-china-communication-problems-and-unresolved-intellectual-property-issues-restrict-growth-550988.asp?prk=c9e4759f0087226f98adf6b35706d8a9>

- European Commission (2003). *The Social Situation in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
- Farrell, B.L.D.,(2008), *Leading through uncertainty*,McKinsey, pp.1-14
- Fink S(1996), *Crisis Management: Planning for the Inevitable*, American Management Association, New York, N.Y
- Franklin A., and Douglas G. (2007), *Understanding Financial Crises*, *Journal of Political Economy* Vol.108, No.1, pp. 1–33
- Gajalakshmi V, Peto R, Kanaka T, Jha P. (2003). Smoking and mortality from tuberculosis and other diseases in India: retrospective study of 43000 adult male deaths and 35000 controls. *The Lancet*. 16:507–515
- Gemmill, M.C., Thomson, S., Mossialos, E. (2008). What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *Int J Equity Health*; 7: 12.
- Gerdtham U, Ruhm C. (2003). Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Economics and Human Biology*.4:298–316.
- Gerdtham U, Ruhm C. (2006). Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Economics and Human Biology*. 4:298–316
- Gerdtham U, Ruhm, CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Hum Biol* 2006; 4: 298–316.int/hfadb
- Gerdtham, U., & Johannesson, M. (2003). Business cycles and mortality: results from Swedish microdata. *Social Science & Medicine*, 60(1), 205e218.
- Informa (2011), Barómetro empresarial, Tecido Empresarial em Portugal in 2011, available at <http://www.informa.pt>.
- Informa (2011), Barómetro empresarial, Tecido Empresarial em Portugal in 2011, available at <http://www.informa.pt>.
- Jannis I.,(1991), Groupthink, *Psychology Today*, Vol 43 No6 November
- Johnson R, Kantor S, Fishback P. (2007). *Striking at the roots of crime: The impact of social welfare spending on crime during the Great Depression*. National Bureau of Economic Research Working Paper W12825
- Johnson, G. (2009). *Historically Economic Crises*, McKinsey
- Junankar, P. N., (1991). *Unemployment and Mortality in England: A Preliminary Analysis*. *Oxford Economic Papers*, XLIII , 305–320.

- Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanikolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet* 2011; 378(9801):1457-58.
- Kindleberger, C. P., and Aliber, R. (2005), *Manias, Panics, and Crashes: A History of Financial Crises*(Palgrave Macmillan, 2005
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., Benos, A., (2013), “Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population’s Health and Health Care: The Greek Case”, *American Journal of Public Health*
- Krugman, P., Wells R. (2009). *Μακροοικονομική*. Αθήνα: Επίκεντρο
- Lhachimi, S.K., Cole, K.J., Nusselder, W.J. (2012). Health impacts of increasing alcohol prices in the European Union: a dynamic projection. *Prev Med*; **55**: 237–43.
- Mackenbach J.P. (2005). Health Inequalities: Europe in profile. Expert report, UK Presidency of the EU,
- Makela, P., Osterberg, E. (2009). Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*; **104**: 554–63.
- Martikainen, P, Valkonen T. (1996). Mortality after death of spouse in relation to duration of bereavement in Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*;50:264-268. .
- Milner, A., Page, A., LaMontagne, A., D., (2013), “Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis”, *Plos One*, Volume 8, Issue 1
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J. (2012). Policy summary Health policy responses to the financial crisis in Europe. Copenhagen: World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies)
- Morris, J.K., Cook, D.G. and Shaper, G.A. (1994): Loss of employment and mortality. *British Medical Journal*; 308: 1135-1139
- Moser, K.A., Fox, A.J., Jones, D.R. and Goldblatt, P.O. (1986): Unemployment and mortality: Further evidence from the OCPS longitudinal study1971-81. *The Lancet, February 15th*: 365-366.
- Mosialos E., Dixon A., Figueras J., and Kutzin J.(2007) Funding healthcare:

- Options for Europe. *European Observatory on Health Care Systems Series*
- Mossialos E, Allin S, Davaki K. (2006) “Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia”. *Health Econ*, Vol. 14
- Neumayer, E. (2004). Recessions lower (some) mortality rates: evidence from Germany. *Social Science & Medicine*;58:1037–1047.
- Newhouse, J.P. (1993). Rand Corporation Insurance Experiment Group. Free for all?: lessons from the Rand Health Insurance Experiment. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Niakas D, Theodorou M, Liaropoulos L.(2008) Can privatising selected services benefit the public healthcare system? *Appl Health Econ Health Policy*, Vol.4, pp.153–157
- Pesaran M, Shin Y, Smith R. (1999). Pooled mean group estimation of dynamic heterogeneous panels. *Journal of the American Statistical Association*. 94:621–634
- Prasad R, Suryakant G, Singhal S, Dawar R, Agarwal G. (2009). A case-control study of tobacco smoking and tuberculosis in India. *Ann Thorac Med*. 4:208–210.
- Rehm J, Samokhvalov A, Mea Neuman. (2009). The association between alcohol use, alcohol use disorders and tuberculosis (TB). A systematic review. *BMC Public Health*. 5:450
- Ruhm C. (2000). Are recessions good for your health? *Q J Econ*; 115(2):617- 50.
- Ruhm C. (2006). Macroeconomic conditions, health and mortality. In: Jones A, editor. *Elgar Companion to Health Economics*. Edward Elgar Publishing Ltd, Cheltenham, UK,.
- Ruhm C. (2008) A healthy economy can break your heart. *Demography*; 44: 829–48.
- Ruhm C. (2008). A healthy economy can break your heart. *Demography*. 44:829–848
- Ruhm C. (2008). Macroeconomic conditions, health and government policy. In: Schoeni R, House JS, Kaplan GA, Pollack H. *Making Americans healthier: Social and economic policy as health policy*. Russell Sage, New York,.
- Ruhm C. (2008a). Macroeconomic conditions, health and government policy. In: Schoeni R, House JS, Kaplan GA, Pollack H, editors. *Making Americans*

- healthier: Social and economic policy as health policy*. New York: Russell Sage;
- Ruhm, C. (2000). A healthy economy can break your heart. *Demography*,;44:829–848
- Ruhm, C.J. (2000), “Are recessions good for your health?”, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 115 No. 2, pp. 617-50.
- Saridi, M., Pappa V., I. Kyriazis, A. Toska, A. Giolis, A. Liachopoulou, E. Skliros, E. and Birbas, K. (2009), “Knowledge and attitudes related to sun exposure among adolescents in Greece,” *Rural Remote Health*, No.9, Vol.4,p.1162.
- Schwarz, K., (2008), *Mind the Gap: Disentangling Credit and Liquidity in Risk Spreads*, Columbia University Graduate School of Business, November
- Schwenk A, Macallan D. (2000). Tuberculosis, malnutrition and wasting. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*. 3:285–291
- Sells, C.W., Blum, R.W. (1996). Morbidity and mortality among US adolescents: an overview of data and trend. *American Journal of Public Health*; 86(4): 513-519.
- Semenza JC, Giesecke J. (2008). Intervening on infections in inequality. *American Journal of Public Health*,;98:787–792.
- Simou, E., Koutsogeorgou, E., (2014), “Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review”, *Health Policy* 115 (2014) 111–119
- Singh, G.K, & Yu S.M. (1996). US childhood mortality, 1950 through 1993: trends and socioeconomic differentials. *American Journal of Public Health*; 86(4): 505-512.
- Snyder SE, Evans WN. (2002). The effect of income on mortality: evidence from the social security notch. *Review of Economics and Statistics*,;88(3):482-95
- Stern, J. (1983). The relationship between unemployment, morbidity, and mortality in Britain. *Population Studies*61e74, March (3).
- Stoilova Y, Popivanova N. (1999). Epidemiologic studies of leptospiroses in the Plovdiv region of Bulgaria. *Folia Med (Plovdiv)*, 41:73–79
- Street A, O’Reilly J, Ward P, Mason A.(2011) DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges in Busse R, Geissler A, Quentin,

- W, Wiley M, (eds.) *Diagnosis-Related Groups in Europe Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*, Chapter 7, pp. 93-114, European Observatory on Health Systems and Policies Series, McGraw Hill, Open University Press
- Stuckler D, Basu S, McKee M, Lurie M. (2010). The risk of tuberculosis attributable to mining in sub-Saharan Africa. *American Journal of Public Health*.
- Stuckler D, Basu S, McKee M. (2010a). Budget crises, health, and social welfare programmes. *British Medical Journal*. 340:77–79
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. (2009). The public health impact of economic crises and alternative policy responses in Europe. *Lancet*. 374:315–323.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, McKee M. (2009a). The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *Ulster Med J*.78:1–3
- Stuckler D, King L, McKee M. (2009). Mass privatisation and the post-communist mortality crisis. *Lancet*.373:399–407.
- Stuckler D, Meissner C, King L. (2008). Can a bank crisis break your heart? *Globalization and Health*.;4:1–12
- Stuckler D. , Basu S. , Suhrcke M. , McKee M. (2009) The health implication of financial crisis: a review of the evidence. *The Ulster Medical Journal* 78(3) 142-145
- Suk JMD, Buscher G, Semenza JC. (2009). Wealth inequality and TB elimination in Europe. *Emerging infectious diseases*. 15:1812–1814
- Tapia-Granados J. (2005). Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900–1996. *Int J Epidemiol*; 34: 1194–202.
- Tapia-Granados J. (2005). Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900–1996. *International Journal of Epidemiology*. 34:1194–1202.
- Tapia-Granados J. (2005a). Recessions and mortality in Spain, 1980–1997. *European Journal of Population*.21:393–422
- Tapia-Granados J. (2008). Macroeconomic fluctuations and mortality in postwar Japan. *Demography*; 45: 323–43.
- Tapia-Granados J. (2008). Macroeconomic fluctuations and mortality in postwar Japan. *Demography*.45:323–343

- Turner B.,(1994), Causes of disaster: Sloppy management, *British Journal of Management*, 5, pp. 215-219
- Ungváry, G., Morvai, V., & Nagy, I. (1999). Health risk of unemployment. *Central European Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 5(2), 91e112.
- Wagstaff A, van Doorslaer E, Calonge S. (1992). Equity in the fi nance of health care: some international comparisons. *J Health Econ*; 11: 361–87.
- Wagstaff A. (2002). Poverty and health sector inequalities. *Bulletin of the World Health Organization*; 80: 97-105.
- World Health Organization. (2008). *Global Tuberculosis Control-Surveillance, Planning, Financing*. Geneva: WHO
- Wright R.E. (2008). *Financial crisis and reform: Looking back for clues to the future*, McKinsey
- Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ. Νιάκας Δ., (2002), *Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, τόμος Α΄, θέματα οικονομικής και χρηματοδοτικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
- Βενετσάνος Κ. Η (2009), *Η οικονομική κρίση στην Ευρωζώνη*, ανακτημένο από: www.ebdomi.com/images/pdfgallery/2011/679-16.04.2011.pdf [πρόσβαση στις 2-4-2015]
- Βενετσάνος Κ.,(2009), *Κρίση Οικονομική, Κρίση πολιτικής, Ανάκτηση στις 4-4-2015* <http://www.inout.gr/showthread.php?t=30805>
- Βενετσάνος Κ.,(2009), *Κρίση Οικονομική, Κρίση πολιτικής, Ανάκτηση στις 4-5-2009* από <http://www.inout.gr/showthread.php?t=30805>
- Ιωσηφίδης, Θ. (2008) *Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες*, Εκδόσεις Κριτική ΑΕ
- Κρουγκμαν Π.,(2008), *Η Κρίση του 2008*, Καστανιώτης
- Κρουγκμαν, (2008). *Η οικονομική κρίση, Το Βήμα*, ανακτημένο από: www.tovima.gr/politics/article/?aid [πρόσβαση στις -4-2015]
- Κυριόπουλος Γ. , Αθανασάκης Κ. ,Παβή Ε. (2012) *Οικονομική κρίση και υγεία*. Εκδόσεις Καστανιώτη
- Λυμπεράκη Α.(2006) *Και μεγάλωσαν αυτοί καλά κι εμείς καλύτερα. Τα ευρήματα της έρευνας SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe) με μια ματιά*. Ινστιτούτο Περιφερειακής Ανάπτυξης, Πάντειο

Πανεπιστήμιο, Αθήνα

- Μπαλασόπουλος Δ. (2013) Πέφτει συνεχώς η ψυχολογία του Έλληνα. Διαθέσιμο από: http://nonews-news.blogspot.com/2013/09/blog-post_1621.html?m=1 (11/09/2013)
- Πέτσας Σ. (2009). *Παγκόσμια οικονομική κρίση: Οι αιτίες και η αντιμετώπισή της*, Ανάκτηση στις 2-4-2015 από <http://blogs.eliamep.gr/petsas/pagkosmia-ikonomiki-krisi-i-eties-ke-i-antimetopisi-tis-2/>
- Πολύζος Μ. (2007), *Χρηματοοικονομική διοίκηση μονάδων υγείας*. Διόνικος Σίσκου Ο.(2006) *Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα*. Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 2006
- Σίσκου, Ο., κ.α.(2010) «Η δαπάνη της υγείας στην Ελλάδα το ελληνικό παράδοξο», *Αρχεία ελληνικής ιατρικής*, Τευχ.25, Νο.5, σ.σ. 663-672
- Σούλης Σ. (1998), *Οικονομική της Υγείας*. Παπαζήσης, Αθήνα.
- Σπύρου Σ.,(2008), Οικονομική Κρίση στις Ανατολικές χώρες, Το Βήμα
- Σπύρου, Σ. (2009). *Οικονομική Κρίση του 1929*, Ανάκτηση στις 2-4-2015 από <http://indy.gr/library/i-oikonomik-krisi-toy-1929>, Από το τεύχος Νο 4, Ιούνιος 2000
- Τσακίρη Τ. (2011). Η κρίση βλάπτει σοβαρά την (ψυχική) υγεία. *Εφημερίδα Το Βήμα* <http://www.tovima.gr/science/psychology-sociology/article/?aid=386448>ήμα. [πρόσβαση στις 2-4-2015]
- Τσιαντού Β. ,Κυριόπουλος Γ. (2010) Η οικονομική κρίση και η επιπτώσεις της στην υγεία και την Ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(5): 834-840
- Υφαντόπουλος Γ. (2006), *Τα οικονομικά της υγείας θεωρία και πολιτική*. Τυπωθήτω, Αθήνα
- Χαραλάμπους Α, Τσίτση Θ. (2010). Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*; 27(1):106-112.