

# Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση

Αθηνά Πατελάρου<sup>1</sup>, Άννα Μανιδάκη<sup>2</sup>, Αντώνιος Μπαλολάκης<sup>3</sup>, Εύα Ορφανού<sup>4</sup>, Ευριδίκη Πατελάρου<sup>5</sup>

1. Νοσηλεύτρια ΠΕ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
2. Κοινωνική λειτουργός
3. Τεχνολόγος ιατρικών οργάνων
4. Β' Διαιτολόγος, Υγιεινολόγος
5. Νοσηλεύτρια ΠΕ, Msc, Phd, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

---

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η οικονομική κρίση συνοδεύεται από φαινόμενα όπως η ανεργία, η οικονομική εξαθλίωση του πληθυσμού, η αποδυνάμωση του συστήματος υγείας, η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών και η γενικότερη κατάρπτωση του οικοδομήματος της υγείας σε μια κοινωνία.

**Αποτελέσματα ανασκόπησης:** Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία, την καθυστέρηση της θεραπείας και συχνά τη μη προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Επιπρόσθετα, η οικονομική ύφεση και τα συνοδά φαινόμενα αυτής συνεπάγονται σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών. Προβλήματα εθισμού, εξαρτήσεις, υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφίμων χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος, καθώς επίσης και η πλημμελής διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνμένες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην υγεία.

**Συμπεράσματα -Προτάσεις:** Οι ιθύνοντες οφείλουν να προστατέψουν και να υπερασπιστούν το αγαθό της υγείας θέτοντάς το σε βασική προτεραιότητα ανεξάρτητα από τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες. Η αποτελεσματική και έγκαιρη λήψη μέτρων, οι αναδιαρθρώσεις και η εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης μπορούν να αποτρέψουν φαινόμενα, όπως η εξαθλίωση και η καταρράκωση του συστήματος υγείας. Η ανάπτυξη προγραμμάτων οικονομικής ανάπτυξης, η καταπολέμηση της ανεργίας, η ενίσχυση των φορέων δημόσιας υγείας και η στήριξη των ευπαθών ομάδων, όπως οι άνεργοι, θα πρέπει να αποτελέσουν βασικές προτεραιότητες της πολιτείας σε περιόδους οικονομικής ύφεσης.

**Λέξεις κλειδιά:** ανεργία, ασθένεια, θνησιμότητα, οικονομική κρίση, υγεία

---

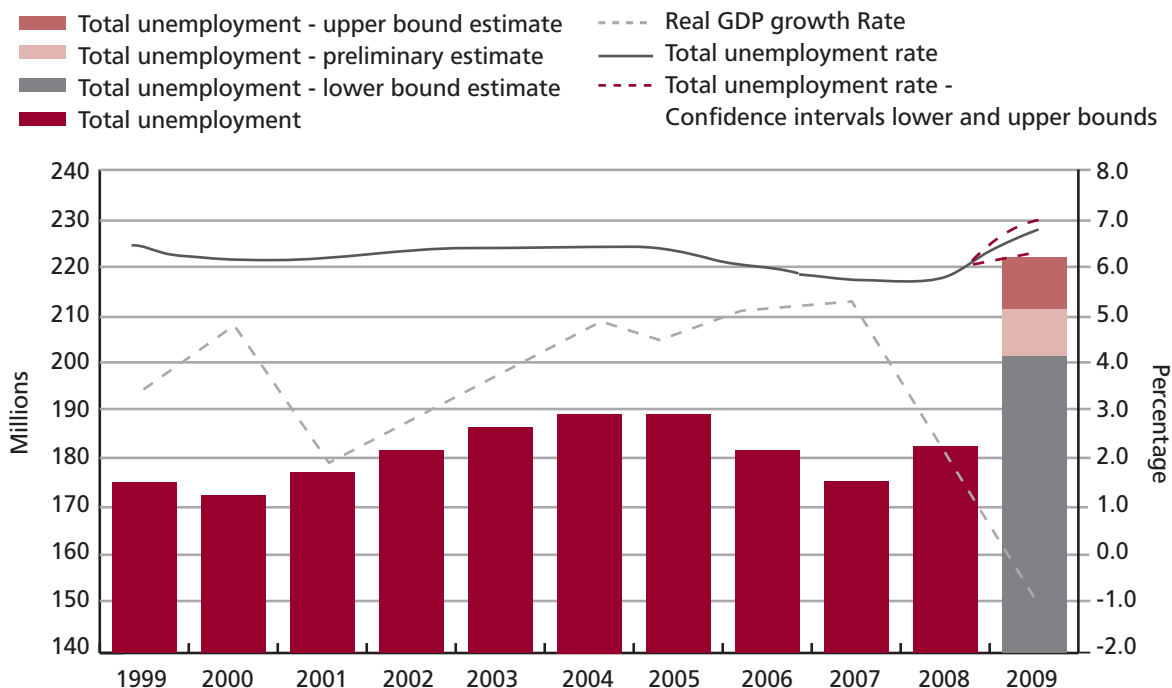
## 1. Εισαγωγή

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) η υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Παράγοντες γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ο τρόπος ζωής, καθώς επίσης και οι κοινωνικοί προσδιοριστές όπως η εκπαίδευση, η ανεργία και το οικονομικό επίπεδο επηρεάζουν την υγεία των ατόμων, αλλά και την κοινωνική αναπαράσταση του διπόλου υγείας-ασθένειας.

Η οικονομική κρίση συνεπάγεται μείωση του εισοδήματος, αύξηση του ποσοστού ανεργίας, περικοπές μισθών, αύξηση των τιμών των φαρμάκων και των ιατρι-

κών νοσηλίων, ενώ από την άλλη μεριά περιορίζονται σημαντικά οι κρατικές δαπάνες και τα κονδύλια για τη δημόσια υγεία (Πίνακας 1). Αφενός λοιπόν ο τομέας της δημόσιας υγείας αποδυναμώνεται και υπολειπεται, χωρίς πολλές φορές να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού, και αφετέρου περιορίζεται η πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι πλέον πολυτέλεια, δεδομένης της οικονομικής στενότητας, ενώ οι φορείς δημόσιας υγείας είναι ανεπαρκείς. Αποτέλεσμα αυτής της ανεπάρκειας είναι η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών και η γενικότερη κατάρπτωση του οικοδομήματος της υγείας σε μια κοινωνία (Yang, 2001).

**Πίνακας 1. Παγκόσμια τάση αύξησης του ποσοστού της ανεργίας**



International Labour Organization (2010) Available at <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/P/09332/09332%282010-January%29.pdf>  
\*2009 are preliminary estimates.

Σύγχρονα δεδομένα από καταγραφές δείχνουν τη σχέση του ΑΕΠ ενός κράτους με το προσδόκιμο επιβίωσης και τις δαπάνες για την υγεία. Πιο συγκεκριμένα, όσο αυξάνεται το ΑΕΠ μιας χώρας τόσο μεγαλώνει το προσδόκιμο επιβίωσης και όσο μεγαλώνουν τα έσοδα ενός κράτους αυξάνονται οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία. Από τον Πίνακα 2 φαίνεται η σχέση προσδόκιμου επιβίωσης και κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία. Όσο περισσότερο επενδύει στον τομέα της υγείας ένα κράτος, τόσο μεγαλώνει το προσδόκιμο επιβίωσης των πολιτών του.

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης περιορίζονται σημαντικά τα περιθώρια για επένδυση στον τομέα της υγείας, ενώ παράλληλα ανακύπτουν σημαντικά προβλήματα υγείας στον πληθυσμό ως αρνητικά αποτελέσματα της οικονομικής δυσχέρειας.

## 2. Σκοπός

Σκοπό της παρούσας ανασκόπησης αποτελεί η παρουσίαση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην σωματική και ψυχική υγεία βάσει σύγχρονων επιδημιολογικών δεδομένων και η παράθεση προτάσεων για τη θωράκιση και προαγωγή της υγείας των πολιτών ακόμη και σε περιόδους οικονομικής ύφεσης.

## 3. Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης

### 3.1. Σωματική και ψυχική υγεία

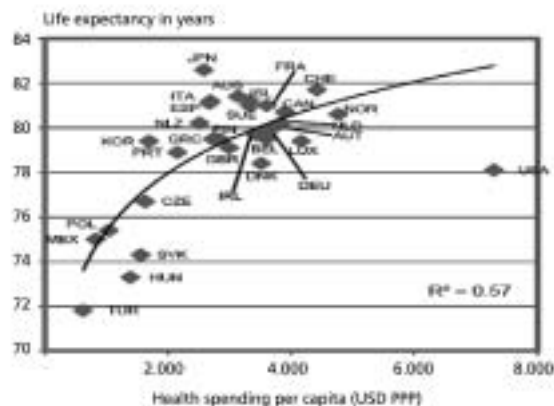
Η ανεργία, το χαμηλό εισόδημα και η ανέχεια έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών για την υγεία, την καθυστέρηση της θεραπείας και συχνά τη μη προσαρμοστικότητα στις υπηρεσίες υγείας. Συν τοις άλλοις, η οικονομική ύφεση και τα συνοδά φαινόμενα αυτής συνεπάγονται σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στην σωματική υγεία των πολιτών. Τα προβλήματα εθισμού, οι εξαρτήσεις, η υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη την κατανάλωση τροφών χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οιοσπνεύματος, καθώς επίσης πλημμελής διαχείριση των νοσημάτων από τις επιβαρυνόμενες υπηρεσίες υγείας είναι κάποιες από τις αρνητικές συνέπειες στην υγεία (Stuckler et al. 2009).

#### 3.1.1. Διατροφή και φυσική άσκηση

Οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες είναι διαδεδομένες σε περιόδους οικονομικής κρίσης, δεδομένης της μείωσης των εσόδων του νοικοκυριού, γεγονός που κατ' επέκταση επηρεάζει τον τρόπο που οι πολίτες δαπανούν τα χρήματά τους σε είδη διατροφής.

Ορισμένοι συγγραφείς παρατηρούν ότι οι πολίτες

**Πίνακας 2. Προσδόκιμο επιβίωσης και κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, 2007**



Πηγή: OECD(2008), OECD Health Data.

επιλέγουν φθηνότερα, επεξεργασμένα τρόφιμα, ενώ από την άλλη μεριά άλλοι έχουν δείξει μέτριες μειώσεις στον επιπολασμό της παχυσαρκίας λόγω λιγότερης κατανάλωσης ποσότητας φαγητού έξω από το σπίτι, καθώς επίσης, λόγω περισσότερου ελεύθερου χρόνου για φυσική δραστηριότητα (Ludwig & Pollack 2009, Ruhm 2005, Ruhm 2009). Στην πραγματικότητα, και οι δύο τάσεις παρατηρούνται. Συγκεκριμένα, στις ΗΠΑ παρατηρείται σημαντική πτώση σε πωλήσεις γλυκών, πουλερικών και κόκκινου κρέατος, ενώ αντίθετα παρατηρήθηκαν αυξήσεις στις πωλήσεις αυγών, λαχανικών, και γαλακτοκομικών προϊόντων (Lahart et al., 2009). Αντίθετα, δεδομένα για τις συνήθειες άσκησης κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής ύφεσης δεν διατίθενται σε επάρκεια ώστε να μας οδηγήσουν σε συγκεκριμένα συμπεράσματα.

### 3.1.2. Κάπνισμα

Πολλές μελέτες έχουν δείξει την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στον επιπολασμό καπνίσματος και των ποσοστών ανεργίας. Έχει φανεί μέσα από επιδημιολογικές μελέτες ότι οι άνεργοι είναι βαρύτεροι καπνιστές από τους μισθωτούς (Lee et al., 1991), ενώ οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να μείνουν άνεργοι (Waldron et al., 1989). Αυτή η διαφορά μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από φαινόμενα, όπως η συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης, καθώς επίσης μέσω της σχέσης καπνίσματος και χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η ανεργία αυξάνει τον επιπολασμό του καπνίσματος μεταξύ νεότερων ηλικιακά τάξεων (Hammarstrom A. et al., 1995) ενώ, τέλος, μελέτες στη Βρετανία, Νορβηγία και Σουηδία έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ ανεργίας και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών και κυρίως κάνναβης (Peck & Plant 1986, Hammer 1992, Hammarstrom 1994).

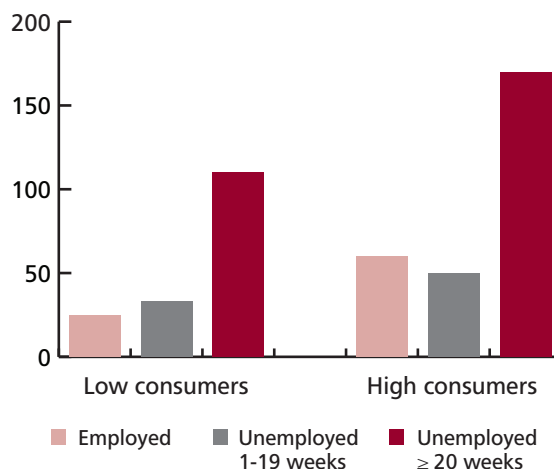
### 3.1.3. Κατανάλωση αλκοόλ

Όσον αφορά τη σχέση αλκοόλ και οικονομικής κρίσης επικρατούν δύο απόψεις: Πρώτον, ότι η ανεργία ως φαινόμενο που βρίσκεται σε έξαρση σε περιόδους οικονομικής ύφεσης οδηγεί σε αυξανόμενο άγχος και κατ'επέκταση σε αύξηση της κατανάλωσης οινοπνεύματος ιδιαίτερα σε νεαρά άνεργα άτομα (Janlert & Hammarstrom, 1992). Δεύτερον, σύμφωνα με μια άλλη άποψη, η κατανάλωση αλκοόλ περιορίζεται σε περιόδους ανεργίας λόγω έλλειψης χρημάτων. Μια μακροχρόνια μελέτη, στην οποία νέα άτομα παρακολουθήθηκαν για πέντε χρόνια μετά την ολοκλήρωση της υποχρεωτικής τους εκπαίδευσης, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όσοι από αυτούς υπήρξαν άνεργοι για μεγάλο χρονικό διάστημα παρουσίαζαν σημαντικά μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ, σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν ή ήταν άνεργοι για μικρή χρονική περίοδο (Πίνακας 3). Αξίζει να σημειωθεί ότι οι καταναλωτές αλκοόλ που εργάζονται καταφέρνουν να μην ξεπερνούν τα επιτρεπόμενα όρια κατανάλωσης, ενώ τα ίδια άτομα όταν μείνουν άνεργα συχνά γίνονται αλκοολικοί ξεπερνώντας τα επιτρεπτά όρια. Συνεπώς, η απασχόληση μπορεί να θεωρηθεί σημαντική μέθοδος βελτίωσης της ποιότητας της ζωής και της προαγωγής της υγείας ενός ατόμου.

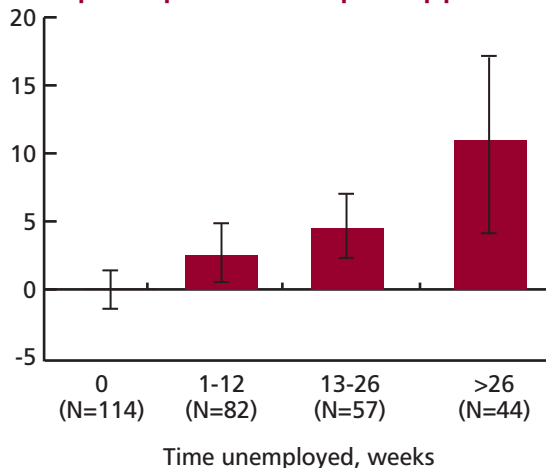
### 3.1.4. Ψυχική υγεία - Δείκτες ψυχικής υγείας

Η ψυχική υγεία είναι ένας από τους περισσότερο μελετημένους παράγοντες που επηρεάζονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης (Winefiel, 1995). Κατά τη διεξαγωγή αντίστοιχων μελετών τα άτομα συχνά δίνουν ψευδείς απαντήσεις στα ερωτηματολόγια, οδηγώντας έτσι τους μελετητές σε λανθασμένα συμπεράσματα. Στην προκειμένη περίπτωση δεδομένου ότι η ανεργία και η οικονο-

**Πίνακας 3. Μέση κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των ηλικιών 16-21 ετών σε σχέση με το χρονικό διάστημα της ανεργίας**



**Πίνακας 4. Διαφορές στη συστολική πίεση (95% ΔΕ) μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης μέτρησης ανάλογα με το χρονικό διάστημα ανεργίας**



μική κρίση είναι αρνητικές καταστάσεις για τη ζωή ενός ατόμου, στις ερωτήσεις για τυχόν επιπτώσεις που έχει η ανεργία και η κρίση στην υγεία τους τα άτομα είναι προδιατεθειμένα να απαντήσουν θετικά οδηγώντας τους ερευνητές σε σφάλμα πληροφορίας (information bias). Η αρτηριακή πίεση όμως αποτελεί ένα δείκτη που δεν μπορεί κανείς να ελέγξει και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα σημαντικός δείκτης ψυχικής υγείας (Janlert, 1992). Σε μια μελέτη παρακολούθησης 300 εργατών σε εργοστάσια για 2 χρόνια παρατηρήθηκε η αλλαγή της αρτηριακής πίεσης σε σχέση με την επαγγελματική τους κατάσταση (ανεργία, απώλεια εργασίας, επαναπρόσληψη). Σύμφωνα με τους μελετητές, τα άτομα που υπήρξαν άνεργα για μεγάλο χρονικό διάστημα παρουσίασαν τη μεγαλύτερη αύξηση αρτηριακής πίεσης (Janlert, 1992). Ο πίνακας 4 δείχνει ότι οι άνεργοι εργάτες παρουσίαζαν πολύ μεγαλύτερη αρτηριακή πίεση από τους εργαζόμενους συναδέλφους τους την ίδια χρονική περίοδο. Επίσης, η μεγαλύτερη αύξηση στην αρτηριακή πίεση παρατηρήθηκε στα άτομα με το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ανεργίας, γεγονός που τονίζει τη σχέση του διαστήματος της ανεργίας με την αύξηση της αρτηριακής πίεσης και την επιβάρυνση της ψυχικής υγείας.

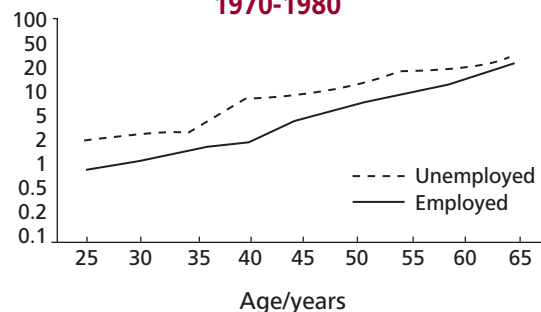
Τα αποτελέσματα των μελετών που διαπραγματεύονται τη σχέση ανεργίας με τη ψυχική υγεία ποικίλουν και διαφέρουν ανάλογα με το δείγμα, τον πληθυσμό και την ψυχική ασθένεια την οποία μελετούν (Dooley, 1996). Έτσι, για παράδειγμα, στην ανάλυση που έγινε στα πλαίσια του NIMH Epidemiologic Catchment Area project όσοι έμειναν άνεργοι παρουσίαζαν διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης. (Dooley, 1994). Στην ίδια μελέτη η ανεργία συσχετίστηκε με εννέα φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης αλκοολικού συνδρόμου

σε σχέση με όσους εργάζονταν (Dooley, 1992). Σε μια άλλη μελέτη σε 677 χτίστες βρέθηκε ότι όσοι παρέμειναν άνεργοι για περισσότερο από μισό έτος διέτρεχαν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για εισαγωγή σε κάποια ψυχιατρική μονάδα (Lajer, 1982). Αποτελέσματα μελετών έχουν δείξει, επίσης, ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της ανεργίας και της εκδήλωσης επιθετικότητας (Catalano, 1993), και της αύξησης του αριθμού των διαζυγίων (Stack, 1981), της παιδικής κακοποίησης (Steinberg, 1981), της εγκληματικότητας και της παραβατικότητας (Brenner, 1976, Allan & Steffensmeier, 1989).

### 3.1.5. Θνησιμότητα

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης το αυξημένο στρες, η κατάθλιψη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις συνήθειες μπορεί να οδηγήσουν σε αύξηση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες θανάτου (Πίνακας 5). Σοβαρές οικονομικές υφέσεις έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν τους κινδύνους για την υγεία και ενδεχομένως τα ποσοστά θνησιμότητας (Cutler et al., 2003, Musgrove et al., 1987). Σημαντικές αλλαγές στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα σε περιόδους οικονομικής κρίσης έχουν αναφερθεί και στις Φιλιππίνες και στο Βιετνάμ (Tool et al., 2000). Στην μελέτη των Falagas et al. πραγματοποιήθηκε μια ανασκόπηση των μελετών που είχαν διερευνήσει τη θνησιμότητα στο γενικό πληθυσμό διαφόρων χωρών σε περιόδους οικονομικής κρίσης, σε σύγκριση με περιόδους πριν ή μετά την κρίση. Οι περιόδοι των οικονομικών κρίσεων σχετίστηκαν με την αύξηση στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, στις 7 από τις 8 μελέτες, και με αύξηση στη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα, στις 6 από τις 7 μελέτες. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν και η μελέτη των Economidou et al. σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (δηλαδή 2,18 θανάτους/100.000). Αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας σε ανέργους σε σύγκριση με εργαζόμενους υποστηρίζουν και μελέτες από Φιλανδία, Ιταλία,

**Πίνακας 5. Καμπύλη θνησιμότητας ανέργων και εργαζόμενων τη χρονική περίοδο 1970-1980**



Σουηδία, ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο (Martikainen 1990, Stefansson, 1991, Sorlie & Rogot, 1990, Iversen et al., 1987, Junankar 1991).

Η μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης είναι ένας παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της θνησιμότητας σε περιόδους οικονομικής κρίσης, ιδίως αν αυτό συνδέεται με τις προσωπικές δαπάνες (Yang et al., 2001). Αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα έχουν άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, όπως οι μετανάστες και οι χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Van Dooslaer et al., 1997, Wilkinson et al., 1996). Παρομοίως, τα άτομα και οι οικογένειες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου διατρέχουν δυο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας (Bartley et al. 1997, Blane et al. 1997) εξαιτίας της αθροιστικής δράσης ενός αριθμού παραγόντων όπως το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, τη μειωμένη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη και τις κακές συνθήκες διαβίωσης οι οποίες οδηγούν σε αθροιστικά.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν διάφορα ευρήματα τα οποία παρουσιάζουν την εικόνα ότι στις βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση μικρής διάρκειας έχει ως αποτέλεσμα την αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων προς την υιοθέτηση ενός περισσότερο υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια τη μείωση της θνησιμότητας (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010). Επιπρόσθετα, αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης η θνησιμότητα μειώνεται, με εξαίρεση τις αυτοκτονίες, οι οποίες φαίνεται να αυξάνονται (Ruhm, 2000, Gerdtham et al., 2006).

### **3.1.6. Χρόνια νοσήματα**

Ψυχολογικές παράμετροι όπως το άγχος και η κατάθλιψη που αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης θεωρείται ότι αποτελούν παράγοντες για αύξηση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας (Greenwood et al., 1996, Gump et al., 2005). Η ανεργία που αυξάνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης συνδέεται, επίσης, με χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Bethune 1997, Burchell 1994). Σύμφωνα με μελέτες, αύξηση έχει παρατηρηθεί στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε χρονική συσχέτιση με την περίοδο οικονομικής κρίσης (Waltisperger et al., 2005, Kim et al., 2004, Men et al., 2003, Shkolnikov et al., 2001, Notzon et al., 1998, Leon et al., 1997). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και η μελέτη των Economidou et al, που πραγματοποιήθηκε σε 13 ευρωπαϊκές χώρες και κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Τα αναπνευστικά προβλήματα σύμφωνα με ερευνητές αυξάνονται σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα, σε μελέτες αναφέρεται ότι αυξήθηκε η θνησιμότητα λόγω της πνευμονίας ή γρίπης σε περιόδους

οικονομικής κρίσης (Khang et al., 2005, Men et al., 2003, Shkolnikov et al., 2001, Gavrilova et al., 2000, Leon et al., 1997). Επίσης, ασθένειες που σχετίζονται με το αλκοόλ, ηπατικά νοσήματα και κυρίως κίρρωση ήπατος έχουν συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας κατά τη διάρκεια οικονομικών κρίσεων σύμφωνα με μελέτες (Men et al., 2003, Shkolnikov et al., 2001, Khang et al., 2005, Notzon et al., 1998, Gavrilova et al., 2000, Leon et al., 1997).

### **3.1.7 Τροχαία ατυχήματα**

Ευρήματα μελετών υποστηρίζουν την μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα σε περιόδους οικονομικής κρίσης (Khang et al., 2005, Men et al., 2003, Shkolnikov et al., 2001, Notzon et al., 1998). Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από την μελέτη των Stuckler et al που ανέδειξε μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39%, γεγονός που μπορεί να εξηγηθεί λόγω της μειωμένης χρήσης οχημάτων και των μετακινήσεων σε περίοδο οικονομικών δυσκολιών (Stuckler et al., 2009). Όσον αφορά την Ελλάδα μείωση στα τροχαία ατυχήματα και τα θύματά τους κατά το ένα τρίτο στο πρώτο εξάμηνο του 2011 σε σχέση με το πρώτο εξάμηνο του 2010 καταγράφεται στα στοιχεία που δόθηκαν στη δημοσιότητα από το αρχηγείο της ΕΛ.ΑΣ. Ωστόσο, όπως αναφέρεται, ενδιαφέρον θα ήταν να εξεταστεί κατά πόσο αυτή η μείωση οφείλεται και στη μείωση των μετακινήσεων εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (Hellenic driving Instructors, 2011).

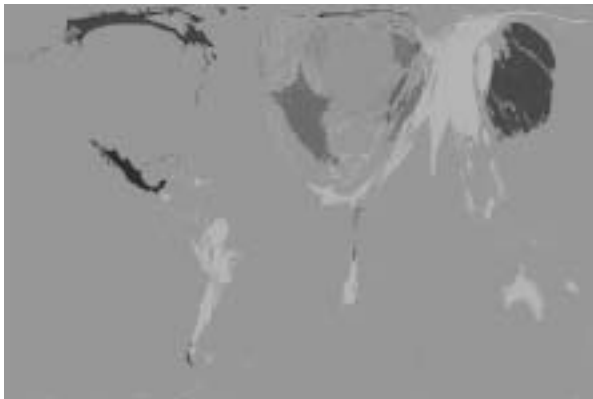
### **3.1.8 Αυτοκτονίες**

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 26 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έδειξε πως η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδέεται με παράλληλη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79% (Stuckler et al., 2009). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα σε περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης ανεργίας αυξάνεται >3% για μακρά περίοδο, η επίπτωση στη θνησιμότητα από αυτοκτονίες ανέρχεται σε 4-4,5%. Την αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών σε περιόδους οικονομικής κρίσης επιβεβαιώνουν και άλλες μελέτες (Khang et al., 2005, Kim et al., 2004, Men et al., 2003, Shkolnikov et al., 2001, Gavrilova et al., 2000, Notzon et al., 1998, Ruhm, 2000, Gerdtham et al., 2006). Στην Νότιο Κορέα επίσης, μελέτες υποστηρίζουν την αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών λόγω οικονομικής κρίσης (Watts et al., 1998, Park et al., 2003). Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί και το οικονομικό κραχ στις Η.Π.Α. στις αρχές του 1930, που χαρακτηρίστηκε από μείωση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες κατά 10%, και από αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40%, όταν το εισόδημα μειώθηκε κατά 30% (Stuckler et al., 2009).

### **3.1.9 Βρεφική θνησιμότητα**

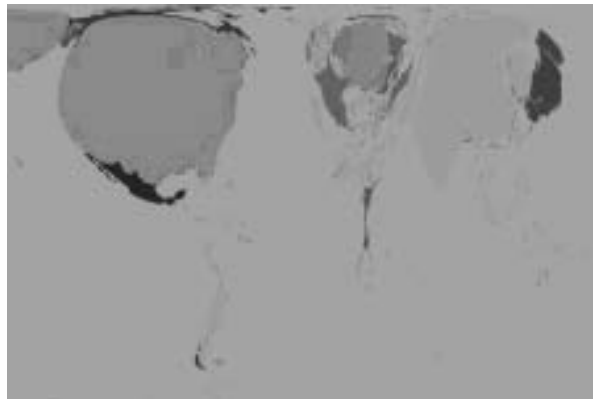
Η βρεφική θνησιμότητα έχει αποδειχθεί να αυξάνεται σε περιόδους οικονομική κρίσης (Paxson et al., 2004, Waltisperger et al., 2005, Carlson et al., 2000). Η μει-

### Χάρτης 1. Δαπάνες για δημόσια υγεία σε διεθνή κλίμακα



Πηγή: Dorling D (2007) *Worldmapper: The Human Anatomy of a Small Planet*. *PLoS Med* 4(1): e1 doi:10.1371/journal.pmed.0040001

### Χάρτης 2. Δαπάνες για ιδιωτική υγεία σε διεθνή κλίμακα



Πηγή: Dorling D (2007) *Worldmapper: The Human Anatomy of a Small Planet*. *PLoS Med* 4(1): e1 doi:10.1371/journal.pmed.0040001

ωση των κρατικών χρηματοδοτικών πόρων είναι ένας παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει το βαθμό της κοινωνικής πρόνοιας, καθώς και τη λειτουργία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, γεγονός που οδηγεί σε αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας (Bokhari et al., 2007, Schell et al., 2007). Αυτό υποστηρίζει και η μελέτη των Falagas et al, σύμφωνα με την οποία η δυσλειτουργία του υγειονομικού συστήματος εξαιτίας της μείωσης των δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας οδηγεί στην αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας (Falagas et al., 2009). Ειδικότερα στις χώρες με χαμηλή και μέση ανάπτυξη, ο περιορισμός στους προϋπολογισμούς υγείας απειλεί βασικές παροχές όπως είναι οι εμβολιασμοί, η μείωση των οποίων συνδέεται με αυξημένη βρεφική θνησιμότητα (WHO, 2009). Σύμφωνα με εκτιμήσεις της Παγκόσμιας Τράπεζας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης είναι πιθανό να παρατηρηθούν 400.000 επιπλέον θάνατοι σε ετήσια βάση λόγω της μείωσης της εμβολιαστικής κάλυψης (Buviniuk, 2009).

### 3.2. Υπηρεσίες υγείας

Δεδομένου ότι με την παγκόσμια οικονομία σε κρίση παρατηρείται συνολική αρνητική επίπτωση στην υγεία του πληθυσμού, απαιτείται η δέσμευση τουλάχιστον 1,1 τρις δολαρίων σε δανειοδοτήσεις για την εξυπηρέτηση τμήματος της θεραπευτικής δραστηριότητας. Λόγω της αύξησης της ανεργίας οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται και η απώλεια των θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης (Stuckler et al., 2009). Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Κυρίως επιβαρύνονται οι δημόσιες μονάδες παροχής υγείας, καθώς έχει φανεί ότι οι ασθενείς

στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη.

#### 3.2.1. Δημόσια υγεία

Σε 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. Τα ελλείμματα των δημοσίων νοσοκομείων και των ασφαλιστικών οργανισμών θα αυξηθούν και θα υπάρξουν δυσκολίες στην κάλυψη τους. Προβλήματα έχουν δημιουργηθεί στην αποτελεσματική διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων, ειδικά των ατόμων που βρίσκονται στις ασθενέστερες κοινωνικές ομάδες. Εδώ αναδεικνύεται και η ανάγκη στήριξης των νοικοκυριών, που ξοδεύουν το 40% του εισοδήματός τους για την υγεία, είτε λόγω δαπανηρού χρόνιου νοσήματος, είτε λόγω αιφνίδιου συμβάντος (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010). Σύμφωνα με μελέτη του "Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας" της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, όταν τα δημοσιά έξοδα μειώνονται παρατηρείται και μείωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία και παράλληλα μείωση της επάρκειας και της ποιότητας των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, ενώ αυξητικά κινείται η παραοικονομία στην υγεία λόγω της μείωσης της κοινωνικής πρόνοιας και του εισοδήματος του κάθε νοικοκυριού.

#### 3.2.2. Ιδιωτική υγεία

Σύμφωνα με μελέτη του "Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας" της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, σε σχέση με τις δαπάνες για την υγεία, παράμετροι όπως η ετησία αμοιβή, η απασχόληση, οι δείκτες αγοραστικής δύναμης, οι τιμές των ακίνητων και χρήματα που δίνονται ως δάνεια από τράπεζες προς τα νοικοκυριά, σχετίζονται ισχυρά με την ιδιωτική δαπάνη υγείας.

Τα νοικοκυριά αδυνατούν να πληρώσουν την ιδιωτι-

κή υγεία, με αποτέλεσμα τη μείωση της ζήτησης για σύναψη ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας λόγω της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος (ΕΣΥΕ, 2009). Παράλληλα, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, αντιμετωπίζουν δυσχέρειες στη χρηματοδότηση τους. Έχει παρατηρηθεί ότι χρηματοδότες ασφαλείων υγείας που περιορίζονται από τα οικονομικά μέτρα, εφαρμόζουν μέτρα μείωσης κόστους, επαναδιαπραγματεύονται τιμές και πληρωμές, ενώ επιβάλουν πρόστιμα σε ασθενείς που δεν τηρούν θεραπείες και προληπτικές συστάσεις.

#### **4. Συζήτηση- Παρεμβάσεις**

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, η ανάγκη για έγκαιρες παρεμβάσεις με στόχο τη θωράκιση του πολυτιμού αγαθού της υγείας των πολιτών κρίνεται σκόπιμη. Αποτελεσματικές ενέργειες για την άρση των προβλημάτων που επιβαρύνουν την υγεία του πληθυσμού ενδέχεται να αποτελέσουν οι παρακάτω:

- προγράμματα οικονομικής ανάπτυξης
- προσφορά άμεσης βοήθειας σε ευάλωτα άτομα που χάνουν την εργασία και επανεκπαίδευση των απολυμένων με σκοπό την επανένταξή τους στη νέα αγορά εργασίας.
- προαγωγή διαχείρισης του στρες στις ομάδες υψηλού κινδύνου, όπως για παράδειγμα συμβουλευτικά προγράμματα οικονομικής διαχείρισης, ψυχολογική υποστήριξη και οικονομικές διευκολύνσεις ή φοροελαφρύνσεις.
- ενίσχυση αντιμετώπισης των συνήθων ψυχιατρικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- αποκατάσταση της οικονομικής υγείας των πληγέντων, με επιδόματα ανεργίας ή με ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας. Κάθε αύξηση 10 δολαρίων ανά άτομο στις επενδύσεις για προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας μειώνει την επίπτωση της ανεργίας στις αυτοκτονίες κατά 0,04%. (Γιωτάκος Ο., 2011).

Οι Park et al. μελέτησαν τη σχέση μεταξύ των δημόσιων κοινωνικών δαπανών και των αυτοκτονιών στις 27 χώρες του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη (OECD) από το 1980 έως το 2003. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας μπορούν να αποτελέσουν ζωτικό παράγοντα για την πρόληψη των αυτοκτονιών και ειδικά σε χώρες που βιώνουν κοινωνικοοικονομική κρίση (Park et al, 2009). Σύμφωνα με τους Benatar, Gill, και Bakker, η παγκόσμια υγεία θα μπορούσε να βελτιωθεί με τα εξής βήματα:

- διεύρυνση της ανησυχίας για τα ανθρώπινα δικαιώματα: Ομοίως, η ανησυχία για τα ανθρώπινα δικαιώματα πρέπει περιλαμβάνεται στην εκτίμηση των κοινωνικών, οικονομικών, και πολιτιστικών δικαιωμάτων και η απαίτηση να μπορούν περισσότεροι άνθρωποι να προαχθούν μέσα από τις ικανότητες τους.
- άμεση κοινωνική και οικονομική πολιτική: Αυτές οι πολιτικές θα περιελάμβαναν την προώθηση των νέων μέσα από την κοινωνικά βιώσιμη οικονομική αποκατά-

σταση και την κοινωνική συνοχή, χρηματοδοτώντας μηχανισμούς για την υγεία ώστε παρέχει την πιο δίκαιη διανομή των οφελών, και τη μακροοικονομική σταθεροποίηση που θα μπορούσε να παρέχουν τη μεγαλύτερη κοινωνική προστασία για τους φτωχούς.

- αναθεώρηση φορολογικής βάση σε έναν περισσότερο ικανό τρόπο εξασφαλίζοντας ώστε η μελλοντική διανομή των φορολογικών επιβαρύνσεων είναι δίκαιη και βιώσιμη
- ανάπτυξη των περιεκτικών μέτρων που εξασφαλίζουν την αποτελεσματική και σχολαστική ρύθμιση της οικονομίας
- ανάπτυξη πολιτικών προς αναζωογόνηση των δημόσιων και συλλογικών υπηρεσιών όπως τα συστήματα δημόσιας υγείας, καθώς επίσης και την υποδομή για το δημόσια μέσα μεταφοράς, δημόσια συστήματα πληροφόρησης, και συστήματα επικοινωνιών
- εξέταση των δημογραφικών μετατοπίσεων (π.χ., ζητήματα υγείας που συνδέονται με τη γηράσκουσα Ευρώπη και την Ιαπωνία)
- άρση των διακρίσεων, όπως «παραγωγικά» και «μη παραγωγικά» μέλη της κοινωνίας
- αναθεώρηση πολιτικών και αλλαγή της λογικής της αφθονίας ώστε να ελαχιστοποιηθεί η υπερκατανάλωση, και η παραγωγή απορριμμάτων (και να προαχθούν ένας πιο υγιεινός τρόπος ζωής, συντηρώντας την ανεκτικότητα και την ποικιλομορφία των κοινωνικών επιλογών.
- μεταβολή νοοτροπίας ώστε να παραμείνει το μακροπρόθεσμο όφελος
- βαρύτητα στην πληροφόρηση, την εκπαίδευση και τον πολιτισμό.

#### **5. Συμπεράσματα**

Η οικονομική κρίση αποτελεί μια δύσκολη περίοδο για το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο μιας κοινωνίας και για τομείς μείζονος σημασίας, όπως είναι ο τομέας της υγείας. Ωστόσο η αποτελεσματική και έγκαιρη λήψη μέτρων, οι στοχευμένες αναδιαρθρώσεις και η εύρεση εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης μπορούν να αποτρέψουν φαινόμενα, όπως η εξαθλίωση και η καταρράκωση του συστήματος υγείας, θωρακίζοντας έτσι την υγεία των πολιτών. Οι ιθύνοντες οφείλουν να προστατέψουν και να υπερασπιστούν το αγαθό της υγείας, θέτοντάς το σε βασική προτεραιότητα ανεξάρτητα από τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες.

#### **Βιβλιογραφία**

##### **Ξενόγλωσσον**

1. Allan, EA, Steffensmeier, DJ. (1989). Youth, underemployment, and property crime: differential effects of job availability and job quality on juvenile and young adult arrest rates. *Am. Sociol. Rev.* 54, 107-23.
2. Benatar, R.S., Gill, S., Bakker, I., (2011). Global Health and the Global Economic Crisis
3. Bethune, A. (1997). Unemployment and mortality in: Drever F

## ABSTRACT

### REVIEW

#### THE ECONOMICAL CRISIS AND CONSEQUENCES TO HEALTH. SUGGESTIONS

Athina Patelarou, Anna Manidaki, Andonios Mpalolakis, Eva-Orfanou, Evridiki Patelarou.

**Introduction:** The economical crisis is accompanied by phenomena such as the unemployment, the economical misery of the population, the weakening of the health care system, the increase of specific diseases' prevalence and the overall unreleased of the health care system in a community.

**Review's results:** Unemployment, low income and poverty result to the health care expenditures' restriction, to the delay in therapy and very often to the absence of access to the health care services. Additionally, the economical crisis and its accompanied phenomena result to major consequences to both mental and physical health of the population. Addiction related problems, non healthy lifestyle patterns adoption including the consumption of low dietary content foods, the increased smoke and alcohol consumption and the inadequate health disease management by the health care system are some of the negative consequences of the economical crisis to health.

**Conclusions-Suggestions:** The policy makers have to protect and defend health putting it as a major priority independently to the awful economical conditions. The effective and consistent adoption of measures, the reformations and the adoption of alternative sources of foundations can prevent phenomena such as the misery and the decimation of the health care system. The development of economical support programs, the defense of unemployment, the empowerment of public health organizations and the support of sensitive groups such as the unemployed should consist the main community's priorities during economic recession periods.

**Key-words:** disease, economic crisis, health, mortality, unemployment

- & Whitehead M. ed. Health inequalities. London, H.M. stationery Office
4. Bokhari, FA, Gai, Y, Gottret, P. [2007]. Government health expenditures and health outcomes. *Health Econ.* 16: 257-73.
  5. Brenner, MH. [1976]. Estimating the social costs of economic policy: implications for mental and physical health, and criminal aggression. Pap. No. 5, Rep. Congr. Res. Sew. Libr. Congr. Joint Econ. Comm. Congr. Washington, DC: US GPO
  6. Bunting, M. Digging for victory again. The Guardian available from: <http://www.guardian.co.uk/commentisfree/cif-green/2009/sep/10/michelle-obama-vegetable-garden>. [August 2011].
  7. Burchell, B. [1994]. The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health in: Gallie D. et al. Social change and the experience of unemployment. Oxford, Oxford university press
  8. Buvinik, M. The global financial crisis: Assessing vulnerability for women and children, identifying policy responses. World Bank, available from: <http://www.worldbank.org/financialcrisis/pdf/Women-Children-Vulnerability-March09.pdf>. [August 2011].
  9. Carlson, E, Tsvetarsky, S. [2000]. Birthweight and infant mortality in Bulgaria's transition crisis. *Paediatr Perinat Epidemiol* 14: 159-62.
  10. Catalano, R, Dooley, D, Novaco, R, Wilson, G, Hough, R. [1993]. Using ECA survey data to examine the effect of job layoffs on violent behavior. *Hosp. Community Psychiatr.* 44:874-19
  11. Countries and Consumers. FMCG and the recession – how are consumers of food, drink and tobacco products responding? Euromonitor International available from: [http://www.euromonitor.com/FMCG\\_and\\_the\\_recession\\_how\\_are\\_consumers\\_of\\_food\\_drink\\_and\\_tobacco\\_products\\_responding](http://www.euromonitor.com/FMCG_and_the_recession_how_are_consumers_of_food_drink_and_tobacco_products_responding). [August 2011].
  12. Cutler, DM, Knaul, F, Lozano, R, Mendez, O, Zurita, B. Financial crisis, health outcomes, and aging: Mexico in the 1980s and 1990s. NBER Working Paper No. 7746. National Bureau of Economic Research: Cambridge, MA. στο: <http://www.nber.org/papers/w7746> , [August 2011].
  13. Dooley, D, Catalano, R, Hough, R. [1992]. Unemployment and alcohol disorder in 1910 and 1990: drift versus social causation. *J. Occup. Organ. Psychol.* 65: Dooley
  14. Dooley, D, Catalano, R, Wilson, G. [1994]. Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area Study. *Am. J. Community Psychol.* 22:745-65
  15. Dooley, D, Fielding, J, Levi, L. [1996] Health and unemployment. *Annu Rev Public Health.* 17:449-65.
  16. Economou, A, Nikolaou, A, Theodossiou, I. 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. available from: <http://auraserv.abdn.ac.uk:9080/> [August 2011].
  17. Gavrilova, NS, Semyonova, VG, Evdokushkina, GN, Gavrilov, LA [2000]. The response of violent mortality to economic crisis in Russia. *Popul Res Policy Rev* 19: 397-419.
  18. Gerdtham, UG, Ruhm, CJ. [2006]. Deaths rise in good economic times: Evidence from the OECD. *Econ Hum Biol* 4:298-316.
  19. Greenwood, DC, Muir, KR, Packham, CJ, Madeley, RJ. [1996]. Coronary heart disease: a review of the role of psychosocial stress and social support. *J Public Health Med* 18: 221-31.
  20. Gump, BB, Matthews, KA, Eberly, LE, Chang, YF. [2005]. Depressive symptoms and mortality in men: results from the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Stroke* 36: 98-102.



21. Hammarstrom, A. (1995). Health consequences of youth unemployment- review from a gender perspective. *Soc Sci Med* 1994; 38:699-709. Winefield AH. Unemployment: its psychological costs. In: Cooper CL, Robertson IT, editors. *International review of industrial and organizational psychology*. New York (NY): John Wiley & Sons Ltd, 169-212.
22. Hammarstrom, A, Janlert, U. (1995). Unemployment and change of tobacco habits: a study of young people from 16 to 21 years of age. *Addiction* 89:1691-6.
23. Hammer, T. (1992). Unemployment and use of drug and alcohol among young people: a longitudinal study in the general population. *Br J Addict* 87:1571-81.
24. Hellenic Driving Instructors, International Conference on Traffic Education and Road Safety Traffic in Athens. available from <http://drivingorg.blogspot.com/2010/07/international-conference-on-traffic.html> στις 11/08/2011
25. Higgins, A. Demand for vegetable seeds is rooted in recession. available from <http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article/2009/06/14/AR2009061402741.html>. [August 2011].
26. Iversen, L, Andersen, O, Andersen, PK, Christoffersen, K, Keiding, N. (1987). Unemployment and mortality in Denmark, 1970-80. *BMJ* 295:879-84.
27. Janlert, U, Hammarstrom, A. (1992). Alcohol consumption among unemployed youths: results from a prospective study. *Br J Addict* 87:703-14.
28. Janlert, U. (1992). Unemployment and blood pressure in Swedish building labourers. *J Intern Med* 231:241-6.
29. Junankar, PN. (1991). Unemployment and mortality in England and Wales: a preliminary analysis. *Oxf Econ Pap* 43: 305-20.
30. Khang, YH, Lynch, JW, Kaplan, GA. (2005). Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. *Int J Epidemiol* 34: 1291-301.
31. Kim H, Song YJ, Yi JJ, Chung WJ, Nam CM. Changes in mortality after the recent economic crisis in South Korea. *Ann Epidemiol* 2004; 14: 442-6.
32. Lahart, J, Martin, TW, Adamy, J. Consumers cut food spending sharply. *Wall Street Journal*. available from <http://online.wsj.com/article/SB123448606475780133.html> [August 2011].
33. Lajer, M. (1982). Unemployment and hospitalization among bricklayers. *Scand.J. Soc. Med.* 10:3-10.
34. Lee, AJ, Crombie, IK, Smith, WC, Tunstall, PHD. (1991). Cigarette smoking and employment status. *Soc Sci Med* 33: 1309-12.
35. Ludwig, DS, Pollack, HA. (2009). Obesity and the economy: from crisis to opportunity. *JAMA* 301(5):533-5.
36. Martikainen, PT. (1990). Unemployment and mortality among Finnish men, 1981-5. *BMJ* 301:407-11.
37. Min, KB, Min, JY, Park, JB, Park, SG, Lee, KJ. (2010). Changes in occupational safety and health indices after the Korean economic crisis: analysis of a national sample, 1991-2007. *Am J Public Health.* 100 (11):2165-7.
38. Musgrove, P. (1987). The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *Int J Health Serv.* 17: 411-41.
39. Park, JS, Lee, JY, Kim, SD. (2003). A study for effects of economic growth rate and unemployment rate to suicide rate in Korea. *Korean J Prev Med.* 36:85-91.
40. Park, Y, Kim, MH, Kown, S, Shin, YJ. (2009). The association between public social expenditure and suicides: evidence from OECD countries. *J Prev Med Public Health.* 42(2):123-9.
41. Paxson, C, Schady, N. (2004). Child Health and the 1988-1992 Economic Crisis in Peru (World Bank Policy Research Working Paper No. 3260). Washington, D.C., World Bank, 131-141. 26 P.
42. Peck, DF, Plant, MA. (1986). Unemployment and illegal drug use: concordant evidence from a prospective study and national trends. *BMJ* 293:929-32.
43. Ruhm, CJ. (2000). Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics.* 115:617-650.
44. Ruhm, CJ. (2005). Healthy living in hard times. *J Health Econ* 24(2):341-63.
45. Ruhm, CJ. (2009). Economic conditions and health behaviors: are recessions good for your health? *N C Med J* 70(4):328-9.
46. Schell, CO, Reilly, M, Rosling, H, Peterson, S, Ekstrom, AM (2007;). Socioeconomic determinants of infant mortality: a worldwide study of 152 low-, middle-, and high-income countries. *Scand J Public Health* 35: 288-97.
47. Stack, S. (1981). Divorce and suicide: a time series analysis, 1933-1970. *J. Fam. Issues* 2:77-90
48. Stefansson, CG. (1991). Long-term unemployment and mortality in Sweden, 1980-1986. *Soc Sci Med* 32:419-23.
49. Steinberg, L, Catalano, R, Dooley, D. (1981). Economic antecedents of child abuse and neglect. *Child Dev.* 52:260-67
50. Sorlie, PD, Rogot, E. (1990). Mortality by employment status in the National longitudinal mortality study. *Am J Epidemiol* 132:983-92.
51. Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., McKee, M (2009). The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *Ulster Med J.* 78(3): 142-145
52. Toole, M, Rodger, A, Peregrino-Go, E et al (2000). Impact of the Asian Financial Crisis on Health: Indonesia, Thailand, The Philippines, Vietnam, Lao PDR. Macfarlane Burnet Centre for Medical Research.
53. Van, E. Doorslaer, Wagstaff, A, Bleichrodt, H, Calonge, S, Gerdtham, UG, Gerfin, M. (1997). Income related inequalities in health: some international comparisons. *J Health Econ* 16:937-112.
54. Waldron, I, Lye, D. (1989). Employment, unemployment, occupation, and smolung. *Am J Prev Med* 5:142-9.
55. Waltisperger, D, Mesle, F. (2005). Economic crisis and mortality: The case of Antananarivo, 1976-2000. *Population* 60: 199-230.
56. WHO. The financial crisis and global health. Geneva, 2009. available from: [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2011\\_](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2011_) [August 2011].
57. Watts, J. (1998). Suicide rate rises as South Korea's economy falters. *Lancet* 352:1365.
58. Westerlund, H, Theorell, T, Alfredsson, L. (2004). Organizational instability and cardiovascular risk factors in white-collar employees: an analysis of correlates of structural instability of workplace organization on risk factors for coronary heart disease in a sample of 3,904 white collar employees in the Stockholm region. *Eur J Public Health.* 14(1):37-42.
59. Wilkinson, RG. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequalities*. Ed 1. Routledge, London.
60. Winefield AH. (1995). Unemployment: its psychological costs. In: Cooper CL, Robertson IT, editors. *International review of industrial and organizational psychology*. New York (NY): John Wiley & Sons Ltd, 169-212.
61. Yang, BM, Prescott, N, Bae, EY. (2001). The impact of economic crisis on health-care consumption in Korea. *Health Policy Plan* 16: 372-85.

### Ελληνική

1. ΕΣΥΕ. Βασικά μεγέθη απασχόλησης. Ποσοστό ανεργίας 2009. available from: <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-presentation> [August 2011].
2. Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β. (2010). Οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 27(5):834-840.