

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ, ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο
σύστημα υγείας
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας**

ΤΣΕΛΙΟΥ ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ

ΑΘΗΝΑ 2021

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το σύστημα υγείας έχει ως στόχο τη βελτιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού με βάση τις οικονομικές δυνατότητες της εκάστοτε κοινωνίας, μέσα από προγραμματισμένες υπηρεσίες. Λειτουργεί σύμφωνα με την αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, ωστόσο είναι πολλές οι φορές που εμφανίζει χαρακτηριστικά, όπως οι μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά και η μη αποτελεσματική αξιολόγηση των υπηρεσιών. Ωστόσο, το εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα λειτουργίας. Τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι ιδιαίτερα αυξημένα και έχουν επιβαρυνθεί σε μεγαλύτερο βαθμό εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που επικρατεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και της έρευνας που έλαβε χώρα, των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας, στην οικονομική και κοινωνική κατάσταση τους, καθώς και η παράθεση ορισμένων προτάσεων αναφορικά με τις πολιτικές υγείας που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε εθνικό επίπεδο αλλά και την τοπική κοινωνία του Νομού Αιτωλοακαρνανίας.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη: τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και την ερευνητική προσέγγιση. Όσον αφορά το θεωρητικό κομμάτι αυτό, αρχικά, περιλαμβάνει εισαγωγικά στοιχεία που αφορούν την έννοια της υγείας, τις οικονομικές κρίσεις στην Ελλάδα και την κατάσταση του ελληνικού συστήματος υγείας πριν την οικονομική κρίση. Σε επόμενα κεφάλαια γίνεται αναφορά στα βασικά στοιχεία του ελληνικού συστήματος υγείας και αναφέρονται οι αιτίες της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και τα μέτρα που λήφθηκαν λόγω της κρίσης αυτής. Στη συνέχεια αναφέρεται πως επηρεάστηκε η υγεία εξαιτίας της οικονομικής κρίσης και ποιες οι επιπτώσεις της στην υγεία του ατόμου και στο φάρμακο. Τέλος, γίνεται εκτενής αναφορά στις επιπτώσεις της κρίσης γενικά στο σύστημα υγείας.

Το δεύτερο μέρος της εργασίας περιλαμβάνει μια πρωτογενή έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια αυτής της εργασίας. Σκοπός της έρευνας ήταν η ανάδειξη των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας για την τοπική κοινωνία του Νομού Αιτωλοακαρνανίας. Ο πληθυσμός που αποτέλεσε το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας ήταν κάτοικοι του Νομού Αιτωλοακαρνανίας και το δείγμα των συμμετεχόντων περιλάμβανε συνολικά 116 άτομα.

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

Από τα συμπεράσματα της έρευνας προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων διαθέτει βιβλιάριο υγείας και η ύπαρξή του σχετίζεται με την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και τη μη λήψη φαρμάκων λόγω κόστους. Επίσης βρέθηκε ότι η ηλικία σχετίζεται αρνητικά με τη μη λήψη φαρμάκων λόγω κόστους και με τη διενέργεια εξετάσεων. Τέλος, πραγματοποιήθηκε έλεγχος μεταξύ του φύλου των συμμετεχόντων και διαφόρων παραγόντων, όπου βρέθηκε συσχέτιση του φύλου με τη διενέργεια εξετάσεων, την εμφάνιση νόσου τους τελευταίους 12 μήνες, την επίσκεψη στα ΤΕΠ και τα εξωτερικά ιατρεία και την πεποίθηση ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο. Τέλος, προέκυψαν αρκετά μεγάλα ποσοστά γνώσης και ικανοποίησης από τους συμμετέχοντες για τα διάφορα θέματα που τους τέθηκαν και βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες έχουν ανάγκη περαιτέρω ενημέρωσης κυρίως για την ασφάλεια της υγείας τους και τον ΕΟΠΥΥ και για τα δικαιώματά τους αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

ABSTRACT

The health system is designed to optimize the health of the population based on the financial possibilities of each society, through scheduled services. It works according to the principle of clinical effectiveness, efficiency and equity, but there are many times that displays features such as monopolistic market trends and ineffective evaluation of services. However, the national health system has significant operational problems. The financial problems are particularly high and were charged to a greater extent due to the economic crisis prevailing in recent years in our country.

The purpose of this paper is to highlight through the literature review and research that took place, the effects of the economic crisis in the health system in their economic and social situation, and the juxtaposition of certain proposals with regard to health policies that could implemented at national level and the local community of the prefecture Etoloakarnania.

The work is divided into two parts: a literature review and research approach. Regarding the theoretical part it initially contains introductory information concerning the concept of health, of economic crises in Greece and the state of Greek health system before the economic crisis. In the following chapters refer to the basic elements of the Greek health system and are the causes of the financial crisis in Greece and the measures taken due to this crisis. Then stated that influenced health because of the economic crisis and what the impact on the health of the person and the drug. Finally, there is extensive reference to the impact of the crisis in the health system in general.

The second part includes a primary research conducted in this work. The aim was to highlight the effects of the economic crisis in the health system for the local community of the prefecture Etoloakarnania. The population was the sample of the survey were residents of the prefecture Etoloakarnania and the sample of respondents included a total of 116 people.

The conclusions of the survey show that the majority of participants have health card and its existence is related to marital status, education level and not taking drugs such costs. It also found that age negatively related to not taking drugs because of cost and with an examination. Finally, a check between gender of the participants and the different actors, where no correlation to sex with an examination, appeared disease last 12 months, visiting the ER and outpatient and the belief that the health system is

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

complex. Finally, they emerged quite a lot of knowledge and satisfaction of the participants about the various issues that were and found that participants need further information also for the safety of their health and EOPYY and their rights regarding the use of health services .

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT.....	5
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	7
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	10
Εισαγωγή.....	10
Ανάπτυξη Ερωτηματολογίου.....	11
Ευχαριστίες	12
ΜΕΡΟΣ Ι ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	13
1.1 Ορισμός Υγείας	13
1.2 Οικονομικές κρίσεις στην Ελλάδα.....	14
1.2.1 Η πρώτη πτώχευση του 1827.....	14
1.2.2 Η πτώχευση του 1843.....	14
1.2.3 Το «δυστυχώς επτωχεύσαμεν» του Τρικούπη	15
1.2.4 Η πτώχευση του 1932.....	16
1.2.5 Οικονομική κρίση 2010 – ένταξη Ελλάδας στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο 17	
1.3 Η υγεία στη διάρκεια των κρίσεων	18
1.4 Το Ελληνικό σύστημα υγείας πριν την οικονομική κρίση	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
2.1 Οργάνωση και Λειτουργία του Συστήματος Υγείας.....	20
2.2 Ε.Ο.Π.Υ.Υ – Π.Ε.Δ.Υ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΑΙΤΙΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΜΕΤΡΩΝ .26	
3.1 Τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα	26
3.2 Λήψη μέτρων λόγω οικονομικής κρίσης.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	31

4.1	Τα Χαρακτηριστικά της Αγοράς Φαρμάκου	31
4.2	Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης στην υγεία του ατόμου	33
4.2.1.	Διατροφή και φυσική άσκηση	33
4.2.2.	Κάπνισμα	33
4.2.3.	Κατανάλωση αλκοόλ	34
4.2.4.	Ψυχική υγεία - Δείκτες ψυχικής υγείας.....	34
4.2.5.	Θνησιμότητα.....	35
4.2.6.	Χρόνια νοσήματα	35
4.2.7	Τροχαία ατυχήματα.....	36
4.2.8	Αυτοκτονίες	36
4.2.9	Βρεφική θνησιμότητα	37
4.3	Οι Επιπτώσεις της κρίσης στο Φάρμακο	37
4.4	ΜΗΣΥΦΑ.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ		44
5.1	Εισαγωγή	44
5.2	Οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα Υγείας	44
5.3	Ανισότητες και ευπαθείς ομάδες.....	47
5.3.1	Κοινωνικό κράτος.....	47
5.3.2	Ανισότητες στις υπηρεσίες υγείας	49
5.3.3	Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας	51
5.3.4	Χρήση των υπηρεσιών υγείας.....	53
ΜΕΡΟΣ II ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ		56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ		56
1.1	Σκοπός.....	56
1.2	Υλικό και μέθοδος	56
1.3	Στατιστική ανάλυση.....	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ		61
2.1	Περιγραφικά	61
2.2	Συσχετίσεις	74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	76
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	84
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	88
Ερωτηματολόγιο	88
Πίνακες συσχετίσεων	94

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Εισαγωγή

Στην παρούσα εργασία με θέμα « Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας. Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας » αναλύονται αρχικά οι λόγοι που οδήγησαν την Ελλάδα στην ύφεση αλλά και οι επιδράσεις της κρίσης στην υγεία των ανθρώπων και κατ' επέκταση στο σύστημα υγείας. Στη συνέχεια πραγματοποιείται μια έρευνα που επικεντρώνεται στα νοσοκομεία του Νομού Αιτωλοακαρνανίας με σκοπό να διαπιστωθεί η πιθανή επίδραση της πρόσφατης οικονομικής κρίσης στη λειτουργία τους.

Κρίση σε ένα σύστημα υγείας συμβαίνει από την επίδραση ενός ξαφνικού συμβάντος με αποτέλεσμα τη μείωση της διαθεσιμότητας των υγειονομικών υπηρεσιών ή τη μεγάλη και απότομη αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Στη βιβλιογραφία υπάρχει μεγάλος αριθμός παραδειγμάτων όπου η συρρίκνωση της δημόσιας χρηματοδότησης για τον υγειονομικό τομέα μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω αύξηση των ιδιωτικών δαπανών και κυρίως των δαπανών των νοικοκυριών και σε αύξηση του υγειονομικού κόστους.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση επιβαρύνει τόσο τους πολίτες αλλά και το σύστημα υγείας των χωρών που θα την υποστούν εξαιτίας του φαύλου κύκλου που δημιουργείται από την αύξηση της ανεργίας, την απώλεια της ασφάλισης υγείας, την μείωση των εισοδημάτων, την μη ανταποκρισιμότητα στα έξοδα για την υγεία και τη δυνατότητα περίθαλψης και τελικά στην αύξηση νοσηρότητας που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της θνησιμότητας. Πολλές μελέτες αποδεικνύουν ότι η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο ζωής, η νοσηρότητα, η θνησιμότητα, αλλά και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Αποτελέσματα ανασκόπησης

Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια οδηγούν στον περιορισμό των δαπανών για την υγεία και τη μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες της. Ακόμα, η οικονομική ύφεση και τα φαινόμενα που προκαλεί, έχουν σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών. Προβλήματα εξαρτήσεων, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής και η πλημμελής διαχείριση των νοσημάτων από

τις επιβαρυνόμενες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία.

Σκοπός

Σκοπός της έρευνας είναι η ανάδειξη μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και της έρευνας που έλαβε χώρα, των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας, στην οικονομική και κοινωνική κατάσταση τους, καθώς και η παράθεση ορισμένων προτάσεων αναφορικά με τις πολιτικές υγείας που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε εθνικό επίπεδο αλλά και την τοπική κοινωνία του Νομού Αιτωλοακαρνανίας.

Ανάπτυξη Ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τρία μέρη. Το πρώτο ασχολείται με την καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ερωτώμενων που συμμετείχαν στην έρευνα. Το δεύτερο ασχολείται με τη διερεύνηση της κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων και το τρίτο μέρος εξετάζει την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από το δείγμα.

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων αφορούσαν:

- δημογραφικά στοιχεία
- ποσοτικά στοιχεία.

Τα ερωτηματολόγια θα δοθούν σε έντυπη μορφή για να διατηρηθεί ή ανωνυμία των συμμετεχόντων στην έρευνα. Περιλαμβάνουν γενικές ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής στην πλειοψηφία τους αλλά και εξειδικευμένες ερωτήσεις κλίμακας. Το δείγμα των συμμετεχόντων περιλαμβάνει 116 άτομα, άνδρες και γυναίκες όλων των ηλικιών. Η επιλογή των συμμετεχόντων θα είναι τυχαία, καθώς θα γίνει προσπάθεια να δοθούν σε διαφορετικούς χώρους, εργασιακούς και μη εργασιακούς, έτσι ώστε το δείγμα να είναι τυχαίο και όσο το δυνατό πιο αντιπροσωπευτικό.

Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί το στατιστικό πρόγραμμα SPSS Statistics 17.0, με τη βοήθεια του οποίου θα

ερμηνευτούν τα αποτελέσματα που προκύπτουν από το σύνολο των ερωτηματολογίων που θα επιστραφούν. Τα ευρήματα θα μας καθοδηγήσουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων και κατευθύνσεων για την εξέταση της πιθανής επίδρασης της κρίσης στην υγεία.

Αναμενόμενα αποτελέσματα έρευνας

- Αρκετά υψηλό ποσοστό Ελλήνων δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη από κάποιον ασφαλιστικό φορέα.
- Σημαντικό ποσοστό από τους κατόχους βιβλιαρίων εξακολουθούν να μην πραγματοποιούν ούτε τακτικές εξετάσεις αλλά ούτε να επισκέπτονται κάποιο συμβεβλημένο νοσοκομείο.
- Ο επικρατέστερος λόγος μη επίσκεψης κάποιου νοσοκομείου στην πλειοψηφία του είναι το μεγάλο χρηματικό κόστος νοσηλείας.
- Μεγάλο ποσοστό από το δείγμα δηλώνει αδυναμία λήψης φαρμάκων.

Ευχαριστίες

Η πτυχιακή αυτή εργασία αποτελεί έργο προσωπικής μου προσπάθειας. Για να ολοκληρωθεί και να φτάσει στο επιθυμητό αυτό σημείο απαιτήθηκαν ώρες μελέτης, συγκέντρωσης και συλλογής πληροφοριών. Ευχαριστώ όλους όσους με βοήθησαν καθ' όλη την περίοδο εκπόνησης και συγγραφής δίνοντάς μου κουράγιο και στήριξη. Τέλος, ευχαριστώ την εξεταστική επιτροπή που μου έκσνε την τιμή να αξιολογήσει την εργασία μου.

ΜΕΡΟΣ Ι ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1.1 Ορισμός Υγείας

Διαχρονικά για τη λέξη «υγεία» έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι ορισμοί. Στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το 1976 η υγεία ορίζεται ως «η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» και όχι αποκλειστικά από την απουσία της νόσου ή της αναπηρίας. Έτσι, η έννοια της υγείας, δεν ορίζεται μόνο από την ιατρική σκοπιά, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α. Ο ορισμός αυτός επιβεβαιώθηκε και στην παγκόσμια συνδιάσκεψη για την Υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που έγινε από τον ΠΟΥ τον Σεπτέμβριο του 1978. Το δικαίωμα προστασίας της υγείας είναι κοινωνικό και το περιεχόμενο του οποίου συνίσταται στην υποχρέωση του κράτους να παρέχει υπηρεσίες και να προβαίνει σε ενέργειες που αποκαθιστούν ή διατηρούν την υγεία των ανθρώπων. Αυτό το δικαίωμα θεμελιώνεται στο άρθρο 21 παρ.3 του Συντάγματος που προβλέπει ότι το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος των αναπήρων και για τη περίθαλψη των απόρων. Το άρθρο αυτό συνδυάζεται με το άρθρο 5 παρ. 2 που κατοχυρώνει το δικαίωμα στην ζωή. (Μπουρσανίδης, Χ., 1993). Οι θεμελιώδεις αρχές του δίκαιου της υγείας ιεραρχούνται σε τρεις βασικές αρχές

- Της ανθρώπινης αξιοπρέπειας
- Της ελευθερίας και
- Της ισότητας

Και σε τρεις ειδικότερες αρχές

- Τη συναίνεση του ασθενούς
- Την ενημέρωση για την κατάσταση τα υγείας του και τη θεραπεία που θα ακολουθηθεί και
- Την ασφάλεια και ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών.

1.2 Οικονομικές κρίσεις στην Ελλάδα

1.2.1 Η πρώτη πτώχευση του 1827

Στη διάρκεια της Επανάστασης η κυβέρνηση έκανε συμφωνία για δύο δάνεια που δόθηκαν στην Ελλάδα από τη χρηματαγορά της Μεγάλης Βρετανίας, αναμφίβολα υπό επαχθείς όρους. Ειδικότερα, το πρώτο δάνειο 472.000 λιρών χορηγήθηκε το 1824 και χρηματοδότησε κυρίως τον εμφύλιο πόλεμο. Η συμφωνία για το δεύτερο δάνειο ύψους 1,2 εκατ. λιρών πραγματοποιήθηκε το 1825 και χρησιμοποιήθηκε για την αγορά πολεμικού υλικού που όμως δεν έφτασε ποτέ στην Ελλάδα. Ένα μόνο μικρό ποσό από τα συνολικά ποσά των δανείων δαπανήθηκε για τις ανάγκες της επανάστασης. Το μεγαλύτερο ποσό δαπανήθηκε για την πληρωμή τόκων και προμηθειών, στα χρηματιστήρια της Ευρώπης ή σε παραγγελίες πολεμικού υλικού που όμως ποτέ δεν έφτασαν στην Ελλάδα.

Τα εν λόγω δάνεια και η ανησυχία των ομολογιούχων για την αποπληρωμή τους κράτησαν ενεργό το ενδιαφέρον των Άγγλων για τη δημιουργία ενός ανεξάρτητου ελληνικού κράτους (Λιαρόπουλος, Λ., 2007). Η Ελλάδα εξαιτίας αυτής της πτώχευσης αποκλείστηκε από τις διεθνείς κεφαλαιαγορές για τα επόμενα 53 χρόνια.

1.2.2 Η πτώχευση του 1843

Ο ερχομός του Όθωνα το 1832 συνοδεύτηκε από εγγυήσεις για την παροχή δανείου 60 εκ. γαλλικών φράγκων, που παραχωρήθηκαν στην Ελλάδα από τις κυβερνήσεις Αγγλίας, Γαλλίας και Ρωσίας. Μέχρι το 1833 είχαν εκχωρηθεί τα 2/3 του δανείου.

Το ποσό που έφτασε και πάλι στην Ελλάδα ήταν πολύ μικρότερο ενώ το μεγαλύτερο μέρος του δαπανήθηκε κυρίως για τις πληρωμές των προηγούμενων δανείων, την υποστήριξη της γραφειοκρατίας και σε στρατιωτικές δαπάνες. Ωστόσο, τα «εθνικά κτήματα» συνέχιζαν να είναι υποθηκευμένα. Μέχρι το 1843 η οικονομική ανάκαμψη δεν επήλθε. Η χώρα δεν μπορούσε να εκπληρώσει το δημόσιο χρέος της ενώ

οι ξένες δυνάμεις αρνήθηκαν να προβούν στην τρίτη δόση του δανείου του 1832. Ο Όθωνας αναγκάστηκε να κηρύξει επίσημη πτώχευση ζητώντας νέες πιστώσεις.

Οι διαπραγματεύσεις που ακολούθησαν με την ελληνική κυβέρνηση οδήγησαν στη υπογραφή και από τις δυο μεριές ενός μνημονίου, σύμφωνα με το οποίο η ελληνική κυβέρνηση όφειλε, μέσω μέτρων σκληρής λιτότητας, να αποπληρώσει τα δανεικά. Οι δανειστές, για να είναι σίγουροι για την αποπληρωμή τους, τοποθέτησαν εκπροσώπους τους στα υπουργεία, ώστε να παρακολουθούν από κοντά την εφαρμογή των συμπεφωνημένων. Η διάσκεψη που έγινε στο Λονδίνο έθεσε αυστηρούς όρους για την καταβολή των ελληνικών οφειλών, όρισε μια επιτροπή ελέγχου της ελληνικής οικονομίας και επέβαλε την εκχώρηση όλων των εθνικών πόρων για την εξυπηρέτηση των δανείων. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα μέτρα λιτότητας που ελήφθησαν τότε (Ιούλιος 1843) και μοιάζουν αρκετά με τα σημερινά μέτρα που έχουν επιβληθεί με τα μνημόνια I και II. Ανάμεσα στα μέτρα συμπεριλαμβάνονται: απολύσεις δημοσίων υπαλλήλων κατά το 1/3 και μείωση των μισθών των υπολοίπων κατά 20%. παύση της παροχής συντάξεων, οι οποίες βέβαια ήταν λίγες και λαμβάνονταν από στρατιωτικούς και δημόσιους υπαλλήλους. Μειώθηκαν οι στρατιωτικές δαπάνες και οι δημόσιες επενδύσεις. Αυξήθηκαν οι φόροι και οι δασμοί. Η αγανάκτηση του κόσμου από τη συνεχή μείωση του βιοτικού του επιπέδου οδήγησε σε στρατιωτικά κινήματα, τα οποία στις 3.9.1843 αξίωσαν και πέτυχαν την παραχώρηση συντάγματος (Λιαρόπουλος, Λ., 2007).

1.2.3 Το «δυστυχώς επτωχεύσαμεν» του Τρικούπη

Μετά το 1875 κυριαρχεί στο πολιτικό τοπίο ο Τρικούπης ο οποίος αναλαμβάνει το αξίωμα του Πρωθυπουργού το 1881 και υπηρετεί πιστά τις ανάγκες του μεγάλου κεφαλαίου της εποχής και εφαρμόζει πολιτικές ενεργού ζήτησης.

Η οικονομική ανάπτυξη απαιτούσε τη δημιουργία έργων υποδομής (οδικό και σιδηροδρομικό δίκτυο, λιμάνια, αποξηραντικά έργα, αναδιάρθρωση της λειτουργίας του κράτους και την ενίσχυση του στρατού). Η χρηματοδότηση των έργων αυτών γινόταν με τη βοήθεια διεθνών δανεισμών.

Από το 1879 ως το 1890 η χώρα δανείζεται συνεχώς ενώ αναγκάζεται να πληρώνει σε δάνεια το 40 με 50% των εσόδων της. Ο κρατικός προϋπολογισμός είναι μονίμως ελλειμματικός. Τη δεκαετία του 1880 υπάρχει τεράστια πτώση στις εξαγωγές

του κύριου εξαγωγικού προϊόντος, της σταφίδας, εξαιτίας και της ανάκαμψης των γαλλικών εξαγωγών. Η ελληνική οικονομία φτάνει στην κατάρρευση και το 1893 ο Τρικούπης αναφωνεί στη βουλή το ιστορικό « Κύριοι, δυστυχώς επτωχεύσαμεν». Ακόμη μία πτώχευση του ελληνικού κράτους ήταν γεγονός.

Τα μέτρα που ελήφθησαν, αμέσως μετά την πτώχευση, περιελάμβαναν και τις πληρωμές τόκων προς τους ξένους δανειστές κατά 30%, ενώ εξαιρέθηκαν οι εγχώριοι ομολογιούχοι, δηλαδή οι ελληνικές τράπεζες. (Λιαρόπουλος, Λ., 2007).

1.2.4 Η πτώχευση του 1932

Από το 1926 ξεκινά ένα πρόγραμμα οικονομικής ανασυγκρότησης της χώρας με την έλευση του Βενιζέλου. Ιδρύεται η Τράπεζα της Ελλάδος (ΤτΕ) και η δραχμή προσδένεται στην αγγλική λίρα. Με άλλα λόγια, η δραχμή δεν ήταν μετατρέψιμη κατευθείαν σε χρυσό, ήταν όμως μετατρέψιμη σε αγγλικές λίρες και αυτές με τη σειρά τους μπορούσαν να μετατραπούν σε αντίστοιχη ποσότητα χρυσού.

Τέτοιες ενέργειες σε ένα διεθνές κλίμα πιστωτικής χαλάρωσης επέτρεπαν στην κυβέρνηση Βενιζέλου να δανείζεται στις διεθνείς αγορές, για να χρηματοδοτεί το φιλόδοξο πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων, η απόδοση των οποίων θα επέτρεπε τη μελλοντική αποπληρωμή του χρέους που συσσωρευόταν.

Το 1929 ξεσπάει η παγκόσμια οικονομική κρίση ύστερα από το κραχ του χρηματιστηρίου της Νέας Υόρκης. Η κρίση είχε άμεσες συνέπειες στην οικονομία της Ελλάδας. Οι εξαγωγές καπνού, το οποίο είχε υποκαταστήσει τη σταφίδα ως κύριο εξαγωγικό προϊόν, ελαττώθηκαν σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας της γερμανικής ύφεσης. Η Γερμανία αποτελούσε τον κύριο εισαγωγέα του ελληνικού καπνού. Ένα χρόνο πριν, η χώρα είχε επανέλθει στον «κανόνα χρυσού» με σκοπό να φέρει επενδύσεις ξένων κεφαλαίων. Το 1932 όμως η υποτίμηση της στερλίνας και η κατάρρευση των παγκόσμιων αγορών αναγκάζουν την Ελλάδα να εγκαταλείψει.

Η δραχμή για να παραμείνει στον «κανόνα χρυσού» συνδέεται με το αμερικανικό δολάριο. Το Σεπτέμβριο του 1931 προκαλείται πανικός με «φυγάδευση» στο εξωτερικό 3,6 εκ. δολαρίων από ιδιώτες και τράπεζες. Η κυβέρνηση αναζητά επειγόντως νέα δάνεια χωρίς επιτυχία. Η κατάσταση είναι πια μη αναστρέψιμη. Την άνοιξη του 1932 ο Βενιζέλος αναγκάζεται να εγκαταλείψει καθυστερημένα τον « χρυσό κανόνα» και να υποτιμήσει την δραχμή. Στις 15 Απριλίου ο Βενιζέλος

αποφάσισε -λόγω πραγματικής οικονομικής αδυναμίας- να κηρυχτεί προσωρινό χρεοστάσιο που θα ίσχυε από 1ης Μαΐου 1932. Τα συναλλαγματικά αποθέματα της χώρας είχαν εξαντληθεί. Η Ελλάδα είχε κηρύξει πτώχευση, που υπήρξε η τελευταία μέχρι στιγμής. Αλλά σχετικά σύντομα, το 1935, το ελληνικό κράτος άρχισε την αποπληρωμή και πάλι του δημόσιου χρέους (Λιαρόπουλος, Λ., 2007).

1.2.5 Οικονομική κρίση 2010 – ένταξη Ελλάδας στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

Τον Μάιο του 2010 η Ελλάδα τέθηκε υπό δημοσιονομική επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Διεθνές Νομισματικό ταμείο και την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα εξαιτίας των υψηλών δημοσιονομικών ελλειμμάτων, του μεγάλου χρέους και της κρίσης δανεισμού από τις διεθνείς χρηματαγορές. Η ελληνική οικονομία βρίσκεται στη μέση μιας διεθνούς κρίσης, όπου οι ανατροπές στα εργασιακά, στα ασφαλιστικά και στα συνταξιοδοτικά θέματα, οι περικοπές μισθών και η μείωση του απασχολούμενου προσωπικού δημιουργούν αισθήματα αγωνίας, αβεβαιότητας και φόβου.

Σύμφωνα με αναλυτές η κρίση θα κρατήσει περισσότερο από 10 χρόνια και θα επηρεάσει την παγκόσμια οικονομία για πολύ καιρό. Μια κρίση που ξεκίνησε ως χρηματοοικονομική και εξελίχθηκε σε οικονομική έχει ήδη τα χαρακτηριστικά της κοινωνικής κρίσης, με κυριότερες αρνητικές συνέπειες στην απασχόληση. Ως τέτοια θα επηρεάσει και τον τομέα της υγείας με πολλούς τρόπους. Οι δύο κυριότεροι κίνδυνοι είναι η τάση πολλών κυβερνήσεων να μειώσουν της δημοσιονομικές τους δαπάνες στον τομέα του κοινωνικού κράτους και δεύτερον, οι επιπτώσεις της μείωσης της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας που προέρχονται από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων λόγω της ανεργίας και της «μαύρης» εργασίας. (Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε., 2012)

1.3 Η υγεία στη διάρκεια των κρίσεων

Η αρχή του δανεισμού των κρατών είχε αρχίσει από πολύ νωρίς, από τον δωδέκατο αιώνα ήδη. Ειδικότερα, μερικά από τα κράτη είναι πιο επιρρεπή και αντιμετωπίζουν το ρίσκο να υποπέσουν στη δίνη μιας οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και το information note (2009) σχετικά με την οικονομική κρίση, σε αυτό τον κίνδυνο περιλαμβάνονται και οι ανεπτυγμένες χώρες που έχουν ζητήσει έκτακτη βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, όπου οι περιορισμοί των δαπανών μπορούν να επιβληθούν κατά τη διάρκεια αποπληρωμής του δανείου. Ωστόσο, εκείνες που στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στη χρηματοδότηση των χορηγών βοήθειας στο κινδύνου της υγείας αντιμετωπίζουν μείωση των εσόδων των ενισχύσεων. Οι πληθυσμοί στις χώρες που επηρεάζονται από τη σύγκρουση, με λίγα οικονομικά αποθέματα, χαλαρωμένους θεσμούς και κατεστραμμένες υποδομές, είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι.

Όσον αφορά τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν πρόβλημα χρηματοδότησης λόγω μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας και λόγω της διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες. Σε αντίθεση με ότι συνέβη σε προηγούμενες κρίσεις, αρκετές χώρες ανέφεραν αύξηση των προϋπολογισμών για την υγεία. Αυτοί που περίμεναν να αντιμετωπίσουν την αυξανόμενη πίεση από τα υπουργεία Οικονομικών έπρεπε να διαθέτουν τεκμηριωμένα επιχειρήματα που να καταδεικνύουν τα οικονομικά οφέλη από τις επενδύσεις στον τομέα της υγείας (Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε., 2012)

1.4 Το Ελληνικό σύστημα υγείας πριν την οικονομική κρίση

Η διεθνής οικονομική κρίση που ξέσπασε το 2009 είχε μεγάλες συνέπειες για την οικονομία της Ελλάδας σε όλους τους τομείς και ειδικότερα στον τομέα της υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας από τη δημιουργία του κιόλας παρουσίαζε πολλά προβλήματα και χρόνιες παθολογίες. Αυτά προέκυψαν τόσο από την νοοτροπία των εμπλεκόμενων μερών, άλλα και από το θεσμικό πλαίσιο που καθόριζε τη λειτουργία του. Κάποια από τα πιο σημαντικά προβλήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας τα

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

προηγούμενα χρόνια πριν επέλθουν οι διαρθρωτικές αλλαγές στο χώρο της υγείας με το πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής είναι:

- Έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού διαρκείας.
- Χαμηλό επίπεδο πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- Έλλειψη κουλτούρας συνεχούς βελτίωσης, αφού η ποιότητα και το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών δεν μετριοούνται και η ευθύνη διαχέεται.
- Πρωτόγνωρη και σπάταλη οικονομική διαχείριση.

Είναι γεγονός ότι το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα τα τελευταία χρόνια πριν την κρίση βρισκόταν σε μια συνεχή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών, χωρίς ωστόσο να υπολογίζεται ως ένα οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα. Ο υγειονομικός τομέας εμφάνιζε μεγάλα προβλήματα και η δυσαρέσκεια των Ελλήνων από τις υπηρεσίες υγείας, ήταν πιο μεγάλη από κάθε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Μ. Θεοδώρου κ.ά., 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Οργάνωση και Λειτουργία του Συστήματος Υγείας

Το σύστημα υγείας ορίζεται ως ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό.

Το σύστημα υγείας έχει ως στόχο τη βελτιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού με βάση τις οικονομικές δυνατότητες της εκάστοτε κοινωνίας, μέσα από προγραμματισμένες υπηρεσίες (Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007) Λειτουργεί σύμφωνα με την αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, ενώ εμφανίζει χαρακτηριστικά, όπως μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά, μη αποτελεσματική αξιολόγηση των υπηρεσιών και ανισότητες.

Γενικότερα, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα σύνολο υποσυστημάτων που σχετίζονται και επηρεάζονται μεταξύ τους και που έχουν ως σκοπό τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της χώρας. Για να θεωρείται ένα σύστημα υγείας αποτελεσματικό θα πρέπει να παρέχει τις καλύτερες δυνατές υπηρεσίες στο κοινωνικό σύνολο, μειώνοντας στο ελάχιστο δυνατό το κόστος περίθαλψης.

Το ελληνικό σύστημα υγείας στηρίζεται κατά βάση στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Επίσης, χαρακτηρίζεται ως μεικτό επειδή ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος προέρχεται από τη φορολογία. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα είναι υποχρεωτική και τα Ασφαλιστικά Ταμεία χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των ασφαλισμένων και από τον κρατικό προϋπολογισμό (Θεοδώρου et al, 2001).

Το 1983 ιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο ξεκίνησε τη λειτουργία του έχοντας ως στόχο την ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στο ελληνικό σύστημα υγείας ο κύριος φορέας που καθορίζει τη λειτουργία του συστήματος υγείας και εποπτεύει τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης είναι το Υπουργείο Υγείας.

Το Υπουργείο Άμυνας είναι υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στον τομέα του στρατού, ενώ το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας είναι με τη σειρά του υπεύθυνο για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο ναυτικό.

Όπως προαναφέραμε, το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα το οποίο λαμβάνει τους απαραίτητους για τη λειτουργία του πόρους μέσω της φορολογίας, της κοινωνικής ασφάλισης και τις ιδιωτικές δαπάνες. Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς, τα οποία χρηματοδοτούνται από τον προϋπολογισμό του κράτους (Λιαρόπουλος, 2007, Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Ειδικότερα, το σύστημα υγείας αποτελεί ένα ανοικτό σύστημα υγείας το οποίο αποτελείται από το σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού, το σύστημα χρηματοδότησης και το σύστημα παραγωγής και διανομής (Μπουρσανίδης, 1993).

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας στη χώρα μας είναι τα εξής (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας

Από την άλλη, τα βασικά μειονεκτήματα του ελληνικού συστήματος υγείας συμπεριλαμβάνονται στα εξής (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007):

- Οι δαπάνες υγείας είναι ιδιαίτερα υψηλές
- Το επίπεδο ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εμφανίζεται πολύ χαμηλό
- Οι ασθενείς δεν έχουν τη δυνατότητα επιλογής ιατρού
- Ύπαρξη προβλημάτων γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων του πληθυσμού
- Ύπαρξη λίστας αναμονής ασθενών
- Επαναλαμβανόμενη εμφάνιση περιστατικών άτυπων πληρωμών

Ωστόσο, το εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει σημαντικά προβλήματα λειτουργίας. Αρχικά, τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι ιδιαίτερα αυξημένα και έχουν επιβαρυνθεί σε μεγαλύτερο βαθμό εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που επικρατεί τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας. Η εμφάνιση αλόγιστων σπαταλών στο εθνικό σύστημα υγείας και οι υπερτιμολογημένες αγορές

νοσοκομειακού υλικού οδήγησαν το σύστημα υγείας σε οικονομικό αδιέξοδο, με αποτέλεσμα να αδυνατεί να καλύψει τις τρέχουσες ανάγκες σε νοσοκομειακό και ιατρικό υλικό (Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007). Επιπλέον, το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας παρουσιάζει αρκετές παθογένειες. Οι ασθενείς έρχονται συχνά αντιμέτωποι με υπερτιμημένο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας που συχνά αδυνατούν να πληρώσουν και δεν τους προσφέρεται ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες του εθνικού συστήματος υγείας. (Μπουρσανίδης, 1993).

2.2 Ε.Ο.Π.Υ.Υ – Π.Ε.Δ.Υ.

Με τον νέο νόμο για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τον νέο ΕΟΠΥΥ αλλάζει ριζικά ο τρόπος προσέλευσης των ασφαλισμένων στους γιατρούς. Ακόμη, αλλάζει και ο τρόπος εισαγωγής των ασθενών σε νοσοκομεία, ενώ προβλέπονται συγκεκριμένες προληπτικές εξετάσεις που θα είναι υποχρεωτικές για συγκεκριμένες ηλικίες ασφαλισμένων. Στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που αφορά πάνω από 9 εκατ. Έλληνες ασφαλισμένους και μη σημειώνονται σημαντικές αλλαγές (Γκόλνα, Χ., 2006).

Ο ΕΟΠΥΥ προήλθε από συνένωση των Κλάδων Υγείας των παρακάτω ασφαλιστικών Ταμείων:

- ΙΚΑ (Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΤΥΔΚΥ (Ταμείο Υπαλλήλων Δήμων και Κοινοτήτων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- Οίκος Ναύτου ή NAT, από 1η Απριλίου 2012
- ΤΑΥΤΕΚΩ, από 1η Μαΐου 2012
- ΕΤΑΑ, από 1η Νοεμβρίου 2012
- ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, από 1η Δεκεμβρίου 2012

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

- Το ΛΙΜΕΝΙΚΟ από Μάιο 2013 με ένταξη στον ΟΠΑΔ.

Τα Ασφαλιστικά Ταμεία ΔΕΝ εντάχθηκαν

- Στρατός Ξηράς, Ναυτικό, Αεροπορία
- ΤΥΠΕΤ (Εθνική Τράπεζα)
- ΤΥΠΑΤΕ (Αγροτική Τράπεζα)
- ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
- ΕΔΟΕΑΠ (Δημοσιογράφων)
- ΕΥΔΑΠ
- ΑΕΙ-ΤΕΙ

Οι Ιατρικές Υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ άρχισαν θεωρητικά από την 1η Ιανουαρίου 2012 και παρέχονται δωρεάν στην Ελλάδα από 4 τομείς:

- Κρατικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ.
- Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ.
- Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (τέως Ιατρεία ΙΚΑ).
- Συμβεβλημένοι Ελευθεροεπαγγελματίες Ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ. Μη Συμβεβλημένοι Ελευθεροεπαγγελματίες Ιατροί (με χρέωση ασθενούς)

Ο ΕΟΠΥΥ είναι αγοραστής υπηρεσιών τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα. Ο νέος φορέας με την ονομασία ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας) περιλαμβάνει:

- τις Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ και
- τα Κέντρα Υγείας.

Τα Κέντρα Υγείας θα λειτουργούν επτά ημέρες την εβδομάδα, 24 ώρες το 24ωρο αλλά η σχετική απόφαση όμως λαμβάνεται από τον διοικητή κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας.

Οι σημαντικότερες αλλαγές αφορούν κυρίως τους ασφαλισμένους. Η πρόσβαση στην δευτεροβάθμια Φροντίδα θα γίνεται μετά από την επίσκεψη στον οικογενειακό γιατρό. Ο οικογενειακός ιατρός προσφέρει όλες τις βασικές υπηρεσίες

υγείας ώστε να εξασφαλίζει τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ειδικότερα ο Οικογενειακός Γιατρός:

- Αναλαμβάνει τη διαχείριση των συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και των εμβολιασμών, καθώς και των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και αποκατάστασης,
- Συμβουλεύει, υποστηρίζει, προσανατολίζει και καθοδηγεί τον ασθενή και την οικογένεια.
- Επιμελείται της παραπομπής των πολιτών στα άλλα επίπεδα περίθαλψης.
- Επιμελείται της δημιουργίας και τήρησης του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογο του, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και την αποτελεσματικότητά της (Λιαρόπουλος, Λ., 2007).

Καθήκοντα οικογενειακού ιατρού μπορούν να έχουν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής. Ο πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό από το σύνολο των οικογενειακών ιατρών της Δ.Υ.Πε.

Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας καθορίζονται:

- ο αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ιατρό,
- ο αναγκαίος αριθμός των οικογενειακών ιατρών ανά Δ.Υ.Πε,
- ο τρόπος και η διαδικασία επιλογής τους,
- η διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων οικογενειακού ιατρού σε ιατρούς των Κέντρων Υγείας,
- ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενο τους,
- η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οικογενειακών ιατρών, και
- κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Επίσης στο νέο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), οι ανασφάλιστοι θα έχουν πρόσβαση στο ΠΕΔΥ. Ακόμη, θεσπίζεται και ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ) όπου θα περιέχει όλο το ιατρικό ιστορικό του ασφαλισμένου.

Οι οικογενειακοί γιατροί που θα στελεχώσουν το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) θα ενημερώνουν διαρκώς τον εν λόγω φάκελο, ο οποίος θα ακολουθεί τον ασθενή σε κάθε του βήμα (Λιαρόπουλος, Λ., 2007).

Όλοι οι ασφαλισμένοι στον ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να είναι εγγεγραμμένοι στον οικογενειακό γιατρό χωρίς καμία εξαίρεση αφού θα είναι υπεύθυνος και για τις προληπτικές εξετάσεις του ασφαλισμένου. Έτσι για πρώτη φορά θεσπίζονται υποχρεωτικές προληπτικές εξετάσεις για όλους τους ασφαλισμένους.

Με το νέο σύστημα αλλάζει η διαδικασία που θα μπορεί κάποιος να απευθυνθεί στα νοσοκομεία που θεωρούνται δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες μονάδες Υγείας αφού θα χρειάζεται υποχρεωτικά παραπεμπτικό από τον οικογενειακό γιατρό (Λιαρόπουλος, Λ., 2007).

Για πρώτη φορά και οι ανασφάλιστοι θα έχουν ακριβώς τα ίδια δικαιώματα με τους ασφαλισμένους αφού θα έχουν και αυτοί υποχρέωση επιλογής οικογενειακού γιατρού αλλά δεν θα έχουν της ασφαλιστικής κάλυψης σε παροχές υγείας. Οι ασφαλισμένοι των άλλων ταμείων που δεν εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ δεν θα έχουν οικογενειακό γιατρό αφού αφορά μόνο τους ασφαλισμένους του Οργανισμού.

Με τον πρόσφατο νόμο 4486 / 2017 έγινε η μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η οποία είναι στηριγμένη στις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Προσφέρει δωρεάν, καθολική κάλυψη στους πολίτες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΑΙΤΙΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΜΕΤΡΩΝ

3.1 Τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Τα αίτια της Ελληνικής οικονομικής κρίσης. Μπορούμε να τα κατατάξουμε σε δύο κατηγορίες. Στα γενικά διαχρονικά αίτια και στα αίτια μετά το 2008.

Τα βασικά γενικά διαχρονικά αίτια είναι τα εξής:

- Υπήρχε φτωχό, πελατειακό και ως επί το πλείστον κληρονομικό πολιτικό σύστημα.
- Γινόταν κακοδιοίκηση των φορέων δημοσίων οικονομικών, ΔΕΚΟ και Ασφαλιστικών Ταμείων
- Προϋπήρχαν συνεχή πρωτογενή ελλείμματα από το 1974
- Ο δημόσιος τομέας ήταν κακοδιοικούμενος, ελλιπώς μηχανοοργανωμένος, γραφειοκρατικός, υπερδιογκωμένος και πελατειακός
- Υπήρχαν προβλήματα μεταξύ κομμάτων και συνδικαλιστών.
- Αυξήθηκε ο περιορισμός της ιδιωτικής πρωτοβουλίας (πχ. αγροτικές επιδοτήσεις, κρατικοποίηση ιδιωτικών επιχειρήσεων). Τα μέλη της κυβέρνησης ανήκουν στην εκτελεστική εξουσία αλλά και στη νομοθετική ενώ παρατηρούνταν υπέρογκες δαπάνες
- Έγινε σκόπιμη απόκρυψη του δανεισμού καθώς οι πολιτικοί ήθελαν να ικανοποιήσουν τα κριτήρια Μάστριχτ (Ελλειμμα 3%, Λόγος Χρέος/ΑΕΠ <120%)
- Δεν έγιναν συστηματικές προσπάθειες για έλεγχο: των δαπανών, της εκτεταμένης φοροδιαφυγής, της φοροείσπραξης, των χρεών των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης
- Η είσοδος της χώρας στην ΟΝΕ έγινε χωρίς επαρκή προετοιμασία, συνεχής χειροτέρευση της ανταγωνιστικότητας και πτώση της παραγωγής μετά την είσοδο στη ΟΝΕ
- Η Ελλάδα ζούσε πέρα από τις δυνατότητές της ακόμη και προ ΟΝΕ, φουσκωμένες δημόσιες δαπάνες, αύξηση μισθών/συντάξεων/εφάπαξ πολύ

πέρα από τις χώρες της ΟΝΕ, συντάξεις και παράτυπα επιδόματα, πολλαπλές συντάξεις, συντάξιμη ηλικία κλπ.

- Συντελέστηκε υπερδιόγκωση των συστημάτων υγείας και εκπαίδευσης
- Δημιουργήθηκαν μεγάλα χρέη και πραγματοποιήθηκαν σημαντικές δαπάνες για την εκτέλεση των Ολυμπιακών Αγώνων το 2004.
- Μετά την είσοδο στην ΟΝΕ, η χώρα δεν μπορεί πλέον να τυπώσει χρήμα και να υποβαθμίσει το νόμισμά της
- Υπήρχε υπερδιογκωμένη παράνομη μετανάστευση.
- Έγιναν αναρίθμητες απεργίες/στάσεις εργασίας πολύ περισσότερες από τις άλλες χώρες της ΕΕ. (Βανδώρου Χ., Σουλιώτης Κ., 2004).

Κατά το 2008 και 2009 τα βασικότερα αίτια είναι τα εξής:

- Παρά τα προειδοποιητικά μηνύματα από τις αρχές του 2008 και της επάρκειας χρόνου για τη λήψη μέτρων, υπήρξε υπερβολικός δισταγμός, αναποφασιστικότητα και καμιά αντίδραση στο οικονομικό σύστημα.
- Οι δύο μεγαλύτερες Ελληνικές 'βιομηχανίες' της ναυτιλίας και του τουρισμού επλήγησαν βαριά από την παγκόσμια ύφεση.
- Το κυβερνητικό σύστημα δεν αντιλήφθηκε τη σημασία των οικονομικών θεμάτων τα οποία ήταν μέχρι τότε θα μπορούσαν να αντιμετωπισθούν. Όταν χτύπησε η παγκόσμια οικονομική κρίση και τα Ελληνικά χρέη ήλθαν στο φως η χώρα ήταν ανέτοιμη να τα αντιμετωπίσει.
- Υπήρχε αναποφασιστικότητα, διστακτικότητα για τη λήψη σοβαρών δημοσιονομικών μέτρων για τη διόρθωση της κατάστασης.
- Δημιουργήθηκαν τεράστια ελλείμματα. Ενώ τα χρήματα έρρεαν από τα ταμεία της πολιτείας, τα έσοδα ήταν σημαντικά μειωμένα λόγω της φοροδιαφυγής και της περιορισμένης φοροείσπραξης.
- Δεν ήταν έτοιμοι οι κυβερνήτες, οι πολιτικοί, οι διοικητές οικονομικών φορέων και οι τραπεζίτες να ανταποκριθούν στα προβλήματα που προέκυψαν
- Οι Συνεχείς εκλογικές αναμετρήσεις εξάντλησαν την οικονομία.

- Υπεραπλουστεύθηκε η οικονομική κατάσταση και διογκώθηκε ο λαϊκισμός των ΜΜΕ. (Βανδώρου Χ., Σουλιώτης Κ., 2004).

3.2 Λήψη μέτρων λόγω οικονομικής κρίσης

Στην Ελλάδα παρατηρείται ότι, τα τελευταία χρόνια, η προϋπάρχουσα οικονομική κρίση επιδεινώνεται ποιοτικά και ποσοτικά από την διεθνή κρίση καθώς πλήττονται και οι τρεις πυλώνες της ελληνικής οικονομίας, δηλαδή ο οικονομικός, ο δημοσιονομικός και φυσικά ο κοινωνικός. Αποτέλεσμα αυτής της οικονομικής κατάστασης είναι η υπογραφή μιας σειράς από μνημόνια δηλαδή από συμφωνίες των κυβερνήσεων της χώρας με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι συμφωνίες αυτές επέβαλαν τα ακόλουθα μέτρα:

Αρχικά πραγματοποιήθηκε μείωση 10% του βασικού μισθού κατά μέσο όρο και περιορισμός των επιδομάτων στο 10% του βασικού μισθού κατά μέσο όρο. Έγιναν μειώσεις 5 – 15% στις συντάξεις τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα και κατάργηση όλων των δώρων για δημοσίους υπαλλήλους και συνταξιούχους. Ορίστηκε ενιαίο μισθολόγιο στο δημόσιο τομέα. Με την εφαρμογή του οι δημόσιοι υπάλληλοι έχουν μείωση των αποδοχών τους έως και 1.200 ευρώ και επιβολή εισφοράς αλληλεγγύης από 1% έως 4% ανάλογα με το καθαρό εισόδημα.

Πραγματοποιήθηκε αύξηση του τέλους επιτηδεύματος για τους επαγγελματίες από τα 500 ευρώ το χρόνο στα 650 ευρώ ενώ για τις επιχειρήσεις αυξάνεται από τα 500 στα 1.000 ευρώ. Ακόμα έγινε θέσπιση των ατομικών συμβάσεων με σκοπό την κατάργηση της συλλογικής διαπραγμάτευσης μεταξύ εργοδοτικών φορέων και συνδικάτων ως τρόπος διαμόρφωσης του κατώτατου μισθού, ο οποίος μειώθηκε κατά 22% σε όλα τα κλιμάκια του βασικού μισθού (από 751€ σε 586€) και 32% στους νεοεισερχόμενους μέχρι 25 ετών. (Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε., 2012)

Επιπλέον, έκλεισαν ορισμένοι φορείς του δημοσίου τομέα, έγινε μετάθεση 15.000 χιλιάδων ατόμων πλεονάζοντος προσωπικού σε καθεστώς εργασιακής εφεδρείας όπου θα καταβάλλεται το 60% των βασικών τους αποδοχών (εξαιρουμένων των υπερωριών και άλλων επιπλέον αποδοχών) για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο

των 12 μηνών, μετά το οποίο απομακρύνονται οριστικά. Αυξήθηκαν τα γενικά όρια ηλικίας συνταξιοδότησης κατά 2 χρόνια και πραγματοποιήθηκαν περικοπές στα βαρέα και ανθυγιεινά επαγγέλματα. Στόχος είναι η νέα λίστα να περιλαμβάνει πολύ λιγότερα επαγγέλματα που θα αντιστοιχούν στο 10% του εργατικού δυναμικού.

Επίσης, εφαρμόστηκαν περικοπές στα εφάπαξ και μείωση από τα 450 στα 400 του αριθμού των ενσήμων που θα πρέπει να έχει ο εποχικά απασχολούμενος στην τετραετία, ώστε να δικαιούται να λάβει εποχικό επίδομα από τον ΟΑΕΔ. Ορίστηκε καταβολή του επιδόματος των 200 ευρώ στους μακροχρόνια άνεργους, άνω των 12 μηνών, με νέους όρους (το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα να μην υπερβαίνει τα 10.000 ευρώ, προσανυζανόμενο κατά 586,08 ευρώ για κάθε ανήλικό τέκνο) και σε ηλικίες από 20 - 66 ετών (από 45-65 που ήταν τα προηγούμενα χρόνια), ενώ έγινε μείωση των αποζημιώσεων σε περίπτωση απόλυσης στον ιδιωτικό τομέα έως και 50% αλλά και του χρόνου προειδοποίησης σε 4 αντί 6 μήνες. (Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε., 2012)

Στη συνέχεια, αυξήθηκαν τα όρια των ομαδικών απολύσεων. Οι επιχειρήσεις που απασχολούν από 20 έως 150 άτομα μπορούν να απολύουν μέχρι 6 εργαζόμενους το μήνα ενώ οι επιχειρήσεις που απασχολούν πάνω από 150 άτομα μπορούν να απολύουν μέχρι 30 άτομα το μήνα ή το 5% από 2% που ίσχυε.

Σημειώθηκε αύξηση του επιμερισμού του κόστους για ιδιωτική περίθαλψη και αλλαγή του τρόπου υπολογισμού συμμετοχής στα φάρμακα των ασφαλισμένων του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), καθώς η διαφορά μεταξύ ασφαλιστικής και λιανικής τιμής θα επιβαρύνει εξ ολοκλήρου πλέον τον ασφαλισμένο.

Ακόμα σημειώθηκε αύξηση του εισιτηρίου στα Νοσοκομεία από 3 σε 5 € για εξετάσεις και μείωση των εξωνοσοκομειακών φαρμακευτικών δαπανών. Εφαρμόζεται ένα σύνολο από πολιτικές οι οποίες θα περιλαμβάνουν αλλαγές στην τιμολόγηση, τη συνταγογράφηση και την αποζημίωση των φαρμάκων με σκοπό την προώθηση γενοσήμων, τον έλεγχο της συνταγογράφησης και της κατανάλωσης και θα διώκουν την ανάρμστη συμπεριφορά και την απάτη.

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

Όσον αφορά τις νοσοκομειακές μονάδες αυτές αναδιαμορφώθηκαν και συγχωνεύτηκαν. Υπήρξε αναθεώρηση της δραστηριότητας των μικρών νοσοκομείων προς την κατεύθυνση εξειδίκευσης σε τομείς όπως η αποκατάσταση, η θεραπεία του καρκίνου ή η ανακουφιστική/τελική φροντίδα ανάλογα με την περίπτωση και αναθεώρηση των δομών επειγόντων περιστατικών και εφημεριών, -βελτιστοποίηση και εξισορρόπηση της κατανομής των πόρων βαρέως ιατρικού εξοπλισμού (π.χ. τομογράφων, εγκαταστάσεων ακτινοθεραπείας κλπ) ανάλογα με τις ανάγκες. (Θεοδώρου, Μ. Σαρρή, Μ., Σούλης, Σ., 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

4.1 Τα Χαρακτηριστικά της Αγοράς Φαρμάκου

Η αγορά φαρμάκου επηρεάζεται από εξωτερικές επιδράσεις, όπως είναι για παράδειγμα η ύπαρξη θετικών εξωτερικών επιδράσεων από την κατανάλωση φαρμάκων για θεραπευτικούς ή προληπτικούς σκοπούς.

Επίσης, η φαρμακευτική αγορά χαρακτηρίζεται από ένα βαθμό αβεβαιότητας, καθώς ο ασθενής αγοράζει και χρησιμοποιεί τα φάρμακα σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού ή του φαρμακοποιού, χωρίς να είναι βέβαιος για την αποτελεσματικότητά τους. (Κοντοζαμάνης Β., Κουσουλάκου Χ., 2004).

Θα πρέπει ακόμη να τονίσουμε ότι στην αγορά φαρμάκου επικρατούν μονοπώλια, καθώς η μεγαλύτερη παραγωγή και διανομή φαρμακευτικών σκευασμάτων πραγματοποιείται από μεγάλες πολυεθνικές εταιρείες. Επιπλέον, οι φαρμακευτικές εταιρείες προωθούν συνεχώς την πώληση νέων και ακριβότερων φαρμάκων και βασικός τομέας ανταγωνισμού μεταξύ τους είναι η δραστηριότητα των φαρμάκων και όχι η χαμηλή τιμή τους.

Από τα παραπάνω χαρακτηριστικά είναι εμφανής η ανάγκη ενός ρυθμιστικού μηχανισμού, ο οποίος θα κατέχει το ρόλο του τρίτου-εξοφλητή ανάμεσα στον ιατρό-συνταγογράφο και τον ασθενή-καταναλωτή και θα καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των φαρμακευτικών δαπανών. Το ρυθμιστικό αυτό ρόλο κατέχουν τα συστήματα Κ.Α ή Ε.Σ.Υ. και με αυτό τον τρόπο δημιουργείται μια τριχοτόμηση της ζήτησης των φαρμάκων, καθώς ο ιατρός τα συνταγογραφεί στον ασθενή, ο ασθενής τα καταναλώνει και η Κ.Α ή το Ε.Σ.Υ πληρώνει το κόστος τους (Κοντοζαμάνης Β., Κουσουλάκου Χ., 2004).

Ο ρυθμιστικός αυτός κρατικός μηχανισμός έχει ως σκοπό τον έλεγχο της ασφάλειας, της αποτελεσματικότητας και των τιμών των προϊόντων. Επίσης, μεριμνά για τον έλεγχο του κέρδους των φαρμακευτικών εταιρειών και τον περιορισμό της κατανάλωσης των φαρμάκων. Δηλαδή, εν ολίγοις, επιχειρεί να διασφαλίσει την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων που διακινούνται στην εγχώρια αγορά και τον έλεγχο του ύψους των φαρμακευτικών δαπανών (Κουσουλάκου, 2006).

Πίνακας 4.1: Βασικά στοιχεία αγοράς φαρμάκου

Αριθμός Επιχειρήσεων	Παραγωγοί και Εισαγωγείς φαρμάκων Φαρμακοποθήκες (2011) Συνεταιρισμοί φαρμακοποιών (2011)	-100 135 27
Πωλήσεις Φαρμάκων	Σε φαρμακεία/φαρμακοποθήκες (τιμές λιανικής) Σε νοσοκομεία (νοσοκομειακές τιμές) Σύνολο πωλήσεων (2011) Μεταβολή 2010/2011	€5.558 εκατ. €1.200 εκατ. €6.759 εκατ. -7,9%
Εγχώρια Παραγωγή	Σε τιμές παραγωγού (ex-factory) (2011)	€846 εκατ.
Εξαγωγές	Αξία (2011)	€859 εκατ.
Εισαγωγές	Αξία (2011)	€3.003 εκατ.
Παράλληλες εξαγωγές	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	7,1%
Απασκόληση	Αριθμός εργαζομένων (2011)	13.600
Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη	Δαπάνη 2011 Δαπάνη 2012 Μεταβολή 2012/2009 Ποσοστό του ΑΕΠ (2012) Καθαρή Κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη (2012) Ποσοστό των Δαπανών Υγείας (2011)	€3.729 εκατ. €2.880 εκατ. -43% 1,4% €253 17,7%
Δομή τιμών	Ποσοστό τιμής παραγωγού / εισαγωγέα στην τιμή λιανικής πώλησης (2012)	67,6%
Μεταβολή τιμών	Δείκτης τιμών φαρμάκων 2005/2011 Δείκτης τιμών φαρμάκων 2010/2011	-17,8% -10,7%
Γενόσημα	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	18%
Γενόσημα και off-patent	Ποσοστό ως προς το σύνολο της αξίας πωλήσεων φαρμάκων (2011)	60%
Επενδύσεις R&D	ΕΦΡΙΑ (2012)	€84 εκατ.

Από την άλλη θα πρέπει να τονίσουμε το γεγονός ότι ο ρόλος του ρυθμιστικού μηχανισμού στην αγορά φαρμάκου είναι ιδιαίτερα απαιτητικός, καθώς θα πρέπει από τη μια πλευρά να διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα και τη διατήρηση της χαμηλής τιμής των φαρμάκων θέτοντας αυστηρές ρυθμίσεις και από την άλλη να μην εμποδίζει με τις ρυθμίσεις αυτές τις επενδύσεις στη φαρμακευτική βιομηχανία με σκοπό την παραγωγή νέων φαρμακευτικών σκευασμάτων (Κουσουλάκου Χ.,2006)

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη από 5,1 δις το 2009 έφτασε το 1,9 δις το 2016 με τη βοήθεια της υποχρεωτικής ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, την μείωση τιμών στα φάρμακα, την επιβολή των μηχανισμών του clawback και των υποχρεωτικών εκπτώσεων, την αλλαγή στο σύστημα προμηθειών στα νοσοκομεία και την αύξηση συμμετοχής των ασθενών στο κόστος. (Σουλιώτη Κ., Παπαδονικολάκη Τζ., Παπαγεωργίου Μ., Οικονόμου Μ., 2018).

4.2 Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης στην υγεία του ατόμου

Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια οδηγούν στον περιορισμό των δαπανών για την υγεία και τη μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες της. Ακόμα, η οικονομική ύφεση και τα φαινόμενα που προκαλεί, έχουν σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών. Προβλήματα εξαρτήσεων, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής και η πλημμελής διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία (Βανδώρου Χ., Σουλιώτης Κ., 2004).

4.2.1. Διατροφή και φυσική άσκηση

Οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες είναι διαδεδομένες σε περιόδους οικονομικής κρίσης, δεδομένης της μείωσης των εσόδων του νοικοκυριού, γεγονός που κατ' επέκταση επηρεάζει τον τρόπο που οι πολίτες δαπανούν τα χρήματά τους σε είδη διατροφής. Κάποιοι συγγραφείς παρατηρούν ότι οι πολίτες επιλέγουν φθηνότερα τρόφιμα, ενώ από την άλλη μεριά άλλοι έχουν δείξει μείωσεις στον επιπολασμό της παχυσαρκίας. Στην πραγματικότητα, και οι δύο τάσεις παρατηρούνται. (Βανδώρου Χ., Σουλιώτης Κ., 2004).

4.2.2. Κάπνισμα

Αρκετές μελέτες φανέρωσαν την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στον επιπολασμό καπνίσματος και των ποσοστών ανεργίας. Έχει φανεί μέσα από μελέτες ότι οι άνεργοι είναι πιο μανιώδεις καπνιστές από τους μισθωτούς, ενώ οι καπνιστές

έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μείνουν άνεργοι. Αυτή η διαφορά μπορεί να ερμηνευθεί από φαινόμενα, όπως η συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης, καθώς επίσης μέσω της σχέσης καπνίσματος και χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης. (Βασιλάς, Μ., 2005).

4.2.3. Κατανάλωση αλκοόλ

Η ανεργία ως φαινόμενο που βρίσκεται σε έξαρση σε περιόδους οικονομικής ύφεσης οδηγεί σε αυξανόμενο άγχος και κατ' επέκταση σε αύξηση της κατανάλωσης οινοπνεύματος ιδιαίτερα σε νεαρά άνεργα άτομα. Επιπλέον, η κατανάλωση αλκοόλ περιορίζεται σε περιόδους ανεργίας λόγω έλλειψης χρημάτων. Μια μακροχρόνια μελέτη, στην οποία νέα άτομα παρακολούθηθηκαν για πέντε χρόνια μετά την ολοκλήρωση της υποχρεωτικής τους εκπαίδευσης, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όσοι από αυτούς υπήρξαν άνεργοι για μεγάλο χρονικό διάστημα παρουσίαζαν σημαντικά μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν ή ήταν άνεργοι για μικρή χρονική περίοδο. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι καταναλωτές αλκοόλ που εργάζονται καταφέρνουν να μην ξεπερνούν τα επιτρεπόμενα όρια κατανάλωσης, ενώ τα ίδια άτομα όταν μείνουν άνεργα συχνά γίνονται αλκοολικοί ξεπερνώντας τα επιτρεπτά όρια. Συνεπώς, η απασχόληση μπορεί να θεωρηθεί σημαντική μέθοδος βελτίωσης της ποιότητας της ζωής και της προαγωγής της υγείας ενός ατόμου. (Γκόλνα, Χ., 2006).

4.2.4. Ψυχική υγεία - Δείκτες ψυχικής υγείας

Η ψυχική υγεία είναι ένας από τους περισσότερο μελετημένους παράγοντες που επηρεάζονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Κατά τη διεξαγωγή αντίστοιχων μελετών τα άτομα συχνά δίνουν ψευδείς απαντήσεις στα ερωτηματολόγια, οδηγώντας έτσι τους μελετητές σε λανθασμένα συμπεράσματα. Στην προκειμένη περίπτωση δεδομένου ότι η ανεργία και η οικονομική κρίση είναι αρνητικές καταστάσεις για τη ζωή ενός ατόμου, στις ερωτήσεις για τυχόν επιπτώσεις που έχει η ανεργία και η κρίση στην υγεία τους τα άτομα είναι προδιατεθειμένα να απαντήσουν θετικά οδηγώντας τους ερευνητές σε σφάλμα πληροφορίας (information bias). Η αρτηριακή πίεση όμως

αποτελεί ένα δείκτη που δεν μπορεί κανείς να ελέγξει και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα σημαντικός δείκτης ψυχικής υγείας. (Γκόλνα, Χ., 2006).

Τα αποτελέσματα των μελετών που διαπραγματεύονται τη σχέση ανεργίας με τη ψυχική υγεία ποικίλουν και διαφέρουν ανάλογα με το δείγμα, τον πληθυσμό και την ψυχική ασθένεια την οποία μελετούν, αποδεικνύοντας ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της ανεργίας και της εκδήλωσης επιθετικότητας, της αύξησης του αριθμού των διαζυγίων, της παιδικής κακοποίησης, της εγκληματικότητας και της παραβατικότητας.

4.2.5. Θνησιμότητα

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης το στρες, η κατάθλιψη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση της θνησιμότητας. Σοβαρές οικονομικές υφέσεις έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν τους κινδύνους για την υγεία και τα ποσοστά θνησιμότητας. Οι περίοδοι των οικονομικών κρίσεων σχετίστηκαν με την αύξηση στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, και με αύξηση στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα. Η μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της θνησιμότητας σε περιόδους οικονομικής κρίσης, ιδίως αν αυτό συνδέεται με τις προσωπικές δαπάνες. Αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα έχουν άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, όπως οι μετανάστες και οι χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007).

4.2.6. Χρόνια νοσήματα

Ψυχολογικές παράμετροι όπως το άγχος και η κατάθλιψη που αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης θεωρείται ότι αποτελούν παράγοντες για αύξηση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η ανεργία που αυξάνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης συνδέεται, επίσης, με χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Σύμφωνα με μελέτες, αύξηση έχει παρατηρηθεί στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε χρονική συσχέτιση με την περίοδο οικονομικής κρίσης. Τα αναπνευστικά προβλήματα σύμφωνα με ερευνητές αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα,

σε μελέτες αναφέρεται ότι αυξήθηκε η θνησιμότητα λόγω της πνευμονίας ή γρίπης σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Επίσης, ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ, ηπατικά νοσήματα και κυρίως κίρρωση ήπατος έχουν συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας κατά τη διάρκεια οικονομικών κρίσεων (Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007).

4.2.7 Τροχαία ατυχήματα

Ευρήματα μελετών υποστηρίζουν την μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Η μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39%, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί λόγω της μειωμένης χρήσης οχημάτων και των μετακινήσεων σε περίοδο οικονομικών δυσκολιών. Όσον αφορά την Ελλάδα μείωση στα τροχαία ατυχήματα και τα θύματά τους κατά το ένα τρίτο στο πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σχέση με το πρώτο εξάμηνο του 2010 καταγράφεται στα στοιχεία που δόθηκαν στη δημοσιότητα από το αρχηγείο της ΕΛ.ΑΣ. Ωστόσο, όπως αναφέρεται, ενδιαφέρον θα ήταν να εξεταστεί κατά πόσο αυτή η μείωση οφείλεται και στη μείωση των μετακινήσεων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε., 2012)

4.2.8 Αυτοκτονίες

Είναι αποδεδειγμένο ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. Σε περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται πάνω από 3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4-4,5%. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί και το οικονομικό κραχ στις Η.Π.Α. στις αρχές του 1930, που χαρακτηρίστηκε από μείωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 10%, και από αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40%, όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30% (Λιαρόπουλος, Λ., 2007).

4.2.9 Βρεφική θνησιμότητα

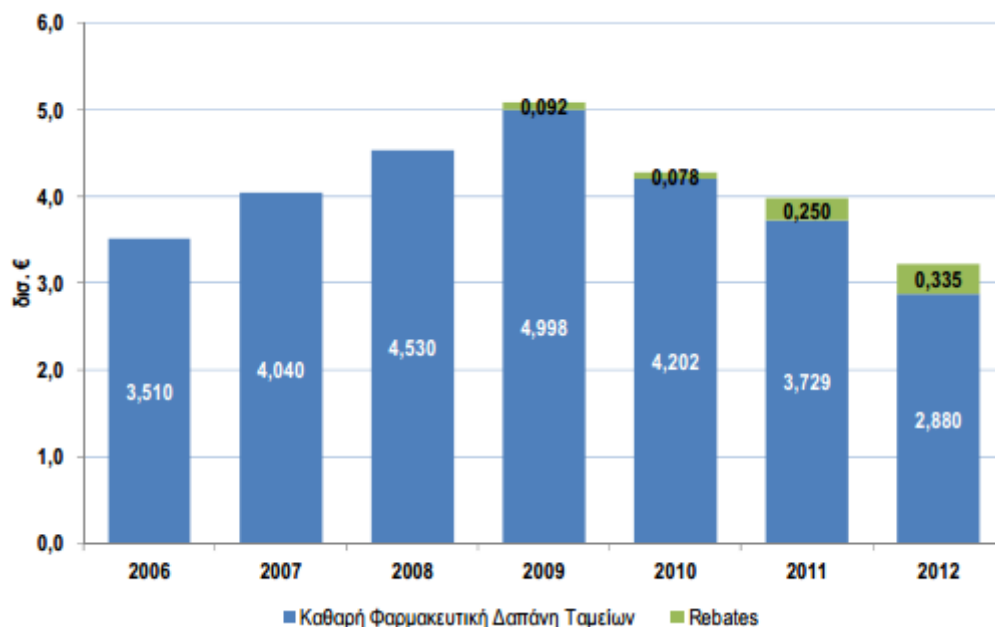
Η βρεφική θνησιμότητα έχει αποδειχθεί να αυξάνεται σε περιόδους οικονομική κρίσης. Η μείωση των κρατικών χρηματοδοτικών πόρων είναι ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει το βαθμό της κοινωνικής πρόνοιας, καθώς και τη λειτουργία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας. Η δυσλειτουργία του υγειονομικού συστήματος εξαιτίας της μείωσης των δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας οδηγεί στην αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας. Ειδικότερα στις χώρες με χαμηλή και μέση ανάπτυξη, ο περιορισμός στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης είναι πιθανό να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε ετήσια βάση λόγω της μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης. (Μπουρσανίδης, Χ., 1996).

4.3 Οι Επιπτώσεις της κρίσης στο Φάρμακο

Η δαπάνη είναι ένα μέγεθος που καθορίζει την κατανάλωση σε όρους αξίας και ορίζεται ως η τιμή επί την καταναλισκόμενη ποσότητα. Παρ' όλα αυτά, θα πρέπει να προσδιορίζεται με σαφήνεια το περιεχόμενο κάθε κατηγορίας δαπάνης προκειμένου να μην δημιουργούνται λανθασμένα συμπεράσματα από την ανάλυση των στοιχείων (Βασιλάς, Μ., 2005).

Η συνολική φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα το 2012, διαμορφώθηκε σε €4,2 δισ., μειωμένη κατά 32% συγκριτικά με το 2009. Οι πρώτες εκτιμήσεις για τη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη το 2012 επιβεβαιώνουν τη διαμόρφωσή της στα €2,88 δισ., ήτοι στο 1,5% του ΑΕΠ. Αυτό σημαίνει ότι σε σχέση με το 2009 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη το 2012 έχει μειωθεί κατά 42%. (Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε., 2012)

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ακολούθησε μέχρι το 2009 ανοδική τάση, όπως και η δαπάνη υγείας και το ΑΕΠ. Ωστόσο, τη διετία 2010/2011 μειώθηκε δραστικά, κατά 22%, για να φτάσει το 2011 στα €3,98 δισ., αποτελώντας το 1,9% του ΑΕΠ και το 32% των δημόσιων δαπανών υγείας (Πίνακας 4.2). Η συνεχής ανοδική τάση της δαπάνης υγείας την τελευταία δεκαετία ερμηνεύεται από την εξέλιξη δημογραφικών παραγόντων, όπως η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση των νόμιμων μεταναστών, αλλά και από ειδικότερους παράγοντες όπως η κυκλοφορία νέων καινοτόμων φαρμάκων, η υπερσυνταγογράφηση, το εύρος των φαρμάκων που αποζημιώνονται, τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων, τα περιθώρια κέρδους στην εφοδιαστική αλυσίδα και η υποκατάσταση με άλλες μορφές υπηρεσιών υγείας.



Σχήμα 4.2: Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη

Με το νόμο 4368 / 2016 θεσπίστηκε η ελεύθερη πρόσβαση όλων στο ΕΣΥ. Η ρύθμιση περιλαμβάνει την ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση αλλά και την χρήση νοσηλευτικών, διαγνωστικών και χειρουργικών πράξεων σε όλες τις δομές υγείας, στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία αλλά και χορήγηση ιατρικών βοηθημάτων και φαρμάκων από ιδιωτικά και δημόσια φαρμακεία.

4.4 ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ

Τα ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ (Μη Υποχρεωτικά Συνταγογραφούμενα Φάρμακα) είναι μία κατηγορία κοινόχρηστων και κατά κανόνα φτηνών φαρμάκων τα οποία μπορεί και να μη συνταγογραφούνται. Δηλαδή, μπορεί ο ενδιαφερόμενος να τα λαμβάνει και χωρίς συνταγή γιατρού. Η παραπάνω κατηγορία περιλαμβάνει περισσότερα από 859 σκευάσματα όπως αντιβηχικά, αντιφλεγμονώδη και ρινικά σπρέι. Πρόκειται για φάρμακα τα οποία απευθύνονται στα συμπτώματα μικροενοχλήσεων της υγείας και η διάρκειά τους δεν ξεπερνά τα λίγα εικοσιτετράωρα. Δεν έχουν να κάνουν με τη θεραπεία αλλά μόνο με την ανακούφιση των συμπτωμάτων (Κυριοπούλου Γ., Σουλιώτη Κ., 2002).

Τα φάρμακα αυτά μπορούν να διαφημίζονται μέσα στα όρια της διαφήμισης που ορίζει σχετική οδηγία της Ε.Ε. Στη διαφήμισή τους υποχρεωτικά ο πολίτης καθοδηγείται στη συμβουλή γιατρού ή φαρμακοποιού. Εγκρίνονται με Εθνική, Αποκεντρωμένη –DCP ,και κεντρική διαδικασία όπως όλα τα φάρμακα.

Από άποψη κανονισμού, πληρούν, όπως και τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, τις υποχρεώσεις των GMPs, GLPs (παραγωγή), GDPs (φύλαξη, διακίνηση, εμπορία, φαρμακοεπαγρύπνηση). Φέρουν ταινία γνησιότητας και πέραν των καθοριζομένων από την φαρμακευτική νομοθεσία επισημάνσεων στην συσκευασία, σε ότι αφορά τον τρόπο διάθεσης, αναγράφεται η ένδειξη «Δεν απαιτείται Ιατρική Συνταγή». Διατίθενται αποκλειστικά από τα φαρμακεία από τον ίδιο τον φαρμακοποιό, κατά την κείμενη φαρμακευτική νομοθεσία. (Κυριοπούλου Γ., Σουλιώτη Κ., 2002).

Οι όροι και οι προϋποθέσεις κυκλοφορίας Φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, για την διάθεση των οποίων δεν απαιτείται ιατρική συνταγή (κατηγορία ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ) ορίζονται από Δ.ΥΓ3(α)/127858 5-2-2004. Ο ΕΟΦ δημοσιεύει κατάλογο ΜΗΣΥΦΑ ο οποίος αναθεωρείται τακτικά με εγκρίσεις νέων ιδιοσκευασμάτων, καθώς και μετατάξεις συνταγογραφούμενων (Rx) σε ΜΗΣΥΦΑ.

Η κατηγορία των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ συνεχώς διευρύνεται. Το γεγονός αυτό έχει θετικές επιπτώσεις στα οικονομικά των Ταμείων (φαρμακευτική δαπάνη αλλά και κόστος συνταγής σε προσωπικό και απασχόληση), χωρίς να επιβαρύνει σημαντικά τον πολίτη δεδομένης της χαμηλής μέσης τιμής της κατηγορίας (92.000.000 συσκευασίες το 2010 που αντιστοιχούν σε λιανική αξία 370.000.000). Περισσότερα από το 50% των

συσκευασιών ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ που κυκλοφορούν παράγονται στην Ελλάδα. Η διεύρυνση αυτή προάγει το θεσμό της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ενισχύει τον συμβουλευτικό ρόλο των Φαρμακοποιών, ώστε οι πολίτες να λαμβάνουν ωφέλιμες αλλά και ασφαλείς υπηρεσίες πρόληψης και αντιμετώπισης ήπιων προβλημάτων της υγείας τους (Κυριοπούλου Γ., Σουλιώτη Κ., 2002).

Η μόνη εκκρεμότητα πλήρους συμβατότητας με την ΕΕ αφορά την τιμολόγηση αυτής της κατηγορίας. Στις περισσότερες χώρες της Ε.Ε. οι τιμές των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ διαμορφώνονται ελεύθερα από τον ανταγωνισμό. Η έλλειψη καθορισμένων τιμών καθιστά δύσκολη και σε κάθε περίπτωση μη αντιπροσωπευτική τη λήψη των τριών χαμηλότερων τιμών στην Ε.Ε. για τον καθορισμό της τιμής των ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ στην Ελλάδα. Υπάρχει λοιπόν πρόβλημα του Παρατηρητηρίου Τιμών όσον αφορά την επαλήθευση των Φύλλων Έρευνας που υποβάλλουν οι εταιρείες (αδυναμία αξιόπιστης συλλογής συγκριτικών τιμών πώλησης στις χώρες της ΕΕ, δεδομένου ότι εκεί τα ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ/OTC έχουν ελεύθερες τιμές και δεν αναφέρονται σε επίσημα Price lists). (Kanabos P., 2002),

Σύμφωνα με τον ΕΟΦ, αναμένονται αυξήσεις στις τιμές των μη υποχρεωτικώς συνταγογραφούμενων φαρμάκων λόγω της ελεύθερης πώλησης τους από τα ράφια των σουπερ- μαρκετ. Με αυτό το μέτρο δεν συμφωνούν ούτε το υπουργείο Υγείας, ούτε ο ΕΟΦ, ωστόσο το υπουργείο Ανάπτυξης επικαλούμενο έκθεση του ΟΟΣΑ που κάνει λόγο για στρεβλώσεις στην αγορά είναι έτοιμο να νομοθετήσει το αργότερο μέχρι τις αρχές Φλεβάρη προκειμένου να βγουν τα μη συνταγογραφούμενα φάρμακα στην ελεύθερη αγορά. Σύμφωνα με τον Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο διαπιστώθηκε ότι σε χώρες όπου τα φάρμακα αυτά πωλούνται στην ελεύθερη αγορά, η τιμή τους είναι διπλάσια σε σχέση με την Ελλάδα, για παράδειγμα, αντιφλεγμονώδης αλοιφή στην Ελλάδα πωλείται με 4,98 ευρώ ενώ στην Ιταλία 11,90 ευρώ και το αντιβηχικό σιρόπι στη χώρα μας κοστίζει 4,93 ευρώ ενώ στην Ιταλία 9,50 ευρώ. Εκτός από τις αυξήσεις στις τιμές, οι φαρμακοποιοί υποστηρίζουν ότι η πώληση των φαρμάκων από τα ράφια των σουπερ μάρκετ ενδέχεται να κρύβει κινδύνους για την δημόσια υγεία. Από την άλλη μεριά, το Υπουργείο Υγείας ετοιμάζει απόφαση για αύξηση του αριθμού των μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, αυτών δηλαδή που δεν αποζημιώνονται από τα ταμεία με στόχο να μειωθεί η φαρμακευτική δαπάνη. Στην απόφαση αναφέρεται ότι

«σε περίπτωση που ένα φάρμακο κυκλοφορεί ως μη συνταγογραφούμενο σε πέντε χώρες της Ευρώπης, αυτομάτως θα εντάσσεται στην ίδια κατηγορία και στην Ελλάδα». (Mossialos E and Mrazek M., 2002),

Επιλέχθηκαν πέντε χώρες με αρκετά απελευθερωμένη αγορά φαρμάκου (Αγγλία, Ιρλανδία, Ολλανδία, Νορβηγία και Σουηδία) και τέσσερις χώρες στις οποίες η αγορά φαρμάκου λειτουργεί με βάση το ρυθμιστικό πλαίσιο (Αυστρία, Δανία, Φινλανδία και Ισπανία). Στόχος της έρευνας ήταν να πραγματοποιηθεί μια σε βάθος συγκριτική ανάλυση των συστημάτων που διέπουν την αγορά φαρμάκου στις διάφορες χώρες, βάσει, κυρίως, δεκαπέντε δεικτών που σχετίζονται με έναν από τους παρακάτω τρεις πυλώνες

1. Προσβασιμότητα
2. Ποιότητα
3. Τιμή

Η έρευνα έγινε το φθινόπωρο του 2011 και συμπεριλήφθηκε σε έκθεση που ολοκληρώθηκε τον Δεκέμβριο του 2011 και δημοσιοποιήθηκε το Μάρτιο του επόμενου έτους με τίτλο “Επιπτώσεις της φαρμακευτικής απορρύθμισης και ρύθμισης στις ευρωπαϊκές χώρες”. (Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε., 2012)

Στην ομάδα των χωρών με απελευθερωμένο σύστημα, όπως η Αγγλία, η Ιρλανδία, η Ολλανδία, η Νορβηγία και η Σουηδία, δεν ισχύουν κανονισμοί ως προς την ίδρυση νέων φαρμακείων, με αποτέλεσμα να επιτρέπεται σε όλα τα φυσικά και νομικά πρόσωπα (με περιορισμούς σε ορισμένες χώρες) να κατέχουν ένα ή περισσότερα φαρμακεία (πολλαπλή ιδιοκτησία). Τα βασικά στοιχεία της απελευθέρωσης σε αυτές τις χώρες ήταν:

- Αγγλία: το 2005, αναθεωρήθηκε ολοκληρωτικά η αποκαλούμενη «δοκιμασία ελέγχου εισόδου», η οποία έθετε περιορισμούς σε ότι αφορά την είσοδο στην αγορά φαρμακείων που επιθυμούσαν να παρέχουν φαρμακευτικές υπηρεσίες με χρηματοδότηση από το κράτος, συμπεριλαμβανομένης της χορήγησης φαρμακευτικών προϊόντων του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ενώ εισήχθησαν και εξαιρέσεις στη «δοκιμασία ελέγχου εισόδου». Συγχρόνως, δημιουργήθηκε ένα νέο συμβατικό πλαίσιο μεταξύ του Εθνικού Συστήματος Υγείας και των

φαρμακείων, το οποίο λάμβανε υπόψη του τα διαφορετικά είδη υπηρεσιών που παρέχουν τα φαρμακεία (βασικές, προηγμένες και τοπικά ενισχυμένες).

- Ιρλανδία: η Ιρλανδία εισήγαγε κανόνες για την ίδρυση νέων φαρμακείων το 1996, αλλά το 2002 τους ανακάλεσε. Επιπλέον, ο Νέος Νόμος περί Φαρμακείων του 2007, δεν περιλαμβάνει καμιά ρύθμιση για την ίδρυση φαρμακείου ενώ από το 2006, επιτρέπεται η ηλεκτρονική πώληση ΜΗΣΥΦΑ.
- Ολλανδία: η πολλαπλή ιδιοκτησία (αλυσίδες φαρμακείων) επιτράπηκε το 1987 ενώ το 1992 έπαψε να ισχύει η υποχρέωση των ασφαλιστικών ταμείων να υπογράφουν σύμβαση με κάθε φαρμακείο. Αν και στην Ολλανδία δεν ίσχυαν ποτέ νομοθετικά κριτήρια για την ίδρυση φαρμακείων, ωστόσο ο σύλλογος φαρμακοποιών είχε επιβάλλει ορισμένους περιορισμούς, οι οποίοι απαγορεύτηκαν από τον Νόμο περί Ανταγωνισμού το 1998.
- Νορβηγία: το 2001 καταργήθηκαν τα νομοθετικά κριτήρια για την ίδρυση και την ιδιοκτησία φαρμακείων και κατ' επέκταση επιτράπηκε τόσο η κάθετη όσο και η οριζόντια ολοκλήρωση. Από το 2003, υπάρχει δυνατότητα πώλησης περιορισμένου αριθμού ΜΗΣΥΦΑ εκτός φαρμακείων.
- Σουηδία: το μονοπώλιο της κρατικής επιχείρησης Apoteket AB, η οποία είχε υπό τον έλεγχό της όλα τα φαρμακεία της Σουηδίας και αποτελούσε τον μοναδικό εργοδότη όλων των φαρμακοποιών, έσπασε το 2009. Από τότε, τα φαρμακεία είναι δυνατόν να ανήκουν σε οποιονδήποτε ιδιώτη ή εταιρεία, καθώς και στην Apoteket, η οποία μετατράπηκε σ' έναν απ' τους πολλούς ιδιοκτήτες φαρμακείων. Έγινε επιτρεπτή η δημιουργία εμπορικών φαρμακευτικών αλυσίδων. Κομμάτι αυτής της διαδικασίας, η οποία ονομάστηκε «επαναρρύθμιση», αποτελεί και η απελευθέρωση της πώλησης ΜΗΣΥΦΑ, τα οποία πωλούνται και εκτός φαρμακείων.

Όλες οι χώρες με ρυθμιστικό πλαίσιο στις οποίες έγινε η έρευνα (Αυστρία, Δανία, Φινλανδία και Ισπανία), διαθέτουν νομοθετικούς κανόνες για την ίδρυση φαρμακείου, οι οποίοι βασίζονται συνήθως σε δημογραφικά και γεωγραφικά κριτήρια, επιτρέπουν μόνο σε φαρμακοποιούς να είναι (κύριοι) ιδιοκτήτες φαρμακείων και απαγορεύουν τη δημιουργία φαρμακευτικών αλυσίδων.

Ακόμα και εντός των δύο ομάδων, τα συστήματα που χαρακτηρίζουν την αγορά φαρμάκου αναπτύχθηκαν ανεξάρτητα και παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες από χώρα σε

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

χώρα (Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε.,
2012)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Εισαγωγή

Η επιτροπή Υγείας του ΟΟΣΑ σύνταξε μια έκθεση σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας. Στην έκθεση αυτή γίνεται λόγος για τις συνέπειες της κρίσης στη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας αναφέροντας σε σχετικό του πόρισμα: «η συνέχιση της χρηματοδότησης μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση μέρους των αρνητικών επιπτώσεων της κρίσης.», δηλαδή γίνεται ουσιαστικά η πρόταση για την προσπάθεια να μην επηρεαστούν οι δημόσιοι πόροι της χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας (Λιαρόπουλος, 2008).

Η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος οδηγούν στην απώλεια εισοδήματος με αποτέλεσμα να έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Τα ιδρύματα παροχής υγειονομικής φροντίδας αλλά και επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα δέχονται πιέσεις από την κεντρική διοίκηση εξαιτίας της ύπαρξης των δημόσιων ελλειμμάτων και της ανεργίας, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών τους.

Οι κατά καιρούς κυβερνήσεις έκαναν αναδιάρθρωση του Υπουργείου Υγείας τους, των δημόσιων ταμείων ασφαλίσεως υγείας ή άλλων οργανισμών αγοράς προκειμένου να μειώσουν τα γενικά έξοδα και να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα. Ακολούθως προέβησαν σε μείωση του αριθμού των δημοσίων υπαλλήλων ή ακόμα και τροποποίηση των όρων απασχόλησής τους (αμοιβές, συντάξεις), ως μέσο μείωσης των δημόσιων δαπανών για την υγεία, με τον κίνδυνο απώλειας εξειδικευμένου προσωπικού. (Αντωνοπούλου, Λ., 2002).

5.2 Οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα Υγείας

Σε συνέχεια των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στις διάφορες χώρες και στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι η ζήτηση και η χρήση του δημόσιου και ασφαλιστικού τομέα πρόκειται να αυξηθεί (Κυριόπουλος, 2010). Αυτό επαληθεύεται και από την αύξηση 20% στη χρήση των υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία, ενώ παράλληλα

παρατηρείται μια μείωση κατά 15% περίπου στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας 10 (ΥΥΚΑ, 2010 , Κυριόπουλος, 2010).

Πιο συγκεκριμένα, η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας είναι εμφανής. Αρχικά, οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων μειώθηκαν μέχρι και 40%. Το 2010, σε σχέση με το 2009, αυξήθηκαν οι εισαγωγές στα νοσοκομεία κατά 24% και κατά 8% το πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σχέση με το αντίστοιχο εξάμηνο του 2010. Σημαντικός αριθμός ανθρώπων δεν επισκέπτονται πλέον το γιατρό, ενώ υπάρχει ανάγκη. Σημειώθηκε, επίσης, αξιολογή αύξηση των χρηστών απαγορευμένων ουσιών και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων. Μάλιστα, η αύξηση των κρουσμάτων aids το 2011 ξεπέρασε το 50% σε σχέση με το 2010. Οι αυξήσεις αυτές είναι σχετικές και με τις περικοπές του 1/3 των ανοικτών προγραμμάτων στην κοινότητα. Επιπλέον, αυξήθηκαν οι επισκέψεις σε ιατρεία Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων και σύμφωνα με τους Ιατρούς του Κόσμου, ο αριθμός των Ελλήνων αναλογικά με το συνολικό αριθμό ανθρώπων που αναζητούν υπηρεσίες υγείας σε τέτοιους Οργανισμούς, βρίσκεται σήμερα στο 30% σε σχέση με 3-4% το 2007. (Κυριόπουλος, 2010).

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης υγείας, των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, αλλά και των ιδιωτικών επιχειρήσεων υγείας οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας.

Η ανάδειξη κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (εκπαίδευση απασχόληση, εισόδημα) ως σημαντικών συνιστωσών στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας, αναδεικνύει τον σημαντικό ρόλο της δημόσιας υγείας στην υγειονομική πολιτική και ως εκ τούτου την αναγκαιότητα έμφασης στον τομέα αυτό: (ΥΥΚΑ, 2010)

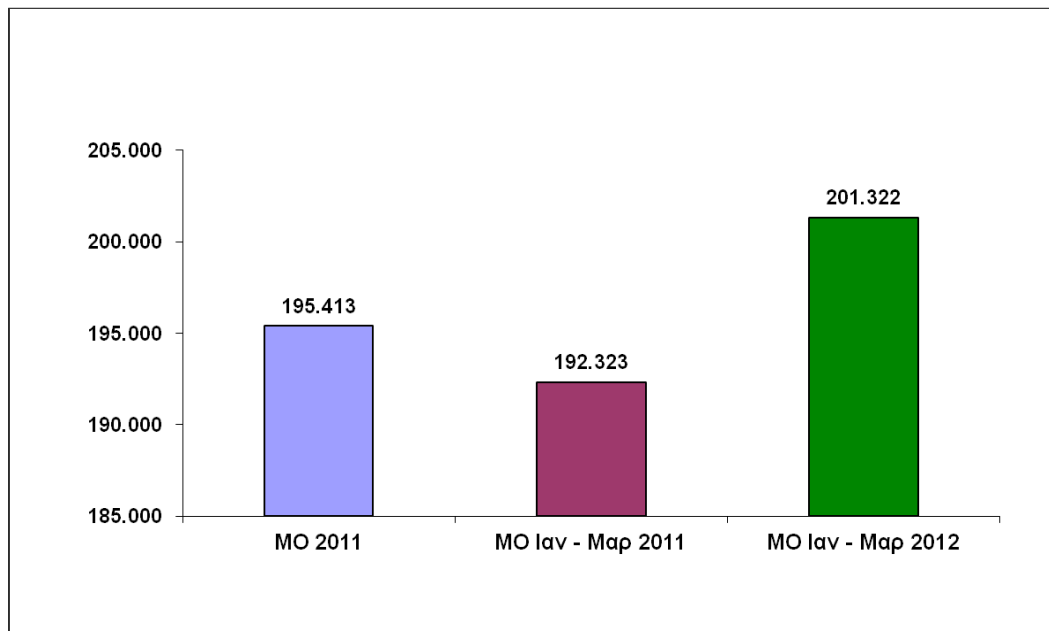
Η αύξηση της νοσηρότητας κατά τη διάρκεια της ύφεσης ωθεί σε μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας , οι οποίες πολλές φορές δεν δύναται να ανταποκριθούν στην ζήτηση και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την πλημμελή διαχείριση των ασθενειών.

Η επιπλέον ζήτηση υπηρεσιών υγείας επιβαρύνει περισσότερο τις δημόσιες μονάδες υγείας καθώς συνδέονται με την ασφαλιστική κάλυψη. Στη χώρα μας η ζήτηση υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με στοιχεία του 2010 στρέφεται προς το δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με αύξηση εισαγωγών στα νοσοκομεία κατά 24% και μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια κατά 9% και 11% αντιστοίχως.

Η μεγάλη προσέλευση των πολιτών στα Νοσηλευτικά ιδρύματα ή στους φορείς υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης, σε συνδυασμό με τις ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, έχει προκαλέσει «ασφυξία» τόσο στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία όσο και στα πρωινά ραντεβού όπου οι λίστες αναμονής ξεπερνούν τους δύο ή τρεις μήνες. Κατ' επέκταση η ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι μικρή.

Η δυσaréσκεια των ασθενών περιορίζεται κυρίως στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Προκειμένου να τύχουν άμεσης και ποιοτικής περίθαλψης, οι ασθενείς συνηθίζεται να παρανόμως τους ιατρούς, ακόμα και αν καλύπτονται από ασφαλιστικά ταμεία ενώ τα νοσοκομεία συχνά παρουσιάζουν ελλείψεις σε υλικά και εξοπλισμό

Η χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας μειώνονται αφού οι ασθενείς αναβάλλουν την φροντίδα υγείας τους. Στη χώρα μας η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας στρέφεται προς το δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με αύξηση 3% Αυτό γίνεται δεδομένου ότι η περίθαλψη είναι διαθέσιμη σε χαμηλότερο κόστος (ΥΥΚΑ 2012).



(παρουσίαση Γεν. Γραμματέα ΥΥΚΑ Ιαν-Μάρτιος 2012)

Η κατάσταση αυτή δημιουργεί μεγάλες πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας και στις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, τα αποτελέσματα των οποίων έχουν επιδεινωθεί.

Τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων αυξάνονται και δυσχεραίνονται στην εξυπηρέτηση ενώ ο ιδιωτικός τομέας έχει προβλήματα ρευστότητας. Τέλος η περιστολή δαπανών προκαλεί μείωση της προσφοράς η οποία επιτείνεται από τη μείωση της ιδιωτικής δαπάνης λόγω απώλειας εισοδήματος από τα νοικοκυριά (ΥΥΚΑ, 2012).

5.3 Ανισότητες και ευπαθείς ομάδες

5.3.1 Κοινωνικό κράτος

Η ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους συνδέεται με την κατάκτηση νέων κοινωνικών δικαιωμάτων, όπως η υγεία, η παιδεία και η εργασία. Πρωταρχική επιδίωξη κάθε κοινωνίας αποτελεί η ευημερία των μελών της. Το σύγχρονο κράτος πρόνοιας και ευημερίας αποτελεί θεσμό μείζονος οικονομικής και κοινωνικής σημασίας, που αναπτύχθηκε και παγιώθηκε ουσιαστικά μετά το 2^ο παγκόσμιο πόλεμο, με τη ριζική αλλαγή των αντιλήψεων για το ρόλο και τις ευθύνες του κράτους (Προβόπουλος 1987).

Το κοινωνικό κράτος αποτελεί μία ιστορική κατάκτηση της σύγχρονης Ευρώπης και θεμέλιο του σύγχρονου κοινωνικού πολιτισμού. Τα μέλη των κοινωνιών διεκδικούν αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες αποτελούν κοινωνικό αγαθό, που πρέπει να κατανέμεται ισότιμα σε όλους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η έννοια της ισοτιμίας στην υγεία υποδηλώνει ότι ιδανικά, ο καθένας θα πρέπει να έχει μια δίκαιη ευκαιρία να πραγματοποιήσει τις δυνατότητές του για υγεία στο μέγιστο βαθμό και πιο ρεαλιστικά, να είναι δυνατό να αποφευχθεί η κατάσταση αδυναμίας κάποιου να επιτύχει τον παραπάνω στόχο. Επιπροσθέτως, η ισοτιμία στη φροντίδα υγείας ορίζεται ως ισότιμη πρόσβαση και χρησιμοποίηση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας για ίδιες ανάγκες και ίση ποιότητα στη φροντίδα για όλους (Townsend & Davidson 1992, Braveman & Gruskin 2003, Φούσκας & Οικονόμου 2011). Υιοθετώντας τον ορισμό αυτό, οι Townsend και Davidson (1992) υποστηρίζουν

ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας χωρίζεται σε τρεις μορφές, την οικονομική, την γεωγραφική και την πολιτισμική.

Η οικονομική πρόσβαση συνδέεται με την ισότιμη διάθεση αγαθών ανεξάρτητα της οικονομικής δυνατότητας του ατόμου και με την προσφορά κοινωνικών αγαθών βάσει αναγκών και όχι βάσει κόστους/παραγωγικότητας του φορέα και οικονομικής ανταποδοτικότητας/συμβολής του ατόμου. Η γεωγραφική πρόσβαση, αν και συνήθως συνδέεται με την ισότιμη διανομή των υπηρεσιών σε διαφορετικές περιοχές, πολλές φορές σχετίζεται με τη δυνατότητα μετακίνησης του ασθενή, προσφυγής του στις κατάλληλες υπηρεσίες και συνεχούς παρακολούθησης και συμμετοχής στις γραφειοκρατικές διαδικασίες που απαιτούνται για τη παροχή των υπηρεσιών. Τέλος, η πολιτισμική πρόσβαση συνδέεται με τη σχέση ανάμεσα στους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας ή τους υπαλλήλους των φορέων και το βαθμό στον οποίο οι διαφορές ως προς το φύλο, την καταγωγή ή την εθνικότητα δημιουργούν εμπόδια στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών (Φούσκας & Οικονόμου 2011).

Στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο του Goteborg, τον Ιούνιο του 2001, προτάθηκε η υιοθέτηση της νέας «ανοικτής μεθόδου συντονισμού» στον τομέα της υγείας και η επικέντρωση της υγειονομικής πολιτικής σε τρεις θεμελιώδεις άξονες-στόχους που αφορούν:

- Τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης όλων των πολιτών στο σύστημα περίθαλψης ανεξάρτητα από οικονομικά ή κοινωνικά κριτήρια.
- Την ποιοτική αναβάθμιση και προσφορά των υπηρεσιών υγείας.
- Την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας.

Οι τρεις παραπάνω στόχοι ικανοποιούν το γενικότερο ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο και σηματοδοτούν τη νέα πολιτική στον χώρο της υγείας, η οποία βασίζεται στην άμεση συνεργασία και την αλληλεξάρτηση της ισότητας, της ποιότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας (Υφαντόπουλος 2006).

Οι περισσότερες χώρες αποδέχονται τις αρχές και τις αξίες της ισοτιμίας, όπως αυτές διαμορφώνονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και είναι διατεθειμένες να προάγουν την ισοτιμία στις παρεχόμενες υπηρεσίες

υγείας. Ο βαθμός δράσης πάντως των διαφόρων χωρών προς την κατεύθυνση αυτή διαφέρει σημαντικά. Και παρά την ευαισθητοποίηση αναφορικά με τις ανισότητες στην υγεία, το χάσμα μεταξύ των οικονομικά ισχυρών και των οικονομικά αδύνατων συνεχώς διευρύνεται.

Είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι ανισότητες στην υγεία δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν μόνο από το σύστημα υγείας, καθώς απαιτείται ο καθορισμός των σχετικών κοινωνικών και οικονομικών προσδιοριστικών παραγόντων. Είναι σαφές ότι η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από στενή συνεργασία με άλλα πεδία πολιτικών. Στην περίπτωση αυτή, είναι απαραίτητη η ύπαρξη των κατάλληλων δομών για να επιτευχθεί η δια-κυβερνητική και δια-τομεακή συνεργασία (Φούσκας & Οικονόμου 2011).

5.3.2 Ανισότητες στις υπηρεσίες υγείας

Οι ανισότητες στην υγεία αφορούν (α) τις διαφορές στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα και (β) τις ανισότητες στην πρόσβαση και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας (Kohler & Martin 1986). Οι ανισότητες στην πρόσβαση και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας οφείλονται σε δημογραφικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς και δομικούς παράγοντες του συστήματος υγείας. Οι ανισότητες στην υγεία συνδέονται με τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα και τις αρχές της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της αλληλεγγύης, ενώ σχετίζονται άμεσα με ζητήματα δημόσιας υγείας, κοινωνικής ενσωμάτωσης και κοινωνικού αποκλεισμού. Η αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία και στην κοινωνία βασίζεται στην παραδοχή ότι οι αιτίες περιλαμβάνουν δομικούς παράγοντες στο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, πέρα από τα ατομικά χαρακτηριστικά.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός, τα τελευταία χρόνια, λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στη χάραξη της κοινωνικής πολιτικής σε εθνικό και κοινοτικό επίπεδο. Η φτώχεια και η περιθωριοποίηση πολλών ομάδων του πληθυσμού στις διάφορες χώρες της ΕΕ σε συνδυασμό με τη μαζική και χωρίς σχεδιασμό υποδοχή μεταναστών προερχομένων από τις χώρες του λεγόμενου τρίτου κόσμου, αλλοίωσαν σε μεγάλο βαθμό τον εύρυθμο και αρμονικό χαρακτήρα της κοινωνικής πραγματικότητας. Στις μεγάλες πόλεις, μάλιστα, παρατηρήθηκαν για πρώτη φορά και φαινόμενα κλειστών κοινωνικών δομών

με κύρια χαρακτηριστικά την απομόνωση και το διαχωρισμό ολόκληρων κοινωνικών ομάδων με βάση την οικονομική κατάσταση ή την εθνική ή φυλετική καταγωγή.

Αναφορικά με τη φτώχεια, είναι ήδη δυνατή η συλλογή και η αποτίμηση των πρώτων προσπαθειών καταγραφής και σύγκρισης του φαινομένου στα κράτη-μέλη της ΕΕ. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που συντελούν στον κοινωνικό αποκλεισμό. Ένας τέτοιος παράγοντας είναι η υγεία, που αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την πρόοδο και την ενσωμάτωση των ευπαθών κοινωνικά ομάδων, όπως οι μετανάστες, οι πρόσφυγες, οι ρομά κ.ά. Τόσο η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας όσο και η συνολική φυσική κατάσταση και η ψυχολογική υγεία είναι στοιχεία τα οποία είναι ικανά, να οδηγήσουν σε κοινωνικό αποκλεισμό (Λιαρόπουλος, Λ., 2007).

Ο κοινωνικός αποκλεισμός πέρα από τη διάσταση της οικονομικής φτώχειας συμπεριλαμβάνει και τη διάσταση της κοινωνικής φτώχειας. Κοινωνικός αποκλεισμός είναι αθέτηση βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Όλοι οι πολίτες έχουν ισότιμα δικαιώματα στην εκπαίδευση, την απασχόληση, τη στέγαση, την υγειονομική περίθαλψη, την οικογένεια, την κοινωνική προστασία και την πολιτιστική ζωή. Κοινωνικός αποκλεισμός είναι η παρεμπόδιση της πρόσβασης στα παραπάνω κοινωνικά και δημόσια αγαθά και υπηρεσίες, η έλλειψη των οποίων συνήθως οδηγεί και στην οικονομική ανέχεια. Ο κοινωνικός αποκλεισμός χαρακτηρίζει δηλαδή τόσο μια κατάσταση όσο και μία διαδικασία (Κολλιάς και Κατσορίδας 2002).

Η φτώχεια είναι μία κατάσταση και ένας από τους βασικούς τομείς κοινωνικής ενσωμάτωσης, ικανή να προκαλέσει ή να εντείνει μία διαδικασία αποκλεισμού, αλλά και το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας (Κολλιάς και Κατσορίδας 2002). Εντούτοις, δεν ταυτίζονται οι δύο έννοιες, καθώς ο παράγοντας της φτώχειας δεν είναι από μόνος του αρκετός να οδηγήσει σε κοινωνικό αποκλεισμό, εφόσον ενδέχεται ορισμένοι άλλοι παράγοντες να διακόψουν τη διαδικασία αυτή, όπως π.χ. η χορήγηση επιδομάτων από το κράτος, η οικονομική στήριξη από μέλη της οικογένειας κ.ά.

Ο κοινωνικός αποκλεισμός αποτελεί μία διαδικασία και ταυτόχρονα το αποτέλεσμα αυτής. Αποκλεισμός σημαίνει παρεμπόδιση στην πρόσβαση σε κάτι. Ο κοινωνικός αποκλεισμός νοείται ως η παρεμπόδιση απορρόφησης κοινωνικών και δημόσιων αγαθών, κοινωνικού και δημόσιου πλούτου (Τσιάκαλος 2001). Σημασία δεν έχει το γεγονός ότι κατέστη αδύνατη για ένα άτομο η πρόσβαση σε κάποιες υπηρεσίες

κοινωνικών παροχών, σε κάποιες συγκεκριμένες περιπτώσεις. Σημασία δεν έχει η μη πρόσβαση, αλλά η μη προσβασιμότητα (η συστηματική αφαίρεση της δυνατότητας για πρόσβαση) στις υπηρεσίες κοινωνικών παροχών, η οποία έχει τελικά ως συνέπεια την αδυναμία χρήσης των αντίστοιχων υπηρεσιών. Η παρεμπόδιση αυτή μπορεί να είναι θεσμικής διάστασης (από το νόμο) ή να εφαρμόζεται στην πράξη ως προϊόν κάποιων κοινωνικών πρακτικών. Έτσι, κοινωνικός αποκλεισμός νοείται μόνο στην περίπτωση που τελικά, σε δεδομένη χρονική στιγμή και κοινωνική πραγματικότητα, συμβαίνει κατάργηση του δικαιώματος στην ικανοποίηση ενός κοινωνικού ή δημόσιου αγαθού. Ως κοινωνικός αποκλεισμός περιγράφονται οι διαδικασίες που τελούνται σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο σε μια ορισμένη κοινωνία και έχουν ως αποτέλεσμα τη συστηματική αδυναμία άσκησης κοινωνικών δικαιωμάτων ή την αδυναμία ικανοποίησης κοινωνικών αγαθών/ευεργετημάτων ή την αδυναμία πρόσβασης στις κοινωνικές υπηρεσίες.

Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Deroose και συν. (2009) περιλάμβανε 67 μελέτες και βρήκε ότι η περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και η φτωχή ποιότητα της φροντίδας υγείας έχει σημαντικές αρνητικές συνέπειες στην υγεία τόσο των μεταναστών όσο και των γηγενών.

Με το νόμο 4368 / 2016 θεσπίστηκε η ελεύθερη πρόσβαση όλων στο ΕΣΥ. Η ρύθμιση περιλαμβάνει την ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση αλλά και την χρήση νοσηλευτικών, διαγνωστικών και χειρουργικών πράξεων σε όλες τις δομές υγείας, στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία αλλά και χορήγηση ιατρικών βοηθημάτων αλλά και φαρμάκων από ιδιωτικά και δημόσια φαρμακεία

5.3.3 Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας

Σύμφωνα με τους Aday και Andersen (1974), η πρόσβαση μπορεί να αποδοθεί με όρους εμποδίων που συναντούν οι χρήστες στην αναζήτηση απαραίτητων υπηρεσιών υγείας. Με δεδομένο ότι η πρόσβαση εξαρτάται από χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας (κόστος ιατρικής φροντίδας, διαθέσιμοι και απαιτούμενοι πόροι, ποιότητα και είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών) και των χρηστών (ανάγκες υγείας, στάσεις, συμπεριφορές και πεποιθήσεις), οι διάφοροι ορισμοί που έχουν δοθεί στην

πρόσβαση και παρατίθενται στη συνέχεια, αντανακλούν τη σπουδαιότητα που οι ερευνητές αποδίδουν στη μια ή στην άλλη κατηγορία χαρακτηριστικών:

(α) Η πρόσβαση ορίζεται ως η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το χρόνο και τον τόπο που θα εκφραστεί η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας (Freeborn & Greenlik 1973).

(β) Η πρόσβαση καθορίζεται από την πρόθεση των χρηστών να αναζητήσουν υπηρεσίες υγείας και εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά του χρήστη (Mechanic 1972).

Η πρόσβαση ορίζεται ως το σύνολο των παραγόντων που επηρεάζουν την είσοδο των χρηστών στο σύστημα υγείας και αφορούν:

(α) τη διαθεσιμότητα: σχέση μεταξύ αριθμού και τύπου διαθέσιμων υπηρεσιών και πόρων και αριθμού ατόμων και τύπου αναγκών.

(β) την προσπελασιμότητα: σχέση μεταξύ του τόπου στον οποίο βρίσκονται οι υπηρεσίες υγείας και του τόπου διαμονής των χρηστών, λαμβάνοντας υπόψη την απόσταση, τη διαθεσιμότητα των μέσων μεταφοράς, τη διάρκεια μετακίνησης και το κόστος.

(γ) τη δυνατότητα εξυπηρέτησης: σχέση μεταξύ της δυνατότητας των υπηρεσιών υγείας να δεχθούν χρήστες και της ικανότητας των χρηστών να προσαρμοστούν.

(δ) την αποδοχή: σχέση των στάσεων του χρήστη απέναντι στους επαγγελματίες και τα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας.

(ε) την παροχή: σχέση μεταξύ της τιμής των υπηρεσιών και της ικανότητας πληρωμής του χρήστη.

Επομένως, αναφορικά με τα συστήματα υγείας, η απόσταση από τις υπηρεσίες υγείας, χωροταξικοί παράγοντες, παράγοντες που σχετίζονται με τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού, αποτελούν τους παράγοντες που ανάλογα με τη φύση τους περιορίζουν ή διευκολύνουν την πρόσβαση. Αναφορικά με τους χρήστες, η πρόσβαση προσδιορίζεται από την κοινωνική τάξη και το εισόδημα, το επίπεδο υγείας και τη φύση της ασθένειας, την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας αλλά και από κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες (Graham 1957, Alpert 1970, Beck 1973).

Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Derosé και συν. (2009) περιλάμβανε 67 μελέτες που αφορούσαν τις ΗΠΑ και βρήκε ότι οι μετανάστες είχαν μικρότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους γηγενείς.

Στις ΗΠΑ, τα περισσότερα προβλήματα αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αντιμετωπίζουν (α) οι υπερήλικες μετανάστες, (β) οι μετανάστες που διέμεναν στις ΗΠΑ λιγότερο από 5 έτη, (γ) οι μετανάστες με χαμηλότερο εισόδημα και (δ) οι μετανάστες που προέρχονταν από τη Νότια Αμερική (Carrasquillo και συν. 2000, Choi 2006, Alegria και συν. 2006). Επιπλέον, οι μετανάστες εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά ιδιωτικής ασφάλισης σε σχέση με τους γηγενείς (Buchmueller και συν. 2007, Shah & Carrasquillo 2006).

Στις ΗΠΑ, εξάλλου, η πιθανότητα τόσο των μεταναστών όσο και των παιδιών τους να επισκέπτονται έναν ιατρό σε μόνιμη βάση ή, αλλιώς, έναν οικογενειακό ιατρό είναι σημαντικά μικρότερη σε σχέση με την αντίστοιχη πιθανότητα των γηγενών (Lasser και συν. 2006, Callahan και συν. 2006, Guendelman και συν. 2005, Huang και συν. 2006, Pippins και συν. 2007, Yu και συν. 2006, Yu και συν. 2004).

Δυστυχώς τα προβλήματα πρόσβασης στις δημόσιες παροχές υγείας δεν ήταν μόνο οι γραφειοκρατικοί περιορισμοί, οι μεγάλες λίστες αναμονής και οι μεγάλες χιλιομετρικές αποστάσεις από τις μονάδες υγείας που θα τους εξασφάλιζαν την φαρμακευτική τους αγωγή, αλλά και η περιορισμένη πρόσβαση στα φάρμακα αλλά και οι ασθενείς όπου δεν μπορούσαν να καλύψουν το κόστος των φαρμάκων και αναζητούσαν αντικατάσταση θεραπευτικού σχήματος (Μπακόλα Ε., Φραδέλος Ε., Ζυγά Σ., 2018)

5.3.4 Χρήση των υπηρεσιών υγείας

Με δεδομένο ότι η επικύρωση της προσβασιμότητας είναι η χρήση των υπηρεσιών υγείας και όχι απλά η διαθεσιμότητά τους, διατυπώθηκε η άποψη ότι η πρόσβαση στις υπηρεσιών υγείας αδυνατεί να εξηγήσει τους λόγους που τα άτομα επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας και τελικά το κάνουν. Επομένως, η ολοκληρωμένη μελέτη της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να γίνεται σε συνδυασμό με τη μελέτη της χρήσης τους. Σύμφωνα με την οικονομική προσέγγιση, οι

παράγοντες που καθορίζουν την χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι επιδημιολογικοί, δημογραφικοί, κοινωνικοοικονομικοί και δομικοί του συστήματος υγείας. Με δεδομένο όμως ότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί επιλογή μέσω μιας διαδικασίας λήψης απόφασης στη μελέτη της χρήσης, απαιτείται να ληφθούν υπόψη και τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των χρηστών. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στα ατομικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία και το φύλο. (Mossialos E and Mrazek M., 2002), Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά αναφέρονται στο ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο ζει και εργάζεται το άτομο και περιλαμβάνουν το εισόδημα, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την κοινωνική θέση. Τέλος, τα δομικά χαρακτηριστικά συνδέονται με την οργάνωση και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας και με το είδος και την έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, καθώς φαίνεται πως καλύτερη ποιοτικά ασφάλιση οδηγεί σε αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Η σημασία της χρήσης των υπηρεσιών υγείας στον προσδιορισμό των υγειονομικών προτεραιοτήτων, τη διαμόρφωση πολιτικής και τη λήψη αποφάσεων απορρέει από το γεγονός ότι η κατανόηση των αιτίων που προκαλούν τις ανισότητες, τόσο στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, όσο και στη συχνότητα και ένταση της χρήσης των ιατρικών πόρων, αποτελεί προαπαιτούμενο για την αποδοτική και αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας. (Abe-Kim και συν. 2007)

Σημαντικός αριθμός μελετών βρήκε για παράδειγμα ότι τόσο οι μετανάστες όσο και τα παιδιά τους είναι ασφαλισμένοι σε μικρότερο ποσοστό και χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά τις υπηρεσίες υγείας (Abe-Kim και συν. 2007, Alegria και συν. 2007, Callahan και συν. 2006, Cunningham 2006, Guendelman και συν. 2005, Guendelman και συν. 2001, Huang και συν. 2006, Jackson και συν. 2007, Javier και συν. 2007, Lasser και συν. 2006, Yu και συν. 2006). Επιπλέον, το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας υγείας για τους μετανάστες είναι μικρότερο, με εξαίρεση το κόστος που αφορά τα επείγοντα περιστατικά των παιδιών των μεταναστών (Derosé και συν. 2009).

Η απουσία καλής γνώσης της γλώσσας της χώρας μετανάστευσης αποτελεί σημαντικό παράγοντα περιορισμού της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, αυξάνοντας τον χρόνο αναμονής και δυσκολεύοντας την τηλεφωνική επικοινωνία (Pippins και συν. 2007). Επιπλέον, η απουσία καλής γνώσης της γλώσσας της χώρας μετανάστευσης αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα στη χρήση των υπηρεσιών υγείας που αφορούν την ψυχική υγεία (Sentell και συν. 2007).

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι και το εύρημα ότι οι μετανάστες πραγματοποιούν λιγότερο συχνά προληπτικά παρεμβάσεις, όπως ο έλεγχος κατά Παπανικολάου, η μαστογραφία, ο έλεγχος του προστατικού αντιγόνου, το αντιγριπικό εμβόλιο κ.ά. (Echeverria & Carrasquillo 2006, Goel και συν. 2003, Ponce και συν. 2006, Chen & Bakken 2004, De Alba και συν. 2005, Kandula και συν. 2006, Swan και συν. 2003, Tsui και συν. 2007, Wong και συν. 2005, Lees και συν. 2005).

ΜΕΡΟΣ II ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

1.1 Σκοπός

Σκοπός της έρευνας είναι η ανάδειξη μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση και της έρευνας που έλαβε χώρα, των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας, στην οικονομική και κοινωνική κατάσταση τους, καθώς και η παράθεση ορισμένων προτάσεων αναφορικά με τις πολιτικές υγείας που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε εθνικό επίπεδο αλλά και την τοπική κοινωνία του Νομού Αιτωλοακαρνανίας.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν είναι τα εξής:

- Τι ποσοστό συμμετεχόντων δεν έχει ασφαλιστική κάλυψη από κάποιον ασφαλιστικό φορέα.
- Οι κάτοχοι βιβλιαρίων πραγματοποιούν τακτικές εξετάσεις ή επισκέπτονται κάποιο συμβεβλημένο νοσοκομείο;
- Το χρηματικό κόστος νοσηλείας είναι ο επικρατέστερος λόγος μη επίσκεψης κάποιου νοσοκομείου.
- Η επίσκεψη σε νοσοκομείο, ΤΕΠ ή εξωτερικό ιατρείο επηρεάζεται από την ηλικία;
- Η διενέργεια εξετάσεων εξαρτάται από την ηλικία;
- Η ικανοποίηση για το κόστος των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την ηλικία;

1.2 Υλικό και μέθοδος

Τη διατύπωση του προβλήματος ακολούθησε η επιλογή ερευνητικής μεθόδου, η οποία αποφασίστηκε πως θα είναι η συλλογή δεδομένων με τη χρήση ερωτηματολογίου. Χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο, ως ερευνητικό μέσο, παρέχει την δυνατότητα προσέγγισης ικανού αριθμού περιπτώσεων, συμβάλλει στη γρήγορη συλλογή δεδομένων και διευκολύνει την οργάνωση και ανάλυσή τους.

Σε αυτό καθορίστηκε με σαφήνεια το αντικείμενο της έρευνας για να γίνεται εύκολα κατανοητό από τους συμμετέχοντες. Έτσι, κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες μπορούσαν να απαντούν εντάσσοντας την κάθε απάντηση στη σφαίρα της ικανοποίησής τους για τις πτυχές του θέματος που απασχολούσαν την έρευνα.

Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (όπως έχει προαναφερθεί) έχει παρατηρηθεί ότι το φύλο, ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο σπουδών και το επάγγελμα σχετίζονται με την οικονομική κατάσταση του ατόμου και κατά συνέπεια αυτό έχει επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου. (Χρυσόγελος, 2014), (health-inequalities.eu). Γι' αυτό το λόγο το δείγμα σε ποσοστό 50,9% τους άντρες και σε ποσοστό 49,1% αφορά τις γυναίκες, ενώ σε ποσοστό 16,4% αφορά ηλικίες έως 20 ετών σε ποσοστό 16,4% αφορά ηλικία 21-29 ετών σε ποσοστό 16,4% αφορά ηλικίες 30-39 ετών σε ποσοστό 19,8% αφορά ηλικίες 40-49 ετών και σε ποσοστό 17,2% αφορά τις ηλικίες 50-59 ετών. Αυτά τα δύο χαρακτηριστικά είναι τα κύρια όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο σπουδών και το επάγγελμα των ερωτηθέντων.

Η ύπαρξη του βιβλιαρίου υγείας (όπως έχει προαναφερθεί) σχετίζεται με την ύπαρξη σταθερής εργασίας και επομένως σχετίζεται άμεσα με την οικονομική κρίση δεδομένου ότι πολλοί ελεύθεροι επαγγελματίες κυρίως δεν είναι δυνατόν να ανταπεξέλθουν στις ασφαλιστικές τους υποχρεώσεις.

Η άποψη που έχει το άτομο για την υγεία του είναι βασική ώστε το άτομο να μπει στην διαδικασία προληπτικού ελέγχου. Το κάπνισμα και η χρήση αλκοόλ (όπως έχει προαναφερθεί) είναι βασικά στοιχεία για την υγεία του ατόμου. Η έλλειψη ή όχι του φαρμάκου σχετίζεται με την οικονομική κατάσταση του ατόμου και γενικότερα με την οικονομική κρίση διότι όταν κάποιος από τους ερωτηθέντες δεν έχει δουλειά ή δεν έχει την οικονομική δυνατότητα και δεν μπορεί να αγοράσει το φάρμακο του.

Η διενέργεια κάποιων εξετάσεων για την υγεία, όπως αναφέρονται στο ερωτηματολόγιο, δηλαδή η γενική αίματος, η αρτηριακή πίεση, η χοληστερόλη, το σάκχαρό του αίματος, η μαστογραφία και το τεστ Παπανικολάου για τις γυναίκες και ο έλεγχος του προστάτη για τους άντρες (όπως έχει προαναφερθεί) είναι χαρακτηριστικά του προληπτικού ελέγχου και μας δείχνουν μια πρώτη εικόνα της

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

κατάστασης υγείας των ερωτηθέντων. Το κατά πόσο οι ερωτηθέντες κάνουν τις παραπάνω εξετάσεις μας δείχνει την οικονομική κατάσταση του πληθυσμού που μελετάμε.

Τα ερωτήματα που αφορούν το αν νόσησε το άτομο τους 12 τελευταίους μήνες (όπως έχει προαναφερθεί) μας δείχνουν την κατάσταση υγείας των ερωτηθέντων το τελευταίο διάστημα. Ο τρόπος αντιμετώπισης της νόσου σχετίζεται με την οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων. Άτομα που έχουν την οικονομική άνεση θα απευθυνθούν σε ιδιώτη γιατρό, τα άτομα που η οικονομική τους κατάσταση δεν είναι στα επιθυμητά επίπεδα ή θα πάνε στο νοσοκομείο ή θα αδιαφορήσουν για την ασθένεια τους.

Τα ερωτήματα που αφορούν την επίσκεψη των ατόμων στα ΤΕΠ, στα εξωτερικά ιατρεία και στο νοσοκομείο (όπως έχει προαναφερθεί) μας δείχνουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Οι επισκέψεις καταγράφηκαν στην συγκεκριμένη έρευνα όπου αποτυπώνεται και ποσοτικοποιείται μέσω του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου και σχετίζονται με την οικονομική κρίση αλλά και τις επιπτώσεις που έχει η ποιότητα υγείας στην υγεία των ερωτηθέντων.

Τα τελευταία ερωτήματα (όπως έχει προαναφερθεί) σχετίζονται με τις γνώσεις που έχουν οι ερωτηθέντες όσον αφορά τις παροχές των υπηρεσιών υγείας αλλά και την ικανοποίηση που λαμβάνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Η έλλειψη ικανοποίησης των ερωτηθέντων αλλά και η άγνοια για τις παροχές υγείας είναι βασικό κομμάτι που σχετίζεται με τις επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.

Ο πληθυσμός του νομού Αιτωλοακαρνανίας στην τελευταία απογραφή του 2011 σε μία έκταση 5711 km² είχε αριθμό 210.802. Τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού ήταν 49% άντρες και 51% γυναίκες σε ηλικιακή ταξινόμηση όπως φαίνεται παρακάτω:

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
0-4	4%	3%
5-9	2%	2%
10-14	3%	3%

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

15-19	5%	4%
20-24	5%	4%
25-29	5%	5%
30-44	11%	11%
45-64	12%	12%
65+	4%	5%

Βάσει των παραπάνω χαρακτηριστικών του νομού το δείγμα που επιλέχθηκε ήταν κατάλληλο.

Τα ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν ανταποκρίνονται στα χαρακτηριστικά του πληθυσμού των ερωτηθέντων ανά φύλο και ανά ηλικιακή ομάδα. Η επιλογή των συμμετεχόντων έγινε τυχαία, πρόκειται δηλαδή για ένα τυχαίο δείγμα. Το εργαλείο της έρευνας είναι τα ερωτηματολόγια τα οποία απαντήθηκαν με τη μορφή προσωπικής συνέντευξης. Η επιλογή των συμμετεχόντων γινόταν με τυχαία τηλεφωνική επικοινωνία όπου μετά από ενημέρωση για το είδος της έρευνας και την συγκατάθεση των ερωτηθέντων, γινόταν ραντεβού και με προσωπική συνέντευξη και εφόσον είχαν ξανά ενημερωθεί και είχαν δώσει τη συγκατάθεση τους προχωρούσαν στα ερωτήματα που είχε το ερωτηματολόγιο. Εφόσον το ερωτηματολόγιο συμπληρωνόταν με προσωπική συνέντευξη αυτόματα υπήρχε και η συγκατάθεση των ερωτηθέντων. Από την αρχή της έρευνας έχει εξασφαλιστεί η συγκατάθεση τους και η εθελοντική τους συμμετοχή, προστατεύοντας το δικαίωμα στην αυτονομία και στην ιδιωτικότητα για κάθε ερωτώμενο. Ανασταλτικός παράγοντας για την συμμετοχή των ερωτηθέντων αλλά και για την διασφάλιση όσο το δυνατόν ειλικρινών απαντήσεων, θα μπορούσε να αποτελέσει το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο περιείχε προσωπικές ερωτήσεις σχετικά με την εκπαίδευση, το εισόδημα, τις συνήθειες, τις γνώσεις και την προσωπική τους άποψη για τις παροχές υγείας. Προκειμένου να περιοριστούν αυτές οι αναστολές αλλά και να διασφαλιστούν και να προστατευτούν τα προσωπικά δεδομένα και στοιχεία ενημερώθηκαν για την ελεύθερη συγκατάθεση τους να συμμετάσχουν στην έρευνα. Εξαρχής διασφαλίστηκε η ασφάλεια των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων και ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στην εμπιστευτικότητα και διαφύλαξη του απορρήτου των συλλεγμένων πληροφοριών. Τέλος πληροφορήθηκαν από την ερευνήτρια ότι οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων και τα

αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν μόνο στα πλαίσια της παρούσας μελέτης και για κανέναν άλλο σκοπό.

Τα ερωτηματολόγια περιλάμβαναν γενικές ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, αλλά και ερωτήσεις κλίμακας, στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνταν να βαθμολογήσουν τον βαθμό της ικανοποίησής τους σε διάφορα θέματα σχετικά με την έρευνα. Συνολικά μοιράστηκαν 133 ερωτηματολόγια εκ των οποίων τα 116 αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας. Έτσι, το δείγμα των συμμετεχόντων περιλάμβανε συνολικά 116 άτομα.

1.3 Στατιστική ανάλυση

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική και η ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS Statistics 19.0, με τη βοήθεια του οποίου ερμηνεύονται τα αποτελέσματα που προκύπτουν από το σύνολο των ερωτηματολογίων που επεστράφησαν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1 Περιγραφικά

Η ανάλυση του ερωτηματολογίου ξεκινά με την παράθεση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Σύμφωνα με τον Πίνακα 1, το δείγμα της έρευνας αποτελείτε από 116 άτομα εκ των οποίων οι 59 είναι άνδρες και οι 57 γυναίκες. Στη μεγαλύτερη πλειοψηφία του το δείγμα περιλαμβάνει άτομα ηλικίας μεταξύ 40-49 ετών με ποσοστό 19,8% και ακολουθούν με μικρή διαφορά άτομα που ανήκουν σε άλλες ηλικιακές ομάδες. Η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων με ποσοστό 47,4% είναι έγγαμη και ακολουθούν με 46,6% όσοι δήλωσαν άγαμοι. Το επίπεδο σπουδών του δείγματος στο μεγαλύτερο ποσοστό του αποτελείται από άτομα με εκπαίδευση επιπέδου Λυκείου με 39,7%, ενώ ακολουθούν με 33,6% οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Τέλος, όσον αφορά την επαγγελματική δραστηριότητα των συμμετεχόντων, αυτοί στην πλειοψηφία τους δήλωσαν πως είναι άνεργοι με ποσοστό 16,3% και ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι με 13,5%, οι μαθητές/φοιτητές με 12,8%, οι ασχολούμενοι με τα οικιακά με 12,1% και οι αγρότες με 12%. Ωστόσο, στην έρευνα έλαβαν μέρος και αντιπρόσωποι άλλων επαγγελμάτων με χαμηλότερα, όμως, ποσοστά συμμετοχής.

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα εμφάνισης	Ποσοστό %
Φύλο		
Άνδρας	59	50,9
Γυναίκα	57	49,1
Ηλικία		
Μέχρι 20 ετών	19	16,4
21-29 ετών	19	16,4
30-39 ετών	19	16,4
40-49 ετών	23	19,8
50-59 ετών	20	17,2

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

60 ετών και άνω	16	13,8
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος	55	47,4
Άγαμος	54	46,6
Χήρος	3	2,6
Διαζευγμένος	4	3,4
Επίπεδο σπουδών		
Δημοτικό	13	11,2
Γυμνάσιο	13	11,2
Λύκειο/ΙΕΚ	46	39,7
ΑΕΙ/ΤΕΙ	39	33,6
Μεταπτυχιακό	4	3,4
Διδακτορικό	1	0,9
Επάγγελμα		
Αγρότης	14	12,0
Δημόσιος υπάλληλος	10	8,7
Ιδιωτικός υπάλληλος	15	13,5
Ελεύθερος επαγγελματίας	13	11,6
Έμπορος	8	7,0
Φοιτητής	16	12,8
Συνταξιούχος	7	6,0
Οικιακά	14	12,1
Άνεργος	19	16,3

Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για την κατοχή ή όχι βιβλιαρίου υγείας. Το 79,3% δήλωσε πως έχει βιβλιάριο υγείας. Σε ερώτηση όμως που αφορούσε την ισχύ του βιβλιαρίου το 73,3% δήλωσε πως έχει βιβλιάριο που ισχύει (Πίνακας 2).

Πίνακας 2: Βιβλιάριο υγείας

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα εμφάνισης	Ποσοστό %
Βιβλιάριο υγείας		
Ναι	92	79,3
Όχι	24	20,7
Ισχύς βιβλιαρίου		
Ναι	85	73,3
Όχι	31	26,7

Όσον αφορά την κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων σήμερα, όπως αυτοί θα την χαρακτήριζαν, προέκυψε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί πως η υγεία του βρίσκεται σε καλή ή πολύ καλή κατάσταση με 75,9%. Ωστόσο, υπήρξε και ένα 6,9% που δήλωσε πως η κατάσταση της υγείας του είναι κακή ή πολύ κακή. Έπειτα, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 3, στην έρευνα έλαβαν μέρος άτομα που καπνίζουν συχνά ή περιστασιακά με ποσοστό 45,7%, που στην πλειοψηφία τους κάνουν 11-20 τσιγάρα ημερησίως, και άτομα που καταναλώνουν αλκοόλ συχνά ή περιστασιακά με ποσοστό 69,8%.

Πίνακας 3: Κατάσταση υγείας

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα εμφάνισης	Ποσοστό %
Κατάσταση υγείας σήμερα		
Πολύ καλή	42	36,2
Καλή	46	39,7
Μέτρια	20	17,2
Κακή	6	5,2
Πολύ κακή	2	1,7

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

Καπνιστής		
Ναι	46	39,7
Όχι	63	54,3
Περιστασιακός	7	6,0
Αριθμός τσιγάρων την ημέρα		
0	63	54,3
Μέχρι 10	14	12,1
11-20	18	15,6
21-30	14	12,1
31-40	6	5,2
Πάνω από 40	1	0,9
Αλκοόλ		
Ναι	23	19,7
Όχι	35	30,2
Περιστασιακά	58	50,1

Στη συνέχεια η έρευνα διερευνούσε την λήψη ή μη φαρμάκων. Από το σύνολο του δείγματος το 26,7% δήλωσε πως λαμβάνει κάποιο φάρμακο, ωστόσο χαρακτηριστικό είναι πως το 19,8% δήλωσε πως υπήρξαν περιπτώσεις στις οποίες δεν έλαβαν το φάρμακό τους, επειδή δεν μπορούσαν να το αγοράσουν (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Λήψη φαρμάκου

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα εμφάνισης	Ποσοστό %
Λήψη φαρμάκου		
Ναι	31	26,7
Όχι	85	73,3
Μη λήψη		
Ναι	23	19,8
Όχι	93	80,2

Ακολουθεί ερώτηση που εξετάζει τη διενέργεια κάποιων μετρήσεων για την υγεία, κατά τη διάρκεια των 2 τελευταίων ετών και αν η τιμή της τελευταίας μέτρησης ήταν φυσιολογική ή όχι. Όπως δείχνει και ο Πίνακας 5 οι μετρήσεις για τις οποίες ρωτήθηκαν οι συμμετέχοντες αφορούσαν τη γενική αίματος, την αρτηριακή πίεση, τη χοληστερόλη, το σάκχαρο του αίματος, το τεστ Παπανικολάου και τη μαστογραφία για τις γυναίκες και την εξέταση προστάτη για τους άντρες. Παρατηρούμε ότι εμφανίζονται αρκετά μεγάλα ποσοστά μετρήσεων στη γενική αίματος, την αρτηριακή πίεση, τη χοληστερόλη και το σάκχαρο του αίματος, ενώ μικρότερα ποσοστά μετρήσεων παρουσιάζονται στο τεστ Παπανικολάου και τη μαστογραφία για τις γυναίκες και την εξέταση προστάτη για τους άντρες. Επιπλέον, παρατηρούμε πως οι μη φυσιολογικές τιμές είναι της τάξης του 12-14% για τις τέσσερις πρώτες εξετάσεις και της τάξης του 3% για τις τρεις τελευταίες.

Πίνακας 5: Μετρήσεις

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα εμφάνισης	Ποσοστό %
Γενική αίματος		
Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	78	67,2
Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική	15	12,9
Δεν έχει μετρηθεί	22	19,0
Έχει μετρηθεί και δεν γνωρίζω εάν ήταν φυσιολογική ή όχι	1	0,9
Αρτηριακή πίεση		
Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	72	62,1
Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική	14	12,1
Δεν έχει μετρηθεί	29	25,0
Έχει μετρηθεί και δεν γνωρίζω εάν ήταν φυσιολογική ή όχι	1	0,9

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

Χοληστερόλη		
Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	70	60,3
Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική	17	14,7
Δεν έχει μετρηθεί	28	24,1
Έχει μετρηθεί και δεν γνωρίζω εάν ήταν φυσιολογική ή όχι	1	0,9
Σάκχαρο αίματος		
Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	77	66,4
Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική	7	6,0
Δεν έχει μετρηθεί	30	25,9
Έχει μετρηθεί και δεν γνωρίζω εάν ήταν φυσιολογική ή όχι	2	1,7
Τεστ Παπανικολάου (μόνο για γυναίκες)		
Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	27	23,3
Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική	2	1,7
Δεν έχει μετρηθεί	28	24,1
Μαστογραφία (μόνο για γυναίκες)		
Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	18	15,5
Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική	2	1,7
Δεν έχει μετρηθεί	37	31,9
Εξέταση για τον προστάτη (μόνο για άντρες)		
Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	19	16,4
Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική	2	1,7
Δεν έχει μετρηθεί	37	31,9
Έχει μετρηθεί και δεν γνωρίζω εάν ήταν φυσιολογική ή όχι	1	0,9

Η επόμενη ερώτηση διερευνά την εμφάνιση ή όχι κάποιας νόσου τους τελευταίους 12 μήνες. Στον Πίνακα 6, παρατηρούμε ότι σχεδόν οι μισοί (48,3%) δήλωσαν πως εμφάνισαν κάποια νόσο. Αυτή κυρίως αφορούσε κάποια ίωση, γρίπη, κρυολόγημα, αλλεργία ή κάποιο ατύχημα. Ωστόσο, αναφέρθηκαν και άλλες ασθένειες,

με ποσοστά εμφάνισης όμως της τάξης του 0,9%, όπως αυχενικό, βρογχίτιδα, πνευμονικό οίδημα, πρόβλημα με την καρδιά ή τα νεφρά κτλ. Όσον αφορά τον τρόπο αντιμετώπισης της εκάστοτε νόσου αυτή κυρίως αφορούσε επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό με ποσοστό 17,2% και ακολουθούν η ίαση της ασθένειας από μόνη της με 12,9% και η επίσκεψη σε νοσοκομείο με 12%.

Πίνακας 6: Νόσος τους τελευταίους 12 μήνες

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα εμφάνισης	Ποσοστό %
Νόσος		
Ναι	56	48,3
Όχι	60	51,7
Τρόπος αντιμετώπισης		
Ιδιώτης ιατρός	20	17,2
Συμβεβλημένος ιατρός	6	5,2
Νοσοκομείο	14	12,0
Κέντρο υγείας	3	2,6
Φίλοι	8	6,9
Ίαση μόνη της	15	12,9

Στη συνέχεια της έρευνας οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν επισκέφτηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών νοσοκομείου κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών και αν αντιμετώπισαν κάποια δυσκολία. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 7 το 19,8% των συμμετεχόντων επισκέφτηκε το ΤΕΠ και το 8,6% από αυτούς δήλωσε πως αντιμετώπισε πολλές ή πάρα πολλές δυσκολίες. Αυτές κυρίως αφορούσαν προβλήματα με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 7: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα εμφάνισης	Ποσοστό %
Επίσκεψη σε ΤΕΠ		
Ναι	23	19,8
Όχι	93	80,2
Δυσκολίες		
Πάρα πολλές	5	4,3
Πολλές	5	4,3
Αρκετές	7	6,0
Λίγες	3	2,6
Καθόλου	4	3,4
Είδος δυσκολιών		
Δυσκολίες στην επικοινωνία	4	3,4
Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	5	4,3
Προβλήματα με το νοσηλευτικό προσωπικό	11	9,5
Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	4	3,4
Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου	2	1,7
Μεγάλο κόστος	1	0,9

Έπειτα, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν επισκέφτηκαν κάποιο εξωτερικό ιατρείο κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών και αν αντιμετώπισαν κάποια δυσκολία. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 8 το 22,4% των συμμετεχόντων επισκέφτηκε κάποιο εξωτερικό ιατρείο και το 9,5% από αυτούς δήλωσε πως αντιμετώπισε πολλές ή πάρα πολλές δυσκολίες. Αυτές κυρίως αφορούσαν προβλήματα με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 8: Εξωτερικά ιατρεία

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα εμφάνισης	Ποσοστό %
Επίσκεψη σε εξωτερικό ιατρείο		
Ναι	26	22,4
Όχι	90	77,6
Δυσκολίες		
Πάρα πολλές	3	2,6
Πολλές	8	6,9
Αρκετές	3	2,6
Λίγες	7	6,0
Καθόλου	5	4,3
Είδος δυσκολιών		
Δυσκολίες στην επικοινωνία	2	1,7
Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	3	2,6
Προβλήματα με το νοσηλευτικό προσωπικό	11	9,5
Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	2	1,7
	2	1,7
Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου	1	0,9
Μεγάλο κόστος		

Ακολούθως, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν επισκέφτηκαν το νοσοκομείο κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών και αν αντιμετώπισαν κάποια δυσκολία. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 9 το 12,1% των συμμετεχόντων επισκέφτηκε το νοσοκομείο και το 5,4% από αυτούς δήλωσε πως αντιμετώπισε πολλές ή πάρα πολλές δυσκολίες. Αυτές κυρίως αφορούσαν προβλήματα με το νοσηλευτικό προσωπικό.

Πίνακας 9: Νοσοκομείο

Χαρακτηριστικό	Συχνότητα εμφάνισης	Ποσοστό %
----------------	---------------------	-----------

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

Επίσκεψη σε Νοσοκομείο		
Ναι	14	12,1
Όχι	102	87,9
Δυσκολίες		
Πάρα πολλές	1	0,9
Πολλές	5	4,3
Αρκετές	3	2,6
Λίγες	2	1,7
Καθόλου	4	3,4
Είδος δυσκολιών		
Δυσκολίες στην επικοινωνία	1	0,9
Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	3	2,6
Προβλήματα με το νοσηλευτικό προσωπικό	5	4,3
Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	2	1,7
Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου	1	0,9
Μεγάλο κόστος	1	0,9

Στους συμμετέχοντες που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο έγιναν ακόμη δύο ερωτήσεις. Η πρώτη αφορούσε το χρόνο αναμονής τους προκειμένου να εξυπηρετηθούν και η δεύτερη έλεγχε αν οι συμμετέχοντες πλήρωσαν τη νόμιμη συμμετοχή τους. Όπως δείχνουν οι Πίνακες 10 και 11, ο χρόνος αναμονής δεν ήταν πολύ μεγάλος, ωστόσο χαρακτηρίστηκε ως αρκετός από το δείγμα και το 7,8% δήλωσε πως πλήρωσε τη νόμιμη συμμετοχή του, με το 3,5% να μην έχει πληρώσει.

Πίνακας 10: Χρόνος αναμονής

Χρόνος αναμονής	Συχνότητα εμφάνισης	Ποσοστό %
Πάρα πολύς	1	0,9
Πολύς	2	1,7

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

Αρκετός	7	6,0
Λίγος	2	1,7
Καθόλου	1	0,9

Πίνακας 11: Πληρωμή νόμιμης συμμετοχής

Πληρωμή νόμιμης συμμετοχής	Συχνότητα εμφάνισης	Ποσοστό %
Ναι	9	7,8
Όχι	4	3,5

Στη συνέχεια, έγιναν στους συμμετέχοντες κάποιες ερωτήσεις που αφορούσαν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, όπου αυτοί έπρεπε να δώσουν την απάντηση που τους εξέφραζε καλύτερα. Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα ερωτήματα και οι απαντήσεις που δόθηκαν. Αρχικά, σχετικά με τις γνώσεις για τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας παρατηρούμε πως πολλές ή αρκετές γνώσεις δήλωσε πως έχει το 44%, ενώ σχετικά με τα δικαιώματα χρήσης των υπηρεσιών υγείας πολλές ή αρκετές γνώσεις δήλωσε πως έχει το 44,9%. Έπειτα βλέπουμε πως το 56,9% πιστεύει πως το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι σε μεγάλο ή αρκετό βαθμό εμπόδιο για τη χρήση τους, ενώ το 75% δήλωσε πως το σύστημα υγείας είναι πολύ ή αρκετά πολύπλοκο. Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας το 64,7% δήλωσε ότι τους, ενώ το 56,9% δήλωσε πως είναι πολύ ή αρκετά ικανοποιημένο από αυτούς. Γενικά από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας πολύ ή αρκετά ικανοποιημένο είναι το 27%, ενώ από το κόστος το 26,7%.

Πίνακας 12: Δημόσιες υπηρεσίες υγείας

Ερωτήσεις	Συχνότητα εμφάνισης	Ποσοστό %
Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;	3	2,6

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

Πολύ	48	41,4
Αρκετά	57	49,1
Λίγο	8	6,9
Καθόλου		
Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας		
Πολύ	9	7,8
Αρκετά	43	37,1
Λίγο	56	48,3
Καθόλου	8	6,9
Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;		
Πολύ	26	22,4
Αρκετά	40	34,5
Λίγο	43	37,1
Καθόλου	7	6,0
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;		
Πολύ	35	30,2
Αρκετά	52	44,8
Λίγο	28	24,1
Καθόλου	1	0,9
Πόσο εμπιστεύεστε τους επαγγελματίες υγείας;		
Πολύ	8	6,9
Αρκετά	66	57,8
Λίγο	38	31,9
Καθόλου	4	3,4
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας;		
Πολύ	5	4,3
Αρκετά	61	52,6
Λίγο	45	38,8

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

Καθόλου	5	4,3
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας;		
Πολύ	3	2,6
Αρκετά	36	31,0
Λίγο	63	54,3
Καθόλου	14	12,1
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;		
Πολύ	4	3,4
Αρκετά	27	23,3
Λίγο	72	62,1
Καθόλου	13	11,2
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας;		
Πολύ	4	3,4
Αρκετά	27	23,3
Λίγο	54	46,6
Καθόλου	31	26,7

Η τελευταία ερώτηση της έρευνας εξέταζε σε ποιο από τα θέματα που παρουσιάστηκαν στους συμμετέχοντες, αυτοί θα ήθελαν περισσότερη ενημέρωση, διότι η γνώση που έχουν δεν καλύπτει τις ανάγκες τους. Στον Πίνακα 13 φαίνεται πως οι συμμετέχοντες έχουν ανάγκη περαιτέρω ενημέρωσης κυρίως για την ασφάλεια της υγείας τους και τον ΕΟΠΥΥ με ποσοστό 66,4% και για τα δικαιώματά τους αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας με ποσοστό 53,4%.

Πίνακας 13: Περαιτέρω ενημέρωση

Θέματα	Συχνότητα εμφάνισης	Ποσοστό %
--------	---------------------	-----------

Ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας μου/τον ΕΟΠΥΥ	77	66,4
Ενημέρωση για τα δικαιώματά μου αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας	62	53,4
Ενημέρωση για την πρόσβαση σε νοσοκομεία (π.χ. τοποθεσία, τρόπος πρόσβασης)	21	18,1
Ενημέρωση για την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	24	20,7
Ενημέρωση για την πρόσβαση σε γενικό ιατρό ή παθολόγο	20 33	17,2 28,4
Ενημέρωση για το κόστος επίσκεψης σε ιατρό ή υπηρεσία υγείας		

2.2 Συσχετίσεις

Στη συνέχεια της ανάλυσης των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών ώστε να διαπιστωθεί η ύπαρξη στατιστικής διαφοράς. Αρχικά, έγινε έλεγχος ANOVA με βάση την ύπαρξη βιβλιαρίου ασφάλισης και διαφόρων μεταβλητών. Βρέθηκε συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση ($p=0,020$), το μορφωτικό επίπεδο ($p=0,043$), τη μη λήψη φαρμάκων λόγω κόστους ($p=0,002$) και τη μέτρηση του σακχάρου του αίματος ($p=0,027$).

Στη συνέχεια έγινε έλεγχος με βάση την ηλικία. Βρέθηκε συσχέτιση με τη μη λήψη φαρμάκων λόγω κόστους ($p=0,002$), τη μέτρηση γενικής αίματος ($p=0,005$), τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης ($p=0,005$), τη μέτρηση του σακχάρου του αίματος ($p=0,036$), την επίσκεψη στα ΤΕΠ ($p=0,019$), την επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία ($p=0,001$), την γνώση των δικαιωμάτων για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας ($p=0,003$) και την ικανοποίηση για το κόστος των υπηρεσιών υγείας ($p=0,016$).

Έπειτα, προκειμένου να διαπιστωθεί το είδος της συσχέτισης της ηλικίας με τις υπόλοιπες μεταβλητές έγινε έλεγχος με τον συντελεστή Pearson. Βρέθηκε ισχυρή αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με τη μη λήψη φαρμάκων λόγω κόστους ($r = -0,319$). Επίσης βρέθηκε αρνητική συσχέτιση της ηλικίας με τη διενέργεια μετρήσεων γενικής

αίματος ($r = -0,157$), αρτηριακής πίεσης ($r = -0,283$), σακχάρου του αίματος ($r = -0,218$) και χοληστερόλης ($r = -0,214$).

Τέλος, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος Mann-Whitney μεταξύ του φύλου και διαφόρων παραγόντων. Βρέθηκε συσχέτιση του φύλου με τη μέτρηση γενικής αίματος ($p = 0,015$), τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης ($p = 0,001$), τη μέτρηση της χοληστερόλης ($p = 0,017$), τη μέτρηση του σακχάρου του αίματος ($p = 0,042$), την εμφάνιση νόσου τους τελευταίους 12 μήνες ($p = 0,016$), την επίσκεψη στα ΤΕΠ ($p = 0,008$), την επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία ($p = 0,021$), την πεποίθηση ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο ($p = 0,007$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της έρευνας που προηγήθηκε ήταν η ανάδειξη των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας για την τοπική κοινωνία του Νομού Αιτωλοακαρνανίας.

Το δείγμα που έλαβε μέρος στην έρευνα αποτελούνταν από 116 άτομα εκ των οποίων οι 59 είναι άνδρες και οι 57 γυναίκες και στη μεγαλύτερη πλειοψηφία του περιελάμβανε άτομα που ανήκαν σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Το επίπεδο σπουδών του δείγματος στο μεγαλύτερο ποσοστό του αποτελείται από άτομα με εκπαίδευση επιπέδου Λυκείου, ενώ όσον αφορά την επαγγελματική δραστηριότητα των συμμετεχόντων, αυτοί στην πλειοψηφία τους ήταν άνεργοι και ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι, οι φοιτητές και οι αγρότες.

Σχετικά με την κατοχή ή όχι βιβλιαρίου υγείας, το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε πως έχει. Συνεπώς το ποσοστό των συμμετεχόντων που δεν έχει ασφαλιστική κάλυψη από κάποιον ασφαλιστικό φορέα είναι της τάξης του 20,7%. Όσον αφορά την κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων σήμερα, όπως αυτοί θα την χαρακτήριζαν, προέκυψε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό θεωρεί πως η υγεία του βρίσκεται σε καλή ή πολύ καλή κατάσταση

Στη συνέχεια η έρευνα διερευνούσε την λήψη ή μη φαρμάκων. Από το σύνολο του δείγματος το 26,7% δήλωσε πως λαμβάνει κάποιο φάρμακο, ωστόσο χαρακτηριστικό είναι πως το 19,8% δήλωσε πως υπήρξαν περιπτώσεις στις οποίες δεν έλαβαν το φάρμακό τους, επειδή δεν μπορούσαν να το αγοράσουν.

Ακολουθεί ερώτηση που εξετάζει τη διενέργεια κάποιων μετρήσεων για την υγεία, κατά τη διάρκεια των 2 τελευταίων ετών και αν η τιμή της τελευταίας μέτρησης ήταν φυσιολογική ή όχι. Όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα της έρευνας εμφανίζονται αρκετά μεγάλα ποσοστά μετρήσεων στη γενική αίματος, την αρτηριακή πίεση, τη χοληστερόλη και το σάκχαρο του αίματος, ενώ μικρότερα ποσοστά μετρήσεων παρουσιάζονται στο τεστ Παπανικολάου και τη μαστογραφία για τις γυναίκες και την εξέταση προστάτη για τους άντρες.

Στη συνέχεια της έρευνας οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν επισκέφτηκαν το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών νοσοκομείου, κάποιο εξωτερικό ιατρεία ή κάποιο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών και αν αντιμετώπισαν κάποια δυσκολία. Σχετικά μικρό ποσοστό δήλωσε πως επισκέφτηκε τους παραπάνω χώρους

με τα ποσοστά δυσκολιών να μην ξεπερνούν το 9,5%. Ως επικρατέστερη δυσκολία αναφέρθηκε η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ αμεληταία ήταν τα ποσοστά που δόθηκαν σε δυσκολία λόγω υψηλού κόστους.

Στους συμμετέχοντες που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο έγιναν ακόμη δύο ερωτήσεις. Η πρώτη αφορούσε το χρόνο αναμονής τους προκειμένου να εξυπηρετηθούν και η δεύτερη έλεγχε αν οι συμμετέχοντες πλήρωσαν τη νόμιμη συμμετοχή τους. Βρέθηκε ότι ο χρόνος αναμονής δεν ήταν πολύ μεγάλος, ωστόσο χαρακτηρίστηκε ως αρκετός από το δείγμα και το 7,8% δήλωσε πως πλήρωσε τη νόμιμη συμμετοχή του, με το 3,5% να μην έχει πληρώσει.

Στη συνέχεια, έγιναν στους συμμετέχοντες κάποιες ερωτήσεις που αφορούσαν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Γενικά, προέκυψαν αρκετά μεγάλα ποσοστά γνώσης και ικανοποίησης από τους συμμετέχοντες για τα διάφορα θέματα που τους τέθηκαν.

Η τελευταία ερώτηση της έρευνας εξέταζε σε ποιο από τα θέματα που παρουσιάστηκαν στους συμμετέχοντες, αυτοί θα ήθελαν περισσότερη ενημέρωση, διότι η γνώση που έχουν δεν καλύπτει τις ανάγκες τους. Προέκυψε πως οι συμμετέχοντες έχουν ανάγκη περαιτέρω ενημέρωσης κυρίως για την ασφάλεια της υγείας τους και τον ΕΟΠΥΥ και για τα δικαιώματά τους αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Από τη διενέργεια συσχετίσεων που έγιναν βρέθηκε ότι η ύπαρξη βιβλιαρίου ασφάλισης σχετίζεται με την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και τη μη λήψη φαρμάκων λόγω κόστους. Επίσης βρέθηκε ότι η ηλικία σχετίζεται αρνητικά με τη μη λήψη φαρμάκων λόγω κόστους και με τη διενέργεια εξετάσεων. Τέλος, πραγματοποιήθηκε έλεγχος μεταξύ του φύλου των συμμετεχόντων και διαφόρων παραγόντων, όπου βρέθηκε συσχέτιση του φύλου με τη διενέργεια εξετάσεων, την εμφάνιση νόσου τους τελευταίους 12 μήνες, την επίσκεψη στα ΤΕΠ και τα εξωτερικά ιατρεία και την πεποίθηση ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ 2015 - ΣΗΜΕΡΑ

Από το 2015 έως σήμερα το 2021 έχουν υπάρξει κάποιες αλλαγές στο σύστημα υγείας αλλά και γενικότερα στα δεδομένα που έχουν να κάνουν με την υγεία των Ελλήνων και το υγειονομικό μας σύστημα.

Η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη από 5,1 δις το 2009 έφτασε το 1,9 δις το 2016 με τη βοήθεια της υποχρεωτικής ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, την μείωση τιμών στα φάρμακα, την επιβολή των μηχανισμών του clawback και των υποχρεωτικών εκπτώσεων, την αλλαγή στο σύστημα προμηθειών στα νοσοκομεία και την αύξηση συμμετοχής των ασθενών στο κόστος. (Σουλιώτη Κ., Παπαδονικολάκη Τζ., Παπαγεωργίου Μ., Οικονόμου Μ., 2018).

Με το νόμο 4368 / 2016 θεσπίστηκε η ελεύθερη πρόσβαση όλων στο ΕΣΥ. Η ρύθμιση περιλαμβάνει την ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση αλλά και την χρήση νοσηλευτικών, διαγνωστικών και χειρουργικών πράξεων σε όλες τις δομές υγείας, στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία αλλά και χορήγηση ιατρικών βοηθημάτων αλλά και φαρμάκων από ιδιωτικά και δημόσια φαρμακεία.

Με τον πρόσφατο νόμο 4486 / 2017 έγινε η μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας η οποία είναι στηριγμένη στις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Προσφέρει δωρεάν, καθολική κάλυψη στους πολίτες ανεξαρτήτως κοινωνικό οικονομικών, φυλετικών ή θρησκευτικών χαρακτηριστικών. Η ισότιμη πρόσβαση δεν απαιτεί ασφαλιστική κάλυψη ή οικονομική επιβάρυνση. Δίνει το δικαίωμα σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, σε ανασφάλιστους και μετανάστες - πρόσφυγες για δωρεάν, ελεύθερη και πλήρη πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες του δημόσιου συστήματος υγείας. Επίσης εφαρμόζονται πρωτόκολλα για τις ιατρικές πράξεις και τη χορήγηση φαρμάκων, υπάρχει ελεύθερη επιλογή οικογενειακού γιατρού από τους ασφαλισμένους και έχουμε και την εφαρμογή της ηλεκτρονικής κάρτας πληρωμών όπου θα έχει ετήσιο όριο ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα. (Μαραγκάκη Α., Κωσταντινίδης Θ., Σαράφης Π., 2019)

Δυστυχώς τα προβλήματα πρόσβασης στις δημόσιες παροχές υγείας δεν ήταν μόνο οι γραφειοκρατικοί περιορισμοί, οι μεγάλες λίστες αναμονής και οι μεγάλες χιλιομετρικές αποστάσεις από τις μονάδες υγείας που θα τους εξασφάλιζαν την φαρμακευτική τους αγωγή, αλλά και η περιορισμένη πρόσβαση στα φάρμακα αλλά

και οι ασθενείς όπου δεν μπορούσαν να καλύψουν το κόστος των φαρμάκων και αναζητούσαν αντικατάσταση θεραπευτικού σχήματος (Μπακόλα Ε., Φραδέλος Ε., Ζυγά Σ., 2018)

Σύμφωνα με μελέτη που έγινε για τους υγειονομικούς πόρους στις Δομές Υγείας στην Πάτρα το 2020 διαπιστώθηκε ότι οι μη έχοντες ιδιωτική ασφάλιση υγείας είχαν 44% μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν αρνητική εικόνα για το επίπεδο υγείας τους ενώ η ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας αύξανε την πιθανότητα για όσους δεν είχαν προβλήματα υγείας. Βρέθηκε δυο φορές πιο πιθανό για τους ανθρώπους χωρίς ιδιωτική ασφάλεια να επισκέπτονται μια δημόσια μονάδα υγειονομικής φροντίδας παρά για εκείνους που δεν είχαν ιδιωτική ασφάλεια υγείας. Αυτό το αποτέλεσμα συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες που διαπίστωσαν την χρήση υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη της υγείας. (Μπαρτζώκας Χ., 2020).

Σε μελέτη που έγινε στο Νοσοκομείο Αγρινίου στον Νομό Αιτωλοακαρνανίας το 2019 διαπιστώθηκε ότι ο λόγος που οι ερωτηθέντες αμελούν να εξεταστούν είναι μόνο 15,8% (Φατούρου Σ., 2019).

Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι από το 2015 έως σήμερα και μετά την αλλαγή της νομοθεσίας με την ελεύθερη πρόσβαση όλων των πολιτών στην υγεία είναι ελάχιστα τα άτομα τα οποία δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη συγκεκριμένα από το 20,7% σήμερα στο Ν. Αιτωλοακαρνανίας το ποσοστό μειώθηκε σε 15,8%.

Η αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας αντικατοπτρίζει τα αισθήματα, τις ιδέες και τις πεποιθήσεις που έχουν τα άτομα για την υγεία τους. Σύμφωνα με μελέτη που έγινε για τους υγειονομικούς πόρους στην Πάτρα το 2020 διαπιστώθηκε ότι οι ερωτηθέντες με χαμηλότερη αυτό αξιολόγηση του επιπέδου υγείας είναι μεγαλύτερης ηλικίας, έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, έχουν εισοδήματα λιγότερα από 1000 € ανά μήνα, δεν έχουν ιδιωτική ασφάλεια και πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Δηλαδή οι μη έχοντες ιδιωτική ασφάλεια έχουν 44% πιθανότητα για αρνητική εικόνα του επιπέδου υγείας τους ενώ σε περίπτωση που είχαν χρόνια προβλήματα αυξάνεται η πιθανότητα κατά 6,35 φορές σε σύγκριση με αυτούς που δεν έχουν χρόνια προβλήματα υγείας. Η πεποίθηση για την άσχημη κατάσταση υγείας παρουσιάστηκε σε ηλικιωμένες γυναίκες που έχουν λιγότερη εκπαίδευση και στα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ιατρικές καταστάσεις. Τέλος ένα ποσοστό 66,3% αξιολόγησε την

συνολική κατάσταση της υγείας του πάνω από το κανονικό. Το δείγμα αυτό αποτελούνταν από 312 συμμετέχοντες, όπου ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 51,2 χρόνια(Μπαρτζώκας Χ., 2020).

Συγκεκριμένα στην μελέτη που έγινε στο νοσοκομείο Αγρινίου του Νομού Αιτωλοακαρνανίας το 2019 βρέθηκε ότι το 49,8% των ερωτηθέντων αξιολογούν την υγεία τους από μέτρια και κάτω.(γνώσεις και απόψεις για τον προληπτικό έλεγχο σε άτομα ηλικίας έως 65 ετών χωρίς βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό,(Φατούρου Σ., 2019).

Μεγάλο μέρος του πληθυσμού δεν έχει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας είτε στο δημόσιο είτε στον ιδιωτικό χώρο. Λόγω της οικονομικής κρίσης μεγάλο μέρος του πληθυσμού δεν έχει χρήματα για ιατρική περίθαλψη, για εξετάσεις ή για κάποιο πρόβλημα που αντιμετωπίζει. Μπορεί στα χαρτιά να φαίνεται ότι έχουν καλύψει χρηματικά τις εξετάσεις ή τις ιατρικές επισκέψεις όμως παρά την κάλυψη αυτή δεν διαθέτουν τα χρήματα που χρειάζονται για την ιατρική επίσκεψη μέχρι τη στιγμή που το ποσό θα επιστραφεί από την ασφαλιστική εταιρεία. Τις περισσότερες φορές ο πολίτης θα πάρει πίσω μόνο ένα μέρος του ποσού που πλήρωσε κι αυτό μετά από κάποιο χρονικό διάστημα.

Σε μελέτη που έγινε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας το 2019 διαπιστώνεται αντιστρόφως ανάλογη σχέση ανάμεσα στα επίπεδα εκπαίδευσης και στην ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα στις ηλικίες από 25 έως και 44, όπου έχουμε τα μεγαλύτερα ποσοστά εκπαίδευσης δεν έχουμε όμως και την χαμηλότερη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Στην ομάδα από 55 έως 64 έχουμε το μικρότερο ποσοστό ζήτηση υπηρεσιών υγείας όμως εδώ έχουμε και χαμηλή εκπαίδευση. Τέλος στην ηλικιακή ομάδα 65 και άνω τα επίπεδα εκπαίδευσης δεν επηρεάζουν την ζήτηση υπηρεσιών υγείας. (Μέγγουλη Ε., 2019).

Οι γιατροί παθολόγοι – γενικοί ιατροί συνταγογραφούν συνήθως για καρδιακές παθήσεις και συγκεκριμένα για τη θεραπεία της υπέρτασης. Ακολουθούν ο σακχαρώδης διαβήτης και οι πεπτικές διαταραχές. (Μέγγουλη Ε.,2019)

Στην μελέτη που έγινε το 2019 στο Νομό Αιτωλοακαρνανίας διαπιστώθηκε ότι τα είδη των εξετάσεων που πραγματοποίησαν οι ερωτηθέντες είναι κυρίως αιματολογικές εξετάσεις και ακολουθούν οι ενδοκρινολογικές, οι καρδιολογικές και οι γυναικολογικές-ανδρολογικές. Το 71,5% επιλέγει τον πλήρη προληπτικό αιματολογικό έλεγχο. Από τους ερωτηθέντες φάνηκε ότι μία στις δύο γυναίκες είχαν

ιστορικό ουρολοιμώξεων, συγκεκριμένα το 26% είχε ουρολοίμωξη τουλάχιστον μία φορά τον τελευταίο χρόνο παρόλα αυτά το 47% δεν έχει υποβληθεί ποτέ σε εξέταση κολπικού επιχρίσματος. Στους άντρες από 40 χρονών και πάνω 90% έχει πραγματοποιήσει εξέταση προστάτη έστω και μία φορά στη ζωή τους και το 89% ήταν φυσιολογικό. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που ερωτήθηκαν αν εξετάζονται συστηματικά κάθε χρόνο, είναι γυναίκες. Οι ηλικίες που είναι τακτικές στον ετήσιο προληπτικό έλεγχο είναι από 45 έως 65 ετών και το επίπεδο εκπαίδευσης είναι απόφοιτοι λυκείου ή πανεπιστημιακών σχολών. Η ηλικία επηρεάζει την χοληστερίνη όσον αφορά την τιμή της αλλά και την συχνότητα των προληπτικών εξετάσεων, όλο αυτό έχει σχέση και με το επίπεδο εκπαίδευσης. Η προηγούμενη εξέταση χοληστερόλης και η τελική εξέταση έχουν σημαντική σχέση. Το ίδιο ισχύει για το ζάχαρο και το PSA. Υπάρχει συσχέτιση της συχνότητας των ελέγχων με το φύλο, την ηλικία και την εκπαίδευση. Τα άτομα με χαμηλό εισόδημα κάτω από 25.000 € αμελούν τις προληπτικές εξετάσεις για οικονομικούς λόγους. Ενώ η συχνότητα των προληπτικών εξετάσεων έχει σχέση με το πως τα άτομα αξιολογούν την υγεία τους (Φατούρου Σ., 2019).

Ο πληθυσμός της Ελλάδας γερνά κι αυτό θα αυξήσει το κόστος και την ποσότητα των συνταγογραφήσεων. Τα άτομα άνω των 75 ετών θα αυξηθούν κατά 8,38%, θα υπάρξει συρρίκνωση του πληθυσμού της Ελλάδος κατά 3,62% έως το 2021 και τελικώς αναμένεται αύξηση του κόστους συνταγογράφησης των φαρμάκων έως και 5,6% έως το 2021.(Μέγγουλη Ε.,2019)

Λόγω της οικονομικής κατάστασης στην Ελλάδα αρκετοί ασθενείς πάνε στα δημόσια νοσοκομεία διότι δεν είναι εύκολο οικονομικά να επισκεφτούν ιδιωτικό ιατρείο ή διαγνωστικό κέντρο. Οι ασθενείς που απευθύνονται στα δημόσια νοσοκομεία για να υποβληθούν σε κάποια εξέταση ή να επισκεφτούν έναν γιατρό μπορεί να καθυστερήσουν και έξι μήνες. Αυτή μεγάλη αναμονή οδηγεί πολλές φορές τους χαμηλόμισθους και συνταξιούχους να πηγαίνουν σε ιδιωτικές κλινικές και αρκετές φορές η κατάσταση υγείας των ασθενών επιβαρύνεται μέχρι να γίνουν δεκτοί από το σύστημα υγείας. Προβλήματα υπάρχουν και στην μειωμένη προσφορά του ιατρικού προσωπικού όπως και του νοσηλευτικού προσωπικού ενώ πολλές φορές διαπιστώνεται έλλειψη βασικών υλικών, βλάβες σε μηχανήματα και καταστάσεις δυσλειτουργικές για τους εργαζόμενους στο νοσοκομείο. (Κονταξή Β.,2017)

Σε περίπτωση μελέτης για τους υγειονομικούς πόρους στην περιφέρεια Δυτικής Ελλάδος διαπιστώθηκε ότι οι περισσότερες νοσοκομειακές επισκέψεις ήταν γυναίκες με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και χρόνιες ιατρικές παθήσεις. Επίσης ήταν διπλάσιος ο αριθμός των ατόμων χωρίς ιδιωτική ασφάλεια όπου επισκέπτονται τις δημόσιες δομές παρα για όσους έχουν ιδιωτική ασφάλεια. Οι ασθενείς που η εκτίμηση τους για την υγεία τους είναι κάτω του μετρίου αυξάνουν την πιθανότητα για μεγαλύτερο αριθμό επισκέψεων στο δημόσιο νοσοκομείο. (Μπαρτσώκας Χ., 2020).

Η πλειονότητα των κέντρων υγείας στις μη αστικές περιοχές εξυπηρετούν τους ασθενείς αυθημερόν.

Ο βαθμός ικανοποίησης των ερωτηθέντων για τις υπηρεσίες υγείας καθορίζεται από τους καταλόγους αναμονής, την επικοινωνία των εργαζομένων στο χώρο της υγείας . Η θετική αυτοεκτίμηση για την υγεία συνδέεται και με την αυξημένη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας. Οι περισσότερο ικανοποιημένοι είναι κυρίως γυναίκες με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και ιδιωτική ασφάλεια. Οι άνθρωποι με χρόνιες παθήσεις είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις παροχές στο χώρο της υγείας. Χαμηλότερος χρόνος παραμονής στην αίθουσα αναμονής θεωρείται θετικό ως προς τις παροχές υγείας. Το φύλο άσχετα από το αν έχει δημόσια ή ιδιωτική ασφάλιση δεν επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών αντιθέτως η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζουν αρκετά την ικανοποίηση των ασθενών στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγιές.

Επιπλέον η υψηλή ικανοποίηση σχετίζεται με τις μεγαλύτερες ηλικίες άνω των 66 ετών ενώ η ενδιάμεση ηλικία 40 ως 65 δείχνει λιγότερο ικανοποιημένοι. Οι ασθενείς με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης έχουν υψηλότερες απαιτήσεις από τις δομές υγείας με αποτέλεσμα να έχουν εκτίμηση. Λιγότερο ικανοποιημένοι είναι οι δημόσιοι υπάλληλοι. (Θαλερού Σ., Καραβά Χ., Τσαλδάρης Ε.2020).

Από το 2015 έως και σήμερα διαπιστώνουμε ότι ο πληθυσμός ο οποίος είναι πιο επιρρεπής στην πρόληψη είναι γυναίκες με ηλικία άνω των 45 ετών ενώ οι άντρες κάτω των 45 ετών είναι πιο εύκολο να μην φροντίσουν την υγεία τους. Φαίνεται ότι απαιτούνται έρευνες που εστιάζουν σε ομάδες πληθυσμών ανά ηλικία με βάση το φύλο αλλά και το μορφωτικό επίπεδο ώστε να αξιολογηθούν οι γνώσεις της κάθε ομάδας σχετικά με τον προληπτικό έλεγχο, την αξία που έχει για αυτούς η υγεία αλλά

και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η ενημέρωση για την προαγωγή και πρόληψη της υγείας αλλά και τον προληπτικό έλεγχο μπορεί να βοηθήσει στην βελτίωση της γενικής υγείας του πληθυσμού με τις κάτωθι παρεμβάσεις:

-Μία προσέγγιση για την αποτροπή της ασθένειας ή την απώλεια της υγείας θα πρέπει να έχει την εκπαίδευση και την γνώση που συνεπάγεται η αμέλεια των προληπτικών εξετάσεων.

-Τρόποι ώστε τα άτομα να εξεταστούν.

-Ενημέρωση από τους οικογενειακούς – γενικούς γιατρούς.

-Κατευθύνσεις που να οδηγούν στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης χωρίς ανισότητες στην υγεία.

Οι δημογραφικές και κοινωνικό οικονομικές αλλαγές στη χώρα μας συντελούν στην αναγκαία ανάπτυξη της περιφερειακής πολιτικής υγείας και ιδιαίτερα για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Ισότιμη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να επιτευχθεί μέσω της τηλεϊατρικής και αυτό συντελεί στην εξάλειψη της εσωτερικής μετανάστευσης στα αστικά κέντρα για καλύτερη ποιότητα υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Διεθνής

Kanabos P., (2002), Pharmaceutical Pricing and Reimbursement in Europe, Scrip Report.

Mossialos E and Mrazek M. (2002), Entrepreneurial behavior in Pharmaceutical Markets and the Effects of Regulation, in Regulating Entrepreneurial Behavior in European Health Care Systems, European Observatory of Health Care Systems, Open University Press, Buckingham.

Souliotis, K., Lionis C. (2005). “Creating an Integrated Health Care System in Greece: A Primary Care Perspective,” *Journal of Medical Systems*, 29(2):187-196.

Ελληνική

Αντωνοπούλου, Α. (2002). Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη. Εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη.

Βανδώρου Χ., Σουλιώτης Κ. (2004). Οι εξελίξεις του Υγειονομικού τομέα και ο ρόλος των Οικονομικών της Υγείας. Σ f E E, Τεύχος 50.

Βασιλάς, Μ. (2005). Η ποιότητα στο φάρμακο. Αθήνα: ΙΦΕΤ.

Γκόλνα, Χ. (2006). Ιδιαιτερότητες της αγοράς υπηρεσιών υγείας. Στο: Σουλιώτης, Κ., (επιμ), Πολιτική και Οικονομία της Υγείας: Στρατηγικός σχεδιασμός – Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική Λειτουργία – Τομεακές πολιτικές. Αθήνα: Παπαζήσης.

Θαλερού Σ., Καραβά Χ., Τσαλδάρης Ε.(2020), Απόψεις των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες στις τοπικές μονάδες υγείας (Το.Μ.Υ.) του Δήμου Ηρακλείου Κρήτης: Μια συγχρονική μελέτη, Πτυχιακή Εργασία, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο.

Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001). Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Κονταξή Β.,(2017), Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του ελληνικού πληθυσμού. Αύξηση προερχόμενων ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία. Η περίπτωση του νοσοκομείου Λαμίας, διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Θετικών Επιστημών

Κοντοζαμάνης Β., Κουσουλάκου Χ. (2004). Το ρυθμιστικό πλαίσιο της Αγοράς Φαρμάκου, στο βιβλίο Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.

Κουσουλάκου Χ., (2006). Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα, Εκδόσεις Ι.Ο.Β.Ε.,

Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ. (2005). Η Φαρμακευτική Πολιτική στην Ελλάδα, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., (1999). Η Αγορά του Φαρμάκου στην Ελλάδα: Πολιτικές, Οικονομικές και Υγειονομικές Συνιστώσες, στο βιβλίο Πολιτική και Οικονομία του Φαρμάκου στην Ελλάδα, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα.

Κυριοπούλου Γ., Σουλιώτη Κ. (2002). Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Λιαρόπουλος, Λ., (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

Μανασσάκης, Ν. (2004). Κυβερνήσεις και διεθνής φαρμακοβιομηχανία. Στο: Γείτονα Μ (επιμ). Οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας – Φαρμακοοικονομία και λήψη αποφάσεων. Βόλος: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας.

Μαραγκάκη Α., Κωσταντινίδης Θ., Σαράφης Π., (2019) Οι συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στην υγεία των ελλήνων στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, 2019, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

Μέγγουλη Ε., (2019), Προβλήματα αιχμής στην δημόσια διοίκηση. Η περίπτωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, 2019, Διδακτορική Διατριβή, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Μπακόλα Ε., Φραδέλος Ε., Ζυγά Σ., (2018) Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης, 2018, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

Μπαρτσώκας Χ., (2020), Ικανοποίηση από τις υγειονομικές υπηρεσίες και ανάλυση ορθολογικής κατανομής των υγειονομικών πόρων στην Πάτρα, Περιφέρεια Δυτικής Ελλάδος, διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα Ιατρικής

Μπουρσανίδης, Χ. (1993). Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Μπουρσανίδης, Χ. (1996). Ο ενιαίος φορέας υγείας ως ζήτημα βέλτιστης κοινωνικο-πολιτικής δόμησης του συστήματος υγείας», στα Πρακτικά Ημερίδας «Η υγειονομική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Θεσσαλονίκη.

Πατελάρου Α., Μανιδάκη Α., Μπαλολάκης Α., Ορφανού Ε., Πατελάρου Ε. (2012)

Σουλιώτη Κ., Παπαδονικολάκη Τζ., Παπαγεωργίου Μ., Οικονόμου Μ., (2018), Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας. Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση, Τόμος 4, Τεύχος 3.

Φατούρου Σ., (2019), Γνώσεις και απόψεις για τον προληπτικό έλεγχο σε άτομα ηλικίας 25 έως 65 ετών χωρίς βεβαρημένο ιατρικό ιστορικό, Διπλωματική Εργασία Μεταπτυχιακού, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών,

Χρυσόγελος, Ν. (2014). Έμπολα: ανάγκη να αντιμετωπιστεί η φτώχεια.
ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ, 17/10,8.

Πηγές από το Διαδίκτυο

Διαμαντόπουλος Δ. (2005). *Μηχανογράφηση και Έλεγχος Κυκλοφορίας Φαρμάκων*.
Παρουσίαση για την Ημερίδα Φαρμακευτικού Συλλόγου Θεσσαλονίκης. Διαθέσιμο:
<http://www.fsth.gr/FilesUP/diamantopoulos.ppt> [10/12/2013]

Λοπατατζίδης, Α. (2010). Συστήματα υγείας. Διαθέσιμο:
etapmme.files.wordpress.com/2010/02/3605.pdf [10/12/2013].

ΣΦΕΕ. (2012). Η Φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2012.
Διαθέσιμο: <http://www.sfee.gr> [10/12/2013].

<https://health-quality> portal

<https://health-inequalities.eu/el/health-inequalities/>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο

1. Ποιο είναι το φύλο σας;
 - ☐ Άρρεν
 - ☐ Θήλυ
2. Ποιά είναι η ηλικία σας;
 - ☐ Μέχρι 20 ετών
 - ☐ 20-29 ετών
 - ☐ 30-39 ετών
 - ☐ 40-49 ετών
 - ☐ 50-59 ετών
 - ☐ 60 ετών και άνω
3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
 - ☐ Έγγαμος
 - ☐ Άγαμος
 - ☐ Χήρος
 - ☐ Διαζευγμένος
4. Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;
 - ☐ Δημοτικό
 - ☐ Γυμνάσιο
 - ☐ Λύκειο/ΙΕΚ
 - ☐ ΑΕΙ/ΤΕΙ
 - ☐ Μεταπτυχιακό
 - ☐ Διδακτορικό
5. Ποια είναι η εργασία σας; _____
6. Έχετε βιβλιάριο υγείας;
 - ☐ Ναι
 - ☐ Όχι

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

7. Πόσο καλή θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας, σήμερα;
- ☐ Πολύ καλή
 - ☐ Καλή
 - ☐ Μέτρια
 - ☐ Κακή
 - ☐ Πολύ κακή
8. Είστε καπνιστής;
- ☐ Ναι
 - ☐ Όχι
 - ☐ Περιστασιακός
9. Καταναλώνετε αλκοόλ;
- ☐ Ναι
 - ☐ Όχι
 - ☐ Περιστασιακά
10. Λαμβάνετε κάποιο φάρμακο για χρόνια νόσημα;
- ☐ Ναι
 - ☐ Όχι
11. Υπήρξαν περιπτώσεις στις οποίες δεν λάβατε το φάρμακο σας, επειδή δεν μπορούσατε να το αγοράσετε;
- ☐ Ναι
 - ☐ Όχι
12. Κατά τη διάρκεια των 2 τελευταίων ετών μετρήσατε κάποιο από τα παρακάτω που αφορά την υγεία σας; Εάν ναι, η τιμή της τελευταίας μέτρησης ήταν φυσιολογική ή όχι;

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

	Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική ή	Δεν έχει μετρηθεί	Έχει μετρηθεί και δεν γνωρίζω εάν ήταν φυσιολογική ή όχι
1. Γενική αίματος				
2. Αρτηριακή πίεση				
3. Χοληστερόλη				
4. Σάκχαρο αίματος				
5. Τεστ Παπανικολάου (μόνο για γυναίκες)				
6. Μαστογραφία (μόνο για γυναίκες)				
7. Εξέταση για τον προστάτη (μόνο για άντρες)				

13. Νοσήσατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;

- ☐ Ναι
☐ Όχι

14. Εάν ναι, τι ασθένεια είχατε; _____

15. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφθήκατε το Τμήμα
Επειγόντων Περιστατικών του νοσοκομείου;

- ☐ Ναι
☐ Όχι

16. Στην επίσκεψή σας αυτή, αντιμετωπίσατε δυσκολίες;

- ☐ Πάρα πολλές
- ☐ Πολλές
- ☐ Αρκετές
- ☐ Λίγες
- ☐ Καθόλου

17. Εάν αντιμετωπίσατε δυσκολίες, σε τι αφορούσαν;

- ☐ Δυσκολίες στην επικοινωνία
- ☐ Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες
- ☐ Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό
- ☐ Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου
- ☐ Μεγάλο κόστος
- ☐ Άλλο (προσδιορίστε) _____

18. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφθήκατε τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

19. Στην επίσκεψή σας αυτή, αντιμετωπίσατε δυσκολίες;

- ☐ Πολλές
- ☐ Αρκετές
- ☐ Λίγες
- ☐ Καθόλου

20. Εάν αντιμετωπίσατε δυσκολίες, σε τι αφορούσαν;

- ☐ Δυσκολίες στην επικοινωνία
- ☐ Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες
- ☐ Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό
- ☐ Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

- ☐ Μεγάλο κόστος
- ☐ Άλλο (προσδιορίστε)_____

21. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, νοσηλευτήκατε στο νοσοκομείο;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

22. Στην νοσηλεία σας αυτή, αντιμετωπίσατε δυσκολίες;

- ☐ Πολλές
- ☐ Αρκετές
- ☐ Λίγες
- ☐ Καθόλου

23. Εάν αντιμετωπίσατε δυσκολίες, σε τι αφορούσαν;

- ☐ Δυσκολίες στην επικοινωνία
- ☐ Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες
- ☐ Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό
- ☐ Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου
- ☐ Μεγάλο κόστος
- ☐ Άλλο (προσδιορίστε)_____

24. Για την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο, ο χρόνος αναμονής ήταν μεγάλος;

- ☐ Πολύ
- ☐ Αρκετά
- ☐ Λίγο
- ☐ Καθόλου

25. Στη νοσηλεία σας σε δημόσιο νοσοκομείο πληρώσατε τη νόμιμη συμμετοχή, εφόσον υπήρχε;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

26. Στη νοσηλεία σας σε δημόσιο νοσοκομείο δώσατε «φακελάκι»;

☐ Ναι

☐ Όχι

27. Εάν ναι, πόσο πληρώσατε; _____

28. Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Στις παρακάτω ερωτήσεις, σημειώστε με X την απάντηση που σας εκφράζει καλύτερα.

	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου
Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;				
Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;				
Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;				
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;				
Πόσο εμπιστεύεστε τους επαγγελματίες υγείας;				
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας;				
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας;				
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;				

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας;				
---	--	--	--	--

29. Σε ποιο από τα παρακάτω θα θέλατε περισσότερη ενημέρωση, διότι η γνώση που έχετε σήμερα δεν καλύπτει τις ανάγκες σας;

- ☐ Ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας μου/τον ΕΟΠΥΥ
- ☐ Ενημέρωση για τα δικαιώματά μου αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας
- ☐ Ενημέρωση για την πρόσβαση σε νοσοκομεία (π.χ. τοποθεσία, τρόπος πρόσβασης)
- ☐ Ενημέρωση για την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- ☐ Ενημέρωση για την πρόσβαση σε γενικό ιατρό ή παθολόγο
- ☐ Ενημέρωση για το κόστος επίσκεψης σε ιατρό ή υπηρεσία υγείας
- ☐ Άλλο (προσδιορίστε) _____

Πίνακες συσχετίσεων

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Φύλο	Between Groups	,033	1	,033	,130	,719
	Within Groups	28,958	114	,254		
	Total	28,991	115			
Ηλικία	Between Groups	4,420	1	4,420	1,613	,207
	Within Groups	312,442	114	2,741		
	Total	316,862	115			
Οικογενειακή_κατάσταση	Between Groups	2,651	1	2,651	5,529	,020
	Within Groups	54,659	114	,479		
	Total	57,310	115			
Μόρφωση	Between Groups	4,520	1	4,520	4,175	,043
	Within Groups	123,437	114	1,083		
	Total	127,957	115			
Φάρμακο	Between Groups	,770	1	,770	3,532	,063
	Within Groups	24,842	114	,218		
	Total	25,612	115			
Μη_λήψη	Between Groups	1,784	1	1,784	10,258	,002
	Within Groups	19,828	114	,174		
	Total	21,612	115			
VAR00017	Between Groups	,915	1	,915	1,338	,250
	Within Groups	77,947	114	,684		

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

	Total	78,862	115			
VAR00018	Between Groups	2,208	1	2,208	2,850	,094
	Within Groups	88,301	114	,775		
	Total	90,509	115			
VAR00019	Between Groups	2,781	1	2,781	3,711	,057
	Within Groups	85,426	114	,749		
	Total	88,207	115			
VAR00020	Between Groups	4,158	1	4,158	4,995	,027
	Within Groups	94,902	114	,832		
	Total	99,060	115			
VAR00021	Between Groups	,410	1	,410	,271	,604
	Within Groups	172,582	114	1,514		
	Total	172,991	115			
VAR00022	Between Groups	,014	1	,014	,008	,930
	Within Groups	206,495	114	1,811		
	Total	206,509	115			
VAR00023	Between Groups	4,690	1	4,690	2,581	,111
	Within Groups	207,138	114	1,817		
	Total	211,828	115			
ιδιώτη	Between Groups	,240	1	,240	1,678	,198
	Within Groups	16,312	114	,143		
	Total	16,552	115			

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

συμβεβλημένο	Between Groups	,081	1	,081	1,646	,202
	Within Groups	5,609	114	,049		
	Total	5,690	115			
νοσοκομείο	Between Groups	,028	1	,028	,116	,735
	Within Groups	27,179	114	,238		
	Total	27,207	115			
KY	Between Groups	,008	1	,008	,296	,588
	Within Groups	2,915	114	,026		
	Total	2,922	115			
φίλους	Between Groups	,023	1	,023	,346	,557
	Within Groups	7,426	114	,065		
	Total	7,448	115			
ίαση_μόνη_της	Between Groups	,189	1	,189	1,674	,198
	Within Groups	12,871	114	,113		
	Total	13,060	115			
ΤΕΠ	Between Groups	,003	1	,003	,019	,891
	Within Groups	18,437	114	,162		
	Total	18,440	115			
εξ_ιατρεία	Between Groups	,020	1	,020	,114	,736
	Within Groups	20,152	114	,177		
	Total	20,172	115			
νοσοκομείο2	Between Groups	,042	1	,042	,392	,532

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

	Within Groups	12,268	114	,108		
	Total	12,310	115			
πληρωμή	Between	,390	1	,390	1,657	,201
	Groups					
	Within Groups	26,817	114	,235		
	Total	27,207	115			

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Μη_λήψη	Between Groups	3,337	5	,667	4,017	,002
	Within Groups	18,275	110	,166		
	Total	21,612	115			
VAR00017	Between Groups	11,035	5	2,207	3,579	,005
	Within Groups	67,827	110	,617		
	Total	78,862	115			
VAR00018	Between Groups	12,572	5	2,514	3,549	,005
	Within Groups	77,937	110	,709		
	Total	90,509	115			
VAR00019	Between Groups	8,281	5	1,656	2,279	,052
	Within Groups	79,926	110	,727		
	Total	88,207	115			
VAR00020	Between Groups	10,067	5	2,013	2,489	,036
	Within Groups	88,993	110	,809		
	Total	99,060	115			
VAR00021	Between Groups	14,389	5	2,878	1,996	,085
	Within Groups	158,602	110	1,442		
	Total	172,991	115			
VAR00022	Between Groups	9,110	5	1,822	1,015	,412
	Within Groups	197,399	110	1,795		

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

	Total	206,509	115			
VAR00023	Between Groups	9,996	5	1,999	1,090	,370
	Within Groups	201,832	110	1,835		
	Total	211,828	115			
Νόσος_12_μήν ες	Between Groups	1,787	5	,357	1,446	,213
	Within Groups	27,179	110	,247		
	Total	28,966	115			
ΤΕΠ	Between Groups	2,109	5	,422	2,841	,019
	Within Groups	16,331	110	,148		
	Total	18,440	115			
εξ_ιατρεία	Between Groups	3,495	5	,699	4,611	,001
	Within Groups	16,677	110	,152		
	Total	20,172	115			
νοσοκομείο2	Between Groups	,811	5	,162	1,551	,180
	Within Groups	11,500	110	,105		
	Total	12,310	115			
α1	Between Groups	3,059	5	,612	1,441	,215
	Within Groups	46,700	110	,425		
	Total	49,759	115			
α2	Between Groups	9,214	5	1,843	3,784	,003
	Within Groups	53,571	110	,487		
	Total	62,784	115			

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

α3	Between Groups	,696	5	,139	,174	,972
	Within Groups	88,020	110	,800		
	Total	88,716	115			
α4	Between Groups	4,341	5	,868	1,529	,186
	Within Groups	62,443	110	,568		
	Total	66,784	115			
α5	Between Groups	25,570	5	5,114	,627	,679
	Within Groups	896,732	110	8,152		
	Total	922,302	115			
α6	Between Groups	3,415	5	,683	1,668	,148
	Within Groups	45,033	110	,409		
	Total	48,448	115			
α7	Between Groups	4,802	5	,960	2,095	,071
	Within Groups	50,439	110	,459		
	Total	55,241	115			
α8	Between Groups	4,309	5	,862	1,995	,085
	Within Groups	47,519	110	,432		
	Total	51,828	115			
α9	Between Groups	8,656	5	1,731	2,921	,016
	Within Groups	65,206	110	,593		
	Total	73,862	115			
b1	Between Groups	,000	5	,000	.	.

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

	Within Groups	,000	71	,000		
	Total	,000	76			
b2	Between Groups	,000	5	,000	.	.
	Within Groups	,000	56	,000		
	Total	,000	61			
b3	Between Groups	,000	5	,000	.	.
	Within Groups	,000	15	,000		
	Total	,000	20			
b4	Between Groups	,000	5	,000	.	.
	Within Groups	,000	18	,000		
	Total	,000	23			
b5	Between Groups	,000	5	,000	.	.
	Within Groups	,000	14	,000		
	Total	,000	19			
b6	Between Groups	,000	5	,000	.	.
	Within Groups	,000	27	,000		
	Total	,000	32			

Correlations

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

		Ηλικία
Μη_λήψη	Pearson	-,319**
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	116
VAR00017	Pearson	-,157
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	,092
	N	116
VAR00018	Pearson	-,283**
	Correlation	
	Sig. (2- τηλικίαailed)	,002
	N	116
VAR00019	Pearson	-,218*
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	,019
	N	116
VAR00020	Pearson	-,214*
	Correlation	
	Sig. (2-tailed)	,021
	N	116
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	116

Ranks

	Φύλο	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Βιβλιάριο	1	59	59,28	3497,50
	2	57	57,69	3288,50
	Total	116		
Μη_λήψη	1	59	61,73	3642,00
	2	57	55,16	3144,00
	Total	116		
VAR00017	1	59	52,29	3085,00
	2	57	64,93	3701,00
	Total	116		
VAR00018	1	59	49,87	2942,50
	2	57	67,43	3843,50
	Total	116		
VAR00019	1	59	52,12	3075,00
	2	57	65,11	3711,00
	Total	116		
VAR00020	1	59	53,31	3145,50
	2	57	63,87	3640,50
	Total	116		
VAR00021	1	59	30,00	1770,00
	2	57	88,00	5016,00
	Total	116		
VAR00022	1	59	30,00	1770,00
	2	57	88,00	5016,00
	Total	116		
VAR00023	1	59	87,00	5133,00
	2	57	29,00	1653,00
	Total	116		

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

Νόσος_12_μήν εξ	1	59	64,87	3827,50
	2	57	51,90	2958,50
	Total	116		
ΤΕΠ	1	59	64,10	3782,00
	2	57	52,70	3004,00
	Total	116		
εξ_ιατρεία	1	59	63,64	3754,50
	2	57	53,18	3031,50
	Total	116		
νοσοκομείο2	1	59	60,58	3574,50
	2	57	56,34	3211,50
	Total	116		
α1	1	59	54,98	3244,00
	2	57	62,14	3542,00
	Total	116		
α2	1	59	55,74	3288,50
	2	57	61,36	3497,50
	Total	116		
α3	1	59	59,92	3535,50
	2	57	57,03	3250,50
	Total	116		
α4	1	59	66,21	3906,50
	2	57	50,52	2879,50
	Total	116		
α5	1	59	56,97	3361,50
	2	57	60,08	3424,50
	Total	116		
α6	1	59	54,64	3224,00
	2	57	62,49	3562,00
	Total	116		

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

α7	1	59	54,97	3243,00
	2	57	62,16	3543,00
	Total	116		
α8	1	59	58,54	3454,00
	2	57	58,46	3332,00
	Total	116		
α9	1	59	57,27	3379,00
	2	57	59,77	3407,00
	Total	116		
b1	1	39	39,00	1521,00
	2	38	39,00	1482,00
	Total	77		
b2	1	29	31,50	913,50
	2	33	31,50	1039,50
	Total	62		
b3	1	12	11,00	132,00
	2	9	11,00	99,00
	Total	21		
b4	1	15	12,50	187,50
	2	9	12,50	112,50
	Total	24		
b5	1	10	10,50	105,00
	2	10	10,50	105,00
	Total	20		
b6	1	17	17,00	289,00
	2	16	17,00	272,00
	Total	33		

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

	Βιβλιάρι ο	Μη_λήψ η	VAR0001 7	VAR0001 8	VAR0001 9	VAR0002 0	VAR000 1
Mann-Whitney U	1635,500	1491,000	1315,000	1172,500	1305,000	1375,500	,00
Wilcoxon W	3288,500	3144,000	3085,000	2942,500	3075,000	3145,500	1770,00
Z	-,362	-1,498	-2,442	-3,260	-2,380	-2,034	-10,12
Asymp. Sig. (2-tailed)	,717	,134	,015	,001	,017	,042	,00

*Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο σύστημα υγείας.
Η περίπτωση του Νομού Αιτωλοακαρνανίας*

Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]							
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--