

Il diritto alla salute nei sistemi socio-sanitari europei. La tragedia greca

Enza Caruso

L'articolo discute l'impatto delle politiche di consolidamento fiscale sulle risorse sanitarie in alcuni paesi dell'Europa occidentale. Al centro della discussione c'è la crisi greca e gli effetti dell'alto livello di disoccupazione sul crescente numero di persone senza copertura sanitaria. L'articolo ripercorre i punti deboli del sistema sanitario greco, la necessità delle riforme e le conseguenze negative

del programma di austerità imposto dalla Troika sulle performance del sistema sanitario e sulla salute della popolazione. Sottolinea anche che il problema della sostenibilità dei sistemi sanitari dovrebbe essere assunto con vincoli forti come priorità politica nella nuova governance europea e gli obiettivi di salute non dovrebbero essere subordinati ad altri obiettivi macroeconomici.

RPS

1. Introduzione

La garanzia del diritto alla salute è inclusa nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea del 2000. L'accesso universale ad un'assistenza sanitaria di elevata qualità è assunto come valore comune dei sistemi sanitari europei (Council of the European Union, 2006) e, in quanto obiettivo della strategia Europa 2020 (European Commission, 2010), promosso con linee guida e parametri di riferimento nei paesi membri attraverso l'*Open method of coordination*¹.

Dal 2010, l'assistenza sanitaria è materia monitorata nel contesto della sostenibilità delle finanze pubbliche all'interno del ciclo del semestre europeo. Il Consiglio e la Commissione europea possono vincolare le politiche sanitarie dei paesi membri con specifiche raccomandazioni per il raggiungimento degli obiettivi macroeconomici e di finanza pubblica entro il quadro della nuova governance europea (European Commission 2013, 2014). Nella pratica, le raccomandazioni si sono concretizzate sull'uso efficiente delle risorse pubbliche e sulle possibili economie di spesa dai risparmi facili conseguibili per il settore sanitario (ad esempio, farmaceutica, e-procurement, ospedaliera). Di fatto,

¹ Per un approfondimento si rinvia all'indirizzo internet: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=754&langId=en>.

gli obiettivi di garanzia del diritto ad un'assistenza di elevata qualità e di sostenibilità dei sistemi sanitari sono stati posti in secondo piano. Nei paesi più a rischio, le raccomandazioni sono addirittura sostituite con il rinvio alle politiche di consolidamento fiscale dettate dalla Troika. Le riforme strutturali in senso sostenibile richiedono invece tempi lunghi, capacità di governance e risorse per investire nel territorio e nella prevenzione. La nuova governance europea dovrebbe porre più attenzione a tutte le politiche che impattano sulla salute e sul benessere della collettività, considerando che gli Stati nazionali, esclusivi responsabili finali della tutela del diritto alla salute, sono sempre più deboli di fronte alla pressione che la crisi sta imponendo sui sistemi di protezione sociale.

Questo contributo dopo una breve presentazione del ridimensionamento delle risorse per la sanità nei principali paesi dell'Europa occidentale, approfondisce le debolezze e le riforme della sanità in Grecia e gli effetti delle politiche di austerità sulle performance del sistema e sulla salute della popolazione.

2. L'attacco alle risorse per la salute nei sistemi sanitari europei

Lo shock economico e finanziario ha trasformato il vecchio continente in un soggetto debilitato. Culla della cultura del welfare state, appare oggi sempre più incapace di affrontare i fallimenti del mercato con una corretta regolazione di politiche anticicliche.

La recessione ha particolarmente interessato l'area mediterranea: tra il 2008 e il 2013, Grecia, Italia, Portogallo e Spagna hanno registrato per tre o più anni una contrazione del Pil.

Il 2013 rappresenta per la Grecia il quinto anno di crescita reale negativa (-3,9% dopo il crollo del 7% dei due anni precedenti). Il Pil continua a scendere in Italia (-1,8%), Portogallo (-1,4%) e Spagna (-1,2%), ma la situazione economica stagnante interessa l'intera area Eu15 (-0,4%) (Oecd, 2014).

Mentre le previsioni di crescita continuano a essere traslate in avanti, la Grecia e la Spagna stanno sperimentando il più alto livello di disoccupazione che nel 2013 ha colpito il 25% della forza lavoro (Oecd, 2014).

Stretti tra le nuove regole della governance europea, i budget nazionali sono stati pesantemente aggrediti nei paesi più a rischio. Tra bolle immobiliari, salvataggio delle banche, economia stagnante, crisi dei

debiti sovrani, i governi di Cipro, Grecia, Irlanda, Portogallo sotto attacco della speculazione finanziaria hanno beneficiato del *bail out* governativo a opera della Commissione europea, della Banca centrale europea e del Fondo monetario internazionale (la Troika), sottoscrivendo come contropartita i programmi di adeguamento economico (Eap) (Karanikolos e al., 2013; Quaglio e al., 2013). Le politiche di austerità per ripagare il debito, predeterminate e monitorate dalla stessa Troika, si sono sostanziate in un forte aumento della pressione fiscale e in una pesante riduzione della spesa pubblica. Auspicando per questa via la ripresa dei mercati, le misure adottate hanno fatto ricadere i costi della crisi sui diritti delle persone, subordinandoli agli interessi dei capitali, di banche e assicurazioni. La Troika, sperimentando l'introduzione del modello neoliberista, ha fatto propria la politica della svalutazione interna e là dove ha suggerito la riduzione del salario minimo ha contribuito al crollo della domanda interna e al dilagare della disoccupazione (Matsaganis, 2013).

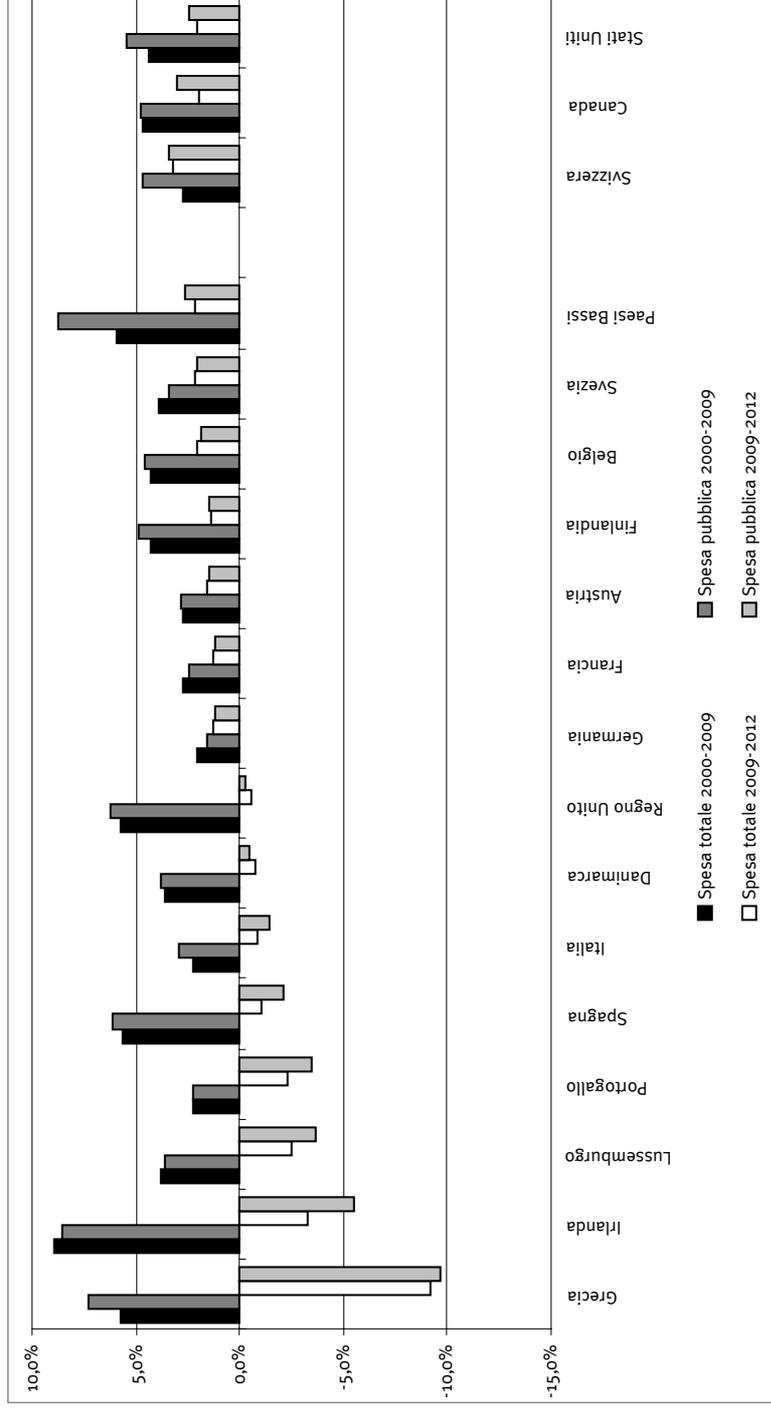
I sistemi di sicurezza sociale, e in particolare la sanità, sono stati il principale bersaglio delle ricette del rigore in tempi di crisi. Quando la pressione sulla spesa per il welfare si fa più forte, a causa della disoccupazione e di una maggiore richiesta di sostegno al reddito, diventa paradossalmente più facile colpire i servizi in natura (come la sanità), tagliando le risorse pubbliche e caricando i costi sulla spesa privata (Fahy, 2012). Difatti, i risparmi realizzati nel settore della salute sono stati un po' ovunque superiori a quelli realizzati in altri settori (Caruso e Dirindin, 2013).

Dopo un generale trend di crescita positiva della spesa sanitaria che ha attraversato il primo decennio del nuovo millennio, il crollo del Pil nel 2009 rappresenta la linea di confine per l'inizio del ridimensionamento delle risorse per la salute, tanto che nei due anni successivi nell'intera area Oecd la crescita reale della spesa sanitaria ha toccato il punto zero (Morgan e Astolfi, 2013, 2014). Tra il 2009-2012 la maggiore dimensione dei tagli reali alle risorse sanitarie totali e pubbliche si registra nei paesi più colpiti dalla crisi (fig. 1), ovvero quelli dove si spendono minori risorse pubbliche per abitante (fig. 2). Nonostante l'Organizzazione mondiale della sanità abbia raccomandato di sostenere in tempi di crisi i sistemi sanitari e l'equità nell'accesso alle cure (Who, 2009), il rallentamento della crescita della spesa sanitaria in questi paesi è andato ben oltre il rallentamento dell'economia (fig. 3).

RPS

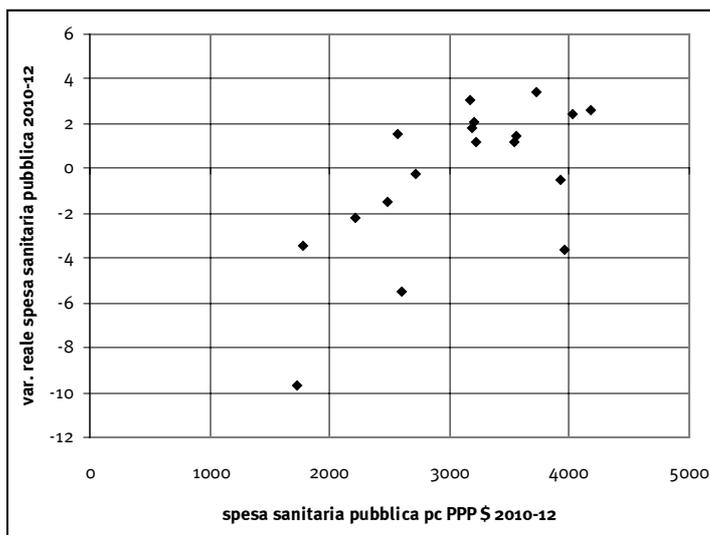
Enza Caruso

Figura 1 - Media annuale dei tassi di crescita reali della spesa sanitaria (totale e pubblica, 2000-2012)



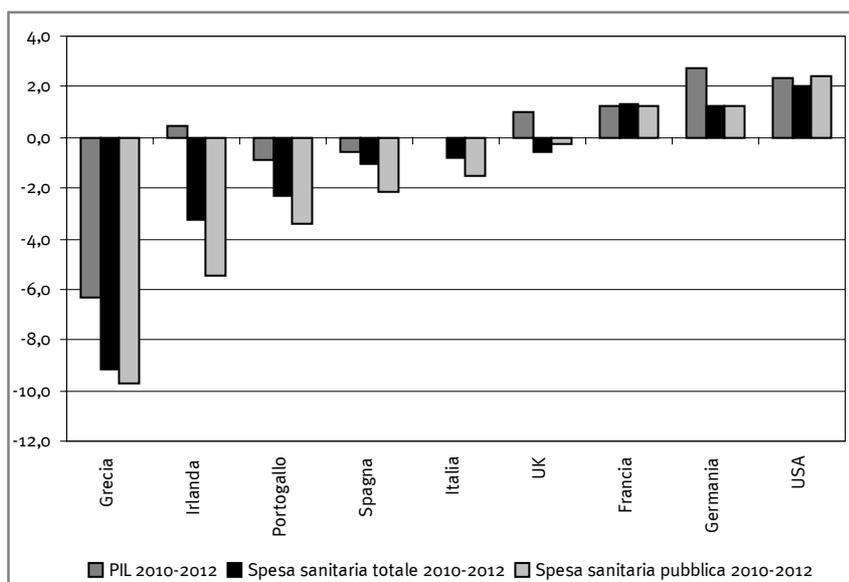
Fonte: elaborazione dell'autore su dati Oecd, 2014.

Figura 2 - La spesa sanitaria pubblica (relazione valori pc e variazione reale media anni 2010-2012)



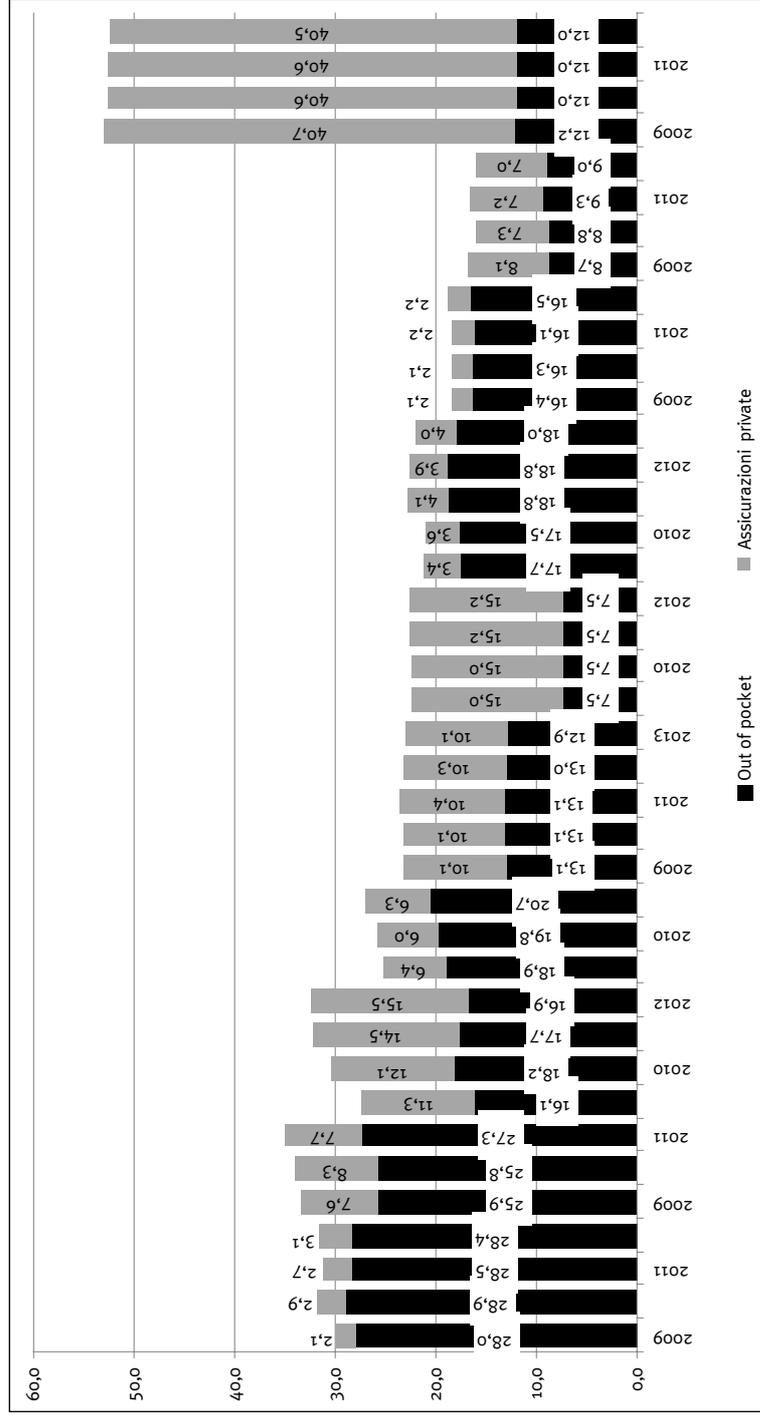
Fonte: elaborazione dell'autore su dati Oecd, 2014.

Figura 3 - Tassi di crescita reale del Pil, della spesa sanitaria totale e della spesa sanitaria pubblica (media annua 2010-2012)



Fonte: elaborazione dell'autore su dati Oecd, 2014.

Figura 4 - Spesa privata in % della spesa sanitaria totale



Fonte: elaborazione dell'autore su dati Oecd, 2014.

Di fronte alla crisi dello stato fiscale, la riduzione del finanziamento è stata affrontata principalmente contenendo i costi del personale e l'eccesso di capacità produttiva ospedaliera, oppure sfruttando il potere monopsonista per migliorare la regolazione degli acquisti di beni e servizi. Quando la misura dei tagli al budget sanitario diventa però troppo grande, i guadagni di efficienza vengono meno e queste stesse politiche possono demotivare il personale, far abbassare la qualità dei servizi, incrementare le liste di attesa e indurre problemi di accesso (Thomson e al., 2014; Karanikolos e al., 2013; Karidis e al., 2011). Scelte politiche che guardano al lungo periodo possono invece migliorare l'efficienza futura e la qualità dei servizi sanitari, senza compromettere l'accesso alle cure, se riallocano i risparmi verso politiche di sviluppo della medicina preventiva e territoriale, di network di Hta (*Health technology assessment*), di pratiche e-health (Quaglio e al., 2013). Solo i sistemi sanitari forti hanno potuto intraprendere azioni di riforma per la sostenibilità futura, incentivando le politiche sul territorio.

Nella gran parte dei paesi europei la riduzione della copertura sanitaria pubblica si è tradotta in aumenti di spesa *out of pocket* piuttosto che nello sviluppo delle assicurazioni private. In questo contesto di debolezza del mercato privato, le pressioni dei fondi sanitari integrativi per la privatizzazione di talune prestazioni sociali fornite nell'ambito pubblico si fanno sempre più forti.

3. La Grecia: il fallimento della politica economica e la tragedia sociale

In seguito all'introduzione dell'euro la Grecia ha evidenziato una crescita reale molto sostenuta. Dietro un forte aumento dei consumi interni si celava però un'economia poco competitiva e una governance politica debole, preludio della crisi finanziaria (Matsaganis, 2013).

Dopo aver falsificato i dati, nel 2009 l'indebitamento netto è stato rivisto verso l'alto dal 3,7% al 15,6% del Pil; il debito pubblico dal 99,6% al 129,4%. La perdita di credibilità ha posto la Grecia sotto l'attacco della speculazione dei mercati finanziari, innescando la crisi dei debiti sovrani. La Troika, cosciente che il default della Grecia avrebbe prodotto profonde implicazioni per l'economia globale, ha rotto la clausola no bail out del Trattato di Maastricht. Un primo prestito di 110 miliardi è stato concesso nel maggio del 2010 per far rientrare il paese nei mercati finanziari, un secondo prestito è seguito

nell'ottobre del 2011 di 130 miliardi per garantire la solvibilità del debito, in gran parte detenuto da banche e fondi pensione. Come contropartita il Governo greco ha firmato il *Memorandum of economic and financial policies*, accettando di conseguire risparmi fiscali nell'ordine di oltre 13 miliardi annui (oltre il 7% del Pil) che hanno colpito in particolare la sanità, ritenuta responsabile di oltre un quinto degli squilibri della finanza pubblica (Karidis e al., 2011; Kentikelenis e al., 2011; Matsaganis, 2013; Kondilis e al., 2013; Polyzos e al., 2013; Kastanioti e al., 2013; Kentikelenis e al., 2014).

Le politiche di austerità hanno condizionato le riforme per il consolidamento fiscale, imponendo tagli alla spesa pubblica, aumento della pressione fiscale, privatizzazione delle imprese pubbliche, liberalizzazione dei mercati. Il salvagente della Troika è stato la premessa per far sprofondare definitivamente il paese (Matsaganis, 2013; Goranitis e al., 2014; Kentikelenis e al., 2014).

Nel 2012 la Troika suggerisce infatti di procedere con la politica della svalutazione interna: abbassare il costo del lavoro per rilanciare la competitività del mercato. Le riforme, orientate verso la deregolamentazione, hanno introdotto una maggiore flessibilità in uscita, le soglie per i licenziamenti collettivi sono diminuite, i contratti a termine estesi da 18 a 36 mesi, la contrattazione collettiva nazionale è stata indebolita a favore di quella decentrata, il lavoro intermittente è stato reso più facile. Ma soprattutto, il salario minimo è stato tagliato del 22% in termini nominali e del 32% per i lavoratori sotto i 25 anni, la domanda interna è crollata e la disoccupazione è esplosa: dal 7% del marzo del 2008 è arrivata a superare il 27% nell'aprile 2013 (Matsaganis, 2013; Kondilis e al., 2013).

Il modello di protezione sociale greco, tipicamente mediterraneo e fortemente squilibrato sulle pensioni, in assenza di un buon sistema di ammortizzatori sociali e di un reddito di ultima istanza, non era assolutamente in grado di affrontare la crisi e la flessibilità introdotta nel mercato del lavoro.

Per effetto della riduzione del salario minimo, il livello flat della disoccupazione ordinaria è sceso a 360 euro al mese, mentre la durata massima (prima massimo 12 mesi per ogni periodo di disoccupazione) è stata ristretta a 400 giorni nell'arco di un quadriennio. La disoccupazione assistenziale di lunga durata, pari a 200 euro mensili per massimo 12 mesi, poiché soggetta a criteri di eleggibilità stringenti, riesce a coprire solo il 2,8% (circa 20 mila persone) dei potenziali beneficiari (Matsaganis, 2013).

Senza nessuna considerazione dell'effetto dei moltiplicatori fiscali² (Blanchard e Leigh, 2013) l'austerità della Troika si è facilmente trasformata da tragedia in farsa. In un vortice senza fine, la perdita di gettito fiscale ha deteriorato la sostenibilità degli stabilizzatori automatici e la capacità di ripianare il debito, determinando un circolo vizioso con misure sempre più severe di taglio alla spesa pubblica.

Con la deregolamentazione del mercato del lavoro è stato sperimentato in Grecia il modello del neoliberismo che ha generato disoccupazione e miseria. Una condizione nota, che non ha esentato la Troika dall'insistere sulle politiche di consolidamento fiscale, costringendo il popolo greco a vivere in una grande tragedia sociale.

4. La Grecia: la tragedia sociale e le riforme della sanità

La caduta dei redditi, la disoccupazione dilagante e l'assenza di un sostegno al reddito di ultima istanza hanno fortemente compromesso il diritto alla salute e l'accesso ai servizi sanitari. Condizioni che si sono sovrapposte alle debolezze di un sistema sanitario poco efficiente in cui una spesa sanitaria elevata si è associata a una scarsa qualità dei servizi, peraltro costosi per le tasche dei cittadini.

Nonostante il tentativo del governo socialista nel 1980 di introdurre un sistema sanitario nazionale, la sanità in Grecia resta strutturata secondo un modello misto pubblico privato con un budget pubblico finanziato dalla fiscalità generale, una molteplicità di fondi assicurativi su base occupazionale, un mercato non regolato di strutture private for profit (Mossialos e al., 2005; Kondilis e al., 2013; Niakas, 2013).

L'organizzazione degli ospedali che risale al 1987 ha accusato: una distribuzione del personale basata sul numero dei posti letto che ha tenuto in vita dipartimenti non più esistenti; un rimborso basato sulle giornate di degenza; l'assenza di protocolli da seguire per le procedure sanitarie e di valutazione del personale; la carenza di una rete di coordinamento con una molteplicità di centrali di acquisto e una rilevante varianza di prezzi e costi; una forte invasione della politica nella sfera gestionale. Il sistema sanitario greco presenta inoltre un elevato nume-

² Le stime assumono che un moltiplicatore fiscale di 0,5 comporta che una riduzione del deficit di 10 euro si associa ad una riduzione del Pil di 5 euro; con un moltiplicatore fiscale di 1,5 con una riduzione del deficit di 10 euro la contrazione del Pil arriva a 15 euro.

ro di medici per abitante, doppio rispetto alla media europea, a fronte di una scarsità di infermieri; un'elevata spesa farmaceutica³, che assorbe un quarto delle risorse sanitarie correnti ed è in valori pro capite la più alta in Europa; le cure primarie sono frammentate tra fornitori pubblici e privati senza forme di coordinamento; e non ultimo una cultura fatta di pratiche clientelari e un'elevata corruzione. Tali caratteristiche, ma soprattutto l'assenza di un sistema informativo per il controllo e la qualità delle cure, hanno impoverito le performance del sistema (Oikonomou e Tountas, 2011; Minogiannis, 2012; Niakas, 2013; Matsaganis, 2013; Polyzos e al., 2013; Vandoros e Stargardt, 2013, Goranitis e al., 2014).

Date le rilevanti asimmetrie informative determinate da una eccessiva frammentazione e da una debole governance (Mossialos e al., 2005), il sistema sanitario greco non è mai stato autosufficiente da un punto di vista finanziario. In mancanza di vincoli macro forti, i servizi sanitari (ospedali e unità di servizi) hanno seguito comportamenti di *soft budget constraint*. Gli ospedali, su cui poggia prevalentemente l'organizzazione del sistema consumando circa la metà della spesa, sono sempre stati in permanente crisi di liquidità: i ritardi dei rimborsi da parte dei fondi assicurativi si sono riflessi in ritardi nei pagamenti verso fornitori, i quali hanno reagito inflazionando i prezzi per tener conto del costo del finanziamento per gli ospedali. Un circolo vizioso di inefficienze in cui ha trovato spazio una forte corruzione (Minogiannis, 2012). I deficit generati sono stati puntualmente ripianati *ex post* dalla fiscalità generale (circa 3 miliardi l'anno, approssimabili a circa lo 0,4-0,7% del Pil) (Polyzos e al., 2013).

Con la sottoscrizione del Memorandum del 2010, la sanità è stata pesantemente aggredita, avendo contribuito in misura rilevante allo squilibrio delle finanze pubbliche.

Le riforme, orientate al mercato, possono essere così sintetizzate: rior-

³ Le cause di questo eccesso di spesa farmaceutica hanno avuto origine nell'assenza di politiche di promozione dei farmaci generici (un mercato che in Grecia conta il 26% della spesa contro quote del 65% in Germania o del 60% nel Regno Unito) e di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche; nella mancata regolazione di prezzi e volumi troppo elevati (con il più alto tasso di prescrizione di antibiotici); nell'abolizione delle liste positive dal 2006 (implicando il rimborso di qualsiasi farmaco); nei margini di profitto della filiera del farmaco che non sono regressivi (incentivando il consumo di farmaci innovativi). Un mercato quello del farmaco, caratterizzato da elevati margini di corruzione dei medici che percepiscono benefici dalla prescrizione di farmaci branded in elevate quantità (Vandoros e Stargardt, 2013).

ganizzazione dei fondi assicurativi; misure di austerità per recuperare efficienza sui costi del personale, dell'ospedaliera, della farmaceutica e delle procedure di procurement; forte riduzione della copertura sanitaria con aumenti di compartecipazione privata; deregolamentazione dei servizi sanitari privati (Karidis e al., 2011; Kondilis e al., 2013).

Per ridurre la frammentazione delle assicurazioni sociali sanitarie, nel 2011 i quattro principali fondi di malattia, che coprono il 90% della popolazione, sono stati accorpati in un unico fondo Eopyy (Fondo assicurativo sanitario sociale greco) per meglio gestire/compensare la condizione di cronici deficit e ridurre i costi amministrativi (Matsaganis, 2013; Niakas, 2013; Kondilis et al., 2013). Eopyy negozia i rimborsi dei pagamenti con gli ospedali pubblici e privati e i servizi di cura primaria. Le tariffe di rimborso ospedaliero adottano il nuovo sistema Ken-Drg (sistema greco *Diagnosis Related Groups*), con un costo aggiuntivo del 20% per le cliniche private per tener conto del costo del personale (Polyzos e al., 2013).

La riduzione della spesa proviene in larga parte dalle misure adottate sui costi del personale (circa il 75% dei risparmi) (Kondilis e al., 2013). Le retribuzioni di medici e operatori sanitari hanno subito le generali restrizioni del pubblico impiego (Matsaganis, 2013), con tagli lineari che si aggirano intorno al 40%, e le carenze di personale (in particolare infermieristico) hanno fatto sì che gli straordinari siano diventati la regola (Kentikelenis e al., 2011; Goranitis e al., 2014).

In materia ospedaliera, il Memorandum del 2010 ha comportato: la ridefinizione delle strutture secondo un modello *hub and spoke* (i 131 ospedali sono stati trasformati in 82 ospedali centrali interconnessi con 49 ospedali periferici); e l'implementazione del sistema di rimborso tariffario Drg (Polyzos e al., 2013; Minogiannis, 2012). Con la riforma gli ospedali pubblici possono tra l'altro riservare posti letto alle assicurazione private (Kondilis e al., 2013).

Le riforme hanno agito soprattutto sul piano del controllo del finanziamento degli ospedali con: la ricognizione dei debiti nel periodo 2005-2009; l'assegnazione di un budget predeterminato top-down vincolante per tutti gli ospedali; l'introduzione della contabilità economica. Tutti i dati di entrata e uscita, le retribuzioni del personale e le altre spese mediche, i ricoveri e le visite specialistiche ambulatoriali vengono caricati mensilmente nel sistema informativo Esys.net, monitorato dalla Troika, ponendo un freno a quella cultura generale di *soft budget constraint* che ha caratterizzato il sistema fino al 2010 (Minogiannis, 2012; Polyzos e al., 2013).

RPS

Enza Caruso

La Grecia è forse uno degli ultimi paesi ad aver attivato il sistema Drg⁴ per il rimborso delle prestazioni ospedaliere. La sperimentazione su un campione di ospedali ha riscontrato che il sistema dei pesi di procedure e diagnosi converge verso il sistema tedesco. Entrambi i paesi, infatti, avendo un sistema di finanziamento su base assicurativa, soffrono di problemi di domanda indotta dall'offerta e di sovradimensionamento dell'assistenza ospedaliera. Il sistema Ken-Drg è entrato in vigore dal 2012 e attualmente interessa circa 1000 Drg. Dallo studio pilota è interessante notare che i 18 Drg dai volumi più elevati hanno evidenziato costi, escludendo il personale, e durate di degenza inferiori a quelli riscontrati in media in Germania (Polyzos e al., 2013). Il recupero di efficienza degli ospedali ha ridotto il costo medio per paziente a fronte di un aumento dei ricoveri ospedalieri (Minogiannis, 2012). Nonostante le misure di austerità, l'introduzione del sistema tariffario Drg secondo un modello competitivo ha però già determinato un incremento del 30% dei rimborsi ospedalieri (Niakas, 2013).

Le misure previste sulla spesa farmaceutica riguardano: i prezzi dei farmaci che hanno subito a più riprese tagli lineari (di oltre il 30% in media pesata); il *price cap* dei farmaci generici (ridotto fino al 40% del prezzo iniziale antecedente alla scadenza del brevetto) e dei farmaci branded (tagliato del 50% dopo l'entrata nel mercato del primo generico); la reintroduzione di liste positive; la revisione del mark up dei grossisti (ridotto dal 7,8% al 5,4%) e gli sconti imposti ai farmacisti; le procedure centralizzate per l'acquisto di farmaci ospedalieri (dando priorità alle gare di acquisto dei generici) (Polyzos e al., 2013; Vandoiros e Stargardt, 2013).

Un provvedimento di legge che avrebbe obbligato dal 2012 i medici a prescrivere il principio attivo e i farmacisti a dispensare il farmaco generico più economico, per l'opposizione dei medici di medicina generale ha fatto marcia indietro, salvaguardando la prescrizione dei far-

⁴ Il sistema di rimborso via Drg, introdotto per la prima volta nel 1983 negli Usa, e successivamente implementato nella gran parte dei paesi industrializzati a partire dagli anni '90, si basa sulla valorizzazione pesata delle prestazioni (diagnosi e procedure definite attraverso il sistema di classificazione internazionale Icd-10) fornite ad ogni paziente. Tale sistema oltre che aumentare la trasparenza e supportare il management delle strutture ospedaliere, se di tipo prospettivo, ovvero basato su un budget predeterminato assegnato alle strutture ospedaliere, permette di migliorare l'efficienza, diversamente se di tipo retrospettivo (*fee for service*) induce problemi di espansione della domanda (Polyzos e al., 2013).

maci branded e scaricando sui pazienti la differenza di prezzo (Vandoros e Stargardt, 2013).

La riorganizzazione delle procedure di acquisto di farmaci e dispositivi medici è invece iniziata prima della crisi con l'istituzione nel 2007 del sistema Epy (sistema di *health procurement* centralizzato). Sotto la guida della Troika, sono state rafforzate le politiche di acquisto congiunte tra gli ospedali al fine di ottenere maggiori riduzioni di spesa attraverso accordi di prezzo-volumi. Epy ha il compito di controllare che il processo delle gare avvenga nel rispetto delle regole della concorrenza, la qualità dei prodotti acquistati sia accettabile, gli acquisti siano contenuti entro un budget annuale predeterminato, tagliando gli eccessi di spesa delle strutture sanitarie. Maggiori risparmi sono attesi anche dall'attivazione dell'osservatorio dei prezzi che svolge funzioni di trasparenza, comparando gli acquisti dei singoli ospedali con la fissazione di tetti massimi per i prezzi delle gare di acquisto (Kastanioti e al., 2013).

Si consideri inoltre che il minor prezzo di riferimento dei farmaci in Grecia è stato utilizzato da altri paesi per ridurre il costo dei farmaci. Per questo, molti produttori hanno minacciato di ritirare i loro prodotti dal mercato greco o di annullarne il lancio. Oltre la politica dei prezzi, il controllo dei volumi di farmaci e dispositivi medici attraverso la fissazione di budget di spesa, linee guida fondate sull'Hta e target di prescrizione per i medici, potrebbero meglio contribuire al controllo dei costi (Vandoros e Stargardt, 2013; Kastanioti e al., 2013; Goranitis e al., 2014).

Sul fronte delle cure primarie territoriali, che assorbono solo un quarto della spesa, i distretti sono stati riconvertiti in strutture autonome con medici e dentisti alle dipendenze. Con la riforma, molto criticata, i medici sono obbligati a garantire al massimo 200 visite mensili (in cambio di una compartecipazione di 10 euro per visita), oltre le quali possono svolgere attività privata in intramoenia. La riorganizzazione delle cure primarie ha compromesso l'accesso al pubblico non appena le liste garantite dei medici si riempiono (Matsaganis, 2013; Goranitis e al., 2014). In sostanza, tagliando le risorse pubbliche, il governo ha utilizzato le cure primarie come il principale strumento per fare cassa.

D'altra parte, per la sanità privata si è assistito invece ad una maggiore deregolamentazione dei servizi sanitari, avvenuta con la rimozione dei controlli pubblici sulle nuove strutture, e con l'eliminazione di tutte le limitazioni riguardanti l'insediamento di laboratori, centri medici e unità di dialisi private (Kondilis e al., 2013).

RPS

Enza Caruso

Oltre alle misure di austerità per l'efficientamento dei costi, al contenimento della spesa ha contribuito anche il razionamento della domanda. L'aumento della compartecipazione privata ha contratto i consumi e colpito in forma regressiva le persone più vulnerabili (Kentikelenis e al., 2011; Karanikolos e al., 2013).

Nonostante l'enormità dei problemi il sistema sanitario greco prima della crisi ha fornito una copertura «pressoché universale», essendo la maggioranza della popolazione assicurata, mentre gli ospedali pubblici hanno comunque prestato servizi ai non assicurati e ai migranti (Niakas, 2013).

Il nuovo fondo assicurativo Eopyy, invece, ha ristretto la copertura sanitaria escludendo alcune prestazioni prima fornite (cure dentali, fisioterapia) e incrementando la compartecipazione privata alla spesa per gli esami diagnostici e le prescrizioni farmaceutiche territoriali di cui è responsabile. I disoccupati di lunga durata restano esclusi dalla copertura del nuovo fondo. La compartecipazione privata alla spesa è piena per le consultazioni mediche quando le liste garantite si esauriscono; quella farmaceutica riguarda ovviamente la differenza tra i prezzi di mercato e quelli di riferimento rimborsati dalle casse malattia, cui si aggiunge un ticket di € 1 per ogni ricetta; per le visite specialistiche nei distretti e negli ospedali pubblici il ticket è salito da € 3 a € 5; è stata inoltre introdotta una coassicurazione che va dal 10% al 20% per le prestazioni rese ai malati cronici. L'apertura pomeridiana degli ambulatori ospedalieri comporta per gli accessi un costo che varia da 25 a 72 euro. Un ticket di 25 euro per ogni ricovero ospedaliero è stato soppresso dal 2014, mentre la compartecipazione privata per l'accesso agli ospedali privati va dal 20% fino a raggiungere il 50% per gli agricoltori (Niakas, 2013; Matsaganis, 2013; Kondilis e al., 2013; Goranitis e al., 2014; Kentikelenis e al., 2014).

Rispetto a una generale riduzione in valori reali e nominali della spesa *out of pocket*, le categorie a basso reddito hanno aumentato la spesa privata per farmaci e servizi ospedalieri a fronte di un reddito ridotto. Ciò significa che per le persone a basso reddito la domanda è anelastica per i bisogni di cura essenziali (Kondilis e al., 2013).

La crisi e la riduzione della copertura sanitaria territoriale hanno fatto aumentare la domanda di ricoveri pubblici (Karamanoli, 2011; Kentikelenis e al., 2011; Karanikolos e al., 2013). Per rispondere ai bisogni di cura insoddisfatti, nei centri urbani sono sorti ambulatori sociali che garantiscono con il lavoro gratuito e volontario dei medici le cure primarie (Kentikelenis e al., 2014).

La Troika e il Governo sostengono che le riforme vanno nella giusta direzione, ma in realtà le riforme, anziché promuovere equità di accesso, hanno tracciato la strada della privatizzazione, incentivando lo sviluppo dei mercati interni con la totale separazione tra la domanda (il nuovo fondo come principale acquirente dei servizi sanitari) e l'offerta nel sistema (ospedali e strutture per le cure primarie, pubblici e privati, come fornitori autonomi e competitivi) (Karidis e al., 2011; Niakas, 2013). Si tratta di modello di decentramento che nei sistemi sanitari avanzati è stato implementato nei primi anni '90, superato poi nel nuovo millennio con il riaccentramento della governance per una migliore programmazione delle politiche sanitarie in senso sostenibile (Caruso e Dirindin, 2010; Goranitis e al., 2014). Se allora, la privatizzazione dei servizi pubblici e i tagli alla spesa pubblica venivano invocati come chiave di volta per una migliore fornitura di servizi pubblici, oggi lo slogan utilizzato per giustificare le stesse politiche è che alcuni paesi hanno vissuto oltre le proprie possibilità e quindi non possono più permettersi i loro sistemi di welfare fondati sui servizi pubblici. L'evidenza empirica ha invece dimostrato che queste politiche aumentano le disuguaglianze di accesso tra i territori e i gruppi di popolazione (Kondilis e al., 2013). Anziché dare priorità alle cure primarie e riorganizzare il sistema sanitario in senso universale già finanziato con le finanze pubbliche (Fragkoulis, 2012; Niakas, 2013), la tragedia sociale greca è quella di una popolazione che è diventata il test dell'impatto dell'austerità sulla salute e il benessere delle persone.

5. *Denialism*

La crisi è stata inizialmente vista come un'opportunità di riforma per migliorare la regolazione di un sistema sanitario caratterizzato da debolezze amministrative, inefficiente e inefficace nell'utilizzo delle risorse (Liaropoulos, 2012; Karidis e al., 2011), ma si è trasformata in una tragedia greca (Kentikelenis e al., 2011), che sotto i colpi della scure dei tagli imposti dalle misure di austerità, ha portato il sistema sanitario al collasso (McKee e al., 2012). La misura (troppo grande) e i tempi (troppo stretti) per la realizzazione dei risparmi nella sanità stanno determinando conseguenze catastrofiche, tanto da indurre 100 medici e accademici a sottoscrivere una petizione pubblica esprimendo serie preoccupazioni al governo della Troika (Kakouli e al., 2013). L'altra faccia delle riforme mostra infatti un peggioramento delle per-

formance del sistema. I rischi di salute della popolazione greca stanno lievitando nel tempo (Kondilis e al., 2013).

L'aumento della domanda di servizi pubblici che il sistema di offerta, soggetto a forti restrizioni, non riesce a sostenere, ha determinato un aumento delle liste d'attesa anche per gli interventi più urgenti, come quelli associati ai tumori. L'impatto sui servizi ospedalieri è stato rilevante. La mancanza di strumenti laparoscopici, agenti emostatici, cucitrici chirurgiche, di suture e garze, di antibiotici è stata esplicitamente denunciata dai medici e dai media in tutto il paese. I ritardi nei pagamenti stanno inducendo molti fornitori a ritirare le commesse, che vengono sostituite con materiali di scarsa qualità. Le procedure non invasive (ad esempio, in laparoscopia) sono diminuite in favore di un ritorno alla chirurgia tradizionale, che non diminuisce i costi di lungo periodo per effetto di complicazioni post-operatorie dovute a infezioni e maggiori durate di degenza. Un generale detrimento delle strutture pubbliche sposta l'asse della sanità di qualità su quelle private (Karidis e al., 2011).

Le farmacie per i ritardi dei pagamenti stanno cumulando debiti insostenibili. Molti pazienti devono ora pagare in anticipo per poi attendere i rimborsi dei fondi assicurativi. Molte persone non hanno un reddito sufficiente per acquistare i farmaci prescritti dai loro medici. Le aziende farmaceutiche hanno ridotto le forniture a causa di fatture non pagate e bassi profitti (Kentikelenis e al., 2014).

Le politiche di prevenzione sono state tagliate, facendo aumentare i vettori di trasmissione delle infezioni (Kondilis e al., 2013). Nel primo anno di austerità, nonostante l'aumento delle tossicodipendenze, un terzo dei servizi di unità di strada sono stati soppressi per mancanza di fondi; la distribuzione di siringhe e profilattici ai tossicodipendenti è stata ridotta del 10% e del 24%, rispettivamente. Conseguentemente, il numero di nuove infezioni da Hiv tra i tossicodipendenti è aumentato da 15 casi nel 2009 a 484 nel 2012, e dati preliminari per il 2013 indicano che l'incidenza della tubercolosi in questa popolazione è più che raddoppiata rispetto al 2012. Le politiche di disinfestazione delle aree urbane sono state soppresse per mancanza di fondi nei bilanci municipali contribuendo, in combinazione con altri fattori, a far riemergere dopo 40 anni malattie come la malaria (Kentikelenis e al., 2014).

Mentre le malattie depressive aumentano per effetto della disoccupazione, i servizi di salute mentale vengono tagliati. Suicidi e tentati suicidi sono crescenti per i soggetti in condizioni di difficoltà economico-sociali. Sale il numero di persone con bisogni di cura insoddisfatti

per l'incapacità di sostenerne i costi (Kentikelenis e al., 2011; Economou e al., 2011; Karanikolos e al., 2013; Eurofound, 2013; Kondilis e al., 2013; Kentikelenis e al., 2014).

La copertura sanitaria, garantita in caso di perdita del lavoro al massimo per 2 anni, è negata alla gran parte dei disoccupati di lunga durata, essendo l'accesso ai servizi sanitari condizionato a stretti criteri *means-tested*. In un sistema sanitario di tipo assicurativo che pesa per circa il 90% del finanziamento sulla fiscalità generale, il paradosso è che ai non assicurati non è garantito il diritto universale di accesso ai servizi sanitari (Niakas, 2013; Thomson e al., 2014; Kentikelenis e al., 2014). Médecins du Monde parla di 3 milioni di cittadini senza copertura medica, mentre le fonti governative abbassano le stime tra i 2 milioni e i 2 milioni e mezzo (Karamanoli, 2011; Kentikelenis e al., 2011, 2014).

I bambini a rischio povertà sono aumentati dal 28,2% del 2007 al 30,4% nel 2011. Nel 2012 le Nazioni unite hanno denunciato il non rispetto del diritto di accesso alla salute dei bambini in Grecia. La mortalità neonatale è aumentata del 21% tra il 2008 e il 2011 a causa della riduzione di accesso ai servizi; la mortalità infantile è aumentata del 43% tra il 2008 e il 2010 per il peggioramento delle condizioni economiche (Kentikelenis e al., 2014).

Kentikelenis e i suoi colleghi hanno accusato con forza che quando un governo nega contro ogni evidenza i danni prodotti dalle politiche di austerità sulla salute della popolazione e propaganda la menzogna che chi non può permettersi un'assicurazione privata può comunque ricevere cure gratuite, non intende proteggere e rappresentare il suo popolo. Quando le riforme non considerano come priorità i costi sociali della crisi e non sono in grado di promuovere la coesione sociale, rappresentano un fallimento. Spetta quindi alla comunità scientifica sollevare questioni di giustizia distributiva, denunciare il negazionismo delle fonti governative e fornire una differente rappresentazione.

6. Che fare?

L'assenza di sviluppo, che significa perdita di reddito e disoccupazione, comprime i sistemi di protezione sociale sempre più entro l'assenza di regole della globalizzazione dei mercati finanziari e reali. La risposta della politica economica internazionale è stata quella di porre i diritti degli individui ad un livello subordinato rispetto alle esigenze dei capitali. Di fronte alla depressione economica (e conseguente-

RPS

Enza Caruso

mente umana), la scure dei tagli alla spesa pubblica si è abbattuta infatti proprio sulle politiche universali su cui si fonda la coesione sociale: la salute in primis.

La crisi non ha però influenzato tutti i paesi allo stesso modo, anche se la crescita della spesa sanitaria è rallentata ovunque. Alcuni sistemi sanitari sono stati meglio in grado di affrontare la pressione su budget governativi. Là dove la sanità presenta adeguati livelli di spesa sanitaria, elevata copertura e ridotta spesa *out of pocket*, le azioni di riforma, anche con politiche contro cicliche, hanno inteso migliorare l'efficienza e l'equità delle prestazioni tracciando percorsi di cura più efficaci e sostenibili nel tempo (Thomson e al., 2014; Quaglio e al., 2013).

Diversamente, nei paesi soggetti alle politiche di austerità la spesa sanitaria è stata pesantemente colpita da politiche pro cicliche, tanto che in valori nominali è oggi inferiore ai dati registrati pre-crisi. La dimensione troppo grande dei tagli e i tempi troppi stretti richiesti per il consolidamento fiscale, hanno compromesso le performance future dei sistemi sanitari. I costi della crisi sono stati fatti ricadere sulle persone più vulnerabili che oggi incontrano maggiori problemi di accesso ai servizi di cura (Karanikolos e al., 2013; Kentikelenis e al., 2011; Economou e al., 2011; Eurofound, 2013).

Le performance dei sistemi sanitari nel contesto della crisi sono influenzate dalla presenza di un buon sistema di stabilizzatori automatici. Una recessione per quanto grande sia, non dovrebbe essere un problema se la protezione sociale è ben strutturata. I disoccupati sono infatti il *core* del welfare state, progettato per affrontare le crisi e attenuarne le conseguenze (Castles, 2010). E adeguati livelli di sostegno al reddito mitigano gli effetti avversi sulla salute causati dall'insicurezza finanziaria.

La Grecia, epicentro della crisi, è stata invece sottoposta a uno dei programmi più radicali di ridimensionamento dello stato sociale. Le ricette indicate dall'ortodossia dell'austerità sono state quelle tipiche della prima dottrina del neoliberismo degli anni '80: privatizzare i servizi, deregolamentare i mercati per la ripresa dell'economia (Commission on global governance for health, 2014).

Le richieste della Troika, senza adeguate capacità, risorse e sufficiente attenzione al benessere degli individui, sottovalutando gli effetti dei moltiplicatori fiscali, hanno fallito nell'affrontare le inefficienze, creando vuoti di responsabilità nella governance politica. Riforme complesse, che in circostanze normali richiedono tempo e investimenti, sono state sacrificate con coltelli da macellaio per le priorità macroecono-

miche di pareggio dei bilanci e ripiano del debito, a prescindere dal miglioramento dell'efficienza.

La dilagante disoccupazione, innescata dall'adozione delle politiche neoliberiste e aggravata dalle politiche di austerità, pone adesso questioni di giustizia distributiva per i non assicurati cui è negato il diritto di accesso ai servizi sanitari.

La Commissione europea fino a oggi, nelle sue raccomandazioni di chiusura del ciclo del semestre europeo, si è limitata per i paesi salvati dalla Troika a un generale rinvio alle linee indicate negli Eap (programmi di aggiustamento economico), senza alcuna valutazione degli effetti negativi prodotti sulla salute. I governi nazionali hanno obbedito e le voci della sanità pubblica sono state in gran parte assenti nel dibattito sulle politiche di risposta alla crisi. Solo le organizzazioni della società civile e i professionisti del mondo sanitario, stanno denunciando i danni causati alla salute e alla sostenibilità dei sistemi sanitari nel lungo periodo. L'idea che i tagli alla spesa pubblica e la riduzione della pressione fiscale siano la precondizione per la crescita è oggi sempre più criticata. Ed è proprio dietro le proteste della società civile, che lo stesso Fondo monetario internazionale ha riconosciuto i limiti dell'austerità per la ripresa dell'economia e gli effetti negativi provocati dall'attacco ai sistemi di sicurezza sociale (Imf, 2012).

Solo recentemente, data l'importanza delle politiche sanitarie, il Consiglio europeo ha invitato gli Stati membri e la Commissione europea a riflettere sulle modalità di investimento dei fondi strutturali in sanità, dando priorità all'integrazione ospedale-territorio (Consiglio dell'Unione europea, 2013).

L'Europa, con i fondi di coesione e sviluppo, sta finanziando in Grecia per gli anni 2013-14 un programma per la copertura delle visite mediche e degli esami diagnostici di 230 mila persone povere che sperimentano periodi di disoccupazione superiori a 2 anni, mentre l'Oms, visti i fallimenti governativi, fornirà il suo sostegno tecnico per l'implementazione delle riforme sanitarie (Matsaganis, 2013; Kentikelenis e al., 2014). Ma si tratta comunque di risorse scarse che non compensano gli ulteriori tagli allo stato sociale richiesti al governo greco per il rispetto degli Eap su cui la Troika continua a vigilare.

La sostenibilità dei sistemi sanitari non è solo un problema di risorse (da gestire in maniera efficiente e trasparente). Piuttosto difendere adeguati livelli di finanziamento è il presupposto per garantire l'accesso universale (secondo equità) a prestazioni sanitarie (efficaci) di elevata qualità (Who, 2010).

RPS

Enza Caruso

Di fronte a mercati sempre più aggressivi, le politiche nazionali sono sempre più deboli e stanno compromettendo la stessa sopravvivenza dei sistemi sanitari. Quanto, in futuro, l'Europa saprà salvaguardare il diritto alla salute dipenderà in larga misura dalla capacità e qualità della leadership politica internazionale di non subordinare le priorità di salute ad altri obiettivi di politica economica. Una questione di scelte politiche, perché la sanità non consuma solo risorse ma rappresenta anche un settore fondamentale di crescita economica.

Ciò che non dovremmo permettere nell'Unione europea è che continuiamo a sussistere profonde diseguaglianze di salute determinate dalla limitazione dell'equità di accesso ai servizi sanitari. Se la protezione sociale è un diritto universale che, fatto proprio nei trattati europei, non viene garantito, il problema va ricercato nel modo in cui il mondo è organizzato, il che richiede di affrontare la crisi dei sistemi di sicurezza sociale a partire da un'analisi del potere e delle sue disfunzioni (Commission on global governance for health, 2014). La crisi dei sistemi sanitari è infatti prima di tutto una crisi di responsabilità pubbliche che hanno abbandonato il campo delle politiche sanitarie e hanno sostituito gli obiettivi di universalità ed equità nella tutela della salute con il falso principio della scelta del consumatore, retrocedendo di fronte agli interessi di un «fallimentare mercato» e della sua competitività.

Se perfino nel vecchio continente il contesto della globalizzazione e finanziarizzazione dell'economia minaccia la sopravvivenza dei sistemi di protezione sociale (siano essi alla Beveridge o alla Bismark) e, nello stesso tempo, i settori forti del mondo della sanità ostacolano la riallocazione delle risorse in senso sostenibile per soddisfare i bisogni emergenti di intervento e cura «nel» e «del» territorio, allora le regole sugli obiettivi di salute dovrebbero essere fissate con vincoli forti a un livello più elevato.

La governance per la salute rappresenta una sfida politica di massima priorità in relazione a tutte le politiche pubbliche: ma fino a che punto il vecchio continente per restare unito è disposto a tutelare la sostenibilità dei sistemi di sicurezza sociale nell'interesse della collettività, garantendo a tutti un'elevata qualità di accesso alle cure, e nonostante la crisi economica?

In attesa di risposte, ad Atene la democrazia del diritto universale alla salute è oggi difesa da quei professionisti del mondo sanitario che volontariamente e gratuitamente stanno mettendo le loro competenze a disposizione di tutti, senza alcuna distinzione, perché come scritto

sulla porta di uno degli ambulatori popolari del quartiere di Exarchia «tutti noi siamo potenzialmente immigrati, senza tetto, disoccupati e senza diritto di accesso alle strutture medico sanitarie gratuite».

Riferimenti bibliografici

- Blanchard O. e Leigh D., 2013, *Growth forecast errors and fiscal multipliers*, Working paper wp/13/1, International monetary fund, Washington.
- Caruso E. e Dirindin N., 2010, *Sanità: un decennio di contraddizioni e prove tecniche di stabilità*, in Guerra M.C. e Zanardi A. a cura di, *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2010*, Il Mulino, Bologna, pp. 205-240.
- Caruso E. e Dirindin N., 2013, *Sanità pubblica: legittima difesa*, in Zanardi A. a cura di, *La finanza pubblica italiana. Rapporto 2013*, Il Mulino, Bologna, pp. 103-133.
- Castles F.G., 2010, *Black swans and elephants on the move: the impact of emergencies on the welfare state*, «Journal of European Social Policy», vol. 20 (2), pp. 91-101.
- Commission on global governance for health, 2014, *The political origins of health inequity: prospects for change*, «The Lancet», n. 383, pp. 630-67.
- Consiglio dell'Unione europea, 2013, *Processo di riflessione su sistemi sanitari moderni, adeguati e sostenibili. Pacchetto di strumenti per investimenti efficaci di fondi strutturali nel campo della salute 2014-2020*, 17871/13, San 531.
- Council of the european Union, 2006, *Council conclusions on common values and principles in Eu health systems – 2733rd Employment, social policy, health and consumer affairs Council meeting*, 1-2 giugno, Brussels.
- Economou M., Madianos M., Theleritis C., Peppou L.E. e Stefanis C.N., 2011, *Increased suicidality amid economic crisis in Greece*, «The Lancet», n. 378, p. 1459.
- Eurofound, 2013, *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the Eu*, Dublino.
- European commission, 2010, *Europe 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth*, Com(2010) 2020 final, Brussels.
- European commission, 2013, *Europe 2020 – Country specific recommendations*, disponibile all'indirizzo internet: <http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/>.
- European commission, 2014, *Europe 2020 – Country specific recommendations*, disponibile all'indirizzo internet: http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_en.htm.
- Fahy N., 2012, *Who is shaping the future of European health systems?*, «British Medical Journal», n. 344, e1712.
- Fragkoulis E., 2012, *Economic crisis and primary healthcare in Greece: «disaster» or «blessing»?*, «Clinical Medicine», n. 12, p. 607.
- Goranitis I., Siskou O. e Liaropoulos L., 2014, *Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece*, «Health Policy», n. 117, pp. 279-284.

RPS

Enza Caruso

- Imf, 2012, *Coping with high debt and sluggish growth*, *World economic outlook*, ottobre, Washington.
- Kakouli T., Akritas A., Albrecht-Piliouni E., Almpoura E., Denis V.S., Anastasopoulou I. e al., 2013, *Troika mandated austerity and the emerging healthcare crisis in Greece: an open letter to the greek government*, «British Medical Journal», n. 346, f2807.
- Karamanoli E., 2011, *Debt crisis strains Greece's ailing health system*, «The Lancet», n. 378, pp. 303-304.
- Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach J.P. e McKee M., 2013, *Financial crisis, austerity, and health in Europe*, «The Lancet», n. 381, pp. 1323-31.
- Karidis N.P., Dimitroulis D. e Kouraklis G., 2011, *Global Financial Crisis and Surgical Practice: The Greek Paradigm*, «World Journal of Surgery», n. 35, pp. 2377-2381.
- Kastanioti C., Kontodimopoulos N., Stasinopoulos D., Kapetaneas N. e Polyzos N., 2013, *Public procurement of health technologies in Greece in an era of economic crisis*, «Health Policy», n. 109, pp.7-13.
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M. e Stuckler D., 2011, *Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy*, «The Lancet», n. 378, pp. 1457-8.
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Reeves A., McKee M. e Stuckler D., 2014, *Greece's health crisis: from austerity to denialism*, «The Lancet», n. 383, pp. 748-753.
- Kondilis E., Giannakopoulos S., Gavana M., Ierodiakonou I., Waitzkin H. e Benos A., 2013, *Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the greek case*, «American Journal of Public Health», e1.
- Liaropoulos L., 2012, *Greek economic crisis: not a tragedy for health*, «British Medical Journal», e7988.
- Matsaganis M., 2013, *The greek crisis: social impact and policy responses*, Friedrich Ebert Stiftung, Department of Western Europe/North America, German, disponibile all'indirizzo internet: <http://library.fes.de/pdf-files/id/10314.pdf>.
- McKee M., Karanikolos M., Belcher P. e Stuckler D., 2012, *Austerity: a failed experiment on the people of Europe*, «Clinical Medicine», n. 12, pp. 346-50.
- Minogiannis P., 2012, *Tomorrow's public hospital in Greece: Managing health care in the post crisis era*, «Social Cohesion and Development», vol. 7 n. 1, pp. 69-80.
- Morgan D. e Astolfi R., 2013, *Health spending growth at zero: which countries, which sectors are most affected?*, Oecd Health working paper n. 60, Delsa/Hea/Wd/Hwp, 1.
- Morgan D. e Astolfi R., 2014, *Health spending continues to stagnate in many Oecd countries*, Oecd Health working paper n. 68, Delsa/Hea/Wd/Hwp, 1.
- Mossialos E., Allin S. e Davaki K., 2005, *Analyzing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia*, «Health Economics», n. 14, pp. 151-168.
- Niakas D., 2013, *Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription*, «International Journal of Health Services», vol. 43 (4), pp. 597-602.
- Oecd, 2014, *Oecd Health Statistics 2014*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>.
- Oikonomou N. e Tountas Y., 2011, *The greek economic crisis: a primary health-care perspective*, «The Lancet», vol. 377, pp. 28-29.

- Polyzos N., Karanikas H., Thireos E., Kastanioti C. e Kontodimopoulos N., 2013, *Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: implementation of a Drg system*, «Health Policy», n. 109, pp. 14-22.
- Quaglio G., Karapiperis T., Van Woensela L., Arnold E. e McDaid D., 2013, *Austerity and health in Europe*, «Health Policy», n. 113, pp. 13-19.
- Thomson S., Figueras J., Evetovits T., Jowett M., Mladovsky P., Maresso A. e al., 2014, *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*, Policy summary 12, Who/European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Vandoros S. e Stargardt T., 2013, *Reforms in the greek pharmaceutical market during the financial crisis*, «Health Policy», 109, pp. 1-6.
- Who, 2009, *Health in times of global economic crisis: implications for the Who european region – overview of the situation in the Who european region*, Who regional office for Europe, Copenhagen.
- Who, 2010, *Health systems financing – the path to universal coverage*, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.who.int/whr/2010/en/>.