

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΠΜΣ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

Τα οικονομικά της υγείας και η λιτότητα.

**Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες
υγείας και πολιτικές αντιμετώπισης σε ελληνικό και
ευρωπαϊκό επίπεδο.**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΣΩΠΑΣΟΥΔΑΚΗ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ

ΑΜ 18050

ΑΘΗΝΑ, ΜΑΪΟΣ 2021

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

Επιβλέπων Καθηγητής	Καθηγητής	ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
------------------------	-----------	-----------------------	----------

Μέλος	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια	ΑΣΠΑΣΙΑ ΓΟΥΛΑ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
-------	----------------------------	------------------	----------

Μέλος	Καθηγητής	ΜΑΡΚΟΣ ΣΑΡΡΗΣ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ
-------	-----------	------------------	----------

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Χαρίκλεια Σωπασουδάκη, με αριθμό μητρώου 18050 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση και Διαχείριση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας» του Τμήματος Διοίκηση Επιχειρήσεων της Σχολής Διοίκηση Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.

Η Δηλούσα



Τίτλος:

«Τα οικονομικά της υγείας και η λιτότητα.

Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας και πολιτικές
αντιμετώπισης σε ελληνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.»

Title:

" Health economics and austerity.

Impact of the financial crisis on health services and treatment policies at a Greek and
European level "

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσους συνέβαλλαν στην εκπόνησή της.

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Γεώργιο Πιερράκο, για την ανάθεση του θέματος, την ουσιαστική υποστήριξη και τις εποικοδομητικές υποδείξεις κατά τον σχεδιασμό και την ολοκλήρωση της παρούσης εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ τον καθηγητή κ. Μάρκο Σαρρή και την Αναπληρώτρια καθηγήτρια κ. Γούλα Ασπασία για την συμβολή τους ως μελών της τριμελούς επιτροπής.

Τέλος, θα ήθελα εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου και το σύζυγό μου για όλη τη στήριξη, τη συμπαράσταση και την κατανόησή τους, καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΛΙΤΟΤΗΤΑ	6
1.1. Κατανόηση των Ευρωπαϊκών Συστημάτων Υγείας & Ανταπόκριση στην Οικονομική Κρίση	11
1.2. Οι Συνέπειες της Λιτότητας	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΎΦΕΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ	17
2.1. Ο Αντίκτυπος στην Συνολική Ευημερία του Πληθυσμού	18
2.2. Ο Αντίκτυπος στην Ψυχολογική Ευημερία του Πληθυσμού	21
2.3. Ο Αντίκτυπος στην Σωματική Νοσηρότητα του Πληθυσμού	24
2.4. Ο Αντίκτυπος στην Υγιεινή Διατροφή.....	26
2.5. Οι Ομάδες με τον Ισχυρότερο Αντίκτυπο	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ.....	30
3.1. Ο Ρόλος των Επιστημών και των Λοιπών Υπευθύνων στις Πολιτικές Αντιμετώπισης	30
3.2. Πρόληψη και Καινοτομία ως Πολιτική Αντιμετώπισης.....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	34
4.1. Σκοπός Έρευνας	34
4.2. Μεθοδολογία Έρευνας	34
Στατιστική Ανάλυση	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	37
5.1. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας	37

5.2. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού συνεπαγόμενες των επιπτώσεων στις υπηρεσίες υγείας.....	60
5.3. Πολιτικές αντιμετώπισης ευρωπαϊκών χωρών	64
5.3.1. Πολιτικές συνεισφορών για αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης.....	64
5.3.2. Πολιτικές που επηρεάζουν τον όγκο και την ποιότητα	66
5.3.3. Αλλαγή της συμπεριφοράς των ατόμων	67
5.3.4. Πολιτικές που επηρεάζουν το κόστος της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης	68
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	71
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	78

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως % ΑΕΠ, στις ευρωπαϊκές χώρες.	37
Πίνακας 2. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά λειτουργία - Θεραπευτική περίθαλψη νοσηλευμένων ασθενών, ως % ΑΕΠ, στις ευρωπαϊκές χώρες.....	40
Πίνακας 3. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά λειτουργία-Θεραπευτική περίθαλψη και αποκατάσταση, ως % ΑΕΠ, στις ευρωπαϊκές χώρες.....	43
Πίνακας 4. Υγειονομικό προσωπικό που απασχολείται στο νοσοκομείο, ανά 100.000 κατοίκους, στις ευρωπαϊκές χώρες	45
Πίνακας 5. Γενικοί Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους, στις ευρωπαϊκές χώρες	47
Πίνακας 6. Εξειδικευμένοι Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους, στις ευρωπαϊκές χώρες .	49
Πίνακας 7. Νοσηλευτές ανά 100.000 κατοίκους, στις ευρωπαϊκές χώρες.....	52
Πίνακας 8. Διαθέσιμες κλίνες νοσοκομείων σε αριθμό, ανά 100. 000 κατοίκους, στις ευρωπαϊκές χώρες.....	54
Πίνακας 9. Μετανάστευση εργατικού δυναμικού υγείας, -Ιατροί, στις ευρωπαϊκές χώρες.....	56
Πίνακας 10. Μετανάστευση εργατικού δυναμικού υγείας, -Νοσηλευτές	58

Περιεχόμενα Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Πραγματικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ στις Ευρωπαϊκές χώρες 2008-2009....	6
Διάγραμμα 2. Ποσοστά ανεργίας στις Ευρωπαϊκές χώρες, 2013	7
Διάγραμμα 3. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως % ΑΕΠ, Ευρώπη και Ελλάδα .	39
Διάγραμμα 4. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά λειτουργία - Θεραπευτική περίθαλψη νοσηλευμένων ασθενών, ως % ΑΕΠ, Ελλάδα	42
Διάγραμμα 5. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά λειτουργία-Θεραπευτική περίθαλψη και αποκατάσταση, ως % ΑΕΠ, Ευρώπη και Ελλάδα	45
Διάγραμμα 6. Υγειονομικό προσωπικό που απασχολείται στο νοσοκομείο, ανά 100.000 κατοίκους, Ελλάδα.....	47
Διάγραμμα 7. Γενικοί Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους, Ελλάδα	49
Διάγραμμα 8. Εξειδικευμένοι Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους, Ελλάδα	51
Διάγραμμα 9. Νοσηλευτές ανά 100.000 κατοίκους, Ελλάδα	53
Διάγραμμα 10. Διαθέσιμες κλίνες νοσοκομείων σε αριθμό, ανά 100.000 κατοίκους, Ελλάδα	56
Διάγραμμα 11. Μετανάστευση εργατικού δυναμικού υγείας, -Ιατροί, Ελλάδα	58
Διάγραμμα 12. Μετανάστευση εργατικού δυναμικού υγείας, -Νοσηλευτές	60
Διάγραμμα 13. Υγιή έτη ζωής, Ευρώπη και Ελλάδα	61
Διάγραμμα 14. Αυτοαναφερόμενοι μακροχρόνιοι περιορισμοί στις συνήθειες δραστηριότητες λόγω προβλήματος υγείας, Ευρώπη και Ελλάδα.....	62
Διάγραμμα 15. Άτομα με μακροχρόνια ασθένεια ή πρόβλημα υγείας, Ευρώπη και Ελλάδα	63
Διάγραμμα 16. Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση, Ευρώπη και Ελλάδα...	64

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η κρίση επανέφερε μια παλαιότερη αλλά συχνή συζήτηση σχετικά με την οικονομική βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη. Η γήρανση του πληθυσμού, οι αυξανόμενες τεχνολογικές εξελίξεις και η αλλαγή των προσδοκιών των ασθενών πίεζαν τις δαπάνες υγείας. Δεν επηρεάστηκαν όλες οι ευρωπαϊκές χώρες το ίδιο από την κρίση. Ορισμένες χώρες βίωσαν σημαντικές και συνεχείς μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες υγείας. Είναι γνωστό από προηγούμενη εμπειρία ότι οι κρίσεις αποτελούν απειλή για την υγεία και την απόδοση του συστήματος. Αυξάνουν τις ανάγκες των ατόμων για υγειονομική περίθαλψη και δημιουργούν εμπόδια στην πρόσβαση.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας διπλωματικής είναι να διερευνήσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας και τις πολιτικές αντιμετώπισης σε ελληνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια δευτερογενή έρευνα. Για την επίτευξη του στόχου της έρευνας ανακτήθηκαν δεδομένα από την Eurostat Database που παρουσιάζει στοιχεία των ευρωπαϊκών χωρών και του συνόλου της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 χωρών (<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>). Τα στοιχεία αφορούν τα έτη 2004 έως και 2019 όπου ήταν διαθέσιμα. Επίσης η τελευταία ενημέρωση των στοιχείων από την Eurostat πραγματοποιήθηκε τον Φεβρουάριο 2021. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες: α) οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας και β) οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού συνεπαγόμενες των επιπτώσεων στις υπηρεσίες υγείας. Έπειτα από την ανάλυση των δεδομένων παρουσιάζονται οι πολιτικές αντιμετώπισης της κρίσης που εφάρμοσαν οι ευρωπαϊκές χώρες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η Ελλάδα μείωσε τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης από 9,41% του ΑΕΠ το 2009 σε 7,72% το 2018. Αντίθετα, η ΕΕ είχε σταθερές δαπάνες για την υγεία περίπου 9,5% του ΑΕΠ. Επίσης, οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης για θεραπευτική περίθαλψη νοσηλευμένων ασθενών και για αποκατάσταση κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης μειώθηκαν στη χώρα μας, σε αντίθεση σε άλλες

χώρες. Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αύξησαν το υγειονομικό προσωπικό που απασχολείται στο νοσοκομείο μεταξύ των ετών 2010 και 2018. Στην Ελλάδα η μείωση ήταν 66,24 άτομα ανά 100.000 κατοίκους από το 2010 έως το 2018. Λίγες χώρες μείωσαν τους γενικούς ιατρούς, καθώς δόθηκε ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην ΠΦΥ ως μέτρο μείωσης των δαπανών. Η Ελλάδα μείωσε τις νοσοκομειακές κλίνες έπειτα από τις συγχωνεύσεις των νοσοκομείων σε 53,72 ανά 100.000 κατοίκους. Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε μείωση στα υγιή έτη ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Στην Ελλάδα τα υγιή έτη ζωής μειώθηκαν από 66,9 έτη το 2010, σε 64,9 έτη το 2013 και σε 66 έτη το 2019. Αντίστοιχες μειώσεις παρατηρήθηκαν και στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αντίθετα, αύξηση παρατηρήθηκε στους αυτοαναφερόμενους μακροχρόνιους περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριότητες λόγω προβλήματος υγείας, τόσο στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσο και στην Ελλάδα, όπως και στα ποσοστά των ατόμων που ανέφεραν μακροχρόνια ασθένεια ή πρόβλημα υγείας. Τέλος, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας είναι αρκετά αυξημένες για τον ελληνικό πληθυσμό από το 2010 (4,2%) έως και το 2016 (12%), αλλά το 2019 μειώθηκαν σε 7,5%. Οι πολιτικές που χρησιμοποίησαν κυρίως οι ευρωπαϊκές χώρες για να αντιμετωπίσουν την οικονομική κρίση στις υπηρεσίες υγείας είναι: η εισαγωγή συμπληρωμών των χρηστών, η μείωση κάλυψης πληθυσμού, η πρόληψη και η προώθηση της καλής υγείας, ο έλεγχος στις τιμές των ιατρικών προϊόντων, η προσαρμογή των μισθών των εργαζομένων στον τομέα της υγείας και η διαχείριση των πληρωμών σε παρόχους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι πολιτικές που υιοθέτησαν οι ευρωπαϊκές χώρες κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης διέφεραν. Ορισμένες χώρες δεν εισήγαγαν νέες πολιτικές, ενώ άλλες εισήγαγαν πολλές. Ορισμένα συστήματα υγείας ήταν καλύτερα προετοιμασμένα από άλλα, λόγω φορολογικών μέτρων που είχαν λάβει πριν από την κρίση, όπως η συσσώρευση χρηματοοικονομικών αποθεματικών. Υπήρχαν πολλές περιπτώσεις στις οποίες οι πολιτικές που σχεδιάστηκαν πριν από το 2008 εφαρμόστηκαν με μεγαλύτερη ένταση ή ταχύτητα καθώς έγιναν πιο επείγουσες ή πολιτικά εφικτές έναντι της κρίσης. Υπήρξαν επίσης περιπτώσεις όπου οι προγραμματισμένες μεταρρυθμίσεις επιβραδύνθηκαν ή εγκαταλείφθηκαν ως απάντηση στην κρίση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2007 χαρακτηρίστηκε ως ένα απροσδόκητο συμβάν που είχε μεγάλη αρνητική επίδραση στη διαθεσιμότητα των πόρων υγείας και ταυτόχρονα αύξηση στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Τα οικονομικά της υγείας αποτέλεσαν κύριο αντικείμενο των υπεύθυνων χάραξης πολιτικής με τρεις βασικές προκλήσεις:

- Τα συστήματα υγείας πρέπει να βασίζονται σε προβλέψιμες πηγές εσόδων για να προγραμματίζουν επενδύσεις και την αγορά αγαθών και υπηρεσιών. Οι αιφνίδιες περικοπές στη ροή των δημόσιων εσόδων επέφεραν δυσκολίες στη διατήρηση του επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης.
- Οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες υγείας ήταν αναγκαίες την περίοδο που τα συστήματα υγείας λόγω της αυξημένης ζήτησης απαιτούσαν περισσότερους πόρους.
- Οι περικοπές σε βασικές υπηρεσίες αποσταθεροποίησαν το επίπεδο υγείας των πληθυσμών και μείωσαν την οικονομική προστασία, τη δίκαιη πρόσβαση στη φροντίδα και την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης, αυξάνοντας την ανάγκη για υγεία.

Όταν οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής αντιμετωπίζουν μια οικονομική κρίση που επηρεάζει τον τομέα της υγείας, μπορεί να αποφασίσουν να διατηρήσουν, να μειώσουν ή να αυξήσουν τα τρέχοντα επίπεδα των δαπανών για την υγεία. Μπορούν επίσης να ανακατανεύμουν κεφάλαια εντός του συστήματος υγείας για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας.

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την αλλαγή των δαπανών, κατηγοριοποιούνται στις ακόλουθες πολιτικές:

- το επίπεδο συνεισφοράς για δημόσια περίθαλψη
- τον όγκο και την ποιότητα της φροντίδας
- το κόστος της δημόσιας περίθαλψης

Κατά τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τα εργαλεία που πρέπει να χρησιμοποιηθούν, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να λάβουν υπόψη τους τον αντίκτυπο των προτεινόμενων μεταρρυθμίσεων στην επίτευξη των στόχων του συστήματος υγείας.

Η επίτευξη δημοσιονομικού ισοζυγίου είναι πιθανό να είναι σημαντική στο πλαίσιο μιας οικονομικής κρίσης, αλλά γενικά δεν θεωρείται πρωταρχικός στόχος του συστήματος υγείας - δεδομένου ότι, εάν ήταν, θα μπορούσε να επιτευχθεί μειώνοντας τις δημόσιες δαπάνες υγείας χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι συνέπειες. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τον στόχο της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας.

Η κρίση είχε καταστροφικές συνέπειες για ορισμένες χώρες της Ευρώπης, ιδιαίτερα εκείνες με υψηλά επίπεδα προϋπάρχοντος χρέους και ελλείμματος. Οι πολιτικές προτιμήσεις μπορούν επίσης να επηρεάσουν τις απαντήσεις της δημόσιας πολιτικής.

Οι προκλήσεις από την κρίση δεν ήταν ίδιες για όλη την ευρωπαϊκή περιφέρεια και διέφεραν σημαντικά μεταξύ των συστημάτων υγείας και, εν μέρει, εξαρτώνται από το βαθμό στον οποίο οι χώρες παρουσίασαν σημαντική κάμψη στις οικονομίες τους. Ορισμένες χώρες δεν εισήγαγαν νέες πολιτικές, ενώ άλλες εισήγαγαν πολλές. Ορισμένα συστήματα υγείας ήταν καλύτερα προετοιμασμένα από άλλα λόγω των φορολογικών μέτρων που είχαν λάβει πριν από την κρίση, όπως η συσσώρευση χρηματοοικονομικών αποθεματικών.

Σε πολλές χώρες σχεδιάστηκαν πολιτικές πριν από το 2008 και εφαρμόστηκαν με μεγαλύτερη ένταση ή ταχύτητα, καθώς έγιναν πιο επείγουσες ή πολιτικά εφικτές ενόψει της κρίσης, ιδίως η αναδιάρθρωση της δευτεροβάθμιας φροντίδας. Υπήρξαν επίσης περιπτώσεις όπου οι προγραμματισμένες μεταρρυθμίσεις επιβραδύνθηκαν ή εγκαταλείφθηκαν.

Αρκετές χώρες ανέφεραν περικοπές στον εθνικό προϋπολογισμό για την υγεία. Σε ορισμένες χώρες, οι περικοπές προκλήθηκαν εν μέρει από την αύξηση της ανεργίας που μείωσε τα έσοδα από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης. Σε μερικές περιπτώσεις, τα έσοδα και οι δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης συνέχισαν να αυξάνονται, λόγω της κρατικής παρέμβασης κυρίως για τους άνεργους και τους

άπορους. Αρκετές χώρες αύξησαν ή καθιέρωσαν συμπληρωμές το 2007 ως απάντηση στην κρίση.

Γενικά, οι παροχές και το εύρος του πληθυσμού κάλυψης δεν άλλαξε ριζικά μετά την οικονομική κρίση, αλλά ορισμένες μειώθηκαν.

Πολλές χώρες εισήγαγαν ή ενίσχυσαν πολιτικές για τη μείωση της τιμής στα ιατρικά προϊόντα ή τη βελτίωση της ορθολογικής χρήσης φαρμάκων. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτές οι πολιτικές αποτελούσαν μέρος των συνεχιζόμενων μεταρρυθμίσεων. Ορισμένες χώρες μείωσαν τους μισθούς των επαγγελματιών υγείας, τους πάγωσαν, μείωσαν το ποσοστό αύξησής τους ή χρησιμοποίησαν άλλες προσεγγίσεις για χαμηλότερους μισθούς.

Αρκετές χώρες μείωσαν τις τιμές των υπηρεσιών υγείας που καταβάλλονται σε παρόχους για τον περιορισμό του κόστους. Σε πολλές χώρες, η οικονομική κρίση δημιούργησε ώθηση για την επιτάχυνση της αναδιάρθρωσης του νοσοκομειακού τομέα μέσω κλεισίματος και συγχωνεύσεων, με επένδυση στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Η εργασία απαρτίζεται από δυο κύρια μέρη:

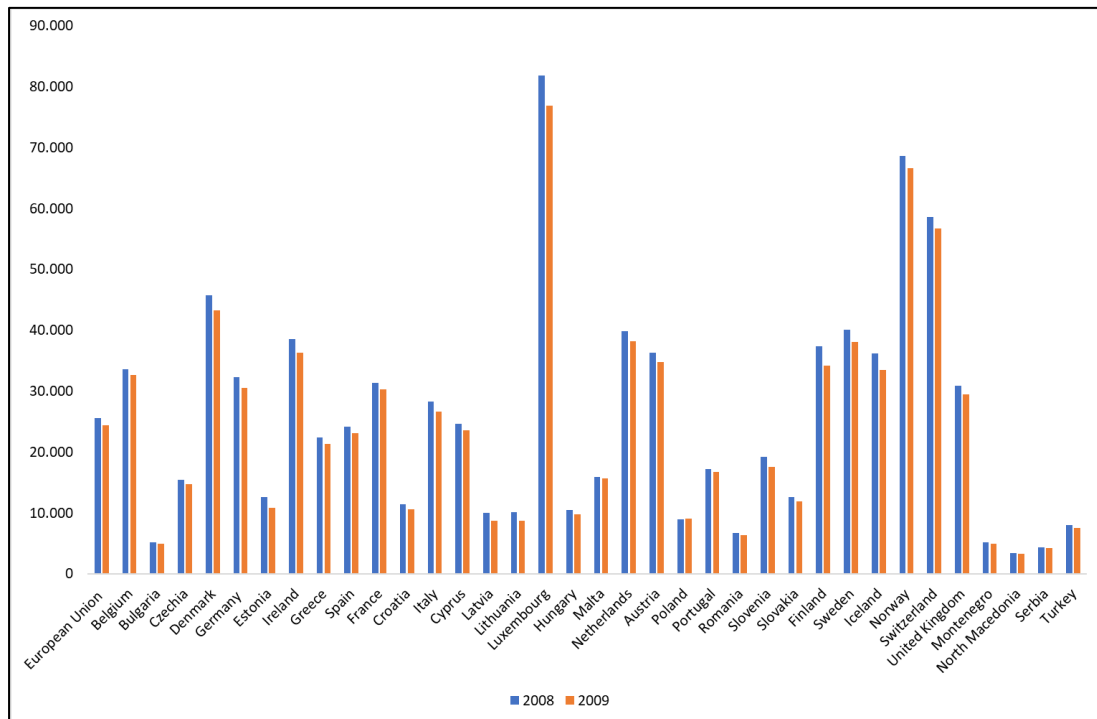
α) το **Γενικό Μέρος** όπου περιγράφεται αναλυτικά στο Κεφάλαιο 1 η οικονομική κρίση και λιτότητα και συγκεκριμένα η κατανόηση των Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας και η ανταπόκριση στην οικονομική κρίση καθώς και οι συνέπειες της λιτότητας. Στο Κεφάλαιο 2 αναφέρεται η ύφεση και το επίπεδο υγείας στην Ευρώπη, ο αντίκτυπος στην συνολική ευημερία του πληθυσμού, στην ψυχολογική ευημερία, στην σωματική νοσηρότητα, στην υγιεινή διατροφή και οι ομάδες με τον ισχυρότερο αντίκτυπο. Στο Κεφάλαιο 3 παρουσιάζονται οι πολιτικές αντιμετώπισης της οικονομικής κρίσης, ο ρόλος των επιστημών και των λοιπών υπευθύνων στις πολιτικές αντιμετώπισης και η πρόληψη και καινοτομία ως πολιτική αντιμετώπισης.

β) το **Ερευνητικό Μέρος** όπου παρουσιάζεται η δευτερογενής μελέτη και συγκεκριμένα ο σκοπός της έρευνας, η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε και η ανάλυση των αποτελεσμάτων. Τέλος, πραγματοποιείται συζήτηση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας με άλλες παρόμοιες μελέτες. Η έρευνα ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα και τις προτάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΛΙΤΟΤΗΤΑ

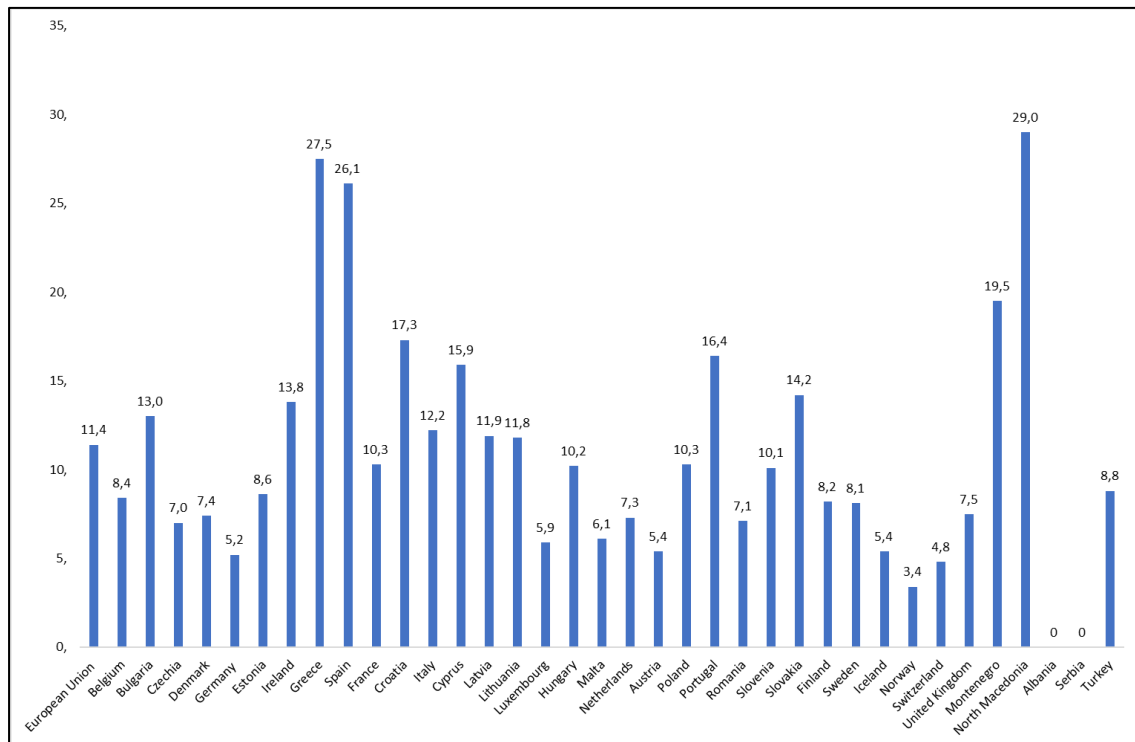
Η συνεχιζόμενη χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση έχει επηρεάσει με πολλούς τρόπους και έχει προκαλέσει πολλές επιπτώσεις στο χώρο της υγείας. Η επιρροή είναι είτε άμεση, επηρεάζοντας δηλαδή τους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία, είτε έμμεση, μειώνοντας την οικονομική ικανότητα και συχνά την προτεραιότητα που δίνεται στις δημόσιες πολιτικές που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν στην προστασία και την υποστήριξη της υγείας του πληθυσμού και της κοινωνικής ευημερίας (Karanikolos et al. 2013). Η γενική εικόνα στην Ευρώπη παρουσίασε από την αρχή της κρίσης αυτής αισθητή οικονομική ύφεση με σοβαρές επιπτώσεις. Το 2009 (εξαιρουμένης της Πολωνίας), το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) μειώθηκε σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), με μέση μείωση της τάξης του 4,3% (European Commission 2012).

Διάγραμμα 1. Πραγματικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ στις Ευρωπαϊκές χώρες 2008-2009



Τα ποσοστά ανεργίας αυξήθηκαν σημαντικά, ήτοι άνω του 3% μόλις από την πρώτη πενταετία (από 7,2% το 2007 σε 10,9% τον Φεβρουάριο του 2013), αν και τα ποσοστά παρουσίαζαν αρκετές διαφοροποιήσεις εντός των Ευρωπαϊκών Κρατών.

Διάγραμμα 2. Ποσοστά ανεργίας στις Ευρωπαϊκές χώρες, 2013



Στην Αυστρία, τη Γερμανία και την Ολλανδία τα ποσοστά ανεργίας κρατήθηκαν σε χαμηλά επίπεδα, ήτοι σε 5,4%, 5,2% και 7,3% αντίστοιχα, ενώ σε άλλες χώρες όπως στην Πορτογαλία, στην Ισπανία και στην Ελλάδα τα ποσοστά ήταν ιδιαίτερα υψηλά, ήτοι 16,4%, 26,1% και 27,5%, αντίστοιχα (Eurostat 2013).

Επιπλέον, ως συνέπεια της οικονομικής κρίσης και των ρυθμίσεων χρηματοοικονομικής διάσωσης, δεν ήταν λίγες οι χώρες της ΕΕ που έπρεπε να υιοθετήσουν αυστηρές πολιτικές λιτότητας και να μειώσουν τις δημόσιες δαπάνες. Μολονότι η τεκμηριωμένη βάση για τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στην υγεία και τα προτεινόμενα μέτρα για τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα σε μία τέτοια περίοδο κρίσης έχουν πλέον μέσα στο χρόνο βελτιωθεί σημαντικά, φαίνεται ότι παραμένει η ανάγκη για καλύτερη επικοινωνία και άμεση σύνδεση μεταξύ των τομέων του σχεδιασμού και των τομέων της εφαρμογής της πολιτικής. Η Science and Technology Options Assessment (STOA - Επιτροπή Αξιολόγησης Επιλογών Επιστήμης και Τεχνολογίας) του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, δηλαδή το ίδιο το όργανο αξιολόγησης των επιλογών επιστήμης και τεχνολογίας του Κοινοβουλίου, παρέχει ανεξάρτητες αξιολογήσεις εμπειρογνομόνων επιστημονικών και τεχνολογικών επιλογών σε διάφορους τομείς πολιτικής (STOA 2012). Αντίστοιχο έργο προσφέρει

και το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας (European Observatory on Health Systems and Policies), ένας διεθνής οργανισμός που φιλοξενείται από το Περιφερειακό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization - WHO), αποδεικνύοντας την αυξημένη βαρύτητα ενός τέτοιου οργάνου. Συγκεκριμένα, ο οργανισμός αυτός υποστηρίζει και προωθεί τη χάραξη πολιτικών για την υγεία βάσει τεκμηριωμένων στοιχείων μέσω της διεξοδικής ανάλυσης της δυναμικής των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη και πέραν αυτής.

Η μελέτη των Maresso et al. (2015) είχε ως στόχο την χαρτογράφηση του αντίκτυπου της κρίσης στο σύστημα υγείας σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες και την καταγραφή των πολιτικών υγείας για την αντιμετώπιση της χρηματοπιστωτικής και οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη. Παρουσιάζεται συνοπτικά ο αντίκτυπος της κρίσης στα συστήματα υγείας:

- **Βέλγιο:** Η διεθνής οικονομική κρίση ξεκίνησε στο Βέλγιο το 2008, αλλά οι επιπτώσεις στις δαπάνες του δημόσιου τομέα δεν ήταν άμεσες μέχρι το 2011. Ωστόσο, το 2012, η νέα κυβέρνηση έπρεπε να εφαρμόσει ένα πακέτο μέτρων λιτότητας για να αποταμιεύσει 11,3 δισεκατομμύρια ευρώ, εκ των οποίων 2,3 δισεκατομμύρια ευρώ προήλθαν από τον τομέα της υγείας.
- **Εσθονία:** Το εσθονικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης επηρεάστηκε σημαντικά από την οικονομική κρίση, αλλά ήταν σχετικά καλά προετοιμασμένο να αντιμετωπίσει τον αντίκτυπο λόγω της μικρής διάρκειας και των σημαντικών αποθεμάτων που είχαν συσσωρευτεί από το Εσθονικό Ταμείο Ασφάλισης Υγείας κατά τα έτη πριν από το 2008 (EHIF, 2008). Τα κύρια μέτρα αντιμετώπισης περιελάμβαναν περικοπή στη συμβολή της κεντρικής κυβέρνησης στον προϋπολογισμό για την υγεία, προσωρινές μειώσεις των τιμολογίων (τιμών) που καταβάλλονται στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης από το EHIF, μια σημαντική μεταρρύθμιση των προσωρινών παροχών ασθενείας, την εισαγωγή περιορισμών κάλυψης στον πληθυσμό και άλλα. Παρά την ταχεία οικονομική ανάκαμψη της χώρας και τη χρηστή οικονομική διαχείριση, το σύστημα παραμένει μακροπρόθεσμο μέλημα, ιδίως καθώς η χρηματοδότηση βασίζεται σχεδόν αποκλειστικά στις εισφορές ασφάλισης υγείας που σχετίζονται με την εργασία.

- **Γαλλία:** Στη Γαλλία, προϋπάρχουσες δημοσιονομικές πιέσεις, οι οποίες επιδεινώθηκαν από την οικονομική κρίση, οδήγησαν στη συνεχιζόμενη χρήση ενός ήδη γνωστού συνόλου εργαλείων περιορισμού του κόστους που είχε εφαρμοστεί μετά το 2008. Υπό αυτήν την έννοια, τα κύρια δημοσιονομικά μέτρα που λήφθηκαν δεν ήταν συγκεκριμένα για την οικονομική κρίση. Το δημοσιονομικό έλλειμμα μειώθηκε κατά το ήμισυ μεταξύ του 2009 και του 2012, μέσω της αύξησης των νόμιμων εσόδων από την ασφάλιση υγείας και βελτίωση της αποτελεσματικότητας, παρά τις αυξήσεις στον όγκο κατανάλωσης ιατρικών προϊόντων και υπηρεσιών. Τα εμπόδια για ουσιαστικότερες μεταρρυθμίσεις οφείλονται στη θεσμική πολυπλοκότητα του γαλλικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της σχέσης μεταξύ κράτους και συστήματος ασφάλισης υγείας (SHI) · την οργανωτική δομή και το σύστημα πληρωμής.
- **Ελλάδα:** Η Ελλάδα έχει επηρεαστεί βαθιά από την παγκόσμια χρηματοοικονομική και οικονομική κρίση, με ευρείες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές συνέπειες. Το 2013, η χώρα εισήλθε στο πέμπτο έτος της ύφεσης και εφάρμοσε δημοσιονομικά όρια. Η Ελλάδα εξακολουθεί να υφίσταται μια τεράστια και άνευ προηγουμένου διαδικασία αλλαγής και διαρθρωτικής μεταρρύθμισης, σε μεγάλο βαθμό καθοδηγούμενη από τους όρους της δανειακής της συμφωνίας με την Τρόικα και το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής. Αυτή η διαδικασία έρχεται σε αντίθεση με τις προηγούμενες προσπάθειες μεταρρύθμισης, που συμπεριελάμβαναν τον τομέα της υγείας, και παρεμποδίστηκαν από το αδύναμο διοικητικό σύστημα (Econoπου, 2010). Πριν από την κρίση, το ελληνικό σύστημα υγείας υπέφερε από ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων. Κατά συνέπεια, ήταν ευάλωτο σε οικονομικές διακυμάνσεις και δεν ήταν καλά προετοιμασμένο για την κάλυψη των μεταβαλλόμενων αναγκών του πληθυσμού. Ενώ οι περισσότερες από τις μεταρρυθμίσεις που έχουν εισαχθεί από το 2010 έχουν καθοριστεί από την Τρόικα, ορισμένες από αυτές είχαν προταθεί και στο παρελθόν. Ωστόσο, σημαντικά θετικά βήματα περιλαμβάνουν την τυποποίηση της υγείας, πακέτα παροχών για όλους τους πολίτες, νέα εργαλεία παρακολούθησης για τη

διοίκηση του νοσοκομείου, ένα εφικτό σύστημα πληρωμών για την νοσοκομειακή περίθαλψη, μια ισχυρότερη και πιο διαφανή διαδικασία προμηθειών και την ανάπτυξη εργαλείων ηλεκτρονικής διακυβέρνησης της υγείας.

- **Ιρλανδία:** Η κατάρρευση των υπερβολικά εκτεθειμένων τραπεζών της Ιρλανδίας κατά την έναρξη της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης προκάλεσε μια κρίση δημόσιου χρέους που απαιτούσε πρόγραμμα χρηματοοικονομικής υποστήριξης από την Τρόικα. Παράλληλα με την απότομη αύξηση της ανεργίας και τη μείωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών, οι όροι της διεθνούς συμφωνίας δανεισμού της χώρας επέβαλαν βαθιές περικοπές στις δαπάνες του δημόσιου τομέα, συμπεριλαμβανομένου του τομέα της υγείας, και μεταρρυθμίσεις με κίνητρα στοχεύοντας σε μεγαλύτερη αποδοτικότητα και εξοικονόμηση κόστους. Σε μεγάλο βαθμό, η οικονομική κρίση συνέβαλε στην ανάδειξη της ανάγκης για την μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας και η έτσι η κυβέρνηση επέκτεινε ριζικά την κάλυψη του πληθυσμού μέσω μιας σταδιακής εισαγωγής του στην καθολική ασφάλιση υγείας, ξεκινώντας από το δικαίωμα δωρεάν υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης έως το 2015.
- **Λιθουανία:** Το 2009, η Λιθουανία αντιμετώπισε μια βαθιά οικονομική κρίση. Το ΑΕΠ μειώθηκε κατά 15% και η ανεργία υπερδιπλασιάστηκε σε ένα έτος. Σε απάντηση, η κυβέρνηση εφάρμοσε αυστηρά μέτρα δημοσιονομικής εξυγίανσης. Η δημόσια χρηματοδότηση για το σύστημα υγείας προστατεύθηκε εν μέρει από μεγάλες μειώσεις των εσόδων του ασφαλιστικού ταμείου χάρη στους αντικυκλικούς μηχανισμούς που υπήρχαν πριν από την κρίση και ενισχύθηκαν ως απάντηση στην κρίση. Μέσω προσεκτικά εφαρμοσμένων μεταρρυθμίσεων, το σύστημα υγείας μπόρεσε να μειώσει τις δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα χωρίς να βλάψει την πρόσβαση, ακόμη και υπό συνθήκες κρίσης.
- **Ολλανδία:** Κατά την έναρξη της κρίσης, το ολλανδικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ήταν ακόμη στη διαδικασία μετάβασης μετά από μια σημαντική μεταρρύθμιση το 2006 που είχε ως κύριο στόχο την αύξηση στην

αποδοτικότητα και τη μείωση του κόστους. Κατά συνέπεια, είναι συχνά ασαφές εάν οι αλλαγές που συνέβησαν μετά το 2008 ήταν το αποτέλεσμα της κρίσης ή το αποτέλεσμα της προσαρμογής στο νέο σύστημα. Επιπλέον, η υγειονομική περίθαλψη ήταν ένας από τους τελευταίους τομείς στην Ολλανδία που επλήγησαν από περικοπές του προϋπολογισμού. Ωστόσο, η επιδεινούμενη οικονομική κατάσταση λειτούργησε ως κίνητρο για τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής να συζητήσουν βασικά ζητήματα όπως η προσιτή τιμή της υγειονομικής περίθαλψης και οι υποχρεωτικές εκπτώσεις στο σύστημα ασφάλισης υγείας. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η προσβασιμότητα, η ποιότητα και η οικονομικά προσιτή φροντίδα παραμένουν βασικά ζητήματα.

- **Πορτογαλία:** Η οικονομική κρίση στην Πορτογαλία είναι προϊόν εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων. Εσωτερικά, οι χαμηλές επενδύσεις σε εμπορεύσιμα αγαθά και η αργή οικονομική ανάπτυξη την πρώτη δεκαετία του 21ου αιώνα οδήγησαν σε έλλειψη ανταγωνιστικότητας σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη. Η αδύναμη οικονομική ανάπτυξη συσχετίστηκε με την αύξηση των δημόσιων ελλειμμάτων, καθώς και την αύξηση του ιδιωτικού και του δημόσιου εξωτερικού χρέους. Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση είχε ως αποτέλεσμα μια ξαφνική και σημαντική αύξηση των χρηματοοικονομικών επιτοκίων της αγοράς για τις πιο ευάλωτες οικονομίες στην ΕΕ. Υπό αυτές τις συνθήκες, η Πορτογαλία αναγκάστηκε να ζητήσει οικονομική βοήθεια από την ΕΕ, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το ΔΝΤ.

1.1. Κατανόηση των Ευρωπαϊκών Συστημάτων Υγείας & Ανταπόκριση στην Οικονομική Κρίση

Πολλές ευρωπαϊκές κυβερνήσεις, είτε με δική τους πρωτοβουλία είτε κατόπιν αιτήματος των διεθνών χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων, προσπάθησαν να μειώσουν τις δημόσιες δαπάνες ως απάντηση στην οικονομική κρίση. Το άμεσο αποτέλεσμα αυτού στο χώρο της υγείας ήταν η επιβράδυνση της αύξησης, ή σε κάποιες περιπτώσεις ακόμα και η μείωση, των κατά κεφαλήν δαπανών για την υγεία σε πραγματικούς όρους το 2010 σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες, δηλαδή από τα

πρώτα κιόλας χρόνια της κρίσης, αντιστρέφοντας μια σταθερά αυξητική τάση μέχρι εκείνη την εποχή. Για παράδειγμα, την τελευταία δεκαετία πριν τον ερχομό της οικονομικής ύφεσης, δηλαδή μεταξύ του 2000 και του 2009, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία αυξάνονταν διαρκώς κατά 4,6% ετησίως κατά μέσο όρο στα κράτη μέλη της ΕΕ, ενώ το 2010 ακολούθησε μείωση 0,6% (OECD Health Data 2012).

Οι μειώσεις των δημόσιων δαπανών για την υγεία πραγματοποιήθηκαν μέσω ποικίλων μέτρων. Αρκετές χώρες μείωσαν τους μισθούς, όπως συνέβη για παράδειγμα στην Ιρλανδία, την Πορτογαλία και τη Ρουμανία, ή τους διατήρησαν στα ίδια επίπεδα παγώνοντας τις αυξήσεις, όπως για παράδειγμα συνέβη στο Ηνωμένο Βασίλειο και τη Σλοβενία (Mladovsky et al. 2012). Χώρες όπως η Ελλάδα και η Ιρλανδία, που επλήγησαν πολύ, αναγκάστηκαν να πάρουν πιο δραστικά μέτρα και έκαναν περικοπές στους εθνικούς προϋπολογισμούς των προγραμμάτων υγείας. Στην Ελλάδα, οι προϋπολογισμοί νοσοκομείων μειώθηκαν κατά περίπου 40% (Kentikelenis et al. 2012), ενώ αντίστοιχη ήταν η εικόνα και στην Ιρλανδία (Department of Health and Children 2012).

Στις περισσότερες χώρες, η κύρια πηγή χρηματοδότησης των δαπανών για την υγεία, μετά τη δημόσια χρηματοδότηση, πραγματοποιείται μέσω των χρεώσεων των χρηστών (OECD 2011). Αυτές οι χρεώσεις, εάν δεν σχεδιαστούν προσεκτικά, μπορούν να αυξήσουν τις ανισότητες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, γεγονός ικανό να αναστείλει την έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας (Lusardi et al. 2011). Οι χρεώσεις χρηστών συχνά επικρίνονται επειδή μειώνουν τη χρήση παρεμβάσεων φροντίδας υψηλής αλλά και χαμηλής αξίας. Έτσι, οι δυνατότητές τους για μείωση των δαπανών ή αύξηση της αποδοτικότητας φαίνεται να είναι περιορισμένες (Karaniolos et al. 2013). Ορισμένα κράτη μέλη αύξησαν τις χρεώσεις χρήσης για τα νοικοκυριά. Στην Πορτογαλία, για παράδειγμα, οι χρεώσεις χρηστών διπλασιάστηκαν περίπου, συμπεριλαμβανομένων των τελών στα τμήματα έκτακτης ανάγκης (Barros 2012).

Επίσης, η οικονομική ύφεση ώθησε τις διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, όπως το κλείσιμο ή τις συγχωνεύσεις νοσοκομείων και την στοχευμένη αντιμετώπιση σε επίπεδο εξωτερικών περιστατικών, δηλαδή την νοσηλεία δίχως εισαγωγή, την ημερήσια χειρουργική επέμβαση και την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Το 2010, στην Ιταλία, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών μειώθηκε σε 4,1 ανά 1000 κατοίκους,

δηλαδή κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο των 5,5 κλινών ανά 1000 κατοίκους. Τα στοιχεία των επόμενων ετών επιβεβαίωσαν αυτήν την τάση (Ministry of Health 2013, De Belvis et al. 2012). Ωστόσο, ιδιαίτερα για την Ιταλία, η μείωση των νοσοκομειακών κλινών πρέπει να αντισταθμιστεί από την γενικότερη ανεπαρκή επένδυση στις υποδομές δημόσιας υγείας, στην προώθηση της υγείας, στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και τον παράλληλο κίνδυνο μείωσης των επενδύσεων για προληπτική ιατρική, υποδομές και συστήματα πληροφοριών για την υγεία (Paterlini 2013, de Belvis 2012).

Μέρος της προσπάθειας μείωσης των δημοσίων δαπανών στις χώρες που επλήγησαν περισσότερο εστίασε στις φαρμακευτικές αγορές, δεδομένης της σημαντικής συμβολής των φαρμακευτικών προϊόντων στις συνολικές δαπάνες για την υγεία. Για παράδειγμα οι δαπάνες αυτές ανήλθαν στο 25% του προϋπολογισμού για την Ελλάδα (2007), στο 21% για την Πορτογαλία (2008) και στο 17% για την Ιρλανδία (2009) (WHO 2013, Valdoros & Stargardt 2013). Τα μέτρα που ελήφθησαν προς αυτήν την κατεύθυνση περιλάμβαναν μειώσεις των τιμών που καταβάλλονται στους κατασκευαστές, καθώς και αλλαγές στις συγχρηματοδοτήσεις, τα περιθώρια διανομής και τους συντελεστές ΦΠΑ. Άλλες πρωτοβουλίες περιελάμβαναν την προώθηση γενόσημων φαρμάκων και την εφαρμογή πολιτικών για μια πιο ορθολογική χρήση φαρμάκων (Vogler et al. 2011).

1.2. Οι Συνέπειες της Λιτότητας

Όπως σημειώθηκε και νωρίτερα, η απάντηση ολόκληρης της Ευρώπης στην οικονομική κρίση ήταν να μειώσει τις δημόσιες δαπάνες, μέσω διαφορετικών μέτρων ανάλογα με τις δυνατότητες και τη δομή της κάθε χώρας. Σε χώρες όπως η Ελλάδα, οι οποίες επλήγησαν περισσότερο, ο προϋπολογισμός για τα προγράμματα υγείας αντιμετώπισε σοβαρές περικοπές. Παίρνοντας το παράδειγμα της Ελλάδας, οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία μειώθηκαν από 9,8% του ΑΕΠ πριν από την κρίση στο 6% του ΑΕΠ μετά την κρίση, με αποτέλεσμα περισσότεροι από 100 Έλληνες ακαδημαϊκοί και γιατροί να υπογράψουν μια δημόσια επιστολή προς την πολιτική ηγεσία εκφράζοντας τις ανησυχίες τους για τις σοβαρές συνέπειες αυτής της

λιτότητας (Kakouli et al. 2013). Αρκετές χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ιρλανδίας, της Ρουμανίας, της Σλοβενίας και του Ηνωμένου Βασιλείου πάγωσαν ή μείωσαν τους μισθούς (Mladovsky et al. 2012). Επιπλέον, ένα μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας αναφέρει αποτελέσματα μειωμένης αναζήτησης μόνιμης εσωτερικής βοήθειας, λ.χ. μέσω νοσοκόμων ή άλλων φροντιστών σε περιόδους οικονομικής λιτότητας. Αυτό ωστόσο δεν οφείλεται στην μειωμένη ανάγκη των ατόμων για αυτές τις παροχές αλλά στο γεγονός ότι δεν υπάρχουν οι αναγκαίοι χρηματοοικονομικοί πόροι για να καλύψουν αυτό το έξοδο, και μετακυλιέται πλέον σαν υποχρέωση με την μορφή του φροντιστή σε άλλα μέλη της οικογένειας, ή και του κοινωνικού περιβάλλοντός τους, με τις όποιες συνέπειες στην δική τους ψυχοσωματική υγεία (Alder et al. 1999, Williams & Collins 1995, Feinstein 1993). Στοιχεία από τις αναπτυσσόμενες χώρες είναι χαρακτηριστικά ως προς αυτό (Lagarde & Palmer 2011). Παρόλο που δεν είναι δυνατόν να προβλεφθούν οι μακροπρόθεσμες συνέπειες στις μειώσεις της ιατρικής περίθαλψης, είναι ευρέως αποδεκτό ότι κάτι το οποίο στις μέρες μας φαίνεται ως μικρό, με την πάροδο των χρόνων μπορεί να οδηγήσει σε νέες ασθένειες και κρίσεις στον χώρο της υγείας (Lusardi et al. 2011).

Ειδικότερα, σε τοπικό επίπεδο, οι αρχές είναι υπεύθυνες για την παροχή μιας σειράς υπηρεσιών, όπως κοινωνικές υπηρεσίες ενηλίκων και παιδιών και υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Επομένως, οι περικοπές στην τοπική αυτοδιοίκηση είχαν επιπτώσεις στις υπηρεσίες αυτές κατά τη διάρκεια του προγράμματος μείωσης του ελλείμματος (Emmerson et al. 2015), και όπως είναι αναμενόμενο οι επιπτώσεις των περικοπών γίνονται αισθητές δυσανάλογα σε ορισμένες περιοχές από ό,τι σε άλλες. Μια έκθεση του Ιδρύματος Joseph Rowntree του 2015 σημείωσε ότι η ικανότητα των τοπικών συμβουλίων στην Αγγλία και τη Σκωτία να επηρεάσει την υγεία και την ευημερία είναι περιορισμένη καθώς η λιτότητα πλήττει τα συμβούλια στις φτωχότερες περιοχές που κατεξοχήν είναι οι περιοχές με την μεγαλύτερη ανάγκη και ζήτηση σε υπηρεσίες υγείας (Hastings 2015, Center of Local Economic Strategies 2014).

Σύμφωνα με την ανάλυση του Πανεπιστημίου Sheffield Hallam της Αγγλίας, ο οικονομικός αντίκτυπος των μέτρων λιτότητας που πάρθηκαν στην χώρα ποικίλλει σημαντικά, όπου, κατά γενικό κανόνα, όσο περισσότερο στερείται η τοπική αρχή,

τόσο μεγαλύτερη είναι η εξοικονόμηση στον προϋπολογισμό (Beatty & Fothergill 2013, Beatty & Fothergill 2016). Η προστασία των φτωχότερων περιοχών από τις περικοπές του προϋπολογισμού έχει γίνει όλο και πιο δύσκολη καθώς περίπου το 62% των δαπανών των τοπικών συμβουλίων δαπανάται για υπηρεσίες που χρησιμοποιούνται περισσότερο από τους φτωχότερους, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής μέριμνας ενηλίκων και παιδιών, της κατ' οίκον φροντίδας, της παροχής υπηρεσιών σε αστέγους και των δημόσιων μεταφορών. Με άλλα λόγια, ο αντίκτυπος των περικοπών στις υπηρεσίες αυτές είναι δυσανάλογος για τις φτωχότερες περιοχές καθώς αυτές οι υπηρεσίες είναι πιο πιθανόν να χρησιμοποιηθούν από τις πληθυσμιακές ομάδες που ζουν εκεί παρά από όσους ζουν στις πλουσιότερες περιοχές (Loopstra et al. 2016).

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι περικοπές και σε άλλες υπηρεσίες που φαινομενικά είναι ασύνδετες με την υγεία προβλέπεται να έχουν αντίκτυπο στην υγεία και την ευημερία του πληθυσμού. Για παράδειγμα, δεν πρέπει να αγνοείται ότι οι αστυνομικές αρχές τακτικά παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε άτομα που πλήττονται από οικιακές και άλλες μορφές βίας, καθώς και με άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας. Όπως επισημαίνεται από την The Association of Police and Crime Commissioners (APCC - Ένωση Επιτρόπων Αστυνομίας και Εγκλήματος), η οποία εκπροσωπεί επιτρόπους αστυνομίας και εγκλήματος στην Αγγλία και την Ουαλία, η ικανότητα της αστυνομίας να ανταποκρίνεται πλήρως στις ανάγκες αυτών των ομάδων περιορίζεται από τις περικοπές του προϋπολογισμού, με αποτέλεσμα την συρρίκνωση των υπηρεσιών αυτών από την πλευρά της αστυνομίας (APCC 2015).

Αντίστοιχα, η χρηματοδότηση των τοπικών αρχών για τον εθελοντικό τομέα μειώθηκε απότομα από την αρχή της οικονομικής κρίσης το 2008 (The National Council for Voluntary Organisations 2016). Αυτό επηρέασε αρνητικά την ικανότητα οργανώσεων αυτών για την υποστήριξη ευάλωτων ομάδων. Δυστυχώς, τα μειωμένα επίπεδα χρηματοδότησης συχνά είναι ανεπαρκή για να διατηρήσουν το ίδιο επίπεδο στελέχωσης ή ποιότητας φροντίδας ή ακόμη πολλές φορές για να διατηρήσουν την βιωσιμότητά τους με συνέπεια πολλές φιλανθρωπικές οργανώσεις να μειώνουν ή να αποσύρουν υπηρεσίες που δεν παρέχονται αλλού. Για παράδειγμα, ουσιαστικές περικοπές έγιναν στις νομικές υπηρεσίες που παρέχονται από οργανισμούς όπως το

Citizens Advice και ως αποτέλεσμα έχουν αφήσει χιλιάδες άτομα χωρίς καμία υποστήριξη στην επίλυση επειγόντων και σοβαρών προβλημάτων (The Guardian 2016, The Huddersfield Daily Examiner 2014). Ομοίως, ο ρόλος των δημόσιων βιβλιοθηκών στην παροχή κοινοτικής υποστήριξης απειλείται από περιορισμούς χρηματοδότησης και κλείσιμο (BBC News 2016).

Οι ερευνητές Stuckler et al. (2017) πραγματοποίησαν μια πανευρωπαϊκή ανασκόπηση προκειμένου να προσδιορίσουν τις αποκρίσεις στην οικονομική ύφεση που υιοθέτησαν οι χώρες της Ευρώπης. Σε απάντηση στις δημοσιονομικές πιέσεις, πολλοί πολιτικοί ηγέτες μείωσαν τη χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας. Οι μεγαλύτερες περικοπές παρατηρήθηκαν στην Ελλάδα, την Ιρλανδία, τη Λετονία και την Πορτογαλία. Ορισμένες χώρες, ωστόσο, ενέκριναν μέτρα για την προστασία των συστημάτων υγείας τους, τουλάχιστον προσωρινά ή για τη μείωση της έκτασης ή του αντίκτυπου των μειώσεων του προϋπολογισμού. Αυτοί οι μηχανισμοί και οι παράγοντες που βοήθησαν να κάνουν τα συστήματα υγείας πιο ανθεκτικά περιλαμβάνουν:

- Πολιτικές για την ενίσχυση των αντικυκλικών δημοσίων δαπανών για την υγεία και άλλες μορφές κοινωνικής προστασίας.
- Αρχικά επαρκή επίπεδα δημόσιων δαπανών για την υγεία.
- Διατήρηση ολοκληρωμένης κάλυψης υγείας.
- Απουσία ή σχετικά χαμηλά επίπεδα άμεσων πληρωμών.
- Αξιοποίηση μεγαλύτερης συγκριτικής πληροφόρησης αναφορικά με τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας διαφορετικών υπηρεσιών και παρεμβάσεων.
- Πολιτική βούληση για την αντιμετώπιση της αναποτελεσματικότητας και την κινητοποίηση εσόδων για τον τομέα της υγείας.

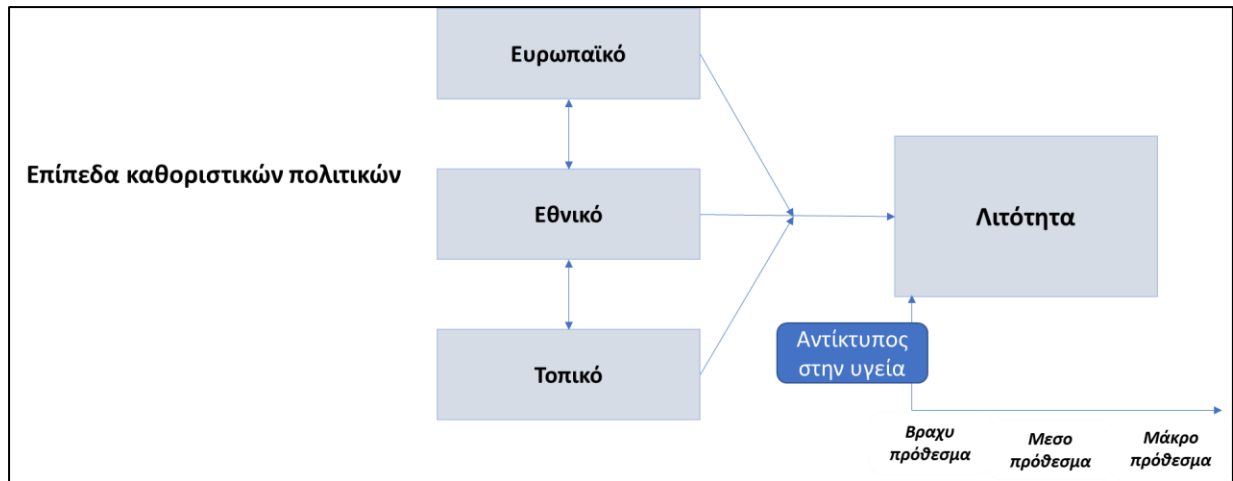
Οι τομείς που επλήγησαν περισσότερο από περικοπές ήταν οι τομείς των νοσοκομείων, το διοικητικό κόστος, οι τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων, καθώς και ο αριθμός και οι μισθοί του προσωπικού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΎΦΕΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ

Οι προηγούμενες διεθνείς οικονομικές κρίσεις, όπως αυτή του 1929, της κατάρρευσης της Σοβιετικής Ένωσης το 1991 και της χρηματοπιστωτικής κρίσης της Νοτιοανατολικής Ασίας μπορεί να είναι χρήσιμες για την κατανόηση των επιπτώσεων αυτής της κρίσης στη δημόσια υγεία και για την πρόβλεψη ή τον περιορισμό των συνεπειών της (Lipton & Sachs 1990, King 2003, Hopkins 2006, Stuckler & Basus 2013). Παρόλα αυτά η ανάλυση δεν είναι τόσο απλή γιατί η κάθε οικονομική κρίση έχει τα δικά της ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και αντιστοίχως η κάθε μία από αυτές έχει τις δικές της διαφορετικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία (Stuckler et al. 2009). Κάποια από αυτά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που καθορίζουν την ποικιλότητα των επιπτώσεων είναι η κλίμακα της κρίσης, η φύση των κυβερνητικών ανταποκρίσεων στις καταστάσεις αυτές, οι υφιστάμενες συνθήκες πριν από την κρίση κλπ. (Mladovsky et al. 2012).

Ωστόσο, στην αρχή κάθε οικονομικής ύφεσης, ο αντίκτυπος στην υγεία μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα. Αυτό συμβαίνει για παράδειγμα όταν υπάρχουν λιγότεροι τραυματισμοί στην οδική κυκλοφορία από θανάτους που σχετίζονται με το αλκοόλ και λιγότερες εισαγωγές τραυματιών στα νοσοκομεία (Tarja Granados 2008, Rulm 2008).

Παρόλα αυτά, το φαινομενικά αυτό θετικό αποτέλεσμα είναι μόνο βραχυπρόθεσμο, καθώς οι οικονομικές διαταραχές συσχετίζονται μακροπρόθεσμα με αυξημένα ποσοστά προβλημάτων ψυχικής υγείας, καθώς και αυτοκτονικών συμπεριφορών. Η αύξηση του ποσοστού ανεργίας κατά 1% έχει συνδεθεί με αύξηση 0,79% στο ποσοστό ανθρωποκτονιών. Αντίθετα, μια παρόμοια αύξηση του ποσοστού ανεργίας οδηγεί σε μείωση 1,39% του αριθμού των θανάτων που οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα. Το πιο εντυπωσιακό είναι ότι η αύξηση του ποσοστού ανεργίας κατά 3% συσχετίστηκε με αύξηση κατά 28% των θανάτων από κατάχρηση αλκοόλ (Stuckler et al. 2009).



Πηγή: <https://academic.oup.com/eurpub/article/29/5/808/5574348>

2.1. Ο Αντίκτυπος στην Συνολική Ευημερία του Πληθυσμού

Η υγεία και η ευημερία ενός ατόμου διαμορφώνεται από μια σειρά οικονομικών και κοινωνικών επιρροών, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας, όπως είναι οι υλικές περιστάσεις και οι συμπεριφορές του κοινωνικού περιβάλλοντος (Marmot et al. 2010, Black 1980). Αυτά με τη σειρά τους επηρεάζονται από άλλους εξωγενείς παράγοντες όπως είναι το εισόδημα, οι συνθήκες απασχόλησης και εργασίας, οι συνθήκες στέγασης και το βιοτικό επίπεδο. Η πίεση που προκύπτει σε αυτούς τους παράγοντες από τη μείωση των δημοσίων δαπανών και τις συναφείς μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας, μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία και την ευημερία του πληθυσμού με δυσανάλογο βάρος σε άτομα με μεγαλύτερο κοινωνικό και οικονομικό μειονέκτημα. Ο αντίκτυπος ολόκληρου φάσματος παραγόντων ακολουθεί επίσης την κοινωνική κλίμακα, για παράδειγμα επηρεάζει δυσανάλογα τα άτομα σε φτωχότερα νοικοκυριά, τα οποία αντιμετωπίζουν ήδη θέματα οικονομικής ανάπτυξης, φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού (Farrell et al. 2008).

Προς την κατεύθυνση αυτή, διάφοροι παγκόσμιοι οργανισμοί έχουν εξετάσει μέχρι σήμερα την ευρύτερη υγεία και τον κοινωνικό αντίκτυπο της χρηματοπιστωτικής κρίσης (OECD 2014, UNICEF Office of Research 2014).

Για παράδειγμα, η έκθεση του Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD – Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Πρόοδο) του 2014 έδειξε ότι αυτή η οικονομική κατάσταση ώθησε τη μείωση των ανισοτήτων και της φτώχειας και δημιούργησε μια κοινωνική κρίση με επιπτώσεις σε πολλά επίπεδα, όπως στην εργασία, στα εισοδήματα και στους όρους διαβίωσης των ανθρώπων και αναμένεται ότι θα οδηγήσει και σε άλλες πιο μακροπρόθεσμες επιπτώσεις. Η έκθεση του OECD τόνισε ότι στις χώρες όπου οι κοινωνικές δαπάνες προορίζονται κυρίως για την υποστήριξη ομάδων χαμηλού εισοδήματος, οι περικοπές σε αυτές τις δαπάνες θα ήταν πολύ πιο πιθανό να διευρύνουν τις εισοδηματικές ανισότητες. Επίσης, βρήκε ότι ο αριθμός των νέων ηλικίας από 15 έως 24 ετών που ήταν ανειδίκευτοι και χωρίς απασχόληση αυξήθηκε από την έναρξη της οικονομικής κρίσης (κατά 1,9 εκατοστιαίες μονάδες μεταξύ 2007 και 2012) και ότι τα ποσοστά αυτά το 2011 ήταν σημαντικά υψηλότερα για άτομα με χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης (24,0%) από ό,τι για εκείνα με επίπεδα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (8,4%), σε σύγκριση με το μέσο όρο στις χώρες του OECD (15,8% και 13,3 % αντίστοιχα) (OECD 2014).

Μια αντίστοιχη έκθεση της UNICEF του 2014 υπογράμμισε μια ισχυρή και πολύπλευρη σχέση μεταξύ του αντίκτυπου της πρόσφατης περιόδου ύφεσης στις εθνικές οικονομίες και της μείωσης της ευημερίας των παιδιών από το 2008. Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι υπήρξε αύξηση της παιδικής φτώχειας στο Ηνωμένο Βασίλειο (κατά 1,6 ποσοστιαίες μονάδες) μεταξύ του 2008 και του 2012, απότομη πτώση του μέσου εισοδήματος σε νοικοκυριά με παιδιά στο Ηνωμένο Βασίλειο (σχεδόν 15%) μεταξύ 2007 και 2012 και τέλος ότι υπήρξε μία ραγδαία αύξηση του αριθμού των παιδιών (17 ετών και κάτω) που ζουν σε σοβαρή υλική στέρηση το 2012.

Ειδικότερα στο ζήτημα της υγείας και της υγειονομικής περιθάλψης, αρκετές έρευνες έχουν εξετάσει τον αντίκτυπο της χρηματοπιστωτικής κρίσης σε ολόκληρη την Ευρώπη (Quaglio et al. 2013, Karanikolos et al. 2013, van Gool & Pearson 2014). Αυτές οι μελέτες έχουν βρει αρνητικά αποτελέσματα σε μια σειρά δεικτών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των βραχυπρόθεσμων επιπτώσεων, όπως για παράδειγμα τα αυξημένα ποσοστά προβλημάτων ψυχικής υγείας και αυτοκτονιών και τον υψηλότερο επιπολασμό ασθενειών (βλ. επόμενες υποενότητες αυτού του κεφαλαίου).

Το Institute of Health Equity (IHE 2012) ανέφερε μια διεύρυνση των πολιτικών λιτότητας με την πάροδο των χρόνων, οι οποίες διευρύνουν με την σειρά τους τον αντίκτυπο στον πληθυσμό. Στη Σκωτία για παράδειγμα, το χάσμα μεταξύ του μέσου επιπέδου ψυχικής υγείας εκείνων που κατοικούσαν στις πιο υποβαθμισμένες περιοχές και στις λιγότερο υποβαθμισμένες περιοχές διευρύνθηκε μεταξύ του 2008 και του 2013 (Kellock 2015). Ένα άλλο αντίστοιχο παράδειγμα αφορά τη Βόρεια Ιρλανδία, όπου το χάσμα μεταξύ του υγιούς προσδόκιμου ζωής εκείνων που κατοικούσαν στις πιο υποβαθμισμένες περιοχές και στις λιγότερο υποβαθμισμένες περιοχές αυξήθηκε για τις γυναίκες μεταξύ 2010 και 2011 (dhsspsni.gov.uk).

Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού επηρεάστηκε σημαντικά με την οικονομική κρίση και για πολλά έτη προσέκλυσε το ενδιαφέρον των μελετητών. Οι βαθιές περικοπές επέφεραν αρνητικές οικονομικές επιπτώσεις. Το ΑΕΠ μειώθηκε απότομα και η ανεργία αυξήθηκε στα ύψη ως αποτέλεσμα των μέτρων οικονομικής λιτότητας, τα οποία εξέθεσαν σε πρόσθετους κινδύνους την υγεία του πληθυσμού λόγω της επιδείνωσης των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας επηρεάστηκαν σοβαρά. Τα διαθέσιμα στοιχεία έδειχναν σημαντική επιδείνωση της κατάστασης της ψυχικής υγείας. Τα ευρήματα από έρευνες για τον πληθυσμό υποδηλώνουν αύξηση της συχνότητας κατάθλιψης κατά 2,5 φορές, από 3,3% το 2008 σε 8,2% το 2011, με την οικονομική δυσκολία να αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Οι θάνατοι από αυτοκτονία αυξήθηκαν κατά 45% μεταξύ του 2007 και του 2011 (Kentikelenis et al. 2014).

Συμπερασματικά, οι εκτιμήσεις του μακροπρόθεσμου αντίκτυπου των πολιτικών λιτότητας στην υγεία και την ευημερία επισημαίνουν ένα ευρύ φάσμα αρνητικών δεικτών σημαντικού ενδιαφέροντος. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία και την ευημερία του πληθυσμού, ειδικά όταν δεν υπάρχουν ισχυρά συστήματα κοινωνικής υποστήριξης. Η πίεση στα εισοδήματα, στην ασφάλεια της εργασίας, στις ευκαιρίες απασχόλησης και στους όρους διαβίωσης είναι πιθανό να διαμορφώσουν τη ζωή των ανθρώπων μακροπρόθεσμα και να συνεχίσουν να συμβάλλουν στα κακά αποτελέσματα όσον αφορά την υγεία και την ευημερία. Όπως σημειώνει ο OECD, αυτό είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό για τις προοπτικές εξέλιξης της επόμενης γενιάς, η οποία θα έχει να αντιμετωπίσει μεγάλες

περιόδους ανεργίας, αδράνειας ή φτώχειας, με άλλα λόγια μια ζωή μειωμένων αποδοχών και εξασθενημένων ευκαιριών εργασίας (OECD 2014).

2.2. Ο Αντίκτυπος στην Ψυχολογική Ευημερία του Πληθυσμού

Οι Kentikelenis et al. (2013) εξέτασαν στην μελέτη τους τον αντίκτυπο αυτής της τελευταίας οικονομικής ύφεσης στην Ευρώπη και βρήκαν πολλά αρνητικά αποτελέσματα που σχετίζονται με αυτήν. Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, από την έναρξη της κρίσης περί το τέλος του 2007, όταν ακόμα η κρίση αφορούσε μόνο ορισμένους τομείς της οικονομίας της χώρας, υπήρξε σημαντική αύξηση του αριθμού των ατόμων που αυτοπροσδιόρισαν την υγεία τους ως «κακή» ή «πολύ κακή». Ομοίως, στο Ηνωμένο Βασίλειο, η αυτοαναφερόμενη ως «κακή» υγεία αυξήθηκε κατά 3,8% μεταξύ του Ιουλίου 2009 και του Δεκεμβρίου 2010 (Astell-Burt & Feng 2013). Αυτό ενδεχομένως μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου επέλεξε να διοχετεύσει σημαντικούς πόρους για τη διάσωση αρκετών τραπεζών.

Η μείωση της κατάστασης της υγείας σε ορισμένες χώρες μπορεί να αποδοθεί κυρίως σε δύο μηχανισμούς: πρώτον, την άμεση επίδραση της κρίσης στην ψυχολογική ευημερία και, δεύτερον, τις αλλαγές της πολιτικής γραμμής για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Mladovsky et al. 2012). Η μέτρηση των ψυχολογικών επιπτώσεων της κρίσης είναι δύσκολη, αλλά ο επιπολασμός των καταστάσεων που σχετίζονται με το άγχος, όπως η κατάθλιψη, και το ποσοστό αυτοκτονίας είναι δύο χρήσιμοι δείκτες.

Η ανεργία είναι ένας παράγοντας που συχνά εμφανίζει θετική σχέση με την αύξηση του άγχους και τις καταστάσεις που σχετίζονται με αυτό (Minton et al. 2012). Στην Ισπανία, τα ποσοστά των ατόμων που αναζητούν πρωτοβάθμια περίθαλψη στα νοσοκομεία για ζητήματα που σχετίζονται με το άγχος και τις διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ αυξήθηκαν κατά τη διάρκεια της περιόδου της οικονομικής ύφεσης. Περίπου το ένα τρίτο αυτού του αυξημένου κινδύνου θα μπορούσε να αποδοθεί στην απειλή της απώλειας εργασίας ή την απώλεια της στέγης (Gili et al. 2013). Παρόλα αυτά πρέπει να σημειωθεί ότι στην Ισπανία το συνολικό ποσοστό αυτοκτονιών, σε αντίθεση με πολλές συγκρίσιμες χώρες, μειώθηκε σημαντικά την

περίοδο της οικονομικής κρίσης, ειδικά τα πρώτα έτη, γεγονός που δείχνει την πολυπλοκότητα αυτών των σχέσεων. Αντίθετα, πιο αναμενόμενα αποτελέσματα είχαν μελέτες στην Ιταλία, το Ηνωμένο Βασίλειο και σε ορισμένες άλλες ευρωπαϊκές χώρες που παρατήρησαν ότι η σχέση μεταξύ της αύξησης της ανεργίας και του ποσοστού αυτοκτονιών ήταν θετική (De Vogli et al. 2013, Stuckler et al. 2012, Barr et al. 2012, Reeves et al. 2013, Rihmer et al. 2013).

Γενικότερα, τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι πιο συχνά σε καταστάσεις στέρησης και λιτότητας. Για αυτό το λόγο η κακή ψυχική υγεία έχει συσχετιστεί με το χαμηλό εισόδημα και με το χρέος (WHO 2009). Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που ενδέχεται να επιδεινώσουν τις οικονομικές πιέσεις που σχετίζονται με καταστάσεις στέρησης και λιτότητας και που οι σχετικές μεταρρυθμίσεις στους τομείς αυτούς αυξάνουν τον επιπολασμό κακής ψυχικής υγείας. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν αλλαγές στις φορολογικές απαλλαγές, αύξηση των επιτοκίων και εισαγωγή ενός νέου συστήματος μειωμένων παροχών. Για παράδειγμα, μια μελέτη του 2016 επιβεβαίωσε τον ισχυρισμό αυτόν και απέδειξε ότι η μείωση της στήριξης στέγασης σε άτομα με χαμηλό εισόδημα αύξησε τον επιπολασμό των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Reeves et al. 2016). Σε μια επιστολή προς την αγγλική εφημερίδα *The Guardian* το 2015, 442 ψυχοθεραπευτές, σύμβουλοι και ακαδημαϊκοί εξέφρασαν ανησυχία για την ψυχολογική επίδραση των περικοπών και την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής (*The Guardian* 2015). Τόνισαν ότι παρατηρείται μια μετατόπιση στις αιτίες που προκαλούν δυσφορία και άγχος και πλέον παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος κακής ψυχικής κατάστασης που οφείλεται σε καταστάσεις φτώχειας και ανισότητας, καθώς οικογένειες ολόκληρες αναγκάζονται να μετακομίσουν λόγω της μείωσης των οικονομικών ενισχύσεων και τις αυξημένες προϋποθέσεις για τη λήψη επιδομάτων πρόνοιας και εύρεσης εργασίας.

Μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2016 σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία στις χώρες με υψηλά εισοδήματα του πληθυσμού διαπίστωσε ότι οι πιο ευρέως και κοινά μελετημένες επιπτώσεις της κρίσης αφορούσαν την ψυχική υγεία, συμπεριλαμβανομένης φυσικά της αύξησης της κατάθλιψης και των αυτοκτονιών (Karaniolos et al. 2016).

Ειδικότερα, στο Ηνωμένο Βασίλειο, δεδομένα από το The Office for National Statistics (ONS – Γραφείο Εθνικών Στατιστικών της Αγγλίας) δείχνουν μια χρονική συσχέτιση μεταξύ των ποσοστών αυτοκτονίας και της πρόσφατης περιόδου χρηματοπιστωτικής ύφεσης, μετά από μια περίοδο με πτωτική τάση σε αυτά τα περιστατικά μεταξύ του 1981 και του 2007. Συγκεκριμένα, αναφέρει ότι υπήρξε μείωση από 14,7 σε 10,0 θανάτους ανά δείγμα 100.000 ατόμων, ενώ τα ποσοστά άρχισαν να αυξάνονται με την αρχή της οικονομικής ύφεσης το 2008, κορυφώνοντας τους θανάτους σε 11,1 ανά δείγμα 100.000 ατόμων το 2013, πριν μειωθούν ελαφρά το 2014 σε 10,8 θανάτους ανά δείγμα 100.000 ατόμων (ONS 2016). Σε σχέση με το φύλο, τα ποσοστά αυτοκτονίας ήταν σημαντικά υψηλότερα στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες. Από το 2007, τα ποσοστά αυτοκτονίας των γυναικών παρέμειναν σχετικά σταθερά, ήτοι στους 5,2 θανάτους ανά δείγμα 100.000 γυναικών το 2014. Αντίθετα, τα ποσοστά των ανδρών αυξήθηκαν σημαντικά μεταξύ του 2007 και του 2013, φτάνοντας στους 17,8 θανάτους ανά δείγμα 100.000 ανδρών το 2013, πριν μειωθεί πάλι σε 16,8 θανάτους ανά δείγμα 100.000 ανδρών το 2014 (WHO 2009).

Λαμβάνοντας υπόψη αυτή τη συσχέτιση με μεγαλύτερη λεπτομέρεια, μια ανάλυση χρονικής τάσης συνέκρινε τους πραγματικούς αριθμούς αυτοκτονιών στην Αγγλία μεταξύ του 2008 και του 2010 με εκείνες που θα αναμενόταν να είχαν συμβεί εάν δεν είχε ξεσπάσει η χρηματοπιστωτική ύφεση. Συμπερασματικά, διαπιστώθηκε ότι υπήρξαν περίπου 1.000 παραπάνω αυτοκτονίες κατά τη διάρκεια της περιόδου που εξετάστηκε (Barr et al. 2012). Παρόμοιες τάσεις στα ποσοστά αυτοκτονιών παρατηρούνται διεθνώς, ιδίως στις χώρες που έχουν εφαρμόσει τα πιο σκληρά προγράμματα λιτότητας σε σχέση με τις υπόλοιπες, όπως είναι η Ελλάδα (Branas et al. 2015).

Τα αυτοκτονικά γεγονότα είναι πιθανώς μόνο η κορυφή του παγόβουνου. Αυτά τα δεδομένα είναι πιθανό να υποτιμήσουν την ευρύτερη κρίση ψυχικής υγείας που σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης μεταξύ των πληθυσμών που είναι πιο ευάλωτα στην οικονομική αστάθεια. Γενικότερα, η κακή ψυχική υγεία σχετίζεται με αυξημένους κινδύνους σωματικής νοσηρότητας και πρόωρη θνησιμότητα (De Hert et al. 2011).

Παρά τη σημασία της προώθησης της υγείας, οι χώρες δεν φαίνεται να ξοδεύουν σημαντικό ποσοστό του κρατικού προϋπολογισμού τους στην πρόληψη για την υγειονομική περίθαλψη. Ιστορικά, σε περιόδους όπου οι προϋπολογισμοί για την υγειονομική περίθαλψη ήταν υπό πίεση, η προώθηση της υγείας και η δημόσια υγεία ήταν πάντα μεταξύ των πρώτων τομέων όπου γίνονται περικοπές. Κατά μέσο όρο, η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη ασθενειών αντιπροσώπευαν μόλις το 3% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες του OECD της ΕΕ το 2010 (OECD Health Data 2012). Παρόλα αυτά πρέπει να τονιστεί ότι η εικόνα αυτή είναι ελλιπής, καθώς πολλές δράσεις που προάγουν την υγεία, ιδιαίτερα την ψυχική, πραγματοποιούνται εκτός του τομέα αυτού, όπως σε νηπιαγωγεία, σχολεία, χώρους εργασίας κλπ.

Όπως είναι φυσικό, η πίεση στον προϋπολογισμό δεν περιορίζεται μόνο στα συστήματα υγείας, και ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες μειώνουν σημαντικά τους πόρους και προς άλλους τομείς των δημοσίων δαπανών. Αυτές οι περικοπές μπορούν να συσχετιστούν με την αύξηση των κινδύνων που σχετίζονται με την υγεία (BBC News Europe 2012). Επομένως, είναι ζωτικής σημασίας να ενισχυθούν και να χρησιμοποιηθούν τα ήδη υπάρχοντα στοιχεία σχετικά με τη σχέση μεταξύ του κόστους και της αποτελεσματικότητας των μέτρων για την ανακούφιση των επιπτώσεων των οικονομικών κρίσεων στην υγεία. Οι πιο άμεσες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης παρουσιάζονται στην ψυχολογική ευημερία, στην αυξημένη αυτοκτονική συμπεριφορά και στη διαπροσωπική βία. Πολλές οικονομικά αποδοτικές δράσεις για την προστασία της ψυχικής υγείας μπορούν να εφαρμοστούν εκτός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Wahlbeck & McDaid 2012).

2.3. Ο Αντίκτυπος στην Σωματική Νοσηρότητα του Πληθυσμού

Εκτός από την άμεση επίδραση της κρίσης στην «κακή» υγεία μέσω ψυχολογικού στρες, υπάρχει επίσης ο αντίκτυπος των αλλαγών στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Σε περιόδους οικονομικής ύφεσης δύο είναι οι βασικοί παράγοντες που αυξάνουν τον αριθμό του πληθυσμού που δηλώνει «κακή» υγεία. Αφενός, οι περικοπές στην υγειονομική περίθαλψη αυξάνουν τους χρόνους

αναμονής και αφετέρου η αδυναμία περίθαλψης λόγω της μειωμένης οικονομικής δυνατότητας του πληθυσμού αυξάνουν τις ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες. Αυτοί οι παράγοντες επιβεβαιώθηκαν στα ευρήματα ερευνών σχετικά με τον Ελληνικό πληθυσμό από τους Kentikelenis et al. (2011) και τους Zavras et al. (2013).

Κατά τη διάρκεια της ύφεσης έχουν παρατηρηθεί αυξανόμενα ποσοστά εμφάνισης ορισμένων μεταδοτικών ασθενειών. Μια διακρατική επισκόπηση επιβεβαίωσε αυτόν τον ισχυρισμό και έδειξε ότι οι οικονομικές κρίσεις αυξάνουν τον επιπολασμό των μολυσματικών ασθενειών. Αυτό συμβαίνει καθώς αυξάνονται τα ποσοστά μολυσματικών επαφών υπό φτωχότερες συνθήκες διαβίωσης, μειώνεται η πρόσβαση σε θεραπεία ή/και παρατηρείται ελλιπής συμμόρφωση στις θεραπείες (Suhrcke et al. 2011). Για παράδειγμα, η Ελλάδα έχει βιώσει δυσκολότερα το βάρος ορισμένων επιδημιών μεγάλης κλίμακας, όπως για παράδειγμα έχει παρατηρηθεί αυξημένη θνησιμότητα από τη χειμερινή γρίπη (Nikolopoulos et al. 2012), από προηγούμενες πανδημίες όπως του ιού του Δυτικού Νείλου (Anastasiadou et al. 2013) και της ελονοσίας (Danis et al. 2013), αλλά ακόμα και από κρούσματα HIV μεταξύ των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών, τα οποία έχουν αυξηθεί δραματικά (European Centre for Disease Prevention and Control 2012).

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι άτυπες πληρωμές - χρεώσεις για υπηρεσίες ή προμήθειες που θεωρητικά είναι δωρεάν, οι οποίες είναι συχνές σε αναπτυσσόμενες και μεταβατικές χώρες, έχουν αρχίσει πλέον να παρατηρούνται και στον αναπτυσσόμενο κόσμο, συμπεριλαμβανομένων και των χωρών της Ευρώπης. Η επιδείνωση της συχνότητας και της κλίμακας των άτυπων πληρωμών σε αρκετές χώρες της ΕΕ δημιουργεί σοβαρές ανησυχίες, καθώς δημιουργούν επιπρόσθετη οικονομική επιβάρυνση για τους προϋπολογισμούς των νοικοκυριών (Kaitelidou 2013).

Επίσης, σημαντικά είναι τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την έρευνα της επαγγελματικής απασχόλησης σε σχέση με την υγεία. Υπάρχουν πολλά στοιχεία που αποδεικνύουν ότι η «καλή δουλειά» έχει ευεργετική επίδραση στην υγεία και την ευημερία ενός ατόμου (Marmot et al. 2010, Waddell & Burton 2006, Black 2008, Jin et al. 1997). Όταν στον εργασιακό χώρο υπάρχει ανασφάλεια, αγχωτικές και επικίνδυνες συνθήκες εργασίας και/ή η εργασία είναι χαμηλόμισθη τότε εμφανίζει

μία θετική σχέση με την κακή υγεία ενός ατόμου (Marmot et al. 2010). Η ανεργία, ιδιαίτερα η μακροχρόνια ανεργία, αυξάνει τον κίνδυνο σωματικής κακής υγείας και κυρίως όσον αφορά τις καρδιαγγειακές παθήσεις (Gallo et al. 2004, Gallo et al. 2006), τον κίνδυνο των ψυχικών ασθενειών (Thomnas et al. 2005) και την πρόωρη θνησιμότητα (Voss et al. 2004). Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το The King's Fund (2015) διαπιστώθηκε ότι η στέρηση της απασχόλησης - το ποσοστό των ατόμων που είναι ακούσια άνεργοι - είχε μία ιδιαίτερα αυξημένη θετική σχέση με το επίμονα χαμηλό προσδόκιμο ζωής. Μια εμπειρική ανάλυση του 2009, η οποία εξέτασε το πώς οι οικονομικές αλλαγές επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, διαπίστωσε ότι υπάρχει σύνδεση με την αύξηση της ανεργίας και την αύξηση των θανάτων που προέρχονται από βίαια περιστατικά (Stuckler et al. 2009). Μια άλλη έρευνα που ασχολήθηκε με παρόμοιο αντικείμενο διαπίστωσε ότι η αύξηση της ανεργίας σχετίζεται με την αύξηση της θνησιμότητας από καρκίνο και εκτιμάται ότι η οικονομική κρίση του 2008 προκάλεσε περίπου 260.000 επιπρόσθετους θανάτους ως αποτέλεσμα των επιπτώσεών της στην υγεία του πληθυσμού (Maruthappu et al. 2016).

Όταν εξετάζουμε τον αντίκτυπο της λιτότητας, η σχέση μεταξύ απασχόλησης και υγείας καθίσταται όλο και πιο σημαντική στο πλαίσιο των αλλαγών στην απασχόληση του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα από το 2008. Αυτή η τελευταία πτυχή εξετάστηκε από το The Sheffield Political Economy Research Institute (SPERI - Ινστιτούτο Έρευνας Πολιτικής Οικονομίας του Σέφιλντ) (Lavery 2015). Συμπερασματικά, η έρευνα αυτή διαπίστωσε ότι οι απώλειες θέσεων εργασίας του δημόσιου τομέα και η αύξηση των θέσεων εργασίας στον ιδιωτικό τομέα έχουν κατανεμηθεί πολύ άνισα στο Ηνωμένο Βασίλειο.

2.4. Ο Αντίκτυπος στην Υγιεινή Διατροφή

Την περίοδο της χρηματοπιστωτικής ύφεσης υπήρξε μια άνευ προηγουμένου αύξηση της χρήσης τραπεζών τροφίμων σε όλες της χώρες που επλήγησαν από αυτήν, ως συνέπεια της ύφεσης και της έναρξης των πολιτικών λιτότητας (Loopstra et al. 2015), γεγονός που υποδηλώνει ότι περισσότεροι άνθρωποι υποφέρουν από

επισιτιστική ανασφάλεια (Loopstra et al. 2015). Ένας δείκτης που επιβεβαιώνει αυτόν τον ισχυρισμό είναι οι αυξημένες εισαγωγές στα νοσοκομεία λόγω υποσιτισμού (Taylor-Robinson et al. 2013).

Όπως είναι αναμενόμενο, η χρήση τραπεζών τροφίμων δεν ευνοεί την προώθηση της υγιεινής και ισορροπημένης σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία διατροφής. Αυτό επιβεβαιώνεται στην έκθεση επιστημονικής επιτροπής του 2015, «Food for thought: promoting healthy diets among children and young people» (Τροφή για σκέψη: προώθηση υγιεινής διατροφής μεταξύ παιδιών και νέων), καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολο για τα φτωχότερα νοικοκυριά να έχουν ένα πλήρες διατροφικό πρόγραμμα σε κρέας, ψάρι, φρούτα και λαχανικά, τα οποία στοιχίζουν ακριβότερα (Maillot et al. 2008, Drewnowski et al. 2007).

Η έρευνα έχει αποδείξει τον λογικό ισχυρισμό ότι η λιτότητα οδηγεί στη χρήση τραπεζών τροφίμων. Τα δεδομένα από μια μελέτη παρατήρησης σύμφωνα με τα αρχεία της Trussell Trust του 2015 σχετικά με τη χρήση τραπεζών τροφίμων από το 2009 και μετά, οδήγησαν στην διαπίστωση ότι η αύξηση της χρήσης συνδέεται με περικοπές στις δαπάνες των τοπικών αρχών και στις κεντρικές δαπάνες πρόνοιας και ότι τα υψηλότερα επίπεδα χρήσης τραπεζών τροφίμων σημειώθηκαν όταν υπήρξαν υψηλότερα ποσοστά ανεργίας και περικοπές στις κεντρικές δαπάνες πρόνοιας (The Northern Echo 2016).

Ειδικότερα στην Αγγλία, σε μια κοινή έκθεση της Oxfam, του Church Action on Poverty και του the Trussell Trust, οι κοινωφελείς αυτοί οργανισμοί κατέληξαν ότι υπάρχουν μια σειρά από παράγοντες που προκαλούν την αυξημένη χρήση τραπεζών τροφίμων στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπως οι παρατεταμένοι χαμηλοί μισθοί, οι αλλαγές στη φορολογική υποστήριξη και τα σωρευτικά αποτελέσματα των αλλαγών σε επιδόματα στέγασης και επιδότησης (Cooper et al. 2014). Παρόμοια ευρήματα αντικατοπτρίζονται σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση στην οποία σημειώθηκε ότι οι μακροπρόθεσμες αυξητικές τάσεις στις τιμές των τροφίμων (σύμφωνα με τον πληθωρισμό), των καυσίμων θέρμανσης και της στέγασης έχουν εκθέσει τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος στον κίνδυνο του υποσιτισμού (Foster 2014).

2.5. Οι Ομάδες με τον Ισχυρότερο Αντίκτυπο

Οι παροχές κοινωνικής πρόνοιας είναι ένας ζωτικός μηχανισμός υποστήριξης για ευάλωτες ομάδες, όπως τα άτομα με χαμηλά εισοδήματα και εκείνα που δεν μπορούν να εργαστούν λόγω κάποιου είδους αναπηρίας ή λόγω κάποιας μακροχρόνιας ασθένειας. Έχει υποστηριχθεί ότι αυτά τα άτομα βιώνουν ισχυρότερο αντίκτυπο από την ευρεία προσέγγιση λιτότητας που ακολουθείται για τη μεταρρύθμιση της κοινωνικής πρόνοιας (Citizens Advice 2015, Iparraguirre 2015).

Ενώ τα στοιχεία για τον άμεσο αντίκτυπο των πολιτικών λιτότητας σε αυτές τις ομάδες είναι περιορισμένα, είναι λογικό να υπάρχει ο ισχυρισμός ότι οποιοδήποτε μέτρο ή συνδυασμός μέτρων που μειώνει το εισόδημά τους θα έχει αρνητικές επιπτώσεις μεταξύ άλλων και στην υγεία. Για παράδειγμα, η αδυναμία των νοικοκυριών με χαμηλό εισόδημα να διατηρήσουν τον εσωτερικό χώρο ζεστό (λόγω μειωμένης ικανότητας κάλυψης καυσίμων) μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο χειμερινής θνησιμότητας (Wilkinson et al.), να αυξήσει τα περιστατικά αναπνευστικών καταστάσεων (Hajat et al. 2007), να ενισχύσει την κακή ψυχική υγεία (Hopton & Hunt 1996), και τα ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων (Mercer 2003, Geddes et al. 2011). Το 2013, το 17% των νοικοκυριών του Ηνωμένου Βασιλείου επηρεάστηκαν από έλλειψη καυσίμων (Department of Energy & Climate Change 2015). Το ανεπαρκές εισόδημα μπορεί επίσης να επηρεάσει τόσο την σωματική υγεία όσο και την ψυχική υγεία. Τα παιδιά που γεννιούνται στη φτώχεια έχουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας κατά το πρώτο έτος της ζωής τους. Επίσης, κατά την ενηλικίωση είναι πιθανότερο να επηρεαστούν από το χαμηλό βάρος που είχαν κατά την γέννηση τους και ως αποτέλεσμα να έχουν αυξημένη νοσηρότητα στη μεταγενέστερη ζωή (Brown et al. 2014).

Κάποιες ενδείξεις για τον άμεσο αντίκτυπο της πολιτικής λιτότητας στην ευημερία των ηλικιωμένων με χαμηλά εισοδήματα και σε άτομα με υπάρχουσες μακροχρόνιες ασθένειες αφορούν τις μειώσεις των συντάξεων και την ελλιπή κοινωνική μέριμνα που συνδέεται με την αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας μεταξύ των συνταξιούχων ηλικίας 85 ετών και άνω (Loopstra et al. 2016).

Υπάρχουν επίσης περιορισμένα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι ολοένα και πιο αυστηρές προϋποθέσεις για τις παροχές ανεργίας, που συνδέονται με τις προϋποθέσεις πρόνοιας, έχουν οδηγήσει σε υψηλότερα ποσοστά αποσύνδεσης από την πρόνοια και την εργασία. Με άλλα λόγια, υπάρχει ένα αυξανόμενο ποσοστό ανέργων που ούτε λαμβάνουν πληρωμές/παροχών αλλά ούτε αναζητούν απασχόληση (Loopstra et al. 2015).

Υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι περικοπές λόγω λιτότητας, ήτοι οι μεταρρυθμίσεις της κοινωνικής πρόνοιας και οι περικοπές στον προϋπολογισμό των δαπανών από το 2010 και μετά έχουν αυξήσει τα ποσοστά των αστέγων (Loopstra et al. 2015). Μια μελέτη του 2015 που αξιολόγησε τα δεδομένα των τοπικών αρχών στην Αγγλία μεταξύ του 2004 και του 2012 διαπίστωσε ότι για κάθε πτώση της οικονομικής δραστηριότητας κατά 10% υπάρχει αύξηση 0,45% στην απώλεια στέγης ανά 1.000 νοικοκυριά. Επίσης, σημείωσε ότι τα αυξανόμενα ποσοστά αστέγων συνδέονταν με τις κρατικές μειώσεις των δαπανών πρόνοιας, ιδίως όσον αφορά τις δαπάνες για κοινωνική περίθαλψη, τις υπηρεσίες στέγασης, τα βοηθήματα στέγασης και την στήριξη εισοδήματος για ηλικιωμένους (Gilburt 2015).

Το βέβαιο είναι ότι άτομα που είναι ήδη άστεγα ανήκουν σε μία πολύ ευάλωτη ομάδα. Μια έκθεση για την φιλανθρωπική οργάνωση Crisis έθεσε ανησυχίες ότι οι άστεγοι επηρεάζονται δυσανάλογα από τις κυρώσεις στο επίπεδο των παροχών (Beatty et al. 2015). Η έλλειψη στέγης μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την υγεία. Για παράδειγμα, όσον αφορά την ψυχική υγεία τα ποσοστά αυτοκτονίας είναι 35 φορές μεγαλύτερα στους άστεγους, και όσον αφορά την σωματική νοσηρότητα η εμφάνιση καρκίνου είναι δύο φορές πιο πιθανή (Burki 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

3.1. Ο Ρόλος των Επιστημών και των Λοιπών Υπευθύνων στις Πολιτικές Αντιμετώπισης

Οι επιστήμονες και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής έχουν διαφορετικά πλαίσια αναφοράς, καθοδηγούμενα από διαφορετικούς στόχους και, το πιο σημαντικό, συχνά μιλούν ο ένας στον άλλο σε μια γλώσσα που δεν είναι αμοιβαία κατανοητή. Απαιτείται προσπάθεια για να καλυφθεί το χάσμα, ιδιαίτερα σε αυτήν την περίοδο της οικονομικής ύφεσης. Παρόλα αυτά η επικοινωνία αυτή είναι αναγκαία για να γίνουν οι απαραίτητες αναλύσεις και να προωθηθούν καταλληλότερα μέτρα αντιμετώπισης.

Η οικονομική κρίση και οι αυξανόμενοι δημοσιονομικοί περιορισμοί έχουν ασκήσει πρόσθετες πιέσεις στα συστήματα υγείας και παρατηρούμε μειωμένες δαπάνες για την υγεία σε πολλές χώρες, ειδικά σε αυτές που πλήττονται από την κρίση. Αυτές οι παρεμβάσεις πρέπει να αξιολογηθούν βάσει των στόχων των συστημάτων υγείας, όπως η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, τα αποτελέσματα της υγείας, η οικονομική προστασία, η ποιότητα, η ασφάλεια και η ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών. Ταυτόχρονα, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να γνωρίζουν καλά τη σημασία της επένδυσης στην υγεία για την ενίσχυση της οικονομίας και τις συνέπειες για τα αποτελέσματα της υγείας. Η υγειονομική περίθαλψη εκπροσωπείται συχνά μόνο ως αποστράγγιση πόρων, αλλά μπορεί να αντιπροσωπεύει έναν τομέα που θα οδηγούσε στην οικονομική ανάπτυξη (Suhrcke et al. 2005). Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι πολλές από τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία μπορούν να μετριαστούν με κατάλληλες επενδύσεις στην κοινωνική προστασία, τη δημόσια υγεία και την προώθηση της υγείας, εκτός από την παροχή υγειονομικής περίθαλψης.

3.2. Πρόληψη και Καινοτομία ως Πολιτική Αντιμετώπισης

Οι αυξημένοι κίνδυνοι για τη σωματική και ψυχική ευεξία κατά περιόδους οικονομικής ύφεσης υπογραμμίζουν περαιτέρω τη σημασία των προσεκτικών επενδύσεων όσον αφορά την προώθηση και την προστασία της υγείας. Τα στοιχεία ήδη από προηγούμενες οικονομικές κρίσεις έχουν δείξει ότι οι δυσμενείς επιπτώσεις μπορεί να είναι μακροχρόνιες. Για παράδειγμα, η διεύρυνση των εισοδηματικών ανισοτήτων στη Νότια Κορέα μετά την οικονομική κρίση στα τέλη της δεκαετίας του 1990 συσχετίστηκε με υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών κατά την επόμενη δεκαετία (Hong et al. 2011).

Σε ολόκληρη την Ευρώπη, οι συνδυασμοί διαφορετικών παρεμβάσεων, συμπεριλαμβανομένων των φορολογικών μεταρρυθμίσεων, καθώς και των περιορισμών στις πωλήσεις και τις διαφημίσεις, μπορούν να είναι οικονομικά αποδοτικοί στην αντιμετώπιση της επιβλαβούς χρήσης αλκοόλ, συμπεριλαμβανομένης της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και της πολλές φορές συνδεόμενης προσωπικής βίας. Μια έρευνα που εξέτασε τη σχέση μεταξύ κόστους και αποτελεσματικότητας από την μία πλευρά και απόδοσης της επένδυσης 15 διαφορετικών παρεμβάσεων για την προώθηση ή την προστασία της ψυχικής υγείας από την άλλη, βρήκε θετική απόδοση στις επενδύσεις με διάρκεια 5-10 χρόνων (Knapp et al. 2011). Η ίδια έρευνα διαπίστωσε επίσης ότι οι ενέργειες σε επίπεδο πληθυσμού μέσω της καλύτερης κατάρτισης των πρώτων γραμμών παροχής υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, των κοινωνικών λειτουργών και της αστυνομίας, σχετικά με τις αυτοκτονικές συμπεριφορές μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, η παρακολούθηση με παραπομπή σε θεραπεία και υποστήριξη φαίνεται να είναι οικονομικά αποδοτική.

Ένας άλλος τομέας με στοιχεία μακροπρόθεσμης σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας είναι η επένδυση σε παρεμβάσεις που αφορούν άτομα νεαρής ηλικίας, τόσο για την υποστήριξη οικογενειών που μπορεί να βρίσκονται σε άγχος λόγω των κοινωνικοοικονομικών τους συνθηκών, όσο και για την προώθηση της συναισθηματικής υγείας και της ανθεκτικότητας των παιδιών και εφήβων (McDaid &

Park 2011, Mihalopoulos et al. 2011). Οι δράσεις που βασίζονται σε στοιχεία περιλαμβάνουν μέτρα για την προώθηση της καλύτερης δέσμευσης βρεφών - μητέρων, ψυχολογική υποστήριξη από επισκέπτες υγείας για νέες μητέρες που κινδυνεύουν από προβλήματα ψυχικής υγείας, προγράμματα κοινωνικής εκπαίδευσης και παιδικής ηλικίας, προγράμματα γονικής μέριμνας και ψυχολογική υποστήριξης για παιδιά και εφήβους με προβλήματα συμπεριφοράς.

Το τρέχον οικονομικό κλίμα, παρόλο που είναι δύσκολο, μπορεί να εξεταστεί και ως μία πρόσκληση, καθώς παρουσιάζει μια ευκαιρία στα Κράτη που το αντιμετωπίζουν για μεταρρύθμιση και αναδιάρθρωση των δράσεων προώθησης της υγείας και τη λήψη μακροπρόθεσμης πολιτικής. Η καινοτομία μπορεί να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στη βελτίωση και τη διαμόρφωση συστημάτων υγείας. Για παράδειγμα, ένα σημαντικό ποσοστό της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στην ΕΕ είναι ακατάλληλο (μια διαγνωστική ή θεραπευτική διαδικασία που αποδεικνύεται περιττή για την αποτελεσματική διαχείριση ενός συγκεκριμένου ασθενούς ή σε πολλές περιπτώσεις η εισαγωγή ασθενών έναντι των εξωτερικών ασθενών).

Υπάρχουν επίσης ευκαιρίες για καινοτόμες προσεγγίσεις για την προστασία της υγείας, όπως η επένδυση σε μέτρα για τη μείωση των κινδύνων του μη διαχειρίσιμου προσωπικού χρέους (Meltzer et al. 2013). Οικονομικές συμβουλές από μη εμπορικούς οργανισμούς για να βοηθήσουν τα άτομα να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα του χρέους καθώς και άλλες προσεγγίσεις μπορούν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα της ψυχικής υγείας. Αυτά τα προγράμματα δεν κοστίζουν τίποτα στον οφειλέτη. Μπορούν να χρηματοδοτηθούν από οργανισμούς πιστωτών (Evans-Lacko et al. 2011). Στην Ελλάδα, ένα τέτοιο μέτρο δοκιμάστηκε για αρκετό χρόνο μέσω του Νόμου 3869/10 για τα υπερχρεωμένα νοικοκυριά, ο οποίος τέθηκε σε ισχύ για πρώτη φορά τον Ιούλιο του 2010 και προέβλεπε την ρύθμιση των οφειλών υπερχρεωμένων φυσικών προσώπων.

Ωστόσο, για να πραγματοποιηθούν τέτοια καινοτόμα μέτρα είναι σημαντικό να καθοριστεί η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, λαμβάνοντας υπόψη τις επιπτώσεις εντός και εκτός των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η συνεργασία μεταξύ χωρών και η αναγνώριση ότι οι λύσεις πρέπει

να προσαρμόζονται ανάλογα με την κάθε χώρα, ανάλογα με τις διαφορετικές κοινωνιολογικές και οικονομικές προεκτάσεις τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Σκοπός Έρευνας

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής είναι να διερευνήσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας και πολιτικές αντιμετώπισης σε ελληνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο.

Ερευνητικά Ερωτήματα

- Επηρέασε με την ίδια ένταση και ρυθμό η οικονομική κρίση όλες τις ευρωπαϊκές χώρες ως προς τις υπηρεσίες υγείας;
- Υπήρξαν επιπτώσεις στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού συνεπαγόμενες των επιπτώσεων στις υπηρεσίες υγείας λόγω οικονομικής κρίσης;
- Ποιες πολιτικές ακολουθήθηκαν από τις ευρωπαϊκές χώρες για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας;

4.2. Μεθοδολογία Έρευνας

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια δευτερογενή έρευνα στην οποία τα δεδομένα συλλέχθηκαν από έγκυρη βάση δεδομένων. Για την επίτευξη του στόχου της έρευνας ανακτήθηκαν δεδομένα από την Eurostat Database που παρουσιάζει στοιχεία των ευρωπαϊκών χωρών και του συνόλου της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 χωρών (<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>). Τα στοιχεία αφορούν τα έτη 2004 έως και 2019 όπου ήταν διαθέσιμα. Επίσης η τελευταία ενημέρωση των στοιχείων από την Eurostat πραγματοποιήθηκε τον Φεβρουάριο 2021. Οι διαστάσεις που αξιολογήθηκαν ήταν:

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας χωρίστηκαν σε δυο κατηγορίες:

- Α) οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας
- Β) οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού συνεπαγόμενες των επιπτώσεων στις υπηρεσίες υγείας

Για την διερεύνηση των επιπτώσεων ανακτήθηκαν και αναλύθηκαν οι παρακάτω δείκτες:

A) οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας

- Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως ποσοστό ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕγχΠ)
- Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά λειτουργία - Θεραπευτική περίθαλψη νοσηλευμένων ασθενών, ως ποσοστό ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕγχΠ)
- Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά λειτουργία-Θεραπευτική περίθαλψη και αποκατάσταση, ως ποσοστό ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕγχΠ)
- Υγειονομικό προσωπικό που απασχολείται στο νοσοκομείο, ανά 100.000 κατοίκους, ετήσια απασχόληση στο νοσοκομείο
- Διαθέσιμες κλίνες νοσοκομείων σε αριθμό, ανά 100.000 κατοίκους
- Γενικοί Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους
- Εξειδικευμένοι Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους
- Νοσηλευτές ανά 100.000 κατοίκους
- Μετανάστευση εργατικού δυναμικού υγείας, -Ιατροί,
- Μετανάστευση εργατικού δυναμικού υγείας, -Νοσηλευτές,

B) οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού συνεπαγόμενες των επιπτώσεων στις υπηρεσίες υγείας

- Υγιή έτη ζωής
- Αυτοαναφερόμενοι μακροχρόνιοι περιορισμοί στις συνήθεις δραστηριότητες λόγω προβλήματος υγείας, ως ποσοστό του πληθυσμού
- Άτομα με μακροχρόνια ασθένεια ή πρόβλημα υγείας, ως ποσοστό του πληθυσμού
- Αυτοαναφερόμενες ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση, ως ποσοστό του πληθυσμού

Έπειτα από την ανάλυση των δεδομένων παρουσιάζονται οι πολιτικές αντιμετώπισης της κρίσης που εφάρμοσαν οι ευρωπαϊκές χώρες σύμφωνα με το European Observatory on Health Systems and Policies και τον World Health Organization, Region Office for Europe.

Στατιστική Ανάλυση

Τα δεδομένα που ανακτήθηκαν από την βάση δεδομένων της Eurostat εισήχθησαν στο πρόγραμμα excel όπου και πραγματοποιήθηκε η ανάλυση τους. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με απόλυτους αριθμούς και ποσοστά ανάλογα με τα διαθέσιμα στοιχεία. Επιπλέον, κατασκευάστηκαν ραβδογράμματα προκειμένου να παρουσιαστούν τα στοιχεία για την Ελλάδα διαχρονικά καθώς και η σύγκριση με την Ευρωπαϊκή Ένωση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις υπηρεσίες υγείας

Αρκετές χώρες πραγματοποίησαν περικοπές στον εθνικό προϋπολογισμό για την υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης (Βουλγαρία, Κροατία, Εσθονία, Ουγγαρία, Ισλανδία, Ιρλανδία, Ιταλία, Ελλάδα, Λετονία, Ρουμανία, Πορτογαλία, Ισπανία). Σε ορισμένες από αυτές ο προϋπολογισμός μειώθηκε περισσότερο από 20% (Βουλγαρία, Λετονία). Οι περικοπές προκλήθηκαν από την αυξανόμενη ανεργία που μείωσε τα έσοδα στις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης (Βουλγαρία, Εσθονία, Ουγγαρία, Ρουμανία). Σε άλλες χώρες, τα έσοδα και οι δαπάνες συνέχισαν να αυξάνονται (Αυστρία, Τσεχική Δημοκρατία, Πολωνία). Επίσης, ο προϋπολογισμός για την υγεία αυξήθηκε στη Γαλλία, τη Δανία, την Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας και την Τουρκία. Στην Αλβανία, το Βέλγιο, την Αγγλία και την Νορβηγία διατηρήθηκε σε προηγούμενα επίπεδα.

Η Ελλάδα και η Πορτογαλία επηρεάστηκαν ιδιαίτερα από την κρίση όπου οι κυβερνήσεις ήταν υποχρεωμένες να μειώσουν δημόσιες δαπάνες για την υγεία.

Πίνακας 1. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως % ΑΕΠ, στις ευρωπαϊκές χώρες

TIME	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
European Union - 27 countries	:	:	:	:	:	:	:
Belgium	9,37	9,26	9,16	9,17	9,63	10,36	10,23
Bulgaria	:	:	:	:	:	:	:
Czechia	:	:	:	:	:	:	:
Denmark	:	:	:	:	:	:	10,33
Germany	10,15	10,31	10,18	10,05	10,25	11,24	11,10
Estonia	5,12	5,06	4,77	4,98	5,71	6,51	6,27
Ireland	:	:	:	:	:	:	:
Greece	:	:	:	:	:	9,41	9,52
Spain	7,66	7,73	7,83	7,92	8,38	9,11	9,12
France	:	:	10,39	10,33	10,51	11,30	11,24
Croatia	:	:	:	:	:	:	:
Italy	:	:	:	:	:	:	:
Cyprus	:	:	:	:	:	:	6,52
Latvia	:	:	:	:	:	:	:
Lithuania	:	:	5,84	5,76	6,29	7,36	6,83
Luxembourg	:	:	:	:	:	:	:
Hungary	:	:	7,81	7,22	7,10	7,25	7,52
Malta	:	:	:	:	:	:	:
Netherlands	9,11	9,10	9,08	9,05	9,28	9,99	10,16
Austria	9,71	9,63	9,53	9,53	9,73	10,23	10,22
Poland	:	:	:	:	:	:	:
Portugal	9,30	9,44	9,14	9,07	9,34	9,88	9,84

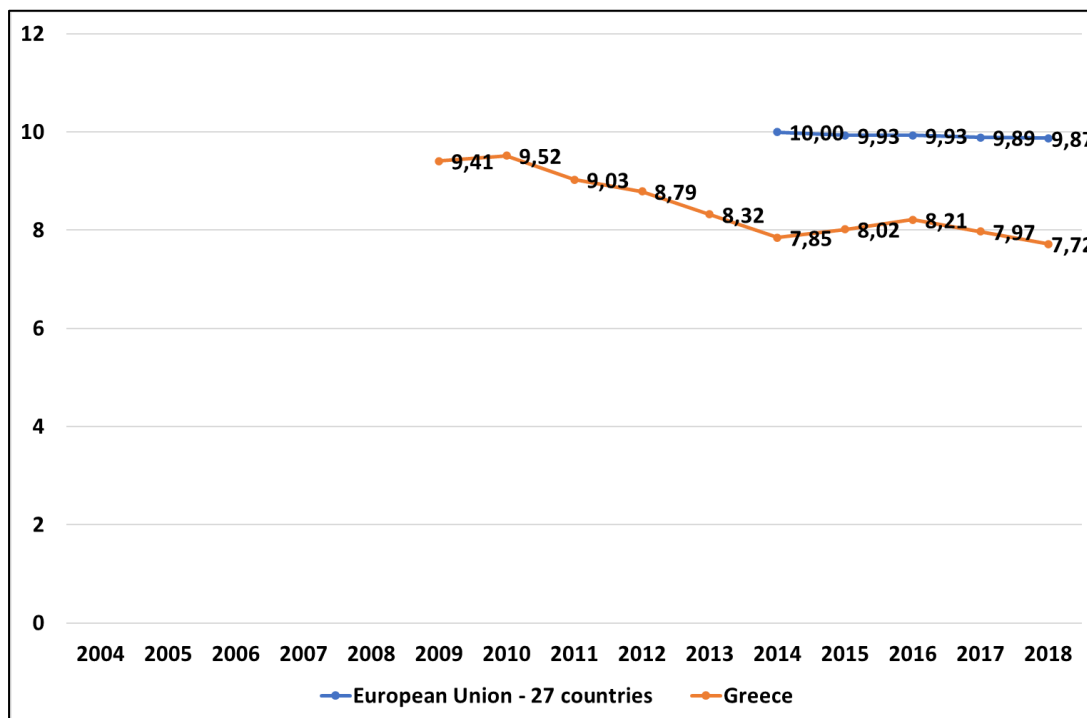
Romania	:	:	:	:	:	:	:	:
Slovenia	:	:	:	:	:	:	:	:
Slovakia	:	:	:	:	:	:	:	:
Finland	8,06	8,29	8,28	8,08	8,34	9,16	9,14	
Sweden	:	:	:	:	:	:	:	:
Iceland	:	:	:	:	:	:	:	:
Liechtenstein	:	:	:	:	:	:	:	:
Norway	:	:	:	:	:	:	:	:
Switzerland	:	:	:	:	:	:	:	10,28
United Kingdom	:	:	:	:	:	:	:	:
Bosnia and Herzegovina	:	:	:	:	:	:	:	:

TIME	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
European Union - 27 countries	:	:	:	10,00	9,93	9,93	9,89	9,87
Belgium	10,39	10,51	10,56	10,44	10,43	10,28	10,41	10,32
Bulgaria	7,14	7,58	7,17	7,71	7,41	7,48	7,45	7,35
Czechia	:	:	7,81	7,65	7,24	7,15	7,23	7,65
Denmark	10,15	10,24	10,17	10,17	10,23	10,14	10,12	10,10
Germany	10,78	10,85	10,99	11,02	11,16	11,23	11,37	11,47
Estonia	5,77	5,79	5,98	6,08	6,35	6,50	6,61	6,66
Ireland	10,71	10,69	10,30	9,68	7,32	7,41	7,15	6,93
Greece	9,03	8,79	8,32	7,85	8,02	8,21	7,97	7,72
Spain	9,17	9,16	9,07	9,09	9,13	8,95	8,94	8,99
France	11,20	11,31	11,44	11,58	11,47	11,50	11,39	11,26
Croatia	:	:	6,53	6,70	6,79	6,83	6,78	6,83
Italy	:	8,78	8,78	8,87	8,86	8,73	8,68	8,67
Cyprus	6,45	6,55	6,95	6,96	6,93	6,83	6,74	6,77
Latvia	:	:	5,40	5,46	5,69	6,21	6,01	6,21
Lithuania	6,51	6,29	6,14	6,20	6,49	6,64	6,47	6,57
Luxembourg	6,11	5,58	5,53	5,44	5,28	5,19	5,26	5,29
Hungary	7,54	7,47	7,26	7,09	6,97	7,05	6,79	6,70
Malta	:	:	:	9,32	9,21	9,11	9,21	8,95
Netherlands	10,23	10,54	10,58	10,57	10,32	10,25	10,06	9,97
Austria	10,03	10,20	10,29	10,37	10,37	10,36	10,36	10,32
Poland	:	:	6,38	6,25	6,34	6,51	6,56	6,33
Portugal	9,53	9,35	9,08	9,02	8,98	9,42	9,33	9,45
Romania	4,70	4,72	5,19	5,03	4,94	4,99	5,15	5,56
Slovenia	:	:	:	8,50	8,52	8,49	8,19	8,30
Slovakia	:	7,55	7,51	6,89	6,79	6,99	6,77	6,69
Finland	9,22	9,59	9,81	9,78	9,65	9,38	9,14	9,04
Sweden	10,42	10,74	10,90	10,95	10,80	10,84	10,79	10,90
Iceland	8,25	8,20	8,22	8,28	8,13	8,17	8,34	8,54
Liechtenstein	:	:	5,75	5,64	5,75	5,85	5,61	5,50
Norway	8,79	8,78	8,93	9,34	10,13	10,59	10,32	10,05
Switzerland	10,34	10,62	10,83	10,99	11,37	11,71	11,90	11,88
United Kingdom	:	:	9,98	9,96	9,90	9,87	9,83	10,00
Bosnia and Herzegovina	:	:	9,42	9,46	9,34	9,23	8,93	8,89

Πηγή: Eurostat 2021

Η Ελλάδα μείωσε τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης από 9,41% του ΑΕΠ το 2009 σε 7,72% το 2018. Αντίθετα, η ΕΕ είχε σταθερές δαπάνες για την υγεία περίπου 9,5% του ΑΕΠ.

Διάγραμμα 3. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ως % ΑΕΠ, Ευρώπη και Ελλάδα



Πηγή: Eurostat 2021

Οι Δανία, Ελλάδα, Λετονία, Πορτογαλία, Σλοβενία αποτελούν τις χώρες όπου η οικονομική κρίση δημιούργησε μια ώθηση για επιτάχυνση της αναδιάρθρωσης του νοσοκομειακού τομέα μέσω κλεισιμάτων και συγχωνεύσεων. Αντίστοιχα, οι χώρες Ολλανδία, Ιρλανδία, Ισλανδία, Λιθουανία στράφηκαν προς την φροντίδα εξωτερικών ασθενών, την βελτίωση του συντονισμού με επένδυση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, την συγχώνευση κέντρων υγείας και την αναδιοργάνωση των έκτακτων περιστατικών. Μερικές χώρες εγκατέλειψαν ή διατήρησαν στάσιμα τα επενδυτικά σχέδια για την κατασκευή νέων νοσοκομείων, τα προγράμματα εκσυγχρονισμού που περιλαμβάνουν αναβάθμιση του νοσοκομείου και υπηρεσίες ασθενοφόρων, ή μείωσαν το μερίδιο των κεφαλαιουχικών δαπανών. Αντίθετα, ορισμένες χώρες αύξησαν τη χρηματοδότηση για τον εκσυγχρονισμό των παρόχων δημόσιας υγείας, χρησιμοποιώντας πόρους από τα ταμεία ασφάλισης υγείας ή ανέπτυξαν συστήματα

ηλεκτρονικής υγείας (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ηλεκτρονική κάρτα υγείας) (Thomson et al. 2015).

Ο νοσοκομειακός τομέας απορροφά μεγάλο μέρος των δαπανών υγείας (35-70%) στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια (Rechel et al., 2009). Οι περισσότερες χώρες μείωσαν την χωρητικότητα του νοσοκομείου προκειμένου να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα, έκλεισαν τις περιττές εγκαταστάσεις και αντικατέστησαν την δαπανηρή νοσοκομειακή περίθαλψη με εναλλακτικές, πιο αποδοτικές οικονομικά, λύσεις όπως την χειρουργική επέμβαση ημέρας (McKee & Healy, 2002). Αυτές οι αλλαγές έχουν γενικά αποδειχθεί ότι δεν έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της φροντίδας. Ωστόσο, ενώ μπορούν να βελτιώσουν την απόδοση, δεν επιφέρουν χαμηλότερες δημόσιες δαπάνες, δεδομένου ότι οι εξοικονομήσεις χρησιμοποιούνται αλλού στο σύστημα υγείας. Επίσης, επιπλέον έξοδα μπορεί να επιβαρύνουν τους ασθενείς και τους φροντιστές τους (Clarke, 1996).

Πίνακας 2. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά λειτουργία - Θεραπευτική περίθαλψη νοσηλευμένων ασθενών, ως % ΑΕΠ, στις ευρωπαϊκές χώρες

TIME	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
European Union - 27 countries	:	:	:	:	:	:	:
Belgium	2,18	2,12	2,29	2,28	2,42	2,56	2,52
Bulgaria	:	:	:	:	:	:	:
Czechia	:	:	:	:	:	:	:
Denmark	:	:	:	:	:	:	2,95
Germany	2,53	2,56	2,53	2,44	2,48	2,74	2,74
Estonia	1,43	1,49	1,38	1,37	1,58	1,74	1,64
Ireland	:	:	:	:	:	:	:
Greece	:	:	:	:	:	3,69	3,76
Spain	1,70	1,75	1,79	1,81	1,98	2,16	2,14
France	:	:	2,38	2,32	2,29	2,43	2,40
Croatia	:	:	:	:	:	:	:
Italy	:	:	:	:	:	:	:
Cyprus	:	:	:	:	:	:	1,88
Latvia	:	:	:	:	:	:	:
Lithuania	:	:	1,59	1,53	1,62	1,85	1,74
Luxembourg	:	:	:	:	:	:	:
Hungary	:	:	1,86	1,73	1,66	1,63	1,66
Malta	:	:	:	:	:	:	:
Netherlands	1,75	1,72	1,68	1,68	1,81	1,95	1,97
Austria	2,90	2,92	2,90	2,86	2,94	3,07	3,07
Poland	:	:	:	:	:	:	:
Portugal	2,00	2,00	1,86	1,72	1,72	1,69	1,62
Romania	:	:	:	:	:	:	:
Slovenia	:	:	:	:	:	:	:
Slovakia	:	:	:	:	:	:	:
Finland	1,95	1,96	1,87	1,79	1,88	2,05	2,06
Sweden	:	:	:	:	:	:	:

Iceland	:	:	:	:	:	:	:	:
Liechtenstein	:	:	:	:	:	:	:	:
Norway	:	:	:	:	:	:	:	:
Switzerland	:	:	:	:	:	:	:	2,48
United Kingdom	:	:	:	:	:	:	:	:
Bosnia and Herzegovina	:	:	:	:	:	:	:	:

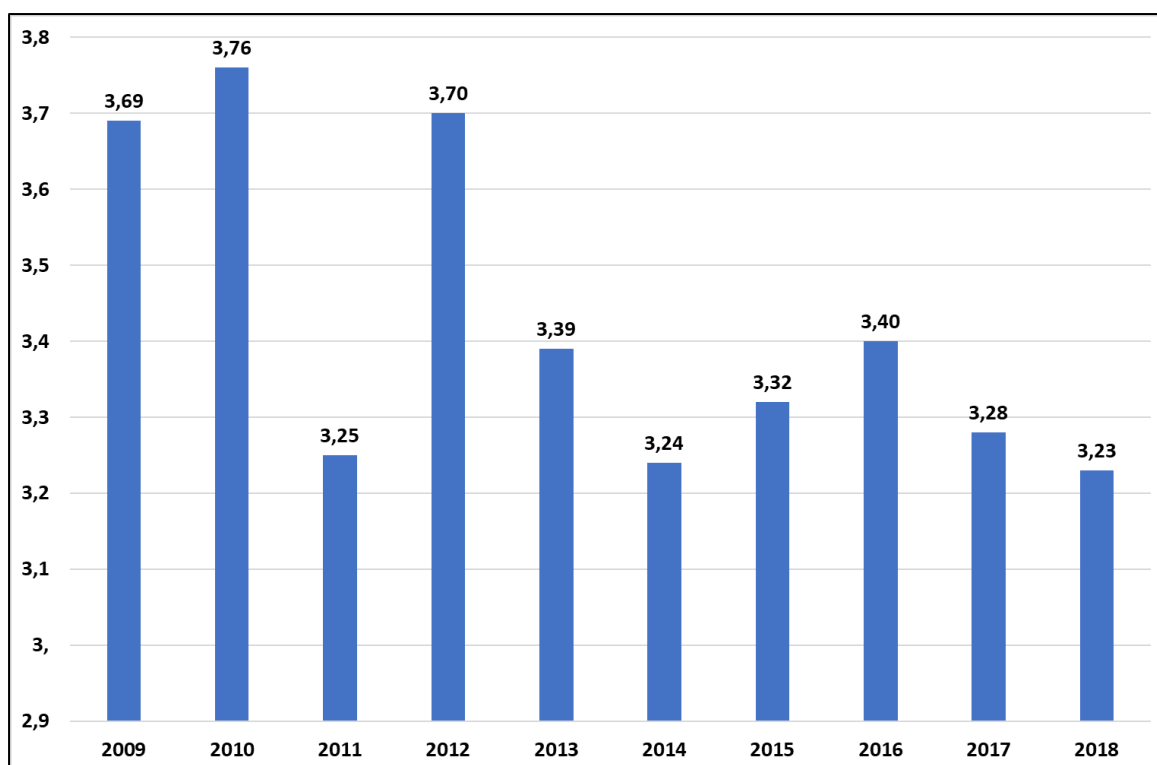
TIME	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
European Union - 27 countries	:	:	:	:	:	:	:	:
Belgium	2,61	2,65	2,66	2,63	2,67	2,47	2,42	2,35
Bulgaria	:	2,39	2,39	2,51	2,28	2,35	2,28	2,55
Czechia	:	:	1,89	1,76	1,61	1,56	1,60	1,70
Denmark	2,83	2,81	2,78	2,72	2,71	2,67	2,57	2,54
Germany	2,69	2,71	2,74	2,74	2,75	2,76	2,73	2,73
Estonia	1,48	1,47	1,45	1,47	1,49	1,46	1,43	1,44
Ireland	:	:	:	:	:	:	:	:
Greece	3,25	3,70	3,39	3,24	3,32	3,40	3,28	3,23
Spain	2,23	2,24	2,18	2,24	2,28	2,23	2,23	2,24
France	2,37	2,38	2,40	2,41	2,36	2,36	2,32	2,28
Croatia	:	:	1,47	1,50	1,57	1,37	1,35	1,33
Italy	:	:	:	:	:	:	:	:
Cyprus	1,89	1,86	1,94	1,88	1,81	1,76	1,77	1,81
Latvia	:	:	1,24	1,16	1,15	1,16	1,12	1,29
Lithuania	1,64	1,61	1,56	1,54	1,65	1,81	1,66	1,73
Luxembourg	1,47	1,40	1,36	1,29	1,26	1,22	1,21	1,25
Hungary	1,65	1,74	1,73	1,74	1,76	1,76	1,75	1,73
Malta	:	:	:	1,64	1,86	1,86	1,93	1,82
Netherlands	1,84	1,88	1,88	1,85	1,84	1,83	1,81	1,78
Austria	2,97	3,03	2,96	2,96	2,93	2,93	2,91	2,89
Poland	:	:	2,02	1,98	2,03	2,05	2,00	1,94
Portugal	1,55	1,60	1,57	1,57	1,49	1,48	1,45	1,51
Romania	1,22	1,21	1,32	1,29	1,28	1,39	1,58	1,95
Slovenia	:	:	:	2,28	2,20	2,25	2,09	2,14
Slovakia	:	1,63	1,78	1,78	1,82	1,82	1,81	1,86
Finland	2,13	2,21	2,27	2,24	2,12	2,03	1,96	1,91
Sweden	:	:	:	:	:	:	:	:
Iceland	1,91	1,93	1,93	2,01	2,08	1,98	2,05	2,14
Liechtenstein	:	:	1,47	1,41	1,41	1,49	1,38	1,42
Norway	2,28	2,24	2,27	2,36	2,55	2,65	2,46	2,36
Switzerland	2,49	2,58	2,65	2,64	2,71	2,77	2,77	2,71
United Kingdom	:	:	:	:	:	:	:	:
Bosnia and Herzegovina	:	:	2,77	2,80	2,78	2,73	2,73	2,82

Πηγή: Eurostat 2021

Η Ελλάδα μείωνε τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης για θεραπευτική περίθαλψη νοσηλευμένων ασθενών κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Ειδικότερα, το 2010 ήταν ποσοστό 3,76% του ΑΕΠ και το 2018 μειώθηκε σε 3,23%. Αντίθετα, οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αύξησαν σταδιακά τις δαπάνες. Ωστόσο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η Ελλάδα δαπανούσε ένα από τα υψηλότερα ποσοστά

στην νοσοκομειακή περίθαλψη σε σύγκριση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες όπου κατά μέσο όρο δαπανούν 2-2,5%. Αντίστοιχη ήταν η έρευνα των Grigorakis et al. (2016) όπου έδειξε ότι οι ιδιωτικές πληρωμές σε νοσοκομεία στην Ελλάδα έχουν καταστροφικές επιπτώσεις, ιδίως στους φτωχούς, παρά την πλήρη κάλυψη του ΕΣΥ. Τα εμπειρικά αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι το ΕΣΥ αντί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στις τυπικές και ανεπίσημες πληρωμές, παράδοξως επηρεάζει θετικά αυτές.

Διάγραμμα 4. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά λειτουργία - Θεραπευτική περίθαλψη νοσηλευμένων ασθενών, ως % ΑΕΠ, Ελλάδα



Πηγή: Eurostat 2021

Η μείωση της χωρητικότητας του νοσοκομείου αντικατοπτρίζει μια αυξανόμενη έμφαση στην αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με σκοπό την παροχή φροντίδας με χαμηλότερο κόστος, όπου είναι δυνατόν, την ενίσχυση του συντονισμού εντός του συστήματος υγείας, την βελτίωση της ποιότητας και την αντιμετώπιση του κατακερματισμού των υπηρεσιών (Saltman, Rico & Boerma, 2006; Figueras et al., 2008). Οι πρόσφατες εξελίξεις περιλαμβάνουν δίκτυα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, στρατηγικές καθοδηγούμενες από νοσηλευτές (Γαλλία, Ολλανδία, Σουηδία, Ηνωμένο Βασίλειο), διαχείριση ασθενειών, χρήση διεπιστημονικών

ομάδων για την υποστήριξη του ελέγχου και της ποιότητας. Η απόδειξη της αποτελεσματικότητας τέτοιων μεταρρυθμίσεων είναι ακόμη ασαφής. Στην φροντίδα για άτομα με χρόνιες παθήσεις, υπάρχει έλλειψη δεδομένων σχετικά με την ποιότητα της περίθαλψης και του ασθενούς (Thomson et al. 2015).

Πίνακας 3. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά λειτουργία-Θεραπευτική περίθαλψη και αποκατάσταση, ως % ΑΕΠ, στις ευρωπαϊκές χώρες

TIME	2004	2005	2006	2007	2008	2009
European Union - 27 countries	:	:	:	:	:	:
Belgium	5,00	4,96	4,62	4,66	4,84	5,20
Bulgaria	:	:	:	:	:	:
Czechia	:	:	:	:	:	:
Denmark	:	:	:	:	:	:
Germany	5,37	5,33	5,26	5,15	5,25	5,76
Estonia	2,79	2,88	2,75	2,92	3,35	3,76
Ireland	:	:	:	:	:	:
Greece	:	:	:	:	:	5,92
Spain	4,41	4,44	4,50	4,53	4,85	5,19
France	:	:	5,62	5,53	5,57	5,92
Croatia	:	:	:	:	:	:
Italy	:	:	:	:	:	:
Cyprus	:	:	:	:	:	:
Latvia	:	:	:	:	:	:
Lithuania	:	:	3,09	3,01	3,30	3,82
Luxembourg	:	:	:	:	:	:
Hungary	:	:	3,88	3,58	3,46	3,49
Malta	:	:	:	:	:	:
Netherlands	4,27	4,26	4,25	4,28	4,45	4,87
Austria	5,74	5,76	5,68	5,66	5,76	6,07
Poland	:	:	:	:	:	:
Portugal	5,61	5,75	5,55	5,49	5,69	6,15
Romania	:	:	:	:	:	:
Slovenia	:	:	:	:	:	:
Slovakia	:	:	:	:	:	:
Finland	4,40	4,52	4,56	4,40	4,57	5,04
Sweden	5,27	5,25	5,23	5,20	5,34	5,70
Iceland	:	:	:	:	:	:
Liechtenstein	:	:	:	:	:	:
Norway	:	:	:	:	:	:
Switzerland	:	:	:	:	:	:
United Kingdom	:	:	:	:	:	:
Bosnia and Herzegovina	:	:	:	:	:	:

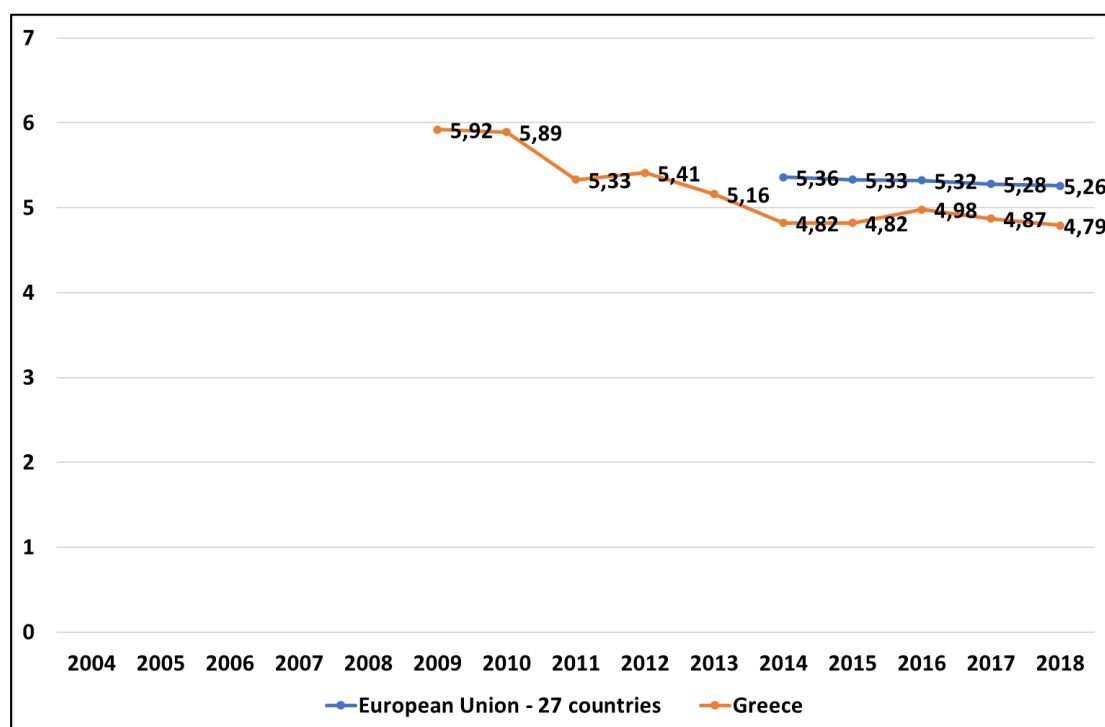
TIME	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
European Union - 27 countries	:	:	:	:	5,36	5,33	5,32	5,28	5,26
Belgium	5,20	5,35	5,44	5,47	5,48	5,48	5,40	5,36	5,23
Bulgaria	:	3,50	3,83	3,84	4,14	3,88	3,87	3,84	3,93
Czechia	:	:	:	4,24	4,11	3,89	3,78	3,84	4,18
Denmark	5,72	5,71	5,80	5,72	5,69	5,70	5,67	5,64	5,61
Germany	5,70	5,59	5,61	5,68	5,66	5,66	5,68	5,64	5,66
Estonia	3,55	3,26	3,27	3,42	3,52	3,66	3,70	3,66	3,67

Ireland	:	5,77	5,69	5,55	5,17	4,00	4,09	3,95	3,87
Greece	5,89	5,33	5,41	5,16	4,82	4,82	4,98	4,87	4,79
Spain	5,16	5,25	5,29	5,17	5,20	5,25	5,12	5,14	5,18
France	5,89	5,89	5,98	6,07	6,15	6,12	6,15	6,08	6,02
Croatia	:	:	:	3,48	3,74	3,85	3,81	3,81	3,87
Italy	:	:	4,91	4,85	4,91	4,89	4,80	4,74	4,72
Cyprus	4,23	4,19	4,22	4,45	4,45	4,29	4,20	4,17	4,20
Latvia	:	:	:	2,67	2,71	2,80	3,07	3,00	3,21
Lithuania	3,56	3,50	3,29	3,25	3,16	3,38	3,52	3,44	3,63
Luxembourg	:	3,39	3,09	3,03	2,96	2,90	2,86	2,88	2,97
Hungary	3,69	3,64	3,80	3,82	3,72	3,68	3,70	3,65	3,64
Malta	:	:	:	:	4,42	4,58	4,57	4,68	4,46
Netherlands	4,99	4,96	5,07	5,16	5,18	5,26	5,32	5,22	5,16
Austria	6,07	5,94	6,06	6,08	6,11	6,08	6,11	6,13	6,12
Poland	:	:	:	3,81	3,76	3,89	3,95	4,13	3,96
Portugal	6,21	6,07	6,08	6,00	5,97	5,90	6,06	6,03	6,14
Romania	:	2,15	2,26	2,38	2,40	2,40	2,51	2,80	3,19
Slovenia	:	:	:	:	4,80	4,92	4,96	4,76	4,89
Slovakia	:	:	3,62	3,70	3,50	3,54	3,61	3,53	3,60
Finland	5,10	5,16	5,38	5,60	5,61	5,73	5,53	5,46	5,43
Sweden	5,46	5,44	5,59	5,62	5,68	5,58	5,58	5,53	5,57
Iceland	:	4,58	4,60	4,65	4,79	4,73	4,83	5,03	5,21
Liechtenstein	:	:	:	3,62	3,54	3,52	3,59	3,44	3,39
Norway	:	4,38	4,31	4,39	4,62	5,08	5,28	5,06	4,89
Switzerland	5,54	5,56	5,76	5,90	6,01	6,23	6,43	6,51	6,44
United Kingdom	:	:	:	5,50	5,48	5,59	5,59	5,60	5,60
Bosnia and Herzegovina	:	:	:	5,44	5,46	5,36	5,36	5,27	5,36

Πηγή: Eurostat 2021

Η Ελλάδα μείωσε τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης για θεραπευτική περίθαλψη και αποκατάσταση από 5,92% του ΑΕΠ το 2009 σε 4,79% το 2018. Αντίθετα, η ΕΕ είχε σταθερές δαπάνες για την υγεία περίπου 5,2% του ΑΕΠ.

Διάγραμμα 5. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης ανά λειτουργία-Θεραπευτική περίθαλψη και αποκατάσταση, ως % ΑΕΠ, Ευρώπη και Ελλάδα



Πηγή: Eurostat 2021

Αρκετές κυβερνήσεις αναδιάρθρωσαν τις υπηρεσίες υγείας και τα ασφαλιστικά κεφάλαια σε μια προσπάθεια μείωσης των γενικών εξόδων και αύξησης της αποδοτικότητας (Βουλγαρία, Κροατία, Τσεχική Δημοκρατία, Αγγλία, Ισλανδία, Λετονία, Λιθουανία, Πορτογαλία, Ρουμανία). Η μείωση του αριθμού των δημοσίων υπαλλήλων ή η κατάργηση των συνθηκών απασχόλησής τους (θητεία, αμοιβές, συντάξεις) ήταν ένας τρόπος μείωσης των δημοσίων δαπανών για την υγεία αλλά σε αυτή την επιλογή ενυπάρχει ο κίνδυνος απώλειας ειδικευμένου προσωπικού, όπως καταδεικνύεται από τις πρόσφατες τάσεις σε ολόκληρη την Ευρώπη (Parry, 2011).

Πίνακας 4. Υγειονομικό προσωπικό που απασχολείται στο νοσοκομείο, ανά 100.000 κατοίκους, στις ευρωπαϊκές χώρες

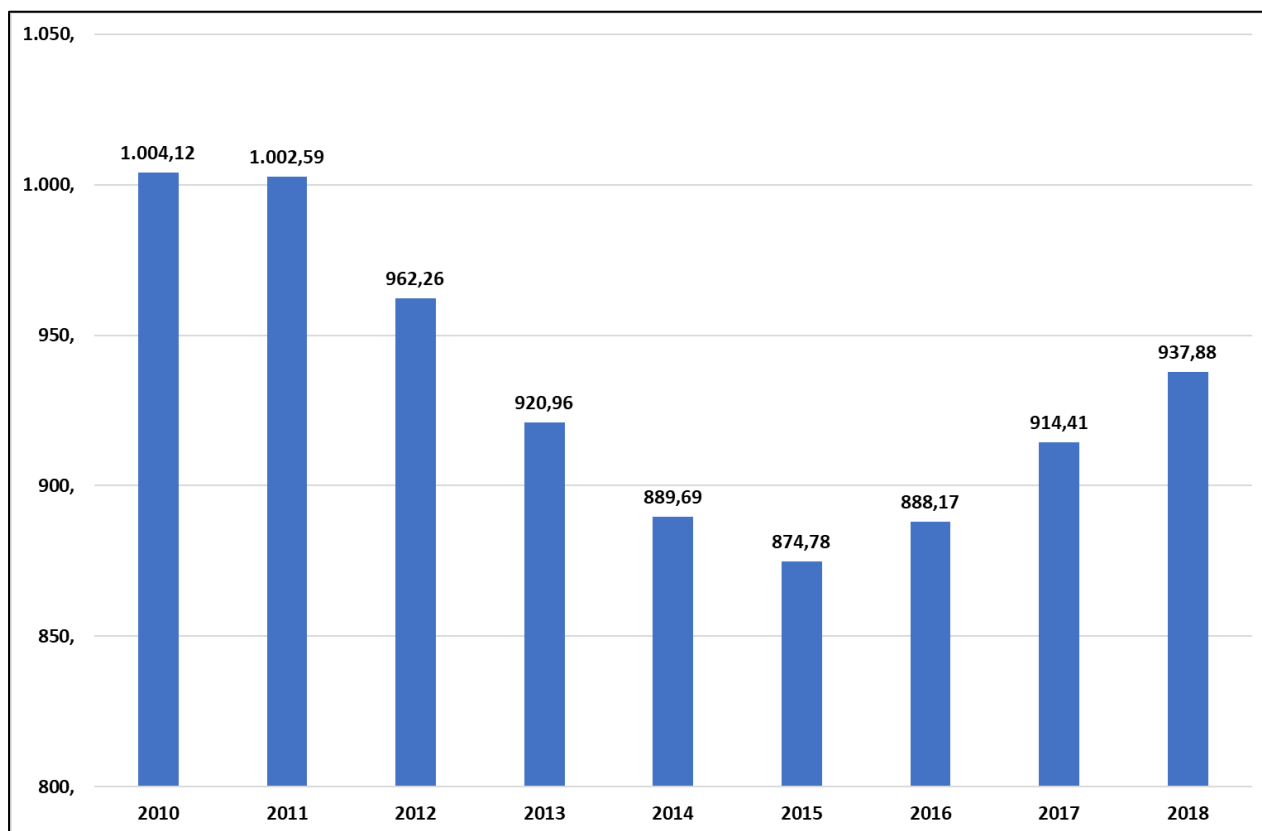
TIME	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Belgium	1.790,29	1.761,77	1.794,62	1.774,13	1.802,79	1.816,75	1.809,93	1.788,60	1.723,26
Bulgaria	910,49	916,83	928,66	951,45	974,05	980,23	988,37	996,32	999,87
Czechia	1.344,23	1.337,79	1.339,64	1.333,21	1.333,46	1.370,63	1.433,98	1.449,43	1.484,25
Denmark	2.077,57	2.044,67	2.046,44	2.088,91	2.102,82	2.078,94	2.059,21	2.059,85	2.058,69
Germany	1.523,23	1.555,90	1.575,36	1.593,39	1.604,05	1.609,81	1.626,01	1.647,77	:
Estonia	1.389,74	1.406,09	1.465,19	1.156,68	1.169,12	1.206,39	1.208,32	1.223,18	1.229,07
Ireland	1.249,43	1.230,55	1.202,67	1.188,39	1.212,97	1.265,24	1.283,32	1.314,85	1.349,31
Greece	1.004,12	1.002,59	962,26	920,96	889,69	874,78	888,17	914,41	937,88
Spain	1.170,98	1.155,71	1.132,95	1.130,40	1.157,86	1.176,16	1.194,73	1.226,61	1.259,11
France	2.102,17	1.977,38	1.987,48	1.971,66	1.961,94	1.954,63	1.957,10	1.962,21	1.967,24

Croatia	995,73	1.025,07	1.029,48	1.011,64	1.046,21	1.079,40	1.096,38	1.129,80	1.169,29
Italy	1.107,54	1.095,06	1.072,82	1.061,99	1.036,83	1.029,46	1.034,20	1.033,87	1.046,88
Cyprus	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Latvia	:	:	1.036,37	1.043,20	1.085,88	1.058,19	1.062,45	1.077,31	1.107,68
Lithuania	1.394,09	1.450,28	1.472,33	1.468,92	1.492,04	1.500,87	1.522,82	1.542,35	1.559,61
Luxembourg	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Hungary	991,32	1.046,17	999,24	1.079,00	1.059,55	1.062,25	1.061,62	1.077,46	1.086,77
Malta	1.630,13	1.678,49	1.772,03	1.827,61	2.001,35	2.053,01	2.119,66	2.061,97	2.075,60
Netherlands	1.704,20	1.720,89	1.732,82	1.719,39	1.568,99	1.616,34	1.502,86	1.525,67	1.604,56
Austria	1.270,45	1.291,34	1.304,95	1.310,96	1.327,12	1.329,48	1.328,63	1.341,08	1.342,07
Poland	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Portugal	1.205,70	1.134,87	1.151,86	1.152,91	1.137,78	1.180,50	1.227,40	1.267,33	1.336,92
Romania	737,23	730,68	754,61	763,75	779,17	812,48	847,97	894,58	908,98
Slovenia	1.006,35	1.011,28	1.026,80	997,69	1.044,19	1.077,43	1.061,63	1.109,13	1.260,58
Slovakia	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Finland	1.789,74	1.784,54	1.791,31	1.788,85	1.767,61	:	:	:	:
Iceland	1.895,35	1.892,08	1.900,44	1.903,24	1.941,75	1.966,96	2.058,50	2.079,21	2.099,11
Liechtenstein	530,24	514,98	493,77	529,97	553,06	546,75	538,23	661,19	475,87
Norway	2.312,69	2.282,98	2.174,58	2.152,62	2.134,63	2.177,81	2.180,87	2.161,89	2.186,25
Switzerland	2.239,87	2.298,11	2.317,87	2.358,42	2.392,04	2.440,26	2.495,79	2.516,09	2.545,38
United Kingdom	2.302,74	2.227,68	2.143,35	2.147,05	2.167,60	2.191,44	2.219,80	2.215,18	2.247,64
Montenegro	641,56	645,40	665,16	697,35	703,27	706,57	717,82	736,70	773,14
North Macedonia	503,02	517,41	531,96	523,97	524,36	551,10	630,88	599,37	:
Albania	408,10	409,20	:	426,65	:	:	:	:	:
Serbia	900,85	916,87	930,88	935,79	933,85	936,78	926,81	938,18	942,23
Turkey	:	696,98	726,09	825,51	848,81	876,74	855,85	902,45	989,43

Πηγή: Eurostat 2021

Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αύξησαν το υγειονομικό προσωπικό που απασχολείται στο νοσοκομείο μεταξύ των ετών 2010 και 2018. Ωστόσο σε αρκετές χώρες παρατηρήθηκε μείωση του υγειονομικού προσωπικού με σκοπό την συγκράτηση των δαπανών υγείας. Αυτές οι χώρες ήταν το Βέλγιο, η Εσθονία, η Ελλάδα, η Γαλλία, η Ιταλία, η Ολλανδία, η Νορβηγία, η Ελβετία και το Ην. Βασίλειο. Ειδικότερα για την Ελλάδα η μείωση ήταν 66,24 άτομα ανά 100.000 κατοίκους από το 2010 έως το 2018.

Διάγραμμα 6. Υγειονομικό προσωπικό που απασχολείται στο νοσοκομείο, ανά 100.000 κατοίκους, Ελλάδα



Πηγή: Eurostat 2021

Λίγες χώρες (Βέλγιο, Βουλγαρία, Τσεχία, Ιρλανδία, Γαλλία, Ιταλία) μείωσαν τους γενικούς ιατρούς κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, καθώς όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, δόθηκε ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην ΠΦΥ ως μέτρο μείωσης των δαπανών. Οι περισσότερες χώρες αύξησαν στους γενικούς ιατρούς.

Πίνακας 5. Γενικοί Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους, στις ευρωπαϊκές χώρες

TIME	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Belgium	119,10	118,38	117,70	116,10	114,59	113,80	111,98
Bulgaria	73,67	73,52	72,63	71,91	67,31	69,82	67,80
Czechia	:	72,69	72,31	71,08	70,60	70,53	70,35
Denmark	77,56	76,87	76,95	76,59	79,00	78,71	79,19
Germany	84,97	84,92	83,18	82,69	84,40	86,95	91,48
Estonia	72,14	72,48	73,28	75,86	76,29	73,36	73,53
Ireland	:	292,00	297,32	312,03	321,77	267,89	273,57
Greece	:	26,49	25,15	31,67	27,60	28,13	30,49
Spain	:	71,50	72,08	69,85	72,57	73,24	74,33
France	164,75	164,55	163,95	162,81	162,40	160,22	159,31
Croatia	70,07	69,09	68,40	68,68	68,66	75,80	77,97
Italy	89,16	89,29	88,89	90,14	89,48	89,11	89,32
Cyprus	:	:	:	:	:	:	:
Latvia	:	58,16	58,78	59,58	60,76	61,40	62,50
Lithuania	69,02	70,28	73,79	77,49	73,51	75,34	76,87

Luxembourg	69,42	78,25	77,23	81,67	81,24	79,35	81,66
Hungary	:	:	:	:	:	:	:
Malta	:	:	:	:	:	66,43	67,07
Netherlands	120,59	117,46	120,97	119,63	124,26	125,91	125,47
Austria	143,87	146,64	151,03	153,40	153,04	155,56	158,06
Poland	:	:	:	:	44,83	44,48	45,96
Portugal	163,70	168,64	172,44	178,34	185,05	191,34	200,23
Romania	55,81	67,35	82,29	79,33	86,30	83,01	84,94
Slovenia	:	48,39	48,23	49,69	49,37	49,86	50,96
Finland	:	100,55	102,43	101,18	102,66	102,14	118,96
Sweden	57,83	59,25	60,81	62,05	62,45	63,33	62,99
Iceland	57,86	60,32	60,24	60,34	58,91	58,40	57,23
Liechtenstein	:	71,94	68,50	70,90	70,48	72,74	102,72
Norway	77,33	78,39	80,89	81,50	81,81	80,29	82,61
Switzerland	52,56	51,66	52,38	53,04	59,90	60,47	60,65
United Kingdom	71,56	73,18	73,25	73,97	75,80	79,38	77,50
Montenegro	:	32,61	30,14	32,68	38,45	33,65	31,48
North Macedonia	72,08	65,79	84,60	78,69	87,25	87,00	88,71
Albania	:	:	:	:	:	:	:
Serbia	79,36	79,84	83,98	88,76	94,85	94,47	96,59
Turkey	46,02	48,36	50,71	51,76	52,92	52,72	56,16

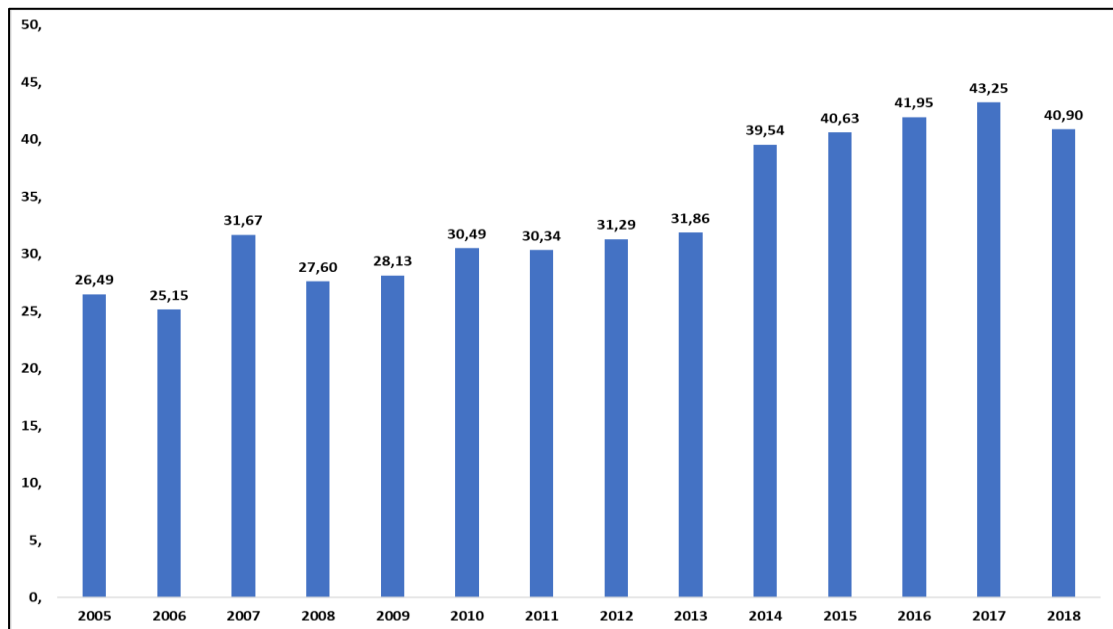
TIME	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Belgium	111,34	111,31	111,86	112,05	112,58	114,10	114,21	115,32
Bulgaria	67,02	69,77	65,81	65,71	62,93	63,99	65,72	61,52
Czechia	70,21	70,27	70,10	:	:	:	:	65,67
Denmark	79,31	80,07	79,34	79,65	80,43	79,99	80,07	80,24
Germany	93,74	93,74	97,47	99,07	96,22	96,96	98,49	99,82
Estonia	75,41	72,50	79,82	80,36	79,98	80,64	80,39	82,98
Ireland	248,16	245,42	233,16	176,35	183,12	179,04	182,28	184,19
Greece	30,34	31,29	31,86	39,54	40,63	41,95	43,25	40,90
Spain	74,28	74,96	75,11	75,04	74,79	74,86	75,93	76,50
France	143,01	142,55	142,59	142,24	141,64	141,38	141,91	141,75
Croatia	77,03	78,96	78,39	82,67	77,19	81,63	80,41	85,73
Italy	90,70	90,69	88,86	87,95	88,28	89,17	88,69	87,71
Cyprus	:	:	:	79,77	86,71	92,30	96,91	104,82
Latvia	64,48	65,77	67,42	69,92	69,73	72,06	72,80	73,22
Lithuania	88,47	90,27	91,59	94,43	97,04	100,17	105,04	102,94
Luxembourg	81,80	83,06	85,95	87,90	87,43	86,55	89,55	:
Hungary	:	:	:	:	:	:	70,03	72,59
Malta	75,67	79,76	79,82	79,62	78,42	79,06	80,98	81,71
Netherlands	139,58	144,05	145,78	151,86	156,38	158,89	161,87	166,60
Austria	159,72	162,00	164,20	165,33	165,17	158,34	156,24	169,74
Poland	38,16	33,22	33,77	36,16	38,48	42,28	41,89	:
Portugal	207,60	210,42	217,49	228,32	240,78	252,77	262,87	269,01
Romania	85,37	83,46	79,68	79,06	77,06	77,20	76,68	76,47
Slovenia	52,85	54,78	58,45	62,27	66,10	68,04	67,75	67,75
Finland	123,30	121,98	125,92	131,23	124,77	:	:	:
Sweden	63,21	64,14	64,59	64,67	64,80	64,38	63,74	:
Iceland	57,99	57,37	58,07	57,42	57,74	63,50	60,86	61,81
Liechtenstein	101,89	100,94	100,04	91,28	93,35	98,10	121,17	115,04
Norway	83,58	86,02	87,35	89,45	83,32	84,23	86,53	88,31
Switzerland	105,61	107,77	111,08	112,66	115,55	114,66	113,92	113,73

United Kingdom	78,78	78,51	77,77	78,32	77,05	76,33	75,42	74,58
Montenegro	30,64	32,87	38,80	39,40	43,88	45,64	48,68	54,00
North Macedonia	93,90	100,09	97,72	102,15	95,01	99,88	97,95	:
Albania	:	:	:	:	:	:	:	:
Serbia	93,03	90,22	90,45	90,32	87,93	85,87	86,66	88,66
Turkey	56,37	55,07	53,90	53,82	57,08	58,16	59,77	59,81

Πηγή: Eurostat 2021

Η Ελλάδα ήταν μια από τις ευρωπαϊκές χώρες που στράφηκε στην αναδιοργάνωση της ΠΦΥ και αύξησε του γενικούς ιατρούς ανά 100.000 κατοίκους κατά 14,41 το έτος 2005 έως και το 2018, αναγνωρίζοντας την σημαντικότητα της ΠΦΥ.

Διάγραμμα 7. Γενικοί Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους, Ελλάδα



Πηγή: Eurostat 2021

Από την άλλη πλευρά οι εξειδικευμένοι ιατροί αυξήθηκαν σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες παρά την οικονομική κρίση. Στην Γαλλία παρατηρείται η χαμηλότερη αύξηση με 6,22 εξειδικευμένους ιατρούς ανά 100.000 κατοίκους και η υψηλότερη αύξηση ήταν στην Ελλάδα με 194,72 από το 2004 έως το 2018. Αυτό αποδεικνύει ότι πολλοί Έλληνες πολίτες επιλέγουν τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας λόγω του γεγονότος ότι ο δημόσιος τομέας δεν μπορούσε να καλύψει την αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Πίνακας 6. Εξειδικευμένοι Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους, στις ευρωπαϊκές χώρες

TIME	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
------	------	------	------	------	------	------	------

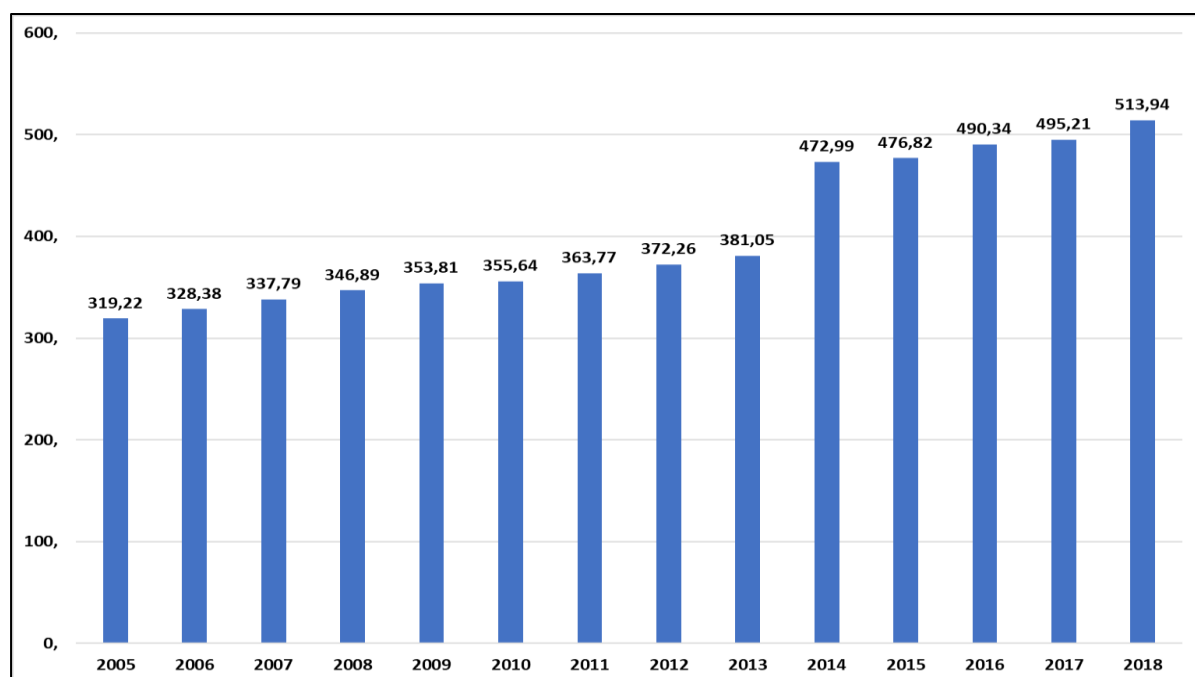
Belgium	161,72	163,88	166,17	169,96	173,35	174,61	175,39
Bulgaria	281,47	294,33	296,87	297,61	299,11	305,65	310,31
Czechia	:	283,59	:	:	284,93	287,10	289,20
Denmark	136,48	140,73	143,34	144,52	148,59	152,29	157,65
Germany	252,47	254,61	260,49	265,94	269,66	274,94	283,33
Estonia	221,06	218,63	219,18	223,10	228,18	225,03	222,46
Ireland	:	60,67	65,32	71,24	73,08	132,36	139,16
Greece	:	319,22	328,38	337,79	346,89	353,81	355,64
Spain	:	206,87	212,08	218,91	226,65	232,15	230,89
France	169,11	169,27	169,17	168,60	168,68	166,46	167,96
Croatia	115,59	126,54	130,03	131,96	134,03	198,52	208,41
Italy	280,61	282,87	283,49	289,38	289,20	289,94	292,59
Cyprus	:	:	:	:	:	:	:
Latvia	:	237,90	244,10	254,74	262,57	253,91	248,19
Lithuania	260,67	261,82	271,93	270,82	273,37	268,36	267,49
Luxembourg	:	177,57	180,48	187,71	190,53	191,65	195,68
Hungary	:	:	:	:	:	:	:
Malta	:	:	:	:	:	124,86	148,13
Netherlands	144,19	153,29	158,53	159,73	162,75	166,35	170,89
Austria	204,61	211,05	218,14	224,92	228,70	233,70	240,37
Poland	:	:	:	:	171,29	173,00	172,74
Portugal	177,94	181,52	184,79	187,54	190,32	194,76	198,20
Romania	82,95	82,80	135,13	144,36	147,35	151,56	151,92
Slovenia	:	172,56	173,75	176,99	180,48	183,22	184,18
Finland	:	139,36	143,19	145,27	146,33	148,21	190,40
Sweden	188,21	191,96	196,42	200,75	202,10	205,23	208,29
Iceland	:	233,21	229,11	227,24	227,46	227,94	224,50
Liechtenstein	:	152,51	159,83	155,98	169,15	176,27	186,00
Norway	144,12	151,67	155,71	159,71	159,10	167,17	166,71
Switzerland	:	:	:	:	230,50	238,86	245,25
United Kingdom	161,57	167,57	172,54	175,00	181,02	185,74	188,05
Montenegro	:	163,55	170,40	167,78	174,41	178,29	174,52
North Macedonia	148,83	149,84	169,64	168,53	174,80	174,58	180,92
Albania	:	:	:	:	:	70,03	69,34
Serbia	201,67	199,51	198,10	200,34	203,63	207,11	209,98
Turkey	97,64	99,01	100,05	102,75	106,33	111,97	112,62

TIME	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Belgium	176,59	178,55	180,19	181,90	185,21	189,07	190,15	193,07
Bulgaria	319,24	321,69	331,86	332,98	341,61	349,77	358,78	360,18
Czechia	293,46	297,20	298,69	:	:	:	:	324,00
Denmark	159,77	162,92	166,66	170,05	173,43	176,03	179,62	181,20
Germany	293,95	300,90	306,03	311,76	317,71	321,69	326,39	331,27
Estonia	226,83	226,81	253,64	255,52	261,52	265,01	266,44	265,36
Ireland	162,20	148,60	158,87	123,51	127,84	139,36	142,72	143,34
Greece	363,77	372,26	381,05	472,99	476,82	490,34	495,21	513,94
Spain	232,68	240,95	241,24	243,55	248,45	252,00	254,02	259,76
France	163,95	165,81	167,24	168,65	170,59	172,42	173,89	175,33
Croatia	214,60	220,21	224,96	231,35	241,97	242,02	255,80	258,33
Italy	299,14	296,65	301,15	300,10	295,55	306,10	310,26	309,99
Cyprus	:	:	:	258,06	272,63	284,54	289,93	302,51
Latvia	248,97	248,63	251,71	251,68	250,06	249,19	247,70	257,16

Lithuania	321,26	331,58	336,11	336,32	336,88	346,52	350,59	356,84
Luxembourg	194,85	197,38	196,92	200,07	203,30	201,90	208,94	:
Hungary	:	:	:	:	:	:	261,70	264,98
Malta	148,94	156,89	166,21	183,64	200,20	203,36	210,26	218,31
Netherlands	173,69	181,30	185,56	190,64	192,76	194,79	198,47	200,36
Austria	244,67	250,38	261,56	267,97	274,24	272,58	275,28	262,95
Poland	183,11	190,16	190,32	194,53	194,33	199,31	195,86	:
Portugal	204,65	213,65	222,49	228,10	234,56	241,20	248,94	260,74
Romania	161,09	177,59	184,68	190,77	199,52	206,90	216,00	228,23
Slovenia	191,00	191,92	198,40	207,47	207,02	218,59	230,26	241,67
Finland	189,00	193,09	184,76	197,29	194,32	:	:	:
Sweden	212,65	216,02	220,55	222,77	224,24	224,73	225,39	:
Iceland	218,49	219,20	218,06	220,54	219,16	243,86	231,80	227,38
Liechtenstein	203,79	215,51	224,42	228,20	226,70	230,67	242,35	237,93
Norway	170,58	169,05	172,55	179,14	181,99	186,45	197,94	204,77
Switzerland	215,94	224,56	234,20	239,83	245,26	250,71	256,25	260,69
United Kingdom	190,45	191,62	193,53	196,63	200,75	202,19	206,02	208,74
Montenegro	172,40	172,74	178,20	180,92	195,61	214,04	217,88	224,02
North Macedonia	180,52	179,13	183,48	189,75	193,60	199,76	201,83	:
Albania	70,15	72,16	72,09	:	:	:	:	:
Serbia	216,78	219,75	220,10	216,81	219,88	209,57	209,22	209,56
Turkey	113,43	117,55	121,78	121,89	123,52	124,52	127,00	128,29

Πηγή: Eurostat 2021

Διάγραμμα 8. Εξειδικευμένοι Ιατροί ανά 100.000 κατοίκους, Ελλάδα



Πηγή: Eurostat 2021

Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες αύξησαν τους νοσηλευτές ανά 100.000 κατοίκους από τα έτη 2004 έως και 2018 παρά την οικονομική κρίση, αναγνωρίζοντας την αυξημένη φροντίδα που μπορούν να παρέχουν οι νοσηλευτές στους ασθενείς και

συγκρατώντας ταυτόχρονα τις δαπάνες υγείας. Ο αριθμός των νοσηλευτών αυξήθηκε σημαντικά στην Νορβηγία (+1000) και από 300 έως 100 νοσηλευτές στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες.

Πίνακας 7. Νοσηλευτές ανά 100.000 κατοίκους, στις ευρωπαϊκές χώρες

TIME	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Belgium	:	:	:	:	:	:	:
Bulgaria	:	:	:	:	:	:	:
Czechia	:	:	:	:	:	1.072,21	1.077,28
Denmark	2.482,83	2.536,45	2.527,02	2.506,14	2.574,90	2.646,56	2.626,95
Germany	:	1.363,20	:	1.394,56	:	1.496,81	:
Estonia	693,55	829,44	833,30	846,36	904,73	902,72	899,68
Ireland	:	:	:	:	:	:	:
Greece	432,23	427,07	435,92	434,05	438,23	444,82	440,98
Spain	:	:	:	:	:	:	:
France	:	:	:	:	:	:	:
Croatia	541,28	544,34	552,54	564,00	582,94	570,90	591,59
Italy	:	:	:	:	:	:	:
Cyprus	:	:	:	:	:	:	:
Latvia	608,58	617,97	679,24	668,54	675,37	599,35	613,05
Lithuania	913,36	936,73	952,63	953,46	977,20	962,12	971,88
Luxembourg	:	:	:	:	:	1.660,96	1.667,22
Hungary	838,91	869,69	901,99	860,89	885,21	886,53	883,22
Malta	:	:	:	:	:	:	:
Netherlands	2.680,95	2.677,37	2.608,60	2.675,91	2.618,96	:	:
Austria	733,74	738,62	748,37	759,81	774,80	786,25	792,88
Poland	:	:	:	:	:	:	:
Portugal	:	:	:	:	:	:	:
Romania	:	:	:	832,22	837,17	863,59	837,95
Slovenia	863,19	871,04	884,76	933,73	932,07	963,78	975,55
Slovakia	:	:	:	:	:	:	:
Finland	3.018,57	3.113,32	3.255,23	3.365,99	3.417,64	3.329,56	3.372,97
Sweden	:	:	:	:	:	:	:
Iceland	2.815,39	3.093,01	2.866,20	2.858,47	2.827,86	2.863,75	2.821,96
Liechtenstein	351,26	368,32	373,90	374,34	318,56	279,79	441,40
Norway	2.458,08	2.503,15	2.532,01	2.509,45	2.503,16	3.327,63	3.336,69
Switzerland	:	:	:	2.047,13	2.082,86	2.108,79	2.234,60
United Kingdom	:	:	:	:	:	:	:
Serbia	:	:	:	:	:	:	:

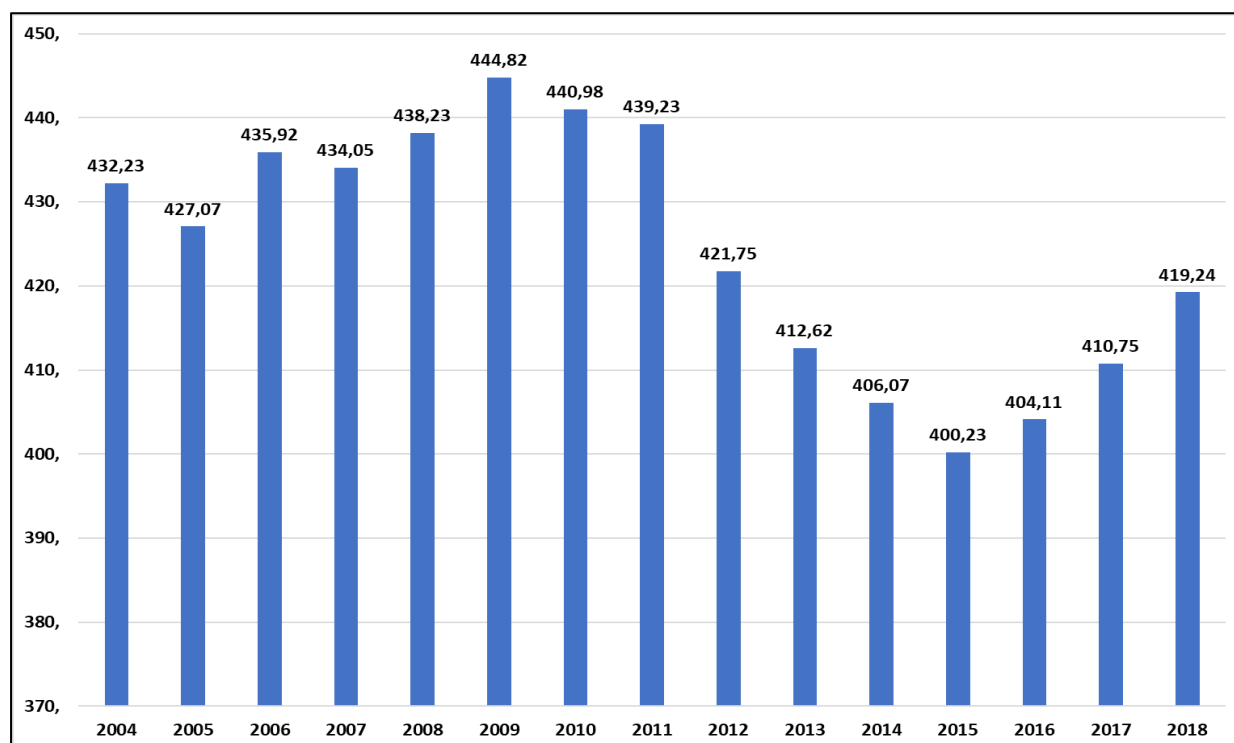
TIME	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Belgium	:	:	:	:	:	:	:	:
Bulgaria	:	:	:	488,92	484,75	483,22	486,49	485,71
Czechia	1.073,31	1.077,58	1.071,74	1.071,98	1.090,51	1.108,80	1.108,50	1.117,77
Denmark	2.609,71	2.625,09	2.625,59	2.637,88	2.647,65	2.665,76	2.673,80	2.666,91
Germany	1.592,08	:	1.665,86	:	1.747,41	:	1.830,86	:
Estonia	934,28	921,60	859,18	880,30	914,17	922,79	933,59	951,98
Ireland	:	:	:	:	:	:	:	:
Greece	439,23	421,75	412,62	406,07	400,23	404,11	410,75	419,24
Spain	:	:	:	:	:	:	:	:
France	:	:	:	:	:	:	:	:
Croatia	606,57	617,44	632,20	627,73	632,53	682,50	705,88	721,24
Italy	:	:	1.414,12	1.498,54	1.562,17	1.609,50	1.637,62	1.633,56

Cyprus	:	:	:	:	:	:	:	:
Latvia	610,04	603,00	609,99	607,49	595,19	591,42	588,49	569,23
Lithuania	995,93	1.010,08	1.016,64	1.030,12	1.046,74	1.064,59	1.074,46	1.093,79
Luxembourg	1.700,79	1.807,53	1.808,75	1.822,52	1.826,71	1.812,98	1.819,44	:
Hungary	898,58	912,40	930,73	936,64	944,94	937,77	952,00	968,77
Malta	:	:	1.415,37	1.525,23	1.502,52	1.535,06	1.508,34	1.545,30
Netherlands	:	:	:	2.495,52	2.255,44	2.252,28	2.197,33	2.442,79
Austria	800,71	806,36	810,97	824,42	829,08	824,04	831,74	830,39
Poland	:	:	:	:	:	590,99	587,73	:
Portugal	:	:	:	:	:	:	:	:
Romania	858,29	894,52	916,09	937,98	974,17	1.018,30	1.067,25	1.098,60
Slovenia	992,96	1.005,71	1.041,09	1.055,59	1.069,77	1.060,08	1.101,87	1.138,34
Slovakia	:	:	:	:	:	:	:	:
Finland	3.462,65	3.592,00	3.462,03	3.414,37	:	:	:	:
Sweden	:	:	:	:	:	:	:	:
Iceland	2.885,77	2.780,97	3.016,70	2.898,42	3.079,37	2.902,17	3.043,98	3.078,64
Liechtenstein	432,36	998,46	1.419,55	1.468,55	1.506,91	2.545,34	2.692,17	2.748,00
Norway	3.364,43	3.369,58	3.377,75	3.397,57	3.482,21	3.500,11	3.523,06	3.536,80
Switzerland	2.293,29	2.353,32	2.395,58	2.421,33	2.452,72	2.502,85	2.525,07	2.552,39
United Kingdom	:	2.319,51	2.371,81	2.422,61	2.397,49	2.417,45	2.442,38	2.445,81
Serbia	:	:	:	:	:	634,90	643,81	652,78

Πηγή: Eurostat 2021

Η Ελλάδα μείωσε τον αριθμό των νοσηλευτών κατά 12,99 ανά 100. 000 κατοίκους από το έτος 2004 έως και το 2018.

Διάγραμμα 9. Νοσηλευτές ανά 100.000 κατοίκους, Ελλάδα



Πηγή: Eurostat 2021

Ο στόχος πολλών ευρωπαϊκών χωρών να μειώσουν τις δαπάνες υγείας ως απάντηση στην οικονομική κρίση ήταν το κλείσιμο νοσοκομείων ή οι συγχωνεύσεις αυτών. Σχεδόν όλες οι ευρωπαϊκές χώρες μείωσαν τις νοσοκομειακές κλίνες κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης από 10 έως και 350 κλίνες. Εξαιρέση αποτέλεσαν οι Βουλγαρία και Ρουμανία που αύξησαν τις κλίνες.

Πίνακας 8. Διαθέσιμες κλίνες νοσοκομείων σε αριθμό, ανά 100. 000 κατοίκους, στις ευρωπαϊκές χώρες

TIME	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
European Union - 27 countries	620,06	612,50	604,06	595,73	590,75	582,38	574,14
Belgium	648,36	643,50	635,28	626,67	624,88	615,22	610,29
Bulgaria	618,24	647,95	627,80	646,08	660,75	672,19	661,66
Czechia	764,96	757,10	744,66	733,11	721,49	714,36	729,52
Denmark	397,11	385,69	379,11	369,12	357,05	349,37	349,79
Germany	857,78	846,74	829,71	823,91	821,36	823,95	832,56
Estonia	564,38	538,24	555,09	548,15	563,16	536,97	527,39
Ireland	564,12	545,95	525,77	509,69	485,33	282,51	272,67
Greece	473,49	477,92	487,29	487,74	484,32	492,52	448,04
Spain	339,87	334,14	329,39	324,67	319,74	315,58	311,21
France	739,04	722,49	711,11	706,00	690,27	666,11	642,88
Croatia	569,81	561,73	561,95	564,65	563,27	552,82	577,96
Italy	402,03	404,31	399,30	390,64	379,10	369,34	364,35
Cyprus	:	384,81	380,31	380,12	378,45	376,22	356,62
Latvia	791,43	790,42	784,68	783,20	776,50	673,96	568,28
Lithuania	756,60	728,36	716,35	719,00	717,83	718,29	716,43
Luxembourg	639,39	578,51	565,13	566,88	556,84	546,62	536,74
Hungary	788,77	791,45	797,72	718,59	710,51	714,38	718,18
Malta	745,64	744,61	756,96	784,81	738,92	483,18	452,10
Netherlands	456,22	450,35	:	433,96	430,72	427,44	420,05
Austria	773,45	768,71	766,20	775,20	769,31	767,91	765,33
Poland	666,81	652,06	647,20	642,38	661,95	666,54	660,98
Portugal	358,91	355,81	347,88	343,55	339,10	337,19	337,14
Romania	673,72	677,30	674,13	653,87	656,92	662,01	628,49
Slovenia	479,92	483,19	476,71	468,28	474,25	460,32	457,24
Slovakia	691,12	678,81	673,45	678,17	659,05	654,39	646,40
Finland	709,94	705,29	698,65	673,30	656,83	625,23	585,38
Sweden	301,19	293,24	288,78	286,35	280,51	276,31	272,61
Iceland	:	:	:	411,79	390,97	369,86	358,44
Liechtenstein	272,88	270,48	242,60	241,05	239,62	195,85	216,54
Norway	524,53	516,10	502,65	486,41	463,51	452,29	430,41
Switzerland	566,97	553,92	539,11	536,01	521,10	510,43	519,14
United Kingdom	385,74	372,31	354,19	338,85	333,26	326,49	292,88
Montenegro	427,86	425,27	421,26	404,99	392,96	394,29	398,11
North Macedonia	477,19	469,79	462,69	456,36	454,64	447,80	459,07
Albania	310,71	308,29	312,24	309,46	:	300,77	298,93
Serbia	:	:	554,35	534,63	533,73	535,47	539,89
Turkey	246,61	249,83	251,59	253,71	257,82	261,85	273,77

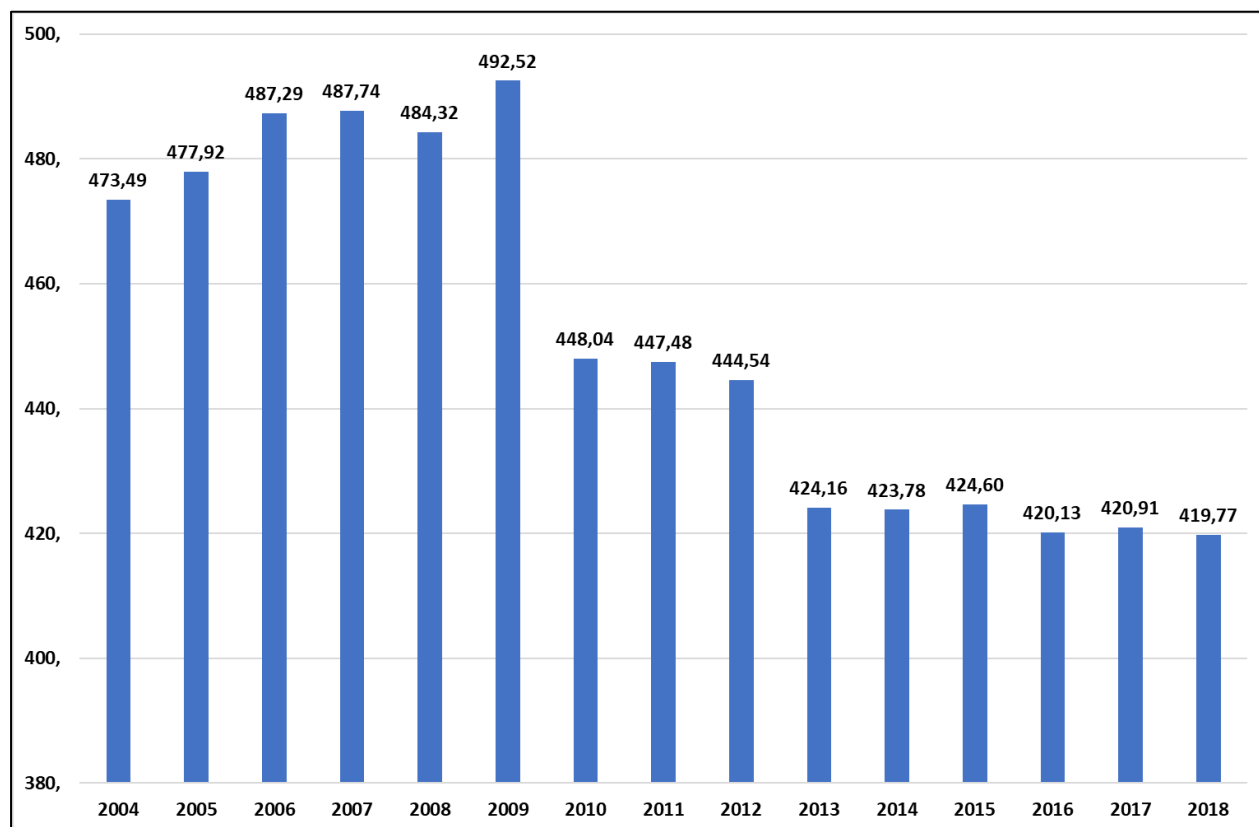
TIME	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
------	------	------	------	------	------	------	------	------

European Union - 27 countries	567,90	563,24	557,07	552,15	549,06	545,16	541,26	537,84
Belgium	605,03	598,52	592,76	585,15	583,22	576,40	566,35	562,24
Bulgaria	644,92	661,22	681,64	712,98	723,50	726,95	745,40	756,91
Czechia	706,32	693,02	670,16	667,63	666,72	666,45	662,74	661,82
Denmark	312,95	:	307,06	268,88	253,01	259,62	260,83	242,97
Germany	837,84	833,62	827,77	822,82	813,31	806,26	800,23	:
Estonia	535,92	552,58	500,53	500,55	495,97	475,84	469,49	457,35
Ireland	262,18	254,20	256,00	257,40	292,01	295,94	297,02	297,39
Greece	447,48	444,54	424,16	423,78	424,60	420,13	420,91	419,77
Spain	304,63	299,09	296,34	296,63	297,92	296,59	297,43	297,15
France	635,99	633,94	627,18	619,68	613,46	605,88	598,02	590,85
Croatia	595,08	588,63	586,04	590,62	556,30	549,25	553,97	561,25
Italy	351,73	342,16	331,17	321,09	319,55	317,21	318,07	314,05
Cyprus	351,17	346,09	340,86	341,58	341,53	342,67	339,96	330,09
Latvia	588,00	588,50	579,98	565,71	569,45	571,97	556,67	549,35
Lithuania	743,40	744,57	731,25	726,38	696,61	669,16	655,78	643,40
Luxembourg	527,83	515,31	517,15	505,29	493,33	480,58	466,18	450,70
Hungary	719,65	700,07	703,73	698,43	699,41	700,15	701,90	701,29
Malta	438,18	470,68	477,50	458,86	458,60	467,11	448,51	430,84
Netherlands	404,65	384,00	375,38	360,65	348,98	341,10	327,68	316,55
Austria	767,63	767,39	764,46	758,39	753,68	742,14	736,62	727,16
Poland	662,79	662,98	660,84	662,70	663,47	664,04	662,38	653,69
Portugal	337,21	340,61	339,27	331,91	336,84	339,33	339,34	344,51
Romania	631,03	659,60	667,31	671,15	679,12	683,99	689,21	696,83
Slovenia	462,43	454,46	455,20	453,74	451,41	448,71	449,77	442,79
Slovakia	605,05	591,08	580,34	578,52	574,73	578,40	582,05	569,62
Finland	552,14	529,83	487,21	453,01	435,33	397,34	328,09	361,18
Sweden	270,04	265,67	259,30	253,79	243,94	233,89	221,19	213,79
Iceland	329,14	324,59	322,15	316,14	311,96	313,32	306,35	287,48
Liechtenstein	214,81	212,79	164,94	163,77	160,03	159,08	239,71	101,97
Norway	419,50	397,26	385,86	384,47	376,19	368,27	359,98	352,74
Switzerland	504,74	497,48	484,98	473,39	473,00	468,80	465,34	462,76
United Kingdom	287,66	280,75	275,68	272,94	261,06	257,48	253,70	249,54
Montenegro	397,69	397,36	388,92	393,37	393,15	393,06	386,10	391,31
North Macedonia	450,76	440,36	444,62	439,57	438,79	437,11	428,01	:
Albania	288,24	288,44	288,97	:	:	:	:	:
Serbia	542,93	544,11	549,91	552,48	558,02	559,03	560,86	564,25
Turkey	262,05	266,14	265,31	267,99	268,03	274,69	281,23	284,88

Πηγή: Eurostat 2021

Η Ελλάδα μείωσε τις νοσοκομειακές κλίνες έπειτα από τις συγχωνεύσεις των νοσοκομείων σε 53,72 ανά 100.000 κατοίκους.

Διάγραμμα 10. Διαθέσιμες κλίνες νοσοκομείων σε αριθμό, ανά 100.000 κατοίκους, Ελλάδα



Πηγή: Eurostat 2021

Οι μειώσεις των δαπανών υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης είχαν σαν αποτέλεσμα υψηλός αριθμός εργατικού δυναμικού να αναγκαστεί να μεταναστεύσει. Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες ο αριθμός των ιατρών που μετανάστευσαν ήταν αρκετά υψηλός έως 100.000 ιατροί.

Πίνακας 9. Μετανάστευση εργατικού δυναμικού υγείας, -ιατροί, στις ευρωπαϊκές χώρες

TIME	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Belgium	48.304,00	49.048,00	49.695,00	50.502,00	51.389,00	52.303,00	53.418,00	54.851,00	56.363,00
Bulgaria	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Czechia	43.808,00	43.808,00	44.064,00	43.670,00	43.280,00	42.883,00	42.614,00	42.166,00	41.582,00
Denmark	17.438,00	18.072,00	18.615,00	18.886,00	19.664,00	20.166,00	20.670,00	21.108,00	21.458,00
Germany	279.722,00	281.309,00	284.427,00	288.182,00	292.129,00	297.835,00	305.093,00	312.695,00	318.887,00
Estonia	4.817,00	5.199,00	5.336,00	5.419,00	5.525,00	5.634,00	5.764,00	5.884,00	6.018,00
Ireland	:	:	:	:	:	:	:	18.812,00	18.184,00
Greece	53.943,00	55.556,00	59.599,00	62.207,00	63.244,00	64.326,00	64.032,00	64.145,00	63.838,00
Spain	:	:	:	:	:	:	:	207.042,00	:
France	210.203,00	211.713,00	212.711,00	212.874,00	213.821,00	212.044,00	213.442,00	216.762,00	218.296,00
Croatia	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Italy	349.341,00	353.441,00	357.519,00	361.593,00	365.544,00	369.650,00	373.616,00	377.376,00	380.785,00
Latvia	7.298,00	7.375,00	7.510,00	7.679,00	7.848,00	7.676,00	8.350,00	7.930,00	8.077,00
Lithuania	:	:	:	:	:	:	:	:	:

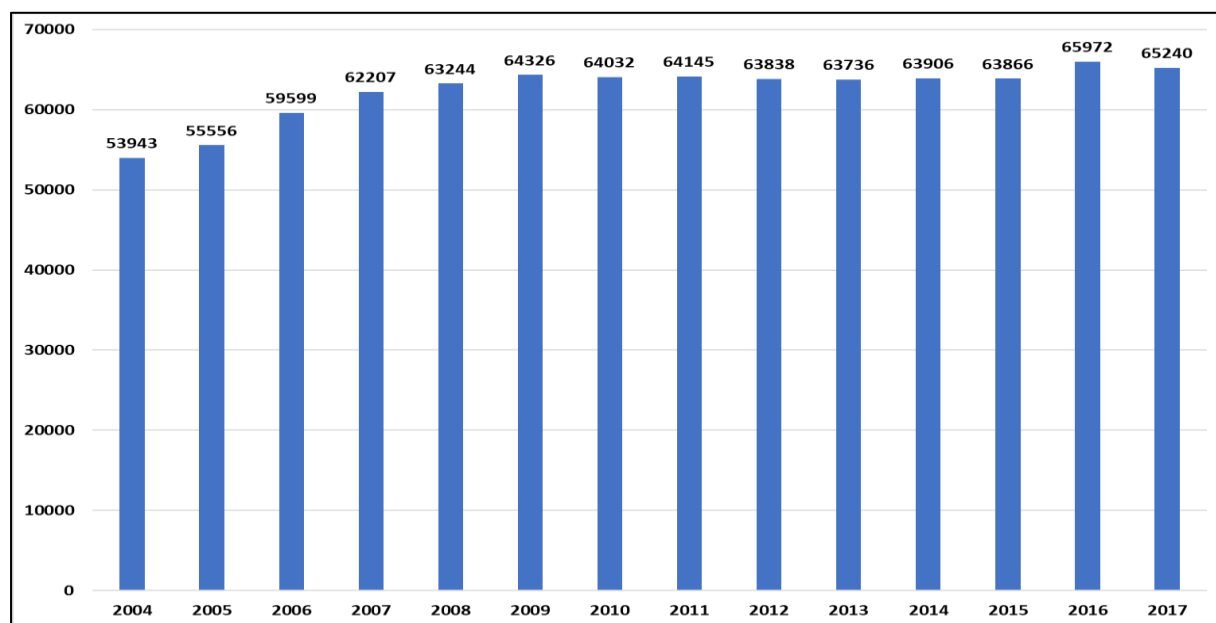
Luxembourg	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Hungary	38.234,00	38.009,00	37.908,00	37.640,00	37.409,00	37.102,00	33.770,00	32.966,00	33.454,00
Malta	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Netherlands	42.607,00	43.659,00	45.051,00	45.362,00	46.580,00	47.690,00	49.013,00	51.939,00	54.511,00
Austria	:	30.236,00	30.426,00	31.267,00	31.585,00	32.266,00	33.042,00	33.656,00	34.491,00
Poland	:	:	119.446,00	118.880,00	119.604,00	120.288,00	121.597,00	123.281,00	125.073,00
Portugal	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Romania	:	:	:	:	:	:	45.055,00	44.780,00	42.775,00
Slovenia	:	:	:	:	:	:	4.979,00	5.121,00	5.228,00
Slovakia	:	:	:	:	:	:	16.575,00	16.899,00	:
Finland	:	:	:	:	:	16.611,00	16.873,00	20.502,00	20.866,00
Sweden	31.022,00	31.841,00	32.833,00	33.801,00	34.604,00	35.550,00	36.524,00	37.499,00	38.541,00
Iceland	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Liechtenstein	68,00	78,00	80,00	80,00	85,00	89,00	104,00	111,00	116,00
Norway	:	:	:	:	:	19.513,00	20.061,00	20.681,00	21.185,00
Switzerland	:	:	:	:	29.653,00	30.166,00	30.273,00	30.849,00	31.858,00
United Kingdom	:	:	:	:	147.417,00	153.838,00	155.310,00	158.439,00	160.378,00
Serbia	:	:	:	:	:	:	26.014,00	26.865,00	27.770,00
Turkey	97.110,00	100.853,00	104.475,00	108.402,00	113.151,00	118.641,00	123.447,00	126.029,00	129.772,00

TIME	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Belgium	57.623,00	59.070,00	60.138,00	61.899,00	63.615,00	66.561,00	68.724,00
Bulgaria	:	:	:	:	:	:	:
Czechia	42.174,00	41.671,00	41.893,00	42.682,00	43.283,00	43.951,00	43.994,00
Denmark	21.614,00	21.882,00	22.332,00	22.902,00	23.688,00	24.301,00	:
Germany	326.945,00	334.277,00	339.728,00	346.390,00	352.869,00	359.099,00	:
Estonia	6.159,00	6.293,00	6.420,00	6.535,00	6.662,00	6.787,00	6.880,00
Ireland	18.160,00	19.066,00	20.454,00	21.920,00	22.693,00	23.012,00	23.574,00
Greece	63.736,00	63.906,00	63.866,00	65.972,00	65.240,00	:	:
Spain	:	:	:	:	:	:	:
France	220.474,00	222.150,00	223.571,00	224.875,00	226.219,00	226.859,00	:
Croatia	:	:	:	13.430,00	13.885,00	14.075,00	:
Italy	383.886,00	387.405,00	390.702,00	394.906,00	396.007,00	402.811,00	408.442,00
Latvia	8.317,00	8.275,00	8.287,00	8.076,00	8.022,00	7.848,00	:
Lithuania	:	14.281,00	14.270,00	14.320,00	14.578,00	14.836,00	13.908,00
Luxembourg	:	:	:	:	:	:	:
Hungary	32.668,00	32.791,00	30.486,00	31.515,00	32.543,00	33.078,00	:
Malta	:	1.566,00	1.636,00	1.743,00	1.855,00	:	:
Netherlands	55.681,00	57.762,00	59.144,00	60.233,00	61.730,00	:	:
Austria	35.844,00	36.771,00	37.687,00	37.648,00	37.963,00	38.252,00	:
Poland	127.183,00	129.031,00	131.059,00	133.283,00	135.468,00	138.036,00	:
Portugal	:	:	:	:	51.937,00	:	:
Romania	42.179,00	39.858,00	48.412,00	50.697,00	55.603,00	:	:
Slovenia	5.416,00	5.712,00	5.830,00	6.012,00	6.311,00	6.409,00	6.514,00
Slovakia	:	:	:	:	:	:	:
Finland	:	:	:	:	:	:	:
Sweden	39.638,00	40.637,00	40.899,00	41.993,00	42.898,00	:	:
Iceland	:	:	:	:	:	:	:
Liechtenstein	120,00	119,00	120,00	124,00	138,00	135,00	144,00
Norway	21.821,00	22.692,00	22.784,00	23.547,00	24.500,00	25.432,00	26.149,00
Switzerland	33.242,00	34.348,00	35.325,00	36.175,00	36.900,00	37.525,00	:
United Kingdom	169.015,00	172.721,00	166.324,00	168.801,00	171.527,00	174.845,00	191.326,00
Serbia	28.660,00	29.469,00	30.036,00	30.270,00	30.641,00	32.481,00	33.926,00
Turkey	133.775,00	135.616,00	141.259,00	:	:	:	:

Πηγή: Eurostat 2021

Στην Ελλάδα η μετανάστευση των ιατρών ήταν ιδιαίτερα υψηλή κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Περίπου 500.000 ιατροί μετανάστευσαν από το 2010 έως το 2017.

Διάγραμμα 11. Μετανάστευση εργατικού δυναμικού υγείας, -Ιατροί, Ελλάδα



Πηγή: Eurostat 2021

Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα για την μετανάστευση των νοσηλευτών. Την περίοδο της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε αυξημένη μετανάστευση σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.

Πίνακας 10. Μετανάστευση εργατικού δυναμικού υγείας, -Νοσηλευτές

TIME	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Belgium	144.313,00	147.492,00	150.817,00	154.262,00	157.940,00	161.616,00	165.559,00	170.062,00	175.117,00
Bulgaria	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Czechia	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Denmark	51.044,00	51.946,00	51.919,00	50.766,00	52.478,00	54.110,00	54.481,00	55.000,00	55.694,00
Germany	:	:	:	:	:	:	:	:	818.000,00
Estonia	9.414,00	9.990,00	10.264,00	10.541,00	10.777,00	11.027,00	11.268,00	11.543,00	11.856,00
Ireland	60.774,00	62.639,00	65.415,00	67.245,00	68.614,00	68.483,00	67.415,00	67.130,00	66.888,00
Greece	:	7.155,00	10.023,00	12.561,00	14.784,00	16.121,00	16.514,00	16.906,00	17.074,00
Spain	:	:	:	:	:	:	:	250.277,00	:
France	461.503,00	478.483,00	493.503,00	487.663,00	507.514,00	528.389,00	547.861,00	567.564,00	595.594,00
Croatia	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Italy	341.670,00	351.950,00	358.747,00	366.756,00	376.835,00	383.170,00	390.664,00	397.859,00	405.624,00
Latvia	8.503,00	8.991,00	9.269,00	9.567,00	10.368,00	9.485,00	9.472,00	9.032,00	9.136,00
Lithuania	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Luxembourg	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Hungary	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Malta	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Netherlands	182.474,00	185.571,00	186.990,00	187.309,00	191.427,00	191.743,00	195.340,00	198.694,00	203.261,00

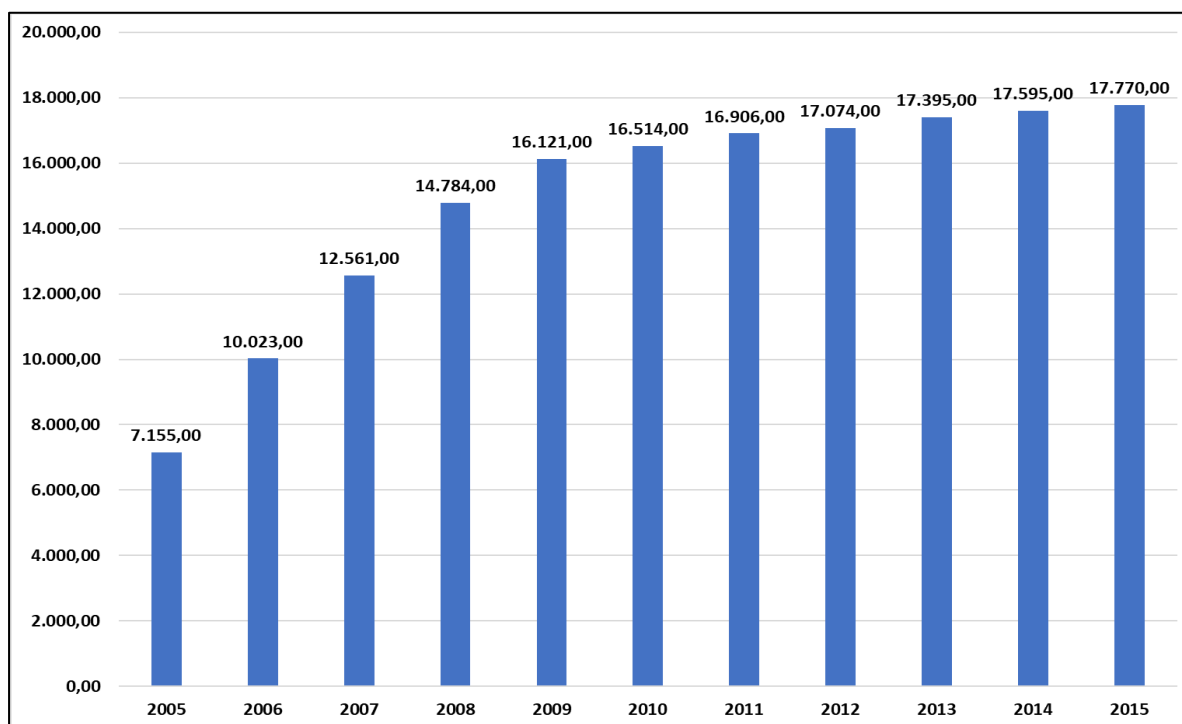
Austria	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Poland	:	:	:	:	268.015,00	271.224,00	274.181,00	275.652,00	278.496,00
Portugal	45.906,00	48.296,00	51.095,00	54.220,00	56.859,00	59.745,00	62.566,00	64.535,00	65.467,00
Romania	:	:	:	:	:	:	116.561,00	118.087,00	120.289,00
Slovenia	:	:	:	:	:	:	4.333,00	4.490,00	4.551,00
Slovakia	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Finland	:	:	:	:	:	68.380,00	69.801,00	71.160,00	72.471,00
Sweden	94.730,00	96.878,00	98.792,00	100.521,00	101.620,00	102.434,00	103.978,00	105.009,00	106.066,00
Iceland	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Liechtenstein	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Norway	:	:	:	:	:	79.388,00	81.405,00	83.851,00	85.618,00
Switzerland	:	:	:	:	:	:	58.508,00	60.674,00	62.103,00
United Kingdom	625.539,00	636.655,00	644.152,00	637.155,00	624.740,00	625.815,00	629.029,00	631.625,00	634.672,00
Serbia	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Turkey	75.753,00	78.182,00	82.626,00	94.661,00	99.910,00	105.176,00	114.772,00	124.982,00	134.906,00

TIME	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Belgium	180.592,00	186.278,00	191.805,00	198.030,00	204.256,00	210.506,00	214.317,00
Bulgaria	:	:	:	:	:	:	:
Czechia	:	:	:	:	:	:	:
Denmark	55.889,00	56.060,00	56.372,00	56.991,00	57.821,00	58.509,00	:
Germany	848.000,00	866.000,00	875.000,00	893.000,00	913.000,00	917.000,00	:
Estonia	12.208,00	12.521,00	12.846,00	13.171,00	13.509,00	13.786,00	14.102,00
Ireland	66.409,00	64.790,00	65.203,00	67.559,00	70.953,00	77.115,00	:
Greece	17.395,00	17.595,00	17.770,00	:	:	:	:
Spain	:	:	:	:	:	:	:
France	616.796,00	638.248,00	660.611,00	681.459,00	700.988,00	722.572,00	:
Croatia	:	:	:	:	38.927,00	40.146,00	:
Italy	414.448,00	424.813,00	428.401,00	433.283,00	444.968,00	449.781,00	449.571,00
Latvia	9.199,00	9.213,00	8.777,00	8.702,00	8.460,00	8.474,00	:
Lithuania	:	28.384,00	28.599,00	27.744,00	26.911,00	26.078,00	26.065,00
Luxembourg	:	:	:	:	:	:	:
Hungary	53.323,00	60.216,00	59.273,00	61.167,00	63.739,00	64.695,00	:
Malta	:	:	:	:	:	:	:
Netherlands	205.514,00	174.313,00	178.366,00	181.715,00	187.345,00	:	:
Austria	:	:	:	:	:	:	:
Poland	:	:	285.390,00	288.395,00	291.790,00	295.437,00	299.619,00
Portugal	65.868,00	66.473,00	:	:	:	:	:
Romania	123.404,00	127.019,00	130.949,00	151.812,00	153.424,00	154.487,00	:
Slovenia	4.797,00	5.022,00	5.346,00	:	6.731,00	7.231,00	:
Slovakia	:	:	:	:	:	:	:
Finland	:	:	:	:	:	:	:
Sweden	107.140,00	107.988,00	107.206,00	108.249,00	109.463,00	:	:
Iceland	:	:	:	:	:	:	:
Liechtenstein	:	:	:	:	:	:	:
Norway	87.390,00	89.558,00	92.790,00	94.397,00	96.076,00	97.107,00	98.606,00
Switzerland	64.620,00	66.445,00	68.785,00	70.866,00	71.005,00	72.521,00	:
United Kingdom	638.189,00	644.473,00	650.743,00	650.638,00	647.678,00	652.651,00	660.213,00
Serbia	:	:	:	:	:	:	:
Turkey	139.544,00	142.432,00	152.803,00	:	:	:	:

Πηγή: Eurostat 2021

Στην Ελλάδα, οι νοσηλευτές που μετανάστευσαν ήταν συγκριτικά πολλοί λιγότεροι από τους ιατρούς. Περίπου 100.000 νοσηλευτές αποχώρησαν από την Ελλάδα την περίοδο 2010-2015.

Διάγραμμα 12. Μετανάστευση εργατικού δυναμικού υγείας, -Νοσηλευτές

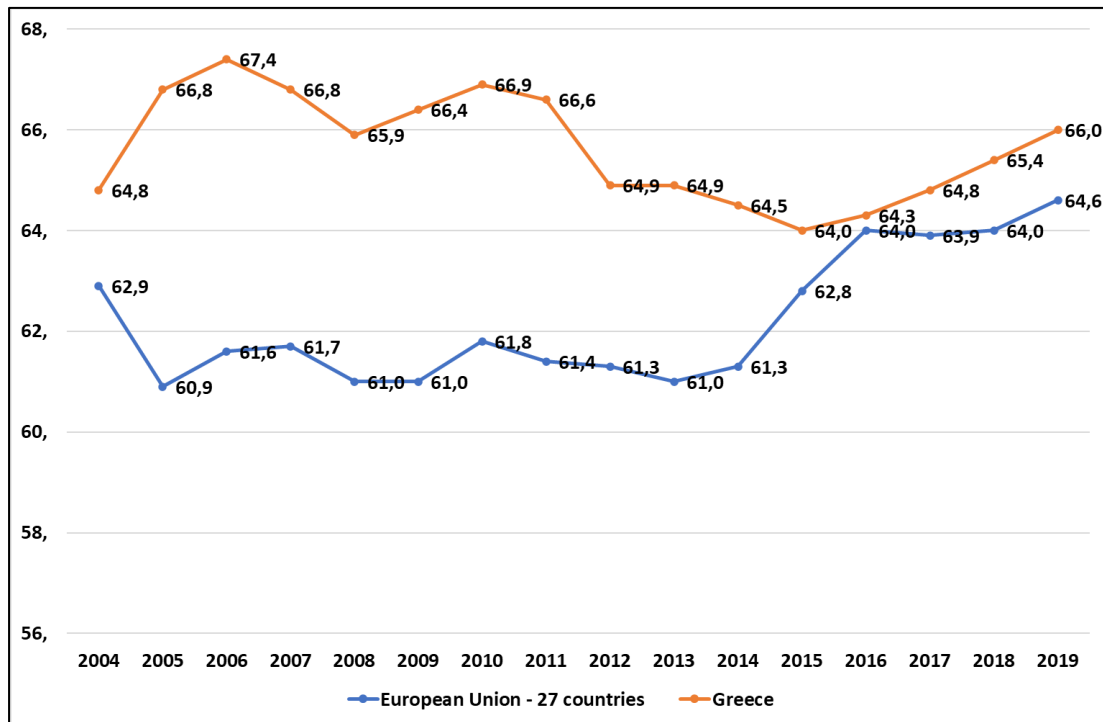


Πηγή: Eurostat 2021

5.2. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού συνεπαγόμενες των επιπτώσεων στις υπηρεσίες υγείας

Κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε μείωση στα υγιή έτη ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Στην Ελλάδα τα υγιή έτη ζωής μειώθηκαν από 66,9 το 2010 σε 64,9 έτη το 2013 και σε 66 έτη το 2019. Αντίστοιχες μειώσεις παρατηρήθηκαν και στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

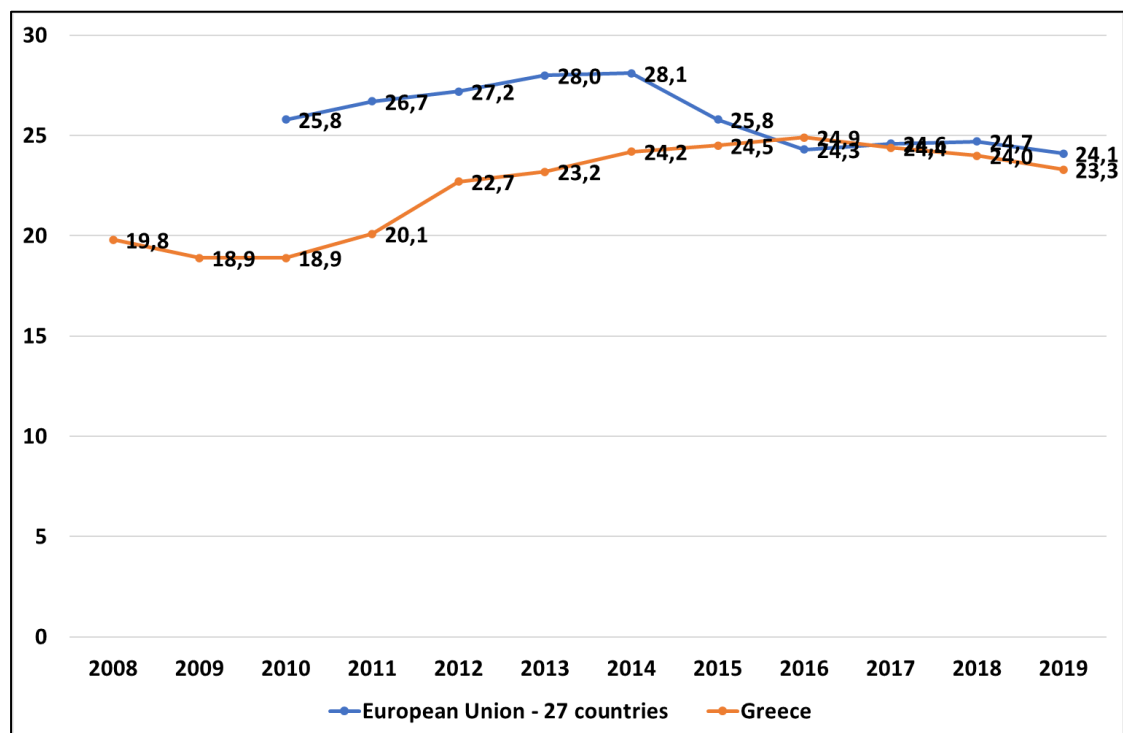
Διάγραμμα 13. Υγιή έτη ζωής, Ευρώπη και Ελλάδα



Πηγή: Eurostat 2021

Αντίθετα, αύξηση παρατηρήθηκε στους αυτοαναφερόμενους μακροχρόνιους περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριότητες λόγω προβλήματος υγείας, τόσο στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσο και στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, 25,8% των ατόμων ανέφερε μακροχρόνιους περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριότητες το 2010, ποσοστό που αυξήθηκε σε 28,1% το 2014 και μειώθηκε σε 24,1% το 2019 έτος που πλέον η Ευρωπαϊκή Ένωση είχε ανακάμψει από την οικονομική κρίση. Επίσης, το 18,9% των Ελλήνων ανέφερε μακροχρόνιους περιορισμούς στις συνήθειες δραστηριότητες το 2010, ποσοστό που αυξήθηκε σε 24,5% το 2015 και έκτοτε παραμένει σχετικά σταθερό. Η Ελλάδα έχει χαμηλότερα ποσοστά ατόμων με μακροχρόνιους περιορισμούς σε σύγκριση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

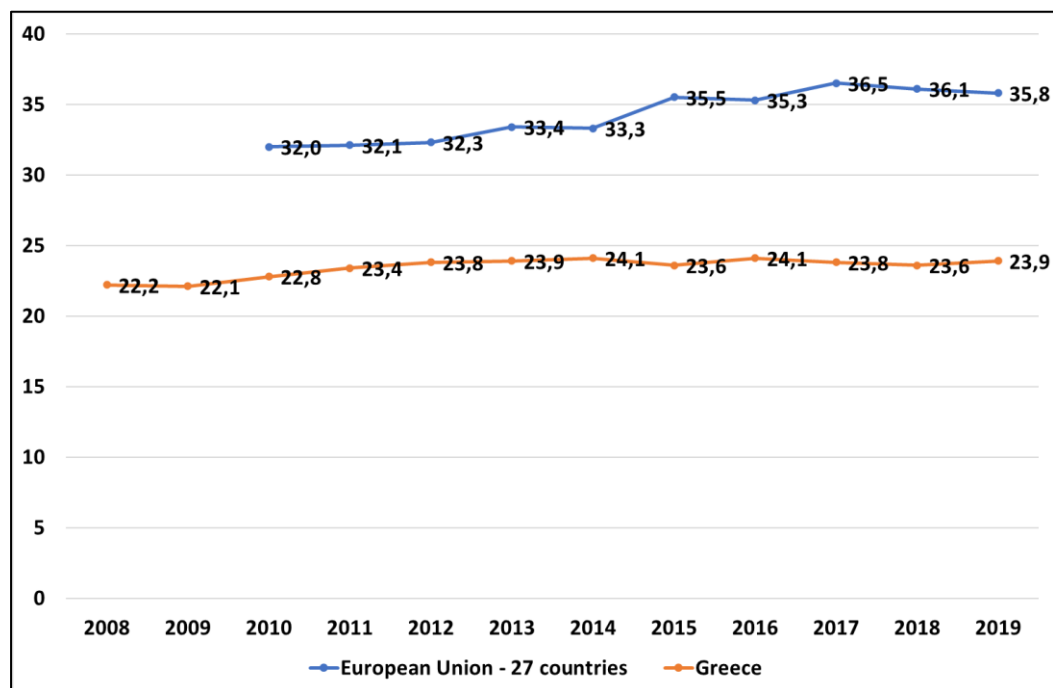
Διάγραμμα 14. Αυτοαναφερόμενοι μακροχρόνιοι περιορισμοί στις συνήθεις δραστηριότητες λόγω προβλήματος υγείας, Ευρώπη και Ελλάδα



Πηγή: Eurostat 2021

Υψηλά είναι και τα ποσοστά των ατόμων που ανέφεραν μακροχρόνια ασθένεια ή πρόβλημα υγείας. Το 32% του πληθυσμού των ευρωπαϊκών χωρών ανέφερε μακροχρόνια ασθένεια το 2010, ποσοστό που αυξήθηκε σε 35,5% το 2015 και έχει παραμείνει σταθερό έως το 2019, παρά την ανάκαμψη της οικονομίας. Η Ελλάδα παρουσιάζει χαμηλότερα ποσοστά σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση, ωστόσο αυξήθηκαν κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης, από 22,8% το 2010 σε 23,9% το 2019.

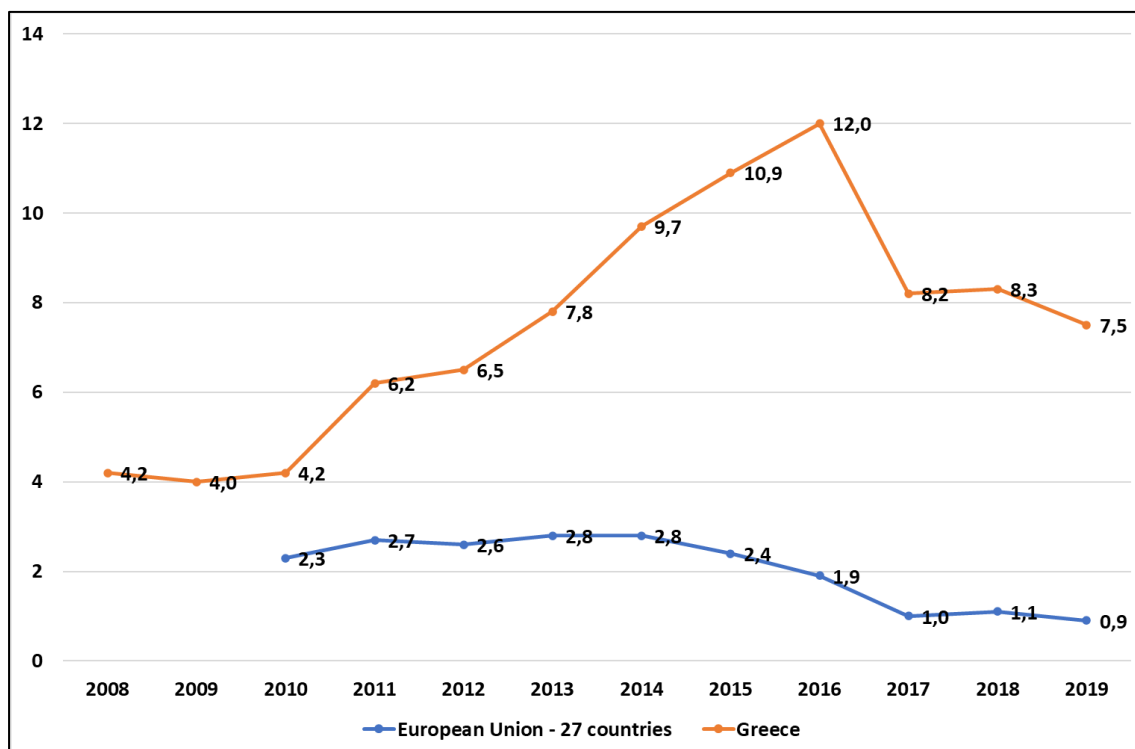
Διάγραμμα 15. Άτομα με μακροχρόνια ασθένεια ή πρόβλημα υγείας, Ευρώπη και Ελλάδα



Πηγή: Eurostat 2021

Τέλος, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας είναι αρκετά αυξημένες για τον ελληνικό πληθυσμό από το 2010 (4,2%) έως και το 2016 (12%). Η μείωση που παρατηρείται το 2017 σε 8,2% οφείλεται στον Νόμο 4368/2016 με τον οποίο θεσπίζεται για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Αντίθετα, τα ποσοστά ανεκπλήρωτων αναγκών στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι πολύ χαμηλότερα από 2,3% το 2010 σε 1% το 2017 και 0,9% το 2019.

Διάγραμμα 16. Ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση, Ευρώπη και Ελλάδα



Πηγή: Eurostat 2021

5.3. Πολιτικές αντιμετώπισης ευρωπαϊκών χωρών

5.3.1. Πολιτικές συνεισφορών για αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης

- Ασφαλιστικά ταμεία

Ορισμένες χώρες αύξησαν τα ποσοστά εισφορών εργοδότη / εργαζομένου (Βουλγαρία, Ελλάδα, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβενία). Η Σλοβακία μείωσε τη συνεισφορά του κράτους για τα ανενεργά άτομα. Η Ελβετία συζήτησε αύξηση των επιδοτήσεων για οικογένειες χαμηλού εισοδήματος, αλλά τελικά δεν υπήρξαν μέτρα. Η Σλοβακία και η Λιθουανία είχαν ήδη εφαρμόσει αντικυκλικά μέτρα για κρατικές επιδοτήσεις για εκείνους που ασφαρίζονται από το κράτος. Στην Αυστρία και τη Ρουμανία, η κυβέρνηση εισήγαγε επιδοτήσεις για τη διάσωση κοινωνικών ασφαλιστικών ταμείων προκειμένου να βοηθήσουν να εξοφλήσουν τα χρέη τους ή να αποτρέψουν περαιτέρω χρέη. Σε χώρες που βασίζονται κυρίως στην κοινωνική ασφάλιση, τα έσοδα προήλθαν διευρύνοντας τη βάση εισφορών (Thomson, Foubister

& Mosialos, 2009). Μια άλλη στρατηγική χρήσιμη για την εξομάλυνση ορισμένων εσόδων σε σχέση με τους οικονομικούς κύκλους ήταν η συνεισφορά της κυβέρνησης σε οικονομικά ανενεργές ομάδες ανθρώπων, συνδέοντάς την με τα κέρδη των προηγούμενων ετών (Λιθουανία και τη Σλοβακία).

- Συμπληρωμές χρήστη

Αρκετές χώρες αύξησαν ή εισήγαγαν συμπληρωμές στους χρήστες για υπηρεσίες υγείας το 2007 ως αντίδραση στην κρίση (Τσεχία, Δανία, Εσθονία, Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ιταλία, Λετονία, Ολλανδία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβενία, Ελβετία). Σε ορισμένες χώρες, οι συμπληρωμές αυξήθηκαν στην νοσηλευτική περίθαλψη (Τσεχία, Εσθονία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ρουμανία). Σε άλλες χώρες στα φαρμακευτικά προϊόντα (Τσεχία, Γαλλία, Ιρλανδία, Λετονία, Πορτογαλία, Σλοβενία). Οι συμπληρωμές των χρηστών αυξήθηκαν για περιπατητική φροντίδα στην Ελλάδα, την Ιταλία και τη Ρουμανία. Οι συμπληρωμές σε τμήματα έκτακτης ανάγκης αυξήθηκαν στην Ιρλανδία και για υπηρεσίες που δεν θεωρούνται επείγουσες στην Ιταλία. Στην Ελβετία το ποσοστό συνασφάλισης αυξήθηκε από 10% σε 15% για τους ανθρώπους που επιλέγουν τα παραδοσιακά ασφαλιστικά προγράμματα. Ορισμένες χώρες εισήγαγαν ή αύξησαν τις συμπληρωμές για συγκεκριμένες υπηρεσίες όπως την *in vitro* γονιμοποίηση (Δανία και Ολλανδία), την μεταφορά ασθενοφόρων (Γαλλία και Σλοβενία), την φυσιοθεραπεία (Ολλανδία), τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (Ολλανδία), ορισμένα εμβόλια για τον κίτρινο πυρετό, τον τυφοειδή, την μηνιγγίτιδα και την λύσσα (Πορτογαλία) και η κατ' οίκον επίσκεψη οικογενειακού ιατρού (Ρουμανία).

Αντίθετα, άλλες χώρες ανέφεραν επεκτεινόμενα οφέλη, στοχεύοντας στους χαμηλόμισθους ειδικότερα στον τομέα των φαρμακευτικών προϊόντων (Αυστρία, Γαλλία, Ιρλανδία, Ιταλία), με κατάργηση των συμπληρωμών χρήστη για ορισμένες υπηρεσίες (Ιταλία, Ουγγαρία).

5.3.2. Πολιτικές που επηρεάζουν τον όγκο και την ποιότητα

- Μείωση κάλυψης πληθυσμού

Οι υποχρεωτικές μειώσεις κάλυψης περιλάμβαναν χαμηλότερη κάλυψη σε οδοντιατρική περίθαλψη για ορισμένες ομάδες πληθυσμού (Εσθονία, Ιρλανδία), IVF, φυσιοθεραπεία, υπηρεσίες ψυχικής υγείας και κάλυψη περίθαλψης εκτός ΕΕ (Ολλανδία), αισθητική χειρουργική (Πορτογαλία), ορισμένα φάρμακα, μη επείγουσες υπηρεσίες ασθενοφόρων, οδοντικές προσθέσεις (Σλοβενία), γυαλιά (Ελβετία) και προσωρινές παροχές ασθένειας (Εσθονία, Ουγγαρία και Λιθουανία).

Θεμελιώδης στόχος της πολιτικής για την υγεία, είναι η διατήρηση της πρόσβασης σε βασικές υπηρεσίες για τον πληθυσμό, ειδικά για φτωχότερους και τακτικούς χρήστες υγειονομικής περίθαλψης (World Bank, 2009). Η αλλαγή του εύρους των υπηρεσιών που περιλαμβάνονται στα νόμιμα οφέλη (πεδίο κάλυψης) μπορεί να είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για τον καθορισμό προτεραιοτήτων στο σύστημα υγείας.

Για το σκοπό αυτό, πολλές χώρες έχουν ιδρύσει Οργανισμούς Αξιολόγησης της Τεχνολογίας Υγείας για να βοηθήσουν κατά τον καθορισμό προτεραιοτήτων (Velasco-Garrido & Busse, 2005), κυρίως στα φαρμακευτικά προϊόντα (Draborg et al., 2005; Lavis et al., 2007; Sorenson, Drummond & Kanavos, 2008). Η Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας είναι πιο χρήσιμη ως μέτρο μιας πιο μακροπρόθεσμης στρατηγικής για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας παρά ως εργαλείο για γρήγορη λήψη αποφάσεων.

Η Ιρλανδία ήταν η μόνη χώρα που αφαίρεσε την επιλεξιμότητα για ορισμένους κατοίκους. Η Τσεχία ανέφερε μείωση των δικαιωμάτων μειώνοντας την νόμιμη κάλυψη για αλλοδαπούς. Η Κύπρος απέδωσε την περαιτέρω αναβολή της εφαρμογής της καθολικής κάλυψης στην οικονομική κρίση, ενώ η Ουγγαρία εισήγαγε κίνητρα για βελτιωμένους ελέγχους επιλεξιμότητας προκειμένου να εντοπίζει και να τιμωρεί αυτούς που αποφεύγουν την καταβολή εισφορών.

Το μερίδιο του πληθυσμού που δικαιούται νόμιμες παροχές είναι ζωτικής σημασίας καθοριστικός παράγοντας της οικονομικής προστασίας στο σύστημα υγείας. Περιορισμός της επιλεξιμότητας για νόμιμη κάλυψη (π.χ. βάσει του εισοδήματος των νοικοκυριών) μπορεί να οδηγήσει σε μια απόλυτη μείωση των δημόσιων δαπανών

για την υγεία. Ωστόσο, στοιχεία από Γερμανία και Ολλανδία αποδεικνύουν ότι προσθέτει μάλλον παρά ελαφρύνει τη δημοσιονομική πίεση στο σύστημα υγείας (Thomson & Mossialos, 2006; Albrecht, Schiffhorst & Kitzler, 2007). Αυτό οφείλεται εν μέρει στην απώλεια εισφορών από πλουσιότερα νοικοκυριά.

- Χρόνοι αναμονής

Η Εσθονία προσπάθησε να μειώσει τον όγκο της παρεχόμενης περίθαλψης, αποφασίζοντας να αυξήσει το μέγιστο χρόνο αναμονής για επισκέψεις σε εξειδικευμένες εξετάσεις από τέσσερις σε έξι εβδομάδες τον Μάρτιο του 2009. Αντίθετα, σε ορισμένες χώρες οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας οδήγησαν σε ακούσια αύξηση των χρόνων αναμονής, όπως για παράδειγμα στην Ιρλανδία, όπου οι αλλαγές στην πολιτική υγείας επέφεραν αύξηση κατά 9% του αριθμού των ασθενών σε λίστες αναμονής μεταξύ του 2009 και του 2010.

Η αλλαγή των χρόνων αναμονής αλλάζει τη ζήτηση για δημόσια φροντίδα καθώς υπονομεύει τα αποτελέσματα της υγείας των ασθενών λόγω μη έγκαιρης διάγνωσης ή εάν αυτοί επιλέξουν να αποσυρθούν από τη θεραπεία. Από την άλλη πλευρά μερικοί ασθενείς που βρίσκονται σε λίστες αναμονής μεγάλης διάρκειας επιλέγουν ιδιωτικές εναλλακτικές λύσεις (Hoel & Sæther, 2003). Ωστόσο, η μείωση της έγκαιρης πρόσβασης στην περίθαλψη μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην κλινική ποιότητα, γεγονός που θα υπονόμει τον στόχο της βελτίωσης της υγείας.

5.3.3. Αλλαγή της συμπεριφοράς των ατόμων

- Πρόληψη και προώθηση της καλής υγείας

Αρκετές χώρες αύξησαν τους φόρους για το αλκοόλ και τα τσιγάρα (Βουλγαρία, Εσθονία, Ουκρανία) ή συνέχισαν πολιτικές προώθησης της υγείας, όπως ενθάρρυνση για υγιεινή διατροφή και άσκηση (Βέλγιο). Αυτές οι πολιτικές επιδιώκουν να μειώσουν την ανάγκη για υγειονομική περίθαλψη και κατ' επέκταση προορίζονται να μειώσουν τον όγκο της δημόσια χρηματοδοτούμενης περίθαλψης. Οι περικοπές επικεντρώθηκαν σε μη μεταδοτικές ασθένειες (NCD) και όχι σε προγράμματα για τις μεταδοτικές ασθένειες. Στην Ιταλία, υπήρχαν σχέδια για περικοπή του ταμείου για

πρόληψη των ασθενειών και προώθηση της υγείας από 29,6 ευρώ το 2009 σε 5,9 εκατομμύρια ευρώ το 2011. Στη Λετονία, ο προϋπολογισμός για τη δημόσια υγεία μειώθηκε κατά 88,6% από το 2008 έως το 2010. Στην Ισλανδία, υπήρχαν σχέδια συγχώνευσης της Διεύθυνσης Υγείας και της Δημόσιας Υγείας το 2011.

Μια μελέτη του ΟΟΣΑ δείχνει ότι η υγεία, η εκπαίδευση και η προώθηση της καλής διατροφής και άσκησης από τους οικογενειακούς γιατρούς είναι οικονομικά αποδοτικά μέτρα (Sassi, 2010). Αυτά οι πολιτικές θα μπορούσαν να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας μακροπρόθεσμα, αλλά ενδέχεται να μην αντιμετωπίζουν βραχυπρόθεσμους δημοσιονομικούς περιορισμούς.

5.3.4. Πολιτικές που επηρεάζουν το κόστος της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης

- Έλεγχος τιμών ιατρικών προϊόντων

Πολλές χώρες εισήγαγαν ή ενίσχυσαν πολιτικές για τη μείωση της τιμής των ιατρικών αγαθών (φαρμακευτικά προϊόντα, ιατροτεχνολογικά προϊόντα και εξοπλισμός) ή βελτίωσαν την ορθολογική χρήση των φαρμάκων (Αυστρία, Βέλγιο, Λευκορωσία, Βοσνία-Ερζεγοβίνη, Κροατία, Τσεχία, Γαλλία, Εσθονία, Ελλάδα, Ισλανδία, Ιρλανδία, Ουγγαρία, Λετονία, Λιθουανία, Μάλτα, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σερβία, Σλοβακία, Σλοβενία, Ισπανία, Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας). Χρησιμοποιήθηκε μεγάλη ποικιλία μέτρων, συμπεριλαμβανομένων της συνταγογράφησης, μηχανισμοί ανατροφοδότησης, διαπραγματεύσεις τιμών και επιμήκυνση της ισχύος της συνταγής. Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτές οι πολιτικές ήταν μέρος συνεχιζόμενων μεταρρυθμίσεων.

Σε πολλές χώρες αυξάνεται ο ΦΠΑ που επηρεάζει τα φαρμακευτικά προϊόντα. Η κρίση αύξησε τις προσπάθειες διαπραγμάτευσης των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων σε ορισμένες χώρες, επισημαίνοντας τη σημασία της δημόσιας αρχής ως μοναδικού αγοραστή.

Το εύρος των προσεγγίσεων που χρησιμοποιούνται από χώρες για έλεγχο των τιμών μπορεί να περιλαμβάνει δωρεάν τιμολόγηση, εκ των προτέρων τιμολόγηση σε σχέση

με ένα υποκατάστατο, διεθνή τιμολόγηση αναφοράς, συμφωνίες όγκου τιμών, περικοπές τιμών, ελέγχους κερδών και εκ των υστέρων τιμολόγηση σε σχέση με ένα υποκατάστατο (Office of Fair Trading, 2007). Ωστόσο, οι θετικές επιπτώσεις των ελέγχων τιμών μπορεί να αντισταθμιστούν από αυξήσεις στις τιμές των ποσοτήτων των φαρμάκων που συνταγογραφούνται ή αλλαγή στο μείγμα προϊόντων για να συμπεριληφθούν περισσότερα ακριβά φάρμακα.

Ως αποτέλεσμα, οι πολιτικές τιμολόγησης θα πρέπει να συνδυαστούν με πολιτικές που στοχεύουν στους επαγγελματίες της υγείας με στόχο να ενθαρρύνουν την ορθολογική συνταγογράφηση και διανομή στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Επίσης, πολιτικές για την προώθηση της μεγαλύτερης χρήσης των γενόσημων φαρμάκων είναι πιθανό να μειώσουν τις φαρμακευτικές δαπάνες και να αυξήσουν την αποδοτικότητα (Mrazek & Frank, 2004).

- Μισθοί των εργαζομένων στον τομέα της υγείας

Ορισμένες χώρες μείωσαν τους μισθούς των επαγγελματιών υγείας (Κύπρος, Γαλλία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Λιθουανία, Ρουμανία) ή μείωσαν το ποσοστό αύξησής τους (Δανία). Άλλες προσεγγίσεις για τη μείωση των μισθών περιλαμβάνουν σημαντική αύξηση των συνταξιοδοτικών εισφορών του δημόσιου τομέα και μείωση των οφειλών, που οδηγούν σε εκ των πραγμάτων μείωση των αποδοχών (Αγγλία), μείωση των υπερωριών και των νυχτερινών βαρδιών και παρατεταμένες βάρδιες που απαιτούν λιγότερο προσωπικό και κόστος (Ισλανδία), και η καθοδήγηση των εργαζομένων σε αποδοχή χαμηλότερων μισθών προκειμένου να διατηρήσουν τις συμβάσεις τους.

Ωστόσο, αυτές οι πολιτικές ενδέχεται να επιδεινώσουν τις μισθολογικές ανισορροπίες μεταξύ των χωρών αυξάνοντας την μετανάστευση και προσθέτοντας το πρόβλημα της έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού, που κινδυνεύει να υπονομεύσει την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα στο σύστημα υγείας (Wismar et al., 2011). Οι μισθολογικές ανισορροπίες θα μπορούσαν επίσης να δημιουργηθούν και εντός των χωρών εάν οι μισθοί στον τομέα της υγείας μειώνονται με διαφορετικό ρυθμό από τους μισθούς σε άλλους τομείς.

- Πληρωμές σε παρόχους

Σε απάντηση στην κρίση, αρκετές χώρες έχουν μειώσει τις τιμές που καταβάλλονται σε παρόχους (Εσθονία, Ιρλανδία, Ρουμανία, Σλοβενία). Επίσης, αρκετές χώρες εισήγαγαν σχέδια για την πληρωμή με βάση τη διάγνωση (DRG) στην νοσοκομειακή περίθαλψη και πληρωμή με βάση την απόδοση.

Πολλές χώρες της ΕΕ έχουν απομακρυνθεί από την παθητική επιστροφή του παρόχου προς στρατηγικές αγορές, συνδέοντας ρητά την κατανομή πόρων με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού, τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας και τον πάροχο με την απόδοση (Figueras, Robinson & Jakubowski, 2005). Επιπλέον, οι περισσότερες χώρες καθορίζουν τιμολόγια βάσει περιπτώσεων, τα οποία μπορεί να προάγουν τον ανταγωνισμό των παρόχων με βάση την ποιότητα, όπου οι ποιοτικές πληροφορίες είναι διαθέσιμες (Busse et al., 2011).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση και στην προσπάθειά τους να μειώσουν τις δαπάνες, οι υπηρεσίες υγείας ήταν από τους πρώτους τομείς που επλήγησαν.

Σχετικά με την δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, πολλές χώρες ανέφεραν μειώσεις δαπανών ως αποτέλεσμα υποχρεωτικών εσόδων ασφάλισης υγείας λόγω ανεργίας και μειωμένων μισθών. Άλλες χώρες ανταποκρίθηκαν στη δημοσιονομική πίεση χρησιμοποιώντας περικοπή προϋπολογισμών στα υπουργεία υγείας, μείωση ή δέσμευση κρατικών μεταφορών προϋπολογισμού στα συστήματα ασφάλισης υγείας, καθιέρωση ή αυστηροποίηση του ελέγχου στους ρυθμούς ανάπτυξης των δημόσιων δαπανών για την υγεία (Martin-Moreno et al., 2012).

Επίσης, οι χώρες χρησιμοποίησαν ένα ευρύ φάσμα στρατηγικών για να προσπαθήσουν να διατηρήσουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Ειδικότερα, αύξησαν την παρέμβαση του κρατικού προϋπολογισμού στην ασφάλιση υγείας. Άλλες χώρες μπόρεσαν να χρησιμοποιήσουν ενσωματωμένους μηχανισμούς που αντιμετωπίζουν τη διακύμανση, εξομαλύνοντας τα έσοδα του τομέα της υγείας σε ολόκληρο τον οικονομικό κύκλο, συμπεριλαμβανομένης της αξιοποίησης αποθεματικών ταμείων ασφάλισης υγείας.

Σχετικά με την αύξηση των συνεισφορών ή των ανώτατων ορίων συνεισφοράς, αρκετές χώρες προσπαθούν να κινητοποιήσουν τα έσοδα από το σύστημα ασφάλισης υγείας μέσω: της αύξησης των συντελεστών εισφοράς για την ασφάλιση υγείας, της αύξησης ή κατάργησης του ανώτατου ορίου των εισφορών, της επέκταση της βάσης εισφοράς σε μη μισθωτούς, της επιβολής συλλογής εισφορών και της αύξησης των συνολικών ποσοστών εισφορών κοινωνικής ασφάλισης.

Αρκετές χώρες έλαβαν μέτρα για την προστασία των ατόμων με χαμηλά εισοδήματα μειώνοντας επιλεκτικά τις συνεισφορές για τα άτομα αυτά, αυξάνοντας επιλεκτικά τις εισφορές για πλουσιότερα άτομα και μειώνοντας τις εργοδοτικές εισφορές.

Όσον αφορά την ανταπόκριση και κάλυψη των αναγκών των ασθενών κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, πολλές χώρες εισήγαγαν ένα μείγμα πολιτικών με σκοπό την επέκταση ή τον περιορισμό της κάλυψης.

Ο περιορισμός του δικαιώματος δημιουργεί κινδύνους για το σύστημα υγείας. Επομένως το να έχει κάποιος υψηλό εισόδημα θα ήταν το πιο λογικό κριτήριο για τον αποκλεισμό των ανθρώπων, αφού οι πλουσιότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη θέση να πληρώσουν για υγειονομική περίθαλψη από την τσέπη τους ή μέσω ιδιωτικής ασφάλισης. Η διεθνής εμπειρία, ωστόσο, προτείνει έντονα ότι η μείωση της κάλυψης που βασίζεται στο εισόδημα δεν ανακουφίζει τη δημοσιονομική πίεση (Smith, 2010; Smith & Normand, 2009; Thomson & Mossialos, 2006). Το σύστημα υγείας χάνει δημόσια έσοδα χάνοντας τις υψηλότερες συνεισφορές των πλουσίων ατόμων. Ως αποτέλεσμα, μπορεί να έχει μικρότερο κατά κεφαλήν ποσό χρημάτων που θα δαπανηθούν σε μια ομάδα ατόμων με προφίλ κινδύνου άνω του μέσου όρου.

Αρκετές χώρες επεκτείνουν το δικαίωμα κάλυψης σε ομάδες που δεν καλύπτονταν πριν από την κρίση ή λαμβάνουν μέτρα για την αύξηση της προστασίας σε συγκεκριμένα άτομα. Οι κυριότερες ομάδες ήταν οι φτωχότεροι άνθρωποι και τα παιδιά.

Σε αντίθεση με τις επεκτάσεις που αναφέρονται παραπάνω, οι περιορισμοί σε δικαιώματα που στοχεύουν σε ευάλωτες ομάδες των ανθρώπων δεν έλλειψαν. Χώρες με καθολικά δικαιώματα ανέφεραν περιορισμό των δικαιωμάτων για άτομα χωρίς μόνιμη παραμονή, χωρίς έγγραφα, μετανάστες και πολίτες εκτός ΕΕ. Αντίθετα, χώρες χωρίς καθολικό δικαίωμα πραγματοποιήσαν περιορισμούς καταργώντας το δικαίωμα δωρεάν πρωτοβάθμιας περίθαλψης για πλούσιους.

Ένα άλλο μέτρο που χρησιμοποιήθηκε εκτενώς για την αύξηση των δημοσίων δαπανών και ταυτόχρονα για την μείωση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας ήταν η αύξηση συμπληρωμών των χρηστών. Αρκετές χώρες αύξησαν τις χρεώσεις συνήθως για συνταγογραφούμενα φάρμακα σε εξωτερικούς ασθενείς, φροντίδα σε νοσηλευόμενους ασθενείς, εξειδικευμένη περίθαλψη εξωτερικών ασθενών, πρωτοβάθμια φροντίδα, τμήματα έκτακτης ανάγκης και μακροχρόνια περίθαλψη. Στην Κύπρο, την Ελλάδα και την Πορτογαλία, οι συμπληρωμές έγιναν για να

εκπληρώσουν την οικονομική προσαρμογή ΕΕ-ΔΝΤ και τις απαιτήσεις των μνημονίων. Η Γαλλία ήταν η μόνη χώρα που αναφέρει μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών υγείας ανάλογης των χρεώσεων των ασφαλιστικών ταμείων. Αντίθετα, υπήρξαν και χώρες που μείωσαν τις συμπληρωμές με σκοπό την προστασία της υγείας των πολιτών. Αρκετές κατέργησαν ή μείωσαν τις συμπληρωμές για: επισκέψεις πρωτοβάθμιας φροντίδας, περιπατητική ή εξειδικευμένη περίθαλψη, συνταγογραφούμενα φάρμακα σε εξωτερικούς ασθενείς, διαγνωστικά τεστ σε δημόσια νοσοκομεία, φροντίδα νοσηλευόμενων ασθενών, μετανάστες χωρίς έγγραφα και οδοντιατρική περίθαλψη.

Σχετικά με τον προγραμματισμό, την αγορά και την παροχή των υπηρεσιών υγείας που επηρεάστηκαν από την οικονομική κρίση, αρκετές χώρες αντέδρασαν με διάφορες στρατηγικές. Επειδή η πλευρά της προσφοράς είναι επίσης πρωταρχικός οδηγός του κόστους του συστήματος υγείας, θα πρέπει να γίνει εστίαση των προσπαθειών για τον έλεγχο των δαπανών (Hsiao & Heller, 2007). Σχεδόν όλες οι χώρες πραγματοποίησαν αλλαγές στον προγραμματισμό, την αγορά και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Μέτρα για τη μείωση των δαπανών στο νοσοκομειακό τομέα συχνά αναφέρθηκαν ως άμεση απάντηση στην κρίση, ακολουθούμενα από μέτρα μείωσης διοικητικού κόστους, τιμές φαρμάκων και αριθμοί εργαζομένων.

Ειδικότερα, αρκετές χώρες μείωσαν τον προϋπολογισμό για τη δημόσια υγεία, ενίσχυσαν την προαγωγή και πρόληψη της υγείας, αύξησαν την χρηματοδότηση για προγράμματα δημόσιας υγείας, καθιέρωσαν ή επέκτειναν την απαγόρευση του καπνίσματος, καθιέρωσαν ή αύξησαν τους φόρους για αλκοόλ, καπνό, ανθυγιεινά τρόφιμα (McDaid, Sassi & Merkur, 2014, Chaloupka & Warner, 2000; Sassi, 2010; McDaid & Suhrcke, 2012).

Μια άλλη στρατηγική που χρησιμοποιήθηκε ήταν η αύξηση χρηματοδότησης για πρωτοβάθμια φροντίδα. Αρκετές χώρες μεταρρύθμισαν την μέθοδο πληρωμής των ιατρών της ΠΦΥ, όπου οι περισσότερες χώρες προσπάθησαν να συνδέσουν την πληρωμή με την απόδοση. Επιπλέον, μετατόπισαν την φροντίδα υγείας από τα νοσοκομεία στην πρωτοβάθμια. Στην Ελλάδα και την Πορτογαλία υπήρξαν μέρος των αλλαγών βάσει απαιτήσεων των μνημονίων. Από την πλευρά του νοσοκομείου, αρκετές χώρες καθυστέρησαν τις δημόσιες επενδύσεις ή ζήτησαν ιδιωτικές

επενδύσεις ως τρόπο εξοικονόμησης χρημάτων, προτείνοντας τη συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Ωστόσο στην πλειοψηφία τους οι ευρωπαϊκές χώρες μείωσαν τον προϋπολογισμό των νοσοκομείων ή εγκατέλειψαν προγραμματισμένες επενδύσεις. Επίσης, κατά την περίοδο της κρίσης έγιναν μεταρρυθμίσεις στον τρόπο πληρωμής των νοσοκομείων όπως: σύνδεση της πληρωμής με την απόδοση, πληρωμή με βάση την διάγνωση (DRG), ημερήσια πληρωμή. Η εισαγωγή των DRG ήταν συνήθως μέρος της συνεχιζόμενης μεταρρύθμισης και όχι άμεση αντίδραση στην κρίση. Μια άλλη στρατηγική για την μείωση των δαπανών στον νοσοκομειακό τομέα ήταν το κλείσιμο ή οι συγχωνεύσεις.

Η βελτίωση της αποτελεσματικότητας στη χρήση ναρκωτικών υπήρξε εδώ και πολύ καιρό μια σημαντική κατεύθυνση πολιτικής στην Ευρώπη. Η κρίση ενίσχυσε τη διαπραγματευτική δύναμη των κυβερνήσεων και πολλές χώρες ήταν σε θέση να διαπραγματευτούν χαμηλότερες τιμές για φάρμακα που χρηματοδοτούνται από τον πληθυσμό. Οι περισσότερες χώρες εισήγαγαν ή ενίσχυσαν πολιτικές που αποσκοπούν στη μείωση της τιμής των ιατρικών προϊόντων όπως: η βελτίωση των διαδικασιών προμηθειών, μέσω διαγωνισμών και επιλεκτικών συμβάσεων, οι μειώσεις τιμών, οι εξωτερικές τιμές αναφοράς, η εσωτερική τιμολόγηση, τα περιθώρια διανομής, η μείωση του ΦΠΑ. Επίσης μείωσαν τις δαπάνες των φαρμακευτικών προϊόντων μέσω της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, με οδηγίες συνταγογράφησης, παρακολούθηση συνταγών, προώθηση γενοσήμων, ενημέρωση και εκπαίδευση.

Τέλος, μια στρατηγική που χρησιμοποιήθηκε για την μείωση των δαπανών ήταν η μείωση του αριθμού των επαγγελματιών υγείας. Αρκετές χώρες ανέφεραν μέτρα για τη μείωση του αριθμού εργαζομένων στον τομέα της υγείας, σχεδόν όλες ως απάντηση στην κρίση. Επίσης, η μείωση αμοιβών προσωπικού πραγματοποιήθηκε από πολλές χώρες (Buchan, 2008; Wismar et al., 2011, Dussault et al., 2010, Bourgeault et al., 2008).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν εργαστεί με διάφορα εργαλεία πολιτικής για την αντιμετώπιση της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Μερικές χώρες προσπάθησαν να χρησιμοποιήσουν την κρίση για να αυξήσουν την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, αν και λίγες έχουν δώσει έμφαση στην βελτίωση της δημόσιας υγείας.

Τα εργαλεία πολιτικής που υπονόμισαν τους στόχους των συστημάτων υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης ήταν:

- **Μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες υγείας**

Οι περισσότερες χώρες της ΕΕ πραγματοποίησαν αλλαγές στη δημόσια χρηματοδότηση για το σύστημα υγείας ως άμεση αντίδραση στην κρίση. Πολλές από τις ευρωπαϊκές χώρες εισήγαγαν ρητές περικοπές στον προϋπολογισμό για την υγεία. Λίγες χώρες προσπάθησαν να κινητοποιήσουν έσοδα χρησιμοποιώντας μια σειρά στρατηγικών και υιοθετώντας στοχευμένες πολιτικές για την προστασία των φτωχότερων ατόμων ή για την πρόληψη δυσμενών επιπτώσεων στην απασχόληση. Οι περικοπές ήταν υψηλότερες κυρίως για τις ευρωπαϊκές χώρες όπου η χρηματοδότηση πραγματοποιείται από την γενική κυβέρνηση.

Είναι επιθυμητό να συγκεντρώνεται η δημόσια χρηματοδότηση και να κατανέμεται όσο το δυνατόν πιο αποτελεσματικά και διαφανή. Σε απάντηση της δημοσιονομικής πίεσης, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής περιόρισαν τις δημόσιες δαπάνες μέσω περικοπών στον προϋπολογισμό για την υγεία. Ωστόσο, τα συστήματα υγείας χρειάζονται περισσότερες δαπάνες, όχι λιγότερες, ειδικά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης όπου αυξάνεται σημαντικά η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Η ικανότητα μιας χώρας να κινητοποιήσει δημόσια έσοδα για την υγεία είναι επομένως κρίσιμη στη διατήρηση της απόδοσης του συστήματος υγείας.

- **Μείωση της κάλυψης του πληθυσμού των βασικών υπηρεσιών υγείας**

Σε απάντηση στη δημοσιονομική πίεση, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής μείωσαν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία περιορίζοντας μία ή περισσότερες διαστάσεις κάλυψης, οι οποίες θα μπορούσαν ενδεχομένως αυξήσουν τα έσοδα του συστήματος

υγείας. Οι μειώσεις κάλυψης τελικά αύξησαν τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας στα άτομα (άμεσες πληρωμές για μη καλυπτόμενες υπηρεσίες). Η μη κάλυψη πιθανόν να καθυστερήσει την έγκαιρη αναζήτηση φροντίδας, να αυξήσει την οικονομική δυσκολία και τις ανεκπλήρωτες ανάγκες, επιδεινώνοντας τις ανισότητες στην πρόσβαση στη φροντίδα. Ως αποτέλεσμα, οι περιορισμοί κάλυψης μπορεί να παρέχουν βραχυπρόθεσμη φορολογική ανακούφιση, αλλά θα αυξήσουν το κόστος της υγείας στο σύστημα μακροπρόθεσμα.

Μερικά από αυτά τα αρνητικά αποτελέσματα θα μπορούσαν να μετριαστούν εάν οι πολιτικές που στοχεύουν στον περιορισμό της κάλυψης βασίζονταν σε περισσότερο στοιχεία όπως η προτεραιότητα με βάση το εισόδημα και όχι σε τα άτομα που είναι ήδη ευάλωτα.

- **Συμπληρωμές χρηστών για βασικές υπηρεσίες υγείας**

Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής βασίστηκαν στις συμπληρωμές χρήστη και άλλες πολιτικές και μετατόπισαν το κόστος στους ασθενείς σε μια προσπάθεια επιβράδυνσης του συνόλου της αύξησης των δαπανών. Ωστόσο, οι συμπληρωμές χρηστών αυξάνουν την οικονομική επιβάρυνση των νοικοκυριών. Έχει αποδειχθεί ότι είναι εξίσου πιθανό να μειώνουν όχι μόνο τη χρήση ακριβών υπηρεσιών υγείας αλλά και ακόμη των οικονομικών υπηρεσιών από άτομα χαμηλού εισοδήματος ή/ και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ακόμα και όταν το επίπεδο των συμπληρωμών είναι χαμηλό. Οι αυξήσεις των συμπληρωμών στην πρωτοβάθμια ή περιπατητική εξειδικευμένη περίθαλψη επιδείνωσαν τα αποτελέσματα της υγείας και οδήγησαν σε αυξημένες δαπάνες σε άλλους τομείς (π.χ. επείγουσα περίθαλψη). Σαν αποτέλεσμα, η δυνατότητα εξοικονόμησης κόστους ή αυξημένης αποδοτικότητας ήταν περιορισμένη.

- **Εξουθένωση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας που προκαλούνται από μειώσεις των μισθών και ελλείψεις προσωπικού**

Αρκετές χώρες αποφάσισαν την μείωση μισθών ή το πάγωμα αυτών σε επαγγελματίες υγείας όπως και την μη πρόσληψη προσωπικού παρά την υψηλή ζήτηση για δημόσιες υπηρεσίες υγείας κατά την οικονομική κρίση. Οι αποφάσεις αυτές μπορεί να παρείχαν περιορισμένη βοήθεια στην μείωση των δαπανών υγείας

αλλά μακροπρόθεσμα είχαν αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας.

Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα μπορούσαν να εφαρμόσουν μια σειρά μη χρηματοοικονομικών εργαλείων για την διατήρηση των εργαζόμενων και την βελτίωση της απόδοσης, συμπεριλαμβανομένων σαφών περιγραφών θέσεων εργασίας, του κώδικα συμπεριφοράς, της κατάλληλης αντιστοίχισης δεξιοτήτων με τα καθήκοντα, της επίβλεψης, της ενημέρωσης, της επικοινωνίας, της δια βίου μάθησης, της διαχείρισης ομάδων και της υπευθυνότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adler NE, Ostrove JM. Socioeconomic status and health: what we know and what we don't. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1999;896:3–15.
- Albrecht M, Schiffhorst G, Kitzler C (2007). Finanzielle Auswirkungen und typische Formen des Wechsels von Versicherten zwischen GKV und PKV. In: Klusen N, Meusch A, eds. *Beiträge zum Gesundheitsmanagement*. Baden-Baden, Nomos.
- Anastasiadou, A., Kakoulidis, I., Butel, D., Kehagia, E. and Papa, A. (2013) Follow-up study of Greek patients with West Nile virus neuroinvasive disease. *International Journal of Infectious Diseases* 17(7): e494–e497.
- Astell-Burt, T. and Feng, X. (2013) Health and the 2008 Economic Recession: Evidence from the United Kingdom. *Plos One* 8(2): e56674.
- Barr, B., Taylor-Robinson, D., Scott-Samuel, A., McKee, M. and Stuckler., D. (2012) Suicides associated with the 2008–10 economic recession in England: Time trend analysis. *British Medical Journal* 345(e5142), doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e5142>.
- Barros, P.P. (2012) Health policy reform in tough times: The case of Portugal. *Health Policy* 106(June): 17–22.
- BBC News (29.3.16) Libraries lose a quarter of staff as hundreds close.
- BBC News Europe. (2012) EU austerity drives country by country, <http://www.bbc.co.uk/news/10162176>, accessed 5 May 2021.
- Beatty C & Fothergill S (2013) Hitting the poorest places hardest. The local and regional impact of welfare reform. Sheffield: Centre for Regional Economic and Social Research, Sheffield Hallam University.
- Beatty C & Fothergill S (2016) The uneven impact of welfare reform. The financial losses to places and people. Sheffield: Centre for Regional Economic and Social Research, Sheffield Hallam University.
- Beatty C, Foden M, McCarthy L et al (2015) Benefit sanctions and homelessness: a scoping report. London: Crisis.

- Black C (2008) Dame Carol Black's review of the health of Britain's working age population. Working for a healthier tomorrow. Norwich: The Stationery Office.
- Black D (1980) Inequalities in health. Report of a research working group. London: Department of Health and Social Security.
- Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E and Wrede S (2008). *How can optimal skill mix be effectively implemented and why?* Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Branas CC, Kastanaki AE, Michalodimitrakis M et al (2015) The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece. *BMJ Open* 5(1): e005619.
- Browne J, Hood A & Joyce R (2014) Child and working-age poverty in Northern Ireland over the next decade: an update. IFS briefing note BN154. London: Institute for Fiscal Studies.
- Buchan J (2008). *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?* Copenhagen: WHO/ European Observatory on Health Systems and Policies.
- Burki T (2010) Tackling tuberculosis in London's homeless population. *The Lancet* 376(9758): 2055-6.
- Busse R et al., eds. (2011). *Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Maidenhead, Open University Press.
- Centre for Local Economic Strategies (2014) Austerity uncovered. Manchester: Centre for Local Economic Strategies.
- Chaloupka F, Warner W (2000). The economics of smoking. In: Cuyler AJ, Newhouse JP, eds. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam, Elsevier.
- Citizens Advice (2015) Citizens impact assessment: freeze to working age benefits. London: Citizens Advice.

- Cooper N, Purcell S & Jackson R (2014) *Below the breadline: the relentless rise of food poverty in Britain*. Manchester and Oxford: Church Action on Poverty, The Trussell Trust and Oxfam.
- Danis, K., Lenglet, A., Tseroni, M., Baka, A., Tsiodras, S. and Bonovas, S. (2013) Malaria in Greece: Historical and current reflections on a re-emerging vector borne disease. *Travel Medicine and Infectious Disease* 11(11): 8–14.
- De Belvis, A.G., Ferrè, F., Specchia, M.L., Valerio, L., Fattore, G. and Ricciardi, W. (2012) The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector. *Health Policy* 106(1): 10–16.
- De Hert, M. et al. (2011) Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 10(1): 52–77.
- De Vogli, R., Marmot, M. and Stuckler, D. (2013) Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the great recession. *Journal of Epidemiology & Community Health* 67(4):378–379.
- Department of Energy & Climate Change (2015) *Annual fuel poverty statistics report, 2015*. London: Department of Energy & Climate Change.
- Department of Health and Children. (2012) *Health in Ireland: Key Trends 2012*. Dublin, http://www.dohc.ie/publications/pdf/KeyTrends_2012.pdf?direct=1, accessed 5 May 2021.
- Draborg E et al. (2005). International comparison of the definition and the practical application of health technology assessment. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21:89–95.
- Drewnowski A, Monsivais P, Maillot M et al (2007) Low-energy-density diets are associated with higher diet quality and higher diet costs in French adults. *Journal of the American Dietetic Association* 107(6): 1028-32.
- Dussault G, Buchan J, Sermeus W and Padaiga Z (2010). *Investing in Europe's health workforce of tomorrow: Scope for innovation and collaboration. Assessing future health workforce needs*. Policy brief produced by the European Observatory on

Health Systems and Policies and the Health Evidence Network of WHO/Europe, at the request of the Belgian Government in preparation for the Belgian Presidency of the EU Council of Health Ministers.

Emmerson C, Johnson P & Joyce R (2015) The IFS green budget. London: The Institute for Fiscal Studies.

Eur-Lex. Official Journal of the European Union. Commission Decision of 5 July 2012 on setting up a multisectoral and independent expert panel to provide advice on effective ways of investing in health (2012/C 198/06). <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2012:198:0007:0011:EN:PDF>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2012) Risk assessment on HIV in Greece. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/20121130-Risk-Assessment-HIV-in-Greece.pdf>, accessed 5 May 2021.

European Commission. (2012) Eurostat statistics database 2012. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database, accessed 5 May 2021.

European Commission. Eurostat; 2013 <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

European Observatory on Health Systems and Policies <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory>, accessed 5 May 2021.

European Parliament. Special committee on the financial, economic and social crisis. <http://www.europarl.europa.eu/document/activities/cont/201109/20110901ATT25750/20110901ATT25750EN.pdf>

Eurostat Database <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Eurostat. (2013) Unemployment statistics. February, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Unemployment_statistics, accessed 5 May 2021.

- Evans-Lacko, S., Fitch, C. and King, D. (2011) Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. In: M. Knapp, D. McDaid and M. Parsonage (eds.) *Debt and Mental Health*. London: Department of Health.
- Farrell C, McAvoy H, Wilde J et al (2008) *Tackling health inequalities – an all-Ireland approach to social determinants*. Dublin: Combat Poverty Agency/Institute of Public Health in Ireland.
- Feinstein JS. The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. *Milbank Quarterly* 1993;71:279–322.
- Figueras J, Robinson R, Jakubowski E (2005). Purchasing to improve health /systems performance: drawing the lessons. In: Figueras J, Robinson R, Jakubowski E, eds. *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press:44–80.
- Forsey A (2014) *An evidence review for the all-party parliamentary inquiry into hunger in the United Kingdom*. London: The Children’s Society.
- Gallo W, Bradley E, Falba T et al (2004) Involuntary job loss as a risk factor for subsequent myocardial infarction and stroke: findings from the health and retirement survey. *American Journal of Industrial Medicine* 45: 408-16.
- Gallo W, Teng H, Falba T et al (2006) The impact of late career job loss on myocardial infarction and stroke: a 10 year follow up using the health and retirement survey. *Occupational Environment Medicine* 63(10): 683-7.
- Geddes I, Bloomer E, Allen J et al (2011) *The health impacts of cold homes and fuel poverty*. London: Friends of the Earth and Marmot Review Team.
- Gerdtham U, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Economics and Human Biology* 2006;4:298–316.
- Gilbert H (2015) *Mental health under pressure*. London: The King’s Fund.
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. and Stuckler, D. (2013) The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health* 23(1): 103–108.

- Grigorakis N, Floros C, Tsangari H, Tsoukatos E. Out of pocket payments and social health insurance for private hospital care: Evidence from Greece. *Health Policy Amst Neth* 2016; 120(8):948-959.
- Hajat S, Kovats RS & Lachowycz K (2007) Heat-related and cold-related deaths in England and Wales: who is at risk? *Occupational and Environmental Medicine* 64(2): 93-100.
- Hastings A, Bailey N, Bramley G et al (2015) *The cost of the cuts: the impact on local government and poorer communities*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Hoel M, Sæther EM (2003). Public health care with waiting time: the role of supplementary private health care. *Journal of Health Economics*, 22:599–616.
- Hong, J., Knapp, M. and McGuire, A. (2011) Income-related inequalities in the prevalence of depression and suicidal behaviour: A 10-year trend following economic crisis. *World Psychiatry* 10(1): 40–44.
- Hopkins S. Economic stability and health status: evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis. *Health Policy* 2006;75:347–57.
- Hopton JL & Hunt SM (1996) Housing conditions and mental health in a disadvantaged area in Scotland. *Journal of Epidemiology and Community Health* 50(1): 56-61.
- Hsiao W and Heller P (2007). *What should macroeconomists know about health care policy?* New York: International Monetary Fund.
- Institute of Health Equity press release (15.2.12) Health inequalities widen within most areas of England.
- Iparraguirre J (2015) *Age UK chief economist's report*. London: Age UK.
- Jin R, Shah CP & Svoboda TJ (1997) The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *Journal of Public Health Policy* 18(3): 275-301.
- Kaitelidou, D. (2013) Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece. *Health Policy* 109(1): 23–30.
- Kakouli T, Akritas A, Albrecht-Piliouni E, Almpoura E, Denis VS, Anastassopoulou I, et al. "Troika" mandated austerity and the emerging healthcare crisis in Greece: an

open letter to the Greek government. *British Medical Journal* 2013;346:f2807,<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f2807>.

Karanikolos M, Heino P, McKee M et al (2016) Effects of the global financial crisis on health in high-income OECD countries: a narrative review. *International Journal of Health Services* 46(2): 208-40.

Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J et al (2013) Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet* 381(9874): 1323-31.

Kellock C (2015) Long-term monitoring of health inequalities. Edinburgh: The Scottish Government.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. and Stuckler, D. (2012) Health and the financial crisis in Greece. *The Lancet* 379(9820): 1001–1002.

Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M. and Stuckler, D. (2011) Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy. *The Lancet* 378(9801): 1457–1458.

Kentikelenis A Karanikolos M Reeves A McKee M Stuckler D Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet*. 2014; 383: 748-753.

King L. Shock privatization: the effects of rapid large-scale privatization on enterprise restructuring. *Politics & Society* 2003;3:3–34.

Knapp, M., Mc Daid, D. and Parsonage, M. (eds.) (2011) *Mental Health Promotion and Mental Illness Prevention: The Economic Case*. London: Department of Health.

Lagarde M, Palmer N. The impact of user fees on access to health services in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011;(4):CD009094,<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009094>.

Lavery S (2015) Public and private sector employment across the UK since the financial crisis. Sheffield: Sheffield Political Economy Research Institute.

Lavis JN et al. (2007). *Towards optimally packaged and relevance assessed health technology assessments*. Report submitted to the Canadian Agency for Drugs

and Therapeutics in Healthcare, Hamilton, McMaster University, Program in Policy Decision-Making.

learning from the experience of Germany and the Netherlands. *Journal of*

Lipton D, Sachs JD. Privatization in Eastern Europe: the case of Poland. *Brookings Papers on Economic Activity* 1990;20:293–341.

Loopstra R, McKee M, Katikireddi SV et al (2016) Austerity and old-age mortality in England: a longitudinal cross-local area analysis, 2007-2013. *Journal of the Royal Society of Medicine* 109(3): 109-16.

Loopstra R, Reeves A, Barr B et al (2015) The impact of economic downturns and budget cuts on homelessness claim rates across 323 local authorities in England, 2004-12. *Journal of Public Health* doi:10.1093/pubmed/fdv126.

Loopstra R, Reeves A, Taylor-Robinson D et al (2015) Austerity, sanctions, and the rise of food banks in the UK. *BMJ* 350: h1775.

Lusardi, A., Schneider, D. and Tufano, P. (2011) The economic crisis and medical care usage. http://www.dartmouth.edu/~alusardi/Papers/healthcare_031610.pdf, accessed 5 May 2021.

Maillot M, Ferguson EL, Drewnowski A et al (2008) Nutrient profiling can help identify foods of good nutritional quality for their price: a validation study with linear programming. *Journal of Nutrition* 138(6): 1107-13.

Maresso, A., Mladovsky, P., Thomson, S., Sagan, A., Karanikolos, M., Richardson, E., ... & Kluge, H. (2015). *Economic crisis, health systems and health in Europe. Country experiences*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Marmot M, Allen J, Goldblatt P et al (2010) *Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post 2010*. London: Marmot Review Team.

Martin-Moreno JM, Anttila A, von Karsa L, Alfonso- Sanchez JL and Gorgojo L (2012). Cancer screening and health system resilience: keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis. *Eur J Cancer*, 48(14):2212–18.

- Maruthappu M, Watkins J, Noor AM et al (2016) Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990–2010: a longitudinal analysis. *The Lancet* pii: S0140-6736(16)00577-8. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00577-8. [Epub ahead of print].
- McDaid D and Suhrcke M (2012). The contribution of public health interventions: an economic perspective, in Figueras J and McKee M (eds), *Health systems, health, wealth and societal well-being. Assessing the case for investing in health systems*. Maidenhead, Open University Press/McGraw-Hill Education.
- McDaid D, Quaglio GL, Correia de Campos A, Dario C, Van Woensel L, Karapiperis T, et al. Health protection in times of economic crisis: challenges and opportunities for Europe. *Journal of Public Health Policy* 2013, <http://dx.doi.org/10.1057/jphp.2013.35>.
- McDaid D, Sassi F and Merkur S, eds (2014). *The economics of prevention*. Maidenhead: Open University Press.
- McDaid, D. and Park, A.L. (2011) Investing in mental health and well-being: Findings from the dataprev project. *Health Promotion International* 26(Supplement 1): i108–i139.
- Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M. and Jenkins, R. (2013) The relationship between personal debt and specific common mental disorders. *European Journal of Public Health* 23(1): 108–113.
- Mercer JB (2003) Cold – an underrated risk factor for health. *Environmental Research* 92(1): 8-13.
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J. and Carter, R. (2011) The economic analysis of prevention in mental health programs. *Annual Review of Clinical Psychology* 7(4): 169–201.
- Ministry of Health. (2013) *Statistics Yearbook 2010*. Ministry of Health. Rome, Italy, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1933_allegato.pdf, accessed 5 May 2021.

- Minton, J.W., Pickett, K.E. and Dorling, D. (2012) Health, employment, and economic change, 1973–2009: Repeated cross sectional study. *British Medical Journal* 344(e2316).
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., ... & World Health Organization. (2012). Health policy responses to the financial crisis in Europe.
- Mrazek M, Frank RG (2004). The off-patent pharmaceutical market. In: Mossialos E, Mrazek M, Walley T, eds. *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. Maidenhead, Open University Press:260–278.
- Nikolopoulos, G., Tsiodras, S. and Bonovas, S. (2012) Influenza vaccination: Cassandra’s prophecy. *Public Health* 126(1): 82–83.
- OECD Health Data. (2012) Eurostat statistics database. Frequently requested data. <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>, accessed 5 May 2021.
- OECD indicators. Health at a glance; 2011 <http://www.oecd.org/health/health-systems/49105858.pdf>
- OECD. (2011) Health at a Glance 2011: OECD Indicators. OECD Publishing. 75775 PARIS CEDEX 16, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en, accessed 5 May 2021.
- Office for National Statistics (2016) Suicides in the United Kingdom, 2014 registrations. Newport: Office for National Statistics.
- Office of Fair Trading (2007). *The pharmaceutical price regulation scheme*. London, Office of Fair Trading (Report No. 885).
- Organisation for Economic Co-Operation and Development (2014) Society at a glance 2014: OECD social indicators. Paris: OECD Publishing.
- Paterlini M. Italy’s health system reforms on hold. *Lancet*2013;381:1085–6.
- Quaglio G, Karapiperis T, Van Woensel L et al (2013) Austerity and health in Europe. *Health Policy* 113(1-2): 13-9.

- Reeves A, McKee M, Clair A et al (2016) Reductions in housing benefit increases symptoms of depression in low income UK households. *American Journal of Epidemiology* (in press).
- Reeves, A., Stuckler, D., McKee, M., Gunnell, I. D., Chang, S.S. and Basu, S. (2013) Suicide, recession, and unemployment? Authors' reply. *The Lancet* 381(9868): 722.
- Rihmer, Z., Kapitany, B., Gonda, X. and Dome, P. (2013) Suicide, recession, and unemployment. *The Lancet* 381(9868): 722–723.
- Ruhm, C. (2008) A healthy economy can break your heart. *Demography* 44(4): 829–848.
- Sassi F (2010). *Obesity and the economics of prevention: fit not fat*. Paris, OECD.
- Sassi F (2010). *Obesity and the economics of prevention: fit not fat*. Paris, OECD.
- Science and Technology Options Assessment (STOA).
<http://www.europarl.europa.eu/stoa/cms/cache/offonce/home/about;jsessionid=0F484293E2C85B8987AE4C8D26C16CB2>
- Science and Technology Options Assessment. (STOA)
<http://www.europarl.europa.eu/stoa/cms/cache/offonce/home/about;jsessionid=0F484293E2C85B8987AE4C8D26C16CB>, accessed 5 May 2021.
- Science and Technology Options Assessment. (STOA). (2013) Strengthening health protection in times of economic crisis: Increasing the evidence-base. http://www.europarl.europa.eu/stoa/cms/home/events/workshops/2013_health, accessed 5 May 2021.
- Smith S (2010). Equity in Irish health care financing: measurement issues. *Health Economics, Policy and Law*, 5:149–69.
- Smith S and Normand C (2009). Analysing equity in health care financing: A flow of funds approach, *Social Science and Medicine*, 69(3):379–86.

- Sorenson C, Drummond M, Kanavos P (2008). *Ensuring value for money in health care: the role of health technology assessment in the European Union*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M et al (2009) The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet* 374(9686): 315-23.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, McKee M. The health implications of financial crisis: a review of the evidence. *The Ulster Medical Journal* 2009;78:142–5.
- Stuckler D, Basu S. *The Body Economic: why austerity kills*. New York: Basic Book Publisher; 2013.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. and McKee, M. (2011) Effects of the 2008 recession on health: A first look at European data. *The Lancet* 378(July): 124–125.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. and McKee, M. (2009) The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *The Lancet* 374(9686): 315–323.
- Stuckler, D., Reeves, A., Loopstra, R., Karanikolos, M., & McKee, M. (2017). Austerity and health: the impact in the UK and Europe. *European journal of public health*, 27(suppl_4), 18-21.
- Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Social Science & Medicine* 2012;74:647–53.
- Suhrcke, M. et al. (2011) The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: A systematic review of the evidence. *PLoS One* 6(6): e20724.
- Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tzolava, S. and Mortnesen, J. (2005) European Commission, Directorate general Health and Consumer protection. *The contribution of health to the economy in the European Union*,

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/health_economy_en.pdf.

Tapia Granados, J.A. (2008) Macroeconomic fluctuations and mortality in postwar Japan. *Demography* 45(2): 323–343.

Taylor-Robinson D, Rougeaux E, Harrison D et al (2013) The rise of food poverty in the UK. *BMJ* 347: f7157.

The Association of Police and Crime Commissioners (2015) GR-B 188/2015: APCC submission for the 2015 comprehensive spending review. London: The Association of Police and Crime Commissioners.

The Guardian (17.4.15) Austerity and a malign benefits regime are profoundly damaging mental health.

The Guardian (20.1.16) It will hurt like hell if Newcastle's Citizens Advice bureau shuts down.

The Huddersfield Daily Examiner (10.11.14) Volunteers plea to save Citizens Advice from 50% funding cuts in Huddersfield.

The King's Fund (2015) Inequalities in life expectancy: changes over time and the implications for policy. London: The King's Fund.

The National Council for Voluntary Organisations (2016) UK civil society almanac 2016: income. Available at: <https://data.ncvo.org.uk/category/almanac/voluntarysector/income/>, accessed 27 May 2021.

The Northern Echo (15.2.16) Darlington cuts: Citizens Advice faces closure, say bosses warning of a grave consequences for residents.

Thomas C, Benzeval M & Stansfeld S (2005) Employment transitions and mental health: an analysis from the British household panel survey. *Journal of Epidemiology and Community Health* 59(3): 243-9.

- Thomson S, Foubister T, Mossialos E (2009). *Financing health care in the European Union*. Challenges and policy responses. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Thomson S, Mossialos E (2006). Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands. *Journal of European Social Policy*, 16(4):315–327.
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., & Maresso, A. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. (2015). *Bruselas. European Observatory on Health Systems and Policies*.
- UNICEF Office of Research (2014) 'Children of the recession: the impact of the economic crisis on child well-being in rich countries' – Innocenti Report Card 12. Florence: UNICEF Office of Research.
- van Gool K & Pearson M (2014) Health, austerity and economic crisis: assessing the short-term impact in OECD countries. OECD health working papers, No. 76. Paris: OECD Publishing.
- Vandoros S, Stargardt T. Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health Policy* 2013;109:1–6.
- Velasco-Garrido M, Busse R (2005). *Health technology assessment: an introduction to objectives, role of evidence and structure in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Observatory policy briefs No. 8).
- Vogler S, Zimmermann N, Leopold C, de Joncheere K. Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Medical Review* 2011;4:69–79.
- Vogler, S., Zimmermann, N., Leopold, C. and De Joncheere, K. (2011) Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern Med Review* 4(2):69–79.

- Voss M, Nylén L, Floderus B et al (2004) Unemployment and early cause-specific mortality: a study based on the Swedish twin registry. *American Journal of Public Health* 94(12): 2155-61.
- Waddell G & Burton AK (2006) *Is work good for your health and well-being?* London: The Stationery Office.
- Wahlbeck, K. and McDaid, D. (2012) Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry* 11(3): 139–145.
- WHO 2009 *Mental health, resilience and inequalities*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO Regional Office for Europe. Draft Interim report on implementation of the Tallinn Charter; 2011
<http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/file/0019/134470/08EInterimTallinn110515-V2.pdf>
- WHO Regional Office for Europe. Resolution. Health in times of global economic crisis: implications for the WHO European Region; 2009
<http://www.euro.who.int/data/assets/pdf/file/0005/68945/RC59eres03.pdf>
- WHO. Health for all database 2012; 2013
<http://data.euro.who.int/hfad/>
- Wilkinson P, Landon M, Armstrong B et al (2001) *Cold comfort: the social and environmental determinants of excess winter deaths in England, 1986–96*. Bristol: The Policy Press.
- Williams DR, Collins C. US socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations. *Annual Review of Sociology* 1995;21:349–86.
- Wismar M et al. (2011). Health professional mobility and health systems: evidence from 17 European countries. *Euro Observer*, 13(2).
- Wismar M, Maier C, Glinos I, Dussault G and Figueras J, eds (2011). *Health Professional Mobility and Health Systems. Evidence from 17 European countries*. Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.

World Bank (2009). *Protecting pro-poor health services during financial crises. Lessons from experience*. Washington, DC, World Bank.

www.dhsspsni.gov.uk/publications/ni-health-and-social-care-inequalitiesmonitoring-system-hscims-health-inequalities (last accessed 15 June 2016).

Zavras, D., Tsiantou, V., Pavi, E., Mylona, K. and Kyriopoulos, J. (2013) Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *European Journal of Public Health* 23(2): 206–210.