



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
“ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΩΝ  
ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ”**

***ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ***

**ΘΕΟΔΩΡΑ ΤΣΑΟΥΣΗ  
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ  
*matm.13043***

***ΘΕΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών, στις παροχές υγείας, στις κοινωνικές παροχές και στην ψυχοσωματική υγεία του ατόμου.***

***ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΤΙΜΟΘΕΟΣ ΑΓΓΕΛΙΔΗΣ***

***ΤΡΙΠΟΛΗ 2015***

## 1.ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>1.Περιεχόμενα</b>	Σελ.2
<b>Περίληψη στα ελληνικά</b>	Σελ.4
<b>Περίληψη στα αγγλικά</b>	Σελ.5
<b>2.Πρόλογος</b>	Σελ.6
<b>3.Εισαγωγή</b>	Σελ.7
<b>4.Προσέγγιση της έννοιας της οικονομικής κρίσης</b>	Σελ.9
<b>5.Το χρονικό της οικονομικής κρίσης</b>	Σελ.9
<i>5.1.Παγκόσμιο επίπεδο</i>	Σελ.9
<i>5.2.Εθνικό επίπεδο</i>	Σελ.10
<b>6.Τα αίτια της ελληνικής οικονομικής κρίσης</b>	Σελ.13
<b>7.Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε παγκόσμιο επίπεδο</b>	Σελ.16
<i>7.1.Επιπτώσεις στον κοινωνικό και οικονομικό τομέα</i>	Σελ.16
<i>7.2.Επιπτώσεις στον τομέα της υγείας</i>	Σελ.17
<i>7.3.Επιπτώσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας</i>	Σελ.19
<i>7.4.Επιπτώσεις στα συστήματα Υγείας</i>	Σελ.22
<i>7.5.Επιπτώσεις στην ιατρική περίθαλψη</i>	Σελ.23
<b>8.5.Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε εθνικό επίπεδο</b>	Σελ.24
<i>8.1.Ελληνικό Σύστημα Υγείας</i>	Σελ.24
<i>8.2.Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις</i>	Σελ.28
<i>8.2.1.Η ανεργία</i>	Σελ.28
<i>8.2.2.Η φτώχεια</i>	Σελ.29
<i>8.2.3.Άστεγοι</i>	Σελ.30
<i>8.2.4.Ψυχική Υγεία-Αυτοκτονίες-Χρήση ουσιών</i>	Σελ.31
<i>8.2.5.Επιδόματα-Κοινωνικές Υπηρεσίες και Παροχές</i>	Σελ.32

<b>9. Το κράτος πρόνοιας</b>	Σελ.33
<i>9.1. Η έννοια του κράτους πρόνοιας και της κοινωνικής πολιτικής</i>	Σελ.33
<i>9.2. Μοντέλα οργάνωσης του κράτους πρόνοιας</i>	Σελ.35
<i>9.3. Νότιο Μοντέλο κράτους πρόνοιας</i>	Σελ.36
<i>9.4. Η σημερινή διαμάχη στην Ελλάδα για το κράτος πρόνοιας</i>	Σελ.38
<b>10. Μεθοδολογικά ζητήματα</b>	Σελ.42
<i>10.1. Σκοπός</i>	Σελ.42
<i>10.2. Υλικό</i>	Σελ.42
<i>10.3. Μέθοδος</i>	Σελ.43
<i>10.4. Αποτελέσματα-Ανάλυση</i>	Σελ.43
<i>10.4.1. Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες μονομεταβλητών</i>	Σελ.43
<i>10.4.2. Σύγκριση ποσοστιαίων αναλογιών κατηγορικής διμεταβλητής</i>	Σελ.71
<i>10.4.3. Στατιστική Πρόβλεψη</i>	Σελ.108
<b>11. Συζήτηση</b>	Σελ.117
<b>12. Επίλογος</b>	Σελ.123
<b>Βιβλιογραφικές Παραπομπές</b>	Σελ.124
<b>Παράρτημα I</b>	Σελ.129
<b>Παράρτημα II</b>	Σελ.130

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ**

Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός πως η παγκόσμια οικονομική κρίση και η οικονομική ύφεση που την ακολουθεί επιβαρύνει ιδιαίτερα τους πολίτες αλλά και τη γενικότερη εύρυθμη λειτουργία του κράτους δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για την αύξηση της ανεργίας, τη μείωση των κρατικών εσόδων και δαπανών, την απώλεια της ασφάλισης υγείας, την κακή υγεία και την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μέσω της συνεχόμενης επίτασης της φτώχειας.

Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να παρουσιάσει τις διαστάσεις και τις επιπτώσεις του φαινομένου της οικονομικής κρίσης σε διεθνές επίπεδο και να διερευνήσει πως έχει επηρεάσει στην Ελλάδα τη λειτουργία των υπηρεσιών του Δημοσίου Τομέα, το σύστημα υγείας, τον τομέα της κοινωνικής πολιτικής και την λειτουργία του κράτους πρόνοιας, την καθημερινότητα των πολιτών καθώς και την ψυχοσωματική υγεία του σύγχρονου Έλληνα.

**Λέξεις κλειδιά:** Οικονομική κρίση , κράτος πρόνοιας, επιπτώσεις, υγεία

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ ABSTRACT**

It is undeniable fact that the global financial crisis and economic recession that followed the high economic burden on citizens and the overall smooth functioning of the state by creating the conditions for increasing unemployment , reducing government revenue and expenditure , loss of health insurance , poor health and increased morbidity and mortality through continuous exacerbation of poverty.

This study aims to present the dimensions and effects of global economic crisis at international level and to explore how it has affected Greece in the operation of public sector services , the health system , the social policy field and the operation of welfare state , everyday life and the mental and physical health of the modern Greek .

**Keywords :** Economic crisis , welfare state , impact , health

## 2. ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα ερευνητική εργασία εξετάζει το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και τις επιπτώσεις που έχει επιφέρει σε διάφορους βασικούς τομείς όπως είναι ο τρόπος λειτουργίας των υπηρεσιών του Δημοσίου, το σύστημα υγείας, η κοινωνική πολιτική και το κράτος πρόνοιας καθώς και η ψυχοσωματική υγεία του ατόμου. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο σε πρώτο επίπεδο μελετώνται γενικώς οι αντιλήψεις των ατόμων του δείγματος για την οικονομική κρίση και την επίδρασή της στους παραπάνω τομείς και σε ένα δεύτερο επίπεδο αναλύσεων εξετάζεται πως αυτές οι αντιλήψεις επηρεάζονται και διαφοροποιούνται από το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την ιδιότητα και την κατηγορία στην οποία ανήκουν οι συμμετέχοντες στην εν λόγω έρευνα.

Επίσης στα πρώτα κεφάλαια της *Εισαγωγής* παρουσιάζεται γενικώς το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης και οι επιδράσεις της στους διάφορους τομείς τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Ακολούθως γίνεται εκτενής αναφορά στην έννοια του κράτους πρόνοιας και στον τρόπο που λειτουργεί σήμερα στη χώρα μας. Στη συνέχεια, όπως προαναφέρθηκε, περιγράφεται η έρευνα που διεξήχθη με τους κατοίκους της Τρίπολης και τέλος παρουσιάζονται ,αναλύονται μέσω διαφόρων μεθόδων και συζητιούνται τα ευρήματά των στατιστικών αναλύσεων.

### 3. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Από τον ιδεαλιστικό ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) για την υγεία ως «την κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» απορρέει ότι η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η κατάκτηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου της είναι καθολικός κοινωνικός στόχος που απαιτεί τη δραστηριότητα πολλών τομέων (Κρεμαστινού, 2007), προκειμένου να επιτευχθεί η αρμονία όχι μόνο του σώματος αλλά και η ισορροπία του ατόμου με όλα σχεδόν τα στοιχεία του κοινωνικού, πολιτικού και οικονομικού περιβάλλοντος (Μάντης, 2000).

Με την πρόσφατη οικονομική κρίση, όμως, η παγκόσμια οικονομία έχει ήδη συρρικνωθεί αρκετά. Πολλοί σχολιαστές έχουν εκφράσει ανησυχία ότι η παρούσα οικονομική ύφεση θα έχει επιπτώσεις στη δημόσια υγεία, ως αποτέλεσμα της απώλειας της εργασίας που προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009) και θα επηρεάσει κυρίως τη ψυχική αλλά και τη σωματική υγεία. Η πρόκληση που αντιμετωπίζει σήμερα η παγκόσμια κοινότητα είναι να προλάβει ώστε η οικονομική κρίση να μη γίνει κοινωνική και κρίση υγείας (WHO-b, 2009).

Η οικονομική κρίση δημιουργεί, επίσης, προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης, επηρεάζει την αποτελεσματικότητά τους αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών τους καθώς και τους ίδιους τους ασθενείς που παραμελούν ή καθυστερούν τη φροντίδα τους αναλογιζόμενοι τα επιπλέον κόστη (Stuckler et al., 2009).

Συνακόλουθα, οι σφοδρές ανακατατάξεις που βιώνουν τα τελευταία χρόνια οι κοινωνίες των κρατών του Ευρωπαϊκού Νότου και η επέκταση των αποτελεσμάτων της οικονομικής κρίσης σε κάθε συνιστώσα της καθημερινότητας των πολιτών, έχουν επιφέρει ρήξη στη διαλεκτική σχέση μεταξύ κράτους και κοινωνίας. (Χάραρης, 2012).

Η κρίση συρρικνώνει το κοινωνικό κράτος με τον περιορισμό των κοινωνικών δαπανών για δωρεάν υγειονομική περίθαλψη και εκπαίδευση, για οικογενειακά και αναπηρικά επιδόματα, για κοινωνική ασφάλιση και καταπολέμηση της φτώχειας. (Μπαμπανάσης, 2012) Στην υπονόμηση του κοινωνικού κράτους συμβάλλει και η παγκοσμιοποίηση, η οποία με την απελευθέρωση των αγορών και την επικράτηση των πολυεθνικών εταιριών επιβάλλει ίσους όρους ανταγωνισμού σε παγκόσμιο επίπεδο. (Χαραλάμπους κ.α, 2011).

Στην παρούσα εργασία θα γίνει προσπάθεια παρουσίασης και ανάλυσης των επιπτώσεων της πρόσφατης μεγάλης παγκόσμιας οικονομικής κρίσης στο επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας των πολιτών, στο βιοτικό τους επίπεδο, στις παροχές υγείας, στις κοινωνικές παροχές

καθώς και στον τρόπο λειτουργίας του κράτους πρόνοιας τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο.



#### **4. ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Όταν λέμε οικονομική δραστηριότητα αναφερόμαστε σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κ.λπ. Ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας είναι οι επενδύσεις, οι οποίες, όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη. Με τον όρο κρατική χρεοκοπία εννοούμε την δεινή κατάσταση στην οποία μπορεί να βρίσκεται μια χώρα όταν αδυνατεί να ανταποκριθεί στις εσωτερικές και εξωτερικές οικονομικές υποχρεώσεις της. (Κουφάρης, 2010).

Η οικονομική κρίση αποτελεί τη μία από τις δύο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και συγκεκριμένα τη φάση της καθόδου, όταν δηλαδή η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε μια συνεχή συρρίκνωση.

Οι οικονομικές διακυμάνσεις ορίζονται ως οι διαδοχικές αυξομειώσεις της οικονομικής δραστηριότητας μέσα σε μια οικονομία. Λέγονται αλλιώς και κυκλικές διακυμάνσεις ή οικονομικοί κύκλοι. Οι Άγγλοι αποδίδουν το φαινόμενο με τον όρο «business cycles», ακριβώς για να τονίσουν την ιδιαίτερη βαρύτητα των επενδύσεων στην εξέλιξη του οικονομικού κύκλου. Από πολύχρονες στατιστικές παρατηρήσεις διαπιστώθηκε ότι οι οικονομικοί κύκλοι διαρκούν περίπου από 7 έως 11 χρόνια (European Commission, 2009)

#### **5. ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

##### **5.1. Παγκόσμιο επίπεδο**

Όταν στις ΗΠΑ άρχισε η πτώση της αξίας των κατοικιών οι δανειολήπτες με χαμηλό εισόδημα αντιμετώπισαν δυσκολίες στην αποπληρωμή των δόσεων με αποτέλεσμα οι τράπεζες να κατασχέσουν τις κατοικίες. Όταν οι κατοικίες αυτές προωθήθηκαν προς πώληση για να αποφέρουν ρευστό στις τράπεζες αυξήθηκε η προσφορά με αποτέλεσμα να σημειωθούν μεγαλύτερες πτώσεις στις αξίες. Ως φυσικό επακόλουθο σημειώθηκε πτώση στα ομόλογα που βασίζονταν στα ενυπόθηκα δάνεια. Η κατάσταση αυτή έκρουσε τον κώδωνα του κινδύνου για τις χρηματοοικονομικές εταιρίες. Αν και δεν άλλαζαν οι υπευθυνότητες πληρωμής προς τους καταθέτες, επειδή η περιουσία τους έχασε αξία οι τράπεζες βίωσαν προβλήματα κεφαλαίου. Το πρόβλημα ρευστοποίησης που αντιμετώπισαν οι τράπεζες έπρεπε να λυθεί με πίστωση από άλλα χρηματοοικονομικά ιδρύματα, αλλά η κατάσταση ήταν ασαφής και περιείχε μεγάλα ρίσκα με συνέπεια να αυξάνει το κόστος της πίστωσης. Έτσι οι τράπεζες δεν είχαν την πρόθεση να δανειοδοτήσουν και ως συνέπεια αυτού ήταν αναμενόμενη μία σμίκρυνση στο οικονομικό σύστημα. Στις αγορές άρχισε να επικρατεί ένα κλίμα έλλειψης εμπιστοσύνης και οι προβληματικές τράπεζες άρχισαν να καταρρέουν. Η οικονομική κρίση άρχισε να επηρεάζει και τον παραγωγικό τομέα. (Μαυρίδου, 2012)

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ήταν η γενεσιουργός χώρα όπου ανέκυψαν μια σειρά προβλημάτων στην αγορά στεγαστικών δανείων χαμηλής εξασφάλισης και την αλόγιστη χρήση δομημένων επενδυτικών προϊόντων που εξαρτιόνταν άμεσα από τη δυνατότητα αποπληρωμής των δανείων από τα οποία παράγονταν. Η προσπάθεια απομάκρυνσης του πιστωτικού κινδύνου από τις τράπεζες, η μετατροπή στάσιμων κεφαλαίων σε εμπορεύσιμους τίτλους και η μετακίνηση των σύνθετων επενδυτικών τίτλων στις καταστάσεις ειδικών οντοτήτων, προκάλεσαν ένα "ντόμινο" αλυσιδωτών αντιδράσεων στον αμερικανικό και ευρωπαϊκό τραπεζικό και κτηματομεσιτικό τομέα. Σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (IMF, 2009), η κρίση μεταφέρεται με σφοδρότητα στην πραγματική οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης. Όλες οι χώρες επιδόθηκαν σε έναν αγώνα δρόμου για τη λήψη μέτρων που αν και διέφεραν μεταξύ τους, ωστόσο είχαν κοινό στόχο τη βελτίωση της ρευστότητας ώστε να τονωθεί η ζήτηση, να ενισχυθεί η ανταγωνιστικότητα και να κινητοποιηθούν οι επενδύσεις με σκοπό την αναθέρμανση της οικονομίας και τη συγκράτηση της απασχόλησης. (European Commission, 2009). Οι Ευρωπαϊκές χώρες, δεν έμειναν ανεπηρέαστες από την οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2007 με τις συνέπειες να είναι ακόμη χειρότερες για την Ελλάδα.

Η παγκόσμια οικονομική ύφεση του 2008 είναι το αποτέλεσμα που προκλήθηκε από τη διεθνή χρηματοπιστωτική κρίση του 2007 σε τομείς της πραγματικής οικονομίας της διεθνούς κοινότητας.

Η πιστωτική κρίση από την έλλειψη ρευστότητας έγινε εμφανής στους χρηματιστηριακούς δείκτες των ανεπτυγμένων χωρών, ενώ πολλά χρηματιστήρια παρέμειναν κλειστά λόγω των μεγάλων απωλειών από τις πωλήσεις των επενδυτών. Σημαντικοί κλάδοι της οικονομίας επλήγησαν, όπως ο τραπεζικός, ο ασφαλιστικός, ο κτηματομεσιτικός, οι αυτοκινητοβιομηχανίες, το εμπόριο και άλλοι, με άμεσα αποτελέσματα στα οικονομικά μεγέθη των οικονομιών, όπως αύξηση της ανεργίας, νέες πληθωριστικές πιέσεις, υποτίμηση νομισμάτων κ.α. Σύμφωνα με αναλυτές, η κατάσταση της οικονομικής ύφεσης προσομοιάζει με την παγκόσμια οικονομική ύφεση του 1929, με τους ρυθμούς ανάπτυξης να υποχωρούν και τα δημοσιονομικά των χωρών να εκτίθενται στο ενδεχόμενο εκτροπής (Παρρά, 2014).

## **5.2. Εθνικό επίπεδο**

Η σύγχρονη οικονομική κρίση στην Ελλάδα εμφανίστηκε κατά τις πρώτες εβδομάδες του έτους 2010 καθώς παρατηρήθηκε μια εκτεταμένη ανησυχία για το υπερβάλλον δημόσιο χρέος. Στα μέσα του 2010, και μετά τις αποκαλύψεις ότι το δημοσιονομικό έλλειμμα της Ελλάδας έκλεισε για το 2009 σε επίπεδα πολύ πάνω από αυτά που θα καθιστούσαν το δημόσιο χρέος βιώσιμο, η ελληνική κυβέρνηση αδυνατούσε να δανειστεί με λογικά επιτόκια από τις αγορές για τη χρηματοδότηση του τρέχοντος δημοσιονομικού ελλείμματος και την αναχρηματοδότηση του χρέους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τον άμεσο κίνδυνο στάσης πληρωμών του Ελληνικού Δημοσίου (Μαυρίδου, 2012).

Το πραγματικό ετήσιο δημοσιονομικό έλλειμμα της τάξης του 15% για το 2009 σήμαινε ότι μέσα σε ένα χρόνο το δημόσιο χρέος αυξήθηκε από περίπου 110% σε πάνω από 125% ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Αυτό συνέβη διότι λόγω της διεθνούς οικονομικής κρίσης, αλλά και άλλων παραγόντων, υπήρχε στασιμότητα του ΑΕΠ και ύφεση ήδη από το 2008. Ως εκ τούτου το ετήσιο έλλειμμα απλά προστίθετο στο χρέος. Ο παρανομαστής (το ΑΕΠ) ήταν πλέον στάσιμος. Η τότε κυβέρνηση του Κωνσταντίνου Καραμανλή προσπάθησε να αποκρύψει τα δυσάρεστα αυτά δεδομένα από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τις διεθνείς χρηματαγορές. Η προσπάθεια αυτή ωστόσο αποδείχθηκε μάταιη, με αποτέλεσμα να προκυρηχθούν εκλογές και να τις κερδίσει το ΠΑΣΟΚ με πολλές φρούδες και ανυπόστατες υποσχέσεις.

Στις 20 Οκτωβρίου του 2009 ανακοίνωσε στο Συμβούλιο Οικονομικών και Δημοσιονομικών Θεμάτων (ECOFIN) ότι το έλλειμμα για το 2009 βρίσκεται στο 12,5% από 6% που το υπολόγιζε η προηγούμενη κυβέρνηση (τελικά το 2010 αναθεωρήθηκε στο 15,4%). Δύο μέρες μετά ο οίκος αξιολόγησης Fitch υποβάθμισε την Ελλάδα από Α σε Α-. Παρόλα αυτά η κυβέρνηση απέφυγε να προχωρήσει άμεσα σε λήψη μέτρων δημοσιονομικής εξυγίανσης, με σκοπό να καθησυχάσει τις αγορές. Ακολούθησε μια περίοδος αστάθειας με έντονες εσωτερικές και εξωτερικές συγκρούσεις και ανακατατάξεις ώσπου η Ελλάδα προέβη στην αίτηση τριών μνημονίων, όπου η Ελλάδα μπήκε υπό την Εποπτεία της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου (ΔΝΤ) γνωστή και ως "Τρόικα", η οποία ανά τρίμηνο αξιολογεί την πρόοδο του προγράμματος εφαρμογής των όρων του "Μνημονίου" και αποφασίζει για την εκταμίευση της αντίστοιχης δόσης του δανείου (Παρρά, 2014).

Στη συνέχεια ακολούθησε η διαδοχική λήψη δύο πακέτων μέτρων για το δημόσιο τομέα που επέφεραν αντιδράσεις και κινητοποιήσεις του ελληνικού λαού με διαμαρτυρίες, απεργίες και πλήθος επεισοδίων. Σε γενικές γραμμές τα σκληρά αυτά μέτρα περιελάμβαναν: πάγωμα μισθών, περικοπές επιδομάτων 10%, περικοπές υπερωριών και οδοιοπορικών, μείωση των δώρων και των αποδοχών και την επαναφορά των τεκμηρίων διαβίωσης. Επίσης διαφάνηκε πολύ ορατός και ο κίνδυνος της στάσης πληρωμών, που για να αποφευχθεί πάρθηκαν και άλλα σκληρότερα μέτρα κάνοντας ακόμα πιο ασφυκτικό τον κλοιό γύρω από τον Έλληνα πολίτη. Έτσι η Ελλάδα προχώρησε σε υπογραφή μνημονίου με το ΔΝΤ και την Ευρωπαϊκή Ένωση, για το τρίτο πακέτο μέτρων που έπρεπε να ληφθούν, προκειμένου να ενεργοποιηθεί ο μηχανισμός στήριξης. Τα μέτρα αυτά προέβλεπαν αλλαγές στον 13ο και 14ο μισθό, περικοπές επιδομάτων και αύξηση του ΦΠΑ και της φορολογίας ακινήτων. Επίσης, το νομοσχέδιο προέβλεπε αλλαγές στα εργασιακά με αύξηση του ορίου απολύσεων και μείωση του κατώτατου μισθού. Επιπλέον, στο ασφαλιστικό προέβλεπε αύξηση στα όρια ηλικίας συνταξιοδότησης των γυναικών στον δημόσιο τομέα στα 65 χρόνια έως το τέλος του 2013 με έναρξη το 2011. Δυστυχώς, η ανεργία, ο πληθωρισμός και η δυσάρεσκη της κοινωνίας είχαν καλπάζουσα ανοδική πορεία.

Αργότερα ακολούθησε ψηφοφορία στη βουλή για το μεσοπρόθεσμο, το οποίο

υπερψηφίστηκε και προβλέπει μία σειρά από μέτρα για τον περιορισμό των δαπανών και αύξησης των εσόδων. Περιορίζονται μισθολογικές και λειτουργικές δαπάνες και προστίθενται νέα φορολογικά μέτρα. Ιδρύεται οργανισμός Αποκρατικοποιήσεων (Ταμείο Δημόσιας Περιουσίας) με σκοπό την αξιοποίηση της δημόσιας περιουσίας. Στόχος είναι έσοδα 50 δις από αποκρατικοποιήσεις. Ακολούθησε νέα δανειοδότηση της Ελλάδας με αυστηρές προβλέψεις και δεσμεύσεις. Παρόλα αυτά η οικονομία της Ελλάδας βρισκόταν εκτός στόχων, καθώς υπήρχε μεγάλη υστέρηση εσόδων και αύξηση δαπανών. Ακολούθησε μια έντονη περίοδος λιτότητας και αβεβαιότητας όπου και το ενδεχόμενο δημοψηφίσματος ακούστηκε έντονα. Το πολιτικό σύστημα της Ελλάδας κλονίστηκε έντονα, έγιναν πάλι εκλογές πριν τη λήξη της τετραετίας και συγκροτήθηκε κυβέρνηση συνεργασίας.

Την ίδια περίοδο η πραγματική οικονομία συνέχιζε να παρακμάζει με αποκορύφωμα την διεξαγωγή συσσιτίων σε σχολεία. Τα νέα μέτρα που συνοδεύουν το μνημόνιο εγκρίθηκαν από την Κυβέρνηση τον Φεβρουάριο του 2012 και περιλαμβάνουν μείωση του κατώτατου μισθού, περικοπές σε συντάξεις, αύξηση εισιτηρίων των ΜΜΕ και κλείσιμο δημοσίων υπηρεσιών.

Έγιναν πάλι εκλογές τον Ιούνιο του 2012 όπου ανέδειξαν την Νέα Δημοκρατία πρώτο κόμμα, χωρίς όμως αυτοδυναμία. Με την συνεργασία του ΠΑΣΟΚ και της ΔΗΜΑΡ, επιτεύχθηκε σχηματισμός κυβέρνησης συνεργασίας με πρωθυπουργό τον Αντώνη Σαμαρά.

Οι διαπραγματεύσεις διαρκείας της κυβέρνησης με την τρόικα κατέληξαν στην κατάρτιση του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2013-2016. Το πολυνομοσχέδιο κατατέθηκε στη Βουλή στις 5 Νοεμβρίου 2012, με τη διαδικασία του κατεπείγοντος. Προέβλεπε μέτρα ύψους 18,9 δις Ευρώ, από τα οποία τα 9,4 δις αφορούν το έτος 2013 και υπερψηφίστηκε στις 7 Νοεμβρίου. Στο πακέτο μέτρων περιλαμβάνονταν μεταξύ άλλων η αύξηση των ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης κατά 2 έτη, περικοπές σε μισθούς και συντάξεις και η επιβολή αντιτίμου για την εισαγωγή σε δημόσιο νοσοκομείο (Παρά, 2014).

Φτάνοντας στο 2014 που τότε λήγει το μνημόνιο και θα καταβληθεί η τελευταία δόση, σύμφωνα με την τριμηνιαία έκθεση(Απρίλιος- Ιούνιος 2014) του Γραφείου του Προϋπολογισμού του Κράτους, από το Β' εξάμηνο του έτους οι πόροι που θα διαθέτει η χώρα δεν θα επαρκούν για να καλύψει τις υποχρεώσεις της προς πληρωμή των τόκων για τα δάνεια που έχει λάβει. Θα υπάρχει δημοσιονομικό κενό και δεν θα υπάρχει πρωτογενές πλεόνασμα για την πληρωμή των τόκων. Με την αύξηση των οικονομικών δαπανών και την υστέρηση των φορολογικών εσόδων το δημοσιονομικό κενό θα γίνει μεγαλύτερο. Η Ελλάδα θεωρεί πως θα έχει δημιουργήσει πρωτογενές πλεόνασμα, ενώ το ΔΝΤ προβλέπει το αντίθετο. Με άλλα λόγια, αν δεν υπάρξει με κάποιο τρόπο οικονομική μεγένθυση το ελληνικό χρέος δεν πρόκειται να γίνει βιώσιμο τουλάχιστον μέχρι το 2022. Δυστυχώς σύμφωνα με την τελευταία και πιο πρόσφατη τριμηνιαία έκθεση του Γραφείου του Προϋπολογισμού του Κράτους(Ιούλιος- Αύγουστος 2014), δεν φαίνεται να έχουν καλυφθεί τα δημοσιονομικά κενά και η κατάσταση εν αναμονή της επίσκεψης της Τρόικας εξακολουθεί να είναι

ρευστή.

Συμπτωματικό της ρευστής κατάστασης είναι, επίσης, ότι δεν έχει ακόμα διαμορφωθεί ένα εθνικό πρόγραμμα για την εποχή μετά το τρέχον «μνημόνιο» (που τελειώνει το 2014). Όσα έχουν αναγγελθεί έως τώρα για ένα τέτοιο σχέδιο επαναλαμβάνουν γενικούς στόχους (ανταγωνιστικότητα, εξωστρέφειας κλπ) χωρίς να συνοδεύονται από συγκεκριμένα μέτρα, χρονοδιαγράμματα, αιτιολογήσεις.

Ας σημειωθεί ότι είμαστε η τελευταία από τις χώρες που στηρίχθηκαν από ΕΕ και ΔΝΤ που ακόμα διαπραγματεύεται διάφορα ζητήματα του προγράμματος προσαρμογής και δεν έχει διαμορφώσει στρατηγική για την περίοδο μετά το «μνημόνιο». Στη δημόσια συζήτηση κυριαρχεί από πλευράς τόσο της κυβέρνησης όσο και της αξιωματικής αντιπολίτευσης το ζήτημα του «τέλους του μνημονίου». Με τον τρόπο που τίθεται το θέμα (α) δίνεται η εντύπωση ότι από το 2015 η ελληνική οικονομική πολιτική δεν θα υπόκειται σε κάποιες δεσμεύσεις, (β) προκαλούνται ανεδαφικές προσδοκίες για ικανοποίηση πάσης φύσης απαιτήσεων και (γ) τροφοδοτείται η εντύπωση πως ό,τι έγινε ως τώρα ήταν ένα λάθος. Τέλος, το νέο ευρωπαϊκό σύστημα οικονομικής διακυβέρνησης της χώρας μετά το μνημόνιο φαίνεται να είναι πιο δεσμευτικό και εποπτικό καθώς και άκαμπτο στην εφαρμογή και τήρηση των δεσμεύσεων με αυτόματες κυρώσεις στη μη πραγματοποίησή τους (six Pack, two Pack).

## **6. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

Τα αίτια της κρίσης πρέπει να αναζητηθούν αφενός στα χρόνια διαρθρωτικά προβλήματα και τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν αλλά και στη διεθνή συγκυρία της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης, όπως παρουσιάστηκε σε προγενέστερο σημείο της παρούσας εργασίας, που τα ανέδειξε με εντονότερο και οξύτερο τρόπο. Κυρίαρχο χαρακτηριστικό της οικονομίας μας είναι ύπαρξη διαρθρωτικών προβλημάτων πολύ πριν την εμφάνιση της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης, τα οποία διογκώθηκαν τα τελευταία χρόνια με την εμμονή στην άσκηση καταστροφικών πολιτικών. Τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες: οικονομικές αιτίες, λάθη πολιτικής, προβλήματα θεσμών και αξιών (Βαληνάκης κ.α, 2014).

### *Οικονομικές αιτίες*

1. Η μονίμως ελλειμματική δημοσιονομική πολιτική που κάλυπτε καταναλωτικές δαπάνες ακόμα και σε περιόδους ανάπτυξης. Οι δαπάνες αυτές εξακολούθησαν να αυξάνονται μετά και την ένταξη της χώρας μας στην ευρωζώνη, ενώ τα κρατικά έσοδα δεν τις παρακολούθησαν.
2. Η συσσώρευση χρεών που ήταν αποτέλεσμα της ελλειμματικής δημοσιονομικής διαχείρισης που σημάδεψε το μοντέλο ανάπτυξης. Για πολλά χρόνια η Ελλάδα ξόδευε

παραπάνω από τις δυνάμεις της.

3. Η διόγκωση της έννοιας του κράτους με τους αναρίθμητους ρόλους τους και την μεγάλη παρέμβασή του. Μέχρι πρόσφατα έννοιες όπως ανταγωνισμός, επιχειρηματικότητα, επάρκεια,

αποτελεσματικότητα ήταν απαγορευμένες στο δημόσιο λεξικό. Συναφής ήταν και η υπερμεγέθυνση της φοροδιαφυγής.

4. Η γρήγορα αυξανόμενη ιδιωτική κατανάλωση.
5. Η υπερβολική ανάπτυξη των κατασκευών.
6. Τα χαμηλά επιτόκια που ενθάρρυναν τον δανεισμό ιδιωτών και κράτους.
7. Η αύξηση των πραγματικών μισθών κυρίως στο δημόσιο τομέα που συμπαρέσυραν και τον ιδιωτικό.
8. Η προσφορά αγαθών και υπηρεσιών που χαρακτηρίζονταν από αναποτελεσματική χρήση των πόρων.
9. Η συνεχής μείωση της εθνικής αποταμίευσης (Βαληνάκης κ.α,2014).

#### *Λάθη πολιτικής*

- Έγιναν λάθη πολιτικής με τη μορφή κακών εκτιμήσεων της κατάστασης και αναβολής αποφάσεων.
- Όλα τα προηγούμενα χρόνια υπήρξε ατολμία στη λήψη διαρθρωτικών μέτρων γιατί οι πολιτικοί λειτουργούσαν μυωπικά και βρίσκονταν σε μια συνεχή συνδιαλλαγή με πάσης φύσεως οργανωμένα συμφέροντα π.χ συνδικάτα που επίσης παρέβλεπαν το γενικό συμφέρον.
- Η πολύχρονη οξύτατη κομματική αντιπαλότητα (Καζάκος, 2011).

#### *Προβλήματα θεσμών και αξιών*

- Η διαφθορά

-Πηγές διαφθοράς ήταν ο κρατικός παρεμβατισμός που επεκτάθηκε γρήγορα μετά το 1974 και προσέφερε απέραντες ευκαιρίες για συναλλαγή. Επικρατούσαν έντονα οι αντιφιλελεύθερες ιδέες.

-Το πελατειακό σύστημα συνυφάνεται με μια διάχυτη δυσπιστία έναντι της αγοράς και του ανταγωνισμού. Επίσης κυριαρχείται από ψυχρούς υπολογισμούς προσωπικών ωφελειών και ικανοποίηση προσωπικών συμφερόντων με προσκόλληση στην πατρωνία και την προσοδοθηρική συμπεριφορά.

- Οι θεσμικές ατέλειες και η αδυναμία των θεσμών. Παραδείγματα αποτελούν τα εξής: η ΕΛΣΤΑΤ που είχε μετατραπεί σε εργαλείο χειραγώγησης στοιχείων, η απόλυτη ευχέρεια της εκάστοτε πλειοψηφίας να αλλάζει τους φορολογικούς νόμους, η αξιολόγηση των ΑΕΙ,το καθεστώς των ΜΜΕ κ.α.

- Η μη εφαρμογή των νόμων. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι:

-Η ανομία. Οι καταλήψεις π.χ δεν νομιμοποιούνται στη Δημοκρατία. Το δικαίωμα της ελεύθερης έκφρασης μπορεί να ασκηθεί με ποικίλους τρόπους. Δεν χρειάζεται να παραβιαστούν τα δικαιώματα των υπόλοιπων πολιτών.

-Η μη εφαρμογή του νόμου για τα ΑΕΙ.

-Η μη εφαρμογή ή τουλάχιστον ατελής εφαρμογή του νόμου για το κάπνισμα (Βαληνάκης κ.α, 2014 και Καζάκος, 2011).

Από τα παραπάνω εύκολα συμπεραίνεται πως για την οικονομική κρίση στη χώρα μας φταίει κατά κύριο λόγο το μεταπολιτευτικό μοντέλο ανάπτυξης, ένα μοντέλο που βασίστηκε στον εκτεταμένο κρατισμό, στην αδυναμία των θεσμών, στην ατολμία λήψης διαρθρωτικών μέτρων και τη διαπλοκή, στη διαφθορά και στη μη εφαρμογή των νόμων. Δεν είναι παράτολμο να ειπωθεί πως το μοντέλο αυτό υπηρέτησαν και χρησιμοποίησαν όλοι όσοι άσκησαν εξουσία ανεξάρτητα εάν ήταν στην κυβέρνηση ή όχι. Το μεταπολιτευτικό μοντέλο της Ελλάδας και το κράτος παροχών εδραιώθηκε μέσω συνεχών δανεισμών του κράτους και αργότερα των ιδιωτών. Ο δανεισμός έγινε τρόπος ζωής και συνδέθηκε με μια αντιπαραγωγική νοοτροπία. Επίσης τα υψηλά ελλείματα και η συνεχής συσσώρευση χρεών σηματοδεύουν τη δημοσιονομική διαχείριση από δεκαετίες. Ο δρόμος, λοιπόν, που κατέληξε στην κρίση αναχρηματοδότησης του Μαΐου του 2010 και στον διεθνή έλεγχο ήταν μακρύς. Οι προϋποθέσεις είχαν διαμορφωθεί πολύ νωρίτερα. Η ύφεση έφερε στην επιφάνεια με επώδυνο τρόπο στρεβλώσεις δεκαετιών και τα διαχρονικά διαρθρωτικά ελλείματα της χώρας. Εξάλλου τα προβλήματα αυτά αντικατροπτίζονται και στη φθίνουσα ανταγωνιστικότητα της ελληνικής οικονομίας, όπως αναφέρει και ο καθηγητής Πάνος Καζάκος (Καζάκος, 2011).

Ωστόσο παράλληλα με την παγκόσμια χρηματοπιστωτική κατάρρευση και τις ενδογενείς αιτίες της οικονομικής κρίσης μεγάλο μέρος της κρίσης πρέπει να αναζητηθεί και στην ελαττωματική αρχιτεκτονική της ζώνης του Ευρώ. Σύμφωνα με την θεωρία των αρίστων νομισματικών περιοχών η Ελλάδα ως μέλος της Ζώνης του Ευρώ δεν διέθετε μερικά εργαλεία προσαρμογής-τη συναλλαγματική ισοτιμία ή τη δική της κεντρική τράπεζα. Επιπλέον η Ζώνη του Ευρώ δεν διαθέτει τους αναγκαίους για μια νομισματική ένωση εξισορροπητικούς μηχανισμούς, παραδείγματος χάρι μέσω ενός ισχυρού κεντρικού προϋπολογισμού που χαρακτηρίζουν τα ομοσπονδιακά κράτη τα οποία είναι και νομισματικές ενώσεις (Βαληνάκης κ.α, 2014). Αναλύοντας την παραπάνω διαπίστωση, διαφαίνεται πως η ΟΝΕ δεν είναι μια άριστη νομισματική περιοχή. Και αυτό γιατί οι χώρες διαφέρουν μεταξύ τους, έχουν διαφορετικές οικονομίες και διαφορετική κινητικότητα. Στην όλη προσπάθεια νομισματικής ενοποίησης υπήρχαν κατασκευαστικά προβλήματα. Ήταν περισσότερο μάλλον μια προσπάθεια ενίσχυσης της ευρωπαϊκής ταυτότητας, ένα project πολιτικής ενοποίησης με ολέθριες συνέπειες για τη χώρα μας, όταν ξέσπασε η κρίση.

## 7. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

### 7.1. Επιπτώσεις στον κοινωνικό και οικονομικό τομέα

Η οικονομική κρίση προκαλεί δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι η μείωση ή και η απουσία εισοδήματος προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια. Το διεθνές εμπόριο, ο ρυθμός της οικονομικής ανάπτυξης και η απασχόληση αντανακλούν σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση στην οποία βρίσκεται η διεθνής οικονομία. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, όμως, διαφοροποιούνται όχι μόνο μεταξύ των χωρών, όπου – όπως αναμένεται – οι χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τις αναπτυγμένες χώρες, αλλά και στο εσωτερικό των χωρών, έτσι ώστε οι χειρόνακτες εργάτες και τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση να υφίστανται τις πλέον δυσμενείς επιπτώσεις σε σχέση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης της μεσαίας και ανώτερης τάξης (Lordan et al, 2012).

Η οικονομική κρίση έχει τεράστιες αρνητικές επιδράσεις στην οικονομία μιας χώρας. Το τραπεζικό σύστημα, η φορολογία, ο εσωτερικός και ο εξωτερικός τουρισμός, η ναυτιλία, οι επενδύσεις και η επιχειρηματικότητα, η αγορά ακινήτων, το εκπαιδευτικό σύστημα καθώς και η υγεία αποτελούν βασικούς τομείς της οικονομίας μιας χώρας που επηρεάζονται δυσμενώς σε περιόδους ύφεσης. Επιπροσθέτως δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος καθώς τα προβλήματα που ανακύπτουν έχουν άσχημες επιδράσεις στην κοινωνία και ειδικά στα πιο αδύναμα κοινωνικά στρώματα.

Σύμφωνα με το Διεθνές Γραφείο Εργασίας (International Labour Organization, ILO, 2009) από τα τέλη του 2008 η ανεργία άρχισε να αυξάνεται σε παγκόσμια κλίμακα και από το 5,7% που ήταν το 2007 προβλέπεται να κυμανθεί σε σαφώς υψηλότερα επίπεδα, ενώ ο αριθμός των φτωχών εργαζομένων έχει αυξηθεί σε παγκόσμια κλίμακα κατά 200 εκατομμύρια και έχει ανέλθει στο επίπεδο 700-800 εκατομμυρίων. Τον Αύγουστο του 2009 η ανεργία στις χώρες του ΟΟΣΑ έφθασε στο 8,6% δηλαδή ήταν κατά 2,3% υψηλότερη έναντι του Αυγούστου του 2008, ενώ στην Ευρώπη αντίστοιχα τον Αύγουστο του 2009 ήταν 9,6% δηλαδή κατά 2% υψηλότερο απ'ότι ήταν τον ίδιο μήνα του προηγούμενου έτους (OECD, 2009). Η οικονομική κρίση δηλαδή, παγκοσμίως, θέτει σε καθεστώς ευπρόσβλητης εργασίας το ήμισυ σχεδόν των εργατών που κινδυνεύουν να απολέσουν την εργασία και κατά συνέπεια βρίσκονται σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας.

Η κατάσταση αυτή, όπως περιγράφηκε παραπάνω, απειλεί κυρίως τις χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, και κυρίως τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα, ενώ αποδεικνύει τρία βασικά αλληλένδετα προβλήματα: Την αυξανόμενη τάση των ανισοτήτων στο εσωτερικό των χωρών, την ανισοτιμία στις συνθήκες κοινωνικής προστασίας και υγείας και τέλος τα επείγοντα ζητήματα της



κλιματικής αλλαγής και της οικολογικής υποβάθμισης (Βισβίτζη, 2012).

## 7.2. Επιπτώσεις στον τομέα της υγείας

Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς, οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης και ως εκ τούτου το ήμισυ σχεδόν των εργατών βρίσκονται σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας (Ferrie et al., 2002) και φυσικά αυξάνει το ποσοστό αυτών που τελικά οδηγούνται σε απώλεια της εργασίας τους.

Τα τελευταία 20 χρόνια σε όλες τις σχετικές μελέτες φαίνεται ότι η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Αιτιολογικές ερμηνείες αυτού του φαινομένου αποτελούν η φτώχεια, το στρες, οι επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές όπως η κατάχρηση αλκοόλ, καπνίσματος και ναρκωτικών αλλά και οι ειδικές συνθήκες εργασίας (μη ικανοποιητική εργασία, υποβαθμισμένη θέση) (Τούντας, 2004).

Η απώλεια εργασίας καταλαμβάνει την 8<sup>η</sup> θέση μεταξύ των 42 πιο στρεσογόνων γεγονότων και ως εκ τούτου, όπως αναφέρει ο Τούντας (2004), σε ότι αφορά στη ψυχική υγεία, μειωμένα επίπεδα ευεξίας, μεγαλύτερη συχνότητα ψυχικών διαταραχών, κατάθλιψης και συνεπακόλουθων βίαιων συμπεριφορών διαπιστώθηκαν σε όλες τις μελέτες που συνέκριναν ανέργους με εργαζομένους όλων των ηλικιών και των δύο φύλων. Τα πορίσματα αυτά δικαιολογούνται ακόμη περισσότερο εφόσον, σύμφωνα με τη θεωρία της Βρετανής κοινωνικής ψυχολόγου Jahonda (1982), η απώλεια εργασίας συνεπάγεται εκτός της οικονομικής ανέχειας και άλλες «λανθάνουσες συνέπειες» όπως η απώλεια χρονοοργάνωσης της ημέρας, ανταλλαγής εμπειριών και επαφής, στόχων και επιδιώξεων, ορισμού στοιχείων για την ατομική ταυτότητα, αυτοεκτίμησης και σεβασμού των άλλων (Jahonda, 1982).

Σε παλαιότερες μελέτες που αναφέρει ο Τούντας (2004), και οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε Αγγλία και Ουαλία καταγράφηκε επίσης αύξηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας κατά 20%, σχετιζόμενη κατά κύριο λόγο με καρδιαγγειακά αίτια και αυτοκτονίες, ενώ παρόμοια συμπεράσματα προέκυψαν και από μελέτες σε Ιταλία, Δανία και Σουηδία (Τούντας, 2004).

Ο Ferrie et al. (2002), διενήργησε έρευνα σε 931 γυναίκες και 2429 άνδρες το 1995/96 και 1997/99 και κατέγραψε την αναφερόμενη από τους ερωτώμενους κατάσταση υγείας, κάποιες κλινικές παραμέτρους καθώς και συμπεριφορές σχετιζόμενες με την υγεία, προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν διαφορές ανάμεσα σε αυτούς που βρίσκονταν σε εργασιακή ανασφάλεια και σε αυτούς που παρέμειναν εργασιακά ασφαλείς. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν αναφερόμενη αυξημένη σωματική και ψυχική νοσηρότητα στους ανέργους και αυτούς που βρίσκονταν σε μακρά περίοδο εργασιακής ανασφάλειας και παραμένουσες αρνητικές επιπτώσεις - ιδιαίτερα ψυχικές διαταραχές - σε αυτούς που τελικά δεν έχασαν την εργασία τους μετά από μια περίοδο κινδύνου απώλειάς της.

Στα πορίσματα μιας πρόσφατης έρευνας των Stuckler et al.(2009), σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) από το 1970-2007 κατεγράφησαν οι συσχετίσεις των όποιων αλλαγών στην απασχόληση με τη θνησιμότητα και πως αυτές τροποποιήθηκαν ανάλογα με τους διαφορετικούς τύπους των δαπανών των εκάστοτε κυβερνήσεων. Πιο συγκεκριμένα αύξηση της ανεργίας κατά 1% σχετίστηκε με 0,79% αύξηση των αυτοκτονιών σε όλες τις ηλικίες μικρότερες των 65 ετών και με ίδιο ποσοστό αύξηση των ανθρωποκτονιών, ενώ αύξηση της ανεργίας κατά 3% σχετίστηκε με αύξηση 4,45% των αυτοκτονιών και 28% αύξηση των θανάτων από κατάχρηση του αλκοόλ. Αντίθετα, στην ίδια έρευνα παρατηρήθηκε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39% ενώ δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με τη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες μολονότι οι πληθυσμοί διέφεραν σημαντικά στην ευαισθησία της θνησιμότητάς τους στις οικονομικές κρίσεις ανάλογα με τις εν μέρει διαφορές στη κοινωνική προστασία του κάθε πληθυσμού. Στα συμπεράσματα της ίδιας μελέτης αναφέρεται ότι τα ενεργά προγράμματα στην αγορά εργασίας που κρατούν ή επανεντάσσουν τους εργαζόμενους στην εργασία αμβλύνουν τις δυσμενείς επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην υγεία των πληθυσμών αυτών. Επιπλέον στα σύγχρονα κράτη πρόνοιας, με τα ταμεία ανεργίας και την πολύπλευρη κοινωνική στήριξη, η ανεργία μπορεί να συνεπάγεται σοβαρά οικονομικά προβλήματα αλλά δεν οδηγεί σε πείνα ή εξαθλίωση (Τούντας, 2004).

Επίσης η μελέτη των Economou et al (2008) σε 13 ευρωπαϊκές χώρες έδειξε ότι αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18/100.000. Επίσης, η ίδια μελέτη κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009).

Από την άλλη πλευρά σε μια άλλη μελέτη που εξετάστηκε η συσχέτιση οικονομικής ανάπτυξης και οικονομικής ύφεσης με την υγεία φαίνεται, ότι σημαντική διαφορά στη θνησιμότητα παρουσίασαν μόνο οι αυτοκτονίες σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, ανάμεσα στις δέκα αιτίες θανάτου που ελέγχθηκαν (κακοήθη νεοπλάσματα, καρδιαγγειακά, πνευμονία ή γρίπη, χρόνια ηπατική νόσο ή κίρρωση, τροχαία ατυχήματα, αυτοκτονίες, δολοφονίες, παιδική και νεογνική θνησιμότητα). Οι άλλες αιτίες παρουσίαζαν διακυμάνσεις οι οποίες ήταν μεγαλύτερες για κάποιες από αυτές και ορισμένες ηλικιακές ομάδες ενώ οι αρνητικές επιπτώσεις για τη υγεία ήταν προσωρινές και εξαφανίζονταν πλήρως ή μερικώς εάν η οικονομική ανάπτυξη είναι μακροχρόνια. Περαιτέρω ανάλυση κάποιων δεδομένων της μελέτης έδειξε ότι σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης αυξάνονται οι επιβλαβείς για την υγεία συνήθειες, όπως είναι το κάπνισμα, η συχνή

οδήγηση και η κατανάλωση οινοπνεύματος, ενώ μειώνεται η φυσική άσκηση και η υγιεινή διατροφή, δεν αφιερώνεται χρόνος για την παρακολούθηση της υγείας (cost of time), αυξάνονται οι ώρες εργασίας αλλά και το σχετιζόμενο στρες ενώ υπάρχουν και εξωτερικές αιτίες διακύμανσης της θνησιμότητας, όπως η αύξηση των μεταναστευτικών πληθυσμών που μπορεί να εισάγουν ασθένειες ή δεν είναι εξοικειωμένοι με την οδική συμπεριφορά ή το υγειονομικό σύστημα της χώρας προορισμού (Ruhm 2000)

Στην ίδια πλευρά της αμφισβήτησης της απόλυτης και ευθείας συσχέτισης της ανεργίας με τη πτωχή υγεία βρίσκεται η έρευνα των Kasl and Jones (2000) από το Πανεπιστήμιο του Yale, στα πορίσματα της οποίας φαίνεται ότι προϋπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις προκαλούν την απώλεια της εργασίας, ενώ μια ποικιλία παραγόντων κινδύνου για φυσική και ψυχολογική νοσηρότητα φαίνεται να σχετίζονται με συνθήκες εργασιακής ανασφάλειας (η παρουσία υψηλού αριθμού ανέργων σε μια κοινωνία έχει πιεστικά και καταθλιπτικά συμπτώματα ακόμη και στους εργαζόμενους που νιώθουν ότι βρίσκονται υπό την απειλή απώλειας της εργασίας τους).

Τέλος, και τα γενικότερα ποσοστά θνησιμότητας του πληθυσμού φαίνεται να επηρεάζονται από τις οξύτερες οικονομικές δυσκολίες. Μία μελέτη της βιβλιογραφίας σχετικά με τα ποσοστά θνησιμότητας κατά τις περιόδους οικονομικής κρίσης εμφάνισε την άμεση σχέση των οικονομικών κρίσεων με την αύξηση των γενικών δεικτών θνησιμότητας. Παρατηρήθηκε αύξηση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, αύξηση της θνησιμότητας λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων, χρόνιας ηπατικής νόσου, αυτοκτονιών και ανθρωποκτονιών. Επίσης, αύξησις της θνησιμότητας των βρεφών παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων σε όλες τις μελέτες (Falagas et al, 2009). Μοναδική μείωση της θνησιμότητας παρατηρήθηκε στους θανάτους από τροχαία ατυχήματα, προφανώς λόγω του περιορισμού των μετακινήσεων.

### **7.3. Επιπτώσεις στον τομέα της ψυχικής υγείας**

Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η απώλεια της εργασίας αυξάνει τον κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών και των σωματικών επιπτώσεών τους (Murphy et al, 1999). Πολλές μελέτες συγκλίνουν στη παραδοχή μίας ισχυρής συνάφειας ανάμεσα στην ανεργία και στην αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Μία ενδεδειγμένη μελέτη της βιβλιογραφίας, σχετικά με τις επιδράσεις της ανεργίας στη ψυχική υγεία, έδειξε πως ο μέσος όρος των ατόμων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ήταν υπερδιπλάσιος για τους άνεργους (34%), συγκρινόμενος με τα άτομα που εργάζονταν (16%) (Paul & Moser, 2009). Επιπλέον, διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ανέργων και των ατόμων που εργάζονταν σε βασικές παραμέτρους ενδεικτικές της ποιότητας της ψυχικής υγείας του ατόμου, όπως π.χ. το άγχος, η κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, την αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή, το αίσθημα αυτοεκτίμησης, κ.λπ.

Ο στιγματισμός και η ψυχολογική πίεση φαίνεται να είναι μεγαλύτερη για τους άνδρες από

ότι για τις γυναίκες, ίσως και λόγω των εναλλακτικών κοινωνικών ρόλων που οι γυναίκες επιτελούν όπως η ανατροφή των παιδιών, το νοικοκυριό, κ.α (Shamir, 1985).

Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση επίσης παίζει σημαντικό ρόλο, με τα άτομα χαμηλότερου οικονομικού status να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας και μεγαλύτερη δυσκολία διαχείρισής της, κάτι που επηρεάζει και τη ψυχική διάθεση των ατόμων αυτών (Μπούρας, 2011). Επιπλέον, και οι οικονομικοί μετανάστες πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την οικονομική κρίση με κίνδυνο να εμφανίσουν ζητήματα αναφορικά με την υγεία τους (Shams et al, 1994). Πρόσφατη ανασκόπηση, επίσης, τεκμηριώνει τη συσχέτιση μεταξύ φτώχειας και ψυχικών διαταραχών. Παράγοντες όπως οι κοινωνικές διακρίσεις, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ανασφάλεια, η ελλιπής εκπαίδευση, η φτώχεια, φαίνεται να συντελούν ενεργά στη μεγιστοποίηση των επιπτώσεων της κρίσης στα κατώτερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα (Patel et al, 2003).

Η οικογενειακή κατάσταση είναι παράγοντας καθοριστικός για τη στήριξη της ψυχικής υγείας του ατόμου σε καταστάσεις οικονομικής κρίσης. Από μελέτες προκύπτει ότι η ύπαρξη συζύγου ή σταθερού συντρόφου μπορεί να αποτελέσει όχι μόνο συναισθηματικό στήριγμα, αλλά και χειροπιαστή βοήθεια για την αντιμετώπιση των οικονομικών αναγκών μέσω της οικονομικής συμβολής του. Επίσης μελέτες δείχνουν ότι και η ηλικία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, με τα άτομα μέσης ηλικίας να υποφέρουν περισσότερο από την ανεργία χωρίς ωστόσο να λείπουν και τα ερευνητικά δεδομένα όπου το γεγονός της ανεργίας μετά τις σπουδές οδηγεί σε σημαντική επιδείνωση της ψυχικής υγείας. Οι «ευαίσθητοι» εργαζόμενοι ή τα άτομα που νοσούν ήδη από κάποιο ψυχικό νόσημα ανήκουν και αυτοί στις ομάδες του πληθυσμού που πλήττονται σαφώς περισσότερο από την οικονομική κρίση. Η εργασιακή ανασφάλεια, στην περίπτωση τους, καθώς και το στρες που αυτή επιφέρει, λειτουργούν ιδιαιτέρως ψυχοπιεστικά, εντείνοντας τις ήδη υπάρχουσες δυσκολίες του ατόμου. Επιπλέον, μεσούσης της οικονομικής κρίσης και οι εργοδότες γίνονται λιγότερο «ανεκτικοί», εντοπίζουν τους «αδύναμους κρίκους» και τους απολύουν γρηγορότερα. Ένας φαύλος κύκλος δημιουργείται λοιπόν με αυτόν τον τρόπο, όπου η ψυχική ασθένεια οδηγεί στην απώλεια της εργασίας και στη φτώχεια, αλλά όπου και η ανεργία οδηγεί στην εμφάνιση ή στην επιδείνωση της ψυχικής ασθένειας (Aro et al, 1995).

Σημαντικές είναι και οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στα παιδιά. Πρώιμες αντίξοες εμπειρίες μπορεί να τροποποιήσουν τη δομική και λειτουργική ανάπτυξη του εγκεφάλου του παιδιού, συμβάλλοντας στην αρνητική έκβαση της ψυχικής υγείας στο μέλλον. Η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων σχετίζεται επίσης με χαμηλή ικανότητα εστίασης της προσοχής των παιδιών. Η πρώιμη έκθεση της μητέρας σε στρες λόγω κατάθλιψης, άγχους ή υποσιτισμού κατά την εγκυμοσύνη, αυξάνει τη δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια στο βρέφος, με αποτέλεσμα την τροποποιημένη απάντηση στα στρεσογόνα ερεθίσματα. Ο υποσιτισμός του ίδιου του βρέφους μπορεί επίσης να παίζει σημαντικό ρόλο. Για παράδειγμα, η

έλλειψη του ρετινοϊκού οξέος, παραγώγου της βιταμίνης Α, έχει αρνητική επίδραση στη νοητική ανάπτυξη, η έλλειψη των ω-3 λιπαρών οξέων σχετίζεται με μεγαλύτερη επίπτωση κατάθλιψης και Διαταραχή Ελαττωματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), ενώ η έλλειψη σιδήρου διαταράσσει τη διαδικασία της μυελίνωσης (Γιωτάκος, 2010).

Οι αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας, όσον αφορά τη ψυχική υγεία, φαίνεται να είναι μεγαλύτερες σε χώρες με αδύναμο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, άνιση διανομή εισοδήματος καθώς και με συστήματα ελλιπούς προστασίας των ανέργων. Επίσης, οι αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας παρουσιάζονται πιο έντονα σε μακροχρόνια ανέργους ( $\geq 6$  μήνες), σε σχέση με την ολιγόμηνη ανεργία (Paul et al, 2009).

Όσο βαθιάει η οικονομική κρίση, οι προβλέψεις για την επιδείνωση των δεικτών ψυχικής υγείας εντείνονται. Στο Ηνωμένο Βασίλειο αναμένεται τριπλασιασμός των ψυχωτικών επεισοδίων, διπλασιασμός της κατάχρησης αλκοόλ, δι-ή τριπλασιασμός των καταθλιπτικών επεισοδίων. Επίσης και στην Ινδία αναφέρεται αύξηση των περιστατικών που αιτούνται ψυχολογικής βοήθειας εξαιτίας των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν με την οικονομική κρίση (Patralekha, 2009). Πρόσφατες αναφορές δείχνουν επίσης να πραγματοποιείται ήδη αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία στην παρούσα κρίση και μια μελέτη από τη Χιλή βρήκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης μείωσης του εισοδήματος και εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών, με τη μείωση του εισοδήματος να λαμβάνει χώρα σε διάστημα 6 μηνών πριν από την εκδήλωση συμπτωμάτων (Ryall, 2009).

Το οικονομικό χρέος είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας που προδιαθέτει σε κατάθλιψη. Μια μελέτη σε Αγγλία, Σκωτία και Ουαλία έδειξε σαφή σχέση χρέους και κακής ψυχικής υγείας (Jenkins, 2008). Επιπλέον, οι πρώτες μελέτες ή ανασκοπήσεις σε γενικά και ψυχιατρικά περιοδικά αναφορικά με τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης θέτουν πληθώρα προβληματισμών και για τις δυνατότητες ανταπόκρισης των συστημάτων υγείας στα αιτήματα των πολιτών. Από τα πρώτα, το New England Journal of Medicine θα επισημάνει σε άρθρο του την πίεση που δέχονται τα συστήματα ψυχιατρικής φροντίδας: μειώνονται μεν τα αιτήματα για παρατεταμένη ψυχιατρική νοσηλεία, αυξάνουν όμως για τα οξέα επεισόδια, όπως αυξάνουν και οι «αναγκαστικές νοσηλείες» καθώς η κοινωνική ανεκτικότητα έναντι προβλημάτων συμπεριφοράς μειώνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης (Catalano, 2009).

Συνακόλουθα με τα παραπάνω σε μελέτη που έλαβε χώρα σε 26 χώρες της Ευρώπης για το διάστημα 1970-2006 σχετικά με τον τρόπο που οι οικονομικές μεταβολές επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, καθώς επίσης και τον τρόπο που οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να περιστείλουν τις δυσμενείς επιπτώσεις τους βρήκαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία, υπήρχε αύξηση 0,8% στις αυτοκτονίες στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες. Επίσης, αύξηση πάνω από 3% στην ανεργία είχε αντίστοιχα ακόμη μεγαλύτερη επίδραση στις αυτοκτονίες (αύξηση  $>4\%$ ) στις ηλικίες κάτω των

65 ετών, καθώς και στους θανάτους από χρήση αλκοόλ (Stuckler et al, 2009).

Σε αντίστοιχη έρευνα στην Κίνα, βρέθηκε ότι οι κοινωνικές αλλαγές, περιλαμβανομένων των μεγάλων οικονομικών απωλειών σε ατομικό επίπεδο, του αυξημένου κόστους υγειονομικής περίθαλψης, της εξασθένησης των οικογενειακών δεσμών, της μετανάστευσης σε αστικές περιοχές προς αναζήτηση εργασίας και των ανισοκατανομών του εισοδήματος, συνεισφέρουν στην αύξηση των ποσοστών αυτοκτονιών κυρίως μέσω της αύξησης των καταθλιπτικών διαταραχών, οι περισσότερες από τις οποίες διατρέχουν χωρίς θεραπεία (Philips et al, 1999). Παρόμοια, οι μαζικές αυτοκτονίες αγροτών στην Ινδία μετά από την αλλαγή της αγρονομικής πολιτικής και την οξεία μείωση του εισοδήματος περί τα μέσα της δεκαετίας του 90, παρέχει μια ακόμη καλή αποτύπωση του αντίκτυπου της οικονομικής ανασφάλειας στην ψυχική υγεία (Sundar, 1999). Η οικονομική κρίση οδηγεί λοιπόν σε μία σημαντική αύξηση του ποσοστού των αυτοκτονιών, σχετιζόμενο πάντα με τους δείκτες αύξησης της ανεργίας (Uutela, 2010).

#### **7.4. Επιπτώσεις στα συστήματα Υγείας**

Οι ασφυκτικές πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις, τους καταναλωτές απειλεί την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα, που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας. Δεδομένου ότι οι κυβερνήσεις δεσμεύουν εκατοντάδες δισεκατομμυρίων για να υποστηρίξουν τα τραπεζικά συστήματα, να προσφέρουν εγγύηση στους καταθέτες τα επόμενα χρόνια και δανείζονται τεράστια ποσά αυξάνοντας τα δημόσια ελλείμματα, είναι εξαιρετικά δύσκολο να μην ασκηθούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και να μην προκύψει επίπτωση (περιορισμός δαπανών) έστω και μικρή στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ακόμη και των ανεπτυγμένων κρατών. Αυτό επιβεβαιώνει και το θέμα “Health System Priorities when Money is Tight”, που τέθηκε στη συνάντηση των Υπουργών Υγείας των χωρών του ΟΟΣΑ (OECD, 2010).

Η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με τη μερική ή και ολική απώλεια του εισοδήματος στρέφει τους καταναλωτές – ασθενείς σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών στο τομέα αυτό και την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη στραγγαλισμένους κρατικούς προϋπολογισμούς. Οι υπηρεσίες υγείας θα κληθούν λοιπόν να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών, γεγονός που μπορεί να μην είναι εφικτό και ως εκ τούτου να περιοριστεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών (Erman, 2009).

Η στροφή στις δημόσιες υπηρεσίες οδηγεί στη μείωση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα και αυτή συνεπάγεται τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητάς του και απαιτεί τον περιορισμό διοικητικών δαπανών, την επανεξέταση ή την αναβολή των επενδύσεων, τη μείωση του προσωπικού, τη μείωση των υπηρεσιών, την εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, τη πιθανή

συγχώνευση και τέλος τη συρρίκνωσή του (American Hospital Association, 2008).

Σύμφωνα με την αμερικανική ένωση νοσηλευτικών ιδρυμάτων, πολλά νοσοκομεία βλέπουν τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στον αριθμό και το μίγμα των ασθενών που αναζητούν φροντίδα. Λόγω της μη ασφάλισης τα άτομα βάζουν σε αναμονή τα προβλήματα υγείας ή αναβάλλουν τις προγραμματισμένες διαδικασίες με αποτέλεσμα να υπάρχουν λιγότερες τακτικές εισαγωγές και διαδικασίες σε αντίθεση με τις επείγουσες επισκέψεις. Έτσι η πλειοψηφία των νοσοκομείων βλέπει αύξηση του ποσοστού των ασθενών που αδυνατεί να πληρώσει και την ανάγκη για επιδοτούμενη φροντίδα να αυξάνεται αντιστρόφως ανάλογα.

Ο Frenk σε δημοσίευσή του το 2009 αναλύοντας τον τρόπο που μακροπρόθεσμα επιβαρύνονται οι πολίτες και το σύστημα υγείας μιας χώρας από την οικονομική κρίση αναφέρει ότι η αυξημένη ανεργία οδηγεί σε απώλεια της ασφάλισης υγείας με αποτέλεσμα οι άνεργοι να μην μπορούν να αντεπεξέλθουν στα έξοδα για την υγεία. Οι κυβερνήσεις περικόπτουν τους προϋπολογισμούς για την υγεία, γεγονός που οδηγεί σε μειωμένη διαθεσιμότητα περίθαλψης. Η μειωμένη διαθεσιμότητα περίθαλψης επιδρά άμεσα και επιβαρυντικά, τόσο στα άτομα όσο και στο σύστημα υγείας. Παράλληλα η μείωση των εισοδημάτων στερεί από τους ανθρώπους τη δυνατότητα περίθαλψης, τους αναγκάζει να μειώσουν ή ακόμη και να περικόψουν τα φάρμακα και την πρόληψη. Μία από τις συνέπειες που δημιουργείται είναι οι άνθρωποι να αρρωσταίνουν περισσότερο, να μην μπορούν να δουλέψουν και έτσι να γίνονται ακόμα φτωχότεροι (Frenk, 2009).

Σε δυσκολότερη θέση βρίσκονται τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών που θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης αφενός λόγω της μείωσης των δαπανών συνεπεία της οικονομικής στενότητας, αφετέρου λόγω τη διακοπής της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους (WHO-a, 2009).

### **7.5. Επιπτώσεις στην ιατρική περίθαλψη**

Με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση, παρατηρείται μια συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία και απαιτείται η δέσμευση τουλάχιστον 1,1 τρις δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για την εξυπηρέτηση τμήματος της κλινικής θεραπευτικής δραστηριότητας. Οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης, με κορυφαίο παράδειγμα τις Ηνωμένες Πολιτείες, στις οποίες υπάρχουν 47 εκατομμύρια άνεργοι (Jack, 2009). Η χρηματοδοτική πίεση στον υγειονομικό τομέα αναδεικνύει δύο σημαντικές συνιστώσες:

- Την εξαιρετική σημασία της βιωσιμότητας των συστημάτων ασφαλιστικής κάλυψης και κοινωνικής προστασίας

- Την ανάδειξη της θεμελιώδους σημασίας των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας.

Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης αλλά και των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, καθώς και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, που αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών (Appleby, 2008). Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, όπως είναι λογικό, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή θα επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δείχθει ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι καταναλωτές-ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη (WHO, 2009).

Τα συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών θα αντιμετωπίσουν προβλήματα χρηματοδότησης για δύο κυρίως λόγους:

- Ο πρώτος αφορά στη μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία λόγω της οικονομικής στενότητας.
- Ο δεύτερος σχετίζεται με τη διακοπή της εξωτερικής οικονομικής βοήθειας από τις πλουσιότερες χώρες, οι οποίες καλύπτουν ένα μεγάλο τμήμα της χρηματοδότησης για την υγεία, και οι οποίες θα επιχειρήσουν να περικόψουν τις δαπάνες τους.

Είναι όμως πιθανό η συνέχιση της ροής οικονομικών πόρων προς τις οικονομικά ασθενέστερες χώρες να είναι, τελικά, προς το συμφέρον των πλουσιότερων χωρών, καθώς υγιής πληθυσμός σημαίνει ασφάλεια, πολιτική σταθερότητα και οικονομική ανάπτυξη. Επίσης, στις αναπτυσσόμενες χώρες η πρόληψη και η θεραπεία των λοιμωδών νοσημάτων (π.χ. AIDS, ελονοσία και φυματίωση) είναι μείζονος σημασίας και στηρίζεται σχεδόν εξ ολοκλήρου στην εξωτερική βοήθεια και τη συνεργασία (WHO, 2009).

Στις χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες, η πίεση στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Υπό το πρίσμα αυτό, είναι πιθανό διαρκούσης της οικονομικής κρίσης να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε ετήσια βάση λόγω μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης, κατά την εκτίμησή της Παγκόσμιας Τράπεζας (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009).

## **8. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΕΘΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

### **8.1. Ελληνικό Σύστημα Υγείας**

Στην Ελλάδα, η ανάπτυξη της οικονομίας συρρικνώθηκε το 2008 υπό το βάρος της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Ως συνέπεια της παραπάνω πραγματικότητας για τη χώρα μας υπήρχε η εκτίμηση ότι η ζήτηση και η χρήση υπηρεσιών υγείας θα αυξανόταν κυρίως προς το δημόσιο και τον ασφαλιστικό τομέα, καθώς η μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος θα έστρεφε την



κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Η κατάσταση αυτή εκτιμόταν πως θα δημιουργούσε ακόμη μεγαλύτερες πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας. Η ανταποκρισιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας είναι τελικά μικρή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικών μελετών. Η δυσαρέσκεια των ασθενών εστιάζεται κυρίως στις υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, στην παραοικονομία, στη μεγάλη αναμονή και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Economou et al, 2009).

Σε άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα φαίνεται ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και της αυτοαξιολόγησης του επιπέδου της υγείας με το εισόδημα (Danilidou, 2004). Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από την ΕΣΥΕ, όπου, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, το 2006 το 20,3% του πληθυσμού της χώρας ανήκε σε νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα. Σε σχέση με την υγεία, τα μέλη των νοικοκυριών σε κίνδυνο φτώχειας δηλώνουν ότι έχουν χειρότερη υγεία. Ειδικότερα, ο πτωχός πληθυσμός έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα κατά 35% περισσότερο από το μη πτωχό πληθυσμό (ΕΣΥΕ, 2007).

Επίσης σύμφωνα με προβλέψεις της ΕΣΥΕ το 2007 είχε ειπωθεί πως τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων (6,5 δις €) και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας (4,5 δις €) θα αυξηθούν και θα υπάρξουν δυσχέρειες στην εξυπηρέτησή τους, ενώ και ο ιδιωτικός τομέας θα αντιμετωπίσει, επίσης, ανάλογα προβλήματα. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες θα αντιμετωπίσουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους, καθώς η ζήτηση για τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας θα μειωθεί εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος. Επιπλέον προβλήματα αναμένεται να δημιουργηθούν στην αποτελεσματική διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, ειδικά των ατόμων που βρίσκονται στις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες. Ωστόσο, σε αντίθεση με τα παραπάνω η εκτεταμένη μορφή οριζόντιας αλληλεγγύης και η ύπαρξη των δομών κοινωνικής προστασίας και υγείας αποτελούν θετικό στοιχείο για τη χώρα μας, καθώς μπορούν να απορροφήσουν μεγάλο τμήμα αυτής της κοινωνικής και οικονομικής έντασης και να προφυλάξουν τον πληθυσμό από τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΣΥΕ, τα κοινωνικά επιδόματα και οι κοινωνικές μεταβιβάσεις, δηλαδή η κοινωνική βοήθεια, τα οικογενειακά επιδόματα, τα βοηθήματα ανεργίας και ασθένειας, τα επιδόματα αναπηρίας-ανικανότητας, οι εκπαιδευτικές παροχές και οι συντάξεις, ενδέχεται να μειώσουν σημαντικά το ποσοστό της φτώχειας (ΕΣΥΕ, 2007). Έτσι, υπό το πρίσμα αυτό, αναδεικνύεται και η ανάγκη στήριξης των νοικοκυριών που υφίστανται καταστροφικές δαπάνες για την υγεία, δηλαδή δαπανούν >40% του εισοδήματός τους εξαιτίας ενός αιφνίδιου συμβάντος ή δαπανηρού χρόνιου νοσήματος (Κυριόπουλος κ.α, 2003).

Το ΕΣΥ έχει ήδη πολλά προβλήματα να επιλύσει όπως τον κατακερματισμό του, τις επικαλύψεις και τις υγειονομικές ανισότητες, την αδυναμία κάλυψης αναγκών πρωτοβάθμιας

φροντίδας, την αναμενόμενη αύξηση της ζήτησης λόγω της γήρανσης του πληθυσμού, τον πληθωρισμό των ιατρών και την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, τη χαμηλή παραγωγικότητα, τη περιορισμένη ποιότητα των υπηρεσιών, τη μη ανταποκρισιμότητα, τη σπατάλη πόρων και τη διοχέτευσή τους στην παραοικονομία και τη διαφθορά με αποτέλεσμα τα τεράστια ελλείμματα των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας. Η παρούσα οικονομική κρίση σε συνδυασμό με το πολύ υψηλό εθνικό έλλειμμα συρρίκνωσε την ελληνική οικονομία γεγονός που υποδεικνύει ότι θα υπάρξουν συνέπειες και στους προϋπολογισμούς για το ΕΣΥ, προϋπολογισμοί που αναγκαστικά θα διατεθούν για τη μικροδιαχείριση σε βάρος του σχεδιασμού για ένα καλύτερο σύστημα υγείας. Σύμφωνα με εκτιμήσεις του Κυριόπουλου (2010-β) έχουν αυξηθεί περίπου 30% οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ αντίστοιχα έχουν περιοριστεί στις απολύτως αναγκαίες οι επισκέψεις στα ιδιωτικά ιατρεία. Αυτό ταυτόχρονα δείχνει ότι και ο ιδιωτικός τομέας υγείας αντιμετωπίζει ήδη πρόβλημα μειωμένης ζήτησης, ενώ οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στη χρηματοδότησή τους, καθώς η ζήτηση για τη σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας μειώνεται εξαιτίας της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος (Κυριόπουλος, Τσιάντου, 2009).

Η βιωσιμότητα του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), τριάντα και πλέον χρόνια από τη συγκρότησή του δεν θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη, ιδιαίτερα κάτω από την πίεση της παγκόσμιας – και ιδίως της εθνικής – οικονομικής κρίσης, η οποία έχει σημαντικότερες παρενέργειες και στην οικονομική λειτουργία του. Ήδη τα προβλήματα αυτά στον τομέα της υγείας εντάθηκαν από το 2012 με την δημιουργία του ΕΟΠΥΥ που συστάθηκε με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα και προήλθε από συνένωση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων. Από την αρχή της λειτουργίας αυτού του οργανισμού υπήρχαν προβλήματα λόγω προχειρότητας σχεδιασμού, πλήρους έλλειψης οργάνωσης, υποδομών και μηχανογράφησης αφού οι μεταρρυθμίσεις αυτές έγιναν κάτω από την πίεση της ΤΡΟΪΚΑ και τις δεσμεύσεις των μνημονίων. Στη συνέχεια στις αρμοδιότητες του ΕΟΠΥΥ παρέμειναν η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, τα φάρμακα και οι συμβάσεις των ιδιωτών γιατρών. Οι υπηρεσίες υγείας πλέον παρέχονται δωρεάν από το ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας) που περιλαμβάνει τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ) και παρέχει δωρεάν υπηρεσίες σε ασφαλισμένους και μη, σε αντίθεση με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ όπου οι ανασφάλιστοι πληρώνουν τα έξοδα νοσηλείας ενώ για όλους ισχύει η καταβολή αντίτιμου για τακτική εξέταση κατόπιν ραντεβού καθώς και για συνταγογράφηση.

Σε ρεπορτάζ υγείας που δημοσιεύτηκε το 2012 στο [iatropedia.gr](http://iatropedia.gr) αναφέρεται πως οι συνεχείς περικοπές έφεραν στα όρια αντοχής τους τελευταίους μήνες τα δημόσια νοσοκομεία τα οποία καλούνται λόγω κρίσης να εξυπηρετήσουν σε σχέση με το προηγούμενο έτος ακόμη και κατά 30% περισσότερους ασθενείς σε ορισμένες περιπτώσεις. Στο ίδιο άρθρο επισημαίνεται πως οι ασθενείς

προτιμούν τα δημόσια νοσοκομεία το τελευταίο διάστημα. καθώς τα χρήματα τους δεν επαρκούν για να εξυπηρετηθούν στα ιδιωτικά νοσοκομεία και ο ιδιωτικός τομέας παρουσιάζει μείωση στην κίνηση κατά τουλάχιστον 20%, εξαιτίας της κρίσης και των αυξήσεων συμμετοχής στις παροχές υγείας. Οι τεράστιες οικονομικές επιβαρύνσεις και οι αυξήσεις των ατομικών δαπανών για την υγεία εν μέσω κρίσης οδηγούν έτσι τους περισσότερους στα δημόσια νοσοκομεία τα οποία αδυνατούν όμως να καλύψουν τη νέα αυξημένη κίνηση στο ΕΣΥ, καθώς τα περισσότερα νοσοκομεία παρουσιάζουν τραγικές ελλείψεις προσωπικού αλλά και υλικών. Με την αναδιοργάνωση του Συστήματος Υγείας που επιχειρείται, όλο και μεγαλύτερο μέρος του κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μεταφέρεται στους ασθενείς, με συνέπεια, σύμφωνα με τις στατιστικές της ΕΕ, σχεδόν οι μισοί Έλληνες (το 47%) να αισθάνονται πως δεν λαμβάνουν την αναγκαία περίθαλψη. Τέλος, νέες επιβαρύνσεις για τους ασφαλισμένους στην πρόσβαση στα φάρμακα καθώς υποχρεούνται σε πληρωμή ενός ευρώ ανά συνταγή (μέχρι περίπου 3 φαρμακευτικά σκευάσματα ανά διάγνωση) και συμμετοχή 25% στην αγορά των φαρμάκων. (iatropedia.gr).

Σύμφωνα με μελέτη του Κυριόπουλου και της ομάδας του (2013) οι χρονίως πάσχοντες αποτελούν το 38% του γενικού πληθυσμού της χώρας μας. Τα ευρήματα κατέδειξαν πως:

-Το επίπεδο της αυτοεκτίμησης της υγείας των χρονίως πασχόντων έχει μειωθεί κατά 60% από το 2012.

-Οι χρονίως πάσχοντες έχουν μειώσει κατά 30% τις επισκέψεις τους σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κατά την τριετία 2011 – 2013.

-Οι χρονίως πάσχοντες έχουν μειώσει κατά 50% τις δαπάνες τους για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κατά την τριετία 2011 – 2013.

- Το 60% των χρονίως πασχόντων αντιμετωπίζουν οικονομικούς περιορισμούς ή λίστες αναμονής στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες Υγείας.

-Το 30% των χρονίως πασχόντων αξιολογούν αρνητικά τις δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και τις τριτοβάθμιες νοσοκομειακές δομές.

Επίσης στην ίδια μελέτη φάνηκε πως:

-Τα περιστατικά AIDS μεταξύ των χρηστών ναρκωτικών υπερδιπλασιάστηκαν κατά την περίοδο 2009-2012 (από 15 σε 484).

-Τα περιστατικά φυματίωσης μεταξύ των χρηστών ναρκωτικών υπερδιπλασιάστηκαν το 2013 σε σχέση με το 2012 (με βάση προκαταρκτικά στοιχεία).

-Η κρατική χρηματοδότηση για την ψυχική υγεία μειώθηκε κατά 55%, μεταξύ 2011 και 2012.

- Επανεμφανίστηκε η ελονοσία μετά από 40 χρόνια .

## **8.2. Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις**

Η χώρα έχει ήδη διανύσει 22 συνεχόμενα τρίμηνα (2ο τρίμηνο 2008- 4ο τρίμηνο 2013) και μπήκε στο 7ο έτος οικονομικής δυσπραγίας με ραγδαία αύξηση της ανεργίας. Η μείωση του ΑΕΠ (σε σταθερές τιμές του 2005) ξεκίνησε από το 0,2% το 2008 για να φτάσει στο 7,1% το 2011 και στο 6% το 2012, με σωρευτική συρρίκνωση του ΑΕΠ της χώρας περίπου 20% την περίοδο 2008-2012 και αντίστοιχη υποχώρηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ έναντι των εταίρων μας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (European Commission, 2012).

### **8.2.1. Η ανεργία**

Σύμφωνα με στοιχεία της ετήσιας έκθεσης του Συλλόγου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος(ΣΚΛΕ) για το έτος 2013, η εκρηκτική αύξηση των ανέργων μετά το 2009 είχε ως αποτέλεσμα την εκτίναξη του ποσοστού ανεργίας το Δ' τρίμηνο του 2013 στο 27,5% του εργατικού δυναμικού και οι άνεργοι να ξεπερνούν το 1.363.137. Το ποσοστό ανεργίας σε σχέση με το Δ' τρίμηνο του 2012 αυξήθηκε κατά 1,5 ποσοστιαίες μονάδες. Το υψηλότερο ποσοστό παρατηρείται στους νέους ηλικίας 15-24 ετών (57%), το οποίο στις νέες γυναίκες φθάνει στο 62,5%. Οι μακροχρόνια άνεργοι αναλογούν στα 2/3 περίπου των ανέργων (65,6%) έναντι 56,5% που αναλογούσαν το προηγούμενο έτος. Η αναλογία των νεοεισερχόμενων ανέργων, δηλαδή όσων εισέρχονται για πρώτη φορά στην αγορά εργασίας, αναζητώντας απασχόληση, μειώθηκε κατά μία ποσοστιαία μονάδα σε σχέση με το 2012, και ανέρχεται σε 22,8% ή σε 309.100 ανέργους. Αντίθετα, η αναλογία των ανέργων που έχουν εργαστεί στο παρελθόν αυξήθηκε κατά μία ποσοστιαία μονάδα σε σχέση με το 2012, και ανέρχεται σε 77,2% ή σε 1.046.100 ανέργους.

Τα στοιχεία της εγγεγραμμένης ανεργίας του ΟΑΕΔ, επίσης, είναι χαρακτηριστικά της εκρηκτικής ανόδου αλλά και δηλωτικά της έλλειψης κοινωνικής προστασίας της πλειοψηφίας των ανέργων. Σύμφωνα με τα στοιχεία της περιόδου 2010-2014, οι εγγεγραμμένοι άνεργοι αυξήθηκαν από 804.597 το 2010 στους 1.062.509 το 2014 (ΟΑΕΔ, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014). Το ποσοστό των μακροχρόνια ανέργων (εγγεγραμμένοι 12 μήνες και άνω) ανήλθε από το 33,7% το 2010 στο 29,81% το 2014, ποσοστό που αγγίζει το 49,50% μεταξύ των εγγεγραμμένων που δηλώνουν ότι αναζητούν εργασία.

Η σύγκριση των στοιχείων μεταξύ εγγεγραμμένων ανέργων στον ΟΑΕΔ που τυγχάνουν επιδοματικής στήριξης και του συνόλου των ανέργων της έρευνας της ΕΛΣΤΑΤ αποκαλύπτει την ύπαρξη ενός αυξανόμενου πληθυσμού που μένει άνεργο και στερείται επιδοματικής στήριξης. Χαρακτηριστικά αναφέρουμε ότι σε σύνολο 1.062.509 ανέργων τον Ιανουάριο του 2014, τυγχάνουν επιδόματος ανεργίας από τον ΟΑΕΔ μόλις 174.178 άνεργοι, δηλαδή το 16,2% περίπου των ανέργων. Το συγκεκριμένο έλλειμμα κοινωνικής προστασίας των ανέργων αποκτά ολοένα και μεγαλύτερη σημασία λόγω της ανυπαρξίας ενός καθολικού προγράμματος εγγυημένου/αξιοπρεπούς εισοδήματος στη χώρα μας και είναι ενδεικτικό του κινδύνου επιβίωσης μεγάλων

τιμημάτων των ανέργων (ΣΚΛΕ, 2014).

### 8.2.2. Η φτώχεια

Η κοινωνική όψη της κρίσης αποτυπώνεται, επίσης, σύμφωνα πάλι με την έκθεση του ΣΚΛΕ- στην εξέλιξη της σχετικής φτώχειας και της στέρησης βασικών αγαθών και υπηρεσιών, όπως προκύπτει από την έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών από την ΕΛΣΤΑΤ. Σύμφωνα με τα στοιχεία της περιόδου 2007-2013, διαφαίνεται μια ενισχυμένη τάση αύξησης τόσο της σχετικής φτώχειας όσο και της στέρησης. Όσον αφορά τον δείκτη της σχετικής φτώχειας, από το 2009 αρχίζει μια ανοδική πορεία. Συγκεκριμένα, ο σχετικός δείκτης από 19,7% το 2009, αυξήθηκε στο 23,1% το 2011. , περίπου 900.000 νοικοκυριά και 2,3 εκατ. μέλη νοικοκυριών. Η άνοδος αυτή, πιθανότατα είναι υποτιμημένη δεδομένης της μεροληψίας της έρευνας λόγω της μη συμπερίληψης ή υποαντιπροσώπευσης ομάδων του πληθυσμού που μάλλον συγκαταλέγονται μεταξύ των λιγότερο οικονομικά εύπορων (οικονομικοί μετανάστες, άστεγοι, διαβιούντες σε ιδρύματα και συλλογικές κατοικίες, ή Ρομά).

Πιο ενδεικτικό της κατάστασης είναι ότι ο πληθυσμός που ζει σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό ή που διαβιεί σε νοικοκυριά με χαμηλή ένταση εργασίας, ανέρχεται σε 3.795.100 άτομα ή σε 34,6% του συνόλου του πληθυσμού (το έτος 2011 ήταν 3.403.300 άτομα). Το ποσοστό του πληθυσμού σε κίνδυνο φτώχειας για το έτος 2012 υπολογιζόμενο με το κατώφλι φτώχειας του έτους 2005 εκτιμάται σε 32,3%. Ο σκοπός αυτής της σύγκρισης είναι να καταγράψει πώς μεταβάλλεται ο κίνδυνος φτώχειας σε απόλυτους και όχι σε σχετικούς όρους, δηλαδή όταν το κατώφλι φτώχειας παραμένει διαχρονικά σταθερό σε όρους πραγματικής αγοραστικής δύναμης. Με άλλα λόγια, 32,3% του πληθυσμού του 2012 θα κατατασσόταν ως εκτεθειμένο στον κίνδυνο φτώχειας με βάση τις συνθήκες του 2005.

Τα παιδιά και οι άνεργοι αντιμετωπίζουν συστηματικά υψηλότερο κίνδυνο φτώχειας από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Τα παιδιά ηλικίας μέχρι 17 ετών αντιμετωπίζουν σε ποσοστό περίπου 26,9% τον κίνδυνο φτώχειας έναντι 48% των ανέργων με βάση τα εισοδήματα του 2012. Το ποσοστό του πληθυσμού που απειλείται από τη φτώχεια ως προς το σύνολο του πληθυσμού για κάθε μία από τις παρακάτω ομάδες είναι:

- Μονογονεϊκά νοικοκυριά με, τουλάχιστον, ένα εξαρτώμενο παιδί (66,0%)
- Άνδρες άνεργοι (52,1%)
- Λοιποί μη οικονομικά ενεργοί (εκτός συνταξιούχων (33,3%)
- Παιδιά ηλικίας 0-17 ετών (26,9%)
- Μονοπρόσωπα νοικοκυριά με μέλος θήλυ (24,1%)
- Νοικοκυριά με έναν ενήλικα ηλικίας 65 ετών και άνω (23,5%)

Το 2012, το 31% του πληθυσμού αντιμετώπιζε κίνδυνο φτώχειας ή και κοινωνικό αποκλεισμό δηλαδή σχετική φτώχεια και υλική στέρηση. Όσον αφορά στοιχεία για την υλική αποστέρηση βασικών αγαθών και υπηρεσιών, τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν, επίσης, αύξηση της στέρησης αλλά και διεύρυνσή της σε μεσαία εισοδηματικά στρώματα (μη φτωχοί), ενδεικτικό στοιχείο της λεγόμενης «φτωχοποίησης» της μεσαίας τάξης στη χώρα μας.

Κατά τη διάρκεια των 5 τελευταίων ετών (2008-2012), υπάρχει αύξηση της υλικής στέρησης, τουλάχιστον σε τέσσερις (4) από τις εννέα (9) κατηγορίες των βασικών αγαθών και υπηρεσιών. Η αύξηση αυτή είναι μεγαλύτερη στα άτομα ηλικίας 0-17 ετών και 0-64 ετών, από ότι στα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Πιο συγκεκριμένα, το ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες με αποτέλεσμα να στερείται, τουλάχιστον, τέσσερις (4) από τις εννέα (9), συνολικά, διαστάσεις της υλικής στέρησης ανέρχεται σε 19,5% το 2012, ενώ το ποσοστό αυτό ήταν 15,2% το 2011, 11,6% το 2010, 11% το 2009 και 11,2% το 2008

Μερικά χαρακτηριστικά παραδείγματα:

-Το ποσοστό πληθυσμού που δηλώνει οικονομική αδυναμία ικανοποίησης διατροφής συγκεκριμένης θρεπτικής αξίας αυξήθηκε από 7,9% το 2007 στο 13,3% το 2012 με το αντίστοιχο ποσοστό για τους φτωχούς από το 33,5% στο 50,3%,

-Το ποσοστό πληθυσμού που δηλώνει οικονομική αδυναμία για ικανοποιητική θέρμανση αυξήθηκε από 15,6% το 2008 στο 26,7% το 2013 με το αντίστοιχο ποσοστό για τους φτωχούς από 10,6% στο 47,6%.

-Το 51,1% των φτωχών και το 24,2% των μη φτωχών δηλώνει δυσκολία ανταπόκρισης στην πληρωμή πάγιων λογαριασμών, όπως ηλεκτρικό ρεύμα, νερό και αέριο (ΣΚΛΕ, 2014).

Δεδομένης της έλλειψης ενός καθολικού ελάχιστου εγγυημένου εισοδήματος (διχτυού προστασίας), προβάλλει εύλογα το ερώτημα της αντιμετώπισης των αυξημένων κοινωνικών αναγκών ολοένα και διευρυνόμενων ομάδων του πληθυσμού σε συνθήκες δημοσιονομικής προσαρμογής και συρρίκνωσης των κοινωνικών δαπανών. Τα στοιχεία αυτά, είναι ενδεικτικά τάσης προς διεύρυνση των πληθυσμιακών ομάδων που αντιμετωπίζουν αδυναμία κάλυψης αναγκών που σχετίζονται με την έλλειψη κοινωνικών δομών και προγραμμάτων.

### **8.2.3. Αστεγοι**

Σε σχέση με τον αριθμό των αστεγών που ζουν σήμερα στην Ελλάδα, δεν υπάρχει καμία επίσημη καταγραφή. Οι εκτιμήσεις κάνουν λόγο για περίπου χιλιάδες ανθρώπους που διαβιούν είτε στο δρόμο ή σε ακατάλληλες συνθήκες στέγασης (έλλειψη ηλεκτρικού ρεύματος ή ακόμη και υδροδότησης, υπερσυγκέντρωση ατόμων σε λίγα τετραγωνικά μέτρα, προσωρινή διανομή σε ξενώνες κ. ά.) ενώ πολλοί περισσότεροι είναι εκείνοι που βρίσκονται σε κίνδυνο έλλειψης στέγης (π.χ. αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο της έξωσης λόγω οικονομικής δυσπραγίας). Λόγω της

οικονομικής κρίσης και της ανεργίας, το τελευταίο διάστημα διαπιστώνεται ότι υπάρχει σαφής αυξητική τάση, περίπου στο 25%. . Ο πληθυσμός των αστέγων στην Ελλάδα συγκλίνει με το υψηλότερο μέσο ευρωπαϊκό επίπεδο και μάλιστα διευρύνεται περιλαμβάνοντας όχι συγκεκριμένες ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες (ουσιοεξαρτημένοι, μετανάστες χωρίς χαρτιά) αλλά και υπερχρεωμένα νοικοκυριά. Ένα Σχέδιο Δράσης το οποίο έχουν ήδη επεξεργαστεί σε συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς, βρίσκεται ακόμη στα συρτάρια ( ΣΚΛΕ, 2014).

#### **8.2.4. Ψυχική υγεία-Αυτοκτονίες-Χρήση Ουσιών**

Δηλωτικά των επιπτώσεων της κρίσης είναι τα στοιχεία από τη χρήση της Γραμμής Βοήθειας για την κατάθλιψη του Προγράμματος Αντιστίγμα του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγιεινής: Το ποσοστό κλήσεων με άμεση ή έμμεση αναφορά στην οικονομική κρίση αυξήθηκε από 1,8% την περίοδο Ιούλιος-Δεκέμβριος 2008 στο 8,4% και 26,9% την ίδια περίοδο το 2009 και το 2010, αντίστοιχα (Economou et al.,2012).

Πρόσφατες έρευνες στη Ελλάδα ( Economou et al., 2012, Madianos et al., 2011) δείχνουν ότι υπάρχει ισχυρή σύνδεση της ανεργίας και της αύξησης των ανθρωποκτονιών αλλά και της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Τα αιτήματα για ψυχολογική βοήθεια που λαμβάνουν οι γραμμές τηλεφωνικής βοήθειας για κατάθλιψη και αυτοκτονίες έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια κατά μέσο όρο 27% .

Τα στοιχεία της Γραμμής Βοήθειας εμφανίζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης να πλήττουν περισσότερο τους άνδρες (65%) και την κατ'έξοχην παραγωγική ηλικιακή ομάδα (30-45ετών), άτομα δηλαδή που κατά κανόνα έχουν να αντιμετωπίσουν πολλαπλές υποχρεώσεις (οικογενειακές και άλλες). Αλλά και τα άτομα νεότερης ηλικίας (18-30 ετών) βλέπουν με έντονο άγχος την έλλειψη επαγγελματικών προοπτικών και τους όρους που προδιαγράφουν το εργασιακό μέλλον τους. Πολλοί από τους καλούντες δηλώνουν ανήμποροι να αντιμετωπίσουν τη δυσχερή και αδιέξοδη, πολλές φορές, κατάσταση στην οποία βρέθηκαν, φθάνοντας σε σημείο να σκέφτονται ακόμη και την αυτοκτονία ως ύστατη λύση. Στη χώρα μας ο αριθμός των αυτοκτονιών αυξήθηκε φθάνοντας το 2010 τους 24 θανάτους, ενώ έγιναν περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας (Μπούρας, κ.α,2011)

Σε επίπεδο των ψυχοπαθολογικών συμπεριφορών έχουμε έξαρση της διάδοσης των ναρκωτικών σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού και σημαντική αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ, ιδιαίτερα σε μικρές ηλικίες, όπως δείχνουν τα αποτελέσματα ερευνών στο πληθυσμό των νέων. Διαπιστώνονται συχνές παραβατικές συμπεριφορές, βία και μορφές εγκληματικότητας. Η χρήση των ψυχοφαρμάκων, αγχολυτικών, αντικαταθλιπτικών συνεχώς αυξάνεται. Πριν την οικονομική κρίση η παγκόσμια οργάνωση ψυχικής υγείας προειδοποιούσε ότι στην δεκαετία μας η κατάθλιψη θα καταγράφεται σε υψηλό ποσοστό του πληθυσμού. Επιπροσθέτως, συνεχίζεται η

υποχρηματοδότηση των ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ με συνέπεια τον περιορισμό των δράσεών τους. Οι λίστες ανθρώπων που περιμένουν για θεραπεία στον ΟΚΑΝΑ παραμένει μεγάλη. Η αναλογία θεραπευτή προς θεραπευόμενους έχει μειωθεί σε ένα προς 40 από ένα προς 25 θεραπευόμενους που ήταν πριν την κρίση. Λόγω υποστελέχωσης του ΟΚΑΝΑ, μειώθηκε ο αριθμός των ουροληψιών από 1 την εβδομάδα σε 1 το μήνα. Οι χρήστες με HIV έχουν αυξηθεί κατά 30% αλλά οι λοιμοξιολόγοι στα νοσοκομεία δεν επαρκούν για την θεραπευτική τους αντιμετώπιση (ΣΚΛΕ, 2014).

Τέλος, συνεχίζεται η υποχρηματοδότηση των Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης που λειτουργούν στα πλαίσια του Σχεδίου Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης «Ψυχαργός». Οι Δομές πλέον συντηρούνται από τα ασφαλιστικά ταμεία αποκλείοντας σε πολλές περιπτώσεις από την αποκατάσταση, ψυχικά ασθενείς, κατόχους βιβλιαρίου ανασφαλίστου. Τα μεγάλα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία (Δαφνί, Δρομοκαίτειο) απειλούνται με άμεση κατάργηση, εκτός του προγραμματισμού που προέβλεπε το «Ψυχαργός», όχι μόνο χωρίς να έχουν αναπτυχθεί οι δομές που προβλέπονταν αλλά με ταυτόχρονη «διαθεσιμότητα» του προσωπικού με κίνδυνο για την ψυχική υγεία των φιλοξενούμενων των Ψυχιατρικών Ξενώνων και Οικοτροφείων (ΣΚΛΕ, 2014).

#### **8.2.5. Επιδόματα-Κοινωνικές υπηρεσίες και Παροχές**

Ο αριθμός των δικαιούχων των επιδομάτων Κοινωνικής Πρόνοιας έχει περιοριστεί. Χαρακτηριστική είναι η διακοπή της χορήγησης σύνταξης ανασφαλίστων σε υπερήλικες όταν αυτοί δικαιούνται σύνταξη ή οικονομικό βοήθημα από οποιονδήποτε φορέα του εξωτερικού ή του εσωτερικού ή δε διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα τα τελευταία είκοσι (20) έτη πριν την υποβολή της αίτησης για συνταξιοδότηση τους. Με τον τρόπο αυτό, τα μέλη μιας κατεξοχόν ευπαθούς κοινωνικής ομάδας που πλήττεται πολλαπλά από κοινωνικό αποκλεισμό χάνουν την κύρια ή και αποκλειστική πηγή εισοδήματός τους, κινδυνεύοντας να χάσουν την υγειονομική τους περίθαλψη, με συνέπεια να τίθεται υπό αμφισβήτηση ακόμα και η καθημερινή τους επιβίωση

Επίσης, καταγράφονται τραγικές καθυστερήσεις στη λειτουργία των Επιτροπών εξέτασης και καθορισμού του ποσοστού αναπηρίας (ΚΕΠΑ), με αποτέλεσμα την αναστολή χορήγησης του επιδόματος ή της σύνταξης. Επιπλέον, με τον καθορισμό ενός αυστηρότερου συστήματος κατηγοριοποίησης έχει καταγραφεί σημαντικός περιορισμός του αριθμού των δικαιούχων.

Τέλος, στον τομέα της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης, ειδικής αγωγής, επαγγελματικής κατάρτισης και ημερήσιας φροντίδας Ατόμων με αναπηρία και των οικογενειών τους, καταγράφεται συρρίκνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών σαν αποτέλεσμα της υποχρηματοδότησης – υποστελέχωσης των φορέων που δραστηριοποιούνταν στον τομέα και που κατά κύριο λόγο είχαν την μορφή συλλόγων των ιδίων των ωφελούμενων και των οικογενειών τους (ΣΚΛΕ, 2014).



Από όλα τα παραπάνω διαφαίνεται πως οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης για τη χώρα μας και μάλιστα σε βασικούς τομείς όπως είναι η οικονομία, η υγεία και η κοινωνική πολιτική είναι οδυνηρές και πολλαπλές και εντάσσονται στην ευρύτερη αποδιοργάνωση του Δημόσιου Τομέα. Οι προσπάθειες της Κυβέρνησης να περιορίσει το Δημόσιο Τομέα σύμφωνα με τις μνημονιακές της δεσμεύσεις, είχαν ως αποτέλεσμα την υποστελέχωση όλων των Δημόσιων Υπηρεσιών. Η διακοπή των προσλήψεων και της εφαρμογής του μέτρου «μία πρόσληψη ανά δέκα αποχωρήσεις», και η συνταξιοδότηση χιλιάδων υπαλλήλων είχε ως αποτέλεσμα την αποδυνάμωση όλων των υπηρεσιών. Και τη χαριστική βολή φαίνεται να δίνουν τα μέτρα της «διαθεσιμότητας» και «κινητικότητας» που κινδυνεύουν να στερήσουν από όλες τις υπηρεσίες πολύτιμο επιστημονικό και μη προσωπικό σε μια εποχή που οι ανάγκες ολοένα αυξάνονται.

Πριν, λοιπόν, προχωρήσουμε στην παρουσίαση και ανάλυση των δεδομένων της παρούσας έρευνας κρίνεται σκόπιμο να γίνει μια πιο λεπτομερής αναφορά στην έννοια του κράτους πρόνοιας καθώς από την μέχρι τώρα βιβλιογραφική ανασκόπηση εύκολα συμπεραίνεται πως το ελληνικό κράτος πρόνοιας έχει πληγεί βαθειά και ποικιλοτρόπως και ενδεχομένως είναι καιρός για μια ριζική και ουσιαστική αναδιάρθρωσή του από τη μια, και από την άλλη ίσως κάποιες πτυχές του συνέβαλαν στη σημερινή κατάσταση.

## **9.ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

### **9.1. Η έννοια του κράτους πρόνοιας και της κοινωνικής πολιτικής**

Σε μια πρώτη προσέγγιση της έννοιας του κράτους πρόνοιας μπορούμε να πούμε πως το κράτος πρόνοιας είναι ο καθολικός τύπος οργάνωσης όλων των σύγχρονων βιομηχανικών χωρών και περιγράφει τη θεσμική οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών. (Κατρούγκαλος, 2004). Ο όρος κράτος πρόνοιας αναφέρεται στην περίοδο εξέλιξης του αστικού κράτους, που χαρακτηρίζεται από τη διεύρυνση της κοινωνικής του λειτουργίας και την έντονη αναπαραγωγική δράση στη σφαίρα της κοινωνικής αναπαραγωγής. (Στασινοπούλου, 1997) Μία άλλη προσέγγιση του κράτους πρόνοιας, πιο ανθρωπιστική, θεωρεί πως το κράτος πρόνοιας είναι το θεσμικό πλαίσιο παροχής κοινωνικών δικαιωμάτων στους τομείς υγείας, εκπαίδευσης και εν γένει παροχής κοινωνικών υπηρεσιών (Χλέτσος, 2012). Αποτελεί δηλαδή σύμφωνα με τις παραπάνω θεωρήσεις μια εξειδίκευση της έννοιας κράτος σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και δομείται σύμφωνα με τις ανάγκες και τα δεδομένα της εκάστοτε κοινωνίας και εποχής.

Ο βασικός στόχος και σκοπός του κράτους – πρόνοιας είναι η αποτελεσματική συλλογική αντιμετώπιση των κοινωνικών κινδύνων. Οι στόχοι του που πρέπει σήμερα να εκπληρώνει ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό κράτος-πρόνοιας είναι να:

- συμβάλλει στην ικανότητα του ατόμου και των μελών της οικογένειάς του να προσφέρουν εργασία τόσο στο παρόν όσο και στο μέλλον

- υποστηρίζει οικονομικά το άτομο σε περιόδους ανεργίας
- επανεντάζει το άτομο στην αγορά εργασίας και στην κοινωνία
- υποστηρίζει τις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες στους βασικούς τομείς της υγείας και της παιδείας (Χλέτσος, 2012).

Ο όρος κοινωνικό κράτος άρχισε να εμφανίζεται στη διάρκεια και αμέσως μετά το Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο. Οι κοινωνικές υπηρεσίες και η κοινωνική νομοθεσία αποτελούν αναπόσπαστο στοιχείο της σύγχρονης κοινωνικής ζωής. Η δημόσια ευθύνη στους τομείς υγείας, παιδείας, ασφάλισης, κατοικίας κ.λπ αναπτύχθηκε έντονα σε κάθε χώρα του καπιταλιστικού κόσμου. Στην πραγματικότητα, κράτος πρόνοιας είναι το πολιτικό αποτέλεσμα του μεταπολεμικού συμβιβασμού μεταξύ κεφαλαίου και εργασίας στις χώρες της Ευρώπης. (Βερναδάκης, 2009) Ο συμβιβασμός είχε δύο όψεις: από τη μια αποδοχή εκ μέρους των δυνάμεων της εργασίας της λειτουργίας των θεσμών της ελεύθερης αγοράς και του οικονομικού ανταγωνισμού (του καπιταλιστικού συστήματος), από την άλλη την αποδοχή εκ μέρους του κεφαλαίου βασικών κοινωνικών και οικονομικών δικαιωμάτων των κυριαρχούμενων τάξεων(Βερναδάκης, 2009). Η κλασική θεωρία του κράτους και της κοινωνικής διοίκησης θεωρεί πως ο σκοπός του κοινωνικού κράτους έγκειται στη βελτίωση της καθημερινής ευημερίας των ανθρώπων και στην επιβολή εξισορροπιστικών κοινωνικών συνθηκών στο σύστημα της καπιταλιστικής αγοράς. (Βερναδάκης, 2009)

Φαίνεται, λοιπόν, πως η έννοια του κράτος-πρόνοιας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με αυτή της κοινωνικής πολιτικής. Η αύξηση του αριθμού των ανέργων, των κοινωνικά αποκλεισμένων, των φτωχών και των «εργαζόμενων φτωχών» καθιστά αναγκαία όσο ποτέ άλλοτε την ύπαρξη κοινωνικής πολιτικής. Η δωρεάν παιδεία, η δωρεάν υγεία, η στεγαστική πολιτική κ.λπ. αποτελούν ένδειξη ότι το κράτος ενδιαφέρεται για την κοινωνία και ειδικότερα για τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα, ότι υπάρχει κοινωνικό κράτος και ότι η ευημερία του κοινωνικού συνόλου προάγεται. (Δίκαιος & Χλέτσος, 1999) Η χρήση του όρου «κοινωνική πολιτική» αναφέρεται στην ύπαρξη ενός πλέγματος ή συνόλου δραστηριοτήτων που ως αντικείμενο έχουν τις κάθε μορφής υπηρεσίες, παροχές και επιδοτήσεις προς το κοινωνικό σύνολο. (Λιαρόπουλος, 2007).

Η κοινωνική πολιτική είναι αναπόσπαστο κομμάτι της κοινωνίας, που εξελίσσεται σε συνάρτηση και σε στενότερη σχέση με τα άλλα κοινωνικά πεδία. Η κοινωνική πολιτική έχει τέσσερις κατευθύνσεις δράσης, την περιγραφή των κοινωνικών συνθηκών και προγραμμάτων, την ανάλυση και εξήγηση των αιτιακών παραγόντων που επηρεάζουν τις κοινωνικές συνθήκες και παροχές, τη διατύπωση μιας θεωρητικής βάσης για παρέμβαση και τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών μέτρων και την προώθηση της κοινωνικής ευημερίας με εφαρμοσμένες πολιτικές (Midgley, 1997).

Σύμφωνα με τον Δικαίο η κοινωνική πολιτική που ασκεί ένα κράτος αποτελεί σημαντικό σταθεροποιητικό παράγοντα διατήρησης και συνεχόμενης βελτίωσης της υγείας των πληθυσμών-

κυρίως των ανεπτυγμένων κρατών- και περιλαμβάνει συντάξεις, επιδόματα, κατασκευή φτηνής κατοικίας, επιδόματα ενοικίου, επιδόματα κατάρτισης, επιδόματα ανεργίας, επιδόματα νέων θέσεων εργασίας, προαγωγή και αγωγή υγείας, προγράμματα υγείας πρωτογενούς-δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης, παιδεία, φροντίδα ευπαθών ομάδων, ΚΑΠΗ και τέλος προστασία της μητρότητας και της παιδικής ηλικίας (Δικαίος, 1999). Στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής ενός κράτους υπάγεται και η πολιτική υγείας του κράτους αυτού που αποτελεί συλλογική ευθύνη όλης της Κυβέρνησης και όχι μόνο αποκλειστική αρμοδιότητα ενός Υπουργείου (Σιγάλας, 1999).

Τέλος, κάνοντας μια αρκετά σύντομη ιστορική αναδρομή, η αρχική συγκρότηση του κράτους πρόνοιας εντοπίζεται στην Αγγλία και στην Γερμανία στη διάρκεια του 19ου αιώνα. Στο διάστημα του μεσοπολέμου τα παραδείγματα της Αγγλίας και της Γερμανίας επεκτείνονται και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες που συγκροτούνται κράτη πρόνοιας σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ιστορικές και πολιτισμικές καταβολές. Στις ΗΠΑ η κρίση του 1930 αποτελεί ορόσημο για την κοινωνική πολιτική. (Στασινοπούλου, 2006) Η έννοια του κοινωνικού κράτους εδραιώθηκε την περίοδο 1930-70 και θεμελιώθηκε σε κρατικές παρεμβάσεις που αποσκοπούσαν στην καταπολέμηση των κοινωνικών κινδύνων. Από τη δεκαετία του 1980, το κοινωνικό κράτος έγινε αντικείμενο οξείας κριτικής, ως εμπόδιο στην οικονομική ανάπτυξη (Σακελλαρόπουλος, 2008).

## **9.2. Μοντέλα οργάνωσης του κράτους-πρόνοιας.**

Σύμφωνα με τον A. Esping (1990) ιδιαίτερη θέση στη βιβλιογραφία κατέχει η κατηγοριοποίηση, με κριτήριο τις σχέσεις μεταξύ κράτους, αγοράς και οικογένειας και δείκτη την από-εμπορευματοποίηση της εργασίας.

Έτσι, διακρίνονται τρεις τύποι προνοιακού καθεστώτος:

- α) το φιλελεύθερο μοντέλο που χαρακτηρίζεται από την κοινωνική αρωγή του ελέγχου εισοδήματος, μεταβιβάσεις και συστήματα κοινωνικής ασφάλισης περιορισμένης κλίμακας. Τα κλασσικά παραδείγματα είναι οι ΗΠΑ, ο Καναδάς, η Μ. Βρετανία, η Ιρλανδία και η Αυστραλία. Στα μειονεκτήματα του μοντέλου περιλαμβάνονται, η επέκταση θέσεων χαμηλής ειδίκευσης και αμοιβής, η εμπορευματοποίηση της εργασίας, η ιδιωτικοποίηση μέρους του κράτους πρόνοιας. Επίσης, ο ρόλος του κράτους είναι να εξασφαλίζει ένα ελάχιστο επίπεδο κοινωνικής προστασίας.
- β) Το συντηρητικό-κορπορατιστικό μοντέλο το οποίο συνδέεται με τις σύγχρονες μορφές του κορπορατισμού. Κύριο μέλημα αυτού του μοντέλου είναι η διαφοροποίηση μεταξύ κοινωνικών ομάδων και η απονομή προνομίων μέσω διαφορετικών ρυθμίσεων, με κριτήρια την κοινωνική τάξη και την κοινωνική θέση. Χώρες στις οποίες συναντάται το μοντέλο είναι οι Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία. Εμφανίζεται δηλαδή κυρίως στην Ηπειρωτική Ευρώπη. Το μοντέλο αυτό προσφέρει παθητική μορφή παροχών με αποτέλεσμα την κρατική εξάρτηση, την έλλειψη κινήτρων και την ύπαρξη αντικινήτρων απασχόλησης σε περιπτώσεις όπως η ένταξη γυναικών στην αγορά εργασίας. Χαρακτηρίζεται από γραφειοκρατική ακαμψία και απροθυμία μεταρρυθμίσεων στην αγορά και από

τον ενεργό ρόλο του κράτους στην παροχή κοινωνικής προστασίας στη βάση όμως της επαγγελματικής ομάδας.

γ) το κοινωνικο-δημοκρατικό μοντέλο στο οποίο η καθολική κάλυψη και η απο-εμπορευματοποίηση επεκτείνεται στα μεσαία στρώματα. Με τον τρόπο αυτό επιδιώκεται διευρυμένη απο-εμπορευματοποίηση μαζί με τη δυνατότητα εξατομίκευσης των παροχών στα επιθυμητά από τους πολίτες επίπεδα. Ο ρόλος του κράτους είναι καθολικός και παρέχει κοινωνική προστασία προς όλους ανεξαρτήτως του εισοδήματός τους ή της θέσης τους. Το μοντέλο αυτό συναντάται στις Σκανδιναβικές χώρες. Η κριτική του συνίσταται στα προβλήματα κόστους παροχών και δημιουργίας θέσεων εργασίας, στην ανομοιομορφία παροχών σε πλούσιες και φτωχές κοινότητες και στη δυσκολία υιοθέτησης του από άλλα κράτη.

Ο Ferrera ,τέλος, πρόσθεσε ένα τέταρτο είδος κράτους – πρόνοιας, το νότιο μοντέλο το οποίο συναντάται κυρίως στις Νότιες χώρες της Ε.Ε., συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας. Το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του μοντέλου είναι ότι η οικογένεια διαδραματίζει ένα σημαντικό ρόλο στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και λειτουργεί ως ένα βαθμό συμπληρωματικά με το κράτος. Η αναγκαιότητα αυτού του μοντέλου δημιουργήθηκε επειδή οι προτεινόμενες τυπολογίες, αναφέρονται στα κράτη της Βόρειας Ευρώπης και έτσι αυτό το τέταρτο μοντέλο αναφέρεται στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου με την Ελλάδα, την Ιταλία, την Πορτογαλία και την Ισπανία να συμμετέχουν σε αυτό. (Ferrera, 1996)

### **9.3. Νότιο Μοντέλο κράτους-πρόνοιας**

Επειδή η χώρα μας ανήκει στο νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο οργάνωσης του κράτους-πρόνοιας ,θα γίνει μια σύντομη αναφορά στα χαρακτηριστικά του.Το νότιο μοντέλο περιλαμβάνει στοιχεία από το μοντέλο του Bismark (ιδιαίτερα σε ότι αφορά τον τομέα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας) και στοιχεία από το μοντέλο του Beveridge (σε ότι αφορά τον τομέα της υγείας) (Ferrera, 1996).

Οι χώρες αυτές παρουσιάζουν κοινά θεσμικά χαρακτηριστικά (Μακαρώνης & Παλουκτσή, 2009) όπως:

#### *Περιβάλλον*

Στις χώρες αυτές υπάρχει εθνική ομοιογένεια και συνοχή, πλην της Ισπανίας, καθώς επίσης και θρησκευτική ομοιογένεια άνω του 94%, με επικρατούσα θρησκεία τον χριστιανισμό. Πρέπει να αναφερθεί η έντονη συμβολή του θρησκευόμενου στην εξέλιξη πολιτικών γεγονότων και στη διαμόρφωση κοινωνικών δομών και αξιών.

Στα κράτη αυτά παρατηρείται καθυστέρηση στην εκβιομηχάνιση τους, διπολισμός μεταξύ πλούσιου Βορρά και φτωχού Νότου, ένταση αστικοποίησης, συρρίκνωση αγροτικού τομέα και ανάπτυξη βιομηχανικών κέντρων. Όσο αφορά το ρυθμό ανάπτυξης του ΑΕΠ, παρατηρείται σύγκλιση Ελλάδας-Πορτογαλίας ως φτωχότερα κράτη και Ισπανίας-Ιταλίας ως ισχυρότερες

οικονομίες. Στόχευση και των τεσσάρων κρατών, αποτέλεσε η συμμετοχή τους σε υπερεθνικούς οργανισμούς όπως το ΝΑΤΟ και η ΕΟΚ. Η πολιτική ιστορία των χωρών αυτών, χαρακτηρίζεται από μακρές περιόδους ηγεμονίας απολυταρχικών καθεστώτων, όπου συμμετοχοί διακυβέρνησης ήταν συνδικάτα και συντεχνίες, από περιόδους αστάθειας, σκάνδαλα και εμφυλίου. Τέλος, αναφέρεται η μετανάστευση ως κοινό φαινόμενο, όπου μετά τον Β΄ παγκόσμιο πόλεμο τα κράτη αυτά εξήγαγαν μετανάστες, ενώ σήμερα αποτελούν πύλες εισροής μεταναστών από φτωχότερα κράτη.

#### *Εισοδηματικές μεταβιβάσεις*

Οι χώρες του νοτιο-ευρωπαϊκού μοντέλου, συνιστούν ακραία εκδοχή του «επιδοματοκεντρικού μοντέλου», ηπειρωτικής Ευρώπης με προνοιακή πολιτική βασισμένη σε χρηματικές παροχές, που διανέμονται από ένα κατακερματισμένο προνοιακό σύστημα. Η προστασία που παρέχεται αγγίζει τα όρια του διπολισμού, από τη μια παρέχονται παροχές σε στρώματα του εργατικού δυναμικού, από την άλλη παρέχεται πενιχρή επιδότηση σε εκείνους που βρίσκονται σε μη επίσημη ή μη θεσμοθετημένη εργασία. Στις χώρες αυτές δεν υφίσταται εθνικό πρόγραμμα ελάχιστου εισοδήματος για άτομα και οικογένειες με ανεπαρκείς πόρους, αν και παρουσιάζεται μια κινητικότητα προ την κατεύθυνση αυτή.

#### *Προστασία από κινδύνους*

Οι χώρες του νοτιο-ευρωπαϊκού μοντέλου, δεν κατανέμουν ισόρροπα την προστασία σε όλο το φάσμα των κινδύνων, αλλά και μεταξύ των διαφόρων λειτουργιών της κοινωνικής πολιτικής. Το μεγαλύτερο μέρος των κοινωνικών δαπανών το καταλαμβάνουν οι συντάξεις, οι παροχές και οι υπηρεσίες προς την οικογένεια είναι ελλιπείς, τα ποσοστά ιδιοκατοίκησης είναι χαμηλά ως αποτέλεσμα ελλιπούς στεγαστικής πολιτικής. Η έλλειψη ή η απουσία κοινωνικής πολιτικής υποκαθίσταται από ισχυρούς οικογενειακούς και φιλικούς δεσμούς που λειτουργούν ως πρωταρχικό κοινωνικό δίκτυο ασφαλείας.

#### *Υγειονομική περίθαλψη*

Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζεται από καθολικότητα μέσω ενός θεσμοθετημένου Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), εμπνευσμένο από το βρετανικό μοντέλο, το οποίο πέραν της Ιταλίας αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα ολοκλήρωσης.

#### *Διείσδυση Κράτους*

Θα περίμενε κανείς πως η εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ. στις χώρες του νοτιο-ευρωπαϊκού μοντέλου, να εκτοπίσει την ιδιωτική παροχή από τον τομέα της υγείας. Αντίθετα αναπτύχθηκε μια ιδιαίτερη διαπλοκή του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα, συχνά με μεγάλο όφελος για τον τελευταίο.

#### *Θεσμική ευνοιοκρατία*

Στα κράτη της νότιας Ευρώπης παρατηρείται σε έκταση το φαινόμενο της θεσμικής

ευνοιοκρατίας, σχηματίζοντας σύνθετους μηχανισμούς «πατρωνίας» για τη διανομή των χρηματικών επιδοτήσεων. Ο βαθμός διεύθυνσης του κράτους στους θεσμούς κοινωνικής προστασίας είναι χαμηλός ενώ οι κρατικοί θεσμοί στις χώρες αυτές είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι σε κομματικές πιέσεις.

#### *Αποδοτικότητα του δημόσιου τομέα*

Στις χώρες του ευρωπαϊκού νότου παρατηρείται χαμηλή αποδοτικότητα των υπηρεσιών του δημόσιου τομέα και των δημοσίων υπαλλήλων που οφείλεται στον ελλιπή βαθμό επαγγελματισμού τους, καθώς και στις μεθόδους προσλήψεων και οργάνωσης της εργασίας του διοικητικού μηχανισμού.

#### *Χρηματοδότηση*

Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής έχει ως γνώρισμα την ανομοιόμορφη κατανομή βαρών στις διάφορες επαγγελματικές ομάδες, λόγω ανομοιογένειας του θεσμικού πλαισίου, εκτεταμένης παραοικονομίας και φοροδιαφυγής, με συνέπειες για το κοινωνικό κράτος και τη χρηματοδότηση του.

#### *Πρόσθετα κοινωνικά στοιχεία*

Ορισμένα κοινά κοινωνικά στοιχεία του νότου είναι η αποσύνθεση των κοινωνικών αξιών και δεσμών και η γεωγραφική πόλωση λόγω της έξαρσης του φαινομένου της αστυφιλίας, που έχει σαν αποτέλεσμα την ερήμωση της υπαίθρου. Το εθελοντικό κίνημα πλην της εκκλησίας είναι αποδυναμωμένο, στον αντίποδα όμως υπάρχει η ανάπτυξη Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων με τη προτροπή και την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης

### **9.4. Η σημερινή διαμάχη στην Ελλάδα για το κράτος-πρόνοιας**

Ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '70 το κράτος – πρόνοιας αμφισβητείται έντονα τόσο από τους νεοφιλελεύθερους όσο και από τους μη νεοφιλελεύθερους – ριζοσπάστες.

Η κύρια κριτική που ασκούν οι νεοφιλελεύθεροι στο κράτος – πρόνοιας αφορά κυρίως :

- το γραφειοκρατικό τρόπο λειτουργίας του
- τη μειωμένη αποτελεσματικότητά του
- το δημοσιονομικό βάρος που δημιουργεί
- την ενίσχυση της παθητικότητας και της εξάρτησης των δικαιούχων κοινωνικής προστασίας από το κράτος

Η κριτική των νεοφιλελεύθερων συνάδει με τη θέση τους περί μείωσης της παρέμβασης του κράτους τόσο στο οικονομικό όσο και στο κοινωνικό επίπεδο. Ως εκ τούτου η ύπαρξη του κράτους – πρόνοιας είναι αντίθετη με την ίδια τους την ιδεολογία. Όμως η διόγκωση των κοινωνικών προβλημάτων και του αριθμού των ανέργων και των κοινωνικά αποκλεισμένων επηρέασε

σημαντικά τη νεοφιλελεύθερη σκέψη στο να συγκλίνει υπέρ ενός ελάχιστου επιπέδου κρατικής παρέμβασης στον κοινωνικό τομέα. Σήμερα η βασική θέση των νεοφιλελεύθερων είναι ο μετασχηματισμός του κράτους – πρόνοιας από ένα γενναιόδωρο κράτος παροχών σ' ένα κράτος παροχέα κοινωνικής αρωγής, κράτος τιμωρό όσων δεν αποδέχονται να ενταχθούν στην αγορά εργασίας με οποιοσδήποτε όρους, κράτος που θα ενθαρρύνει την επέκταση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας και στον κοινωνικό τομέα. Οι τομείς στους οποίους κατά κύριο λόγο αναφέρονται είναι το συνταξιοδοτικό σύστημα, το σύστημα υγείας και το σύστημα πρόνοιας (Χλέτσος, 2012).

Από οικονομικής πλευράς το κύριο ερώτημα που οι νεοφιλελεύθεροι θέτουν είναι αν και κατά πόσο το ύψος των δαπανών σε αυτούς τους τομείς επηρεάζει αρνητικά το μέγεθος της ανάπτυξης και της απασχόλησης.

Η κριτική που ασκείται από την προοδευτική οπτική αφορά τη μη επίτευξη των στόχων του κράτους – πρόνοιας που δεν είναι άλλοι από τη μείωση των οικονομικών και κοινωνικών ανισοτήτων, τον περιορισμό του αριθμού των ανέργων και των φτωχών. Δεν είναι λοιπόν υπέρ της κατάργησης του κράτους – πρόνοιας αλλά υπέρ της προσαρμογής του / βελτίωσής του ώστε να γίνει περισσότερο αποτελεσματικό.

Στην ελληνική περίπτωση ο άνεμος αμφισβήτησης του κράτους – πρόνοιας ήρθε αρκετά αργότερα γύρω στα τέλη της δεκαετίας του '80. Το σημαντικό είναι ότι το κράτος – πρόνοιας στην Ελλάδα άρχισε να αμφισβητείται πριν ακόμη αναπτυχθεί πλήρως.

Το κράτος πρόνοιας στην Ελλάδα συνέβαλε σε κάποιο βαθμό στην οικονομική κρίση μέσω δύο βασικών του συστημάτων: του ασφαλιστικού συστήματος και του συστήματος υγείας. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του ελληνικού συνταξιοδοτικού προβλήματος είναι η ύπαρξη διαχρονικών ανισοτήτων αναφορικά με τις κατά κεφαλή παροχές και εισφορές των συνταξιούχων. Ο μεγάλος αριθμός των ασφαλιστικών φορέων που αναπτύχθηκε δημιούργησε σημαντικές διαφοροποιήσεις στο ασφαλιστικό σύστημα ως προς τα έσοδα και τις παροχές, τα όρια συνταξιοδότησης και την ευκολία εξόδου από τον εργασιακό βίο. Η έλλειψη αναλογιστικών μελετών από την πλευρά των ασφαλιστικών φορέων οδήγησε στη δημιουργία ελλειμμάτων και προβλημάτων μακροχρόνιας οικονομικής βιωσιμότητας των κλάδων σύνταξης, υγείας και πρόνοιας. Η έλλειψη προοπτικής, εποπτείας και συντονισμού σε συνδυασμό με τη γραφειοκρατία και την έλλειψη ουσιαστικής βούλησης από την πλευρά των εποπτευόμενων Υπουργείων διέυρναν τις ανισότητες μεταξύ των Ταμείων, οδηγώντας σε ουσιαστικό κατακερματισμό του συστήματος. (Νικολόπουλος & Υφαντόπουλος, 2010)

Η μεγάλη ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας την περίοδο πριν την κρίση οδήγησε στην αύξηση της κοινωνικής δαπάνης (σύμφωνα με τη Eurostat, από 23,6% το 2004 σε 26% το 2008), το μεγαλύτερο μέρος της οποίας αφορά τις συντάξεις. Το σημαντικότερο όμως είναι πως η Ελλάδα έχει μεγάλο πληθυσμιακό πρόβλημα. Πολύ μικρές ομάδες πληθυσμού που βρίσκονται σε ηλικία

εργασίας, καλούνται να συντηρήσουν μεγάλες ομάδες ηλικιωμένων. (Esping-Andersen, 2006).

Από την άλλη, η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα σύμφωνα με έκθεση του ΟΟΣΑ ανήλθε σε 9,6% του ΑΕΠ για το 2007. Στην Ελλάδα κύρια πηγή χρηματοδότησης των δαπανών υγείας σε ποσοστό 62%-63% είναι το δημόσιο, για το 2007, ενώ στις χώρες του ΟΟΣΑ το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 72,8%. Υψηλή η φαρμακευτική δαπάνη για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα, η οποία με βάση την ΕΣΥΕ για το 2009 ανήλθε σε 5,1 δις ευρώ ποσό που αντιστοιχεί στο 2% του ΑΕΠ. Αν υπολογιστεί και το 1,3 δις της νοσοκομειακής δαπάνης το ποσό φτάνει στα 6,4 δις. Το φάρμακο στην Ελλάδα αποτελεί ουσιαστικά κοινωνικό αγαθό, αφού η συνολική δαπάνη καλύπτεται κυρίως από το δημόσιο που για το 2007 έφτασε στο 94% της συνολικής δαπάνης για φάρμακα. (Σαχινίδης, 2010)

Παθογένειες του εθνικού συστήματος υγείας, όπως διαφθορά, υψηλά χρέη νοσοκομείων, αδιαφάνεια στις προμήθειες, φακελάκι, μεγάλη λίστα αναμονής και χαμηλή παροχή υπηρεσιών στα δημόσια νοσοκομεία, δεν έχουν αντιμετωπιστεί και έχουν υψηλό κόστος. Ο τεράστιος όγκος των εργαστηριακών εξετάσεων που ζητείται, χρησιμοποιεί πανάκριβη βιοϊατρική τεχνολογία, επιβαρύνοντας τα ασφαλιστικά ταμεία. Ο αριθμός των γιατρών στην Ελλάδα είναι πολύ υψηλός, γιατί ποτέ δεν έγινε έρευνα αγοράς για να αξιολογηθούν οι πραγματικές ανάγκες της κοινωνίας. (Σαχινίδης, 2010)

Ο νόμος 3655/2008 μειώνει τα ασφαλιστικά σε 13 αποτελεί μια προσπάθεια εγκαθίδρυσης ενός ανταποδοτικού συνταξιοδοτικού συστήματος, με αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης. Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η χρήση γενόσημων φαρμάκων, η αλλαγή του νόμου για τις προμήθειες των δημόσιων νοσοκομείων, η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και η πρόσφατη μετονομασία του και αλλαγή σε ΠΕΔΥ, η απογραφή των συνταξιούχων όλων των ασφαλιστικών, αποτελούν μερικά από τα μέτρα που εφαρμόζει η κυβέρνηση για τη μείωση των κοινωνικών δαπανών (Μπούτσιου και Σαράφης, 2013)..Ωστόσο οι κινήσεις αυτές σε συνδυασμό με το γενικότερο κλίμα λιτότητας που υπάρχει καθώς και την κοινωνική κρίση που ταλανίζει την χώρα μας καθιστούν το κράτος πρόνοιας πολύ αδύναμο αν όχι ανύπαρκτο. Βέβαια κάτι ανάλογο ισχύει και σε άλλες χώρες της Ευρωζώνης, Στην Πορτογαλία για παράδειγμα μειώθηκαν 25% τα οικογενειακά επίδομα, στην Ιταλία μειώθηκαν τα προνοιακά βοηθήματα, ενώ στην Ισπανία καταργήθηκε το επίδομα τοκετού. (Μπούτσιου και Σαράφης, 2013).

Διαφαίνεται, λοιπόν, πως η δημοσιονομική κρίση του κράτους – πρόνοιας είναι αναμφισβήτητο γεγονός. Από τα μέσα της δεκαετίας του '70 (και ήδη νωρίτερα) οι δαπάνες του κράτους – πρόνοιας είναι σε σημαντικό βαθμό ανελαστικές, ενώ τα έσοδά του συνεχώς περιορίζονται. Οι δαπάνες είναι ανελαστικές (ειδικά σε τομείς όπως το συνταξιοδοτικό και το σύστημα υγείας) επειδή : ο πληθυσμός της χώρας γηράσκει με αρνητικές επιπτώσεις στο συνταξιοδοτικό σύστημα και το σύστημα υγείας, ο πληθυσμός δε θέλει να απολέσει ένα υψηλό



βιοτικό επίπεδο που πέτυχε τις προηγούμενες δεκαετίες και ειδικά μεταπολεμικά και χάρη του κράτους – πρόνοιας, νέες ανάγκες δημιουργούνται και επειδή χρειάζονται αυτές να καλυφτούν, η αύξηση του αριθμού των ανέργων και δη των μακροχρόνια ανέργων καθώς επίσης και του αριθμού των κοινωνικά αποκλεισμένων (Χλέτσος, 2012).

Σ' ότι αφορά την πλευρά των εσόδων παρατηρούμε ότι αυτά έχουν σε σημαντικό βαθμό έχουν μειωθεί εξαιτίας : των χαμηλών ρυθμών οικονομικής μεγέθυνσης που παρατηρούνται τα τελευταία χρόνια, της αύξησης του αριθμού των ανέργων και των κοινωνικά αποκλεισμένων, άρα της μείωσης του αριθμού των απασχολούμενων που είναι αυτοί που πληρώνουν φόρους και ασφαλιστικές εισφορές, της μείωσης των λεγόμενων παραγωγικών επενδύσεων των επιχειρήσεων αφού μέρος των κερδών τους το επανεπενδύουν στο χρηματιστήριο, της αύξησης των λεγόμενων νέων ή ελαστικών εργασιακών σχέσεων (Μπούτσιου και Σαράφης, 2013).

Ως εκ τούτου η διατήρηση των δαπανών σε υψηλά επίπεδα και η μείωση των εσόδων έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων και την αύξηση του δημοσίου χρέους, αν αυτά καλύπτονται μέσα από δανεισμό. Κανείς δεν μπορεί να παραγνωρίσει τη σημασία του δημοσιονομικού προβλήματος που απειλεί την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων. Για πολλούς όμως η δημοσιονομική κρίση δεν είναι το μόνο αίτιο της κρίσης και γενικά της αμφισβήτησης του κράτους – πρόνοιας. Αν αποδεχτεί κανείς μία τέτοια λογική, τότε είναι σαν να αποδέχεται ότι το κράτος – πρόνοιας εκφράζει μία καθαρά λογιστική σχέση. Είναι όμως κάτι πολύ περισσότερο από αυτό. Εκφράζει, ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης της κοινωνίας ως προς το πώς καλύπτονται οι κοινωνικές ανάγκες και προωθείται η συνολική ευημερία (Χλέτσος, 2012).

## **10. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ**

### **10.1. Σκοπός**

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να περιγράψει και να συγκρίνει τις αντιλήψεις των ατόμων για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην λειτουργία των υπηρεσιών, στις παροχές υγείας, στην κοινωνική πρόνοια καθώς επίσης και στην σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου. Ουσιαστικά αρχικά θα παρουσιαστούν γενικώς οι απόψεις του δείγματος σχετικά με την οικονομική κρίση και τις επιπτώσεις της στους προαναφερθέντες τομείς. Στη συνέχεια η παρούσα μελέτη θα εξετάσει την αλληλεπίδραση και συμμεταβολή των εξαρτημένων ποιοτικών μεταβλητών του δείγματος ως προς το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την ιδιότητα, την κατηγορία και το μηνιαίο εισόδημα και τέλος σε ένα τρίτο επίπεδο ανάλυσης θα διερευνηθεί η τυχόν ύπαρξη συνάφειας και αιτιωδών σχέσεων μεταξύ των ανεξάρτητων και εξαρτημένων μεταβλητών.

### **10.2. Υλικό**

Το δείγμα εντοπίστηκε μέσα από το ευρύτερο περιβάλλον της ερευνήτριας και τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ενός ερωτηματολογίου που κατασκευάστηκε αποκλειστικά για τις ανάγκες της συγκεκριμένης μελέτης και μόνο. Το εν λόγω εργαλείο αποτελείται από 21 ερωτήσεις κλειστού τύπου πεντάβαθμης κλίμακας Likert καθώς και από 5 ερωτήσεις που αφορούν τα δειμογραφικά στοιχεία των υποκειμένων. Οι 21 ερωτήσεις του εργαλείου ουσιαστικά εξετάζουν τις εξής θεματικές ενότητες: οικονομική κρίση και καθημερινότητα, οικονομική κρίση και Δημόσιος Τομέας, οικονομική κρίση και κράτος πρόνοιας, οικονομική κρίση και Σύστημα Υγείας και τέλος οικονομική κρίση και ψυχοσωματική υγεία. Το ερωτηματολόγιο αυτό διαμοιράστηκε σε υπηρεσίες του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και συμπληρώθηκε τόσο από εξυπηρετούμενους όσο και από εργαζόμενους των διαφόρων φορέων. Επίσης με την κατασκευή μιας μεταβλητής που ονομάστηκε “Κατηγορία” διαχωρίστηκε το δείγμα σε τρεις υποομάδες: σε αυτούς που χρησιμοποιούν συστηματικά ιατρικές υπηρεσίες εξαιτίας κάποιου χρονίου προβλήματος υγείας, σε αυτούς που δέχονται κοινωνικές παροχές επειδή ανήκουν σε κάποια ευπαθή ομάδα και τέλος σε αυτούς που δεν αντιμετωπίζουν τίποτα από τα παραπάνω.

Επιδιώχθηκε η συνεργασία με ενήλικες κάθε ηλικίας, στην προσπάθειά μας να καταγραφεί μια-όσο το δυνατό-αποκρυσταλλωμένη και διαφοροποιημένη αντίληψη του κάθε συμμετέχοντα. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για το αντικείμενο και τη μεθοδολογία της έρευνας και υπήρξε δέσμευση τόσο από την πλευρά των ερευνητών όσο και από την πλευρά των συμμετεχόντων για την τήρηση του απορρήτου. Επίσης, οι εθελοντές οι οποίοι συναίνεσαν για τη συμμετοχή τους στην έρευνα κατανόησαν ότι δεν θα προκληθεί ουδεμία αναστάτωση τόσο από την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου όσο και από την ανάλυση αυτού. Αυτό που παρατηρήθηκε κατά την συμπλήρωση ήταν η ανάγκη να εκφράσουν τις απόψεις τους και απελευθερώσουν

σκέψεις, συναισθήματα και φόβους.

### 10.3. Μέθοδος

Η συλλογή, η καταχώρηση και η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τους ακόλουθους τρόπους:

- Σύντομη ημιδομημένη συνέντευξη με τους συμμετέχοντες για την ενημέρωση τους κυρίως γύρω από τους στόχους της έρευνας καθώς και για τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (Patton, 2002).
- Ερωτηματολόγιο (Παράρτημα II).
- Ανάλυση του ερωτηματολογίου με τη βοήθεια του στατιστικού προγράμματος SPSS 22 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA). Ο χρήστης μπορεί να εκτελέσει σχεδόν οποιαδήποτε στατιστική ανάλυση και επεξεργασία των δεδομένων του σε ένα χρηστικό παραθυρικό περιβάλλον (Σιώμοκος και Βασιλακοπούλου, 2005). Στην παρούσα έρευνα για την ανάλυση των ερωτηματολογίων χρησιμοποιήθηκε, όπως ήδη αναφέρθηκε, η 22<sup>η</sup> έκδοση του στατιστικού προγράμματος επεξεργασίας δεδομένων SPSS (Statistical Package for Social Sciences).

### 10.4. Αποτελέσματα- Ανάλυση

#### 10.4.1. Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες μονομεταβλητών

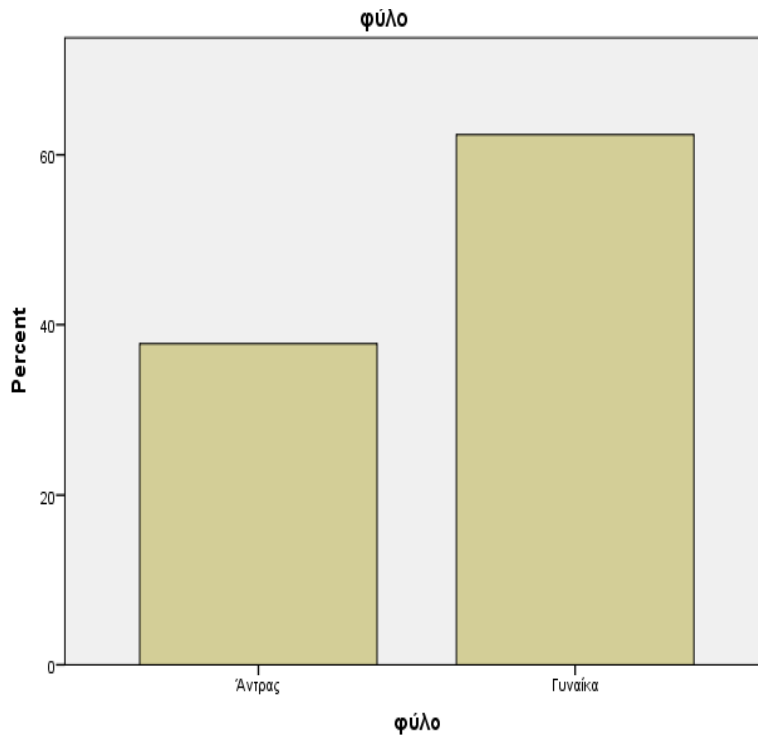
##### ▪ Συχνότητες (Frequencies)

Ένας απλός αλλά αποτελεσματικός τρόπος για να περιγράψουμε την κατανομή των κατηγοριών (ή τιμών) μιας μεταβλητής, είναι να παρουσιάσουμε πόσο συχνά (πόσες φορές) συναντιέται η κάθε κατηγορία (ή τιμή) στα δεδομένα. Οι κατανομές που παρουσιάζονται με αυτόν τον τρόπο είναι γνωστές ως κατανομές συχνοτήτων. Κατανομές συχνοτήτων μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την περιγραφή οποιασδήποτε μεταβλητής, μετρημένης με οποιαδήποτε κλίμακα μέτρησης. Μπορούν να παρουσιαστούν υπό μορφή πινάκων ή διαγραμμάτων.

Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα που συλλέχθηκε για την έρευνά μας αποτελείται από 223 άτομα (N=223). Ως προς το φύλο οι 84 (37,7%) είναι άντρες και οι 139 (62,3%) είναι γυναίκες, οι 27 (12,1%) ηλικιακά βρίσκονται 18-29 ετών, οι 113 (50,7%) έχουν ηλικία 30-44 ετών, οι 74 (33,2%) έχουν ηλικία 45-59 ετών και τέλος οι 9 (4%) ανήκουν στην 60 και άνω ηλικιακή ομάδα.

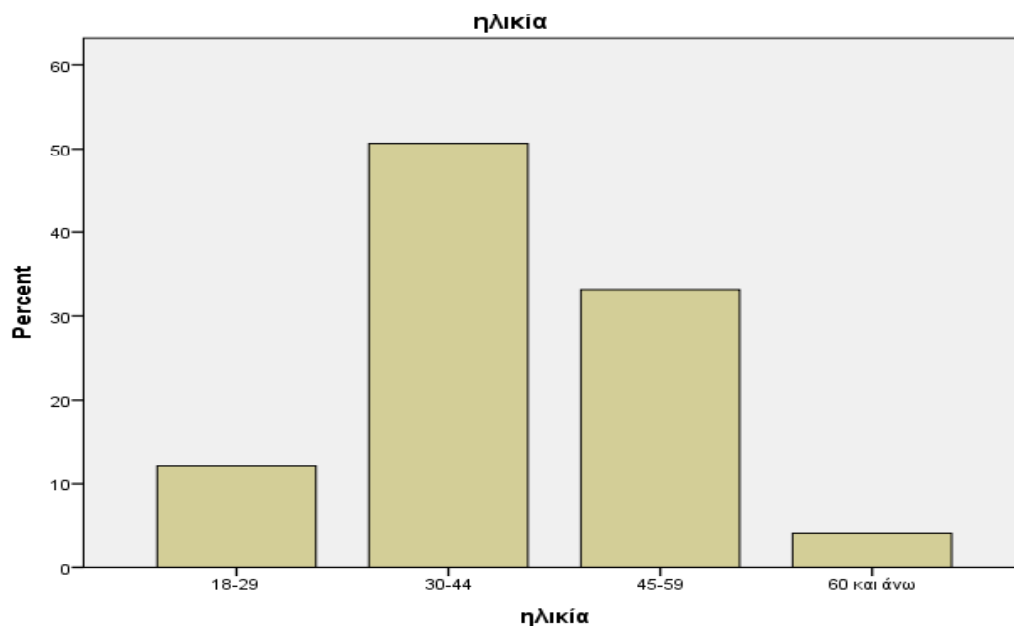
**φύλο**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άντρας	84	37,7	37,7	37,7
	Γυναίκα	139	62,3	62,3	100,0
	Total	223	100,0	100,0	



**ηλικία**

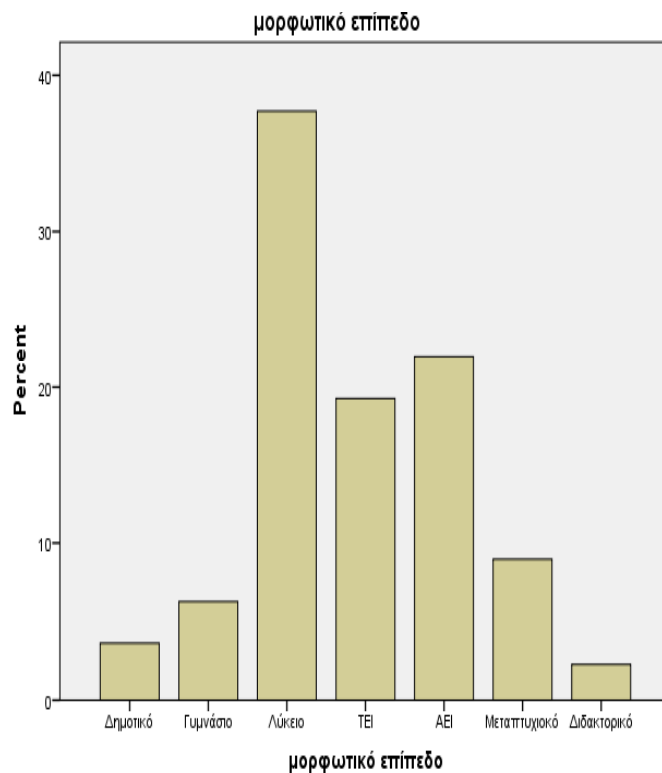
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-29	27	12,1	12,1	12,1
	30-44	113	50,7	50,7	62,8
	45-59	74	33,2	33,2	96,0
	60 και άνω	9	4,0	4,0	100,0
	Total	223	100,0	100,0	



Συνεχίζοντας, ως προς το μορφωτικό επίπεδο οι 8 (3,6%) είναι απόφοιτοι Δημοτικού, οι 14 (6,3%) έχουν τελειώσει Γυμνάσιο, οι 84 (37,7%) έχουν αποφοιτήσει από το Λύκειο, οι 43(19,3%) και οι 49 (22%) έχουν πτυχίο ΤΕΙ και ΑΕΙ αντίστοιχα, οι 20 (9%) έχουν σπουδές μεταπτυχιακού επιπέδου και τέλος οι 5 (2,2%) είναι κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος.

**μορφωτικό επίπεδο**

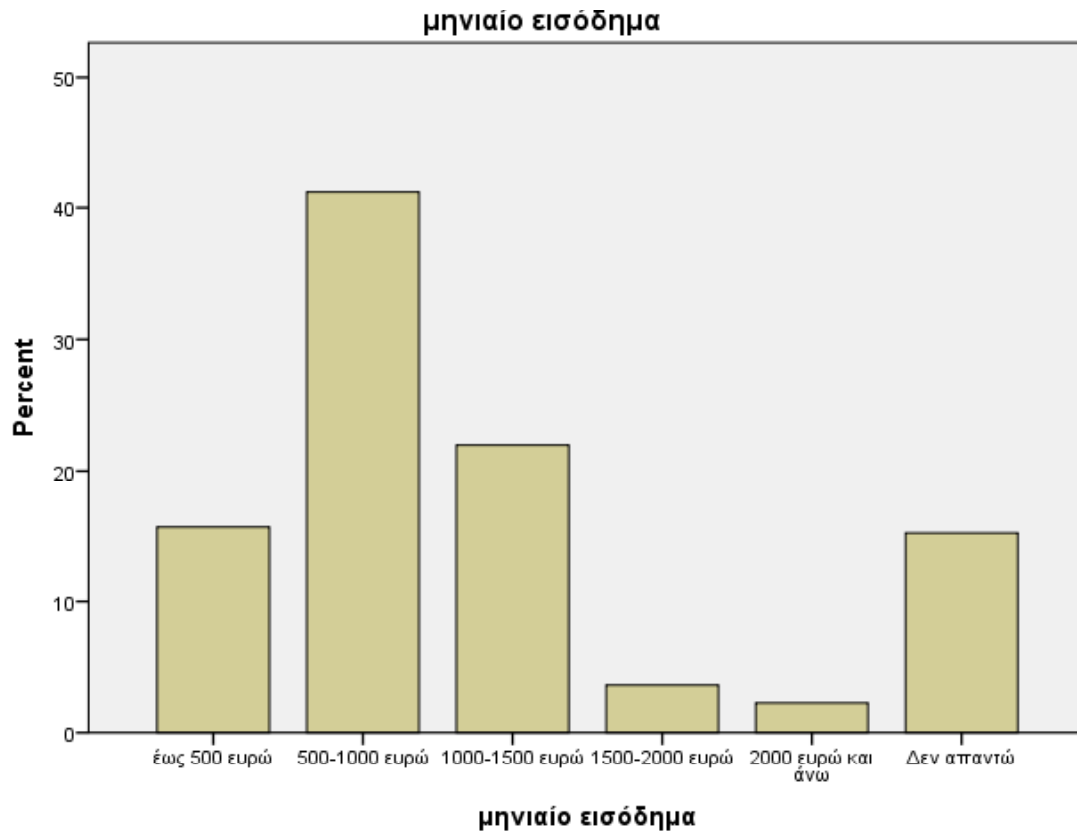
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δημοτικό	8	3,6	3,6	3,6
Γυμνάσιο	14	6,3	6,3	9,9
Λύκειο	84	37,7	37,7	47,5
ΤΕΙ	43	19,3	19,3	66,8
ΑΕΙ	49	22,0	22,0	88,8
Μεταπτυχιακό	20	9,0	9,0	97,8
Διδακτορικό	5	2,2	2,2	100,0
Total	223	100,0	100,0	



Ως προς το ατομικό μηνιαίο εισόδημα, οι 35 (15,7%) δηλώνουν πως το εισόδημά τους είναι έως 500 ευρώ, οι 92 (41,3%) είναι 500-1000 ευρώ, οι 49 (22%) είναι 1000-1500 ευρώ, οι 8 (3,6%) είναι 1500-2000 ευρώ, οι 5 (2,2%) είναι 2000 ευρώ και άνω, ενώ οι 34 (15,2%) του δείγματος δεν επιθυμούν να απαντήσουν.

**μηνιαίο εισόδημα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid έως 500 ευρώ	35	15,7	15,7	15,7
500-1000 ευρώ	92	41,3	41,3	57,0
1000-1500 ευρώ	49	22,0	22,0	78,9
1500-2000 ευρώ	8	3,6	3,6	82,5
2000 ευρώ και άνω	5	2,2	2,2	84,8
Δεν απαντώ	34	15,2	15,2	100,0
Total	223	100,0	100,0	



Όσον αφορά την ιδιότητα των ερωτώμενων, οι 21 (9,4%) εργάζονται σε Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας, οι 13 (5,8%) απασχολούνται σε Ιδιωτικά Ιατρεία, οι 32 (14,3%) εργάζονται σε υπηρεσίες κοινωνικού χαρακτήρα του δημοσίου τομέα, οι 6 (2,7%) είναι ιδιώτες Φαρμακοποιοί, οι 4 (1,8 %) ασκούν παραϊατρικά επαγγέλματα και είναι ιδιώτες, οι 38 (17%) εργάζονται στον Ευρύτερο Δημόσιο Τομέα και οι 40 (17,9%) κατέχουν θέση εργασίας στον υπόλοιπο ιδιωτικό τομέα, οι 23 (10,3%) είναι αυτοαπασχολούμενοι, οι 13 (5,8%) είναι συνταξιούχοι, οι 7 (3,1 %) είναι φοιτητές, οι 5 (2,2 %) δηλώνουν οικιακά και τέλος οι 21 (9,4 %) δεν εργάζονται.

**ιδιότητα**

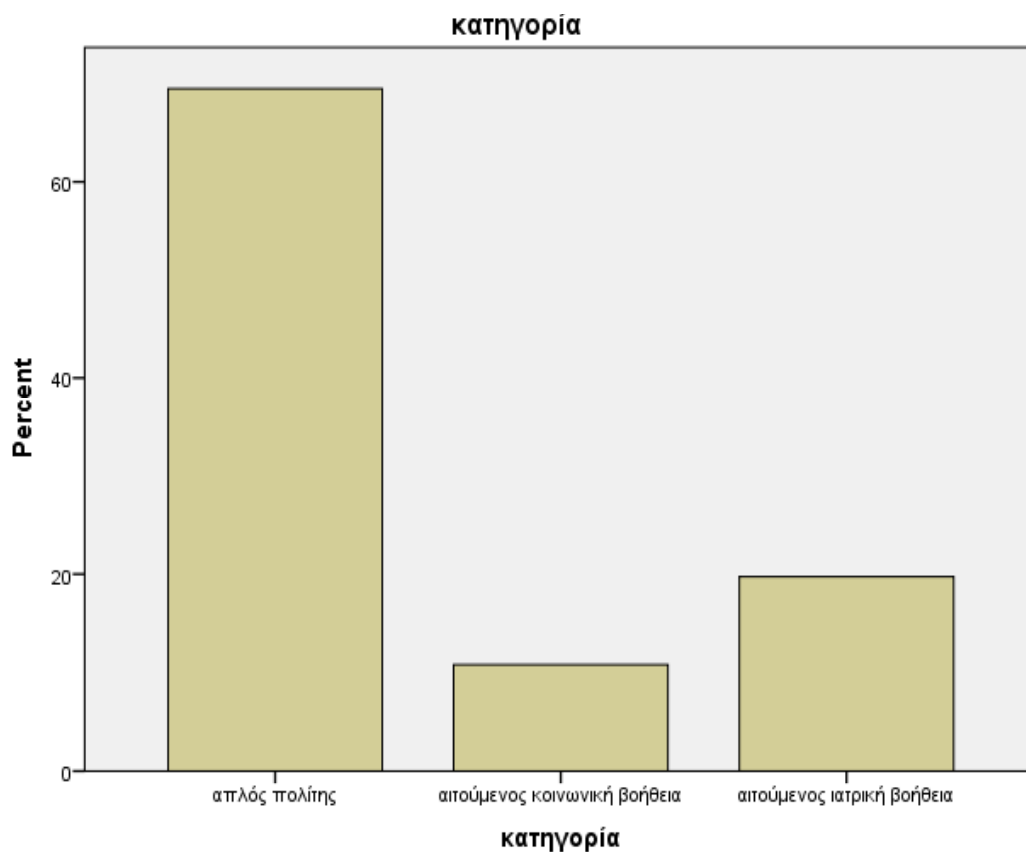
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας	21	9,4	9,4	9,4
Ιδιωτικά Ιατρεία	13	5,8	5,8	15,2
Κοινωνικές Υπηρεσίες	32	14,3	14,3	29,6
Φαρμακοποιοί	6	2,7	2,7	32,3
Παραϊατρικά επαγγέλματα	4	1,8	1,8	34,1
Ευρύτερος Δημόσιος Τομέας	38	17,0	17,0	51,1
Υπόλοιπος ιδιωτικός τομέας	40	17,9	17,9	69,1
Εργοδότης-Αυτοαπασχολούμενος	23	10,3	10,3	79,4
Συνταξιούχος	13	5,8	5,8	85,2
Μαθητής-Φοιτητής	7	3,1	3,1	88,3
Οικιακά	5	2,2	2,2	90,6
Άνεργος	21	9,4	9,4	100,0
Total	223	100,0	100,0	

Τέλος, οι 155 (69,5%) δεν αντιμετωπίζουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα με την υγεία τους που να τους αναγκάζει να κάνουν συχνή χρήση ιατρικών υπηρεσιών ή δεν ανήκουν σε ευπαθή ομάδα πληθυσμού π.χ μονογονείς, άποροι, άνεργοι κ.α και ως εκ τούτου δεν λαμβάνουν κοινωνικές παροχές προνοιακού χαρακτήρα, οι 24 (10,8%) λαμβάνουν κοινωνική στήριξη και προνοιακή βοήθεια (ευπαθείς ομάδες) και οι 44 (19,7 %) χρησιμοποιούν συστηματικά ιατρικές υπηρεσίες λόγω χρόνιου νοσήματος.

**κατηγορία**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid απλός πολίτης	155	69,5	69,5	69,5
αιτούμενος κοινωνική βοήθεια	24	10,8	10,8	80,3
αιτούμενος ιατρική βοήθεια	44	19,7	19,7	100,0
Total	223	100,0	100,0	



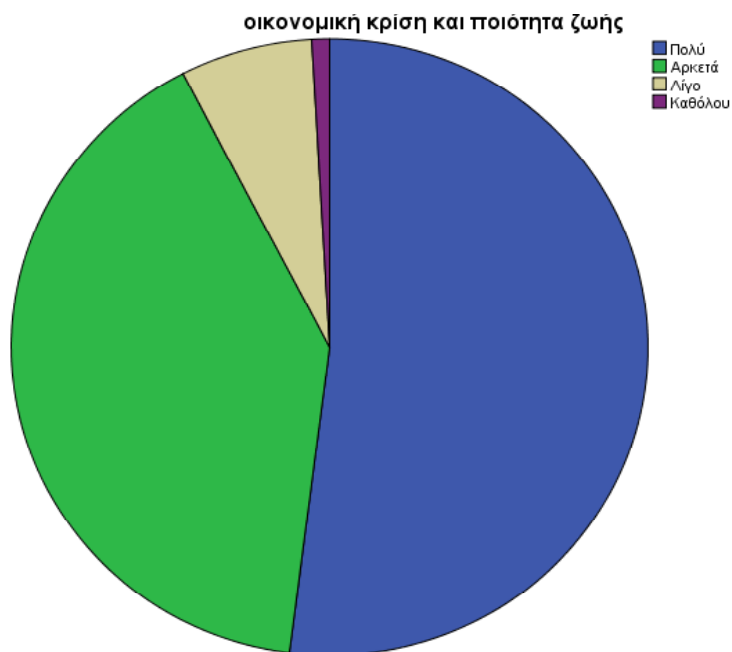


Στη συνέχεια θα περιγραφούν οι συχνότητες με τις οποίες απάντησαν τα 223 άτομα του δείγματος στην κάθε ερώτηση. Στην κάθε ερώτηση θα επισημανθούν οι δύο ακραίες απαντήσεις δηλαδή αυτή με την υψηλότερη και αυτή με την χαμηλότερη συχνότητα, ενώ οι υπόλοιπες παρουσιάζονται αναλυτικά στους πίνακες και σχηματικά στις πίτες.

- Στην **ερώτηση 1** οι 116 (52%) δηλώνουν πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει πολύ την ποιότητα ζωής και την καθημερινότητά τους, ενώ μόλις οι 2 (0.9 %) απαντούν καθόλου.

**οικονομική κρίση και ποιότητα ζωής**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ	116	52,0	52,0	52,0
	Αρκετά	90	40,4	40,4	92,4
	Λίγο	15	6,7	6,7	99,1
	Καθόλου	2	,9	,9	100,0
	Total	223	100,0	100,0	

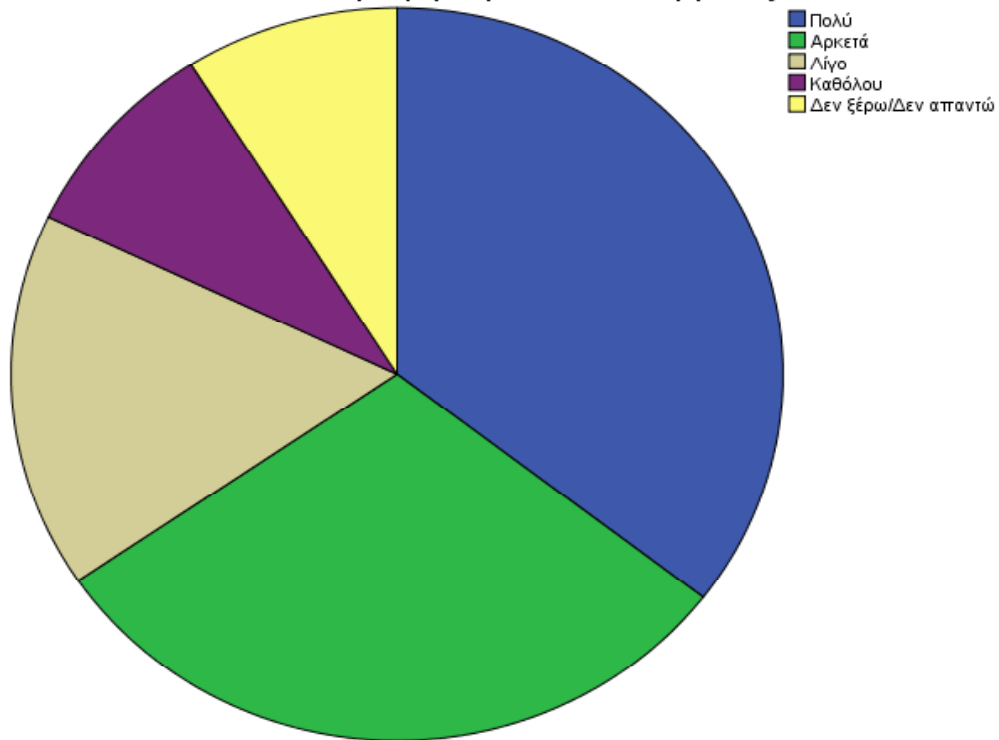


- Στην **ερώτηση 2** οι 79 (35,4 %) φοβούνται πολύ μήπως χάσουν τη δουλειά τους εξαιτίας της κρίσης, ενώ οι 20 (9 %) δεν ανησυχούν καθόλου για την απώλεια της εργασίας τους.

**οικονομική κρίση και απώλεια εργασίας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ	79	35,4	35,4	35,4
Αρκετά	67	30,0	30,0	65,5
Λίγο	37	16,6	16,6	82,1
Καθόλου	20	9,0	9,0	91,0
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	20	9,0	9,0	100,0
Total	223	100,0	100,0	

**οικονομική κρίση και απώλεια εργασίας**

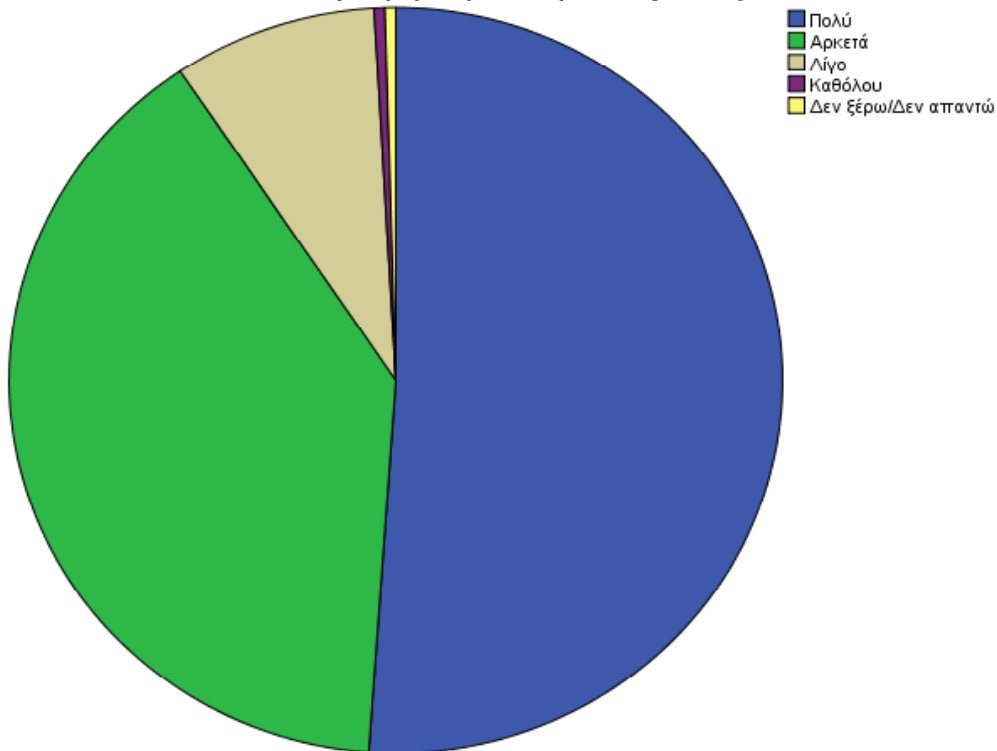


- Στην **ερώτηση 3** οι 114 (51,1 %) αναφέρουν πως έχει χρειαστεί πολύ να κάνουν περικοπές στα έξοδά τους λόγω της οικονομικής κρίσης, ενώ μόλις 1 (0,4%) απαντά πως δεν έχει χρειαστεί καθόλου να περιορίσει τα έξοδά του.

**οικονομική κρίση και περικοπές στα έξοδα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ	114	51,1	51,1	51,1
Αρκετά	88	39,5	39,5	90,6
Λίγο	19	8,5	8,5	99,1
Καθόλου	1	,4	,4	99,6
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	1	,4	,4	100,0
Total	223	100,0	100,0	

**οικονομική κρίση και περικοπές στα έξοδα**



- Στην **ερώτηση 4** οι 123 (55,2 %) πιστεύουν με βεβαιότητα πως οι διάφορες υπηρεσίες του Δημοσίου τομέα υποστελεχώνονται και οι 13 (5,8%) απαντούν πως δεν ισχύει αυτό (Όχι).

**Υποστελέχωση και υπηρεσίες του δημοσίου**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	123	55,2	55,2	55,2
Μάλλον Ναι	60	26,9	26,9	82,1
Μάλλον Όχι	16	7,2	7,2	89,2
Όχι	13	5,8	5,8	95,1
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	11	4,9	4,9	100,0
Total	223	100,0	100,0	

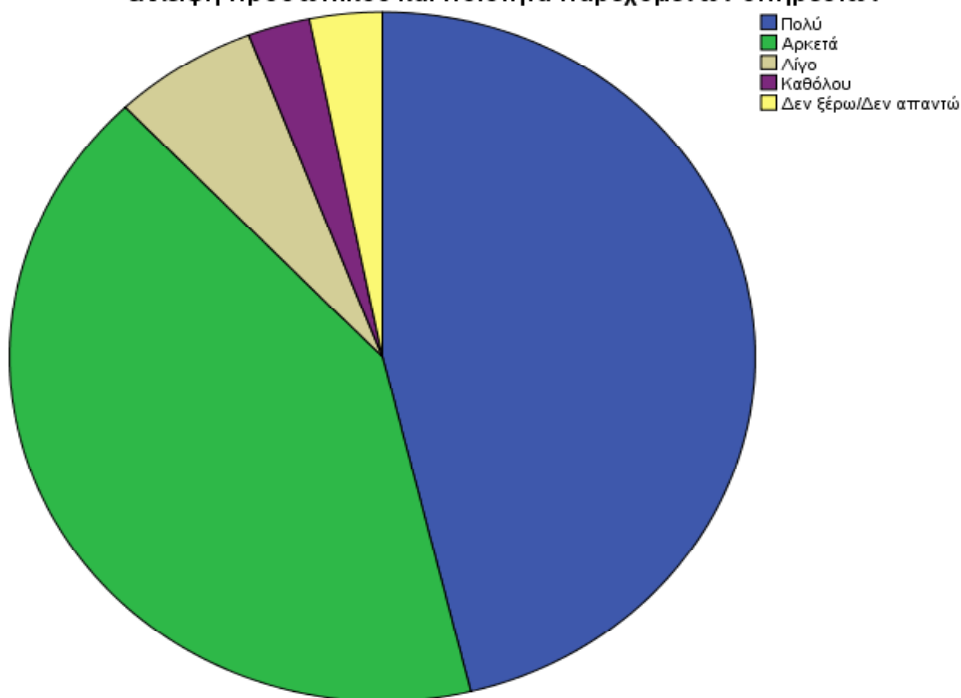


- Στην **ερώτηση 5** σχετικά με το πόσο πιστεύουν πως η όποια έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών οι 103 (46,2 %) αναφέρουν “Πολύ” και οι 6 (2,7 %) απαντούν “Καθόλου”.

**έλλειψη προσωπικού και ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ	103	46,2	46,2	46,2
Αρκετά	93	41,7	41,7	87,9
Λίγο	14	6,3	6,3	94,2
Καθόλου	6	2,7	2,7	96,9
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	7	3,1	3,1	100,0
Total	223	100,0	100,0	

**έλλειψη προσωπικού και ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών**

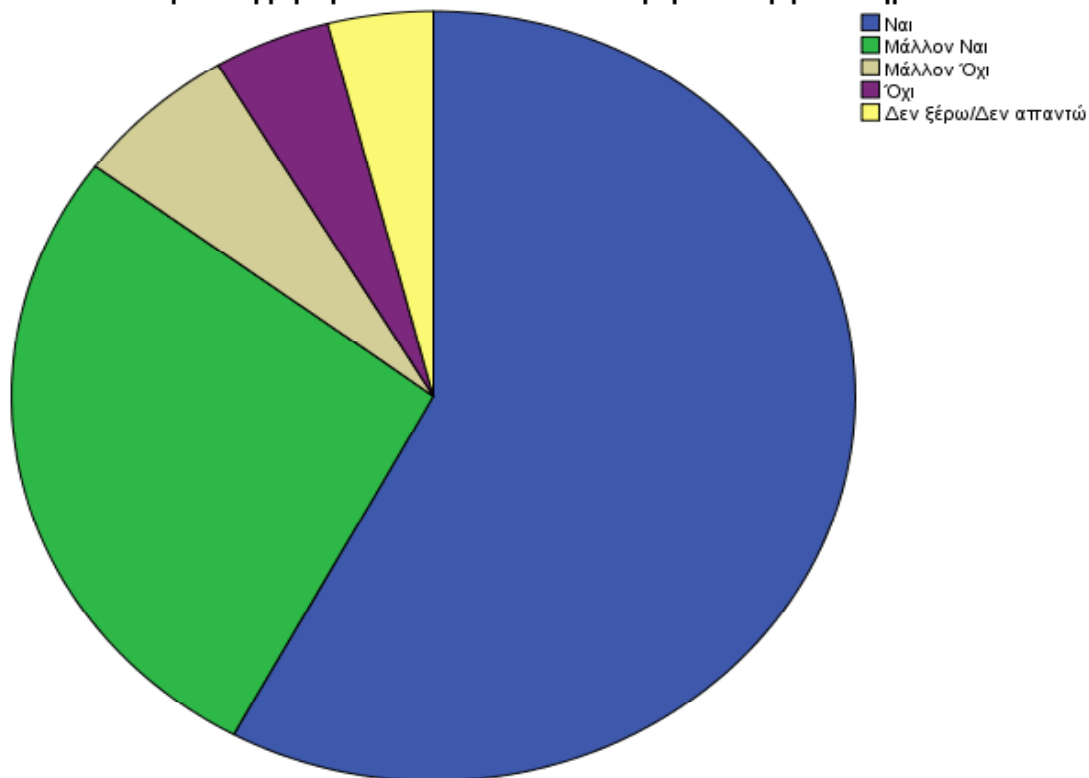


- Στην **ερώτηση 6** για το αν η κάθε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών οι 129 (57,8 %) απαντούν “Ναι” και οι 9 (4%) δεν ξέρουν-δεν απαντούν.

**πρόσληψη προσωπικού και καλύτερη λειτουργία υπηρεσιών**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	129	57,8	57,8	57,8
Μάλλον Ναι	61	27,4	27,4	85,2
Μάλλον Όχι	14	6,3	6,3	91,5
Όχι	10	4,5	4,5	96,0
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	9	4,0	4,0	100,0
Total	223	100,0	100,0	

**πρόσληψη προσωπικού και καλύτερη λειτουργία υπηρεσιών**

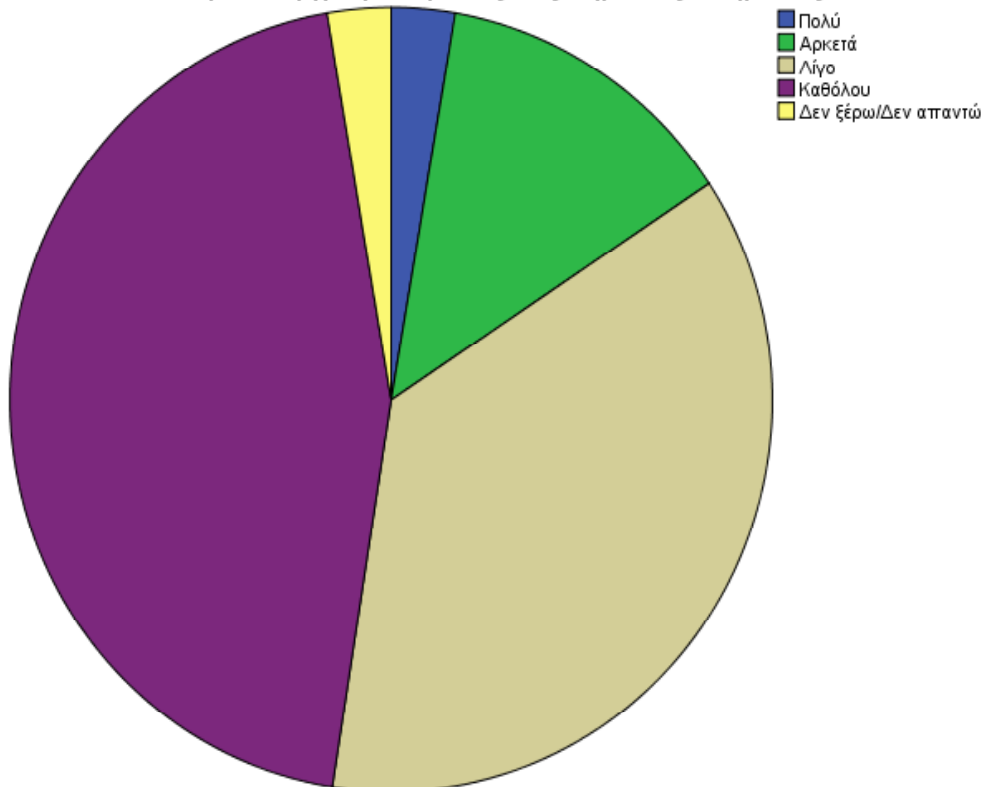


- Στην **ερώτηση 7** που αναφέρεται στη μείωση της γραφειοκρατίας στις υπηρεσίες του Δημοσίου οι 100 ( 44,8 %) απαντούν “Καθόλου” και οι 6 (2,7 %) δηλώνουν “Πολύ”.

**μείωση γραφειοκρατίας στις δημόσιες υπηρεσίες**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ	6	2,7	2,7	2,7
Αρκετά	29	13,0	13,0	15,7
Λίγο	82	36,8	36,8	52,5
Καθόλου	100	44,8	44,8	97,3
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	6	2,7	2,7	100,0
Total	223	100,0	100,0	

**μείωση γραφειοκρατίας στις δημόσιες υπηρεσίες**

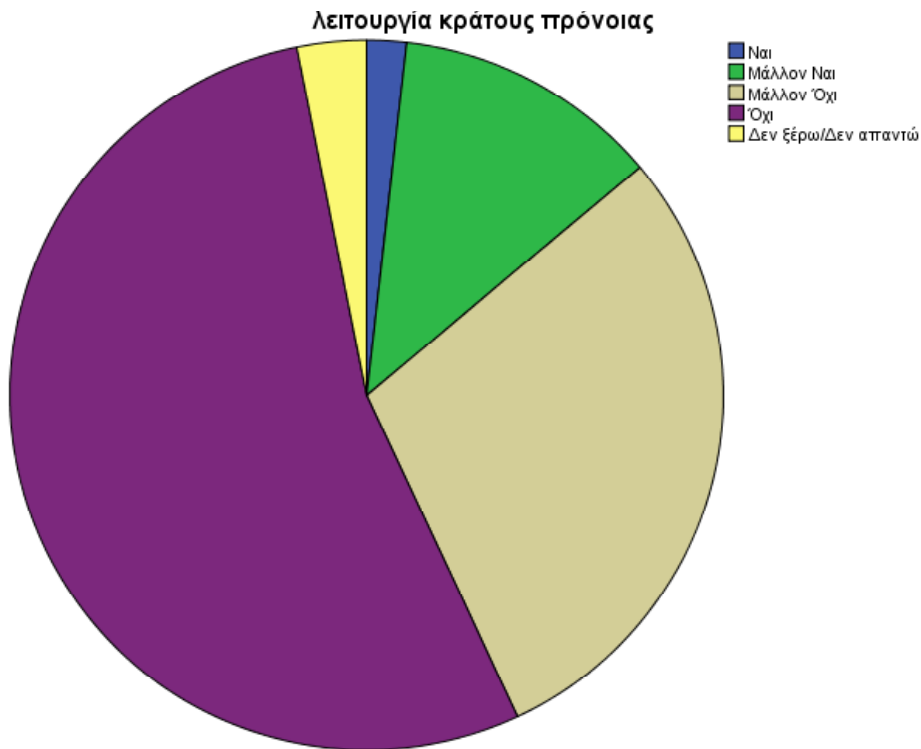




- Στην **ερώτηση 8** για την ικανοποιητική λειτουργία του κράτους- πρόνοιας στη χώρα μας οι 120 (53,8 %) επέλεξαν την απάντηση “Όχι” και μόλις οι 4 (1,8 %) την απάντηση “Ναι”.

**Λειτουργία κράτους πρόνοιας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	4	1,8	1,8	1,8
Μάλλον Ναι	27	12,1	12,1	13,9
Μάλλον Όχι	65	29,1	29,1	43,0
Όχι	120	53,8	53,8	96,9
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	7	3,1	3,1	100,0
Total	223	100,0	100,0	

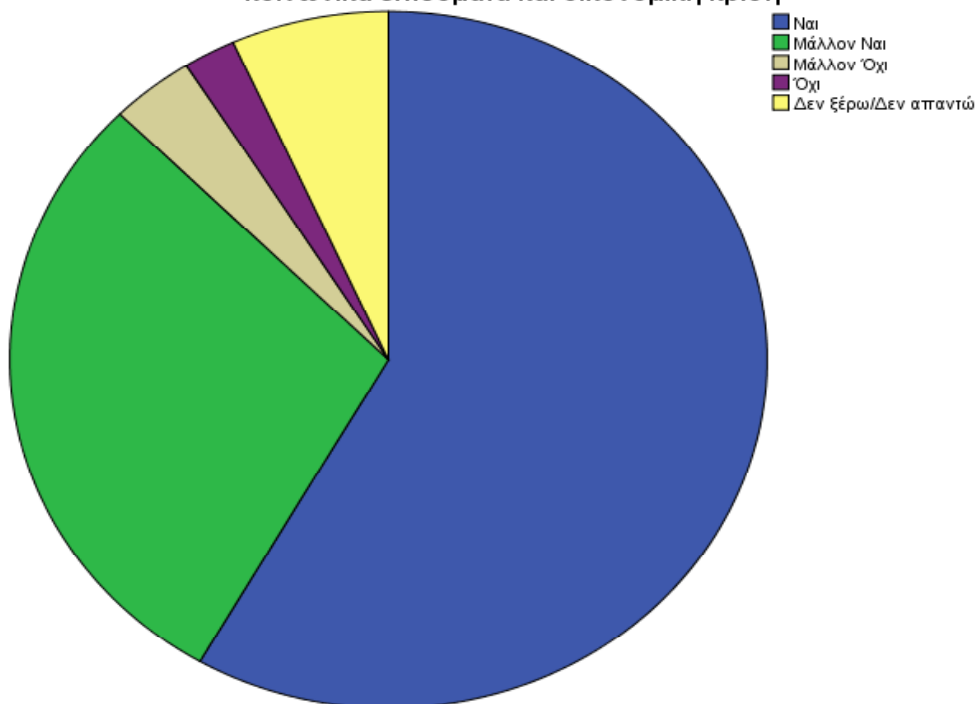


- Στην **ερώτηση 9** για το αν έχουν διακοπεί ή μειωθεί τα κοινωνικά επιδόματα στη χώρα μας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης οι 130 (58,3 %) απαντούν “Ναι” και οι 5 (2,2 %) πιστεύουν “Όχι”.

**κοινωνικά επιδόματα και οικονομική κρίση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	130	58,3	58,3	58,3
Μάλλον Ναι	65	29,1	29,1	87,4
Μάλλον Όχι	8	3,6	3,6	91,0
Όχι	5	2,2	2,2	93,3
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	15	6,7	6,7	100,0
Total	223	100,0	100,0	

**κοινωνικά επιδόματα και οικονομική κρίση**

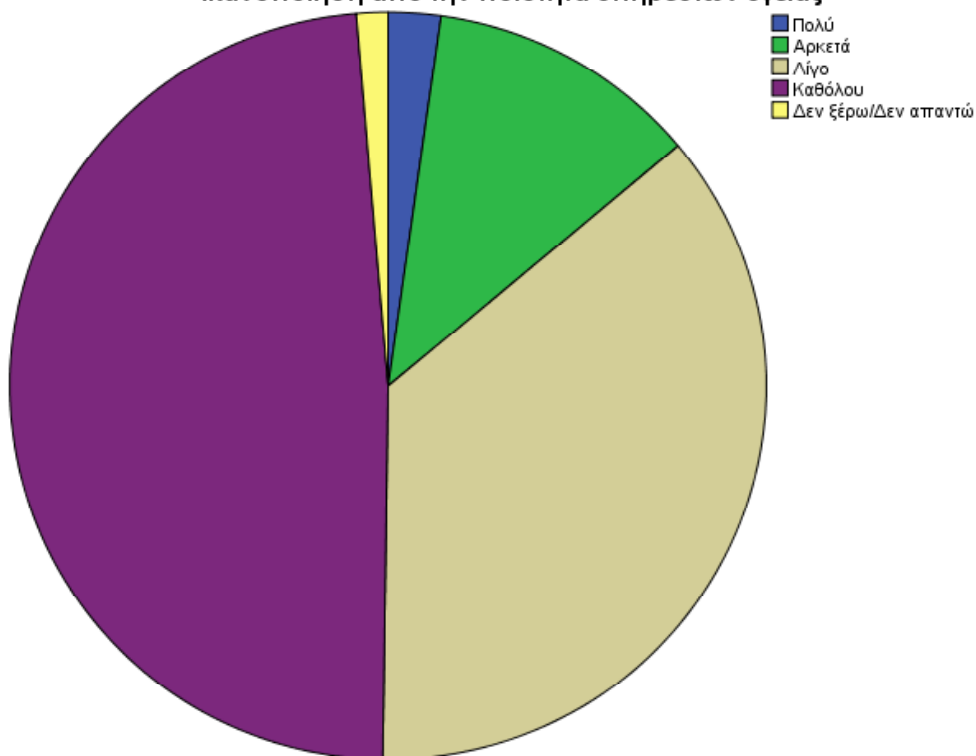


- Στην **ερώτηση 10** σχετικά με την ικανοποίηση από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας οι 108 (48,4 %) διαλέγουν την απάντηση “Καθόλου”, οι 5 (2.2 %) την απάντηση “Πολύ” ενώ οι 3 (1.3%) δεν ξέρουν-δεν απαντούν.

**ικανοποίηση από την ποιότητα υπηρεσιών υγείας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ	5	2,2	2,2	2,2
Αρκετά	26	11,7	11,7	13,9
Λίγο	81	36,3	36,3	50,2
Καθόλου	108	48,4	48,4	98,7
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	3	1,3	1,3	100,0
Total	223	100,0	100,0	

**ικανοποίηση από την ποιότητα υπηρεσιών υγείας**

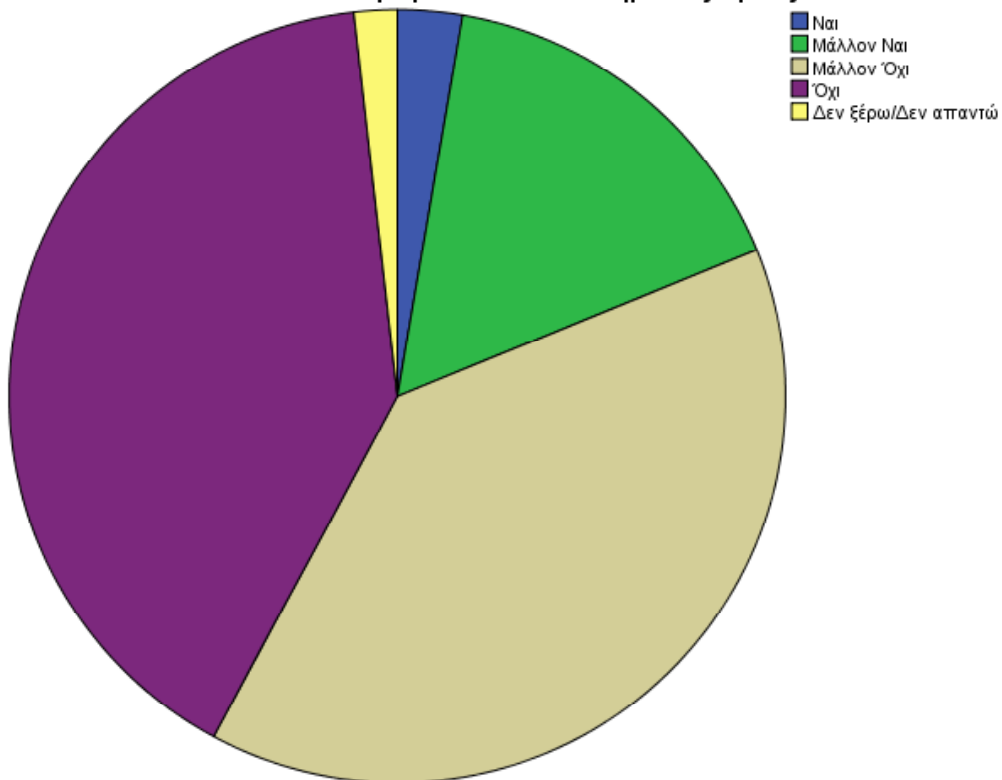


- Στην ερώτηση 11 που αναφέρεται στην ικανοποιητική εξυπηρέτηση των πολιτών στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στα ασφαλιστικά ταμεία οι 90 (40,4 %) απάντησαν “Όχι”, οι 6 (2,7 %) απάντησαν “Ναι” και οι 4 (1,8 %) δεν ξέρουν- δεν απαντούν.

**ικανοποίηση πολιτών σε υπηρεσίες υγείας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	6	2,7	2,7	2,7
Μάλλον Ναι	36	16,1	16,1	18,8
Μάλλον Όχι	87	39,0	39,0	57,8
Όχι	90	40,4	40,4	98,2
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	4	1,8	1,8	100,0
Total	223	100,0	100,0	

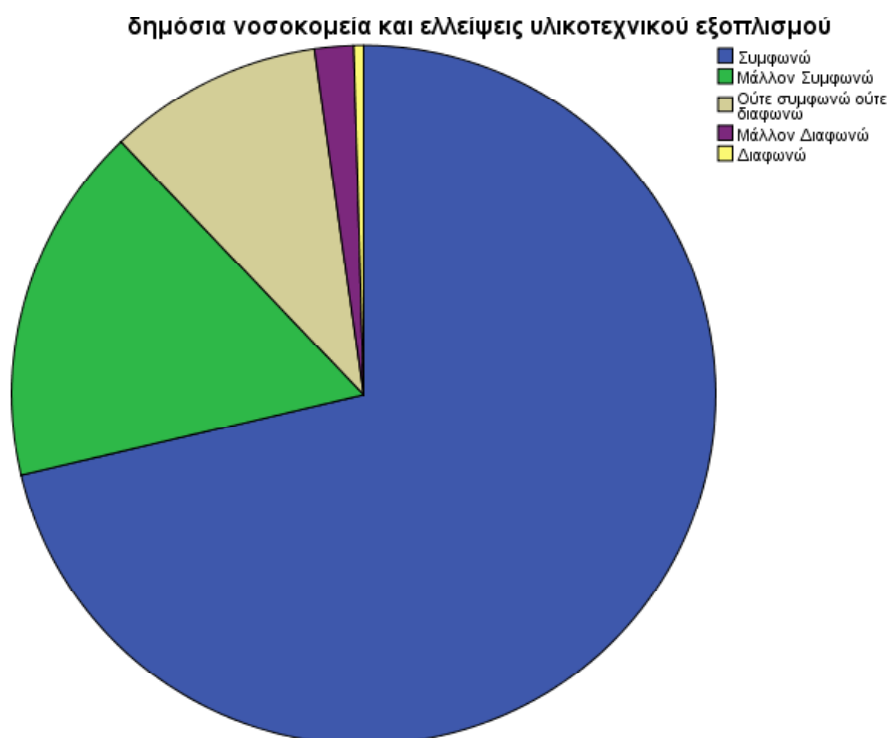
**ικανοποίηση πολιτών σε υπηρεσίες υγείας**



- Στην **ερώτηση 12** όπου διερευνάται η άποψη για το εάν υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό στα δημόσια νοσοκομεία οι 159 (71,3 %) συμφωνούν πως υφίσταται τέτοιο πρόβλημα στα δημόσια νοσοκομεία , ενώ μόλις 1 ( 0,4 %) διαφωνεί.

**δημόσια νοσοκομεία και ελλείψεις υλικοτεχνικού εξοπλισμού**

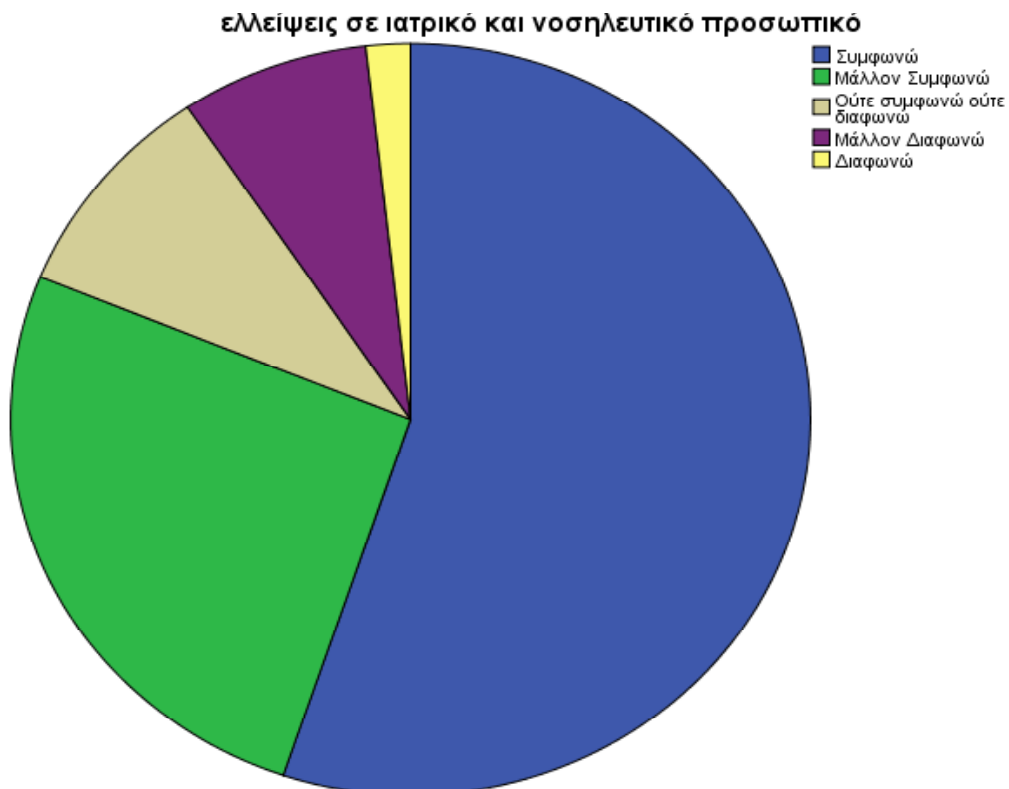
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ	159	71,3	71,3	71,3
Μάλλον Συμφωνώ	37	16,6	16,6	87,9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	22	9,9	9,9	97,8
Μάλλον Διαφωνώ	4	1,8	1,8	99,6
Διαφωνώ	1	,4	,4	100,0
Total	223	100,0	100,0	



- Στην **ερώτηση 13** σχετικά με το αν υπάρχουν στα δημόσια νοσοκομεία ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό εξοπλισμό σε τόσο μεγάλο βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία οι 123 (55,2 %) συμφωνούν και οι 4 (1,8 %) διαφωνούν.

**ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Συμφωνώ	123	55,2	55,2	55,2
	Μάλλον Συμφωνώ	58	26,0	26,0	81,2
	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	21	9,4	9,4	90,6
	Μάλλον Διαφωνώ	17	7,6	7,6	98,2
	Διαφωνώ	4	1,8	1,8	100,0
	Total	223	100,0	100,0	

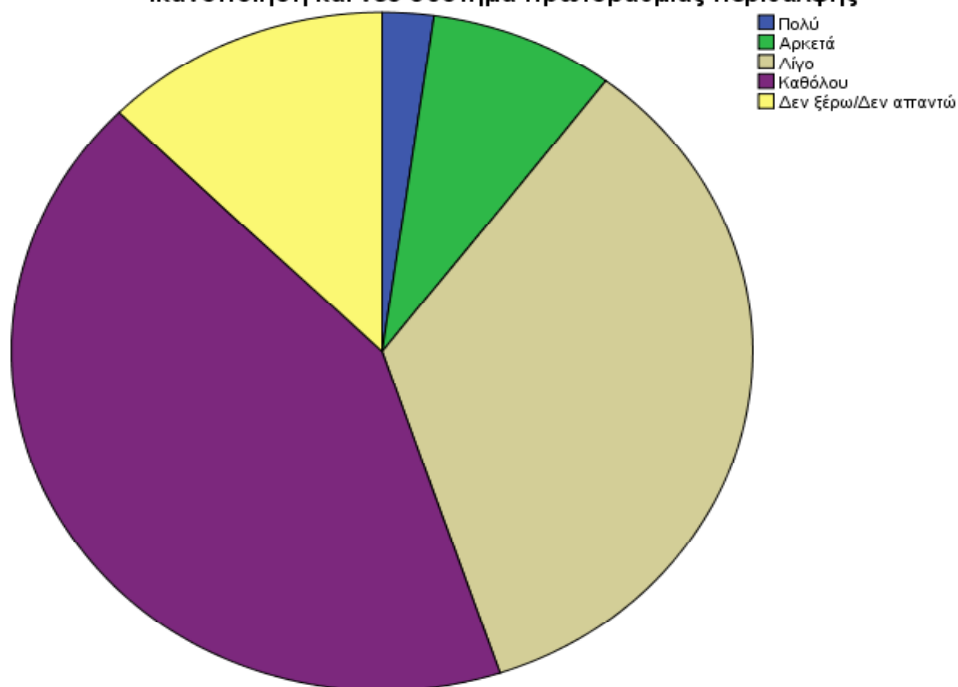


- Στην **ερώτηση 14** που εξετάζεται η ικανοποίηση που νιώθει το άτομο από το τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης οι 95 (42,6 %) δηλώνουν “Καθόλου” και μόλις 5 (2,2 %) απαντούν “Πολύ”.

**ικανοποίηση και νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ	5	2,2	2,2	2,2
Αρκετά	18	8,1	8,1	10,3
Λίγο	77	34,5	34,5	44,8
Καθόλου	95	42,6	42,6	87,4
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	28	12,6	12,6	100,0
Total	223	100,0	100,0	

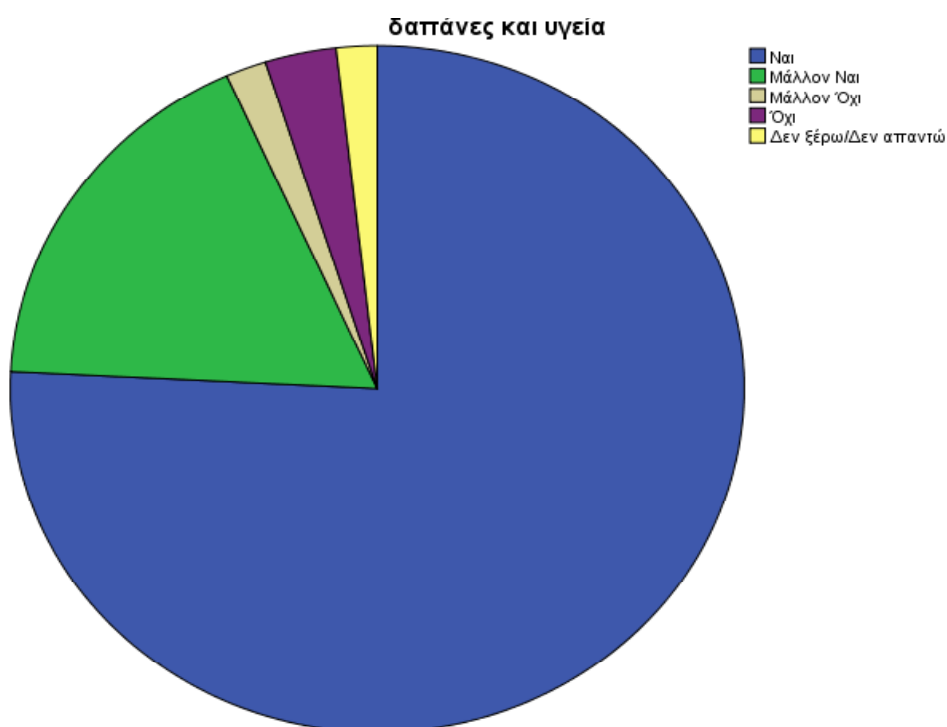
**ικανοποίηση και νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης**



- Στην **ερώτηση 15** στην οποία οι συμμετέχοντες ερωτώνται για το αν είναι αναγκασμένοι να ξοδεύουν πολύ περισσότερα σε σχέση με το παρελθόν για το αγαθό της υγείας οι 169 (75,5 %) απαντούν “Ναι” και οι 4 (1,8 %) απαντούν “Μάλλον Όχι”.

**δαπάνες και υγεία**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	169	75,8	75,8	75,8
Μάλλον Ναι	39	17,5	17,5	93,3
Μάλλον Όχι	4	1,8	1,8	95,1
Όχι	7	3,1	3,1	98,2
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	4	1,8	1,8	100,0
Total	223	100,0	100,0	



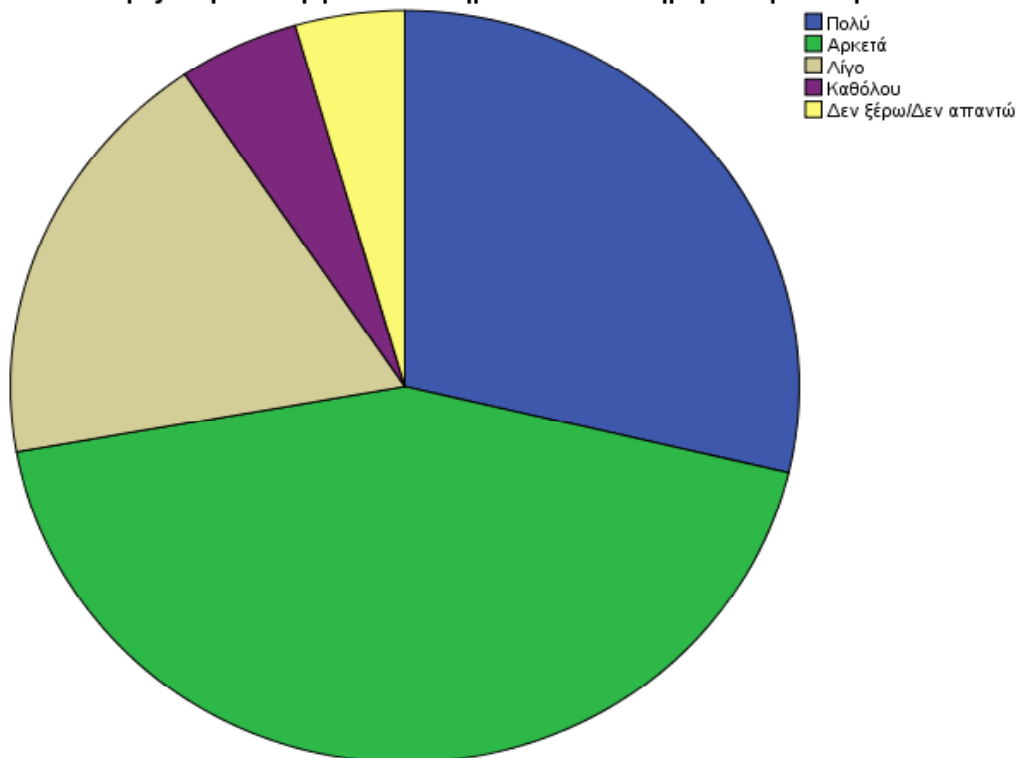


- Στην **ερώτηση 16** που εξετάζεται η αντίληψη πόσο πιστεύει το άτομο πως με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας το προσωπικό των υπηρεσιών είναι ανεπαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο σε βαθμό που να ταλαιπωρείται ο πολίτης οι 97 (43,5%) απαντούν “Αρκετά” και οι 10 (4,5 %) δηλώνουν “Δεν ξέρω-δεν απαντώ”.

**αλλαγές στη λειτουργία των υπηρεσιών και ενημέρωση του προσωπικού**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ	64	28,7	28,7	28,7
Αρκετά	97	43,5	43,5	72,2
Λίγο	41	18,4	18,4	90,6
Καθόλου	11	4,9	4,9	95,5
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	10	4,5	4,5	100,0
Total	223	100,0	100,0	

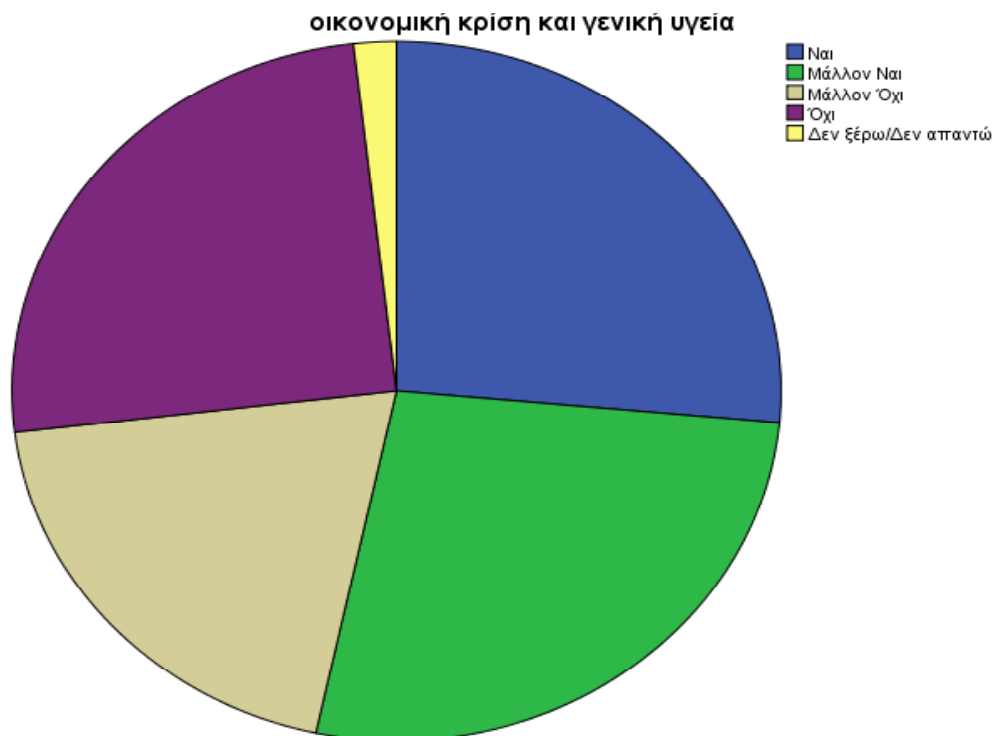
**αλλαγές στη λειτουργία των υπηρεσιών και ενημέρωση του προσωπικού**



- Στις ερωτήσεις 17 και 18 για το αν η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τη γενική κατάσταση της υγείας των ερωτώμενων και αν έχουν αυξήσει τις επισκέψεις τους σε υπηρεσίες υγείας αντίστοιχα οι 60 (26,9%) απαντούν “Μάλλον Ναι” για την ερώτηση 17 και οι 96 (43%) απαντούν “Όχι” για την ερώτηση 18. Στην ερώτηση 17 επίσης οι 56 (25,1 %) δηλώνουν πως η οικονομική κρίση δεν έχει επηρεάσει την υγεία τους. Στην ερώτηση 18 οι 41 (18,4 %) απαντούν “Ναι”. Στην ερώτηση 17 οι απαντήσεις φαίνεται να είναι ισομερώς μοιρασμένες στις διάφορες επιλογές.

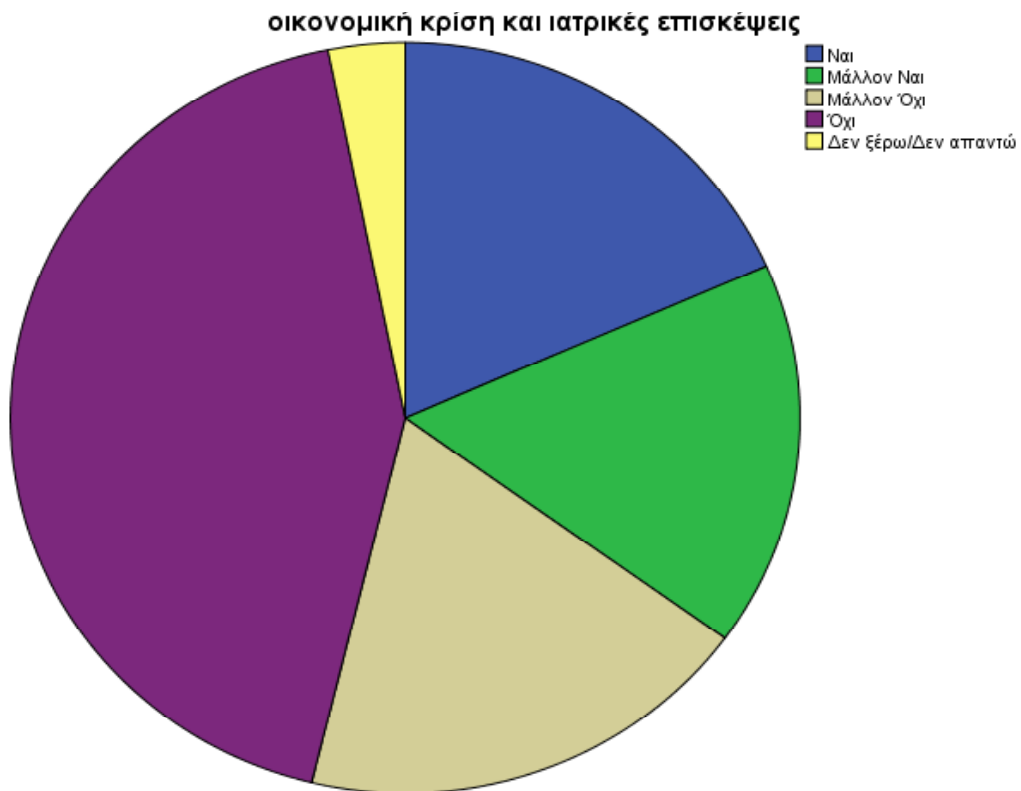
**οικονομική κρίση και γενική υγεία**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	59	26,5	26,5	26,5
Μάλλον Ναι	60	26,9	26,9	53,4
Μάλλον Όχι	44	19,7	19,7	73,1
Όχι	56	25,1	25,1	98,2
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	4	1,8	1,8	100,0
Total	223	100,0	100,0	



**οικονομική κρίση και ιατρικές επισκέψεις**

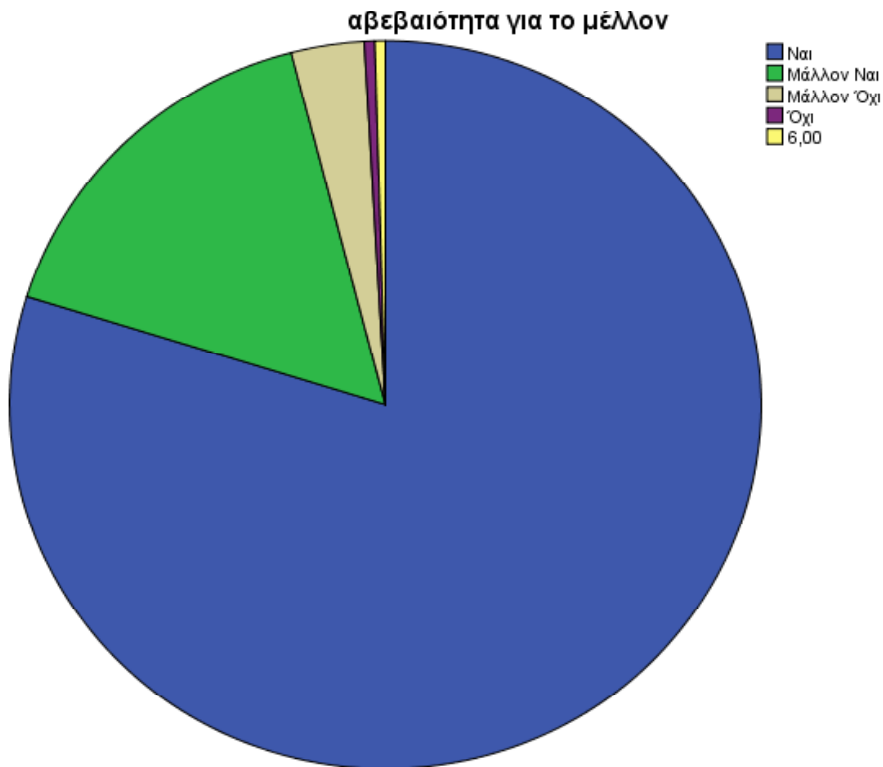
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	41	18,4	18,4	18,4
Μάλλον Ναι	37	16,6	16,6	35,0
Μάλλον Όχι	42	18,8	18,8	53,8
Όχι	96	43,0	43,0	96,9
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	7	3,1	3,1	100,0
Total	223	100,0	100,0	



- Στην ερώτηση 19 για το αν νιώθουν αβεβαιότητα και άγχος για το μέλλον λόγω της ρευστής κατάστασης που επικρατεί στη χώρα μας οι 178 (79,8 %) απαντούν “Ναι” και μόλις 1 (0,4 %) “Όχι”.

αβεβαιότητα για το μέλλον

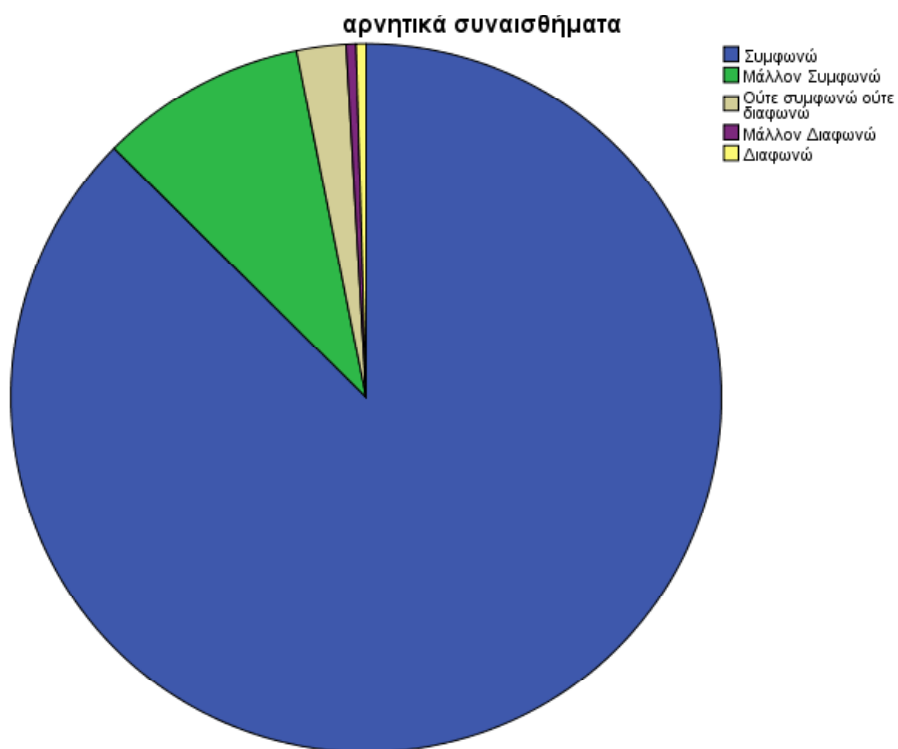
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	178	79,8	79,8	79,8
Μάλλον Ναι	36	16,1	16,1	96,0
Μάλλον Όχι	7	3,1	3,1	99,1
Όχι	1	,4	,4	99,6
6,00	1	,4	,4	100,0
Total	223	100,0	100,0	



- Στην **ερώτηση 20** οι 195 (87,4 %) συμφωνούν με την άποψη πως ο σύγχρονος Έλληνας βιώνει περισσότερα αρνητικά συναισθήματα (π.χ άγχος, καταθλιπτική διάθεση ,ανησυχία κ.α) σε σχέση με το παρελθόν, ενώ μόνο 1 (0,4 %) διαφωνεί.

**αρνητικά συναισθήματα**

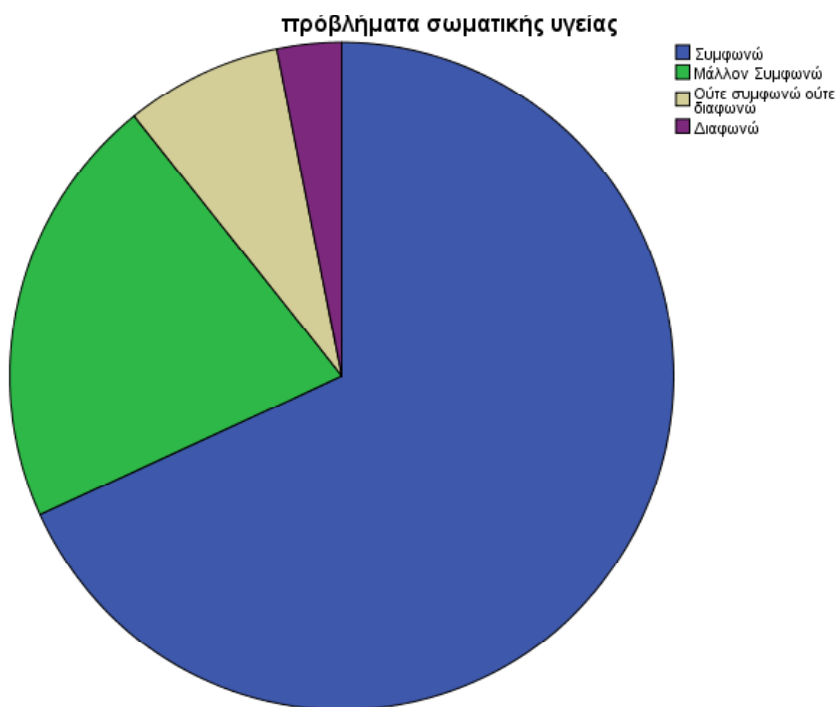
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ	195	87,4	87,4	87,4
Μάλλον Συμφωνώ	21	9,4	9,4	96,9
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	5	2,2	2,2	99,1
Μάλλον Διαφωνώ	1	,4	,4	99,6
Διαφωνώ	1	,4	,4	100,0
Total	223	100,0	100,0	



- Στην **ερώτηση 21** οι 152 (68,2 %) συμμετέχοντες συμφωνούν με την άποψη πως ο σύγχρονος Έλληνας αντιμετωπίζει περισσότερα προβλήματα με τη γενικότερη σωματική του υγεία (π.χ γαστρεντερολογικές παθήσεις, ημικρανίες, κ.α) σε σχέση με το παρελθόν, ενώ 7 (3.1 %) διαφωνούν.

**πρόβλημα σωματικής υγείας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Συμφωνώ	152	68,2	68,2	68,2
Μάλλον Συμφωνώ	47	21,1	21,1	89,2
Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	17	7,6	7,6	96,9
Διαφωνώ	7	3,1	3,1	100,0
Total	223	100,0	100,0	



Από την περιγραφική παρουσίαση των δεδομένων φαίνεται πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δηλώνει πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά την καθημερινότητά τους ενώ όσον αφορά την προσωπική τους υγεία οι δυσμενείς επιπτώσεις είναι περισσότερο εμφανείς στον ψυχικό τομέα καθώς νιώθουν άγχος και αβεβαιότητα για το μέλλον. Όσον αφορά την άποψη πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά γενικώς την σωματική και ψυχική υγεία των Ελλήνων τα περισσότερα άτομα του δείγματος δείχνουν να συμφωνούν. Κοινή είναι και η αντίληψη πως λόγω της οικονομικής κρίσης οι δημόσιες υπηρεσίες και το εθνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζουν πολλά λειτουργικά προβλήματα που έχουν αρνητικό αντίκτυπο στους εξυπηρετούμενους. Επίσης το μεγαλύτερο κομμάτι του δείγματος συγκλίνει στην άποψη πως οι κοινωνικές παροχές έχουν μειωθεί σημαντικά. Τόσο λοιπόν από τις απαντήσεις που δόθηκαν για τα προβλήματα στο χώρο της υγείας όσο και για τις κοινωνικές παροχές γίνεται κατανοητό πως είναι κοινή η αντίληψη του δείγματός μας πως η εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του κράτους πρόνοιας στη χώρα μας είναι αρκετά προβληματική και έχει υποβαθμιστεί.

Σε δεύτερο επίπεδο ανάλυσης θα προχωρήσουμε στην παρουσίαση στοιχείων που προέρχονται από τη διασταύρωση δύο μεταβλητών (πινακοειδείς διασταυρώσεις- cross tabs) με σκοπό να λάβουμε περισσότερες πληροφορίες για τις μεταβλητές μας.

#### 10.4.2. Σύγκριση ποσοστιαίων αναλογιών κατηγορικής διμεταβλητής

- Υπολογισμός του στατιστικού κριτηρίου  $\chi^2$

Υπολογίζει την κατανομή συχνότητας μιας διμεταβλητής. Χρησιμοποιείται με κατηγορικά ή ποιοτικά δεδομένα. Ο πρώτος πίνακας δείχνει την κατανομή συχνότητας της διμεταβλητής. Σε κάθε φαντίο του πίνακα αυτού, η πρώτη σειρά δηλώνει την απόλυτη συνδυαστική συχνότητα, η δεύτερη σειρά δηλώνει τη σχετική συνδυαστική συχνότητα (%) για τις σειρές και η τρίτη σειρά τη σχετική συνδυαστική συχνότητα (%) για τις στήλες. Σε ξεχωριστό πίνακα Chi-square test παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου με το κριτήριο  $\chi^2$ . Στον πίνακα αυτό, η τιμή  $\chi^2$  εμφανίζεται στη δεύτερη στήλη («Value») της πρώτης σειράς («Pearson chi-square»). Στην ίδια σειρά, σε διπλάνες στήλες υπάρχουν οι βαθμοί ελευθερίας («d.f.») και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας («Asymp. Sig. (2-sided)»). Υπενθυμίζεται ότι τιμές ίσες ή μικρότερες από 0,05 θεωρούνται στατιστικώς σημαντικές ( $p < 0,05$ ). Αυτό σημαίνει ότι οι διαφορές που παρατηρούνται στις συχνότητες των φαντίων του πίνακα είναι συστηματικές και δεν οφείλονται στη διακύμανση των τυχαίων δειγμάτων. Για να είναι έγκυρος ο έλεγχος με το κριτήριο  $\chi^2$  πρέπει τουλάχιστον το 75 % των φαντίων του πίνακα να έχουν συνδυαστική συχνότητα μεγαλύτερη από το 5. Αν δεν συμβαίνει αυτό, τότε το SPSS υπολογίζει μεν την τιμή  $\chi^2$  αλλά συγχρόνως προειδοποιεί για το ποσοστό των φαντίων με συνδυαστική συχνότητα μικρότερη του 5. Σε αυτή την περίπτωση τα

αποτελέσματα του ελέγχου  $\chi^2$  πρέπει να ερμηνευθούν με επιφύλαξη. (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι).

Τα αποτελέσματα του υπολογισμού του στατιστικού κριτηρίου  $\chi^2$  παρουσιάζονται για τις διάφορες μεταβλητές στους παρακάτω πίνακες και διαγράμματα. Κρίθηκε σκόπιμο να παρουσιαστούν και να αναλυθούν τα στατιστικώς σημαντικά ευρήματα.

## Φύλο

**Crosstab**

			πρόσληψη προσωπικού και καλύτερη λειτουργία υπηρεσιών					Total
			Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
φύλο	Άντρας	Count	39	31	8	3	3	84
		% of Total	17,5%	13,9%	3,6%	1,3%	1,3%	37,7%
	Γυναίκα	Count	90	30	6	7	6	139
		% of Total	40,4%	13,5%	2,7%	3,1%	2,7%	62,3%
Total		Count	129	61	14	10	9	223
		% of Total	57,8%	27,4%	6,3%	4,5%	4,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

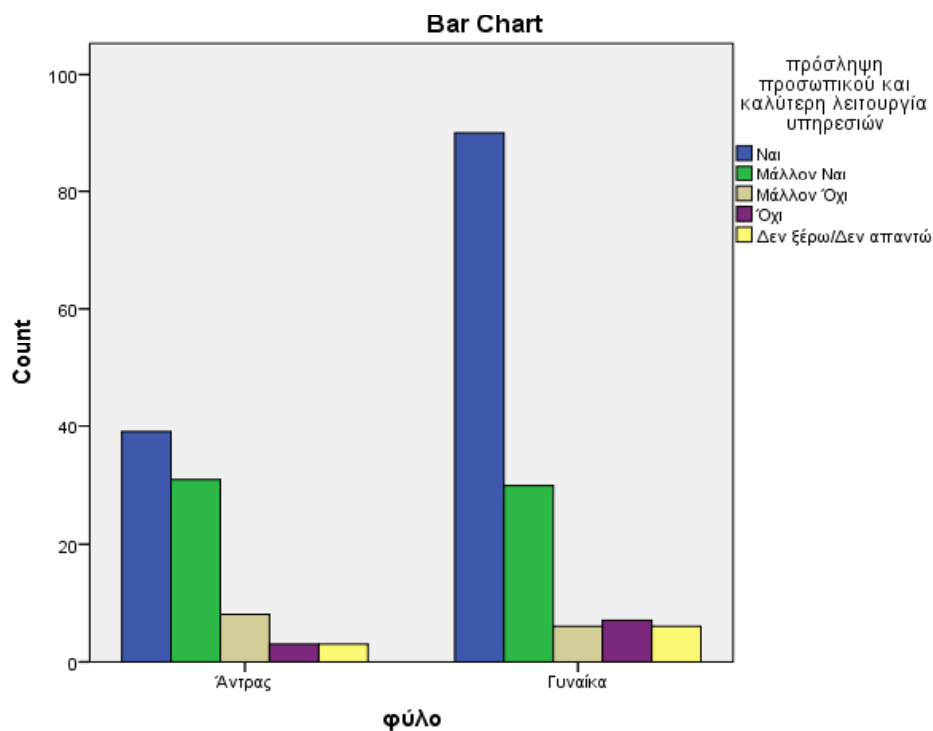
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,115 <sup>a</sup>	4	,039
Likelihood Ratio	9,986	4	,041
Linear-by-Linear Association	1,611	1	,204
N of Valid Cases	223		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,39.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 10,115<sup>a</sup> και οι βαθμοί ελευθερίας είναι df=4. Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι 9,49 < 10,115<sup>a</sup> (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί 0,039 < 0,05), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή πως η άποψη για την πρόσληψη νέου προσωπικού στις διάφορες υπηρεσίες για την καλύτερη λειτουργία τους σχετίζεται με το φύλο του υποκειμένου.

Το συμπέρασμα αυτό πρέπει να ερμηνευθεί με επιφύλαξη διότι 2 κελιά (20%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.





**Crosstab**

			ικανοποίηση και νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης					Total
			Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
ηλικία	18-29	Count	1	0	10	8	8	27
		% of Total	0,4%	0,0%	4,5%	3,6%	3,6%	12,1%
	30-44	Count	1	10	47	42	13	113
		% of Total	0,4%	4,5%	21,1%	18,8%	5,8%	50,7%
	45-59	Count	3	8	16	41	6	74
		% of Total	1,3%	3,6%	7,2%	18,4%	2,7%	33,2%
	60 και άνω	Count	0	0	4	4	1	9
		% of Total	0,0%	0,0%	1,8%	1,8%	0,4%	4,0%
Total		Count	5	18	77	95	28	223
		% of Total	2,2%	8,1%	34,5%	42,6%	12,6%	100,0%

**Ηλικία**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,911 <sup>a</sup>	12	,021
Likelihood Ratio	25,741	12	,012
Linear-by-Linear Association	,498	1	,480
N of Valid Cases	223		

a. 10 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 23,911<sup>a</sup> και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=12$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $21,03 < 23,911^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,021 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή πως η άποψη σχετικά με την ικανοποίηση όσον αφορά τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης επηρεάζεται από την ηλικία του ερωτηθέντος. Το συμπέρασμα αυτό πρέπει να ερμηνευθεί με επιφύλαξη διότι 10 κελιά (50%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

### Crosstab

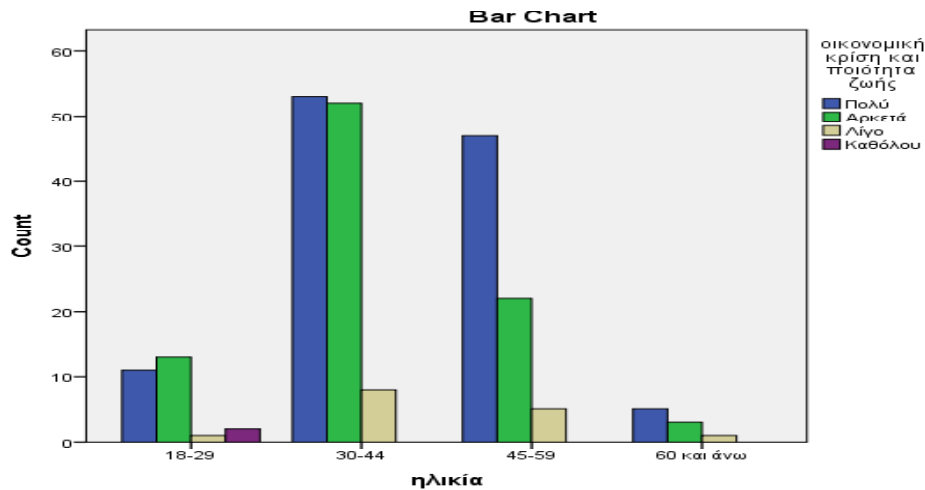
			οικονομική κρίση και ποιότητα ζωής				Total
			Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	
ηλικία	18-29	Count	11	13	1	2	27
		% of Total	4,9%	5,8%	0,4%	0,9%	12,1%
	30-44	Count	53	52	8	0	113
		% of Total	23,8%	23,3%	3,6%	0,0%	50,7%
	45-59	Count	47	22	5	0	74
		% of Total	21,1%	9,9%	2,2%	0,0%	33,2%
	60 και άνω	Count	5	3	1	0	9
		% of Total	2,2%	1,3%	0,4%	0,0%	4,0%
Total		Count	116	90	15	2	223
		% of Total	52,0%	40,4%	6,7%	0,9%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,778 <sup>a</sup>	9	,010
Likelihood Ratio	15,836	9	,070
Linear-by-Linear Association	4,804	1	,028
N of Valid Cases	223		

a. 9 cells (56,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 21,778<sup>a</sup> και οι βαθμοί ελευθερίας είναι df=9. Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $15,51 < 21,778^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,01 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή πως η άποψη για το αν η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα ζωής και την καθημερινότητα των συμμετεχόντων σχετίζεται με την ηλικία του υποκειμένου. Το συμπέρασμα αυτό πρέπει να ερμηνευθεί με επιφύλαξη διότι 9 κελιά (56,3%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



### Μορφωτικό επίπεδο

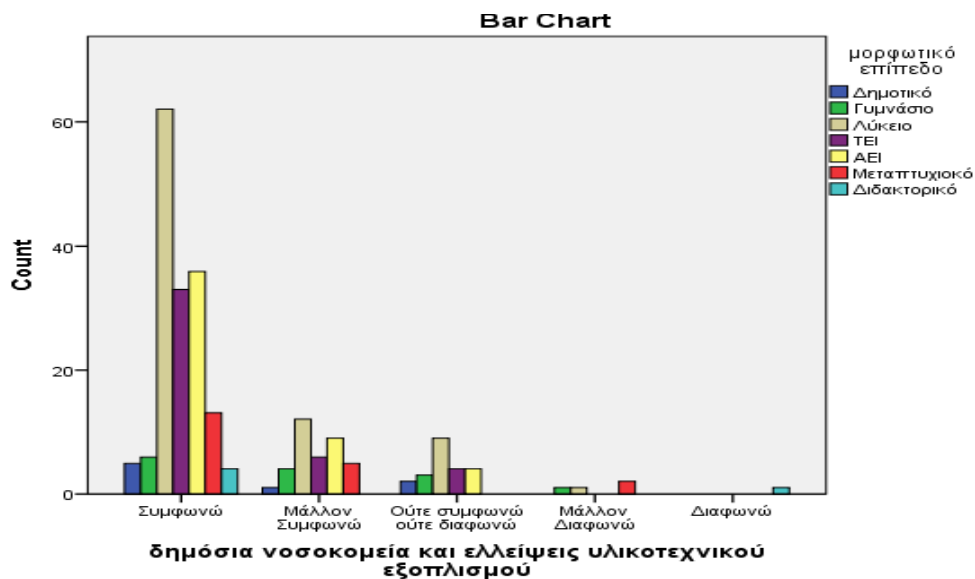
**Crosstab**

		μορφωτικό επίπεδο							Total	
		Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΤΕΙ	ΑΕΙ	Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό		
δημόσια νοσοκομεία και ελλείψεις υλικοτεχνικού εξοπλισμού	Συμφωνώ	Count	5	6	62	33	36	13	4	159
		% of Total	2,2%	2,7%	27,8%	14,8%	16,1%	5,8%	1,8%	71,3%
	Μάλλον Συμφωνώ	Count	1	4	12	6	9	5	0	37
		% of Total	0,4%	1,8%	5,4%	2,7%	4,0%	2,2%	0,0%	16,6%
	Όύτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Count	2	3	9	4	4	0	0	22
		% of Total	0,9%	1,3%	4,0%	1,8%	1,8%	0,0%	0,0%	9,9%
Μάλλον Διαφωνώ	Count	0	1	1	0	0	2	0	4	
	% of Total	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	1,8%	
Διαφωνώ	Count	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,4%
Total	Count	8	14	84	43	49	20	5	223	
	% of Total	3,6%	6,3%	37,7%	19,3%	22,0%	9,0%	2,2%	100,0%	

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	67,477 <sup>a</sup>	24	,000
Likelihood Ratio	30,719	24	,162
Linear-by-Linear Association	,356	1	,551
N of Valid Cases	223		

a. 25 cells (71,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι  $67,477^a$  και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=24$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $36,42 < 67,477^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,00 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή πως η άποψη για το αν υπάρχουν ελλείψεις στα δημόσια νοσοκομεία σε υλικότεχνικό εξοπλισμό σχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο του υποκειμένου. ο συμπέρασμα αυτό πρέπει να ερμηνευθεί με επιφύλαξη διότι 25 κελιά (71,4%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

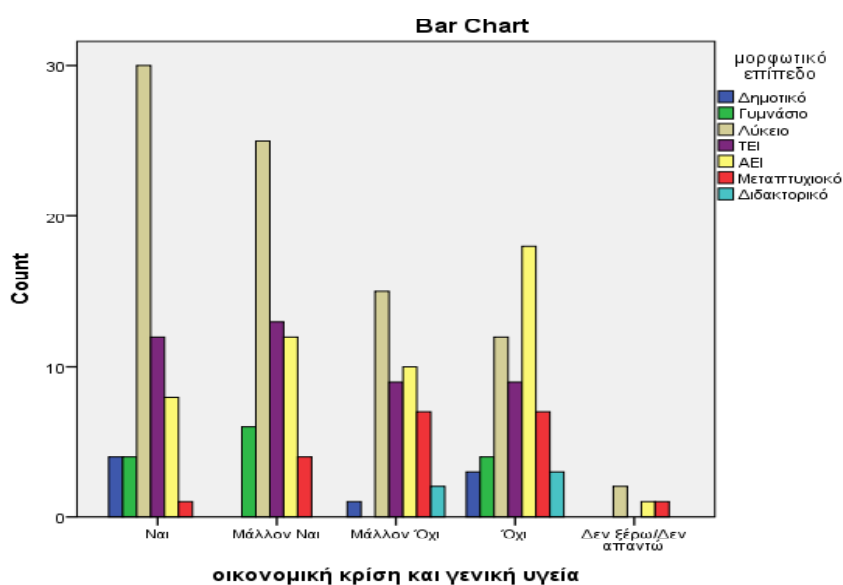
**Crosstab**

			μορφωτικό επίπεδο							Total
			Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΤΕΙ	ΑΕΙ	Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό	
οικονομική κρίση και γενική υγεία	Ναι	Count	4	4	30	12	8	1	0	59
		% of Total	1,8%	1,8%	13,5%	5,4%	3,6%	0,4%	0,0%	26,5%
	Μάλλον Ναι	Count	0	6	25	13	12	4	0	60
		% of Total	0,0%	2,7%	11,2%	5,8%	5,4%	1,8%	0,0%	26,9%
	Μάλλον Όχι	Count	1	0	15	9	10	7	2	44
		% of Total	0,4%	0,0%	6,7%	4,0%	4,5%	3,1%	0,9%	19,7%
Όχι	Count	3	4	12	9	18	7	3	56	
	% of Total	1,3%	1,8%	5,4%	4,0%	8,1%	3,1%	1,3%	25,1%	
Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	Count	0	0	2	0	1	1	0	4	
	% of Total	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%	0,4%	0,4%	0,0%	1,8%	
Total		Count	8	14	84	43	49	20	5	223
		% of Total	3,6%	6,3%	37,7%	19,3%	22,0%	9,0%	2,2%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,637 <sup>a</sup>	24	,048
Likelihood Ratio	45,274	24	,005
Linear-by-Linear Association	16,833	1	,000
N of Valid Cases	223		

a. 20 cells (57,1%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 36,637<sup>a</sup> και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=24$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $35,17 < 36,637^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,048 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή πως η άποψη για το αν η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τη γενική υγεία των ερωτηθέντων σχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο του υποκειμένου. Το συμπέρασμα αυτό πρέπει να ερμηνευθεί με επιφύλαξη διότι 20 κελιά (57,1%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

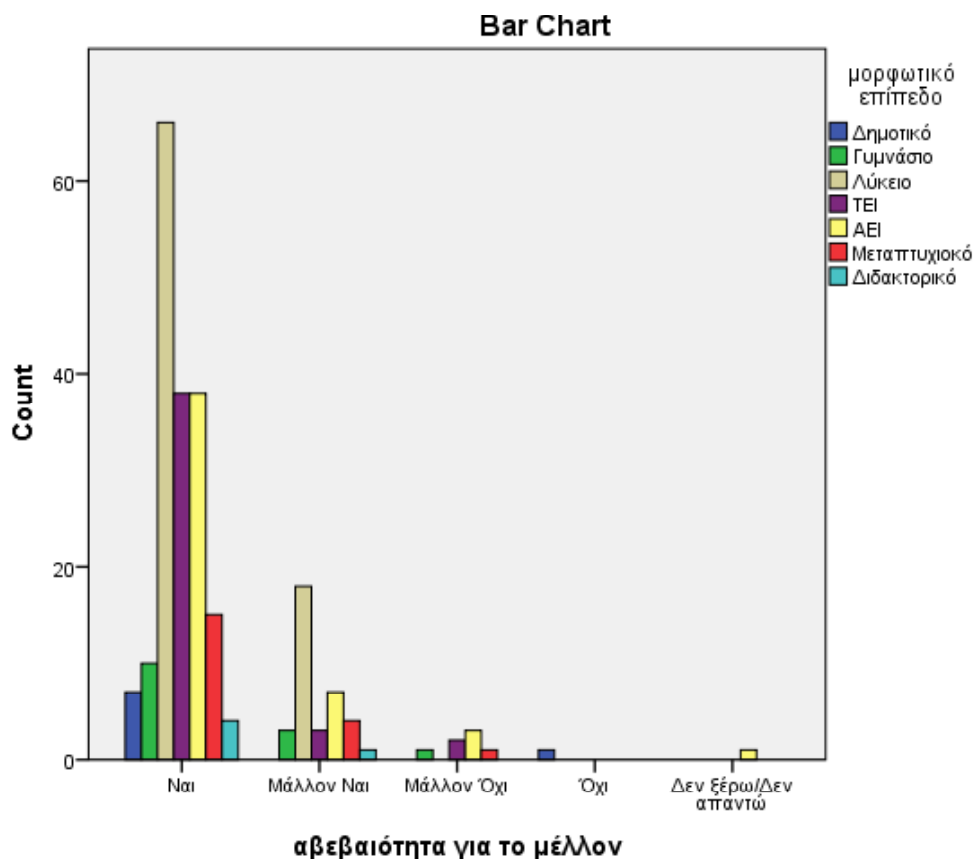
Crosstab

			μορφωτικό επίπεδο							Total
			Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΤΕΙ	ΑΕΙ	Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό	
αβεβαιότητα για το μέλλον	Ναι	Count	7	10	66	38	38	15	4	178
		% of Total	3,1%	4,5%	29,6%	17,0%	17,0%	6,7%	1,8%	79,8%
	Μάλλον Ναι	Count	0	3	18	3	7	4	1	36
		% of Total	0,0%	1,3%	8,1%	1,3%	3,1%	1,8%	0,4%	16,1%
	Μάλλον Όχι	Count	0	1	0	2	3	1	0	7
		% of Total	0,0%	0,4%	0,0%	0,9%	1,3%	0,4%	0,0%	3,1%
	Όχι	Count	1	0	0	0	0	0	0	1
		% of Total	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	Count	0	0	0	0	1	0	0	1
		% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,4%
	Total	Count	8	14	84	43	49	20	5	223
		% of Total	3,6%	6,3%	37,7%	19,3%	22,0%	9,0%	2,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	42,352 <sup>a</sup>	24	,012
Likelihood Ratio	25,808	24	,363
Linear-by-Linear Association	,079	1	,779
N of Valid Cases	223		

a. 26 cells (74,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι  $42,352^a$  και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=24$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $38,08 < 42,352^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,012 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή πως η άποψη για το αν οι ερωτηθέντες νιώθουν αβεβαιότητα για το μέλλον σχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο του υποκειμένου. Το συμπέρασμα κρίνεται οριακά αξιόπιστο διότι 26 κελιά (74,3%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



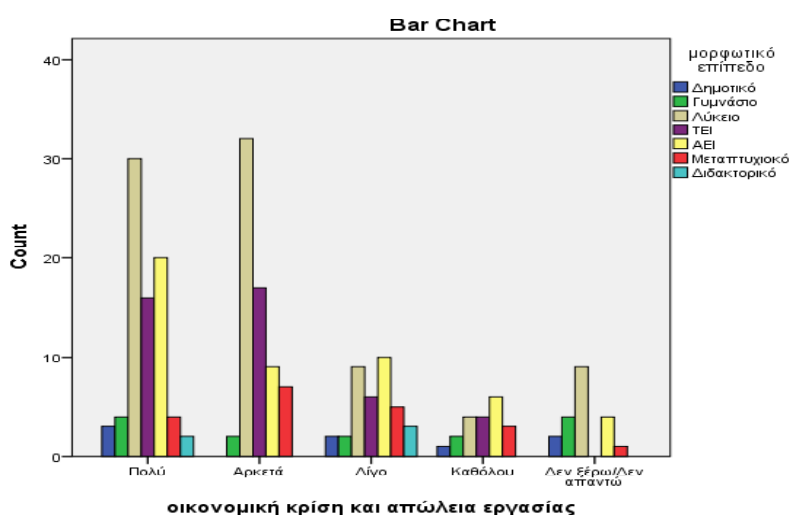
Crosstab

			μορφωτικό επίπεδο							Total
			Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	ΤΕΙ	ΑΕΙ	Μεταπτυχιακό	Διδακτορικό	
οικονομική κρίση και απώλεια εργασίας	Πολύ	Count	3	4	30	16	20	4	2	79
		% of Total	1,3%	1,8%	13,5%	7,2%	9,0%	1,8%	0,9%	35,4%
	Αρκετά	Count	0	2	32	17	9	7	0	67
		% of Total	0,0%	0,9%	14,3%	7,6%	4,0%	3,1%	0,0%	30,0%
	Λίγο	Count	2	2	9	6	10	5	3	37
		% of Total	0,9%	0,9%	4,0%	2,7%	4,5%	2,2%	1,3%	16,6%
	Καθόλου	Count	1	2	4	4	6	3	0	20
		% of Total	0,4%	0,9%	1,8%	1,8%	2,7%	1,3%	0,0%	9,0%
	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	Count	2	4	9	0	4	1	0	20
		% of Total	0,9%	1,8%	4,0%	0,0%	1,8%	0,4%	0,0%	9,0%
	Total	Count	8	14	84	43	49	20	5	223
		% of Total	3,6%	6,3%	37,7%	19,3%	22,0%	9,0%	2,2%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	39,167 <sup>a</sup>	24	,026
Likelihood Ratio	43,358	24	,009
Linear-by-Linear Association	,504	1	,478
N of Valid Cases	223		

a. 22 cells (62,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 39,167<sup>a</sup> και οι βαθμοί ελευθερίας είναι df=24. Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι 38,08 < 39,167<sup>a</sup> (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί 0,026 < 0,05), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή για το αν οι ερωτηθέντες νιώθουν φόβο μήπως χάσουν την εργασία τους εξαιτίας της οικονομικής κρίσης σχετίζεται με το μορφωτικό επίπεδο του υποκειμένου. Το συμπέρασμα αυτό δεν είναι αξιόπιστο διότι 22 κελιά (62,9,3%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

Crosstab

			Υποστελέχωση και υπηρεσίες του δημοσίου					Total
			Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
ιδιότητα	Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας	Count	18	2	1	0	0	21
		% of Total	8,1%	0,9%	0,4%	0,0%	0,0%	9,4%
	Ιδιωτικά Ιατρεία	Count	6	4	1	1	1	13
		% of Total	2,7%	1,8%	0,4%	0,4%	0,4%	5,8%
	Κοινωνικές Υπηρεσίες	Count	22	7	2	0	1	32
		% of Total	9,9%	3,1%	0,9%	0,0%	0,4%	14,3%
	Φαρμακοποιός	Count	3	0	0	3	0	6
		% of Total	1,3%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	2,7%
	Παραϊατρικά επαγγέλματα	Count	1	2	1	0	0	4
		% of Total	0,4%	0,9%	0,4%	0,0%	0,0%	1,8%
	Ευρύτερος Δημόσιος Τομέας	Count	25	8	3	1	1	38
		% of Total	11,2%	3,6%	1,3%	0,4%	0,4%	17,0%
	Υπόλοιπος ιδιωτικός τομέας	Count	17	14	4	3	2	40
		% of Total	7,6%	6,3%	1,8%	1,3%	0,9%	17,9%
	Εργοδότης-Αυτοαπασχολούμενος	Count	7	9	2	4	1	23
		% of Total	3,1%	4,0%	0,9%	1,8%	0,4%	10,3%
	Συνταξιούχος	Count	9	3	0	0	1	13
		% of Total	4,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,4%	5,8%
	Μαθητής-Φοιτητής	Count	5	2	0	0	0	7
		% of Total	2,2%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%
	Οικιακά	Count	1	1	1	0	2	5
		% of Total	0,4%	0,4%	0,4%	0,0%	0,9%	2,2%
	Άνεργος	Count	9	8	1	1	2	21
		% of Total	4,0%	3,6%	0,4%	0,4%	0,9%	9,4%
Total		Count	123	60	16	13	11	223
		% of Total	55,2%	26,9%	7,2%	5,8%	4,9%	100,0%

### Ιδιότητα

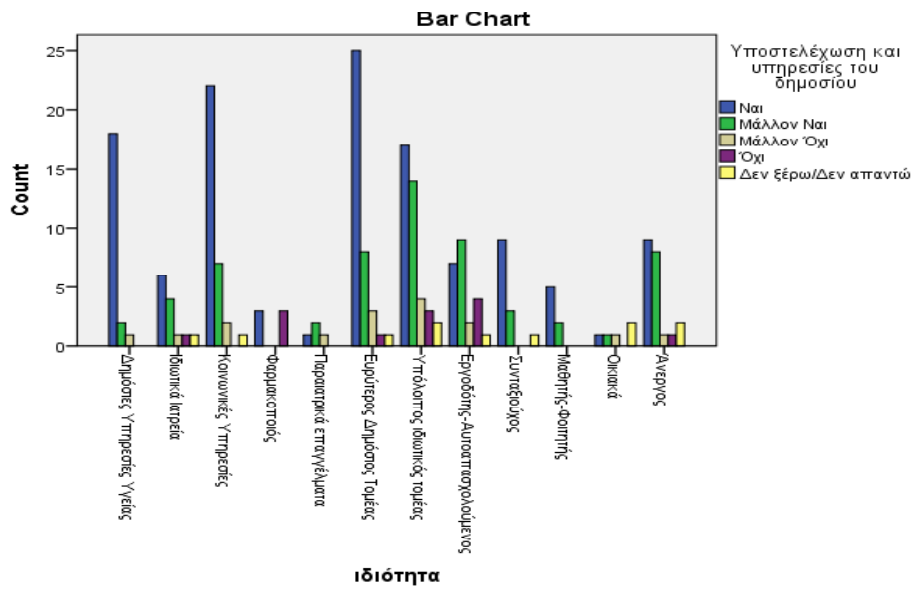
### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	74,612 <sup>a</sup>	44	,003
Likelihood Ratio	62,571	44	,034
Linear-by-Linear Association	6,859	1	,009
N of Valid Cases	223		

a. 46 cells (76,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.

Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 74,612<sup>a</sup> και οι βαθμοί ελευθερίας είναι df=44. Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι 55,76 < 74,612<sup>a</sup> (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί 0,003 < 0,05), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή για το αν οι διάφορες υπηρεσίες του Δημόσιου Τομέα υποστελεχώνονται σχετίζεται με την ιδιότητα (επαγγελματική) του υποκειμένου.

Το συμπέρασμα αυτό είναι αξιόπιστο διότι 46 κελιά (76,7 %) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



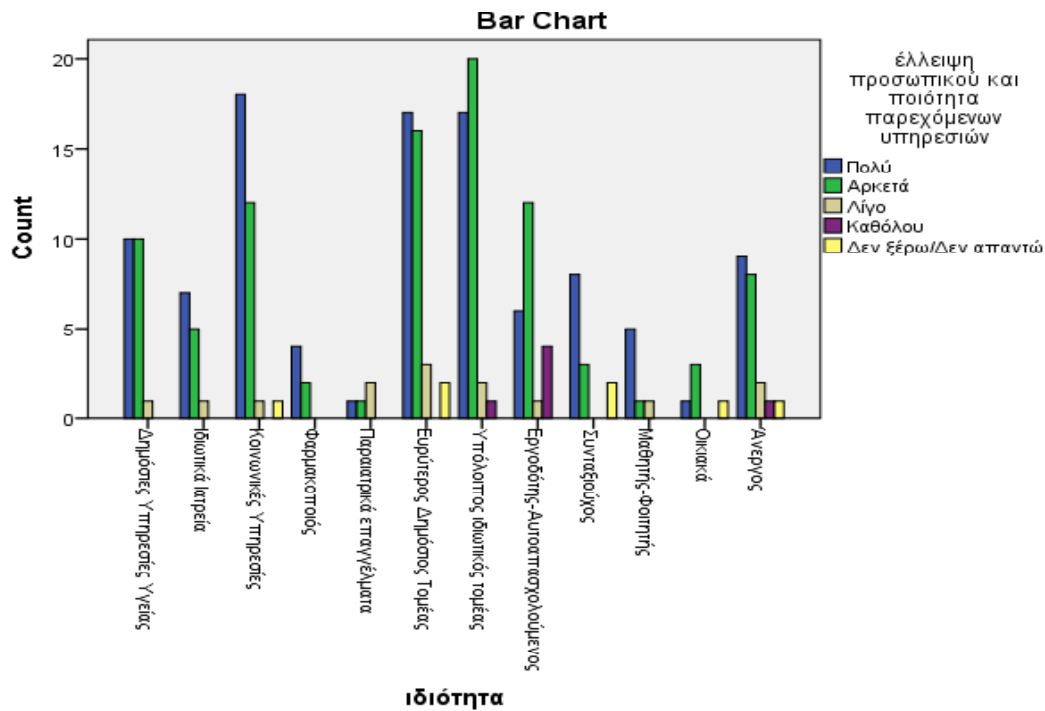
**Crosstab**

			έλλειψη προσωπικού και ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών					Total
			Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
ιδιότητα	Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας	Count	10	10	1	0	0	21
		% of Total	4,5%	4,5%	0,4%	0,0%	0,0%	9,4%
	Ιδιωτικά Ιατρεία	Count	7	5	1	0	0	13
		% of Total	3,1%	2,2%	0,4%	0,0%	0,0%	5,8%
	Κοινωνικές Υπηρεσίες	Count	18	12	1	0	1	32
		% of Total	8,1%	5,4%	0,4%	0,0%	0,4%	14,3%
	Φαρμακοποιοί	Count	4	2	0	0	0	6
		% of Total	1,8%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%
	Παραϊατρικά επαγγέλματα	Count	1	1	2	0	0	4
		% of Total	0,4%	0,4%	0,9%	0,0%	0,0%	1,8%
	Ευρύτερος Δημόσιος Τομέας	Count	17	16	3	0	2	38
		% of Total	7,6%	7,2%	1,3%	0,0%	0,9%	17,0%
	Υπόλοιπος ιδιωτικός τομέας	Count	17	20	2	1	0	40
		% of Total	7,6%	9,0%	0,9%	0,4%	0,0%	17,9%
	Εργοδότης-Αυτοαπασχολούμενος	Count	6	12	1	4	0	23
		% of Total	2,7%	5,4%	0,4%	1,8%	0,0%	10,3%
Συνταξιούχος	Count	8	3	0	0	2	13	
	% of Total	3,6%	1,3%	0,0%	0,0%	0,9%	5,8%	
Μαθητής-Φοιτητής	Count	5	1	1	0	0	7	
	% of Total	2,2%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	3,1%	
Οικιακά	Count	1	3	0	0	1	5	
	% of Total	0,4%	1,3%	0,0%	0,0%	0,4%	2,2%	
Άνεργος	Count	9	8	2	1	1	21	
	% of Total	4,0%	3,6%	0,9%	0,4%	0,4%	9,4%	
Total	Count	103	93	14	6	7	223	
	% of Total	46,2%	41,7%	6,3%	2,7%	3,1%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	64,539 <sup>a</sup>	44	,023
Likelihood Ratio	50,750	44	,225
Linear-by-Linear Association	4,692	1	,030
N of Valid Cases	223		

a. 44 cells (73,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι  $64,539^a$  και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=44$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $55,76 < 64,539^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,023 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή για το αν η έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σχετίζεται με την ιδιότητα (επαγγελματική) του υποκειμένου.

Το συμπέρασμα αυτό γίνεται αποδεκτό με επιφύλαξη διότι 44 κελιά (73,3 %) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

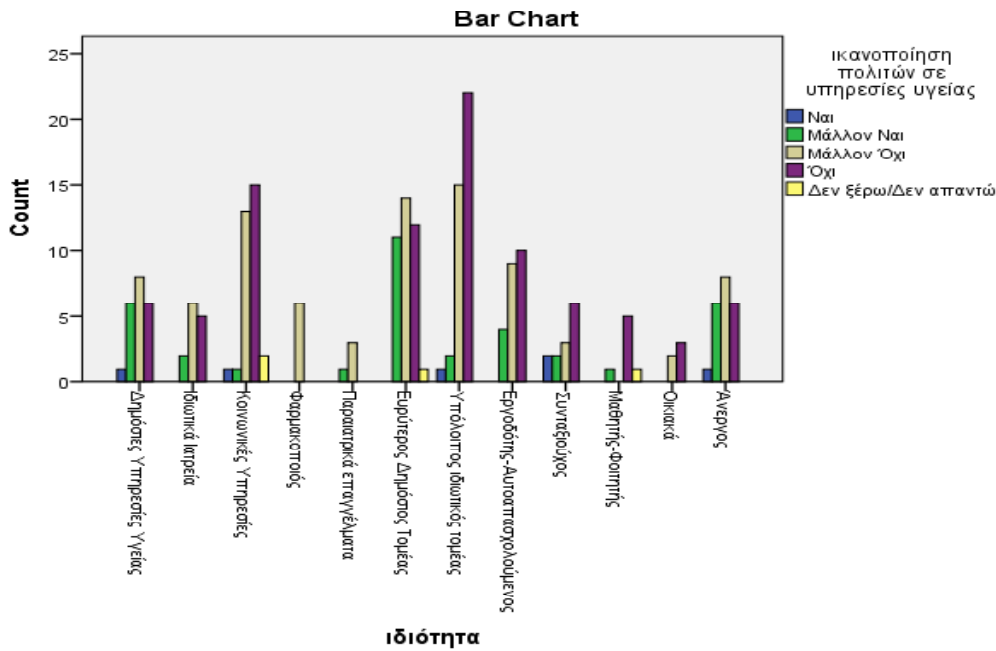
**Crosstab**

			ικανοποίηση πολιτών σε υπηρεσίες υγείας					Total
			Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
ιδιότητα	Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας	Count	1	6	8	6	0	21
		% of Total	0,4%	2,7%	3,6%	2,7%	0,0%	9,4%
	Ιδιωτικά Ιατρεία	Count	0	2	6	5	0	13
		% of Total	0,0%	0,9%	2,7%	2,2%	0,0%	5,8%
	Κοινωνικές Υπηρεσίες	Count	1	1	13	15	2	32
		% of Total	0,4%	0,4%	5,8%	6,7%	0,9%	14,3%
	Φαρμακοποιοίς	Count	0	0	6	0	0	6
		% of Total	0,0%	0,0%	2,7%	0,0%	0,0%	2,7%
	Παραϊατρικά επαγγέλματα	Count	0	1	3	0	0	4
		% of Total	0,0%	0,4%	1,3%	0,0%	0,0%	1,8%
	Ευρύτερος Δημόσιος Τομέας	Count	0	11	14	12	1	38
		% of Total	0,0%	4,9%	6,3%	5,4%	0,4%	17,0%
	Υπόλοιπος ιδιωτικός τομέας	Count	1	2	15	22	0	40
		% of Total	0,4%	0,9%	6,7%	9,9%	0,0%	17,9%
	Εργοδότης-Αυτοαπασχολούμενος	Count	0	4	9	10	0	23
		% of Total	0,0%	1,8%	4,0%	4,5%	0,0%	10,3%
	Συνταξιούχος	Count	2	2	3	6	0	13
		% of Total	0,9%	0,9%	1,3%	2,7%	0,0%	5,8%
	Μαθητής-Φοιτητής	Count	0	1	0	5	1	7
		% of Total	0,0%	0,4%	0,0%	2,2%	0,4%	3,1%
Οικιακά	Count	0	0	2	3	0	5	
	% of Total	0,0%	0,0%	0,9%	1,3%	0,0%	2,2%	
Άνεργος	Count	1	6	8	6	0	21	
	% of Total	0,4%	2,7%	3,6%	2,7%	0,0%	9,4%	
Total	Count	6	36	87	90	4	223	
	% of Total	2,7%	16,1%	39,0%	40,4%	1,8%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	61,689 <sup>a</sup>	44	,040
Likelihood Ratio	65,111	44	,021
Linear-by-Linear Association	,000	1	,997
N of Valid Cases	223		

a. 41 cells (68,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι  $61,689^a$  και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=44$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $55,76 < 61,689^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,04 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή για το αν οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με την ιδιότητα (επαγγελματική) του υποκειμένου.

Το συμπέρασμα αυτό γίνεται αποδεκτό με επιφύλαξη διότι 41 κελιά (68,3 %) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



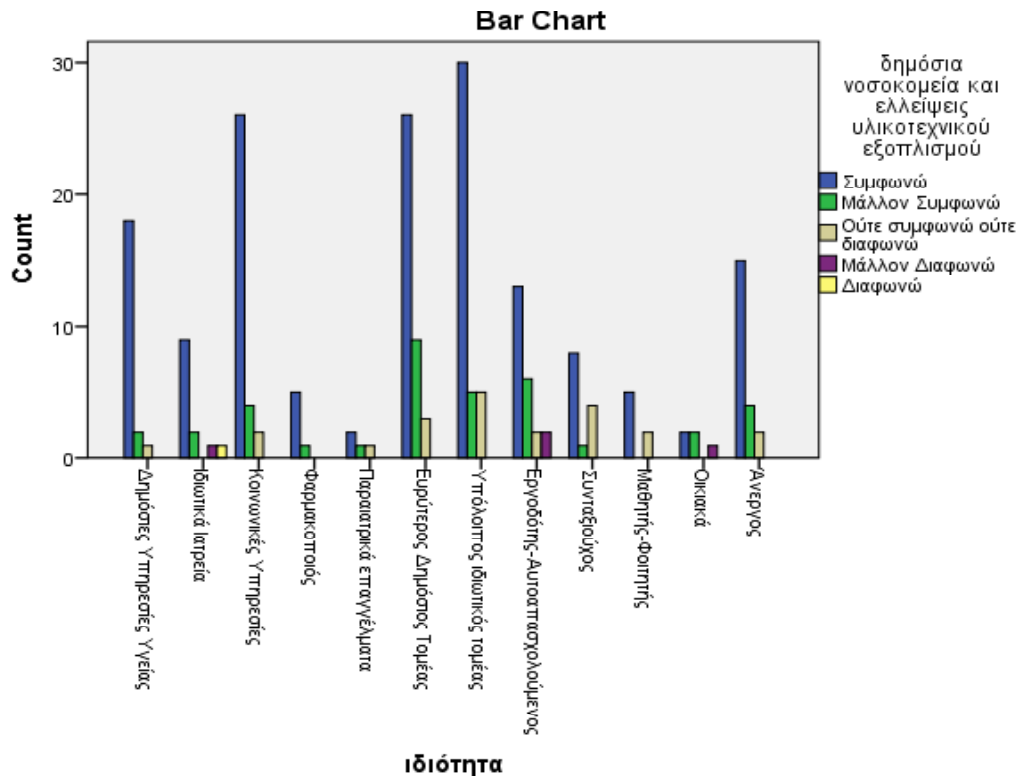
**Crosstab**

			δημόσια νοσοκομεία και ελλείψεις υλικοτεχνικού εξοπλισμού					Total
			Συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Διαφωνώ	
ιδιότητα	Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας	Count	18	2	1	0	0	21
		% of Total	8,1%	0,9%	0,4%	0,0%	0,0%	9,4%
	Ιδιωτικά Ιατρεία	Count	9	2	0	1	1	13
		% of Total	4,0%	0,9%	0,0%	0,4%	0,4%	5,8%
	Κοινωνικές Υπηρεσίες	Count	26	4	2	0	0	32
		% of Total	11,7%	1,8%	0,9%	0,0%	0,0%	14,3%
	Φαρμακοποιοί	Count	5	1	0	0	0	6
		% of Total	2,2%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%
	Παραϊατρικά επαγγέλματα	Count	2	1	1	0	0	4
		% of Total	0,9%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	1,8%
	Ευρύτερος Δημόσιος Τομέας	Count	26	9	3	0	0	38
		% of Total	11,7%	4,0%	1,3%	0,0%	0,0%	17,0%
	Υπόλοιπος ιδιωτικός τομέας	Count	30	5	5	0	0	40
		% of Total	13,5%	2,2%	2,2%	0,0%	0,0%	17,9%
	Εργοδότης-Αυτοαπασχολούμενος	Count	13	6	2	2	0	23
		% of Total	5,8%	2,7%	0,9%	0,9%	0,0%	10,3%
	Συνταξιούχος	Count	8	1	4	0	0	13
		% of Total	3,6%	0,4%	1,8%	0,0%	0,0%	5,8%
	Μαθητής-Φοιτητής	Count	5	0	2	0	0	7
		% of Total	2,2%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	3,1%
	Οικιακά	Count	2	2	0	1	0	5
		% of Total	0,9%	0,9%	0,0%	0,4%	0,0%	2,2%
	Άνεργος	Count	15	4	2	0	0	21
		% of Total	6,7%	1,8%	0,9%	0,0%	0,0%	9,4%
Total	Count	159	37	22	4	1	223	
	% of Total	71,3%	16,6%	9,9%	1,8%	0,4%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	60,848 <sup>a</sup>	44	,047
Likelihood Ratio	43,466	44	,494
Linear-by-Linear Association	2,839	1	,092
N of Valid Cases	223		

a. 49 cells (81,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι  $60,848^a$  και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=44$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $55,76 < 60,848^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,047 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή για το αν στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό σχετίζεται με την ιδιότητα (επαγγελματική) του υποκειμένου.

Το συμπέρασμα αυτό γίνεται αποδεκτό χωρίς επιφύλαξη διότι 49 κελιά (81,7 %) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

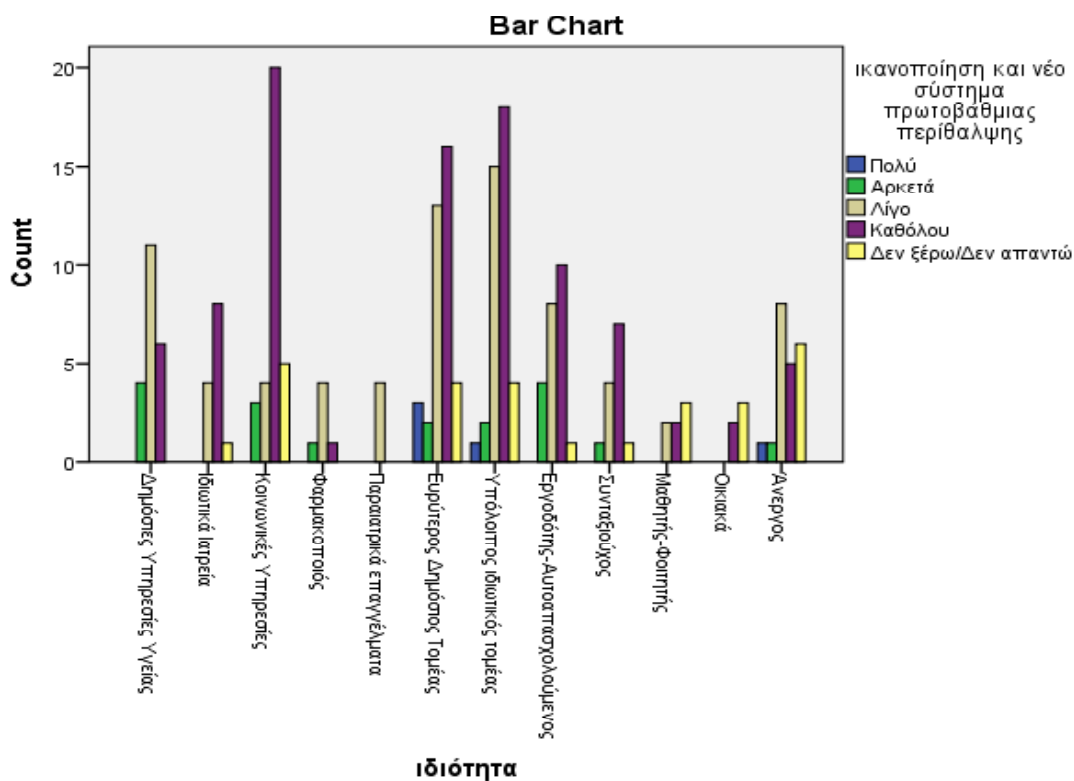
**Crosstab**

			ικανοποίηση και νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης					Total
			Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
ιδιότητα	Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας	Count	0	4	11	6	0	21
		% of Total	0,0%	1,8%	4,9%	2,7%	0,0%	9,4%
	Ιδιωτικά Ιατρεία	Count	0	0	4	8	1	13
		% of Total	0,0%	0,0%	1,8%	3,6%	0,4%	5,8%
	Κοινωνικές Υπηρεσίες	Count	0	3	4	20	5	32
		% of Total	0,0%	1,3%	1,8%	9,0%	2,2%	14,3%
	Φαρμακοποιός	Count	0	1	4	1	0	6
		% of Total	0,0%	0,4%	1,8%	0,4%	0,0%	2,7%
	Παραϊατρικά επαγγέλματα	Count	0	0	4	0	0	4
		% of Total	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	1,8%
	Ευρύτερος Δημόσιος Τομέας	Count	3	2	13	16	4	38
		% of Total	1,3%	0,9%	5,8%	7,2%	1,8%	17,0%
	Υπόλοιπος ιδιωτικός τομέας	Count	1	2	15	18	4	40
		% of Total	0,4%	0,9%	6,7%	8,1%	1,8%	17,9%
	Εργοδότης-Αυτοαπασχολούμενος	Count	0	4	8	10	1	23
		% of Total	0,0%	1,8%	3,6%	4,5%	0,4%	10,3%
	Συνταξιούχος	Count	0	1	4	7	1	13
		% of Total	0,0%	0,4%	1,8%	3,1%	0,4%	5,8%
	Μαθητής-Φοιτητής	Count	0	0	2	2	3	7
		% of Total	0,0%	0,0%	0,9%	0,9%	1,3%	3,1%
Οικιακά	Count	0	0	0	2	3	5	
	% of Total	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	1,3%	2,2%	
Άνεργος	Count	1	1	8	5	6	21	
	% of Total	0,4%	0,4%	3,6%	2,2%	2,7%	9,4%	
Total	Count	5	18	77	95	28	223	
	% of Total	2,2%	8,1%	34,5%	42,6%	12,6%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	68,546 <sup>a</sup>	44	,010
Likelihood Ratio	69,643	44	,008
Linear-by-Linear Association	2,513	1	,113
N of Valid Cases	223		

a. 45 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,09.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι  $68,546^a$  και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=44$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $55,76 < 68,546^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,01 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή για το αν οι πολίτες αισθάνονται ικανοποίηση για τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης σχετίζεται με την ιδιότητα (επαγγελματική) του υποκειμένου.

Το συμπέρασμα αυτό είναι αξιόπιστο διότι 45 κελιά (75 %) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

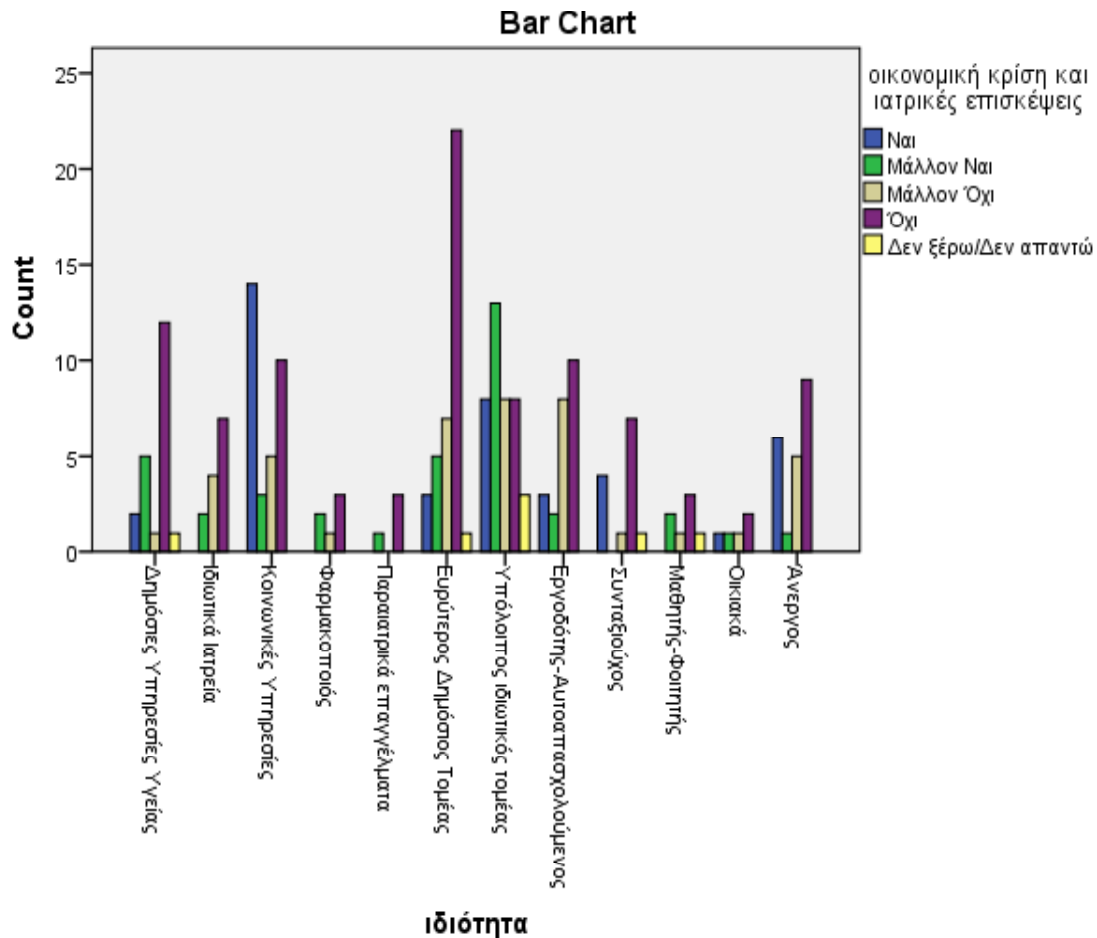
**Crosstab**

			οικονομική κρίση και ιατρικές επισκέψεις					Total
			Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
ιδιότητα	Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας	Count	2	5	1	12	1	21
		% of Total	0,9%	2,2%	0,4%	5,4%	0,4%	9,4%
	Ιδιωτικά Ιατρεία	Count	0	2	4	7	0	13
		% of Total	0,0%	0,9%	1,8%	3,1%	0,0%	5,8%
	Κοινωνικές Υπηρεσίες	Count	14	3	5	10	0	32
		% of Total	6,3%	1,3%	2,2%	4,5%	0,0%	14,3%
	Φαρμακοποιοί	Count	0	2	1	3	0	6
		% of Total	0,0%	0,9%	0,4%	1,3%	0,0%	2,7%
	Παραϊατρικά επαγγέλματα	Count	0	1	0	3	0	4
		% of Total	0,0%	0,4%	0,0%	1,3%	0,0%	1,8%
	Ευρύτερος Δημόσιος Τομέας	Count	3	5	7	22	1	38
		% of Total	1,3%	2,2%	3,1%	9,9%	0,4%	17,0%
	Υπόλοιπος ιδιωτικός τομέας	Count	8	13	8	8	3	40
		% of Total	3,6%	5,8%	3,6%	3,6%	1,3%	17,9%
	Εργοδότης-Αυτοαπασχολούμενος	Count	3	2	8	10	0	23
		% of Total	1,3%	0,9%	3,6%	4,5%	0,0%	10,3%
	Συνταξιούχος	Count	4	0	1	7	1	13
		% of Total	1,8%	0,0%	0,4%	3,1%	0,4%	5,8%
	Μαθητής-Φοιτητής	Count	0	2	1	3	1	7
		% of Total	0,0%	0,9%	0,4%	1,3%	0,4%	3,1%
Οικιακά	Count	1	1	1	2	0	5	
	% of Total	0,4%	0,4%	0,4%	0,9%	0,0%	2,2%	
Άνεργος	Count	6	1	5	9	0	21	
	% of Total	2,7%	0,4%	2,2%	4,0%	0,0%	9,4%	
Total	Count	41	37	42	96	7	223	
	% of Total	18,4%	16,6%	18,8%	43,0%	3,1%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	65,867 <sup>a</sup>	44	,018
Likelihood Ratio	73,192	44	,004
Linear-by-Linear Association	,028	1	,868
N of Valid Cases	223		

a. 43 cells (71,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι  $65,867^a$  και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=44$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $55,76 < 65,867^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,018 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή για το αν οι ερωτηθέντες έχουν αυξήσει τις επισκέψεις τους σε υπηρεσίες υγείας λόγω των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης σχετίζεται με την ιδιότητα (επαγγελματική) του υποκειμένου.

Το συμπέρασμα αυτό καλό είναι να ερμηνευθεί με επιφύλαξη διότι 43 κελιά (71,7 %) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

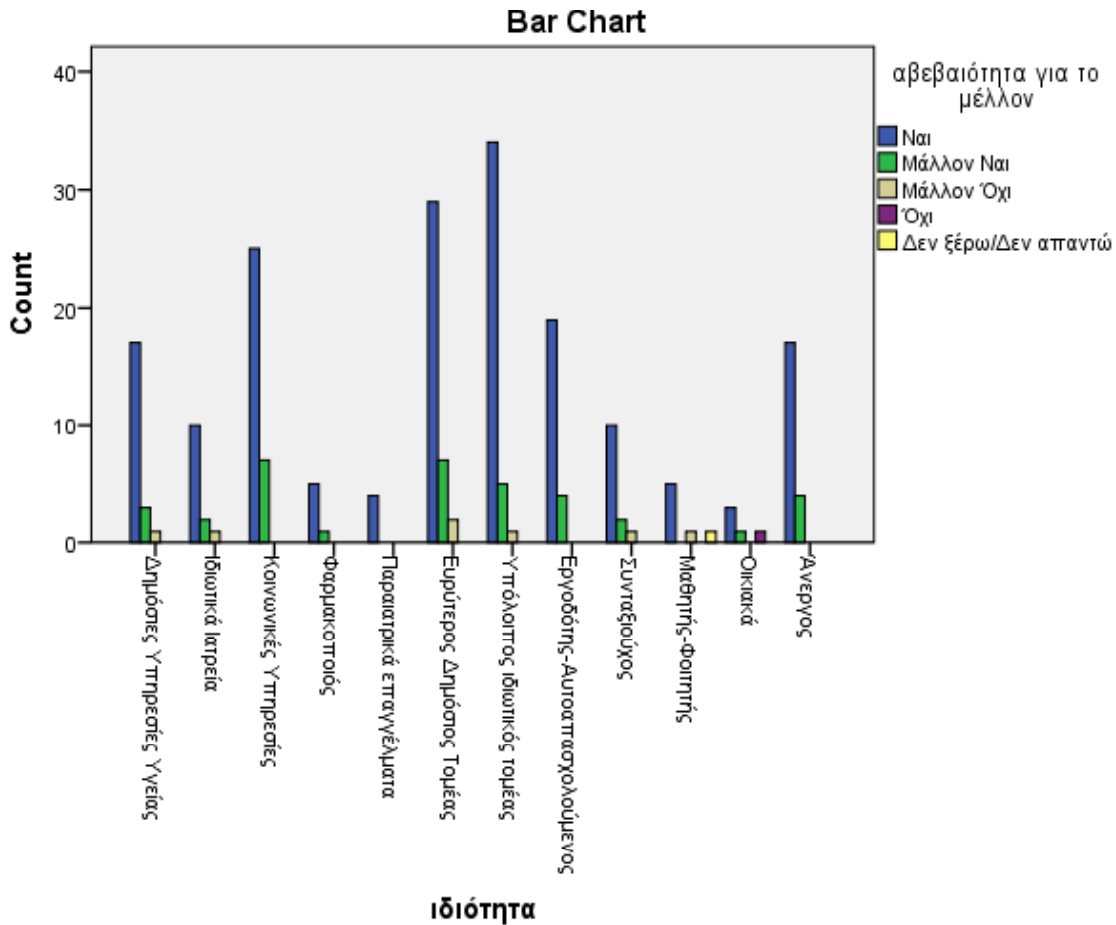
**Crosstab**

			αβεβαιότητα για το μέλλον					Total
			Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
ιδιότητα	Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας	Count	17	3	1	0	0	21
		% of Total	7,6%	1,3%	0,4%	0,0%	0,0%	9,4%
	Ιδιωτικά Ιατρεία	Count	10	2	1	0	0	13
		% of Total	4,5%	0,9%	0,4%	0,0%	0,0%	5,8%
	Κοινωνικές Υπηρεσίες	Count	25	7	0	0	0	32
		% of Total	11,2%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%
	Φαρμακοποιός	Count	5	1	0	0	0	6
		% of Total	2,2%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%
	Παραϊατρικά επαγγέλματα	Count	4	0	0	0	0	4
		% of Total	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%
	Ευρύτερος Δημόσιος Τομέας	Count	29	7	2	0	0	38
		% of Total	13,0%	3,1%	0,9%	0,0%	0,0%	17,0%
	Υπόλοιπος ιδιωτικός τομέας	Count	34	5	1	0	0	40
		% of Total	15,2%	2,2%	0,4%	0,0%	0,0%	17,9%
	Εργοδότης-Αυτοαπασχολούμενος	Count	19	4	0	0	0	23
		% of Total	8,5%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	10,3%
	Συνταξιούχος	Count	10	2	1	0	0	13
		% of Total	4,5%	0,9%	0,4%	0,0%	0,0%	5,8%
	Μαθητής-Φοιτητής	Count	5	0	1	0	1	7
		% of Total	2,2%	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%	3,1%
Οικιακά	Count	3	1	0	1	0	5	
	% of Total	1,3%	0,4%	0,0%	0,4%	0,0%	2,2%	
Άνεργος	Count	17	4	0	0	0	21	
	% of Total	7,6%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	9,4%	
Total	Count	178	36	7	1	1	223	
	% of Total	79,8%	16,1%	3,1%	0,4%	0,4%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	86,469 <sup>a</sup>	44	,000
Likelihood Ratio	29,206	44	,958
Linear-by-Linear Association	,635	1	,426
N of Valid Cases	223		

a. 48 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι  $86,469^a$  και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=44$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $55,76 < 86,469^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,000 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή για το αν οι ερωτηθέντες νιώθουν αβεβαιότητα και άγχος για το μέλλον λόγω της ρευστής κατάστασης που επικρατεί στη χώρα μας σχετίζεται με την ιδιότητα (επαγγελματική) του υποκειμένου.

Το συμπέρασμα αυτό είναι αξιόπιστο διότι 48 κελιά (80%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



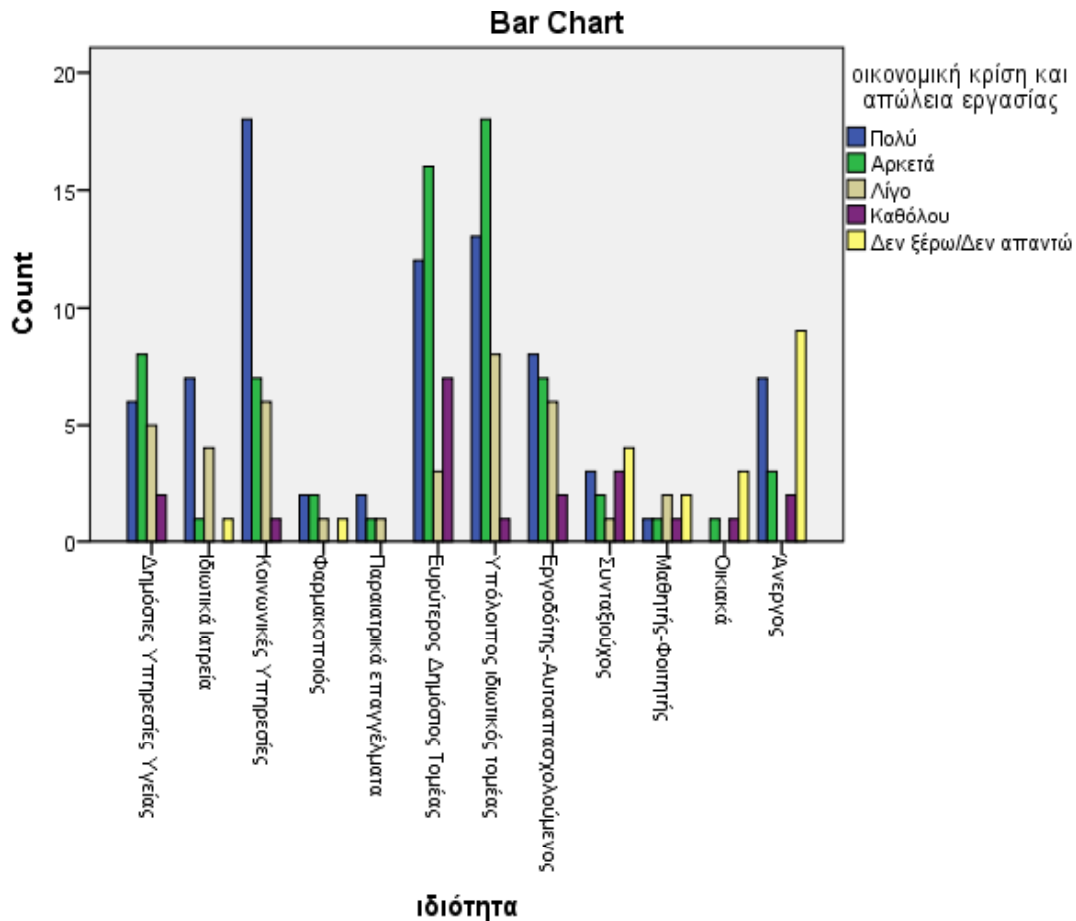
**Crosstab**

			οικονομική κρίση και απώλεια εργασίας					Total
			Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
ιδιότητα	Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας	Count	6	8	5	2	0	21
		% of Total	2,7%	3,6%	2,2%	0,9%	0,0%	9,4%
	Ιδιωτικά Ιατρεία	Count	7	1	4	0	1	13
		% of Total	3,1%	0,4%	1,8%	0,0%	0,4%	5,8%
	Κοινωνικές Υπηρεσίες	Count	18	7	6	1	0	32
		% of Total	8,1%	3,1%	2,7%	0,4%	0,0%	14,3%
	Φαρμακοποιός	Count	2	2	1	0	1	6
		% of Total	0,9%	0,9%	0,4%	0,0%	0,4%	2,7%
	Παραϊατρικά επαγγέλματα	Count	2	1	1	0	0	4
		% of Total	0,9%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	1,8%
	Ευρύτερος Δημόσιος Τομέας	Count	12	16	3	7	0	38
		% of Total	5,4%	7,2%	1,3%	3,1%	0,0%	17,0%
	Υπόλοιπος ιδιωτικός τομέας	Count	13	18	8	1	0	40
		% of Total	5,8%	8,1%	3,6%	0,4%	0,0%	17,9%
	Εργοδότης-Αυτοαπασχολούμενος	Count	8	7	6	2	0	23
		% of Total	3,6%	3,1%	2,7%	0,9%	0,0%	10,3%
	Συνταξιούχος	Count	3	2	1	3	4	13
		% of Total	1,3%	0,9%	0,4%	1,3%	1,8%	5,8%
	Μαθητής-Φοιτητής	Count	1	1	2	1	2	7
		% of Total	0,4%	0,4%	0,9%	0,4%	0,9%	3,1%
	Οικιακά	Count	0	1	0	1	3	5
		% of Total	0,0%	0,4%	0,0%	0,4%	1,3%	2,2%
	Άνεργος	Count	7	3	0	2	9	21
		% of Total	3,1%	1,3%	0,0%	0,9%	4,0%	9,4%
Total	Count	79	67	37	20	20	223	
	% of Total	35,4%	30,0%	16,6%	9,0%	9,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	110,716 <sup>a</sup>	44	,000
Likelihood Ratio	107,701	44	,000
Linear-by-Linear Association	22,152	1	,000
N of Valid Cases	223		

a. 45 cells (75,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι  $110,716^a$  και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=44$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $55,76 < 110,716^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,000 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή για το αν οι ερωτηθέντες νιώθουν φόβο μήπως χάσουν τη δουλειά τους εξαιτίας της οικονομικής κρίσης σχετίζεται με την ιδιότητα (επαγγελματική) του υποκειμένου.

Το συμπέρασμα αυτό είναι αξιόπιστο διότι 45 κελιά (75%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

## Κατηγορία

Crosstab

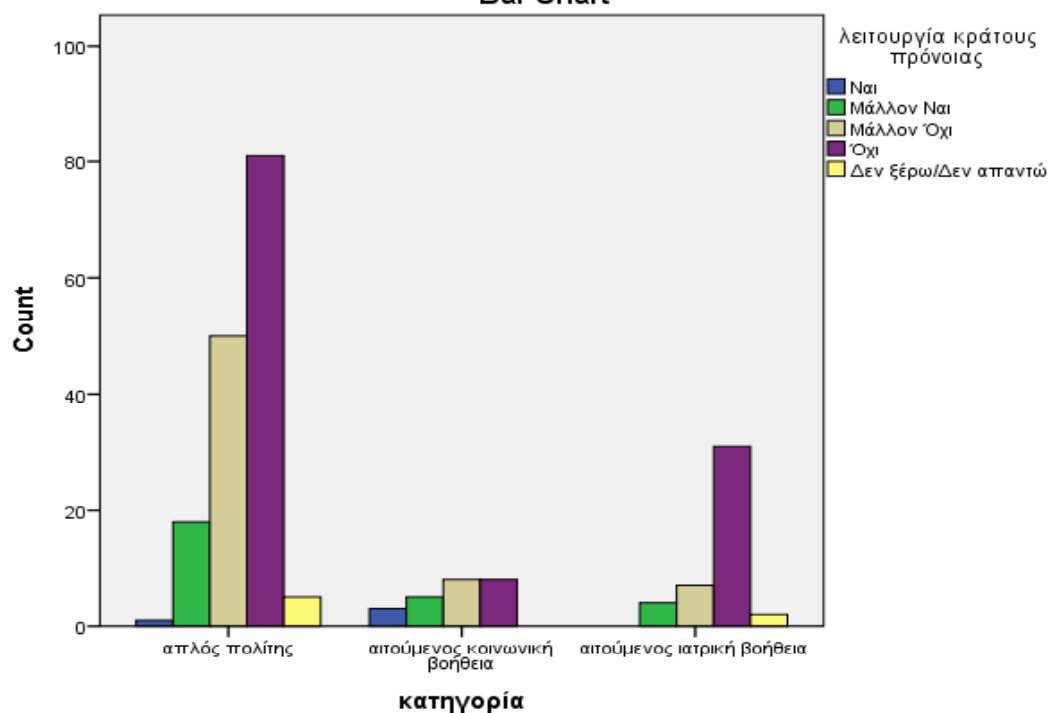
			Λειτουργία κράτους πρόνοιας					Total
			Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
κατηγορία	απλός πολίτης	Count	1	18	50	81	5	155
		% of Total	0,4%	8,1%	22,4%	36,3%	2,2%	69,5%
	αιτούμενος κοινωνική βοήθεια	Count	3	5	8	8	0	24
		% of Total	1,3%	2,2%	3,6%	3,6%	0,0%	10,8%
	αιτούμενος ιατρική βοήθεια	Count	0	4	7	31	2	44
		% of Total	0,0%	1,8%	3,1%	13,9%	0,9%	19,7%
Total		Count	4	27	65	120	7	223
		% of Total	1,8%	12,1%	29,1%	53,8%	3,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,681 <sup>a</sup>	8	,001
Likelihood Ratio	21,097	8	,007
Linear-by-Linear Association	,904	1	,342
N of Valid Cases	223		

a. 7 cells (46,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,43.

Bar Chart



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 27,681<sup>a</sup> και οι βαθμοί ελευθερίας είναι df=8. Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι 15.51 < 27,681<sup>a</sup> (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί 0,001 < 0,05), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή για το αν οι ερωτηθέντες πιστεύουν πως το κράτος πρόνοιας λειτουργεί ικανοποιητική στη χώρα μας σχετίζεται με την κατηγορία του υποκειμένου (κοινωνικό αίτημα, ιατρικό αίτημα, τίποτα από τα δύο).

Το συμπέρασμα αυτό καλό είναι να ερμηνευθεί με επιφύλαξη διότι 7 κελιά (46,7%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

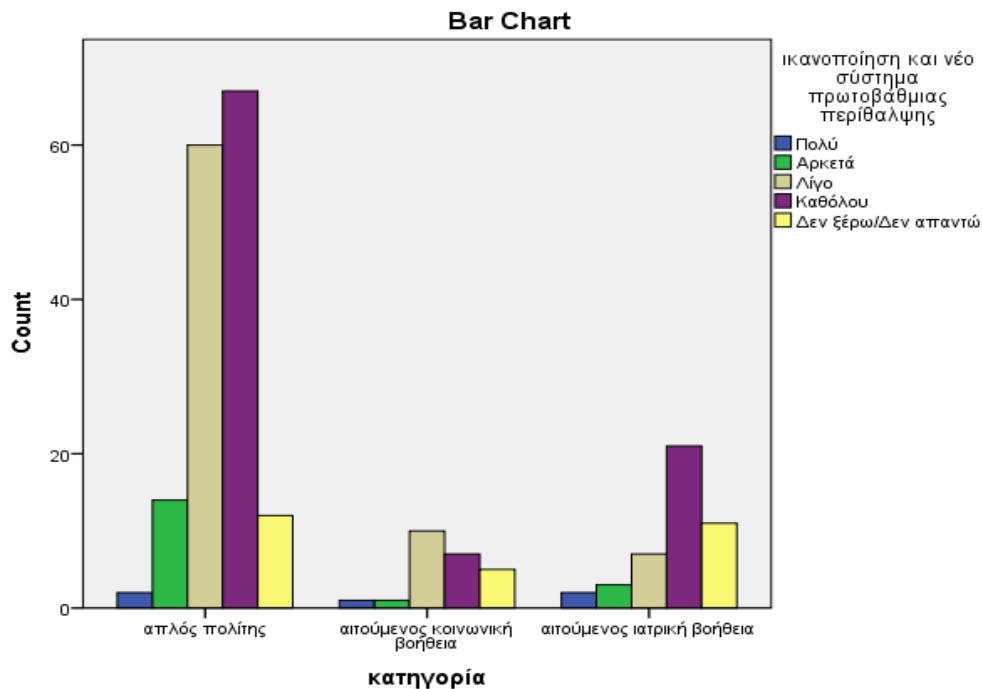
**Crosstab**

			ικανοποίηση και νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης					Total
			Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
κατηγορία	απλός πολίτης	Count	2	14	60	67	12	155
		% of Total	0,9%	6,3%	26,9%	30,0%	5,4%	69,5%
	αιτούμενος κοινωνική βοήθεια	Count	1	1	10	7	5	24
		% of Total	0,4%	0,4%	4,5%	3,1%	2,2%	10,8%
	αιτούμενος ιατρική βοήθεια	Count	2	3	7	21	11	44
		% of Total	0,9%	1,3%	3,1%	9,4%	4,9%	19,7%
Total		Count	5	18	77	95	28	223
		% of Total	2,2%	8,1%	34,5%	42,6%	12,6%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	19,236 <sup>a</sup>	8	,014
Likelihood Ratio	19,321	8	,013
Linear-by-Linear Association	5,116	1	,024
N of Valid Cases	223		

a. 6 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,54.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι  $19,236^a$  και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=8$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $15,51 < 19,236^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,014 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή για το αν οι πολίτες αισθάνονται ικανοποίηση για τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης σχετίζεται με την με την κατηγορία του υποκειμένου (κοινωνικό αίτημα, ιατρικό αίτημα, τίποτα από τα δύο).

Το συμπέρασμα αυτό καλό είναι να ερμηνευθεί με επιφύλαξη διότι 6 κελιά (40%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

**Crosstab**

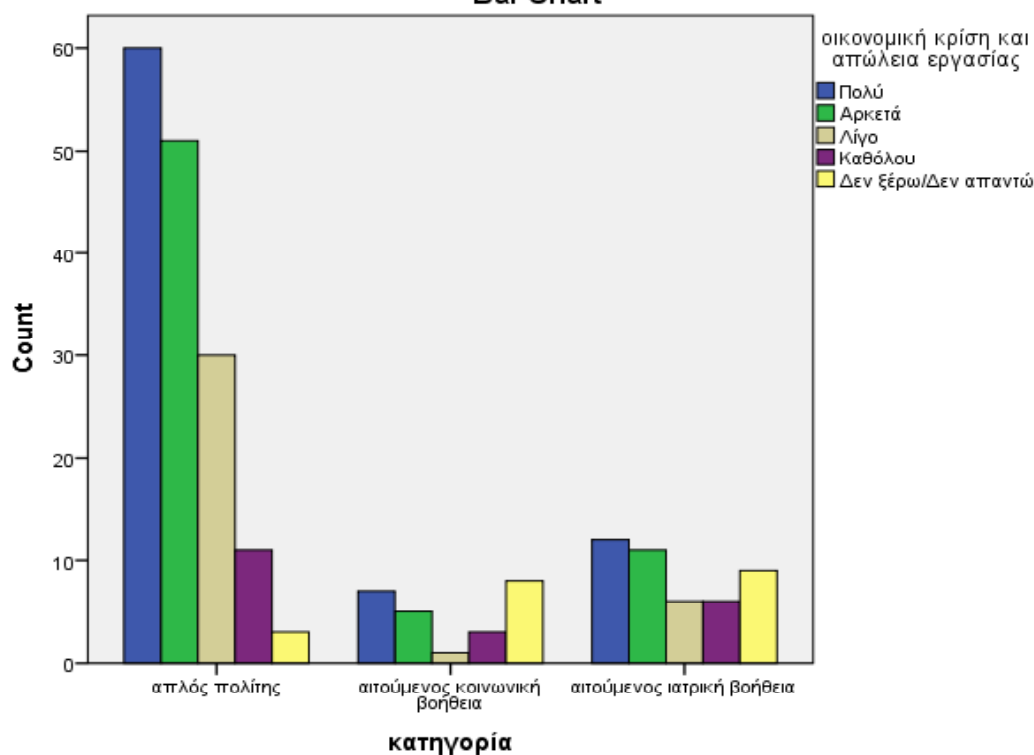
			οικονομική κρίση και απώλεια εργασίας					Total
			Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
κατηγορία	απλός πολίτης	Count	60	51	30	11	3	155
		% of Total	26,9%	22,9%	13,5%	4,9%	1,3%	69,5%
	αιτούμενος κοινωνική βοήθεια	Count	7	5	1	3	8	24
		% of Total	3,1%	2,2%	0,4%	1,3%	3,6%	10,8%
	αιτούμενος ιατρική βοήθεια	Count	12	11	6	6	9	44
		% of Total	5,4%	4,9%	2,7%	2,7%	4,0%	19,7%
Total		Count	79	67	37	20	20	223
		% of Total	35,4%	30,0%	16,6%	9,0%	9,0%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	39,128 <sup>a</sup>	8	,000
Likelihood Ratio	35,842	8	,000
Linear-by-Linear Association	15,854	1	,000
N of Valid Cases	223		

a. 5 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,15.

**Bar Chart**



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 39,128<sup>a</sup> και οι βαθμοί ελευθερίας είναι df=8. Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι 15,51 < 39,128<sup>a</sup> (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί 0,000 < 0,05), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή για το αν οι ερωτηθέντες νιώθουν φόβο μήπως χάσουν τη δουλειά τους εξαιτίας της οικονομικής κρίσης σχετίζεται με την κατηγορία του υποκειμένου (κοινωνικό αίτημα, ιατρικό αίτημα, τίποτα από τα δύο).

Το συμπέρασμα αυτό καλό είναι να ερμηνευθεί με επιφύλαξη διότι 5 κελιά (33,3 %) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

### Μηνιαίο εισόδημα

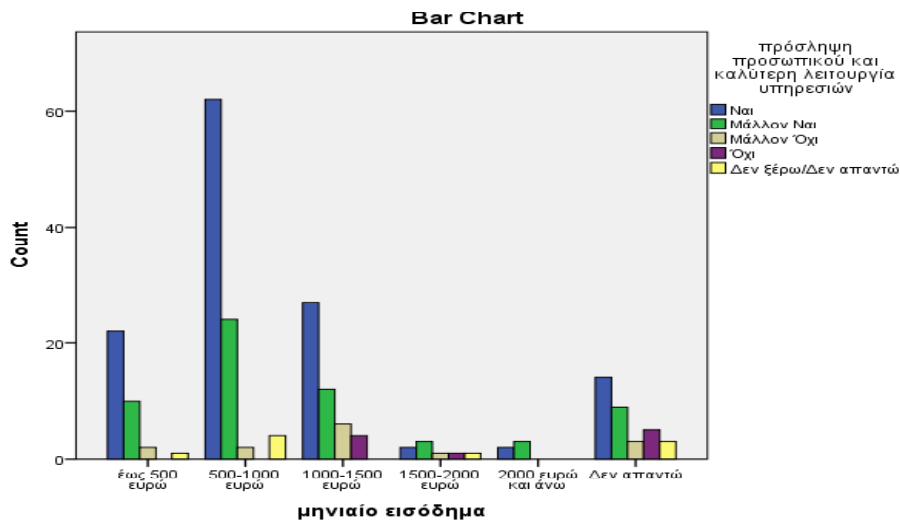
**Crosstab**

			πρόσληψη προσωπικού και καλύτερη λειτουργία υπηρεσιών					Total
			Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
μηνιαίο εισόδημα	έως 500 ευρώ	Count	22	10	2	0	1	35
		% of Total	9,9%	4,5%	0,9%	0,0%	0,4%	15,7%
	500-1000 ευρώ	Count	62	24	2	0	4	92
		% of Total	27,8%	10,8%	0,9%	0,0%	1,8%	41,3%
	1000-1500 ευρώ	Count	27	12	6	4	0	49
		% of Total	12,1%	5,4%	2,7%	1,8%	0,0%	22,0%
	1500-2000 ευρώ	Count	2	3	1	1	1	8
		% of Total	0,9%	1,3%	0,4%	0,4%	0,4%	3,6%
	2000 ευρώ και άνω	Count	2	3	0	0	0	5
		% of Total	0,9%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%
	Δεν απαντώ	Count	14	9	3	5	3	34
		% of Total	6,3%	4,0%	1,3%	2,2%	1,3%	15,2%
Total		Count	129	61	14	10	9	223
		% of Total	57,8%	27,4%	6,3%	4,5%	4,0%	100,0%

### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,106 <sup>a</sup>	20	,015
Likelihood Ratio	39,964	20	,005
Linear-by-Linear Association	14,202	1	,000
N of Valid Cases	223		

a. 21 cells (70,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,20.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι  $36,106^a$  και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=20$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $31,41 < 36,106^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,015 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή πως η άποψη για την πρόσληψη νέου προσωπικού στις διάφορες υπηρεσίες για την καλύτερη λειτουργία τους σχετίζεται με το μηνιαίο εισόδημα του υποκειμένου.

Το συμπέρασμα αυτό πρέπει να ερμηνευθεί με επιφύλαξη διότι 21 κελιά (70%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.



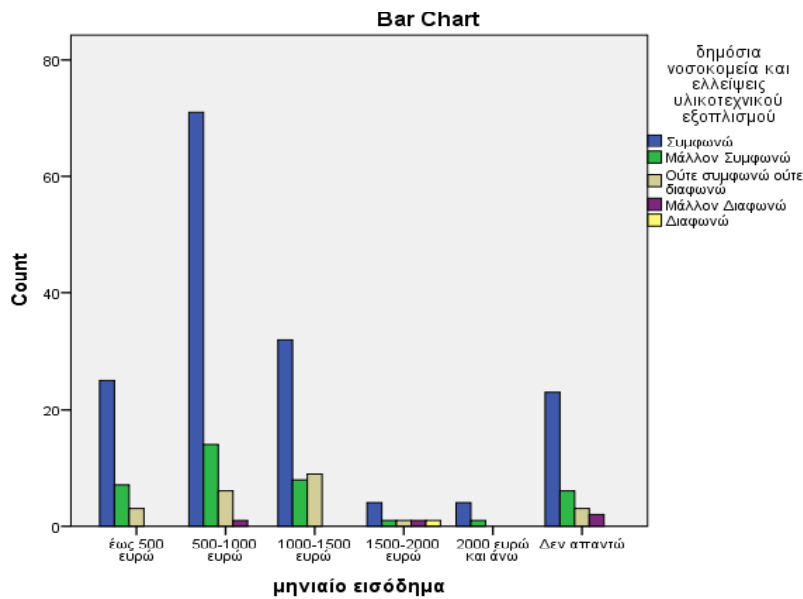
**Crosstab**

			δημόσια νοσοκομεία και ελλείψεις υλικοτεχνικού εξοπλισμού					Total
			Συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Διαφωνώ	
μηνιαίο εισόδημα	έως 500 ευρώ	Count	25	7	3	0	0	35
		% of Total	11,2%	3,1%	1,3%	0,0%	0,0%	15,7%
	500-1000 ευρώ	Count	71	14	6	1	0	92
		% of Total	31,8%	6,3%	2,7%	0,4%	0,0%	41,3%
	1000-1500 ευρώ	Count	32	8	9	0	0	49
		% of Total	14,3%	3,6%	4,0%	0,0%	0,0%	22,0%
	1500-2000 ευρώ	Count	4	1	1	1	1	8
		% of Total	1,8%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	3,6%
2000 ευρώ και άνω	Count	4	1	0	0	0	5	
	% of Total	1,8%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	
Δεν απαντώ	Count	23	6	3	2	0	34	
	% of Total	10,3%	2,7%	1,3%	0,9%	0,0%	15,2%	
Total	Count	159	37	22	4	1	223	
	% of Total	71,3%	16,6%	9,9%	1,8%	0,4%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44,096 <sup>a</sup>	20	,001
Likelihood Ratio	21,324	20	,378
Linear-by-Linear Association	2,528	1	,112
N of Valid Cases	223		

a. 20 cells (66,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι  $44,096^a$  και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=20$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $31,41 < 44,096^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,001 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή για το αν στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό σχετίζεται με το μηνιαίο εισόδημα του υποκειμένου.

Το συμπέρασμα αυτό πρέπει να ερμηνευθεί με επιφύλαξη διότι 20 κελιά (66,7%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

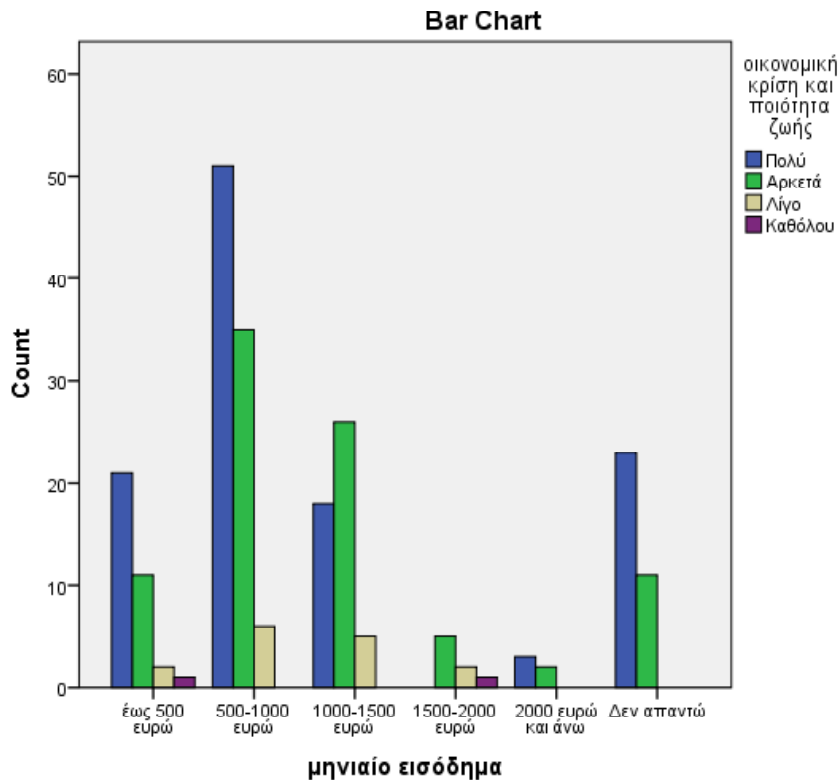
**Crosstab**

			οικονομική κρίση και ποιότητα ζωής				Total
			Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	
μηνιαίο εισόδημα	έως 500 ευρώ	Count	21	11	2	1	35
		% of Total	9,4%	4,9%	0,9%	0,4%	15,7%
	500-1000 ευρώ	Count	51	35	6	0	92
		% of Total	22,9%	15,7%	2,7%	0,0%	41,3%
	1000-1500 ευρώ	Count	18	26	5	0	49
		% of Total	8,1%	11,7%	2,2%	0,0%	22,0%
	1500-2000 ευρώ	Count	0	5	2	1	8
		% of Total	0,0%	2,2%	0,9%	0,4%	3,6%
	2000 ευρώ και άνω	Count	3	2	0	0	5
		% of Total	1,3%	0,9%	0,0%	0,0%	2,2%
	Δεν απαντώ	Count	23	11	0	0	34
		% of Total	10,3%	4,9%	0,0%	0,0%	15,2%
	Total	Count	116	90	15	2	223
		% of Total	52,0%	40,4%	6,7%	0,9%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	35,597 <sup>a</sup>	15	,002
Likelihood Ratio	32,950	15	,005
Linear-by-Linear Association	,433	1	,510
N of Valid Cases	223		

a. 15 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,04.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι  $35,597^a$  και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=15$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $20 < 35,597^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,02 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή πως η άποψη για το αν η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα ζωής και την καθημερινότητα των συμμετεχόντων σχετίζεται με το μηνιαίο εισόδημα του υποκειμένου.

Το συμπέρασμα αυτό πρέπει να ερμηνευθεί με επιφύλαξη διότι 15 κελιά (62,5%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

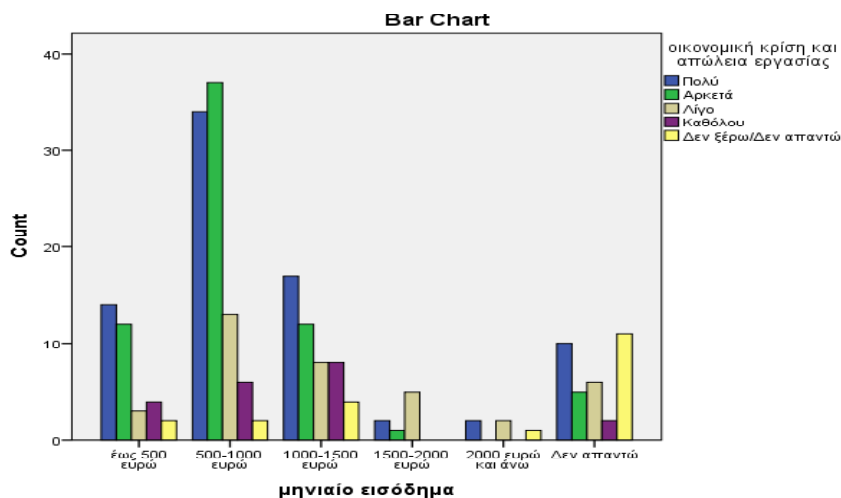
**Crosstab**

			οικονομική κρίση και απώλεια εργασίας					Total
			Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/Δεν απαντώ	
μηνιαίο εισόδημα	έως 500 ευρώ	Count	14	12	3	4	2	35
		% of Total	6,3%	5,4%	1,3%	1,8%	0,9%	15,7%
	500-1000 ευρώ	Count	34	37	13	6	2	92
		% of Total	15,2%	16,6%	5,8%	2,7%	0,9%	41,3%
	1000-1500 ευρώ	Count	17	12	8	8	4	49
		% of Total	7,6%	5,4%	3,6%	3,6%	1,8%	22,0%
	1500-2000 ευρώ	Count	2	1	5	0	0	8
% of Total		0,9%	0,4%	2,2%	0,0%	0,0%	3,6%	
2000 ευρώ και άνω	Count	2	0	2	0	1	5	
	% of Total	0,9%	0,0%	0,9%	0,0%	0,4%	2,2%	
Δεν απαντώ	Count	10	5	6	2	11	34	
	% of Total	4,5%	2,2%	2,7%	0,9%	4,9%	15,2%	
Total	Count	79	67	37	20	20	223	
	% of Total	35,4%	30,0%	16,6%	9,0%	9,0%	100,0%	

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	55,940 <sup>a</sup>	20	,000
Likelihood Ratio	48,625	20	,000
Linear-by-Linear Association	14,811	1	,000
N of Valid Cases	223		

a. 16 cells (53,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.



Η υπολογιζόμενη τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 55,940<sup>a</sup> και οι βαθμοί ελευθερίας είναι  $df=20$ . Από τον πίνακα για την κατανομή  $\chi^2$  βρίσκουμε ότι η κρίσιμη τιμή του 95% είναι  $31,41 < 55,940^a$  (άρα p-value είναι στατιστικώς σημαντικό γιατί  $0,000 < 0,05$ ), οπότε μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση (υπόθεση ανεξαρτησίας). Προκύπτει, επομένως, ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές, δηλαδή για το αν οι ερωτηθέντες νιώθουν φόβο μήπως χάσουν τη δουλειά τους εξαιτίας της οικονομικής κρίσης σχετίζεται με το μηνιαίο εισόδημα του υποκειμένου (κοινωνικό αίτημα, ιατρικό αίτημα, τίποτα από τα δύο).

Το συμπέρασμα αυτό κρίνεται σκόπιμο να ερμηνευθεί με επιφύλαξη διότι 16 κελιά (53,3%) του πίνακα συνάφειας έχει αναμενόμενη συχνότητα κάτω του 5.

Από τα παραπάνω (δηλαδή από τον αριθμό των στατιστικώς σημαντικών πινακοειδών διασταυρώσεων) προκύπτει πως το φύλο δεν φαίνεται να ασκεί σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των αντιλήψεων των ατόμων του δείγματος. Η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η κατηγορία και το μηνιαίο εισόδημα σημείωσαν κάποιο διαφοροποιητικό ρόλο στις απαντήσεις των υποκειμένων. Ωστόσο τη μεγαλύτερη συστηματική δράση φάνηκε να έχει ο παράγων ιδιότητα που φυσικά αναφέρεται στην επαγγελματική ταυτότητα των υποκειμένων. Με άλλα λόγια το επάγγελμα ή η εργασιακή σχέση του καθενός που έλαβε μέρος στην παρούσα μελέτη έπαιξε σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση κάποιων απαντήσεων. Επίσης, ως προς την ομαδοποίηση των ερωτήσεων οι παράμετροι “Οικονομική κρίση και Σύστημα Υγείας”, “Οικονομική κρίση και καθημερινότητα”, “Οικονομική κρίση και Δημόσιος Τομέας”, “Οικονομική κρίση και Υγεία” κατά φθίνουσα σειρά έχουν λάβει σε κάποιες ερωτήσεις από όλες σχεδόν τις ανεξάρτητες μεταβλητές τις περισσότερες στατιστικώς σημαντικές σχέσεις. Η παράμετρος “Οικονομική κρίση και κράτος πρόνοιας” έδωσε μόνο σε μια ερώτηση στατιστικώς σημαντική σχέση με τον παράγοντα κατηγορία.

Στη συνέχεια θα προχωρήσουμε σε στατιστική πρόβλεψη για την διερεύνηση συναφειών και αιτιωδών σχέσεων διενεργώντας Binary Logistic Regression καθώς τα δεδομένα μας είναι ποιοτικά, η εξαρτημένη μεταβλητή είναι nominal, εμπεριέχει πάνω από δύο αξίες αλλά για μεγαλύτερη αξιοπιστία θα γίνει ανακωδικοποίηση σε δύο τάξεις.

### 10.4.3. Στατιστική Πρόβλεψη

Η πρώτη παλινδρόμηση διερευνά την πρόβλεψη της ικανοποίησης όσον αφορά τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ΠΕΔΥ) που αποτελεί την εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με την ηλικία. Για μεθοδολογικούς λόγους έγινε ανακωδικοποίηση της ανεξάρτητης μεταβλητής “Ηλικία” σε δύο κατηγορίες δηλαδή “Νεαρή” και “Ωριμη” καθώς και ανακωδικοποίηση της εξαρτημένης μεταβλητής σε “Πολύ” και “Καθόλου”. Από την εφαρμογή του μοντέλου αυτού προέκυψαν τα ακόλουθα:

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
Πολύ	0
Καθόλου	1

Ο Πίνακας Dependent Variable Encoding έχει ανακωδικοποιήσει την εξαρτημένη μεταβλητή από 1,2 σε 0,1. Η αυτόματη αυτή ανακωδικοποίηση από το πρόγραμμα είναι απαραίτητη για τη λογαριθμική ανάλυση.

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	140,656 <sup>a</sup>	,004	,008

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

	Chi-square	df	Sig.
Step 1 Step	,843	1	,358
Block	,843	1	,358
Model	,843	1	,358

Το -2LL του πίνακα Model Summary είναι ο γενικός έλεγχος του λογαριθμικού μοντέλου. Όπως φαίνεται από τον πίνακα Tests of Model Coefficients το μοντέλο είναι στατιστικά ασήμαντο γιατί το  $\chi^2$  ισούται με  $\mu = 0,843$  και  $\alpha = 0,3$  που είναι μεγαλύτερο του 0,05. Ο δείκτης Nagelkerke R Square γενικώς κυμαίνεται από 0 έως 1 και στην περίπτωσή μας ισούται με 0,008 που είναι πολύ χαμηλός.

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>						
agenew	-,411	,446	,851	1	,356	,663
Constant	2,599	,691	14,165	1	,000	13,455

a. Variable(s) entered on step 1: agenew.

Το Wald Test του πίνακα Variables in the Equation ελέγχει τη σημαντικότητα της ανεξάρτητης μεταβλητής για το μοντέλο. Για τη μεταβλητή “ηλικία”: Wald=0,851 και  $\alpha=0,35$ . Άρα, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 η μεταβλητή ηλικία είναι ασήμαντη για το λογαριθμικό μοντέλο γιατί  $0,35 > 0,05$ . Συνεπώς, η μεταβολή στην ηλικία δεν επηρεάζει την αξιολόγηση του ΠΕΔΥ.

Η δεύτερη παλινδρόμηση διερευνά την πρόβλεψη της επιρροής που έχει ασκήσει η οικονομική κρίση στην ποιότητα ζωής και την καθημερινότητα του ατόμου σε σχέση με την ηλικία. Για μεθοδολογικούς λόγους, όπως προαναφέρθηκε, έγινε ανακωδικοποίηση της ανεξάρτητης μεταβλητής “Ηλικία” σε δύο κατηγορίες δηλαδή “Νεαρή” και “Ωριμη” και της εξαρτημένης σε “Πολύ” και “Καθόλου”. Από την εκτέλεση του μοντέλου αυτού προέκυψαν τα ακόλουθα:

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
Πολύ	0
Καθόλου	1

Ο Πίνακας Dependent Variable Encoding έχει ανακωδικοποιήσει την εξαρτημένη μεταβλητή από 1,2 σε 0,1. Η αυτόματη αυτή ανακωδικοποίηση από το πρόγραμμα είναι απαραίτητη για τη λογαριθμική ανάλυση.



**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	120,155 <sup>a</sup>	,000	,000

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	,029	1	,864
	Block	,029	1	,864
	Model	,029	1	,864

Το -2LL του πίνακα Model Summary είναι ο γενικός έλεγχος για τη σημαντικότητα του λογαριθμικού μοντέλου. Όπως φαίνεται από τον πίνακα Tests of Model Coefficients το μοντέλο είναι στατιστικά ασήμαντο γιατί το  $\chi^2$  ισούται με 0,029 και  $\alpha=0,86$  που είναι μεγαλύτερο του 0,05. Ο δείκτης Nagelkerke R Square μπορεί να πάρει τιμές από 0 έως 1 και στην περίπτωσή μας είναι μηδενικός που είναι εξαιρετικά χαμηλός.

**Variables in the Equation**

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup>	agenew	-,090	,528	,029	1	,864	,914
	Constant	-2,372	,758	9,795	1	,002	,093

a. Variable(s) entered on step 1: agenew.

Το Wald Test του πίνακα Variables in the Equation ελέγχει τη σημαντικότητα της ανεξάρτητης μεταβλητής για το μοντέλο. Για τη μεταβλητή “ηλικία”:  $Wald=0,029$  και  $\alpha=0,86$ . Άρα, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 η ηλικία είναι ασήμαντη για το λογαριθμικό μοντέλο γιατί  $0,86 > 0,05$ . Συνεπώς, η οποιαδήποτε μεταβολή στην ηλικία δεν επηρεάζει την άποψη του δείγματος αναφορικά με την επιρροή που έχει ασκήσει η οικονομική κρίση στην καθημερινότητα του ατόμου και στην ποιότητα της ζωής του.

Η τρίτη παλινδρόμηση διερευνά την πρόβλεψη του φόβου απώλειας της εργασίας εξαιτίας της κρίσης που φυσικά αποτελεί την εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο. Για μεθοδολογικούς σκοπούς έγινε ανακωδικοποίηση της ανεξάρτητης μεταβλητής “Μορφωτικό επίπεδο” σε δύο κατηγορίες δηλαδή “Βασική Εκπαίδευση” και “Ανώτερη-Ανώτατη Εκπαίδευση” καθώς επίσης και της ανεξάρτητης σε “Πολύ” και “Καθόλου”. Κατά την εκτέλεση του λογαριθμικού αυτού μοντέλου προέκυψαν τα ακόλουθα:

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
Πολύ	0
Καθόλου	1

Ο Πίνακας Dependent Variable Encoding έχει ανακωδικοποιήσει την εξαρτημένη μεταβλητή από 1,2 σε 0,1. Η αυτόματη αυτή ανακωδικοποίηση από το πρόγραμμα είναι απαραίτητη για τη λογαριθμική ανάλυση.

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	237,959 <sup>a</sup>	,015	,022

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	3,081	1	,079
	Block	3,081	1	,079
	Model	3,081	1	,079

Το -2LL του πίνακα Model Summary είναι ο γενικός έλεγχος για τη σημαντικότητα του λογαριθμικού μοντέλου. Όπως φαίνεται από τον πίνακα Tests of Model Coefficients το μοντέλο είναι στατιστικά ασήμαντο γιατί το  $\chi^2 = 3,081$  και  $0,07 > 0,05$ . Ο δείκτης Nagelkerke R Square = 0,022 αξιολογείται ως πολύ χαμηλός.

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup> educationnew	,560	,323	3,007	1	,083	1,751
Constant	-1,827	,545	11,254	1	,001	,161

a. Variable(s) entered on step 1: educationnew.

Το Wald Test του πίνακα Variables in the Equation ελέγχει τη σημαντικότητα της ανεξάρτητης μεταβλητής για το μοντέλο. Για τη μεταβλητή “Μορφωτικό Επίπεδο”: Wald=3,007 και  $\alpha=0,083$ . Άρα, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 το μορφωτικό επίπεδο είναι ασήμαντο για το λογαριθμικό μοντέλο γιατί  $0,083 > 0,05$ . Με άλλα λόγια, η οποιαδήποτε αλλαγή στο μορφωτικό επίπεδο δεν επηρεάζει τον φόβο του ατόμων του δείγματος μήπως χάσουν την δουλειά τους εξαιτίας της οικονομικής κρίσης.

Η τέταρτη παλινδρόμηση διερευνά την πρόβλεψη της αντίληψης για το εάν η πρόσληψη νέου προσωπικού θα βελτιώσει τη λειτουργία των διαφόρων υπηρεσιών που αποτελεί την εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με το φύλο. Η ανεξάρτητη μεταβλητή ανακωδικοποιήθηκε σε “Ναι” και “Όχι”. Από την εφαρμογή του μοντέλου αυτού προέκυψαν τα ακόλουθα:

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
Ναι	0
Όχι	1

Ο Πίνακας Dependent Variable Encoding έχει ανακωδικοποιήσει την εξαρτημένη μεταβλητή από 1,2 σε 0,1. Η αυτόματη αυτή ανακωδικοποίηση από το πρόγραμμα είναι απαραίτητη για τη λογαριθμική ανάλυση.

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	149,504 <sup>a</sup>	,003	,007

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	,718	1	,397
	Block	,718	1	,397
	Model	,718	1	,397

Το -2LL του πίνακα Model Summary είναι ο γενικός έλεγχος που εξετάζει τη σημαντικότητα του λογαριθμικού μοντέλου. Όπως φαίνεται από τον πίνακα Tests of Model Coefficients το μοντέλο είναι στατιστικά ασήμαντο γιατί το  $\chi^2 = 0,718$  και  $0,039 > 0,05$ . Ο δείκτης Nagelkerke R Square = 0,007 αξιολογείται ως πολύ χαμηλός και είναι σχεδόν μηδενικός.

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup> sex	-,372	,436	,726	1	,394	,689
Constant	-1,479	,711	4,321	1	,038	,228

a. Variable(s) entered on step 1: sex.

Το Wald Test του πίνακα Variables in the Equation ελέγχει τη σημαντικότητα της ανεξάρτητης μεταβλητής για το μοντέλο. Για τη μεταβλητή “Φύλο”: Wald=0,726 και  $\alpha=0,394$ . Άρα, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 η μεταβλητή φύλο είναι ασήμαντη για το λογαριθμικό μοντέλο γιατί  $0,083 > 0,05$ . Δηλαδή, η οποιαδήποτε αλλαγή στο φύλο δεν ασκεί επίδραση στην άποψη για το εάν θα πρέπει να προσληφθεί επιπλέον προσωπικό στις υπηρεσίες του Δημοσίου.

Η πέμπτη παλινδρόμηση μελετά την πρόβλεψη της αντίληψης για το εάν η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τη γενική κατάσταση της υγείας των ερωτώμενων που αποτελεί την εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με το μηνιαίο εισόδημα. Η ανεξάρτητη μεταβλητή ανακωδικοποιήθηκε σε “Ναι” και “Όχι” και η εξαρτημένη μεταβλητή σε “Χαμηλό- Μέτριο” και “Υψηλό”. Από την εφαρμογή του μοντέλου αυτού προέκυψαν τα ακόλουθα:

#### Dependent Variable Encoding

Original Value	Internal Value
Ναι	0
Όχι	1

Ο Πίνακας Dependent Variable Encoding έχει ανακωδικοποιήσει την εξαρτημένη μεταβλητή από 1,2 σε 0,1. Η αυτόματη αυτή ανακωδικοποίηση από το πρόγραμμα είναι απαραίτητη για τη λογαριθμική ανάλυση.

#### Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	249,666 <sup>a</sup>	,030	,040

a. Estimation terminated at iteration number 4 because parameter estimates changed by less than ,001.

#### Omnibus Tests of Model Coefficients

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	5,581	1	,018
	Block	5,581	1	,018
	Model	5,581	1	,018

Το -2LL του πίνακα Model Summary είναι ο γενικός έλεγχος που εξετάζει τη σημαντικότητα του λογαριθμικού μοντέλου. Όπως φαίνεται από τον πίνακα Tests of Model Coefficients το μοντέλο είναι στατιστικά ασήμαντο γιατί το  $\chi^2 = 5,581$  και  $0,018 > 0,05$ . Ο δείκτης Nagelkerke R Square = 0,04 κρίνεται ως πολύ χαμηλός. Ερμηνευτικά δηλώνει πως μια μεταβολή της ανεξάρτητης μεταβλητής μεταβάλλει κατά 0,04% την εξαρτημένη.

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup> incomenew	1,461	,676	4,672	1	,031	4,311
Constant	-1,718	,727	5,594	1	,018	,179

a. Variable(s) entered on step 1: incomenew.

Το Wald Test του πίνακα Variables in the Equation ελέγχει τη σημαντικότητα της ανεξάρτητης μεταβλητής για το μοντέλο. Για τη μεταβλητή “Μηνιαίο Εισόδημα”: Wald=4,672 και  $\alpha=0,03$ . Άρα, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 η μεταβλητή μηνιαίο εισόδημα είναι στατιστικώς σημαντική για το λογαριθμικό μοντέλο γιατί  $0,03 < 0,05$ . Η τιμή της τελευταίας στήλης δηλαδή το Exp(B) είναι ο λόγος των πιθανοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής προς την εξαρτημένη. Συνεπώς, μια αύξηση κατά 1 του μηνιαίου εισοδήματος δηλαδή από χαμηλό-μέτριο (τιμή 1) σε υψηλό (τιμή 2) έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση κατά 4 φορές των πιθανοτήτων να έχει επηρεαστεί η γενική υγεία κάποιου εξαιτίας της οικονομικής κρίσης.

Τέλος, η έκτη παλινδρόμηση μελετά την πρόβλεψη της αντίληψης για την ικανοποιητική λειτουργία του κράτους πρόνοιας που αποτελεί την εξαρτημένη μεταβλητή σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Η ανεξάρτητη μεταβλητή ανακωδικοποιήθηκε σε “Ναι” και “Όχι” και η εξαρτημένη μεταβλητή σε “Βασική Εκπαίδευση” και “Ανώτερη Εκπαίδευση”. Από την εφαρμογή του μοντέλου αυτού προέκυψαν τα ακόλουθα:

**Dependent Variable Encoding**

Original Value	Internal Value
Ναι	0
Όχι	1

Ο Πίνακας Dependent Variable Encoding έχει ανακωδικοποιήσει την εξαρτημένη μεταβλητή από 1,2 σε 0,1. Η αυτόματη αυτή ανακωδικοποίηση από το πρόγραμμα είναι απαραίτητη για τη λογαριθμική ανάλυση.

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	171,211 <sup>a</sup>	,030	,053

a. Estimation terminated at iteration number 5 because parameter estimates changed by less than ,001.

**Omnibus Tests of Model Coefficients**

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	6,470	1	,011
	Block	6,470	1	,011
	Model	6,470	1	,011

Το -2LL του πίνακα Model Summary είναι ο γενικός έλεγχος που εξετάζει τη σημαντικότητα του λογαριθμικού μοντέλου. Όπως φαίνεται από τον πίνακα Tests of Model Coefficients το μοντέλο είναι στατιστικά ασήμαντο γιατί το  $\chi^2 = 6,470$  και  $0,01 > 0,05$ . Ο δείκτης Nagelkerke R Square = 0,05 κρίνεται ως πολύ χαμηλός. Ωστόσο από ερμηνευτική πλευρά δηλώνει πως μια μεταβολή της ανεξάρτητης μεταβλητής μορφωτικό επίπεδο μεταβάλλει κατά 0,05% την εξαρτημένη μεταβλητή.

**Variables in the Equation**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>a</sup> educationnew	1,014	,412	6,059	1	,014	2,756
Constant	,324	,592	,299	1	,584	1,382

a. Variable(s) entered on step 1: educationnew.

Το Wald Test του πίνακα Variables in the Equation ελέγχει τη σημαντικότητα της ανεξάρτητης μεταβλητής για το μοντέλο. Για τη μεταβλητή “Μορφωτικό Επίπεδο”: Wald=6,059 και  $\alpha=0,01$ . Άρα, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 η μεταβλητή μορφωτικό επίπεδο είναι στατιστικώς σημαντική για το λογαριθμικό μοντέλο γιατί  $0,01 < 0,05$ . Η τιμή της τελευταίας στήλης δηλαδή το Exp(B) είναι ο λόγος των πιθανοτήτων της ανεξάρτητης μεταβλητής προς την εξαρτημένη. Συνεπώς, μια αύξηση κατά 1 του μορφωτικού επιπέδου δηλαδή από βασική εκπαίδευση (τιμή 1) σε ανώτερη- ανώτατη εκπαίδευση (τιμή 2) έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση κατά 2 φορές των πιθανοτήτων να θεωρεί κάποιος πως το κράτος πρόνοιας λειτουργεί ικανοποιητικά στη χώρα μας.

## 11. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως προέκυψε από την παρουσίαση και ανάλυση των δεδομένων, οι περισσότεροι ερωτηθέντες αναφέρουν πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά την καθημερινότητά τους και την ποιότητα του βιοτικού τους επιπέδου κάνοντας περικοπές στις δαπάνες και τα έξοδά τους. Επίσης σχετικά με την προσωπική τους υγεία οι δυσμενείς επιπτώσεις είναι περισσότερο εμφανείς στον ψυχικό τομέα καθώς νιώθουν άγχος, ανασφάλεια και αβεβαιότητα για το μέλλον από τη μια και από την άλλη φοβούνται μήπως χάσουν την δουλειά τους. Επίσης αναφορικά με την άποψη για το εάν η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά γενικώς την σωματική και ψυχική υγεία των Ελλήνων η πλειοψηφία του δείγματος απαντά πως συμφωνεί.

Συνακόλουθα, έντονη είναι και η αντίληψη πως εξαιτίας της οικονομικής κρίσης οι διάφορες υπηρεσίες του Δημόσιου Τομέα και το εθνικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζουν πολλά λειτουργικά προβλήματα που έχουν αρνητικό αντίκτυπο στους εξυπηρετούμενους. Ακόμα, το μεγαλύτερο κομμάτι του δείγματος θεωρεί πως οι κοινωνικές παροχές έχουν μειωθεί δραματικά. Κατά συνέπεια, τόσο από τις απαντήσεις που δόθηκαν για τα προβλήματα στο χώρο της δημόσιας υγείας όσο και για τις κοινωνικές παροχές ευκόλως συμπεραίνεται – κατά τη γνώμη των ερωτηθέντων- πως η εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του κράτους πρόνοιας στη χώρα μας αλλά και πρωτοβάθμιας-δευτεροβάθμιας περίθαλψης είναι αρκετά προβληματική και έχει υποβαθμιστεί.

Επιπροσθέτως προέκυψε πως το φύλο των ερωτηθέντων δεν άσκησε ιδιαίτερος σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση των αντιλήψεων των ατόμων του δείγματος. Η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η κατηγορία και το μηνιαίο εισόδημα σημείωσαν διαφοροποιητικό ρόλο στις απαντήσεις των υποκειμένων. Ωστόσο τη μεγαλύτερη συστηματική δράση φάνηκε να έχει η επαγγελματική ταυτότητα των υποκειμένων. Δηλαδή το επάγγελμα ή η εργασιακή σχέση του καθενός που έλαβε μέρος στην παρούσα μελέτη έπαιξε σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση κάποιων απαντήσεων.

Επίσης, κατά την ομαδοποίηση των ερωτήσεων οι παράμετροι “Οικονομική κρίση και Σύστημα Υγείας”, “Οικονομική κρίση και καθημερινότητα”, “Οικονομική κρίση και Δημόσιος Τομέας”, “Οικονομική κρίση και Υγεία” κατά φθίνουσα σειρά έχουν λάβει σε αρκετές ερωτήσεις από όλες σχεδόν τις παραπάνω ανεξάρτητες μεταβλητές τις περισσότερες στατιστικώς σημαντικές σχέσεις. Η παράμετρος “Οικονομική κρίση και κράτος πρόνοιας” έδωσε μόνο σε μια ερώτηση στατιστικώς σημαντική σχέση με τον παράγοντα κατηγορία που αναφέρεται στην κατανομή του δείγματος σε τρεις κατηγορίες δηλαδή σε αυτούς που χρησιμοποιούν συχνά ιατρικές υπηρεσίες



εξαιτίας κάποιου χρονίου προβλήματος υγείας, σε αυτούς που λαμβάνουν κοινωνικές παροχές επειδή ανήκουν σε κάποια ευπαθή ομάδα και τέλος σε αυτούς που δεν αντιμετωπίζουν τίποτα από αυτά.

Το εύρημα αυτό κατά μια έννοια θεωρείται αναμενόμενο καθώς άμεση ανάγκη για τις παροχές του κράτους πρόνοιας έχουν αυτοί που ανήκουν σε κάποια ευπαθή ομάδα (άνεργοι, μονογονείς, μετανάστες) ή αντιμετωπίζουν κάποιο χρόνιο νόσημα ή κάποια αναπηρία και έτσι αναγκάζονται σε τακτική βάση να ξοδεύουν αρκετά για την υγεία τους. Η διαπίστωση αυτή έρχεται σε πλήρη αρμονία, όπως προαναφέρθηκε διεξοδικά στην *Εισαγωγή*, τόσο με την έκθεση του ΣΚΛΕ (2014) για τις άδικες περικοπές στα επιδόματα και τις προνοιακές παροχές όσο και με την μελέτη του Κυριόπουλου (2013) για τη δύσκολη θέση στην οποία έχουν περιέλθει οι χρονίως πάσχοντες εξαιτίας της προβληματικής λειτουργίας του ελληνικού συστήματος υγείας λόγω του περιορισμού των κρατικών δαπανών στον τομέα αυτό και την αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στην περίθαλψη.

Επιπλέον, η πρώτη στατιστικώς σημαντική πρόβλεψη κατέδειξε πως όσο αυξάνεται το οικονομικό επίπεδο τόσο επηρεάζεται η γενική υγεία των ατόμων λόγω της οικονομικής κρίσης. Τούτο μπορεί να συμβαίνει γιατί αρκετά άτομα που είχαν ένα καλό οικονομικό επίπεδο προ κρίσης είχαν κάνει πολλά ανοίγματα οικονομικά με αγορές κατοικιών, δάνεια κλπ με αποτέλεσμα τώρα λόγω των μειώσεων στους μισθούς να μην μπορούν να αντεπεξέλθουν. Επίσης αυτοί που έχουν καλές αποδοχές ενδεχομένως δέχονται και τις μεγαλύτερες φοροεπιθέσεις κάτι που επηρεάζει, όπως και να έχει το πράγμα, αρνητικά την υγεία του ατόμου. Αυτό συνδυάζεται και με το γεγονός πως πρέπει το άτομο να κάνει περικοπές στα καθημερινά έξοδά του και στις αλόγιστες σπατάλες ειδικά, αν είχε συνηθίσει διαφορετικά στο παρελθόν.

Συνακόλουθα, η δεύτερη στατιστικώς σημαντική πρόβλεψη κατέδειξε πως όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνει και η αντίληψη πως το κράτος πρόνοιας στη χώρα μας λειτουργεί ικανοποιητικά. Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί από το γεγονός πως συνήθως και κατά κανόνα αυτοί που αποζητούν και έχουν ανάγκη τις προνοιακές παροχές και την στήριξη από την λειτουργία του κράτους πρόνοιας ανήκουν σε χαμηλά μορφωτικά και οικονομικά στρώματα. Έτσι, αυτοί που κατατάσσονται στα υψηλά μορφωτικά επίπεδα ενδεχομένως δεν έχουν απασχοληθεί ποτέ με τις παροχές του κράτους πρόνοιας, επειδή δεν τις έχουν ανάγκη, και κατά συνέπεια δεν γνωρίζουν ιδίως όμασι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, καθώς αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός πως τη σημερινή εποχή έχουν γίνει αναγκαστικές -λόγω μνημονίου και δημοσιονομικής ύφεσης- αλλά σκληρές και άδικες περικοπές στις προνοιακές παροχές. Εξάλλου,

δεν είναι και λίγοι, όπως προαναφέρθηκε, αυτοί που πιστεύουν πως οι αλόγιστες δαπάνες προηγούμενων δεκαετιών για την κοινωνική πρόνοια συνετέλεσαν στην οικονομική κρίση. Ωστόσο, το πρόβλημα δεν είναι για τον θα πρέπει να εφαρμόζεται κοινωνική πολιτική ή όχι αλλά να γίνεται σωστή διαχείριση των προϋπολογισμών που αφορούν την κοινωνική πρόνοια.

Πριν από επτά περίπου χρόνια η Ελλάδα εισήλθε σε φάση βαθιάς ύφεσης από την οποία προσπαθεί να ανακάμψει. Οι δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις περιορίστηκαν σημαντικά. Το δημόσιο χρέος ως ποσοστό του ΑΕΠ διογκώθηκε σημαντικά και το κράτος στηρίζεται σε έκτακτες δανειακές εισφορές από επίσημους φορείς για να χρηματοδοτήσει κοινωνικές δαπάνες, μισθούς και δημοσιονομικό έλλειμμα. Η οικονομική κρίση και η ύφεση, η μείωση των μισθών, η αύξηση της ανεργίας, η γήρανση του πληθυσμού, η εισφοροδιαφυγή περισφίγγουν δραματικά την οικονομική κατάσταση του κοινωνικού κράτους στην Ελλάδα και στις υπόλοιπες χώρες του ευρωπαϊκού νότου. Σε τέτοιες περιόδους κρίσης, όπως αναφέρεται σε επιστημονικό άρθρο των Μπούτσιου και Σαράφη, κρίνεται αναγκαίος ο επαναπροσδιορισμός του κράτους πρόνοιας. Η αναζήτηση πιο αποτελεσματικών και δίκαιων φορολογικών συστημάτων που θα μπορούσαν να χρηματοδοτήσουν το κόστος της κοινωνικής πρόνοιας, η εφαρμογή μεταρρυθμίσεων στους τομείς πρόνοιας, η διασύνδεση της κοινωνικής πρόνοιας με την αγορά εργασίας και τη δια βίου εργασιακή εκπαίδευση, θα πρέπει να αποτελούν στόχους των εκάστοτε κυβερνήσεων (Μπούτσιου κ.α, 2013).

Σχετικά με τη λειτουργία του Δημοσίου τομέα, οι περισσότεροι συγκλίνουν στη άποψη πως στις διάφορες υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα υπάρχει έλλειψη προσωπικού που επηρεάζει δυσμενώς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και πως το κράτος πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την βελτίωση της λειτουργίας. Κύριες .λοιπόν, επιδιώξεις της οικονομικής πολιτικής πρέπει να είναι η εξασφάλιση βιώσιμων και διευρυνόμενων πρωτογενών πλεονασμάτων, ο εξορθολογισμός και η εξυγίανση του δημόσιου τομέα και η επιτάχυνση των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στις αγορές προϊόντων και υπηρεσιών. Τα στελέχη της εκάστοτε κυβέρνησης καλό είναι να προχωρήσουν στις περικοπές των αλόγιστων κρατικών δαπανών, να κλείσουν οι ζημιολογικοί οργανισμοί, να αξιολογηθούν οι υπάλληλοι και να καλυφθούν τα κενά στις διάφορες υπηρεσίες μέσω των πινάκων κινητικότητας και να αξιοποιηθούν σωστά όλοι οι υπάλληλοι που έχουν βγει σε διαθεσιμότητα ή έχουν απολυθεί αδικώς, γιατί, όπως προκύπτει οι ελλείψεις στις διάφορες υπηρεσίες είναι τεράστιες, με συνέπεια ο κόσμος να ταλαιπωρείται.

Όσον αφορά τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, οι περισσότεροι δηλώνουν ανικανοποίητοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, θεωρούν πως ο κόσμος ταλαιπωρείται, επισημαίνουν πως υπάρχουν τεράστιες ελλείψεις σε

υλικοτεχνικό εξοπλισμό και ιατρικονοσηλευτικό προσωπικό στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας σε βαθμό που να απειλείται η υγεία του έλληνα ασφαλισμένου. Ακόμα οι περισσότεροι δηλώνουν δυσαρεστημένοι με τον τρόπο λειτουργίας του ΠΕΔΥ και πιστεύουν πως πλέον ο άνθρωπος πρέπει να ξοδεύει πολλά για την υγεία του καθώς πλέον η δωρεάν δημόσια υγεία έχει υποβαθμιστεί. Επίσης, οι περισσότεροι αναφέρουν πως η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά την υγεία τους χωρίς αυτό ωστόσο να έχει αυξήσει την επισκεψιμότητά τους στους γιατρούς των διαφόρων ειδικοτήτων. Περισσότερο μάλλον ταλαιπωρούνται από άγχος και αβεβαιότητα για το μέλλον. Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, όπως προαναφέρθηκε, ο τομέας της υγείας είτε σε ατομικό επίπεδο είτε σε επίπεδο συστήματος υγείας έχει πληγεί ιδιαίτερα από τις πολιτικές των εκάστοτε υπουργών λόγω των επιβολών των μνημονίων και των επιπτώσεων της οικονομικής ύφεσης.

Τα παραπάνω ευρήματα έρχονται σε πλήρη συμφωνία με αυτά που καθημερινά ακούγονται ή γράφονται στα εγχώρια μέσα ενημέρωσης. Τα δημόσια νοσοκομεία, η καρδιά του εθνικού συστήματος υγείας, δεν θα μπορούσαν να εξαιρεθούν από τον εξορθολογισμό των δαπανών του κράτους για την επίτευξη των δημοσιονομικών μας στόχων. Την τελευταία τριετία, οι διοικήσεις των ελληνικών νοσοκομείων προσπαθούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του εκάστοτε υπουργού Υγείας για μείωση των λειτουργικών εξόδων του νοσοκομείου τους δίχως να θιγεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, κάτι αρκετά δύσκολο. Τα δημόσια νοσοκομεία είναι αναγκασμένα, ελέω οικονομικής συγκυρίας, να επιβιώσουν έχοντας στα ταμεία τους λιγότερα χρήματα. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων βρίσκονται αντιμέτωπες με έναν διαρκώς αυξανόμενο αριθμό ασθενών χρόνο με το χρόνο χωρίς να υπάρχει το απαιτούμενο προσωπικό να διαχειριστεί επαρκώς όλους τους ασθενείς. Με πιο απλά λόγια, η οικονομική κρίση μετέτρεψε τον ιδιωτικό τομέα υγείας σε είδος πολυτελείας με αποτέλεσμα ολοένα και περισσότεροι συμπολίτες μας να προστρέχουν στην αγκαλιά του ΕΣΥ. Επίσης, στο μάτι του κυκλώνα βρίσκονται, πλέον, οι μικρού και μεσαίου μεγέθους ιδιωτικές κλινικές. Και τούτο γιατί στην πλειοψηφία τους είναι εξαρτημένες από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, τα οποία έχουν παγώσει τις πληρωμές τους και ως εκ τούτου οι μονάδες αυτές αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα ρευστότητας (skai.gr).

Από τα παραπάνω προκύπτει, πως σε περιόδους οικονομικών κρίσεων μια συχνή αντίδραση πολλών κυβερνήσεων είναι η περικοπή δαπανών για την υγεία. Ωστόσο, οι περικοπές αυτές εξασθενούν το σύστημα υγείας και προσθέτουν μια κρίση που μπορεί να έχει ακόμα πιο μακροχρόνιες επιπτώσεις από ότι η οικονομική κρίση. Αυτό σημαίνει πως η αντιμετώπιση μιας οικονομικής κρίσης δεν πρέπει να γίνει με τρόπο που να προκαλέσει μια μακροχρόνια καταστροφή της υγείας, καθώς μέσα από αυτήν οι οικογένειες δεν θα καταφέρουν να αναρρώσουν, ακόμη και αν η οικονομία ανακάμψει (Frenk, 2009).

Επί της ουσίας ,όμως, μια σοβαρή οικονομική κρίση, όπως η παρούσα, έχει σημαντικές αλλά όχι εντελώς διευκρινισμένες επιπτώσεις στην υγεία, σε αντίθεση με τις κυκλικές οικονομικές κρίσεις στη διάρκεια του επιχειρηματικού κύκλου. Η οικονομική ύφεση δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται μόνον ως απειλή αλλά και ως μια ευκαιρία αναδιάρθρωσης και εξέλιξης των οικονομικών, των κοινωνικών και των υγειονομικών συστημάτων. Η εξασφάλιση των πόρων για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, η εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης της υγείας ως αντίδοτο στα μειωμένα έσοδα από τη φορολογία, η βελτίωση της απόδοσης του συστήματος υγείας, καθώς και η στήριξη των δικτύων κοινωνικής προστασίας, θα πρέπει να περιληφθούν στην ατζέντα των κυβερνήσεων.

Σημαντικό, επίσης, είναι να προσδιοριστούν επακριβώς τόσο οι πολιτικές και οι μηχανισμοί όσο και να μελετηθούν οι διαδικασίες εκείνες που καθορίζουν βασικές πολιτικές δημόσιας υγείας. Σκόπιμη θα ήταν μια αξιολόγηση σε κάθε βαθμίδα, η αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο ελήφθησαν οι αποφάσεις και με βάση ποιων στοιχείων (ή έλλειψη αυτών), καθώς και όσων συμμετείχαν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων προκειμένου να εξυπηρετηθεί κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο η υγεία του πληθυσμού (Stuckler, 2011) .

Η μεγάλη οικονομική κρίση αντιπροσωπεύει μια μεγάλη πρόκληση για την κοινωνία. Αποτελεί μια δοκιμασία για το πολιτικό και κοινωνικό σύστημα και απαιτεί από την κοινωνία να δείξει και να αναπτύξει την ικανότητά της για προσαρμογή και ανανέωση. Αποφεύγοντας τη ψυχιατρικοποίηση των κοινωνικών προβλημάτων, είναι σημαντικό να μη παραγνωρίζονται οι επιπτώσεις των κοινωνικών φαινομένων στη ψυχική υγεία του ατόμου. Ως εκ τούτου, κρίνεται σημαντικό να σχεδιαστούν εκείνες οι παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν στην καλύτερη αντιμετώπιση της κρίσης σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Η πρωτογενής παρέμβαση χρειάζεται να εμπεριέχει τη δημιουργία κρατικών επιδοτούμενων προγραμμάτων επαγγελματικής επανεκπαίδευσης με σκοπό την επανένταξη των ανέργων στην αγορά εργασίας, καθώς επίσης και προγράμματα ανάπτυξης δεξιοτήτων για μεγαλύτερη δυνατότητα επαγγελματικής ευελιξίας.

Επιπλέον, η εφαρμογή της φιλοσοφίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με εξασφάλιση από το δημόσιο σύστημα υγείας προς τους πολίτες του «γιατρού τους», στο πλαίσιο μιας ευρύτερης ομάδας υγείας – πολλαπλών ιατρικών ειδικοτήτων - που να στελεχώνεται επιπλέον από νοσηλευτές /τριες, φυσιοθεραπευτές /τριες, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλες ειδικότητες. Η συνθετική αντιμετώπιση των ζητημάτων υγείας που πρέπει αρχικά να οριστεί από την υπέρβαση της ασυνέχειας στη φροντίδα και του κατακερματισμού ανάμεσα σε υπηρεσίες και ειδικότητες. Στη συνέχεια χρειάζεται περικοπή των εξόδων από ανατροπή του μοντέλου υπερβολικής κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών, διαγνωστικών εξετάσεων και φαρμάκων και ανακατανομή των πόρων σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης, σε πρωτοβάθμιο

κυρίως επίπεδο.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν κάποιες σκέψεις και προβληματισμούς για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης κυρίως στους τομείς της υγείας και της κοινωνικής πολιτικής. Η αντιμετώπιση λοιπόν της τρέχουσας οικονομικής κρίσης είναι σημαντικό να επιτευχθεί μέσα από την επίτευξη ενός μίνιμουμ επιπέδου ζωής των πολιτών, αλλά και μέσω της οργάνωσης ενός ευρύτατου κοινωνικού δικτύου που θα στέκει δίπλα στο άτομο σε αυτές τις στιγμές της μεγάλης δυσφορίας, θυμίζοντάς του ότι κοινωνία σημαίνει πρωτίστως κοινωνική αλληλεγγύη και συλλογικές δράσεις και παρεμβάσεις .

## 12. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Αν και το μεγαλύτερο κύμα της ύφεσης φαίνεται να έχει παρέλθει και τα πρώτα σημάδια ανάκαμψης αρχίζουν να διαφαίνονται στην παγκόσμια οικονομία, πολλά ζητήματα μένουν ακόμη προς διευθέτηση έτσι ώστε να επιστρέψει η αγορά στους κανονικούς της ρυθμούς, να αποκατασταθούν τα πλήγματα της οικονομικής κρίσης και να επανέλθει μια ισορροπία. Οι εκάστοτε κυβερνήσεις καλό είναι να αφουγκραστούν και να σεβαστούν τις πραγματικές ανάγκες του κοινωνικού συνόλου και να πάρουν αποφάσεις με γνώμονα το κοινό καλό και απώτερο στόχο τη βελτίωση της καθημερινότητας και της ποιότητας ζωής των πολιτών. Σε ότι αφορά στα συστήματα υγείας, ενδεχομένως η οικονομική κρίση να έχει, τελικά, θετικά αποτελέσματα, οδηγώντας σε δημιουργικές σκέψεις για διαρθρωτικές αλλαγές με έμφαση στη δημόσια υγεία, στην ανασυγκρότηση της ασφάλισης υγείας και στην εισαγωγή οιονεί αγορών στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ**

1. American Hospital Association, Rapid Response Survey (2008). «The Economic Crisis: Impact on Hospitals». Trendwatch. [http://www.ihatoday.org/econcrisisreport.pdf\\_\(5/1/11\)](http://www.ihatoday.org/econcrisisreport.pdf_(5/1/11)).
2. Appleby J. (2008). The credit crisis and health care. *Br Med J*, 337:a2259.
3. Aro, S., Aro, H., Keskimaki, I.(1995). Socio-economic mobility among patients with schizophrenia or major affective disorder A 17-year retrospective follow-up. *Brit J Psychiatry*, 166: 759-767.
4. Βαληνάκης, Γ., Καζάκος, Π., Μαραβέγιας, Ν. (2014). Η έξοδος από την κρίση.Εφαρμόσιμες εναλλακτικές προτάσεις.Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
5. Βερναδάκης, Χ. (2009). Το κοινωνικό κράτος στη Δυτική Ευρώπη.Διαθέσιμο στο: [http://www.vernardakis.gr/uplmed/100\\_notes%20koinonikokratos.pdf](http://www.vernardakis.gr/uplmed/100_notes%20koinonikokratos.pdf)
6. Βισβίζη, Α. (2012). «The crisis in Greece and the EU-IMF rescue package: Determinants and pitfalls», pp. 15-39.
7. Catalano, R.(2009). Health, medical care, and economic crises. *New Engl J Med* , 360:750-751.
8. Γιωτάκος, Ο. (2010). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. *Ψυχιατρική*, 21:195-204.
9. Γραφείο Προϋπολογισμού του Κράτους στη Βουλή, (2014). Τριμηνιαία Έκθεση Απρίλιος-Ιούνιος 2014.Διαθέσιμο στο:<http://www.pbo.gr>
10. Γραφείο Προϋπολογισμού του Κράτους στη Βουλή, (2014). Τριμηνιαία Έκθεση Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2014 .Διαθέσιμο στο:<http://www.pbo.gr>
11. Δίκαιος, Κ.& Χλέτσος,Μ.(1999).Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις,Πάτρα.

12. Economou, A., Nikolaou, A., Theodossiou, I. (2008). Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *J Econ Stud*; 35: 368–84.
13. Economou, C., Giorno C.(2009). Improving the performance of the public health care system in Greece. OECD Economics Department Working Paper, No 722. OECD Publishing, Paris, France.
14. Economou M. et al. (2012). Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders*.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.008>
15. Erman J. (2009). «Economic Crisis: Impact to Hospitals». All Nursing - Sense and More.  
<http://allnursingsense.blogspot.com/2009/12/economic-crisis-impact-to-hospitals.html>
16. Esping Andersen, G.(1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
17. Esping Andersen, G. (2006). *Γιατί Χρειαζόμαστε Ένα Νέο Κοινωνικό Κράτος*. Αθήνα: Διόνικος.
18. ΕΣΥΕ. (2007). «Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών 2007». Δελτίο τύπου. Διαθέσιμο στο:  
16.04.2009.[http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0802/PressReleases/A0802\\_SFA10\\_DT\\_AN\\_00\\_2007\\_02\\_F\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0802/PressReleases/A0802_SFA10_DT_AN_00_2007_02_F_GR.pdf) (20/12/10).
19. European Commission (2009). «Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses». *European Economy*, Brussels. Pp.1-87, Tab. Graph. Bibliogr
20. European Commission. (2012). *Statistical Annex to European Economy. Autumn 2012*, Brussels: EC  
([http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/european\\_economy/2012/pdf/2012-11-07-stat-annex\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/2012-11-07-stat-annex_en.pdf))



21. Falagas, ME., Vouloumanou, EK., Mavros, MN., Karageorgopoulos, DE.(2009). Economic crises and mortality: a review of the literature. *Int J Clin Pract*, 63:1128-1135.
22. Ferrera, M. (1996). The Southern Model of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), pp. 17-37.
23. Ferrie, J.E., Shopley, MJ., Stansfeld, SA., Marmot, MG. (2002). «Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study». *J Epidemiol & Community Health*, 56:450–454. Available at :<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732160/pdf/v056p00450.pdf>.
24. Frenk, J.(2009). Όταν η οικονομία νοσεί, αυξάνεται η θνησιμότητα. *Healthview*. Available at: <http://www.healthview.gr/node/6242>.
25. International Monetary Fund. (2009). Global Economic Slump Challenges policies. Available at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/update/01/pdf/0109.pdf>
26. International Labour Organization. (2009). Global employment trends 2009. Geneva: ILO.
27. Jack , A. (2009). «Commentary: Look after the pennies». *Br Med J*, 338:b1380. Available at: [http://www.bmj.com/content/338/bmj.b1380.extract\(4/1/11\)](http://www.bmj.com/content/338/bmj.b1380.extract(4/1/11)).
28. Jahonda, M. (1982). *Employment and Unemployment: a social-psychological analysis*. Cambridge University Press, 1<sup>st</sup> Ed., 88-96.
29. Jenkins , R., et al.(2008). Debt, income and mental disorder in the general population. *Psycholog Med* , 38:1485-1493.
30. Καζάκος, Π. (2011). *Μετά το Μνημόνιο. Οικονομική Πολιτική στην Ελλάδα υπό διεθνή έλεγχο*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
31. Kasl, SV. and Jones, BA.(2000). The impact of job loss and retirement on health. In: Berkman LF and Kawachi I (eds). *Social Epidemiology*. Oxford University Press. 118-136.

32. Κατρούγκαλος, Γ. (2004). Θεσμοί και συστήματα κοινωνικής προστασίας στο σύγχρονο κόσμο. Αθήνα-Κομοτηνή: Σάκκουλας .
33. Κουρέα-Κρεμαστινού, Τ. (2007). Δημόσια Υγεία – Θεωρία -Πράξη – Πολιτικές.Αθήνα, Εκδ. Τεχνόγραμμα.
34. Κουφάρης, Γ. (2010) «Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές». Περιοδικό Χρήμα, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2010
35. Κυριόπουλος, Γ., Γκρέγκορ, Σ, Οικονόμου, Χ.(2003). Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
36. Κυριόπουλος, Ι. & Τσιάντου Β. (2009). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27 (5): 834-840.
37. Κυριόπουλος, Γ., Πάβη, Ε., Μυλωνά, Κ., Ζάβρας,Δ., Α. Σκρουμπέλος, Α.(2013).Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη χρήση υπηρεσιών υγείας του γενικού πληθυσμού για τέσσερα χρόνια νοσήματα (Υπέρταση, Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου ΙΙ, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και Άνοια τύπου Alzheimer) σε 11 πόλεις (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Λάρισα, Ηράκλειο, Ιωάννινα, Αλεξανδρούπολη, Λαμία, Τρίπολη, Βόλο και Κοζάνη).Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας.Διαθέσιμο στο:  
[http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/FINAL%20DATA.pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/FINAL%20DATA.pdf)
38. Λιαρόπουλος, Λ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας. Αθήνα: Βήτα.
39. Lordan, G. et al. (2012). Socioeconomic Status and health outcomes in a developing country. Health Econ. 21: 178– 186.
40. Madianos M., Economou, M., Alexiou, T., Stefanis,C.N. (2011).Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 46, 943–952.

41. Μακαρώνης, Ν. & Παλουκτσή, Β. (2009). Πτυχιακή Εργασία. Ηλεκτρονικό, Πρόσβαση 22 12 2012
42. Μάντης, Π., Τσελέπη Χ. (2000). Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α', Κοινωνικές – Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
43. Μαυρίδου, Ε. (2012). Παγκόσμια οικονομική κρίση μετά το Σεπτέμβριο του 2008. Πτυχιακή Εργασία. Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας Τ.Ε.Ι Πειραιά. Πειραιάς.
44. Μπούρας, Γ. & Λύκουρας, Λ. (2011). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία. Εγκέφαλος, 48, 54-61.
45. Μπούτσιου Στ., Σαράφης Π. (2013). Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, Τόμος 5, Τεύχος 4, σελ 147-161.
46. Midgley, J. (1997). Social Welfare in global context. London, Sage.
47. Murphy, GC., Athanassou, JA. (1999). The effects of unemployment on mental health. J Occup Organ Psychol, 72:83- 99.
48. Νικολόπουλος, Κ. & Υφαντόπουλος, Γ. (2010). Η ανισότητα στο ελληνικό συνταξιοδοτικό σύστημα. Επιθεώρηση κοινωνικών ερευνών, σελ. 171-196.
49. OECD. (2009). OECD economic outlook, Greece. Available at: <http://www.oecd.org/dataoecd/6/18/20211579.pdf> (retrieved 04.10.2009)
50. OECD Health Ministerial Meeting. (2010). Health System Priorities in the Aftermath of Crisis. Paris.
51. Παρρά, Π. (2014). Οικονομικές Κρίσεις Ελλάδας-Αργεντινής και η σύγκρισή τους. Διπλωματική Εργασία. Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Τρίπολη.

52. Patel, V, Kleinmann, A.(2003). Poverty and common health disorders in developing countries. Bulletin of the WHO
53. Patralekha ,Ch. (2009). Economic crisis highlights mental health issues in India. www.thelancet.com , Vol. 373 April.
54. Patton, MQ. (2002). Qualitative Research & Evaluation Methods. 3<sup>rd</sup> Edition; Sage Publications; London.
55. Paul, K., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. J Vocational Behavior, 74:264-282.
56. Philips, et al.(1999). Suicide and social change in China Culture.Med Psych, 23:25-50.
57. Ruhm, C. (2000). Are recessions good for your health? Q J Econ. 115:617–50.
58. Ryall.(2009). Japanese suicides rise as world recession hits country's businessmen. Telegraph London
59. Σακελλαρόπουλος, Θ.(2008). Το κοινωνικό κράτος σε ιστορική προοπτική. Βήμα Ιδεών, 7 11.
60. Σαχινίδης, Φ. (2010). Υπουργείο Οικονομικών Διαθέσιμο στο:.(<http://www.minfin.gr/portal/el/resource/contentObject/id/39ebf1b1127845e7b7b42df953964cb5>).
61. Shamir, B. (1985). Sex differences in psychological adjustment to unemployment and reemployment: A question of commitment, alternatives or finance? Social Problems, 33:67-79.
62. Shams, M., & Jackson, P.R. (1994). The impact of unemployment on the psychological well-being of British Asians.Psychol Med , 24:347-355.
63. Σιώμκος, Γ., Βασιλακοπούλου,Α.(2005).Εφαρμογή μεθόδων ανάλυσης στην έρευνα αγοράς. Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα.

64. Στασινοπούλου, Ό. (1997). Κράτος Πρόνοιας. Αθήνα, Gutenberg- Γιώργος και Κώστας Δάρδανος
65. Στασινοπούλου, Ό. (2006). Κοινωνική Πολιτική, Βασικές Έννοιες, Ιστορική Εξέλιξη, Φορείς και πρότυπα. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο.
66. Stuckler, D, et al. (2009). The health implications of financial crisis: a review of the evidence. *Ulster Med J.* 78: 1–3.
67. Stuckler D. et al. (2011). Public Health in Europe: Power, Politics, and Where Next? *Public Health Reviews*, Vol. 32, No 1, 213-242.
68. Sundar, M.(1999). Suicide in farmers in India. *Brit J Psychiatry* , 175:585-586.
69. Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας, (2014). Ετήσια Έκθεση για τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και τις Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Ελλάδα, Αθήνα. Διαθέσιμο στο:  
[http://www.skle.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=365.pdf](http://www.skle.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=365.pdf)
70. Τούντας, Γ. (2004). Κοινωνία και Υγεία. Εκδ. Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα
71. Uutela, A.(2010). Economic crisis and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 23:127-130
72. WHO (2009-a), «Health amid a financial crisis: a complex diagnosis». *Bull. World Health Organ.*, 87:1–80. Available at:
73. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/1/09-010109/en/index.html> (19/1/11).
74. WHO.(2009). Financial crisis and global health: report of a high level consultation. Geneva: World Health Organization.
75. Χλέτσος, Μ. (2012). Μετασχηματισμός ή μετεξέλιξη του κράτους πρόνοιας; Εργαστήριο εφαρμοσμένης οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής. Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Πανεπιστημιακές Σημειώσεις. Διαθέσιμο στο:  
[http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis\\_seminaria/seminaria\\_mathimata/kratos\\_pronias/ili\\_mathimatos/kefalaio2.pdf](http://www.econ.uoi.gr/eeokp/gr/dialekseis_seminaria/seminaria_mathimata/kratos_pronias/ili_mathimatos/kefalaio2.pdf)

76. Χαραλάμπους, Α., Τσίτση, Θ. (2010). «Οι επιπτώσεις της παγκοσμιοποίησης στον τομέα της υγείας και η ανάπτυξη ενός υπερεθνικού ρυθμιστικού πλαισίου». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(1):106-112. Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2010-1/pdf/106.pdf> (10/1/11).

### *INTERNET*

<http://www.iatropedia.gr/articles/read/2817>

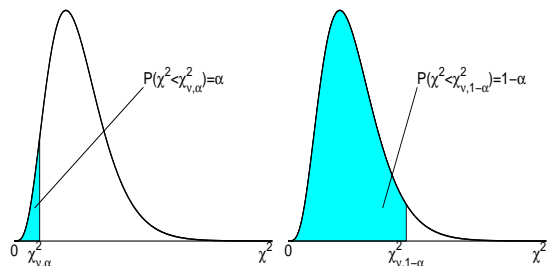
<http://www.skai.gr/news/health/article/222761/nosokomeia-kai-perithalpsi-se-kairo-krisis-1/#ixzz3RzeJyBal>

# **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι**

# Στατιστικός Πίνακας Κατανομής $\chi^2$

$\nu$ : βαθμοί ελευθερίας

$\alpha$  ή  $1-\alpha$ : τιμή αθροιστικής συνάρτησης



Παράδειγμα:

$$\nu = 10, \alpha = 0.05 \implies$$

$$\chi^2_{10,0.05} = 3.94$$

$$\chi^2_{10,0.95} = 18.31$$

$$\nu = 18, \alpha = 0.025 \implies$$

$$\chi^2_{18,0.025} = 8.23$$

$$\chi^2_{18,0.975} = 31.53$$

$\nu$	$\alpha$					$1 - \alpha$				
	0.001	0.005	0.010	0.025	0.050	0.950	0.975	0.990	0.995	0.999
1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.84	5.02	6.63	7.88	10.83
2	0.00	0.01	0.02	0.05	0.10	5.99	7.38	9.21	10.60	13.82
3	0.02	0.07	0.11	0.22	0.35	7.81	9.35	11.34	12.84	16.27
4	0.09	0.21	0.30	0.48	0.71	9.49	11.14	13.28	14.86	18.47
5	0.21	0.41	0.55	0.83	1.15	11.07	12.83	15.09	16.75	20.52
6	0.38	0.68	0.87	1.24	1.64	12.59	14.45	16.81	18.55	22.46
7	0.60	0.99	1.24	1.69	2.17	14.07	16.01	18.48	20.28	24.32
8	0.86	1.34	1.65	2.18	2.73	15.51	17.53	20.09	21.95	26.12
9	1.15	1.73	2.09	2.70	3.33	16.92	19.02	21.67	23.59	27.88
10	1.48	2.16	2.56	3.25	3.94	18.31	20.48	23.21	25.19	29.59
11	1.83	2.60	3.05	3.82	4.57	19.68	21.92	24.72	26.76	31.26
12	2.21	3.07	3.57	4.40	5.23	21.03	23.34	26.22	28.30	32.91
13	2.62	3.57	4.11	5.01	5.89	22.36	24.74	27.69	29.82	34.53
14	3.04	4.07	4.66	5.63	6.57	23.68	26.12	29.14	31.32	36.12
15	3.48	4.60	5.23	6.26	7.26	25.00	27.49	30.58	32.80	37.70
16	3.94	5.14	5.81	6.91	7.96	26.30	28.85	32.00	34.27	39.25
17	4.42	5.70	6.41	7.56	8.67	27.59	30.19	33.41	35.72	40.79
18	4.90	6.26	7.01	8.23	9.39	28.87	31.53	34.81	37.16	42.31
19	5.41	6.84	7.63	8.91	10.12	30.14	32.85	36.19	38.58	43.82
20	5.92	7.43	8.26	9.59	10.85	31.41	34.17	37.57	40.00	45.31
21	6.45	8.03	8.90	10.28	11.59	32.67	35.48	38.93	41.40	46.80
22	6.98	8.64	9.54	10.98	12.34	33.92	36.78	40.29	42.80	48.27
23	7.53	9.26	10.20	11.69	13.09	35.17	38.08	41.64	44.18	49.73
24	8.08	9.89	10.86	12.40	13.85	36.42	39.36	42.98	45.56	51.18
25	8.65	10.52	11.52	13.12	14.61	37.65	40.65	44.31	46.93	52.62
26	9.22	11.16	12.20	13.84	15.38	38.89	41.92	45.64	48.29	54.05
27	9.80	11.81	12.88	14.57	16.15	40.11	43.19	46.96	49.64	55.48
28	10.39	12.46	13.56	15.31	16.93	41.34	44.46	48.28	50.99	56.89
29	10.99	13.12	14.26	16.05	17.71	42.56	45.72	49.59	52.34	58.30
30	11.59	13.79	14.95	16.79	18.49	43.77	46.98	50.89	53.67	59.70
32	12.81	15.13	16.36	18.29	20.07	46.19	49.48	53.49	56.33	62.49
34	14.06	16.50	17.79	19.81	21.66	48.60	51.97	56.06	58.96	65.25
36	15.32	17.89	19.23	21.34	23.27	51.00	54.44	58.62	61.58	67.99
38	16.61	19.29	20.69	22.88	24.88	53.38	56.90	61.16	64.18	70.70
40	17.92	20.71	22.16	24.43	26.51	55.76	59.34	63.69	66.77	73.40
50	24.67	27.99	29.71	32.36	34.76	67.50	71.42	76.15	79.49	86.66
60	31.74	35.53	37.48	40.48	43.19	79.08	83.30	88.38	91.95	99.61
100	61.92	67.33	70.06	74.22	77.93	124.34	129.56	135.81	140.17	149.45
120	77.76	83.85	86.92	91.57	95.70	146.57	152.21	158.95	163.65	173.62
150	102.11	109.14	112.67	117.98	122.69	179.58	185.80	193.21	198.36	209.26
200	143.84	152.24	156.43	162.73	168.28	233.99	241.06	249.45	255.26	267.54
300	229.96	240.66	245.97	253.91	260.88	341.40	349.87	359.91	366.84	381.43
400	318.26	330.90	337.16	346.48	354.64	447.63	457.31	468.72	476.61	493.13
$\infty$	867.48	888.56	898.91	914.26	927.59	1074.68	1089.53	1106.97	1118.95	1143.92



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΠΜΣ – ΟΔΔΥΟΕ**

**ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2014**

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Οργάνωση και Διοίκηση Δημοσίων Επιχειρήσεων και Οργανισμών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου με τίτλο: **«Η Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών, στις παροχές υγείας, στις κοινωνικές παροχές και την ψυχοσωματική υγεία του ατόμου.**

Σας διαβεβαιώνουμε ότι θα τηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια καθώς τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### ➤ Οικονομική κρίση και καθημερινότητα

1) Κατά τη γνώμη σας πόσο νομίζετε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την ποιότητα ζωής και την καθημερινότητά σας;

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

2) Πόσο φοβάστε μήπως χάσετε τη δουλειά σας εξαιτίας της κρίσης;

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

3) Έχει χρειαστεί μέχρι στιγμής λόγω της κρίσης να κάνετε περικοπές στα έξοδά σας;

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

• Πιστεύετε πως οι υπηρεσίες του Δημοσίου Τομέα (π.χ ασφαλιστικά ταμεία, νοσοκομεία, υπουργεία, ΟΤΑ, κ,α) υποστελεχώνονται;

Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

- Οικονομική κρίση και Δημόσιος Τομέας

5) Κατά τη γνώμη σας η τυχόν έλλειψη προσωπικού στις διάφορες δημόσιες υπηρεσίες επηρεάζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών;

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

6) Θεωρείτε πως η εκάστοτε κυβέρνηση πρέπει να προχωρήσει στην πρόσληψη νέου προσωπικού για την καλύτερη λειτουργία των υπηρεσιών;

Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

7) Πιστεύετε πως έχει μειωθεί η γραφειοκρατία στις υπηρεσίες του δημοσίου;

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

- Οικονομική κρίση και κράτος πρόνοιας

8) Πιστεύετε πως το κράτος πρόνοιας στη χώρα μας λειτουργεί ικανοποιητικά;

Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

9) Κατά τη γνώμη σας θεωρείτε πως τα κοινωνικά επιδόματα (π.χ προνοιακά, επιδόματα ανεργίας, επιδόματα πολυτεκνίας, αναπηρίας κ.α) λόγω της κρίσης έχουν μειωθεί ή διακοπεί;

Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

- Οικονομική κρίση και Σύστημα Υγείας

**10) Είστε ικανοποιημένος-η από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας;**

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

**11) Πιστεύετε πως στα δημόσια νοσοκομεία, στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και στις λοιπές διοικητικές υπηρεσίες των ασφαλιστικών ταμείων οι πολίτες εξυπηρετούνται ικανοποιητικά;**

Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

**12) Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν ελλείψεις σε υλικοτεχνικό εξοπλισμό;**

Συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Διαφωνώ

**13) Συμφωνείτε με την άποψη πως στα δημόσια νοσοκομεία υπάρχουν τόσο μεγάλες ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε βαθμό που να υπονομεύεται η δημόσια υγεία;**

Συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Διαφωνώ

**14) Είστε ικανοποιημένος-η με τον τρόπο που λειτουργεί το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης γνωστό ως Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ);**

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

15) Θεωρείτε πως ο πολίτης είναι αναγκασμένος να ξοδεύει πολύ περισσότερα (π.χ αύξηση συμμετοχής στα φάρμακα, εισιτήριο στα δημόσια νοσοκομεία, αύξηση συμμετοχής στις ιατρικές επισκέψεις και στις ιατρικές πράξεις, κ.α) σε σχέση με το παρελθόν για το αγαθό της υγείας;

Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

16) Πιστεύετε πως με τις διαρκείς τροποποιήσεις και αναθεωρήσεις στους κανονισμούς για τις παροχές υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας το προσωπικό των υπηρεσιών είναι ανεπαρκώς ενημερωμένο και εκπαιδευμένο σε βαθμό που να ταλαιπωρείται ο πολίτης;

Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

- **Οικονομική κρίση και υγεία**

17) Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τη γενική κατάσταση της υγείας σας;

Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

18) Πιστεύετε πως λόγω των επιπτώσεων της κρίσης έχετε αυξήσει τις επισκέψεις σας σε υπηρεσίες υγείας π.χ νοσοκομεία, ιδιωτικά ιατρεία κ.α;

Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

**19) Νιώθετε αβεβαιότητα και άγχος για το μέλλον λόγω της ρευστής κατάστασης που επικρατεί στη χώρα μας;**

Ναι	Μάλλον Ναι	Μάλλον Όχι	Όχι	Δεν ξέρω/ Δεν απαντώ

**20) Συμφωνείτε με την άποψη πως ο σύγχρονος Έλληνας βιώνει περισσότερα αρνητικά συναισθήματα π.χ άγχος, κατάθλιψη κ.α σε σχέση με το παρελθόν;**

Συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Διαφωνώ

**21) Συμφωνείτε με την άποψη πως ο σύγχρονος Έλληνας αντιμετωπίζει περισσότερα προβλήματα με τη γενικότερη σωματική του υγεία π.χ γαστρεντερολογικές παθήσεις, ημικρανίες, καρδιαγγειακές ενοχλήσεις κ.α σε σχέση με το παρελθόν;**

Συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Διαφωνώ

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

### • ΦΥΛΟ

ΑΝΤΡΑΣ	
ΓΥΝΑΙΚΑ	

### • ΗΛΙΚΙΑ

18-29	
30-44	
45-59	
60 και άνω	

### • ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Δημοτικό	
Γυμνάσιο	
Λύκειο	
ΤΕΙ	
ΑΕΙ	
Μεταπτυχιακό	
Διδακτορικό	

### • ΑΤΟΜΙΚΟ ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

Έως 500 ευρώ	
500-1000 ευρώ	
1000-1500 ευρώ	
1500-2000 ευρώ	
2000 ευρώ και άνω	
Δεν απαντώ	

### ➤ ΙΔΙΟΤΗΤΑ ΕΡΩΤΩΜΕΝΩΝ

Εργαζόμενος σε δημόσιες υπηρεσίες Υγείας π.χ Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας κ.α	
Εργαζόμενος σε Ιδιωτικά Ιατρεία π.χ ιδιώτης γιατρός, γραμματειακή υποστήριξη κ.α	
Εργαζόμενος σε κοινωνικές υπηρεσίες π.χ Κοινωνική Πρόνοια(Δήμου-ΠΕριφερειών), Διοικητικές Υπηρεσίες ασφαλιστικών ταμείων, ΟΑΕΔ, ΚΕΠ κ.α	
Φαρμακοποιός (Ιδιώτης)	
Παραϊατρικά επαγγέλματα (Ιδιώτης) π.χ Λογοθεραπευτής, Φυσικοθεραπευτής κ.α	
Εργαζόμενος στον υπόλοιπο Δημόσιο Τομέα	
Εργαζόμενος στον υπόλοιπο Ιδιωτικό Τομέα	
Εργοδότης, Αυτοαπασχολούμενος	
Συνταξιούχος	
Μαθητής- Φοιτητής	
Οικιακά	
Άνεργός-η	

*Σας ευχαριστώ για τον χρόνο που αφιερώσατε και την προθυμία σας να βοηθήσετε στην παρούσα έρευνα.*