



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΠΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία. Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Μεσολογγίου.



Σταθάτου Καλλιρρόη

ΑΜ: 16776

ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ, 2021

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΠΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία. Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Μεσολογγίου

Σταθάτου Καλλιρρόη

ΑΜ: 16776

Επιβλέπων καθηγητής: Ντόβας Δημήτρης

ΜΕΣΟΛΟΓΓΙ, 2021

UNIVERSITY OF PATRAS

SCHOOL OF ECONOMICS & BUSINESS

DEPARTMENT OF MANAGEMENT SCIENCE AND
TECHNOLOGY
**FORMER DEPARTMENT OF BUSINESS
ADMINISTRATION AT MESSOLONGHI**

THESIS

Investigation of the effects of the economic crisis in the field of Public Health in Greece in the last decade. The case of the General Hospital of Messolonghi

Stathatou Kallirroï - 16776

Supervisor: DOVAS DIMITRIS

Messolonghi, 2021

Η έγκριση της πτυχιακής εργασίας από το Τμήμα Διοικητικής Επιστήμης και Τεχνολογίας του Πανεπιστημίου Πατρών δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Ντόβα Δημήτριο για την εμπιστοσύνη του, την πολύτιμη βοήθεια του, την άποψη συνεργασία και καθοδήγηση του σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους που συνέβαλαν στην εργασία αυτή για την έρευνα μου σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας και συγκεκριμένα του Γενικού Νοσοκομείου Μεσολογγίου.

Πιο συγκεκριμένα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Σκαρμούτσου Μαρία για τα στοιχεία που μου έδωσε σχετικά με το Επιχειρηματικό Πλάνο των ετών 2017 – 2020 της Νοσηλευτικής Μονάδας Μεσολογγίου στο οποίο συντάκτρια ήταν η ίδια καθώς επίσης αποκομίσαμε και στοιχεία σχετικά με τις αγορές και τις δαπάνες που έκανε το νοσοκομείο την τελευταία δεκαετία. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω από άλλα Τμήματα της Ν.Μ. Μεσολογγίου και τις:

- κ. Μίχου Ευαγγελία και κ. Σκαρμούτσου Μαρία από το Οικονομικό Τμήμα
- κ. Κακοσίμου Χρυσοβαλάντω από το Τμήμα Μισθοδοσίας
- κ. Πουλοπούλου Παναγιώτα από το Τμήμα Προσωπικού
- κ. Λινάρδου Παναγιώτα από το Τμήμα Κίνησης
- κ. Κορέτση Κατερίνα από τα Εξωτερικά Ιατρεία

που συνέβαλλαν ώστε να βρεθούν στοιχεία της ερευνάς μου.

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας εργασίας, είναι η παρουσίαση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα.

Η χρηματοπιστωτική κρίση που ξεσπά στις Η.Π.Α. το 2008 έχει επιπτώσεις σε όλες τις χώρες παγκοσμίως και κυρίως επηρέασε την Ελλάδα. Στην Ελλάδα άρχισε να παρατηρείται αύξηση των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και του δημόσιου χρέους με αποτέλεσμα να έπρεπε να δανειστεί από την Τρόικα με χαμηλά επιτόκια, ώστε να αποφύγει την πτώχευση εφαρμόζοντας μέτρα λιτότητας και υπογραφή μνημονίων.

Πολλές φορές οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης δεν είναι άμεσα εμφανείς αλλά μπορεί να είναι και περίπλοκες και μακροχρόνιες.

Η οικονομική κρίση επηρεάζει πολύ έντονα όλους τους τομείς όπως είναι ο κοινωνικοοικονομικός, ο ψυχικός όπου παρατηρείται αυξημένη τάση την τελευταία δεκαετία της κατάθλιψης και της αυτοκτονίας και ο σωματικός, καθώς, επίσης, επηρεάζει αισθητά και τον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

Η σχέση οικονομίας και υγείας φαίνονται δυο έννοιες διαφορετικές μεταξύ τους αλλά στην ουσία είναι αλληλένδετες αφού η ανάπτυξη της οικονομίας συμβάλλει και στην ανάπτυξη της υγείας.

Όμως, την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα παρατηρείται μείωση των δαπανών υγείας με αποτέλεσμα το Σύστημα Υγείας να εξασθενεί. Το ελληνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται ως μικτό αφού χρηματοδοτείται από τον δημόσιο αλλά από τον ιδιωτικό τομέα και διακρίνεται σε Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Τέλος, στην παρούσα εργασία γίνεται μια μελέτη περίπτωσης για το Γενικό Νοσοκομείο Μεσολογγίου σχετικά με το πως επηρεάστηκε την τελευταία δεκαετία από την οικονομική κρίση όπου παρατηρείται μείωση των δαπανών.

Λέξεις – Κλειδιά

Οικονομική κρίση, Σύστημα Υγείας, Δαπάνες Δημόσιας Υγείας, Γενικό Νοσοκομείο Μεσολογγίου

Abstract

The purpose of this paper is to present the effects of the financial crisis in the field of Public Health in Greece.

The financial crisis that erupts in the USA in 2008 has effects in all countries worldwide and mainly affected Greece. In Greece, there was an increase in budget deficits and public debt, as a result of which it had to borrow from the Troika at low interest rates, in order to avoid bankruptcy by applying austerity measures and signing memoranda.

Many times the effects of the financial crisis are not immediately obvious but can be complex and long lasting.

The economic crisis is having a very strong impact on all sectors, such as the socio-economic, the psychological, where there is an increasing trend in the last decade of depression and suicide, and the physical, as well as significantly affecting the Public Health sector.

The relationship between economy and health seem to be two different concepts but in essence they are interrelated since the development of the economy also contributes to the development of health.

However, in the last decade in Greece there has been a reduction in health expenditures resulting in the weakening of the Health System. The Greek Health System is characterized as mixed as it is funded by the public but also by the private sector and is divided into Primary Health Care, Secondary Health Care and Tertiary Health Care.

Finally, in the present work, a case study is made for the General Hospital of Messolonghi on how it has been affected in the last decade by the financial crisis where there is a reduction in costs.

Keywords

Financial crisis, Health System, Public Health Expenditures, Messolonghi General Hospital

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	v
Περίληψη.....	vi
Λέξεις – Κλειδιά.....	vi
Abstract	viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	xii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	xiii
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	xiv
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	xvi
Κεφάλαιο 1 ^ο : Εννοιολογικές Προσεγγίσεις.....	1
1.1 Οικονομική κρίση.....	1
1.2 Ορισμός της Υγείας.....	2
1.3 Δημόσια Υγεία	3
1.5 Σχέσεις υγείας και οικονομίας.....	4
Κεφάλαιο 2 ^ο : Η οικονομική κρίση την τελευταία δεκαετία.....	6
2.1 Η οικονομική κρίση παγκόσμια	6
2.2 Η οικονομική κρίση στην Ευρώπη.....	7
2.3 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα.....	10
2.3.1 Αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα	15
2.3.2 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.....	16
2.3.3 Μέτρα αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.....	18
Κεφάλαιο 3 ^ο : Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.....	20
3.1 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα	20
3.1.1 Ορισμός Συστήματος Υγείας.....	24
3.1.2 Δομή και οργάνωση του Συστήματος Υγείας	24
3.1.3 Χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας.....	27
3.2 Ιστορική εξέλιξη του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα.....	28
3.3 Το Σύστημα υγείας στην Ελλάδα μετά την υπογραφή των μνημονίων	36
3.4 Προτάσεις για την βελτίωση του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας.....	38
Κεφάλαιο 4 ^ο : Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και οι Δαπάνες στο τομέα της Δημόσιας Υγείας.....	41
4.1 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας την τελευταία δεκαετία.....	41
4.2 Δείκτες Υγείας.....	42
4.3 Δαπάνες για την Δημόσια Υγεία	46

Κεφάλαιο 5° : Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Μεσολογγίου	50
5.1 Το Νοσοκομείο Μεσολογγίου.....	50
5.2 Στατιστικά στοιχεία για το Νοσοκομείο Μεσολογγίου από 2009-2019	61
5.3 Δαπάνες Νοσοκομείου ανά έτος	70
5.4 Κατανομή των δαπανών του Νοσοκομείου.....	72
Συμπεράσματα/ Αποτελέσματα/ Επίλογος.....	75
Βιβλιογραφία.....	77
Ξένη Βιβλιογραφία	77
Ελληνική Βιβλιογραφία	80
Πηγές από διαδίκτυο	83

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού για κάθε ομάδα ηλικιών με βάση τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ το 2014.....	45
Πίνακας 2: Ποσοστό συμμετοχής του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στις δαπάνες υγείας και οι ιδιωτικές πληρωμές (2008-2016).....	47
Πίνακας 3: Η συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα (2008-2016).....	48
Πίνακας 4: Έσοδα 1 ^{ου} εξαμήνου 2020 (Δημόσιο Λογιστικό).....	58
Πίνακας 5: Πληρωμές 1 ^{ου} εξαμήνου 2020 (Δημόσιο Λογιστικό).....	59
Πίνακας 6: Προϋπολογισμός εσόδων 2017-2020.....	59
Πίνακας 7: Προϋπολογισμοί εξόδων ανά κατηγορία 2017-2020.....	59
Πίνακας 8: Ετήσιος προϋπολογισμός 2017-2019.....	60
Πίνακας 9: Ετήσια καταγραφή Κίνησης Ασθενών της Ν.Μ. Μεσολογγίου 2009-2019.....	62
Πίνακας 10: Εξετασθέντες Ασθενείς στα Τ.Ε.Ι. της Ν.Μ. Μεσολογγίου 2009-2019.....	63
Πίνακας 11: Εξετασθέντες στο Τμήμα Επιγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).....	64
Πίνακας 12: Εξετασθέντες στα εργαστήρια της Ν.Μ. Μεσολογγίου 2009-2019.....	65
Πίνακας 13: Ετήσια καταγραφή γεννήσεων ανά είδος περιστατικού 2009-2019.....	65
Πίνακας 14: Ετήσια καταγραφή χειρουργείων της Ν.Μ. Μεσολογγίου 2009-2019.....	65
Πίνακας 15: Αριθμός Υπαλλήλων της Ν.Μ. Μεσολογγίου τα έτη 2016-2020.....	66
Πίνακας 16: Σύνολο μικτών αποδοχών μόνιμου προσωπικού της Ν.Μ. Μεσολογγίου (2011, 2013-2020).....	66
Πίνακας 17: Αγορές φαρμάκων, βοηθητικών υλικών και αντιδραστηρίων 2012-2019.....	67
Πίνακας 18: Αγορές αναλώσιμων υλικών 2012 - 2019.....	69
Πίνακας 19: Δαπάνες της Ν.Μ. Μεσολογγίου τα έτη 2012-2019.....	70
Πίνακας 20: Κατανομή δαπανών της Ν.Μ. Μεσολογγίου 2012-2019.....	73

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Οι φάσεις του οικονομικού κύκλου.....	1
Διάγραμμα 2: Δημοσιονομικό Έλλειμμα του 2009 (% του ΑΕΠ).....	12
Διάγραμμα 3: Δημόσιο Χρέος του 2009 (% του ΑΕΠ).....	12
Διάγραμμα 4: Έλλειμμα Ισοζυγίου Τρεχουσών Συναλλαγών του 2009 (% του ΑΕΠ)	13
Διάγραμμα 5: Η εξέλιξη του δημοσίου χρέους της Ελλάδας ως % ΑΕΠ για το διάστημα 2008-2015.....	14
Διάγραμμα 6: Η εξέλιξη του πληθωρισμού και της ανεργίας στην Ελλάδα για το διάστημα 2008-2015.....	17
Διάγραμμα 7: Η συγκρότηση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας.....	33
Διάγραμμα 8: Περιφερειακή οργάνωση του Συστήματος Υγείας.....	34
Διάγραμμα 9: Ποσοστό του πληθυσμού με μείζονα κατάθλιψη.....	44
Διάγραμμα 10: Αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες στην Ελλάδα (2000, 2007-2012)	46
Διάγραμμα 11: Ποσοστό δαπανών για τομείς της υγείας στην Ελλάδα	48
Διάγραμμα 12: Φαρμακευτική δαπάνη της Ελλάδας ως ποσοστό δαπανών υγείας.....	49
Διάγραμμα 13: Ανθρώπινο Δυναμικό Ν.Μ. Μεσολογίου	51
Διάγραμμα 14: Οργανόγραμμα της Νοσηλευτικής Μονάδας Μεσολογίου	53
Διάγραμμα 15: Λειτουργικά στοιχεία του 1 ^{ου} εξαμήνου 2020.....	58
Διάγραμμα 16: Ποσοστό απορρόφησης 2017-2019.....	60
Διάγραμμα 17: Ληξιπρόθεσμες οφειλές 2017-2019	61
Διάγραμμα 18: Αγορές φαρμάκων, βοηθητικών υλικών και αντιδραστηρίων 2012-2019	68
Διάγραμμα 19: Αγορές αναλώσιμων υλικών 2012 - 2019	69
Διάγραμμα 20: Μέσος όρος των δαπανών της Ν.Μ. Μεσολογίου τα έτη 2012-2019	72

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

CDS:	Credit – Default Swaps (= Ασφάλιστρο κινδύνου)
EFSF:	European Financial Stability Facility (= Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοοικονομικής Σταθερότητας)
ESM:	European Stabilization Mechanism (= Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθεροποίησης)
S.W.O.T.:	Strengths Weaknesses Opportunities Threats (= Δυνάμεις Αδυναμίες Ευκαιρίες Απειλές)
WHO:	World Health Organization
A.E.Π.:	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Δ.Ε.Η.:	Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού
Δ.Ε.Κ.Ο.:	Δημόσιες Επιχειρήσεις Και Οργανισμοί
Δ.Ν.Τ.:	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
Δ.Υ.ΠΕ.:	Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας
Δ.Χ.:	Δημόσιο Χρέος
E.E.:	Ευρωπαϊκή Ένωση
E.E.:	Ευρωπαϊκή Επιτροπή
E.K.T.:	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
ΕΛΣΤΑΤ.:	Ελληνική Στατιστική Αρχή
E.N.Φ.Ι.Α.:	Ενιαίος Φόρος Ιδιοκτησίας Ακινήτων
E.O.Π.Υ.Υ.:	Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
E.O.Φ.:	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
E.Σ.Π.Α.:	Εταιρικό Σύμφωνο για το Πλαίσιο Ανάπτυξης
E.T.A.A.:	Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων
ΕΤΑΠ-ΜΜΕ:	Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης
E.Σ.Υ.:	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Η.Π.Α.:	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Ι.Κ.Α.:	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Κ.Ε.Ν.:	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
Κ.Ε.Π.Ε.:	Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών
Κ.Ψ.Υ.:	Κέντρο Ψυχικής Υγείας
Μ.Α.Φ.:	Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
Μ. / Γ.:	Μαιευτική / Γυναικολογική
Μ.Τ.Ν.:	Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
Ν.Α.Τ.:	Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο
Ν.Μ.:	Νοσηλευτική Μονάδα (Μεσολογίου)
Ν.Π.Δ.Δ.:	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ν.Π.Ι.Δ.:	Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου
Ο.Α.Ε.Ε.:	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
Ο.Γ.Α.:	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΟΣΑ:	Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Ο.Π.Α.Δ.:	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
Π.Ε.Δ.Υ.:	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΕ.Σ.Υ.Π.:	Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας
ΠΕ.Σ.Υ.:	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
ΤΑΥΤΕΚΩ:	Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας
Τ.Ε.Ι.:	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
Τ.Ε.Π.:	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΤΟ.Μ.Υ.:	Τοπική Μονάδα Υγείας
Τ.Υ.Δ.Κ.Υ.:	Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων
Φ.Π.Α.:	Φόρος Προστιθέμενης Αξίας
Ω.Ρ.Λ.:	Ωτορινολαρυγγολογικό

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Την τελευταία δεκαετία η οικονομική κρίση πλήττει παγκόσμια όλες τις χώρες και κυρίως την Ελλάδα επηρεάζοντας τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες της κοινωνίας και κυρίως πλήττεται ο τομέας της Δημόσιας Υγείας. Οι παράγοντες που επηρέασαν, σε σημαντικό βαθμό, την ψυχική υγεία των πολιτών, κατά τη διάρκεια της κρίσης, ήταν η κατάθλιψη, το άγχος και οι αυτοκτονίες, οι οποίες παρουσίασαν αυξημένη τάση. Επομένως, το Σύστημα Υγείας έκανε συνεχώς τις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις για να είναι ικανό να ανταπεξέλθει στις ανάγκες των πολιτών και την καλύτερη επιβίωση τους συμμορφώνοντας παράλληλα τις δαπάνες για την Υγεία.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, γίνεται μια γενική εισαγωγή στο θέμα της εργασίας, εννοιολογικές προσεγγίσεις που αφορούν το θέμα και αποσαφηνίζονται οι όροι ώστε ο αναγνώστης να μεταβεί ομαλά στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο τομέα της Δημόσιας Υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι γενικές πληροφορίες για την οικονομική κρίση στην Ευρώπη, Παγκοσμίως και στην Ελλάδα. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται για την Ελλάδα όπου αναλύει τις αιτίες, τις επιπτώσεις και τα μέτρα αντιμετώπισης που έλαβε η Ελλάδα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στο Σύστημα Υγείας σχετικά με τον ορισμό, την δομή, την οργάνωση και την χρηματοδότηση του, καθώς, επίσης, ακολουθεί μια ιστορική αναδρομή του Συστήματος Υγείας της Ελλάδας από τότε που ξεκίνησε να λειτουργεί μέχρι σήμερα. Επίσης, αναφέρεται στην λειτουργία του και τις επιπτώσεις που επέφερε η υπογραφή των μνημονίων και τέλος, παραθέτονται λύσεις για να μπορέσει να βελτιωθεί.

Στο τέταρτο κεφάλαιο της εργασίας, γίνεται αναφορά στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, τις Δαπάνες στον τομέα της Δημόσιας Υγείας καθώς και στους Δείκτες Υγείας.

Στο πέμπτο και τελευταίο κεφάλαιο, γίνεται μια μελέτη περίπτωσης που αφορά το Γενικό Νοσοκομείο του Μεσολογγίου. Η μελέτη, ανέδειξε πως η οικονομική κρίση αποδυναμώνει το σύστημα υγείας, καθώς μειώνονται οι δαπάνες για την υγεία, με αποτέλεσμα αρκετοί πολίτες να μην έχουν την δυνατότητα να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Τέλος, ακολουθούν τα Συμπεράσματα που εξήχθησαν από αυτή την εργασία και η Βιβλιογραφία.

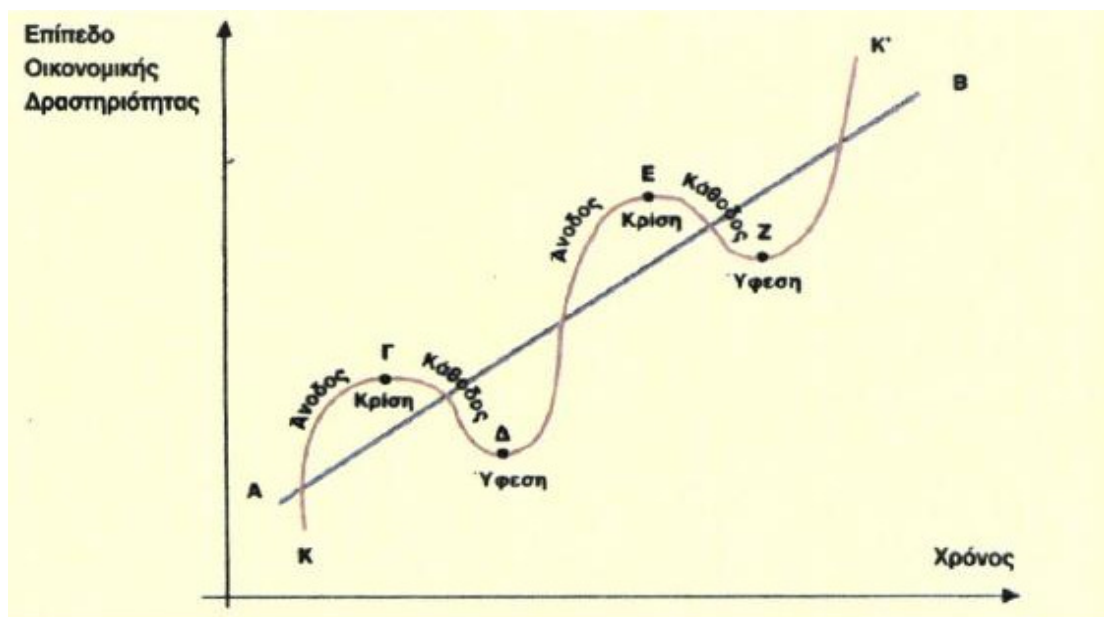
Κεφάλαιο 1^ο : Εννοιολογικές Προσεγγίσεις

1.1 Οικονομική κρίση

Οικονομική κρίση αναφέρεται στον όρο της μείωσης της ονομαστικής αξίας σε ορισμένα χρηματοπιστωτικά περιουσιακά στοιχεία.¹ Δηλαδή, παρατηρείται μία καθοδική και συνεχής συρρίκνωση των μακροοικονομικών αγαθών της οικονομικής δραστηριότητας.

Για την ακρίβεια η οικονομία βασίζεται στη διάρκεια των φάσεων ενός οικονομικού κύκλου. Στην ουσία, η οικονομία συνεχώς μεταβάλλεται ανάλογα με την παραγωγή, το εισόδημα, το επίπεδο των τιμών, την ανεργία και άλλα μακροοικονομικά μεγέθη. Οι φάσεις του οικονομικού κύκλου όπως φαίνονται και στο διάγραμμα 1 είναι οι εξής:²

1. Η φάση της ανόδου ή άνθησης
2. Η φάση της καθόδου ή ύφεσης
3. Η φάση της κρίσης
4. Η φάση της ανάρρωσης ή αναζωογόνησης



Διάγραμμα 1: Οι φάσεις του οικονομικού κύκλου

Φαίνεται κατά τη περίοδο της οικονομικής κρίσης οι επενδύσεις, οι οποίες αποτελούν και τον βασικότερο δείκτη της οικονομικής δραστηριότητας, να μειώνονται, οι επιχειρηματίες προτιμούν τα ομόλογα παρά τις μετοχές, τα εισοδήματα μειώνονται, η

¹ Οικονομική κρίση από:

<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9F%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7> (τ.π. 23/11/2020)

² Γεωργακόπουλος, Θ., Λιανός, Θ., Μπένος, Θ. & Τσεκούρας, Γ. (2007). Εισαγωγή στην Πολιτική Οικονομία. Αθήνα: Γ. Μπένου.

ανεργία κυριαρχεί σε παγκόσμιο επίπεδο αφού ο δημόσιος και ιδιωτικός τομέας δεν είναι ικανοί να ανταπεξέλθουν στα χρέη τους και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να οδηγεί πολλούς ανθρώπους στην φτώχεια και την εξαθλίωση. Επίσης, πολύ σημαντική μείωση παγκοσμίως παρατηρείται στο ΑΕΠ.³

Ταυτόχρονα, πτωτική κίνηση παρουσιάζει η αγορά αφού υπάρχει μείωση στη ζήτηση των προϊόντων καθώς εμφανίζεται η παγκοσμιοποίηση, η τεχνολογία, η διαφθορά, η διατάραξη του φορολογικού συστήματος τα προβλήματα πληρωμής του εξωτερικού χρέους και η αδυναμία εισαγωγής αρκετού εξωτερικού κεφαλαίου. Αυτό σημαίνει διατάραξη της οικονομικής ισορροπίας.⁴

Τέλος, όταν αναφερόμαστε στην ελληνική οικονομική κρίση εννοούμε ότι ως μέλος της Ευρωζώνης η ελληνική οικονομία δεν μπόρεσε να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις της παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης λόγω των λανθασμένων μηχανισμών της νομισματικής πολιτικής. Έτσι, παρατηρούμε την αδυναμία που παρουσιάζει το Ελληνικό Δημόσιο να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του και να εξοφλήσει τα χρέη στο χρονικό περιθώριο που έχει συμφωνηθεί όπως είναι για παράδειγμα τα ομόλογα που έληγαν το 2010 με το έλλειμμα του ΑΕΠ στο -15,4%. Αυτό συμβαίνει γιατί το Ελληνικό Δημόσιο αδυνατεί να δανειστεί με χαμηλό επιτόκιο από διεθνείς αγορές.⁵

1.2 Ορισμός της Υγείας

Με τον όρο υγεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1946)⁶ είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας.

Η υγεία είναι ένας παράγοντας που διαφέρει από οργανισμό σε οργανισμό αφού εξαρτάται από τον τρόπο ζωής του κάθε ανθρώπου και τον τρόπο διαβίωσης του. Ο τομέας της υγείας επηρεάζεται από την κοινωνική τάξη, τον κοινωνικό αποκλεισμό, από την άσκηση, την διατροφή, το κάπνισμα, το άγχος, την κατάθλιψη, τη χρήση ουσιών, την κατανάλωση αλκοόλ κ.α..⁷

Ακόμα, η υγεία επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες όπως είναι η ανεργία, η ατμοσφαιρική ρύπανση, το περιβάλλον κατοικίας καθώς και εργασίας. Άλλοι εξίσου σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, οι πολιτιστικές διαφορές, οι ιδέες και οι πεποιθήσεις του καθενός, η

³ Κουφάρης Γεώργιος 2010 «Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματοπιστωτικές αγορές»

⁴ Erol, M., Apak, S., Atmaca, M. & Öztürk, S. (2011): Management measures to be taken for the enterprises in difficulty during times of global crisis: An empirical study. Published by Elsevier, Procedia Social and Behavioral Sciences 24, pp.16–32.

⁵ Ελληνική οικονομική κρίση (2009-2018) από:

<https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7> (2009-2018) (τ.π. 23/11/2020)

⁶ WHO (1946) International Health Conference, New York

⁷ Wilkinson R. & Marmot M. (2003). Social Determinants of Health: the solid facts (2εκδ.). WHO

εκπαίδευση και η παιδεία που παίζουν πρωτεύοντα ρόλο, οι θρησκευτικές αντιλήψεις και τέλος οι αντιλήψεις για το σώμα.⁸

Παρατηρείται ότι η υγεία έχει έντονη επιρροή σε ανθρώπους των κατώτερων βαθμίδων με χαμηλό βιοτικό επίπεδο και ζουν κάτω από κακές συνθήκες διαβίωσης καθώς βρίσκονται στα όρια της οικονομικής εξαθλίωσης. Οι άνθρωποι αυτοί έχουν περισσότερες πιθανότητες για εμφάνιση επικίνδυνων ασθενειών ακόμα και για πρόωρο θάνατο σε σχέση με άλλους που ανήκουν σε ανώτερες βαθμίδες και είναι σε καλύτερο περιβάλλον διαβίωσης, εργάζονται και έχουν κάποια οικονομική άνεση.

1.3 Δημόσια Υγεία

Για όλους τους πολίτες παίζει πολύ σημαντικό ρόλο η υγεία τους για αυτό καθημερινά αγωνίζονται για την απόκτησή της και την προστασία του περιβάλλοντος αφού από αυτούς εξαρτάται η πρόοδος της ανθρωπότητας. Εκτός όμως από την ευθύνη των πολιτών είναι και ευθύνη του κράτους ώστε να διατηρείται η Δημόσια Υγεία. Όλοι πρέπει να συνδράμουν για την προστασία και την αντιμετώπιση ενδεχομένων νόσων ή σε περίπτωση που αναφερόμαστε σε πληθυσμό που περιλαμβάνει κατοίκους πολλών ηπείρων τότε αναφερόμαστε σε πανδημία. Η Δημόσια Υγεία ασχολείται και με πληθυσμούς αλλά και με κοινότητες επομένως έχει χαρακτήρα πολυτομεακό και είναι πολύ σημαντική η συνεργασία ομάδων εργαζομένων με διεπιστημονική μεθοδολογία και προσέγγιση.⁹

Ως Δημόσια Υγεία ορίζεται το σύνολο των επιστημονικά τεκμηριωμένων και οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της Δημόσιας Υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία.¹⁰

Το 1923, ο Winslow διατύπωσε έναν ορισμό της Δημόσιας Υγείας που ακόμα και στις μέρες μας είναι σύγχρονος: "Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να επιμηκύνεται η ζωή, να προάγεται η φυσική υγεία και η αποδοτικότητα του ανθρώπου, μέσα από την οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας για την εξυγίανση του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των λοιμωδών νόσων, την εκπαίδευση κάθε ατόμου στην ατομική υγιεινή, την οργάνωση των ιατρικών και

⁸ Υγεία από: <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1> (τ.π. 24/11/2020)

⁹ Απόσπασμα από τα Επίσημα Πρακτικά της Ρ4Α' , 27 Ιουνίου 2005, Συνεδρίαση της Ολομέλειας της Βουλής στην οποία ψηφίστηκε το παρακάτω σχέδιο νόμου: ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, Άρθρο 1 από: <https://isx.gr/sites/default/files/o-health-pap.pdf> (τ.π. 25/11/2020)

¹⁰ Απόσπασμα από τα Επίσημα Πρακτικά της Ρ4Α' , ο.π. : ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, Άρθρο 4 ο.π.

νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας για την πρόωμη διάγνωση και προληπτική θεραπεία των νόσων και την ανάπτυξη μιας «κοινωνικής μηχανής» που να εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα επίπεδο ζωής ικανό για τη διατήρηση της υγείας του".

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να υπάρχει οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών για την διάγνωση και την προληπτική θεραπεία της νόσου καθώς και οργανωμένες ομάδες για την εκπαίδευση του ατόμου για προσωπική υγιεινή.

Τέλος, θα ήταν παράληψη αν δεν αναφερθούμε στην ανάπτυξη κοινωνικών μηχανισμών οι οποίοι θα είναι υπεύθυνοι να προσφέρουν στους πολίτες ένα αξιόλογο βιοτικό επίπεδο που θα μπορούν να παραμένουν υγιείς.¹¹

Επομένως, συμπεραίνουμε ότι η υγεία αποτελεί θεμελιώδη ευθύνη για την πολιτεία και κατά συνέπεια και για το κράτος το οποίο πρέπει να συμβάλλει καθημερινά στην προάσπιση της Δημόσιας Υγείας και την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου προστασίας και θεραπείας.

1.5 Σχέσεις υγείας και οικονομίας

Η οικονομία με την υγεία αρχικά φαίνονται δυο έννοιες πολύ διαφορετικές μεταξύ τους αλλά μελέτες και έρευνες απέδειξαν ότι είναι δυο έννοιες που δημιουργούν μια σχέση αλληλεξάρτησης.

Η οικονομική κρίση συνδέεται άρρηκτα με την υγεία σε περίπτωση μειωμένου εισοδήματος των πολιτών ή στην περίπτωση της ανεργίας τα οποία στις μέρες μας είναι πολύ συχνά φαινόμενα. Οι επιπτώσεις των δυο αυτών παραγόντων δεν επιτρέπουν στους πολίτες να μπορούν να επιβιώσουν διατηρώντας την υγεία τους σε υγιή επίπεδα αφού κυριαρχεί το άγχος για την αβεβαιότητα της οικονομικής τους κατάστασης και πολλές φορές υπάρχει και το αίσθημα της κατάθλιψης. Οι παράγοντες αυτοί έχουν πολύ σοβαρές επιδράσεις στην υγεία του ατόμου.¹²

Στην περίπτωση όμως που το εισόδημα των πολιτών αυξηθεί παρατηρείται ότι υπάρχει βελτίωση της υγείας, πρόληψη και θεραπείας κάποιας ενδεχόμενης νόσου, καλύτερος τρόπος επιβίωσης στο χώρο κατοικίας και της εργασίας σε συνθήκες ενός υγιούς περιβάλλοντος, υγιεινή και επαρκής διατροφή, και δυνατότητα απόκτησης άλλων κοινωνικών και υλικών παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία.¹³

Παρατηρείται ότι οι δείκτες υγείας όπως είναι η γέννηση, η θνησιμότητα, οι αυτοκτονίες, το άγχος και η κατάθλιψη οφείλονται κατά ένα μεγάλο ποσοστό σε οικονομικούς λόγους κατά συνέπεια έχει σοβαρές επιπτώσεις στη υγεία.¹⁴ Σοβαρή

¹¹ Winslow, Charles-Edward Amory (1920). «The Untilled Field of Public Health». *Modern Medicine* 2, pp. 183–191.

¹² Αναγνωστόπουλος Φ. (2010). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία. *Νέα Υγεία*, Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Περιοδικό, τεύχος 70, σ. 2-3.

¹³ World Bank. *World Development Report 1993*. New York: Oxford University Press, pp. 85-89

¹⁴ Grosse, R., 1980. Interrelation between health and population: observations derived from field experience. *Soc. Sci. Med.* 14 (2), pp. 99-120

μείωση κατά 1,7% παρατηρείται στη βρεφική θνησιμότητα αφού αυξάνεται κατά 10% το ΑΕΠ.¹⁵

Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι η σχέση μεταξύ της οικονομίας και της υγείας ως ορισμοί ποικίλλουν και εξελίσσονται συνεχώς ανάλογα με την οικονομία και τον τρόπο επιβίωσης της κοινωνίας. Αυτό σημαίνει ότι δεν είναι απαραίτητο σε μια αναπτυγμένη και υγιή οικονομία να υπάρχουν υγιείς πολίτες και βελτίωση του επιπέδου υγείας. Δηλαδή, όταν μία χώρα έχει συνεχής οικονομική ανάπτυξη αγνοώντας της περιβαλλοντικές ή τις παθογόνες επιπτώσεις της παραγωγής της, καθώς έχει επίσης υπερέβη το όριο ορισμένης οικονομικής ανάπτυξης που οφείλεται σε δαπάνες και αύξηση του ΑΕΠ, δεν είναι εφικτό να κυριαρχεί η υγεία στην κοινωνία.¹⁶

Τέλος, η οικονομική κατάσταση κάθε χώρας αναπτυγμένης ή μη για να αποδείξει αν μπορεί να ανταπεξέλθει στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού των χωρών γίνεται σύμφωνα με την κατανομή των εισοδημάτων.¹⁷

¹⁵ Iatronet. Πώς επηρεάζει η οικονομία την υγεία; Τούντας Γιάννης. Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής Παν/μίου Αθηνών. Δημοσίευση: 7 Φεβρουαρίου 2008 από: <https://www.iatronet.gr/ygeia/perivallon-ygeia/article/3981/pws-epireazei-i-oikonomia-tin-ygeia.html> (τ.π. 26/11/2020)

¹⁶ Τούντας, Γ., 2000. Κοινωνία και υγεία. Αθήνα: Οδυσσέας, σ. 154-156.

¹⁷ Τούντας, Γ., 2000, ο.π.

Κεφάλαιο 2^ο : Η οικονομική κρίση την τελευταία δεκαετία

2.1 Η οικονομική κρίση παγκόσμια

Την τελευταία δεκαετία όλες οι χώρες αρχικά οι αναπτυγμένες και ύστερα οι αναπτυσσόμενες χαρακτηρίζονται από μία περίοδο μεγάλης παγκοσμίως οικονομικής ύφεσης, τη δεύτερη κατά σειρά οικονομική ύφεση μετά από αυτή της περιόδου του 1929.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση άρχισε να εμφανίζεται το 2007, όμως, ξεσπά το Σεπτέμβριο του 2008. Αρχικά ξεκίνησε από τις Η.Π.Α. με την χρηματοπιστωτική κρίση της αγοράς των ακινήτων και της αδυναμίας αποπληρωμής των στεγαστικών δανείων και έληξε τον Ιούνιο του 2009.¹⁸

Τα επιτόκια άρχισαν να μειώνονται και τον Μάρτιο του 2008 παρατηρείται η διάσωση της τράπεζας επενδύσεων Bear Stearns με το επιτόκιο να μειώνεται σε 2,25% από 3% που κυμαινόταν τον Ιανουάριο. Την ίδια χρονιά στις 15 Σεπτεμβρίου κηρύττει πτώχευση η μεγαλύτερη επενδυτική τράπεζα των Η.Π.Α. η Lehman Brothers δημιουργώντας τεράστιο πανικό στην αγορά των δανείων. Όμως, η αγορά των υψηλών και επικίνδυνων δανείων είχε αρχίσει από το 2007 να εμφανίζει προβλήματα και ώθηση προς την οικονομική κρίση.¹⁹

Η κατάσταση αυτή της κρίσης 2008 – 2009 δημιούργησε τεράστια προβλήματα λόγω των μεγάλων παγκόσμιων μακροοικονομικών ισορροπιών, στην διεθνή αγορά με αύξηση των τιμών στα προϊόντα και στη μείωση της βιομηχανικής παραγωγής, στον περιορισμό των καταναλωτικών και επενδυτικών δανείων, στην μείωση του ΑΕΠ και των επιτοκίων, στην μείωση του εισοδήματος, στην αύξηση της ανεργίας καθώς και της μερικής απασχόλησης.²⁰

Οι παραπάνω παράγοντες οφείλονται στα αίτια της οικονομικής κρίσης. Επίσης, ως αίτιο της κρίσης βάσης της κενυσιανής θεωρίας είναι και η προκλητική συμπεριφορά των τραπεζικών παραγωγών και της άφθονης παραγωγής των βιομηχανιών χωρίς να κάνουν αποταμιεύσεις που αυτό θα αποτελούσε τροχοπέδη της οικονομίας. Δηλαδή, η ελευθερία της αγοράς κατά τη δεκαετία του 1990 , η υπερκατανάλωση και η υπερεπένδυση είναι βασικοί παράγοντες των αιτιών.²¹ Τέλος, οι διευθυντές και οι

¹⁸ Caballero, Ricardo J. (Δεκέμβριος 2006). [«On the Macroeconomics of Asset Shortages»](#) (PDF). *National Bureau of Economic Research*. (τ.π. 28/11/2020)

¹⁹ [«NYT-Paul Krugman-Geithner: Does He Pass The Test?»](#). Nybooks.com. 10 Ιουλίου 2014. (τ.π. 28/11/2020)

²⁰ [«NYT-Paul Krugman-Geithner: Does He Pass The Test?»](#) ο.π.

²¹ Robert L. Heilbroner(2000): «Οι φιλόσοφοι του οικονομικού κόσμου» Εκδ. Κριτική Επιστημονική βιβλιοθήκη, σ. 339-393

μέτοχοι των τραπεζών δεν αναλογίστηκαν τον κίνδυνο που αναλάμβαναν και τον κίνδυνο που έθεταν με την κατανομή όλου του τραπεζικού συστήματος.²²

Οι κρατικοί φορείς αν και ανεπαρκείς σύμφωνα με τον Κέννεντυ²³ για την αντιμετώπιση της οικονομικής ύφεσης έλαβαν προσωρινά μέτρα αντιμετώπισης. Κάθε κράτος ανάλογα με το ύψος των χρεών που τους αναλογούσαν λάμβαναν τα κατάλληλα μέτρα ώστε να υπάρξει άμεσα ανάκαμψη της οικονομίας.²⁴

Στόχος κάθε κράτους ήταν η αύξηση των επενδύσεων, και η βελτίωση της ρευστότητας καθώς επίσης και η μείωση της ανεργίας. Τα μέτρα αυτά αποτελούσαν λύσεις για να μην δημιουργηθεί συστημική κατάρρευση.²⁵

Τέλος, ο στόχος των κρατικών φορέων πραγματοποιήθηκε με επιτυχία καταργώντας τα μέτρα που είχαν ληφθεί και αυτό φάνηκε από την κερδοφορία των τραπεζών.²⁶

2.2 Η οικονομική κρίση στην Ευρώπη

Η παγκόσμια οικονομική κρίση όπως έχουμε αναφέρει και παραπάνω άρχισε να ξεσπά τη περίοδο 2007 και να κορυφώνεται την περίοδο 2008. Η ύφεση αυτή άρχισε να εμφανίζεται στις Η.Π.Α. όταν πολλά χρηματιστήρια πτώχευαν και μέσα σε αυτά ήταν τα πιο γνωστά παγκοσμίως της Wall Street και του City.²⁷

Την περίοδο αυτή είχε ήδη αρχίσει και στην Ευρώπη η οικονομική κρίση αλλά οι τράπεζες δεν το είχαν αντιληφθεί ακόμη. Όταν όμως το κατάλαβαν τα επιτόκια και το ΑΕΠ είχαν υποστεί ραγδαίες μεταβολές με αποτέλεσμα η οικονομία της Ευρώπης υπέστη ύφεση. Η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα (Ε.Κ.Τ.), η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Ε.Ε.) και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (Δ.Ν.Τ.) γνωστά και ως Τρόικα εφάρμοσαν μέτρα λιτότητας ώστε να μειωθεί το δημόσιο έλλειμμα, και το ΑΕΠ των Ευρωπαϊκών χωρών. Έτσι, οι χώρες αυτές δανείστηκαν πολλά δισεκατομμύρια ευρώ με αποτέλεσμα να σωθούν οι τράπεζες.²⁸

²² Rajan, R., (2005). Has Financial Development Made the World Riskier?, NBER Working Paper, no. 11728.

²³ Robert L. Heilbroner(2000):«Οι φιλόσοφοι του οικονομικού κόσμου» ο.π.

²⁴ OECD, (2008). Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries. OECD Publications.

²⁵ Piketty, T. & Saez, E.,(2006). The Evolution of Top Incomes: A Historical and International Perspective, American Economic Review, Papers and Proceedings, 96.

²⁶ Piketty, T. & Saez, E.,(2006). ο.π.

²⁷ Βασιλάκης, Ν. (2013). *Παγκόσμια κρίση και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις: θεσμική αλλαγή στην Ε.Ε. και την Ελλάδα*. Πτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

²⁸ Παγκόσμια οικονομική ύφεση 2008 από:

https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%B1%CE%B3%CE%BA%CF%8C%CF%83%CE%BC%CE%B9%CE%B1_%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CF%8D%CF%86%CE%B5%CF%83%CE%B7_2008 (τ.π. 30/11/2020)

Δηλαδή όταν αναφερόμαστε σε μείωση του ΑΕΠ παρατηρείται στα κράτη της Ευρωζώνης κατά το έτος 2009 το ΑΕΠ να μεταβάλλεται ως εξής:²⁹

- της Γερμανίας μειώθηκε κατά 5%,
- της Γαλλίας μειώθηκε κατά 2,6%,
- της Ολλανδίας μειώθηκε κατά 4%,
- της Σουηδίας μειώθηκε κατά 5,2%,
- της Ιρλανδίας μειώθηκε κατά 7,1%,
- της Φινλανδίας μειώθηκε κατά 7,8%,
- της Δανίας μειώθηκε κατά 4,9% και
- της Ισπανίας μειώθηκε κατά 3,5%.

Η Ελλάδα βρισκόταν ήδη σε οικονομική κρίση.³⁰

Οι διοικήσεις των τραπεζών καθώς και τα κεφάλαια γνωστά και με την ευρύτερη ονομασία τους παγκοσμίως hedge funds είχαν ως στόχο την ανάκαμψη της οικονομίας και την αποφυγή χρεοκόπησης κάποιας χώρας στην Ευρωζώνη. Έτσι, αποφασίστηκε η επένδυση του δημοσίου χρήματος. Πιο επίφοβη για χρεοκοπία ήταν η Ελλάδα με τα ασφαλιστικά κεφάλαια CDS(Credit – Default Swaps) που όσο αυτά αυξανόταν ολοένα και περισσότερο αυξανόταν και τα επιτόκια που έπρεπε για να δανειστούν από την Ε.Κ.Τ. καθώς μειωνόταν τα διαθέσιμα κεφάλαια που κατείχαν οι επιχειρήσεις τα οποία τα χρησιμοποιούσαν για να δανειστούν και να επενδύσουν σε παραγωγικές δραστηριότητες.³¹

Για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης η Ευρωζώνη χρησιμοποιούσε όργανα όπως είναι ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθεροποίησης (European Stabilization Mechanism – ESM) και το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοοικονομικής Σταθερότητας (European Financial Stability Facility – EFSF).³²

- **Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθεροποίησης (European Stabilization Mechanism - ESM):** Είναι ένας οργανισμός ο οποίος ιδρύθηκε το 2012 με έδρα το Λουξεμβούργο και συνέβαλλε στην αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης στα κράτη – μέλη της ευρωζώνης παρέχοντας από το ταμείο οικονομική ενίσχυση. Η βοήθεια αυτή που παρεχόταν στις τράπεζες που κατέρρεαν είχαν την μορφή κεφαλαίων ενώ στα κράτη – μέλη είχε τη μορφή δανείων.³³ Ο οργανισμός αυτός δάνειζε στα κράτη – μέλη που βρισκόταν σε ύφεση με την συμφωνία ότι θα ακολουθούν ένα μακροπρόθεσμο πρόγραμμα προσαρμογής

²⁹ Κώτση Ευδοξία, Νικολακοπούλου Καλλιόπη(2018).Οικονομική Κρίση: Οι επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών και το σύστημα υγείας. Πτυχιακή Εργασία. Πάτρα: Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας

³⁰ Κώτση Ευδοξία κ.α.(2018). ο.π.

³¹ Κώτση Ευδοξία κ.α.(2018). ο.π.

³² Χριστοφόρου, Β. (2011). Η χρηματοπιστωτική κρίση και η εποπτεία των χρηματαγορών. Διατριβή, Μ.Sc. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών.

³³ Εφημερίδα: ΤΟ ΒΗΜΑ: Τι είναι και πώς λειτουργεί ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθερότητας (ESM). Δημοσίευση: 9 Ιουλίου 2015 από: <https://www.tovima.gr/2015/07/09/world/ti-einai-kai-pws-leitoyrgei-o-eyrwpaikos-mixanizmos-statherotitas-esm/> (τ.π. 1/12/2020)

και θα είναι ικανά να διαχειριστούν τα χρέη τους.³⁴

- **Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοοικονομικής Σταθερότητας (European Financial Stability Facility - EFSF)**: Είναι ένας οργανισμός ειδικού σκοπού ο οποίος ιδρύθηκε στις 7 Ιουνίου 2010³⁵ με έδρα το Λουξεμβούργο.³⁶ Στόχος του οργανισμού αυτού ήταν ο δανεισμός των κρατών – μελών της Ευρωζώνης για την αποφυγή της χρεοκοπίας ώστε να υπάρχει διατήρηση μιας σταθερής οικονομίας.³⁷

Ήταν ένας από τους μεγαλύτερους οργανισμούς που διέθετε μέγιστη πιστοληπτική διαβάθμιση (AAA) όμως στις 16 Ιανουαρίου 2012 η αμερικανική εταιρεία χρηματοοικονομικών υπηρεσιών γνωστή ως Standard & Poor's, τμήμα της S&P Global, υποβάθμισε την πιστοληπτική του ικανότητα σε AA+.³⁸ Όσο ο οργανισμός βρισκόταν στη μέγιστη διαβάθμιση είχε την ιδιότητα να δανείζεται με χαμηλό επιτόκιο, την οποία την έχασε με την υποβάθμισή της.³⁹

Το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοοικονομικής Σταθερότητας για να μπορέσει να επιτύχει το στόχο του μπορούσε να εκδώσει ομόλογα ή άλλα χρεόγραφα με εγγύηση των κρατών – μελών της Ευρωζώνης ανάλογα το μερίδιο που τους αντιστοιχούσε σύμφωνα με το κεφάλαιο της Ε.Κ.Τ. που είχαν δανειστεί.⁴⁰

Όταν όλα τα κράτη – μέλη της Ευρωζώνης δεν είχαν άλλες υποχρεώσεις με τον συγκεκριμένο οργανισμό και είχαν ξεχρεώσει τότε ο οργανισμός αυτός έκλεισε στις 30 Ιουνίου 2013. Σε περίπτωση όμως που κάποια χώρα δεν είχε ξεχρεώσει ακόμα θα παρέμενε ενεργός μέχρι να εξοφληθεί. Ύστερα, το θεσμικό αυτό όργανο θα αντικατασταθεί από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας (European Stability Mechanism - ESM) που αναφερθήκαμε παραπάνω.⁴¹

Για να μπορέσει η ΕΕ να εξοφλήσει τα χρέη της και να αποφύγει και άλλη οικονομική ύφεση που μπορεί να προκύψει στο μέλλον ή αν προκύψει να την αντιμετωπίσει με λιγότερες οδυνηρές συνέπειες θα πρέπει να τηρήσει κάποια μέτρα. Αυτά είναι τα εξής:⁴²

³⁴ Χριστοφόρου, Β. (2011). Ο.π.

³⁵ Consilium.europa.eu "The Council and the member states decided on a comprehensive package of measures to preserve financial stability in Europe, including a European financial stabilisation mechanism, with a total volume of up to EUR 500 billion." (τ.π. 1/12/2020)

³⁶ Etat.lu "Articles of Incorporation of the EFSF established as a public limited liability company under the laws of the Grand-Duchy of Luxembourg." (τ.π. 1/12/2020)

³⁷ Economist.com "European Financial Stability Facility, the special-purpose vehicle (SPV) set up to support ailing euro-zone countries, is even being run by a former hedgeie. But this is one fund that will never short its investments." (τ.π. 1/12/2020)

³⁸ Andrew Willis (20 Σεπτεμβρίου 2010). [«EUobserver.com»](http://EUobserver.com). EUobserver.com. (τ.π. 1/12/2020)

³⁹ Χριστοφόρου, Β. (2011). Ο.π.

⁴⁰ Bloomberg.com "European Rescue Fund May Buy Bonds, Recapitalize Banks, ECB's Stark Says" (τ.π. 1/12/2020)

⁴¹ [«EFSF.europa.eu»](http://EFSF.europa.eu) (PDF). Αρχειοθετήθηκε [από το πρωτότυπο](#) (PDF) στις 23 Δεκεμβρίου 2010. (τ.π. 1/12/2020)

⁴² Βασιλάκης, Ν. (2013). Παγκόσμια κρίση και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις: θεσμική αλλαγή στην Ε.Ε. και την Ελλάδα. Πτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

1. Η Ε.Κ.Τ. θα συνεισφέρει κεφάλαια σε τράπεζες που πλήττονται από την χρηματοπιστωτική κρίση για να μπορέσουν τα κράτη – μέλη της Ευρωζώνης να επιβιώσουν οικονομικά. Η Ε.Κ.Τ. όμως συνεργάζεται με το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοοικονομικής Σταθερότητας (EFSF) από το οποίο οι τράπεζες δέχονται κεφάλαια με αντάλλαγμα τις μετοχές τους. Επομένως, με τα μέτρα αυτά θα μπορέσει η Ευρώπη να αντιμετωπίσει το δημόσιο χρέος της και την κρίση που πλήττει της ευρωπαϊκές τράπεζες.⁴³
2. Στόχος της Ε.Κ.Τ. θεωρείται μεσολαβητής για τα κράτη – μέλη της Ευρωζώνης αφού δανείζεται χρήματα από διεθνείς χρηματαγορές προσφέροντας δικά της ομόλογα και ύστερα με αυτά να προσπαθεί να μειώσει το δημόσιο χρέος από τα κράτη – μέλη που βρίσκονται σε ύφεση. Αν αυτό το μέτρο τηρηθεί όπως και με το παραπάνω η Ευρώπη θα αντιμετωπίσει το δημόσιο χρέος της και οι τράπεζες της θα αντιμετωπίσουν και αυτές την κρίση.⁴⁴
3. Η Ε.Κ.Τ. σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων θα εφαρμόσουν στην Ευρώπη ένα νέο μηχανισμό γνωστός και ως ο Μηχανισμός Ανακύκλωσης των Πλεονασμάτων. Ο μηχανισμός αυτός έχει τη δυνατότητα επένδυσης κεφαλαίων και η χρηματοδότηση συμφωνείται από τις δυο τράπεζες να γίνεται το 50% από την Ευρωπαϊκή Τράπεζα Επενδύσεων και το άλλο 50% από τα ομόλογα της Ε.Κ.Τ.. Είναι σημαντικό να υπάρξει συνεργασία των δυο αυτών ώστε η Ευρώπη να μπορέσει να επιβιώσει οικονομικά και τα επόμενα έτη.⁴⁵

Ανακεφαλαιώνοντας, η Ευρωζώνη για να μπορέσει να αντιμετωπίσει το δημόσιο χρέος και την κρίση των τραπεζών θα πρέπει να εφαρμόσει συγκεκριμένους κανόνες, να λάβει μέτρα λιτότητας και να συνεργαστεί με διάφορα θεσμικά όργανα που θα της επιτρέψουν να έχει μία βιώσιμη οικονομική πορεία στο μέλλον αποφεύγοντας την χρεοκοπία.

2.3 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η οικονομική κρίση και η ύφεση που κυριαρχεί στην Ελλάδα, η οποία παρατείνεται μέχρι και σήμερα, είναι αποτέλεσμα της συνεχούς αύξησης των δημοσιονομικών ελλειμμάτων και κατά συνέπεια του συσσωρευμένου δημόσιου χρέους. Δηλαδή, το μέγεθος του δημοσίου χρέους που εμφανίζεται με τη μορφή ποσοστού του ΑΕΠ, οδήγησε τις διεθνείς αγορές στην άρνηση του δανεισμού της χώρας. Επομένως, η Ελλάδα για να αποφύγει την χρεοκοπία, στις 23 Απριλίου 2010 ζήτησε οικονομική ενίσχυση από τον Μηχανισμό Στήριξης γνωστής και ως Τρόικα που αποτελούνταν από

⁴³ Βασιλάκης, Ν. (2013). ο.π.

⁴⁴ Βασιλάκης, Ν. (2013). ο.π.

⁴⁵ Βασιλάκης, Ν. (2013). ο.π.

το Δ.Ν.Τ., την Ε.Ε. και την Ε.Κ.Τ. ώστε να επιτευχθεί η πολιτική σταθερότητα και η ανάκαμψη της οικονομίας.⁴⁶

Τη περίοδο του 2001 η Ελλάδα έγινε μέλος της ζώνης του ευρώ δηλαδή απέκτησε ενιαίο νόμισμα με άλλες χώρες οι οποίες βρίσκονταν ήδη στην ευρωζώνη με λόγο Δημόσιο Χρέος (Δ.Χ.) / ΑΕΠ 101,7% έναντι του στόχου. Οι ελληνικές κυβερνήσεις αγνόησαν το κίνδυνο που ελλόχευε με την εισαγωγή του στο ενιαίο νόμισμα πιστεύοντας ότι πλέον δεν θα υπάρχουν οικονομικά προβλήματα. Ο λόγος όμως του Δ.Χ. / ΑΕΠ ήταν υψηλός αλλά οι κυβερνήσεις αδιαφορούσαν. Δυο λόγοι που το ελληνικό κράτος έθετε την οικονομία του σε μεγαλύτερο κίνδυνο από την στιγμή που εισήλθε στο ευρώ ήταν:⁴⁷

1. Η ελληνική κυβέρνηση δεν είχε την ελευθερία άσκησης της οικονομικής της πολιτικής.
2. Η ελληνική κυβέρνηση είχε τη δυνατότητα να δανειστεί με χαμηλά επιτόκια αφού μπορούσε να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις της λόγω του ενιαίου νομίσματος.

Όμως μια οικονομική ύφεση όπως αυτή της περιόδου 2008 – 2010 ανατρέπει όλα τα μέτρα σχετικά με την εξόφληση του δημοσίου χρέους. Δηλαδή η κυβέρνηση δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις οικονομικές υποχρεώσεις της. Με την παγκόσμια οικονομική κρίση που κορυφώθηκε την ίδια περίοδο φάνηκε ότι πλήττεται και η οικονομία της Ελλάδας.⁴⁸

Την περίοδο του 2009 το δημοσιονομικό έλλειμμα της χώρας ήταν πολύ υψηλότερο από τους προηγούμενους υπολογισμούς με αποτέλεσμα την ανακοίνωση από την κυβέρνηση σχετικά με τον κίνδυνο της στάσης πληρωμών.⁴⁹

Την ίδια περίοδο τα μακροοικονομικά μεγέθη στην ελληνική οικονομία παρουσιάζονται ως εξής:⁵⁰

- Μεταβολή του δημοσιονομικού ελλείμματος στο 15,6% του ΑΕΠ.
- Μεταβολή του πρωτογενούς πλεονάσματος στο -8,6% του ΑΕΠ.
- Το δημόσιο χρέος ανήλθε στο 115,0% του ΑΕΠ.
- Το έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών ανήλθε στο -11,2% του ΑΕΠ.
- Το ΑΕΠ σύμφωνα με τις σταθερές τιμές της περιόδου 2005 μειώθηκε κατά 3,2% του ΑΕΠ.

⁴⁶ Κώστας Μελάς(2013). Μικρά μαθήματα για την ελληνική οικονομία. Εκδόσεις Πατάκη, σ. 167-168

⁴⁷ Κώστας Μελάς(2013). ο.π.

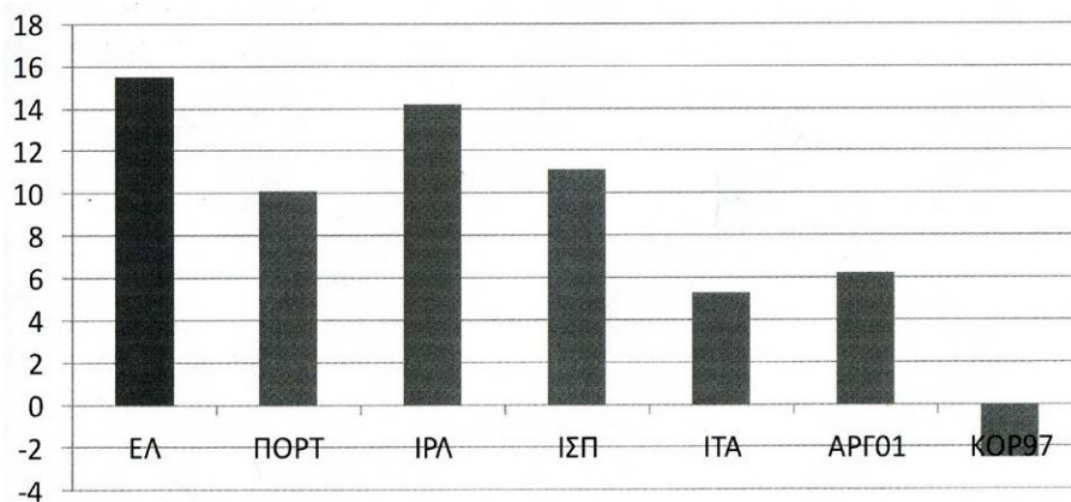
⁴⁸ Κώστας Μελάς(2013). ο.π. σ. 168-169

⁴⁹ Sputniknews. ΕΛΛΑΔΑ 20.08.2018 Από Ζωή Σεργεντάνη. από:

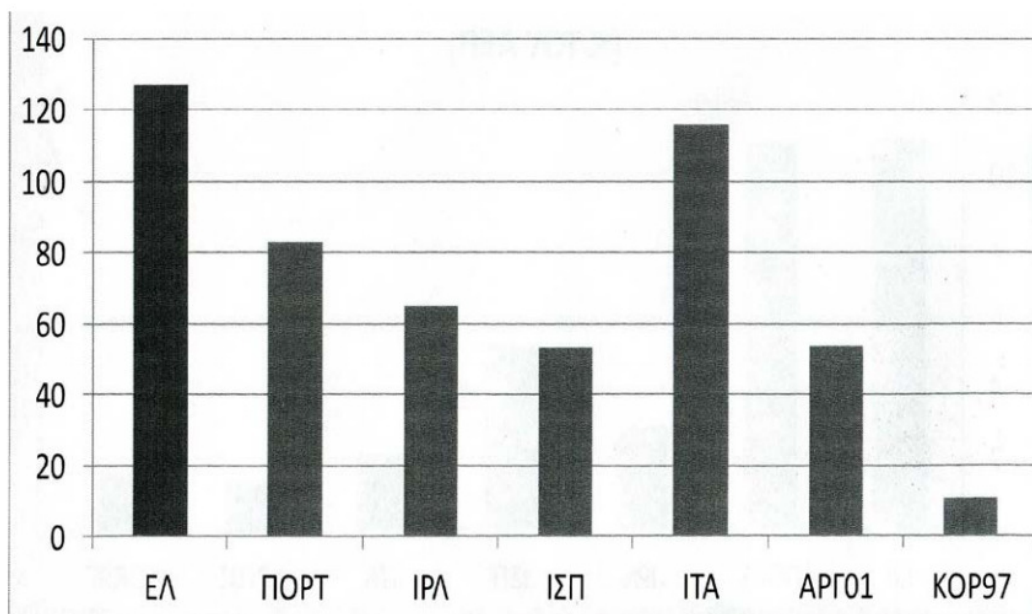
<https://sputniknews.gr/ellada/20180820714240-ellada-mnhmonio-hmeromhnies-gegonota-stathmoi-xroniko/> (τ.π. 4/12/2020)

⁵⁰ Κώστας Μελάς(2013). ο.π. σ. 186

Τα μακροοικονομικά μεγέθη της Ελλάδας σε σύγκριση με άλλες χώρες της περιόδου 2009 παρουσιάζονται και στα παρακάτω διαγράμματα:⁵¹

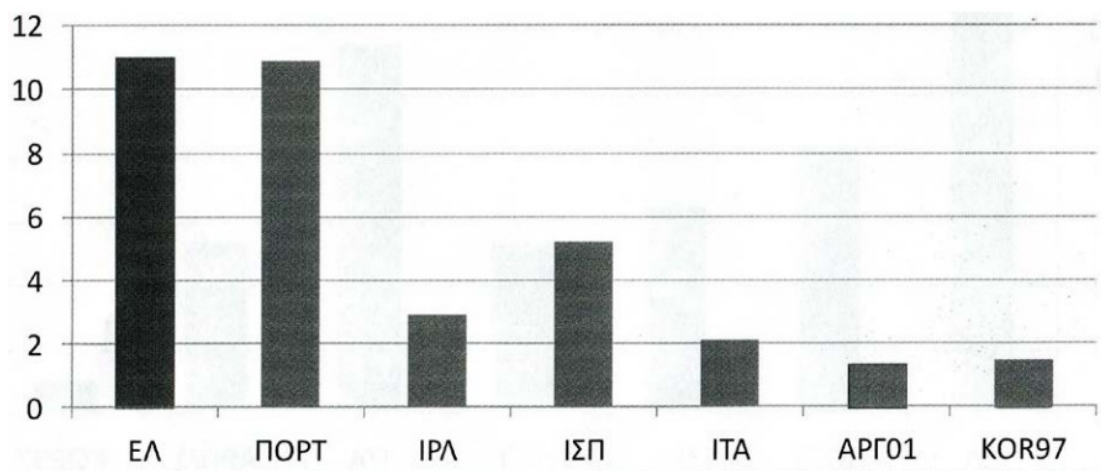


Διάγραμμα 2: Δημοσιονομικό Έλλειμμα του 2009 (% του ΑΕΠ)



Διάγραμμα 3: Δημόσιο Χρέος του 2009 (% του ΑΕΠ)

⁵¹ Τράπεζα της Ελλάδος, (2012), «Η Οικονομική κρίση στην Ελλάδα. Αίτια και επιπτώσεις».



Διάγραμμα 4: Έλλειμμα Ισοζυγίου Τρεχουσών Συναλλαγών του 2009 (% του ΑΕΠ)

Όπως αναφερθήκαμε παραπάνω η κυβέρνηση ζήτησε οικονομική ενίσχυση από την Τρόικα αλλά η συμφωνία αυτή συνοδεύτηκε με την υπογραφή τριών Μνημονίων. Το πρώτο Μνημόνιο υπογράφηκε από την Βουλή στις 6 Μαΐου του 2010 με τον **Νόμο 3845/2010**. Αυτό ήταν ένα μακροοικονομικό πρόγραμμα το οποίο αφορούσε τον σχεδιασμό του προγράμματος, δηλαδή ποια μέσα θα χρησιμοποιούνταν, με ποιους τρόπους και σε τι ποσότητες ώστε να υπάρχουν διαρθρωτικές αλλαγές στη λειτουργία της οικονομίας της και έξοδος από την κρίση ενεργοποιώντας την δανειακή σύμβαση των 110 δισεκατομμυρίων ευρώ.⁵²

Κατά την χρονική περίοδο του 2011 η ελληνική κυβέρνηση επιβάλλει σε όλους τους πολίτες μέσω της ΔΕΗ φόρο το «χαράτσι» το οποίο αντικαταστάθηκε αργότερα από τον «ΕΝΦΙΑ» (Ενιαίο Φόρο Ιδιοκτησίας Ακινήτων).⁵³ Ο λόγος του Δ.Χ. / ΑΕΠ ήταν στο 170,6% στο τέλος του έτους.⁵⁴

Τη χρονιά του 2012 η οικονομία άρχισε να κλονίζεται ακόμα περισσότερο με αισθητή μείωση του ΑΕΠ της χώρας. Σημαντικός επίσης ήταν και ο κίνδυνος της εξόδου της χώρας από την Ευρωζώνη το λεγόμενο «Grexit».⁵⁵

Αφού το χρέος ήταν αδύνατον να εξοφληθεί από την κυβέρνηση οδήγησε στην υπογραφή του δεύτερου Μνημονίου στις 13 Μαρτίου του 2012.⁵⁶ Το Μνημόνιο αυτό είχε ως στόχο την μεταβολή του ΑΕΠ, την μείωση των μισθών και των ημερομισθίων, την αύξηση της ανεργίας, την μείωση των συντάξεων, την περικοπή των επιδομάτων, την αύξηση του Φ.Π.Α., την μεταβολή του πληθωρισμού και τις αλλαγές του τραπεζικού συστήματος.⁵⁷

⁵² Κώστας Μελάς(2013). ο.π. σ. 183-191

⁵³ Sputniknews. Ο.π.

⁵⁴ Κώστας Μελάς(2013). ο.π. σ. 193

⁵⁵ Sputniknews. Ο.π.

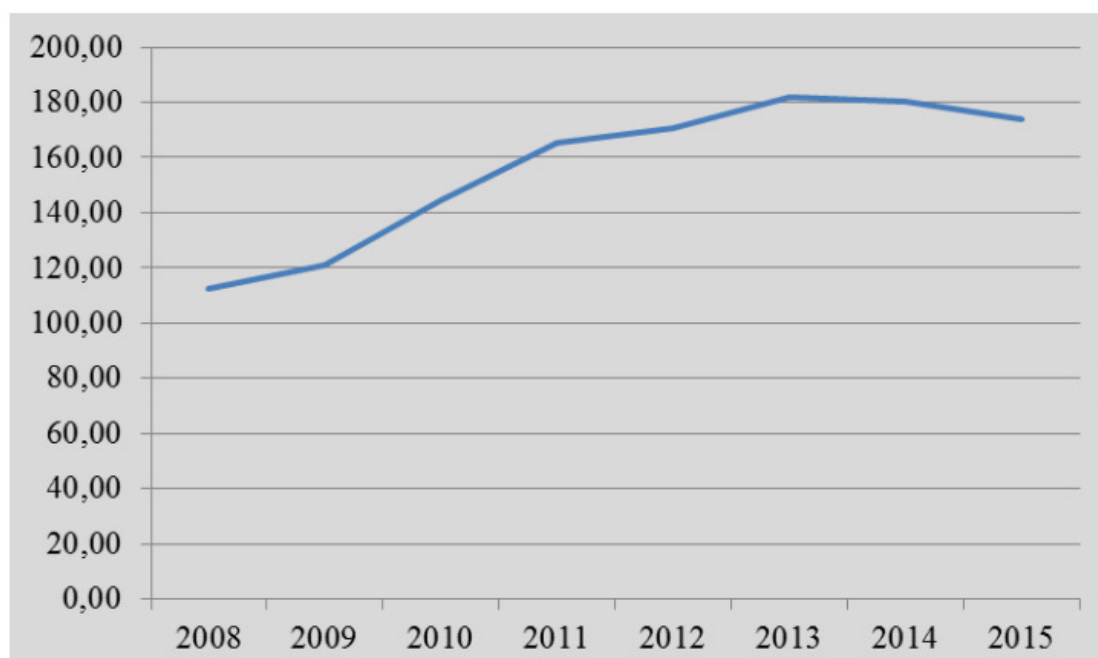
⁵⁶ Sputniknews. Ο.π

⁵⁷ Κώστας Μελάς(2013). ο.π. σ. 199

Στις 28 Ιουνίου 2015 η κυβέρνηση δεν κατάφερε να έρθει σε συμφωνία με τους πιστωτές της. Αυτό οδήγησε σε δημοψήφισμα, κλείσιμο των τραπεζών και επιβολή αυστηρών ελέγχων κεφαλαίων το γνωστό φαινόμενο παγκοσμίως των «Capital Controls».⁵⁸

Μετά το δημοψήφισμα στις 12 Ιουλίου 2015 αποφασίστηκε η συμφωνία για υπογραφή του τρίτου Μνημονίου στις 13 Ιουλίου που απέβλεπε σε ακόμα πιο αυστηρά μέτρα από τις προηγούμενες δυο δανειακές συμβάσεις. Το πρόγραμμα αυτό κατάφερε να ολοκληρωθεί στις 20 Αυγούστου 2018 και έτσι η Ελλάδα επιστρέφει και πάλι στις αγορές.⁵⁹

Τα χρόνια της βαθιάς ύφεσης της Ελλάδας στην εξέλιξη του δημοσίου χρέους παρατηρείται το 2008 μια αύξηση και το 2015 παρατηρείται μια κάθοδος. Αυτό παριστάνεται στο παρακάτω διάγραμμα 5.



Διάγραμμα 5: Η εξέλιξη του δημοσίου χρέους της Ελλάδας ως % ΑΕΠ για το διάστημα 2008-2015

Όλες αυτές όμως οι ενέργειες που εκπονούνταν από την ελληνική κυβέρνηση και η οικονομική κρίση που είχε στιγματίσει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού είχε ως αποτέλεσμα την κορύφωση της ανεργίας δηλαδή οδήγησε τους πολίτες στην φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Συνοψίζοντας, αν η ελληνική κυβέρνηση δεν ήταν από την αρχή τόσο αδρανής αγνοώντας τους κινδύνους που ελλόχευαν με την είσοδο της Ελλάδας στη Ζώνη του Ευρώ ίσως να μην υπήρχε τόσο μεγάλο δημόσιο χρέος με το ΑΕΠ να αυξομειώνεται συνεχώς και να μην είχε υποστεί τόσο βαθιά ύφεση.

⁵⁸ Sputniknews. Ο.π

⁵⁹ Sputniknews. Ο.π

2.3.1 Αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα οφείλονται στις λάθος πολιτικές που εφαρμόστηκαν και στην αδράνεια της ελληνικής κυβέρνησης. Εδώ και πολλά χρόνια η Ελλάδα ήταν πολύ ανταγωνιστική με τις άλλες χώρες της Ευρωζώνης. Ασχολούνταν με τις εισαγωγές και τις εξαγωγές προϊόντων αλλά την τελευταία δεκαετία οι εισαγωγές ήταν περισσότερες από τις εξαγωγές με αποτέλεσμα οι τόκοι να αυξάνονται και τότε άρχισε η βαθειά ύφεση της χώρας.⁶⁰

Η Ελλάδα έχει πολλούς τουριστικούς παράγοντες που θα μπορούσε να τους αξιοποιήσει όπως και ο πρωτογενής τομέας που είναι πλούσιος στη χώρα αλλά ανεκμετάλλευτος. Θα μπορούσε να παράγει προϊόντα με ποσότητα και ποιότητα χωρίς να κάνει εισαγωγές από άλλες χώρες και να αυξάνει τα χρέη της. Στην ουσία, τις οικονομίες δεν τις απασχολεί τι παράγουν, αρκεί αυτό που παράγουν να μπορεί να τους αποδώσει έσοδα.⁶¹

Όλα αυτά οδηγούν την οικονομία σε κρίση δημιουργώντας ένα τεράστιο δημοσιονομικό έλλειμμα, μεγάλο έλλειμμα ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών, υψηλό δημόσιο χρέος, μείωση της αποταμίευσης, αύξηση του ΑΕΠ, αύξηση της ανεργίας και περιορισμός των ξένων επενδύσεων.⁶² Έτσι, η Ελλάδα έχασε την αξιοπιστία της από τις διεθνείς χρηματαγορές περιορίζοντας αισθητά τις επενδύσεις και τις αποταμιεύσεις στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα.⁶³

Επίσης, ένα ακόμα αίτιο της ελληνικής οικονομικής ύφεσης είναι οι ελληνικές παθογένειες, δηλαδή η διαφθορά, η φοροδιαφυγή, ο ατομισμός και οι συντεχνίες. Ιδιαίτερα αντιληπτό στις μέρες μας είναι η φοροδιαφυγή σε όλες τις κοινωνίες, όπως για παράδειγμα είναι η φοροδιαφυγή του πετρελαίου αγνοώντας οι ελληνικές κυβερνήσεις την εφαρμογή κάποιου σχεδίου για την πάταξή της.⁶⁴

Βέβαια, και στις Δημόσιες Επιχειρήσεις τις λεγόμενες με την ευρεία έννοια Δ.Ε.Κ.Ο. δεν γινόταν σωστή διαχείριση των οικονομικών με αποτέλεσμα την άνοδο του δημόσιου χρέους. Οι Δ.Ε.Κ.Ο. παραχωρούσαν κρατικές εγγυήσεις χωρίς να εκτελούν αυστηρούς ελέγχους ωθώντας την οικονομία σε τεράστια ελλείμματα.⁶⁵

⁶⁰ Varoufakis Y., Halevi, J. & Theocharakis, N., (2011). *Modern Political Economics: Making Sense of the post-2008 World*. Publisher: Routledge; 1 edition.

⁶¹ Katsimi, M. & Moutos, T., (2010). *EMU and the Greek crisis: The political-economy perspective*. *European Journal of political Economy*, 26(4), pp. 568-576.

⁶² Chionis, D., Pragidis, I. & Schizas, P., (2014). *Long-term government bond yields and macroeconomic fundamentals: Evidence for Greece during the crisis-era*. *Financial Research Letters*, 11(3).

⁶³ Χαρδούβελης Γ.Α. (2009), «Η χρηματοοικονομική κρίση και το μέλλον της παγκόσμιας οικονομίας», Eurobank EFG Economic Research: Η κρίση του 2007-2009: Τα αίτια, η αντιμετώπιση και οι προοπτικές, Vol. 4, No 8, pp.19-43

⁶⁴ Τούντας Γ., Βαρδαβάς Κ., Γιαννοπούλου Κ., Γιώτη Γ., Καντζανού Μ., Καστανιώτη Κ., και συν. (2016). *Η Υγεία των Ελλήνων Στην Κρίση*. Αθήνα: διαΝΕΟσις - Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης.

⁶⁵ Τούντας και άλλοι (2016) ο.π.

Σημαντικό, επίσης, θα είναι να αναφερθούμε στους υπέρογκους μισθούς και στις συντάξεις του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Υπήρχαν υπερβολικές μισθολογικές απαιτήσεις και οι συντάξεις ήταν πολλαπλάσιες των ασφαλιστικών εισφορών που είχαν καταβάλλει οι πολίτες στα χρόνια εργασίας τους.⁶⁶

Τέλος, θα ήταν παράληψη αν δεν αναφερθούμε στους Ολυμπιακούς Αγώνες του 2004 που έγιναν στην Ελλάδα. Τότε η χώρα είχε τεράστια ανάγκη να δανειστεί από τις διεθνείς χρηματαγορές αφού τα έξοδα των υποδομών και των δημοσίων έργων ήταν υπέρογκα.⁶⁷

Έτσι, σύμφωνα με όλα τα παραπάνω αίτια δηλαδή της μείωσης της ανταγωνιστικότητας, της μείωσης παραγωγής και της μείωσης των επιτοκίων η Ελλάδα οδηγήθηκε προς τον πληθωρισμό.

2.3.2 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης προκάλεσαν στην Ελλάδα αρκετά προβλήματα. Κάποια σημαντικά προβλήματα είναι τα παρακάτω:⁶⁸

- Η ελληνική κυβέρνηση αύξησε σε όλα τα προϊόντα της αγοράς το Φ.Π.Α. με αποτέλεσμα να μειώνεται το εισόδημα των νοικοκυριών και το ΑΕΠ της χώρας.
- Σε όλες τις επιχειρήσεις αύξησε την φορολογία κατά 40% με αποτέλεσμα να υπάρχει επιβράδυνση της ανάπτυξης.
- Επίσης, με την αύξηση της φορολογίας στις επιχειρήσεις η ανεργία των πολιτών αυξήθηκε κατά 70%.
- Οι εργοδοτικές εισφορές των επιχειρήσεων με τα μέτρα που λάμβανε η κυβέρνηση αυξάνονταν κατά μεγάλο ποσοστό και οι εργοδότες δεν είχαν την δυνατότητα να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές τους υποχρεώσεις. Επομένως, έπρεπε να προβούν σε μείωση των μισθών των εργαζομένων ακόμη και σε απολύσεις αρκετού εργατικού δυναμικού.
- Ακόμα, με τα μέτρα αυτά πολλές επιδοτήσεις μειώνονταν ή και κόβονταν εντελώς.
- Οι συντάξεις μειωνόταν ολοένα και περισσότερο με αποτέλεσμα να υπάρχει αύξηση της συμμετοχής συνταξιούχων στην ασφάλιση.

Πολλές από τις επιπτώσεις σχετίζονται με την υγεία των πολιτών. Αυτές οι κοινωνικές επιπτώσεις ήταν οι εξής:⁶⁹

- Ανεργία

⁶⁶ Τούντας και άλλοι (2016) ο.π.

⁶⁷ Varoufakis et al., (2011) ο.π.

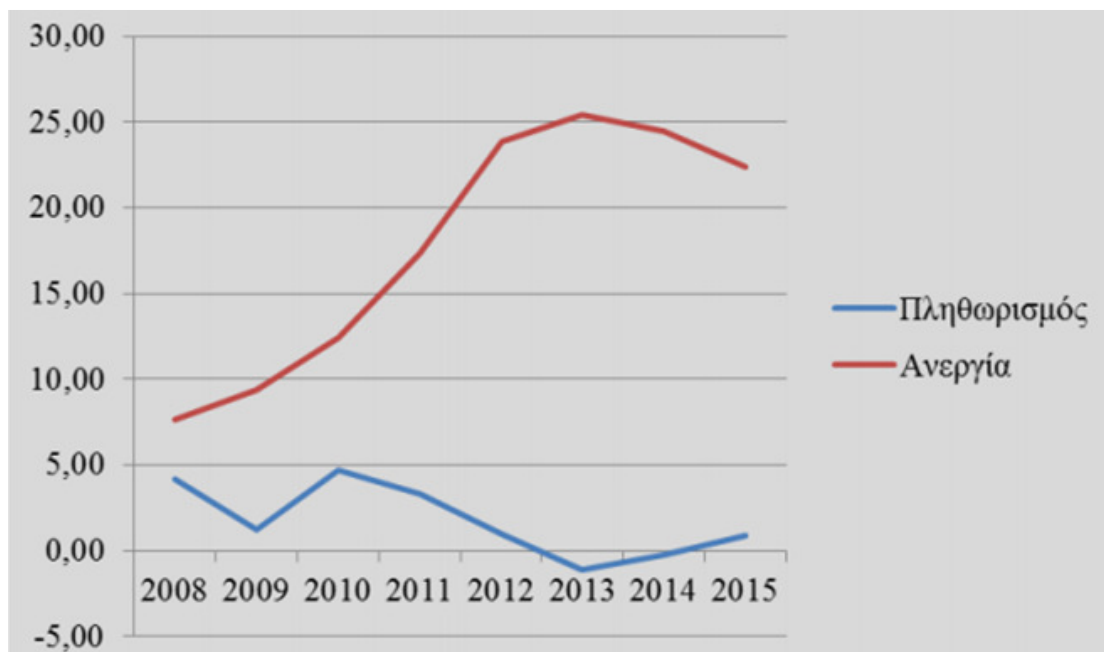
⁶⁸ Γραμματιδής, Γ., (2016). Τα αίτια της οικονομικής κρίσης, οι συνέπειες και η διέξοδος. Μύθοι και πραγματικότητα. Από: <https://www.liberal.gr/apopsi/ta-aitia-tis-oikonomikis-krisis-oi-sunepeties-kai-i-dieixodos-muthoi-kai-pragmatikotita/41761> (τ.π. 10/12/2020)

⁶⁹ Μουρίκη, Α., Μπαλούρδος, Δ., Παπαλιού, Ο., Σπυροπούλου, Ν., Φαγαδάκη, Ε. & Φρονίμου, Ε. (επιμ.) (2012). Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας-2012. Όψεις της κρίσης, Ε.Κ.Κ.Ε., Αθήνα

- Μετανάστευση
- Εγκληματικότητα
- Αυτοκτονίες
- Θνησιμότητα

Από το 2007 που άρχισε να εμφανίζεται η κρίση πρώτα από όλα έπληξε τον τομέα της εργασίας. Παρατηρούνται καθημερινά πολλές απώλειες θέσεων εργασίας, επομένως το εισόδημα των νοικοκυριών να μειώνεται καθώς η οικονομική αστάθεια και η επαγγελματική ανασφάλεια να αυξάνονται. Οι μεταβολές αυτές έχουν ως αποτέλεσμα να αυξάνεται η ανεργία με μεγάλο ποσοστό ανέργων να είναι νέοι. Έτσι, η κοινωνία οδηγείται σε ένα κοινωνικό αποκλεισμό και στην φτώχεια.⁷⁰ Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 6 η ανεργία το 2008 άρχισε να αυξάνεται, να κορυφώνεται το 2013 και το 2014 παρατηρείται να μειώνεται.⁷¹

Με την κρίση σταδιακά εμφανίστηκε μείωση του πληθωρισμού αφού αυξάνεται η ανεργία ολόένα και περισσότερο ενώ όσοι εργάζονται αμείβονται με πολύ χαμηλό μισθό. Αυτό φαίνεται στο διάγραμμα 6.



Διάγραμμα 6: Η εξέλιξη του πληθωρισμού και της ανεργίας στην Ελλάδα για το διάστημα 2008-2015

Πολλοί νέοι πήραν την απόφαση να μεταναστεύσουν σε χώρες όπου το ΑΕΠ ήταν σε άνθιση και οι συνθήκες εργασίας τους επέτρεπε ένα αξιοπρεπή βιοτικό επίπεδο με σταθερή εργασία και εισόδημα.

⁷⁰ Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. & McKee, M., (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. 374(9686), pp. 315-323.

⁷¹ I.M.F. από: <https://www.imf.org/en/Publications/SPROLLS/world-economic-outlook-databases#sort=%40imfdate%20descending> (τ.π. 10/12/2020)

Άλλοι οδηγούνται στην εγκληματικότητα. Αφού δεν είχαν την δυνατότητα να εξασφαλίσουν μια αξιοπρεπή ζωή παρέχοντάς τους τα απαραίτητα αγαθά. Άλλοι πάλι οδηγούνται σε αυτοκτονίες. Η κατάθλιψη και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές που προκαλούνται από την ανεργία και την φτώχεια οδηγούν σε τέτοιες απάνθρωπες καταστάσεις.⁷²

Τέλος, θα ήταν παράληψη αν δεν αναφερθούμε στις επιπτώσεις που επιφέρει η οικονομική κρίση στο διεθνές εμπόριο και στις επενδύσεις. Οι ελληνικές εξαγωγές περιορίστηκαν πάρα πολύ κατά το διάστημα 2014 ενώ οι εισαγωγές από ξένες χώρες αυξήθηκαν.⁷³ Η αγορά ομολόγων από τους επενδυτές γινόταν με πάρα πολύ προσοχή από ασφαλείς επενδύσεις ενώ πολλά χρηματοπιστωτικά ιδρύματα πωλούν με αποτέλεσμα να ξεχρεώσουν τις υποχρεώσεις τους.⁷⁴

2.3.3 Μέτρα αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Τα μέτρα αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα δεν είναι μια εύκολη υπόθεση αφού η ελληνική κυβέρνηση την περίοδο 2000 – 2008 αύξησε το ΑΕΠ, την ανταγωνιστικότητα και το εισόδημα των νοικοκυριών με χρήματα που είχε δανειστεί από τις διεθνείς χρηματοπιστωτικές αγορές του εξωτερικού για την ανάκαμψη της οικονομίας. Σύντομα αυτό όμως σταμάτησε μειώνοντας έτσι το ΑΕΠ και την ανταγωνιστικότητα καθώς αυξήθηκαν τα επιτόκια και η ανεργία.

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών η κυβέρνηση έπρεπε να προβεί σύντομα σε λήψη μέτρων λιτότητας. Σημαντικό θα ήταν η μείωση των επιτοκίων που επέβαλλε η νομισματική πολιτική στη χώρα και να διαθέτετε παροχή ρευστότητας στο σύστημα.

Επίσης, σημαντική είναι η αύξηση της ανταγωνιστικότητας της Ελλάδας μεταξύ των άλλων χωρών που βρίσκονται και αυτές στην Ευρωζώνη. Οι επενδύσεις είναι πολύ σημαντικό κομμάτι όπως και η ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας.⁷⁵

Είναι γεγονός ότι η χώρα μας μαστίζεται εδώ και χρόνια από πλήθος προβλημάτων και ένα από αυτά είναι η ανεργία που θα πρέπει να καταπολεμηθεί με κάθε τρόπο. Θα μπορούσαν για παράδειγμα να δημιουργηθούν ευέλικτες μορφές εργασίες ή μερικής απασχόλησης όπως είναι η τηλεργασία και τα δορυφορικά κέντρα που θα επωφεληθούν πολλές κοινωνικές ομάδες με τη στήριξη της απασχόλησης και την επιδότηση της εργασίας. Έτσι, θα υπάρχει η δυνατότητα ανάπτυξης της ανταγωνιστικότητας στην Ελλάδα και η βελτίωση των μισθών των εργαζομένων. Κάθε εργαζόμενος θα έχει την

⁷² Stuckler et al., (2009) ο.π.

⁷³ COM(2012) από: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2012/EL/1-2012-750-EL-F1-1-ANNEX-1.Pdf> (τ.π. 10/12/2020)

⁷⁴ Βασιλάκης, Ν. (2013).ο.π.

⁷⁵ Βαγιανός, Δ., Βέττας, Ν. & Μεγίρ, Κ. (2010). Οικονομική κρίση στην Ελλάδα: μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μία κρίσιμη συγκυρία. London: The Reforming Economist.

δυνατότητα να κατευθυνθεί σε τομείς εργασίας όπου είναι ικανός να ανταπεξέλθει στις υποχρεώσεις του.⁷⁶

Επιπλέον, θα ήταν παράληψη αν δεν αναφερθούμε στην δημιουργία ανταγωνιστικών αγορών με στόχο την μείωση των τιμών των προϊόντων που είναι σε υψηλή ζήτηση. Όμως, οι επιχειρήσεις που λειτουργούν ως ολιγοπώλια είναι δύσκολο να μειώσουν τις τιμές των προϊόντων τους πάρα πολύ ακόμα και σε εποχές οικονομικής κρίσης σε σχέση με τις μεγάλες αλυσίδες καταστημάτων που είναι πιο εύκολο να διαμορφώσουν τις τιμές τους ανταγωνιστικά.⁷⁷ Παράλληλα, για να βελτιωθεί η οικονομία και να υπάρξει κινητοποίηση της ρευστότητας στη χώρας θα ήταν μια λύση η στήριξη της αγοραστικής δύναμης από μικρομεσαίες επιχειρήσεις για την ενίσχυση της οικονομίας τους.⁷⁸

Είναι γνωστό ότι η Ελλάδα είναι μια χώρα όπου η φοροδιαφυγή και η διαφθορά κυριαρχούν. Η ελληνική κυβέρνηση πρέπει να πάρει μέτρα για την πάταξη αυτών των καταστάσεων και να μην αδιαφορεί ώστε να μπορέσει η οικονομία να ανακάμψει καθώς και να υπάρχουν οι κατάλληλες μεταρρυθμίσεις του ασφαλιστικού συστήματος.⁷⁹

Τέλος, για την ανάκαμψη της οικονομίας είναι σημαντική η ανάπτυξη του τουρισμού, της ναυτιλίας, ακόμα και του πρωτογενούς τομέα δηλαδή της γεωργίας και της κτηνοτροφίας. Η Ελλάδα στους τομείς αυτούς έχει πάρα πολλές δυνατότητες να κάνει ενέργειες ώστε να τους αξιοποιήσει και να μπορέσει να αναπτυχθεί η οικονομία.⁸⁰

⁷⁶ Δοξιάδης, Α., (2013). Το αόρατο ρήγμα. Εκδόσεις Ίκαρος.

⁷⁷ Δοξιάδης, Α., (2013).ο.π.

⁷⁸ Σιάχος, Δ. (2010). Το δημοσιονομικό πρόβλημα της Ελλάδας, φύση, αίτια, διαστάσεις, ευθύνες, επιπτώσεις, προοπτικές εξόδου. Επιστημονική Επετηρίδα Εφαρμοσμένης Έρευνας Τ.Ε.Ι. Πειραιά - Έκδοση Διοίκηση και Οικονομία. 14(2), σ. 75-99.

⁷⁹ Σιάχος, Δ. (2010).ο.π.

Βαγιάνος κ.α. (2010) ο.π.

⁸⁰ Αλεξανδρίδης, Μ. (2006). Ελληνική οικονομία. Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική

Κεφάλαιο 3^ο : Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

3.1 Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα που διαμορφώνει κάθε οργανωμένη κοινωνία σύμφωνα με το **νόμο 1397/83** ασχολείται με την οργάνωση της υγείας καθώς πρέπει ανά διαστήματα να εξελίσσεται παράλληλα με τις ανάγκες της κοινωνίας που εμφανίζονται με το πέρασμα του χρόνου.

Σκοπός του συστήματος ανάλογα με τις ανάγκες τους είναι να παράγει αγαθά και υπηρεσίες οι οποίες θα σταθούν αρωγός στην διαμόρφωση και την βελτίωση του επιπέδου υγείας κάθε κοινωνίας προσφέροντάς τους ένα ποιοτικό περιβάλλον επιβίωσης. Για να επιτευχθούν και να εξελιχθούν όμως οι στόχοι του Συστήματος Υγείας θα πρέπει καθημερινά να ελέγχει και να επανακαθορίζει τους στόχους του καθώς και να προγραμματίζει και να σχεδιάζει τους τρόπους με τους οποίους θα το πετύχει.⁸¹

Κάθε Σύστημα Υγείας αποτελείται από επιμέρους μονάδες οι οποίες είναι οι εξής:⁸²

- **Κέντρα Υγείας**: ασχολούνται με την πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάσταση κάποιας πιθανής νόσου των πολιτών.
- **Νοσοκομεία**: ασχολούνται με την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

Όταν όμως κάποιος πολίτης είναι ασφαλισμένος σε φορείς κοινωνικής ασφάλισης τότε τα ασφαλιστικά ταμεία ή ο ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας) τους προσφέρουν παροχές υπηρεσιών υγείας.⁸³

Η Ελλάδα για την βέλτιστη εξυπηρέτηση της κοινωνίας διαθέτει τρία επίπεδα του συστήματος υγείας που είναι τα ακόλουθα:

- **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**: αναφέρεται στα Κέντρα Υγείας που έγινε λόγος πιο πάνω. Ακόμα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προσφέρεται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς όπως για παράδειγμα είναι το Ι.Κ.Α., ο Ο.Γ.Α., ο Ο.Π.Α.Δ, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων καθώς και από ιδιώτες γιατρούς. Περιλαμβάνει υπηρεσίες για την περίθαλψη, την πρόληψη, την διάγνωση, την θεραπεία, την φροντίδα και την αποκατάσταση. Επίσης, περιλαμβάνει υπηρεσίες που μπορεί ο ασθενής να πληροφορείται εξ

⁸¹ Mooney, G., 1984. Equity in health care: Confronting the confusion. Aberdeen: Health Economics Research Unit Aberdeen University, Discussion Paper No. 11/82, pp. 19

⁸² Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ελλάδα) από:

[https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CE%A3%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82_\(%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1\)](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C_%CE%A3%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1_%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82_(%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1)) (τ.π. 22/12/2020)

⁸³ Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ελλάδα). Ο.π.

αποστάσεως μέσω τηλεφωνικού κέντρου παρέχοντάς του ιατρικές συμβουλές ή οδηγίες, εξυπηρετώντας εικοσιτέσσερις ώρες το εικοσιτετράωρο τους πελάτες για οποιαδήποτε ανάγκη τους, καθώς επίσης πρέπει να παρέχει προληπτική ιατρική και υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού. Παράλληλα, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχει κοινωνική φροντίδα σε ευάλωτες και ευπαθείς ομάδες. Πολλοί άνθρωποι αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα λόγω της οικονομικής κρίσης, της ανεργίας και άλλων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που έχει πληγεί η χώρα μας την τελευταία δεκαετία. Άλλοι πάλι αντιμετωπίζουν χρόνιες παθήσεις ή ακόμη είναι και άτομα με ειδικές ανάγκες που χρήζουν βοήθεια. Είναι απαραίτητο να εφαρμόζουν και τα προγράμματα εμβολιασμού. Ο ασθενής δεν είναι υποχρεωτικό να έχει διανυκτέρευση στο Κέντρο Υγείας.⁸⁴

Είναι γνωστό ότι και οι οικογενειακοί γιατροί υπάγονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Είναι υπεύθυνοι για την παρακολούθηση των πολιτών με στόχο την τήρηση της σωματικής και ψυχικής τους υγείας, την έγκαιρη διάγνωση πιθανών ασθενειών και την παραπομπή τους για τις τακτικές προληπτικές εξετάσεις τους. Επομένως, πρέπει να είναι ικανός να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του ασθενούς τη στιγμή που τον χρειάζεται και ακόμη αν είναι απαραίτητο να κάνει κατ'οίκον επίσκεψη σε περίπτωση που ο ασθενής αδυνατεί.⁸⁵

- **Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας:** αναφέρεται στα νοσοκομεία. Είναι υπεύθυνη για την παροχή ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψη. Ο ασθενής εισέρχεται στο νοσοκομείο για νοσηλεία αλλά δεν είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευσή του. Τέτοιες υπηρεσίες μπορεί να τις παρέχουν τα ακόλουθα ιδρύματα:⁸⁶
 - α) νοσηλευτικά ιδρύματα των σχηματισμών του ΕΣΥ,
 - β) πανεπιστημιακά νοσοκομεία,
 - γ) στρατιωτικά νοσοκομεία,
 - δ) νοσηλευτικά ιδρύματα Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα,
 - ε) συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές,
 - στ) κέντρα αποκατάστασης – αποθεραπείας κλειστής νοσηλείας,
 - ζ) κλινικές και ιδρύματα χρόνιων παθήσεων και
 - η) Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

⁸⁴ Κυριόπουλος, Γ., (1995). Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα.

⁸⁵ ΜΟΝΤΕΛΟ ΒΟΥΛΗΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ 2016 Δ' ΣΥΝΟΔΟΣ ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ. Άρθρο 2 Ο Οικογενειακός Ιατρός στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Από: <http://mve.gr/documents/bills2016/health-bill-2016.pdf> (τ.π. 22/12/2020)

⁸⁶ Δικλίδης-blog. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ. Από: <http://www.diklis.gr/blog/%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CE%B1%CF%83%CF%86%CE%B1%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%B7/%CE%B4%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%BF%CE%B2%CE%B1%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CE%B1-%CF%86%CF%81%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%83/> (τ.π. 22/12/2020)

- **Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:** και αυτό το επίπεδο αναφέρεται στα νοσοκομεία. Είναι υπεύθυνη για την κάλυψη σοβαρότερων ιατρικών προβλημάτων, τα οποία απαιτούν εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις και δεξιότητες των ιατρών που ασχολούνται με αυτές τις υπηρεσίες. Επίσης, θα πρέπει τα νοσοκομεία να διαθέτουν την απαραίτητη και σύγχρονη υλικοτεχνική υποδομή υψηλού επιπέδου. Παραδείγματα τέτοιων προβλημάτων είναι αορτοστεφανιαία παράκαμψη, ορισμένες πλαστικές χειρουργικές επεμβάσεις, σοβαρά εγκαύματα, πολύπλοκες θεραπείες ή διαδικασίες όπως είναι η χημειοθεραπεία και η ακτινοθεραπεία και η μεταμοσχεύσεις οργάνων. Τέλος, η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει να ασχολείται με τον ποιοτικό έλεγχο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.⁸⁷

Τα βασικά στοιχεία του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι τα παρακάτω:⁸⁸

- **Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας:** το σύστημα υγείας και οι υπηρεσίες του έχουν την δυνατότητα να εξυπηρετούν οποιαδήποτε στιγμή τους πολίτες χωρίς να δημιουργούν προβλήματα βελτιώνοντας έτσι την υγεία των πολιτών.
- **Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας:** όλοι οι πολίτες έχουν δικαίωμα εξυπηρέτησης ανεξάρτητα από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που τους περιβάλλουν. Επομένως, το σύστημα υγείας θα πρέπει να είναι ισότιμο για όλους παρέχοντας τους κατάλληλους πόρους και υπηρεσίες ανάλογα με τις ανάγκες κάθε ατόμου. Παράλληλα, θα πρέπει να παρέχουν για τις πολυδάπανες υπηρεσίες υγείας κάποια οικονομική ενίσχυση στους πολίτες.
- **Συνέχεια στην προσφορά υπηρεσιών υγείας:** η προσφορά υπηρεσιών υγείας δεν αναφέρεται μόνο στη θεραπεία και την αποκατάσταση του ασθενούς από κάποια νόσο. Αναφέρεται και στην πρόληψη και στην μετά φροντίδα του ασθενούς.
- **Ισότητα ή ίσες ευκαιρίες στη χρήση των υπηρεσιών:** είναι ένα από τα βασικότερα στοιχεία του συστήματος αφού δεν πρέπει να εξαρτάται η παροχή υγείας και οι υπηρεσίες υγείας του κάθε πολίτη της κοινωνίας από την καταγωγή του, το κοινωνικό στρώμα ή το επάγγελμα που ασκεί. Έχει ευθύνη

⁸⁷ Κοινωνία & Υγεία Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓ.Ν.Η). Άντα Μαρκάκη, Ρένα Μάρκατζη, Κατερίνα Σαρρή. Τμήμα Ιατρικής. Πανεπιστήμιο Κρήτης. Από: https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/17242/mod_resource/content/1/05.%20Tritobathmia%20Frontida%20Ygeias_PAGNH_2015-16.pdf (τ.π. 22/12/2020)

⁸⁸ Τσιότρας Γ., Μποχώρας Γ., Σκορδή, Α., 1998. Ποιότητα και υγεία. Βασικές έννοιες και ιστορική αναδρομή για την Ελλάδα. Αθήνα: Συνέδριο «Η ποιότητα στο χώρο της υγείας», σ. 14.
Mooney, G., 1986. Economics. Medicine and Health Care. Sussex: Wheatsheaf Books Ltd, p. 7
West, P., 1981. Theoretical and practical equity in the national health service in England. Soc. Sei. Med. 15 (3), pp. 42.

το σύστημα υγείας να είναι ισότιμο και χωρίς διακρίσεις ικανοποιώντας τις ανάγκες τους.

- **Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος:** κάθε σύστημα υγείας έχει ως επίκεντρο τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.
- **Μέτρηση της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας:** το σύστημα υγείας θα πρέπει να λειτουργεί με τον κατάλληλο και σύγχρονο εξοπλισμό, εξειδικευμένο προσωπικό χορηγώντας στους ασθενείς την κατάλληλη ιατροφαρμακευτική αγωγή θεραπεύοντας την νόσο του ατόμου. Να σημειωθεί ότι για την μέτρηση της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας παρέχονται από το κράτος χρηματοδοτούμενες υπηρεσίες δημόσιας υγείας σε άτομα τα οποία το εισόδημα τους δεν επαρκεί για ιατρικές θεραπείες και ελέγχους από ιδιωτικές υπηρεσίες.

Όμως, το σύστημα υγείας της Ελλάδας παρουσιάζει και κάποια μειονεκτήματα που είναι εμπόδιο για την σωστή εξυπηρέτηση των αναγκών του πληθυσμού επομένως το σύστημα υποβαθμίζεται. Ορισμένα από τα μειονεκτήματα παρουσιάζονται παρακάτω:⁸⁹

- Έλλειψη οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και προγραμμάτων Πρόληψης ή Προαγωγής Υγείας.
- Αυξημένη κρατική παρέμβαση.
- Μείωση των εσόδων και ταυτόχρονα δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων στο τομέα της υγείας.
- Σπατάλες εντός του συστήματος υγείας από υπερτιμολογήσεις νοσοκομειακών υλικών.
- Ανεπαρκή διοίκηση με γραφειοκρατικές διαδικασίες στο Σύστημα Υγείας.
- Αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων.
- Έλλειψη αυστηρού και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου.
- Καταστρατήγηση της λίστας αναμονής.
- Οι γιατροί και το προσωπικό ενδιαφέρονται περισσότερο για την κερδοφορία τους παρά για την εξυπηρέτηση και την θεραπεία του πληθυσμού.
- Ελλιπής εξειδικευμένο προσωπικό χωρίς διαρκή εκπαίδευση και μετεκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.

Συμπερασματικά, έχει καταστεί σαφές ότι το σύστημα υγείας στην Ελλάδα για να μπορέσει να είναι αξιόπιστο και αποτελεσματικό θα πρέπει να σχεδιάσει και να

⁸⁹ THE SAFIA BLOG. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΙΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ. από τη Κωνσταντίνα Μπριόλα, ερευνήτρια της ομάδας «Κοινωνικά & Ανθρωπιστικά Ζητήματα». Δημοσιεύτηκε στις 11 Ιουνίου, 2019. Από: <https://thesafiablog.com/2019/06/11/briola-analysis/> (τ.π. 22/12/2020)

προγραμματίσει την ανάπτυξη του κλάδου της δημόσιας υγείας και των επαγγελματιών της αξιοποιώντας τους οικονομικούς πόρους που διαθέτει.⁹⁰

3.1.1 Ορισμός Συστήματος Υγείας

Με τον όρο Σύστημα Υγείας εννοούμε κάθε οργανωμένο σύνολο μιας κοινωνίας που αποτελείται από υποσυστήματα όπως είναι η ιατρική περίθαλψη και επιδιώκουν την υλοποίηση ενός συγκεκριμένου σκοπού. Είναι σε συνεχή συνεργασία και αλληλεξάρτηση.⁹¹

Όμως, ο όρος του Συστήματος Υγείας δεν αντιστοιχεί μόνο στην ιατρική περίθαλψη αλλά όπως αποδεικνύεται με τον πέρασμα του χρόνου η υγεία κάθε ατόμου επηρεάζεται από πολλούς κοινωνικοοικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες. Επομένως, το Σύστημα Υγείας περιλαμβάνει και υπηρεσίες που ασχολούνται με την πρόληψη και την υγειονομική διαφώτιση, με υπηρεσίες στέγης καθώς και με το υγιή περιβάλλον κατοικίας και εργασίας που επιβιώνει ο κάθε πολίτης της κοινωνίας.⁹²

3.1.2 Δομή και οργάνωση του Συστήματος Υγείας

Το σύστημα υγείας κάθε χώρας έχει ως στόχο την άμεση εξυπηρέτηση και την οικονομική κάλυψη των αναγκών ισότιμα για κάθε πολίτη ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, επαγγέλματος και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Τέτοιες ανάγκες μπορεί να είναι η θεραπεία κάποιας ασθένειας, ενός ατυχήματος ή ακόμα και κάποιας ανικανότητας που μπορεί να ταλανίζει τους πολίτες. Για αυτό κάθε χώρα είναι υπεύθυνη για την δομή και την οργάνωση του συστήματος υγείας της. Όμως, η κυβέρνηση δεν μπορεί να αποφασίσει με βεβαιότητα ότι το σύστημα υγείας που θα επικρατεί θα είναι επιτυχή. Η δομή και η οργάνωση διαμορφώνεται σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού καθώς επίσης και από την οικονομική, την πολιτική, την κοινωνική και την δημογραφική κατάσταση κάθε χώρας.⁹³

⁹⁰ Μανιού, Μ. & Ιακωβίδου, Ε., (2009). The current situation in the public and private hospitals in Greece. Το βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 8(4).

⁹¹ Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα. Γιάννης Τούντας Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών Διευθυντής. Αθήνα, Ιούνιος 2016. Από: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8nbMItGSXoEJ:https://eclass.uoa.gr/module/document/index.php%3Fcourse%3DMED957%26download%3D/5757dbado95K/5757dd92JUve.pdf+%&cd=4&hl=el&ct=clnk&gl=gr> (τ.π. 22/12/2020)

⁹² Αθηνοδρόμιο. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, τι είναι και ποιος ο σκοπός του. Σύνταξη άρθρου: Ευτυχία Γιαννακοπούλου, Επιμέλεια άρθρου: Κωνσταντίνος Ουρανός. Δημοσιεύτηκε: 20/03/2020. Από: <http://www.athinodromio.gr/%CF%84%CE%BF-%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CF%84%CE%B9-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9/#.X-CBN9gzblV> (τ.π. 22/12/2020)

⁹³ Katz, D., Kahn R., 1966. The social psychology of organization. New York: J. Willey & Sons Inc., New York. pp. 27

Επομένως, η δομή και η οργάνωση του συστήματος υγείας κάθε χώρας διακρίνεται ως εξής.⁹⁴

- **Φιλελεύθερο μοντέλο ή Ιδιωτικό σύστημα υγείας:** Το μοντέλο αυτό στηρίζεται στους μηχανισμούς της αγοράς και των τιμών δηλαδή χρηματοδοτείται από την φορολογία των πολιτών. Η κρατική παρέμβαση για υγειονομική κάλυψη είναι περιορισμένη με αποτέλεσμα το ανταγωνιστικό περιβάλλον να είναι αυξημένο. Επομένως, οι γιατροί και οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα επιλογής βάσει της αγοραστικής τους δύναμης.

Το ιδιωτικό σύστημα υγείας παρέχει στον πολίτη την δυνατότητα επιλογής ασφάλισης. Σύμφωνα με την οικονομική δυνατότητα που έχει ο κάθε πολίτης επιλέγει αν θα ασφαλιστεί σε κάποια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία ατομικά με κάποιο πακέτο που κρίνει ότι του παρέχει τις κατάλληλες υγειονομικές καλύψεις και μπορεί να ανταπεξέλθει στην αποπληρωμή των ασφαλιστρών. Επίσης, όταν κάποιος πολίτης επιλέγει να ασφαλιστεί μπορεί να συμβεί και μέσω του εργοδότη του ο οποίος είναι υποχρεωμένος να του καλύπτει τα ασφαλιστρά του. Όμως, υπάρχουν και αρκετοί πολίτες που είναι άνεργοι ή το εισόδημά τους δεν επαρκεί για να ασφαλιστούν. Τότε, οι πολίτες αυτοί όταν χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγείας τα οποία είναι η νοσοκομειακή περίθαλψη, η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και η φαρμακευτική περίθαλψη θα πρέπει να καλύπτουν τις δαπάνες από το εισόδημά τους.⁹⁵

Όλα αυτά λοιπόν οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το συγκεκριμένο σύστημα προκαλεί έντονες ανισορροπίες στην υγεία του πληθυσμού αφού εξαρτάται αποκλειστικά από την οικονομική κατάσταση του καθενός.⁹⁶

- **Εθνικό μοντέλο ή Δημόσιο σύστημα υγείας:** Το σύστημα αυτό παρέχει ισότιμη υγειονομική και οικονομική κάλυψη στις δαπάνες υγείας των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Στηρίζεται στην κοινωνική ασφάλιση υγείας και στα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας του πληθυσμού δηλαδή υπάρχει αυξημένη κρατική παρέμβαση.⁹⁷ Τα δημόσια συστήματα υγείας περιέχουν στοιχεία από τα μοντέλα Bismarck και Beveridge.⁹⁸

Με το μοντέλο **Bismarck** το κράτος εξυπηρετεί τις κοινωνικές ανάγκες που αφορούν κυρίως τους εργαζομένους και η ασφάλιση είναι υποχρεωτική.⁹⁹ Χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση, εκπροσωπείται από την Γερμανία όπου και ξεκίνησε το 1883 και χρησιμοποιείται από τις χώρες όπως

⁹⁴ Τούντας, Ε, 2008. Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας, σ. 39

⁹⁵ Koontz, Harold, Cyril O'donnell, and John Half. *Management: A systems and contingency analysis of managerial functions*. 1976, pp. 26

⁹⁶ Kast, F., Rozenzweig,, J., 1972. General system theory: Applications for organization and management. *Academy of Management Journal*. 15 (4), pp. 9

⁹⁷ Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π., (2007). Υπηρεσίες Υγείας, Συστήματα Χρηματοδότηση-Αγορά. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος

⁹⁸ Levy, E., 1975. *L' Economic du Systeme de Sanie*. Paris: Dunod. p. 23

⁹⁹ THE SAFIA BLOG. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΙΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ. Ο.π.

είναι το Βέλγιο, η Γερμανία, η Αυστρία, η Γαλλία, το Λουξεμβούργο και η Ολλανδία.¹⁰⁰

Με το μοντέλο **Beveridge** το κράτος εξυπηρετεί τις κοινωνικές ανάγκες που αφορούν όλους τους πολίτες της κοινωνίας και η ασφάλιση είναι υποχρεωτική.¹⁰¹ Αναπτύχθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1946. Χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό, εκπροσωπείται από την Μεγάλη Βρετανία και χρησιμοποιείται από τις χώρες όπως είναι η Ιρλανδία, η Ισπανία, η Σουηδία, η Δανία, η Φινλανδία, η Πορτογαλία και η Ιταλία. Στο μοντέλο αυτό υπάγεται και η Ελλάδα. Το σύστημα Beveridge έχει χαρακτηριστεί και ως εθνικό σύστημα υγείας.¹⁰²

Στο εθνικό μοντέλο ταξινομούνται και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας για τα οποία έχει γίνει λόγος παραπάνω.

Φαίνεται, όμως, αυτό το σύστημα να παρουσιάζει ένα βασικό μειονέκτημα, δηλαδή, υπάρχουν αυξημένες δαπάνες υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ της χώρας.¹⁰³

- **Μικτό σύστημα υγείας:** Είναι το πιο προσιτό μοντέλο και το χρησιμοποιούν όλες οι Ευρωπαϊκές χώρες καθώς και η Ελλάδα χαρακτηρίζεται από μικτό σύστημα υγείας. Είναι ένα ισότιμο σύστημα που δεν κάνει διακρίσεις ανάμεσα στους πληθυσμούς και τους παρέχει μια ικανοποιητική κάλυψη υγειονομικών αναγκών.¹⁰⁴

Η κρατική παρέμβαση είναι πολύ σημαντική αφού γίνεται συνδυασμός του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα υγείας. Δηλαδή, συνδυάζει τις ιδιωτικές δαπάνες με την κρατική χρηματοδότηση και όχι μόνο την παροχή υπηρεσιών υγείας. Επίσης, ο ρόλος του κράτους στα μικτά συστήματα υγείας ωφελεί στην οργάνωση και τη διοίκηση του συστήματος και στον καθορισμό της στρατηγικής με την οποία λειτουργεί. Υποχρεωτική είναι ωστόσο και η ασφάλιση του πληθυσμού αφού το μικτό σύστημα υγείας στηρίζεται σε αυτή.¹⁰⁵

Τέλος, το μοντέλο αυτό παρατηρείται τη τελευταία δεκαετία να έχει κάνει προόδους στο τομέα της υγείας διασφαλίζοντας ένα ικανοποιητικό επίπεδο.¹⁰⁶

Γίνεται, επομένως, εύκολα αντιληπτό ότι για να μπορέσει ένα σύστημα υγείας να λειτουργήσει σωστά πρέπει να έχει τον κατάλληλο σχεδιασμό και προγραμματισμό ώστε να διατηρείται και να βελτιώνεται το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Με το πέρασμα των χρόνων η κοινωνία βελτιώνεται συνεχώς με αποτέλεσμα να πρέπει και

¹⁰⁰ Levy, E., 1975. Ο.π.

¹⁰¹ THE SAFIA BLOG. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΙΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ. Ο.π.

¹⁰² Levy, E., 1975. Ο.π.

¹⁰³ Γεωργούση Ε., και Κυριόπουλο Γ.(2002), «Σεδιασμός – Οικονομική Διαχείριση και Αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

¹⁰⁴ Μπουρσανίδης, Χ., 1991. Συστήματα Υγείας. Αθήνα: Σημειώσεις, σ. 37

¹⁰⁵ Μπουρσανίδης, Χ., 1991 ο.π.

¹⁰⁶ Μπουρσανίδης, Χ., 1991 ο.π.

το σύστημα υγείας να κάνει τις απαραίτητες μεταρρυθμίσεις ώστε να μπορεί να ανταπεξέλθει στις καινούριες ανάγκες του πληθυσμού. Για να συμβεί όμως αυτό χρειάζεται το σύστημα να έχει τη σωστή δομή και οργάνωση είτε από τον ιδιωτικό είτε από τον δημόσιο τομέα υγείας.

3.1.3 Χρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας

Με τον όρο χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας εννοούμε τους φορείς ανεύρεσης πόρων και τις πηγές από τις οποίες χρηματοδοτούνται. Επίσης, εξαρτάται από τις μεθόδους χρηματοδότησης, τους τρόπους διαχείρισης και τα κριτήρια κατανομής τους. Τα συστήματα υγείας εξελίσσονται ραγδαία και προσαρμόζονται ανάλογα τις κοινωνικές και επιστημονικές εξελίξεις βελτιώνοντας έτσι την λειτουργία τους.¹⁰⁷

Οι πηγές χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας γίνονται από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.¹⁰⁸

- Η χρηματοδότηση από τον δημόσιο τομέα εξαρτάται από:¹⁰⁹
 - α) τον **κρατικό προϋπολογισμό**: χρηματοδοτούνται από την άμεση και έμμεση φορολογία καταναλωτικών προϊόντων. Πηγή χρηματοδότησης του όπως είδαμε σε προηγούμενη υποενότητα είναι το σύστημα Beveridge.
 - β) την **κοινωνική ασφάλιση**: χρηματοδοτούνται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Ο κάθε πολίτης πρέπει να είναι ασφαλισμένος σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο. Επομένως, η κοινωνική ασφάλιση εξαρτάται από τις συμμετοχές των εργαζομένων, των εργοδοτών και των αυτοαπασχολούμενων. Πηγή χρηματοδότησης του όπως είδαμε σε προηγούμενη υποενότητα είναι το σύστημα Bismarck.
- Η χρηματοδότηση από τον ιδιωτικό τομέα γίνεται με έσοδα τα οποία προέρχονται από το εισόδημα των πολιτών και η ασφάλιση τους σε κάποιο ιδιωτικό ταμείο γίνεται ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα τους αφού επιβαρύνονται οι ίδιοι οικονομικά. Βασίζεται, δηλαδή, στον μηχανισμό της αγοράς και της ανταγωνιστικότητας. Το κράτος δεν παρεμβαίνει στα οικονομικά του ιδιωτικού τομέα.¹¹⁰

¹⁰⁷ Σούλης Σ. Οικονομική της υγείας. Εκδ., Παπαζήση, Αθήνα, 1999

¹⁰⁸ Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., 2001. Συστήματα υγείας. Αθήνα: Παπαζήσης. σ. 162

¹⁰⁹ Θεοδώρου Μ, κ.α. (2001). σ. 162

¹¹⁰ Θεοδώρου Μ, κ.α. (2001). σ. 162

3.2 Ιστορική εξέλιξη του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

Σύμφωνα με την ιστορική εξέλιξη τα συστήματα υγείας της Ελλάδας διακρίνονται σε τέσσερις μεγάλες χρονικές περιόδους και βασίζονται σε κοινωνικοοικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες. Οι χρονικοί αυτοί περίοδοι ξεκινούν από την Εθνική Ανεξαρτησία που χρονολογείται το 1833 μέχρι και σήμερα. Το ελληνικό κράτος μετά την κατάκτηση της Εθνικής Ανεξαρτησίας του είχε την δυνατότητα σύμφωνα με τους οικονομικούς πόρους που κατείχε να δημιουργήσει υγειονομικές υπηρεσίες. Έτσι, παρά τις δυσχερείς καταστάσεις όπως ήταν το οικονομικό κραχ του 1929 και τους Α΄ και Β΄ Παγκόσμιους Πολέμους που αντιμετώπισε η Ελλάδα το σύστημα υγείας συνέχισε να εξελίσσεται. Πιο συγκεκριμένα, οι χρονικοί περίοδοι αναλύονται παρακάτω:

Α΄ περίοδος: 1833 – 1922

Κατά την περίοδο της Εθνικής Ανεξαρτησίας **1833** ιδρύονται στην Ελλάδα υγειονομικά καταστήματα με ευθύνη της γραμματείας εσωτερικών.

Το **1836** ιδρύεται στην Ελλάδα το πρώτο νοσοκομείο η «Ελπίς».

Το **1837** ιδρύεται στο Πανεπιστήμιο της Αθήνας η Ιατρική Σχολή και την αμέσως επόμενη χρονιά το **1838** ιδρύεται η μαιευτική σχολή.

Το **1845** ο υγειονομικός κανονισμός ψηφίζεται από ένα νόμο γνωστός και ως «Υγειονομικός Νόμος».

Το **1861** ιδρύονται τα ταμεία του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (ΝΑΤ), των δημοσίων υπαλλήλων και άλλων κατηγοριών εργαζομένων.

Στην Κέρκυρα ιδρύεται το πρώτο φρενοκομείο της Ελλάδας το **1864**.

Το **1872** ιδρύθηκε το Θεραπευτήριο ο «Ευαγγελισμός» στην Αθήνα. Τότε με πρωτοβουλία εξήντα γυναικών έγινε σύσταση του «Συλλόγου Κυριών υπέρ Γυναικείας Παιδείσεως» και εγκρίθηκε στο **ΦΕΚ-ΤΑ αρ. φύλου 22/15-6-1872**. Έτσι, ιδρύθηκε το πρώτο σώμα γυναικών νοσοκόμων και ο οργανισμός ξεκίνησε να λειτουργεί το **1875**.¹¹¹

Το **1911** ιδρύονται οι πρώτες νοσηλευτικές σχολές από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό.

Το **1914** σύμφωνα με το νόμο που αναπτύχθηκε **Ν.346/14** το Διάταγμα «Περί επιβλέψεως της Δημόσιας Υγείας» αναφερόταν η ανάπτυξη ενός νομαρχιακού συμβουλίου και ο διορισμός γιατρών σε κάθε νομό.¹¹²

¹¹¹ Νοσοκομείο Ευαγγελισμός (Evangelismos Hospital), από: <https://www.evangelismos-hosp.gr/index.php/istoriko> (τ.π. 09/01/2021)

¹¹² Δαρδαβέσης, Θ. & Ιωαννίδης Α., (1999). Η σύσταση του Υπουργείου Υγείας, Στο: Πρακτικά του ΙΘ΄ Πανελληνίου Ιστορικού Συνεδρίου. Θεσσαλονίκη.

Το **1917** ιδρύεται το «υπουργείο Περιθάλψεως» θεσπίζοντας νόμους σχετικά με την Δημόσια υγεία, την ασφάλιση των πολιτών και μέτρα προστασίας στους εργασιακούς χώρους.

Παρόλο, που η Ελλάδα βρισκόταν σε πόλεμο και σε αντίξοες οικονομικές συνθήκες είχε την ικανότητα να μεριμνά για τους πολίτες της.

Το **1922** ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης το οποίο ήταν αρμόδιο για τα ασφαλιστικά ταμεία των μισθωτών και της ισότητας μεταξύ εργοδότη και εργαζόμενου.¹¹³ Βάση του **N.2882/1922** το υπουργείο Περιθάλψεως μετονομάστηκε σε «**Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας**».¹¹⁴

Β' περίοδος: 1922 – 1953

Η δεύτερη περίοδος της εξέλιξης των συστημάτων υγείας αρχίζει με αντίξοες συνθήκες όπως είναι η μικρασιατική καταστροφή, το αυξημένο μεταναστευτικό ρεύμα εκείνης της εποχής, το κραχ του 1929 και το τέλος του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου. Έτσι, τα συστήματα υγείας στην Ελλάδα εκείνη την εποχή δεν ήταν επαρκή και αναποτελεσματικά.

Το **1929** ιδρύεται η πρώτη Υγειονομική Σχολή Αθηνών με **N.4069/1929** και το Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών με **N.4333/1929**. Ταυτόχρονα, δημιουργείται ασφαλιστική πολιτική για την δημόσιο υγεία των πολιτών.

Το **1932** η κυβέρνηση προσπάθησε να δημιουργήσει ασφαλιστικά ταμεία ψηφίζοντας τον **N.5733/32** με διάταγμα «**περί κοινωνικών ασφαλίσεων**» αλλά τελικά δεν εφαρμόστηκε.

Το **1934** άρχισαν να δημιουργούνται τα ασφαλιστικά ταμεία του Ι.Κ.Α τα οποία διέθεταν ένα δίκτυο μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα ασφαλιστικά όμως αυτά ταμεία είχαν οικονομικά προβλήματα με αποτέλεσμα να μην έχουν την δυνατότητα να παρέχουν υπηρεσίες υγείας όταν δημιουργήθηκαν. Η λειτουργία τους ξεκίνησε το **1937**.¹¹⁵ Στόχος των ταμείων αυτών ήταν η οικονομική κάλυψη των δαπανών υγείας για τους πολίτες παρέχοντας τους.

Το **1935** ιδρύονται τα πρώτα κρατικά νοσοκομεία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με **N.965/35** του διατάγματος «**Περί οργάνωσης των Δημοσίων Νοσηλευτικών και Υγειονομικών Ιδρυμάτων**». Ο **N.965/37** απέβλεπε στην οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων. Η κυβέρνηση όμως έπρεπε να λάβει αποφάσεις για την αντιμετώπιση

¹¹³ Θεοδώρου κ.α.,(2001).ο.π.

¹¹⁴ Υφαντόπουλος Γ. (2003) «Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική», Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

¹¹⁵ Τούντας, Γ., (2016). Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση. Διανέοσις Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης.

των αναγκών του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου έτσι δημιουργήθηκαν τα προσωρινά κρατικά νοσοκομεία με θέσπιση του Ν.2769/1941.¹¹⁶

Την χρονική περίοδο **1940 – 1953** η Ελλάδα βρισκόταν σε εμπόλεμη ζώνη όπου διαδραματίζονταν γεγονότα όπως ήταν ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος, η Κατοχή και ο Εμφύλιος με αποτέλεσμα το ελληνικό κράτος να αδυνατεί να αναπτυχθεί, να βελτιωθεί και να εξασφαλίσει ποιοτικό και αποτελεσματικό σύστημα υγείας.

Γ΄ περίοδος: 1953 – 1981

Η περίοδος αυτή μετά τους πολέμους που διαδραματίστηκαν είχε ανάγκη την κρατική και πολιτική παρέμβαση ώστε να υπάρξει οργάνωση των συστημάτων υγείας. Όμως τη περίοδο **1967-1974** η Ελλάδα κυβερνήθηκε από στρατιωτική δικτατορία. Βέβαια, αυτό έφερε πολλά προβλήματα σε πολλούς τομείς και στον τομέα της υγείας αφού υπήρχαν ανισότητες και δυσκολίες πρόσβασης των πολιτών στην δημόσια υγεία. Η οργάνωση και η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας συνέχισε να εξελίσσεται.

Το **1953** θεσπίστηκε από το ελληνικό κράτος ο Ν.2592/1953 που αναφερόταν στην «**Περί Οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως**». Στο διάταγμα αυτό αναφερόταν ότι το ελληνικό κράτος ανάλογα με τον πληθυσμό της κάθε χώρας θα διαιρούσε τη χώρα σε υγειονομικές περιφέρειες που η κάθε μια θα διέθετε υγειονομικές υπηρεσίες. Σε κάθε υπηρεσία από αυτές το υπουργείο θα ανέθετε αρμοδιότητες. Σημαντικό επίσης ήταν η οργάνωση και ο σχεδιασμός των νοσοκομείων και η δημιουργία νοσοκομειακών κλινών.

Το **1955** ψηφίστηκε από την ελληνική κυβέρνηση ο Ν.3487/1955 «**Περί Κοινωνικής Ασφάλισης των Αγροτών**». Αναφερόταν στην ασφάλιση των αγροτών και στην δημιουργία εξωτερικών ιατρείων σε χωριά και κωμοπόλεις της χώρας για να έχουν πρόσβαση περίθαλψης όλοι οι πολίτες. Ακόμα αναφερόταν και στην φαρμακευτική περίθαλψη των πολιτών που έχριζαν κάλυψη. Τα ιατρεία αυτά διακρίνονταν σε δύο κατηγορίες που ήταν οι παρακάτω:

- α) **Τα Κοινοτικά Ιατρεία**: ο πληθυσμός της κάθε δήμου ή κοινότητας που εξυπηρετούσαν ήταν πάνω από 3.000 κάτοικοι. Διέθεταν ένα γιατρό, μια μαία και μια επισκέπτρια υγείας.
- β) **Τα Αγροτικά Ιατρεία**: ο πληθυσμός των αστικών κέντρων που εξυπηρετούσαν τα ιατρεία αυτά ήταν κάτω από 3.000 κατοίκους και διέθεταν μόνο ένα γιατρό.

Το **1961** ιδρύεται ο Ο.Γ.Α. με Ν. 4169/61. Αυτός ήταν ένας οργανισμός που παρείχε την ασφάλιση των αγροτών. Τα Αγροτικά Ιατρεία που υπάρχει αναφορά παραπάνω

¹¹⁶ Αλεξιάδης, Α., (1999). Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας. Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη

εντάσσονταν στον οργανισμό αυτό και χαρακτηρίζονταν ως «Κλάδος Ασθενείας» του Ο.Γ.Α. χωρίς όμως να αλλάζει κάτι στη δομή και οργάνωση.

Τη δεκαετία **1960 – 1970** παρατηρείται στην οικονομία της Ελλάδας μια ραγδαία βελτίωση που οφείλεται στην ανάπτυξη του ασφαλιστικού κλάδου και η δημιουργία των ασφαλιστικών ταμείων είχαν την δυνατότητα να καλύπτουν τις εισφορές των εργοδοτών τους.

Το **1973 – 1974** η Ελλάδα τότε κυβερνούνταν από την δικτατορία και η οικονομία βρισκόταν σε ύφεση. Επομένως, ήταν δύσκολο να αναπτυχθεί η πολιτική της υγείας και κυριαρχούσαν τα προβλήματα της γραφειοκρατίας και της κοινωνικής ανισότητας. Όμως, στα τέλη του 1974 επέρχεται και το τέλος της δικτατορίας με την αποκατάσταση του Δημοκρατικού πολιτεύματος και έτσι υπάρχει βελτίωση του σχεδιασμού και της υλοποίησης των συστημάτων υγείας και λειτουργούν βάση ευρωπαϊκών προτύπων.¹¹⁷

Το **1976** αρχίζουν οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας. Μια ομάδα του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) εκπόνησε μια μελέτη σχετικά με τα προβλήματα και τις αδυναμίες που αντιμετωπίζει το ελληνικό υγειονομικό σύστημα και ύστερα πρότεινε λύσεις για την καλύτερη οργάνωση τους. Τα προβλήματα και οι αδυναμίες που εντόπισαν ήταν αρχικά η ανισότητες που δημιουργούνται στους αγροτικούς πληθυσμούς σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ύστερα, παρατηρήθηκαν ανισότητες μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών και έλλειψη χρηματοδοτικών πηγών σε ένα ενιαίο σύστημα υγείας. Τέλος, αναφέρθηκαν σε προβλήματα συνεργασίας μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και των άλλων κυβερνητικών φορέων που ασκούν την πολιτική υγείας στη χώρα μας. Οι λύσεις που παρουσίασαν ήταν η συνεργασία μεταξύ του κράτους, των ασφαλιστικών φορέων, των ασφαλισμένων και των ιατρών με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί μια ενιαία υπηρεσία υγείας. Παράλληλα, πρότεινε την υπαγωγή των ασφαλιστικών ταμείων σε ένα ενιαίο καθώς πρότεινε ακόμα τη συνεργασία των υπάρχοντων ταμείων για την βέλτιστη εξυπηρέτηση και την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Τέλος, η ερευνητική αυτή ομάδα έκανε λόγο για την δομή και οργάνωση των συστημάτων υγείας διατυπώνοντας σκέψεις τους σχετικά με την ανάπτυξη των κέντρων υγείας κάθε αστικής πόλης ενισχύοντας τα με γιατρούς γενικής ιατρικής και την ανάπτυξη των νοσοκομείων που είναι συνδεδεμένα με τα κέντρα υγείας.

Την δεκαετία που μεσολάβησε του **1980** η επιθυμία της Ελλάδας για μεταρρυθμίσεις του ελληνικού συστήματος γινόταν ολοένα και πιο έντονες. Ο νόμος που είχε σχεδιάσει ο τότε Υπουργό Κοινωνικών Υπηρεσιών Δοξιάδης σχετικά με τα **«Μέτρα Προστασίας της Υγείας»** απέτυχε και δεν εφαρμόστηκε αφού ήταν αντίθετοι οι γιατροί λόγω συμφερόντων και η ίδια η κυβερνητική παράταξη. Ο νόμος αυτός αναφερόταν σε μέτρα για την βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων υγείας της Ελλάδας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχοντας

¹¹⁷ Τούντας, Γ., (2016).ο.π.

ισότιμες υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως της κοινωνικοοικονομικής τους κατάστασης. Επίσης αναφερόταν στον διορισμό γιατρών με πλήρη απασχόληση και την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού. Τέλος, αναφερόταν στην ισοκατανομή των νοσοκομειακών υποδομών και την εφαρμογή μηχανισμών κοινωνικού ελέγχου στο σύστημα.¹¹⁸

Δ΄ περίοδος: 1981 μέχρι σήμερα

Το **1981** επί κυβερνήσεως Α. Παπανδρέου επέρχεται η ανάπτυξη και η οργάνωση του ελληνικού συστήματος υγείας.

Το **1983** ιδρύεται ο πρώτος Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) με τον **N.1316** και ήταν Νομικό Πρόσωπο Δημόσιου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) που υπαγόταν στο Υπουργείο Υγείας. Όλες οι βαθμίδες έχουν ευθύνη για την φαρμακευτική περίθαλψη των πολιτών.

Επίσης την ίδια χρονιά ψηφίζεται ο **N.1937/1983** που αναφέρεται στην ίδρυση ενός Περιφερειακού Συστήματος Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) δηλαδή ιδρύονται εξωτερικά ιατρεία και κέντρα υγείας για την κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών. Βέβαια, η λειτουργία του αρχίζει το 2001 με τον **N.2889/2001**.

Το **1985** υπήρχε η ανάγκη ρύθμισης για θέματα γιατρών έτσι ψηφίστηκε ο **N.1579/1985** ο οποίο αναφερόταν στην ειδίκευση και εκπαίδευση των γιατρών και νοσηλευτών καθώς επίσης και των οδοντιάτρων.

Σύμφωνα τον **N. 1759/1988** που ψηφίστηκε το **1988** αναφερόταν στα κριτήρια με τα οποία θα είχαν τη δυνατότητα διορισμού οι γιατροί των ΕΣΥ.

Την δεκαετία του **1990** τα νοσοκομεία μπορούσαν να λειτουργούν και ως Ν.Π.Δ.Δ. αλλά και ως Ν.Π.Ι.Δ. και αυτό αποδεικνύεται από το **N.2071/1992**.¹¹⁹ Επίσης, ο νόμος αυτός δίνει τη δυνατότητα σε κάθε γιατρό να επιλέγει μόνος του τον τομέα που θα εργάζεται είτε αυτός είναι ο δημόσιος είτε ο ιδιωτικός και να επιλέγει και το ωράριο της εργασίας του.¹²⁰

Το **1997** ψηφίζεται ο **N.2519/1997** στον οποίο διατυπώνονται προτάσεις σχετικά με τον εκσυγχρονισμό και την εξέλιξη του ΕΣΥ οργανώνοντας και αξιολογώντας τις υγειονομικές υπηρεσίες και βελτιώνοντας τις υποδομές των νοσοκομείων. Επίσης περιλαμβάνει ρυθμίσεις για την φαρμακευτική περίθαλψη των ασθενών και για την

¹¹⁸ Μωραΐτης, Ε. (2000β): Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.

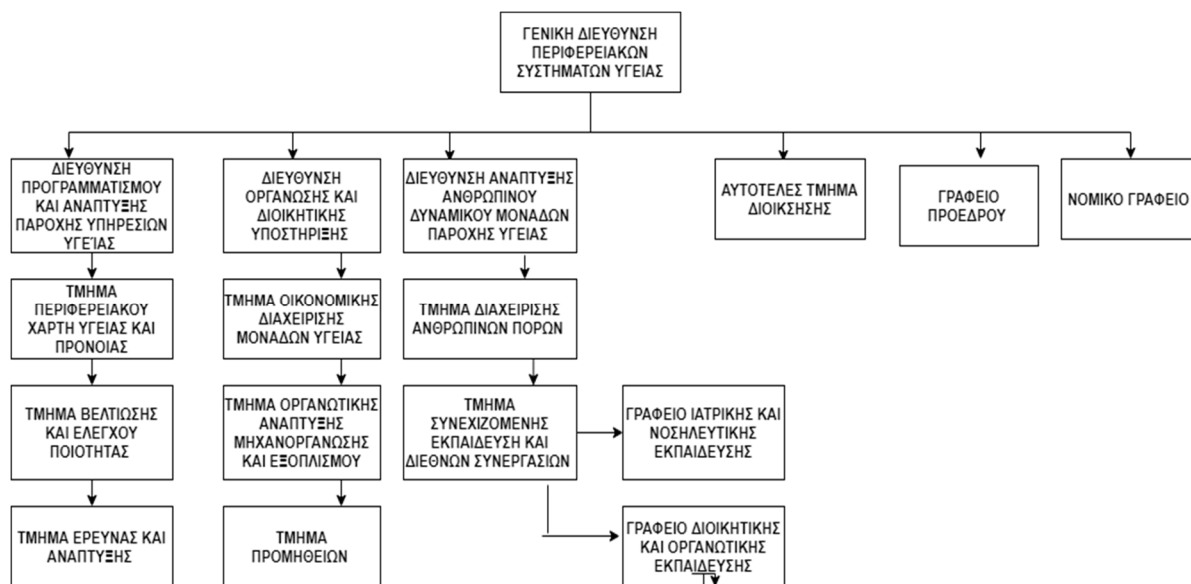
¹¹⁹ Sullivan, E. & Decker, P., (2009). Effective leadership and management in nursing. Upper Saddle River.

¹²⁰ Σαρρής, Μ., (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

αναγνώριση των δικαιωμάτων τους. Τέλος, ο νόμος ρυθμίζει τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων.¹²¹

Το **2000** εφαρμόστηκε από το Υπουργείο Υγείας μια μεταρρύθμιση η «Υγεία για τον Πολίτη» που είχε ως στόχο τον εκσυγχρονισμό και τη βελτίωση του ελληνικού συστήματος υγείας. Ο χρόνος υλοποίησης του συγκεκριμένου προγράμματος θα είχε διάρκεια μεταξύ των χρονικών περιόδων 2000-2006.¹²²

Το **2001** σύμφωνα με τον **Ν.2889/2001** η διοίκηση του συστήματος υγείας διαιρέθηκε σε περιφέρειες, όπως παρουσιάζεται παρακάτω στο διάγραμμα 7, με την υποστήριξη του Π.Ε.Σ.Υ. με στόχο τη δημιουργία ενός οργανωμένου και λειτουργικού συστήματος υγείας καθώς επίσης και τη δημιουργία υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας. Έτσι, το σύστημα υγείας διαιρέθηκε σε 17 υγειονομικές περιφέρειες που αποτελείται από το Διοικητικό Συμβούλιο και τον Γενικό Διευθυντή, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 8. Αυτό προκάλεσε αρκετές αλλαγές στη δομή και την οργάνωση των μονάδων υγείας βελτιώνοντας έτσι τις παροχές υπηρεσιών υγείας.

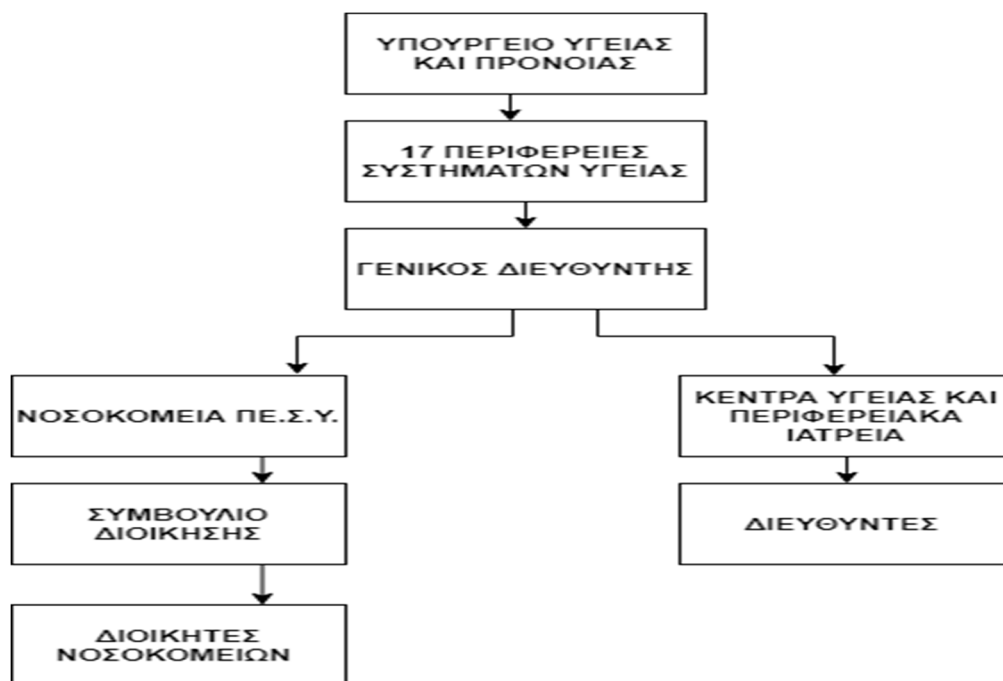


Διάγραμμα 7: Η συγκρότηση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας¹²³

¹²¹ Οικονόμου Χ. (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας. Αθήνα: Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων

¹²² Μωραΐτης, Ε. (2000β).ο.π.

¹²³ Μωραΐτης Ε. (2003) «Ελληνικό Σύστημα Υγείας», Σπουδαστικές σημειώσεις ΕΣΔΔ, Αθήνα σ. 12



Διάγραμμα 8: Περιφερειακή οργάνωση του Συστήματος Υγείας¹²⁴

Όπως είχαμε αναφερθεί πιο πάνω το 1983 ιδρύεται το ΠΕ.ΣΥ με Ν.1937/1983. Το **2003** όμως ο νόμος αυτός τροποποιείται και ο αρμόδιος που τον καθορίζει είναι το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ο νόμος μετονομάζεται σε Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕ.Σ.Υ.Π.).

Το **2005** αποφασίζεται από το Υπουργείο Υγείας κάθε νοσοκομείο να έχει τον δικό του προϋπολογισμό καθώς επίσης το ΠΕ.Σ.Υ. αντικαθίσταται από τις Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.) σύμφωνα με τον Ν.3329/2005.¹²⁵

Το **2010** τα νοσοκομεία άρχισαν να παρέχουν εικοσιτετράωρη εξυπηρέτηση με την δημιουργία εξωτερικών ιατρείων. Αυτό το προέβλεπε ο Ν.3868/2010.¹²⁶ Όμως, αρκετοί πολίτες λόγω της οικονομικής τους κατάστασης δεν είχαν τη δυνατότητα να έχουν πρόσβαση στα εξωτερικά ιατρεία αφού η επίσκεψη ήταν δαπανηρή. Επίσης, την ίδια περίοδο καθιερώθηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση βάση του Ν.3892/2010 και κάθε δήμος είναι αρμόδιος για την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με Ν.3852/2010.¹²⁷ Στη συνέχεια εφαρμόζεται το Πρόγραμμα του Καλλικράτη με Ν.3852/2010 που αναφερόταν στις 7 Αποκεντρωμένες Διοικήσεις.

¹²⁴ Υφαντόπουλος Γ. (2003).ο.π. σ. 223

¹²⁵ Γούλα, Α., (2007). Διοίκηση & Διαχείριση Νοσοκομείου», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

¹²⁶ Niakas, D. & Mylonakis, J., (2005). Choice of physician, private payment and patient satisfaction. Is there any relationship?. International Journal of Healthcare Technology and Management 6(3). Pp. 288 – 295.

¹²⁷ Οικονόμου,(2012).ο.π.

Το **2011** έρχεται ένας νόμος ο **N.3918/2011** ο οποίος είναι αρμόδιος για τους εξής σκοπούς:¹²⁸

- α) την ίδρυση του Συστήματος Προμηθειών Υγείας
- β) την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, με την συνένωση των βασικότερων ασφαλιστικών ταμείων
- γ) την ένταξη του Ι.Κ.Α. στο Ε.Σ.Υ.
- δ) τις αλλαγές στην πολιτική των φαρμάκων, καθιερώθηκε η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, εφαρμόστηκα ευρωπαϊκά πρότυπα τις δαπάνες και τα γενόσημα.¹²⁹

Όπως αναφέρεται παραπάνω η ίδρυση του Προγράμματος Καλλικράτη άρχισε το **2012** να ταυτίζεται με τις 7 Υγειονομικές Περιφέρειες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης βάση του **N.4052/2012** με σκοπό την πρόσβαση των πολιτών των αγροτικών περιοχών στις παροχές υπηρεσιών υγείας.

Το **2014** ιδρύεται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγεία (Π.Ε.Δ.Υ.) με **N.4238/2014**. Όμως, το **2016** ο **N.4368/2016** αναφέρει ότι όλοι οι ανασφάλιστοι πολίτες ακόμα και οι πρόσφυγες υποχρεούνται να ασφαλίζονται στο Π.Ε.Δ.Υ..¹³⁰

Το **2017** ψηφίστηκε μια μεταρρύθμιση με **N. 4486/2017** που είχε ως στόχο τις αλλαγές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε ότι αφορά την διοικητική οργάνωση και την εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας καθώς επίσης ως στόχο είχε την ίδρυση των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟ.Μ.Υ.).

Από όλα τα παραπάνω γίνεται φανερό, ότι στην αρχή τα συστήματα υγείας είχαν ως στόχο τη διαίρεση τους σε περιφέρειες δημιουργώντας ένα οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα. Αυτό όμως, στη συνέχεια, αποδεικνύει ότι δεν είναι εφικτό αφού οι Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.) δεν διέθεταν πηγές χρηματοδότησης επομένως οι υπηρεσίες που διέθεταν δεν είχαν κάποιο ουσιαστικό ρόλο ούτε κάποια εξουσία λήψης αποφάσεων. Έτσι, σε εποχές ύφεσης αμφισβητείται από τους πολίτες το σύστημα υγείας και η ανάγκη επιβίωσής τους ως ανεξάρτητων διοικητικών οργανισμών.¹³¹

¹²⁸ Γούλα, Α., (2007).ο.π.

¹²⁹ Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών IOBE, (2011). Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου.

¹³⁰ Πετρέλης, Μ. & Δομάγιορ, Φ., (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το Βήμα του Ασκληπιού, 15(4). σ. 365-378.

¹³¹ Kakaletsis, N., Ioannidis, A., Sigalas, I. & Hatzitolios, A., (2013). The regional organization of the National Health System (ESY) in Greece - A brief overview of the legislative interventions to date. Archives of Hellenic Medicine / Arheia Ellenikes Iatrikes , 30(2). pp. 233-240.

3.3 Το Σύστημα υγείας στην Ελλάδα μετά την υπογραφή των μνημονίων

Η οικονομική κρίση που δημιουργήθηκε στην Ελλάδα και τα τρία μνημόνια που υπογράφηκαν κατά την περίοδο 2010 – 2015 επέφεραν δημοσιονομικά προβλήματα στον τομέα της υγείας. Στόχος του συστήματος υγείας ήταν η βελτίωση και η μείωση των δαπανών υγείας και η αύξηση των εσόδων τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα υγείας μέσω των απαραίτητων μεταρρυθμίσεων. Έτσι, θεσπίστηκαν ορισμένοι νόμοι που αποσκοπούσαν σε ένα αποτελεσματικότερο σύστημα υγείας με αποδοτικότητα στην εξυπηρέτηση των πολιτών.

Πιο συγκεκριμένα, για την μείωση δαπανών το ελληνικό σύστημα υγείας οδηγήθηκε στην μείωση μισθών των εργαζομένων του δημοσίου τομέα και στην μείωση του προϋπολογισμού των δημόσιων υγειονομικών δομών. Επίσης, ελάττωσε τις προσλήψεις θέσεων εργασίας ακόμα και αν υπήρχε ανάγκη κάλυψης θέσεων ιατρικού προσωπικού αποδεκατίζοντας έτσι την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Ακόμα, στην Ελλάδα δεν έχει εφαρμοστεί ο νόμος του οικογενειακού γιατρού. Λόγω της οικονομικής κρίσης οι ασθενείς προτιμούσαν τον δημόσιο τομέα για την θεραπεία και την αποκατάσταση τους παρά τον ιδιωτικό. Όμως, εξαιτίας των περικοπών που είχαν γίνει και της έλλειψης φαρμάκων ακόμα και η ανυπαρξία του απαραίτητου εξοπλισμού – δομών και των γιατρών είχε ως αποτέλεσμα να αδυνατούν να αποδώσουν με αποτελεσματικότητα στην εξυπηρέτηση των ασθενών.¹³²

Το 2010 ο **N.2889/2001** αντικαθιστάται από τον **N.3868/2010** ο οποίος αναφέρεται στην παροχή εξυπηρέτησης εικοσιτετραώρου βάσης στους πολίτες από τα νοσοκομεία που είναι τμήμα του ΕΣΥ δημιουργώντας εξωτερικά ιατρεία. Αυτό είχε ως στόχο την ενδυνάμωση του συστήματος υγείας, μειώνοντας έτσι τις λίστες αναμονής, παρέχοντας τον κατάλληλο ιατρικό εξοπλισμό και υποδομές, ενισχύοντας με ιατρικό προσωπικό δίνοντας την δυνατότητα επιλογής του κάθε πολίτη για τον ιατρό της προτίμησης του και το κυριότερο με τη μεταρρύθμιση αυτή θα αυξανόταν τα έσοδα των νοσοκομείων.¹³³

Την ίδια περίοδο ψηφίστηκε ο **N.3892/2010** που αναφέρεται στην υποχρεωτική εγγραφή των γιατρών και φαρμακοποιών στο σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και των προληπτικών ιατρικών εξετάσεων. Όμως, αυτό το μέτρο δεν εφαρμόστηκε πλήρως και επιτυχώς.¹³⁴

¹³² Χλέτσος Μ. (2015). Το Ελληνικό σύστημα υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης. Quality in health. Από: <https://qualityinhealth.gr/index.php/arhra/katigoriesarthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisistou-mixali-xletsou> (τ.π. 02/01/2021)

¹³³ Niakas, D. (2013) "Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription", *International Journal of Health Services*, vol 43, No 4, pp. 597 - 602

¹³⁴ ΙΝΕ Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ. ΜΑΡΤΙΟΣ 2012. Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα του

Επίσης, ένας σημαντικός νόμος που ψηφίστηκε ήταν ο **N.3918/2011** δημιουργώντας τον ΕΟΠΥΥ ο οποίος προκύπτει από την ένωση των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων που είναι ο ΟΠΑΔ, το ΙΚΑ, ο ΟΓΑ, ο ΟΑΕΕ, το ΝΑΤ, το ΤΥΔΚΥ, το ΤΑΥΤΕΚΩ, το ΕΤΑΑ και το ΕΤΑΠ-ΜΜΕ. Αποτελείται από δικούς του γιατρούς αλλά συνεργάζεται και με αρκετούς γιατρούς οι οποίοι αμείβονται από τα ταμεία του ΕΟΠΥΥ.¹³⁵ Το ενιαίο αυτό ταμείο δημιουργήθηκε με στόχο τη μείωση των δαπανών και την συγκέντρωση των πόρων χρηματοδότησης σε αυτό. Έτσι, λειτουργεί ως πάροχος και ως αγοραστής Υπηρεσιών Υγείας παράλληλα. Στη περίπτωση όμως αυτής της λειτουργίας δεν μπορεί να εφαρμοστεί η ηλεκτρονική υγεία (e – health) δηλαδή κάθε πολίτης να διαθέτει μια ηλεκτρονική κάρτα υγείας και αυτό συμβαίνει γιατί ο ΕΟΠΥΥ δεν μπορεί να συνεργαστεί με τα δημόσια νοσοκομεία.¹³⁶ Ο ίδιος όμως νόμος που προέβλεπε την μείωση των δαπανών των νοσοκομείων σύμφωνα με το **ΦΕΚ 1702/β/2011** καθιέρωσε τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ) που είχαν ως στόχο την αποζημίωση από τα έξοδα των δημόσιων νοσηλίων, την ανάπτυξη ενός συστήματος προμηθειών υγείας και την ανάπτυξη ενός πληροφοριακού συστήματος ώστε οι ασθενείς να έχουν πρόσβαση στις ηλεκτρονικές υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ.¹³⁷

Επίσης σύμφωνα με το **N.3918/2011** για την αύξηση των κερδών των νοσοκομείων η ελληνική κυβέρνηση εφάρμοσε τους όρους clawback και rebate.¹³⁸ Με τον όρο **clawback** εννοούμε την αυτόματη περικοπή υπερβάσεων στις δαπάνες υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η κυβέρνηση δίνει ως αποζημίωση στους ιδιώτες παρόχους, όπως είναι οι φαρμακευτικές εταιρίες, ένα χρηματικό ποσό μεγαλύτερο από αυτό που περιλαμβάνεται στη σύμβαση με αποτέλεσμα να πρέπει να επιστραφεί ένα μέρος του χρηματικού αυτού ποσού στον ΕΟΠΥΥ. Ενώ, με τον όρο **rebate** εννοούμε την έκπτωση που προσφέρουν οι ιδιώτες πάροχοι στον ΕΟΠΥΥ με αποτέλεσμα να εξασφαλίζουν στους ασθενείς τους αύξηση συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων και ιατρικών εξετάσεων. Η έκπτωση αυτή καταβάλλεται κάθε μήνα στους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ. Σύμφωνα με το **ΦΕΚ 1465/2014** και **1753/2014** καθιερώνεται το Health Voucher δηλαδή το «Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης». Με τον όρο αυτό το υπουργείο Υγείας προσφέρει τη δυνατότητα σε όλους τους πολίτες είτε είναι ασφαλισμένοι είτε όχι και με εισόδημα μικρότερο των 15.000 ευρώ ετησίως να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το πρόγραμμα αυτό προέρχεται μέσω του ΕΣΠΑ.¹³⁹

Ένας ακόμη νόμος ήταν ο **N.4238 / 2014** με τον οποίο έπειτα από απόφαση και απαίτηση της Τρόικας ο ΕΟΠΥΥ αλλάζει μορφή δηλαδή δεν λειτουργεί ως πάροχος Υπηρεσιών Υγείας παρά μόνο ως αγοραστής ενισχύοντας με την απόφαση αυτή τον

Χαράλαμπος Οικονόμου. σ. 97-104. Από: <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/report7.pdf> (τ.π. 04/01/2021)

¹³⁵ Χαράλαμπος Οικονόμου(2011) ο.π.

¹³⁶ Χλέτσος Μ. (2015). Ο.π.

¹³⁷ Χλέτσος Μ. (2015). Ο.π.

¹³⁸ ΜΑΛΛΙΑΡΗΣ, Π. (1990), Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ, εκδόσεις Σταμούλης

¹³⁹ Χλέτσος Μ. (2015). Ο.π

ιδιωτικό τομέα. Προσπάθησε, δηλαδή, η Τρόικα να ιδιωτικοποιήσει το σύστημα υγείας της Ελλάδας. Αυτό είχε, όμως, αρνητικές επιπτώσεις στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα δημιουργώντας μεγάλο ανταγωνισμό μεταξύ τους. Στόχος της Τρόικας ήταν η συγκέντρωση των χρηματοδοτικών πόρων σε ένα φορέα και ο έλεγχος των δαπανών υγείας.¹⁴⁰

Συνεπώς, το σύστημα υγείας της Ελλάδας για να έχει την ικανότητα ελέγχου των δαπανών υγείας, την βελτίωση των εσόδων της και την αποτελεσματικότερη απόδοση των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες θα πρέπει να θεσμοθετείται από μία σειρά συνεχών μεταρρυθμίσεων.

3.4 Προτάσεις για την βελτίωση του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) χαρακτηρίζεται από μια πληθώρα προβλημάτων με αποτέλεσμα να μην λειτουργεί με αποδοτικότητα και λειτουργικότητα. Μερικά από αυτά τα προβλήματα είναι:

- η ανεπαρκής διοίκηση,
- οι υπέρογκες χρηματοδοτήσεις για τις δαπάνες υγείας,
- η έλλειψη σχεδιασμού,
- η έλλειψη προγραμματισμού και
- η απουσία θεσμών για την διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Όλα αυτά όμως πρέπει να διορθωθούν για να μπορέσει το σύστημα υγείας να ανταπεξέλθει σε όλες τις ανάγκες των πολιτών με αποδοτικότητα.

Έτσι, η Εθνική Πολιτική Υγείας μέσω του ΕΣΠΑ τη χρονική περίοδο 2014 – 2020 έθεσε σε εφαρμογή το Πρόγραμμα Μεταρρύθμισης Υγείας των «100 σημείων δράσης» προσπαθώντας να βελτιώσει το Ε.Σ.Υ.. Το πρόγραμμα αυτό βασίζεται στην τριπλή πρόκληση η οποία εξαρτάται από την περιγραφή του πλαισίου αναφοράς και από την ανάλυση S.W.O.T. (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats). Η τριπλή πρόκληση είναι η εξής:¹⁴¹

- α) **Η διάβρωση της οικονομικής προστασίας της Υγείας σε ένα πλαίσιο φτωχοποίησης και οικονομικής κρίσης:** αρκετοί πολίτες της κοινωνίας δεν διαθέτουν την οικονομική δυνατότητα για να ασφαλιστούν σε οργανισμούς ώστε να τους καλύπτει τις δαπάνες υγείας το κράτος. Έτσι, όταν έχουν την ανάγκη για κάποια ιατρική βοήθεια σε κάποια βαθμίδα υγείας να αδυνατούν να έχουν πρόσβαση σε αυτή. Σε περίπτωση, όμως, που αποκτήσουν πρόσβαση σε

¹⁴⁰ Χλέτσος Μ. (2015). Ο.π.

¹⁴¹ ΕΣΠΑ. (2016). Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του Τομέα Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020. π. 24-26. Από: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-yeia/3948-ethnikh-strathgikh-yeias-kai-drasesis-toy-tomea-yeias-sto-esp-2014-2020> (τ.π. 02/01/2021)

αυτές οι δαπάνες είναι υπέρογκες με αποτέλεσμα να μην μπορούν να ανταπεξέλθουν στην αποπληρωμή του χρέους.

- β) **Ένα επίμονο και επαρκώς τεκμηριωμένο πρόβλημα ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας:** αρκετοί πολίτες αμφιβάλλουν για την ασφάλεια των ασθενών και δεν έχουν εμπιστοσύνη στο ελληνικό σύστημα υγείας αφού η υγεία έχει μετατραπεί σε εμπορευματοποίηση και κερδοφορία των γιατρών λόγω την υπερβολικής ζήτησης τους.
- γ) **Ανεπαρκής διακυβέρνηση του τομέα υγείας:** στον δημόσιο τομέα υγείας οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται δεν είναι αποτελεσματικοί και ούτε εκσυγχρονιστικοί. Λειτουργούν με περιορισμένη διοικητική αυτονομία, με απουσία της κεντρικής λήψης αποφάσεων και ελέγχου και χωρίς την πληροφόρηση και την συζήτηση των ασθενών. Ενώ, στον ιδιωτικό τομέα λειτουργούν σύμφωνα με τον μηχανισμό της αγοράς και κυριαρχούν τα ειδικά συμφέροντα.

Στις 7 Οκτωβρίου 2015 συμφωνήθηκε από την Βουλή η μεταρρύθμιση του παραπάνω προγράμματος «100 σημεία δράσης για την Καθολική Κάλυψη». Ο πυρήνας της εθνικής στρατηγικής της κυβέρνησης είναι:¹⁴²

- **Καθολική πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας:** το ελληνικό σύστημα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξοπλίζεται με σύγχρονα μηχανήματα και μεθόδους και εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό για την θεραπεία και αποκατάσταση των ασθενών.
- **Οικονομική προστασία των χρηστών υπηρεσιών:** η οικονομικές δαπάνες καλύπτονται από το κράτος ώστε να μπορούν όλοι οι πολίτες ανεξάρτητα κοινωνικοοικονομικής κατάστασης να έχουν πρόσβαση στα συστήματα υγείας.
- **Συντονισμός από ένα ισχυρό υπουργείο Υγείας που χρησιμοποιεί στρατηγική πληροφόρηση σε πραγματικό χρόνο:** σωστή διαχείριση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας με αποτέλεσμα να υπάρχει εύκολη προσβασιμότητα και στους δυο τομείς από τους ασθενείς.

Την ίδια περίοδο, το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, σύμφωνα με μια μελέτη του διαΝΕΟσις «Βελτιώνοντας το Σύστημα Υγείας: Μία σειρά κατευθύνσεων πολιτικής για την καταπολέμηση των παθογενειών του Συστήματος Υγείας» που πραγματοποιήθηκε το Μάρτιο του 2016 συμμετείχαν στην προσπάθεια

¹⁴² ΕΣΠΑ. (2016). Ο.π.

βελτίωσης και ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παραθέτοντας κάποιες προτάσεις οι οποίες αναγράφονται παρακάτω.¹⁴³

- Διαμόρφωση εθνικής πολιτικής σύμφωνα με τις κοινωνικοοικονομικές εξελίξεις και τις ανάγκες που αποκτά ο ελληνικός πληθυσμός θέτοντας στόχους, σχεδιάζοντας και προγραμματίζοντας τις απαραίτητες αλλαγές και τις κατανομές των πόρων για την βέλτιστη εξυπηρέτηση των πολιτών.
- Η αυξημένη ανεργία και η αδυναμία των πολιτών στην ένταξη κοινωνικής ασφάλισης οδηγεί στην απόφαση αύξησης της χρηματοδότησης του συστήματος για δημόσιες δαπάνες υγείας τουλάχιστον 6% του ΑΕΠ της χώρας σε σχέση με σήμερα που ανήκει στο 5%.
- Το ΕΣΥ πρέπει να μετατραπεί σε σύγχρονο δημόσιο οργανισμό που θα αποτελείται από ένα κεντρικό όργανο σχεδιασμού, συντονισμού ελέγχου και αξιολόγησης του Ε.Σ.Υ.. Επίσης, θα πρέπει να διαμορφωθούν οι νοσοκομειακές κλινικές και τα εργαστήρια αποκτώντας σύγχρονο εξοπλισμό και ενισχύοντας τα με εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό. Σημαντική, επίσης, θα είναι η δημιουργία Μονάδων Χρόνιων Νοσημάτων, η διάδοση της ηλεκτρονικής υγείας (e – health) σε όλους τους τομείς και η δημιουργία ηλεκτρονικής κάρτας υγείας για κάθε πολίτη και η εφαρμογή νέου μισθολογίου γιατρών ανάλογα με την ευθύνη που αναλαμβάνουν και την απόδοση τους.
- Εφαρμογή νέου συστήματος τιμολόγησης των φαρμακευτικών σκευασμάτων.
- Διαρκής παρακολούθηση επιπέδων και δεικτών υγείας.
- Ενημέρωση – εκπαίδευση και ενδυνάμωση του ατόμου σχετικά με θέματα υγείας.

Εύκολα, λοιπόν, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας λειτουργεί δίχως αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα λόγω της ελλιπούς οργάνωσης. Αν όμως το ελληνικό κράτος συμβάλλει στην αποτελεσματικότητα και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας εφαρμόζοντας τις παραπάνω προτάσεις βελτίωσής του τότε θα αποτελεί ένα από τα καλύτερα και εκσυγχρονισμένα συστήματα υγείας με αξιοπρεπή πρόσβαση στην υγεία.

¹⁴³ διαΝΕΟσις. (2016). Βελτιώνοντας το Σύστημα Υγείας: Μία σειρά κατευθύνσεων πολιτικής για την καταπολέμηση των παθογενειών του Συστήματος Υγείας. Από: <https://www.dianeosis.org/2016/03/greek-health-proposals/> (τ.π. 02/01/2021)

Κεφάλαιο 4^ο : Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και οι Δαπάνες στο τομέα της Δημόσιας Υγείας

4.1 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας την τελευταία δεκαετία

Η οικονομική κρίση που έχει πλήξει παγκόσμια τις χώρες της ΕΕ την τελευταία δεκαετία έχει επιφέρει αρκετά προβλήματα σε πολλούς τομείς και ειδικότερα στο τομέα της Δημόσιας Υγείας. Η Ελλάδα, επίσης, είχε υποστεί πολύ αυστηρά μέτρα λιτότητας με την υπογραφή τριών μνημονίων κατά την περίοδο 2010 – 2015 τα οποία οδήγησαν στη φτώχεια πολλών πολιτών.

Με την κορύφωση της οικονομικής κρίσης παρατηρείται αύξηση της ανεργίας, μείωση του εισοδήματος καθώς, επίσης, έντονο ήταν και το αίσθημα σχετικά με την ανασφάλεια της εργασίας.¹⁴⁴

Το Υπουργείο Υγείας έλαβε μέτρα σχετικά με την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, τη μείωση των μισθών του εργατικού δυναμικού με αποτέλεσμα την μείωση των προσλήψεων νέου προσωπικού ενώ παρατηρείται μείωση των τιμών των φαρμάκων και του υγειονομικού υλικού.

Οι συγκεκριμένοι παράγοντες άρχισαν να δημιουργούν ψυχολογικά προβλήματα όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη τα οποία επιδρούν αρνητικά στη ζωή του ατόμου.¹⁴⁵ Αρκετοί διατρέχουν τον κίνδυνο εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες όπως είναι το αλκοόλ και το κάπνισμα καθώς, επίσης, και η κατανάλωση τροφών χαμηλής διατροφικής αξίας¹⁴⁶. Ταυτόχρονα, ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξάνεται το 2010 σε σχέση με το 2009, κυρίως στους άντρες, ηλικίας 35-55 ετών. Όμως, η απώλεια της εργασίας σε περιόδους οικονομικής κρίσης επιδρά και στον τομέα της σωματικής υγείας βλάπτοντάς το άτομο με καρδιαγγειακά νοσήματα.¹⁴⁷ Επιπλέον, η ανεργία μπορεί να οδηγήσει το άτομο σε αντικοινωνική συμπεριφορά όπως είναι η επιθετικότητα και η βία ακόμα και να το στρέψει στο κοινωνικό περιθώριο.¹⁴⁸

Πολλοί από αυτούς αδυνατούν να έχουν πρόσβαση στα συστήματα υγείας για την ιατρική περίθαλψη τους λόγω της οικονομικής τους κατάστασης. Παράλληλα, αδυνατούν να έχουν ασφαλιστική κάλυψη των δαπανών υγείας. Ακόμα, πολλοί

¹⁴⁴ Bethune, A., 1997. Unemployment and mortality in: Drever F & Whitehead M. ed. Health inequalities. London: H.M. stationery Office, pp. 46.

¹⁴⁵ Burchell, B., 1994. The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health in: Gallie D. et al. Social change and the experience of unemployment. Oxford: Oxford University Press, pp. 32.

¹⁴⁶ Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., McKee, M., 2009. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet 374(9686), pp. 315.

¹⁴⁷ Burchell, B., 1994. ο.π.

¹⁴⁸ Αναγνωστόπουλος Φ. (2010). σ.3. ο.π.

προτιμούν την χρήση των υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα παρά του ιδιωτικού. Τέλος, υπάρχουν και πολίτες με πολύ μειωμένο εισόδημα που δεν έχουν την δυνατότητα ιατρικής περίθαλψης και αυτοί είναι που κινδυνεύουν περισσότερο από πρόωρο θάνατο και αυξημένη νοσηρότητα.¹⁴⁹

4.2 Δείκτες Υγείας

Η Ελλάδα είναι μία από τις χώρες, η οποία έχει υποστεί τις μεγαλύτερες επιπτώσεις από την οικονομική κρίση. Η ανεργία, η ανασφάλεια εργασίας, τα μνημόνια, τα μειωμένα εισοδήματα των νοικοκυριών κυριαρχούν στον ελληνικό πληθυσμό και αυτά συντελούν στις επιπτώσεις της κρίσης. Οι παράγοντες αυτοί προκαλούν επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών και κατά συνέπεια προκαλούν σημαντικές μεταβολές στους δείκτες υγείας. Η κατάσταση υγείας των πολιτών προσδιορίζεται από κοινωνικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες, καθώς όλοι αυτοί επηρεάζουν τον τρόπο επιβίωσης τους βάση της σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής υγείας.

Με τον όρο δείκτες υγείας εννοούμε το αποτέλεσμα των μονάδων μέτρησης των διαφόρων συστατικών της υγείας ενός συγκεκριμένου πληθυσμού ή μιας υγειονομικής μονάδας σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Οι δείκτες υγείας είναι πολύ σημαντικοί αφού εκφράζουν τη συνολική εικόνα σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο σχετικά με τη διασπορά διαφόρων ασθενειών και την λειτουργία των συστημάτων υγείας.¹⁵⁰ Επίσης, οι δείκτες υγείας οφείλουν να διέπονται από εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση.

Ως δείκτες υγείας χαρακτηρίζονται οι παρακάτω παράγοντες:¹⁵¹

- Γεννήσεις
- Θνησιμότητα
- Αυτοκτονίες

Πιο αναλυτικά, οι γεννήσεις είναι ένας από το θετικούς δείκτες υγείας καθώς, επίσης, είναι και ο δείκτης γονιμότητας, δηλαδή ο μέσος όρος παιδιών ανά γυναίκα και το προσδόκιμο επιβίωσης. Στην ουσία είναι ο μέσος αριθμός ετών που αναμένεται να ζήσει κάποιος κατά τη γέννησή του. Θετικός δείκτης υγείας θεωρείται αυτός ο οποίος εκφράζει μία ολοκληρωμένη εικόνας υγείας του ατόμου.

¹⁴⁹ Bartley, M., 1997. Health and the life course: why safety nets matter. BM.1. 314 (7088), pp:1194.

¹⁵⁰ Υγειονομικός Χάρτης της Ελλάδος, (2013)

¹⁵¹ The effects of the Greek financial austerity on public health indices: Births, mortality and suicides: S. PROIKAKI, E. KOTSIKOU, G.I. LAMBROU. Post-Graduate Program “Public Health”, National School of Public Health, Athens, First Department of Pediatrics, Choremio Research Laboratory, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece Archives of Hellenic Medicine 2017, 34(4), pp.533–544

Κατά τη περίοδο του 2008, δηλαδή στα πρώτα στάδια της οικονομικής κρίσης, οι γεννήσεις μειώθηκαν αισθητά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με έρευνες της ΕΛΣΤΑΤ (Ελληνική Στατιστική Αρχή) από το 2008 παρατηρείται αύξηση του μέσου όρου ηλικίας των γυναικών που γίνονται μητέρες οι οποίες κυμαίνονται από 35 ετών και άνω.¹⁵²

Η θνησιμότητα είναι ένας από τους αρνητικούς δείκτες καθώς, επίσης, ο δείκτης νοσηρότητας και ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας. Αρνητικός δείκτης υγείας θεωρείται ο δείκτης ο οποίος εκφράζει τις ασθένειες που εμφανίζει ο πληθυσμός και προσδιορίζει το επίπεδο υγείας. Κατά τη περίοδο της οικονομικής ύφεσης η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η φτώχεια είναι από τα πιο σύνθητες φαινόμενα.

Η βρεφική θνησιμότητα σε εποχές οικονομικής κρίση αυξάνεται δραματικά¹⁵³ αφού τα συστήματα υγείας και οι εμβολιασμοί δεν καλύπτονται από κρατικές παρεμβάσεις και πολλές οικογένειες αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις περίθαλψης.¹⁵⁴ Αυτό συμβαίνει ιδιαίτερα σε περιοχές όπου είναι χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης όπου ο προϋπολογισμός υγείας είναι περιορισμένος και έτσι αυτό έχει άμεση σχέση με τη βρεφική θνησιμότητα.¹⁵⁵

Αρκετοί πολίτες που είναι άνεργοι ακόμα και αυτοί που έχουν κάποια θέση εργασίας αλλά χαρακτηρίζονται από εργασιακή ανασφάλεια εμφανίζουν τέτοιου είδους παθολογίες και πολλοί από αυτούς οδηγούνται στον κοινωνικό αποκλεισμό και ανήκουν σε χαμηλές κοινωνικές και οικονομικές τάξεις.

Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν την ψυχολογία των πολιτών με αποτέλεσμα να οδηγούν στο άγχος, στην κατάθλιψη, στη χρήση ουσιών, στον μη υγιεινό τρόπο ζωής, στην θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα, και στις αυτοκτονίες.¹⁵⁶ Τον κίνδυνο αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας τον διατρέχουν άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου¹⁵⁷ αφού δεν έχουν την δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και την ικανότητα φαρμακευτικής αγωγής.

¹⁵² Naftemporiki.gr. Δημογραφικό: Στην τετραετία 2015-2018 «χάθηκε» μία πόλη με πληθυσμό αντίστοιχο του Βόλου. Δημοσιεύτηκε: Τετάρτη, 02 Οκτωβρίου 2019. Από: <https://www.naftemporiki.gr/finance/story/1520051/dimografiko-stin-tetraetia-2015-2018-xathike-mia-poli-me-plithusmo-antistoixo-tou-bolou> (τ.π. 04/02/2021)

¹⁵³ Paxson, C. & Case, A., (2004). Sex differences in morbidity and mortality. Center for Health and Wellbeing Discussion Paper, Princeton University. Από: <http://www.wws.princeton.edu/chw/research/papers.php> ,forthcoming Demography. (τ.π. 04/02/2021)

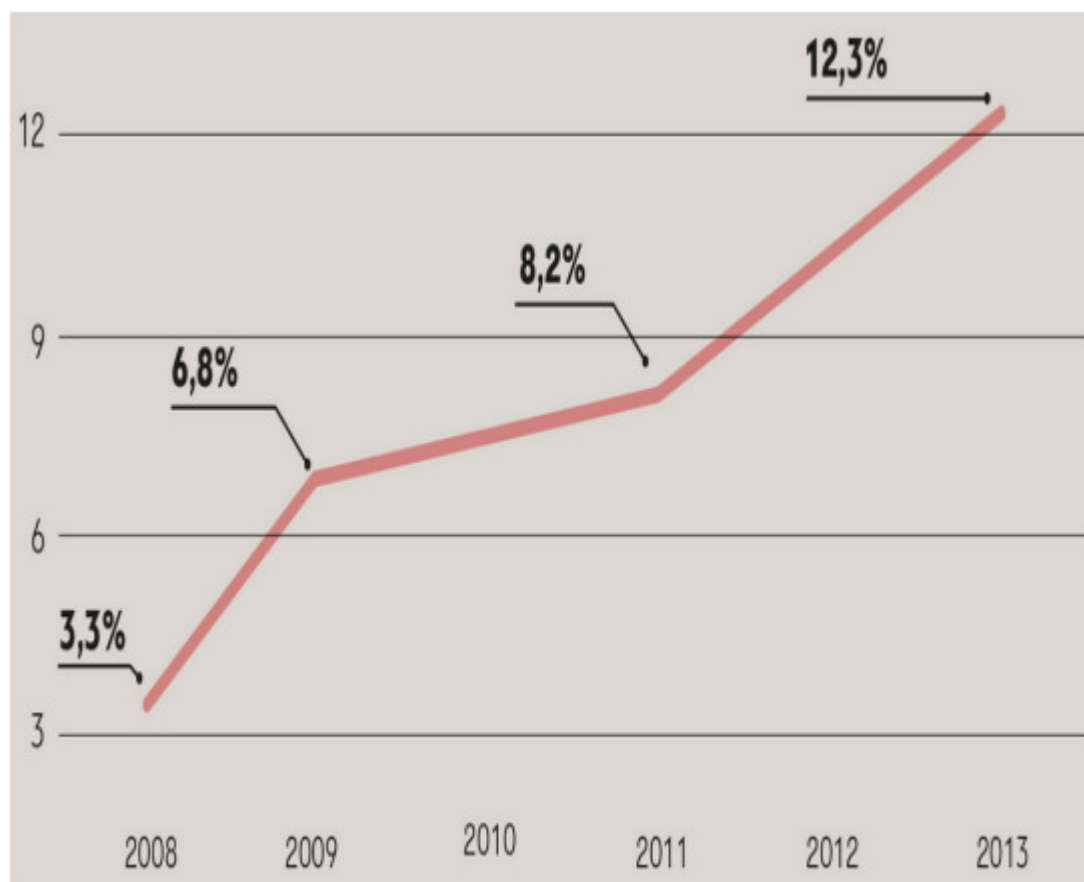
¹⁵⁴ Bokhari, FA., Gai, Y. & Gottret, P., (2007). Government health expenditures and health outcomes. Health Econ. 16: 257–73.

¹⁵⁵ WHO. The financial crisis and global health. Geneva, 2009. Από: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en.pdf (τ.π. 04/02/2021)

¹⁵⁶ Cutler, DM., Knaul, F., Lozano, R., Mendez, O. & Zurita, B., Financial crisis, health outcomes, and aging: Mexico in the 1980s and 1990s. NBER Working Paper No. 7746. National Bureau of Economic Research: Cambridge, MA.

¹⁵⁷ Blane, D., Bartley, M., Davey Smith, G. Disease etiology and materialistic explanations of socioeconomic mortality differentials. Eur J Public Health 1997, 7, pp.:385–391.

Σύμφωνα με τηλεφωνικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν κατά τη περίοδο 2008 – 2013 σχετικά με τα προβλήματα κατάθλιψης που αντιμετώπιζε πολύς πληθυσμός τότε τα αποτελέσματα φαίνονται στο διάγραμμα 9.¹⁵⁸



Διάγραμμα 9: Ποσοστό του πληθυσμού με μείζονα κατάθλιψη

Το φαινόμενο αυτό άρχισε να εμφανίζεται το 2008 με σχετικά χαμηλό ποσοστό 3,3% στις χώρες που είχαν πληγεί από την οικονομική κρίση και σταδιακά άρχισε να αυξάνεται το 2009 με ποσοστό 6,8% μέχρι το 2013 που έφτασε το 12,3%.

Επίσης, κατά τη περίοδο της οικονομικής κρίσης παρατηρείται αύξηση στα αναπνευστικά προβλήματα και στα νοσήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ.¹⁵⁹ Σύμφωνα με έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ το 2014 που έγινε σε άτομα ηλικίας από 15 ετών και άνω σχετικά με την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ σε καθημερινή βάση ή 2 – 3 φορές την εβδομάδα παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα:

¹⁵⁸ΔιαΝΕΟσις/ΕΠΙΨΥ από: <https://www.dianeosis.org/> (τ.π. 04/02/2021)

¹⁵⁹Gavrilova, N., Semyonova, V., Evdokushkina, G. & Ivanov, A., (Problems with Mortality Data in Russia. Center on Aging, NORC/University of Chicago. Institute for Public Health, Russia.

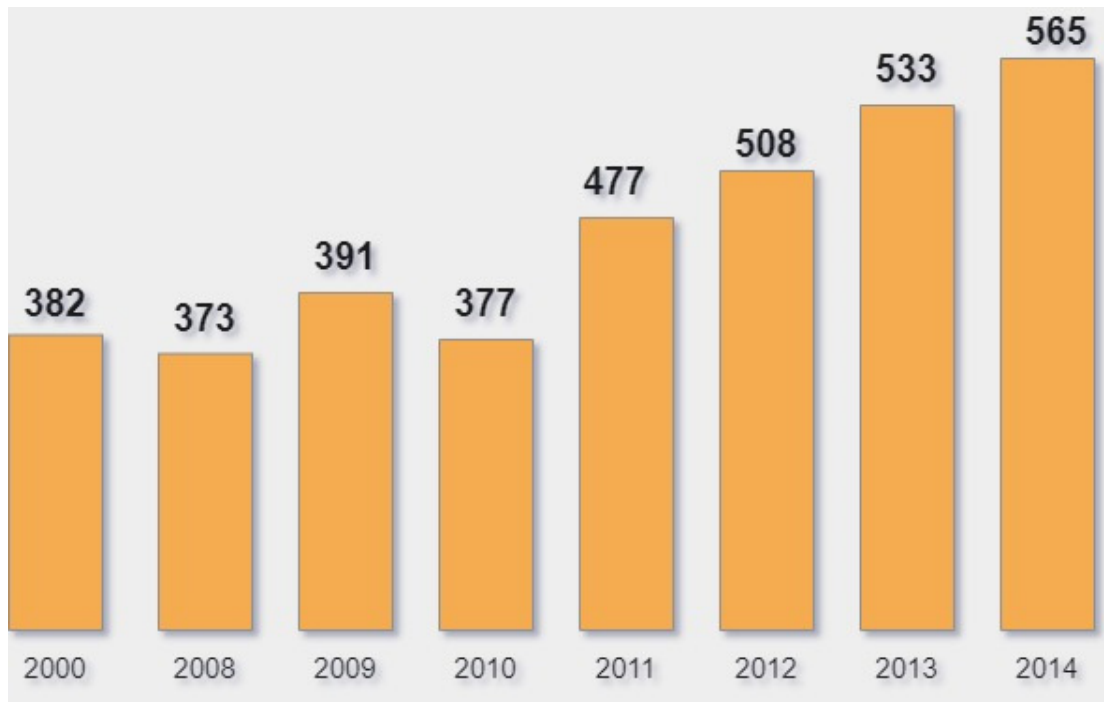
%	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Σύνολο
Καταναλώνουν καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά αλκοόλ	0.5	1.6	6.9	6.2	10.7	11.4	10.6	6.9
Καταναλώνουν αλκοόλ 2 από τις 3 ημέρες (Παρασκευή - Σάββατο - Κυριακή)	52.2	46.8	37.3	30.6	31.7	28.0	19.6	35.7

Πίνακας 1: Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού για κάθε ομάδα ηλικιών με βάση τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ το 2014¹⁶⁰

Παρατηρείται σε μεγάλο ποσοστό ότι οι ηλικίες από 65 – 74 καταναλώνουν καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά αλκοόλ σε σχέση με τις μικρότερες ηλικίες ενώ οι ηλικίες από 15 – 24 παρατηρείται να καταναλώνουν σε μεγάλο ποσοστό αλκοόλ 2 από τις 3 ημέρες της εβδομάδας (Παρασκευή – Σάββατο – Κυριακή) σε σχέση με τις μεγαλύτερες ηλικίες.

Τέλος, ένας ακόμη δείκτης υγείας είναι οι αυτοκτονίες. Αυτές βλέπουμε την τελευταία δεκαετία να αυξάνονται σε σχέση με τα ατυχήματα και την θνησιμότητα. Αρκετοί πολίτες είτε είναι άνεργοι με κοινωνικοοικονομικά προβλήματα είτε είναι νεαρής ηλικίας και άνεργοι σε εποχές οικονομικής ύφεσης καταφεύγουν σε τέτοιου είδους απάνθρωπες πράξεις αφού φτάνουν σε αδιέξοδο. Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ το 2000 και κατά την εμφάνιση την κρίσης κάθε χρόνο από το 2009 – 2014 παρατηρείται αύξηση των θανάτων από αυτοκτονίες. Ανάμεσα στις χρονιές 2008 – 2010 παρατηρούμε ότι το 2009 υπήρξαν οι περισσότερες αυτοκτονίες 391 ενώ το 2010 μειώθηκαν πάλι. Τις περιόδους 2010 – 2014 παρατηρείται μια συνεχής αύξηση από 377 που ήταν το 2010 αυξήθηκαν σε 477 το 2011 και έφτασαν 565 το 2014. Αυτό φαίνεται στο διάγραμμα 10.

¹⁶⁰ Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή



Διάγραμμα 10: Αριθμός θανάτων από αυτοκτονίες στην Ελλάδα (2000, 2007-2012)¹⁶¹

Σύμφωνα με όλους τους παραπάνω παράγοντες η οικονομική κρίση επηρεάζει πολύ αρνητικά την ψυχική υγεία του πληθυσμού αυξάνοντας την θνησιμότητα και τις αυτοκτονίες αφού αυξάνεται ολοένα και περισσότερο η ανεργία και μειώνεται το ΑΕΠ των χωρών.

4.3 Δαπάνες για την Δημόσια Υγεία

Σε εποχές παγκόσμιας οικονομικής κρίσης παρατηρείται αύξηση των δαπανών για την Δημόσια Υγεία κυρίως για την βελτίωση των συστημάτων υγείας και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι δαπάνες αυτές καλύπτονται περισσότερο από τον δημόσιο παρά τον ιδιωτικό τομέα. Το ΑΕΠ, όμως, την τελευταία δεκαετία συνεχώς τροποποιείται και αυτό έχει συνέπειες στις συνολικές δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας γεγονός που αυξάνεται αισθητά τόσο το κατά κεφαλήν όσο και ως ποσοστό το ΑΕΠ.¹⁶²

Ως δαπάνες για την Δημόσια Υγεία θεωρούνται η φαρμακευτική δαπάνη και η νοσοκομειακή περίθαλψη, η επέκταση ασφαλιστικής κάλυψης, η γήρανση του πληθυσμού, οι οικονομικοί παράγοντες και τα κοινωνικά προβλήματα καθώς και ο νέος και εξειδικευμένος ιατρικός εξοπλισμός.¹⁶³

¹⁶¹ Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή

¹⁶² ΙΝΕ Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ. ΜΑΡΤΙΟΣ 2012. Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοίας στην Ελλάδα του Χαράλαμπου Οικονόμου. ο.π.

¹⁶³ Αντωνοπούλου, Α., 2002. Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη. Θεσσαλονίκη: Ζυγός, σ. 51 Τούντας. (2008). σ. 156

Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει περισσότερο την Ελλάδα με τα μέτρα λιτότητας που λαμβάνονταν τη περίοδο 2011 – 2015 με την υπογραφή των μνημονίων και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επιφέρει στην δημόσια υγεία πολλές και καταστροφικές επιπτώσεις. Βέβαια και σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες έχουν παρουσιαστεί μεταβολές στο ποσοστό δαπανών υγείας παρατηρώντας μια αυξητική τάση προς τις δαπάνες.

Το ποσοστό συμμετοχής του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στις δαπάνες υγείας κατά τη περίοδο 2008 – 2016 καθώς και οι ιδιωτικές πληρωμές φαίνονται στον παρακάτω πίνακα βάση του ΟΟΣΑ (2011). (*οι εκτιμώμενες τιμές βάση του ΟΟΣΑ).¹⁶⁴

%	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Δημόσιος	58.3*	68.5	69.0	66.0	66.0	61.8	58.0	59.1	59.3*
Ιδιωτικός	41.7*	31.5	30.9	33.8	33.8	37.4	40.7	39.3	40.7*
Ιδιωτικές πληρωμές	39.4*	29.3	28.1	30.9	30.5	34.0	36.8	35.5	-

Πίνακας 2: Ποσοστό συμμετοχής του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στις δαπάνες υγείας και οι ιδιωτικές πληρωμές (2008-2016)

Ειδικότερα φαίνεται στον δημόσιο τομέα οι δαπάνες οι υγείας να μειώνονται κατά τη περίοδο των μέτρων λιτότητας και της υπογραφής των μνημονίων και από το 69% που ήταν το 2011 μειώθηκε στο 59.3% το 2016 ενώ στον ιδιωτικό τομέα οι δαπάνες από 33,8% που ήταν το 2011 αυξήθηκε στο 40,7% το 2016. Οι ιδιωτικές πληρωμές (out of pocket) όπως φαίνεται από τον πίνακα 2 το 2008 βρισκόταν στο 39,4% του ποσοστού δαπανών υγείας ενώ κατά την περίοδο των μνημονίων 2011 – 2014 υπήρχε μια σταδιακή αυξομείωση του ποσοστού φτάνοντας το 2015 στο 35,5%. Αυτό σημαίνει ότι τις περιόδους αυτές που η κρίση βρισκόταν στην κορύφωση της αρκετοί πολίτες δεν είχαν την δυνατότητα πρόσβασης στα συστήματα υγείας αφού πολλοί από αυτούς ήταν άνεργοι, φτωχοί και ανασφάλιστοι και έτσι δεν μπορούσαν να καλύψουν μόνοι τους τα έξοδα για τις υπηρεσίες υγείας. Μείωση δαπανών παρατηρείται κυρίως σε οδοντιατρικές και παραϊατρικές υπηρεσίες.

Οι δαπάνες υγείας για την Ελλάδα βάση του ΑΕΠ της χώρας φαίνεται να έχει μειωθεί και την περίοδο 2010 – 2016 δημιουργώντας έτσι μία σταθερότητα στο σύστημα υγείας. Βάση με εκτιμήσεις του ΟΟΣΑ που εμφανίζονται στο παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι το 2008 το ποσοστό του ΑΕΠ της χώρας σχετικά με τις δαπάνες υγείας ανερχόταν στο 9,38% και μειώθηκε σε 8,16% το 2016. (*εκτιμώμενες τιμές βάση του ΟΟΣΑ).¹⁶⁵

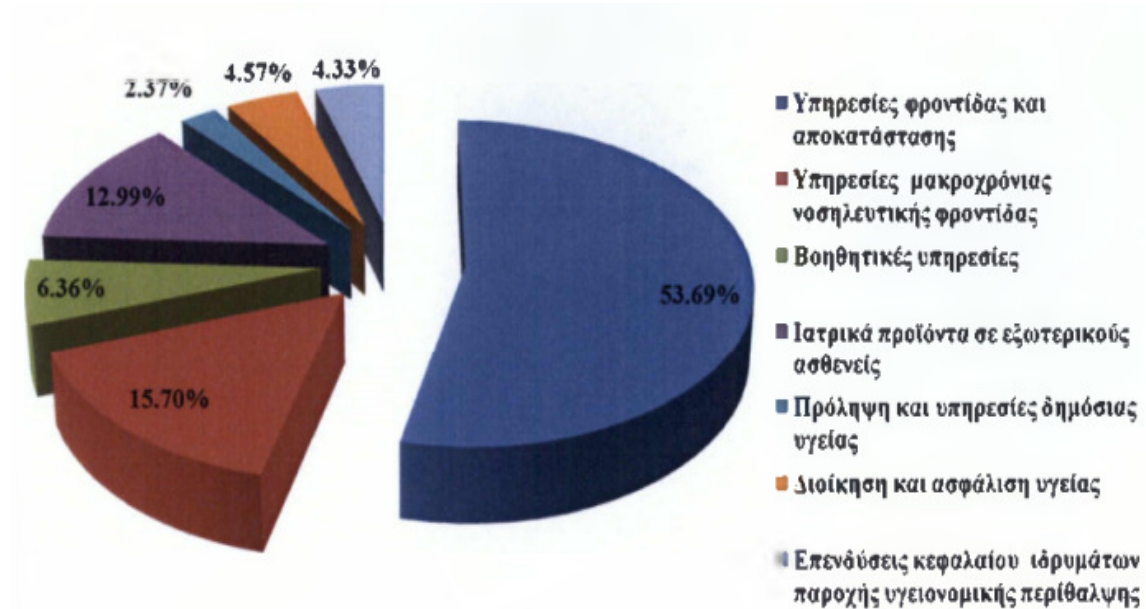
%	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Δαπάνες υγείας	9.38*	9.47	9.56	9.10	8.78	8.34	7.94	8.39	8.16*

¹⁶⁴ Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2011. Statistics.

¹⁶⁵ OECD, (2011). Ο.π

Πίνακας 3: Η συνολική δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ στην Ελλάδα (2008-2016)

Σύμφωνα με τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ, 2011) στην Ελλάδα το ποσοστό δαπανών για τομείς της υγείας καταγράφεται στο διάγραμμα 11.¹⁶⁶



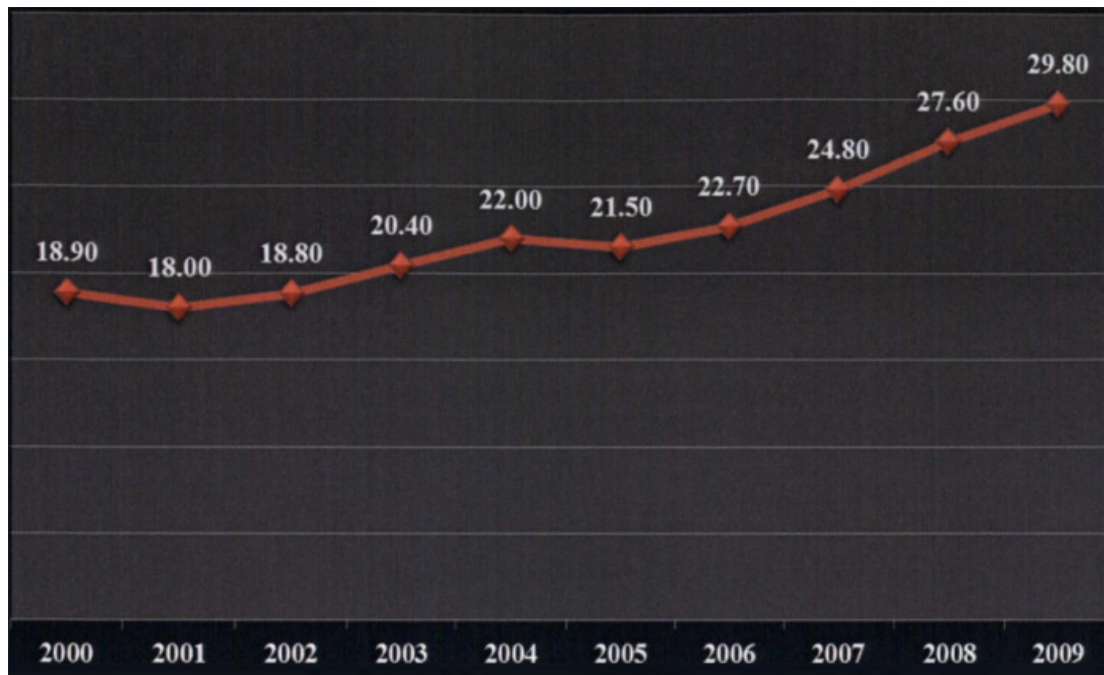
Διάγραμμα 11: Ποσοστό δαπανών για τομείς της υγείας στην Ελλάδα

Πιο αναλυτικά, το παραπάνω διάγραμμα 11 εμφανίζει μεγαλύτερο ποσοστό δαπανών για υπηρεσίες φροντίδας και αποκατάστασης με 53,69%, για ιατρικά προϊόντα σε εξωτερικούς ασθενείς με 12,99% καθώς και 15,7% για υπηρεσίες μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας. Παράλληλα εμφανίζει χαμηλό ποσοστό στη πρόληψη και τις υπηρεσίες της δημόσιας υγείας με 2,37%, στις βοηθητικές υπηρεσίες με 6.36%, στη διοίκηση και ασφάλιση υγείας με 4,57% και τέλος παρουσιάζει 4,33% στις επενδύσεις κεφαλαίου ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής περίθαλψης.

Επίσης, μεγάλο ποσοστό δαπανάται για την φαρμακευτική περίθαλψη. Πριν την οικονομική κρίση στην Ελλάδα όσο οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονται τόσο αυξάνονται και οι φαρμακευτικές δαπάνες ενώ κατά την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης 2007 – 2009 οι φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν αρκετά. Αυτό φαίνεται στο διάγραμμα 12.¹⁶⁷

¹⁶⁶ OECD, (2011). ο.π.

¹⁶⁷ OECD, (2011). ο.π.



Διάγραμμα 12: Φαρμακευτική δαπάνη της Ελλάδας ως ποσοστό δαπανών υγείας

Η αύξηση αυτή της φαρμακευτικής δαπάνης που παρουσιάζεται στο παραπάνω διάγραμμα 12 μπορεί να οφείλεται στην ανικανότητα των αρμοδίων του ελέγχου των συστημάτων υγείας, της έλλειψης μηχανοργάνωσης και της υπερβολικής συνταγογράφησης φαρμάκων με αποτέλεσμα την αύξηση κατανάλωσης φαρμάκων.¹⁶⁸

Όμως, κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης η Ελλάδα για να μπορέσει να ισορροπήσει τις φαρμακευτικές δαπάνες άρχισε να ελέγχει συστηματικά το σύστημα υγείας, με τον έλεγχο της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης των φαρμάκων περιορίζοντας έτσι την κατανάλωση φαρμάκων.

Τέλος, κατά τη περίοδο της κρίσης άρχισαν να προωθούνται τα γενόσημα φάρμακα τα οποία είναι αντίγραφα των πρωτότυπων, τροποποίηση στην τιμολόγηση των φαρμάκων, οι ασφαλισμένοι πολίτες είχαν μεγαλύτερη συμμετοχή στις φαρμακευτικές δαπάνες, μειώθηκαν τα κέρδη των φαρμακοποιών οδηγώντας έτσι στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης.¹⁶⁹

Από όλα αυτά, λοιπόν, συμπεραίνουμε ότι τα συστήματα υγείας στην Ελλάδα αλλά και σε όλη την Ευρώπη παρουσιάζουν ελλείψεις και έτσι διογκώνονται οι δαπάνες υγείας. Τέλος, η κρατική κάλυψη των δαπανών υγείας είναι πολύ περιορισμένη με αποτέλεσμα να παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των ιδιωτικών πληρωμών πράγμα που για αρκετό πληθυσμό δεν είναι εφικτό αφού άλλοι είναι άνεργοι, άλλοι φτωχοί και σε άλλους δεν επαρκεί το εισόδημα για τις πενιχρές υπηρεσίες υγείας.

¹⁶⁸ Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2014). Physicians' brain drain in Greece: A perspective on the reasons why and how to address it. *Health Policy*, 117(2), pp. 210-215.

¹⁶⁹ Χαλκιά, Β., Βαρακλιώτη, Α. (2015) Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 32(5), σ. 546-555

Κεφάλαιο 5^ο : Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Μεσολογγίου



5.1 Το Νοσοκομείο Μεσολογγίου

Το Νοσοκομείο Μεσολογγίου ανήκει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το Νοσοκομείο Αγρινίου μετά από την καθιέρωσή τους ως διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία με την **Αριθμ. Υ4α/ΟΙΚ84627** απόφαση (ΦΕΚ **1681/Β/28-7-2011**). Τα δύο αυτά λειτουργούντα υπό ενιαία διοίκηση διασυνδεδεμένα Νοσοκομεία του ΕΣΥ που υπάγονται στις διατάξεις του **Ν.Δ. 2592/53** «Περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντίληψης» (ΦΕΚ **254/Α'**), αποτελούν από το 2012 (ΦΕΚ **3510/2012**) αυτοτελές και ενιαίο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) σύμφωνα με το **άρθρο 2** του **Ν. 4052/2012** (ΦΕΚ **41 Α'**) ως «Γενικό Νοσοκομείο Αιτωλοακαρνανίας». Από το εν λόγω ΦΕΚ και μετά, το Νοσοκομείο Μεσολογγίου φέρει πλέον την επωνυμία «Γενικό Νοσοκομείο Αιτωλοακαρνανίας – Νοσηλευτική Μονάδα Μεσολογγίου»

Η Νοσηλευτική Μονάδα Μεσολογγίου υπάγεται στην 6^η Υγειονομική Περιφέρεια και παρέχει Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια περίθαλψη ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξαρτήτως οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης.

Αξιοποιώντας τα στοιχεία που λάβαμε από τη Ν.Μ. Μεσολογγίου σύμφωνα με το επιχειρηματικό σχέδιο των ετών 2017 – 2020 με συντάκτρια την κ. Μαρία Σκαρμούτσου συγκεντρώσαμε τα παρακάτω στοιχεία.

Η Ν.Μ. Μεσολογγίου διαθέτει 120 κλίνες και αποτελεί Μονάδα μη ολόημερης λειτουργίας χωρίς απογευματινά ιατρεία. Υπό την εποπτεία της Ν.Μ. Μεσολογγίου λειτουργεί και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας το οποίο στεγάζεται εντός της πόλεως.

Το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολεί η Ν.Μ. Μεσολογγίου τα τελευταία έτη απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα 13.



Διάγραμμα 13: Ανθρώπινο Δυναμικό Ν.Μ. Μεσολογγίου

Ιδιαίτερη αύξηση παρατηρείται τις χρονιές 2019 – 2020. Το έτος 2019, η συνταξιοδότηση τριών Ιατρών οι οποίοι είχαν διαγράψει αρκετά μεγάλη πορεία στη Νοσηλευτική Μονάδα Μεσολογγίου, δημιούργησε μία ακόμα απώλεια Ιατρικού προσωπικού χωρίς την απαραίτητη αντικατάστασή τους, γεγονός το οποίο υποβαθμίζει τις παροχές της Νοσηλευτικής Μονάδας η οποία δεν είναι σε θέση να εξυπηρετήσει ασθενείς λόγω ανεπάρκειας προσωπικού ιδιαίτερα σε βασικά τμήματα. Το 2020 πολύ σημαντικό ρόλο στην αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού φαίνεται να έπαιξε η πανδημία του Covid-19 η οποία δημιούργησε μεγάλη ανάγκη σε Ιατρικό, Νοσηλευτικό αλλά και Λοιπό προσωπικό.

Όπως προαναφέρθηκε, σύμφωνα με το **ΦΕΚ 1681/Β/28-7-2011** οι Νοσηλευτικές Μονάδες Αγρινίου και Μεσολογγίου συνενώθηκαν αποτελώντας το Γενικό

Νοσοκομείο Αιτωλοακαρνανίας. Η Ν.Μ. Μεσολογγίου αποτελείται από τρεις Διευθύνσεις οι οποίες διαρθρώνονται βάσει της **υπ' αριθμ. 39506/10-04-2012** απόφασης, σχετικά με τον Οργανισμό της Ν.Μ. Μεσολογγίου ως εξής:

1. Διεύθυνση Ιατρικής Υπηρεσίας

- Παθολογικό τμήμα
- Καρδιολογικό τμήμα
- Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
- Χειρουργικό τμήμα
- Μαιευτικό Γυναικολογικό τμήμα
- Αναισθησιολογικό τμήμα
- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
- Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας
- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- Τομέας Ψυχικής Υγείας (Ψυχαργώ)

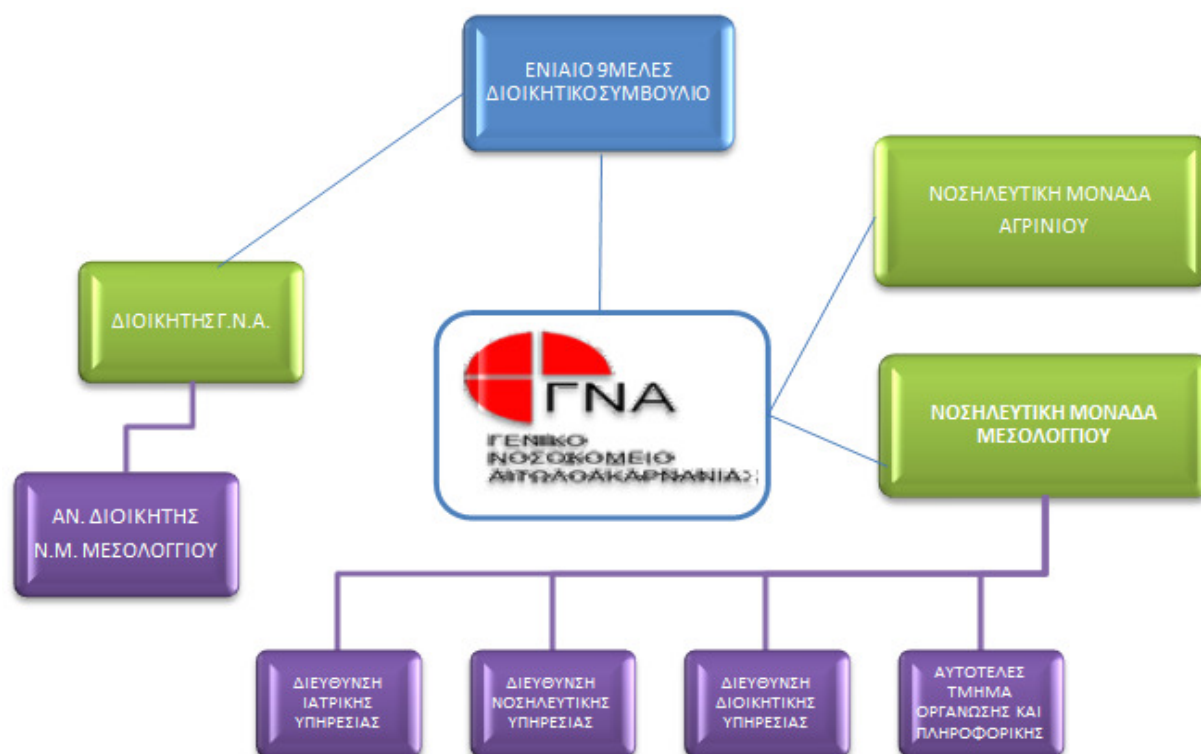
2. Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

3. Διεύθυνση Διοικητικής – Οικονομικής Υπηρεσίας

- Υποδιεύθυνση Διοικητικού
 - α) Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού
 - β) Γραμματείας
 - γ) Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων και Επειγόντων Περιστατικών
 - δ) Κίνησης Ασθενών
 - ε) Οικονομικού
 - στ) Επιστάσιας και Ιματισμού
- Υποδιεύθυνση Τεχνικού
 - α) Βιοϊατρικής Τεχνολογίας
 - β) Τεχνικού

4. Αυτοτελές τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής

Στο παρακάτω διάγραμμα 14 φαίνεται το οργανόγραμμα της Νοσηλευτικής Μονάδας Μεσολογγίου:



Διάγραμμα 14: Οργανόγραμμα της Νοσηλευτικής Μονάδας Μεσολογγίου

Πιο πάνω έγινε αναφορά ότι η Ν.Μ. Μεσολογγίου διαθέτει το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), που παρέχει υγειονομική περίθαλψη από την αρχή λειτουργίας του Νοσοκομείου. Τα τελευταία χρόνια στο τμήμα αυτό έγιναν ανακαινίσεις και αναβαθμίσεις για την καλύτερη λειτουργικότητα του προσωπικού, την γρηγορότερη εξυπηρέτηση των εισερχόμενων ασθενών με την μείωση του μέσου χρόνου αναμονής στα 15 λεπτά και την διευκόλυνση του Νοσηλευτικού προσωπικού στην λήψη του απαραίτητου ιστορικού και των βασικών διεργασιών (θερμομέτρηση, λήψη αρτηριακής πίεσης, τοποθέτηση ορού, λήψη γενικών εξετάσεων αίματος) πριν την εξέταση του εφημερεύοντος ιατρού. Οι ανακαινίσεις αυτές περιείχαν αύξηση των εξεταστικών του κλινών, διαχωρισμό της βραχείας νοσηλείας και επέκταση του χώρου υποδοχής των ασθενών με αποτελέσματα να υπάρχει ενίσχυση του προσωπικού για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πελατών.

Αξίζει , επιπλέον ν' αναφερθούμε στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ) που λειτουργούν και παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους ασθενείς που επισκέπτονται την Νοσηλευτική Μονάδα Μεσολογγίου αδιακρίτως και ανεξαιρέτως. Για να μπορέσει

κάποιος ασθενείς να επισκεφτεί τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία της Ν.Μ. Μεσολογγίου θα πρέπει να κάνεις τις εξής ενέργειες:

- Πραγματοποίηση τηλεφωνικού ραντεβού
- Προσέλευση ασθενή
- Έλεγχος στην είσοδο του Νοσοκομείου, ακολουθώντας τον αριθμό προτεραιότητας ανά ιατρείο
- Έκδοση εισιτηρίου από την Γραμματεία Εξωτερικών Ιατρείων
- Αναμονή στον προθάλαμο του εκάστοτε εξωτερικού ιατρείου βάσει προτεραιότητας
- Εξέταση από τον ιατρό

Οι ειδικότητες που λειτουργούν στα ΤΕΙ είναι οι ακόλουθες:

- Χειρουργικός τομέας
- Ουρολογικός τομέας
- Μαιευτικός – Γυναικολογικός τομέας
- Παθολογικός τομέας
- Οφθαλμολογικός τομέας
- Νευρολογικός τομέας
- Καρδιολογικός τομέας
- Οδοντιατρικός τομέας
- Ορθοπαιδικός τομέας
- Παιδιατρικός τομέας
- Ψυχιατρικός τομέας

Είναι αλήθεια ότι την τελευταία δεκαετία η Ν.Μ. Μεσολογγίου έχει αναβαθμίσει πολύ τον ιατρικό εξοπλισμό και βέβαια δεν έλλειπαν και οι δωρεές. Ο νέος και εξειδικευμένος ιατρικός εξοπλισμός που προμηθεύτηκε το νοσοκομείο ήταν τα εξής:

- Προμήθεια νέου αξονικού τομογράφου
- Προμήθεια υπερηχοτομογράφου ακτινολογικής χρήσης
- Προμήθεια φωτοαντιγραφικού μηχανήματος

- Προμήθεια καρδιοτοκογράφου μονής και δίδυμης κύησης
- Αντικατάσταση οπτικών
- Προμήθεια ημιαυτόματου περιστροφικού μικροτόμου ιστολογικών τομών
- Προμήθεια διφασικού απινιδωτή
- Προμήθεια δωδεκακάναλου ηλεκτροκαρδιογράφου
- Προμήθεια μηχανήματος χλωρίωσης νερού για την πρόληψη της νόσου λεγεωναρίων
- Συσκευές θέρμανσης ασθενών 3M BAIR HUGGER MODEL 675
- Χειρουργική αναρρόφηση οδοντιατρικής έδρας TURBO J-IMOD CATTANI

Οι δωρεές που έγιναν στο νοσοκομείο κατά τη τελευταία δεκαετία ήταν οι παρακάτω:

- Κλιματιστικές μονάδες
- Ηλεκτρονικούς υπολογιστές
- Δίπορτα ψυγεία
- Επιδαπέδιους ανεμιστήρες
- Χειρουργικές μάσκες μιας χρήσης
- Μάσκες υψηλής προστασίας τύπου FFP2 και FFP3
- Ασπίδες προστασίας προσώπου
- Υφασμάτινες μάσκες προσώπου
- Αντισηπτικά διαλύματα
- Κουβέρτες
- Παιδική κούνια
- Αναπνευστικές Συσκευές
- Οξύμετρα
- Νεφελποιητές
- Λοιπό υγειονομικό – φαρμακευτικό υλικό

Επίσης, από την S.W.O.T. Analysis (Strengths Weaknesses Opportunities Threats = Δυνάμεις Αδυναμίες Ευκαιρίες Απειλές) που είναι ένα σημαντικό εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού το οποίο χρησιμοποιείται για την επίτευξη στρατηγικών στόχων κυρίως σε επίπεδο επιχειρήσεων εξετάζει τα δυνατά και τα αδύναμα σημεία της Νοσηλευτικής Μονάδας καθώς και τις ευκαιρίες αλλά και τις απειλές που

ελλοχεύουν. Η ανάλυση αυτή διαχωρίζεται σε ανάλυση εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, όταν ο φορέας πρόκειται να λάβει μία απόφαση σε σχέση με τους στόχους που έχει θέσει ή με σκοπό την επίτευξή τους, δηλαδή στην ανάλυση εσωτερικού περιβάλλοντος ανήκουν οι δυνάμεις (Strengths) και οι αδυναμίες (Weaknesses) ενώ στην ανάλυση εξωτερικού περιβάλλοντος ανήκουν οι ευκαιρίες (Opportunities) και οι απειλές (Threats).

Πιο αναλυτικά η S.W.O.T. Analysis σύμφωνα με την N.M. Μεσολογγίου παρουσιάζεται παρακάτω:

Strengths (Δυνάμεις)

- Υψηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών με πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχίας στον Χειρουργικό τομέα
- Φιλότιμο προσωπικό
- Ανεξάρτητο κομματικά. Σωματείο εργαζομένων με ενιαία γραμμή
- Υψηλού επιπέδου παροχή υπηρεσιών υγείας παρά τον περιορισμένο προϋπολογισμό
- Συνεχής αναβάθμιση ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού
- Υποστήριξη και αποδοχή από την κοινωνία του Μεσολογγίου η οποία θεωρεί απαραίτητη την ύπαρξη του Νοσοκομείου και αποτρέπει τις όποιες κινήσεις υποβάθμισής του
- Πλήρης λειτουργία όλων των Εξωτερικών Ιατρείων

Weaknesses (Αδυναμίες)

- Μειωμένος προϋπολογισμός σχετικά με τις ελλείψεις και τις ανάγκες της μονάδας
- Έλλειψη ιατρικού προσωπικού
- Δυσανεμία των ιατρών σχετικά με το πλαφόν υπερωριών
- Αυξημένος μέσος όρος ηλικίας εργαζομένων
- Έλλειψη κλινικών που ορίζονται από τον οργανισμό
- Παλαιωμένο μηχανογραφικό πρόγραμμα τμήματος Μισθοδοσίας
- Ανεπαρκής τεχνολογική εκπαίδευση προσωπικού

- Έλλειψη τεχνογνωσίας ιατρών για τη λειτουργία ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού

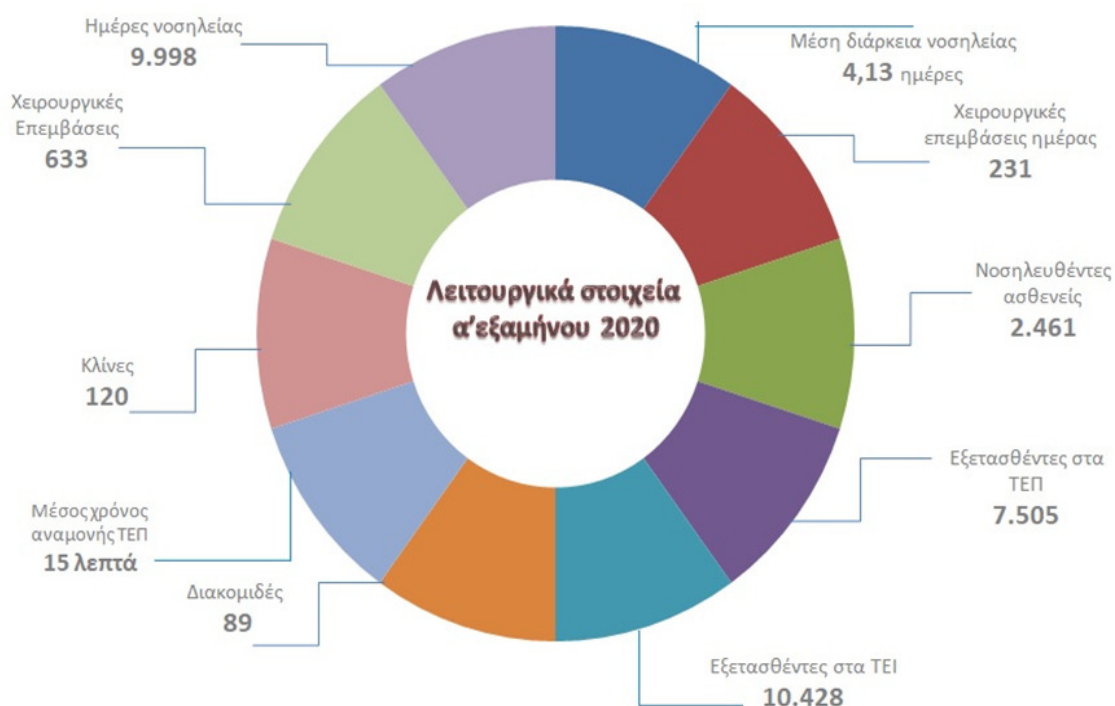
Opportunities (Ευκαιρίες)

- Ευκαιρίες χρηματοδότησης μέσω ΕΣΠΑ
- Στελέχωση με επικουρικό προσωπικό
- Συνεχείς προσπάθειες ενεργειακής αναβάθμισης κτιρίου
- Μεγάλος αριθμός δωρεών
- Ενδεχόμενη αξιοποίηση διαθήκης Χατζηκώστα
- Αξιοποίηση παλαιού νοσοκομείου

Threats (Απειλές)

- Δυσλειτουργικό μηχανογραφικό πρόγραμμα μισθοδοσίας-αύξηση ποσοστού πιθανότητας λανθασμένων υπολογισμών
- Αυξημένο κόστος αποκατάστασης και συντήρησης παλαιού εξοπλισμού-κίνδυνος μείωσης παρεχόμενων υπηρεσιών
- Κόστος επισκευής κτιριακών εγκαταστάσεων λόγω παλαιότητας-κίνδυνος εργαζομένων
- Ανορθόδοξη αντιμετώπιση χρεώσεων ΔΕΚΟ σε σχέση με άλλα ΝΠΔΔ
- Μειωμένη χρηματοδότηση για αγορά εξοπλισμού
- Μειωμένος προϋπολογισμός σε σχέση με τις ανάγκες

Σύμφωνα με τα στοιχεία που συγκεντρώσαμε από τη Ν.Μ. Μεσολογγίου τα Λειτουργικά στοιχεία 1^{ου} εξαμήνου 2020 αναφέρεται ότι είχαν: 633 χειρουργικές επεμβάσεις, 231 χειρουργικές επεμβάσεις ανά ημέρα, 9998 μέρες νοσηλείας, μέση διάρκεια νοσηλείας 4,13 ημέρες, 2461 ήταν οι νοσηλευθέντες ασθενείς, 7505 ήταν εξετασθέντες ασθενείς στα ΤΕΠ με 15 λεπτά χρόνο αναμονής στο χώρο, 10428 ασθενείς καταγράφηκαν στο ΤΕΙ, και οι διακομιδές ήταν 89. Αυτό φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα 15:



Διάγραμμα 15: Λειτουργικά στοιχεία του 1^{ου} εξαμήνου 2020

Επίσης την ίδια χρονική περίοδο δηλαδή το 1^ο Εξάμηνο του 2020 πραγματοποιήθηκαν κάποια Έσοδα και κάποιες Πληρωμές που φαίνονται στους παρακάτω πίνακες 4 και 5 αντίστοιχα:

ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ Π/Υ (Α. Αρχικός)	ΕΚΤΕΛΕΣΗ Π/Υ (Β. Σύνολο Τροποπ.)	ΒΕΒΑΙΩΘΕΝ ΤΑ ΕΣΟΔΑ	ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΣΟΔΩΝ (Εισπράξεις)
ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ	2.457.566,00	1.586.961,46	0,00	0,00	870.604,54
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ Ν.Π.Δ.Δ	1.783.527,00	780.473,54	0,00	980.149,59	22.903,87
ΠΡΟΣΑΥΞΗΣΕΙΣ, ΠΡΟΣΤΙΜΑ, ΧΡΗΜΑΤΙΚΕΣ ΠΟΙΝΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΒΟΛΑ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ΛΟΙΠΑ ΕΣΟΔΑ	629.402,00	595.649,13	0,00	0,00	33.752,87
ΕΚΤΑΚΤΑ ΕΣΟΔΑ	0,00	0,00	161.000,00	0,00	161.000,00
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΔΑΝΕΙΑ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ΕΣΟΔΑ ΠΑΡΕΛΘΟΝΤΩΝ ΕΤΩΝ	1.268.755,03	-2.449.567,89	0,00	3.503.682,94	214.639,98
ΕΣΟΔΑ ΑΠΟ ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ κ.λ.π ΓΙΑ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ	154.480,00	111.980,00	0,00	0,00	42.500,00

Πίνακας 4: Έσοδα 1^{ου} εξαμήνου 2020 (Δημόσιο Λογιστικό)

ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ	ΕΚΤΕΛΕΣΗ Π/Υ ΕΞΟΔΩΝ (Α. Αρχικός)	ΕΚΤΕΛΕΣΗ Π/Υ ΕΞΟΔΩΝ (Β. Σύνολο Τροποπ.)	ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΞΟΔΩΝ (ΠΛΗΡΩΜΕΣ)
ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	3.315.527,62	334.298,83	218.715,66	1.250.162,69
ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΩΝ ΑΓΑΘΩΝ	2.884.964,24	927.770,83	7.481,39	834.874,17
ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΑΝΤΙΚΡΙΖΟΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΟΥΜΕΝΑ ΕΣΟΔΑ	382.000,00	331.287,72	0	50.373,19
ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΓΙΑ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ	154.819,09	154.819,09	0	0

Πίνακας 5: Πληρωμές 1^ο εξαμήνου 2020 (Δημόσιο Λογιστικό)

Επίσης μπορέσαμε να αποκομίσουμε από τη Ν.Μ. Μεσολογίου τον προϋπολογισμό – απολογιστικά στοιχεία της τελευταία τριετίας 2017 – 2020 και παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες 6 και 7 αντίστοιχα.

ΕΤΗ	ΕΠΙΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΑΚΤΙΚΟΥ Π/Υ	ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΕΙΣ ΕΟΠΥΥ	ΙΔΙΑ ΕΣΟΔΑ	ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ CLAW BACK	ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ ΟΡΙΩΝ
2017	2.661.353,00	1.145.125,00	210.232,00	269.624,00	4.286.334,00
2018	1.308.775,00	1.832.828,00	257.922,00	218.338,77	3.617.863,77
2019	1.607.630,00	1.826.540,00	359.692,00	251.299,00	4.045.161,00
2020	1.485.771,00	1.386.251,00	397.276,00	247.402,00	3.516.700,00

Πίνακας 6: Προϋπολογισμός εσόδων 2017-2020

ΕΤΗ	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΑ
2017	1.133.805,00	619.324,00	207.651,00	248.103,00
2018	820.424,50	374.589,00	145.047,00	246.415,00
2019	760.000,00	420.743,00	329.552,00	298.089,00

Πίνακας 7: Προϋπολογισμοί εξόδων ανά κατηγορία 2017-2020

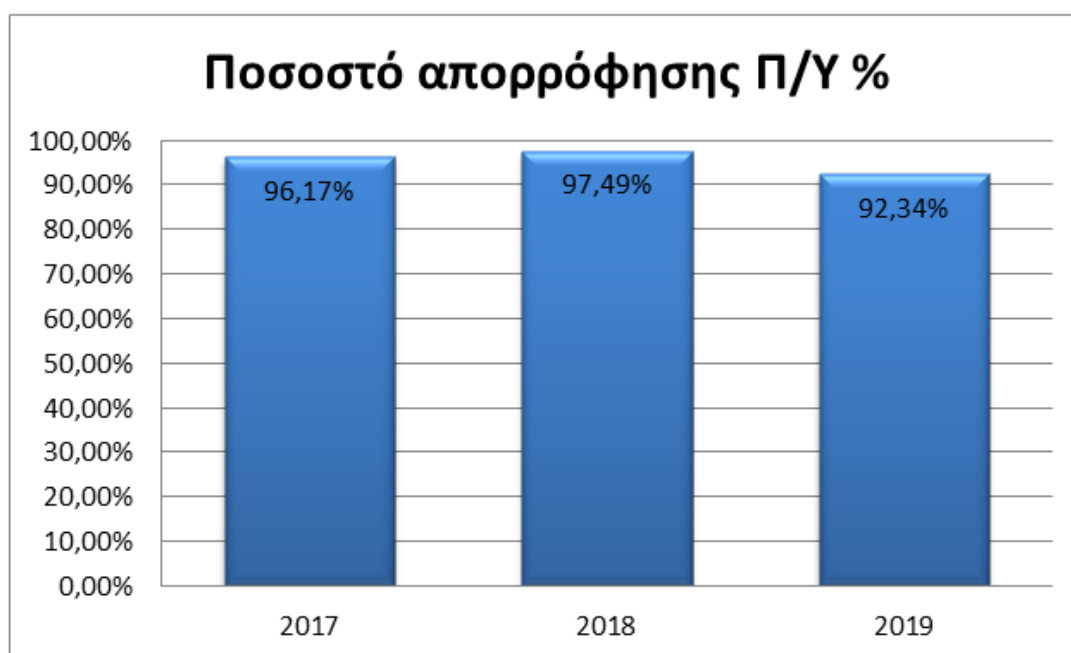
ΕΤΗ	ΜΙΣΘΟΔΟΣΙΑ	OUTSOURCING	ΛΟΙΠΕΣ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ
2017	106.016,00	948.764,00	342.396,00
2018	109.186,00	1.312.276,00	423.524,00
2019	370.000,00	970.000,00	700.000,00

Σύμφωνα με τους παραπάνω πίνακες των προϋπολογισμών εσόδων – εξόδων των ετών 2017 – 2020 προκύπτει ένας ετήσιος προϋπολογισμός για τα έτη 2017 – 2019, που

απεικονίζεται παρακάτω πίνακας 8, υπολογίζοντας έτσι το ποσοστό απορρόφησης του προϋπολογισμού εντός της χρήσης. Τα ποσοστά απορρόφησης, βρίσκονται πολύ κοντά στο 100% δίνοντας έτσι μια εικόνα εξαιρετικά ορθής διαχείρισης από πλευράς Οικονομικού Τμήματος του φορέα και απεικονίζεται παρακάτω διαγραμματικά.

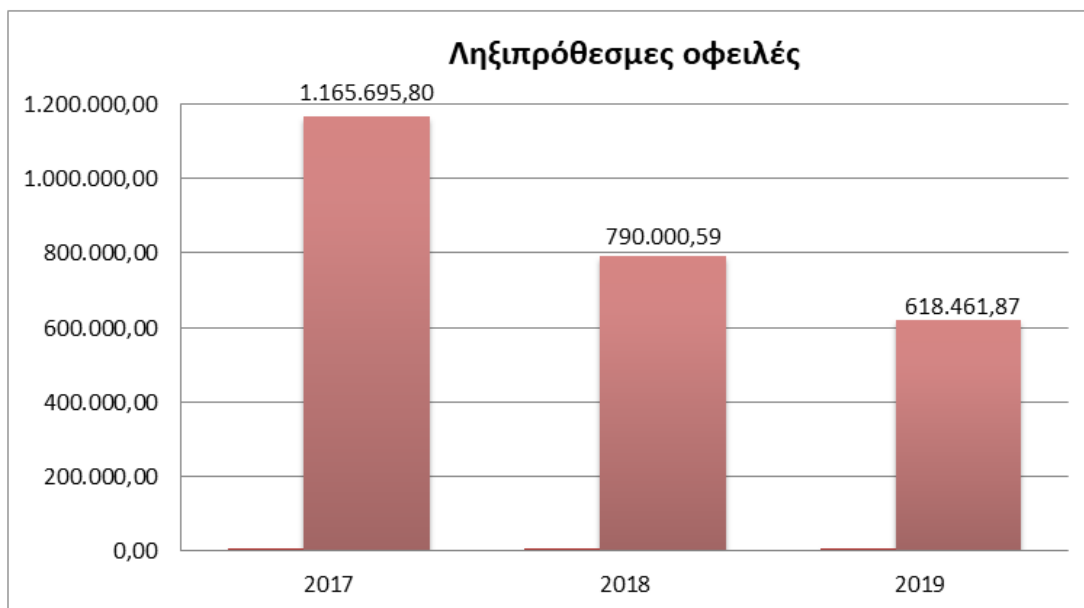
ΕΤΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΤΗΣΙΟΥ Π/Υ ΕΞΟΔΩΝ	ΕΤΗΣΙΕΣ ΑΓΟΡΕΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΠΟΡΡΟΦΗΣΗΣ Π/Υ %
2017	3.608.076,00	3.469.770,16	96,17%
2018	3.433.479,50	3.347.223,06	97,49%
2019	3.850.403,00	3.555.614,92	92,34%

Πίνακας 8: Ετήσιος προϋπολογισμός 2017-2019



Διάγραμμα 16: Ποσοστό απορρόφησης 2017-2019

Έπειτα, να αναφερθούμε στις ληξιπρόθεσμες οφειλές της Νοσηλευτικής Μονάδας Μεσολογίου. Ανάλογα με το ποσοστό της τακτοποίησης των ληξιπρόθεσμων οφειλών φαίνεται αν οι φορείς τηρούν τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας. Βάση των στοιχείων των B.I. Forms, που αναπαριστάται στο διάγραμμα 17, φαίνεται ότι η Ν.Μ. Μεσολογίου ότι τηρεί τις οδηγίες του Υπουργείου Υγείας και έχει συμμορφωθεί χάρη σε αυτές μειώνοντας τις ληξιπρόθεσμες οφειλές κατά 46,9% τα έτη 2017 – 2019 και έχει ως στόχο να συνεχίσει υπό την προϋπόθεση ότι θα συνεχίσει η χρηματοδότηση από πλευράς Υπουργείου Υγείας.



Διάγραμμα 17: Ληξιπρόθεσμες οφειλές 2017-2019

Τέλος, η Νοσηλευτική Μονάδα Μεσολογγίου έχει κάποιους στρατηγικούς στόχους οι οποίοι αναγράφονται παρακάτω:

1. Αυτονόμηση Νοσοκομείου
2. Αναβάθμιση Ιατροτεχνολογικού Εξοπλισμού
3. Αναβάθμιση κτιριακών εγκαταστάσεων – Ενεργειακή αναβάθμιση
4. Επιμόρφωση προσωπικού Διοικητικής – Οικονομικής και Νοσηλευτικής Υπηρεσίας
5. Πλήρης στελέχωση-αναπλήρωση κενών, κενούμενων ή αναγκαίων θέσεων ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
6. Οργάνωση – στελέχωση Τεχνικής Υπηρεσίας & Τμήματος Πληροφορικής
7. Λειτουργία και διασύνδεση με Κέντρα Υγείας περιοχής- εξωστρεφείς δράσεις επιμόρφωσης – ευαισθητοποίησης των πολιτών
8. Εκμετάλλευση Παλαιού Νοσοκομείου Χατζηκώστα

5.2 Στατιστικά στοιχεία για το Νοσοκομείο Μεσολογγίου από 2009-2019

Αξιοποιώντας τα στοιχεία της νοσηλευτικής δραστηριότητας της Ν.Μ. Μεσολογγίου που αντλήθηκαν από διάφορα τμήματα όπως είναι το Οικονομικό Τμήμα, το Τμήμα προσωπικού, το Τμήμα Μισθοδοσίας και το Γραφείο Κίνησης, έγινε δυνατή η εξέταση

των δεικτών επίδοσης και παραγωγικότητας της. Ειδικότερα, οι δείκτες αυτοί είναι οι εξής και αναλύονται με πίνακες παρακάτω:

- Ετήσια καταγραφή κίνησης ασθενών
- Ετήσια καταγραφή κίνησης εξετασθέντων ασθενών στα ΤΕΙ
- Ετήσια καταγραφή κίνησης εξετασθέντων ασθενών στα ΤΕΠ
- Ετήσια καταγραφή κίνησης εξετασθέντων ασθενών στα εργαστήρια
- Ετήσια καταγραφή αριθμού γεννήσεων ανά είδος περιστατικού
- Ετήσια καταγραφή κίνησης χειρουργείων
- Ετήσια καταγραφή Αριθμού Υπαλλήλων
- Ετήσια καταγραφή μεικτών αποδοχών μόνιμου προσωπικού
- Ετήσια καταγραφή Αγορών

Πιο αναλυτικά, η ετήσια καταγραφή κίνησης ασθενών στην Ν.Μ. Μεσολογγίου τα έτη 2009-2019 ακολουθεί στον πίνακα 9.

ΚΛΙΝΙΚΗ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	2760	2194	2414	1663	1455	1399	1477	1438	1424	1210	1100
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	597	1012	1187	1080	1044	901	855	590	461	838	840
Μ.Α.Φ.	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	152	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	1356	907	1101	1391	1483	1332	1279	1339	1314	1238	1383
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ	1061	1016	735	592	540	705	697	741	747	699	678
Μ / Γ	663	423	288	274	246	228	183	219	232	241	224
Ω.Ρ.Λ.	15	22	37	-	-	-	-	-	-	-	-
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	27	231	109	9	-	-	-	-	-	-	-
ΟΦΘ / ΚΗ	553	453	31	1	-	-	-	-	-	-	-
Μ.Τ.Ν.	4068	3792	304	290	303	267	295	311	233	270	247
ΣΥΝΟΛΟ	11256	10050	6187	5290	5071	4832	4786	4638	4411	4496	4472

Πίνακας 9: Ετήσια καταγραφή Κίνησης Ασθενών της Ν.Μ. Μεσολογγίου 2009-2019

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρείται κατά τη περίοδο της οικονομικής κρίσης μία σταδιακή μείωση στο σύνολο της κίνησης των ασθενών ανά έτος. Βέβαια, παρατηρείται ακόμα ότι κάποια τμήματα της Ν.Μ. Μεσολογγίου καταργούνται. Τέτοια τμήματα είναι:

- η Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Α.Φ.) που καταργήθηκε το 2010,
- η παιδιατρική κλινική που καταργήθηκε το 2010 και αυτή,
- η Ωτορινολαρυγγολογική κλινική (Ω.Ρ.Λ.) που καταργήθηκε το 2012,
- η ουρολογική κλινική που καταργήθηκε το 2013 και
- η οφθαλμολογική κλινική που καταργήθηκε το 2013.

Όπως έχουμε δει σε προηγούμενα κεφάλαια σε εποχές κρίσης τα καρδιακά νοσήματα και άλλα νοσήματα που χρήζουν πρόληψη και θεραπεία είναι πολύ συχνά φαινόμενα. Από τον πίνακα 9 γίνεται σαφές ότι στην παθολογική κλινική αυξομειώνεται η κίνηση των ασθενών ανά έτος με περισσότερη κίνηση τα έτη 2009 – 2011 που τότε άνηξε η οικονομική κρίση. Παράλληλα, αύξηση στην κίνηση των ασθενών σημειώνεται στην καρδιολογική κλινική τα έτη 2010 – 2013 και 2018 – 2019, ενώ μείωση παρατηρείται κατά τα έτη 2014 – 2017. Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα 9 καταγράφεται η κίνηση των ασθενών στην χειρουργική κλινική με περισσότερη κίνηση το 2013 με 1483 ασθενείς και μικρότερη το 2010 με 907 ασθενείς.

Πιο συγκριμένα, στους παρακάτω πίνακες 10, 11, 12 αντίστοιχα φαίνεται κατά τα έτη 2009 – 2019 η κίνηση των ασθενών ανά τμήματα της Ν.Μ. Μεσολογγίου όπως είναι τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (Τ.Ε.Ι.), το Τμήμα Επιγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) και τα Εργαστήρια.

ΙΑΤΡΕΙΑ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	2720	869	371	91	161	84	23	949	366	1045	437
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	2838	705	1949	2210	1965	2316	1581	1648	1511	1453	1311
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	6147	2924	1515	2398	2541	2201	1359	2438	3364	2430	2175
ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΟ	657	814	485	342	332	320	255	308	232	251	466
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	2354	2757	2720	2796	2703	2592	2850	2879	2717	2901	2731
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	4764	3614	3088	2821	3110	2300	2249	2006	2698	2641	2704
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ	3611	2789	2172	1891	1699	1773	2324	2096	2371	2467	2186
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	3591	3122	3365	2515	2499	3356	3667	3784	3943	3802	3509
ΟΦΘ/ΚΟ	6375	4934	3892	4117	3701	3596	3209	3007	2844	3134	2717
ΟΔΟΝΤ/ΚΟ	2534	1887	1430	1458	1308	1246	1152	1113	1447	2120	2104
Ω.Ρ.Λ.	2197	2305	2646	3159	2781	2919	3139	2588	3043	4226	2374
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	-	2072	2074	2186	2027	1989	2230	2516	2414	2597	2706
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1368	1467	1397	1072	1406	1329	1161	1017	1071	1176	1055
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠ-ΕΥΤΙΚΟ	-	-	-	-	-	-	-	1781	1862	-	-
ΛΟΓΟΘΕΡΑΠ-ΕΥΤΙΚΟ	-	-	-	-	-	-	-	14	552	553	219
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ	-	189	733	880	729	760	693	709	718	600	733
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ	112	300	380	627	249	0	0	-	-	-	-

Πίνακας 10: Εξετασθέντες Ασθενείς στα Τ.Ε.Ι. της Ν.Μ. Μεσολογγίου 2009-2019

ΙΑΤΡΕΙΑ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ/ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	16842	10409	10807	11413	8507	9060	12066	10306	9439	10828	9791
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΟ	3493	3860	3756	4014	3642	3375	3413	3038	3271	3314	2965
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	3568	5237	5037	5636	5176	4733	4077	3628	3860	3728	4300
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	-	-	202	210	80	202	635	799	1033	658	590

Πίνακας 11: Εξετασθέντες στο Τμήμα Επιγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ	2009	2010	2011	2012	2013	2014
ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ (ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ + ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ)	257644	267529	287151	307892	249577	231339
ΑΙΜΟΛΟΣΙΑ	-	100	96	104	82	60
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	26159	21523	21562	22214	19999	19092
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ	89211	84562	84986	95716	65396	61805
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ	832	627	844	796	928	775
ΥΠΕΡΗΧΟΙ	3881	3139	3738	4135	4092	3897
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	-	-	918	521	1314	263
ΑΞΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	-	-	-	-	-	-
ΨΗΦ. ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	-	-	-	-	-	-

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ	2015	2016	2017	2018	2019
ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ (ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ + ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ)	240910	215739	226935	246166	218131
ΑΙΜΟΛΟΣΙΑ	97	140	166	233	239
ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	20327	16738	19919	18658	18234
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ	61075	55121	65592	68281	62937
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ	893	881	1059	581	599
ΥΠΕΡΗΧΟΙ	3398	2912	3329	3752	3773
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	2020	-	-	-	-

ΑΞΟΝΙΚΟΣ ΤΟΜΟΓΡΑΦΟΣ	-	127	1213	2067	1747
ΨΗΦ. ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ	-	650	828	1246	278

Πίνακας 12: Εξετασθέντες στα εργαστήρια της Ν.Μ. Μεσολογίου 2009-2019

Επίσης, στον παρακάτω πίνακα 13 παρουσιάζονται οι γεννήσεις που έγιναν στην Ν.Μ. Μεσολογίου κατά τα έτη 2009 – 2019 και διακρίνονται ανάλογα το είδος του περιστατικού, δηλαδή φυσιολογικός τοκετός, απόξεση και καισαρικές τομές.

ΕΙΔΟΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΚΕΤΟΣ	125	40	25	25	26	15	2	10	18	7	7
ΑΠΟΞΕΣΕΙΣ	158	129	90	101	87	79	62	58	67	79	62
ΚΑΙΣΑΡΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ	142	99	46	43	45	41	32	43	46	43	48
ΣΥΝΟΛΑ	425	268	161	169	158	135	96	111	131	129	117

Πίνακας 13: Ετήσια καταγραφή γεννήσεων ανά είδος περιστατικού 2009-2019

Όπως φαίνεται από τον πίνακα 13 οι γεννήσεις κατά την περίοδο της έξαρσης της οικονομικής κρίσης και την περίοδο των μνημονίων είχαν μια πτωτική τάση και ειδικότερα την χρονιά 2015 που από 135 που ήταν το 2014 μειώθηκαν στις 96. Το 2016 και έπειτα με την ανάκαμψη της οικονομίας άρχισαν σταδιακά να αυξάνονται και οι γεννήσεις.

Ακόμη, καταγράφονται και τα χειρουργεία που έγιναν την τελευταία δεκαετία στη Ν.Μ. Μεσολογίου και παρουσιάζονται στο παρακάτω πίνακα 14:

ΚΛΙΝΙΚΗ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	582	389	541	582	585	599	530	541	578	562	576
ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΗ	500	520	520	503	536	608	644	651	564	614	617
Μ/Γ	61	46	25	24	25	23	28	24	64	27	33
Ω.Ρ.Λ.	51	55	40	59	57	42	58	71	54	75	32
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	5	158	143	121	154	140	147	136	145	150	169
ΟΦΘ / ΚΗ	630	473	31	27	24	18	21	13	4	21	12
ΣΥΝΟΛΟ	1829	1641	1300	1316	1381	1430	1428	1436	1499	1449	1439

Πίνακας 14: Ετήσια καταγραφή χειρουργείων της Ν.Μ. Μεσολογίου 2009-2019

Στο πίνακα 14 που παρουσιάζεται παραπάνω παρατηρείται ότι τη τελευταία δεκαετία παρόλο που υπάρχει οικονομική κρίση αρκετοί ασθενείς προτιμούν τον δημόσιο παρά τον ιδιωτικό τομέα παρόλο που ανά έτος παρατηρείται μια πολύ μικρή αυξομείωση στο σύνολο των χειρουργείων της Ν.Μ. Μεσολογίου.

Ας σημειωθεί ακόμη ότι, στον πίνακα 15 φαίνεται η μεταβολή του αριθμού των υπαλλήλων του νοσοκομείου τα έτη 2016 – 2020 καθώς και στον πίνακα 16 φαίνεται η μεταβολή των μικτών αποδοχών του μόνιμου προσωπικού τα έτη 2011, 2013 – 2020.

ΕΤΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ
2016	279
2017	279
2018	281
2019	299
2020	342

Πίνακας 15: Αριθμός Υπαλλήλων της Ν.Μ. Μεσολογγίου τα έτη 2016-2020

ΕΤΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΜΙΚΤΩΝ ΑΠΟΔΟΧΩΝ ΜΟΝΙΜΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
2011	837.072,08
2013	665.946,27
2014	632.159,95
2015	398.730,31
2016	401.256,17
2017	430.267,73
2018	430.353,16
2019	452.404,46
2020	436.430,86

Πίνακας 16: Σύνολο μικτών αποδοχών μόνιμου προσωπικού της Ν.Μ. Μεσολογγίου (2011, 2013-2020)

Στον πίνακα 15 παρατηρείται αύξηση του ανθρωπίνου δυναμικού της Ν.Μ. Μεσολογγίου ανά έτος. Ενώ, στον πίνακα 16 παρατηρείται μείωση των μισθών κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης τα έτη δηλαδή 2011 – 2015 καθώς με την ανάκαμψη της κρίσης τα έτη 2016 – 2020 παρατηρείται αύξηση των μισθών των εργαζομένων.

Τέλος, στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται οι αγορές – υποχρεώσεις που πραγματοποιήθηκαν από την Ν.Μ. Μεσολογγίου την τελευταία δεκαετία και ταξινομούνται σε δυο κατηγορίες. Τα στοιχεία των αγορών τα αποκομίσαμε από το Οικονομικό Τμήμα του νοσοκομείου. Οι κατηγορίες που ταξινομούνται είναι οι εξής:

- α) Αγορές φαρμάκων, βοηθητικών υλικών και αντιδραστηρίων,
- β) Αγορές αναλώσιμων υλικών

Οι πίνακες, όμως, 17 και 18 παριστάνονται και διαγραμματικά 18 και 19 αντίστοιχα για να διευκρινιστούν καλύτερα οι αυξομειώσεις που παρουσιάζουν οι αγορές του νοσοκομείου.

ΑΓΟΡΕΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ, ΒΟΗΘΗΤΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΩΝ 2012 -2019									
	24.01.10	24.01.01	24.01.06	24.01.20	24.01.30	25.01.21	24.01.40	24.01.05	
Αγορές	ΦΑΡΜΑΚΟ	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	ΥΛΙΚΑ	ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟ	ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΗΡΙΑ	ΤΡΟΦΙΜΑ -	ΠΡΟΣΘΕΤΙΚΑ	ΣΥΝΟΛΑ
Αγορές Χρήσης		ΥΛΙΚΟ	ΥΛΙΚΟ	ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	ΥΛΙΚΟ		ΠΟΤΑ	ΟΡΓΑΝΑ	
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2012	1.269.115,85	603.950,84	192.660,54	1.528,03	23.494,21	447.461,31	120.420,67	9.440,71	2.668.072,16
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2013 (Τιμολογημένες)	1.031.691,97	450.165,15	190.266,01	1.237,90	30.801,54	272.950,51	121.009,11	0	2.098.122,19
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2014 (Τιμολογημένες)	937.204,34	315.502,29	97.906,77	360,74	53.968,82	200.025,29	132.268,71	0	1.737.236,96
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2015 (Τιμολογημένες)	893.373,52	537.834,23	281.002,15	0	46.988,86	233.067,99	98.241,59	0	2.090.508,34
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2016 (Τιμολογημένες)	951.221,22	412.427,25	206.428,97	0	57.039,00	281.109,38	98.752,96	0	2.006.978,78
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2017 (Τιμολογημένες)	775.109,74	363.733,21	246.873,85	0	45.384,37	284.977,11	121.446,83	0	1.837.525,11
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2018 (Τιμολογημένες)	803.434,30	384.311,30	226.042,30	0	50.500,00	283.988,50	85.500,00	0	1.833.776,40
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2019 (Τιμολογημένες)	697.364,05	369.238,27	388.041,14	0	65.037,63	298.133,78	97.297,51	0	1.915.112,38

Πίνακας 17: Αγορές φαρμάκων, βοηθητικών υλικών και αντιδραστηρίων 2012-2019

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται οι τιμολογημένες αγορές των ετών 2012 – 2019 για φάρμακα, βοηθητικό υλικό και αντιδραστήρια.

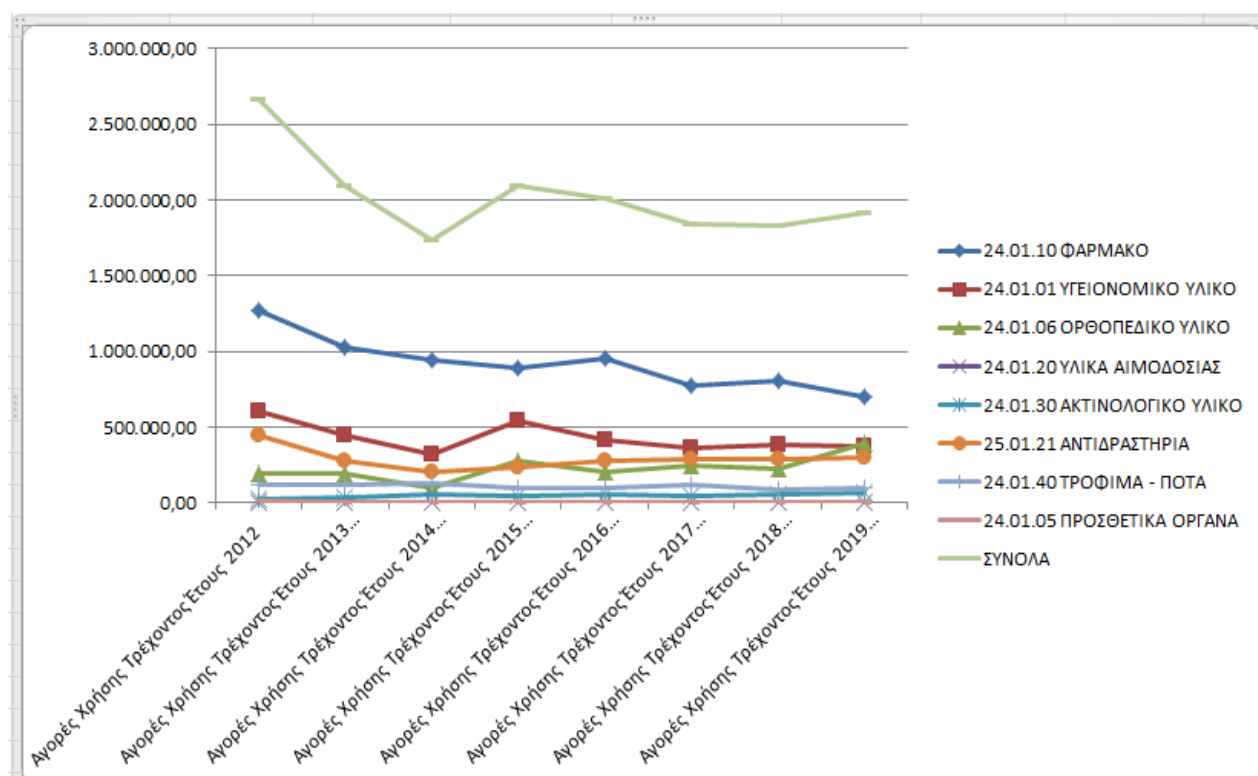
Κατά τις περιόδους 2012 – 2019 σημαντική μείωση παρατηρείται στις αγορές φαρμάκων αφού το 2012 δαπάνησε το νοσοκομείο 1.269.115,85€ , ενώ το 2019 δαπάνησε 697.364,05€.

Επίσης, σημαντική μείωση διαπιστώνεται στις αγορές για υλικά αιμοδοσίας όπως επίσης και για προσθετικά όργανα.

Σταδιακές μειώσεις αγορών διαπιστώνονται και στο υγειονομικό υλικό όπου το 2012 ήταν στα 603.950,84€ ενώ το 2019 μειώθηκαν στα 369.238,27€. Παράλληλα, σταδιακές μειώσεις αγορών παρατηρούνται στις αγορές τροφίμων – ποτών με 120.420,67€ το 2012 και 97.297,51€ το 2019.

Όμως, παρατηρείται και μια αύξηση στις αγορές για ορθοπεδικά υλικά όπου το 2012 κυμαινόταν στα 192.66,54€ και το 2019 αυξήθηκε στα 388.041,14€, καθώς, επίσης, αύξηση παρατηρείται και στις αγορές για ακτινολογικό υλικό όπου το 2012 οι αγορές ήταν στα 23.494,21€ και το 2019 ήταν στα 65.037,63€. Βέβαια, στις αγορές ακτινολογικού υλικού φαίνεται κατά τις χρονιές 2015 και 2017 μικρές μειώσεις με 46.988,86€ και 45.384,37€ αντίστοιχα και μετά την επόμενη χρονιά πάλι αύξηση.

Στο διάγραμμα 18 παριστάνονται οι αγορές που αναλύσαμε πιο πάνω αλλά για την καλύτερη κατανόηση παριστάνονται και διαγραμματικά.



Διάγραμμα 18: Αγορές φαρμάκων, βοηθητικών υλικών και αντιδραστηρίων 2012-2019

Στον πίνακα 18 αναγράφονται οι αγορές αναλώσιμων υλικών που έκανε η Ν.Μ. Μεσολογγίου τις χρονιές 2012 – 2019 ενώ στο διάγραμμα 19 φαίνονται πολύ παραστατικά οι αυξομειώσεις που συνέβησαν με τις αγορές.

Μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις στις αγορές του νοσοκομείου διαπιστώνονται στα καύσιμα όπου το 2012 με 236.009,62€ αρχίζει η μείωση των αγορών με μέγιστη πτώση το 2016 με 71.094,50€ όπου και αρχίζουν να αυξάνονται απότομα το 2018 με 120.178,16€ και να κορυφώνονται το 2019 με 125.832,90€.

Επίσης, στις αγορές που αφορούν τα είδη ιματισμού παρατηρείται οι αγορές να ξεκινούν το 2016 με 2.739,90€ αυξάνονται το 2018 με 6.585,27€ και μειώνονται πάλι το 2019 με 3.252,52€.

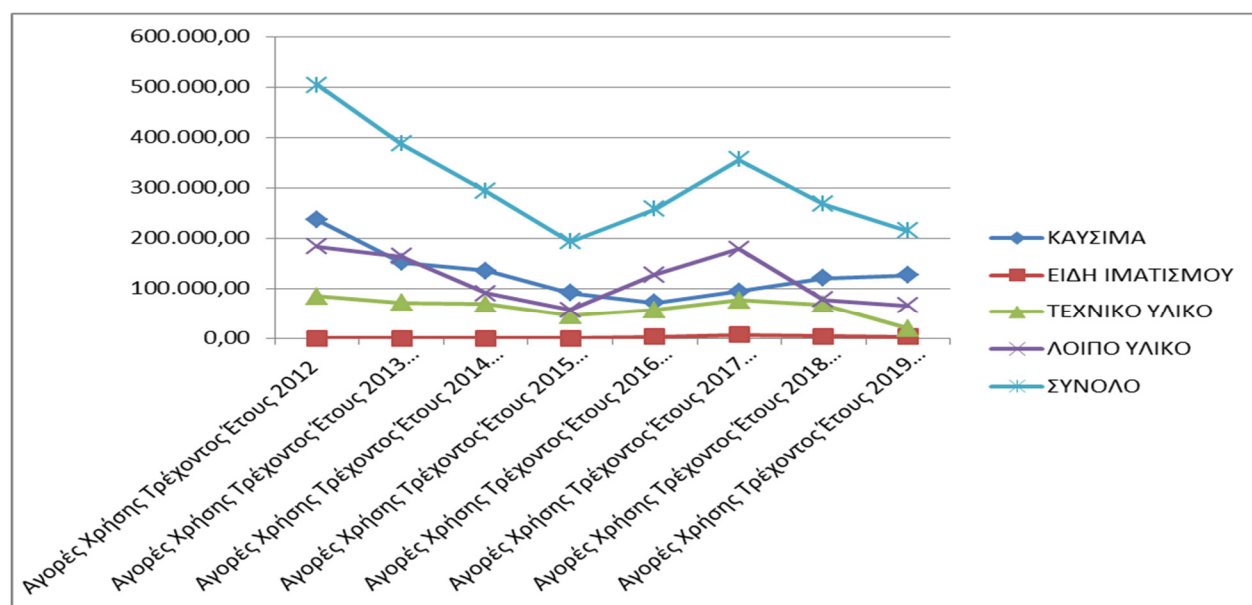
Παράλληλα, διαφοροποιήσεις στις τιμές των αγορών παρατηρούνται στο τεχνικό υλικό. Συγκεκριμένα, το 2012 δαπάνησε το νοσοκομείο 83.821,11€ μετά άρχισε να παρατηρείται μια πτώση των αγορών ενώ τις χρονιές 2016 και 2017 παρατηρείται αύξηση με 56.977€ και 76.228,41€ αντίστοιχα.

Τέλος, στο λοιπό υλικό που χρησιμοποιεί το νοσοκομείο διαπιστώνεται μια μέγιστη πτώση στις αγορές τις χρονιές 2014 και 2015 με 89.640,83€ και 56.701,02€ αντίστοιχα. Όμως, το 2016 και 2017 οι αγορές αυξάνονται απότομα με 127.101,85€ και

178.592,96€ αντίστοιχα και μειώνονται πάλι ραγδαία το 2018 και 2019 αντίστοιχα με 76.907,02€ και 65.669,85€ αντίστοιχα.

ΑΓΟΡΕΣ ΑΝΑΛΩΣΙΜΩΝ ΥΛΙΚΩΝ 2012-2019					
Αγορές	ΚΑΥΣΙΜΑ	ΕΙΔΗ ΙΜΑΤΙΣΜΟΥ	ΤΕΧΝΙΚΟ ΥΛΙΚΟ	ΛΟΙΠΟ ΥΛΙΚΟ	ΣΥΝΟΛΟ
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2012	236.009,62	0	83.821,11	183.545,62	503.376,35
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2013 (Τιμολογημένες)	152.178,81	0	71.258,56	163.717,00	387.154,37
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2014 (Τιμολογημένες)	135.404,92	0	68.319,20	89.640,83	293.364,95
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2015 (Τιμολογημένες)	91.404,24	0	45.156,80	56.701,99	193.263,03
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2016 (Τιμολογημένες)	71.094,50	2.739,90	56.977,00	127.101,85	257.913,25
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2017 (Τιμολογημένες)	93.880,50	6.585,27	76.228,41	178.592,96	355.287,14
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2018 (Τιμολογημένες)	120.178,16	3.372,72	67.433,38	76.907,02	267.891,28
Αγορές Χρήσης Τρέχοντος Έτους 2019 (Τιμολογημένες)	125.832,90	3.252,52	19.633,63	65.669,85	214.388,90

Πίνακας 18: Αγορές αναλώσιμων υλικών 2012 - 2019



Διάγραμμα 19: Αγορές αναλώσιμων υλικών 2012 - 2019

5.3 Δαπάνες Νοσοκομείου ανά έτος

Σύμφωνα με στοιχεία που αποκομίσαμε από το Οικονομικό Τμήμα της Ν.Μ. Μεσολογγίου υπήρχαν και έξοδα που καταγράφηκαν την τελευταία δεκαετία. Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα 17 παραθέτονται τα στοιχεία των δαπανών που έκανε η Ν.Μ. Μεσολογγίου τα έτη 2012 – 2019.

ΔΑΠΑΝΕΣ 2012-2019										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	ΔΑΠΑΝΕΣ	ΜΟ 2012-2019
60.00.01 Τακτικές Αμοιβές Επικουρικού Προσωπικού	124.530,03	138.851,91	73.840,78	84.331,51	205.704,81	335.861,67	371.175,51	149.280,11	60.00.01 Τακτικές Αμοιβές Επικουρικού Προσωπικού	185.447,04
60.00.03 Πρόσθετες Αμοιβές Ιατρών ΕΣΥ	1.902,53	34.020,32	41.921,34	157.840,19	59.294,37	86.940,26	114.854,26	137.758,78	60.00.03 Πρόσθετες Αμοιβές Ιατρών ΕΣΥ	79.316,51
Καθαριότητα - Σύμβαση Ορισμένου Χρόνου (αρ. 63 ν. 4430/2016)	0	0	0	0	0	0	0	36.200,83	Καθαριότητα - Σύμβαση Ορισμένου Χρόνου (αρ. 63 ν. 4430/2016)	4.525,10
Φύλαξη - Σύμβαση Ορισμένου Χρόνου (αρ. 63 ν. 4430/2016)	0	0	0	0	0	0	48.729,58	84.345,13	Φύλαξη - Σύμβαση Ορισμένου Χρόνου (αρ. 63 ν. 4430/2016)	16.634,34
Σίτιση - Σύμβαση Ορισμένου Χρόνου (αρ. 63 ν. 4430/2016)	0	0	0	0	0	0	25.711,77	43.134,84	Σίτιση - Σύμβαση Ορισμένου Χρόνου (αρ. 63 ν. 4430/2016)	8.605,83
61.00.01 Νομική Υποστήριξη	20.327,58	13.440,56	13.322,25	19.491,15	26.866,48	21.058,12	32.481,93	39.632,83	61.00.01 Νομική Υποστήριξη	23.327,61
61.00.02 Πληροφορική Υποστήριξη	95.901,48	46.619,77	27.382,72	49.401,90	55.829,54	74.082,47	52.386,32	72.746,77	61.00.02 Πληροφορική Υποστήριξη	59.293,87
61.00.03 Λογιστική Υποστήριξη	19.526,25	10.844,49	12.546,00	17.796,06	14.243,12	33.104,21	23.493,39	22.634,71	61.00.03 Λογιστική Υποστήριξη	19.273,53
61.00.04 Λοιπά		7.000,75	6.185,15	24.839,81	18.563,95	353.939,91	360.142,82	2.761,48	61.00.04 Λοιπά	110.490,55
Επισκευές (Κτιριακές)	114.748,50	4.744,62	590,4	56.718,79	47.491,23	32.646,82	115.563,74	180.108,41	Επισκευές (Κτιριακές)	69.076,56
Συντηρήσεις (Μηχανημάτων)	173.052,53	174.523,03	86.260,91	160.524,06	140.976,11	121.069,27	83.625,25	56.415,97	Συντηρήσεις (Μηχανημάτων)	124.555,89
62.00 Ηλεκτρικό ρεύμα	634	10.237,91	45.394,06	59.861,61	17.476,08	481	359.703,32	267.794,12	62.00 Ηλεκτρικό ρεύμα	95.197,76
62.01 Φωταέριο								0	62.01 Φωταέριο	0,00
62.02 Υδρευση	6.815,39	56.888,44	5.607,42	18.615,28	4.520,24	20.037,16	284.649,25	283.829,68	62.02 Υδρευση	85.120,36
62.03 Τηλεπικοινωνίες	62.283,21	89.018,25	41.867,91	5.284,15	19.985,87	1.002,75	60.603,18	62.056,78	62.03 Τηλεπικοινωνίες	42.762,76
ΑΣΦΑΛΕΙΑ (62.05)	90.528,67	77.701,96	70.486,56	76.359,23	71.334,65	82.071,44	18.804,62	286,26	ΑΣΦΑΛΕΙΑ (62.05)	60.946,67
ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΡΙΤΩΝ (ΛΟΙΠΟΙ ΛΟΓ ΤΟΥ 62)	145.576,21	48.025,76	28.231,06	34.724,86	36.398,62	40.128,60	41.836,45	44.965,22	ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΡΙΤΩΝ (ΛΟΙΠΟΙ ΛΟΓ ΤΟΥ 62)	52.485,85
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ (64.98.03)	274.718,67	265.334,75	217.807,14	136.670,96	135.089,04	143.529,34	125.969,48	100.998,90	ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ (64.98.03)	175.014,79
ΕΣΠΙΑΣΗ (64.98.19)	111.178,77	15.702,18	11.129,04		2.418,00	29.016,00			ΕΣΠΙΑΣΗ (64.98.19)	33.888,80
Ταξίδια - Δημοσιεύσεις	3.258,94	1.454,78	449,61		119,04		2.704,44	760,86	Ταξίδια - Δημοσιεύσεις	1.457,95
Διάφορα Έξοδα	327.740,28	48.212,11	25.198,62	50.017,72	37.651,42	33.324,49	38.926,29	26.949,19	Διάφορα Έξοδα	73.502,52
ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ 6ΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	282.471,04	28.232,20	100.142,00	64.223,33	47.368,34	20.531,34	31.982,46	33.311,64	ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ 6ΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	76.032,79

Πίνακας 19: Δαπάνες της Ν.Μ. Μεσολογγίου τα έτη 2012-2019

Από το πίνακα 19 παρατηρούμε ότι το νοσοκομείο δαπάνησε για αμοιβές επικουρικού προσωπικού κατά μέσο όρο 185.447,04€ το 2018 είχε καταβάλλει το μεγαλύτερο ποσό χρημάτων ενώ το 2014 το μικρότερο.

Επίσης, δαπάνησε κατά μέσο όρο όλων των ετών για αμοιβές ιατρών του ΕΣΥ 79.316,51€ με μεγαλύτερο ποσό χρημάτων το 2019 ενώ το 2012 κατέβαλλε το μικρότερο ποσό.

Παρατηρούμε, ακόμα, ότι το 2012 – 2018 δεν υπάρχουν δαπάνες για την καθαριότητα του νοσοκομείου ενώ το 2019 φαίνεται να δαπανήθηκαν 36.200,83€. Αυτό συμβαίνει γιατί τα προηγούμενα χρόνια την καθαριότητα την αναλάμβαναν οι εργολάβοι, ενώ το 2019 που καταγράφεται ως έξοδα σημαίνει ότι για να μπορέσει να ανταπεξέλθει το νοσοκομείο στις δαπάνες της καθαριότητας θα έπρεπε να υπάρχουν κρατήσεις από τους μισθούς των υπαλλήλων.

Το ίδιο συμβαίνει και για την φύλαξη που παρατηρούνται έξοδα τα έτη 2018 και 2019 με μέσο όρο 66.537,36€ , καθώς επίσης, και για την σίτιση που καταγράφονται δαπάνες πάλι τα έτη 2018 και 2019 με κατά μέσο όρο 34.423,31€.

Οι δαπάνες κατανέμονται, επιπλέον, και σε νομικής υποστήριξης δαπάνες που κατά μέσο όρο των ετών 2012 – 2019 είναι 23.327,61€ με μεγαλύτερο ποσό εξόδων το 2019 και μικρότερο το 2014.

Επίσης, το νοσοκομείο χρησιμοποιεί προγράμματα και υλικό πληροφορικής υποστήριξης για το οποίο δαπανάται κατά μέσο όρο το ποσό των 59.293,87€ με μεγαλύτερο ποσό το 2012 και μικρότερο ποσοστό το 2014.

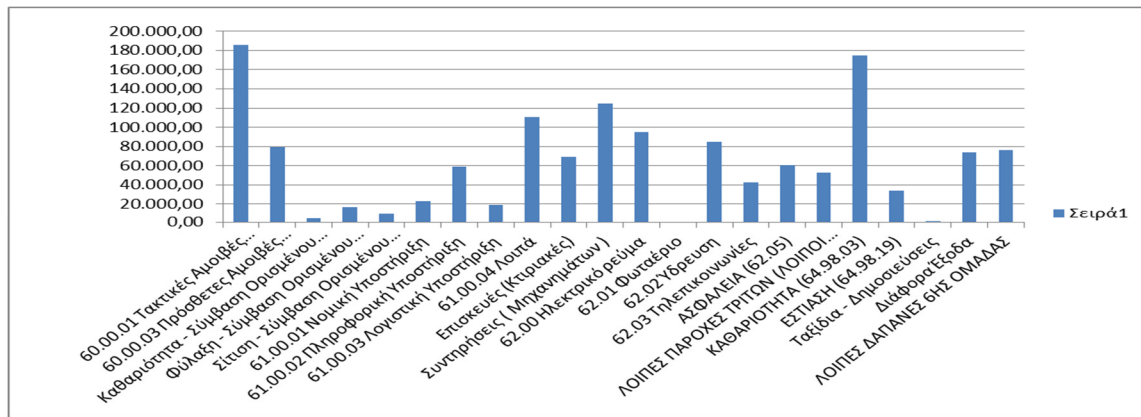
Για λοιπά άλλα έξοδα του νοσοκομείου δαπανήθηκαν τα τελευταία χρόνια 110.490,55€.

Βέβαια, υπάρχουν και οι φθορές που καταγράφονται στο νοσοκομείο με αποτέλεσμα να δαπανώνται κατά μέσο όρο 69.076,56€ για κτηριακές επισκευές. Οι περισσότερες φθορές έγιναν τη χρονιά του 2019 και οι λιγότερες φθορές παρατηρήθηκαν την χρονιά του 2014.

Σημαντικό, επίσης, κρίνεται και η συντήρηση μηχανημάτων που χρησιμοποιεί το νοσοκομείο και για τα οποία δαπανά κατά μέσο όρο ετησίως 69.076,56€ με μεγαλύτερο ποσό φαίνεται να δαπάνησε το 2013, ενώ μικρότερο το 2018.

Οποσδήποτε, υπάρχουν και δαπάνες σχετικά με το ηλεκτρικό ρεύμα, την ύδρευση και τις τηλεπικοινωνίες οι οποίες φτάνουν κατά μέσο όρο 95.197,76€ , 85.120,36€ , 42.762,76€ αντίστοιχα.

Τέλος, για την καλύτερη κατανόηση του πίνακα 19 τα στοιχεία παρουσιάζονται στο παρακάτω διάγραμμα 20.



Διάγραμμα 20: Μέσος όρος των δαπανών της Ν.Μ. Μεσολογγίου τα έτη 2012-2019

5.4 Κατανομή των δαπανών του Νοσοκομείου

Στην προηγούμενη υποενότητα είδαμε τις δαπάνες της Ν.Μ. Μεσολογγίου ανά έτος από το 2012 – 2019 ενώ στην υποενότητα αυτή κάνουμε κατανομή των δαπανών του νοσοκομείου.

Βάση του πίνακα 20 παρατηρούμε ότι το σύνολο των δαπανών το 2012 ήταν 1.855.194,08€ με περισσότερα χρήματα αν δαπανήθηκαν σε διάφορα έξοδα του νοσοκομείου και τα λιγότερα χρήματα δαπανήθηκαν για την αποπληρωμή του ηλεκτρικού ρεύματος 634€.

Την χρονιά του 2013 οι συνολικές δαπάνες ήταν 1.070.853,79€. Περισσότερα χρήματα δαπανήθηκαν για καθαριότητα (64.98.03) 265.334,75€ ενώ τα λιγότερα χρήματα δαπανήθηκαν για ταξίδια – δημοσιεύσεις με 1.454,78€.

Ομοίως, το 2014 οι συνολικές δαπάνες του νοσοκομείου ήταν 808.362,97€ με μεγαλύτερες δαπάνες για την καθαριότητα (64.98.03) 217.807,14€ και μικρότερες δαπάνες παρατηρούνται στα ταξίδια – δημοσιεύσεις με 449,61€.

Την επόμενη χρονιά, το 2015, οι συνολικές δαπάνες είναι 1.016.700,61€ με το μεγαλύτερο ποσό να δαπανάται στις συντηρήσεις μηχανημάτων 160.524,06€ και το μικρότερο ποσό δαπανάται για την αποπληρωμή των τηλεπικοινωνιών 5.284,15€.

Το 2016 το σύνολο των δαπανών παρατηρούμε να αγγίζει τα 941.330,91€ με περισσότερα χρήματα να δαπανώνται για τις τακτικές αμοιβές επικουρικού προσωπικού 205.704,81€ και λιγότερα για ταξίδια – δημοσιεύσεις 119,04€.

Το 2017 το σύνολο των δαπανών είναι 1.428.824,85€ με τις μεγαλύτερες δαπάνες να σημειώνονται για λοιπά έξοδα (61.00.04) 353.939,91€ και μικρότερες δαπάνες σημειώνονται για την αποπληρωμή του ηλεκτρικού ρεύματος 481€.

Το 2018 οι συνολικές δαπάνες που έκανε το νοσοκομείο φτάνουν τα 2.193.344,06€ με μεγαλύτερο ποσό να δαπανάται για τακτικές αμοιβές επικουρικού προσωπικού 371.175,51€ και μικρότερο ποσό δαπανάται για ταξίδια – δημοσιεύσεις 2.704,44€.

Τέλος, το 2019 η Ν.Μ. Μεσολογγίου παρατηρείται από το πίνακα ότι δαπάνησε συνολικά 1.645.972,51€ με τις μεγαλύτερες δαπάνες να σημειώνονται για την αποπληρωμή ηλεκτρικού ρεύματος 267.794,12€ και μικρότερες δαπάνες σημειώνονται για ταξίδια – δημοσιεύσεις 760,86€.

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με τον πίνακα 20 της κατανομής δαπανών της Ν.Μ. Μεσολογγίου οι μεγαλύτερες συνολικές δαπάνες παρατηρήθηκαν την χρονιά 2018 και οι μικρότερες συνολικές δαπάνες παρατηρήθηκαν την χρονιά 2014.

ΔΑΠΑΝΕΣ 2012-2019								
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
60.00.01 Τακτικές Αμοιβές Επικουρικού Προσωπικού	124.530,03	138.851,91	73.840,78	84.331,51	205.704,81	335.861,67	371.175,51	149.280,11
60.00.03 Πρόσθετες Αμοιβές Ιατρών ΕΣΥ	1.902,53	34.020,32	41.921,34	157.840,19	59.294,37	86.940,26	114.854,26	137.758,78
Καθαριότητα - Σύμβαση Ορισμένου Χρόνου (αρ. 63 ν. 4430/2016)	0	0	0	0	0	0	0	36.200,83
Φύλαξη - Σύμβαση Ορισμένου Χρόνου (αρ. 63 ν. 4430/2016)	0	0	0	0	0	0	48.729,58	84.345,13
Σίτιση - Σύμβαση Ορισμένου Χρόνου (αρ. 63 ν. 4430/2016)	0	0	0	0	0	0	25.711,77	43.134,84
61.00.01 Νομική Υποστήριξη	20.327,58	13.440,56	13.322,25	19.491,15	26.866,48	21.058,12	32.481,93	39.632,83
61.00.02 Πληροφορική Υποστήριξη	95.901,48	46.619,77	27.382,72	49.401,90	55.829,54	74.082,47	52.386,32	72.746,77
61.00.03 Λογιστική Υποστήριξη	19.526,25	10.844,49	12.546,00	17.796,06	14.243,12	33.104,21	23.493,39	22.634,71
61.00.04 Λοιπά		7.000,75	6.185,15	24.839,81	18.563,95	353.939,91	360.142,82	2.761,48
Επισκευές (Κτιριακές)	114.748,50	4.744,62	590,4	56.718,79	47.491,23	32.646,82	115.563,74	180.108,41
Συντηρήσεις (Μηχανημάτων)	173.052,53	174.523,03	86.260,91	160.524,06	140.976,11	121.069,27	83.625,25	56.415,97
62.00 Ηλεκτρικό ρεύμα	634	10.237,91	45.394,06	59.861,61	17.476,08	481	359.703,32	267.794,12
62.01 Φωταέριο								0
62.02 Ύδρευση	6.815,39	56.888,44	5.607,42	18.615,28	4.520,24	20.037,16	284.649,25	283.829,68
62.03 Τηλεπικοινωνίες	62.283,21	89.018,25	41.867,91	5.284,15	19.985,87	1.002,75	60.603,18	62.056,78
ΑΣΦΑΛΕΙΑ (62.05)	90.528,67	77.701,96	70.486,56	76.359,23	71.334,65	82.071,44	18.804,62	286,26
ΛΟΙΠΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΤΡΙΤΩΝ (ΛΟΙΠΟΙ ΛΟΓ ΤΟΥ 62)	145.576,21	48.025,76	28.231,06	34.724,86	36.398,62	40.128,60	41.836,45	44.965,22
ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ (64.98.03)	274.718,67	265.334,75	217.807,14	136.670,96	135.089,04	143.529,34	125.969,48	100.998,90
ΕΣΤΙΑΣΗ (64.98.19)	111.178,77	15.702,18	11.129,04		2.418,00	29.016,00		
Ταξίδια - Δημοσιεύσεις	3.258,94	1.454,78	449,61		119,04		2.704,44	760,86
Διάφορα Έξοδα	327.740,28	48.212,11	25.198,62	50.017,72	37.651,42	33.324,49	38.926,29	26.949,19
ΛΟΙΠΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ 6ΗΣ ΟΜΑΔΑΣ	282.471,04	28.232,20	100.142,00	64.223,33	47.368,34	20.531,34	31.982,46	33.311,64
ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΩΝ	1.855.194,08	1.070.853,79	808.362,97	1.016.700,61	941.330,91	1.428.824,85	2.193.344,06	1.645.972,51

Πίνακας 20: Κατανομή δαπανών της Ν.Μ. Μεσολογγίου 2012-2019

Συμπεράσματα/ Αποτελέσματα/ Επίλογος

Η οικονομική κρίση που ταλανίζει την τελευταία δεκαετία την Ελλάδα έχει προκαλέσει πολλά προβλήματα. Σύμφωνα στην παρούσα εργασία έγινε λόγος για τις αιτίες και τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε κοινωνικοοικονομικό, πολιτικό, ψυχικό και σωματικό επίπεδο καθώς, επίσης, αναφέρθηκαν και τα προβλήματα που έχει επιφέρει στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

Με την κορύφωση της οικονομικής κρίσης το σύστημα υγείας δεν μπορούσε να ανταπεξέλθει σε όλες τις ανάγκες των πολιτών με αποτέλεσμα να χαρακτηρίζεται από μείωση αποδοτικότητας και λειτουργικότητας επομένως και από μείωση των δαπανών υγείας. Έτσι, οι πολίτες έχασαν την εμπιστοσύνη τους στις υπηρεσίες υγείας και ήταν δυσαρεστημένοι.

Συγκεκριμένα, στη παρούσα εργασία, γίνεται αναφορά στο Γενικό Νοσοκομείο Μεσολογίου όπου παρατηρείται κάθε χρόνο μια συνεχής προσπάθεια ανάπτυξης για αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, αύξηση των δαπανών και ενίσχυση του νοσοκομείου με εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό και τον απαραίτητο και σύγχρονο εξοπλισμό.

Διαπιστώνουμε ότι, όταν άρχισε να ξεσπά η οικονομική κρίση το 2009 η νοσηλευτική κίνηση στην καρδιολογική κλινική αυξανόταν και ιδιαίτερα το 2012 είχε τη μεγαλύτερη κίνηση, ενώ στην παθολογική κλινική το 2009 παρατηρείται μεγάλος αριθμός κίνησης ασθενών σε σχέση με τις άλλες χρονιές 2011-2019.

Επιπροσθέτως, μεγάλη κίνηση ασθενών κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης παρατηρείται στα τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία όπου στην ψυχιατρική κλινική διαπιστώνονται ραγδαίες μεταβολές και συγκεκριμένα το 2018 οι ασθενείς έφτασαν στους 2901. Ενώ και στην ψυχολογική κλινική φαίνονται μεταβολές και αύξηση των ασθενών το 2012 με 627 ασθενείς. Σε τέτοιες περιόδους οικονομικής ύφεσης είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό και παρατηρούνται έντονα η κατάθλιψη, η τάση για αυτοκτονία η σωματοποίηση των ψυχολογικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι πολίτες, που έχει σαν αποτέλεσμα να στρέφονται σε καταχρήσεις, κάπνισμα, αλκοόλ κ.α..

Αυτό που παρατηρείται έντονα από τα στοιχεία που αντλούνται παραπάνω σχετικά με την Ν.Μ. Μεσολογίου, κατά την ύφεση της κρίσης είναι η υπογεννητικότητα όπου το 2015 παρουσιάζεται μείωση των γεννήσεων κατά 96 άτομα.

Όσο αναφορά την μισθοδοσία του μονίμου προσωπικού της Ν.Μ. Μεσολογίου παρατηρείται σημαντική μείωση το 2015 ενώ από το 2016 - 2019 παρατηρείται αύξηση.

Η κίνηση των χειρουργείων της δεκαετίας 2009 - 2019 δεν είχε μεγάλες αποκλίσεις οι μεταβολές που παρουσιάζονται είναι μικρές. Από τις κλινικές τη μεγαλύτερη αύξηση

έχει η ορθοπαιδική, στη συνέχεια η χειρουργική. Τη μεγαλύτερη μείωση παρουσίασε η οφθαλμολογική κλινική.

Σύμφωνα με τις αγορές που πραγματοποιήθηκαν από το νοσοκομείο Μεσολογγίου διαπιστώνεται ότι και κατά την διάρκεια της οικονομική ύφεσης δεν έλειψαν τα απαραίτητα υλικά όπως είναι τα φάρμακα, τα υγειονομικά υλικά, τα αντιδραστήρια και τα καύσιμα.

Τέλος, οι δαπάνες του νοσοκομείου φαίνεται να μην έχουν μεγάλες μεταβολές και να υπάρχει ισοζύγιο εσόδων και τα εξόδων.

Εύκολα, λοιπόν, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι αν δεν υπήρχε η οικονομική κρίση της τελευταίας δεκαετίας, το νοσοκομείο Μεσολογγίου είχε τις προοπτικές να βελτιωθεί και να εκσυγχρονιστεί. Έτσι θα χαρακτηρίζονταν για την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητά του προσφέροντας σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες παροχές υπηρεσιών και εύκολη προσβασιμότητα.

Βιβλιογραφία

Ξένη Βιβλιογραφία

Bartley, M., 1997. Health and the life course: why safety nets matter. *BMJ*. 314 (7088), pp:1194.

Bethune, A., 1997. Unemployment and mortality in: Drever F & Whitehead M. ed. *Health inequalities*. London: H.M. stationery Office, pp. 46.

Blane, D., Bartley, M., Davey Smith, G. Disease etiology and materialistic explanations of socioeconomic mortality differentials. *Eur J Public Health* 1997, 7, pp.:385–391.

Bokhari, FA., Gai, Y. & Gottret, P., (2007). Government health expenditures and health outcomes. *Health Econ.* 16: 257–73.

Burchell, B., 1994. The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health in: Gallie D. et al. *Social change and the experience of unemployment*. Oxford: Oxford University Press, pp. 32.

Chionis, D., Pragidis, I. & Schizas, P., (2014). Long-term government bond yields and macroeconomic fundamentals: Evidence for Greece during the crisis-era. *Financial Research Letters*, 11(3).

Cutler, DM., Knaul, F., Lozano, R., Mendez, O. & Zurita, B., Financial crisis, health outcomes, and aging: Mexico in the 1980s and 1990s. NBER Working Paper No. 7746. National Bureau of Economic Research: Cambridge, MA.

Erol, M., Apak, S., Atmaca, M. & Öztürk, S. (2011): Management measures to be taken for the enterprises in difficulty during times of global crisis: An empirical study. Published by Elsevier, *Procedia Social and Behavioral Sciences* 24, pp.16–32.

Gavrilova, N., Semyonova, V., Evdokushkina, G. & Ivanov, A., (Problems with Mortality Data in Russia. Center on Aging, NORC/University of Chicago. Institute for Public Health, Russia.

Grosse, R., 1980. Interrelation between health and population: observations derived from field experience. *Soc. Sci. Med.* 14 (2), pp. 99-120

Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2014). Physicians' brain drain in Greece: A perspective on the reasons why and how to address it. *Health Policy*, 117(2), pp. 210-215.

Kakaletsis, N., Ioannidis, A., Sigalas, I. & Hatzitolios, A., (2013). The regional organization of the National Health System (ESY) in Greece - A brief overview of the

legislative interventions to date. *Archives of Hellenic Medicine / Arheia Ellenikes Iatrikes*, 30(2). pp. 233-240.

Kast. F., Rozenzweig, J., 1972. *General system theory: Applications for organization and management*. *Academy of Management Journal*. 15 (4), pp. 9

Katsimi, M. & Moutos, T., (2010). EMU and the Greek crisis: The political-economy perspective. *European Journal of political Economy*, 26(4), pp. 568-576.

Katz. D., Kahn R., 1966. *The social psychology of organization*. New York: J. Willey & Sons Inc., New York. pp. 27

Koontz, Harold, Cyril O'donnell, and John Half. *Management: A systems and contingency analysis of managerial functions*. 1976, pp. 26

Levy, E., 1975. *L' Economic du Systeme de Sanie*. Paris: Dunod. p. 23

Mooney, G., 1984. *Equity in health care: Confronting the confusion*. Aberdeen: Health Economics Research Unit Aberdeen University, Discussion Paper No. 11/82, pp. 19

Mooney, G., 1986. *Economics. Medicine and Health Care*. Sussex: Wheatsheaf Books Ltd, p. 7

Niakas, D. & Mylonakis, J., (2005). Choice of physician, private payment and patient satisfaction. Is there any relationship?. *International Journal of Healthcare Technology and Management* 6(3). Pp. 288 – 295.

Niakas, D. (2013) "Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription", *International Journal of Health Services*, vol 43, No 4, pp. 597 - 602

OECD, (2008). *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*. OECD Publications.

Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD), 2011. *Statistics*.

Piketty, T. & Saez, E., (2006). *The Evolution of Top Incomes: A Historical and International Perspective*, *American Economic Review, Papers and Proceedings*, 96.

Rajan, R., (2005). *Has Financial Development Made the World Riskier?*, NBER Working Paper, no. 11728.

Robert L. Heilbroner (2000): «Οι φιλόσοφοι του οικονομικού κόσμου» Εκδ. Κριτική Επιστημονική βιβλιοθήκη σ. 339-393

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. & McKee, M., (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *374(9686)*, pp. 315-323.

Sullivan, E. & Decker, P., (2009). *Effective leadership and management in nursing*. Upper Saddle River.

The effects of the Greek financial austerity on public health indices: Births, mortality and suicides: S. PROIKAKI, E. KOTSIKOU, G.I. LAMBROU. Post-Graduate Program “Public Health”, National School of Public Health, Athens, First Department of Pediatrics, Choremeio Research Laboratory, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece *Archives of Hellenic Medicine* 2017, 34(4), pp. 533–544.

Varoufakis Y., Halevi, J. & Theodorakis, N., (2011). *Modern Political Economics: Making Sense of the post-2008 World*. Publisher: Routledge; 1 edition.

West, P., 1981. Theoretical and practical equity in the national health service in England. *Soc. Sei. Med.* 15 (3), pp. 42.

WHO (1946) International Health Conference, New York

Wilkinson R. & Marmot M. (2003). *Social Determinants of Health: the solid facts* (2εκδ.). WHO

Winslow, Charles-Edward Amory (1920). «The Untilled Field of Public Health». *Modern Medicine* 2, pp. 183–191.

World Bank. *World Development Report 1993*. New York: Oxford University Press, pp. 85-89

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αλεξανδρίδης, Μ. (2006). Ελληνική οικονομία. Αθήνα: Σύγχρονη Εκδοτική
- Αλεξιάδης, Α., (1999). Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας. Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη
- Αναγνωστόπουλος Φ. (2010). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Νέα Υγεία, Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Περιοδικό, τεύχος 70, σ. 2-3.
- Αντωνοπούλου, Α., 2002. Δαπάνες και πολιτικές υγείας στην Ευρώπη. Θεσσαλονίκη: Ζυγός, σ. 51
- Βαγιανός, Δ., Βέττας, Ν. & Μεγύρ, Κ. (2010). Οικονομική κρίση στην Ελλάδα: μεταρρυθμίσεις και ευκαιρίες σε μία κρίσιμη συγκυρία. London: The Reforming Economist.
- Βασιλάκης, Ν. (2013). Παγκόσμια κρίση και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις: θεσμική αλλαγή στην Ε.Ε. και την Ελλάδα. Πτυχιακή Εργασία. Ηράκλειο: Τ.Ε.Ι. Κρήτης.
- Γεωργακόπουλος, Θ., Λιανός, Θ., Μπένος, Θ. & Τσεκούρας, Γ. (2007). Εισαγωγή στην Πολιτική Οικονομία. Αθήνα: Γ. Μπένου.
- Γεωργούση Ε., και Κυριόπουλο Γ. (2002), «Σεδιασμός – Οικονομική Διαχείριση και Αξιολόγηση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
- Γούλα, Α., (2007). Διοίκηση & Διαχείριση Νοσοκομείου» , Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Δαρδαβέσης, Θ. & Ιωαννίδης Α., (1999). Η σύσταση του Υπουργείου Υγείας, Στο: Πρακτικά του ΙΘ' Πανελληνίου Ιστορικού Συνέδριου. Θεσσαλονίκη.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., 2001. Συστήματα υγείας. Αθήνα: Παπαζήσης. σ. 162
- Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών IOBE, (2011). Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου.
- Καλογεροπούλου, Μ. & Μουρδουκούτας, Π., (2007). Υπηρεσίες Υγείας, Συστήματα Χρηματοδότηση-Αγορά. Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος
- Κουφάρης Γεώργιος 2010 «Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματοπιστωτικές αγορές»
- Κυριόπουλος, Γ., (1995). Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας. Αθήνα.

Κώστας Μελάς (2013). Μικρά μαθήματα για την ελληνική οικονομία. Εκδόσεις Πατάκη, σ. 167-199

ΚΩΤΣΗ ΕΥΔΟΞΙΑ, ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ(2018). ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ. Πτυχιακή Εργασία. Πάτρα: Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας

ΜΑΛΛΙΑΡΗΣ, Π. (1990), Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ, εκδόσεις Σταμούλης

Μανιού, Μ. & Ιακωβίδου, Ε., (2009). The current situation in the public and private hospitals in Greece. Το βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 8(4).

Μουρίκη, Α., Μπαλούρδος, Δ., Παπαλιού, Ο., Σπυροπούλου, Ν., Φαγαδάκη, Ε. & Φρονίμου, Ε. (επιμ.) (2012). Το Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας-2012. Όψεις της κρίσης, Ε.Κ.Κ.Ε., Αθήνα

Μπουρσανίδης, Χ., 1991. Συστήματα Υγείας. Αθήνα: Σημειώσεις, σ. 37

Μωραΐτης, Ε. (2000β): Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Διδακτικές Σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.

Μωραΐτης Ε. (2003) «Ελληνικό Σύστημα Υγείας», Σπουδαστικές σημειώσεις ΕΣΔΔ, Αθήνα σ. 12

Οικονόμου Χ .(2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας. Αθήνα: Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων

Πετρέλης, Μ. & Δομάγερ, Φ., (2016). Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τη Δυτική Ευρώπη στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Το Βήμα του Ασκληπιού, 15(4). σ. 365-378.

Σαρρής, Μ., (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση

Σιάχος, Δ. (2010). Το δημοσιονομικό πρόβλημα της Ελλάδας, φύση, αίτια, διαστάσεις, ευθύνες, επιπτώσεις, προοπτικές εξόδου. Επιστημονική Επετηρίδα Εφαρμοσμένης Έρευνας Τ.Ε.Ι. Πειραιά - Έκδοση Διοίκηση και Οικονομία. 14(2), Pp.75-99.

Σούλης Σ. Οικονομική της υγείας. Εκδ., Παπαζήση, Αθήνα, 1999

Τούντας, Γ., 2000. Κοινωνία και υγεία. Αθήνα: Οδυσσέας, σ. 154-156.

Τούντας, Ε, 2008. Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας, σ. 39-156

Τούντας, Γ., (2016). Η υγεία των Ελλήνων στην κρίση. Διανέοσις Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης.

Τούντας Γ., Βαρδαβάς Κ., Γιαννοπούλου Κ., Γιώτη Γ., Καντζανού Μ., Καστανιώτη Κ., και συν. (2016). Η Υγεία των Ελλήνων Στην Κρίση. Αθήνα: διαΝΕΟσις - Οργανισμός Έρευνας & Ανάλυσης.

Τράπεζα της Ελλάδος, (2012), «Η Οικονομική κρίση στην Ελλάδα. Αίτια και επιπτώσεις».

Τσιότρας Γ., Μποχώρης Γ., Σκορδή, Α., 1998. Ποιότητα και υγεία. Βασικές έννοιες και ιστορική αναδρομή για την Ελλάδα. Αθήνα: Συνέδριο «Η ποιότητα στο χώρο της υγείας», σ. 14.

Υγειονομικός Χάρτης της Ελλάδος, (2013)

Υφαντόπουλος Γ. (2003) «Τα Οικονομικά της Υγείας: Θεωρία και Πολιτική», Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.

Χαλκιά, Β., Βαρακλιώτη, Α. (2015) Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 32(5), σ. 546-555

Χαρδούβελης Γ.Α. (2009), «Η χρηματοοικονομική κρίση και το μέλλον της παγκόσμιας οικονομίας», Eurobank EFG Economic Research: Η κρίση του 2007-2009: Τα αίτια, η αντιμετώπιση και οι προοπτικές, Vol. 4, No 8, pp.19-43

Χριστοφόρου, Β. (2011). Η χρηματοπιστωτική κρίση και η εποπτεία των χρηματαγορών. Διατριβή, M.Sc. Πάτρα: Πανεπιστήμιο Πατρών.

Πηγές από διαδίκτυο

Αθηνοδρόμιο. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, τι είναι και ποιος ο σκοπός του. Σύνταξη άρθρου: Ευτυχία Γιαννακοπούλου, Επιμέλεια άρθρου: Κωνσταντίνος Ουρανός. Δημοσιεύτηκε: 20/03/2020. Από:

<http://www.athinodromio.gr/%CF%84%CE%BF-%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CF%84%CE%B9-%CE%B5%CE%AF%CE%BD%CE%B1%CE%B9/#.X-CBN9gzbIV> (τ.π. 22/12/2020)

αΝΕΟσις/ΕΠΨΥ από: <https://www.dianeosis.org/> (τ.π. 04/02/2021)

Απόσπασμα από τα Επίσημα Πρακτικά της Ρ4Α' , 27 Ιουνίου 2005, Συνεδρίαση της Ολομέλειας της Βουλής στην οποία ψηφίστηκε το παρακάτω σχέδιο νόμου: ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, Άρθρο 1 από: <https://isx.gr/sites/default/files/o-health-pap.pdf> (τ.π. 25/11/2020)

διαΝΕΟσις. (2016). Βελτιώνοντας το Σύστημα Υγείας: Μία σειρά κατευθύνσεων πολιτικής για την καταπολέμηση των παθογενειών του Συστήματος Υγείας. Από: <https://www.dianeosis.org/2016/03/greek-health-proposals/> (τ.π. 02/01/2021)

Δικλίσ-blog. ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ. Από: <http://www.diklis.gr/blog/%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%B7-%CE%B1%CF%83%CF%86%CE%B1%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%B7/%CE%B4%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%BF%CE%B2%CE%B1%CE%B8%CE%BC%CE%B9%CE%B1-%CF%86%CF%81%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%B4%CE%B1-%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%B9%CE%B1%CF%83/> (τ.π. 22/12/2020)

Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ελλάδα) από: [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CE%A3%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82_\(%CE%95%CE%BB%CE%B%CE%AC%CE%B4%CE%B1\)](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CE%A3%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82_(%CE%95%CE%BB%CE%B%CE%AC%CE%B4%CE%B1)) (τ.π. 22/12/2020)

Ελληνική οικονομική κρίση (2009-2018) από: [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7_\(2009-2018\)](https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7_(2009-2018)) (τ.π. 23/11/2020)

ΕΣΠΑ. (2016). Εθνική Στρατηγική Υγείας και δράσεις του Τομέα Υγείας στο ΕΣΠΑ 2014-2020. p. 24-26. Από: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/3948-ethnikh-strathgikh-ygeias-kai-drasesis-toy-tomea-ygeias-sto-espa-2014-2020> (τ.π. 02/01/2021)

Εφημερίδα: ΤΟ ΒΗΜΑ: Τι είναι και πώς λειτουργεί ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθερότητας (ESM). Δημοσίευση: 9 Ιουλίου 2015 από: <https://www.tovima.gr/2015/07/09/world/ti-einai-kai-pws-leitoyrgei-o-eyrwpaikos-mixanismos-statherotitas-esm/> (τ.π. 1/12/2020)

ΙΝΕ Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ. ΜΑΡΤΙΟΣ 2012. Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα του Χαράλαμπου Οικονόμου. σ. 97-104. Από: <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/report7.pdf> (τ.π. 04/01/2021)

Κοινωνία & Υγεία Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑΓ.Ν.Η). Άντα Μαρκάκη, Ρένα Μάρκατζη, Κατερίνα Σαρρή. Τμήμα Ιατρικής. Πανεπιστήμιο Κρήτης. Από: https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/17242/mod_resource/content/1/05.%20Tritobathmia%20Frontida%20Ygeias_PAGNH_2015-16.pdf (τ.π. 22/12/2020)

«Κοινωνικά & Ανθρωπιστικά Ζητήματα». Δημοσιεύτηκε στις 11 Ιουνίου, 2019. Από: <https://thesafiablog.com/2019/06/11/briola-analysis/> (τ.π. 22/12/2020)

ΜΟΝΤΕΛΟ ΒΟΥΛΗΣ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ 2016 Δ' ΣΥΝΟΔΟΣ ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ. Άρθρο 2 Ο Οικογενειακός Ιατρός στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Από: <http://mve.gr/documents/bills2016/health-bill-2016.pdf> (τ.π. 22/12/2020)

Νοσοκομείο Ευαγγελισμός (Evangelismos Hospital), από: <https://www.evangelismos-hosp.gr/index.php/istoriko> (τ.π. 09/01/2021)

Οικονομική κρίση από: https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9F%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7 (τ.π. 23/11/2020)

Παγκόσμια οικονομική ύφεση 2008 από: https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A0%CE%B1%CE%B3%CE%BA%CF%8C%CF%83%CE%BC%CE%B9%CE%B1_%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CF%8D%CF%86%CE%B5%CF%83%CE%B7_2008 (τ.π. 30/11/2020)

Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα. Γιάννης Τούντας Καθηγητής Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών Διευθυντής. Αθήνα, Ιούνιος 2016. Από: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8nbMItGSXoEJ:https://ecla>

ss.uoa.gr/modules/document/index.php%3Fcourse%3DMED957%26download%3D/5757dbado95K/5757dd92JUve.pdf+%&cd=4&hl=el&ct=clnk&gl=gr (τ.π. 22/12/2020)

Υγεία από: <https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1> (τ.π. 24/11/2020)

Χλέτσος Μ. (2015). Το Ελληνικό σύστημα υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης. Quality in health. Από: <https://qualityinhealth.gr/index.php/arthra/katigoriesarthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisistou-mixali-xletsou> (τ.π. 02/01/2021)

Andrew Willis (20 Σεπτεμβρίου 2010). «EUobserver.com». EUobserver.com. (τ.π. 1/12/2020)

Bloomberg.com "European Rescue Fund May Buy Bonds, Recapitalize Banks, ECB's Stark Says" (τ.π. 1/12/2020)

Caballero, Ricardo J. (Δεκέμβριος 2006). «[On the Macroeconomics of Asset Shortages](#)» (PDF). *National Bureau of Economic Research*. (τ.π. 28/11/2020)

COM(2012) από: <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2012/EL/1-2012-750-EL-F1-1-ANNEX-1.Pdf> (τ.π. 10/12/2020)

Consilium.europa.eu "The Council and the member states decided on a comprehensive package of measures to preserve financial stability in Europe, including a European financial stabilisation mechanism, with a total volume of up to EUR 500 billion." (τ.π. 1/12/2020)

Economist.com "European Financial Stability Facility, the special-purpose vehicle (SPV) set up to support ailing euro-zone countries, is even being run by a former hedgeie. But this is one fund that will never short its investments." (τ.π. 1/12/2020)

«EFSF.europa.eu» (PDF). Αρχειοθετήθηκε [από το πρωτότυπο](#) (PDF) στις 23 Δεκεμβρίου 2010. (τ.π. 1/12/2020)

Etat.lu "Articles of Incorporation of the EFSF established as a public limited liability company under the laws of the Grand-Duchy of Luxembourg." (τ.π. 1/12/2020)

Iatronet. Πώς επηρεάζει η οικονομία την υγεία; Τούντας Γιάννης. Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής Παν/μίου Αθηνών. Δημοσίευση: 7 Φεβρουαρίου 2008 από: <https://www.iatronet.gr/ygeia/perivallon-ygeia/article/3981/pws-epireazei-i-oikonomia-tin-ygeia.html> (τ.π. 26/11/2020)

I.M.F. από: <https://www.imf.org/en/Publications/SPROLLS/world-economic-outlook-databases#sort=%40imfdate%20descending>

Naftemporiki.gr. Δημογραφικό: Στην τετραετία 2015-2018 «χάθηκε» μία πόλη με πληθυσμό αντίστοιχο του Βόλου. Δημοσιεύτηκε: Τετάρτη, 02 Οκτωβρίου 2019. Από: <https://www.naftemporiki.gr/finance/story/1520051/dimografiko-stin-tetraetia-2015-2018-xathike-mia-poli-me-plithusmo-antistoixo-tou-bolou> (τ.π. 04/02/2021)

«NYT-Paul Krugman-Geithner: Does He Pass The Test?». Nybooks.com. 10 Ιουλίου 2014. (τ.π. 28/11/2020)

Paxson, C. & Case, A., (2004). Sex differences in morbidity and mortality. Center for Health and Wellbeing Discussion Paper, Princeton University. Από: <http://www.wws.princeton.edu/chw/research/papers.php> ,forthcoming Demography. (τ.π. 04/02/2021)

Sputniknews. ΕΛΛΑΔΑ 20.08.2018 Από Ζωή Σεργεντάνη. από: <https://sputniknews.gr/ellada/20180820714240-ellada-mnhmonio-hmeromhnies-gegonota-stathmoi-xroniko/>

THE SAFIA BLOG. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΜΙΑ ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ. από τη Κωνσταντίνα Μπριόλα, ερευνήτρια της ομάδας

WHO. The financial crisis and global health. Geneva, 2009. Από: [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en .pdf](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en.pdf) (τ.π. 04/02/2021)