

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Η επίδραση της κρίσης στην υγεία και στη φροντίδα υγείας των κατοίκων της Ελλάδας

Η οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε στην Ελλάδα το 2009 επηρέασε μεταξύ άλλων και την ασκούμενη κοινωνική πολιτική και κατ'επέκταση τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν στην υγεία. Η βιβλιογραφική μελέτη του αντίκτυπου της κρίσης στην υγεία με βάση τις συστάσεις του Centre for Reviews and Dissemination και τη μέθοδο της θεματικής ανάλυσης ανέδειξε το διεθνώς έντονο ενδιαφέρον των μελετητών και κατέδειξε ότι η ακολουθούμενη περιοριστική μνημονιακή πολιτική επηρέασε δυσμενώς την υγεία των πολιτών και εντονότερα την ψυχική υγεία, τη θνησιμότητα και τη δυναμική των λοιμωδών νοσημάτων, ενώ φαίνεται ότι ορισμένες συμπεριφορές σχετικές με την υγεία, όπως το κάπνισμα και η άσκηση, βελτιώθηκαν, και ότι υπήρξαν ευνοϊκές επιδράσεις στη συχνότητα και στις συνέπειες των τροχαίων ατυχημάτων. Επί πλέον, οι περικοπές στις δαπάνες των οργανισμών υγείας επιδείνωσαν την προϋπάρχουσα έλλειψη ανθρωπίνων και άλλων πόρων, καθώς και τα ελλείμματα στους προϋπολογισμούς και σε συνδυασμό με τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν υποβάθμισαν ποιοτικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες, όξυναν τις ανισότητες στην πρόσβαση και αύξησαν τον αριθμό των ανικανοποίητων χρηστών. Τα συμπεράσματα του παρόντος άρθρου εναρμονίζονται στην πλειοψηφία τους με τα διεθνή ερευνητικά δεδομένα, αναδεικνύοντας την ανάγκη προστασίας των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων και διασφάλισης της βιωσιμότητας και της αποτελεσματικότητας των μονάδων υγείας.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το 2009 η ελληνική οικονομία εισήλθε σε περίοδο έντονης κρίσης με ποικίλες δημοσιονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις, όπως η μείωση του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), η αύξηση της ανεργίας και των ανασφάλιστων ατόμων και η συρρίκνωση του ήδη ασθενούς κοινωνικού κράτους με περικοπές στις κοινωνικές παροχές. Τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν από το 2010 και έπειτα επηρέασαν τον υγειονομικό τομέα με πολυδιάστατο τρόπο. Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο των μνημονιακών δεσμεύσεων έγιναν διαρθρωτικές και διαχειριστικές μεταρρυθμίσεις αναγκαίες για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και τη διασφάλιση της βιωσιμότητας του υγειονομικού συστήματος. Ωστόσο, η βεβιασμένη εφαρμογή ορισμένων μέτρων δεν απέδωσε τα προσδοκώμενα αποτελέσματα.¹ Επίσης, οι περικοπές στους προϋπολογισμούς των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, παρ'όλη την αύξηση της ζήτησης για δωρεάν υπηρεσίες υγείας,^{1,2} οδήγησαν σε ανεπάρκεια πόρων

επιπλέον, οι περικοπές στις δαπάνες των οργανισμών υγείας επιδείνωσαν την προϋπάρχουσα έλλειψη ανθρωπίνων και άλλων πόρων, καθώς και τα ελλείμματα στους προϋπολογισμούς και σε συνδυασμό με τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν υποβάθμισαν ποιοτικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες, όξυναν τις ανισότητες στην πρόσβαση και αύξησαν τον αριθμό των ανικανοποίητων χρηστών. Τα συμπεράσματα του παρόντος άρθρου εναρμονίζονται στην πλειοψηφία τους με τα διεθνή ερευνητικά δεδομένα, αναδεικνύοντας την ανάγκη προστασίας των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων και διασφάλισης της βιωσιμότητας και της αποτελεσματικότητας των μονάδων υγείας.

Οι ανωτέρω καταγεγραμμένες συνέπειες αποτελούν διαχρονικά αντικείμενο μελέτης, καθώς η παρακολούθηση της εξέλιξης των σχετικών δεικτών θα αναδείξει την ανάγκη λήψης προληπτικών και διορθωτικών μέτρων. Το παρόν άρθρο εξετάζει τις επιπτώσεις της κρίσης τόσο στην κατάσταση υγείας των πολιτών, όσο και στο σύστημα υγείας και τις παρεχόμενες από αυτό υπηρεσίες, και αναδεικνύει θέματα για περαιτέρω διερεύνηση μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και την ανάλυση του σχετικού θεωρητικού πλαισίου.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(5):686-697
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(5):686-697

Χ. Μπελεσιώτη,¹
Α. Παπαδόπουλος,²
Δ. Νιάκας¹

¹Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
²Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Αθηνών Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη», Αθήνα

The impact of the financial crisis on health and health care in Greece

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης
Υγεία
Φροντίδα υγείας

Υποβλήθηκε 10.5.2017
Εγκρίθηκε 3.12.2017

2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Οι μελετητές της κοινωνικής επιδημιολογίας και των οικονομικών της υγείας έχουν διερευνήσει και αναδείξει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία, εξελίσσοντας και εμπλουτίζοντας το σχετικό θεωρητικό πλαίσιο. Σε γενικές γραμμές έχουν προταθεί διάφορα θεωρητικά μοντέλα που περιγράφουν και ερμηνεύουν την αλληλεπίδραση της οικονομικής κατάστασης με το σύστημα υγείας, την παρεχόμενη φροντίδα και την κατάσταση υγείας.

Ένα τέτοιο μοντέλο παρουσιάστηκε το 2014 και σύμφωνα με αυτό η οικονομική κρίση φαίνεται να επηρεάζει τη συνολική θνησιμότητα, τη θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα, τη νοσηρότητα από λοιμώδη, ψυχικά και καρδιαγγειακά νοσήματα και τους αντίστοιχους παράγοντες κινδύνου.⁶ Επί πλέον, με βάση το συγκεκριμένο μοντέλο οι επιδράσεις της οικονομικής ύφεσης και της ανεργίας διαμεσολαβούνται από την κρατική χρηματοδότηση, τις προκαλούμενες στο σύστημα υγείας αλλαγές, τους περιβαλλοντικούς παράγοντες και τους ατομικούς συμπεριφορικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Τέλος, το μοντέλο περιλαμβάνει πολιτικούς παράγοντες, δηλαδή πολιτικές αποφάσεις και δράσεις που αφορούν στις κοινωνικές πολιτικές, στην απασχόληση και στην κοινωνική ασφάλιση και μπορεί να αμβλύνουν ή να οξύνουν τον αρνητικό αντίκτυπο της κρίσης. Η Mills το 2010 χρησιμοποίησε το μοντέλο του Williams που σχετίζεται με την επίδραση της φυλής στην υγεία⁷ για τη μελέτη των αιτίων των υγειονομικών ανισοτήτων και απέδωσε την επιδείνωση των ανισοτήτων σε περίοδοι ύφεσης στην αύξηση της ανεργίας και στη μείωση του εισοδήματος, καθώς ως προσδιοριστές της κατάστασης υγείας επηρεάζουν κυρίως τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες.⁸

Επίσης, σε θεωρητικό πλαίσιο υποστηρίζεται ότι η χρηματοοικονομική και η επακόλουθη γενικευμένη κρίση επιδρούν στην υγεία καθώς: (α) Μέσω του μετασχηματισμού της αγοράς εργασίας επηρεάζονται αρνητικά οι σχετικοί προσδιοριστές της υγείας, δηλαδή η απασχόληση και το εισόδημα. (β) Επιτείνουν και διευρύνουν τις υφιστάμενες κοινωνικές ανισότητες. (γ) Μέσω των πολιτικών λιτότητας και της μείωσης των φορολογικών εσόδων και των δαπανών τόνωσης της οικονομίας επηρεάζεται ο προϋπολογισμός και υποβαθμίζονται οι συνθήκες διαβίωσης και το σύστημα υγείας, περικλύονται οι δαπάνες για την υγεία και συρρικνώνεται το κοινωνικό κράτος, με αποτέλεσμα να επιδεινώνονται περαιτέρω οι κοινωνικές και κατ'επέκταση οι υγειονομικές ανισότητες.⁹

Το εννοιολογικό πλαίσιο που διαμορφώθηκε για τις επιπτώσεις της κρίσης στους νέους επικεντρώθηκε στην επίδραση του μακροπεριβάλλοντος στις δυνατότητες πρό-

σβασης σε χρηματοδότηση και στις επενδύσεις σε δημόσιες υπηρεσίες, στις τιμές των αγαθών και στις εργασιακές συνθήκες και μέσω αυτών στις συνθήκες διαβίωσης, στην πρόσβαση σε υπηρεσίες, στην ποιότητα των υπηρεσιών και στην κοινωνική συνοχή. Τέλος, στο μοντέλο υπεισέρχονται μεταξύ των παραπάνω παραγόντων και της υγείας –ως διαμεσολαβητικοί παράγοντες– η διάρκεια, το εύρος και το βάθος της κρίσης, η κοινωνική θέση, το φύλο, η ηλικία, η κατάσταση του νοικοκυριού (ευάλωτο ή όχι) και οι ακολουθούμενες πολιτικές, που επηρεάζουν πολυδιάστατα το επίπεδο ευημερίας του ατόμου.¹⁰

Άλλες θεωρίες με έμφαση στο μικρο-επίπεδο των υγειονομικών επιπτώσεων της κρίσης προβάλλουν το stress ως καθοριστικό παράγοντα, το οποίο σε περιόδους ύφεσης επηρεάζει την υγεία με τους ακόλουθους μηχανισμούς:¹¹ (α) Σύμφωνα με τη θεωρία των οικονομικών κύκλων και την προσέγγιση της αντικυκλικής συμπεριφοράς των μεγεθών, η κρίση σχετίζεται με στρεσογόνα βιώματα (απώλεια εργασίας, οικονομική δυσχέρεια κ.λπ.), που επηρεάζουν δυσμενώς την υγεία,¹² ενώ με βάση την προσέγγιση της προκυκλικής συμπεριφοράς των μεταβλητών, μέσω της ελάττωσης του εργασιακού ρυθμού και του εργασιακού χρόνου κατά την οικονομική κρίση μειώνεται ο επιπολασμός των οφειλόμενων στο stress ασθενειών, ενισχύεται η ικανότητα ανταπόκρισης στους σχετιζόμενους με την εργασία κινδύνους και γενικότερα ασκείται ευνοϊκή επίδραση. (β) Ένας άλλος μηχανισμός σχετίζεται με το αίσθημα της ματαιώσης και της επιθετικότητας που βιώνουν τα άτομα, όταν –στο πλαίσιο της ύφεσης– δεν λαμβάνουν την προσδοκώμενη αμοιβή, με αποτέλεσμα, σύμφωνα με την αντικυκλική προσέγγιση, να υιοθετούν αντικοινωνικές συμπεριφορές που διαταράσσουν τις σχέσεις τους ή τους οδηγούν ακόμη και στη χρήση ουσιών, βλάπτοντας την υγεία τους. Ωστόσο, η προκυκλική οπτική θεωρεί ότι ο μηχανισμός της ματαιώσης και της επιθετικότητας λειτουργεί προστατευτικά και τα άτομα λόγω εργασιακής ανασφάλειας αποφεύγουν τις «βλαπτικές» συμπεριφορές. (γ) Τέλος, ένας τρίτος μηχανισμός αφορά στην επίδραση της κρίσης στην υγεία μέσω του προϋπολογισμού. Κατά την αντικυκλική θεώρηση η ύφεση περιορίζει τους διαθέσιμους πόρους και στερεί χρόνο και ενέργεια από τα άτομα, δυσχεραίνοντας τη διαχείριση των επακόλουθων από την απώλεια εργασίας ή εισοδήματος συνεπειών. Έτσι, μειώνονται οι πόροι που κατευθύνονται σε προτεραιότητες και δραστηριότητες ωφέλιμες για την υγεία ανάλογα και με τις προτιμήσεις των ατόμων. Από την άλλη πλευρά, η προκυκλική αντίληψη για την επίδραση της κρίσης θεωρεί ότι με την απώλεια εργασίας ή εισοδήματος στην περίοδο της κρίσης είτε τα άτομα αποφεύγουν τις βλαπτικές για την υγεία συμπεριφορές, ανάλογα με τις προτεραιότητές τους,

είτε απελευθερώνονται πόροι, π.χ. διαθέσιμος χρόνος, για την εφαρμογή ωφέλιμων πρακτικών και στάσεων.^{13,14}

Η αντικυκλική και η προκυκλική προσέγγιση των οικονομικών φαινομένων οδηγούν στην ανάπτυξη αντιφατικών ερμηνευτικών πλαισίων και αναδεικνύουν ποικίλες επιπτώσεις της κρίσης, που επιβεβαιώνονται και από τα αντικρουόμενα αποτελέσματα των ερευνητικών μελετών.^{15,16} Η πολυπλοκότητα του υφιστάμενου θεωρητικού πλαισίου επιβάλλει την εξειδίκευση των προαναφερθέντων θεωρητικών μοντέλων σε συγκεκριμένες κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές συνθήκες, προκειμένου να αποσαφηνιστούν σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα οι μηχανισμοί διαμόρφωσης των υγειονομικών αποτελεσμάτων και να εφαρμοστούν οι πολιτικές εκείνες που θα ελαχιστοποιήσουν τον αρνητικό αντίκτυπο της κρίσης.

Ειδικότερα στη χώρα μας, το διαχειριστικά αδύναμο πολιτικό σύστημα, η πολιτική αστάθεια, η αδυναμία των αγορών και του χρηματοπιστωτικού συστήματος να προβλέψουν και να προλάβουν την κρίση, καθώς και η καθυστερημένη απόκριση της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και των ευρωπαϊκών κυβερνήσεων ήταν οι παράγοντες που επηρέασαν καθοριστικά την τρέχουσα κατάσταση¹⁷ και διαμόρφωσαν το αβέβαιο και δυσμενές κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον με τις γνωστές αρνητικές προεκτάσεις στην κοινωνική πολιτική και στις πολιτικές υγείας.

Βιβλιογραφικά εντοπίζονται θετικές και αρνητικές επιδράσεις μέσω δύο κυρίαρχων μεθοδολογιών: Η ατομοκεντρική μέθοδος εστιάζει στις επιπτώσεις των σχετικών με την κρίση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην υγεία του ατόμου και την αρνητική διάσταση της επιρροής αυτής, ενώ η πληθυσμο-κεντρική μεθοδολογική προσέγγιση μελετά τις επιπτώσεις των προαναφερθέντων παραγόντων στους συνολικούς για τον πληθυσμό δείκτες υγείας και εντοπίζει θετικές κυρίως συνέπειες.¹⁸ Στη συνέχεια, αναπτύσσονται οι εν λόγω επιδράσεις ομαδοποιημένες σε αυτές που αφορούν στην υγεία του πληθυσμού και σε εκείνες οι οποίες αναφέρονται στο σύστημα και στη φροντίδα υγείας.

3. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

3.1. Ψυχική υγεία και αυτοκτονίες-ανθρωποκτονίες

Από τη μελέτη της βιβλιογραφίας διαφαίνεται σαφώς η επιβαρυντική επίδραση της κρίσης στην ψυχική υγεία τόσο των παιδιών¹⁹ όσο και των ενηλίκων.^{20,21} Συγκεκριμένα, η ανεργία παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους δείκτες ψυχικής υγείας, ιδίως στις γυναίκες.²⁰ Ωστόσο, σε μία μόνο μελέτη οι εργαζόμενοι εντάσσονται στις ψυχικά επιβαρυνμένες ομάδες του πληθυσμού.²² Επί πλέον,

το επίπεδο εκπαίδευσης, το οικογενειακό εισόδημα και η οικογενειακή κατάσταση αποτελούν προσδιοριστές της συχνότητας των αυτο-αναφερόμενων καταθλιπτικών συμπτωμάτων.²³ Γενικότερα, κατά την περίοδο της κρίσης φαίνεται να έχουν αυξηθεί τα άτομα με μείζονα κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές,²⁴ η κατανάλωση οινοπνεύματος,²⁵ αντικαταθλιπτικών φαρμάκων^{24,26} και ουσιών στις μεγαλύτερες ηλικίες,²⁷ τα φαινόμενα ενδοοικογενειακής βίας,²⁵ τα διαζύγια –που συσχετίζονται με την ανεργία και το εισόδημα–²⁸ οι ανθρωποκτονίες²⁹ και η θνησιμότητα από αυτές,²⁷ καθώς και η ανάγκη για ψυχιατρική φροντίδα.^{26,30} Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις για συσχέτιση της μείζονος κατάθλιψης με τη νεαρή ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι), την οικονομική δυσχέρεια,³¹ καθώς και για τον προστατευτικό ρόλο του αισθήματος εμπιστοσύνης στους ανθρώπους και στους πολιτειακούς-κοινωνικούς θεσμούς.³² Τέλος, ως επιτακτική αναδεικνύεται η ανάγκη για προγράμματα διαλογής (screening) και υποστηρικτικές δράσεις πρόληψης των ψυχικών διαταραχών.³³

Η κρίση, επίσης, φαίνεται να οδήγησε σε αύξηση των αυτοκτονιών,^{21,26,34} που υπερβαίνει το 25% στις διάφορες μελέτες,^{4,15,35,36} και συσχετίζεται με το δημόσιο χρέος και την ανεργία,^{24,37,38} ιδίως του ανδρικού πληθυσμού παραγωγικής ηλικίας.³⁸ Επιπρόσθετα, αυξήθηκαν οι απόπειρες αυτοκτονίας,^{24,26,39} ιδίως σε ανέργους, έγγαμους, διαζευγμένους και χήρους,⁴⁰ ενώ σε μία μόνο μελέτη διαπιστώνεται ότι το επίπεδο ανεργίας των ανδρών συσχετίζεται αρνητικά με τον αριθμό αποπειρών.³⁷ Ακόμη, βρέθηκε ότι οι πάσχοντες από κατάθλιψη, οι άνδρες, οι έγγαμοι, τα άτομα με οικονομική δυσχέρεια, με χαμηλή εμπιστοσύνη στους άλλους και οι έχοντες ιστορικό απόπειρας ήταν περισσότερο ευάλωτοι στον αυτοκτονικό ιδεασμό και στην απόπειρα αυτοκτονίας.^{36,39} Γενικότερα, αποτυπώνεται στατιστικά σημαντική αύξηση της θνησιμότητας από αυτοκτονίες στα χρόνια της κρίσης,^{27,41} αν και μεμονωμένα αναφέρεται ότι το 2013 τα επίπεδα αυτοκτονικού ιδεασμού και αποπειρών επανήλθαν στα προ κρίσης επίπεδα.³³

3.2. Μεταδιδόμενα νοσήματα-καρδιαγγειακά νοσήματα-νοσήματα αναπνευστικού

Όσον αφορά στα λοιμώδη νοσήματα, εξ αιτίας της αποδιοργάνωσης των προληπτικών προγραμμάτων και της δημόσιας υγείας στα χρόνια της κρίσης,¹⁵ σημειώνεται αύξηση των κρουσμάτων του HIV,^{21,27,42} αλλά και της φυματίωσης, της ελονοσίας, του ιού του δυτικού Νείλου και νέων μορφών γρίπης.^{27,43,44} Επίσης, παρατηρούνται μεταβολές στη δυναμική των εν λόγω νοσημάτων.^{44,45} Για παράδειγμα, μετά το 2010 αυξήθηκαν τα περιστατικά φυματίωσης με ανοδικό ρυθμό στους Έλληνες και ελαφρώς μειούμενο

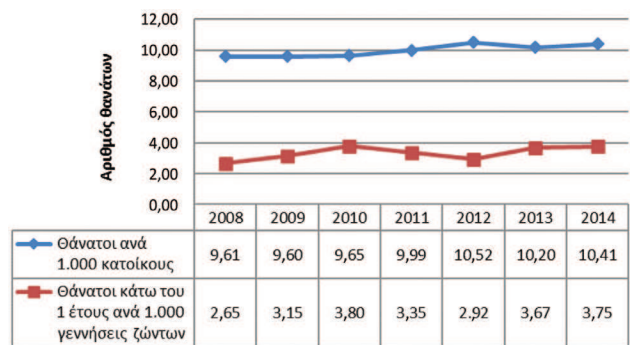
στους αλλοδαπούς.⁴⁴ Η ατομοκεντρική, λοιπόν, μεθοδολογική προσέγγιση αναδεικνύει τις αρνητικές επιπτώσεις της κρίσης στην επιδημιολογία των λοιμωδών νοσημάτων.

Σχετικά με τα καρδιαγγειακά νοσήματα υπάρχουν ενδείξεις (α) μείωσης της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών,¹³ (β) υποχώρησης της καπνισματικής συνήθειας^{13,14} και δυναμικής περαιτέρω μείωσής της ως συνέπεια των πολιτικών κατά του καπνίσματος¹⁴ και της κρίσης που τείνει να μετατρέψει το τσιγάρο σε αγαθό πολυτελείας,⁴⁶ (γ) αύξησης της φυσικής δραστηριότητας¹⁴ και (δ) βελτίωσης του λιπιδαιμικού προφίλ στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 χάρη στα νεότερης γενιάς αντιλιπιδαιμικά φάρμακα.⁴⁷ Συνεπώς, διαπιστώνεται κυρίως ευνοϊκή επίδραση της κρίσης σε ορισμένους από τους σχετιζόμενους με τα καρδιαγγειακά νοσήματα προσδιοριστές, εύρημα που φαίνεται να κατατάσσει τις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές –καταναλωτικές και μη– στα μεγέθη που ακολουθούν αντικυκλική συμπεριφορά (δηλαδή εξελίσσονται ευνοϊκά σε αντίθεση με τη γενικότερη οικονομική δραστηριότητα). Από την άλλη πλευρά, το αναπνευστικό σύστημα των Ελλήνων φαίνεται να έχει επιδεινωθεί λόγω της επιβαρυσμένης με αιθαλομίχλη ατμόσφαιρας και των φραγμών στην πρόσβαση των προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών για νοσήματα του αναπνευστικού, περιλαμβανομένων και των ιατρείων διακοπής του καπνίσματος.⁴⁸

3.3. Άλλες επιπτώσεις στην υγεία

3.3.1. Θνησιμότητα. Κατά την περίοδο της κρίσης σημειώθηκε αύξηση των θανάτων, με το 1/3 των επί πλέον θανάτων να σχετίζονται με τη λιτότητα, καθώς υπάρχουν ενδείξεις ότι οι περιοριστικές πολιτικές στην υγεία και η αύξηση των ανασφάλιστων δημιουργούν φραγμούς στην πρόσβαση για φροντίδα στους χρονίως πάσχοντες και αυξάνουν τη θνησιμότητα.⁴⁹ Επίσης, έχει καταγραφεί αύξηση της θνησιμότητας από λοιμώδη νοσήματα,²⁷ ανθρωποκτονίες²⁹ και αυτοκτονίες,^{36,38} ενώ φαίνεται να έχουν μειωθεί οι οφειλόμενοι σε τροχαία ατυχήματα θάνατοι,⁵⁰ στοιχείο που συμβαδίζει με την προσέγγιση της αντικυκλικής συμπεριφοράς ορισμένων μεταβλητών. Επί πλέον, τα δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας καταδεικνύουν ήπια αύξηση της θνησιμότητας και της βρεφικής θνησιμότητας (εικ. 1), επιβεβαιώνοντας τα παραπάνω ευρήματα.

3.3.2. Διάφορες επιπτώσεις. Στις λοιπές επιδράσεις της οικονομικής κρίσης αξίζει να αναφερθούν η αύξηση των προερχόμενων από άσκηση βίας καταγμάτων προσώπου,⁵¹ καθώς και η επιδείνωση των δεικτών αυτοεκτίμησης της υγείας. Συγκεκριμένα, η αυτοεκτιμώμενη κατάσταση υγείας επιδεινώθηκε κυρίως στις γυναίκες²⁰ και γενικά φαίνεται να είναι χαμηλότερη σε μεγαλύτερες ηλικίες, ανέργους,



Εικόνα 1. Η θνησιμότητα και η βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα (πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2016).

συναξιούχους, νοικοκυρές και χρονίως πάσχοντες.⁵² Τέλος, στα χρόνια της κρίσης έχει διαπιστωθεί αύξηση της θνησιγένειας, της φτώχειας και της υποθρεψίας στα παιδιά,⁴² αλλά και των επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία λόγω εμβοών και ιλιγγών.⁵³

4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Δαπάνες υγείας και χρηματοδοτική διαχείριση

Η υποχρηματοδότηση του συστήματος υγείας, με στόχο τη μείωση των δαπανών στο πλαίσιο της επιβαλλόμενης δημοσιονομικής προσαρμογής,^{54–56} οδήγησε στην ανεπάρκεια πόρων κάθε είδους^{25,27} και επηρέασε δυσμενώς τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, η γενικότερη περιοριστική πολιτική με τις περικοπές στους προϋπολογισμούς, αλλά και με επί μέρους παρενέργειες των μέτρων που εφαρμόστηκαν, επαύξησαν τις ήδη υπάρχουσες ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας.^{55–58} Για παράδειγμα, ο μηχανισμός του clawback εφαρμόστηκε μεν για να μειωθούν τα ελλείμματα των νοσοκομείων, υπονομεύει όμως την αλληλεγγύη στη χρηματοδότηση⁵⁷ για την υγεία μέσω απώλειας θέσεων εργασίας στον κλάδο του φαρμάκου, λόγω προβλημάτων βιωσιμότητας τα οποία δημιουργεί ο συγκεκριμένος μηχανισμός, και μέσω επακόλουθης μείωσης ασφαλιστικών εισφορών, που αποτελούν σημαντική πηγή χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία. Επί πλέον, με την εφαρμογή των μηχανισμών επιστροφής οι φαρμακοβιομηχανίες υποκαθιστούν μερικώς τον ρόλο του κράτους ως χρηματοδότη των δαπανών υγείας, με αποτέλεσμα να απορρυθμίζεται η αγορά του φαρμάκου.²⁷ Από την άλλη πλευρά, υπό την πίεση των μνημονιακών δεσμεύσεων εφαρμόστηκαν και πολιτικές αναγκαίες για τη βελτίωση της αποδοτικότητας και τη διασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η ενίσχυση του ρόλου της φορολογίας στη χρηματοδότηση του συ-

στήματος υγείας περιορίζει τους κινδύνους που ενέχει η χρηματοδότηση από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης^{59,60} και οι οποίοι επιτείνονται σε συνθήκες οικονομικής κρίσης λόγω των υψηλών ποσοστών ανεργίας και αδήλωτης εργασίας. Μάλιστα στον πίνακα 1, όπου απεικονίζονται οι δαπάνες για την υγεία ανά χρηματοδοτικό φορέα, φαίνεται η σταδιακή, από το 2010, υποβάθμιση των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) ως πηγών χρηματοδότησης των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας.

Ακόμη και οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις που έγιναν για τη βελτίωση της αποδοτικότητας, π.χ. η εφαρμογή των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (ΚΕΝ) στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), μολοντί βραχυπρόθεσμα μπορεί να έφεραν ορισμένα ενθαρρυντικά δημοσιονομικά αποτελέσματα,⁶¹ λόγω (α) της βεβιασμένης εισαγωγής τους, (β) της συνεχιζόμενης δέσμευσης σε πολιτικές που δημιουργούν φραγμούς στην πρόσβαση,⁵⁴ και (γ) των αυξημένων αναγκών υγείας και της υψηλότερης ζήτησης για δημόσιες υπηρεσίες υγείας^{1,4} σε συνθήκες υποχρηματοδότησης, μακροπρόθεσμα απαιτούν αναπροσαρμογές προκειμένου να επιτευχθεί το μέγιστο δυνατό όφελος.

4.2. Πολιτικές για το φάρμακο

Η κρίση επέβαλε τη λήψη μιας σειράς μέτρων, όπως η καθιέρωση λίστας φαρμάκων, η αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος των φαρμάκων, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η καθιέρωση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων, οι αλλαγές στο σύστημα προμήθειας φαρμάκων και στα περιθώρια κέρδους των φαρμακείων και των χονδρεμπόρων, καθώς και τη θέσπιση clawback με πολλαπλές επιπτώσεις, μεταξύ των οποίων ως κυριότερες αναφέρονται ο εξορθολογισμός της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης και η επιπρόσθετη οικονομική επιβάρυνση των καταναλωτών που συνεπάγεται τη δημιουργία φραγ-

μών στην πρόσβαση για φαρμακευτική θεραπεία.^{56,57,62-64} Επί πλέον, έχει αναφερθεί ότι το clawback είχε διάφορες παρενέργειες, όπως η αύξηση της ανεργίας και η μείωση των κύριων πηγών δημοσίων εσόδων, που υποσκάπτουν την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, την ισότητα στην πρόσβαση και την αλληλεγγύη στη χρηματοδότηση.⁵⁷ Τέλος, έχουν διατυπωθεί αντικρουόμενες απόψεις όσον αφορά στα οφέλη από τις σχετικές με την αγορά του φαρμάκου μεταρρυθμίσεις, αφού υπάρχουν μελέτες που διαπιστώνουν τη βελτίωση της πρόσβασης στη φαρμακοθεραπεία, π.χ. για την πολλαπλή σκλήρυνση,⁶⁵ αλλά και μελέτες με συμπεράσματα που αναφέρονται σε δυσμενείς επιδράσεις. Για παράδειγμα, ορισμένες μελέτες, σε αντίθεση με τη γενικότερα παρατηρούμενη τάση μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης, διαπιστώνουν αύξηση της δαπάνης για ειδικές κατηγορίες φαρμάκων, όπως είναι τα αντιδιαβητικά φάρμακα⁴⁷ ή παρέχουν ενδείξεις αδυναμίας ορισμένων ομάδων χρονίως πασχόντων να καλύψουν τη συμμετοχή τους στο κόστος των φαρμάκων είτε στο πλαίσιο της γενικότερης οικονομικής δυσχέρειας που επήλθε με τη μείωση των εισοδημάτων, π.χ. ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ),⁶⁶ είτε στο πλαίσιο της αύξησης του ποσοστού συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος φαρμάκων διαφόρων νοσημάτων, όπως η νόσος Alzheimer.⁶⁷

4.3. Ανθρώπινο δυναμικό

Η παρατεταμένη κρίση και η επακόλουθη έλλειψη πόρων φαίνεται να σχετίζονται με την υποστελέχωση των υπηρεσιών υγείας,^{24,27,58,68} την επαγγελματική εξουθένωση (burnout), τα προβλήματα στην εκπαίδευση και στην άσκηση του έργου των επαγγελματιών υγείας,^{69,70} καθώς και με το κύμα φυγής τους σε χώρες του εξωτερικού.^{68,71} Η μείωση των δαπανών για την υγεία –μέχρι και το 2015–

Πίνακας 1. Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας σε εκατομμύρια € (πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2017).

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. Γενική κυβέρνηση (πλην ΟΚΑ)	6.475,40	4.202,20	5.046,40	4.603,10	4.176,50	4.459,50
2. ΟΚΑ	8.445,40	8.223,10	6.036,30	4.699,80	4.018,20	4.245,00
Συνολική δημόσια χρηματοδότηση (1)+(2)	14.920,80	15.426,30	11.082,70	9.302,90	8.194,70	8.704,50
3. Ιδιωτική ασφάλιση	536,6	534,2	525,7	495,1	534,9	541,3
4. Ιδιωτικές πληρωμές	6.078,00	5.823,80	5.118,90	5.121,20	5.202,90	5.224,10
Συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση (3)+(4)	6.614,60	6.358,00	5.644,60	5.616,30	5.737,80	5.765,40
5. Λοιπές δαπάνες (μη κερδοσκοπικοί και άλλοι φορείς)	73,3	52,4	53,6	139,3	198,4	262
Συνολική χρηματοδότηση (1)+(2)+(3)+(4)+(5)	21.608,70	18.835,70	16.780,90	15.058,50	14.130,30	14.731,90

ΟΚΑ: Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης

επιτεύχθηκε όχι μόνο από τη μείωση των υποδομών και την έλλειψη υλικών,⁷⁰ αλλά και από τη μείωση του μισθολογικού κόστους και το πάγωμα των προσλήψεων,²⁷ τον περιορισμό και την υποβάθμιση της ποιότητας της εκπαίδευσης και της συνεχιζόμενης επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας^{68,71} χωρίς τη θέσπιση φραγμού στην παραγωγή τους, χωρίς τη δυνατότητα υποκίνησης για καλύτερη απόδοση⁷⁰ και χωρίς την προοπτική επένδυσης στους ανθρώπινους πόρους, τουλάχιστον μέχρι και το 2013. Οι μετά το 2015 προσπάθειες ενίσχυσης του συστήματος με ανθρώπινους πόρους δεν έχουν ολοκληρωθεί και ως εκ τούτου δεν έχει καταγραφεί ο αντίκτυπος τους.

4.4. Παρεχόμενες υπηρεσίες

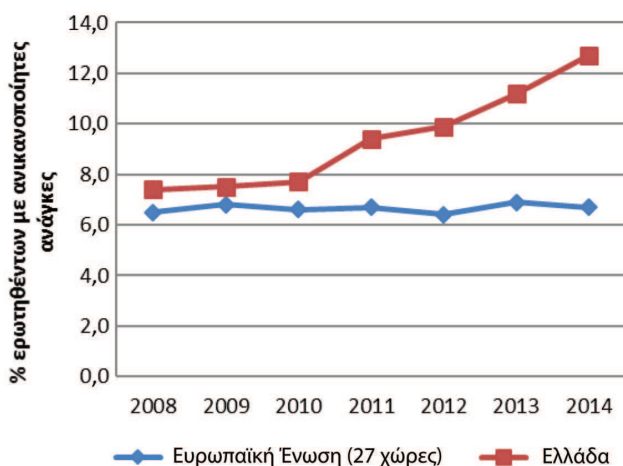
Οι περικοπές των κοινωνικών δαπανών επέφεραν μείωση κλινών και δομών και ποιοτική υποβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας από τον δημόσιο τομέα,^{21,70} αδυναμία κάλυψης του κόστους των υπηρεσιών υγείας με ίδιους πόρους και πρόσβασης στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας,^{42,71} ελλείψεις σε φάρμακα και αναλώσιμα στο δημόσιο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας,^{27,69} διακοπή προγραμμάτων προαγωγής της ψυχικής υγείας²⁴ και επιβολή περιορισμών σε ορισμένες παροχές, όπως η κατανάλωση πρωτότυπων φαρμάκων και η διενέργεια ορισμένων προληπτικών εξετάσεων.^{25,42,72} Επίσης, σημαντικός αριθμός ασφαλισμένων απώλεσε την ασφαλιστική του ικανότητα,^{43,73} με αποτέλεσμα την επιδείνωση των ανισοτήτων στη χρήση υπηρεσιών για νοσήματα αναπνευστικού,⁷⁴ οδοντιατρική φροντίδα,⁷¹ φροντίδα ψυχικής υγείας, προγεννητικό και περιγεννητικό έλεγχο⁴ και φαρμακοθεραπεία.⁶² Ωστόσο, από μια μειοψηφία μελετών διαπιστώνεται η ευεργετική επίδραση της κρίσης όσον αφορά στην πρόσβαση σε φαρμακευτική θεραπεία χάρη στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση⁶⁵ ή η απουσία επίδρασης όσον αφορά στη λήψη φαρμάκων για ερευνητικούς λόγους (ένταξη ασθενών με οστεοπόρωση στη μελέτη ExFOS).⁷⁵

4.5. Μεταρρυθμίσεις

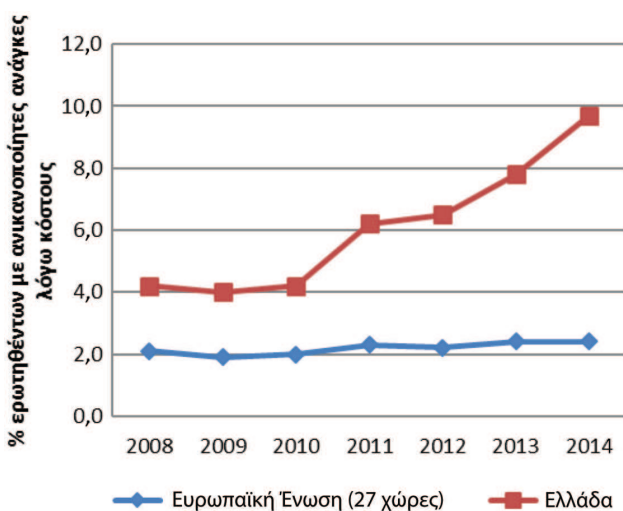
Τα μέτρα απάντησης στην κρίση ήταν προσανατολισμένα στην εύκολη και ταχεία δημοσιονομική προσαρμογή, αγνοώντας την ανάγκη για ουσιαστικές μεταρρυθμίσεις ή για σεβασμό των δικαιωμάτων, όπως η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ανεξαρτήτως εισοδήματος,⁶⁰ με αποτέλεσμα τη μείωση των διαθέσιμων πόρων, την αύξηση των ανασφάλιστων ατόμων, την επιδείνωση των ανισοτήτων και της οικονομικής κατάστασης των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας.⁵⁴ Επίσης, διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, όπως η λειτουργική και η διοικητική αναδιάρθρωση μονάδων,²⁷ δραστηριοτήτων και πόρων, η αναδιοργάνωση των συστη-

μάτων διαχείρισης, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση,²¹ η εφαρμογή του ESYnet, οι αλλαγές στη διαδικασία προμηθειών, η εφαρμογή των ΚΕΝ στο ΕΣΥ,⁵⁶ μολονότι προάγουν τον έλεγχο, την αυτορρύθμιση και τον εξορθολογισμό των σχετικών διαδικασιών, την αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος και την ορθολογική διαδικασία λήψης αποφάσεων, απαιτούν επαναπροσδιορισμό προκειμένου να διορθωθούν επί μέρους ατέλειες που προέκυψαν από τη βεβιασμένη θεσμοθέτηση και τη στρεβλή εφαρμογή τους. Επιπρόσθετα, αρκετές από τις πολιτικές για το φάρμακο, οι αυξήσεις στην κοστολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών και η επακόλουθη αύξηση της αποζημίωσης των φορέων παροχής υπηρεσιών, ακόμη και του ιδιωτικού τομέα, από τους ασφαλιστικούς φορείς, λόγω της καθιέρωσης των ΚΕΝ, η αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο αυξημένο πλέον κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών και η άρση των περιορισμών επέκτασης του ιδιωτικού τομέα²⁷ επιτείνουν τις ανισότητες σε βάρος των οικονομικά ασθενέστερων, καθώς αυξάνουν τις ιδιωτικές πληρωμές. Στον πίνακα 1 φαίνεται ότι το 2010 η ιδιωτική χρηματοδότηση αποτελούσε το 31% της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία, ενώ το 2015 η ιδιωτική χρηματοδότηση ανήλθε στο 39% επί του συνόλου της χρηματοδότησης, επιβεβαιώνοντας την προηγούμενη διαπίστωση περί –ποσοστιαίας και όχι απόλυτης– αύξησης των ιδιωτικών πληρωμών και επιδείνωσης των ανισοτήτων. Οι περιοριστικές πολιτικές στους προϋπολογισμούς, στη στελέχωση, στις υποδομές και στους λοιπούς πόρους επηρεάζουν δυσμενώς τη βιωσιμότητα των μονάδων υγείας και την ποιότητα της φροντίδας, παρά όλες τις προσπάθειες για συγκράτηση των δαπανών,^{63,73} βελτίωση της αποδοτικότητας,² μείωση των ανισοτήτων μέσω ενοποίησης των φορέων κοινωνικής ασφάλισης⁶³ και αναδιάρθρωση του υγειονομικού συστήματος, κυρίως μέσω της ανασυγκρότησης του υποσυστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ).⁷⁶ Οι ανωτέρω δυσμενείς επιδράσεις αντανακλώνται και στις διαρκώς αυξανόμενες ανικανοποίητες ανάγκες των πολιτών μέχρι το 2014, που όσον αφορά στην αυτο-αναφερόμενη ανικανοποίητη ανάγκη για ιατρική εξέταση (γράφημα της εικόνας 2) φαίνεται να σχετίζεται κυρίως με το κόστος (εικ. 3).

Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει στο υποσύστημα της ΠΦΥ, καθώς ήταν εκείνο που υπέστη τις περισσότερες μεταρρυθμίσεις στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. Χωρίς στην ουσία να υπάρξουν ποιοτικές βελτιώσεις για την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού συστήματος παραπομπών, την αποδοτική χρήση του συστήματος και την αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού, επήλθαν αλληπάλληλες μεταβολές σε έναν σημαντικό όγκο πρωτοβάθμιων δομών, οι οποίες από το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) μεταφέρθηκαν στον Εθνικό Οργανισμό



Εικόνα 2. Σύγκριση Ελλάδας και μέσου όρου Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) ως προς τις αυτο-αναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική επίσκεψη (πηγή: Eurostat, 2016).



Εικόνα 3. Σύγκριση Ελλάδας και μέσου όρου Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) ως προς τις αυτο-αναφερόμενες ανικανοποίητες ανάγκες για ιατρική επίσκεψη λόγω κόστους (πηγή: Eurostat, 2016).

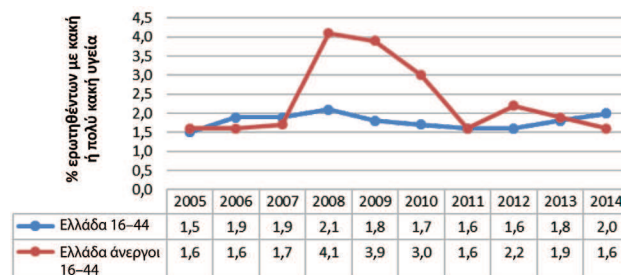
Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και στη συνέχεια στο Υπουργείο Υγείας με τη δημιουργία του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) υπό την ευθύνη των αντίστοιχων υγειονομικών περιφερειών (ΥΠΕ).⁷⁷ Μετά το 2015 θεσμοθετήθηκε και υλοποιήθηκε η καθολική πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας –περιλαμβανομένης και της ΠΦΥ–⁷⁸ ενώ την τρέχουσα περίοδο βρίσκεται σε φάση υλοποίησης η μετάβαση από το ΠΕΔΥ σε ένα νέο σύστημα ΠΦΥ, δομημένο με βάση πληθυσμιακά και γεωγραφικά κριτήρια και αποτελούμενο από τομείς ΠΦΥ με εισαγωγικό επίπεδο τις τοπικές μονάδες υγείας (ΤοΜΥ).⁷⁹ Σε γενικές γραμμές έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στο θέμα της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης, όμως το κρίσιμο ζήτημα

της αποδοτικής, αποτελεσματικής και ποιοτικής λειτουργίας των πρωτοβάθμιων δομών παραμένει δυσεπίλυτο υπό το πρίσμα των περιοριστικών πολιτικών και των υφιστάμενων διαχειριστικών αδυναμιών.⁸⁰

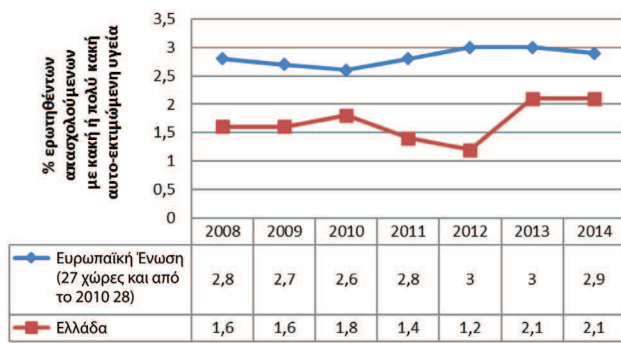
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η μελέτη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης μετά το 2009 αναδεικνύει τη δυσμενή επίδραση της κρίσης στους περισσότερους δείκτες υγείας και ιδιαίτερα σε δείκτες σχετικούς με την ψυχική υγεία, τα λοιμώδη νοσήματα και τη θνησιμότητα. Στο επίπεδο της διαχείρισης και της αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών διαφαίνεται ότι οι αναγκαίες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις είχαν βραχυπρόθεσμα ορισμένες θετικές επιδράσεις, μολοντί χρειάζεται να απαγκιστρωθούν από σκοπιμότητες και πολιτικές που καλλιεργούν ανισότητες και να επανεξεταστούν για να αποδώσουν το μέγιστο δυνατό όφελος. Επί πλέον, οι διαχειριστικές αδυναμίες και η στενότητα των πόρων μεταφράστηκαν σε μέτρα οριζόντιων περικοπών που προάγουν τον κοινωνικό αποκλεισμό, συνιστώντας σημαντικές προκλήσεις και καθιστώντας επιτακτική την ανάγκη για αποδοτικότητα και διαφάνεια στη διαχείριση των οργανωτικών, των δομικών και των χρηματοδοτικών ατελειών του συστήματος.

Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι οι ενδείξεις για την αυτοεκτίμηση υγείας και τη σχέση της με την ανεργία σύμφωνα και με τα δεδομένα της Eurostat δείχνουν ότι οι επιδράσεις της ανεργίας οξύνθηκαν μέχρι το 2010, όπως υποδηλώνει η αύξηση όσων αναφέρουν κακή ή πολύ κακή υγεία, και πλέον οι διαφορές μεταξύ ανέργων και ατόμων του γενικού πληθυσμού της ηλικιακής ομάδας των 16–44 ετών τείνουν να εξαλειφθούν (εικ. 4). Επίσης, στο γράφημα της εικόνας 5 φαίνεται ότι επιδεινώθηκε ελαφρώς η αυτοεκτιμώμενη κατάσταση υγείας και στον πληθυσμό των απασχολούμενων –παραμένοντας όμως σε ευνοϊκότερα επίπεδα από αυτά του μέσου όρου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ)–



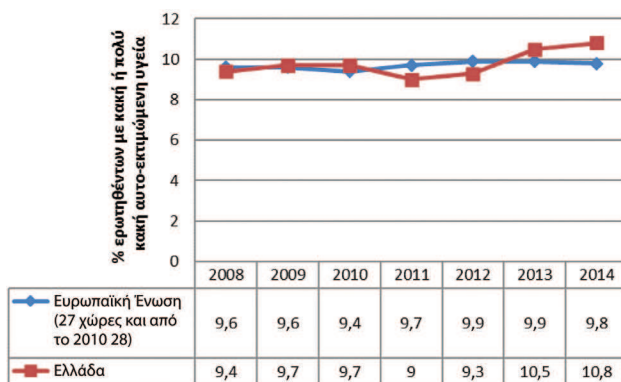
Εικόνα 4. Κακή ή πολύ κακή αυτοεκτιμώμενη υγεία στους άνεργους, ηλικίας 16–44 ετών και στον γενικό πληθυσμό ηλικίας 16–44 ετών στην Ελλάδα (πηγή: Eurostat, 2016).



Εικόνα 5. Κακή ή πολύ κακή αυτοεκτιμώμενη υγεία στους απασχολούμενους στην Ελλάδα και στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) (πηγή: Eurostat, 2016).

γεγονός που υποδηλώνει την πολυπαραγοντική διάσταση της αυτοεκτιμώμενης κατάστασης υγείας. Τέλος, στον γενικό πληθυσμό φαίνεται ότι μετά το 2012 είναι ελαφρώς δυσμενέστερη η θέση της χώρας μας (εικ. 6) σε σχέση με τον μέσο όρο των χωρών της ΕΕ ως προς την αυτοεκτιμώμενη κατάσταση υγείας. Το εν λόγω γεγονός μπορεί να αποδοθεί στο ότι οι μεγαλύτερες ηλικιακά ομάδες με τα χρόνια νοσήματα, λόγω κρίσης, λαμβάνουν ανεπαρκείς υπηρεσίες και βιώνουν εντονότερα σε σχέση με το παρελθόν τυχόν προβλήματα, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η αντίληψή τους για την κατάσταση της υγείας τους και συνεπώς και η εικόνα για τον γενικό πληθυσμό. Απαιτείται περαιτέρω μελέτη για την αποσαφήνιση της σχέσης μεταξύ ανεργίας και αυτοεκτιμώμενου επιπέδου υγείας σε μακροπρόθεσμο πλαίσιο για τον καθορισμό του τρόπου και του βαθμού επίδρασης της εργασιακής κατάστασης, καθώς και για επί μέρους αλληλεπιδράσεις της με άλλους προσδιοριστές της κατάστασης υγείας.

Η υφιστάμενη κατάσταση αναδεικνύει ως μείζονος σημασίας ζητήματα (α) την εκρηκτική αύξηση των ανασφάλιστων ατόμων και την άμβλυνση των ανισοτήτων σε βάρος ευπαθών ομάδων, (β) την ανασυγκρότηση των ελε-



Εικόνα 6. Κακή ή πολύ κακή αυτοεκτιμώμενη υγεία στον γενικό πληθυσμό: Σύγκριση Ελλάδας και Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (πηγή: Eurostat, 2016).

γκτικών μηχανισμών για την αντιμετώπιση του πελατειακού κράτους και της διαφθοράς, που εκδηλώνεται κυρίως με το φαινόμενο των άτυπων πληρωμών –σύμφωνα με εκτιμήσεις υπερβαίνουν το 20% της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία–¹⁵ καθώς η ηλεκτρονική συνταγογράφηση καθιστά εφικτό πλέον τον έλεγχο ενός σημαντικού μέρους της προκλητής ζήτησης⁶³ και μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό αυτορρυθμιστικό ρόλο, (γ) την ανάγκη επαρκούς χρηματοδότησης και αποδοτικής διαχείρισης των πόρων προκειμένου να αναστραφεί η επικρατούσα τάση επιδείνωσης του επιπέδου υγείας και υποβάθμισης των υπηρεσιών και (δ) τα αναδυόμενα προβλήματα ψυχικής υγείας και άλλα επιδημιολογικά ζητήματα, όπως η αύξηση των φορέων του ιού HIV και άλλων λοιμωδών νοσημάτων.

Στη διεθνή βιβλιογραφία, οι περισσότερες αναφορές ευθυγραμμίζονται με τις γενικές διαπιστώσεις της ανάλυσης που προηγήθηκε. Συγκεκριμένα, αναδεικνύεται ο αρνητικός αντίκτυπος της κρίσης στην αυτοεκτίμηση,^{65,81} πιθανότατα ως συνέπεια της βραχυπρόθεσμης απόκρισης του κοινωνικού κράτους και ιδιαίτερα των πολιτικών υγείας στην κρίση.⁸² Όσον αφορά στην ψυχική υγεία, επικρατούν τα ευρήματα για την επιδείνωσή της υπό την επήρεια της κρίσης, χωρίς όμως να αποτυπώνεται η ύπαρξη αιτιώδους σχέσης,⁸³ ενώ μεμονωμένες μόνο αναφορές υποστηρίζουν ότι βραχυπρόθεσμα δεν υπάρχει θετική συσχέτιση ανεργίας και αυτοκτονιών, αλλά αρνητική, και ότι μεσοπρόθεσμα η αρνητική επίπτωση της κρίσης αφορά στον γενικό πληθυσμό και όχι μόνο στους άνεργους.⁸⁴ Τέλος, σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας ανασκόπησης, υπάρχουν ενδείξεις ότι μέχρι το 2012 η κρίση δεν επηρέασε την κατάσταση υγείας και το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών στην Ελλάδα και ότι η επίπτωσή της θα πρέπει να εξεταστεί σε ένα χρονικά ευρύτερο πλαίσιο.⁸⁵

Η συγκεκριμένη ανάλυση αποτελεί έναυσμα για τη διερεύνηση μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιδράσεων, ιδιαίτερα αυτών που έχουν μελετηθεί λιγότερο, όπως η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, αλλά και για την ποσοτικοποίηση των εν λόγω επιδράσεων μέσω αναλύσεων εστιασμένων στις διαχρονικές μεταβολές των οικονομικών δεικτών, καθώς και των δεικτών υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, η μοντελοποίηση της σχέσης (α) των μεταβολών των κοινωνικοοικονομικών προσδιοριστών της υγείας, όπως η ανεργία, (β) των δεικτών χρήσης των υπηρεσιών υγείας, όπως οι επισκέψεις στην ΠΦΥ και (γ) των δεικτών υγείας, όπως η θνησιμότητα ή και δείκτες πέραν των κλασικών, όπως η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, που μελετά την επίδραση της κατάστασης υγείας στη φυσική, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου, μπορεί να αποτελέσει ένα ευρύ πεδίο έρευνας χρήσιμης για τη λήψη

αποφάσεων και την εφαρμογή πολιτικών υγείας. Τέλος, οι διακρατικές συγκρίσεις θα αναδείξουν αποτελεσματικές πολιτικές, που κατάλληλα προσαρμοσμένες στην ελληνική πραγματικότητα θα αμβλύνουν τις ανισότητες και θα βελτιώσουν την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα του συστήματος.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρατεταμένη οικονομική κρίση στην Ελλάδα επηρεάζει δυσμενώς όχι μόνο το επίπεδο διαβίωσης των κα-

τοίκων, αλλά και το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών, επιδρώντας ανάλογα στην υγεία και στη φροντίδα υγείας των πολιτών. Ο πολυδιάστατος αντίκτυπος της οικονομικής κρίσης στην υγεία απαιτεί πολυσύνθετη προσέγγιση στη διερεύνησή του και χάραξη πολιτικής, με στόχο την αποκατάσταση των ανισοτήτων και την προστασία των ευπαθών πληθυσμιακών ομάδων, την αναδιαμόρφωση της ΠΦΥ, τον ασθενο-κεντρικό προσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας και τη βελτίωση της αποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας και την επίτευξη της αποστολής του.

ABSTRACT

The impact of the financial crisis on health and health care in Greece

C. BELETSIOTI,¹ A. PAPADOPOULOS,² D. NIAKAS¹

¹First Department of Propedeutic Internal Medicine, "Laiko" General Hospital, School of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, ²Department of Internal Medicine, "Agia Eleni Spiliopouleio" Pathological Hospital, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2018, 35(5):686–697

The financial crisis that erupted in Greece in late 2009 affected the implementation of social policy and hence the health policies. This literature review on the impact of the crisis on health and healthcare provision was based on the recommendations of the Centre for Review and Dissemination. The method of thematic analysis was used, and the results illustrate the intense scientific interest in this issue and show that the austerity policies have adversely affected the health status of the population, and especially mental health, mortality rates and the dynamics of infectious diseases. Certain health-related behaviors, such as smoking and exercise, have shown improvement, and favorable effects on the frequency and consequences of road accidents have been observed. Cuts in healthcare spending exacerbated the pre-existing deficiencies in human and other resources in the public sector, which combined with the growing demand for free health services, has adversely affected the accessibility and availability of the healthcare facilities and the quality of the services provided. Consequently, it is apparent that the reform measures adopted have widened health inequalities and increased the hospital deficits and the unmet healthcare needs of the population. The findings that emerged from this review are in general agreement with research results, and highlight the need to eliminate health disparities for vulnerable populations and ensure sustainability and efficiency in healthcare provision.

Key words: Health, Healthcare, Impact of financial crisis

Βιβλιογραφία

1. ECONOMOU C, KAITELIDOU D, KENTIKELIS A, MARESSO A, SISOURAS A. The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E et al (eds) *Economic crisis, health systems and health in Europe*. Observatory studies series, no 41. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen, 2015:103–142
2. DERVENIS C, KASTANIOTI C, POLYZOS N. Restructuring the finances of the Greek health care system in the era of economic crisis. *World J Surg* 2013, 37:707–709
3. ALOUMANIS K, PAPANAS N. Greek financial crisis: Consequences in the healthcare of diabetes and its complications. *Hippokratia* 2014, 18:4–6
4. KENTIKELIS A, KARANIKOLOS M, REEVES A, MCKEE M, STUCKLER D. Greece's health crisis: From austerity to denialism. *Lancet* 2014, 383:748–753
5. ZAVRAS D, ZAVRAS AI, KYRIOPOULOS II, KYRIOPOULOS J. Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: The case of Greece. *BMC Health Serv Res* 2016, 16:309
6. BAUMBACH A, GULIS G. Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *Eur J Public Health* 2014, 24:399–403
7. WILLIAMS DR. Race and health: Basic questions, emerging di-

- rections. *Ann Epidemiol* 1997, 7:322–333
8. MILLS C. Health, employment and recession: The impact of the global crisis on health inequalities in New Zealand. *Policy Quarterly* 2010, 6:53–59
 9. RUCKERT A, LABONTÉ R. The global financial crisis and health equity: Early experiences from Canada. *Global Health* 2014, 10:2
 10. MARCUS R, GAVRILOVIC M. *The impacts of the economic crisis on youth: Review of evidence*. Overseas Development Institute, London, 2010:1–8
 11. CATALANO R, GOLDMAN-MELLOR S, SAXTON K, MARGERISON-ZILKO C, SUBBARAMAN M, LeWINN K ET AL. The health effects of economic decline. *Annu Rev Public Health* 2011, 32:431–450
 12. MANSKI CF, STRAUB JD. Worker perceptions of job insecurity in the mid-1990s: Evidence from the survey of economic expectations. *J Hum Resour* 2000, 35:447–479
 13. FILIPPIDIS FT, SCHORETSANITI S, DIMITRAKAKI C, VARDAVAS CI, BEHRAKIS P, CONNOLLY GN ET AL. Trends in cardiovascular risk factors in Greece before and during the financial crisis: The impact of social disparities. *Eur J Public Health* 2014, 24:974–979
 14. SCHORETSANITI S, FILIPPIDIS FT, VARDAVAS CI, DIMITRAKAKI C, BEHRAKIS P, CONNOLLY GN ET AL. 5-year trends in the intention to quit smoking amidst the economic crisis and after recently implemented tobacco control measures in Greece. *Addict Behav* 2014, 39:140–145
 15. SIMOU E, KOUTSOGEORGOU E. Effects of the economic crisis on health and health care in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy* 2014, 115:111–119
 16. PARMAR D, STAVROPOULOU C, IOANNIDIS J. Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: Systematic literature review. *Br Med J* 2016, 354:i4588
 17. BACIGALUPE A, SHAHIDI FV, MUNTANER C, MARTÍN U, BORRELL C. Why is there so much controversy regarding the population health impact of the great recession? Reflections on three case studies. *Int J Health Serv* 2016, 46:5–35
 18. SUHRCKE M, STUCKLER D, LEONE T. *Recession and health in Europe: What to expect?* London School of Economics and Political Science, London, 2009:1–24
 19. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Δ, ΣΟΥΜΑΚΗ Ε. Οι επιπτώσεις της κοινωνικοοικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων. *Ψυχιατρική* 2012, 23:13–16
 20. DRYDAKIS N. The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis. *Soc Sci Med* 2015, 128:43–51
 21. ΤΖΑΦΑΛΙΑΣ Μ. Greek crisis fallout is an opportunity for health. *Bull World Health Organ* 2014, 92:8–9
 22. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΠΕΠΠΟΥ Λ, ΦΟΥΣΚΕΤΑΚΗΣ Σ, ΘΕΛΕΡΙΤΗΣ Χ, ΠΑΤΕΛΑΚΗΣ Α, ΑΛΕΞΙΟΥ Τ ΚΑΙ ΣΥΝ. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία: Επιπτώσεις στην επικράτηση κοινών ψυχικών διαταραχών. *Ψυχιατρική* 2013, 24:247–261
 23. ΜΥΛΟΝΑ Κ, ΤΣΙΑΝΤΟΥ Β, ΖΑΒΡΑΣ Δ, ΠΑΒΙ Ε, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ J. Determinants of self-reported frequency of depressive symptoms in Greece during economic crisis. *Public Health* 2014, 128:752–754
 24. ΜΑΔΙΑΝΟΣ ΜΓ. Οικονομική κρίση, ψυχική υγεία και ψυχιατρική περιθάλψη: Τι απέγινε η «μεταρρύθμιση» στην Ελλάδα; *Ψυχιατρική* 2013, 24:13–16
 25. ΤΣΙΛΙΓΙΑΝΝΙ Ι, ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Φ, ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ Μ, ΧΛΙΒΕΡΟΣ Κ, ΔΙΜΙΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Σ, ΔΥΙJKER G ET AL. Greek rural GPs' opinions on how financial crisis influences health, quality of care and health equity. *Rural Remote Health* 2013, 13:2528
 26. ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. Greek economic crisis: Not a tragedy for health. *Br Med J* 2012, 345:e7988
 27. ΚΟΝΔΙΛΙΣ Ε, ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Σ, ΓΑΒΑΝΑ Μ, ΙΕΡΟΔΙΑΚΟΝΟΥ Ι, ΒΑΙΤΖΚΙΝ Η, ΒΕΝΟΣ Α. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: The Greek case. *Am J Public Health* 2013, 103:973–979
 28. ΓΙΩΤΑΚΟΣ Ο, ΚΑΡΑΜΠΕΛΑΣ Δ, ΚΑΥΚΑΣ Α. Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική* 2011, 22:109–119
 29. ΜΙΧΑΣ Γ, ΒΑΡΥΤΙΜΙΑΔΙ Α, ΜΙΧΑ Ρ. The Greek financial crisis and homicide rates: Another reason to worry. *J Epidemiol Community Health* 2013, 67:1073
 30. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΠΕΠΠΟΥ ΛΕ, ΛΟΥΚΗ Ε, ΚΟΜΠΟΡΟΖΟΣ Α, ΜΕΛΛΟΥ Α, ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ. Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Ψυχιατρική* 2012, 23:17–28
 31. ΕΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ, ΠΕΠΠΟΥ ΛΕ, ΠΑΤΕΛΑΚΗΣ Α, ΣΤΕΦΑΝΙΣ ΚΝ. Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord* 2013, 145:308–314
 32. ΕΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ, ΠΕΠΠΟΥ ΛΕ, ΣΟΥΛΙΟΤΗΣ Κ, ΠΑΤΕΛΑΚΗΣ Α, ΣΤΕΦΑΝΙΣ Κ. Cognitive social capital and mental illness during economic crisis: A nationwide population-based study in Greece. *Soc Sci Med* 2014, 100:141–147
 33. ΕΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΑΝΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Ε, ΠΕΠΠΟΥ ΛΕ, ΣΟΥΛΙΟΤΗΣ Κ, ΣΤΕΦΑΝΙΣ Κ. Suicidal ideation and suicide attempts in Greece during the economic crisis: An update. *World Psychiatry* 2016, 15:83–84
 34. ΕΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ, ΠΕΠΠΟΥ ΛΕ, ΘΕΛΕΡΙΤΗΣ Κ, ΣΤΕΦΑΝΙΣ ΚΝ. Suicidality and the economic crisis in Greece. *Lancet* 2012, 380:337
 35. ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ ΚΝ, ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΣ ΙΑ, ΚΟΥΠΙΔΙΣ ΣΑ, ΣΙΑΜΟΥΛΙ Μ, ΘΕΟΔΩΡΑΚΗΣ ΠΝ. Health and the financial crisis in Greece. *Lancet* 2012, 379:1001–1002
 36. ΕΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ, ΘΕΛΕΡΙΤΗΣ Κ, ΠΕΠΠΟΥ ΛΕ, ΣΤΕΦΑΝΙΣ ΚΝ. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011, 378:1459
 37. ΦΟΥΝΤΟΥΛΑΚΗΣ ΚΝ, ΣΑΒΟΠΟΥΛΟΣ Κ, ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΥ Μ, ΔΑΜΠΑΛΙ Ρ, ΖΑΓΓΕΛΙΔΟΥ Ε, ΚΑΡΛΑΦΤΙ Ε ET AL. Rate of suicide and suicide attempts and their relationship to unemployment in Thessaloniki Greece (2000–2012). *J Affect Disord* 2015, 174:131–136
 38. ΡΑΧΙΟΤΗΣ Γ, ΣΤΟΥΚΛΕΡ Δ, ΜΚΕΕ Μ, ΗΔΙΧΡΗΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Κ. What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012). *BMJ Open* 2015, 5:e007295
 39. ΕΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ, ΠΕΠΠΟΥ ΛΕ, ΘΕΛΕΡΙΤΗΣ Κ, ΠΑΤΕΛΑΚΗΣ Α, ΣΤΕΦΑΝΙΣ Κ. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry* 2013, 12:53–59
 40. ΣΤΑΥΡΙΑΝΑΚΟΣ Κ, ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Β, ΜΟΥΣΣΑΣ Γ, ΠΑΠΛΟΣ Κ, ΠΑΠΑΣΛΑΝΗΣ Θ, ΧΑΒΑΚΗ-ΚΟΝΤΑΞΑΚΗ Μ ΚΑΙ ΣΥΝ. Απόπειρες αυτοκτονίας στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Αθήνα.

- Ψυχιατρική* 2014, 25:104–110
41. ΚΟΝΤΑΞΑΚΗΣ Β, ΠΑΠΑΣΛΑΝΗΣ Θ, ΧΑΒΑΚΗ-ΚΟΝΤΑΞΑΚΗ Μ, ΤΣΟΥΒΕΛΑΣ Γ, ΓΙΩΤΑΚΟΣ Ο, ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΓΝ. Αυτοκτονίες στην Ελλάδα: 2001–2011. *Ψυχιατρική* 2013, 24:170–174
 42. ANONYMOUS. The Greek health crisis. *Lancet* 2015, 386:104
 43. SOTIROPOULOU P, GOURGOULIANIS K, KONSTANTINOU K, PETINAKI E, ROUPA Z. Retrospective study of measuring tuberculosis therapy compliance: Greece as a host country for vulnerable populations before and during the financial crisis. *Mater Sociomed* 2015, 27:328–332
 44. BONOVAS S, ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ G. High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *J Prev Med Hyg* 2012, 53:169–171
 45. DANIS K, LENGLET A, TSERONI M, ΒΑΚΑ Α, ΤΣΙΟΔΡΑΣ S, ΒΟΝΟΒΑΣ S. Malaria in Greece: Historical and current reflections on a re-emerging vector borne disease. *Travel Med Infect Dis* 2013, 11:8–14
 46. TARANTILIS F, ATHANASAKIS K, ΖΑΒΡΑΣ D, ΒΟΖΙΚΙΣ Α, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι. Estimates of price and income elasticity in Greece. Greek debt crisis transforming cigarettes into a luxury good: An econometric approach. *BMJ Open* 2015, 5:e004748
 47. LIATIS S, ΠΑΠΑΟΙΚΟΝΟΜΟΥ S, ΓΑΝΟΤΟΠΟΥΛΟΥ Α, ΠΑΠΑΖΑΦΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α, ΔΙΝΟΣ C, ΜΙΧΑΪΛ Μ ET AL. Management of type 2 diabetes and its prescription drug cost before and during the economic crisis in Greece: An observational study. *BMC Endocr Disord* 2014, 14:23
 48. ΚΑΡΑΜΑΝΟΛΙ Ε. Financial crisis harms respiratory health in Greece. *Lancet Respir Med* 2013, 1:511–512
 49. ΒΛΑΧΑΔΙΣ Ν, ΒΡΑΧΝΙΣ Ν, ΚΤΕΝΑΣ Ε, ΒΛΑΧΑΔΙ Μ, ΚΟΡΝΑΡΟΥ Ε. Mortality and the economic crisis in Greece. *Lancet* 2014, 383:691
 50. ΜΙΧΑΣ G, ΜΙΧΑ R. Road traffic accidents in Greece: Have we benefited from the financial crisis? *J Epidemiol Community Health* 2013, 67:894
 51. ΡΑΛΛΙΣ Γ, ΙΓΟΥΜΕΝΑΚΙΣ D, ΚΡΑΣΑΔΑΚΙΣ C, ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ P. Impact of the economic recession on the etiology of maxillo-facial fractures in Greece. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol* 2015, 119:32–34
 52. ΖΑΒΡΑΣ D, ΤΣΙΑΝΤΟΥ V, ΠΑΒΙ Ε, ΜΥΛΟΝΑ Κ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health* 2013, 23:206–210
 53. ΚΑΡΑΤΖΑΝΙΣ ΑD, ΣΥΜΒΟΥΛΑΚΙΣ ΕΚ, ΝΙΚΟΛΑΟΥ V, ΒΕΛΕΓΡΑΚΙΣ ΓΑ. Potential impact of the financial crisis on outpatient hospital visits due to otorhinolaryngologic disorders in Crete, Greece. *Int J Med Sci* 2012, 9:126–128
 54. ΝΙΑΚΑΣ D. Greek economic crisis and health care reforms: Correcting the wrong prescription. *Int J Health Serv* 2013, 43:597–602
 55. ΦΑΝΟΥΡΓΙΑΚΙΣ J, ΚΑΝΟΥΠΑΚΙΣ Ε. Catastrophic healthcare expenditure during economic recession in the field of cardiovascular disease. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2014, 14:5–8
 56. ΚΑΡΑΜΑΝΟΛΙ Ε. Debt crisis strains Greece's ailing health system. *Lancet* 2011, 378:303–304
 57. ΣΟΥΛΙΟΤΙΣ Κ, ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Μ, ΠΟΛΙΤΙ Α, ΦΡΑΓΟΣ Ν, ΤΟΥΝΤΑΣ Υ. Estimating the fiscal effects of public pharmaceutical expenditure reduction in Greece. *Front Public Health* 2015, 3:203
 58. ΙΦΑΝΤΙ ΑΑ, ΑΡΓΥΡΙΟΥ ΑΑ, ΚΑΛΟΦΟΝΟΥ ΦΗ, ΚΑΛΟΦΟΝΟΣ ΗΡ. Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care. *Health Policy* 2013, 113:8–12
 59. ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ L, ΓΟΡΑΝΙΤΙΣ Ι. Health care financing and the sustainability of health systems. *Int J Equity Health* 2015, 14:80
 60. ΓΟΡΑΝΙΤΙΣ Ι, ΣΙΣΚΟΥ Ο, ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ L. Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece. *Health Policy* 2014, 117:279–284
 61. ΠΟΛΥΖΟΣ Ν, ΚΑΡΑΝΙΚΑΣ Η, ΘΗΡΕΟΣ Ε, ΚΑΣΤΑΝΙΟΤΙ C, ΚΟΝΤΟΔΙΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν. Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. *Health Policy* 2013, 109:14–22
 62. ΣΟΥΛΙΟΤΙΣ Κ, ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Μ, ΠΟΛΙΤΙ Α, ΙΟΑΚΕΙΜΙΔΙΣ D, ΣΙΔΙΡΟΠΟΥΛΟΣ P. Barriers to accessing biologic treatment for rheumatoid arthritis in Greece: The unseen impact of the fiscal crisis – the Health Outcomes Patient Environment (HOPE) study. *Rheumatol Int* 2014, 34:25–33
 63. ΦΡΑΓΚΟΥΛΙΣ Ε. Economic crisis and primary healthcare in Greece: “Disaster” or “blessing”? *Clin Med (Lond)* 2012, 12:607
 64. ΒΑΝΔΟΡΟΣ S, ΣΤΑΡΓΑΡΔΤΤ. Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health Policy* 2013, 109:1–6
 65. ΣΟΥΛΙΟΤΙΣ Κ, ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Μ, ΠΟΛΙΤΙ Α, ΛΙΤΣΑ Ρ, ΚΟΝΤΙΑΔΕΣ Χ. Access to care for multiple sclerosis in times of economic crisis in Greece – the HOPE II Study. *Int J Health Policy Manag* 2015, 5:83–89
 66. ΣΤΑΦΥΛΑ Ε, ΚΕΡΕΝΙΔΙ Τ, ΓΕΡΟΓΙΑΝΝΙ Ι, ΓΕΙΤΟΝΑ Μ, ΔΑΝΙΛ Ζ, ΓΟΥΡΓΟΥΛΙΑΝΙΣ ΚΙ. The pharmacological cost of COPD during Greek economic crisis. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2017, 12:461–466
 67. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ν, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ρ, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ J. Pharmaceutical policies under economic crisis: The Greek case. *Journal of Health Policy & Outcomes Research* 2016, 2:4–16
 68. ΤΣΑΟΥΣΙΣ ΚΤ. Ophthalmology training in Greece during its financial crisis: A need for change. *Educ Health (Abingdon)* 2013, 26:192–193
 69. ΡΑΧΙΟΤΙΣ Γ, ΚΟΥΡΟΥΣΙΣ C, ΚΑΜΙΛΑΡΑΚΙ Μ, ΣΥΜΒΟΥΛΑΚΙΣ ΕΚ, ΔΟΥΝΙΑΣ Γ, ΗΔΙΧΡΗΣΤΟΔΟΥΛΟΥ C. Medical supplies shortages and burnout among Greek health care workers during economic crisis: A pilot study. *Int J Med Sci* 2014, 11:442–447
 70. ΚΑΡΙΔΙΣ ΝΡ, ΔΙΜΙΤΡΟΥΛΙΣ D, ΚΟΥΡΑΚΛΙΣ Γ. Global financial crisis and surgical practice: The Greek paradigm. *World J Surg* 2011, 35:2377–2381
 71. ΔΑΜΑΣΚΙΝΟΣ Ρ, ΚΟΛΕΤΣΙ-ΚΟΥΝΑΡΙ Η, ΕΚΟΝΟΜΟΥ C, ΕΑΤΟΝ ΚΑ, ΒΙΔΣΤΡΟΜ Ε. The healthcare system and provision of oral healthcare in European Union member states. Part 4: Greece. *Br Dent J* 2016, 220:253–260
 72. ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ Ρ, ΚΑΛΑΜΠΑΛΙΚΙΣ Ε. The impact of the economic crisis on neonatal hearing screening in Greece. *Cent Eur J Public Health* 2015, 23:85–86
 73. ΚΑΣΤΑΝΙΟΤΙ C, ΚΟΝΤΟΔΙΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν, ΣΤΑΣΙΝΟΠΟΥΛΟΣ D, ΚΑΡΕΤΑΝΕΑΣ Ν, ΠΟΛΥΖΟΣ Ν. Public procurement of health technologies in Greece in an era of economic crisis. *Health Policy* 2013, 109:7–13

74. TSILIGIANNI IG. COPD patients trapped in the financial crisis in rural Crete. *Lancet Respir Med* 2013, 1:e31–e32
75. ALOUMANIS K, KAPETANOS G, BARTZIS N, DROSSINOS V; HELLENIC EXFOS STUDY GROUP. Teriparatide use during an economic crisis: Baseline data from the Greek cohort of the Extended Forsteo Observational Study (ExFOS). *BMC Musculoskeletal Disord* 2015, 16:136
76. KONDILIS E, SMYRNAKIS E, GAVANA M, GIANNAKOPOULOS S, ZDOUKOS T, ILIFFE S ET AL. Economic crisis and primary care reform in Greece: Driving the wrong way? *Br J Gen Pract* 2012, 62:264–265
77. ΝΙΑΚΑΣ Δ. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαπολογίας-Διατροφής* 2014, 5:3–7
78. ΝΟΜΟΣ 4368/2016. Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 21/Α/21.2.2016
79. ΝΟΜΟΣ 4486/2017. Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 115/Α/7.8.2017
80. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Fiscal sustainability of health systems: Bridging health and finance perspectives. OECD Publishing, Paris, 2015
81. VANDOROS S, HESSEL P, LEONE T, AVENDANO M. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *Eur J Public Health* 2013, 23:727–731
82. HESSEL P, VANDOROS S, AVENDANO M. The differential impact of the financial crisis on health in Ireland and Greece: A quasi-experimental approach. *Public Health* 2014, 128:911–919
83. FOUNTOULAKIS KN, KAWOHL W, THEODORAKIS PN, KERKHOF AJ, NAVICKAS A, HÖSCHL C ET AL. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000–2011. *Br J Psychiatry* 2014, 205:486–496
84. FOUNTOULAKIS KN, GONDA X, DOME P, THEODORAKIS PN, RIHMER Z. Possible delayed effect of unemployment on suicidal rates: The case of Hungary. *Ann Gen Psychiatry* 2014, 13:12
85. TAPIA GRANADOS JA, RODRIGUEZ JM. Health, economic crisis, and austerity: A comparison of Greece, Finland and Iceland. *Health Policy* 2015, 119:941–953

Corresponding author:

C. Beletsioti, 37 Ierolochiton street, 122 44 Egaleo, Greece
e-mail: chrysa510@gmail.com

.....