



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Οικονομική Κρίση και Ανάπτυξη Εναλλακτικών Δομών Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας εκτός Εθνικού Συστήματος Υγείας:
Η Περίπτωση των Κοινωνικών Ιατρείων - Φαρμακείων.

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

Πασχούλη Ηλέκτρα – Χαρίκλεια.

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Οικονόμου Χαράλαμπος

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2016

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Οικονομική Κρίση και Ανάπτυξη Εναλλακτικών Δομών Πρωτοβάθμιας
Φροντίδας Υγείας εκτός Εθνικού Συστήματος Υγείας:
Η Περίπτωση των Κοινωνικών Ιατρείων - Φαρμακείων

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

Πασχούλη Ηλέκτρα – Χαρίκλεια.

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Οικονόμου Χαράλαμπος

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ, 2016

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα Κοινωνικά Ιατρεία - Φαρμακεία αποτελούν νέες, εθελοντικές, υγειονομικές δομές παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που εμφανίστηκαν στην Ελλάδα με την έναρξη της οικονομικής κρίσης και συνεχίζουν να ιδρύονται σε όλη τη χώρα. Σε αυτή τη μεταπτυχιακή διατριβή, γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης του φαινομένου των Κοινωνικών Ιατρείων – Φαρμακείων. Μέσω βιβλιογραφικής ανασκόπησης των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης, αλλά και του ρόλου της Κοινωνίας των Πολιτών στον υγειονομικό τομέα, σε διεθνές και εθνικό επίπεδο, επιχειρήθηκε η σκιαγράφηση των αιτιών εμφάνισης των Κοινωνικών Ιατρείων – Φαρμακείων. Στη συνέχεια διενεργήθηκε ποιοτική έρευνα, με τη χρήση οδηγού ημιδομημένης συνέντευξης σε αντιπροσωπευτικό δείγμα μελών των παραπάνω δομών, για τη συλλογή πρωτογενών στοιχείων. Πιο συγκεκριμένα διερευνήθηκαν η ίδρυση και οι πρωτοβουλίες δημιουργίας, το αξιακό πλαίσιο, το καθεστώς και ο τρόπος λειτουργίας των Κοινωνικών Ιατρείων – Φαρμακείων καθώς επίσης ο τρόπος της κάλυψης των λειτουργικών αναγκών τους σε υποδομές, ιατροφαρμακευτικό υλικό και ανθρώπινο δυναμικό, αλλά και τα προβλήματα δημιουργίας και λειτουργίας που αντιμετωπίζουν. Στη συνέχεια η έρευνα επικεντρώθηκε στον επωφελούμενο πληθυσμό, αναλύοντας το κοινωνικό - οικονομικό – υγειονομικό προφίλ του, ενώ έγινε αναφορά στα κριτήρια επιλογής των επωφελουμένων που χρησιμοποιούνται από τα Κοινωνικά Ιατρεία-Φαρμακεία. Επιπρόσθετα, παρουσιάστηκαν αναλυτικά οι σχέσεις των Κοινωνικών Ιατρείων – Φαρμακείων με διάφορες -κρατικές ή μη- υγειονομικές δομές αλλά και άλλες δομές αλληλεγγύης, και ακολούθησε η διερεύνηση του ρόλου τους στα πλαίσια του υγειονομικού συστήματος. Ολοκληρώνοντας, επιχειρήθηκε η αποτύπωση της μελλοντικής πορείας των δομών, όπως αυτή παρουσιάστηκε από τους συνεντευξιζόμενους.

Η έλλειψη νομικής υπόστασης των εγχειρημάτων, η κοινωνική τους προέλευση, η εθελοντική τους λειτουργία, η αντιεραρχική τους δομή αλλά και η ηθική νομιμοποίησή τους από την ελληνική κοινωνία και την κυβέρνηση, διαμορφώνει ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον πεδίο έρευνας, αναφορικά με τον τρόπο δημιουργίας και λειτουργίας τους, αλλά και το ρόλο τους στα πλαίσια του ελληνικού υγειονομικού συστήματος.

ABSTRACT

Social Clinics – Pharmacies are new, voluntary health primary care provider structures, appeared in Greece at the dawn of the financial crisis and continue being established throughout the country. In this thesis we attempt to approach the phenomenon of Social Clinics – Pharmacies. Observing the impact of the economic crisis and the role of Civil Society in the health sector through literature review, on an international and national level, it is attempted to outline the causes of the appearance of Social Clinics – Pharmacies. Hereupon, there was a process of quality survey, guided by a semi-structured interview, along with a representative sample of the primary data collection.

Namely, there was an investigation of the foundation and creation initiatives of the Social Clinics – Pharmacies, the value framework, the scheme and function, along with how they meet their needs in infrastructure, medical supplies and manpower, as well as the encountered problems during their formation and operation. To continue, the research focused on the recipient population, by analyzing the socio-economic - health profile, while reference is made to the selection criteria used by the Social Clinics - Pharmacies. Moreover, there is a detailed presentation of the association between Social Clinic - Pharmacy with other health structures, whether they are governmental or not, and non-health solidarity structures, followed by a delve into their role within the health system. In conclusion, it is attempted to trace the future course of these structures, as seen through the eyes of the interviewees.

The lack of legal status of the projects, their social background, their voluntary service, their non-hierarchical structure as well as their moral legitimacy of Greek society and government, form a particularly interesting field of research, regarding how they are being established and operate and their role in the Health System of Greece.

Ευχαριστίες.

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Χ. Οικονόμου, για την έμπνευση, την καθοδήγηση και την υπομονή του.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα όχι μόνο για την βοήθειά τους στην διεξαγωγή της διατριβής αλλά κυρίως για την πολύτιμη προσφορά τους στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών αλλά και αξιοπρέπειας στους συνανθρώπους μας.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- ΑΕΠ – Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν.
ΑΜΚΕ – Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρεία.
ΑΦΜ - Αριθμός Φορολογικού Μητρώου.
ΓΣΕΕ – Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος.
ΕΕ- Ευρωπαϊκή Ένωση.
ΕΟΠΥΥ – Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ – Εθνικό Σύστημα Υγείας.
ΗΠΑ – Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.
ΚτΠ – Κοινωνία των Πολιτών.
ΚΥΑ – Κοινή Υπουργική Απόφαση
ΚΕΝ – Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΚΙΦ – Κοινωνικά Ιατρεία Φαρμακεία.
ΚΙΦΑ – Κοινωνικά Ιατρεία Φαρμακεία Αλληλεγγύης.
ΚοινΣΕπ – Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις
ΚοινΣΠΕ – Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης
ΜΚΟ- Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.
ΜΜΕ – Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης
ΝΠΙΔ – Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου.
ΟΑΕΔ – Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού
ΟΚΑΝΑ – Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών
ΠΟΥ- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
ΠΦΥ – Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
---------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ.

1.1 Εισαγωγή	13
1.2. Ιστορική αναδρομή της μετάδοσης της σύγχρονης οικονομικής κρίσης.....	14
1.3. Επίπεδο υγείας και οικονομική κρίση.....	15
1.4 Ανισοτιμίες στην υγεία και οικονομική κρίση.....	17
1.5. Αναδιάρθρωση των υγειονομικών συστημάτων και οικονομική κρίση.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.

2.1 Εισαγωγή.....	24
2.2. Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και επίπεδο υγείας.....	25
2.3. Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και ανισοτιμίες υγείας.....	30
2.3.1. Ανισοτιμίες στην πρόσβαση.....	33
2.4. Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και αναδιάρθρωση του υγειονομικού Συστήματος.....	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

3.1 Εισαγωγή.....	43
3.2 Ορίζοντας την Κοινωνία των Πολιτών.....	43
3.3 Ο ρόλος της Κοινωνίας των Πολιτών.....	46

3.4 Κοινωνία των Πολιτών και Υγειονομικός τομέας.....	47
3.4.1. Ο ρόλος της Κοινωνία των Πολιτών στην διαμόρφωση της Πολιτικής Υγείας.....	50
3.4.2. Ο ρόλος της Κοινωνίας των Πολιτών στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.....	52
3.5. Οι οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών που δραστηριοποιούνται στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα.....	56
3.6. Κοινωνικά Ιατρεία - Φαρμακεία.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Εισαγωγή	62
4.2. Ποιοτική Έρευνα.....	62
4.3. Δυσκολίες κατά τη διάρκεια της έρευνας.....	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Εισαγωγή	66
5.2. Η ίδρυση των Κοινωνικών Ιατρείων – Φαρμακείων	66
5.3. Πρωτοβουλίες δημιουργίας.....	67
5.4. Αξιακό πλαίσιο λειτουργίας.....	70
5.5 Καθεστώς και τρόπος λειτουργίας.....	72
5.6. Κάλυψη λειτουργικών αναγκών.....	75
5.6.1 Στέγαση.....	76
5.6.2. Ιατροφαρμακευτικό υλικό	78
5.6.3. Ανθρώπινο δυναμικό	79
5.7. Προβλήματα και δυσκολίες στη δημιουργία και λειτουργία των Κοινωνικών Ιατρείων - Φαρμακείων	80

5.8. Επωφελούμενος πληθυσμός.....	82
5.8.1. Κοινωνικό οικονομικό και υγειονομικό προφίλ.....	83
5.8.2. Κριτήρια επιλογής επωφελούμενων.	85
5.8.3. Προσδοκίες και απαιτήσεις επωφελούμενων.....	86
5.9. Σχέσεις των Κοινωνικών Ιατρείων – Φαρμακείων με άλλες δομές υγειονομικές και μη.....	87
5.10. Ο ρόλος των Κοινωνικών Ιατρείων – Φαρμακείων στο υγειονομικό σύστημα.....	90
5.11. Το μέλλον των Κοινωνικών Ιατρείων – Φαρμακείων	93
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ	95
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	100
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
A. ΟΔΗΓΟΣ ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ	111
B. ΕΠΙΣΤΟΛΗ – ΑΙΤΗΣΗ.....	115
Γ. «ΧΑΡΤΑ» Κοινωνικών Ιατρείων – Φαρμακείων Αλληλεγγύης.	116
Δ. ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΗΣ 5 ^{ης} ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ ΚΙΦΑ.	120
Ε. ΛΙΣΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ-ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ.....	123

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αφορμή αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής υπήρξε το ενδιαφέρον για το φαινόμενο της δημιουργίας Κοινωνικών Ιατρείων - Φαρμακείων, τα οποία στα πλαίσια της Κοινωνίας των Πολιτών διαδραματίζουν έναν ιδιόμορφο ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα της κρίσης.

Η οικονομική – δημοσιονομική κρίση που αντιμετωπίζει τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα, έχει σοβαρό αντίκτυπο σε όλους τους τομείς του δημόσιου και ιδιωτικού βίου. Οι αλλαγές που υφίστανται στις κοινωνικοοικονομικές δομές της χώρας (αύξηση ανεργίας, φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού), ως αποτέλεσμα της κρίσης, αλλά και η υιοθέτηση από την ελληνική κυβέρνηση εξαιρετικά αυστηρών δημοσιονομικών πολιτικών (μείωση εισοδημάτων, αλλαγές στα εργασιακά και ασφαλιστικά δεδομένα, προσπάθειες περιορισμού των κοινωνικών δαπανών) ως απόρροια των δανειακών μας υποχρεώσεων, συνεπάγονται ισχυρές πιέσεις στον υγειονομικό τομέα. Αφενός η αισθητή μείωση της δυνατότητας ιδιωτικής δαπάνης των πολιτών και αφετέρου η στενή σύνδεση της δημόσιας υγειονομικής φροντίδας με την κοινωνική ασφάλιση, έχουν ως αποτέλεσμα ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού (με έμφαση στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, άνεργοι, ηλικιωμένοι, μετανάστες) να αντιμετωπίζει σοβαρά εμπόδια στην πρόσβαση του σε ολοκληρωμένη υγειονομική φροντίδα, μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Την απάντηση στην ανεπάρκεια του κράτους και του ιδιωτικού τομέα να καλύψει τις υγειονομικές ανάγκες των πολιτών, έρχονται να δώσουν οργανώσεις και ομάδες της Κοινωνίας των Πολιτών (ΚτΠ).

Στην Ελλάδα η συμβολή της ΚτΠ στην παροχή υγειονομικής φροντίδας μέχρι πρόσφατα ήταν αμελητέα, με την εξαίρεση της δραστηριοποίησης ορισμένων διεθνών Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ) που προσέφεραν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) κυρίως σε ανασφάλιστους μετανάστες. Όμως οι πρόσφατες αλλαγές του κοινωνικοοικονομικού προφίλ των Ελλήνων και η αύξηση της φτωχοποίησης ολοένα και περισσότερων πολιτών, δημιούργησαν τις προϋποθέσεις για την ανάπτυξη νέων εναλλακτικών εθελοντικών δομών παροχής ΠΦΥ με τη μορφή των Κοινωνικών Ιατρείων – Φαρμακείων (ΚΙΦ). Κύριος στόχος τους είναι η αντιμετώπιση των

ανισοτήτων πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα, μέσω της δωρεάν παροχής ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών σε άτομα που είτε δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη, είτε αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτούμενες υγειονομικές – φαρμακευτικές εισφορές.

Αντικείμενο της συγκεκριμένης μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της εμφάνισης, της λειτουργίας και του ρόλου των ΚΙΦ στην Ελλάδα, εν μέσω οικονομικής κρίσης. Επιχειρείται η καταγραφή και ταξινόμηση τους με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους, (πρωτοβουλία δημιουργίας, λειτουργία, χρηματοδότηση, κ.τ.λ.) με απώτερο στόχο, την ανάδειξη της σημαντικότητάς τους ως εναλλακτικές δομές παροχής ΠΦΥ.

Για την εκπόνηση της διατριβής χρησιμοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση για το ζήτημα των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης, καθώς επίσης και την εισαγωγή στις έννοιες της συμμετοχής της ΚτΠ στην παροχή υγειονομικής φροντίδας. Για τις απαντήσεις στα βασικά ερωτήματα διεξάχθηκε ποιοτική έρευνα με συνεντεύξεις σε αντιπροσωπευτικό δείγμα εκπροσώπων των ΚΙΦ προκειμένου να επιτευχθεί η συλλογή πρωτογενών στοιχείων.

Στο πρώτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται μια συνοπτική ιστορική αναδρομή της οικονομικής κρίσης και μια ανασκόπηση των επιπτώσεων των οικονομικών κρίσεων στον υγειονομικό τομέα σε διεθνές επίπεδο. Αναλύεται διεξοδικά ο τρόπος επίδρασης των κρίσεων στο σύνολο του υγειονομικού τομέα, από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας και την υγεία των πολιτών, μέχρι τις υγειονομικές δομές, τις ανισοτιμίες στην υγεία και τις αναδιαρθρώσεις των υγειονομικών συστημάτων.

Στην ίδια κατεύθυνση το δεύτερο κεφάλαιο επικεντρώνεται στην Ελλάδα, επιχειρώντας να σκιαγραφήσει τόσο το υγειονομικό προφίλ της χώρας εν μέσω της υφιστάμενης κρίσης, όσο και την κατάσταση του υγειονομικού συστήματος. Απώτερο στόχο αποτελεί η κατανόηση των οικονομικών, κοινωνικών, και υγειονομικών συνθηκών που οδήγησαν στην ενεργοποίηση της Κοινωνίας των Πολιτών και πιο συγκεκριμένα στην εμφάνιση των Κοινωνικών Ιατρείων - Φαρμακείων.

Στο τρίτο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η έννοια της Κοινωνίας των Πολιτών και περιγράφονται οι ρόλοι που διαδραματίζει στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών αλλά και στην συμμετοχή της στην διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. Στη συνέχεια επιχειρείται η προσέγγιση της Ελληνικής Κοινωνίας των Πολιτών που δραστηριοποιείται στον υγειονομικό τομέα.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την διεκπεραίωση της μεταπτυχιακής διατριβής, η ποιοτική έρευνα και τα προβλήματα που προέκυψαν κατά τη διάρκεια της, περιγράφονται στο τέταρτο κεφάλαιο, ενώ στο πέμπτο αποτυπώνονται τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας με την χρησιμοποίηση αυτούσιων αποσπασμάτων από τις συνεντεύξεις.

Κλείνοντας, στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της έρευνας όπου αναδεικνύεται η πολυμορφία των Κοινωνικών Ιατρείων-Φαρμακείων καθώς κατέστη σχεδόν αδύνατο να αποκαλυφθεί κάποιο μοτίβο στο χαρακτήρα και τη λειτουργία τους. Επιχειρείται συνεπώς μια συνοπτική αποτύπωση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών και του τρόπου λειτουργίας τους, με στόχο να αποσαφηνιστεί ο ρόλος τους και να αναδειχτεί η σημαντικότητα και η μοναδικότητα των συγκεκριμένων υγειονομικών δομών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ.

1.1. Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση που έπληξε την παγκόσμια οικονομία από το 2007, έφερε με ένταση στο προσκήνιο τα συστημικά προβλήματα των υγειονομικών συστημάτων. Ο υγειονομικός τομέας αποτελεί αδιαμφισβήτητα έναν από τους σημαντικότερους τομείς της κοινωνικής και οικονομικής ζωής των κρατών, που επηρεάζεται από τις οικονομικές εξελίξεις. Η επίτευξη της ισορροπίας ανάμεσα στην βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών, στη δίκαιη παροχή ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας, τον καθορισμό προτεραιοτήτων στην κατανομή των περιορισμένων πόρων και τον έλεγχο των δαπανών, αποτελεί διαχρονική πρόκληση για τα υγειονομικά συστήματα (Bodenheimer & Grumbach, 2010) που γίνεται επίκαιρη όσο ποτέ στη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Η οικονομική – δημοσιονομική κρίση μπορεί να θεωρηθεί ένας απροσδόκητος εξωτερικός παράγοντας αναδιαμόρφωσης των υγειονομικών συστημάτων. Οι χώρες που πλήττονται από την οικονομική κρίση αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στον υγειονομικό τομέα, καθώς οι δυσμενείς επιπτώσεις της κρίσης στην απασχόληση, επιφέρουν προβλήματα στην χρηματοδότηση των υγειονομικών και ασφαλιστικών συστημάτων, ενώ παράλληλα αυξάνεται η τάση πολλών χωρών για συρρίκνωση των δημοσιονομικών δαπανών τους και κατ' επέκταση των δαπανών για την υγεία (Λιαρόπουλος, 2007). Επιπλέον, η διεθνής εμπειρία συγκλίνει στην άποψη ότι οι οικονομικές κρίσεις (σε συνδυασμό με τις δημοσιονομικές υποχρεώσεις που προέρχονται από τον εξωτερικό δανεισμό από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και τις Κεντρικές Τράπεζες) επηρεάζουν σημαντικά τις υγειονομικές υπηρεσίες, τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας όσο και την υγεία των ατόμων (Economou, 2012).

Υπό αυτές τις συνθήκες, όλα τα υγειονομικά συστήματα εισέρχονται σε μια κατάσταση αναδιάρθρωσης και προσαρμογής. Ιδιαίτερα οι χώρες με δημοσιονομικά

ελλείμματα και υψηλό δημόσιο χρέος, φαίνεται να εγκλωβίζονται σε ένα φαύλο κύκλο «υποχρεωτικής» μείωσης των δαπανών τους και ταυτόχρονης αύξησης της ζήτησης (δημόσιων) υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την απομάκρυνση από τους στόχους της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας.

1.2. Ιστορική αναδρομή της μετάδοσης της σύγχρονης οικονομικής κρίσης.

Οι οικονομικές κρίσεις δεν αποτελούν ένα σπάνιο φαινόμενο της οικονομικής ζωής. Απεναντίας, ο οικονομικός κύκλος χαρακτηρίζεται από δυο φάσεις οικονομικών διακυμάνσεων, την άνοδο και την κάμψη της οικονομικής δραστηριότητας. Η οικονομική ύφεση, είναι η φάση αυτή όπου η οικονομική δραστηριότητα συρρικνώνεται. (Κότιος & Παυλίδης, 2011) Η σύγχρονη παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, έχει αλλάξει τα δεδομένα όχι απλώς της λειτουργίας του διεθνούς χρηματοοικονομικού συστήματος, αλλά και της μετάδοσης των οικονομικών κρίσεων. Καταργώντας τα «εθνικά» σύνορα στις επιχειρήσεις (πολυεθνικές), διευρύνοντας την πολυπλοκότητα των οικονομικών δικτύων και αυξάνοντας τη διασύνδεση του παγκόσμιου χρηματοπιστωτικού συστήματος, οι οικονομίες απώλεσαν τον εθνικό τους χαρακτήρα και έγιναν αισθητά αλληλοεξαρτώμενες. Ως αποτέλεσμα, μια φαινομενικά «εθνική» οικονομική κρίση μπορεί σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα να πάρει διεθνείς διαστάσεις, να οδηγήσει σε επιβράδυνση της παγκόσμιας οικονομίας, πτώση του διεθνούς εμπορίου και αλλάζοντας μορφή, να αναδείξει οικονομικά προβλήματα και αστοχίες ιδιαίτερα των φτωχών και αναπτυσσόμενων χωρών.

Η σύγχρονη χρηματοοικονομική κρίση ξεκίνησε από τις ΗΠΑ με τη μορφή «κρίσης των στεγαστικών δανείων». Τα τραπεζικά ιδρύματα των ΗΠΑ χορηγούσαν «ανεξέλεγκτα» δάνεια για αγορά ακινήτων και ταυτόχρονα διοχέτευαν τον κίνδυνο αυτών των δανείων στον πυρήνα του οικονομικού συστήματος (Μελάς, 2011), μέσω της τιτλοποίησης και της πώλησής τους σε άλλους επενδυτές. Από την άλλη πλευρά η κυβέρνηση, αντλούσε μεγάλα ποσά από εξωτερικό δανεισμό, τα οποία και διοχέτευε στις τράπεζες για την απαιτούμενη ρευστότητα. Ο συνδυασμός ελλείμματος του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών, υψηλού χρέους και επισφαλών επενδύσεων

δημιούργησε ένα ασταθές οικονομικό σύστημα που κατέρρευσε με την ξαφνική πτώση της αγοράς ακινήτων. Παρά τις προσπάθειες της κυβέρνησης να χρηματοδοτήσει τη ρευστότητα για να αποφευχθούν οι χρεοκοπίες, η οικονομική ύφεση έπληξε με σφοδρότητα την πραγματική οικονομία των ΗΠΑ και εξαπλώθηκε γρήγορα στην Ευρωζώνη μέσω της διασύνδεσης των χρηματοπιστωτικών αγορών.

Στην Ευρώπη, οι πρώτες επιπτώσεις έκαναν την εμφάνισή τους στο τραπεζικό σύστημα δημιουργώντας ρήγματα στην τραπεζική εμπιστοσύνη και προβλήματα ρευστότητας¹. Μέσα σε αυτή την οικονομική αστάθεια και αβεβαιότητα, οι ευάλωτες χώρες της ΕΕ (κυρίως όσες παρουσίαζαν υψηλό δημόσιο χρέος και δημοσιονομικά ελλείμματα όπως η χώρα μας) ήρθαν γρήγορα αντιμέτωπες με την αναγκαιότητα ενίσχυσης των κρατικών δαπανών τους, θέτοντας σε κίνδυνο την επιδιωκόμενη δημοσιονομική σταθερότητα. Η απότομη συρρίκνωση του ΑΕΠ και η αδυναμία χρηματοδότησης τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα, έκαναν ακόμη πιο έντονα τα δημοσιονομικά προβλήματα. Η διεθνής οικονομική κρίση ξεκίνησε με τη μορφή της «ήπιας ύφεσης» το 2007, συνεχίστηκε ως «χρηματοπιστωτική κρίση» το 2008, για να εξελιχθεί σε κρίση δημοσιονομικού χρέους από το 2009 αναδεικνύοντας τις δημοσιονομικές δυσκολίες της πλειοψηφίας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Πετράκης, 2010).

1.3. Επίπεδο υγείας και οικονομική κρίση.

Το επίπεδο υγείας μιας χώρας επηρεάζεται ουσιαστικά από πλήθος προσδιοριστικών παραγόντων, πέρα από την παροχή υγειονομικής φροντίδας, όπως το κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον (εισόδημα, επάγγελμα, εκπαίδευση, κοινωνική θέση), το φυσικό περιβάλλον (συνθήκες εργασίας και διαβίωσης), τα προσωπικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές (γενετική, εξαρτήσεις, φύλο) αλλά και από πολιτικούς και πολιτισμικούς παράγοντες (WHO²). Οι οικονομικές κρίσεις

¹ Η μείωση της ρευστότητας των τραπεζών συνεπάγεται θεμελιακές αλλαγές στην οικονομική δραστηριότητα των χωρών οδηγώντας σε περιορισμό της χορήγησης δανείων, μείωση της επιχειρηματικότητας και των επενδύσεων, πτωχεύσεις, αύξηση της ανεργίας, πτώση των τιμών (Προβόπουλος & Καπόπουλος, 2001) και κατά συνέπεια καθοδική πορεία του διεθνούς εμπορίου.

²The determinates of health στην ιστοσελίδα <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>

επιφέρουν αλλαγές σε πολλούς από αυτούς τους παράγοντες δημιουργώντας συνεχώς νέες προκλήσεις για τα υγειονομικά συστήματα.

Χαρακτηριστικά των οικονομικών κρίσεων όπως η εργασιακή ανασφάλεια, η ανεργία, η μείωση των εισοδημάτων αλλά και οι πιεστικές δανειακές υποχρεώσεις των νοικοκυριών (Jenkins, 2008)³ φαίνεται να απειλούν την ψυχική υγεία των πολιτών. Αρκετές μελέτες συνδέουν την αύξηση της ανεργίας με ανοδικά ποσοστά θνησιμότητας (από αυτοκτονίες, καρδιαγγειακές ασθένειες, αδιευκρίνιστα αίτια, κ.α.) που σχετίζονται με την οικονομική στενότητα, το ψυχολογικό στρες, αλλά και τις δυσμενείς αλλαγές στην διατροφική και υγειονομική συμπεριφορά των ατόμων (Lundin, Lundberg, et.al., 2009). Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες καταγράφεται αύξηση των κρουσμάτων κατάθλιψης και άγχους κατά την περίοδο της οικονομικής ύφεσης (WHO,2013). Η οικονομική ύφεση επηρεάζει ακόμη και τις προσωπικές υγειονομικές – διατροφικές συμπεριφορές. Σύμφωνα με έρευνα (Stuckler, Basu, et.al., 2009), η ανεργία μπορεί να οδηγήσει στην υιοθέτηση επιβλαβών για την υγεία συνηθειών (αύξηση κατανάλωσης ουσιών, καπνού, αλκοολούχων ποτών) και ανθυγιεινών επιλογών διατροφής.

Συνεπώς οι επιπτώσεις των οικονομικών κρίσεων στην υγεία των ατόμων φαίνεται να είναι ιδιαίτερα σημαντικές, με την ψυχική υγεία να αποτελεί ίσως τον πιο ευαίσθητο τομέα στις οικονομικές διακυμάνσεις. Συνδεδεμένες με τις εκάστοτε οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες, οι συνέπειες των οικονομικών κρίσεων, επηρεάζουν ιδιαίτερα τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και συνήθως εκφράζονται μέσω της αύξησης των ψυχικών διαταραχών, των καταχρήσεων, των εξαρτήσεων, των αυτοκτονιών, της νοσηρότητας και της θνησιμότητας (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

Εξίσου σημαντικές είναι οι επιπτώσεις της ύφεσης στη λειτουργία των υγειονομικών δομών. Η μείωση του οικογενειακού εισοδήματος και της ασφαλιστικής κάλυψης, η περικοπή των υγειονομικών δαπανών και η αύξηση του κόστους θεραπείας και

³ Η ύπαρξη πιεστικών δανειακών υποχρεώσεων και η αδυναμία εξυπηρέτησής τους, συνδέεται με την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ψυχικών νόσων.

φαρμάκων, επηρεάζει τόσο την χρήση υπηρεσιών υγείας, όσο και την παρεχόμενη ποσότητα και ποιότητά τους. Η πιο συνήθης επίδραση της ύφεσης είναι η μείωση της ιδιωτικής υγειονομικής δαπάνης⁴ και η αντίστοιχη αύξηση της ζήτησης δημόσιων υγειονομικών δομών. Οι επιβαρυνόμενοι, από τη συρρίκνωση των εισοδημάτων ή και την απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης, οικογενειακοί προϋπολογισμοί, έχουν ως αποτέλεσμα την στροφή μεγάλου μέρους του πληθυσμού προς το δημόσιο σύστημα υγείας, (WHO, 2009) ενώ παράλληλα επηρεάζεται αρνητικά και η ιδιωτική ασφάλιση. Επιπλέον, τα προβλήματα ρευστότητας που εμφανίζουν οι χώρες κατά τη διάρκεια των οικονομικών κρίσεων, συνεπάγονται αδυναμία επαρκούς χρηματοδότησης των υγειονομικών συστημάτων (Κυριόπουλος, Αθανασάκης, κ.α. 2012), αλλά και άνοδο του κόστους των εισαγόμενων ιατροφαρμακευτικών προϊόντων, με άμεση συνέπεια την πτώση της ποιότητας αλλά και της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

1.4. Ανισοτιμίες στην υγεία και οικονομική κρίση

Οι «ανισοτιμίες»⁵ (Whitehead & Dahlgren, 2006) στην υγεία αφορούν σε κοινωνικά παραγόμενες διαφορές που θεωρούνται άδικες και αθέμιτες και όχι απλά σε μια υφιστάμενη κατάσταση διαφοροποιήσεων και αποκλίσεων στην υγεία μεταξύ ατόμων ή και ομάδων, που ενδεχομένως να οφείλονται σε βιολογικούς παράγοντες ή ατομικές επιλογές και περιγράφονται ως «ανισότητες». Η έννοια συνεπώς των ανισοτιμιών περιλαμβάνει μια ηθική και αξιακή υπόσταση των διαφοροποιήσεων, της εμφάνισης, αναπαραγωγής και αντιμετώπισής τους.

Οι ανισοτιμίες στην υγεία βρίσκονται σε αντίθεση με την αντιμετώπιση της υγείας ως κοινωνικό αγαθό και ως κοινωνικό δικαίωμα. Η υγεία ως κοινωνικό - δημόσιο αγαθό, συνεπάγεται ότι κανένα άτομο ανεξαρτήτως οικονομικοκοινωνικής

⁴ Οι ιδιωτικές (out of pocket) υγειονομικές δαπάνες τείνουν να μειώνονται κυρίως για υπηρεσίες που είναι διαθέσιμες στις δημόσιες υγειονομικές δομές.

⁵ Ο συνδυασμός τριών χαρακτηριστικών είναι αυτός που αποδίδει τη διάκριση της απλής διακύμανσης στην υγεία με την κοινωνική ανισοτιμία: η ύπαρξη ενός συστηματικού μοτίβου των διαφορών, η απόρροια από κοινωνικές διεργασίες και ο προσδιορισμός τους ως άδικες και αθέμιτες.

κατάστασης δεν μπορεί να αποκλειστεί από την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Οι υποστηρικτές του δημόσιου χαρακτήρα της υγείας επισημαίνουν ότι οι υγειονομικές ανάγκες είναι αυτές που καθορίζουν την κατανομή – παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και όχι το εισόδημα και η οικονομική κατάσταση των πολιτών (Λιαρόπουλος, 2007) Αντίστοιχα το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία οριοθετείται, μαζί με τα άλλα κοινωνικά δικαιώματα⁶, στα πλαίσια του κοινωνικού κράτους και της εκάστοτε κοινωνικής πολιτικής. Ο προσδιορισμός του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, μεταξύ άλλων επισημαίνει ότι δικαίωμα στην υγεία δεν είναι το δικαίωμα να είναι κάποιος υγιής, αλλά η «υποχρέωση» των κυβερνήσεων να δημιουργούν τις κατάλληλες συνθήκες προκειμένου οι πολίτες να απολαμβάνουν το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας (WHO⁷). Κατά συνέπεια, το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία⁸ προϋποθέτει την ολοκληρωμένη και οργανωμένη παρέμβαση του κράτους, για την εξασφάλιση της απαραίτητης υγειονομικής πρόληψης, θεραπείας, αποκατάστασης της υγείας του πληθυσμού. Οι υφιστάμενες ανισοτιμίες αποτελούν εμπόδια στο κοινωνικό δικαίωμα των πολιτών να απολαμβάνουν ισότιμη υγειονομική περίθαλψη ανάλογα με τις ανάγκες φροντίδας τους, χωρίς οικονομικές ή άλλου είδους διακρίσεις.

Ως βασικά στοιχεία αξιολόγησης του δικαιώματος στην υγεία (United Nations 2000⁹), δηλαδή της παροχής από το κράτος δομών δημόσιας υγείας, υγειονομικών υποδομών, αγαθών και υπηρεσιών αλλά και των άλλων προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας, αναγνωρίζονται¹⁰ :

⁶ Το βασικό χαρακτηριστικό των κοινωνικών δικαιωμάτων εντοπίζεται στην αξίωση της συστηματικής και αποτελεσματικής παρέμβασης του κράτους, μέσω της δημιουργίας δομών και της παροχής υπηρεσιών και αγαθών για όλη την κοινωνία. (Ρούκουνας, 1995).

⁷The right to health στην ιστοσελίδα <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en>

⁸ Η αδιαμφισβήτητη σημαντικότητά και λειτουργική αξία του δικαιώματος στην υγεία είναι φανερή όχι μόνο ως ουσιαστικό στοιχείο της προάσπισης της κοινωνικής ευημερίας και παράγοντας νομιμοποίησης της ασκούμενης κοινωνικής πολιτικής (Μάνεσης, 1996), αλλά και ως κοινωνική επένδυση ανάπτυξης της χώρας αφού προστατεύει και ενισχύει το εργατικό δυναμικό της διασφαλίζοντας την παραγωγικότητά του και την κοινωνική συνοχή.

⁹ Στην ιστοσελίδα <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/%28symbol%29/E.C.12.2000.4.En>

- Η Διαθεσιμότητα (Availability) που αναφέρεται στο επαρκές επίπεδο παροχών (υποδομών, αγαθών, υπηρεσιών) και την κάλυψη όλων των γεωγραφικών περιοχών, και των κοινοτήτων.
- Η Προσβασιμότητα (Accessibility) που αφορά την δυνατότητα πρόσβασης όλων των πολιτών, σε προσιτή και ολοκληρωμένη υγειονομική φροντίδα χωρίς διακρίσεις (φυσικές, οικονομικές, πληροφόρησης)
- Η Αποδοχή και η Αξιοπρέπεια (Acceptability and Dignity) σύμφωνα με τις οποίες, οι υγειονομική φροντίδα πρέπει να παρέχεται με σεβασμό τόσο της ιατρικής δεοντολογίας, όσο και της αξιοπρέπειας και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών των επωφελούμενων από αυτές.
- Η Ποιότητα (Quality) που προσδιορίζει την «υποχρέωση» όχι μόνο της καλής ποιότητας των παροχών, αλλά και της επιστημονικής και ιατρικής καταλληλότητάς τους.

Στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, η συρρίκνωση των εισοδημάτων σχετίζεται άμεσα με τα επίπεδα υγείας, καθώς αποδεικνύεται μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ τους. Το εισόδημα θεωρείται ουσιαστικό για την επίτευξη καλής υγείας και αντίστροφα η υγεία μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα εισοδήματος (Σουλιώτης, 2013). Εκτός από τις αποδεδειγμένες ανισοτιμίες υγείας μεταξύ ατόμων - ομάδων με διαφορετική εισοδηματική κατάσταση (Lemstra, Mackenbach et.al., 2009), το είδος της εργασίας είναι προσδιοριστικό για το επίπεδο υγείας των πολιτών καθώς έχουν τεκμηριωθεί υψηλά ποσοστά θνησιμότητας ατόμων που απασχολούνται σε προσωρινές θέσεις εργασίας σε σχέση με απασχολούμενους αορίστου χρόνου (Kivimaki, Vahtera, et.al., 2003). Επιπρόσθετα, φαίνεται ότι διάφορα είδη επισφαλούς εργασίας σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας (Artazcoz, Benach, et.al., 2005).

¹⁰ Επιπλέον, η διασφάλιση του δικαιώματος στην υγεία προϋποθέτει: Απαγόρευση όλων των διακρίσεων (στην πρόθεση ή το αποτέλεσμα), διαφάνεια στην πληροφορία υγείας, ενεργή συμμετοχή των πολιτών και των κοινοτήτων στις αποφάσεις που σχετίζονται με την υγεία τους,, ευθύνη των δημόσιων και των ιδιωτικών υπηρεσιών για την προστασία του δικαιώματος στην υγεία μέσω προδιαγραφών, κανονισμών και ελέγχου της εφαρμογής τους.

Όσον αφορά στις ανισοτιμίες στη χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών, το μείγμα χρηματοδότησης του υγειονομικού συστήματος που χρησιμοποιεί κάθε χώρα οφείλει να ικανοποιεί τόσο την επάρκεια των οικονομικών πόρων, όσο και μια σειρά πολιτικών στόχων που σχετίζονται με την ισότητα¹¹ (και την αποδοτικότητα) του υγειονομικού συστήματος. Κατά τη διάρκεια οικονομικών κρίσεων, οι χώρες των οποίων η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης εξαρτάται από τα εισοδήματα, είναι πιθανόν να αντιμετωπίσουν δυσκολίες ως αποτέλεσμα των περικοπών των δημόσιων δαπανών. Η πτώση των δημόσιων υγειονομικών δαπανών συνεπάγεται μείωση της δικαιοσύνης στη χρηματοδότηση γιατί οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης θεωρούνται πιο προοδευτικές από τις ιδιωτικές (WHO, 2013).

Είναι φανερό ότι η οικονομική κρίση δημιουργεί περαιτέρω εμπόδια στην επίτευξη των τεσσάρων αρχών, (Διαθεσιμότητα, Προσβασιμότητα, Αποδοχή, Αξιοπρέπεια, Ποιότητα), θέτοντας σε αμφισβήτηση το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία και διευρύνοντας τις ανισοτιμίες στην υγεία και κυρίως τα προβλήματα πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη.

1.5. Αναδιάρθρωση των υγειονομικών συστημάτων και οικονομική κρίση.

Το υγειονομικό σύστημα κάθε χώρας αποτελεί την οργανωμένη αντίδραση της κοινωνίας στις υγειονομικές ανάγκες των πολιτών και εξελίσσεται ανταποκρινόμενο σε αυτές (Van der Zee, Boerma, et.al. 2004). Μπορεί να οριστεί, ως μια καθορισμένη μορφή οργάνωσης και διοίκησης των πόρων (ανθρώπινων και υλικών) του υγειονομικού τομέα, που σε συμφωνία με τις οικονομικές δυνατότητες της κοινωνίας, επιδιώκει τη βελτιστοποίηση του επιπέδου υγείας των πολιτών, μέσω της προγραμματισμένης ανάπτυξης υγειονομικών υπηρεσιών (Λιαρόπουλος, 2007).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα συστήματα υγείας έχουν υποστεί τρεις επικαλυπτόμενες γενιές μεταρρυθμίσεων (αναδιρθρώσεων) κατά τη διάρκεια

¹¹ Η προοδευτικότητα και η οριζόντια δικαιοσύνη που χαρακτηρίζει το σύστημα χρηματοδότησης καθώς επίσης και η επίδραση του στην ανακατανομή των πόρων και στην κάλυψη και πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες αποδεικνύουν τα επίπεδα ισότητας του.

του 20^{ου} αιώνα, που σχετίζονται με τις επιδιώξεις για αποτελεσματικότητα, δικαιοσύνη και ανταπόκριση στις προσδοκίες των πολιτών. (The World Health Report, 2000). Η εκ φύσεως ανταγωνιστικότητα μεταξύ των αξιών της ισότητας, της ποιότητας και της αποδοτικότητας, αλλά και η συνεχής μεταβολή των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας, καθιστά δυσχερή την υιοθέτηση αποτελεσματικών πολιτικών υγείας. Επιπλέον, η επικράτηση του «νεοφιλελεύθερου» κράτους πρόνοιας με έμφαση στην επιλεκτικότητα και την κατακόρυφη ισότητα στις κοινωνικές παροχές, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η δημόσια υγεία, δημιουργεί «ρωγμές» στην ισότητα και την καθολικότητα και θέτει σε αμφισβήτηση τον θεωρητικό και πρακτικό τρόπο οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών (Τούντας, 2008). Η πολυπλοκότητα των σύγχρονων προκλήσεων που πρέπει να αντιμετωπίσουν οι αναδιαρθρώσεις των υγειονομικών συστημάτων, απορρέει από ένα συνδυασμό νοσολογικών, τεχνολογικών, δημογραφικών, κοινωνικών και φυσικά οικονομικών παραγόντων (Maynard & Bloor, 1995).

Στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, ο προσανατολισμός των μεταρρυθμίσεων που υιοθετεί κάθε κράτος οφείλει να εστιάζει στην αντιμετώπιση των διαχρονικών αδυναμιών που παρουσιάζει το υγειονομικό σύστημα και ταυτόχρονα την άμβλυνση των αρνητικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης. Ωστόσο, η οικονομική ύφεση κατευθύνει τις όποιες μεταρρυθμίσεις με οικονομικά κατά βάση κριτήρια αφήνοντας σε δεύτερη θέση τις αυξανόμενες ανάγκες των πολιτών. Η εμπειρία έχει να παρουσιάσει ένα ευρύ φάσμα στρατηγικών δημοσιονομικών μεταρρυθμίσεων για την αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων της κρίσης, που εκτείνεται από την αύξηση και τη διατήρηση μέχρι και τη μείωση των δημόσιων δαπανών υγείας, και επηρεάζεται άμεσα από πολιτικά και ιδεολογικά κριτήρια (Mladovsky, Srivastava, et.al., 2012) και μπορεί να κατηγοριοποιηθεί στις ακόλουθες προσπάθειες:

- Στη διατήρηση, η και αύξηση της κρατικής χρηματοδότησης για την υγειονομική περίθαλψη, μέσω μείωσης των αποθεμάτων, διεύρυνσης της χρηματοδότησης των ελλειμμάτων, αλλαγή του «μείγματος» δημοσίων πηγών χρηματοδότησης (νέοι φόροι- επιλεκτική διάθεση πόρων κ.α.)
- Στη συρρίκνωση των δημοσίων υγειονομικών δαπανών μέσω αλλαγών στο εύρος, την έκταση και το βάθος της υγειονομικής κάλυψης των πολιτών.
- Στην εξοικονόμηση πόρων για την υγεία με τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του υγειονομικού συστήματος (WHO, 2013).

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με έρευνα για την «υγειονομική πολιτική αντιμετώπισης της δημοσιονομικής κρίσης στην Ευρώπη» (Mladovsky, Srivastava, et.al, 2012), οι ευρωπαϊκές χώρες υιοθέτησαν διάφορες μεταρρυθμίσεις ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητές τους. Ορισμένες χώρες δεν προέβησαν σε σημαντικές αλλαγές, καθώς υπήρξαν καλύτερα προετοιμασμένες εξαιτίας δημοσιονομικών – φορολογικών προσαρμογών που είχαν προηγηθεί της οικονομικής κρίσης (αντικυκλικές πολιτικές – συσσώρευση οικονομικών αποθεμάτων) ή είχαν «προστατευμένους» προϋπολογισμούς για την υγεία και έκαναν περικοπές σε άλλους τομείς, ενώ άλλες υιοθέτησαν σειρά μέτρων. Κάποιες χώρες ενέτειναν την εφαρμογή προγραμματισμένων πριν την ύφεση μεταρρυθμίσεων ενώ αντίστοιχα ορισμένες, πάγωσαν ή ακύρωσαν στην πράξη τέτοιες μεταρρυθμίσεις. Αρκετές χώρες χρησιμοποίησαν την οικονομική κρίση προκειμένου να επιτύχουν μειώσεις στο κόστος της φαρμακευτικής και νοσηλευτικής δαπάνης, είτε μέσω επαναδιαπραγματεύσεων των τιμών (φαρμάκων και υγειονομικού υλικού), είτε με αλλαγές στον τρόπο πληρωμής των προμηθευτών (σύνδεση με την αποτελεσματικότητα). Ακόμη, παρατηρήθηκαν προσπάθειες αναδιάρθρωσης και εξυγίανσης του νοσοκομειακού τομέα (συγχωνεύσεις/ καταργήσεις νοσηλευτικών μονάδων, στροφή στην περίθαλψη στα εξωτερικά ιατρεία, αναβάθμιση του ρόλου της ΠΦΥ, κ.α.), αλλά και μειώσεις ή πάγωμα των αυξήσεων των μισθών των επαγγελματιών υγείας.

Στο ζήτημα της υγειονομικής κάλυψης, ορισμένες χώρες μείωσαν τις διαθέσιμες υπηρεσίες στα προσφερόμενα πακέτα παροχών ενώ κάποιες διέυρυναν τις παροχές για τις ευάλωτες εισοδηματικά ομάδες. Επιπλέον ένας αριθμός χωρών θέσπισε ή αύξησε τα τέλη χρήσης για ορισμένες υπηρεσίες υγείας και αρκετές χώρες αύξησαν η καθιέρωσαν φόρους για την κατανάλωση αλκοόλ και καπνού, ενώ ελάχιστες προώθησαν πολιτικές για την προαγωγή της υγείας (άσκηση, διατροφή κ.α.) Κατά συνέπεια, οι αναδιαρθρώσεις των συστημάτων υγείας που απορρέουν από τις οικονομικές κρίσεις διαφέρουν από χώρα σε χώρα, όπως ακριβώς διαφέρουν τα εκάστοτε υγειονομικά συστήματα μεταξύ τους, αλλά και οι επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης σε αυτά.

Ωστόσο, η αιφνίδια παύση δημόσιων πηγών εσόδων, ενδέχεται να προκαλέσει αδυναμία διατήρησης ενός επαρκούς επιπέδου υγειονομικής φροντίδας, ενώ οι περικοπές των δημοσίων δαπανών υγείας βρίσκονται σε αντίθεση με τις αυξανόμενες υγειονομικές ανάγκες των πολιτών. Επιπλέον, αυθαίρετες περικοπές σε ουσιαστικές υπηρεσίες υγείας (νοσηλευτικά ιδρύματα, προσωπικό, εξετάσεις κ.α.) μπορούν να αποσταθεροποιήσουν περαιτέρω το υγειονομικό σύστημα, απειλώντας την ισότιμη πρόσβαση στην περίθαλψη, την οικονομική προστασία των πολιτών (απέναντι στις καταστροφικές δαπάνες), την παροχή ποιοτικής υγειονομικής φροντίδας, την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τη διαφάνεια και τη λογοδοσία, αυξάνοντας ταυτόχρονα τις μελλοντικές δαπάνες υγείας (Mladovsky, Srivastava, et.al., 2012).

Ενδεχομένως, ορισμένες χώρες που παρουσιάζουν επαρκή δημόσια χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα, χαμηλά επίπεδα ιδιωτικών πληρωμών (άρα δυνατότητα μικρής αύξησης της ιδιωτικής δαπάνης), αυξημένη βούληση αντιμετώπισης των αστοχιών του συστήματος υγείας, μικρό χάσμα μεταξύ εσόδων και δαπανών (που μπορεί να καλυφθεί με την αύξηση της αποτελεσματικότητας) και αναπτυγμένη κοινωνική πολιτική για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού, να μπορούν να ανταπεξέλθουν σε μια μείωση των δημοσίων δαπανών υγείας, για περιορισμένο χρονικό διάστημα, παρά τη διεύρυνση των υγειονομικών αναγκών. Οι χώρες που δεν πληρούν αυτές τις προϋποθέσεις, θα αντιμετωπίσουν μακροχρόνιες αρνητικές συνέπειες στην απόδοση του υγειονομικού συστήματος από τις περικοπές του προϋπολογισμού υγείας, με αντίστοιχες επιπτώσεις στα άτομα, την κοινωνία και την οικονομία (Thomson, Figueras, et.al., 2014).

Είναι φανερό ότι κάθε προσπάθεια αναδιάρθρωσης των υγειονομικών συστημάτων στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης δεν πρέπει να βασίζεται αποκλειστικά στη συρρίκνωση του κόστους του υγειονομικού τομέα, αλλά οφείλει να λαμβάνει υπόψη της, το κοινωνικό και υγειονομικό κόστος των μεταρρυθμίσεων και τα αποτελέσματά τους στην κοινωνική συνοχή και ανάπτυξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ.

2.1. Εισαγωγή.

Η Ελλάδα είναι μια από τις χώρες της Ευρωζώνης που δέχτηκε ισχυρό πλήγμα από τη διεθνή κρίση. Στην πραγματικότητα, η ελληνική οικονομία χαρακτηρίζεται από χρόνια διαρθρωτικά προβλήματα. Το εξαιρετικά υψηλό δημοσιονομικό έλλειμμα, το συνεχώς αυξανόμενο δημόσιο χρέος αλλά και το έλλειμμα του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών της χώρας, σε συνδυασμό με την ευάλωτη στις διεθνείς οικονομικές συγκυρίες παραγωγική βάση¹², (Οικονομικό Επιμελητήριο της Ελλάδας, 2014) δημιούργησαν πρόσφορο έδαφος για την εξάπλωση της οικονομικής ύφεσης. Ο εκτροχιασμός του ελληνικού χρέους το 2008 οδήγησε σε έλλειμμα εμπιστοσύνης της ελληνικής οικονομίας και υποβάθμιση της πιστοληπτικής της ικανότητας από τους διεθνείς οίκους¹³. Η αναγκαιότητα μιας εκ βάθρων δημοσιονομικής προσαρμογής μέσω διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων στην λειτουργία του δημοσίου τομέα, των αγορών αλλά και των επιχειρήσεων, κρίθηκε επιτακτική (Τράπεζα της Ελλάδος 2008-2013).

Η Ελληνική κυβέρνηση οδηγήθηκε το Μάιο του 2010 στην υπογραφή της Σύμβασης Δανειακής Διευκόλυνσης, και των Μνημονίων Συνεννόησης προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι υφιστάμενες οικονομικές υποχρεώσεις της, αλλά και να αποφευχθεί μια ενδεχόμενη χρεοκοπία. Με τον τρόπο αυτό, η χώρα τέθηκε υπό τον οικονομικό έλεγχο – δημοσιονομική επιτήρηση της Τρόικας (Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα, Ευρωπαϊκή Επιτροπή), και της «επιβλήθηκαν» αυστηρές δημοσιονομικές πολιτικές με βασικό στόχο τη μείωση και τον εξορθολογισμό της δημόσιας (κοινωνικής) δαπάνης.

¹² Η παραγωγική βάση της χώρας βασίζεται στην ναυτιλία, τον τουρισμό και την οικοδομή που επηρεάζονται άμεσα από τις διεθνείς εξελίξεις.

¹³ Η διαφορά αποδόσεων μεταξύ ελληνικών και γερμανικών ομολόγων διευρυνόταν συνεχώς και το τραπεζικό σύστημα έχανε σταδιακά την πρόσβαση στη διεθνή διατραπεζική αγορά.

Σε αυτό το πλαίσιο, ο τομέας της υγείας βρέθηκε αντιμέτωπος με την επιβολή ενός ιδιαίτερα αυστηρού σχεδίου αναδιοργάνωσης που οδήγησε στην λήψη μεταρρυθμιστικών μέτρων με βασικό στόχο τη μείωση των υγειονομικών δαπανών και κατ' επέκταση του μετασχηματισμού της (αναποτελεσματικής) λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος.

2.2. Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και επίπεδο υγείας.

Οι επιπτώσεις της υφιστάμενης κρίσης στην υγεία των πολιτών είναι αδιαμφισβήτητες. Αν και δεν υπάρχουν ακόμη επαρκή επίσημα στοιχεία των άμεσων επιπτώσεων στην υγεία, ωστόσο φαίνεται να υπονομεύεται το σύνολο των παραγόντων που προσδιορίζουν το υγειονομικό προφίλ της χώρας.

Αρχικά παρατηρείται μια αύξηση της θνησιμότητας που οφείλεται σε λοιμώξεις του αναπνευστικού, χρόνιες παθήσεις του ήπατος καρδιαγγειακά νοσήματα, εγκεφαλικά επεισόδια αλλά και καρκίνους (που σχετίζονται με την κατανάλωση καπνού) με την έναρξη της οικονομικής κρίσης (Markou & Karamitrou, 2013). Παράλληλα, το μακροχρόνια χαμηλό ποσοστό αυτοκτονιών της χώρας, δείχνει να έχει αντιστραφεί¹⁴-παραμένοντας ωστόσο από τα χαμηλότερα της Ευρώπης- αφού παρουσιάζει μια αύξηση της τάξεως του 50% μέσα στην κρίσιμη πενταετία (OECD, 2014)¹⁵. Έρευνα του Πανεπιστημίου Αθηνών επισημαίνει τον υπερδιπλασιασμό περιστατικών μείζονος κατάθλιψης στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (2008-

¹⁴ « Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το 2011 παρουσιάζεται αύξηση των αυτοκτονιών 26,5% σε σχέση με το 2010 και 43% σε σχέση με το 2007. Συγκεκριμένα, το 2007 καταγράφηκαν 328 αυτοκτονίες (268 άνδρες και 60 γυναίκες), το 2008 373 αυτοκτονίες (268 άντρες και 65 γυναίκες), το 2009 καταγράφηκαν 391 αυτοκτονίες (333 άντρες και 58 γυναίκες), το 2010 καταγράφηκαν 377 αυτοκτονίες (336 άντρες και 41 γυναίκες) και το 2011 καταγράφηκαν 477 αυτοκτονίες (393 άντρες και 84 γυναίκες)». Δημοσίευση 09/09/2013 <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=529267>

¹⁵ Παρά το γεγονός ότι μεταξύ 2000 και 2011 τα ποσοστά αυτοκτονιών στην Ευρώπη δείχνουν μια κατά μέσο όρο σημαντική μείωση της τάξεως του 20% , στην Ελλάδα έχουμε αύξηση από 328 αυτοκτονίες το 2007 σε 508 αυτοκτονίες το 2012.

2011)¹⁶.Ενώ στις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στη χώρα μας, πρέπει να προστεθεί και η διεύρυνση των επιβλαβών συνεπειών της χρήσης ναρκωτικών (μετάδοση λοιμωδών νοσημάτων, θάνατοι) ωστόσο ταυτόχρονα παρατηρείται και αύξηση αναζήτησης θεραπειών υποκατάστασης/ αποκατάστασης (EMCDDA, 2011¹⁷.

Επιπλέον, σύμφωνα με στοιχεία της eurostat (Πίνακας 1) το 2009 και το 2010 στην Ελλάδα παρατηρείται μια αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας, η οποία ωστόσο μειώνεται το 2011 και ανεβαίνει ξανά απότομα το 2013, σε αντίθεση με τον μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) που ακολουθεί συνεχόμενη καθοδική πορεία, ενώ μια νέα έρευνα επισημαίνει την σύνδεση της αύξησης της θνησιγένειας με την οικονομική ύφεση στη χώρα μας (Vlachadis & Kornarou, 2013).

Πίνακας 1 : Ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ε.Ε 27	4,9	4,7	4,5	4,3	4,2	4,0	3,9	3,8	-
Ελλάδα	3,8	3,7	3,5	2,7	3,1	3,8	3,4	2,9	3,7

Πηγή: Eurostat http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_minfind&lang=en

Όσον αφορά στους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, από το 2009 η Ελλάδα παρουσίαζε συνεχή αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης του ΑΕΠ (Πίνακας 2)¹⁸ επηρεασμένο από την κάθοδο της ιδιωτικής κατανάλωσης και των επενδύσεων.

¹⁶ Κατάθλιψη, αλκοολισμός και εξαρτήσεις στην Ελλάδα της κρίσης. 15/5/2013 στην ιστοσελίδα <http://www.tovima.gr/society/article/?aid=512752>

¹⁷ Σύμφωνα με την ετήσια έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΙΝΤ) το 2011 η Ελλάδα παρουσίασε μεταξύ των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών, μια επιδημική κρίση του ιού HIV (AIDS) και αυξημένα ποσοστά επιπολασμού του HCV (ιός ηπατίτιδας) αλλά και της ενεργού φυματίωσης, ενώ υπήρξε και σημαντική αύξηση των χρηστών υπηρεσιών μείωσης των επιβλαβών συνεπειών και διπλασιασμός των θεραπειών υποκατάστασης. Annual report on the state of the drugs problem in Europe EMCDDA, Lisbon, November 2011 στην ιστοσελίδα <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>

¹⁸ Παρατηρούμε ότι η μείωση του ΑΕΠ στη χώρα μας, αλλά και σε ολόκληρη την Ευρωπαϊκή Ένωση, ξεκινάει το 2008 (με την εμφάνιση της δημοσιονομικής κρίσης). Ωστόσο, ο τρόπος εξέλιξης του

Πίνακας 2: Πραγματικός ρυθμός ανάπτυξης ΑΕΠ

	Ελλάδα	Ισπανία	Ιρλανδία	Πορτογαλία	Ε.Ε (28 χώρες)
2007	3,5	3,8π	5,5	2,5	3,1
2008	-0,4	1,1π	-2,2	0,2	0,5
2009	-4,4	-3,6π	-5,6	-3,0	- 4,4
2010	-5,4	-0,0	0,4	1,9	2,1
2011	-9,1π	-1,0	2,6	-1,8	1,8
2012	-7,3π	-2,6π	0,2	-4,0	- 0,5
2013	-3,2π	-1,7π	1,4	-1,1	0,2
2014	0,7π	-1,4π	5,2	0,9ε	1,4
2015	-0,2π	3,2π	...	1,5ε	1,9
π = προσωρινά ε = εκτιμώμενα					

Πηγή: Eurostat

<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tec00115&plugin=1>

Η έλλειψη ρευστότητας (στο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα) δημιούργησε σοβαρά προβλήματα στη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος και τη βιωσιμότητα ιδιωτικών και δημόσιων ασφαλιστικών φορέων. Η αυστηρή δημοσιονομική πολιτική που ακολούθησε η χώρα με κύριο στόχο την μείωση των κρατικών δαπανών, επιδείνωσε περαιτέρω την κατάσταση. Στο κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, είχαμε αισθητή μείωση των μισθών (τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα) και αύξηση της φορολογίας, που συντέλεσε στην σημαντική πτώση των εισοδημάτων (Ινστιτούτο Εργασίας – ΓΣΕΕ, 2013)¹⁹. Η μειωμένη επιχειρηματικότητα, οι πτωχεύσεις επιχειρήσεων και η απόλυση εργαζομένων συνέβαλαν στη ραγδαία

ρυθμού ανάπτυξης της Ελλάδας είναι ενδεικτικός καθώς η μείωση είναι συνεχής μέχρι το 2014 και ιδιαίτερα μεγάλης κλίμακας.

¹⁹ Το μέσο δηλωθέν εισόδημα των μισθωτών και συνταξιούχων μειώθηκε κατά 18% το 2011 σε σχέση με το 2010 (στοιχεία του Υπουργείου Οικονομικών – Ιούλιος 2013) και η μέση φορολογική τους επιβάρυνση αυξήθηκε κατά 52%. Αντίστοιχη μείωση είχαν και τα εισοδήματα των ελεύθερων επαγγελματιών 38,5% το 2011 σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος με μικρή ωστόσο μείωση της μέση φορολογικής επιβάρυνσης κατά 17,7%.

αύξηση της ανεργίας (Πίνακας 3)²⁰ που επιβάρυνε ακόμη περισσότερο την οικονομική κατάσταση των νοικοκυριών, με αποτέλεσμα την μείωση της ικανότητας ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία και την αύξηση της ζήτησης δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών.

Πίνακας 3: Ποσοστά ανεργίας στην Ελλάδα 2007- 2015 (%)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Ανεργία	8,4	7,8	9,6	12,7	17,9	24,5	27,5	26,5	24,9
Ανεργία νέων < 25 ετών	22,7	21,9	25,7	33,0	44,7	55,3	58,3	52,4	...
Μακροχρόνια Ανεργία	4,2	3,7	3,9	5,7	8,8	14,5	18,5	19,5	...

Πηγή: Eurostat

<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&pcode=teseml20&language=en>

Επιπλέον, η επιδίωξη της μείωσης της απασχόλησης στο δημόσιο τομέα, που περιλάμβανε και τον ήδη ελλιπώς στελεχωμένο υγειονομικό τομέα, είχε ως συνέπεια την επιπλέον υποβάθμιση της δημόσιας υγειονομικής φροντίδας, με αντίκτυπο στην ποιότητα, και στην διαθεσιμότητα των υγειονομικών παροχών. Τέλος, η απώλεια ασφαλιστικής κάλυψης από μεγάλο μέρος του πληθυσμού επέφερε όχι μόνο εμπόδια πρόσβασης στην ολοκληρωμένη υγειονομική φροντίδα και πτώση του επιπέδου υγείας, αλλά και προβλήματα στη χρηματοδότηση των ασφαλιστικών φορέων.

Στο φυσικό περιβάλλον, οι συνθήκες εργασίας έχουν αλλάξει ριζικά. Ο επαναπροσδιορισμός των εργασιακών σχέσεων που επιχειρήθηκε από τους «όρους» των Μνημονίων, ανέτρεψε ουσιαστικά τα ατομικά και συλλογικά εργασιακά δικαιώματα (Κυριακούλιας, 2012). Η στόχευση των παρεμβάσεων στη μείωση του εργασιακού κόστους και την ευελιξία της αγοράς εργασίας, επέδρασε άμεσα και έμμεσα στην προστασία του δικαιώματος της υγείας θέτοντας ζητήματα κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας. Οι νομοθετικές παρεμβάσεις για την ευελιξία της απασχόλησης²¹ αυξάνουν την εργασιακή ανασφάλεια, απαξιώνουν την εργασία και

²⁰ Παρατηρούμε ότι το 2014 μετά από έξι χρόνια παρατηρείται μείωση του ποσοστού ανεργίας της χώρας αλλά και των νέων, αλλά συνεχίζεται η αύξηση της μακροχρόνιας ανεργίας.

πλήττουν την κοινωνική συνοχή (Στασινοπούλου, 2013). Οι επιπτώσεις είναι φανερές τόσο στην υγεία των πολιτών που έρχονται αντιμέτωποι με αναδυόμενα οικονομικά, κοινωνικά και κατά συνέπεια υγειονομικά προβλήματα, όσο και στην αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών.

Εξαιρετικά ανησυχητικά είναι και τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης για τα επίπεδα φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat (Πίνακας 4) ο κίνδυνος φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού για την Ελλάδα το 2013 έφτασε το 35,7%. Ενώ στις εκθέσεις του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδος αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι σε απόλυτους όρους ο δείκτης φτώχειας αυξήθηκε από 16,0% το 2010, στο 22,9% το 2011 ενώ το 2013 το 44,3% του πληθυσμού βρίσκονταν εκτεθειμένο σε κίνδυνο φτώχειας. Η φτώχεια και η οικονομική στενότητα είναι στενά συνυφασμένες «με την κοινωνική ευπάθεια και τη σωματική αδυναμία, την κακή διατροφή...αλλά κυρίως με την κακή κατάσταση της υγείας του ατόμου» (Υφαντόπουλος, 2013). Ενώ ο κοινωνικός αποκλεισμός δηλώνει την απομόνωση ατόμων ή κοινωνικών ομάδων από την κοινωνική και οικονομική ζωή και κατά συνέπεια συνεπάγεται ανυπέρβλητα εμπόδια στην χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών και άρα χαμηλού επιπέδου υγεία.

Πίνακας 4: Κίνδυνος φτώχειας στην Ελλάδα.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Γενικός πληθυσμός	20,3	20,1	19,7	20,1	21,4	23,1	23,1	
Άνεργοι	35,4	36,8	38,1	38,5	44,0	45,8	46,3	45,9
Συνταξιούχοι	21,5	20,3	18,4	19,0	19,9	14,3	12,4	11,5
Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός	28,3	28,1	27,6	27,7	31,0	34,6	35,7	36,0

²¹ Διευκόλυνση απολύσεων και μείωση αποζημιώσεων, μερική – προσωρινή απασχόληση, διαθεσιμότητα – κινητικότητα, ευελιξία εργασιακού ωραρίου, απορρύθμιση της διαμόρφωσης των αποδοχών και κατάργηση των συλλογικών συμβάσεων, αναθεώρηση προς τα κάτω του κατώτατου μισθού για τους νέους και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

Πηγή: Eurostat

http://ec.europa.eu/eurostat/data/database?p_auth=HCpK5bxn&p_p_id=estatsearchportlet_WAR_estatsearchportlet&p_p_lifecycle=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&estatsearchportlet_WAR_estatsearchportlet_action=search&text=At-risk+of+poverty+rate+of+unemployed+persons

Συνδεδεμένη με την οικονομική ανασφάλεια και τα υψηλά επίπεδα άγχους και στρες φαίνεται να είναι και η αύξηση κατανάλωσης εξαρτησιογόνων ουσιών (αλκοόλ, καπνός) στην Ελλάδα (2011) που παρουσιάζεται στην ετήσια έκθεση του ΟΚΑΝΑ²². Η απώλεια εργασίας και ασφαλιστικής κάλυψης συνδέεται επίσης με τη μείωση προσφυγής των πολιτών σε προληπτικές ιατρικές εξετάσεις αλλά και στην οικονομική αδυναμία αντιμετώπισης νόσων.²³.

2.3. Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και ανισοτιμίες υγείας.

Το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα χαρακτηρίζεται από μια «παράδοση» ανισοτιμιών υγείας που οφείλονται σε διαρθρωτικά και οργανωτικά προβλήματα του συστήματος. Αν και δεν υπάρχουν επίσημες έρευνες που να παρουσιάζουν το μέγεθος των ανισοτιμιών στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, εντούτοις ισχυρές ενδείξεις ανισοτιμιών προκύπτουν από τα χαρακτηριστικά του. Ο κατακερματισμός της κοινωνικής ασφάλισης με πλήθος ασφαλιστικών ταμείων και διαφορές στις ασφαλιστικές παροχές, η εξαιρετικά υψηλή (out of pocket) ιδιωτική δαπάνη υγείας, η άνιση κατανομή υγειονομικών υποδομών και ανθρωπίνων πόρων, η μη ορθολογική κατανομή των πόρων χρηματοδότησης (πελατειακό σύστημα – ανεξέλεγκτη εισαγωγή τεχνολογικού εξοπλισμού υγείας κ.α.), το ανεξάρτητο από την ποιότητα και την αποδοτικότητα καθεστώς πληρωμών προσωπικού και προμηθευτών είναι μερικές μόνο από τις εμφανείς ανισοτιμίες του υγειονομικού συστήματος (Economidou,

²² http://www.ektepn.gr/Documents/PDF/ETHSIA_EKUESH_2011.pdf

²³ Ωστόσο η σημαντική μείωση επισκέψεων σε ιατρούς και οδοντίατρος που παρατηρείται το 2009 σε σύγκριση με το 2007 δεν φαίνεται να συνδέεται αποκλειστικά με την οικονομική δυσπραγία των Ελλήνων αλλά επηρεάζεται εν μέρει από προβλήματα στην προσφορά, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας (Kentikelenis, et.al., 2011). Θα πρέπει να επισημανθεί ότι την περίοδο 2007- 2009 τα προβλήματα που παρουσιάζει ο υγειονομικός τομέας δεν προέρχονται ακόμη από την οικονομική κρίση αλλά κυρίως από τις υφιστάμενες αδυναμίες του υγειονομικού συστήματος.

2012). Σε αυτή την επιβαρυνόμενη κατάσταση έρχονται να προστεθούν οι συνέπειες της οικονομικής ύφεσης στην οποία βρίσκεται η Ελλάδα τα τελευταία οκτώ χρόνια με τις σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών, στους βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας και στις υγειονομικές υπηρεσίες. Οι αλλαγές των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών της χώρας είναι αναμενόμενο να επηρεάσουν άμεσα και τις ανισοτιμίες στην υγεία. Ωστόσο δε πρέπει να μας διαφεύγει ότι είναι ακόμη σχετικά νωρίς για να μπορέσουν να καταγραφούν τα ακριβή αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα εξαιτίας των προβλημάτων που υπάρχουν στη μέτρηση των ανισοτήτων στη χώρα, κυρίως λόγω της έλλειψης έρευνας και στατιστικών δεδομένων (Δημητρακάκη & Τούντας, 2013).

Η μείωση των εισοδημάτων, η κατακόρυφη αύξηση της ανεργίας και της επισφαλούς εργασίας που παρουσιάζει η Ελλάδα στα χρόνια της κρίσης είναι αναμενόμενο να διευρύνουν τις ανισοτιμίες στο επίπεδο υγείας μεταξύ διαφορετικών εισοδηματικών - επαγγελματικών κατηγοριών. Η προσπάθεια περιστολής των κρατικών δαπανών και εξοικονόμησης πόρων μέσω του περιορισμού της κρατικής χρηματοδότησης των ασφαλιστικών ταμείων, και των βασικών και επικουρικών συντάξεων, η αύξηση των ασφαλιστικών εισφορών για εργοδότες και εργαζομένους, η μείωση των συντάξεων και οι περικοπές των επιδομάτων (αδείας, ανεργίας, πολυτεκνίας κ.α.) συντελούν στην περεταίρω μείωση του εισοδήματος και της ικανότητας ιδιωτικής δαπάνης με αποτέλεσμα τη μεγέθυνση των ανισοτιμιών.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να αποδοθεί στο ζήτημα της φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, που όπως προαναφέρθηκε φαίνεται να παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις στην Ελλάδα της κρίσης. Υπάρχει μια στενή αλληλεπίδραση μεταξύ φτώχειας, κοινωνικού αποκλεισμού και ανισοτιμιών στην υγεία, καθώς λαμβάνουν τη μορφή μιας αμφίδρομης κυκλικής ακολουθίας (Οικονόμου, 2006).²⁴ Είναι φανερό ότι

²⁴ Η φτώχεια συνεπάγεται στέρηση πόρων με άμεσες επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας (αύξηση θνησιμότητας και νοσηρότητας και μείωση της δυνατότητας πρόσβασης στις υγειονομικές δομές) αλλά ταυτόχρονα μπορεί να οδηγήσει στον κοινωνικό αποκλεισμό εξαιτίας της στέρησης ευκαιριών συμμετοχής στις κοινωνικές δραστηριότητες. Από την άλλη πλευρά, ο κοινωνικός αποκλεισμός (που μπορεί να προέρχεται από μη οικονομικά αίτια π.χ. αναπηρίες, φυλετικές διακρίσεις κ.α.) συνήθως επιφέρει οικονομική περιθωριοποίηση των ατόμων και εισοδηματική ένδεια με αποτέλεσμα τη φτώχεια, ενώ συνδέεται με χαμηλά επίπεδα υγείας λόγω της πολυδιάστατης αποστέρησης αγαθών και

η φτωχοποίηση της ελληνικής οικογένειας στα πλαίσια της δημοσιονομικής κρίσης αποτελεί παράγοντα διεύρυνσης των ανισοτιμιών στην υγεία, υποβαθμίζοντας το υγειονομικό προφίλ των Ελλήνων και διογκώνοντας τα προβλήματα πρόσβασης.

Εξίσου σημαντικές για τη χώρα μας είναι οι ανισοτιμίες στις υγειονομικές υπηρεσίες τόσο στο επίπεδο παροχών όσο και στο ζήτημα της χρηματοδότησης. Οι ανισοτιμίες στην παροχή της δημόσιας υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα, συνδέονται με τη διαφορετική υγειονομική και φαρμακευτική κάλυψη που παρέχουν τα ασφαλιστικά ταμεία, την έλλειψη πληρότητας των παροχών, τον κατακερματισμό της ΠΦΥ, την άνιση περιφερειακή κατανομή των υγειονομικών πόρων, αλλά και την ανεπάρκεια της τεχνολογίας υγείας του δημοσίου τομέα. (Altanis, Economou, et.al. , 2008) καθώς επίσης και με το καθεστώς που επικρατεί για τους ανασφάλιστους πολίτες.

Ο δημόσιος χαρακτήρας του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, βασίζεται στο παραδοσιακό μείγμα χρηματοδότησης μέσω του συνδυασμού φορολογίας και κοινωνικής ασφάλισης με συμπληρωματική την ιδιωτική δαπάνη. Ωστόσο στην πραγματικότητα το εξαιρετικά υψηλό ποσοστό ιδιωτικής δαπάνης (γύρω στο 40%) καθώς επίσης και τα φαινόμενα φοροδιαφυγής, και παραοικονομίας ανατρέπουν το δημόσιο χαρακτήρα του (Οικονόμου, 2012) ευνοώντας τα υψηλά εισοδήματα. Το γεγονός επίσης, ότι το μεγαλύτερο μέρος της φορολογίας προέρχεται από τους έμμεσους φόρους²⁵ αλλά και ο μέχρι πρόσφατα έντονος κατακερματισμός των ασφαλιστικών ταμείων συμβάλλουν στην διεύρυνση των ανισοτιμιών. Όπως προαναφέρθηκε, η έλλειψη ρευστότητας που χαρακτηρίζει τις οικονομικές κρίσεις προκαλεί προβλήματα χρηματοδότησης. Εάν προστεθεί και η αύξηση των πολιτών

δικαιωμάτων που συνεπάγεται. Τέλος οι ανισοτιμίες (αλλά και οι ανισότητες) στην υγεία μπορούν να οδηγήσουν στη φτώχεια τόσο εξαιτίας της στενής συσχέτισης μεταξύ υγείας και παραγωγικότητας των ατόμων και άρα εισοδηματικής κατάστασης , όσο και μέσω των καταστροφικών δαπανών που μπορεί να προκαλέσει στα νοικοκυριά η αντιμετώπιση μιας σοβαρής ασθένειας. Παράλληλα οι ανισότητες (χρόνιες παθήσεις, ειδικές ανάγκες, αναπηρίες κ.α.) μπορούν να αποτελέσουν αιτία κοινωνικού αποκλεισμού. (Οικονόμου, 2006).

²⁵ Η έμμεση φορολογία όπως και οι απαλλαγές / εξαιρέσεις από την κοινωνική ασφάλιση και η καθιέρωση της ιδιωτικής ως βασικής ασφάλισης όπως και η υψηλή ιδιωτική δαπάνη, οδηγούν στην αντίστροφη προοδευτικότητα, καθώς μεταθέτουν μεγαλύτερα οικονομικά βάρη στους ασθενέστερους (Mossialos , Dixon, et, al., 2002).

που δεν έχουν ασφάλιση (είτε γιατί δεν εργάζονται, είτε γιατί δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές υποχρεώσεις) αλλά και η πτώση της ικανότητας ιδιωτικής δαπάνης είναι αναμενόμενο το ελληνικό υγειονομικό σύστημα να αντιμετωπίζει προβλήματα ανισοτήτων στη χρηματοδότηση.

2.3.1. Ανισοτιμίες στην πρόσβαση.

Με τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ (1983) υιοθετήθηκε από το ελληνικό κράτος η καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού και η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη συνδέθηκε με το καθεστώς απασχόλησης (υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη) και την ιθαγένεια. Επιπλέον, καθορίστηκε η ελεύθερη πρόσβαση στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες για ανασφάλιστους και οικονομικά ευάλωτους πολίτες. Παρόλα αυτά, η επιθυμητή ισότητα στην υγειονομική φροντίδα παρέμεινε αμφισβητήσιμη.

Η Ελλάδα παρουσίαζε ανισοτιμίες στην υγεία και την πρόσβαση ανεξάρτητα από την οικονομική ύφεση. Τα προβλήματα πρόσβασης στη χώρα μας, μπορούν να ταξινομηθούν σε ως:

- οικονομικά εμπόδια πρόσβασης, που σχετίζονται κυρίως με το ζήτημα των αυξημένων ιδιωτικών πληρωμών που χρησιμοποιούνται τόσο για την κάλυψη των αναγκών που δεν παρέχονται από τις ασφάλειες υγείας, όσο και για την παράκαμψη των οργανωτικών εμποδίων που σχετίζονται με τις μεγάλες λίστες αναμονής και το υψηλό κόστος χρόνου για τους χρήστες των υγειονομικών υπηρεσιών.
- γεωγραφικά εμπόδια, που αναγνωρίζονται τα προβλήματα μετάβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (κυρίως για ηλικιωμένους και άτομα με δυσλειτουργίες) αλλά και τα ζητήματα πρόσβασης όλων των πολιτών σε υπηρεσίες που παρέχονται μόνο στις αστικές περιοχές.
- εμπόδια από την πλευρά της προσφοράς, που καταγράφονται προπαντός στην επικοινωνία του προσωπικού με τους πληθυσμούς μεταναστών και μειονοτήτων (γλωσσικά και εθιμοτυπικά προβλήματα). (Altanis, Economou, et.al. 2008).

Με την οικονομική ύφεση και ιδιαίτερα με τις μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις των «μνημονίων» είχαμε διεύρυνση των ανισοτήτων πρόσβασης. Η δημιουργία του ενιαίου ασφαλιστικού φορέα (ΕΟΠΥΥ), και οι περιορισμοί στην κάλυψη υγειονομικών παροχών και φαρμάκων, οδηγούν σε αύξηση της αναγκαίας ιδιωτικής δαπάνης. Αντίστοιχα αποτελέσματα είχε και η υιοθέτηση αρνητικής λίστας φαρμάκων. Επιπλέον, η χρέωση των πολιτών για τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία (3€ - 5€) και την εισαγωγή τους στα δημόσια νοσοκομεία (25 €) καθώς και για τη συνταγογράφηση (1€ ανά συνταγή του ΕΣΥ), οι αυξημένες συν-πληρωμές στα φάρμακα, συνάδουν με την εισαγωγή οικονομικών διακρίσεων στην πρόσβαση που επηρεάζουν κυρίως τα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα. Οι καταργήσεις και συγχωνεύσεις²⁶ νοσηλευτικών ιδρυμάτων ή/και η μείωση των λειτουργικών τους δαπανών²⁷, έθεσαν σε κίνδυνο το στοιχείο της διαθεσιμότητας των υγειονομικών παροχών, αυξάνοντας τις λίστες αναμονής και μειώνοντας τα σημεία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, προκαλώντας προβλήματα αποτελεσματικότητας, ισότητας και προσβασιμότητας και δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για αύξηση των άτυπων πληρωμών, ως μέσω παράκαμψης των λιστών αναμονής.

Έρευνες αποδεικνύουν τη σημαντική επίδραση του εισοδήματος στη ύπαρξη ανισοτήτων πρόσβασης στις υγειονομικές υπηρεσίες, στις οδοντιατρικές υπηρεσίες, στους ιατρούς ειδικοτήτων (Χρυσάκης, 2010) ακόμη και στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Παρόμοιες επιπτώσεις προβλέπονται ως αποτέλεσμα των αυξημένων ποσοστών ανεργίας, που συνεπάγονται έλλειψη εισοδήματος και φαίνεται να συνδέονται με μη ικανοποίηση υγειονομικών αναγκών (Economou, Nikolaou, et.al., 2008).

²⁶ Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων είναι μια πρακτική που υιοθετείται από πολλές ευρωπαϊκές χώρες με στόχο την βελτίωση της κατανομής, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών μονάδων. Τα κίνητρα αυτής της πρακτικής είναι κυρίως οικονομικά καθώς αναμένεται αύξηση της παραγωγικότητας, μείωση του κόστους αλλά και επίτευξη οικονομικών κλίμακας. Ωστόσο η εμπειρία έχει δείξει ότι τα αποτελέσματα δεν είναι πάντα τα αναμενόμενα. Με τις συγχωνεύσεις που επιχειρήθηκαν στην Ελλάδα το Υπουργείο Υγείας προσέβλεπε σε εξοικονόμηση 75 εκατομμυρίων ευρώ το 2012 και 150 εκατομμυρίων ευρώ το 2015 (Τσαβαλιάς, Σίσκου, κ.ά. 2012)

²⁷ Σύμφωνα με τη Έκθεση του IOBE, η πλειονότητα των περικοπών προέρχεται από τους εργαζόμενους στο ΕΣΥ, τα φάρμακα και τις προμήθειες των νοσοκομείων, καθώς δεν έχουν ολοκληρωθεί και εφαρμοστεί ακόμη οι βαθύτερες μεταρρυθμίσεις (IOBE 2011)

Τα ποσοστά μη ικανοποίησης αναγκών υγειονομικής φροντίδας αποτελούν ενδεικτικό στοιχείο των προβλημάτων πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Μια ετήσια καταγραφή του ποσοστού των ατόμων που δηλώνουν μη ικανοποίηση των υγειονομικών αναγκών τους, γίνεται από τα SILC (Statistics on Income and Living Conditions)²⁸. Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα στοιχεία για την Ελλάδα (Πίνακας 5) καταγράφεται μια σημαντική αύξηση του συνόλου των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπεία, από 4,2% το 2008 σε 9,7% το 2014, με τα χαμηλότερα εισοδήματα (1^ο πεμπτημόριο ισοδύναμου εισοδήματος) να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη αύξηση, γεγονός που αποδεικνύει την ιδιαίτερη επίδραση της οικονομικής κρίσης στα άτομα χαμηλού οικονομικού εισοδήματος.

Πίνακας 5 : Αναφορά μη ικανοποίησης αναγκών για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπεία ανά εισοδηματικό πεμπτημόριο (εξαιτίας υψηλού κόστους, μεγάλων αποστάσεων, εκτεταμένων λιστών αναμονής)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
1 ^ο πεμπτημόριο ισοδύναμου εισοδήματος	7,0	8,4	7,8	10,1	11,0	13,9	16,4
2 ^ο πεμπτημόριο ισοδύναμου εισοδήματος	6,0	6,1	5,5	8,1	8,4	10,1	15,3
3 ^ο πεμπτημόριο ισοδύναμου εισοδήματος	5,1	3,3	4,6	5,9	7,3	8,2	12,2
4 ^ο πεμπτημόριο ισοδύναμου εισοδήματος	2,0	1,8	2,2	3,6	3,5	6,8	4,6
5 ^ο πεμπτημόριο ισοδύναμου εισοδήματος	0,9	0,6	0,8	3,3	2,2	0,2	...
Γενικός πληθυσμός	4,2	4,0	4,2	6,2	6,5	7,8	9,7

Πηγή: Eurostat

<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&plugin=1&pcode=tsdph270&language=en>

Εξίσου σημαντικές είναι και οι διακυμάνσεις της μη ικανοποίησης αναγκών για ιατρικές εξετάσεις, με βάση το καθεστώς εργασίας (Πίνακας 6). Είναι φανερό ότι οι άνεργοι παρουσιάζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά ανικανοποίητων αναγκών (τα οποία σχεδόν διπλασιάστηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης) που προφανώς συνδέονται με την απώλεια εισοδήματος αλλά και ασφαλιστικής κάλυψης. Ακολουθούν οι

²⁸ Αποτελεί ένα σύστημα συλλογής επίκαιρων και συγκρίσιμων διαχρονικά πολυδιάστατων δεδομένων αναφορικά με το εισόδημα, τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό και τις συνθήκες διαβίωσης, άμεσα συνδεδεμένο με το Ευρωπαϊκό Στατιστικό Σύστημα. http://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european_union_statistics_on_income_and_living_conditions

συνταξιούχοι με επίσης αυξημένα ποσοστά που ενδεχομένως οφείλονται τόσο στις διευρυμένες υγειονομικές ανάγκες (λόγω ηλικίας) όσο και στο μεγάλο ποσοστό χαμηλοσυνταξιούχων της χώρας²⁹. Αξίζει ωστόσο να επισημανθεί ότι και τα ποσοστά μη ικανοποίησης των εργαζομένων –αν και χαμηλά- φαίνεται να διπλασιάζονται γεγονός που μπορεί να οφείλεται στις αλλαγές που υπέστη ο εργασιακός τομέας (μειώσεις μισθών, ευέλικτες μορφές εργασίας) αλλά και η κοινωνική ασφάλιση (μειώσεις παροχών, αύξηση συμμετοχής κ.τ.λ.)

Πίνακας 6 : Αναφορά μη ικανοποίησης αναγκών για ιατρικές εξετάσεις ανά καθεστώς εργασίας

(εξαιτίας υψηλού κόστους, μεγάλων αποστάσεων, εκτεταμένων λιστών αναμονής)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Εργαζόμενοι	3,3	2,7	3,1	4,7	5,6	6,1	7,4
Άνεργοι	8,9	7,5	9,5	11,4	10,8	11,7	15,7
Συνταξιούχοι	9,3	9,3	8,9	11,7	10,8	11,2	12,5
Ανενεργοί	5,8	7,3	6,4	6,9	8,1	9,7	11,7
Γενικός πληθυσμός	5,5	5,5	5,5	7,5	8,1	9,0	10,9

Πηγή: Eurostat <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα προβλήματα πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα που αντιμετωπίζουν οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού (ανασφάλιστοι, ρομά, μετανάστες, χρόνια πάσχοντες, παιδιά και ηλικιωμένοι) τα οποία εντείνονται εξαιτίας των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης (Economou, Kaitelidou, et.al., 2014). Για όλες τις παραπάνω ομάδες, ως βασικά εμπόδια πρόσβασης καταγράφονται το υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας, η χαμηλή εγγύτητα και οι μεγάλες λίστες αναμονής³⁰. Η άμεση σύνδεση της υγειονομικής ασφάλισης με την εργασία στη χώρα μας έχει ως αποτέλεσμα, εν μέσω οικονομικής κρίσης, ένα πολύ μεγάλο ποσοστό πολιτών να

²⁹ Οι περικοπές των συντάξεων, των δώρων και των επιδομάτων από τα μέτρα λιτότητας επιβάρυναν ακόμη περισσότερο τη θέση ανέργων και συνταξιούχων.

³⁰ Ειδικότερα για τους μετανάστες παρατηρούνται επιπλέον προβλήματα εξαιτίας του καθεστώτος παραμονής τους στη χώρα (άδεια παραμονής, άδεια εργασίας) αλλά και θέματα επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας. Ενώ για τους Ρομά επισημαίνεται (μεταξύ άλλων) η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντί τους. (Economou, Kaitelidou, et.al., 2014)

είναι ανασφάλιστο (λόγω ανεργίας, αδυναμίας εκπλήρωσης των οικονομικών υποχρεώσεων, αποκλεισμού από την εργασία κ.τ.λ.) Τα ποσοστά των ανασφάλιστων κυμαίνονται μεταξύ 2.5 – 3 εκατομμύρια πολίτες με την πλειοψηφία αυτών να βρίσκεται σε δυσμενή οικονομική κατάσταση και αυξημένες υγειονομικές ανάγκες.

Το ελληνικό κράτος παρείχε επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης κάτω από προϋποθέσεις (ηλικίας και ημερών εργασίας) για ορισμένες κατηγορίες ανέργων, αλλά και βιβλιάρια απορίας για τις εξαιρετικά ευάλωτες κατηγορίες. Το 2013 εφαρμόστηκε το «Voucher Υγείας³¹», για την περιορισμένη κάλυψη υγειονομικών αναγκών μιας μερίδας ανασφάλιστων. Ενώ τον Ιούνιο του 2014 πάρθηκαν δύο Υπουργικές Αποφάσεις με θέμα «Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών³²» και «Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων κι διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα φαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδύνατων πολιτών³³» και στόχο τη διευκόλυνση πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική φροντίδα των ανασφάλιστων πολιτών.

Παρά το γεγονός ότι οι προσπάθειες αυτές βρίσκονταν στη σωστή κατεύθυνση τα διαρθρωτικά προβλήματα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος που προαναφέρθηκαν, οι μνημονιακές δεσμεύσεις για μείωση των δαπανών υγείας αλλά και τα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ανασφάλιστων πολιτών, σε συνδυασμό με τους περιορισμούς που θέτουν οι ίδιες οι αποφάσεις³⁴ δε φάνηκε να αντιμετωπίσαν ουσιαστικά το πρόβλημα της πρόσβασης των ανασφάλιστων στην δημόσια υγεία. Πρόσφατα (4/ 04/ 2016) πάρθηκε ακόμη μια ΚΥΑ, από τη νέα κυβέρνηση αυτή τη φορά, με θέμα «Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας³⁵» που δίνει νέες ελπίδες σε όσους βρίσκονται

³¹ <https://www.healthvoucher.gr/>

³² Αριθ. Υ4α/ΓΠ/ΟΙΚ.48985 ΦΕΚ 1465/5.06.2014

³³ ΚΥΑ ΓΠ/ΟΙΚ56432, ΦΕΚ 1753/20. 06.2014

³⁴ Ανώτατο όριο στη φαρμακευτική δαπάνη για τους ανασφάλιστους, έλλειψη πρόβλεψης για τους παράτυπους μετανάστες που αποτελούν ένα υγειονομικά ευάλωτο κομμάτι της κοινωνίας, μη συμπερίληψη των εργαστηριακών εξετάσεων στην απόφαση.

³⁵ ΚΥΑ. Αριθμ.Α3(Γ)/ΓΠ/ΟΙΚ.25132/4.04.20116

αποκλεισμένοι από το ΕΣΥ. Ο χρόνος θα δείξει αν αυτή η απόφαση του Υπουργείου θα μπορέσει να εφαρμοστεί και αν θα αποδώσει τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

2.4. Οικονομική κρίση στην Ελλάδα και αναδιάρθρωση του υγειονομικού συστήματος.

Η εισαγωγή της διεθνούς οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, που οδήγησε στην υπογραφή των Μνημονίων, έφερε στο προσκήνιο με τον πλέον επιτακτικό τρόπο την ανάγκη αναδιάρθρωσης του υγειονομικού συστήματος. Το επί δεκαετίες «προβληματικό» ελληνικό υγειονομικό σύστημα με σχετικά χαμηλό ποσοστό δημόσιων δαπανών για την υγεία, σημαντική ιδιωτική υγειονομική δαπάνη, ασύμμετρη κατανομή των ανθρωπίνων πόρων, υποβαθμισμένη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αλλά και σοβαρά οικονομικά ελλείμματα, ήρθε αντιμέτωπο με σειρά μεταρρυθμιστικών μέτρων με βασικό στόχο την μείωση της δημόσιας δαπάνης (Kaitelidou & Kouli., 2012). Η αναδιάρθρωση του ελληνικού συστήματος υγείας δεν αποτελούσε πια επιλογή της κυβέρνησης για την εξασφάλιση αποτελεσματικής υγειονομικής φροντίδας στους πολίτες αλλά υποχρέωση απέναντι στους πιστωτές.

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα χαρακτηρίζεται ως μικτό καθώς ενσωματώνει στοιχεία από τα μοντέλα Beveridge και Bismark και συνδυάζει χαρακτηριστικά του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η χρηματοδότησή του γίνεται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό (γενική φορολογία) και την κοινωνική ασφάλιση, ενώ στην παροχή των υπηρεσιών υγείας συμμετέχει τόσο ο δημόσιος και όσο και ο ιδιωτικός τομέας. Ιδιαίτερης σημασίας είναι ο ρόλος των ασφαλιστικών φορέων που λειτουργούν ως αγοραστές υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας αλλά και ως πελάτες του ιδιωτικού τομέα,(Οικονόμου, 2012) συμβάλλοντας στην χρηματοδότηση αλλά και την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών. Παρά το γεγονός ότι στον πυρήνα του συστήματος βρίσκεται η καθολική και ισότιμη υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, αστοχίες και διαρθρωτικά προβλήματα του συστήματος θέτουν εμπόδια στην αποτελεσματικότητα της δημόσιας υγείας που αποτυπώνονται στα ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά ιδιωτικής υγειονομικής δαπάνης που παρουσιάζει η χώρα.

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα παρουσίαζε σοβαρά οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα πολύ πριν την οικονομική κρίση. Οι προσπάθειες αναδιάρθρωσης του υγειονομικού τομέα που επιχειρήθηκαν στο παρελθόν δεν στέφθηκαν με επιτυχία και παρά τις νομοθετικές πρωτοβουλίες και τις διακηρύξεις των εκάστοτε κυβερνήσεων το ελληνικό σύστημα υγείας συνεχίζει να εμφανίζει σοβαρές στρεβλώσεις.

Οι πρώτες μεταρρυθμίσεις που επιχειρήθηκαν τη δεκαετία του 1990, υπήρξαν επηρεασμένες από τη διεθνή αμφισβήτηση του παρεμβατικού κράτους και την ανάδυση των ιδεών του φιλελευθερισμού και στόχευαν στην βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας και της διοικητικής αποτελεσματικότητας του υγειονομικού τομέα, μέσω της αύξησης της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στην υγεία (οιονεί αγορές, συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, καθιέρωση ελέγχου των υγειονομικών δαπανών κ.τ.λ.). Ωστόσο η έλλειψη οργανωτικού σχεδίου πολιτικής υγείας και η αποσπασματικότητα των μεταρρυθμίσεων δεν θα επιτρέψει την ολοκληρωμένη εφαρμογή τους.

Οι μεταρρυθμίσεις που ακολούθησαν τη δεκαετία του 2000 μπορούν να διαχωριστούν σε δύο περιόδους με έντονα ιδεολογικό χαρακτήρα. Στην πρώτη 2001-2004, η σοσιαλιστική κυβέρνηση της χώρας εξαγγέλλει μεταρρυθμίσεις με επίκεντρο την διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα της υγείας, την αναβάθμιση της ΠΦΥ με έμφαση στην πρόληψη και την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας³⁶. Το συνδικαλιστικό κίνημα της χώρας εξέθεσε σοβαρές αντιρρήσεις για την αποτελεσματικότητα του εν λόγω σχεδίου το οποίο για άλλη μια φορά χαρακτηριζόταν από αποσπασματικότητα και ασάφειες.

Η νέα συντηρητική κυβέρνηση που θα εκλεγεί για το διάστημα 2004-2007 θα αλλάξει και πάλι τον προσανατολισμό των μεταρρυθμίσεων καταργώντας τους νόμους για τη δημόσια υγεία και την ΠΦΥ και προβάλλοντας ως βασικούς στόχους των νέων

³⁶ Επιπλέον, επιδιώκεται η περιφερειακή ανάπτυξη του ΕΣΥ, η διοικητική και λειτουργική αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, η βελτίωση και ο έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (στο δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα), ενώ τίθενται στόχοι για τον εξορθολογισμό της κατανομής των πόρων (ανθρώπινων και υλικών), την αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού και των όρων απασχόλησής του (ιατροί), αλλά και για τη σύσταση ενός ενιαίου φορέα χρηματοδότησης του υγειονομικού συστήματος.

μεταρρυθμίσεων τη βραχυπρόθεσμη οικονομική βιωσιμότητα και την μακροπρόθεσμη διατηρησιμότητα του συστήματος υγείας³⁷. Ωστόσο ούτε αυτή η προσπάθεια είχε τα επιθυμητά αποτελέσματα, αφού ελάχιστα μεταρρυθμιστικά μέτρα υλοποιήθηκαν και αρκετές από τις πρωτοβουλίες της περιόδου υπήρξαν αμφιλεγόμενες.(Οικονόμου, 2012) Ως αποτέλεσμα, η οικονομική κρίση βρήκε το ελληνικό υγειονομικό σύστημα όχι μόνο οικονομικά ευάλωτο αλλά και εντελώς απροετοίμαστο οργανωτικά και λειτουργικά.

Η μεταρρύθμιση του υγειονομικού τομέα, που βασίστηκε στις «επιταγές» των Μνημονίων, προσανατολίστηκε στη μείωση των υγειονομικών δαπανών (Πίνακες 7 – 8) και κατ' επέκταση στο μετασχηματισμό της (αναποτελεσματικής) λειτουργικής και διαχειριστικής διάστασης του υγειονομικού συστήματος.

Πίνακας 7 : Υγειονομικές δαπάνες της Ελλάδας (% ΑΕΠ)

	2009	2010	2011	2012
Συνολικές υγειονομικές δαπάνες	10,3	9,34	9,67	9,16
Σύνολο δημόσιας δαπάνης υγείας	6,97	6,32	6,60	6,22
Δαπάνες γενικής κυβέρνησης	2,71	2,50	2,72	2,63
Κοινωνική Ασφάλιση	4,26	3,83	3,88	3,60
Σύνολο ιδιωτικής δαπάνης υγείας	3,06	3,02	3,05	2,92
Ιδιωτική ασφάλιση	0,19	0,24	0,26	0,27
Ιδιωτικές πληρωμές	2,85	2,74	2,79	2,64
Δαπάνες υγείας μη κερδοσκοπικών ιδρυμάτων (ΜΚΟ, εκκλησία, κ.ά.)	0,02	0,03	0,01	0,01

Πηγή: Eurostat <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do>

Πίνακας 8 : Φαρμακευτική δαπάνη

	2009	2010	2011	2012

³⁷ Το μεταρρυθμιστικό σχέδιο έδινε έμφαση στον οικονομικό εξορθολογισμό του υγειονομικού συστήματος, εξαγγέλλοντας αλλαγές στο καθεστώς των προμηθειών και των διοικήσεων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ,αλλά και των μηχανισμών κοστολόγησης και τιμολόγησης. Ιδιαίτερη αναφορά θα γίνει στην αξιοποίηση της πληροφορικής (ηλεκτρονικό σύστημα λογιστικής παρακολούθησης) καθώς και στην σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Ποσοστό επί της συνολικής υγειονομικής δαπάνης	27,8	28,3	26,8	24,9
--	------	------	------	------

Πηγή: OECD http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pharmaceutical-expenditure_pharmexp-table-en;jsessionid=4owjckq81uaij.x-oecd-live-02

Η μείωση³⁸ των υγειονομικών δαπανών δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα μεγάλη, ωστόσο αν λάβουμε υπόψη μας ότι μεταξύ 2009 – 2011 στο δημόσιο τομέα καταγράφεται αύξηση προσέλευσης ασθενών (35,6%), πληρότητας κλινών (11%), χειρουργικών επεμβάσεων(6%), έκτακτων περιστατικών (1,8%) εργαστηριακών εξετάσεων (18%), και ζήτησης οδοντιατρικών και μαιευτικών υπηρεσιών, (Economou, Kaitelidou, et.al. 2014) γίνεται κατανοητό ότι εν μέσω οικονομικής κρίσης, η υιοθέτηση αυστηρών δημοσιονομικών μεταρρυθμίσεων, δημιούργησε περαιτέρω προβλήματα στη λειτουργία των υγειονομικών δομών καθώς η ξαφνική αύξηση της ζήτησης δημόσιων υγειονομικών παροχών, είναι σε απόλυτη αντίθεση με το σχέδιο ελέγχου της υγειονομικής δαπάνης, μέσω της μείωσης των λειτουργικών εξόδων του δημόσιου υγειονομικού τομέα (μείωση μισθών, απολύσεις, συγχωνεύσεις νοσηλευτικών ιδρυμάτων κ.α.).

Σύμφωνα με έρευνες (Economou, 2015 ; Mladovsky, Srivastava,et.al.,2012,) η Ελλάδα προέβη σε μείωση του προϋπολογισμού για την υγεία και στην αναδιάρθρωση δημόσιων φορέων υγείας και ασφαλιστικών ταμείων. Στις υπηρεσίες υγείας έγινε μείωση των προϋπολογισμών των νοσοκομείων, συγχωνεύσεις και καταργήσεις νοσηλευτικών μονάδων, μειώσεις προσωπικού και αμοιβών, βελτίωση των διαδικασιών προμηθειών, εισαγωγή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN), και εφαρμόστηκε ηλεκτρονική συνταγογράφηση³⁹ και θετική - αρνητική λίστα φαρμάκων⁴⁰. Επιπλέον η ελληνική κυβέρνηση καθιέρωσε χρεώσεις⁴¹ για την

³⁸ Θα παρατηρούσε κανείς οι κύριες περικοπές είναι από την κοινωνική ασφάλιση και ότι οι μόνες δαπάνες που αυξάνονται ελαφρώς είναι αυτές της ιδιωτικής ασφάλισης, που τα ποσοστά της είναι εξαιρετικά χαμηλά στη χώρα μας.

³⁹Ν. 3892/2010 για την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων.

⁴⁰ Ν. 3816/2010 για την κατάρτιση θετικής λίστας φαρμάκων η οποία συμπληρώθηκε (το 2011) με αρνητική λίστα φαρμάκων.

ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, την εξειδικευμένη φροντίδα στα εξωτερικά ιατρεία, την πρόσβαση στην ΠΦΥ, αλλά και τη συνταγογράφηση. Για την υποστήριξη της δημόσιας υγείας καταγράφονται δράσεις προς την ενίσχυση του ρόλου της ΠΦΥ, εισαγωγή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, και εφαρμογή νόμου για την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους. Στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης είχαμε πάγωμα των πιστώσεων από τον προϋπολογισμό για την κοινωνική ασφάλιση, συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων⁴², αύξηση του συντελεστή εισφοράς εργαζόμενων και εργοδοτών στην ασφάλιση υγείας και εισαγωγή πακέτου ελάχιστων παροχών.

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έγινε γρήγορα αισθητή σε όλους τους τομείς του δημόσιου και ιδιωτικού βίου. Η συρρίκνωση της οικονομικής δραστηριότητας της χώρας, επέφερε ουσιαστικές μεταβολές στις κοινωνικοοικονομικές δομές και η αναδιάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος μέσω της υιοθέτησης μέτρων «λιτότητας» με την υπογραφή των Μνημονίων, επιβάρυνε κατά βάση την άσκηση κοινωνικής πολιτικής. Η οικονομική δυσπραγία κράτους και πολιτών άλλαξε καθοριστικά τόσο τις υγειονομικές παροχές όσο και τις υγειονομικές ανάγκες, ενώ οι επιβαλλόμενες μεταρρυθμίσεις επηρέασαν άμεσα τον υγειονομικό τομέα αλλά και όλους τους τομείς που διαμορφώνουν τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, αυξάνοντας αισθητά τις ανισοτιμίες στην υγεία. Ως αποτέλεσμα οι ανισοτιμίες πρόσβασης των πολιτών στην υγειονομική φροντίδα διογκώθηκαν, πρόβλημα που όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια προσπαθεί να αμβλύνει η εμφάνιση των Κοινωνικών Ιατρείων.

⁴¹N. 3868/2010 για την καθιέρωση ολοήμερης λειτουργίας νοσοκομείων ΕΣΥ, την επέκταση εξωτερικών ιατρείων, διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων πέραν του τακτικού ωραρίου με συμμετοχή των χρηστών στη δαπάνη και την επέκταση των ρυθμίσεων για τα απογευματινά ιατρεία

⁴² N. 3918/2011 για τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, την εισαγωγή νέου συστήματος προμηθειών (Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών – Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών), την ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ και τέλος τον εξορθολογισμό των συστημάτων αδειοδότησης, κυκλοφορίας, τιμολόγησης, και αποζημίωσης φαρμάκων (γενόσημα, συνταγογράφηση ανά δραστική ουσία κ.α.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.

3.1. Εισαγωγή.

Οι σύγχρονες παγκόσμιες υγειονομικές προκλήσεις, κατέστησαν ακόμη πιο εμφανή την ανεπάρκεια τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα να ανταπεξέλθουν αποτελεσματικά στην διαχείρισή τους. Η αναγκαιότητα εξεύρεσης δρόμων περαιτέρω συνεργασίας και αξιοποίησης του κοινωνικού κεφαλαίου, οδήγησε σταδιακά στην υιοθέτηση νέων μορφών διακυβέρνησης και στον υγειονομικό τομέα. Ο όρος «Διακυβέρνηση» αναφέρεται σε μια έννοια ευρύτερη της «Κυβέρνησης» που αφενός εδραιώνει το κράτος ως τον βασικό χώρο αλλά όχι τον αποκλειστικά αποφασιστικό στα πλαίσια της πλουραλιστικής κοινωνίας (Κράτος - Αγορά - Κοινωνία των Πολιτών) αφετέρου, καθιερώνει την οπτική ενός περιορισμένου και λιγότερο ιεραρχικού κράτους, φιλικού με τον πολίτη που συνδιαλέγεται και συναποφασίζει μαζί με την Κοινωνία των Πολιτών αλλά και τον ιδιωτικό τομέα (Βασιλόπουλος, 2003) Κατά συνέπεια η διακυβέρνηση στον υγειονομικό τομέα⁴³ μπορεί να μεταφραστεί στην ύπαρξη πολλών διαφορετικών δρόμων που συνεργάζονται για τη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας και τη διαχείριση του υγειονομικού συστήματος.

3.2. Ορίζοντας την Κοινωνία των Πολιτών

Μέχρι και σήμερα δεν έχει βρεθεί ένας ακριβής ορισμός της ΚτΠ που να είναι κοινά αποδεκτός και αυτό σχετίζεται με την ποικιλία και την πολυμορφία των συλλογικών υποκειμένων που την αποτελούν, και με τον τόπο, την ιστορική περίοδο αλλά και τα όρια μέσα στα οποία τα υποκείμενα αυτά δρουν. Ακόμη και ο όρος «ΚτΠ» έχει επανειλημμένως αμφισβητηθεί ή και αναδιαμορφωθεί σύμφωνα με την εκάστοτε ιδεολογική φόρτιση, ή φιλοσοφική προσέγγιση αλλά και προκειμένου να περιγράψει με μεγαλύτερη ακρίβεια το περιεχόμενό του και να διευκρινιστούν τα όριά του. Έτσι

⁴³ Επιπλέον εκτός από τις υγειονομικές εξελίξεις υπήρξαν και σοβαρές κοινωνικές αλλαγές που συνέβαλλαν στην αναγκαιότητα συμμετοχής της Κοινωνίας των Πολιτών στην υγειονομική διακυβέρνηση: η εμφάνιση ενός κινήματος για την υγεία στις τοπικές κοινότητες, η ραγδαία αλλαγή του ρόλου του κοινωνικού κράτους πρόνοιας και η αμφισβήτηση του κυρίαρχου βιοϊατρικού μοντέλου (Οικονόμου, σημειώσεις)

η ΚτΠ ενδέχεται να αναφέρεται και ως τρίτος τομέας, μη κυβερνητικός τομέας, μη κερδοσκοπικός τομέας , κοινωνική οικονομία , οικονομία της αλληλεγγύης, (Γεωρμάς, 2013), κοινωνία ιδιωτών, γεγονός που περιπλέκει ακόμη περισσότερο τις προσπάθειες ορισμού της, αφού οι όροι αυτοί άλλοτε χρησιμοποιούνται εναλλακτικά ως συνώνυμοι και άλλοτε όχι. Τα προβλήματα του ορισμού δεν περιορίζονται στη νοηματοδότηση του όρου. Διαφορετικές απόψεις υποστηρίχθηκαν τόσο όσον αφορά τη σύσταση και την οριοθέτηση της ΚτΠ, όσο και το ρόλο της στα πλαίσια της οργανωμένης κοινωνικής ζωής.

Η ΚτΠ περιλαμβάνει πλήθος ετερόκλητων θεσμών, οργανώσεων, φορέων, ομάδων αλλά και δράσεων με νομική ή όχι υπόσταση, που δρουν με σχετική έως πλήρη ανεξαρτησία από το κράτος, προάγοντας διάφορα -αντικρουόμενα ενίοτε- συμφέροντα. Διαμορφώνεται δηλαδή, από τη λειτουργία και την αλληλεπίδραση ομάδων πίεσης, συλλόγων, ενώσεων και σωματείων, Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων, εθελοντικών ομάδων, φιλανθρωπικών ιδρυμάτων αλλά και άτυπων δικτύων, κοινωνικών κινημάτων, τοπικών συνελεύσεων και επιτροπών κατοίκων. Η Παγκόσμια Τράπεζα έχει αποδώσει ένα αρκετά γενικό ορισμό της ΚτΠ, δίνοντας έμφαση στο περιεχόμενο της, σύμφωνα με τον οποίο αποτελεί ένα ευρύ φάσμα μη κυβερνητικών, μη κερδοσκοπικών οργανισμών που έχουν παρουσία στη δημόσια ζωή, εκφράζοντας ηθικά, πολιτιστικά, πολιτικά, επιστημονικά, θρησκευτικά ή φιλανθρωπικά συμφέροντα και αξίες, των μελών τους ή άλλων. (The World Bank, 2013).

Ίσως το σημαντικότερο χαρακτηριστικό της ΚτΠ είναι ότι στο χώρο της συνδυάζεται η επίσημη μορφή των τυπικών θεσμοποιημένων οργανώσεων, με την ανεπίσημη των άτυπων συλλογικών δικτύων συμμετοχής στη δημόσια σφαίρα. Τα άτυπα δίκτυα χαρακτηρίζονται από (Μπουρίκος & Σωτηρόπουλος., 2014):

- Την παροχή υπηρεσιών εναλλακτικής μορφής,
- Την καινοτόμα δράση και ικανότητα,
- Την δράση τους υπέρ ευάλωτων και περιθωριοποιημένων ομάδων.
- Την δυνατότητά τους να ανταποκριθούν στις τοπικές- μικρής κλίμακας κοινωνικές ανάγκες λόγω της ευελιξίας τους και της στενής σχέσης τους με τις τοπικές κοινότητες
- Την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων με ριζοσπαστικό τρόπο.

- Την καλλιέργεια του αισθήματος της συμμετοχής.
- Την ανυπαρξία γραφειοκρατίας.
- Την ακύρωση του στιγματισμού των εξυπηρετούμενων
- Τις ισχυρές τους αντιστάσεις τόσο απέναντι στην θεσμοποίηση όσο και στην εμπορευματοποίηση.

Ωστόσο απαραίτητες προϋποθέσεις προκειμένου μια οργάνωση ή δράση, ή ενέργεια να ανήκει στο χώρο της ΚτΠ είναι να έχει συλλογικότητα που να εκφράζεται σε δημόσιο χώρο και να επικαλείται το δημόσιο συμφέρον, να μην έχει στοιχεία εξαναγκασμού ή υποχρέωσης αλλά να είναι εθελοντική, να μην προέρχεται ή ελέγχεται άμεσα από το κράτος, και να επιδιώκει δημόσιο όφελος και όχι ιδιωτικό κέρδος. (Σωτηρόπουλος,2004) Στον πυρήνα συνεπώς της έννοιας της ΚτΠ. φαίνεται να ενσαρκώνεται η ιδέα του ιδεολογικού και θεσμικού πλουραλισμού, όπου ανεξάρτητα και αυτόνομα από το κράτος, διάφορες οργανωμένες, συλλογικότητες, θεσμοί και πηγές ισχύος και επιρροής δημιουργούν σχέσεις, δραστηριοποιούνται και αλληλεπιδρούν. (Μακρυδημήτρης,2006)

Ένα δεύτερο σημείο ασάφειας είναι η οριοθέτηση της ΚτΠ η οποία δείχνει να αλλάζει μαζί με την κοινωνική, πολιτική και οικονομική εξέλιξη. Ο ορισμός των Anheir & Carlson αναφέρεται σε αυτά τα όρια περιγράφοντας την ΚτΠ ως μια σφαίρα θεσμών, οργανώσεων και ατόμων που βρίσκεται ανάμεσα στο κράτος την αγορά και την οικογένεια και στην οποία οι άνθρωποι προωθούν κοινά τους ενδιαφέροντα ή και συμφέροντα συνεταιριζόμενοι εθελοντικά. (Anheir & Carlson, 2001). Η ύπαρξη αυτού του ενδιάμεσου χώρου που έχει επικρατήσει, προέρχεται από τον παραδοσιακό διαχωρισμό μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής σφαίρας, όπου η δημόσια σφαίρα περιλαμβάνει το πεδίο της πολιτικής, το κράτος ή αλλιώς την «πολιτική κοινωνία» και η ιδιωτική σφαίρα είναι η οικονομία, η «αστική κοινωνία» αλλά και η Κοινωνία των Πολιτών» (Βενιζέλος, 2001). Το κράτος λοιπόν, και η παραδοσιακή πολιτική αποτελούν ένα όριο στο χώρο δράσης της ΚτΠ. Επιπλέον, η εθελοντική δράση, ο μη κερδοσκοπικός χαρακτήρας και η έμφαση στο δημόσιο όφελος δημιουργούν μια διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στην ΚτΠ και την αγορά, ενώ και η οικογένεια τοποθετείται από την πλειοψηφία των ερευνητών εκτός της δράσης της, αν και κατά τη διάρκεια της ιστορικής εξέλιξης της οριοθέτησης της

ΚτΠ, ορισμένοι συγγραφείς- μελετητές εντάσσουν στα πλαίσια της, την αγορά (Hegel, Marx) ή την οικογένεια (Gramsci) (Ζανής, 2002).

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα εκάστοτε όρια της ΚτΠ δεν είναι ούτε αυστηρά ούτε απόλυτα, για αυτό και συνεχώς διευρύνονται, αφήνοντας ελεύθερα νέα πεδία δράσης. Αυτό που η ΚτΠ απεχθάνεται είναι ο κάθε μορφής ολοκληρωτισμός (οικονομικός, πολιτικός, ιδεολογικός, πολιτιστικός, κοινωνικός). Αναπτύσσεται συνεπώς ένας «μεσόκοσμος» ανάμεσα στον «κρατισμό και την αγοροκρατία» απορρίπτοντας ταυτόχρονα την κρατικοποίηση, την εμπορευματοποίηση αλλά και την κομματικοποίηση. (Μακρυδημήτρης, 2004, 2006). Η ΚτΠ έρχεται να καλύψει το κενό που δημιουργείται από την ανεπάρκεια τόσο του κράτους όσο και της αγοράς (αλλά και της οικογένειας) να ανταποκριθούν στις ολοένα αυξανόμενες και μεταλλασσόμενες ανάγκες των πολιτών στις εξελισσόμενες κοινωνίες.

3.3. Ο ρόλος της Κοινωνίας των Πολιτών.

Εξίσου έντονος προβληματισμός υπάρχει για τη διευκρίνιση του ρόλου της ΚτΠ. Έχοντας υπόψη μας ότι αποτελεί ένα πεδίο ανάδειξης και σύγκρουσης πολλαπλών συμφερόντων είναι αναμενόμενο οι ρόλοι της να είναι πολύπλευροι και ίσως κάποιες φορές αντιφατικοί. Δε θα πρέπει να μας διαφεύγει επίσης ότι ο ρόλος που αποδίδεται στην ΚτΠ βρίσκεται σε συνάρτηση με την ιστορική εμπειρία και τις κοινωνικό-πολιτικές πεποιθήσεις του συγγραφέα-μελετητή, καθώς και το ότι η ΚτΠ είναι έννοια ιδεολογικά φορτισμένη.

Έτσι μια πρώτη διαφωνία για το ρόλο της, είναι ξεκάθαρα ιδεολογική μεταξύ της φιλελεύθερης και της μαρξιστικής οπτικής. Η πρώτη υποστηρίζει ότι η ΚτΠ αποτελεί εργαλείο διεύρυνσης της συμμετοχικής δημοκρατίας και του δημόσιου δημοκρατικού διαλόγου, λειτουργώντας ως ανάχωμα στην τυραννία της πλειοψηφίας αφού δίνει τη δυνατότητα έκφρασης πολλών διαφορετικών μειοψηφιών, δημιουργώντας ένα χώρο ελευθερίας έκφρασης αλλά και δράσης, συμβάλλοντας στην καλύτερη διακυβέρνηση και στον εκδημοκρατισμό της κοινωνίας. Η άλλη πλευρά θεωρεί την ΚτΠ ένα μηχανισμό παραγωγής συναίνεσης και αναπαραγωγής των αστικών αξιών που

στοχεύει στην παραπλάνηση των πολιτών και την απόκρυψη των σχέσεων εκμετάλλευσης της καπιταλιστικής κοινωνίας (Ζαννής, 2002).

Μια άλλη διαφωνία είναι αυτή που σχετίζεται με την άποψη ότι οι οργανώσεις της ΚτΠ αναλαμβάνουν ρόλους που παραδοσιακά ασκούνε τα πολιτικά κόμματα και το κράτος, ιδιαίτερα στα πεδία που μειώνεται η πολιτική συμμετοχή διαμέσου των κομμάτων. Έτσι η κινητοποίηση των πολιτών μέσω της ανάδειξης του εθελοντισμού και της αλληλεγγύης, η καλλιέργεια πολιτικής συνείδησης αλλά και οι δράσεις για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των πολιτών, που προωθούνται από την ΚτΠ για κάποιους αποτελούν προσπάθειες υποβάθμισης των πολιτικών κομμάτων και εξυπηρέτησης ιδιοτελών συμφερόντων που συμβάλλουν στην μείωση της πολιτικής συμμετοχής (Ανθόπουλος, 2003 ; Σωτηρόπουλος, 2004).

Από μια άλλη οπτική, η ΚτΠ φαίνεται να λειτουργεί ταυτόχρονα ως εγγυητής της δημοκρατίας και ως αντίβαρο στην κρατική αυθαιρεσία και την απληστία της αγοράς (Folley & Edwards, 1996). Στην ίδια κατεύθυνση βρίσκεται και ο ορισμός του Gellner, σύμφωνα με τον οποίο η ΚτΠ αποτελεί το σύνολο διαφόρων μη κυβερνητικών θεσμών, που έχουν την ισχύ για να αντισταθμίζουν το κράτος αποτρέποντας την κυριαρχία του στην υπόλοιπη κοινωνία, χωρίς ωστόσο να θέτουν εμπόδια στον ρόλο του ως εγγυητή της ειρήνης και διαιτητή μεταξύ μεγάλων συμφερόντων.(Gellner, 1996).

Ο ρόλος συνεπώς της ΚτΠ μπορεί να είναι υποστηρικτικός και συμβουλευτικός στην προώθηση και επικοινωνία αναγκών, αξιών και συμφερόντων διαφόρων ομάδων πολιτών, αλλά ταυτόχρονα παρουσιάζει και την πλευρά της πρακτικής συμμετοχής μέσω της εθελοντικής δράσης στην παροχή υπηρεσιών που μπορεί να χαρακτηριστεί συμπληρωματικός και εξισορροπητικός στις δυνάμεις του κράτους και της αγοράς.

3.4. Κοινωνία των Πολιτών και Υγειονομικός τομέας.

Στα πλαίσια του υγειονομικού τομέα η παρουσία της ΚτΠ λαμβάνει διάφορες μορφές που άλλες φορές λειτουργούν συνδυαστικά και άλλες εντελώς ανεξάρτητα. Τοπικές, εθνικές και διεθνείς υγειονομικές ΜΚΟ , σύλλογοι και ενώσεις επαγγελματιών υγείας, ασθενών, χρηστών των υπηρεσιών υγείας, , «κοινωνικές

επιχειρήσεις» υγείας, εθελοντικές ομάδες υποστήριξης ασθενών με συγκεκριμένες παθήσεις, κοινωνικά κινήματα για την υγεία και δομές εθελοντικής παροχής υγειονομικής φροντίδας συνυπάρχουν στον ενδιάμεσο χώρο μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού συστήματος υγείας.

Η σημαντικότητα της ΚτΠ για τον υγειονομικό τομέα φαίνεται από την παρουσία ομάδων και οργανώσεών της, σε ευρύ φάσμα του υγειονομικού συστήματος, όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: Υγειονομικά Συστήματα και ο Ρόλος της Κοινωνίας των Πολιτών.

Λειτουργία Υγειονομικού Συστήματος	Ρόλος των οργανώσεων της ΚτΠ.
Υγειονομικές Υπηρεσίες	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Παροχή υπηρεσιών ▪ Διευκόλυνση της αλληλεπίδρασης των πολιτών με τις υπηρεσίες ▪ Διανομή πόρων (υλικών) για την δημόσια υγεία . ▪ Υποστήριξη επαγγελματιών υγείας.
Προαγωγή Υγείας και ανταλλαγή πληροφοριών	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Απόκτηση και διάδοση πληροφοριών για την υγεία. ▪ Συμβολή στη διαμόρφωση πολιτών ενημερωμένων για τις υγειονομικές τους επιλογές ▪ Εφαρμογή και χρήση της έρευνας για την υγεία ▪ Συμβολή στην αλλαγή των απαρχαιωμένων κοινωνικών στάσεων για την υγεία. ▪ Κινητοποίηση και οργάνωση των πολιτών για υγειονομικά ζητήματα.
Διαμόρφωση Πολιτικής Υγείας	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Εκπροσώπηση δημόσιων και κοινοτικών συμφερόντων. ▪ Προώθηση ισότητας και πολιτικών υπέρ των φτωχών. ▪ Διαπραγμάτευση προτύπων και προβολή προσεγγίσεων για τη

	<p>δημόσια υγεία.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Συμβολή στη δημιουργία πολιτικής συναίνεσης μέσω της διάδοσης των πολιτικών θέσεων τα και της ενίσχυσης της δημόσιας στήριξής τους.
Κινητοποίηση και κατανομή πόρων.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας. ▪ Προώθηση της δίκαιης κατανομής πόρων υπέρ της κοινότητας, των φτωχών ▪ Κινητοποίηση και οργάνωση κοινοτικής συγχρηματοδότησης των υπηρεσιών ▪ Συμβολή στη δημόσια λογοδοσία και διαφάνεια στην συλλογή, κατανομή και διαχείριση των πόρων.
Παρακολούθηση της ποιότητας και της ανταποκρισιμότητας της υγειονομικής περίθαλψης.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Παρακολούθηση της ποιότητας και της ανταποκρισιμότητας της υγειονομικής περίθαλψης. ▪ Προώθηση της ισότητας παρέχοντας φωνή σε περιθωριοποιημένες ομάδες. ▪ Εκπροσώπηση δικαιωμάτων των ασθενών σε ζητήματα ποιότητας φροντίδας. ▪ Έκφραση και διαπραγμάτευση καταγγελιών και απαιτήσεων των ασθενών.

Πηγή : WHO, (2001), “Strategic alliances. The role of civil society in health” , Civil Society Initiative – External Relation and Governing Bodies,

Επιπλέον, η Κοινωνία των Πολιτών (WHO, 2002):

- υποστηρίζει τα ανθρώπινα δικαιώματα (άρα και το δικαίωμα στην υγεία) και εκπροσωπεί συγκεκριμένες «ευάλωτες» υγειονομικές ομάδες για τη δίκαιη και ικανοποιητική αναγνώριση των προβλημάτων τους από τα προγράμματα και τις πολιτικές δημόσιας υγείας

- Συμβάλλει στην εφαρμογή προγραμμάτων και καμπανιών δημόσιας υγείας, καθώς μέσω των οργανώσεων της έχει τη δυνατότητα να φτάνει σε περιθωριοποιημένους πληθυσμούς και απομονωμένες περιοχές, παρέχοντας υπηρεσίες και συμβουλευτική αλλά και προωθώντας την συμμετοχή της κοινότητας.
- Παρέχει υγειονομική φροντίδα σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης.
- Ενδυναμώνει τα εθνικά και τοπικά υγειονομικά συστήματα (χρηματοδότηση, τεχνογνωσία, υποδομές) σε συνεργασία με το κράτος και τον ΠΟΥ.
- Συμμετέχει στη δημιουργία των κατευθυντήριων γραμμών για τα προγράμματα δημόσιας υγείας μέσω της εμπλοκής των επαγγελματιών υγείας.
- Συμβάλλει στη διαβεβαίωση του ΠΟΥ ότι οι δημόσιες υγειονομικές ανάγκες δε διαμορφώνονται με βάση ιδιωτικά συμφέροντα.

Συνοψίζοντας θα μπορούσαμε να ομαδοποιήσουμε όλες αυτές τις λειτουργίες της ΚτΠ σε δύο μεγάλες κατηγορίες : αυτή της συμμετοχής στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας μέσω της εκπροσώπησης συμφερόντων, της χρηματοδότησης και της παρακολούθησης – ελέγχου υγειονομικών ενεργειών και αυτή της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών σε πρακτικό επίπεδο οργανώνοντας υγειονομικές δράσεις, δημιουργώντας κοινωνικές επιχειρήσεις και εθελοντικές υγειονομικές δομές .

3.4.1. Ο ρόλος της Κοινωνίας των Πολιτών στην διαμόρφωση της Πολιτικής Υγείας.

Ο ρόλος της ΚτΠ στη διαμόρφωση της πολιτικής στον υγειονομικό τομέα, είναι απόλυτα συμβατός με την έννοια της διακυβέρνησης, του πλουραλισμού αλλά και της διεύρυνσης της δημοκρατίας, αφού οι πολίτες αποκτούν κι άλλους τρόπους συμμετοχής στην διαμόρφωση του υγειονομικού συστήματος της χώρας τους. Η έννοια της συμμετοχής περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση και μπορεί να κυμανθεί από την απλή πληροφόρηση των πολιτών, με πρωτοβουλία της κυβέρνησης, για τις ενδεχόμενες ενέργειές της στη διαμόρφωση πολιτικής, στην διαβούλευση και ανατροφοδότηση μεταξύ κυβέρνησης και ΚτΠ, μέχρι και στην ενεργό συμμετοχή των πολιτών στη λήψη αποφάσεων και την χάραξη πολιτικής (OECD 2001).

Ο πλουραλισμός που χαρακτηρίζει την ΚτΠ και τα διαφορετικά συμφέροντα που εκπροσωπούνται στο χώρο της υγείας συνεπάγονται μια πολυμορφία ιδεών, απόψεων και προτεραιοτήτων για την πολιτική υγείας. Διαχωρίζοντας τα αμιγώς κρατικά και ιδιωτικά συμφέροντα που δεν ανήκουν στο ενδιάμεσο πεδίο δραστηριοποίησης της ΚτΠ, προσανατολιζόμαστε σε δυο κατηγορίες συμφερόντων, αυτά των επαγγελματιών υγείας και αυτά των ασθενών. Οι επαγγελματικές ενώσεις - σύλλογοι (ιατρών, νοσηλευτών, παραϊατρικού προσωπικού κ.τ.λ.) που αποτελούν μέρος της ΚτΠ, προφανώς επιδιώκουν την εκπροσώπηση των συμφερόντων τους (οικονομικά και ηθικά) και εξαιτίας του χαρακτήρα τους ως θεσμοποιημένες ομάδες πίεσης έχουν υψηλά ποσοστά επιρροής στη χάραξη των πολιτικών υγείας. Απ' την άλλη πλευρά οι σύλλογοι – σωματεία – ΜΚΟ – εθελοντικές ομάδες ασθενών στην πλειοψηφία τους έχουν ως πρωταρχικό τους στόχο την έκφραση των υγειονομικών αναγκών συγκεκριμένων ομάδων, την εκπροσώπησή τους απέναντι στο κράτος, και τη διεκδίκηση δικαιωμάτων που αποσιωπούνται.

Είναι φανερό, ότι δεν έχουν όλες οι ομάδες την ίδια δύναμη συμμετοχής και επιρροής των διαδικασιών⁴⁴ συνεπώς μπορούμε να αναφερθούμε σε δύο βασικές κατηγορίες τις «εντός» και τις «εκτός» του υγειονομικού συστήματος. Οι πρώτες είναι θεσμοποιημένοι συμμετέχοντες στην διαβούλευση για την πολιτική υγείας (π.χ. ενώσεις -σύλλογοι επαγγελματιών υγείας) με αρκετή επιρροή αλλά και διαπραγματευτικά μέσα (πόρους πληροφορίες κ.τ.λ.) ενώ οι άλλες είναι ομάδες που είτε δεν έχουν καταφέρει, είτε δεν ενδιαφέρονται να γίνουν «έννομοι» συμμετέχοντες στη διαδικασία διαμόρφωσης της πολιτικής υγείας (Buse, Mays, et.al., 2005)

Η συμμετοχή οργανώσεων της ΚτΠ στην διαμόρφωση της υγειονομικής πολιτικής μπορεί να πραγματοποιηθεί και με άλλους τρόπους. Μεγάλες οργανώσεις

⁴⁴ Εκτός από την εκπροσώπηση συμφερόντων και την έκφραση αναγκών ή δυσaréσκειας, ορισμένες οργανώσεις της ΚτΠ ενδέχεται να χρησιμοποιήσουν και άλλους τρόπους επιρροής της διαμόρφωσης πολιτικών όπως ή χρηματοδότηση καμπανιών, διαδικασιών, υπηρεσιών και ερευνών. Ιδιαίτερη σημασία έχει η συμμετοχή / χρηματοδότηση υγειονομικών ερευνών, που ενίοτε βελτιώνει την ανταποκρισιμότητα και τη λογοδοσία αλλά μπορεί να λειτουργήσει και ως γρήγορος τρόπος νομιμοποίησης και αποδοχής πολιτικών αποφάσεων (Kuruvilla, 2005)

παρακολουθούν συστηματικά τις επιπτώσεις των παγκόσμιων συμφωνιών για την υγεία και τις συζητήσεις για πολιτικές και πρότυπα, επισημαίνοντας την ανάγκη για αποτελεσματικότερες δικλίδες ασφαλείας στη δημόσια υγεία. Άλλες οργανώσεις συμμετέχουν στον τομέα της διεθνούς πολιτικής υγείας, λαμβάνοντας μέρος σε εμπορικές συμφωνίες για την υγεία, τις τιμές φαρμάκων και την πρόσβαση σε αυτά, αλλά και σε διεθνείς συμβάσεις και συνθήκες για θέματα που σχετίζονται έμμεσα την υγεία (περιβάλλον, νάρκες, προϊόντα καπνού, μητρικό γάλα κ.α.). Επιπλέον, υπάρχουν παγκόσμιες οργανώσεις που ασχολούνται με υγειονομικά ζητήματα σε συνδυασμό με τα ανθρώπινα δικαιώματα (ασθενών, γυναικών, παιδιών, αναπαραγωγικής υγείας, επαγγελματικών κινδύνων)(WHO, 2001).

Ολοκληρώνοντας, η δυνατότητα της ΚτΠ να παρακολουθεί την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, συμβάλλει καθοριστικά όχι μόνο στην προστασία των χρηστών των υπηρεσιών αλλά και σε μια πιο αντικειμενική και ανθρωποκεντρική ανατροφοδότηση του κράτους. Η προέλευση της ΚτΠ από τα «κάτω» δηλαδή από την κοινωνία, καθώς και η εξειδίκευση των οργανώσεων της σε συγκεκριμένες κατηγορίες πολιτών, ασθένειες, ασθενείς κ.τ.λ. αποτελούν μια πηγή γνώσεων που ενδεχομένως μπορεί να είναι πολύτιμη για το κράτος στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας αλλά και στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.

3.4.2. Ο ρόλος της Κοινωνίας των Πολιτών στην Παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.

Εξίσου σημαντικός είναι και ο ρόλος της ΚτΠ στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Και σε αυτή την περίπτωση η δραστηριοποίηση της γίνεται με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, πάντα στον ενδιάμεσο χώρο μεταξύ κράτους και αγοράς.

Η απλούστερη αλλά ιδιαίτερης σημασίας πρακτική που χρησιμοποιείται από συλλόγους ασθενών, ομάδες και οργανώσεις της ΚτΠ, είναι οι τακτικές ή έκτακτες δωρεάν παροχές υγειονομικού και άλλου υλικού που σχετίζεται με την υγιεινή (σύριγγες σε τοξικομανείς, προφυλακτικά, αντηλιακά προϊόντα, αντισηπτικά κ.α.) ή και υπηρεσιών (δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις, κ.α.) με στόχο την ενημέρωση του κοινού για συγκεκριμένες ασθένειες, την ανάδειξη της σημασίας της πρόληψης αλλά και την προώθηση σωστών πρακτικών υγιεινής. Τον ίδιο στόχο έχουν και οι

προσφορές προϊόντων υγιεινής. Απ' την άλλη πλευρά οι προσφορές υγειονομικού υλικού συνήθως γίνεται σε συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού (τοξικομανείς, φορείς μεταδοτικών ασθενειών κ.τ.λ.) που αδυνατούν να ανταπεξέλθουν σε αυτές τις ανάγκες τους και κινδυνεύουν με επιβάρυνση της υγείας τους. Με αυτόν τον τρόπο η ΚτΠ δεν παρέχει απλά ορισμένες υγειονομικές υπηρεσίες στους πολίτες, αλλά συμβάλει στην ευαισθητοποίηση, την πληροφόρηση και την κινητοποίηση των πολιτών για υγειονομικά θέματα, και ταυτόχρονα βοηθάει το κράτος στην προώθηση προληπτικών καμπανιών, την πρόσβαση σε ευάλωτες κοινότητες, τη διανομή φαρμακευτικού ή άλλου υλικού και την προώθηση καινοτόμων προσεγγίσεων για τον έλεγχο νοσημάτων (WHO, 2001).

Ένας άλλος τρόπος ενεργής συμμετοχής της ΚτΠ στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι μέσω των οργανώσεων της κοινωνικής οικονομίας⁴⁵ ή διαφορετικά του «τρίτου τομέα». Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υιοθετεί τον ορισμό σύμφωνα με τον οποίο η «κοινωνική οικονομία» προσδιορίζει το σύνολο των οργανισμών (συνεταιρισμούς, αλληλασφαλιστικές εταιρείες, ενώσεις και ιδρύματα) που λειτουργούν με συστήματα συμμετοχικής διακυβέρνησης και δίνουν προτεραιότητα σε κοινωνικούς σκοπούς. (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2013). Στον υγειονομικό τομέα, οι βασικές οργανώσεις της κοινωνικής οικονομίας είναι τα ταμεία αλληλοβοήθειας και οι μη κερδοσκοπικές υγειονομικές υπηρεσίες και οι κοινωνικοί συνεταιρισμοί.

Τα ταμεία αλληλοβοήθειας αποτελούν αυτοδιοικούμενες, ανεξάρτητες από το κράτος, εθελοντικές ενώσεις ατόμων που χαρακτηρίζονται από την απουσία μετοχών και τη μη επιδίωξη κερδοσκοπικών στόχων. Η λειτουργία τους γίνεται στα πλαίσια της αλληλεγγύης και βασίζεται στην ελευθερία συμμετοχής και τη δημοκρατική διακυβέρνηση, με στόχο την ασφαλιστική κάλυψη των μελών τους. (Οικονόμου & Σουλιώτης, 2013) Συνεπώς τα ταμεία αλληλοβοήθειας, είναι ασφαλιστικά ταμεία που δεν εξαρτώνται – χρηματοδοτούνται από το κράτος και ταυτόχρονα δεν αποτελούν

⁴⁵ Ο τομέας της κοινωνικής οικονομίας εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της ΚτΠ, έχει τις ρίζες του στις εταιρείες αλληλοβοήθειας, τα φιλανθρωπικά ιδρύματα, τους συνεταιρισμούς, τους λαϊκούς συλλόγους, την εκκλησία και την ιδιωτική πρωτοβουλία και στοχεύει στη συμβολή της αντιμετώπισης των προβλημάτων των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (Γεωργιάς, 2013).

κερδοσκοπικές επιχειρήσεις⁴⁶. Στις μέρες μας, η εξέλιξή τους είναι αλληλένδετη με τις εκάστοτε κοινωνικοοικονομικές συνθήκες των διάφορων χωρών αλλά σε γενικές γραμμές έχουν ρόλο συμπληρωματικό της βασικής, υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης.

Όσον αφορά στις μη κερδοσκοπικές υγειονομικές υπηρεσίες, αναφερόμαστε κυρίως σε νοσηλευτικά ιδρύματα που δεν είναι δημόσια ή ιδιωτικά, αλλά κοινωφελή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Τα ιδρύματα αυτά συνήθως συνδυάζουν στοιχεία του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, παρέχοντας υπηρεσίες στους ασφαλισμένους όλων των ταμείων χωρίς διακρίσεις, και ενίοτε σε άπορους στο πλαίσιο του κοινωφελούς έργου, με τιμές που καθορίζονται από το κράτος, αλλά υιοθετώντας το ιδιωτικό μοντέλο στις εργασιακές σχέσεις και την μισθολογική πολιτική (Οικονόμου, 2013).

Άλλοι φορείς της Κοινωνικής Οικονομίας είναι οι Κοινωνικές Συνεταιριστικές Επιχειρήσεις (ΚοινΣΕπ) και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (ΚοιΣΠΕ) που αποτελούν αστικούς συνεταιρισμούς με κοινωνικό σκοπό, που μπορούν να εστιάζουν στην κοινωνική φροντίδα παρέχοντας υπηρεσίες ή προϊόντα υγείας.

Η πλέον δημοφιλής συμβολή της ΚτΠ στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι η δράση των μεγάλων, διεθνούς βεληνεκούς, Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων. Οι οργανώσεις αυτές συνήθως παρέχουν δωρεάν υγειονομική περίθαλψη σε ένα ευρύ φάσμα περιπτώσεων έκτακτης ανάγκης. Περίπου 70-95% των υγειονομικών υπηρεσιών που παρέχονται σε επείγουσες καταστάσεις γίνεται από τοπικές και διεθνείς ΜΚΟ. (WHO, 2002)⁴⁷. Η οργάνωσή τους είναι τέτοια που τους επιτρέπει να έχουν μόνιμες και κινητές δομές σε πολλές χώρες παρέχοντας τις υπηρεσίες τους στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Σε αυτό το καθεστώς δημιουργούνται και μικρότερες εθνικές ή τοπικές ΜΚΟ ή ΑΜΚΕ που μεταξύ άλλων δραστηριοποιούνται και στον

⁴⁶ Ορισμένα από αυτά τα ταμεία εκτός από την ασφαλιστική κάλυψη μπορούν να δημιουργήσουν και δομές υγειονομικής φροντίδας για τα μέλη τους

⁴⁷ Η παρουσία των ΜΚΟ αυτών είναι έντονη σε περιοχές που πλήττονται από φυσικές καταστροφές, ή επιδημίες αλλά και σε εμπόλεμες ζώνες, δηλαδή σε χώρες που αντιμετωπίζουν ανθρωπιστικές και υγειονομικές κρίσεις.

υγειονομικό τομέα συμβάλλοντας με τη σειρά τους στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των πολιτών.

Κλείνοντας αυτή τη περιγραφή των ρόλων της ΚτΠ στην υγεία , θα αναφερθούμε στα Κοινωνικά Ιατρεία -Φαρμακεία (ΚΙΦ) που αποτελούν και το αντικείμενο έρευνας της διπλωματικής μελέτης. Η έννοια του Κοινωνικού Ιατρείου -Φαρμακείου, δηλαδή η ανάπτυξη δομών παροχής δωρεάν ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών σε ευάλωτες κοινωνικά και οικονομικά κατηγορίες πολιτών, δεν αποτελεί καινοτόμο φαινόμενο, ούτε χρονικά αλλά ούτε και χωρικά. Εθελοντικές, μη κυβερνητικές οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας προσφέροντας τις υπηρεσίες τους σε όσους δεν καλύπτονταν από το κράτος και τον ιδιωτικό τομέα, υπήρχαν σε πολλές χώρες πριν και ανεξάρτητα από την οικονομική κρίση. Στις ΗΠΑ π.χ. όπου το υγειονομικό σύστημα αφήνει εκτός υγειονομικής περίθαλψης εκατομμύρια Αμερικανούς πολίτες, έχει δημιουργηθεί ένα τεράστιο δίκτυο δωρεάν κλινικών (free clinics⁴⁸) σε όλες τις πολιτείες, που παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες χωρίς ή με μειωμένες αμοιβές. Σχεδόν σε όλα τα κράτη του κόσμου και σε όλες τις εποχές βρίσκουμε διεθνείς αλλά και εθνικές φιλανθρωπικές – εθελοντικές δομές παροχής υπηρεσιών υγείας που λειτουργούν συμπληρωματικά στην κρατική υγειονομική πολιτική, καλύπτοντας μέρος των αδυναμιών κράτους και αγοράς. (Ερυθρός Σταυρός - Ερυθρά Ημισέληνος⁴⁹, Γιατροί χωρίς Σύνορα⁵⁰ WAHA⁵¹)

Οι παραπάνω δράσεις της ΚτΠ στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών έχουν ένα κοινό χαρακτηριστικό προέρχονται όλες από τυπικούς θεσμικούς φορείς, αναγνωρισμένους από το κράτος. Όπως όμως προαναφέρθηκε, η ΚτΠ εμπεριέχει και μη θεσμοποιημένους φορείς , άτυπα δίκτυα κοινωνικής αλληλεγγύης που αποτελούν τη συλλογική απάντηση των πολιτών απέναντι στην ραγδαία μείωση της υγειονομικής και φαρμακευτικής κάλυψης από το κράτος και την αύξηση των ανισοτιμιών στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Τα κινηματικά Κοινωνικά Ιατρεία - Φαρμακεία Αλληλεγγύης που αναπτύχθηκαν τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, η

⁴⁸ Για περισσότερες πληροφορίες στις ιστοσελίδες <http://www.nafclinics.org/> , <http://www.freeclinics.com/>

⁴⁹ <http://www.redcross.gr/default.asp?pid=2&la=1>

⁵⁰ <https://www.msf.gr/>

⁵¹ <http://www.waha-international.org/>

ανάλυση των οποίων θα ακολουθήσει, αποτελούν ίσως τα βασικά και μοναδικά στο είδος τους άτυπα δίκτυα κοινωνικής αλληλεγγύης υγειονομικού χαρακτήρα.

3.5. Οι οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών που δραστηριοποιούνται στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα.

Η Κοινωνία των Πολιτών στην Ελλάδα είχε χαρακτηριστεί ως ατροφική ή αφανής τουλάχιστον έως τα μέσα του 1990. Είναι γεγονός ότι η ύπαρξη ενός υπερτροφικού κράτους και ενός κατεξοχήν ισχυρού δικομματικού πολιτικού συστήματος, δεν άφηναν τον απαραίτητο χώρο ανάπτυξης της ΚτΠ. Η ενσωμάτωση των μαζών στην πολιτική μέσω των πελατειακών δεσμών και η κινητοποίηση τους κυρίως μέσα από τις κομματικά ελεγχόμενες οργανώσεις, αποτέλεσαν εμπόδια στην εξέλιξή της. (Σωτηρόπουλος, 2004). Αυτό όμως που δεν έχει εξεταστεί ακόμη διεξοδικά, εν μέρει εξαιτίας της φύσης του, είναι το μέγεθος αλλά και η χρησιμότητα των άτυπων οργανώσεων της ΚτΠ που φαίνεται να παράγουν «αθόρυβα» σημαντικό έργο.

Στον υγειονομικό τομέα το θεσμικό, αναγνωρισμένο, και νομικά κατοχυρωμένο κομμάτι της ΚτΠ περιλαμβάνει αρχικά όλους τους συλλόγους, ενώσεις και σωματεία των επαγγελματιών υγείας ⁵² (ιατρικοί σύλλογοι, ιατρικές εταιρείες, ένωση νοσηλευτών Ελλάδος, φαρμακευτικοί σύλλογοι κ.τ.λ.). Οι εργαζόμενοι στην υγεία (ιδίως οι ελεύθεροι επαγγελματίες) έχουν επαγγελματικές οργανώσεις, όπως οι ιατρικοί σύλλογοι, που θεωρούνται από τις πλέον ισχυρές ομάδες πίεσης. Κάποιοι τις χαρακτηρίζουν τις «τελευταίες συντεχνίες», αν και με την είσοδο μεγάλου μέρους του ιατρικού σώματος στη μισθωτή εργασία αλλάζει η σύσταση των διεκδικούμενων συμφερόντων (Μαυρογορδάτος, 2001).

Από άλλη πλευρά στην ΚτΠ συμμετέχουν οι σύλλογοι ασθενών οι οποίοι χαρακτηρίζονται κυρίως από την ενασχόληση με ένα συγκεκριμένο ζήτημα - ασθένεια, στο οποίο εξειδικεύονται. Σύμφωνα με το Υπουργείο Υγείας οι σύλλογοι ασθενών περιλαμβάνουν ομοσπονδίες, συννομοσπονδίες, ιδρύματα, ενώσεις ομίλους

⁵² Λίστες με τις θεσμοποιημένες επαγγελματικές οργανώσεις βρίσκεται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας <http://www.moh.gov.gr/articles/health/c26-xrhsimoi-syndesmoi>

και συλλόγους εθελοντών⁵³. Ανάλογα με το μέγεθος του συλλόγου, τη σοβαρότητα της ασθένειας αλλά και την ευαισθητοποίηση των πολιτών, οι οργανώσεις αυτές μπορούν να προσφέρουν υγειονομικό υλικό ή υπηρεσίες αλλά και να επηρεάσουν σε μικρό ή μεγαλύτερο βαθμό τις εκάστοτε πολιτικές αποφάσεις για την υγεία.

Επίσης ενδιαφέρον για τον τομέα της υγείας παρουσιάζουν οι οργανώσεις της «Κοινωνικής Οικονομίας». Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία «Κοινωνική Οικονομία είναι το σύνολο των οικονομικών, επιχειρηματικών, παραγωγικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων, οι οποίες αναλαμβάνονται από νομικά πρόσωπα ή ενώσεις προσώπων, των οποίων ο καταστατικός σκοπός είναι η επιδίωξη του συλλογικού οφέλους και η εξυπηρέτηση γενικότερων κοινωνικών συμφερόντων»⁵⁴ Σε αυτό το πλαίσιο στη χώρα μας έχουμε ένα αριθμό ταμείων αλληλοβοήθειας (ιδιαίτερα στον τραπεζοϋπαλληλικό κλάδο) που αποτελούν μια εναλλακτική ματιά στην ασφάλιση υγείας και επιδιώκουν την διαμόρφωση ευνοϊκότερων όρων ασφαλιστικής κάλυψης, αλλά και την παροχή υπηρεσιών υγείας στα μέλη τους μέσω της δημιουργίας δικών τους υγειονομικών δομών (Οικονόμου & Σουλιώτης, 2013).

Επιπρόσθετα όσον αφορά στα μη κερδοσκοπικά νοσηλευτικά ιδρύματα, στη χώρα μας χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο που αποτελεί Κοινωφελές Ίδρυμα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (ΝΠΙΔ), και το οποίο συνδυάζοντας τα πλεονεκτήματα τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημοσίου τομέα, επιτυγχάνει ευέλικτη και αποτελεσματική λειτουργία με υψηλό επιστημονικό επίπεδο και ανθρωποκεντρική προσέγγιση στους ασθενείς.

⁵³ Το έργο τους περιλαμβάνει αφενός, την προσπάθειά ενημέρωσης του κοινού για τη συγκεκριμένη ασθένεια προκειμένου να επιτευχθεί η πρόληψη αλλά και η αλλαγή νοοτροπίας απέναντι στην ασθένεια, όπου αυτό είναι εφικτό, και αφετέρου την προώθηση των αιτημάτων και την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Μια προσπάθεια καταγραφής των συλλόγων ασθενών, της δράσης και του έργου τους στη χώρα μας, γίνεται τα τελευταία χρόνια από την Health Daily με την έκδοση του οδηγού δράσεων των συλλόγων ασθενών «Δράσεις» στην ιστοσελίδα <http://www.patientsinpower.gr/default.asp?pid=36&>

⁵⁴N.4019/2011 <https://nomoi.info/%CE%A6%CE%95%CE%9A-%CE%91-216-2011-%CF%83%CE%B5%CE%BB-1.html>

Όπως προαναφέρθηκε στην Ελλάδα έχουμε την εμφάνιση πολλών Κοινωνικών Ιατρείων- Φαρμακείων, με εντελώς διαφορετικά χαρακτηριστικά, σύσταση και στόχους. Δύο είναι ίσως τα κοινά σημεία όλων αυτών των οργανώσεων, αφενός ότι προσφέρουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής κάλυψης και αφετέρου ότι παρέχουν τις υπηρεσίες τους δωρεάν στους ανθρώπους που έχουν ανάγκη. Συνεπώς θα μπορούσαμε να δεχτούμε την ύπαρξη ενός αρχικού κοινού κοινωφελούς σκοπού όλων των ΚΙΦ που αποτελεί την άμβλυνση των ανισοτιμιών της πρόσβασης στην υγειονομική κάλυψη των πολιτών, μέσω της παροχής υπηρεσιών σε όσους βρίσκονται σε μειονεκτική θέση. Αυτό ίσως που είναι μοναδικό φαινόμενο σε παγκόσμιο επίπεδο, και στο οποίο εστιάζεται η έρευνα και θα αναλυθεί διεξοδικά στη συνέχεια, είναι τα κινηματικά Κοινωνικά Ιατρεία - Φαρμακεία Αλληλεγγύης, που αναπτύχθηκαν ραγδαία στη χώρα μας κυρίως μετά την εμφάνιση των πρώτων αποτελεσμάτων της οικονομικής κρίσης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

3.6. Κοινωνικά Ιατρεία - Φαρμακεία⁵⁵.

Τα πρώτα και ευρέως γνωστά ΚΙΦ (όχι απαραίτητα με αυτή την ονομασία) είναι αυτά που ανήκουν σε διεθνείς ΜΚΟ (π.χ. Γιατροί του Κόσμου⁵⁶) που έχουν παραρτήματα στη χώρα μας και προσφέρουν υπηρεσίες υγείας εκεί που υπάρχει ανάγκη σε μια προσπάθεια κάλυψης της ανεπάρκειας του ελληνικού υγειονομικού συστήματος. Αυτές οι οργανώσεις χρηματοδοτούνται από διάφορες πηγές, την ΕΕ, κρατικούς και διεθνείς οργανισμούς, κληροδοτήματα, χορηγίες εταιρειών και ιδρυμάτων, αλλά και συνδρομές/ δωρεές πολιτών, χρησιμοποιούν εργαζόμενους και εθελοντές, και διαφημίζουν στα ΜΜΕ το έργο τους. Έχουν αυστηρά κριτήρια επιλογής των μελών τους, αλλά και συγκεκριμένες προϋποθέσεις για τους επωφελούμενους. Οι παρεμβάσεις τους δεν περιορίζονται στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών αλλά

⁵⁵ Στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε παρουσιάζεται μια λίστα με την πλειοψηφία των ΚΙΦ που δραστηριοποιούνται στη χώρα μας.

⁵⁶ Οι Γιατροί του Κόσμου λειτουργούν τα Ανοιχτά Πολυϊατρεία σε διάφορες πόλεις της Ελλάδος, «με βασικό στόχο την παροχή πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης καθώς και κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης σε άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως μετανάστες χωρίς διοικητικά έγγραφα, πρόσφυγες, άποροι, ανασφάλιστοι, άστεγοι καθώς και σε κάθε άλλο άτομο με περιορισμένη ή μηδενική πρόσβαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας».
<http://mdmgreece.gr/missions/stin-ellada/kinonikes-domes/anichta-poliatria/>

επεκτείνονται σε ένα αρκετά ευρύτερο πλαίσιο, οργανώνοντας ημερίδες, εκδίδοντας ενημερωτικά έντυπα, διεξάγοντας μελέτες κ.ο.κ. Ο θεσμικός τους ρόλος, η εμπειρία τους, η αναγνωσιμότητα τους (σε παγκόσμιο επίπεδο) αλλά και η οικονομική τους δυναμική, τους επιτρέπει να έχουν ηγετική θέση μεταξύ των οργανώσεων της Κοινωνίας των Πολιτών που δραστηριοποιούνται στην υγεία.

Τον ίδιο ρόλο έχουν και ορισμένες ελληνικές ΜΚΟ (π.χ. PRAKSIS⁵⁷) οι οποίες έχουν σχεδόν τον ίδιο τρόπο λειτουργίας με τις διεθνείς, σε μικρότερη κλίμακα φυσικά και είναι επίσης προσανατολισμένες στην εξασφάλιση υγειονομικής περίθαλψης σε όσους έχουν ανάγκη. Και αυτές χρησιμοποιούν εθελοντές και έμμισθο προσωπικό, λαμβάνουν χρηματοδότηση από διάφορα μέσα, έχουν χορηγούς, επικοινωνούν το έργο τους μέσω διαφημίσεων και η λειτουργία «πολυϊατρείων» συνιστά ένα μόνο κομμάτι της πολύπλευρης δράσης τους.

Εξίσου ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ΚΙΦ που έχουν δημιουργηθεί από την Ελληνική εκκλησία. Τα πιο γνωστά, είναι υπό την επίβλεψη της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών (μέσω της ΜΚΟ «Αποστολή») σε συνεργασία με τον Ιατρικό σύλλογο Αθηνών. (Ιατρεία Κοινωνικής Αποστολής Αθήνα – Περιστερί⁵⁸), αλλά σταδιακά έχουν δημιουργηθεί αρκετές δομές από διάφορες Ιερές Μονές και Μητροπόλεις, σε συνεργασία με τους τοπικούς ιατρικούς συλλόγους. Και σε αυτές τις περιπτώσεις αναφερόμαστε σε θεσμικές δομές, με αυστηρή ιεραρχία, χρηματοδότηση από όλες τις διαθέσιμες πηγές, και πληθώρα χορηγών. Εξαιτίας της συνεργασίας δύο εκ των ισχυρότερων θεσμών της Ελλάδας (Εκκλησία – Ιατρικός Σύλλογος) έχουν την

⁵⁷ Η ΜΚΟ PRAKSIS με τα δικά της Πολυϊατρεία προσφέρει «Δωρεάν παροχή κοινωνικών και ιατρικών υπηρεσιών στους τομείς της θεραπείας, της πρόληψης, της εκπαίδευσης, της υγειονομικής υποδομής, ανεξάρτητα από το χρώμα, τη φυλή, τη θρησκεία, την ηλικία, την εθνικότητα, την ιδεολογία, τις πολιτικές πεποιθήσεις, τον σεξουαλικό προσανατολισμό ή την ταυτότητα φύλου.» <http://www.praksis.gr/el/>

⁵⁸ Το Ιατρείο Κοινωνικής Αποστολής «δημιουργήθηκε για να παρέχει ΠΦΥ σε ανασφάλιστους, άνεργους, άστεγους καθώς και σε παραμελημένες κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού που πλήττονται από την οικονομική κρίση» http://www.mkoapostoli.com/?page_id=1165 Αξιοσημείωτο είναι ότι το Ιατρείο Κοινωνικής Αποστολής έχει δημιουργήσει 2 παραρτήματα με «επαγγελματικό προσανατολισμό» (παραρτήματα Εμπορικού Συλλόγου, παράρτημα ΓΣΕΒΕΕ) <http://www.isathens.gr/ika/index.php/parartimata>

αναγνώριση και την αποδοχή μεγάλου μέρους της ελληνικής κοινωνίας, αλλά και την οικονομική ικανότητα να επεκτείνουν τη δράση τους.

Ορισμένα ΚΙΦ έχουν δημιουργηθεί από Δήμους⁵⁹, προκειμένου να εξασφαλίσουν την καλύτερη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για τους δημότες τους. Τα ΚΙΦ που δημιουργούνται από τους Δήμους τα τελευταία χρόνια συγχέονται συχνά με τα Δημοτικά Ιατρεία που είχαν ιδρυθεί από τους Δήμους ως φορείς ΠΦΥ και προληπτικής ιατρικής⁶⁰. Και σε αυτή την κατηγορία βρίσκουμε διάφορα είδη. Κάποια λειτουργούν υπό την πλήρη ευθύνη του Δήμου, (π.χ. Δήμος Ν. Ιωνίας, Λέσβου κ.α.), άλλα σε συνεργασία του Δήμου με τον Ιατρικό σύλλογο (π.χ. Δήμος Καβάλας) και ορισμένα με την σύμπραξη ΜΚΟ ή και της εκκλησίας (π.χ. Δήμος Περιστερίου). Είναι φανερό ότι και σε αυτές τις περιπτώσεις, οι δομές είναι θεσμοποιημένες, αναγνωρισμένες από το κράτος και μάλιστα με την «ομπρέλα» της τοπικής αυτοδιοίκησης, έχουν ιεραρχία, ορισμένες φορές χρησιμοποιούν προσωπικό των δήμων και απευθύνονται κυρίως (αν και όχι αποκλειστικά) στους δημότες τους. Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν δύο ΚΙΦ που δημιουργήθηκαν από Δήμους και συμμετείχαν στη έρευνα.

Τέλος έχουμε την ανάπτυξη των κινηματικών Κοινωνικών Ιατρείων - Φαρμακείων Αλληλεγγύης (ΚΙΦΑ) τα οποία θα ερευνηθούν διεξοδικά στη συνέχεια. Τα ΚΙΦΑ αποτελούν καινοφανής υγειονομικές δομές που έκαναν την εμφάνισή τους στην Ελλάδα λίγο μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης στη βάση της αλληλεγγύης και της ισοτιμίας. Οι δομές αυτές, προέρχονται από τα «κάτω», παρουσιάζουν έντονο πολιτικό χαρακτήρα και είναι ανεξάρτητες τόσο από το κράτος όσο και από την αγορά. Η δράση τους δεν περιορίζεται στην απλή παροχή υγειονομικής φροντίδας, αλλά μέσω κινηματικών διαδικασιών, στοχεύει στην αλλαγή του τρόπου

⁵⁹ Οι ΟΤΑ βρίσκονται ακριβώς στην τομή μεταξύ κράτους και Κοινωνίας των Πολιτών κατά συνέπεια μπορούν να θεωρηθούν μέρος της Κοινωνίας των Πολιτών ειδικότερα στις περιπτώσεις που οι δράσεις τους, δεν γίνονται από νομική υποχρέωση (Στυλιανίδης, 2004)

⁶⁰ <https://www.cityofathens.gr/yegeia-proliptiki-iatriki/dimotika-iatreia> Αυτές οι δομές στηρίχτηκαν στην εθελοντική εργασία ιατρών και νοσηλευτών, και ο βασικός στόχος δημιουργίας τους ήταν να βρίσκονται κοντά στο χώρο ζωής και εργασίας των πολιτών. Ήταν θα μπορούσαμε να πούμε ένα βήμα προς την κατεύθυνση της αλλαγής του «νοσοκομειακοκεντρικού» μοντέλου υγείας της χώρας, που ατόνησε όμως γρήγορα, μάλλον εξαιτίας του εθελοντικού χαρακτήρα, μιας κατά τα άλλα κρατικής δομής.

αντιμετώπισης της υγείας και του δικαιώματος σε αυτή από τους πολίτες και το κράτος.

4.1 Εισαγωγή

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή στοχεύει στην αποσαφήνιση της δημιουργίας, της λειτουργίας, των αξιών και του ρόλου της ανάπτυξης των ΚΙΦ στην Ελλάδα, ως εναλλακτικές δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με απώτερο σκοπό την απόδειξη της άμεσης σύνδεσης της εμφάνισης των ΚΙΦ με την οικονομική κρίση που πλήττει τη χώρα μας. Το γεγονός της ύπαρξης πολλών και εν μέρει διαφορετικών ΚΙΦ αποτέλεσε το έναυσμα για την επιδίωξη μελέτης αρκετών περιπτώσεων σε μια προσπάθεια ανάδειξης της αναγκαιότητάς τους, αλλά και του διαφορετικού αξιακού πλαισίου με βάση το οποίο λειτουργούν. Παρόλα αυτά οι δυσκολίες που προέκυψαν όσον αφορά τη διεξαγωγή της έρευνας περιόρισαν το ερευνητικό αντικείμενο στα ΚΙΦ που είναι προϊόν πρωτοβουλιών κοινωνικής αλληλεγγύης και σε δύο περιπτώσεις που δημιουργήθηκαν από Δήμους.

την εκπόνηση της διατριβής χρησιμοποιήθηκε στο πρώτο μέρος βιβλιογραφική ανασκόπηση προκειμένου να αναλυθούν τα αίτια εμφάνισης των ΚΙΦ και το θεωρητικό υπόβαθρο της εμφάνισής τους ως δομές της Κοινωνίας των Πολιτών, ενώ στο δεύτερο υιοθετήθηκε η μέθοδος της ποιοτικής έρευνας για τη συλλογή πρωτογενών στοιχείων που θα αναδείξουν το ρόλο και τη λειτουργία τους.

4.2. Ποιοτική Έρευνα.

Η ποιοτική έρευνα δε χρησιμοποιεί αριθμητικά δεδομένα και μαθηματικούς υπολογισμούς, πραγματοποιείται στο «πραγματικό κόσμο», όχι σε τεχνικές συνθήκες, και εστιάζει στην ανάδειξη του τρόπου με τον οποίο βιώνουν τις καταστάσεις τα υποκείμενα της έρευνας (Πουρκός & Δαφέρμος, 2010). Δίνοντας απαντήσεις σε ερωτήματα όπως το «πως» και το «γιατί», η ποιοτική έρευνα έχει ως στόχο την περιγραφή, την ανάλυση, την ερμηνεία αλλά και την κατανόηση κοινωνικών φαινομένων, καταστάσεων και ομάδων (Ιωσηφίδης, 2001). Η υιοθέτηση της ποιοτικής μεθόδου έρευνας είναι αποτέλεσμα τόσο της φύσης του ερευνητικού αντικειμένου, όσο και επιλογών του ερευνητή. Ο ερευνητής μελετάει το αντικείμενο

στο φυσικό του περιβάλλον (νατουραλιστική σχέση) ενώ έχει με τα υποκείμενα της έρευνας στενές επαφές που δημιουργούν σχέσεις αλληλεπίδρασης (Πούρκος, 2010).

Η επιλογή αυτής της μεθόδου έγινε στη βάση της ιδιαιτερότητας του αντικειμένου μελέτης – τα ΚΙΦ αποτελούν πρόσφατες και πρωτότυπες υγειονομικές και κοινωνικές δομές - αλλά και του στόχου της έρευνας που προσδιορίζεται στην κατανόηση της ιδιαιτερότητάς τους αλλά και στην εμβάθυνση στον αυτοπροσδιορισμό των ΚΙΦ στα πλαίσια του υγειονομικού συστήματος. Εξάλλου η ποιοτική έρευνα θεωρείται από τους πιο κατάλληλους τρόπους προκειμένου να διερευνηθούν σε βάθος διαστάσεις σχετικές με κοινωνικές δράσεις και διαδικασίες (Ιωσηφίδης, 2010).

Για την πραγματοποίηση της έρευνας διαμορφώθηκε οδηγός ημιδομημένης συνέντευξης (Παράρτημα Α). Η ημιδομημένη συνέντευξη θεωρείται αρκετά ευέλικτη μέθοδος, καθώς ενώ υπάρχει ένας συγκεκριμένος αριθμός ερωτήσεων, ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα να παραλείπει ορισμένες, να αλλάζει τη σειρά, ή και το περιεχόμενό τους, ανάλογα με το υποκείμενο της έρευνας (Ιωσηφίδης, 2003). Κατά συνέπεια, αν και ακολουθείται ένας βασικός κορμός, η κάθε συνέντευξη είναι μοναδική και κάποιες ερωτήσεις αναδιαμορφώνονται ή παραλείπονται, καθώς καλύπτονται σε προηγούμενα στάδια της συνέντευξης ή δεν θεωρούνται απαραίτητες.

Πιο συγκεκριμένα, το ερευνητικό εργαλείο – ερωτηματολόγιο- περιλαμβάνει τριάντα τρεις (33) ερωτήσεις σε θεματικές ενότητες, που επικεντρώνονται στη δημιουργία και τον τρόπο λειτουργίας των ΚΙΦ, στον επωφελούμενο πληθυσμό, τις σχέσεις με άλλους φορείς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους. Αναλυτικά τα ΚΙΦ διερευνήθηκαν όσον αφορά, την ίδρυση, τις πρωτοβουλίες δημιουργίας και το αξιακό τους πλαίσιο, το καθεστώς και τον τρόπο λειτουργίας τους, τον τρόπο κάλυψης των λειτουργικών αναγκών τους, αλλά και τα προβλήματα δημιουργίας και λειτουργίας που αντιμετωπίζουν. Στη συνέχεια η έρευνα εστίασε στον επωφελούμενο πληθυσμό, το κοινωνικό - οικονομικό και υγειονομικό προφίλ του, αλλά και στη θέση των ΚΙΦ απέναντι στα κριτήρια επιλογής των επωφελουμένων. Επιπρόσθετα, εξετάστηκαν οι σχέσεις των ΚΙΦ με άλλες -κρατικές ή μη- υγειονομικές δομές αλλά και διαφορετικές δομές αλληλεγγύης, και ακολούθησε η διερεύνηση του ρόλου τους στα πλαίσια του υγειονομικού συστήματος και η αποτύπωση της μελλοντικής πορείας των δομών, όπως αυτή παρουσιάζεται από τους συνεντευξιαζόμενους.

Οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν με εκπροσώπους – μέλη των ΚΙΦ το χρονικό διάστημα μεταξύ 6/4/15 και 30/3/16 σε δέκα Κοινωνικά Ιατρεία :

- Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού, (ΜΚΙ Ελληνικού)
- Αλληλέγγυο Ιατρείο Πειραιά, (ΑΙ Πειραιά)
- Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Αθήνας, (ΚΙΦ Αθήνας)
- Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου, (ΙΚΑ Περιστερίου)
- Κοινωνικό Ιατρείο –Φαρμακείο Βύρωνα (ΚΙΦ Βύρωνα)
- Φαρμακείο Αλληλεγγύης στα Πατήσια (ΦΑ Πατήσια)
- Κοινωνικό Φαρμακείο Δήμου Νέας Ιωνίας (ΚΦ Δήμου Νέας Ιωνίας)
- Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Ιλίου (ΚΙΑ Ιλίου)
- Κοινωνικό Ιατρείο-Φαρμακείο Δήμου Λέσβου (ΚΙΦ Δήμου Λέσβου)
- Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Πρέβεζας (ΙΚΑ Πρέβεζας)

Η επιλογή των εκπροσώπων (ένας εκπρόσωπος από κάθε δομή) έγινε από τα ίδια τα ΚΙΦ, χωρίς να έχουν τεθεί από την πλευρά μας περιορισμοί στη θέση, την ειδικότητα ή την παλαιότητα τους, καθώς δεν αποτέλεσε στόχο της μελέτης η σκιαγράφηση του προσωπικού προφίλ των συνεντευζιαζόμενων, αλλά η «εκπροσώπηση» του ΚΙΦ. Ωστόσο η πλειοψηφία των εκπροσώπων που συμμετείχαν στην έρευνα είναι ιδρυτικά – αρχικά μέλη των ΚΙΦ. Στην μεταπτυχιακή διατριβή δεν γίνεται καμία αναφορά στα ονόματα των συνεντευζιαζόμενων αλλά στις δομές, για την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Όλες οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα στις δομές των ΚΙΦ μετά από ραντεβού και εν ώρα λειτουργίας τους και διήρκησαν κατά μέσο όρο 45 λεπτά, με την προϋπόθεση ότι δεν επιβάρυναν ούτε τον συνεντευζιαζόμενο, αλλά ούτε και τη λειτουργία της δομής. Τα ραντεβού πραγματοποιήθηκαν μετά από τηλεφωνικές επαφές που ακολούθησαν την αποστολή επεξηγηματικής επιστολής – αίτησης (Παράρτημα Β).

Επιπλέον, ο ερευνητής παραβρέθηκε σε συνέλευση ορισμένων ΚΙΦΑ μετά από κάλεσμα και παρακολούθησε τόσο τον τρόπο επικοινωνίας μεταξύ τους, όσο και τους προβληματισμούς που ανακύπτουν από τη διαφορετικότητά τους αλλά και τις κοινωνικές εξελίξεις.

4.3. Δυσκολίες κατά τη διάρκεια της έρευνας.

Τρία ήταν τα βασικά προβλήματα στην ερευνητική διαδικασία. Το πρώτο αφορά την επιφύλαξη και τελικά άρνηση ορισμένων ΚΙΦ να συμμετέχουν στην έρευνα, παρά το γεγονός ότι τους δόθηκαν όλες οι διαβεβαιώσεις για το αντικείμενο, το περιεχόμενο και τους λόγους διεξαγωγής της. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της Αυτοργανωμένης Δομής Υγείας Εξαρχείων (ΑΔΥΕ) που αρνήθηκαν την συμμετοχή τους στην έρευνα και μας παρέπεμψαν στην ιστοσελίδα του εγχειρήματος για όποια πληροφορία θέλουμε. Επίσης δεν κατέστη εφικτό να πραγματοποιηθεί συνέντευξη με εκπρόσωπο του Ιατρείου Κοινωνικής Αποστολής, παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες. Το δεύτερο σχετίζεται με τη δυσκολία διεξαγωγής των συνεντεύξεων καθώς τόσο ο χρόνος όσο και η διαθεσιμότητα των εκπροσώπων ήταν περιορισμένα, με αποτέλεσμα η έρευνα να περιοριστεί σε μια συνέντευξη από κάθε δομή. Τέλος υπήρξε ένα ζήτημα με την αλλαγή στοιχείων (διεύθυνσης, τηλεφώνου, ηλεκτρονικού ταχυδρομείου) ορισμένων ΚΙΦ με αποτέλεσμα να αποβαίνουν άκαρπες οι όποιες προσπάθειες προσέγγισής τους. Παρόλα αυτά, με τη μέθοδο της χιονοστιβάδας, όπου ορισμένα υποκείμενα της έρευνας μπορούν να οδηγήσουν τον ερευνητή και σε άλλα υποκείμενα με τα χαρακτηριστικά που απαιτούνται για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, και την πολύτιμη βοήθεια της εκπροσώπου του ΜΚΙ Ελληνικού επιλύθηκε το ζήτημα δυσκολίας επικοινωνίας με τα ΚΙΦ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Εισαγωγή.

Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα σημαντικότερα ευρήματα της έρευνας σε δέκα θεματικές οι επιλογή των οποίων έγινε με βάση το στόχο της μελέτης που είναι η αποσαφήνιση και καταγραφή του τρόπου αλλά και των αιτιών δημιουργίας και λειτουργίας των ΚΙΦ. Καθώς η έρευνα είναι ποιοτική δεν παρουσιάζονται ποσοτικά δεδομένα και στατιστικά στοιχεία, αλλά παρατίθενται αυτούσια αποσπάσματα από τις συνεντεύξεις σύμφωνα με τα οποία αναδεικνύονται τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά και στοιχεία που ενδιαφέρουν την έρευνα.

5.2. Η ίδρυση των Κοινωνικών Ιατρείων – Φαρμακείων.

Η εμφάνιση των ΚΙΦ ξεκίνησε πριν την μεγέθυνση της οικονομικής κρίσης, πάντα στα πλαίσια της αλληλεγγύης, είτε για την αντιμετώπιση επειγουσών υγειονομικών αναγκών κυρίως προσφύγων-μεταναστών που έφταναν στη χώρα μας και αποτελούσαν τις πλέον κοινωνικά περιθωριοποιημένες ομάδες, υγειονομικά ευάλωτες και χωρίς πρόσβαση στο ΕΣΥ, είτε γιατί κάποιιοι προέβλεπαν το υγειονομικό μέλλον της χώρας. Το πρώτο ΚΙΦΑ⁶¹ δημιουργήθηκε στο Ρέθυμνο της Κρήτης από μια ομάδα που προσπάθησε να παρέχει ΠΦΥ σε «μια караβιά μετανάστες», ενώ το δεύτερο, αυτό της Πρέβεζας αναφέρει ενδεικτικά :

«Πέρα από την κρίση, γιατί εμείς ήμασταν από την αρχή της κρίσης(2010) , ήταν και οι πρόσφυγες και οι μετανάστες που είχαν έρθει στην περιοχή μας [...]». (ΙΚΑ Πρέβεζας)

Στη συνέχεια και καθώς άρχισαν να γίνονται αισθητές οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον υγειονομικό τομέα, φάνηκε ότι αυτές οι δομές αλληλεγγύης «έκτακτης ανάγκης» θα διαδραμάτιζαν έναν μονιμότερο και ουσιαστικό ρόλο στη παροχή υγειονομικής φροντίδας στη χώρα μας. Δεν είναι τυχαίο ότι η «άνθηση» των ΚΙΦ

⁶¹ Πρέπει να διευκρινιστεί ότι ο ορισμός ΚΙΦΑ αναφέρεται σε συγκεκριμένη κατηγορία ΚΙΦ γι' αυτό και χρησιμοποιείται στα σημεία που είναι σημαντική η διάκριση.

παρατηρείται μεταξύ των ετών 2012-2013 τα έτη όπου η οικονομική ύφεση βρίσκεται στο απόγειο της. Για το λόγο αυτό, όλα τα ΚΙΦ που συμμετείχαν στην έρευνα, αναγνωρίζουν ως βασικά αίτια της δημιουργίας τους την οικονομική κρίση, τα εφαρμοζόμενα δημοσιονομικά μέτρα – στα πλαίσια του μνημονίου- και τις εξελίξεις στην ανεργία, την ασφάλιση υγείας και το δημόσιο υγειονομικό σύστημα:

«Η οικονομική κρίση αλλά και τα μέτρα που είχαν παρθεί, δηλαδή οι πολιτικές που είχαν εφαρμοστεί και οι οποίες είχαν αποκλείσει πάρα πολύ κόσμο από το δημόσιο σύστημα υγείας [...] εμείς το ξεκινήσαμε (2012) γιατί είχαν κλείσει όλα τα δημοτικά ιατρεία του Δήμου.» (ΚΙΦ Αθήνας).

«Η πιο σημαντική βέβαια αιτία δημιουργίας (Απρίλιος του 2015,, ήταν η οικονομική κρίση που δημιούργησε 1.5 εκατομμύριο ανασφάλιστους, ανθρώπους οι οποίοι δεν είχαν να ακουμπήσουν πουθενά».(ΚΙΑ Ιλίου)

«δημιουργηθήκαμε (Οκτώβριος 2012) στη βάση του κοινωνικού μετώπου αλληλεγγύης[...]ενάντια στις εφαρμοζόμενες πολιτικές» (ΚΙΦ Βύρωνα)

«Όταν πρωτοξεκινήσαμε (Ιανουάριος 2013) τότε κλείνανε τα νοσοκομεία της περιοχής[...]και το βλέπαμε καθημερινά πόσοι άνθρωποι έμεναν ανασφάλιστοι και χωρίς πρόσβαση» (ΦΑ Πατήσια).

«Είναι η κατάρρευση του κοινωνικού κράτους (αιτία δημιουργίας του ΚΙΦ). Όπου υπάρχει οικονομική κρίση, οι πρώτες παροχές οι οποίες βάζονται και περικόπτονται είναι ότι έχει να κάνει με τις παροχές πρόνοιας.» (ΚΙΦ Δήμου Λέσβου)

5.3. Πρωτοβουλίες δημιουργίας.

Όπως είναι αναμενόμενο, οι πρώτοι άνθρωποι που κινητοποιήθηκαν σε αυτό τον τομέα ήταν επαγγελματίες υγείας (αρκετοί από αυτούς εργαζόμενοι στο δημόσιο) που είχαν άμεση γνώση της κατάστασης που επικρατούσε στο δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά και της σπουδαιότητας της υγείας για την ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια, χωρίς ωστόσο να υποβαθμιστεί η συμμετοχή ευαισθητοποιημένων

πολιτών και συλλογικοτήτων της κοινωνίας. Κατά συνέπεια οι πρωτοβουλίες ίδρυσης των ΚΙΦ ποικίλουν, καθώς δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο μοτίβο αν και θα μπορούσαμε να πούμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ΚΙΦΑ κινείται στο «αριστερό πολιτικό φάσμα». Ορισμένες δομές είναι δημιουργία ατομικών πρωτοβουλιών

«ξεκίνησε η λειτουργία μας [...]με πρωτοβουλία του Γ. Βήχα καρδιολόγου που μαζί με μια ομάδα ιατρών και άλλων εθελοντών απευθύνθηκαν στο Δήμο Ελληνικού[...]για να ξεκινήσουν ένα τέτοιο ιατρείο που θα κάλυπτε ανασφάλιστους, άπορους, άνεργους συμπολίτες μας» (ΜΚΙ Ελληνικού)

Κάποιες άλλες φαίνεται να είναι δράσεις πολιτικών - δημοτικών παρατάξεων, γεγονός που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αν αναλογιστεί κανείς την παραδοσιακή σχέση των κομμάτων – παρατάξεων με την κινητοποίηση των πολιτών, η οποία είναι αντιστρόφως ανάλογη με την ανάπτυξη της Κοινωνίας των Πολιτών (Σωτηρόπουλος, Α., 2004)

«Η Πρωτοβουλία ήταν μια ομάδα από την Ανοιχτή Πόλη, ή ανοιχτή πόλη είναι μια δημοτική παράταξη -του ΣΥΡΙΖΑ μέσα σε μια (ανάγκη) που υπήρχε να κινητοποιηθούμε να δράσουμε να κάνουμε δράσεις αλληλεγγύης κ.τ.λ. και όπως ξεκινήσαμε και άλλες δράσεις αλληλεγγύης που έχουν σχέση με την τροφή, είπαμε να ξεκινήσουμε το ΚΙΦ.» (ΚΙΦ Αθήνας)

Και προφανώς βρίσκουμε πρωτοβουλίες επαγγελματιών υγείας, περιστοιχισμένους από απλούς πολίτες και συλλογικότητες

«αυτό υποκίνησε ιατρούς και άτομα που ήταν σε συλλογικότητες να προσφέρουμε μια βοήθεια στα πλαίσια της υγειονομικής κρίσης... είναι πρωτοβουλία γιατρών και συλλογικοτήτων (ΚΙΑ Ιλίου)

αλλά και άλλες ιδιαίτερες μορφές πρωτοβουλιών όπως

«ομάδα πολιτών σε συνεργασία με τον περιβαλλοντικό σύλλογο Περιστερίου» (ΙΚΑ Περιστερίου)

« γείτονες με συνδετικό κρίκο την ένωση γονέων και κηδεμόνων (το ΚΦ λειτουργεί μέσα στο σχολικό συγκρότημα της Γκράβας) και η ένωση των καθηγητών» (ΦΑ Πατήσια)

Τα Δημοτικά ΚΙΦ είναι πρωτοβουλίες της τοπικής αυτοδιοίκησης ενίοτε το «όραμα» είναι κάποιου συγκεκριμένου ατόμου (Δημάρχου, αντιδημάρχου, δημοτικού συμβούλου κ.τ.λ.).

«μια υποχρέωση του ανθρώπου που ασχολείται με τα κοινά, είναι να βλέπει λίγο πιο μπροστά, δηλαδή την ανάγκη πριν έρθει να τη βλέπει και να είναι έτοιμος γι' αυτό [...]όταν οι άνθρωποι σταμάτησαν να έχουν περίθαλψη, [...] δημιουργήθηκε μια κοινωνική αναγκαιότητα, που οφείλαμε ως δήμος να την συναισθανθούμε, να την ακούσουμε και να βοηθήσουμε τον πολίτη ... ξεκινήσαμε λοιπόν ως μια πρωτοβουλία της τοπικής αυτοδιοίκησης του δήμου» (ΚΙΦ. Δήμου Λέσβου)

Στην ερώτηση αν υπάρχει κάποιο πρότυπο που ακολουθήθηκε για τη ίδρυση των ΚΙΦ γίνεται αναφορά κυρίως σε άλλα Κοινωνικά Ιατρεία Φαρμακεία. που δημιουργήθηκαν νωρίτερα και ειδικότερα στο ΜΚΙ Ελληνικού, που αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα και πλέον αναγνωρισμένα. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι ελάχιστες παρεμφερείς υγειονομικές δομές μπορούν να εντοπιστούν σε παγκόσμιο επίπεδο. Σε βιβλιογραφική και διαδικτυακή έρευνα δε βρέθηκε σχεδόν καμία υγειονομική δομή που να δημιουργείται και να λειτουργεί με τον τρόπο που το κάνουν τα ΚΙΦ στην Ελλάδα. Ωστόσο μια σύγκριση θα μπορούσε να γίνει με ορισμένες δομές που παρουσιάζονται στην Αργεντινή της κρίσης οι οποίες όμως, δε λειτουργούσαν ανεξάρτητα από τις ήδη υπάρχουσες υγειονομικές μονάδες, αλλά μέσα σε αυτές, καθώς επίσης και με κάποια εγχειρήματα στην Τσιάπας του Μεξικού⁶². Αλλά και στη χώρα μας είχαμε τη δημιουργία κάποιων παρόμοιων δομών

⁶² Η υγειονομική φροντίδα στις αυτοδιαχειριζόμενες κοινότητες, εκτός από την ανάκτηση των παραδοσιακών θεραπευτικών γνώσεων (σε συνδυασμό με τη σύγχρονη ιατρική) και την ολιστική θεώρηση της υγείας σαν αναπόσπαστο μέρος του τρόπου ζωής, περιλαμβάνει ένα δίκτυο κέντρων υγείας, φαρμακείων, κλινικών, οδοντιατρικών εργαστηρίων κλινικών αναλύσεων και βοτάνων, που δημιουργήθηκαν χωρίς την συμμετοχή του μεξικανικού κράτους, λειτουργούν με εθελοντές και παρέχουν δωρεάν ή με συμβολική τιμή υπηρεσίες υγείας στους πολίτες. (Zibechi, 2010)

στα πλαίσια της οργάνωσης Εθνική Αλληλεγγύη κατά τη διάρκεια της Κατοχής, με την ονομασία Λαϊκά Φαρμακεία και Ιατρεία (Πουλόπουλος, 2014)

5.4. Αξιακό πλαίσιο λειτουργίας.

Το γεγονός ότι υπάρχουν πολλά είδη ΚΙΦ συνεπάγεται ότι οι δομές αυτές έχουν διαφορετικό χαρακτήρα και αξιακό πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας. Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά των ΚΙΦΑ είναι ότι διατηρούν συγκεκριμένη πολιτική στάση απέναντι στην υγεία, τον άνθρωπο και τη ζωή γενικότερα που αποτυπώνεται με σαφήνεια στη «ΧΑΡΤΑ» Κοινωνικών Ιατρείων Φαρμακείων Αλληλεγγύης (Παράρτημα Γ).

«Έχουμε κάποιες αρχές, έχουμε υπογράψει κιόλας. Το ένα είναι η Αλληλεγγύη, σαν ένας τρόπος ζωής, σαν τον τρόπο που αντιμετωπίζεις τον συνάνθρωπό σου, πως θέλεις να τον ενεργοποιήσεις κι αυτόν, να προσφέρει και αυτός κάποια πράγματα. Θεωρούμε ότι είναι μια πολιτική πράξη από μόνο του όταν λειτουργείς με αυτόν τον τρόπο, αμφισβητείς κάποια κυρίαρχα πράγματα και βάζεις ένα άλλο όραμα για την υγεία, όχι μόνο για την κάλυψη αλλά και για άλλα πράγματα, για το πώς θα πρέπει να είναι το ΕΣΥ πως θα πρέπει να λειτουργεί [...] . Έχουμε ένα κομμάτι για το ρατσισμό. Ότι είμαστε ενάντια και στο ρατσισμό και στο φασισμό, αυτό υπάρχει στις αρχές μας» (ΙΚΑ Πρέβεζας)

Τα ΚΙΦΑ αντιδρούν έντονα στην έννοια της φιλανθρωπίας -που προβάλλεται από τις δομές της εκκλησίας- και αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στην αρνητική χροιά που έχει αποκτήσει η λέξη φιλανθρωπία και παραπέμπει σε εξουσιαστικές σχέσεις μεταξύ του φιλάνθρωπου και αυτού που έχει ανάγκη.

«Δε θέλουμε να είμαστε φιλάνθρωπες κυρίες. Είμαστε φιλάνθρωποι με την έννοια ότι αγαπάμε τον άνθρωπο, αγαπάμε τον συνάνθρωπό μας αλλά αγαπάμε και τον εαυτό μας. Δε θέλουμε να πούμε από μια θέση εξουσίας ότι εμείς το έχουμε και απ' ότι μας περισσεύει δίνουμε και σε ένα αναξιοπαθόντα, εμείς θέλουμε να δημιουργήσουμε όσο γίνεται περισσότερο σχέσεις ισότητας και αλληλεγγύης με τον κάθε άνθρωπο που προσέρχεται σε μας εδώ και να του πούμε ότι πέρα από τη βοήθεια που έχουμε να τους

δώσουμε (φάρμακο, εξέταση, κ.λπ.) είναι να διαμαρτυρηθούμε και να εναντιωθούμε σε όλους αυτούς που μας οδήγησαν σε αυτή την κατάσταση της κρίσης και να καλέσουμε και αυτόν μαζί μας να εναντιωθεί.» (ΜΚΙ Ελληνικού)

« [...] έχω θέματα αρχής αν πάρουμε αυτή την παραδοσιακή έννοια της φιλανθρωπίας η οποία υπονομεύει την αξιοπρέπεια του άλλου γιατί δεν είμαστε ίσοι. -εμείς έχουμε και στη γραμματεία και στο επιστημονικό προσωπικό ανθρώπους που είναι και οι ίδιοι άνεργοι- και προσπαθούμε. Αυτή είναι και η διαφορά της φιλανθρωπίας απ' την αλληλεγγύη δηλαδή η αλληλεγγύη θα δώσει την ευκαιρία σε αυτόν που παίρνει την υπηρεσία σου να ανταποδώσει. Οφείλουμε να δίνουμε την ευκαιρία στους ανθρώπους που εξυπηρετούμε να ανταποδώσουν» (ΚΙΦ Αθήνας)

Επιπλέον, ορισμένα ΚΙΦ δεν αποδέχονται απόλυτα και την έννοια του εθελοντισμού, προσπαθώντας να επισημάνουν ότι η ουσία δεν βρίσκεται στην παροχή δωρεάν υπηρεσιών με την «αυτοθυσία» των εθελοντών αλλά στην αλληλεγγύη.

«Είναι στράτευση σε έναν αγώνα, δεν είναι εθελοντισμός με την έννοια τη γνωστή η οποία είναι κάπως παραφθαρμένη» (ΚΙΦ Βύρωνα)

Όλα τα ΚΙΦΑ που συμμετείχαν στην έρευνα αλλά και στο συντονιστικό (στο οποίο παραβρέθηκε ο ερευνητής) θεωρούν εξαιρετικά σημαντικές για την δημιουργία και λειτουργία τους, τις έννοιες της αυτοοργάνωσης, της κοινωνικής αλληλεγγύης, της συλλογικής δράσης και της κινηματικής διαδικασίας που επιδιώκει την προαγωγή της πρόσβασης σε μια «άλλη υγεία».

«Εμείς θέλουμε να περάσουμε και μια εναλλακτική αντίληψη για την άσκηση της ιατρικής να αντιμετωπίζουμε όχι μόνο την ασθένεια αλλά και τον ασθενή» (ΜΚΙ Ελληνικού)

Επιπλέον, στη λίστα με τις παραπάνω έννοιες που εκφράζουν τα ΚΙΦ προστέθηκαν «η εφευρετικότητα και η ευελιξία» (ΦΑ Πατήσια) , που είναι απαραίτητες προκειμένου να λύνεις τα διάφορα καινούργια προβλήματα που προκύπτουν, και «η άλλη άποψη για τον άνθρωπο, η αριστερή άποψη για τον άνθρωπο» (ΑΙ .Πειραιά)

Στο σημείο αυτό ενδιαφέρον παρουσιάζει η θέση των Δημοτικών ΚΙΦ τα όποια δίνουν διαφορετικές ερμηνείες στην κινηματική διαδικασία :

«Τα όρια μεταξύ φιλανθρωπίας και αλληλεγγύης είναι (μικρά), δηλαδή θέλεις πολύ λίγο απ' την αλληλεγγύη να πας στη ζητιανιά και τη φιλανθρωπία. Δεν υπάρχει φιλανθρωπία, είναι κινηματική δράση το φαρμακείο. Είναι κινηματική διαδικασία. Πρέπει να τον μάθεις, να καταλάβει που ζει, να καταλάβει τα δικαιώματά του» (ΚΦ Δήμου Ν. Ιωνίας)

«στο να δημιουργήσουμε μια καλύτερη κοινωνική αντίληψη, να δημιουργήσουμε μια εμπιστοσύνη του πολίτη προς την κοινωνία και τον συνάνθρωπό του, και μια ενεργοποίηση του ίδιου εάν και όποτε χρειαστεί» (ΚΙΦ Δήμου Λέσβου)

5.5. Καθεστώς και τρόπος λειτουργίας.

Όπως προαναφέρθηκε τα ΚΙΦΑ αποτελούν μη θεσμοθετημένες δομές υγείας κατά συνέπεια δεν είναι υποχρεωμένες να έχουν επισημοποιημένο καταστατικό λειτουργίας. Το γεγονός αυτό συμβάλλει στην ανεξαρτησία και την αυτονομία τους από το κράτος, ενίοτε όμως μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στη λειτουργία τους. Η πλειοψηφία τους ακολουθεί κάποιο κείμενο που περιλαμβάνει τις αρχές και το αξιακό πλαίσιο λειτουργίας τους και το οποίο οφείλουν να αποδέχονται όσο συμμετέχουν, και επιπλέον, τηρούν αυστηρές προδιαγραφές όσο αφορά την ποιότητα και ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών.

«Είμαστε μια παράνομη δομή. Δεχθήκαμε και επιθέσεις από τον Ιατρικό σύλλογο γιατί λειτουργούμε χωρίς άδεια . Κάνουμε αυτή τη μικρή παρανομία για να απαντήσουμε στη μεγάλη παρανομία του κράτους, να χάνονται ανθρώπινες ζωές. Δεν έχουμε μπει σε διαδικασία νομιμοποίησης , καταστατικών ή ότι άλλο. Βέβαια λειτουργούμε με κάποιες αρχές και με φερεγγυότητα. Τι εννοώ, όλοι οι γιατροί – φαρμακοποιοί θα μας φέρουν το πτυχίο τους την ειδικότητά τους , οποιοσδήποτε βοηθάει κάπου θα εκπαιδευτεί γι' αυτό που κάνει. Η παρανομία που είπαμε πριν δεν έχει σχέση με τον τρόπο λειτουργίας[...]» (ΜΚΙ Ελληνικού)

Παρόλα αυτά ορισμένα από τα ΚΙΦΑ έχουν νομιμοποιηθεί με κάποιο τρόπο ορισμένες πλευρές της λειτουργίας τους (π.χ. την οικονομική ενίσχυση) είτε δημιουργώντας τα ίδια ένα θεσμικό πλαίσιο, είτε συμμετέχοντας σε κάποια άλλη θεσμοθετημένη οργάνωση:

«Υπάρχει καταστατικό, γιατί χωρίς νομική (κάλυψη) δε μπορεί να λειτουργήσει. Πρέπει να υπάρχει ένα θεσμικό πλαίσιο για να μπορέσουμε να λειτουργήσουμε. Είναι (το ΚΙΦ) μια εταιρία μη κερδοσκοπική» (ΚΙΦ Αθήνας)

«Στην πορεία υπήρξαν ανάγκες για κάποιες προσφορές που ήθελαν να δώσουν κάποιοι άνθρωποι, και έτσι κάναμε το σύλλογο φίλων του ΚΙΦ. που ουσιαστικά λειτουργεί ανεξάρτητα (από το ΚΙΦ), το έχουμε μόνο για να καλύψουμε το κομμάτι το οικονομικό. Και έτσι κάναμε το σύλλογο, βγάλαμε και ΑΦΜ για να είμαστε και εντάξει στις υποχρεώσεις μας στην εφορία. »(ΙΚΑ Πρέβεζας)

Σε αντίθεση με τα ΚΙΦΑ τα Δημοτικά ΚΙΦ είναι θεσμοποιημένες δομές, αναγνωρισμένες από το κράτος και λειτουργούν με καταστατικό ή κανονισμό λειτουργίας το οποίο εγκρίνεται από το εκάστοτε δημοτικό συμβούλιο και διαφωνούν κάθετα με τις άτυπες δομές.

«η αρμοδιότητα άσκησης κοινωνικής πολιτικής είναι στους δήμους, οι δήμοι λοιπόν είναι οι μόνοι αρμόδιοι θεσμικοί παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να δημιουργούν τέτοιες δομές. Ποια είναι η διαφορά, και γιατί το έκανε έτσι ο νομοθέτης; ακριβώς γιατί πρέπει να υπάρχει ευθύνη. Δεν μπορούν να λειτουργούν ανεξέλεγκτες δομές. Η οποιαδήποτε δομή λειτουργεί και πολύ περισσότερο στο χώρο της υγείας, θα πρέπει να λογοδοτεί, να υπάρχουν υπεύθυνοι οι οποίοι να λογοδοτούν. Δεν μπορούμε να είμαστε σε μια άναρχη κοινωνία η οποία να μην είναι δομημένη. Η δομή εξασφαλίζει την εμπιστοσύνη του πολίτη» (ΚΙΦ Δήμου Λέσβου)

Σε όλα ΚΙΦΑ που συμμετείχαν στην έρευνα αλλά και από την έρευνα στο διαδίκτυο, οι αποφάσεις για τη λειτουργία τους αλλά και για όποιο πρόβλημα μπορεί να προκύψει λαμβάνονται από τις γενικές συνελεύσεις όπου συμμετέχουν όλα τα μέλη τους. Συνήθως συνεδριάζουν μια ή δύο φορές το μήνα, αλλά και εκτάκτως όταν υπάρχει κάποιο επείγον ζήτημα. Ενίοτε καταγράφονται και εβδομαδιαίες συνελεύσεις

για τα τρέχοντα θέματα αλλά και συνεδριάσεις μικρότερων ομάδων που εκπροσωπούν κάποιο τομέα, ανάλογα πάντα με το μέγεθος και τη λειτουργία του ΚΙΦΑ.

«Οι αποφάσεις λαμβάνονται από τη γενική συνέλευση όπου συμμετέχουν όλοι οι εθελοντές. Από τη γενική συνέλευση έχει εκλεγεί ένα 11μελές συντονιστικό που συνεδριάζει πολύ πιο συχνά και αντιμετωπίζει όλα τα επείγοντα. Το ΚΙΦ λειτουργεί σε μεγάλο βαθμό και από άλλες ομάδες. Το φαρμακείο είναι μια αυτοτελής δομή, όπως και οι γραμματείες που συνεδριάζουν και μόνοι τους. Υπάρχει ομάδα οργάνωσης της εξασφάλισης της γραφειοκρατικής δουλειάς. Ομάδα επικοινωνίας που απαντάει σε όλα τα αιτήματα που δέχεται το Ιατρείο μας την επικοινωνία με τα ΜΜΕ, το διαδίκτυο, την κοινοποίηση και εξασφάλιση των αναγκών του ΚΙΦ Υπάρχουν και πιο μικρές ομάδες γιατί μπορούν να λειτουργούν πιο άμεσα.» (ΜΚΙ Ελληνικού)

Η λήψη αποφάσεων από τις γενικές συνελεύσεις μαζί με την έλλειψη ιεραρχικών δομών είναι ίσως δύο από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ΚΙΦΑ, που δε τα συναντάμε σε αντίστοιχες δομές. Τα ΚΙΦΑ δε δέχονται καμιά μορφή επίσημης ιεραρχίας. Αυτό δεν είναι τόσο απλό, καθώς οι ρίζες της ιεραρχίας στην άσκηση της ιατρικής είναι βαθιές και συνδέονται στενά με την επικράτηση του βιοϊατρικού μοντέλου στην υγεία και την εξουσία του ιατρού. Άτομα με διαφορετικά επίπεδα μόρφωσης, ειδίκευσης, γνώσεων, δυνατοτήτων, ακόμη και διαθεσιμότητας συνεργάζονται σε ένα οριζόντιο επίπεδο, χωρίς προϊσταμένους και υφιστάμενους. Ωστόσο, σε μερικές συνεντεύξεις έγινε μια διάκριση ανάμεσα στην αποδεκτή ή χρήσιμη ιεραρχία και την εξουσιαστική ιεραρχία.

«Αν είναι χρήσιμο σε κάτι, γιατί πολλές φορές αυτά έχουν και μια χρησιμότητα, δεν είναι μια τυπική ιεραρχία είναι και ουσιαστική. Ο γιατρός είναι γιατρός, ο παλιός είναι πιο παλιός για να απευθυνθείς και να ζητήσεις μια πληροφορία. Όλα αυτά λειτουργούν χωρίς να είναι σχηματοποιημένα σε ένα τυπικό πλαίσιο.» (ΚΙΦ Αθήνας)

«Η μοναδική αποδεκτή ιεραρχία είναι των ειδικών που ασκούν την ιατρική ή την οδοντιατρική. Από κει και πέρα για να μιλήσουμε επί της ουσίας γιατί και το ΚΙΦ είναι αντανάκλαση της κοινωνίας, υπάρχουν ιεραρχίες που δεν είναι αποδεκτές που δίνουμε μάχες για να τις ξεπεράσουμε και που όμως πρέπει να τις αντιμετωπίσουμε και να

έχουμε την ειλικρίνεια να τις λέμε. Εμείς θέλουμε να μην έχουμε ιεραρχία ούτε απέναντι στους ασθενείς μας, αυτό είναι το μήνυμα που θέλουμε να δώσουμε[....] Όμως δεν είναι εύκολο. Υπάρχει ιεραρχία. Πάντα ο γιατρός ήταν ο μάγος της φυλής, δεν έχει ξεπεραστεί αυτό και σε ένα βαθμό είναι και πάρα πολύ δύσκολο. Υπάρχει λοιπόν αυτή η πρώτη ιεραρχία μεταξύ αυτών που έρχονται σαν ασθενείς και αυτών που τους υποδέχονται σαν γραμματεία ή πολύ περισσότερο στο γιατρό που απευθύνονται. Δεύτερη ιεραρχία που υπάρχει, είναι των ιατρών με τους μη ιατρούς, -και αυτό το καλλιεργεί η κοινωνία-». (ΜΚΙ Ελληνικού)

Τα Δημοτικά ΚΙΦ ακολουθούν αυστηρή μορφή ιεραρχίας, είτε αυτή του Δήμου (Δήμαρχος- αντιδήμαρχος- δημοτικοί σύμβουλοι κ.τ.λ.), είτε της οργάνωσης του Δήμου που δημιούργησε το ΚΙΦ (διοίκηση οργανισμού, διοικητικό συμβούλιο, εργαζόμενοι κ.τ.λ.). Το θέμα της νομιμοποίησης και της ιεραρχίας αποτελεί σημείο διαφοροποίησης των ΚΙΦΑ και των Δημοτικών ΚΙΦ.

5.6. Κάλυψη λειτουργικών αναγκών.

Το επόμενο ιδιαίτερα σημαντικό ζήτημα σχετικά με τη λειτουργία των ΚΙΦ είναι η κάλυψη των λειτουργικών τους αναγκών. Στις λειτουργικές ανάγκες περιλαμβάνονται οι κτηριακές εγκαταστάσεις το υγειονομικό υλικό αλλά και το ανθρώπινο δυναμικό.

Τα ΚΙΦΑ είναι δομές αυτόνομες από το κράτος και την αγορά και η πλειοψηφία τους δεν έχει καμία νομική υπόσταση, συνεπώς η χρηματοδότησή τους με οποιονδήποτε τρόπο είναι προβληματική. Ορισμένα ΚΙΦΑ αρνούνται οποιαδήποτε οικονομική συναλλαγή και δέχονται μόνο δωρεές – προσφορές σε υλικά, κάποια άλλα έχουν συνδρομές από τα μέλη τους προκειμένου να καλύπτουν πάγια έξοδα, ενώ αρκετά διοργανώνουν εκδηλώσεις για οικονομική ενίσχυση.

«[...] Το ΜΚΙ Ελληνικού δε δέχεται χρήματα αλλά μόνο υλικά» (ΜΚΙ Ελληνικού)

«(Το ΚΙΦ) συντηρείται από συνδρομές όσων μελών έχουν την οικονομική δυνατότητα. Είναι μια λαϊκή πρωτοβουλία απόλυτα γνήσια και έτσι θα παραμείνει» (ΚΙΦ Βύρωνα)

«Το ΚΙΦ δεν έχει πόρους ούτε θέλει, (τα αναγκαία) προκύπτουν από τους ανθρώπους που δουλεύουν και τους ασθενείς». (ΚΑΙ Ιλίου)

«Τα λειτουργικά έξοδα, γίνεται συνεχώς ένας αγώνας να μπορέσουμε να καλύψουμε αυτά τα έξοδα. Και σε αυτά πάλι υπάρχει μια εθελοντική συμμετοχή δηλαδή διάφοροι αλληλέγγυοι οι οποίοι δεν έχουν τη δυνατότητα ή το χρόνο, η δε βρίσκονται στην Ελλάδα, δεν μπορούν δηλαδή να έρθουν οι ίδιοι να δώσουν εθελοντική εργασία, ενισχύουν κατά κάποιον τρόπο οικονομικά. Έχουμε ένα μίνιμουμ εξόδων, δηλαδή τα λειτουργικά μας έξοδα είναι να πληρώσουμε το ενοίκιο, τα πάγια που έχουμε και ένα σοβαρό θέμα είναι τα φάρμακα, ότι χρειάζεται για να μπορέσει να λειτουργήσει το ιατρείο» (ΚΙΦ Αθήνας)

5.6.1 Στέγαση

Στο ζήτημα της στέγασης που όπως θα φανεί στη συνέχεια αποτελεί και το μεγαλύτερο πρόβλημα στην δημιουργία των ΚΙΦΑ, μπορούμε να δούμε πολλές και διαφορετικές εκδοχές. Έχουμε χώρους που έχουν παραχωρηθεί από τους δήμους, άλλοι χώροι είναι προσφορά από αλληλέγγυους ιδιώτες, που είτε τους ανήκει το κτήριο είτε πληρώνουν το ενοίκιο ενώ ορισμένα ΚΙΦΑ αναλαμβάνουν μόνα τους τα πάγια έξοδά τους.

«Η υποδομή είναι παραχώρηση από το Δήμο και πληρώνει τα έξοδα του ηλεκτρικού. Δεν είμαστε δημοτικό ιατρείο, και δεν έχουμε καμία εξάρτηση από αυτόν» (ΜΚΙ Ελληνικού) .

«Είχαμε αποταθεί στο Δήμο Νίκαιας στο Δήμο Πειραιά και στο Δήμο Κορυδαλλού για να μας παραχωρήσουν κάποιο χώρο, οι δύο προηγούμενη αρνήθηκαν, το δημοτικό συμβούλιο εδώ και ο κ Κασιμάτης ο Δήμαρχος Κορυδαλλού μας παραχώρησαν αυτούς εδώ τους χώρους που βλέπεται» (ΑΙ Πειραιά)

«Το κτήριο είναι δωρεά από κάποιο συμπολίτη μας ο οποίος πληρώνει το ενοίκιο» (ΙΚΑ Πρέβεζας)

«...το κτήριο μας το παραχώρησε η οργάνωση του δήμου που είναι για τη νεολαία. Με τη βοήθεια της ένωσης γονέων και κηδεμόνων» (ΦΑ Πατήσια)

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να γίνει αναφορά σε μια ακόμη διάκριση των ΚΙΦ. Υπάρχει μια κατηγορία ΚΙΦ που δε διαθέτουν χώρο για ιατρείο αλλά μόνο φαρμακείο. Σε αυτές τις περιπτώσεις υπάρχει ένα δίκτυο ιατρών που δέχεται δωρεάν τους ασθενείς στα ιδιωτικά ιατρεία τους πάντα σε συνεργασία / μετά από παραπομπή από το ΚΙΦ. Στη συγκεκριμένη έρευνα με τον τρόπο αυτό λειτουργούν τα ΚΙΦ Βύρωνα και το ΦΑ Πατησίων, αλλά και τα δύο Δημοτικά ΚΙΦ. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται ενίοτε και για την κάλυψη ειδικοτήτων οι εξετάσεων που δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν τα ΚΙΦ.

«το θεωρήσαμε αυτό από κάθε άποψη καλύτερο γιατί με τον τρόπο αυτό δεν άλλαξε το καθεστώς το οποίο υπήρχε πριν, όπου ήταν ασφαλισμένοι και πήγαιναν σε ιατρούς του ΕΟΠΥΥ. Έτσι λοιπόν είναι και σήμερα» (ΚΙΦ Βύρωνα)

«απευθυνθήκαμε σε ιδιώτες γιατρούς, [...] που μέσα από ένα μηχανισμό και μια διαδικασία δέχονται στα ιατρεία τους, γιατί στόχος μας ήταν να μη νιώθουν οι άνθρωποι ότι στιγματίζονται προσερχόμενοι στο ΚΙΦ. Έτσι βρήκαμε μια φόρμουλά, εξασφαλίζοντας (στους ανασφάλιστους) ακριβώς ότι έχει ο οποιοσδήποτε ασφαλισμένος, να μπορεί να επισκέπτεται έναν ιδιώτη ιατρό στο ιατρείο του ή ένα εργαστήριο» (ΚΙΦ Δήμου Λέσβου)

Αξίζει επίσης να αναφερθούμε σε μια άλλη κατηγορία ΚΙΦΑ τα οποία στεγάζονται σε καταλήψεις κτηρίων και από τα οποία δεν συμμετείχαν στην έρευνα⁶³.

⁶³ Τέτοια είναι ο «Κοινωνικός χώρος για την υγεία» της λαϊκής συνέλευσης Πετραλώνων, Θησείου, Κουκακίου, στην κατάληψη του παλαιού ΠΙΚΠΑ Πετραλώνων στον ιστότοπο http://kxy.espivblogs.net/?page_id=2676, η Αυτοοργανωμένη Δομή Υγείας Εξαρχείων που φιλοξενείται στο κατειλημμένο Κοινωνικό Κέντρο ΒΟΞ, στον ιστότοπο <http://adye.espivblogs.net/> το Ιατρείο Αλληλεγγύης γειτονιάς Αγ. Νεκταρίου στο Βόλο κ.α.

5.6.2. Ιατροφαρμακευτικό υλικό

Το θέμα του υγειονομικού - φαρμακευτικού υλικού αλλά και των ιατρικών μηχανημάτων καλύπτεται σχεδόν αποκλειστικά από δωρεές συνανθρώπων μας, αλληλέγγυων ομάδων και φαρμακείων. Γιατροί που συνταξιοδοτούνται προσφέρουν τα μηχανήματα από τα ιατρεία τους, ομάδες αλληλέγγυων (από το εξωτερικό), άτομα και συλλογικότητες μαζεύουν αγοράζουν και προσφέρουν μηχανήματα, φάρμακα, εμβόλια, και άλλο υγειονομικό υλικό. Ωστόσο σε κάποιες περιπτώσεις τα ΚΙΦ αγοράζουν μέρος του εξοπλισμού ή του υγειονομικού υλικού.

«...το φαρμακευτικό υλικό είναι από τον κόσμο, εκτός από τα εμβόλια τα οποία τα αγοράζουμε, [...]» (ΙΚΑ Πρέβεζας)

«Η προσφορά των φαρμάκων που έχει στο Φαρμακείο μας είναι κι αυτή από φαρμακοποιούς που μαζεύουν, από λαϊκές συνελεύσεις που μαζεύουν φάρμακα, από ασθενείς που έρχονται να πάρουν τα φάρμακά τους και μαζεύουνε κι από τη γειτονιά τους άλλα, ακόμη και υγειονομικό υλικό μαζεύουμε -ανθρώπων που φεύγουν απ' τη ζωή-, έχει πολύ πλατιά διαδοθεί αυτό. Μόνο από εθελοντισμό. [...] Έχουμε από προσφορά ανθρώπων που συνταξιοδοτούνται υπέρηχο, που μπορούμε να κάνουμε και τέτοιες εξετάσεις, καρδιογράφο, πάλι από προσφορές ανθρώπων, το οδοντιατρείο μας εξοπλίστηκε από μια οδοντίατρο η οποία συνταξιοδοτήθηκε και αντί να το χαρίσει κάπου το προσέφερε στο Ιατρείο μας.» (ΑΙ Πειραιά)

«Τα φάρμακα μας τα φέρνει ο κόσμος. Τα φαρμακεία επίσης συλλέγουν και μας δίνουν φάρμακα» (ΦΑ Πατήσια)

«Πάνω από 40 Φαρμακεία στηρίζουν το έργο μας είτε λέγοντας στον πολίτη ότι πήγαινε πήγαινε τα φάρμακα (στο ΚΙΦ) είτε συλλέγοντας φάρμακα και μας ειδοποιούν να πάμε να τα πάρουμε» (ΚΙΦ Βύρωνα)

Στα Δημοτικά ΚΙΦ το ιατροφαρμακευτικό υλικό συγκεντρώνεται από διάφορες πηγές (πολίτες, συλλόγους, οργανώσεις) αλλά και από χορηγούς. Θα πρέπει να αναφερθεί ωστόσο, ότι και αυτές οι δομές παρουσιάζουν πολλές διαφορές μεταξύ τους.

Ορισμένες συμμετέχουν σε ευρωπαϊκά προγράμματα χρηματοδότησης, συνεργάζονται με ΜΚΟ και δέχονται χορηγίες ενώ άλλα λειτουργούν αποκλειστικά από τις δωρεές των πολιτών.

«Υπάρχουν και πολίτες οι οποίοι συνεισφέρουν με το να φέρουν το φάρμακό τους που δε τους χρειάζεται, υπάρχουν και σύλλογοι οι οποίοι μας βοηθούν για παράδειγμα οι βετεράνοι ποδοσφαιριστές, όπου κάνουν δράσεις με σκοπό να μαζέψουν χρήματα για φάρμακα που χρειαζόμαστε, τα αγοράζουν και μας τα φέρνουν» (ΚΙΦ Δήμου Λέσβου)

5.6.3. Ανθρώπινο δυναμικό

Τέλος όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό, όλα τα ΚΙΦΑ καλύπτονται από εθελοντές γιατρούς και αλληλέγγυους. Η συμμετοχή τους στο εγχείρημα προϋποθέτει τη συμφωνία τους με το αξιακό πλαίσιο λειτουργίας του κάθε ΚΙΦΑ και σε γενικές γραμμές δεν γίνονται αποκλεισμοί. Ο τρόπος επιλογής συνήθως γίνεται με μια «αναγνωριστική» συνέντευξη – ενημέρωση με την οποία οι εθελοντές έρχονται σε πρώτη επαφή με το ΚΙΦΑ και κατανοούν τον τρόπο λειτουργίας αλλά και τις ενδεχόμενες αρμοδιότητές τους. Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης ότι υπάρχουν εθελοντές που γνώρισαν τα ΚΙΦΑ ως ασθενείς και τώρα συμμετέχουν στο εγχείρημα.

«Πρέπει να αποδέχεται κάποιος τις αρχές λειτουργίας μας. Δε βάζουμε αποκλεισμούς. Μια σειρά από τους εθελοντές μας είναι άποροι, άνεργοι, ανασφάλιστοι που ήρθαν να εξυπηρετηθούν και έμειναν να μας βοηθήσουν. Υπήρξαν και κάποιες περιπτώσεις εθελοντών που δεν μπορούσαν να συνεργαστούν προσπαθήσαμε να μην αποκλείουμε άτομα, να αλλάζουμε βάρδιες, αλλά υπήρξαν και κάποιοι που δεν μπορούσαν να προσαρμοστούν στο πλαίσιο λειτουργίας μας.» (ΜΚΙ Ελληνικού)

« Έχουμε πολύ μεγάλη διαθεσιμότητα (για εθελοντισμό) και μάλιστα επειδή εγώ κάνω τις πρώτες συνεντεύξεις με αυτό τον κόσμο εξηγώντας τους τι είναι ποιες είναι οι υποχρεώσεις τους, αλλά και να δούμε και λιγάκι αν και ο άνθρωπος ο οποίος ενδιαφέρεται, γιατί συνήθως σε αυτά υπάρχει μια προσέγγιση καθαρά συναισθηματική, προσπαθούμε να δούμε αν κι αυτός έχει να ωφεληθεί, γιατί για εμάς, είναι πολύ σημαντικό αυτός που δίνει κάτι να μπορεί και να πάρει κάτι [...]» (ΚΙΦ Αθήνας)

Τα ΚΙΦΑ όπως είναι φυσικό αδυνατούν να καλύψουν όλες τις ειδικότητες, για το λόγο αυτό έχουν δημιουργήσει δίκτυα ιατρών που συνεργάζονται εξυπηρετώντας ασθενείς στα ιατρεία τους, και επιπλέον βρίσκονται σε συνεχή επικοινωνία μεταξύ τους (αλλά και με κάποια άλλου είδους ΚΙΦ) ώστε να μπορούν να διευκολύνουν τους εξυπηρετούμενους. Καθώς δεν μπορούν να παρέχουν δευτεροβάθμια περίθαλψη, είναι σε επαφή και με ιατρούς σε δημόσια νοσοκομεία αλλά και διαγνωστικά κέντρα οι οποίοι βοηθάνε –σε προσωπικό επίπεδο- την πρόσβαση των ασθενών στα νοσοκομεία.

Το ανθρώπινο δυναμικό των Δημοτικών ΚΙΦ είναι συνήθως δύο ταχυτήτων (δηλαδή υπάρχουν εθελοντές και έμμισθο προσωπικό). Άλλοτε χρησιμοποιούνται υπάλληλοι του δήμου και άλλοτε προσλαμβάνονται εργαζόμενοι μέσω ΜΚΟ.

«[...] έτσι κι εμείς με μια Αστική Μη Κερδοσκοπική Εταιρία κάναμε μια συνεργασία, εξασφάλισαμε το προσωπικό που χρειάζεται για το Κοινωνικό Φαρμακείο, δηλαδή έχουμε εξειδικευμένους φαρμακοποιούς, οι οποίοι και το λειτουργούν και μέρος των φαρμάκων εξασφαλίζεται μέσα από το πρόγραμμα αυτό, για τα υπόλοιπα, βασιζόμαστε στην ενεργό συμμετοχή του πολίτη ο οποίος έχει μάθει, ξέρει ότι τα φάρμακα που δε χρειάζεται θα τα φέρει εδώ γιατί τα χρειάζεται κάποιος άλλος, και στη χορηγία από εταιρείες» (ΚΙΦ Δήμου Λέσβου)

«Το ξεκινάμε λοιπόν, χωρίς έμμισθη θέση, [...]μας δίνει ένα δωμάτιο ο δήμος, απασχολούμε (μια δημοτική υπάλληλο) εντός του ωραρίου της» (ΚΙΦ Δήμου Νέας Ιωνίας)

5.7. Προβλήματα και δυσκολίες στη δημιουργία και λειτουργία των Κοινωνικών Ιατρείων – Φαρμακείων.

Με ελάχιστες εξαιρέσεις, όλα τα ΚΙΦΑ αντιμετώπισαν δυσκολίες και ενίοτε εμπόδια στην προσπάθειά τους να βρουν χώρο στέγασης της δράσης τους. Στη συνέχεια ακολουθούν προβλήματα με τις δημοτικές αρχές ή και τους ιατρικούς

συλλόγους της περιοχής, που εναντιώνονταν στο εγχείρημα, ενώ η έλλειψη πόρων περιλαμβάνεται στην πρώτη τριάδα των προβλημάτων που διατυπώνουν.

«Πρώτα απ' όλα δεν είχαμε κτήριο, αυτό ήταν το βασικό, στην αρχή είχαμε ένα πάρα πολύ μικρό δωματάκι [...] Ουσιαστικά υπολειτουργούσε το ΚΙ γιατί είχαμε τόσα πολλά φάρμακα, τόσος πολύς κόσμος, [...], Το δεύτερο, είχαμε πόλεμο από τον ιατρικό σύλλογο. Προσπάθησαν να επηρεάσουν και γιατρούς, βέβαια αυτό δεν πέρασε γιατί οι γιατροί συνεργάστηκαν με το κοινωνικό ιατρείο, [...]. Το μεγάλο κόστος των εμβολίων που προσπαθούσαμε απεγνωσμένα να βρούμε» (ΙΚΑ Πρέβεζας)

«Ανάγκες για φάρμακα που είναι σε έλλειψη. Έχουμε αντιμετωπίσει και τη δίωξη Ναρκωτικών μετά από καταγγελία. Η πρόσβαση στη δευτεροβάθμια όταν χρειάζεται για ασθενείς μας όπου είχαμε τεράστιο πρόβλημα με το έλλειμμα στην πρόσβαση. Επιπλέον οι διαγνωστικές εξετάσεις το λύνουμε με βοήθεια από ιδιώτες και διαγνωστικά κέντρα που μας προσφέρουν ένα μίνιμουμ βαθμό εξετάσεων» (ΜΚΙ Ελληνικού)

«Εκείνο που μας δυσκόλεψε πολύ ήταν να βρούμε το χώρο [...] Το ΚΙΦ άρχισε να λειτουργεί μαζί με τον Ανοιχτό Κοινωνικό χώρο τον Απρίλη του 2015 αλλά από το 2013 ψάχναμε να βρούμε χώρο. Γιατί καθυστερήσαμε; Όταν εξαρτάσαι από τον κρατικό μηχανισμό, ενσωματώνεσαι [...] Επειδή λοιπόν εμείς δε θέλαμε να ενσωματωθούμε σε αυτή τη διαδικασία, ψάξαμε μόνοι μας, και βρήκαμε αυτό το χώρο.» (ΚΙΑ Ιλίου)

« ... την εχθρότητα η οποία ήταν ιδιοτελής της πρώην δημοτικής αρχής. Ήθελε να έχουνε αυτοί (το ΚΙΦ) για να συναλλάσσονται έναντι ψήφου και έναντι πολιτικής επιρροής, να δίνεις το φάρμακο και να παίρνεις ψήφο» (ΚΙΦ Βύρωνα)

Ακόμη όμως και οι Δημοτικές δομές αντιμετώπισαν παρόμοια προβλήματα

«(πρόβλημα ήτανε) η αντίδραση των συντεχνιών. (Ιατρικός σύλλογος) Είχα στοχοποιηθεί, για ένα χρόνο πέρασα τα πάνδεινα, αλλά δεν έχει σημασία, κανείς άμα επιμένει δικαιώνεται» (ΚΙΦ Δήμου Λέσβου)

5.8. Επωφελούμενος πληθυσμός.

Τα ΚΙΦ δεν ακολουθούν ενιαία μορφή τήρησης αρχείων του επωφελούμενου πληθυσμού, η καταγραφή γίνεται είτε σε ασθενείς, είτε σε επισκέψεις είτε σε συνταγές αλλά και σε συνδυασμούς αυτών. Κατά συνέπεια τα στοιχεία που συλλέχθηκαν με την έρευνα δεν είναι ενιαία. Θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον μια διευρυμένη, διαχρονική και συστηματική συλλογή στοιχείων που θα βοηθούσε στον εντοπισμό των μεγεθών και των διακυμάνσεων. Ενδεικτικά παρατίθενται στοιχεία που δόθηκαν από τα ΚΙΦ που συμμετείχαν στην έρευνα, προκειμένου να γίνει κατανοητό το μέγεθος των ανικανοποίητων ιατροφαρμακευτικών αναγκών των πολιτών αλλά και η σημασία της δράσης όλων αυτών των υγειονομικών δομών.

Πίνακας 10 :Άτομα, επισκέψεις, συνταγές στα Κοινωνικά Ιατρεία Φαρμακεία από την ίδρυσή τους μέχρι την διεξαγωγή της έρευνας.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ΦΑ Πατήσια	-	-	-	845 άτομα			-
ΜΚΙ Ελληνικού	-	-	13.000 άτομα – 37000 επισκέψεις				-
ΚΙΦ Αθηνών	-	-	-	8.500 άτομα			-
ΚΙΑ Ιλίου	-	-	-	-	-	500 άτομα	
ΙΚΑ Περιστερίου	-	-	-	3000 άτομα			-
ΙΚΑ Πρέβεζας	3000 άτομα						
ΚΙΦ Βύρωνα	-	-	8700 άτομα				-
ΑΙ Πειραιά	--	-	-	3200 άτομα 11000 επισκέψεις			
ΚΙΦ Δήμου Λέσβου		Περίπου 2000-2200 άτομα το χρόνο με αυξητική τάση					
ΚΙΦ Δήμου Ν. Ιωνίας				1500 συνταγές			

Επιπλέον, σημαντικός αριθμός των εξυπηρετούμενων επιστρέφει στα ΚΙΦ είτε για να συνεχίσει τη θεραπεία ή την φαρμακευτική αγωγή του, είτε για κάποιο καινούργιο πρόβλημα. Αυτό δείχνει την πλήρη αποδοχή των ΚΙΦ από τους πολίτες ως δομές

ΠΦΥ και πιθανά να σχετίζεται εν μέρει και με το στόχο των ΚΙΦΑ να αλλάξουν την παραδοσιακή σχέση μεταξύ ιατρών (δομών υγείας) και ασθενών, δημιουργώντας ισότιμες σχέσεις κατανόησης και εμπιστοσύνης με τους ασθενείς.

«Περίπου το 80% (επιστρέφει). Τώρα πια ξέρουμε σχεδόν όλους (τους ασθενείς) είμαστε γνωστοί» (ΙΚΑ Πρέβεζας)

«Υπάρχει ποσοστό που επιστρέφει. Δε το βλέπουμε με τη σχέση ιατρού και ασθενή - μακριά από μας- κοιτάμε να εντάξουμε τους ασθενείς να συμμετέχουν στη διαδικασία της θεραπείας.» (ΚΑΙ Ιλίου)

«Η πλειοψηφία επανέρχεται, έχουμε καταρχήν χρονίως πάσχοντες που τους παρακολουθούμε κανονικά [...] Και επίσης έχουμε μια σειρά ασθενείς που ήρθαν για κάποιο λόγο εδώ και μετά είχαν ένα πρόβλημα άλλο και έρχονται σε μια άλλη ειδικότητα» (ΜΚΙ Ελληνικού)

5.8.1. Κοινωνικό οικονομικό και υγειονομικό προφίλ

Τα άτομα που επισκέπτονται τα ΚΙΦ παρουσιάζουν σίγουρα ένα συγκεκριμένο κοινωνικό - οικονομικό προφίλ το οποίο αποτελεί και προϋπόθεση για την εξυπηρέτησή τους. Ωστόσο, στο πέρασμα των χρόνων παρατηρούνται αλλαγές που δείχνουν ξεκάθαρα τις επιπτώσεις της οικονομικής ύφεσης στην υγεία των πολιτών. Από την άλλη, το υγειονομικό προφίλ δεν φαίνεται να αλλάζει εκτός από μια αύξηση των ψυχολογικών διαταραχών.

Σχεδόν σε όλα τα ΚΙΦΑ έχουμε μια σταδιακή αλλαγή των ποσοστών μεταναστών – Ελλήνων με σημαντική αύξηση των δευτέρων. Ηλικιακά η πλειοψηφία των επισκεπτών είναι άνω των 45 ετών αλλά και οικογένειες με παιδιά. Αυτό εξηγείται αφενός εξαιτίας της φυσιολογικά αυξημένης νοσηρότητας των ηλικιών αυτών και αφετέρου λόγω των σκληρών συνταξιοδοτικών και ασφαλιστικών μέτρων της μνημονιακής πολιτικής, που δυσχεραίνουν σημαντικά την οικονομική ικανότητα των συνταξιούχων. Το κοινωνικό-οικονομικό προφίλ των χρηστών των ΚΙΦΑ περιλαμβάνει ελεύθερους επαγγελματίες που χάσανε την ασφάλισή τους, μετανάστες

και πρόσφυγες, χαμηλοσυνταξιούχους, μακροχρόνια άνεργους αλλά και περιθωριακές ομάδες (άστεγους, εξαρτημένους κ.τ.λ.).

«Στην αρχή το 70% ήταν πρόσφυγες και μετανάστες, στην πορεία όμως και όσο η κρίση άρχισε και μεγάλωνε, άλλαξε το ποσοστό και τώρα έχουμε περισσότερους Έλληνες και λιγότερους μετανάστες. Οι περισσότεροι είναι άνεργοι, δεν υπάρχει ηλικία και είχαμε και πάρα πολλά παιδιά με το πρόβλημα των εμβολίων [...]» (ΙΚΑ Πρέβεζας)

«Πάρα πολλοί είναι οι ανασφάλιστοι όμως υπάρχουν και οι ασφαλισμένοι δηλαδή μικροσυνταξιούχοι, ένας που δουλεύει και παίρνει 400 ευρώ το μήνα δε μπορεί να ανταποκριθεί και στα φάρμακα. Ηλικιακά η μεγάλη πλειοψηφία είναι από 45 και πάνω. Επίσης αρκετά παιδιά, πέρσι είχαμε λειτουργήσει και παιδιατρικό ιατρό εδώ μέσα» (ΦΑ Πατήσια)

«Στην αρχή οι περισσότεροι ήτανε αλλοδαποί, [...]Περισσότεροι πλέον είναι οι ασφαλισμένοι- ανασφάλιστοι, οι άνθρωποι που είχανε δουλειά, είχανε βιβλιάρια υγείας, και πλέον, και άνεργοι να μην είναι εργάζονται μαύρα. Έχει πολύ δε αυξηθεί ο αριθμός των ελεύθερων επαγγελματιών.[...]» (ΑΙ Πειραιά)

Όσον αφορά το υγειονομικό προφίλ, χωρίς να μπορούμε να δώσουμε ακριβή στοιχεία ωστόσο ένα μεγάλο ποσοστό έχουν χρόνιες παθήσεις, και χρειάζονται τακτική παρακολούθηση και συνεχή φαρμακευτική αγωγή, ενώ μεγάλος είναι ο αριθμός των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

«Στο πρόβλημα της ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουμε θέμα. Και όλο και περισσότεροι είναι οι ασθενείς που χρειάζονται τέτοια υποστήριξη» (ΑΙ Πειραιά)

Τα Δημοτικά ΚΙΦ παρουσιάζουν κάποιες διαφοροποιήσεις από τα ΚΙΦΑ και στους πολίτες που τα επισκέπτονται. Από το οικονομικό-κοινωνικό προφίλ του επωφελούμενου πληθυσμού απουσιάζουν τα ψηλά ποσοστά μεταναστών κι αυτό γιατί εξυπηρετούν κατά βάση τους δημότες τους, ενώ ούτε εδώ μπορούν να αναφερθούν σε συγκεκριμένο υγειονομικό προφίλ.

5.8.2. Κριτήρια επιλογής επωφελομένων.

Με μια πρώτη ματιά τα ΚΙΦ είναι υγειονομικές δομές που παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ σε όσους δεν έχουν πρόσβαση στην δωρεάν υγειονομική κάλυψη και κατά συνέπεια θα έπρεπε να χρησιμοποιούνται ορισμένα κριτήρια επιλογής των «ασθενών» προκειμένου να αποφευχθεί η «σπατάλη» πόρων (χρόνος και υλικά) από τη χρησιμοποίηση των δομών από άτομα που θα μπορούσαν να εξυπηρετηθούν από το δημόσιο. Και σε αυτό τον τομέα τα ΚΙΦΑ δεν ακολουθούν όλα τον ίδιο τρόπο λειτουργίας, ορισμένα κάνουν έλεγχο ή ζητάνε αποδεικτικά έγγραφα (ανεργίας, απορίας κ.ο.κ) και άλλα όχι.

«Για να πάρεις (φάρμακα) πρέπει να φέρεις την ιδιότητα του άνεργου μαζί και του άπορου γι' αυτό και ζητάμε να έχει κάρτα του ΟΑΕΔ και να υπάρχει και εκκαθαριστικό της εφορίας, [...] αυτό δε σημαίνει ότι κάνουμε τον ανακριτή, την αστυνομία ή τον γραφειοκράτη, [...] παίρνουμε κάποια μέτρα, [...] για να προστατεύσουμε την αξιοπιστία της πρωτοβουλίας μας [...] με τρόπο που ανταποκρίνεται στην ευαισθησία που πρέπει να έχεις απέναντι σε ένα άνθρωπο» (ΚΙΦ Βύρωνα)

«Δε δίνεται φάρμακο χωρίς συνταγή γιατρού. Όλα τα άλλα είναι υπό συζήτηση.» (ΦΑ Πατησίων)

«Με το άνοιγμα της καρτέλας ασθενούς κάνουμε και έναν έλεγχο -άνεργος, ανασφάλιστος, άπορος- αυτό το κάνουμε γιατί είναι πεπερασμένες οι δυνατότητες εξυπηρέτησης και αν πάρουμε αυτούς που μπορούν να εξυπηρετηθούν αλλού μπορεί να μη δούμε αυτούς που δεν έχουν άλλη δυνατότητα. Στα φάρμακα εξυπηρετούμε και κάποιους χαμηλοσυνταξιούχους πάλι μετά από έλεγχο» (ΜΚΙ Ελληνικού) .

«Αυτό μας έχει προβληματίσει πάρα πολύ αν θα έπρεπε να έχουμε μια τυπική διαδικασία υποδοχής του κόσμου αυτού. Αυτή η τυπική διαδικασία, αν ο άλλος είναι άστεγος τι πρέπει να του πω εγώ, να μου φέρει το εκκαθαριστικό της εφορίας; [...] Μέσα σε αυτούς μπορεί να μπουν και πέντε οι οποίοι δε μπορούν να περιμένουν την ουρά και λένε να εκεί θα βρω πιο εύκολα το γιατρό, θα πάω εκεί, μπορεί να υπάρχει ένα μικρό ελάχιστο ποσοστό (λαθρεπιβίβασης). [...] Αποφασίσαμε να μη βάλουμε κριτήρια, εξαιτίας και της ιδιαιτερότητας του κόσμου που έχουμε [...], δεν έχει μια

επιβάρυνση για εμάς όπως όταν πας σε νοσοκομείο, εμείς του δίνουμε ελάχιστα πράγματα [...] και λειτουργούμε καλά »(ΚΙΦ Αθήνας)

«Όσοι άνθρωποι έρχονται εδώ ασφαλισμένοι και ανασφάλιστοι τους βλέπουμε όλους. Κανένα κριτήριο [...]» (ΚΑΙ Ιλίου)

Από την πλευρά τους τα Δημοτικά ΚΙΦ έχουν αυστηρά κριτήρια και έχουν και τον τρόπο να γνωρίζουν και να ελέγχουν τις διάφορες περιπτώσεις μέσω των υπηρεσιών του Δήμου.

«Επειδή οι δήμοι δίνουν τα βιβλιάρια απορίας, άρα καταρχήν ξέρω τους άπορους οι οποίοι δικαιούνται φάρμακα από τα νοσοκομεία τα οποία δεν έχουν να τους δώσουνε, από την άλλη όσοι δεν μπορούσαν να πάρουν βιβλιάριο απορίας, γιατί είχαν πιο ψηλά εισοδήματα τους δίνουμε μια κάρτα –οπότε αυτοί είναι οι ανασφάλιστοι. Επίσης σε επαφή με τον ΟΑΕΔ ξέρουμε και τους άνεργους.» (ΚΦ Δήμου Ν. Ιωνίας)

«προβλέπονται εισοδηματικά κριτήρια, η κοινωνική εκτίμηση, που υπάρχει από μια κοινωνική λειτουργό και βεβαίως τα οικογενειακά [...] (ζητάμε ο επωφελούμενος) να είναι ανασφάλιστος, και να είναι σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες» (ΚΙΦ Δήμου Λέσβου)

5.8.3. Προσδοκίες και απαιτήσεις επωφελούμενων

Πολλοί από τους εξυπηρετούμενους φαίνεται να μην γνωρίζουν ακριβώς το καθεστώς λειτουργίας των ΚΙΦΑ και αντιμετωπίζουν τις δομές σαν κρατικές και τους εθελοντές ως δημόσιους λειτουργούς. Ως αποτέλεσμα μερικές φορές υπάρχουν παράλογες απαιτήσεις. Οι προσδοκίες των ατόμων που επισκέπτονται τα ΚΙΦΑ ποικίλουν όπως και οι άνθρωποι και οι ασθένειες. Όλα τα ΚΙΦΑ που συμμετείχαν στην έρευνα συμφωνούν ότι αυτό που χρειάζονται όλοι αυτοί οι άνθρωποι εκτός από την υγειονομική φροντίδα είναι η επανάκτηση της αξιοπρέπειάς τους.

«Αυτό που με την κρίση έχει συμβεί είναι σε πάρα πολλούς ανθρώπους δεν έχουν πάρει μόνο την υγεία τους, έχουν πάρει και τη ζωή τους, αλλά κυρίως τους έχουσε πάρει την

αξιοπρέπεια τους και εμείς αυτό που πρώτα θέλουμε να δώσουμε εδώ είναι η αξιοπρέπεια γιατί θεωρούμε ότι είναι το πιο σπουδαίο φάρμακο». (ΜΚΙ Ελληνικού)

«Ανάγκες και προσδοκίες ποικίλουν από τη φύση των προβλημάτων. Ο κόσμος μπορεί να ζητήσει τα πάντα. Εμείς ξεκαθαρίζουμε ότι δεν είμαστε κέντρο πρώτων βοηθειών για να είμαστε 24 ώρες εδώ, αλλά κάνουμε ότι μπορούμε για να αντιμετωπίσουμε όσα περισσότερα προβλήματα μπορούμε.» (ΙΚΑ. Περιστερίου)

5.9. Σχέσεις των Κοινωνικών Ιατρείων - Φαρμακείων με άλλες δομές υγειονομικές και μη.

Σχεδόν η πλειοψηφία των ΚΙΦΑ επισημαίνει μια ανεπίσημη συνεργασία με δομές του ΕΣΥ κυρίως σε προσωπικό επίπεδο μέσω ατόμων – ιατρών. Οι συνεργασίες αυτές είναι απαραίτητες ιδιαίτερα για την παραπομπή ασθενών σε δευτεροβάθμια περίθαλψη καθώς επίσης και για τη διεξαγωγή διαγνωστικών εξετάσεων που δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν στα ΚΙΦΑ. Ταυτόχρονα, όλα τα ΚΙΦΑ αμφισβητούν τις κρατικές πολιτικές διεκδικώντας μαζί με τους ασθενείς το δικαίωμα σε δωρεάν, αποτελεσματική υγειονομική φροντίδα σε όλους.

«(Οι σχέσεις με το ΕΣΥ) Αγάπης και μίσους. Έχουμε περάσει φάσεις μεγάλης αντιπαράθεσης γιατί είναι μέσα στις αρχές μας η διεκδίκηση το αναφαίρετο δικαίωμα στη ζωή και την υγεία. Με νοσοκομεία επίσης, όμως έχουμε συνεργαστεί με κρατικές δομές υγείας. (π.χ. Σωτηρία) η κοινωνική υπηρεσία του Μεταζά έχει βοηθήσει πάρα πολλούς ασθενείς. Δίνουμε φάρμακα σε δημόσιες δομές υγείας» (ΜΚΙ Ελληνικού) .

Ορισμένα ΚΙΦΑ διατηρούν ιδιαίτερες σχέσεις με την τοπική αυτοδιοίκηση, σε μερικά ο Δήμος στάθηκε αρωγός και σε άλλα αντίπαλος. Κατά συνέπεια το γεγονός ότι τα ΚΙΦΑ δημιουργούνται σε τοπικό επίπεδο δε είναι απόρροια συμπαράστασης – συνεργασίας των δήμων, αλλά περισσότερο αποτέλεσμα μιας γενικότερης οπτικής απέναντι στην υγειονομική φροντίδα, που περιλαμβάνει μικρές, αποκεντρωμένες, προσιτές σε όλους τους πολίτες δομές.

Οι σχέσεις των ΚΙΦΑ με τον κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα είναι από εξαιρετικά περιορισμένες έως μηδενικές. Σε κάθε περίπτωση δε συνεργάζονται επίσημα με τον ιδιωτικό τομέα (δεν αναφερόμαστε σε ιδιώτες ιατρούς) και αν αυτό γίνει, πραγματοποιείται με όρους που βάζουν τα ίδια τα ΚΙΦΑ, όπως η απαγόρευση οποιασδήποτε διαφημιστικής χρήσης της συνεργασίας.

«Ούτε να ακούσουμε (για τον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα) . Αυτό είναι έξω από τα πιστεύω μας. Τόσο πολύ που ενδεχομένως μερικές φορές να είμαστε υπερβολικοί. Είμαστε πάρα πολύ προσεκτικοί στο να έχουμε συνεργασίες με τον ιδιωτικό τομέα» (ΚΙΦ Αθήνας) .

«Οποιαδήποτε συνεργασία μπορεί να υπάρξει (με τον ιδιωτικό τομέα) μπαίνει με όρος που βάζουμε εμείς. Και οι όροι είναι δωρεάν και χωρίς διαφήμιση -και υπήρξαν περιπτώσεις π.χ. βρεφικά γάλατα-» (ΙΚΑ Περιστερίου)

Αρνητική είναι η στάση των περισσότερων ΚΙΦΑ και στη συνεργασία με τα ΚΙΦ των ΜΚΟ, των δήμων ή της εκκλησίας. Ωστόσο αποδέχονται κάποιες εξαιρέσεις όπως οι Γιατροί του Κόσμου με τους οποίους και συνεργάζονται. Ενώ επισημαίνουν δε θα αρνηθούν την βοήθεια σε κανέναν αν τους ζητηθεί.

« έχουμε στάση απόρριψης για τις ΜΚΟ[...] είναι προπομπός ιδιωτικοποίησης του κρατικού τομέα» (ΚΙΦ .Βύρωνα)

«εμείς κοιτάμε όχι μόνο να παράσχουμε βοήθεια στην υγεία των ανθρώπων που έρχονται εδώ, αλλά να τους κινητοποιήσουμε και κοινωνικά , η εκκλησία θέλει να τους κοιμίσει.» (ΚΙΑ Ιλίου)

«Μιλάμε με όλους αλλά δε συνεργαζόμαστε. Υπάρχουν συγκεκριμένες ΜΚΟ τις οποίες έχουμε αποδεχτεί και στο πλαίσιο του συντονιστικού μας. Με αυτές συνεργαζόμαστε με χαρά» (ΙΚΑ Περιστερίου)

Οι μεταξύ τους σχέσεις είναι σε πολύ καλό επίπεδο. Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα Κοινωνικά Ιατρεία Φαρμακεία Αλληλεγγύης έχουν δημιουργήσει πανελλαδικό συντονιστικό και κάνουν εδώ και αρκετά χρόνια συναντήσεις στις οποίες

ανταλλάσσουν εμπειρίες, προτάσεις και προβληματισμούς και επιδιώκουν τον από κοινού σχεδιασμό της δράσης τους⁶⁴.

«Συνεργασία και Συντονισμός ΚΙΦΑ Υπάρχει και Πανελλαδικά. Μετά τα πρώτα (ΚΙΦΑ) βγήκε η ανάγκη ανταλλαγών εμπειρίες. Έγινε μια πρώτη πανελλαδική στη Θεσσαλονίκη και άλλες 2 στην Αθήνα. Στη 2^η πανελλαδική έγινε ένα συντονιστικό με 14 δομές της Αττικής που λειτουργεί με εκπροσώπους σε τακτική βάση . Με όλα αυτά τα Ιατρεία έχει αναπτυχθεί ένα σύστημα ανταλλαγών εμπειριών και υλικών. Γεγονός σημαντικό για το έργο μας» (ΜΚΙ Ελληνικού)

Εκτός από το Συντονιστικό συνεργάζονται για την κάλυψη ιατροφαρμακευτικών αναγκών, και έχουν δημιουργήσει ένα δίκτυο επικοινωνίας προκειμένου να εντοπίζονται φάρμακα αλλά και ιατρικές ειδικότητες που είναι διαθέσιμες. Ήδη υπάρχει μια ηλεκτρονική μηχανή αναζήτησης φαρμάκων για ανασφάλιστους πολίτες που δημιουργήθηκε από το ΚΙΦ Κατερίνης⁶⁵ ενώ αυτό το διάστημα το Κοινωνικό Ιατρείο της Συνέλευσης της πλατείας Βικτωρίας είναι στη διαδικασία διαμόρφωσης μιας ακόμη διαδικτυακής πλατφόρμας μέσω της οποίας θα μπορεί να αναζητηθεί διαθέσιμος ιατρός ή φάρμακο.

Τέλος όλα τα ΚΙΦΑ διατηρούν επαφές με άλλες μη υγειονομικές κοινωνικές δομές, στο πλαίσιο της αλληλεγγύης και των κινηματικών διαδικασιών. Κάποια συμμετέχουν σε, ή έχουν δημιουργήσει, δομές τροφής, ψυχαγωγίας, ανταλλαγής προϊόντων υπηρεσιών κ.τ.λ.

«Κάνουμε πάρα πολλά. Πέρα από την τροφή, έχουμε μια ομάδα θεατρικού παιχνιδιού και εμπύχωσης...γενικώς έχουμε δουλέψει και σε άλλα κομμάτια πέρα από το ιατρείο.» (ΙΚΑ Πρέβεζας)

«Έχουμε κινηματική συνεργασία με το «Απελάστε το ρατσισμό» σε τέτοια κατεύθυνση κινείται η συνεργασία μας και η δραστηριοποίησή μας» (ΑΙ Πειραιά) .

⁶⁴ Στο Παράρτημα Δ επισυνάπτεται το κείμενο των αποφάσεων από το τελευταίο συντονιστικό των ΚΙΦΑ

⁶⁵ http://amazonsday.blogspot.gr/p/blog-page_253.html

Τα Δημοτικά ΚΙΦ όπως προαναφέρθηκε δε λειτουργούν όλα με τον ίδιο τρόπο. Υπάρχουν δομές που συνεργάζονται με όλους (ΜΚΟ, Χορηγούς, ΕΕ) και άλλες που περιορίζονται στα στενά πλαίσια του Δήμου και των άλλων ΚΙΦ. Μια συμφωνία φαίνεται να υπάρχει όσον αφορά τις περιορισμένες (αλλά όχι ανύπαρκτες) σχέσεις με τον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα. Τέλος στο ζήτημα των σχέσεων με άλλες δομές, τα Δημοτικά ΚΙΦ συνήθως συνεργάζονται στενά με άλλες δομές – κοινωνικές υπηρεσίες των Δήμων (π.χ. Κοινωνικά Παντοπωλεία, Φροντιστήρια, κ.τ.λ.)

5.10. Ο ρόλος των Κοινωνικών Ιατρείων - Φαρμακείων στο υγειονομικό σύστημα.

Όταν ζητήθηκε από τα ΚΙΦ να περιγράψουν τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται την υγειονομική φροντίδα όλοι συμφώνησαν στη δημόσια, δωρεάν, αποτελεσματική και αξιοπρεπή υγειονομική φροντίδα σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διακρίσεις. Υποστηρίζουν την υγεία ως κοινωνικό δικαίωμα και κοινωνικό αγαθό και εναποθέτουν μέρος της ευθύνης για την υφιστάμενη κατάσταση του συστήματος υγείας στον νεοφιλελευθερισμό, τον καπιταλισμό και την εμπορευματοποίηση της υγείας. Ο ρόλος που έχουν τα ΚΙΦ στην Ελλάδα σήμερα, σχετίζεται άμεσα με το υγειονομικό σύστημα της χώρας αλλά και την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, καθώς αυτές είναι και οι αιτίες εμφάνισής τους.

Τα ΚΙΦΑ από τη μια πλευρά αποτελούν «σύμμαχο» του κράτους καθώς βοηθάνε στην άμβλυνση των οξυμμένων υγειονομικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει η χώρα, αναλαμβάνοντας την υγειονομική κάλυψη ενός μέρους της κοινωνίας το οποίο έχει βρεθεί εκτός ΕΣΥ, λειτουργώντας συμπληρωματικά σε αυτό και από την άλλη βρίσκονται απέναντι σε κάθε κυβερνητική απόφαση και πράξη που υποβαθμίζει περαιτέρω την δημόσια υγεία. Κατά συνέπεια τα ΚΙΦΑ αυτοπροσδιορίζονται ως δομές που στοχεύουν σε ένα πρώτο επίπεδο στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και σε ένα δεύτερο στην αντίσταση και την κοινωνική αλλαγή.

«Βασικό είναι το κινηματικό υπόστρωμα αυτών των δομών. Να κινητοποιηθεί ο κόσμος να διεκδικήσει τα δικαιώματα τους στην υγεία. Το αγαθό της υγείας είναι ένα

αγαθό το οποίο δεν πληρώνετε είναι υποχρέωση του κράτους να την παρέχει δωρεάν σε όλους χωρίς διακρίσεις» (ΦΑ Πατήσια)

Τα ΚΙΦΑ στην πλειοψηφία τους δεν αποδέχονται τον χαρακτηρισμό τους ως εναλλακτικές δομές ΠΦΥ και δε δέχονται ότι υποκαθιστούν τις δημόσιες δομές, κυρίως γιατί υποστηρίζουν ότι αυτή δεν είναι δουλειά εθελοντών αλλά του κράτους. Θεωρούν την ύπαρξη και τη λειτουργία τους «αναγκαίο κακό» και απώτερος τους στόχος, είναι να μην έχουν λόγο ύπαρξης και κατά συνέπεια να διαλυθούν. Αυτός είναι ο λόγος που δεν αποβλέπουν απλά στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε όσους έχουν ανάγκη, αλλά ταυτόχρονα οργανώνονται, αντιδρούν, διεκδικούν και απαιτούν από το κράτος και το εθνικό σύστημα υγείας να αναλάβει τις ευθύνες του.

«Αναγκάστηκαν να είναι (εναλλακτικές δομές ΠΦΥ) δε θα έπρεπε να υπάρχουν. Η φιλοσοφία της ίδρυσής τους είναι να αυτοκαταργηθούν. Δε χρειάζεται εμείς να παίζουμε αυτό το ρόλο» (ΑΙ Πειραιά)

Ωστόσο σε ορισμένα ΚΙΦΑ γίνεται αποδεκτός ο όρος «εναλλακτικές δομές» αλλά με τη ματιά της διαφορετικής προσέγγισης της υγείας.

«...θα το δεχόμουν μόνο αν ήταν ενταγμένα σε ένα δημόσιο σύστημα υγείας, με την έννοια της διαφορετικής προσέγγισης, πιο ανθρωποκεντρικής, (τα ΚΙΦ) δουλεύουν με έναν άλλο τρόπο. Όχι όμως παράλληλα να υποκαταστήσουν. Μέσα στο δημόσιο σύστημα δε θα ήταν άσχημα να υπήρχε αυτή η αυτοοργάνωση όλο αυτό που έχουμε ζήσει σαν εμπειρία, η αυτοδιαχείριση, η δημοκρατία στη λειτουργία, σα μοντέλο λειτουργίας εναλλακτικό στο κυρίαρχο [...]» (ΙΚΑ Πρέβεζας)

Εκτός όμως από την παροχή υπηρεσιών και την διεκδίκηση του δικαιώματος υγείας, τα ΚΙΦΑ έχουν ρόλο και στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας της χώρας, καθώς συμμετέχουν με εκπροσώπους, εδώ και ένα χρόνο σε επιτροπές και ομάδες που σχεδιάζουν διάφορες εγκυκλίους για το Υπουργείο Υγείας⁶⁶. Η αλήθεια είναι ότι δεν

⁶⁶ Το ζήτημα της συμμετοχής των ΚΙΦΑ στις επιτροπές, αλλά και οι προτάσεις της κυβέρνησης για συνεργασία, δημιούργησε ρήξη στους κόλπους τους, καθώς μέρος αυτών υποστηρίζει ότι η

έχουν συνυπογράψει τις εκάστοτε αποφάσεις όμως συμμετέχουν μεταφέροντας τις απόψεις και τις εμπειρίες τους και τα αιτήματά τους. Κατά συνέπεια ο ρόλος τους στην διαμόρφωση της πολιτικής υγείας της χώρας μπορεί να είναι κυρίως συμβουλευτικός, βοηθητικός.

«Τον Φλεβάρη τα ΚΙΦΑ συναντήθηκαν με τον αναπληρωτή Υπ. Υγείας ως συνέπεια ο Υπουργός κάλεσε τα ΚΙΦΑ να συμμετέχουν με εκπρόσωπο σε μια ομάδα εργασία του Υπουργείου που επεξεργάστηκε μια απόφαση του Υπουργείου.. Το ίδιο έχει γίνει με την περιφέρεια Αττικής (περιφερειακό συμβούλιο – γνωμοδοτικό όργανο). Όπου κι εκεί έχουμε αντιπροσώπους. Όποτε μας δίνεται η ευκαιρία λέμε τη γνώμη μας. Στην ομάδα εργασία του Υπουργείου δε συνυπογράψαμε το κείμενο των συμπερασμάτων αλλά είπαμε ότι θα προωθήσουμε τις ιδέες μας και θα συνεχίσουμε τη διεκδίκηση.» (ΙΚΑ Περιστερίου)

«Ήδη συμμετείχαμε σε μια επιτροπή διαμόρφωσης μιας εγκυκλίου για τους ανασφάλιστους. Καταθέτουμε τις γνώμες μας και είμαστε ανοιχτοί σε όποιον θέλει να λύσει το πρόβλημα. Δε συνυπογράφουμε γιατί εμείς θέλουμε περισσότερα και δε μας καλύπτει αυτά που λέει και το σημερινό υπουργείο. Δε θέλουμε να γίνουμε κρατική δομή ούτε να παίζουμε αυτό το ρόλο» (ΜΚΙ Ελληνικού)

«Η πείρα μας , η γνώση μας, οι προτάσεις μας, γιατί μπορούμε καλύτερα από οποιαδήποτε άλλη μορφή δομής να πούμε τι είναι αυτό που συμβαίνει» (ΑΙ Πειραιά)

Απ' την οπτική των Δημοτικών ΚΙΦ ο ρόλος τους είναι καθαρά ρόλος υποκατάστασης, (αν και δε θα έπρεπε) αναλαμβάνοντας τη δουλειά του κράτους, χωρίς ωστόσο να παραβλέπεται και ένας ρόλος πίεσης προς την κατεύθυνση της δωρεάν δημόσιας υγείας.

«Ακριβώς επειδή υπήρξε η ανάγκη, εμείς ως δήμος δεν μπορούσαμε να σφυρίζουμε κλέφτικα, πήραμε την ανάγκη αυτή στις πλάτες, και μοναχοί μας με την πολύτιμη

πρόσκληση συμμετοχής αποτελεί προσπάθεια χειραγώγησης των ΚΙΦΑ από την κυβέρνηση με στόχο την χρησιμοποίησή τους ως συμπληρωματικά εργαλεία του υγειονομικού συστήματος.

βοήθεια των εθελοντών που έχουμε, και με το ότι καταφέραμε να συνεγείρουμε την κοινωνία σε αυτό το σκοπό, υποκαταστήσαμε το κράτος.» (ΚΙΦ Δήμου Λέσβου)

«Χρειάζεται να ζορίσουμε το κράτος να δώσει πίσω αυτά που χρωστάει» (ΚΦ Δήμου Νέας Ιωνίας)

5.11. Το μέλλον των Κοινωνικών Ιατρείων - Φαρμακείων

Όπως προαναφέρθηκε ο κοινός στόχος όλων των ΚΙΦ που πήραν μέρος στην έρευνα είναι η διάλυση τους όταν θα καταργηθεί ο λόγος ύπαρξής τους δηλαδή τα εμπόδια της πρόσβασης εκατομμυρίων πολιτών στη δημόσια υγειονομική φροντίδα. Ωστόσο παρά τις συνεχείς εξελίξεις στο υγειονομικό σύστημα και τις εγκυκλίους που ψηφίζονται για τους ανασφάλιστους και την πρόσβασή τους στο ΕΣΥ, μέχρι στιγμής δεν έχει παρατηρηθεί μείωση στις ανάγκες.

«Για να ανακάμψει το ΕΣΥ θέλει πολύ καιρό. Εμείς όσο χρειαζόμαστε , όσο υπάρχει κόσμος με προβλήματα στην πρόσβαση εμείς θα είμαστε εδώ» (ΙΚΑ Περιστερίου)

«δυστυχώς έτσι όπως είναι η πολιτική κατάσταση στην Ελλάδα, για πάρα πολλά χρόνια αν δεν συμβεί κάτι το διαφορετικό, τα ΚΙΦ θα αυξάνονται και οι πολίτες που θα τα έχουν ανάγκη θα είναι πολλοί περισσότεροι, δυστυχώς. Δεν είναι κάτι που μας τιμά ως κοινωνία» (ΚΙΦ Δήμου Λέσβου)

«Τα ΚΙΦΑ θα βάλουν πλάτη στο σύστημα υγείας, πιστεύω ότι εμείς θα στηρίξουμε το Υπουργείο Υγείας και όχι αυτό εμάς» (ΑΙ Πειραιά)

Παρά το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ΚΙΦΑ όταν άλλαξε η κυβέρνηση υπήρξαν ελαφρώς αισιόδοξα για το μέλλον, στη συνέχεια φαίνεται αυτό να αλλάζει, καθώς οι όποιες θετικές αλλαγές είναι αποσπασματικές και περιορισμένες. Επιπλέον, κάποια ΚΙΦΑ εκφράζουν ανησυχίες για το μέλλον, προβλέποντας μια αλλαγή της στάσης της κυβέρνησης απέναντι στις μη εξαρτώμενες δομές.

«Δυστυχώς απ' ό τι φαίνεται θα είμαστε για καιρό ακόμη. Διαβλέπω ότι θα έχουμε και συγκρούσεις. Μια προσπάθεια η αλληλεγγύη να φύγει από τη μέση καθώς εμείς δε δεχόμαστε να παίζουμε το ρόλο του υποκατάστατου το οποίο θα πρέπει να παίζουνε κάποιες ΜΚΟ οπότε εκεί θα κάνουν τα αδύνατα δυνατά για να μας βγάλουν απ τη μέση. Εμείς όμως θα συνεχίσουμε. Προς το παρόν τους εξυπηρετούμε.» (ΙΚΑ Πρέβεζας)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα Κοινωνικά Ιατρεία - Φαρμακεία είναι δράσεις αλληλεγγύης ενεργών πολιτών απέναντι στην διάλυση της δημόσιας υγείας, ως επακόλουθο της οικονομικής κρίσης που πλήττει εδώ και οκτώ χρόνια την Ελλάδα. Το γεγονός ότι αυτές οι άτυπες δομές αναπτύχθηκαν στη χώρα μας ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, αποδεικνύει αφενός τη σφοδρότητα των επιπτώσεων της κρίσης σε κρίσιμους τομείς όπως η υγεία και αφετέρου επαναφέρει την άποψη ότι οι οργανώσεις και ομάδες της άτυπης ΚτΠ δραστηριοποιούνται έντονα σε περιόδους κρίσεων, όταν δηλαδή γίνεται αισθητή η ανεπάρκεια του κράτους και της αγοράς (Κάλλας, 2004) .

Τα θέματα που αναλύθηκαν στα πρώτα κεφάλαια επιχειρήσαν να σκιαγραφήσουν την κοινωνική οικονομική και υγειονομική πραγματικότητα μέσα στην οποία κάνουν την εμφάνισή τους τα ΚΙΦ αλλά και να προσδιορίσουν τη θέση τους μέσα στα πλαίσια των οργανώσεων της Κοινωνίας των Πολιτών. Η ανάλυση αυτή θεωρήθηκε ουσιαστική προκειμένου να γίνει αντιληπτή η διεύρυνση των υγειονομικών προβλημάτων αλλά και των ανισοτιμών πρόσβασης που αντιμετωπίζουν οι Έλληνες πολίτες και να διευκρινιστεί ο ρόλος της ΚτΠ στον υγειονομικό τομέα.

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε για τη διεκπεραίωση αυτής της μεταπτυχιακής διατριβής, αφενός επιβεβαιώνει την υπόθεση εργασίας ότι η ίδρυση των ΚΙΦ είναι στενά συνυφασμένη με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και αφετέρου αποσαφηνίζει εν μέρει το χαρακτήρα και τον τρόπο δημιουργίας και λειτουργίας των ΚΙΦ με έμφαση στα Κοινωνικά Ιατρεία Φαρμακεία Αλληλεγγύης που αποτελούν νέες, κινηματικές, υγειονομικές δομές με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και σημαντικό υγειονομικό και κοινωνικό έργο.

Σύμφωνα με τα κύρια ευρήματα της έρευνας, τα ΚΙΦ παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές (ακόμη και αυτά που ανήκουν στην ίδια κατηγορία). Ίσως τα μοναδικά κοινά στοιχεία σε όλες αυτές τις δομές, ανεξαρτήτως τρόπου δημιουργίας, είναι ο στόχος της παροχής δωρεάν υγειονομικής φροντίδας σε όσους μένουν εκτός του ΕΣΥ. Από κει και πέρα οι διαφορές είναι εμφανείς και σχετίζονται με τους τρόπους χρηματοδότησης και παροχής των υπηρεσιών (όπως ακριβώς και τα υγειονομικά

συστήματα) με τον τρόπο λειτουργίας αλλά και με τους έμμεσους στόχους (πολιτικούς, κοινωνικούς, οικονομικούς, κ.τ.λ.) που μπορεί να βρίσκονται πίσω από τα εγχειρήματα. Ως αποτέλεσμα, είναι εξαιρετικά δύσκολο να δημιουργηθεί κάποιο μοτίβο στην δημιουργία και την λειτουργία των ΚΙΦ πάνω στο οποίο θα μπορούσε να στηριχθεί μια ενδεχόμενη ποσοτική έρευνα. Ιδιαίτερα για τα ΚΙΦΑ, η ίδια η φύση των δομών – άτυπες, αυτοοργανωμένες, πλήρως εθελοντικές- οδηγεί σε αδιέξοδο την όποια προσπάθεια ομαδοποίησης ή ποσοτικοποίησης των δεδομένων. Ωστόσο είναι προφανές ότι όλα τα ΚΙΦΑ (σε αντίθεση με τα Δημοτικά ΚΙΦ) παρουσιάζουν έντονο πολιτικό – όχι απαραίτητα και κομματικό- χαρακτήρα.

Όλες οι πρωτοβουλίες ίδρυσης των ΚΙΦ πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (μετά το 2008) χωρίς ωστόσο να έχουν κοινό παρονομαστή αφού είναι ποικίλες, από κινήσεις ενεργών πολιτών και επαγγελματιών υγείας μέχρι ατομικές πρωτοβουλίες.

Το αξιακό πλαίσιο λειτουργίας των ΚΙΦΑ έχει ως θεμέλιο λίθο την αλληλεγγύη στο συνάνθρωπο χωρίς διακρίσεις. Τα εγχειρήματα βασίζονται στην αυτοοργάνωση, τον εθελοντισμό, και τη συλλογική δράση. Στην πλειοψηφία τους αυτοπροσδιορίζονται ως κοινωνικά κινήματα, γεγονός που επίσης αποδεικνύεται καθώς παρουσιάζουν αρκετά από τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών κινήματων για την υγεία, αμφισβητώντας τόσο την «ορθόδοξη ιατρική» και το εξουσιαστικό βιοϊατρικό μοντέλο, όσο και την εμπορευματοποίηση, την «επιστημονικοποίηση» και «ιατρικοποίηση» της υγείας.(Οικονόμου, 2008) Επιπλέον, βρίσκονται σε ένα συνεχή αγώνα διεκδίκησεων του δικαιώματος στην υγεία μαζί με τους ασθενείς τους αλλά και στο πλευρό των εργαζόμενων στη δημόσια υγεία, που βάζονται τα τελευταία χρόνια με το χειρότερο τρόπο.

Η έλλειψη τυπικής ιεραρχίας, και η συναπόφαση μέσω των γενικών συνελεύσεων, αποδεικνύουν τον διαφορετικό τρόπο λειτουργίας των ΚΙΦΑ αλλά και την διαφορετική οπτική τους για την υγειονομική φροντίδα. Με έμφαση στην άμεση δημοκρατία, την ισότητα, την ισοτιμία, όλες οι απόψεις έχουν την ίδια βαρύτητα και όλοι οι συμμετέχοντες – ακόμη και οι ασθενείς- έχουν το δικαίωμα να εκφράσουν την άποψή τους. Ωστόσο η έλλειψη νομιμοποίησης δημιουργεί προβλήματα εγκυρότητας, εμπιστοσύνης και καταλληλότητας τα οποία όμως επισκιάζονται από το μέχρι σήμερα

έργο των δομών. Εξάλλου μια νομιμοποίηση της δράσης τους μπορεί να οδηγήσει στην ενσωμάτωση και την μονιμοποίησή τους κάτι το οποίο απεύχονται.

Οι τρόποι κάλυψης των λειτουργικών αναγκών των ΚΙΦΑ ποικίλουν. Εντοπίσαμε περιπτώσεις που δεν αποδέχονται καμία οικονομική συναλλαγή, ορισμένες που έχουν συνδρομές μελών και άλλες που βασίζονται αποκλειστικά στη βοήθεια των φίλων - εθελοντών του ΚΙΦΑ. Το καθεστώς στέγασης των ΚΙΦΑ παρουσιάζει διάφορες μορφές από «φιλοξενία» σε δομές του Δήμου, ή κάποιου ιδιώτη, μέχρι ενοικίαση ή και κατάληψη χώρου. Το ιατροφαρμακευτικό υλικό όπως και ο ιατρικός εξοπλισμός είναι σχεδόν στην πλειοψηφία του από δωρεές πολιτών - και σε ορισμένες περιπτώσεις επιχειρήσεων- αν και δεν λείπουν κάποιες περιπτώσεις αγοράς φαρμάκων από τα ΚΙΦΑ. Αυτό που θα πρέπει να διευκρινιστεί είναι ότι όλα τα ΚΙΦΑ απασχολούν μόνο εθελοντικό προσωπικό σε όλες τις θέσεις, γεγονός που τα διαχωρίζει από πολλές αντίστοιχες δομές που χρησιμοποιούν έμμισθο ανθρώπινο δυναμικό.

Τα προβλήματα στη δημιουργία και λειτουργία των ΚΙΦΑ είναι σχεδόν κοινά σε όλες τις δομές. Προβλήματα εξεύρεσης χώρου, ανεπάρκεια οικονομικών πόρων, αντιδράσεις από τους ιατρικούς συλλόγους ή και τους Δήμους και φυσικά ζητήματα αδυναμίας εξυπηρέτησης υγειονομικών αναγκών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης.

Η έρευνα δε μπόρεσε να δώσει ακριβή στοιχεία για το μέγεθος του επωφελούμενου πληθυσμού. Ωστόσο όλες οι συνεντεύξεις συμφώνησαν ότι οι επωφελούμενοι παρουσιάζουν κάποια κοινά κοινωνικό –οικονομικά χαρακτηριστικά με υψηλά ποσοστά ανασφάλιστων, μακροχρόνια ανέργων και μεταναστών. Οι ηλικίες δείχνουν να ακολουθούν τη λογική της νοσηρότητας (πλειοψηφία ηλικιωμένων) ενώ στο υγειονομικό προφίλ μπορούμε να πούμε ότι επικρατούν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις που χρήζουν παρακολούθησης, ενώ από αρκετά ΚΙΦΑ επισημάνθηκε το ζήτημα της ψυχικής υγείας.

Στο θέμα των κριτηρίων επιλογής των επωφελούμενων η αντιμετώπιση από τα ΚΙΦΑ δεν είναι ενιαία καθώς ορισμένα έχουν αυστηρά κριτήρια και άλλα όχι. Σε κάθε

περίπτωση πάντως επικρατεί, ο σεβασμός και η αλληλεγγύη στον συνάνθρωπο γι' αυτό και ακόμη και εκεί που υπάρχουν κριτήρια επιλογής, υπάρχουν και εξαιρέσεις.

Οι σχέσεις των ΚΙΦΑ με αντίστοιχες δομές χαρακτηρίζονται από πολυμορφία. Υπάρχει αναγκαία συνεργασία με το δημόσιο τομέα (για τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη) η οποία γίνεται κυρίως σε προσωπικό επίπεδο μεταξύ γιατρών, ενώ αρκετές είναι οι αναφορές σε υλική βοήθεια των ΚΙΦΑ σε δημόσιες μονάδες υγείας. Με την τοπική αυτοδιοίκηση οι σχέσεις διαφέρουν από το ένα άκρο στο άλλο καθώς ορισμένα ΚΙΦΑ έχουν τη στήριξη των Δήμων και άλλα αντιμετωπίζουν προβλήματα. Εξαιρετικά επιλεκτικές σχέσεις διατηρούνται με τον ιδιωτικό τομέα και πάντα κάτω από αυστηρές προϋποθέσεις. Επιλεκτικές συνεργασίες εφαρμόζονται και στις σχέσεις τους με αντίστοιχες δομές (ΚΙΦ) από άλλους φορείς. Σε καλό επίπεδο είναι οι μεταξύ τους σχέσεις, όπου γίνονται συνεχείς ζυμώσεις, και δημιουργούνται νέα δίκτυα επικοινωνίας και συνεργασίας, ενώ η πλειοψηφία των ΚΙΦΑ διατηρεί στενές σχέσεις ή και δημιουργεί άλλες δομές κοινωνικής αλληλεγγύης.

Παρά τη μη νομική υπόσταση της φύσης τους, τα ΚΙΦΑ εκτός από την παροχή υπηρεσιών υγείας φαίνεται ότι συμμετέχουν και στη διαμόρφωση της Πολιτικής υγείας της χώρας, όχι μόνο μέσω των πολιτικών παρεμβάσεων – διεκδικήσεων υπέρ του δικαιώματος στη δωρεάν δημόσια υγεία αλλά και ανταποκρινόμενα στο κάλεσμα του Υπουργείου Υγείας για συμμετοχή τους στην πολιτική διαβούλευση. Κατά συνέπεια τα ΚΙΦΑ φαίνεται να υιοθετούν ένα πολύπλευρο ρόλο στα πλαίσια του υγειονομικού συστήματος λειτουργώντας ταυτόχρονα επικουρικά, συμβουλευτικά, αλλά και διεκδικητικά απέναντι στο κράτος.

Αν και οι δομές των ΚΙΦ παρουσιάζουν ιδιαίτερο, κοινωνικό, πολιτικό και υγειονομικό ενδιαφέρον, προς το παρόν δεν υπάρχουν επαρκείς ερευνητικές μελέτες για το αντικείμενο. Μέχρι στιγμής δύο μεταπτυχιακές διατριβές έχουν δημοσιευθεί, με θέμα τα ΚΙΦ. Η πρώτη επιχειρεί να διερευνήσει τον κινηματικό – πολιτικό χαρακτήρα των ΚΙΦ, με βιβλιογραφική ανασκόπηση του θεωρητικού υπόβαθρου και τη διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας σε εθελοντές του ΜΚΙΕλληνικού. Αν και τα αποτελέσματα της έρευνας δεν μπορούν να αποδείξουν πέραν αμφιβολιών την κινηματική υπόσταση των ΚΙΦ ωστόσο στοιχειοθετούν την ύπαρξη μιας πολιτικής –

κινηματικής διαδικασίας σε εξέλιξη⁶⁷. Η δεύτερη μελέτη έχει θέμα την ικανοποίηση των ασθενών και η έρευνα διεξάχθηκε στα ΜΚΙ Ελληνικού και ΙΚΑ Περιστερίου με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου σε αντιπροσωπευτικό δείγμα εξυπηρετούμενων. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν υψηλό βαθμό ικανοποίησης των ασθενών που χρησιμοποιούν τις δομές των ΚΙΦ⁶⁸ και σκιαγραφούν ικανοποιητικά το προφίλ των εξυπηρετούμενων.

Η συγκεκριμένη μεταπτυχιακή μελέτη έκανε μια προσπάθεια προσέγγισης του φαινομένου με την ελπίδα να συμβάλει στην έναρξη μιας συζήτησης για το ζήτημα των ΚΙΦ. Περισσότερο στοχευμένες έρευνες και με μεγαλύτερο εύρος, ίσως καταφέρουν να δώσουν πιο σαφείς απαντήσεις σε πολύπλοκα ζητήματα, όπως το ρόλο τους στα κοινωνικά κινήματα υγείας, ή στις υγειονομικές δομές τις χώρας. Είναι φανερό ότι τα ΚΙΦ δεν αποτελούν απλά «στιγμιαίες» υγειονομικές δομές αλλά είναι κομμάτι ενός ευρύτερου κινήματος αλληλεγγύης. Είναι εστίες αντίστασης στην υγειονομική και ανθρωπιστική καταστροφή που απειλεί τη χώρα μας και αξίζει να βρουν την θέση τους στην επιστημονική έρευνα.

⁶⁷ «Τα κοινωνικά ιατρεία και φαρμακεία ως νέα μορφή κοινωνικής και πολιτικής δράσης. Η περίπτωση του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού (ΜΚΙΕ)» (Κουσουλέντη, 2014)

⁶⁸ « Το Σύστημα Υγείας και ο ρόλος των Κοινωνικών Ιατρείων κατά τη διάρκεια της ελληνικής οικονομικής κρίσης. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών στο Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού και στο Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου» (Χρά, 2015)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Altanis, P., Economou, Ch., Geitona, M., Gregory, S., et. al.,(2008), “Quality in and equality of access to healthcare services- Country report for Greece”, European Commission
- Anheier, H., Carlson, L., (2001) “ Civil Society: What it is, and how to measure it”, Center for civil Society, London School of Economics, p.9-13
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., Cortes, I., (2005), “Social inequalities in the impact of Flexible Employment on Different Domains of Psychosocial Health” *Journal of Epidemiology and Community Health*”, τομ. 59, τχ. 9 σ. 761-767, στην ιστοσελίδα <http://jech.bmj.com/content/59/9/761.full.pdf+html> πρόσβαση 18/2/2015
- Buse K., Mays N., Walt G. (2005), *Making health policy*, Open University Press, Maidenhead, p. 107-108
- Economou, A., Nikolaou, A., Theodosiou, I., (2008), “Socioeconomic Status and Health Care Utilization: A study of the Effects of Low Income, Unemployment and Hours of Work on the Demand for Health Care in the European Union”, *Health Services Management Research*, 21, (1) p.40-59.
- Economou, Ch., (2012) “The performance of the Greek healthcare system and the economic adjustment programme: “Economic crisis” versus “system specific deficits driven reform”, *Κοινωνική Θεωρία – Επιθεώρηση Κοινωνικής και Πολιτικής Θεωρίας*, τευχ. 2 εκδ. Παπαζήση.
- Economou, Ch., (2012,) “The impact of the economic crisis on health care system” *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, τόμος7, τεύχος1 στην ιστοσελίδα http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file_1.Charalampos%20Economou,%20Editorial%20The%20impact%20of%20the%20economic%20crisis%20on%20health%20care%20systems.pdf πρόσβαση 2/3/2014
- Economou, Ch., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., Zafiropoulou, M., (2014), “Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population”, *Κοινωνική συνοχή και Ανάπτυξη* 9 (2), 99-115.

- Economou, Ch., (2015), Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece, WHO Regional office for Europe.
- EMCDDA, (2011), “Annual report on the state of the drugs problem in Europe”, Lisbon, November 2011 στην ιστοσελίδα <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011> πρόσβαση 12/3 2016.
- Folley, M., Edwards, B., (1996), “The Paradox of Civil Society”, *Journal of Democracy*, 7.3.1996 p.p. 38-52 στην ιστοσελίδα <http://info.worldbank.org/etools/docs/library/108361/session7k.pdf> πρόσβαση 20/2/2016
- Jenkins R. et al., (2008), “Debt, income and mental disorder in the general population”, *Psychological Medicine*, , 38: 1485-1493 στην ιστοσελίδα http://wrap.warwick.ac.uk/867/1/WRAP_Jenkins_debt_income.pdf πρόσβαση 20/2/2015
- Kaitelidou, D., Kouli, E. 2012, “Health systems and the financial crisis” *Eurohealth*, incorporating *Euro Observer* Vol. 18, No1, p.12-14 στην ιστοσελίδα http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/162959/Eurohealth_Vol-18_No-1_web.pdf?ua=1 πρόσβαση στις 12/2/2015
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., et. al., “Health effects of financial crisis: omens of the Greek tragedy”, *The Lancet*, 2011 στην ιστοσελίδα <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS01406736%2811%2961556-0.pdf> πρόσβαση 12/2/2015
- Kivimaki, M., Vahtera, J., Virtanen, M., Elovainio, M., et. al.,(2003) “Temporary Employment and Risk of Overall and cause – specific mortality” *American Journal of Epidemiology*, τομ. 158, σελ 663-668 στην ιστοσελίδα <http://aje.oxfordjournals.org/content/158/7/663.full.pdf+html> πρόσβαση 20/2/2015
- Kuruvilla, S., (2005), “CSO Participaton in Health, Research and Policy: A review of models, mechanisms and measures” στην ιστοσελίδα <http://www.odi.org/publications/139-civil-society-participation-health-research-policy-models-mechanisms-measures> πρόσβαση 20/3/2016

- Lemstra, M., Mackenbach, J., Nannapaneni, U., (2009) “High Health Care Utilization and Cost Associated with Lower Socio-Economic Status: Results from a Linked Dataset”, Canadian Journal of Public Health, τομ. 100, τχ 3, σ 180-183
 στην ιστοσελίδα [http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CEUQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FJohan Mackenbach%2Fpublication%2F26277399 High health care utilization and costs associated with lower socioeconomic status results from a linked dataset%2Flinks%2F0912f50a393074988b000000.pdf&ei=1qr0VLeNZCR7Ab5yoAg&usq=AFQjCNH5vHKKwXDrMFf3ki9EowPEwBvtQ&bvm=by.87269000,d.ZGU](http://www.google.gr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CEUQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fprofile%2FJohan%2FMackenbach%2Fpublication%2F26277399%2FHigh%2Fhealth%2Fcare%2Futilization%2Fand%2Fcosts%2Fassociated%2Fwith%2Flower%2Fsocioeconomic%2Fstatus%2Fresults%2Ffrom%2F%2Flinked%2Fdataset%2Flinks%2F0912f50a393074988b000000.pdf&ei=1qr0VLeNZCR7Ab5yoAg&usq=AFQjCNH5vHKKwXDrMFf3ki9EowPEwBvtQ&bvm=by.87269000,d.ZGU) πρόσβαση 21/2/2015
- Lundin, A., Lundberg, I., Hallsten, L., Ottosson, J., et.al.,(2009), “Unemployment and mortality—a longitudinal prospective study on selection and causation in 49321 Swedish middle-aged men” στην ιστοσελίδα <http://jech.bmj.com/content/64/01/22.full.pdf+html> πρόσβαση 20/2/2015
- Markou, A., Karamitrou, M., (2013), “The impact of Crisis on the Health of Citizens and in Healthcare: The case of Greece”, JMHM Vol 1 Issue 1
- Maynard, A., Bloor, K., (1995), “Health care reform: Informing difficult choices”. Int J Health Plann Manage, 10 (4): 247-264
- Mladovsky, Ph., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., et. al., (2012), “Policy Summary 5 – Health policy responses to the financial crisis in Europe” , World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies), στην ιστοσελίδα http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf πρόσβαση 15/3/2015
- Mladovsky, Ph., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, et. al.,(2012), “Health Policy in the Financial crisis” Eurohealth incorporating Euro Observer, Vol.18, No 1, p. 3-6. στην ιστοσελίδα http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/162959/Eurohealth_Vol-18_No-1_web.pdf?ua=1 πρόσβαση 12/2/2015
- Mossialos E., Dixon A., Figueras J., and Kutzin J. (Ed.), “Funding health care: options for Europe”, OUP 2002,
- OECD. (2001), “Citizens as partners. Information, consultation and public participation in policy-making”, OECD, Paris.

- OECD (2014) , “Health at a Glance: Europe 2014”, OECD Publishing , p. 28
- Stuckel, D., Basu, S., Suhrcke M., Coutts, A., et.al., (2009), “The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis”, *The Lancet*, 374: 315-23
- The world bank (2013), “Defining civil society” στην ιστοσελίδα <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/CSO/0,,contentMDK:20101499~menuPK:244752~pagePK:220503~piPK:220476~theSitePK:228717,00.html> πρόσβαση 20/2/2016
- The World Health Report 2000: “Health systems: improving performance”. Geneva, World Health Organization, p.p.5-9, p.p.13-17 στην ιστοσελίδα http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1 πρόσβαση 1/4/2015
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, et.al.,(2014), “Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy” World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies), στην ιστοσελίδα http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/257579/12-Summary-Economic-crisis,-health-systems-and-health-in-Europe.pdf?ua=1 πρόσβαση 15/3/2015
- Van der Zee, J., Boerma, W.G.W., and Kroneman, M.W., (2004), Healthcare systems: Understanding the stages of development, In: Jones R, Britten N, Culpepper L, et al. (eds.) *Oxford Textbook of Primary Medical Care* vol. 1., Oxford, UK: Oxford University Press. pp. 51–55
- Vlachadis, N., Kornarou, E., (2013) “Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis” . *BMJ*, 346, f1061
- Whitehead, M., Dahlgren, G, (2006) “Levelling Up (part1) : A Discussion Paper on Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health”, WHO/EURO, Copenhagen. στην ιστοσελίδα http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf πρόσβαση 28/1/2015
- WHO, (2001), “Strategic alliances. The role of civil society in health” , Civil Society Initiative – External Relation and Governing Bodies, στην ιστοσελίδα http://www.who.int/civilsociety/documents/en/alliances_en.pdf πρόσβαση 10/3/2016

- WHO, (2002), WHO and Civil Society: Linking for Better Health, στην ιστοσελίδα <http://www.who.int/civilsociety/documents/en/CSICaseStudyE.pdf> πρόσβαση 10/3/2016
- WHO, (2009) “The financial crisis and global health”, Geneva. στην ιστοσελίδα http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en.pdf πρόσβαση 10/3/2015
- WHO (2013) “Summary – Health, health systems and economic crisis in Europe, Impact and policy implications” – draft for review (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies) στην ιστοσελίδα <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2013/04/oslo-conference-on-health-systems-and-the-economic-crisis/documentation/working-documents/health,-health-systems-and-economic-crisis-in-europe-impact-and-policy-implications> πρόσβαση 5/3 2014

Ελληνική

- Ανθόπουλος, Χ., (2003), Πολιτικά κόμματα και Μη κυβερνητικές οργανώσεις, Τσάτσου, Δ., Κοντιάδη, Ξ., (επιμ.), Το μέλλον των πολιτικών κομμάτων, Αθήνα, σελ. 177-191.
- Βασιλόπουλος, Π.,(2003), Διακυβέρνηση και Κοινωνία Πολιτών – Δυο έννοιες με μέλλον στον 21^ο αιώνα, Κοινωνία Πολιτών, τχ.9, σ.13-14
- Βενιζέλος, Ευ., (2001), Οι περιπέτειες της κοινωνίας των πολιτών, Κοινωνία Πολιτών, τχ. 5, σ. 22-31.
- Γεωργιάδης, Κ. (2013), Κοινωνική Οικονομία στην Ευρώπη: Ορισμοί, εμπειρία και προοπτικές, στο Γεωργιάδης, Κ., (επιμ.), Κοινωνική Οικονομία – θεωρία, εμπειρία και προοπτικές, Εναλλακτικές εκδόσεις, Αθήνα σ.15.
- Δημητρακάκη, Χ. - Τούντας, Γ., (2013), Κοινωνικές ανισότητες όσον αφορά την υγεία στη σημερινή Ευρώπη: Πηγές δεδομένων, αποτελέσματα της ερευνητικής δραστηριότητας και προτεραιότητες της πολιτικής στο Οικονόμου, Χ. (επιμ.) Υγεία, κοινωνία και οικονομία: Ανισόμενες σχέσεις – Χάσματα ευζωίας, , Αλεξάνδρεια, Αθήνα, σ. 79-102

- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2013), Κοινωνική οικονομία και κοινωνική επιχειρηματικότητα – οδηγός για την Κοινωνική Ευρώπη, Υπηρεσία εκδόσεων Ευρωπαϊκής Ένωσης, Λουξεμβούργο
- Ζαννής, Π., (2002), Τρίτος Τομέας και Κοινωνία Πρόνοιας: Κριτική Ανάλυση των Θεωρητικών Προσεγγίσεων, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Αθήνα. σ. 35-50.
- Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών, (2011), Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα την Περίοδο του Μνημονίου, Αθήνα,
- Ιωσηφίδης, Θ., (2001), Η Μέθοδος των Focus Groups στην Κοινωνική Έρευνα: η Περίπτωση του Ερευνητικού Προγράμματος MEDACTION. Εισήγηση στο «Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο: Κοινωνικές Εξελίξεις στην Σύγχρονη Ελλάδα και Ευρώπη», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), Σύλλογος Ελλήνων Κοινωνιολόγων (ΣΕΚ). Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο
- Ιωσηφίδης, Θ., (2003), «Εισαγωγή στην Ανάλυση Δεδομένων Ποιοτικής Κοινωνικής Έρευνας», σημειώσεις, Μυτιλήνη στην ιστοσελίδα <https://benincasaresources1.files.wordpress.com/2014/09/iosifidis-simiosis-analisi.doc> πρόσβαση 28/3/2016
- Ιωσηφίδης, Θ., (2010), Το οντολογικό και επιστημολογικό πλαίσιο του κριτικού ρεαλισμού και οι ποιοτικές μέθοδοι έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες» στο Πούρκος, Μ., Δαφέρμος, Μ., (επιμ.), *Ποιοτική Έρευνα στις Κοινωνικές Επιστήμες*, εκδ. Τόπος, Αθήνα, σ.333.
- Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ (2013), Η ελληνική οικονομία και απασχόληση, Ετήσια Έκθεση 2013.Αθήνα
- Κάλλας, Γ, (2004) , Μια εμπειρική διερεύνηση της κοινωνίας πολιτών στην Ελλάδα, στο Σωτηρόπουλος, Δ.Α. (επιμ), *Η Άγνωστη Κοινωνία Πολιτών*, εκδ. Ποταμός, Αθήνα, σ. 203-233
- Κότιος, Α., Παυλίδης, Γ. (2011), *Διεθνείς Οικονομικές Κρίσεις*, εκδ. Rosili, Αθήνα, σ.21
- Κουσουλέντη, Χ., (2014), Τα κοινωνικά ιατρεία και φαρμακεία ως νέα μορφή κοινωνικής και πολιτικής δράσης. Η περίπτωση του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Αθήνα, Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, στην ιστοσελίδα

https://drive.google.com/file/d/0B9MB-ros_2DuTDdsOFdqczZhems/view

πρόσβαση 5/5/2016

- Κυριακούλιας, Π., (2012), Οι εργασιακές σχέσεις μετά το μνημόνιο – Πανόραμα της μεταρρύθμισης της εργατικής νομοθεσίας 2010-2012, Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας και Ανθρώπινου Δυναμικού (ΕΙΕΑΔ) ,Άρθρα και μελέτες, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ.,- Αθανασάκης, Κ., - Παβή, Ε., (2012), Οικονομική κρίση και υγεία – ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα, εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα, σ. 35-40
- Κυριόπουλος, Γ., Τσιάντου, Β., (2010), Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27 (5), σ 834-840.
- Λιαρόπουλος, Λ. Λ., (2007), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας , Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα σελ.202,
- Λιαρόπουλος, Λ., Λ., (2007),Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Β τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα, σελ. 142
- Μακρυδημήτρης, Α.,(2004), Σε αναζήτηση της άνοιξης της κοινωνίας πολιτών και της αποδοτικότητας της δημόσιας διοίκησης, Κοινωνία Πολιτών, τχ.10, σελ. 66-71
- Μακρυδημήτρης, Α., (2006), Κράτος και Κοινωνία των Πολιτών: ελευθερία και κοινωνική δικαιοσύνη, Μεταμεσονύκτιες εκδόσεις, Αθήνα σελ.61
- Μάνεσης, Αρ. (1996), «Η προβληματική της προστασίας των κοινωνικών δικαιωμάτων στον Ευρωπαϊκό Χώρο», στο Ίδρυμα Μαραγκοπούλου για τα δικαιώματα του ανθρώπου, *Όψεις της προστασίας των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων*, εκδ. Βιβλιοπωλείο της «Εστίας» , Αθήνα.
- Μαυρογορδάτος, Γ.Θ. (2001), Ομάδες πίεσης και Δημοκρατία, εκδ. Πατάκη, Αθήνα, σ. 111
- Μελάς, Κ., (2011), Οι σύγχρονες κρίσεις του Παγκόσμιου Χρηματοπιστωτικού Συστήματος 1974-2008 , εκδ. Λιβάνη, Αθήνα, σ.274
- Μπουρίκος, Δ., Σωτηρόπουλος, Δ.Α., (2014), Οικονομική Κρίση, Κοινωνική Πρόνοια και Κοινωνία των Πολιτών .Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους τυπικούς και άτυπους φορείς της κοινωνίας πολιτών στο χώρο της κοινωνικής αλληλεγγύης και οι νέοι περιορισμοί της κοινωνικής ιδιότητας του

- πολίτη την περίοδο 2010-2013, Παρατηρητήριο για την κρίση, ΕΛΙΑΜΕΠ, Αθήνα, σ. 29-35
- Οικονομικό επιμελητήριο της Ελλάδας (2014), «Η κρίση της Ελληνικής οικονομίας και η αντιμετώπισή της» στην ιστοσελίδα <http://www.oee.gr/publ/ecocr/ecocr.pdf> 8/12/2014) πρόσβαση 17/2/2015
 - Οικονόμου, Χ., (2006), Ανισότητες στην υγεία, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός. Θεωρητικές προσεγγίσεις και στρατηγικές επιλογές, στο Οικονόμου, Χ., Φερώνας, Α., (επιμ.), Οι εκτός των τειχών – Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός στις σύγχρονες κοινωνίες, εκδ. ΔΙΟΝΙΚΟΣ. Αθήνα, σ 313-348.
 - Οικονόμου, Χ, (2008) Υγεία και κοινωνικά κινήματα, Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη 3(1), 55-66
 - Οικονόμου Χ.,(2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports) 7, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα.
 - Οικονόμου, Χ., (2013), Ανισοτιμίες στην υγεία. Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα., στο Οικονόμου, Χ. (επιμ.)Υγεία, κοινωνία και οικονομία: Ανισοτιμες σχέσεις – Χάσματα ευζωίας, , Αλεξάνδρεια, Αθήνα, σ.19-46.
 - Οικονόμου, Χ., Σουλιώτης, Κ., (2013), Ο «Τρίτος Δρόμος» στην υγεία. Η ελληνική περίπτωση, στο Γεωργιάς, Κ., (επιμ), Κοινωνική Οικονομία, Θεωρία, Εμπειρία και Προοπτικές, Εναλλακτικές εκδόσεις Αθήνα, σ.161-178.
 - Πετράκης, Π.Ε., (2010), Η Ελληνική Οικονομία: Προκλήσεις (μέχρι το 2010), εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 684.
 - Πουλόπουλος, Κ., 2014, « Η οργάνωση Εθνική Αλληλεγγύη (1941-1947)», Πολίτες, τχ. 44, σελ.44-48
 - Πούρκος, Μ., (2010), «Η διαμάχη μεταξύ ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες» στο Πούρκος, Μ., Δαφέρμος, Μ.,(επιμ.), Ποιοτική Έρευνα στις Κοινωνικές Επιστήμες, εκδ. Τόπος, Αθήνα, σ. 153- 154
 - Πούρκος, Μ., Δαφέρμος, Μ., (2010), «Εισαγωγή – Ποιοτική έρευνα στις Κοινωνικές Επιστήμες: Θεωρητική και ιστορική οριοθέτηση του πεδίου» στο Πούρκος, Μ., Δαφέρμος, Μ. (επιμ.), Ποιοτική Έρευνα στις Κοινωνικές Επιστήμες, εκδ. Τόπος, Αθήνα, σελ.30.

- Προβόπουλος, Γ., Καπόπουλος, Π.Η.,(2001), Δυναμική του Χρηματοοικονομικού Συστήματος, εκδ. Κριτική, Αθήνα, σ.131
- Ρούκουνας, Ε. (1995), Διεθνής Προστασία των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων», στο Ίδρυμα Μαραγκοπούλου για τα δικαιώματα του ανθρώπου, εκδ. Βιβλιοπωλείων της «Εστίας», Αθήνα, σελ.18.
- Σουλιώτης, Κ., (2013), Αύξηση των δαπανών υγείας και διεύρυνση των ανισοτήτων: το ελληνικό «παράδοξο» (;) της πολιτικής υγείας, στο Οικονόμου, Χ., (επιμ.), Υγεία, κοινωνία και οικονομία: Ανισότιμες σχέσεις – Χάσματα ευζωίας, Αλεξάνδρεια, Αθήνα, σ. 125-144.
- Στασινοπούλου, Ολ., (2013), Η Διαθεσιμότητα – Κινητικότητα ως πολλαπλασιαστής κοινωνικών προβλημάτων, Εισήγηση στην Ημερίδα για τη Διαθεσιμότητα και την Κινητικότητα στο Δημόσιο στην ιστοσελίδα <http://www.epkodi.gr/site> πρόσβαση 22/2/2014
- Στυλιανίδης , Ν., (2004), Δράσεις της Κοινωνίας Πολιτών σε περιόδους κρίσης (φυσικών καταστροφών): η επιστημολογική διαδρομή ενός ερευνητικού εγχειρήματος, στο Σωτηρόπουλος Δ.Α. (επιμ.) Η Άγνωστη Κοινωνία των Πολιτών, , εκδ Ποταμός, Αθήνα, σελ. 163-202.
- Σωτηρόπουλος, Δ.Α., (2004), Τρέχουσες αντιλήψεις και ερωτήματα για την κοινωνία των πολιτών» στο Σωτηρόπουλος, Δ.Α. (επιμ.), Η Άγνωστη Κοινωνία των Πολιτών, , εκδ Ποταμός, Αθήνα, σελ. 23, 17, 117-156
- Τούντας, Γ., (2008), Υπηρεσίες Υγείας, εκδ. Οδυσσέας, Αθήνα. σ.70-72
- Τράπεζα της Ελλάδας: Έκθεση του Διοικητή έτους 2012, Αθήνα 2013
- Τράπεζα της Ελλάδας: Έκθεση του Διοικητή έτους 2014, Αθήνα 2015
- Τράπεζα της Ελλάδος 2008-2013, «Το χρονικό της μεγάλης κρίσης» στην ιστοσελίδα <http://www.bankofgreece.gr/BogEkdoseis/%CE%A4%CE%BF%20X%CF%81%CE%BF%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20M%CE%B5%CE%B3%CE%AC%CE%BB%CE%B7%CF%82%20K%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%CF%82.pdf> πρόσβαση 25/10/2014
- Τσαβαλιάς, Κ., Σίσκου, Ο., Λιαρόπουλος, Λ., (2012) «Συγκριτικές νοσοκομείων στην Ευρώπη. Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29 (2):233-239

- Υφαντόπουλος, Γ.,(2013), Κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες όσον αφορά την υγεία στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Ιστορική αναδρομή και η σημασία των οικονομικών παραγόντων και της οργάνωσης των συστημάτων υγείας, στο Οικονόμου, Χ. (επιμ.) Υγεία, κοινωνία και οικονομία: Ανισότιμες σχέσεις – Χάσματα ευζωίας, , Αλεξάνδρεια, Αθήνα, σ. 57-76
- Χρα, Ι., (2015), Το Σύστημα Υγείας και ο ρόλος των Κοινωνικών Ιατρείων κατά τη διάρκεια της ελληνικής οικονομικής κρίσης. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών στο Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού και στο Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Αθήνα, μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, στην ιστοσελίδα https://drive.google.com/file/d/0B9MB-ros_2DueTRmektuMG9BVTg/view?usp=sharing πρόσβαση 5/5/2016
- Χρυσάκης, Μ., (2010), Φτώχεια, αποστέρηση και ανισότητες στην υγεία: Προκλήσεις και πολιτικές στο Ναούμη, Μ., Παπαπέτρου, Γ., Σπυροπούλου, Ν., Φρονίμου, Ε., Χρυσάκης, Μ. (επιμ.), *Το κοινωνικό πορτρέτο της Ελλάδας*, ΕΚΚΕ, Αθήνα σ. 49-70
- Bodenheimer T., Grumbach K., (2010), Κατανοώντας την Πολιτική Υγείας. Μια κλινική προσέγγιση», Κ. Σουλιώτης, (ελληνική επιμέλεια) εκδ. Παρισιανού, Αθήνα , σ. 196
- Geller. E., (1996), Η Κοινωνία Πολιτών και οι αντίπαλοί της – συνθήκες ελευθερίας, εκδ. Παπαζήση – βιβλιοθήκη Πολιτικής Κοινωνιολογίας
- Zibechi, R., (2010), Αυτονομίες και Χειραφετήσεις – Η Λατινική Αμερική σε κίνηση, εκδ. αλάνα, σελ. 43-48.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. ΟΔΗΓΟΣ ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. ΕΠΙΣΤΟΛΗ – ΑΙΤΗΣΗ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3. «ΧΑΡΤΑ» Κοινωνικών Ιατρείων – Φαρμακείων Αλληλεγγύης.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4. ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ ΤΗΣ 5^{ης} ΣΥΝΑΝΤΗΣΗΣ ΚΙΦΑ

**Η ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΟΙ ΑΞΙΕΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ- ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ
ΠΛΑΙΣΙΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ**

A. Εισαγωγικά

1. Όσον αφορά την ίδρυση του ΚΙΦ πότε δημιουργήθηκε, από ποια πρωτοβουλία και με ποιο τρόπο (πολιτών, Δήμου, εκκλησίας, ιατρικού συλλόγου, άλλο);
2. Κατά τη γνώμη σας ποια είναι τα βασικά αίτια (κοινωνικά, οικονομικά, πολιτικά, άλλα) που οδήγησαν στην δημιουργία του ΚΙΦ;
3. Επικρατεί η άποψη ότι το σκεπτικό πίσω από τη ίδρυση των ΚΙΦ είναι η αλληλεγγύη στους συνανθρώπους μας που αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στις υγειονομικές δαπάνες. Συμφωνείτε;
4. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες του ΚΙΦ καλύπτουν κάποιους συγκεκριμένους τομείς(περιορίζονται στην πρωτοβάθμια ιατροφαρμακευτική φροντίδα) και πως γίνεται η επιλογή τους; Υπάρχει δυνατότητα προσαρμογής των παροχών αυτών σε νέες ανάγκες των πολιτών;
5. Η λειτουργία μιας υγειονομικής δομής προϋποθέτει την ύπαρξη υποδομών, υγειονομικού υλικού και φυσικά ανθρώπινου δυναμικού. Με ποιους τρόπους καλύπτονται αυτές οι λειτουργικές ανάγκες του ΚΙΦ;
6. Ποιος είναι ο αριθμός των ατόμων που απασχολεί το ΚΙΦ (καθεστώς συμμετοχής, κριτήρια επιλογής) υπάρχει ποσοτική αλλαγή από την ίδρυση του ΚΙΦ μέχρι σήμερα;

B. Δημιουργία και λειτουργία

1. Υπήρξε κάποιο πρότυπο (κάποια άλλη υγειονομική – κοινωνική δομή ή διαδικασία) στο οποίο βασίστηκε το εγχείρημα του ΚΙΦ;

2. Υπάρχει καταστατικό λειτουργίας του ΚΙΦ και με ποια διαδικασία δημιουργήθηκε;
3. Με ποια διαδικασία λαμβάνονται οι αποφάσεις για τον τρόπο λειτουργίας και δράσης του ΚΙΦ;
4. Ακολουθείται κάποια μορφή ιεραρχίας μεταξύ των μελών του ΚΙΦ και αν ναι με ποια κριτήρια; (παλαιότητα, ειδίκευσης, διάθεσης χρόνου, άλλο);
5. Θα θέλατε να μου αναφέρετε κάποια σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίσατε στη δημιουργία /λειτουργία του ΚΙΦ;

Γ. Επωφελούμενος πληθυσμός.

1. Οι πολίτες που επισκέπτονται το ΚΙΦ έχουν κάποιο συγκεκριμένο (κοινωνικό-οικονομικό-υγειονομικό) «προφίλ»; Παρατηρείται κάποια αλλαγή σε αυτό, κατά τη διάρκεια της λειτουργίας του ΚΙΦ(μετανάστες, ηλικιωμένοι, άνεργοι κ.λ.π.);
2. Ποιος είναι αριθμός των πολιτών που έχουν επισκεφτεί το ΚΙΦ από την ίδρυσή του μέχρι σήμερα; Σημειώνεται αύξηση η μείωση της προσέλευσης;
3. Χρησιμοποιείτε κριτήρια επιλογής των επωφελούμενων και αν ναι ποια είναι αυτά;
4. Ποιες είναι οι (υγειονομικές ή άλλες) ανάγκες και οι προσδοκίες των ατόμων που σας επισκέπτονται και σε ποιο βαθμό πιστεύεται ότι το ΚΙΦ ανταποκρίνεται σε αυτές;
5. Τι ποσοστό των εξυπηρετούμενων επανέρχονται στο ΚΙΦ (για συνέχεια θεραπείας – παρακολούθησης ή άλλα προβλήματα);
6. Υπάρχουν άτομα που επισκέπτονται το ΚΙΦ και στη συνέχεια παραπέμπονται σε άλλες υγειονομικές δομές ; (ποσοστό) / το ΚΙΦ μπορεί να διαδραματίσει κάποιο ρόλο στην κάλυψη των ενδεχόμενων δαπανών;

Δ. Σχέσεις του ΚΙΦ με άλλες δομές , φορείς κ.λ.π.

1. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις του ΚΙΦ με τις κρατικές υγειονομικές-κοινωνικές δομές και ειδικότερα με το Εθνικό Σύστημα Υγείας ;
2. Το γεγονός της δημιουργίας των περισσότερων ΚΙΦ σε τοπικό επίπεδο συνεπάγεται την ύπαρξη ιδιαίτερων σχέσεων με την τοπική αυτοδιοίκηση/

- κοινωνία; Και αν ναι , χρησιμοποιείται κάποιες μορφές συμμετοχικής διαδικασίας στην τοπική κοινωνία;
3. Υπάρχει κάποιου είδους συνεργασίας του ΚΙΦ με τον κερδοσκοπικό ιδιωτικό τομέα; (υγειονομικό και μη) Το ΚΙΦ βρίσκεται σε επαφή με Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και άλλα ΚΙΦ;
 4. Συνεργάζεστε με άλλες μη υγειονομικές δομές κοινωνικής αλληλεγγύης;
 5. Υπάρχουν κάποιες σχέσεις του ΚΙΦ με άλλες κοινωνικές –οικονομικές - πολιτικές δομές που θα θέλατε να αναφέρετε;

Ε. Θέση του ΚΙΦ στο υγειονομικό σύστημα.

1. Συμφωνείτε με την άποψη ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα και με ποιο τρόπο αντιλαμβάνεται το ΚΙΦ την υγειονομική φροντίδα;
2. Ποια είναι η άποψή σας για τις ανισότητες (φροντίδας, παροχών πρόσβασης) στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα;
3. Πιστεύετε ότι τα ΚΙΦ αποτελούν μια εναλλακτική δομή ΠΦΥ και γιατί;
4. Θα σας παραθέσω ορισμένες απόψεις για το ρόλο των ΚΙΦ στα πλαίσια του ελληνικού υγειονομικού συστήματος και θα ήθελα να μου πείτε κατά πόσο συμφωνείτε και γιατί. Έστω ότι το 5 δηλώνει πλήρη συμφωνία ενώ το 1 πλήρη διαφωνία. Ο ρόλος του ΚΙΦ στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα είναι:
 - **Συμπληρωματικός** (αναλαμβάνοντας την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών μιας μερίδας πολιτών που βρίσκονται αποκλεισμένοι από το ΕΣΥ)
 - **Υποκατάστασης** (αναλαμβάνοντας δράσεις και λειτουργίες που κανονικά είναι αρμοδιότητα του δημοσίου υγειονομικού τομέα)
 - **Κοινωνικής αλλαγής** (συμβάλλοντας στην αλλαγή της παροχής υγειονομικής φροντίδας στα πλαίσια της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης, αλλά και στην αλλαγή του τρόπου διεκδίκησης του δικαιώματος στην υγεία από τους πολίτες)
 - **Αντίστασης** (ερχόμενο σε σύγκρουση με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του υφιστάμενου υγειονομικού συστήματος)
5. Υπάρχει κάποιο πολιτικό – κοινωνικό αίτημα πρόταση για το υγειονομικό σύστημα που προωθεί το ΚΙΦ;

ΣΤ. Χαρακτήρας ΚΙΦ

1. Πως θα περιγράφατε το αξιακό πλαίσιο λειτουργίας του ΚΙΦ που συμμετέχετε και σε τι θεωρείτε ότι διαφέρει από αντίστοιχες δομές άλλων φορέων; (πρωτοβουλίες πολιτών, ιατρικών συλλόγων, εκκλησιαστικών φορέων, τοπικών κοινοτήτων – δήμων κ.τ.λ.)
2. Σε ποιο βαθμό οι παρακάτω έννοιες εκφράζουν το ΚΙΦ σας και γιατί; Έστω ότι το 5 δηλώνει πλήρη συμφωνία ενώ το 1 πλήρη διαφωνία.
 - φιλανθρωπία,
 - εθελοντισμός,
 - κοινωνική αλληλεγγύη,
 - συλλογική δράση,
 - κινηματική διαδικασία.
 - αυτό-οργάνωση.
 - κάτι άλλο
3. Είναι στις προθέσεις του ΚΙΦ η συμμετοχή στην διαμόρφωση της πολιτικής υγείας της χώρας και αν ναι ποιος νομίζετε ότι είναι ο ρόλος που μπορεί να διαδραματίσει;
4. Ποιο προβλέπετε να είναι το μέλλον των ΚΙΦ;
5. Θα θέλατε να προσθέσετε κάποιο σχόλιο ή πρόταση;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β. ΕΠΙΣΤΟΛΗ – ΑΙΤΗΣΗ

Αγαπητή/έ κυρία/ κύριε

Στο πλαίσιο εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας με τίτλο:

«Οικονομική κρίση και ανάπτυξη εναλλακτικών δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εκτός Εθνικού Συστήματος Υγείας: Η περίπτωση των Κοινωνικών Ιατρείων - Φαρμακείων», η οποία πρόκειται να κατατεθεί στο μεταπτυχιακό «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, διεξάγω ποιοτική έρευνα (με τη διαδικασία των συνεντεύξεων) στην οποία θα επιθυμούσα τη συμμετοχή σας.

Αντικείμενο της μελέτης αποτελεί η διερεύνηση της ανάπτυξης, της λειτουργίας και του ρόλου των Κοινωνικών Ιατρείων - Φαρμακείων στην Ελλάδα εν μέσω οικονομικής κρίσης, με απώτερο στόχο την ανάδειξη της σημαντικότητας τους ως εναλλακτικές δομές παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά και της ενδεχόμενης συμβολής τους σε μια πιο «ανθρωποκεντρική» διαμόρφωση της υγειονομικής πολιτικής της χώρας.

Το ερωτηματολόγιο δεν περιλαμβάνει προσωπικές ερωτήσεις αλλά αφορά την αποσαφήνιση της «ταυτότητας» του Ιατρείου και του αξιακού πλαισίου μέσα στο οποίο λειτουργεί. Στόχος της έρευνας είναι η συγκέντρωση πρωτογενών στοιχείων προκειμένου τα αποτελέσματα να σκιαγραφούν όσο το δυνατό καλύτερα το «φαινόμενο» των Κοινωνικών Ιατρείων- Φαρμακείων αλλά και να αναδείξουν τις όποιες διαφορές τους.

Θα παρακαλούσα την έγκριση σας για την ηχογράφηση της συνέντευξης προκειμένου να διευκολυνθεί η μετέπειτα επεξεργασία των δεδομένων. Τα δεδομένα είναι εμπιστευτικά και σας διαβεβαιώνω ότι δε θα υπάρξει καμία αναφορά σε πρόσωπα ή άλλα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα

Αναμένω την θετική απάντησή σας για περαιτέρω επικοινωνία προκειμένου να κλείσουμε κάποιο ραντεβού. Ωστόσο θα επικοινωνήσω κι εγώ μαζί σας τηλεφωνικά ή αυτοπροσώπως.

Με εκτίμηση

Πασχούλη Ηλέκτρα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ «ΧΑΡΤΑ» Κοινωνικών Ιατρικών Φαρμακείων Αλληλεγγύης.

Βασικοί τόποι-κοινές αρχές

Τα τελευταία 4 χρόνια βιώνουμε μια πολιτική που έχει επιφέρει τραγικές επιπτώσεις στη ζωή μας. Η οικονομική κρίση αποκάλυψε την κρίση αξιών και θεσμών. Η διάλυση των δημόσιων δομών φροντίδας υγείας και η μετατροπή της υγείας από κοινωνικό αγαθό σε εμπόρευμα είναι ένα από τα πολλά αποτελέσματα, ίσως το χειρότερο, της υλοποίησης των μνημονιακών πολιτικών των κυβερνήσεων των τελευταίων ετών, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της πιο σκληρής δημοσιονομικής λιτότητας που γνώρισαν οι πολίτες αυτής της χώρας. Οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία έχουν μειωθεί περισσότερο από 40% ενώ συγχρόνως περισσότερο από 3 εκατομμύρια άνθρωποι είναι ανασφάλιστοι, έχουν αποκλειστεί από οποιαδήποτε δημόσια δομή υγείας, με άμεση και μακροπρόθεσμη αρνητική επίπτωση σε όλους τους δείκτες υγείας του πληθυσμού.

Την ώρα που η κυβέρνηση των μνημονίων και της τρόικας διαλύουν το εθνικό σύστημα υγείας και τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε όλη τη χώρα, κλείνουν πρωτοβάθμιες δομές υγείας του ΕΟΠΥΥ, σφραγίζουν νοσοκομεία, συγχωνεύουν κλινικές, απολύουν γιατρούς, νοσηλευτές και εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, την ώρα που αποδομούν τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, πρόληψης και ψυχικής υγείας, εμείς, ενεργοί πολίτες οργανώνουμε τις αντιστάσεις μας.

Οργανώνουμε την καθημερινότητά μας, δημιουργώντας δομές αλληλεγγύης για τη στήριξη και την ανακούφιση όλων όσων έχουν ανάγκη. Δημιουργούμε εστίες αντίστασης απέναντι στη διάλυση του κοινωνικού κράτους που επιβάλλουν οι μνημονιακές πολιτικές.

Αγωνιζόμαστε μαζί με την κοινωνία που μας έχει αγκαλιάσει για την ανατροπή αυτών των πολιτικών, για να υπάρξει ένα δωρεάν δημόσιο, και καθολικό σύστημα υγείας που να υπηρετεί τις υγειονομικές ανάγκες, από την πρόληψη μέχρι την αποκατάσταση όλων των ανθρώπων χωρίς καμία μορφή αποκλεισμού.

Δημιουργούμε κοινωνικά ιατρεία φαρμακεία αλληλεγγύης

1. Τα κοινωνικά ιατρεία - φαρμακεία αλληλεγγύης (ΚΙΦΑ) είναι αυτόνομες, ανεξάρτητες, αυτό - οργανωμένες και αυτό - διαχειριζόμενες συλλογικότητες ανθρώπων που παρέχουν εθελοντικά και εντελώς δωρεάν, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής και φαρμακευτικής φροντίδας υγείας σε ανασφάλιστους, άπορους και άνεργους ασθενείς, Έλληνες και μετανάστες, χωρίς διάκριση, ανεξάρτητα από θρήσκευμα, ιθαγένεια, σεξουαλική προτίμηση, φύλο και ηλικία. Διεκδικούν ταυτόχρονα με συγκεκριμένες ενέργειες, πράξεις και δημόσιες δράσεις την πρόσβαση των ανασφάλιστων ασθενών στη δωρεάν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, στα δημόσια νοσοκομεία και την κατάργηση στην πράξη των αποκλεισμών.

2. Στα ΚΙΦΑ συμμετέχουν από κοινού και ισότιμα τόσο άνεργοι και ανασφάλιστοι, όσο εργαζόμενοι και ασφαλισμένοι εθελοντές, γιατροί, οδοντίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, και φαρμακοποιοί, αλλά και πολίτες που στηρίζουν τη λειτουργία των ιατρείων.

Μαζί με εργαζόμενους από το χώρο της υγείας αγωνιζόμαστε για την υπεράσπιση των δημόσιων δομών υγείας που κλείνουν η μία μετά την άλλη. Τη δράση μας αυτή ωθεί η ανάγκη των ανθρώπων και όχι ο εθελοντισμός ως αυταξία. Κύρια χαρακτηριστικά όλων όσων συμμετέχουμε είναι η πίστη στην αλληλεγγύη ως τρόπο ζωής που δημιουργεί κοινωνική συνοχή, συνεργασία ισότιμες σχέσεις και αλληλοσεβασμό, και η πεποίθηση ότι η υγεία είναι ύψιστο κοινωνικό αγαθό.

3. Τα ΚΙΦΑ είναι δομές αγώνα και αντίστασης που παράγουν πρωτογενή λόγο και πράξη συμβάλλοντας στην αναδιάρθρωση του κοινωνικού ιστού. Αποτελούν ανοιχτούς χώρους συνεύρεσης, προσπαθούν να δραστηριοποιήσουν όσο το δυνατόν περισσότερους ανθρώπους, προωθούν τη συμμετοχή από κοινού εθελοντών, ασθενών αλλά και της κοινωνίας, λειτουργούν ως ανοιχτές συλλογικότητες, με άμεση συμμετοχική δημοκρατία και στη βάση της ισοτιμίας όλων των μελών. Όλες οι αποφάσεις που αφορούν στη λειτουργία και τους στόχους τους παίρνονται στην ανοιχτή γενική συνέλευση, στην οποία μπορούν να παρευρεθούν όλοι/ες.

4. Στα ΚΙΦΑ δεν έχουμε πρόθεση, αλλά ούτε και αυταπάτη για τη δυνατότητα υποκατάστασης του κράτους που αποσύρεται από την ευθύνη φροντίδας της υγείας των πολιτών. Χτίζουμε ένα δίκτυο κοινωνικής προστασίας ώστε να στηριχθούν οι άνθρωποι και παράλληλα μέσα από έναν διαρκή καθημερινό δημοκρατικό, κοινωνικό και πολιτικό αγώνα διεκδικούμε από την πολιτεία να αναλάβει τις ευθύνες της. Δεν προσφέρουμε

φιλανθρωπικό έργο, ούτε επιθυμούμε να διαπαιδαγωγήσουμε συμπολίτες μας στη λογική της συμπόνιας και της ικεσίας, αλλά μαζί να αγωνιστούμε συλλογικά για το δικαίωμα μας στη δημόσια υγεία και να απαιτήσουμε τη δωρεάν πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για όλους τους ανθρώπους ανεξαιρέτως.

5. Τα ΚΙΦΑ στηρίζονται στην αλληλεγγύη των ανθρώπων και δεν έχουν καμιά εξάρτηση, ούτε και δέχονται χρήματα από οποιονδήποτε στηρίζει την κατεδάφιση της Δημόσιας Υγείας, άμεσα ή έμμεσα. Δέχονται προσφορές και δωρεές για κάθε είδος που έχουν ανάγκη αλλά δε διαφημίζουν κανέναν για την όποια δωρεά κάνει, ούτε έχουν χορηγούς. Δεν επιτρέπουν καμιά κομματική εμπλοκή στη λειτουργία τους, ούτε επιτρέπουν την εκμετάλλευση του έργου τους για προσωπική προβολή ή όφελος οποιουδήποτε.

6. Τα ΚΙΦΑ προωθούν την πανελλαδική δικτύωση για το συντονισμό κοινών δράσεων και πρωτοβουλιών στη διεκδίκηση του δικαιώματος υγείας για όλους, με βάση τα κοινά χαρακτηριστικά και αρχές τους. Δεν παρεμβαίνουν στη λειτουργία των άλλων ΚΙΦΑ και σέβονται τους κανονισμούς λειτουργίας του καθενός. Προωθούν την ισότιμη συμμετοχή και την αλληλεγγύη μεταξύ τους.

7. Τα ΚΙΦΑ αντιτίθενται σε κάθε είδους αποκλεισμό, εθνικό, οικονομικό, φυλετικό, στηρίζουν, προωθούν και συμμετέχουν σε δράσεις που προάγουν την άρση αυτών των αποκλεισμών. Συμμετέχουμε σε ευρύτερα αυτό-οργανωμένα δίκτυα κοινωνικής αλληλεγγύης και επιδιώκουμε συνεργασία μεταξύ αντίστοιχων πρωτοβουλιών, που έχουν ως στόχο την καταπολέμηση της φτώχειας, του αποκλεισμού, της περιθωριοποίησης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Συμβάλλουμε με παροχή νομικής βοήθειας σε άτομα που τη χρειάζονται όταν πλήττονται συλλογικά αγαθά, σε συνεργασία με άλλες αλληλέγγυες δομές.

8. Συνεργαζόμαστε με αλληλέγγυες δομές σίτισης, κοινωνικά παντοπωλεία, ανταλλακτικά παζάρια και μορφών αγοράς με απευθείας σύνδεση με τους παραγωγούς και γενικά κάθε αυτό-οργανωμένη πρωτοβουλία που συμβάλλει στην κοινωνική ανακούφιση και πρόσβαση στα κοινωνικά αγαθά για όλους.

9. Υποστηρίζουμε πρωτοβουλίες για την ανάπτυξη νέων δομών αλληλεγγύης και επιδιώκουμε την ανταλλαγή εμπειριών.

10. Συμμετέχουμε ή οργανώνουμε ημερίδες για τα ζητήματα της κοινωνικής αλληλεγγύης και της ανθρωπιστικής κρίσης. Στήνουμε δίκτυα πληροφόρησης, συμμετέχουμε σε συναντήσεις επιστημονικών φορέων, εκδίδουμε ενημερωτικά και άλλα υλικά

5η Πανελλαδική Συνάντηση ΚΙΦΑ – Απρίλης 2016

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Η ανάγκη που μας γέννησε εξακολουθεί να υπάρχει.

Α. Τα ΚΙΦΑ, ως κοινωνικές συλλογικότητες που παλεύουμε να κρατήσουμε ζωντανό το όραμα για ένα Δημόσιο Δωρεάν Σύστημα Υγείας χωρίς αποκλεισμούς, δε μπορούμε σήμερα να μένουμε στη σιωπή, ούτε και επιτρέπουμε την εργαλειοποίησή μας από καμία κυβέρνηση.

Είμαστε αυτοδιαχειριζόμενες δομές που λειτουργούμε αμεσοδημοκρατικά και αντιεραρχικά. Επί 5 χρόνια δώσαμε το ζωντανό παράδειγμα μιας κοινότητας, που δείχνει τι μπορούν να κάνουν οι άνθρωποι όταν συνεργάζονται ισότιμα μεταξύ τους, σε μια κατεύθυνση αντίστασης, δημιουργίας και έμπρακτης αλληλεγγύης. Όλα αυτά τα χρόνια δώσαμε τη μάχη αυτόνομοι, με μόνη στήριξη αυτή της κοινωνίας - για να μειώσουμε τη νοσηρότητα των φτωχών, ν' αποφύγουμε το θάνατο των αποκλεισμένων και βαδίζοντας σ' ένα δρόμο χειραφέτησης, να υπερασπιστούμε την υγεία ως κοινό αγαθό.

Στο ζοφερό σημερινό τοπίο, όπου η πολιτική των μνημονίων συνεχίζεται και τα προβλήματα στη συνολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού είναι πολλά και σοβαρά, είναι παραπάνω από επιτακτικό να απελευθερωθεί η υγεία από τη μέγγενη των πολιτικών λιτότητας και την εγκληματική μείωση των δαπανών.

Τα ΚΙΦΑ τώρα πιο πολύ από ποτέ:

- Θα συνεχίσουμε να παλεύουμε ενάντια στις πολιτικές που φτωχοποιούν τον κόσμο και είναι νομοτελειακά αντίθετες με το όραμα μας για δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση όλων σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.
- Θα είμαστε το "μάτι" και το "αυτί" της κοινωνίας σε όποια κατάσταση προωθεί την ανισότητα στην υγεία και σε όσους ασθενείς βρίσκουν ανυπέβλητα εμπόδια στην κίνησή τους μέσα στο ΕΣΥ.
- Θα εξακολουθήσουμε να παρέχουμε πρωτοβάθμια ιατροφαρμακευτική φροντίδα σε όλους τους ανθρώπους που δεν καλύπτονται από το νέο νόμο και ιδιαίτερα στους μετανάστες "χωρίς χαρτιά".
- Θα ενισχύσουμε τις αντιρατσιστικές και αντιφασιστικές μας δράσεις, υπερασπιζόμενοι ειδικά τα δικαιώματα αυτών των ανθρώπων, που η τελευταία συμφωνία Ε.Ε-Τουρκίας επιφυλάσσει την πιο βάρβαρη μεταχείριση (εγκλεισμός-απέλαση-επαναπροώθηση).
- Θα συντονιστούμε σε πανελλαδικές δράσεις, πιέζοντας την κυβέρνηση για την κατάργηση της ΕΣΑΝ και την τροποποίηση του νέου νόμου ή των ανεπαρκών υπουργικών αποφάσεων ή των σχετικών ερμηνευτικών εγκυκλίων που θα βγουν, απαιτώντας πάντα και σταθερά την πλήρη, ποιοτική και έγκαιρη κάλυψη όλων των αναγκών του κόσμου σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
- Θα συνεχίσουμε να συμβάλλουμε στο άνοιγμα ενός κινηματικού δρόμου για την εφαρμογή μιας ολιστικής ιατρικής, προσανατολισμένης στην αναζήτηση λύσης για τα προβλήματα των ανθρώπων που υποφέρουν, όχι μόνο γιατί είναι άρρωστοι, αλλά και γιατί είναι φτωχοί και κοινωνικά αποκλεισμένοι.

Β. Τα Κοινωνικά Ιατρεία στηριγμένα στις αρχές και τις δυνατότητες τους και λαμβάνοντας υπόψη τις τοπικές ανάγκες, κάνουν ό,τι μπορούν όπου μπορούν για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες που ήρθαν στη χώρα. Τα ΚΙΦΑ, παρεμβαίνουν διεκδικώντας την αυτόνομη παρουσία τους στα ανοιχτά κέντρα διαμονής με σκοπό την κάλυψη των αναγκών και τη στήριξη των επιθυμιών των προσφύγων. Δε μπορούν να συναινέσουν και ν'αποδεχτούν τη συνέχιση της λειτουργίας κλειστών χώρων κράτησης ή φυλακών, αλλά παρεμβαίνουν με όλο το ανθρώπινο δυναμικό τους και με τους δικούς τους όρους σε όλους τους χώρους διαμονής προσφύγων-μεταναστών.

Τα ΚΙΦΑ επιδιώκουν να έρθουν σε άμεση επικοινωνία με τους ίδιους τους πρόσφυγες με σκοπό την αυτοοργάνωση τους, καταγγέλλοντας τη νοσογόνο συνθήκη διαβίωσης τους στους καταυλισμούς, καταγράφοντας τις ιατρικές ανάγκες, προσκαλώντας, όπου είναι δυνατόν, τους ανθρώπους αυτούς στους χώρους των κοινωνικών ιατρείων. Τα ΚΙΦΑ δεν θα συμμετέχουν σε κρατικά συντονιστικά, αλλά θα συνεργάζονται με πρωτοβουλίες που αναπτύσσονται σε γειτονιές και πόλεις, οι οποίες στοχεύουν όχι μόνο στην ικανοποίηση των αναγκών, αλλά και στην ένταξη τους στον κοινωνικό ιστό. Καταγγέλλουν την τελευταία συμφωνία ντροπής Ε.Ε.-Τουρκίας που διαχωρίζει αυθαίρετα τους ανθρώπους σε νόμιμους και παράνομους, καταπατώντας στην ουσία, το δικαίωμα στο άσυλο.

Μπορούμε να ζήσουμε μαζί με τους πρόσφυγες και τους μετανάστες, δε μπορούμε να ζήσουμε μαζί με τους φασίστες.

Θεσσαλονίκη 3 Απρίλη 2016 - 5^η Πανελλαδική Συνάντηση ΚΙΦΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε . ΛΙΣΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ – ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ

<i>Κοινωνικά Ιατρεία – Φαρμακεία</i>	<i>Είδος ΚΙΦ (πρωτοβουλία)</i>	<i>Στοιχεία επικοινωνίας, Διεύθυνση, Τηλέφωνο, Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο – ιστοσελίδα.</i>
Αλληλέγγυο Ιατρείο Πειραιά	Πρωτοβουλία πολιτών	Ξενοφώντος 5 & Πελοπίδα, – 3 ^{ος} όροφος, Πλατεία Μεμου, Κορυδαλλός) τηλ. 210-4960790 gramateia2013@gmail.com
Αυτόνομο Κοινωνικό Ιατρείο Βόλου	Πρωτοβουλία πολιτών	Ιωλκου 33 (Χώρος Κινημάτων – Στέκι Μεταναστών) Βόλος http://radioparasita.org/node/143
Αυτοδιαχειριζόμενο Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Ν. Φιλαδέλφειας – Ν. Χαλκιδόνας – Ν. Ιωνίας & γύρω περιοχών.	Πρωτοβουλία πολιτών	Ελ. Βενιζέλου 131 & Χίου (πρώην πλατεία Ζέρβα) Ν. Φιλαδέλφεια τηλ. 2155053268 http://koinonikoiatreionfmx.espivblogs.net/
Αυτοοργανωμένη Δομή Υγείας Εξαρχείων	Πρωτοβουλία Πολιτών	Φιλοξενείτε στο Κατειλημμένο Κοινωνικό Κέντρο Κ- ΒΟΞ , Θεμιστοκλέους & Αραχώβης, Πλατεία Εξαρχείων, Αθήνα http://adye.espivblogs.net/

Δημοτικό Ιατρείο Καλαμαριάς	Δημοτική πρωτοβουλία	Ι.Παπανικόλα 18 & Αμισού τηλ. 2313 314500 http://www.kalamaria.gr/index.php?option=com_content&task=category&sectionid=34&id=23&Itemid=714&lang=en
Δημοτικό Ιατρείο – Φαρμακείο Βέροιας	Δημοτική πρωτοβουλία	Καπετάν Άγρα 6 Βέροια τηλ 2331074113 http://dimotiko-iatreio-verias.blogspot.gr/
Δίκτυο Αλληλεγγύης Ιατρών Κηφισιάς	Πρωτοβουλία πολιτών	Τηλ 2108078353 chchra@otenet.gr
Εθελοντικό Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ρεθύμνου.	Πρωτοβουλία πολιτών	Καστρινογιαννάκη 12, Παλιά Πόλη Ρεθύμνου Τηλ. 2831042120 ethiatreio@gmail.com http://www.ethiatreio.com/

Εθελοντικό Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Δήμου Αλεξανδρούπολης	Ιερά Μητρόπολη Αλεξανδρουπόλεως , Ιατρικός και Φαρμακευτικός σύλλογος Έβρου και Γραφείο εθελοντισμού του Δήμου	Πρώην Κέντρο Νεότητας (έναντι Εθνικού Σταδίου «Φώτης Κοσμάς» τηλ. 2551088246- 88249 social@0573.syzefxis.gov.gr http://www.alexpolis.gr/default.asp?static=407
Εθελοντικό Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Ρόδου	ΑΜΚΕ Πρωτοβουλία «Κοινόν Δωδεκανησίων»	Κων/νου Παλαιολόγου 85, Ρόδος τηλ. 2241036110 http://www.ekifrodos.gr/item/
Ιατρείο Αλληλεγγύης Λαϊκής Συνέλευσης Γειτονιάς Αγίου Νεκταρίου Βόλου	Πρωτοβουλία πολιτών	Θεοφίλου9Α. Εργατικές Πολυκατοικίες Ν. Ιωνία Τηλ. 6972967981, 6978889545 lasigiagne@gmail.com http://denplirono-anatropi.blogspot.gr/2012/10/3.html
Ιατρείο Αλληλεγγύης στο Βόλο	Ιατρικός Σύλλογος Μαγνησίας.	Σκενδεράνη 6 (ΔΙΑΥΛΟΣ) 2421020646

<p>Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κωλονού – Ακ. Πλάτωνος – Σεπολίων</p>	<p>Πρωτοβουλία πολιτών</p>	<p>Αμφιαράου 153 Σεπόλια – κοντά στο μετρό τηλ. 6933221684 pankefora@yahoo.gr</p>
<p>Ιατρείο Αλληλεγγύης Πατησίων – Αχαρνών</p>	<p>Πρωτοβουλία πολιτών</p>	<p>Προμηθέως 73-75, Κάτω Πατήσια Σταθμός ΗΣΑΠ τηλ. 6971847950 iatreioapa@gmail.com</p>
<p>Ιατρείο Κοινωνικής Αποστολής</p>	<p>ΜΚΟ Ιεράς Μητρόπολης Αθηνών «Αποστολή», Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών</p>	<p>Σεβαστουπόλεως 113, Αθήνα τηλ. 2103847374 http://www.mkoapostoli.com/?page_id=1165</p>
<p>Ιατρείο Κοινωνικής Αντιλήψεως Ιεράς Μητροπόλεως Σερρών και Νιγρίτης</p>	<p>Ιερά Μητρόπολη Σερρών, Ιατρικός Σύλλογος Σερρών</p>	<p>Ν. Νικολάου 21 (Μαξίμειο Πνευματικό Κέντρο της Ι.Μ Σερρών) τηλ 23210 53765 http://www.imsn.gr/filanthropia/iatreio</p>

Ιατρείο Αλληλεγγύης Καλαμάτας	Πρωτοβουλία πολιτών	Κτήριο Σχολής Νοσηλευτριών Νοσοκομείο Καλαμάτας Αγ. Δημητρίου – Οινουσών. Τηλ 27210 89840 dikalkalamata @ gmail.com https://dikalkal.wordpress.com/
Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Πρέβεζας	Πρωτοβουλία πολιτών και δημοτική παράταξη	Πάροδος Θ. Πάρλα (απέναντι από την Αγροτική Τράπεζα) Τηλ 2682089805 https://koinonikoiatreiopevezas.wordpress.com/
Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ιλίου	Πρωτοβουλία πολιτών	Ιδομενέως 32 (έναντι ΟΤΕ) Ίλιον τηλ. 6987906622 http://kifiliou.blogspot.gr/p/blog-page.html
Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου	Πρωτοβουλία πολιτών	Χρυσολωρά 1 & Αγίου Παύλου, Περιστερί τηλ. 210 5781618 iatreioallperisteriou@gmail.com https://iatreioallperisteriou.wordpress.com
Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Αθήνας	Πρωτοβουλία πολιτών και δημοτικής παράταξης	Ικτίνου 2 και Κλεισθένους, -3 ^{ος} όροφος Αθήνα τηλ 210-3802037 kifa.athina@gmail.com #

Κοινωνικό Ιατρείο Βύρωνα	Πρωτοβουλία πολιτών	Ελλησπόντου 12 Βύρωνα, τηλ 210 7628209 kif.byrona@gmail.com
Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Κινήματος Δεν Πληρώνω	Πρωτοβουλία πολιτών	Καυτατζόγλου 35, Πατήσια (ΗΣΑΠ Άγιος Ελευθέριος) τηλ 2110192839 - 2102013615
Κοινωνικός χώρος για την υγεία της Λαϊκής συνέλευσης Πετραλώνων- Θησείου - Κουκακίου	Πρωτοβουλία πολιτών	Πρώην ΠΙΚΠΑ Άνω Πετραλώνων http://kxy.espivblogs.net/?page_id=2676 ,
Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Χαλανδρίου	Πρωτοβουλία πολιτών	Φιλοξενείται στο χώρο του ΣΚΕΠΙ Χαλανδρίου Αισχύλου 28 τηλ. 2106894973
Κοινωνικό Ιατρείο Ιεράς Μονής Θεσσαλονίκης «Οι Άγιοι Ανάργυροι»	Ιερά Μονή Θεσσαλονίκης	Παπαγεωργίου 3,Θεσσαλονίκη, τηλ.2310 283222. http://www.imth.gr/default.aspx?page=340
Κοινωνικό Ιατρείο –Φαρμακείο Λάρισας	Πρωτοβουλία πολιτών	Παπαναστασίου 117, Λάρισα Τηλ 2410619073 koinwnikoiatreiolarisas@gmail.com http://koinwnikoiatreiolarisas.blogspot.gr/p/blog-page_23.html

<p>Κοινωνικό Ιατρείο Ο.Λ.Θ. Α.Ε. στο λιμάνι (Θεσσαλονίκη)</p>	<p>Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας, Ιερά Μητρόπολη Νεαπόλεως & Σταυρουπόλεως, Δήμος Θεσσαλονίκης, Ιατρικός & Δικηγορικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης.</p>	<p>Λιμάνι Θεσσαλονίκης τηλ. 2310593582 koiali2011@hotmail.com</p>
<p>Κοινωνικό Ιατρείο αλληλεγγύης Θέρμης (ΚΙΑΛΛΗ)</p>	<p>Πρωτοβουλία πολιτών</p>	<p>20χλμ Θέρμης – Τριαδίου Τηλ. 2310 465353 https://www.facebook.com/Κοινωνικό-Ιατρείο-Αλληλεγγύης-Θέρμης-167870556753356/info/?entry_point=page_nav_about_item&tab=page_info</p>
<p>Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Κορίνθου</p>	<p>Πρωτοβουλία πολιτών</p>	<p>Ισόγειο Αδειμάντου 83 (πρώην ΤΕΔΚ) τηλ. 2741112112 2741110345 http://kiakorinthou.blogspot.gr/ kiakorinthou@gmail.com</p>

Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Δήμου Λέσβου	Δημοτική πρωτοβουλία	Αγίας Ειρήνης 10 Μυτιλήνη τηλ. 2251027501
Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Ν. Ιωνίας	Δημοτική πρωτοβουλία	(Α΄ ΚΑΠΗ Ν. Ιωνίας) Φιλελλήνων 1 & Διονυσίου Σολωμού, Νέα Ιωνία Τηλ. 210 2794950 http://kifaneaionia.blogspot.gr/
Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Θεσσαλονίκης	Πρωτοβουλία πολιτών	Αισώπου 24, Θεσσαλονίκη τηλ. 2310520386, http://www.kiathess.gr/gr/ koinwniko.iatreio@gmail.com
Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Πάτρας	Ιατρικός σύλλογος Πατρών, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Ένωση Ιατρών Νοσοκομείων Αχαΐας (ΕΙΝΑ), Δήμος Πατρέων	Πλατεία Εργατικών κατοικιών ΝΕΟ τηλ. 2610420763 http://www.ispatras.gr/%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B5%CE%AF%CE%BF/

Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Αλληλεγγύης Ν. Σμύρνης	Πρωτοβουλία πολιτών	Αμισού 67 Άνω Νέα Σμύρνη τηλ. 2109316127 http://kifa-nsmirnis.gr kifa.nsmirnis@gmail.com
Κοινωνικό Ιατρείο Ιεράς Μητρόπολης Περιστερίου	Ιερά Μητρόπολη Περιστερίου	Μακρυγιάννη 141 Κηπούπολη τηλ. 2105022786 – 2105061595
Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Αλληλεγγύης Δράμας	Πρωτοβουλία πολιτών	Αγίας Σοφίας 1, Δράμα τηλ. 2521 777038 http://www.kifadramas.gr/ kifadramas@gmail.com
Κοινωνικό Ιατρείο Πτολεμαΐδας	Ιατρικός και Φαρμακευτικός Σύλλογος Ν. Κοζάνης με τη στήριξη του Δήμου Εορδαίας	Παυλίδη & Αδαμοπούλου 50 (Β' ΚΑΠΗ Πτολεμαΐδας) Τηλ. 2463028339

Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Θεσπρωτίας – Ηγουμενίτσας	Πρωτοβουλία πολιτών	Κτίριο πρώην μαθητικής Εστίας (έναντι Κέντρου Υγείας Ηγουμενίτσας) τηλ. 6940403400 http://kiathesp.blogspot.gr/ koiafigoumenitsa@gmail.com
Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Καβάλας	Δήμος Καβάλας, Ιατρικός και Φαρμακευτικός Σύλλογος Καβάλας	Δημοτική Αγορά Καβάλας (2 ^{ος} όροφος) τηλ. 2513 5000030
Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Κατερίνης «Αλέκος Φτίκας»	Εθελοντική Ομάδα Δράσης Ν. Πιερίας , «Γιατροί του Κόσμου»	Αποθήκη Καπνικού Σταθμού Κατερίνης, Τηλ, 2351039000, 6981665158 http://www.otoposmou.gr/
Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Τρικάλων	Δήμος Τρικάλων και ΜΚΟ «Γιατροί του Κόσμου»	Ομήρου 6 (εντός δημοτικού κτιρίου Αριστοτέλη Αντωνίου) Τηλ. 2431036900

Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο «Αθανάσιος Τηλιακός» Κιλκίς	Κοινοφελής Δημοτική Επιχείρηση του Δήμου Κιλκίς, Ιατρικός & Φαρμακευτικός Σύλλογος	Σπάρτης 13 Κιλκίς Τηλ. 2341022114 2341023285 http://www.fskilkis.gr/sylogos/koinoniko-iatreio-farmakeio-kilkis
Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Χανίων	Πρωτοβουλία πολιτών	Πλ. Κολοκοτρώνη 10, Χανιά τηλ. 2821502755
Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Αλληλεγγύης Δήμου Σαλαμίνας	Πανελλήνιο Σωματείο Έρευνας και Υποστήριξης Ατόμων για τη Μείωση της Φτώχειας στην Ελλάδα «Στάση Ζωής», με την υποστήριξη του Δήμου	Γ. Λουκά 38 Σαλαμίνα τηλ. 2104653435 www.stasizois.gr efizissi@gmail.com http://www.stasizois.org/
Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Αγ. Νικολάου Λασιθίου	Δίκτυο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Αγίου Νικολάου «ΕΛΠΙΖΩ»	Λευκών Ορέων3 (κτίριο παλαιού Εργατικού Κέντρου Λασιθίου) τηλ. 6971907592 http://candiaalternativa.info/2013/11/05/%CE%BB%CE%B1%CF%83%CE%AF%CE%B8%CE%B9-

		%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B5%CE%AF%CE%BF-%CF%86%CE%B1%CF%81%CE%BC%CE%B1%CE%BA%CE%B5%CE%AF%CE%BF%CF%85/
Κοινωνικό Φαρμακείο – Ιατρείο Αιγίου	Δήμος Αιγίου, Ιερά Μητρόπολη Αιγιαλείας Ιατρικός & Φαρμακευτικός Σύλλογος Αιγιαλείας.	Κτήριο ΕΟΠΥΥ (Σωλομού & Μητροπόλεως) Αίγιο.
Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού	Πρωτοβουλία πολιτών	Εντός της Αμερικάνικης Βάσης Ελληνικού τηλ. 210 -9631950 http://www.mkiellinikou.org/
Παράρτημα Ιατρείων Κοινωνικής Αποστολής Ηλιούπολης	Δήμος και ΜΚΟ «Αποστολή»	Γληνού 2&Θέμιδος Ηλιούπολη, τηλ. 2109732282 Μαρίνου Αντύπα 81 τηλ. 2109970000 2109968868

Φαρμακείο Αλληλεγγύης στα Πατήσια	Πρωτοβουλία πολιτών	Ταυγέτου 60 (Είσοδος Πολιτιστικού Κέντρου Σχολείων Γκράβας) τηλ. 210 2012013 http://koinonikofarmakeio.blogspot.gr/ k.farmakeio5@gmail.com
-----------------------------------	---------------------	--

Στη λίστα καταγράφεται το μεγαλύτερο μέρος των κοινωνικών ιατρείων που δραστηριοποιούνται στη χώρα μας καθώς η έρευνα έγινε διαδικτυακά και ενδεχομένως υπάρχουν δομές που δεν έχουν διαδικτυακή παρουσία . Στην έρευνα των υγειονομικών δομών αλληλεγγύης σημαντική βοήθεια αποτέλεσαν οι ιστοσελίδες: www.solidarity4all.gr , www.odigostoupoliti.eu , <http://klimaka-socialservice.blogspot.gr/> , http://www.enallaktikos.gr/kg15el_koinwnika-iatreia_t51.html