

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Οι συνέπειες των πολιτικών λιτότητας στην υγεία των Ελλήνων στα χρόνια της οικονομικής κρίσης

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που άρχισε το 2008 από τις ΗΠΑ επηρέασε τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, ανάμεσά τους και την Ελλάδα, με σοβαρές κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές συνέπειες. Η ελληνική κυβέρνηση, μπροστά στον κίνδυνο πτώχευσης, υποχρεώθηκε να δανειοδοτηθεί και να υπογράψει μνημόνια τα οποία επέβαλαν λιτότητα, μείωση των δαπανών και διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις σε όλους τους τομείς. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των συνεπειών των πολιτικών λιτότητας στο σύστημα υγείας τόσο της Ελλάδας όσο και των χωρών που εφάρμοσαν ανάλογα προγράμματα δημοσιονομικής σταθερότητας, καθώς και η αναφορά σε σημαντικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα υγείας από το 2010 έως και σήμερα. Έγινε βιβλιογραφική αναζήτηση, ελληνική και διεθνής, της τελευταίας δεκαετίας και αποτύπωση των υγειονομικών και των οικονομικών δεικτών από τις διεθνείς βάσεις δεδομένων του WHO, του OECD Health Statistics, της Eurostat, του European Core Health Indicators και της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου. Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού ήταν σε ικανοποιητικό βαθμό, συγκρίσιμο με το αντίστοιχο χωρών που επίσης βίωσαν τη λιτότητα, καθώς και με της Γερμανίας, μιας χώρας με μεγάλες δαπάνες στην υγεία η οποία όμως δεν επηρεάστηκε από την οικονομική κρίση. Παρά τη μείωση των δαπανών υγείας και την αύξηση της ανεργίας, παρατηρήθηκε βελτίωση των υγειονομικών δεικτών, με εξαίρεση τη συνολική θνησιμότητα και τις αυτοκτονίες. Ανάμεσα στις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν μετά το 2010 στο ελληνικό σύστημα υγείας ήταν η αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση και η ελεύθερη πρόσβαση όλων (περιλαμβανομένων των ανασφάλιστων) στο ΕΣΥ. Παρ' ότι πολλοί δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού εμφανίζουν βελτίωση, σημαντική είναι η επανεξέταση των δεδομένων και ο επαναπροσδιορισμός των προτεραιοτήτων στον χώρο της υγείας σε τακτά χρονικά διαστήματα και σε υποομάδες πληθυσμού.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία έτη, τόσο η παγκόσμια όσο και η ελληνική οικονομία επλήγησαν από την κρίση του χρηματοπιστωτικού συστήματος, γεγονός που προκάλεσε ποικίλες κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.^{1,2} Το 2008 ήταν το έτος που συνδέθηκε με την παγκόσμια οικονομική κρίση. Το 2010 αποκαλύφθηκε ότι το δημοσιονομικό έλλειμμα της Ελλάδας κυμαινόταν σε επίπεδο τέτοιο, που καθιστούσε το χρέος της μη βιώσιμο, με αποτέλεσμα αυτή να αναγκαστεί να υπογράψει τα μνημόνια και τις δανειακές συμβάσεις.^{3,4} Συνέπεια αυτών των αποφάσεων ήταν η εφαρμογή αυστηρών δημοσιονομικών προγραμμάτων λιτότητας, που οδή-

γησαν στη μείωση του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ), στην ελάττωση του εισοδήματος και στην αύξηση της ανεργίας, γεγονός που επηρέασε, μεταξύ άλλων, αρνητικά την άσκηση κοινωνικής πολιτικής και τη λειτουργία του κράτους πρόνοιας.⁵

Ανάμεσα στα μέτρα λιτότητας που ελήφθησαν από την ελληνική κυβέρνηση υπήρχαν και εκείνα που αφορούσαν στο σύστημα υγείας, όπως η μείωση των δημοσίων δαπανών. Αυτή είχε ως αποτέλεσμα οριζόντιες περικοπές των μισθών και των προϋπολογισμών των υγειονομικών δομών, αναστολή προσλήψεων, περιορισμό της συνταγογράφησης, εξορθολογισμό των προμηθειών των νοσοκομείων και

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2019, 36(5):687-694
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2019, 36(5):687-694

Α. Μαραγκάκη,¹
Θ. Κωνσταντινίδης,²
Π. Σαράφης³

¹Περιφερειακό Ιατρείο Μάλεμε, Κέντρο Υγείας Κισσάμου, Κίσσαμος, Χανιά

²Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη

³Τμήμα Νοσηλευτικής, Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λεμεσός, Κύπρος

The consequences of austerity policies on the health of Greeks in the years of the economic crisis

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Κοινωνική πολιτική
Κοινωνικοοικονομικοί δείκτες
Μεταρρυθμίσεις στον χώρο
της υγείας
Οικονομική κρίση

Υποβλήθηκε 6.11.2018

Εγκρίθηκε 7.12.2018

αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών υγείας.^{6,7} Το κράτος πρόνοιας, που πιθανόν να συνέβαλε στη γενικότερη δημοσιονομική εκτροπή, ως σπάταλο και με μεγάλη γραφειοκρατία, ευάλωτο σε αντιδράσεις, συμφέροντα και αναποτελεσματικό σχεδιασμό λόγω ανεπάρκειας αρκετών τεχνοκρατών στο δημόσιο σύστημα υγείας, δέχθηκε και δέχεται μεγάλη πίεση καθώς η ανάγκη για οικονομική προσαρμογή απαιτεί λιγότερο δημόσιο κράτος και κατ' επέκταση μικρότερο κράτος πρόνοιας.^{8,9} Ταυτόχρονα παρατηρήθηκε αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών, των ψυχικών νοσημάτων, καθώς και έξαρση του συνδρόμου AIDS.^{10,11}

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας, η σύγκρισή της με χώρες που επίσης βρίσκονταν σε πρόγραμμα δημοσιονομικής λιτότητας (Πορτογαλία, Ιρλανδία, Κύπρος) και η αναφορά στις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα από το 2010 μέχρι σήμερα.

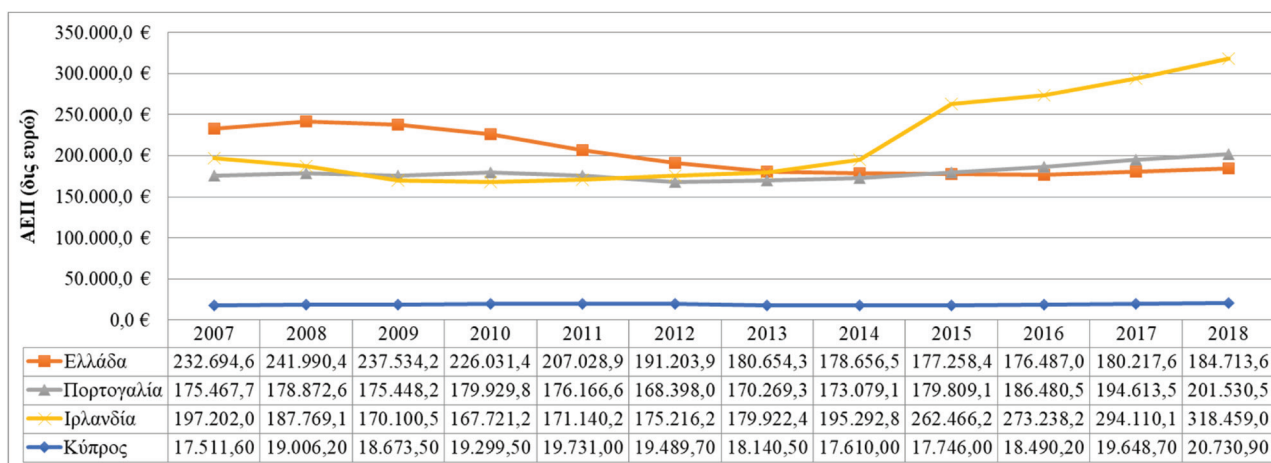
2. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΜΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ ΠΟΥ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΑΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΗΜΟΣΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ

Οι συνέπειες της λιτότητας στο σύστημα υγείας και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας θα μπορούσαν να αποτυπωθούν με την αξιολόγηση υγειονομικών και οικονομικών δεικτών στο διάστημα πριν από την κρίση (2007) έως και σήμερα, καθώς και με τη σύγκριση της Ελλάδας με χώρες στις οποίες επίσης εφαρμόστηκαν προγράμματα δημοσιονομικής σταθερότητας, όπως την Ιρλανδία, την Κύπρο και την Πορτογαλία. Πιο συγκεκριμένα, στο ΑΕΠ (εικ.

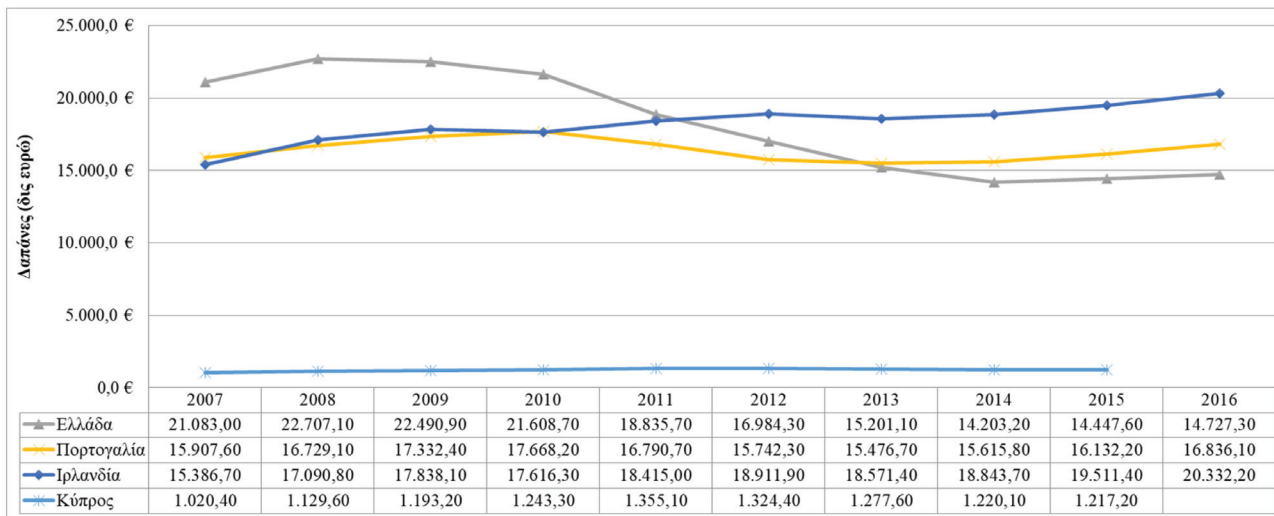
1), το διάστημα 2007–2018, η Ελλάδα εμφάνισε σταδιακή μείωση περίπου 48 δισεκατομμύρια €, από τα 232.694,6 δισεκατομμύρια € το 2007 στα 184.713,6 δισεκατομμύρια € το 2018. Στις υπόλοιπες υπό σύγκριση χώρες με οικονομική κρίση, φαίνεται ότι, ενώ αρχικά παρατηρήθηκε μείωση του ΑΕΠ, στη συνέχεια (από το 2015) καταγράφηκε αύξηση, με αξιοσημείωτη αυτή της Ιρλανδίας κατά 121,2 δισεκατομμύρια € περισσότερα το 2018 σε σχέση με το 2007.¹²

Σε ό,τι αφορά στις ετήσιες δαπάνες υγείας και στις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (εικ. 2 και πίν. 1) για το διάστημα 2007–2017, φαίνεται ότι η Ιρλανδία είχε εντυπωσιακή αύξηση των δαπανών υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της κρίσης, δηλαδή από 15.386,7 δισεκατομμύρια € το 2007 σε 20.332,2 δισεκατομμύρια € το 2016. Η Κύπρος εμφάνισε αύξηση από 1.020,4 δισεκατομμύρια € το 2007 σε 1.217,2 δισεκατομμύρια € το 2015 και η Πορτογαλία από 15.907,6 δισεκατομμύρια € το 2007 σε 16.836,1 δισεκατομμύρια € το 2016. Παρατηρείται όμως μείωση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ μεταξύ 2007 και 2017 για την Ιρλανδία και την Πορτογαλία, ενώ μόνο για την Κύπρο παρατηρείται αύξηση. Η Ελλάδα παρ' όλο που εμφανίζει σχετικά μικρή μείωση στα ποσοστά της επί του ΑΕΠ, εν τούτοις, σε πραγματικές τιμές, οι δαπάνες είναι σημαντικά μειωμένες κατά 6,35 δισεκατομμύρια €. ^{13,14}

Σχετικά με τον δείκτη ανεργίας (εικ. 3), στην Ελλάδα αυξήθηκε κατακόρυφα την περίοδο της κρίσης, από 8,4% το 2007, σε 27,5% το 2013, ενώ στη συνέχεια μειώθηκε σε 21,5% (2017), παραμένοντας όμως συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες στην υψηλότερη θέση. Αντίστοιχα, για την Πορτογαλία η υψηλότερη τιμή παρατηρήθηκε το 2013 με 16,2%, για την Κύπρο το 2014 με 16,1%, για την Ιρλανδία το 2012 με 15,5% και για τη Γερμανία το 2007 με 8,6%.^{15,16}



Εικόνα 1. Μεταβολή του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) σε Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία και Κύπρο για την περίοδο 2007–2018 (πηγή: Eurostat).



Εικόνα 2. Μεταβολή των ετήσιων δαπανών για την υγεία (δισ €) σε Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία και Κύπρο για την περίοδο 2007–2016 (πηγή: OECD.Stat, Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου).

Πίνακας 1. Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (%).

Χώρα	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Ελλάδα	9,10	9,50	9,10	8,40	8,20	8,40
Πορτογαλία	9,10	9,90	9,50	9,10	9,00	9,00
Ιρλανδία	7,80	10,50	10,70	10,30	7,40	7,10
Κύπρος	5,80	6,40	6,90	7,10	6,90	-

Πηγή: OECD.Stat, Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου

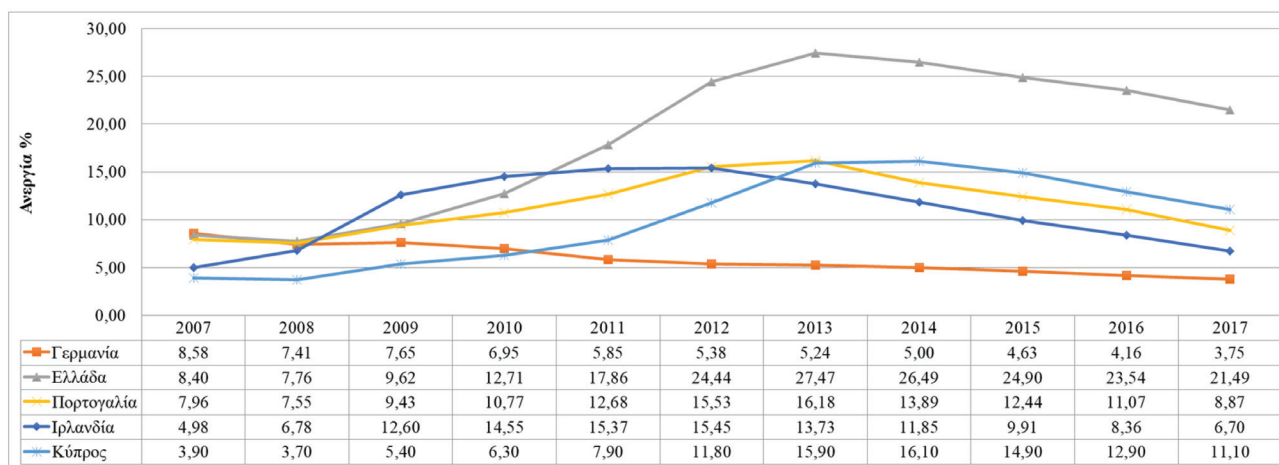
Πίνακας 2. Προσδόκιμο ζωής στη γέννηση.

Χώρα	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Γερμανία	80,10	80,30	80,60	80,60	80,70	81,10
Ελλάδα	79,70	80,40	80,80	81,40	81,10	81,40
Πορτογαλία	79,30	79,70	80,70	80,90	81,30	81,60
Ιρλανδία	79,70	80,20	80,90	81,00	81,50	82,20
Κύπρος	79,80	81,00	81,20	82,50	81,80	82,20

Πηγή: Eurostat

Σε ό,τι αφορά στους δείκτες υγείας, στο χρονικό διάστημα 2007–2017 το προσδόκιμο ζωής στη γέννηση (life expectancy at birth) (πίν. 2) δεν μειώθηκε, αλλά βελτιώθηκε για όλες τις χώρες που ήταν σε κρίση. Το 2017 στην Ελλάδα

ήταν τα 81,4 έτη (έναντι 79,7 το 2007), στην Κύπρο και στην Ιρλανδία τα 82,2 έτη, ενώ στη Γερμανία, μια χώρα που δεν επηρεάστηκε σημαντικά από την οικονομική κρίση, τα 81,1 έτη.¹⁷



Εικόνα 3. Μεταβολή του δείκτη ανεργίας (ποσοστό επί του γενικού πληθυσμού) σε Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Κύπρο και Γερμανία για την περίοδο 2007–2017 (πηγή: OECD.Stat Economic Outlook no 104, Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου).

Στο προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης (health expectancy in absolute values at birth) (πίν. 3), που θεωρείται ένας ιδιαίτερα σημαντικός δείκτης υγείας, οι υψηλότερες τιμές παρατηρήθηκαν στην Ιρλανδία με 76,7 έτη στους άνδρες το 2015 και τα 80,9 έτη στις γυναίκες το 2012. Αντίστοιχα, στην Ελλάδα για τους άνδρες ήταν τα 72,7 έτη το 2012 και για τις γυναίκες τα 76,0 έτη το 2011. Όσον αφορά στο 2015, τελευταίο έτος της καταγραφής, στις υπό μελέτη χώρες, υψηλότερη τιμή είχε η Ιρλανδία με 76,7 έτη στους άνδρες, με δεύτερη την Κύπρο με 75,2 έτη, ενώ στις γυναίκες υψηλότερη τιμή είχε επίσης η Ιρλανδία με 80,1 έτη και η Κύπρος με 77,6 έτη. Στη Γερμανία, χώρα εκτός κρίσης, το 2015 οι τιμές ήταν 73,1 έτη στους άνδρες και 77,0 έτη στις γυναίκες.¹⁸

Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας (estimated infant mortality per 1,000 live births) (πίν. 4) αξιολογεί επίσης το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού. Κατά τη διάρκεια της κρίσης ο δείκτης είχε βελτιωθεί σε όλες τις χώρες, με την Κύπρο το 2016 να έχει τη χαμηλότερη τιμή (2,1) και τη Γερμανία την υψηλότερη (3,2). Η Ελλάδα το 2016 είχε τιμή 3,1, που ήταν η δεύτερη υψηλότερη σε σχέση με τις υπό σύγκριση χώρες, η οποία όμως ήταν βελτιωμένη σε σχέση με το 2007, που ήταν 3,5.¹⁹

Σε ό,τι αφορά στον δείκτη συνολικής θνησιμότητας (crude death rate per 1,000 persons) (πίν. 5), στην Ελλάδα

και στην Πορτογαλία παρατηρήθηκε αύξηση από 9,9 και 9,8 σε 11,6 και 10,7, αντίστοιχα, το 2017. Ενδιαφέρουσα ωστόσο ήταν η παρατήρηση στη Γερμανία, όπου, ενώ δεν βίωνε κρίση, παρουσίαζε επίσης αύξηση κατά 1,2 το διάστημα 2007–2017, ενώ μόνο η Ιρλανδία από τις υπό μελέτη χώρες εμφάνισε μείωση.²⁰

Για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος αποτελούν σημαντική αιτία θανάτων. Το χρονικό διάστημα 2011–2015 (πίν. 6) παρατηρήθηκε μείωση στους θανάτους ισχαιμικής αιτιολογίας σε όλες τις χώρες (standardized death rate per 100,000 inhabitants, ischemic heart disease, total population).²¹

Τέλος, ο δείκτης θνησιμότητας από αυτοκτονίες (πίν. 7) είχε ανοδική τάση στην περίοδο της κρίσης για όλες τις χώρες, ακόμη και για τη Γερμανία. Εντυπωσιακό είναι ότι η Ελλάδα το 2014 εμφάνιζε μια αύξηση περίπου 69,2% σε σχέση με το 2007. Οι αντίστοιχες αυξήσεις στις αυτοκτονίες ανά 100.000 κατοίκους που καταγράφηκαν το ίδιο χρονικό διάστημα για την Κύπρο ήταν 108,7%, την Πορτογαλία 16,6%, τη Γερμανία 5,3% και την Ιρλανδία (για τα έτη 2007–2013) 3,9%.²²

Συγκρίνοντας τα παραπάνω στοιχεία διαπιστώνεται ότι, ενώ οι δημόσιες δαπάνες για τον υγειονομικό τομέα μειώθηκαν σε σημαντικό βαθμό και η ανεργία αυξήθηκε σε ένα περιβάλλον οικονομικής ύφεσης, η υγεία του ελλη-

Πίνακας 3. Προσδόκιμο υγιούς επιβίωσης.

Φύλο	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
Γερμανία	72,50	75,50	72,90	75,90	72,90	76,30	73,00	76,80	73,30	76,40	73,90	76,70	73,60	77,50	73,10	77,00
Ελλάδα	71,90	74,60	71,60	74,40	71,80	75,00	72,50	76,00	72,70	75,40	72,40	74,90	72,20	75,10	72,20	75,20
Πορτογαλία	65,40	65,80	66,20	65,50	65,70	65,30	67,30	68,20	67,90	68,40	68,10	68,10	68,20	68,70	68,50	69,30
Ιρλανδία	76,10	80,00	75,30	80,20	76,60	80,30	76,40	80,50	76,30	80,90	76,30	79,90	76,50	79,80	76,70	80,10
Κύπρος	72,40	74,10	71,70	74,00	72,70	74,60	73,00	74,10	73,50	75,80	74,20	76,30	76,30	78,00	75,20	77,60

Πηγή: Eurostat

Πίνακας 4. Μεταβολή του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας ανά 1.000 γεννήσεις σε Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Κύπρο και Γερμανία για την περίοδο 2007–2016.

Χώρα	2007	2009	2011	2013	2015	2016
Γερμανία	3,70	3,60	3,40	3,30	3,30	3,20
Ελλάδα	3,50	3,30	3,20	3,20	3,10	3,10
Πορτογαλία	3,30	3,20	3,10	3,00	2,90	2,90
Ιρλανδία	3,90	3,60	3,40	3,30	3,10	3,00
Κύπρος	3,60	3,10	2,80	2,40	2,20	2,10

Πηγή: Who.int European Health Information Gateway

Πίνακας 5. Μεταβολή του αδρού δείκτη θνησιμότητας σε Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Κύπρο και Γερμανία για την περίοδο 2007–2017.

Χώρα	2007	2009	2011	2013	2015	2017
Γερμανία	10,10	10,40	10,60	11,10	11,30	11,30
Ελλάδα	9,90	9,80	10,00	10,20	11,20	11,60
Πορτογαλία	9,80	9,90	9,70	10,20	10,50	10,70
Ιρλανδία	6,40	6,30	6,20	6,40	6,40	6,30
Κύπρος	7,00	6,40	6,50	6,00	6,90	7,00

Πηγή: Eurostat

Πίνακας 6. Θάνατοι ισχαιμικής αιτιολογίας ανά 100.000 άτομα.

Χώρα	2011	2012	2013	2014	2015
Γερμανία	150,40	148,00	155,00	142,80	147,00
Ελλάδα	103,30	103,30	97,90	103,10	101,20
Πορτογαλία	68,10	67,80	65,60	69,60	67,00
Ιρλανδία	177,80	173,70	166,5	147,50	150,80
Κύπρος	127,00	116,10	104,20	108,70	107,80

Πηγή: European Core Health Indicators (ECHI)

Πίνακας 7. Μέσος όρος θανάτων από αυτοκτονίες ανά 100.000 άτομα σε Ελλάδα, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Κύπρος και Γερμανία για τα έτη 2007–2014.

Χώρα	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Γερμανία	9,40	9,40	9,50	9,90	9,90	9,60	9,80	9,90
Ελλάδα	2,60	2,90	3,00	2,90	3,70	4,00	-	4,40
Πορτογαλία	7,80	7,90	7,80	8,20	7,70	8,00	7,80	9,10
Ιρλανδία	10,30	11,30	11,60	10,90	12,10	11,90	10,70	-
Κύπρος	2,30	5,10	3,70	4,30	3,40	3,90	4,80	4,80

Πηγή: Who.int European Health Information Gateway

νικού πληθυσμού φαίνεται με βάση τους συγκεκριμένους δείκτες υγείας να βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο σε σχέση με τις χώρες που βίωσαν ανάλογη κρίση, αλλά και με χώρες όπως η Γερμανία οι οποίες διαθέτουν υψηλό επίπεδο οικονομικής ευημερίας.²³ Πιθανότατα, η μειωμένη χρηματοδότηση στο σύστημα υγείας να οδήγησε σε καλύτερη διαχείριση των πόρων και να μην επέδρασε στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ίσως όμως να οφείλεται και στο γεγονός ότι είναι πολύ νωρίς για συμπεράσματα, καθώς οι πραγματικές συνέπειες της κρίσης θα φανούν σε βάθος χρόνου. Είναι όμως σαφές ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει αρνητικά την ψυχολογική κατάσταση των Ελλήνων, καθώς και των υπόλοιπων Ευρωπαίων, γεγονός που υποστηρίζεται από τη μεγάλη αύξηση των αυτοκτονιών την τελευταία δεκαετία.¹⁰

3. ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΕΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΑΝ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Τα τελευταία έτη λόγω της οικονομικής κρίσης και της μείωσης των δαπανών υγείας είναι ολοένα και πιο επιτακτική η ανάγκη για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών μέτρων και των υπηρεσιών, καθώς και για τη βέλτιστη διαχείριση των οικονομικών πόρων.²⁴ Σύμφωνα με τον Cochrane (1977), βασικά κριτήρια για την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας αποτελούν η ισότητα, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα. Η ισότητα αφορά στα συστήματα υγείας και αναφέρεται στη δυνατότητα για

ισότιμη πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας, καθώς και στη δίκαιη κατανομή πόρων, ανεξαρτήτως κοινωνικο-οικονομικών, φυλετικών και πολιτισμικών παραγόντων. Η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο οι στόχοι του σχεδιασμού και του προγραμματισμού έχουν επιτευχθεί, γίνεται αντιληπτή από το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και αξιολογείται από τη χρήση δεικτών υγείας. Τέλος, η αποδοτικότητα συγκρίνει τα αποτελέσματα μιας υπηρεσίας ή ενός συστήματος υγείας σε σχέση με τους οικονομικούς, τους υλικούς ή τους ανθρώπινους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν.²⁵

Το χρονικό διάστημα από την υπογραφή του 1ου μνημονίου έως και σήμερα, λόγω της οικονομικής κρίσης και της μείωσης των δημόσιων δαπανών για την υγεία, εφαρμόστηκαν πολιτικές μεταρρυθμίσεις που στόχευαν σε διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και σε αύξηση της αποδοτικότητάς του. Σημαντικά μέτρα προς αυτή την κατεύθυνση ήταν η αναδιάρθρωση των κλινικών και των νοσοκομείων του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) με συνενώσεις ή καταργήσεις μονάδων, η αλλαγή της χρηματοδότησής τους μέσω της εφαρμογής των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (ΚΕΝ), ο εξορθολογισμός των προμηθειών, καθώς και η ανάπτυξη και προώθηση θεραπευτικών πρωτοκόλλων. Ενισχύθηκε η μεγαλύτερη χρήση γενόσημων φαρμάκων, δημιουργήθηκαν αρνητικές και θετικές λίστες φαρμάκων και ταυτόχρονα έγινε προσπάθεια μείωσης του κέρδους των φαρμακευτικών εταιρειών και εφαρμογή μέτρων, όπως της έκπτωσης (rebate) και του μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (clawback). Δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο οποίος αντικατέστησε τα κύρια υγειονομικά ασφαλιστικά ταμεία και μετατράπηκε από παροχέας υπηρεσιών υγείας σε χρηματοδότη. Από την πληθώρα των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία, ιδιαίτερα σημαντικές μεταρρυθμίσεις θεωρούνται αυτές που αφορούν στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση, στην ελεύθερη πρόσβαση όλων –περιλαμβανομένων των ανασφάλιστων– στο ΕΣΥ και στην ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ).^{1,6,7}

3.1. Ηλεκτρονική συνταγογράφηση

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση καθιερώθηκε με τον νόμο 3892/2010 (ΦΕΚ 189/Α/4.11.2010) στη χώρα μας και παρά τις δυσμενείς οικονομικές συνθήκες είχε καθολικό ποσοστό κάλυψης και διείσδυσης.²⁶ Αποτέλεσε κρίσιμη μεταρρύθμιση στους τομείς της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης. Αναπτύχθηκε αξιοποιώντας τις τεχνολογίες της πληροφορικής και των επικοινωνιών στο πλαίσιο εφαρμογής μιας εθνικής στρατηγικής για την ηλεκτρονική υγεία.

Παρά τις αρχικές διαμαρτυρίες των ιατρών ότι επιβαρύνει σημαντικά τον χρόνο τους, την ανάγκη για αγορά του απαραίτητου εξοπλισμού, καθώς και την εξάρτηση της λειτουργίας του από την κατάσταση του δικτύου, θεωρήθηκε μια από τις σημαντικότερες εθνικές εφαρμογές ηλεκτρονικής διακυβέρνησης. Κύριος στόχος ήταν ο περιορισμός της αλόγιστης συνταγογράφησης που οδήγησε στην υπέρμετρη αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης και στην υπερβολική κατανάλωση φαρμάκων.²⁷

Η μετάβαση από το χειρόγραφο στο ηλεκτρονικό σύστημα συνέβαλε στην ενοποίηση όλων των εθνικών ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και στην εξάλειψη σφαλμάτων και αβεβαιοτήτων στις ιατρικές συνταγές. Επίσης, στη συλλογή, διασταύρωση και επεξεργασία αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων, στη δημιουργία σαφούς ιατρικού ιστορικού του ασθενούς, καθώς και στον έλεγχο τόσο των συνταγογραφούμενων φαρμάκων όσο και των ιατρικών πράξεων. Με την εφαρμογή του ηλεκτρονικού συστήματος, για τους ασθενείς, έγινε ευκολότερη η διαδικασία για τη λήψη, την ανανέωση και την εκτέλεση ιατρικών συνταγών. Για τους φαρμακοποιούς απλοποιήθηκε ο τρόπος αποζημίωσης των φαρμάκων και μειώθηκαν τα λάθη κατά την ανάγνωση των ιατρικών συνταγών, ενώ για τους ιατρούς δόθηκε η δυνατότητα ελέγχου του ιατρικού ιστορικού και μειώθηκε ο χρόνος συνταγογράφησης. Τέλος, για τις υγειονομικές αρχές περιορίστηκαν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες, δόθηκε η δυνατότητα συλλογής πληροφοριών για την υγεία των πολιτών και για το ιστορικό συνταγογράφησης των ιατρών, ενώ με τη χρήση γενοσήμων μειώθηκε το φαρμακευτικό κόστος.²⁸ Η αποτελεσματικότητά της φάνηκε με τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης του δημόσιου τομέα τα τελευταία έτη.

3.2. Ελεύθερη πρόσβαση όλων στο εθνικό σύστημα υγείας

Η ελεύθερη πρόσβαση όλων στο ΕΣΥ θεσπίστηκε με τον νόμο 4368/2016. Υπηρετώντας την αρχή της ισότητας εξασφάλισε σε μέλη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων καθώς και σε 2,5 εκατομμύρια ανασφάλιστους πολίτες την παροχή υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο σύστημα.²⁹ Πιο συγκεκριμένα, η ρύθμιση αφορά στην ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση και χρήση νοσηλευτικών, διαγνωστικών και χειρουργικών πράξεων σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δομές υγείας, πανεπιστημιακά νοσοκομεία, μονάδες ψυχικής υγείας και δομές απεξάρτησης. Επί πλέον, προσφέρει δωρεάν υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, φυσικοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες και ειδικής αγωγής, ενώ επιτρέπει και τη χορήγηση ιατρικών βοηθημάτων, αναλωσίμων, καθώς και φαρμάκων από ιδι-

ωτικά και δημόσια φαρμακεία.³⁰ Όμως, η σημαντική αυτή μεταρρύθμιση δεν συνοδεύτηκε από την απαιτούμενη αύξηση χρηματοδότησης, με αποτέλεσμα να επηρεαστεί αρνητικά η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

3.3. Μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Η μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ στην Ελλάδα που ψηφίστηκε με τον νόμο 4238/2014 και κυρίως με τον πρόσφατο νόμο 4486/2017 είναι δομημένη με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ακολουθεί τον ευρωπαϊκό προσανατολισμό των πολιτικών υγείας και επιδιώκει τόσο την παροχή ποιοτικότερων υγειονομικών υπηρεσιών όσο και τη βελτίωση των δεικτών υγείας.^{31,32} Προσφέρει υγειονομικές υπηρεσίες που έχουν σκοπό τη διατήρηση ενός καλού επιπέδου υγείας του πληθυσμού και στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας, στην πρόληψη, στη διάγνωση, στη θεραπεία της ασθένειας, στην αποκατάσταση και στην επανένταξη των ασθενών στο κοινωνικό σύνολο. Προσεγγίζει την υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα και στοχεύει στην κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας και πρόνοιας του πληθυσμού. Προσφέρει δωρεάν, καθολική κάλυψη στους πολίτες ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικών, φυλετικών ή θρησκευτικών γνωρισμάτων και ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας χωρίς να απαιτεί ασφαλιστική κάλυψη ή οικονομική επιβάρυνση. Παρέχει δηλαδή το δικαίωμα σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, σε ανασφάλιστους και μετανάστες-πρόσφυγες για δωρεάν, ελεύθερη και πλήρη πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες του δημόσιου συστήματος υγείας. Ταυτόχρονα, συμβάλλει στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων και στη συστηματική εξοικονόμηση πόρων.

Η βασική καινοτομία αυτής της μεταρρύθμισης είναι η λειτουργία των μονάδων της γειτονιάς, των τοπικών μονάδων υγείας (ΤΟΜΥ), οι οποίες μαζί με τα κέντρα υγείας και τις άλλες μονάδες ΠΦΥ θα εξασφαλίζουν προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας αποτελώντας το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το ΕΣΥ. Βασικός στόχος τους είναι να αντιμετωπίσουν ολιστικά τα άτομα του πληθυσμού ευθύνης τους είτε σε επίπεδο πρόληψης και προαγωγής της υγείας είτε στην αντιμετώπιση συνήθων προβλημάτων υγείας. Ενεργοποιείται η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού για κάθε πολίτη, ασφαλισμένου ή μη. Ταυτόχρονα, εγκαινιάζονται νέες καινοτομίες, όπως η δημιουργία ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας, καθιερώνεται ένα ενιαίο ορθολογικό σύστημα παραπομπών σε δευτεροβάθμιες δομές και προστίθενται αρμοδιότητες δημόσιας υγείας. Επίσης, καθιερώνεται δημόσια λογοδοσία, κοινωνικός έλεγχος των δομών και δημιουργείται μια διεπιστημονική ομάδα υγείας η οποία θα εποπτεύει την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και θα εφαρμόζει παρεμβάσεις και δράσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης συγκριτικά με άλλες χώρες που επίσης βιώνουν κρίση είναι χαμηλότερο, αλλά βρίσκεται σε ικανοποιητικό επίπεδο.³³ Παρά τη μείωση των δαπανών υγείας και την αύξηση της ανεργίας, παρατηρείται βελτίωση των υγειονομικών δεικτών, με εξαίρεση τη συνολική θνησιμότητα και τις αυτοκτονίες. Οι πραγματικές όμως επιπτώσεις της κρίσης δεν είναι πάντα δυνατόν να φανούν άμεσα αλλά σε βάθος χρόνου, γι' αυτό κατά διαστήματα θα πρέπει να επανεξετάζονται τα δεδομένα και να επαναπροσδιορίζονται οι προτεραιότητες στον χώρο της υγείας. Ο κατακερματισμός και η χαμηλή αποτελεσματικό-

τητα του συστήματος υγείας, η σπατάλη, η μη υποστήριξη των υπηρεσιών, κυρίως της ΠΦΥ, λόγω συντεχνιακών και οικονομικών παραγόντων φαίνεται ότι βελτιώνονται με την επιβολή μιας σειράς στοχευμένων μεταρρυθμίσεων, με σκοπό τον εξορθολογισμό των δαπανών, την εξυγίανση του συστήματος και τη βελτίωση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Οι σημαντικότερες από αυτές τις αλλαγές αφορούν στην ισότιμη, καθολική και δωρεάν πρόσβαση στις δομές υγείας χωρίς κοινωνικούς και πολιτισμικούς περιορισμούς, στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση και στην αναδιάρθρωση της ΠΦΥ, μεταρρυθμίσεις δηλαδή που βελτιώνουν ποιοτικά το σύστημα υγείας, χωρίς να απαιτείται απαραίτητα αντίστοιχη αύξηση των δαπανών.

ABSTRACT

The consequences of austerity policies on the health of Greeks in the years of the economic crisis

A. MARAGKAKI,¹ T. KONSTANTINIDIS,² P. SARAFIS³

¹Regional Medical Center of Maleme, Health Center of Kissamos, Chania, ²Department of Nursing, Technological Educational Institute of Crete, Heraklion, Crete, Greece, ³Department of Nursing, Cyprus University of Technology, Limassol, Cyprus

Archives of Hellenic Medicine 2019, 36(5):687–694

The global financial crisis, which started in 2008 in the USA, influenced most of the European countries, and in particular Greece, with serious socio-economic and political consequences. The Greek Government, faced with the risk of bankruptcy, was forced to accept financial, signing memoranda that imposed austerity, reductions in expenditure and structural reforms in all sectors. The purpose of this study was to investigate the effects of the austerity policies in the health systems of Greece and other countries that applied budgetary stability programs, and to present the most significant health-care reforms that were instituted from 2010 onwards. A literature search was conducted of the economic indicators of the last 10 years in the international databases of WHO, OECD Health Statistics, Eurostat, the European Core Health Indicators and the statistical service of Cyprus. During the economic crisis the health level of the Greek population was documented to be at a satisfactory level, comparable with the other countries that experienced austerity, and even with Germany, a country with large expenditures on health, which did not experience economic crisis. Despite reduction in health expenditure and increasing unemployment, improvement of most health indicators was observed, with the exception of overall mortality and suicide. Major reforms implemented after 2010 in the Greek health system include restructuring of primary health care services, e-prescribing and the free access of all (including the uninsured) to the Greek National Health Service. Although many health indicators of the Greek population show improvement over this period, it is important to review the data and redefine the priorities in the field of health care at regular intervals, and in population subgroups.

Key words: Financial crisis, Healthcare reforms, Social policy, Socio-economic indicators

Βιβλιογραφία

1. ΝΙΑΚΑΣ Δ. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής* 2014, 5:3–7
2. ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ Δ. Οικονομική κρίση και βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας. *Νοσηλευτική* 2014, 53:129–132
3. ΚΑΡΑΜΟΥΖΗΣ Ν, ΧΑΡΔΟΥΒΕΛΗΣ Γ. Από τη διεθνή κρίση στην κρίση της Ευρωζώνης και της Ελλάδας: Τι μας επιφυλάσσει το μέλλον; Εκδόσεις Λιβάνης, Αθήνα, 2011
4. ΒΑΡΟΥΦΑΚΗΣ Γ, ΠΑΤΩΚΟΣ Τ, ΤΣΕΡΚΕΖΗΣ Λ, ΚΟΥΤΣΟΠΕΤΡΟΣ Χ. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Αθήνα, 2011

5. THOMSON S, FIGUERAS J, EVETOVITS T, JOWETT M, MLADOVSKY P, MARESSO A ET AL. Economic crisis, health systems and health in Europe: Impact and implications for policy. WHO, Copenhagen, 2014. Available at: http://www.euro.who.int/=data/assets/pdf_file/0008/257579/Economic-crisis-health-systems-Europe-impact-implications-policy.pdf
6. ΜΠΑΚΟΛΑ Ε, ΦΡΑΔΕΛΟΣ Ε, ΜΠΑΚΟΛΑ Ε, ΖΥΓΑ Σ. Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2018, 35:549–557
7. ΧΑΛΚΙΑ Β, ΒΑΡΑΚΛΙΩΤΗ Α. Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα και στην ΕΕ-15. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2015, 32:546–555
8. ΝΙΚΟΛΕΝΤΖΟΣ Α, ΜΑΥΣ Ν. Explaining the persistent dominance of the Greek medical profession across successive health care system reforms from 1983 to the present. *Heal Syst Reform* 2016, 2:135–146
9. MATSAGANIS M. The welfare state and the crisis: The case of Greece. *J Eur Soc Policy* 2011, 21:501–512
10. ΚΕΝΤΙΚΕΛΕΝΙΣ Α, ΚΑΡΑΝΙΚΟΛΟΣ Μ, ΡΕΕΒΕΣ Α, ΜΚΚΕΕ Μ, ΣΤΟΥΚΛΕΡ Δ. Greece's health crisis: From austerity to denialism. *Lancet* 2014, 383:748–753
11. ΣΑΡΑΦΙΣ Ρ, ΤΣΟΥΝΙΣ Α. Debt burden of Greece and HIV among injecting drug users. *Lancet Infect Dis* 2014, 14:180–181
12. EUROSTAT. Gross domestic product at market prices. Available at: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=naida_10_gdp&lang=en
13. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Share of current expenditure on health. Current prices. OECD.Stat, 2018. Available at: <http://stats.oecd.org/index.aspx?DatasetCode=SHA#>
14. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΥΠΡΟΥ. Δείκτες υγείας, 1990–2016. Διαθέσιμο στο: http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/populationcondition_23main_gr/populationcondition_23main_gr?OpenForm&sub=3&sel=2
15. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Unemployment rate. OECD.Stat economic outlook no 104, 2018. Available at: <http://stats.oecd.org/index.aspx?DatasetCode=EO>
16. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΚΥΠΡΟΥ. Έρευνα εργατικού δυναμικού, 1999–2017. Διαθέσιμο στο: http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/labour_32main_gr/labour_32main_gr?OpenForm&sub=2&sel=2
17. EUROSTAT. Life expectancy at birth by sex. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&rcode=sdg_03_10
18. EUROSTAT. Health expectancy in absolute values at birth. Eurostat, 2018. Available at: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_17&lang=en
19. WORLD HEALTH ORGANIZATION. European Health Information Gateway. Estimated infant mortality per 1,000 live births (world health report). Available at: <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/#GD5EKIzHpz>
20. EUROSTAT. Crude death rate. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&rcode=tps00029&language=en>
21. EUROPEAN CORE HEALTH INDICATORS. Standardized death rates per 100,000 inhabitants, ischemic heart disease, total population. Available at: https://ec.europa.eu/health/indicators/indicators_en
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. SDR, suicide and intentional self-harm, per 100,000 population, by sex (age-standardized death rate). Available at: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfamdb_771-sdr-suicide-and-intentional-self-harm-per-100-000/visualizations/#id=31321&tab=table
23. ΤΑΡΙΑ GRANADOS JA, RODRIGUEZ JM. Health, economic crisis, and austerity: A comparison of Greece, Finland and Iceland. *Health Policy* 2015, 119:941–953
24. ΜΠΙΣΚΑΝΑΚΗ Ε, ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Γ. Η κατάσταση της υγείας στην Ελλάδα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2017, 16:258–270
25. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΝΑ. Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2007, 24:7–21
26. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. Νόμος 3892/2010: Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. ΦΕΚ 189/Α/4.11.2010
27. ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ. Χρήση αντιβιοτικών χωρίς ιατρική συνταγή. Οι διαστάσεις του πραγματικού προβλήματος στη χώρα μας. Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων και Μικροβιακής Αντοχής, ΚΕΕΛΠΝΟ, Αθήνα, 2017
28. ΚΟΥΜΠΟΥΡΟΣ Ι. Οι τεχνολογίες πληροφορίας και επικοινωνιών στην υγεία. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (ηλεκτρ. βιβλ.), Αθήνα, 2015. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/286>
29. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. Νόμος 4368/2016: Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 21/Α/21.2.2016
30. ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ. Πρόσβαση των ανασφάλιστων στο δημόσιο σύστημα υγείας. Διαθέσιμο στο: <http://www.moh.gov.gr/articles/health/anartyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>
31. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. Νόμος 4486/2017: Μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας υπουργείου υγείας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 115/Α/7.8.2017
32. ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ. Νόμος 4238/2014: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 38/Α/17.2.2014
33. ΧΑΛΚΙΑ Β, ΒΑΡΑΚΛΙΩΤΗ Α, ΣΑΡΑΦΗΣ Π, ΜΠΑΜΙΔΗΣ Π. Συγκριτική μελέτη της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού με την υγεία των 28 χωρών της Ευρώπης. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2015, 7:151–164

Corresponding author:

T. Konstantinidis, Department of Nursing, Technological Educational Institute of Crete, Stavromenos, 714 10 Heraklion, Crete, Greece
e-mail: harriskon@gmail.com