



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ**
UNIVERSITY OF PATRAS

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ
ΠΡΩΗΝ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ & ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΤΟΥ ΠΡΩΗΝ Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΟΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ
ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ**

ΚΑΝΑΡΑΚΗ ΙΩΑΝ. ΑΘΗΝΑ ΑΜ 17019

ΓΚΙΚΑ ΑΝ. ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΑΜ 16992

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΝΤΟΒΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΜΕΣΣΟΛΟΓΓΙ 2021

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα « Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στον τομέα της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία» εκπονήθηκε κατά την διάρκεια του Ακαδημαϊκού έτους 2020-2021, στα πλαίσια του προπτυχιακού προγράμματος τμήματος σπουδών «Διοίκηση Τουρισμού – πρώην Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής στο Μεσολόγγι » του Πανεπιστημίου Πατρών. Η εργασία πραγματοποιήθηκε υπό την επίβλεψη του κύριου Ντόβα Δημήτρη από τις φοιτήτριες Καναράκη Αθηνά και Γκίκα Αγγελική.

Η εργασία για πρακτικούς και λειτουργικούς λόγους διαχωρίστηκε σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος διαθέτει το θεωρητικό υπόβαθρο (ορισμοί, μοντέλα, συλλογή πληροφοριών από άρθρα και βιβλιογραφία), ενώ το δεύτερο αφορούσε την δημιουργία ερωτηματολογίου, ανάπτυξη αυτού καθώς και την διεξαγωγή συμπερασμάτων.

Αντικείμενο της εργασίας αποτελεί η επίδραση της οικονομικής κρίσης και των συνεπειών αυτής στον τομέα της Δημόσιας Υγείας. Συγκεκριμένα για την διεξαγωγή συμπερασμάτων, μοιράσθηκαν ερωτηματολόγια σε ικανοποιητικό δείγμα εργαζομένων σε δημόσια νοσοκομεία.

Σε αυτό το σημείο, κρίνεται απαραίτητο να ευχαριστήσουμε όσους μας βοήθησαν στην συλλογή των πληροφοριών και των στοιχείων που απαιτήθηκαν. Θέλουμε να ευχαριστήσουμε προσωπικά τον καθηγητή μας κύριο Ντόβα για την καθοδήγησή του σε όλα τα στάδια της ολοκλήρωσης της εργασίας.

ΣΥΝΟΨΗ

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία αναλύεται το χαρακτηριστικό της κρίσης στην οικονομία ως μια δυσανάλογη παρουσία ανάμεσα στην ζήτηση και προσφορά ενός αγαθού ή υπηρεσίας. Η διαχείριση της οικονομικής κρίσης πραγματοποιείται με την άσκηση δημοσιονομικής πολιτικής και την λήψη των απαραίτητων μέτρων.

Η οικονομική της υγείας μελετά τον τρόπο κατανομής των πόρων μεταξύ διάφορων δραστηριοτήτων με σκοπό την ίαση ασθενειών και την προαγωγή, διατήρηση και βελτίωση της υγείας. Το σύστημα υγείας, επομένως μπορεί να αντιμετωπισθεί είτε ως μια μακροοικονομική μονάδα είτε ως μικροοικονομική. Στον χώρο της υγείας η οικονομική αποδοτικότητα διαχωρίζεται στην λειτουργική (επίτευξη μέγιστου αποτελέσματος με την βέλτιστη αξιοποίηση πόρων και ελαχιστοποίησης κόστους) και στην καταναλωτική (διαμόρφωση συστήματος αξιών).

Μέσω της μακροοικονομικής προσέγγισης του συστήματος υγείας είναι εμφανές ότι η λήψη δημοσιονομικών μέτρων από την εκάστοτε κυβέρνηση επηρεάζει άμεσα τον δημόσιο τομέα της υγείας και την ποιότητα των υπηρεσιών του.

Οι επιπτώσεις στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα μέσω της έκθεσης του OECD (παράγραφος 3.4, 3.4.1 & 3.4.2) έρχονται να επιβεβαιώσουν τα συμπεράσματα που διεξήχθησαν κατά την ολοκλήρωση του ερευνητικού μέρους.

Άξιο αναφοράς είναι ότι παρά τις προκλήσεις που κλήθηκε να αντιμετωπίσει το ελληνικό κράτος για την διαχείριση της οικονομικής κρίσης, οι υγειονομικοί διατηρούν την εμπιστοσύνη τους στις ικανότητες τις οποίες διαθέτει ο δημόσιος τομέας υγείας, αναμένοντας την αποκατάσταση των αδυναμιών του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση και ανάλυση όλων των παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν και επηρεάζονται από τον τομέα της δημόσιας υγείας.

Η κατανόηση της έννοιας της οικονομίας και της οικονομικής κρίσης αποτελούν κρίσιμες παραμέτρους στην ανάπτυξη ή μη των συστημάτων υγείας του κράτους.

Η δημοσιονομική πολιτική η οποία ασκείται λόγω πολιτικών, κοινωνικών και οικονομικών μεταβολών από την εκάστοτε κυβέρνηση, επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό ολόκληρο της οικονομικής της υγείας.

Η ανάλυση του τομέα υγείας και των συστημάτων υγείας παρέχουν επαρκή πληροφόρηση για την πετυχημένη συνεργασία των εμπλεκόμενων μερών και την εξομάλυνση τυχόν διακυμάνσεων.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Οικονομία

Economy

Οικονομική κρίση

Economic crisis

Δημοσιονομική πολιτική

Fiscal Policy

Τομέας υγείας

Health factor

Δημόσια υγεία

Public Health

Υγειονομικό προσωπικό

Health staff

Σύστημα υγείας

Health System

Διαχείριση κρίσης

Crisis management

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Πρόλογος	1
Σύνοψη	2
Περίληψη	3
Λέξεις – Κλειδιά	4
Περιεχόμενα	5
Περιεχόμενα Πινάκων	6
Συντομογραφίες	7
Εισαγωγή	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ	9
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ	10
1.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΟΜΩΝ ΑΓΟΡΑΣ	11
1.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	13
1.4 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ	14
1.5 ΣΤΑΔΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	19
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ.....	19
2.2 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ.....	20
2.3 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ	21
2.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	27
3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	27
3.2 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	27
3.3 ΒΑΣΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	29
3.4 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	32
3.4.1 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΡΙΣΗΣ	32
3.4.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	33
3.5 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	41
4.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	41
4.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	50
Βιβλιογραφία	53
Παράρτημα 1	55

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΚΟΝΑ 1: ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΚΡΙΣΗΣ – Tony Jacques	17
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΧΩΡΑ	31

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ / ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	36
ΓΡΑΦΗΜΑ 2: ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ / ΙΑΤΡΙΚΟ / ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	36
ΓΡΑΦΗΜΑ 3: ΑΥΞΗΣΗ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	37
ΓΡΑΦΗΜΑ 4: ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	37
ΓΡΑΦΗΜΑ 5: ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΠΕΡΟΧΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	38
ΓΡΑΦΗΜΑ 6: ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΛΟΓΩ ΚΡΙΣΗΣ	38
ΓΡΑΦΗΜΑ 7: ΑΥΞΗΣΗ ΟΓΚΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	39
ΓΡΑΦΗΜΑ 8: ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΘΕΣΕΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	39
ΓΡΑΦΗΜΑ 9: ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΡΟΣΛΗΨΕΩΝ / ΑΠΟΧΩΡΗΣΕΩΝ	40
ΓΡΑΦΗΜΑ 10: ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΜΙΣΘΩΝ ΣΤΟΥΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥΣ	40
ΓΡΑΦΗΜΑ 11: ΠΡΟΣΛΗΨΕΙΣ ΜΕΣΩ ΕΠΙΔΟΤΗΣΕΩΝ	41
ΓΡΑΦΗΜΑ 12: ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	41
ΓΡΑΦΗΜΑ 13: ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΕΙΔΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΒΑΣΕΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ	42
ΓΡΑΦΗΜΑ 14: ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ	42
ΓΡΑΦΗΜΑ 15: ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΩΝ ΠΟΡΩΝ	43
ΓΡΑΦΗΜΑ 16: ΕΠΕΚΤΑΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	43
ΓΡΑΦΗΜΑ 17: ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ	44
ΓΡΑΦΗΜΑ 18: ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ	44
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΑΠΑΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	36
ΓΡΑΦΗΜΑ 19: ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΩΣ % ΤΟΥ ΑΕΠ	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΝΟΜΙΚΟΣ ΤΥΠΟΣ / ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ / ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ	38
ΓΡΑΦΗΜΑ 20: ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ	39

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Π.Ο.Υ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
SCHIP (State Children's Health Insurance Program)	Κρατικό Πρόγραμμα Ασφάλισης και Υγείας για Παιδιά
ACA (Affordable Care Act)	Προσιτή Πράξη Φροντίδας
OECD (Organization for Economic Co-operation and Development)	ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης)
ΜΕΘ	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΝΠΙΔ	Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου
ΝΠΙΔΔ	Νομικών Προσώπων Δημόσιου Δικαίου
ΕΣΥ	Ελληνικό Σύστημα Υγείας
ΠΕΔΥ	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΤοΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τομέας της υγείας αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνίας και της σύνθεσης του κράτους. Συνδέεται άμεσα με τους ανθρώπους και η οποιαδήποτε επίδραση σε αυτόν μεταφέρεται αντίστοιχα τόσο στους εργαζόμενους – υγειονομικούς όσο και στους ασθενείς.

Η εργασία στοχεύει να ερευνήσει τον βαθμό επίδρασης της οικονομικής κρίσης στον κλάδο της δημόσιας υγείας καθώς και τον τρόπο που διαμορφώνεται κατά την διάρκεια αυτής. Ως θέμα ανάπτυξης η παρούσα πτυχιακή επικεντρώνεται στον Ελλαδικό χώρο.

Το θεωρητικό μέρος, εστιάζει στην παρουσίαση και ανάλυση των ορισμών καθώς και των μοντέλων που περιλαμβάνονται σε αυτούς, σχετικά με την οικονομία, την οικονομική κρίση, την δημοσιονομική πολιτική, την οικονομία της υγείας και τα συστήματα υγείας. Σκοπός του θεωρητικού μέρους, είναι η κατανόηση των αναφερόμενων ορισμών καθώς και του τρόπου αλληλεπίδρασης του κράτους και της κοινωνίας με τον τομέα της δημόσιας υγείας.

Στο ερευνητικό μέρος (κεφάλαιο 4), παρατίθενται τα ευρήματα της έρευνας η οποία διεξήχθη με την βοήθεια υγειονομικών. Η παράθεση πραγματοποιείται μέσω γραφημάτων και αντίστοιχων περιγραφών και συμπερασμάτων.

Τέλος, στο κεφάλαιο της σύνοψης συγκεντρώνονται οι βασικότερες πληροφορίες οι οποίες εν συνεχεία ενώνονται με τα συμπεράσματα, διατυπώνοντας ευκρινέστερη άποψη αναφορικά με το ανεπτυγμένο θέμα της εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

Για την σαφή κατανόηση του όρου «οικονομία» απαιτείται η ετυμολογία της λέξης. Πιο συγκεκριμένα, η λέξη «οικονομία» συντίθεται από τις λέξεις οἶκος (=οικία) και νέμομαι (=διαχειρίζομαι).

Σύμφωνα με τον άνωθεν εννοιολογικό ορισμό χαρακτηρίζεται ως:

- «το σύνολο των ανθρώπινων συνειδητών και συστηματικών ενεργειών οι οποίες λαμβάνουν χώρα σε μια κοινωνία και περιλαμβάνουν την αξιοποίηση αγαθών και υπηρεσιών, από διαφορετικούς οικονομικούς παράγοντες σε μια δεδομένη γεωγραφική τοποθεσία. Ως οικονομικοί παράγοντες αυτής μπορεί να είναι ιδιώτες, επιχειρήσεις, οργανισμοί ή κυβερνήσεις.»

Η οικονομία βασίζεται στις ακόλουθες πέντε αρχές:

- I. τον ορθολογισμό
- II. το κόστος
- III. τα οφέλη
- IV. τα κίνητρα
- V. οριακή ανάλυση

Ο ορθολογισμός προσεγγίζει την άποψη ότι οι άνθρωποι ενεργούν για το δικό τους συμφέρον με τις πληροφορίες οι οποίες τους παρέχονται την αντίστοιχη χρονική στιγμή.

Ειδικότερα, με την πάροδο του χρόνου, έγινε ολοένα και πιο ξεκάθαρο στους οικονομολόγους ότι οποιαδήποτε συμπεριφορά είναι ενδιαφέρουσα και περίπλοκη, όπως οι απαντήσεις των καταναλωτών στις τιμές και τον πλούτο, δεν θα μπορούσε να εξηγηθεί ως η μεγιστοποίηση κάποιου αντικειμενικού μέτρου χρησιμότητας. Αντ' αυτού, υποστηρίχθηκε ότι οι καταναλωτές μεγιστοποιούν τις μη παρατηρήσιμες λειτουργίες υποκειμενικότητας. Αυτές οι λειτουργίες βοηθητικού προγράμματος ονομάστηκαν «κανονικές», επειδή το μόνο που ήταν κακό ήταν η ταξινόμηση μεταξύ βοηθητικών προγραμμάτων διαφορετικών καταναλωτικών πακέτων. Θα ήταν μαθηματικά πιο ακριβές και ίσως λιγότερο μπερδεμένο, αν είχαμε μάθει να μιλάμε για κατηγορία αρθρικής ισοδυναμίας των λειτουργιών χρησιμότητας. Η ιδέα είναι να θεωρήσουμε δύο λειτουργίες χρησιμότητας ως ισοδύναμες εάν και μόνο αν και οι δύο αντιπροσωπεύουν τη σειρά δειγματοληψίας - δηλαδή, την ίδια αντανάκλαστική, πλήρη και μεταβατική δυαδική σχέση. Στη συνέχεια, φυσικά, το μόνο που έχει σημασία είναι η παραγγελία προτίμησης - η επιλογή της συνάρτησης χρησιμότητας από την τάξη ισοδυναμίας τάξης που αντιπροσωπεύει την παραγγελία προτίμησης δεν έχει σημασία. Πράγματι, υπό την προϋπόθεση ότι υπάρχει μια παραγγελία προτίμησης, δεν έχει σημασία ούτε αν μπορεί να αντιπροσωπευτεί καθόλου από κάποια λειτουργία χρησιμότητας. Αυτή η συνειδητοποίηση βασίζεται στην «επανάσταση» στη

θεωρία της ζήτησης που επιτεύχθηκε όταν οι Hicks και Allen (1934) την εξαφάνισαν από κάθε έννοια μετρήσιμης χρησιμότητας.

Η λέξη κόστος συνήθως χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό μιας χρηματικής αξίας. Στην πραγματικότητα υπάρχουν και άλλοι τύποι δαπανών, όπου σύμφωνα με την οικονομική ορολογία, ονομάζονται κόστη ευκαιρίας. Κόστος ευκαιρίας ορίζεται το κόστος το οποίο προκύπτει από την πραγματοποίηση μιας συναλλαγής ή μιας επένδυσης σε σχέση με το διαφυγόν κέρδος το οποίο θα προέκυπτε από μία άλλη πιο συμφέρουσα συναλλαγή ή επένδυση.

Ο λόγος για τον οποίο επιβαρύνεται το κόστος έγκειται στην άντληση οφέλους από αυτό. Τα οφέλη λαμβάνουν πολλές μορφές εκ των οποίων οι πιο προσιτές αντιστοιχούν στην νομισματική ή την ψυχολογική μορφή. Στα οικονομικά ο τρόπος μέτρησης της ψυχολογικής μορφής οφέλους αντικατοπτρίζει την «χρησιμότητα». Η έννοια της χρησιμότητας περικλείει την ικανοποίηση του καταναλωτή να κατέχει ή χρησιμοποιεί ένα αγαθό ή μια υπηρεσία. Η αύξηση της χρησιμότητας οδηγεί στην αύξηση των κερδών των επιχειρήσεων έχοντας ως αποτέλεσμα την εύρυθμη οικονομική λειτουργία.

Τα κίνητρα στην οικονομία σύμφωνα με τον ορισμό του Cambridge παρουσιάζονται ως οτιδήποτε παρέχεται σε κάποιον ώστε να συμπεριφέρεται υπό συγκεκριμένο τρόπο. Συνήθως η παροχή αφορά βράβευση ή οικονομική επιβράβευση (βραβείο και χρήματα).

Στον τομέα των οικονομικών, η οριακή ανάλυση συνεπάγεται την εξέταση της τελικής ή της επόμενης μονάδας κόστους ή κατανάλωσης. Περιλαμβάνει ανάλυση κόστους-οφέλους των επιχειρηματικών αποφάσεων . στοχεύει επομένως στην κατανόηση εάν μια συγκεκριμένη απόφαση παρέχει αρκετά οφέλη για να αξίζει το κόστος αυτής της απόφασης.

Η απλούστευση του ορισμού της οριακής ανάλυσης, μπορεί να αντιστοιχίσει σε μια σύγκριση κόστους-οφέλους μεταξύ του πρόσθετου κόστους μιας συγκεκριμένης δραστηριότητας και των πρόσθετων οφελών της. «Οριακό» σημαίνει ότι το κόστος-όφελος το οποίο αναλύεται είναι αυτό της επόμενης μονάδας ή του ατόμου, όπως το πρόσθετο κόστος και το πρόσθετο όφελος από την πρόσληψη ενός ακόμη εργαζομένου.

Η οικονομία αποτέλεσε βάση για την οικονομική επιστήμη η οποία ορίζεται:

- Alfred Marshall : η επιστήμη η οποία αφορά την μελέτη της ανθρωπότητας μέσω της καθημερινής οικονομικής δραστηριότητάς της, εστιάζοντας στην ατομική και κοινωνική δράση της οποίας η σύνδεση πραγματοποιείται με την χρήση και την επίτευξη των υλικών απαιτήσεων της ευημερίας.
- Lionel Robbins : η επιστήμη που μελετά την ανθρώπινη συμπεριφορά σε σχέση με τους διαθέσιμους περιορισμένους πόρους.

Η οικονομική επιστήμη διαχωρίζεται στην μικροοικονομία και στην μακροοικονομία. Η μικροοικονομία εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο τα νοικοκυριά και οι επιχειρήσεις λαμβάνουν τις αποφάσεις τους και τον τρόπο της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης ενώ η μακροοικονομική εξετάζει την οικονομία στο σύνολό της.

1.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΟΜΩΝ ΑΓΟΡΑΣ

Οι αναλύσεις διαφορετικών δομών της αγοράς απέδωσαν αντίστοιχες οικονομικές θεωρίες οι οποίες κυριαρχούν στη μελέτη της μικροοικονομίας. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν τέσσερις θεωρίες, που σχετίζονται με τα ακόλουθα τέσσερα είδη οργάνωσης της αγοράς:

- τέλειος ανταγωνισμός
- μονοπωλιακός ανταγωνισμός
- ολιγοπώλιο
- μονοπώλιο

Ειδικότερα:

Ο τέλειος ανταγωνισμός περιγράφει μια δομή της αγοράς όπου ο ανταγωνισμός βρίσκεται στο μέγιστο δυνατό επίπεδο και παρουσιάζει μεγάλο αριθμό αγοραστών και πωλητών, με τις εταιρείες να παράγουν ομοιογενή προϊόντα έχοντας μηδενικό κόστος διαφήμισης και μεταφοράς ενώ μπορούν να εισέρχονται και να εξέρχονται από την αγορά δωρεάν. Οι καταναλωτές μίας αγοράς με συνθήκες τέλειου ανταγωνισμού έχουν άριστη γνώση για την αγορά και τις αλλαγές της και επιδίδονται στην λογική λήψη αποφάσεων ενώ παράλληλα όλοι οι παράγοντες παραγωγής (εργασία, κεφάλαιο κ.λπ.) εμφανίζουν τέλεια κινητικότητα.

Επίσης, σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι σε αυτού του είδους την αγορά δεν υπάρχει καμία κρατική παρέμβαση και οι εταιρείες δεν δύναται να επηρεάσουν την τιμή των προϊόντων καθώς οι τιμές ορίζονται βάσει προσφοράς και ζήτησης, με τα κέρδη των επιχειρήσεων να κυμαίνονται σε κανονικά επίπεδα.

Ο μονοπωλιακός ανταγωνισμός χαρακτηρίζει μια αγορά στην οποία πολλές εταιρείες προσφέρουν προϊόντα ή υπηρεσίες παρόμοιες, αλλά όχι τέλεια υποκατάστατα. Τα εμπόδια εισόδου και εξόδου σε μια μονοπωλιακή ανταγωνιστική αγορά είναι χαμηλά ενώ οι αποφάσεις οποιασδήποτε εταιρείας δεν επηρεάζουν άμεσα αυτές των ανταγωνιστών της. Ο μονοπωλιακός ανταγωνισμός σχετίζεται στενά με την επιχειρηματική στρατηγική της διαφοροποίησης της μάρκας των προϊόντων / υπηρεσιών και χαρακτηρίζεται από έντονη διαφήμιση και μάρκετινγκ προκειμένου να επιτευχθεί υψηλότερη απόδοση. Οι εταιρείες, οι οποίες δραστηριοποιούνται στην αγορά του μονοπωλιακού ανταγωνισμού, διαθέτουν μικρή δύναμη στον περιορισμό της προσφοράς ή στην αύξηση των τιμών για την μεγιστοποίηση των κερδών τους. Συμπερασματικά, ο μονοπωλιακός ανταγωνισμός είναι ένα μέσο ανάμεσα στο μονοπώλιο και τον τέλειο ανταγωνισμό (θεωρητική οπτική) και συνδυάζει στοιχεία του αντίστοιχου είδους οργάνωσης της αγοράς. Όλες οι εταιρείες σε περιβάλλον μονοπωλιακού ανταγωνισμού έχουν τον ίδιο, σχετικά χαμηλό βαθμό ισχύος στην αγορά καθώς αποτελούν όλοι κατασκευαστές τιμών. Μακροπρόθεσμα, η ζήτηση είναι πολύ ελαστική οδηγώντας στις μεταβολές των τιμών ενώ βραχυπρόθεσμα, το οικονομικό κέρδος είναι θετικό (το οικονομικό κέρδος σε μακροπρόθεσμο πλάνο πλησιάζει το μηδέν).

Ως ολιγοπώλιο ορίζεται η δομή της αγοράς στην οποία κυριαρχεί μία μερίδα επιχειρήσεων και η συγκεκριμένη αγορά χαρακτηρίζεται ως πολύ συγκεντρωμένη. Παρόλο τον μικρό αριθμό κυρίαρχων επιχειρήσεων εντός της ολιγοπωλιακής αγοράς, είναι πιθανό πολλές μικρές εταιρείες να δραστηριοποιούνται επίσης εντός της. Παράδειγμα, ολιγοπωλιακών αγορών αποτελούν μεγάλες αεροπορικές εταιρείες (όπως η British Airways (BA) και η Air France) οι οποίες πραγματοποιούν συχνά τις διαδρομές τους με λίγους στενούς ανταγωνιστές, αλλά

υπάρχουν επίσης πολλές μικρές αεροπορικές εταιρείες που εξυπηρετούν τον παραθεριστή ή προσφέρουν εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Πιο αναλυτικά, τα κύρια χαρακτηριστικά των επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται σε μια αγορά με λίγους στενούς ανταγωνιστές περιλαμβάνουν:

- Αλληλοεξάρτηση, δηλαδή οι επιχειρήσεις δεν μπορούν να ενεργούν ανεξάρτητα μεταξύ τους, καθότι πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την πιθανή αντίδραση των ανταγωνιστών τους κατά την λήψη αποφάσεων.
- Στρατηγική, οι επιχειρήσεις πρέπει να σχεδιάσουν και να επεξεργαστούν μια σειρά πιθανών επιλογών με βάση τον τρόπο με τον οποίο πιστεύουν ότι οι αντίπαλοι ενδέχεται να αντιδράσουν.
- Εμπόδια εισόδου επιχειρήσεων στην αγορά. Οι κυρίαρχες εταιρίες διατηρούν συχνά την θέση τους λόγω του ότι είναι δαπανηρό ή δύσκολο για πιθανούς ανταγωνιστές να εισέλθουν στην αγορά.

Τα εμπόδια εισόδου επιχειρήσεων στην αγορά κατηγοριοποιούνται σε φυσικά και τεχνητά. Στα φυσικά εμπόδια κατατάσσονται α) οι οικονομίες μεγάλης κλίμακας παραγωγής, β) η κυριότητα ή έλεγχος ενός βασικού λιγοστού ή σπάνιου πόρου, γ) το υψηλό κόστος εγκατάστασης, δ) το υψηλό κόστος του τομέα Έρευνας και Ανάπτυξης. Στα τεχνητά εμπόδια εισόδου ανήκουν α) ο τρόπος τιμολόγησης όπως είναι η επιθετική τιμολόγηση ή η οριακή β) η ανώτερη γνώση και κατανόηση της αγοράς, των παραγόντων που την αποτελούν και των προϊόντων/υπηρεσιών που αυτή παρέχει, γ) η «αρπακτική» απόκτηση δηλαδή η εξαγορά πιθανού αντιπάλου με σκοπό τον έλεγχο του μεριδίου του, δ) η επιτυχημένη διαφήμιση και η ισχυρή μάρκα (brand name), ε) αποκλειστικά συμβόλαια και ζ) η κατακόρυφη ολοκλήρωση η οποία παρέχει την δυνατότητα να «συνδέσει» την αλυσίδα εφοδιασμού μειώνοντας τα διαθέσιμα κανάλια εισόδου.

- Μειωμένη επιλογή των καταναλωτών. Δεδομένης της έλλειψης ανταγωνισμού, οι εταιρείες οι οποίες μετέχουν στην ολιγοπωλιακή αγορά ενδέχεται να εμπλακούν στη χειραγώγηση της λήψης αποφάσεων των καταναλωτών, κάνοντας τις αποφάσεις πιο περίπλοκες. Παράδειγμα αποτελούν οι χρηματοοικονομικές αποφάσεις σχετικά με τα ενυπόθηκα δάνεια.
- Υπάρχει πιθανή απώλεια οικονομικής ευημερίας.

Το μονοπώλιο αποτελεί την δομή της οικονομικής αγοράς όπου ένα συγκεκριμένο πρόσωπο ή επιχείρηση είναι ο μόνος προμηθευτής ενός συγκεκριμένου αγαθού.

Μια αγορά μονοπωλίου χαρακτηρίζεται από την μεγιστοποίηση του κέρδους, τον κατασκευαστή τιμών, τα υψηλά εμπόδια εισόδου, τον πωλητή και τον διαχωρισμό τιμών. Οι πηγές μονοπωλιακής ισχύος περιλαμβάνουν οικονομίες κλίμακας, κεφαλαιακές απαιτήσεις, τεχνολογική υπεροχή, χωρίς υποκατάστατα αγαθά, έλεγχο φυσικών πόρων, νομικά εμπόδια και σκόπιμες ενέργειες.

Άξιο αναφοράς είναι, η ύπαρξη ομοιοτήτων μεταξύ της μονοπωλιακής και της ανταγωνιστικής αγοράς. Οι ομοιότητες εντοπίζονται στις λειτουργίες κόστους (ελαχιστοποίηση του κόστους και μεγιστοποίηση του κέρδους) και στην λήψη αποφάσεων.

Η μονοπωλιακή αγορά αναγνωρίζεται από την έλλειψη ανταγωνισμού και μεγιστοποίηση κερδών, ενώ η κυρίαρχη εταιρεία μπορεί να αποφασίζει την επιθυμητή τιμή παροχής του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Επιπλέον, τα εμπόδια εισόδου είναι πολύ υψηλά καθότι η εταιρεία αποτελεί ενιαίο πωλητή παράγοντας και εξυπηρετώντας όλο το μερίδιο της αγοράς.

Οι πηγές της μονοπωλιακής δύναμης προέρχονται από:

- Οικονομίες κλίμακας
- Απαιτήσεις κεφαλαίου
- Τεχνολογική υπεροχή
- Χωρίς υποκατάστατα προϊόντος
- Έλεγχος των φυσικών πόρων
- Εξωτερικότητες δικτύου
- Νομικά εμπόδια & Σκόπιμες ενέργειες

1.3 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Υπό γενικό πρίσμα η έννοια της κρίσης έχει αποδοθεί με σκοπό την περιγραφή ενός δύσκολου προβλήματος ή την αντιμετώπιση μιας περιόδου ανωμαλίας και αντικανονικότητας. Ο όρος «κρίση» επομένως, δίδεται κυρίως σε μια απρόβλεπτη κατάσταση, η οποία φέρει στοιχεία έντασης και ανασφάλειας σε διάφορες κλίμακες δηλαδή σε ένα άτομο, μια οικογένεια, μια επιχείρηση, ένας οργανισμός, η κοινωνία, οι θεσμούς, ή το διεθνές περιβάλλον. Κατά την διάρκεια μιας κρίσης, μεταβάλλεται η συνήθης ροή των γεγονότων και πραγμάτων και εισερχόμαστε σε μια καμπή δηλαδή σε μια μεταβατική περίοδο με δυσχέρειες και κινδύνους. Κάθε κρίση μπορεί να λειτουργήσει ως δοκιμή της σταθερότητας ενός συστήματος.

Εννοιολογικά σύμφωνα με τον Πανυγηράκη (2001) η κρίση είναι ένα έκτακτο γεγονός ή μια σειρά γεγονότων τα οποία δύναται να επηρεάσουν αρνητικά την αξιοπιστία κάποιων προϊόντων, το κύρος μιας επιχείρησης, τη χρηματοοικονομική ευστάθειά της, την υγεία των εργαζομένων, ή του κοινού γενικότερα, προξενώντας αρνητική προσοχή από τα ΜΜΕ ή και από τις ομάδες επιχειρησιακού ενδιαφέροντος.

Η ορολογία της κρίσης μπορεί να χαρακτηριστεί ως υποκειμενική καθότι αντικατοπτρίζει διαφορετικές οπτικές μίας κατάστασης η οποία περιλαμβάνει κάθε είδους καταστροφές ή/και έκτακτα περιστατικά.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι ακόλουθοι ορισμοί:

(Rosenthal και Rijnenburg): η έννοια της κρίσης σχετίζεται με τις καταστάσεις, οι οποίες χαρακτηρίζονται από σοβαρή απειλή, αβεβαιότητα και την αίσθηση του επείγοντος

(Barton): η κρίση να περιγράφει ένα μεγάλο, ξαφνικό γεγονός το οποίο έχει πιθανώς αρνητικά αποτελέσματα. Το σχετιζόμενο γεγονός και οι συνέπειές του, έχουν την ικανότητα να βλάψουν έναν οργανισμό και τους υπαλλήλους του, τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, την οικονομική κατάσταση και την υπόληψη της.

(Foster): η κρίση αποτελεί τα έκτακτα περιστατικά τα οποία προσδιορίζονται από τέσσερα διαφορετικά χαρακτηριστικά. Όπως, μια επείγουσα ανάγκη για γρήγορες αποφάσεις συνοδευόμενη από μια έντονη έλλειψη του απαραίτητου εκπαιδευόμενου προσωπικού, των υλικών και του χρόνου.

1.4 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ

Οι κρίσεις μπορούν να διακριθούν σε:

- Κρίσεις ανάλογα με το γενεσιουργό αίτιο (άμεσες φυσικές καταστροφές, έμμεσες φυσικές καταστροφές, ανθρωπογενείς καταστροφές με πρόθεση, ανθρωπογενείς από αμέλεια)
- Κρίσεις ανάλογα με τον πληγέντα τομέα
- Κρίσεις ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους
- Κρίσεις ανάλογα με τον προσδιοριστικό χαρακτηρισμό τους

Αναλυτικότερα:

A) Κρίσεις οφειλόμενες σε άμεσες φυσικές καταστροφές

Φυσικές καταστροφές ορίζονται οι καταστροφές οι οποίες προέρχονται από κάποιο φυσικό περιστατικό (ακραία καιρικά φαινόμενα ή σεισμικές δονήσεις) και είναι υπεύθυνες για την δημιουργία προβλημάτων στην ισορροπία του επιχειρησιακού συστήματος, με πιθανό κόστος ανθρώπινη ζωή. Συσχετιζόμενα με τις φυσικές καταστροφές μπορούν να χαρακτηριστούν διάφορα μη προβλέψιμα περιστατικά, των οποίων οι αρνητικές επιπτώσεις στην επιχείρηση είναι παρόμοιες με εκείνες που προκαλούνται από φυσικές καταστροφές (εκρήξεις λεβήτων, πρόκληση πυρκαγιών κλπ).

B)Κρίσεις από έμμεσες φυσικές καταστροφές

Οι έμμεσες φυσικές καταστροφές αποτελούν συνέπεια των ενεργειών του ανθρώπου και έχουν άμεσα καταστροφικό αποτέλεσμα στη φύση με πιθανές υψηλού βαθμού σοβαρές μελλοντικές επιπτώσεις (φαινόμενο θερμοκηπίου, τρύπα όζοντος, όξινη βροχή).

Γ)Ανθρωπογενείς καταστροφές με πρόθεση

Στην κατηγορία ανθρωπογενών καταστροφών με πρόθεση υπάγονται οι καταστροφές οι οποίες προκαλούνται από τον άνθρωπο άμεσα και εκδηλώνονται ως αιτία κάποιας σκοπιμότητας (πόλεμος, εξέγερση, θρησκευτικές αντιθέσεις, αναταραχές, οικονομικά φαινόμενα – διακύμανση οικονομικών δεικτών).

Δ)Ανθρωπογενείς κρίσεις από αμέλεια

Ορίζονται οι καταστροφές οι οποίες προκαλούνται από τον ανθρώπινο παράγοντα χωρίς την ύπαρξη σκοπιμότητας λόγω λανθασμένων ενεργειών του. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν τα ατυχήματα (εργατικά, πυρηνικά, χημικά, μεταφορών) και οι επιδημίες.(HEALTH R. , 2005)

Κρίσεις σύμφωνα με τον πληγέντα τομέα

- ✓ Επιχειρησιακός τομέας: οι βασικότερες συναντώνται στην υγεία / ασφάλεια των εργαζόμενων και στην εικόνα μιας επιχείρησης.
- ✓ Προσωπικός τομέας: πλήττονται μεμονωμένα άτομα.
- ✓ Οικογενειακός τομέας: πλήττονται οικογένειες.
- ✓ Κοινωνικός τομέας: αφορά ολόκληρες κοινωνίες
- ✓ Εθνικός τομέας: περιλαμβάνει τις κρίσεις οι οποίες αφορούν το κράτος (πολιτικές, κυβερνητικές, οικονομικές, περιβαλλοντικές, εκπαιδευτικές, νομισματικές).

Κρίσεις ανάλογα με τα χαρακτηριστικά τους

- ✓ Ανάλογα με τα αποτελέσματα τους
- ✓ Ανάλογα με το χρόνο διάρκειας
- ✓ Ανάλογα με τη δυνατότητα ελέγχου
- ✓ Ανάλογα με τη δυνατότητα πρόβλεψης και του βαθμού προειδοποίησης
- ✓ Ανάλογα με την ένταση
- ✓ Ανάλογα με το μέγεθος, την έκταση, τα αποτελέσματα και τη σοβαρότητα

Κρίσεις ανάλογα με τον προσδιοριστικό χαρακτηρισμό

- ✓ Καθαρές κρίσεις χαρακτηρίζονται οι κρίσεις οι οποίες παρουσιάζουν σαφείς ενδείξεις, σαφή γνωστά αποτελέσματα, δικά τους χαρακτηριστικά και προσδιορίσιμη εξέλιξη.
- ✓ Μεταμφιεσμένες / κρυφές κρίσεις ονομάζονται οι κρίσεις οι οποίες παρουσιάζουν διαφορές μορφές ή «κρύβονται» μέσα σε αυτές καταστάσεις δύσκολα αντιληπτές.
- ✓ Υποκλινικές κρίσεις υποδηλώνονται οι κρίσεις οι οποίες εκδηλώνονται χωρίς να γίνονται αντιληπτές και διαπιστώνονται εκ των υστερών
- ✓ Πλαστές κρίσεις ορίζονται οι κρίσεις των οποίων τα γενεσιουργά αίτια είναι πλαστά ή απρόκλητα.
- ✓ Σκόπιμες ή κατευθυνόμενες κρίσεις περιλαμβάνουν τις κρίσεις οι οποίες δημιουργούνται για να εξυπηρετήσουν κάποιο σκοπό.
- ✓ Υπονομευτικές κρίσεις είναι οι κρίσεις οι οποίες προκαλούνται από άτομα ή ομάδες που παρουσιάζονται ότι ανήκουν στο πληττόμενο από την κρίση σύνολο.
- ✓ Παραπλανητικές κρίσεις προκαλούνται με σκοπό να παραπλανήσουν ένα σύνολο.
- ✓ Κρίσεις μη αντιμετωπίσιμες (ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗΣ,1998)

Το χαρακτηριστικό της «κρίσης» στην οικονομία πλαισιώνει την δυσανάλογη παρουσία ανάμεσα στην ζήτηση και την προσφορά ενός αγαθού ή υπηρεσίας. Πιο συγκεκριμένα, ως οικονομική κρίση δύναται να περιγραφεί η παραγωγή (ή και υπερ - παραγωγή) ενός προϊόντος/υπηρεσίας του οποίου η ζήτηση δεν αντιστοιχεί στην προσφορά του λόγω μειωμένης αγοραστικής δύναμης, η οποία προκαλείται εξαιτίας μη επαρκούς εισοδήματος ή εξαιτίας άλλης αιτίας ευθυνόμενης για την μείωση της οικονομικής δραστηριότητας (DeHaan, etal., 2012).

Διαφορετική προσέγγιση της οικονομικής κρίσης παρουσιάζεται στο άρθρο με τίτλο «Anatomy of a financial crisis» του οικονομολόγου Frederic S. Mishkin. Στο αναφερόμενο άρθρο η οικονομική κρίση χαρακτηρίζει την εμφάνιση της διαταραχής στις χρηματοπιστωτικές αγορές. Αιτία της διαταραχής αποτελεί η αύξηση προβλημάτων οικονομικού κινδύνου προκαλώντας αδυναμία στην διάθεση και τοποθέτηση κεφαλαίων σε αποδοτικές επενδύσεις και τομείς.

Ως αποτέλεσμα, η παρούσα ανισορροπία τείνει στην καθοδική πορεία των δεικτών της οικονομικής ανάπτυξης.

Αξιοσημείωτο είναι το στοιχείο ότι οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης μπορούν να εντοπισθούν και εκτός του τραπεζικού τομέα. (DeGrauwe 2010, Maniatis & Passas, 2013).

Σύμφωνα με τον Lapavitsas C. (2008) και την μαρξιστική θεωρία η οικονομική κρίση ορίζει την δυσλειτουργία του καπιταλιστικού συστήματος κατά την οποία ενώ παρατηρείται αυξημένη παραγωγή προϊόντων και υπηρεσιών συνεπάγεται ευρείας κλίμακας διάλυση των οικονομικών παραγωγικών δυνάμεων.

Τα κριτήρια διαφοροποίησης της οικονομικής κρίσης κατηγοριοποιούνται στις αιτίες που την προκαλούν, την χρονική διάρκεια καθώς και την γεωγραφική επέκτασή της. Λόγω αυτού, συχνά παρατηρείται από τους οικονομολόγους ο διαχωρισμός της σε εξωτερικούς και εσωτερικούς παράγοντες. Εξωτερικοί παράγοντες ορίζονται οι παράγοντες οι οποίοι αφορούν τη διεθνή Κεφαλαιαγορά του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου ενώ εσωτερικοί οι σχετιζόμενοι με τις εγχώριες κεφαλαιαγορές και την εσωτερική της οικονομία (Μελάς 2011, Mavroudeas, 2013).

1.5 ΣΤΑΔΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η οικονομική κρίση σπάνια αποτελεί αιφνίδια κατάσταση ενώ συνήθως οφείλεται στην όξυνση υφιστάμενων προβλημάτων. Συνέπεια αυτού είναι ο διαχωρισμός της οικονομικής κρίσης στα ακόλουθα στάδια (Mavroudeas, 2013):

- Προδρομικό στάδιο – Χαρακτηριστικά: εμφάνιση «συμπτωμάτων» κρίσης με προειδοποιητικά στοιχεία για το πρόβλημα το οποίο δύναται να προκύψει (ονομάζεται και προειδοποιητική φάση).
- Οξύ στάδιο κρίσης – Χαρακτηριστικά: η ανάγκη άμεσης αντιμετώπισης των προβλημάτων τα οποία παρουσιάστηκαν στο προδρομικό στάδιο και των ζημιών που έχουν προκύψει.
- Στάδιο χρόνιας κρίσης – Χαρακτηριστικά: η πλήρη εγκατάσταση των προβλημάτων και η ανάγκη λήψης μέτρων.
- Στάδιο επίλυσης της κρίσης – Χαρακτηριστικά: η επίλυση των προβλημάτων που παρουσιάστηκαν και η επιστροφή των «φυσιολογικών» δραστηριοτήτων.

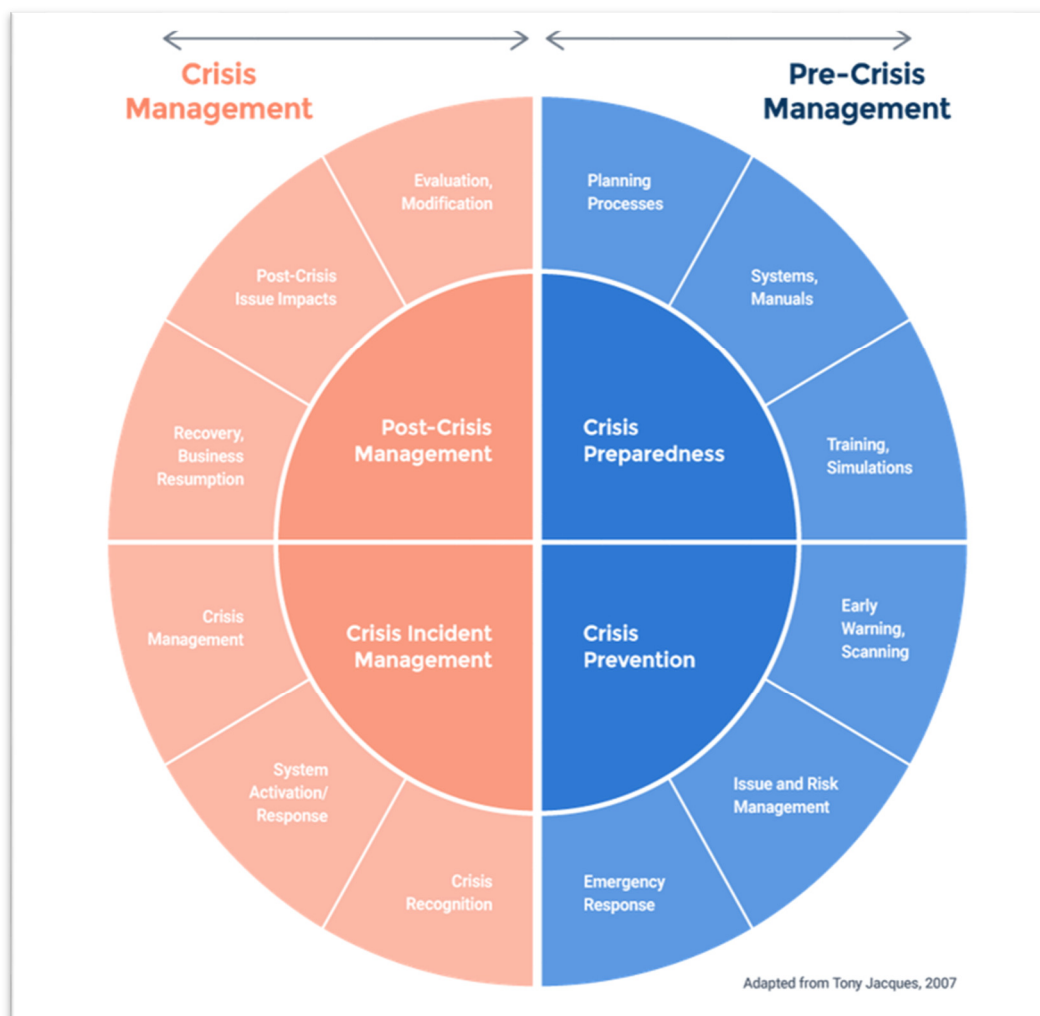
Αξιοσημείωτο στάδιο ανάκαμψης κατά την διάρκεια του κύκλου ζωής (στάδια) της κρίσης αποτελεί το στάδιο της επίλυσης. Στο στάδιο αυτό, ενσωματώνεται συχνά – όχι αποκλειστικά - η διαχείριση της κρίσης (crisis management).

Ως Διαχείριση κρίσης χαρακτηρίζεται η διαδικασία της πρόληψης, του περιορισμού ή / και της επίλυσης ή εκτόνωσης των κρίσεων. Επιπλέον, μπορεί να ορισθεί και η τεχνική με την οποία επιτυγχάνεται η μείωση του κινδύνου με σκοπό τον πλήρη έλεγχο της κατάστασης.

Η διαχείριση των κρίσεων σε διεθνές επίπεδο ορίζεται ως το σύνολο των μέτρων , τα οποία στοχεύουν στο περιορισμό και ελαχιστοποίηση των δυσμενών συνεπειών, της σύγκρουσης προκλήσεων και της κλιμάκωσης.

Σύμφωνα με τον κύκλο ζωής της κρίσης αντιστοιχεί είτε η προληπτική διαχείριση είτε η αντιδραστική. Η προληπτική διαχείριση εφαρμόζεται κατά τα πρόδρομα στάδια και περιλαμβάνει προειδοποιητικά μηνύματα για την πρόληψη μιας κρίσης ενώ η αντιδραστική διαχείριση συνεπάγεται προχωρημένο στάδιο της κρίσης, υψηλό κόστος και έχει κατασταλτικό χαρακτήρα.

Ως απεικόνιση της κρίσης και της διαχείρισης αυτής παρουσιάζεται το παρακάτω γράφημα (Tony Jacques, 2007):



Παρά τις εκτενείς προσπάθειες καθορισμού και διαφοροποίησης της διαχείρισης ζητημάτων και της διαχείρισης κρίσεων, η οριστική προσέγγιση και τα γραμμικά μοντέλα κύκλου ζωής που εστιάζουν στα στοιχεία αποτυγχάνουν να συλλάβουν την πλήρη δυναμική των επιστημονικών κλάδων. Αντί να επικεντρώνεται στους ορισμούς, αυτό το μοντέλο προτείνει μια μη γραμμική, σχεσιακή δομή που εξετάζει τη διαχείριση ζητημάτων και κρίσεων στο πλαίσιο αλληλεξαρτώμενων δραστηριοτήτων και ομάδων δραστηριοτήτων που πρέπει να διαχειρίζονται σε διαφορετικά στάδια. Αυτό περιλαμβάνει το ρόλο της διαχείρισης ζητημάτων τόσο στα προ της κρίσης όσο και στα μετά κρίσης στάδια. Το μοντέλο αντιμετωπίζει μερικούς από τους περιορισμούς των γραμμικών προσεγγίσεων και βοηθά στην ανάλυση των αποτελεσμάτων και των αλληλοεπικαλύψεων μεταξύ ομάδων δραστηριοτήτων, προκειμένου να βελτιστοποιηθούν οι στρατηγικές σχέσεις και να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητα της κατώτατης γραμμής.

Σε γενικό πλαίσιο η διαδικασία αντιμετώπισης ή διαχείρισης κρίσης αποτελείται από πέντε φάσεις:

- α. Η φάση της πρόβλεψης και της σχεδίασης
- β. Η φάση της αποτροπής (αποτροπή των αποτελεσμάτων του αιτίου της κρίσης)
- γ. Η φάση της επέμβασης (πρόκειται για τον σχεδιασμό των μέτρων αντιμετώπισης πριν εκδηλωθεί η κρίση και εφαρμογής όταν εκδηλωθεί)
- δ. Η φάση της ανασυγκρότησης (έλεγχος πορείας της κρίσης και επανάκαμψη)
- ε. Η φάση της έρευνας (διερεύνηση αίτιων κρίσης και αξιολόγηση τρόπου διαχείρισης)

Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι υπάρχουν στρατηγικές διαχείρισης των κρίσεων οι οποίες όμως διαφέρουν από τις στρατηγικές άλλων αποφάσεων στην πίεση του χρόνου, στα θέματα ελέγχου, στα επίπεδα των απειλών, στο περιορισμένο θέμα της ανταπόκρισης.

Στην παρούσα εργασία η κρίση εντάσσεται στον τομέα της οικονομίας και εξετάζει τους παράγοντες που επηρεάζουν τον τομέα της υγείας. Για την κατανόηση αυτού στο επόμενο κεφάλαιο θα ακολουθήσει ανάλυση της δημοσιονομικής πολιτικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο, πραγματοποιήθηκε ανάλυση της έννοιας της οικονομίας και της οικονομικής θεωρίας ενώ προσδιορίστηκε εννοιολογικά η οικονομική κρίση και τα στάδια αυτής.

Οι επιπτώσεις της κρίσης επηρεάζουν άμεσα το κράτος και την κοινωνία στο σύνολό της εστιάζοντας στους κάτωθι τομείς:

- Της ανεργίας.
- Της μετανάστευσης.
- Του βιοτικού επιπέδου (άξονες κόστους ζωής, υγείας).
- Της καταναλωτικής συμπεριφοράς.

Η διασφάλιση όσο το δυνατόν ηπιότερων επιπτώσεων μπορεί να επιτευχθεί μέσω της εφαρμογής ορθής δημοσιονομικής πολιτικής. Η δημοσιονομική πολιτική ορίζεται ως:

- η πολιτική διαχείρισης των οικονομικών του δημοσίου, που ακολουθείται, με αυξομείωση των φόρων (άμεσων ή έμμεσων) όπως και η αυξομείωση των δημοσίων δαπανών ανάλογα με τις επιλογές της κυβερνητικής ηγεσίας
- η πολιτική ρύθμισης δαπανών και εσόδων δημοσίου

Ειδικότερα, η δημοσιονομική πολιτική στοχεύει στην σταθεροποίηση της οικονομίας μέσω επίτευξης της σταθερότητας του επιπέδου των τιμών, του υψηλού βαθμού απασχόλησης, την εξωτερική οικονομική ισορροπία και την σταθερή και βιώσιμη οικονομική μεγέθυνση μέσω της επιρροής των οικονομικών κύκλων ή των οικονομικών διακυμάνσεων. Ασκείται, κατά κύριο λόγο, μέσω των αλλαγών οι οποίες λαμβάνουν χώρα στο γενικό επίπεδο των δημοσίων κυβερνητικών δαπανών αλλά και της επιβολής της φορολογίας. Ως αποτέλεσμα εφαρμογής της, αποτελεί η άμεση αλλαγή στον τομέα της αποταμίευσης και της επένδυσης.

Το ζήτημα το οποίο απασχολεί κατά κύριο λόγο τους οικονομολόγους είναι η σχέση της δημοσιονομικής πολιτικής και της ανάγκης για ισοσκελισμένους προϋπολογισμούς. Άξιο αναφοράς είναι, ότι η δημοσιονομική πολιτική δεν σχετίζεται μόνο με τα κρατικά οικονομικά στοιχεία όπως το πλεόνασμα, το έλλειμα, οι ισοσκελισμένοι προϋπολογισμοί αλλά σχετίζεται και με τα επιτόκια και την οικονομική ρευστότητα.

Η μακροοικονομική προσέγγιση για το «φαινόμενο» της δημοσιονομικής πολιτικής περιλαμβάνει το θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα ανάλογα με την εκάστοτε επικείμενη πολιτική.

2.2 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Για την εφαρμογή της απαιτούνται τα αντίστοιχα δημοσιονομικά μέσα. Ως δημοσιονομικά μέσα χαρακτηρίζονται όλα τα μέσα τα οποία χρησιμοποιούνται από το κράτος και σχετίζονται άμεσα με τα έσοδα και τις δαπάνες αυτού. Η κατηγοριοποίηση των μέσων αναφέρεται σε τρεις κατηγορίες:

- Δημόσιες δαπάνες (δαπάνες για πληρωμή μισθοδοσίας δημοσίων υπαλλήλων, καταβολή συντάξεων, καταβολή επιδομάτων ανεργίας, δαπάνες για κατασκευή δημόσιου έργου)
- Φόροι και έσοδα για το δημόσιο (φόρος εισοδήματος, φόροι καταναλωτών, φόροι κληρονομίας)
- Ρύθμιση δημοσίου χρέους – Δημόσιος δανεισμός (ομολογιακού δανείου προς το κράτος από ιδιώτη, δανεισμός του κράτους από το τραπεζικό σύστημα). Βασικός στόχος είναι η επιρροή και ο συντονισμός οικονομικών αποφάσεων και δράσεων για την επίτευξη της ευημερίας.

Οι δημόσιες δαπάνες διακρίνονται στις δημόσιες δαπάνες για αγαθά και υπηρεσίες και στις δαπάνες μεταβιβαστικών πληρωμών. Στις δημόσιες δαπάνες αγαθών και υπηρεσιών περιλαμβάνονται οι δαπάνες οι οποίες υπολογίζονται ως αμοιβή των παραγωγικών συντελεστών οι οποίοι μετέχουν σε παραγωγική διαδικασία. Οι δαπάνες μεταβιβαστικών πληρωμών αφορούν την μεταβίβαση της αγοραστικής δύναμης από τον δημόσιο φορέα σε ιδιώτες.

Η διάκριση των δημόσιων δαπανών παρουσιάζει και υποκατηγορίες σύμφωνα με τον τομέα αναφοράς. Πιο συγκεκριμένα, οι δημόσιες δαπάνες για αγαθά και υπηρεσίες κατηγοριοποιούνται στις τρέχουσες δαπάνες δημοσίου / δαπάνες καταναλώσεως (μισθοί, ενοίκια κ.α.) και στις δαπάνες δημοσίων επενδύσεων (αγορά κεφαλαιουχικών αγαθών). Συνεπακόλουθα, οι μεταβιβαστικές δαπάνες διαχωρίζονται στις μεταβιβάσεις προς νοικοκυριά (οικογενειακά επιδόματα, επιδόματα ανεργίας, συντάξεις κ.λπ.) και προς επιχειρήσεις που αφορούν διάφορες επιδοτήσεις οι οποίες προκύπτουν για κάθε επιχειρηματικό κλάδο ξεχωριστά.

Οι φόροι διακρίνονται στους άμεσους φόρους (φόροι εισοδήματος φυσικών και νομικών προσώπων, οι φόροι μεταβίβασης περιουσίας, εργοδοτικές εισφορές) και έμμεσους φόρους (επιβαλλόμενοι φόροι στο σύνολο της εγχώριας κατανάλωσης αγαθών / υπηρεσιών και εισαγωγών).

Ομοίως και η Ρύθμιση δημοσίου χρέους – Δημόσιος δανεισμός αναγάγεται στον εσωτερικό και εξωτερικό δανεισμό. Η αναγωγή πραγματοποιείται σύμφωνα με τις πηγές κρατικών εσόδων - έσοδα προερχόμενα εντός ή εκτός επικράτειας της χώρας.

Η πλαισίωση των μέσων δημοσιονομικής πολιτικής πραγματοποιήθηκε για την παρουσίαση της στοχοθεσίας της εφαρμογής της:

ΒΑΣΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ	ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΣΤΟΧΟΙ
<p>Συγκράτηση δημόσιων δαπανών. Αντιμετώπιση φοροδιαφυγής. Καταπολέμηση ανεργίας & δημιουργία νέων θέσεων εργασίας. Τοποθέτηση κρατικού προϋπολογισμού σε παραγωγικές δράσεις. Βελτιστοποίηση με την χρήση ελαχίστων δημοσίων πόρων.</p>	<p>Βελτίωση της επιχειρηματικότητας & αύξηση επενδύσεων. Ανάπτυξη αγροτικής οικονομίας με στήριξη πρωτογενούς τομέα. Ενίσχυση πράσινης ανάπτυξης. Μεταρρυθμίσεις σε τομείς όπως η υγεία, η εκπαίδευση κ.λπ. Αποκρατικοποίηση.</p>

Παρόλο που η άσκηση δημοσιονομικής πολιτικής προσβλέπει στην ευημερία ενός κράτους η εφαρμογή της απαιτεί μακρά χρονικά διαστήματα καθιστώντας τα ως το κύριο μειονέκτημά της. Οι χρονικές υστερήσεις διαχωρίζονται στις αναγνώρισης, στις δράσης και στις αντίδρασης. Ως χρονική υστέρηση αναγνώρισης ορίζεται όταν η δημοσιονομική αρχή χρειάζεται χρόνο για τον εντοπισμό ανόδου – καθόδου στην οικονομία. Η χρονική υστέρηση δράσης έπεται της υστέρησης αναγνώρισης καθότι όταν πραγματοποιηθεί ο εντοπισμός της τρέχουσας φάσης του οικονομικού κύκλου απαιτείται χρόνος από τις αρχές για την συμφωνία του είδους πολιτικής που πρέπει να ακολουθηθεί για την επιρροή του εισοδήματος. Η χρονική υστέρηση αντίδρασης αποτελεί την τελευταία μορφή υστέρησης καθώς εφόσον έχουν προσδιορισθεί πρώτα η χρονική υστέρηση αναγνώρισης και δράσης και απαιτείται ομοίως χρόνος για την υλοποίηση των αποφάσεων.

2.3 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

Το παλιό δόγμα της δημοσιονομικής πολιτικής αναφέρεται σε μεγάλο βαθμό στους κλασικούς οικονομολόγους οι οποίοι πιστεύουν στην ικανότητα της αυτορρύθμισης της οικονομίας σε περίοδο ύφεσης ή υψηλού πληθωρισμού. Σύμφωνα με το παλιό δόγμα ήταν αποδεκτοί οι ακόλουθοι κανόνες:

- Ισορροπία κρατικού προϋπολογισμού. Εξαιρέση αποτελούσε η πολεμική περίοδος κατά την οποία ήταν αποδεκτή η δημιουργία δημοσίων ελλειμμάτων, τα οποία όμως έπρεπε να καλυφθούν τα επόμενα χρόνια με την δημιουργία δημόσιων πλεονασμάτων.
- Το κόστος της γενικής κυβέρνησης να είναι σαφώς καθορισμένο. Η αύξηση των δημοσίων δαπανών έπρεπε να συνοδεύεται από την αντίστοιχη αύξηση της φορολογίας.
- Οι δημόσιες δαπάνες και η φορολογία έπρεπε να κατευθύνονται προς την παροχή των ζητούμενων από τους πολίτες δημοσίων αγαθών / υπηρεσιών και όχι προς την διαχείριση των μακροοικονομικών παραγόντων και μεταβλητών.

Η θεωρία του παλιού δόγματος παραμερίστηκε όταν εμφανίστηκε η Κεϋνσιανή θεωρία. Η συγκεκριμένη προσέγγιση υποστηρίζει ότι η άσκηση της δημοσιονομικής πολιτικής έχει βοηθητικό ρόλο σε μια οικονομία η οποία επιθυμεί να βγει από το στάδιο της οικονομικής ύφεσης ή από μια κατάσταση υψηλών πληθωριστικών πιέσεων για την επίτευξη της ισορροπίας. Η αύξηση των δημόσιων δαπανών κατά αυτή την προσεγγιστική θεωρία οδηγεί σε μεγαλύτερη αύξηση της συνολικής ζήτησης.

Στην συνέχεια, ακολουθεί η νεοκλασική σχολή οικονομικής σκέψης η οποία τοποθετείται διαφορετικά ως προς την άσκηση επεκτατικής δημοσιονομικής πολιτικής κατά την οποία δημιουργούνται μεγάλα δημόσια ελλείματα. Ειδικότερα, μια αύξηση χρέους και υψηλότεροι μελλοντικοί φόροι προκύπτουν από ένα μεγάλο δημόσιο έλλειμα. Οι οικονομολόγοι αυτής της σχολής οδηγούνται στις ακόλουθες προβλέψεις:

- Η τρέχουσα κατανάλωση θα ακολουθήσει μειούμενη πορεία: το αυξημένο έλλειμα το οποίο συνεπάγεται αύξηση δημόσιου χρέους και δαπανών έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της αποταμίευσης των νοικοκυριών ώστε να μπορέσουν με την σειρά τους να ανταποκριθούν στην αύξηση της φορολογίας.
- Το δημόσιο έλλειμα δεν αντιστοιχεί αύξηση επιτοκίων: η αυξημένη αποταμίευση όπως αποδόθηκε ανωτέρω, οδηγεί στην αύξηση της συνολικής προσφοράς δανειακών κεφαλαίων αντισταθμίζοντας την αύξηση της ζήτησης δανειακών κεφαλαίων η οποία προκαλείται από την κυβέρνηση για την εξυπηρέτηση του μεγαλύτερου ελλείματος. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, η άσκηση της επεκτατικής δημοσιονομικής πολιτικής επιτρέπει στο πραγματικό ΑΕΠ, στο επίπεδο των τιμών και στην ανεργία να παραμένουν ανεπηρέαστα.

Όπως ήδη αναφέρθηκε σε προηγούμενη παράγραφο, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και η άσκηση της εκάστοτε δημοσιονομικής πολιτικής επηρεάζουν άμεσα το βιοτικό επίπεδο των ανθρώπων εντός της οικονομίας δημιουργώντας μεταβολές και διακυμάνσεις στην καταναλωτική τους συνήθεια καθώς και το βιοτικό τους επίπεδο. Το βιοτικό επίπεδο ζωής του ανθρώπινου παράγοντα εντός της οικονομίας συνδέεται άμεσα με τον τομέα της υγείας.

Η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και των δαπανών υγείας καθώς και η σπανιότητα των πόρων οι οποίοι απορροφώνται από τον υγειονομικό τομέα, χωρίς την παράλληλη αύξηση της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας και την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού ευθύνει των συστημάτων υγείας, οδήγησε στην ανάπτυξη της οικονομικής της υγείας ως νέος κλάδος της οικονομίας. Η οικονομική της υγείας, αποτελεί μείγμα της ανάπτυξης της οικονομικής της εργασίας, της δημόσιας οικονομικής και του δημόσιου management. Στην ανάπτυξη του κλάδου καίριο ρόλο είχε η Σχολή του Σικάγο με την ανάπτυξη της θεωρίας κατά την οποία οι επενδύσεις σε ανθρωπίνους πόρους βοηθούν στην οικονομική ανάπτυξη, η οποία έχει ως συνέπεια την πολιτιστική και κοινωνική άνοδο. Ως επιστημονικός κλάδος, θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ότι βρίσκεται στο τρίγωνο των επιστημονικών οριοθετήσεων μεταξύ της οικονομικής επιστήμης γενικά, της επιστήμης της κοινωνικής πολιτικής και της φιλοσοφικό – ιδεολογικής θεώρησης της υγείας (Σούλης, 1998).

2.4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πιο συγκεκριμένα, η οικονομική της υγείας ορίζεται, ως η μελέτη του τρόπου κατανομής σπάνιων πόρων μεταξύ διαφόρων δραστηριοτήτων με σκοπό την ίαση της ασθένειας και την προαγωγή, διατήρηση και βελτίωση της υγείας. Η μελέτη αυτή περιλαμβάνει ακόμη, τον τρόπο δράσης της φροντίδας υγείας και των υπηρεσιών που σχετίζονται με την υγεία, το κόστος και τα οφέλη, αλλά και την υγεία την ίδια όσον αφορά τον τρόπο διανομής της μεταξύ ατόμων και ομάδων στα πλαίσια μιας κοινωνίας.

Το σύστημα υγείας, λόγω της δομής του μπορεί να αντιμετωπισθεί είτε ως μια μακροοικονομική μονάδα (το σύστημα υγείας μιας χώρας με τις συνολικές δαπάνες υγείας), είτε ως μικροοικονομική μονάδα (μονάδα παραγωγής και διανομής υγείας – νοσοκομειακό πλαίσιο δράσης). Βασικοί παράγοντες ενός υγιούς συστήματος υγείας, κατέχουν οι έννοιες της αποδοτικότητας και της ισότητας των συστημάτων υγείας καθώς και των μονάδων παραγωγής και διανομής υπηρεσιών υγείας.

Στον χώρο της υγείας, θεωρείται ότι η οικονομική αποδοτικότητα επιτυγχάνεται, όταν οι πόροι κατανέμονται μεταξύ των δραστηριοτήτων με τέτοιο τρόπο ώστε το όφελος να μεγιστοποιείται. Η αποδοτικότητα συναντάται σε δύο επίπεδα, στην λειτουργική αποδοτικότητα και στην καταναμητική αποδοτικότητα. Αναλυτικότερα, η λειτουργική αποδοτικότητα διακρίνεται από την τάση για επίτευξη άριστου αποτελέσματος δεδομένου του επιπέδου των παρεχόμενων πόρων ή την ελαχιστοποίηση του κόστους για ένα δεδομένο αποτέλεσμα, με επιλογή ανάμεσα διαφορετικών μέσων. Η καταναμητική αποδοτικότητα αναφέρεται στην διαμόρφωση ενός συστήματος αξιών το οποίο θα υποδεικνύει σε σημαντικό βαθμό και την μέθοδο ιεράρχησης των υγειονομικών αναγκών.

Η ορθολογική κατανομή των υγειονομικών πόρων επηρεάζεται άμεσα από τις δαπάνες υγείας. Στις δαπάνες υγείας περιλαμβάνεται κάθε τύπος δαπάνης ο οποίος πραγματοποιείται έχοντας πρωταρχικό σκοπό την βελτίωση ή την πρόληψη μιας δυσμενούς κατάστασης υγείας ενός ατόμου ή πληθυσμού. Ο ορισμός αυτός καθιστά τις οικονομικές δραστηριότητες μετρήσιμες σύμφωνα με τον πρωταρχικό σκοπό και τα παραγόμενα αποτελέσματα του συστήματος υγείας.

Έχοντας ως βάση την διεθνή βιβλιογραφία οι δαπάνες υγείας διακρίνονται στις ιατρικές δαπάνες, στις νοσοκομειακές δαπάνες και στις φαρμακευτικές δαπάνες. Για την ευκρίνεια της κατηγοριοποίησης:

Α)οι ιατρικές δαπάνες περιέχουν τις ιατρικές αμοιβές, τα έξοδα θεραπειών καθώς και τα μεταφορικά έξοδα που απαιτούνται για την μεταφορά των ασθενών, κ.α.

Β)οι νοσοκομειακές δαπάνες αναφέρονται στα έξοδα νοσηλείας, δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων κ.α.

Γ)οι φαρμακευτικές δαπάνες περιλαμβάνουν τις δαπάνες για φάρμακα, οπτικά και ορθοπεδικά

Οι συνολικές δαπάνες υγείας ορίζεται το άθροισμα των τριών αναφερόμενων κατηγοριών δαπανών προσθέτοντας τις δαπάνες σχολικής ιατρικής, τις δαπάνες υγειονομικών υπηρεσιών

στρατού, τις δαπάνες ιατρικής εργασίας και κατάρτισης για πρόληψη, τις δαπάνες για έρευνα καθώς και τις λειτουργικές δαπάνες.

Είναι γνωστό ότι το συνολικό ποσό δαπανών περιλαμβάνει την δημόσια και ιδιωτική κατανάλωση και τις δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις. Η δημόσια κατανάλωση περιλαμβάνει τα έξοδα του συστήματος υγείας τα οποία καλύπτονται από τον προϋπολογισμό του κράτους ενώ η ιδιωτική κατανάλωση αφορά τα έξοδα του συστήματος υγείας τα οποία καλύπτονται από τους καταναλωτές.

Σχετικά με τις επενδύσεις το κράτος συμμετέχει στο σύστημα μέσω των δημόσιων επενδύσεων ενώ η έννοια της ιδιωτικής επένδυσης πρόκειται με την δημιουργία υποδομών από ιδιώτες με σκοπό την μελλοντική απόδοση των κεφαλαίων τους.

Έχει αποδειχθεί ότι ο έλεγχος κόστους του συστήματος υγείας από μόνος του δεν επαρκεί εκτός και αν οδηγεί στην αποδοτικότητα του συστήματος. Ελέγχοντας τον ρυθμό ανάπτυξης των δαπανών υγείας και τους παρεχόμενους πόρους, δύναται ο επανακαθορισμός των αξόνων προτεραιοποίησης των συστημάτων υγείας με παράλληλη την αναθεώρηση του τρόπου σχεδιασμού και εφαρμογής της πολιτικής υγείας. Ο στόχος των συστημάτων υγείας τα τελευταία χρόνια είναι η χρήση αποδοτικών στοιχείων της δομής του συστήματος τα οποία μέσω ορθολογικών διαδικασιών θα επιτύχουν την αποδοτικότητα των συστημάτων και την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας στον εκάστοτε πολίτη.

Συνήθως το σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την χρηματοδότηση του ίδιου του συστήματος. Η επιβολή προϋπολογισμού λειτουργεί ως μέτρο συγκράτησης του κόστους και εφαρμόζεται σε τρία επίπεδα:

- Στον έλεγχο των δημοσίων δαπανών υγείας
- Στον τμηματικός προϋπολογισμός
- Στις αλλαγές της χρηματοδότησης των νοσοκομείων.

Οι φορείς χρηματοδότησης του συστήματος υγείας μπορούν να έχουν δημόσιο ή / και ιδιωτικό χαρακτήρα με δημόσιους ή / και ιδιωτικούς πόρους. Δημόσιος πόρος θεωρείται ο κρατικός προϋπολογισμός του οποίου τα έσοδα προκύπτουν από την άμεση ή έμμεση επιβαλλόμενη στους πολίτες φορολογία από κεντρικές ή περιφερειακές δομές (κοινωνική ασφάλιση). Τα ιδιωτικά και τα δημόσια σχήματα των οποίων η δράση είναι συμπληρωματική στο σύστημα υγείας και υποκαθιστούν πλήρως την κρατική δράση αντίστοιχα, αποτελούν την νέα μορφή ασφάλισης – την εθελοντική ασφάλιση.

Η διαφορά της κοινωνικής ασφάλισης συγκριτικά με την εθελοντική έγκειται στο ότι στην εθελοντική ασφάλιση ο πολίτης βάσει κριτηρίων δύναται να εξαιρεθεί από το δημόσιο ασφαλιστικό ταμείο ενώ μπορεί να υποχρεωθεί ή όχι σε ιδιωτική ασφάλιση. Σημαντική είναι και η ατομική συμβολή του πολίτη στην χρηματοδότηση του συστήματος μέσω ίδιων πληρωμών και συμμετοχής στο κόστος.

Σε πολλά συστήματα υγείας διαπιστώνεται ότι λειτουργούν μονάδες υγείας βάσει εθνικών προϋπολογισμών ή βάσει κανενός είδους προϋπολογισμού. Σε τέτοιου χαρακτήρα συστήματα υγείας, οι μονάδες υγείας και οι γιατροί αποζημιώνονται σύμφωνα με την αμοιβή κατά πράξη,

προσφέροντας στους ασθενείς υπηρεσίες και αποστέλλοντας σε ασφαλιστικά ταμεία ή σε ιδιωτικά ασφαλιστικά σχήματα χρεωστικά σημειώματα. Εάν ο φορέας ο οποίος θα πρέπει να αναλάβει το κόστος δεν διαθέτει επαρκείς πόρους για την κάλυψη των υποχρεώσεών του, τότε γίνεται μετακύληση του κόστους στους πολίτες που καλύπτει (παράδειγμα αποτελεί η αύξηση ασφαλιστρών ή ασφαλιστικών εισφορών). Εάν ο φορέας δεν έχει την αρμοδιότητα μετακύλησης του κόστους τότε μεταβιβάζεται το κόστος στο κράτος απαιτώντας το αντίστοιχο χρηματικό ποσό. Στην περίπτωση, όπου το κράτος δεν έχει την δυνατότητα να αναλάβει το κόστος τότε μειώνονται οι δαπάνες σε άλλους τομείς αυξάνοντας την φορολογία (μετακύληση στον πολίτη). Η συνεχής μετακύληση χαρακτηρίζει συστήματα με εμφανή προβλήματα. Η επιβολή αυστηρών ή σταθερών προϋπολογισμών σε μονάδες υγείας και ασφαλιστικούς φορείς σε συνδυασμό με ένα σύστημα κινήτρων και ποινών για την τήρησή τους ή μη, θα οδηγήσει σε αποδοτικότερα συστήματα.

Οι σταθεροί προϋπολογισμοί τίθενται στον σύνολο του συστήματος υγείας ή στις διάφορες βαθμίδες φροντίδας και υγείας ή και στον ίδιο τον πολίτη προκειμένου να δαπανηθούν χρήματα για την υγεία του σύμφωνα με την δική του κρίση. Στον αυστηρό προϋπολογισμό προβλέπεται σύστημα ποινών στην περίπτωση υπέρβασης του και επιβράβευσης όταν εξοικονομούνται χρήματα. Το σύστημα ποινών μορφοποιείται βάσει της σύνθεσης σε απαίτηση από τον φορέα ανάληψης του χρέους να επανακαταβάλει κάθε ποσό υπέρβασης ή να προχωρήσει σε μερική καταβολή της χρηματοδότησης ή να πραγματοποιηθεί ολική ανάκληση της χρηματοδότησής του. Σε αντίθεση, το σύστημα επιβράβευσης δύναται να συνιστάται σε κατακράτηση μέρους ή του συνόλου του κόστους εξοικονόμησης από τον φορέα ανάληψης χρέους. Το κύριο πλεονέκτημα των αυστηρών / σταθερών προϋπολογισμών είναι ο εκ των προτέρων σχεδιασμός των υπηρεσιών και χρήσης των πόρων καθότι είναι γνωστό το κόστος των υπηρεσιών για τους προμηθευτές και αγοραστές του συστήματος.

Παρ' όλα αυτά, αξιοσημείωτο είναι ότι η επιβολή αυστηρού προϋπολογισμού για τον έλεγχο του κόστους δεν αποτελεί πάντα άριστο μέσο για την αύξηση των δαπανών υγείας καθότι:

- Όταν ο αυστηρός προϋπολογισμός διαθέτει μόνο σύστημα ποινών και όχι επιβραβεύσεων, δίδεται ενθάρρυνση στους φορείς ανάληψης χρέους να δαπανούν χρήματα χωρίς να ξεπεράσουν τους προϋπολογισμούς αλλά παράλληλα χωρίς και να εξοικονομούν.
- Ελλοχεύει ο κίνδυνος προτεραιοποίησης πολιτών με καλή υγεία και πιθανόν αποκλεισμό πολιτών με επιβαρυνμένη, δημιουργώντας ανισότητες και δυσκολία προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.
- Ο αυστηρός προϋπολογισμός δρα ως αποτελεσματικό μέσο για την συγκράτηση των δαπανών υγείας, υπάρχει η πιθανότητα δημιουργίας λίστα αναμονής.
- Όταν το κράτος γνωρίζει τις συνέπειες εισαγωγής αυστηρών προϋπολογισμών υπάρχει ο κίνδυνος τα μέτρα συγκράτησης να είναι ελαστικότερα. Λόγω αυτού μπορεί να υπερσκελιστούν οι προϋπολογισμοί και να υπάρχουν λίγες ποινές ή και καθόλου. Σε αυτήν την περίπτωση το σύστημα υποκίνησης για συγκράτηση του κόστους καταρρέει και είναι αναποτελεσματικό.

Εναλλακτική μορφή του αυστηρού προϋπολογισμού, αποτελεί ο προϋπολογισμός «σκιά» (shadow budget), κατά τον οποίο τηρούνται αρχεία και τα δεδομένα κόστους ώστε ο φορέας

ανάληψης του χρέους να είναι ενήμερος εάν πραγματοποιείται υπερσκέλιση του προϋπολογισμού ή εξοικονόμηση χρημάτων. Η διαφορά του από τον αυστηρό προϋπολογισμό έγκειται στην μη ύπαρξη συστήματος ποινών ή επιβράβευσης και λόγω αυτού μπορεί να διακρίνεται με χαμηλό βαθμό αποδοτικότητας χωρίς όμως να καθίσταται αναποτελεσματικός.

Η επιρροή των κρατικών προϋπολογισμών στο συνολικό σύστημα υγείας και ο τρόπος επίδρασης της κρίση σε αυτό θα αναλυθούν στα επόμενο κεφάλαιο μέσω επίκαιρης αρθρογραφίας καθώς και δημιουργίας ερωτηματολογίου με σκοπό την διεξαγωγή και παρουσίαση συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο ορισμός της υγείας βασιζόμενος σε ένα γενικό πλαίσιο μπορεί να αποδοθεί ως ο παράγοντας ο οποίος μετρά την κατάσταση ενός ζωντανού οργανισμού (φυσική, ψυχολογική, πνευματική). Σύμφωνα με την Χούκλη (2008), για την ακριβή εννοιολογική σημασία της υγείας «πρέπει να ληφθούν υπόψη οι κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες, οι υποκειμενικές κρίσεις των ανθρώπων καθώς και το περιβάλλον». Σε αντίθεση έρχεται η βιβλιογραφική αναφορά του φιλοσόφου επιστήμονα Christopher Boorse (1977), οποίος υποστηρίζει ότι η υγεία προέρχεται από την απομάκρυνση της αξίας των κρίσεων και την έμφαση των βιολογικών δυσλειτουργιών λαμβάνοντας ως άξονα την κανονική βιολογική λειτουργία.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας), η έννοια της υγείας περιλαμβάνει την κοινωνική, την σωματική καθώς και την ψυχική ευεξία του ατόμου χωρίς την ύπαρξη ασθένειας ή σωματικής / πνευματικής αναπηρίας.

Οι βιολογικές επιστήμες στηρίζουν το βιοϊατρικό μοντέλο καθώς και την άποψη ότι η απουσία της νόσου νοείται ως υγεία. Κριτής του μοντέλου κατέστη ο Βρετανός φυσικός Mc Keown (2001) ο οποίος υποστηρίζει ότι η κατάσταση της υγείας ενός οργανισμού επηρεάζεται από τις μεταβαλλόμενες διατροφικές συνήθειες καθώς και τις συνθήκες υγιεινής. Ο ίδιος παρόλα αυτά αποδέχεται την μείωση της θνησιμότητας μέσω φαρμακευτικής αγωγής.

Η διάσκεψη διεθνούς επιπέδου για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας η οποία πραγματοποιήθηκε το 1978, επισήμανε ότι για την επίτευξη ενός υψηλού ποιοτικά επιπέδου υγείας σε παγκόσμια κλίμακα, απαιτείται δραστηριοποίηση του οικονομικού και κοινωνικού τομέα αντίστοιχα. Η ενίσχυση της οικονομίας και της κοινωνίας θα συμβάλει δραστικά στην επίτευξη καλύτερου επιπέδου ζωής.

3.2 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Βασικός θεσμός κράτους πρόνοιας αποτελεί το σύστημα υγείας της εκάστοτε χώρας. Το σύστημα υγείας, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, επηρεάζεται άμεσα από την άσκηση της δημοσιονομικής πολιτικής. Οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης διατηρούν σταθερές τις κοινές αξίες αλληλεγγύης και ισότητας στην πρόσβαση των πολιτών στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, παρά τον διαφορετικό χειρισμό των χρηματοδοτήσεων και της οργάνωσης του κάθε κράτους.

Εννοιολογικά, όπως και ο ορισμός της υγείας ποικίλει ανάλογα με την ασκούμενη προσέγγιση, έτσι και ο ορισμός του συστήματος υγείας παρουσιάζει διαφορετικές προσεγγίσεις. Επομένως, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ ως σύστημα υγείας ορίζονται οι συνδεδεμένοι πόροι, οι οργανισμοί, οι φορείς και τα ιδρύματα που σχετίζονται άμεσα και έμμεσα με την επιτέλεση στοχευμένων

δραστηριοτήτων με σκοπό την διατήρηση της υγείας είτε προάγοντάς την είτε αποκαθιστώντας την.

Κατά τα τελευταία έτη, στον πληθυσμό των ευρωπαϊκών χωρών παρατηρείται αυξημένη εμφάνιση χρόνιων ασθενειών, των οποίων η αντιμετώπιση απαιτεί λήψη των κατάλληλων δημοσιονομικών μέτρων. Η πλειοψηφία των πολιτών στις περισσότερες χώρες διαθέτει ευκολότερη πρόσβαση στον δημόσιο τομέα υγείας για περίθαλψη γεγονός το οποίο κατά την διάρκεια χρόνιων ασθενειών δημιουργεί αυξημένες δαπάνες και συνθήκες για την δημιουργία ανθεκτικών υγειονομικών συστημάτων.

Το 2017 έπειτα από κοινή έκθεση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Επιτροπής Οικονομικής Πολιτικής ορίστηκαν τα ακόλουθα:

- Πρόσβαση των πολιτών σε οικονομικά προσιτή υγειονομική περίθαλψη
- Η παροχή υψηλού ποιοτικά επιπέδου περίθαλψης
- Άμεση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας οποιαδήποτε χρονική στιγμή

Τα συμπεράσματα που διεξήχθησαν για την υλοποίηση των άνωθεν ήταν:

- Κατανομή των υγειονομικών εγκαταστάσεων φροντίδας υγείας σε γεωγραφική κλίμακα
- Ορθή κατανομή των υγειονομικών
- Πολιτική που πρέπει να ακολουθηθεί για την διαχείριση της αναμονής

Η έκθεση των επιτροπών αποτέλεσε την βάση για την αλληλεπίδραση των ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας μεταξύ τους καθώς και το πλαίσιο για το δικαίωμα διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης ασθενών εντός των κρατών μελών της Ε.Ε και την επιστροφή των σχετικών εξόδων τους.

Για την επίτευξη ορθών συστημάτων υγείας θέτονται οι παρακάτω αρχές:

- Η βελτίωση της αποδοτικότητας:
 - Αποτελεί πρωταρχικό στάδιο αξιολόγησης της λειτουργίας των υγειονομικών οργανισμών.
 - Αποτελεί βασικό μέσο ελέγχου κατανομής των πόρων (ανθρώπινων και υλικών).
 - Επιτυγχάνεται με την ικανότητα του υγειονομικού συστήματος σχετικά με την πρόληψη ασθενειών και την παροχή της καλύτερης θεραπείας στον νοσηλευόμενο.
- Η βελτίωση ανθεκτικότητας
 - Στόχος των υγειονομικών οργανισμών να παραμείνουν βιώσιμα (επάρκεια πόρων) , προσβάσιμα στο κοινό και ευπροσάρμοστα σε μεταβαλλόμενες κρατικές συνθήκες (οικονομικές, πολιτικές διακυμάνσεις, επιδημίες).
- Η διασφάλιση της ισότητας:
 - Ποιοτική φροντίδα σε όλους τους ασθενείς χωρίς διάκριση αυτών ως προς τις πεποιθήσεις, την καταγωγή, την κατοικία και την οικονομική κατάσταση.
- Μείωση ιατρικών σφαλμάτων με παράλληλη αύξηση της ασφάλειας του ασθενούς

- Επιτυγχάνεται με την σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον υγειονομικό φορέα και τον ασθενή καθώς και την αποκατάσταση και προστασία αυτού σε περίπτωση ατυχήματος.

3.3 ΒΑΣΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με διεθνή βιβλιογραφία τα τρία βασικά πρότυπα (μοντέλα) συστήματα υγείας είναι το Bismarck ,το Beveridge και το Φιλελεύθερο.

Πιο αναλυτικά:

Το μοντέλο Bismarck το όνομα του οποίου δόθηκε από τον ομώνυμο Γερμανό πολιτικό καγκελάριο τον 19^ο αιώνα θεσπίστηκε την περίοδο 1883-1889, δημιουργώντας το πρώτο Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης ως μέρος της ενοποίησης της Γερμανίας.

Το μοντέλο εξελίχθηκε προσθέτοντας επιπλέον παροχές τα επόμενα χρόνια όπως παρουσιάζονται:

- 1884: κάλυψη της εργατικής τάξης από κοινωνικούς κινδύνους όπως εργατικά ατυχήματα, ασθένειες
- 1889: προστέθηκε το γήρας
- 1924: προεκτάθηκε στην ανεργία
- 1994: μακροχρόνια φροντίδα

Ο τρόπος λειτουργίας του υποδείγματος Bismarck περιλάμβανε την αλληλεπίδραση του κράτους με το σύστημα υγείας όπως αυτή περιγράφεται στην συνέχεια:

Ο κρατικός φορέας αναλάμβανε έμμεσα την ευθύνη της χρηματοδότησης του τομέα της υγείας καθώς την ανέθετε σε συγκεκριμένους φορείς. Οι φορείς αυτοί κατείχαν σχετική οικονομική και διοικητική ανεξαρτησία όπως τα ταμεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα υγείας ή ασθενοείας.

Η αρχική τοποθέτηση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, επισημαίνει την υγεία ως κοινωνικό αγαθό και την ασφαλιστική κάλυψη των πολιτών ως υποχρεωτική. Η χρηματοδότησή τους πραγματοποιείται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων σε αντίθεση με τα ταμεία τα οποία είναι υπεύθυνα για την είσπραξη των εισφορών (Busse & Blümel,2014).

Στην Γερμανία, ο συνολικός αριθμός ταμείων ασθενοείας διαγράφει φθίνουσα πορεία, η οποία σημειώθηκε εντόνως από το 1993 και μετέπειτα. Παρόλα αυτά, το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης της χώρας, μέσω 132 ταμείων καλύπτει περίπου το 86% του πληθυσμού της. Άξιο αναφοράς αποτελεί το μικρό μέγεθος της γερμανικής αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης παρά το γεγονός ότι κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα να αγοράσει συμπληρωματική ασφάλιση ανεξάρτητα από το ύψος του εισοδήματός του και το είδος της απασχόλησής του. Το σύστημα υγείας της Γερμανίας, διακρίνεται από την διασπορά των αρμοδιοτήτων ως προς την λήψη αποφάσεων ανάμεσα στις διάφορες διακυβερνητικές βαθμίδες καθώς και σε οργανισμούς μη

κρατικού χαρακτήρα. Επομένως, η διαχείριση της υγειονομικής ασφάλισης εφαρμόζεται από τους ιατρικούς συλλόγους και τα ταμεία ανεργίας εκ μέρους του κράτους, εφαρμόζοντας την ομοσπονδιακή πολιτική. Τέλος από το 2009, το σύνολο των σημείων ασθενείας εκπροσωπούνται από την Ομοσπονδιακή Ένωση Ταμείων Ασθενείας καθώς κάθε άτομο που διατηρεί μόνιμη κατοικία στην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας υποχρεούται να έχει ασφάλιση υγείας ακόμα και για βραχυπρόθεσμη διαμονή.

Το μοντέλο Beveridge το οποίο δημιουργήθηκε το 1948 από τον Βρετανό οικονομολόγο και πολιτικό William Henry Beveridge είναι γνωστό και ως το Εθνικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης.

Σκοπός του συστήματος ήταν η παροχή ποιοτικής ιατρικής περίθαλψης μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ανεξάρτητα από την ύπαρξη δυνατότητας για οικονομική κάλυψη από τους ίδιους τους ασθενείς. Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος ήταν παρόμοιος με αυτόν που χρηματοδοτούνταν οι αστυνομικές δυνάμεις και οι δημόσιες βιβλιοθήκες, ενώ ο έλεγχος του πραγματοποιούνταν μέσω των χρημάτων που εισέπραττε το κράτος από την φορολογία των πολιτών. Το ιδιωτικό υγειονομικό προσωπικό καθώς και οι κλινικές πληρώνονται από το κράτος και όχι από τους πολίτες. Λόγω αυτού, χαρακτηρίζεται από χαμηλό κατά κεφαλήν κόστος.

Από την εφαρμογή του συστήματος Beveridge, εντοπίζονται αρνητικές επιδράσεις ως προς το ύψος της ασκούμενης φορολογίας, τον αποκλειστικό έλεγχο των παροχών υγείας από το κράτος καθώς και την επιβράδυνση στα χρονικά διαστήματα εξυπηρέτησης των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, λόγω του ότι η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας πραγματοποιείται μόνο μέσω της φορολογίας των πολιτών είναι εμφανές ότι για την βιωσιμότητά του το ύψος των φόρων κυμαίνονται σε αρκετά υψηλά επίπεδα. Ομοίως, ο έλεγχος της ποιότητας των παροχών υγείας μπορεί να διακυμανθεί με βάση την εκάστοτε κυβέρνηση και την λήψη αυτής διαφόρων δημοσιονομικών μέτρων. Τέλος, το σύστημα αυτό διακρίνεται από πολλές λίστες αναμονής ασθενών γεγονός που δημιουργεί ιδιαίτερες συνθήκες στους ασθενείς των έκτακτων περιστατικών.

Το Φιλελεύθερο σύστημα υγείας (H.P.A) δεν περιλαμβάνει την ολική κάλυψη των υπηρεσιών υγείας παρά την δαπάνη μεγάλου μέρους του ετήσιου ΑΕΠ στον τομέα της υγείας. Εκτιμάται ότι την δεκαετία του 60' ο Αμερικανός πρόεδρος Λίντον Τζόνσον έθεσε την βάση για το αμερικανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης Medicare και Medicaid. Το Medicare εξυπηρετούσε συγκεκριμένες κοινωνικές κατηγορίες όπως οι άνω των 65 ετών πολίτες, πολίτες με αναπηρία καθώς και άτομα με νεφρική ανεπάρκεια σε προχωρημένο στάδιο. Το Medicaid αναλάμβανε τα άτομα (και τις οικογένειες αυτών) των οποίων το επίπεδο εισοδήματος ήταν χαμηλό.

Μετάπειτα δημιουργήθηκαν τα προγράμματα SCHIP και Tricare. Το SCHIP - το Κρατικό Πρόγραμμα Ασφάλισης και Υγείας για Παιδιά είναι σχεδιασμένο για την παροχή ασφαλιστικής κάλυψης των παιδιών των οποίων το οικογενειακό οικονομικό υπόβαθρο είναι παράλληλα υψηλότερο του ορίου που δέχεται το Medicaid αλλά και περιορισμένο για την πληρωμή ιδιωτικής ασφάλισης. Τα κράτη της Αμερικής μπορούν να έχουν διαφορετικά κριτήρια επιλογής για τις παροχές που θα προσφέρει το SCHIP αλλά στις περισσότερες

πολιτείες στα ασφαλισμένα παιδιά κάτω των 19 ετών των οποίων οι οικογένειες κερδίζουν έως και 36.200 \$ ετησίως (για μια οικογένεια τεσσάρων) το πρόγραμμα παρέχει κάλυψη για:

- επισκέψεις γιατρού
- ανοσοποιήσεις
- νοσηλεία
- επισκέψεις σε δωμάτιο έκτακτης ανάγκης

Με αντίθετη τοποθέτηση, εφαρμόστηκε το Tricare. Το Tricare αποτελεί ένα πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο παρέχει ασφάλιση στους συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη τους και στο στρατιωτικό προσωπικό.

Από τα τελευταία μοντέλα στο αμερικανικό σύστημα υγείας έρχεται να προστεθεί το ACA (Affordable Care Act), γνωστό και ως Obama care το οποίο θεσπίστηκε νομικά το 2010 κατά την προεδρία του Ομπάμα. Ο σκοπός του σχεδιασμού του ήταν η προστασία των καταναλωτών από τις τακτικές των ασφαλιστικών εταιρειών οι οποίες αύξαναν το κόστος ασθένειας και αυστηροποιούσαν τα κριτήρια της περίθαλψης. Αρκετοί Αμερικανοί πολίτες ωφελήθηκαν του προγράμματος είτε λόγω ανεργίας (αναπηρίας, οικογενειακών υποχρεώσεων) είτε χαμηλού εισοδήματος (κακοπληρωτές εργοδότες) είτε λόγω βεβαρημένου ιατρικού ιστορικού υγείας (χρόνια ασθένεια).

ΧΩΡΕΣ	BISMARCK MODEL	BEVERIDGE MODEL	FROM BISMARCK TO BEVERIDGE 1970-80s
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ		✓	
ΑΥΣΤΡΙΑ	✓		
ΒΕΛΓΙΟ	✓		
ΓΑΛΛΙΑ	✓		
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	✓		
ΔΑΝΙΑ		✓	
ΕΛΒΕΤΙΑ	✓		
ΕΛΛΑΔΑ			✓
ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ		✓	
ΙΑΠΩΝΙΑ	✓		
ΙΡΛΑΝΔΙΑ		✓	
ΙΣΛΑΝΔΙΑ		✓	
ΙΣΠΑΝΙΑ			✓
ΙΤΑΛΙΑ			✓
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	✓		
ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ		✓	
ΝΟΡΒΗΓΙΑ		✓	
ΝΟΤΙΑ ΚΟΡΕΑ			✓
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	✓		
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ			✓
ΣΟΥΗΔΙΑ		✓	
ΦΙΛΑΝΔΙΑ		✓	

Πηγή Minor, 2010 : Ποιες χώρες ακολουθούν τα μοντέλα συστημάτων υγείας Bismarck / Beveridge

Οι γιατροί και τα νοσοκομεία τείνουν να είναι ιδιωτικοί στις χώρες του Bismarck. Η Ιαπωνία έχει περισσότερα ιδιωτικά νοσοκομεία από τις ΗΠΑ παρόλο που πρόκειται για ένα μοντέλο

πολλαπλών πληρωμών - η Γερμανία διαθέτει περίπου 240 διαφορετικά κεφάλαια - η αυστηρή ρύθμιση δίνει στην κυβέρνηση μεγάλο μέρος της επιρροής ελέγχου κόστους που παρέχει το μοντέλο Beveridge του μοναδικού πληρωτή. Το μοντέλο Bismarck βρίσκεται στη Γερμανία, στη Γαλλία, το Βέλγιο, τις Κάτω Χώρες, την Ιαπωνία, την Ελβετία και, σε κάποιο βαθμό, στη Λατινική Αμερική.

Οι χώρες που χρησιμοποιούν το σχέδιο Beveridge ή παραλλαγές σε αυτό περιλαμβάνουν τη γενέτειρά του τη Μεγάλη Βρετανία, την Ισπανία, το μεγαλύτερο μέρος της Σκανδιναβίας και τη Νέα Ζηλανδία. Το Χονγκ Κονγκ εξακολουθεί να έχει τη δική του υγειονομική περίθαλψη τύπου Beveridge, επειδή ο λαός απλώς αρνήθηκε να το εγκαταλείψει όταν οι Κινέζοι ανέλαβαν την πρώην βρετανική αποικία το 1997. Η Κούβα αντιπροσωπεύει την ακραία εφαρμογή της προσέγγισης Beveridge. Είναι ίσως το πιο αγνό παράδειγμα του συνολικού κυβερνητικού ελέγχου στον κόσμο.

3.4 ΚΡΙΣΗ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Κατά την περίοδο της κρίσης (κοινωνικής ή / και οικονομικής) διαμορφώνονται ιδιαίτερες συνθήκες των οποίων τα χαρακτηριστικά διαφέρουν ανάλογα με την χώρα και την χρονική περίοδο. Ανάλογη επιρροή δέχεται και η εκάστοτε πολιτική η οποία αναλαμβάνει την αντιμετώπιση της κρίσης έχοντας ως αποτέλεσμα πλήθος συνεπειών να επιδρούν στον υγειονομικό τομέα.

Στις συνέπειες της κρίσης και κατ' επέκταση στις συνέπειες της μείωσης του ΑΕΠ, περιλαμβάνονται οι μειώσεις οικογενειακού εισοδήματος, η παράλληλη αύξηση χαμηλού βιοτικού επιπέδου , η ανεργία ή και ακόμη η απώλεια εργασίας.

Οι άνωθεν παράγοντες συχνά οδηγούν στον περιορισμό της ασφαλιστικής κάλυψης στα νοσοκομεία.

Αξιοσημείωτη παρατήρηση αποτελεί η ανασφάλεια του πληθυσμού η οποία σημειώνεται και συνεπάγεται την επιβράδυνση της σωματικής και ψυχικής υγείας (αύξηση περιστατικών κατάθλιψης και αυτοκτονιών) μειώνοντας το προσδόκιμο ζωής και παράλληλα αυξάνοντας την νοσηρότητα.

3.4.1 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΡΙΣΗΣ

Όπως αναφέρεται σε προηγούμενη παράγραφο η οικονομική κρίση προκάλεσε αβεβαιότητα και φόβο λόγω αστάθειας στον επαγγελματικό τομέα οδηγώντας τους πολίτες στην χρήση δημόσιων υπηρεσιών αυξάνοντας αντίστοιχα τις δημόσιες δαπάνες.

Ως αποτέλεσμα της μειωμένης ζήτησης του ιδιωτικού υγειονομικού τομέα εντοπίστηκαν τα ακόλουθα:

- περικοπές μισθών
- μείωση προσωπικού
- αναστολή επενδύσεων, λόγω αύξησης της ζήτησης των δημόσιων νοσοκομείων κατά 30% για ετήσιες εξετάσεις

Οι δαπάνες της χώρας για προληπτική φροντίδα αντιστοιχούν σε ελάχιστους πόρους καθώς κατατάσσουν την Ελλάδα με τις χώρες της ΕΕ οι οποίες σημειώνουν έλλειψη γενικών ιατρών. Για την τοποθέτηση σε τάξη μεγέθους, στην Ελλάδα διατίθενται 20 ευρώ έναντι 89 ευρώ – τα οποία αποτελούν τον μέσο όρο της ΕΕ – ανά άτομο για προληπτική φροντίδα (σε ποσοστιαία

μέτρηση 1,3%). Το 2017 ο λόγος νοσοκομειακών κλινών ανά 1.000 κατοίκους σημείωσε μικρή απόκλιση από τον μέσο όρο της ΕΕ.

Οι μεικτές δαπάνες υγείας παρουσίασαν πτώση 30% κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Πλέον οι μεικτές δαπάνες για την υγεία αντιστοιχούν στο ήμισυ του μέσου όρου της ΕΕ, κατατάσσοντας την χώρα στην 21η θέση της λίστας. Το 2017 η Ελλάδα διέθεσε 8 % του ΑΕΠ στην υγεία , ποσοστό το οποίο είναι μικρότερο του μέσου όρου της ΕΕ (9,8 %).

Επιπλέον, η Ελλάδα έχει το δεύτερο υψηλότερο επίπεδο μη καλυπτόμενων αναγκών ιατρικής περίθαλψης στην ΕΕ (μετά την Εσθονία), με το ποσοστό να διπλασιάζεται για τα φτωχότερα νοικοκυριά. Η κύρια αιτία αυτού είναι το αυξημένο κόστος περίθαλψης. Υπολογίζεται περίπου ότι ένα στα δέκα νοικοκυριά δεν είχε δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας όταν τις χρειαζόταν. Μη καλυπτόμενες ανάγκες αναφέρθηκαν επίσης από σχεδόν ένα στα πέντε νοικοκυριά στο φτωχότερο πεμπτημόριο εισοδήματος, αλλά μόλις από το 3 % των πλουσιότερων νοικοκυριών, γεγονός που αποκαλύπτει την ύπαρξη εισοδηματικής ανισότητας στην Ευρώπη. Τα στοιχεία αναφέρονται σε μη καλυπτόμενες ανάγκες για ιατρική εξέταση ή αγωγή λόγω κόστους, λόγω απόστασης που πρέπει να διανύσει ένας ασθενής ή λόγω χρόνου αναμονής.

Για παράδειγμα, οι αγροτικές και νησιωτικές περιοχές της χώρας υστερούν σε πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας συγκριτικά με τις αστικές περιοχές. Οι ανισοροπίες οι οποίες δημιουργούνται ως προς τη διαθεσιμότητα περίθαλψης επηρεάζουν την πρόσβαση στις αγροτικές περιοχές και επιτείνουν τις περιφερειακές ανισότητες. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει ισόρροπη κατανομή των πόρων και του προσωπικού στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ούτε κατάλληλοι μηχανισμοί σχεδιασμού και διαχείρισης. Κατά συνέπεια, ορισμένες περιοχές έχουν τριπλάσιους ιατρούς και νοσηλευτές από άλλες. Από μία έρευνα πληθυσμού προκύπτει ότι το 2014, από το σύνολο των ατόμων που έχρηζαν περίθαλψης, ποσοστό μόλις 3 % των ατόμων που ζούσαν σε πόλεις δεν μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε αυτήν λόγω απόστασης ή έλλειψης μέσου μεταφοράς, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 13 % για τα άτομα που ζούσαν σε αγροτικές περιοχές.

3.4.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Οι βασικότερες προκλήσεις που καλούνται τα δημόσια κέντρα υγείας να αντιμετωπίσουν είναι:

- Έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Χαμηλή ενδοτικότητα.
- Περιορισμένο ποιοτικό επίπεδο υπηρεσιών.
- Σπατάλη χρηματικών διαθεσίμων.
- Έλλειψη ιατρικών αναλώσιμων (βαμβάκι ,γάζες ,μάσκες κλπ).

Το υψηλό κρατικό έλλειμα καθώς και η οικονομική κρίση η οποία λαμβάνει χώρα δημιουργούν δυσμενείς συνθήκες ως προς την διαχείριση των προϋπολογισμών του δημόσιου κλάδου υγείας προκαλώντας σημαντικές περικοπές της τάξης του 1δισ.

Λόγω αυτού, παρατηρείται αναλογική αύξηση του όγκου των πολιτών – ασθενών οι οποίοι στρέφονται στον δημόσιο τομέα και του όγκου εργασίας τον οποίο καλείται το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να καλύψει.

Παράδειγμα αποτελεί η μείωση των αξονικών και μαγνητικών εξετάσεων σε ιδιωτικού χαρακτήρα κέντρα κατά το διάστημα 2008-2012 με την αντίστοιχη ανοδική πορεία στα δημόσια νοσοκομεία με ποσοστό 94,1%.

Η πορεία της συνολικής και κατά κεφαλήν δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης μετά από την εκδήλωση της οικονομικής κρίσης με βάση τα στατιστικά του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD) για το διάστημα 2009-2013, παρατηρείται σταδιακή μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ενώ τα επίπεδα της συνολικής και δημόσιας κατά κεφαλήν φαρμακευτικής δαπάνης αντίστοιχα κινούνται παράλληλα.

Ομοίως κατά τα έτη 2003-2013 οι δαπάνες στον δημόσιο τομέα σε ποσοστιαία βάση κινήθηκαν κατά μέσο όρο στις 5,86 μονάδες ενώ στον ιδιωτικό στις 3,22.

Κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης το προσωπικό το οποίο απασχολείται στον δημόσιο ιατρικό τομέα συγκριτικά με τον όγκο εργασίας τον οποίο δέχεται να ανταπεξέλθει υπολείπεται σε σημαντικό βαθμό.

Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό προσωπικό έχει επηρεαστεί σε εργασιακό αλλά και σε εκπαιδευτικό επίπεδο. Οι νοσηλευτικές σχολές συνεχίζουν να έλκουν το ενδιαφέρον με τους αποφοίτους αυτών να προστίθενται στην μερίδα των άνεργων πολιτών της χώρας. Εκτιμάται ότι ποσοστιαία κυμαίνεται στο 20-25% λόγω μείωσης προσλήψεων κατά τα τελευταία έτη ενώ αποτελεί την πρώτη ομάδα στον υγειονομικό κλάδο που δέχεται περικοπές προσωπικού. Επίσης, ο χρόνος ο οποίος εκτιμάται η πρόσληψη ενός νέου αποφοίτου ξεπερνά τα 4 με 5 έτη.

Οι περικοπές του προσωπικού σε συνδυασμό με τις περιορισμένες προσλήψεις έχουν ως αποτέλεσμα το αυξημένο ηλικιακό όριο των εργαζομένων. Αναλυτικότερα, σε πέντε κράτη μέλη του OECD σχεδόν το 50% των νοσηλευτών ανέρχεται στο ηλικιακό όριο άνω των 45 ετών. Στην Ελλάδα το 1/3 του νοσηλευτικού εργατικού δυναμικού είναι άνω των 50 ετών με 20ετη προϋπηρεσία.

Το εργατικό δυναμικό του τομέα υγείας των υπαγόμενων χωρών στον OECD (Ο.Ο.Σ.Α - Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) κατά μέσο όρο αντιστοιχεί στο 5-10%, ενώ ετησίως σημειώνει αύξηση της τάξης 1,5-2%. Η αύξηση του εργατικού δυναμικού συντελεί στην παραγωγή, στην διανομή υπηρεσιών υγείας καθορίζοντας την ποιότητα της φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) άνω του 60% των δαπανών διατίθεται για το ανθρώπινο δυναμικό. Ένας δείκτης μέτρησης του επιπέδου απόδοσης του προσωπικού μπορεί να σχετιστεί με την ύπαρξη τυχόν επιπλοκών, την θνησιμότητα νοσηλευόμενων και τον χρόνο παραμονής τους εντός του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη σε 9 ευρωπαϊκές χώρες από τους Aiken Lh. σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης του νοσηλευτικού προσωπικού τα αποτελέσματα που προέκυψαν αναφέρουν την έντονη δυσαρέσκεια των νοσηλευτών καθώς και την πρόθεσή τους να εγκαταλείψουν την θέση εργασίας τους. Ο μειωμένος βαθμός ικανοποίησης πηγάζει από:

- Χαμηλή μισθολογική κλίμακα
- Περιορισμένες ευκαιρίες στον επαγγελματικό τομέα

Τα άνωθεν συμπεράσματα της έρευνας έμμεσα επιβεβαιώνονται από την έκθεση του OECD με τίτλο «Υγεία με ματιά: Ευρώπη 2014» η οποία παραθέτει τα πρόσφατα συγκρίσιμα δεδομένα μέσω δεικτών στον τομέα της υγείας και στα συστήματα υγείας σε 35 ευρωπαϊκές χώρες. Τα στοιχεία τα οποία διεξήχθησαν από την έκθεση είναι τα κάτωθι:

- 2012: ο λόγος γιατρών / 1.000 κατοίκους ανερχόταν στο 6,2 (διπλάσιο σχεδόν ποσοστό από τον μέσο όρο της E.E.) – κατάταξη της χώρας στην πρώτη θέση
- 2011: ο λόγος νοσηλευτών / 1.000 κατοίκους ανερχόταν στο 3,3 (μαζί με την Τουρκία και το Μεξικό – σύγκριση με τον γενικό μέσο όρο των χωρών ο οποίος ήταν 8,8) – κατάταξη της χώρας στις τελευταίες θέσεις
- ο λόγος νοσηλευτών / ιατρό ανερχόταν στο 0,6 (σύγκριση με τον γενικό μέσο όρο των χωρών ο οποίος ήταν 2,83)
- ο λόγος νοσηλευτών / κλίνη ανερχόταν στο 0,67 (σύγκριση με τον γενικό μέσο όρο των χωρών ο οποίος ήταν 2,03) - κατάταξη της χώρας στις τελευταίες θέσεις

Το 2009, στην Ελλάδα οι πρόωρες συνταξιοδοτήσεις του νοσηλευτικού προσωπικού κινήθηκαν και συνέχισαν να κινούνται με αυξανόμενο ρυθμό. Η απομάκρυνσή τους από τον τομέα της υγείας πραγματοποιήθηκε λόγω της αβεβαιότητας του ασφαλιστικού συστήματος, δεδομένης της χρονικής στιγμής – αρχικά στάδια οικονομικής κρίσης. Οι συνθήκες αυτές συνέβαλλαν στην αποδιοργάνωση των δημόσιων νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Παρά το υψηλό ποσοστό ανεργίας των νοσηλευτών (οι οποίοι πλέον ανέρχονται των 8.000) ο δημόσιος τομέας δεν προέβη σε προσλήψεις Το 2013 εξαίρεση αποτέλεσε το επικουρικό νοσηλευτικό προσωπικό το οποίο πληρούσε σύμβαση ορισμένου χρόνου με στόχο την ενίσχυση των ΜΕΘ (μονάδα εντατικής θεραπείας), έπειτα από συμβολή του ΚΕΕΛΠΝΟ. Για την εξομάλυνση του δημόσιου τομέα , αποφασίστηκε ότι για κάθε 5 αποχωρήσεις εργαζομένων θα πραγματοποιείται 1 πρόσληψη, απόφαση η οποία περιλάμβανε και τον κλάδο της υγείας.

Παρόλα αυτά, η κρίση προκάλεσε προβλήματα στο βιοτικό επίπεδο των νοσηλευτών καθότι ο μισθός δέχθηκε περικοπές ύψους 40% ενώ η καταβολή των δεδουλευμένων (υπερωρίες, νυχτερινές βάρδιες κλπ) καθυστερούσε. Εκτός από τις οικονομικές και επαγγελματικές δυσκολίες οι νοσηλευτές πλέον καλούνται να χειριστούν και ηθικού χαρακτήρα διλήμματα όπως η περίθαλψη ανασφάλιστων ασθενών, η ατομική προμήθεια υλικών λόγω ελλείψεων για την εξυπηρέτηση των περιστατικών.

Στην ορθή λειτουργία των δομών παροχής φροντίδας υγείας δύναται να συμβάλει η απαραίτητη κατανομή προσωπικού όλων των κλάδων σε κάθε νοσηλευτικό τμήμα. Βασικό μειονέκτημα για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών, αποτελεί η εμφανής αύξηση του βοηθητικού προσωπικού (είτε κατέχει τίτλο είτε όχι) στη διάρθρωση του ημερησίου προγράμματος της νοσηλευτικής υπηρεσίας, καταστρατηγώντας τα επαγγελματικά καθήκοντα και δημιουργώντας ένα άνομο πλαίσιο. Ο ελλιπής αποσαφηνισμός, η ελλιπής κατοχύρωση των νομικών καθηκόντων καθώς και η διαφοροποίηση αυτών, εντός του νοσηλευτικού τμήματος των

δημόσιων νοσοκομείων, δίνει την δυνατότητα στους κυβερνώντες να προσλαμβάνουν ως βοηθούς το έμπειρο προσωπικό καθότι αντιστοιχούν σε χαμηλότερη μισθολογική κλίμακα.

3.5 ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην παρούσα παράγραφο παρουσιάζεται με συγκεντρωτικά στοιχεία (με την βοήθεια πινάκων) η εικόνα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

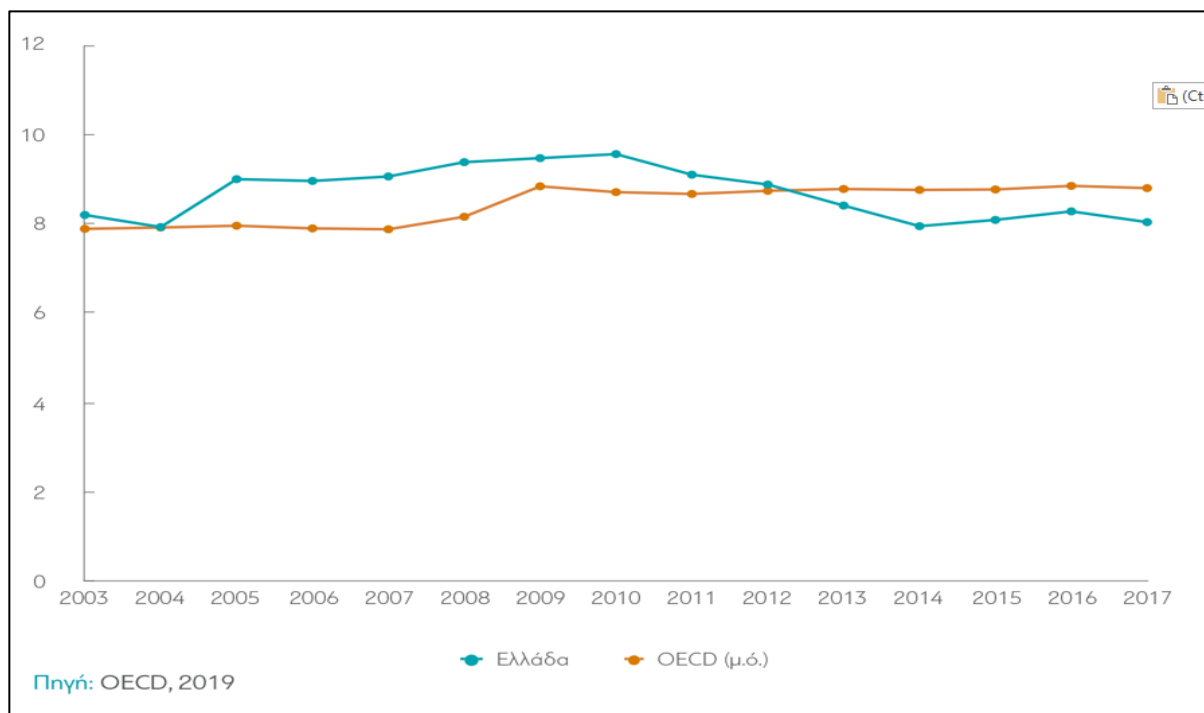
Πιο συγκεκριμένα ακολούθως παρατίθενται με ανάλυση οι πίνακες και τα γραφήματα:

1. Πίνακας 1: Εξέλιξη Δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα (2009-2016)
2. Γράφημα 19: Συνολική Δαπάνη ως % ποσοστό του εγχώριου ΑΕΠ (2003-2017)
3. Πίνακας 2: Νοσοκομεία (νομικός τύπος, ιδιοκτησία, περιφέρεια - 2017)
4. Γράφημα 20: Απασχόληση στον Τομέα της Υγείας σε % του Εργατικού Δυναμικού (2000 & 2016)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Συνολική δαπάνη υγείας (εκατ. €)	22.491	21.609	18.836	16.984	15.201	14.203	14.448	14.727
Δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	9,47%	9,56%	9,1%	8,88%	8,41%	7,95%	8,19%	8,45%
Δημόσια δαπάνη υγείας (εκατ. €)	15.412	14.921	12.425	11.286	9.445	8.267	8.420	9.035
Δημόσια δαπάνη ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	68,5%	69%	65,9%	66,4%	62,1%	58,2%	58,3%	61,3%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2018α

Σύμφωνα με τον Πίνακα 1 παρατηρείται, ότι οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης. Ο περιορισμός των δημόσιων δαπανών στο ποσοστό 6% του ΑΕΠ, ήταν ο στόχος των μνημονίων και ειδικότερα της δημόσιας δαπάνης για τα φάρμακα στο ποσοστό 1% του ΑΕΠ. Το όριο αυτό, επιτεύχθηκε μόλις το 2011. Πλέον, στο περίπου 5% τοποθετείται η δημόσια δαπάνη ενώ ο μέσος όρος στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης αντιστοιχεί στο 7%. Το 2016, οι συνολικές δαπάνες υγείας ανήλθαν στο 8,45% του ΑΕΠ, σε σύγκριση με το 2009 το οποίο ήταν ήταν 9,47% (μέσος όρος ΟΟΣΑ: 15,3%). Κατά την χρονική περίοδο 2012 έως και 2016 η μείωση έφτασε τα 14,7 δισ. ευρώ.



Στο γράφημα 19 παρουσιάζεται η συνολική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ. Στην Ελλάδα, υπάρχουν 277 νοσοκομεία συνολικά, με διαθέσιμες κλίνες 45.267. Η κατηγοριοποίηση των νοσοκομείων πραγματοποιείται ως εξής:

- τα 147 είναι ιδιωτικές κλίνες
- τα 5 είναι νοσοκομεία μορφής Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ)
- τα 125 είναι νοσοκομεία μορφής Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΙΔΔ)

Τα νοσοκομεία αυτά των ΝΠΙΔΔ είναι αυτά, τα οποία ανήκουν στο ΕΣΥ. Επιπρόσθετα, 200 περίπου πρώην πολυϊατρεία του ΙΚΑ καθώς και 201 Κέντρα Υγείας, συγκροτούν μαζί το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ). Στις αγροτικές περιοχές, εκτιμώνται 1.487 περιφερειακά ιατρεία καθώς επίσης και 127 Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ) στις αστικές περιοχές, τα οποία προσφάτως ιδρύθηκαν.

Οι μονάδες στο σύνολό τους υπάγονται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες ασκούν κυρίως εποπτικό και συντονιστικό ρόλο. Ο εκάστοτε υπουργός και το Υπουργείο Υγείας είναι οι αρμόδιοι για την άσκηση της διοίκησης και για τον διορισμό του διοικητικού προσωπικού όπως τους διευθυντές και τους Δ. Σ. των νοσοκομείων.

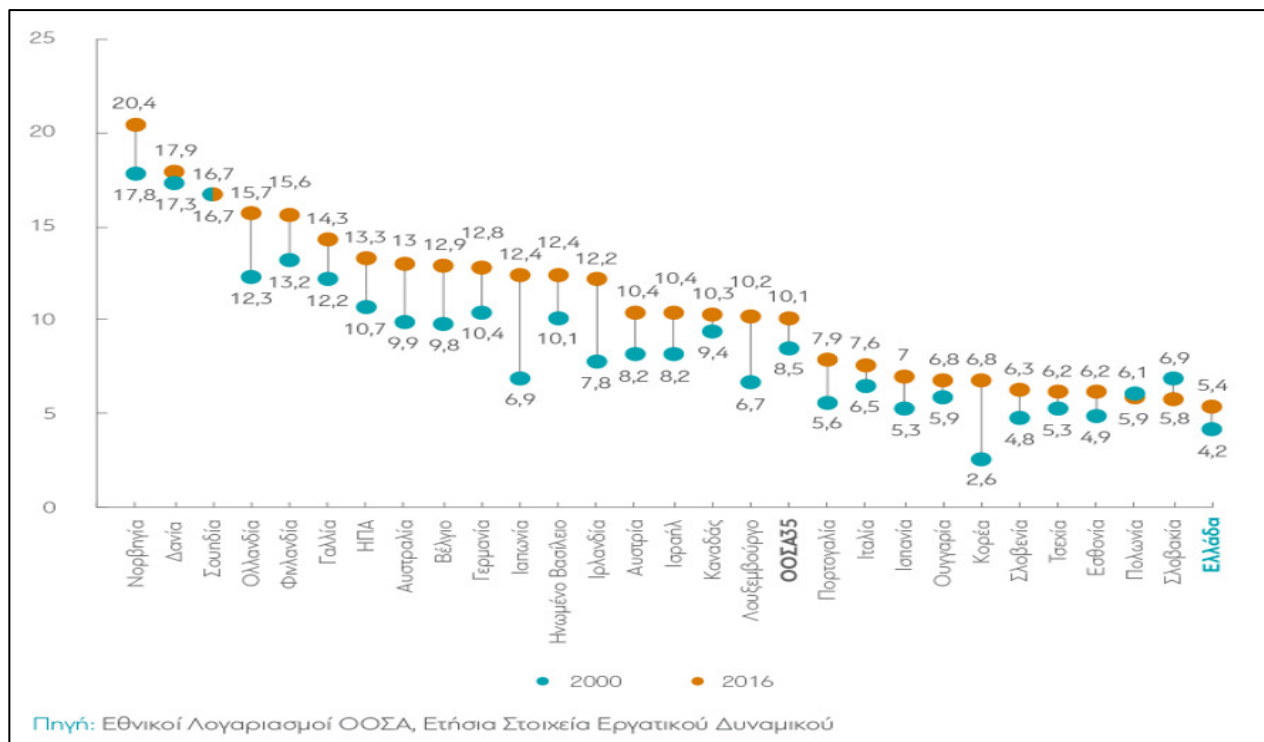
Περιφέρειες	Σύνολο		Νομικά Πρόσωπα Δημοσί- ου Δικαίου		Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου		Ιδιωτικές κλινικές	
	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.
	Αριθμός Θεραπευ- τηρίων	Αριθμός κλινών κλειστής νοσηλείας	Αριθμός νοσοκομείων	Αριθμός κλινών κλειστής νοσηλείας	Αριθμός νοσοκομείων	Αριθμός κλινών κλειστής νοσηλείας	Αριθμός κλινικών	Αριθμός κλινών κλειστής νοσηλείας
Σύνολο	277	45.267	125	29.495	5	894	147	14.878
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	17	2.420	6	1.555	0	0	11	865
Κεντρική Μακεδονία	44	8.466	17	4.839	1	651	26	2.976
Δυτική Μακεδονία	9	1.101	5	666	0	0	4	435
Ήπειρος	7	1.439	6	1.424	0	0	1	15
Θεσσαλία	32	3.953	5	1.659	0	0	27	2.294
Στερεά Ελλάδα	10	880	8	826	0	0	2	54
Ιόνιοι Νήσοι	6	601	5	549	0	0	1	52
Δυτική Ελλάδα	16	1.998	11	1.614	0	0	5	384
Πελοπόννησος	10	1.266	8	1.216	0	0	2	50
Αττική	96	19.040	35	11.637	3	224	58	7.179
Βόρειο Αιγαίο	7	630	5	576	0	0	2	54
Νότιο Αιγαίο	8	1.057	6	929	1	19	1	109
Κρήτη	15	2.416	8	2.005	0	0	7	411

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2017

Σύμφωνα με τον Πίνακα 2 της ΕΛΣΤΑΤ (στοιχεία του 2017) παρά την αριθμητική υπεροχή των ιδιωτικών κλινών σε σχέση με τις δημόσιες, αξιοποιείται μόνο το 35% το οποίο βρίσκεται στον ιδιωτικό τομέα, ενώ περίπου το 65% των νοσοκομειακών κλινών βρίσκεται στα δημόσια νοσοκομεία. Η διακύμανση αυτή οφείλεται στο μικρό και μεσαίο μέγεθος των ιδιωτικών κλινών οι οποίες είναι συνήθως γενικού, μαιευτικού ή ψυχιατρικού χαρακτήρα.

Η συντομότερη μέση διάρκεια παραμονής σε νοσοκομειακό ίδρυμα στην ΕΕ είναι 5,2 ημέρες και εμφανίζεται στα νοσοκομεία της Ελλάδας, ενώ η μέση πληρότητα των κλινών (μόλις το 74%), είναι πανομοιότυπη με του μέσου όρου που δίνει η ΕΕ.

Υπάρχουν, ωστόσο αναρίθμητα προβλήματα στον δημόσιο τομέα υγείας, όπως η υπερκατανάλωση υπηρεσιών, οι καθυστερήσεις στην παροχή τους, το αυξημένο κόστος και η αναποτελεσματικότητα. Βάσει υπολογισμών, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας θα μπορούσαν να αντιμετωπίζουν έως και το 1/3 των έκτακτων εισαγωγών - περιστατικών των γενικών νοσοκομείων καθώς και το 40% των ορθοπεδικών. Ισάξιο σοβαρότητας πρόβλημα αποτελεί επίσης η στελέχωση των νοσοκομείων αυτών. Η Ελλάδα, γνωρίζεται, πως αναλογικά με τον πληθυσμό της σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση, έχει το μεγαλύτερο αριθμό ιατρών και το μικρότερο αριθμό νοσηλευτών. Παρ'όλο που το σύστημα υγείας ,χρειάζεται τουλάχιστον 2 έως 3 νοσηλευτές ανά ιατρό, αυτό διαθέτει περίπου 1,3.



Ο τομέας της πρωτοβάθμιας φροντίδας καθώς και το κόστος αυτής αποτελούν δύο πολύ σημαντικά κεφάλαια για τα οποία χρήζει να γίνει αναφορά. Το κόστος όλων των υπηρεσιών υγείας, τα φάρμακα και οι εξετάσεις, αποτελούν πρόκληση για τα συστήματα υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, αφού η αγορά της υγείας δε φέρει κοινά χαρακτηριστικά με τις υπόλοιπες αγορές.

Ο κεντρικός δημόσιος έλεγχος των τιμών, υπάρχει σχεδόν σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες στον κόσμο. Έτσι, το σύστημα τιμολόγησης των ιατρικών υπηρεσιών - πράξεων είναι καίριο κομμάτι του συστήματος υγείας. Η Ελλάδα, στηρίζεται μέχρι και σήμερα σε τιμές, οι οποίες καθιερώθηκαν περίπου το 1991. Η μοναδική αναπροσαρμογή στη χώρα, ήταν η μετατροπή των ονομαστικών αξιών σε ευρώ, λόγω κατάργησης του εθνικού νομίσματος (δραχμή). Άξιο αναφοράς είναι ότι η τιμολόγηση στο ελληνικό σύστημα δεν ενσωματώνει τις μεταβολές των τιμών με τον πληθωρισμό. Από τη στιγμή που δεν λαμβάνεται υπόψιν η επίδραση των τεχνολογικών εξελίξεων στις παρεχόμενες υπηρεσίες, ως αποτέλεσμα είναι ένα μη αντιπροσωπευτικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών και όχι το πραγματικό.

Σε διεθνές επίπεδο υπάρχουν μέθοδοι που έχουν δοκιμαστεί, οι οποίες λύνουν με αποτελεσματικό τρόπο το πρόβλημα αυτό και οδηγούν σε αξιόπιστους τιμοκαταλόγους. Στον Καναδά, τη Γαλλία και τις ΗΠΑ χρησιμοποιούν για παράδειγμα, τη μέθοδο RBRVS (Resource-based relative value scale), η οποία χρησιμοποιεί τρεις συντελεστές για την τιμολόγηση των υπηρεσιών, οι οποίοι είναι το κεφάλαιο, η εργασία και η αβεβαιότητα.

Αναφορικά με τον τομέα εργασίας οι Έλληνες ιατροί, οι οποίοι έφυγαν απ' τη χώρα, για να εργαστούν στο εξωτερικό, υπολογίζονται σε πάνω από 10.000. Παρ' όλη την μετανάστευση των Ελλήνων ιατρών, το ιατρικό δυναμικό της Ελλάδας υπερδιπλασιάστηκε μόνο την 15ετία μεταξύ 2001-2016. Η Ελλάδα το 2017 διέθετε πάνω από 65 χιλιάδες ιατρούς. Οι περισσότεροι από αυτούς είναι στις μεγάλες πόλεις και σε πόλεις που έχουν σχολές ιατρικής, δημιουργώντας ένα άνισα κατανομημένο δυναμικό, καθώς ακόμα και οι ειδικότητές τους δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες, με αποτέλεσμα να υπάρχει πληθώρα χειρουργών, παθολόγων και γυναικολόγων. Όπως έχει ήδη αναφερθεί σε προηγούμενη παράγραφο, η Ελλάδα διαθέτει το χαμηλότερο ποσοστό στην Ευρώπη σε γενικούς ιατρούς. Ιατρούς δηλαδή, οι οποίοι αναλαμβάνουν ιδιαίτερα το βάρος στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Τα ποσοστά των γενικών ιατρών στο εξωτερικό είναι πολλαπλάσια συγκριτικά με το ποσοστό της Ελλάδας. Πιο συγκεκριμένα, οι Έλληνες γενικοί ιατροί είναι 5% του συνόλου, ενώ στη Γαλλία το 38% και στην Πορτογαλία το 46%. Το ελληνικό σύστημα υγείας χρήζει άμεσης ανάγκης τουλάχιστον διπλασιασμού των γενικών ιατρών. Μάλιστα, ένας στους τέσσερις ιατρούς μέλη του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, είναι υποαπασχολούμενοι ή άνεργοι.

Αξίζει να σημειωθεί, πως τα νοσοκομεία του ΕΣΥ έρχονται αντιμέτωπα με μεγάλες ελλείψεις στο μη-ιατρικό προσωπικό και ιδιαίτερα σε νοσηλευτές (σήμερα φέρονται να λείπουν περίπου 20.000 νοσηλευτές) και σε άλλες εξίσου σημαντικές θέσεις διοίκησης. Στη χώρα μας, υπάρχουν μονάδες εντατικής θεραπείας, οι οποίες δε λειτουργούν λόγω έλλειψης προσωπικού. Το εργατικό δυναμικό της χώρας που απασχολείται στον τομέα της υγείας είναι μόλις το 5,4%, τη στιγμή που τι αντίστοιχο ποσοστό σε χώρες του ΟΟΣΑ ξεπερνά το 10%.

Ο σχεδιασμός στελέχωσης του ΕΣΥ γίνεται περιστασιακά και με διαδικασίες που δυσλειτουργούν καθυστερούν για χρόνια εις βάρος των αναγκών της υγείας. Το γεγονός ότι πολλοί από τους νοσηλευτές είναι αποσπασμένοι σε διοικητικές θέσεις, σε συνδυασμό με το εκπαιδευτικό σύστημα που παράγει λίγους, φέρουν ως αποτέλεσμα το χαμηλό ποσοστό νοσηλευτών. Υπάρχουν γιγαντιαία ποσοστά πρόωρης αποχώρησης από το επάγγελμα από εργαζόμενους, οι οποίοι εγκαταλείπουν λόγω εξουθένωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

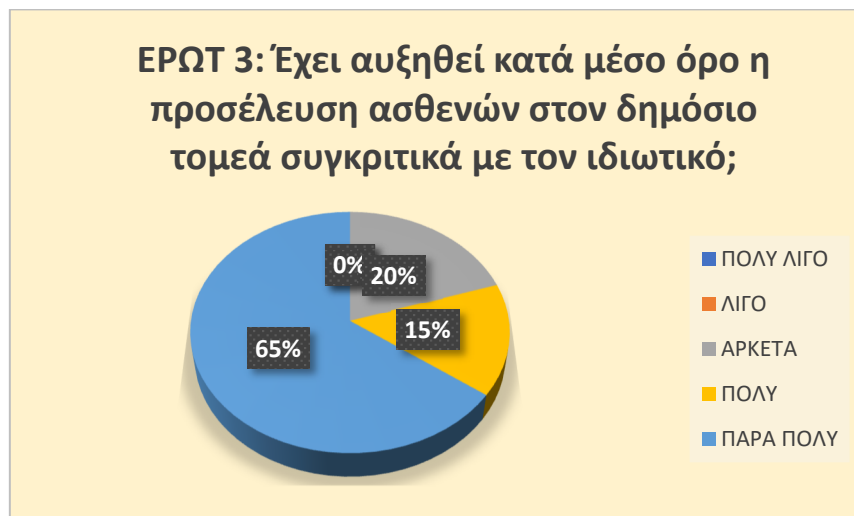
Ακολουθεί η παράθεση των γραφημάτων της πρωτογενούς έρευνας, βασιζόμενη σε ποσοτικά στοιχεία τα οποία λήφθηκαν με την βοήθεια των υγειονομικών του Δημόσιου Νοσηλευτικού ιδρύματος Αμαλία Φλέμιγκ Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Μελισσίων. Το δείγμα όπως παρουσιάζεται και στα παρακάτω γραφήματα αντιστοιχεί σε 20 εργαζόμενους οι οποίοι διαμοιράζονται ως 2 εργαζόμενοι στο Διοικητικό, 6 στον Ιατρικό και 12 στο Νοσηλευτικό τομέα. Η επιλογή του δείγματος βασίστηκε στην δυνατότητα πρόσβασης καθώς και στο όραμα του νοσοκομείου για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας ώστε να αναγνωρίζεται για την Αριστεία της λειτουργίας του και την άμεση εξυπηρέτηση.



Το γράφημα 1, παρουσιάζει το δείγμα που έχει ληφθεί ως βάση για την απάντηση του ερωτηματολογίου και αντιστοιχεί σε 20 εργαζόμενους αποκλειστικά στον δημόσιο τομέα υγείας.



Σύμφωνα με το γράφημα 2, οι απαντήσεις τις οποίες λάβαμε αντιστοιχούν, στο 60% του νοσηλευτικού προσωπικού, στο 30% του ιατρικού και στο 10% του διοικητικού.



Στο γράφημα 3, τα ποσοστά αύξησης της προσέλευσης των ασθενών στον δημόσιο τομέα συγκριτικά με τον ιδιωτικό διαμοιράζονται ως ακολούθως:

- 65% πάρα πολύ
- 15% πολύ
- 20% αρκετά

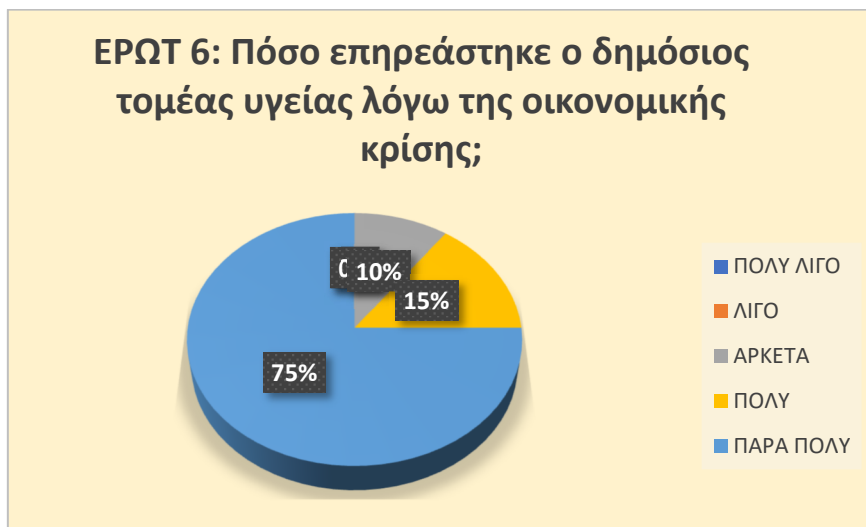


Η πλειοψηφία κατά 90% της κατηγοριοποίησης των ασθενών παρουσιάζεται και στις 2 κατηγορίες χωρίς την αριθμητική υπεροχή της μίας έναντι της άλλης.



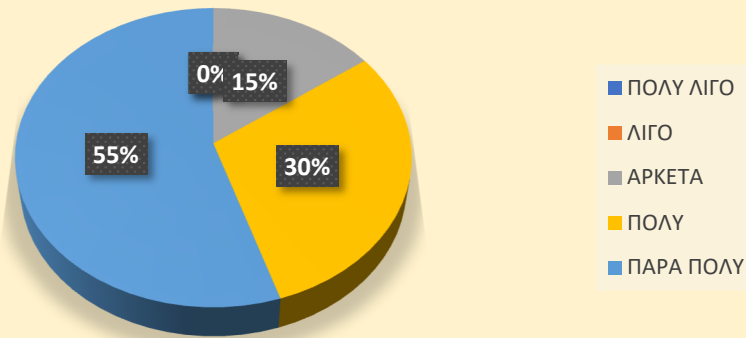
Σύμφωνα με το γράφημα το μικρότερο ποσοστό (5%) των ασθενών ανήκει στους ανασφάλιστους ενώ οι ασφαλισμένοι αντιστοιχούν στο 20% της συνολικής μερίδας των ασθενών.

Όπως παρατηρήθηκε και στο γράφημα 4 το 75% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι δεν υπερέχει καμία από τις δύο κατηγορίες.



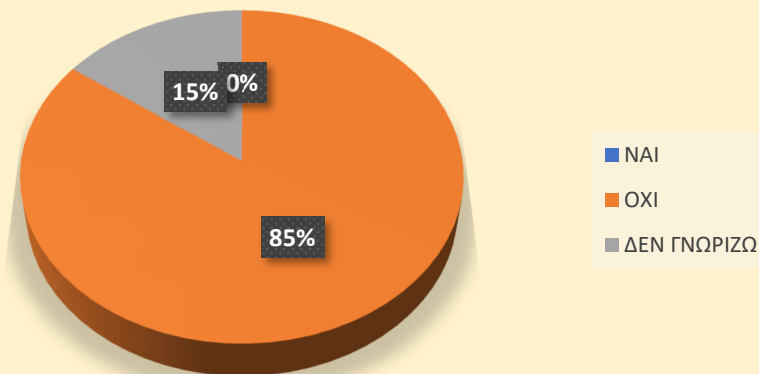
Στο γράφημα 6 στην ερώτηση κατά πόσο επηρεάστηκε ο δημόσιος τομέας υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης το 75% δήλωσε ότι επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό, το 15% πολύ, ενώ το υπόλοιπο 10% αρκετά. Στις κλίμακες «λίγο» και «πολύ λίγο» δεν υπήρξε ανταπόκριση.

ΕΡΩΤ 7: Αυξήθηκε ο όγκος εργασίας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης;



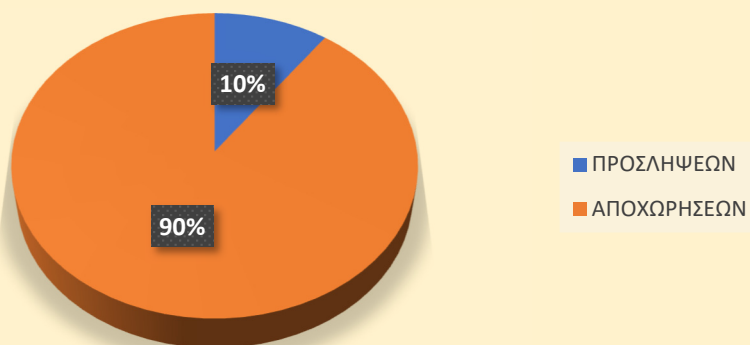
Στο παρόν γράφημα στο οποίο απεικονίζεται η αύξηση του όγκου εργασίας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, το υψηλότερο ποσοστό το οποίο αντιστοιχεί στο 55% απάντησε «πέρα πολύ». Σε ακολουθία 30% των ερωτηθέντων υποστηρίζουν «πολύ» ενώ στο ήμισυ αυτών (15%) οι απαντήσεις συγκεντρώνονται στο «αρκετά».

ΕΡΩΤ 8: Θεωρείτε ότι οι απαιτούμενες θέσεις εργασίας ήταν επαρκείς;



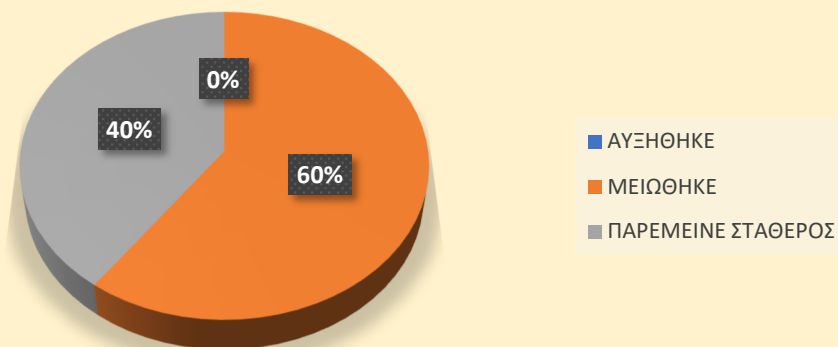
Στο γράφημα 8, το 85% δηλώνουν ότι υπάρχει ελλιπής κάλυψη των απαιτούμενων εργασιακών θέσεων ενώ το υπόλοιπο ποσοστό το οποίο συναντάται στο 15% δεν έχουν επαρκή πληροφόρηση ώστε να τοποθετηθούν.

ΕΡΩΤ 9: Αυξήθηκε ο αριθμός προσλήψεων / αποχωρήσεων



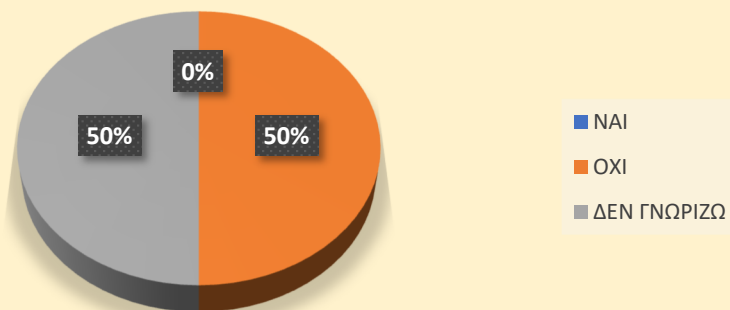
Σύμφωνα με το γράφημα 9 το υγειονομικό απασχολούμενο προσωπικό σε ποσοστό 90%, δήλωσε ότι πραγματοποιήθηκαν περισσότερες αποχωρήσεις συγκριτικά με τις προσλήψεις οι οποίες σημειώνονται στο 10%.

ΕΡΩΤ 10: Επηρεάσθηκε ο μισθός των εργαζομένων του δημόσιου τομέα υγείας;



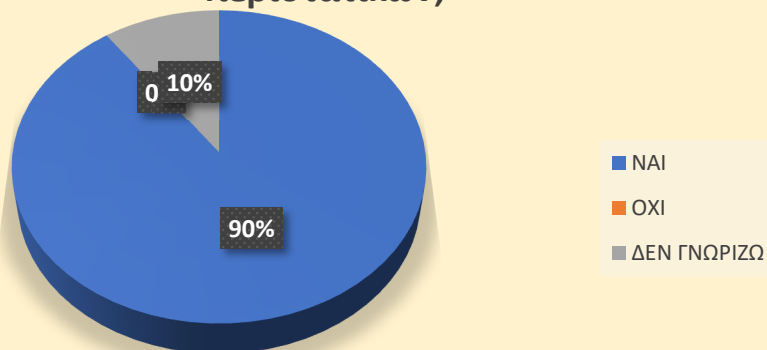
Στο παρόν γράφημα το 60% έλαβε μισθολογική μείωση ενώ το υπόλοιπο 40% δεν παρατήρησε μεταβολή στον μισθό του.

**ΕΡΩΤ 11: Μετά την οικονομική κρίση
πραγματοποιήθηκαν προσλήψεις μέσω
επιδότησεων;**



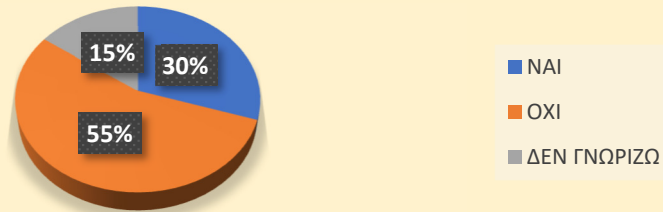
Στο γράφημα 11 παρατηρείται ποσοστιαία ισοψηφία στην πρόσληψη και μη, μέσω επιδοτήσεων.

**ΕΡΩΤ 12: Σε έκτακτες περιστάσεις (π.χ.
ασθένειες, αύξηση τροχαίων κ.α.)
παρατηρείτε ραγδαία αύξηση
περιστατικών;**



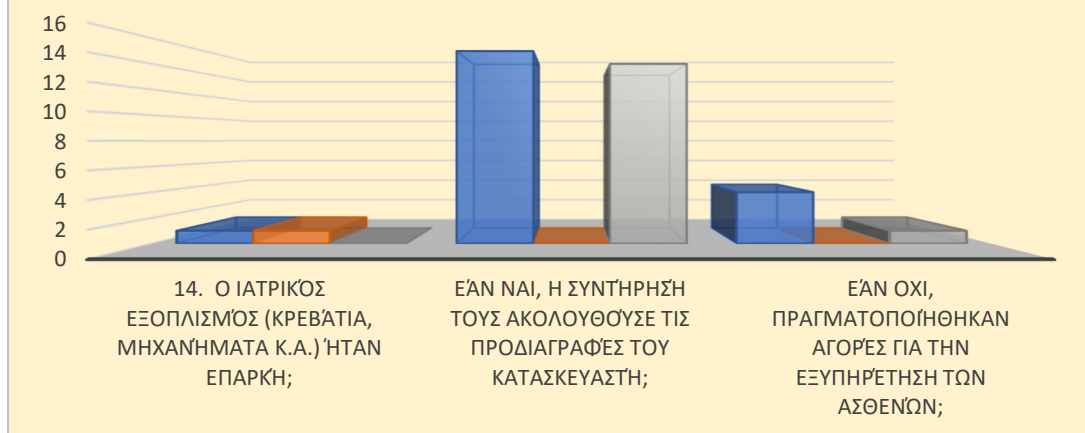
Σύμφωνα με το γράφημα το 90% πιστεύουν ναι και μόλις το 10% δεν παρατήρησαν ραγδαία αύξηση.

ΕΡΩΤ 13: Για την κάλυψη των έκτακτων και μη περιστατικών τα είδη ατομικής προστασίας των υγειονομικών ήταν επαρκή και σύμφωνα με τα υγειονομικά πρωτόκολλα;



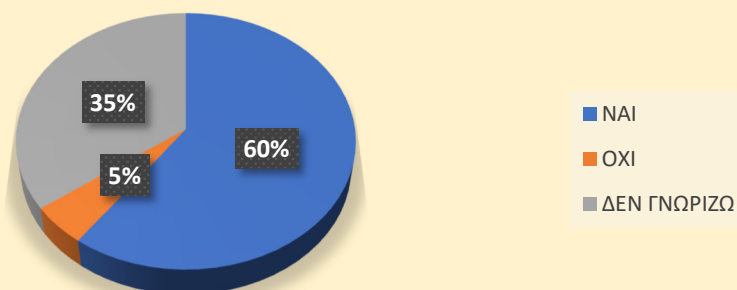
Σύμφωνα με το γράφημα 13, το 55% θεωρούν ότι δεν υπάρχει επάρκεια ειδών ατομικής προστασίας και τήρηση πρωτοκόλλων για την διαχείριση έκτακτων και μη περιστατικών. Σε συγκριτικά κοντινό ποσοστό κυμαίνονται οι θετικές απαντήσεις (30%) ενώ το 15% δεν φέρει επαρκή πληροφόρηση.

ΕΡΩΤ 14 ΜΕ 2 ΣΚΕΛΗ



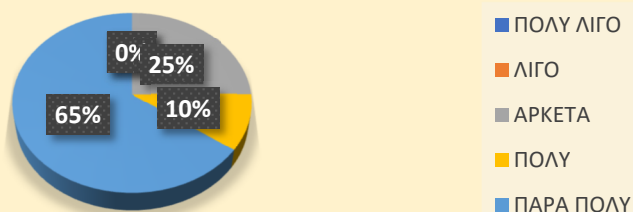
Στο ραβδοειδές γράφημα, απεικονίζονται τα ποσοστά των απαντήσεων στις αναγραφόμενες ερωτήσεις αντίστοιχα. Παρατηρείται ότι στην επάρκεια του ιατρικού εξοπλισμού (μπλε στήλες) το πλήθος των απαντήσεων συγκεντρώνεται κυρίως στο «όχι» ενώ διαφορά 3 μονάδων παρουσιάζουν οι θετικές απαντήσεις με αυτές των ατόμων που δεν γνωρίζουν. Οι ερωτηθέντες οι οποίοι απάντησαν θετικά σχετικά με την επάρκεια του ιατρικού εξοπλισμού πιστεύουν εξίσου ότι η συντήρηση του εξοπλισμού τηρεί τις προδιαγραφές του κατασκευαστή (πορτοκαλί γράφημα). Η μερίδα των αρνητικών απαντήσεων σχετικά με την επάρκεια εμμένουν στην αρνητική τους άποψη στην επόμενη ερώτηση σχετικά με το αν πραγματοποιήθηκαν αγορές για την εξυπηρέτηση των ασθενών.

ΕΡΩΤ 15: Κατά την οικονομική κρίση, εντοπίστηκε σοβαρό πρόβλημα στην διαχείριση των παρεχόμενων πόρων σχετικά με το κτήριο (χώροι - κλίνες);



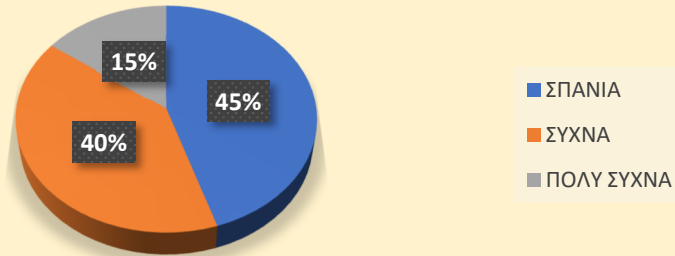
Στις απαντήσεις της ερώτησης 15, το 60% διακρίνει σημαντικό πρόβλημα στην διαχείριση των παρεχόμενων πόρων σχετικά με το κτήριο, το 35% δεν γνωρίζει ενώ το 5% όχι.

ΕΡΩΤ 16: Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η επέκταση των παρόντων υγειονομικών εγκαταστάσεων για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών;



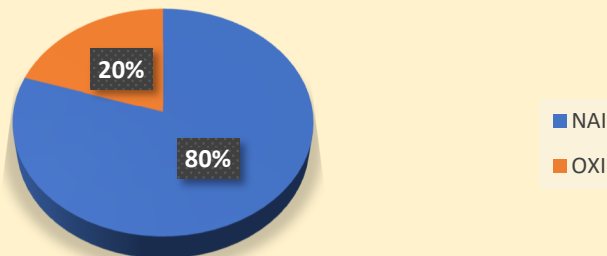
Στο γράφημα 16 για την επέκταση των υγειονομικών εγκαταστάσεων η συνολική εικόνα δηλώνει ναι με την ακόλουθη διακύμανση απαντήσεων: 65% «πέρα πολύ», 10% «πολύ» και 25% «αρκετά».

ΕΡΩΤ 17: Κρίνετε ότι η συντήρηση των υγειονομικών εγκαταστάσεων πραγματοποιείται:



Το πλήθος των ερωτηθέντων οι οποίοι πιστεύουν ότι η συχνότητα της συντήρησης των κτηρίων είναι σπάνια δεν παρουσιάζει μεγάλη απόκλιση από το πλήθος των ερωτηθέντων που θεωρούν συχνή την συντήρησή τους. Το υπόλοιπο 15% δηλώνει ότι οι υγειονομικές εγκαταστάσεις συντηρούνται πολύ συχνά.

ΕΡΩΤ 18: Θεωρείτε ότι ο δημόσιος τομέας υγείας καθίσταται ικανός για την αντιμετώπιση των συνθηκών υγείας στην χώρα;



Το μεγαλύτερο μέρος θεωρεί απόλυτα ικανό τον δημόσιο τομέα ως προς την αντιμετώπιση των συνθηκών υγείας της χώρας. Παρόλα αυτά, για την ορθή λειτουργία του και την αντιμετώπιση των αδυναμιών του, προτείνεται αύξηση προσλήψεων νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού για την καλύτερη δυνατή κάλυψη των ασθενών που απευθύνονται στα δημόσια νοσοκομεία.

4.2 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υγεία αποτελεί ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα, του οποίου η προστασία δίδεται μέσω του σεβασμού της διαφορετικότητας, την ισότητα στην αντιμετώπιση του κάθε ασθενούς, η οποία περιλαμβάνει την ορθή ενημέρωση του ασθενούς ως προς την κατάσταση που καλείται να αντιμετωπίσει, την δυνατότητα πρόσβασης στους ιατρικούς φακέλους καθώς και την διασφάλιση του απορρήτου. Παρά τον γεγονός ότι η υγεία αποτελεί αναπόσπαστο ανθρώπινο δικαίωμα, το προσδόκιμο ζωής των ανθρώπων παρουσιάζει σημαντικές ανισότητες όχι μόνο λόγω φύλου αλλά και λόγω κοινωνικοοικονομικών διαφορών όπως είναι το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα, η επαγγελματική θέση. Το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά την διάρκεια δεκαετιών, παρ' όλα αυτά, ο ρυθμός αύξησης από το 2010 σε πολλές χώρες καταγράφει μείωση και ιδιαίτερα στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Για παράδειγμα, θέτοντας ως άξονα αναφοράς το μορφωτικό επίπεδο, ο μέσος όρος των τριαντάχρονων ανδρών στις χώρες Ε.Ε. οι οποίοι διαθέτουν ίσο ή χαμηλότερο επίπεδο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης υπολογίζεται ότι ζουν περίπου 8 χρόνια λιγότερα από τους άνδρες οι οποίοι κατέχουν τριτοβάθμιο τίτλο σπουδών. Η ηλικιακή διαφορά στις γυναίκες μειώνεται στα 4 χρόνια.

Το προσδόκιμο μιας υγιούς ζωής αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού. Παρέχει την δυνατότητα καταγραφής της αύξησης του προσδόκιμου ζωής εάν αυτό οφείλεται σε μια υγιή με τα χρόνια ζωή ή εάν οφείλεται σε μια ζωή με κάποια προβλήματα υγείας ή ειδικών δυσκολιών. Ο κύριος παράγοντας της μέτρησης της υγιούς ζωής στις χώρες της ΕΕ αποτελεί η μέτρηση του πληθυσμού ο οποίος χαρακτηρίζεται αποκλειστικά από υγιές ιατρικό ιστορικό. Υπό γενικό πρίσμα, υπάρχει ισχυρή αλληλεπίδραση ανάμεσα στο συνολικό εισόδημα μια χώρας και στο ποσό το οποίο ξοδεύει ο πληθυσμός της στον τομέα της υγείας. Οι χώρες της ΕΕ παρουσιάζουν ποικίλες διακυμάνσεις στην παραπάνω σχέση. Επίσης, ποικίλοι παράγοντες, από την επιβάρυνση και τις προτεραιότητες του συστήματος έως τις απόψεις και τα κόστη των οργανισμών, βοηθούν στην μέτρηση των μεριδίων κατανάλωσης σε υπηρεσίες και αγαθά υγείας. Το 2016, τα μέλη της ΕΕ ξόδεψαν τα 3/5 των δαπανών υγείας σε υπηρεσίας θεραπείας και αποκατάστασης.

Τα φαρμακευτικά αγαθά είναι ζωτικής σημασίας στο σύστημα υγείας μιας χώρας. Τα φάρμακα και παραφάρμακα (εκτός όσων διατίθενται στις νοσοκομειακές μονάδες), αντιπροσωπεύουν το τρίτο μεγαλύτερο αγαθό κατανάλωσης στον τομέα της υγείας και υπολογίζεται ως την έκτη δαπάνη υγείας για το 2016. Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες η πλειοψηφία του πληθυσμού το έτος 2016 ανέφερε ότι δεν υπήρχαν ανάγκες οι οποίες δεν αντιμετωπίστηκαν από το σύστημα υγείας λόγω οικονομικών, γεωγραφικών αιτιών ή λόγω χρόνου αναμονής. Στην Ελλάδα από το 2010 και έπειτα, παρατηρήθηκε μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας συγκριτικά με τις δαπάνες του ιδιωτικού υγειονομικού τομέα οι οποίες εμφανίζουν αυξητική πορεία από το 2011 έως και σήμερα. Ομοίως κινήθηκαν και οι φαρμακευτικές δαπάνες οι οποίες ενώ έφθασαν σε πολύ υψηλά επίπεδα παρά το μικρό μέγεθος πληθυσμού της χώρας, τα τελευταία χρόνια μετριάστηκαν. Οι κυβερνήσεις εκτιμώντας τις διακυμάνσεις των δαπανών και λαμβάνοντας υπόψιν την οικονομική κρίση έθεσαν την βάση για αναδιάρθρωση και εξυγίανση του υγειονομικού συστήματος.

Λόγω αυτού η χώρα από το χρονικό διάστημα 2010 έως και 2015 υπέγραψε τα εξής τρία Προγράμματα Οικονομικής Προσαρμογής (ΠΟΠ) μέσω του μηχανισμού Δανειακής Διευκόλυνσης:

1. Με χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης
2. Με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ)
3. Με το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (EFSF)

Η οικονομική κρίση παρουσιάζει εμφανείς επιδράσεις σε όλες τις βαθμίδες του υγειονομικού προσωπικού στον δημόσιο τομέα. Οι εργαζόμενοι, νοσηλευτές, ιατροί, διοικητικό προσωπικό κ.α. παρατήρησαν την γενική αύξηση προσέλευσης ασθενών κατά την διάρκεια των οικονομικών διακυμάνσεων του ελληνικού κράτους, οι οποίοι όμως δεν δύναται να κατηγοριοποιηθούν ως ασφαλισμένοι ή μη. Η πλειοψηφία των υγειονομικών πιστεύουν ότι το σύστημα υγείας επηρεάστηκε σε σημαντικό βαθμό λόγω της κρίσης. Τα αποτελέσματα των δεικτών μέτρησης της επιρροής της κρίσης, αποτέλεσαν η αύξηση του όγκου εργασίας, η έλλειψη των ατομικών ειδών προστασίας, η ανεπάρκεια εργασιακών θέσεων στις δημόσιες δομές φροντίδας, η αύξηση των αποχωρήσεων του προσωπικού καθώς και η μισθολογική μείωση των εργαζομένων.

Το σύστημα υγείας εκτός από τις μεταβολές οι οποίες παρατηρήθηκαν στο προσωπικό και η έλλειψη ιατρικών και φαρμακευτικών ειδών, επηρεάζεται κατ' επέκταση και από τον ιατρικό εξοπλισμό (κρεβάτια, μηχανήματα) καθώς και από τις νοσοκομειακές εγκαταστάσεις. Υψηλή ποσοστιαία μερίδα εργαζομένων, εντοπίζει αδυναμία στην συντήρηση του ιατρικού εξοπλισμού βάσει των κατασκευαστικών προδιαγραφών ενώ παράλληλα πιστεύει ότι για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών οι κτηριακές εγκαταστάσεις απαιτούν επέκταση. Παρά το γεγονός ότι μετά την κρίση δεν πραγματοποιήθηκε ουσιαστικός αριθμός προσλήψεων μέσω επιδοτήσεων, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό εμμένει στην άποψη ότι ο δημόσιος τομέας υγείας είναι απόλυτα ικανός για την αντιμετώπιση όλου του φάσματος συνθηκών.

Λαμβάνοντας υπόψιν το σύνολο της παρούσας πτυχιακής εργασίας συμπεραίνεται ότι για την εξυγίανση του δημόσιου τομέα υγείας, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στα μέτρα τα οποία πρέπει να παρθούν για την ορθή αναδιάρθρωσή του. Η δημιουργία ενός πληροφοριακού συστήματος το οποίο θα παρέχει πραγματικά στοιχεία στο κράτος για την μέτρηση των δαπανών υγείας τόσο σε ατομικό επίπεδο (για τους πολίτες) όσο και για τους κρατικούς φορείς (παροχή δεδομένων για πρόβλεψη και πραγματική καταμέτρηση αναγκών και κατανάλωσης οικονομικών πόρων) κρίνεται αναγκαίο. Ο τακτικός έλεγχος των διαθέσιμων πόρων για την ανάπτυξη του συστήματος υγείας και η δαπάνη χρηματικών κονδυλίων οφείλουν να είναι προσβάσιμα στους αρμόδιους φορείς, ώστε να δίνεται η δυνατότητα προσθήκης αναγκών ανά νοσοκομειακό ίδρυμα είτε αφορά οικονομικούς πόρους, είτε εργασιακό δυναμικό είτε εξοπλισμό, παραφάρμακα κλπ. Τέλος, η δημιουργία μιας υπηρεσίας η οποία να πραγματοποιεί σε τρίμηνη βάση πολυεπίπεδη αξιολόγηση στα νοσοκομεία θα βοηθήσει στην βελτίωση τόσο των υπηρεσιών όσο και στην διαχείριση και ορθή αξιοποίηση των πόρων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aiken H. Linda, Van den Heede, Sermens W., Douglas M. Sloane (2012) Retrieved from:
https://www.researchgate.net/publication/221877617_Patient_Safety_Satisfaction_and_Quality_Of_Hospital_Care_Cross_Sectional_Surveys_of_Nurses_and_Patients_in_12_Countries_in_Europe_and_the_United_States
- Barton L. 2001 “Crisis in Organizations II”,
- Boorse C. (1977) Retrieved from
<https://www.journals.uchicago.edu/doi/10.1086/288768>
- Busse & Blümel (2004): Germany Health System review: Retrieved from
https://www.researchgate.net/publication/264797649_Germany_Health_system_review
- Canadian Institute for Health Information (2002) Retrieved from
http://iugm.asp.visard.ca/GEIDEFile/Healthcarecanada2002.PDF?Archive=191935791911&File=HealthCareCanada2002_PDF
- De Grauwe P., 2010 March, “The Greek crisis and the future of the Eurozone Euro Intelligence”
- De Haan J., Oosterloo, S., & Schoemaker D. , 2012, “Financial Markets & Institutions: A European Perspective”, Cambridge: Cambridge University Press.
- Donaldson G. (1993) Economics of Health Care Financing: The Visible Hand. Retrieved from <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-349-22512-5>
- Health R., 2005, “Διαχείριση κρίσεων: Αποτελεσματικές τεχνικές για επιχειρησιακή ετοιμότητα”
- Hicks & Allen (1934). Retrieved from
<https://web.stanford.edu/~hammond/ratEcon.pdf>
- Jaques T. , 2007, “Issues and Crisis Management: Exploring Issues, Crises, Risk and Reputation” Illustrated Edition - Oxford University Press; Illustrated edition (December 30, 2014)
- Jaques T. (2007) Retrieved from
https://www.researchgate.net/publication/222825265_Issue_management_and_crisis_management_An_integrated_non-linear_relational_construct
- Λιανός Θ. – Μπένος Θ. , 1992, “Μακροοικονομική Ανάλυση και Δημοσιονομική Πολιτική”
- Lionel R., Steven G. Medema, Warren J. Samuels, William J. Baumol, “A History of Economic Thought”
- Maniatis T. & Passas C., 2013, “Profitability, capital accumulation and crisis in the Greek economy 1958-2009: A Marxist analysis” Review of Radical Political Economics
- Marshall A. , reproduction 6th September 2020, “Principles of economics”,
- Mavroudeas S., 2013, “Development and Crisis: The Turbulent Course of Greek Capitalism, International Critical Thought” vol.3, no.3

- Mc Keown (2001) Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447153/>
- Μελάς, Κ., 2011, “Οι σύγχρονες κρίσεις του Παγκόσμιου Χρηματοπιστωτικού Συστήματος 1974-2008
- Mishkin F. (1991) Retrieved from <https://www.nber.org/papers/w3934,issue>
- Mossialos (1990) Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10827292/>
- OECD (2014): Society at a glance 2014, Highlights Greece: the crisis and its aftermath
- Πανηγυράκης Γ., 2001, “Σύγχρονη Διοικητική Δημοσίων Σχέσεων”
- Pearson (2002) Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1440-172X.2002.00372.x>
- SAGE journals: Intended for healthcare professionals Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0486613417730363>
- Σφακιανάκης Μ.Κ., 1998, “Διοικητική κρίσεων”
- Σούλης Σ. , 1998, “Οικονομική της υγείας”
- Τούντας Γ. , 2020, Το Νέο ΕΣΥ: Η Ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Ανακτήθηκε από https://www.dianeosis.org/wp-content/uploads/2020/09/greek_health_system_v17092020.pdf
- Χούκλη (2008) : Εκπαιδευτικό υλικό κεφάλαιο 1 (πργ. 1.1.1) Ανακτήθηκε από: <https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php>

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- <https://www.asha.org/practice/reimbursement/medicaid/SCHIP/>
- <https://courses.lumenlearning.com/boundless-economics/chapter/introduction-to-monopoly/>
- <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/economic-incentive>
- https://www.economicsonline.co.uk/Business_economics/Oligopoly.html
- <https://economictimes.indiatimes.com/definition/perfect-competition>
- <https://www.euretirio.com/kostos-efkairias/>
- <https://www.healthline.com/health/consumer-healthcare-guide/pros-and-cons-obamacare#pros>
- <https://www.intelligenteconomist.com/marginal-analysis/>
- <https://www.investopedia.com/terms/m/monopolisticmarket.asp>
- <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-el>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

1. Εργάζεστε στον:

ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ	
ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ	

2. Εργάζεστε ως :

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	

3. Έχει αυξηθεί, κατά μέσο όρο, η προσέλευση ασθενών στον δημόσιο τομέα συγκριτικά με τον ιδιωτικό;

ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

4. Η προσέλευση των ασθενών κατηγοριοποιείται σε:

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ	
ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΥΣ	
ΚΑΙ ΣΤΙΣ 2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	

5. Κατά μέσο όρο ποια κατηγορία ασθενών υπερέχει;

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ	
ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΙ	
ΚΑΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ 2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ	

6. Πόσο επηρεάστηκε ο δημόσιος τομέας υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης;

ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

7. Αυξήθηκε ο όγκος εργασίας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης;

ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

8. Θεωρείτε ότι οι απαιτούμενες θέσεις εργασίας ήταν επαρκείς;

ΝΑΙ	
ΟΧΙ	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	

9. Αυξήθηκε ο αριθμός:

ΠΡΟΣΛΗΨΕΩΝ	
ΑΠΟΧΩΡΗΣΕΩΝ	

10. Επηρεάστηκε ο μισθός των εργαζομένων του δημόσιου τομέα υγείας;

ΑΥΞΗΘΗΚΕ	
ΜΕΙΩΘΗΚΕ	
ΠΑΡΕΜΕΙΝΕ ΣΤΑΘΕΡΟΣ	

11. Μετά την οικονομική κρίση πραγματοποιήθηκαν προσλήψεις μέσω επιδοτήσεων;

ΝΑΙ	
ΟΧΙ	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	

12. Σε έκτακτες περιστάσεις (π.χ. ασθένειες, αύξηση τροχαίων κ.α.) παρατηρείτε ραγδαία αύξηση περιστατικών;

ΝΑΙ	
ΟΧΙ	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	

13. Για την κάλυψη των έκτακτων και μη περιστατικών τα είδη ατομικής προστασίας των υγειονομικών ήταν επαρκή και σύμφωνα με τα υγειονομικά πρωτόκολλα;

ΝΑΙ	
ΟΧΙ	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	

14. Ο ιατρικός εξοπλισμός (κρεβάτια, μηχανήματα κ.α.) ήταν επαρκής;

ΝΑΙ	
ΟΧΙ	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	

Εάν ΝΑΙ, η συντήρησή τους ακολουθούσε τις προδιαγραφές του κατασκευαστή;

ΝΑΙ	
ΟΧΙ	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	

Εάν ΟΧΙ, πραγματοποιήθηκαν αγορές για την εξυπηρέτηση των ασθενών;

ΝΑΙ	
ΟΧΙ	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	

15. Κατά την οικονομική κρίση, εντοπίστηκε σοβαρό πρόβλημα στην διαχείριση των παρεχόμενων πόρων σχετικά με το κτήριο (χώροι - κλίνες);

ΝΑΙ	
ΟΧΙ	
ΔΕΝ ΓΝΩΡΙΖΩ	

16. Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η επέκταση των παρόντων υγειονομικών εγκαταστάσεων για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών;

ΠΟΛΥ ΛΙΓΟ	ΛΙΓΟ	ΑΡΚΕΤΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

17. Κρίνετε ότι η συντήρηση των υγειονομικών εγκαταστάσεων πραγματοποιείται:

ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ

18. Θεωρείτε ότι ο δημόσιος τομέας υγείας καθίσταται ικανός για την αντιμετώπιση των συνθηκών υγείας στην χώρα;

ΝΑΙ	
ΟΧΙ	

Εάν ΟΧΙ , τι προτείνετε:

.....
.....
.....