

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση

Οι μεγάλες υφέσεις που αντιμετώπισαν από το 2007 οι ευρωπαϊκές οικονομίες επηρέασαν άμεσα τα μεγάλα οικονομικά κέντρα. Τα εθνικά δημόσια χρέη και η ανεργία αυξήθηκαν, ενώ τα δημόσια έσοδα και το μέσο οικογενειακό εισόδημα μειώθηκαν. Στο πλαίσιο της ευρύτερης ευρωπαϊκής συμφωνίας για την ανάγκη μείωσης των δημοσίων ελλειμμάτων επιχειρήθηκε η εφαρμογή δέσμης πολιτικών, οι οποίες χαρακτηρίζονταν από παρεμβάσεις λιτότητας και περιελάμβαναν κατά κύριο λόγο περικοπές δημοσίων δαπανών. Η βιβλιογραφική έρευνα και τα επίσημα στοιχεία έχουν εντοπίσει ότι η υγεία και η πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας επηρεάζονται άμεσα από την κρίση, καθώς τα υψηλά ποσοστά ανεργίας και οι μειώσεις των δαπανών κοινωνικής προστασίας συνδέονται ιστορικά με επιδείνωση των δεικτών υγείας και ανεπαρκή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Στην Ελλάδα, η επίδραση των πολιτικών λιτότητας που εφαρμόστηκαν έχει αναδείξει την ανάγκη επαναπροσδιορισμού της εθνικής πολιτικής υγείας, με σαφή προτεραιότητα στην προστασία των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και στην ύπαρξη ενός αποτελεσματικού εθνικού συστήματος υγείας με αναδιάρθρωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της ευρύτερης κοινωνικής πολιτικής.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση βρήκε τα περισσότερα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης απροετοίμαστα και αδύναμα να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της νέας οικονομικής πραγματικότητας, η οποία επηρέασε όλους τους τομείς δημόσιας πολιτικής. Όσον αφορά την κοινωνική πολιτική και την πολιτική υγείας ειδικότερα, τα περισσότερα συστήματα υγείας ήρθαν αντιμέτωπα με μεγάλες μειώσεις των προϋπολογισμών τους, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης. Ειδικότερα, ορισμένες κυβερνήσεις μείωσαν το ύψος των πόρων που προορίζονταν για τη δημόσια υγεία, είτε άμεσα είτε έμμεσα, μέσα από τον περιορισμό της συμμετοχής του δημοσίου στην παροχή συγκεκριμένων υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, στην προσπάθεια να μειώσουν το κόστος της δημόσιας χρηματοδότησης περιορίσαν το ύψος των πληρωμών στους παρόχους υπηρεσιών υγείας ή ακόμα προχώρησαν και σε συγχωνεύσεις δομών, μείωση νοσοκομειακών κλινών καθώς και μείωση των θέσεων εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας. Ενδεικτικό της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην πολιτική υγείας

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(Συμπλ 1):9-16
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(Suppl 1):9-16

Κ. Σουλιώτης,¹
Τζ. Παπαδονικολάκη,¹
Μ. Παπαγεωργίου,¹
Μ. Οικονόμου²

¹Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Κόρινθος

²Α' Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα
Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΨΥ), Αθήνα

The impact of crisis on health and health care: thoughts and data on the Greek case

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ελλάδα
Οικονομική κρίση
Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
Υγεία
Ύφεση

διεθνώς είναι το ότι από το 2007, σε 18 από τα 28 κράτη-μέλη της ΕΕ παρουσιάζεται μείωση των δαπανών υγείας.¹

Σε αυτό το περιβάλλον η Ελλάδα το 2010, μη μπορώντας να αντιμετωπίσει το δημοσιονομικό της έλλειμμα και το έλλειμμα τρεχουσών συναλλαγών –γνωστό και ως δίδυμο έλλειμμα–, ώστε το χρέος της να θεωρείται βιώσιμο,² προσέφυγε στην υιοθέτηση εθνικού σχεδίου, το οποίο περιελάμβανε τη χρηματοδότηση της χώρας από εξωτερικό μηχανισμό στήριξης, υπό την προϋπόθεση να υλοποιήσει μια σειρά μέτρων δημοσιονομικής προσαρμογής.³ Τα μέτρα αυτά στόχευαν κατά κύριο λόγο στη μείωση των δημοσίων δαπανών μέσα από μία σειρά διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στον ευρύτερο δημόσιο τομέα, κυρίως μέσα από τη μείωση του μισθολογικού κόστους, την αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης και των φορολογικών υποχρεώσεων των πολιτών, καθώς και τη μείωση των κοινωνικών επιδομάτων.⁴

Σημειώνεται ότι η ελληνική κρίση έχει καταγραφεί ως μία από τις πιο έντονες και «επίμονες» παγκοσμίως, τόσο για τις συνέπειες όσο και για τη διάρκειά της.⁵ Από το 2009 όπου η χώρα εισήλθε σε ύφεση, τα ποσοστά ανεργίας

αυξάνονται δραματικά με αποτέλεσμα τα νοικοκυριά να αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις υποχρεώσεις τους και το βιοτικό επίπεδο να μειώνεται. Την ίδια στιγμή, το κοινωνικό κράτος αναδεικνύεται σε «αδύναμο κρίκο» του κράτους και πλήττεται σημαντικά από τον συνδυασμό της μείωσης των εσόδων του και της διόγκωσης του ευάλωτου πληθυσμού και των αναγκών.

Στην υγεία το σύστημα υποχρηματοδοτείται ολοένα και περισσότερο από δημόσιες πηγές, τη στιγμή που οι πολίτες, με μειωμένους πλέον τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς, δεν είναι πλέον σε θέση να καλύπτουν με ίδιες δαπάνες το κόστος της περίθαλψης. Κατ' αποτέλεσμα, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας καθίσταται δυσχερής, με συνέπειες, μεταξύ άλλων και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

2. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας

Αυτό που χαρακτηρίζει, διαχρονικά, το ελληνικό σύστημα υγείας είναι οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, ο μεγάλος αριθμός ιατρών και ο δυσανάλογα μικρός αριθμός γενικών ιατρών και νοσηλευτών, οι οποίοι είναι ανισομερώς κατανομημένοι στη χώρα.⁶ Παράλληλα, οι υψηλές δημόσιες δαπάνες υγείας –τουλάχιστον σε σχέση με τις αντοχές της οικονομίας– και τα εγγενή δομικά, οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα, παρατηρούνται εντός του συστήματος πολύ πριν την κρίση.^{7,8} Έτσι, με την εμφάνιση της κρίσης, οι αστοχίες αυτές επιδείνωσαν σταδιακά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ενώ η κατακόρυφη αύξηση των ποσοστών ανεργίας και η δραματική μείωση των οικογενειακών εισοδημάτων αύξησαν τη ζήτηση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, δοκιμάζοντας τα όρια του συστήματος.

Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι πολλά από τα μέτρα που υιοθετήθηκαν ήταν επιβεβλημένα προκειμένου το σύστημα υγείας να εξορθολογιστεί και να αντιμετωπίσει τις στρεβλώσεις του παρελθόντος, η ταχύτητα υλοποίησης, ο πλημμελής σχεδιασμός και η απουσία καθολικού μεταρρυθμιστικού αιτήματος, υπονόμισαν ουσιαστικά την επιτυχία τους και δεν επέτρεψαν στο σύστημα να ανταποκριθεί στους στόχους του και στις ανάγκες των πολιτών.

Το πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής έθετε ως αρχικό στόχο δημόσιας δαπάνης υγείας το 6% του ΑΕΠ (κατά μέγιστο), μειώνοντας έτσι τη συνολική χρηματοδότηση για την υγεία από τα €23 δις το 2009 στα €14,4 δις το 2015 και τη δημόσια δαπάνη υγείας αντίστοιχα από €16 δις στα €8,7 δις. Παράλληλα, αξιοσημείωτη μείωση

σημειώθηκε στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, η οποία από €5,1 δις το 2009 έφτασε το €1,9 δις το 2016⁹ ως αποτέλεσμα σειράς μέτρων εξορθολογιστικού χαρακτήρα όπως η υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η μείωση των τιμών των φαρμάκων, η επιβολή των μηχανισμών του clawback και των υποχρεωτικών εκπτώσεων, η αλλαγή στο σύστημα προμηθειών στα νοσοκομεία και η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος. Πιο συγκεκριμένα, η θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασθενών αυξήθηκε στο 26,4% το 2014, από 14,8% το 2012 και η ιδιωτική συμμετοχή ανήλθε στο 29,3% το 2014, από 20% το 2009.¹⁰

Συγχρόνως, οι κοινωνικές δαπάνες υγείας παρουσιάζουν μέση ετήσια μείωση κατά τα πρώτα έξι χρόνια της κρίσης της τάξης του 6,6%, μετατοπίζοντας έτσι στα –ήδη επιβαρυνμένα– νοικοκυριά σημαντικό βάρος της δαπάνης για νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη.¹¹ Ενώ όμως η ζήτηση υπηρεσιών υγείας από δημόσιες δομές αυξήθηκε, η δημόσια χρηματοδότηση των νοσοκομείων μειώθηκε από τα €6,9 δις το 2009 σε €4 δις το 2015,¹² ενώ, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία του ΟΟΣΑ,¹³ η συνολική κατά κεφαλήν δημόσια δαπάνη υγείας στην Ελλάδα είναι χαμηλότερη κατά 52,1% σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Την ίδια στιγμή, το ποσοστό των πολιτών που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού φτάνει στο ανώτατο επίπεδο το 2014 αγγίζοντας το 36%,¹⁴ ενώ καταγράφεται ένα μέσο διαθέσιμο ετήσιο εισόδημα, το οποίο ανέρχεται στις €7.680 και είναι το χαμηλότερο σε σχέση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες.^{15,16} Συγχρόνως, το μέσο εισόδημα των νοικοκυριών μειώθηκε κατά 35% μέσα σε μόλις τέσσερα χρόνια.¹⁷ Σε σχετική έρευνα του Ινστιτούτου Μικρών Επιχειρήσεων (ΙΜΕ-ΓΣΕΒΕΕ), το 75,3% των νοικοκυριών παρουσίασε μείωση του εισοδήματός του το 2016, ενώ το 32,6% των νοικοκυριών στη χώρα διαθέτει τουλάχιστον έναν άνεργο.¹⁸ Είναι δε βέβαιο ότι σε ένα σύστημα υγείας, του οποίου η χρηματοδότηση στηρίζεται στις ασφαλιστικές εισφορές, με τη χώρα να καταγράφει διαχρονικά από το 2009 τα υψηλότερα ποσοστά ανεργίας,¹⁹ τίθεται υπό αμφισβήτηση η διασφάλιση καθολικής και ισότιμης πρόσβασης σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας και η οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος υγείας.

Η μείωση, ωστόσο, της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας δεν αφορούσε μόνο τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά και τις περιορισμένες δυνατότητες στελέχωσης των σχετικών δομών. Ήδη από το 2010 τα εισοδήματα των δημοσίων υπαλλήλων δέχονται οριζόντιες περικοπές, οι προσλήψεις «παγώνουν» ή ελαχιστοποιούνται, τα όρια συνταξιοδότησης αυξάνονται ενώ άλλοι επιλέγουν την πρόωρη συνταξιοδότηση. Σύμφωνα με τα στοιχεία του

Υπουργείου Διοικητικής Μεταρρύθμισης, από το 2010 έως το 2013 η μέση μείωση των ιατρών του ΕΣΥ έφτασε το 35% με τον συνολικό αριθμό μέχρι σήμερα να ξεπερνά τις 18.000.²⁰

2.2. Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας

Όπως προαναφέρθηκε, μία από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας συνίσταται στο ότι οι ευάλωτες κυρίως κοινωνικές ομάδες (άνεργοι, ηλικιωμένοι, μετανάστες κ.λπ.) αδυνατώντας να καλύψουν ιδιωτικά το κόστος που αφορά στην υγεία τους, απευθύνονται κυρίως στις δημόσιες δομές και πρωτίστως στα νοσοκομεία,²¹⁻²³ μειώνοντας κατ' επέκταση τις επισκέψεις σε απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων και σε ιδιώτες ιατρούς. Πιο συγκεκριμένα, μέσα σε μια πενταετία από την εκδήλωση της κρίσης το ποσοστό των ατόμων με χαμηλά εισοδήματα που ανέφερε αδυναμία να καλύψει κάποια ιατρική ανάγκη διπλασιάστηκε (από 7% το 2008 σε 13,9% το 2013).²⁴ Παράλληλα, στο πλαίσιο των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και της ορθότερης διαχείρισης των πόρων, οι δημόσιες νοσοκομειακές δομές συγχωνεύονται,^{25,26} γεγονός το οποίο, σε συνδυασμό με τη μειωμένη δημόσια χρηματοδότηση των νοσοκομείων, φαίνεται ότι δυσχέρανε τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αφού αφενός περιόρισε τα σημεία παροχής τους και αφετέρου την ποιότητά τους, δεδομένης της μεγάλης ζήτησης και των ελλείψεων που επικρατούν. Αντίστοιχα, η ατελής μεταρρύθμιση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιόρισε τις διαθέσιμες επιλογές από πλευράς των πολιτών, καθώς οδήγησε τόσο σε μείωση των ιατρών των δημόσιων δομών όσο και σε ραγδαίο περιορισμό των υπό ασφαλιστική κάλυψη παρεχόμενων φροντίδων από συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς.

Με τις εξελίξεις αυτές, εύλογα, η επιστημονική συζήτηση επικεντρώθηκε στην επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην υγεία και τις υπηρεσίες υγείας, σε μια προσπάθεια αναζήτησης του βαθμού κατά τον οποίο επιβεβαιώνεται και στην ελληνική περίπτωση η μεταξύ τους σχέση αιτιότητας, με την αύξηση π.χ. των ανεκπλήρωτων αναγκών υγείας.^{27,28} Υπό το πρίσμα αυτό, η επιστημονική τεκμηρίωση των εμποδίων και των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς κατά τη χρήση υπηρεσιών υγείας συνεχώς πληθαίνει, σε μια προσπάθεια ανάδειξης των προτεραιοτήτων που θα πρέπει να τεθούν στην ατζέντα της πολιτικής υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, έχει καταγραφεί ότι οι ηλικιωμένοι και οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις συναντούν μεγαλύτερες δυσκολίες στην πρόσβαση σε θεραπείες και υπηρεσίες υγείας, κυρίως όταν η αγωγή χορηγείται εντός των νοσοκομείων.²⁹ Σε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2015, περι-

που το 30% του πληθυσμού δήλωσε ότι ενώ αντιμετώπισε ιατρική ανάγκη δεν κατάφερε να χρησιμοποιήσει κάποια υπηρεσία υγείας, σε σχέση με το προηγούμενο έτος, με βασικότερη αιτία τις οικονομικές δυσκολίες.³⁰

Παράλληλα, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2012-2013 σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, το 26% αντιμετώπισε προβλήματα στην πρόσβαση σε ρευματολόγο, ενώ το 49% αντιμετώπισε δυσκολίες στο να λάβει τη φαρμακευτική αγωγή.³¹ Αξίζει να σημειωθεί ότι στο πλαίσιο της ίδιας έρευνας, το 92% των ρευματολόγων και το 96% των φαρμακοποιών του ΕΟΠΥΥ επιβεβαίωσαν ότι οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα συναντούν δυσκολίες πρόσβασης στις θεραπείες τους κυρίως λόγω των αλλαγών στο κανάλι διανομής των συγκεκριμένων φαρμάκων. Ως σημαντικότερα εμπόδια στην πρόσβαση αξιολογούνται η δυσκολία προγραμματισμού μιας ιατρικής επίσκεψης λόγω χρόνου αναμονής ή λόγω κόστους καθώς και η απόσταση από το νοσοκομείο που λαμβάνει χώρα η θεραπεία.

Ανισότητες στην πρόσβαση στις φροντίδες υγείας έχει καταγραφεί και σε ασθενείς με καρκίνο. Σε σχετική μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2014, το 31% των ασθενών με καρκίνο αντιμετώπισαν εμπόδια στην πρόσβαση στη θεραπεία τους τον τελευταίο χρόνο, ενώ το 51% αδυνατεί να προγραμματίσει εγκαίρως ιατρική επίσκεψη και το 44% δεν μπορεί να καλύψει το κόστος της επίσκεψης σε ιδιώτη ιατρό.³²

Αντίστοιχα, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών που πάσχουν από Ηπατίτιδα C,³³ η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα (περισσότεροι από το 80%) συνάντησαν εμπόδια κατά την πρόσβασή τους στον ιατρό και στη θεραπεία (φάρμακο), ενώ περισσότεροι από τους μισούς (56,1%) ανέφεραν ότι είτε δεν έλαβαν θεραπεία είτε καθυστέρησαν να τη λάβουν. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων παρατηρήθηκε χειρότερηση της οικονομικής και ψυχολογικής τους κατάστασης, καθώς και μειωμένη συμμόρφωση στις οδηγίες του θεράποντος ιατρού τους.

3. ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Όπως προαναφέρθηκε, η διαχρονική μελέτη της εμπειρικής πραγματικότητας και των σχετικών πηγών οδηγεί στη διαπίστωση ότι μια οικονομική κρίση αναμένεται να έχει άμεση επίδραση, μεταξύ άλλων, και στα συστήματα υγείας καθώς οι υψηλοί δείκτες ανεργίας και οι περιορισμένες δαπάνες κοινωνικής προστασίας επιδεινώνουν την υγεία και δυσκολεύουν την πρόσβαση των ασθενών στις αντίστοιχες υπηρεσίες.^{34,35} Τα διαθέσιμα στοιχεία από

τη διεθνή βιβλιογραφία κατά τις τρεις μεγαλύτερες οικονομικές κρίσεις του 20^{ου} αιώνα (τη μεγάλη ύφεση το 1929, τη μετα-κομμουνιστική ύφεση στις αρχές του 1990 και την οικονομική κρίση της Ανατολικής Ασίας στα τέλη του 1990) υποδηλώνουν ότι σε καιρούς ραγδαίων οικονομικών μεταβολών, η υγεία βρίσκεται σε κίνδυνο.^{36,37} Έτσι, στην περίπτωση της ελληνικής κρίσης, αν και η συζήτηση για το κατά πόσο μπορούν να προσδιοριστούν με ακρίβεια οι επιπτώσεις που επέφεραν στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού οι πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν είναι ακόμα ανοικτή, η εμπειρική πραγματικότητα καταδεικνύει περιοχές στις οποίες οι περικοπές στους προϋπολογισμούς έχουν άμεση επίπτωση.

Πιο συγκεκριμένα, το 2010 καταγράφεται ραγδαία αύξηση των επιδημιών μεγάλης κλίμακας (όπως η ελονοσία, ο ιός δυτικού Νείλου, ο H1N1),³⁸ με τα κρούσματα μολύνσεων από HIV ανάμεσα στους χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών να αυξάνονται κατά 33 φορές περισσότερο από το 2010–2013^{39,40} κυρίως εξαιτίας των μειώσεων στους προϋπολογισμούς των προγραμμάτων παρέμβασης για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (street work). Επιπλέον, είναι αξιοσημείωτο το ότι, μετά από 30 χρόνια το 2009 καταγράφηκαν τα πρώτα κρούσματα ελονοσίας, με τα κρούσματα φυματίωσης να διπλασιάζονται μέσα σε ένα χρόνο.^{29,34}

Περαιτέρω, η οικονομική δυσχέρεια έχει βρεθεί ότι σχετίζεται αρνητικά με την ψυχική υγεία.^{41–43} Ευρήματα υποστηρίζουν ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες διατρέχουν τρεις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κάποια σοβαρή ψυχολογική διαταραχή, ανεξάρτητα από το εισόδημά τους.⁴¹ Έτσι, τα τελευταία χρόνια η ψυχική υγεία των Ελλήνων διαφαίνεται να έχει χειροτερεύσει^{44,45} καθώς παρατηρείται μια αύξηση της χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας της τάξης του 120%, μέσα σε μόλις μια τριετία.^{46,47} Σε σχετική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της λειτουργίας της «Τηλεφωνικής Γραμμής Βοήθειας για την Κατάθλιψη», από το σύνολο των τηλεφωνημάτων που δέχτηκε η δράση, το 28,7% αφορούσε σε αγχώδεις διαταραχές λόγω της αδυναμίας ανταπόκρισης στις οικονομικές υποχρεώσεις

Σύμφωνα δε με την Εθνική Μελέτη Νοσηρότητας και Παραγόντων Κινδύνου, το ποσοστό των ατόμων με συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης ανήλθε το 2014 σε 24% και 16% αντίστοιχα. Επίσης, στο πλαίσιο της ίδιας μελέτης, επιβεβαιώθηκε η συσχέτιση του άγχους και της κατάθλιψης με την ανεργία,⁴⁸ ενώ έρευνα των Οικονόμου και συν. (2013) υποστηρίζει ότι σε συνθήκες παρατεταμένης οικονομικής κρίσης μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης έχουν όσοι είναι άνω των 45 ετών, με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, έγγαμοι, άνεργοι και κάτοικοι

της Αθήνας.⁴⁹ Παράλληλα, οι άνδρες ηλικίας 25–44 ετών, με ανώτερο μορφωτικό επίπεδο, έγγαμοι και εργασιακά ενεργοί, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν διαταραχή γενικευμένου άγχους.

Αξιοσημείωτη είναι επίσης η συζήτηση που διεξάγεται τα τελευταία χρόνια αναφορικά με τη σχέση που έχει η οικονομική κρίση με την αύξηση των θανάτων και τον αριθμό των αυτοκτονιών. Μολονότι η Ελλάδα (και η Κύπρος) εμφανίζει τον μικρότερο αριθμό αυτοκτονιών στην Ευρώπη,⁵⁰ έχει καταγραφεί σημαντική αύξηση μέσα σε μια τετραετία, με τον αριθμό των θανάτων από αυτοκτονία να αυξάνεται από 377 το 2010 σε 565 το 2014.⁵¹ Σημειώνεται ότι το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών στη χώρα σημειώνεται το 2012,⁵² ενώ κάθε μια ποσοστιαία μονάδα αύξησης της ανεργίας συμπίπτει με αύξηση του δείκτη των αυτοκτονιών ανά 100.000 κατοίκους κατά 0,19.⁵³ Τα ευρήματα μελέτης για τις οικονομικές αλλαγές στην Ευρώπη τη χρονική περίοδο 1979–2007 υποστηρίζουν πως για κάθε μία ποσοστιαία μονάδα αύξησης της ανεργίας παρατηρείται αύξηση της τάξης του 0,79% στις αυτοκτονίες και τις ανθρωποκτονίες.^{54,55} Παράλληλα, σε επόμενη μελέτη,⁵⁶ παρατηρήθηκε πως η κατά μία ποσοστιαία μονάδα αύξησης της ανεργίας στους άνδρες σχετίζεται με αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,72%.

Επιπλέον, σε μελέτη παρακολούθησης της συχνότητας απόπειρας αυτοκτονίας και της σχέσης της με την ανεργία, καταγράφηκε ότι το ποσοστό στις γυναίκες ήταν τουλάχιστον δύο φορές μεγαλύτερο σε σχέση με τους άντρες, ενώ το 15,34% επανέλαβε την απόπειρα μέσα στον ίδιο χρόνο και το 75% μέσα σε 2 χρόνια.⁵⁷ Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μείωση του επιπολασμού του αυτοκτονικού ιδεασμού και της απόπειρας αυτοκτονίας σε επίπεδα που προσεγγίζουν τα αντίστοιχα προ κρίσης, παρά την αύξηση των ποσοστών κατάθλιψης.⁵⁸ Παράλληλα, μολονότι βιβλιογραφικά παρατηρείται μείωση της συνολικής θνησιμότητας, οι θάνατοι από ανεπιθύμητες ενέργειες κατά την ιατρική περίθαλψη, από παθήσεις του πεπτικού συστήματος καθώς και από επιπλοκές κατά τη διάρκεια της κύησης και του τοκετού σημειώνουν στατιστικά σημαντική αύξηση.⁵⁹

Στο περιβάλλον αυτό, η γενικότερη αντίληψη και στάση ζωής, κυρίως των νέων, έχει επίσης αλλάξει. Οι νέοι άνθρωποι χάνουν συνεχώς την εμπιστοσύνη τους στους θεσμούς και το πολιτικό σύστημα. Το διαρκές συναίσθημα απαισιοδοξίας, ο διάχυτος κοινωνικός αρνητισμός που επικρατεί, το αίσθημα χαμηλής αυτοεκτίμησης και η έλλειψη προσωπικών στόχων λειτουργούν ως τροχοπέδη στην επαγγελματική εξέλιξη,⁶⁰ ενώ, παράλληλα, ενισχύουν την επιθυμία, κυρίως των νέων, να εγκαταλείψουν τη

χώρα προς αναζήτηση ενός περιβάλλοντος που υπόσχεται περισσότερες ευκαιρίες.⁶¹ Έτσι, ένα σημαντικό ανθρώπινο κεφάλαιο, οιονεί παραγωγικό, εξαφανίζεται.

Από την άλλη, η περίοδος της κρίσης καταγράφει και κάποιες θετικές επιδράσεις, όπως π.χ. η μείωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά 4,7% κατά μέσο όρο ετησίως⁶² καθώς και των θανάτων από τροχαία ατυχήματα.^{59,62,63} Σημαντικό ρόλο προς αυτήν την κατεύθυνση διαδραμάτισε η σταδιακή μείωση του καπνίσματος,^{64,65} η αύξηση της άσκησης και ο περιορισμός που αυτή επέφερε στην καθιστική ζωή, καθώς και η μικρή αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες με την αύξηση της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών.⁶² Παράλληλα, μολονότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης παρατηρείται αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ,⁶⁶ στην Ελλάδα δεν διαπιστώνεται αντίστοιχη συσχέτιση, καθώς η υπερβολική κατανάλωση θεωρείται κοινωνικά μη αποδεκτή συμπεριφορά.

4. ΑΝΤΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΟΣ

Αναμφίβολα, η οικονομική κρίση δημιούργησε συνθήκες, οι οποίες επηρέασαν όλες τις πτυχές των δημόσιων πολιτικών στη χώρα. Η κοινωνική πολιτική, μάλιστα, αποδείχτηκε ο αδύναμος κρίκος του κράτους, καθώς, λόγω των στρεβλώσεων του παρελθόντος, επηρεάστηκε δραματικά από τη συρρίκνωση της οικονομικής δραστηριότητας και, συνακολούθως, των σχετικών εσόδων.

Ειδικά δε το σύστημα υγείας, το οποίο κατά την έναρξη της οικονομικής κρίσης βρέθηκε αντιμέτωπο με συσσωρευμένα χρέη, απουσία ορθολογικών μηχανισμών ελέγχου, πολυδιάσπαση κανόνων και πλαισίου παροχών, εκτεταμένες ιδιωτικές δαπάνες και παραοικονομία, καθώς και σημαντικά κενά στην κάλυψη των αναγκών υγείας των πολιτών –παρά τις σπατάλες– κλήθηκε σε σύντομο χρονικό διάστημα να ακολουθήσει ένα πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής, το οποίο ήταν απαραίτητο προκειμένου να διασφαλιστεί η βιωσιμότητά του.⁶⁷ Ωστόσο, οι οργανωτικές του αδυναμίες και η διαχρονική ατολμία σε επίπεδο πολιτικής υγείας, είχαν ως αποτέλεσμα να προκριθούν οριζόντιες παρεμβάσεις έναντι διαρθρωτικών αλλαγών, με συνέπεια αφενός να προκληθεί οικονομική ασφυξία στο σύστημα υγείας και αφετέρου να παραμείνουν σε εκκρεμότητα μεταρρυθμίσεις σε σημαντικά ζητήματα πολιτικής υγείας όπως π.χ. το χρηματοδοτικό πλαίσιο, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το φάρμακο κ.λπ.^{68,69}

Αναμενόμενα, το κενό μεταξύ των αναγκών υγείας του πληθυσμού και των δυνατοτήτων κάλυψής τους από το σύστημα υγείας σταδιακά διογκώθηκε, καθώς η δυνατότητα κάλυψης του κόστους των φροντίδων με ίδιους πόρους

από την πλευρά των πολιτών –όπως συνέβαινε για πολλά χρόνια– εξαντλήθηκε λόγω της μείωσης των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων. Έτσι, το σύστημα υγείας σταθερά τα τελευταία χρόνια χαρακτηρίζεται από υποχρηματοδότηση και ύπαρξη εμποδίων κατά την πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες, παρά το γεγονός ότι το εύρος των διαθέσιμων δομών και πόρων θεωρείται ανταγωνιστικό προς τα συστήματα υγείας των αναπτυγμένων χωρών.

Ωστόσο, στο σημείο αυτό είναι αναγκαίο να γίνουν δύο κρίσιμες για την πολιτική υγείας επισημάνεις: πρώτον, το προβληματικό χρηματοδοτικό, οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο του συστήματος υγείας στη χώρα προϋπήρχε της οικονομικής κρίσης, με τους πολίτες να διασφαλίζουν πρόσβαση στις υπηρεσίες καταβάλλοντας οι ίδιοι το σχετικό κόστος και δεύτερον, η οικονομική κρίση, μεταξύ άλλων, κινητοποίησε τη λήψη απαραίτητων μέτρων, τα οποία θα έπρεπε να είχαν ληφθεί ενώ το οικονομικό περιβάλλον είχε τις δυνατότητες να υποστηρίξει πιο αποτελεσματικά τις όποιες μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες.

Υπό το σκεπτικό αυτό, ο «απεγκλωβισμός» της πολιτικής υγείας από την οικονομική κρίση προϋποθέτει κατ' αρχήν ένα σχετικά πιο χαλαρό οικονομικό περιβάλλον, υπό την προϋπόθεση όμως ότι θα συνοδευτεί από μια «συμφωνία» για την προώθηση δομικών μεταρρυθμίσεων, οι οποίες θα αποτελέσουν την εξέλιξη των καλών πρακτικών που η ίδια η κρίση προκάλεσε όπως π.χ. η ενοποίηση των φορέων κοινωνικής ασφάλισης υγείας, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η καλύτερη τεκμηρίωση της λήψης αποφάσεων για την κατανομή των πόρων (ΕΖΥ-NET, μητρώα ασθενών κ.λπ.).

Οι μεταρρυθμίσεις αυτές προτείνεται όπως εστιάσουν σε περιοχές που συνιστούν διαχρονικές εκκρεμότητες της πολιτικής υγείας όπως π.χ. η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το χρηματοδοτικό υπόδειγμα, η σχέση δημόσιου και ιδιωτικού και η διαχείριση των νέων τεχνολογιών υγείας. Ωστόσο, η πραγματική υπέρβαση που είναι απαραίτητη για την πολιτική υγείας στη χώρα –και αποτελεί προϋπόθεση για την εκλογίκευση του τρόπου λειτουργίας του συστήματος υγείας– αφορά στην αλλαγή του τρόπου λήψης αποφάσεων, με τρόπο που θα θέτει στο επίκεντρο τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των πολιτών/ασθενών έναντι των αντίστοιχων των ομάδων πίεσης και συμφερόντων, πρακτική, η οποία, δυστυχώς, υιοθετήθηκε από τη συγκρότηση του συστήματος υγείας και το οδήγησε στα αδιέξοδα που αναφέρθηκαν.⁷⁰ Μια τέτοια νέα οπτική ως προς τη χάραξη των υγειονομικών προτεραιοτήτων στη χώρα είναι απαραίτητη συνθήκη όχι μόνο για την άρση των αποκλεισμών που η κρίση προκάλεσε, αλλά, πρωτίστως, για την ικανοποίηση του θεμελιώδους κριτηρίου της δημοκρατικότητας κατά την άσκηση δημόσιων πολιτικών.

ABSTRACT

The impact of crisis on health and health care: thoughts and data on the greek caseK. SOULIOTIS,¹ J. PAPADONIKOLAKI,¹ M. PAPAGEORGIOU,¹ M. ECONOMOU²¹Faculty of Social Sciences, University of the Peloponnese, Korinthos, Greece, ²First Department of Psychiatry, Athens University Medical School, Eginition Hospital, Athens, Greece, University Mental Health Research Institute (UMHRI), Athens, Greece*Archives of Hellenic Medicine 2018, 35(Suppl 1):9–16*

The large recessions that the European Economies have faced since 2007, have directly affected the major economic centers. The national public debts and unemployment rates rose, while government revenues and average family income fell. In the framework of a wider European agreement on the need to reduce public deficits, a set of policies was undertaken mainly characterized by austerity measures and involved public spending cuts. Published data and literature review have identified that health and access to healthcare services are directly affected by the financial crisis, as increase in unemployment rates and reduction in social protection spending are historically linked to worsening health outcomes and creating barriers in access to healthcare services. The impact of austerity policies in Greece has highlighted the need to redefine the national health policy, putting at its center the protection of vulnerable social groups and also the configuration of a sustainable and effective national health system, by restructuring the primary healthcare and social policy.

Key words: Access to health care, Economic crisis, Greece, Health, Recession

Βιβλιογραφία

1. EUROFOUND. Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU. Dublin, 2013
2. INTERNATIONAL DEVELOPMENT ASSOCIATION AND INTERNATIONAL MONETARY FUND. The Challenge of Maintaining Long-Term External Debt Sustainability. World Bank and IMF, April 2001
3. EUROPEAN COMMISSION. The economic adjustment programme for Greece. European Economy Occasional Papers No 61. European Commission, Directorate General for Economic and Financial affairs, 2010
4. MATSAGANIS M. The welfare state and the crisis: the case of Greece. *J Eur Policy* 2011, 21:501–512
5. GOURINCHAS PO, PHILIPPON T, VAYANOS, D. The Greek crisis: an autopsy. *Vox* 2016. Available at: <https://voxeu.org/article/greek-crisis-autopsy>
6. GROEWNEWEGEN P, JURGUTIS A. A future for primary care for the Greek population. *Qual Prim Care* 2013, 21:369–378
7. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2000, 12:169–188
8. ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ. Εξέλιξη των δαπανών υγείας και φαρμάκων στην Ελλάδα και τις χώρες της ΕΕ. 2005
9. ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ. Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα. *Γεγονότα και Στοιχεία* 2015–2016
10. SISKOU O, KAITELIDOU D, LITSA P, GEORGIADOU G, PATELAKIS P, ARGYRIS ET AL. Investigating the economic impacts of new public pharmaceutical policies in Greece: focus on price reductions & cost-sharing rates. *Value Health* 2014, 4C:107–114
11. OECD. Society at a Glance, OECD 2016
12. ΕΛΣΤΑΤ. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας
13. OECD. Health Statistics, OECD 2016
14. ΕΛΣΤΑΤ. Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών, Ιούνιος 2017
15. OECD. Income Distribution & Poverty, Available at: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=IDD#>
16. ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Θ. Διαπιστώσεις για την επίδραση της κρίσης στην εισοδηματική κατάσταση των συνταξιούχων και του πληθυσμού εργάσιμης ηλικίας στην Ελλάδα. Εισήγηση στην Ημερίδα της Ένωσης για την προάσπιση των Κοινωνικών Δικαιωμάτων: Η Κοινωνική ασφάλιση ως προϋπόθεση Οικονομικής ανάπτυξης και κοινωνικής συνοχής: Ασφαλιστική μεταρρύθμιση και κρίση, Δεκέμβριος 2015
17. GIANNITSIS T, ZOGRAFAKIS ST. Greece: Solidarity and Adjustment in times of crisis. Macroeconomic Policy Institute of the Hans-Boeckler-Foundation, March 2015
18. ΙΜΕ-ΓΣΕΒΕΕ. Ετήσια Έρευνα «Εισόδημα-Δαπάνες Νοικοκυριών», (No 5, 2016), Ιανουάριος 2017
19. EUROSTAT. Employment & Unemployment, Labor Force Survey, Available at: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/lfs/data/main-tables>
20. www.isathens.gr
21. ECONOMOU C, KAITELIDOU D, KATSIKAS D, SISKOU O, ZAFIROPOULOU M. Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development* 2014, 9: 99–115
22. SIMOU E, KOUTSOGEORGOU E. Effects of the economic crisis on

- health and healthcare in Greece in the literature from 2009–2013: A systematic review. *Health Policy* 2014, 115:111–119
23. KONDILIS E, GIANNAKOPOULOS S, GAVANA M, IERODIAKONOU I, WAITZKIN H, BENOS A. Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case. *Am J Public Health* 2013, 103:973–979
 24. KARANIKOLOS M, KENTIKELLENIS A. Health inequalities after austerity in Greece. *Int J Equity Health* 2016, 15:83
 25. MINOGIANNIS P. Tomorrow's public hospital in Greece: Managing health care in the post crisis area. *Social Cohesion and Development* 2012, 7:69–80
 26. XENOS P, YFANTOPOULOS J, NEKTARIOS M, POLYZOS N, TINIOS P, CONSTANTOPOULOS A. Efficiency and productivity assessment of public hospitals in Greece during the crisis period 2009–2012. *Cost Eff Resour Alloc* 2017, 15:6
 27. LIAROPOULOS L. Greek economic crisis: not a tragedy for health. *BMJ* 2012, 345:e7988
 28. KENTIKELLENIS A, KARANIKOLOS M, PAPANICOLAS I, BASU S, MCKEE M, STUCKLER D. Response to editor on Liaropoulos L. article "Greek economic crisis: not a tragedy for health". *BMJ* 2012, 21:e8602
 29. KENTIKELLENIS A, KARANIKOLOS M, REEVES A, MCKEE M, STUCKLER D. Greece's health crisis: from austerity to denialism. *Lancet* 2014, 383:748–753
 30. ZAVRAS D, ZAVRAS A, KYRIOPOULOS II, KYRIOPOULOS J. Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC Health Serv Res* 2016, 16:309
 31. SOULIOTIS K, PAPAGEORGIOU M, POLITI A, IOAKEIMIDIS D, SIDIROPOULOS P. Barriers to accessing biologic treatment for rheumatoid arthritis in Greece: the unseen impact of the fiscal crisis-the Health Outcomes Patient Environment (HOPE) study. *Rheumatol Int* 2014, 34:25–33
 32. SOULIOTIS K, AGAPIDAKI E, PAPAGEORGIOU M. Healthcare access for cancer patients in the era of economic crisis. Results from the HOPE III study. *HeSMO* 2015, 6:7–11
 33. SOULIOTIS K, AGAPIDAKI E, PAPAGEORGIOU M, VOUDOURI N, CONTI-ADES X. Access to treatment for Hepatitic C among injection drug users: results from the cross-sectional HOPE IV study. *Int J Equity Health* 2017, 16:101
 34. EUROPEAN COMMISSION. The impact of the financial crisis on unmet needs for healthcare. *Research Note 7/2013*
 35. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. Health inequalities, the financial crisis and infectious disease in Europe. Stockholm: ECDC; 2013
 36. MLADOVSKY P, SRIVASTAVA D, CYLUS J, KARANIKOLOS M, EVETOVITS T, THOMSON S, ET AL. Health Policy responses to the financial crisis in Europe. World Health Organization 2012, Policy Summary No 5
 37. SUHRCKE M, STUCKLER D, SUK J, DESAI M, MCKEE M, TSOLOVA S, ET AL. The impact of economic crises on communicable disease transmission and Control: A systematic review of the evidence. *PLoS One* 2011, 6: e20724
 38. BONOVAS S, NIKOLOPOULOS G. High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of a public health tragedy. *J Prev Med Hyg* 2012 53:169–171
 39. PARASKEVIS D, NIKOLOPOULOS G, FOTIOU A, TSIARA C, PARASKEVA D. Economic recession and emergence of an HIV-1 outbreak among drug injectors in Athens Metropolitan Area: a longitudinal study. *PLOS one* 2013, 8:e78941
 40. STUCKLER C, BASU S. The body economic growth: why austerity kills. Basic Books, New York, 2013
 41. EFTHIMIOU K, ARGALIA E, KASKABA E, MAKRI A. Economic crisis and mental health. What do we know about the current situation in Greece?. *ENCEPHALOS* 2013, 50:22–30
 42. GIOTAKOS O, KARABELAS D, KAFKAS A. Financial crisis and mental health in Greece. *Psychiatriki* 2011, 22:109–119
 43. ZAVRAS D, TSIANTOU V, PAVI E, MYLONA K, KYRIOPOULOS J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health* 2013, 23:206–210
 44. ΕΛΣΤΑΤ, Έρευνα Υγείας 2014
 45. KARANIKOLOS M, MLADOVSKY P, CYLUS J, THOMSON S, BASU S, STUCKLER D ET AL. Financial Crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013, 381:1323–1331
 46. ANAGNOSTOPOULOS DC, SOUMAKI E. The State of child and adolescent psychiatry in Greece during the international financial crisis: a brief report. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013, 22:131–134
 47. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΠΕΠΠΟΥ Λ, ΛΟΥΚΗ Ε, ΚΟΜΠΟΡΟΖΟΣ Α, ΜΕΛΛΟΥ Α, ΣΤΕΦΑΝΗΣ Κ. Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Ψυχιατρική* 2012, 23:17–28
 48. ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΕΚΠΑ. Δελτίο Τύπου: Η Κατάσταση της Υγείας στην Ελλάδα του 2015: Χρόνια Νοσήματα - Πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας - Πρόληψη. Αποτελέσματα της μελέτης ΕΜΕΝΟ. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή, 2015
 49. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΠΕΠΠΟΥ Λ, ΦΟΥΣΚΕΤΑΚΗ Σ, ΘΕΛΕΡΙΤΗΣ Χ, ΠΑΤΕΛΑΚΗΣ Α, ΑΛΕΞΙΟΥ Τ ET AL. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία: Επιπτώσεις στην επικράτηση κοινών ψυχικών διαταραχών. *Ψυχιατρική* 2013, 24:247–261
 50. EUROSTAT, Suicide Rate in the EU member states, per 100,000 inhabitants, 2014, Published May 2017
 51. ΕΛΣΤΑΤ, Αιτίες Θανάτου έτους 2014, 2016
 52. BRANAS CC, KASTANAKI AE, MICHALODIMITRAKIS M, TZOUGAS J, KRANIOTI EF, THEODORAKIS, PN ET AL. The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time series analysis. *BMJ Open* 2015, 5:e005619
 53. RACHIOTIS G, STUCKLER D, MCKEE M, TZOUGAS J, KRANIOTI EF, THEODORAKIS PN ET AL. What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012). *BMJ Open* 2015, 5:e007295
 54. STUCKLER D, BASU S, SUHRCKE M, COUTTS A, MCKEE A. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009, 374:315–323
 55. FALAGAS ME, VOULOUMANOU EK, MAVROS MN, KARAGEORGOPOULOS DE. Economic crises and mortality: a review of the literature. *Int J Clin Pract* 2009, 63:1128–1135
 56. REEVES A, STUCKLER D. Suicidality, economic shocks, and egalitarian gender norms. *European Sociological Review* 2015, 1–15
 57. FOUNTOULAKIS K, SAVOPOULOS CH, APOSTOLOPOULOU M, DAMPALI

- R, ZAGGELIDOU E, KARLAFTI E ET AL. Rate of suicide attempts and their relationship to unemployment in Thessaloniki (2000–2012). *J Affect Disord* 2015, 174:131–136
58. ECONOMOU M, ANGELOPOULOS E, PEPOU L, SOULIOTIS K, STEFANIS C. Suicidal ideation and suicide attempts in Greece during the economic crisis: an update. *World Psychiatry* 2016, 15:1
59. LALIOTIS I, IOANNIDIS J, STAVROPOULOU C. Total and cause-specific mortality before and after the onset of the Greek economic crisis: an interrupted time series analysis. *Lancet Public Health* 2016, 1:e56–65
60. FRANGOS CH, FRANGOS C, SOTIROPOULOS I, ORFANOS V, TOUDAS K, GKIKA E. The effects of the Greek Economic Crisis on eating habits and psychological attitudes of young people: A sample survey among Greek University students. *WCE* 2012, July 4–6, 2012, London, U.K.
61. THE ECONOMIST. “Should I stay or should I go? Economy flights from Greece” – The acceleration of Greece’s “brain drain” Available at: <https://www.economist.com/blogs/freeexchange/2015/07/personal-grexit>
62. FILIPPIDIS F, GEROVASILI V, MILLETT C, TOUNTAS Y. Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Scientific Reports* 2017, 7:46423
63. MCKEE M, STUCKLER D. Health effects of the financial crisis: lessons from Greece. *The Lancet Public Health* 2016, 1:e40–e41
64. TARANTILIS F, ATHANASAKIS K, ZAVRAS D, VOZIKIS A, KYRIOPOULOS I. Estimates of price and income elasticity in Greece. Greek debt crisis transforming cigarettes into a luxury good: An econometric approach. *BMJ Open* 2015, 5:e004748
65. DOM G, SAMOCHOWIEC J, EVANS S, WAHLBECK K, VAN HAL G, MCDAID D. The impact of the 2008 economic crisis on substance use patterns in the countries of the European Union. *Int J Environ Res Public Health* 2016, 13:122
66. VLONTZOS G, DUQUENNE M, NIAVIS S. Is binge drinking prevalent in Greece after the emergence of the economic crisis? Assessment of this idea using the Theory of Planned Behavior. *Beverages* 2017
67. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα: από το αδιανόητο στο αυτονόητο, Παπαζήσης, Αθήνα, 2013
68. SOULIOTIS K, GOLNA C, TOUNTAS Y, SISKOU O, KAITELIDOU D, LIARPOULOS L. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *Eur J Health Econ* 2016, 17:159.
69. KANAVOS P, SOULIOTIS K. Reforming health care in Greece: Balancing fiscal adjustment with health care needs, p.p. 359–401, in: Meghir C, Pissarides CA, Vayanos D, Vettas N (ed) *Beyond Austerity: Reforming the Greek Economy*, The MIT Press, Massachusetts, 2017
70. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ. Αναζητώντας τη δημοκρατία στην υγεία σε συνθήκες οικονομικής κρίσης: η συμμετοχή των πολιτών στη χάραξη πολιτικής υγείας. στο: Σουλιώτης Κ. (επιμ.) *Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας. Συμμετοχή στη Λήψη Αποφάσεων - Ομάδες Πίεσης και Συμφερόντων - Σύλλογοι Ασθενών*, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 2014:23–51

Corresponding author:

K. Souliotis, Faculty of Social & Political Sciences, University of Peloponnese, Damaskinou & Kolokotronis street, GR–201 00 Korinthos, Greece
e-mail: ksouliotis@uop.gr