

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας

Μεταπτυχιακή Διατριβή



**Διαμόρφωση της Υγειονομικής Δαπάνης την Περίοδο της
Οικονομικής Κρίσης στις Χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου**

Παναγιώτα Λαζίδου

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Όλγα Σίσκου**

Οκτώβριος 2019

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης.

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας

Μεταπτυχιακή Διατριβή

Διαμόρφωση της Υγειονομικής Δαπάνης την Περίοδο της Οικονομικής Κρίσης στις Χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου

Παναγιώτα Λαζίδου

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
Όλγα Σίσκου**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς μερική εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην... Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας.. από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης..... του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

Οκτώβριος 2019

Περίληψη

Η οικονομική ύφεση που ξεκίνησε το 2008 στην Ευρώπη επηρέασε τα συστήματα υγείας, ειδικά στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου και οι συνέπειες της στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι ένα πολυσυζητημένο θέμα σήμερα στην διεθνή βιβλιογραφία. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να κάνει μια συστηματική ανασκόπηση των μελετών που έχουν διερευνήσει την πορεία των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης, καθώς των πολιτικών μεταρρυθμίσεων που εφαρμόστηκαν για την μείωση τους και των σημαντικότερων επιπτώσεων που καταγράφηκαν στους τομείς της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, στο ανθρώπινο δυναμικό και στις οργανωτικές δομές. Η συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας έγινε προκειμένου να εντοπιστούν δημοσιευμένα άρθρα κατά την περίοδο 2008-2019, στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus. Συνολικά εντοπίστηκαν 39 μελέτες, οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής. Οι συμφωνίες οικονομικής διάσωσης απαίτησαν την μείωση των υγειονομικών δαπανών στην Ελλάδα, την Ισπανία, την Πορτογαλία και την Κύπρο, οι οποίες επιτεύχθηκαν μέσω μιας σειράς πολιτικών και μεταρρυθμίσεων. Εντοπίστηκαν ενδείξεις για επιδείνωση των ανισοτήτων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες ήταν περισσότερο έντονες για ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες και οι οποίες ήταν περισσότερο έντονες για την Ελλάδα και την Πορτογαλία. Το ανθρώπινο δυναμικό ήρθε επίσης αντιμέτωπο με μειώσεις μισθών, ελλείψεις σε εξοπλισμό και προμήθειες, και αυξημένο φόρτο εργασίας λόγω της αύξησης της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και των περικοπών στις δαπάνες υγείας. Οι επιπτώσεις της μείωσης των δαπανών στον τομέα της υγείας, κρίνεται σκόπιμο να μελετηθούν περισσότερο μελλοντικά, καθώς η σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου κατέστη δύσκολη, λόγω των διαφορετικών μεθοδολογιών που έχουν ακολουθήσει οι έρευνες και των πηγών άντλησης των δειγμάτων.

Λέξεις κλειδιά: οικονομική κρίση, δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, πολιτικές μεταρρυθμίσεις, Ευρωπαϊκός Νότος, πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, ανθρώπινο δυναμικό

Summary

Economic downturn began in Europe during 2008 has affected health systems, especially in South European countries and its implications for health care are a topic of much debate in international literature. The purpose of this study is to systematically review studies that have examined the state of health care spending in the countries of South Europe during the economic crisis, as well as political reforms implemented to reduce them and the major impacts were recorded in the areas of access to healthcare services, human resources and organizational structures. A systematic search of the literature was conducted in order to identify published articles in the period 2008-2019 in PubMed and Scopus databases. A total of 39 studies were identified after meeting inclusion criteria. The rescue agreements have called for cuts in health spending in Greece, Spain, Portugal and Cyprus, which have been achieved through a series of policies and reforms, such as introducing health service fees, cuts in salaries and rising prices of medicinal products. Signs of worsening access to health services were identified, which were more pronounced for vulnerable groups, especially in Greece and Portygal. Human resources have also been plagued by wage cuts, shortages in equipment and supplies, and increased workloads due to increased use of health services and cuts in health spending. Implications of reduction in health spending need to be studied further in the future, as it is difficult to compare the results between the countries of South Europe due to the different methodologies used in the surveys and the sources of sampling.

Keywords: financial crisis, healthcare spending, political reforms, South Europe, access to healthcare, human resources

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής θα ήθελα να εκφράσω τις ολόψυχες ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κ. Όλγα Σίσκου, για την υποστήριξή της καθ' όλη την διάρκεια της συγγραφής της, καθώς και σε όλους τους καθηγητές του τμήματος, για τις γνώσεις που μου μετέδωσαν. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου για την ηθική υποστήριξη που μου παρείχε, καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

Περιεχόμενα

Περίληψη	v
Summary	vi
Ευχαριστίες	vii
Περιεχόμενα	viii
Εισαγωγή	1
Κεφάλαιο 1	3
Γενικό Μέρος – Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας	3
1.1. Το χρονικό της οικονομικής ύφεσης στην Ευρώπη	3
1.2. Υγειονομικές δαπάνες στις χώρες του Ευρωπαϊκού νότου	6
1.3. Αναγκαιότητα διεξαγωγής συστηματικής ανασκόπησης.....	12
Κεφάλαιο 2	15
Μεθοδολογία	15
2.1. Σκοπός έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα	15
2.2. Στρατηγική αναζήτησης	16
2.3. Κριτήρια επιλογής – αποκλεισμού	17
2.4. Τελική επιλογή μελετών – διάγραμμα ροής	18
2.5. Χαρακτηριστικά μελετών συστηματικής ανασκόπησης.....	22
Κεφάλαιο 3	24
Αποτελέσματα	24
3.1. Μείωση υγειονομικής δαπάνης – σύγκριση μεγεθών μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου	24
3.2. Πολιτικές μείωσης υγειονομικής δαπάνης - σύγκριση μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου	27
3.3. Συνέπειες για την υγειονομική περίθαλψη - σύγκριση μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου	30
3.3.1. Πρόσβαση στον τομέα της υγείας.....	30
3.3.2. Ανθρώπινο δυναμικό	42
3.3.3. Οργανωτικές δομές.....	47
Κεφάλαιο 4	49
Συζήτηση – Συμπεράσματα	49

4.1. Σημαντικότερα ευρήματα	49
4.2. Περιορισμοί συστηματικής ανασκόπησης και προτάσεις για μελλοντική έρευνα ...	60
4.3. Συμπεράσματα	61
Βιβλιογραφικές αναφορές	63

Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε το 2009 στις ΗΠΑ επηρέασε τις οικονομίες πολλών χωρών και περισσότερο τις οικονομίες των χωρών της Νότιας Ευρώπης, καθώς αυτές ήταν ήδη ασθενείς και δεν είχαν τους κατάλληλους μηχανισμούς να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που εκδηλώθηκαν (Kouretas & Vlamis, 2010). Τα μέτρα οικονομικής προσαρμογής από τις αρχές της ΕΕ, επέβαλαν την εφαρμογή μέτρων λιτότητας, τα οποία όπως ήταν αναμενόμενο επηρέασαν σημαντικά τα συστήματα υγείας τους, καθώς απαίτησαν περικοπές στις δαπάνες για την υγεία (Correia et al., 2015).

Μια σειρά πολιτικών και μεταρρυθμίσεων εφαρμόστηκαν στην Ελλάδα, την Πορτογαλία, την Κύπρο και την Ισπανία, οι οποίες αφορούσαν την εισαγωγή τελών χρήσης των υπηρεσιών υγείας, την συγχώνευση των δομών υγείας και των ασφαλιστικών ταμείων, την μείωση των μισθών των εργαζομένων και την αύξηση της συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων (Karanikolos et al., 2013; Correia et al., 2015; Kontropoulos et al., 2017). Ακόμη, πραγματοποιήθηκαν αλλαγές και βελτιώσεις που αφορούν στον έλεγχο και στη διαφάνεια των διαδικασιών που πραγματοποιούνται στα νοσοκομεία ώστε να διασφαλίζεται η ορθολογική κατανομή των πόρων (Maresso et al., 2015).

Το θέμα της επίδρασης της οικονομικής ύφεσης στις δαπάνες υγείας είναι ευρέως μελετημένο μέχρι σήμερα (Karanikolos et al., 2013; Thomson et al., 2015; Maresso et al., 2015; Stuckler et al., 2017). Παρά τις πολλές εμπειρικές μελέτες που έχουν γίνει στον τομέα αυτό, δεν εντοπίστηκε καμία έρευνα μέχρι σήμερα, η οποία να έχει καταγράψει συστηματικά, αλλά και συγκριτικά, τόσο την πορεία των υγειονομικών δαπανών στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, όσο και τις πολιτικές περικοπής των δαπανών υγείας, καθώς και τις συνακόλουθες επιπτώσεις τους.

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα εργασία αποσκοπεί στην ανάλυση της πορείας των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, την περίοδο της οικονομικής κρίσης και μετέπειτα. Απώτερος στόχος είναι να συγκριθούν οι πολιτικές που οι χώρες αυτές ακολούθησαν για τη μείωση της υγειονομικής δαπάνης, καθώς και ο τρόπος, με τον οποίο η μείωση των υγειονομικών δαπανών επηρέασε την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης.

Η προσέγγιση του θέματος γίνεται μέσω συστηματικής ανασκόπησης, των μελετών που έχουν εκπονηθεί μέχρι σήμερα. Οι χώρες στις οποίες γίνεται εστίαση είναι η Ελλάδα, η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Κύπρος.

Η εργασία δομείται σε τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται εισαγωγή στο θεωρητικό πλαίσιο του θέματος, όπου γίνεται αναφορά στο χρονικό της οικονομικής κρίσης, καθώς και στην ανάγκη διεξαγωγής της παρούσας έρευνας. Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται επίσης ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας. Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει το μεθοδολογικό πλαίσιο που ακολουθήθηκε και ειδικότερα τη στρατηγική αναζήτησης, τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού των μελετών και το διάγραμμα ροής μέχρι την τελική επιλογή. Επίσης στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται τα βασικά χαρακτηριστικά των μελετών και οι μεθοδολογίες που ακολούθησαν. Στο τρίτο κεφάλαιο παραθέτονται και αναλύονται τα αποτελέσματα των μελετών που προέκυψαν από την συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας, διαχωρισμένα σε θεματικές ενότητες. Τέλος στο τέταρτο κεφάλαιο συζητούνται τα σημαντικότερα ευρήματα, καταγράφονται οι περιορισμοί της έρευνας και εξάγονται τα βασικά συμπεράσματα.

Κεφάλαιο 1

Γενικό Μέρος –

Ανασκόπηση

Βιβλιογραφίας

1.1. Το χρονικό της οικονομικής ύφεσης στην Ευρώπη

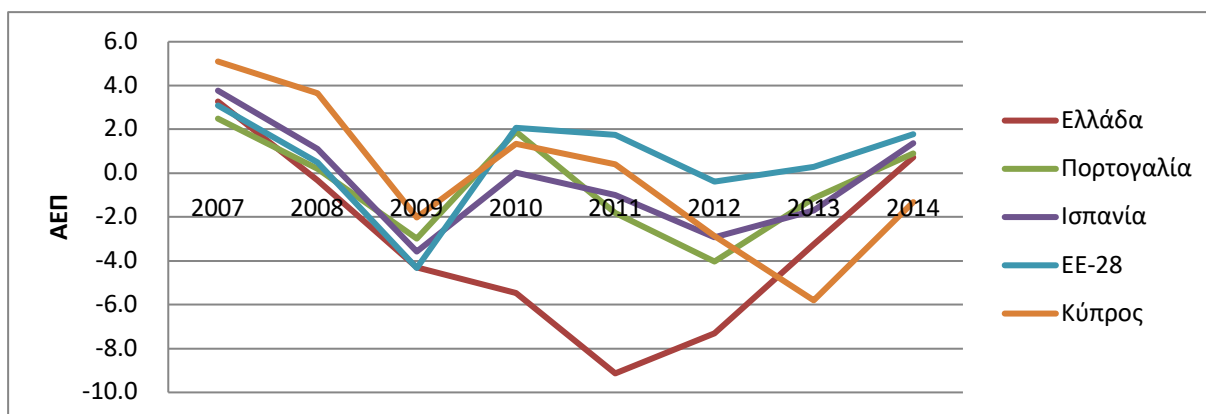
Χρονολογικά, το σημείο εκκίνησης της πρόσφατης παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης, σηματοδοτείται από την κατάρρευση της αγοράς ενυπόθηκων στεγαστικών δανείων στις ΗΠΑ το 2007, την πτώχευση της New Century Financial Corporation και τη μετέπειτα δέσμευση των διατραπεζικών αγορών. Οι συνέπειες αυτών των γεγονότων δεν παρέμειναν περιορισμένες στις Ηνωμένες Πολιτείες, καθώς το ίδιο έτος, καταγράφηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, μαζική φυγή κεφαλαίων από το τραπεζικό σύστημα και η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, έλαβε τα πρώτα μέτρα έκτακτης ρευστότητας. Αυτό το γεγονός έχει θεωρητικά περιγραφεί ως το έναυσμα της οικονομικής κρίσης στην Ευρωζώνη (Tosun, Wetzel και Zapryanova 2014).

Η επακόλουθη κατάρρευση της αμερικανικής επενδυτικής τράπεζας Lehman Brothers, επέβαλε κυβερνητικές παρεμβάσεις για τη διάσωση των πληγέντων τραπεζών, τόσο σε κράτη μέλη της ΕΕ, όσο και σε χώρες εκτός ΕΕ, όπως αρχικά ήταν η Ισλανδία και η Ουγγαρία. Η ΕΚΤ θέσπισε επιπρόσθετα μέτρα το 2008/2009 ως απόκριση στην παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση, ωστόσο οι ενέργειες διάσωσης των ευρωπαϊκών τραπεζών δεν περιόρισαν την κρίση. Αντίθετα, τα δημοσιονομικά ελλείμματα αυξήθηκαν δραματικά, ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Ισπανία και η Πορτογαλία. Σε συνδυασμό με τις συνέπειες της αρνητικής οικονομικής ανάπτυξης, αυτό οδήγησε σε ταχεία αύξηση των δημόσιων χρεών των παραπάνω χωρών, γεγονός που θεωρείται ευρέως ως ένα άμεσο αίτιο της ύφεσης που επακολούθησε (Hodson, 2010).

Το 2009 ο ρυθμός αύξησης του πραγματικού ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) μειώθηκε στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης με μέση μείωση της τάξης του 4,3%. Παράλληλα, η ανεργία αυξήθηκε σημαντικά από 7,2% το 2007, σε 11% τον Ιούλιο του 2013, αν και τα ποσοστά ανεργίας κυμάνθηκαν από 4,8% και 5,3% στην Αυστρία και τη Γερμανία και σε 26,3% και 27,6% στην Ισπανία και την Ελλάδα αντίστοιχα (Quaglio et al., 2013).

Οι κρίσεις χρέους έγιναν ιδιαίτερα προβληματικές στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου. Στην Ισπανία, τόσο το δημόσιο έλλειμμα, όσο και το δημόσιο χρέος ήταν συγκριτικά πολύ χαμηλά κατά την έναρξη της κρίσης (40% του ΑΕΠ το 2008), αλλά η έκρηξη της παγκόσμιας πιστωτικής κρίσης και του μαζικού ιδιωτικού χρέους, ενέτεινε την συρρίκνωση της οικονομίας, η οποία επιβραδύνθηκε κατά 6,3% το 2009, θέτοντας τέλος στην εξαιρετική οικονομική ανάπτυξη και την αύξηση της απασχόλησης, που είχαν σημειωθεί κατά τη δεκαετία του 2000. Στην Πορτογαλία, οι χρηματοπιστωτικές αναταράξεις προκάλεσαν οικονομική κάμψη, η οποία ήταν προφανής και πριν από την κρίση και πυροδότησε την έκρηξη του δημόσιου χρέους και του ελλείμματος. Στην Πορτογαλία η υποχώρηση της οικονομίας κατά 1,3% το 2011, ανάγκασε τη χώρα να ζητήσει εξωτερική βοήθεια. Η Ελλάδα, αν και είχε επίσης παρουσιάσει σημαντικό ρυθμό ανάπτυξης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 2000, ο υπερβολικός δανεισμός για τη χρηματοδότηση του κρατικού προϋπολογισμού και του ελλείμματος του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών, σε συνδυασμό με τις διαρθρωτικές δυσκαμψίες της οικονομίας, αύξησαν την ευπάθεια έναντι της διεθνούς χρηματοπιστωτικής αναταραχής (Petmesidou και Guillen, 2017). Στην Ελλάδα το δημοσιονομικό έλλειμμα το 2008, ήταν 12,7% του ΑΕΠ. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, η πτώση του ΑΕΠ μεταξύ των ετών

2008 και 2016 ήταν 27% (από 241.990 εκ. € το 2008 σε 176.488 εκ. € το 2015) (ΕΛΣΤΑΤ, 2018). Άμεσα εκτεθειμένη στην προβληματική ελληνική οικονομία, η Κύπρος παρουσίασε σταδιακή ύφεση μεταξύ των ετών 2009-2013, όπου το κατά κεφαλήν ΑΕΠ της έφτασε το -6% το 2013 (Διάγραμμα 1) (Dimitriou και Metaxas 2018).



Διάγραμμα 1. Ρυθμός ανάπτυξης ΑΕΠ, Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισπανία, Κύπρος και ΕΕ-28

Πηγή: OECD Statistics, 2019

Οι κυβερνήσεις των παραπάνω χωρών αντιμετώπισαν σοβαρές δημοσιονομικές πιέσεις εξαιτίας των υψηλών επιπέδων δημόσιου χρέους προ - κρίσης, της κρίσης- της αγοράς ακινήτων, των δημόσιων χρηματοδοτήσεων από εταιρείες του χρηματοπιστωτικού τομέα και των ταχέων αυξήσεων του κόστους δανεισμού, ως αποτέλεσμα της αύξησης της ανεργίας, της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος και της πτώσης της κατανάλωσης των νοικοκυριών. Οι κυβερνήσεις στην Κύπρο, την Ελλάδα, την Πορτογαλία και την Ισπανία αναγκάστηκαν να αναζητήσουν διεθνή οικονομική βοήθεια (Thomson et al., 2015).

Στο πλαίσιο αυτό, η απόκριση των θεσμών της ΕΕ στην οικονομική ύφεση, χαρακτηρίστηκε από την παροχή προγραμμάτων οικονομικής βοήθειας, μέτρων λιτότητας και συνακόλουθων διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων. Πρακτικά, οι επιχειρήσεις διάσωσης για την Ελλάδα, την Ισπανία, την Πορτογαλία και αργότερα την Κύπρο συνοδεύτηκαν από αυστηρά προγράμματα οικονομικής προσαρμογής, συμπεριλαμβανομένων μέτρων δημοσιονομικής συρρίκνωσης και διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων, τα οποία περιλάμβαναν μεταρρυθμίσεις στην αγορά εργασίας, αυξήσεις σε φόρους προστιθέμενης αξίας και ειδικούς φόρους κατανάλωσης και

περικοπές και μειώσεις συντάξεων, κοινωνικών δαπανών και δαπανών υγείας (Ville και Berckvens 2015).

1.2. Υγειονομικές δαπάνες στις χώρες του Ευρωπαϊκού νότου

Ως αποτέλεσμα των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής, οι δημόσιες δαπάνες μειώθηκαν σε όλες τις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου που επηρεάστηκαν από την οικονομική ύφεση (Quaglio et al., 2013). Στην Ελλάδα, η οποία ήταν μια από τις χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική ύφεση, οι όροι των προγραμμάτων δημοσιονομικής προσαρμογής, απαίτησαν οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία να μην υπερβαίνουν το 6% του ΑΕΠ και η εξοικονόμηση των δαπανών αυτών, θα προερχόταν κυρίως από τη μείωση των δημόσιων δαπανών για φάρμακα, την μείωση του εργατικού δυναμικού και από αλλαγές στην αγορά των υπηρεσιών υγείας. Ο στόχος ήταν να επιτευχθεί σημαντική εξοικονόμηση κόστους από το 2010 μέχρι το τέλος του 2012, συμπεριλαμβανομένης μιας μείωσης κατά 25% των δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες και αγαθά, μείωση κατά 50% του διοικητικού προσωπικού στο κεντρικό ταμείο κοινωνικής ασφάλισης και 25% μείωση σε συμβεβλημένα ταμεία, μείωση κατά 30% του κόστους των υπηρεσιών που αναθέτονται σε ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών, 15% μείωση του κόστους των νοσοκομείων, και μείωση κατά 25% σε μισθούς (Karaniolos et al, 2013).

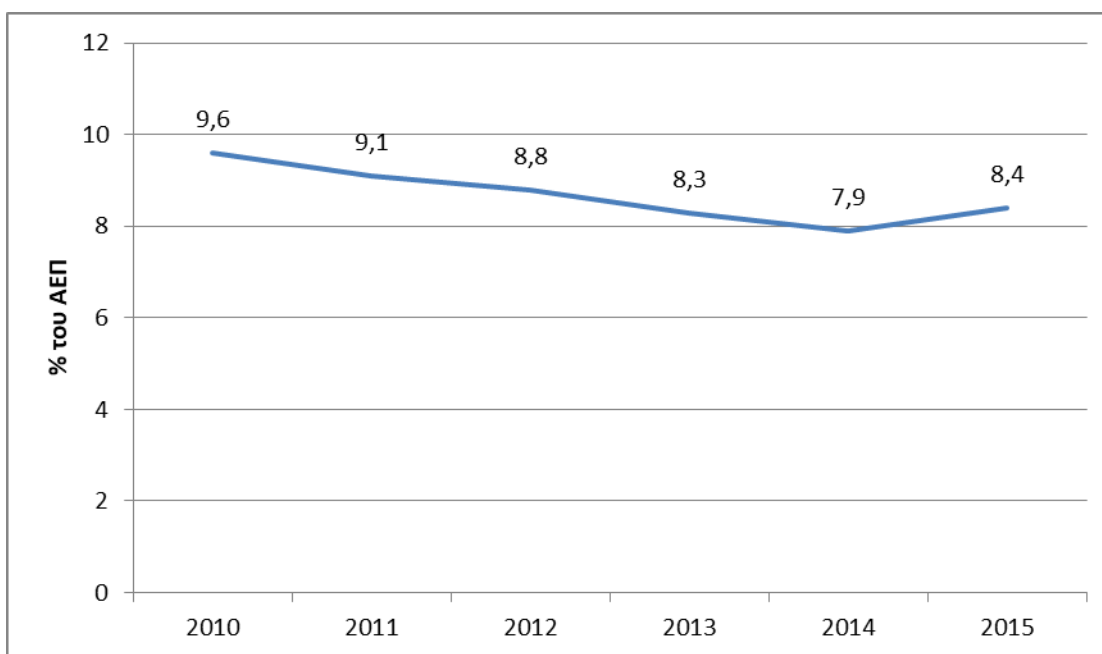
Η μείωση του προϋπολογισμού για την υγεία από το 2010 και μετά ακολούθησε τη συνολική συρρίκνωση της ελληνικής οικονομίας από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Προηγουμένως οι δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ είχαν αυξηθεί από 7,2% το 2000 σε 9,6% το 2010, πριν μειωθούν σημαντικά σε 9,6 % του ΑΕΠ το 2010 και σε 8,0% του ΑΕΠ το 2014, σύμφωνα με στοιχεία τους Economidou et al., (2017). Οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία, σε πραγματικούς όρους, ανήλθαν σε 6,7 δις € μεταξύ των ετών 2009 και 2015 και σε μεγάλο βαθμό προήλθαν από μειώσεις στη χρηματοδότηση των κονδυλίων της κοινωνικής ασφάλισης. Το 2015, το ποσοστό των δημόσιων δαπανών για την υγεία ήταν 59% (το τέταρτο χαμηλότερο στην ΕΕ), ενώ το υπόλοιπο 41% αποτελούσε ιδιωτικές πληρωμές. Τα υψηλά επίπεδα ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, κυρίως με τη μορφή πληρωμών «από την τσέπη», ήταν πάντα

χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας και συνέχισαν να είναι υψηλά ακόμη και κατά την οικονομική κρίση στην Ελλάδα (Economou et al., 2017). Ομοίως η κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία μειώθηκε από 2.697\$ το 2010, σε 2204\$ το 2015. Οι δαπάνες ως ποσοστό των δαπανών της γενικής κυβέρνησης, μειώθηκαν επίσης από 12,6% το 2010, σταδιακά σε 9,1% το 2015 (Economou et al., 2017) (Πίνακας 1, Διάγραμμα 2).

Έτος	Υγειονομικές δαπάνες (% του ΑΕΠ)	Κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία (\$)	Υγειονομικές δαπάνες ως % των δαπανών της Γενικής Κυβέρνησης
2010	9.6	2697	12.6
2011	9.1	2374	11.1
2012	8.8	2211	10.5
2013	8.3	2170	8.3
2014	7.9	2094	9.1
2015	8.4	2204	9.1

Πίνακας 1 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, 2010-2015

Πηγή: Economou et al., (2017)



Διάγραμμα 2. Εξέλιξη δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην Ελλάδα, 2010-2015

Πηγή: Economou et al., (2017)

Αρκετά από τα πρώτα μέτρα που επιβλήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας στην Ελλάδα, για την μείωση των δημοσίων δαπανών της υγείας, περιλάμβαναν την συγχώνευση των τεσσάρων εκ των μεγαλύτερων οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης υπό τον Εθνικό Οργανισμό για την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), τη συλλογή δεδομένων σχετικά με τη δραστηριότητα και τις δαπάνες των νοσοκομείων σε μηνιαία βάση, την μείωση των μισθών των εργαζομένων της υγείας, τους περιορισμούς στις προσλήψεις νέου προσωπικού και τις μειώσεις στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων και τις προμήθειες ιατρικού υλικού. Αυτές οι μειώσεις στους προϋπολογισμούς για την υγεία που επιβλήθηκαν μετά το 2009 συντέλεσαν στην αύξηση του αριθμού των ατόμων που δεν ήταν σε θέση να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και οι ευάλωτες ομάδες ήταν αυτές που επηρεάστηκαν κυρίως, καθώς και τα τέλη χρήσης για επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία αυξήθηκαν από € 3 σε € 5 (Karaniolos et al, 2013).

Πράγματι, όπως έδειξαν αρκετές μελέτες, στην Ελλάδα έχουν αυξηθεί οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης (Kentikelenis et al, 2011) και αναμένεται ότι η τάση αυτή θα συνεχιστεί (Pappa et al, 2013). Άξιο λόγου είναι το γεγονός ότι το κλείσιμο πολλών μονάδων υγείας συνέβη όταν αυξημένος αριθμός Ελλήνων ανέφεραν ότι δεν αναζητούν φροντίδα υγείας ή οδοντιατρική φροντίδα, εξέταση ή θεραπεία, ακόμη και αν πιστεύουν ότι είναι απαραίτητη για αυτούς, λόγω του κόστους, της αναμονής, της απόστασης, και για άλλους λόγους (Vandoros et al, 2013). Δεδομένα από τα έτη 2009-2011 έδειξαν επίσης, αυξήσεις των εισαγωγών στα δημόσια νοσοκομεία και μείωση στις εισαγωγές στα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, επειδή οι ασθενείς δεν είχαν ιδιωτική ασφάλιση (Kentikelenis και Papanicolas, 2012).

Στην Ισπανία ο τομέας της υγείας, επιβαρύνθηκε επίσης σε σημαντικό βαθμό, λόγω της δημοσιονομικής προσαρμογής στην οικονομική κρίση. Οι δαπάνες για την υγεία στην Ισπανία είχαν ακολουθήσει την διεθνή ανοδική τάση, φτάνοντας από 6,8% του ΑΕΠ το 2000, σε 9% του ΑΕΠ μέχρι το 2009, ακολουθώντας την ανοδική πορεία των άλλων χωρών της Δυτικής ΕΕ, μέχρι την έναρξη της οικονομικής κρίσης (Blanco-Moreno et al., 2013). Έκτοτε καταγράφηκε μια τάση αντιστροφής, τόσο ως προς τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, όσο και στις δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, καθώς το μακροοικονομικό πλαίσιο από το 2010 στη χώρα χαρακτηρίστηκε από την παγκόσμια οικονομική ύφεση, η οποία οδήγησε σε πολιτικές που αποσκοπούσαν στη μείωση των δημόσιων δαπανών (Bernal et al., 2018).

Πιο αναλυτικά, οι δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης ως % του ΑΕΠ μειώθηκαν από 9,6% το 2010, σε 9,0% το 2014, και το 2015 αυξήθηκαν σε 9,3%. Η κατά κεφαλή δαπάνη είναι μεγαλύτερη από αυτή των υπολοίπων χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου και κυμάνθηκε σε 3.025\$ το 2010, όπου και στην συνέχεια μειώθηκε σε 2.966\$ το 2014. Το 2015 ωστόσο αυξήθηκε ξανά ξεπερνώντας τα επίπεδα του 2014, φτάνοντας σε 3.183\$. Ομοίως οι δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης στην Ισπανία, ως ποσοστό των δαπανών της γενικής κυβέρνησης είναι μεγαλύτερες από αυτές των υπολοίπων χωρών που μελετούνται. Το 2010 το ποσοστό αυτό κυμάνθηκε σε 15,5% και το 2014 μειώθηκε σε 14,5%, σημειώνοντας ξανά αύξηση σε 15% το 2015 (Πίνακας 2) (Bernal et al., 2018).

Έτος	Υγειονομικές δαπάνες (% του ΑΕΠ)	Κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (\$)	Υγειονομικές δαπάνες ως % των δαπανών της Γενικής Κυβέρνησης
2010	9.6	3.025	15.5
2014	9.0	2.966	14.5
2015	9.3	3.183	15

Πίνακας 2 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στην Ισπανία, 2010, 2014-2015

Πηγή: Bernal et al., (2018)

Παράλληλα, όπως και στην Ελλάδα, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν έως και 28,9% των συνολικών δαπανών για την υγεία κατά την περίοδο 2009-2015 (σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ, 23,8%), ενώ οι πληρωμές «από την τσέπη» (για φαρμακευτικά προϊόντα κυρίως) των νοικοκυριών αντιπροσώπευαν το 23,9% των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2015 (σε σύγκριση με τον μέσο όρο της ΕΕ, 16,7%) (Bernal et al., 2018).

Είναι χαρακτηριστικό, ότι σε σύγκριση με την Ελλάδα, στην Ισπανία παρά τους περιορισμούς του προϋπολογισμού που συνδέονται με την οικονομική ύφεση, το σύστημα υγείας παραμένει σχεδόν καθολικό, καλύπτοντας το 99,1% του πληθυσμού. Οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν από το 2010, όπως οι μειώσεις του προϋπολογισμού και οι νέοι κανονισμοί σχετικά με το εύρος και το βάθος της κάλυψης, δεν έχουν εμφανώς εμφανείς σημαντικές βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις στα αποτελέσματα για την υγεία. Οι αρνητικές επιδράσεις στην παροχή της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, περιορίστηκαν στην μείωση των νοσοκομειακών κλινών, στην

μείωση των κεφαλαιουχικών επενδύσεων στα δημόσια νοσοκομεία και στην εκροή ανθρώπινου δυναμικού του τομέα της υγείας στο εξωτερικό, η οποία ωστόσο ήταν αυτό-περιοριζόμενη. Πιο αναλυτικά, ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών μειώθηκε περίπου κατά 1/5 μεταξύ των ετών 2000 και 2015, από 368 κρεβάτια ανά 100 000 κατοίκους, σε 298 κρεβάτια ανά 100 000 κατοίκους αντίστοιχα, ενώ οι κεφαλαιουχικές επενδύσεις μειώθηκαν δραματικά από 3,1% το 2010, σε 1,3% το 2014 (Bernal et al., 2018).

Παρόμοια, στην περίπτωση της Πορτογαλίας, οι δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης είχαν ακολουθήσει αυξητική πορεία μεταξύ των ετών 2002 και 2010, δηλαδή στα έτη πριν την οικονομική ύφεση. Συγκεκριμένα οι δαπάνες στην περίοδο αυτή αυξήθηκαν κατά 9,1%, δηλαδή κατά 3,47 εκ. €, εκ των οποίων τα 2,33 εκ. € είχαν χρηματοδοτήσει το δημόσιο σύστημα υγείας. Ωστόσο λόγω των πολιτικών λιτότητας που εφαρμόστηκαν μεταξύ των ετών 2011 και 2015, οι δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης μειώθηκαν από 10.4% του ΑΕΠ το 2010 σε 9.5% του ΑΕΠ το 2014. Η κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία μειώθηκε από 2.810 \$ το 2010, σε 2.689 \$ το 2014. Οι δαπάνες για την υγεία στην Πορτογαλία αντιπροσώπευαν το 13,8% των δαπανών της γενικής κυβέρνησης το 2010 και το 2014 το ποσοστό αυτό μειώθηκε σε 11,9% (Πίνακας 3) (De Almeida et al., 2017).

Έτος	Υγειονομικές δαπάνες (% του ΑΕΠ)	Κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (\$)	Υγειονομικές δαπάνες ως % των δαπανών της Γενικής Κυβέρνησης
2010	10.4	2.810	13.8
2014	9.5	2.689	11.9

Πίνακας 3. Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στην Πορτογαλία, 2010,2014

Πηγή: De Almeida et al., (2017)

Οι πληρωμές «από την τσέπη», συμπεριλαμβανομένου του επιμερισμού του κόστους και των άμεσων πληρωμών στις υπηρεσίες του ιδιωτικού τομέα - αντιπροσώπευαν περίπου το 27,4% των συνολικών δαπανών για την υγεία το 2002 και το 30,2% το 2010. Ωστόσο, στην περίοδο της ύφεσης, αυτές οι τιμές αυξήθηκαν κατά 33,8 % (Nunes & Ferreira, 2019; Morais, Cunha & Campos, 2019).

Στην Πορτογαλία η μνημονιακή σύμβαση καθοδήγησε τις κυβερνητικές μεταρρυθμίσεις, οι οποίες αποσκοπούσαν στη μείωση του κόστους και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των δημόσιων υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Τα περισσότερα από τα μέτρα που λήφθηκαν, επικεντρώθηκαν στην παροχή φροντίδας και στην φαρμακευτική αγορά, κυρίως όσον αφορά τη μείωση των τιμών των φαρμάκων, τη μείωση των συμβάσεων με τον κοινωνικό και τον ιδιωτικό τομέα και, σε γενικές γραμμές και τη μείωση των μισθών των επαγγελματιών του τομέα της υγείας (Nunes & Ferreira, 2019; Morais, Cunha & Campos, 2019).

Τα μέτρα λιτότητας και οι περικοπές των δαπανών υγείας είχαν σημαντική επίδραση στην αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας του πληθυσμού, οι οποίες διπλασιάστηκαν και πλέον, μεταξύ των ετών 2010 και 2012, λόγω οικονομικών εμποδίων, μεγάλων χρόνων αναμονής και καθυστέρηση στην παροχή της περίθαλψης (Legido-Quigley et al., 2016). Ο Πορτογαλικός πληθυσμός έχει επίσης αναφέρει φτωχότερα επίπεδα υγείας κατά την περίοδο της ύφεσης, καθώς και χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την φροντίδα υγείας που έλαβε από τα δημόσια νοσοκομεία (Sakellarides et al., 2014).

Στην Κύπρο, το ήδη κατακερματισμένο σύστημα υγείας, δέχθηκε σημαντικές επίσης πιέσεις κατά την περίοδο της ύφεσης. Είναι χαρακτηριστικό ότι ακόμα και πριν από την ύφεση, αλλά και μέχρι σήμερα, η Κύπρος δεν έχει ακόμη καθιερώσει ένα καθολικό σύστημα κάλυψης της υγείας και σήμερα διαθέτει δύο κατακερματισμένους και μη συντονισμένους τομείς υγείας: έναν δημόσιο και έναν μη ρυθμιζόμενο, κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα. Οι πληρωμές «από την τσέπη» αποτελούν την κύρια πηγή χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης (57%), η οποία υπερβαίνει τη δημόσια χρηματοδότηση (43%) (Petrou & Vandonos, 2018).

Λόγω των πολιτικών λιτότητας, στην Κύπρο οι κατά κεφαλή δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν σταδιακά μετά το 2011, αν και καταγράφηκαν μειώσεις μέχρι και το 2014. Αναλυτικότερα, το 2011 η κατά κεφαλή δαπάνη για την υγεία ήταν 2.153\$ και το 2014 έφτασε σε 1.848\$. Στην συνέχεια παρουσίασε μεγαλύτερη μείωση, φτάνοντας σε 1.582\$ το 2015. Μεταξύ των ετών 2013 και 2014 οι υγειονομικές δαπάνες ως ποσοστό των δαπανών της γενικής κυβέρνησης μειώθηκαν κατά 2%, φτάνοντας σε 14% το 2014 από 16% που ήταν το 2013 (Theodorou et al., 2012; WHO National Health Accounts, 2019). Τα δεδομένα παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.

Έτος	Υγειονομικές δαπάνες (% του ΑΕΠ)	Κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (\$)	Υγειονομικές δαπάνες ως % των δαπανών της Γενικής Κυβέρνησης
2010	6.0	1.842	7.4
2011	7.0	2.153	7.6
2012	7.0	1.942	7.5
2013	7.0	1.920	7.6
2014	7.0	1.848	7.6

Πίνακας 4 Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στη Κύπρο, 2010,2014

Πηγή: Theodorou et al., (2012), WHO National Health Accounts, (2019)

1.3. Αναγκαιότητα διεξαγωγής συστηματικής ανασκόπησης

Οι επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στον τομέα της υγείας, στην Ευρώπη και ειδικότερα η επίδραση στις δαπάνες υγείας είναι καλά μελετημένες και καταγεγραμμένες μέχρι σήμερα (Ifanti et al., 2013; Karanikolos et al., 2013; Thomson et al., 2015; Maresso et al., 2015; Stuckler et al., 2017).

Ειδικότερα οι χώρες που επηρεάστηκαν περισσότερο από την οικονομική ύφεση, όπως η Ελλάδα, η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Κύπρος έχουν κεντρίσει το ερευνητικό ενδιαφέρον και μέχρι σήμερα έχει αναπτυχθεί εκτενής συζήτηση, τόσο από ερευνητές, όσο και από οργανισμούς υγείας και άλλους οργανισμούς στην Ευρώπη, σχετικά με τις υφιστάμενες και τις πιθανές επιπτώσεις της χρηματοπιστωτικής κρίσης στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη στις χώρες αυτές (Theodorou et al., 2012; Ifanti et al., 2013; Kondilis et al., 2013; Legido-Quigley et al., 2013; Sakellarides et al., 2014; Economou et al., 2015; Petrou και Vandoros, 2015; Legido-Quigley et al., 2016; Lopez-Valcarcel & Barber, 2017; Nunes & Ferreira, 2019). Το έντονο αυτό ερευνητικό ενδιαφέρον, δεν προκαλεί εντύπωση, καθώς οι εξωτερικοί παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν τις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης και την λειτουργία των συστημάτων περίθαλψης, έχουν σημαντικό αντίκτυπο στο επίπεδο της υγείας των πληθυσμών και στα αποτελέσματα της υγείας γενικά (Stuckler et al., 2009; Nelson & Toge, 2017), ενώ από την άλλη έχει υποστηριχθεί ότι οι οικονομικές κρίσεις είναι καταλύτης για την βελτίωση της λειτουργίας των συστημάτων υγείας, μέσω της εφαρμογής μεταρρυθμίσεων στις πολιτικές υγείας και ως εκ τούτου μακροπρόθεσμα αναμένεται να

οδηγήσουν σε βελτιώσεις στην ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης (Liaropoulos, 2012).

Παρ' όλα αυτά δεν εντοπίστηκε καμία έρευνα μέχρι σήμερα, η οποία να έχει καταγράψει συστηματικά, αλλά και συγκριτικά, τόσο την πορεία των υγειονομικών δαπανών στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, όσο και τις πολιτικές περικοπής των δαπανών υγείας, καθώς και τις επιπτώσεις της μείωσης των υγειονομικών δαπανών στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης.

Οι μέχρι σήμερα συστηματικές ανασκοπήσεις που έχουν γίνει σε σχετικά θέματα, επικεντρώνονται είτε σε αναλύσεις σε μεμονωμένες χώρες, και όχι σε συγκριτική παρουσίαση μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου, καθώς επίσης και στην επίδραση της ύφεσης κυρίως στην υγεία του πληθυσμού. Συγκεκριμένα οι Simou και Koutsogeorgou (2014), έκαναν μια συστηματική ανασκόπηση για την διερεύνηση των επιπτώσεων της οικονομικής ύφεσης στην υγεία και την υγειονομική περίθαλψη, ωστόσο η έρευνα αυτή επικεντρώθηκε αποκλειστικά στην περίπτωση της Ελλάδας και δεν ανέλυσε δεδομένα για άλλες χώρες. Παρόμοια οι Parmar, Stavropoulou & Ioannidis (2016) έκαναν μια συστηματική ανασκόπηση για να μελετήσουν την επίδραση της ύφεσης στα αποτελέσματα της υγείας στην Ευρώπη, ωστόσο η έρευνα αυτή αφορούσε και άλλες χώρες, πέρα από τις χώρες του Ευρωπαϊκού νότου, ενώ παράλληλα δεν ανέλυσε δεδομένα σχετικά με τις υγειονομικές δαπάνες και τις πολιτικές μείωσης των υγειονομικών δαπανών. Άλλες συστηματικές ανασκοπήσεις που εντοπίζονται αφορούν τον αντίκτυπο της οικονομικής ύφεσης στη μετάδοση και τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών στην Ευρώπη (Suhrcke et al., 2011) και στην αύξηση των επιπέδων στρες (Mucci et al., 2016) και ως εκ τούτου εστιάζουν αποκλειστικά στην επίδραση της ύφεσης στην υγεία του πληθυσμού.

Επιπρόσθετα, έχουν μέχρι σήμερα γίνει διάφορες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου στις δαπάνες υγείας, στις πολιτικές που ακολουθήθηκαν για την περικοπή των δαπανών και στις επιπτώσεις της μείωσης των υγειονομικών δαπανών στην πρόσβαση στην περίθαλψη (Kentikelenis, 2015; Maresso et al., 2015; Petmesidou & Guillén, 2017; Serapioni, 2017), στις μεταβολές των οργανωτικών δομών της υγείας (Maresso et al., 2015) και στον ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της υγείας (Dussault, Correia & Pontes, 2015). Οι έρευνες αυτές έχουν καταφέρει να δώσουν μια καλή εικόνα των θεμάτων που αναλύουν και η συμβολή τους στην μέχρι σήμερα γνώση καθίσταται αδιαμφισβήτητη.

Ωστόσο δεν βασίστηκαν σε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, αλλά σε απλή ανασκόπηση (Maresso et al., 2015; Petmesidou & Guillén, 2017), δεν αφορούσαν πάντα συγκριτικά και τις τέσσερις χώρες Ελλάδα - Ισπανία - Πορτογαλία - Κύπρο, αλλά συνήθως τρεις από αυτές (Karanikolos et al., 2013; Dussault, Correia & Pontes, 2015; Correia, Dussault & Pontes, 2015; Serapioni, 2017), και επίσης οι έρευνες αυτές έγιναν σε προγενέστερες χρονικές περιόδους (Verney, 2009; Petmesidou, Pavinoli & Guillén, 2014), σε ένα θέμα το οποίο είναι γνωστό ότι εξελίσσεται μέχρι σήμερα.

Τα παραπάνω ερευνητικά κενά, ως εκ τούτου δικαιολογούν την ανάγκη της διεξαγωγής της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης, σχετικά με την συγκριτική παρουσίαση και κριτική ανάλυση της πορείας των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης στην Ευρώπη και μετέπειτα, καθώς και των πολιτικών μείωσης και των σημαντικότερων επιπτώσεων της μείωσης αυτής, στην πρόσβαση του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη, σε αλλαγές στις οργανωτικές δομές της υγείας και στο ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας.

Κεφάλαιο 2

Μεθοδολογία

2.1. Σκοπός έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της πορείας των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης στην Ευρώπη και μετέπειτα. Συγκεκριμένα, οι χώρες στις οποίες εστιάζει η μελέτη είναι η Ελλάδα, η Ισπανία, η Πορτογαλία και η Κύπρος. Παράλληλα στόχος είναι να μελετηθούν και να συγκριθούν οι πολιτικές που οι χώρες αυτές ακολούθησαν για τη μείωση της υγειονομικής δαπάνης, καθώς και ο τρόπος, με τον οποίο η μείωση των υγειονομικών δαπανών επηρέασε την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης. Με βάση τον σκοπό και τους ως άνω, επιμέρους ερευνητικούς στόχους, τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώθηκαν ως εξής:

- [1] Η διερεύνηση και η συγκριτική ανάλυση της πορείας των υγειονομικών δαπανών, μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου, κατά την περίοδο 2008-2018.
- [2] Η διερεύνηση και η συγκριτική ανάλυση των πολιτικών που ακολουθήθηκαν για τη μείωση των υγειονομικών δαπανών, μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου, κατά την περίοδο 2008-2018.
- [3] Η διερεύνηση και η συγκριτική ανάλυση των σημαντικότερων επιπτώσεων της μείωσης των υγειονομικών δαπανών στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης, μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου, κατά την περίοδο

2008-2018, με έμφαση: (i) στην πρόσβαση του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη, (ii) στις αλλαγές στις οργανωτικές δομές της υγείας, και (iii) στο ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας.

2.2. Στρατηγική αναζήτησης

Η διεξαγωγή της συστηματικής, πραγματοποιήθηκε για την διερεύνηση της σύγχρονης επιστημονικής βιβλιογραφίας σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στις υγειονομικές δαπάνες των χωρών της Νότιας Ευρώπης. Τα βήματα που ακολουθήθηκαν για τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων ήταν: 1) η αναζήτηση της βιβλιογραφίας ηλεκτρονικά, 2) η επιλογή των μελετών που πληρούσαν συγκεκριμένα κριτήρια συμπερίληψης, και 3) η παρουσίαση και συγκριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων των μελετών.

Η αναζήτηση των μελετών πραγματοποιήθηκε στις ηλεκτρονικές βάσεις επιστημονικών άρθρων και συγκεκριμένα στο PubMed και στο Scopus. Επιπλέον, στις έρευνες που εντοπίστηκαν από την αναζήτηση στις παραπάνω βάσεις δεδομένων, μελετήθηκε η λίστα των βιβλιογραφικών τους αναφορών, προκειμένου να εντοπιστούν επιπρόσθετες μελέτες, οι οποίες είχαν ενδεχομένως διαφύγει με βάση τη στρατηγική αναζήτησης που ακολουθήθηκε. Για τις μελέτες που εντοπίστηκαν με αυτό τον τρόπο, το πλήρες κείμενο τους, αναζητήθηκε στην βάση δεδομένων Google Scholar.

Για την αναζήτηση των μελετών, ακολουθήθηκε συγκεκριμένη συστηματική διαδικασία αναζήτησης, η οποία περιγράφεται αναλυτικά στον Πίνακα 5. Οι όροι αναζήτησης ήταν στην Αγγλική γλώσσα και συνδυάστηκαν χρησιμοποιώντας λογικούς τελεστές Boolean (AND, OR). Πιο αναλυτικά χρησιμοποιήθηκε ένα σύνολο όρων αναζήτησης για κάθε ένα από τα βασικά θέματα αναζήτησης, τα οποία είναι: 1) η οικονομική ύφεση, 2) οι υγειονομικές δαπάνες και 3) οι χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της Σύνθετης Αναζήτησης των βάσεων δεδομένων PubMed και Scopus, και μεταξύ των αποτελεσμάτων που εντοπίστηκαν εφαρμόστηκε φίλτρο για την χρονική διάρκεια δημοσίευσης των μελετών (2008-2018), καθώς και για την γλώσσα γραφής του άρθρου (Αγγλική).

Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε κατά την χρονική περίοδο 10 Απριλίου 2019 έως 25 Απριλίου 2019.

Θέμα	Όροι αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκαν εναλλακτικά για κάθε θέμα στην Αγγλική γλώσσα
Οικονομική ύφεση	Crisis Economic crisis Economic recession Austerity
Υγειονομικές δαπάνες	Health expenditure* Healthcare
Χώρες Ευρωπαϊκού Νότου	South* Europe South* European countries Greece Spain Portugal Cyprus
Συνδυασμός όρων αναζήτησης	
((crisis OR economic crisis OR economic recession OR austerity) AND (health* expenditure* OR healthcare) AND (South* Europe OR Southern European countries OR Greece OR Spain OR Portugal OR Cyprus))	

Πίνακας 5. Περιγραφή στρατηγικής αναζήτησης που χρησιμοποιήθηκε στην συστηματική ανασκόπηση

2.3. Κριτήρια επιλογής – αποκλεισμού

Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε για άρθρα που έχουν δημοσιευθεί από το 2008, μέχρι και το 2018. Το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα επιλέχθηκε λόγω του γεγονότος ότι το 2008 έχει αναφερθεί επανειλημμένα ως η χρονιά της έναρξης της οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη, καθώς και το έτος έναρξης της ύφεσης στην Ελλάδα (Simou και Koutsogeorgou, 2014). Στην συστηματική ανασκόπηση περιλήφθηκαν μόνο δημοσιεύσεις σε επιστημονικά περιοδικά. Αναφορικά με το είδος της μελέτης περιλαμβάνονται μόνο εμπειρικές μελέτες, οι οποίες έχουν ακολουθήσει τόσο ποιοτικές, όσο και ποσοτικές προσεγγίσεις. Επίσης περιλήφθηκαν μελέτες για τις οποίες ήταν διαθέσιμο ή μπορούσε να εντοπιστεί το πλήρες κείμενο, καθώς και μελέτες που ήταν γραμμένες μόνο στην Αγγλική γλώσσα.

Δεδομένου του σκοπού της έρευνας, περιλήφθηκαν μελέτες, των οποίων ο τίτλος και οι περιλήψεις περιλάμβαναν τουλάχιστον έναν από τους όρους αναζήτησης και εφόσον το πλήρες κείμενο τους αφορούσε τις υγειονομικές δαπάνες των χωρών του Ευρωπαϊκού

Νότου, τις πολιτικές μείωσης των υγειονομικών δαπανών και τις επιπτώσεις στην φροντίδα υγείας λόγω της μείωσης των υγειονομικών δαπανών. Οι επιπτώσεις αφορούσαν (i) είτε την πρόσβαση του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη, (ii) είτε αλλαγές στις οργανωτικές δομές της υγείας και γενικότερες μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα, (iii) είτε επιπτώσεις στο ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας.

Ως εκ τούτου από την συστηματική ανασκόπηση αποκλείστηκαν έρευνες που αφορούσαν χώρες, εκτός της Ελλάδας, της Ισπανίας, της Πορτογαλίας και της Κύπρου. Στην έρευνα περιλήφθηκαν μελέτες που ερευνούσαν ομάδες χωρών της ΕΕ-27, εφόσον στην ομάδα αυτή υπήρχε τουλάχιστον μία από τις τέσσερις παραπάνω χώρες και εφόσον τα αποτελέσματα της μελέτης παρήγαγαν ξεχωριστά δεδομένα για κάθε μια από τις παραπάνω χώρες. Ως εκ τούτου μελέτες οι οποίες παρήγαγαν μικτά αποτελέσματα για ένα σύνολο χωρών, αποκλείστηκαν, ακόμα και αν σε αυτές περιλαμβανόταν μια ή περισσότερες από τις τέσσερις παραπάνω χώρες.

2.4. Τελική επιλογή μελετών – διάγραμμα ροής

Από την αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων, προέκυψαν 1.702 μελέτες, εκ των οποίων οι 494 εντοπίστηκαν από την βάση δεδομένων Pubmed και οι υπόλοιπες 1.208 από την βάση δεδομένων Scopus. Τα άρθρα συγκεντρώθηκαν σε ένα αρχείο excel και έγινε έλεγχος για διπλότυπες εγγραφές. Μετά την αφαίρεση των διπλότυπων μελετών απέμειναν 1.601 μελέτες. Στην συνέχεια οι μελέτες αυτές αξιολογήθηκαν, έπειτα από την ανάγνωση του τίτλου και της περίληψή τους, προκειμένου να αφαιρεθούν αυτές που δεν είχαν εμφανώς σχέση με το θέμα (π.χ. μελέτες που αφορούσαν άλλα είδη κρίσης, κλπ.). Στο στάδιο αυτό απέμειναν 467 άρθρα, τα οποία στην συνέχεια αξιολογήθηκαν ως προς το πλήρες κείμενο τους, προκειμένου να διαπιστωθεί αν πληρούν τα κριτήρια επιλογής. Από την διαδικασία αυτή απέμειναν συνολικά 98 άρθρα. Τα 432 άρθρα που αποκλείστηκαν δεν πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Αναλυτικότερα οι λόγοι για τους οποίους αποκλείστηκαν ήταν:

[1] Ήταν άλλες συστηματικές ανασκοπήσεις (n=63)

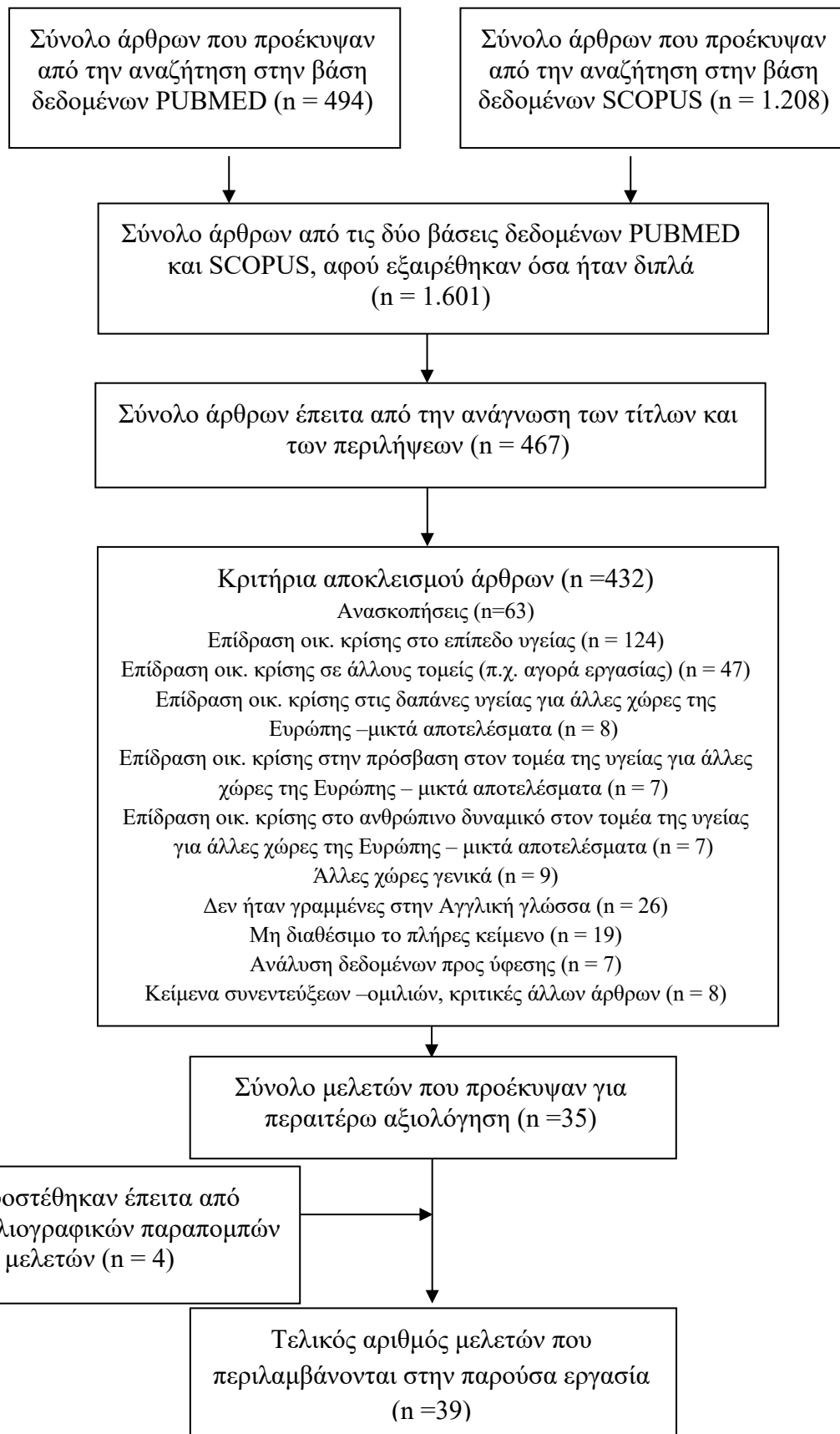
[2] Αφορούσαν την επίδραση της οικονομικής κρίσης σε μόνο μια από τις τέσσερις υπό μελέτη χώρες ή σε άλλες χώρες της Ευρώπης, στην υγεία του πληθυσμού (124 μελέτες)

- [3] Αφορούσαν την επίδραση της οικονομικής κρίσης σε μια από τις τέσσερις υπό μελέτη χώρες ή σε άλλες χώρες της Ευρώπης, σε τομείς όπως η αγορά εργασίας, η κοινωνική προστασία, η κοινωνική πρόνοια, οι κοινωνικές πολιτικές και η εκπαίδευση (47 μελέτες)
- [4] Αφορούσαν την επίδραση της οικονομικής ύφεσης στις δαπάνες για την υγεία, αλλά παρουσίαζαν μικτά αποτελέσματα και για άλλες χώρες, εκτός από μια ή περισσότερες από τις υπό μελέτη χώρες και ως εκ τούτου δεν ήταν δυνατό να αντληθούν ξεχωριστά συμπεράσματα ή αποτελέσματα (8 μελέτες)
- [5] Αφορούσαν την επίδραση της οικονομικής ύφεσης στην πρόσβαση στον τομέα της υγείας, αλλά παρουσίαζαν μικτά αποτελέσματα και για άλλες χώρες, εκτός από μια ή περισσότερες από τις υπό μελέτη χώρες και ως εκ τούτου δεν ήταν δυνατό να αντληθούν ξεχωριστά συμπεράσματα ή αποτελέσματα (7 μελέτες)
- [6] Αφορούσαν την επίδραση της οικονομικής ύφεσης στο ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας, αλλά παρουσίαζαν μικτά αποτελέσματα και για άλλες χώρες, εκτός από μια ή περισσότερες από τις υπό μελέτη χώρες και ως εκ τούτου δεν ήταν δυνατό να αντληθούν ξεχωριστά συμπεράσματα ή αποτελέσματα (7 μελέτες)
- [7] Αφορούσαν την επίδραση της οικονομικής ύφεσης στις υπό μελέτη μεταβλητές (δαπάνες υγείας, πρόσβαση στην υγεία, κ.α.), αλλά αφορούσαν άλλες χώρες (π.χ. Ιρλανδία) (9 μελέτες)
- [8] Δεν ήταν γραμμένες στην Αγγλική γλώσσα (26 μελέτες).
- [9] Δεν ήταν διαθέσιμο το πλήρες κείμενο (19 μελέτες)
- [10] Ανέλυαν δεδομένα προ της ύφεσης, δηλαδή πριν το 2008 (7 μελέτες)
- [11] Δεν ήταν επιστημονικά άρθρα, αλλά συνεντεύξεις, ομιλίες και σύντομες κριτικές για άλλα άρθρα (8 μελέτες)
- [12] Αφορούσαν μελέτες που διερευνούσαν άλλα θέματα (107 μελέτες), που ήταν πέρα από τον σκοπό της παρούσας εργασίας, όπως:
- i. γενικά για την λειτουργία των μονάδων υγείας στην Ευρώπη (15 μελέτες)

- ii. για πολιτικά θέματα σε συνδυασμό με την οικονομική κρίση στην Ευρώπη (13 μελέτες)
- iii. γενικά για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η επίδραση της οικονομικής ύφεσης (10 μελέτες)
- iv. γενικά για την ισότητα στα σύστημα υγείας στην Ευρώπη, χωρίς να μελετάται η επίδραση της οικονομικής ύφεσης (8 μελέτες)
- v. για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας, χωρίς να μελετάται η επίδραση της οικονομικής ύφεσης (6 μελέτες)
- vi. για την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην πρόληψη ασθενειών (5 μελέτες)
- vii. για τα ηθικά ζητήματα που σχετίζονται με την πρόσβαση του πληθυσμού στην περίθαλψη (2 μελέτες)
- viii. για άλλα θέματα (48 μελέτες), οι οποίες λόγω της ετερογένειάς τους δεν ήταν δυνατό να ταξινομηθούν σε μια κατηγορία

Συνολικά μετά την εφαρμογή των κριτηρίων επιλογής και αποκλεισμού έμειναν 35 μελέτες, οι οποίες συμπεριλήφθηκαν στην συστηματική ανασκόπηση. Οι πηγές των μελετών αυτών ελέγχθηκαν επίσης, προκειμένου να εντοπιστούν επιπρόσθετες έρευνες. Η αναζήτηση αυτή επέφερε ακόμα 4 μελέτες και ως εκ τούτου, ο συνολικός αριθμός των μελετών που περιλαμβάνονται στην συστηματική ανασκόπηση είναι 39.

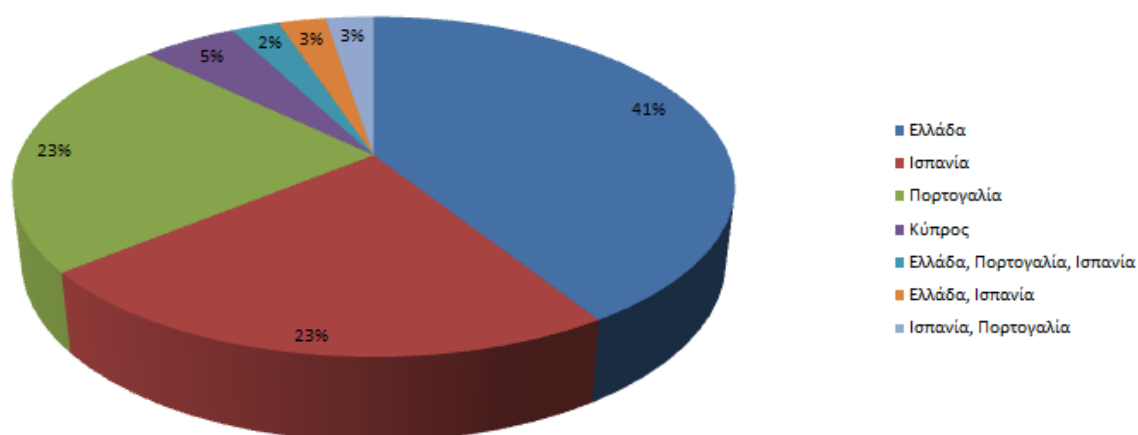
Το διάγραμμα ροής παρατίθεται στο Διάγραμμα 3.



Διάγραμμα 3. Διαγραμματική απεικόνιση της ροής των αποτελεσμάτων της συστηματικής αναζήτησης

2.5. Χαρακτηριστικά μελετών συστηματικής ανασκόπησης

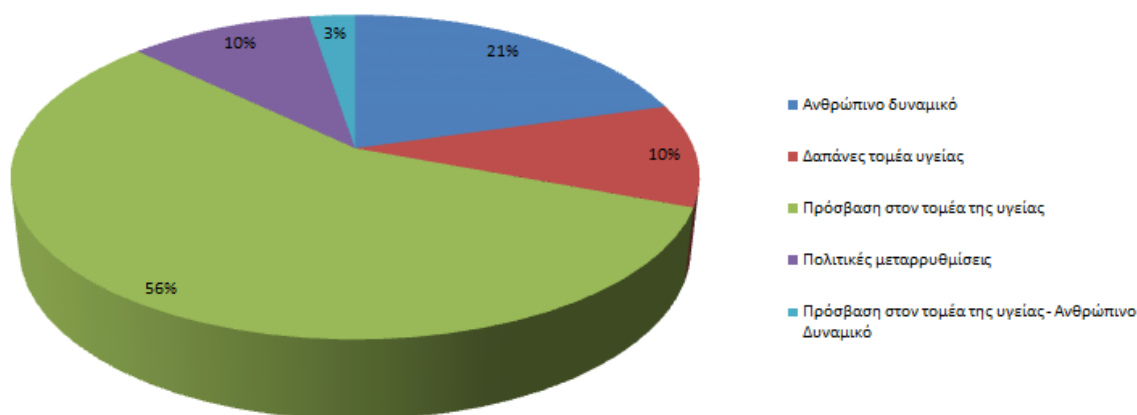
Σε ότι αφορά την χώρα ή τις χώρες στις οποίες κάθε μελέτη εστίαζε την ανάλυση της, η πλειοψηφία αφορούσε μεμονωμένα την Ελλάδα (41% του συνόλου ή 16 μελέτες) και στην συνέχεια σε ίσο αριθμό την Ισπανία μεμονωμένα (23% του συνόλου ή 9 μελέτες) ή την Πορτογαλία μεμονωμένα (23% του συνόλου ή 9 μελέτες). Στην Κύπρο εστίαζαν 2 μελέτες (5% του συνόλου). Μια μελέτη (2% του συνόλου) αφορούσε τις χώρες Ελλάδα-Ισπανία και μια μελέτη τις χώρες Ισπανία-Πορτογαλία. Τέλος μια μελέτη (2% του συνόλου) αφορούσε τις χώρες Ελλάδα-Ισπανία-Πορτογαλία (Διάγραμμα 4). Το γεγονός ότι οι περισσότερες μελέτες αφορούν την Ελλάδα, δεν προκαλεί εντύπωση, μιας και η Ελλάδα ήταν η χώρα, η οποία επηρεάστηκε περισσότερο από την οικονομική ύφεση, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Μεσογείου.



Διάγραμμα 4. Χώρες και σύνολα χωρών που μελετούν οι έρευνες της συστηματικής ανασκόπησης

Σε ότι αφορά το αντικείμενο των μελετών της συστηματικής ανασκόπησης, οι μελέτες είτε αφορούσαν ένα μεμονωμένο θέμα (με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης), είτε αφορούσαν δύο θέματα συνδυαστικά. Αναλυτικότερα, η πλειοψηφία των μελετών αφορούσε (56% του συνόλου ή 22 μελέτες), αφορούσε την επίδραση της περικοπής των δαπανών στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, το 21% (ή 8 μελέτες) αφορούσε την επίδραση της περικοπής των δαπανών στο ανθρώπινο

δυναμικό του τομέα της υγείας, το 10% (ή 4 μελέτες) αφορούσε τις μεταρρυθμίσεις και τις πολιτικές για την μείωση των δαπανών στον τομέα της υγείας, το 10% (ή 4 μελέτες) αφορούσαν την επίδραση της ύφεσης, στις δαπάνες του τομέα της υγείας και το 3% (ή μια μελέτη) αφορούσε συνδυαστικά την επίδραση της ύφεσης στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και στο ανθρώπινο δυναμικό (Διάγραμμα 5).



Διάγραμμα 5. Αντικείμενο των μελετών της συστηματικής ανασκόπησης

Εδώ πρέπει να σημειωθεί, ότι ένας μέρος του συνόλου των μελετών που αποκλείστηκαν επειδή δεν ήταν γραμμένες στην Αγγλική γλώσσα, ήταν γραμμένες στην Ισπανική γλώσσα και η πλειοψηφία αυτών αφορούσε έρευνες της σειράς μελετών SESPAS, οι οποίες έγιναν στην Ισπανία με σκοπό την διερεύνηση της οικονομικής ύφεσης στην υγειονομική περίθαλψη. Οι μελέτες αυτές κάλυπταν ένα μεγάλο εύρος θεμάτων σχετικά με την επίδραση της ύφεσης στην Ισπανία, στις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και στο ανθρώπινο δυναμικό.

Κεφάλαιο 3

Αποτελέσματα

3.1. Μείωση υγειονομικής δαπάνης – σύγκριση μεγεθών μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου

Η συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας οδήγησε στον εντοπισμό 4 εμπειρικών μελετών που αφορούσαν τις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου. Μεταξύ αυτών τρεις αφορούσαν την Ελλάδα (Gouvalas et al., 2016; Skroumpelos et al., 2014; Souliotis et al., 2016) και μια μελέτη αφορούσε τις χώρες Ελλάδα και Ισπανία (Reeves et al., 2014). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
Gouvalas et al., 2016 (Ελλάδα)	Διερεύνηση αύξησης πληρωμών «από την τσέπη» των ασθενών για συνταγογραφούμενα φάρμακα κατά την περίοδο 2011-2014	n=39.883 συνταγές για φαρμακευτικές αγωγές	Αναδρομική μελέτη	Το μέσο ποσοστό συμμετοχής ανά ιατρική συνταγή ήταν 11,28% για το 2011, 14,10% για το 2012, 19,97% για το 2013 και 29,08% για το 2014. Κατά την περίοδο 2011-2014, ο μέσος όρος του ποσοστού εισφοράς των ασθενών αυξήθηκε κατά 157,75% , ενώ η μέση χρέωση ασθενούς ανά ιατρική συνταγή σε τρέχουσες τιμές αυξήθηκε κατά 65,22%.
Reeves et al., (2014) (Ελλάδα, Ισπανία)	Διερεύνηση πολιτικών, οικονομικών και υγειονομικών παραγόντων που καθόρισαν τις αλλαγές στις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη στην ΕΕ-27 κατά την περίοδο 1995-2011	-	Ανάλυση ιστορικών δεδομένων	Η Ελλάδα και η Ισπανία ήταν μεταξύ των χωρών στις οποίες καταγράφηκαν οι μεγαλύτερες μειώσεις στις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης, σε σύγκριση με τις χώρες της ΕΕ-27. Στην Ελλάδα εντοπίστηκε συσχέτιση μεταξύ της μείωσης των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης και των μέτρων λιτότητας που εφαρμόστηκαν.
Skroumpelos et al., (2014) Ελλάδα	Διερεύνηση επίδρασης οικονομικών συνθηκών στην Ελλάδα στις δαπάνες για την υγεία των ατόμων με χρόνιες ασθένειες	n=1.200 ασθενείς	Ποιοτική με δομημένες συνεντεύξεις	Το 20,2% του δείγματος ανέφερε ότι είχαν μειώσει τις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη «πολύ» ή «πάρα πολύ». Μεταξύ αυτών το 18,3% δήλωσε ότι έχει μειώσει τις δαπάνες «πολύ» ή «πάρα πολύ» για ιατρικές επισκέψεις, το 16,5% για εργαστηριακές εξετάσεις, το 6,7% για φάρμακα για την διαχείριση της χρόνιας ασθένειας του, το 12,1% για συμπληρωματικά φάρμακα και το 33,3% για υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι.
Souliotis et al., (2016) Ελλάδα	Διερεύνηση σχέσης μεταξύ της οικονομικής ύφεσης και των άτυπων πληρωμών για την υγεία	n=2.741 άτομα	Ποσοτική με δομημένο ερωτηματολόγιο	Οι άτυπες πληρωμές αναφέρθηκαν στο 32,4 του δείγματος μεταξύ αυτών που είχαν κάνει εισαγωγές σε δημόσια νοσοκομεία. Στο ιδιωτικό τομέα υγείας, το 36% των άτυπων πληρωμών κατευθύνθηκε σε επισκέψεις σε ιδιωτικούς ιατρούς και οδοντιάτρους. Λόγω των σοβαρών οικονομικών πιέσεων, υπάρχει αυξανόμενη απροθυμία των πολιτών να πληρώνουν άτυπα και αυξανόμενη ζήτηση για αυτές τις πληρωμές ως προϋπόθεση για πρόσβαση σε

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
				υπηρεσίες.

Πίνακας 6. Παρουσίαση αποτελεσμάτων εμπειρικών μελετών συστηματικής ανασκόπησης, σχετικά με τις υγειονομικές δαπάνες στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου

Μεταξύ των ερευνών που έχουν γίνει στην Ελλάδα, μία αφορούσε την επίδραση της οικονομικής ύφεσης στις πληρωμές «από την τσέπη» των ασθενών (Gouvalas et al., 2016), μια την επίδραση της οικονομικής ύφεσης στις δαπάνες για την υγεία των ασθενών (Skroumpelos et al., 2014) και μια μελέτη αφορούσε την επίδραση της οικονομικής ύφεσης στις άτυπες πληρωμές για την υγεία (Souliotis et al., 2016).

Στην πρώτη έρευνα οι Gouvalas et al., (2016) οι οποίοι μελέτησαν τις μεταβολές στις πληρωμές «από την τσέπη» των ασθενών στην Ελλάδα, για συνταγογραφούμενα φάρμακα στην περίοδο 2011-2014, αναλύοντας 39.883 αρχεία συνταγογράφησης, βρήκαν αύξηση του ποσοστού συμμετοχής των ασθενών ανά ιατρική συνταγή, από 11,28% το 2011 σε 29,08% το 2014. Επίσης, στην ίδια περίοδο βρέθηκε ότι ο μέσος όρος του ποσοστού εισφοράς των ασθενών αυξήθηκε κατά 157,75%, ενώ η μέση χρέωση ασθενούς ανά ιατρική συνταγή σε τρέχουσες τιμές αυξήθηκε κατά 65,22%.

Στην δεύτερη μελέτη οι Skroumpelos et al., (2014) λαμβάνοντας τηλεφωνικές συνεντεύξεις από ένα δείγμα 1.200 ασθενών με χρόνιες παθήσεις, βρήκαν ότι περίπου 1 στους 5 ασθενείς ανέφεραν ότι οι δαπάνες τους για την λήψη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μειώθηκαν πολύ ή πάρα πολύ. Οι δαπάνες αυτές αφορούσαν κατά κύριο λόγο δαπάνες για υπηρεσίες νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι, επισκέψεις σε ιατρούς, εργαστηριακές εξετάσεις, δαπάνες για φάρμακα για την χρόνια ασθένεια τους, δαπάνες για συμπληρωματικά φάρμακα.

Στην τρίτη μελέτη, οι Souliotis et al., (2016) μελέτησαν τις άτυπες πληρωμές για την υγειονομική περίθαλψη, σε ένα σύνολο 2.741 ατόμων στην Ελλάδα. Αν και οι άτυπες πληρωμές αναφέρθηκαν περίπου από 1 στους 3 ασθενείς που είχαν κάνει εισαγωγές σε δημόσια νοσοκομεία ως προϋπόθεση για πρόσβαση σε υπηρεσίες, καταγράφηκε μια αυξανόμενη απροθυμία των πολιτών να πληρώνουν άτυπα.

Στην τελευταία μελέτη, οι Reeves et al., (2014) μελέτησαν συγκριτικά για τις χώρες Ελλάδα και Ισπανία, τους πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες που συνεισέφεραν

στην μεταβολή των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης, στις χώρες της ΕΕ-27 κατά την περίοδο 1995-2011. Βρέθηκε ότι οι δύο χώρες ήταν μεταξύ αυτών, στις οποίες είχαν καταγραφεί οι μεγαλύτερες μειώσεις για την υπό μελέτη περίοδο, ωστόσο μόνο στην Ελλάδα, η μείωση αυτή συσχετίστηκε με τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν λόγω της οικονομικής ύφεσης.

3.2. Πολιτικές μείωσης υγειονομικής δαπάνης - σύγκριση μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου

Η συστηματική αναζήτηση της βιβλιογραφίας οδήγησε στον εντοπισμό 4 εμπειρικών μελετών που αφορούσαν τις πολιτικές μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν για την μείωση των υγειονομικών δαπανών στις υπο μελέτη χώρες. Μεταξύ αυτών οι 2 μελέτες αφορούν την Ελλάδα (Polyzos et al., 2013; Xanthopoulou & Katsaliaki, 2019) και 2 μελέτες αφορούν συγκριτικά τις χώρες Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία (Leopold et al., 2014; Vogler et al., 2011). Καμία μελέτη δεν εντοπίστηκε που να αφορά την Κύπρο. Τα ευρήματα των μελετών αυτών παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
Leopold et al., 2014 (Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισπανία)	Μελέτη αλλαγών φαρμακευτικής πολιτικής κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης (2008-2011) και διερεύνηση επίδρασης τους στις πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων και στις δαπάνες για την αγορά τους.	-	Διαχρονική μελέτη	Οι περισσότερες αλλαγές στην φαρμακευτική πολιτική κατά την περίοδο 2008-2011 καταγράφηκαν στην Πορτογαλία (22), και στην συνέχεια στην Ισπανία (17) και στην Ελλάδα (14). Ο όγκος των φαρμακευτικών πωλήσεων αυξήθηκε κατά την περίοδο 2006-2011 σε όλες τις χώρες: 2,6% στην Ισπανία, 1,0% στην Πορτογαλία και 0,8 % στην Ελλάδα. Ωστόσο οι ετήσιοι ρυθμοί αύξησης ήταν πολύ πιο μεταβλητοί: Ελλάδα μείωση κατά 4,1% το 2009-2010, Πορτογαλία μείωση κατά 3,7% το 2010-2011 και Ισπανία αύξηση κατά 5,5% το 2010-2011. Η αξία των πωλήσεων των φαρμακευτικών προϊόντων μειώθηκε σε όλες τις χώρες: κατά -13,5% κατά -11,1% στην Πορτογαλία και κατά -3,7% στην Ισπανία το 2009-2010.
Vogler et al., 2011 (Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία)	Ανάλυση φαρμακευτικών πολιτικών-μέτρων κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης (2010-2011)	-	Αναδρομική μελέτη	Η Πορτογαλία εφάρμοσε τις περισσότερες πολιτικές μεταρρυθμίσεις -μέτρα στην φαρμακευτική αγορά. (15), ακολουθούμενη από την Ισπανία (6) και την Ελλάδα (6), για τον περιορισμό των δημοσίων δαπανών για φάρμακα. Οι μειώσεις των τιμών, οι αλλαγές στην πληρωτέα συνεισφορά, οι αλλαγές των συντελεστών ΦΠΑ για τα φάρμακα και των περιθωρίων διανομής ήταν μεταξύ των πιο κοινών μέτρων που ελήφθησαν.
Xanthopoulou & Katsaliaki, 2019 (Ελλάδα)	Ανάλυση πολιτικών μεταρρυθμίσεων της αγοράς γενόσημων φαρμάκων και διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν τις αντιλήψεις των ασθενών και των ιατρών σχετικά με την υποκατάσταση των πρωτότυπων από τα γενόσημα φάρμακα	n=242 ασθενείς n=85 ιατροί	Ποσοτική με ερωτηματολόγιο	Πολιτικές μεταρρυθμίσεις: 1) ετήσιες μεταβολές στις τιμές των γενόσημων φαρμάκων, 2) θέσπιση μηχανισμού οικονομικών αποδόσεων, 3) θέσπιση μηχανισμού αυτόματης επιστροφής χρημάτων από τις εγχώριες φαρμακευτικές εταιρείες στον ΕΟΠΥΥ για κάλυψη της απόκλισης μεταξύ του πραγματικού κόστους για τα φάρμακα και του φαρμακευτικού προϋπολογισμού των ταμείων

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
				κοινωνικής ασφάλισης. Καταγράφηκε μια μικρή αύξηση του όγκου των γενόσημων φαρμάκων στην περίοδο 2008-2015, αλλά όχι αύξηση της αξίας των πωλήσεων τους. Οι ασθενείς και οι ιατροί έδειξαν δυσπιστία όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των γενόσημων φαρμάκων και την καταλληλότητα των ελέγχων ποιότητας που εφαρμόζονται από τις ρυθμιστικές αρχές.
Polyzos et al., 2013 (Ελλάδα)	Διερεύνηση της εφαρμογής του Συστήματος Διαγνωστικών Ομοιογενών Ομάδων στα ελληνικά νοσοκομεία	n=13 νοσοκομεία στην Ελλάδα	Παρατηρητική ή μελέτη πιλοτικής εφαρμογής συστήματος	Καταγράφηκε αύξηση των εξιτηρίων των ασθενών που χρεώνονται με το νέο σύστημα, η οποία από την άποψη των εσόδων συνεπάγεται αυξημένη προσαρμοστικότητα από τα νοσοκομεία. Η δυσμενής κατανομή των εξιτηρίων και των εσόδων που παρατηρήθηκαν σε ορισμένους τομείς περίθαλψης υποδηλώνει την ανάγκη για διορθωτικές ενέργειες.

Πίνακας 7. Παρουσίαση αποτελεσμάτων εμπειρικών μελετών συστηματικής ανασκόπησης, σχετικά με τις πολιτικές μείωσης των υγειονομικών δαπανών

Μεταξύ των μελετών που έγινε στην Ελλάδα, η μια μελέτη εξετάζει την εφαρμογή του Συστήματος Διαγνωστικών Ομοιογενών Ομάδων (DRG) σε 13 ελληνικά νοσοκομεία (Polyzos et al., 2013). Η πιλοτική του εφαρμογή στα νοσοκομεία της χώρας έδειξε αρχικά ένα καλό πρότυπο προσαρμοστικότητας, καθώς καταγράφηκε αύξηση των εξιτηρίων που εκδόθηκαν για ασθενείς. Ωστόσο η δυσμενής κατανομή των εξιτηρίων και των εσόδων που παρατηρήθηκαν σε ορισμένους τομείς περίθαλψης υποδηλώνει την ανάγκη για διορθωτικές ενέργειες. Στην δεύτερη έρευνα, οι Xanthoroulou & Katsaliaki, (2019) μελέτησαν τις πολιτικές μεταρρυθμίσεις στη αγορά των γενόσημων φαρμάκων και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις αντιλήψεις των ασθενών και των ιατρών σχετικά με την υποκατάσταση των πρωτότυπων από τα γενόσημα φάρμακα. Από την έρευνα δείχθηκε ότι υπήρχε αύξηση του όγκου των γενόσημων φαρμάκων που κυκλοφόρησαν στην αγορά την περίοδο 2008-2015, αλλά παρ' όλα αυτά δεν καταγράφηκε αύξηση της αξίας των πωλήσεων τους. Οι ασθενείς και οι ιατροί του

δείγματος φάνηκε να είναι δύσπιστοι ως προς την αποτελεσματικότητα τους και την ποιότητα τους.

Οι υπόλοιπες δύο εμπειρικές μελέτες που αφορούσαν συγκριτικά την Ελλάδα, την Πορτογαλία και την Ισπανία είχαν τον ίδιο σκοπό, δηλαδή να διερευνήσουν και να αναλύσουν τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στην φαρμακευτική αγορά και στις τρεις χώρες. Η μια μελέτη αφορούσε την περίοδο 2008-2011 (Leopold et al., 2014) και η δεύτερη μελέτη την περίοδο 2010-2011 (Vogler et al., 2011). Και στις δύο μελέτες, η Πορτογαλία ήταν η χώρα, η οποία εφάρμοσε τον μεγαλύτερο αριθμό πολιτικών-μέτρων, ακολουθούμενη από την Ισπανία και την Ελλάδα. Ειδικότερα στην πιο πρόσφατη έρευνα, αυτή των Leopold et al., (2014), μεταξύ των ετών 2008-2014, η Πορτογαλία εφάρμοσε 22 πολιτικές-μέτρα, η Ισπανία 17 και η Ελλάδα 14. Αν και καταγράφηκε αύξηση του όγκου των πωλήσεων των φαρμακευτικών προϊόντων και στις 3 χώρες για την περίοδο 2006-2011 (2,6% στην Ισπανία, 1,0% στην Πορτογαλία και 0,8 % στην Ελλάδα), υπήρξε σημαντική μεταβλητότητα μεταξύ τους. Στην Ελλάδα ειδικότερα σημειώθηκε μείωση κατά 4,1% την περίοδο 2009-2010, στην Πορτογαλία υπήρχε επίσης μείωση κατά 3,7% το 2010-2011 και στην Ισπανία αύξηση κατά 5,5% το 2010-2011. Η αξία των πωλήσεων των φαρμακευτικών προϊόντων μειώθηκε επίσης σε όλες τις χώρες: κατά -13,5% κατά -11,1% στην Πορτογαλία και κατά -3,7% στην Ισπανία το 2009-2010 (Leopold et al., 2014).

3.3. Συνέπειες για την υγειονομική περίθαλψη - σύγκριση μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου

3.3.1. Πρόσβαση στον τομέα της υγείας

Η πρώτη κατηγορία άρθρων που εντοπίστηκαν σχετικά με την επίδραση της μείωσης των δαπανών στην υγειονομική περίθαλψη, αφορά την πρόσβαση του πληθυσμού στον τομέα της υγείας (22 μελέτες). Μεταξύ αυτών οι 4 μελέτες αφορούσαν την Ελλάδα (Filippidis et al., 2017; Keramidou & Triantafyllopoulos, 2018; Kyriopoulos et al., 2014; Papadakaki et al., 2017), οι 9 μελέτες αφορούσαν την Ισπανία (Abasolo et al., 2017; Castano et al., 2016; Córdoba-Doña et al., 2018; Fernández et al., 2015; Garcia-Subirats

et al., 2014; Heras-Mosteiro et al., 2016; Morteruel et al., 2018; Porthé et al., 2016; Rodríguez-Álvarez & Rosete-Rivero, 2017), οι 6 μελέτες αφορούσαν την Πορτογαλία (Correia et al., 2017; Da Costa et al., 2017; Doetsch et al., 2017; Kim et al., 2017; Legido-Quigley et al., 2016; Perelman et al., 2015), 1 μελέτη αφορούσε την Κύπρο (Petrou, 2015), 1 μελέτη αφορούσε τις χώρες Ισπανία και Πορτογαλία μαζί (Tavares & Zantomio, 2017) και 1 μελέτη αφορούσε και τις 4 χώρες του δείγματος (Κύπρος, Ισπανία, Πορτογαλία και Ελλάδα) (Petrou & Talias, 2015). Οι μελέτες παρουσιάζονται στον Πίνακα 8.

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
Kyriopoulos et al., 2014 (Ελλάδα)	Διερεύνηση εμποδίων πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη των ασθενών με χρόνιες ασθένειες κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης	n=1.594 ασθενείς με χρόνιες ασθένειες (διαβήτη, υπέρταση, ΧΑΠ και Alzheimer)	Ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις	Το 25% των ασθενών αντιμετώπισαν γεωγραφικά εμπόδια, το 63,5% αντιμετώπισαν οικονομικά εμπόδια και το 58,5% αντιμετώπισαν εμπόδια σχετικά με λίστες αναμονής. Οι άνεργοι, οι ασθενείς με χαμηλό εισόδημα και με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης ήταν περισσότερο πιθανό να αντιμετωπίσουν οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.
Porthé et al., 2016 (Ισπανία)	Διερεύνηση αλλαγών πρόσβασης μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, με βάσει τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας (ιατρικών και διοικητικών) και των μεταναστών	n=34 επαγγελματίες υγείας n=20 μετανάστες	Ποιοτική, περιγραφική-ερμηνευτική μελέτη, με ημι-δομημένες συνεντεύξεις	Η πρόσβαση στην περίθαλψη επιδεινώθηκε λόγω των μέτρων πολιτικής που λήφθηκαν κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης, όπως οι αλλαγές στα δικαιώματα υγειονομικής περίθαλψης για τους μετανάστες χωρίς χαρτιά και η μείωση των δαπανών για τη δημόσια υγεία. Οι μετανάστες αντιμετώπισαν εμπόδια για την απόκτηση της ατομικής κάρτας υγείας. Η μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας συσχετίστηκε με την υποβάθμιση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας των μεταναστών.
Garcia-Subirats et al., 2014 (Ισπανία)	Διερεύνηση αλλαγών πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, των μεταναστών και των γηγενών πληθυσμών πριν και μετά την οικονομική ύφεση	n=36.436 άτομα	Ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγιο	Μεταξύ των ετών 2006 και 2012, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες για την υγειονομική περίθαλψη μειώθηκαν και η χρήση των υπηρεσιών υγείας παρέμεινε σταθερή. Η οικονομική κρίση δεν φάνηκε να επιδεινώσε την πρόσβαση στην περίθαλψη, ωστόσο κάποιες αλλαγές που καταγράφηκαν ήταν η μείωση των επισκέψεων των γηγενών σε γενικούς ιατρούς, η ελαφρά μείωση στη χρήση υπηρεσιών υγείας έκτακτης ανάγκης και από τις δύο ομάδες και η μείωση του χάσματος στις επισκέψεις ειδικών ιατρών μεταξύ των δύο ομάδων.

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
Da Costa et al., 2017 (Πορτογαλία)	Αξιολόγηση επιπτώσεων οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση των ηλικιωμένων ασθενών σε φάρμακα και στην ιατρική περίθαλψη και στην συμπεριφορά λήψης φαρμάκων το 2013	n=1.236 ασθενείς	Διατομεακή μελέτη, ποσοτική με ερωτηματολόγια	Σχεδόν 1 στους 3 ηλικιωμένους ασθενείς σταμάτησε να λαμβάνει φάρμακα ή να χρησιμοποιεί υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για οικονομικούς λόγους και σταμάτησε να αγοράζει συνταγογραφούμενα φάρμακα. Σχεδόν 1 στους 5 ηλικιωμένους ασθενείς ανέφεραν μείωση στην χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Το 40,1% των ασθενών ανέφερε αύξηση των πληρωμών από την τσέπη τους. Οι αναφορές των ασθενών σχετικά με τη μείωση του κόστους των φαρμάκων συσχετίστηκαν με μειωμένη πιθανότητα προσκόλλησης στην φαρμακολογική θεραπεία. Τα μικρότερα επίπεδα χρήσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης συσχετίστηκαν με υψηλότερη πιθανότητα μείωσης της προσκόλλησης στην φαρμακολογική θεραπεία.
Legido-Quigley et al., 2016 (Πορτογαλία)	Διερεύνηση επίδρασης οικονομικής ύφεσης στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη	n=21.474 ασθενείς	Ποσοτική έρευνα με ερωτηματολόγιο	Η πιθανότητα οι ερωτηθέντες να αναφέρουν ότι είχαν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας υπερδιπλασιάστηκε μεταξύ των ετών 2010 και 2012. Οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι και άλλες οικονομικά ανενεργές ομάδες ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας. Τα οικονομικά εμπόδια αναφέρθηκαν από το 68% του δείγματος, ενώ υποδιπλάσιο ποσοστό ανέφερε μεγάλους χρόνους αναμονής.
Papadakaki et al., 2017 (Ελλάδα)	Διερεύνηση απόψεων παρόχων υπηρεσιών σχετικά με τα εμπόδια στη υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών.	n=9 πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης	Ποιοτική μελέτη – ομάδες εστίασης	Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης αναγνώρισαν τρία σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τους μετανάστες: 1) τρόπος λειτουργίας συστήματος υγείας στην Ελλάδα – αποσπασματικότητα λειτουργίας, περιορισμένοι πόροι λόγω οικονομικής ύφεσης, 2) χαμηλός αντιλαμβανόμενος έλεγχος και αυτο-αποτελεσματικότητας των παρόχων ως προς την ικανότητά τους να εισάγουν αλλαγές στο σύστημα για

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
				τη βελτίωση της παροχής υγειονομικής περίθαλψης στους μετανάστες, 3) έλλειψη προσοχής προς τους μετανάστες και απόδοση μεγαλύτερης προσοχής στους τοπικούς πληθυσμούς που πλήττονται από την φτώχεια λόγω της οικονομικής ύφεσης.
Abasolo et al., 2017 (Ισπανία)	Διερεύνηση επίδρασης οικονομικής ύφεσης στα πρότυπα χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης από τις διάφορες εισοδηματικές ομάδες, μεταξύ των ετών 2006-2012	n=29.712 ασθενείς, 2006 n=19.935 ασθενείς, 2012	Εμπειρική μελέτη – οικονομομετρική ανάλυση	Η ύφεση δημιούργησε εμπόδια πρόσβασης για τις λιγότερο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού και για τις ομάδες χαμηλού εισοδήματος σε ραντεβού σε ειδικούς ιατρούς και στην νοσηλεία. Αύξησε επίσης την χρήση των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης και τις επισκέψεις σε οικογενειακούς ιατρούς.
Heras-Mosteiro et al., 2016 (Ισπανία)	Διερεύνηση αντιλήψεων ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για τις επιπτώσεις των μέτρων λιτότητας που εφαρμόστηκαν στο σύστημα δημόσιας υγείας και τις πιθανές επιπτώσεις τους στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης	n=12 ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	Ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις	Η ύφεση επιδείνωσε την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (αύξηση χρήσης υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα μικρότερο χρόνο για την επαφή πρόσωπο με πρόσωπο με τους ασθενείς), μείωσε την πρόσβαση σε φάρμακα και τα μέτρα που λήφθηκαν περιορίσαν την πρόσβαση στους μετανάστες στην φροντίδα υγείας.
Kim et al., 2017 (Πορτογαλία)	Διερεύνηση του κατά πόσο η συσχέτιση μεταξύ εισοδηματικών και οικονομικών φραγμών στην υγειονομική περίθαλψη επηρεάζεται από τις εθνικές δαπάνες για τη δημόσια υγεία (PHE, ως % των συνολικών δαπανών για την υγεία)	n=1.022 άτομα	Ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις	Το 11% του δείγματος ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας για οικονομικούς λόγους. Οι εθνικές δαπάνες για την δημόσια υγεία δεν διαμεσολάβησαν στην σχέση μεταξύ της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και του χαμηλότερου εισοδήματος.
Mortieruel et al., 2018 (Ισπανία)	Διερεύνηση ανισοτήτων πρόσβασης στη χρήση νοσηλευτικών υπηρεσιών, ιατρικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και εξειδικευμένης περίθαλψης υγείας	n=10.454 άτομα	Ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις	Τα άτομα από χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ήταν πιο πιθανό να χρησιμοποιούν πρωτοβάθμια περίθαλψη και λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Καταγράφηκαν ανισότητες μεταξύ των υψηλότερων και των χαμηλότερων κοινωνικών ομάδων, οι οποίες ήταν σημαντικές σε όλες τις περιπτώσεις χρήσης υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
				σημαντικές στη χρήση φυσιοθεραπευτικών και ποδιατρικών υπηρεσιών από τους άνδρες.
Tavares & Zantomio, 2017 (Ισπανία, Πορτογαλία)	Αξιολόγηση κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην χρήση της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης μετά την έναρξη της κρίσης, από τα ηλικιωμένα άτομα	n=2.022 άτομα στην Πορτογαλία και n=3.506 άτομα στην Ισπανία	Εμπειρική με χρήση δεικτών κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων	Οι δείκτες οριζόντιας ανισότητας αποκάλυψαν αξιοσημείωτες κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην πρόσβαση των ηλικιωμένων ατόμων στη δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη και στις δύο χώρες, οι οποίες ήταν μεγαλύτερες στην Πορτογαλία.
Correia et al., 2017 (Πορτογαλία)	Διερεύνηση αντιλήψεων ιατρών σχετικά με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης	n=3.442 ιατροί	Ποσοτική με τη χρήση ερωτηματολογίου	Ένας μη καθορισμένος αριθμός ασθενών αντιμετώπισε δυσκολίες στη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς περισσότεροι ασθενείς ζήτησαν συνταγές για φθηνότερα φάρμακα ή απλά σταμάτησαν τις θεραπείες.
Filippidis et al., 2017 (Ελλάδα)	Διερεύνηση επίδρασης οικονομικής ύφεσης στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη	n=5.504 άτομα	Ποσοτική με τη χρήση ερωτηματολογίου	Το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας αυξήθηκε από 10% το 2010 σε 21,9% το 2015. Το ποσοστό αυτών που ανέφεραν οικονομικά εμπόδια πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη αυξήθηκε από 3,4% σε 12,2% και αυτών που ανέφεραν γεωγραφικά προβλήματα αυξήθηκε επίσης από 2,8% σε 4,5% κατά την ίδια περίοδο. Οι πληρωμές «από την τσέπη» αυξήθηκαν από 34,4% το 2010, σε 58,7% το 2015.
Petrou & Talias, 2015 (Κύπρος, Ελλάδα, Ισπανία, Πορτογαλία)	Διερεύνηση επίδρασης οικονομικής προσιτότητας των πρωτότυπων φαρμάκων	n=48 πρωτότυπα φάρμακα	Εμπειρική με ανάλυση δεικτών	Οι τιμές των πρωτότυπων φαρμάκων ήταν μεγαλύτερες στην Κύπρο, ακολουθούμενες από την Πορτογαλία, την Ισπανία και τέλος την Ελλάδα. Η οικονομική προσιτότητα ήταν μικρότερη για την Κύπρο και την Πορτογαλία.
Doetsch et al., 2017 (Πορτογαλία)	Διερεύνηση επίδρασης οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση των ηλικιωμένων πληθυσμών στην υγειονομική περίθαλψη	n=13 ηλικιωμένοι	Ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις	Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τους ηλικιωμένους κρίθηκε ανεπαρκής σε τέσσερις τομείς: 1) διαθεσιμότητα, 2) καταλληλότητα, 3) γεωγραφική προσβασιμότητα και 4) οικονομική προσιτότητα. Τα κύρια εμπόδια στην

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
				πρόσβαση ήταν η τρέχουσα οικονομική κατάσταση, οι περικοπές των συντάξεων, η ανεπαρκής παροχή υπηρεσιών, τα αυξημένα τέλη χρήσης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ο ανεπαρκής σχεδιασμός και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης, η έλλειψη εγκαταστάσεων μακροχρόνιας φροντίδας, η μη διαθεσιμότητα φαρμάκων, οι περιορισμοί στα δικαιώματα εξαίρεσης, οι αυξημένοι χρόνοι αναμονής, για χειρουργικές επεμβάσεις και οι ανεπαρκείς συνθήκες στέγασης για τους ηλικιωμένους.
Castano et al., 2016 (Ισπανία)	Διερεύνηση επίδρασης οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών με μεταδοτικές ασθένειες	n=93 μετανάστες	Μικτή μεθοδολογία (ποιοτική- ποσοτική μελέτη)	Οι μετανάστες χρησιμοποίησαν την ατομική κάρτα υγείας για να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα για μολυσματικές ασθένειες και χρόνιες παθήσεις. Το 66% των μεταναστών βρίσκονταν σε αυξημένο κίνδυνο να χάσουν τουλάχιστον ένα μέρος της κάλυψης της υγείας τους (κυρίως οι άνεργοι μετανάστες).
Rodríguez- Álvarez & Rosete-Rivero, 2017 (Ισπανία)	Διερεύνηση επίδρασης οικονομικής κρίσης στις λίστες αναμονής των δημοσίων νοσοκομείων για την περίοδο 1996-2009	-	Εμπειρική έρευνα – ανάλυση ιστορικών δεδομένων	Οι λίστες αναμονής των ισπανικών δημόσιων νοσοκομείων επηρεάζονται από μεταβλητές προσφοράς και ζήτησης. Η αύξηση του προϋπολογισμού για το τρέχον κόστος των νοσοκομείων καθώς και το κεφάλαιο μειώνουν σημαντικά τους καταλόγους αναμονής. Το εισόδημα, τη νοσηρότητα (αριθμός επισκέψεων σε εξωτερικούς ασθενείς ή το προσδόκιμο ζωής) επηρεάζουν τις λίστες αναμονής. Η ανεργία δεν βρέθηκε να έχει επίδραση. Ο χρόνος βρέθηκε να επηρεάζει την αύξηση των καταλόγων αναμονής (το αποτέλεσμα αποδείχθηκε στατιστικά σημαντικό από το 2005 και μετά).

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
Petrou, 2015 (Κύπρος)	Διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης και της συμμετοχής των ασθενών στις ιατροφαρμακευτικές δαπάνες, στην πρόσβαση στην περίθαλψη, την περίοδο 2011-2014	n=19 μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	Εμπειρική έρευνα-ανάλυση ιστορικών δεδομένων	Η οικονομική ύφεση δεν επηρέασε την πρόσβαση στην περίθαλψη των εξωτερικών ασθενών. Η εισαγωγή του συστήματος συμμετοχής των ασθενών στις ιατροφαρμακευτικές δαπάνες οδήγησε σε στατιστικά σημαντική μείωση των επισκέψεων από τον δεύτερο μήνα μετά την εισαγωγή του.
Perelman et al., 2015 (Πορτογαλία)	Διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην χρήση των υπηρεσιών υγείας κατά την περίοδο 2001-2012	n = 17,7 εκ. καταγεγραμμένες παραμονές νοσηλείας σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας	Εμπειρική έρευνα-ανάλυση ιστορικών δεδομένων	Καταγράφηκε αύξηση κατά 3,2% των εξιτηρίων εξόδου κατά το 2009 σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος. Οι επείγουσες εισαγωγές αυξήθηκαν κατά 2,5% μετά το 2011. Η διάρκεια παραμονής (νοσηλείας) ήταν κατά 2,8% μικρότερη σε διάρκεια μετά το ξεκίνημα της ύφεσης. Η αύξηση του ποσοστού ανεργίας κατά 1 ποσοστιαία μονάδα συσχετίστηκε με αύξηση του συνολικού όγκου των εισαγωγών κατά 0,4%, με μείωση των περιπτώσεων ημερήσιας νοσηλείας κατά 2,3% και με μείωση της διάρκειας νοσηλείας κατά 0,1%.
Fernández et al., 2015 (Ισπανία)	Διερεύνηση επίδρασης οικονομικής ύφεσης στην κοινωνικοοικονομική ανισότητα και στις ανεκπλήρωτες ανάγκες οδοντιατρικής περίθαλψης (2007-2011)	n=22.102 (2007) n=21.792 (2011) ενήλικες (>65 ετών)	Ποσοτική με ερωτηματολόγια και ανάλυση δεικτών ανισότητας	Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρικές υπηρεσίες αυξήθηκαν από 6,2% σε 7,2% στην περίοδο μελέτης. Οι παράγοντες που συσχετίστηκαν με την αύξηση ήταν η ανεργία και το χαμηλότερο εισόδημα.
Keramidou & Triantafyllopoulos (2018) (Ελλάδα)	Διερεύνηση επίδρασης οικονομικής ύφεσης στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (2007-2014)	n=1.872 ασθενείς από 110 νοσοκομεία	Ποιοτική με τηλεφωνικές συνεντεύξεις και ανάλυση δεικτών ποιότητας	Ο δείκτης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη μειώθηκε από 60,5 για την περίοδο 2007-2008, σε 59,8% για την περίοδο 2009-2014 (-1,17%)
Córdoba-Doña et al., 2018 (Ισπανία)	Διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην ανισότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας συγκριτικά για τις περιόδους 2007 και 2011-2012	n=6.511 (2007) n=6.507 (2011) άτομα (>16 ετών)	Εμπειρική έρευνα-ανάλυση ιστορικών δεδομένων και ανάλυση δεικτών κοινωνικοοικονομικής	Συνολικά δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των δεικτών ανισότητας και της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά υπήρχε μια τάση μικρότερων επιπέδων πρόσβασης για τις ομάδες με χαμηλότερα εισοδήματα.

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
			ανισότητας	

Πίνακας 8. Παρουσίαση αποτελεσμάτων εμπειρικών μελετών συστηματικής ανασκόπησης, σχετικά με την επίδραση της ύφεσης στην πρόσβαση στον τομέα της υγείας

Καταγράφεται σημαντική ετερογένεια μεταξύ των μελετών, τόσο στα μεγέθη και τα χαρακτηριστικά του δείγματος, όσο και στις μεθοδολογίες που ακολουθήθηκαν. Αναλυτικότερα, σε σχέση με τα χαρακτηριστικά των δειγμάτων, αν και η πλειοψηφία των μελετών αφορούσε τον γενικό πληθυσμό, υπήρχαν έρευνες που αφορούσαν ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες και συγκεκριμένα 4 μελέτες που εστίαζαν στους μετανάστες (Castano et al., 2016; Garcia-Subirats et al., 2014; Papadakaki et al., 2017; Porthé et al., 2016), 4 μελέτες που εστίαζαν στους ηλικιωμένους (Da Costa et al., 2017; Doetsch et al., 2017; Fernández et al., 2015; Tavares & Zantomio, 2017) και 1 μελέτη που εστίαζε σε άτομα με χρόνιες ασθένειες (Kyriopoulos et al., 2014).

Σχετικά με το μεθοδολογικό πλαίσιο ακολουθήθηκαν τόσο ποσοτικές, όσο και ποιοτικές προσεγγίσεις. Οι ποιοτικές μελέτες έγιναν με χρήση συνεντεύξεων και ομάδων εστίασης, ενώ οι ποσοτικές με χρήση ερωτηματολογίων για την καταγραφή των αντιλήψεων, είτε ασθενών, είτε μη ασθενών, είτε παρόχων υγείας για την πρόσβαση και τα εμπόδια πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Υπήρχαν επίσης εμπειρικές μελέτες που χρησιμοποίησαν μικτές μεθοδολογίες ή βασίστηκαν σε αναλύσεις στατιστικών ιστορικών δεδομένων που αντλήθηκαν από μονάδες ή άλλους φορείς υγείας και σε δείκτες πρόσβασης ή δείκτες κοινωνικοοικονομικής ανισότητας.

Ξεκινώντας από τις έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα δείχνουν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη κατά την διάρκεια της οικονομικής ύφεσης. Σύμφωνα με την μεγάλη πληθυσμιακή μελέτη των Filippidis et al., (2017), στην οποία έγινε σύγκριση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη πριν και μετά την οικονομική ύφεση, οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας για τον γενικό πληθυσμό αυξήθηκαν από 10% το 2010 σε 21,9% το 2015. Αν και ακολούθησαν μια διαφορετική μεθοδολογία, οι Keramidou & Triantafyllopoulos (2018) ανέφεραν επίσης σημαντική μείωση στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τον γενικό πληθυσμό, μεταξύ των χρονικών περιόδων 2007-2008 και 2009-2014. Τα είδη των εμποδίων πρόσβασης αξιολογήθηκαν επίσης από κάποιες από τις μελέτες. Σε μεγάλη

μελέτη που έγινε μεταξύ ατόμων με χρόνιες ασθένειες, οι Kygiourou et al., (2014), βρήκαν ότι πάνω από 1 στους 2 αντιμετώπισαν οικονομικά εμπόδια, ενώ στην έρευνα των Filippidis et al., (2017), βρέθηκε ότι τα (αυτοαναφερόμενα) οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη αυξήθηκαν από 3,4% σε 12,2%, μεταξύ των ετών 2010 και 2015, όπως επίσης και οι «πληρωμές από την τσέπη» από 34,4% το 2010, σε 58,7% το 2015. Οι Kygiourou et al., (2014) βρήκαν επίσης σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ανεργίας και του χαμηλού εισοδήματος με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, κάνοντας εμφανή την επίδραση της ύφεσης στην πρόσβαση στην περίθαλψη. Στην ίδια έρευνα, άλλα εμπόδια που αναφέρθηκαν ήταν οι λίστες αναμονής και τα γεωγραφικά εμπόδια. Η αυτοαναφορά των γεωγραφικών εμποδίων στην πρόσβαση, σύμφωνα με την έρευνα των Filippidis et al., (2017), αυξήθηκε από 2,8% σε 4,5% μεταξύ των ετών 2010 και 2015. Τέλος μια έρευνα που έγινε από τους Papadaki et al. (2017) και η οποία βασίστηκε σε απόψεις και αντιλήψεις παρόχων υγείας σχετικά με τα εμπόδια πρόσβασης στην περίθαλψη των μεταναστών, έδειξε ότι αυτοί αναγνώρισαν ως βασικά εμπόδια τον ίδιο τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, την αδυναμία των παρόχων να εισάγουν αλλαγές στον τρόπο που λειτουργεί το σύστημα, καθώς και την μεγαλύτερη σημασία και προσοχή που δίνεται στους τοπικούς πληθυσμούς ασθενών, έναντι των μεταναστών, λόγω της οικονομικής ύφεσης που διανύει η χώρα.

Οι έρευνες που έγιναν στην Ισπανία καταγράφουν σε κάποιες περιπτώσεις ασύμβατα αποτελέσματα, ωστόσο πρέπει να ληφθεί υπόψη ο μεθοδολογικός σχεδιασμός. Οι Garcia-Subirats et al., (2014) μελετώντας ένα δείγμα 36.436 ατόμων, δεν εντόπισαν αλλαγές στην πρόσβαση μεταξύ των ετών 2006 και 2012 και οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας μειώθηκαν τόσο για τους γηγενείς, όσο και για τους μετανάστες. Παρομοίως οι Córdoba-Doña et al., (2018) μελετώντας ένα δείγμα 13.018 ατόμων, δεν βρήκαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δεικτών ανισότητας και της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη.

Από την άλλη Morteruel et al., (2018), μελετώντας ένα εξίσου μεγάλο δείγμα 10.454 ατόμων, βρήκαν ότι άτομα από χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά επίπεδα ήταν πιο πιθανό να χρησιμοποιούν την πρωτοβάθμια περίθαλψη και λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Στην ίδια έρευνα αναφέρθηκαν επίσης ανισότητες μεταξύ των υψηλότερων και των χαμηλότερων κοινωνικών ομάδων, οι οποίες ήταν σημαντικές σε όλες τις περιπτώσεις χρήσης υπηρεσιών υγείας, ωστόσο

τα άτομα από χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ήταν πιο πιθανό να χρησιμοποιούν την πρωτοβάθμια περίθαλψη και λιγότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Ομοίως οι Abasolo et al., (2017) μελετώντας ένα δείγμα 29.712 ασθενών, βρήκαν ότι η οικονομική κρίση δημιούργησε εμπόδια πρόσβασης για τις λιγότερο ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού και για τις ομάδες χαμηλού εισοδήματος σε ραντεβού σε ειδικούς ιατρούς και στην νοσηλεία. Παρόμοια, οι Fernández et al., (2015) βρήκαν ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες για οδοντιατρικές υπηρεσίες αυξήθηκαν από 6,2% σε 7,2% στην περίοδο 2007-2011, οι οποίες συσχετίστηκαν με την ανεργία και το χαμηλότερο εισόδημα. Σε μια ποιοτική μελέτη από τους Heras-Mosteiro et al., (2016) σε ιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αναφέρθηκε επίσης ότι οι αυτοί πίστευαν ότι η ύφεση επιδείνωσε την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, μείωσε την πρόσβαση σε φάρμακα στον γενικό πληθυσμό, καθώς και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών. Συνολικά φαίνεται ότι στην Ισπανία η πρόσβαση στην υγεία για τον γενικό πληθυσμό, επηρεάστηκε κυρίως για εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας λόγω της οικονομικής ύφεσης.

Οι υπόλοιπες έρευνες της συστηματικής ανασκόπησης για την Ισπανία, αφορούσαν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη των μεταναστών και βασίστηκαν είτε σε απόψεις των ίδιων των μεταναστών, είτε σε απόψεις και αντιλήψεις των παρόχων υγείας. Χαρακτηριστικό είναι πως και οι δύο αυτές ομάδες δειγμάτων, ανέφεραν προβλήματα στην πρόσβαση για τους μετανάστες. Για παράδειγμα οι Porthé et al., (2016) οι οποίοι μελέτησαν τα εμπόδια στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τους μετανάστες, με βάση τις απόψεις των ίδιων, αλλά και των παρόχων υγείας σε μια μονάδα υγείας, ανέφεραν ότι τα μέτρα πολιτικής και οι αλλαγές στα δικαιώματα υγειονομικής περίθαλψης επηρέασαν την πρόσβαση στην περίθαλψη, η οποία επίσης συνδέθηκε με την επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης και εργασίας των μεταναστών. Σε έρευνα που έκαναν σε 93 μετανάστες με μεταδοτικές ασθένειες, οι Castano et al., (2016) βρήκαν ότι περίπου 2 στους 3 μετανάστες βρίσκονταν σε κίνδυνο να χάσουν την υγειονομική τους κάλυψη και το αποτέλεσμα συσχετίστηκε με τα υψηλότερα επίπεδα ανεργίας. Αυτό θα μπορούσε προφανώς να θέσει προκλήσεις στην δημόσια υγεία.

Στην Πορτογαλία καταγράφονται παρόμοια αποτελέσματα, καθώς οι περισσότερες μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες δείχνουν μείωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας, τόσο για τον γενικό

πληθυσμό, όσο και για ευάλωτες ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι. Αναλυτικότερα, οι Legido-Quigley et al., (2016) σε έρευνα που έκαναν σε 21.474 ασθενείς, βρήκαν ότι η πιθανότητα οι ερωτηθέντες να αναφέρουν ότι είχαν ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, υπερδιπλασιάστηκε μεταξύ των ετών 2010 και 2012 με το αποτέλεσμα να είναι στατιστικά σημαντικό για τους άνεργους, τους συνταξιούχους και τις οικονομικά ανενεργές ομάδες. Πάνω από 2 στους 3 ασθενείς ανέφεραν οικονομικά εμπόδια και περίπου 1 στους 3 ανέφερε προβλήματα με λίστες αναμονής. Μελετώντας αρχεία από νοσηλείες σε μεγάλες μονάδες υγείας σε όλη την χώρα, οι Perelman et al., (2015) βρήκαν αύξηση στις επείγουσες εισαγωγές και μείωση της διάρκειας παραμονής στα νοσοκομεία μετά το ξεκίνημα της ύφεσης, τα οποία συσχετίστηκαν με την ανεργία. Μελετώντας τις απόψεις 3.442 ιατρών, σε μια ποιοτική μελέτη, οι Correia et al., (2017) ανέφεραν δυσκολίες στη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς περισσότεροι ασθενείς ζήτησαν συνταγές για φθηνότερα φάρμακα ή σταμάτησαν τις θεραπείες τους. Μόνο μια μελέτη δεν εντόπισε σύνδεση μεταξύ της σύνδεσης του χαμηλότερου εισοδήματος και της πρόσβασης στην περίθαλψη, αν και περίπου 1 στους 10 ασθενείς του δείγματος ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας για οικονομικούς λόγους (Kim et al., 2017).

Οι υπόλοιπες δύο έρευνες αφορούσαν τους ηλικιωμένους και έδειξαν επίσης προβλήματα στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Μελετώντας ένα δείγμα 1.236 ηλικιωμένων, οι Da Costa et al., (2017) βρήκαν ότι περίπου 1 στους 3 σταμάτησε να λαμβάνει φάρμακα ή να χρησιμοποιεί υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ή να αγοράζει συνταγογραφούμενα φάρμακα για οικονομικούς λόγους και 1 στους 5 ηλικιωμένους ανέφεραν μείωση στην χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Σε μια μικρότερη ποιοτική μελέτη, από τους Doetsch et al., (2017), οι ηλικιωμένοι ανέφεραν εμπόδια οικονομικής προσιτότητας, διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας, καταλληλότητας και γεωγραφικής προσβασιμότητας, στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Συνολικά, φαίνεται ότι στην περίπτωση της Πορτογαλίας, η οικονομική κρίση περιόρισε την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τον γενικό πληθυσμό και για τους ηλικιωμένους. Τα παραπάνω αποτελέσματα στηρίζονται επίσης από μια συγκριτική μελέτη που έγινε μεταξύ των χωρών Ισπανίας και Πορτογαλίας, για την αξιολόγηση του αντίκτυπου των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην χρήση της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης μετά την έναρξη της κρίσης, από τους ηλικιωμένους. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην πρόσβαση των ηλικιωμένων ατόμων στη

δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη και στις δύο χώρες, οι οποίες ήταν μεγαλύτερες στην Πορτογαλία.

Το θέμα φαίνεται ελλιπώς διερευνημένο στην περίπτωση της Κύπρου, όπου μια μόνο σχετική μελέτη εντοπίστηκε. Συγκεκριμένα ο Petrou (2015), ο οποίος μελέτησε τον αντίκτυπο της ύφεσης στην συμμετοχή των ασθενών στις ιατροφαρμακευτικές δαπάνες και στην πρόσβαση στην περίθαλψη για την περίοδο 2011-2014, δεν βρήκε σύνδεση μεταξύ της κρίσης και της πρόσβασης, αν και η έρευνα περιορίστηκε σε ασθενείς σε εξωτερικά ιατρεία. Ωστόσο βρέθηκε ότι η εισαγωγή του συστήματος συμμετοχής των ασθενών στις ιατροφαρμακευτικές δαπάνες, οδήγησε σε στατιστικά σημαντική μείωση των ιατρικών επισκέψεων, από τον δεύτερο μήνα μετά την εισαγωγή του. Το αποτέλεσμα αυτό φαίνεται να στηρίζεται από την μελέτη των Petrou & Talias, (2015), οι οποίοι βρήκαν ότι η οικονομική προσιτότητα των πρωτότυπων φαρμάκων ήταν μικρότερη στην Κύπρο, σε σύγκριση με τις άλλες χώρες που μελετήθηκαν, δηλαδή την Ελλάδα, την Ισπανία και την Πορτογαλία. Οι τιμές των πρωτότυπων φαρμάκων ήταν μεγαλύτερες στην Κύπρο, ακολουθούμενες από την Πορτογαλία, την Ισπανία και τέλος την Ελλάδα.

3.3.2. Ανθρώπινο δυναμικό

Η δεύτερη κατηγορία άρθρων που εντοπίστηκαν σχετικά με την επίδραση της μείωσης των δαπανών στην υγειονομική περίθαλψη, αφορά τον αντίκτυπο στους επαγγελματίες του τομέα της υγείας (8 μελέτες). Μεταξύ αυτών 4 μελέτες έχουν γίνει στην Ελλάδα, 3 μελέτες έχουν γίνει στην Πορτογαλία και 1 μελέτη έχει γίνει στην Ισπανία. Δεν εντοπίστηκαν μελέτες για την Κύπρο. Τα ευρήματα τους παρουσιάζονται στον Πίνακα 9.

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
Russo et al., 2016 (Πορτογαλία)	Διερεύνηση απόψεων και αντιλήψεων των ιατρών, των υπευθύνων χάραξης πολιτικής και των διαχειριστών της υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με τον αντίκτυπο της κρίσης στις ιατρικές υπηρεσίες της χώρας, την κινητοποίηση των ιατρών και τις επακόλουθες στρατηγικές αντιμετώπισης	n=21 ιατροί δημοσίων μονάδων υγείας	Ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις	Οι ιατροί ανέφεραν περικοπές μισθών, εργασία ρουτίνας και απώλεια προνομίων. Λίγοι γιατροί ανέφεραν ότι αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τον δημόσιο τομέα και τη χώρα (κυρίως οι νεότεροι). Οι κυριότερες στρατηγικές αντιμετώπισης της επιδείνωσης των μισθών και των αυξανόμενων ελέγχων, ήταν η μετακίνηση τους από τον δημόσιο στον ιδιωτικό τομέα.
Saridi et al., 2016 (Ελλάδα)	Διερεύνηση κατανάλωσης αλκοόλ ως μέσο αντιμετώπισης εργασιακού στρες που σχετίζεται με την οικονομική κρίση, από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα	n=579 επαγγελματίες υγείας	Ποσοτική με ερωτηματολόγια	Τα επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ κυμάνθηκαν σε χαμηλά επίπεδα. Οι γυναίκες κατανάλωσαν περισσότερο αλκοόλ από τους άνδρες τόσο σε ποσότητα, όσο και συχνότητα. Καταγράφηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της ποσότητας αλκοόλ που καταναλώνεται μετά από ένα αγχωτικό συμβάν στην εργασία και της συχνότητας με την οποία σημειώθηκε αυτή η κατανάλωση αλκοόλ στους εργαζόμενους. Η πλειοψηφία των εργαζομένων πίστευε ότι η κατανάλωση αλκοόλ είναι ένας αναποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης των αγχωτικών καταστάσεων στην εργασία που σχετίζονται με την οικονομική κρίση.
Russo et al., 2017 (Πορτογαλία)	Διερεύνηση προσαρμογής ιατρών δημόσιων νοσοκομείων στην οικονομική ύφεση στην ικανότητά τους να συνεχίσουν να ασκούν τα καθήκοντά τους	n=48 ιατροί δημοσίων μονάδων υγείας	Ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις	Η οικονομική κρίση δεν βρέθηκε να επηρεάζει την πρόθεση αποχώρησης από τις μονάδες υγείας, ούτε την μετακίνηση των ιατρών στον ιδιωτικό τομέα. Το αποτέλεσμα δεν επηρεάστηκε από την ηλικία, την ειδικευση και τις ώρες εργασίας. Ωστόσο οι νεότεροι ιατροί, οι μη γηγενείς και αυτοί με υψηλό αριθμό ωρών εβδομαδιαίως ήταν πιο πιθανό να εξετάσουν το ενδεχόμενο της μετανάστευσης.
Heras-Mosteiro et al., 2016 (Ισπανία)	Διερεύνηση αντιλήψεων ιατρών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας για την επίδραση της οικονομικής ύφεσης στις	n=12 ιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας	Ποιοτική μελέτη με συνεντεύξεις	Η οικονομική ύφεση επιδείνωσε τις συνθήκες εργασίας των γενικών ιατρών (αύξηση ωρών εργασίας λόγω αύξησης της χρήσης των

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
	συνθήκες εργασίας τους	υγείας		υπηρεσιών υγείας) και ενίσχυσε την κόπωση, την επαγγελματική εξουθένωση και την αποπροσωποποίηση.
Rachiotis et al., 2014 (Ελλάδα)	Διερεύνηση ελλείψεων ιατρικών προμηθειών στις νοσοκομειακές μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και αξιολόγηση του αντίκτυπου τους στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας	n=303 εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης	Ποσοτική με ερωτηματολόγια	Ο επιπολασμός της συναισθηματικής εξάντλησης, της αποπροσωποποίησης και της χαμηλής προσωπικής επίτευξης ήταν 44,5%, 43,2% και 51,5% αντίστοιχα. Η έλλειψη των ιατρικών προμηθειών συσχετίστηκε έντονα με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση του ανθρώπινου δυναμικού.
Simou et al., 2015 (Ελλάδα)	Διερεύνηση επίδρασης οικονομικής ύφεσης στην οργάνωση και τη διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού της υγειονομικής περίθαλψης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	n=202 μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης	Αναδρομική μελέτη	Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας απορροφά ένα πολύ περιορισμένο μέρος του εργατικού δυναμικού του εθνικού συστήματος υγείας. Καταγράφηκαν ανισότητες στην αριθμητική και γεωγραφική κατανομή των ειδικοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού, υπέρ του ιατρικού προσωπικού και εις βάρος των μονάδων υγείας στις αγροτικές και νησιωτικές περιοχές.
Correira et al., 2017 (Πορτογαλία)	Διερεύνηση απόψεων επαγγελματιών υγείας για την επίδραση των μέτρων λιτότητας στην ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης	n=2.063 ιατροί	Ποσοτική με ερωτηματολόγια	Η ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης επιδεινώθηκε από την τακτική έλλειψη προμηθειών και φαρμάκων, από τον περιορισμό της συνταγογράφησης ορισμένων φαρμάκων και από την πίεση για επιλογή φθηνότερων θεραπειών
Keradisou et al., 2016 (Ελλάδα)	Διερεύνηση αντιλήψεων επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτές, γιατροί, φαρμακοποιοί) για την επίδραση των μέτρων λιτότητας στον επαγγελματισμό	n= 22 επαγγελματίες υγείας	Ποιοτική με συνεντεύξεις	Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι οι συνθήκες εργασίας τους χαρακτηρίστηκαν από δραματικές αυξήσεις στις εισαγωγές στα δημόσια νοσοκομεία, παράλληλα με μειώσεις προσωπικού και αναλώσιμων υλικών. Οι επαγγελματίες αντιλήφθηκαν τη μείωση των μισθών και την επιδείνωση των συνθηκών εργασίας τους ως προσβολή της αίσθησης αξιοπρέπειας και αξίας τους. Ωστόσο θεώρησαν ότι ήταν καθήκον τους να υπερασπίζονται το επαγγελματικό τους ήθος και να

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
				εξυπηρετούν τους ασθενείς χωρίς να θέτουν σε κίνδυνο τα πρότυπα περίθαλψης, ακόμα κι αν αυτό σημαίνει φιλελεύθερη ερμηνεία και εφαρμογή των κανονισμών.

Πίνακας 9. Παρουσίαση αποτελεσμάτων εμπειρικών μελετών συστηματικής ανασκόπησης, σχετικά με την επίδραση της ύφεσης στο ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της υγείας

Η πλειοψηφία των ερευνών, εκτός από 1 μελέτη (Simou et al., 2015) έχουν ακολουθήσει είτε ποιοτικές, είτε ποσοτικές προσεγγίσεις, στις οποίες επαγγελματίες του τομέα της υγείας, είτε έδωσαν συνεντεύξεις, είτε απάντησαν σε ερωτηματολόγια, αναφέροντας και καταγράφοντας τις απόψεις τους και τις αντιλήψεις τους, για τον τρόπο με τον οποίο η οικονομική ύφεση επηρέασε το επάγγελμα τους ή τις συνθήκες εργασίας τους.

Οι 4 μελέτες που έγιναν στην Ελλάδα, αφορούσαν εργαζομένους στον τομέα, χωρίς να υπάρχει εστίαση σε μια συγκεκριμένη κατηγορία προσωπικού. Η οικονομική ύφεση φαίνεται ότι οδήγησε σε ανισοκατανομές στον ανθρώπινο δυναμικό στις μονάδες υγείας στην Ελλάδα, όπως έδειξε η έρευνα των Simou et al., (2015) στην οποία αξιολογήθηκαν δεδομένα σχετικά με την κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού σε 202 μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Συγκεκριμένα αναφέρθηκαν ανισότητες στην αριθμητική και γεωγραφική κατανομή των ειδικοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού, υπέρ του ιατρικού προσωπικού και εις βάρος των μονάδων υγείας στις αγροτικές και νησιωτικές περιοχές. Οι υπόλοιπες τρεις μελέτες βρήκαν ότι η οικονομική ύφεση επηρέασε αρνητικά την ψυχική υγεία των εργαζομένων και τον επαγγελματισμό τους. Αναλυτικά, οι Rachiotis et al., (2014) οι οποίοι μελέτησαν ένα δείγμα 303 εργαζόμενων στον τομέα της υγείας βρήκαν ότι σχεδόν 1 στους 2 ανέφεραν συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και χαμηλά επίπεδα προσωπικής επίτευξης (διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης). Στην ίδια έρευνα, η έλλειψη ιατρικών προμηθειών, λόγω μειώσεων στις δαπάνες της υγειονομικής περίθαλψης, συσχετίστηκε έντονα με τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση του ανθρώπινου δυναμικού. Παρ' όλα αυτά οι Saridi et al., (2016) μελετώντας ένα δείγμα 579 εργαζομένων, δεν βρήκαν υψηλά επίπεδα κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ αυτών εν ώρα εργασίας και η πλειοψηφία θεώρησε ότι η κατανάλωση αλκοόλ ήταν ένας

αναποτελεσματικός τρόπος για την αντιμετώπιση αγχωτικών καταστάσεων στην εργασία που σχετίζονται με την οικονομική κρίση. Οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας φαίνεται να διατηρούν σε υψηλά επίπεδα τον επαγγελματισμό τους, όπως έδειξε μεταγενέστερη έρευνα από τους Keradisu et al., (2016). Αν και οι εργαζόμενοι ανέφεραν ότι οι συνθήκες εργασίας τους επιδεινώθηκαν λόγω της αύξησης των εισαγωγών στα νοσοκομεία, της μείωσης του ανθρώπινου δυναμικού και τις ελλείψεις σε προμήθειες, οι ίδιοι υπερασπίστηκαν το επαγγελματικό τους ήθος και δεν απέκλιναν από τα πρότυπα παράδοσης ποιοτικής φροντίδας, ακόμα και εάν αυτό συνεπάγονταν μη τήρηση ή φιλελεύθερη ερμηνεία των κανονισμών που διέπουν το σύστημα υγείας για την παράδοση της περίθαλψης.

Στην Ισπανία η μια μελέτη που εντοπίστηκε διερεύνησε τις απόψεις και τις αντιλήψεις των ιατρών σε μονάδες υγείας σχετικά με την επίδραση της ύφεσης στις συνθήκες εργασίας τους. Η έρευνα έγινε μέσω συνεντεύξεων σε ένα δείγμα 12 ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τα αποτελέσματα έδειξαν επιδείνωση των συνθηκών εργασίας η οποία συνοδεύτηκε από κόπωση, επαγγελματική εξουθένωση και αποπροσωποποίηση. Η επιδείνωση των συνθηκών εργασίας αναφέρθηκε στην αύξηση των ωρών εργασίας των ιατρών, λόγω της αύξησης της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, όπως ανέφεραν οι ίδιοι.

Στην Πορτογαλία, οι τρεις μελέτες που εντοπίστηκαν επίσης εστίασαν στο ιατρικό προσωπικό. Σε μια μελέτη οι Russo et al., (2016), μελετώντας ένα δείγμα 21 ιατρών, βρήκαν ότι αυτοί ανέφεραν περικοπές μισθών, εργασία ρουτίνας και απώλεια προνομίων, αν και λίγοι δήλωσαν ότι αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τον δημόσιο τομέα και τη χώρα (κυρίως οι νεότεροι). Παρ' όλα αυτά η βασική στρατηγική αντιμετώπισης των αρνητικών επιδράσεων της ύφεσης που ακολουθήθηκε ήταν η μετακίνηση τους στον ιδιωτικό τομέα. Σε μεταγενέστερη ερευνά τους, οι Russo et al., (2017), σε ένα μεγαλύτερο δείγμα ιατρών, δεν βρήκε σύνδεση μεταξύ της οικονομικής ύφεσης και της πρόθεσης αποχώρησης προς τον ιδιωτικό τομέα. Ωστόσο, όπως και στην προηγούμενη έρευνα του, βρέθηκε ότι οι ιατροί νεότερης ηλικίας, οι μη γηγενείς και αυτοί με υψηλό αριθμό ωρών εβδομαδιαίως ήταν πιο πιθανό να εξετάσουν το ενδεχόμενο της μετανάστευσης, για να αντιμετωπίσουν τις αρνητικές επιδράσεις της οικονομικής ύφεσης στις συνθήκες εργασίας τους. Στην τελευταία έρευνα που αφορά την Πορτογαλία, οι Correia et al., (2017) μελέτησαν τις απόψεις 2.063 επαγγελματιών υγείας για την επίδραση των μέτρων λιτότητας στην ποιότητα της παρεχόμενης

περίθαλψης και βρέθηκε ότι πίστευαν ότι η ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης επιδεινώθηκε από την τακτική έλλειψη προμηθειών και φαρμάκων, από τον περιορισμό της συνταγογράφησης ορισμένων φαρμάκων και από την πίεση για επιλογή φθηνότερων θεραπειών.

3.3.3. Οργανωτικές δομές

Δύο εμπειρικές μελέτες εντοπίστηκαν, τα αποτελέσματα των οποίων περιγράφονται στον Πίνακα 10. Και οι δύο μελέτες αφορούν την Ελλάδα.

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
Xenos et al., 2017 (Ελλάδα)	Μελέτη αποδοτικότητας και παραγωγικότητας δημόσιων νοσοκομείων κατά την πρώτη φάση της κρίσης (2009-2012)	n=108 γενικά νοσοκομεία	Εμπειρική μελέτη με παραμετρικές αναλύσεις (ανάλυση Malmquist-δείκτης MPI και μοντέλο Tobit)	Η οικονομική κρίση του 2009 είχε αρνητικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. Περίπου το 91% των νοσοκομείων βαθμολογήθηκαν χαμηλότερα από το μέσο σκόρ στο δείκτη MPI το 2010. Το 2011 η παραγωγικότητα αυξήθηκε, αποδιδόμενη στην αλλαγή της τεχνολογίας τουλάχιστον στο 75% των νοσοκομείων. Το 2012 καταγράφηκε σταθεροποίηση στην επεκτατική διαδικασία παραγωγικότητας. Οι κύριοι παράγοντες που συνέβαλαν στη συνολική αύξηση της παραγωγικότητας είναι οι αυξήσεις των ποσοστών πληρότητας, του τύπου και του μεγέθους του νοσοκομείου.
Mitropoulos et al., 2018 (Ελλάδα)	Διερεύνηση αντίκτυπου μεταρρυθμίσεων συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στην αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα (2009-2012)	n=111 δημόσια νοσοκομεία	Ανάλυση DEA, ανάλυση Malmquist	Προέκυψε ότι η παραγωγικότητα αυξήθηκε μετά τις πολιτικές μεταρρυθμίσεις. Στην περίοδο 2009-2010 μόνο 23 από τα 111 νοσοκομεία παρουσίασαν αύξηση της παραγωγικότητας και συνολικά καταγράφηκε μείωση της παραγωγικότητας κατά 12%. Στην περίοδο 2010-2011 καταγράφηκε αύξηση της παραγωγικότητας κατά 7% και στην περίοδο 2011-2012 αύξηση κατά 4%, λόγω βελτίωσης της

Συγγραφέας (Χώρα)	Σκοπός μελέτης	Δείγμα	Σχεδιασμός	Αποτελέσματα
				αποτελεσματικότητας κατά 2% και 5% αντίστοιχα. Τα αναμενόμενα οφέλη από τις μεταρρυθμίσεις γενικά έχουν επιτευχθεί, τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα.

Πίνακας 10. Παρουσίαση αποτελεσμάτων εμπειρικών μελετών συστηματικής ανασκόπησης, σχετικά με την επίδραση της ύφεσης στις οργανωτικές δομές υγείας

Στην πρώτη έρευνα, οι Xenos et al., (2017), μελέτησαν την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα 108 νοσοκομείων στην Ελλάδα για την περίοδο 2009-2012, χρησιμοποιώντας παραμετρικά μοντέλα εξισώσεων. Οι ερευνητές ότι μέχρι το 2010 η οικονομική κρίση είχε αρνητικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων, ωστόσο το 2011 αυξήθηκε, αποδιδόμενη στην αλλαγή της τεχνολογίας τουλάχιστον στο 75% των νοσοκομείων. Το 2012 καταγράφηκε σταθεροποίηση στην επεκτατική διαδικασία παραγωγικότητας. Οι κύριοι παράγοντες που συνέβαλαν στη συνολική αύξηση της παραγωγικότητας ήταν οι αυξήσεις των ποσοστών πληρότητας, του τύπου και του μεγέθους του νοσοκομείου. Στην δεύτερη μελέτη, οι Mitropoulos et al., (2018), διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα για τα έτη 2009-2012, χρησιμοποιώντας ανάλυση DEA. Αύξηση της παραγωγικότητας καταγράφηκε μόνο μετά το 2011, όπως και στην προηγούμενη έρευνα. Το ποσοστό αύξησης ήταν 7% για την περίοδο 2011-2012.

Κεφάλαιο 4

Συζήτηση - Συμπεράσματα

4.1. Σημαντικότερα ευρήματα

Η οικονομική ύφεση που ξεκίνησε το 2008 στην αγορά ακινήτων στις ΗΠΑ, είχε σημαντική επίδραση στην Ευρώπη και ειδικότερα στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου και στα συστήματα υγειονομικής τους περίθαλψης. Οι συνέπειες της στον τομέα της υγείας είναι ένα πολυσυζητημένο θέμα σήμερα στην διεθνή βιβλιογραφία. Η παρούσα εργασία έκανε μια συστηματική ανασκόπηση της δημοσιευμένης βιβλιογραφίας από το ξεκίνημα της ύφεσης (2008) μέχρι και σήμερα, προκειμένου να διερευνήσει την πορεία των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου (Ελλάδα - Κύπρος - Ισπανία - Πορτογαλία), τις πολιτικές και τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στον τομέα της περίθαλψης και την επίδραση του αντίκτυπου τους στην πρόσβαση του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη, στις αλλαγές στις οργανωτικές δομές της υγείας και στο ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας.

Οι μελέτες που αφορούσαν τις υγειονομικές δαπάνες στην Ελλάδα είχαν κατά κύριο λόγο εστιάσει στις πληρωμές «από την τσέπη» των ασθενών, στις άτυπες πληρωμές για την λήψη υπηρεσιών φροντίδας υγείας και στις δαπάνες γενικά για υπηρεσίες υγείας. Στην μεγαλύτερη από αυτές τις μελέτες, οι Gouvalas et al., (2016) βρήκαν πράγματι αύξηση των πληρωμών «από την τσέπη» κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης, ένα αποτέλεσμα το οποίο επίσης επιβεβαιώνεται από προηγούμενες μελέτες (Economou et al., 2017). Οι υπόλοιπες δύο μελέτες παρέχουν επίσης στοιχεία σχετικά με την αύξηση των δαπανών για την υγεία ασθενών με χρόνιες παθήσεις, αλλά και με αύξηση των άτυπων πληρωμών κατά την περίοδο της ύφεσης, ωστόσο αυτές οι έρευνες δεν

βασίστηκαν σε συγκριτικές αναλύσεις πριν και μετά την οικονομική ύφεση, αλλά κατέγραψαν την τρέχουσα κατάσταση, βασιζόμενες σε αναφορές από τους ασθενείς (Skroumpelos et al., 2014; Souliotis et al., 2016). Στην συγκριτική μελέτη μεταξύ Ελλάδας και Ισπανίας, οι Reeves et al. (2014) βρήκαν συσχέτιση μεταξύ της οικονομικής ύφεσης και της μείωσης των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης, για την περίπτωση της Ελλάδας, αλλά όχι για την Ισπανία. Αν και όλες οι χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου ακολούθησαν σε κάποιο βαθμό παρόμοιες πολιτικές όπως η μείωση των προϋπολογισμών των δημοσίων νοσοκομείων, οι χρεώσεις τελών χρήσης των υπηρεσιών υγείας, η μείωση των μισθών του ανθρώπινου δυναμικού και το πάγωμα των προσλήψεων, η αύξηση των τιμών των φαρμάκων, κ.α., όπως αναφέρουν προηγούμενα στοιχεία, η μείωση των υγειονομικών δαπανών, ήταν μεγαλύτερη στην Ελλάδα, συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου (Bernal et al., 2018; Economou et al., 2017; Nunes & Ferreira, 2019; EC, 2016; 2018).

Η οικονομική ύφεση έχει επίσης λειτουργήσει ως καταλύτης για διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, όπως το κλείσιμο ή η συγχώνευση των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων, η εισαγωγή συστημάτων για την μέτρηση της αποδοτικότητας των δημοσίων νοσοκομείων, οι μειώσεις σε ανθρώπινο δυναμικό, η εισαγωγή δεσμών πακέτων υπηρεσιών υγείας, η εισαγωγή συστημάτων συν-πληρωμών, οι μειώσεις στις εξαιρέσεις πληρωμών τελών χρήσης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, η αύξηση των τελών χρήσης των υπηρεσιών υγείας, η κοινή διαχείριση πόρων μεταξύ νοσοκομείων των εθνικών συστημάτων υγείας και η αναθεώρηση των συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στον τομέα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Barros, 2012; Cylus et al., 2013; Del Pino & Ramo, 2018; Gallo & Gené-Badia, 2013, Kentikelenis, 2015; Petrou & Vandonos, 2018; Quaglio et al., 2013).

Επιπλέον, λόγω της σημαντικής συμβολής των φαρμακευτικών προϊόντων στις συνολικές δαπάνες για την υγεία, το τομέας αυτός κλήθηκε να συμβάλλει στην προσπάθεια μείωσης του κόστους σε ορισμένες χώρες, όπως χαρακτηριστικά στην Ελλάδα και την Πορτογαλία, μέσα από την εισαγωγή συστημάτων ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, την προώθηση της συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων, την μείωση των δαπανών για φαρμακευτικά προϊόντα και τις μειώσεις στην κάλυψη των δαπανών για φαρμακευτικές αγωγές (Correira et al., 2015; Marques & Macedo, 2018, Peiró & Barrubés, 2012; Vandonos & Stargardt, 2013). Η πλειοψηφία των μελετών που εντοπίστηκαν στην συστηματική ανασκόπηση, έχουν εστιάσει σε μεταρρυθμίσεις στον

τομέα της φαρμακευτικής πολιτικής και έδειξαν ότι η Πορτογαλία ήταν η χώρα, η οποία εφάρμοσε τον μεγαλύτερο αριθμό πολιτικών-μέτρων, ακολουθούμενη από την Ισπανία και την Ελλάδα. Οι Barros (2012) και Nunes & Ferreira (2019) περιγράφουν τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν στο σύστημα υγείας της Πορτογαλίας μεταξύ των ετών 2011-2015. Τα περισσότερα από τα μέτρα επικεντρώθηκαν στην παροχή φροντίδας και στην πολιτική για τα φάρμακα, κυρίως όσον αφορά τη μείωση των τιμών των φαρμάκων, τη μείωση των συμβάσεων με τον κοινωνικό και τον ιδιωτικό τομέα και τη μείωση των μισθών των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας. Αυτά περιλάμβαναν την εισαγωγή ηλεκτρονικού συστήματος συνταγογράφησης φαρμάκων το 2014, συμφωνίες με τον τομέα της φαρμακευτικής βιομηχανίας για τον περιορισμό των φαρμακευτικών δαπανών το 2011, μείωση του προϋπολογισμού της υγείας το 2012, αύξηση των συν-πληρωμών των ασθενών το 2011, μειώσεις στις εξαιρέσεις πληρωμών τελών χρήσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης το 2011, μείωση στην κάλυψη των εξόδων μεταφοράς των ασθενών το 2012, το 2012, μείωση της φορολογικής έκπτωσης για ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία το 2011, μείωση των μισθών των επαγγελματιών υγείας το 2013 και ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων το 2014.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης, αύξηση του όγκου των πωλήσεων των φαρμακευτικών προϊόντων καταγράφηκε και στις 3 χώρες – Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισπανία, αν και υπήρξε σημαντική μεταβλητότητα μεταξύ τους, καθώς για παράδειγμα σημειώθηκαν σημαντικές μειώσεις (-4,1%) την περίοδο 2009-2010, όπως και στην Πορτογαλία (-3,7%). Ωστόσο η αξία των πωλήσεων των φαρμακευτικών προϊόντων μειώθηκε σε όλες τις χώρες (Leopold et al., 2014). Τα αποτελέσματα των μελετών της συστηματικής ανασκόπησης έδειξαν επίσης ότι ενδεχομένως κάποιες από τις μεταρρυθμίσεις δεν πέτυχαν τον σκοπό τους, τουλάχιστον κατά τα πρώτα έτη της εφαρμογής τους (Polyzos et al., 2013; Xanthopoulou & Katsaliaki, 2019).

Πράγματι όπως δείχνουν και άλλες μελέτες υπήρχαν διάφορα προβλήματα στην εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων. Για παράδειγμα, στην Ισπανία η πολιτική για την υγεία είναι κατά κύριο λόγο ευθύνη των 17 περιφερειών, αν και εντός ενός δημοσιονομικού πλαισίου που καθορίζεται από την εθνική κυβέρνηση. Ως εκ τούτου, υπήρχαν σημαντικές περιφερειακές αποκλίσεις στις μεταρρυθμίσεις, αν και σε αμφότερα τα επίπεδα οι πολιτικές αλλαγές προωθήθηκαν από τα υπουργεία οικονομικών με περιορισμένη συμμετοχή των υπουργείων υγείας ή των επαγγελματιών υγείας. Ως εκ

τούτου, οι μεταρρυθμίσεις χαρακτηρίστηκαν ως ασυντόνιστες, με σημαντικό περιθώριο για απρόβλεπτες αρνητικές συνέπειες (McKee et al., 2012). Στην Πορτογαλία, σύμφωνα με τους Quaglio et al., (2013), τα τέλη χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας σχεδόν διπλασιάστηκαν (συμπεριλαμβανομένων των τελών στα τμήματα έκτακτης ανάγκης) και αποτελούν τη σημαντικότερη πηγή στήριξης για τις δαπάνες για την υγεία πέραν των φόρων ή / και της κοινωνικής ασφάλιση. Ωστόσο, οι εν λόγω χρεώσεις επικρίθηκαν συχνά επειδή οι δυνατότητές τους για εξοικονόμηση κόστους και αύξηση της αποτελεσματικότητας εμφανίστηκαν περιορισμένες.

Πρέπει να σημειωθεί ότι στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση, στον τομέα των πολιτικών μεταρρυθμίσεων δεν εντοπίστηκαν μελέτες που να αφορούσαν την Κύπρο. Παρ' όλα αυτά στην βιβλιογραφία μπορεί κανείς να εντοπίσει ένα σύνολο παρόμοιων πολιτικών με τις προηγούμενες χώρες. Οι Petrou και Vandoros (2015) καταγράφουν τις μεταρρυθμίσεις στην φαρμακευτική πολιτική στην Κύπρο. Η τρόικα αρχικά συνέστησε την ανάπτυξη κλινικών κατευθυντήριων γραμμών ως ένα σημαντικό εργαλείο για την ορθολογική συνταγογράφηση. Δεδομένου ότι δεν υπήρχαν περιθώρια για περαιτέρω μειώσεις τιμών στον δημόσιο τομέα, εφαρμόστηκαν πολιτικές που μπορούσαν να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος μέσω της εφαρμογής της ανάλυσης κόστους-αποτελεσματικότητας για τα 10 πιο δαπανηρά φαρμακευτικά προϊόντα. Εφαρμόστηκε επίσης τέλος χρήσης 0,50 € για κάθε φαρμακευτική συνταγή, αν και οι ευάλωτες ομάδες εξαιρέθηκαν. Η Τρόικα συνέστησε επίσης νέα κριτήρια εισοδήματος για τους δικαιούχους της δημόσιας υγείας, μειώνοντας ακόμη περισσότερο την ασφάλιση υγείας.

Οι Cylus et al., (2013) και Petrou & Vandoros (2018) αναφέρουν ένα επιπλέον σύνολο μεταρρυθμίσεων και πολιτικών που εφαρμόστηκαν στην Κύπρο κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης, όπως το 2012 η εισαγωγή προσωρινής συνεισφοράς σε όλους τους υπαλλήλους του δημόσιου, ευρύτερου δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (0-3,5%), μόνιμη συνεισφορά 3% επί των συνταξιοδοτικών αποδοχών κρατικών υπαλλήλων στο Σχέδιο Συντάξεων Δημόσιων Υπαλλήλων και το πάγωμα των προσλήψεων και προσαυξήσεων των μισθών των υπαλλήλων του δημοσίου τομέα. Το 2014 επιβλήθηκε επιπρόσθετη μείωση στους μισθούς των δημοσίων υπαλλήλων κατά 4%.

Οι Correira et al., (2015) αναφέρουν επίσης ότι η Κύπρος βρίσκεται στη διαδικασία εφαρμογής ενός συνολικού εθνικού συστήματος ασφάλισης υγείας για την υποκατάσταση του ιδιαίτερα κατακερματισμένου τομέα υγείας και τη βελτίωση της

συμπληρωματικότητας μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, μειώνοντας έτσι το υψηλό λειτουργικό κόστος. Οι πολιτικές μεταρρυθμίσεις που συμφωνήθηκαν στο πρόγραμμα οικονομικής βοήθειας το 2013 διαφέρουν από εκείνες της Ελλάδας και της Πορτογαλίας και αποσκοπούσαν στη μείωση τόσο των δημόσιων, όσο και των ιδιωτικών δαπανών, ενώ παράλληλα δημιουργούσαν συνθήκες για την πλήρη εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτούμενου από τα δημόσια ταμεία κατά τα προσεχή έτη. Επίσης, σε αντίθεση με την Ελλάδα και την Πορτογαλία, οι γιατροί στην Κύπρο είχαν καθοριστική θέση στη ρύθμιση της πρόσβασης των χρηστών σε όλο το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Σε ότι αφορά την επίδραση της οικονομικής ύφεσης στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, τα ευρήματα των μελετών της συστηματικής ανασκόπησης έδειξαν ότι υπήρχε σημαντική επίδραση κυρίως στην περίπτωση της Ελλάδας (Filippidis et al., 2017; Keramidou & Triantafyllopoulos, 2018; Kyriopoulos et al., 2014; Papadakaki et al., 2017) και της Πορτογαλίας (Correia et al., 2017; Da Costa et al., 2017; Doetsch et al., 2017; Kim et al., 2017; Legido-Quigley et al., 2016; Perelman et al., 2015), όπου οι μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες ανέφεραν αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας κυρίως λόγω οικονομικών εμποδίων, τόσο στον γενικό πληθυσμό, όσο και σε ευάλωτες ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι, οι μετανάστες και τα άτομα με χρόνιες ασθένειες.

Στην Ελλάδα, το σύστημα υγείας έχει χαρακτηριστεί στο παρελθόν ως άνισο σε ότι αφορά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Economou & Giorno, 2009; Economou, 2010). Οι Kousoulis et al., (2013) είχαν προηγουμένως αναφέρει ότι η πρόσβαση στον τομέα της υγείας ήταν πάντα άνιση στην Ελλάδα. Σε οικονομικό, επίπεδο. παρόλο που οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης ήταν προσιτές σε όλους τους Έλληνες πριν από την οικονομική κρίση, μετά το ξεκίνημα της έχουν αναγνωριστεί ορισμένα προβλήματα, λόγω της εισαγωγής χρεώσεων στα δημόσια νοσοκομεία. Μία μελέτη διαπίστωσε σοβαρά κενά στη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα και την αποδοχή των υφιστάμενων υπηρεσιών (Economou, 2015). Οι συνολικές περικοπές στον προϋπολογισμό για την υγεία και τα αυξημένα τέλη χρήσης φαίνεται να έχουν οδηγήσει σε σημαντική αύξηση της οικονομικής επιβάρυνσης των ασθενών. Αυτό, σε συνδυασμό με την απώλεια κάλυψης λόγω ανεργίας, η οποία πλήττει περίπου 2,5 εκ. άτομα και την μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών, είναι οι παράγοντες που φαίνεται να έχουν οδηγήσει σε σημαντική αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας (Economou et al., 2017).

Η Tsiligianni (2013) ανέφερε ότι οι ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια σε αγροτικές περιοχές αντιμετωπίζουν προβλήματα στην πρόσβαση στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Η έλλειψη ασθενοφόρων εμποδίζει τις μετακινήσεις, εκτός από επείγουσες καταστάσεις, και αυτή η ομάδα ασθενών αντιμετωπίζει εμπόδια στην πρόσβαση σε προληπτικές και διαγνωστικές εξετάσεις και συνήθεις διαβουλεύσεις από ειδικούς ιατρούς, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα με την λήψη της φαρμακευτικής αγωγής. Οι Niakas et al., (2013) αναφέρουν ότι ο ΕΟΠΠΥ (ο οποίος δημιουργήθηκε κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης, έπειτα από την συγχώνευση επτά ασφαλιστικών ταμείων), περιόρισε την πρόσβαση σε πολλές υπηρεσίες υγείας, όπως ιατρικά βοηθήματα, γυαλιά οράσεως, οδοντιατρική φροντίδα και υπηρεσίες φυσιοθεραπείας. Επιπρόσθετα επέβαλε αμοιβή συμμετοχής 1 ευρώ ανά ιατρική συνταγή, συνδρομή 10% έως 25% για ασθενείς με διάφορες χρόνιες ασθένειες και χρέωση 25 € για κάθε εισαγωγή στο νοσοκομείο. Τα μέτρα αυτά δεν βοήθησαν τον ασφαλισμένο πληθυσμό, αλλά, αντίθετα οδήγησαν σε αύξηση των πληρωμών «από την τσέπη».

Αν και η ελληνική κυβέρνηση, καθυστερημένα μιν, εφάρμοσε κάποια μέτρα για την ενίσχυση της πρόσβασης του πληθυσμού στο σύστημα υγείας, αυτά δεν λειτούργησαν όπως αναμενόταν. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις αφορούσαν την εισαγωγή του κουπονιού για την υγεία το 2013, το οποίο είχε ως στόχο να προσφέρει μια περιορισμένη δέσμη υπηρεσιών σε 230.000 άτομα και τις νομοθετικές αλλαγές του 2014 που επέτρεψαν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη για τους ανασφάλιστους. Παρ' όλα αυτά και τα δύο μέτρα απέτυχαν στους στόχους τους, καθώς το κουπόνι υγείας κατά τους πρώτους 17 μήνες, χορηγήθηκαν μόνο σε 23.000 άτομα και δεύτερον οι νομοθετικές αλλαγές για την πρόσβαση των ανασφάλιστων έθεταν δυσμενείς όρους, όπως υψηλές συνδρομές για φάρμακα, άκαμπτες γραφειοκρατικές διαδικασίες ελέγχου των μέσων που τέθηκαν σε εφαρμογή για να καθοριστεί η επιλεξιμότητα και ελλιπή ενημέρωση του κοινού για το μέτρο (Kentikelenis, 2015).

Στην Πορτογαλία, όλοι οι κάτοικοι καλύπτονται από το εθνικό σύστημα υγείας, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την απασχόληση ή το νομικό τους καθεστώς. Θεωρητικά, δεν υπάρχουν υπηρεσίες που να εξαιρούνται ρητά από την κάλυψη του εθνικού συστήματος υγείας αλλά, γενικά, σε ολόκληρη την Πορτογαλία, το σύστημα δεν καλύπτει την οδοντιατρική περίθαλψη (Legido-Quigley et al., 2016). Σύμφωνα με προηγούμενες έρευνες, κατά την διάρκεια της οικονομικής ύφεσης ο ρόλος

του ιδιωτικού τομέα αυξήθηκε, δεδομένων των ελλείψεων στα δημόσια νοσοκομεία και στους μεγάλους χρόνους αναμονής (De Almeida et al., 2017). Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας υπάρχουν στο 5,5% του πληθυσμού της Πορτογαλίας, για οικονομικούς ή άλλους λόγους (INE / INSA, 2016). Επίσης βρίσκεται κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ και εξακολουθεί να παρουσιάζει υψηλό επίπεδο ανισότητας όσον αφορά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (De Almeida et al., 2017).

Στην Ισπανία το μέγεθος της επίδρασης δεν φάνηκε να είναι μεγάλο για τον γενικό πληθυσμό, με βάση τα ευρήματα της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης, όπου οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας και τα εμπόδια πρόσβασης καταγράφηκαν για εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας, και φάνηκε να περιορίστηκαν σε ευάλωτες ομάδες, όπως οι μετανάστες (Porthé et al., 2016). Τα αποτελέσματα αυτά υποστηρίζονται από προηγούμενες μελέτες (O'Donnell et al., 2011). Φαίνεται ότι ακόμα και σήμερα, εξακολουθεί να υπάρχει έλλειψη πρόσβασης κυρίως για τους παράνομους μετανάστες στην υγειονομική περίθαλψη, βάσει νομοθεσίας, για την οποία πρέπει να σημειωθεί ότι έχει εξαιρέσεις για τη φροντίδα της μητέρας και του παιδιού και την επείγουσα βοήθεια για σοβαρές ασθένειες ή ατυχήματα, ανεξαρτήτως της αιτίας τους (Urtaran-Laresgoiti et al., 2019).

Αναλυτικά, το βασιλικό διάταγμα του 2012 (Επείγοντα μέτρα για την εξασφάλιση της βιωσιμότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας και βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας των υπηρεσιών) μείωσε την αρχή της καθολικής πρόσβασης στην υγειονομική κάλυψη, επηρεάζοντας πρωτίστως την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Η χρηματοδοτούμενη υγειονομική περίθαλψη από το δημόσιο θα ήταν διαθέσιμη (α) στους εργαζόμενους που συνεισφέρουν στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, (β) στους συνταξιούχους, (γ) σε εκείνους που λαμβάνουν επιδοτήσεις ανεργίας, (δ) στους ανέργους που είχαν εξαντλήσει το ποσοστό ανεργίας. Οι πρώτου βαθμού συγγενείς των ασφαλισμένων θεωρήθηκαν επίσης δικαιούχοι. Όσοι δεν συμπεριλαμβάνονται στις παραπάνω συνθήκες θα εξακολουθούσαν να δικαιούνται τις παροχές, εάν είχαν ιθαγένεια ΕΕ ή εγκεκριμένη κάρτα υγείας. Το βασιλικό διάταγμα ρύθμιζε επίσης την δέσμη πακέτων υπηρεσιών υγείας. Αρχικά το κοινό πακέτο περιλάμβανε τρεις υποκατηγορίες: 1) το βασικό πακέτο (όλες οι υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης που παρέχονται είτε σε χώρους πρωτοβάθμιας ή εξειδικευμένης περίθαλψης, και έκτακτες ιατρικές μεταφορές), 2) το

συμπληρωματικό πακέτο (φαρμακευτική συνταγή για εξωτερικούς ασθενείς, την παροχή υπηρεσιών ορθοπροσθετικής, τα διαιτητικά προϊόντα και τις ιατρικές μεταφορές εκτός επειγόντων περιστατικών) και 3) τις παρεπόμενες υπηρεσίες (μη βασικές δραστηριότητες, υπηρεσίες ή τεχνικές). Καθορίστηκε ένα σύστημα συμπληρωμών για τα συμπληρωματικά πακέτα και τα πακέτα παρεπόμενων υπηρεσιών. Εισήχθησαν επίσης αυξήσεις στις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων (Antonanzas et al., 2013; Bosch et al., 2014, Del Pino & Ramos, 2018, Duran, 2016, Kentikelenis, 2015; Legido-Quigley et al., 2013).

Για τον υπόλοιπο πληθυσμό, σύμφωνα με τους Bernal et al., (2018) η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης διατηρείται εν γένει, μολονότι οι μεταρρυθμίσεις έχουν επιφέρει ορισμένες αλλαγές στο εύρος και την εμβέλεια της κάλυψης καθώς και στους μηχανισμούς επιμερισμού του κόστους. Οι προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει επίσης ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας παρέμειναν σταθερές κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης, συμφωνώντας με τα ευρήματα της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat (2017), το ποσοστό των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας για οικονομικούς λόγους ακολουθεί ένα παρόμοιο πρότυπο για όλες τις εισοδηματικές κατηγορίες, καθώς μεταξύ των ετών 2008 και 2015, τα άτομα στα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα ανέφεραν αμελητέα αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών από 0,2% το 2008, σε 0,4% το 2015.

Από την άλλη, ο Duran (2016) είχε αναφέρει ότι λόγω των μειώσεων στον προϋπολογισμό της υγειονομικής περίθαλψης το 2011 και 2012, καταγράφηκε αύξηση των αριθμών των ασθενών στις λίστες αναμονής μεταξύ των ετών 2010 και 2011, κατά 43% στην περιφέρεια της Καταλονίας, με αποτέλεσμα την αύξηση των καθυστερήσεων στην απόκτηση θεραπείας. Οι Lopez-Valcarcel & Barber (2017) μελετώντας ευρήματα προηγούμενων μελετών για την επίδραση της ύφεσης στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, κατέληξαν ότι οι αυξημένες απαιτήσεις για συγχρηματοδότηση προκάλεσαν βραχυπρόθεσμη μείωση της κατανάλωσης φαρμάκων, αλλά το αποτέλεσμα αυτό δεν ήταν σημαντικό μετά από 12-18 μήνες. Ενδεχομένως υπάρχουν τομείς της υγειονομικής περίθαλψης που παρουσιάζονται προβλήματα πρόσβασης λόγω της οικονομικής ύφεσης, ωστόσο το θέμα μένει να διερευνηθεί περισσότερο.

Στην Πορτογαλία καταγράφηκε επίσης μείωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας, τόσο για τον γενικό πληθυσμό, όσο και για ευάλωτες ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι (Correia et al., 2017; Da

Costa et al., 2017; Doetsch et al., 2017; Legido-Quigley et al., 2016; Perelman et al., 2015). Οι Nunes & Ferreira (2019) είχαν προηγουμένως υποστηρίξει ότι στην Πορτογαλία κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης, οι παράγοντες που προώθησαν την άνιση πρόσβαση στον τομέα της υγείας ήταν οι μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν, οι οποίες αφορούσαν την αύξηση των τελών χρήσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, την μείωση των δικαιούχων που μπορούσαν να μεταφερθούν δωρεάν προς τις μονάδες υγείας και η μη ενίσχυση των μέσων προ-νοσοκομειακής έκτακτης ανάγκης.

Στην Κύπρο το θέμα αυτό είναι ελλιπώς διερευνημένο, καθώς μια μελέτη μόνο εντοπίστηκε στην οποία καταγράφηκε μείωση της πρόσβασης σε φάρμακα, λόγω οικονομικής μη προσιτότητας. Δεν εντοπίστηκαν έρευνες που να μελετούσαν την πρόσβαση του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη ή τις ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας. Έχει ήδη αναφερθεί ότι οι «πληρωμές από την τσέπη» στην Κύπρο είναι σχεδόν τρεις φορές υψηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ, γεγονός που σε συνδυασμό με το πολύ χαμηλό ποσοστό των δαπανών για την δημόσια υγεία καθιστά το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Κύπρου ένα από τα πιο «ιδιωτικοποιημένα» την ΕΕ και ίσως ένα από τα πιο άνισα (Theodorou et al., 2018). Στην περίπτωση της Κύπρου, αυτό οφείλεται σε περιορισμούς της παραγωγικής ικανότητας, γεγονός που οδηγεί σε ελλείμματα στην κάλυψη και διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στον τομέα που χρηματοδοτείται από το δημόσιο (Theodorou et al., 2018).

Οι προηγούμενες έρευνες έχουν πράγματι βρει ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας και εμπόδια στην πρόσβαση για οικονομικούς λόγους. Σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε από το Υπουργείο Οικονομικών της Κύπρου, το 7,7% των νοικοκυριών στο χαμηλότερο πεμπτημόριο ανέφερε ανεκπλήρωτες ανάγκες για ιατρική εξέταση, το οποίο αποτελεί ένα αξιοπρόσεκτο εύρημα, καθώς τα άτομα σε αυτό το πεμπτημόριο θα πρέπει να καλύπτονται από το δημόσιο χρηματοδοτούμενο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Είναι πιθανό ότι οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας, σχετίζονται με τα μέτρα συμπληρωμών που εισήχθησαν, τα οποία θα μπορούσαν να λειτουργήσουν ως πρόσθετο οικονομικό εμπόδιο για την πρόσβαση των ομάδων με χαμηλότερα εισοδήματα στον τομέα της υγείας (Ministry of Finance, 2016). Η άποψη αυτή, φαίνεται να ενισχύεται από τα ευρήματα της έρευνας του Theodorou (2014), τα οποία έδειξαν ότι οι άνθρωποι με χαμηλά εισοδήματα είναι πιο πιθανό να κρίνουν τις δαπάνες υγείας ως υψηλές και στους 1 στους 10 ανέφεραν ότι έπρεπε να δανειστούν χρήματα για να πληρώσουν αυτές τις χρεώσεις.

Η οικονομική ύφεση και η μείωση των δαπανών υγείας, είχαν επίσης αντίκτυπο και στο ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας, αν και υπήρχε έλλειψη ερευνών στην Ισπανία και την Κύπρο. Τα αποτελέσματα για την Ελλάδα και την Πορτογαλία από τις μελέτες της συστηματικής ανασκόπησης έδειξαν επιδείνωση των συνθηκών εργασίας, η οποία ενίσχυσε την επαγγελματική εξουθένωση και την κόπωση. Οι κυριότεροι παράγοντες που συνεισέφεραν σε αυτό ήταν οι ελλείψεις σε προμήθειες και η αύξηση των ωρών εργασίας. Πράγματι όπως επιβεβαιώνουν προηγούμενες μελέτες, αν και στα χρόνια πριν την οικονομική κρίση είχε καταγραφεί σημαντική αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας (κυρίως στην περίοδο 1995-2000), μεταξύ των ετών 2009-2014 σημειώθηκε μείωση κατά 15% στο προσωπικό που απασχολείται στα νοσοκομεία (Kaitelidou et al., 2012, Souliotis et al., 2016).

Επιπλέον, η Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρές γεωγραφικές ανισότητες όσον αφορά τη κατανομή του ιατρικού προσωπικού. Σύμφωνα με στοιχεία από την ΕΛΣΤΑΤ (2018), η πυκνότητα των ιατρών το 2014 κυμάνθηκε από περίπου 300 ανά 100.000 κατοίκους στη Δυτική Μακεδονία και την Κεντρική Ελλάδα και σε 874 ανά 100.000 στην Αττική (ΕΛΣΤΑΤ, 2018). Αν και το Υπουργείο Υγείας έχει προσφέρει κίνητρα (π.χ. οικονομική υποστήριξη) για τους γιατρούς που ασκούν το επάγγελμα σε αγροτικές περιοχές της Ελλάδας, αυτά δεν φαίνεται να επαρκούν για να προσλάβουν και να διατηρήσουν προσωπικό σε αυτές τις περιοχές. Αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε ανισότητες στην προσφορά της υγειονομικής περίθαλψης και σημαντικά προβλήματα προσβασιμότητας για τους πληθυσμούς στις περιοχές αυτές (Ifanti et al., 2014). Σύμφωνα με την Karamanoli (2015) το 2014, τα δημόσια νοσοκομεία χρειάστηκαν 6000 περισσότερους γιατρούς, ενώ παράλληλα, το ιατρικό και λοιπό προσωπικό των νοσοκομείων «γερνάει και μεγαλώνει», επειδή οι νέοι γιατροί και οι νοσηλευτές μεταναστεύουν για ξένες χώρες. Ο Sprinks (2015) έκανε επίσης λόγο για το πάγωμα των προσλήψεων νοσηλευτικού προσωπικού το 2010 και συνακόλουθα η αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, οδήγησε σε έλλειψη διαθεσιμότητας νοσηλευτικού προσωπικού και επιδείνωση της ψυχικής υγείας των ήδη εργαζόμενων νοσηλευτών. Όλα τα παραπάνω θα μπορούσαν να συνεισφέρουν στην μείωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Παρόμοια ανισοκατανομή ιατρών, με την Ελλάδα καταγράφεται και στην Πορτογαλία, με μεγαλύτερη συγκέντρωση στις αστικές περιοχές. Η οικονομική ύφεση στην Πορτογαλία έχει επίσης αυξήσει τα ποσοστά μετανάστευσης των Πορτογάλων ιατρών

(De Almeida et al., 2017). Ο Masanet (2017) είχε προηγουμένως κάνει λόγο για την ανισοκατανομή του ιατρικού προσωπικού στις περιφέρειες της χώρας και για την έλλειψη ιατρών. Το 2015 υπήρχαν 4,7 ιατροί ανά 1000 κατοίκους στη χώρα.

Στην Ισπανία, μια μελέτη που συμπεριλήφθηκε στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση έδειξε ότι οι συνθήκες εργασίας των ιατρών επιδεινώθηκαν λόγω της οικονομικής ύφεσης, το οποίο συντέλεσε σε αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση. Ωστόσο το δείγμα της μελέτης ήταν μικρό και δεν μπορούν να εξαχθούν συμπεράσματα για τον γενικό πληθυσμό. Στην Ισπανία η αναλογία ιατρών προς ασφαλισμένων δεν μεταβλήθηκε σημαντικά μεταξύ των ετών 2010 και 2014, φτάνοντας σε 75-76 ιατρούς ανά 100.000 ασφαλισμένους (MSSSI, 2017). Μετά την οικονομική κρίση, οι πολιτικές για τον προϋπολογισμό και τη μείωση του προσωπικού μεταφράστηκαν σε μια αυξανόμενη εκροή ιατρών και νοσηλευτών που αναζητούσαν απασχόληση στο εξωτερικό, καθώς το εθνικό σύστημα υγείας δεν ήταν σε θέση να απορροφήσει τον αριθμό των εργαζομένων στον τομέα της υγείας που εκπαιδεύτηκαν στη χώρα και το ποσοστό ανεργίας αυξήθηκε (Galbany-Estragués & Nelson, 2016).

Οι δαπάνες για το ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μερίδιο των δαπανών για την υγεία και κατά συνέπεια αποτέλεσαν στόχο για ταχείες εξοικονομήσεις κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου. Οι Correia et al., (2015) συζήτησαν πως η οικονομική ύφεση επηρέασε το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της υγείας στην Ελλάδα, την Πορτογαλία και την Κύπρο. Συγκρίνοντας τις μεταρρυθμίσεις που εφαρμόστηκαν και στις τρεις χώρες, κατέληξαν ότι γενικά ακολουθήθηκαν παρόμοιες πολιτικές αποκρίσεις, αλλά καταγράφηκαν εξίσου και σημαντικές διαφορές. Ειδικότερα στην Κύπρο, οι Γενικοί Ιατροί κατέχουν σημαντική θέση στη μείωση των δημοσίων δαπανών μέσω της φύλαξης και του ελέγχου της πρόσβασης των χρηστών, ενώ η Πορτογαλία και η Ελλάδα επιδιώκουν να περιορίσουν το κόστος περιορίζοντας τις εξουσίες λήψης αποφάσεων των επαγγελματιών του τομέα της υγείας.

Οι περισσότερες εξοικονομήσεις στον προϋπολογισμό της υγείας, και στις τρεις χώρες προήλθαν από τη μείωση του υφιστάμενου προσωπικού και τον περιορισμό των προσλήψεων, τη μείωση των συνταξιοδοτικών παροχών, την παγίωση των προαγωγών και την μη αντικατάσταση αυτών που αποχωρούσαν. Τα μέτρα αυτά εφαρμόστηκαν σε μεγαλύτερο εύρος στην Ελλάδα και στην Πορτογαλία. Ωστόσο οι επαγγελματίες υγείας ήταν επίσης αντιμέτωποι και με τα αυξημένα επίπεδα της χρήσης του συστήματος

υγείας, καθώς και με ελλείψεις σε βασικό εξοπλισμό και προμήθειες, κατά την περίοδο της ύφεσης, παράγοντες που στο σύνολο τους συντέλεσαν στην επιδείνωση των συνθηκών εργασίας και σε πολλές περιπτώσεις σε επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων (Correia et al., 2015; Heras-Mosteiro et al., 2016). Παρά την συναίνεση ότι η ανάπτυξη του εργατικού δυναμικού στον τομέα της υγείας είναι καθοριστικής σημασίας για τη διατήρηση και την επιτάχυνση της προόδου προς την καθολική κάλυψη της υγείας, καμία από τις υπο μελέτη χώρες, με εξαίρεση ενδεχομένως την Κύπρο (Correia et al., 2015), δεν έχει κινηθεί προς την κατεύθυνση της εφαρμογής συνολικών μεταρρυθμίσεων για την καλύτερη αξιοποίηση των ανθρώπινων πόρων της για την υγεία. Εν ολίγοις, υπάρχει ανάγκη ανάπτυξης πολιτικής και στις τέσσερις χώρες, προκειμένου να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικότερα οι ανθρώπινοι πόροι στο σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης.

4.2. Περιορισμοί συστηματικής ανασκόπησης και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση αντιμετωπίζει κάποιους περιορισμούς, οι οποίοι είναι αναγκαίο να αναλυθούν. Αρχικά, υπάρχει μεγάλη ετερογένεια στις μεθοδολογίες που ακολουθήθηκαν μεταξύ των ερευνών της ίδιας κατηγορίας, το οποίο καθιστά δύσκολη την σύγκριση των ευρημάτων, τόσο μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου, όσο και μεταξύ των ευρημάτων από έρευνες που έγιναν σε μια συγκεκριμένη χώρα. Ωστόσο οι μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες μπορεί να προσφέρουν περισσότερο αξιόπιστα αποτελέσματα, σε σύγκριση με τις ποιοτικές έρευνες που πάσχουν από την προκατάληψη των ερευνητών και βασίζονται συνήθως σε μικρά δείγματα.

Επίσης, πολλές από τις έρευνες, ειδικά αυτές που αφορούσαν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και το ανθρώπινο δυναμικό βασίστηκαν σε απόψεις επαγγελματιών του τομέα της υγείας, και ενδεχομένως να περιέχουν έναν στοιχείο προκατάληψης, ανάλογα με τις προσωπικές εμπειρίες. Τα δείγματα και ο τρόπος άντλησης τους σε κάθε περίπτωση θα μπορούσαν να δικαιολογήσουν τυχόν διαφορές στις απόψεις αυτές, μιας και όπως αναφέρθηκε νωρίτερα υπήρχαν σημαντικές ανισοκατανομές ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού μεταξύ των διαφόρων

περιφερειών των χωρών και ως εκ τούτου οι περιφέρειες άντλησης των δειγμάτων μπορεί να έχει επηρεάσει τα αποτελέσματα.

Ακόμα ένας περιορισμός της συστηματικής ανασκόπησης, ήταν ότι σε αυτή αναλύθηκαν πολλά διαφορετικά θέματα, το οποίο ενδεχομένως σε συνδυασμό με τον μεγάλο όγκο ερευνών που συμπεριλήφθηκαν σε αυτή και τους περιορισμούς χρόνου, δεν επέτρεψαν την βαθύτερη ανάλυση των επιμέρους θεμάτων. Ωστόσο θεωρείται ότι η παρούσα συστηματική ανασκόπηση παρέχει μια πρώτη εικόνα σχετικά με την συγκριτική επίδραση της μείωσης των υγειονομικών δαπανών στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου.

Επίσης τα ευρήματα περιορίζονται από το γεγονός ότι η πλειοψηφία των μελετών περιελάμβανε προκαταρκτικές αποδείξεις για την επίδραση της οικονομικής κρίσης στην υγειονομική περίθαλψη, συχνά υποθέτοντας τη σχέση μεταξύ των ευρημάτων τους και της οικονομικής κρίσης λόγω συγκρίσεων μεταξύ περιόδων προ και μετά - της κρίσης. Ο ακριβής αντίκτυπος των πολιτικών μείωσης των υγειονομικών δαπανών μένει λοιπόν, να διερευνηθεί μελλοντικά.

Τέλος ακόμα ένας περιορισμός ήταν το γεγονός ότι η σύγκριση των ποσοτικοποιημένων μεγεθών, μεταξύ των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου κατέστη δύσκολη, λόγω των διαφορετικών μεθόδων που ακολούθησαν οι διαφορετικές έρευνες. Παράλληλα η έλλειψη εμπειρικών μελετών που να συγκρίνουν τα υπο μελέτη θέματα μεταξύ των τεσσάρων χωρών, αλλά και η έλλειψη ερευνών για την Κύπρο, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες τρεις χώρες, καθιστά δύσκολη την εξαγωγή ενός ασφαλούς συμπεράσματος σχετικά με τις χώρες, οι οποίες επηρεάστηκαν περισσότερο σε συγκεκριμένους τομείς. Στο πλαίσιο αυτό είναι αναγκαίο μελλοντικά να διενεργηθούν έρευνες σύγκρισης μεταξύ των χωρών της Νότιας Ευρώπης, που θα βασίζονται στα ίδια εμπειρικά δεδομένα.

4.3. Συμπεράσματα

Η χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση του 2008 επηρέασε τα συστήματα υγείας στις χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου με πολλούς τρόπους. Οι συμφωνίες οικονομικής διάσωσης απαίτησαν την μείωση των υγειονομικών δαπανών στην Ελλάδα, την Ισπανία, την Πορτογαλία και την Κύπρο, οι οποίες επιτεύχθηκαν μέσω μιας σειράς πολιτικών και μεταρρυθμίσεων, όπως τα τέλη χρήσης των υπηρεσιών υγείας και οι

περικοπές των μισθών του ανθρώπινου δυναμικού και η αύξηση των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων. Οι πολιτικές αυτές σε συνδυασμό με την μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος και την αύξηση της ανεργίας, δημιούργησαν φραγμούς στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και σημαντικές ανισότητες, ειδικά για ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, όπως οι μετανάστες, οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με χρόνιες παθήσεις. Το ανθρώπινο δυναμικό ήρθε επίσης αντιμέτωπο με μειώσεις μισθών, ελλείψεις σε εξοπλισμό και προμήθειες, και αυξημένο φόρτο εργασίας λόγω της αύξησης της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Αν και οι περισσότερες χώρες σήμερα, φαίνεται να έχουν ξεπεράσει τα περισσότερα από τα προβλήματα της οικονομικής ύφεσης, τα αποτελέσματα των πολιτικών που ακολουθήθηκαν καθώς και οι σημαντικές επιπτώσεις στην πρόσβαση στον τομέα της υγείας και το ανθρώπινο δυναμικό, είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη μελλοντικά για την αντιμετώπιση παρόμοιων καταστάσεων. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να γνωρίζουν καλά ότι οι παρεμβάσεις αυτές πρέπει να αξιολογούνται υπό το πρίσμα των στόχων των συστημάτων υγείας. Αν και ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζεται συχνά ως ένας τομέας διαρροής πόρων, μπορεί να αντιπροσωπεύσει έναν τομέα που θα μπορούσε να οδηγήσει στην οικονομική ανάπτυξη.

Βιβλιογραφικές αναφορές

Abásolo, I., Saez, M., & López-Casasnovas, G. (2017). Financial crisis and income-related inequalities in the universal provision of a public service: the case of healthcare in Spain. *International journal for equity in health*, 16(1), 134.

Antonanzas, F. (2013). The impact of the economic downturn on healthcare in Spain: consequences and alternatives. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 13(4), 433-439.

Barros, P. P. (2012). Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health policy*, 106(1), 17-22.

Bernal, E., Sandra, D., Sánchez Martínez I., Ramón J., Luz R., Peña-Longobardo M., Ridao-López M., Hernández-Quevedo C. (2018). Spain: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 20(2), 1-179.

Blanco-Moreno, Á., Urbanos-Garrido, R. M., & Thuissard-Vasallo, I. J. (2013). Public healthcare expenditure in Spain: Measuring the impact of driving factors. *Health policy*, 111(1), 34-42.

Bosch, X., Moreno, P., & López-Soto, A. (2014). The painful effects of the financial crisis on Spanish health care. *International Journal of Health Services*, 44(1), 25-51.

Castano, J., Ospina, J. E., Caylà, J. A., & Greer, S. L. (2016). Restricting Access to Health Care to Immigrants in Barcelona: A Mixed-Methods Study With Immigrants Who Have Experienced an Infectious Disease. *International Journal of Health Services*, 46(2), 241-261.

Córdoba-Doña, J. A., Escolar-Pujolar, A., San Sebastián, M., & Gustafsson, P. E. (2018). Withstanding austerity: Equity in health services utilisation in the first stage of the economic recession in Southern Spain. *PloS one*, 13(3), e0195293.

Correia, T., Carapinheiro, G., Carvalho, H., Silva, J. M., & Dussault, G. (2017). The effects of austerity measures on quality of healthcare services: a national survey of physicians in the public and private sectors in Portugal. *Human resources for health*, 15(1), 82.

Correia, T., Dussault, G., & Pontes, C. (2015). The impact of the financial crisis on human resources for health policies in three southern-Europe countries. *Health Policy*, 119(12), 1600-1605.

- Cylus, J., Papanicolas, I., Constantinou, E., & Theodorou, M. (2013). Moving forward: lessons for Cyprus as it implements its health insurance scheme. *Health Policy*, 110(1), 1-5.
- Da Costa, F. A., Teixeira, I., Duarte-Ramos, F., Proença, L., Pedro, A. R., Furtado, C. & Cabrita, J. (2017). Effects of economic recession on elderly patients' perceptions of access to health care and medicines in Portugal. *International journal of clinical pharmacy*, 39(1), 104-112.
- De Almeida, S. J., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal: health system review. *Health systems in transition*, 19(2), 1.
- Del Pino, E., & Ramos, J. A. (2018). Is Welfare Retrenchment Inevitable? Scope and Drivers of Healthcare Reforms in Five Spanish Regions During the Crisis. *Journal of Social Policy*, 47(4), 701-720.
- Dimitriou, G, & Metaxas T. (2018). *Mapping economic crisis in South Europe: Greece, Portugal and Cyprus*. MPRA
- Doetsch, J., Pilot, E., Santana, P., & Krafft, T. (2017). Potential barriers in healthcare access of the elderly population influenced by the economic crisis and the troika agreement: a qualitative case study in Lisbon, Portugal. *International journal for equity in health*, 16(1), 184-190.
- Durán, I. P. (2016). Health Care Inequality in Spain After the Economic Crisis: the Health Delivery System and the Public Private Sector Mix. *Global Social Welfare*, 3(3), 179-191.
- Dussault, G., Correia, T., & Pontes, C. (2015). Impact of the economic crisis on human resources for health policies in Southern EU countries: Gilles Dussault. *The European Journal of Public Health*, 25(suppl_3), ckv167-070.
- EC (2016). Cyprus Health Care & Long-Term Care Systems. An excerpt from the Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability, published in October 2016 as Institutional Paper 37 Volume 2 - Country Documents. Economic and Financial Affairs & Economic Policy Committee
- EC (2018). State of Health in the EU Cyprus Country Health Profile 2017. OECD & European Observatory on Health Systems and Policies
- Economou C (2010). Greece: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(7): 1-180

Economou C, Giorno C (2009). Improving the performance of the public health care system in Greece. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (Economics Department Working Paper No. 722).

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Health system review. *Health, 19*(5).

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Maresso, A., & Sissouras, A. (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In *Economic crisis, health systems and health in Europe: Country experience [Internet]*. European Observatory on Health Systems and Policies.

ΕΛΣΤΑΤ, (2018). Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (1995-2018). Πηγή από το διαδίκτυο: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SEL15/>- [Πρόσβαση 1/7/2019]

Eurostat (2017). Eurostat Database 2017 [online database]. Luxembourg, European Commission. Διαθέσιμο από <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

Fernández, S. C., Ajuria, A. F., Martín, J. J., & Murphy, M. J. (2015). The impact of the economic crisis on unmet dental care needs in Spain. *J Epidemiol Community Health, 69*(9), 880-885.

Filippidis, F. T., Gerovasili, V., Millett, C., & Tountas, Y. (2017). Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Scientific reports, 7*, 46423.

Galbany-Estragués P, Nelson S (2016). Migration of Spanish nurses 2009–2014. Underemployment and surplus production of Spanish nurses and mobility among Spanish registered nurses: A case study. *International Journal of Nursing Studies, 63*:112–123.

Gallo, P., & Gené-Badia, J. (2013). Cuts drive health system reforms in Spain. *Health Policy, 113*(1-2), 1-7.

Garcia-Subirats, I., Vargas, I., Sanz-Barbero, B., Malmusi, D., Ronda, E., Ballesta, M., & Vázquez, M. (2014). Changes in access to health services of the immigrant and native-born population in Spain in the context of economic crisis. *International journal of environmental research and public health, 11*(10), 10182-10201.

- Gouvalas, A., Igoumenidis, M., Theodorou, M., & Athanasakis, K. (2016). Cost-sharing rates increase during deep recession: preliminary data from Greece. *International journal of health policy and management*, 5(12), 687.
- Heras-Mosteiro, J., Sanz-Barbero, B., & Otero-Garcia, L. (2016). Health care austerity measures in times of crisis: the perspectives of primary health care physicians in Madrid, Spain. *International journal of health services*, 46(2), 283-299.
- Hodson, D. (2010). The EU economy: The euro area in 2009. *Journal of Common Market Studies*, 225-242
- Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health policy*, 113(1-2), 8-12.
- Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2014). Physicians' brain drain in Greece: a perspective on the reasons why and how to address it. *Health Policy*, 117(2), 210-215.
- INE/INSA (2016). Inquérito Nacional de Saúde 2014 [National Health Survey 2014]. Lisbon, INE-Statistics Portugal and National Institute of Health, Dr Ricardo Jorge.
- Kaitelidou, D., Mladovsky, P., Leone, T., Kouli, E., & Siskou, O. (2012). Understanding the oversupply of physicians in Greece: the role of human resources planning, financing policy, and physician power. *International Journal of Health Services*, 42(4), 719-738.
- Karamanoli, E. (2015). 5 years of austerity takes its toll on Greek health care. *The Lancet*, 386(10010), 2239-2240.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D. & McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323-1331.
- Kentikelenis A, Karinikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. (2011), Health effects of financial crisis: womens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378: 1457–58.
- Kentikelenis A, Papanicolas I. (2012), Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health*, 22: 4–5.
- Kentikelenis, A. (2015). Bailouts, austerity and the erosion of health coverage in Southern Europe and Ireland. *The European Journal of Public Health*, 25(3), 365-366.

- Keramidou, I., & Triantafyllopoulos, L. (2018). The impact of the financial crisis and austerity policies on the service quality of public hospitals in Greece. *Health Policy, 122*(4), 352-358.
- Kerasidou, A., Kingori, P., & Legido-Quigley, H. (2016). "You have to keep fighting": maintaining healthcare services and professionalism on the frontline of austerity in Greece. *International journal for equity in health, 15*(1), 118.
- Kim, T. J., Vonneilich, N., Lüdecke, D., & von dem Knesebeck, O. (2017). Income, financial barriers to health care and public health expenditure: a multilevel analysis of 28 countries. *Social Science & Medicine, 176*, 158-165.
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., & Benos, A. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American journal of public health, 103*(6), 973-979.
- Kontopoulos, A., Jelastopulu, E., Charalambous, G. & Sissouras, A. (2017). The Perspectives of Patients' Organisations on the Provisions of the Health Services Memorandum in Cyprus. *International Journal of Caring Sciences, 10*(3), 1265-1274.
- Kouretas, G. P., & Vlamis, P. (2010). The Greek crisis: causes and implications. *Panoeconomicus, 57*(4), 391-404.
- Kousoulis, A. A., Angelopoulou, K. E., & Lionis, C. (2013). Exploring health care reform in a changing Europe: lessons from Greece. *The European journal of general practice, 19*(3), 194-199.
- Kyriopoulos, I. I., Zavras, D., Skroumpelos, A., Mylona, K., Athanasakis, K., & Kyriopoulos, J. (2014). Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *International journal for equity in health, 13*(1), 54.
- Legido-Quigley, H., Karanikolos, M., Hernandez-Plaza, S., de Freitas, C., Bernardo, L., Padilla, B. & McKee, M. (2016). Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal. *Health Policy, 120*(7), 833-839.
- Legido-Quigley, H., Otero, L., la Parra, D., Alvarez-Dardet, C., Martin-Moreno, J. M., & McKee, M. (2013). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system?. *Bmj, 346*, f2363.

- Leopold, C., Mantel-Teeuwisse, A. K., Vogler, S., Valkova, S., Joncheere, K. D., Leufkens, H. G. & Laing, R. (2014). Effect of the economic recession on pharmaceutical policy and medicine sales in eight European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 630-640.
- Liaropoulos, L. (2012). Greek economic crisis: not a tragedy for health. *Bmj*, 345, e7988.
- Lopez-Valcarcel, B. G., & Barber, P. (2017). Economic crisis, austerity policies, health and fairness: lessons learned in Spain. *Applied Health Economics and Health Policy*, 15(1), 13-21.
- 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.
- Marques, A. P. P., & Macedo, A. P. M. D. C. (2018). Health policies in Southern Europe and deregulation of labour relations: a glimpse of Portugal. *Ciencia & saude coletiva*, 23(7), 2253-2264.
- Masanet, E. (2017). Processes and experiences of Portugal's international recruitment scheme of Colombian physicians: Did it work?. *Health Policy*, 121(8), 929-935.
- McKee, M., Karanikolos, M., Belcher, P., & Stuckler, D. (2012). Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clinical medicine*, 12(4), 346-350.
- Ministry of Finance – Cyprus (2016). Income distribution dynamics and health patterns amid Cyprus economic downturn
- Mitropoulos, P., Mitropoulos, I., Karanikas, H., & Polyzos, N. (2018). The impact of economic crisis on the Greek hospitals' productivity. *The International journal of health planning and management*, 33(1), 171-184.
- Morais, A. N., Cunha, D. F., & Campos, A. F. (2019). Financial Crisis in Portugal: Effects in the Health Care Sector. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 20731418822227-20731418822227.
- Morteruel, M., Rodriguez-Alvarez, E., Martin, U., & Bacigalupe, A. (2018). Inequalities in Health Services Usage in a National Health System Scheme: The Case of a Southern Social European Region. *Nursing research*, 67(1), 26-34.

MSSSI (2017). National Health System Key Indicators [online database]. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Διαθέσιμο από <http://inclasns.msssi.es/main.html>

Mucci, N., Giorgi, G., Roncaioli, M., Perez, J. F., & Arcangeli, G. (2016). The correlation between stress and economic crisis: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 983.

Nelson, K., & Tøge, A. G. (2017). Health trends in the wake of the financial crisis—increasing inequalities?. *Scandinavian journal of public health*, 45(18_suppl), 22-29.

Niakas, D. (2013). Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription. *International Journal of Health Services*, 43(4), 597-602.

Nunes, A. M., & Ferreira, D. C. (2019). The health care reform in Portugal: Outcomes from both the New Public Management and the economic crisis. *The International journal of health planning and management*, 34(1), 196-215.

O'Donnell, C., Burns, N., Dowrick, C., Lionis, C., MacFarlane, A., & RESTORE Team. (2011). Health-care access for migrants in Europe. *Lancet*, 382(393), 61666-9.

OECD Statistics (2019). 1. Gross domestic product (GDP). [GDP, volume – annual growth rates in percentage](https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=60703#). Πηγή από το διαδίκτυο: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=60703#> [Πρόσβαση 25/4/2019]

Papadakaki, M., Lionis, C., Saridaki, A., Dowrick, C., De Brún, T., O'Reilly-de Brún, M. & Spiegel, W. (2017). Exploring barriers to primary care for migrants in Greece in times of austerity: perspectives of service providers. *European Journal of General Practice*, 23(1), 129-135.

Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., & Niakas, D. (2013). Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *International journal of environmental research and public health*, 10(5), 2017-2027.

Parmar, D., Stavropoulou, C., & Ioannidis, J. P. (2016). Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *Bmj*, 354, i4588.

Peiró, M., & Barrubés, J. (2012). New context and old challenges in the healthcare system. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*, 65(7), 651-655.

- Perelman, J., Felix, S., & Santana, R. (2015). The great recession in Portugal: impact on hospital care use. *Health Policy, 119*(3), 307-315.
- Petmesidou, M., & Guillén, A. M. (Eds.). (2017). *Economic crisis and austerity in Southern Europe: threat or opportunity for a sustainable welfare state*. UK: Routledge.
- Petmesidou, M., Pavolini, E., & Guillén, A. M. (2014). South European healthcare systems under harsh austerity: a progress–regression mix?. *South European Society and Politics, 19*(3), 331-352.
- Petrou, P. (2015). Crisis as a serendipity for change in Cyprus' healthcare services.
- Petrou, P., & Talias, M. A. (2015). Navigating through the maze of pricing and affordability of branded pharmaceuticals in the midst of the financial crisis: a comparative study among five European recession countries, from a Cyprus perspective. *Journal of pharmaceutical policy and practice, 9*(1), 8.
- Petrou, P., & Vandonos, S. (2015). Cyprus in crisis: recent changes in the pharmaceutical market and options for further reforms without sacrificing access to or quality of treatment. *Health Policy, 119*(5), 563-568.
- Petrou, P., & Vandonos, S. (2018). Healthcare reforms in Cyprus 2013–2017: Does the crisis mark the end of the healthcare sector as we know it?. *Health Policy, 122*(2), 75-80
- Polyzos, N., Karanikas, H., Thireos, E., Kastanioti, C., & Kontodimopoulos, N. (2013). Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system. *Health policy, 109*(1), 14-22.
- Porthé, V., Vargas, I., Sanz-Barbero, B., Plaza-Espuña, I., Bosch, L., & Vázquez, M. L. (2016). Changes in access to health care for immigrants in Catalonia during the economic crisis: opinions of health professionals and immigrant users. *Health Policy, 120*(11), 1293-1303.
- Quaglio, G., Karapiperis, T., Van Woensel, L., Arnold, E., & McDaid, D. (2013). Austerity and health in Europe. *Health policy, 113*(1-2), 13-19.
- Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, E. K., Dounias, G., & Hadjichristodoulou, C. (2014). Medical supplies shortages and burnout among Greek health care workers during economic crisis: a pilot study. *International journal of medical sciences, 11*(5), 442.

- Reeves, A., McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. (2014). The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011. *Health policy, 115*(1), 1-8.
- Rodríguez-Álvarez, A., & Rosete-Rivero, M. (2017). Spanish public hospital waiting lists: a theoretical and empirical approach. *Economics: The Open-Access, Open-Assessment E-Journal, 11*(2017-30), 1-21.
- Russo, G., Pires, C. A., Perelman, J., Gonçalves, L., & Barros, P. P. (2017). Exploring public sector physicians' resilience, reactions and coping strategies in times of economic crisis; findings from a survey in Portugal's capital city area. *BMC health services research, 17*(1), 207.
- Russo, G., Rego, I., Perelman, J., & Barros, P. P. (2016). A tale of loss of privilege, resilience and change: the impact of the economic crisis on physicians and medical services in Portugal. *Health Policy, 120*(9), 1079-1086.
- Sakellarides, C., Castelo-Branco, L., Barbosa, P., & Azevedo, H. (2014). The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal. *Copenhagen, Denmark: World Health Organization.*
- Saridi, M., Karra, A., Kourakos, M., & Souliotis, K. (2016). Assessment of alcohol use in health professionals during the economic crisis. *British Journal of Nursing, 25*(7), 396-405.
- Serapioni, M. (2017). Economic crisis and inequalities in health systems in the countries of Southern Europe. *Cadernos de saude publica, 33*(9).
- Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy, 115*(2-3), 111-119.
- Simou, E., Karamagioli, E., & Roumeliotou, A. (2015). Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers. *Primary health care research & development, 16*(1), 5-13.
- Skroumpelos, A., Pavi, E., Mylona, K., & Kyriopoulos, J. (2014). The impact of economic crisis on chronic patients' self-rated health, health expenditures and health services utilization. *Diseases, 2*(2), 93-105.

- Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D., & Liaropoulos, L. (2016). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last. *The European Journal of Health Economics*, 17(2), 159-170
- Sprinks, J. (2015). Desperate times for nursing staff as Greek economic crisis deepens. *Nursing Standard (2014+)*, 29(46), 12.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & 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., Suk, J. E., Desai, M., Senek, M., McKee, M., & Rechel, B. (2011). The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PloS one*, 6(6), e20724.
- Tavares, L. P., & Zantomio, F. (2017). Inequity in healthcare use among older people after 2008: the case of southern european countries. *Health Policy*, 121(10), 1063-1071.
- Theodorou M. Kantaris, M. and C. Koutsampelas (2018). ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare Cyprus.EC
- Theodorou, M. (2014). *Testing the Waters for GeSY: Patients' Opinion Cost-sharing Arrangements in the Public Health Care System in Cyprus*. University of Cyprus, Department of Economics.
- Theodorou, M., Charalambous, C., Petrou, C., & Cylus, J. (2012). Cyprus health system review. *Health systems in transition*, 14(6), 1-128.
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A. & Kluge, H. (2015). *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Tosun, J., Wetzel, A., & Zapryanova, G. (2014). The EU in crisis: Advancing the debate. *Journal of European Integration*, 195-211.
- Tsiligianni, I. G. (2013). COPD patients trapped in the financial crisis in rural Crete. *The Lancet Respiratory Medicine*, 1(10), e31-e32.

- Urtaran-Laresgoiti, M., Peso, J. F., & Nuño-Solinís, R. (2019). Solidarity against healthcare access restrictions on undocumented immigrants in Spain: the REDER case study. *International journal for equity in health*, 18(1), 82.
- Vandoros, S., & Stargardt, T. (2013). Reforms in the Greek pharmaceutical market during the financial crisis. *Health policy*, 109(1), 1-6.
- Vandoros, S., Hessel, P., Leone, T., & Avendano, M. (2013). Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *The European Journal of Public Health*, 23(5), 727-731.
- Verney, S. (2009). Flaky fringe? Southern Europe facing the financial crisis. *South European Society and Politics*, 14(1), 1-6.
- Ville, F. D., & Berckvens, D. (2015). What do Eurozone academics think about EMU reform? On broad support and German exceptionalism. Bruges Political Research Papers 41/2015.
- Vogler, S., Zimmermann, N., Leopold, C., & de Joncheere, K. (2011). Pharmaceutical policies in European countries in response to the global financial crisis. *Southern med review*, 4(2), 69.
- WHO National Health Accounts (2019). Πηγή από το διαδίκτυο: <https://www.who.int/health-accounts/en/> [Πρόσβαση 6/10/2019]
- Xanthopoulou, S. S., & Katsaliaki, K. (2019). Policies and perceptions on generic drugs: The case of Greece. *Health services management research*, 32(1), 49-56.
- Xenos, P., Yfantopoulos, J., Nektarios, M., Polyzos, N., Tinios, P., & Constantopoulos, A. (2017). Efficiency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009–2012. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 15(1), 6.