

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
« ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ»
ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

**«Η πρόσβαση των ανασφάλιστων στο ΕΣΥ κατά τη διάρκεια της
οικονομικής κρίσης και ο ρόλος των κοινωνικών ιατρείων»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αναστασία Κατσιοκογιάννη

Αθήνα, 2021

Τριμελής Επιτροπή

Χρίστος Παπαθεοδώρου , Καθηγητής Πάντειου Πανεπιστημίου (επιβλέπων)

Λουδοβίκος Κωτσονόπουλος, Επίκουρος καθηγητής Παντείου

Διονύσιος Γράβαρης, Καθηγητής Πάντειου Πανεπιστημίου

Copyright © Αναστασία Κατσικογιάννη, 2021

All rights reserved. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διπλωματικής εργασίας εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για μη κερδοσκοπικό σκοπό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναγράφεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διπλωματικής εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση της διπλωματικής εργασίας από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δεν δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή Χ. Παπαθεοδώρου για την συνεργασία και καθοδήγηση. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ.Ισμήνη Δράκου, καθώς η συνδρομή της υπήρξε πολύτιμη.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες :

στους Ε.Κ., Α. Σ., και Δ.Π.,Σ

Περίληψη

Η συγκεκριμένη εργασία επιχειρεί μέσα από την επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας να αποτυπώσει τις δυσκολίες πρόσβασης των ανασφάλιστων που παρατηρήθηκαν στο ΕΣΥ κατά τη διάρκεια της κρίσης. Εξετάζει επίσης τον ρόλο που διαδραμάτισαν τα κοινωνικά ιατρεία στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στους ανασφάλιστους. Το Ελληνικό κράτος στο πλαίσιο των μνημονιακών δεσμεύσεων, μεταξύ πλήθους αλλαγών στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, προχώρησε σε διαρθρωτικές και διαχειριστικές μεταρρυθμίσεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Πιο συγκεκριμένα, οι μνημονιακοί όροι επέβαλαν σημαντικές περικοπές στις δαπάνες που προορίζονταν για τα νοσοκομεία και εν γένει για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Συνέπεια της παραπάνω κατάστασης ήταν οι χρόνοι αναμονής για τη λήψη υπηρεσιών δημόσιας υγείας να αυξηθούν σημαντικά, ενώ αντίστοιχα η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης ήταν αναλόγως εξαρτώμενη από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του πολίτη. Αυτές ακριβώς οι συνθήκες, σηματοδοτούν την αφετηρία της δημιουργίας των κοινωνικών ιατρείων και φαρμακείων, τα οποία ως απόρροια των προαναφερθεισών συνθηκών, εντάχθηκαν στην ελληνική πραγματικότητα προσφέροντας κυρίως πρωτοβάθμια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ο τρόπος συγκρότησης του ΕΣΥ, ο διευρυμένος ιδιωτικός τομέας, καθώς και η υποχώρηση του κοινωνικού κράτους που παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια της κρίσης ενέτεινε τις ανισότητες. Αυτό έχει ως συνέπεια, η υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα να καταστρατηγείται. Η συγκεκριμένη οπτική αποτελεί τον πυρήνα υποθέσεων της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας,. Στο πλαίσιο της ανάλυσης αυτής, εξετάζουμε τις συνέπειες που επέφερε η οικονομική κρίση στην πρόσβαση των ανασφάλιστων και στο ρόλο που διετέλεσαν τα κοινωνικά ιατρεία στην ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη. Από την ανασκόπηση προκύπτει πως οι προϋπάρχουσες προβληματικές συνθήκες του ΕΣΥ σε συγκερασμό με την εφαρμογή των πολιτικών λιτότητας και την συρρίκνωση του κοινωνικού κράτους, είχαν ως αποτέλεσμα ένας μεγάλος αριθμός ατόμων να μην έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Στον αντίποδα, τα κοινωνικά ιατρεία συνέβαλαν καθοριστικά στην ανακούφιση ενός μεγάλου αριθμού ανασφάλιστων παρέχοντας πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Λέξεις κλειδιά: οικονομική κρίση, συστήματα υγείας, ευάλωτες ομάδες, ανασφάλιστοι, πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Abstract

The current thesis, through the review of secondary sources, attempts to depict the difficulties uninsured citizens faced to their access in the Greek National Health System (NHS) during the financial crisis. It also examines the role community clinics played in providing primary care services to the uninsured. The Greek state, in the context of the memorandum commitments, amid numerous changes in the public and private sector, proceeded to structural and managerial reforms in the NHS. More specifically, the memorandum imposed significant cuts in the budget of hospitals and healthcare in general. As a consequence of the aforementioned, the waiting times for public health services increased significantly; respectively, the access to health care services was proportionally dependent on the socio-economic status of citizens. These conditions marked the establishment of community clinics and pharmacies which, as a result of the aforementioned, became part of the Greek reality by offering medical care. The way NHS was formed, the enlarged private sector, along with the enfeeblement of welfare state during the crisis, intensified the inequalities by circumventing the social nature of health which, until then, was considered constitutional right for all citizens. The specific perspective is at the core of the current thesis. Subsequently, the thesis examined the consequences the financial crisis had on the access of the uninsured and the role of Community Clinics and Pharmacies (KIFA) in their medical care. In retrospect, the pre-existing problematic conditions of the NHS along with the implementation of austerity policies and the enfeeblement of welfare state, had grave repercussions to numerous people who were banned from health services. On the other hand, KIFA contributed significantly to the relief of many uninsured people by offering them access to primary care services.

Keywords: financial crisis, health systems, vulnerable groups, uninsured, access to health services.

Περιεχόμενα

Κεφάλαιο πρώτο	14
Η επιρροή της οικονομίας στην υγεία στις σύγχρονες κοινωνίες	14
1.1 Υγεία και οικονομία	14
1.2 Συστήματα υγείας	16
1.3 Το σύστημα υγείας της Ελλάδας	19
Κεφάλαιο δεύτερο	26
2. Η οικονομική κρίση και οι συνέπειες της στον κοινωνικό ιστό	26
2.1 Η οικονομική κρίση του 2008 και οι κοινωνικές της συνέπειες σε Ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο	27
2.2 Οι συνέπειες της κρίσης στην υγεία	30
3. Η Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και οι συνέπειες της στο ΕΣΥ	36
3.1 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα	36
3.2 Οι συνέπειες της κρίσης στο ΕΣΥ	41
3.2 Μεταρρυθμίσεις και ανασυγκρότηση του ΕΣΥ	44
Κεφάλαιο τέταρτο	49
4. Ανασφάλιστοι και δυσκολίες πρόσβασης στο ΕΣΥ	49
4.1 Οι κυριότερες ομάδες ανασφάλιστων	50
4.2 Νομικές διατάξεις, προγράμματα και μεταρρυθμίσεις για τους ανασφάλιστους	55
Κεφάλαιο πέμπτο	60
5. Κοινωνικά Ιατρεία, δίκτυα Αλληλεγγύης	60
5.1 Διάρθρωση, οργανωτική δομή και χρηματοδότηση των κοινωνικών ιατρείων	60
5.2 Το έργο των κοινωνικών ιατρείων και φαρμακείων	65
Κεφάλαιο έκτο	70
Συμπέρασμα- Επίλογος	70
Βιβλιογραφία	74
	75

Πίνακες

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Ποσοστό ΟΟΡ πληρωμών στην Ελλάδα και Αγγλία.(2005-2009)	21
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Δημόσιο χρέος Ελλάδας και ΕΕ	36
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Συνέπειες στην οικονομία της Ελλάδος	37
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Κοινωνικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα	38
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Δείκτης Gini στην Ελλάδα 2008-2014	40
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Ανασφάλιστοι ανά ταμείο	49
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Η γεωγραφική κατανομή των κοινωνικών ιατρικών	60
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Χρονολογία ίδρυσης ΚΙΦΑ	61
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Φορείς συγκρότησης ΚΙΦΑ	61
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 κοινωνικά ιατρεία.....	62

Κατάλογος Σχεδιαγραμμάτων

Σχεδιάγραμμα 1: Out of Pocket πληρωμές Κατά κεφαλήν	21
Σχεδιάγραμμα 2: Δημόσιο χρέος Ελλάδας, % του ΑΕΠ (2003-2014)	36
Σχεδιάγραμμα 3: Ανισότητες πρόσβασης στον τομέα της υγείας	41

Συντομογραφίες

ΑΕΠ:	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΔΝΤ:	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΔΥΠΕ:	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
ΕΕ:	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΕΠ:	Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης
ΕΟΠΥΥ:	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ:	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΦΚΑ:	Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης
ΗΠΑ:	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΝΕ-ΓΣΕΕ:	Ινστιτούτο Εργασίας-Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας
ΚΕΕΛΠΝΟ:	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΙΦΑ:	Κοινωνικό Ιατρείο και Φαρμακείο
Μ.Κ.Ο:	Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις
ΟΑΕΔ:	Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού
ΟΑΕΕ:	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΠΟΥ:	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΤΟΜΥ:	Τοπικών Μονάδων Υγείας
ΧΑΠ:	Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια
NHS:	National Healthcare System
SNS:	Sistema Nacional de salud

Εισαγωγή

Αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των προβληματικών συνιστωσών όπως αυτές εντοπίζονται στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) αλλά και η μελέτη των δυσμενών αλλαγών κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Πιο συγκεκριμένα εστιάζει στις δυσκολίες πρόσβασης των πολιτών χαμηλού εισοδήματος αλλά και των ανασφάλιστων στην δημόσια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη την προαναφερθείσα περίοδο.

Το ΕΣΥ είναι ένα μεικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα που όμως ένα μεγάλο ποσοστό των παροχών υγείας καλύπτεται από ένα εξαιρετικά αναπτυγμένο ιδιωτικό τομέα. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα υψηλές σε σχέση με αυτές των υπόλοιπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ). Υπό το πρίσμα αυτής της συνθήκης, εκτιμούμε ότι ο τρόπος συγκρότησης του ΕΣΥ και ο διευρυμένος ιδιωτικός τομέας που παρατηρείται στην Ελλάδα δημιουργεί σοβαρές ανισότητες ως προς την πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, γεγονός που αναδείχθηκε έντονα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης και συγκεκριμένα με την περίπτωση των ανασφάλιστων.

Προκειμένου να διερευνηθεί η παραπάνω υπόθεση επιχειρείται να απαντηθούν τα παρακάτω ερωτήματα:

- Ποιά είναι η δομή του ΕΣΥ και κατά πόσο ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές που θέτει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) για τα συστήματα υγείας των σύγχρονων κοινωνιών;

- Πώς η οικονομική κρίση επηρέασε την πρόσβαση των ανασφάλιστων στο ΕΣΥ ;

- Ποιος ο ρόλος των κοινωνικών ιατρειών στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ανασφάλιστων;

Στόχος της παρούσας διπλωματικής είναι να αποτυπώσει τις προβληματικές καταστάσεις που προκύπτουν στο ελληνικό ΕΣΥ εξαιτίας δομικών, θεσμικών και κοινωνικών παραγόντων, ενώ σκοπεύει να εξετάσει πως οι αλλαγές αποτυπώνονται, την περίοδο της κρίσης, στη δυσκολία πρόσβασης των πολιτών χαμηλού εισοδήματος και κυρίως των ανασφάλιστων στην δημόσια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Η εργασία στο πρώτο κεφάλαιο, εστιάζει στην οικονομία χαρακτηρίζοντας την ως ένα σημαντικό παράγοντα διαμόρφωσης των σύγχρονων κοινωνιών. Αρχικά ορίζει τους όρους

της οικονομία και της υγείας ενώ επεξηγεί τόσο τη σύνδεση όσο και την αλληλεξάρτηση αυτών. Αναλυτικότερα, η προσοχή στρέφεται στα συστήματα υγείας και πιο συγκεκριμένα στο μοντέλο υγείας που ακολουθεί το ελληνικό κράτος.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην κρίση του 2008. Πιο συγκεκριμένα, στην παρούσα εργασία πραγματοποιείται μια σύντομη περιγραφή της οικονομικής κρίσης και του καταλυτικού αντικτύπου αυτής τόσο σε Ευρωπαϊκό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Ακόμα γίνεται αναφορά στις συνέπειες που επιφέρει η οικονομική κρίση στον τομέα της υγείας. Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς και οι διαρθρωτικές αλλαγές που έλαβαν χώρα μετά την ψήφιση των μνημονίων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο εστιάζουμε στην περίπτωση των ανασφάλιστων και στις δυσκολίες πρόσβασής αυτών στο ΕΣΥ, καθώς και στις πολιτικές που υιοθέτησε το κράτος για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος. Μετά την εκτενή αναφορά των παραπάνω συνιστωσών, γίνεται αναφορά στα κοινωνικά ιατρεία τα οποία ως απόρροια των προαναφερθέντων συνθηκών, εντάχθηκαν στην ελληνική πραγματικότητα και ανέλαβαν την παροχή πρωτοβάθμιας υγείας σε αναξιοπαθούντες.

Στο πέμπτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην ίδρυση και το σκοπό που υπηρετούν τα κοινωνικά ιατρεία ενώ εξετάζεται η δράση, το έργο, η οργανωτική δομή και οι πηγές χρηματοδότηση τους. Στη συνέχεια, παράλληλα με την παρουσίαση και ανάλυση ποσοτικών στοιχείων, γίνεται προσπάθεια να γίνουν κατανοητές τόσο οι δράσεις και η λειτουργία τους αλλά και το μέγεθος της συνεισφοράς τους στην ελληνική κοινωνία.

Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα ενώ στο τέλος ακολουθεί η παράθεση της βιβλιογραφίας.

Η μεθοδολογία που ακολουθείται είναι η αξιοποίηση ευρημάτων όπως αυτά προκύπτουν μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση πρωτογενών και δευτερογενών πηγών, τόσο σε έντυπη όσο και σε ηλεκτρονική μορφή, ποικίλων επιστημονικών δημοσιευμάτων, αναφορών και μελετών, τόσο στην ελληνική όσο και στην αγγλική γλώσσα. Τέλος, γίνεται ανάλυση των δεδομένων όπως αυτά προκύπτουν από τη διερεύνηση του νομικού πλαισίου και των εγκυκλίων.

Κεφάλαιο πρώτο

Η επιρροή της οικονομίας στην υγεία στις σύγχρονες κοινωνίες

Στις σύγχρονες κοινωνίες η οικονομία αποτελεί βασικό παράγοντα του συνόλου που στοιχειοθετεί την έννοια “κοινωνία”. Η οικονομία ενός κράτους, δηλαδή ο τρόπος οργάνωσης του οικονομικού συστήματος αποτελεί σημείο αναφοράς και παράγοντα αλληλεξάρτησης μεταξύ των συνιστωσών πάνω στα πλαίσια των οποίων συγκροτείται και αναπτύσσεται μια κοινωνία. Με την ανάδυση του καπιταλισμού ως κυρίαρχο παγκόσμιο οικονομικό μοντέλο, η οικονομία βρίσκεται πιο έντονα στο επίκεντρο και καθορίζει καταλυτικά τον τρόπο οργάνωσης των κοινωνιών. Άμεσο αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας είναι πολλά πεδία που συμβάλλουν στην οργάνωση του τρόπου ζωής του σύγχρονου ανθρώπου να επηρεάζονται έντονα.

Ο καίριος ρόλος της οικονομίας είναι εμφανής σε περιπτώσεις δυσπραγίας ή ύφεσης. Ο καπιταλισμός έχει μια συμβιωτική σχέση τόσο με την κοινωνία όσο και με την οικονομία. Ως αποτέλεσμα, η κοινωνική συγκρότηση αλλά και οι εκάστοτε κοινωνικοοικονομικές παθογένειες επηρεάζουν το εύρος των συνεπειών και το βαθμό αποδιοργάνωσης του οικοδομήματος. Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην αλληλοεξαρτώμενη σχέση υγείας και οικονομίας.

1.1 Υγεία και οικονομία

Στις σύγχρονες καπιταλιστικές κοινωνίες η σχέση μεταξύ της υγείας και της οικονομίας, είναι κυρίως δυναμικής φύσεως. Σε παγκόσμιο επίπεδο, παρατηρείται αντιστοιχία ανάμεσα στην οικονομία και στην υγεία του πληθυσμού της κάθε χώρας. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι τα 2/3 των διαφορών που παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας από πληθυσμό σε πληθυσμό οφείλονται σε οικονομικούς λόγους (Πράπα Π κ Φακή Μ).

Η αύξηση του εισοδήματος παρέχει στο άτομο καλύτερο βιοτικό επίπεδο, προσφέροντας εν δυνάμει βελτιωμένη υγεία. Αντίστροφα το μειωμένο εισόδημα αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επιδείνωση της ποιότητας υγείας στον πληθυσμό, αφού συνδέεται τόσο με τη μειωμένη κατανάλωση υψηλής διατροφικής αξίας τροφίμων και την αύξηση του άγχους, όσο και τη μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Αξιίζει να επισημάνουμε ότι η διεθνής βιβλιογραφία έχει πλήθος αναφορών που τονίζουν τη βαρύτητα που πρέπει να δώσει μια χώρα στις επενδύσεις που αφορούν την υγεία των πολιτών. Ο συγκεκριμένος παράγοντας αποτελεί σημαντική ένδειξη της εν γένει οικονομικής ανάπτυξης. Εν δυνάμει, συμβάλλει στη δημιουργία υγιούς και πιο παραγωγικού πληθυσμού, δημιουργώντας έτσι ένα βασικό πυλώνα ανάπτυξης μιας και ενισχύεται το ανθρώπινο κεφάλαιο της εκάστοτε χώρας.

Η έκθεση του Υπουργείου Υγείας «Εθνική, Στρατηγική Υγείας και Δράσεις του Τομέα Υγείας 2014-2020», τονίζει τον καταλυτικό ρόλο της υγείας στην ανάπτυξη μιας χώρας. Αυτό διαφαίνεται και στους στόχους που θέτει η ΕΕ, μέσω του προγράμματος «Στρατηγική Ευρώπη 2020». Σύμφωνα με της συγκεκριμένης στρατηγικής δράσεις, η ΕΕ υπογραμμίζει ότι στον τομέα της υγείας οι διακρίσεις πρέπει να αποκλείονται κατηγορηματικά μιας και πέραν της ευρύτερης ηθικής και κοινωνικής διάστασης του ζητήματος, ενέχει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα και ανταγωνιστικότητα της Ευρωπαϊκής οικονομίας. (Εθνική Στρατηγική Υγείας 2014-2020:5)

Σχετική επισήμανση γίνεται και στη μελέτη του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ «Ανισότητα και Υγεία». Πιο συγκεκριμένα αναφέρεται ότι:

«η βελτίωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού καθίσταται αναγκαία συνθήκη για την ύπαρξη του ανθρώπινου κεφαλαίου και τη συνέχιση της παραγωγικής διαδικασίας και επιπλέον μπορεί να αυξήσει σημαντικά τόσο τα ποιοτικά όσο και τα ποσοτικά αποτελέσματα της εργασίας.»(Παπαθεοδώρου, Χ., κ Μωυσίδου, Α. (2011) : 15)

Επιπροσθέτως σε αρκετές κοινωνιολογικές προσεγγίσεις επισημαίνεται πως η εύρυθμη λειτουργία ενός κοινωνικού συστήματος, σε οποιαδήποτε χρονική περίοδο, προϋποθέτει την ατομική και κοινωνική ευεξία των μελών του. Η διαταραχή αυτής της ευεξίας, μπορεί να γίνει απειλή τόσο για το ίδιο το άτομο όσο και για την κοινωνία. Επομένως, η μέριμνα των κοινωνιών για την υγεία των πολιτών τους συμβάλλει στην κοινωνική συνοχή και στην αρμονικότερη συμβίωση μεταξύ των μελών αυτής.

Ως εκ τούτου, κάθε κοινωνία για να αντιμετωπίσει τις ασθένειες που σχετίζονται τόσο με κοινωνικά όσο και περιβαλλοντικά αίτια, αναπτύσσει ποικίλους μηχανισμούς προστασίας και αντιμετώπισης των ασθενειών με απώτερο στόχο όχι μόνο τη θεραπεία αλλά και την

προαγωγή της υγείας. Τα συστήματα υγείας αποτελούν τους κυριότερους μηχανισμούς που συγκροτούνται από τα σύγχρονα κράτη με στόχο την προάσπιση της υγείας των πολιτών τους. Στη συνέχεια της εργασίας, κρίνεται δόκιμο να γίνει αναφορά στους εννοιολογικούς προσδιορισμούς που σχετίζονται με τα συστήματα υγείας, προκειμένου να γίνει αντιληπτός ο ρόλος και η λειτουργία των μηχανισμών, καθώς και ο ρόλος που διαδραματίζουν στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας των πολιτών.

1.2 Συστήματα υγείας

Σύμφωνα με τον Roemer, ένα σύστημα υγείας είναι ο συγκερασμός των πόρων, της οργάνωσης, της χρηματοδότησης και της διοικητικής διαχείρισης που χρησιμοποιείται στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό. Αντίστοιχα για τους Murray C. και Evans D., το σύστημα υγείας αποτελεί ένα συνδυασμένο σύνολο ατόμων, θεσμών και πόρων που επιχειρούν υγειονομικές δράσεις, όπου η πρωταρχική πρόθεση αυτών των δράσεων είναι η βελτίωση της υγείας. Οι Murray C. και Evans D. (2003), προσθέτουν ότι περιλαμβάνονται και δράσεις στις οποίες οι υπεύθυνοι της υγείας προωθούν την βελτίωση σε χώρους εκτός του άμεσου ελέγχου τους, όπως για παράδειγμα είναι η νομοθεσία για τη μείωση των θανάτων από τροχαία ατυχήματα.

Ακολουθώς ο Τούντας Ι. αναφέρει ότι :

«Τα σύγχρονα συστήματα υγείας αποτελούν πολύπλοκα προσαρμοστικά οικοσυστήματα με αλληλεξαρτώμενα μέρη που αλληλεπιδρούν με μη γραμμικό τρόπο.»

Ενώ συμπληρώνει:

« Ο σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η αντιμετώπιση των αναγκών υγείας και φροντίδας του πληθυσμού σε όλο το φάσμα της φροντίδας (προστασία- πρόληψη- προαγωγή της υγείας, θεραπεία και αποκατάσταση), αλλά και ιατροκοινωνικής μέριμνας (Τούντας, 2008:52)»

Ωστόσο αρκετά περιεκτικός θεωρείται ο ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization, 2000) που υποστηρίζει ότι:

«Σύστημα υγείας ορίζεται ως ένα σύνολο που αποτελείται από ανθρώπινους, υλικούς και χρηματικούς πόρους αλλά και από ιδρύματα, οργανισμούς και φορείς. Όλα αυτά συνδέονται μεταξύ τους με χρηματοδότηση, ρύθμιση και εκτέλεση διαφόρων «δράσεων υγείας» με σκοπό την προώθηση, αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας.»

Η επιστημονική κοινότητα, σε ότι αφορά στα συστήματα υγείας, χρησιμοποιεί συγκεκριμένη τυπολογία, γεγονός που βοηθά να αντιληφθούμε τόσο την διάρθρωση αυτών όσο και τις μεταξύ τους διαφοροποιήσεις. Ακόμα, η αναφορά στη διαφορετική ταξινόμηση των συστημάτων υγείας κρίνεται σκόπιμη στο παρόν πόνημα μιας και θα συμβάλλει στην

κατανόηση της δομής και των ιδιομορφιών του Ελληνικού συστήματος υγείας, όπως αυτά θα εξεταστούν παρακάτω.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ή Μοντέλο Beveridge: Το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται από καθολική κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης όλων των πολιτών από μια κεντρική κυβέρνηση. Οι πάροχοι περίθαλψης είτε ανήκουν είτε ελέγχονται από κεντρικές και περιφερειακές κυβερνήσεις, ενώ η διανομή υπηρεσιών και οι πληρωμές παροχών ελέγχονται από την κυβέρνηση.

Το συγκεκριμένο Εθνικό Μοντέλο Υγείας, ταυτίστηκε με τον υπουργό Υγείας της κυβέρνησης του Churchill, William Beveridge. Ο Beveridge ανέπτυξε την έννοια ενός εθνικού προγράμματος ασφάλισης υγείας που τέθηκε σε εφαρμογή το 1948. Υποστήριξε την καθολική κάλυψη η οποία χρηματοδοτήθηκε μέσω της φορολογίας ενώ η κυβέρνηση παρείχε το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της Μεγάλης Βρετανίας.

Το συγκεκριμένο σύστημα στοχεύει στην καθολική κάλυψη των αναγκών. Επί της ουσίας, πρόκειται για ένα δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας που χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της άμεσης και έμμεσης φορολογίας. Επιπρόσθετα, περιλαμβάνει κυρίως δημόσια νοσοκομεία και μικρό αριθμό ιδιωτικών, ενώ οι γιατροί στο μεγαλύτερο ποσοστό είναι δημόσιοι υπάλληλοι. Παραδείγματα αυτού του μοντέλου υγείας αποτελούν η Δανία, η Ιρλανδία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Το Κομμουνιστικό Σύστημα Υγείας ή Μοντέλο Semashko: Το συγκεκριμένο σύστημα προσανατολίζεται στην καθολική κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης του πληθυσμού. Η χρηματοδότηση του πηγάζει αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό. Αποτελεί ένα ενιαίο γραφειοκρατικό μοντέλο ασφάλισης υγείας που αποτελείται από μια ενιαία κεντρική διοίκηση και πολυάριθμες υγειονομικές περιφέρειες. Στο προκείμενο μοντέλο, τόσο τα νοσοκομεία όσο και οι γιατροί υπόκεινται αποκλειστικά στο δημόσιο τομέα, ενώ έχει εφαρμοστεί στην Σοβιετική Ένωση, στις λοιπές χώρες του Ανατολικού Μπλοκ αλλά και στην Κούβα.

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης ή Μοντέλο Bismarck: Το μοντέλο Bismarck φέρει το όνομά του Πρώσου Καγκελάρου, Otto von Bismarck. Αποτελεί μια μορφή κοινωνικής πρόνοιας που χρονολογείται από τα τέλη του 1800 και κάλυπτε τον εργαζόμενο πληθυσμό σε περιπτώσεις ατυχημάτων, ασθενειών και αναπηριών ενώ του πρόσφερε και τη δυνατότητα συνταξιοδότησης. Το μοντέλο Bismarck βασίζεται στην αμειβόμενη εργασία. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι οι εργαζόμενοι ανάλογα με το επάγγελμα και τον κλάδο απασχόλησης τους, εντάσσονται υποχρεωτικά στο αντίστοιχο ασφαλιστικό ταμείο, στο οποίο πληρώνουν εισφορές τόσο αυτοί όσο και οι εργοδότες τους.

Ο συγκεκριμένος μηχανισμός, αναφέρεται επίσης και ως «φορολογική ασφάλιση» αφού η χρηματοδότηση προέρχεται από φόρους απασχόλησης και διατηρείται σε ξεχωριστά ταμεία ειδικά διαμορφωμένα για το εθνικό πρόγραμμα υγείας. Παραδείγματα του συγκεκριμένου μοντέλου κοινωνικής ασφάλισης είναι η Αυστρία, το Βέλγιο, η Γαλλία, τη Γερμανία, το Λουξεμβούργο και οι Κάτω Χώρες. Αξίζει να σημειωθεί, ότι η κοινωνική ασφάλιση περιλαμβάνει συνήθως φορολογικά συστήματα χρηματοδότησης. Πιο συγκεκριμένα, εντοπίζονται πολλαπλά ταμεία ασφάλισης υγείας και τα νοσοκομεία είναι κυρίως κοινωφελή (μη κερδοσκοπικά) ή ιδιωτικά, ενώ στην πλειοψηφία οι γιατροί είναι ιδιώτες. Τα ταμεία έχουν μια σχετική αυτονομία στη συναλλαγή τους με το κράτος, ενώ οι παροχές τους διαφοροποιούνται ως προς το εύρος και το είδος της κάλυψης. Ο ρόλος του κράτους ουσιαστικά είναι να ελέγχει την τήρηση των κανόνων που ρυθμίζουν τις συμβάσεις μεταξύ των ασφαλισμένων, των ταμείων και των προμηθευτών υπηρεσιών.

Στο συγκεκριμένο μοντέλο διακρίνονται δύο τύποι συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης:

α) Τα «συμβολαιακά συστήματα», των οποίων η χρηματοδότησή γίνεται κυρίως μέσω των ασφαλιστικών εισφορών και του κρατικού προϋπολογισμού, ενώ, όχι μόνο έχουν αποκεντρωμένη και πλουραλιστική δομή αλλά η αμοιβή των προμηθευτών προέρχεται κατά κύριο λόγο από τις ανάλογες συμβάσεις (Γερμανία, Αυστρία, Ολλανδία).

β) Τα «συστήματα αποζημίωσης», στα οποία η χρηματοδότηση γίνεται από τις ασφαλιστικές εισφορές ή τον κρατικό προϋπολογισμό. Ακολουθούν την αποκεντρωμένη δομή οργάνωσης και διοίκησης και οι προμηθευτές είναι ιδιωτικού χαρακτήρα που αμείβονται από τους ασθενείς οι οποίοι με τη σειρά τους αποζημιώνονται από το ασφαλιστικό τους ταμείο. (Γαλλία, Βέλγιο, Λουξεμβούργο). (Οικονόμου,Χ,2018 :235)

Το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας ή Ιδιωτικό Μοντέλο Υγείας : Το συγκεκριμένο μοντέλο είναι προσανατολισμένο στην κάλυψη της ζήτησης και όχι στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Ο ρόλος του κράτους είναι περιορισμένος και η ασφάλιση βασίζεται κυρίως στην αγορά εργασίας ή στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας που χρηματοδοτείται από ατομικές και εργοδοτικές εισφορές. Επομένως, η παροχή και η χρηματοδότηση των υπηρεσιών γίνεται κυρίως από τους ιδιωτικούς φορείς που δραστηριοποιούνται σε μια οικονομία ανοικτής αγοράς. Ως επί το πλείστον, τα νοσοκομεία είναι ιδιωτικά με μικρό αριθμό δημοσίων, ενώ στο σύνολό τους οι γιατροί είναι ιδιώτες.

Παραδείγματα του ιδιωτικού μοντέλου υγείας είναι η Ελβετία και οι Ηνωμένες Πολιτείες. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι βασικός πυλώνας τους συστήματος στα περισσότερα κράτη. Ωστόσο, η εφαρμογή της προορίζεται κυρίως ως συμπληρωματική κάλυψη όσων δεν καλύπτονται από το εθνικό πρόγραμμα ή για συγκεκριμένες υπηρεσίες που εξαιρούνται από

τον εθνικό σχεδιασμό. Δεδομένου, ότι τα περισσότερα εθνικά προγράμματα υγείας προσφέρουν πλήρη κάλυψη χωρίς κόστος στο σημείο εισόδου, υπάρχει περιορισμένη ανάγκη για την ιδιωτική ασφάλιση. Για παράδειγμα, στη Σουηδία μόλις το 2,5% των πολιτών ξοδεύει στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας.(Robert Kulesher et al,2014)

Οι χώρες, ανάλογα με το κοινωνικό τους υπόβαθρο και τα ισχύοντα πολιτικά συστήματα τους, υιοθετούν κάποιο από τα παραπάνω ή συνηθέστερα, όπως και η Ελλάδα (η περίπτωση της οποίας θα εξεταστεί παρακάτω), εφαρμόζουν ένα μείγμα των προαναφερθέντων συστημάτων. Ανεξάρτητα από τις διαφοροποιήσεις (χρηματοδότηση, οργάνωση, κτλ.) που εντοπίζονται, οι κοινές αξίες πάνω στις οποίες δομούνται και θεμελιώνονται τα συστήματα είναι εμφανής.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι αξίες που θα πρέπει να διέπουν κάθε σύστημα υγείας είναι η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, η πρόσβαση σε περίθαλψη καλής ποιότητας, η ισότητα και η αλληλεγγύη, ενώ στο σύνολό τους πρέπει να είναι δημοσιονομικά βιώσιμα ώστε να διαφυλάσσονται οι εν λόγω αξίες για το μέλλον. Τα τελευταία χρόνια, τα περισσότερα συστήματα αντιμετωπίζουν αυξανόμενες κοινωνικές προκλήσεις. Το αυξανόμενο κόστος υγειονομικής περίθαλψης εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού, η αύξηση των χρόνιων νόσων και της πολυνοσηρότητας, οδήγησαν σε αύξηση της ζήτησης για υγειονομική περίθαλψη. Όπως θα αναφερθεί και παρακάτω, η συγκεκριμένη ανάγκη έγινε ιδιαίτερα αισθητή στην διάρκεια της οικονομικής κρίσης με χαρακτηριστικό παράδειγμα το Ελληνικό σύστημα υγείας.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα εξεταστούν τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της Ελλάδας, ώστε μέσα από την αποτύπωση του τρόπου συγκρότησης του ΕΣΥ να εντοπιστούν οι διαχρονικές παθογένειες.

1.3 Το σύστημα υγείας της Ελλάδας

Κεντρική σημασία στο σύγχρονο ελληνικό σύστημα υγείας ήταν η ψήφιση του νόμου 1397/1983 με τον οποίο ιδρύθηκε το ΕΣΥ. Η συγκεκριμένη νομοθετική πράξη θεσμοθέτησε το δικαίωμα όλων των πολιτών να προστατεύονται και να καλύπτονται από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ενώ με το άρθρο 6§7 είχε απαγορευτεί η ίδρυση και επέκταση των ιδιωτικών κλινικών, γεγονός που ενίσχυσε την αποεμπορευματοποίηση της υγείας.

Μια δεκαετία μετέπειτα, με την ψήφιση των Π.Δ 147/1991 και 517/1991, αρχίζουν να καθορίζονται οι προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών, ενώ το 2000 με το Π.Δ 235 καθορίζονται οι ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και τη λειτουργία

των ιδιωτικών κλινικών. Από το 1992 και έπειτα ο ιδιωτικός τομέας αρχίζει και παρουσιάζει ιδιαίτερη ανάπτυξη με συνέπεια να περιοριστεί ο κοινωνικός χαρακτήρας του συστήματος. Πιο συγκεκριμένα η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα ήταν τόσο αλματώδης, που όχι μόνο αποτέλεσε αλλά συνεχίζει μέχρι και σήμερα να αποτελεί βασικό γνώρισμα του ΕΣΥ .

Το ΕΣΥ, στη σημερινή του μορφή, αποτελεί ένα σύμπλεγμα πολλών στοιχείων και χαρακτηριστικών με πηγές και επιρροές τόσο από τα εθνικά συστήματα υγείας, όσο και από τα ασφαλιστικά συστήματα συμβολαίου αλλά και από τα ασφαλιστικά συστήματα αποζημίωσης άλλων χωρών. (Οικονόμου Χ,2012:28) Πιο συγκεκριμένα, σε ότι αφορά στο πεδίο παροχής υπηρεσιών υγείας, το ΕΣΥ ακολουθεί το μοντέλο Beveridge. Οι παροχές νοσοκομειακής φροντίδας γίνονται κυρίως από τα δημόσια νοσοκομεία, ενώ ως προς τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας κυριαρχεί το μοντέλο Bismarck με την ύπαρξη των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Επομένως, σε ότι αφορά στη διάρθρωση του τοποθετείται ανάμεσα στους θεσμούς της ελεύθερης αγοράς και του κρατικού σχεδιασμού.

Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, προέρχεται κυρίως μέσω της άμεσης και έμμεσης φορολογίας αλλά και μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και των ιδιωτικών πληρωμών (Κυριόπουλος, Σουλιώτης 2002). Συνεπώς, παρατηρούμε μια ιδιομορφία στο ελληνικό σύστημα υγείας που δεν μας επιτρέπει να το εντάξουμε ξεκάθαρα σε κάποιο από τα ήδη υπάρχοντα μοντέλα. Στους στόχους του ελληνικού συστήματος υγείας εντάσσεται και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, γεγονός που αντανάκλαται και στη συνταγματική αναγνώριση της υγείας ως ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα. Έτσι λοιπόν, το σύνταγμα κατοχυρώνει την υγεία όχι μόνο αντικειμενικά ως αγαθό αλλά και υποκειμενικά ως δικαίωμα με τα άρθρα 5§2 και 21§3. Συγκεκριμένα με το άρθρο 21§3 εδραιώνεται η υποχρέωση του κράτους για την λήψη θετικών μέτρων που αφορά στην προστασία της υγείας των πολιτών. Ενώ με το άρθρο 7§2, η ελληνική πολιτεία κατοχυρώνει το δικαίωμα της υγείας, της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του πολίτη.

Ως προς τη διάρθρωση του, το ΕΣΥ εντάσσεται στα συστήματα με συγκεντρωτικό χαρακτήρα. Αξίζει να σημειωθεί, ότι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει την κύρια ευθύνη τόσο για τη σχεδίαση των πολιτικών υγείας της χώρας όσο και για την παροχή υπηρεσιών υγείας και τη χρηματοδότησή τους. Ακόμα, σε μια προσπάθεια αποκέντρωσης του συστήματος, το κράτος προχώρησε στη συγκρότηση των επτά υγειονομικών περιφερειών (ΔΥΠΕ). Με τις ΔΥΠΕ επιχειρήθηκε η μεταβίβαση ορισμένων αρμοδιοτήτων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στην τοπική αυτοδιοίκηση. Απώτερος στόχος αυτού, ήταν ο καλύτερος συντονισμός και οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Σκοπός των ΔΥΠΕ ήταν να αποσυμφορήσουν το σύστημα έτσι ώστε το

ΕΣΥ να αποκτήσει ένα λιγότερο συγκεντρωτικό χαρακτήρα. Η αρχική εκτίμηση ήταν ότι έτσι θα ήταν δυνατό να αμβλυνθούν τα γραφειοκρατικά κολλήματα και οι οργανωτικές αδυναμίες που αποτελούν διαχρονικές παθογένειες του συστήματος. Ωστόσο, οι κύριες αρμοδιότητες που αφορούν στην οργάνωση και στη διαχείριση του ΕΣΥ παρέμειναν υπό τη σκέπη του Υπουργείου Υγείας, γεγονός που δεν επέτρεψε στις υγειονομικές περιφέρειες να θεωρηθούν αυτόνομες διοικήσεις του ΕΣΥ.

Σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών φροντίδας της υγείας διακρίνουμε τρεις βαθμίδες που είναι οι εξής:

- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Στο πεδίο αυτό εντάσσονται τα περιφερειακά ιατρεία, τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία του ΕΟΠΥΥ και των υπολοίπων ασφαλιστικών οργανισμών, οι υπηρεσίες πρόνοιας και τα δημοτικά ιατρεία της τοπικής αυτοδιοίκησης. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας συμπεριλαμβάνονται, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα αλλά και οι ιδιώτες γιατροί, είτε είναι είτε δεν είναι συμβεβλημένοι με ένα ή και περισσότερα ταμεία.

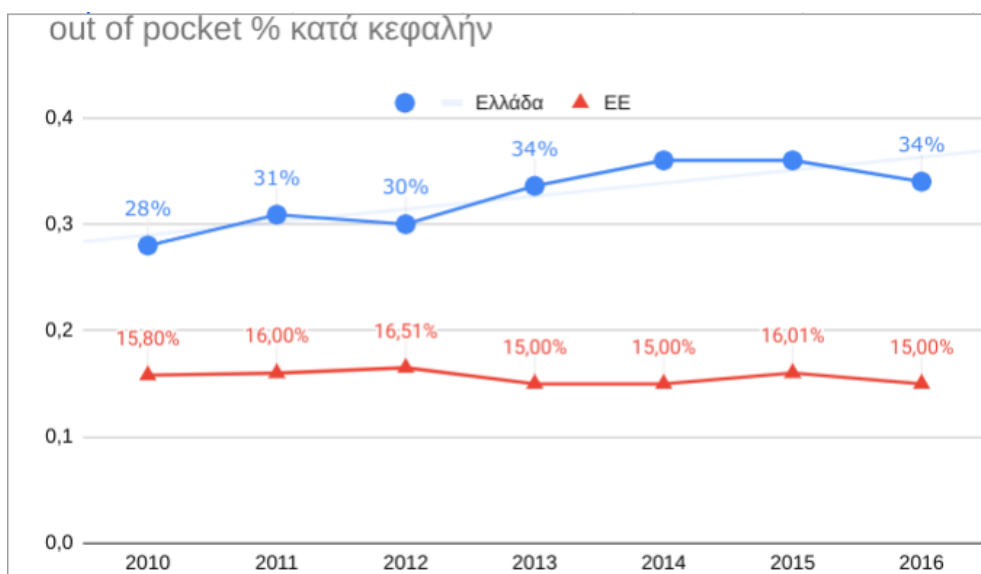
- Δευτεροβάθμια βαθμίδα υγείας νοούνται όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες που διενεργούνται εντός των νοσοκομείων, των Κέντρων Υγείας αστικού τύπου, των συμβεβλημένων ιδιωτικών κλινικών, των μονάδων ψυχικής υγείας, των κέντρων αποθεραπείας και αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας αλλά και εντός των θεραπευτηρίων χρόνιων παθήσεων.

- Η τριτοβάθμια βαθμίδα αφορά σε πιο εξειδικευμένες γνώσεις και σε αυτήν εντάσσονται κυρίως τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, τόσο στη δευτεροβάθμια όσο και στην τριτοβάθμια βαθμίδα υγείας συμπεριλαμβάνονται αρκετές ιδιωτικές κλινικές.

Ως εκ τούτου, το ΕΣΥ είναι ένα μεικτό σύστημα δημόσιου χαρακτήρα που όμως ένα μεγάλο ποσοστό των παροχών υγείας καλύπτεται από ένα ιδιαίτερος αναπτυγμένο ιδιωτικό τομέα. Προβληματισμό ωστόσο εγείρει το γεγονός ότι, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα υψηλές σε σχέση με τις αντίστοιχες των υπόλοιπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε). Στο παρακάτω γράφημα παρατηρούμε ότι το ποσοστό των out of pocket (κατά κεφαλήν) δαπανών στην Ελλάδα είναι σχεδόν διπλάσιο από αυτό της Ε.Ε.

Γράφημα 1. Out of Pocket % Κατά κεφαλήν



Πηγή: World Bank (ιδία διαμόρφωση)

Στην έκθεση του 2019, το European Observatory on Health Systems and Policy αναφέρει ότι συνολικά στην Ελλάδα το 61% των δαπανών προέρχεται από δημόσιες πηγές ενώ το 35% χρηματοδοτείται απευθείας από τα νοικοκυριά (τέταρτο μεγαλύτερο ποσοστό στην Ε.Ε.). Επίσης, οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το ¼ των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, γεγονός που δημιουργεί ισχυρούς προβληματισμούς για τα εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που αντιμετωπίζουν εν δυνάμει οι πολίτες.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι άμεσες δαπάνες για την υγεία δυνητικά απειλούν την οικονομική ευμάρεια των νοικοκυριών και κατά συνέπεια το επίπεδο διαβίωσης τους. Οι παθογένειες στο ΕΣΥ δεν εντοπίζονται μόνο στην έναρξη της οικονομικής κρίσης, μιας και είναι γεγονός ότι οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες προϋπήρχαν έτσι και αλλιώς. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2002, βασιζόμενη στη προσέγγιση του ΠΟΥ ως προς τη δικαιοσύνη στις χρηματοδοτικές συνεισφορές στο ελληνικό σύστημα υγείας, διαπιστώθηκε ότι τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος πληρώνουν υψηλότερο ποσοστό του εισοδήματός τους για υγειονομική περίθαλψη σε σύγκριση με τα πιο εύρωστα οικονομικά νοικοκυριά.(Economou, Karabli et al., 2004) . Επίσης, στη μελέτη διαπιστώθηκε ότι το 2,44% των νοικοκυριών στην Ελλάδα κινδύνευε να καταβάλει δυσβάσταχτα για τον οικογενειακό προϋπολογισμό ποσά προκειμένου να έχει δικαίωμα στην υγειονομική περίθαλψη . Στον πίνακα 3 παρατηρείται ότι και πριν το 2010 οι OOP πληρωμές ήταν στα

ίδια επίπεδα υψηλές με τις αντίστοιχες που σημειώθηκαν μετά την κρίση. Για να γίνει αντιληπτή η ένταση του συγκεκριμένου φαινομένου στην Ελλάδα, γίνεται σύγκριση, για την ίδια χρονική περίοδο με τα αντίστοιχα ποσοστά στην Αγγλία.

Πίνακας 1. Ποσοστό OOP πληρωμών στην Ελλάδα και Αγγλία.(2005-2009)

	2005	2006	2007	2008	2009
Ελλάδα	36.6	35.8	34	31.9	29.3
Αγγλία	9.89	10.18	10.41	9.4	9.3

Πηγή: World Bank (ίδια διαμόρφωση)

Μια άλλη προβληματική συνθήκη που εντοπίζεται στο ΕΣΥ είναι ο γεωγραφικός αποκλεισμός που αντιμετωπίζει ένα ποσοστό του πληθυσμου. Το ανθρώπινο δυναμικό και οι κυριότερες εγκαταστάσεις των υγειονομικών υπηρεσιών συγκεντρώνονται σε δυσανάλογο βαθμό, στις αστικές περιοχές. Αυτό κάνει ξεκάθαρο το γεγονός ότι η απόσταση των πολιτών από τις εκάστοτε υπηρεσίες υγείας είναι μείζονος σημασίας.

Όπως αναφέρεται και στη μελέτη του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ :

«Η Ελλάδα είναι η χώρα της ΕΕ που παρουσιάζει το μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού το οποίο δεν μπορεί να πραγματοποιήσει εξέταση λόγω γεωγραφικής απόστασης από την υγειονομική υπηρεσία.» (Παπαθεοδώρου,Χ κ Μουσιδου,Α, 2011:31)

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το εκάστοτε σύστημα υγείας για να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των σύγχρονων κοινωνιών, θα πρέπει να πληροί βασικά χαρακτηριστικά τα οποία αφορούν κυρίως τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Με λίγα λόγια το σύστημα οφείλει να προσφέρει αποδοτικές, επαρκείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες στους πολίτες του επί 24ώρου βάσεως. Επιπρόσθετα, το σύστημα οφείλει να προσφέρει τις υπηρεσίες του ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής θέσης, να δύναται ο καθένας να είναι αποδέκτης σωστής και επαρκούς περίθαλψης.

Το 2000, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε σχετική έκθεση (WHO, The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance, 2000), μελέτησε συγκριτικά τα συστήματα υγείας των χωρών μελών του. Ο ΠΟΥ λοιπόν, όρισε ως μείζονος σημασίας την αξιολόγηση της απόδοσης των συστημάτων υγείας, με βασικό στόχο την ανάδειξη των προτεραιοτήτων. Οι καίριοι πυλώνες που αναδείχθηκαν ήταν οι εξής:

- Βελτίωση της υγείας του πληθυσμού που έρχεται σε άμεση σύνδεση με την ισότιμη διάχυση της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού. Ο βαθμός επίτευξης του στόχου αυτού αναδεικνύει και το βαθμό της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας.

- Βαθμός ανταποκρισιμότητας. Με τον όρο αυτό αναφερόμαστε στο βαθμό στον οποίο το σύστημα υγείας ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πολιτών όπως αυτές εντοπίζονται κατά την αλληλεπίδραση αυτών με το σύστημα υγείας. Οι προσδοκίες έχουν να κάνουν περισσότερο με το σεβασμό και την αξιοπρέπεια με την οποία οι λειτουργοί των υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζουν τους πολίτες και λιγότερο στο αυτό καθαυτό ιατρικό αποτέλεσμα των υπηρεσιών. Με λίγα λόγια, ο στόχος είναι, ανεξάρτητα από τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές, να υπάρχει ισότητα στην ανταποκρισιμότητα μεταξύ των πολιτών.

- Η δικαιοσύνη που αφορά στην οικονομική προστασία του πολίτη έναντι του κόστους της ασθένειας, αποτελεί έναν ακόμα βασικό πυλώνα. Πιο συγκεκριμένα, ο βασικός στόχος είναι η δίκαιη κατανομή των βαρών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας.

Από τα παραπάνω, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι το ΕΣΥ αποκλίνει αρκετά από τις προδιαγραφές που θέτει ο ΠΟΥ για τα συστήματα υγείας. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η Ελλάδα αντιμετωπίζει σημαντικά δομικά προβλήματα όχι μόνο κατά τη διάρκεια αλλά και πριν την πολύχρονη οικονομική κρίση. Οι αρνητικές εκτιμήσεις που διατυπώνονται από την πλειοψηφία των πολιτών, τόσο πριν την κρίση όσο και μετέπειτα και αφορούν στην ποιότητα, στην πρόσβαση και στην οικονομική προσιτότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ιδιαίτερα έντονες. Αυτό που παρατηρείται, είναι ότι οι δομές και οι αρμοδιότητες είναι κατακερματισμένες, περιχαρακωμένες και παρεμποδίζονται από άκαμπτες διαδικασίες και υπερβολική γραφειοκρατία.

Συμφωνά με την έκθεση « Εθνική στρατηγική στον τομέα της υγείας 2014-2020» :

«Η εποπτεία του τομέα της υγείας στην Ελλάδα περιορίζεται από τα προβλήματα διοικητικής ικανότητας του Υπουργείου Υγείας και των περιφερειακών δομών του. Επιπρόσθετα, οι τεχνικές δυνατότητες είναι περιορισμένες, με κακή διοίκηση ανθρώπινου δυναμικού και με δυσκολίες προσέλκυσης εξειδικευμένου προσωπικού.»

Αξίζει να σημειωθεί ότι το ΕΣΥ έχει προχωρήσει σε σημαντικές αλλαγές τα τελευταία χρόνια. Η οικονομική κρίση και μια σειρά προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής μεταξύ 2010 και 2018, περίοδος που θα εξεταστεί διεξοδικότερα παρακάτω, επέβαλλαν στο Ελληνικό κράτος την υλοποίηση εκτενών διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων. Ωστόσο, πριν γίνει αναφορά στις μεταρρυθμίσεις και στον τρόπο και βαθμό που αυτές διαμόρφωσαν την εικόνα του ΕΣΥ, κρίνεται δόκιμο να επιχειρηθεί μια αποτύπωση και αποτίμηση των κοινωνικών συνεπειών που προκάλεσε η οικονομική κρίση στο τομέα της υγείας. Στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται

αναφορά στις σχετικές συνέπειες όπως αυτές προκύπτουν από τη μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Κεφάλαιο δεύτερο

2. Η οικονομική κρίση και οι συνέπειες της στον κοινωνικό ιστό

Ο σύγχρονος όρος που αναφέρεται στις δυσκολίες και στις δυσπραγίες που αντιμετωπίζει μια οικονομία, που μπορούν να οδηγήσουν ακόμα και στην κατάρρευση της, έχει επικρατήσει να αποκαλείται καταχρηστικά “οικονομική κρίση”. Από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα μέχρι και σήμερα, οι οικονομίες πολλών χωρών ήρθαν αντιμέτωπες με τη συγκεκριμένη συγκυρία που επηρέασε την κοινωνικοοικονομική πραγματικότητα και εν γένει τη ζωή των πολιτών τους. Οι ιστορικές κρίσεις με το πιο έντονο στίγμα στην οικονομική και κοινωνική εξέλιξη της ανθρωπότητας είναι οι εξής:

- Η κρίση του 1929 (Great Depression) που ξεκίνησε από τις ΗΠΑ στις 29 Οκτωβρίου του 1929 μετά από την κατάρρευση του χρηματιστηρίου (κραχ) με την οικονομία να καταφέρνει να αποκατασταθεί περίπου το 1939.
- Η πετρελαϊκή κρίση της δεκαετίας του 1970, με τη δραματική άνοδο των τιμών του πετρελαίου.
- Η κρίση του 1987, με την μεγαλύτερη στην ιστορία ημερήσια πτώση του χρηματιστηρίου της Νέας Υόρκης που άγγιξε το 22%.
- Η κρίση του 1997-1998 που ξέσπασε στις χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας, γνωστή και ως Ασιατική κρίση.

Το παρόν κεφάλαιο εξετάζει εν συντομία την έννοια της οικονομικής κρίσης ενώ γίνεται αναφορά στις σχετικές συνέπειες που μια τέτοια δυσμενής συγκυρία επηρεάζει τόσο στην κοινωνία ειδικότερα όσο και στον τομέα της υγείας ειδικότερα.

2.1 Η οικονομική κρίση του 2008 και οι κοινωνικές της συνέπειες σε Ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο

Σε μια προσπάθεια οριοθέτησης του όρου, η ανάλυση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής επισημαίνει ότι:

«Με τον όρο οικονομική κρίση αναφερόμαστε στο φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής δραστηριότητας. Όταν λέμε οικονομική δραστηριότητα αναφερόμαστε σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κ.α.»

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή ο πιο σημαντικός δείκτης οικονομικής δραστηριότητας είναι οι επενδύσεις, οι οποίες όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη. Ακολούθως σημειώνει, ότι η οικονομική κρίση αποτελεί επι της ουσίας, μια από τις φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και συγκεκριμένα την φάση της καθόδου. Όταν δηλαδή, η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε μια βαθιά συρρίκνωση. (European Commission, 2009: 187)

Σε μια άλλη προσπάθεια περιχαράκωσης του όρου, ο Mishkin αναφέρει:

«Μια οικονομική κρίση είναι μια διαταραχή στις χρηματοπιστωτικές αγορές στις οποίες η δυσμενής επιλογή και τα προβλήματα ηθικής επικινδυνότητας γίνονται πολύ χειρότερα, έτσι ώστε οι χρηματοπιστωτικές αγορές να μην μπορούν να συγκεντρώσουν αποτελεσματικά κεφάλαια σε όσους έχουν τις πιο παραγωγικές ευκαιρίες για επενδύσεις.» (Mishkin, 1996: 17)

Η θεωρητική προσέγγιση της Μαρξιστικής οπτικής για τις οικονομικές κρίσεις παρουσιάζει εξίσου σημαντικό ενδιαφέρον. Ο Μαρξ δεν ανέπτυξε ποτέ μια ολοκληρωμένη θεωρία για το συγκεκριμένο ζήτημα την οποία να συγκεντρώσει σε ένα και μόνο σημείο του έργου του. Η οπτική του σε ότι αφορά τις οικονομικές κρίσεις, προσφέρει μια διεισδυτική και διαφοροποιημένη ματιά για το συγκεκριμένο ζήτημα. Ο Μαρξ ταύτιζε τις οικονομικές κρίσεις με τις κρίσεις υπερπαραγωγής. Σύμφωνα με τον Μαρξ λοιπόν, οι κρίσεις συνιστούν απλώς έναν προσωρινό κλονισμό της διευρυμένης διαδικασίας αναπαραγωγής του κεφαλαίου και ταυτόχρονα ένα μηχανισμό αποκατάστασης των ισορροπιών και του ύψους του ποσοστού κέρδους. (Milios, J et al, 2002: 143)

Γενικής αποδοχής, είναι το γεγονός ότι οι κρίσεις είναι πολυδιάστατες και δεν απορρέουν από ένα και μόνον παράγοντα. Οι εμπειρικές μελέτες που εντοπίζονται στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αποτυπώσει τις διάφορες φάσεις των κρίσεων. Παρουσιάζοντας τόσο τις αρχικές μορφές, δηλαδή της μικρής κλίμακας οικονομικές διαταραχές όσο και τις μεγάλης κλίμακας όπως είναι οι εθνικές, περιφερειακές ή ακόμη και οι παγκόσμιες κρίσεις. Επιπρόσθετα, οι μελέτες έχουν αναδείξει και τους μηχανισμούς με τους οποίους οι οικονομικές κρίσεις μπορούν να επιφέρουν μακροχρόνιες συνέπειες στην πραγματική οικονομία. Όπως σημειώθηκε παραπάνω, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης είναι πολυεπίπεδες και ποικίλουν ανάλογα την περίπτωση. Έτσι λοιπόν, είναι προφανές ότι σε κάθε κράτος οι συγκεκριμένες κρίσεις εκδηλώνονται με διαφορετική ένταση και έχουν διαφορετικά αποτελέσματα.

Δεδομένο ωστόσο, θεωρείται το γεγονός ότι οι οικονομικές κρίσεις επηρεάζουν βαθύτατα τον τρόπο λειτουργίας των κοινωνιών. Από την αρχή του 20ου αιώνα και ιδιαίτερα από τη δεκαετία του 1970 και έπειτα που η οικονομική αλληλεξάρτηση έγινε

εντονότερη λόγω της παγκοσμιοποίησης. Ως αποτέλεσμα, οι κρίσεις έγιναν συχνότερες, πιο ευρείες γεωγραφικά, και με πιο έντονες συνέπειες τόσο στην πραγματική οικονομία όσο και στους πολίτες.

Ενδεικτικό παράδειγμα της επίδρασης των κρίσεων, είναι η χρηματοπιστωτική κρίση που ξεκίνησε το 2007 και επέφερε ραγδαίες εξελίξεις παγκοσμίως, οξύνοντας τα κοινωνικά προβλήματα που ήδη μάστιζαν ένα πλήθος χωρών. Ενδεικτικά αναφέρεται, ότι περίπου 50 εκατομμύρια άνθρωποι στις αναπτυγμένες χώρες, έμειναν άνεργοι, ενώ σε τουλάχιστον 10 εκατομμύρια Αμερικανούς, Βρετανούς και Ιρλανδούς κατασχέθηκε η κατοικία τους. Ομοίως και στον «αναπτυσσόμενο Νότο» και στην Ανατολική Ασία όπου αυξήθηκαν κατά 500 εκατομμύρια οι άνθρωποι που διαβιούσαν κάτω από τα όρια της φτώχειας. (Βαρουφάκης .Γ et al,2011:14)

Η κρίση του 2007 φαίνεται να είχε ως αφορμή την αγορά επισφαλών στεγαστικών δανείων στις ΗΠΑ. Το γεγονός προκάλεσε ένα σύνολο αντιδράσεων στο παγκόσμιο χρηματοπιστωτικό σύστημα και επιδεινώθηκε ραγδαία το φθινόπωρο του 2008 με την κατάρρευση της επενδυτικής τράπεζας Lehman Brothers. Για πρώτη φορά μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο παρατηρήθηκε μείωση της παραγωγής σε όλες τις βιομηχανοποιημένες κοινωνίες. Οι επιχειρήσεις προκειμένου να ανταπεξέλθουν στη χαμηλότερη συνολική ζήτηση μείωσαν την παραγωγή, με άμεσο αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των εργαζομένων, που γραμμικά οδήγησε στη ραγδαία αύξηση της ανεργίας σε παγκόσμιο επίπεδο.

Ακολούθως, αρκετές εταιρείες επιδίωξαν να μειώσουν το κόστος εργασίας αναστέλλοντας προσωρινά τις νέες προσλήψεις για εκατομμύρια θέσεις. Όπως ήταν αναμενόμενο, επήλθε μια άνευ προηγουμένου αύξηση των ανέργων με ενδεικτική αναφορά το έτος 2010, όπου το παγκόσμιο ποσοστό ανεργίας έφτασε το 6.2%. Εκτός από την αύξηση της ανεργίας, παρουσιάστηκε σημαντική επιδείνωση στις εργασιακές συνθήκες. Εκατομμύρια εργαζόμενοι αναγκάστηκαν να δεχθούν μισθολογικές μειώσεις ή αναγκαστική αύξηση στις ώρες εργασίας τους χωρίς αυτό να αντικατοπτρίζεται θετικά στις αποδοχές τους. Μιας και η βασική πηγή εισοδήματος των πολιτών στις δυτικές κοινωνίες είναι η εργασία, εκατομμύρια άνθρωποι αναγκάστηκαν να υποβαθμίσουν το βιοτικό τους επίπεδο.

Όπως ήταν αναμενόμενο, η κρίση δεν περιορίστηκε μόνο στις ΗΠΑ αλλά εξαπλώθηκε σε πολλές χώρες παγκοσμίως και ειδικότερα στην Ευρώπη, προκαλώντας βαθιά κρίση δημοσίου χρέους. Η παρατεταμένη ύφεση με την οποία ήρθαν αντιμέτωπες οι ευρωπαϊκές οικονομίες από το 2007, επηρέασε άμεσα τα μεγάλα οικονομικά κέντρα, με τα εθνικά δημόσια χρέη και την ανεργία να αυξάνονται ραγδαία. Ενδεικτικό είναι το γεγονός, ότι στο

τέλος του δεύτερου τριμήνου του 2007, η μακροχρόνια ανεργία έφτασε στο πρωτοφανές υψηλό επίπεδο των 12,5 εκατομμυρίων ανθρώπων στην Ευρωπαϊκή Ένωση αριθμός που αντιστοιχούσε στο 5% του ενεργού πληθυσμού. (Σχέδιο Κοινής Έκθεσης για την Απασχόληση, 2013/0801 final). Αξίζει να σημειωθεί, ότι τόσο τα δημόσια έσοδα όσο και το μέσο οικογενειακό εισόδημα μειώθηκαν σημαντικά, δημιουργώντας μια παρατεταμένη ύφεση με τις ανάλογες κοινωνικοπολιτικές εντάσεις. Στο πλαίσιο της ευρύτερης ευρωπαϊκής συμφωνίας για την ανάγκη μείωσης των δημοσίων ελλειμμάτων επιχειρήθηκε η εφαρμογή δέσμης πολιτικών μέτρων, οι οποίες χαρακτηρίζονταν από παρεμβάσεις λιτότητας και περιλάμβαναν κατά κύριο λόγο περικοπές δημοσίων δαπανών.

Το κοινωνικό κράτος των προηγούμενων δεκαετιών, παραγκωνίστηκε και οι νέες πολιτικές προσανατολίστηκαν πλέον σε πιο φιλελεύθερες αξίες. Οι μεταρρυθμίσεις στους τομείς της κοινωνικής ασφάλισης, της υγείας, της κοινωνικής φροντίδας και της εκπαίδευσης χαρακτηρίζονταν από παρεμβάσεις λιτότητας, περιλαμβάνοντας κατά κύριο λόγο περικοπές των δημοσίων δαπανών. Σε μια προσπάθεια ανατροπής της κατάστασης, οι πολιτικές κοινωνικής προστασίας επικεντρώθηκαν σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, ενώ ο υπόλοιπος πληθυσμός ωθήθηκε στην αγορά εργασίας. Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό, ότι η οικονομική κρίση του 2008 επηρέασε βαθύτατα τις κοινωνικές και οικονομικές ισορροπίες πολλών χωρών. Εδώ και τουλάχιστον μια δεκαετία, η διερεύνηση των αιτιών της παρούσας χρηματοπιστωτικής κρίσης αποτελεί ένα φλέγον αντικείμενο έρευνας. Αυτό συμβαίνει επειδή πρόκειται ίσως για την πιο σημαντική χρηματοοικονομική κρίση της τελευταίας εκατονταετίας. Εντούτοις, αυτό που αποτελεί κοινή παραδοχή στην επιστημονική κοινότητα, είναι ότι στο παρόν παγκοσμιοποιημένο τραπεζικό σύστημα, οι αλληλεξαρτήσεις των αγορών με τα κράτη είναι τόσο ισχυρές, ώστε οι τοπικές χρηματοοικονομικές κρίσεις να εξαπλώνονται πλέον ταχύτατα σε όλο τον κόσμο. Οι εξαιρετικά δυσμενείς εξελίξεις ενισχύονται από την αλληλεπίδραση της κρίσεως στο χρηματοοικονομικό σύστημα και της ύφεσης στις οικονομίες.

Ως εκ τούτου, η ύφεση έχει ως αποτέλεσμα την διόγκωση και την παρατεταμένη διάρκεια της κρίσεως, γεγονός που βαθαίνει τα κοινωνικά προβλήματα και καθιστά δύσκολη την αντιμετώπισή τους. Οι οικονομικές κρίσεις έχουν άμεσο αντίκτυπο σε πολλές εκφάνσεις της ζωής των ανθρώπων. Αναφορικά, το άγχος και η ανασφάλεια εντείνονται και μεταξύ άλλων επηρεάζουν βαθιά τις διαπροσωπικές σχέσεις ενώ παρατηρείται όξυνση φαινομένων όπως είναι ο αλκοολισμός, η ενδοοικογενειακή βία και τα ναρκωτικά. Στη συνέχεια του κεφαλαίου, γίνεται αναφορά στον αντίκτυπο των προαναφερθέντων στον τομέα της υγείας, όπως αυτές προκύπτουν από τη σχετική βιβλιογραφία.

2.2 Οι συνέπειες της κρίσης στην υγεία

Σύμφωνα με πλήθος μελετητών, η οικονομική ύφεση και τα συνοδευτικά φαινόμενα αυτής, επιφέρουν σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία των πολιτών. Σε χώρες που έχουν πληγεί από την κρίση, παρατηρήθηκε τόσο η αύξηση του επιπολασμού συγκεκριμένων ασθενειών (όπως μαλάρια, HIV, κατάθλιψη, κ.α) όσο και αύξηση στα ποσοστά εισαγωγών στα νοσοκομεία λόγω καρδιαγγειακών και μυοσκελετικών παθήσεων, υπέρτασης, πρόωρης θνησιμότητας και άλλων χρόνιων ασθενειών. Παράλληλα, εξαιτίας της μείωσης των κρατικών δαπανών, παρατηρείται μια γενικότερη κατάπτωση του οικοδομήματος της υγείας. Παρακάτω γίνεται αναφορά στις αρνητικές συνέπειες όπως αυτές προκύπτουν από τα μέχρι τώρα επιστημονικά δεδομένα.

Ο τρόπος συγκρότησης των σύγχρονων κοινωνιών ανάγει την εργασία σε κομβικής σημασίας παράγοντα για τη σχέση μεταξύ ατόμου και κοινωνίας. Στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες, η εργασία αποτελεί βασική πηγή εισοδήματος, ενώ συγχρόνως συμβάλλει στην αίσθηση αυτοξίας του ατόμου, μιας και πολλοί αντλούν το κοινωνικό τους κύρος μέσα από την επαγγελματική τους ιδιότητα. Επομένως, η απώλεια εργασίας δεν επιδεινώνει μόνο το βιοτικό επίπεδο αλλά βάζει και την προσωπικότητά του ατόμου, με αποτέλεσμα να βιώνει μια βαθιά αποδιοργάνωση σε πολλούς τομείς της ζωής του.

Για την πλειονότητα των ατόμων, η εργασία αποτελεί την κύρια πηγή εισοδήματος. Εφόσον σε αρκετές χώρες η ασφαλιστική κάλυψη εξασφαλίζεται μέσω της εργασίας, η ανεργία μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης. Γίνεται αντιληπτό λοιπόν, ότι η απώλεια της θέσης εργασίας ή η απειλή απώλειας αυτής είναι ιδιαίτερα επιζήμια για το άτομο με πολυδιάστατες συνέπειες. Αρκετές έρευνες, εντοπίζουν την υψηλή συσχέτιση μεταξύ της ανεργίας και της κακής υγείας. Η μειωμένη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης λόγω της οικονομικής δυσχέρειας, είναι ένας παράγοντας που μπορεί να συμβάλει στην αύξηση της θνησιμότητας σε περιόδους οικονομικής κρίσης. Όπως θα εξεταστεί στη συνέχεια, με την αναφορά σε ένα σύνολο ερευνών, επιβεβαιώνεται ξεκάθαρα ότι τόσο η σωματική, όσο και η ψυχική υγεία βάλλονται κατά τη διάρκεια της κρίσης.

Οι Marmot & Wilkinson (2003) στην ερευνά τους υποστηρίζουν ότι η ανεργία και τα οικονομικά προβλήματα προκαλούν έντονο στρες. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, η οποία αυξάνει, ιδιαίτερα στους άνδρες, τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Η μελέτη

του Rachiotis G et al, έρχεται να επιβεβαιώσει το παραπάνω συμπέρασμα, υποστηρίζοντας ότι για κάθε μια ποσοστιαία μονάδα αύξησης στην ανεργία παρατηρήθηκε αύξηση του δείκτη των αυτοκτονιών κατά 0,19 ανά 100.000 κατοίκους. Αυτό που προκύπτει και από τις δύο έρευνες είναι ότι η ανεργία μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση των τάσεων αυτοκτονίας, ανεξάρτητα από την ύπαρξη ψυχιατρικής ασθένειας.

Σε επόμενη μελέτη, παρατηρήθηκε πως η κατά 1 ποσοστιαία μονάδα αύξηση της ανεργίας στους άνδρες σχετίζεται με ανάλογη αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,72% (Reeves, A. et Stuckler, D, 2016). Ακολούθως, στην ανάλυση τους οι Paul & Moser (2009) υποστηρίζουν ότι η ανεργία έχει σημαντική αρνητική επίπτωση στην ψυχική υγεία, με το μέσο όρο των ατόμων με ψυχολογικά προβλήματα στους ανέργους να αγγίζει το 34%, με το αντίστοιχο ποσοστό στους εργαζόμενους να διαμορφώνεται στο 16%. Η ίδια μελέτη αναφέρει πως η εύρεση εργασίας μετά από μία μακρά περίοδο ανεργίας σχετίζεται με τη βελτίωση της ψυχικής υγείας. Τα στοιχεία της έρευνας υποδεικνύουν πως η ανεργία δεν σχετίζεται απλώς με την ψυχική δυσφορία αλλά επί της ουσίας την προκαλεί.

Σε έρευνα που διεξήχθη από το πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, σε δείγμα σχεδόν 5.000 ενήλικων σε ηλικίες που κυμαίνονταν από τα 18 μέχρι τα 74 έτη, προέκυψε πως τα άτομα που αντιμετωπίζουν έντονες οικονομικές δυσκολίες, έχουν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν σοβαρή ψυχική διαταραχή σε σύγκριση με εκείνους που δεν αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, τα άτομα χωρίς οικονομικά προβλήματα παρουσίασαν ποσοστό σοβαρών ψυχιατρικών συμπτωμάτων που άγγιξε το 3 % και κατάθλιψης σε ποσοστό 1 %. Τα ποσοστά για τα άτομα με εντονότερα οικονομικά προβλήματα κυμαίνονταν σε 22 % και 12 % αντίστοιχα. (Ευθυμίου, K & συν, 2013)

Στη διεθνή βιβλιογραφία, εντοπίζουμε αρκετές έρευνες που επισημαίνουν την υψηλή συνάφεια μεταξύ ανεργίας και θανάτου, ενώ στις σοβαρές οικονομικές κρίσεις έχει αποδειχθεί ότι αυξάνονται οι κίνδυνοι για την υγεία και πιθανώς τα ποσοστά θνησιμότητας (Cutler et al., 2003, Musgrove et al., 1987). Στην Ιταλία παρουσιάστηκε έρευνα που αποτύπωνε τη σχέση μεταξύ ανεργίας και θνησιμότητας, επισημαίνοντας πως τα τελευταία χρόνια η θνησιμότητα των ανέργων ανδρών έχει διπλασιαστεί.

Στην έρευνα των Stuckler et al. 2009 που πραγματοποιήθηκε σε 29 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης την περίοδο 1979-2007, έγινε καταγραφή τόσο των συσχετίσεων και των αλλαγών μεταξύ της απασχόλησης και της θνησιμότητας όσο και των τρόπων μεταβολής αυτών. Στη συγκεκριμένη έρευνα, γίνεται επιπλέον αναφορά στα προβλήματα εθισμού που εντοπίζονται στους ανέργους. Στη συγκεκριμένη μελέτη προκύπτει ότι η αύξηση της ανεργίας κατά 3 ποσοστιαίες μονάδες σχετίζεται με αύξηση κατά 28% των θανάτων από

κατάχρηση αλκοόλ. Ακολούθως, μελέτη του Πανεπιστημίου του Ελσίνκι στη Φινλανδία υποστηρίζει πως η θνησιμότητα για όσους είχαν ξαναυπάρξει στο παρελθόν άνεργοι ήταν 2,5 φορές μεγαλύτερη σε σχέση με όσους έμειναν άνεργοι για πρώτη φορά. Επίσης, βρετανικές μελέτες των δεκαετιών 1970 και 1980, κατέδειξαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας των ανέργων ήταν 25% υψηλότερο από εκείνο των εργαζομένων του ίδιου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. (Leahy, R.2011)

Ωστόσο, αξίζει να επισημάνουμε ότι σύμφωνα με τη μελέτη των Van, E. Doorslaer, Wagstaff, A, et al (1997), πιο αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα έχουν όσοι ανήκουν σε μειονότητες, όπως οι μετανάστες και οι χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα, κυρίως λόγω των αυξημένων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν σε σχέση με την ένταξη τους στην αγορά εργασίας.

Άλλη μια συνέπεια που έχει παρατηρηθεί κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης και εντοπίζεται κυρίως στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα, είναι η υιοθέτηση ενός μη υγιούς τρόπου ζωής που διακρίνεται από αυξημένη κατανάλωση τροφών χαμηλής διατροφικής αξίας. (Μανιδάκη,Α,Μπαλολάκης,Α & συν). Εξαιτίας των οικονομικών δυσκολιών, πολλά νοικοκυριά οδηγούνται στον περιορισμό των διατροφικών δαπανών τους. Η συγκεκριμένη συνθήκη δεν οδηγεί απαραίτητα στην αύξηση του υποσιτισμού αλλά παρατηρείται αύξηση της παχυσαρκίας λόγω των ανθυγιεινών και χαμηλού κόστους διατροφικών επιλογών (Dean, & K. Wilson 2009). Το συγκεκριμένο φαινόμενο, γνωστό και ως «το παράδοξο της πείνας με παχυσαρκία», διατυπώθηκε επιστημονικά για πρώτη φορά, το 2005. Η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας επισημαίνει, ότι το ποσοστό παχυσαρκίας των φτωχών είναι μεγαλύτερο από αυτό των μη φτωχών, ενώ όσο χαμηλότερο το εισόδημα τόσο πιο αυξημένο το μέσο σωματικό βάρος των ενηλίκων. Σε έρευνα των Ng K, Agius M, et al που πραγματοποιήθηκε το 2011, αναφέρεται ότι το άγχος και η κατάθλιψη σε συγκερασμό με μια ανθυγιεινή διατροφή λόγω οικονομικής ανέχειας, φαίνεται να συντελούν σε μια όξυνση της καρδιαγγειακής νοσηρότητας και κατ' επέκταση θνησιμότητας. Η αύξηση στα ποσοστά της καρδιαγγειακής θνησιμότητας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης φαίνεται να επιβεβαιώνεται και στις έρευνες των Waltisperger et al., (2005), Shkolnikov et al, (2001). Ωστόσο ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρουσιάζουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι υπάρχει σημαντική μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα σε περιόδους οικονομικής κρίσης. (Khang et al., 2005, Shkolnikov et al., 2001, Notzon et al., 1998)

Μια ακόμα αξιοσημείωτη απόρροια της οικονομικής κρίσης, είναι ο σημαντικός περιορισμός των κρατικών δαπανών και κονδυλίων για τη δημόσια υγεία. Το αποτέλεσμα είναι, αυτός ο νευραλγικός πυλώνας της κοινωνίας να αποδυναμώνεται και να υπολειτουργεί

σε τέτοιο βαθμό που συχνά να μην μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού. Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ στην περίοδο 2009 μέχρι 2012, στις μισές χώρες της ΕΕ, οι δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά μέσο όρο 0,6% ετησίως, σε σύγκριση με την ετήσια αύξηση κατά 4,7% που είχε παρατηρηθεί μεταξύ 2000 και 2009.

Η έκθεση του ΠΟΥ “The financial crisis and global health” έρχεται να επιβεβαιώσει τις παραπάνω αναφορές εξηγώντας ότι:

«Ένα κοινό χαρακτηριστικό των χωρών που υπόκεινται σε οικονομική κρίση είναι ότι οι δαπάνες για ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη μειώνονται, καθώς οι άνθρωποι στρέφονται στη δημόσια υγεία. Παράλληλα η ζήτηση για δημόσια υγεία αυξάνεται σημαντικά, τη στιγμή που οι κυβερνήσεις μειώνουν σημαντικά τις δαπάνες τους για αυτή.»

Ακολουθώς αναφέρει ότι :

«Τα φτωχότερα στρώματα είναι οι κυριότεροι δέκτες των συνθηκών αυτών, Τραγικά, εκτιμάται ότι περίπου 40-50 εκατομμύρια παιδιά υπέστησαν μόνιμο γνωστικό και σωματικό τραυματισμό ως απόρροια της επισιτιστικής κρίσης.»

Αποκαλυπτική είναι η αναφορά των συνεπειών στον τομέα της υγείας χωρών που επλήγησαν από την οικονομική κρίση. Όπως αποτυπώνεται στους αριθμούς, οι περικοπές στις δαπάνες και οι πολιτικές που εφάρμοσε το Ισπανικό κράτος επέφεραν σημαντικές αλλαγές στο δημόσιο σύστημα υγείας. Συγκεκριμένα, οι δημόσιες δαπάνες το 2015 μειώθηκαν από το 6,5% στο 5,1% του ΑΕΠ, ενώ οι κατά κεφαλήν δαπάνες στο SNS μειώθηκαν από 1.343 σε 1.203 ευρώ μεταξύ 2010 και 2012.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι λίστες αναμονής των ασθενών για χειρουργικές επεμβάσεις αυξήθηκαν κατά 43% τον Ιούνιο του 2012 σε σχέση με τον Ιούνιο του 2009, όπου αρκετά ιατρεία σε αγροτικές περιοχές έκλεισαν με τις επενδύσεις στην υγεία να μειώνονται κατά 16,5% το 2011 και 35,3% το 2012 αντίστοιχα. Η κυβέρνηση της Ισπανίας σκόπευε να προχωρήσει στην ιδιωτικοποίηση αρκετών δημόσιων νοσοκομείων, μια κίνηση που αποτράπηκε εξαιτίας της κινητοποίησης του κινήματος “marea blanca” και της μεγάλης απεργίας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας διάρκειας πέντε εβδομάδων. (Giovanella, L., & Stegmüller: 2014)

Αντιστοίχως, το 2012, το Ηνωμένο Βασίλειο προέβει σε σημαντική μεταρρύθμιση στον τομέα της δημόσιας υγείας με τη θέσπιση σχετικού νόμου για την κοινωνική περίθαλψη (Health and Social Care Act 2012) με τον οποίο προχωρούσε σε πολιτικές μείωσης του προϋπολογισμού του National Healthcare System (NHS), κατά 20 δισεκατομμύρια λίρες σε διάστημα πενταετίας. Συγχρόνως, προκειμένου να αυξηθεί η ανταγωνιστικότητα του, παρατηρήθηκε η ιδιωτικοποίηση αρκετών υπηρεσιών του NHS.

Η Ιρλανδία προχώρησε σε ανάλογες περικοπές δαπανών για τη δημόσια υγεία, οι οποίες αφορούσαν κυρίως σε μειώσεις τόσο στον αριθμό του προσωπικού και στους μισθούς τους. Ενδεικτικά, αναφέρουμε ότι ο συνολικός προϋπολογισμός για τη δημόσια υγεία το 2008 ήταν 15,4 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ το 2013 μειώθηκε στα 13,6 δισεκατομμύρια ευρώ (Thomas et al, 2012). Οι περικοπές στις δαπάνες για τη δημόσια υγεία σημειώθηκαν με φόντο τις υπάρχουσες πολιτικές δεσμεύσεις για βελτίωση της ποιότητας της δημόσιας νοσοκομειακής περίθαλψης, του τομέα ψυχικής υγείας, της πρωτοβάθμιας και κοινοτικής περίθαλψης, και ορισμένων προγραμμάτων χρόνιων ασθενειών. (Nolan, A., et al, 2014)

Στην Αμερικανική ήπειρο, και πιο συγκεκριμένα στην Αργεντινή, από την αρχή της κρίσης το 2002, σημειώθηκαν σημαντικές μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού που ξεπέρασε το 60% στα χαμηλά εισοδήματα, έχασαν πλήρως την ασφαλιστική τους κάλυψη ενώ το 23% των νοικοκυριών ανέφεραν ότι τουλάχιστον ένα μέλος τους, κάποια στιγμή στη συγκεκριμένη περίοδο μελέτης, δεν είχε πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι πολλές οικογένειες μείωσαν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης. Ενδεικτικά επισημαίνεται ότι σχεδόν τα τρία τέταρτα των ερωτηθέντων δήλωσαν «έλλειψη χρημάτων» για την αγορά φαρμάκων ενώ το 25% δήλωσε αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας λόγω του αυξημένου κόστος μεταφοράς.

Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι στις περισσότερες χώρες υπάρχουν σημαντικότερες ομοιότητες στις συνέπειες που εκδηλώνονται στον τομέα της υγείας. Στα περισσότερα κράτη η οικονομική κρίση συνεπάγεται αυξήσεις στις τιμές των φαρμάκων, καθώς και των ιατρικών νοσηλίων, ενώ παράλληλα περιορίζονται σημαντικά οι κρατικές δαπάνες και τα κονδύλια για τη δημόσια υγεία. Ωστόσο, συγκριτικές μελέτες αναδεικνύουν τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης, επισημαίνοντας ότι είναι δυνατό να τροποποιηθούν ή ακόμη και να εξαλειφθούν αν εφαρμοστούν οι ανάλογες πολιτικές κοινωνικής προστασίας. Πιο συγκεκριμένα στη Σουηδία, η ανεργία αυξήθηκε από 2.1% σε 5,7% μεταξύ 1991 και 1992, αλλά δεν οδήγησε και σε ανάλογη αύξηση των ποσοστών των αυτοκτονιών. Χαρακτηριστικό είναι ότι στη Φινλανδία, όταν η ανεργία αυξήθηκε ραγδαία από 3,2% σε 16,6% στην περίοδο 1990-1993, τα ποσοστά αυτοκτονίας μειώνονταν χρόνο με τον χρόνο. Η διαφοροποίηση αυτή αποδίδεται στο Σκανδιναβικό μοντέλο κοινωνικής προστασίας το οποίο προσφέρει υψηλό επίπεδο κοινωνικής αρωγής, στην εφαρμογή ενεργών πολιτικών απασχόλησης καθώς και στη συγκρότηση εθνικού σχεδίου για την πρόληψη των αυτοκτονιών. (Vuori, J., & Silvonen, J:2005)

Στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στην Ελλάδα, η οποία αποτέλεσε το επίκεντρο της οικονομικής κρίσης. Η χώρα βρέθηκε στη δίνη μιας ιδιαίτερα επίπονης και επίμονης κρίσης, με αποτέλεσμα επί χρόνια να επιβιώνει υπό καθεστώς διαρκούς πολιτικής και οικονομικής αστάθειας. Δεν είναι τυχαίο ούτε ότι η Ελλάδα έχει το μεγαλύτερο δημόσιο χρέος και ένα από τα μεγαλύτερα δημοσιονομικά ελλείμματα στην Ευρωζώνη, ούτε ότι αρκετές φορές έχει φτάσει στα πρόθυρα της πτώχευσης. Άμεσα επακόλουθα των προαναφερθέντων είναι οι δραματικές κοινωνικές αναταράξεις που επηρέασαν συλλήβδην το σύνολο της κοινωνίας.

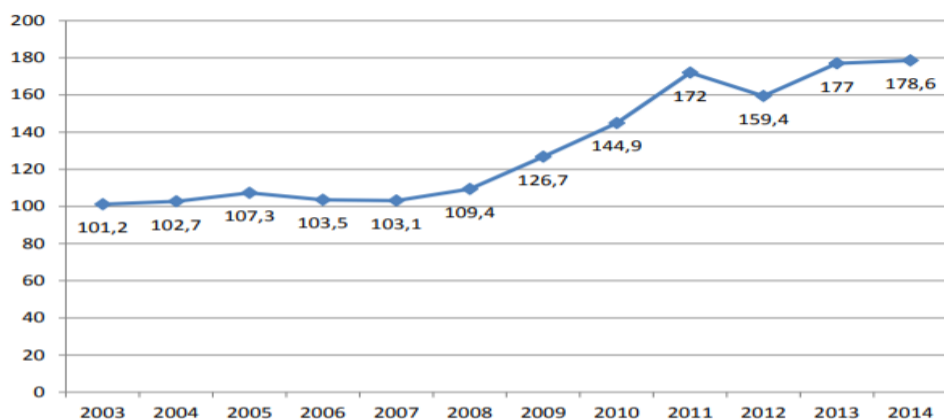
3. Η Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και οι συνέπειες της στο ΕΣΥ

Η σύγχρονη οικονομική ιστορία της Ελλάδας, καταδεικνύει ότι δεν είναι πρώτη φορά που η χώρα επηρεάζεται σφοδρά από μια κρίση. Από τη σύστασή του, δηλαδή κατά την περίοδο 1821-2009, το Ελληνικό κράτος έχει χρεοκοπήσει συνολικά τέσσερις φορές. Η πρώτη ήταν το 1827, όταν δήλωσε αδυναμία αποπληρωμής των δανείων της επανάστασης του 1821, η δεύτερη χρεοκοπία το 1843, με αποτέλεσμα την επιβολή του πρώτου δημοσιονομικού ελέγχου δημιουργώντας σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές αναταράξεις. Η χρεοκοπία του 1893 οδήγησε στην μακροχρόνια επιβολή Διεθνούς Οικονομικού Ελέγχου στη χώρα. Τέλος, το 1932 η Ελλάδα οδηγήθηκε για τέταρτη φορά στην χρεοκοπία ως αποτέλεσμα του Κραχ του 1929 και υπό το βάρος της πολυδάπανης και μακρόχρονης Μικρασιατικής εκστρατείας. Αξίζει να επισημανθεί ότι οι χρεοκοπίες του 1893 και του 1932 που ξέσπασαν στην Ελληνική επικράτεια ήταν απόρροια των αντίστοιχων παγκόσμιων οικονομικών κρίσεων.

3.1 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η βαθιά δομική και πολυδιάστατη οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε στην Ελλάδα το 2009, έχει αρνητικότερες επιπτώσεις ακόμα και σήμερα, τόσο σε πολιτικοοικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Η Ελλάδα, μια ασταθής οικονομία που αντιμετώπισε πλήρη δυσπιστία από την παγκόσμια κοινότητα, εισήλθε σε μια μακρά χρονική περίοδο υψηλών δημόσιων ελλειμμάτων και χρέους που συνεχίζονται ακόμα και σήμερα. Στο σχεδιάγραμμα 2 παρατηρούμε την ανοδική πορεία του δημόσιου χρέους από το 2009-2014.

Σχεδιάγραμμα 2. Δημόσιο χρέος Ελλάδας (% του ΑΕΠ) (2003-2014).



Πηγή: Eurostat (ιδία διαμόρφωση)

Στον πίνακα 3, γίνεται σύγκριση του δημόσιου χρέους της Ελλάδας από το 2004 μέχρι το 2014 αποδεικνύοντας ότι το Ελληνικό χρέος είναι σχεδόν διπλάσιο από το αντίστοιχο της ΕΕ.

Πίνακας 2. Δημόσιο χρέος Ελλάδας και ΕΕ.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ελλάδα	102	107,3	103.5	103,1	109,4	126,7	144,9	172	159.4	177	178.8
ΕΕ	61.3	61.9	60.5	57.9	61	73.1	78.5	81.1	83.8	85.5	86.8

(ιδία διαμόρφωση, πηγή Eurostat)

Σύμφωνα με στοιχεία της έκθεσης του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδας, οι βασικοί οικονομικοί δείκτες του 2009 και οι αντίστοιχες προβλέψεις αναδεικνύουν την πολύπλευρη κρίση στην οποία επήλθε η ελληνική οικονομία. Η ύφεση στην ελληνική

οικονομία επεκτάθηκε σε όλους τους παραγωγικούς τομείς, επηρέασε αρνητικά την απασχόληση και διεύρυνε την ανεργία. Τον Απρίλιο του 2009, η Ελλάδα προέβη στην υπαγωγή της διαδικασίας υπερβολικού ελλείμματος μιας και τα ελλείμματα τόσο του 2007 όσο και του 2008 είχαν υπερβεί τις τιμές αναφοράς. Η κρισιμότητα της δημοσιονομικής κατάστασης οδήγησε σε συνεχείς υποβαθμίσεις της πιστοληπτικής ικανότητας και των προοπτικών της χώρας από τους διεθνείς οίκους αξιολόγησης. (έκθεση του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδας, 2009:24)

Το 2010, η ελληνική οικονομία εισήλθε σε μια ακόμα βαθύτερη κρίση. Τα κύρια χαρακτηριστικά εντοπίζονταν (αλλά δεν περιορίζονταν) στο μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα, το τεράστιο δημόσιο χρέος και τη συνεχή υποβάθμιση της ανταγωνιστικής θέσης της χώρας. Για την αντιμετώπιση της υπερμεγέθους κρίσης με την όποια ήρθε αντιμέτωπο το Ελληνικό κράτος, ζήτησε από την Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) να ενταχθεί στο μηχανισμό στήριξης.

Η χρηματοδότηση της Ελλάδας από το μηχανισμό στήριξης έγινε σταδιακά, με δυσβάσταχτους όρους όπως αυτοί ορίζονταν στα γνωστά «μνημόνια», η αποδοχή και υπογραφή των οποίων βύθισαν την ελληνική κοινωνία στην εξαθλίωση και την φτωχοποίηση του πληθυσμού της. Στα πλαίσια αντιμετώπισης της κρίσης υιοθετήθηκαν αυστηρές πολιτικές, αυξήθηκαν οι άμεσοι και έμμεσοι φόροι, αυξήθηκε η ευελιξία στην αγορά εργασίας ενώ μειώθηκαν οι δημόσιες δαπάνες.

Ενδεικτική είναι η παρακάτω αναφορά που επισημαίνει ότι:

«Η χρηματοοικονομική διάσωση της χώρας από την πολύ πιθανή χρεοκοπία τον Μάιο του 2010 συνοδεύτηκε από συγκεκριμένες εφαρμογές ενός προγράμματος δημοσιονομικής πολιτικής με βίαιη δημοσιονομική λιτότητα, στο πρότυπο των προγραμμάτων σταθεροποίησης του ΔΝΤ.» (Μιχόπουλου Σ, 2014:14)

Η δίνη που περιήλθε η Ελληνική οικονομία συνοψίζεται στα στοιχεία του παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 3. Συνέπειες στην οικονομία της Ελλάδος

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές	242.1	237.4	226.2	207.8	194.2	182.4
Ανάπτυξη του ΑΕΠ	4.0	-1.9	-4.7	-8.2	-6.5	-6.1
Δημόσια κατανάλωση	-2.1	1.6	-4.3	-6.6	-5.0	-6.5

Ιδιωτική κατανάλωση	3.0	-1.0	-7.1	-10.6	-7.8	-2.0
Ακαθάριστες επενδύσεις παγίου	-6.6	-13.2	-20.9	-16.8	-28.7	-9.5

Πηγή: Charalampos Economou, *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*) (ιδία διαμόρφωση),

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τις κοινωνικές συνέπειες της κρίσης στην Ελλάδα:

Πινάκας 4, Κοινωνικές συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα

Χρονολογία	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ποσοστό απασχόλησης	48.9	48.3	46.7	43.3	39.5	37.7
Ποσοστό μακροχρόνιων ανέργων	47.1	40.4	44.6	49.3	59.1	67.1
Ποσοστό κινδύνου φτώχειας /κοινωνικού αποκλεισμού	28.1	27.6	27.7	31.0	34.6	35.7
Αναλογία μερίδιού εισοδήματος (s80/s60)	5.9	5.8	5.6	6.0	6.6	6.6
Υλική στέρηση % ποσοστό πληθυσμού	21.8	23	24.1	28.4	33.7	37.3
Πόροι νοικοκυριών για τη θέρμανση σπιτιών	76	73.5	73.1	72.1	55.7	38.1

Πηγή: Charalampos Economou, *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*) (ιδία διαμόρφωση),

Όπως φαίνεται στον πίνακα 3, το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) μειώθηκε από 242,1 δισεκατομμύρια ευρώ το 2008 σε 182,4 δισεκατομμύρια ευρώ το 2013. Η πραγματική οικονομία βρίσκεται σε ύφεση από το 2009 και το ΑΕΠ μειώθηκε κατά 4,7% το 2010, 8,2% το 2011, 6,5% το 2012 και 6,1% το 2013 αντίστοιχα. Αυτό συνέβη όχι μόνο εξαιτίας της απότομης πτώσης των επενδύσεων αλλά εξαιτίας της παράλληλης μείωσης της δημόσιας και ιδιωτικής κατανάλωσης. Ο λόγος χρέους προς το ΑΕΠ συνέχισε να αυξάνεται

σκαρφαλώνοντας από το 109,3% το 2008 σε ποσοστό 174,9% το 2013, με το έλλειμμα να παραμένει υψηλό φθάνοντας το 12,2% του ΑΕΠ το 2013.

Επιπρόσθετα, οι αρνητικές επιπτώσεις μπορούν να παρατηρηθούν και σε κοινωνικό επίπεδο (βλέπε πίνακα 2), με όλους τους κοινωνικούς δείκτες να παρουσιάζουν ραγδαία επιδείνωση. Η ύφεση εξαπλώθηκε σε όλους τους τομείς δραστηριότητας, επηρεάζοντας αρνητικά την απασχόληση και προκαλώντας αύξηση του ποσοστού ανεργίας που ανήλθε στο 27,5% το 2013. Ενδεικτικό της σφοδρότητας της κρίσης είναι ότι την ίδια χρονιά, το 28% του ελληνικού πληθυσμού κινδύνευε να πτωχεύσει, ενώ το 35,7% διέτρεχε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού. Επίσης, το ποσοστό του πληθυσμού που ήταν σε θέση να ανταπεξέλθει στα έξοδα θέρμανσης των κατοικιών του μειώθηκε δραματικά από 76% το 2008 σε 38,1% το 2013. (Οικονόμου,Χ:2015)

Άξιο αναφοράς αποτελεί το γεγονός, ότι την περίοδο της κρίσης εντάθηκε η ανισότητα. Όπως παρατηρείται και στον πίνακα 2, η ανισότητα της κατανομής εισοδήματος αυξήθηκε καθώς ο δείκτης μεριδίου εισοδήματος (S80 / S20) αυξήθηκε από 5,9 το 2008 σε 6,6 το 2013, ενώ αύξηση παρουσίασε και ο δείκτης Gini (βλ. πίνακα 5).

Πίνακας 5, Δείκτης Gini 2008-2014

2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
33.6	33.6	34.1	34.8	36.3	36.3	36.1

Πηγή: World Bank (ιδία διαμόρφωση)

Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΗΕ το Δεκέμβριο του 2019, το ποσοστό κοινωνικής ανισότητας στην Ελλάδα από το 2007 έως το 2017 αυξήθηκε έντονα. Η έκθεση αναφέρει ότι το πλουσιότερο 1% αύξησε τα εισοδήματά του κατά 5,9%, ενώ το φτωχότερο 40% του πληθυσμού έχασε το 43,8% του εισοδήματός του.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό το μέγεθος του οικονομικού και κοινωνικού αντίκτυπου που επέφερε η κρίση στην ελληνική κοινωνία. Ωστόσο, στην παρούσα εργασία θα εστιάσουμε στις συνέπειες που είχε η κρίση στον τομέα της υγείας. Η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας καταδεικνύει τις αρνητικές επιδράσεις που είχε η οικονομική κρίση στην υγεία του πληθυσμού σε διάφορες χώρες. Σε μεγάλο αριθμό χωρών σημειώθηκε μείωση του προσδόκιμου ζωής, αύξηση της θνησιμότητας, και επιδείνωση σε πολλούς από τους δείκτες υγείας.

Ωστόσο οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική διαστρωμάτωση. Όσοι βρίσκονται σε χαμηλότερη βαθμίδα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας του αθροιστικού αντίκτυπου που επιφέρουν οι ελλείψεις στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή. Παρακάτω εξετάζονται οι συνέπειες της κρίσης στο ΕΣΥ και ο τρόπος που αυτές επηρέασαν το σύνολο του πληθυσμού.

3.2 Οι συνέπειες της κρίσης στο ΕΣΥ

Στο πλαίσιο των μνημονιακών δεσμεύσεων το Ελληνικό κράτος υποχρεώθηκε να προχωρήσει σε διαρθρωτικές και διαχειριστικές μεταρρυθμίσεις στο ΕΣΥ. Η μελέτη του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ “Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα” αναφέρει ότι:

«Η αναμόρφωση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης αποτέλεσε κεντρικό στοιχείο της διαρθρωτικής προσαρμογής, οι βασικές πτυχές της μεταρρύθμισης που αφορούσαν το ΕΣΥ έχουν περιληφθεί στο «Μνημόνιο Συνεννόησης» ανάμεσα στην Ελλάδα και τους διεθνείς πιστωτές της.» (Πετμεζίδου, Μ et al,2015: 70)

Το πρόγραμμα Δημοσιονομικής Προσαρμογής που ήταν υποχρεωμένη η Ελλάδα να ακολουθήσει, έθετε ως αρχικό στόχο για τις δαπάνες προς τη δημόσια υγεία το 6% του ΑΕΠ, μειώνοντας έτσι τη συνολική χρηματοδότηση για την υγεία από τα €23 δις που δόθηκαν το 2009 στα €14,4 δις το 2015. Αντίστοιχα η δημόσια δαπάνη υγείας μειώθηκε από τα €16 δις στα €8,7 δις. Συγκεκριμένα, τα Μνημόνια Συμφωνιών μεταξύ της Ελληνικής Κυβέρνησης και της Τρόικας (ΔΝΤ, Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και Ευρωπαϊκή Ένωση) επέβαλλαν σημαντικές περικοπές στις δαπάνες για τα νοσοκομεία και τα φαρμακευτικά προϊόντα. Μεταξύ 2009 και 2013, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 31,9%. Η μείωση, ωστόσο της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας δεν επηρέασε μόνο τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά και τις περιορισμένες δυνατότητες στελέχωσης των σχετικών δομών. Από το 2010 έως το 2013 η μέση μείωση των ιατρών του ΕΣΥ έφτασε το 35% με τον συνολικό αριθμό να αγγίζει τις 18.000 (Κ.Σουλιώτης et al,2018). Παράλληλα, μέσα στο πλαίσιο των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και της ορθότερης διαχείρισης των πόρων, το κράτος προχώρησε σε συγχώνευση των δημόσιων νοσοκομειακών δομών. Συνδυαστικά με τη μειωμένη δημόσια χρηματοδότηση των νοσοκομείων, περιορίστηκαν δραματικά τα σημεία παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, οι απαιτήσεις και η ζήτηση ήταν αυξημένες σε συγκερασμό με τις ελλείψεις σε υλικά όσο και σε προσωπικό, η ποιότητα των υπηρεσιών υποβαθμίστηκε εξίσου.

Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι οι Ελληνικές κυβερνήσεις έδωσαν προτεραιότητα στη χρηματοδότηση του δημόσιου χρέους, με αποτέλεσμα οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στο τομέα της υγείας να οδηγήσουν στην αύξηση των πληρωμών από τους ίδιους τους ασθενείς. Επιπρόσθετα, οι παθολογίες που προϋπήρχαν στο ΕΣΥ, όπως ο υψηλός συγκεντρωτισμός στη λήψη αποφάσεων, η έλλειψη οργάνωσης και η άνιση κατανομή των οικονομικών πόρων έγιναν πιο έντονες, με αποτέλεσμα η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας να επιδεινωθεί σημαντικά, (Οικονόμου, Χ 2010:50). Ταυτόχρονα, η αύξηση των ποσοστών ανεργίας και η δραματική μείωση των οικογενειακών εισοδημάτων είχαν σαν συνέπεια την αύξηση στη ζήτηση των δημοσίων υπηρεσιών υγείας. Οι ευάλωτες κυρίως κοινωνικές ομάδες (άνεργοι, ηλικιωμένοι, μετανάστες κ.λπ.), αδυνατώντας να καλύψουν ιδιωτικά το κόστος υγειονομικής περίθαλψης απευθύνθηκαν στις δημόσιες δομές και πρωτίστως στα νοσοκομεία.

Οι συγκεκριμένες συνθήκες κατέστησαν το ήδη στρεβλό σύστημα υγείας, ανίκανο να ανταποκριθεί στις τεράστιες πιέσεις που του ασκούσαν από την αυξανόμενη ζήτηση, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σημαντικές επιπτώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Πέραν τούτου, όπως προαναφέρθηκε, η κρίση ανέδειξε τα διαρθρωτικά προβλήματα που ήδη είχε το ελληνικό σύστημα υγείας. Άμεση συνέπεια λοιπόν, ήταν η αύξηση των χρόνων αναμονής για τη λήψη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα επίσημα στοιχεία από τον Ελληνικό Χάρτη Υγείας (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και ΚΕΕΛΠΝΟ, 2013) οι χρόνοι αναμονής για χρήση εξωτερικών ασθενών αυξήθηκαν περισσότερο από 200%. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης αποδείχθηκε αναλόγως εξαρτώμενη από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου. Έτσι λοιπόν, οι πιθανότητες μη χρήσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για οικονομικούς λόγους, ήταν 44% υψηλότερες το 2011 σε σύγκριση με το 2006 (Zavras et al., 2013). Το 2015, η δυσκολία πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής τριπλασιάστηκε κατά την τελευταία δεκαετία, πλέον ήταν η δεύτερη υψηλότερη στην ΕΕ (12,3% έναντι 3,3% του μέσου όρου της ΕΕ).

Οι αρνητικές τάσεις στην υγεία αποτυπώνονται σε πολυάριθμες επιστημονικές μελέτες. Ενδεικτικά γίνεται αναφορά σε μια σειρά ερευνών προκειμένου να αναδείξουμε τις επιπτώσεις της κρίσης στο συγκεκριμένο τομέα. Σύμφωνα με μελέτη του επιστημονικού περιοδικού υγείας Lancet, παρατηρήθηκε αύξηση των θανάτων στο γενικό πληθυσμό από τους 997.8 ανά 100.000 κατοίκους το 2010 στους 1174.9 το 2016. Δηλαδή, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της θνησιμότητας. Ακόμα, σημειώθηκε άνοδος σε διάφορα είδη ιασιμων νεοπλασιών, σε όλα τα είδη των κηρώσεων, σε νευρολογικές παθήσεις (όπως η πολλαπλή

σκλήρυνση κατά πλάκας, και η νόσος κινητικών νευρώνων), στη χρόνια νεφρική νόσο, και στους περισσότερους τύπους καρδιαγγειακών παθήσεων, (Tyronoulas, S., et al, 2018).

Σε έρευνα που αφορούσε ασθενείς με χρόνια ασθένεια, διαπιστώθηκε ότι το 64% των ερωτηθέντων (N = 1.496) ανέφερε προβλήματα πρόσβασης σε γιατρό ή σε μονάδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης λόγω οικονομικών περιορισμών, ενώ το 60% των συμμετεχόντων στην έρευνα ανέφερε ως βασικό πρόβλημα τις μεγάλες λίστες αναμονής. Σε μια μελέτη των Soulioti et al (2014), που πραγματοποιήθηκε την περίοδο 2012–2013 σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, το 26% δήλωσε ότι αντιμετώπιζε προβλήματα στην πρόσβαση σε ρευματολόγο, ενώ το 49% αντιμετώπισε δυσκολίες στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Ιούλιο έως τον Οκτώβριο του 2014 αναφέρονται οι δυσκολίες πρόσβασης των καρκινοπαθών στο σύστημα υγείας. Το 31% αυτών, ανέφεραν ότι αντιμετώπιζαν έντονες δυσκολίες στην πρόσβασή τους. Οι περισσότεροι δήλωσαν ότι ο χρόνος αναμονής των ραντεβού τους ήταν αυξημένος, ενώ το 41% δήλωσε ότι δεν είχε την οικονομική δυνατότητα να πληρώσει το κόστος επίσκεψης σε ιδιώτη γιατρό, (Souliotis, K., Agapidaki, E., & Papageorgiou, M. 2015).

Στη μελέτη των (Paraskevis et al., 2013) για τις μολυσματικές ασθένειες, σημειώνεται ότι κατά τη διάρκεια του 2011 παρατηρήθηκε δραματική αύξηση (1600%) των μολύνσεων με ιό HIV-1 στους χρήστες ενέσιμων ναρκωτικών στην Αθήνα (Paraskevis et al., 2013). Σύμφωνα με την ερμηνεία της επιστημονικής ομάδας που διετέλεσε την έρευνα, αυτό οφειλόταν κυρίως στις μειώσεις στους προϋπολογισμούς των προγραμμάτων παρέμβασης για ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Επιπλέον, μετά από παύση 30 χρόνων, το 2009 άρχισαν να καταγράφονται τα πρώτα κρούσματα ελονοσίας, ενώ τα κρούσματα φυματίωσης διπλασιάστηκαν μέσα σε ένα έτος. Παράλληλα, η βρεφική θνησιμότητα σημείωσε αύξηση μεταξύ των ετών 2008 και 2010 σε ποσοστό που κυμάνθηκε από 2,65 σε 3,80 με τη μητρική να αυξάνει από 0 σε 4,4. Σε επισήμανση του κοινωνικού ιατρικού του Ελληνικού η τραγική κατάσταση που περιήλθε το σύστημα υγείας αναφέρθηκε:

«Βρέφη και παιδιά μικρότερα των 5 ετών πεθαίνουν από ασθένειες που είναι πλήρως ιάσιμες (όπως αιμολυτική νόσος και νεογνική σηψαιμία).» (Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού)

Οι δείκτες της βρεφικής και μητρικής θνησιμότητας επηρεάζονται άμεσα τόσο από την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης όσο και από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, γεγονός που αποτυπώνεται στα προαναφερθέντα ποσοστά. Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί, ότι από το 2010 και μετά τα συγκεκριμένα ποσοστά παρουσίασαν σημαντική μείωση. (Vlachadis, N., et al, 2014)

Σημαντική επιδείνωση τη περίοδο της οικονομικής κρίσης παρατηρήθηκε και στον τομέα της ψυχικής υγείας, με τους πολίτες που ανήκαν στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα, καθώς και όσοι υπέφεραν ήδη από κάποιο ψυχικό νόσημα να πλήττονται δυσμενέστερα. Αξίζει να αναφερθεί, ότι παρατηρήθηκε αύξηση στα ετήσια ποσοστά αυτοκτονιών κατά 5-7% την περίοδο της κρίσης με τους δείκτες να είναι υψηλότεροι στους άνδρες έναντι των γυναικών. Παρόλο, που η Ελλάδα εμφανίζει τον μικρότερο αριθμό αυτοκτονιών στην Ευρώπη, μέσα σε μια τετραετία καταγράφηκε σημαντική αύξηση, με τον αριθμό των θανάτων που οφείλονταν σε αυτοκτονία να αυξάνεται από 377 το 2010 σε 565 το 2014. Αξιοσημείωτη είναι και η αύξηση της μείζονος κατάθλιψης από 3,3% το 2008, σε 6,8% το 2009, 8,2% το 2011 και 12,3% το 2013. Όπως αναφέρεται και σε έρευνα του οργανισμού έρευνας και ανάλυσης, ΔΙΑΝΕΟΣΙΣ:

«Για την περίοδο 2009-2014, ο επιπολασμός της αυτοαναφερόμενης κατάθλιψης παρουσιάζει αύξηση 80,8%. Επίσης το ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι πάσχουν από κατάθλιψη είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών.» (Τούντας, Γ et al 2016:6).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό, ότι η υγεία των Ελλήνων πολιτών επηρεάστηκε βαθύτατα απο την οικονομική κρίση, γεγονός που επηρέασε την ποιότητα ζωής ενός μεγάλου ποσοστού του πληθυσμού. Οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν, επηρέασαν την ψυχική και σωματική υγεία των ατόμων, προκάλεσαν αύξηση όλων των δεικτών παιδικής θνησιμότητας, όξυνση των ψυχικών παθήσεων και ιδιαιτέρως της κατάθλιψης, καθώς και αύξηση των αυτοκτονιών, ενώ παράλληλα παρατηρήθηκε αύξηση σε διάφορα λοιμώδη νοσήματα. Παράλληλα, δημιούργησαν δυσκολίες πρόσβασης στο ΕΣΥ κυρίως για τα χαμηλά και τα μεσαία εισοδηματικά στρώματα.

Ενόψει των ανωτέρω, συμπεραίνεται ότι η υγεία έπαψε να αποτελεί κοινωνικό κεκτημένο και απέκτησε χαρακτηριστικά ατομικής αγοραίας υπηρεσίας. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις και οι δομικές αλλαγές που υποχρεώθηκε να προβεί το ΕΣΥ στο πλαίσιο των μνημονιακών συμφωνιών.

3.2 Μεταρρυθμίσεις και ανασυγκρότηση του ΕΣΥ

Το 2011, έχουμε μια ρηξικέλευθη αλλαγή για τα ασφαλιστικά ταμεία της Ελλάδας. Με το νόμο 3918/2011, ιδρύεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Έτσι λοιπόν λαμβάνει χώρα η συγχώνευση πλήθους ταμείων, με τον ΕΟΠΥΥ να αντικαθιστά τα προϋπάρχοντα ταμεία και τα δίκτυα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας,. Ο βασικός στόχος της ίδρυσής του ΕΟΠΥΥ, ήταν η δημιουργία ενός ενιαίου φορέα που θα

συγκέντρωνε όλους τους οικονομικούς πόρους του υγειονομικού τομέα, εξασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο την ορθολογική κατανομή τους. Η λειτουργία του γίνεται υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας, το οποίο έχει τη δύναμη να δεσμεύσει και να ελέγξει το λογαριασμό του ταμείου. Στον ΕΟΠΥΥ είναι συμβεβλημένοι και ιδιωτικοί πάροχοι, όπως διαγνωστικά κέντρα και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Βασικό χαρακτηριστικό του ενοποιημένου πακέτου είναι η μείωση των παροχών που δικαιούνται οι ασφαλισμένοι. Για παράδειγμα, εξετάσεις με υψηλό κόστος που στο παρελθόν μπορούσαν να καλυφθούν από τα ασφαλιστικά ταμεία ακόμη και εν μέρει, - όπως για παράδειγμα η PCR - αφαιρέθηκαν από το πακέτο παροχών του ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον, τέθηκαν περιορισμοί στις παροχές σε σχέση με τον τοκετό, την αεροθεραπεία, τη βάλανο θεραπεία, τη θαλασσαιμία, τη λογοθεραπεία και τις θεραπείες των νεφροπαθών, (Οικονομου, Χ,2015:53).

Επιπροσθέτως, το 2011, οι χρεώσεις χρηστών σε δημόσια νοσοκομεία και ιατρεία εξωτερικών ιατρείων σημείωσαν αύξηση από 3 σε 5 ευρώ. Το 2013, οι αποπληρωμές για φαρμακευτικά προϊόντα ασθενειών όπως το Αλτσχάϊμερ, η άνοια, η επιληψία και ο διαβήτης τύπου 2, υπέστησαν αύξηση από 0% έως 10%. Ενώ ασθένειες, όπως είναι η στεφανιαία νόσος, η υπερλιπιδαιμία, η ψωριασική και ρευματοειδής αρθρίτιδα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η οστεοπόρωση, η Paget's, η νόσος του Crohn και η κίρρωση του ήπατος σημείωσαν αύξηση 10-25%. Επιπλέον, παρατηρήθηκε σοβαρό πρόβλημα στην πρόσβαση σε φάρμακα υψηλού κόστους όπως αυτά για τον καρκίνο, κυρίως λόγω καθυστερήσεων ή προβλημάτων στην αλυσίδα εφοδιασμού, (Οικονομου, Χ,2015:60).

Τον Ιανουάριο του 2014 επιχειρήθηκε να οριστεί αντίτιμο για την είσοδο στα κρατικά νοσοκομεία που θα άγγιζε τα 25€. Ωστόσο, ύστερα από έντονες αντιδράσεις, το υπουργείο υποχρεώθηκε στην ανάκληση του. Το Φεβρουάριο του 2014, το ελληνικό κοινοβούλιο ψήφισε νέο διάταγμα που αφορούσε την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη. Δημιούργησε το Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Υγείας (ΠΕΔΥ) που με τη σειρά του συντονιζόταν από τις Υγειονομικές περιφέρειες. Ο ΕΟΠΥΥ πλέον λειτουργεί μόνον ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας, ενώ οι μονάδες του ΠΕΔΥ λαμβάνουν υπό την δικαιοδοσία τους τα κέντρα υγείας και τους συμβεβλημένους παρόχους, δηλαδή τις δημόσιες δομές παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Το συγκεκριμένο γεγονός, σηματοδότησε την μετακίνηση υγειονομικού, οικονομικού και διοικητικού προσωπικού από τοπικές μονάδες του ΕΟΠΥΥ στις υγειονομικές περιφέρειες.

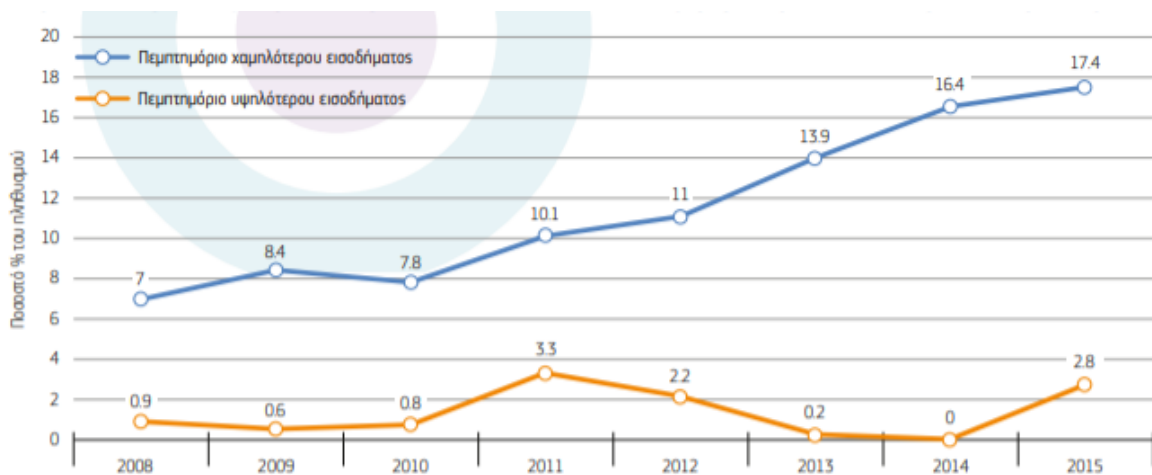
Το πρώτο άρθρο του νόμου ορίζει ότι:

«Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης παρέχονται σε όλους τους πολίτες εξίσου, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και εργασιακή τους κατάσταση, μέσω ενός καθολικού, ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου δικτύου.» (Νόμος 4238 της 17ης Φεβρουαρίου 2014).

Οι αλλαγές είχαν ως πρωταρχικό στόχο τη λειτουργία των δομών καθ' όλη την διάρκεια του χρόνου δηλαδή επί 24ώρου βάσεως για επτά ημέρες την εβδομάδα. Επιπλέον, το νέο νομοθέτημα προέβλεπε τη δημιουργία συστήματος παραπομπής στον οικογενειακό γιατρό. Ωστόσο, το ΕΣΥ, ακόμα και σήμερα δεν έχει καταφέρει να ενσωματώσει τη συγκεκριμένη θεσμική αλλαγή στο σύστημά του. Αν και η προαναφερθείσα νομοθεσία αναμενόταν να έχει θετικά αποτελέσματα, η αργή υλοποίηση της και η υποστελέχωση αρκετών δομών δεν κατάφερε να αμβλύνει ιδιαίτερα τα προβλήματα του ΕΣΥ.

Τα περισσότερα από τα μέτρα που τέθηκαν σε εφαρμογή ήταν οριζόντια, με αποτέλεσμα να μετακυλήσουν τα υψηλότερα οικονομικά βάρη στους λιγότερο εύπορους. Οι επιπτώσεις, κυρίως σε νοικοκυριά μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος που δεν διέθεταν το εισόδημα για να αγοράσουν ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας ήταν ιδιαίτερα ζημιογόνες. Το ποσοστό του πληθυσμού που αναφέρει ότι οι ανάγκες του για υγειονομική περίθαλψη δεν ικανοποιούνται λόγω υψηλού κόστους, υπερδιπλασιάστηκε την περίοδο 2010 και 2015 (από 4,2% σε 10,9%), ενώ ιδιαίτερα υψηλές ήταν οι ανισότητες που εντοπίστηκαν σε ότι αφορά στην πρόσβαση στις δομές. Όπως παρατηρείται στο επόμενο σχεδιάγραμμα, το φτωχότερο πεμπτημόριο έφτασε στο 17,4% το 2015, το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ, ενώ ο μέσος όρος ήταν μόλις 4,1%. (OECD, European observatory on health systems and policies, Ελλάδα προφίλ υγείας 2017:11)

Σχεδιάγραμμα 3. Ανισότητες πρόσβασης στον τομέα της υγείας.



Πηγή: Προφίλ Υγείας 2017 Ελλάδας, European observatory on health systems and policies, OECD)

Το 2016 ψηφίστηκε ο νόμος 4387. Με βάση το συγκεκριμένο νομοθέτημα, το Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Αλληλεγγύης ενέταξε υπό τη δικαιοδοσία του τον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ). Ο ΕΦΚΑ αποτελεί προϊόν ενοποίησης όλων των προϋπάρχοντων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, στο οποίο πλέον κατατίθενται οι ασφαλιστικές εισφορές. Επί της ουσίας, ο ΕΦΚΑ λειτουργεί σαν μεσάζοντας, συλλέγοντας τις εισφορές από τα ασφαλιστικά ταμεία τις οποίες στη συνέχεια κατανέμει στον ΕΟΠΥΥ. Ο συγκεκριμένος φορέας συνεχίζει να λειτουργεί ως συγκεντρωτικός μηχανισμός οικονομικών πόρων καλύπτοντας μέρος των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, σύμφωνα με την έρευνα των Τούντας, Γ. *et al.*, επισημαίνεται ότι ακόμα και μετά τη μεταρρύθμιση των ασφαλιστικών ταμείων εντοπίζονται σημαντικά προβλήματα.

Πιο συγκεκριμένα παρατηρούν ότι:

«Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ υπό την υβριδική μορφή του πληρωτή-διαμεσολαβητή που συγκεντρώνει τις εισφορές και αποζημιώνει μέρος των υπηρεσιών, αναπαράγει και διαιωνίζει τη λειτουργία της προηγούμενης κατάστασης.» Τούντας *et al.*, 2020:189

Η ενίσχυση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτέλεσε κομβικό σημείο στην ανασυγκρότηση του ΕΣΥ. Το 2017 ξεκίνησε ένα νέο σχέδιο που στόχευε την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Έχουμε τη δημιουργία των Τοπικών Μονάδων Υγείας (ΤΟΜΥ), σκοπός των οποίων είναι να παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες φροντίδας στον πληθυσμό ευθύνης τους. Με την δημιουργία τους, η πολιτεία στόχευε στη βελτίωση της προσβασιμότητας και στη συνέχεια της φροντίδας υγείας, δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Υγείας (ΕΠΥ), η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας από το 2017 και μετά, προχώρησε με σχετικά ικανοποιητικούς ρυθμούς, με λίγο περισσότερες από τις μισές (127) μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας να

λειτουργούν το καλοκαίρι του 2019. Οι συγκεκριμένες δομές, επικεντρώνονται στη παροχή βασικών υπηρεσιών πρόληψης, στη πρωτοβάθμια φροντίδα και σε ορισμένες εξειδικευμένες υπηρεσίες (European Observatory, προφίλ υγείας της Ελλάδας 2019:22).

Τον Αύγουστο του 2018, παρά τη λήξη του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής, οι οικονομικοί δείκτες της Ελλάδας συνέχισαν να βρίσκονται υπό τη στενή επιτήρηση της ΕΕ. Ομοίως συνέβη και στις δαπάνες για την υγεία, οι οποίες συνέχισαν να υπόκεινται σε δημοσιονομικούς περιορισμούς. Ακολούθως, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, κυρίως υπό τη μορφή πληρωμών των νοικοκυριών, εξακολουθούν να είναι πολύ υψηλές. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το ένα τρίτο της υγειονομικής περίθαλψης να πληρώνεται απευθείας από το προσωπικό εισόδημα των πολιτών.

Παρόλες τις νέες μεταρρυθμιστικές προσαρμογές, το ΕΣΥ ακόμα και σήμερα, αδυνατεί να αντιμετωπίσει τις αυξημένες ανάγκες και τις σύγχρονες προκλήσεις. Οι βασικές αιτίες για αυτή τη συνθήκη φαίνεται να είναι η υποχρηματοδότηση, η υποστελέχωση, η κακοδιοίκηση καθώς και η ανορθολογική κατανομή των υφιστάμενων υλικών και ανθρώπινων πόρων, με αποτέλεσμα να υπάρχει διεύρυνση των ανισοτήτων και αύξηση στις ανικανοποίητες υγειονομικές ανάγκες.

Σύμφωνα με την έρευνα των *Τούντας, Γ. et al.*:

«Το ΕΣΥ συνεχίζει να χαρακτηρίζεται από: (α) απουσία οργανωμένης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), (β) έλλειψη σύγχρονων μονάδων περίθαλψης (νοσηλεία στο σπίτι, μονάδες ημερήσιας νοσηλείας, κέντρα αποκατάστασης, μονάδες χρονίως πασχόντων, (γ) περιορισμένη χρήση νέων τεχνολογιών, καθώς και από πολλούς άλλους παράγοντες που συμβάλλουν στη διαιώνιση των παθογενειών του.» (*Τούντας, Γ. et al.* 2020:7)

Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας υπήρξε διαχρονικά μια μεγάλη πρόκληση. Ωστόσο, από την έλευση της κρίσης και έπειτα, η δυνατότητα πρόσβασης μειώθηκε σημαντικά μεταξύ την περίοδο 2009 με 2016. Η μείωση που επήλθε στα εισοδήματα των νοικοκυριών εξέθεσε μια σειρά ευπαθειών μέσω της αλληλεπίδρασης των νοικοκυριών με τον τομέα της υγείας. Η απώλεια υγειονομικής κάλυψης για τους ανέργους και τους αυτοαπασχολούμενους που δεν είχαν την δυνατότητα να πληρώσουν τις εισφορές τους κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου αυξήθηκε έντονα.

Στο επόμενο κεφάλαιο, παρουσιάζεται το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο που υιοθετήθηκε για την αντιμετώπιση της δραματικής αύξησης των ανασφάλιστων πολιτών, που κατά τη περίοδο της κρίσης άγγιξαν τους 2,5 εκατομμύρια .

Κεφάλαιο τέταρτο

4. Ανασφάλιστοι και δυσκολίες πρόσβασης στο ΕΣΥ

Μετά το 2009, εκτιμάται ότι στην Ελλάδα περίπου 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι (Ζυγά και συν., 2017:552) ήταν ανασφάλιστοι. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται κυρίως :

- Οι μετανάστες
- Τα άτομα που ήταν σε καθεστώς ανεργίας για περισσότερα από δύο χρόνια
- Πολίτες με χρέη προς ασφαλιστικούς φορείς,
- Οι μη έχοντες νομιμοποιητικά έγγραφα διαμονής και μέλη ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.
- Όλα τα εξαρτώμενα μέλη των παραπάνω ομάδων

Στον παρακάτω πίνακα παρατηρούνται οι αριθμοί των ανασφάλιστων ανά ταμείο σύμφωνα με τον ΕΟΠΥΥ.

Πίνακας 6, Ανασφάλιστοι ανά ταμείο

TAMEIO	ΑΡΙΘΜΟΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΙΚΑ	1.989.749	78.8
ΟΓΑ	161.326	5.4
ΟΑΕΕ	160.357	5.4
ΔΗΜΟΣΙΟ	68.882	2.7
ΕΤΑΑ ΜΗΧ. Κ ΕΡΓ/ΠΤΩΝ ΔΗΜ.ΕΡΓΩΝ	36.329	1.4
ΕΤΑΑ ΑΥΤ.ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ	29.150	1.2
NAT	28.843	1.1
ΧΩΡΙΣ ΚΑΤΑΤΑΞΗ	49.257	2
ΣΥΝΟΛΟ	2.524.243	100

Πηγή: ΑΤΛΑΣ-ΕΟΠΥΥ

4.1 Οι κυριότερες ομάδες ανασφάλιστων

Όπως έχει προαναφερθεί, η επιδείνωση στην αγορά εργασίας υπήρξε ραγδαία, λόγω της συνεχιζόμενης και παρατεταμένης ύφεσης. Έτσι λοιπόν, ο χάρτης της αγοράς εργασίας άλλαξε, με έντονα αρνητικές επιπτώσεις στην απασχόληση. Στην Ελλάδα, η πρόσβαση στο σύστημα υγείας συνδέεται με το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Ακολουθώντας, ο τρόπος συγκρότησης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης συνδέεται με τη μισθωτή εργασία. Συνέπεια αυτού, ήταν πολλοί άνεργοι να παραμένουν ανασφάλιστοι μιας και δεν μπορούσαν να εξασφαλίσουν τις απαραίτητες προϋποθέσεις για ασφαλιστική κάλυψη. Με αυτό τον τρόπο, πολίτες που δεν άνηκαν σε κάποια ευπαθή ομάδα πληθυσμού, βρέθηκαν ξαφνικά σε δεινή θέση.

Αντιστοίχως, οι κοινωνικές ομάδες που ανήκαν στις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, κατά τη διάρκεια της κρίσης αλλά και μετά από αυτήν, ήρθαν αντιμέτωπες με δυσβάσταχτες δυσκολίες. Οι ομάδες των μεταναστών, των Ρομά, και κυρίως των μακροχρόνια ασθενών, με προεξάρχουσα ομάδα εκείνη των καρκινοπαθών που ανήκουν στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα, συνάντησαν σημαντικά εμπόδια ως προς την πρόσβαση τους στο σύστημα υγείας. Ακολουθεί αναφορά στις συγκεκριμένες ομάδες προκειμένου να περιγράψουν οι συνθήκες και οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν σε ότι αφορά στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας.

Καρκινοπαθείς, χρόνια πάσχοντες

Ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα που ανέκυψε ήταν η περίθαλψη των ανασφάλιστων καρκινοπαθών, λόγω της αδυναμίας πρόσβασης τους, στο δημόσιο σύστημα υγείας. Σύμφωνα με το νομικό πλαίσιο της συγκεκριμένης περιόδου, τα νοσοκομεία και τα φαρμακεία ήταν υποχρεωμένα να ζητούν πληρωμή σε μετρητά για την αγορά φαρμάκων. Το φαρμακευτικό κόστος για τον καρκίνο ανέρχεται σε δεκάδες χιλιάδες ευρώ, ποσά που ήταν αδύνατο να πληρώσει η πλειοψηφία των ασθενών. Εάν το κόστος των φαρμάκων δεν μπορούσε να αποπληρωθεί στο νοσοκομείο, τότε η διοίκηση του νοσοκομείου το μετακυλούσε στην εφορία. Επιπροσθέτως, οι ογκολογικές κλινικές είναι κυρίως εγκατεστημένες στα μεγάλα αστικά κέντρα, με αποτέλεσμα να έχουμε τη δημιουργία ασθενών δυο ταχυτήτων, αφού μόνο ορισμένοι πολίτες είχαν τη δυνατότητα να καλύψουν το κόστος ταξιδιού και διαμονής.

Αξιοσημείωτο ήταν το γεγονός ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες λόγω των μεγάλων καθυστερήσεων στις πληρωμές από πλευράς δημοσίου, είχαν σταματήσει να προμηθεύουν τα νοσοκομεία και τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ. Αποτέλεσμα αυτού, ήταν να παρατηρούνται σημαντικές ελλείψεις. Έτσι λοιπόν, έστω και όταν οι ασθενείς μπορούσαν να παραγγείλουν τα φάρμακα από τα φαρμακεία, το υπέρογκο κόστος καθιστούσε κάτι τέτοιο ανέφικτο. Ένα ακόμα φλέγον ζήτημα ήταν ο μεγάλος χρόνος αναμονής των καρκινοπαθών για τη λήψη της θεραπείας τους. Πιο συγκεκριμένα, ο μέσος χρόνος αναμονής για μια επέμβαση έφτανε τους οκτώ μήνες, ενώ το αντίστοιχο διάστημα για τις ακτινοθεραπείες άγγιζε τους τρεις μήνες. Μεταξύ 2010 και 2012, σημειώθηκε σημαντική αύξηση στο χρόνο αναμονής ακόμα και για μια απλή επίσκεψη σε κάποια δημόσια ογκολογική κλινική. Όπως είναι φυσικό, άμεση συνέπεια ήταν η ψυχική και σωματική εξουθένωση τόσο των ασθενών όσο και των οικείων τους.

Η οικονομική δυσχέρεια επιβάρυνε ιδιαίτερως την θεραπεία των χρόνια πασχόντων και ειδικά των ανασφάλιστων. Για παράδειγμα, πολλοί διαβητικοί, προκειμένου να ανταπεξέλθουν οικονομικά δεν ακολούθησαν πολυέξοδες θεραπείες ή αναγκάστηκαν σε μείωση των δόσεων των φαρμάκων. Πιο συγκεκριμένα, το 46,42% των ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) ή άσθμα, έπαψε κάθε αγωγή, μείωσε τις δόσεις ή χρησιμοποίησε υποκατάστατα. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 51,8% των ασθενών με δυσλιπιδαιμία κατάφερε να λάβει την αγωγή του, (Οικονόμου Χ, 2015:78).

Σε έρευνα του 2013 που αφορούσε τους χρόνια πάσχοντες, από τους 1594 που απάντησαν, βρέθηκε ότι το 7,8% των νοικοκυριών με τουλάχιστον έναν πάσχοντα, είχε καταστραφεί οικονομικά στην προσπάθεια του να καλύψει τα υπέρογκα ιατρικά έξοδα. Το αντίστοιχο ποσοστό άγγιζε το 3,6% το 2010. Το ποσοστό των ασθενών που αντιμετώπισε οικονομική καταστροφή λόγω των εξόδων της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αυξάνεται γραμμικά ως εξής: για ασθενείς με Αλτσχάιμερ, το ποσοστό άλλαξε από 6,2% το 2010 σε 11,4% το 2013, για ασθενείς με ΧΑΠ το αντίστοιχο αυξήθηκε από 2,9% σε 8,7%, για τους διαβητικούς ασθενείς από 3,4% σε 7,1% και για ασθενείς με υπέρταση από 1,7% σε 4,2%. Όπως είναι φανερό, για το έτος 2013, τα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αποτέλεσαν λόγο οικονομικής καταστροφής για το 4,6% όλων των παραπάνω κατηγοριών, (Οικονόμου Χ, 2015:80).

Μετανάστες

Οι μετανάστες, οι αιτούντες άσυλο και οι πρόσφυγες στην Ελλάδα, έρχονται αντιμετώπι με πλήθος νομικών και διοικητικών εμποδίων προκειμένου να αποκτήσουν άδεια παραμονής και να λάβουν το δικαίωμα απόκτησης ταυτοποιητικών εγγράφων. Συγχρόνως, η πλειοψηφία των μεταναστών, έχει ελλιπή ενημέρωση σχετικά με τα δικαιώματα και την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες (επιδόματα, βοηθήματα κτλ.). Επιπρόσθετα, η αδυναμία τους να συνεννοηθούν στην ελληνική γλώσσα δημιούργησε προβλήματα που κατέστησαν την επικοινωνία με τους γιατρούς δύσκολη ή ακόμα και αναποτελεσματική. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι ορισμένοι επαγγελματίες υγείας λειτουργούν με στερεότυπα και μεροληψίες, που εκ των πραγμάτων εντείνει τις δυσχέρειες στην πρόσβαση, αλλά και την επιφυλακτικότητα των μεταναστών απέναντι στη λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών.

Σύμφωνα με έρευνα της Cuarda (2011), η Ελλάδα από τα 27 κράτη-μέλη, κατατάσσόταν στις χώρες που παρείχαν ελάχιστα δικαιώματα πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες του ΕΣΥ για τους μετανάστες που δεν κατείχαν νομιμοποιητικά έγγραφα, ενώ οι

υπηρεσίες που προσφέρονταν αφορούσαν μόνο τις περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών, (Αδαμ,Σ & Τελώνη, Δ(2015): 17).

Ρομά

Οι Ρομά, αποτελούν μια κοινωνική ομάδα που διαχρονικά αντιμετωπίζει προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με την μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) το 2013 το 77% των Ρομά ήταν απολύτως ανασφάλιστοι. Επομένως, σε περίπτωση ανάγκης για συστηματική περίθαλψη ήταν σχεδόν αδύνατο να καλύψουν οι ίδιοι τα out of pocket έξοδα. Επίσης, το 78% ανέφερε ότι δεν έκανε κανένα εμβόλιο, ενώ το 13% των παιδιών Ρομά δεν είχαν καν βιβλιάριο εμβολιασμού. Είναι άξιο αναφοράς, ότι η αναφερόμενη κάλυψη με δύο δόσεις εμβολιασμού για ιλαρά, παρωτίτιδα και ερυθρά, στα παιδιά των Ρομά έφτανε μόνο στο 8,7%. Από την άλλη πλευρά, τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονταν στο 83% στο γενικό πληθυσμό, στο 86% σε παιδιά που δεν ανήκαν σε κάποια συγκεκριμένη κατηγορία και σε 75% στα παιδιά μεταναστών. (Οικονομου et al,2014:110)

Οι διακρίσεις, η κοινωνική περιθωριοποίηση και το χαμηλό κοινωνικό προφίλ των Ρομά, σε συγκερασμό με τις προαναφερθείσες συνθήκες, κατέστησαν δύσκολη την πρόσβαση τους στις δομές υγείας. Η έλλειψη στοχευμένης πληροφόρησης, η περιορισμένη πρόσβαση σε ποιοτική φροντίδα, καθώς και η έκθεση σε υψηλότερους κινδύνους υγείας, καθιστούν τους Ρομά μια κοινωνική ομάδα ιδιαίτερα εκτεθειμένη στις υγειονομικές προκλήσεις. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ασθένειες όπως η φυματίωση, η ιλαρά και ηπατίτιδα επηρεάζουν κυρίως τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα στα οποία ανήκει η πλειοψηφία των Ρομά.

Κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης περιόδου, υψηλό ποσοστό των ανασφάλιστων στράφηκε στην εκκλησία, που είναι υπεύθυνη για τη λειτουργία γηριατρικών μονάδων καθώς και ιδρυμάτων με προσήλωση στις ανίατες και τις ψυχιατρικές ασθένειες. Επίσης, πάροχοι πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας κατέστησαν οι Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο), καθώς και τα κοινωνικά ιατρεία (στα οποία θα γίνει ιδιαίτερη μνεία παρακάτω). Πριν το ξέσπασμα της κρίσης, πολλές ΜΚΟ δραστηριοποιούνταν κυρίως στην ενημέρωση και χρηματοδότηση προγραμμάτων πρόληψης ασθενειών όπως είναι ο HIV-AIDS και των ορισμένων χρόνιων νοσημάτων. Συγχρόνως, πολλές από αυτές λειτουργούσαν υποστηρικτικά σε άτομα με ανίατες ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων και των ατόμων τρίτης ηλικίας. Το κοινό που απευθυνόταν στις ΜΚΟ ήταν κυρίως μετανάστες, η σκιά της κρίσης όμως, μετά το 2011, ήταν τόσο έντονη που ένα μεγάλο ποσοστό Ελλήνων ζήτησε

βοήθεια από τις συγκεκριμένες δομές. Η αυξημένη ζήτηση από τους Έλληνες πολίτες οδήγησε ορισμένες ΜΚΟ να αναπτύξουν μια σειρά δραστηριοτήτων και προγραμμάτων, με σκοπό να παρέχουν εκτός από υπηρεσίες υγείας και ένα ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών κοινωνικής μέριμνας, (κοιτώνες για άστεγους, διανομή τροφίμων, πρόγραμμα φροντίδας ηλικιωμένων κ.λπ.) που μέχρι πρόσφατα δεν ενέπιπταν στις αρμοδιότητες τους.

Ενδεικτικά αναφέρουμε, πως η οργάνωση “Γιατροί του Κόσμου”, προχώρησε στη δημιουργία δύο νέων πολυκλινικών.. Η μία κλινική λειτούργησε στο Πέραμα Αττικής, το 2009, μια περιοχή χαμηλού εισοδήματος και μια στην Πάτρα το 2012. Επιπλέον, εισήγαγαν ένα πρόγραμμα εμβολιασμού για παιδιά ανασφάλιστων Ελλήνων πολιτών αποκλειστικά στην περιοχή του Περάματος, εμβολιάζοντας το 2012, 880 παιδιά. Επίσης, από τον Φεβρουάριο του 2014 έως και τον Ιούνιο του 2015, εμβολιάστηκαν συνολικά 15.303 άτομα, στη συντριπτική πλειονότητά τους παιδιά ανασφάλιστων πολιτών (iEfimerida:Γιατροί του κόσμου: Χωρίς εμβόλια πάνω από 250.000 παιδιά λόγω οικονομικής κρίσης)

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήγαγαν σε επτά ευρωπαϊκές χώρες οι “Γιατροί του Κόσμου”, παρατηρήθηκε ότι περίπου οι μισοί (49,3%) εκ των ασθενών που απευθύνθηκαν στις τέσσερις ελληνικές κλινικές το 2012 ήταν Έλληνες υπήκοοι. Στο Πέραμα, το ποσοστό αυτό έφτανε το 88%, στη Θεσσαλονίκη 52,1% και στην Αθήνα 11,8% αντίστοιχα, (Οικονομου et al,2014:105). Το 2007 πριν από την οικονομική αναταραχή, το ποσοστό των Ελλήνων που επισκέπτονταν τις πολυκλινικές δεν ξεπερνούσε το 3-4% (Kentikelenis, A et al, 2011) , ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στην Αθήνα δεν ξεπερνούσε το 1%.

Τον Φεβρουάριο του 2012, δημιουργήθηκε το Ιατρείο Κοινωνικής Αποστολής, μια δομή που αποτελούσε μια συνεργασία μεταξύ της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών και του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών. Πιο συγκεκριμένα, σκοπός του συγκεκριμένου φορέα ήταν η στήριξη των πολιτών που ήταν αποκλεισμένοι από τις υπηρεσίες του Συστήματος Δημόσιας Υγείας. Μερικοί από τους λόγους που αποτέλεσαν βασικό έναυσμα για τη συγκρότηση του Ιατρείου είναι οι εξής:

- Δεκάδες χιλιάδες ανασφάλιστοι πολίτες που δεν είχαν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
- Ενδεικτικά, ένας στους 4 εργαζόμενους ήταν ανασφάλιστος.
- 150.000 μακροχρόνια ανασφάλιστοι του ΟΑΕΕ, ήταν αποκλεισμένοι από τις παροχές του συστήματος υγείας.
- Οι νέο-άστεγοι, πρώην έμποροι και επιχειρηματίες που αδυνατούσαν να καλύψουν ακόμα και τις βασικές καθημερινές ανάγκες τους, βρέθηκαν ξαφνικά να διαβιούν κυριολεκτικά στο δρόμο.

Σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι:

«Το 10% των περιστατικών που εξετάστηκαν πρωτοβάθμια στο Ιατρείο, έχρηζε νοσοκομειακής δευτεροβάθμιας ή και τριτοβάθμιας περίθαλψης, κυρίως χειρουργικής επέμβασης ή άλλης νοσηλείας, για την οποίαν όμως το κράτος δεν έχει καμία πρόνοια.» (Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών).

Ταυτοχρόνως, τονίζεται ότι το 86% των ανθρώπων που επισκέφθηκαν το Ιατρείο Κοινωνικής Αποστολής δήλωσαν ότι έχασαν την δυνατότητα ασφαλιστικής κάλυψης κατά την διάρκεια των ετών 2010, 2011, 2012. Η οργάνωση, προκειμένου να ανακουφίσει ένα μέρος των ανασφάλιστων, έφτιαξε ένα δίκτυο υποστήριξης αποτελούμενο από νοσοκομεία, με σκοπό να παρέχει φροντίδα σε όσους είχαν ανάγκη.

Τα λόγια του γενικού διευθυντή της ΜΚΟ «ΑΠΟΣΤΟΛΗ» Κωστή Δήμτσα, αποτυπώνουν την υγειονομική κρίση της συγκεκριμένης περιόδου:

«Είναι τουλάχιστον απαράδεκτο εν έτη 2012 να υπάρχουν εγκυμονούσες μητέρες που δεν έχουν εξεταστεί ποτέ, διαβητικοί που οδηγούνται σε ακρωτηριασμό ως τη μόνη πιο φθηνή θεραπευτική λύση του διαβήτη, παιδιά που είναι εκτεθειμένα στις παιδικές ασθένειες χωρίς εμβόλια».

Αντιμέτωπο με τις προαναφερθείσες συνθήκες, το Ελληνικό κράτος αναγκάστηκε να αναπροσαρμόσει το θεσμικό πλαίσιο των ανασφάλιστων. Παρακάτω εξετάζουμε τις ενέργειες στις οποίες προέβη ο κρατικός μηχανισμός και τον αντίκτυπο αυτών στους ανασφάλιστους.

4.2 Νομικές διατάξεις, προγράμματα και μεταρρυθμίσεις για τους ανασφάλιστους

Το ελληνικό κράτος στα πλαίσια της κοινωνικής προστασίας θέσπισε τον Ν. 57/1973 προκειμένου να παρέχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε όσους δεν είχαν ασφαλιστική κάλυψη, αλλά ούτε και την οικονομική δυνατότητα που θα τους επέτρεπε την πρόσβαση σε υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης. Το 2006, το Ελληνικό κράτος είχε θεσπίσει το “Βιβλιάριο Απορίας” με την Υπουργική απόφαση Νο. 139491 τις 30 Νοέμβρη του 2006 . Με το νόμο αυτό, το κράτος μεριμνούσε για τον ευάλωτο πληθυσμό των ανασφάλιστων παρέχοντας τους ελεύθερη πρόσβαση σε δημόσια νοσοκομεία και φαρμακεία. Οι προϋποθέσεις για το δικαίωμα χορήγησης του βιβλιαρίου απορίας ήταν η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης και το χαμηλό εισόδημα που ορίστηκε στα 6.000 ευρώ ετησίως ανά άτομο.

Το όριο των 6.000 ευρώ συμπεριλάμβανε και το τεκμαρτό εισόδημα, όπως αυτό μπορούσε να διαμορφωθεί αναλόγως με τα περιουσιακά στοιχεία του αιτούντος. Για παράδειγμα, αν ο πολίτης κατείχε ένα αυτοκίνητο ή μια οικία μπορούσε κάλλιστα να αποκλειστεί από το συγκεκριμένο καθεστώς ιατρικής προστασίας. Επιπροσθέτως, αποκλείονταν από το δικαίωμα χορήγησης βιβλιαρίου όσοι είχαν χρέη προς στα

ασφαλιστικά ταμεία. Το βιβλιάριο απορίας είχε ισχύ ένα χρόνο με δυνατότητα ανανέωσης σε όσους πληρούσαν τις προϋποθέσεις χορήγησής του. Ωστόσο, το ιδιαίτερα χαμηλό και ανελαστικό εισοδηματικό κριτήριο απέκλειε μεγάλο μέρος του πληθυσμού από τη χορήγησή του.

Το 2013, ο αριθμός των απασχολούμενων ήταν περίπου 3,5 εκατομμύρια άτομα ενώ ο αριθμός των ανέργων άγγιζε τα 1,3 εκατομμύρια. Όσοι ήταν άνεργοι για λιγότερο από 12 μήνες, είχαν δικαίωμα στην πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη έως και 1 έτος μετά την έναρξη της ανεργίας, με απαραίτητη προϋπόθεση όμως να διαθέτουν 50 εργάσιμες ημέρες το έτος πριν από την έναρξη της ανεργίας. Μετά τη λήξη του ενός έτους, ο ΟΑΕΔ παρείχε υγειονομική κάλυψη στις ακόλουθες τρεις περιπτώσεις:

1. Μακροχρόνια άνεργοι ηλικίας πάνω από 55 χρονών που έχουν συμπληρώσει το ελάχιστο 3000 ημέρες εργασίας (Άρθρο 10, Νόμος Νο. 2434/1996)

2. Μακροχρόνια άνεργοι ηλικίας 29-55 χρονών που έχουν συμπληρώσει 600 ημέρες εργασίας καλύπτονται μέχρι δύο χρόνια, που αυξάνονται ανά 100 ημέρες για κάθε χρόνο σε ηλικίες 30-54 (Παρ 4, Άρθρο 5, Νόμος Νο. 2768/1999).

3. Οι άνεργοι ηλικίας έως 29 ετών καλύπτονται για 6 μήνες με την προϋπόθεση να είναι εγγεγραμμένοι στον ΟΑΕΔ για τουλάχιστον 2 μήνες (Άρθρο 18, Νόμος Νο. 2639/1998)

Για όσους η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη δεν μπορούσε να καλυφθεί από τον ΟΑΕΔ, στρέφονταν στην πρόνοια του δήμου κατοικίας τους για την έκδοση του βιβλιαρίου απορίας. Είναι γεγονός ότι, ένα μεγάλο ποσοστό των ανασφάλιστων που δεν μπορούσε να καλυφθεί από τον ΟΑΕΔ στράφηκε στις υπηρεσίες πρόνοιας των δήμων. Η αύξηση του πληθυσμού που απευθύνεται στη πρόνοια του δήμου, η συγκέντρωση των αρμοδιοτήτων στους Δήμους-έδρες των πρώην Νομαρχιών λόγω Καλλικράτη, καθώς και η έλλειψη προσωπικού στις ήδη υποστελεχωμένες κοινωνικές υπηρεσίες του δήμου, είχε ως αποτέλεσμα την υπερφόρτωση ορισμένων υπηρεσιών και την συνεπακόλουθη μακροχρόνια καθυστέρηση στην έκδοση βιβλιαρίων απορίας-πρόνοιας. Κατά συνέπεια, ένα μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστων, ενώ είχε δικαίωμα στη παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σύμφωνα με τα κριτήρια που είχε θέσει ο νόμος 139491 /2006, παρέμενε αποκλεισμένο λόγω του γραφειοκρατικού φόρτου στις υπηρεσίες που ήταν υπεύθυνες για την έκδοση του βιβλιαρίου. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι, στο Δήμο Αθήνας η αναμονή μπορούσε να φτάσει και τους έξι μήνες.

Η πολιτεία, το 2013, σε μια προσπάθεια να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της πρόσβασης των ανασφάλιστων στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη προχώρησε στη θέσπιση του προγράμματος “Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης (ΕΕΠ)” ή αλλιώς Health

Voucher. Το πρόγραμμα αποσκοπούσε στη δωρεάν παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε πολίτες, και στα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, που είχαν απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα(και ήταν είτε άμεσα, είτε έμμεσα ασφαλισμένοι),

Για να ενταχθεί κάποιος στο πρόγραμμα είχε τεθεί ως ανώτατο εισοδηματικό όριο τα 12.000 ευρώ ανά άτομο ή τα 25.000 ευρώ εσόδων ανά οικογένεια. Το ΕΕΠ διακρινόταν σε γενικής κατηγορίας (ανά ηλικιακή κατηγορία και φύλο ωφελούμενου) και σε ΕΕΠ παρακολούθησης κύησης για τις εγκύους δικαιούχους του Προγράμματος. Τα κουπόνια υγείας (voucher) είχαν ισχύ τεσσάρων μηνών, χωρίς την δυνατότητα ανανέωσης, ενώ οι συνολικές επισκέψεις που επιτρέπονταν μέχρι τη λήξη του Health Voucher ήταν 3.

Στον Έλεγχο Παρακολούθηση της Κύησης, η έκδοση του Health Voucher στο 1ο τρίμηνο είχε διάρκεια 9 μήνες και οι συνολικές επισκέψεις μέχρι τη λήξη του voucher ήταν μέχρι 7 (1ο-3ο τρίμηνο). Η έκδοση Health Voucher στο 2ο τρίμηνο είχε διάρκεια 6 μήνες και οι συνολικές επισκέψεις μέχρι τη λήξη του voucher ήταν 5 (2ο-3ο τρίμηνο), ενώ αν η έκδοση Health Voucher γινόταν στο 3ο τρίμηνο είχε συνολική διάρκεια 3 μήνες και οι συνολικές επισκέψεις μέχρι τη λήξη του voucher ήταν τρεις. Όπως γίνεται αντιληπτό το πρόγραμμα με τους περιορισμούς που έθετε είχε αρκετές προβληματικές και δε κατάφερε να ανακουφίσει μεγάλο μέρος των ανασφάλιστων. Αρχικά, εκτιμήθηκε ότι το πρόγραμμα θα μπορούσε να καλύψει για την περίοδο 2013-2014 έως και 230.000 ανασφάλιστους πολίτες. Ωστόσο μέχρι τον Μάρτη του 2014 λιγότερα από 23.000 κουπόνια υγείας είχαν διανεμηθεί και οι αιτήσεις δεν ξεπερνούσαν τις 85.000, (Οικονόμου,Χ,2015:56).

Ο μικρός αριθμός κουπονιών υγείας που είχε διανεμηθεί και το περιορισμένο πεδίο κάλυψης που προσέφερε, αποτέλεσε βασική κριτική για την αποτελεσματικότητα του μέτρου. Συνέπεια αυτού, ήταν η άρση των περιορισμών χρήσης του. Από το Γενάρη του 2014 έγινε και η επέκταση του προγράμματος στους οκτώ μήνες (εννέα μήνες σε περιπτώσεις εγκυμοσύνης), ενώ οι περιορισμοί στους αριθμούς των επισκέψεων και των τεστ καταργήθηκαν στις αρχές του 2015. Το κράτος, υπό την πίεση των κοινωνικών συνθηκών, προχώρησε στη θέσπιση δύο κυβερνητικών αποφάσεων (No Υα/ΓΠ/οικ. 48985 στις 5 Ιουνίου 2014 και No ΓΠ/οικ 56432 στις 28 Ιουνίου του 2014), περί επέκτασης της κάλυψης υπηρεσιών υγείας προς ανασφάλιστους. Με αυτές τις αποφάσεις, δινόταν η δυνατότητα στους ανασφάλιστους ασθενείς να αιτηθούν προκειμένου να νοσηλευτούν σε ένα συγκεκριμένο ίδρυμα. Η διαδικασία που έπρεπε να ακολουθηθεί ήταν η εξής: αρχικά θα έπρεπε να έχουν ένα παραπεμπτικό από γιατρό της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης ή από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Στη συνέχεια έπρεπε να καταθέσουν το

αίτημα τους για εισαγωγή στην τριμελή επιτροπή του εκάστοτε νοσοκομείου. Μετέπειτα, η επιτροπή με τη σειρά της εξέταζε τις αιτήσεις των ασθενών και μετά προχωρούσε τις εισηγήσεις της προς το διοικητικό συμβούλιο προκειμένου να αποφασίσει για τις αιτήσεις που θα επιλεγούν ώστε να καλυφθεί το κόστος νοσηλείας τους από τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου.

Σύμφωνα με την έρευνα των Economou, Kaitelidou et al, επισημαίνεται ότι από την εφαρμογή αυτών των νομοθετικών ρυθμίσεων είχαν προκύψει ορισμένες βασικές δυσκολίες οι οποίες είναι οι εξής:

α) Το σύστημα παραπομπής είχε βασιστεί στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού ο οποίος όμως δεν είχε εφαρμοστεί ακόμη.

β) Υπήρχε ο κίνδυνος στιγματισμού δεδομένου ότι μια ειδική επιτροπή έπρεπε να πιστοποιεί την ανάγκη για νοσηλεία ανασφάλιστων ασθενών, αλλά όχι του ασφαλισμένου πληθυσμού.

γ) Οι ανασφάλιστοι έπρεπε να καταβάλουν τις ίδιες δαπάνες για τα φαρμακευτικά προϊόντα με εκείνα των ασφαλισμένων, γεγονός που είχε εξαιρετικά αρνητικές επιπτώσεις για εκείνους μιας και ήταν δεδομένο ότι βρίσκονταν σε δύσκολη οικονομική κατάσταση.

δ) Ιδιαίτερος σημαντικό ήταν το γεγονός, ότι η έλλειψη διευκρινήσεων από το Υπουργείο Υγείας είχε ως αποτέλεσμα να μην εφαρμόζονται με τον ίδιο τρόπο οι σχετικές νομοθετικές ρυθμίσεις και οι ασθενείς να αντιμετωπίζονται με διαφορετικό τρόπο από το εκάστοτε νοσοκομείο.

Οι παραπάνω νομοθετικές ρυθμίσεις, καθώς και η εφαρμογή των εκάστοτε διορθωτικών μέτρων δεν κατάφεραν να μειώσουν το πρόβλημα πρόσβασης ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού στις υγειονομικές υπηρεσίες. Οι επισφαλείς κοινωνικοοικονομικές συνθήκες οδήγησαν στην περαιτέρω επιδείνωση της υγειονομικής κρίσης. Με την εντεινόμενη αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού, η πολιτεία αναγκάστηκε να προχωρήσει στη θέσπιση του νόμου 4368/2016. Με βάση το συγκεκριμένο νομοθέτημα, όλοι οι πολίτες, Έλληνες και νόμιμα διαμένοντες αλλοδαποί κάτοχοι ΑΜΚΑ, δικαιούνταν πλήρη πρόσβαση σε όλες τις Δημόσιες Δομές Υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων. Η πρόσβαση πλέον δεν εξαρτάται από την γνωμοδότηση των επιτροπών και δεν βρίσκονταν υπό τον περιορισμό των εισοδηματικών κριτηρίων. Οι παροχές που δικαιούνταν οι ανασφάλιστοι από το δημόσιο σύστημα υγείας βάσει της νέας κανονιστικής ρύθμισης, ισούσαν με τις παροχές που δικαιούνταν οι ασφαλισμένοι, περιλαμβανομένων όλων των νοσηλευτικών και

διαγνωστικών υπηρεσιών, όπως και το δικαίωμα να προγραμματίσουν εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία και χειρουργεία, κ.α.

Με τη θέσπιση του νόμου 4368/2016, δόθηκε σε πλήθος ανασφάλιστων το δικαίωμα της πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, η χαμηλή χρηματοδότηση του συστήματος υγείας από το κράτος, καθώς και το κλείσιμο αρκετών νοσοκομείων και η υποστελέχωση τους, έχουν ως συνέπεια τα προβλήματα προσβασιμότητας να συνεχίζονται μέχρι και σήμερα. Ενδεικτικά, παρατηρούνται μεγάλες λίστες αναμονής τόσο για ένα απλό ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία μέχρι και σε χειρουργικές επεμβάσεις που χρήζουν άμεσης αντίδρασης από το σύστημα.

Στο παρόν κεφάλαιο, έγινε αναφορά στις θεσμικές προσαρμογές που υιοθέτησε το Ελληνικό κράτος, προκειμένου να αντιμετωπίσει το πρόβλημα της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο δημόσιο σύστημα υγείας. Στο επόμενο κεφάλαιο, θα γίνει παρουσίαση των υπηρεσιών υγείας που συγκροτήθηκαν από ενεργούς πολίτες. Πρόκειται για τα κοινωνικά ιατρεία που δημιουργήθηκαν εθελοντικά, βοηθώντας φτωχούς και ανασφάλιστους ασθενείς. Στις συγκεκριμένες κλινικές και κέντρα, οι ασθενείς ήταν κυρίως δέκτες υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, ενώ υπήρχαν βασικές ιατρικές ειδικότητες όπως είναι οι παιδίατροι, οι γυναικολόγοι και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Οι υπηρεσίες τους αποδείχθηκαν ιδιαίτερες σημαντικές γιατί συνέβαλαν στη διατήρηση της πρόσβασης των ευπαθών ομάδων σε ένα βασικό σύνολο ιατρικών υπηρεσιών.

Κεφάλαιο πέμπτο

5. Κοινωνικά Ιατρεία, δίκτυα Αλληλεγγύης

Στα προηγούμενα κεφάλαια έγινε εκτενής αναφορά στο σύνολο των πολιτών, κυρίως ανασφάλιστων, που δεν είχαν πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας, ένα πρόβλημα που η ψήφιση του νόμου 4368/2016, προσπάθησε να διορθώσει. Υπό το βάρος της κοινωνικοοικονομικής κρίσης, ένα εκτεταμένο κίνημα αλληλεγγύης κοινωνικών ιατρείων και φαρμακείων με χιλιάδες ειδικούς υγείας και άλλους εθελοντές κινητοποιήθηκε αυθόρμητα σε όλη την Ελλάδα. Τα πρώτα βήματα έγιναν το 2008, ωστόσο η ιδέα προσδιορίστηκε ενδελεχώς το καλοκαίρι του 2011 στην Αθήνα, ενώ το 2012 ξεκίνησε η μαζική εμφάνιση τους σε όλη την επικράτεια.

5.1 Διάρθρωση, οργανωτική δομή και χρηματοδότηση των κοινωνικών ιατρείων

Τα Κοινωνικά Ιατρεία και Φαρμακεία (ΚΙΦΑ), ξεκίνησαν την βασική δράση τους κατά τη διάρκεια της κρίσης, ενόσω το σύστημα υγείας βρισκόταν σε δεινή κατάσταση. Τα ΚΙΦΑ δεν είχαν ως μοναδικό στόχο την περίθαλψη των ασθενών αλλά και τη ψυχολογική υποστήριξη τους (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2009). Ως επί το πλείστον, οι συγκεκριμένες δομές εξυπηρετούσαν κυρίως ανέργους, άτομα με αναπηρία, τοξικοεξαρτημένους, άπορους, άστεγους και πολίτες με χαμηλό ακόμα και μηδενικό εισόδημα («Πρόσβαση των Ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας», 2016).

Τα περισσότερα κοινωνικά ιατρεία βρίσκονται στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν συγκροτήθηκαν αντίστοιχες δομές στην ηπειρωτική και νησιωτική ενδοχώρα. Ο παρακάτω χάρτης παρουσιάζει την κατανομή των κοινωνικών ιατρείων στην Ελλάδα, ενώ επισημαίνεται ότι η υψηλότερη συγκέντρωση εντοπίζεται στην Αττική.



Παρακάτω, στον πίνακα 7, βλέπουμε τη διάρθρωση των κοινωνικών ιατρείων. Η έρευνα έλαβε χώρα το χρονικό διάστημα 2014-2015. Σύμφωνα με τους E. Vlamvoudou et M. Kogevinas, εκείνη την περίοδο συνολικά υπήρχαν 92 κοινωνικά ιατρεία. Ενώ σύμφωνα με τη μελέτη του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ (Αδάμ,Σ &Τελώνη,Ε (2015):20) το έτος 2014 ήταν 72 τα κοινωνικά ιατρεία στην επικράτεια. Σε αυτό το σημείο αξίζει να επισημάνουμε ότι και οι δύο ερευνητικές ομάδες αναφέρουν αρκετές προβληματικές ως προς την ακριβή καταγραφή των κοινωνικών ιατρείων.

Στη παρούσα εργασία θα χρησιμοποιήσουμε τα αποτελέσματα και των δύο ερευνών, ανεξάρτητα από τις διαφοροποιήσεις που μπορεί να παρουσιάζουν.

Πίνακας 7. Η γεωγραφική κατανομή των κοινωνικών ιατρείων

Περιοχές	Αριθμός κλινικών	Ποσοστό
Αθήνα	38	41%
Μακεδονία	17	18%
Πελοπόννησος	10	11%
Αιγαίο	7	8%
Κεντρική Ελλάδα	6	7%
Κρήτη	5	5%

Θεσσαλία	4	4%
Ήπειρος -Ιόνια Νησιά	5	5%

Πηγή Evlampidou, I., & Kogevinas, M. (2019). Solidarity outpatient clinics in Greece: a survey of a massive social movement. *Gaceta sanitaria*). (ιδία διαμόρφωση),

Στον παρακάτω πίνακα σύμφωνα με την ίδια έρευνα, παρατηρούνται οι χρονιές που ξεκίνησαν να λειτουργούν τα περισσότερα από τα κοινωνικά ιατρεία. Παρατηρείται ακόμα ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των κοινωνικών ιατρείων δημιουργήθηκε το διάστημα 2012-2014, δηλαδή την χρονική περίοδο που οι συνέπειες της κρίσης είχαν αρχίσει να γίνονται έντονα αισθητές στην Ελληνική κοινωνία.

Πίνακας 8. Χρονολογία ίδρυσης ΚΙΦΑ

<2008	3	3,3%
2008-2011	11	12%
2012-2014	72	76%

Evlampidou, I., & Kogevinas, M. (2019). Solidarity outpatient clinics in Greece: a survey of a massive social movement. *Gaceta sanitaria* (ιδία διαμόρφωση),

Ο πίνακας 9 παρουσιάζει τον αριθμό των κοινωνικών ιατρείων που ιδρύθηκαν από τους πολίτες, τους δήμους, την εκκλησία και τους ιατρικούς συλλόγους.

Πίνακας 9. Φορείς συγκρότησης ΚΙΦΑ

Ομάδες πολιτών	39	43%
Δήμος	30	33%
Εκκλησία	11	12%
Ιατρικός Σύλλογος	7	8%
Άλλοι	3	3%

Evlampidou, I., & Kogevinas, M. (2019). Solidarity outpatient clinics in Greece: a survey of a massive social movement. *Gaceta sanitaria* (ιδία διαμόρφωση),

Ο πίνακας 9, φανερώνει το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των κοινωνικών ιατρείων είχε συγκροτηθεί εθελοντικά από πολίτες, ενώ υπάρχει και ένα σημαντικό ποσοστό που έχει δημιουργηθεί από θεσμικούς φορείς. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, ότι οι δράσεις όλων των φορέων είχαν ως κοινό παρονομαστή την παροχή βοήθειας σε ανθρώπους που είχαν αποκλειστεί από την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ωστόσο διαφοροποιούνταν σε ότι αφορά στις δράσεις υλοποίησής τους. Οι διαφορές εντοπίζονται τόσο στο ιδεολογικό υπόβαθρο, που συνδέεται με τη συγκρότησή τους, όσο και στον γενικότερο τρόπο λειτουργίας τους.

Οι θεσμικές δομές θεωρούσαν την κρίση ως βασική αιτία για την δεινή κατάσταση στην οποία είχε περιέλθει ο τομέας της υγείας. Για αυτό λοιπόν, δόθηκε έμφαση στο φιλανθρωπικό χαρακτήρα των δράσεων τους και υποτιμώντας τον αρνητικό αντίκτυπο των πολιτικών αποφάσεων που διαμόρφωσαν τον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Αντιθέτως, οι περισσότερες κινηματικές δομές έδωσαν ιδιαίτερη έμφαση στις πολιτικές διαχείρισης και στον τρόπο που εφαρμόστηκαν, γενικά και ειδικά, στο χώρο της υγείας. Η συγκεκριμένη διαφοροποίηση δεν αποτελεί απλώς μια εναλλακτική οπτική της σύγχρονης κοινωνικής συνθήκης, αλλά είναι δομικός παράγοντας που καταδεικνύει τον χαρακτήρα των κοινωνικών ιατρείων επηρεάζοντας πρακτικά την οργάνωσή και χρηματοδότησής τους.

Πίνακας 10. Κοινωνικά Ιατρεία

Κινηματικές πρωτοβουλίες	19
ΟΤΑ	5
Σύμπραξη	24
Εκκλησία	1
Δημοτική παράταξη	1
Συνδικαλιστικό όργανο ιατρών	4
Τρίτος τομέας	1
Επιστημονικός σύλλογος επαγγελματιών υγείας	1

Πηγή: (Αδάμ & Τελώνη (2015) :25) (idia διαμόρφωση),

Τα ΚΙΦΑ που είχαν δομηθεί από κινηματικές πρωτοβουλίες, είχαν οριζόντια δομή. Αυτό σημαίνει ότι όλοι είχαν δικαίωμα να εκφέρουν τη γνώμη τους, έχοντας ισότιμο μερίδιο ευθύνης και συμμετοχής. Δεν υπήρχαν κοινωνικές ομάδες και τάξεις που να καθορίζουν το κοινωνικό-οικονομικό υπόβαθρο κάποιου. Οποιαδήποτε ανάγκη και αν προέκυπτε, μπορούσε να συζητηθεί στις συναντήσεις του εκάστοτε συμβουλίου που πραγματοποιούνταν με ανοιχτή πρόσβαση στους μετέχοντες. Από τις γενικές συνελεύσεις φυσικά δεν απουσίαζαν οι ασθενείς και οι πολίτες, αποδεικνύοντας έτσι το σημαντικό ρόλο που όλοι διαδραματίζουν μέσα σε ένα κοινωνικό ιατρείο. («Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού-Παρουσίαση ιατρείου»).

Σε ότι αφορά στις πηγές χρηματοδότησης παρατηρούνται σοβαρές διαφοροποιήσεις μεταξύ των κινηματικών και των θεσμικών δομών. Όπως είναι φυσικό, με τα πολιτικοοικονομικά δεδομένα της χώρας, οι θεσμικοί και οι συν αυτό φορείς, είχαν ευκολότερη πρόσβαση σε χρηματοδοτήσεις είτε αυτές προέρχονταν από κρατικές ενισχύσεις είτε από συγχρηματοδοτούμενα Ευρωπαϊκά προγράμματα.

Αντίθετα, στις κινηματικές δομές εντοπίζονται αυστηρότερα κριτήρια για τη λήψη οικονομικής στήριξης μιας και το σύνολο των δομών αυτών αρνούνταν να δεχτούν χρηματοδότηση από κρατικούς φορείς, την ΕΕ, την εκκλησία, τα κόμματα και μεγάλες κερδοσκοπικές εταιρείες, θεωρώντας τους υπεύθυνους για τις πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν στο τομέα της υγείας. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση του Μητροπολιτικού Ιατρείου Ελληνικού που δεν δέχτηκε να παραλάβει ούτε το βραβείο που του αποδόθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο δηλώνοντας:

«Οι χιλιάδες ανασφάλιστοι νεκροί και ασθενείς στέκονται ανάμεσά μας και μας κοιτούν στα μάτια και δεν μας επιτρέπουν να δεχτούμε αυτό το βραβείο, είμαστε υποχρεωμένοι να γυρίσουμε την πλάτη μας στους πολιτικούς και τους θεσμούς, όπως το Ευρωπαϊκό κοινοβούλιο που εδώ και καιρό αντιμετωπίζουν την ανθρώπινη ζωή ως λογιστικά νούμερα.»

Τα ΚΙΦΑ μπορεί να μην δέχονταν χρηματοδότηση από θεσμικούς φορείς αλλά προτιμούσαν τη συνεισφορά σε είδος (χώρους, εξοπλισμό, αναλώσιμα, προσφορά υπηρεσιών). Η επιλογή των συγκεκριμένων τρόπων ενίσχυσης έγινε γιατί έτσι εκτιμούσαν ότι δεν θα υπήρχε καμία πιθανότητα υπόνοιας περί διαφθοράς. Επιπλέον, θεωρούσαν πως με αυτό τον τρόπο καθιστούσαν δυνατή την ενεργοποίηση όλο και μεγαλύτερου μέρους της κοινωνίας των πολιτών.

Εμείς θέλουμε οι πολίτες να γίνουνε κοινωνοί των προβλημάτων των ασθενών μας. Με αυτό τον τρόπο αντιλαμβάνονται το πρόβλημα καλύτερα, θα βγούνε αύριο μεθαύριο στην κοινωνία και θα το πούνε. Είναι πολλαπλασιαστής ισχύος. (Αδαμ, Τελώνη, 2015:47)

Σε ότι αφορά στα έξοδα των λειτουργικών δαπανών, καλύπτονταν συνήθως από εκδηλώσεις που οργανώνονταν από τις ίδιες τις δομές, καθώς και από δωρεές ατόμων που θεωρούσαν τη δημόσια υγεία ως αγαθό και υποστήριζαν τον αγώνα υπέρ της ελεύθερης πρόσβασης σε αυτή.

«Τα χρήματα προέρχονται κυρίως από δράσεις που οργανώνουν οι ίδιες, από πολίτες και συνδικάτα της Ελλάδας και του εξωτερικού και από τη συλλογικότητα «Αλληλεγγύη για Όλους» σε ένδειξη υποστήριξης του εγχειρήματος.» (Αδάμ, Τελώνη, 2015:45)

Ωστόσο πρέπει να αναφερθεί ότι υπήρχαν περιπτώσεις κινηματικών δομών που συνεργάζονταν με δήμους οι οποίοι διαφωνούσαν με την μνημονιακή κρατική πολιτική, εκδηλώνοντας συχνά την αντίθεσή τους στις πολιτικές των κυβερνήσεων. Οι κλινικές αλληλεγγύης επί της ουσίας, αποτέλεσαν ένα κοινωνικό κίνημα που ήταν προσανατολισμένο στη παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα, πρόσφεραν κάλυψη σε ζωτικής σημασίας ανάγκες, όπως είναι η ένδυση και η σίτιση. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι τα ΚΙΦΑ δεν είχαν την πρόθεση να υποκαταστήσουν το σύστημα υγείας αλλά θεωρούσαν ότι η παροχή υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί βασική μέριμνα της πολιτείας. Η βασική τους διεκδίκηση ήταν προσανατολισμένη σε θεσμικές, δομικές αναπροσαρμογές προκειμένου όλοι να έχουν ελεύθερη πρόσβαση στο σύστημα υγείας.

Παρακάτω παρατίθενται ποσοτικά δεδομένα που αναδεικνύουν τη σπουδαιότητα του έργου των κοινωνικών ιατρείων, μιας και με τις υπηρεσίες τους πρόσφεραν ανακούφιση σε πλήθος ανθρώπων που βάζονταν από την κρίση.

5.2 Το έργο των κοινωνικών ιατρείων και φαρμακείων

Τα ΚΙΦΑ μέσα από τη δράση τους στόχευαν κυρίως σε δύο παραμέτρους. Η πρώτη ήταν πολιτική, διαφωνώντας με τις κυβερνητικές πολιτικές προσπαθούσαν να πιέσουν την πολιτεία να προχωρήσει στη θεσμοθέτηση ανάλογων νόμων, ώστε να επιτραπεί η πρόσβαση των ανασφάλιστων στο ΕΣΥ. Η δεύτερη, εστίαζε στη παροχή υγειονομικής περίθαλψης χωρίς διακρίσεις και περιορισμούς με βάση το φύλο, την κοινωνική και οικονομική τάξη και την εθνική καταγωγή. Τα ΚΙΦΑ για να πραγματοποιήσουν τις διεκδικήσεις τους επιδίωκαν τη συνεχή ενημέρωση, ώστε να κινητοποιήσουν την αλληλεγγύη όσο το δυνατόν περισσότερων πολιτών. Επίσης προχωρούσαν σε κοινές δράσεις πανελλαδικά, συνεργαζόμενοι με άλλες

δομές, ώστε να καλύψουν στο μέτρο του δυνατού, ένα ευρύτερο φάσμα αναγκών, συγκαταλέγοντας με αυτό τον τρόπο μεγαλύτερη μερίδα ανθρώπων.

Όπως αναφέρεται από μέλος του κοινωνικού ιατρείου Ρεθύμνου (Εφημερίδα DayNight):

Τα κοινωνικά ιατρεία αποτέλεσαν ένα εγχείρημα στο οποίο όλοι οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονταν το δίκαιο του σκοπού, ενώ ακολούθως επισημαίνει:

Μιλάμε για μια εποχή που η νομοθεσία δεν επέτρεπε σε κανέναν χωρίς ασφάλεια να πάει στο Νοσοκομείο, να κάνει απλά πράγματα, ούτε να γεννήσει, να εμβολιάσει τα παιδιά του, να μπει για ένα τακτικό χειρουργείο.

Στη συνέχεια εξετάζονται οι κύριες δραστηριότητές τους, αναλύοντας το έργο, τον ρόλο και φυσικά τη μεγάλη συμβολή τους στον αγώνα υπέρ της δημόσιας υγείας. Η συμβολή των κοινωνικών ιατρείων στη παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ο καταλυτικός ρόλος που διαδραμάτισαν στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης διαφαίνεται και στους αριθμούς των επισκέψεων που έχουν καταγραφεί από τα ίδια τα ΚΙΦΑ.

Ενδεικτικά, το κοινωνικό ιατρείο της Νέας Ιωνίας ανέφερε (Κοινωνικό Ιατρείο Ν. Ιωνίας):

«Ήδη, στις πρώτες εβδομάδες λειτουργίας, το ιατρείο έχει δεχτεί πάνω από 250 επισκέψεις από ανθρώπους που δεν έχουν τη δυνατότητα να απευθυνθούν στο σύστημα, άνθρωποι παραγωγικής ηλικίας, άνεργοι, κυρίως με παθολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα».

Αντίστοιχα το κοινωνικό ιατρείο του Βύρωνα ανέφερε (Κοινωνικό Φαρμακείο Βύρωνα):

«Συνολικά τη τριετία 2012 με 2015 εξυπηρετήθηκαν 13.135 άτομα, με τις δανειακές συμβάσεις και τα μνημόνια να μας απειλούν άμεσοι και μεγάλοι κίνδυνοι. Αν δεν δυναμώσουμε τις αντιστάσεις μας, ακόμα και τα στοιχειώδη στον τομέα της υγείας θα σαρωθούν.»

Ακολούθως, η αντίστοιχη δομή της Θεσσαλονίκης επισήμανε (Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Θεσσαλονίκης):

«Λόγω της οικονομικής κρίσης και εξαιτίας των νομοθετικών ρυθμίσεων του Υπουργείου Υγείας αυξάνεται ραγδαία ο αριθμός των πολιτών που εξυπηρετεί το Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης. Μόνο το 1ο τρίμηνο λειτουργίας του ΚΙΑ εξυπηρετήθηκαν πάνω από 1000 συμπολίτες μας.»

Ενώ τονίζει:

«Η ζήτηση συνεχώς αυξάνεται δυστυχώς, και αυτό αποδεικνύει με τον πιο άμεσο τρόπο πως το Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης δεν μπορεί - ακόμη κι αν το ήθελε - να υποκαταστήσει το κράτος που αποσύρεται.»

Σε διάστημα λιγότερο των δύο χρόνων από τη ίδρυσή τους, έγινε ήδη αντιληπτό ότι η λειτουργία τους ήταν κομβικής σημασίας για το ευρύ σύνολο πληθυσμού που πλέον είχε

χάσει το δικαίωμα πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ενδεικτικοί είναι οι αριθμοί που παρουσιάστηκαν στη Παναττική συνάντηση των ΚΙΦΑ το 2013 και δίνουν ένα δείγμα της τότε πραγματικότητας (Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο). Συγκεκριμένα σε 6 μόνο από τα ΚΙΦΑ Αττικής, σύμφωνα με καταγεγραμμένα στοιχεία, είχαν πραγματοποιηθεί 20.303 ιατρικές επισκέψεις ασθενών, ενώ 179 γιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων, 44 οδοντίατροι, 35 φαρμακοποιοί καθώς πολλοί ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί παρείχαν εντελώς δωρεάν τις υπηρεσίες τους. Σημαντική ήταν και η προσφορά των 3 κοινωνικών οδοντιατρείων που λειτουργούσαν στην Αττική, όπου σε διάστημα ενός έτους είχαν πραγματοποιηθεί 3.072 οδοντιατρικές επισκέψεις.

Εξίσου, σημαντικό ρόλο στη παροχή πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αποτέλεσε και το κοινωνικό ιατρείο του Ελληνικού που δημιουργήθηκε το 2012. Λόγω του πολυπληθούς προσωπικού που το στελέχωνε, κατάφερε να εξυπηρετήσει ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων που δεν μπορούσαν να έχουν πρόσβαση στο ΕΣΥ λόγω οικονομικών δυσκολιών.

«Εξαιτίας του αποκλεισμού από την πρόσβαση, πολλών και πλέον ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, σε υπηρεσίες υγείας και με σκοπό την προστασία τους, συστάθηκε και λειτουργεί το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο» (*Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο*)

Οι επισκέψεις στο ιατρείο του Ελληνικού για παροχές πρωτοβάθμιας φροντίδας, φαρμακευτικής κάλυψης, βρεφικού γάλακτος και τροφής μόνο στα δύο πρώτα χρόνια λειτουργίας του είχαν ξεπεράσει τις 17.500. Ενδεικτικό του έργου αλλά και της κοινωνικής ανάγκης είναι ότι το Ιατρείο εξυπηρετούσε περισσότερους από χίλιους επισκέπτες μηνιαίως. Τα κοινωνικά ιατρεία όπως έχει προαναφερθεί, συγκροτήθηκαν με σκοπό να προσφέρουν πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η αδυναμία παροχής δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης συνέβαλε στη συνεργασία τους με άλλους φορείς και δομές προκειμένου να καταφέρουν να προσφέρουν ένα ευρύτερο φάσμα ιατρικών εξετάσεων. Λόγω των αυξημένων αναγκών, δημιουργήθηκε ένα δίκτυο αλληλεγγύης με συνεργαζόμενα εργαστήρια που προσέφεραν δωρεάν εργαστηριακό έλεγχο σε ανθρώπους που είχαν ανάγκη στήριξης.

Συγκεκριμένα, τα έτη 2012 και 2013 διενεργήθηκαν 2,331 εργαστηριακές εξετάσεις, ως ακολούθως: 749 απεικονιστικές, 193 καρδιολογικές, 503 οφθαλμολογικές και 886 αιματολογικές και μικροβιολογικές εξετάσεις. Οι παραπάνω συνεργασίες ήταν σύμφωνες με το θεσμικό πλαίσιο των Κοινωνικών Ιατρείων, ενώ αξίζει να επισημανθεί ότι τα ΚΙΦΑ, ασκούσαν συχνά πίεση σε δημόσια νοσοκομεία προκειμένου να περιθάλλουν εγκύους και άτομα με βαριά νοσήματα. Το παρακάτω απόσπασμα αναφέρεται σε μια παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε έξω από το νοσοκομείο “Αλεξάνδρα” (Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο):

«Στο πλαίσιο της διαμαρτυρίας που πραγματοποιήθηκε δεσμεύτηκε προφορικά, ότι το Νοσοκομείο θα δέχεται από εδώ και πέρα ανασφάλιστες εγκύους που θέλουν να γεννήσουν με ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ και ότι δεν θα υπάρχει πλέον οικονομική χρέωση σε αυτές που θα αποστέλλεται ως χρέος στην εφορία.»

Αντίστοιχες κινήσεις πραγματοποιήθηκαν και για ανθρώπους με άλλα βαριά νοσήματα όπως είναι οι καρκινοπαθείς. Συχνό ήταν το φαινόμενο, άνθρωποι που έπασχαν από κάποιο σοβαρό νόσημα και ήταν ανασφάλιστοι να βρίσκονται αντιμέτωποι με απαιτήσεις για υπέρογκα ποσά προκειμένου να νοσηλευτούν. Η έλλειψη χρημάτων ανάγκαζε τους περισσότερους εξ αυτών να μην προχωρούν στη θεραπεία τους, με αποτέλεσμα να τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η ζωή τους. Οι παρεμβάσεις που πραγματοποίησαν τα ΚΙΦΑ σε αντικαρκινικά νοσοκομεία, ασκώντας πίεση στις διοικήσεις αυτών, συνέβαλαν καθοριστικά στην άρση του αποκλεισμού που βίωναν οι ανασφάλιστοι καρκινοπαθείς από τις υπηρεσίες υγείας.



Συγκεκριμένα, το κοινωνικό ιατρείο του Ελληνικού, μαζί με άλλα κοινωνικά ιατρεία κατάφεραν να ασκήσουν σημαντική πίεση τόσο σε δημόσιες όσο και σε ιδιωτικές δομές, ώστε να χειρουργηθούν ασθενείς που βρίσκονταν σε κίνδυνο. Για το χρονικό διάστημα 2012-2013 πραγματοποιήθηκαν υπό την πίεση των ΚΙΦΑ, 102 χειρουργικές επεμβάσεις, 78 από τις οποίες έγιναν σε Δημόσια και 24 σε Ιδιωτικά Νοσοκομεία. Ένα μεγάλο ποσοστό αυτών, αφορούσαν άκρως επείγοντα περιστατικά. Ενδεικτικά, δεκαπέντε από τα περιστατικά αφορούσαν καρδιολογικά ζητήματα, ένα αφορούσε σε ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, ένα σχετιζόταν με επιπλοκές από καρκινοπάθειας ενώ τέσσερα από αυτά αφορούσαν τοκετούς.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον, παρουσιάζει το γεγονός ότι υπήρχε και αντίστροφη συνεργασία. Λόγω της έλλειψης που είχε παρατηρηθεί στην παροχή φαρμάκων πολλά νοσοκομεία ζητούσαν τη βοήθεια των ΚΙΦΑ για να καλύψουν τις ανάγκες τους.

Σημαντικός ήταν ο ρόλος που διαδραμάτισαν τα ΚΙΦΑ και στην επαρχία. Ενδεικτικά, στο κοινωνικό ιατρείο του Ηρακλείου Κρήτης για την περίοδο 20.4.2012 – 31.8.2014 εξυπηρετήθηκαν 1760 ασθενείς, μέσα από 6000 επισκέψεις. Οι περισσότεροι από αυτούς δηλαδή 1183 άτομα (67%) ήταν Έλληνες, και ακολουθούν 268 άτομα (15%) που ήταν Αλβανοί, 161 άτομα (9%) που ήταν Βούλγαροι ενώ και καταχωρήθηκαν και 42 Ρουμάνοι (Δίκτυο Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

Αυτό που γίνεται αντιληπτό, είναι ότι οι κοινωνικές συνθήκες της συγκεκριμένης περιόδου αποτέλεσαν το έναυσμα ενεργοποίησης του συναισθήματος της κοινωνικής αλληλεγγύης, που με τη σειρά του, αποτέλεσε κομβικής σημασίας παράγοντα για την αρωγή όσων είχαν πληγεί από την οικονομική κρίση.

Από το 2017 και έπειτα, με την ψήφιση του νόμου 4368/2016, υπολογίζεται ότι λειτουργούν περίπου 40 κοινωνικά ιατρεία παρέχοντας δωρεάν πρωτοβάθμια φροντίδα και φαρμακευτική περίθαλψη σε όσους δεν έχουν την δυνατότητα ή δεν έχουν το δικαίωμα να χρησιμοποιήσουν δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Ένα μεγάλο μέρος των αποδεκτών είναι μετανάστες που δεν έχουν νομιμοποιητικά έγγραφα ώστε να τους επιτρέπεται η πρόσβαση στις συγκεκριμένες υπηρεσίες. (Κοινωνικά Ιατρεία- Ο ρόλος του χθες, σήμερα και αύριο, 2017). Εν ολίγοις, γίνεται αντιληπτό, ότι τα ΚΙΦΑ μέσα από το έργο τους δεν επιθυμούσαν να υποκαταστήσουν τις κρατική αρωγή, ωστόσο διεκδικούσαν την μεταστροφή βασικών αρχών και οργάνωσης του κοινωνικού πεδίου, κυρίως στον τομέα της υγείας, γεγονός που καθιστούσε την δράση τους και πολιτική. Ακολουθώντας, στις σύγχρονες κοινωνίες, που το άτομο προάγεται ως ο κύριος υπεύθυνος των συνθηκών της ζωής του, τα ΚΙΦΑ μας ξαναθυμίζουν τη σημασία της κοινωνικής αλληλεγγύης, όχι από φιλανθρωπική σκοπιά, αλλά στα πλαίσια της συλλογικής δράσης, δίνοντας μια δυναμική κοινωνική προοπτική.

Κεφάλαιο έκτο

Συμπέρασμα- Επίλογος

Σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα, γίνεται αντιληπτό ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει σημαντικά την υγεία. Το μειωμένο εισόδημα, οι κακές συνθήκες διαβίωσης, οι στρεσογόνες οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες, η εργασιακή ανασφάλεια καθώς και η μείωση των κρατικών δαπανών στον τομέα της δημόσιας υγείας συνετέλεσαν καθοριστικά στην εν γένει επιδείνωση της υγείας των πολιτών. Οι συνέπειες υπήρξαν πιο εμφανείς στις χώρες που επλήγησαν πιο έντονα από την οικονομική κρίση. Μια εξ' αυτών και χαρακτηριστικό παράδειγμα αναφοράς είναι η Ελλάδα.

Στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης, λόγω των μνημονίων που υπογράφηκαν, επιβλήθηκε η εφαρμογή πολιτικών λιτότητας που οδήγησαν γραμμικά στη συρρίκνωση των δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας και τις παρεχόμενες από αυτό υπηρεσίες, επιφέροντας πολυδιάστατες αρνητικές επιπτώσεις. Αποτέλεσμα των δυσμενών συνθηκών που η χώρα περιήλθε, ήταν η επιδείνωση της ψυχικής και σωματικής υγείας των πολιτών. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι, παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών, των περιστατικών κατάθλιψης, των ψυχιατρικών νοσημάτων, καθώς και του αριθμού και είδους των ασθενειών. Ωστόσο άξιο αναφοράς, είναι το γεγονός ότι, στο ΕΣΥ εντοπίζονται σοβαρά δομικά προβλήματα που προϋπήρχαν της οικονομικής κρίσης. Συγκεκριμένα, ο εξαιρετικά διευρυμένος ιδιωτικός τομέας, οι ιδιαιτέρως υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, καθώς και ο γεωγραφικός αποκλεισμός, εξαιτίας της συγκέντρωσης των υπηρεσιών υγείας στα αστικά κέντρα, αποτελούν διαχρονικά γνωρίσματα του συγκεκριμένου τομέα στην Ελλάδα.

Τόσο οι μειώσεις των κρατικών δαπανών για την υγεία, όσο και η αύξηση της ανεργίας, σε συνάρτηση με τις προϋπάρχουσες παθογένειες, όξυναν τον βαθμό αποδιοργάνωσης του ΕΣΥ, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ανταπεξέλθει στην αυξανόμενη ζήτηση των πολιτών. Οι συνθήκες αυτές, σε συγκεκριισμό με το τότε θεσμικό πλαίσιο για την κοινωνική ασφάλιση,

είχαν ως συνέπεια μια μεγάλη μερίδα του πληθυσμού να μην έχει πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες.

Στο αποκορύφωμα της κρίσης, το 2014, καταγράφηκαν περίπου δυόμισι εκατομμύρια πολίτες ανασφάλιστοι. Εν ολίγοις, η υγεία στην Ελλάδα παύει να θεωρείται κοινωνικό κεκτημένο και αποκτά χαρακτηριστικά ατομικής αγοραίας υπηρεσίας. Στη προκειμένη περίπτωση, το Ελληνικό κράτος για να αντιμετωπίσει το φαινόμενο προχώρησε σε μια σειρά θεσμικών προσαρμογών, που ενώπιον της οξύτητας του φαινομένου, στάθηκαν ανεπαρκείς. Τα μέτρα που είχε θεσπίσει η Ελληνική κυβέρνηση ήταν ανεπαρκή και δεν ανταποκρίθηκαν στις επιταγές της εποχής. Ως αποτέλεσμα, το κοινωνικό πλήγμα ήταν ισχυρό, με ένα μεγάλο αριθμό ανθρώπων, κυρίως από τα χαμηλά και τα μεσαία εισοδηματικά στρώματα να αποκλείεται από τις υπηρεσίες υγείας, για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ας σημειωθεί, ότι τα διεθνή ΜΜΕ αναφερόμενα στην Ελλάδα τόνιζαν ότι η χώρα διένυε μια υγειονομική κρίση άνευ προηγουμένου για τα ευρωπαϊκά δεδομένα. Το 2016, υπό το πρίσμα των προαναφερθεισών συνθηκών και με την εκλογή αριστερής κυβέρνησης, θεσπίστηκε ο νόμος 4368/2016 που έδινε πρόσβαση σε όλους τους πολίτες που έχουν ΑΜΚΑ, αμβλύνοντας κατά μεγάλο βαθμό το πρόβλημα.

Είναι εμφανές πως οι προαναφερθείσες συνθήκες, καθώς και η ελλιπής κρατική μέριμνα για τους ανασφάλιστους αποτέλεσαν τους λόγους δημιουργίας των ΚΙΦΑ. Τα ΚΙΦΑ, προσφέροντας εθελοντικά πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας σε πλήθος ανασφάλιστων, συνέβαλαν καθοριστικά στην ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη. Μέσα από αυτή την λειτουργία, επανάφεραν στο προσκήνιο την ανάγκη της συλλογικής δράσης μιας και έγινε εμφανές ότι η ευημερία του ατόμου δεν εξαρτάται μόνο από τον εαυτό του, αλλά και από τους άλλους. Επίσης, με την δράση τους κατάφεραν να επαναπροσδιορίσουν την έννοια του εθελοντισμού, ως μία συνειδητή κοινωνική και πολιτική επιλογή στα πλαίσια έκφρασης της κοινωνικής αλληλεγγύης.

Εντούτοις, αξίζει να επισημάνουμε ότι η κοινωνική αλληλεγγύη, την εποχή της κρίσης, κατέστη επιτακτική ανάγκη προκειμένου να μην υπάρξει κοινωνική αποσταθεροποίηση. Σύμφωνα με την κοινωνιολογική θεώρηση, η κοινωνική αλληλεγγύη είναι στενά συνυφασμένη με την κοινωνική συνοχή, επομένως και με την ίδια την έννοια της κοινωνίας. Υπό αυτή την οπτική, η συμβολή των ΚΙΦΑ υπήρξε καθοριστική στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, μέσω της κοινωνικής αλληλεγγύης που προσέφεραν. Μιας αλληλεγγύης, που δεν αποσκοπούσε να λειτουργήσει ανακουφιστικά στην κρατική πολιτική, αλλά κυρίως στη βάση του κοινωνικού σώματος .

Αυτό που παρατηρείται είναι ότι, με την υποχώρηση του κοινωνικού κράτους νέες μορφές κοινωνικής μέριμνας εγκαθιδρύονται, ο προνοιακός πλουραλισμός εμφανίζεται στο προσκήνιο ως κυρίαρχη πρόταση, τονίζοντας τη σημασία του εθελοντισμού. Εξαιτίας των μειώσεων των κοινωνικών δαπανών, και της συρρίκνωσης του κοινωνικού κράτους, παρατηρήθηκε η συγκρότηση συλλογικών πρωτοβουλιών με στόχο τον επανακαθορισμό του κράτους πρόνοιας. Τούτου δοθέντος, τα ΚΙΦΑ μπορούν να ειπωθούν ως μια πτυχή της νέας αυτής συνθήκης, ωστόσο αξίζει να επισημάνουμε, ότι τα κοινωνικά ιατρεία που είχαν προκύψει από κινηματικές πρωτοβουλίες, παρουσιάζουν σημαντικές διαφοροποιήσεις από το συνηθισμένο σύνολο των εθελοντικών πρωτοβουλιών. Τα συγκεκριμένα, αποτελούν μια μορφή συλλογικής δράσης στα πλαίσια της κοινωνίας των πολιτών αλλά με την πιο ριζοσπαστική προσέγγιση του όρου. Συγχρόνως φαίνεται ότι, καταφέρνουν να λειτουργήσουν σε δύο επίπεδα όπως αυτά εντοπίζονται, στην χωρίς διακρίσεις παροχή υπηρεσιών υγείας στους ανασφάλιστους, καθώς και στην ανάδειξη και καταγραφή των συντελούμενων αλλαγών στο χώρο της υγείας, καταγγέλλοντας τις κυβερνητικές πολιτικές.

Αξίζει να υπενθυμίσουμε, ότι σκοπός της παρούσας διπλωματικής είναι η αποτύπωση των προβλημάτων του ΕΣΥ που συνδέονται με θεσμικούς, δομικούς και κοινωνικούς παράγοντες, και πως αυτά οξύνθηκαν κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Προκειμένου να αναδειχθεί η ένταση των προβλημάτων αυτών την συγκεκριμένη περίοδο, εστιάζουμε στους ανασφάλιστους και στις δυσκολίες πρόσβασης τους στο ΕΣΥ. Το πρόβλημα προσεγγίστηκε από τη θεσμική, δομική διάσταση του, μιας και η διαμόρφωση της ομαλής λειτουργίας των συστημάτων υγείας εναπόκειται στους φορείς που δρουν για το συλλογικό όφελος. Ως εκ τούτου, οι κύριοι αρμόδιοι για τη μέριμνα της υγείας στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας είναι κατά βάση οι κρατικοί μηχανισμοί και οι πολιτικοί φορείς, μιας και αποτελούν τους κύριους διαμορφωτές της δημόσιας πολιτικής.

Ας σημειωθεί, ότι το κοινωνικό κράτος στην Ελλάδα υπήρξε πάντοτε υπολειμματικό, με συνέπεια αυτό να αντανakλάται σε πολλούς τομείς της κοινωνικής προστασίας. Συνεπώς, οι προβληματικές που παρατηρούνται στον τομέα της υγείας αποτελούν συνθήκη μιας ιστορικής συνέχειας ενός ελλιπούς κοινωνικού κράτους, που η κρίση ανέδειξε ακόμα πιο έντονα, με αποτέλεσμα τη γενικότερη αποδιοργάνωση του υγειονομικού συστήματος.

Συμπερασματικά, αναδεικνύεται το γεγονός ότι το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία δοκιμάζεται. Ωστόσο αξίζει να επισημανθεί, ότι μπορεί η Ελλάδα να βρέθηκε σε δεινή θέση εξαιτίας των δημοσιονομικών προβλημάτων που ιστορικά την ταλανίζουν, όμως και σε πλήθος χωρών, οι κρατικές δαπάνες και τα κονδύλια για τη δημόσια υγεία μειώθηκαν δραστικά, ως άμεση απόρροια της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης. Το κοινωνικό

κράτος της χρυσής τριακονταετίας έχει παρέλθει, ενώ παρατηρείται μια μεταστροφή των κρατών σε πιο νεοφιλελεύθερες πολιτικές γεγονός που επηρέασε σημαντικά και τον τομέα της υγείας. Τέλος, τα σημερινά κράτη επικεντρώνονται κυρίως στους συμπεριφορικούς προσδιοριστές της υγείας και όχι τόσο στους δομικούς-κοινωνικούς. Πλέον, παρατηρείται η μετακύλιση της ευθύνης για την υγεία των πολιτών από τους δημόσιους θεσμούς στα άτομα. Με την επικράτηση της νεοφιλελεύθερης θεώρησης, τα δομικά προβλήματα των σύγχρονων κρατών παραγνωρίζονται και το άτομο καθίσταται υπεύθυνο για τη διασφάλιση της ευζωίας του.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Αδάμ, Σ. & Τελώνη, Δ. (2015). Κοινωνικά Ιατρεία στην Ελλάδα της Κρίσης. *Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων Ινστιτούτο Εργασίας Γ.Σ.Ε.Ε.*, μελέτη 44, 11-138. Ανακτήθηκε από: <https://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2016/09/MELETH-44.pdf> (πρόσβαση στις 10/09/2020)

Βαρουφάκης, Γ., Πατώκος, Τ., Τσερκέζης, Λ., & Κουτσοπέτρος, Χ. (2011). Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011. *Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων*.

Δίκτυο Κοινωνικής Αλληλεγγύης «Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Αλληλεγγύης: «Στατιστικά στοιχεία για την περίοδο 20.4.2012 – 31.8.2014» Ανακτήθηκε από: <https://www.koinoniaher.gr/2014/11/23/kinoniko-iatrio-farmakio-allilenguiis-statistika-stichia-gia-tin-periodo-20-4-2012-31-8-2014/> (πρόσβαση στις 20/10/2020)

Εφημερίδα: (DayNight.gr). «Τίτλοι τέλους για το Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο Ρέθυμνο». Ανακτήθηκε από: <https://www.daynight.gr/titloi-telous-iatreio-koinwnikis-allilegguis-rethumno/> (πρόσβαση στις 1/12/2020)

Εφημερίδα: «Γιατροί του κόσμου: Χωρίς εμβόλια πάνω από 250.000 παιδιά λόγω οικονομικής κρίσης». Ανακτήθηκε από: <https://www.iefimerida.gr/news/225251/giatroi-toy-kosmoy-horis-emvolia-pano-apo-250000-paidia-logo-oikonomikis-krisis> (πρόσβαση στις 22/10/2020)

Ευθυμίου, Κ., Αργαλιά, Ε., Κασκαμπά, Ε., & Μακρή, Α. (2013). Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. *Τι γνωρίζουμε για τη σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα*, 22-30.

Ζυγά, Ε., Μπακόλα, Ε., Μπακόλα, Ε. & Φραδέλος, Ε. (2017). Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Athens Medical Society. Ανακτήθηκε από: <http://www.mednet.gr/archives/2018-4/pdf/549.pdf>.

Η Πρωτοβουλία. Αλληλεγγύη για όλους. Ανακτήθηκε από: <https://www.solidarity4all.gr/el/%CE%B1%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%B3%CE%B3%CF%8D%CE%B7-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CF%8C%CE%BB%CE%BF%CF%85%CF%82>. (πρόσβαση στις 20/08/2020)

Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών. «Εκατοντάδες Ανασφάλιστοι ασθενείς βρήκαν καταφύγιο στο Ιατρείο Κοινωνικής Αποστολής που συμπληρώνει δύο μήνες λειτουργίας». Ανακτήθηκε από: <https://www.isathens.gr/news/arxeio-drasewn-isa/arxeio-koinoniko/1228-ekatonrades-anasfali-stoi-astheneis-katafigio-sto-iatreio-koin-apostolis-2-mines-leitourgias.html> (πρόσβαση στις 5/10/2020)

Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας ,θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.

Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Θεσσαλονίκης. «Announcement - Complaint about the changes in NHS». Ανακτήθηκε από: <http://www.kiathess.gr/gr/yliko/arthra/50-announcement-complaint-about-the-changes-in-nhs> (πρόσβαση στις 20/10/2020)

Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Χαλανδρίου. Ανακτήθηκε από : <https://www.chalandri.gr/yphresies/koinoniki-merimna/koinoniko-iatreio/>. (πρόσβαση στις 1/9/2020)

Κοινωνικό Φαρμακείο Βύρωνα. « Ετήσιος Απολογισμός 2015». Ανακτήθηκε από: <http://k-iatreio.blogspot.com/2015/12/blog-post.html> (πρόσβαση στις 23/10/2020)

Κοινωνικό Ιατρείο Ν. Ιωνίας. « Αναφορά Φαρμακείου». Ανακτήθηκε από: <http://koinonikoiatreionfnx.espinblogs.net/2015/01/> (πρόσβαση στις 1/11/2020)

Κοινωνικά Ιατρεία – Ρόλος Του Χθες, Σήμερα Και Αύριο. (2017, 11 Οκτωβρίου).

Ανακτήθηκε από:

<https://www.kifa-athina.gr/2017/10/11/%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%B1-%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B5%CE%B9%CE%B1-%CF%81%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CF%83-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CF%87%CE%B8%CE%B5%CF%83-%CF%83%CE%B7%CE%BC%CE%B5/>
(πρόσβαση στις 14/9/2020)

Κυριόπουλος, Γ. & Τσιάντου, Β. (2010). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5), 834-840. Ανακτήθηκε από: <http://srv54.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf>.

Μανιδάκη, Α., Μπαλολάκης, Α., Ορφανού, Ε., Πατελάρου, Α., & Πατελάρου, Ε. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία—Προτάσεις για παρέμβαση.

Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού. Ανακτήθηκε από: <https://www.mkiellinikou.org/>. (πρόσβαση στις 18/9/2020)

Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού): Ανακτήθηκε από:

<https://www.mkiellinikou.org/blog/2018/09/20/litotita-2/> (πρόσβαση στις 8/9/2020)

Μιχοπούλου, Σ. (2014). Κρίση χρέους, δημοσιονομική λιτότητα και οικονομική κρίση στην Ευρωζώνη. *Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων*

Μπίζας, Α. & Παπαγεωργίου, Γ. (2013). Αλληλεξάρτηση υγείας και κοινωνίας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. Ανακτήθηκε από: http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2013/11/alileksartisi_igeias_koinonias.pdf.

Μπουρίκος, Δ. (2013). Κοινωνική αλληλεγγύη στην Ελλάδα της κρίσης. *Παρατηρητήριο για την κρίση*, Ερευνητικό κείμενο Νο3.

Παπαθεοδώρου, Χ., & Μωυσίδου, Α. (2011). Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας. *Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Μελέτες, 16*.

Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., & Πολυζωίδης, Π. (2015). Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα.

Πρόσβαση των Ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας. (2016, Ιούνιος 24). Ανακτήθηκε από:

<https://www.moh.gov.gr/articles/health/anapytyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>.

Σουλιώτης, Κ., Παπαδονικολάκη, Τ., Παπαγεωργίου, Μ., & Οικονόμου, Μ. (2018). Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 35*.

Τούντας, Γ. (2008). Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. *Iatronet*. Ανακτήθηκε από: <https://www.iatronet.gr/ygeia/perivallon-ygeia/article/4065/koinwnikes-anisotites-stin-ygeia.html>.

Τούντας, Γ. (2009). *Κοινωνία και Υγεία*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας- Νέα Υγεία.

Τούντας, Γ. (2008). *Υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας.

Χρα, Ι. (2015). *Το Σύστημα Υγείας και ο ρόλος των Κοινωνικών Ιατρείων κατά την διάρκεια της ελληνικής οικονομικής κρίσης. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών στο Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού και στο Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου*. Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Ξενόγλωσση

Bolton, W., & Oatley, K. (1987). A longitudinal study of social support and depression in unemployed men. *Psychological medicine, 17*(2), 453-460

Dean, J. A., & Wilson, K. (2009). 'Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed...': exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada. *Ethnicity & health*, 14(2), 185-204.

Evlampidou, I., & Kogevinas, M. (2019). Solidarity outpatient clinics in Greece: a survey of a massive social movement. *Gaceta sanitaria*, 33, 263-267.

Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., & Zafiropoulou, M. (2014). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population1. *Social Cohesion and Development*, 9(2), 99-115.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece: *health system review* :8.who

Economou, C., Karabli, E., Geitona, M., & Kyriopoulos, J. (2004). Fairness of health financing in the Greek health care sector. In *the 8th International Conference on System Science in Health Care*

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., & Maresso, A. (2017). Greece: *health system review* :8.who

Giovanella, L., & Stegmüller, K. (2014). The financial crisis and health care systems in Europe: universal care under threat? Trends in health sector reforms in Germany, the United Kingdom, and Spain. *Cadernos de saude publica*, 30, 2263-2281.

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

Khang, Y. H., Lynch, J. W., & Kaplan, G. A. (2005). Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. *International journal of epidemiology*, 34(6), 1291-1301.

Kulesher, R., & Forrestal, E. (2014). International models of health systems financing. *Journal of Hospital Administration*, 3(4), 127-139. "Public and Private Management of Health Care Systems.

Leahy, R. Unemployment's Human Costs (Cited 8 January 2011). διαθέσιμο διαδικτυακά <http://www.huffingtonpost.com/robert-leahy-phd>.

Mishkin, F. S. (1996). *Understanding financial crises: a developing country perspective* (No. w5600). National Bureau of Economic Research.

Murray, C. J., & Evans, D. B. (2003). Health systems performance assessment: goals, framework and overview. *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*, 3-23.

Nolan, A., Barry, S., Burke, S., & Thomas, S. (2014). *The impact of the financial crisis on the health system and health in Ireland*. Economic and Social Research Institute.

Notzon, F. C., Komarov, Y. M., Ermakov, S. P., Sempos, C. T., Marks, J. S., & Sempos, E. V. (1998). Causes of declining life expectancy in Russia. *Jama*, 279(10), 793-800.

Paul, K. I., Geithner, E., & Moser, K. (2009). Latent deprivation among people who are employed, unemployed, or out of the labor force. *The Journal of psychology*, 143(5), 477-491.

Rachiotis, G., Stuckler, D., McKee, M., & Hadjichristodoulou, C. Kranioti Eff (2015). What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012). *BMJ open*, 5(3).

Reeves, A., & Stuckler, D. (2016). Suicidality, economic shocks, and egalitarian gender norms. *European sociological review*, 32(1), 39-53.

Shkolnikov, V., McKee, M., & Leon, D. A. (2001). Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *The Lancet*, 357(9260), 917-921.

Souliotis, K., Agapidaki, E., & Papageorgiou, M. (2015, December). Healthcare access for cancer patients in the era of economic crisis. Results from the HOPE III study. In *Forum of Clinical Oncology* (Vol. 6, No. 4, pp. 7-11). Sciendo.

Souliotis, K., Papageorgiou, M., Politi, A., Ioakeimidis, D., & Sidiropoulos, P. (2014). Barriers to accessing biologic treatment for rheumatoid arthritis in Greece: the unseen impact of the fiscal crisis—the Health Outcomes Patient Environment (HOPE) study. *Rheumatology international*, 34(1), 25-33.

Tyrovolas, S., Kassebaum, N. J., Stergachis, A., Abraha, H. N., Alla, F., Androudi, S., ... & Kotsakis, G. A. (2018). The burden of disease in Greece, health loss, risk factors, and health financing, 2000–16: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Public Health*, 3(8), e395-e406.

Uori, J., & Silvonen, J. (2005). The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78(1), 43-52.

Van, E. Doorslaer, Wagstaff, A., Bleichrodt, H., Calonge, S, Gerdtham, UG, Gerfin, M. (1997). Income related inequalities in health: some international comparisons. *J Health Econ* 16:93

Vlachadis, N., Vrachnis, N., Ktenas, E., Vlachadi, M., & Kornarou, E. (2014). Mortality and the economic crisis in Greece. *Lancet*, 383(9918), 691.

Vuori, J., & Silvonen, J. (2005). The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78(1), 43-52.

Waltisperger, D., Meslé, F., & Mandelbaum, J. (2005). Economic crisis and mortality: the case of Antananarivo, 1976-2000. *Population (english edition)*, 199-229.

Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. World Health Organization.

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