

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
Μ.Π.Σ. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ
ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Επιτροπή παρακολούθησης
Επιβλέπουσα: Ο. Στασινοπούλου,
Μέλη: Μ. Κορασίδου, Χ. Οικονόμου

Θέμα

*Όψεις (Αν)ισότητας και Διάκρισης στο Εθνικό Σύστημα
Υγείας (Ε.Σ.Υ.): Δομική ατέλεια του συστήματος ή
απόρροια ατομικών συμπεριφορών;*

του Σταμάτη Βαρδαρού

ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ 2008

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Εισαγωγή – Προσδιορισμός αντικειμένου ανάλυσης	σελ.3
2. Το θεωρητικό υπόβαθρο	σελ.5
3. Πως φτάσαμε ως εδώ	σελ.6
4. Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα	σελ.9
5. Ζήτημα κοινωνικών δικαιωμάτων	σελ.11
6. Η (αν)ισότητα των δικαιωμάτων και οι φορείς τους	σελ.13
7. Το θεσμικό «περιβάλλον» εκπόνησης πολιτικών κατά των διακρίσεων και τα διακριτά (;) αποτελέσματά τους	σελ.16
8. Το πεδίο έρευνας και αλήθειας (;)	σελ.19
9. Το Ε.Σ.Υ. ως άλλοθι της αγοράς	σελ.28
10. Μέθοδοι παρέμβασης	σελ.41
11. Συμπερασματικά	σελ.46
Βιβλιογραφία	σελ.49

1. Εισαγωγή – προσδιορισμός αντικειμένου ανάλυσης

Ο τομέας της υγείας βρίσκεται στον πυρήνα του κοινωνικού κράτους, άρα και στο επίκεντρο μετασχηματισμού του. Σε συνθήκες καπιταλιστικής ανάπτυξης, η φιλοσοφία σχεδιασμού, αλλά και ο τρόπος ανάπτυξης των δημόσιων συστημάτων υγείας μπορεί να αποτελέσει ένα κρίσιμο μέγεθος αφενός αναδιανομής μέρους του εθνικού πλούτου και αφετέρου άμβλυνσης των εγγενών στις καπιταλιστικές κοινωνίες ανισοτήτων.

Ο χώρος της υγείας συνιστά κομβικό τομέα για κάθε κοινωνία, ανεξαρτήτως του βαθμού οικονομικής ανάπτυξης, δημογραφικής γήρανσης και πολιτικών προτεραιοτήτων. Ιδιαίτερα για την ελληνική περίπτωση ο τομέας της υγείας δεν θα μπορούσε να αποτελέσει καλύτερο καθρέφτη για την αποτύπωση της σχέσης οικονομικής ανάπτυξης και κοινωνικής συνοχής(;), τουλάχιστον στο επίπεδο συσχέτισης των διακηρύξεων με το πεδίο εφαρμογής των πολιτικών.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ακόμη και σήμερα, που θεσμικά συμπληρώνει μια 25ετία ζωής (ιδρυτικός νόμος 1397/1983), αποτελεί ζητούμενο όχι μόνο των προοδευτικών κοινωνικών δυνάμεων, αλλά σε πολλές (όχι αρκετές πάντως) περιπτώσεις της ίδιας της ιατρικής, με βεμπεριανούς όρους, γραφειοκρατίας. Άλλωστε, η δόμηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, έλαβε τον χαρακτήρα του «Εθνικού» κυρίως σε αρχική φάση και κατά βάση σε κανονιστικό επίπεδο. Έτσι, η αιτιολόγηση και συγχρόνως νομιμοποίηση του «εθνικού» χαρακτήρα τεκμαίρεται από την καθολικότητα κάλυψης του πληθυσμού, από τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών και την αναδιανεμητική στόχευσή του.

Η εξέλιξη ωστόσο του Εθνικού Συστήματος Υγείας παρέκκλινε σημαντικά από τις ιδρυτικές εξαγγελίες περί «υγείας ως κοινωνικού αγαθού», καθώς η διαχρονική παρατήρηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας καταδεικνύει μια συνεχή αυξητική πορεία, σύμφυτη της επεκτατικής δραστηριότητας του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα. Επιπλέον, η καθολικότητα του συστήματος τίθεται υπό έντονη αμφισβήτηση, λόγω κυρίως του χωροταξικού υδροκεφαλισμού του, που συνοψίζεται στην ύπαρξη ενός ελλειμματικού δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στον κατά βάση νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα του συστήματος, με έμφαση στη

δευτεροβάθμια περίθαλψη και στο υπερ-ειδικευμένο και παράλληλα ανισομερώς κατανεμημένο ιατρικό προσωπικό.¹

Στο ελληνικό μακρό-επίπεδο, η στρεβλή οικονομική ανάπτυξη, η ετεροχρονισμένη ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους, ο διαρκώς διευρυνόμενος και ενισχυμένος ρόλος του ιδιωτικού τομέα υγείας, αλλά και οι χαρακτηριστικές ανισότητες της ελληνικής κοινωνίας, απόρροια ως ένα βαθμό και της ελλειμματικής ή ακριβέστερα υπολειμματικής κοινωνικής πολιτικής που ασκείται ολοένα και περισσότερο, καθιστούν το ρόλο του Εθνικού Συστήματος Υγείας ιδιαίτερα κρίσιμο στη διαφύλαξη του δημόσιου χαρακτήρα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η μαζική εισροή οικονομικών μεταναστών στην ελληνική κοινωνία, καθώς και το σταδιακά αυξανόμενο ενδιαφέρον για κοινωνικά ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (ΑμεΑ, τσιγγάνοι, χρήστες, κ.α.) καθιστούν άκρως ενδιαφέρουσα την προοπτική διερεύνησης των ανισοτήτων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Το βασικό ερευνητικό ζητούμενο έγκειται στον προσδιορισμό αυτών των διακρίσεων ως απόρροια κοινωνικής συμπεριφοράς ή συμπεριφορών από τα υποκείμενα του συστήματος υγείας ή ως μία εγγενή, τρόπον τινά δομική, ατέλεια του Ε.Σ.Υ., που διευρύνει την ανισότητα και γεννά εκ νέου αποκλεισμούς. Ο ρόλος των ομάδων συμφερόντων (interest groups) και των βασικών δρώντων (key actors) του συστήματος υγείας θα αποτελέσουν τα βασικά ερευνητικά αντικείμενα της εργασίας, ενώ οι πρωτογενείς πηγές του ερευνητικού υλικού αποτελούνται από το σχετικό νομοθετικό υλικό συγκρότησης και εξέλιξης του Ε.Σ.Υ. και οι δευτερογενείς πηγές από τη σχετική διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία, καθώς και από δύο πρόσφατες και αρκετά κατατοπιστικές έρευνες πεδίου.

Εν ολίγοις το βασικό ερευνητικό ζητούμενο της εργασίας έγκειται στο κατά πόσο το Εθνικό Σύστημα Υγείας συνιστά από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα ένα εργαλείο πολιτικής που παράγει ανισότητα και/ ή επιμέρους διακρίσεις, τι είδους είναι αυτές οι διακρίσεις και από πού απορρέουν. Τέλος θα επιχειρηθεί η διατύπωση μίας δέσμης μεθόδων παρέμβασης για την άρση, αν είναι δυνατόν, ή έστω άμβλυνση αυτών των διακρίσεων/ ανισοτήτων.

¹ Υφαντόπουλος Γ. *Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική*, Τυπωθήτω, Αθήνα 2006.

2. Το θεωρητικό υπόβαθρο

Στον πυρήνα του κοινωνικού κράτους βρίσκεται η πολιτική υγείας, που όπως και το σύνολο της κοινωνικής πολιτικής, και ανάλογα με την ιδεολογική προέλευση του καθενός, λαμβάνει διαφορετικό εννοιολογικό περιεχόμενο. Αντικείμενο άλλωστε διαφορετικής πρόσληψης και ερμηνείας αποτελεί και η ίδια η έννοια της υγείας. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization-WHO) «η υγεία εκτός από απουσία της ασθένειας είναι και η πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ισορροπία του ανθρώπου» ή όπως έλεγε ο Ιπποκράτης «μία κατάσταση πλήρους αρμονίας με το κοινωνικό, φυσικό, εργασιακό και οικογενειακό περιβάλλον.²

Τα μέσα επίτευξης αυτής της κατάστασης δεν είναι άλλα από τις υπηρεσίες υγείας, ιδιωτικές και δημόσιες, οι οποίες για τον μεν ιδιωτικό τομέα υγείας αποτελούν εμπορευματοποιημένα αγαθά, για το δε δημόσιο σύστημα υγείας (του αστικού κράτους) η παροχή υπηρεσιών υγείας αποβλέπει στην αναπαραγωγή και συντήρηση της εργατικής δύναμης. Συνεπώς οι υπηρεσίες και τα αγαθά υγείας μπορούν να ειδωθούν, είτε ως καταναλωτικά όσον αφορά την ιδιωτική αγορά υγείας, είτε ως κεφαλαιουχικά-επενδυτικά αγαθά υπό την έννοια επένδυσης στη βελτίωση και διατήρηση του παραγωγικού συντελεστή εργασία σε ένα λειτουργικό επίπεδο. Σε κάθε περίπτωση πρόκειται για αγαθά που επηρεάζουν και επηρεάζονται από πτυχές της οικονομικής δραστηριότητας, αλλά και του τρόπου οργάνωσης της κοινωνίας.

Ειδικότερα στις ανεπτυγμένες καπιταλιστικές κοινωνίες η διατήρηση του εργατικού δυναμικού σε κατάσταση υγείας, αρά και παραγωγικής επάρκειας αποτελεί έναν από τους κυρίαρχους σκοπούς του αστικού κράτους. Σε αυτή τη λογική εντάσσεται και η όποια δημόσια επένδυση όχι μόνο στην υγεία, αλλά και στην εκπαίδευση και κατ' επέκταση στο σύνολο του πλέγματος που αποκαλούμε κοινωνικό κράτος. Συνεπώς οι κοινωνικές δαπάνες είναι για το αστικό κράτος πρώτα και κύρια επενδυτικές δαπάνες και δευτερευόντως αναδιανεμητικές. Αυτή η τελευταία νοητική αλληλουχία φαίνεται να είναι κυρίαρχη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς παρά τον Εθνικό – με ό,τι αυτό συνεπάγεται - χαρακτήρα του η μέχρι σήμερα πορεία του Ε.Σ.Υ. φαίνεται να προσλαμβάνει τη μορφή ενός επικουρικού προς τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας συστήματος, με σταδιακή υποβάθμισή του και παράλληλη γιγάντωση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Υπό αυτήν την

² Ρομπόλης Σ. *Υγεία και Οικονομία*, Εκδόσεις Καμπύλη, Αθήνα, 1999

έννοια κρίνεται σκόπιμη μία καταγραφή των σημαντικότερων σταθμών αυτού του πλέγματος παρεμβάσεων που καλείται πολιτική υγείας στην Ελλάδα.

3. Πως φτάσαμε ως εδώ

Η δόμηση αυτής της δέσμης μέτρων και παρεμβάσεων, που τιτλοφορείται ως πολιτική υγείας απέκτησε πιο συστηματικό και θεσμικό χαρακτήρα μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο στην Ευρώπη, όπου ανεξάρτητα από τις επιμέρους πολιτικές διαφορές διαμορφώνεται μια συναινετική ιδεολογία σχετικά με το αγαθό υγεία και μια κουλτούρα πρόσληψης, που οδηγούν στη διαρκή ανάπτυξη του δημόσιου τομέα, υπό την κανονιστική μάλιστα κατοχύρωση της υγείας ως δημόσιου και συνταγματικά κατοχυρωμένου αγαθού-δικαιώματος.

Στην Ελλάδα, κατά τη μεταπολεμική περίοδο³ και μέχρι τη μεταπολίτευση κυριαρχεί ένα παθογενές πλαίσιο ανισοτήτων ως προς την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, που συνοδεύεται με άνθηση του εγχώριου, αλλά κατακερματισμένου κεφαλαίου, το οποίο έχει την ιδιαιτερότητα κατοχής και παροχής κατά το δοκούν της εξειδικευμένης γνώσης. Είναι η περίοδος όπου ανθεί το πρότυπο του μεγαλογιατρού, ενίοτε κλινικάρχη ή ο συνεταιρισμός γιατρών ιδίως στα αστικά κέντρα, που οδηγεί και σε έναν *de facto* γεωγραφικό και κοινωνικό αποκλεισμό μεγάλων και ευάλωτων στρωμάτων του πληθυσμού. Με τη μεταπολίτευση όμως κάνουν την εμφάνισή τους οι πρώτες μεταρρυθμιστικές προτάσεις, όπως συνοψίζονται στην έκθεση του ΚΕΠΕ για την υγεία ή στο περίφημο σχέδιο Δοξιάδη.

Τη δεκαετία του '80 οι συνθήκες είναι πλέον αρκετά ώριμες για τη συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας με τον Ν.1397/83, ο οποίος μεταξύ άλλων προέβλεπε την αποκέντρωση του συστήματος υγείας, με τη δημιουργία των περιφερικών ΠΕ.Σ.Υ. (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας) και τη σύνδεση της χρηματοδότησης με τις κατά τόπους ανάγκες, την υλοποίηση του Δημοκρατικού Προγραμματισμού με τον κοινωνικό έλεγχο του συστήματος

³ Για μία ιστορική επισκόπηση του «συστήματος υγείας» προπολεμικά, αλλά και κατά το 19^ο αιώνα βλ. Βενιέρης Δ. «Οι περιπέτειες υγείας στην Ελλάδα», εφημ. Το Βήμα/ Νέες Εποχές, Αθήνα 2000 και Κορασίδου Μ. *Όταν η αρρώστια απειλεί. Επιτήρηση και έλεγχος της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα του 19ου αιώνα* Τυπωθήτω, Αθήνα 2002.

από συνδικαλιστικούς, επιστημονικούς και τοπικούς φορείς, την εισαγωγή του θεσμού του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, τη λειτουργία πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ένα ενιαίο και καθολικής κάλυψης σύστημα υγείας, καθώς και την ενσωμάτωση σε αυτό των διαφόρων κλινικών που λειτουργούσαν μέχρι τότε υπό την εποπτεία του κράτους. Επιπλέον, στις προβλέψεις του νόμου συμπεριλαμβάνεται η δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας, ο οποίος θα σηματοδοτούσε την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων, αίτημα που αποτελεί ζητούμενο μέχρι σήμερα.

Άλλωστε, η πλήρης ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας προϋπέθετε έναν σχετικά μακροπρόθεσμο ορίζοντα, με αποτέλεσμα πολλές από τις εξαγγελθείσες τομές να καθυστερήσουν ή ακόμη και να αναβληθούν έπ' αόριστον. Παράλληλα, αυτή η αδυναμία πλήρους εφαρμογής των προβλέψεων του Ν. 1397/83 οδήγησε στην ανάδειξη σημαντικών ανεπαρκειών-αδυναμιών του συστήματος, με αποτέλεσμα την εμφάνιση μεταρρυθμιστικών αιτιάσεων προς την ακριβώς αντίθετη κατεύθυνση. Η κυβερνητική αλλαγή των αρχών της δεκαετίας του '90 αποτέλεσε την αφετηρία καμπής στην ιστορική διαδρομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, σε επίπεδο φιλοσοφίας και περαιτέρω ανάπτυξής του. Αυτή η μεταστροφή αποτυπώνεται στον Ν. 2071/92, με τον οποίο τη θέση της αποκλειστικής δημόσιας ευθύνης και χρηματοδότησης παίρνει το δικαίωμα του ασθενή στην ελεύθερη επιλογή γιατρού και νοσηλευτηρίου, και η συνακόλουθη απελευθέρωση των υπηρεσιών υγείας, εξέλιξη που σταδιακά θα οδηγήσει στη δόμηση ενός μικτού (εις βάρος του εθνικού) συστήματος υγείας.

Η ιδιαίτερη σημασία της πολιτικής υγείας για το κοινωνικό σύνολο, το εύρος και το πλήθος των εμπλεκόμενων παραγόντων και κυρίως η παθογένεια του Εθνικού Συστήματος Υγείας δημιουργούν στην ιστορική του διαδρομή μία κατάσταση οιονεί μεταρρύθμισης, μέρος της οποίας αποτελεί και ο Ν. 2519/1997, που ακολουθεί. Ο Ν.2519/1997 αποτελεί την πρώτη θεσμική απόπειρα του πολιτικού ρεύματος του «εκσυγχρονισμού» για μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, προσφέροντας κατ' επέκταση τη δυνατότητα καταγραφής της σημαντικής πολιτικής και ιδεολογικής μετατόπισης στις προτεραιότητες του πολιτικού κόμματος-ιδρυτή του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Συνεπώς, είναι εύλογο, αλλά και ως ένα βαθμό επίπλαστο το δίλημμα

κατηγοριοποίησης του Ν.2519/97 ως ενός νόμου που μεταρρυθμίζει τη μεταρρύθμιση ή απλά τη συνεχίζει.⁴

Μάλιστα, αν θα έπρεπε να προβούμε σε μία τρόπον τινά περιοδολόγηση της θεσμικής διαδρομής του Εθνικού Συστήματος Υγείας, θα προέκυπταν ουσιαστικά δύο μεγάλες φάσεις, η ιδρυτική, που εκτείνεται χρονικά από το 1983 μέχρι το 1992⁵ και η μεταρρυθμιστική, που εγκαινιάζεται με τον Ν.2071/92 και συνεχίζεται μέχρι τις μέρες μας. Κατά τη θεσμική εξέλιξη του Ε.Σ.Υ. χαρακτηριστικά συνέχειας εμφανίζει, όπως είδαμε, τόσο ο πρώτος εκσυγχρονιστικός νόμος 2519/97, αλλά και ο Ν.2889/2001, που ακολουθεί. Πρόκειται για νόμο της δεύτερης εκλογικής θητείας του «εκσυγχρονιστικού» ΠΑ.ΣΟ.Κ., ο οποίος τιτλοφορείται ως νόμος για την βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, με κύρια προτεραιότητα τη διοικητική αναδιάρθρωση και τον οικονομικό εξορθολογισμό του συστήματος, τη χαρτογράφηση των περιφερειακών υγειονομικών αναγκών, όπως επιχειρήθηκε να αποτυπωθούν στον υγειονομικό χάρτη, αλλά και την εκ νέου εξαγγελία για σύσταση του ενιαίου φορέα υγείας, όπου θα συγκεντρώνονταν όλοι οι πόροι που προορίζονταν για το δημόσιο σύστημα υγείας (Ε.Σ.Υ. και φορείς κοινωνικής ασφάλισης).

Ούτε αυτή η μεταρρύθμιση ωστόσο προχώρησε, καθώς υπήρξε σθεναρή η αντίδραση των παγιωμένων «παικτών αρνησικυρίας» (veto players) του συστήματος,⁶ οι οποίοι έκριναν ότι θα πλήττονταν παγιωμένα συμφέροντά τους. Οι βασικές ομάδες συμφερόντων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι η Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (ΠΟΕΔΗΝ), στην οποία συμμετέχει το σύνολο του προσωπικού (ιατρικό και μη) των δημόσιων νοσοκομείων, η Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αθηνών και Πειραιώς (Ε.Ι.Ν.Α.Π.), που αποτελεί τη σημαντικότερη πρωτοβάθμια συνδικαλιστική οργάνωση από πλευράς αριθμού μελών και δράσης, η Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος

⁴ Σε κάθε περίπτωση ο Ν.2519 δεν επαναφέρει το προ του 1992 επίσης «σοσιαλιστικής» κοπής καθεστώς, αλλά βαδίζει στα βήματα του πιο «φιλελεύθερου» Ε.Σ.Υ. του '92. Η εξήγηση αιωρείται κάπου μεταξύ της ιδεολογικής μετατόπισης του κυβερνώντος κόμματος και της συνακόλουθης αλλαγής στον τρόπο προσέγγισης του δημόσιου συμφέροντος, που είχε ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση πιο «ευέλικτων» και λιγότερο «κρατικιστικών» δημόσιων πολιτικών.

⁵ Θέτουμε το έτος 1992 ως σημείο τομής στη θεσμική πορεία του Ε.Σ.Υ., καθώς αν και η μεταστροφή στον προσανατολισμό του συντελείται από το 1990, χρονολογία κατάληψης της εξουσίας από το κόμμα της Νέας Δημοκρατίας, με πολιτική κατεύθυνση σαφώς πιο φιλελεύθερου χαρακτήρα σε σύγκριση μάλιστα με το σαφώς πιο κρατικιστικό ΠΑ.ΣΟ.Κ. της δεκαετίας του '80, εν τούτοις ο Ν.2071/1992 αποτελεί θεσμικά το σημείο εκκίνησης της μεταρρύθμισης.

⁶ Βλ. Τσεμπελής Γ, *Παίκτες Αρνησικυρίας, Πως λειτουργούν οι πολιτικοί θεσμοί*, Παπαζήσης, Αθήνα 2008.

Ο.Ε.Ν.Γ.Ε., που δεσπόζει σε δευτεροβάθμιο συνδικαλιστικό επίπεδο, ενώ αρκετά σημαντικός είναι ο ρόλος του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, καθώς συγκροτείται αποκλειστικά από ιατρικό προσωπικό – όχι απαραίτητα νοσοκομειακό -, του οποίου ο ρόλος στην ιστορική εξέλιξη (ή στασιμότητα) του Ε.Σ.Υ. υπήρξε κρίσιμος.

Πράγματι ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας αποτέλεσε το σημείο κλειδί στη συγκρότηση, εξέλιξη και στασιμότητα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το ιατρικό προσωπικό του συστήματος υγείας παραδοσιακά αποτέλεσε έναν βασικό ανασταλτικό παράγοντα στη μεταρρύθμιση του συστήματος. Κατά τη συγκρότηση του Ε.Σ.Υ. οι νέοι γιατροί ήταν αυτοί που αποτέλεσαν εκείνη την ομάδα συμφερόντων, η οποία λειτούργησε καταλυτικά υπέρ της δημιουργίας του συστήματος, ξεπερνώντας μάλιστα την αντίδραση των πανεπιστημιακών γιατρών που είχαν δημιουργήσει ένα σχεδόν «κλειστό» επάγγελμα. Στην πορεία ωστόσο αναπτύχθηκε στους κόλπους του συστήματος ένα νέο ιατρικό κατεστημένο, το οποίο απέναντι στις περισσότερες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες λειτούργησε ανασταλτικά, ορμώμενο από μία ιδιότυπη συντεχνιακή λογική, η οποία συνήθως στερούταν ιδεολογικής συνέχειας, αλλά ήταν δογματικά πιστό στη σθεναρή υπεράσπιση κεκτημένων εργασιακών δικαιωμάτων.

Το ίδιο λοιπόν το ιατρικό προσωπικό του συστήματος υγείας αποτέλεσε τον βασικό ανασταλτικό δρώντα (veto player) σε οποιαδήποτε μεταρρυθμιστική πρωτοβουλία, όχι μόνο μέσω της συνδικαλιστικής οργάνωσης και της συλλογικής δράσης, αλλά και μέσω της πληθωρικής παρουσίας του ιατρικού κόσμου στα κομματικά όργανα, στα βουλευτικά έδρανα και στις υπουργικές θέσεις, με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τη λήψη αποφάσεων και την ανάληψη ή όχι μεταρρυθμιστικών πρωτοβουλιών. Ο ρόλος κατ' επέκταση των πολιτικών κομμάτων, ιδίως αυτών που την τελευταία εικοσαετία διεκδίκησαν συστηματικά ή άσκησαν εξουσία, υπήρξε εξίσου κρίσιμος για το δημόσιο σύστημα υγείας. Ακριβέστερα η σχεδόν αρρύθμιστη και συνήθως ανεξέλεγκτη εμπλοκή πολιτικών και οικονομικών συμφερόντων με το Εθνικό Σύστημα Υγείας υπήρξε μία κρίσιμη παράμετρος της μέχρι σήμερα πορείας του.

4. Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Σήμερα παράλληλα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας λειτουργεί και αναπτύσσεται ένας εξίσου ισχυρός ιδιωτικός τομέας υγείας, στον οποίο

μάλιστα διοχετεύεται και το μεγαλύτερο μέρος από τη συνολική δαπάνη υγείας που πραγματοποιείται στη χώρα. Εξετάζοντας λοιπόν κανείς τη διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος στα βασικά επίπεδα φροντίδας υγείας δεν μπορεί παρά να συμπεριλάβει τόσο τον δημόσιο, όσο και τον ιδιωτικό τομέα υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, που ονομάζεται και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη καλύπτει υπηρεσίες που αφορούν την πρόληψη και διάγνωση της νόσου, χωρίς να απαιτείται η παραμονή του ασθενούς σε νοσοκομείο. Το συγκεκριμένο επίπεδο περίθαλψης καλύπτεται είτε από το μεν δημόσιο τομέα στα κέντρα υγείας, στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων, είτε από τον ιδιωτικό τομέα σε διαγνωστικά κέντρα, μικροβιολογικά εργαστήρια, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων και σε ιδιωτικά ιατρεία γιατρών, οι οποίοι ασκούν ελεύθερο επάγγελμα. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στις μη αστικές περιοχές παρέχεται κυρίως από 190 Κέντρα Υγείας και περίπου 1350 Περιφερειακά Ιατρεία, που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, ενώ στις υπόλοιπες περιοχές παρέχεται κυρίως από τα Πολυϊατρεία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων, από ιδιώτες γιατρούς, από εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Επόμενο επίπεδο αποτελεί η δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, που καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς, οι οποίοι χρήζουν νοσηλείας σε κλινικές ή νοσοκομεία, εξειδικευμένης αγωγής και παρακολούθησης ή ακόμη και εγχείρισης. Τα δημόσια νοσοκομεία τόσο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όσο και εκτός αυτού (στρατιωτικά και ΙΚΑ) υπολογίζονται σε 144, ενώ οι ιδιωτικές κλινικές υπολογίζονται στις 196. Παρότι πάντως το μεγαλύτερο μέρος της δημόσιας δαπάνης για την υγεία έχει νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση (63,55%), εν τούτοις η γεωγραφική κατανομή των νοσηλευτικών κλινών που αναλογούν ανά 1000 κατοίκους δεν είναι ισομερής, αν και σε ορισμένες γεωγραφικές περιφέρειες (π.χ. Θεσσαλία, Στερεά Ελλάδα) έχει σημειωθεί σημαντική βελτίωση κατά τη δεκαετία 1991-2001 [Πίνακας 1]. Αξίζει πάντως να σημειωθεί ότι το συντριπτικά μεγαλύτερο μέρος των νοσηλευτικών κλινών, που υφίστανται και δημιουργούνται στην περιφέρεια είναι στο πλαίσιο του δημόσιου συστήματος υγείας⁷, καθώς τα περιθώρια κέρδους στην ελληνική περιφέρεια για τον ιδιωτικό τομέα υγείας

⁷ Στοιχεία ΕΣΥΕ 2004

είναι περιορισμένα, ιδίως στο επίπεδο της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Πίνακας 1

Δείκτης κάλυψης νοσηλευτικών κλινών ανά 1.000 άτομα
1991 & 2001

Περιφέρεια	1991	2001
Αιγαίο	5,0	4,1
Αττική	7,0	6,1
Ηπειρος	3,7	4,3
Θεσσαλία	3,2	4,0
Θράκη	2,5	2,8
Ιόνιο	4,9	4,5
Κρήτη	4,8	5,0
Μακεδονία	5,1	5,0
Πελοπόννησος	3,0	3,0
Στερεά Ελλάδα	1,9	2,6
Σύνολο χώρας	5,0	4,8

Πηγή: ICAP επεξεργασία στοιχείων ΕΣΥΕ

Στο υγειονομικό σύστημα της χώρας λειτουργεί και η επείγουσα προνοσοκομειακή ιατρική βοήθεια, η οποία καλύπτεται πανελλαδικά από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ). Τέλος, αλλά εξίσου σημαντική είναι η ψυχιατρική περίθαλψη, η οποία εκτός από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υποστηρίζεται επίσης τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, καθώς και από ένα δίκτυο εξωνοσοκομειακών και κοινοτικών δομών του δημόσιου τομέα που λειτουργεί στο σύνολο της χώρας. Σε κάθε περίπτωση ο ρόλος του Εθνικού Συστήματος Υγείας εξακολουθεί να παραμένει κυρίαρχος στο υγειονομικό σύστημα της χώρας και η συνεισφορά του κρίσιμη σε γεωγραφικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς όρους.

5. Ζήτημα Κοινωνικών Δικαιωμάτων

Είναι αλήθεια πάντως ότι η εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας παρέκκλινε σημαντικά από τις ιδρυτικές εξαγγελίες περί «υγείας ως

κοινωνικού αγαθού», καθώς η διαχρονική παρατήρηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας καταδεικνύει μια συνεχή αυξητική πορεία, σύμφυτη της επεκτατικής δραστηριότητας του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα, που συνοδεύτηκε μάλιστα από σταδιακή απαξίωση του δημόσιου συστήματος υγείας. Αυτή ωστόσο η σταδιακή εκχώρηση των υπηρεσιών υγείας στα εταιρικά συμφέροντα επιφέρει πρόσθετες βαθιές αλλαγές στη δομή των κοινωνικών δικαιωμάτων του πολίτη και κατ' επέκταση σε μία σημαντική όψη του δημοκρατικού κεκτημένου. Τα κοινωνικά δικαιώματα όμως κατοχυρώνονται όχι μόνο για τους Έλληνες υπηκόους, αλλά και για κάθε μέλος του κοινωνικού συνόλου, που σύμφωνα με το άρθρο 25, παρ. 1 του Συντάγματος είναι όποιος διαμένει στην Ελλάδα και συμμετέχει στην κοινωνική ζωή.

Συνεπώς και οι αλλοδαποί μετανάστες που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα αποτελούν, ως μέλη του κοινωνικού συνόλου, φορείς των κατοχυρωμένων από το Σύνταγμα κοινωνικών δικαιωμάτων. Επιχειρώντας μάλιστα και μία τρόπον τινά διασταλτική ερμηνεία του Συντάγματος, θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι ένα ελάχιστο επίπεδο κοινωνικής προστασίας κατοχυρώνεται συνταγματικά για τον καθένα που βρίσκεται στην ελληνική επικράτεια, αρά ακόμη και για τους μετανάστες χωρίς νόμιμη διαμονή.⁸ Για αυτήν την τελευταία κατηγορία θεωρείται ότι ισχύει η συνταγματική «απόλυτη προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας», που παρέχει το άρθρο 5 παρ.2 του Συντάγματος για όλους «όσοι βρίσκονται στην ελληνική επικράτεια». Επομένως και για τους αλλοδαπούς χωρίς νόμιμη διαμονή οφείλουμε να αναγνωρίσουμε το δικαίωμα πρόσβασης τουλάχιστον σε εκείνες τις κοινωνικές υπηρεσίες που συναρτώνται με την προστασία της ζωής ή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, όπως η άμεση υγειονομική ή προνοιακή⁹ βοήθεια.

Τα κοινωνικά δικαιώματα κατανοούνται λοιπόν ως δικαιώματα πρόσβασης σε θεσμούς παροχής δημόσιων αγαθών¹⁰, όπως είναι μεταξύ άλλων και οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας, κατά συνέπεια το δικαίωμα στην υγεία συνιστά μείζον κοινωνικό δικαίωμα, το οποίο συνεπάγεται την αξίωση πρόσβασης στους θεσμούς αυτούς, άρα και χρήση των υπηρεσιών περίθαλψης

⁸ Καϊδατζής Α., «Κοινωνικά Δικαιώματα, Ιδιότητα του Πολίτη και Μετανάστες» στο *Μετανάστες στην Ελλάδα: Εμπειρίες – Πολιτικές – Προοπτικές*, τόμος Β, ΙΜΕΠΟ, Αθήνα 2008

⁹ Κοντιάδης Ξ., *Μεταμορφώσεις του κοινωνικού κράτους στην εποχή της παγκοσμιοποίησης*, Παπαζήσης, Αθήνα 2001, σελ. 275.

¹⁰ Σπανού Κ., *Η πραγματικότητα των δικαιωμάτων. Κρατικές πολιτικές και πρόσβαση σε υπηρεσίες*, Σαββάλας, Αθήνα 2005

και υγείας που προσφέρει το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Η πρόσληψη άλλωστε των κοινωνικών δικαιωμάτων ως δικαιωμάτων πρόσβασης αποτυπώνεται και στον Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης - ο οποίος υιοθετήθηκε στη Νίκαια το 2000 – και συγκεκριμένα στο άρθρο 35, όπου αναγνωρίζεται το δικαίωμα κάθε προσώπου «να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης».

6. Η (αν)ισότητα των δικαιωμάτων και οι φορείς τους

Αξίζει όμως να δούμε κατά πόσο «ισότιμη» είναι η άσκηση αυτών των δικαιωμάτων από τις επιμέρους κοινωνικές ομάδες και ειδικότερα από τους οικονομικούς μετανάστες, τις εθνοτικές μειονότητες και τις διάφορες θρησκευτικές πληθυσμιακές ομάδες. Η ιδιαίτερη αναφορά σε αυτές τις ομάδες γίνεται καταρχήν λόγω της πληθυσμιακής σημαντικότητάς τους, καθώς αποτελούν τις πλέον πολυπληθείς από τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, αλλά και από τις σημαντικές προεκτάσεις κοινωνικής παθογένειας που προσλαμβάνει ενδεχόμενο «διακριτικής» αντιμετώπισή τους.

Σε αυτήν την απόπειρα θα επιχειρηθεί η αξιοποίηση των ευρημάτων μίας σχετικά πρόσφατης έρευνας πεδίου¹¹, με τη συμμετοχή του ΙΑΠΑΔ του Παντείου Πανεπιστημίου, του Διεθνούς Οργανισμού Μετανάστευσης και της Ιατρικής Σχολής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών. Η εν λόγω έρευνα αποτέλεσε τη βάση για την εκπόνηση της Ελληνικής Εθνικής Έκθεσης, στο πλαίσιο του συγχρηματοδοτούμενου από τη Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ίσων Ευκαιριών της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, προγράμματος «Ισότητα στην Υγεία» (Equality in Health). Οι εξεταζόμενες πληθυσμιακές ομάδες βρίσκονται ανάμεσα στον πιο αδύνατο τομέα του γενικού πληθυσμού, με περιορισμένη δυνατότητα ενσωμάτωσης στις τοπικές κοινωνίες, όπως καταδεικνύει και η εμφάνιση συμπεριφορών και πράξεων διάκρισης σε ένα μεγάλο εύρος της ελληνικής κοινωνίας και της κοινωνικής δράσης.

Προκειμένου ωστόσο να κατανοηθεί το μέγεθος του προβλήματος και του εμπλεκόμενου πληθυσμού είναι χρήσιμη η αποτύπωση ορισμένων

¹¹ Equality in Health, Greek National Report, ΙΑΠΑΔ, ΔΟΜ, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

δημογραφικών χαρακτηριστικών. Σύμφωνα με τα στοιχεία από την Εθνική Απογραφή του 2001, ο αριθμός των (δηλωμένων) αλλοδαπών που ζούσαν στην Ελλάδα τότε ήταν 762.191 άτομα και δεδομένου ότι ο συνολικός πληθυσμός της Ελλάδας ήταν 10.934.097, ο αλλοδαπός πληθυσμός της χώρας αντιπροσώπευε το 7% του συνολικού πληθυσμού. Σε σύγκριση βέβαια με την Απογραφή του 1991, όπου είχαν δηλωθεί 167.276 αλλοδαποί, αντιπροσωπεύοντας μόλις το 1,6% του συνολικού πληθυσμού, ο πληθυσμός τους εκτινάχθηκε μέσα στη δεκαετία 1991-2001. Εξάλλου σύμφωνα με την έκθεση Διεθνών Μεταναστευτικών Τάσεων του ΟΟΣΑ, ο ξένος πληθυσμός στη Ελλάδα - περιλαμβανομένων των παράνομων μεταναστών – υπολογίζεται ότι είναι ανάμεσα στο 7,5% και 9,5% του συνολικού πληθυσμού. Περίπου τα τρία τέταρτα των μεταναστών απολαμβάνουν κατάλληλη νόμιμη θέση (άδεια εργασίας και κατοικίας), ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με την Έκθεση, οι περισσότεροι μετανάστες έχουν περάσει τα ελληνικά σύνορα παράνομα και έχουν ζήσει στην ελληνική επικράτεια χωρίς τα απαραίτητα νόμιμα έγγραφα για μεγάλο χρονικό διάστημα.¹²

Η πρώτη σημαντική, σε αριθμό, εισροή μεταναστών σημειώθηκε στην Ελλάδα στα μέσα της δεκαετίας του '80, όταν κατευθύνθηκαν στη χώρα πληθυσμοί από κράτη της Ανατολικής Ευρώπης, ως απόρροια της κατάρρευσης των πολιτικών και οικονομικών συστημάτων των χωρών της Ανατολικής Ευρώπης και της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Το πρώτο αυτό μεταναστευτικό ρεύμα συνεχίστηκε μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 90, όταν ένα νέο μεταναστευτικό κύμα κατευθύνθηκε στην Ελλάδα από τις βαλκανικές χώρες που βίωναν έντονες και βίαιες κοινωνικοοικονομικές αλλαγές, λόγω του εμφύλιου πολέμου στην πρώην Γιουγκοσλαβία, της πολιτικής και κοινωνικής αστάθειας και ανατροπής στην Αλβανία και της γενικής αστάθειας που ακολούθησε στις περισσότερες βαλκανικές χώρες. Στα ενδοευρωπαϊκά μεταναστευτικά ρεύματα μάλιστα ήρθε να προστεθεί ένας μεγάλος αριθμός μεταναστών, που εξαιτίας δυσμενών πολιτικών, οικονομικών και δημογραφικών συνθηκών ήρθαν στην Ελλάδα από την Αφρική και την Ασία αποβλέποντας σε καλύτερες συνθήκες διαβίωσης.¹³

Αυτές οι εξελίξεις οδήγησαν στο μετασχηματισμό της Ελλάδας, από ένα κράτος προέλευσης μεταναστών σε μία χώρα υποδοχής μεταναστών. Μετά τις ραγδαίες πολιτικές αλλαγές του 1989, η Ελλάδα ξαφνικά έγινε ο προορισμός

¹² Equality in Health, ό.π. ...

¹³ Equality in Health, ό.π.

εκατοντάδων χιλιάδων (αρχικά παράνομων) μεταναστών από την ανατολική και κεντρική Ευρώπη, την πρώην Σοβιετική Ένωση και τις χώρες του Τρίτου Κόσμου. Η νέα αυτή δημογραφική και κοινωνική πραγματικότητα δεν είχε προβλεφτεί έγκαιρα από τις ελληνικές αρχές οι οποίες επέδειξαν αξιοσημείωτη ανετοιμότητα και ανεπάρκεια στην αντιμετώπιση ενός δυνητικά εκρηκτικού ζητήματος για την κοινωνική ισορροπία και συνοχή. Η ελληνική κοινωνικά ήρθε αντιμέτωπη με μία νέα πραγματικότητα, ξένη προς αυτήν και μέχρι σήμερα βιώνει σημαντικούς κοινωνικούς κλυδωνισμούς κατά τη διαδικασία μετασχηματισμού της σε μία τρόπον τινά «πολυεθνική» κοινωνία. Ο γηγενής πληθυσμός δοκίμασε για πρώτη φορά να ζήσει με έναν σημαντικό αριθμό ανθρώπων από διαφορετικά έθνη και θρησκείες με διαφορετικά έθιμα και πολιτισμικό υπόβαθρο, σε ένα μάλιστα σχεδόν «μονό-εθνικό» κρατικό πλαίσιο, με μία απροετοίμαστη Δημόσια Διοίκηση και με προφανές έλλειμμα παιδείας και πολιτισμικής ανεκτικότητας.

Οι μεταναστευτικές εισροές στη Ελλάδα κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας περιλαμβάνουν:

- Εθνικούς μετανάστες, κυρίως Έλληνες του Πόντου, προερχόμενοι από πρώην Σοβιετικά Έθνη (Γεωργία, Καζακστάν, Ρωσία και Αρμενία)
- Ελληνό-αλβανούς κατοίκους
- Μετανάστες από τα Βαλκάνια λόγω των πρόσφατων Βαλκανικών πολέμων και του χαμηλού βιοτικού επιπέδου των χωρών προέλευσης
- Μετανάστες από την Ασία και την Αφρική
- Ένα μικρό αριθμό παλιννοστούντων Ελλήνων μεταναστών από τη Βόρεια Ευρώπη, τις Η.Π.Α., τον Καναδά και την Αυστραλία

Από τους 762.000 που καταγράφηκαν στην Απογραφή του 2001, το 54,5% είναι άντρες και το 45,5% γυναίκες. Μάλιστα σε σχετική μελέτη του ΕΛΙΑΜΕΠ, οι περισσότεροι από αυτούς, ανεξαρτήτως φύλου, δήλωσαν ότι η αναζήτηση καλύτερων συνθηκών διαβίωσης ήταν ο κύριος λόγος που ήρθαν στην Ελλάδα (54%) και ο δεύτερος πιο σημαντικός λόγος ήταν η επανένωση με την οικογένεια (13%).¹⁴ Η μεγαλύτερη ομάδα μεταναστών προέρχεται από τις Βαλκανικές χώρες. 438.000 (57%) είναι από την Αλβανία και αναφέρουν πρωτίστως ότι η εύρεση εργασίας ήταν ο κύριος λόγος για τον οποίο ήρθαν

¹⁴ Gropas R. & Triandafyllidou A. "Migration in Greece at a glance", ΕΛΙΑΜΕΠ, 2005

στην Ελλάδα, με τη δεύτερη μεγαλύτερη ομάδα να είναι οι Βούλγαροι (35.000).

Η δεύτερη σημαντική κοινωνική διαφοροποίηση που λαμβάνει χώρα στους κόλπους της ελληνικής κοινωνίας αφορά τη θρησκεία. Η «επικρατούσα θρησκεία» στη Ελλάδα, όπως αναφέρεται στο ελληνικό Σύνταγμα είναι η Χριστιανική Ανατολική Ορθόδοξη Εκκλησία, με το 90% περίπου του συνολικού ελληνικού πληθυσμού να ασπάζεται την Ορθόδοξη πίστη. Οι κατά προσέγγιση εκτιμήσεις αναφορικά με τον πληθυσμό των θρησκευτικών μειονοτήτων, που έχουν κατά καιρούς καταγραφεί κάνουν λόγο για:

- Παλαιοημερολογίτες (μια Ορθόδοξη αίρεση, περίπου 500.000 άτομα)
- Μουσουλμάνοι – εξαιρώντας τους νόμιμους και μη νόμιμους μετανάστες κυρίως από την Αλβανία, που μπορεί να φτάνουν το ένα εκατομμύριο – (300.000 άτομα περίπου)
- Μάρτυρες του Ιαχωβά (περίπου 50.000)
- Έλληνες Καθολικοί (περίπου 50.000)
- Προτεστάντες (περίπου 30.000)
- Εβραίοι (περίπου 5.000)¹⁵

Όσον αφορά τις εθνικές μειονότητες τέλος, δεν αναγνωρίζονται επίσημα από το ελληνικό Κράτος, με εξαίρεση τους Ρομά. Το ακριβές μέγεθος του τσιγγάνικου πληθυσμού στην Ελλάδα δεν έχει καθοριστεί. Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχουν δοθεί στο Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, ο πληθυσμός τους είναι περίπου 120.000 (Στοιχεία 1987). Οι περισσότερες αναφορές από εμπλεκόμενα ιδρύματα και διεθνείς οργανισμούς αναφέρονται σε 140.000 – 150.000 άτομα. Άλλες πηγές διπλασιάζουν αυτό το νούμερο μεταξύ 250.000 και 300.000, και οι ελληνικές ενώσεις των Ρομά δηλώνουν ότι ο πληθυσμός τους φτάνει τα 450.000 άτομα.

7. Το θεσμικό «περιβάλλον» εκπόνησης πολιτικών κατά των διακρίσεων και τα διακριτά (;) αποτελέσματά τους

Η καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών αυτών των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων είναι το πρώτο βήμα ούτως ώστε να κατανοήσουμε τις διαστάσεις του προβλήματος, το αμέσως επόμενο οφείλει να είναι η εννοιολόγηση της διάκρισης. Σύμφωνα με την ευρωπαϊκή

¹⁵ Καταγεγραμμένες εκτιμήσεις στην Ελληνική Εθνική Έκθεση για την Ισότητα στην Υγεία

νομολογία, τόσο οι 'άμεσες' (ανοιχτές) όσο και οι 'έμμεσες' (συγκαλυμμένες) μορφές διάκρισης απαγορεύονται, ακόμη και αν η έμμεση διάκριση δεν απαγορεύεται ρητώς. Άμεση διάκριση έχουμε όταν ένα άτομο υφίσταται μεταχείριση λιγότερο ευνοϊκή από ένα άλλο σε μια αντίστοιχη (και συγκρίσιμη) κατάσταση, λόγω της φυλετικής ή εθνικής καταγωγής, της θρησκείας ή των πιστεύω του, αναπηρίας, ηλικίας ή σεξουαλικής προτίμησης. Έμμεση διάκριση έχουμε αντίστοιχα όταν μια εκ πρώτης όψεως ουδέτερη διάταξη, κριτήριο ή πρακτική θα μπορούσε να βλάψει τους ανθρώπους για λόγους φυλετικής ή εθνικής καταγωγής, θρησκείας ή πιστεύω, αναπηρίας, ηλικίας ή σεξουαλικής προτίμησης, εκτός και εάν η πράξη μπορεί να αιτιολογηθεί αντικειμενικά από ένα θεμιτό στόχο. Έμμεση ή συγκαλυμμένη διάκριση υφίσταται όταν ένα συγκεκριμένο πρότυπο ή μία συγκεκριμένη δράση εφαρμόζεται ομοιόμορφα σε όλους στο κοινωνικό, αλλά στην πραγματικότητα «διακρίνει» συγκεκριμένες ομάδες ή άτομα του πληθυσμού.

Η διερεύνηση του θεσμικού πλαισίου εντός του οποίου μπορούν αφενός να γίνουν πιο συγκεκριμένες οι συνταγματικές επιταγές και αφετέρου να εκπονηθούν εκείνες οι πολιτικές που έχουν ως βασική ομάδα στόχο αυτές ακριβώς τις ομάδες του πληθυσμού, που εν δυνάμει υφίστανται διάκριση, είναι το αμέσως επόμενο βήμα. Δύο είναι οι πηγές προέλευσης αυτού του θεσμικού πλαισίου, αφενός η κοινοτική νομοθεσία και αφετέρου το Ελληνικό Σύνταγμα.

Στο κοινοτικό δίκαιο αξίζει να σταθούμε στο άρθρο 13 της Συνθήκης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας¹⁶, σκοπός του οποίου είναι να πολεμήσει τη διάκριση βασισμένη στο φύλο, τη φυλή, την εθνική καταγωγή, τη θρησκεία ή τα πιστεύω, την ανικανότητα, την ηλικία ή την σεξουαλική προτίμηση. Αποτελεί τη νομιμοποιητική βάση για παρέμβαση του Συμβουλίου, στο πλαίσιο των εξουσιών που εκχωρούνται στην Κοινότητα από τη Συνθήκη. Όπως αναφέρεται χαρακτηριστικά: «...χωρίς προκατάληψη στις άλλες προβλέψεις από τη Συνθήκη και χωρίς τα όρια της δύναμης που παρέχονται από την Κοινότητα, το Συμβούλιο, πράττοντας ομόφωνα πάνω στην πρόταση της Επιτροπής μετά από γνώμη του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, μπορεί να κάνει τις απαραίτητες πράξεις για να καταπολεμήσει τη διάκριση με βάση το φύλο, την φυλετική ή εθνική καταγωγή, τη θρησκεία ή τα πιστεύω, την ανικανότητα, την ηλικία ή τη σεξουαλική προτίμηση.» (Άρθρο 13 της Συνθήκης της Ευρωπαϊκής Κοινότητας) Τα «εργαλεία» που έχει στη διάθεσή

¹⁶ Συνθήκη της Νίκαιας για την Ευρωπαϊκή Κοινότητα.

της η Ευρωπαϊκή Ένωση για την καταπολέμηση της διάκρισης είναι: δεσμευτικές νομικές πράξεις (Οδηγίες, Κανονισμοί, Αποφάσεις), μη-δεσμευτικές νομικές πράξεις (η επονομαζόμενη χαλαρή νομοθεσία) π.χ. συστάσεις, γνώμες, ψηφίσματα, προγράμματα δράσης και χρηματοδότησης.

Περισσότερο στοχευμένες θεσμικές πρωτοβουλίες αποτελούν οι οδηγίες της 19^{ης} Ιουλίου 2003 για τον αγώνα για την ισότητα (Οδηγία 2000/43/EC) και της 2^{ας} Δεκεμβρίου 2003 για την ισότητα στην εργασία (Οδηγία 2000/78/EC), με τις οποίες τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι αναγκασμένα να εναρμονίσουν την εθνική τους νομοθεσία και να προωθήσουν τους νόμους, τους κανονισμούς και τη διαχειριστική πρόνοια που απαιτούνται προκειμένου να συμμορφωθούν με αυτές. Αμφότερες οι δυο Οδηγίες απαγορεύουν την διάκριση στο πεδίο της εργασίας και της εκπαίδευσης. Ιδιαίτερα όμως η Οδηγία 2000/43/EC στοχεύει στον καθορισμό ενός πλαισίου για την καταπολέμηση της διάκρισης που σχετίζεται με λόγους φυλετικής ή εθνικής καταγωγής, Εκτός από το πεδίο της εργασίας και της εκπαίδευσης, η Οδηγία επίσης αναφέρεται στην κοινωνική προστασία (συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής ασφάλισης και της φροντίδας υγείας), των κοινωνικών παροχών, τη μόρφωσης και τη πρόσβασης σε αυτή και της παροχής αγαθών και υπηρεσιών, που είναι διαθέσιμες στο κοινό. Σύμφωνα με αυτές τις δύο Οδηγίες, τα κράτη μέλη έχουν την υποχρέωση να εγγυώνται την πρόσβαση στο νομικό και διοικητικό σύστημα της χώρας σε όλα τα άτομα που νιώθουν ότι έχουν πέσει θύματα διάκρισης. Το καινοτόμο στοιχείο έγκειται επίσης στην *a priori* ουσιαστικά αποδοχή της καταγγελίας περί ύπαρξης διακριτικής μεταχείρισης και στην μετάθεση της υποχρέωσης στο καταγγελλόμενο πρόσωπο ή φορέα να αποδείξει ότι δεν παραβίασε την αρχή της ίσης μεταχείρισης (*burden of proof*).

Στην εθνική έννομη τάξη ο νόμος 3304/2005, ο οποίος ψηφίστηκε τον Ιανουάριο του 2005 είναι αυτός, που «εφαρμόζοντας τις αρχές της ίσης μεταχείρισης ανάμεσα στα άτομα ανεξαρτήτως φυλετικής και εθνικής καταγωγής, θρησκείας ή πιστεύω, αναπηρίας, ηλικίας και σεξουαλικής προτίμησης», ενσωματώνει όλες τις προβλέψεις των δύο Οδηγιών, συμπληρώνοντας τη νομοθεσία η οποία δεν τις περιλάμβανε μέχρι τότε. Σύμφωνα με αυτό το σκεπτικό, αυτός ο νόμος κινητοποιεί την αρχή για ίση μεταχείριση και εναρμονίζει πλήρως την Ελληνική νομοθεσία με τον Ευρωπαϊκό Δίκαιο. Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο είναι ακόμη η νομοθέτηση και ο καθορισμός των φορέων και των θεσμών που είναι υπεύθυνοι να

προωθούν την αρχή για ίση μεταχείριση, ανάλογα με το ποιος υφίσταται τη διάκριση και από ποιον. Έτσι λοιπόν όταν η αρχή της ίσης μεταχείρισης παραβιάζεται από δημόσιες υπηρεσίες αρμόδια αρχή είναι ο Συνήγορος του Πολίτη, όταν παραβιάζεται από υπαλλήλους άλλων υπηρεσιών υπεύθυνος φορέας είναι η νεοϊδρυόμενη «Επιτροπή της Ίσης Μεταχείρισης» του Υπουργείου Δικαιοσύνης, ενώ για την καταπολέμηση των διακρίσεων στον χώρο εργασίας η αρμοδιότητα ανήκει στο Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας.

Το Σύνταγμα του Ελληνικού Έθνους περιλαμβάνει τις βασικές αρχές για το σεβασμό των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της απόρριψης όλων των μορφών διάκρισης. Από τον συνδυασμό των σχετικών συνταγματικών προβλέψεων, κάποιος μπορεί να καταλήξει ότι υπάρχει απαγόρευση της διάκρισης στη βάση της φυλετικής ή εθνικής καταγωγής και θρησκείας ή πιστεύω. Πριν από την υιοθέτηση της οδηγίας 2004/43/EC και της οδηγίας 2000/78/EC, η καταπολέμηση της φυλετικής διάκρισης στην Ελλάδα κυρίως στη Διεθνή Διάσκεψη το 1965 για τον Αποκλεισμό όλων των Μορφών Φυλετικής Διάκρισης (Ηνωμένα Έθνη), στο Νόμο 927/1979 (τροποποίηση του Άρθρου 14 με το Νόμο 1419/1984), στο Νόμο 2472/1987 για την προστασία των προσωπικών δεδομένων, στο νόμο 2910/2001 για τη μεταναστευτική πολιτική, στο Άρθρο 5, παράγραφος 2, του Συντάγματος και στο Νόμο 2683/1999 (Εργατικός Κώδικας)¹⁷

Καμία όμως από αυτές τις νομικές πράξεις δεν είχε κάποια πρόβλεψη για την καταπάτηση των αρχών της ίσης μεταχείρισης. Σημείο στο οποίο εστιάζεται ο Νόμος 2910/2001 προβλέποντας την αυτεπάγγελτη ποινική δίωξη πράξεων ρατσισμού και αποσκοπώντας στη διευκόλυνση της πρόσβασης των αλλοδαπών στο νομικό σύστημα. Εν ολίγοις η Ελλάδα είχε από τη μία μεριά αναπτύξει ένα επαρκές νομικό πλαίσιο προστασίας των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, αλλά από την άλλη μεριά στερούταν ενός επαρκούς και χρηστικού θεσμικού πλαισίου, προκειμένου να καταπολεμήσει τις καθημερινές πράξεις διάκρισης και ρατσισμού μέχρι την ψήφιση του Νόμου 3304/2005.

8. Το πεδίο έρευνας και αλήθειας (;)

¹⁷ *Equality in Health*, Greek National Report, ΙΑΠΙΑΔ, ΔΟΜ, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Είναι ευνόητο ότι η έννοια της διάκρισης είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τα κοινωνικά δικαιώματα, τα οποία στην παρούσα προσέγγιση θεωρούνται ως δεδομένα, ακόμη και για τους παράνομα διαμένοντες αλλοδαπούς στην ελληνική επικράτεια. Ένα από τα βασικότερα κοινωνικά δικαιώματα είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς αυτό το κοινωνικό δικαίωμα είναι συνυφασμένο με το σημαντικότερο όλων των ανθρώπινων δικαιωμάτων, το δικαίωμα στη ζωή. Συνεπώς είναι κομβικής σημασίας η ανεμπόδιστη και ισότιμη πρόσβαση των μειονεκτικών ομάδων του πληθυσμού σε αυτές. Φως στο ίδιο το πεδίο έρευνας, το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μπορεί να δώσει η Έκθεση για την Ελλάδα στο πλαίσιο του προγράμματος «Equality in Health». Οργανώσεις της Κοινωνίας Πολιτών και ιδίως των μειονεκτικών ομάδων του πληθυσμού, κρατικοί λειτουργοί, υψηλόβαθμα στελέχη της Δημόσιας Διοίκησης, επαγγελματίες του τομέα υγείας, αλλά και απλοί χρήστες των υπηρεσιών υγείας αποτέλεσαν το ερευνητικό δείγμα της εν λόγω προσπάθειας. Επιδιώκοντας μάλιστα τη δημιουργία ενός φόρουμ καταρχήν διαλόγου και ενημέρωσης, ενεργοποιήθηκε το Εθνικό Παρατηρητήριο Διακρίσεων (Ε.Π.Δ), το οποίο αποτέλεσε βήμα προβληματισμού και ενεργοποίησης των ενδιαφερόμενων φορέων.

Ας εξετάσουμε αρχικά τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξε το Ε.Π.Δ. μετά από μία σειρά αρκετά αναλυτικών συναντήσεων. Οι συμμετέχοντες στο Ε.Π.Δ. σημείωσαν ότι οι περισσότερες δυσκολίες στην πρόσβαση των μειονεκτικών ομάδων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας και ανεπάρκειας του ίδιου του συστήματος υγείας, παρά συγκεκριμένων «διακριτικών» συμπεριφορών. Αυτό είναι εμφανές τόσο στη σχετική νομολογία, όσο και κατά την καθημερινή εφαρμογή αυτής, επιβαρύνοντας σημαντικά τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Σε θεσμικό επίπεδο και σε αντίθεση με το πνεύμα του Συντάγματος ο νόμος προβαίνει σε διάκριση προς τους μετανάστες ή ωθεί το ιατρικό προσωπικό στην υιοθέτηση πρακτικών και συμπεριφορών διάκρισης προς αυτούς. Ωστόσο σύμφωνα με τους εμπλεκόμενους φορείς το προσωπικό υγείας δεν επιδεικνύει τουλάχιστον συστηματικά ρατσιστικές συμπεριφορές έναντι ευάλωτων ομάδων.

Οι ανεπάρκειες του ίδιου του συστήματος, με βασικό σημείο αναφοράς τα νοσοκομεία, είναι εκείνες που δυσχεραίνουν την πρόσβαση των μειονεκτικών ομάδων στο σύστημα υγείας, παρά οι μεμονωμένες συμπεριφορές. Πιο συγκεκριμένα διαπιστώνεται ότι τα νοσοκομεία είναι ανεπαρκή σε αριθμό - καθώς ο αριθμός των μεταναστών αυξάνεται - όπως

επίσης και σε διευκολύνσεις, ενώ απουσιάζει και η κατάλληλη υποδομή για την πρόσβαση των ασθενών με κινητικές δυσκολίες σε σημεία των νοσοκομείων (π.χ. ράμπες ή πινακίδες σε γραφή μπράιτ). Επιπλέον τα νοσοκομεία παρουσιάζουν ελλιπή στελέχωση σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ η πλειοψηφία του ιατρικού προσωπικού δεν γνωρίζει τις ανάγκες και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι ευάλωτες ομάδες και οι μετανάστες στην Ελλάδα.

Ένα από αυτά είναι το πρόβλημα της γλώσσας που οδηγεί σε έλλειμμα επικοινωνίας και κατ' επέκταση ενημέρωσης. Η γλώσσα αποτελεί ένα σημαντικό εμπόδιο για πολλούς μετανάστες, οι οποίοι δεν μπορούν να επικοινωνήσουν με το ιατρικό προσωπικό. Αυτή η ανεπάρκεια θεωρείται ιδιαίτερα κρίσιμη από τις οργανώσεις των μεταναστών, καθώς σε απαιτητικά ιατρικά περιστατικά μπορεί να αποδειχθεί μοιραία ακόμη και για την επιβίωση του ασθενή.

Ο χρηματισμός του ιατρικού προσωπικού (το περίφημο φακελάκι) είναι ένα άλλο φαινόμενο που χαρακτηρίζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας, σύμφωνα με τους εκπροσώπους των εμπλεκόμενων φορέων. Το φαινόμενο ωστόσο χρηματισμού του ιατρικού προσωπικού, κατόπιν απαίτησης του ίδιου ή ακόμη και απλής αποδοχής, αποδίδεται στους χαμηλούς μισθούς και όχι στην βασιζόμενη σε κοινωνικά στερεότυπα τάση τους για διάκριση απέναντι σε συγκεκριμένες κατηγορίες πολιτών. Αναφέρεται μάλιστα ότι σε πολλές περιπτώσεις που οι μετανάστες πλήρωσαν το ιατρικό προσωπικό, εξυπηρετήθηκαν άμεσα και με ιδιαίτερη φροντίδα, σε αντίθεση με εκείνους που βεβαιώνουν ότι είτε δεν εξυπηρετήθηκαν καθόλου είτε εξυπηρετήθηκαν χωρίς την απαιτούμενη φροντίδα και προσοχή

Κατ' επέκταση η ίδια η πρακτική του χρηματισμού είναι που θέτει κάποια όρια, υποκρύπτοντας ενδεχομένως και μία τάση διάκρισης στον τρόπο αντιμετώπισης των ασθενών. Η διάκριση αυτής της μορφής ωστόσο συντελείται εις βάρος των φτωχότερων ομάδων του πληθυσμού, ανεξαρτήτως αν αυτοί είναι αλλοδαποί ή γηγενείς πολίτες και επηρεάζει κυρίως, αν όχι αποκλειστικά, τις φτωχότερες ομάδες του πληθυσμού, ιδιαίτερα εκείνους που δεν έχουν ασφάλιση. Για αυτές τις ομάδες του πληθυσμού η δυσκολία πρόσβασης σε ένα τουλάχιστον επαρκές δημόσιο σύστημα υγείας αποτελεί λίγο ως πολύ κοινωνική καταδίκη, καθώς είναι προφανές ότι στερούνται των όποιων οικονομικών δυνατοτήτων για προσφυγή σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

Μία άλλη κατηγορία εμπλεκομένων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι τα μεσαία και ανώτερα διοικητικά στελέχη των φορέων που έχουν ένα βαθμό, μικρότερο ή μεγαλύτερο, ανάμειξης στο σύστημα υγείας. Σε αυτήν την κατηγορία εντάσσονται οι υψηλόβαθμοι υπάλληλοι όλων των μορφών ιδρυμάτων-νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., της κεντρικής Δημόσιας Διοίκησης, των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (Μ.Κ.Ο.)

Το συμπέρασμα που προκύπτει από τις απαντήσεις αυτής της επιτελικής και καίριας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας ομάδας ερωτώμενων είναι ότι δεν υφίσταται καμία εμφανής διάκριση εις βάρος ατόμων διαφορετικής εθνικότητας, εθνότητας, χρώματος, θρησκείας ή σωματικής κατάστασης από τους επαγγελματίες παροχής υπηρεσιών υγείας. Κατ' αυτούς η νομοθεσία δεν εισάγει διακρίσεις και κάθε αρνητική συμπεριφορά έχει περιπτωσιολογικό χαρακτήρα και αντιμετωπίζεται στο πλαίσιο του εκάστοτε νοσηλευτικού ιδρύματος. Από την άλλη μεριά όμως υπήρξε και ευρεία συμφωνία ως προς τη μη εφαρμογή των νόμων και των πολιτικών και ως προς την ανυπαρξία θεσμοθετημένων διαδικασιών παρακολούθησης και ελέγχου, ούτως ώστε να διασφαλιστεί ότι οι αποφάσεις θα τεθούν σε εφαρμογή. Αυτή η κατάσταση ισχύει κυρίως για τον δημόσιο τομέα, αλλά ανάλογα προβλήματα αντιμετωπίζουν και οι Μ.Κ.Ο. λόγω ανεπαρκούς νομικού πλαισίου για τη λειτουργία τους, υποδομών και χρηματοδότησης.

Οι αδυναμίες του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας και η ύπαρξη άτυπων κωδικών και πρακτικών από το ιατρικό προσωπικό, που προσομοιάζουν σε εμπορικές συναλλαγές επηρεάζουν όλες τις ομάδες πληθυσμού. Συνιστούν μάλιστα έναν δυνητικό παράγοντα διαφοροποίησης αναφορικά με τη πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Το βασικό όμως εμπόδιο δεν είναι άλλο από την έλλειψη χρημάτων και προσωπικών διασυνδέσεων (των λεγόμενων «γνωστών»). Συνεπώς δεν είναι κάποιας μορφής κοινωνικό στερεότυπο, αλλά η φτώχεια και η κοινωνική ευπάθεια - λόγω αδύναμων άτυπων δικτύων - τα στοιχεία εκείνα που αποτελούν βάση για τη διάκριση.

Ωστόσο στο πλαίσιο των κρατικών πολιτικών, διακρίσεις δεν γίνονται μόνο σε ό,τι προβλέπουν και ρυθμίζουν, αλλά και όταν οι επιτελικοί φορείς παραλείπουν να προβλέψουν. Το σύνολο των ερωτώμενων ανέφερε δυσκολίες στην πρόσβαση και στην επικοινωνία, κυρίως από τους μη-ελληνόφωνους πληθυσμούς, καθώς το σύστημα στερείται οποιασδήποτε δυνατότητας ξενόγλωσσης πληροφόρησης. Επιπλέον η άγνοια των κατοχυρωμένων

δικαιωμάτων και των προβλεπόμενων υποχρεώσεων από τους (επίδοξους) χρήστες των υπηρεσιών υγείας, μοιραία οδηγεί και σε αδυναμία διεκδίκησης τους, φαινόμενο που είναι περισσότερο εμφανές στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Σε σχέση με τη γνώση των δικαιωμάτων των χρηστών φαίνεται ότι οι περισσότεροι δεν γνωρίζουν τα δικαιώματα και τις διαδικασίες που υπαγορεύονται από το νόμο (30%), εύρημα με το οποίο συμφωνούν και οι διοικήσεις των ιδρυμάτων υγείας (20-25%).

Σε γενικές γραμμές λοιπόν οι ασθενείς δεν γνωρίζουν τα δικαιώματά τους και δεν γνωρίζουν πώς να δηλώσουν επίσημα τα παράπονά τους (formal complaint). Αυτό φαίνεται ότι ισχύει για όλους τους ασθενείς, Έλληνες ή όχι, προφανώς όμως είναι πιο δύσκολο όταν κάποιος ανήκει σε μειονότητα και δεν είναι εξοικειωμένος με τις διαδικασίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Συνεπώς και η απουσία σχετικής μέριμνας μπορεί να θεωρηθεί ως μία διάκριση εις βάρος των ομάδων αυτών, καθώς τους στερεί τη δυνατότητα να έχουν πρόσβαση στο σύνολο των παροχών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Σε μεγάλο βαθμό υπήρξε συμφωνία σε όλους τους τομείς, με έμφαση να δίνεται στους δομικούς και οργανωτικούς παράγοντες που ενισχύουν τις ανισότητες και δημιουργούν γόνιμο έδαφος για την εμφάνιση διακρίσεων. Η μη γνώση της κοινοτικής νομοθεσίας και των κανονισμών κατά των διακρίσεων από το μεγαλύτερο μέρος τόσο του διοικητικού προσωπικού, όσο και των υψηλόβαθμων στελεχών της διοίκησης των νοσοκομείων συνιστά έναν τέτοιο παράγοντα. Παράλληλα όμως και πέρα από κάποιες γενικές παρατηρήσεις δεν δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση σε απόψεις σχετικές με την αναγκαιότητα να δημιουργήσουμε μια πολυπολιτισμική κοινωνία και άρα μία αντίστοιχη κουλτούρα τόσο στους λειτουργούς, όσο και στα επιτελικά στελέχη του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αξίζει επιπλέον να σημειωθεί η τάση των ερωτώμενων να εστιάζουν κυρίως στους μετανάστες, επιδεικνύοντας μικρότερο ενδιαφέρον σχετικά με την ανισότητα και τους κινδύνους διάκρισης που ελλοχεύει εις βάρος άλλων ευπαθών κοινωνικών ομάδων.

Μία ακόμη ομάδα που εμπλέκεται περισσότερο ίσως από οποιαδήποτε άλλη με το ζήτημα της διάκρισης στο Ε.Σ.Υ. είναι οι ίδιοι οι επαγγελματίες υγείας, οι άνθρωποι δηλαδή που έρχονται σε απευθείας επαφή με τις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού. Οι περισσότεροι μάλιστα από τους ερωτηθέντες έχουν υψηλό μορφωτικό επίπεδο και είναι σε παραγωγική ηλικία. Με αυτήν την έννοια το ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό προσωπικό, το οποίο βρίσκεται στην πρώτη γραμμή παροχής υπηρεσιών υγειονομικής

περίθαλψης και κατέχει ένα υψηλό μορφωτικό επίπεδο θα πρέπει αναμένεται να αντιμετωπίζει τις μειονεκτούσες και ευάλωτες ομάδες-χρήστες των ιατρικών υπηρεσιών με την απαραίτητη ανοχή και κατανόηση, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαιτερότητες και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, όχι μόνο σε επίπεδο επικοινωνίας αλλά και σε επίπεδο αδυναμίας ενσωμάτωσης στην ελληνική κοινωνία

Σε γενικές γραμμές το ιατρικό προσωπικό αναγνωρίζει ότι τα πράγματα θα μπορούσαν να είναι καλύτερα στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Φαίνεται ωστόσο να αποτελεί κοινή πεποίθηση η αντίληψη, ότι το επίπεδο περίθαλψης είναι ικανοποιητικό, με δεδομένο το γεγονός ότι παρέχουν υπηρεσίες υγείας εντός ενός περιορισμένων δυνατοτήτων πλαισίου, το οποίο έχει ορισμένες συγκεκριμένες δυσλειτουργίες και χαρακτηρίζεται από τις κοινώς αποδεκτές περιορισμένες διοικητικές και χρηματοοικονομικές δυνατότητες του ΕΣΥ στην Ελλάδα. Ειδικότερα, θεωρούν, ότι ο χρόνος που αφιερώνουν στους ασθενείς είναι επαρκής, οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι άμεσες και γρήγορες και πιστεύουν ότι εκδηλώνουν ενδιαφέρον και μεταφέρουν και αυτή τη συμπεριφορά προς τους ασθενείς.

Σε γενικές γραμμές, το σύνολο σχεδόν των ερωτηθέντων πιστεύει, πως όλοι όσοι απευθύνονται στα νοσοκομεία για ιατρική βοήθεια πρέπει να λαμβάνουν το ίδιο επίπεδο υπηρεσιών ανεξαρτήτως καταγωγής, εθνότητας και θρησκευτικών πιστεύω. Η πλειονότητα του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού πιστεύει πάντως πως το κύριο χαρακτηριστικό που μπορεί να οδηγήσει σε συμπεριφορές διάκρισης μεταξύ ασθενών είναι η φυλή ή η εθνότητα.

Οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ακόμη¹⁸, ότι το νομικό πλαίσιο δεν καλύπτει όλες τις ανάγκες των μειονοτήτων και των άλλων ευπαθών κοινωνικών ομάδων με αποτέλεσμα να επιτρέπεται η εμφάνιση αντιλήψεων και πρακτικών διάκρισης. Ελαφρώς οξύμωρο είναι βέβαια ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν γνωρίζει την ελληνική και ευρωπαϊκή νομοθεσία ενάντια στις διακρίσεις. Επιπλέον, μεγάλο μέρος των εργαζομένων στις ιατρικές υπηρεσίες δεν έχει γνώση σχετικά με την ύπαρξη εσωτερικών διαδικασιών παραπόνων ή την ύπαρξη ανεξάρτητων αρχών, όπως ο Συνήγορος του Πολίτη, όπου μπορούν να υποβληθούν παράπονα σχετικά με την παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

¹⁸ Equality in Health, ό.π.

Η πλειονότητα των εργαζομένων θεωρεί ότι υφίσταται έλλειμμα ενημέρωσης και από τα μέλη των μειονοτήτων, τα οποία δεν είναι επαρκώς ενημερωμένα σχετικά με τα δικαιώματά τους. Σημειώνεται δε ότι από το σύνολο των ευπαθών κοινωνικών ομάδων λιγότερο ενημερωμένοι θεωρείται ότι είναι οι οικονομικοί μετανάστες. Οι επαγγελματίες υγείας τονίζουν βέβαια ότι τα νοσοκομεία δεν παρέχουν έντυπα σχετικά με τα δικαιώματα των μειονοτήτων σε γλώσσες κατανοητές σε αυτούς, ενώ είναι χαρακτηριστικό ότι ούτε οι ίδιοι ερωτηθέντες έχουν λάβει αντίτυπα της ελληνικής και ευρωπαϊκής νομοθεσίας σχετικά με την μη διάκριση.

Εν τέλει, αξιοσημείωτο είναι ότι υπάρχουν μαρτυρίες διάκρισης, της οποίας θύματα έχουν πέσει και οι ίδιοι οι ερωτώμενοι. Περίπου το 25% έχουν πέσει θύματα διακρίσεων όχι μόνο στο χώρο εργασίας τους αλλά και στην καθημερινή τους ζωή- σε ένα μεγάλο ποσοστό με αιτία το φύλο, όπως αναφέρουν οι γυναίκες που απάντησαν. Συνεπώς δεν πρέπει να προκαλεί εντύπωση ότι σημαντικό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας απάντησε πως έχει παρατηρήσει περιπτώσεις διάκρισης τουλάχιστον μία φορά στο χώρο εργασίας τους.

Ενθαρρυντικό είναι πάντως το γεγονός ότι οι πεποιθήσεις μεγάλου μέρους από αυτούς που απάντησαν εμφανίζουν ένα λογικό επίπεδο ανοχής, όσον αφορά την αντιμετώπιση μελών μειονοτήτων και ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Επίσης, η πλειονότητα δηλώνει πως συμπεριφέρεται στους ασθενείς/ χρήστες των υπηρεσιών υγείας ισότιμα, ανεξαρτήτως καταγωγής, φυλής και θρησκευτικών πεποιθήσεων.

Επίσης, το μεγαλύτερο μέρος του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού των υπηρεσιών υγείας αναγνωρίζει τη σημασία της βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να προσφέρονται οι υπηρεσίες άμεσα και με καλύτερη ποιότητα στους χρήστες/ ασθενείς. Αυτό το δικαίωμα αναγνωρίζεται ιδιαίτερα για τα μέλη μειονοτήτων και ευαίσθητων ομάδων, δεδομένου ότι είναι λιγότερο ευνοούμενοι σε σχέση με τον γενικότερο πληθυσμό και αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ομαλή πρόσβαση στην ελληνική κοινωνία.

Συνεπώς η ύπαρξη χαρακτηριστικών διάκρισης στις σχέσεις των επαγγελματιών υγείας με τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, σύμφωνα με αυτά που καταγράφονται στην Έκθεση για την Υγεία στην Ελλάδα, δεν είναι απόρροια κάποιων κοινωνικών στερεοτύπων, αλλά αποτέλεσμα δομικών αδυναμιών του συστήματος και ειδικότερα της απουσίας μηχανισμών

πληροφόρησης των επαγγελματιών υγείας από τη μια και ενημέρωσης των «ευάλωτων» ασθενών από την άλλη. Είναι ευδιάκριτο λοιπόν το κενό μεταξύ των προδιαγραφών, που ορίζει η υπάρχουσα εθνική και ευρωπαϊκή νομοθεσία σχετικά με την ισότιμη μεταχείριση εθνικών, φυλετικών και θρησκευτικών ομάδων και την γνώση αυτού του νομικού πλαισίου από τους εργαζόμενους στον τομέα υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, το ιατρικό προσωπικό δεν έχει ενημερωθεί καταλλήλως και οι διοικητικές υπηρεσίες των ιδρυμάτων δεν έχουν δράσει προκειμένου να ενημερωθούν τα μέλη μειονοτήτων σχετικά με τα δικαιώματά τους.

Τέλος και όσον αφορά τη διερεύνηση γενικευμένων πρακτικών διάκρισης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι προφανές ότι δεν μπορεί να υπάρξει καταλληλότερο «αντικείμενο» έρευνας από τους ίδιους τους ασθενείς/ χρήστες των υπηρεσιών υγείας, συνεπώς κρίνεται επιβεβλημένη και μία περισσότερο αναλυτική παράθεση της προσέγγισής τους για το σύστημα υγείας. Σε γενικές γραμμές οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας εμφανίζονται ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας θεωρώντας ωστόσο ότι το επίπεδο αυτό μπορεί να βελτιωθεί, καθώς τα 2/3 από τους ερωτώμενους χρήστες πιστεύουν ναι μεν, ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι υψηλού επιπέδου, αλλά μπορούν να βελτιωθούν. Επίσης το 67% των ασθενών θεωρούν ότι ο χρόνος που αφιερώνουν σε αυτούς οι γιατροί είναι επαρκής, ενώ παράλληλα το 59% αυτών κρίνουν ότι οι διοικητικές διαδικασίες είναι ικανοποιητικού επιπέδου, που φαίνεται να αποτελεί για τους ασθενείς και τον περισσότερο προβληματικό τομέα της νοσοκομειακής δομής, παρά το θετικό πρόσημο. Σε αντίθεση πάντως με το σχετικά χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών από τις διοικητικές υπηρεσίες των νοσοκομείων, η άποψη τους για το επίπεδο της υγειονομικής φροντίδας που τους παρέχεται από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό είναι σχεδόν άριστη, καθώς ως τέτοια αξιολογεί το 84% την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα και αντίστοιχη είναι η άποψη του 82% για το επίπεδο της νοσηλευτικής φροντίδας, που λαμβάνουν.

Αναφορικά με ορισμένα ποιοτικά χαρακτηριστικά διαφορετικής αντιμετώπισης των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, η άποψη των «ευάλωτων» ασθενών είναι ότι το ιατρικό προσωπικό είναι ευαισθητοποιημένο ως προς τις πολιτισμικές τους διαφορές ή τις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Παρατηρείται ωστόσο, σύμφωνα με τα πορίσματα της Έκθεσης, μία κάποια διαφοροποίηση ως προς την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στη βάση της

εθνικής ή θρησκευτικής προέλευσης των ασθενών. Σημαντικό ρόλο έπαιξε η ύπαρξη πληρωμής (41% των χρηστών) στην ποιότητα των υπηρεσιών που έλαβαν, παράγοντας ο οποίος αναμφισβήτητα παίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο χαρακτηρίζουν οι χρήστες το σύστημα υγείας, συνεπώς μπορεί να γίνει λόγος για περιπτώσεις διακρίσεων με βάση την οικονομική κατάσταση και διάθεση του ασθενή.

Διαφαίνεται επίσης η ύπαρξη μίας τάσης από την πλευρά των ομάδων με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά - χαμηλότερο εισόδημα, μη εξοικείωση με τις διαδικασίες – να εκφράζουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης με τις υπηρεσίες σε σχέση με ομάδες πιο προνομιούχες. Εξέλιξη που αποτελεί ένα μικρό δομικό παράδοξο του συστήματος, καθώς η πρόσβαση αυτών των ομάδων στο σύστημα υγείας είναι περισσότερο προβληματική (αδυναμία ανάπτυξης διαπροσωπικών δικτύων και χρηματισμού) σε σχέση με τους χρήστες που μπορεί να ανήκουν κοινωνικά στην ίδια ομάδα διαθέτουν όμως τους αναγκαίους πόρους (οικονομικούς και κοινωνικούς) για να εξασφαλίσουν ευκολότερη πρόσβαση στο σύστημα και ενδεχομένως καλύτερο επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Η εξήγηση πάντως έγκειται στις χαμηλότερες προσδοκίες που έχουν από τις υπηρεσίες υγείας αυτές οι χρήστες, εφόσον είναι εξοικειωμένοι με συστήματα υγείας «φτωχότερων παροχών» από το Ε.Σ.Υ.

Όπως προκύπτει λοιπόν από τα συμπεράσματα της σχετικής έρευνας¹⁹, το συντριπτικά μεγαλύτερο μέρος των εμπλεκόμενων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (εκτός του ιατρικού προσωπικού για ευνόητους λόγους) διαπιστώνει ότι η μοναδικής μορφής και καθολικής εφαρμογής διάκριση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας σχετίζεται με την οικονομική κατάσταση και διάθεση του ασθενή. Εξαιρουμένων ορισμένων μεμονωμένων και σε καμία περίπτωση άξιων προβληματισμού περιπτώσεων οι κοινωνικά ευπαθείς ομάδες, που προστρέχουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν βιώνουν συμπεριφορές και δεν υφίστανται πρακτικές διάκρισης, οι οποίες να εδράζονται μάλιστα σε κοινωνικά στερεότυπα ή ρατσιστική προδιάθεση. Δυσκολία πρόσβασης παρατηρείται μόνο στον τομέα της επικοινωνίας των δημόσιων λειτουργιών (ιατρικού και διοικητικού προσωπικού) κυρίως με τους αλλοδαπούς χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Αυτό το φαινόμενο ωστόσο αποτελεί μία δομική-οργανωτική αδυναμία όχι μόνο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλά του μεγαλύτερου μέρους της Δημόσιας Διοίκησης, στοιχειοθετώντας και τη

¹⁹ Equality in Health, ό.π.

μοναδική τρόπον τινά διάκριση εις βάρος μειονεκτικών ομάδων του πληθυσμού, η οποία ωστόσο εδράζεται στην αβλεψία του επίσημου κράτους και στην αδυναμία προσαρμογής του κρατικού μηχανισμού στις απαιτήσεις μίας πολυπολιτισμικής κοινωνίας.

Από εκεί και πέρα η μοναδική καταγεγραμμένη συμπεριφορά και κατ' επέκταση πρακτική διάκρισης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας απορρέει από τη δυνατότητα χρηματισμού του ιατρικού προσωπικού. Ο χρηματισμός, το περίφημο «φακελάκι» στη νέα ελληνική, συνιστά το μοναδικό κριτήριο διάκρισης από τους λειτουργούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας προς συγκεκριμένες όχι κοινωνικές ομάδες, αλλά οικονομικές κατηγορίες πολιτών, γηγενών και αλλοδαπών. Το φαινόμενο αυτό λοιπόν ευθύνεται όχι μόνο για την εμφάνιση φαινομένων διάκρισης, αλλά για τη δημιουργία συνθηκών σχεδόν δομικής ανισότητας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ενώ λοιπόν ο ιδρυτικός χαρακτήρας του Ε.Σ.Υ.²⁰ διεπόταν από μία, τουλάχιστον σε διακηρυκτικό επίπεδο, αναδιανεμητική φιλοσοφία, σχεδόν 25 χρόνια μετά την ίδρυσή του το Σύστημα Υγείας ακροβατεί μεταξύ αναληψίας και απαξίωσης, αναπαράγοντας αυτό, το οποίο σε ιδρυτικό τουλάχιστον στάδιο κλήθηκε να αντιμετωπίσει, την ανισότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η υποχρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ. και η συνακόλουθη μισθολογική στασιμότητα του ιατρικού προσωπικού είναι δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες όξυνσης αυτής της κατάστασης. Συνυπολογίζοντας το εξαντλητικό καθεστώς εργασίας στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, τους ρυθμούς «χελώνας» με τους οποίους πραγματοποιείται η στελέχωση του Ε.Σ.Υ. και την ύπαρξη ενός ιατρικού προλεταριάτου, το οποίο αποτελείται από ειδικευόμενους, αλλά «μάχιμους» νέους γιατρούς έχουμε το πλαίσιο εντός του οποίου αναπτύχθηκε η παραοικονομία όχι μόνο παράπλευρα (άσκηση ελευθέρου επαγγέλματος), αλλά και εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας (χρηματισμός).

9. Το Ε.Σ.Υ. ως άλλοθι της αγοράς

Η απαξίωση του Ε.Σ.Υ. στην συνείδηση της κοινής γνώμης αποτελεί άλλοθι για τη γιγάντωση του ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα. Η υποχρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και ταυτόχρονα η

²⁰ Ν. 1397/1983

νοσοκομειοκεντρική κατεύθυνση του μεγαλύτερου μέρους από τα διατιθέμενα κονδύλια για την υγεία και η κακή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από την άλλη συνιστούν αφενός αιτίες αύξησης της ζήτησης για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας από την πλευρά των χρηστών αυτών των υπηρεσιών και αφετέρου προσφέρουν ένα προνομιακό πεδίο ανάπτυξης επιχειρηματικής δραστηριότητας και υλοποίησης επενδύσεων από την πλευρά του ιδιωτικού κεφαλαίου.

Η Ελλάδα εμφανίζει το μικρότερο ποσοστό δημόσιας δαπάνης ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ δαπανώντας μόλις το 42,8% της συνολικής δαπάνης για την υγεία. Είναι αξιοσημείωτο ότι ακόμη και στις άκρως φιλελεύθερες Η.Π.Α., των οποίων η κουλτούρα είναι εντελώς ξένη ως προς τα εθνικά συστήματα υγείας, το ποσοστό των δημοσίων δαπανών για την υγεία ως προς τις συνολικές δαπάνες είναι μεγαλύτερο (45,1%) από αυτό της Ελλάδας.²¹ Η ιδιωτική δαπάνη υγείας αντίστοιχα ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας είναι η μεγαλύτερη στον ΟΟΣΑ αγγίζοντας το 57,2% (2005).

Η ιδιωτική δαπάνη υγείας αναφέρεται στις δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη σε κρατικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, περιλαμβανομένων επίσης και των δαπανών που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων ομάδων του πληθυσμού, καθώς και στην ασφάλιση εκείνων των ατόμων που είναι ανασφάλιστα. Εξετάζοντας μάλιστα τις πηγές της ιδιωτικής δαπάνης υγείας διαπιστώνουμε ότι όσο αυτές αυξάνονται, τόσο «περισσότερο άνισο» γίνεται το σύστημα υγείας, καθώς σε αυτές υπολογίζονται οι δαπάνες των ανασφάλιστων, οι οποίοι υπολογίζονται στο 8% περίπου του πληθυσμού²², οι δαπάνες για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων πληθυσμιακών και επαγγελματικών ομάδων, η νομοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα περίθαλψης (ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα), η διαφορά μεταξύ της δαπάνης που αποδίδουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί για ιατρικές πράξεις και της πραγματικής αμοιβής του γιατρού, οι επιπλέον δαπάνες των ασφαλισμένων για διαφορά θέσης στα νοσοκομεία και οι δαπάνες που καταβάλλονται για ιατρικές πράξεις στο εξωτερικό.

Είναι προφανές ότι η γιγάντωση του ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα λειτουργεί εις βάρος των πλέον αδύναμων ομάδων του πληθυσμού,

²¹ Στοιχεία για το 2005 από ΟΟΣΑ, *Δαπάνες Υγείας*, τελευταία ενημέρωση Οκτώβρης 2007

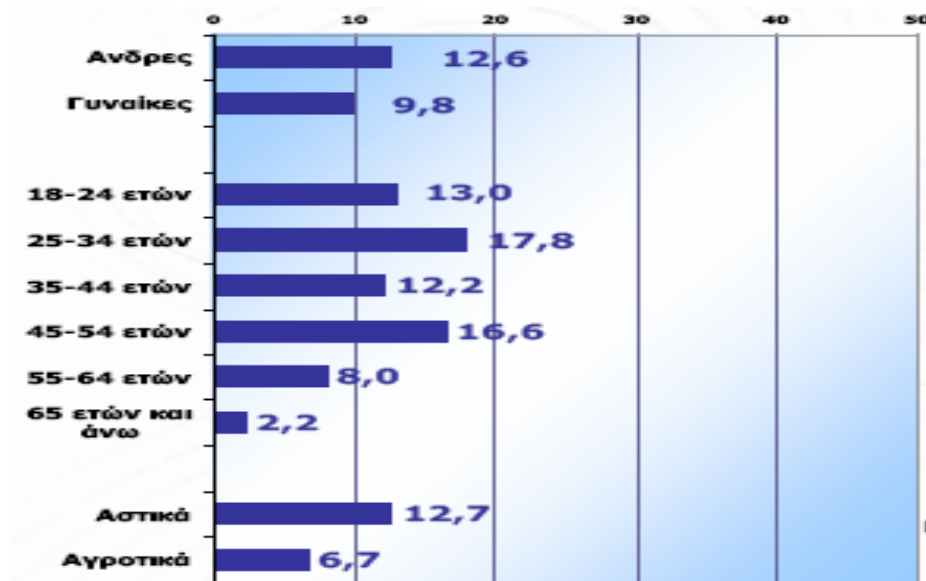
²² Στοιχεία από ΠΟΣΕ-ΙΚΑ-ΕΤΑΜ

καθώς όσο πιο άδικο και υπολειμματικό γίνεται ένα σύστημα κοινωνικών παροχών, τόσο μεγαλύτερη είναι η συσχέτιση των οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Συσχέτιση, η οποία πέρα από τους δείκτες υγείας, αφορά και τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας, την ευχέρεια της πρόσβασης, την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και βέβαια την κάλυψη των σχετικών δαπανών. Στην έρευνα υγείας *Hellas Health I*, που διεξήχθη από το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής και το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, σε συνεργασία με τη *Metron Analysis*, επιβεβαιώνεται η παραπάνω συσχέτιση, καθώς τα ευρήματά της μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι στην πράξη και παρά τη ραγδαία ανάπτυξη των δομών του Ε.Σ.Υ., ο στόχος της ισότητας δεν έχει επιτευχθεί στο σύστημα υγείας στη χώρα μας.²³

Παρά τη συστηματική προσπάθεια των τελευταίων χρόνων για αποδέσμευση του σκληρού πυρήνα των υπηρεσιών στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όπως είναι η υγεία και η εκπαίδευση, προκειμένου από τη μια να εξοικονομηθούν κρατικοί πόροι, οι οποίοι θα διοχετευτούν στην ανάπτυξη, και από την άλλη, μέσω του ανταγωνισμού, να διατηρηθεί χαμηλά το κόστος των υπηρεσιών υγείας και να βελτιωθεί το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παραμένει σε χαμηλά επίπεδα στην Ελλάδα (αφορά μόνο το 11,1% των ατόμων). Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας ως συμπληρωματική πηγή κάλυψης των δαπανών υγείας των νοικοκυριών, επιλέγεται από το 12,7% αυτών που μένουν σε αστικές περιοχές, έναντι του 6,7% αυτών που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές. Ακόμη μικρότερα ποσοστά συγκεντρώνει η ιδιωτική ασφάλιση ως επιλογή στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες 55-64 ετών και 65 ετών και άνω, καθώς αφενός η ιδιωτική ασφάλιση ως επιλογή είναι πιο ελκυστική σε ένα βάθος χρόνου και αφετέρου οι άνθρωποι αυτής της ηλικίας δεν είναι τόσο εξοικειωμένοι με επιλογές τέτοιου είδους [Γράφημα 1].

²³ Τούντας Γ. Σουλιώτης Κ. «Η επίδραση οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων κατά τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας», στο *Hellas Health I*, Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Κέντρο Μελετών Υγείας & *Metron Analysis*.

Γράφημα 1
Υπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης βάσει φύλου, ηλικίας και τόπου
διαμονής (%)



Πηγή: Metron Analysis (ενδεικτικά στοιχεία) 2007

Εξίσου ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί η οικογενειακή κατάσταση του ερωτώμενου, ο οποίος επιλέγει ιδιωτική ασφάλιση, καθώς η απουσία λοιπών οικογενειακών βαρών φαίνεται να κάνει πιο ελκυστική της επιλογή της. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι άγαμοι που κάνουν ιδιωτική ασφάλιση αγγίζουν το 15,6%, ενώ οι παντρεμένοι είναι μόλις 10,8%. Αντίστοιχα η επαγγελματική κατηγορία που στρέφεται περισσότερο στην ιδιωτική ασφάλιση είναι οι ελεύθεροι επαγγελματίες (17,4%), οι οποίοι από τη φύση της επαγγελματικής του θέσης είναι περισσότερο ευέλικτοι, ενώ έχουν και τη δυνατότητα να διαθέτουν κατά το δοκούν μεγαλύτερο μέρος του διαθέσιμου εισοδήματός τους σε σχέση με π.χ. μισθωτούς ή συνταξιούχους. Όπως ήταν αναμενόμενο η ιδιωτική ασφάλιση επιλέγεται κυρίως από τις ανώτερες εισοδηματικές κατηγορίες (29,8%), οι οποίες έχουν και την οικονομική ευχέρεια μίας τέτοιας επιλογής. [Γράφημα 2]

Γράφημα 2

Υπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης βάσει οικογενειακής κατάστασης, επαγγελματικής ιδιότητας και εισοδηματικής κατάστασης (%)



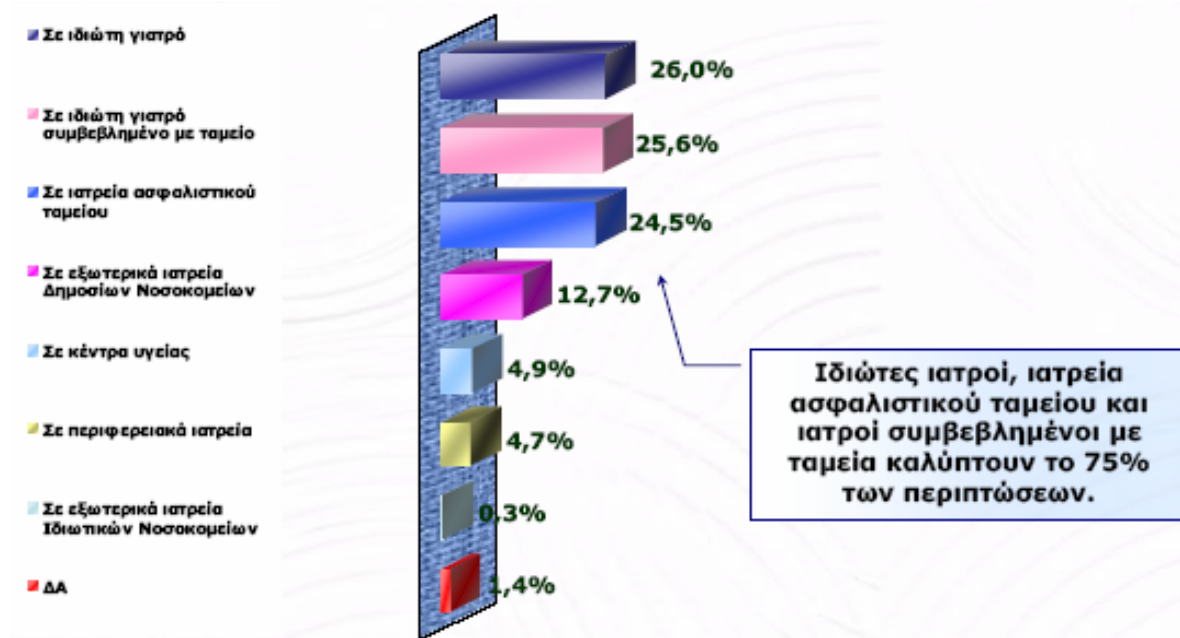
Πηγή: Metron Analysis (ενδεικτικά στοιχεία) 2007

Από τα δύο γραφήματα που προηγήθηκαν γίνεται σαφές, έστω και σε επίπεδο ενδείξεων ότι η ιδιωτική ασφάλιση, αν και δεν έχει καταξιωθεί στη συνείδηση των πολιτών, απευθύνεται σε μία χρήστες υπηρεσιών υγείας με ορισμένα ευδιάκριτα χαρακτηριστικά, καθώς το μεγαλύτερο μέρος των «ασφαλισμένων» σε ιδιωτικές εταιρείες κατοικούν σε αστικές περιοχές, ασκούν ελεύθερο επάγγελμα και τοποθετούνται στην ανώτερη τάξη. Ο περίφημος λοιπόν τριμερής χαρακτήρας της κοινωνικής ασφάλισης - ο οποίος οικονομικά βασιζόταν στο τρίπτυχο της κρατικής χρηματοδότησης (εθνική σύνταξη), των επαγγελματικών εισφορών και αντίστοιχα παροχών και της ιδιωτικής ασφάλισης - ενέχει εξ ορισμού χαρακτηριστικά ανισότητας. Είναι αναμενόμενο ότι οι παρεχόμενες υπηρεσίες της ιδιωτικής ασφάλισης είναι σαφώς περιορισμένες στις αγροτικές περιοχές, λόγω απροθυμίας ανάπτυξης περιφερειακής υποδομής, επίσης το διαθέσιμο εισόδημα των μισθωτών συρρικνώνεται διαρκώς και αντίστοιχα οι μεγάλες εισοδηματικές κατηγορίες έχουν τη δυνατότητα διάθεσης μέρους του εισοδήματος τους στην ιδιωτική ασφάλιση.

Θα ανέμενε λοιπόν κανείς ότι λόγω ακριβώς της αδυναμίας ενός μεγάλου μέρους του πληθυσμού να στραφεί στην ιδιωτική ασφάλιση, το

δημόσιο σύστημα υγείας θα αποτελούσε τη βασική, αν όχι αποκλειστική επιλογή των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο και παρά το γεγονός ότι το 97% των ερωτώμενων είναι ασφαλισμένοι σε κάποιο ταμείο, το 26% επιλέγει αμιγώς ιδιώτη γιατρό σε περίπτωση που χρειαστεί ιατρική φροντίδα, ενώ το 50,1% (αθροιστικά) κάνει χρήση του ασφαλιστικού του δικαιώματος, επιλέγοντας είτε ιδιώτη γιατρό συμβεβλημένο με το ταμείο του, είτε ιατρείο του ασφαλιστικού του φορέα. Το εντυπωσιακό στοιχείο, ειδικά για τις αστικές περιοχές που μοναδική πρόσβαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του ΕΣΥ αποτελούν τα εξωτερικά ιατρεία των Δημόσιων Νοσοκομείων, είναι ότι μόλις το 12,7 στο σύνολο των ερωτώμενων στρέφονται εκεί, ενώ άλλο ένα ποσοστό της τάξης του 9,6% απευθύνεται στα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία. Ενδεικτικό δηλαδή της αντίληψης που έχει η πλειοψηφία των ερωτώμενων για το Ε.Σ.Υ. είναι το 75% της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχεται εκτός των δομών του, αν και σε συνάρτηση με τα προηγούμενα ευρήματα η επιλογή του φάνταζε ως αναγκαιότητα για ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού. [Γράφημα 3]

Γράφημα 3
Σημεία ιατρικής φροντίδας (%)



Πηγή: Metron Analysis (ενδεικτικά στοιχεία) 2007

Ένα ακόμη ενδεικτικό στοιχείο της απαξίωσης στην οποία έχει περιέλθει το Εθνικό Σύστημα Υγείας λόγω των κακής ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας υγείας που παρατίθεται στον Πίνακα 2, που ακολουθεί. Στις

αγροτικές περιοχές, όπου οργανικά τουλάχιστον υφίστανται δομές του Ε.Σ.Υ., σε πανελλαδικό μάλιστα επίπεδο, θα ανέμενε κανείς ότι η χρήση των παρεχόμενων από αυτό υπηρεσιών θα είχε σχεδόν καθολικό χαρακτήρα. Ωστόσο, μόλις το 20% των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στις αγροτικές περιοχές στρέφονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του Ε.Σ.Υ. (κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία). Αντιθέτως όχι μόνο το ποσοστό όσων επιλέγουν ιδιώτη γιατρό είναι το υψηλότερο (31,8%), αλλά υπερβαίνει ακόμη και το αντίστοιχο ποσοστό των αστικών περιοχών (24%).

Πίνακας 2

Σημεία ιατρικής φροντίδας ανά αστικότητα (%)

ΣΗΜΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΣΤΙΚΑ	ΑΓΡΟΤΙΚΑ
Σε ιδιώτη γιατρό	26,0%	24,0%	31,8%
Σε ιδιώτη γιατρό συμβεβλημένο με ταμείο	25,6%	28,9%	15,7%
Σε ιατρεία ασφαλιστικού ταμείου	24,5%	28,1%	13,7%
Σε εξωτερικά ιατρεία Δημόσιων Νοσοκομείων	12,7%	11,9%	15,3%
Σε κέντρα υγείας	4,9%	4,0%	7,5%
Σε περιφερειακά ιατρεία	4,7%	2,0%	12,5%
Σε εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών	0,3%	*	1,2%

νοσοκομείων			
Δ.Α.	1,4%	1,1%	2,4%

Πηγή: Metron Analysis 2007

Η απαξίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η στροφή των πολιτών στον ιδιωτικό τομέα παροχής φροντίδας υγείας δημιουργεί de facto συνθήκες ανισότητας στον υγειονομική ανθρωπογεωγραφία της χώρας. Ο πίνακας 3, που ακολουθεί, ενισχύει αυτή την αντίληψη, καθώς όπως αναμενόταν υφίσταται στενή συσχέτιση της επιλογής ιδιώτη γιατρού με την κοινωνική τάξη του χρήστη υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, το 42,1% αυτών που ανήκουν στην ανώτερη κοινωνική τάξη επιλέγει ιδιώτη γιατρό, ενώ και 32,4% εκείνων που ανήκουν στη μεσαία προς ανώτερη τάξη καταφεύγουν σε ιδιώτη γιατρό. Αθροιστικά δηλαδή το 74,5% των ανώτερων κοινωνικών τάξεων προτιμά να πληρώνει «από την τσέπη του» για χρήση των υπηρεσιών υγείας, παρά να προσφεύγει στο Ε.Σ.Υ. Συνεπώς και |δια της εις άτοπον απαγωγής» το μεγαλύτερο μέρος της πληθυσμιακής ομάδας που χρησιμοποιεί τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από το Ε.Σ.Υ. ανήκει στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα.

Πίνακας 3

Σημεία ιατρικής φροντίδας ανά κοινωνική τάξη (%)

ΣΗΜΕΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΩΤΕΡΗ	ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΑΝΩΤΕΡΗ	ΜΕΣΑΙΑ ΠΡΟΣ ΚΑΤΩΤΕΡΗ	ΚΑΤΩΤΕΡΗ
Σε ιδιώτη γιατρό	26,0%	42,1%	32,4%	25,1%	22,7%
Σε ιδιώτη γιατρό συμβεβλημένο με ταμείο	25,6%	22,8%	30,6%	27,9%	21,6%
Σε ιατρεία ασφαλιστικού ταμείου	24,5%	17,5%	21,6%	28,8%	21,1%

Σε εξωτερικά ιατρεία Δημόσιων Νοσοκομείων	12,7%	15,8%	11,7%	10,4%	15,5%
Σε κέντρα υγείας	4,9%	*	2,7%	4,5%	6,7%
Σε περιφερειακά ιατρεία	4,7%	*	*	1,7%	10,4%
Σε εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών νοσοκομείων	0,3%	*	*	0,2%	0,5%
Δ.Α.	1,4%	1,8%	0,9%	1,3%	1,6%

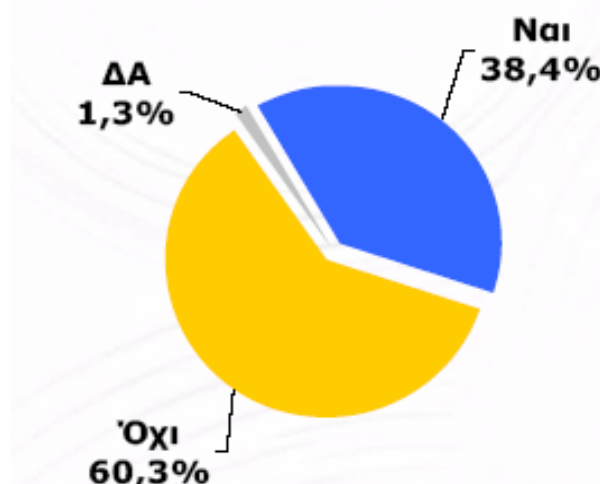
Πηγή: Metron Analysis 2007

Σχετικό με τα παραπάνω είναι και το εύρημα, που αφορά την οικονομική επιβάρυνση των χρηστών [Γράφημα 4]. Σχεδόν 4 στους 10 χρήστες των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι ήρθαν σε επαφή με κάποιον επαγγελματία υγείας τον τελευταίο μήνα πλήρωσαν κάποιο ποσό προσωπικά, χωρίς πάντως να διευκρινίζεται αν σε αυτό το ποσό εμπίπτουν και τυχόν φιλοδωρήματα προς τους γιατρούς των δημόσιων νοσοκομείων. Σε κάθε περίπτωση παρατηρώντας το παρακάτω γράφημα και γνωρίζοντας την έκταση των φαινομένων παραοικονομίας στο υγειονομικό σύστημα της χώρας, θα ήταν απόλυτα λογικό να υποθέσουμε ότι ένα μέρος της ιδιωτικής δαπάνης υγείας διοχετεύεται στην παραοικονομία. Άλλωστε, όπως έχουν δείξει και παλαιότερες έρευνες²⁴ το ύψος της παραοικονομίας στην υγεία συνδέεται κύρια με το ύψος της ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία, ανεξάρτητα από το επίπεδο και την εξέλιξη των αντίστοιχων δημόσιων δαπανών υγείας. Το γεγονός αυτό επιβεβαιώνει ένα άλλο δομικό χαρακτηριστικό του ιδιωτικού τομέα υγείας, τον καθοριστικό ρόλο του (δηλαδή της προσφοράς) στη δημιουργία προκλητής ζήτησης, καθώς και την ύπαρξη σοβαρών

²⁴ Νιάκας Δ., Σκουτέλης Γ., Κυριόπουλος Γ., «Διερεύνηση της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα. Μια Πρώτη Ποσοτική Προσέγγιση», *Επιθεώρηση Υγείας* τομ.1, τευχ. 6, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1990, Αθήνα, καθώς και Κυριόπουλος Γ. Καραλής Γ., «Πρόσφατες Εξελίξεις της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα», *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμ. 8, τευχ. 49, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1997, Αθήνα.

διαρθρωτικών προβλημάτων στο χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, όπου καταναλώνεται το μεγαλύτερο μέρος της ιδιωτικής δαπάνης.²⁵

Γράφημα 4
Πληρωμή επίσκεψης τον τελευταίο μήνα (%)



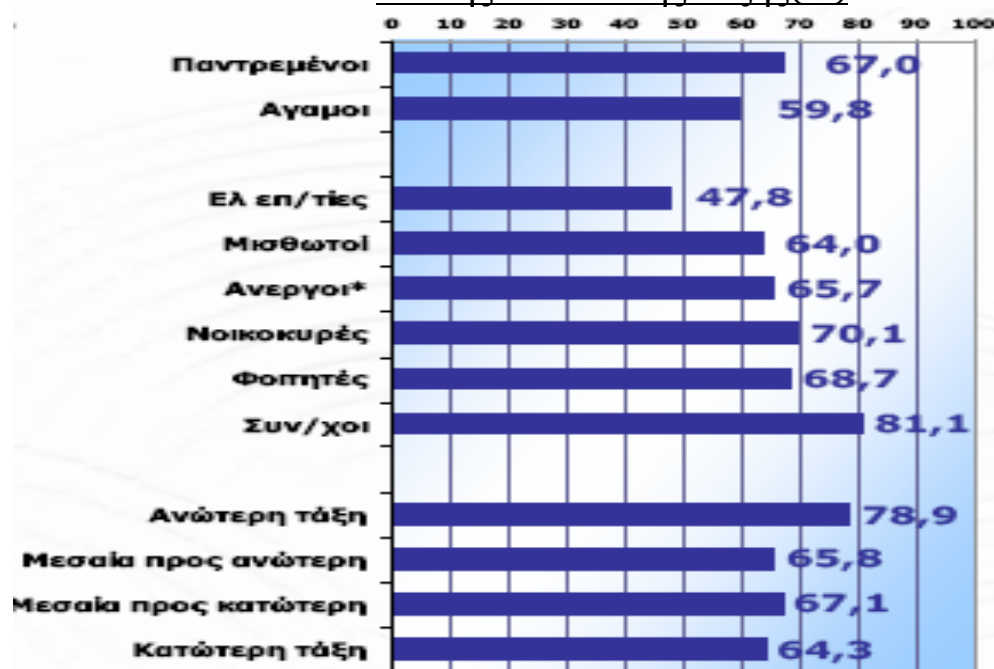
Ένα άλλο εύρημα, το οποίο είναι σκόπιμο να εξετάσουμε αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αφορά τη συχνότητα χρήσης τους και κατά πόσο αυτή επηρεάζεται από ορισμένα χαρακτηριστικά (κοινωνικά, δημογραφικά, οικονομικά) των χρηστών [Γράφημα 5]. Τα χαρακτηριστικά που επιλέχθηκαν να εξεταστούν αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική ομάδα και την κοινωνική τάξη των χρηστών, επιδιώκοντας τη διερεύνηση της σχέσης τους με το ποσοστό επαφής με επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια του έτους. Με μία πρώτη παρατήρηση οι παντρεμένοι φαίνεται να επιδεικνύουν μία μεγαλύτερη τάση χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας, ενδεχομένως και λόγω των πρόσθετων οικογενειακών βαρών-ευθυνών που τους καθιστούν περισσότερο προσεκτικούς. Αν μάλιστα συνυπολογίσουμε ότι στη συγκεκριμένη ομάδα συμπεριλαμβάνονται γονείς τότε η ροπή τους για πιο συχνή χρήση των υπηρεσιών των επαγγελματιών υγείας είναι ευνόητη.

Το δεύτερο εξεταζόμενο χαρακτηριστικό συσχέτισης, αυτό της επαγγελματικής κατηγορίας, παρέχει μάλλον αναμενόμενα αποτελέσματα, καθώς οι συνταξιούχοι καταφεύγουν συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη ομάδα στους επαγγελματίες υγείας. Ενώ τέλος ανησυχητικά συμπεράσματα

²⁵ Κυριόπουλος Γ. *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα

για τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας προκύπτουν από τη συσχέτιση του πλήθους των επαφών με την κοινωνική τάξη, απ' όπου διαφαίνεται μια υπεροχή της ανώτερης τάξης σε σχέση με τις υπόλοιπες. Είναι σαφές λοιπόν ότι οι ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες όχι μόνο έχουν μικρότερο εύρος επιλογών (ουσιαστικά μόλις μία, αυτή του δημόσιου συστήματος υγείας) χρήσης υπηρεσιών υγείας, αλλά και ελλιπή αγωγή υγείας, με αποτέλεσμα να απευθύνονται με μεγαλύτερη δυσκολία στους επαγγελματίες υγείας. Φαινόμενο που όσο και αν φαίνεται ότι αποτελεί ζήτημα κουλτούρας των χαμηλών στρωμάτων της κοινωνίας δεν είναι παρά απόρροια της ανεπάρκειας της πολιτείας και του Ε.Σ.Υ. να εκπονήσουν και να υλοποιήσουν ολοκληρωμένα προγράμματα αγωγής υγείας και πληροφόρησης του πολίτη, με την αναγκαία προϋπόθεση ενός προσβάσιμου και επαρκούς Εθνικού Συστήματος Υγείας.

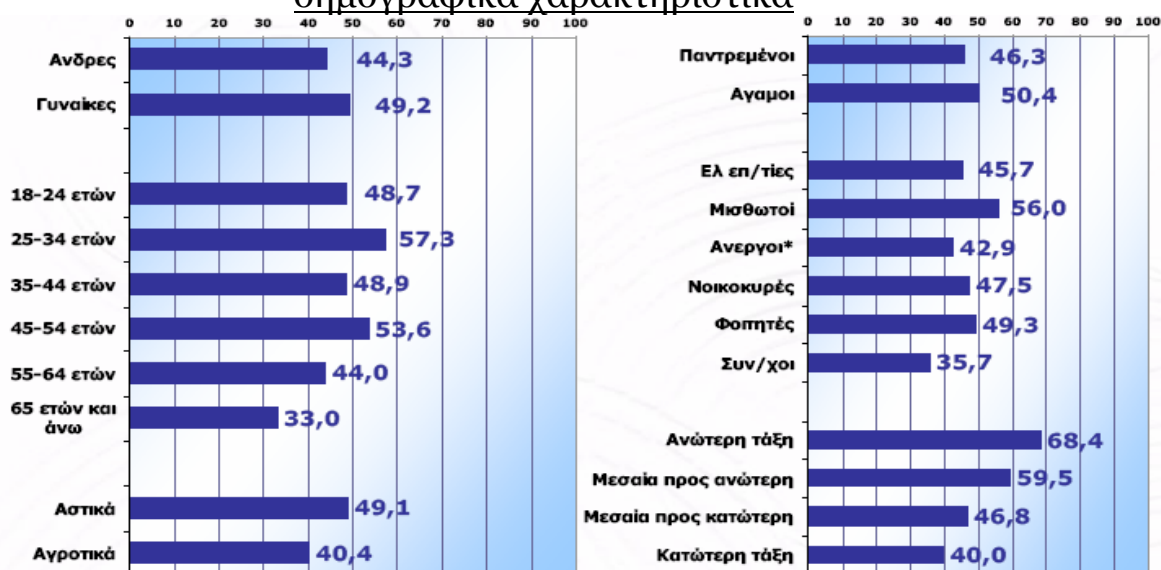
Γράφημα 5
Επαφή με επαγγελματίες υγείας στο έτος βάσει της
οικογενειακής κατάστασης, της επαγγελματικής κατηγορίας
και της κοινωνικής τάξης(%)



Πηγή: Metron Analysis 2007

Συμπληρωματικά στις παραπάνω διαπιστώσεις έρχεται να λειτουργήσει και ένα διακριτό κομμάτι της φροντίδας υγείας, η οδοντιατρική περίθαλψη, η οποία εξετάζεται ξεχωριστά στη μελέτη για την «Επίδραση των οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων κατά τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας». Σε ερώτηση που αφορούσε την επίσκεψη σε οδοντίατρο κατά το τελευταίο έτος, προκύπτει ότι το 46,9% των ερωτώμενων έχει έρθει σε επαφή με οδοντίατρο τους τελευταίους 12 μήνες. Το ποσοστό αυτό κατατάσσει την Ελλάδα στην 18^η θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 25. Οι διαφορές τόσο σε κοινωνικό, όσο και σε γεωγραφικό επίπεδο είναι πιο έντονες, γεγονός που ως ένα βαθμό εξηγείται από την ελλιπή οδοντιατρική υποδομή του Ε.Σ.Υ., αλλά και από τη δραστηριοποίηση της πλειοψηφίας των γιατρών στα αστικά κέντρα και σε ιδιωτική βάση. Επίσης, είναι ενδεικτική η διαφοροποίηση του λόγου επίσκεψης στον οδοντίατρο μεταξύ ατόμων με διαφορετικό επίπεδο εκπαίδευσης. Ειδικότερα, το 51,5% των χρηστών επιπέδου βασικής εκπαίδευσης επισκέπτονται οδοντίατρο μετά από πόνο ή άλλες ενοχλήσεις, ενώ μόλις το 17,1% για προγραμματισμένες εξετάσεις ρουτίνας. Αντίθετα στην κατηγορία των ατόμων ανώτερης εκπαίδευσης τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 31,6% μετά από πόνο ή άλλες ενοχλήσεις και 44,3% για εξετάσεις ρουτίνας. Ανάλογη με το εκπαιδευτικό επίπεδο ως προς τη συχνότητα επίσκεψης σε οδοντίατρο είναι η κοινωνική τάξη, στην οποία ανήκει ο ερωτώμενος, καθώς μεγαλύτερη συχνότητα να εμφανίζουν τα άτομα που ανήκουν στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις. [Γράφημα 6]

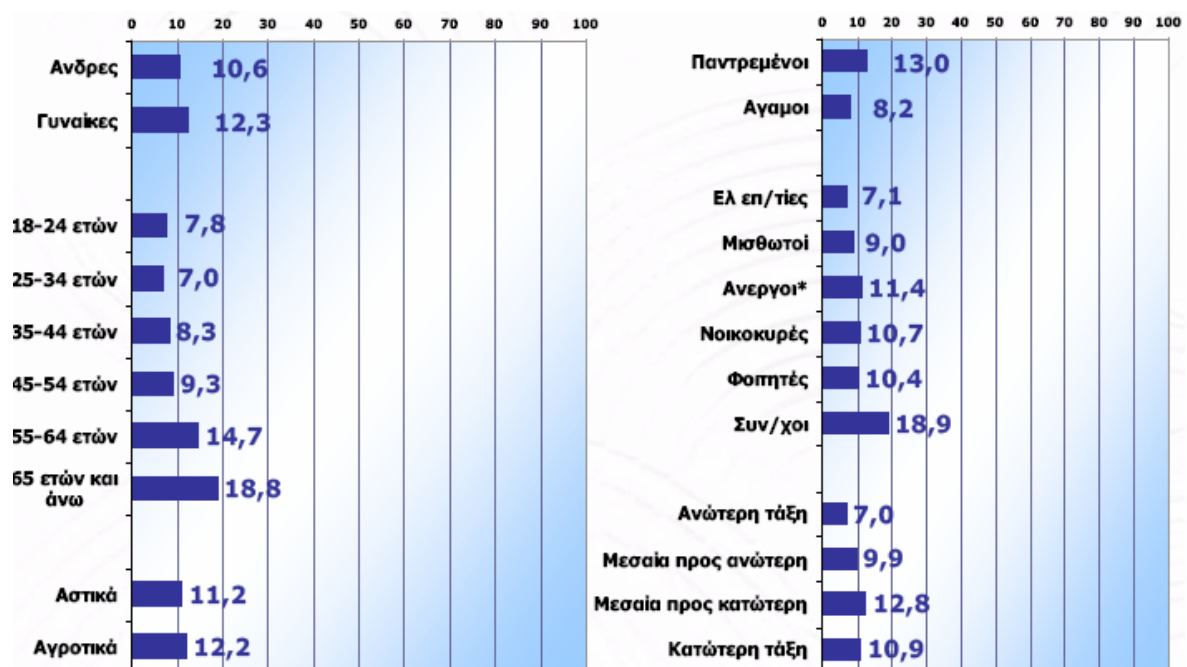
Γράφημα 6
Ποσοστό επίσκεψης σε οδοντίατρο στο έτος και
δημογραφικά χαρακτηριστικά



Πηγή: Metron Analysis

Αντιστρόφως ανάλογα των παραπάνω ευρημάτων είναι τα αποτελέσματα αναφορικά με την παραμονή σε νοσοκομείο των ανώτερων εισοδηματικών ομάδων, κάτι το οποίο θα μπορούσε να εξηγηθεί από την προσπάθεια των υψηλότερων στρωμάτων να αποφύγουν το κόστος του χρόνου. Επιπλέον αυτές οι ομάδες του πληθυσμού έχουν την οικονομική ευχέρεια να κάνουν χρήση έξω-νοσοκομειακής φροντίδας υγείας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν περιπτώσεις, που στο Ε.Σ.Υ. δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν παρά μόνο κατόπιν νοσηλείας. Στα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία διακρίνουμε μία αναμενόμενη τάση των μεγαλύτερων ηλικιακών ομάδων για νοσηλεία, η οποία σε επίπεδο επαγγελματικής κατηγορίας αναδεικνύει τους συνταξιούχους ως την κατεξοχήν ομάδα που διανυκτερεύει σε νοσοκομεία. [Γράφημα 7]

Γράφημα 7
Ποσοστό διανυκτέρευσης σε νοσοκομείο στο έτος και
δημογραφικά στοιχεία



Πηγή: Metron Analysis (ενδεικτικά στοιχεία)

Συμπερασματικά, τα στοιχεία που χρησιμοποιήθηκαν από τη μελέτη για την επίδραση των οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων κατά τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας δείχνουν μία σαφή εξάρτηση των

δεικτών χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας από τους δείκτες που αντανακλούν την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ατόμων. Αντίστοιχα, η «αστικότητα» φαίνεται να αποτελεί παράγοντα που καθιστά πιο εύκολη την πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Επίσης, η πρόσβαση σε ιδιώτες γιατρούς κυμαίνεται σε υψηλό επίπεδο, συναρτήσκει ως ενός βαθμού και του «πληθωρισμού» γιατρών που χαρακτηρίζει την ελληνική αγορά υγείας, αλλά και την περιορισμένη ανάπτυξη υποδομών του Ε.Σ.Υ. στις αστικές περιοχές. Μία άλλη εναλλακτική επιλογή πρόσβασης στη φροντίδα υγείας είναι μέσω του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης και της χρησιμοποίησης των (επίσης ανεπαρκών) δομών του. Η ανεπάρκεια ωστόσο του δημόσιου συστήματος υγείας ωθεί μεγάλο ποσοστό των πολιτών στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, που συνεπάγονται οικονομική επιβάρυνση για αυτούς, την οποία δεν είναι σε θέση να επωμιστούν τα κατώτερα οικονομικά στρώματα. Αυτή η εξέλιξη αποτυπώνεται και στον τομέα της οδοντιατρικής περίθαλψης, όπου η σχεδόν ανύπαρκτη δημόσια υποδομή εξηγεί τη σύνδεση της κατανάλωσης ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με την κοινωνική θέση και την αστικοποίηση.

10. Μέθοδοι παρέμβασης

Δίχως αμφιβολία οι κοινωνικοί και οικονομικοί «πόροι» επηρεάζουν σημαντικά τις δυνατότητες πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Αυτή είναι και η βασική παραδοχή και νομιμοποιητική βάση συγκρότησης και ανάπτυξης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και γι' αυτόν καταρχήν το λόγο το σύστημα υγείας στην Ελλάδα πήρε το χαρακτήρα του εθνικού συστήματος. Ενός συστήματος δηλαδή που δομήθηκε με τη φιλοσοφία διανομής του λεγόμενου κοινωνικού εισοδήματος προς όφελος των πλέον αδύναμων, οικονομικά και κοινωνικά, ομάδων του πληθυσμού. Η αδυναμία ανάπτυξης ωστόσο ενός δικτύου ολοκληρωμένης και πανελλαδικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το χαμηλό επίπεδο των νοσοκομειακών υπηρεσιών, η ανισοκατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, η απουσία μίας ολοκληρωμένης πολιτικής για τη δημόσια υγεία και κατ' επέκταση η ανυπαρξία συστηματικής και πλήρους πληροφόρησης του πολίτη, ως μέρος της αγωγής υγείας, είναι σοβαρά ελλείμματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σε αυτά τα ελλείμματα έχει δομηθεί η πρώτη ισχυρή και σχεδόν δομική διάκριση, που λαμβάνει χώρα στους κόλπους του Ε.Σ.Υ., η οικονομική διάκριση ή κατά το νεοελληνικότερο το «φακελάκι».

Το «θετικό» αυτής της διάκρισης είναι ότι δεν στηρίζεται σε κοινωνικά ή εθνοτικά στερεότυπα και κατά συνέπεια δεν φαίνεται να αποτελεί απόρροια ατομικής στρατηγικής και συμπεριφοράς των επαγγελματιών υγείας, προβαίνοντας σε διαχωρισμούς των ασθενών βάσει κάποιου κοινωνικού χαρακτηριστικού, αλλά έχει καθολικό χαρακτήρα και αφετηρία την ανεπάρκεια του ίδιου του συστήματος. Ανεπάρκεια τόσο στη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης «προνομιούχων και μη» πολιτών σε ένα αξιοπρεπές επίπεδο φροντίδας υγείας, όσο και στη διασφάλιση ικανοποιητικών συνθηκών εργασίας και αμοιβών για το ιατρικό προσωπικό. Ο καθολικός χαρακτήρας αυτής της τρόπου τινά «οικονομικής διάκρισης» είναι που την καθιστά βασικό και γενεσιουργό παράγοντα ανισότητας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και κατ' επέκταση δομικό χαρακτηριστικό του συστήματος και όχι αποσπασματό φαινόμενο. Η προκαλούμενη ανισότητα μάλιστα έχει δύο όψεις, τόσο στο εσωτερικό του Ε.Σ.Υ., καθώς αυτοί που έχουν τη δυνατότητα να «πληρώσουν» εξασφαλίζουν ευκολότερη πρόσβαση σε ποιοτικότερη φροντίδα υγείας, όσο και εκτός Ε.Σ.Υ., στην ιδιωτική αγορά υγείας, στην οποία οδηγούνται οι δικαιούχοι των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, λόγω της ύπαρξης αυτού του κριτηρίου διάκρισης, αλλά και μία σειρά από ελλείμματα που διατυπώθηκαν παραπάνω.

Για την αντιμετώπιση του φαινομένου και για την αντικατάσταση των όρων ισότητας στο Ε.Σ.Υ. απαιτείται μία συνολική επαναπροσέγγισή του, ενώ η δόμηση μίας νέας εθνικής πολιτικής για την υγεία οφείλει να αποτελέσει βασική προτεραιότητα για την αναμόρφωση ολόκληρου του υγειονομικού χάρτη της χώρας. Νέα πολιτική ωστόσο, η οποία πρέπει να διέπεται από καταρχήν σκιαγράφηση των αδυναμιών και των ελλείψεων, καταγραφή των αναγκών, σαφήνεια στόχων και βήμα προς βήμα προγραμματισμό για την υλοποίησή τους και το βασικότερο όλων, επαρκή και εξασφαλισμένη κρατική χρηματοδότηση. Στο τελευταίο αυτό σκέλος, της χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, είναι περισσότερο από ποτέ επιτακτική η ενεργοποίηση του συσταθέντος ήδη από τον ιδρυτικό για το Ε.Σ.Υ. νόμο 1387/1983, Ενιαίου Φορέα Υγείας. Στον Ενιαίο Φορέα Υγείας εκτός από το Ε.Σ.Υ. θα μπορούσε να ενταχθεί και ο κλάδος ασθένειας των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και κατ' επέκταση το σύνολο των πόρων για την υγεία στην Ελλάδα να συγκεντρωθούν σε έναν κρατικό κορβανά, ο οποίος θα εγγυάται τον κοινωνικό και δημόσιο χαρακτήρα του αγαθού υγεία.

Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του συστήματος υγείας είναι αυτό της παραοικονομίας, το οποίο μέσα στο Ε.Σ.Υ. παίρνει μορφή χρηματισμού των επαγγελματιών υγείας και εκτός συστήματος συνίσταται στη προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας και στη διοχέτευσή της σε σημεία παροχής φροντίδας εκτός Ε.Σ.Υ., με τα οποία διαπλέκεται το ιατρικό προσωπικό του συστήματος. Η αύξηση των μισθολογικών απολαβών του ανθρώπινου δυναμικού του συστήματος υγείας μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό αντικίνητρο στην ανάπτυξη τέτοιων δραστηριοτήτων. Από την άλλη το ενδεχόμενο κυλιόμενων υποχρεωτικών μεταθέσεων του ιατρικού προσωπικού σε μονάδες του Ε.Σ.Υ. που βρίσκονται και στην περιφέρεια, ανά τακτά χρονικά διαστήματα μπορεί να δώσει λύση τόσο στην υπό-στελέχωση των περιφερειακών δομών του συστήματος υγείας, όσο και στην ανάπτυξη από τους γιατρούς πελατειακών δικτύων που λειτουργούν εις βάρος του πολίτη και του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Παράλληλα και προκειμένου το δημόσιο σύστημα υγείας να είναι επαρκές και βιώσιμο απαιτείται εξορθολογισμός στην οργάνωση, στον προγραμματισμό και στη διαχείρισή του. Η ανάπτυξη ενός πανελλαδικού δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, συμπεριλαμβανομένων των αστικών περιοχών, όπου κρίνεται επιβεβλημένη η δημιουργία κέντρων υγείας αστικού τύπου, με ευρεία χρήση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ολοκλήρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα αποσυμφορήσει λειτουργικά και οικονομικά τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και γενικότερα την περισσότερη δαπανηρή δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Επιπλέον θα προσφέρει μεγαλύτερη δυνατότητα κάλυψης του πληθυσμού στην περιφέρεια και θα καταστήσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας πραγματικά προσβάσιμο για όλους τους πολίτες, με γεωγραφικούς και κοινωνικούς όρους.

Σε μία μεικτή οικονομία όμως, παράλληλα με την ανάπτυξη του δημόσιου τομέα υγείας απαιτείται αυστηρός έλεγχος των όρων επιχειρηματικής δράσης των μονάδων του Ιδιωτικού Τομέα, καθώς είναι απαραίτητη η θέσπιση ορίων στη δυνατότητα επενδύσεων από το μεγάλο χρηματιστηριακό κεφάλαιο στον τομέα αυτό. Είναι επιβεβλημένος ο καθορισμός ενός ανώτατου ορίου επιτρεπομένων πράξεων και εξετάσεων στις συμβάσεις του Δημόσιου Ασφαλιστικού Συστήματος με τα ιδιωτικά εργαστήρια, ούτως ώστε να μπει ένας φραγμός μεταξύ άλλων στην αφαιμάξη των πόρων των Ασφαλιστικών Ταμείων

Είναι αναγκαία η δόμηση μίας συνεκτικής και ολοκληρωμένης φαρμακευτικής πολιτικής στο χώρο της υγείας, με αναδιανεμητικά χαρακτηριστικά και περιορισμό της εμπλοκής του ιατρικού προσωπικού με τις φαρμακευτικές εταιρίες. Προς την κατεύθυνση της «αναδιανομής» του κοινωνικού πλούτου ένα μέτρο θα μπορούσε να αποτελέσει η κατάργηση της συμμετοχής στα φάρμακα για τους χρόνια πάσχοντες και τους διαβιούντες κάτω από τα όρια της φτώχειας. Παράλληλα είναι επιτακτική η συστηματική εποπτεία και ο έλεγχος τιμών στα φάρμακα καθώς και η επεξεργασία πολιτικής και υποδομών ανάπτυξης της εγχώριας παραγωγής φαρμάκων, όπου είναι εφικτό. Τέλος, όσον αφορά την εμπλοκή του ιατρικού προσωπικού σε συναλλαγές με την ιδιωτική αγορά φαρμάκου, μέσω της συνταγογράφησης, λύση θα μπορούσε να αποτελέσει ο περιορισμός της συνταγογράφησης στην περιγραφή των συστατικών της φαρμακευτικής αγωγής και όχι στην κατευθυνόμενη συνταγογραφία προς συγκεκριμένες ονομασίες (brands) φαρμάκων. Με αυτή τη ρύθμιση το «marketing» φαρμάκων θα μεταφερθεί στην αρμοδιότητα των «ελεύθερων» φαρμακοποιών, αλλά σε κάθε περίπτωση εκτός Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Επειδή όμως, όπως είδαμε, η πρόσβαση στην υγεία δεν εξαρτάται μόνο από την επάρκεια του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αλλά σχετίζεται στενά με διάφορους εκτός Ε.Σ.Υ. οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες, συμπληρωματικά στην πολιτική υγείας πρέπει να λειτουργήσει ο τομέας της προνοιακής πολιτικής, στο πλαίσιο ενός Δημόσιου Δωρεάν Συστήματος Πρόνοιας και Κοινωνικής Προστασίας, με ελεύθερη και ισότιμη πρόσβαση σε δομές και υπηρεσίες κοντά στον πολίτη. Κεντρικός άξονας της κοινωνικής πολιτικής πρέπει να είναι η δημιουργία σταθερών θεσμικών δομών αντιμετώπισης των αναγκών και αναδιανομής του κοινωνικού πλούτου. Απαιτούνται στοχευμένες παρεμβάσεις βάσει ενός σχεδιασμού, ο οποίος θα λαμβάνει υπ' όψιν του τόσο τα επιμέρους κοινωνικά χαρακτηριστικά, όσο και τις τοπικές ανάγκες και δυνατότητες, με βασικό πεδίο μέριμνας τη φτώχεια, τα ΑμεΑ, την τρίτη ηλικία, την παιδική προστασία, τους μετανάστες, τη μητρότητα, τις κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες του πληθυσμού, όπως «Ρόμα», αποφυλακισθέντες κ.ά. Κυρίαρχος οφείλει να είναι ο ρόλος της Πρόληψης και της Ανοικτής Προστασίας, μέσω περαιτέρω ενίσχυσης δομών και θεσμών που λειτουργούν ήδη με σχετική επιτυχία, αλλά σε περιορισμένη κλίμακα και με πεπερασμένο ορίζοντα (υπό-) χρηματοδότησης. Συμπληρωματικά στον πρωτεύοντα ρόλο του Κράτους ωστόσο, μπορεί να

λειτουργεί ο λεγόμενος τρίτος (μη κερδοσκοπικός) τομέας, υπό τον συστηματικό ωστόσο κρατικό έλεγχο και εντός ενός πλαισίου σαφών και ρητών κανόνων και προδιαγραφών λειτουργίας του.

Απαιτείται επίσης η βελτίωση και σε πολλές περιπτώσεις η δημιουργία κατάλληλων υποδομών για εύκολη πρόσβαση στα νοσοκομεία από τα ΑμεΑ. Επιπλέον κρίνεται επιβεβλημένη η δημιουργία οργανωμένων κέντρων για τη θεραπεία ειδικών ασθενειών, όπως είναι η νεφρική ανεπάρκεια και η μεσογειακή αναιμία. Αντίστοιχης αναγκαιότητας είναι και η δημιουργία ειδικών μονάδων αποκατάστασης, έστω και μέσω σύμπραξης με τον ιδιωτικό ή τον τρίτο τομέα, καθώς ο συγκεκριμένος παραϊατρικός τομέας έχει αποτελέσει μέχρι σήμερα προνομιακό πεδίο ανάπτυξης επιχειρηματικής δραστηριότητας από το ιδιωτικό κεφάλαιο.

Ως ένα σύστημα αναδιανομής του κοινωνικού πλούτου και ως ένας μηχανισμός αντιστάθμισης του ελλείμματος ισότητας στην κοινωνία το Ε.Σ.Υ. «υποχρεούται» όμως όχι μόνο να λειτουργεί έτσι σε επίπεδο παροχών και υπηρεσιών, αλλά και στη βελτίωση της λειτουργικής δυνατότητας πρόσβασης σε αυτό. Όπως καταγράφηκε στην Εθνική Έκθεση για την «Ισότητα στην Υγεία», παρότι το προσωπικό των δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε γενικές γραμμές δεν φαίνεται να «διακρίνει» τους χρήστες υπηρεσιών υγείας παρακινούμενο τουλάχιστον από κοινωνικά στερεότυπα, η ύπαρξη οργανωτικών και λειτουργικών αδυναμιών στο σύστημα δημιουργεί προσχώματα στις μειονεκτούσες κοινωνικές ομάδες. Επειδή λοιπόν, σύμφωνα με την ευρωπαϊκή νομολογία, διάκριση υφίσταται και έμμεσα, είναι σκόπιμο να αναληφθούν μία σειρά από σχετικές πρωτοβουλίες ιδίως στο κομμάτι της πληροφόρησης προσωπικού υπηρεσιών υγείας και χρηστών αυτών των υπηρεσιών.

Είναι απαραίτητο να ξεκινήσουν συντονισμένες εκστρατείες ενημέρωσης, οι οποίες θα απευθύνονται στο σύνολο της κοινωνίας σχετικά με τις δυσκολίες και τις ανάγκες των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στην Ελλάδα. Η ευαισθητοποίηση απέναντι στα μέλη των ευάλωτων ομάδων είναι σημαντικό προαπαιτούμενο για την ενίσχυση της κοινωνικής αλληλεγγύης και συνοχής στην ελληνική κοινωνία. Παράλληλα αποτελεί προτεραιότητα η δημιουργία ενός ξεκάθਾਰου πλαισίου για την ολοκληρωμένη και ορθή περίθαλψη των ευάλωτων ομάδων που δεν είναι ιατρικά ασφαλισμένοι, σε εφαρμογή των συνταγματικών επιταγών της χώρας.

Επίσης το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και η διοίκηση κάθε νοσοκομείου θα πρέπει να εκμεταλλευτεί τις σχετικά θετικές αντιλήψεις του προσωπικού όσων αφορά στις διακρίσεις προκειμένου να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για κάλυψη του κενού πληροφόρησης και την ευαισθητοποίηση του προσωπικού. Απαιτείται επιμόρφωση του προσωπικού του Ε.Σ.Υ. για ζητήματα της εθνικής και ευρωπαϊκής νομοθεσίας ως προς τη μη διάκριση και τις υποχρεώσεις του ιατρικού προσωπικού σχετικά με τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι προέρχονται από μειονότητες. Εκτός όμως από τη γνώση της σχετικής νομοθεσίας είναι επιβεβλημένη η περαιτέρω ευαισθητοποίηση και συνειδητοποίηση εκ μέρους του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, όσον αφορά τις ιδιαίτερες ανάγκες των μελών των μειονοτήτων και το σεβασμό ως προς τις πολιτισμικές και θρησκευτικές παραδόσεις και έθιμα τους.

Σε αυτήν την κατεύθυνση θα μπορούσε να βοηθήσει η παραγωγή έντυπου υλικού ενημέρωσης και η διάθεσή του σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών, στις κύριες γλώσσες που χρησιμοποιούνται από τις μειονότητες (συμπεριλαμβανομένου Αγγλικών, Γαλλικών, Αλβανικών και Ρώσικων). Αντίστοιχα απαραίτητη κρίνεται η παραγωγή υλικού ευαισθητοποίησης του προσωπικού και των ασθενών στα ιδρύματα υγείας ανεξαρτήτως καταγωγής, εθνότητας και θρησκευτικών πεποιθήσεων, με σκοπό επιδιώκουν την μείωση των πρακτικών, συμπεριφορών και αντιλήψεων διάκρισης. Ένα άλλο μέσο για τη βελτίωση της πληροφόρησης των ασθενών, αλλά και του προσωπικού του Ε.Σ.Υ., είναι η εμφανής αναγραφή πληροφοριών σχετικά με τα δικαιώματα των μελών μειονοτήτων στα πιο πολυσύχναστα μέρη μέσα στα ιδρύματα υγείας. Τέλος, σε συνεργασία με τις κοινότητες των μεταναστών, θα μπορούσε να εισαχθεί σε επιλεγμένες ομάδες του Ε.Σ.Υ. ο θεσμός του πολιτιστικού μεσολαβητή, ο οποίος θα λειτουργεί ως σύνδεσμος του Ε.Σ.Υ. με τις επιμέρους πληθυσμιακές ομάδες, διαδραματίζοντας καίριο ρόλο στη διευκόλυνση της επικοινωνίας των ασθενών με το ιατρικό/ διοικητικό προσωπικό.

11. Συμπερασματικά ...

Θεωρώντας ότι ένα υποσύστημα του κοινωνικού κράτους, που έχει στο επίκεντρό του τον άνθρωπο βασίζεται πρώτα και κύρια στο ανθρώπινο

δυναμικό του και δευτερευόντως στους λοιπούς πόρους και δυνατότητές του, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι ένα άδικο σύστημα για τον πολίτη. Στην ανεπάρκεια των υπηρεσιών του και στην αδυναμία κάλυψης του συνόλου του πληθυσμού στο σύνολο της επικράτειας έρχεται να προστεθεί η ιατρική παραοικονομία, που θέτει και το βασικό κριτήριο διάκρισης στους κόλπους του Ε.Σ.Υ., ευθύνεται για την δημιουργία συνθηκών ανισότητας όχι μόνο στο εσωτερικό του δημόσιου συστήματος υγείας, αλλά σε όλο το υγειονομικό σύστημα της χώρας. Αυτή η κατάσταση αν και πολλάκις παρουσιάζεται ως μία αποσπασματική εμφάνιση μεμονωμένων φαινομένων, απόρροια ατομικών στρατηγικών και συμπεριφορών από τους επαγγελματίες υγείας, ωστόσο προσλαμβάνει δομικά χαρακτηριστικά ως απόρροια της οργανωτικής και λειτουργικής ανεπάρκειας του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Η οργανωτική ανεπάρκεια του κρατικού μηχανισμού και η αδυναμία του να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις μίας πολυπολιτισμικής κοινωνίας, που σέβεται και υποστηρίζει τις μειονότητες και τις πλέον ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, είναι βέβαια συνολικά προβλήματα της Δημόσιας Διοίκησης, αποχρώσεις των οποίων όμως είναι ευδιάκριτες και στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Έτσι, η απουσία ενημέρωσης προς τις ξενόγλωσσες ομάδες του πληθυσμού, τόσο για τα δικαιώματά τους, όσο και για τις δυνατότητες πρόσβασής τους στη παρεχόμενη φροντίδα υγείας είναι μέρος του συνολικού προβλήματος της Δημόσιας Διοίκησης να ανταποκριθεί στις ανάγκες αυτών των πληθυσμιακών ομάδων.

Οι όροι ανισότητας με τους οποίους λειτουργεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας επηρεάζουν αναμφίβολα και τα ασθενέστερα εισοδηματικά στρώματα αυτών των κοινωνικών ομάδων. Αυτού του είδους όμως τον οικονομικό ρατσισμό βιώνει το πιο αδύναμο μέρος του συνολικού πληθυσμού, που κατοικεί στην Ελλάδα, γηγενείς και αλλοδαποί, με μοναδικό κριτήριο την οικονομική τους κατάσταση και τη διάθεση συναλλαγής τους με την ιατρική παραοικονομία. Λύσεις υπάρχουν, αλλά απαιτείται πολιτική βούληση και η μέχρι σήμερα πορεία του Ε.Σ.Υ. έχει δείξει ότι όταν απαιτείται, απουσιάζει. Το εργασιακό περιβάλλον των νέων γιατρών (κυρίως ειδικευόμενων), που βιώνουν ένα σύγχρονο εργασιακό μεσαιώνα και οι εξαντλητικές συνθήκες εργασίας του λοιπού υποστηρικτικού προσωπικού αποτελεί ζητούμενο κατά πόσο μπορούν να αποτελέσουν έναυσμα συλλογικής οργάνωσης και δράσης για ένα αρτιότερο και περισσότερο δίκαιο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Τα

κοινωνικά κινήματα, οι οργανώσεις της κοινωνίας πολιτών και η επιστημονική κοινότητα οφείλουν να ανοίξουν το διάλογο για το παρόν και το μέλλον του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η αποτελεσματικότητα του οποίου καθορίζει το βαθμό και το «εύρος» αλληλεγγύης της κοινωνίας. Άλλωστε και παραφράζοντας αυτά που έγραφε το 1982 ο Rudolf Klein²⁶, ο ιδιωτικός τομέας υγείας μπορεί να ανταποκρίνεται στη ζήτηση, ο δημόσιος τομέας υγείας όμως καλύπτει τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.

²⁶ Klein R., «Private practice and public policy: Regulating the frontiers» στο McLachlan and Maynard *The Private/ Public Mix in Health*, The Nuffield Provincial Hospital Trust editions, London 1982.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Βενιέρης Δ. «Οι περιπέτειες υγείας στην Ελλάδα», εφημ. Το Βήμα/ Νέες Εποχές, Αθήνα 2000
- ΙΑΠΑΔ, ΔΟΜ, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών *Equality in Health*, Greek National Report, Αθήνα, 2006
- ICAP, *Μελέτη για τις Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα 2007
- Καϊδατζής Α., «Κοινωνικά Δικαιώματα, Ιδιότητα του Πολίτη και Μετανάστες» στο *Μετανάστες στην Ελλάδα: Εμπειρίες – Πολιτικές – Προοπτικές*, τόμος Β, ΙΜΕΠΟ, Αθήνα 2008
- Κανελλόπουλος Π., *Το Δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με βάση τη Συνθήκη της Νίκαιας*, Σάκκουλας, Αθήνα 2003
- Κοντιάδης Ξ., *Μεταμορφώσεις του κοινωνικού κράτους στην εποχή της παγκοσμιοποίησης*, Παπαζήσης, Αθήνα 2001
- Κορασίδου Μ. *Όταν η αρρώστια απειλεί. Επιτήρηση και έλεγχος της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα του 19ου αιώνα* Τυπωθήτω, Αθήνα 2002
- Κράουτς Κ. *Μεταδημοκρατία*, Εκκρεμές, Αθήνα 2006
- Κυριόπουλος Γ. Καραλής Γ., «Πρόσφατες Εξελίξεις της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα στην Ελλάδα», *Επιθεώρηση Υγείας*, τόμ. 8, τεύχ. 49, Αθήνα Νοέμβριος-Δεκέμβριος 1997

- Κυριόπουλος Γ. *Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα
- Νιάκας Δ., Σκουτέλης Γ., Κυριόπουλος Γ., «Διερεύνηση της Παραοικονομικής Δραστηριότητας στον Υγειονομικό Τομέα. Μια Πρώτη Ποσοτική Προσέγγιση», *Επιθεώρηση Υγείας* τομ.1, τευχ. 6, Αθήνα, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1990
- Πετμεζίδου, Μ. και Χ. Παπαθεοδώρου (επιμ.), *Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός*, Εξάντας, Αθήνα, 1998
- Ρομπόλης Σ. *Υγεία και Οικονομία*, Εκδόσεις Καμπύλη, Αθήνα, 1999
- Σπανού Κ., *Η πραγματικότητα των δικαιωμάτων. Κρατικές πολιτικές και πρόσβαση σε υπηρεσίες*, Σαββάλας, Αθήνα 2005
- Στασινοπούλου Ό., *Κράτος Πρόνοιας*, Gutenberg, Αθήνα 1992.
- Στασινοπούλου Ό., «Αναδιάρθρωση των προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών. Η επικαιρότητα της ανεπίσημης φροντίδας και οι σύγχρονες διαπλοκές» στο: Γετίμης Π/ Γράβαρης Δ.(επιμ.) *Κοινωνικό κράτος και κοινωνική πολιτική. Η σύγχρονη προβληματική*. Αθήνα 1993
- Στασινοπούλου Ό., *Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής*, Gutenberg, Αθήνα, 1997.
- Τούντας Ι. Σουλιώτης Κ. «Η επίδραση οικονομικών και κοινωνικών παραγόντων κατά τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας», στο *Hellas Health I*, Ινστιτούτο Κοινωνικής και

Προληπτικής Ιατρικής, Κέντρο Μελετών Υγείας & Metron Analysis, 2007

- Τσεμπελής Γ, *Παίκτες Αρνησικυρίας, Πως λειτουργούν οι πολιτικοί θεσμοί*, Παπαζήσης, Αθήνα 2008
- Υφαντόπουλος Γ. *Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική*, Τυπωθήτω, Αθήνα 2006

Ξενόγλωσση

- Diller J.V. Cultural diversity: A primer for the human services, Brooks/ Cole Wadsworth, Belmont CA, 1999
- Employment and Social Affairs, European Commission, “Annual report on equality and non-discrimination 2003 – Towards Diversity”, 2003
- Freedland, M.R. “The Marketization of Public Services”, στο Crouch C., Eder K. & Tambini D (eds), *Citizenship, Markets and the State*, Clarendon Press, Oxford 2001.
- Gropas R. & Triandafyllidou A. “Migration in Greece at a glance”, ΕΛΙΑΜΕΠ, 2005
- Humphries J. & Rubery J., *The Economics of Equal Opportunities*, Equal Opportunities Commission, Manchester 1995
- Klein R., «Private practice and public policy: Regulating the frontiers» στο McLachlan and Maynard *The Private/ Public Mix*

in Health, The Nuffield Provincial Hospital Trust editions, London 1982.

- Marshall R., “The economics of Racial Discrimination: A Survey”, *Journal of Economic Literature*, 12 (3), 1974
- Milbourne, P., *Rural Poverty: Restricted Lives and Social Exclusion*, Routledge Taylor & Francis Group Ltd, London, 2002
- Petmesidou M. & E. Mossialos (eds), *Social Policy Developments in Greece*, Ashgate, London, 2006

Βάσεις δεδομένων

- ΟΟΣΑ, *Δαπάνες Υγείας 2005*
- ΠΟΣΕ-ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, *Επιλογή στοιχείων*

Νομοθεσία

- Νόμος 927/1979
- Νόμος 1397/83
- Νόμος 1419/1984
- Νόμος 2472/1987
- Νόμος 2071/92
- Νόμος 2519/1997
- Νόμος 2683/1999 (Εργατικός Κώδικας)
- Νόμος 2910/2001
- Οδηγία 2000/43/EC
- Οδηγία 2000/78/EC,