



**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΚΑΡΔΙΟΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΗ ΑΝΑΖΩΟΓΟΝΗΣΗ**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΣΕ ΣΥΜΠΡΑΞΗ ΜΕ ΤΟ ΤΜΗΜΑ ΒΑΣΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ  
ΜΑΘΗΜΑΤΩΝ ΤΟΥ ΤΕΙ ΑΘΗΝΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΘΕΜΑ**

**Η οικονομική κρίση ως παράγοντας μεταβολής του προφίλ των ασθενών που προσέρχονται  
στο τμήμα επειγόντων περιστατικών**

**Σαλαμούρα Μαρία**

**ΑΘΗΝΑ**

**Απρίλιος 2019**



## ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΚΡΙΣΕΩΣ

### ΤΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΙΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Της Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας **ΣΑΛΑΜΟΥΡΑ ΜΑΡΙΑΣ**

#### Εξεταστική Επιτροπή

- κ. Κουσκούνη Ευαγγελία, Επιβλέπουσα καθηγήτρια
- κ. Ξάνθος Θεόδωρος
- κ. Ιακωβίδου Νικολέτα

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή η οποία ορίσθηκε απο την ΓΣΕΣ της Ιατρικής Σχολής του Παν. Αθηνών Συνεδρίαση της 19<sup>ης</sup> Ιουλίου 2017 για την αξιολόγηση και εξέταση της υποψηφίου κ.ΣΑΛΑΜΟΥΡΑ ΜΑΡΙΑΣ, συνεδρίασε σήμερα 08/04/2019

Η Επιτροπή **διαπίστωσε** ότι η Διπλωματική Εργασία της κ. Σαλαμούρα Μαρίας με τίτλο: «**Η οικονομική κρίση ως παράγοντας μεταβολής του προφίλ των ασθενών που προσέρχονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών**», είναι πρωτότυπη, επιστημονικά και τεχνικά άρτια και η βιβλιογραφική πληροφορία ολοκληρωμένη και εμπειριστατωμένη.

Η εξεταστική επιτροπή αφού έλαβε υπ' όψιν το περιεχόμενο της εργασίας και τη συμβολή της στην επιστήμη, με ψήφους ..... προτείνει την απονομή στον παραπάνω Μεταπτυχιακό Φοιτητή την απονομή του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης (Master's).

Στην ψηφοφορία για την βαθμολογία ο υποψήφιος έλαβε για τον βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» ψήφους ....., για τον βαθμό «ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ» ψήφους ....., και για τον βαθμό «ΚΑΛΩΣ» ψήφους ..... Κατά συνέπεια, απονέμεται ο βαθμός «.....».

Τα Μέλη της Εξεταστικής Επιτροπής

- κ. Κουσκούνη Ευαγγελία, Επιβλέπουσα (Υπογραφή) \_\_\_\_\_
- κ. Ξάνθος Θεόδωρος (Υπογραφή) \_\_\_\_\_
- κ. Ιακωβίδου Νικολέτα (Υπογραφή) \_\_\_\_\_



Στον σύζυγό μου και στις κόρες μου Δήμητρα και Χρύσα

---



## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Κουσκούνη Ευαγγελία, για την καθοδήγηση και τη βοήθεια που μου έδωσε σε κάθε φάση της δημιουργίας της εργασίας, για την υπομονή που επέδειξε σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας μας αλλά κυρίως για τον τρόπο αντιμετώπισης, το σεβασμό και την εμπιστοσύνη που επέδειξε απέναντι στο άτομό μου.

Για τη δημιουργία όλου του εγχειρήματος θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τα μέλη της τριμελούς επιτροπής, την κ. Κουσκούνη Ε., τον κ. Ξάνθο Θ., και την κ. Ιακωβίδου Ν., για την αμέριστη υποστήριξη τους καθόλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας μελέτης.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον κ. Χαλκιά Αθανάσιο για την εμπιστοσύνη και το ενδιαφέρον που υπέδειξε τόσο κατά την ανάθεση της εργασίας, όσο και κατά τη διάρκεια διεξαγωγής των μαθημάτων του μεταπτυχιακού προγράμματος. Ευχαριστώ πολύ για τη συμπαράσταση και καθοδήγηση σας καθόλη τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας μου.

Ευχαριστώ πολύ επίσης τον κ. Εκμεκτζόγλου Κ., για τη μεγάλη υπομονή, συμπαράσταση και καθοδήγηση στην εκπόνηση αυτής της εργασίας.

Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στην «καρδιά» του μεταπτυχιακού προγράμματος κ. Τέσση Ιωάννα, για την αμέριστη συμπαράσταση και βοήθεια που μου πρόσφερε και συνεχίζει να προσφέρει σε όλα τα χρόνια συνεργασίας μας.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύζυγό μου Αποστόλη και τις κόρες μου Δήμητρα και Χρύσα, για τη μεγάλη υπομονή που έδειξαν και για τον πολύτιμο χρόνο που «έκλεψα» από τις ζωές τους, προκειμένου να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή.



## Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες .....	4
Εισαγωγή .....	7
Γενικό μέρος .....	9
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> .....	10
1.Γενικά .....	10
1.1.Ιστορική αναδρομή .....	10
1.2.Άμεσα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα .....	13
1.3.Οικονομική κρίση και Ευρώπη .....	14
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> .....	17
2. Συστήματα υγείας .....	17
2.1.Η ανταπόκριση των συστημάτων υγείας στην κρίση στην Ευρώπη .....	17
2.2.Οι συνέπειες για την υγεία .....	18
2.3.Ανταπόκριση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα .....	20
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> .....	22
3.Ισότητα στη χρηματοδότηση .....	22
3.1.Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας .....	22
3.2.Επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα .....	23
3.3.Ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας .....	24
3.4.Επιπτώσεις στην υγεία .....	24
3.5.Η οικονομική κρίση και οι ανισότητες στην πρόσβαση .....	26
3.6.Επιπτώσεις της ύφεσης στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη .....	26
3.7.Το καθεστώς απασχόλησης ως καθοριστικός παράγοντας για την υγεία .....	27
3.8.Ο ρόλος των κυβερνήσεων .....	28
3.8. Ο ρόλος των νοικοκυριών και των ατόμων .....	31
3.9.Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης στους επαγγελματίες υγείας .....	31
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> .....	33
4. Οικονομική κρίση και ανισότητες στα συστήματα υγείας των χωρών της Νότιας Ευρώπης .....	33
4.1.Υγειονομικά συστήματα χωρών Νότιας Ευρώπης .....	36



4.1.1.Ισπανία .....	36
4.1.2.Ελλάδα.....	37
4.1.3.Ιταλία .....	39
4.1.4.Πορτογαλία .....	41
Κεφάλαιο 5°.....	43
5. Ψυχική υγεία και οικονομική κρίση.....	43
5.1.Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία.....	44
5.2.Πρόληψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας .....	45
5.3.Συνεχιζόμενη εξέλιξη του ψυχιατρικού μοντέλου.....	45
5.4.Επένδυση στην ψυχική υγεία .....	46
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	47
Εισαγωγή.....	48
Σκοπός .....	48
Υλικό και μέθοδος.....	49
Ερευνητικά ερωτήματα.....	49
Μεθοδολογία .....	50
Αποτελέσματα.....	50
Συζήτηση .....	58
Συμπεράσματα .....	63
Περίληψη .....	65
Abstract .....	67
Βιβλιογραφία .....	68
Παράρτημα.....	87



## Εισαγωγή

Παρά τις εντυπωσιακές επιστημονικές εξελίξεις και την τεράστια οικονομική ανάπτυξη τα τελευταία 60 χρόνια, οι ανισότητες στον πλούτο και την υγεία έχουν συνεχιστεί και, σε πολλές περιπτώσεις, έχουν διευρυνθεί. Ως αποτέλεσμα, η ελπίδα για επίτευξη σημαντικής βελτίωσης της υγείας, ένα από τα πιο καίρια προβλήματα της εποχής μας, έχει γίνει μια πιο μακρινή προοπτική [1-4].

Η αποτυχία να γίνουν βήματα ικανοποιητικά προς αυτήν την κατεύθυνση [5] καταδεικνύεται από την αυξανόμενη απειλή μολυσματικών ασθενειών που συνδέονται με τη φτώχεια [6] και το αυξανόμενο βάρος των χρόνιων ασθενειών στον τρόπο ζωής [7].

Όλες αυτές οι προκλήσεις, που τώρα επιδεινώνονται από τη σοβαρότερη παγκόσμια οικονομική κρίση από τη δεκαετία του 1930, είναι πιθανό να γίνουν ακόμη πιο επείγουσες τα επόμενα χρόνια [8].

Η οικονομική κρίση είναι μια εκδήλωση ενός κόσμου που γίνεται πιο ασταθής σε μεγάλο βαθμό λόγω των κοινωνικά άδικων και υπερβολικών προτύπων κατανάλωσης. Υπάρχει διάσπαση μεταξύ δύο συνιστωσών παραγόντων, της ταχείας οικονομικής ανάπτυξης και της πρωτοφανούς προόδου στην επιστήμη, την τεχνολογία και την ιατρική περίθαλψη καθώς και της ικανότητας χρήσης των προϊόντων αυτών για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ανθρώπων παγκοσμίως [9].

Ο μισός πληθυσμός του κόσμου ζει σε χώρες που δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά ετήσιες κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας και πολλοί άνθρωποι δεν έχουν πρόσβαση ακόμη και στα βασικά φάρμακα. Μεταξύ 51% και 60% του παγκόσμιου πληθυσμού διαβιών υπό συνθήκες εξαθλίωσης [10].

Η παγκοσμιοποίηση έχει πολλές αναγνωρισμένες ευεργετικές επιπτώσεις [11] όπως η πρόοδος στη γνώση, την επιστήμη και την τεχνολογία, το αυξημένο προσδόκιμο ζωής, την ενισχυμένη οικονομική ανάπτυξη, τη μεγαλύτερη ελευθερία και ευημερία, τη βελτίωση της ταχύτητας και του κόστους των επικοινωνιών και των μεταφορών και τη διάδοση της έννοιας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων.



Οι προσανατολισμένες στην αγορά οικονομικές πολιτικές έχουν, επίσης, συνδεθεί με χαμηλότερα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας παγκοσμίως [12]. Επιπροσθέτως, νέες επιστημονικές ανακαλύψεις όπως το εμβόλιο του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, προσφέρουν αρκετά για τη βελτίωση της υγείας. Ωστόσο, εξακολουθούν να υφίστανται πολλά εμπόδια στη διασφάλιση της διάθεσης τέτοιων νέων εμβολίων σε εκείνους που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο [13].

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή στις μορφές της οικονομικής κρίσης ανά τον κόσμο καθώς και στα άμεσα αποτελέσματα της στην Ελλάδα και την Ευρώπη.

Στο δεύτερο μέρος γίνεται αναφορά στα συστήματα υγείας, την ανταπόκριση τους στην οικονομική κρίση τόσο για την Ευρώπη όσο και για την Ελλάδα καθώς και για τις συνέπειες που ενέχει η οικονομική κρίση στην υγεία.

Το τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην ισότητα στη χρηματοδότηση, την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εν καιρώ οικονομικής κρίσης και τις επιπτώσεις που επιφέρει η οικονομική ύφεση στην αποτελεσματικότητα. Γίνεται, επίσης, λόγος για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, τις επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου, τις ανισότητες που προκύπτουν στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας από τα διάφορα κοινωνικά στρώματα, το ρόλο των εκάστοτε κυβερνήσεων καθώς και τις επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας.

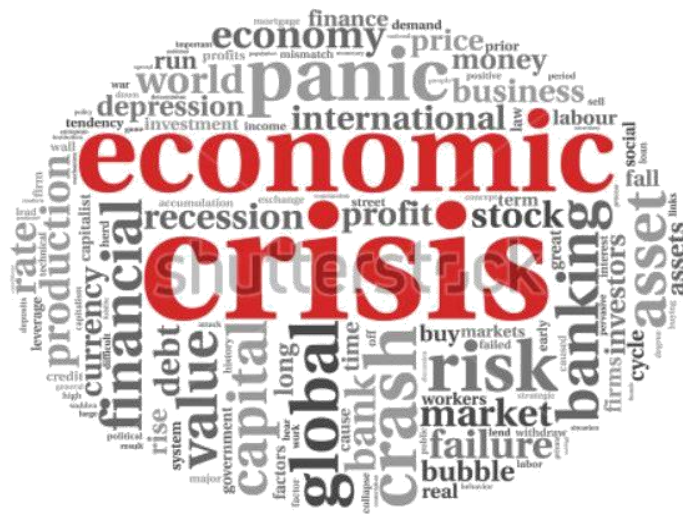
Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στα συστήματα υγείας των χωρών της Νότιας Ευρώπης και γίνεται λεπτομερής αναφορά στα συστήματα υγείας της Ισπανίας, της Ελλάδας, της Ιταλίας και της Πορτογαλίας.

Για τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία γίνεται λόγος στο πέμπτο κεφάλαιο. Γίνεται αναφορά στις επιπτώσεις καθώς και στην πρόληψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας. Τέλος γίνεται αναφορά στη συνεχιζόμενη εξέλιξη του ψυχιατρικού μοντέλου και στις επενδύσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας.





## Γενικό μέρος





## Κεφάλαιο 1<sup>ο</sup>

### 1.Γενικά

Το ελληνικό σύστημα υγείας έχει συσσωρεύσει διαρθρωτικά προβλήματα, τα οποία έχουν επιδεινωθεί από την οικονομική κρίση. Οι δαπάνες, η αποτυχία συγκράτησης του κόστους, η έλλειψη κριτηρίων χρηματοδότησης, δημιούργησαν ελλείμματα για τα ασφαλιστικά ταμεία. Η κατανομή πόρων πάσχει από έλλειψη προγραμματισμού και συντονισμού, από αδύναμη διοικητική ικανότητα και από ανεπαρκώς αναπτυγμένους μηχανισμούς για την αξιολόγηση των αναγκών και τον καθορισμό προτεραιοτήτων. Ο συνδυασμός της απουσίας λειτουργικού συστήματος αναφοράς και οι παράλογοι μηχανισμοί τιμολόγησης και αποζημίωσης οδηγούν σε ανεπαρκή συντονισμό της περίθαλψης, σε μεγάλες πληρωμές εκτός τσέπης και σε μια μαζική μαύρη οικονομία, παρεμποδίζοντας την ικανότητα του συστήματος να προσφέρει δίκαιη χρηματοδότηση και πρόσβαση σε υπηρεσίες.

Από την έναρξη της οικονομικής κρίσης, το Υπουργείο Υγείας εξέτασε μια σειρά προτάσεων για μεταρρυθμίσεις, οι οποίες στοχεύουν στην επίτευξη μεγαλύτερης αποτελεσματικότητας και μειωμένων δαπανών, ανταποκρινόμενες σε μία από τις βασικές συνθήκες δανεισμού του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ) [14].

### 1.1.Ιστορική αναδρομή

Καμία άλλη οικονομική ύφεση μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο δεν ήταν τόσο σοβαρή όσο η σημερινή ύφεση. Παρόλο που έχουν σημειωθεί πολλές κρίσεις τις τελευταίες δεκαετίες σε ολόκληρο τον κόσμο, σχεδόν όλες τους έχουν παραμείνει χωρίς παγκόσμιο αντίκτυπο. Η σημερινή κρίση δεν μπορεί να συγκριθεί με παρόμοιες κρίσεις του παρελθόντος. Για να βρεθεί μια ύφεση με παρόμοιο βάθος και έκταση, πρέπει να επισημανθεί το ιστορικό της δεκαετίας του 1930. Στην πραγματικότητα, ένα νέο ενδιαφέρον για την ύφεση της δεκαετίας του 1930, που συνήθως ταξινομείται ως η Μεγάλη Ύφεση, προέκυψε ως αποτέλεσμα της σημερινής κρίσης. Μέχρι τώρα, χρησιμοποιείται, συνήθως, ως σημείο αναφοράς για την αξιολόγηση της τρέχουσας παγκόσμιας ύφεσης [15].



Η σημερινή κρίση είναι η βαθύτερη, πιο σύγχρονη μεταξύ των χωρών και η πιο παγκόσμια, από τη Μεγάλη Ύφεση της δεκαετίας του 1930. Σηματοδοτεί την επιστροφή των μακροοικονομικών διακυμάνσεων ενός εύρους που δεν παρατηρήθηκε από τη μεσοπολεμική περίοδο και προκάλεσε ανανεωμένο ενδιαφέρον για την εμπειρία της Μεγάλης Ύφεσης [16]. Υπάρχουν σαφείς ομοιότητες μεταξύ των κρίσεων του 1907-08, του 1929-35 και του 2007-2009 όσον αφορά τις αρχικές συνθήκες και τη γεωγραφική προέλευση. Όλα αυτά συνέβησαν μετά από μια σταθερή έκρηξη, η οποία χαρακτηρίστηκε από τη διεύρυνση των χρημάτων και της πιστωτικής επέκτασης, την αύξηση των τιμών των περιουσιακών στοιχείων, την υψηλή εμπιστοσύνη των επενδυτών και την υπερβολική ανάληψη κινδύνων. Όλες οι κρίσεις πυροδοτήθηκαν αρχικά από γεγονότα στις ΗΠΑ, παρόλο που οι υποκείμενες αιτίες και οι ανισοροπίες ήταν πιο σύνθετες και πιο παγκόσμιες και όλες εξαπλώθηκαν σε διεθνές επίπεδο για να επηρεάσουν βαθιά την παγκόσμια οικονομία [17,18].

Ο οικονομικός πανικός του 1907 φέρει κάποια ομοιότητα με την πρόσφατη κρίση, αν και ορισμένες χώρες της Ευρώπης κατόρθωσαν να αποφύγουν σε μεγάλο βαθμό την οικονομική δυσπραγία. Επίσης, το 1907, κατά την πρώτη περίοδο της παγκοσμιοποίησης, οι χώρες ήταν στενά συνδεδεμένες μέσω του διεθνούς εμπορίου και του χρηματοπιστωτικού τομέα. Ως εκ τούτου, τα γεγονότα στις χρηματιστηριακές αγορές των ΗΠΑ μεταδόθηκαν γρήγορα σε άλλες οικονομίες. Το παγκόσμιο εμπόριο και οι ροές κεφαλαίων επηρεάστηκαν αρνητικά και η παγκόσμια οικονομία εισήλθε σε απότομη αλλά, σχετικά, βραχύβια ύφεση, ακολουθούμενη από ισχυρή ανάκαμψη.

Κατά τη διάρκεια της κρίσης στη δεκαετία του '30, πολλά από αυτά τα χαρακτηριστικά μοιράστηκαν. Ωστόσο, υπήρξαν επίσης βασικές διαφορές, ιδίως όσον αφορά τον μικρότερο βαθμό χρηματοπιστωτικής και εμπορικής ολοκλήρωσης. Στα τέλη της δεκαετίας του 1920, η παγκόσμια οικονομία δεν είχε ξεπεράσει τις τεράστιες διαταραχές και καταστροφές των εμπορικών και οικονομικών δεσμών που προέκυψαν από τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο, παρόλο που η ωρίμανση τεχνολογιών, όπως η ηλεκτρική ενέργεια και η μηχανή καύσης, είχε οδηγήσει σε διαρθρωτικούς μετασχηματισμούς και ισχυρή ώθηση στην παραγωγικότητα [19].

Ο βαθμός της παγκόσμιας οικονομικής ολοκλήρωσης και το μέγεθος των διεθνών ροών κεφαλαίου μειώθηκαν σημαντικά. Η σταδιακή επιστροφή σε ένα πρότυπο αντικατοπτρισμού στη



δεκαετία του 1920 μετά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο ήταν ανεπαρκής για την αποκατάσταση της αξιοπιστίας και της λειτουργίας της διεθνούς χρηματοοικονομικής τάξης πριν από το 1914. Οι διαμάχες γύρω από τις γερμανικές αποζημιώσεις, όπως διατυπώθηκαν στη Συνθήκη των Βερσαλλιών και τροποποιήθηκαν στη δεκαετία του 1920, αποτελούσαν την κύρια πηγή διεθνών και οικονομικών εντάσεων. Η ύφεση στις αρχές της δεκαετίας του 1930 επιδεινώθηκε δραματικά λόγω των τεράστιων αποτυχιών των τραπεζών στις ΗΠΑ και την Ευρώπη και των ανεπαρκών πολιτικών ανταποκρίσεων. Η αύξηση του ποσοστού προστατευτισμού και των προσαρμογών ασύμμετρης συναλλαγματικής ισοτιμίας έσπειραν τον όλεθρο στο παγκόσμιο εμπόριο και τις διεθνείς ροές κεφαλαίων. Μέσα από τέτοιους πολλαπλούς μηχανισμούς μετάδοσης, η κρίση, η οποία εμφανίστηκε για πρώτη φορά στις Ηνωμένες Πολιτείες το 1929-30, μετατράπηκε σε παγκόσμια ύφεση, με διαδοχικές απότομες απώλειες του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ) και της βιομηχανικής παραγωγής πριν από τη σταθεροποίηση και την εύθραυστη ανάκαμψη, που χρονολογείται γύρω στο 1933 [17,18].

Οι στατιστικές υψηλής συχνότητας υποδηλώνουν ότι η εξέλιξη της ύφεσης τη δεκαετία του 1930 ήταν κάπως πιο εκτεταμένη και η εξάπλωσή της σε μεγάλες οικονομίες ήταν πιο αργή σε σύγκριση με την τρέχουσα κρίση. Η σημερινή κατάρρευση του εμπορίου, η πτώση των τιμών των περιουσιακών στοιχείων και η κάμψη της πραγματικής οικονομίας είναι ταχείες και συγχρονικές, σε κάποιο βαθμό, με ελάχιστους ιστορικούς παραλληλισμούς.

Με βάση τους τελευταίους δείκτες και τις προβλέψεις, ο αρνητικός αντίκτυπος της Μεγάλης Ύφεσης φαίνεται πιο σοβαρός και διαρκής σε σχέση με τον αντίκτυπο της παρούσας κρίσης. Επίσης, εν μέρει, λόγω του πολιτικού πλαισίου, ο βαθμός αποσύνδεσης σε ορισμένες περιοχές του κόσμου, ( μέρη της Ασίας, της Σοβιετικής Ένωσης και της Νότιας Αμερικής ), ήταν μεγαλύτερος στη δεκαετία του 1930. Είναι εκπληκτικό το γεγονός ότι, ενώ οι χώρες της δεκαετίας του '30, τείνουν να επηρεάζονται με παρόμοια τάξη μεγέθους, στην παρούσα κρίση οι πιο αρνητικές επιπτώσεις στην πραγματική οικονομία φαίνεται να μην συμβαίνουν απαραίτητα στις χώρες στην αρχή της κρίσης, αλλά σε ορισμένες αναδυόμενες οικονομίες, η ανάπτυξη των οποίων εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από εισροές ξένου κεφαλαίου [20].

Μια άλλη κρίσιμη διαφορά είναι ότι η δεκαετία του 1930 χαρακτηριζόταν από ισχυρές και συνεχείς μειώσεις του συνολικού επιπέδου τιμών, προκαλώντας μια έντονη



αποπληθωριστική ώθηση που βασίζεται στις περιοριστικές πολιτικές που επιδιώκονται. Παρά την έντονη πτώση των πληθωριστικών πιέσεων, ένα τέτοιο αποπληθωριστικό σοκ πιθανόν να αποφευχθεί κατά την τρέχουσα κρίση.

Τέλος, η δεκαετία του 1930 χαρακτηρίστηκε από μαζική ανεργία σε μια άνευ προηγουμένου κλίμακα, τόσο στις ΗΠΑ, όπου το ποσοστό ανεργίας προσέγγισε το 38% το 1933, όσο και στην Ευρώπη, όπου έφτασε το 43% στη Γερμανία και περισσότερο από το 30% σε ορισμένες άλλες χώρες.

Η σημερινή κάμψη είναι σαφώς η πιο σοβαρή από τη δεκαετία του 1930, αλλά μέχρι στιγμής λιγότερο σοβαρή από την άποψη της μείωσης της παραγωγής. Όσον αφορά τον βαθμό ξαφνικής οικονομικής πίεσης και την οξύτητα της πτώσης του παγκόσμιου εμπορίου, των τιμών των περιουσιακών στοιχείων και της οικονομικής δραστηριότητας, η σημερινή κρίση αναπτύχθηκε ταχύτερα από ό, τι κατά τη διάρκεια της Μεγάλης Ύφεσης [21].

## 1.2.Άμεσα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Η παγκόσμια οικονομική κρίση εκδηλώθηκε στην Ελλάδα με τη μορφή κρίσης κρατικού χρέους που κορυφώθηκε με το μεγαλύτερο διεθνές σχέδιο διάσωσης που συμφωνήθηκε ποτέ. Κατά το έτος 2008, η ελληνική οικονομία παρουσίαζε ήδη αρκετά οικονομικά προβλήματα. Η ανακρίβεια σε στατιστικούς δείκτες που παρουσιάστηκαν από τη στατιστική υπηρεσία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (Eurostat), είχε σαν αποτέλεσμα η Ελλάδα να γίνει το επίκεντρο των χρηματοπιστωτικών αγορών [22]. Η πιστοληπτική ικανότητα της Ελλάδας υποβαθμίστηκε επανειλημμένα από τους οργανισμούς αξιολόγησης, καθώς η οικονομία της χώρας άρχισε να υπόκειται σε πιο εντατικούς ελέγχους. Αποτέλεσμα τούτου ήταν το κόστος δανεισμού από τις αγορές να αρχίσει να αυξάνεται. Κατά το έτος 2010, κατέστη σαφές το γεγονός ότι η Ελλάδα θα χρειαζόταν οικονομική βοήθεια, προκειμένου να καλυφθούν οι δημοσιονομικές της ανάγκες. Απόρροια της κάλυψης των δημοσιονομικών αναγκών ήταν η έναρξη διαπραγματεύσεων διάσωσης.

Η επιδείνωση της οικονομίας, στα τέλη του 2009, προκάλεσε την λήψη μέτρων λιτότητας. Τα ποσοστά της ανεργίας εκτινάχθηκαν στα ύψη, ενώ μέχρι την εποχή αυτή



παρουσίαζαν πτωτική τάση, επήλθαν περικοπές σε μισθούς και συντάξεις και ο προϋπολογισμός των νοικοκυριών άρχισε να μειώνεται [23].

Η Ελλάδα υπέγραψε την πρώτη συμφωνία διάσωσης τον Μάιο του 2010. Τα κονδύλια που διατέθηκαν στη χώρα μας προέρχονταν από τις κυβερνήσεις της Ευρωζώνης και από το ΔΝΤ. Δεν επιτεύχθηκαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα μέσα από τα προγράμματα προσαρμογής σε επίπεδο πρωτογενών πλεονασμάτων, μείωσης του χρέους και ενίσχυσης της ανάπτυξης. Αφετέρου, οι οικονομικοί δείκτες της Ελλάδας μετέπιπταν διαρκώς σε χειρότερα επίπεδα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τον περιορισμό της κυβέρνησης να παράγει έσοδα και, επιπρόσθετα, η εκτίναξη της ανεργίας σε υψηλά επίπεδα δημιούργησε πρόσθετες δημοσιονομικές απαιτήσεις στον προϋπολογισμό του κράτους. Η άμεση εφαρμογή αύξησης των φορολογικών συντελεστών, αλλά και άλλων έμμεσων φόρων, δεν πληρούσαν τους στόχους του προγράμματος. Προκειμένου να επιτευχθούν οι δημοσιονομικοί στόχοι, η «Τρόικα» (η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα – ΕΚΤ και το ΔΝΤ) απαιτούσε την εφαρμογή αντισταθμιστικών μέτρων. Η εφαρμογή εκτεταμένων μέτρων λιτότητας από το κράτος κρίθηκε απαραίτητη, προκειμένου να μειώσει τις δημόσιες δαπάνες [24].

Το 2012, η Ελλάδα υπέγραψε δύο ακόμη μνημόνια, μέσω των οποίων αναθεωρήθηκαν και εδραιώθηκαν οι λεπτομέρειες του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής.

### 1.3.Οικονομική κρίση και Ευρώπη

Η χρηματοπιστωτική κρίση είχε πρώιμες επιπτώσεις στις ευρωπαϊκές οικονομίες μέσω δύο καναλιών. Ως πρώτο κανάλι, η κρίση εξαπλώθηκε στην Ευρώπη μέσω της άμεσης έκθεσης ευρωπαϊκών χρηματοπιστωτικών επιχειρήσεων σε χρηματοπιστωτικά προϊόντα που σχετίζονται με ενυπόθηκα δάνεια των ΗΠΑ. Σύμφωνα με μια εκτίμηση, το ένα τρίτο των χρεογράφων με στεγαστικά δάνεια των Η-Π-Α. μεταφέρθηκε σε υπεράκτιες (offshore) εταιρείες και, ειδικότερα, στην Ευρώπη [25].

Τον Αύγουστο του 2007, δύο γερμανικές τράπεζες, η Industriebank (IKB) και η Landesbank Sachsen, κατέρρευσαν λόγω ζημιών από την έκθεση σε στεγαστικά δάνεια στην



αγορά των ΗΠΑ. Μεταξύ των μεγάλων ευρωπαϊκών τραπεζών, η Union Bank of Switzerland (UBS) υπέστη ιδιαίτερα μεγάλες ζημιές.

Ως δεύτερο κανάλι, οι ευρωπαϊκές χρηματοπιστωτικές αγορές επηρεάστηκαν από την ίδια αύξηση των ασφαλιστρών κινδύνου και την ίδια ζήτηση ρευστότητας με τις αγορές των ΗΠΑ. Η έξαρση της ρευστότητας, ως αποτέλεσμα του φόβου της αφερεγγυότητας, προκάλεσε χρηματοοικονομικές δυσκολίες για ορισμένες ευρωπαϊκές τράπεζες. Τον Σεπτέμβριο του 2007, οι καταθέτες άρχισαν μαζικές αποσύρσεις από τη βρετανική τράπεζα Northern Rock, η οποία είχε στηριχθεί στην αγορά χονδρικής χρηματοδότησης [25].

Η ΕΚΤ αντέδρασε νωρίς στις δυσκολίες στις αγορές χονδρικής χρηματοδότησης, αναστέλλοντας την αύξηση του επιτοκίου της πολιτικής της, η οποία αναμενόταν να πραγματοποιηθεί τον Σεπτέμβριο του 2007. Επιπλέον, η ΕΚΤ αντέδρασε μέσω μιας μεγάλης αύξησης των δανειοδοτικών της διευκολύνσεων για τις τράπεζες. Τον Σεπτέμβριο του 2007, η Τράπεζα της Αγγλίας και αρκετές άλλες κεντρικές τράπεζες αποφάσισαν να μειώσουν τα επιτόκια των πολιτικών τους. Περαιτέρω περικοπές των επιτοκίων πολιτικής εφαρμόστηκαν από το Δεκέμβριο του 2007. Η Ομοσπονδιακή Τράπεζα των ΗΠΑ προέβη σε παρόμοια μέτρα στις ΗΠΑ.

Τον Μάρτιο του 2008, η Bear Stearns κατέρρευσε λόγω ζημιών σε περιουσιακά στοιχεία ενυπόθηκων δανείων και αναλήφθηκε από την JP Morgan Chase με την υποστήριξη του αμερικανικού Υπουργείου Οικονομικών. Η κρίση εισήλθε σε μια νέα φάση όταν η κυβέρνηση των ΗΠΑ στα μέσα Σεπτεμβρίου του 2008 αποφάσισε να μην παρέμβει για να σώσει την τέταρτη μεγαλύτερη επενδυτική τράπεζα Lehman Brothers από την πτώχευση. Για πρώτη φορά από τις αρχές της δεκαετίας του '30, οι οικονομικές αρχές σε μια μεγάλη οικονομία επέτρεψαν σε ένα μεγάλο χρηματοπιστωτικό ίδρυμα να καταθέσει πτώχευση. Ακολούθησε γενικευμένη αναταραχή στις χρηματοπιστωτικές αγορές. Η χρηματοδότηση μέσω πολλών σημαντικών αγορών έπαψε να παραμένει σε πραγματικό χρόνο. Η αγορά εμπορικού χαρτιού και ο διατραπεζικός δανεισμός σταμάτησαν. Οι προοπτικές ανάπτυξης μειώθηκαν, όπως αντικατοπτρίζεται στην απότομη πτώση των τιμών των μετοχών της τάξης του 30-50% τον Οκτώβριο του 2008 [26].



Στα μέσα Σεπτεμβρίου του 2008, αρκετές μεγάλες ευρωπαϊκές χρηματοπιστωτικές επιχειρήσεις έπρεπε να υποστηριχθούν μέσω της εισφοράς κεφαλαίων από τις κυβερνήσεις. Στη Βρετανία η κυβέρνηση απέκτησε ελέγχουσες συμμετοχές σε τρεις από τις οκτώ μεγαλύτερες τράπεζες. Στη Γερμανία, η κυβέρνηση προχώρησε στην εξοικονόμηση της Hypo Real Estate και, τον Ιανουάριο του 2009, εξαγόρασε το 25% των μετοχών της Commerzbank, της δεύτερης μεγαλύτερης γερμανικής τράπεζας. Στην Ισλανδία, τρεις μεγάλες τράπεζες με διεθνείς δραστηριότητες αναλήφθηκαν από την κυβέρνηση. Τον Δεκέμβριο του 2008, η ιρλανδική κυβέρνηση ανέλαβε μία από τις μεγαλύτερες τράπεζες. Στη Δανία, επτά μικρότερες τράπεζες κατέρρευσαν το φθινόπωρο του 2008. Στη Σουηδία, η κυβέρνηση ανέλαβε τον έλεγχο μιας μεσαίου μεγέθους επενδυτικής τράπεζας.

Οι ευρωπαϊκές κυβερνήσεις αντέδρασαν στη χρηματοπιστωτική κρίση μέσω πακέτων διάσωσης για τράπεζες και άλλα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα. Το πρώτο πακέτο εφαρμόστηκε στην Ιρλανδία, όπου όλες οι απαιτήσεις στις έξι μεγαλύτερες ιρλανδικές τράπεζες έγιναν εγγυημένες τον Σεπτέμβριο του 2008. Σε διαφορετικό βαθμό, τα ευρωπαϊκά πακέτα διάσωσης περιλάμβαναν κυβερνητικές εγγυήσεις για υποχρεώσεις χρέους, δημόσιες αγορές «τοξικών» περιουσιακών στοιχείων από τράπεζες, κυβερνητικές εισφορές κεφαλαίων στις τράπεζες σε αντάλλαγμα για την κατοχή άμεσων μετοχών, δανειοδοτικές διευκολύνσεις για την αγορά εμπορικών εγγράφων και άμεσες κυβερνητικές αγορές περιουσιακών στοιχείων [26].





## Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>

### 2. Συστήματα υγείας

Η διεθνής οικονομική κρίση ξεκίνησε το 2008, αλλά οι επιπτώσεις της στις δημόσιες δαπάνες δεν ήταν άμεσες ή αισθητές για διάφορους λόγους. Πριν από το 2012, ο προϋπολογισμός για την υγεία μετριάστηκε από οποιοσδήποτε περικοπές με δύο παράγοντες: την ύπαρξη ενός μακροχρόνιου και γενναιόδωρου ανώτατου ορίου ανάπτυξης, που εξασφάλιζε αποτελεσματικά ετήσια αύξηση 4,5% στον προϋπολογισμό για την υγεία κάθε χρόνο και την ύπαρξη μέχρι το 2012 των πλεονασμάτων του προϋπολογισμού για την υγεία που θα μπορούσαν να αντληθούν. Το 2012 δεν εφαρμόστηκε ανώτατο όριο ανάπτυξης και λόγω του νέου οικονομικού κλίματος, εφαρμόστηκαν πολύ μικρότερα ποσά το 2013 και το 2014. Παρά τις ευνοϊκές αυτές συνθήκες, ο αντίκτυπος της κρίσης από το 2012 προκάλεσε τις πολιτικές αρχές να συνειδητοποιήσουν ότι η κοινωνική κατάσταση δεν αποτελούσε πλέον επιλογή και ότι απαιτούνταν μέτρα για την αποτελεσματικότητα στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα, δόθηκε προσοχή στη διατήρηση και την ενίσχυση των μηχανισμών οικονομικής προστασίας για τις οικονομικά ευάλωτες ομάδες [27].

#### 2.1. Η ανταπόκριση των συστημάτων υγείας στην κρίση στην Ευρώπη

Οι μειώσεις των δημόσιων δαπανών για την υγεία πραγματοποιήθηκαν μέσω διαφορετικών μέτρων σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ). Σε χώρες όπως η Ελλάδα, οι οποίες έχουν πληγεί περισσότερο, ο προϋπολογισμός για τα προγράμματα υγείας έχει αντιμετωπίσει περικοπές σε πραγματικό χρόνο. Στη χώρα αυτή οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία μειώθηκαν από το 9,8% της προ της κρίσης σε 6% του ΑΕΠ μετά την κρίση [26]. Πολλές χώρες, μεταξύ των οποίων η Ιρλανδία, η Ρουμανία, η Σλοβενία και το Ηνωμένο Βασίλειο (UK), έχουν παγώσει ή μειώσει τους μισθούς ή έχουν μειώσει ή δεν έχουν αντικαταστήσει θέσεις εργασίας [28].

Η αύξηση των τελών χρήσης υπήρξε ένας άλλος τρόπος για να αντιμετωπισθεί η πρόκληση της λιτότητας. Ορισμένα κράτη μέλη θέσπισαν ή αύξησαν τα τέλη χρήσης για τα νοικοκυριά. Στην Πορτογαλία, τα τέλη χρήσης σχεδόν διπλασιάστηκαν, συμπεριλαμβανομένων



και των τελών στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) [29]. Εντούτοις, οι εν λόγω χρεώσεις επικρίνονται συχνά επειδή οι δυνατότητές τους για εξοικονόμηση κόστους και αύξηση της αποτελεσματικότητας εμφανίζονται περιορισμένες [30]. Επιπλέον, η βιβλιογραφία υποδηλώνει ότι η διάθεση των ατόμων για αναζήτηση φροντίδας μπορεί να μειωθεί όταν αυτά τα άτομα έχουν μειώσει τους οικονομικούς πόρους για να πληρώσουν [31].

Η οικονομική ύφεση έχει επίσης λειτουργήσει ως καταλύτης για διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, όπως το κλείσιμο ή η συγχώνευση των νοσοκομείων και η μεγαλύτερη εστίαση στην εξωτερική και πρωτοβάθμια περίθαλψη. Στην Ιταλία, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών μειώθηκε σε 4,1 ανά 1000 το 2010, κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο των 5,5 ανά 1000 κατοίκους [32]. Ωστόσο, η μείωση των κλινών πρέπει να συνοδεύεται από επαρκείς επενδύσεις στην υποδομή για τη δημόσια υγεία, την προαγωγή της υγείας και τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης [33,34]. Επιπλέον, λόγω της σημαντικής συμβολής των φαρμακευτικών προϊόντων στις συνολικές δαπάνες για την υγεία (25% στην Ελλάδα (2007), 21% στην Πορτογαλία (2008) και 17% στην Ιρλανδία (2009)[35,36] ζητήθηκε από το φαρμακευτικό τομέα να συμβάλει στην προσπάθεια μείωσης του κόστους σε ορισμένες χώρες. Τα μέτρα που παρατηρήθηκαν περιλαμβάνουν τις μειώσεις των τιμών που καταβάλλονται στους κατασκευαστές, καθώς και τις μεταβολές των εισφορών, των περιθωρίων διανομής και των συντελεστών Φόρου Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ) [37].

## 2.2.Οι συνέπειες για την υγεία

Η επίδραση της δημόσιας υγείας στην οικονομική ύφεση εξαρτάται από πολλά βασικά ζητήματα, όπως η κλίμακα της κρίσης, η φύση των κυβερνητικών αντιδράσεων, οι προϋπάρχουσες συνθήκες πριν από την κρίση και η έκταση στην οποία εκτίθενται οι πληθυσμοί [28]. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, μια σειρά από υπάρχουσες μελέτες εξέτασαν τον αντίκτυπο αυτής της ύφεσης στην Ευρώπη και έδωσαν μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο, για παράδειγμα, ο αριθμός των ατόμων που ανέφεραν «κακή» ή «πολύ κακή» υγεία αυξήθηκε κατά 3,8% μεταξύ Ιουλίου 2009 και Δεκεμβρίου 2010 [38]. Η ανεργία μπορεί συχνά να αυξήσει το άγχος και τις, σχετικές με το άγχος, συνθήκες [39]. Στην Ισπανία, τα ποσοστά των ατόμων που αναζητούν αρχική φροντίδα στα νοσοκομεία για



ψυχοσωματικές διαταραχές και διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ αυξήθηκαν κατά την περίοδο ύφεσης. Περίπου το ένα τρίτο αυτού του αυξημένου κινδύνου μπορεί να αποδοθεί στην απειλή της ανεργίας ή -/- και της στέρησης [40].

Οι εκθέσεις της Ιταλίας, του Ηνωμένου Βασιλείου και ορισμένων άλλων ευρωπαϊκών χωρών έχουν παρατηρήσει ότι υπήρξε συρρίκνωση της πτωτικής τάσης του ποσοστού αυτοκτονίας με την αύξηση της ανεργίας [41-45]. Ωστόσο, πρέπει να δίδεται προσοχή κατά την εξέταση των δεδομένων αυτοκτονίας, τόσο λόγω της χρονικής υστέρησης μεταξύ των γεγονότων ύφεσης όσο και της δημοσίευσης επίσημων δεδομένων αυτοκτονίας και, δεύτερον, επειδή ορισμένες από τις χώρες που πλήττονται περισσότερο από την κρίσιμη κατάσταση, όπως η Ισπανία, έχουν μειώσει τα ποσοστά αυτοκτονιών από το 2009 [46], ενώ τα συνολικά ποσοστά στην Ιρλανδία άλλαξαν επίσης [47]. Τα δεδομένα αυτοκτονικού γεγονότος μπορούν να λειτουργήσουν ως βαρόμετρο για την κρίση. Είναι, ωστόσο, ένα πολύ αμβλύ όργανο που απλώς εκπροσωπεί την άκρη του παγόβουνου. Μάλλον υποτιμάται η ευρύτερη κρίση της ψυχικής υγείας που συνδέεται με την αύξηση του στρες, του άγχους και της κατάθλιψης μεταξύ των πληθυσμών που είναι πιο ευάλωτοι στην οικονομική αστάθεια. Παρατηρήθηκε, επίσης, αύξηση των ποσοστών εμφάνισης ορισμένων μεταδοτικών ασθενειών κατά τη διάρκεια της τρέχουσας ύφεσης.

Μια επισκόπηση υποδεικνύει ότι η οικονομική κρίση επιδεινώνει τα λοιμώδη νοσήματα [48]. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών ετών, η Ελλάδα πάσχει από υψηλό φόρτο διαφόρων επιδημιών μεγάλης κλίμακας. Μεταξύ 2007 και 2010, 10-15 νέες μολύνσεις από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) αναφέρθηκαν σε ετήσια βάση σε χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών. Ο αριθμός αυτός αυξήθηκε σε 256 το 2011 και σε 314 τους πρώτους 8 μήνες του 2012 [49,50]. Η αύξηση των νέων μολύνσεων από τον ιό HIV σε αυτόν τον πληθυσμό αναφέρθηκε, επίσης, το 2011 στη Ρουμανία. Παρότι αναφέρθηκαν 3 έως 5 περιπτώσεις ετησίως από το 2007 έως το 2009, οι λοιμώξεις από τον ιό HIV στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών αυξήθηκαν σε 12 περιπτώσεις το 2010 και σε 62 περιπτώσεις το 2011[51]. Τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ελλάδα παρουσίασαν πτωτική τάση. Το 2009-2010, αυτό άλλαξε δραματικά. Ο ρυθμός θνησιγένειας αυξήθηκε επίσης [52].



Στη Βόρεια Ιταλία, τα ποσοστά εισαγωγών από έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξήθηκαν δραματικά το 2011[53]. Οι επιπτώσεις της χρηματοπιστωτικής κρίσης στην υγεία αφορούν, επίσης, καταστάσεις που δεν συνδέονται συνήθως με την υγειονομική περίθαλψη, όπως η κατάχρηση αλκοόλ, η ανθρωποκτονία και τα τροχαία ατυχήματα [54].

### 2.3.Ανταπόκριση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Το 1983, δημιουργήθηκε το ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) (νόμος 1397/1983) ως καθολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, η εφαρμογή ήταν αργή και μέχρι το 2010 υπήρχαν ανταγωνιστικά ταμεία ασφάλισης υγείας, με βάση το επάγγελμα, και εκτεταμένη χρήση του τομέα της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, υπήρχαν περιφερειακές ανισότητες στις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης. Ως αποτέλεσμα της φοροδιαφυγής από ομάδες υψηλού εισοδήματος, οι ομάδες χαμηλού εισοδήματος συνέβαλαν δυσανάλογα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Εκτιμάται ότι το 2,44% των νοικοκυριών, πριν από το 2010, ήταν ευάλωτα σε καταστροφικές δαπάνες για την υγεία. Μέχρι το 2010, το δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ήταν εξαιρετικά επικεντρωμένο, χρησιμοποιούσε αναποτελεσματικές δομές διαχείρισης, κατένειμε αναποτελεσματικά το προσωπικό που εργαζόταν στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και δεν διέθετε συστήματα σχεδιασμού. Σε αυτό το πλαίσιο, πρέπει να κατανοηθούν οι μεταρρυθμίσεις στο δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που επέβαλε η «Τρόικα»[55].

Μία από τις προϋποθέσεις των δύο δανείων από την «τρόικα» ήταν να περιοριστούν οι δαπάνες στις υπηρεσίες υγείας σε ποσοστό που δεν υπερβαίνει το 6% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ). Αυτό είναι σημαντικό σε ευρύτερο πλαίσιο, διότι η ΕΕ, δεν ελέγχει άμεσα τα εθνικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με τη ρήτρα επικουρικότητας της Συνθήκης του Μάαστριχτ. Ωστόσο, στην περίπτωση της Ελλάδας, η ΕΕ επηρεάζει άμεσα τις εθνικές δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας. Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας μετά το 2010 στοχεύουν στη μείωση των κρατικών δαπανών. Η συγχώνευση των διαφόρων συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης σε ένα ενιαίο συμβούλιο συντονισμού των οφελών υγείας θα δημιουργήσει ένα ενιαίο σύστημα πληρωμών. Δημιουργείται ένας νέος οργανισμός προμήθειας ενιαίας υγειονομικής περίθαλψης (ΕΟΠΥΥ).



Γίνεται έναρξη αγοράς φαρμάκων σε χαμηλότερα ποσοστά, με μείωση των ετήσιων δαπανών για ιατρικά έξοδα [56]. Προωθήθηκαν φθηνότερα γενόσημα φάρμακα. Η εισαγωγή συνδρομών από 3 έως 5 ευρώ ανά ασθενή αποσκοπούσε στη μείωση της περιττής χρήσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Υπήρξε πάγωμα στις προσλήψεις ιατρών στον τομέα της δημόσιας υγείας, ενώ οι ιδιωτικοί γιατροί είχαν τη δυνατότητα να εργάζονται μία μέρα την εβδομάδα σε δημόσια νοσοκομεία. Ίσως η πιο αμφιλεγόμενη από τις μεταρρυθμίσεις ήταν η πρόβλεψη 500 δημόσιων κλινών για νοσοκομεία που προορίζονται για ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Η κυβερνητική πολιτική μείωσης των τιμών των φαρμάκων οδήγησε σε μεγάλες ελλείψεις. Τα ταμεία ασφάλισης υγείας καθυστερούν τις πληρωμές στα φαρμακεία και ζητείται από τους ασθενείς να πληρώσουν για τη φαρμακευτική τους αγωγή [56].

Οι αυξημένες εισοδηματικές ανισότητες επηρεάζουν την υγεία. Υπήρξε αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες. Τα αυξημένα επίπεδα φτώχειας θα επηρεάσουν το προσδόκιμο ζωής των ατόμων που πλήττονται μεσοπρόθεσμα. Καθώς τα εισοδήματα έχουν μειωθεί, ο αριθμός των ασθενών που χρησιμοποιούν δημόσια νοσοκομεία έχει αυξηθεί. Λιγότεροι άνθρωποι έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν για ιδιωτικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Τα δημόσια νοσοκομεία σημείωσαν αύξηση χρήσης 21,9% μεταξύ 2010 και 2011, ενώ η χρήση ιδιωτικών κλινικών μειώθηκε κατά 18,5% την ίδια περίοδο [57]. Παράλληλα με την αύξηση των ποσοστών ανεργίας, μειώθηκε ο αριθμός των νοικοκυριών που μπορούν να πληρώσουν για ιδιωτική ή υγειονομική περίθαλψη ενώ οι κυβερνητικές πολιτικές ενθαρρύνουν την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα. Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης αποδίδουν τώρα ιδιωτικά νοσοκομεία σε υψηλότερες τιμές λόγω της υιοθέτησης διαγνωστικών ομάδων ως μέθοδο υπολογισμού του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης [57].



## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

### 3.Ισότητα στη χρηματοδότηση

Η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης διακρίνεται από ανισότητες, σύμφωνα με μελέτες που διεξήχθησαν. Η δημόσια χρηματοδότηση του τομέα υγείας χαρακτηρίζεται ως επιβραδυντική, επιβαρύνοντας δυσανάλογα τις χαμηλότερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις [58]. Η κρίση επιδείνωσε τα υπάρχοντα προβλήματα και πολλά από τα μέτρα πολιτικής που θεσπίστηκαν υπό την πίεση των συνθηκών διάσωσης κατέστησαν τη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας πιο άδικη. Η επιβολή περιορισμών στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία και η ταυτόχρονη πτώση του ΑΕΠ σημαίνει ότι ο τομέας της δημόσιας υγείας καλείται να καλύψει τις αυξανόμενες ανάγκες του πληθυσμού με μειωμένους οικονομικούς πόρους. Αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις, ιδιαίτερα για τα νοικοκυριά μέσου και χαμηλού εισοδήματος που δεν διαθέτουν διαθέσιμο εισόδημα για να αγοράσουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, η αύξηση της ανεργίας, η μερική απασχόληση, η ευέλικτη απασχόληση και τα μέτρα λιτότητας, όπως οι περικοπές μισθών του δημόσιου τομέα, οδήγησαν σε πτώση του εισοδήματος των νοικοκυριών και των εσόδων των ταμείων. Απόρροια τούτου, οι πρόσθετες πιέσεις στο ήδη βεβαρημένο σύστημα υγείας. Ο συνδυασμός των παραγόντων αυτών, θα μπορούσε να οδηγήσει σε ένα σύστημα υγείας που θα περιλάμβανε δυο βαθμίδες υγειονομικής περίθαλψης, όπου στη μεν πρώτη εκείνοι που δύνανται να πληρώσουν για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας θα είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους για την υγεία ενώ στη δεύτερη εκείνοι που στερούνται επαρκών πόρων θα πρέπει να επιχειρήσουν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε ένα αρκετά τεταμένο σύστημα υγείας.

#### 3.1.Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Η πρόσβαση στην περίθαλψη αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο για την επίτευξη ποιότητας ζωής και ανάπτυξης και, κύριος στόχος του στρατηγικού σχεδίου «Ευρώπη 2020» (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014). Σε περιόδους κρίσης, οι μειωμένοι πόροι έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, κυρίως λόγω της αυξημένης ζήτησης, των αυξημένων χρόνων αναμονής και των αυξημένων συγχρηματοδοτήσεων, αλλά ακόμη και λόγω της μειωμένης δυνατότητας να πραγματοποιούν άτυπες πληρωμές [59]. Σε έρευνα που



πραγματοποιήθηκε βρέθηκε ότι το 19% των ερωτηθέντων ανέφεραν σημαντικά προβλήματα στην πρόσβαση στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα εξαιτίας των λιστών αναμονής, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 28% ανέφερε ότι δεν μπορούσε να αγοράσει τα φάρμακα εξαιτίας των αλληπάλληλων απεργιών των φαρμακοποιών κατά τη διάρκεια του 2011[60].

Η χρήση των δημόσιων υπηρεσιών, σε αντίθεση με τα ιδιωτικά, έχει αυξηθεί. Τα ποσοστά των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία παρουσίασαν αύξηση. Επιπρόσθετα, αύξηση καταγράφηκε και στα ποσοστά πληρότητας των κλινών καθώς και στις χειρουργικές επεμβάσεις και τις εργαστηριακές εξετάσεις [60,61]. Επιπλέον, αύξηση παρατηρήθηκε στη χρήση των οδοντιατρικών υπηρεσιών και των γυναικολογικών υπηρεσιών, αντίστοιχα. Ταυτόχρονα, οι επισκέψεις στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία σημείωσαν πτωτικές τάσεις [61,62].

Με τον νόμο 3868/2010 εισήχθη η καθημερινή λειτουργία όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, προκειμένου να αυξηθεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να αντιμετωπιστεί η επιπλέον ζήτηση καθώς και για να αυξηθούν τα έσοδα. Ενώ ο δεύτερος στόχος επετεύχθη, η μείωση των επισκέψεων στα δημόσια νοσοκομεία είναι δύσκολο να ερμηνευτεί καθώς μπορεί να εννοηθεί ότι η πολιτική αυτή δεν επέφερε τα αναμενόμενα αποτελέσματα, δηλαδή την αύξηση της πρόσβασης.

### **3.2.Επιπτώσεις στην αποτελεσματικότητα**

Μια πρόσφατη μελέτη πανεπιστημιακής έρευνας που αφορούσε τις επιδόσεις των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων για την αποτελεσματικότητά τους κατά τη διάρκεια της ύφεσης διαπίστωσε ότι, παρά τις σοβαρές προσπάθειες περιορισμού του κόστους, μόνο το 28% των 90 νοσοκομείων που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν αποτελεσματικά [63]. Εντούτοις, μεταξύ των βέλτιστων πρακτικών που χρησιμοποιήθηκαν αποτελεσματικές ήταν οι πολιτικές προμηθειών, οι ηλεκτρονικές δημοπρασίες, οι διαγωνισμοί και η επαναδιαπραγμάτευση συμβάσεων με ορισμένους προμηθευτές. Το 2011, τα γενικά νοσοκομεία επικεντρώθηκαν μόνο στις προσπάθειες περιορισμού του κόστους, οι οποίες, στην πραγματικότητα, δεν είχαν τα αναμενόμενα αποτελέσματα [64,65].



### 3.3. Ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας

Έχουν υλοποιηθεί αρκετές πρωτοβουλίες για την προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Σύμφωνα με το Νόμο 3868/2010, όλα τα νοσοκομεία υποχρεώθηκαν να ιδρύσουν υπηρεσίες και επιτροπές διασφάλισης της ποιότητας. Οι ρόλοι τους είναι να παρακολουθούν και να αξιολογούν εάν τηρούνται οι διαδικασίες σχετικά με την ασφάλεια των ασθενών, όπως η συχνότητα εμφάνισης των νοσοκομειακών λοιμώξεων και ο έλεγχος ανθεκτικών βακτηρίων στα αντιβιοτικά. Επιπλέον, οι έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών διεξάγονται σε υποχρεωτική βάση. Διοργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης διασκέψεις για διάφορες πτυχές της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες είναι υποχρεωτικές για τους εργαζόμενους στο νοσοκομείο, με στόχο την προώθηση της συνεχούς εκπαίδευσης στον τομέα.

Αν και τα μέτρα αυτά αναμένεται να έχουν θετικό αντίκτυπο, κάποια άλλες πτυχές της λειτουργίας του συστήματος υγείας θέτουν ερωτήματα σχετικά με την ποιότητα υπηρεσιών. Οι ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό είναι μόνιμο χαρακτηριστικό του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα το οποίο επιδεινώθηκε μετά τη συνταξιοδότηση πολλών επαγγελματιών υγείας. Οι επιπτώσεις της μείωσης του προσωπικού τόσο στην αποτελεσματικότητα όσο και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι γνωστές, αλλά αναμένεται να μειωθούν [64,65].

### 3.4. Επιπτώσεις στην υγεία

Οι οικονομικές κρίσεις μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την κατάσταση της υγείας [66]. Από την έναρξη της κρίσης, έχουν δημοσιευθεί αρκετές μελέτες για τη διερεύνηση των επιπτώσεων στη δημόσια υγεία. Παρόλο που θα χρειαστούν αρκετά χρόνια για την πλήρη αξιολόγηση των πλήρων επιπτώσεων της κρίσης στην υγεία του πληθυσμού, οι βασικοί δείκτες έχουν ήδη επιδεινωθεί σημαντικά. Όσον αφορά την υγεία του πληθυσμού, οι πρώτες επιπτώσεις της κρίσης σημειώθηκαν στην αυτοαναφερόμενη υγεία, ψυχική υγεία και στα λοιμώδη νοσήματα. Μελέτες αυτοτροφοδοτούμενης υγείας χρησιμοποιώντας ένα δείκτη αναφοράς πριν από την κρίση, διαπίστωσαν αύξηση του επιπολασμού των ατόμων που ανέφεραν την υγεία τους





ως κακή και που συνέδεσαν αυτήν την εξέλιξη με την οικονομική κρίση [67,68]. Επιπλέον, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση των ατόμων που ανέφεραν μη ικανοποιημένοι από παρεχόμενες ιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες [69]. Η ψυχική υγεία είναι ιδιαίτερα ευάλωτη στις ταχείες οικονομικές διακυμάνσεις [70] και τα πρώτα διαθέσιμα στοιχεία αποκαλύπτουν ανησυχητικές τάσεις. Υπήρξε αύξηση κατά 45% στις αυτοκτονίες μεταξύ 2007 και 2011 [71] με την αύξηση αυτή να είναι ιδιαίτερα έντονη για στους άνδρες σε ηλικία εργασίας [72]. Οι ψυχιατρικές έρευνες αποκαλύπτουν, επίσης μια επιδείνωση της κατάστασης ψυχικής υγείας. Η άνοδος αυτή συνδέθηκε σημαντικά με τις οικονομικές δυσκολίες, συνδέοντας έτσι την εξέλιξη με την κρίση [73].

Η υγεία των παιδιών έχει επίσης επηρεαστεί. Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία, καταγράφεται αύξηση των γεννήσεων παιδιών με χαμηλό σωματικό βάρος [74], η οποία μπορεί να έχει μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία και την ανάπτυξη του παιδιού [75]. Η μακροχρόνια πτωτική τάση της βρεφικής θνησιμότητας έχει αντιστραφεί [74] ενώ μειώνεται ο αριθμός των εγκύων που έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες προγεννητικής φροντίδας [76]. Ενώ οι δείκτες αυτοί δεν μπορούν να αποδοθούν άμεσα στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, η αντιστροφή των προηγουμένως βελτιωτικών τάσεων αποτελεί ανησυχητικό παράγοντα [76].

Τα λοιμώδη νοσήματα έχουν εξαπλωθεί σε περιόδους οικονομικής αναταραχής [77] και σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, η Ελλάδα «έχει υποστεί δυσανάλογα υψηλή επιβάρυνση νοσηρότητας και θνησιμότητας από διάφορες μεγάλες επιδημίες από την αρχή της οικονομικής κρίσης» [78].

Η κρίση και οι σχετικές πολιτικές προσαρμογής έχουν επηρεάσει ειδικότερα την υγεία των ευάλωτων ομάδων [79]. Το πιο εντυπωσιακό εύρημα σχετίζεται με την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης λοιμώξεων από τον ιό HIV, καθώς οι χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών αποτελούν την κύρια κινητήρια δύναμη για την αύξηση.

Σε πιο θετικό επίπεδο, τα οδικά ατυχήματα και οι σχετικοί τραυματισμοί και θάνατοι βρίσκονται σε απότομη πτώση, καθώς οι άνθρωποι μεταβαίνουν σε εναλλακτικούς, οικονομικότερους τρόπους μετακίνησης ή χρησιμοποιούν αυτοκίνητα λιγότερο [80].



### 3.5. Η οικονομική κρίση και οι ανισότητες στην πρόσβαση

Ως απάντηση στην οικονομική κρίση, οι ευρωπαϊκές εθνικές κυβερνήσεις επέλεξαν σε μεγάλο βαθμό να θεσπίσουν πολιτικές περικοπής δαπανών που οδήγησαν σε μείωση του κράτους πρόνοιας. Αυτό ήταν εμφανές στους περιορισμούς που επιβλήθηκαν στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι τελικά οδήγησαν σε περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη [81] και την κοινωνική προστασία [82] σε ποικίλο βαθμό σε όλη την ήπειρο. Μια προκαταρκτική ανάλυση της εξέλιξης των αναγκών υγείας που δεν έχουν ικανοποιηθεί [82] σε 31 ευρωπαϊκές χώρες κατά την τελευταία δεκαετία δείχνει μια αρχική περίοδο μείωσης, ακολουθούμενη από επιβράδυνση του ρυθμού μείωσης που καταλήγει σε οριστική αύξηση της ανεκπλήρωτης ανάγκης το 2008. Το επίπεδο της ανεκπλήρωτης ανάγκης χρειάστηκε αρκετά χρόνια για να ανακάμψει σε προ της κρίσης επίπεδα. Οι τάσεις αυτές θέτουν το ερώτημα εάν η αύξηση αυτή είναι άμεσο αποτέλεσμα των περιορισμένων προϋπολογισμών για επενδύσεις στην υγειονομική περίθαλψη και την κοινωνική προστασία που παρατηρήθηκαν κατά την έναρξη της κρίσης. Όλα τα κοινωνικά στρώματα είδαν την πρόσβαση τους στην υγειονομική περίθαλψη να μειώνεται, αν και σε διαφορετικό βαθμό. Δεδομένου ότι η οικονομική κρίση οδήγησε σε σημαντική αύξηση της ανεργίας - και σε πολλές χώρες της ΕΕ, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη συνδέεται με την απασχόληση - είναι σκόπιμο να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για όσους έχασαν τη δουλειά τους [81].

### 3.6. Επιπτώσεις της ύφεσης στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη

Η τρέχουσα ύφεση έχει οδηγήσει σε σημαντική αύξηση της ανεργίας ακόμη και σε χώρες όπου είναι παραδοσιακά υψηλή (π.χ. Ισπανία). Η ανεργία είναι ένας σημαντικός κοινωνικός καθοριστικός παράγοντας της υγείας στο βαθμό που οι μειωμένοι οικονομικοί πόροι μπορεί να εκτοπιστούν μακριά από την υγεία σε ανάγκες που θεωρούνται πιο πειστικές όπως οι λογαριασμοί κοινής ωφέλειας ή η αγορά τροφίμων. Είναι, επίσης, ένας άμεσος καθοριστικός παράγοντας πρόσβασης, καθώς σε πολλά συστήματα υγείας, η ασφάλιση υγείας συνδέεται με το καθεστώς απασχόλησης [82].



Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τον πληθυσμό εν γένει και κυρίως για τους ανέργους μπορεί να διακυβευτεί κατά τη διάρκεια μιας ύφεσης μέσω μηχανισμών ζήτησης ή -/και παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Στην πρώτη, τα άτομα και τα νοικοκυριά μειώνουν τη ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη, ορισμένες φορές παρά τις αυξημένες ανάγκες, επειδή το κόστος ζωής μπορεί να αυξηθεί. Για παράδειγμα, οι πληρωμές υποθηκών ενδέχεται να αυξηθούν, οι παροχές για παιδιά ενδέχεται να μειωθούν ή, σε περίπτωση ανεργίας, οι παροχές μπορεί να μην επαρκούν για την κάλυψη των δαπανών των νοικοκυριών που οδηγούν τους ανθρώπους να αναβάλουν την αναζήτηση της υγειονομικής περίθαλψης. Αναμφισβήτητα, στα καθεστώτα υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν δωρεάν φροντίδα, η ανακατανομή των πόρων στον προϋπολογισμό των νοικοκυριών δεν θα πρέπει να εμποδίζει την αναζήτηση φροντίδας. Ωστόσο, τα νοικοκυριά εξακολουθούν να επιβαρύνονται με έξοδα μεταφοράς και συνταγογραφούμενων φαρμάκων, τα οποία ενδέχεται να είναι απαγορευτικά [82].

Από την πλευρά της προσφοράς, οι κυβερνήσεις που έχουν μειωμένη φορολογική βάση και, σε πολλές περιπτώσεις, ογκώδεις υποχρεώσεις εξυπηρέτησης του χρέους, ενδέχεται να μειώσουν τους προϋπολογισμούς για την υγεία, ένας συχνός στόχος δεδομένου ότι παραδοσιακά αντιπροσωπεύουν ένα σχετικά μεγάλο μερίδιο του ΑΕΠ.

### **3.7. Το καθεστώς απασχόλησης ως καθοριστικός παράγοντας για την υγεία**

Κατά την πρόσφατη κρίση, η ανάλυση της σχέσης ανεργίας με 51 δείκτες υγείας στις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) με την πάροδο του χρόνου εξέτασε τη θνησιμότητα από κάθε αιτία, καθώς και πέντε συγκεκριμένα αίτια θνησιμότητας, αποκαλύπτοντας ότι, αν και τα ποσοστά θνησιμότητας παρέμειναν σε μεγάλο βαθμό ανεπηρέαστα από την κρίση, τα ποσοστά φαίνεται να αυξάνονται [83]. Κατά την εξέταση των δεικτών υγείας της μητέρας και του παιδιού, ωστόσο, η ίδια μελέτη διαπίστωσε ότι το μαιευτικό τραύμα αυξάνεται με την αύξηση του ποσοστού ανεργίας. Αυτή η θετική συσχέτιση μπορεί να αποτελεί ένδειξη επιδείνωσης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, εάν οι περιορισμοί των πόρων αποτρέπουν τους επαγγελματίες από την παροχή της βέλτιστης φροντίδας. Μπορεί, επίσης, να εξηγηθεί από την πρόσθετη οικονομική πίεση που αντιμετωπίζουν οι μέλλουσες μητέρες, εμποδίζοντας τους να αναζητήσουν επαρκή προγεννητική φροντίδα και,



συνεπώς, να υποστούν υψηλότερους κινδύνους κατά τη διάρκεια του τοκετού. Στην Ελλάδα, η αύξηση των νεκρών γεννήσεων έχει συνδεθεί με την οικονομική κρίση [76]. Ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου θνησιμότητας – ο περιορισμός της ανάπτυξης του εμβρύου - μπορεί να ανιχνευθεί στην προγεννητική φροντίδα [84]. Η κακή ψυχική υγεία αποτελεί άμεσο αποτέλεσμα της απώλειας εργασίας. Οι διαχρονικές μελέτες υποδηλώνουν ότι η ανεργία προηγείται της εμφάνισης της ψυχιατρικής νόσου [85]. Όσον αφορά στη θνησιμότητα, μια σουηδική μελέτη που διερευνούσε τους εργαζομένους που εκτοπίστηκαν λόγω του κλεισίματος των εγκαταστάσεων μεταξύ του 1987 και του 1989, ανέδειξε την αύξηση του συνολικού κινδύνου θνησιμότητας κατά 44% μεταξύ των ανδρών κατά την τετραετία που ακολούθησε το κλείσιμο. Και για τα δύο φύλα σημειώθηκε διπλάσια αύξηση της πιθανότητα αυτοκτονίας και της κατάχρησης οινόπνευματος [86]. Έχουν περιγραφεί και άλλα σωματικά αποτελέσματα που απαιτούν μια ευρεία στρατηγική για τη διασφάλιση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη σε περιόδους οικονομικής επιβάρυνσης. Για παράδειγμα, οι συμβατικές αγορές εργασίας ενδέχεται να εμποδίσουν τις γυναίκες με συμπτώματα μιας νόσου να πάρουν την κατάλληλη ιατρική φροντίδα [87].

### 3.8.0 ρόλος των κυβερνήσεων

Οι κυβερνήσεις σε ολόκληρη την ΕΕ όχι μόνο έχουν μειώσει τις συνολικές δαπάνες για την υγεία αλλά έχουν ταυτόχρονα θεσπίσει πολιτικές για την καταπολέμηση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας. Είναι δύσκολο να εξακριβωθεί κατά πόσον οι πολιτικές αυτές μειώνουν τόσο την αναγκαία όσο και την περιττή κατανάλωση υγείας στον ίδιο βαθμό. Σύμφωνα με μια έρευνα σχετικά με τα μέσα πολιτικής που χρησιμοποιούνται για την εφαρμογή της μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης, οι απαντήσεις στην πολιτική της υγειονομικής περίθαλψης στην οικονομική κρίση μπορούν να ομαδοποιηθούν με τον ακόλουθο τρόπο: i) Αλλαγές στα δημόσια οικονομικά όπως αύξηση των εσόδων μέσω φόρων, εισφορών, ασφαλιστρών. ii) Μείωση της κάλυψης, μείωση των τιμών που καταβάλλονται για δημόσια χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη όπως περικοπές στην τιμή ιατρικής περίθαλψης αγαθών και μισθών. iii) Μείωση της παροχής υπηρεσιών μέσω περικοπών στον αριθμό των εγκαταστάσεων, κλινών ή προσωπικό.



iv) Διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούν στην αλλαγή των κινήτρων στο σύστημα ή στις διαπραγματεύσεις τιμών.

Η μείωση των διαθέσιμων υπηρεσιών συμβάλλει, επίσης, στον περιορισμό της πρόσβασης. Στην Πορτογαλία, αυξανόμενος αριθμός ατόμων που θα μπορούσαν να αντέξουν οικονομικά την ιδιωτική ασφάλιση στο παρελθόν, επιστρέφουν τώρα στην εθνική υγειονομική υπηρεσία. Αυτό έχει το διπλό μειονέκτημα της καθυστέρησης της φροντίδας όχι μόνο για το ίδιο άτομο λόγω των μεγαλύτερων χρόνων αναμονής, αλλά και για άλλους, καθώς το δημόσιο σύστημα πρέπει να αντιμετωπίσει έναν υψηλότερο όγκο ασθενών [88]. Αυτό παρατηρήθηκε επίσης στην Ισπανία [89], στην Ελλάδα και στην Κύπρο [90]. Στην Πορτογαλία, ένα άλλο ολέθριο αποτέλεσμα της μείωσης της δημόσιας κάλυψης είναι ότι, μετά την αύξηση των συν-πληρωμών, οι ιδιωτικοί ασφαλιστές μπορούν να ανταγωνίζονται την εθνική υγειονομική υπηρεσία με την τιμή [91]. Καθώς αυξάνεται ο αριθμός ακυρώσεων ιδιωτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων - που σημειώθηκε κατά το πρώτο εξάμηνο του 2012 - σημειώθηκε επίσης, αύξηση της υιοθέτησης νέων πολιτικών που προσφέρουν βασικά πακέτα ασφάλισης με μειωμένη κάλυψη και χαμηλότερα ασφάλιστρα [92].

Επιπλέον, εισήχθησαν μεταρρυθμίσεις για τα φάρμακα. Μια εκτεταμένη χαρτογράφηση των φαρμακευτικών πολιτικών που θεσπίστηκαν για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης διαπίστωσε ότι έχουν αναφερθεί μεταβολές σε 23 ευρωπαϊκές χώρες. Ενώ οι χώρες της κρίσης (π.χ. η Βαλτική, η Ελλάδα και η Ισπανία) αντέδρασαν με δέσμες μέτρων, οι μεταρρυθμίσεις σε άλλες χώρες (π.χ. Πολωνία, Γερμανία) δεν συνδέονταν άμεσα με την κρίση, αλλά στόχευαν στη συγκράτηση των δημόσιων δαπανών. Παρά τις εκκλήσεις για στενή παρακολούθηση των επιπτώσεων αυτών των πολιτικών στην υγεία και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, λίγες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί. Εξαιρεση αποτελούν οι επιπτώσεις των αλλαγών των φαρμακευτικών πολιτικών στα ψυχοτρόπα φάρμακα στη Φινλανδία και την Πορτογαλία. Και οι δύο χώρες αύξησαν με επιτυχία το μερίδιο αγοράς των γενόσημων φαρμάκων για ορισμένα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία προβλημάτων ψυχικής υγείας, αλλά, σε ορισμένες περιπτώσεις και παρά τη μείωση των τιμών, σημειώθηκε μείωση των πωλήσεων. Αυτό οφείλεται σε πιθανή μείωση της πρόσβασης στην απαιτούμενη θεραπεία [93]. Μια περιεκτική ανασκόπηση που διεξήχθη από το London School of Economics (LSE) εξέτασε εάν τα τέλη



συνταγογραφούμενων φαρμάκων οδηγούν σε μεταβολή του κόστους από ιδιωτική ή δημόσια συγκεντρωτική προεπεξεργασία στον καταναλωτή, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μετατόπιση από τρίτους πληρωτές στους ασθενείς.

Η ανασκόπηση έδειξε επίσης ότι, με ελάχιστες εξαιρέσεις, τα τέλη συνταγογραφούμενων φαρμάκων είναι απίθανο να μειώσουν τις συνολικές δαπάνες για την υγεία καθώς και το ότι είναι, επίσης, πιθανότερο να αυξήσουν τη χρήση υπηρεσιών υψηλής έντασης πόρων που υποκαθιστούν συνταγογραφούμενα φάρμακα. Οι χρεώσεις μείωσαν, επίσης, τη χρήση βασικών και μη βασικών φαρμάκων αδιακρίτως. Έτσι, οι φτωχότεροι άνθρωποι είναι πιθανότερο να μειώσουν τη χρήση φαρμάκων όταν αντιμετωπίζουν υψηλότερες τιμές. Τέλος, φαίνεται ότι υπάρχουν επιπτώσεις στην υγεία όταν η μειωμένη κάλυψη οδηγεί σε επιδείνωση των δεικτών υγείας και σε ακόμη μεγαλύτερη θνησιμότητα σε ορισμένες ομάδες ασθενών και περισσότερες νοσηλείες. Όσον αφορά τις περικοπές στις τιμές που καταβάλλονται για τη δημόσια χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη, ορισμένες κυβερνήσεις έχουν εισάγει περικοπές στους μισθούς του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας: η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Ισλανδία και η Εσθονία μείωσαν τους μισθούς των νοσηλευτών και των μισθωτών για να ανταποκριθούν στην κρίση. Οι μισθοί των υπερωριών στην Πορτογαλία μειώθηκαν κατά το ήμισυ. Τα οφέλη των μισθών των εργαζομένων στην υγειονομική περίθαλψη μειώθηκαν κατά 568 εκατ. Ευρώ. Στην Ιρλανδία, τα επαγγελματικά τέλη μειώθηκαν κατά 8% το 2009 και κατά 5% το 2010 και το 2011.

Στην Ισπανία, οι μισθοί μειώθηκαν κατά 5-7% για όλους τους δημόσιους υπαλλήλους το 2010, συμπεριλαμβανομένου του μεγαλύτερου μέρους του προσωπικού της υγειονομικής περίθαλψης [94,95].

Τα μέτρα πολιτικής που υιοθετήθηκαν για τη μείωση του κόστους στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και τα φαρμακευτικά προϊόντα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης θέτουν σε κίνδυνο τους δηλωμένους στόχους της υγειονομικής περίθαλψης των συστημάτων υγείας [96].



### 3.8. Ο ρόλος των νοικοκυριών και των ατόμων

Το Eurofound, το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας, συνέλεξε περιπτωσιολογικές μελέτες από χώρες που πλήττονται από κρίσεις που τεκμηριώνουν τα αυξημένα οικονομικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι οικογένειες και τα άτομα όταν χάνουν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Οι άνθρωποι είχαν προσβασιμότητα λόγω μειωμένων δημόσιων επενδύσεων στις μεταφορές - με αποτέλεσμα τη μειωμένη συχνότητα και τις αυξημένες τιμές τόσο δημόσιων όσο και ιδιωτικών υπηρεσιών και μειωμένες επιδοτήσεις για τους χρόνιους ασθενείς και τα άτομα με ειδικές ανάγκες [97]. Στη Ρουμανία, την Ελλάδα και τη Σλοβενία, η ανεργία οδήγησε σε απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης για ορισμένες ομάδες που δεν δικαιούνται δωρεάν ασφάλιση σύμφωνα με τους κανόνες απαλλαγής. Στη Ρουμανία, όπου η ασφαλιστική κάλυψη ενεργοποιείται με τη λήψη ορισμένων κοινωνικών παροχών, η απώλεια παροχών έχει αφήσει πολλούς ανασφάλιστους, συμπεριλαμβανομένων των κοινοτήτων των Ρομά. Στην Ελλάδα και τη Σλοβενία, εκείνοι με χρέη που οφείλονται σε δημόσιους φορείς ή ασφαλιστές υγείας δεν είναι επιλέξιμοι για ασφαλιστική προστασία. Στη Βουλγαρία, ο αριθμός των ανασφάλιστων αυξήθηκε κατά τη διάρκεια της κρίσης λόγω του αυξημένου συνδυασμού της ανεργίας και του μειωμένου διαθέσιμου εισοδήματος για ασφαλιστικές πληρωμές μεταξύ εκείνων που δεν δικαιούνται δωρεάν ασφάλιση. Στην Ελλάδα, οι άνεργοι μετά την εφαρμογή των μέτρων λιτότητας ήταν 1,61 φορές πιο πιθανό να διαταραχθεί η υγεία τους σε σχέση με εκείνους που παρέμεναν στην εργασία τους [98].

### 3.9. Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης στους επαγγελματίες υγείας

Η λήψη μέτρων σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, προκειμένου να συμβάλλουν στη μείωση των δαπανών του δημοσίου τομέα, αποτελεί μια από τις ανησυχίες των εκάστοτε κυβερνήσεων για τον έλεγχο των δαπανών. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει τη σχέση μεταξύ των επιπέδων υποστελέχωσης και των υψηλών ποσοστών ανεπιθύμητων εκβάσεων που αφορούν στην ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης [99,100]. Ομοίως, άλλη μελέτη έδειξε ότι οι ελλείψεις προσωπικού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης θα καταστήσουν ελλιπείς τους επαγγελματίες υγείας αφενός και αφετέρου πιο επίπονο το έργο τους [101]. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και η μη ικανοποίηση από την εργασία είναι



πιθανό να εμφανιστούν σε νοσηλευτικά ιδρύματα στα οποία η αναλογία νοσηλευτών – ασθενών είναι χαμηλή [102].

Από την άλλη πλευρά, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να βρίσκονται σε εγρήγορση και να ανταποκρίνονται στις μεταβολές που αναδύονται στο τοπίο της υγειονομικής περίθαλψης, με σκοπό να επηρεάσουν και να συμβάλλουν στις πιο οικονομικά αποδοτικές μεταρρυθμιστικές διαδικασίες [103,104]. Ιδιαίτερη έμφαση θα πρέπει να δοθεί στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τη δημόσια υγεία και την προαγωγή της υγείας, με στόχο την ελαχιστοποίηση της ζήτησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών [101]. Η ενίσχυση του τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να οδηγήσει στην βέλτιστη ποιότητα παροχής υγειονομικής φροντίδας, στον εξορθολογισμό των δαπανών, στη μείωση των απρογραμμάτιστων εισαγωγών και στην αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών. Σύμφωνα με την έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ), [105] η ανάγκη ενίσχυσης του τομέα πρωτοβάθμιας περίθαλψης κρίνεται επιτακτική και πάντα σε συνεργασία με τη δευτεροβάθμια και τη τριτοβάθμια περίθαλψη, δεδομένου ότι και τα τρία αυτά συστατικά αποτελούν το σύστημα ως ολοκληρωμένη οντότητα.





## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

### 4. Οικονομική κρίση και ανισότητες στα συστήματα υγείας των χωρών της Νότιας Ευρώπης

Παρά τη γενική αύξηση του βιοτικού επιπέδου τον 20<sup>ο</sup> αιώνα και την καθιέρωση καθολικών συστημάτων υγείας, πολλές μελέτες έχουν εντοπίσει επίμονες ανισότητες σε όλες τις βιομηχανικές χώρες. Τέτοιες ανισότητες έχουν παρατηρηθεί ακόμη και σε χώρες που θεωρούνται "πιο δίκαιες", όπως η Μεγάλη Βρετανία, οι Κάτω Χώρες και η Σουηδία, οι κυβερνήσεις των οποίων έχουν μακρά παράδοση στην ανάλυση και αντιμετώπιση ανισοτήτων στον τομέα της υγείας [106,107]. Ο Π.Ο.Υ αναγνώρισε ότι μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών υπάρχουν "απαράδεκτες ανισότητες όσον αφορά την κατάσταση υγείας μεταξύ διαφόρων κοινωνικών ομάδων" [108], επισημαίνοντας παράλληλα τον κεντρικό ρόλο των οικονομικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών και θεσμικών παραγόντων στην παραγωγή και ανάπτυξη των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας [109].

Στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, συγκεκριμένα στην Ισπανία, την Ελλάδα, την Ιταλία και την Πορτογαλία, παρόλο που οι μεταρρυθμίσεις της δεκαετίας του 1970 και του 1980 εισήγαγαν καθολικές εθνικές υπηρεσίες υγείας και την ανησυχία για τη μείωση των γεωγραφικών ανισοροπιών μεταξύ των διαφόρων περιοχών, οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία αποτέλεσαν ζωτικής σημασίας θέμα στα τέλη της δεκαετίας του 1990. Οι τέσσερις χώρες εξακολουθούν να στερούνται ενοποιημένης παράδοσης στην ανάλυση και αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία [110], σε αντίθεση με τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης.

Ωστόσο, το ζήτημα των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας έγινε και πάλι προτεραιότητα στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, όταν, αν και με διαφορετικό βαθμό σοβαρότητας, οι τέσσερις χώρες άρχισαν να αισθάνονται τα πρώτα αποτελέσματα της χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2008 και τις πολιτικές λιτότητας που επέβαλε η «Τρόικα» [111, 112]. Διάφορες μελέτες έχουν εντοπίσει τον αντίκτυπο της οικονομικής κρίσης στις πιο ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, με αυξανόμενα ποσοστά διαταραχών ψυχικής υγείας (άγχος και κατάθλιψη) και αύξηση των αυτοκτονιών [111,113]. Αυτά τα αποτελέσματα έχουν ήδη παρατηρηθεί στην Ελλάδα, την Ισπανία, την Ιρλανδία, την Ιταλία και την Πορτογαλία [30,114]. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες,



η αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων αποτελεί μία από τις κύριες παρενέργειες των πολιτικών διαρθρωτικής προσαρμογής που υιοθετήθηκαν στις χώρες της Νότιας Ευρώπης [115].

Σύμφωνα με τον Ferrera [116], ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του νότιου μοντέλου στην κοινωνική Ευρώπη ήταν η εισαγωγή της δυαδικής κοινωνικής προστασίας κατά την περίοδο της μεγάλης οικονομικής επέκτασης (1945-1975), με πολύ γενναιόδωρες διατάξεις για τις κατηγορίες της κεντρικής αγοράς (εργαζόμενοι σε μεγάλες βιομηχανίες) και περιορισμένα συστήματα προστασίας για περιφερειακές κατηγορίες (επισφαλείς εργαζόμενοι, αυτοαπασχολούμενοι και υπάλληλοι μικρών επιχειρήσεων). Σε αυτή τη διαμόρφωση του κράτους πρόνοιας, το οικογενειακό μοντέλο, που χαρακτηρίζεται από στενούς δεσμούς συγγένειας και αλληλεγγύης [117-120] αναλαμβάνει το ρόλο της αποζημίωσης και της μείωσης των κινδύνων και των αναγκών μέσω της πρόνοιας, εξασφαλισμένης πρωτίστως από γυναίκες. Αυτό το τυπικό χαρακτηριστικό των χωρών της Νότιας Ευρώπης, αναγνωρίστηκε ως κεντρικό στοιχείο σε αυτό που ονομάστηκε «κοινωνική πρόνοια» [116].

Ένα άλλο χαρακτηριστικό γνώρισμα του μοντέλου κοινωνικής προστασίας στη νότια Ευρώπη είναι τα συστήματα υγείας που χαρακτηρίζονται από μια καθολική θεωρητική προσέγγιση, παρά τον θεσμικό κατακερματισμό τους [121]. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας επέκτασης του κράτους πρόνοιας τη δεκαετία του 1970 και του 1980, οι τέσσερις χώρες της Νότιας Ευρώπης έκαναν πράγματι καθολικές εθνικές υπηρεσίες υγείας βασισμένες στα δικαιώματα των πολιτών και εμπνευσμένες από το μοντέλο Beveridge. Ωστόσο, η μετάβαση στα συστήματα υγείας που βασίζονται στην ασφάλιση για μια εθνική υγειονομική υπηρεσία πραγματοποιήθηκε σε διαφορετικούς ρυθμούς και οδήγησε σε ποικίλα επίπεδα κάλυψης στις αντίστοιχες χώρες [122]. Η Ισπανία και η Ιταλία ανέπτυξαν συστήματα δημόσιας υγείας βασισμένα περισσότερο στις οικουμενικές αρχές και προωθούσαν την περιφερειοποίηση των εθνικών υπηρεσιών υγείας [123]. Στην Ελλάδα, και σε κάποιο βαθμό στην Πορτογαλία, τα συστήματα υγείας παρέμειναν κατακερματισμένα μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού υποσυστήματος, τουλάχιστον κατά την πρώτη φάση της μεταβατικής περιόδου [124].

Τα κοινά χαρακτηριστικά των εθνικών συστημάτων υγείας στη Νότια Ευρώπη περιλαμβάνουν: (i) την ασυνέπεια μεταξύ των οικουμενικών υποσχέσεων και την πραγματική εφαρμογή τους, ιδίως για οικονομικούς λόγους, (ii) την αναποτελεσματικότητα και τα χαμηλά



επίπεδα διοικητικών ικανοτήτων που οδήγησαν τις κυβερνήσεις να προωθήσουν διάφορες μεταρρυθμίσεις, με σκοπό να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας, (iii) τον ρόλο που διαδραματίζουν τα οικογενειακά και συγγενικά δίκτυα και τα δίκτυα γειτνίασης, προσπαθώντας να αντισταθμίσουν την έλλειψη θεσμικής υποστήριξης και την έλλειψη διατάξεων κοινωνικής φροντίδας στο πλαίσιο του εθνικού συστήματος υγείας, (iv) την έλλειψη σεβασμού των δικαιωμάτων των χρηστών στο πλαίσιο του αντίστοιχου συστήματος υγείας, όπως για παράδειγμα τα δικαιώματα των ασθενών και το δικαίωμα των χρηστών στην ενημέρωση. Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό δείκτη καταναλωτών υγείας 2015 [125], τα συστήματα υγείας στη νότια Ευρώπη πρέπει να καλύψουν το κενό που τους χωρίζει από τις σκανδιναβικές χώρες και άλλες χώρες της ηπειρωτικής Ευρώπης στον τομέα των δικαιωμάτων των ασθενών και του δικαιώματος των χρηστών να ενημερώνονται και ν) την έλλειψη καναλιών και μηχανισμών συμμετοχής, υπεύθυνων για τα χαμηλά επίπεδα συμμετοχής των πολιτών στις αποφάσεις για την υγεία [126].

Παρά τους περιορισμούς και τις δυσκολίες που εντοπίστηκαν τα τελευταία χρόνια, η Ελλάδα, η Ισπανία, η Ιταλία και η Πορτογαλία άγγιξαν τα επίπεδα προσδόκιμου ζωής (μεταξύ άλλων ευνοϊκών δεικτών για την αύξηση των υγειονομικών προτύπων). Η συνολική βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και της υγειονομικής περίθαλψης οφείλεται στην κοινωνικοοικονομική εξέλιξη των τελευταίων δεκαετιών και στα ευνοϊκά πρότυπα υγείας στις μεσογειακές χώρες. Ωστόσο, αυτοί οι δείκτες υγείας κρύβουν καταστάσεις εσωτερικής ετερογένειας, δηλαδή ανισότητες στη διανομή υλικών πόρων, στην εκπαίδευση, στην κοινωνική κατάσταση και στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Όλα, αυτά, προφανώς, προκαλούν διαφορές στην έκθεση σε σημαντικούς παράγοντες κινδύνου. Σε αυτή την κατάσταση, ο αντίκτυπος της τρέχουσας χρηματοπιστωτικής κρίσης, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις άμεσες βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις όσο και τις έμμεσες μεσοπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες επιπτώσεις [127], που προκύπτουν από περικοπές του προϋπολογισμού στα συστήματα δημόσιας υγείας, μπορεί να έχει οξύνει τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, μειώνοντας, στη συνέχεια, την πρόσβαση και τη χρήση προληπτικών υπηρεσιών και επηρεάζοντας περαιτέρω τα ευάλωτα άτομα με λιγότερους πόρους και μικρότερο κοινωνικό κεφάλαιο.



## 4.1. Υγειονομικά συστήματα χωρών Νότιας Ευρώπης

### 4.1.1. Ισπανία

Με την αποκατάσταση της δημοκρατίας το 1977, η Ισπανία δημιούργησε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης, το οποίο απορρόφησε τα άλλα υφιστάμενα υγειονομικά ιδρύματα και υπηρεσίες. Το 1986, ο Γενικός Νόμος περί Υγείας θέσπισε το Εθνικό Σύστημα Υγείας και επιτάχυνε τη διαδικασία μεταφοράς ευθυνών υγείας στις 17 Αυτόνομες Κοινοότητες της χώρας [128]. Αυτή η διαδικασία μεταρρύθμισης συνέβαλε σημαντικά στην επέκταση της κάλυψης της υγείας. Ωστόσο, διάφορες μελέτες έχουν εντοπίσει γεωγραφικές ανισότητες όσον αφορά την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, με ένα μοντέλο ανισότητας μεταξύ περιφερειών με υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση (στο βορρά) και, καλύτερους δείκτες υγείας ενώ νότια και δυτικά αναφέρονται υψηλότερα ποσοστά χρόνιων ασθενειών [129].

Η Έκθεση Bernat είχε σημαντικό αντίκτυπο, υπογραμμίζοντας τις γεωγραφικές ανισότητες στην υγεία, δηλώνοντας ότι «η αντίληψη στην Ισπανία είναι ότι συνυπάρχουν 17 διαφορετικά συστήματα διαχείρισης της υγείας» [130], άποψη βασισμένη στην παρατήρηση των διαφορών στην παροχή των υπηρεσιών, την κάλυψη και την κλινική πρακτική μεταξύ των 17 αυτόνομων κοινοτήτων.

Οι πολιτικές λιτότητας και η ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών που υλοποιήθηκαν, οδήγησαν σε αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων τόσο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας όσο και στην ίδια την κατάσταση υγείας [131].

Εκτός από τις γεωγραφικές ανισότητες, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας που συνδέονται με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες όπως η εκπαίδευση, το εισόδημα και η κατάσταση εργασίας έχουν επιμείνει με την πάροδο των ετών [132]. Για παράδειγμα, τα στοιχεία έδειξαν μια συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και των χρόνιων ασθενειών, με τις ανισότητες να συνδέονται με παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ [133].

Οι ανισότητες και οι παράγοντες κινδύνου έχουν, επίσης, αυξηθεί στην παχυσαρκία, παρουσιάζοντας ποσοστό 10% μεταξύ των εργαζόμενων που δεν κάνουν χειρονακτική εργασία,



έναντι 18% των εργαζομένων που κάνουν χειρονακτική εργασία [134]. Υπάρχουν επίσης ταξικές διαφορές στην πλειονότητα των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου [135]. Η πρόσφατη οικονομική κρίση έχει ενοχοποιηθεί και για τα αυξανόμενα ποσοστά αυτοκτονίας [136].

Είναι σημαντικό να τονιστεί η αύξηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία ως αποτέλεσμα της διπλής κάλυψης (δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες) για τα πιο προνομιούχα κοινωνικά στρώματα, που έχουν καλύτερη πρόσβαση σε ειδικούς και προληπτικές πρακτικές (για παράδειγμα, οδοντιατρικά ραντεβού και εξετάσεις μαστογραφίας) σε σύγκριση με άλλες ομάδες πληθυσμού, οι οποίες τείνουν να χρησιμοποιούν συχνότερα υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης και πρωτοβάθμια περίθαλψη [137].

Το ιδιωτικό σύστημα υγείας έχει αυξηθεί σταθερά από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 [136]. Η κρίση, έτσι, παρείχε ένα ιδανικό σενάριο για την ισπανική κυβέρνηση να δημοσιεύσει το βασιλικό νομοθετικό διάταγμα 16/2012, το οποίο "σπάει το καθολικό μοντέλο με σοβαρές απώλειες ή δικαιώματα" και εφαρμόζει ένα σύστημα που βασίζεται στην προαιρετική ασφάλιση ή στην περίπτωση της ανεργίας, στην κοινωνική ασφάλιση [138]. Σύμφωνα με τον Navarro [139], οι σημαντικές περικοπές στη δημόσια υγεία επιταχύνουν την αύξηση των ιδιωτικών δαπανών, με την περαιτέρω κατάτμηση του ισπανικού συστήματος υγείας, συμπεριλαμβανομένης της ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης για τα πλουσιότερα κοινωνικά στρώματα, εισοδημάτων. Σύμφωνα με τους Legido-Quigley και συν. [140], η σημερινή μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας κρύβει το υποκείμενο συμφέρον της αποδέσμευσης δημόσιων πόρων στον ιδιωτικό τομέα

#### 4.1.2.Ελλάδα

Το 1983, η Ελλάδα δημιούργησε το ΕΣΥ, υιοθετώντας τις αρχές της καθολικότητας και της δικαιοσύνης. Το προηγούμενο σύστημα υγείας χρηματοδοτήθηκε από 300 περίπου ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Η μεταρρύθμιση, όμως, του 1983 εφαρμόστηκε μόνο εν μέρει και η ενοποίηση των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης εγκαταλείφθηκε και το ελληνικό σύστημα υγείας δεν έγινε καθολικό. Το Υπουργείο Υγείας ξεκίνησε μια νέα μεταρρύθμιση το 2000, οι κύριοι στόχοι της οποίας ήταν η αποκέντρωση του συστήματος, η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας



υγειονομικής περίθαλψης και η καθιέρωση νέων μορφών συνεργασίας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα [141].

Ωστόσο, αποδείχτηκε δυνατή μόνο η μερική αποκέντρωση του συστήματος υγείας, με τη δημιουργία 16 περιφερειακών υγειονομικών αρχών. Η κυβέρνηση απέτυχε να συγχωνεύσει την πληθώρα των ταμείων ασφάλισης υγείας, παράγοντας που οδηγεί σε ανισότητες στην υγεία. Το κυβερνητικό πρόγραμμα δεν υλοποίησε, επίσης, τη δημιουργία κέντρων πρωτοβάθμιας φροντίδας σε αστικές περιοχές και την προώθηση ενός συστήματος οικογενειακού ιατρού [142].

Μέχρι το 2010 υπήρχαν ακόμη περίπου 30 ασφαλιστικά ταμεία στην Ελλάδα. Κάθε αμοιβαίο κεφάλαιο υπόκειται στη δική του νομοθεσία, με διαφορές στα ποσοστά συνεισφοράς και στους όρους χορήγησης παροχών, με αποτέλεσμα "ανισότητες πρόσβασης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών" [143]. Η ελληνική κυβέρνηση επιδότησε σχέδια υγείας για τους δημόσιους υπαλλήλους και τον στρατό [140], όμως τα οφέλη των σχεδίων σταδιακά μειώνονταν με αποτέλεσμα τη συμφωνία με την «Τρόικα» [14]. Η κατάσταση άλλαξε το 2011 με τη δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), που προτάθηκε στο πλαίσιο διάφορων μεταρρυθμίσεων από το 1968, χωρίς όμως ποτέ να σημειώσει πρόοδο. Το νέο ταμείο προοριζόταν να εξυπηρετεί τη συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού (εργαζόμενους, εξαρτώμενα άτομα και συνταξιούχους). Ωστόσο, λόγω της βαθιάς κρίσης της χώρας, η ανεργία αυξήθηκε ραγδαία, φθάνοντας το 27,3% μέχρι το 2013 [14].

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στην ανισότητα είναι η σταθερή αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία των ελληνικών οικογενειών, που εκτιμάται ότι είναι η υψηλότερη στην ΕΕ [139,144]. Η σημαντική αύξηση των άμεσων ιδιωτικών δαπανών είναι η πιο πτωτική μορφή χρηματοδότησης και έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των ανισοτήτων στο ελληνικό σύστημα υγείας, επηρεάζοντας ιδιαίτερα τις φτωχότερες και πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες [145,146].

Παρόλο που δεν υπάρχει επίσημη μελέτη σχετικά με τις ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ορισμένες μελέτες έχουν αναλύσει έμμεσα το ζήτημα. Σύμφωνα με μια τέτοια μελέτη σε 11 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Ιταλία και οι Κάτω Χώρες παρουσιάζουν τους υψηλότερους δείκτες απόλυτης και σχετικής ανισότητας στους



άνδρες, ενώ η Ελλάδα, η Ισπανία και η Ιρλανδία έχουν τους υψηλότερους δείκτες στις γυναίκες [147]. Μελετήθηκε, επίσης, η σχέση μεταξύ της οικονομικής κατάστασης και της χρήσης υπηρεσιών στοματικής υγείας, υπογραμμίζοντας τη σχέση μεταξύ υψηλότερου εισοδήματος και περισσότερων οδοντιατρικών υπηρεσιών [148].

Πρόσφατες μελέτες έχουν αναλύσει τις επιπτώσεις της πρόσφατης οικονομικής κρίσης στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη, δείχνοντας αύξηση των ποσοστών ψυχικών διαταραχών, αυτοκτονίας, μολυσματικών ασθενειών και επιδείνωσης της αυτοαξιολογούμενης υγείας [149,150]. Υπάρχουν, επίσης, σημαντικές γεωγραφικές ανισότητες στην Ελλάδα. Ορισμένες υποβαθμισμένες περιφέρειες δεν διαθέτουν την απαραίτητη υποδομή και προσωπικό για να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού, τόσο σε νοσοκομεία όσο και στα κέντρα υγείας. Η γεωγραφική κατανομή των ιδιωτικών κλινικών και των διαγνωστικών κέντρων είναι, επίσης, εξαιρετικά άνιση, κυρίως συγκεντρωμένη στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας και της Μακεδονίας [142].

#### 4.1.3.Ιταλία

Η μεταρρύθμιση του 1978 στην Ιταλία εισήγαγε ένα καθολικό σύστημα υγείας και διακήρυξε την προώθηση της ισότητας και τη μείωση των γεωγραφικών ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών [151]. Ωστόσο, όταν η χώρα άρχισε να μετράει συστηματικά τις υγειονομικές διαφορές στα τέλη της δεκαετίας του 1980, οι ανισότητες εμφανίστηκαν αμέσως. Οι διαχρονικές μελέτες στο Τορίνο, τη Φλωρεντία και το Λιβόρνο [152,153], έδειξαν μια γραμμική σχέση μεταξύ της αύξησης της θνησιμότητας και της κοινωνικής ανισότητας, ανεξαρτήτως του χρησιμοποιούμενου δείκτη. Σύμφωνα με αρκετές μελέτες, οι περιοχές της νότιας Ιταλίας εμφανίζουν δυσμενέστερα ποσοστά επιπολασμού ασθενειών [154,155,156].

Άλλες μελέτες έχουν εντοπίσει κοινωνικές ανισότητες στην πρόσβαση στην πρωτοβάθμια πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση [157]. Οι μελέτες δείχνουν σταθερά ότι ο κίνδυνος θανάτου αυξάνεται καθώς μειώνεται η σχολική εκπαίδευση, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες [156].



Ακόμη, άλλες μελέτες έχουν βρει στοιχεία για την άνιση κατανομή της υγείας και των ασθενειών μεταξύ ιθαγενών Ιταλών και μεταναστών. Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας που επηρεάζουν τους μετανάστες οφείλονται, κυρίως, στο σύστημα των κοινωνικών σχέσεων, δηλαδή στην ταλαιπωρία που προκύπτει από τη σχέση με τις κοινωνίες που δέχονται τους μετανάστες [158] και τις πιο επισφαλείς και ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας στις οποίες εκτίθενται οι τελευταίοι. Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας για τους μετανάστες περιλαμβάνουν: (i) υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης νεογνών χαμηλού βάρους γέννησης, (ii) υψηλότερη βρεφική θνησιμότητα και (iii) λιγότερη χρήση προγεννητικών υπηρεσιών [159].

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα είναι η ευθύνη των συστημάτων υγείας για την παραγωγή ανισοτήτων [160]. Σύμφωνα με τους Costa και συν. [151], οι κυριότερες απειλές απορρέουν από τις νέες θεσμικές ρυθμίσεις που εφαρμόζουν τα εθνικά και περιφερειακά συστήματα υγείας, αναφέροντας τα εξής: (i) πιθανές διακρίσεις που εισάγονται από κανόνες που προβλέπουν νέες μορφές μικτής διαχείρισης και δημόσιας-ιδιωτικής φροντίδας, (ii) μεταβίβαση στις τοπικές κοινότητες εσόδων και διαχείρισης κοινωνικών υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους, τα άτομα με αναπηρίες και τους χρήστες υπηρεσιών ψυχικής υγείας, όπου η διαδικασία αποκέντρωσης θα μπορούσε να αυξήσει τις γεωγραφικές ανισότητες στη διαθεσιμότητα πόρων για κοινωνικές παρεμβάσεις και (iii) νέες ανισότητες στη χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών, που ποικίλλουν ανάλογα με την κοινωνική κατάσταση, ενώ η πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα παραμένει βασικά ισότιμη.

Πρόσφατες μελέτες επιβεβαίωσαν την τάση για πολλαπλασιασμό διαφόρων συστημάτων υγείας, επηρεασμένων από τα χαρακτηριστικά των αντίστοιχων περιφερειακών συστημάτων κοινωνικής προστασίας. Οι Granaglia & Compagnoni [155] επισημαίνουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των περιοχών του νότου έναντι του κέντρου και του βόρειου τμήματος της Ιταλίας σε σχέση με τη βρεφική θνησιμότητα (5,3% έναντι 3,3%) και θανάτους που μπορούν να αποφευχθούν, όπως η θνησιμότητα από σακχαρώδη διαβήτη σε άτομα ηλικίας κάτω των 55 ετών και θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού.





#### 4.1.4. Πορτογαλία

Από την ίδρυση της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας της Πορτογαλίας το 1979, η χώρα αντιμετώπισε διάφορα προβλήματα, όπως η υποχρηματοδότηση, η συγκέντρωση πόρων στον νοσοκομειακό τομέα, η έλλειψη συντονισμού μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας και οι ανισότητες στην πρόσβαση, εξαιτίας της έντονης παρουσίας του ιδιωτικού τομέα [161]. Ένα σημαντικό στάδιο της μεταρρύθμισης εισήχθη με τον Βασικό Νόμο περί Υγείας του 1990 και το Καταστατικό της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας του 1993, ενσωματώνοντας κάποιες από τις νεοφιλελεύθερες πολιτικές στη μόδα εκείνη τη στιγμή. Ο μεγαλύτερος ρόλος που παρείχε στον ιδιωτικό τομέα στην παροχή φροντίδας και χρηματοδότησης οδήγησε σε διαφορετική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και επέτεινε το πρόβλημα της ανισότητας.

Ένα άλλο σημαντικό στάδιο ήταν η έγκριση του Εθνικού Σχεδίου Υγείας 2004-2010 [162], το οποίο προέβλεπε μια σειρά παρεμβάσεων για την ενίσχυση του συστήματος υγείας: (i) δημιουργία των πρώτων Μονάδων Οικογενειακής Υγείας, με αποστολή την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης στον πληθυσμό εντός δεδομένης γεωγραφικής περιοχής και (ii) τη δημιουργία δικτύου συνεκτικής συνεχούς περίθαλψης για την κάλυψη των αναγκών των ασθενών με χρόνιες ασθένειες καθώς και εξαρτημένων ατόμων των οποίων η τρέχουσα κατάσταση υγείας δεν απαιτεί νοσηλεία.

Η εφαρμογή των προαναφερόμενων πολιτικών για την υγεία και η οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη της χώρας συνέβαλαν στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της Πορτογαλίας. Η έκθεση του ΠΟΥ [163], που αξιολόγησε την πορτογαλική κατάσταση του συστήματος υγείας, τόνισε σημαντικές βελτιώσεις στους δείκτες υγείας του πληθυσμού, όπως: (i) υψηλότερο προσδόκιμο ζωής, (ii) μείωση της βρεφικής θνησιμότητας και (iii) μείωση του ποσοστού θνησιμότητας σε άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών. Παρόλα αυτά, δεν παρατηρήθηκε παρόμοια πρόοδος σε άλλους δείκτες, όπως το προσδόκιμο ζωής χωρίς αναπηρία και τα πιθανά χρόνια απώλειας ζωής [163].

Παρόλο που η αρχή της ισότητας έχει καθοδηγήσει τις πολιτικές υγείας της Πορτογαλίας για τα τελευταία 30 χρόνια, διάφορες μελέτες [164-169] έχουν εντοπίσει ανισότητες που ευνοούν



τα υψηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα τόσο στην πρόσβαση όσο και στη χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών και υγείας.

Άλλες μελέτες, βάσει των αποτελεσμάτων των εθνικών ερευνών, επικεντρώθηκαν στη συμβολή των διαφόρων υποσυστημάτων υγείας στην παραγωγή ανισοτήτων. Σύμφωνα με τον Bago D'Uva [168], οι δικαιούχοι ιδιωτικών υποσυστημάτων είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν τις ιατρικές υπηρεσίες και τις ειδικότητες ή να τις χρησιμοποιούν πιο έντονα σε σύγκριση με τους δικαιούχους της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας. Ακόμη και σήμερα, το πορτογαλικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την ταυτόχρονη παρουσία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας και διαφόρων υποσυστημάτων φροντίδας που εξασφαλίζουν διπλή κάλυψη για ένα τμήμα του πληθυσμού [170]. Η σημαντική αύξηση των τελών χρήσης σε όλα τα επίπεδα φροντίδας, η οποία τέθηκε σε εφαρμογή από τον Ιανουάριο του 2012 μετά τη χρηματοπιστωτική κρίση, αύξησε περαιτέρω τους φραγμούς στην υγειονομική περίθαλψη από τον πορτογαλικό πληθυσμό [171].



## Κεφάλαιο 5<sup>ο</sup>

### 5. Ψυχική υγεία και οικονομική κρίση

Οι οικονομικές κρίσεις είναι χρόνιες καταστάσεις άγχους και, ως εκ τούτου, είναι πιθανό να έχουν ψυχολογικές και ψυχοπαθολογικές συνέπειες. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει επηρεάσει δυσμενώς τη σωματική και ψυχική υγεία του πληθυσμού. Οι εκθέσεις από την Ελλάδα είναι ιδιαίτερα σημαντικές, διότι βάσει αυτών μπορεί κανείς να προβλέψει τι μπορεί να συμβεί σε άλλες χώρες («μόλυνση» των επιπτώσεων της κρίσης στην ψυχική υγεία), ιδίως εκείνων με παρόμοια πολιτιστικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά.

Η ανεργία, η φτώχεια και τα χρέη έχουν συσχετιστεί με ψυχιατρική νοσηρότητα και αυτοκτονία και, ως εκ τούτου μέτρα, για την αντιμετώπισή τους μπορούν να μειώσουν επιβλαβείς καταστάσεις για την υγεία. Η πρόνοια μπορεί να περιορίσει την ψυχική νοσηρότητα κατά τη διάρκεια περιόδων οικονομικής κρίσης και τα ενεργά προγράμματα για την αγορά εργασίας και τα προγράμματα οικογενειακής στήριξης έχουν βρεθεί ότι είναι αποτελεσματικά και αποδίδουν οικονομικά.

Η ψυχιατρική μπορεί να ανταποκριθεί στις προκλήσεις που θέτουν οι οικονομικές κρίσεις μέσω του ολιστικού, βιοψυχοκοινωνικού και ανθρωποκεντρικού ήθους. Σημαντικά βήματα περιλαμβάνουν την προώθηση της υπεράσπισης και της ενδυνάμωσης σε προσωπικό επίπεδο και την αλληλεγγύη και την κοινωνική συνοχή σε κοινωνικό επίπεδο. Επιπλέον, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν να συμβάλλουν στην ενίσχυση της ανθεκτικότητας και του ψυχικού κεφαλαίου για όσους υποφέρουν από οικονομικές κρίσεις. Η πρόληψη των ψυχικών ασθενειών και η προαγωγή της ψυχικής υγείας πρέπει να αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της κλινικής διαχείρισης και σχεδιασμού υπηρεσιών σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας θα πρέπει να τονίζουν τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας των επενδύσεων στην ψυχική υγεία [172].



## 5.1. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία

Η κοινωνικοοικονομική παρακμή μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία των ανθρώπων μέσω της απώλειας θέσεων εργασίας και των περιορισμών στο εισόδημα [172]. Η ανεργία, η φτώχεια και οι οικογενειακές αναταραχές είναι πιθανό να προκαλέσουν ποικιλία προβλημάτων ψυχικής υγείας, κυρίως κατάθλιψη, αυτοκτονία και αλκοολισμό [173,174].

Η αύξηση των αυτοκτονιών [175,176] έχει αναφερθεί πρόσφατα στην Ελλάδα καθώς και σε άλλες χώρες που επιβάλλουν μέτρα λιτότητας, όπως η Ιρλανδία [177] και η Αγγλία [178]. Αυτά τα στοιχεία επιβεβαιώνουν προηγούμενες εκθέσεις που συνδέουν την οικονομική ύφεση με αυξημένα ποσοστά αυτοκτονιών στις ευρωπαϊκές χώρες [179]. Η ανεργία συνδέεται στενά με την αυτοκτονία [180]. Η ανεργία μπορεί, επίσης, να συνδέεται με αυξημένα ποσοστά ανθρωποκτονίας [181], τα οποία σχεδόν διπλασιάστηκαν στην Ελλάδα μεταξύ 2007 και 2009 [175].

Οι οικονομικές δυσκολίες συνδέονται με προβλήματα ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αυτοκτονίας [182,183]. Αξίζει, επίσης, να σημειωθεί ότι διάφοροι τύποι οικονομικών προβλημάτων τείνουν να επηρεάζουν διαφορετικές ομάδες πληθυσμού (π.χ. τα υψηλά επιτόκια στεγαστικών δανείων συνδέονται με υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονίας στους νέους, αλλά με χαμηλότερη επίπτωση στον ηλικιωμένο πληθυσμό) [182].

Η συσχέτιση της ψυχοπαθολογίας με τη φτώχεια έχει επανειλημμένα αποδειχθεί σε ποικίλες πολιτισμικές περιπτώσεις και με συνεχή συνέπεια. Τα αποδεικτικά στοιχεία από την Απω Ανατολή και τη Νοτιοανατολική Ασία [184] δείχνουν ότι οι σοβαρές οικονομικές απώλειες λόγω της οικονομικής κρίσης της δεκαετίας του '90 στην Ασία, και ιδιαίτερα της ανεργίας, είχαν ως αποτέλεσμα αυξήσεις της αυτοκτονίας. Το ίδιο ισχύει και για την Κίνα, όπου οι κοινωνικοοικονομικές μεταρρυθμίσεις των τελευταίων τριών δεκαετιών συνοδεύονταν από αύξηση των αυτοκτονιών [185]. Οι μαζικές αυτοκτονίες των αγροτών στην Ινδία μετά τη γεωργική μεταρρύθμιση στα μέσα της δεκαετίας του '90 είναι σύμφωνες με τα ανωτέρω [186].

Είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό το γεγονός ότι οι κοινωνικοοικονομικοί καθοριστικοί παράγοντες μιας κρίσης μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη και την ψυχική υγεία των παιδιών [187] και η επίδρασή τους μπορεί ακόμη και να παραμείνει στην ενήλικη ζωή [187],



ανεξάρτητα από το αν βελτιώνονται οι οικονομικές συνθήκες. Αυτή η διαγωνιδιακή επίδραση θα πρέπει να προειδοποιεί όχι μόνο τους επαγγελματίες υγείας αλλά και την κοινωνία στο σύνολό της.

Υπάρχει μια καλά τεκμηριωμένη σχέση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών καθοριστικών παραγόντων των χρηματοπιστωτικών κρίσεων και των αρνητικών αποτελεσμάτων της σωματικής υγείας. Αυτό φαίνεται καλύτερα από τη σχέση μεταξύ ανεργίας και υψηλού ποσοστού νοσηρότητας/-θνησιμότητας [188,189]. Πρόσφατα στοιχεία από την Ισπανία επιβεβαιώνουν μια σημαντική σχέση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και των ψυχικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης των σωματικών διαταραχών [190], μεταξύ άλλων.

## 5.2. Πρόληψη και προαγωγή της ψυχικής υγείας

Η πρόληψη των ψυχικών ασθενειών και η προαγωγή της ψυχικής υγείας είναι καθοριστικής σημασίας για τη διαχείριση της [191]. Πρόσφατα, σημειώθηκε σημαντική πρόοδος στη δημιουργία μιας βάσης τεκμηρίωσης σχετικά με την αποτελεσματικότητα και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας της πρόληψης και της προώθησης της ψυχικής υγείας [192].

## 5.3. Συνεχιζόμενη εξέλιξη του ψυχιατρικού μοντέλου

Η ψυχιατρική εξελίσσεται από ένα νοσο-κεντρικό μοντέλο σε ένα πιο ολιστικό, προσανατολισμένο στο ανθρώπινο μοντέλο. Διάφορες μορφές νέων μοντέλων ψυχιατρικής υποστήριξαν την ολοκλήρωση - πέρα από την φαρμακοθεραπευτική -βιολογική διάσταση, όλων των διαφορετικών αναγκών, των βιο-ψυχοκοινωνικών, πολιτιστικών και προσωπικών, για την παροχή εξατομικευμένης πολυεπιστημονικής φροντίδας [193]. Αυτή η ευρύτερη προσέγγιση έχει εγκριθεί από την Παγκόσμια Ομοσπονδία για την Ψυχική Υγεία. Γίνεται όλο και πιο προφανές ότι, ειδικά σε περιόδους οικονομικών αντιξοοτήτων, η ψυχιατρική δεν μπορεί να επιβραδύνει τη δική της εξέλιξη.

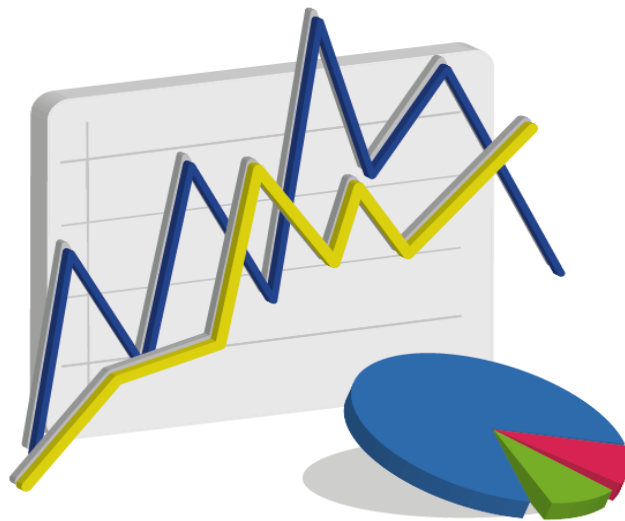


## 5.4.Επένδυση στην ψυχική υγεία

Υπάρχουν πολλές αποδείξεις ότι οι επενδύσεις στην ψυχική υγεία λειτουργούν και εξοικονομούν χρήματα [194]. Εκτός από την αποτελεσματικότητα και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, οι επενδύσεις στην ψυχική υγεία ωφελούν και άλλους τομείς στην κοινωνία [195]. Επιπλέον, η επένδυση στην ευημερία των γονέων και των παιδιών τους μπορεί να έχει μακροπρόθεσμα οικονομικά οφέλη [196]. Γενικότερα, η επένδυση στην ψυχική υγεία συμβάλλει στην αποδοτικότητα του κόστους και στην αύξηση της παραγωγικότητας με πολλούς τρόπους και σε πολλά επίπεδα [197].



## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ





## Εισαγωγή

Μετά τη διεθνή οικονομική ύφεση, η Ελλάδα εισήλθε σε μια σοβαρή οικονομική κρίση, η οποία απειλούσε την οικονομική σταθερότητα της χώρας [198]. Σε απάντηση αυτού, μια σειρά μέτρων λιτότητας εισήχθησαν προκειμένου να μειωθεί το έλλειμμα και να βελτιώσουν την αξιοπιστία της χώρας [199]. Η υγειονομική περίθαλψη ήταν ένας από τους βασικούς τομείς – στόχους προκειμένου να μειωθούν οι δημόσιες δαπάνες και να επιτευχθεί πρωτογενές πλεόνασμα στο μέλλον [200].

Η οικονομική κρίση έχει αρνητικές επιπτώσεις για τους ασθενείς. Το ποσοστό των ασθενών που προσέρχεται στο ΤΕΠ χωρίς ασφάλιση αυξάνεται. Επιπλέον ένα υψηλότερο ποσοστό των ασθενών αδυνατούν να πληρώσουν για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και ελάχιστοι ασθενείς είναι αυτοί που αναζητούν ενδονοσοκομειακές και κατ' επιλογήν υπηρεσίες εγείροντας ανησυχίες ότι αναβάλλουν την παρεχόμενη φροντίδα που χρειάζονται [201]. Τα άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο τυγχάνουν χαμηλότερου επιπέδου γενικής υγείας, λιγότερης ασφαλιστικής κάλυψης και λιγότερης πρόσβασης σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη. Τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα δεν έχουν τη δυνατότητα συχνής χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης λόγω της οικονομικής τους κατάστασης με αποτέλεσμα να αναβάλλουν να αναζητήσουν έγκαιρα φροντίδα σε μη επείγουσες καταστάσεις ενώ όταν τη χρησιμοποιούν είναι χαμηλής ποιότητας [202].

Ορισμένες μεταδοτικές ασθένειες έχουν γίνει πιο συχνές κατά την τρέχουσα οικονομική κρίση. Τέτοιες ασθένειες περιλαμβάνουν τη φυματίωση και, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα των οποίων ο έλεγχος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την πρόληψη και των έλεγχων των λοιμώξεων, ιδιαίτερα μεταξύ των ομάδων του πληθυσμού σε ευάλωτες καταστάσεις [203].

## Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να περιγράψει και να συγκρίνει αν έχει σημειωθεί κάποια αλλαγή στο προφίλ των ασθενών που επισκέπτονται το Τ.Ε.Π. του Γενικού Νοσοκομείου Ανατολικής Αχαΐας τα τελευταία 5 έτη σε σχέση με τους ασθενείς που προσερχόταν στο ΤΕΠ πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Γίνεται μια προσπάθεια διερεύνησης του κατά πόσο η





οικονομική κρίση έχει μεταβάλει το προφίλ των ασθενών που προσέρχονται στο ΤΕΠ σε σχέση με προηγούμενα έτη.

## Υλικό και μέθοδος

Η προτεινόμενη μελέτη είναι μια αναδρομική μελέτη ποιοτικού τύπου, προσεγγίζοντας σε βάθος, με στόχο την ανάλυση κι ερμηνεία ποιοτικών στοιχείων και κατανοώντας τους άδηλους ή πρόδηλους παράγοντες που επηρεάζουν αυτή την ποιότητα [204].

Για τη συλλογή των δεδομένων έγινε χρήση καταγεγραμμένων πληροφοριών από τα αρχεία του Τ.Ε.Π. του Γενικού Νοσοκομείου Ανατολικής Αχαΐας και συγκεκριμένα από τον Ιανουάριο του 2004 έως το Δεκέμβριο του 2009 και από τον Ιανουάριο του 2010 έως τον Δεκέμβριο του 2015, μετά από έγκριση για την εκπόνηση της μελέτης από την Επιστημονική Επιτροπή του Νοσηλευτικού ιδρύματος. Η ερευνητική μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η ανάλυση περιεχομένου [205].

## Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ακόλουθα ερωτήματα αντιπροσωπεύουν το βασικό και επιμέρους στόχο της έρευνας

- α. Επέφερε η οικονομική κρίση αλλαγές στα δημογραφικά ως προς το φύλο και την ηλικία;
- β. Η ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών επηρεάστηκε από την οικονομική ύφεση;
- γ. Η οικονομική κρίση επέφερε αλλαγές ως προς την κατηγορία των νοσημάτων;
- δ. Υπήρξαν δυσκολίες ως προς την πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη;
- ε. Επήλθαν αλλαγές στις συμπεριφορές ως προς τη λήψη υπηρεσιών υγείας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης;



## Μεθοδολογία

Τα συγκεντρωτικά στοιχεία για τους ασθενείς που προσήλθαν στα ΤΕΠ του Νοσοκομείου Αιγίου εισήχθησαν σε βάση δεδομένων του στατιστικού λογισμικού SPSS 18.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αποτελούν κατηγορικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, ασφαλιστική κάλυψη, χρόνος προσέλευσης, έκβαση, διαμονή, νοσήματα) και για την ανάλυσή τους χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα εργαλεία:

- **Περιγραφική ανάλυση:** πίνακες διπλής εισόδου (με ποσοστά), ραβδογράμματα ποσοστών.
- **Επαγωγική ανάλυση:** Pearson Chi-Square test προκειμένου να εντοπισθούν πιθανές διαφορές στις κατανομές των εξεταζόμενων μεταβλητών πριν και κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Για όλους τους ελέγχους υποθέσεων των στατιστικών τεστ χρησιμοποιείται επίπεδο σημαντικότητας  $\alpha=0,05$ .

## Αποτελέσματα

Σε όλες τις αναλύσεις που ακολουθούν διαπιστώνεται ότι υπάρχει μια αύξηση των ασθενών που προσήλθαν στα ΤΕΠ κατά τη διάρκεια της κρίσης, σε σχέση με τον αριθμό τους πριν την εκδήλωση της κρίσης. Αύξηση υπάρχει και στον αριθμό των ανασφάλιστων όπως και των προνοιακών ασθενών.

Αρχικά παρατηρούμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην αναλογία ανδρών-γυναικών πριν και κατά τη διάρκεια της κρίσης ( $p=0.475$ ). Τα ποσοστά τους είναι περίπου ίσα και στις δύο περιόδους (Πίνακας 1).



### Πίνακας 1. Κατανομή φύλου ανά περίοδο

		ΠΕΡΙΟΔΟΣ		
		Προ κρίσης (N=1601)	Κρίση (N=1920)	Σημαντικότητα Διαφοράς <sup>1</sup>
ΦΥΛΟ	Άνδρας	49,3	48,1	0,475
	Γυναίκα	50,7	51,9	
		100,0	100,0	

<sup>1</sup> Pearson Chi-Square Test

Αντιθέτως, η ηλικιακή κατανομή πριν την κρίση διαφοροποιείται, στατιστικά σημαντικά, από την ηλικιακή κατανομή κατά τη διάρκεια της κρίσης ( $p=0.030$ ). Συγκεκριμένα, στην κρίση, παρατηρούμε αύξηση των ποσοστών των ασθενών με ηλικία άνω των 61 ετών (από 35.7% σε 40.0%) και μείωση των ποσοστών των ασθενών με ηλικία 41-60 (από 29.1% σε 25.4%) (Πίνακας 2).

### Πίνακας 2. Κατανομή ηλικίας ανά περίοδο

		ΠΕΡΙΟΔΟΣ		
		Προ κρίσης (N=1601)	Κρίση (N=1920)	Σημαντικότητα Διαφοράς <sup>1</sup>
ΗΛΙΚΙΑ	0-20	7,7	7,6	0,030*
	21-40	27,5	27,0	
	41-60	29,1	25,4	
	61+	35,7	40,0	
		100,0	100,0	

<sup>1</sup> Pearson Chi-Square Test

\*Στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο  $\alpha=5\%$



Επίσης, παρατηρούμε μια στατιστικά σημαντική μεταβολή της κατανομής των ποσοστών ασφαλιστικής κάλυψης ( $p=0.000$ ). Το ποσοστό των ασφαλισμένων μειώθηκε σημαντικά μετά την εκδήλωση της κρίσης (από 94.1% σε 78.8%) και αυξήθηκε ανάλογα το ποσοστό των ανασφαλιστών (από 2.4% σε 16.7%) αλλά και των πρόνοιακών (από 2.1% σε 3.5%) (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3. Κατανομή ασφαλιστικής κάλυψης ανά περίοδο**

		ΠΕΡΙΟΔΟΣ		
		Προ κρίσης (N=1601)	Κρίση (N=1920)	Σημαντικότητα Διαφοράς <sup>1</sup>
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ	Ασφαλισμένοι	94,1	78,8	0,000**
	Ανασφαλιστοι	2,4	16,7	
	Απορίας	1,4	1,0	
	Πρόνοια	2,1	3,5	
		100,0	100,0	

<sup>1</sup> Pearson Chi-Square Test

\*\*Στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο  $\alpha=1\%$



Στατιστικά σημαντική μεταβολή ( $p=0.000$ ) παρουσιάζεται και στο χρόνο προσέλευσης των ασθενών. Το ποσοστό των ασθενών που προσέρχονταν άμεσα στο Τ.Ε.Π. μειώθηκε περίπου στο μισό μετά την εκδήλωση της κρίσης (από 38.0% σε 17.9%). Αντιθέτως, αυξήθηκαν τα ποσοστά των ασθενών που καθυστερούσαν να προσέλθουν για την αντιμετώπιση του περιστατικού τους (Πίνακας 4).

**Πίνακας 4 . Κατανομή χρόνου προσέλευσης ανά περίοδο**

		ΠΕΡΙΟΔΟΣ		
		Προ κρίσης (N=1601)	Κρίση (N=1920)	Σημαντικότητα Διαφοράς <sup>1</sup>
ΧΡΟΝΟΣ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ	Άμεσα	38,0	17,9	0,000**
	Εντός 12 ωρών	24,0	30,0	
	24-48 ώρες	15,1	24,2	
	> 48 ώρες	22,9	27,9	
		100,0	100,0	

<sup>1</sup> Pearson Chi-Square Test

\*\*Στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο  $\alpha=1\%$



Κατά τη διάρκεια της κρίσης αυξήθηκαν ελαφρώς τα εξιτήρια, μειώθηκαν οι εισαγωγές (από 25.5% σε 19.9%), μειώθηκαν οι διακομιδές, αλλά κυρίως αυξήθηκαν τα περιστατικά που προσέρχονταν στο Τ.Ε.Π. ενώ είχαν ήδη καταλήξει (από 0.4% σε 3.3%). Οι μεταβολές αυτές στην κατανομή της έκβασης των περιστατικών είναι στατιστικά σημαντικές ( $p=0.000$ ) (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5. Κατανομή έκβασης ανά περίοδο**

	ΠΕΡΙΟΔΟΣ		
	<i>Προ κρίσης</i> <i>(N=1601)</i>	<i>Κρίση</i> <i>(N=1920)</i>	<i>Σημαντικότητα</i> <i>Διαφοράς<sup>1</sup></i>
<i>Εξιτήριο</i>	69,9	71,9	
<i>Εισαγωγή</i>	25,5	19,9	
<i>Διακομιδή</i>	2,3	1,5	
<b>ΕΚΒΑΣΗ</b>			0,000**
<i>Θάνατοι</i>	0,4	3,3	
<i>Άρνηση νοσηλείας</i>	1,2	1,9	
<i>Εξήλθαν λάθρα</i>	0,6	1,5	
	100,0	100,0	

<sup>1</sup> Pearson Chi-Square Test

\*\*Στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο  $\alpha=1\%$

Μετά την εκδήλωση της κρίσης, παρατηρείται μια αύξηση των ποσοστών των ασθενών με τόπο διαμονής το Αίγιο και τα περίχωρά του και μείωση των ποσοστών των ασθενών με τόπο διαμονής την Αθήνα ή άλλες πόλεις. Η διαφορά στις κατανομές της διαμονής των ασθενών, πριν και κατά τη διάρκεια της κρίσης, είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0.000$ ) (Πίνακας 6).



### Πίνακας 6 . Κατανομή διαμονής ασθενών ανά περίοδο

		ΠΕΡΙΟΔΟΣ		
		Προ κρίσης (N=1601)	Κρίση (N=1920)	Σημαντικότητα Διαφοράς <sup>1</sup>
ΔΙΑΜΟΝΗ	Αίγιο	46,8	50,6	
	Περίχωρα	34,9	37,1	
	Αθήνα	12,6	8,3	0,000**
	Εξωτερικό	0,7	0,9	
	Άλλες πόλεις	4,9	3,1	
		100,0	100,0	

<sup>1</sup> Pearson Chi-Square Test

\*\*Στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο  $\alpha=1\%$

Τα παθολογικά περιστατικά είναι τα πολυπληθέστερα τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της κρίσης, με μια μικρή αύξηση (από 69,9% σε 71,5%). Αξιοσημείωτος είναι ο διπλασιασμός των ψυχιατρικών περιστατικών μετά την εκδήλωση της κρίσης (από 1,7% σε 3,8%). Η διαφορά στις κατανομές των νοσημάτων (προ κρίσης – κρίση) είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0.000$ ) (Πίνακας 7).



### Πίνακας 7. Κατανομή νοσημάτων ανά περίοδο

		ΠΕΡΙΟΔΟΣ		
		Προ κρίσης (N=1269)	Κρίση (N=1693)	Σημαντικότητα Διαφοράς <sup>1</sup>
ΝΟΣΗΜΑΤΑ	Παθολογικά	69,9	71,5	0,000**
	Καρδιολογικά	17,4	15,3	
	Ορθοπεδικά	5,8	2,9	
	Αναπνευστικά	5,2	6,5	
	Ψυχιατρικά	1,7	3,8	
		100,0	100,0	

<sup>1</sup> Pearson Chi-Square Test

\*\*Στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο  $\alpha=1\%$

Οι ανασφάλιστες γυναίκες που προσήλθαν στο Τ.Ε.Π. ήταν περισσότερες από τους ανασφάλιστους άνδρες τόσο πριν όσο και μετά την εκδήλωση της κρίσης. Μάλιστα, η κατανομή ανδρών – γυναικών δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική μεταβολή μετά την κρίση ( $p=0.661$ ) (Πίνακας 8).

### Πίνακας 8 . Κατανομή φύλου ανασφάλιστων ανά περίοδο

		ΠΕΡΙΟΔΟΣ		
		Προ κρίσης (N=38)	Κρίση (N=332)	Σημαντικότητα Διαφοράς <sup>1</sup>
ΦΥΛΟ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΩΝ	Άνδρας	44,7	48,5	0,661
	Γυναίκα	55,3	51,5	
		100,0	100,0	

<sup>1</sup> Pearson Chi-Square Test





Οι άπορες γυναίκες που προσήλθαν στο Τ.Ε.Π. ήταν περισσότερες από τους άπορους άνδρες τόσο πριν όσο και μετά την εκδήλωση της κρίσης. Μάλιστα, η κατανομή ανδρών – γυναικών δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική μεταβολή μετά την κρίση ( $p=0.531$ ) (Πίνακας 9).

**Πίνακας 9. Κατανομή φύλου απόρων ανά περίοδο**

		ΠΕΡΙΟΔΟΣ		
		Προ κρίσης (N=23)	Κρίση (N=20)	Σημαντικότητα Διαφοράς <sup>1</sup>
ΦΥΛΟ ΑΠΟΡΩΝ	Ανδρας	39,1	30,0	0,531
	Γυναίκα	60,9	70,0	
		100,0	100,0	

<sup>1</sup> Pearson Chi-Square Test

Οι άνδρες με ασφάλεια πρόνοιας που προσήλθαν στο Τ.Ε.Π. ήταν περισσότεροι από τις γυναίκες τόσο πριν όσο και μετά την εκδήλωση της κρίσης. Μάλιστα, η κατανομή ανδρών – γυναικών δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική μεταβολή μετά την κρίση ( $p=0.892$ ) (Πίνακας 10).

**Πίνακας 10 . Κατανομή φύλου προνοιακών ανά περίοδο**

		ΠΕΡΙΟΔΟΣ		
		Προ κρίσης (N=20)	Κρίση (N=67)	Σημαντικότητα Διαφοράς <sup>1</sup>
ΦΥΛΟ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ	Ανδρας	55,0	56,7	0,892
	Γυναίκα	45,0	43,3	
		100,0	100,0	

<sup>1</sup> Pearson Chi-Square Test



## Συζήτηση

Η προώθηση της καλής υγείας και ευημερίας είναι βασικά στοιχεία όλων των συστημάτων υγείας. Η κακή υγεία και ευημερία έχουν συνέπειες που υπερβαίνουν το σύστημα υγείας και έχουν ευρύτερες αρνητικές επιπτώσεις στην οικονομία. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα επειδή τα στοιχεία από κάποιες παρελθούσες οικονομικές κρίσεις υποδηλώνουν ότι αυτές οι δυσμενείς επιπτώσεις μπορεί να είναι μακράς διαρκείας. Παρά τη σπουδαιότητα της προαγωγής της υγείας, οι χώρες δεν φαίνεται να ξοδεύουν πολλά για την πρόληψη από τους προϋπολογισμούς της υγειονομικής περίθαλψης. Όταν οι προϋπολογισμοί για την υγειονομική περίθαλψη έχουν υποστεί πιέσεις, η προαγωγή της υγείας και η δημόσια υγεία συγκαταλέγονται μεταξύ των πρώτων τομέων όπου έχουν πραγματοποιηθεί περικοπές [14].

Αυξητική τάση των ασθενών που προσέρχονται στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα κατά τη διάρκεια της κρίσης διαπιστώθηκε στην παρούσα έρευνα. Καταγράφεται μια «διαρροή» ασθενών από τον ιδιωτικό τομέα προς το δημόσιο τομέα υγείας, γεγονός που φαίνεται να οφείλεται στην οικονομική κρίση. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συνάδουν με τα ευρήματα της έκθεσης του Υπουργείου Υγείας που διεξήχθη το 2012 [62].

Όσον αφορά την κατανομή του φύλου ανά περίοδο, δεν παρατηρείται σημαντική διαφορά στην αναλογία των ανδρών και των γυναικών που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Πιθανά το γεγονός αυτό να οφείλεται στο ότι τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες νοσούν σε παρόμοια ποσοστά εξαιτίας του σύγχρονου τρόπου ζωής που διαβιούν, ο οποίος διέπεται από παράγοντες όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η παχυσαρκία και το στρες.

Μια αναπόφευκτη συνέπεια της δημογραφικής μετάβασης και της χαμηλής υπογονιμότητας και θνησιμότητας είναι η εξέλιξη της ηλικιακής δομής του παγκόσμιου πληθυσμού. Οι κοινωνίες της ΕΕ αντιμετωπίζουν μια σειρά προκλήσεων εξαιτίας της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού, ιδιαίτερα στην παραγωγική ανάπτυξη και την υγεία. Στατιστική σημαντικότητα σημειώθηκε στην κατανομή ηλικίας ανά περίοδο. Κατά την περίοδο της κρίσης παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού των ασθενών ηλικίας άνω των 61 ετών (από 37,5% σε 40,0%) που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας συγκριτικά με τις ηλικίες 41-60 όπου



το ποσοστό κυμάνθηκε από 29,1% σε 25,4%.. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συνάδουν με τα ευρήματα των McKee και συν. [206], σύμφωνα με τους οποίους το μισό περίπου από το εργασιακό φορτίο των νοσηλευτικών ιδρυμάτων οφείλεται στη χρήση υπηρεσιών υγείας από ασθενείς άνω των 65 ετών. Επίσης τα ίδια ευρήματα αναφέρονται και στην μελέτη των Casey και συν. [207], σύμφωνα με τους οποίους η κατά κεφαλή κατανάλωση υγειονομικών υπηρεσιών από ηλικιωμένα άτομα είναι 3-5 φορές μεγαλύτερη συγκριτικά με τις άλλες ηλικιακές ομάδες.

Ο αριθμός των ανασφάλιστων λόγω του αυξημένου συνδυασμού της ανεργίας και του μειωμένου διαθέσιμου εισοδήματος για ασφαλιστικές πληρωμές, αυξήθηκε σε μεγάλο βαθμό σε μελέτη που διενεργήθηκε από τους Stuckler και συν. [208]. Παρόμοια ευρήματα καταγράφονται και στην παρούσα μελέτη όπου το ποσοστό των ασφαλισμένων μειώθηκε σημαντικά μετά την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης (από 91,1% σε 78,8%) ενώ σημειώνεται μια ανοδική τάση των ανασφάλιστων συγκριτικά με την περίοδο προ οικονομικής κρίσης από 2,4% σε 16,7%.

Η δυσκολία στην πρόσβαση της υγειονομικής περίθαλψης σημείωσε μεγάλη πτωτική τάση μετά την έναρξη της μεγάλης ύφεσης του 2008, με αποτέλεσμα αρκετοί άνθρωποι να καθυστερούν την προσέλευσή τους στις υγειονομικές μονάδες όπως αποδείχθηκε μέσα από τη μελέτη των Reeves και συν. [209]. Τα εισοδήματα μειώθηκαν λόγω της ανεργίας με αποτέλεσμα οι άνεργοι να έχουν περιορισμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, όπως απέδειξαν οι μελέτες των Jacobson και συν., [210] και των Gruber και συν. [211]. Επίσης, σύμφωνα με άλλες μελέτες [212-214], η μείωση των εισοδημάτων θέτει στις οικογένειες δύσκολες αποφάσεις, αφού δίνουν προτεραιότητα στις δαπάνες για τη στέγαση ή τη σίτιση εν αντιθέσει με τις δαπάνες για την υγεία.

Τα παραπάνω ευρήματα συνάδουν με την παρούσα μελέτη, όπου σημειώνεται στατιστική σημαντικότητα στο χρόνο προσέλευσης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας. Το ποσοστό των ασθενών που έκανε άμεσα χρήση των υπηρεσιών υγείας πριν την οικονομική κρίση σημείωσε πτωτική τάση μετά την εκδήλωση της κρίσης και από το 38,0% έφτασε στο 17,9%. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ανοδική τάση του ποσοστού των ασθενών που καθυστερούσαν να αναζητήσουν υγειονομική περίθαλψη.



Πολλές μελέτες [50,54,69], έδειξαν αύξηση της θνησιμότητας κατά τη χρονική περίοδο 2011-2012 σε άτομα άνω των 55 ετών, πιθανότατα ως την πρώτη προφανή βραχυπρόθεσμη συνέπεια της οικονομικής κρίσης. Η τάση αυτή πιθανώς να σχετίζεται με εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα λόγω των δραστικών περιορισμών στις πολιτικές υγείας και της αύξησης των ανασφάλιστων ατόμων.

Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στην παρούσα μελέτη, όπου τα ποσοστά θνησιμότητας παρουσίασαν μια ανοδική τάση στην περίοδο της οικονομικής κρίσης, σημειώνοντας στατιστική σημαντικότητα συγκριτικά με τη θνησιμότητα πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Τα περιστατικά που διακομιζόταν νεκρά στο Τ.Ε.Π. αυξήθηκαν από το 0,4% που καταγράφηκε πριν το 2008 σε 3,3% μετά το 2009.

Στατιστική σημαντικότητα επίσης σημειώθηκε στην κατανομή διαμονής των ασθενών ανά περίοδο. Οι ασθενείς από γειτονικούς δήμους αλλά και από την Αθήνα, που επισκέπτονταν το Τ.Ε.Π. του Γενικού Νοσοκομείου Ανατολικής Αχαΐας μετά την οικονομική κρίση μειώθηκαν σημαντικά συγκριτικά με την προ οικονομικής κρίσης περίοδο (από 12,6% στο 8,3%), όπου οι κάτοικοι των Αθηνών κυρίως, πιθανά είτε γιατί καταγόταν από το Αίγιο είτε γιατί βρισκόταν σε διακοπές κατά την καλοκαιρινή κυρίως περίοδο είτε εξαιτίας του γεγονότος ότι τα νοσηλευτικά ιδρύματα της πρωτεύουσας δέχονται ένα μεγάλο όγκο ασθενών με αποτέλεσμα να μην μπορούν να εξυπηρετηθούν άμεσα. Επιπλέον, οι περικοπές στους μισθούς και τις συντάξεις καθώς και η αύξηση στα καύσιμα, πιθανά να αποτελούν παράγοντες που συνέβαλλαν και αυτοί στην μείωση του ποσοστού των ασθενών με τόπο διαμονής την Αθήνα ή άλλες πόλεις.

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα οι συναισθηματικές διαταραχές, θεωρούνται μεγάλης σημασίας για τη δημόσια υγεία, καθώς θεωρούνται μεταξύ των κυριότερων αιτιών που έχουν ως αποτέλεσμα τη σημαντικά μειωμένη λειτουργικότητα. Σύμφωνα με την μελέτη των Kentikelenis και συν., [69] οι καταθλιπτικές διαταραχές και ο αριθμός των αυτοκτονιών έχει αυξηθεί σημαντικά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Σε άρθρο του Giotako [215] στο Ηνωμένο Βασίλειο αναμένεται τριπλασιασμός των καταθλιπτικών περιπτώσεων, διπλασιασμός της κατανάλωσης αλκοόλ και διπλάσια ή τριπλάσια αύξηση των καταθλιπτικών επεισοδίων, ενώ πρόσφατες αναφορές έχουν δείξει αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία. Στη Χιλή, διαπιστώθηκε ισχυρή σχέση μεταξύ της ξαφνικής περικοπής του εισοδήματος και της εμφάνισης



ψυχολογικών προβλημάτων, με την έναρξη της συμπτωματολογίας να εμφανίζεται έξι μήνες μετά από την έναρξη της μείωσης του εισοδήματος. Οι Ortega και συν., [216] έδειξαν ότι οι οικονομικές αλλαγές και η γεωργική κρίση φαίνεται να σχετίζονται με την οξεία εμφάνιση ψυχολογικών συμπτωμάτων στον αγροτικό πληθυσμό. Οι κύριοι παράγοντες που βρέθηκαν να επηρεάζουν αυτό το αποτέλεσμα ήταν η αντίληψη του ατόμου για την προσωπική οικονομική προοπτική, η κοινωνική δομή και το οικονομικό πλαίσιο της κοινότητας.

Σε μια εξαιρετικά ενδιαφέρουσα έρευνα από την Αυστραλία όπου συνέκρινε τις αυτοαναφορές σχετικά με την κατάσταση της υγείας και την ψυχολογική λειτουργία των ενηλίκων με τη μέση ηλικία των 67 ετών, πριν και κατά τη διάρκεια της διεθνούς οικονομικής κρίσης, οι Sargent-Cox και συν., [217] έδειξαν σημαντική διαφορά στην κατάθλιψη και τα συμπτώματα στρες σε άτομα που ανέφεραν μια μεγαλύτερη εξασθένηση της ψυχολογικής λειτουργίας τους λόγω της οικονομικής κρίσης.

Σε μελέτη του Giotakos και συν., [218] που διεξήχθη στην Ελλάδα οι δείκτες ψυχικής υγείας που φαίνεται να έχουν σημαντική συσχέτιση με τους οικονομικούς δείκτες είναι οι επισκέψεις στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και στα τμήματα έκτακτων περιστατικών των ψυχιατρικών κλινικών, οι αυτοκτονίες, οι ανθρωποκτονίες και ο αριθμός των διαζυγίων.

Τα παραπάνω ευρήματα συνάδουν με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης όπου αξιοσημείωτος είναι ο διπλασιασμός των ψυχιατρικών περιστατικών μετά την εκδήλωση της κρίσης από 1,7% σε 3,8%.

Η ακριβής επίδραση της οικονομικής κρίσης όσον αφορά τη στεφανιαία νόσο και η αρνητική έκβαση δεν έχει προσδιοριστεί επαρκώς ακόμη. Οι Sanidas και συν., [219] έδειξαν ότι το φορτίο των στεφανιαίων νοσημάτων στην Ελλάδα επηρεάστηκε εν μέρει κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Παρά το γεγονός ότι η συχνότητα εμφάνισης των στεφανιαίων νοσημάτων μειώθηκε, αρκετές ασθενείς υπεβλήθησαν σε καρδιακό καθετηριασμό. Παρόμοια είναι τα ευρήματα της παρούσας μελέτης σύμφωνα με την οποία σημειώνεται μια πτωτική πορεία του ποσοστού των καρδιολογικών περιστατικών που επισκέφθηκαν το Τ.Ε.Π. κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (από 17,4% σε 15,3%).



Όσον αφορά στην κατανομή φύλου των ανασφάλιστων, οι γυναίκες φαίνεται να υπερέχουν έναντι των ανδρών τόσο πριν (55,3% έναντι του 44,7%) όσο και μετά την οικονομική κρίση (51,5% έναντι του 48,5%), όμως δεν παρουσιάζεται κάποια στατιστική σημαντικότητα. Τα ίδια ευρήματα σημειώνονται και για τους ασθενείς με ταμείο απορίας καθώς επίσης και εκείνοι με ασφάλεια πρόνοιας. Μια αιτιολόγηση του γεγονότος αυτού μπορεί να αποτελεί το γεγονός ότι οι γυναίκες λόγω των αυξημένων οικογενειακών υποχρεώσεων να αδυνατούν να εξασφαλίσουν την κατάλληλη θέση εργασίας ή να εγκαταλείπουν την εργασία τους οικειοθελώς, με αποτέλεσμα να εντάσσονται στον οικονομικά μη ενεργό πληθυσμό και να απομακρύνονται από την αγορά εργασίας. Επίσης, οι διάφορες μορφές ελαστικής απασχόλησης χωρίς ασφάλιση μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα τα άνωθι ποσοστά ανασφάλιστων γυναικών.



## Συμπεράσματα

Από τα τέλη του 2009, η Ελλάδα αντιμετωπίζει τις επιπτώσεις μιας κρίσης χρέους. Οι νεοφιλελεύθερες αρχές ενσωματώθηκαν σε τρία διαρθρωτικά προγράμματα προσαρμογής που απαιτούσαν ριζικές περικοπές στην υγεία που με τη σειρά τους οδήγησαν στη διερεύνηση των ανισοτήτων στην υγεία. Το οικονομικό αυτό τσουνάμι επηρέασε τις χώρες παγκοσμίως. Η παγκόσμια οικονομία, καλείται να αντιμετωπίσει την ύφεση, την έντονη ανεργία και τους γενικούς φόβους χειρότερης εξέλιξης, οι οποίοι με τη σειρά τους δημιούργησαν μια σειρά φυσικών, ψυχολογικών και πνευματικών προβλημάτων.

Το ελληνικό σύστημα υγείας χρήζει μιας ριζικής αναδιάρθρωσης θέτοντας ως στόχο την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών ισότιμα σε όλα τα κοινωνικά στρώματα καθολικά και δωρεάν. Οι μεταρρυθμιστικές διαδικασίες είναι κατακερματισμένες και ένας αριθμός στρατηγικών, διαδικασιών και μεθόδων που αποβλέπουν στην βελτιστοποίηση της εθνικής υγειονομικής υπηρεσίας θα πρέπει να τεθεί σε εφαρμογή. Τα ληφθέντα μέτρα που αφορούν την υγεία έχουν μειώσει τις συνολικές δαπάνες για τη δημόσια υγεία, οδηγώντας στη μείωση υπηρεσιών και στην αύξηση του χρόνου αναμονής, στα αυξημένα τέλη χρήσης, στη μείωση του αριθμού των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και τις περικοπές των μισθών χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η αποδοτικότητα κατά τη διαδικασία κατανομής των πόρων.

Η εφαρμογή μέτρων κοινωνικής πολιτικής κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να αντιμετωπισθούν τα πρόσθετα εμπόδια για την υγειονομική περίθαλψη. Απαιτούνται στρατηγικές για τη μείωση των ανισοτήτων στα εισοδήματα, τη βελτίωση του ποσοστού απασχόλησης και την εξασφάλιση αξιοπρεπούς εισοδήματος, ιδίως αν ληφθεί υπόψη ότι οι ανισότητες στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στις ανισότητες των ευρύτερων καθοριστικών παραγόντων υγείας όπως το εισόδημα, η απασχόληση και η εκπαίδευση.

Η ανάπτυξη καλύτερων συστημάτων πληροφοριών επίσης κρίνεται απαραίτητη. Η απουσία της έγκαιρης και σχετικής συλλογής δεδομένων καθιστά αρκετά δύσκολη την αντιμετώπιση μιας οικονομικής κρίσης και της καταγραφής των αποτελεσμάτων της.



Η αντιμετώπιση των σημαντικών κενών στην ασφαλιστική κάλυψη αποτελεί μέτρο της χάραξης πολιτικής στον τομέα της υγείας. Τα ήδη προϋπάρχοντα κενά στον ασφαλιστικό τομέα παρέχουν λιγότερους μοχλούς πολιτικής με τους οποίους πρέπει να αντιμετωπισθεί η δημοσιονομική πίεση.

Η ενίσχυση του σχεδιασμού της πολιτικής για χρηματοδότηση της υγείας, έτσι ώστε στο μέλλον το σύστημα υγείας να είναι λιγότερο επιρρεπές καθώς και τα επίπεδα των δημοσίων δαπανών για την υγεία να συνδέονται πιο ρητά με τις ανάγκες της υγείας του πληθυσμού, αποτελούν παράγοντες που θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη στη μελλοντική χάραξη της πολιτικής της υγείας.





## Περίληψη

**Εισαγωγή :** Η οικονομική κρίση έχει αρνητικές επιπτώσεις για τους ασθενείς. Το ποσοστό των ασθενών που προσέρχεται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) χωρίς ασφάλιση αυξάνεται. Επιπλέον ένα υψηλότερο ποσοστό των ασθενών αδυνατούν να πληρώσουν για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και ελάχιστοι ασθενείς είναι αυτοί που αναζητούν ενδονοσοκομειακές και κατ' επιλογήν υπηρεσίες εγείροντας ανησυχίες ότι αναβάλλουν την παρεχόμενη φροντίδα που χρειάζονται.

**Σκοπός:** Να περιγράψει και να συγκριθεί αν έχει σημειωθεί κάποια αλλαγή στο προφίλ των ασθενών που επισκέπτονται το Τ.Ε.Π. του Γενικού Νοσοκομείου Ανατολικής Αχαΐας τα τελευταία 5 έτη σε σχέση με τους ασθενείς που προσερχόταν στο ΤΕΠ πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης.

**Υλικό και μέθοδος:** Η προτεινόμενη μελέτη είναι μια αναδρομική μελέτη ποιοτικού τύπου. Για τη συλλογή των δεδομένων έγινε χρήση καταγεγραμμένων πληροφοριών από τα αρχεία του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Ανατολικής Αχαΐας και συγκεκριμένα από τον Ιανουάριο του 2004 έως το Δεκέμβριο του 2009 και από τον Ιανουάριο του 2010 έως τον Δεκέμβριο του 2015.

**Αποτελέσματα:** Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αναλογία ανδρών-γυναικών πριν και κατά διάρκεια της κρίσης ( $p=0.475$ ). Παρατηρήθηκε αύξηση των ποσοστών των ασθενών με ηλικία άνω των 61 (από 35,7% σε 40,0%) και μείωση των ποσοστών των ασθενών με ηλικία 41-60 (από 29,1% σε 25,4%), ( $p=0.030$ ). Το ποσοστό των ασφαλισμένων μειώθηκε σημαντικά μετά την εκδήλωση της κρίσης (από 91,1% σε 78,8%) και αυξήθηκε ανάλογα το ποσοστό των ανασφαλιστών (από 2,4% σε 16,7%) αλλά και των προνοιακών (από 2,1% σε 3,5%), ( $p=0,000$ ). Το ποσοστό των ασθενών που προσέρχονταν άμεσα στα ΤΕΠ μειώθηκε περίπου στο μισό μετά την εκδήλωση της κρίσης (από 38,0% σε 17,9%), ( $p=0.000$ ) Σημειώθηκε αύξηση των περιστατικών που προσέρχονταν στα ΤΕΠ ενώ είχαν ήδη καταλήξει (από 0,4% σε 3,3%). Μειώθηκε το ποσοστό των ασθενών με τόπο διαμονής την Αθήνα ή άλλες πόλεις, ( $p=0.000$ ). Επίσης σημειώθηκε διπλασιασμός των ψυχιατρικών περιστατικών μετά την εκδήλωση της κρίσης (από 1,7% σε 3,8%).



**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή μέτρων κοινωνικής πολιτικής κρίνεται απαραίτητη προκειμένου να αντιμετωπισθούν τα πρόσθετα εμπόδια για την υγειονομική περίθαλψη.

**Λέξεις κλειδιά:** οικονομική κρίση, ΤΕΠ, επίπεδα υγείας πληθυσμού, περίθαλψη, πρόσβαση υπηρεσιών υγείας, Ελλάδα.



## Abstract

**Introduction:** Economic crisis has a negative impact on patients. The proportion of patients entering the Emergency Department without insurance coverage is rising. In addition, a higher percentage of patients are unable to pay for the health services provided, raising concerns that they postpone the care they need.

**Aim:** To describe and compare if there has been a change in the profile of patients visiting the Emergency Department of General Hospital of Eastern Achaia for the last 5 years compared to the patients who attended the Emergency Department before the beginning of the economic crisis.

**Material and method:** The proposed study is a retrospective quality study. Data were collected from the records of the Emergency Department of General Hospital of Eastern Achaia, from January 2004 to December 2009 and from January 2010 to December 2015.

**Results:** There was no statistically significant difference in the proportion of men and women before and during the crisis ( $p = 0.475$ ). There was an increase in the percentages of patients over the age of 61 (from 35.7% to 40.0%) and a decrease in the percentages of patients aged 41-60 (from 29.1% to 25.4%), ( $p = 0.030$ ). The percentage of patients with insurance coverage declined significantly after the crisis (from 91.1% to 78.8%). Accordingly the percentage of patients with no insurance coverage increased (from 2.4% to 16.7%) and patients with welfare insurance (from 2, 1% to 3.5%), ( $p = 0.000$ ). The percentage of patients who visited immediately Emergency Department declined about half the time after the onset of the crisis (from 38.0% to 17.9%), ( $p = 0.000$ ). There was an increase in the number of patients who transported in Emergency Department dead (0.4% to 3.3%). The percentage of patients who lived in Athens or in other cities, decreased ( $p = 0.000$ ). Furthermore, mental disorders doubled after the economic crisis (from 1.7% to 3.8%).

**Conclusions:** Implementation of social policy measures is necessary to address the additional obstacles to healthcare.

**Key words:** economic crisis, emergency department, population health levels, health care, access to health services, Greece.



## Βιβλιογραφία

1. Farmer P. Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor. Berkeley: University of California Press; 2003.
2. Amnesty International. The G8: global arms ex-porters: failing to prevent irresponsible arms transfers. Available at: [http://www.iansa.org/control\\_arms/documents/g8report/g8-control-arms-paper-en.pdf](http://www.iansa.org/control_arms/documents/g8report/g8-control-arms-paper-en.pdf). Accessed September 13, 2018.
3. Birdsall N. Inequality matters. Boston Review. March/April 2007. Available at: <http://www.bostonreview.net/BR32.2/birdsall.php>. Accessed September 13, 2018.
4. Navarro V. Neoliberalism, Globalization and Inequalities: Consequences for Health and Quality of Life. Amity-ville, NY: Baywood; 2007.
5. Social Determinants of Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008. Available at: [http://www.who.int/social\\_determinants/en](http://www.who.int/social_determinants/en). Accessed June 25, 2018.
6. Selgelid MJ. Ethics and infectious disease. *Bioethics*. 2005;19(3):272–289.
7. Yach D, Hawkes C, Gould L, Hofman KJ. The global burden of chronic diseases: overcoming impediments to prevention and control. *JAMA*. 2004;291(21):2616–2622.
8. Benatar SR. Global health: where to now? *Glob Health Gov*. 2008/09;2(2). Available at: <http://www.ghgj.org/benatar>. Accessed September 12, 2018.
9. Milner B. The world cup of diplomacy. *Toronto Globe and Mail*. June 24, 2010. Available at: <http://v1.theglobeandmail.com/servlet/story/LAC.20100624.NWG20LEADERSDISPLA YATL/TPStory/TPNational>.
10. Edward P. The Ethical Poverty Line: a moral quantification of absolute poverty. *Third World Q*. 2006; 27(2):377–393.
11. Benatar SR, Daar AS, Singer PA. Global health ethics: a rationale for mutual caring. *Int Aff*. 2003;79(1):107–138.
12. Gerring J, Thacker SC. Do neoliberal economic policies kill or save lives? *Business and Politics*. 2009; 10(3). Available at: [http://econpapers.repec.org/article/bpbuspol/v\\_3a10\\_3ay\\_3a2009\\_3ai\\_3a3\\_3an\\_3a3.htm](http://econpapers.repec.org/article/bpbuspol/v_3a10_3ay_3a2009_3ai_3a3_3an_3a3.htm).
13. Benatar SR. Human rights in the biotechnology era. *BMC International Health and Human Rights*. 2002;2(3).



14. Economou C, Kaitelidou DC, Kentikelenis A, Maresso A, Sissouras A. The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, et al., editors. *Economic crisis, health systems and health in Europe*, Copenhagen: World Health Organization/European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. p. 103-42.
15. Smits J, Woltjer P.P.J, Ma D. 'A Dataset on Comparative Historical National Accounts, ca. 1870-1950: A Time Series Perspective', *Groningen Growth and Development Centre Research Memorandum GD-107*, University of Groningen, Groningen, 2009.
16. Eichengreen B, O'Rourke K. 'A Tale of Two Depressions', available at *VoxEU.org.*, 2009.
17. Helbling, T. 'How similar is the current crisis to the Great Depression?' *VoxEU.org.*, 2009.
18. Romer C. *Lessons from the Great Depression for Economic Recovery in 2009*, presented at the Brookings Institution, Washington, D.C. March 9., 2009.
19. Albers R.M, De Jong H.J. 'Industriële groei in Nederland, 1913-1929: een verkenning', *Jaarboek voor Economische, Bedrijfs- en Techniekgeschiedenis* 57, 450-499, Amsterdam, NEHA. 1994.
20. Bordo, M. D, C. Goldin and E. White (eds.) (1998), *The Defining Moment. The Great Depression and the American Economy in the Twentieth Century*, The University of Chicago Press, Chicago and London.
21. Francois J, Woerz J.' The big drop: Trade and the Great Recession', *VoxEU.org.* 2009.
22. Strupczewski J. Greek 2009 deficit revised higher, euro falls. *Reuters*, 2010, 22 April ([www.reuters.com/article/2010/04/22/us-eu-deficits-idUSTRE63L1G420100422](http://www.reuters.com/article/2010/04/22/us-eu-deficits-idUSTRE63L1G420100422), accessed 29 October 2018).
23. Bank of Greece. *Bank of Greece data*. Athens, Bank of Greece, 2013. (<http://www.bankofgreece.gr/Pages/en/Statistics/accounts.aspx>, accessed 24 October 2018).
24. Matsaganis M. *Reeling under pressure? The welfare state and the crisis in Greece*. Athens, 2012, Athens University of Economics and Business, Department of Economics (AUEB Working Paper 1231).



25. Blundall-Wignall, A. The Subprime Crisis: Size, Deleveraging and Some Policy Options. *OECD Financial Market Trends*, 2008, 29-53.
26. BIS (Bank of International Settlements). *78th Annual Report*, 2008.
27. Kakouli T, Akritas A, Albrecht-Piliouni E, Almpoura E, DenisVS, Anastassopoulou I, et al. “Troika” mandated austerity and the emerging healthcare crisis in Greece: an open letter to the Greek government. *British Medical Journal* 2013;346:f2807, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f2807>.
28. Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, Karanikolos M, Evetovits T, Thomson S, et al. Health policy in the financial crisis. *Quarterly of the European Observatory on Health systems and policies*. Eurohealth2012; 18:3–6.
29. Barros PP. Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy* 2012; 106:17–22.
30. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013; 381:1323–31.
31. Williams DR, Collins C. US socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations. *Annual Review of Sociology* 1995; 21:349–86.
32. Italian Ministry of Health. *Statistics yearbook 2010; 2013* [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1933\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1933_allegato.pdf)
33. Paterlini M. Italy’s health system reforms on hold. *Lancet*2013;381:1085–6.
34. de Belvis AG, Ferrè F, Specchia ML, Valerio L, Fattore G, Ricciardi W. The financial crisis in Italy: implications for the healthcare sector. *Health Policy* 2012;106:10–6.
35. The World Health Organisation. *Health for all database 2012; 2013* <http://data.euro.who.int/hfad/>
36. Vadoros S, Stargardt T. Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health Policy* 2013;109:1–6.
37. Vogler S, Zimmermann N, Leopold C, de Joncheere K. Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Medical Review* 2011;4:69–79.
38. Astell-Burt T, Feng X. Health and the 2008 economic recession: evidence from the United Kingdom. *PLoS ONE* 2013;8:e56674.



39. Minton JW, Pickett KE, Dorling D. Health, employment, and economic change, 1973–2009: repeated cross sectional study. *British Medical Journal* 2012; 344:e2316, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e2316>.
40. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health* 2013;23:103–8.
41. De Vogli R, Marmot M, Stuckler D. Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2013; 67:378–9.
42. [41] Reeves A, Stuckler D, McKee M, Gunnell D, Chang SS, Basu S. Suicide, recession, and unemployment? Authors' reply. *The Lancet* 2013; 381:722.
43. Rihmer Z, Kapitany B, Gonda X, Dome P. Suicide, recession, and unemployment. *The Lancet* 2013; 381:722–3.
44. Fountoulakis KN, Savopoulos C, Siamouli M, Zaggelidou E, Mageiria S, Iacovides A, et al. Trends in suicidality amid the economic crisis in Greece. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2013; 263:441–4.
45. Fountoulakis KN, Koupidis SA, Siamouli M, Grammatikopoulos IA, Theodorakis PN. Suicide, recession, and unemployment. *Lancet* 2013;381:721–2.
46. Spanish National Institute of Health Statistics. Death statistic according to cause of death; 2013.
47. Irish Central Statistic Office (CSO); 2013. <http://www.cso.ie/en/>
48. Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE, Desai M, Senek M, Mckee M, et al. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PLoS ONE* 2011;6:e20724.
49. European Centre for Disease Prevention and Control. Technical report: risk assessment on HIV in Greece; 2012 <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/20121130-Risk-Assessment-HIV-in-Greece.pdf>
50. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American Journal of Public Health* 2013; 103:973–9.



51. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2013: trends and developments. Luxembourg; 2013.
52. Vlachadis N, Kornarou E. Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis. *British Medical Journal* 2013;346,<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f1061>.
53. Costa G, Marra M, Salmaso S, Bena A, Dalmaso M, d'Errico A, et al. Health indicators in the time of crisis in Italy. *Epidemiologia & Pre-venzione* 2012;36:337–66.
54. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in European empirical analysis. *Lancet* 2009; 374:315–23.
55. Economou C. The performance of the Greek healthcare system and the economic adjustment programme: “economic crisis” versus “system-specific deficits” driven reform *International Journal of Social & Political Theory* 2012; **2**: 33–68.
56. Karamanoli E. Greece’s financial crisis dries up drug supply *The Lancet* 2012; 379: 302
57. Kondilis E. et al. Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population’s Health and Health Care: The Greek Case. *American Journal of Public Health* 18 April 2013.
58. Liaropoulos L et al. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 2008, 87(1): 72–81.
59. Morgan D, Astolfi R. *Health spending growth at zero: which countries, which sectors are most affected?* Paris, 2013, Organisation for Co-operation and Development (OECD Working Paper N60).
60. Tripsa T et al. *Recording and evaluation of issues encountered in the use of public health services in Greece*. Athens, 2012. IPSOS (<http://www.ipsos.com/content/ipsos-greece>, accessed 15 October 2018).
61. Ministry of Health and Social Solidarity. *ESYnet database*. Athens, 2012a Ministry of Health and Social Solidarity.
62. Ministry of Health and Social Solidarity. *Report on the outcomes of Ministry of Health and its health units, 2011*. Athens, Dionikos, March 2012b [in Greek].





63. Kaitelidou D et al. Efficiency of Greek hospitals: best practices of three top-performing hospitals. In: *ISPOR 15th Annual European Congress*, 3–7 November 2012. Berlin:PHP95.
64. Katharakis G et al. Measuring hospital efficiency: comparing DEA and SFA methods. *Reviews in Clinical Pharmacology and Pharmacokinetics*, 2013, 1(27): 17–31.
65. Tsavalias K. *Factors affecting the performance of the public hospital sector and proposals for restructuring hospitals* [PhD thesis]. Athens, 2013, National and Kapodestrian University of Athens.
66. Stuckler, D et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009, 374(9686): 315–323.
67. Zavras D et al. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health*, 2012, 23(2): 206–210.
68. Vantoros S et al. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *European Journal of Public Health*, 2013, 23(5): 727–731.
69. Kentikelenis A et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 2011, 378(9801): 1457–1458.
70. Durkheim E. *On suicide*. London, 2006, Penguin Classics (original publication 1897).
71. Eurostat. *Eurostat statistics database 2013*. Luxembourg, 2013, Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, accessed 29 October 2018).
72. Kondilis E et al. Suicide mortality and economic crisis in Greece: men's Achilles' heel. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2013, 67: e1.
73. Economou M et al. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*, 2012, 145(3): 308–14.
74. OECD. *Health statistics*. Paris, Organisation for Co-operation and Development, 2012, (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, accessed 5 November 2018).



75. UNICEF. *Report on the situation of children in Greece*. Athens, 2013  
Hellenic UNICEF Committee.
76. Vlachadis N, Kornarou E. Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis. *BMJ*, 2013, 346: f1061.
77. Stuckler D, King LP, Basu S. International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *PLoS Medicine*, 2008, 5(7): e143.
78. Bonovas S, Nikolopoulos G. High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 2012, 53: 169–171.
79. Rechel B et al. Economic crisis and communicable disease control in Europe: a scoping study among national experts. *Health Policy*, 2011, 103: 168–175.
80. Michas G, Micha R. Road traffic accidents in Greece: have we benefited from the financial crisis? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2013, 67(10):894.
81. Reeves et al. Financing universal health coverage--effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2015 Jul 18;386(9990):274-80
82. Ferrarini, T. et al. Unemployment insurance and deteriorating self-rated health in 23 European countries, *J Epidemiol Community Health*, 2014.  
[http://jech.bmj.com/content/early/2014/03/10/jech-2013-203721.full?g=widget\\_default](http://jech.bmj.com/content/early/2014/03/10/jech-2013-203721.full?g=widget_default)
83. Gool, K. Van & Pearson, M. *Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short Term Impact in OECD Countries*, Paris, 2014.
84. Gardosi, J. et al. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 2013, 346(January), p.f108.
85. Murphy, G.C. & Athanasou, J. The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 1999, 72, pp.83–99.
86. Eliason, M. & Storrie, D. Does Job Loss Shorten Life? *Journal of Human Resources*, 2009, 44(2), pp.277–302.



87. Catalano, R. a, Satariano, W. A & Ciemins, E.L. Unemployment and the detection of early stage breast tumors among African Americans and non-Hispanic whites. 2003, 13(1), pp.8–15.
88. Campos, A. Doentes esperam cada vez mais tempo por consultas nos hospitais. Público, 2012.
89. OECD. Health at a Glance: Europe 2014, Paris: OECD Publishing
90. Dubois, H. & Molinuevo, D. Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU, Dublin, 2013.
91. Campos, A. Seguros são mais baratos do que ADSE para funcionários públicos solteiros e jovens. Publico, 2015.
92. Santos Gomes, A. Cartões ampliam acesso a saúde privada. Vida Economica, 2012.
93. Leopold, C. et al. Impact of pharmaceutical policy interventions on utilization of antipsychotic medicines in Finland and Portugal in times of economic recession: interrupted time series analyses. International journal for equity in health, 2014, 13(1), p.53. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25062657>
94. European Federation of Nurses Associations. Caring in Crisis: a Comparative Overview of 34 Countries European, Brussels, 2012.
95. Gool, K. Van & Pearson, M. Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short Term Impact in OECD Countries, Paris, 2014.
96. Wagstaff, A. et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. Journal of health economics, 1999, 18(3), pp.263–90.
97. Van Doorslaer, E., Masseria, C. & Koolman, X. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. Cmaj, 2006, 174(2), pp.177–183.
98. Barlow et al. Austerity, precariousness, and the health status of Greek labour market participants: Retrospective cohort analysis of employed and unemployed persons in 2008–2009 and 2010–2011, 2015.
99. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse?Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. N Engl J Med 2002; 346:1715?1722.
100. Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH, Smith DG. The effects of nurse staffing on adverse outcomes, morbidity, mortality, and medical costs. Nurs Res 2003; 52(2):71?9.



101. Notara V, Koupidis SA, Vaga E, Grammatikopoulos IA. Economic crisis and challenges for the Greek healthcare system: the emergent role of nursing management. *J NursManag* 2010;18(5):501?4.
102. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288(16):1987?93.
103. Chang NH, Huang CL, Yang YO. The effects of economic crises on health care. *Hu Li ZaZhi* 2010;57(4): 89?94.
104. Hewison A. Feeling the cold: implications for nurse managers arising from the financial pressures in health care in England. *J NursManag* 2010;18(5):520?5.
105. WHO Regional Office for Europe. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen, (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>, accessed 20 September 2018).
106. Lahema E, Rahkonen O. Introduction. *Soc Sci Med* 1997; 44:721-2.
107. Eikemo TA, Huisman M, Bambra C, Kunst AE. Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociol Health Ill* 2008; 3:565-82
108. World Health Organization. The European health report 2002. Copenhagen: World Health Organization; 2003.
109. World Health Organization. World conference on social determinants of health: meeting report. Rio de Janeiro: World Health Organization; 2011.
110. European Union. Health inequalities in the EU – final report of consortium. Brussels: European Commission Directorate-General for Health and Consumers; 2013
111. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe. Maidenhead: Open University Press; 2015.



112. Petmesidou M, Guillén AM. Can the welfare state as we know it survive? A view from the crisis-ridden South European periphery. *South Eur Soc Polit* 2014; 19:295-307.
113. De Vogli R. The financial crisis, health and health inequities in Europe: the need for regulations, redistribution and social protection. *Int J Equity Health* 2014; 13:58.
114. Ruiz-Pérez I, Bermudez-Tamayo C, Rodríguez-Barranco M. Socio-economic factors linked with mental health during the recession: a multilevel analysis. *Int J Equity Health* 2017; 16:45.
115. Escolar-Pujolar A, Bacigalupe A, San Sebastian M. European economic crisis and health inequalities: research challenges in an uncertain scenario. *Int J Equity Health* 2014; 13:59-61.
116. Ferrera M. The ‘southern model’ of welfare in social Europe. *J Eur Soc Policy* 1996; 6:17-37.
117. Naldini M. *Le politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy.*Roma: Carocci; 2006.
118. Karamessini M. Continuity and change in the Southern European social model. *Int Labour Rev* 2008; 147:43-70.
119. Tavora I. The Southern European social model: familialism and the high rates of female employment in Portugal. *J Eur Soc Policy* 2002; 22:63-76.
120. León M, Migliavacca M. Italy and Spain: still the case of familistic welfare models? *Popul Rev* 2013; 25:25-42.
121. Karamessini M. Continuity and change in the Southern European social model. *Int Labour Rev* 2008; 147:43-70.
122. Petmesidou M, Pavolini E, Guillén AM. South European healthcare systems under harsh austerity: a progress-regression mix? *South Eur Soc Polit* 2014; 19:331-52.
123. Pavolini E, Guillén A, editors. *Health care systems in Europe under austerity. Institutional reforms and performance.* Basingstoke: Palgrave; 2013.



124. Barros PP, Machado SR, Simões JA. Portugal. Health system review. *Health Syst Transit* 2011; 13:1-156.
125. Health Consumer Powerhouse. Euro Health Consumer Index 2015. Report. [http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI\\_2015/EHCI\\_2015\\_report.pdf](http://www.healthpowerhouse.com/files/EHCI_2015/EHCI_2015_report.pdf) (accessed on 02/Jun/2016).
126. Matos AR, Serapioni M. The challenge of citizens' participation in health systems in Southern Europe: a literature review. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00066716.
127. Dávila Quintana C, Lopez-Valcárcel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit* 2009; 23:261-5.
128. Rey del Castillo J. Analisis del origen, situacion y perspectiva de futuro del proceso de descentralizacion sanitario espanol. *Rev Esp Salud Pública* 1998; 1:13-24.
129. Gonzáles López-Valcárcel B, Berber Perez P. Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España. Documento de trabajo. Madrid: Fundación Alternativas 90; 2006.
130. Soria B. Informe Bernat Soria. Madrid: Abbott Laboratories; 2011.
131. Bacigalupe A, Martín U, Font R, González- Rabago Y, Bergantiños N. Austeridade y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas? *Gac Sanit* 2016; 30:47-51.
132. Urbanos-Garrido R. Social inequality in health. Measuring the contribution of housing deprivation and social interaction in health. *Int J Equity Health* 2012; 11:77.
133. Dalstra JAA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int J Epidemiol* 2005; 34:316-26.
134. Ministerio de Sanidad y Política Social. Avanzando hacia la equidade. Propuesta de política para reducir las desigualdades sociales en salud en España. <http://www.mspsi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigua>



[dadSalud/docs/Propuesta Politicas Reducir Desigualdades.pdf](#) (accessed on 10/May/2018).

135. López-González A, Bennasar-Veny M, Tauler P, Aguiló A, Tomás-Salva M, Yañez A. Desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad en los factores de riesgo cardiovasculares. *Gac Sanit* 2015; 239:27-36.
136. Lopez Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicide in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health* 2013; 23:732-6.
137. García-Armesto S, Abadía-Taira MB, Durán A, Hernández-Quevedo C, Bernal-Delgado E. Spain: health system rev.
138. López-Fernandez LA, Martínez-Millán JI, Ajuria AF, March Cerdá JC, Suess A, Danet DD, et al. Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? *Gac Sanit* 2012; 26:298-300.
139. Navarro V. The social crisis of the Eurozone: the case of Spain. *Int J Health Serv* 2013; 43:189-92.
140. Legido-Quigley H, Otero L, la Parra D, Alvarez- Dardet C, Martin-Moreno JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare systems? *BMJ* 2013; 346:f2363.
141. Mossialos E, Allin S, Davaki K. Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Econ* 2005; 14 Suppl 1:S151-68.
142. Petmesidou M, Guillén A. 'Southern style' national health services. Recent reforms and trends in Spain and Greece. *Soc Policy Adm* 2008; 42:106-24.
143. Economou C. Greece: health system review. *Health Syst Transit* 2010; 12:1-180.
144. Kaitelidou DC, Kouli E. Greece: the health system in a time of crisis. *Eurohealth Observer* 2012; 18:12-4.
145. Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy* 2008; 87:72-81.



146. Kaitelidou DC, Tsirona CS, Galanis PA, Siskou OC, Mladovsky P, Kouli EG, et al. Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy* 2013; 109:23-30.
147. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly: a European overview. *Soc Sci Med* 2003; 57:861-73.
148. Zavras D, Economou C, Kyriopoulos J. Factors influencing dental utilization in Greece. *Community Dent Health* 2004; 21:181-8.
149. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378:1457-8.
150. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health Policy* 2014; 115:111-9.
151. Costa G, Spadea T, Cardano M, editors. *Diseguaglianze di salute in Italia*. *Epidemiol Prev* 2004; 28(3 Suppl):1-160.
152. Costa G, Faggiano F, editors. *L'equità nella salute in Italia: rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: Fondazione Smith Kline/Angeli Editore; 1994.
153. Cardano M, Costa G, Demaria M, Merler E, Biggeri A. Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani. *Epidemiol Prev* 1999; 23:141-52.
154. Gargiulo L, Sebastiani G, editors. *Le condizioni di salute della popolazione. Indagine multiscopo sulle famiglie*. Roma: ISTAT; 2002.
155. Granaglia E, Compagnoni V. *Disuguaglianze sanitarie e mezzogiorno*. Roma: Ministero dello Sviluppo Economico; 2007.
156. Costa G, Bassi M, Censini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N, editors. *L'equità in salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: Fondazione Smith Kline/Angeli Editore; 2014.
157. Spadea T. La prevenzione primaria e la diagnosi precoce. *Epidemiol Prev* 2004; 28(3 Suppl):97-102.





158. Perocco F. *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso italiano.* Milano: Franco Angeli; 2012.
159. Tognetti Bordogna M. *Nuove disuguaglianze di salute: il caso degli immigrati.* *Cambio* 2013; 3:59-72.
160. Giarelli G, Serapioni M. *Les inégalités devant la santé en Italie: un paradoxe aparent?* *Revue Sociologie Santé* 2006; 25:279-90.
161. Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite V. *Health care systems in transition: Portugal.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
162. Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010.* Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde; 2004.
163. World Health Organization. *Portugal health system performance assessment.* Copenhagen: World Health Organization; 2010.
164. van Doorslaer E, Koolman X, Xander J, Andrew M. *Explaining income-related inequalities in health care utilization in Europe.* *Health Econ* 2004; 13:629-47.
165. Oliveira M, Bevan G. *Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs.* *Health Policy* 2003; 66:277-93.
166. Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ, Schaap M, Menville G, Leinsalu M, et al. *Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries.* *N Engl J Med* 2008; 358:2468-81.
167. Cabral MV, Silva PA. *O estado da saúde em Portugal.* Lisboa: Imprensas de Ciências Sociais; 2009.
168. Bago D'Uva TM. *Equidade no sector da saúde em Portugal.* In: Simões J, organizador. *Trinta anos do serviço nacional de saúde.* Coimbra: Almedina; 2010. p. 83-112.
169. Santana P. *A saúde dos portugueses.* In: Campos AC, Simões J, organizadores. *40 anos de abril na saúde.* Coimbra: Almedina; 2014. p. 69-92.
170. Simões J, Augusto GF, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. *Portugal: health system review.* *Health Syst Transit* 2017; 19:1-184.



171. Barros PP. Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy* 2012;106:17-22.
172. Wilkinson R, Marmot M (eds): *Social determinants of health: the solid facts*, ed 2. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003.
173. Agerbo E: Effect of psychiatric illness and labour market status on suicide: a healthy worker effect? *J Epidemiol Community Health* 2005;59:598-602.
174. World Health Organization: *Impact of Economic Crises on Mental Health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.
175. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D: Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378:1457-1458.
176. Fountoulakis KN, Grammatikopoulos IA, Koupidis SA, Siamouli M, Theodorakis PN: Health and the financial crisis in Greece. *Lancet* 2012; 379:1001-1002.
177. Central Statistics Office Ireland: *Report on Vital Statistics 2009*. Dublin, CSO Office, 2012.
178. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D: Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* 2012; 345: e5142.
179. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M: Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011; 378:124-125.
180. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M: The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009; 374:315-323.
181. Giotakos O, Karabelas D, Kafkas A: Financial crisis and mental health in Greece (in Greek). *Psychiatrike* 2011; 22:109-119.
182. Berk M, Dodd S, Henry M: The effect of macroeconomic variables on suicide. *Psychol Med* 2006; 36:181-189.



183. Skapinakis P, Weich S, Lewis G, Singleton N, Araya R: Socio-economic position and common mental disorders. Longitudinal study in the general population in the UK. *Br J Psychiatry* 2006; 189:109-117.
184. Chang SS, Gunnell D, Sterne JA, Lu TH, Cheng AT: Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med* 2009;68:1322-1331.
185. Phillips MR, Liu H, Zhang Y: Suicide and social change in China. *Cult Med Psychiatry* 1999;23:25-50.
186. Sundar M: Suicide in farmers in India. *Br J Psychiatry* 1999;175:585-586.
187. Paananen R, Gissler M: Cohort profile: the 1987 Finnish Birth Cohort. *Int J Epidemiol* 2012;41:941-945.
188. Brenner MH: Commentary: economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century - experience of the United States 1901-2000. *Int J Epidemiol* 2005;34:1214-1221.
189. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide: WHO European review of social determinants of health and the health divide. *Lancet* 2012;380:1011-1029.
190. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D: The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health* 2013;23:103-108.
191. Wahlbeck K, McDaid D: Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry* 2012;11:139-145.
192. McDaid D, Zechmeister I, Kilian R, Medeiros H, Knapp M, Kennelly B, the WHEEN Group: Making the Economic Case for the Promotion of Mental Well-being and the Prevention of Mental Health Problems, WHEEN II Policy Briefing 3. London, Personal Social Services Research Unit, 2008.



193. Mezzich JE, Christodoulou GN, Fulford KW: Introduction to the conceptual bases of psychiatry for the person. *Int J Pers Cent Med* 2011;1:121-124.
194. Chisholm D, Saxena S: Cost effectiveness of strategies to combat neuropsychiatric conditions in sub-Saharan Africa and South East Asia: mathematical modelling study. *BMJ* 2012;344:e609.
195. McDaid D, Knapp M: Black-skies planning? Prioritising mental health services in times of austerity. *Br J Psychiatry* 2010;196:423-424.
196. McDaid D, Park AL: Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project. *Health Promot Int* 2011;26(suppl 1):i108-i139.
197. Department of Health: No Health without Mental Health: a Cross-Government Mental Health Outcomes Strategy for People of All Ages. London, Department of Health, 2011.
198. Arghyrou, M.G.; Tsoukalas, J.D. The Greek debt crisis: Likely causes, mechanics and outcomes. *World Econ*, 2011; 34, 173–191.
199. Skroumpelos, A., Pavi, E., Mylona, K., Kyriopoulos, J. (2014). The Impact of Economic Crisis on Chronic Patients' Self-Rated Health, Health Expenditures and Health Services Utilization. *Diseases* 2, 93-105.
200. Hellenic Statistical Authority (EL.STAT), (2013). Health expenditure [In Greek]. Available online [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103\\_SHE35\\_DT\\_AN\\_00\\_2011\\_01\\_F\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A2103/PressReleases/A2103_SHE35_DT_AN_00_2011_01_F_GR.pdf). Πρόσβαση: 3 Ιανουαρίου 2017.
201. American Hospital Association. The Economic Crisis: Ongoing Monitoring of Impact on Hospitals. Results of AHA Rapid Response Survey, August/September 2009. Στο: <http://www.aha.org/research/reports/tw/09nov-econimpsurvresults.pdf>. Πρόσβαση: 3 Ιανουαρίου 2017.
202. Swartz, K. Health care for the poor: For whom, what care, and whose responsibility? *Focus* Vol. 26, No. 2, Fall 2009.



203. Rechel, B., Suhrcke, M., Tsoolova, S., Suk, J., Desai, M., McKee, M., Stuckler, D., Abubakar, I., Hunter, P., Senek, M., Semenza, J. Economic crisis and communicable disease control in Europe: A scoping study among national experts, *Health Policy*, 2011, 103, 168–175.
204. Μαντζούκας, Σ. Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα: Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική* 2007;46, 88-98.
205. Παναγόπουλος, Α. Το σύστημα εποπτείας και ελέγχου στην πρωτοβάθμια εκπαίδευση: Η περίπτωση του Σχολικού Συμβούλου και οι θέσεις της Δ.Ο.Ε. για το θεσμό. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης και της Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία, 2012.
206. Healy, J, McKee, M, Edwards, N et al. 'Pressures for change', in Martin McKee and Judith Healy (ed.), *Hospitals in a changing Europe*, Open University Press, Buckingham, 2002, pp. 36-58.
207. Casey B, et al. "Policies for an Ageing Society: Recent Measures and Areas for Further Reform", OECD Economics Department Working Papers, No. 369, OECD Publishing, Paris, 2003. <http://dx.doi.org/10.1787/737005512385>.
208. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., McKee, M. The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *Ulster Med J.*, 2009, 78(3): 142–145.
209. Reeves A, McKee M, Stuckler D. The attack on Universal Health Coverage in Europe: unmet needs, recession, and austerity. *Eur J Public Health* 2015; 25:364–65.
210. Jacobson BLS, Lalonde RJ, Sullivan DG. Earnings losses of displaced workers. *Am Econ Rev* 1993;83:685–709.
211. Gruber BJ. The consumption smoothing benefits of unemployment insurance. *Am Econ Rev* 1997;87:192–205.
212. Loopstra R, Reeves A, Taylor-Robinson D, Barr B, McKee M, Stuckler D. Austerity, sanctions, and the rise of food banks in the UK. *BMJ* . 2015; 350:1775.

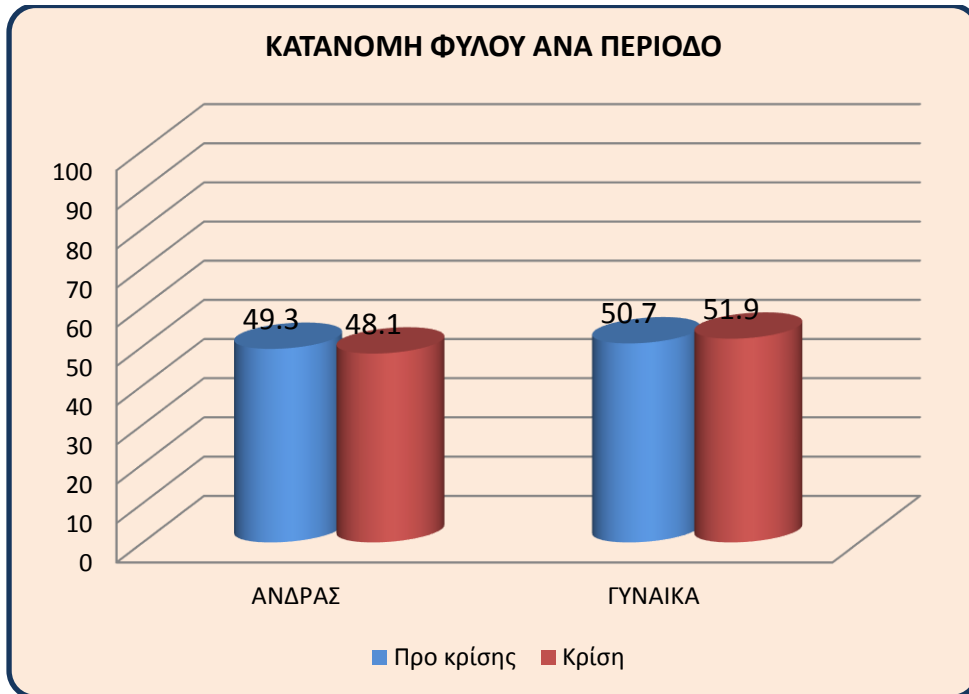


213. da Costa FA, Pedro AR, Teixeira I, Bragança F, da Silva Aranda, José Cabrita J. Primary non-adherence in Portugal: findings and implications. *Int J Clin Pharm* 2015;37:626–35.
214. Dave DM, Kelly IR. How does the business cycle affect eating habits? *Soc Sci Med* 2012; 74: 254 – 62.
215. Giotakos O. Financial crisis and mental health. *Psychiatriki* 2010; 21 (3): 195-204
216. Ortega T, Johnson R, Beeson G, Craft J. The Farm Crisis and Mental Health: A Longitudinal Study of the 1980s. *Rural Sociology* 1994; 59(4):598-619
217. Sargent-Cox K, Butterworth P, Anstey K. The global financial crisis and psychological health in a sample of Australian older adults: A longitudinal study. *Soc Sci Med* 2011; 73(7) :1105-1112.
218. Giotakos O, Karabelas D, Kafkas A. Financial crisis and mental health in Greece. *Psychiatriki* 2011; 22:109–119.
219. Sanidas E.A, Papaioannou T, Papadopoulos A, Tatsi K, Velliou M, Dalianis N, Paizis I, Anastasiadis G, Kelepeisis G, Bonou M, Tsioufis K, Barbetseas J. The impact of financial crisis on coronary artery disease burden in Greece. *Hellenic Journal of Cardiology* xxx, 2018:1-4.

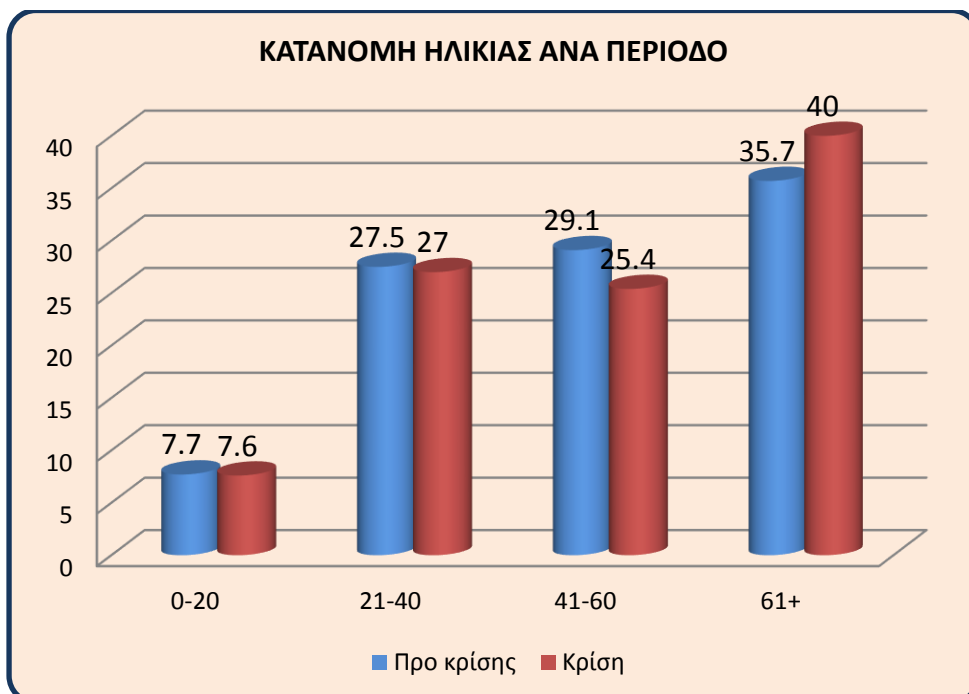


## Παράρτημα

Διάγραμμα 1.



Διάγραμμα 2.

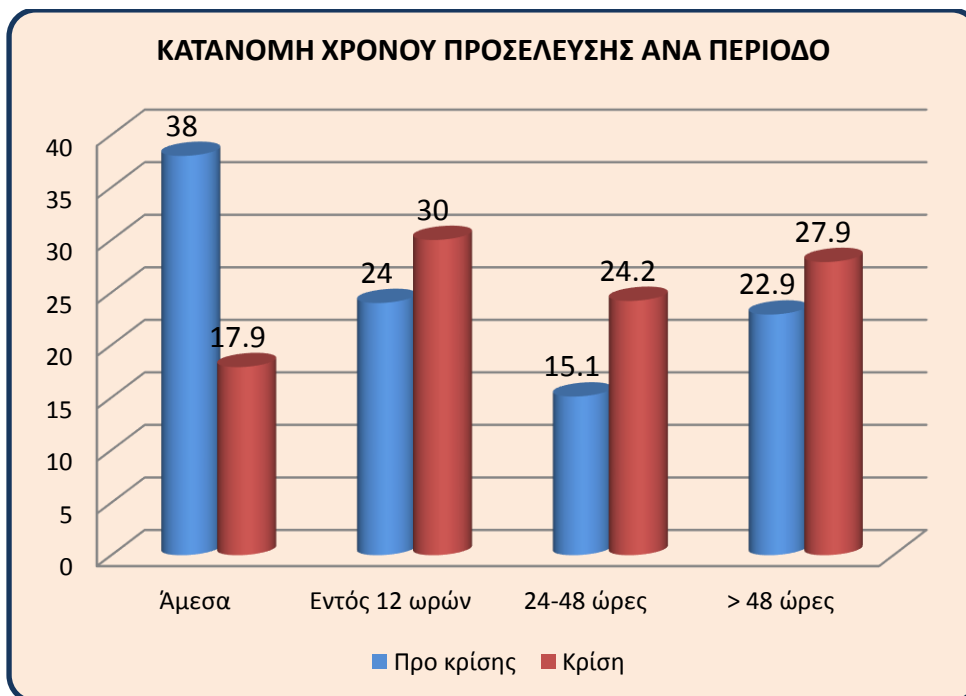




**Διάγραμμα 3.**



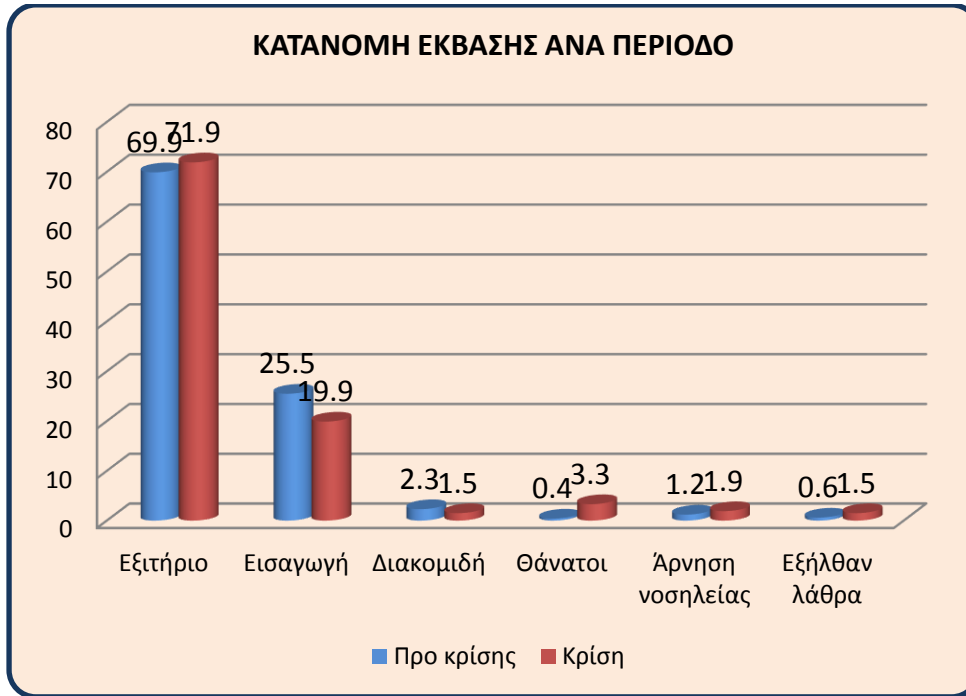
**Διάγραμμα 4.**



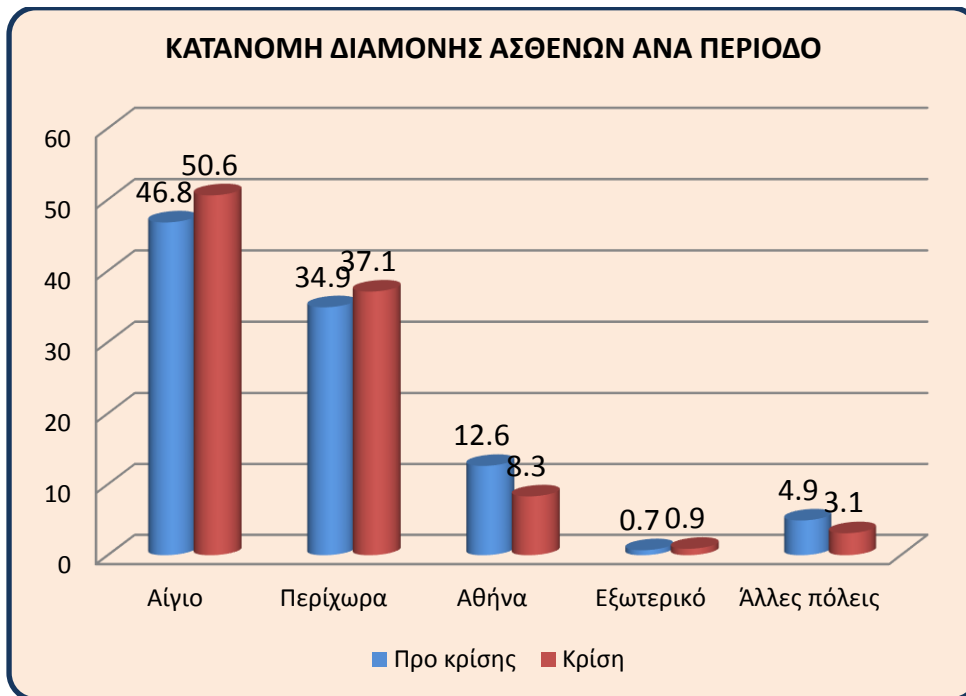




**Διάγραμμα 5.**

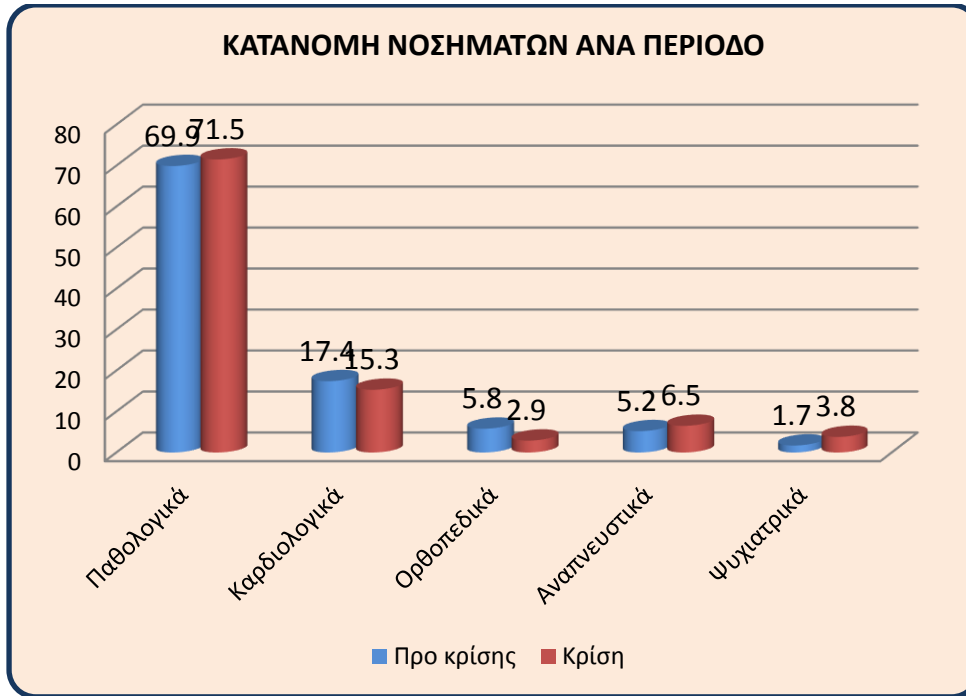


**Διάγραμμα 6.**

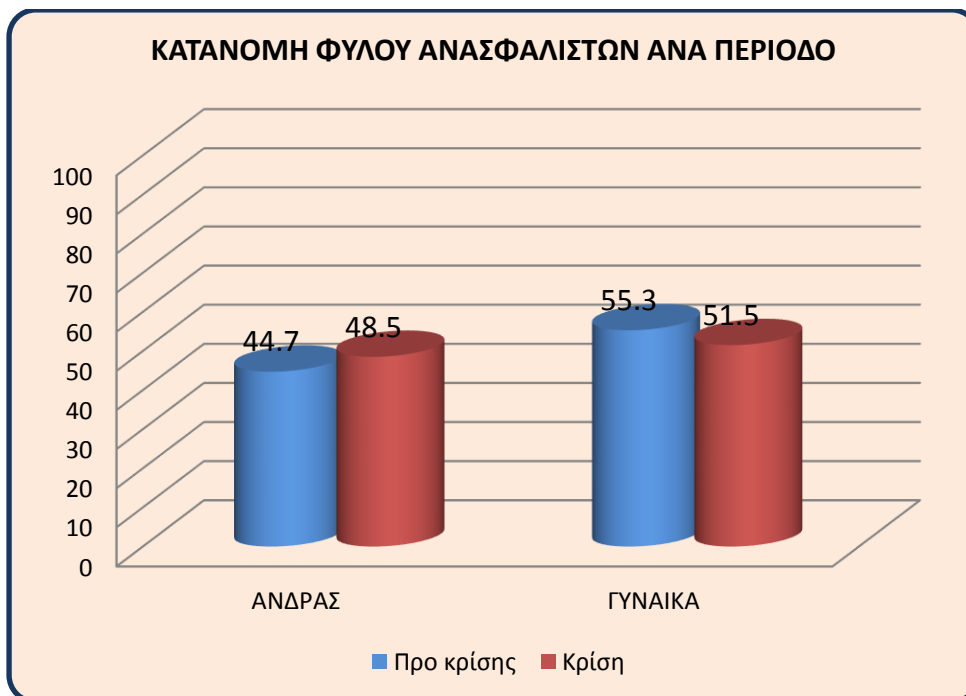




**Διάγραμμα 7.**

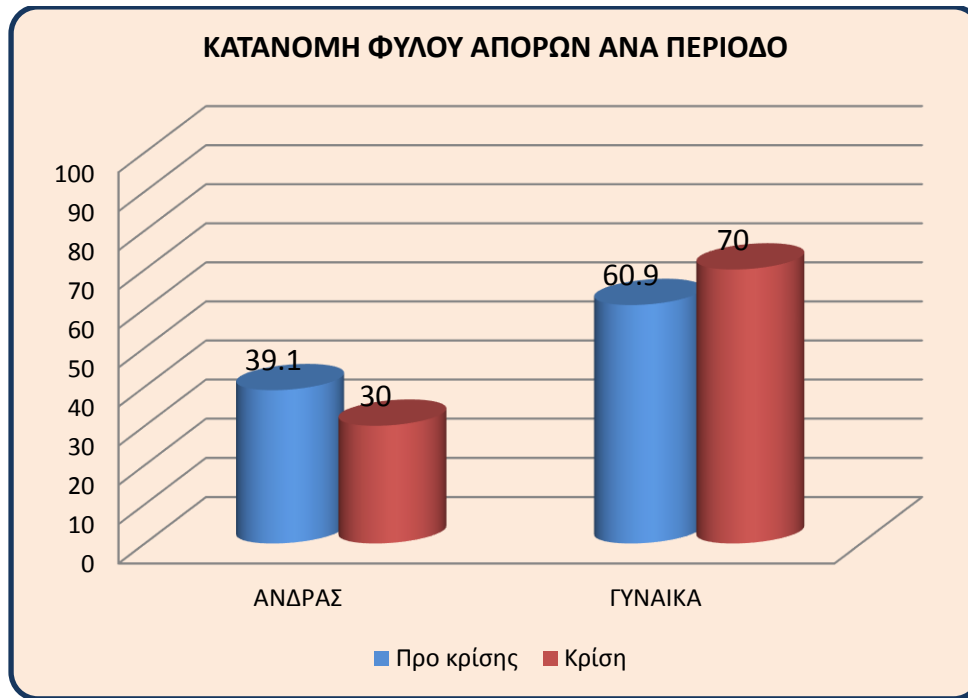


**Διάγραμμα 8.**

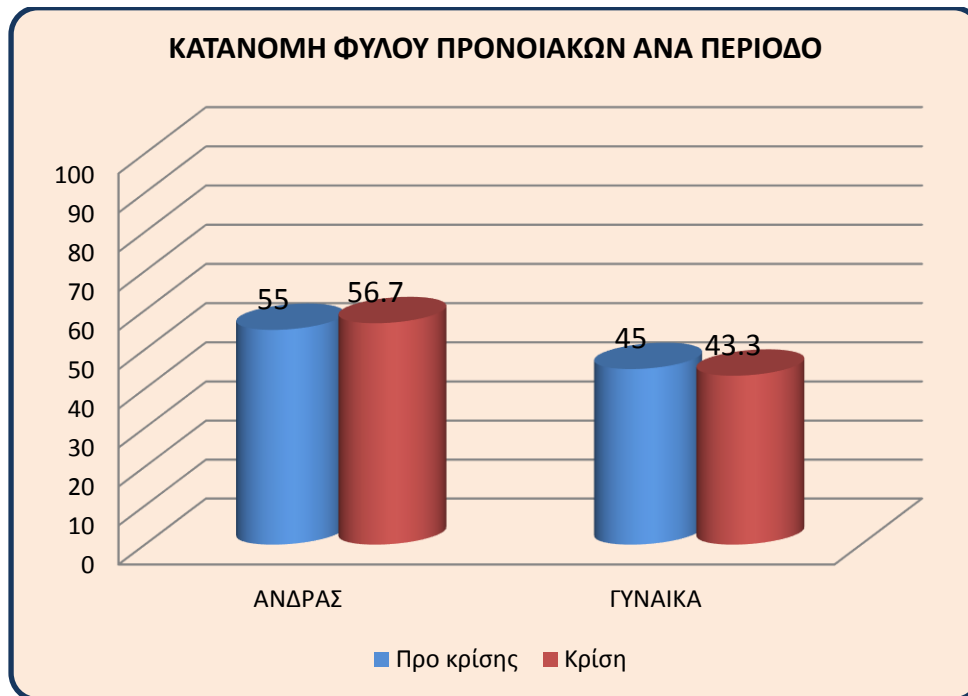




**Διάγραμμα 9.**



**Διάγραμμα 10.**





ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΧΑΪΑΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Τμήμα: Γραμματεία Ε.Σ.  
Ταχ. Δ/ση: Άνω Βουλωμένο  
Τ.Κ.: 25100, Αίγιο  
Πληροφορίες: Μ. Ματτέ  
Τηλ.: 2691059403  
Fax: 2691029678

ΑΙΓΙΟ 02/03/2016  
ΑΡ. ΠΡΩΤ. 12

ΠΡΟΣ κ. Σαλαμούρα Μαρία,  
ΤΕ Νοσηλεύτρια

ΘΕΜΑ: ΔΙΑΒΙΒΑΣΗ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑΤΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

ΣΧΕΤ.: ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ ΑΡΙΘΜ. 1<sup>ης</sup>/29-02-2016 ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ

Σας διαβιβάζουμε απόσπασμα πρακτικού αριθμ. 1<sup>ης</sup>/29-02-2016 Συνεδρίασης του  
Επιστημονικού Συμβουλίου σχετικά με την έγκριση μελέτης μετά από το υπ' αρ. 6/24-02-2016  
αίτημα της κ. Σαλαμούρα Μαρίας, ΤΕ Νοσηλεύτριας και παρακαλούμε για τις δικές σας  
ενέργειες.

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.





ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΧΑΪΑΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ

ΠΡΑΚΤΙΚΟ ΑΡΙΘΜ. 7<sup>ης</sup>/30-11-2015 ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ  
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Στο Αίγιο σήμερα την 29-02-2016 ημέρα Δευτέρα και ώρα 12:30, το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. Ανατολικής Αχαΐας, το οποίο συγκροτήθηκε με την αριθμ. 43/16-04-2013 απόφαση του Διοικητή του Γ.Ν. Ανατολικής Αχαΐας, κατόπιν εγγράφου προσκλήσεως του κ. Προέδρου αυτού, στην οποία παρόντες ήταν οι εξής:

Βασιλόπουλος Αλέξανδρος Συν/τής Δ/ντής Ακτινολογικού  
Χατζηγιάννης Βασίλειος Δ/ντής Ακτινολογικού Εργαστηρίου  
Πιέρρος Κων/νος Δ/ντής Οδοντιατρικού  
Σωτηροπούλου Γεωργία ΕΒ' Παθολογοανατομικού Εργαστηρίου  
Αποστολοπούλου Βασιλική ΠΕ Βιολόγων  
Τίγγα Γεωργία ΤΕ Κοινωνικών Λειτουργιών

Δεν παρέστη η κ. Αρμένη Αναστασία Ειδικευόμενη ιατρός Παθολογίας, η κ. Αθανασοπούλου Διαμάντω ΤΕ Νοσηλευτριών και ο κ. Φωκός Στέφανος ΕΑ' Μικροβιολογικού Εργαστηρίου.

Ως Γραμματέας του Συμβουλίου παρέστη η υπάλληλος Ματτέ Μαργαρίτα. Αφού διεπιστώθη ότι το Συμβούλιο είναι σε απαρτία εισέρχεται στην ημερήσια διάταξη.

Θέμα 2<sup>ο</sup>: Έγκριση μελέτης του υπ' αρ. 6/24-02-2016 αιτήματος της κ. Σαλαμούρα Μαρίας, ΤΕ Νοσηλεύτριας.

Τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου ομόφωνα εγκρίνουν την εκπόνηση της μελέτης με θέμα "Η οικονομική κρίση ως παράγοντας μεταβολής του προφίλ των ασθενών που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών", στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών της Ιατρικής σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών με τίτλο "Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση", μετά από το υπ' αρ. 6/24-02-2016 αίτημα της κ. Σαλαμούρα Μαρίας, ΤΕ Νοσηλεύτριας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Α. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ

Μ. ΜΑΤΤΕ

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ  
ΤΗΣ 1<sup>ης</sup>/29-02-2015 ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ Ε.Σ.

ΑΙΓΙΟ 02-03-2016

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.

Μ. ΜΑΤΤΕ

