

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
Abstract	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
1.1 Προβληματική και ενδιαφέρον για την εκπόνηση της εργασίας	7
1.2 Μεθοδολογία της εργασίας και σκοπός	7
1.3 Δομή της εργασίας	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	10
2.1.Γενικό πλαίσιο και αίτια της ελληνικής οικονομικής κρίσης	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	15
3.1. Κοινωνικοί παράγοντες που συνδέονται με τη φτώχεια.....	15
3.2. Οικονομικοί παράγοντες που συνδέονται με τη φτώχεια.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	19
4.1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις.....	19
4.2. Η έννοια του συστήματος υγείας.....	20
4.3. Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας.....	22
4.4. Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα της κρίσης	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	27
5.1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις.....	27
5.2.Η αύξηση της ψυχικής νοσηρότητας στους ενήλικες	28
5.2.1. Οικονομική κρίση και αυτοκτονία	30
5.3.Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των παιδιών και εφήβων. 32	
5.4. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες παροχής υγείας και στη γενικότερη κλινική εικόνα	33
ΕΠΙΛΟΓΟΣ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ	36
Πίνακες	39
Βιβλιογραφία	40

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ένα μεγάλο μέρος μελετών που εξετάζουν τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, στην ζωή των ανθρώπων δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική σχέση, μεταξύ παραμέτρων της οικονομικής κρίσης όπως για παράδειγμα η ανεργία, και η ποιότητα υγείας του γενικού πληθυσμού. Ειδικότερα επισημαίνουν συσχέτιση μεταξύ οικονομικής κρίσης και επιπέδων νοσηρότητας, κατάθλιψης, αυτοκτονικότητας και θνητότητας του γενικού πληθυσμού.

Οι βασικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στον πληθυσμό είναι κυρίως η ανεργία και η συνακόλουθη μείωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών, η δραστική περιστολή των δημοσίων δαπανών στις οποίες περιλαμβάνονται και οι δαπάνες για την υγεία καθώς και μια γενικευμένη ρευστότητα και αβεβαιότητα για το μέλλον. Έτσι σε καθεστώς οικονομικής κρίσης, τα χαμηλότερα και φτωχότερα κοινωνικά στρώματα, αποτελούν μια ομάδα κινδύνου, καθώς είναι αυτοί που περισσότερο πλήττονται από την κρίση. Επιπροσθέτως, τα άτομα που ήδη είναι ασθενείς ψυχικών νοσημάτων, εντάσσονται επίσης στις ομάδες υψηλού κινδύνου.

Αποτέλεσμα όλων αυτών, είναι η δημιουργία ενός φαύλου κύκλου, όπου η φτώχεια πυροδοτεί την εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων, όπως επίσης και αμφίδρομα, το αντίστροφο. Στο πλαίσιο αυτό, βασική προτεραιότητα για κάθε κυβέρνηση η χώρα της οποίας αντιμετωπίζει σημαντική οικονομική κρίση, είναι η ανάπτυξη πολιτικών για την προστασία της ποιότητας ζωής του γενικού πληθυσμού και ιδίως των ατόμων τα οποία βρίσκονται αντιμέτωπα με το φάσμα της φτώχειας και άρα είναι εκτεθειμένα σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Από τις βασικές προτεραιότητες πολιτικής σε μια τέτοια περίπτωση θα πρέπει να είναι η ανάπτυξη και εφαρμογή κοινωνικών δικτύων τα οποία θα παράσχουν ασφάλεια και θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών.

Είναι ωστόσο γεγονός ότι καίριο ρόλο διαδραματίζουν και τα επιμέρους χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, και κατά πόσο είναι ευάλωτο ή όχι

στις σοβαρές ψυχολογικές και κοινωνικές απειλές με τις οποίες βρίσκεται αντιμέτωπο, ενόψει της οικονομικής κρίσης. Είναι προφανές ότι το κράτος θα πρέπει να φροντίσει συνεπώς να ανταποκριθεί ικανοποιητικά στις νέες μεταβαλλόμενες συνθήκες.

Μπορεί ωστόσο να ειπωθεί, ότι η οικονομική κρίση, μπορεί να εκληφθεί και ως μια σημαντικής τάξης ευκαιρία, την οποία οφείλει να αναλάβει το κράτος ώστε να θέσει ως ζήτημα προτεραιότητας στην ατζέντα των δημοσίων πολιτικών, την προστασία ουσιαστών κοινωνικών υπηρεσιών, οι οποίες απευθύνονται και αφορούν ευάλωτες ομάδες της κοινωνίας, να ενισχυθεί το κράτος πρόνοιας και να αναληφθούν παρεμβατικές πρωτοβουλίες όπως η καταγραφή των κοινωνικών ομάδων που εντάσσονται στις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου, η αντιμετώπιση της ανεργίας, η εξασφάλιση θέσεων εργασίας για τους μακροχρόνια άνεργους, και κυρίως για τα άτομα με προβλήματα ψυχιατρικής φύσης, η ανάπτυξη δημοσίων πολιτικών για την αντιμετώπιση διαταραχών ψυχικής υγείας όπως η κατάθλιψη καθώς επίσης και η εξασφάλιση της βέλτιστης δυνατής πρόσβασης του γενικού πληθυσμού και ιδίως των ατόμων εκείνων τα οποία εντάσσονται στις λεγόμενες ομάδες υψηλού κινδύνου, στο σύστημα παροχής ψυχικής υγείας.

Λέξεις κλειδιά: οικονομική κρίση, ανεργία, ψυχική υγεία, δημόσιες πολιτικές ψυχικής υγείας, ομάδες υψηλού κινδύνου

Abstract

The majority of academic research, which examine the impact of the economic crisis on the quality of life of people, show a significant degree of correlation between economic indicators such as unemployment and the quality of mental health of the general population. In particular, they point to a correlation between the economic crisis and the levels of morbidity, depression, suicide and mortality of the general population.

The main effects of the economic crisis on the population are mainly unemployment and the resulting reduction in household incomes, drastic cuts in public spending, including health spending, as well as generalized liquidity and uncertainty for the future. Thus, in a situation of economic crisis, the poorest and poorer sections of society are a risky group, as they are the ones most affected by the crisis. In addition, people already suffering from mental illness are also included in high-risk groups.

The result of all this is the creation of a vicious circle where poverty causes the onset of mental illness, as well as two-way, vice versa. In this context, a key priority for any government whose country is facing a major economic crisis is the development of policies to protect the quality of life of the general population, especially those facing the poverty spectrum, and hence are exposed to greater Risk. The main policy priorities in such a case should be the development and implementation of social networks that will provide security and improve the quality of life of these individuals.

But it is a fact that the individual's individual personality features play a key role, and whether or not he or she is vulnerable to the serious psychological and social threats it faces in the face of the economic crisis. It is obvious that the state should therefore take care to respond satisfactorily to the new changing circumstances.

It can be said, however, that the economic crisis can also be seen as an important class opportunity, which the state has to take to prioritize the public policy

agenda, the protection of essential social services, addressed and relevant Vulnerable groups in society, strengthen the welfare state and take intervention initiatives such as the registration of social groups that are part of so-called high-risk groups, tackling unemployment, security Job creation for the long-term unemployed, especially for people with psychiatric problems, the development of public policies to tackle mental health disorders such as depression, as well as ensuring optimum access for the general population, and in particular those belonging to the High-risk groups in the mental health system.

Key words: economic crisis, unemployment, mental health, public mental health policies, high risk groups

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Προβληματική και ενδιαφέρον για την εκπόνηση της εργασίας

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής είναι η κατανόηση της σχέσης μεταξύ της οικονομικής κρίσης και των δημόσιων πολιτικών υγείας και δη της ψυχικής υγείας. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικών με το θέμα ερευνών, και χρησιμοποιήθηκαν δευτερογενείς πηγές.

Επί της ουσίας θα μελετηθεί το αν και κατά πόσο υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ των δυο παραμέτρων (οικονομική κρίση/ψυχική υγεία) και με ποιους τρόπους η οικονομική κρίση επηρεάζει τη δημόσια υγεία αλλά και τις δημόσιες πολιτικές υγείας. Θα αναλυθούν οι παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με τον κίνδυνο εμφάνισης ή επιδείνωσης ψυχικών νοσημάτων. Ειδικότερα θα αναλυθούν παράγοντες όπως η ανεργία, οι σημαντικές κοινωνικές ανισότητες, το επίπεδο της ανασφάλειας, καθώς και ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι οποίοι συντείνουν ώστε το να βιώσει αυξημένη αβεβαιότητα για το μέλλον, επιτείνοντας την απόγνωση και τον ψυχικό του πόνο.

1.2 Μεθοδολογία της εργασίας και σκοπός

Προς τον σκοπό αυτό, έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνών σχετικών με το θέμα. Χρησιμοποιήθηκαν κατά κύριο λόγο δευτερογενείς πηγές, τόσο έντυπες όσο και ηλεκτρονικές, ελληνικής και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι συλλογή και γραπτή στη συνέχεια γραπτή περίληψη βιβλίων, επιστημονικών άρθρων και επιστημονικών περιοδικών, η οποία περιγράφει την υφιστάμενη έρευνα στον συγκεκριμένο πεδίο μελέτης. Ο μελετητής, οργανώνει την βιβλιογραφία σε θέματα, τα μελετά και στην συνέχεια εξάγει συμπεράσματα μέσω συγκριτικής ανάλυσης των δεδομένων που συνέλεξε (Morse, 1991).

Η παρούσα έρευνα, θα ακολουθήσει την μέθοδο της βιβλιογραφικής ανασκόπησης η οποία αποτελείται από πέντε επιμέρους στάδια τα οποία είναι (Creswell, 2011:114):

1. Προσδιορισμός των όρων-κλειδιών οι οποίοι θα χρησιμοποιηθούν κατά την αναζήτηση της σχετικής βιβλιογραφίας
2. Εντοπισμός της βιβλιογραφίας μέσα από την έρευνα πηγών, όπως επιστημονικών περιοδικών σε ηλεκτρονική μορφή, αλλά και συγγραμμάτων.
3. Κριτική αξιολόγηση και επιλογή της βιβλιογραφίας η οποία θα χρησιμοποιηθεί στην μελέτη
4. Οργάνωση βιβλιογραφίας κατά τομείς έρευνας στο συγκεκριμένο πεδίο προκειμένου να διευκολυνθεί η έρευνα
5. Μελέτη συλλεχθέντων πηγών, συγκριτική και συνθετική τους ανάλυση και συγγραφή εργασίας

Τα παραπάνω βήματα, αναπαριστούν τις βασικές διαδικασίες οι οποίες ακολουθήθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής και προκειμένου επιτευχθούν οι ερευνητικοί στόχοι. Ωστόσο για την ολοκλήρωση της επιστημονικής αυτής διαδικασίας απαιτείται επιπλέον και κριτική ματιά και αξιολόγηση του ερευνητή, η οποία είναι κρίσιμη, καθώς μέσω της συνθετικής αξιολόγησης, θα είναι δυνατό να προκύψουν και να καταγραφούν τα κύρια συμπεράσματα της μελέτης ως προς τα κύρια ερευνητικά της ερωτήματα.

Αυτό βέβαια θα πρέπει να γίνει μέσα στα πλαίσια τήρησης δεοντολογικά ορθής ερευνητικής πρακτικής προκειμένου τα αποτελέσματα να μην έχουν προκύψει μέσω μιας επιστημονικά λανθασμένης προκατάληψης του ερευνητή (φαινόμενο αρκετά συχνό στην επιστημονική έρευνα καθώς οι ερευνητές συχνά υποπίπτουν σε επιστημονικές προκαταλήψεις) όσον αφορά το αντικείμενο μελέτης του. Αυτή η αρχή, τηρήθηκε τόσο κατά την διαδικασία συλλογής των υπό μελέτη επιστημονικών στοιχείων όπου υπήρξε μέριμνα για τη συλλογή ερευνών που ερευνούν το ζήτημα σε κάθε πτυχή του και διατυπώνουν συγκλίνουσες αλλά και αποκλίνουσες επιστημονικές απόψεις και συμπεράσματα, όσο και κατά το στάδιο της συγγραφής

της μελέτης μέσω της συνθετικής αναδιάρθρωσης των στοιχείων που είχε στην διάθεσή του ο ερευνητής.

Λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να ανευρεθούν οι κατάλληλοι όροι με τους οποίους έγινε αποτελεσματική αναζήτηση των επιστημονικών πληροφοριών μέσω των δευτερογενών πηγών ήταν: «οικονομική κρίση», «ανεργία», «ψυχική υγεία», «δημόσιες πολιτικές ψυχικής υγείας», «ομάδες υψηλού κινδύνου». Πριν την εύρεση των λέξεων-κλειδιών διατυπώθηκε ένα βασικό ερευνητικό ερώτημα το οποίο βοήθησε στον εντοπισμό των κατάλληλων ερευνών. Το ερευνητικό ερώτημα που τέθηκε αρχικά ήταν: *Ποια η σχέση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και των δημόσιων πολιτικών υγείας και δη της ψυχικής υγείας;*

1.3 Δομή της εργασίας

Η εργασία αναπτύσσεται σε πέντε βασικά κεφάλαια. Μετά το πρώτο εισαγωγικό κεφάλαιο, αναλύεται η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και τα αίτια ανάπτυξής της. Στη συνέχεια κεφάλαιο αναλύονται διεξοδικά οι παράγοντες οικονομικής κρίσης που σχετίζονται με τη φτώχεια η οποία αποτελεί την αιτία ανάπτυξης ψυχικών νοσημάτων. Στη επόμενο κεφάλαιο παρατίθενται στοιχεία σχετικά με την επίδραση της οικονομικής κρίσης, στις πολιτικές υγείας και γενικότερα στα συστήματα υγείας. Στο τελευταίο κεφάλαιο θα αναπτυχθεί η σχέση της οικονομικής κρίσης και της ψυχικής υγείας, μέσω της αύξησης της ψυχικής νοσηρότητας, του αριθμού των αυτοκτονιών και την επίπτωση της οικονομικής κρίσης στα παιδιά και τους εφήβους. Επίσης αναλύονται οι σημαντικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κλινική εικόνα και τις υπηρεσίες παροχής υγείας. Τέλος θα εξαχθούν κάποια συμπεράσματα και θα διατυπωθούν σχετικές προτάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1.Γενικό πλαίσιο και αίτια της ελληνικής οικονομικής κρίσης

Στα τέλη του 2009, το δημοσιονομικό έλλειμμα της Ελλάδας, έκλεισε σε επίπεδα πολύ πάνω από αυτά που θα καθιστούσαν βιώσιμο το δημόσιο χρέος. Είχαν προηγηθεί συνεχείς αλληπάλληλες αναθεωρήσεις του δημοσιονομικού ελλείμματος, που οδήγησαν στην δραματική μείωση της πιστοληπτικής ικανότητας της χώρας στις διεθνείς αγορές ενώ, παράλληλα η ικανότητα αυτή, υποβαθμιζόταν βαθμιαία από τους διεθνείς οίκους αξιολόγησης¹.

Βέβαια δεν είναι άμοιρο συνεπειών το γεγονός, ότι είχε προηγηθεί η παγκόσμια οικονομική κρίση, τα σημάδια της οποίας άρχισαν να εμφανίζονται τον Ιούνιο του 2007. Είναι χαρακτηριστικό ότι την περίοδο εκείνη η τιμή του βαρελιού πετρελαίου είχε ανέβει εντυπωσιακά εκείνη την περίοδο, με αποτέλεσμα να παρουσιάσουν σημαντική αύξηση οι τιμές των τροφίμων, παγκοσμίως.

Οι Τράπεζες στις ΗΠΑ, μη δίνοντας σημασία στην πλασματική ανοδική πορεία που εμφάνιζαν οι αγορές, και προβλέποντας ότι θα αποκόμιζαν μεγάλα κέρδη, στον κτηματομεσιτικό κλάδο, χορηγώντας στεγαστικά δάνεια σε άτομα με χαμηλό εισόδημα, άρχισαν να τα χορηγούν αφειδώς με αποτέλεσμα να εκταμιευθούν μεγάλα ποσά από τις Τράπεζες. Όμως η αύξηση των αξιών των ακινήτων, είχε ως αποτέλεσμα όσοι είχαν λάβει στεγαστικά δάνεια να μην μπορούν να τα αποπληρώσουν κι έτσι αναγκάστηκαν να δανειοδοτηθούν επιπλέον, υποθηκεύοντας την επιπρόσθετη αξία των δανείων, προς εξασφάλιση των τραπεζών (Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, 2012).

Στη συνέχεια άρχισε στις ΗΠΑ η κατακόρυφη πτώση στον κτηματομεσιτικό κλάδο με μεγάλη πτώση της αξίας των κατοικιών. Οι δανειολήπτες με χαμηλά εισοδήματα, δεν ήταν σε θέση πλέον να αποπληρώσουν τα δάνειά τους, με

¹ Για περισσότερες πληροφορίες βλ. Δίκαιος Ελευθέριος, Δίκαιο, Οικονομία και πολιτική στην εποχή των Μνημονίων, Εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα- Θεσσαλονίκη, 2012

αποτέλεσμα οι τράπεζες που τα είχαν χορηγήσει, να αρχίσουν να κατάσχουν κατοικίες, μαζικά. Όταν όμως στη συνέχεια, χρειάστηκε να διαθέσουν τα ακίνητα αυτά στην αγορά, ώστε να εξασφαλίσουν ρευστότητα, η προσφορά στον τομέα της κατοικίας αυξήθηκε κατακόρυφα, με αποτέλεσμα οι τιμές των ακινήτων να σημειώσουν περαιτέρω πτώση. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, την μεγάλη πτώση των τραπεζικών ομολόγων τα οποία συνδέονταν με τα ενυπόθηκα δάνεια (Υπουργείο Οικονομίας, Στοιχεία για την Κρίση Παγκοσμίως, Σχετικές Μελέτες και Έρευνες, 2012).

Η έλλειψη ρευστότητας στην αγορά, είχε ως συνέπεια την δημιουργία ασφυκτικού κλίματος, γεγονός που οδήγησε στην κατάρρευση μεγάλων τραπεζών και συνακόλουθα στο να πληγεί σημαντικά ο παραγωγικός τομέας. Έτσι έως σήμερα η οικονομική κρίση συνεχίζει να προκαλεί σημαντικής τάξης μείωση στη ζήτηση διεθνώς. Το πλέον κρίσιμο όμως είναι ότι εκείνη την περίοδο, δημιουργήθηκε ένα κλίμα πανικού το οποίο επεκτάθηκε σε πολλά κράτη, με αποτέλεσμα οι κυβερνήσεις τους να σπεύσουν να ενισχύσουν τα χρηματοπιστωτικά τους ιδρύματα, ώστε να περιορίσουν τα αποτελέσματα της μεγάλης ασφυξίας στις αγορές (Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών, Στοιχεία για την Κρίση Παγκοσμίως, Σχετικές Μελέτες και Έρευνες, 2012).

Καθώς η κατάσταση επιδεινώθηκε περαιτέρω διεθνώς, στην Ελλάδα από την άνοδο των spreads, μπροστά στον άμεσο κίνδυνο στάσης πληρωμών αλλά και την αδυναμία της χώρας να έχει πρόσβαση για δανεισμό από τις αγορές για τη χρηματοδότηση του τρέχοντος δημοσιονομικού ελλείμματος και την αναχρηματοδότηση του χρέους της, η χώρα κατέφυγε στη βοήθεια του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου της Ευρωπαϊκής Επιτροπής όπως επίσης και της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας υποβάλλοντας αίτημα για την ενεργοποίηση του Ευρωπαϊκού Μηχανισμού Στήριξης της Ελληνικής Οικονομίας (ΕΜΣΕΟ).

Έτσι η χώρα οδηγήθηκε στη σύναψη της σύμβασης δανειακής διευκόλυνσης (ΣΔΔ) και την υπογραφή του πρώτου μνημονίου. Στις 2/5/2010 υπογράφηκε η Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης της Ελλάδος ενώ λίγες μέρες μετά, στις 6/5/2010, υπογράφηκε το “Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής πολιτικής και Μνημόνιο Συνεννόησης” το οποίο περιελάμβανε την υποχρέωση, ότι η Ελλάδα θα

λάμβανε άμεσα μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής και εξυγίανσης, ως αντιστάθμισμα για τις οικονομικές διευκολύνσεις του ΔΝΤ και των ευρωπαϊών εταίρων στη χώρα.

Εκτός από τα μέτρα, προβλέφθηκε η δημιουργία εποπτικών θεσμών, σχετικά με την πορεία του δημόσιου χρέους και την τήρηση των δεσμεύσεων από την Ελλάδα. Έτσι, δημιουργήθηκε ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Χρηματοοικονομικής Σταθεροποίησης της Ευρωζώνης (EFSM), το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (ETXΣ) και ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Δημοσιονομικής Σταθερότητας (ESM).

Καθώς όμως υπήρξε αδυναμία εξόδου από την κρίση για την ελληνική οικονομία, υπήρξε ανάγκη για αναπόφευκτη αναδιάρθρωση του ελληνικού χρέους, γεγονός το οποίο αποτελούσε προαπαιτούμενο για τη σύναψη μίας νέας δανειακής σύμβασης μεταξύ της Ελλάδας και του ΔΝΤ, για την δημοσιονομική εξυγίανση της χώρας. Έτσι μετά τη λήψη σχετικών αποφάσεων από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, τον Ιούλιο και τον Οκτώβριο του 2011, αναπτύχθηκε ο μηχανισμός του PSI και η λήψη νέων επώδυνων μέτρων.

Η αποτυχία του πρώτου μνημονίου να εξυγιάνει την δημοσιονομική κατάσταση της χώρας, οδήγησε στην σύγκλιση Εκτάκτου Συμβουλίου Κορυφής στις 21/7/2011, στο οποίο αποφασίστηκε η δανειοδότηση της χώρας με ποσό 109 δις ευρώ, ώστε να αποφευχθεί στάση πληρωμών. Το εν λόγω ποσό χορήγησαν στη χώρα τα κράτη-μέλη της Ευρωζώνης και το ΔΝΤ στο χρονικό διάστημα μεταξύ Αυγούστου 2011 και Δεκεμβρίου 2014.

Εκτός των παραπάνω, οι αιτίες της σοβαρής ελληνικής κρίσης χρέους θα πρέπει να εντοπιστούν και σε ένα σύνολο επιπλέον παραγόντων. Ειδικότερα θα πρέπει να αναζητηθούν στις πολιτικές οι οποίες οδήγησαν στην μείωση με δραστικό τρόπο των φορολογικών εσόδων, πολιτικές τις οποίες ακολούθησαν όλες οι ελληνικές κυβερνήσεις, πριν να ξεσπάσει η κρίση για πάνω από μια δεκαετία.

Επιπλέον, οφείλονται στην στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η οποία όντας νεοφιλελεύθερη απέκλειε ή σε κάθε περίπτωση μείωνε σημαντικά την ενίσχυση των δημόσιων οικονομικών της Ευρωζώνης με απευθείας δανεισμό από την

Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, υποχρεώνοντας με αυτό τον τρόπο τις κυβερνήσεις, μεταξύ των οποίων και τις ελληνικές, να εξασφαλίζουν δάνεια, μόνο μέσω των εμπορικών τραπεζών και γενικότερα μέσω χρηματοπιστωτικών προϊόντων, με αποτέλεσμα να εκτιναχθούν στα ύψη τα επιτόκια δανεισμού, ως αποτέλεσμα της κρίσης.

Ένας ακόμη λόγος που συνέτεινε στην κατάσταση αυτή ήταν η εμμονή των ελληνικών κυβερνήσεων στην ανάπτυξη και υλοποίηση νεοφιλελεύθερων συνταγών μέσω των οποίων διαχειρίζονταν τα οικονομικά μεγέθη. Αυτό είχε ως συνέπεια, όταν οι χρηματαγορές έπαψαν να δείχνουν εμπιστοσύνη προς την ελληνική οικονομία, η Ελλάδα να βγει από τις αγορές και τα επιτόκια δανεισμού του Δημοσίου να εκτιναχθούν σε δυσθεώρητα ύψη.

Μετά τον Φεβρουάριο του 2010, όταν η Ευρωπαϊκή Επιτροπή διαμόρφωσε το πακέτο δανειακής στήριξης του ελληνικού Δημοσίου, από κοινού με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ), υπό τον όρο ότι η χώρα θα ακολουθούσε ένα πολύ αυστηρό πρόγραμμα περιστολής των δημοσίων δαπανών μέσω κυρίως μειώσεων των μισθών και των συντάξεων, η κυβέρνηση περιόρισε μαζί με τους μισθούς και τις συντάξεις και τις δαπάνες του κοινωνικού κράτους, ενώ παράλληλα θέσπισε μέτρα για την αύξηση των εσόδων από έμμεσους φόρους, κατά κύριο λόγο μέσω της αύξησης του ΦΠΑ. Οι πολιτικές συρρίκνωσης του κοινωνικού κράτους ήταν τέτοιες ώστε έπληξαν σημαντικά εκτός από το ασφαλιστικό σύστημα, τις συντάξεις αλλά και τους μισθούς, και τον τομέα της υγείας.

Η εν λόγω κατάσταση η οποία οδήγησε σε δεινή οικονομική κατάσταση την χώρα, είχε αρνητική συμβολή στην εξέλιξη των πολιτικών υγείας καθώς και σε ζητήματα που σχετίζονται με το ίδιο το επίπεδο της υγείας του γενικού πληθυσμού και δη της ψυχολογικής υγείας. Η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των προβλημάτων εθισμού και εξάρτησης από ουσίες, των αυτοκτονιών και της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια, αποτελούν μόνο μερικές από τις πλέον σημαντικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού οι οποίες επηρεάζουν κατά κύριο λόγο τις πιο αδύναμες κοινωνικές τάξεις (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010).

Παράλληλα, η οικονομική κρίση δημιουργεί προβλήματα στην χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, καθώς και στην κάλυψη των τυχών ελλειμμάτων των ασφαλιστικών ταμείων, απειλώντας ευθέως τη βιωσιμότητά του, ενώ επιβαρύνει υπέρμετρα και την λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης. Περαιτέρω, η οικονομική οικονομική κρίση έχει ως αποτέλεσμα την μείωση των επισκέψεων των ασθενών σε ιατρούς και σε οδοντιάτρους, σε μια προσπάθεια εξοικονόμησης πόρων των οικογενειακών προϋπολογισμών (Kentikelenis et al., 2014).

Η οικονομική κρίση έχει λοιπόν σημαντικές συνεπαγωγές και επιπτώσεις και στην ψυχική υγεία. Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Συνέπεια της οικονομικής κρίσης είναι η απώλεια θέσεων εργασίας, η μείωση του εισοδήματος και η εργασιακή ανασφάλεια. Αυτές οι εξελίξεις έχουν περαιτέρω ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, προβλημάτων εξάρτησης και εθισμού σε ουσίες καθώς και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οίνοπνεύματος (Stuckler et al, 2009). Στη συνέχεια θα αναλυθεί διεξοδικά ο τρόπος που η οικονομική κρίση, επηρεάζει την ψυχική υγεία και τις σχετικές δημόσιες πολιτικές. Πρώτα όμως θα αναλυθούν οι κοινωνικοί παράγοντες που συνδέονται με την φτώχεια η οποία λόγω της ανασφάλειας με την οποία επιβαρύνει το άτομο, είναι όπως προαναφέρθηκε βασική αιτία για την εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

3.1. Κοινωνικοί παράγοντες που συνδέονται με τη φτώχεια

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (2015) υπάρχουν μια σειρά παραγόντων οι οποίοι ενισχύουν την οικονομική κρίση στην Ελλάδα σε κοινωνικό επίπεδο, αυξάνοντας τον αριθμό των νοικοκυριών τα οποία κινδυνεύουν να βρεθούν σε καθεστώς φτώχειας. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι ακόλουθοι: (ΕΛΛ.ΣΤΑΤ, Δείκτες Φτώχειας και Οικονομικής Κατάστασης στην Ελλάδα, Συγκεντρωτικά Στοιχεία 2000 – 2014, 2015).

Ο παράγοντας, του μεγέθους του νοικοκυριού. Τα νοικοκυριά με μεγάλο αριθμό μελών, κινδυνεύουν περισσότερο να βρεθούν σε κατάσταση φτώχειας. Ειδικότερα οι πενταμελείς οικογένειες, αλλά και οι οικογένειες που αποτελούνται από ένα μόνο άτομο. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΛ.ΣΤΑΤ τα νοικοκυριά με πέντε μέλη, αντιμετωπίζουν σοβαρό κίνδυνο φτώχειας, καθώς τα εξαρτώμενα μέλη, είναι περισσότερα, αναφορικά με το οικογενειακό εισόδημα. Τα άτομα με μόνο ένα μέλος επίσης αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο της φτώχειας, λόγω επίσης της εισροής στο νοικοκυριό εισοδήματος μόνο από ένα άτομο (ΕΛΛ.ΣΤΑΤ, Δείκτες Φτώχειας και Οικονομικής Κατάστασης στην Ελλάδα, Συγκεντρωτικά Στοιχεία 2000 – 2014, 2015).

- Ο παράγοντας της δομής της οικογένειας. Οι μονογονεϊκές οικογένειες, παρουσιάζουν σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΛ.ΣΤΑΤ, τα υψηλότερα επίπεδα φτώχειας. Ειδικότερα, την περίοδο 2000 -2014 στην Ελλάδα, οι μονογονεϊκές οικογένειες, φθάνουν σε ποσοστό 27,6%, ενώ τα παρατηρούμενα ποσοστά φτώχειας σε αυτές τις οικογένειες, είναι μεγαλύτερα από τα νοικοκυριά τα οποία απαρτίζονται από δυο ενηλίκους γονείς και τα παιδιά τους.
- Ο παράγοντας του φύλου. Την περίοδο τη 2008-2013 το ποσοστό της φτώχειας σύμφωνα ήταν μεγαλύτερο για τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Το φαινόμενο αυτό οφείλεται στις μισθολογικές διαφορές που

συνεχίζουν να υπάρχουν μεταξύ ανδρών και γυναικών, διαφορές οι οποίες μάλιστα αυξάνονται σε μεγαλύτερες ηλικίες για τις γυναίκες.

- Ο παράγοντας της ηλικίας. Οι ηλικιωμένοι και τα παιδιά, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο να βρεθούν σε κατάσταση φτώχειας. Αυτό εξαιτίας των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων οι οποίες μεταφέρονται από τους γονείς στα παιδιά.

- Ο παράγοντας του μορφωτικού επιπέδου. Το επίπεδο εκπαίδευσης, σχετίζεται ευθέως με τις διαφορές στην κατανομή του εισοδήματος στον πληθυσμό. Το επίπεδο της εκπαίδευσης, επηρεάζει τις αμοιβές των εργαζομένων και συνακόλουθα και το επίπεδο της ευημερίας τους. Εν προκειμένω διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και το ζήτημα των ανισοτήτων στο πεδίο της εκπαίδευσης. Δηλαδή το πρόβλημα οξύνεται ιδιαίτερος, καθώς οι εκπαιδευτικές ανισότητες είναι σημαντικές στην Ελλάδα, με το πρόβλημα να παρουσιάζεται οξύτερο στην περίπτωση της Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

- Ο παράγοντας των κοινωνικών προκαταλήψεων του ρατσισμού και της ξενοφοβίας. Σύμφωνα με την ΕΛΛ.ΣΤΑΤ οι παράγοντες αυτοί συμβάλλουν στην εμφάνιση φτώχειας. Η αδήλωτη απασχόληση των αλλοδαπών είναι το ζήτημα το οποίο θα πρέπει να επιλυθεί εν προκειμένω, γεγονός που θα συμβάλλει στην αύξηση των αποδοχών των ανθρώπων αυτών, στην ασφαλιστική τους κάλυψη και επιπλέον στην κοινωνική τους ένταξη, μη περιθωριοποίηση και κοινωνικό αποκλεισμό.

3.2. Οικονομικοί παράγοντες που συνδέονται με τη φτώχεια

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΛ.ΣΤΑΤ συντρέχουν ένα σύνολο οικονομικών παραγόντων οι οποίοι συμβάλλουν στην ενίσχυση των ανισοτήτων και συνακόλουθα στον κίνδυνο φτώχειας από το 2008 και εντεύθεν στην Ελλάδα της κρίσης. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν άμεσα την οικονομική κατάσταση των νοικοκυριών και των μεμονωμένων ατόμων, με αποτέλεσμα να υπάρχει

ανισοκατανομή εισοδήματος και αύξηση του κινδύνου φτώχειας. Στον πίνακα 1 φαίνονται οι δείκτες ανισότητας στην ΕΕ, για τα εισοδήματα του 2010.

Τύπος κοινωνικού κράτους	Χώρα	Gini	L	Theil	C ²	A _(ε=0,5)	A _(ε=2)	
Σοσιαλδημοκρατικό	Δανία	0,260	0,137	0,132	0,191	0,062	0,992	
	Σουηδία	0,240	0,109	0,104	0,146	0,051	0,278	
	Φινλανδία	0,258	0,115	0,126	0,206	0,057	0,239	
	Ολλανδία	0,249	0,107	0,112	0,148	0,053	0,216	
Συντηρητικό-κορπορατιστικό	Αυστρία	0,263	0,130	0,126	0,163	0,060	0,550	
	Βέλγιο	0,261	0,122	0,130	0,320	0,059	0,303	
	Γερμανία	0,286	0,145	0,155	0,249	0,071	0,330	
	Γαλλία	0,308	0,165	0,197	0,405	0,084	0,323	
Φιλελεύθερο	Λουξεμβούργο	0,269	0,123	0,125	0,156	0,060	0,233	
	Μ. Βρετανία	0,326	0,186	0,204	0,353	0,091	0,412	
ΕΕ-27	Ιρλανδία	-	-	-	-	-	-	
	Νοτιευρωπαϊκό	Ιταλία	0,314	0,194	0,182	0,279	0,087	0,628
		Ισπανία	0,326	0,208	0,177	0,195	0,090	0,822
		Ελλάδα	0,328	0,197	0,192	0,254	0,091	0,438
		Πορτογαλία	0,342	0,199	0,209	0,282	0,096	0,335
	Νέα μέλη	Ρουμανία	0,332	0,209	0,186	0,217	0,093	0,439
		Βουλγαρία	0,351	0,224	0,222	0,329	0,104	0,398
		Εσθονία	0,317	0,182	0,169	0,197	0,083	0,373
		Ουγγαρία	0,268	0,119	0,122	0,147	0,058	0,214
		Λιθουανία	0,324	0,195	0,177	0,206	0,087	0,479
		Λετονία	0,351	0,226	0,209	0,252	0,102	0,473
		Πολωνία	0,310	0,169	0,174	0,244	0,081	0,312
Σλοβακία		0,257	0,125	0,127	0,237	0,059	0,292	
Σλοβενία	0,238	0,098	0,096	0,109	0,047	0,190		
Τσεχία	0,252	0,110	0,117	0,152	0,055	0,200		
Μάλτα	0,273	0,128	0,126	0,147	0,061	0,334		
Κύπρος	0,291	0,144	0,168	0,364	0,073	0,248		

Πίνακας 1 Δείκτες ανισότητας στην ΕΕ, για τα εισοδήματα του 2010 (έρευνα, 2011).

Πηγή: (INE-ΓΣΕΕ, 2013).

Είναι προφανές ότι η θέση των ατόμων τα άτομα τα οποία βρίσκονται ήδη κάτω από τα όρια της φτώχειας, είναι πολύ πιο δεινή. Οι παράγοντες αυτοί που συμβάλλουν στα παραπάνω ενδεχόμενα είναι με βάση τα στοιχεία της ΕΛΛ.ΣΤΑΤ (ΕΛΛ.ΣΤΑΤ, Δείκτες Φτώχειας και Οικονομικής Κατάστασης στην Ελλάδα, Συγκεντρωτικά Στοιχεία 2000 – 2014, 2015), οι ακόλουθοι:

- Ο παράγοντας της αύξησης των τιμών ως αποτέλεσμα πληθωρισμού. Ο υψηλός ρυθμός του πληθωρισμού, αυξάνει τις οικονομικές ανισότητες, καθώς πλήττει την αγοραστική δύναμη. Καθώς αυξάνονται οι τιμές των αγαθών πρώτης ανάγκης και παράλληλα μειώνονται τα εισοδήματα, ο κίνδυνος φτώχειας για τα άτομα είναι πολύ πιθανός. Παρόλα αυτά ο παράγοντας του πληθωρισμού και η συμβολή του στη φτώχεια, διαφοροποιείται ανάλογα με τα κοινωνικά στρώματα. Έτσι τα χαμηλά από

άποψη εισοδημάτων, οικονομικά στρώματα, πλήττονται περισσότερο από τον πληθωρισμό, λόγω της διαφορετικής δομής της καταναλωτικής δαπάνης και της ανισοκατανομής του εισοδήματος η οποία οφείλεται στην διαρκώς ανοδική πορεία των τιμών.

- Ο παράγοντας του ισχύοντος φορολογικού συστήματος και η υψηλή φορολόγηση, σχετίζεται άμεσα με την ανισοκατανομή του εισοδήματος τόσο των φυσικών όσο και των νομικών προσώπων. Είναι χαρακτηριστικό ότι με βάση τα στοιχεία της ΕΛΛ.ΣΤΑΤ, την περίοδο 2004-2008 το σύνολο της φορολογικής επιβάρυνσης ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος ανήλθε στο 35,6% στην Ελλάδα, (ενώ το 2006 ήταν 32,5%) τη στιγμή που ο μέσος όρος στην Ε.Ε. ήταν 41,1%. Αυξημένοι είναι ομοίως οι δείκτες και στο πεδίο της άμεσης φορολογίας καθώς η έμμεση φορολογία στην Ελλάδα την περίοδο 2000-2007, ανήλθε σε ποσοστό 42,9% για το σύνολο της φορολογικής επιβάρυνσης.

- Ο παράγοντας της φοροδιαφυγής. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΛ.ΣΤΑΤ (2015), η φοροαποφυγή, αποτελεί έναν παράγοντα ο οποίος εκτός από σημαντικές αρνητικές δημοσιονομικές συνέπειες, συμβάλλει επιπλέον και στην ανισοκατανομή του εισοδήματος, σε βάρος των μισθωτών αλλά και όσων φοροδιαφεύγουν. Οι συνέπειες της φοροδιαφυγής είναι ότι περιορίζουν ασφυκτικά τις δυνατότητες άσκησης πολιτικών για μια ουσιαστική και επί της ουσίας κοινωνική κατανομή. Επιπλέον η φοροδιαφυγή λειτουργεί ως τροχοπέδη στην δημιουργία συνθηκών υγιούς ανταγωνισμού των επιχειρήσεων και την συνακόλουθη ανάπτυξη της οικονομίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Οι σοβαρές οικονομικές κρίσεις, επηρεάζουν την ψυχική υγεία, με δυο τρόπους, οι οποίοι συνδέονται μεταξύ τους. Καταρχάς η οικονομική κρίση, πλήττει την κοινωνική προστασία, η οποία συμβάλλει καθοριστικά στην ανάπτυξη και διατήρηση της ψυχικής υγείας μέσω της ανάπτυξης δημοσίων πολιτικών υγείας. Περαιτέρω αυξάνει σημαντικά τους παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων. Έτσι, παράγοντες όπως η ανεργία, η ανασφάλεια, οι κοινωνικές ανισότητες, ο κοινωνικός αποκλεισμός και τελικά η φτώχεια, ιδιαιτέρως των ευπαθών ομάδων συνδέονται με την εμφάνιση ψυχικών νοσημάτων. Το άτομο, όντας αδύναμο να ελέγξει τη ζωή του και βιώνοντας σοβαρότατη αβεβαιότητα για το μέλλον του, παρωθείται σε κατάσταση απόγνωσης και ψυχικού πόνου.

Η διατήρηση της επαγγελματικής θέσης, ώστε το άτομο να μην βρεθεί στην ανεργία, δεν αποτελεί πάντως τη μοναδική λύση ώστε να μην αντιμετωπίσει το φάσμα της φτώχειας. Αντίθετα, υπάρχουν αρκετοί παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν στην δημιουργία φτώχειας ακόμα και μέσα στην εργασία, όπως η μη σταθερή εργασία, η οικογενειακή δομή, τα χαμηλά επίπεδα μισθών, τα χαμηλά κέρδη των επαγγελματιών, καθώς και η προβληματική εν γένει αγορά εργασίας (INE-ΓΣΕΕ, 2013).

Παράλληλα, σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat τα οποία αφορούν την περίοδο 2000-2007, η Ελλάδα εντάσσεται μεταξύ των χωρών αυτών οι οποίες αντιμετωπίζουν το φαινόμενο της φτώχειας σε ιδιαιτέρως σημαντικό βαθμό. (Παπαθεοδώρου, Δαφέρμος, 2010). Πριν ωστόσο αναλυθεί ο τρόπος με τον οποίο η οικονομική κρίση επηρεάζει δυσμενώς την ψυχική υγεία καθώς και τα συστήματα υγείας θα αναλυθεί η έννοια του συστήματος υγείας.

4.2. Η έννοια του συστήματος υγείας

Με τον όρο υπηρεσίες υγείας ή υγειονομικές υπηρεσίες νοείται το σύνολο των υπηρεσιών παροχής ιατρικών φροντίδων, θεραπευτικών και προληπτικών, όπως επίσης και τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής αυτών των υπηρεσιών. (Γεροστάθης, 2003).

Περαιτέρω, ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των διαθέσιμων πόρων του τομέα της υγείας, ανθρώπινων και υλικών, που με συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης μέσα από μια προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και στο πλαίσιο των διαθέσιμων πόρων, στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Λιαρόπουλος 1991).

Η Υγεία σε ατομικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο κοινωνικού συνόλου είναι από τα βασικά και θεμελιώδη αγαθά. Πολλές φορές οι άνθρωποι αναρωτιούνται ποιο είναι το μεγαλύτερο αγαθό και πάντοτε καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα, την Υγεία. Γι' αυτό η πρόσβαση στα μέσα και στους τρόπους διατήρησής της ή και απόκτησής της, αν για κάποιο λόγο έχει κλονιστεί, είναι αναφαίρετο δικαίωμα του πολίτη κάθε ευνομούμενης κοινωνίας. Στο θέμα της υγείας εμπλέκονται τρεις βασικοί παράγοντες, ο Πολίτης ή με άλλα λόγια ο ασθενής, ο Γιατρός και το Κράτος. Και οι τρεις αυτοί παράγοντες έχουν βασικό ρόλο (Οικονόμου, 2012).

Πρώτον ο πολίτης, γιατί αυτός, πρώτα από όλους τους άλλους είναι ο άμεσα ενδιαφερόμενος. Ο πολίτης θα πρέπει να έχει τον πρώτο λόγο σε όλα που τον αφορούν και τα οποία έχουν σχέση με υγεία του. Η υγεία είναι βασικό αγαθό για τη ζωή του, γι' αυτό θα πρέπει να παρεμβαίνει όπου χρειάζεται και να απαιτεί το αναφαίρετο δικαίωμά του για καλύτερη υγεία, όταν αυτό κρίνεται σκόπιμο.

Δεύτερον ο γιατρός, γιατί αυτός είναι ο βασικός παράγων στην παροχή της ιατρικής φροντίδας και έτσι θα πρέπει να εκτιμηθεί. Ο γιατρός, ως βασικός παράγων, έχει ιερή υποχρέωση και καθήκον να είναι όχι μόνο επαρκής στις ιατρικές γνώσεις, αλλά και να έχει γενικότερη μόρφωση, άμεμπτη ηθική υπόσταση, άψογη συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή και γενικότερα στην κοινωνία (Γεωργόπουλος, 2010).

Τρίτον το κράτος, το οποίο έχει την υποχρέωση να δημιουργήσει όλη την υποδομή του συστήματος υγείας που χρειάζεται. Το κράτος έχει την υποχρέωση όχι μόνο να δημιουργήσει ένα σωστό σύστημα υγείας που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες της κοινωνίας αλλά και να φροντίζει για την καλή λειτουργία του, καθώς και να ενημερώνει τον πολίτη σε όλα τα θέματα υγείας που τον αφορούν. Ακόμη θα πρέπει να δώσει στον πολίτη το δικαίωμα και την ευχέρεια της επιλογής του γιατρού του, για να μην αισθάνεται ότι είναι αναγκασμένος να κάνει ότι οι άλλοι αποφασίζουν για αυτόν.

Οι μορφές των οργανισμών υγείας μπορούν να διακριθούν ανάλογα με την νομική μορφή της λειτουργίας σε (α) ιδιωτικές οι οποίες λειτουργούν σύμφωνα με τις αρχές του ιδιωτικού δικαίου και έχουν φορέα ένα Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου ή φυσικό πρόσωπο. Ιδιοκτήτης των ιδιωτικών οργανισμός είναι ένα Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου ή φυσικό πρόσωπο και (β) σε δημόσιες όπου φορέας των δημοσίων οργανισμών παροχής υγείας είναι το Δημόσιο ή οι Οργανισμοί Τοπικής αυτοδιοίκησης. Στο δημόσιο σύστημα υγείας παρέχονται υπηρεσίες ισότιμα σε όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα με την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση,

Στην Ελλάδα το ασφαλιστικό σύστημα μέχρι και πρότινος, αποτελούνταν από πολλά ασφαλιστικά σχήματα που λειτουργούσαν κάτω από την εποπτεία του υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής ασφάλισης. Κάθε ασφαλιστικό σχήμα λειτουργούσε με διαφορετική νομοθεσία και σε πολλές περιπτώσεις με διαφορετικές καταβαλλόμενες εισφορές και παροχές.

Με τις μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν κατά τα έτη 2011-2012 έγινε συγχώνευση των τεσσάρων μεγαλύτερων ταμείων δηλαδή του ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών υπό τη εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, ενώ στην ανώτερη βαθμίδα διοικητικής πυραμίδας του ΕΣΥ βρίσκεται το Υπουργείο Υγείας το οποίο είναι υπεύθυνο για την ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στην υγεία, την διαχείριση και τον σχεδιασμό των βασικών πολιτικών υγείας.

Όσον αφορά το θεσμικό πλαίσιο ο Ν. 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» είναι το βασικό νομοθέτημα για την πορεία της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης στην Ελλάδα, δεδομένου ότι μεριμνά αφενός

για την προώπιση των θεμελιωδών δικαιωμάτων των ασθενών, αφετέρου δε γιατί θέτει τις αρχές πάνω στις οποίες βασίζεται η ανάπτυξη δημοσίων πολιτικών για την ψυχική υγεία.

4.3. Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας

Κεντρικός άξονας και προαπαιτούμενο για την ύπαρξη βιώσιμων συστημάτων και δομών υγείας, είναι η απρόσκοπτη πρόσβαση στο ανθρώπινο κεφάλαιο καθώς και σε απαραίτητους πόρους και εισροές. Η εξασφάλιση αυτών των προαπαιτούμενων, απαιτεί την διάθεση οικονομικών πόρων, για επενδύσεις στο χώρο της υγείας, σε κτίρια, σε κονδύλια για την μισθοδοσία του υγειονομικού προσωπικού, για προμήθεια αναλωσίμων, φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού.

Όπως προαναφέραμε οι περισσότερες χώρες σήμερα λόγω της οικονομικής κρίσης, και ιδιαιτέρως της Ελλάδας, την οποία η κρίση έπληξε σε σημαντικό βαθμό, βρίσκονται υπό καθεστώς συνεχούς πίεσης εξ' αιτίας των δραματικά περιορισμένων οικονομικών πόρων και της αντίστοιχης ανάγκης και ζήτησης για παροχές υγείας. Αν αναλογιστεί κανείς ότι με βάση όσα θα αναπτυχθούν στη συνέχεια ότι η ζήτηση για παροχές ψυχικής υγείας, που συνδέεται με την οικονομική κρίση και ανεργία έχει κατακόρυφα αυξηθεί, μπορεί κανείς εύκολα να αντιληφθεί την ασφυξία που υπάρχει στο υγειονομικό σύστημα και τις δομές της χώρας.

Όσοι είναι επιφορτισμένοι με τον έλεγχο και την πρωτοβουλία χάραξης πολιτικών προς την κατεύθυνση αυτή, έχουν τρεις διαθέσιμες επιλογές ανάμεσα σε άλλες. Να φροντίσουν να συγκρατήσουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας, να αυξήσουν την χρηματοδότηση των εν λόγω υπηρεσιών, ή και τα δυο μαζί. Από τα μέσα ήδη της δεκαετίας του 1970, αναπτύχθηκε εκτεταμένος δημόσιος διάλογος, για την ανάγκη έγκαιρης και επείγουσας λήψης μέτρων για την συγκράτηση του κόστους των δαπανών υγείας στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Mossialos & Le Grand, 1998, 2002).

Λαμβάνοντας υπόψη το δεδομένο ότι ο δημόσιος δανεισμός αποδείχθηκε ότι δεν προσφέρει μακροπρόθεσμα, αντίθετα οδηγεί σε καταστάσεις όπως αυτή που

βιώνει σήμερα η χώρα, η ανησυχία πλέον αναφορικά με την χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα γίνεται επιτακτική προκειμένου να εξευρεθούν βιώσιμες και αποτελεσματικές λύσεις. (Mossialos et al., 2002).

4.4. Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα της κρίσης

Όπως αναλύθηκε παραπάνω, υπό το καθεστώς της ασφυκτικής πίεσης της δημοσιονομικής κρίσης, το κοινωνικό κράτος στην Ελλάδα, άρχισε να φθίνει σταδιακά και συνεχώς, λόγω του σημαντικού περιορισμού των κοινωνικών δαπανών για υπηρεσίες υγείας. Βέβαια οι πολιτικές που ακολουθήθηκαν από όλες τις κυβερνήσεις τα χρόνια προηγήθηκαν συνέβαλαν στην επιβάρυνση του συστήματος υγείας, αφού πρώτα συνέβαλλαν στην διόγκωση των δημοσιονομικών μεγεθών. Όπως υποστηρίζει ο Ματσαγγάνης (2011) η πολιτική κοινωνικών παροχών, η οποία ακολουθήθηκε τόσο από την Ελλάδα όσο και από τις υπόλοιπες χώρες του ευρωπαϊκού Νότου είχε ως αποτέλεσμα ότι οδήγησε στη δημοσιονομική κρίση. Είναι χαρακτηριστικό ότι η δαπάνη υγείας για τη Ελλάδα, ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, ενώ το 1980 ήτα 5.9%, το 2009 είχε διπλασιαστεί και ήταν της τάξης του 10.6% (πίνακας 2).

	1980	1990	2000	2005	2007	2008	2009	2010
Austria	7.4	8.4	10.0	10.4	10.3	10.5	11.2	11.0
Belgium ²	6.3	7.2	8.1	10.1	9.6	10.0	10.7	10.5
Bulgaria	..	..	6.2	7.3	6.8	7.0	7.2	..
Cyprus	..	..	5.8	6.4	6.1	6.9	7.4	7.4
Czech Republic	..	4.5	6.3	6.9	6.5	6.8	8.0	7.5
Denmark	8.9	8.3	8.7	9.8	10.0	10.2	11.5	11.1
Estonia	..	..	5.3	5.0	5.2	6.0	7.0	6.3
Finland	6.3	7.7	7.2	8.4	8.0	8.3	9.2	8.9
France	7.0	8.4	10.1	11.2	11.1	11.0	11.7	11.6
Germany	8.4	8.3	10.4	10.8	10.5	10.7	11.7	11.6
Greece	5.9	6.7	8.0	9.7	9.8	10.1	10.6	10.2
Hungary ³	..	7.1	7.2	8.4	7.7	7.5	7.7	7.8
Ireland	8.2	6.0	6.1	7.6	7.8	8.9	9.9	9.2
Slovenia	..	..	8.3	8.3	7.8	8.3	9.3	9.0
Spain	5.3	6.5	7.2	8.3	8.5	8.9	9.6	9.6
Sweden	8.9	8.2	8.2	9.1	8.9	9.2	9.9	9.6
United Kingdom	5.6	5.9	7.0	8.2	8.5	8.8	9.8	9.6
EU27 (unweighted)	..	..	7.3	8.3	8.2	8.4	9.2	9.0 ⁴
EU27 (weighted) ¹	..	..	8.6	9.5	9.4	9.6	10.4	10.3

Πίνακας 2: Δαπάνη υγείας στον ΟΟΣΑ ως % του ΑΕΠ 1980-2010. Πηγή: OECD, Health Data 2012.

Στην ιδιωτική δαπάνη υγείας συμπεριλαμβάνονται όλες οι δαπάνες τις οποίες τα νοικοκυριά ξοδεύουν για πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και περίθαλψη, τόσο σε κρατικές όσο και ιδιωτικές δομές παροχών υγείας, στις οποίες δαπάνες συμπεριλαμβάνονται και όσες δεν καλύπτονται από ασφαλιστικά ταμεία. Οι συνολικές δαπάνες για τον τομέα της υγείας περιλαμβάνουν από τη μία το σύνολο των επενδύσεων στο χώρο της υγείας και από την άλλη, την κατανάλωση υπηρεσιών υγείας.

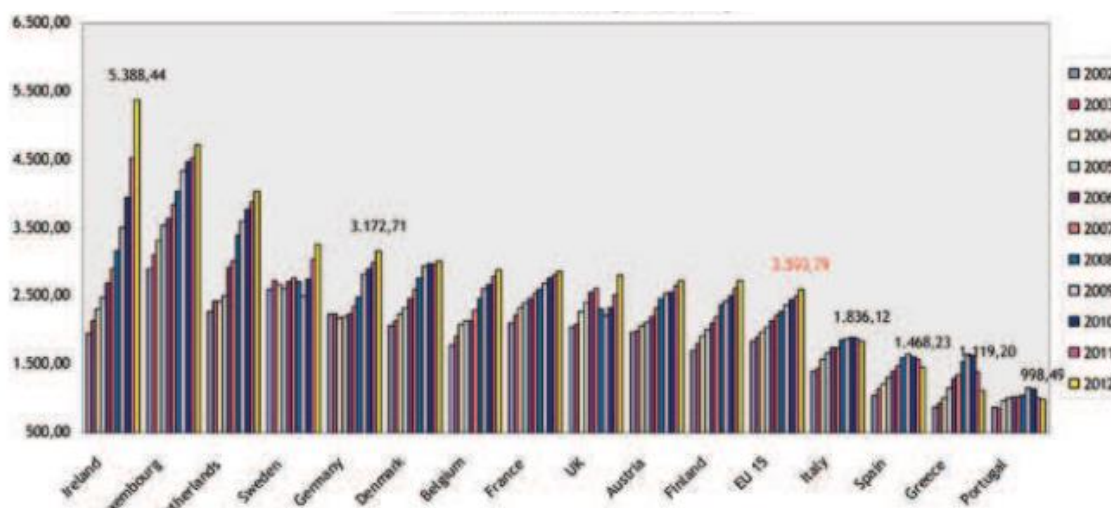
Οι Εθνικοί λογαριασμοί υγείας αποτελούν μια μεθοδολογία, μέσω της οποίας παρακολουθούνται και καταγράφονται όλες οι ροές των δαπανών του συστήματος υγείας (δημόσιες, ιδιωτικές, δαπάνες καταβληθείσες στο εξωτερικό) (Κουσουλάκου, Βίτσου 2008).

Μέσω των εθνικών λογαριασμών υγείας παρέχονται πληροφορίες οι οποίες αφορούν τρεις βασικούς άξονες: για τις πηγές χρηματοδότησης, για την παραγωγή, δηλαδή για την κατανομή των διαθέσιμων πόρων στους συντελεστές παραγωγής (νοσηλευτικό προσωπικό και γιατροί, κτίρια, ιατρικός και τεχνολογικός εξοπλισμός) όπως επίσης για την κατανάλωση, δηλαδή ποιες μορφές υπηρεσιών υγείας θα αγοραστούν με τους διαθέσιμους πόρους. Στο σύστημα αυτό, προκειμένου το σύστημα να είναι ισορροπημένο θα πρέπει να ισχύει η ισότητα: $\text{χρηματοδότηση} = \text{παραγωγή} = \text{κατανάλωση}$. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα, επί μακρόν και κυρίως την τελευταία δεκαετία έβαιναν συνεχώς αυξανόμενες.

Επιπλέον σε επίπεδο ευρωπαϊκής ένωσης, η χρήση μιας κοινής μεθοδολογίας, για την καταγραφή των δαπανών που τα κράτη μέλη διοχετεύουν σε παροχές γίνεται στη βάση συγκεκριμένων προτύπων και ταξινομήσεων, μέσω της πλατφόρμας ESSPROS. Σύμφωνα με το σύστημα ESSPROS, τα κονδύλια δαπανών για την αγορά υπηρεσιών υγείας, αποτελούν την χορήγηση μετρητών στα άτομα τα οποία βρίσκονται σε ομάδες υψηλού κινδύνου, και ανάλογα με την ασθένεια από την οποία

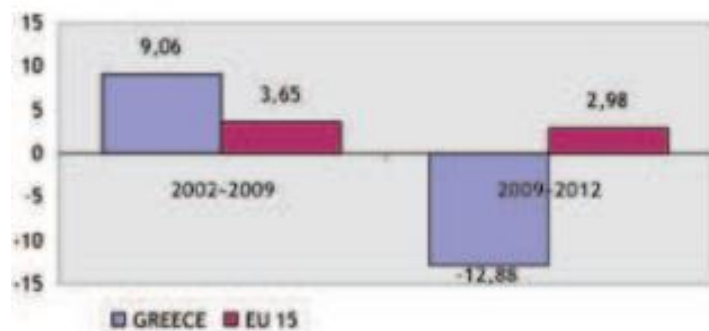
πάσχουν. Θα πρέπει δε να σημειωθεί ότι η αναπηρία συνιστά διακριτή κατηγορία κινδύνου. Οι δαπάνες αυτές (π.χ επιδόματα τοκετού) λειτουργούν αντισταθμιστικά σε σημαντικό βαθμό για τα άτομα.

Ανάμεσα στις χώρες της ΕΕ, το Λουξεμβούργο, κατέχει την πρώτη θέση με τάσεις για αύξηση κάθε χρόνο, τη στιγμή που η Ελλάδα, η Πορτογαλία και η Ισπανία βρίσκονται στις τελευταίες θέσεις. (εικόνα 3).



Πίνακας 3 Εξέλιξη δαπανών υγείας ανά κάτοικο στην Ευρωπαϊκή Ένωση για το διάστημα 2002-2012. Πηγή: Eurostat

Από τα παραπάνω στοιχεία, θα πρέπει να σημειωθεί η αύξηση που παρουσιάζει η Ιρλανδία στον τομέα της υγείας. Όσον αφορά την Ελλάδα για το διάστημα από 2002 έως 2009 έχει καταγραφεί μια αύξηση των δαπανών για την υγεία, σε ποσοστό 9,6%, ενώ ο αντίστοιχος μέσος όρος για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ήταν 3,6%. Από το 2009 που άρχισε η οικονομική κρίση και μέχρι το 2009, στην Ελλάδα σημειώθηκαν μεγάλες μειώσεις των χορηγούμενων δαπανών, σε ποσοστό 12,67%, (Πίνακας 4)



Πίνακας 4 Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής δαπανών υγείας στην Ελλάδα το διάστημα 2002-2012. Πηγή: Eurostat.

Επίσης σύμφωνα με τα στοιχεία από την πλατφόρμα ESSPROS, στις χώρες του ευρωπαϊκού Νότου, οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία, όπως εξάλλου και οι υπόλοιπες δαπάνες υγείας, είναι χαμηλότερες από τον αντίστοιχο μέσο όρο των υπολοίπων κρατών μελών.

Η κρίση είχε σοβαρές επιπτώσεις και στις κρατικές δαπάνες υγείας. Το ποσοστό του ΑΕΠ το οποίο δαπανάται από το κράτος για τον τομέα της υγείας, μειώθηκε δραματικά με αποτέλεσμα ότι την περίοδο 2003-2015 να μειωθεί σε ποσοστό 60% (Πίνακας 7).



Πίνακας 5 Εξέλιξη της δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα τα έτη 2003 έως 2015

Πηγή OECD 2015

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

5.1. Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Η σημασία των ψυχικών διαταραχών (οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων και με την οικονομική κρίση) για τη δημόσια υγεία καταδεικνύεται από το ότι κατατάσσονται ανάμεσα στις πρώτες αιτίες πρόκλησης σημαντικής ανικανότητας για το άτομο. Είναι μάλιστα χαρακτηριστικό ότι οι ψυχικές διαταραχές αναμένεται να παρουσιάσουν κατακόρυφη αύξηση στο εγγύς μέλλον και μέχρι το 2020, να αποτελούν τις δεύτερες κατά σειρά σε συχνότητα αιτίες μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια (WHO, 2001).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μεγάλου αριθμού ερευνών, τονίζεται ο κεφαλαιώδης αντίκτυπος που είχε στην ψυχική υγεία η οικονομική κρίση. Ακόμα και στην περίπτωση που φαίνεται ότι οι γενικοί δείκτες υγείας, όπως για παράδειγμα το προσδόκιμο επιβίωσης ή η θνησιμότητα, δεν έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση, επηρεάζονται παρ'όλα αυτά, τα ποσοστά θνησιμότητας τα οποία συνδέονται με ειδικά αίτια.

Παραδείγματος χάριν, παρουσιάζεται κατακόρυφη αύξηση των αυτοκτονιών, καταχρήσεων, ανθρωποκτονιών, αλκοολισμού, ηπατικών κιρρώσεων λόγω αυξημένης χρήσης αλκοόλ και ψυχιατρικών διαταραχών, περιπτώσεις που φαίνεται να έχουν κατακόρυφη αύξηση σε συνθήκες ανεργίας που είναι αποτέλεσμα οικονομικής κρίσης όπως αυτή που βιώνουμε σήμερα διεθνώς και ιδιαίτερα στην Ελλάδα (Marmott and Bell, 2009).

Συνεπώς, εκφράζονται σοβαρές ανησυχίες από τους ειδικούς, για τις ιδιαίτερα σημαντικές επιπτώσεις της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία, ενώ παράλληλα επισημαίνουν την ανάγκη ετοιμότητας των δομών και των συστημάτων υγείας να αντιμετωπίσουν ικανοποιητικά το φαινόμενο. Όπως τονίζει το Stuckler (2008), αναμένεται περαιτέρω αύξηση και μάλιστα σημαντική των καταθλιπτικών επεισοδίων καθώς και της αυτοκτονικότητας.

Είναι χαρακτηριστικό ότι μόνο στο Ηνωμένο Βασίλειο αναμένεται να τριπλασιαστούν τα επόμενα χρόνια τα ψυχωτικά επεισόδια, ενώ να διπλασιαστούν τα ποσοστά αλκοολισμού, καθώς επίσης και να τριπλασιαστούν τα καταθλιπτικά επεισόδια (Samaritans Report, 2009). Παράλληλα, άλλες μελέτες έχουν καταδείξει την κατακόρυφη αύξηση των αυτοκτονιών σε διάφορες χώρες στην υφιστάμενη οικονομική κρίση, όπως για παράδειγμα στην Ιαπωνία (Ryall, 2009).

Από στοιχεία που υπάρχουν για την Ελλάδα είναι εμφανές ότι υπήρξε κατακόρυφη αύξηση φαρμάκων για ψυχικές νόσους (πίνακας 8) ενώ οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν επίσης πολύ (πίνακας 9)

	2006	2011	% ΜΕΤΑΒΟΛΗ 2006-2011
Αντιψυχωτικά	65.689.555,7	75.108.018,75	18,59%
	16,08DDD/1000 άτομα	19,07DDD/1000 άτομα	
Ηρεμιστικά	125.309.735	121.549.353	00,52%
	30,7DDD/1000 άτομα	30,87DDD/1000 άτομα	
Αντικαταθλιπτικά	165.521.219	215.343.679,5	34,80%
	40,57DDD/1000 άτομα	54,69DDD/1000 άτομα	

Πίνακας 6 Κατανάλωση φαρμάκων για ψυχικές νόσους την περίοδο 2006/2011

Πηγή: Κυριόπουλος κ.ά., 2012
σελ.6

ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Αυτοκτονίες	382	373	391	377	477	508	533

Πίνακας 7 Θάνατοι από αυτοκτονίες για τα έτη 2000 και 2000-2013

Πηγή Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2014

5.2.Η αύξηση της ψυχικής νοσηρότητας στους ενήλικες

Όλα παραπάνω, συμβάλλουν στην αύξηση των ποσοστών της ψυχιατρικής νοσηρότητας των ατόμων σε σημαντικό ποσοστό. Το συμπέρασμα αυτό εξάλλου είναι επαρκώς τεκμηριωμένο διαχρονικά, μέσω της εκπόνησης σχετικών ερευνών κατά τη διάρκεια παρόμοιων οικονομικών κρίσεων, διεθνώς. Όπως έχει προκύψει μέσα από έρευνες, η οικονομική κρίση η οποία οδηγεί σε ανεργία και εργασιακή

ανασφάλεια, σχετίζεται με την σημαντική αύξηση αφενός των αποπειρών αυτοκτονίας, αφετέρου δε των συνολικών ποσοστών κατάθλιψης (Economou et al., 2011).

Σύμφωνα με τους (Economou et al., 2011), πρόσφατη έρευνα, σε είκοσι έξι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατέδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας σε ποσοστό της τάξης του 1,1% συνδέεται με αύξηση των περιπτώσεων αυτοκτονιών κατά 0,97%.. Η αύξηση της ανεργίας δε, σε ποσοστό άνω του 3% έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των περιπτώσεων αυτοκτονιών κατά 4,5%.

Εκτός από τα υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών που συνδέονται με την ανεργία και την οικονομική κρίση, υψηλά ποσοστά θνησιμότητας, αποδίδονται και στον αλκοολισμό, γεγονός που επιβεβαιώνει τη σύνδεση της ανεργίας και της φτώχειας με ψυχολογικές διαταραχές. Η ίδια έρευνα με κριτήριο το φύλο και τις ηλικιακές ομάδες, κατέδειξε ότι η αύξηση της ανεργίας προκαλεί πολύ μεγάλη αύξηση της θνησιμότητας λόγω αυτοκτονιών και ισχαιμικών καρδιακών επεισοδίων στους άνδρες έως 60 ετών κάτι που δεν φαίνεται να ισχύει στις ηλικίες άνω των εξήντα ετών (Economou, et al., 2009).

Σχετική μελέτη των Economou et al. (2019), οδηγείται στα ίδια συμπεράσματα. Οι συγγραφείς διενήργησαν έρευνα σε δεκατρείς ευρωπαϊκές χώρες, τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν την ύπαρξη σχέσης μεταξύ ανεργίας και θνησιμότητας. Ειδικότερα όπως επισημαίνουν οι συγγραφείς, η αύξηση της ανεργίας σε ποσοστό της τάξης του 1% οδηγεί στην αύξηση του γενικού δείκτη θνησιμότητας κατά 2,81, δηλαδή 2,81 θανάτους ανά 100.000 πληθυσμού. Παράλληλα η μελέτη κατέδειξε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ανεργία και την θνησιμότητα λόγω ισχαιμικών επεισοδίων καρδιοπάθειας.

Άλλες μελέτες έχουν επισημάνει τον συσχετισμό ανάμεσα στο επίπεδο του πλούτου που παράγει μια χώρα, και στην ποιότητα της ψυχικής υγείας του πληθυσμού της (Kentikelenis et al., 2011; Μπούρας και Λύκουρας, 2011). Αρκετές έρευνες δείχνουν επίσης τον υψηλό βαθμό συσχέτισης μεταξύ φτώχειας και κατάθλιψης (Butterworth et al., 2009, Scutella, Wooden, 2008). Κάποιες μελέτες μάλιστα, έχουν αποδείξει την ύπαρξη σχέσης μεταξύ της μείωσης των εισοδημάτων

και της εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών και προδιάθεσης κατάθλιψης, σε διάστημα έξι μηνών από την μείωση των εισοδημάτων (Araya et al., 2003).

Από τα πιο πρόσφατα δημοσιευμένα επιδημιολογικά στοιχεία στην Ελλάδα, επιβεβαιώνονται οι παραπάνω τάσεις. Ειδικότερα οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης αντανακλώνται στους δείκτες ψυχικής υγείας. Για παράδειγμα ο αριθμός των κλήσεων πολιτών σε γραμμές βοήθειας που σχετίζονται με παροχή βοήθειας σχετικά με την αυτοκτονία παρουσίασαν κατακόρυφη αύξηση σε ποσοστό 70%. Παράλληλα και τα ποσοστά αυτοκτονιών διπλασιάστηκαν σε σχέση με το 2008, από 2,8% το 2008, σε 5,2% το 2010 (αριθμοί ανά 100.000 πληθυσμού) (Γιωτάκος κ.ά.,2011).

Σύμφωνα με την Επιδημιολογική Μελέτη Ψυχοπαθολογίας Ενηλίκων (Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, 2010) υπάρχει υψηλός βαθμός συσχέτισης μεταξύ της αυτοκτονικότητας και της ανεργίας, όπως επίσης και στην εμφάνιση σοβαρών ψυχικών νοσημάτων και ανεργίας. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ίδιας έρευνας, ένας στους έξι Έλληνες ηλικίας 18-70 ετών, παρουσιάζει κάποια μορφή ήπιας ψυχικής νόσου, ενώ ένας στους δώδεκα Έλληνες έχει αναπτύξει σοβαρότερη μορφή ψυχικών νοσημάτων. Το ιδιαίτερος κρίσιμο στοιχείο που προκύπτει από την Επιδημιολογική μελέτη, είναι ότι το 75% του πληθυσμού, οι οποίοι εμφανίζουν κάποιο βαθμό ψυχοπαθολογίας, δεν λαμβάνουν κάποια αγωγή για την θεραπεία τους.

Το γεγονός αυτό σχετίζεται αναπότρεπτα με τα στοιχεία που παρουσιάστηκαν παραπάνω σχετικά με τις δαπάνες υγείας, καθώς παρατηρείται ότι ενώ οι απαιτήσεις για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής φροντίδας έχουν αυξηθεί δραματικά, η παροχή τους είναι σημαντικά μειωμένη, λόγω των σημαντικών παροχών προς το κοινωνικό κράτος και τις κοινωνικές δαπάνες. Αποτέλεσμα αυτού είναι η διαρκής όξυνση του φαινομένου που χειροτερεύει σε έναν φαύλο κύκλο συνεχώς, το επίπεδο ψυχικής υγείας (Triantafyllou, Angeletopoulou, 2011).

5.2.1. Οικονομική κρίση και αυτοκτονία

Σε μια μελέτη τους οι Chang et al (2009) ερευνήσαν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο διάστημα μεταξύ των ετών 1997 και 1998, ως προς το φαινόμενο των αυτοκτονιών, σε χώρες όπως η Ιαπωνία, η Νότια Κορέα, η Ταϊβάν, το Χονγκ Κονγκ, η Ταϋλάνδη και η Σιγκαπούρη. Οι ερευνητές αντιπαρέβαλλαν στα στοιχεία που εξήγαγαν, δεδομένα για τις αυτοκτονίες στις ίδιες περιοχές, στην περίοδο 1985 έως 2005.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η θνησιμότητα λόγω αυτοκτονιών, έδειξε να ελαττώνεται από γύρω στα μέσα και κυρίως στα τέλη της δεκαετίας του 1980, έως και τις αρχές του 1990, ωστόσο στη συνέχεια παρουσίασε σταδιακή αύξηση και μάλιστα αισθητή, σε όλες της χώρες, εκτός της Σιγκαπούρης η οποία αντίθετα εμφάνιζε μικρότερα ποσοστά αυτοκτονίας από την προηγούμενη περίοδο. Ειδικότερα σε σύγκριση με την προγενέστερη περίοδο, τα ποσοστά αυτοκτονιών των ανδρών αυξήθηκαν το 1998 κατά 37% στην Κορέα και κατά 34% στο Χονγκ Κονγκ και 46% στην Ιαπωνία, με τις γυναίκες πάντως να εμφανίζουν τα χαμηλότερα ποσοστά αύξησης.

Από την μελέτη έγινε εμφανές ότι στην Ιαπωνία το 1998, η οικονομική κρίση είχε ως αποτέλεσμα 10.00 περισσότερες αυτοκτονίες, σε σχέση με το 1997, ενώ το ίδιο συνέβη και στην περίπτωση της Κορέας αλλά και του Χονγκ Κονγκ. Στην Σιγκαπούρη αλλά και στην Ταϊβάν, δεν παρουσιάστηκαν τέτοιου είδους αυξήσεις των γεγονόσ που συνδέεται με το ότι στις χώρες αυτές η οικονομική κρίση είχε μικρότερες συνέπειες στην ανεργία και στο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν. Είναι γεγονός ότι από τα αποτελέσματα αυτής της μεγάλης συγκριτικής έρευνας, προκύπτει ευθεία συσχέτιση της οικονομικής κρίσης και της αύξησης του δείκτη ανεργίας στις εν λόγω ασιατικές χώρες με την αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες (Uutela, 2010).

Σε μια σχετική με την προηγούμενη έρευνα η οποία διενεργήθηκε στην Κίνα, από τους Philips et al., (1999), έδειξε ότι η οικονομική κρίση και η δραματική μείωση των εισοδημάτων, σε συνδυασμό με το αυξημένο κόστος πρόσβασης σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως επίσης και της μετανάστευσης των ανθρώπων προς τις πόλεις για εξεύρεση εργασίας, συνέβαλλαν αποφασιστικά στην ραγδαία άνοδο των αυτοκτονιών λόγω των καταθλιπτικών διαταραχών.

Η μελέτη έδειξε επίσης ότι στις περισσότερες από τις περιπτώσεις αυτές οι άνθρωποι δεν έχουν την δυνατότητα να λάβουν θεραπεία, λόγω ακριβώς των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν. Ο Sundar (1997) σε μια παρόμοια μελέτη του στην Ινδία, κατέδειξε το φαινόμενο των μαζικών αυτοκτονιών στα μέσα της δεκαετίας του 1990, λόγω της οικονομικής κρίσης και της δραματικής μείωσης των εισοδημάτων.

Τέλος σε μια σχετική μελέτη τους οι Stuckler et al (2009) σε είκοσι έξι ευρωπαϊκές χώρες για το διάστημα από τα μέσα του 1970 έως και το 2006, κατέδειξαν ότι οι οικονομικές μεταβολές οι οποίες έλαβαν χώρα στις χώρες αυτές, επηρέασαν ευθέως την ραγδαία αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας από αυτοκτονίες κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες στην Ευρώπη. Ειδικότερα από την έρευνα προέκυψε ότι αυξήθηκαν δραματικά οι αυτοκτονίες κάτω των 65 ετών, ενώ παρόμοια αύξηση παρουσίασαν και οι ανθρωποκτονίες. Τέλος η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα ποσοστά ανεργίας, αν και αυξημένα, δεν φάνηκε να έχουν καμία επίπτωση στο ποσοστό των αυτοκτονιών, στην περίπτωση που οι άνεργοι εντάσσονται σε προγράμματα στήριξης.

5.3.Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία των παιδιών και εφήβων

Τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης, εκτός από τους ενήλικους είναι ιδιαίτερος εμφανή ανάμεσα στα παιδιά και τους έφηβους. Αυτό διότι καθώς το αίσθημα ανασφάλειας και αβεβαιότητας αυξάνει συνεχώς, έχει ως αποτέλεσμα τον επηρεασμό των συμπεριφορών και της δράσης των ενηλίκων. Ειδικότερα καθώς διαμορφώνεται ένα αρνητικό περιβάλλον για τους ενήλικους, αυτό έχει ευθεία επίπτωση στην ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων, οι οποίοι είναι η πλέον ευπαθής κοινωνική ομάδα (Eurochild, 2011).

Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι καθώς το παιδί από την γέννησή του αναπτύσσει συναισθηματικές σχέσεις με τους γονείς και τα αδέρφια του, και με δεδομένο ότι η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα αλληλεπιδρούντων σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ των μελών της οικογένειας, αλλά και μεταξύ οικογένειας και

κοινωνικού συγκείμενου, είναι προφανές ότι η οικονομική κρίση, προκαλεί κρίση στην οικογένεια, η οποία εκδηλώνεται σε ένα ή και περισσότερα μέλη της. Δεδομένου ότι η οικογένεια βιώνει σε μεγάλο βαθμό αβεβαιότητα, αυτό έχει ως αποτέλεσμα ότι αλλάζει και το πλαίσιο σχέσεων μεταξύ γονέων και παιδιών.

Έτσι ο γονέας που βιώνει κατάθλιψη δεν είναι σε θέση να σταθεί υποστηρικτικά δίπλα στο παιδί του και να κατανοήσει τις δικές του αγωνίες, και να του παρέχει συναισθηματική σταθερότητα. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι αυτή η κατάσταση οδηγεί σε σοβαρή σύγχυση μεταξύ των ρόλων γονέων και παιδιών αντίστοιχα και στην διαμόρφωση μιας κατάστασης η οποία επηρεάζει σημαντικά το παιδί. Ο γονέας γίνεται ενοχικός και μεταφέρει στη συνέχεια τα δικά του άγχη και αγωνίες στο παιδί, το οποίο κατακλύζεται από αντιφατικά μηνύματα σχετικά με το γονεϊκό ρόλο και αντικρουόμενα συναισθήματα.

Οι μεταβολές της κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης, στην οικογένεια, οδηγούν συχνά σε σοβαρές συγκρούσεις μεταξύ των γονέων, γεγονός που οδηγεί το παιδί σε μια τραυματική κατάσταση, νιώθοντας ότι οι γονείς του δεν είναι σε θέση στα πλαίσια του ρόλου τους, να είναι υποστηρικτικοί και συναισθηματικά προστατευτικοί. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι τα παιδιά να παραμελούνται και να μην ωριμάζουν, προτάσσοντας άμυνες για την ψυχική τους υγεία, και οργή, η οποία εκδηλώνεται συχνά με βία και αντίδραση.

Για τους εφήβους το πρόβλημα φαίνεται να είναι ακόμα πιο δύσκολο καθώς βρίσκονται σε εναργείς διαδικασίες σχηματισμού της ατομικής και κοινωνικής τους ταυτότητας. Τα πρότυπα καταρρέουν, καθώς οι γονείς εμφανίζονται ανίκανοι να ενεργήσουν στα πλαίσια του γονεϊκού τους ρόλου και οι οποίοι δέχονται παθητικά την επιθετικότητα των εφήβων οι οποίοι δρουν στα πλαίσια της προσπάθειας αυτονομήσής τους (Σουμάκη κ.ά., 2008).

5.4. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες παροχής υγείας και στη γενικότερη κλινική εικόνα

Η οικονομική κρίση, έχει συνεπώς οδηγήσει αφενός στην δραματική αύξηση των περιστατικών ψυχικής νοσηρότητας, και συνακόλουθα στην αύξηση της ζήτησης ψυχιατρικών υπηρεσιών, στην κλινική πρακτική. Όπως επισημαίνουν οι Anagnostopoulos και Soumaki (2013) οι περιπτώσεις ψυχιατρικών προβλημάτων έχουν υπερδιπλασιαστεί αποτελώντας σήμερα την βασική κατηγορία των νέων περιστατικών. Παράλληλα, είναι γενικευμένες οι περιπτώσεις, οριακών περιπτώσεων παθολογίας, όπως για παράδειγμα η αύξηση της χρήσης ουσιών, η οποία έχει εξαπλωθεί στον κοινωνικό χώρο και ιδίως στα σχολεία, και η εκδήλωση ρατσιστικών συμπεριφορών και bullying.

Η ψυχοπαθολογία, σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο, εκδηλώνεται επιπλέον μέσα από την καθαρή βία, απέναντι σε ομάδες πληθυσμού όπως οι μετανάστες, τα άτομα με ψυχικά προβλήματα κλπ.

Η γενικευμένη περικοπή των δαπανών για την υγεία και τις παροχές κοινωνικής πρόνοιας έχει οδηγήσει αναπότρεπτα στην περαιτέρω συρρίκνωση των ψυχιατρικών υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, και στην κατάργηση συχνά πολιτικών μέριμνας για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες όπως για άτομα με νοητική υστέρηση παιδιά με αναπτυξιακές διαταραχές κλπ. Η παροχή ψυχιατρικών υπηρεσιών, σε μονάδες αποκατάστασης, έχει πλέον μειωθεί δραματικά ενώ κάποια από αυτά τα κέντρα έχουν ήδη αναστείλει τη λειτουργία τους ιδίως όσον αφορά τις υπηρεσίες ψυχιατρικής φροντίδας για παιδιά.

Είναι χαρακτηριστικό ότι κάποια πρότυπα προγράμματα παρέμβασης για εφήβους ανέστειλαν ήδη τη λειτουργία τους, όπως ο θεραπευτικός ξενώνας εφήβων της Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου- ΕΨΥΠΕ, ο οποίος ήταν η μονάδα που δημιουργήθηκε στη χώρα για τη θεραπεία και τη ψυχοκοινωνική αποκατάσταση εφήβων με προβλήματα ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Εκτός αυτού κάποιες άλλες πρότυπες δομές, μη έχοντας επαρκή οικονομική στήριξη από το κράτος, δεν μπορούν να λειτουργήσουν αποτελεσματικά, και έχουν ήδη αναστείλει καιρίως δραστηριότητές τους.

Οι ψυχιατρικές υπηρεσίες, λειτουργούν συνολικά με ιδιαίτερος μειωμένο αριθμό προσωπικού, τη στιγμή που η ζήτηση για παροχή τέτοιων υπηρεσιών, έχει αυξηθεί και συνεχίζει να αυξάνεται με γεωμετρική πρόοδο λόγω της κρίσης, λόγω

και της αποδόμησης των κοινωνικών υπηρεσιών, και της αδυναμίας των ατόμων να απευθυνθούν σε ιδιωτικά κέντρα παροχής στήριξης και φροντίδας. Όλα τα παραπάνω, έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση της λίστας αναμονής ασθενών, όπως επίσης και την αύξηση του χρόνου αναμονής. (Anagnostopoulos, Soumaki, 2013).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΩΝ

Αν και οι απόψεις για την επίδραση που έχει η οικονομική κρίση στην γενική υγεία του πληθυσμού, συχνά είναι αντικρουόμενες, ωστόσο η πλειοψηφία σχεδόν των ερευνών συγκλίνουν προς ένα βασικό συμπέρασμα. Ότι δηλαδή η ψυχική υγεία επηρεάζεται σημαντικά, και φυσικά δυσμενώς, σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Υπάρχει βεβαιωμένη ανησυχία ότι τα εν λόγω προβλήματα που σχετίζονται με την ψυχική υγεία, αναμένεται να αυξηθούν περαιτέρω και στην υφιστάμενη οικονομική κρίση. Είναι χαρακτηριστική η αναφορά της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας σε πρόσφατη έκθεσή της ότι «Δε θα πρέπει να εκπλαγούμε αν δούμε αύξηση ψυχικών διαταραχών και αυτοκτονιών, οι φτωχοί και οι ευάλωτοι θα είναι οι πρώτοι που θα υποφέρουν και η προάσπιση των κονδυλίων για την υγεία θα γίνει πιο δύσκολη» (Stuckler et al., 2009).

Όπως αναπτύχθηκε εκτενώς στα πλαίσια της παρούσας εργασίας οι εν λόγω φόβοι ενισχύονται και από ένα σύνολο επιδημιολογικών μελετών οι οποίες καταδεικνύουν υψηλό βαθμό συσχέτισης μεταξύ οικονομικής κρίσης που οδηγεί σε μείωση των εισοδημάτων, ή ανεργίας και νοσηρότητας ψυχικής υγείας (Catalano et al., 2005, Murphy et al., 1999).

Όπως επίσης αναλύθηκε εκτενώς στα πλαίσια της παρούσας Διπλωματικής εργασίας, σε περιόδους μεγάλων οικονομικών κρίσεων, οι υπηρεσίες υγείας, επηρεάζονται άμεσα και σε σημαντικότατο βαθμό, λόγω της μείωσης των χορηγούμενων κρατικών δαπανών για την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας καθώς και δομών αποκατάστασης.

Επιπρόσθετα, η μεγάλη ανεργία, η μείωση των οικογενειακών εισοδημάτων, η έλλειψη ασφάλισης, συμβάλλουν στην μείωση της χρήσης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας αλλά και της πρόσβασης στην αγορά φαρμάκου. Αποτέλεσμα αυτού, ιδίως στην περίπτωση της ψυχικής υγείας είναι ότι τα ψυχικά νοσήματα δεν θεραπεύονται, ή υποθεραπεύονται με αποτέλεσμα να υπάρχει ραγδαία αύξηση των περιπτώσεων υποτροπιασμού των χρόνιων ψυχικών νοσημάτων.

Είναι αδιαμφισβήτητο συνεπώς ότι για τις χώρες που αντιμετωπίζουν σοβαρή οικονομική κρίση, όπως η Ελλάδα, η προστασία της ζωής των ατόμων εκείνων που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες πληθυσμού και δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να αντιμετωπίσουν τα ψυχικά νοσήματα θα πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα και ζήτημα αιχμής. Συνεπώς είναι επείγουσα η ανάληψη πολιτικών δράσεων για την υποστήριξη των ατόμων αυτών μέσω της ενίσχυσης των κοινωνικών δικτύων ασφαλείας.

Η οικονομική μεταβολή, όπως εξάλλου φάνηκε και από τα ευρήματα όλων των μελετών οι οποίες συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα Διπλωματική δείχνουν σταθερά ότι αποτελεί κυρίαρχο κίνδυνο για την υγεία και δη για την ψυχική υγεία. Ο βαθμός όμως και το περιεχόμενο της επίδρασης των οικονομικών κρίσεων στην ψυχική υγεία του πληθυσμού, επηρεάζεται από τον βαθμό προστασίας που το κράτος μέσω των υγειονομικών δομών του προστατεύει τους πολίτες από την απειλή αυτή.

Τα κράτη θα πρέπει δηλαδή να πάψουν να κωφεύουν στις εκκλήσεις για παροχή βοήθειας, στις περιπτώσεις ψυχικών διαταραχών που όπως όλες οι έρευνες δείχνουν σταθερά έχουν αυξηθεί και αναμένεται να αυξηθούν κι άλλο. Επίσης οι χώρες θα πρέπει κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης να μην υποκύπτουν άκριτα και εύκολα στα κελεύσματα της διεθνούς, παγκοσμιοποιημένης κοινότητας για μείωση και μάλιστα δραματική των δαπανών κοινωνικής προστασίας.

Εκτός από το επίσημο σύστημα υγειονομικής φροντίδας που αναπτύσσουν τα κράτη σημαντική συνεισφορά στην υποστήριξη των ατόμων που πλήγησαν από την κρίση και ανέπτυξαν ψυχικές διαταραχές, είναι τα λεγόμενα «δίκτυα κοινωνικής ασφάλειας» ανάμεσα στα οποία συγκαταλέγονται οι φιλανθρωπικές οργανώσεις, οι ΜΚΟ, η εκκλησία, και βέβαια το οικογενειακό περιβάλλον και οι φίλοι του ατόμου.

Ένα είδος παρέμβασης που επίσης κρίνεται σκόπιμο είναι η ανάπτυξη δομών για την διαχείριση του στρες ιδίως για τα άτομα που ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως επίσης και συμβουλευτικά προγράμματα για οικονομική διαχείριση ή παροχή οικονομικών διευκολύνσεων. Τέλος είναι απαραίτητη και η αποκατάσταση της πηγής πρόκλησης άγχους των πληγέντων, δηλαδή η αποκατάσταση της οικονομικής τους κατάστασης μέσω παροχής επιδομάτων υγείας, παροχών

κοινωνικής πρόνοιας και ανάπτυξη προγραμμάτων στήριξης και ένταξης στην αγορά εργασίας.

Πίνακες

Πίνακας 1 Δείκτες ανισότητας στην ΕΕ, για τα εισοδήματα του 2010 (έρευνα, 2011).	17
Πίνακας 2: Δαπάνη υγείας στον ΟΟΣΑ ως % του ΑΕΠ 1980-2010. Πηγή: OECD, Health Data 2012.	24
Πίνακας 3 Εξέλιξη δαπανών υγείας ανά κάτοικο στην Ευρωπαϊκή Ένωση για το διάστημα 2002-2012. Πηγή: Eurostat	25
Πίνακας 4 Μέσος όρος ετήσιας μεταβολής δαπανών υγείας στην Ελλάδα το διάστημα 2002-2012. Πηγή: Eurostat.	26
Πίνακας 7 Εξέλιξη της δαπάνης Υγείας στην Ελλάδα τα έτη 2003 έως 2015	26
Πίνακας 8 Κατανάλωση φαρμάκων για ψυχικές νόσους την περίοδο 2006/2011	28
Πίνακας 9 Θάνατοι από αυτοκτονίες για τα έτη 2000 και 2000-2013	28

Βιβλιογραφία

- Anagnostopoulos DC, Soumaki E (2013) The state of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report
European Child Adolescent Psychiatry Vol.22:131–134
- Araya R, Lewis G, Rojas G (2003). Education and income: which is more important for mental health? J Epidem Comm Health, Vol.57:501–505
- Butterworth P, Rodgers B, Windsor TD (2009). Financial hardship, socioeconomic position and depression: results from the PATH Through the Life survey. Soc Sci Med Vol.69:229–237
- Catalano R, Bellows B. (2005). If economic expansion threatens public health, should epidemiologists recommend recession? Intern J Epidemiol, Vol.34:1212–1213
- Chang SS, Gunnell D, Sterne JAC (2009) Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in east/southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. Soc Sci med, 69:1322–133
- David Stuckler, Sanjay Basu, Marc Suhrcke, Martin McKee (2009) The health implications of financial crisis: A review of the evidence. Ulster Med J, pp 28-39
- Economou A, et al. (2009). Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. Centre for European Labour Market Research. University of Aberdeen, UK, Business School Working Paper Series, 2007-182007.<http://auraserv.abdn.ac.uk:9080/aura/bitstream/2164/129/1/ISSN+0143-07-18.pdf> date accessed 29/4/2017

- Economou M, Madianos M, Theleritis C, Peppou L, Stefanis CN (2011) Increased suicidality amid economic crisis in Greece www.thelancet.com Vol 378 October 22, p. 1459
- Eurochild (2017) How the economic and financial crisis is affecting children & young people in Europe. Report based on evidence collected through Eurochild membership January 2011 www.eurochild.org, date accessed 28/4/2017
- EUROSTAT. Data explorer in 2014. Available at: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=spr_exp_sum (=en date accessed 8/5/2017
- EUROSTAT. ESSPROS manual and user guidelines – 2012 edition. The European System of integrated Social PROtection Statistics (ESSPROS). http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-12-014/EN/KS-RA-12-014-EN.PDF date accessed 8/5/2017
- Kentikelenis A, M Karanikolos, A Reeves, M McKee, D Stuckler (2014)., Greece's health crisis: from austerity to denialism *The Lancet* 383 (9918), 748-753.
- Kentikelenis Alexander, Karanikolos Marina, Irene Papanicolas, Sanjay Basu, Martin McKee, (2011), David Stuckler Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy *Lancet* Published Online October 10, DOI:10.1016/S0140-6736(11)61556-0
- Marmot MG, Bell R (2009), How will the financial crisis affect health? *BMJ* 2009, 338:1314
- Matsagannis M. (2011), The welfare state and the crisis: The case of Greece. *J Eur Soc Policy*, 21:501–512
- . *J Occup Organ Psychol* (1999), mental health Vol.72:83–99
- Morse, M. (1991). Approaches to qualitative and quantitative methodological triangulation. *Nursing Research*, Vol.40, 120-123.

- Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. (2002). Funding health care: options for Europe. Open University Press, Philadelphia.
- Mossialos E, Le Grand J. (1998). Health Care and Cost Containment in the European Union. Aldershot, Ashgate
- Murphy GC, Athanasou JA.(1999)., The effect of unemployment on mental health. *J Occup Organ Psychol*, 72:83–99
- OECD iLIBRARY. Pharmaceutical expenditure per capita. Available at: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migrationhealth/pharmaceutical-expenditure-per-capita_pharmexpcap-table-en, date accessed 10/5/2017
- Philips MR, Liu H, Zhang Y. (1999)., Suicide and social change in China. *Culture. Med Psych*, Vol. 23:25–50
- Ryall. (2009), Japanese suicides rise as world recession hits country's businessmen. *Telegraph* (London).
- Samaritans (2008), Samaritans report 25% increase in calls as financial crisis hits, UK. *Medical News Today* 2008. <http://www.medicalnewstoday.com/articles/123937.php> date accessed 2/5/2017
- Scutella R, Wooden M. (2008), The effects of hardship and joblessness on mental health. *Soc Sci Med*, Vol 67:88–100
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Mc Kee M. (2009), The health implications of a financial crisis: a review of the evidence. *Ulster Med J*, 78:142–145
- Stuckler D (2008)., Protecting health during the economic crisis. *Lancet* Vol.372:1520 (Editorial)
- Sundar M. (1999)., Suicide in farmers in India. *Brit J Psych*, Vol., 175: 585–586
- Triantafyllou K, Chryssi Angeletopoulou (2011)., IMF and European co-workers attack public health in Greece www.thelancet.com Vol 378 October 22, p. 1459-1460

- Uutela A. (2010)., Economic crisis and mental health. *Cur Opin Psychiatry*, 23:127–130
- WHO (2001). *Mental Health in Europe*. Copenhagen, Denmark, WHO, 2001
- Γεροστάθης Α., (2003) *Management Υπηρεσιών Υγείας «Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας»*, Αθήνα 2003, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης, Ινστιτούτο Επιμόρφωσης, Τομέας: Δημοσίου Management
- Γεωργόπουλος, Δ.Σ.Γ. (2010). Πόσο σημαντική είναι η συζήτηση μεταξύ του αρρώστου και του γιατρού κατά τη διάρκεια της κλινικής του εξέτασης;. *Ελληνική Αγγειοχειρουργική*, 20, 83-86.
- Γιωτάκος Ο, Καράμπελας Δ, Καφλάς Α. (2011)., Οικονομική Κρίση και Ψυχική Υγεία στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική* 22, 109-119.
- Δίκαιος Ελευθέριος, (2012), Δίκαιο, Οικονομία και πολιτική στην εποχή των Μνημονίων, Εκδόσεις Σάκκουλα Αθήνα- Θεσσαλονίκη.
- Δικαίος Κωνσταντίνος, Κουντούζης Μανώλης, Πολύζος Νίκος, Σιγάλας, Ιωακείμ, Χλέτσος Μιχάλης, (1999), «Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείριση (Management) Υπηρεσιών Υγείας», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- INE-ΓΣΕΕ, (2017), Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών εξελίξεων, Ανισότητα, φτώχεια και οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την ΕΕ, <http://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2015/07/REPORT-9.pdf>, date accessed 28/4/2017
- INE-ΓΣΕΕ. (2008). *Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση. Ετήσια Έκθεση*, Αθήνα.
- Κουσουλάκου Χ, Βίτσου Ε. (2008)., *Η αγορά φαρμάκου στην Ελλάδα. Ίδρυμα Οικονομικών & Βιομηχανικών Ερευνών*, ετήσια έκθεση.
- Κυριόπουλος Γ, Τσιάντου Β. (2010)., Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*; 27(5): 834-840.

- Λιαρόπουλος, Λ.Λ. (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, Αθήνα: Βήτα
- Μπούρας Γ, Λύκουρας Λ. (2011)., Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία. Εγκέφαλος 48, 54-61.
- Οικονόμου, Χ. (2012). Το Θεσμικό Πλαίσιο Παροχών Ασθενείας στην Ελλάδα. Ο Ρόλος και η Λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Επιστημονικές Εκθέσεις, 7.
- Παπαθεοδώρου, Χ. και Δαφέρμος, Γ. (2010). Δομή και Τάσεις της Οικονομικής Ανισότητας και της Φτώχειας στην Ελλάδα και την ΕΕ, Επιστημονική Έκθεση 2, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Σουμάκη Ε., Αναγνωστόπουλος Δ., Αναστασόπουλος Δ. (2008) «Η επικοινωνιακή διάσταση της εκδραμάτισης». Σύνναυς, Τόμος 4, Τεύχος 10, 44-51
- Υπουργείο Οικονομίας, (2012), Στοιχεία για την Κρίση Παγκοσμίως, Σχετικές Μελέτες και Έρευνες.