



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**«Η πρόσβαση των Ανασφάλιστων και των Ευάλωτων Κοινωνικά  
Ομάδων στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα της κρίσης»**

**Ελένη Βότση**

Επιβλέπων Καθηγητής

Χαράλαμπος Οικονόμου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Ιούνιος, 2017





**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**«Η πρόσβαση των Ανασφάλιστων και των Ευάλωτων Κοινωνικά  
Ομάδων στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα της κρίσης»**

**Ελένη Βότση**

Επιβλέπων Καθηγητής

Χαράλαμπος Οικονόμου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Ιούνιος, 2017



*«Δεν υπάρχει τίποτε πιο άνισο  
από την ίση μεταχείριση των άνισων»*

*Αριστοτέλης, 384-322 π.Χ.*

## Ευχαριστίες

Η ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας κατέστη δυνατή με την αρωγή ορισμένων ανθρώπων τους οποίους οφείλω να ευχαριστήσω δημόσια.

Πρώτος στη σειρά, ο επιβλέπων καθηγητής μου κ. Χαράλαμπος Οικονόμου, Αναπληρωτής Καθηγητής του Παντείου Πανεπιστημίου Αθηνών και μέλος ΣΕΠ του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, ο οποίος με βοήθησε ουσιαστικά στην εκπόνηση της διατριβής μου, μέσα από τις κατευθυντήριες γραμμές και τις πολύτιμες συμβουλές του. Η καθοδήγησή του μέχρι και την τελευταία στιγμή έπαιξε καταλυτικό ρόλο στην ολοκλήρωση της εργασίας μου.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον κ. Μάμα Θεοδώρου, Ακαδημαϊκό Υπεύθυνο του μεταπτυχιακού προγράμματος «Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας» και Καθηγητή Πολιτικής Υγείας στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, για τις παραινέσεις του καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Να ευχαριστήσω επίσης θερμά και τους υπόλοιπους καθηγητές αυτού του μεταπτυχιακού: τον κ. Γαλάνη Πέτρο, την κα. Καϊτελίδου Δάφνη, τον κ. Μινογιάννη Παναγιώτη και τον κ. Αθανασάκη Κωνσταντίνο, για τις γνώσεις που μας προσέφεραν απλόχερα και το νέο τρόπο σκέψης και αντίληψης των ζητημάτων υγείας.

Ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ στην κα. Μιρέλλα Κορομπίλια, Ψυχολόγο – Ψυχοθεραπεύτρια και Αντιπρόεδρο του Μη Κερδοσκοπικού Σωματίου «Η Γέφυρα», για τη βοήθειά της στην εύρεση ευάλωτων ατόμων για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της έρευνάς μου.

Ένας ακόμα άνθρωπος που θα ήθελα να ευχαριστήσω, είναι ο κ. Χαράλαμπος Ιορδανίδης, Πρόεδρος της Κοινότητας Ρομά στη Λάρισα, ο οποίος δέχτηκε με μεγάλη χαρά να με βοηθήσει σε όλα τα στάδια της επαφής μου με τους Ρομά.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στο σύζυγο μου Βασίλη, για την ηθική συμπαράσταση και την κατανόηση που έδειξε όλο αυτό το διάστημα.

Τέλος, θα ήθελα να αναφερθώ και να αφιερώσω την εργασία αυτή στους γονείς μου, των οποίων ο ιδιαίτερα ξαφνικός κλονισμός της υγείας τους, με έκανε να

βιώσω τις παθογένειες του ελληνικού συστήματος υγείας πολύ έντονα. Η αμέριστη συμπαράστασή τους όλα αυτά τα χρόνια και η προτροπή τους να συνεχίσω τις σπουδές μου σαν ένα απαραίτητο εφόδιο στην εξέλιξή μου ως άνθρωπος πρώτα απ' όλα, με συντροφεύουν πάντα και μου δίνουν δύναμη να συνεχίσω παρ' όλες τις αντιξοότητες. Εύχομαι η ολοκλήρωση της διατριβής μου να τους δώσει λίγη χαρά και να απαλύνει τον πόνο τους και τις αγωνίες τους.

*Ελένη Βότση*

## Περίληψη

**Σκοπός:** Η διερεύνηση των προβλημάτων πρόσβασης των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων και των ανασφάλιστων πολιτών στο σύστημα υγείας κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης.

**Μεθοδολογία:** Πραγματοποιήθηκε διερεύνηση της υφιστάμενης βιβλιογραφίας αναφορικά με την πρόσβαση των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων στις υπηρεσίες υγείας και διενεργήθηκε συγχρονική μελέτη με δειγματοληψία ευκολίας, το χρονικό διάστημα από 1<sup>η</sup> Φεβρουαρίου μέχρι 15<sup>η</sup> Μαΐου 2016. Ο πληθυσμός που μελετήθηκε ήταν 151 συμμετέχοντες ηλικίας 18-75 ετών, διαμενόντες στην Αθήνα και τη Λάρισα, εκ των οποίων 44 άνεργοι, 18 συνταξιούχοι και 89 εργαζόμενοι, Έλληνες σε ποσοστό 57% και αλλοδαποί με χώρες καταγωγής κυρίως την Αλβανία, τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0. Χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι  $\chi^2$  (chi-square test),  $\chi^2$  για τάση (chi-square trend test), t (student's t-test) και ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient,  $r_s$ ).

**Αποτελέσματα:** Ως προς τη **χρήση των υπηρεσιών υγείας**, αποτυπώθηκε το ποσοστό των συμμετεχόντων που χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας και η δυσκολία τους στη χρήση λόγω κόστους. Ως προς τη **συμμετοχή στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των φαρμάκων**, μελετήθηκαν τα ποσοστά των συμμετεχόντων που δεν έλαβαν υπηρεσίες υγείας και φαρμακευτική αγωγή λόγω οικονομικής δυσχέρειας. Ως προς την **πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας**, ερευνήθηκε η δυσκολία και τα είδη της, στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ως προς την **οικονομική κατάσταση**, εξετάστηκε κατά πόσον η αύξηση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος σχετίζονταν με τις δυσκολίες: α) στην επικοινωνία, β) λόγω πολύπλοκων γραφειοκρατικών διαδικασιών, γ) στην αντιμετώπιση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, δ) στην ενημέρωση για το πρόβλημα υγείας, ε) αναφορικά με το μεγάλο κόστος, στ) σχετικά με τη γνώση για τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και στ) σε σχέση με τη γνώση για τα δικαιώματα των ασθενών στη χρήση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας.



**Συμπεράσματα:** Στην Ελλάδα η οικονομική κρίση επηρέασε δραματικά τα χαμηλότερα κυρίως εισοδηματικά στρώματα και ενέτεινε τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα ανισοτήτων και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Οι υποχρεωτικές περικοπές των δημοσίων δαπανών λόγω της κρίσης και η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος σε συνδυασμό με τις αυξημένες μεταναστευτικές ροές, την απώλεια εισοδημάτων των νοικοκυριών, τα υψηλά ποσοστά ανεργίας και την αύξηση του γηράσκοντα πληθυσμού της χώρας, αύξησαν κατά πολύ τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες και δημιούργησαν σοβαρό πρόβλημα στο ελληνικό σύστημα υγείας. Χρειάζονται ριζικές αλλαγές και μεταρρυθμίσεις με γνώμονα την ισότιμη πρόσβαση όλων ανεξαιρέτως, μια ασθενοκεντρική προσέγγιση του προβλήματος και προτεραιότητα στους ευπαθείς πολίτες.

**Λέξεις – Κλειδιά:** οικονομική κρίση, σύστημα υγείας, πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ευάλωτες ομάδες, ανασφάλιστοι, εθελοντισμός, δικαίωμα στην υγεία.

## Abstract

**Aim:** The investigation of the problems on the access of vulnerable groups and uninsured citizens to the health system during the economic crisis.

**Method:** An investigation of the existing literature on the access of vulnerable social groups to health services and a cross-sectional study were conducted with a sampling rate, from February 1<sup>st</sup> to May 15<sup>th</sup> 2016. The study population consisted of 151 participants aged 18-75, living in Athens and Larissa, of which 44 were unemployed, 18 were pensioners and 89 were employees, Greeks were the 57% of the participants. The foreigners were mainly from Albania, Bulgaria and Romania. Data collection was made using a questionnaire based on the international literature. Statistical analysis was performed with the IBM SPSS 21.0 Social Science Statistical Package. Statistical tests  $\chi^2$  (chi-square test),  $\chi^2$  for chi-square trend test, t (student's t-test) and spearman's correlation coefficient ( $r_s$ ) were included.

**Results:** Regarding the **use of health services**, the percentage of participants who used health services and their due to cost difficulties in the use of health services, were imprinted. Concerning the **participation in the cost of health services and medicines**, the rates of participants who did not receive health services and medication due to financial difficulties were studied. Regarding the **access to health services**, the difficulty and the types of access to health services were investigated. Regarding the **economic status**, it was examined whether the increase in monthly family income was related to the difficulties: a) in communication, b) due to complicated bureaucratic procedures, c) in the treatment by the medical staff, d) in getting information about the health problem, e) relating to high costs, f) in the knowledge of available health services and g) in the knowledge of the patients' rights to the use of the available health services.

**Conclusions:** The economic crisis in Greece dramatically affected mainly the lower income classes and increased the existing problems of inequalities and access to health services. Compulsory public expenditure cuts due to crisis and increased patient participation in costs combined with increased migratory flows, loss of household incomes, high unemployment rates and an increase in the aging population,

have greatly increased vulnerable social groups and posed serious problem for the Greek health system. Radical changes and reforms are needed, based on the equal access of all people without exception, a patient-centered approach to the problem and a priority for vulnerable citizens.

**Keywords:** economic crisis, health system, access to healthcare services, vulnerable groups, uninsured, volunteering, right to health.

## Περιεχόμενα

Ευχαριστίες	6
Περίληψη	8
Abstract	10
Περιεχόμενα	12
Κατάλογος Πινάκων	16
Κατάλογος Διαγραμμάτων	17
Κατάλογος Εικόνων	19

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	27
1.1. Η Παγκόσμια Οικονομική Κρίση	27
1.2. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην Υγεία και το Σύστημα Υγείας	31
1.3. Η προστασία του δικαιώματος της Υγείας μέσα από Διεθνείς Συμφωνίες και Οργανισμούς	36
1.3.1. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.)	36
1.3.2. Η Στρατηγική «ΥΓΕΙΑ 2020»	38
1.3.3. Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε.	39
1.3.4. Το Λευκό Βιβλίο του 1994	40
1.3.5. Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης του Συμβουλίου της Ευρώπης	40
1.3.6. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	44
2.1. Η Ελληνική Οικονομική Κρίση	44

2.2. Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία του πληθυσμού	49
2.3. Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας	54
2.4. Η μορφή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας από τη θεσμοθέτησή του μέχρι την κρίση	60
2.5. Θεσμικές παρεμβάσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας κατά την εποχή της κρίσης	63
2.6. Συνταγματική Κατοχύρωση του Δικαιώματος της Υγείας στην Ελλάδα	67
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	69
3.1. Κοινωνική Ανισότητα και Κοινωνικός Αποκλεισμός	69
3.2. Ανισότητα στην Υγεία και Κοινωνικοί Προσδιοριστές της Υγείας	71
3.3. Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα την εποχή της Οικονομικής Κρίσης	73
3.4. Η πρόσβαση των ευάλωτων Κοινωνικά Ομάδων στις Υπηρεσίες Υγείας	75
<b>3.4.1. Οι Ανασφάλιστοι</b>	78
<b>3.4.2. Οι Άνεργοι</b>	79
<b>3.4.3. Οι Χρόνια Πάσχοντες</b>	83
<b>3.4.4. Οι Ηλικιωμένοι</b>	85
<b>3.4.5. Τα Άτομα με Αναπηρία</b>	86
<b>3.4.6. Οι Μετανάστες</b>	87
<b>3.4.7. Οι Ρομά</b>	89
<b>3.4.8. Οι Μονογονεϊκές Οικογένειες</b>	91

<b>3.4.9. Οι Ψυχικά Ασθενείς</b>	92
3.5. Μέτρα Διασφάλισης της Πρόσβασης των Ευάλωτων Κοινωνικά Ομάδων στις Υπηρεσίες Υγείας	95
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ</b>	102
4.1. Εθελοντισμός και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις	102
4.2. Η σχέση Κράτους – ΜΚΟ	105
4.3. Θετικά και αρνητικά στοιχεία των ΜΚΟ	105
4.4. Φορείς παροχής Δωρεάν Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης σε Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες	110
4.5. Παροχή Ιατροκοινωνικών Υπηρεσιών στις Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες σε επίπεδο Ο.Τ.Α.	111
4.6. Οι Γιατροί του Κόσμου	112

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ</b>	118
5.1. Είδος της μελέτης	118
5.2. Αντικείμενο της μελέτης	120
5.3. Η επιλογή του δείγματος της μελέτης	122
5.4. Χώρος και Χρόνος Διεξαγωγής της μελέτης	122
5.5. Ερωτηματολόγιο	123
5.6. Μέθοδος Συλλογής και Επεξεργασίας Δεδομένων	123
5.7. Ηθικά Ζητήματα	124

5.8. Περιορισμοί της μελέτης	124
5.9. Στατιστική ανάλυση	124
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	126
6.1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	126
6.2. Είδος Ασφαλιστικής Κάλυψης	128
6.3. Οικονομικά Χαρακτηριστικά	129
6.4. Επίπεδο Υγείας	130
6.5. Χρήση των υπηρεσιών υγείας	131
6.6. Συσχετίσεις	137
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ	143
7.1. Συμπεράσματα – Συζήτηση	143
7.2. Προτάσεις	150
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	158
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	166
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	167
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ	167
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ	172

## Κατάλογος Πινάκων

<b>Πίνακας 1:</b> Οικονομικοί και Κοινωνικοί Δείκτες στην Ελλάδα, τα έτη 2009-2016	48
<b>Πίνακας 2:</b> Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού κατά την κατάσταση της υγείας του τα έτη 2005-2015	52
<b>Πίνακας 3:</b> Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας (κοινωνικό αποκλεισμό) τα έτη 2005-2016	74
<b>Πίνακας 4:</b> Ποσοστό Ανεργίας τα έτη 2005-2016	82
<b>Πίνακας 5:</b> Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	127
<b>Πίνακας 6:</b> Είδος Ασφαλιστικής Κάλυψης των συμμετεχόντων	128
<b>Πίνακας 7:</b> Οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	130
<b>Πίνακας 8:</b> Χρόνια νοσήματα των συμμετεχόντων	131
<b>Πίνακας 9:</b> Τα νοσήματα των συμμετεχόντων που νόσησαν κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών	131
<b>Πίνακας 10:</b> Οι ενέργειες των συμμετεχόντων στην περίπτωση που νόσησαν	132
<b>Πίνακας 11:</b> Οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι συμμετέχοντες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών	133
<b>Πίνακας 12:</b> Τα χρήματα που κατέβαλλαν οι συμμετέχοντες για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών	134
<b>Πίνακας 13:</b> Οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι συμμετέχοντες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών	135
<b>Πίνακας 14:</b> Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας	136



## Κατάλογος Διαγραμμάτων

<b>Διάγραμμα 1:</b> Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. το 2015	32
<b>Διάγραμμα 2:</b> Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό της συνολικής οικογενειακής κατανάλωσης για το έτος 2013	33
<b>Διάγραμμα 3:</b> Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας ανά χώρα του Ο.Ο.Σ.Α. το 2014	34
<b>Διάγραμμα 4:</b> Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας πριν και κατά τη διάρκεια της κρίσης	35
<b>Διάγραμμα 5:</b> Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας & Δημόσια Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (σε εκατ. ευρώ)	57
<b>Διάγραμμα 6:</b> Ποσοστιαία συμμετοχή των φορέων στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας, 2010-2014	58
<b>Διάγραμμα 7:</b> Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν σε Ελλάδα και Ε.Ε. (σε ευρώ)	59
<b>Διάγραμμα 8:</b> Χώρες Ευρωζώνης – Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό για το 2015	75
<b>Διάγραμμα 9:</b> Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας λόγω κόστους, απόστασης και χρόνων αναμονής, τα έτη 2007-2013	76
<b>Διάγραμμα 10:</b> Εξέλιξη του ποσοστού ανεργίας Φεβρουάριος 2004-Φεβρουάριος 2017	80
<b>Διάγραμμα 11:</b> Ποσοστό ανεργίας στις χώρες της Ευρωζώνης για το 2015	80
<b>Διάγραμμα 12:</b> Μακροχρόνια άνεργοι %	83
<b>Διάγραμμα 13:</b> Ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας τα έτη 2008-2015	85
<b>Διάγραμμα 14:</b> Ποσοστό πληθυσμού με Μείζονα Κατάθλιψη	93

**Διάγραμμα 15:** Τηλεφωνικές Αναφορές για Κατάθλιψη σε σχέση με την Οικονομική Κρίση 94

**Διάγραμμα 16:** Πόσο αυξήθηκαν οι αυτοκτονίες στην εποχή της κρίσης φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό για το 2015. 95

## Κατάλογος Εικόνων

<b>Εικόνα 1.</b> Ποσοστό υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού στην Ελλάδα το 2015	51
<b>Εικόνα 2.</b> Ποσοστό Ελλήνων άνω των 15 ετών που καπνίζουν καθημερινά το 2016 και προτεινόμενα μέτρα	53
<b>Εικόνα 3.</b> Ποσοστό αγοριών με πρόβλημα υπερβολικού βάρους ή παχυσαρκίας στην Ελλάδα το 2016 και προτεινόμενα μέτρα	53
<b>Εικόνα 4.</b> Συνταγογράφηση αντιβιοτικών στην Ελλάδα από τους Γενικούς Ιατρούς το 2016	54
<b>Εικόνα 5:</b> Αρχική Σελίδα Ιστοτόπου για το «Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης»	97



# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί ένα γνήσιο δημόσιο αγαθό όπου το κόστος αποκλεισμού είναι απαγορευτικό και το οριακό κόστος απόλαυσης από ένα επιπλέον άτομο, είναι μηδενικό (Stiglitz, 1988).

Η πολιτική υγείας δεν λειτουργεί ανεξάρτητα και αυτόνομα. Βρίσκεται μέσα σε ένα συγκεκριμένο οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον και εξαρτάται άμεσα από το επίπεδο της οικονομικής ευημερίας (Βενιέρης, 2003).

Αυτό που έχει παρατηρηθεί είναι πως οι δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας είναι αυξημένοι στους ευάλωτους πληθυσμούς και συνεπώς η ενασχόληση με την εξεύρεση τρόπων για τη μείωση αυτών των δεικτών, θα αποτελέσει βελτίωση του γενικού επιπέδου υγείας και άρα πιο αποδοτικό σύστημα υγείας για όλους.

Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες των πολιτών σχετικά με θέματα υγείας, μεταξύ των ετών 2008-2012, αυξήθηκαν από 5,4% σε 8%. Οι κυριότεροι λόγοι ήταν οι μεγάλες λίστες αναμονής, οι δυσκολίες στην πρόσβαση και το υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας (Economou et al., 2014). Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, τα μειωμένα εισοδήματα των νοικοκυριών σε συνδυασμό με την αυξημένη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και η δυσκολία τους να προχωρήσουν σε άτυπες πληρωμές για να προσπελάσουν τα εμπόδια και να λάβουν πιο άμεσα τις υπηρεσίες που χρειάζονταν, είχε αρνητική επίπτωση σε σχέση με την πρόσβαση των ασθενών στο σύστημα υγείας (Morgan et al., 2013). Η υποχρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος και η άνθηση της παραοικονομίας, επιβάρυναν οικονομικά τους χρήστες υπηρεσιών υγείας σε ποσοστό περίπου 30% των οικογενειακών προϋπολογισμών τους. Η οικονομική αυτή επιβάρυνση, επιβεβαιώνει το πρόβλημα διαφθοράς του δημόσιου τομέα υγείας και επιβαρύνει κυρίως τις φτωχότερες εισοδηματικά τάξεις, προκαλώντας προβλήματα πρόσβασης και ανισότητας (Liaropoulos et al., 2008, Kaitelidou et al., 2013).

Η κλιμάκωση της υγειονομικής κρίσης, οφείλεται κυρίως στη ραγδαία αύξηση της οικονομικής κρίσης, των μέτρων λιτότητας, της υποβάθμισης σε όλα τα επίπεδα των χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων και της ανεπαρκούς κοινωνικής

προστασίας της χώρας και εντείνει το ήδη υπάρχον πρόβλημα των ανισοτήτων στην υγεία (Πετμεζίδου και συν. 2015).

Οι ευάλωτες κοινωνικά ομάδες και οι ανασφάλιστοι, δεν αποτελούν ομάδες πολιτών που εμφανίστηκαν τα τελευταία χρόνια λόγω της κρίσης. Απλά η ύπαρξή τους έγινε ιδιαίτερα αισθητή στα χρόνια της κρίσης, λόγω της αύξησης των ατόμων που ανήκουν σε αυτές. Πάντα υπήρχαν δυσκολίες των ατόμων αυτών τόσο σε θέματα χρήσης όσο και σε θέματα πρόσβασης των υπηρεσιών υγείας. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αναφορές για τις ευάλωτες ομάδες πολύ πριν την υφιστάμενη κρίση. Άλλωστε η κατάρρευση του κοινωνικού κράτους που ευθύνεται κυρίως για τον «υποβιβασμό» και τον αποκλεισμό των ανθρώπων αυτών από πολλές δραστηριότητες της κοινωνίας μεταξύ αυτών και από την υγεία, έχει συντελεστεί εδώ και πολλά χρόνια και δυστυχώς δεν έχει καταφέρει η ελληνική κοινωνία να το ξεπεράσει και να δημιουργήσει τις κατάλληλες εκείνες συνθήκες που θα οδηγήσουν σε μια κοινωνία ισότιμη, δίκαιη και με ευημερία για όλους τους πολίτες της.

Στις μέρες μας στην Ελλάδα οι μειονεκτούντες πληθυσμοί, εκτός από το μειονέκτημα που τους χαρακτηρίζει είτε αυτό είναι η ανεργία, η φτώχεια, η ασθένεια, η μετανάστευση κτλ., επιφορτίζονται και με μειονεκτήματα που είναι αποτέλεσμα της γενικότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης της χώρας και επιβαρύνονται επιπροσθέτως. Στο ζήτημα της υγείας που μελετάται, τα βασικότερα προβλήματα που εντοπίζονται είναι η δυσκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας με τους βασικότερους λόγους να είναι μεταξύ άλλων ο γεωγραφικός αποκλεισμός – κυρίως για την επαρχία λόγω των συγχωνεύσεων και του κλεισίματος δομών υγείας, οι μεγάλες λίστες αναμονής, η αύξηση του κόστους συμμετοχής των ασθενών.

Σκοπό της παρούσας εργασίας θα αποτελέσει η σχετικά συνοπτική αποτύπωση της οικονομικής κρίσης σε παγκόσμιο επίπεδο και στην ελληνική κοινωνία, ο προσδιορισμός και η μελέτη των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, τα χαρακτηριστικά των ατόμων που ανήκουν σε αυτές, ο εντοπισμός των δυσκολιών πρόσβασης αυτών των ατόμων στις υπηρεσίες υγείας, τα μέτρα προστασίας του γενικού πληθυσμού εν καιρώ κρίσης και τα μέτρα που λήφθηκαν για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ευπαθών. Οι προσδιοριστές όπως η ανεργία, η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός θα μελετηθούν διεξοδικά καθώς ευθύνονται σε μεγάλο



βαθμό για την επιδείνωση της ήδη δύσκολης κατάστασης αυτών των ατόμων. Έμφαση θα δοθεί επίσης και στην προάσπιση του δικαιώματος της υγείας τόσο από το Ελληνικό κράτος μέσα από τις νομοθετικές διατάξεις και τα Συντάγματα, όσο και μέσα από Διεθνείς Οργανισμούς, Συμφωνίες και Διακηρύξεις και θα παρουσιαστεί επίσης ο ρόλος του εθελοντικού τομέα ως δικλείδα ασφαλείας και προστασίας των ευάλωτων, απέναντι στις δυσκολίες που συναντούν στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Συγκρίνοντας τα μέτρα που έχουν κατά καιρούς προταθεί και τα μέτρα που πραγματικά εφαρμόστηκαν είτε σε κρατικό επίπεδο είτε σε επίπεδο Ε.Ε., είναι ευδιάκριτη η τοποθέτηση του ζητήματος της υγείας σε δευτερεύουσα θέση. Αποτελεί άξονα προτεραιότητας, αλλά όχι πρωταρχικό και δυστυχώς οι επιπτώσεις γίνονται ολοένα και περισσότερο ορατές και μη αναστρέψιμες σε μια Ευρώπη που γερνάει και μαζί με το γήρας ακολουθεί η διάρρηξη του κοινωνικού κράτους και η απώλεια του υποτυπώδους δικτύου ασφαλείας για τους ευάλωτους.

Οι άξονες που προαναφέρθηκαν, αποτελούν και τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας, τα οποία θα γίνει προσπάθεια να ερευνηθούν και να δοθούν απαντήσεις όπου αυτό είναι δυνατό στα τέσσερα (4) πρώτα κεφάλαια της παρούσας διατριβής. Τα επόμενα τρία (3) κεφάλαια συνιστούν το ειδικό μέρος της εργασίας.

Αναλυτικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται μια προσέγγιση της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης, των επιπτώσεων που είχε στην υγεία των κρατών και τέλος ένα μεγάλο μέρος του κεφαλαίου αφιερώνεται στην αποτύπωση του δικαιώματος στην υγεία και της προστασίας του, από Οργανισμούς όπως ο Π.Ο.Υ. και οι Ευρωπαϊκές Διακηρύξεις. Σκιαγραφούνται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και επιχειρείται μια σύντομη ανασκόπηση της πορείας των υγειονομικών δαπανών. Στο δεύτερο κεφάλαιο, καταγράφεται η ελληνική οικονομική κρίση, οι επιπτώσεις της τόσο στην υγεία του πληθυσμού όσο και στο σύστημα υγείας, και ακολουθεί αναλυτική καταγραφή της νομοθεσίας από την ίδρυση του Ε.Σ.Υ. (Ν. 1397/1983) μέχρι σήμερα, με χρονικό διαχωρισμό βασισμένο στις θεσμικές παρεμβάσεις που έγιναν πριν και κατά τη διάρκεια της κρίσης. Στο τέλος του κεφαλαίου παρατίθεται η συνταγματική κατοχύρωση του δικαιώματος στην υγεία. Στο τρίτο κεφάλαιο, εισάγονται οι έννοιες της πρόσβασης, της ανισότητας, του αποκλεισμού, των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων και γίνεται προσπάθεια

προσδιορισμού ανά ομάδα των χαρακτηριστικών τους και των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν σε σχέση με την πρόσβαση στην υγεία. Τέλος καταγράφονται τα μέτρα προστασίας των αδύναμων από μέρους της ελληνικής κυβέρνησης. Με την παράθεση πινάκων και διαγραμμάτων από την ΕΛΣΤΑΤ, τον ΟΟΣΑ και τον ΙΟΒΕ, απεικονίζονται οι υγειονομικές δαπάνες, οι δυσκολίες πρόσβασης, οι συνθήκες διαβίωσης, η κατάσταση της υγείας, οι δείκτες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας κτλ. Στο τέταρτο κεφάλαιο, γίνεται μια προσπάθεια ανάλυσης του εθελοντικού τομέα και των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων, που είναι σε άνθηση τα τελευταία χρόνια, καθώς έχουν αναλάβει ενεργό δράση για τη βοήθεια των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων και σε πολλές περιπτώσεις υποκαθιστούν τον απόντα κρατικό μηχανισμό. Τα κεφάλαια πέντε, έξι και επτά, ασχολούνται με το ειδικό μέρος της έρευνας και γίνεται ανάλυση του σχεδιασμού, των αποτελεσμάτων, των περιορισμών και των συμπερασμάτων που προέκυψαν από τη διεξαγωγή της. Τέλος περιγράφονται ορισμένες προτάσεις για τη βελτίωση της υπάρχουσας κατάστασης.

Τα χρόνια της κρίσης, η υγεία όλων των πολιτών επιδεινώθηκε και πολύ περισσότερο των ατόμων που βρίσκονταν από πριν σε δυσχερή θέση. Η μεγάλη αύξηση των ευάλωτων και των ανασφάλιστων ατόμων και οι διαρκώς αυξανόμενες δυσκολίες στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, καταδεικνύουν την ανάγκη για άμεση λήψη μέτρων και επίλυση του ζητήματος της πρόσβασης και της ισότητας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

### 1.1. Η παγκόσμια Οικονομική Κρίση

Σύμφωνα με τον Brenner, η συσχέτιση των οικονομικών δεικτών (άνθησης ή ύφεσης) με τους εθνικούς δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας και κοινωνικής παθολογίας δηλαδή εγκληματικότητα, ναρκωτικά, αλκοολισμός, αυτοκτονίες κτλ, δείχνει ότι σε περιόδους οικονομικής κρίσης με υψηλή ανεργία, οι δεύτεροι είναι ιδιαίτερα αυξημένοι (Brenner, 1987).

Η κρίση του ευρωπαϊκού κοινωνικού προτύπου οφείλεται στη μετάλλαξη των ανταγωνιστικών συνθηκών της παγκοσμιοποιημένης αγοράς και την αποδόμηση των παραδοσιακών μοντέλων κοινωνικής προστασίας (Κοντιάδης, 2001).

Οι παγκόσμιες οικονομικές κρίσεις έγιναν ολοένα και συχνότερες τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, ακολουθώντας την πορεία του φαινομένου της παγκοσμιοποίησης που βρισκόταν σε συνεχή άνοδο. Η απαρχή έγινε με το παγκόσμιο οικονομικό κραχ του 1929-1933 που ξεκίνησε από το χρηματιστήριο της Νέας Υόρκης και παρέσυρε σχεδόν όλες τις χώρες. Έμεινε γνωστό ως το «φαινόμενο της χιονοστιβάδας». Η επόμενη κρίση συντελέστηκε το 1970 και οφειλόταν στον πόλεμο του Βιετνάμ. Τρία χρόνια αργότερα, ακολούθησε η πρώτη πετρελαϊκή κρίση (1973-1974) με αφορμή τον αραβοϊσραηλινό πόλεμο του Yom Kippur και το 1979-1980 ήλθε η δεύτερη που σημειώθηκε στον απόηχο της ισλαμικής ιρανικής επανάστασης. Ακολούθησε η Κρίση Χρέους στη Λατινική Αμερική που είχε τις ρίζες της στην πετρελαϊκή κρίση που προηγήθηκε, και επηρέασε πολλές χώρες μεταξύ αυτών τη Βραζιλία, την Αργεντινή και το Μεξικό, λόγω των τεράστιων δανεισμών από διεθνείς πιστωτές με στόχο την εκβιομηχάνιση των οικονομιών τους, και το 1987 η «Μαύρη Δευτέρα», που η κατάρρευση του αμερικάνικου χρηματιστηρίου οδήγησε σε πτώση μετοχών και ουσιαστικά ξεπούλημά τους τόσο στα ευρωπαϊκά χρηματιστήρια, όσο και στην Ιαπωνία. Η δεκαετής κρίση της Ιαπωνίας τα έτη 1992-2002 με την ανατίμηση του ιαπωνικού γιεν έναντι του δολαρίου που οδήγησε στο διπλασιασμό του κόστους των ιαπωνικών προϊόντων. Η οικονομική κρίση στη Φινλανδία τη δεκαετία του 1990 που επηρέασε και άλλες Σκανδιναβικές χώρες (Σουηδία και Νορβηγία), λόγω της ισχυρής

σύνδεσης των οικονομιών αυτών των κρατών μεταξύ τους. Η «Κρίση της Τεκίλας» στο Μεξικό το 1994 με την εσφαλμένη υπερτίμηση του νομίσματος και την επέκταση των πιστώσεων αντί για τον περιορισμό τους, διόγκωσαν την ανεργία, συρρίκνωσαν την οικονομική δραστηριότητα της χώρας, με αποτέλεσμα να επηρεαστούν αρνητικά και άλλες λατινοαμερικάνικες οικονομίες, κυρίως της Αργεντινής. Η χρηματοπιστωτική κρίση της Νοτιοανατολικής Ασίας στα τέλη της δεκαετίας του 1990 που επεκτάθηκε σε όλο τον πλανήτη, συντελέστηκε κυρίως εξαιτίας της σημαντικής πτώσης των εξαγωγών των ασιατικών προϊόντων, της ανατίμησης του δολαρίου το 1995 που συνεπαγόταν μείωση της ανταγωνιστικότητας των χωρών που είχαν συνδέσει τα νομίσματά τους με το δολάριο, της υπερβολικής παραγωγής προϊόντων τεχνολογίας σε συνδυασμό με τη μειούμενη ζήτηση για αυτά και τέλος της εισροής μεγάλων κεφαλαίων που δημιούργησαν ριψοκίνδυνες επενδύσεις και αύξηση του δημόσιου χρέους. Το 1997-1998 δημιουργήθηκε κι άλλη κρίση που ξέσπασε στις μεγάλες αναπτυσσόμενες αγορές: Ρωσία, Βραζιλία και Αργεντινή και κράτησε ως το 2001. Η κρίση αυτή αποτέλεσε επακόλουθο της κρίσης της Νοτιοανατολικής Ασίας, καθώς προκλήθηκε μαζική φυγή κεφαλαίων και επενδυτών από αναπτυσσόμενες αγορές και δημιουργήθηκαν ισχυρές πιέσεις στις οικονομίες αυτών των χωρών. Η «φούσκα» των μετοχών υψηλής τεχνολογίας γνωστή και ως «κρίση dot.com», συνέβη κατά τη δεκαετία του 2000. Ξεκίνησε το 1995, κορυφώθηκε το 1999-2000 και κατέρρευσε το 2001, προκάλεσε πάγωμα επενδύσεων (Καραμπελιάς, 2015, Stuckler et al., 2009).

Η οικονομική κρίση του 2008 έχει τις ρίζες της σε προηγούμενες δεκαετίες. Κατά τη διάρκεια της διακυβέρνησης Thatcher στη Μεγάλη Βρετανία, καταργήθηκαν πολλοί περιορισμοί στο τραπεζικό σύστημα και στη δεκαετία του 1990 οι περιορισμοί αυτοί έγιναν ακόμα πιο ελαστικοί, κάνοντας τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα να δρουν σχεδόν ανεξέλεγκτα. Η χρηματοδότηση των τραπεζών δεν ελεγχόταν και ο δανεισμός έγινε πολύ εύκολος. Η οικονομική ανάπτυξη που λάμβανε χώρα στις αρχές της δεκαετίας του 2000 δημιουργούσε ένα αίσθημα σταθερότητας και ασφάλειας, κάνοντας τις τράπεζες να αποδέχονται μεγαλύτερους κινδύνους και να δανείζουν χρήματα σε επισφαλείς πιστωτές. Οι Η.Π.Α. ακολούθησαν αυτόν τον επισφαλή δανεισμό των ευρωπαϊκών τραπεζών και μοίραζαν δάνεια κυρίως για αγορά κατοικιών από πλευράς πιστωτών. Η αύξηση των επιτοκίων των δανείων έκανε

αδύνατη την αποπληρωμή τους και οδήγησε σε κατασχέσεις κατοικιών που όμως δεν μπορούσαν να αναπληρώσουν στις τράπεζες το χαμένο χρήμα που είχαν δανείσει.

Το φαινόμενο αυτό που είχε εξαπλωθεί από την Ευρώπη μέχρι τις Η.Π.Α., οδήγησε την Ε.Ε. σε συνεργασία με τις Η.Π.Α. να αναπληρώσουν το ιδιωτικό χρήμα που είχε χαθεί από τις τράπεζες με φερέγγυο δημόσιο χρήμα, με στόχο την αποφυγή κατάρρευσης του τραπεζικού συστήματος. Μετά τη διάσωσή τους οι τράπεζες εξακολούθησαν να εφαρμόζουν επικίνδυνα παιχνίδια δανεισμού. Άρχισαν να δανείζουν σε κράτη με πολύ μεγάλες δανειακές ανάγκες (μεταξύ αυτών και η Ελλάδα), τα χρήματα που είχαν πάρει για να σωθούν οι ίδιες, και μάλιστα με πολύ υψηλά επιτόκια. Ταυτόχρονα, δομούσαν ασφάλιστρα κινδύνου (σύμβαση ανταλλαγής κινδύνου αθέτησης) γνωστά ως CDS(Credit Default Swaps), τα οποία πωλούσαν στοιχηματίζοντας στην χρεοκοπία των κρατών που είχαν λάβει τα δάνεια. Οι επενδυτές που ήθελαν να δανείσουν σε χώρες όπως η Ελλάδα, αγόραζαν και CDS για να διασφαλίσουν τα χρήματά τους και την επένδυσή τους.

Παρά λοιπόν τη διάσωση των τραπεζών και τη χρηματοδότησή τους από τα κράτη με δημόσιο χρήμα για αναπλήρωση του χαμένου ιδιωτικού χρήματος, οι τράπεζες ξεκίνησαν να παράγουν νέο τοξικό – ιδιωτικό χρήμα, ποντάροντας σε χρεοκοπίες αδύναμων οικονομικά κρατών. Ο ισχυρισμός των τραπεζών περί αποσόβησης της κρίσης τους και αποπληρωμής των κρατικών δανείων που όφειλαν, ήταν στην ουσία φενάκη. Προχώρησαν σε αποπληρωμές, μόνο που το χρήμα που έδωσαν ήταν το τοξικό που παρήγαγαν και το οποίο οδήγησε και στην κατάρρευση των αγορών το 2008. Αποτέλεσμα αυτής της ύπουλης τραπεζικής τακτικής ήταν η ανακύκλωση της κρίσης.

Η απαρχή της αντίστροφης μέτρησης έγινε με την πτώχευση το φθινόπωρο του 2008 της Lehman Brothers που σχεδόν κόντεψε να συμπαρασύρει ολόκληρη τη Wall Street. Είναι αδιαμφισβήτητο ότι η κρίση στον τραπεζικό τομέα και στον τομέα των ακινήτων, συνετέλεσε στη γενικότερη οικονομική κρίση που επρόκειτο να ακολουθήσει.

Για ακόμα μια φορά λοιπόν το Κραχ του 2008 ξεκίνησε από τις Η.Π.Α. και διοχετεύτηκε και στην ευρωπαϊκή αγορά, η οποία συνειδητοποίησε ότι έχανε έναν

σημαντικό αγοραστή των προϊόντων της και ότι οι τράπεζές της ήταν στα πρόθυρα καταστροφής. Η ευκαιρία που έδωσε η Ευρώπη στις τράπεζές της για να διαφύγουν τον κίνδυνο της πτώχευσης, ουσιαστικά λειτούργησε εις βάρος της πραγματικής οικονομίας. Η κρίση του δημόσιου χρέους που εμφανίστηκε, στην Ελλάδα έγινε αισθητή στις αρχές του 2010. Η Ε.Ε. βλέποντας αρκετά από τα κράτη μέλη της να βρίσκονται μπροστά στον κίνδυνο χρεοκοπίας, αποφάσισε να διασώσει τα μέλη της ευρωζώνης, επιλέγοντας τη λύση του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (EFSF – European Financial Stability Facility). Η σύσταση αυτού του Ταμείου και ο συμψηφισμός χρεών των κρατών μελών με αδιαφανείς τρόπους, εγείρει διάφορα ζητήματα που η ανάλυσή τους δεν αποτελεί πεδίο της συγκεκριμένης μελέτης.

Οι πιο αδύναμες χώρες της Ε.Ε. αντιμετωπίζουν ένα κοινό στοιχείο απειλών που προκύπτει από το γεγονός ότι αποτελούν τους πιο αδύναμους κρίκους μιας λανθασμένα σχεδιασμένης και διαρθρωμένης νομισματικής ένωσης. Η ύπαρξη ενός σκληρού νομίσματος σε επίπεδο ένωσης, δεν συνάδει σε καμία περίπτωση με τα προβληματικά οικονομικά δεδομένα πολλών κρατών μελών. Ακόμα και οι πολιτικές, οικονομικές, κοινωνικές, πολιτιστικές και ιστορικές ιδιαιτερότητες των κρατών μελών της Ένωσης που σίγουρα επηρεάζουν την κατάσταση της κάθε χώρας, πρέπει να ερευνηθούν διεξοδικά για το αν και κατά πόσον επηρέασαν την οικονομική κατάληξη των χωρών.

Οι χώρες που ανήκουν στον Ευρωπαϊκό Νότο αποτελούν το επίκεντρο της οικονομικής κρίσης, αλλά συγκριτικά με την ευρωζώνη, οι δημόσιες δαπάνες τους ήταν απολύτως συμβατές με το μέσο όρο αυτής τα προηγούμενα χρόνια. Η μεγάλη αύξηση των δημοσίων δαπανών που εύλογα προκλήθηκε από την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης, αποκαλύπτει τη ρίζα των βαθύτερων και μόνιμων δημοσιονομικών προβλημάτων που αντιμετώπιζε η Ελλάδα. Τα δημόσια έσοδα ήταν πάντα κάτω του μέσου όρου της ευρωζώνης. Αναμφίβολα η οικονομική ύφεση προκάλεσε σημαντικά πρωτογενή ελλείμματα στις πιο ευάλωτες οικονομικά χώρες. Η Ιταλία, η Ισπανία, η Ιρλανδία, η Πορτογαλία ήταν από τις χώρες που αντιμετώπισαν έντονα προβλήματα λόγω αυτού του φαινομένου.

## 1.2. Η Οικονομική Κρίση και οι Επιπτώσεις της στην Υγεία και το Σύστημα Υγείας

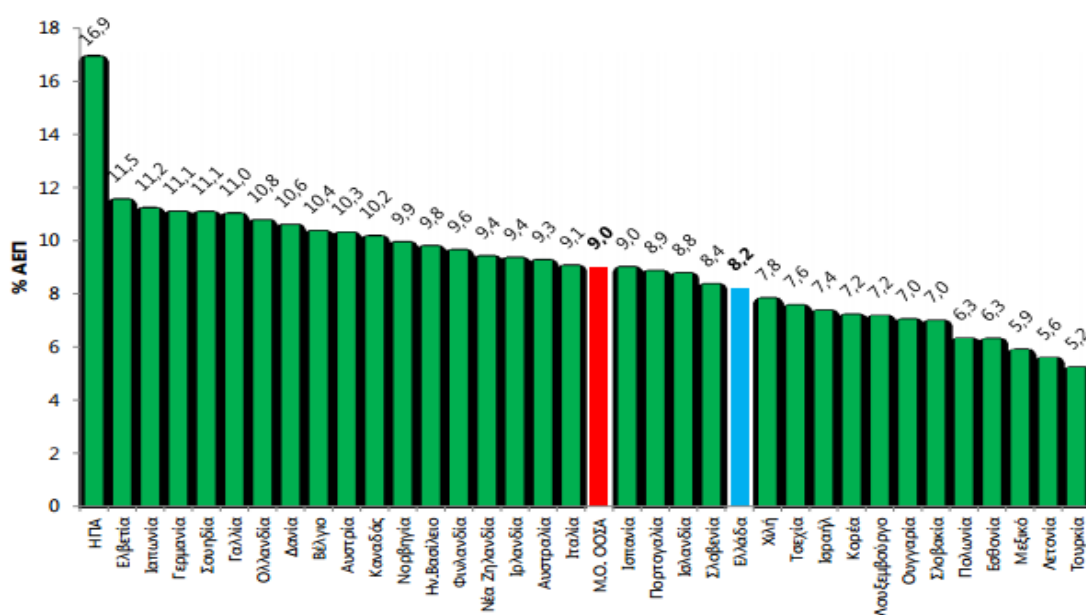
Η οικονομική κρίση των τελευταίων ετών, έχει προκαλέσει μεγάλες ανατροπές στην καθημερινότητα των ανθρώπων και έχει συμβάλει στη φτωχοποίηση μια μεγάλης μερίδας πολιτών. Η αύξηση της ανεργίας, η μείωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών, οι διαρκώς αυξανόμενες απαιτήσεις και η δυσκολία ικανοποίησης των αναγκών των πολιτών, είναι μερικά από τα βασικότερα σημάδια των επιπτώσεων της κρίσης στην υγεία. Η επιβολή μέτρων λιτότητας, οδήγησε σε διεύρυνση των ανισοτήτων και παρά την προσπάθεια να προσαρμοστούν οι πολίτες στις νέες συνθήκες, ήταν αναπόφευκτη η επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης. Η χειροτέρευση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, αναδεικνύει σοβαρά προβλήματα που υφίστανται σε επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και στις κοινωνικές και διαπροσωπικές σχέσεις τους. Η συχνότερη εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων με κυρίαρχα τα καρδιαγγειακά, η αύξηση κρουσμάτων κακοποίησης και παραμέλησης παιδιών, η ενδοοικογενειακή βία, οι αυτοκτονίες, η αύξηση της εγκληματικότητας, οι ψυχικές διαταραχές κυρίως λόγω του άγχους και της κατάθλιψης που προκαλείται κυρίως από την εργασιακή και οικονομική ανασφάλεια, η ροπή των πολιτών σε ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως είναι η κακή διατροφή, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, και η μη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού (Παπαμιχαήλ, 2016).

Η υποχρεωτική λήψη μέτρων για περιστολή δαπανών σε όλους τους τομείς, είχε ως αποτέλεσμα στον υγειονομικό τομέα να υπάρξουν μεγάλες περικοπές που επηρέασαν τόσο την ποιότητα και την ποσότητα όσο και την προσβασιμότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Λόγω της μείωσης των οικογενειακών εισοδημάτων, σημειώθηκε στροφή των ασθενών από τον ιδιωτικό στο δημόσιο τομέα, σε μια περίοδο που το κράτος είναι υποχρεωμένο να μειώνει τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία και να περιορίζει τις παρεχόμενες υπηρεσίες για εξοικονόμηση πόρων. Η υγεία σε περιόδους οικονομικής κρίσης βρίσκεται σε κίνδυνο λόγω των γρήγορων οικονομικών αλλαγών, και η διασύνδεση μεταξύ υγείας και οικονομικής κρίσης, είναι ορατή σε δείκτες όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, η νοσηρότητα, η θνησιμότητα και η

πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο εκτός από την επιρροή της οικονομικής κατάστασης, η υγεία επηρεάζεται και εξαρτάται και από το βαθμό κοινωνικής προστασίας των ατόμων (Economou et al., 2014a).

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα συστήματα υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης, σχετίζονται κυρίως με τη χρηματοδότησή τους, η οποία μειώνεται εξαιτίας της μείωσης των κρατικών δαπανών και της διακοπής της οικονομικής βοήθειας από άλλα κράτη ή οργανισμούς άλλων χωρών. Οι υγειονομικές δαπάνες ως ποσοστό του Α.Ε.Π. στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. με εξαίρεση τις Η.Π.Α., για το έτος 2015 κυμαίνονται σε χαμηλά ποσοστά, μεταξύ του χαμηλότερου 5,2% της Τουρκίας και του υψηλότερου 11,5% της Ελβετίας. Ο μέσος όρος βρίσκεται στο 9% και με πολύ μικρές διακυμάνσεις πάνω και κάτω από το μέσο όρο βρίσκονται οι χώρες που υπέστησαν το σοβαρότερο πλήγμα από την οικονομική κρίση (Ισπανία, Ιταλία, Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισλανδία) (Διάγραμμα 1).

**Διάγραμμα 1:** Δαπάνες Υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π. στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. το 2015



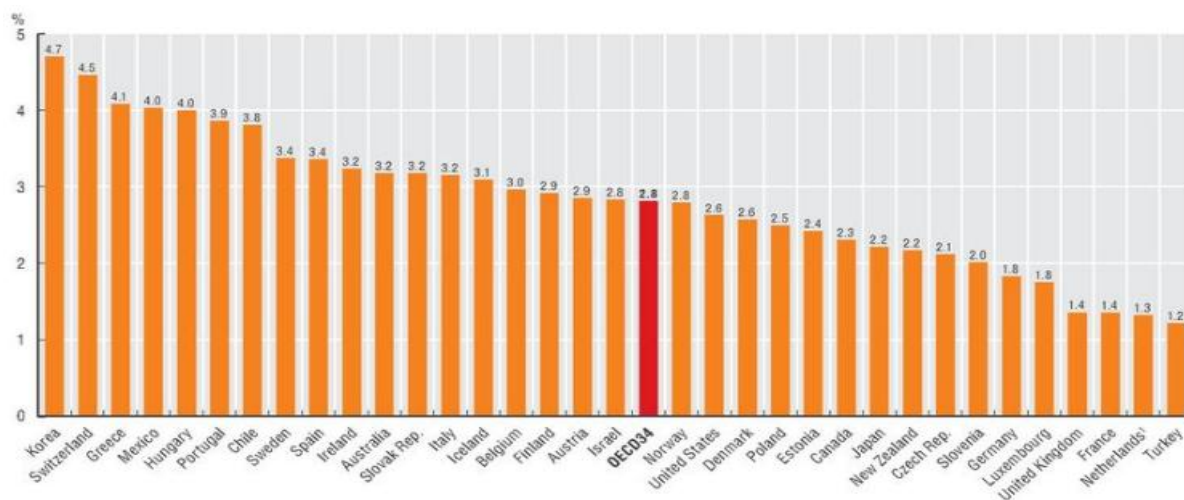
Πηγή: OECD Health Data 2015, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2014.

Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/statistics/-/publication/SHE35/2014>



Η πτώση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών οδηγεί σε μείωση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, ειδικά στις περιπτώσεις που ο χρήστης οφείλει να πληρώσει έστω και συμμετοχικά. Στο Διάγραμμα 2 αποτυπώνονται οι ίδιες πληρωμές από τους χρήστες, ως ποσοστό επί της συνολικής οικογενειακής κατανάλωσης για το 2013. Το συμπέρασμα που προκύπτει, επιβεβαιώνει το κατά πόσον η οικονομική κρίση με την περιστολή των κρατικών δαπανών που επέφερε, ανάγκασε τις πληγείσες χώρες να μεταφέρουν το κόστος της υγειονομικής δαπάνης στους πολίτες. Παρατηρούνται χώρες όπως η Ιταλία, η Ισπανία, η Πορτογαλία, η Ιρλανδία, η Ισλανδία, η Ελλάδα που αντιμετώπισαν τα σοβαρότερα οικονομικά προβλήματα, να έχουν ποσοστά ιδιωτικής δαπάνης για υπηρεσίες υγείας, υψηλότερα από το μέσο όρο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., που ήταν στο 2,8% του συνολικού οικογενειακού προϋπολογισμού.

**Διάγραμμα 2:** Ιδιωτικές δαπάνες υγείας ως ποσοστό της συνολικής οικογενειακής κατανάλωσης για το έτος 2013

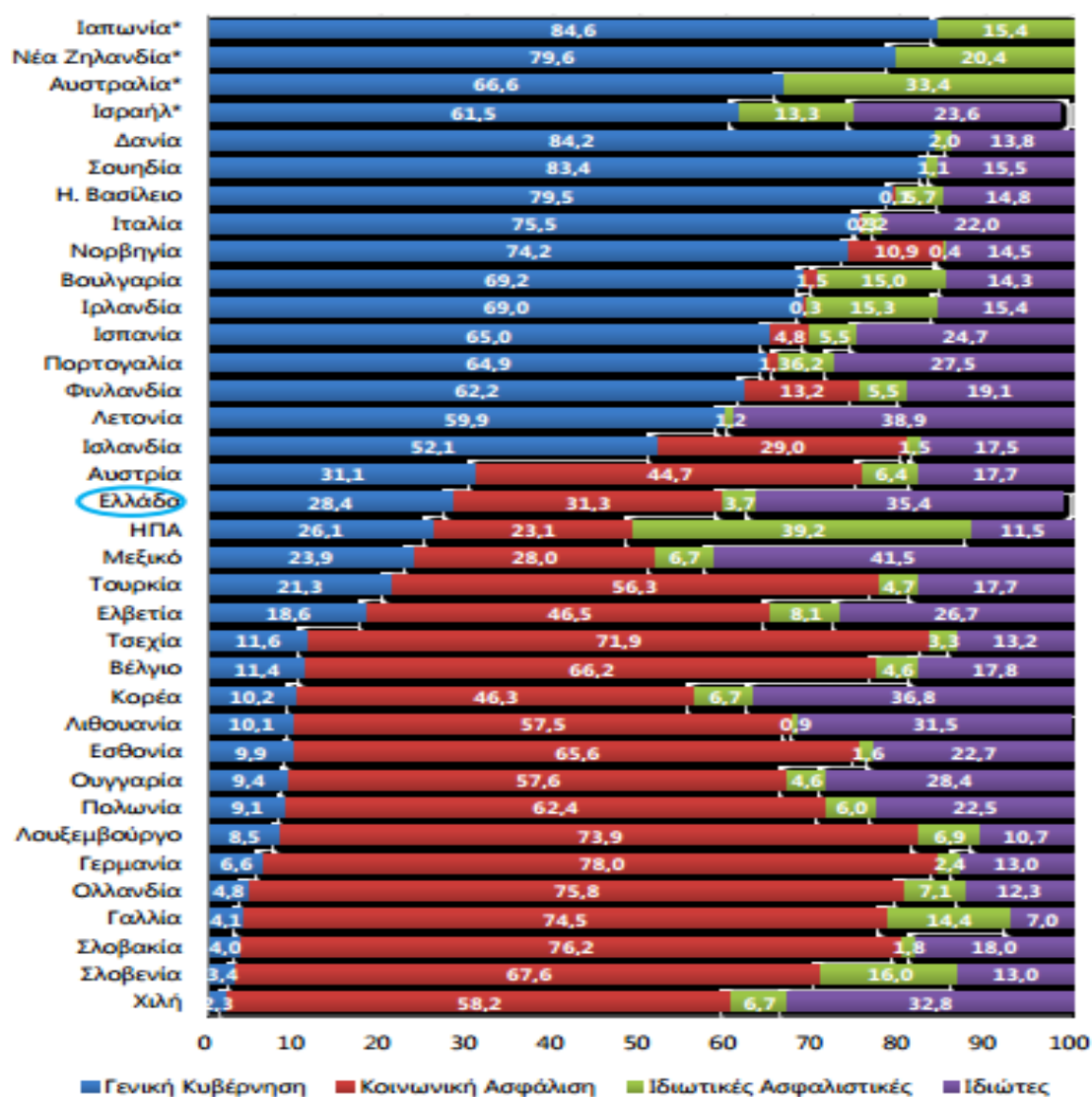


Πηγή: OECD, 2015. Διαθέσιμο στο: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en)

Πλέον μεγαλύτερα τμήματα του πληθυσμού απευθύνονται προς τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας λόγω έλλειψης χρημάτων, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ζήτηση για δημόσιες υπηρεσίες υγείας, τη στιγμή που οι υποχρεωτικές περικοπές συρρικνώνουν τις ήδη ελλειμματικές δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Ως επί το πλείστον, τη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας αναλαμβάνει το κράτος και η κοινωνική

ασφάλιση και έπονται οι ιδιωτικές ασφαλιστικές και οι πληρωμές από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Στο Διάγραμμα 3 που ακολουθεί, είναι ξεκάθαρη η κατανομή της χρηματοδότησης ανάλογα με το μοντέλο που ανήκει κάθε χώρα (Beveridge, Bismarck), κατά το έτος 2014 καθώς και οι συμμετοχές των ιδιωτών, κυρίως στις χώρες που βίωσαν έντονα την οικονομική κρίση.

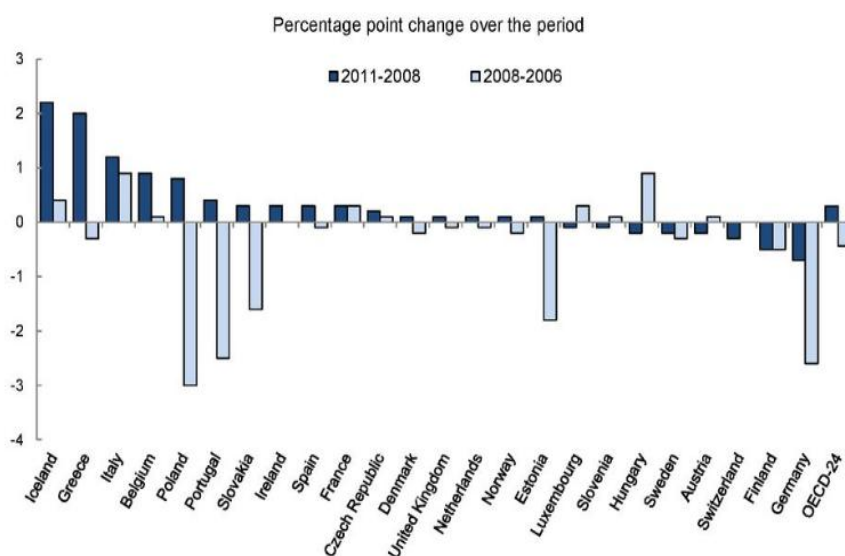
**Διάγραμμα 3:** Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας ανά χώρα του Ο.Ο.Σ.Α. το 2014



Πηγή: OECD Health Statistics 2016, Επεξεργασία στοιχείων IOBE

Κυρίως τα άτομα χαμηλού εισοδήματος περιορίζουν τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αυτό συνεπάγεται μικρότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας (Μαλλιαρού και συν., 2012). Η απώλεια εργασίας, η επισφαλής εργασία και γενικά το άγχος που προκαλείται σε μεγάλο τμήμα του πληθυσμού οδηγεί σε αυξημένα περιστατικά ψυχικών διαταραχών, σε επιδείνωση της γενικότερης κατάστασης υγείας του πληθυσμού και σε δυσκολία τόσο στην πρόσβαση όσο και στη χρήση υπηρεσιών υγείας. Οι ανεκπλήρωτες υγειονομικές ανάγκες προ και κατά τη διάρκεια της κρίσης, αποτυπώνουν ξεκάθαρα τόσο την αυξημένη ανάγκη για υπηρεσίες υγείας, όσο και τη δυσκολία ικανοποίησης των υγειονομικών αναγκών. Στο Διάγραμμα 4 που ακολουθεί διαφαίνεται ξεκάθαρα πως τα μεγαλύτερα ποσοστά ανεκπλήρωτων υγειονομικών αναγκών, τα κατέχουν οι χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση και σύμφωνα με τον ερευνώμενο πληθυσμό, ο λόγος μη ικανοποίησης των αναγκών αυτών ήταν κυρίως οικονομικής φύσης.

**Διάγραμμα 4:** Ανεκπλήρωτες ανάγκες υγείας πριν και κατά τη διάρκεια της κρίσης



Πηγή: Fall et al., 2014. Διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.1787/5jz1592t3646-en>

### 1.3. Η προστασία του Δικαιώματος της Υγείας μέσα από Διεθνείς Συμφωνίες και Οργανισμούς

Από πολύ νωρίς έγινε λόγος για την ανάγκη προστασίας του δικαιώματος της υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο, μέσα από διεθνείς συμφωνίες και οικουμενικές διακηρύξεις. Ενδεικτικά τέτοια παραδείγματα είναι η Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών στις 10 Δεκεμβρίου του 1948, η Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (Ε.Σ.Δ.Α.) με το Νομοθετικό Διάταγμα 53/74 στις 4 Νοεμβρίου 1950 και το πρόσθετο Πρωτόκολλο αυτής στις 20 Μαρτίου του 1952. Η Ε.Σ.Δ.Α. προασπίζει τα θεμελιώδη δικαιώματα και τις θεμελιώδεις ελευθερίες των ανθρώπων και απαγορεύει τα οποιαδήποτε είδους βασανιστήρια. Στο άρθρο 14, απαγορεύει τις διακρίσεις μεταξύ πολιτών βάσει φύλου, θρησκείας, φυλής, πολιτικών πεποιθήσεων, χρώματος, γλώσσας, οικονομικής κατάστασης, εθνικής ή κοινωνικής προέλευσης, γέννησης ή άλλης κατάστασης. Η Σύμβαση κατά των Βασανιστηρίων και άλλων τρόπων σκληρής, απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας υιοθετήθηκε με την από 10 Δεκεμβρίου 1984 απόφαση 39/46 της Γενικής Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε., 1984). Στις 20 Νοεμβρίου 1989 υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, όπου διακηρύσσει ότι όλα τα παιδιά γεννιούνται με βασικές ελευθερίες και δικαιώματα (UNICEF, 2017). Η Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική που υπογράφηκε στις 4 Απριλίου 1997 στο Οβιέδο της Ισπανίας γνωστή και ως Σύμβαση του Οβιέδο, είχε ως στόχο την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής (Παραράς, 2001).

#### 1.3.1. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) (<http://www.who.int/en/>) που είναι εξειδικευμένο όργανο των Ηνωμένων Εθνών, οριοθετεί την έννοια της υγείας και δίνει σαφείς ορισμούς και κατευθύνσεις γύρω από το συγκεκριμένο αγαθό. Μεταξύ άλλων αναφέρει στο καταστατικό του τα εξής:

- Η διασφάλιση της καλής υγείας για όλους τους πολίτες του κόσμου είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την παγκόσμια ασφάλεια και ειρήνη.
- Είναι πολύ σημαντική η συνεργασία μεταξύ κρατών και ατόμων έτσι ώστε τα επιτεύγματα του τομέα της υγείας με τη μέθοδο των καλών πρακτικών (best practices) και της διαδικασίας της Συγκριτικής Προτυποποίησης / Αξιολόγησης (benchmarking) να υιοθετηθούν και να εφαρμοστούν από όλους ως παράδειγμα προς μίμηση.
- Η υγεία του πληθυσμού αποτελεί πρωταρχική ευθύνη του κάθε κράτους το οποίο οφείλει να διασφαλίζει την επαρκή παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής προστασίας.
- Η επίτευξη του ανώτερου δυνατού επιπέδου υγείας εξαρτάται από τη διάχυση της πληροφορίας των ευεργετικών αποτελεσμάτων από την ιατρική πρόοδο σε όλες τις χώρες.
- Η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από το ποσοστό συμμετοχής, συνεργασίας και πληροφόρησης του ίδιου του πληθυσμού.

Ο ρόλος του Π.Ο.Υ. δεν έχει εξουσιαστική δύναμη στα κράτη μέλη και δεν μπορεί να επιβάλλει πολιτικές υγείας. Επαφίεται στη διακριτική ευχέρεια των κρατών να ακολουθήσουν τις οδηγίες του και έχει κυρίως χαρακτήρα διεθνούς διπλωματίας, με παρότρυνση των κρατών να διαμορφώσουν την κατάλληλη εθνική πολιτική υγείας βασισμένη στις ανάγκες του πληθυσμού και τις δυνατότητες του εκάστοτε κράτους και εναρμονισμένη με τις ευρωπαϊκές επιταγές.

Κατά καιρούς ο Π.Ο.Υ. ετοιμάζει σχέδια για την υγεία με τη μορφή παγκόσμιας στρατηγικής. Το 1981 υιοθετήθηκε το πρόγραμμα «Υγεία για Όλους μέχρι το έτος 2000». Ορισμένοι από τους στόχους του συγκεκριμένου προγράμματος ήταν η διασφάλιση της ισότητας στην υγεία, η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη νοσημάτων, η ανάδειξη της ανάγκης της επικέντρωσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), η ενεργοποίηση των ατόμων για την υγεία τους, η διατομεακή συνεργασία των φορέων που εμπλέκονται στην πολιτική υγείας και η ποιοτική διασφάλιση των υγειονομικών παροχών.

Λόγω των αυξημένων αναγκών και των ραγδαίων εξελίξεων που συντελούνται σε παγκόσμιο επίπεδο, η στρατηγική αυτή δεν θα μπορούσε να ανταποκρίνεται στα συνεχώς εξελισσόμενα ζητήματα που καλούνταν να επιλύσει. Για το λόγο αυτό το 1998 υιοθετήθηκε η νέα στρατηγική με τίτλο «Υγεία για Όλους τον

21<sup>ο</sup> αιώνα». Οι νέοι στόχοι δεν άλλαξαν, απλά εμπλουτίστηκαν. Δόθηκε βαρύτητα στη δημιουργία υγιών συνθηκών διαβίωσης με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη μείωση της επίπτωσης και της εμφάνισης ασθενειών, έγινε λόγος για την ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων για την υγεία μέσα από την έρευνα και τη γνώση σε τομείς που αφορούν την υγεία, έγινε αναφορά σε επιβλαβείς παράγοντες που πρέπει να καταπολεμηθούν (κάπνισμα, αλκοόλ, κακή διατροφή, ναρκωτικά), η αλληλεγγύη τονίστηκε ως πρωταρχικός πυλώνας για την επίτευξη του σχεδίου και έγινε λόγος για τη δραστηριοποίηση των εταίρων που εμπλέκονται στον τομέα της υγείας (Σακελλαρόπουλος, 2001).

### **1.3.2. Η Στρατηγική «ΥΓΕΙΑ 2020»**

Σύμφωνα με τη Στρατηγική «Υγεία 2020», ο Π.Ο.Υ. σε συνεργασία με τα ευρωπαϊκά κράτη, έθεσαν 6 στόχους: α)τη μείωση της πρόωρης θνησιμότητας, β)την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, γ)τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία μέσα από τη μείωση της ανεργίας, την αντιμετώπιση της φτώχειας, την ενσωμάτωση των μειονοτήτων, και τη βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος, δ)την ενίσχυση της ευημερίας των πληθυσμών, ε)τη μετακίνηση προς την καθολική κάλυψη της υγείας, δηλαδή την ισότιμη πρόσβαση σε αποτελεσματικές και απαραίτητες υπηρεσίες, χωρίς οικονομική επιβάρυνση των πολιτών και στ)την καθιέρωση εθνικών στόχων που τίθενται από τα κράτη – μέλη. Αξίζει να τονιστεί ότι το ποσοστό των χωρών, των οποίων οι πολιτικές ευθυγραμμίστηκαν με την «Υγεία 2020» το 2013 άγγιξε το 75%.

Τα μαζικά προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου αποτελούν μια πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας. Ειδικότερα ο στοχευμένος προσυμπτωματικός έλεγχος σε ομάδες υψηλού κινδύνου, που λόγω της επιδείνωσης διαφόρων κοινωνικοοικονομικών συνθηκών όπως η ανεργία, η μείωση των εισοδημάτων, το άγχος, η κακή διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, η παραμέληση της υγείας ιδιαίτερα σε επίπεδο πρόληψης που λόγω της φτώχειας θεωρείται από τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα ως αγαθό πολυτελείας, θα βοηθούσε να επιτευχθούν ευκολότερα οι στόχοι του προγράμματος. Η ένταξη των μειονοτήτων, των μεταναστών και των προσφύγων στις δράσεις για την πρόληψη και

την προαγωγή της υγείας, παρά τις δυσκολίες που ενέχει, αποτελεί ένα στοίχημα που αν κερδηθεί θα δώσει μεγάλη ώθηση στην επίτευξη των στόχων, καθώς οι ομάδες αυτές αποτελούν ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού της χώρας και χαρακτηρίζονται από επίπεδα μέτριας έως και κακής υγείας (Πετρέλης και συν., 2016, European Commission, 2012).

### **1.3.3. Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε.**

Σύμφωνα με τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων ([http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_el.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf)) που εγκαθίδρυσε η Ευρωπαϊκή Ένωση το 2000, το δικαίωμα των πολιτών για υγεία προστατεύεται και κατοχυρώνεται έμμεσα και άμεσα, σε πολλά άρθρα. Στο άρθρο 1 του κεφαλαίου 1 που αναφέρεται στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τη χαρακτηρίζει ως απαραβίαστη, σεβαστή και υπό προστασία. Το άρθρο 2 που αναφέρεται στο δικαίωμα στη ζωή, το άρθρο 3 που αναφέρεται στην ακεραιότητα του προσώπου καθιστώντας αναφαίρετο δικαίωμα του καθενός να διασφαλίζει τη σωματική και διανοητική του ακεραιότητα. Το άρθρο 6 του κεφαλαίου 2 που αναφέρεται στο δικαίωμα στην ελευθερία και την ασφάλεια του ατόμου. Στο 3<sup>ο</sup> κεφάλαιο το άρθρο 20 που αναφέρεται στην ισότητα έναντι του νόμου και το άρθρο 21 που αναφέρεται στην απαγόρευση πάσης φύσεως διακρίσεων. Το άρθρο 25 του ίδιου κεφαλαίου που αναφέρεται στα δικαιώματα των ηλικιωμένων τους οποίους η Ε.Ε. αναγνωρίζει ως κατηγορία που χρήζει συμπαράστασης, σεβασμού και διασφάλισης μιας αξιοπρεπούς και ανεξάρτητης διαβίωσης με απώτερο στόχο τη συμμετοχή των ηλικιωμένων στον κοινωνικό βίο. Το άρθρο 26 του κεφαλαίου 3 που αναφέρεται στην ένταξη των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Η Ε.Ε. αναγνωρίζει το δικαίωμα των ατόμων που ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία να επωφελούνται μέτρων για αυτονομία, κοινωνική και επαγγελματική ένταξη και πρόσβαση στα κοινά. Στο κεφάλαιο 4 το άρθρο 34 που αναφέρεται στην κοινωνική ασφάλεια και την κοινωνική αρωγή. Αναγνωρίζεται από την Ένωση το δικαίωμα όλων για πρόσβαση στις κοινωνικές υπηρεσίες και τις παροχές κοινωνικής προστασίας. Τέλος το άρθρο 35 του κεφαλαίου 4, αναφέρεται ξεκάθαρα στην προστασία της υγείας. Κάθε πρόσωπο πρέπει να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε

ζητήματα υγείας και να απολαμβάνει ιατρικές υπηρεσίες βάσει του νομοθετικού πλαισίου που ισχύει σε κάθε κράτος – μέλος της Ένωσης (Σακελλαρόπουλος, 2001).

#### **1.3.4. Το Λευκό Βιβλίο του 1994**

Σύμφωνα με το Λευκό Βιβλίο της 27<sup>ης</sup> Ιουλίου του 1994, οι περιθωριοποιημένες ομάδες και η συμβολή τους στην κοινωνία, είναι ένα στοιχείο της Ευρωπαϊκής Ένωσης που δεν πρέπει να χαθεί, καθώς η βιωσιμότητά της συνδέεται άρρηκτα με τη διατήρηση αυτών των ομάδων στους κύκλους της. Είναι μια εξαιρετικά δύσκολη προσπάθεια, μιας και αυξάνεται ολοένα και περισσότερο ο αριθμός των ατόμων που βρίσκονται σε ανασφάλεια. Η Ε.Ε. πρέπει να εξασφαλίσει ότι στην περίοδο που διανύει με σημαντικές οικονομικές, πολιτικές, τεχνολογικές και κοινωνικές μεταβολές, οι πιο ευάλωτες ομάδες που είναι αποκλεισμένες από την οικονομικοκοινωνική ζωή, από την αγορά εργασίας και από την πρόσβαση σε κοινωνικές παροχές, εξακολουθούν να μην αποκλείονται από τα οφέλη της Ε.Ε.

Υπάρχουν αυξανόμενες ανάγκες στον τομέα της υγείας που τα τελευταία χρόνια εκτινάχθηκαν λόγω της έντονης κινητικότητας εντός της Ε.Ε. και της ραγδαίας αύξησης της μετανάστευσης λόγω της γενικότερης κοινωνικοπολιτικής αστάθειας και των πολέμων που είναι σε εξέλιξη παγκοσμίως (Ευρωπαϊκή Κοινότητα, 2001).

#### **1.3.5. Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης του Συμβουλίου της Ευρώπης**

Η σύνταξη του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη (<http://www.coe.int/en/web/turin-european-social-charter>), αποσκοπούσε στη διασφάλιση των κοινωνικών δικαιωμάτων όλων των πολιτών. Αποτέλεσε τη μοναδική διεθνή σύμβαση που αναγνώρισε και στήριξε το δικαίωμα για κοινωνική και ιατρική βοήθεια. Στο άρθρο 13 της δεύτερης ενότητας περί κοινωνικής βοήθειας, γίνεται λόγος για το δικαίωμα αυτό. Σύμφωνα με την παράγραφο 1 αυτού του άρθρου, τα Συμβαλλόμενα μέρη οφείλουν να διασφαλίζουν σε κάθε άτομο που δεν



έχει επαρκείς πόρους, φροντίδα και βοήθεια εφόσον κρίνεται ότι το άτομο βρίσκεται σε ανάγκη. Στην τρίτη ενότητα που αναφέρεται στην υγεία, το άρθρο 11 αναθέτει ρητά τη διασφάλιση του δικαιώματος για την προστασία της υγείας στα Συμβαλλόμενα μέρη, είτε απευθείας είτε σε συνεργασία με δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς. Η παράγραφος 1 του εν λόγω άρθρου, ασχολείται με την εξάλειψη των αιτιών κακής υγείας και στην παράγραφο 2 προωθείται η παροχή συμβουλευτικών και εκπαιδευτικών μέσων για την προαγωγή της υγείας και την ενθάρρυνση του αισθήματος ατομικής ευθύνης πάνω σε θέματα υγείας. Η προληπτική υγεία ενισχύεται μέσω προγραμμάτων εμβολιασμών, πολιτικής κατά του αλκοόλ, των ναρκωτικών και του καπνίσματος. Η Ελλάδα ανήκει στις χώρες που δεν προστατεύουν επαρκώς το δικαίωμα της προληπτικής υγείας. Να σημειωθεί ότι στο αναθεωρημένο άρθρο 11, προστέθηκε και η πρόληψη των ατυχημάτων. Η σημαντικότητα της υγείας, έχει συχνά δυσανάλογο χαρακτήρα με την προτεραιότητα που της δίνεται από το κάθε κράτος στα πλαίσια της κοινωνικής πολιτικής που ασκεί.

Στην τέταρτη ενότητα που αφορά τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, ο αναθεωρημένος χάρτης στο άρθρο 30, αναφέρει ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός πλήττει τους ανθρώπους που δεν βρίσκονται απαραίτητα σε κατάσταση φτώχειας, αλλά αρκεί να στερούνται πρόσβασης σε δικαιώματα ή παροχές. Είναι πολύ σημαντική αυτή η εξέλιξη, καθώς στο Χάρτη του 1961 δεν γινόταν λόγος για την προστασία κατά της φτώχειας. Η αναθεώρηση αυτή, προάγει την αποτελεσματική πρόσβαση των ατόμων που βιώνουν ή κινδυνεύουν από κοινωνικό αποκλεισμό ή φτώχεια σε διάφορους τομείς της κοινωνικής ζωής, μεταξύ των οποίων είναι και η υγεία.

Στην ενδέκατη ενότητα που αναφέρεται στους μετανάστες, το άρθρο 19 κάνει λόγο για το δικαίωμα των μεταναστών εργαζομένων και των οικογενειών τους για βοήθεια και προστασία. Στην παράγραφο 2, υποχρεώνονται τα κράτη να υιοθετούν μέτρα για την υποδοχή των μεταναστών και την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών υγείας, ιατρικής φροντίδας και καλές συνθήκες υγιεινής. Κρίνεται άκρως απαραίτητη η άμεση λήψη μέτρων για την προαγωγή της κοινωνικής και πολιτιστικής ένταξης των οικονομικών μεταναστών και των οικογενειών τους (Βενιέρης, 2002).

### 1.3.6. Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων

Η καταπολέμηση των ανισοτήτων αποτέλεσε μια από τις βασικές στρατηγικές της Ε.Ε. για τα έτη 2008-2013. Μέσα από το πρόγραμμα «Αλληλεγγύη στον Τομέα της Υγείας: Μείωση Ανισοτήτων στον Τομέα της Υγείας», επισημάνθηκε η ανάγκη μέτρησης των ανισοτήτων στην υγεία σε επίπεδο ηλικίας, φύλου, κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης, η βελτίωση της γνώσης γύρω από την αποτελεσματικότητα των πολιτικών που υιοθετήθηκαν για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων, η αξιολόγηση των επιπτώσεων που προκαλούν οι πολιτικές αυτές και τονίστηκε η ανάγκη ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των κρατών, η εφαρμογή και ανταλλαγή των καλών πρακτικών, η δημιουργία μιας βάσης δεδομένων και η διασφάλιση συνοχής μεταξύ όλων των βάσεων δεδομένων παγκοσμίως (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2009).

Οι προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει η νέα στρατηγική για τα έτη 2014-2020, εστιάζονται στο ιδιαίτερο δημογραφικό πλαίσιο με την αύξηση του γηράσκοντος πληθυσμού και την επικίνδυνη τάση των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας που απειλεί τη βιωσιμότητα των συστημάτων υγείας, την εύθραυστη οικονομική ανάκαμψη που περιορίζει τους διαθέσιμους πόρους και τις επενδύσεις στην υγειονομική περίθαλψη, την αύξηση των ανισοτήτων μεταξύ και εντός των κρατών μελών της Ένωσης, την αύξηση του επιπολασμού των χρόνιων ασθενειών.

Το πρόγραμμα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Υγεία 2014-2020 ([https://ec.europa.eu/health/programme/policy\\_el](https://ec.europa.eu/health/programme/policy_el)), έθεσε τέσσερις βασικούς στόχους:

- Την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των νόσων και τη διαμόρφωση των κατάλληλων συνθηκών του τρόπου ζωής βασισμένα στην αρχή «η υγεία σε όλες τις πολιτικές», με έμφαση στους παράγοντες κινδύνου όπως είναι το κάπνισμα, το παθητικό κάπνισμα, το αλκοόλ, οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες και η αποχή από τη φυσική δραστηριότητα, τα ναρκωτικά, και οι χρόνιες ασθένειες όπως ο καρκίνος
- Την προστασία των πολιτών της Ε.Ε. από διασυννοριακές απειλές που σχετίζονται με την υγεία όπως είναι οι μεταδοτικές ασθένειες (η νόσος

του AIDS, η φυματίωση και η ηπατίτιδα) καθώς και απειλές που προέρχονται από βιολογικά και χημικά ατυχήματα, από τις περιβαλλοντικές και κλιματολογικές αλλαγές

- Τη συμβολή σε αποδοτικά, βιώσιμα και καινοτόμα συστήματα υγείας με την υποστήριξη και ενθάρρυνση της συνεργασίας μεταξύ των κρατών μελών και με έμφαση στην ηλεκτρονική υγεία και στη δημιουργία μηχανισμού άντλησης καλών πρακτικών και γνώσης μεταξύ των κρατών μελών
- Τη διευκόλυνση της πρόσβασης των πολιτών της Ε.Ε. σε καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη με καταπολέμηση των υγειονομικών ανισοτήτων μέσα από δίκτυα αναφοράς σε ευρωπαϊκό επίπεδο

Μέσα από το ερευνητικό πρόγραμμα Horizon 2020, η Ε.Ε. έχει προγραμματίσει να δαπανήσει περίπου 7,5 δισεκατομμύρια ευρώ για την έρευνα με στόχο τη βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρώπη, μέχρι το 2020 (European Commission, 2017).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 2.1. Η Ελληνική Οικονομική Κρίση

Το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και οι τριγμοί που δημιουργήθηκαν στους θεσμούς κοινωνικής προστασίας, κλόνισαν τη βάση της συναίνεσης. Το κράτος μέσα στη δίνη των οικονομικών ανακατατάξεων, επιφορτίστηκε με μια συνεχώς αυξανόμενη συσσώρευση αναγκών τις οποίες όφειλε να ικανοποιήσει. Η Ελλάδα ανήκει στις χώρες εκείνες που αντιμετώπισε έντονες μακροοικονομικές και δημοσιονομικές δυσχέρειες, που βασίζονταν στο συνδυασμό πολιτικών αστοχιών και συστημικών ανισοροπιών. Η ταυτόχρονη μείωση των ταμειακών διαθεσίμων και του ρυθμού οικονομικής ανάπτυξης, οδήγησαν σε μια ευρύτερη δημοσιονομική κρίση, κατά την οποία οι συνεχώς αυξανόμενες κρατικές δαπάνες δεν ισοσκελιζόνταν με τα ολοένα και μειούμενα κρατικά έσοδα. Η οριζόντια επιβολή μέτρων λιτότητας επέφερε επώδυνα κοινωνικά αποτελέσματα και εμπόδισε την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη της χώρας (Πετμεζίδου και συν., 2015, Πετμεζίδου – Τσουλουβή, 1992).

Από την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα και μέχρι σήμερα, σχεδόν 9 χρόνια μετά, το πολιτικό κλίμα ήταν εξαιρετικά ασταθές. Τον Ιανουάριο του 2009 ο οίκος αξιολόγησης Standard & Poor's υποβάθμισε την πιστοληπτική ικανότητα της Ελλάδας και στη συνέχεια ακολουθούν οι οίκοι Fitch και Moody's.

Η εξαγγελία πρόωρων εκλογών τον Οκτώβρη του 2009, η αλλαγή της κυβέρνησης, η κατάρτιση του προϋπολογισμού του 2010 με μέτρα περικοπής δαπανών για περιστολή της κρατικής σπατάλης και καταβολή επιδόματος κοινωνικής αλληλεγγύης στις κοινωνικές ομάδες με χαμηλό εισόδημα και οι επαναλαμβανόμενες υποβαθμίσεις της ελληνικής οικονομίας, ήταν η απαρχή της κατάρρευσης της ελληνικής κοινωνίας. Στις αρχές του 2010 ανακοινώνεται η πρώτη λήψη μέτρων λιτότητας που περιλάμβαναν μεταξύ άλλων μείωση μισθών, πάγωμα προσλήψεων, μείωση 10% των επιδομάτων. Σε διάστημα λίγων μηνών λαμβάνεται η απόφαση για ένα δεύτερο πακέτο μέτρων λιτότητας, με πάγωμα των συντάξεων, περικοπές των μισθών, αύξηση του Φ.Π.Α. και επαναφορά και επέκταση τεκμηρίων διαβίωσης. Το

Μάιο του 2010 η Ελλάδα αιτήθηκε την πρώτη δανειακή ενίσχυση από το ΔΝΤ και δέχθηκε την επιβολή του πρώτου μνημονίου οικονομικής και χρηματοπιστωτικής πολιτικής ενώ ταυτόχρονα υποχρεώθηκε μέσα από τη συμφωνία να λάβει και άλλα μέτρα λιτότητας. Σε αυτή τη δέσμη μέτρων αυξήθηκε ακόμα περισσότερο ο Φ.Π.Α., καταργήθηκε ο 13<sup>ος</sup> και 14<sup>ος</sup> μισθός των δημοσίων υπαλλήλων, η 13<sup>η</sup> και 14<sup>η</sup> σύνταξη, επιβλήθηκε αύξηση στον ειδικό φόρο κατανάλωσης για καπνό, ποτά και καύσιμα, άλλαξαν τα εργασιακά με αύξηση του ορίου συνταξιοδότησης και μείωση του κατώτατου μισθού, διατηρήθηκε το πάγωμα των μισθών στο δημόσιο τομέα. Στα μέσα του 2011 λήφθηκε τέταρτο πακέτο μέτρων λιτότητας με ενδεικτικές τις αυξήσεις στο πετρέλαιο θέρμανσης και τον Φ.Π.Α., μειώθηκε το αφορολόγητο στις 8.000 ευρώ ετησίως, επιβλήθηκε φόρος στους αυτοαπασχολούμενους, συμφωνήθηκαν μαζικές ιδιωτικοποιήσεις, τα κριτήρια για κοινωνικές παροχές έγιναν ακόμα πιο αυστηρά. Υπογράφηκε στα τέλη του Ιουνίου του 2011 το Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής για τα έτη 2012-2015 το οποίο περιλάμβανε μέτρα για τον περιορισμό των δαπανών και αύξηση των εσόδων. Ορισμένα από τα μέτρα του μεσοπρόθεσμου, ήταν τα εξής: έκτακτη εισφορά για όσους είχαν εισόδημα άνω των 12.000 ευρώ, επιβολή ειδικής εισφοράς αλληλεγγύης, ετήσιο τέλος για τους επιτηδευματίες, ειδική εισφορά συνταξιούχων, επιβολή κλιμακωτής αντικειμενικής δαπάνης κατοικίας και εμφανίζεται ο όρος «εργασιακή εφεδρεία».

Το Σεπτέμβριο του ίδιου έτους εφαρμόστηκε πέμπτο πακέτο μέτρων λιτότητας, με νέο φόρο στα ακίνητα, ένταξη 30.000 δημοσίων υπαλλήλων σε καθεστώς εφεδρείας, νέες ιδιωτικοποιήσεις και προτροπή για άνοιγμα όλων των κλειστών επαγγελμάτων. Στις 27 Οκτωβρίου του 2011 αποφασίστηκε να γίνει κούρεμα του ελληνικού χρέους κατά 50% και να δοθεί πρόσθετο πακέτο βοήθειας προς τη χώρα με την προϋπόθεση τη λήψη αυστηρότερων μέτρων δημοσιονομικής πολιτικής, και την υποχρέωση τήρησης ενός προγράμματος δημοσιονομικής προσαρμογής μέχρι το 2021. Μεταξύ άλλων αποφασίστηκε η ανακεφαλαιοποίηση των ελληνικών τραπεζών. Η τρόικα εισχωρεί για τα καλά στη χώρα και ασκεί αυστηρούς ελέγχους. Το Νοέμβριο του 2011 ανακοινώνεται από τον Πρωθυπουργό η διεξαγωγή δημοψηφίσματος για την μείωση του χρέους με αντάλλαγμα αυστηρότερους ελέγχους από το Δ.Ν.Τ., αλλά η πρόταση αποσύρεται κατόπιν έντονων αντιδράσεων τόσο από την πλευρά της αντιπολίτευσης και των ίδιων των

μελών της κυβέρνησης, όσο και από χώρες του εξωτερικού, η κυβέρνηση παραιτείται και δημιουργείται κυβέρνηση λαϊκής ενότητας.

Το Φεβρουάριο του 2012 αποφασίζεται η λήψη του έκτου πακέτου μέτρων λιτότητας, λόγω ακόμα μιας αποτυχίας να τηρηθούν τα συμφωνημένα και να επιτευχθούν οι καθορισμένοι στόχοι. Ανάμεσα στα μέτρα αυτά προτάθηκε μείωση του κατώτατου μισθού κατά 22%, κατάργηση θέσεων στο δημόσιο τομέα, μείωση του προϋπολογισμού της κοινωνικής ασφάλισης, νέα μείωση μισθών και συντάξεων, νέες ιδιωτικοποιήσεις, αύξηση των εισιτηρίων στα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς, αύξηση των αντικειμενικών αξιών στα ακίνητα. Τον ίδιο μήνα με διαφορά μόλις λίγων ημερών, υπογράφεται το Δεύτερο Μνημόνιο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας, συνοδευόμενο από έντονες αντιδράσεις των πολιτών. Το Μάιο του 2012 προκηρύχθηκαν εκλογές στις οποίες όμως δεν σχηματίστηκε αυτοδύναμη κυβέρνηση, καθώς τα ποσοστά των παραδοσιακά κυβερνώντων κομμάτων συρρικνώθηκαν δραματικά λόγω των αποφάσεων και των ενεργειών που είχαν λάβει τα προηγούμενα χρόνια. Ορίστηκε υπηρεσιακή κυβέρνηση και προκηρύχθηκαν εκλογές για τον Ιούνιο του 2012. Αναδείχθηκε πρώτο κόμμα η Νέα Δημοκρατία, χωρίς όμως αυτοδυναμία. Αυτό την ανάγκασε να σχηματίσει κυβέρνηση συνεργασίας με το ΠΑΣΟΚ και τη ΔΗΜΑΡ. Η Τρόικα για να αποδεσμεύσει μέρος της χρηματικής βοήθειας πιέζει την κυβέρνηση να λάβει νέα μέτρα λιτότητας. Το Νοέμβριο του 2012 κατόπιν διαπραγματεύσεων μεταξύ κυβέρνησης και τρόικας, αποφασίζεται η κατάρτιση νέου Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής για τα έτη 2013-2016. Συμφωνήθηκε μια μείωση του χρέους με νέα λήψη μέτρων, μεταξύ αυτών είναι η αύξηση του ορίου συνταξιοδότησης από 65 σε 67 έτη, νέα μέτρα μείωσης μισθών και συντάξεων, κατάργηση της Εθνικής Γενικής Συλλογικής Σύμβασης Εργασίας, κατάργηση οικογενειακών επιδομάτων, περικοπές στα ειδικά μισθολόγια, δημιουργία ενιαίου μισθολογίου, υψηλές μειώσεις στο εφάπαξ, επιβολή αντιτίμου 25 ευρώ για εισαγωγή σε νοσοκομείο. Επρόκειτο για το έβδομο πακέτο μέτρων λιτότητας.

Τον Ιανουάριο του 2013 ψηφίζεται νέο πακέτο μέτρων λιτότητας, το 8<sup>ο</sup> κατά σειρά, με το οποίο φορολογούνται για πρώτη φορά οι εφοπλιστές, και αυξάνεται η φορολογία των ελευθέρων επαγγελματιών. Στις αρχές του 2015 γίνονται εκλογές οι

οποίες κερδίζονται από το ΣΥΡΙΖΑ που τόσα χρόνια ασκούσε ισχυρή αντιπολιτευτική δράση. Γίνεται κυβέρνηση συνεργασίας με τους ΑΝΕΛ και η νέα πολλά υποσχόμενη κυβέρνηση που ήταν εκ διαμέτρου αντίθετη με τα μνημόνια, υπόσχεται να τερματίσει τη λιτότητα, να μειώσει την υψηλή ανεργία, και να τερματίσει το «μνημονιακό ζυγό».

Παρ' όλες τις προσπάθειες διαπραγμάτευσης δεν επιτεύχθηκε μια συμφωνία με τους δανειστές για χαλάρωση των μέτρων και έτσι ο Πρωθυπουργός έκλεισε τις τράπεζες και εξήγγειλε δημοψήφισμα. Στις αρχές Ιουλίου του 2015 έλαβε χώρα το δημοψήφισμα, και λίγες μέρες μετά ψηφίστηκε το ένατο πακέτο μέτρων. Τον Αύγουστο του 2015 ψηφίστηκε το Τρίτο Μνημόνιο και λίγες μέρες μετά η κυβέρνηση ανακοίνωσε την παραίτησή της. Οι διερευνητικές εντολές που δόθηκαν δεν απέδωσαν στη δημιουργία κυβέρνησης και τελικά δημιουργήθηκε μια μεταβατική κυβέρνηση μέχρι τη διεξαγωγή εκλογών που ορίστηκαν για το Σεπτέμβριο του 2015. Οι εκλογές ανέδειξαν νικητή το ΣΥΡΙΖΑ και σχηματίστηκε εκ νέου κυβέρνηση συνεργασίας με το ΑΝΕΛ. Το Νοέμβριο του 2015 ψηφίζονται τα προαπαιτούμενα και γίνονται μεγάλες κινητοποιήσεις στις αρχές του 2016 για το ασφαλιστικό νομοσχέδιο της κυβέρνησης.

Η δυσaréσκεια του λαού ήταν ορατή, οι απεργίες διαδέχονταν η μια την άλλη, το κίνημα του «δεν πληρώνω» έκανε μεγάλες εκστρατείες κατά των μέτρων λιτότητας, οι διαδηλώσεις είχαν σχεδόν γίνει καθημερινό φαινόμενο. Ορισμένα από τα μέτρα κρίθηκαν αντισυνταγματικά και ανάγκασαν το Δημόσιο είτε να τα αποσύρει είτε να επιστρέψει χρήματα στις ομάδες που είχαν πληγεί από αυτά. Όλα αυτά τα χρόνια από το 2009 μέχρι και σήμερα, οι ελληνικές κυβερνήσεις έπαιρναν μέτρα για μείωση των δημοσίων δαπανών, αύξηση των δημοσίων εσόδων και γενικότερα ένα νοικοκύρεμα στα δημοσιονομικά της χώρας. Οι υποχρεώσεις του κράτους απέναντι στους δανειστές και ο αυστηρός έλεγχος για την επιτυχή εφαρμογή των συμφωνηθέντων, δεν άφηναν περιθώρια στις κυβερνήσεις να λειτουργήσουν ελαστικά. Από τα μέτρα που υποχρεώθηκαν να εφαρμόσουν οι ελληνικές κυβερνήσεις δεν γλίτωσε καμία κοινωνική ομάδα, και κυρίως επλήγησαν οι χαμηλότερες εισοδηματικές τάξεις. Όλα τα μέτρα στόχευαν στην είσπραξη εσόδων και ο ευκολότερος στόχος ήταν οι συνταξιούχοι και οι υπάλληλοι του δημόσιου και

ιδιωτικού τομέα. Οι ήδη ευάλωτες ομάδες έχασαν πολλά από τα προνόμιά τους λόγω περικοπής δαπανών και η μεσαία τάξη υπέστη σοβαρό και μη αναστρέψιμο πλήγμα (Βαρουφάκης και συν., 2011).

Στον πίνακα που ακολουθεί, αποτυπώνονται οι κυριότεροι οικονομικοί και κοινωνικοί δείκτες από το 2009 μέχρι και το 2016, μέσα από τους οποίους διακρίνεται η πτώση του ΑΕΠ ως φυσικό επακόλουθο της οικονομικής ύφεσης της χώρας, το Δημόσιο Χρέος, η ιδιωτική και δημόσια κατανάλωση, η αύξηση του ποσοστού της ανεργίας, η μείωση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών, η αύξηση του πληθυσμού που βρίσκεται στα όρια της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, η ανισοκατανομή του εισοδήματος κτλ. Η επιδείνωση των οικονομικών δεικτών, συμπαρέσυρε και τους κοινωνικούς δείκτες με αποτέλεσμα να γενικευθεί η κρίση σε όλους τους τομείς σαν μια αλυσιδωτή αντίδραση, πολύπλευρη και πολυπαραγοντική, που μόνο ως σύνθετο φαινόμενο μπορεί να εξεταστεί (Πίνακας 1).

**Πίνακας 1:** Οικονομικοί και Κοινωνικοί Δείκτες στην Ελλάδα, τα έτη 2009-2016

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016**
ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές (δισ. ευρώ)	237,5	226	207	191,2	180,7	177,9	175,7	175,9
% ανάπτυξη ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές	-1,8	-4,8	-8,4	-7,6	-5,5	-1,5	-1,3	0,1
Δημόσια Κατανάλωση (%)	2	-4,2	-7	-6	-6,4	-1,4	0	-2,1
Ιδιωτική Κατανάλωση (%)	-1,7	-6,5	-9,7	-8	-2,6	0,4	-0,2	1,4
Ακαθάριστος σχηματισμός παγίου κεφαλαίου (%)	-13,9	-19,3	-20,5	-23,5	-8,4	-4,6	-0,2	1,4
Δημόσιο χρέος ως % ΑΕΠ	126,7	146,2	172,1	159,6	177,4	179,7	177,4	-
Ισοζύγιο Γενικής Κυβέρνησης (% ΑΕΠ)	-15,1	-11,2	-10,3	-8,8	-13,2	-3,6	-7,5	-
Αμοιβές εξαρτημένης εργασίας/μισθωτό(ετήσια μεταβολή)	3,2	-2,6	-3,8	-3	-7,5	-2,1	-2,9	0,8
Ποσοστό Απασχόλησης	48,3	46,7	43,3	39,5	37,7	38,1	39	-
Ποσοστό Ανεργίας	9,6	12,7	17,9	24,4	27,5	26,5	24,9	23,5
Ποσοστό Μακροχρόνια ανέργων	8,4	11,9	18,3	29,6	37,6	39,6	37	-
Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας πριν τις κοινωνικές	22,7	23,8	24,8	26,8	28	26	25,5	-



μεταβιβάσεις (%)								
Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις (%)	19,7	20,1	21,4	23,1	23,1	22,1	21,4	-
Ανισοκατανομή εισοδήματος σε πεντημόρια (S80/S20)	5,8	5,6	6	6,6	6,6	6,5	6,5	-
Άτομα με υλικές στερήσεις (%) *	23	24,1	28,4	33,7	37,3	39,5	39,9	-

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, (2017a), ΕΛΣΤΑΤ, (2017c)

\*Οι υλικές στερήσεις εκτιμούν το επίπεδο διαβίωσης του πληθυσμού μέσα από τη μέτρηση της δυσκολίας να ανταποκριθεί οικονομικά ή της στέρησης τουλάχιστον τριών από τα εννέα αγαθά και υπηρεσίες που ακολουθούν: Πληρωμή πάγιων λογαριασμών (ενοίκιο ή δόση δανείου), πάγιοι λογαριασμοί (ηλεκτρικού ρεύματος, νερού, αερίου), δόσεις πιστωτικών καρτών ή δόσεις δανείου για οικοσκευή, διακοπές κλπ., ή αγορές με δόσεις κύριας κατοικίας – Διακοπές για μία εβδομάδα – Διατροφή που να περιλαμβάνει κάθε δεύτερη ημέρα κοτόπουλο, κρέας, ψάρι ή λαχανικά ίσης θρεπτικής αξίας – Έκτακτες αλλά αναγκαίες δαπάνες αξίας, περίπου, 540 ευρώ – Τηλέφωνο (περιλαμβάνεται και το κινητό τηλέφωνο) – Έγχρωμη τηλεόραση – Πλυντήριο ρούχων – ΙΧ επιβατηγό αυτοκίνητο – Ικανοποιητική θέρμανση

\*\*Ορισμένοι δείκτες δεν είναι διαθέσιμοι για το 2016.

## 2.2. Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία του πληθυσμού

Στο ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης η Ελλάδα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες κατείχε μια αρκετά ευμενή θέση όσον αφορά το προσδόκιμο υγείας των νέων ατόμων και των βρεφών ενώ αντιθέτως δεν ίσχυε το ίδιο για τους ηλικιωμένους. Η πιθανότερη εξήγηση που δόθηκε ήταν ότι η κακή υγεία των ηλικιωμένων οφειλόταν στις δυσμενείς συνθήκες διαβίωσης του παρελθόντος (Μπάγκαβος, 2012).

Σχεδόν μετά από 8 χρόνια βαριάς οικονομικής κρίσης, είναι ότι ξεκάθαρα η υγεία των ηλικιωμένων έχει χειροτερεύσει ακόμα περισσότερο όχι μόνο λόγω του δύσκολου παρελθόντος τους αλλά και λόγω των περικοπών στα έσοδά τους με συνέπεια τον αποκλεισμό από μια αξιοπρεπή διαβίωση, την αποτροπή από τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας τους και τη μη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής τους, ειδικά σε περιπτώσεις που πρέπει να συμμετέχουν οικονομικά. Οι αυξημένες υποχρεώσεις και οι μειωμένες απολαβές τους, δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για

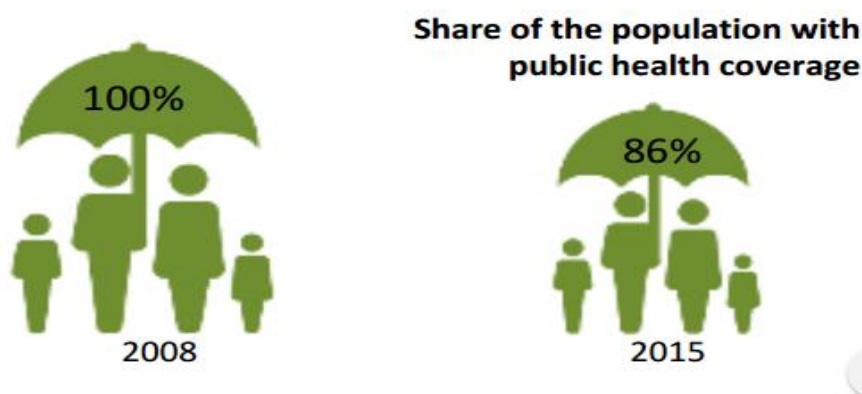
ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών λόγω στρες με συχνότερη την κατάθλιψη. Προφανώς και οι νεότερες ηλικίες λόγω οικονομικής αδυναμίας αμελούν τις προληπτικές εξετάσεις, τον εμβολιασμό των παιδιών και σε συνδυασμό με την υιοθέτηση ανθυγιεινών συνθηκών ζωής (κάπνισμα, αλκοόλ, κακή ή ελλιπή διατροφή, άγχος, ναρκωτικά), οδεύουν προς μια χειροτέρευση του προσδόκιμου υγείας τους.

Οι ανεκπλήρωτες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των ενηλίκων από 10% που ήταν το 2010, αυξήθηκαν σε 21,9% το 2015. Οι κυριότεροι λόγοι ήταν το κόστος που ενώ το 2010 κατείχε 3,4% σκαρφάλωσε στο 12,2% το 2015 και οι δυσκολίες πρόσβασης που από 2,8% έφτασαν το 4,5% κατά την ίδια περίοδο (Filippidis et al., 2017).

Αξίζει να αναφερθεί πως ο πλήρης εμβολιασμός ενός παιδιού στοιχίζει περί τα 1.200 ευρώ, όταν αυτό είναι ανασφάλιστο. Η έλλειψη και σταδιακή εξαφάνιση των δημόσιων δομών που παρείχαν δωρεάν εμβολιασμούς για τα παιδιά, οδηγεί τους γονείς να πληρώνουν από την τσέπη τους, ιδιώτες παιδίατρος για να εμβολιαστούν τα παιδιά τους. Σε περιπτώσεις που τα εισοδήματα είναι περιορισμένα, ο εμβολιασμός των παιδιών δεν αποτελεί άμεση προτεραιότητα για τους γονείς (Chauvin et al., 2013).

Οι ηλικιωμένοι, οι ανασφάλιστοι, οι εργαζόμενοι που απώλεσαν την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω χρεών στα ταμεία τους, οι άνεργοι μακροχρόνιοι και νέοι, οι χρόνια πάσχοντες ασθενείς, οι καρκινοπαθείς, οι μονογονεϊκές οικογένειες, τα παιδιά, οι μετανάστες, οι Ρομά και οι ψυχικά ασθενείς, αποτελούν τις κυριότερες ομάδες που επλήγησαν περισσότερο από τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης μεταξύ άλλων και στην υγειονομική περίθαλψη. Εκτός από τους οικονομικούς δείκτες επιδεινώθηκαν και οι κοινωνικοί με ορατές αρνητικές επιπτώσεις κατά βάση στις ευάλωτες ομάδες που προαναφέρθηκαν. Το σημαντικότερο πρόβλημα με το οποίο έρχονται αντιμέτωπες οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, εξαιτίας των εμποδίων που προκύπτουν από τις μεγάλες λίστες αναμονής, τις άτυπες πληρωμές, το υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας, τις συμπληρωμές που επιβλήθηκαν τα τελευταία χρόνια στη βάση εφαρμογής των μέτρων λιτότητας της κυβέρνησης και τη γεωγραφική ανισοκατανομή των δομών σε

σχέση με τους πληθυσμούς της περιφέρειας (Economou et al., 2014a, Zavras et al., 2012).



**Εικόνα 1:** Ποσοστό υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού στην Ελλάδα το 2015

Πηγή: OECD, (2016), «Health Policy Overview: Health Policy in Greece». Διαθέσιμο στο: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Greece-January-2016.pdf>

Η ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού βάσει της κατάστασης της υγείας του στην Ελλάδα, αποτυπώνεται ευδιάκριτα στον κάτωθι πίνακα. Παρατηρείται ότι το 2009 με «πολύ καλή» υγεία υπολογίζεται το 51,3% του πληθυσμού, ενώ το 2015 το ποσοστό πέφτει στο 44,3%. Αυξάνεται κατά 2 ποσοστιαίες μονάδες το τμήμα του πληθυσμού με τα χρόνια προβλήματα υγείας, συγκεκριμένα από 22% το 2009 εμφανίζεται το 2015 στο 24%. Ενώ μεγάλη αύξηση εντοπίζεται στο ποσοστό του πληθυσμού που δεν ικανοποίησε τις ανάγκες του για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπείες από 4,1% που ήταν ο μέσος όρος για το 2009 σε 14,2% μέσο όρο για το 2015 (Πίνακας 2).

**Πίνακας 2:** Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού κατά την κατάσταση της υγείας του τα έτη 2005-2015

Πίνακας 1. Ελλάδα: Ποσοστιαία κατανομή του πληθυσμού, κατά την κατάσταση της υγείας του, 2005 - 2015 <sup>(1)</sup>						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Γενική κατάσταση υγείας</b>						
Πολύ καλή	52.0	51.6	53.5	52.2	51.3	50.1
Καλή	25.5	25.2	23.1	23.9	24.2	25.6
Μέτρια	13.6	14.0	14.6	14.6	14.9	14.8
Κακή	6.3	6.3	6.0	6.6	6.6	6.7
Πολύ κακή	2.6	2.9	2.7	2.7	3.1	2.9

Table 1. Greece: Percentage distribution of population by health status, 2005 - 2015 <sup>(1)</sup>					
2011	2012	2013	2014	2015	
					<b>General health status</b>
50.6	47.0	46.0	44.8	44.3	Very good
25.8	28.1	28.1	28.8	29.7	Good
14.6	15.7	15.5	15.7	15.6	Fair
6.3	6.5	7.5	7.8	7.5	Bad
2.7	2.7	2.9	2.9	2.9	Very bad

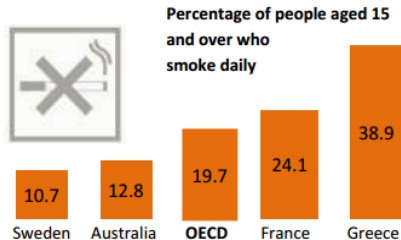
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, (2017a), «Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα». Διαθέσιμο στο: [http://www.statistics.gr/documents/20181/2810519/LivingConditionsInGreece\\_0517.pdf/c3e2b9a9-58de-4d79-a61b-9f4dd1238b5f](http://www.statistics.gr/documents/20181/2810519/LivingConditionsInGreece_0517.pdf/c3e2b9a9-58de-4d79-a61b-9f4dd1238b5f)

Στο ζήτημα των ανθυγιεινών συμπεριφορών, τα ποσοστά της Ελλάδας έναντι των άλλων ευρωπαϊκών χωρών είναι αυξημένα σε θέματα όπως το κάπνισμα, η παχυσαρκία και η αλόγιστη κατανάλωση αντιβιοτικών (Εικόνες 2, 3 & 4 αντίστοιχα).

## Improving preventive health measures

### ► Greece has the highest smoking rate in the OECD with almost one in two men smoking daily

Tobacco is a major risk factor for at least two of the leading causes of premature mortality –cardiovascular diseases and cancer.



While smoking rates across most OECD countries have shown a marked decline, Greece is the only country that has seen smoking rates increase since 2000. In 2013, nearly 40% of adults in Greece could be considered as daily smokers – twice the OECD average.

#### »» What can be done?

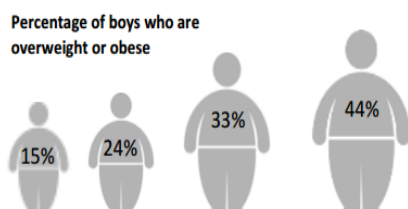
- Further restrict the promotion of tobacco products, for example, through the introduction of plain packaging.
- Take initiatives to help consumers make informed choices.
- Encourage primary care physicians to counsel at-risk patients about making healthy lifestyle choices.

**Εικόνα 2.** Ποσοστό Ελλήνων άνω των 15 ετών που καπνίζουν καθημερινά το 2016 και προτεινόμενα μέτρα

Πηγή: OECD, (2016), «Health Policy Overview: Health Policy in Greece», Διαθέσιμο στο: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Greece-January-2016.pdf>

### ► While adult obesity rates in Greece are around the OECD average, childhood obesity is worryingly high

Children who are overweight or obese are at greater risk of poor health in adolescence, as well as in adulthood. Among young people, orthopaedic problems and psychosocial problems such as low self-image, depression and impaired quality of life can result from being overweight.



Almost one in two boys aged 10-12 in Greece were classed as overweight or obese in 2010. This is the highest in the OECD and almost twice the average.

#### »» What can be done?

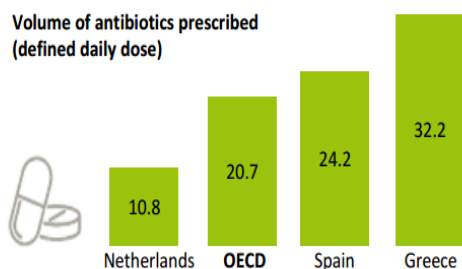
- Develop a comprehensive package of highly effective interventions, targeting younger age groups and the determinants of obesity.
- Provide fiscal incentives, such as increasing the price of food with high fat or sugar content.
- Limit children's exposure to fast food advertising.
- Provide comprehensive information on food labels to help consumers make informed choices.

To read more about our work:  
*Obesity and the Economics of Prevention: Fit not Fat*

**Εικόνα 3:** Ποσοστό αγοριών με πρόβλημα υπερβολικού βάρους ή παχυσαρκίας στην Ελλάδα το 2016 και προτεινόμενα μέτρα

Πηγή: OECD, (2016), «Health Policy Overview: Health Policy in Greece», Διαθέσιμο στο: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Greece-January-2016.pdf>

► **Greek GPs prescribe more antibiotics than GPs in nearly all other OECD countries**



Antibiotics should be prescribed only where there is an evidence-based need, to reduce the risk of resistant strains. The total volume is seen as an indicator of quality in the primary care sector. Greece reports volumes of prescribed antibiotics more than 50% above the average of OECD countries.

» What can be done?

- Policy makers should monitor the use of medicines and its appropriateness more decisively. This should be made easier by the introduction of e-prescription.
- Decisions on coverage of drugs must become more rational and based on Health Technology Assessment.
- Effective programmes and awareness campaigns to educate health care personnel and prevent excessive use of antibiotics.

**Εικόνα 4:** Συνταγογράφηση αντιβιοτικών στην Ελλάδα από τους Γενικούς Ιατρούς το 2016

Πηγή: OECD, (2016), «Health Policy Overview: Health Policy in Greece», Διαθέσιμο στο: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Greece-January-2016.pdf>

### 2.3. Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Ένα από τα αρχικά προβλήματα που αντιμετώπισε το ελληνικό σύστημα υγείας και το οδήγησαν σε κρίση, ήταν η καθυστερημένη θεσμοθέτησή του συγκριτικά με τα άλλα συστήματα υγείας των χωρών της Ευρώπης. Την ώρα που οι άλλες χώρες βρίσκονταν σε φάση μεταρρυθμίσεων για δωρεάν, ισότιμη και καθολική παροχή υπηρεσιών υγείας, η Ελλάδα προσπαθούσε να συστήσει ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας, βασισμένο κατά κύριο λόγο στο κράτος. Η διεθνής τάση γύρω από την υγεία, κινούνταν σε εντελώς διαφορετικές κατευθύνσεις, με κύριο μέλημα την ιδιωτικοποίηση της υγείας και τον περιορισμό των υγειονομικών δαπανών. Οι εξαιρετικά χαμηλοί σχεδόν στάσιμοι ρυθμοί οικονομικής ανάπτυξης και οι ανακατατάξεις που συντελούνται σε διεθνές επίπεδο, οδηγούν τα κράτη σε δημοσιονομική και διαρθρωτική κρίση του κοινωνικού κράτους. Τα ελλείμματα

χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας, οι εκάστοτε πολιτικές σκοπιμότητες, ο λανθασμένος διοικητικός σχεδιασμός, η πολυδιάσπαση της οργανωτικής μορφής του συστήματος υγείας και η απουσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών συγκρότησαν το πλαίσιο της υγειονομικής κρίσης του ελληνικού συστήματος υγείας.

Οι συνεχώς αυξανόμενες δαπάνες στην υγεία και η αδυναμία του κράτους να τις συγκρατήσει και να βελτιώσει την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας, είχαν ως αποτέλεσμα την υποβάθμισή του. Οι αντιφατικές νομοθετικές ρυθμίσεις, οι αλληλοεπικαλύψεις, οι ανισότητες στους χρηματοδοτικούς πόρους και στις παροχές, οι ανεπάρκειες του συστήματος τόσο σε ανθρώπινους πόρους όσο και σε υλικοτεχνικές υποδομές, η γεωγραφική ανισοκατανομή υπηρεσιών υγείας, οι οργανωτικές δυσλειτουργίες, η πολυδιάσπαση των ασφαλιστικών ταμείων, η περιορισμένη πληθυσμιακή κάλυψη, οι υψηλές ιδιωτικές πληρωμές είναι μερικά από τα βασικότερα προβλήματα που ταλάνιζαν το σύστημα υγείας πολύ πριν την κρίση. Η αύξηση του αριθμού των ανέργων και των συνταξιούχων οδήγησε σε αύξηση στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και διόγκωση των υγειονομικών δαπανών και των ελλειμμάτων του συστήματος. Η υποχρεωτική μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία οδήγησε σε περαιτέρω μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών που ήταν ήδη υπαρκτή, και η συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας μέσα από τις συμπληρωμές, ήταν ένα επιπλέον πλήγμα που δέχθηκαν κυρίως οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού και που επηρέασε αρνητικά την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας (Κοντιάδης, 1997, Οικονόμου, 2012, Economou 2014b, Economou, 2015).

Η εξέλιξη του συστήματος υγείας σε ένα πολυδάπανο, δαιδαλώδες, νοσοκομειοκεντρικό και απρόσωπο μοντέλο παροχής υπηρεσιών, οι συνεχώς διευρυνόμενες υγειονομικές ανισότητες και η αδυναμία ανακοπής τους, η αδυναμία βελτίωσης των δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας, η ισχυροποίηση του σώματος των γιατρών με την ανεξέλεγκτη δράση τους και το συνεχώς αυξανόμενο οικονομικό κόστος των δαπανών για την υγεία ήταν μερικά από τα προβλήματα που αντιμετώπιζε το ελληνικό σύστημα υγείας ανέκαθεν και που εν μέσω οικονομικής κρίσης εντατικοποίησαν τον κίνδυνο κοινωνικής και οικονομικής συνοχής της χώρας,

δημιουργώντας πολίτες πολλών ταχυτήτων και αμβλύνοντας το πρόβλημα της πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα υγείας (Θεοδώρου, 1997).

Η εφαρμογή επιλεκτικών κοινωνικών παροχών στους ασθενείς και η ιδιωτικοποίηση ορισμένων υπηρεσιών και κινδύνων λόγω της οικονομικής και δημοσιονομικής κρίσης, οδήγησε στον αποκλεισμό μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας (Κοντιάδης, 1997).

Οι περικοπές ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης οι πρόωρες συνταξιοδοτήσεις, οι εργασιακές εφεδρείες και ο εξαναγκασμός μεγάλου τμήματος επιστημόνων να καταφύγουν στη μετανάστευση σε άλλες χώρες, δυσχέρανε τις ήδη βεβαρημένες ελλείψεις του συστήματος υγείας (Filippidis et al., 2017).

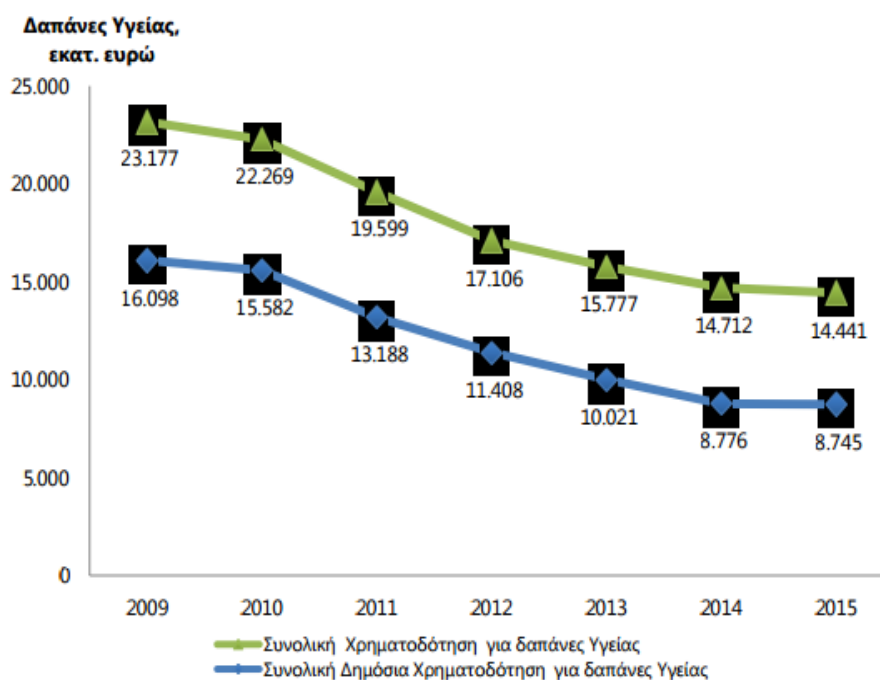
Η μείωση των δαπανών έχει αποδεδειγμένα αρνητικές επιπτώσεις στην πρόσβαση, στην ελευθερία επιλογής των ασθενών, στη φροντίδα και στην επάρκεια των υπηρεσιών υγείας. Η συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας στην Ελλάδα για το 2015 διαμορφώθηκε στα 14,4 δισ. ευρώ δηλαδή το 8,2% του ΑΕΠ, εκ των οποίων τα 8,7 δισ. ευρώ αφορούσαν τη δημόσια χρηματοδότηση δαπανών υγείας, ήτοι το 5% του ΑΕΠ (Διάγραμμα 5). Από το σύνολο των δαπανών, η ενδονοσοκομειακή δαπάνη αποτέλεσε το μεγαλύτερο τμήμα με 6 δισ. ευρώ, ακολούθησε η φαρμακευτική δαπάνη με 4,2 δισ. ευρώ και τέλος η εξωνοσοκομειακή δαπάνη με 2,9 δισ. ευρώ.

Στον προϋπολογισμό του 2015 η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ορίστηκε στα 2 δισ. ευρώ, ενώ για το 2016 ο στόχος μειώθηκε περαιτέρω. Συγκριτικά με το 2009 όπου η φαρμακευτική δαπάνη ήταν 5,1 δισ. ευρώ, καταγράφηκε μια τεράστια μείωση της τάξης του 61,9% την περίοδο 2009-2016.

Τα δημοσιονομικά μέτρα που λήφθηκαν, δεν απέδωσαν τα προβλεπόμενα αποτελέσματα. Συγκεκριμένα η συνεισφορά της φαρμακευτικής βιομηχανίας το 2015 άγγιξε το 23,6% της πραγματικής φαρμακευτικής δαπάνης, μέσω της απόδοσης 619 εκατ. ευρώ σε rebates και clawback. Αντίστοιχη ήταν και η πορεία της νοσοκομειακής δαπάνης, όπου κατέγραψε μείωση κατά 31,5% μεταξύ των ετών 2012-2015, φτάνοντας τα 1,4 δισ. ευρώ (IOBE, 2016).



**Διάγραμμα 5:** Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας & Δημόσια Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (σε εκατ. ευρώ)



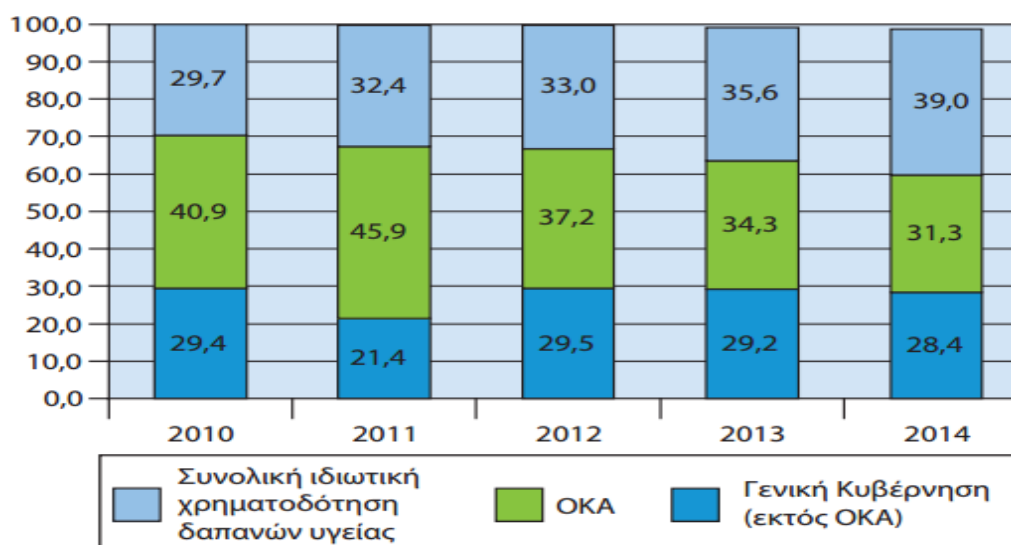
Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2014, OECD Health Data 2016, Επεξεργασία Στοιχείων IOBE Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/statistics/-/publication/SHE35/2014>

Οι δαπάνες της χώρας για κοινωνικές παροχές, σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, το 2009 ήταν στο 20,6% του ΑΕΠ και συνέχισαν την ανοδική πορεία τους μέχρι και το 2012 όπου και έφτασαν στο 23,2% του ΑΕΠ, παρά τα αυστηρά μέτρα λιτότητας και περικοπής δαπανών που είχαν αρχίσει να εφαρμόζονται. Το 2013 παρατηρείται πτώση του ποσοστού αυτού σε 21,5% και το 2014 αυξήθηκε σε 21,6% για να ξαναρχίσει πάλι την ανοδική πορεία και να κλείσει το 2015 με ποσοστό 22,2% του ΑΕΠ (ΕΛΣΤΑΤ, 2017c).

Τα ποσοστά συμμετοχής των φορέων στη χρηματοδότηση της υγειονομικής δαπάνης, αλλάζουν καθώς επιδεινώνεται η οικονομική ύφεση της χώρας. Οι κρατικές δαπάνες λόγω των μέτρων περικοπής δαπανών σημείωσαν το 2011 μια πτώση 8 ποσοστιαίων μονάδων και παρά την αύξηση τα έτη 2012 και 2013 που καταδεικνύουν τις αυξημένες ανάγκες του πληθυσμού και τη στροφή του προς τις δημόσιες

υπηρεσίες υγείας, επανήλθαν σε χαμηλότερα επίπεδα, πέφτοντας στο 28,4%, μια ποσοστιαία μονάδα κάτω από το 2010. Αντίθετα οι ιδιωτικές δαπάνες αυξήθηκαν από 29,7% το 2010 σε 39% το 2014, κυρίως λόγω των συμπληρωμών. Η συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης, παρά την αύξηση που σημείωσε το 2011, ακολούθησε και αυτή φθίνουσα πορεία και από 40,9% το 2010 έφτασε στο 31,3% το 2014. Αν εξεταστεί προσεκτικά το διάγραμμα που ακολουθεί, διαπιστώνεται ότι το 2010 η συμμετοχή ιδιωτών και κράτους στις δαπάνες, ήταν περίπου ίδια και το μεγαλύτερο μερίδιο κατείχε η κοινωνική ασφάλιση. Σε αντιδιαστολή το 2014 η συμμετοχή κράτους και κοινωνικής ασφάλισης είναι αισθητά μειωμένη με ποσοστά πολύ κοντά μεταξύ τους ενώ η συμμετοχή των ιδιωτών έχει εκτοξευθεί σχεδόν 10 ποσοστιαίες μονάδες πάνω (Διάγραμμα 6).

**Διάγραμμα 6:** Ποσοστιαία συμμετοχή των φορέων στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας, 2010-2014

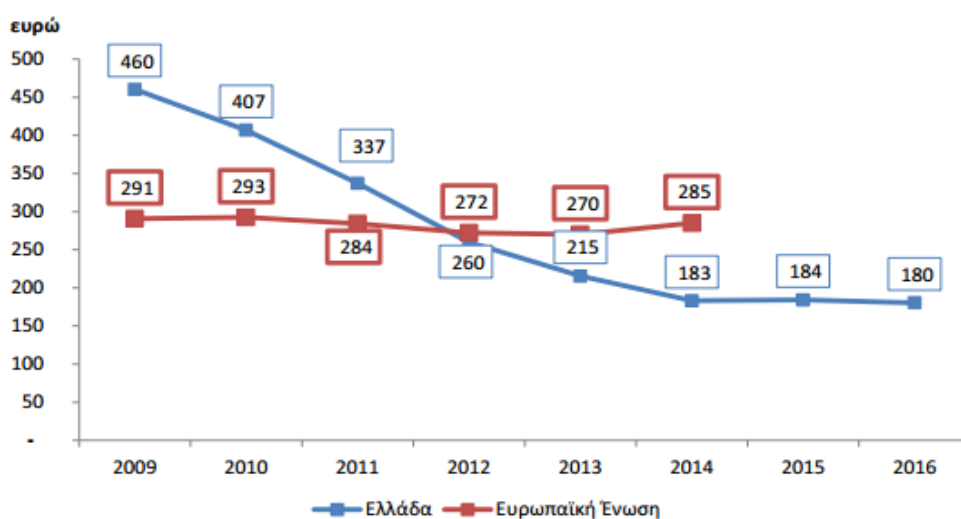


Πηγή: (ΕΛΣΤΑΤ, 2017c), « Η Ελλάδα με αριθμούς 2017». Διαθέσιμο στο: [http://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures\\_2017Q1\\_GR.pdf/98616f15-bbbf-437f-aba0-79204e0f1839](http://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures_2017Q1_GR.pdf/98616f15-bbbf-437f-aba0-79204e0f1839)

Η κατά κεφαλήν δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα ακολουθεί πτωτική πορεία, από 460 ευρώ ανά κάτοικο το 2009, σε 184 ευρώ το 2015 και 180 το 2016. Παρατηρείται μια τάση σύγκλισης μεταξύ Ελλάδας και Ε.Ε. το 2012, σε αντιδιαστολή με τα προηγούμενα έτη που η φαρμακευτική δαπάνη κατ' άτομο ήταν

για την Ελλάδα πολύ υψηλότερη από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με ποσά για το 2009 460 ευρώ και 291 ευρώ αντίστοιχα. Μετά το 2012 που τα ποσά ήταν πολύ κοντά 272 ευρώ για την Ε.Ε. και 260 ευρώ για την Ελλάδα, η καθοδική τάση στην Ελλάδα συνεχίζεται, ενώ η Ε.Ε. δείχνει μια σχετική σταθερότητα(Διάγραμμα 7).

**Διάγραμμα 7:** Καθαρή Δημόσια Φαρμακευτική Δαπάνη κατά κεφαλήν σε Ελλάδα και Ε.Ε. (σε ευρώ)



Πηγή: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2014, ΕΟΠΥΥ 2012-2016, Εισηγητική Έκθεση Προϋπολογισμού 2016 για τα έτη 2014-2015, Health Data 2016, Eurostat 2016, Επεξεργασία Στοιχείων IOBE- ΣΦΕΕ. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/statistics/-/publication/SHE35/2014>

Συγκρίνοντας τη συμμετοχή των νοικοκυριών στη φαρμακευτική δαπάνη μεταξύ των ετών 2009-2014, η συμμετοχή των καταναλωτών το 2009 ήταν 19% ενώ το 2014 εκτινάχθηκε σε 44%. Το μέσο ποσοστό συμμετοχής των ασθενών ανά συνταγή από 11,28% που ήταν το 2011, έφτασε σε 29,08% το 2014. Η ραγδαία αυτή άνοδος της συμμετοχής των ασθενών στα φάρμακα με τις ταυτόχρονες μειώσεις στα εισοδήματά τους, ήταν μεν σύμφωνη και προσαρμοσμένη στους στόχους των Μνημονίων για την επίτευξη της μείωσης της υγειονομικής - φαρμακευτικής δαπάνης, αλλά οδήγησε στον περιορισμό της πρόσβασης των ασθενών στη φαρμακευτική αγωγή (Παπαϊωάννου, 2015).

Το 2015 η μέση μηνιαία δαπάνη των νοικοκυριών για υγεία, κατά κατάσταση φτώχειας του πληθυσμού είχε τα ακόλουθα ποσοστά. Ο φτωχός πληθυσμός δαπανούσε 26,86 ευρώ το μήνα, δηλαδή οι δαπάνες για την υγεία αποτελούσαν το 8,5% των συνολικών δαπανών των φτωχών νοικοκυριών. Ενώ ο μη φτωχός πληθυσμός δαπανούσε για την υγεία 75,28ευρώ μηνιαίως, ήτοι το 7,8% των συνολικών δαπανών τους (ΕΛΣΤΑΤ, 2017c).

#### 2.4. Η μορφή του Ελληνικού Συστήματος Υγείας από τη θεσμοθέτησή του μέχρι την κρίση

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είναι ένα μικτό σύστημα με στοιχεία και από τα τρία μοντέλα καθώς χρηματοδοτείται από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών (Bismarck),ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης (Beveridge) και υπάρχουν και ορισμένα στοιχεία του φιλελεύθερου μοντέλου (ιδιωτικές πληρωμές) διάσπαρτα. Παρά το γεγονός ότι η διεθνής τάση είναι η υιοθέτηση μικτών συστημάτων υγείας καθώς ο συγκερασμός χαρακτηριστικών θεωρείται αποτελεσματική μέθοδος, στην Ελλάδα δυστυχώς η εφαρμογή του μικτού μοντέλου δεν υπήρξε επιτυχής. Περισσότερο εμφανίστηκαν τα μειονεκτήματα των τριών μοντέλων παρά τα πλεονεκτήματα. Το ότι δεν έγινε κάθετη ολοκλήρωση κανενός από τα παραπάνω συστήματα για να αξιοποιηθούν τα πλεονεκτήματα των μοντέλων αυτών, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα του ελληνικού συστήματος υγείας (Διλιντάς και συν., 2005).

Τα περισσότερα εθνικά συστήματα υγείας διαμορφώθηκαν μέσα από τις οργανωμένες πιέσεις κοινωνικών ομάδων και συμφερόντων και δεν αποτέλεσαν προϊόν ενός συγκροτημένου κρατικού σχεδιασμού. Κάτι αντίστοιχο συνέβη και στην Ελλάδα. Η πρώτη προσπάθεια του κράτους για ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, θεσμοθετήθηκε με το νόμο 1397/1983 και δημιούργησε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με το οποίο το κράτος είχε την αποκλειστική ευθύνη για την προστασία της υγείας όλων των πολιτών του, αναλάμβανε δράση για την γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών, για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγείας με τη δημιουργία κέντρων υγείας στην περιφέρεια, τη δικαιότερη κατανομή των υπηρεσιών

υγείας στους χρήστες του συστήματος, την αναμόρφωση του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού και τον περιορισμό των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (Κοντιάδης, 1997).

Με την καθιέρωση του Ε.Σ.Υ., ουσιαστικά επιτεύχθηκε η αναγόρευση της υγείας ως κοινωνικό αγαθό. Παρά τις προσπάθειες και τις φιλόδοξες διακηρύξεις του Ε.Σ.Υ., το θεσμικό του πλαίσιο δεν κατάφερε να εφαρμοστεί ολοκληρωμένα και με συνέπεια, ενώ παράλληλα δημιουργήθηκαν διαβρώσεις και κενά που οδήγησαν στην άθηση φαινομένων παραοικονομίας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τα κέντρα υγείας ως βασικός πόλος ανάπτυξης του συστήματος ατόνησαν, ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν εφαρμόστηκε, οι υγειονομικές ανισότητες σε επίπεδο παροχών εξακολούθησαν να υφίστανται, οι δαπάνες που είχαν ανοδική πορεία συσσωρεύτηκαν κατά κύριο λόγο στη δευτεροβάθμια περίθαλψη χωρίς όμως να συνοδεύονται από αντίστοιχη βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών και την αποτελεσματικότητα του συστήματος. Η πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας δεν διασφαλίστηκε όπως είχε σχεδιαστεί και η ανορθολογική διαχείριση των υγειονομικών πόρων οδήγησε σε υπέρογκες σπατάλες, υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας και αποτελεσματικότητας και ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα εις βάρος του δημοσίου. Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών αντικατόπτριζε τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και την αδιαφανή διαπλοκή μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα.

Οι κρατικές δυσκαμψίες στην υγεία, η απροθυμία από πλευράς διοίκησης, οι συγκρούσεις των ομάδων συμφερόντων, η έλλειψη προσωπικού και η χαμηλή εξειδίκευσή του, η απουσία ελεγκτικών μηχανισμών, ο ιατρικός πληθωρισμός, η ανυπαρξία μεθόδων αξιολόγησης συνετέλεσαν στην αποτυχία του Ε.Σ.Υ. και τις μεταρρυθμίσεις που υποσχόταν (Βενιέρης, 2003).

Από τον ιδρυτικό νόμο 1937/1983 για την ίδρυση του Ε.Σ.Υ., προβλεπόταν η ίδρυση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ), τα οποία δεν εφαρμόστηκαν ποτέ (Κακαλέτσης και συν., 2013).

Με το νόμο 1579/1985 θεσπίστηκαν οι «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας». Μετά από αρκετά χρόνια με το νόμο

2071/1992 έγινε λόγος για «Εκσυγχρονισμό και Οργάνωση του Συστήματος Υγείας» και εισάγεται για πρώτη φορά η έννοια των «managers» στην υγεία. Τροποποιήθηκε κάπως η κρατική αρμοδιότητα αφήνοντας περιθώρια στους ιδιωτικούς υγειονομικούς φορείς. Η απεμπλοκή του κράτους από τον απόλυτο έλεγχο των υγειονομικών φορέων ιδιωτικού και δημόσιου χαρακτήρα, έδινε στο κράτος το δικαίωμα να μη δεσμεύεται πλέον για να την εξασφάλιση πλήρους πρόσβασης όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας (Κοντιάδης, 1997). Με το νόμο 2194/1994 έγινε προσπάθεια, για «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας». Με σκοπό την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, την οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και τις ρυθμίσεις για το φάρμακο», ψηφίστηκε ο νόμος 2519/1997 (Γιανασμίδης και συν., 2012).

Στη συνέχεια ιδρύθηκαν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.), με το νόμο 2889/2001 περί «Βελτίωσης και εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας». Στόχος των Πε.Σ.Υ. ήταν να ελέγχουν όλες τις αποκεντρωμένες μονάδες που ήταν υπό την εποπτεία τους, να εκπονούν επιχειρησιακά σχέδια για την κάλυψη των αναγκών της περιφέρειάς τους, να στηρίζουν και να εκπαιδεύουν το ανθρώπινο δυναμικό των υπηρεσιών και γενικότερα να έχουν επιτελικό ρόλο για την καταπολέμηση του συγκεντρωτισμού που αποτελούσε τροχοπέδη για την εξέλιξη της υγείας στη χώρα. Με το νόμο 2920/2001 συστάθηκε το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας με βασικό έργο τη βελτίωση και τον έλεγχο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ο νόμος 2955/2001 επιδίωξε να εξομαλύνει την προμηθευτική διαδικασία των νοσοκομείων. Τα Πε.Σ.Υ. αργότερα μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) με το νόμο 3106/2003 για την «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας». Με τη μεταρρύθμιση αυτή επιχειρείται η διεύρυνση των αρμοδιοτήτων των περιφερειακών συστημάτων υγείας και γίνεται προσπάθεια ένταξης της Πρόνοιας και των υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας. Ο απώτερος στόχος αυτού του νόμου ήταν η διασύνδεση μεταξύ υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας και η υπαγωγή τους σε ένα ενιαίο θεσμικό πλαίσιο, για καλύτερο συντονισμό και έλεγχο των υπηρεσιών, κάτι που αναμενόταν να οδηγήσει και στη δημιουργία οικονομικών κλίμακας. Με το νόμο 3172/2003 προβλέφθηκε η σύνταξη του Χάρτη Υγείας και με το νόμο 3535/2004 έγινε λόγος για τη δημιουργία του ηλεκτρονικού

φακέλου ασθενών. Ο νόμος 3329/2005 για το «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», διατήρησε την ύπαρξη των περιφερειακών συστημάτων υγείας, που όμως αποτελούσαν δυσλειτουργικές υπηρεσίες καθαρά γραφειοκρατικού χαρακτήρα. Η πολυδάπανη λειτουργία τους και η αδυναμία αποτελεσματικής διαχείρισης των υπηρεσιών για τις οποίες ήταν αρμόδια, καθιστούσαν επιτακτική την ανάγκη της κατάργησής τους.

Μετά την κατάργησή τους με το νόμο 3527/2007, μετονομάστηκαν σε Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Π.Ε.) και ο αριθμός τους μειώθηκε από 17 σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες. Η μείωση αυτή ουσιαστικά γινόταν για να αποδυναμωθούν οι Δ.Υ.Π.Ε. με μελλοντικό στόχο την κατάργησή τους. Σκοπός των Δ.Υ.Π.Ε. ήταν ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος σε επίπεδο της Υγειονομικής Περιφέρειας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Έπειτα επιχειρήθηκε η μετάθεση των αρμοδιοτήτων τους στην τοπική αυτοδιοίκηση με το νόμο 3852/2010 για τη «Νέα αρχιτεκτονική της αυτοδιοίκησης της αποκεντρωμένης διοίκησης - Πρόγραμμα Καλλικράτης».

Αν και αρχικός στόχος ήταν η αποκέντρωση για τον καλύτερο εντοπισμό των αναγκών του πληθυσμού σε τοπικό επίπεδο και η αυτοτελής χρηματοδότηση και λειτουργία των υγειονομικών περιφερειών, λόγω της απόλυτης εξάρτησης από την κεντρική εξουσία, της αδυναμίας λήψεων δραστικών και αποτελεσματικών αποφάσεων και της οικονομικής δυσπραγίας λόγω της κρίσης, κατέληξαν να αποτελούν τμήματα του εθνικού συστήματος υγείας με λειτουργία εντελώς διεκπεραιωτική και χαρακτήρα συμβουλευτικό.

## 2.5. Θεσμικές παρεμβάσεις στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας κατά την εποχή της κρίσης

Οι πολιτικές λιτότητας που εφαρμόστηκαν σε όλους τους τομείς από τις ελληνικές κυβερνήσεις κατά τα έτη 2009-2014, επηρέασαν δραματικά τις υγειονομικές δαπάνες και συμπαρέσυραν και τη φαρμακευτική δαπάνη. Οι νομοθετικές πρωτοβουλίες που αφορούσαν το φάρμακο εντοπίστηκαν σε 136 νόμους, προεδρικά διατάγματα και υπουργικές αποφάσεις και ήταν καθοδηγούμενες

από τις μνημονιακές επιταγές του Δ.Ν.Τ. Τα μέτρα για τον έλεγχο της δαπάνης του φαρμάκου, διακρίθηκαν α) σε μέτρα για τον έλεγχο της ζήτησης όπως για παράδειγμα μέσω της αύξησης της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος του φαρμάκου, των Μη Συνταγογραφούμενων Φαρμάκων (ΜΗ.ΣΥ.ΦΑ.), του περιορισμού της λίστας των φαρμάκων που αποζημιώνει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κτλ., β) σε μέτρα για τον έλεγχο της προσφοράς όπως η εισαγωγή και εν μέρει επιβολή της αγοράς των γενόσημων φαρμάκων, η εισαγωγή θετικής και αρνητικής λίστας φαρμάκων, ο έλεγχος της συνταγογράφησης, η συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας και όχι εμπορικής ονομασίας του φαρμάκου, η εφαρμογή της διαχείρισης των νοσημάτων κτλ., γ) σε μέτρα γενικά για την αγορά όπως είναι το σύστημα τιμών αναφοράς, ο έλεγχος του κέρδους των φαρμακοβιομηχανιών (rebates, clawback) με εκπτώσεις και ποσοστιαίες επιστροφές από τις βιομηχανίες προς το Δημόσιο βάσει των πωλήσεων, η δημιουργία αγοράς παράλληλων εισαγωγών φαρμάκων κτλ.

Μέσα από το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (Σ.Λ.Υ.) που έχει δημιουργήσει ο Ο.Ο.Σ.Α. σε συνεργασία με τον Π.Ο.Υ. και τη Eurostat και που στην Ελλάδα εφαρμόστηκε το 2012, το Πανεπιστήμιο Πειραιώς διενήργησε μελέτη από την οποία προκύπτει ότι το 93% των μέτρων που αφορούν δαπάνες, μετατοπίζουν το οικονομικό βάρος προς τους καταναλωτές. Βάσει της κατανομής των μέτρων είναι πλέον σαφές ότι η φαρμακευτική δαπάνη οδεύει προς ιδιωτικοποίηση, καθώς το 50% των παρεμβάσεων αφορούσαν μέτρα για οριοθέτηση του κόστους χρήσης της φαρμακευτικής αγωγής ή εξαίρεση καλύψεων (Παπαϊωάννου, 2015).

Μια προσπάθεια για την ενίσχυση του ρόλου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης σε ζητήματα υγείας αποτέλεσε ο νόμος 3868/2010 που προέβλεπε τη σύσταση Συμβουλίου Διαβούλευσης, Διαφάνειας και Λογοδοσίας Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας σε κάθε δήμο της χώρας. Επίσης ήταν η πρώτη που φορά που μέσω νόμου εισήχθηκαν μέτρα για την απαγόρευση του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους, παρά την αποτυχία εφαρμογής των μέτρων αυτών (Κακαλέτσης και συν., 2013).

Ο νόμος 3892/2010 εισήγαγε το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης που περιλαμβάνει την ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση συνταγών και παραπεμπτικών και οριοθετεί τις υποχρεώσεις των γιατρών, των φαρμακοποιών, και των υπηρεσιών υγείας. Με το νόμο 3918/2011 συστάθηκε ο Εθνικός Οργανισμός



Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ–ΕΤΑΜ), οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ) με στόχο την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων (Ε.Ο.Π.Υ.Υ., 2017, Οικονόμου, 2012).

Ο επόμενος νόμος 4052/2012 είχε στόχο τη γεωγραφική ταύτιση των 7 Αποκεντρωμένων Διοικήσεων του Καλλικράτη με τις 7 Αποκεντρωμένες Υγειονομικές Περιφέρειες για την καλύτερη γεωγραφική κατανομή και χωρική προσβασιμότητα (Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2012).

Με το νόμο 4237/2014 (Άρθρο 8, παράγραφος 3), θεσμοθετήθηκε το Σύστημα ΑΤΛΑΣ με σκοπό τη συγκέντρωση και τήρηση των στοιχείων ασφάλισης και ασφαλιστικής ικανότητας όλων των ασφαλισμένων της χώρας μέσω της Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε. Ήταν μια διαδικασία καταγραφής, κατά την οποία εντοπίστηκαν και τα περίπου 2,5 εκατομμύρια ανασφάλιστοι (ΑΤΛΑΣ, 2017).

Ο νόμος 4238/2014 για το «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις» προώθησε την ανάγκη ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, διευκρίνισε τις αρμοδιότητες και τις υποχρεώσεις των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και των κέντρων υγείας που υπάρχουν στα Π.Ε.Δ.Υ., τόνισε τη σπουδαιότητα του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας του ασθενή, καθιέρωσε το θεσμό του οικογενειακού γιατρού οριοθετώντας τα καθήκοντά του και τη σχέση του με τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Στο δεύτερο μέρος του νόμου που σχετιζόταν με την αλλαγή σκοπού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. διευκρινίστηκε ότι ο σκοπός του ήταν η αγορά υπηρεσιών υγείας, ο καθορισμός κριτηρίων για τη σύναψη συμβάσεων για την αγορά υπηρεσιών υγείας τόσο με δημόσιους όσο και με ιδιωτικούς φορείς, η θέσπιση κανόνων σχεδιασμού, αξιολόγησης, ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων, η οικονομική διαπραγμάτευση των αμοιβών των παρόχων, των τιμών των υλικών και των φαρμάκων. Επισημάνθηκε η

θεσμική διασύνδεση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με τις Δ.Υ.Π.Ε. με στόχο τη διευκόλυνση μετακίνησης εργαζομένων, δημιουργήθηκαν κινητές μονάδες Π.Φ.Υ. για την εξυπηρέτηση δυσπρόσιτων περιοχών και έκτακτων περιστατικών (Ε.Ο.Π.Υ.Υ., 2017).

Σύμφωνα με το Σχέδιο Νόμου για τη Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μέχρι το καλοκαίρι του 2017 η κυβέρνηση εξήγγειλε ότι θα λειτουργήσει η νέα μορφή υπηρεσιών υγείας επ' ονόματι ΤΟ.Μ.Υ. (Τοπικές Μονάδες Υγείας) που θα έρθει να καταργήσει το ΠΕ.Δ.Υ. Η εν λόγω μεταρρύθμιση αναφέρεται στο άρθρο 4 του πρώτου κεφαλαίου του Σχεδίου Νόμου και σύμφωνα με αυτήν, πρόκειται να λειτουργήσουν συνολικά 239 μονάδες σε 65 αστικά κέντρα, η επιλογή των οποίων έγινε με οικονομικά και κοινωνικά κριτήρια. Η στελέχωση του ιατρικού προσωπικού θα αποτελείται από τις ειδικότητες των παθολόγων, των γενικών γιατρών και των παιδιάτρων. Το πρόγραμμα θα έχει αρχικό ορίζοντα τετραετίας, με εξασφαλισμένους πόρους από την Ε.Ε. και σταδιακή ενίσχυση από τον κρατικό προϋπολογισμό. Ο πολίτης δεν θα πληρώνει τις ιατρικές υπηρεσίες που θα λαμβάνει στις ΤΟΜΥ και τα Κέντρα Υγείας ούτε και για τις επισκέψεις κατ' οίκον που θα κάνουν οι γιατροί. Κάθε πολίτης, ασφαλισμένος και ανασφάλιστος θα μπορεί να εγγραφεί στην ΤΟΜΥ που υπάγεται και να έχει τον οικογενειακό γιατρό του. Κάθε οικογενειακός γιατρός θα έχει έναν πληθυσμό ευθύνης στην περιοχή, περίπου 2.000 ατόμων. Η ΠΦΥ θα παρέχεται σε δύο επίπεδα. α) ΤΟ.Μ.Υ., τοπικά ιατρεία, περιφερειακά πολυδύναμα και μη ιατρεία και β) Κέντρα Υγείας και Μονάδες Υγείας του ΠΕ.Δ.Υ. που πλέον μετονομάζονται και αυτές σε Κέντρα Υγείας. Στόχος των ΤΟ.Μ.Υ. είναι να παρεμβαίνουν και να προάγουν την υγεία στην οικογένεια, την εργασία, τα σχολεία. Θα λειτουργούν κατά βάση με συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης και θα αποτελούν μονάδες οικογενειακής ιατρικής, θα παρακολουθούν την υγεία του πληθυσμού ευθύνης τους, θα αντιμετωπίζουν έκτακτα και επείγοντα προβλήματα υγείας και θα κρίνουν την παραπομπή των περιστατικών σε Κέντρα Υγείας ή νοσοκομεία, θα παρέχουν κατ' οίκον φροντίδα υγείας, θα ανιχνεύουν τις ψυχικές παθήσεις και σε συνεργασία με τις μονάδες ψυχικής υγείας θα διενεργούν τις απαιτούμενες παραπομπές, θα συλλέγουν και θα αξιοποιούν επιδημιολογικά δεδομένα, θα αναλάβουν την οδοντιατρική φροντίδα του πληθυσμού ευθύνης, θα παρέχουν υπηρεσίες φυσιοθεραπείας, εργοθεραπείας και λογοθεραπείας, θα κάνουν

εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο, θα υπάρχει η δυνατότητα παροχής εξειδικευμένης φροντίδας, ειδικής αγωγής και αποκατάστασης και θα παρακολουθούν ασθενείς με χρόνια νοσήματα τόσο στις μονάδες όσο και κατ' οίκον. Να σημειωθεί ότι προβλέπεται και αναβάθμιση της μαιευτικής φροντίδας.

Όσον αφορά τα διαδικαστικά, η εγγραφή των πολιτών στα μητρώα των μονάδων σε πρώτη φάση δεν θα είναι υποχρεωτική. Θα γίνει υποχρεωτική όταν επιτευχθεί συνολική πληθυσμιακή κάλυψη από το δίκτυο. Η νέα μεταρρύθμιση φιλοδοξεί να μειώσει τις επισκέψεις σε ΠΕΔΥ, εξωτερικά ιατρεία και συμβεβλημένους γιατρούς, με απώτερο σκοπό την εξοικονόμηση πόρων και τη συγκράτηση του κόστους (Υπουργείο Υγείας, 2017, Τερζής, 2017, Αυτοδιοίκηση, 2016).

## 2.6. Συνταγματική Κατοχύρωση του Δικαιώματος της Υγείας στην Ελλάδα

Το Σύνταγμα της Ελλάδας του 1975, μέσα από τις τρεις αναθεωρήσεις του 1986, 2001, 2008 αγγίζει το θέμα της υγείας εκτενώς. Αρχικά στο Σύνταγμα του 1975 γίνεται η πρώτη αξιόλογη αναφορά στην υγεία μέσα από το άρθρο 7 παράγραφος 2 και άρθρο 21 παράγραφος 3. Παράλληλα αναφορά στην υγεία γίνεται στην ερμηνευτική δήλωση του άρθρου 5, στο άρθρο 18 παράγραφος 3 και τέλος στο άρθρο 22 παράγραφος 3 εδάφιο 2. Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι παράλληλα με την εφαρμογή του δικαιώματος στην υγεία, το δικαίωμα αυτό έμμεσα προστατεύεται από μια σειρά θεμελιωδών άρθρων του Συντάγματος, όπως το άρθρο 2 παράγραφοι 1 και 2 που κάνουν λόγο για την αξιοπρέπεια του ανθρώπου και τη δικαιοσύνη, το άρθρο 4 για την αρχή της ισότητας στις παραγράφους 1, 2 και 5, το άρθρο 5 για την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας παράγραφοι 1 και 2 στο οποίο καλύπτονται και οι αλλοδαποί, το άρθρο 24 παράγραφος 2 για την προστασία του περιβάλλοντος με την εξασφάλιση της καλύτερης δυνατής διαβίωσης των πολιτών και το άρθρο 25 για τις εγγυήσεις σχετικά με τα ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα.

Στην Αναθεώρηση του 2001 προστέθηκε νέα παράγραφος στο άρθρο 5, μέσα από την οποία εισάγεται μια νέα ειδική μορφή του δικαιώματος στην υγεία και έχει να κάνει με το δικαίωμα του ανθρώπου για προστασία έναντι βιοϊατρικών επεμβάσεων. Μέσα από αυτήν την εισαγωγή καταδεικνύεται η πλέον προστατευτική διάσταση του δικαιώματος. Το δικαίωμα της υγείας μπορεί να χαρακτηριστεί ως θεμελιώδες, ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα. Μέσα από τα άρθρα στα οποία γίνεται αναφορά στο δικαίωμα της υγείας, εντοπίζεται μια πολυδιάσταση του φαινομένου με χαρακτήρα αρχικά προστατευτικό, εν συνεχεία αμυντικό και τέλος διασφαλιστικό. Στο άρθρο 5 παράγραφος 5 γίνεται λόγος για την προστασία της υγείας και της γενετικής ταυτότητας. Στο άρθρο 7 παράγραφος 2 γίνεται λόγος για προστασία της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του ατόμου. Η συγκεκριμένη «αμυντική» διάταξη, απαγορεύει οποιαδήποτε βλάβη της υγείας άμεση ή έμμεση. Η διασφαλιστική όψη του δικαιώματος στην υγεία, αναδεικνύεται στο άρθρο 21 παράγραφος 3 κατά την οποία το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει μέτρα για την προστασία του γήρατος, της αναπηρίας, της νεότητας και των απόρων. Επιπλέον διασφαλίζεται η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από το κράτος. Αξίζει να τονιστεί και η υποχρέωση του κράτους για δημιουργία και διατήρηση υγειονομικών φορέων υπό την επίβλεψή του (Παραράς, 2001, Δαγτόγλου, 2005).

Ο Νόμος 1949/91 κατακύρωσε τη Σύμβαση για την Πρόληψη των βασανιστηρίων και της απάνθρωπης ή ταπεινωτικής μεταχείρισης ή τιμωρίας που υπέγραψαν τα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης. Με το Νόμο 2101/92 κυρώθηκε η Διεθνής Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού και με το Νόμο 2462/97 κυρώθηκε το Διεθνές Σύμφωνο για τα ατομικά και πολιτικά δικαιώματα του ατόμου. Ο Νόμος 2472/97 θεσπίζει τις προϋποθέσεις για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα του ατόμου και τέλος ο Νόμος 2619/98 κυρώνει τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής, γνωστή και ως Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (Παραράς, 2001).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

### 3.1. Κοινωνική Ανισότητα και Κοινωνικός Αποκλεισμός

Παλιότερα τα συστήματα κοινωνικής στρωμάτωσης ήταν ευδιάκριτα. Αντιθέτως στις σύγχρονες κοινωνίες, το σύστημα αυτό έχει γίνει ασαφές κυρίως λόγω της μεγάλης κινητικότητας που τις χαρακτηρίζει. Η «ελίτ» για την οποία μίλησε ο Παρέτο στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, εξακολουθεί να υφίσταται προσαρμοσμένη στις απαιτήσεις της εποχής και με σαφώς πιο δυσδιάκριτα καθήκοντα και εξουσίες. Πρόκειται για τα άτομα που κατέχουν δύναμη και εξουσία και αποφασίζουν για όλο το σύνολο. Η ύπαρξη της ελίτ τάξης, αυτομάτως δημιουργεί διαφορετικές κατηγορίες ατόμων με διαφορετικές υποχρεώσεις, δικαιώματα και επίπεδα ένταξης στην κοινωνία. Συνέπεια των ομαδοποιήσεων των ατόμων της κοινωνίας σε διαφορετικές κατηγορίες, αποτελεί η διαίωνιση του φαινομένου της ανισότητας σε πολλές εκφάνσεις της ζωής. Οι ανισότητες είναι εμφανείς χωρίς ωστόσο να είναι το ίδιο εμφανείς και οι παράγοντες που τις προκαλούν. Ακόμα και μετά τον εντοπισμό και την αντιμετώπισή τους, οι ανισότητες δεν παύουν να υφίστανται, απλά μετατοπίζονται σε άλλα επίπεδα, αλλάζοντας περιεχόμενο και μορφή. Ανισότητες συναντώνται σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, την καταγωγή, την οικονομική κατάσταση, τη μόρφωση. Η φτώχεια αποτελεί ίσως το πιο χαρακτηριστικό αποτέλεσμα πολλαπλών ανισοτήτων.

Το 1945 ο Αμερικανός κοινωνιολόγος Λούις Ουίρθ όρισε την ύπαρξη μειονοτήτων στην κοινωνία που βρίσκονται στον αντίποδα της κυρίαρχης ομάδας (ελίτ) και που σε αντίθεση με τα προνόμια και την ανώτερη κοινωνική της θέση, αποτελούνται από άτομα με διαφορετικά οικονομικά, πολιτιστικά, θρησκευτικά ή φυλετικά χαρακτηριστικά από το σύνολο και εξαιτίας αυτής της διαφορετικότητάς τους τυγχάνουν διαφορετικής μεταχείρισης, άνισης ως επί το πλείστον. Τα άτομα που κατατάσσονται σε μειονότητες, αυτομάτως εντάσσονται σε ένα καθεστώς αποκλεισμού και απομόνωσης από την πλήρη συμμετοχή στην κοινωνική ζωή. Η έννοια της μειονότητας σχεδόν πάντα ταυτίζεται με το περιθώριο και συνδέεται με τη

διαφοροποίηση που οδηγεί σε επιβολή διακρίσεων. Να σημειωθεί ότι με τον όρο μειονότητες, δεν νοούνται μόνο οι αλλοδαποί, αλλά και οι γηγενείς που τρόπον τινά διαφέρουν από το σύνολο της κοινωνίας (Τσαούσης, 1997, Τσαούσης, 2002).

Η παράλληλη ασφάλιση των εργαζομένων, οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των πολλών ταμείων σχετικά με τις παροχές, οι διαφοροποιήσεις στις εισφορές και τα διαχειριστικά ελλείμματα των ταμείων, προκάλεσαν προβλήματα στη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας και στην κοινωνική συνοχή με ευρύτερες επιπτώσεις στον κοινωνικό αποκλεισμό που πλέον αντιμετώπιζαν μεγαλύτερες πληθυσμιακές ομάδες (Κοντιάδης, 1997).

Η κοινωνική συνοχή μιας κοινωνίας έχει άμεση συνάρτηση με τους εύθραυστους πληθυσμούς της. Όσο περισσότερο αυξάνουν οι ομάδες αυτές, τόσο χαλαρώνει η κοινωνική συνοχή. Ένας δυνατός κοινωνικός δεσμός, προστατεύει τις εύάλωτες πληθυσμιακές ομάδες και τις απομακρύνει από τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού. Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού αποτελεί προϊόν της παγκοσμιοποίησης των εθνικών πολιτικών και χαρακτηρίζεται ως βασικό συστατικό των κοινωνικών μεταβολών που συντελούνται. Το τμήμα του πληθυσμού που παραμένει στο περιθώριο της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και των απολαβών από αυτές, συνδέεται με την αποδυνάμωση του κοινωνικού δεσμού και την ενίσχυση του φαινομένου του κοινωνικού αποκλεισμού. Ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι το αποτέλεσμα συσσώρευσης πολλών κοινωνικών μειονεκτημάτων μεταξύ αυτών της φτώχειας και της ασθένειας. Η αδυναμία άσκησης των κοινωνικών δικαιωμάτων που οδηγεί σε κοινωνικό αποκλεισμό, πηγάζει από την απουσία προστασίας της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Η έλλειψη συνεκτικότητας των κοινωνικών δικτύων ασφαλείας, επιτάχυνε την περιθωριοποίηση μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού, με ταυτόχρονη απουσία ενεργών πολιτικών για την καταπολέμηση της φτώχειας και την ενίσχυση της κοινωνικής προστασίας των αδυνάμων (Παπαδοπούλου, 2004).

Οι έννοιες της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού σχετίζονται χωρίς όμως να ταυτίζονται. Πρόκειται για δυο πολυδιάστατα φαινόμενα που μεταβάλλονται ανάλογα με τις επικρατούσες συνθήκες. Ο Rene Lenoir (Γενικός Γραμματέας Κοινωνικής Πολιτικής) χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «κοινωνικός

αποκλεισμός» στη Γαλλία το 1974, για να περιγράψει το τμήμα του πληθυσμού που δεν είχε πρόσβαση σε βασικές δημόσιες υπηρεσίες. Μακροχρόνια σχετική αποστέρηση της πρόσβασης σε βασικά κοινωνικά αγαθά μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνικό αποκλεισμό. Ο λόγος που η Ελλάδα συγκαταλέγεται ανάμεσα στα κράτη με έντονο το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού, είναι το διάτρητο δίκτυο κοινωνικής προστασίας, που αδυνατεί να εξαλείψει τα επιπρόσθετα προβλήματα που δημιουργούνται λόγω κρίσης. Η απουσία συνοχής, η ακαταλληλότητα και η αποσπασματικότητα των μέτρων στήριξης προς τις ευπαθείς ομάδες, η εφαρμογή λανθασμένων κριτηρίων επιλογής των ατόμων που χρήζουν βοήθειας και η πολυδαίδαλη γραφειοκρατία, αποτελούν μερικές από τις αιτίες που ενισχύουν έμμεσα τον κοινωνικό αποκλεισμό δυσκολεύοντας ακόμα περισσότερο τις ήδη δύσκολες συνθήκες διαβίωσης των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων.

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος της ένταξης ενός ατόμου σε καθεστώς κοινωνικού αποκλεισμού έγκειται στη δυσκολία επαναφοράς του στην κοινωνία. Ειδικά σε περιόδους οικονομικής κρίσης που δεν υπάρχουν οι πόροι για την εντατική ενασχόληση της πρόνοιας με την επανένταξη κοινωνικά αποκλεισμένων ατόμων και που αυξάνονται καθημερινά τα κρούσματα ανθρώπων που βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό, φαντάζει αδύνατη η έξοδος τους από αυτόν. Οι βασικές ομάδες υψηλού κινδύνου είναι οι άνεργοι, οι μερικώς απασχολούμενοι, οι ηλικιωμένοι, οι μετανάστες, οι μονογονεϊκές οικογένειες, τα άτομα με αναπηρία. Γίνεται αντιληπτό ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός συνδέεται άμεσα με την αγορά εργασίας και όσο στενότερη σχέση υπάρχει μεταξύ ατόμου και αγοράς εργασίας, τόσο λιγότερες είναι οι πιθανότητες για έκθεση του ατόμου στον κοινωνικό αποκλεισμό (Ανδριοπούλου και συν., 2013).

### 3.2. Ανισότητα στην Υγεία και Κοινωνικοί Προσδιοριστές της Υγείας

Η ανισότητα στην υγεία μπορεί να εντοπιστεί στο επίπεδο της υγείας του πληθυσμού μέσα από τη μελέτη δεικτών (νοσηρότητα, θνησιμότητα, προσδόκιμο επιβίωσης), στην προσφορά υπηρεσιών υγείας πάλι μέσω δεικτών όπως είναι η αντιστοιχία γιατρών, κλινών, νοσηλευτών και δαπανών υγείας ανά κάτοικο και στο

βαθμό ανταπόκρισης των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες του πληθυσμού βάσει του βαθμού ικανοποίησης και πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Οι μεγάλες κοινωνικές ανισότητες πλήττουν σοβαρά και το κομμάτι της υγείας. Σε κοινωνίες που δεν υπάρχουν μεγάλες εισοδηματικές ανισότητες, που υπάρχει μια αξιοπρεπής στέγαση, υψηλό μορφωτικό επίπεδο και καλύτερες εργασιακές συνθήκες, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας είναι ορατά λιγότερες (Βενιέρης, 2003).

Οι υγειονομικές ανισότητες αντανακλούν τις κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες. Οι παράγοντες που επιβαρύνουν τις υγειονομικές ανισότητες προκύπτουν μέσα από το κοινωνικό, πολιτικό, πολιτιστικό, θρησκευτικό και οικονομικό περιβάλλον των ατόμων, από τις συνθήκες διαβίωσης, από την εργασία ή μη, από τις ατομικές επιλογές και από βιολογικούς παράγοντες (Υφαντόπουλος, 2003).

Η Ελλάδα επηρεάστηκε έντονα από την παγκόσμια οικονομική κρίση και το πλήγμα που υπέστη ήταν εμφανές σε όλους τους τομείς, πολιτικούς, οικονομικούς και κοινωνικούς. Η υγειονομική κρίση επιβεβαιώνεται μεταξύ άλλων από τα αυξημένα ποσοστά αυτοκτονιών, δολοφονιών, ψυχικών διαταραχών, χρήσης ουσιών και λοιμωδών νόσων. Τα αυστηρά μέτρα λιτότητας και οι περικοπές των δαπανών, δημιούργησαν το κατάλληλο έδαφος για τη συσχέτιση των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας με την οικονομική κρίση και το επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Kondilis et al., 2013).

Οι κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι το εισόδημα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η κοινωνική κατάσταση, ο τρόπος ζωής, το φυσικό περιβάλλον, τα δίκτυα κοινωνικής στήριξης, οι γενετικοί παράγοντες και το φύλο (Zavras et al., 2016).

Οι μεταβολές σε έναν ή σε όλους τους κοινωνικούς προσδιοριστές, επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των πολιτών. Επομένως για την επίτευξη της μείωσης των ανισοτήτων στην υγεία και της βελτίωσης της κατάστασης υγείας του συνόλου, θα πρέπει να ελεγχθούν οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας καθώς είναι οι συνήθειες ύποπτοι για την ύπαρξη υγειονομικών ανισοτήτων. Για την καταπολέμηση των κοινωνικών προσδιοριστών, ο Π.Ο.Υ. ίδρυσε το 2005 μια Επιτροπή για τους



Κοινωνικούς Προσδιοριστικούς Παράγοντες της Υγείας (Commission on Social Determinants on Health- C.S.D.H.) με στόχους την αντιμετώπιση των ανισοτήτων, την ενδυνάμωση της συνεργασίας και της κοινωνικής πολιτικής, την προώθηση της συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων και στο σχεδιασμό πολιτικών, τη βελτίωση των καθημερινών συνθηκών διαβίωσης και τη μέτρηση του προβλήματος και την αξιολόγηση των δράσεων (WHO, 2012).

### 3.3. Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα την εποχή της Οικονομικής Κρίσης

Η συγκριτική μελέτη της Ευρώπης των 28 για τον πληθυσμό που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού κατά τα έτη 2009-2015 τοποθετεί την Ελλάδα σε μια αρκετά υψηλή θέση με ποσοστό 27,6% ενώ το 2015 ο πληθυσμός σε κίνδυνο ήταν 35,7%. Αν αναλογιστεί κανείς τις κοινωνικοοικονομικές μεταβολές που συντελέστηκαν μεταξύ του διαστήματος 2009-2015, θα αντιληφθεί απολύτως τη δικαιολογημένη αύξηση του ποσοστού αυτού. Πρόκειται για ένα από τα υψηλότερα ποσοστά για το 2015, τη στιγμή που η Ε.Ε. των 28 έχει μέσο όρο 23,7%. Ένας σημαντικός λόγος που συγκράτησε σε σχετικά ήπια άνοδο αυτό το ποσοστό του πληθυσμού, είναι οι ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί που ισχύουν ακόμα στην Ελλάδα. Αυτό το άτυπο δίκτυο κοινωνικής προστασίας απορρόφησε τους έντονους κραδασμούς της οικονομικής κρίσης και κατάφερε να στηρίξει ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού που ήταν στα όρια της φτώχειας και της κοινωνικής ανισότητας. Στον Πίνακα που ακολουθεί παρατίθενται τα ποσοστά των πληθυσμών των 28 ευρωπαϊκών χωρών που αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο του αποκλεισμού καθώς και ο μέσος όρος των 28 χωρών, από το 2010 και έπειτα (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3:** Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας (κοινωνικό αποκλεισμό) τα έτη 2005-2016

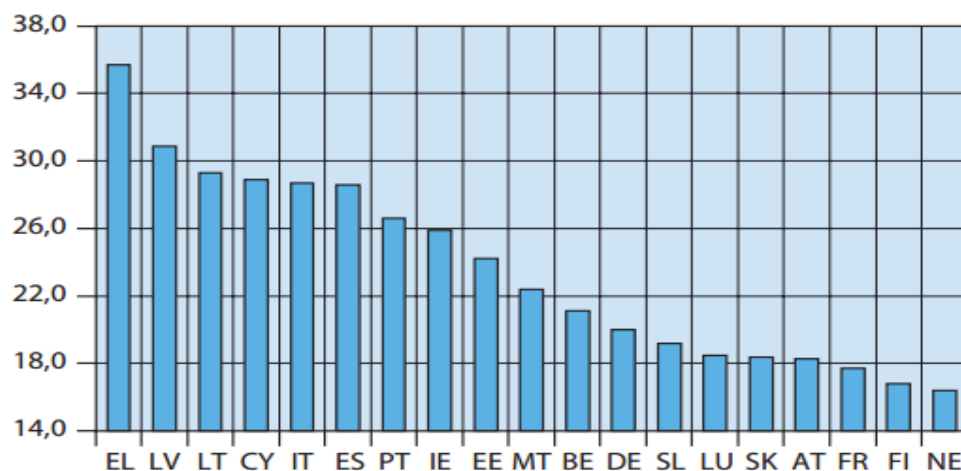
Πίνακας 11. ΕΕ: Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό <sup>(1)</sup> , 2004-2015						
Χώρες	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ΕΕ-28	:	:	:	:	:	:
<i>Ευρωζώνη</i>						
Αυστρία	17.9	17.4	17.8	16.7	20.6	19.1
Βέλγιο	21.6	22.6	21.5	21.6	20.8	20.2
Γαλλία	19.8	18.9	18.8	19.0	18.5	18.5
Γερμανία	:	18.4	20.2	20.6	20.1	20.0
<b>Ελλάδα</b>	<b>30.9</b>	<b>29.4</b>	<b>29.3</b>	<b>28.3</b>	<b>28.1</b>	<b>27.6</b>
Εσθονία	26.3	25.9	22.0	22.0	21.8	23.4
Ιρλανδία	24.8	25.0	23.3	23.1	23.7	25.7
Ισπανία	25.0	24.3	24.0	23.3	23.8	24.7
Ιταλία	26.2	25.6	25.9	26.0	25.5	24.9
Κύπρος	:	25.3	25.4	25.2	23.3	23.5
Λετονία	:	46.3	42.2	35.1	34.2	37.9
Λιθουανία	:	41.0	35.9	28.7	28.3	29.6
Λουξεμβούργο	16.1	17.3	16.5	15.9	15.5	17.8
Μάλτα	:	20.5	19.5	19.7	20.1	20.3
Ολλανδία	:	16.7	16.0	15.7	14.9	15.1
Πορτογαλία	27.5	26.1	25.0	25.0	26.0	24.9
Σλοβακία	:	32.0	26.7	21.4	20.6	19.6
Σλοβενία	:	18.5	17.1	17.1	18.5	17.1
Φινλανδία	17.2	17.2	17.1	17.4	17.4	16.9

Table 11. EU: People at-risk-of-poverty or social exclusion <sup>(1)</sup> , 2004 - 2015							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Countries
	23.8	24.3	24.7	24.6	24.4	23.7	EU-28
<i>Eurozone</i>							
Austria	18.9	19.2	18.5	18.8	19.2	18.3	Austria
Belgium	20.8	21.0	21.6	20.8	21.2	21.1	Belgium
France	19.2	19.3	19.1	18.1	18.5	17.7	France
Germany	19.7	19.9	19.6	20.3	20.6	20.0	Germany
<b>Greece</b>	<b>27.7</b>	<b>31.0</b>	<b>34.6</b>	<b>35.7</b>	<b>36.0</b>	<b>35.7</b>	<b>Greece</b>
Estonia	21.7	23.1	23.4	23.5	26.0	24.2	Estonia
Ireland	27.3	29.4	30.0	29.5	27.6	25.9	Ireland
Spain	26.1	26.7	27.2	27.3	29.2	28.6	Spain
Italy	25.0	28.1	29.9	28.5	28.3	28.7	Italy
Cyprus	24.6	24.6	27.1	27.8	27.4	28.9	Cyprus
Latvia	38.2	40.1	36.2	35.1	32.7	30.9	Latvia
Lithuania	34.0	33.1	32.5	30.8	27.3	29.3	Lithuania
Luxembourg	17.1	16.8	18.4	19.0	19.0	18.5	Luxembourg
Malta	21.2	22.1	23.1	24.0	23.8	22.4	Malta
Netherlands	15.1	15.7	15.0	15.9	16.5	16.4	Netherlands
Portugal	25.3	24.4	25.3	27.5	27.5	26.6	Portugal
Slovakia	20.6	20.6	20.5	19.8	18.4	18.4	Slovakia
Slovenia	18.3	19.3	19.6	20.4	20.4	19.2	Slovenia
Finland	16.9	17.9	17.2	16.0	17.3	16.8	Finland

Πηγή: Eurostat, «Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης», ΕΛΣΤΑΤ, (2017a), «Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα». [http://www.statistics.gr/documents/20181/2810519/LivingConditionsInGreece\\_0517.pdf/c3e2b9a9-58de-4d79-a61b-9f4dd1238b5f](http://www.statistics.gr/documents/20181/2810519/LivingConditionsInGreece_0517.pdf/c3e2b9a9-58de-4d79-a61b-9f4dd1238b5f)

Στο Διάγραμμα που ακολουθεί, η Ελλάδα είναι και πάλι στην πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωζώνης, για τον κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού με ποσοστό 35,7%. (Διάγραμμα 8).

**Διάγραμμα 8:** Χώρες Ευρωζώνης – Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό για το 2015



Πηγή: Eurostat, (ΕΛΣΤΑΤ 2017c), «Η Ελλάδα με αριθμούς- 2017». Διαθέσιμο στο: [http://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures\\_2017Q1\\_GR.pdf/98616f15-bbbf-437f-aba0-79204e0f1839](http://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures_2017Q1_GR.pdf/98616f15-bbbf-437f-aba0-79204e0f1839)

### 3.4. Η Πρόσβαση των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων στις Υπηρεσίες Υγείας

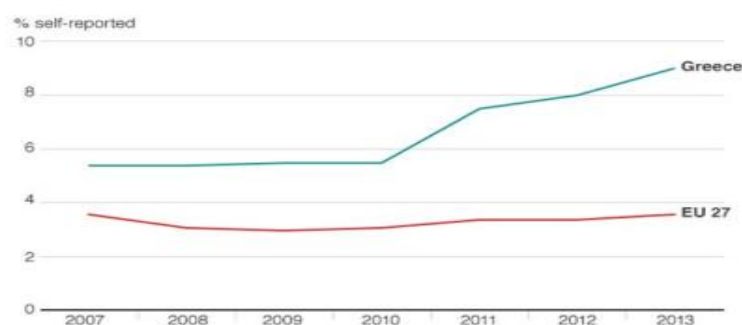
Κάθε άτομο πρέπει να έχει πρόσβαση σε επαρκή ιατρική περίθαλψη, ανεξάρτητα από την οικονομική του κατάσταση. Στην περίπτωση που είναι υποχρεωτική η επιλογή των ασθενών που θα εξυπηρετηθούν λόγω αδυναμίας εξυπηρέτησης όλων, το κριτήριο της επιλογής τους δεν θα πρέπει να είναι ο πλούτος, αλλά η ηλικία, το ποσοστό επιτυχίας της θεραπείας, το επείγον της κατάστασής τους ή έστω η τυχαία επιλογή. Το δικαίωμα στη ζωή μέσω της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, πρέπει να είναι ανεξάρτητο από τους όρους της αγοράς. Χαρακτηριστικό της υγειονομικής περίθαλψης είναι η ατελής πληροφόρηση και ο ατελής ανταγωνισμός (Stiglitz, 1988).

Δημιουργούνται ανισότητες τόσο από τον ιδιωτικό τομέα ως προς την προσπέλαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας εξαιτίας του συστήματος τιμών, όσο

και από το δημόσιο τομέα με την ανάπτυξη γραφειοκρατικών δυσλειτουργιών που αναπόφευκτα οδηγούν σε χαμηλότερης ποιότητας υπηρεσίες υγείας και δημιουργούν μεγάλες λίστες αναμονής των ασθενών που καταφεύγουν είτε στην ιδιωτική παροχή πληρώνοντας οι ίδιοι, είτε σε άτυπες πληρωμές, δίνοντας «φακελάκι» σε γιατρούς για να αποκτήσουν πιο άμεση εξυπηρέτηση και ενδεχομένως και καλύτερη αντιμετώπιση. Ωστόσο η απώλεια εισοδημάτων των νοικοκυριών δημιουργεί δυσκολίες καθώς οι ασθενείς δεν έχουν τη δυνατότητα να καλύπτουν είτε τη συμμετοχή τους στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των φαρμάκων, είτε τις άτυπες πληρωμές που καλούνται ανεπίσημα να πληρώσουν (Economidou, 2015).

Στο Διάγραμμα 9 φαίνεται ξεκάθαρα ότι τα έτη πριν την κρίση οι δυσκολίες των πολιτών στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, έχουν μια σταθερή πορεία με σημείο καμψής το έτος 2010, που ουσιαστικά σχετίζεται με τις πρώτες δέσμες μέτρων λιτότητας που έπληξαν τα νοικοκυριά, τις περικοπές των δημόσιων υγειονομικών δαπανών και την αύξηση της ανεργίας. Αξιοσημείωτο πάντως είναι το γεγονός ότι η Ελλάδα σε σχέση με το μέσο όρο της Ευρώπης των 27, προ και κατά τη διάρκεια της κρίσης, διατηρεί υψηλότερα ποσοστά στις δυσκολίες της πρόσβασης.

**Διάγραμμα 9:** Δυσκολία πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας λόγω κόστους, απόστασης και χρόνων αναμονής, τα έτη 2007-2013



Πηγή: Eurostat Database, (2014). Διαθέσιμο στο: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 27/02/2015.

Οι περισσότεροι γιατροί επηρεάζονται από τον διαθέσιμο χρόνο και την πίεση των άλλων ασθενών για τον καθορισμό προτεραιοτήτων σε σχέση με το ποιο άτομο θα προηγηθεί να εξυπηρετηθεί και ποιο περιστατικό χρήζει προσοχής. Θεωρητικά

υπάρχει η δυνατότητα ίσης πρόσβασης για όλους, αλλά ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που είτε είναι ηλικιωμένοι, είτε παιδιά, είτε άποροι, δεν έχουν αυτή τη δυνατότητα καθώς δεν έχουν την απαιτούμενη γνώση και την κατάλληλη κοινωνική φροντίδα για την έγκαιρη επαφή τους με το σύστημα υγείας (Υφαντόπουλος, 2003).

Το κράτος από την πλευρά του εγγυάται μια ελάχιστη βασική παροχή στον τομέα της υγείας, σε επίπεδο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, για όλους τους πολίτες του. Δεν εμποδίζει όμως όποιον πολίτη έχει τη δυνατότητα να υπερβεί το κατώτατο όριο των κρατικά παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών με τις δικές του δυνάμεις, να το πράξει ελεύθερα. Ένα καθολικό σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, παρά το γεγονός ότι τυπικά αντιμετωπίζει όλους τους ασθενείς και τους πολίτες γενικότερα ως ίσους, δεν περιορίζει την ανισότητα στην υγεία με την οποία έρχονται αντιμέτωποι, καθώς πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο που δυστυχώς δεν βελτιώνεται μόνο με την αναγνώριση σε όλους τους πολίτες του δικαιώματος να λαμβάνουν αυτό το ελάχιστο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας (Marshall et al., 1997).

Η εισοδηματική ανισότητα στη χρήση των διαγνωστικών εξετάσεων όταν αυτές έχουν ως αποτέλεσμα την πρόληψη και την έγκαιρη θεραπεία, δείχνει πως όσο πιο χαμηλό είναι το εισόδημα, τόσο λιγότερες πιθανότητες έχει και η εφαρμογή της πρόληψης και της θεραπείας. Αυτές λοιπόν οι ανισότητες στις διαγνωστικές εξετάσεις, ευρύτερα επηρεάζουν τα επίπεδα υγείας και προκαλούν γενικευμένες υγειονομικές ανισότητες που εντοπίζονται κυρίως στα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα της κοινωνίας (Μεργούπης, 2003).

Η απουσία γεωγραφικών δεσμεύσεων των ασθενών στη χρήση υγειονομικών υπηρεσιών, δίνει στους χρήστες την ελευθερία να κινούνται μεταξύ των υπηρεσιών υγείας ανεξέλεγκτα και να ενισχύουν την εμφάνιση περιφερειακών ανισοτήτων στο σύστημα υγείας. Η γεωγραφική πολυδιάσπαση λόγω της φυσικής μορφοποίησης του ελληνικού χώρου και η αστικοποίηση δημιουργούν σημαντικά εμπόδια στην επέκταση των υπηρεσιών υγείας και στην πρόσβαση των ασθενών που κατοικούν σε ορεινές, απομακρυσμένες ή νησιωτικές περιοχές.

Οι λίστες αναμονής πλήττουν κυρίως τα χαμηλά στρώματα, καθώς δεν δύνανται να καλύψουν μόνοι τους τις δαπάνες υγείας. Με άλλα λόγια δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να στραφούν στην ιδιωτική κάλυψη.

Η εισοδηματική ανισότητα ενισχύεται μεταξύ άλλων από τη συρρίκνωση της κοινωνικής προστασίας και τείνει να υποβαθμίζει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού με πρωταρχικούς και κύριους αποδέκτες τους φτωχούς και ευάλωτους πολίτες που αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Παπαθεοδώρου και συν., 2011).

#### **3.4.1. Οι Ανασφάλιστοι**

Οι οικονομικά αδύνατοι πολίτες που δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη από κάποιον ασφαλιστικό φορέα, συνήθως δικαιούνται να έχουν βιβλιάριο απορίας και υπάγονται στην Κοινωνική Πρόνοια του κράτους. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν άτομα από πολλές κοινωνικές ομάδες, όπως οι άνεργες ανύπανδρες μητέρες και τα παιδιά τους, οι ψυχικά ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας που τους εμποδίζουν να εργαστούν, οι επαναπατρισθέντες Έλληνες, οι πολιτικοί πρόσφυγες, οι άστεγοι κτλ. (Dubois et al., 2014).

Λόγω της μέχρι πρότινος ανεξέλεγκτης συνταγογράφησης και ελεύθερης πρόσβασης στα νοσοκομεία, οι ανασφάλιστοι δεν αντιμετώπιζαν κάποιο ιδιαίτερο και ξεχωριστό πρόβλημα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, παρά μόνο τα προβλήματα που αναφέρθηκαν σαν γενικά προβλήματα που υπάρχουν απέναντι σε όλους τους χρήστες των υπηρεσιών(π.χ. λίστες αναμονής, απόσταση κτλ.). Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα οι κάτοχοι βιβλιαρίου Κοινωνικής Πρόνοιας είναι πιο ευνοημένοι και έχουν λιγότερους περιορισμούς συγκριτικά με ασφαλισμένους άλλων ταμείων. Λόγω του ότι οι ανασφάλιστοι δεν πληρώνουν συμμετοχή στα φάρμακα, αρκετές φορές «πιέζουν» το γιατρό να γράψει περισσότερα φάρμακα από αυτά που πραγματικά χρειάζονται, χωρίς να αναλογίζονται το οικονομικό κόστος. Επαναλαμβάνουν συνταγές που ενδεχομένως δεν χρησιμοποιούν ή δεν χρειάζονται πλέον, με το σκεπτικό της ενδεχόμενης ανάγκης. Οι επισκέψεις τους στα Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων καθιστά αδύνατη τη συνεχιζόμενη παρακολούθησή τους

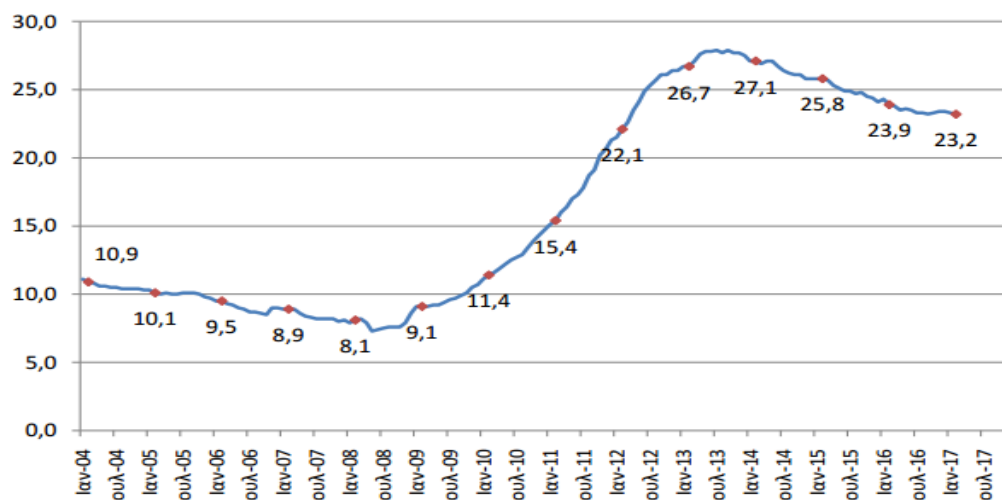
από τους ίδιους γιατρούς καθώς κάθε φορά ενδέχεται να εξυπηρετηθούν από διαφορετικό γιατρό. Το αποτέλεσμα είναι πολλές φορές λόγω πολλών περιστατικών ο γιατρός να μην τους εξετάζει και απλά να επαναλαμβάνει μια παλιότερη συνταγή που είναι πολύ πιθανό πλέον να μην ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενή.

Οι ανασφάλιστοι επίσης προμηθεύονται φάρμακα και τους παρέχονται ιατρικές υπηρεσίες από τους Δήμους στους οποίους ανήκουν, από εκκλησίες που επιτελούν ιατροφαρμακευτικό έργο καθώς και από ΜΚΟ. Αποτελούν την πιο συχνή ομάδα ατόμων που εξυπηρετούνται και από μη δημόσιους φορείς (Χριστοδουλόπουλος και συν., 2005).

### **3.4.2. Οι Άνεργοι**

Η ανεργία που μαστίζει τον ενεργό πληθυσμό της χώρας ηλικίας 20-64 ετών, από 9,6% που ήταν το 2009 σύμφωνα με τις μετρήσεις της ΕΛΣΤΑΤ, εκτινάχθηκε στο 27,5% το 2013 για να βρísκεται στο 23,2% το πρώτο τρίμηνο του 2017. Το ποσοστό αυτό μεταφράζεται σε απόλυτους αριθμούς σε 1,11 εκατομμύρια ανθρώπους. Οι απασχολούμενοι από 65,6% που ήταν το 2009 μειώθηκαν σε 56,2% στις αρχές του 2017, ενώ οι μη οικονομικά ενεργοί αποτελούν την πιο σταθερή κατηγορία, καθώς η μεταβολή τους ήταν της τάξης των 160.000 ατόμων περίπου. Ήταν 1.856.100 άτομα το 2009 και το πρώτο τρίμηνο του 2017 ήταν 1.699.300 άτομα. Το Φεβρουάριο του 2017 υπήρξε αύξηση των εργαζομένων κατά 0,2% σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά και οι άνεργοι μειώθηκαν κατά 3,8% σε σχέση με το Φεβρουάριο του 2016. Η μεταβολή των οικονομικά μη ενεργών ήταν αμελητέα (0,1%). (ΕΛΣΤΑΤ, 2017b). (Διάγραμμα 10).

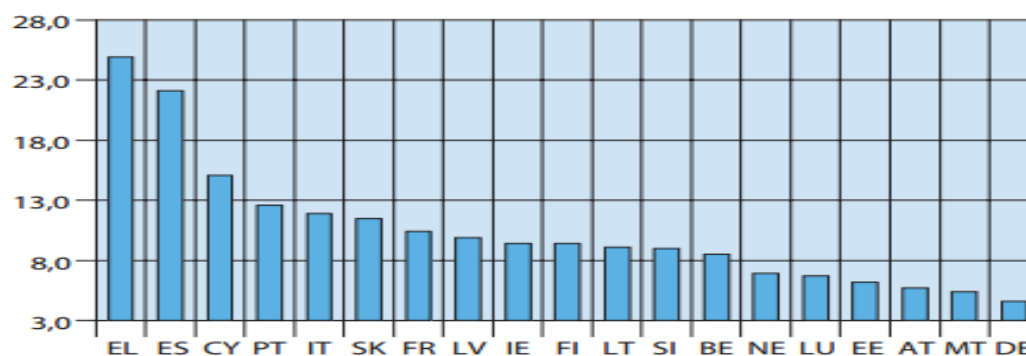
**Διάγραμμα 10:** Εξέλιξη του ποσοστού ανεργίας Φεβρουάριος 2004-Φεβρουάριος 2017



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, (2017b), Δελτίο Τύπου: «Έρευνα Εργατικού Δυναμικού». Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr/documents/20181/6cca8889-fb90-4a10-926a-bff675fab1d5>

Σύμφωνα με το διάγραμμα που ακολουθεί, η Ελλάδα κατείχε την πρώτη θέση μεταξύ των υπόλοιπων χωρών της Ευρωζώνης στο ποσοστό ανεργίας για το 2015 (Διάγραμμα 11).

**Διάγραμμα 11:** Ποσοστό ανεργίας στις χώρες της Ευρωζώνης για το 2015



Πηγή: Eurostat, ΕΛΣΤΑΤ, (2017c) Διαθέσιμο στο: [http://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures\\_2017Q1\\_GR.pdf/98616f15-bbbf-437f-aba0-79204e0f1839](http://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures_2017Q1_GR.pdf/98616f15-bbbf-437f-aba0-79204e0f1839)



Βάσει των στοιχείων της ΕΛΣΤΑΤ που αποτυπώνονται στον παρακάτω πίνακα, η Ελλάδα σε ευρωπαϊκό επίπεδο την πρώτη χρονιά της οικονομικής κρίσης (2009) είχε ανεργία σε ποσοστό 9,6% τη στιγμή που ο μέσος όρος ανεργίας στην Ευρώπη των 28 το 2009 ήταν 8,9%. Κατείχε την 20<sup>η</sup> θέση χωρίς όμως μεγάλες αποκλίσεις από τις χώρες με τη χαμηλότερη ανεργία. Το Λουξεμβούργο που είχε τη χαμηλότερη ανεργία για το 2009 είχε ποσοστό 5,1%. Το 2013 θεωρείται για την Ελλάδα η χειρότερη χρονιά από άποψη ποσοστών ανεργίας, μιας και έφτασε στο 27,5% με το μέσο όρο της Ευρώπης των 28 να βρίσκεται στο 10,8%. Ήταν η χρονιά που η Ελλάδα κατέλαβε την πρωτιά στην ανεργία ξεπερνώντας και την Ισπανία που είχε αρχίσει να αντιμετωπίζει σοβαρό πρόβλημα αύξησης της ανεργίας από το 2008. Το 2016 βρήκε την Ελλάδα με ελαφρώς μειωμένο ποσοστό ανεργίας της τάξης των περίπου 4 ποσοστιαίων μονάδων συγκριτικά με το 2013. Παρ' όλα αυτά το 23,6% που κατείχε η Ελλάδα το 2016 τη διατήρησε στην πρώτη θέση της ανεργίας στην Ευρώπη των 28, με το μέσο όρο να έχει πέσει και να βρίσκεται στο 8,6%. Η μόνη χώρα που ακολουθεί παρόμοια πορεία με την Ελλάδα, ήταν η Ισπανία με ποσοστό για το 2016 19,6% (ΕΛΣΤΑΤ, 2017c). (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: Ποσοστό Ανεργίας τα έτη 2005-2016

Πίνακας 11. EU: Unemployment rate <sup>(1)</sup> , 2005 - 2016							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Countries
EE-28	9.6	10.4	10.8	10.2	9.4	8.6	EU-28
Eurozone							
Austria	4.6	4.9	5.4	5.6	5.7	6.0	Austria
Belgium	7.2	7.6	8.4	8.5	8.5	7.8	Belgium
France	8.8	9.4	9.9	10.3	10.4	10.1	France
Germany	5.8	5.4	5.2	5.0	4.6	4.1	Germany
Greece	17.9	24.5	27.5	26.5	24.9	23.6	Greece
Estonia	12.3	10.0	8.6	7.4	6.2	6.8	Estonia
Ireland	14.7	14.7	13.1	11.3	9.4	7.9	Ireland
Spain	21.4	24.8	26.1	24.5	22.1	19.6	Spain
Italy	8.4	10.7	12.2	12.7	11.9	11.7	Italy
Cyprus	7.9	11.9	13.9	16.1	15.0	13.1	Cyprus
Latvia	16.2	15.0	11.9	10.8	9.9	9.6	Latvia
Lithuania	15.4	13.4	11.8	10.7	9.1	7.9	Lithuania
Luxembourg	4.9	5.1	5.9	5.9	6.7	6.3	Luxembourg
Malta	6.4	6.3	6.4	5.9	5.4	4.7	Malta
Netherlands	5.0	5.8	7.3	7.4	6.9	6.0	Netherlands
Portugal	12.9	15.8	16.4	14.1	12.6	11.2	Portugal
Slovakia	13.6	14.0	14.2	13.2	11.5	9.7	Slovakia
Slovenia	8.2	8.9	10.1	9.7	9.0	8.0	Slovenia
Finland	7.8	7.7	8.2	8.7	9.4	8.8	Finland

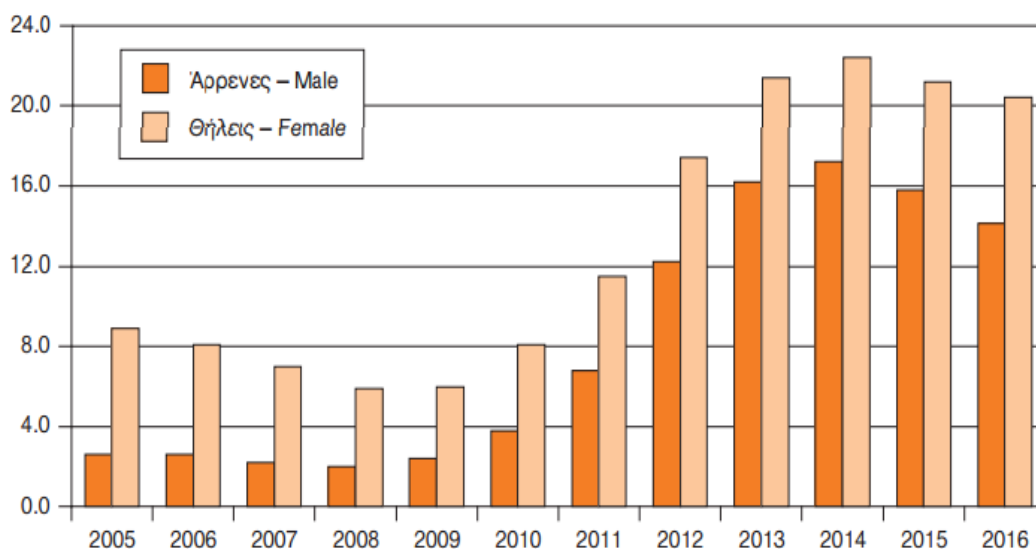
  

Πίνακας 11. ΕΕ: Ποσοστό ανεργίας <sup>(1)</sup> , 2005 - 2016						
Χώρας	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ΕΕ-28	8.9	8.2	7.1	7.0	8.9	9.5
Ευρωζώνη						
Austria	5.6	5.3	4.9	4.1	5.3	4.8
Belgium	8.5	8.3	7.5	7.0	7.9	8.3
France	8.5	8.5	7.7	7.1	8.7	8.9
Germany	11.2	10.3	8.7	7.5	7.8	7.1
Greece	10.0	9.0	8.4	7.8	9.6	12.7
Estonia	8.0	5.9	4.6	5.5	13.5	16.7
Ireland	4.4	4.4	4.7	6.4	12.0	13.9
Spain	9.2	8.5	8.2	11.3	17.9	19.9
Italy	7.7	6.8	6.1	6.7	7.8	8.4
Cyprus	5.3	4.6	3.9	3.7	5.4	6.3
Latvia	10.0	7.0	6.1	7.7	17.5	19.5
Lithuania	8.3	5.8	4.3	5.8	13.8	17.8
Luxembourg	4.5	4.7	4.1	5.1	5.1	4.4
Malta	6.9	6.8	6.5	6.0	6.9	6.9
Netherlands	4.7	3.9	3.2	2.8	3.4	4.5
Portugal	7.7	7.8	8.1	7.7	9.6	11.0
Slovakia	16.3	13.4	11.1	9.5	12.0	14.4
Slovenia	6.5	6.0	4.9	4.4	5.9	7.3
Finland	8.4	7.7	6.9	6.4	8.2	8.4

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, (2017a), «Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα».  
[http://www.statistics.gr/documents/20181/2810519/LivingConditionsInGreece\\_0517.pdf/c3e2b9a9-58de-4d79-a61b-9f4dd1238b5f](http://www.statistics.gr/documents/20181/2810519/LivingConditionsInGreece_0517.pdf/c3e2b9a9-58de-4d79-a61b-9f4dd1238b5f)

Οι μακροχρόνια άνεργοι το 2009 ήταν 195.669 ενώ το 2017 η κατηγορία αυτή άγγιξε τις 813.890. Να διευκρινιστεί ότι οι αριθμοί αυτοί αναφέρονται και στα δύο φύλα, με ξεκάθαρο προβάδισμα των γυναικών έναντι των ανδρών. Στο παρακάτω διάγραμμα αποτυπώνεται ετησίως από το 2005 μέχρι και το 2016 η εξέλιξη των μακροχρόνια ανέργων με διαχωρισμό μεταξύ των δύο φύλων (Διάγραμμα 12).

**Διάγραμμα 12:** Μακροχρόνια άνεργοι %



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, (2017a), «Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα». [http://www.statistics.gr/documents/20181/2810519/LivingConditionsInGreece\\_0517.pdf/c3e2b9a9-58de-4d79-a61b-9f4dd1238b5f](http://www.statistics.gr/documents/20181/2810519/LivingConditionsInGreece_0517.pdf/c3e2b9a9-58de-4d79-a61b-9f4dd1238b5f)

### 3.4.3. Οι Χρόνια Πάσχοντες

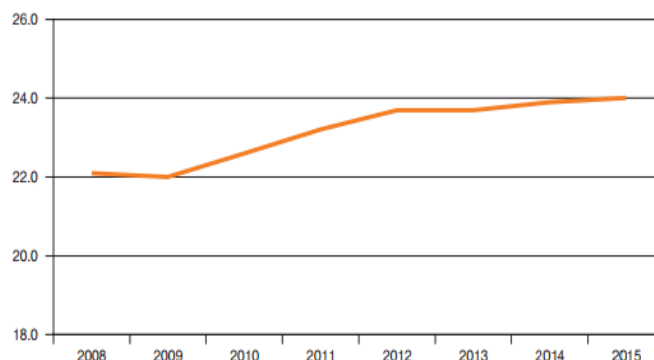
Οι χρόνια πάσχοντες ασθενείς αντιμετωπίζουν τα ίδια προβλήματα με τις υπόλοιπες ευάλωτες ομάδες σε σχέση με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, με τη μόνη διαφορά ότι βιώνουν ήδη κάποιο πρόβλημα υγείας, κάτι που δεν αποτελεί απαραίτητο χαρακτηριστικό των άλλων ευπαθών ομάδων. Η επιπρόσθετη λοιπόν αδυναμία τους πέρα από την ενδεχόμενη μείωση μισθών, συντάξεων, ανεργίας είναι ένας επιπλέον ανασταλτικός παράγοντας στο να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας και τους καθιστά σε ιδιαίτερα μειονεκτική θέση λόγω της αυξημένης ανάγκης για υπηρεσίες υγείας (Kygiopoulos et al., 2014).

Σύμφωνα με έρευνα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, τα χρόνια νοσήματα που εντοπίζονται στην ελληνική κοινωνία μεταξύ άλλων είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, οι χρόνιες νευρολογικές διαταραχές (Alzheimer και Parkinson), ο διαβήτης, οι χρόνιες παθήσεις των πνευμόνων (άσθμα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια), οι μυοσκελετικές παθήσεις και τα ψυχικά νοσήματα. Τα νοσήματα αυτά αποτελούν τη σημαντικότερη αιτία πρόωρου θανάτου και επιφέρουν υψηλό κόστος στο σύστημα υγείας, καθώς ευθύνονται για το 70% της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και απορροφούν περισσότερο από το 65% της δημόσιας υγειονομικής δαπάνης. Το μεγαλύτερο μέρος των χρόνιων νοσημάτων θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί μέσα από την εξάλειψη και τη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου.

Στην περίοδο οικονομικής κρίσης που βρίσκεται η χώρα, η αυξανόμενη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος τις ιατροφαρμακευτικής δαπάνης και η εξάρτησή τους από τη φαρμακευτική αγωγή για τη βελτίωση της υγείας τους, αποτελεί καθοριστική συνιστώσα μειωμένης συμμόρφωσης και αυξημένης απορρύθμισης της κατάστασης της υγείας τους, σε συνδυασμό με την προώθηση των γενόσημων που δημιουργεί ανασφάλεια στους χρόνια πάσχοντες ασθενείς καθώς εμπιστεύονται τη φαρμακευτική αγωγή βάσει εμπορικής ονομασίας που είχαν συνηθίσει. Αυτό τους οδηγεί στο να καταβάλλουν με ίδιες πληρωμές τη διαφορά του ποσού μεταξύ γενόσημου και πρωτότυπου φαρμάκου, παρά τα μειωμένα εισοδήματα που έχουν στη διάθεσή τους (Ε.Σ.Δ.Υ., 2013a).

Στο ζήτημα των χρόνια πασχόντων ασθενών, παρατηρείται μια ανοδική τάση, με κρίσιμο σημείο καμπής την έναρξη της οικονομικής κρίσης το 2009. Από το 22% που ήταν το 2009, το ποσοστό τους άγγιξε το 2015 το 24%. (Διάγραμμα 13).

**Διάγραμμα 13:** Ποσοστό του πληθυσμού που αντιμετωπίζει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας τα έτη 2008-2015



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, (2015), «Διεύθυνση Στατιστικών Πληθυσμού και Αγοράς Εργασίας ΕΛΣΤΑΤ, Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης (EU-SILC)».

Κατά τη διετία 2011-2012 η αύξηση των θανάτων για άτομα άνω των 55 ετών πιθανότατα συνιστά το πρώτο βραχυπρόθεσμο στοιχείο της επίπτωσης των μέτρων λιτότητας στην Ελλάδα. Πρόκειται για θανάτους που σχετίζονται με χρόνια προβλήματα υγείας και η αύξηση του ποσοστού θνησιμότητας, οφείλεται κυρίως σε προβλήματα πρόσβασης αυτών των ατόμων στις υπηρεσίες υγείας (Vlachadis et al., 2014).

#### **3.4.4. Οι Ηλικιωμένοι**

Μια σημαντική δομή για τη στήριξη των ηλικιωμένων αποτελούν τα Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων). Σκοπός της συγκεκριμένης δομής είναι η πρόληψη ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων για τη διατήρηση της αυτονομίας, ισοτιμίας και ενεργού συμμετοχής των ηλικιωμένων στην κοινωνία. Παρέχονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και μέσω του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», καταφέρνουν μοναχικοί ηλικιωμένοι ασθενείς να διατηρούν την αξιοπρέπειά τους και την ανεξαρτησία τους, παραμένοντας στο χώρο τους αποφεύγοντας τον κοινωνικό αποκλεισμό και την ιδρυματοποίηση σε γηροκομεία ή οίκους ευγηρίας ή νοσοκομεία (Γιαννακοπούλου και συν., 2008).

Η μείωση των συντάξεων και η κατάργηση πολλών από τα επιδόματα που λάμβαναν οι συνταξιούχοι, οδήγησαν μια μεγάλη μερίδα ηλικιωμένων στην αδυναμία συμμόρφωσης με τις ανάγκες της υγείας τους. Δεν δύνανται να καταβάλλουν τα ποσά συμμετοχής για τα φάρμακά τους και για τις απαιτούμενες εξετάσεις τους. Το αποτέλεσμα είναι να χειροτερεύει η κατάσταση της υγείας τους και να αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό των τακτικών επισκεπτών σε νοσοκομεία, για προβλήματα που θα μπορούσαν να λυθούν χωρίς εισαγωγές σε νοσοκομεία (Dubois et al., 2013).

### **3.4.5. Τα Άτομα με Αναπηρία**

Τα άτομα με αναπηρία, έχουν τη δυνατότητα να κατέχουν ισόβια ή προσωρινή κάρτα αναπηρίας βάσει της οποίας απολαμβάνουν ορισμένα δικαιώματα. Όσον αφορά τον τομέα της υγείας, τα άτομα με αναπηρία δικαιούνται επίδομα ασθένειας, τοκετού, ατυχήματος, απόλυτης αναπηρίας, παραπληγίας και τετραπληγίας, κοινωνικής αλληλεγγύης συνταξιούχων (Ε.Κ.Α.Σ.), δαπάνη για έκτακτη νοσοκομειακή περίθαλψη, για θεραπευτικές πράξεις, για αποκλειστική νοσηλευτική στήριξη. Το Νοέμβριο του 1999 στο πλαίσιο της προώθησης της ηλεκτρονικής Ευρώπης (eEurope), η υγεία των ΑμεΑ τέθηκε σε απευθείας σύνδεση με την πρωτοβουλία της ηλεκτρονικής υγείας (Γιαννακοπούλου και συν., 2008). Εξ' αρχής τα άτομα αυτής της κατηγορίας αντιμετωπίζουν πρόβλημα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, λόγω της ιδιαιτερότητάς τους. Πολλώ δε μάλλον όσοι διαμένουν σε δύσκολα προσβάσιμες από γεωγραφικής άποψης περιοχές, όσοι έχουν κινητικά προβλήματα, οι τυφλοί και οι κωφοί. Εκεί δημιουργείται μια σειρά προβλημάτων που σχετίζεται με την έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού για να εξυπηρετηθούν αυτοί οι άνθρωποι που ενδεχομένως να μην ακούν και να μην μπορούν να μιλήσουν. Ελάχιστοι γνώστες της νοηματικής γλώσσας υπάρχουν σε διοικητικό ή νοσηλευτικό επίπεδο στις υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά τα άτομα με κινητικά προβλήματα, ακόμα και η φυσική πρόσβαση πολλές φορές σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας ή νοσοκομεία είναι ακατόρθωτη, καθώς δεν υπάρχει κατάλληλα διαμορφωμένη ράμπα πρόσβασης, ή και όταν υπάρχει είναι πολύ συχνό το φαινόμενο να είναι αποκλεισμένη. Αυτομάτως αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη συνοδών των ατόμων με αναπηρία, κάτι που όμως δεν είναι πάντα εύκολο.

### 3.4.6. Οι Μετανάστες

Το φαινόμενο της μετανάστευσης αναφέρεται στη μετακίνηση πληθυσμών, που εγκαταλείπουν τη χώρα προέλευσής τους για οικονομικούς, πολιτικούς, επαγγελματικούς, προσωπικούς λόγους. Η Ελλάδα αποτέλεσε χώρα υποδοχής μεταναστών με διαφοροποίηση των κυμάτων μετανάστευσης ανάλογα με τις διεθνείς συγκυρίες. Η πρώτη μεγάλη εισροή μεταναστών ήταν το 1922 μετά τη Μικρασιατική καταστροφή. Κατά κανόνα η Ελλάδα αποτελούσε χώρα αποστολής και όχι υποδοχής μεταναστών. Κατά τη δεκαετία του 1970 οι μετανάστες προέρχονταν κυρίως από την Αφρική και την Ασία. Τη δεκαετία του 1980 οι μετανάστες ήταν από πρώην σοσιαλιστικές χώρες (Πολωνία, Βουλγαρία, Ε.Σ.Σ.Ρ.), τη δεκαετία του 1990 έκαναν μαζική εμφάνιση μεγάλα τμήματα πληθυσμού από την γειτονική Αλβανία, ενώ τα επόμενα χρόνια υπήρξε μαζική ροή από χώρες που βρίσκονται σε εμπόλεμη κατάσταση (Συρία) καθώς και χώρες με πολύ φτωχό επίπεδο διαβίωσης (Πακιστάν, Αφγανιστάν). Η ένταξη των μεταναστών παρουσιάζει πολλές δυσκολίες και αυτό τους κατατάσσει πρώτους ως την πιο επιρρεπή ομάδα στον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού (Γιαννακοπούλου και συν., 2008, Cuadra, 2010).

Το σημαντικότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μετανάστες σε σχέση με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, είναι η αδυναμία ομιλίας και κατανόησης της γλώσσας. Οι αλλοδαποί που διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα, έχουν ίσα δικαιώματα με τους Έλληνες όσον αφορά την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Το γεγονός όμως ότι μεγάλο μέρος των αλλοδαπών ζει και διαμένει παράνομα στη χώρα ή ανήκει στους νόμιμους μετανάστες που όμως δουλεύουν άτυπα, δημιουργεί αύξηση του ποσοστού των ανασφάλιστων και κατά συνέπεια τους στερεί το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (Γαλάνης και συν., 2012c, Γαλάνης και συν., 2013b, Economou, 2015).

Οι μη καταγεγραμμένοι μετανάστες, που εισήλθαν στη χώρα παράνομα και δεν έχουν έγγραφα πιστοποίησης της ταυτότητάς τους, δεν μπορούν να καταγραφούν και μόνο από εκτιμήσεις υπολογίζεται ότι φτάνουν περίπου το 2,5% του πληθυσμού. Οι περισσότεροι από αυτούς αναγκάζονται να εργάζονται παράνομα κυρίως σε αγροτικές και χειρωνακτικές δουλειές, με πολύ κακές συνθήκες εργασίας, με πολύ χαμηλά ημερομίσθια, χωρίς ασφάλιση, με ανθυγιεινή διατροφή και στέγαση. Οι

άνθρωποι αυτοί, υφίστανται στη χώρα, αλλά κινούνται υπογείως και δεν μπορούν να εντοπιστούν από το σύστημα το οποίο τους συντηρεί. Αποτελούν κίνδυνο της δημόσιας υγείας και η απουσία εγγράφων, τους κάνει σχεδόν ανύπαρκτους (Cuadra, 2010).

Οι μετανάστες αντιμετωπίζονται ρατσιστικά από τους επαγγελματίες υγείας. Γίνονται διακρίσεις σε βάρος τους εξαιτίας της διαφορετικής προέλευσής τους και της πολιτισμικής διαφορετικότητάς τους. Το νοσηλευτικό προσωπικό δεν είναι εξοικειωμένο με τις διαφορετικές αντιλήψεις των μεταναστών σχετικά με τις θεραπευτικές μεθόδους που μπορούν να εφαρμοστούν. Η εξοικείωση ή μη των επαγγελματιών υγείας, σχετίζεται κυρίως με τη γεωγραφική θέση που λειτουργούν. Σε περιοχές χωρίς μετανάστες, είναι δεδομένη η άγνοια στον τρόπο χειρισμού των μεταναστών. Η ελλιπής διαπολιτισμική εκπαίδευση των εμπλεκόμενων ουσιαστικά αποκλείει τη δυνατότητα πρόσβασης και εξυπηρέτησης ατόμων που δεν έχουν τα ίδια πολιτισμικά χαρακτηριστικά με τους ίδιους (Μανομενίδης, 2009).

Οι αλλοδαποί δύνανται να λάβουν υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα ακόμα και αν δεν βρίσκονται νόμιμα ή δεν εργάζονται νόμιμα, μόνο όταν πρόκειται για έκτακτο περιστατικό. Η διαφοροποίηση αυτή μεταξύ νόμιμων και παράνομων μεταναστών, αυτομάτως δημιουργεί μετανάστες δύο ταχυτήτων και εγείρει ζητήματα υγειονομικής ανισότητας (Γιαννακοπούλου και συν., 2008).

Για να επιτευχθεί πρόοδος στη δημόσια υγεία και για να μπορέσουν να ενταχθούν οι μετανάστες στην ελληνική κοινωνία, πρέπει να διασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας. Η ραγδαία αύξηση των μεταναστών τα τελευταία χρόνια σε συνδυασμό με την έλλειψη πόρων στην υγεία και την αυξημένη ζήτηση του γηγενή πληθυσμού για δημόσιες υπηρεσίες υγείας λόγω των μειώσεων στα εισοδήματα, αποκλείει μεγάλα τμήματα μεταναστών από την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τόσο των παράνομα διαμενόντων στη χώρα, όσο και των νόμιμα διαμενόντων που τυγχάνει να εργάζονται ως ανασφάλιστοι. Μέχρι πρότινος, η δυνατότητα πρόσβασής τους περιοριζόταν μόνο μέχρι το τμήμα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων. Σε περίπτωση που οι ανασφάλιστοι μετανάστες κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων και λάβουν φαρμακευτική



αγωγή, εφόσον δεν υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη, τα κόστη είτε μένουν ανείσπρακτα είτε βαρύνουν τον ίδιο το μετανάστη (Αναστόπουλος και συν., 2014).

Το γεγονός ότι το μεγαλύτερο τμήμα των μεταναστών προέρχεται από χώρες υπανάπτυκτες ή στην καλύτερη περίπτωση αναπτυσσόμενες, με πλημμελές υγειονομικό σύστημα, εξηγεί την κακή κατάσταση της υγείας τους, συνυπολογιζόμενων και των κακουχιών που αντιμετωπίζουν κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους. Τα λοιμώδη νοσήματα παρουσιάζουν υψηλό επιπολασμό στο μεταναστευτικό πληθυσμό και η ψυχική τους υγεία θεωρείται εξαιρετικά εύθραυστη. Το άγχος και το στρες για να τα καταφέρουν να φτάσουν στον προορισμό τους, η κακή διατροφή, η κακή στέγαση, οι δυσκολίες προσαρμογής στη νέα κοινωνία, η γκετοποίηση, κάνουν τους μετανάστες ιδιαίτερα ευάλωτους στην εμφάνιση προβλημάτων υγείας, με συχνότερη την κατάθλιψη και τις ψυχικές διαταραχές (Ρούπα και συν., 2014, Dubois et al., 2013, Galanis et al., 2013b).

#### **3.4.7. Οι Ρομά**

Θεωρητικά οι Ρομά έχουν τα ίδια δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες. Συχνά στην επαφή τους με το σύστημα υγείας προκαλούνται αντιπαραθέσεις που αναδεικνύουν την ανάγκη εφαρμογής μέτρων για την αποφυγή και τη διαχείριση των συγκρούσεων αυτών. Από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, υπάρχουν πολλά στερεότυπα και προκαταλήψεις που δημιουργούν μια αρνητική αντιμετώπιση των Ρομ (Πρόγραμμα Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας «Ελλάδα- Βουλγαρία 2007-2013», 2008).

Οι γενικές θεωρήσεις που επηρεάζουν αρνητικά τους επαγγελματίες υγείας ως προς τους Ρομ, έχουν να κάνουν με το ότι πρόκειται για μια περιθωριοποιημένη ομάδα, η οποία αποτελεί κίνδυνο για τους επαγγελματίες υγείας και ότι δεν υπάρχει η δυνατότητα παροχής εξειδικευμένης φροντίδας. Επίσης αρκετά συχνό φαινόμενο είναι και η καχυποψία των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη σοβαρότητα των προβλημάτων των Ρομ, καθώς θεωρούν ότι επισκέπτονται τις υπηρεσίες υγείας πολλές φορές χωρίς να χρειάζεται. Όλες αυτές οι αυθαίρετες γενικεύσεις των επαγγελματιών υγείας προέρχονται από την ελλιπή ενημέρωση για τις κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες των Ρομ.

Τα υψηλά ποσοστά ασθενειών των Ρομά οφείλονται κατά κύριο λόγο στη φτώχεια, τις άσχημες συνθήκες διαβίωσης, τις διακρίσεις που βιώνουν, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, την έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με τα δικαιώματά τους και στη δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (Galanis et al., 2012d). Οι πιο συχνές ασθένειες που αντιμετωπίζουν είναι η φυματίωση και οι ηπατίτιδες (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011). Σύμφωνα με την Εθνική Μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα το 2012 που εκπονήθηκε από την Εθνική Σχολή της Δημόσιας Υγείας, το 77% των Ρομά στην Ελλάδα ήταν πλήρως ανασφάλιστοι, το 13% των παιδιών Ρομά δεν είχαν βιβλιάριο ασθένειας παιδιού για εμβολιασμούς, ενώ το 78% των παιδιών αυτών δεν είχε κάνει κανένα εμβόλιο (Ε.Σ.Δ.Υ., 2013b).

Στην κοινότητα των Ρομά η υγεία δεν αποτελεί βασική προτεραιότητα. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό αντιλαμβάνεται την ασθένεια σαν ένα καταστροφικό φαινόμενο που σχετίζεται με το θάνατο και θεωρεί ότι η υγεία είναι απλά η απουσία κάποιας ορατής ασθένειας. Η πολιτισμική τους υπόσταση εξηγεί τη συμπεριφορά τους στην αντιμετώπιση των ασθενειών. Ανησυχούν για ζητήματα υγείας μόνο σε περιπτώσεις σοβαρών συμπτωμάτων και επικρατεί μια γενικότερη απροθυμία επίσκεψης σε γιατρό. Η αδιαφορία για προληπτικές εξετάσεις προκύπτει από την αντίληψη που έχουν για την υγεία. Η βασική και πολύ τακτική τους επαφή με το σύστημα υγείας είναι το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Όλη αυτή η συμπεριφορά των Ρομ απέναντι στις υπηρεσίες υγείας, εξηγείται μέσα από τη συνύπαρξη διαφορετικών ιατρικών μοντέλων που υφίστανται στους κόλπους της κοινότητας: α) το παραδοσιακό μοντέλο στο οποίο βασίζεται κυρίως η θεραπεία παιδικών ασθενειών και κάλυπτε το κομμάτι της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας μέσα από μη αποδεκτές από την ιατρική μεθόδους, όπως τα βότανα, το ξεμάτιασμα κτλ., β) η εκκλησία που θεωρούν ότι θεραπεύει όσες ασθένειες δεν μπορούν να θεραπευτούν από την ιατρική, γ) το επιστημονικό μοντέλο που μέσα από το γιατρό και το φαρμακοποιό δίνει λύσεις σε πιο σοβαρά προβλήματα και δ) η αυτοδιάγνωση που εξασκείται από τις γυναίκες της φυλής κυρίως και βασίζεται σε πρακτικές μεθόδους θεραπείας.

Η ανωτέρω στάση των Ρομ απέναντι στην υγεία και την ασθένεια, έχει ως αποτέλεσμα τα αυξημένα ποσοστά βρεφικής θνησιμότητας, και το μειωμένο μέχρι και 10 έτη προσδόκιμο ζωής. Θεωρούνται ομάδα αυξημένου κινδύνου λόγω του ελλιπούς εμβολιασμού των παιδιών, των ακατάλληλων συνθηκών διαβίωσης και διατροφικών συνηθειών, της αυξημένης συχνότητας ατυχημάτων και ακούσιων τραυματισμών, της απουσίας πρόληψης για γυναικολογικές ασθένειες, των υψηλών επιπέδων γονιμότητας με γεννήσεις και εγκυμοσύνες που ξεκινούν από πολύ μικρή ηλικία, της πρόωρης γήρανσης με εμφάνιση ασθενειών που δεν συνάδουν με την ηλικιακή ομάδα εμφάνισης και τέλος εξαιτίας των εκ γενετής δυσμορφιών που προκαλούνται από την αιμομιξία που συντελείται από τους γάμους που γίνονται μεταξύ συγγενών (Economou, 2015).

Το πρόβλημα των Ρομ σε σχέση με την υγεία και την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, εντοπίζεται στην έλλειψη σεβασμού από τους επαγγελματίες υγείας της αρχής της διαφορετικότητας και των ιδιαίτερων πολιτισμικών χαρακτηριστικών της φυλής, στο εκρηκτικό ταμπεραμέντο που έχουν οι Ρομ και τους κάνει να αντιπαρατίθενται σε περιπτώσεις μεγάλης αναμονής στις υπηρεσίες υγείας και να δημιουργείται ένα αρνητικό κλίμα από πλευράς των επαγγελματιών υγείας εις βάρος τους, στην έλλειψη επιμόρφωσης για θέματα υγείας, στην απουσία οργανωμένων μέτρων για εμπλοκή των ασθενών και των εκπροσώπων της κοινότητας στην υλοποίηση προγραμμάτων προσαρμοσμένων στις ανάγκες της ομάδας. Όλα αυτά τα αρνητικά σημεία που δημιουργούν τις δυσκολίες των Ρομ για πρόσβαση στο σύστημα υγείας, αν εξαλειφθούν και μετατραπούν σε προτάσεις, αυτομάτως θα απομακρύνουν αυτή την ευάλωτη κοινωνική ομάδα από τον υγειονομικό αποκλεισμό (Fundacion Secretariado Gitano, 2007, Economou, 2010).

#### **3.4.8. Οι Μονογονεϊκές Οικογένειες**

Μεταξύ των κοινωνικών φαινομένων που βρίσκονται σε έξαρση είναι και αυτό των διαζυγίων καθώς και οι εναλλακτικές μορφές σχέσεων, που έχουν ως αποτέλεσμα τη ραγδαία αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών. Ως μονογονεϊκή χαρακτηρίζεται μια οικογένεια που υπάρχει μόνο ο ένας γονέας συνήθως η μητέρα και έχει υπό την προστασία της ανήλικα τέκνα. Αυτού του είδους οι οικογένειες

αντιμετωπίζουν έντονα τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού και της φτώχειας με κύριες αιτίες αυτής της επικινδυνότητας, το χαμηλό εισόδημα λόγω των αυξημένων υποχρεώσεων που συνήθως βαραίνουν τον έναν γονέα, τα προβλήματα φροντίδας και φύλαξης των παιδιών, την ελλιπή ενημέρωση γύρω από τα δικαιώματα κοινωνικής πρόνοιας, την εμπλοκή σε άτυπες μορφές εργασίας, τη δυσκολία πρόσβασης στην αγορά εργασίας.

Το δικαίωμα στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για τις μονογονεϊκές οικογένειες, κατοχυρώθηκε από το νόμο 1469/1984. Υπήρξε επίσης πρόνοια σχετικά με την κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη αυτών των οικογενειών από φορείς τόσο δημόσιους όσο και ιδιωτικούς (Γιαννακοπούλου και συν., 2008).

### **3.4.9. Οι Ψυχικά Ασθενείς**

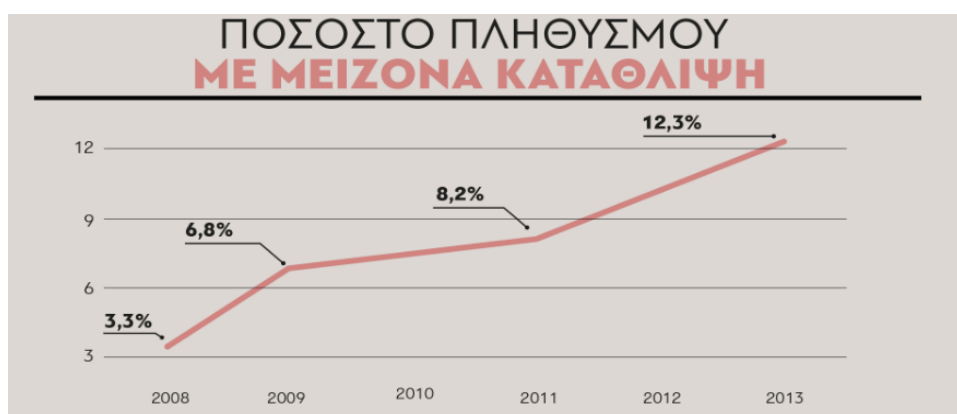
Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η ψυχική υγεία είναι η κατάσταση της υγείας όπου ένα άτομο μπορεί από μόνο του να αντιμετωπίζει την καθημερινότητα, να είναι παραγωγικό και να συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο του οποίου είναι ενεργό μέλος. Δεν πρόκειται μόνο για την απουσία ψυχικής διαταραχής. Με τον ορισμό αυτό, επισημαίνεται ότι η ψυχική διαταραχή μπορεί να αφορά τον καθένα, δεν είναι ξένο και απόμακρο φαινόμενο και δεν κάνει διακρίσεις. Η κακή ψυχική υγεία δημιουργεί δαπάνες που επιβαρύνουν το σύστημα υγείας και όχι μόνο. Οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία είναι βιολογικοί (κληρονομικότητα), περιβαλλοντικοί (οικογένεια), ψυχολογικοί (ατομικές ή διαπροσωπικές δυσκολίες), κοινωνικοί (φτώχεια, αποκλεισμός, ανεργία). Όπως γίνεται αντιληπτό, σε περιόδους οικονομικής δυστοκίας με αυξημένες υποχρεώσεις των πολιτών, αύξηση της ανεργίας, μείωση των εισοδημάτων, αβεβαιότητα και αστάθεια του κοινωνικού και οικονομικού γίγνεσθαι, μειωμένες δυνατότητες του κράτους για στήριξη των πολιτών του, τα κρούσματα ατόμων με ψυχικές διαταραχές αυξάνονται (Economou et al., 2013).

Τα άτομα που βιώνουν μια ψυχική διαταραχή, ταυτόχρονα αντιμετωπίζουν και την καταπάτηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους, καθώς ανήκουν σε μια

κατηγορία ατόμων που στιγματίζονται, απομονώνονται από πολλές λειτουργίες της κοινωνίας και καταλήγουν να βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό και να χαρακτηρίζονται ως «πολλαπλά ευπαθή».

Τα δικαιώματα των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας δεν διαφέρουν πολύ από τα δικαιώματα των ατόμων στην υγεία. Πρόκειται για το δικαίωμα στην περίθαλψη - εκούσια ή ακούσια-, το δικαίωμα στην ισότητα, το δικαίωμα στην ενημέρωση, το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων, το δικαίωμα στην αποκατάσταση. Στο Διάγραμμα που ακολουθεί, καταγράφεται η εξέλιξη του συχνότερου φαινομένου ψυχικής διαταραχής που είναι η κατάθλιψη, στα χρόνια της κρίσης (Διάγραμμα 14)

**Διάγραμμα 14:** Ποσοστό πληθυσμού με Μείζονα Κατάθλιψη



Πηγή: Διανέοσις – ΕΠΙΨΥ.

Διαθέσιμο στο: [http://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki\\_ygeia\\_ellinwn](http://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki_ygeia_ellinwn)

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μερίμνησε για τους ψυχικά ασθενείς με τα προγράμματα «Ψυχαργός» και EMILIA (Empowerment of Mental Health Service Users) που αφορά στην ενδυνάμωση των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Μέσα από το «Ψυχαργός» που αποτέλεσε την προσπάθεια εφαρμογής της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης μέσα από την αποασυλοποίηση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, το κλείσιμο των ψυχιατρείων και την κοινωνική επανένταξή τους, δημιουργήθηκαν δομές για τη φροντίδα αυτών των ατόμων.

Ενδεικτικά αναφέρονται οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, τα κέντρα ψυχικής υγιεινής, οι κινητές μονάδες, τα κέντρα ημέρας, οι μονάδες επαγγελματικής επανένταξης κτλ. Μέσω του Ευρωπαϊκού προγράμματος EMILIA στόχος ήταν η αποφυγή του κοινωνικού αποκλεισμού των ψυχικά ασθενών με μεθόδους επαγγελματικής κατάρτισης, συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επανένταξης στην αγορά εργασίας (Γιαννακοπούλου και συν., 2008).

Βάσει των καταγραφών στην Τηλεφωνική Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη, τα περιστατικά που αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν πρόβλημα με την κατάθλιψη και θεωρούν ως υπαίτια την οικονομική κρίση, από 1,8% που ήταν το 2008, εκτοξεύτηκαν σε 39,2% το 2012 (Οικονόμου Μ. και συν., 2012). Είναι σχεδόν σίγουρο πως και τα μετέπειτα χρόνια το ποσοστό αυτό ακολούθησε περαιτέρω ανοδική πορεία (Διάγραμμα 15).

**Διάγραμμα 15:** Τηλεφωνικές Αναφορές για Κατάθλιψη σε σχέση με την Οικονομική Κρίση



Πηγή: Διανέοσις – ΕΠΙΨΥ.

Διαθέσιμο στο: [http://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki\\_ygeia\\_ellinwn](http://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki_ygeia_ellinwn)

Παρά τα χαμηλά ποσοστά που διατηρεί η Ελλάδα σε αυτοκτονίες σε σύγκριση με τα άλλα ευρωπαϊκά κράτη μέχρι και σήμερα, η αύξηση αυτού του μικρού ποσοστού στα χρόνια της κρίσης από 377 περιστατικά το 2009 σε 533 το 2012, καταδεικνύει τη συσχέτιση μεταξύ οικονομικής κρίσης και αυτοκτονιών. Το μέσο

ποσοστό των αυτοκτονιών αυξήθηκε συνολικά κατά 35% μεταξύ 2010 και 2012, από 3,37 σε 4,56/100.000 κατοίκους (Διάγραμμα 16)

**Διάγραμμα 16:** Πόσο αυξήθηκαν οι αυτοκτονίες στην εποχή της κρίσης



Πηγή: Διανέοσις – ΕΠΨΥ.

Διαθέσιμο στο: [http://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki\\_ygeia\\_ellinwn](http://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki_ygeia_ellinwn)

### 3.5. Μέτρα Διασφάλισης της Πρόσβασης των Ευάλωτων Κοινωνικά Ομάδων στις Υπηρεσίες Υγείας

Το 2011 υπήρξε αύξηση από 3 ευρώ σε 5 ευρώ, για την εισαγωγή των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και στα κέντρα υγείας. Επιπρόσθετα, το 2012 η εισαγωγή του μέτρου των 25 ευρώ για πρόσβαση των ασθενών στα δημόσια νοσοκομεία καθώς και η επιβολή του ενός ευρώ ανά συνταγή ήταν προσεγγίσεις για τη μείωση και τη συγκράτηση των υγειονομικών δαπανών, μέσα από τη συμμετοχή των ασθενών στο κόστος. Σύντομα το μέτρο για το εισιτήριο των 25 ευρώ για την είσοδο στα νοσοκομεία αποσύρθηκε λόγω έντονων αντιδράσεων τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και άλλων εμπλεκόμενων στην υγεία. Στη θέση του αποφασίστηκε να μπει ένας επιπλέον φόρος στον καπνό. Επίσης αποφασίστηκαν νέες αυξημένες συμπληρωμές των ασθενών στη φαρμακευτική δαπάνη. Να σημειωθεί ότι υπήρξε πρόβλεψη για τις ευάλωτες ομάδες οι οποίες εξαιρέθηκαν εξαρχής από αυτές τις πληρωμές (Economou et al., 2014b).

Με το εισιτήριο ελεύθερης πρόσβασης γνωστό και ως «Health Voucher» που εφαρμόστηκε το Σεπτέμβριο του 2013, το Υπουργείο Υγείας προσπάθησε να επιτύχει την πρόσβαση των πολιτών (άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένων) που απώλεσαν την ασφαλιστική τους ικανότητα σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ιατρικές επισκέψεις, προγεννητικό έλεγχο και εργαστηριακούς ελέγχους). Το πρόγραμμα για τη διετία 2013-2014 είχε ως στόχο να καλύψει 230.000 ανασφάλιστους με οικονομικά κριτήρια το ατομικό εισόδημα να μην υπερβαίνει τις 12.000 ευρώ και το οικογενειακό τις 25.000 ευρώ. Απαραίτητη προϋπόθεση ήταν οι ανασφάλιστοι να ανήκουν σε κλάδους υγείας που υπάχθηκαν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Η διάρκεια χρήσης του κουπονιού υγείας ορίστηκε σε τέσσερις μήνες ενώ για τις εγκύους έφτανε ως τους εννέα. Τα κουπόνια χωρίζονταν σε δύο κατηγορίες: αυτά που απευθύνονταν σε όλες τις ηλικίες και παρείχαν 3 επισκέψεις σε γιατρό ή διαγνωστικό κέντρο συμβεβλημένο με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και αυτά που απευθύνονταν στις έγκυες με ανώτερο αριθμό επισκέψεων τις 7. Να σημειωθεί ότι και πάλι το κουπόνι υγείας δεν κάλυπτε έξοδα νοσοκομειακής φροντίδας.

Οι υπηρεσίες που παρέχονταν ήταν οι εξής:

- Ιατρικές εξετάσεις σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας του Ε.Σ.Υ. (Νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας) ή σε συμβεβλημένο γιατρό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με τη δυνατότητα επανάληψης της επίσκεψης για αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, παρακολούθηση, επανέλεγχο και διάγνωση
- Παραπομπή για διαγνωστικές εξετάσεις και εξετάσεις ελέγχου κύησης για τις έγκυες κατόπιν αξιολόγησης του γιατρού
- Διαγνωστικές εξετάσεις σε ιατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., μονάδες υγείας του Ε.Σ.Υ. και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Το πρόγραμμα αυτό μέχρι το Μάρτιο του 2014 είχε εξυπηρετήσει περί των 23.000 ωφελούμενων, ενώ οι αιτήσεις για ένταξη δεν ξεπερνούσαν τις 85.000 σύμφωνα με τα στοιχεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Η μικρή συμμετοχή για τα κουπόνια υγείας,



έθεσε υπό αμφισβήτηση την αναγκαιότητα και την αποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου μέτρου (Economou et al., 2014a, <http://www.healthvoucher.gr/>)



**Εικόνα 5:** Αρχική Σελίδα Ιστοτόπου για το «Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης»

Πηγή: <http://www.onmed.gr/eopyy/story/300255/eisitirio-eleutheris-prosvasis-ti-einai-to-health-voucher-kai-poiou?v4>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 10/05/2017.

Σύμφωνα με τις Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις, α) αρ. Υ4α/ΓΠ/οικ.48985, 03/06/2014 (ΦΕΚ 1465τ.Β'/05-06-2014) σχετικά με τον «Καθορισμό των προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφαλιστών και οικονομικά αδυνάτων πολιτών», και β) αρ. Γ.Π./ΟΙΚ. 56432, 28/06/2014 (ΦΕΚ 1753τ.Β'/28-06-2014) για τον «Καθορισμό των προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα φαρμακευτικής περίθαλψης ανασφαλιστών και οικονομικά αδυνάτων πολιτών», προβλεπόταν η παροχή Εισιτηρίου Ελεύθερης Πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας σε όσους ήταν ανασφαλιστοί Έλληνες πολίτες για πάνω από δύο έτη, στους ομογενείς που διέμεναν νόμιμα στη χώρα, στους υπηκόους κρατών μελών της Ε.Ε. και τρίτων χωρών, νόμιμα και μόνιμα διαμένοντες στην Ελλάδα, οι οποίοι στερούνταν των προϋποθέσεων έκδοσης βιβλιαρίου ανασφαλιστού και δεν ήταν

ασφαλισμένοι σε κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα και οι ασφαλισμένοι που απώλεσαν την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω οφειλών στα Ασφαλιστικά Ταμεία, καθώς και τα εξαρτώμενα μέλη τους. Ο προϋπολογισμός του συγκεκριμένου έργου ανερχόταν στα 46 εκατ. ευρώ., χρηματοδοτούμενος από το Ε.Σ.Π.Α. Η χορήγηση του Health Voucher μπορούσε να πραγματοποιηθεί είτε μέσω της ιστοσελίδας [www.healthvoucher.gr](http://www.healthvoucher.gr) είτε μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών και η εγγραφή για όσους πληρούσαν τα κριτήρια απόκτησης του κουπονιού, γινόταν με σειρά προτεραιότητας.

Στις ευάλωτες ομάδες και στα μέτρα για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, περιλήφθηκαν οι άνεργοι με χρόνο ανεργίας λιγότερο από 1 έτος, με την προϋπόθεση να έχουν πραγματοποιήσει 50 ημερομίσθια το τελευταίο δεκατετράμηνο για τη διατήρηση της ασφαλιστικής τους κάλυψης για ένα έτος. Μετά την παρέλευση του έτους, ο ΟΑΕΔ παρείχε υγειονομική κάλυψη στους μακροχρόνια άνεργους ηλικίας άνω των 55 ετών με την προϋπόθεση να έχουν συγκεντρώσει τουλάχιστον 3.000 ένσημα( Άρθρο 10, Νόμος 2434/1996), στους μακροχρόνια άνεργους ηλικίας 29-55 ετών μέγιστη διάρκεια υγειονομικής κάλυψης τα 2 έτη με την προϋπόθεση να έχουν πραγματοποιήσει 600 ημέρες εργασίας αυξημένες κατά 100 μέρες ανά ηλικιακό έτος (Νόμος 2768/1999, Άρθρο 5, Παράγραφος 4) και στους άνεργους μέχρι 29 ετών 6 μήνες αρκεί να ήταν εγγεγραμμένοι στα μητρώα του ΟΑΕΔ και με ενεργή κάρτα ανεργίας για τουλάχιστον 2 μήνες (Άρθρο 18, Νόμος 2639/1998).

Στις περιπτώσεις που δεν υπάγονταν στις ανωτέρω ρυθμίσεις και είχαν εξαντληθεί τα περιθώρια υπαγωγής τους σε κάποια από τα προαναφερθέντα πακέτα υγειονομικής κάλυψης του ΟΑΕΔ και των εισιτηρίων ελεύθερης πρόσβασης (health vouchers), οι ανασφάλιστοι πολίτες είχαν την επιλογή του αιτήματος για την απόκτηση βιβλιαρίου πρόνοιας ή απορίας. Το βιβλιάριο απορίας είχε καθιερωθεί με την Υπουργική Απόφαση 139491/2006 στο πλαίσιο της προστασίας των ευάλωτων ομάδων και απευθυνόταν στους φτωχούς και ανασφάλιστους πολίτες. Οι παροχές του βιβλιαρίου απορίας περιελάμβαναν ελεύθερη πρόσβαση σε δημόσια νοσοκομεία, ιατρικές υπηρεσίες και φάρμακα. Τα κριτήρια επιλογής των ατόμων που θα μπορούσαν να αποκτήσουν βιβλιάριο απορίας, ήταν η έλλειψη ασφάλισης, το χαμηλό εισόδημα (ατομικό μέχρι 6.000 ευρώ και οικογενειακό προσαυξημένο κατά 20% για

τη σύζυγο και κάθε ανήλικο τέκνο) και η μόνιμη και νόμιμη παραμονή στη χώρα. Η διάρκεια του βιβλιαρίου απορίας ήταν το 1 έτος με τη δυνατότητα ετήσιας ανανέωσης για όσο χρονικό διάστημα ο ωφελούμενος βρισκόταν σε κατάσταση φτώχειας (Economou, 2014a).

Οι τροπολογίες του Ιουνίου του 2014 (ΦΕΚ 1465/2014 και 1753/2014), έδιναν το δικαίωμα στους ανασφάλιστους και τις οικογένειές τους να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στη φαρμακευτική περίθαλψη. Στόχος ήταν η τυποποίηση του πακέτου παροχών υγείας για όλους τους πολίτες ανεξαιρέτως.

Ένας από τους στόχους ήταν να τεθεί σε εφαρμογή άμεσα η επέκταση του health voucher, για την κάλυψη όλων των πολιτών που δεν ήταν ασφαλισμένοι. Ένας ακόμη στόχος ήταν η ολοκλήρωση του συστήματος ηλεκτρονικών παραπομπών για την αντιμετώπιση των καθυστερήσεων στα χειρουργεία και απώτερο στόχο την εξάλειψη της διαφθοράς στο χώρο της υγείας. Δρομολογούνταν και η αποστολή φαρμάκων κατ' οίκον για ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας, ώστε να αποφευχθεί η ταλαιπωρία τους με το να πηγαίνουν στα φαρμακεία των νοσοκομείων είτε στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ. Η επιβολή του εισιτηρίου των 5 ευρώ στα νοσοκομεία, αποσκοπούσε στο να αποτελέσει εισφορά αλληλεγγύης προς τους ανασφάλιστους, παρά το γεγονός ότι και οι ίδιοι οι ανασφάλιστοι πλήρωναν το αντίτιμο αυτό.

Η συγκεκριμένη νομοθεσία παρά τις καλές προθέσεις για την προστασία των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, όφειλε να λάβει υπόψη και να επιλύσει ορισμένα ζητήματα που αφορούσαν την απουσία εφαρμογής του συστήματος αναφοράς των γενικών ιατρών, το στιγματισμό των ευάλωτων πολιτών που έπρεπε να πάρουν έγκριση από Επιτροπή για την εισαγωγή τους σε νοσοκομεία, κάτι που δεν ίσχυε για τους ασφαλισμένους, τη διοικητική προετοιμασία των δομών για την εφαρμογή της νέας νομοθεσίας σχετικά με την υποδοχή των ευάλωτων τους οποίους αντιμετώπιζαν με διαφορετική στάση και δημιουργούνταν εμπόδια στην πρόσβασή τους και τέλος το πρόβλημα της συμμετοχής των ανασφάλιστων στις συμπληρωμές, οι οποίοι υποχρεούνταν να πληρώνουν όσα και οι ασφαλισμένοι. Σημαντικό πρόβλημα

αποτελούσε και το ζήτημα των ανασφάλιστων που δεν είχαν γνώση των δικαιωμάτων τους, οι άστεγοι και οι μετανάστες χωρίς έγγραφα (Econομου, 2014a).

Με το νόμο 4368/2016 και την ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 θεσπίστηκε η εξίσωση του δικαιώματος ανασφάλιστων και ασφαλισμένων ως προς την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Οι ανασφάλιστοι και γενικότερα όλες οι ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, αποκτούν ελεύθερη πρόσβαση σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας με πλήρη νοσηλευτική, διαγνωστική και φαρμακευτική κάλυψη με τη χρήση του Αριθμού Μητρώου Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Α.Μ.Κ.Α). Η ρύθμιση αυτή αφορά περίπου 2.500.000 ανασφάλιστους πολίτες καθώς και όσους λόγω χρεών στα ασφαλιστικά τους ταμεία, έχασαν το δικαίωμα της ασφάλισης.

Οι παροχές προς του ανασφάλιστους και τους ευπαθείς είναι οι εξής:

- Όλες οι νοσηλευτικές, διαγνωστικές και φαρμακευτικές πράξεις εκτελούνται χωρίς καμία χρέωση
- Προγραμματισμένα χειρουργεία εντελώς δωρεάν
- Ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση και στις 3 υγειονομικές βαθμίδες, σε δομές απεξάρτησης, σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- Συμμετοχή σε προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας χωρίς χρέωση
- Δωρεάν οδοντιατρική περίθαλψη, μαιευτική περίθαλψη και προγραμματισμό τοκετών σε Δημόσια Νοσοκομεία
- Δωρεάν πράξεις ειδικής αγωγής, λογοθεραπείες, φυσιοθεραπείες, εργοθεραπείες.
- Δωρεάν χορήγηση αναλώσιμων υλικών και ιατρικών βοηθημάτων
- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής από τα ιδιωτικά και τα δημόσια φαρμακεία με τα ποσοστά συμμετοχών που ισχύουν για τους ασφαλισμένους, πλην των εξαιρέσεων των ασθενών που δικαιούνται μηδενική συμμετοχή
- Κατάργηση του 1€ ανά συνταγή για τους ανασφάλιστους που δικαιούνται μηδενική συμμετοχή στη φαρμακευτική αγωγή

Σύμφωνα με το νόμο αυτό, δικαιούχοι των παροχών είναι όλοι οι Έλληνες πολίτες, οι αλλοδαποί που διαμένουν νόμιμα στη χώρα και οι παράνομα διαμένοντες

αλλοδαποί με την προϋπόθεση ότι ανήκουν σε κάποια ευάλωτη κοινωνική ομάδα (ανάπηροι, έγκυες, ψυχικά ασθενείς, παιδιά, χρόνια πάσχοντες ασθενείς). Οι παράνομα διαμένοντες, δικαιούνται την Κάρτα Υγειονομικής Περίθαλψης που τους δίνει πρόσβαση στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας. Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δικαιούνται πρόσβασης όλοι οι άνθρωποι ανεξαιρέτως.

Λόγω της οικονομικής κρίσης, τριπλασιάστηκε ο αριθμός των ανασφάλιστων και των οικονομικά αδύναμων πολιτών που δικαιούνται μηδενική συμμετοχή στα φάρμακα. Τα πλεονεκτήματα του συγκεκριμένου μέτρου, εκτός από την οικονομική ανακούφιση, είναι και η δυνατότητα να παίρνουν τα φάρμακά τους εκτός από τα φαρμακεία των νοσοκομείων πλέον και από τα ιδιωτικά φαρμακεία που είναι συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ, αποφεύγοντας έτσι την ταλαιπωρία λόγω των καθυστερήσεων, της έλλειψης φαρμάκων και των μετακινήσεων.

Για την πληρέστερη προστασία των συγκεκριμένων δικαιούχων και με δεδομένο ότι υπάρχουν αρκετά θεραπευτικά ισοδύναμα φάρμακα που δεν επιφέρουν καμία οικονομική επιβάρυνση στον ασθενή, ο γιατρός συνταγογραφεί ηλεκτρονικά στους δικαιούχους του μέτρου τη δραστική ουσία, δηλαδή γενόσημα φάρμακα, με την ένδειξη ότι υπάρχουν φάρμακα που δεν έχουν καμία οικονομική επιβάρυνση (Υπουργείο Υγείας, 2016a, Υπουργείο Υγείας, 2016b).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΣΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΕΥΑΛΩΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΟΜΑΔΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

### 4.1. Εθελοντισμός και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις

Ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού που δεν καλύπτεται από την υγειονομική ασφάλιση και δεν πληροί τις προϋποθέσεις για τη λήψη κρατικής βοήθειας, καταφεύγει στη μορφή της μη αποζημιούμενης περίθαλψης, δηλαδή στη φιλανθρωπία (Stiglitz, 1988).

Στην Ελλάδα οι προνοιακές υπηρεσίες που ανήκουν στον λεγόμενο «τρίτο τομέα», παρέχονται από τους εθελοντικούς φορείς, τις μη κυβερνητικές οργανώσεις και τους ιδιωτικούς φορείς παροχής κοινωνικής φροντίδας. Και οι τρεις κατηγορίες λειτουργούν παρέχοντας αφίλοκερδώς υπηρεσίες σε άτομα και ομάδες που αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες τους, και χρηματοδοτούνται είτε από κρατικά κονδύλια, είτε από ιδιωτικές χορηγίες. Οι φορείς που συστήνουν τον εθελοντικό τομέα στην Ελλάδα, χαρακτηρίζονται από ένα ακαθόριστο πλαίσιο τόσο σε ιδεολογικό όσο και σε πολιτικό επίπεδο. Συνέπεια αυτής της γενικής κοινωνικοπολιτικής θεώρησης και σύστασης των εθελοντικών μη κερδοσκοπικών οργανώσεων, είναι η δυσκολία προσδιορισμού των σχέσεων και των ορίων μεταξύ των φορέων αυτών, της κεντρικής διοίκησης και των φορέων της αγοράς. Η δραστηριοποίησή τους παρ' όλες τις ασάφειες, βασίζεται στη μεγιστοποίηση του οφέλους των ωφελούμενων και στη διατήρηση της επιδίωξής τους που είναι μη κερδοσκοπικοί στόχοι.

Παρά το γεγονός ότι δεν εντοπίζονται σαφή κριτήρια ορισμού της έννοιας του εθελοντισμού ή των εθελοντικών οργανώσεων τόσο θεσμικά όσο και νομικά, είναι αδιαμφισβήτητο ότι οι οργανισμοί αυτοί κατοχυρώνουν το συντονισμό δράσεων στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας μέσω της εισαγωγής διεθνών πρακτικών δικτύωσης (networking) μεταξύ δημόσιων φορέων (κράτος) και ιδιωτικών φορέων (αγοράς). Εξασφαλίζουν την πρόσβαση των μελών τους σε ανοιχτές πολιτικές διαδικασίες που συνδέονται με την άσκηση βασικών κοινωνικών δικαιωμάτων, συμβάλλουν στην

προώθηση και τη διατήρηση βασικών αξιών, προωθούν αρχές όπως η δημοκρατία, η συνεργασία, η ισότητα και εξασφαλίζουν κοινωνικοπολιτική σταθερότητα μέσα από τις πρακτικές που εφαρμόζουν και βασίζονται στην αμοιβαιότητα και την κοινωνική ευθύνη (Αμίτσης, 2001).

Η στρατηγική επέκτασης του «τρίτου τομέα» μέσα από τις εθελοντικές οργανώσεις και τα άτυπα δίκτυα φροντίδας, έχει αποδειχθεί παγκοσμίως ότι είναι αποτελεσματική όχι μόνο για την κινητοποίηση και τη συμμετοχή των πολιτών στα κοινά και την ανακούφιση των αδυνάτων, αλλά και για τη μείωση του κόστους των δημοσίων δαπανών που βαραίνει το κράτος για τη χρηματοδότηση προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας. Οι άτυπες ομάδες αυτοβοήθειας, προσφέρουν μια σειρά υπηρεσιών που να μην μπορεί να προσφέρει και το κράτος, αλλά δεν δύναται λόγω της οικονομικής στενότητας στην οποία βρίσκεται. Ο συνδυασμός των επαγγελματιών με τη συμπληρωματική βοήθεια των εθελοντών που είτε κατέχουν βασικές γνώσεις του αντικειμένου είτε έχουν απλά θέληση για να συνεισφέρουν στο κοινωνικό σύνολο, αποτελεί έναν δυνατό σύμμαχο στις λιγοστές και ενδεχομένως δύσκολα προσβάσιμες από όλους δημόσιες υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας. Ένας επιπλέον σημαντικός ρόλος των εθελοντικών οργανώσεων είναι ότι μπορούν να χρησιμοποιήσουν την εμπειρία τους, τις πιθανές γνωριμίες των μελών τους και τη δύναμή τους για να μεταμορφωθούν σε μια ισχυρή ομάδα πίεσης προς το κράτος, με στόχο την προώθηση προγραμμάτων κοινωνικού χαρακτήρα ή ακόμα και τη διατήρηση των υπάρχοντων προγραμμάτων, ειδικά σε περιόδους λιτότητας όπως αυτή που διανύουμε κατά την οποία το κράτος εφαρμόζει περικοπές δαπανών για να εξοικονομήσει πόρους, χωρίς να εξαιρείται η κοινωνική πολιτική.

Μια σημαντική διαφορά των εθελοντικών φορέων σε σχέση με το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, είναι ότι έχουν τη δυνατότητα να εφαρμόσουν προγράμματα που το αποτέλεσμά τους είναι άγνωστο και αβέβαιο. Ακολουθούν και εφαρμόζουν αρκετές φορές διεθνείς πρακτικές επιτυχημένες σε άλλα κράτη, και παρά την πιθανότητα αποτυχίας, παίρνουν το ρίσκο να διακινδυνεύσουν, κάτι που το δημόσιο δεν επιχειρεί κυρίως για πολιτικούς λόγους και οι ιδιώτες λόγω του οικονομικού κόστους. Έχουν σαφώς μεγαλύτερη ευελιξία και ποικιλία στα προγράμματά τους τόσο σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών, όσο και σε επίπεδο επιλογής του κατάλληλου

προσωπικού. Οι παροχές τους προσαρμόζονται σύμφωνα με τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του εκάστοτε ωφελούμενου πληθυσμού (Σταθόπουλος, 1996).

Το κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει ορισμένες μορφές κοινωνικής οργάνωσης, που ενισχύουν τις σχέσεις των πολιτών και διευκολύνουν τη μεταξύ τους συνεργασία για το κοινό όφελος. Η αλληλεγγύη, η διαπροσωπική εμπιστοσύνη, οι οργανώσεις των πολιτών για συλλογική δράση και οικονομική, κοινωνική, ψυχολογική υποστήριξη, μπορούν να επηρεάσουν θετικά το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, να αυξήσουν τον κοινωνικό έλεγχο προς το κράτος και να συμμετάσχουν στη βελτίωση και ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις οι Μ.Κ.Ο. υποκινούνται από το κράτος για την κάλυψη κενών που το ίδιο αδυνατεί να καλύψει σε τομείς όπως η συλλογή και διανομή φαρμάκων, η προσέγγιση ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, οι εκστρατείες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, ο έλεγχος νοσημάτων κτλ.

Αρκετές φορές οι ελλείψεις του κράτους στο σύστημα υγείας σε επίπεδο ανθρώπινων πόρων, καλύφθηκε από την εθελοντική δραστηριότητα. Η αυξημένη εμπλοκή του εθελοντικού τομέα στην υγεία κατά τα τελευταία έτη, οφείλεται στην υποχώρηση του κράτους πρόνοιας κυρίως λόγω της οικονομικής δυστοκίας.

Οι αναπτυξιακές Μ.Κ.Ο. δραστηριοποιούνται σε ζητήματα ελέγχου της επίδρασης και της εφαρμογής διεθνών συμφωνιών σχετικά με την υγεία και συμμετέχουν στη διαμόρφωση πολιτικών για την προάσπιση της υγείας. Από την άλλη οι ανθρωπιστικές Μ.Κ.Ο. υποστηρίζουν τα δικαιώματα των πολιτών και ιδιαίτερα των ευάλωτων ομάδων σε θέματα όπως η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Ιστορικά η εμφάνιση του εθελοντισμού επίσημα έγινε στη διακήρυξη της Alma – Ata όπου αναγνωρίστηκε η σπουδαιότητα της συμμετοχής των εθελοντών στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και τη στήριξη των πολιτών μέσα από την παροχή υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο (Πετμεζίδου και συν., 2015).



## 4.2. Η σχέση Κράτους – ΜΚΟ

Η συνεργασία μεταξύ κράτους και εθελοντικών οργανισμών στον τομέα της υγείας έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, και αδιαμφισβήτητα οι ωφέλειες που προκύπτουν από τη συνεργασία και για τις δυο πλευρές είναι πολύ περισσότερες από τις απώλειες ενδεχόμενων συγκρούσεων. Η αυξανόμενη χρήση των ΜΚΟ από μεγάλα τμήματα του πληθυσμού καταδεικνύει τις υγειονομικές ανάγκες των πολιτών που δεν εξυπηρετούνται από το δημόσιο σύστημα υγείας (Kentikelenis et al., 2011).

## 4.3. Θετικά και αρνητικά στοιχεία των ΜΚΟ

Από την πλευρά του το κράτος επωφελείται καθώς μπορεί να έχει έναν δυνατό σύμμαχο στις δράσεις του. Δίνεται η δυνατότητα στο κράτος να εξοικονομήσει υγειονομικούς πόρους και να μειώσει τις δημόσιες δαπάνες μέσα από τις δωρεές, να βελτιώσει την επιτυχή διεξαγωγή των προγραμμάτων δημόσιας υγείας ιδιαίτερα σε απομακρυσμένες περιοχές, να ενισχύσει την ευαισθητοποίηση και τη συμμετοχή των πολιτών σε δράσεις και κατά συνέπεια να ενισχυθεί σημαντικά το κοινωνικό κεφάλαιο και οι ηθικές αξίες. Από την πλευρά των ΜΚΟ η συνεργασία αυτή τους διασφαλίζει την εξέλιξή τους, αυξάνει το κύρος τους, τους αναγνωρίζει ως συμπληρωματικό όργανο βοηθητικό του κράτους, αυξάνει τη νομιμοποίησή τους και τη διαφάνειά τους και ενισχύει τις δυνατότητες παρέμβασης και ελέγχου απέναντι σε αποφάσεις. Η λειτουργία των ΜΚΟ έχει χαμηλότερο κόστος λειτουργίας, πιο ευέλικτη οργανωτική δομή και λιγότερο χρονοβόρο και κοστοβόρο σύστημα προμηθειών σε σχέση με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Οι Μ.Κ.Ο. μπορούν να βελτιώσουν το συντονισμό των υπηρεσιών υγείας, να αποσυμφορήσουν το σύστημα υγείας, να δώσουν κατευθύνσεις στους πολίτες για τα προβλήματα υγείας και τις θεραπείες που χρειάζονται έτσι ώστε να μην περιφέρονται άσκοπα μέσα στο σύστημα υγείας χάνοντας χρόνο και χρήματα, να κινητοποιήσουν δωρητές, να ενημερώσουν τους πολίτες για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους, να επικοινωνήσουν τις δημόσιες και ιδιωτικές δράσεις για την προαγωγή και την πρόληψη της υγείας, να εκπροσωπήσουν τα συμφέροντα των πολιτών, να συλλέγουν και να διακινούν πληροφορίες, να διαπραγματεύονται και να διαμορφώνουν πρότυπα

υγείας, να προωθούν την ισότητα, να ελέγχουν την προσβασιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, να προωθούν τις ανάγκες και τα αιτήματα των χαμηλότερων κοινωνικά τμημάτων του πληθυσμού και τέλος πολλές φορές αναλαμβάνουν το ρόλο του μεταφραστή όταν πρόκειται για μετανάστες (Πετμεζίδου και συν., 2015).

Τη σπουδαιότητα των Μ.Κ.Ο. στον τομέα της υγείας, επιβεβαιώνει και η συνεργασία μεταξύ διεθνών Μ.Κ.Ο. και του Π.Ο.Υ. σε επίπεδο ανταλλαγής πληροφοριών, έρευνας, εκπαίδευσης, παροχής υπηρεσιών, λογοδοσίας, κινητοποίησης πόρων, τεχνικής υποστήριξης και διάχυσης πληροφορίας (WHO, 2002).

Τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από τη συνεργασία κράτους και ΜΚΟ είναι εξίσου αρκετά και σημαντικά. Το κράτος δεν έχει τα μέσα να ανιχνεύσει τις προθέσεις και τα κίνητρα των ΜΚΟ και ελλοχεύει ο κίνδυνος να υποστηριχθούν οργανώσεις που δεν λειτουργούν ανιδιοτελώς αλλά εξυπηρετούν συμφέροντα. Η πλουραλιστική μορφή που έχει ο εθελοντισμός στην Ελλάδα και που συνεπάγεται διαφορετικούς στόχους και διαφορετικούς τρόπους δράσης, δυσχεραίνει τη χάραξη μιας κοινής στρατηγικής. Η μειωμένη λογοδοσία των ΜΚΟ και οι άγνωστοι προς το κράτος δωρητές, δημιουργούν την αίσθηση ότι κάποιες οργανώσεις ενδεχομένως δρουν κατόπιν εντολών και προάγουν τους σπόνσορές τους. Οι διαφορετικές απόψεις των δυο μερών καθώς και οι διαφορετικές μέθοδοι αντιμετώπισης των προβλημάτων, πολλές φορές ενέχουν τον κίνδυνο τριβής μεταξύ τους και δυσκολεύουν το έργο του κράτους. Όταν οι διαφωνίες και οι συγκρούσεις ανάμεσα στο κράτος και τις ΜΚΟ γνωστοποιούνται στους πολίτες, αυξάνεται το αίσθημα ανασφάλειας των πολιτών και χάνεται η εμπιστοσύνη. Η μη συμμόρφωση των ΜΚΟ με τις επιταγές και τις προτεραιότητες του δημόσιου τομέα, η αμφισβήτηση των παρεχόμενων δημόσιων υπηρεσιών υγείας, η μετακίνηση ικανών επαγγελματιών υγείας από το δημόσιο προς τις ΜΚΟ με το δέλεαρ καλύτερων οικονομικών απολαβών, καλύτερου εργασιακού περιβάλλοντος και περισσότερων δυνατοτήτων εξέλιξης, δημιουργούν προβλήματα και παρενέργειες στις κρατικές δράσεις καθώς χάνονται στελέχη του ήδη ελλειμματικού δημόσιου ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας. Το κράτος δεν υπολείπεται ευθυνών παρ' όλα αυτά. Οι επιλεκτικές προνομιακές σχέσεις μεταξύ κράτους και ΜΚΟ και η έμμεση εμπλοκή και χρηματοδότηση ορισμένων ΜΚΟ από

κρατικές επιχορηγήσεις, αυξάνει την εξάρτηση των ΜΚΟ από το κράτος, καταργεί την αυτονομία τους, εκφυλίζει τη δυνατότητα άσκησης κριτικής και ελέγχου προς τις κρατικές δράσεις και κάνει τις ΜΚΟ να εφησυχάζουν μιας και δεν χρειάζεται η αναζήτηση νέων πόρων εφόσον τα έξοδα καλύπτονται από το κράτος. Είναι πολύ πιθανό οι δράσεις και τα κίνητρα ορισμένων ΜΚΟ να υποσκάπτουν τις δημόσιες δράσεις για δικό τους όφελος. Σε αρκετές περιπτώσεις υπήρξε ο κίνδυνος υποβάθμισης του συστήματος υγείας εξαιτίας της απορρόφησης ικανότατων στελεχών της δημόσιας υγείας από ΜΚΟ, καθώς και η δημιουργία ενός παράλληλου συστήματος υγείας, με ανταγωνιστικές βλέψεις. Οι διαφοροποιήσεις που εντοπίζονται μεταξύ των ΜΚΟ εγείρουν ανησυχητικά ερωτήματα σχετικά με την ανιδιοτέλειά τους. Υπάρχουν ΜΚΟ που με ελάχιστα έσοδα και ίσως περιορισμένο ανθρώπινο κεφάλαιο προσφέρουν πολύ μεγάλο έργο και ταυτόχρονα άλλες που έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα παρά των ενδεχομένως περισσότερων ανθρώπινων και οικονομικών πόρων (Πετμεζίδου και συν., 2015).

Η κρατική χρηματοδότηση των ΜΚΟ και κάποια περιστατικά κακοδιαχείρισης που έγιναν γνωστά, δημιουργούν αυτομάτως την ανάγκη για έλεγχο και διαφάνεια στη διαδικασία σχετικά με τον τρόπο επιλογής των οργανώσεων, του ποσού χρηματοδότησης και των αποτελεσμάτων.

Ένα άλλο πρόβλημα που εμφανίζεται σε σχέση με πολλές ΜΚΟ είναι ότι είναι εξαιρετικά δύσκολη η αποτίμηση της συνεισφοράς τους και επομένως η αναγκαιότητα ύπαρξης και η σπουδαιότητά τους. Δεν γίνεται καταγραφή των δράσεων και των αποτελεσμάτων τους και ακόμα και στις περιπτώσεις που συγκεντρώνονται τέτοια στοιχεία, μπορούν να τεθούν υπό αμφισβήτηση από τους πολέμιους του εθελοντισμού.

Να σημειωθεί ότι η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι σε πολλές χώρες που είχαν έλλειψη φαρμακευτικού υλικού, πολλές φαρμακευτικές εταιρείες έκαναν δωρεές, που όμως δεν ήταν ασφαλείς, δεν ανταποκρίνονταν στις ανάγκες τους, ήταν ακατάλληλες και περιττές. Είναι πολύ πιθανό μια ιδιωτική εταιρεία να θέλει να ξεφορτωθεί υλικό που έχει σε στοκ ή που κοντεύει να λήξει και από το να το πετάξει, αποφασίζει να το δωρίσει κερδίζοντας διαφήμιση και εκτίμηση από τους πολίτες ότι συνεισφέρει, χωρίς όμως να βοηθάει ουσιαστικά. Επομένως το να είναι ξεκάθαρες οι ανάγκες των

ευάλωτων ομάδων καθώς και οι κατηγορίες αγαθών που χρειάζονται οι ΜΚΟ για να συνεισφέρουν, είναι κάτι που απαιτεί άρτια συνεργασία μεταξύ δημόσιου, ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα.

Όσον αφορά το κομμάτι της ψυχικής υγείας, οι ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται εδώ χρηματοδοτούνται ως επί το πλείστον από τον τακτικό προϋπολογισμό. Το πρόβλημα που είναι εμφανές έχει να κάνει με την άνιση γεωγραφική κατανομή των ψυχιατρικών υπηρεσιών με αποτέλεσμα να υπάρχουν ευρύτερες περιοχές κυρίως στην περιφέρεια χωρίς καμία υπηρεσία. Επίσης υπάρχει μεγάλη έλλειψη στο δίκτυο παροχής ψυχικής υγείας για εφήβους και παιδιά. Ορατές είναι οι οργανωτικές δυσλειτουργίες που υφίστανται μεταξύ των ΜΚΟ. Υπάρχουν ΜΚΟ που λειτουργούν με μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ τους παρά το γεγονός ότι εξυπηρετούν τους ίδιους σκοπούς. Οι διαφοροποιήσεις εντοπίζονται όσον αφορά τη σύσταση του ανθρώπινου δυναμικού (υπάρχουν δομές με υπεράριθμο επιστημονικό προσωπικό χωρίς επαρκείς διοικητικούς υπαλλήλους ή και το αντίστροφο), μισθολογικές αποκλίσεις μεταξύ των εργαζομένων στις ΜΚΟ και ανισότητες σε σχέση με το κόστος ιατροφαρμακευτικής νοσηλείας ανά ασθενή.

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ηθικής για την Ενδυνάμωση των Συστημάτων Υγείας, οριοθετείται η εμπλοκή των ΜΚΟ στα συστήματα υγείας και καθορίζονται ηθικά πρότυπα για τις ενέργειές τους. Προβλέπεται η απαραίτητη συνεργασία μεταξύ των στελεχών των ΜΚΟ και του δημοσίου με κοινό στόχο τη βελτίωση της υγείας των πολιτών.

Παρά τη σπουδαιότητα των ΜΚΟ η δραστηριοποίηση των εθελοντών στην Ελλάδα βρίσκεται σε πολύ πρώιμο στάδιο. Μόνο τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης εντάθηκε η παρουσία τους, αλλά και πάλι κυρίως σε ιδιωτικό επίπεδο και όχι σε δημόσιο. Οι λόγοι στους οποίους οφείλεται αυτή η υστέρηση σε σχέση με άλλες χώρες, είναι α) η άσχημη εντύπωση που έχουν οι πολίτες σε σχέση με τη μονιμότητα των εργαζομένων του δημόσιου τομέα. Η θεώρηση ότι ο πολίτης δεν προτίθεται να ασχοληθεί με κάτι το οποίο κάποιος δημόσιος υπάλληλος πληρώνεται για να το κάνει και ενδεχομένως να μην το κάνει επαρκώς, αποτρέπει πολλούς πολίτες από το να προσφέρουν εθελοντικά τις υπηρεσίες τους σε κάποια ΜΚΟ και β) η έλλειψη ενός θεσμικού πλαισίου που να καλύπτει ασφαλιστικά τους εθελοντές

από πιθανά ατυχήματα ή να τους δίνει τη δυνατότητα πρόσληψης σε περιπτώσεις που καλύπτουν πάγιες και διαρκείς ανάγκες σε δημόσιους φορείς.

Στην Ελλάδα το 2014 λειτουργούσαν 201 ΜΚΟ από τις οποίες οι 34 δραστηριοποιούνταν στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας. Είχαν δημιουργήσει περισσότερες από 12 κλινικές και διαγνωστικά κέντρα στην Αθήνα και σε άλλες πόλεις (Economou et al., 2014a). Οι ΜΚΟ αποτελούν το ενδιάμεσο τμήμα μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας με στόχευση στα πλέον αδύναμα άτομα. Εξαιρετικά σημαντικός είναι και ο τύπος δραστηριοποίησης των ΜΚΟ. Δηλαδή η δημιουργία ενός πολυϊατρείου ΜΚΟ κοντά σε Κέντρο Υποδοχής Μεταναστών, προλαμβάνει τα κρούσματα μεταδοτικών ασθενειών και διασφαλίζει την παροχή Π.Φ.Υ. σε πρόσφυγες και μετανάστες, χωρίς να γίνεται διαχωρισμός μεταξύ νόμιμα και παράνομα εισερχόμενων στη χώρα υποδοχής.

Ένα θετικό των ΜΚΟ είναι ότι σύμφωνα με την αναγνώριση του δικαιώματος των γιατρών στην ανεργία με το νόμο 4144/2013, οι ΜΚΟ μπορούν να συμβάλλουν στην απορρόφηση σημαντικού αριθμού ανέργων γιατρών και άρα στην καλύτερη κατανομή του ιατρικού προσωπικού και τη μείωση της ανεργίας ευρύτερα.

Η ενημέρωση και προετοιμασία από τις ΜΚΟ των τοπικών κοινωνιών για τους μετανάστες και τους πρόσφυγες, συντελεί στην αποφυγή συγκρούσεων, στην κοινωνική συνοχή, στην εξάλειψη φαινομένων ρατσισμού και ξενοφοβίας που υποβόσκουν στους τοπικούς πληθυσμούς, στη διευκόλυνση του έργου τόσο των δημόσιων όσο και των εθελοντικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και γιατί όχι στην ενεργό συμμετοχή των πολιτών. Αρκεί να τονιστεί η σημασία που έχει για τη Δημόσια Υγεία, ο υγειονομικός έλεγχος και η παροχή υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες και τους πρόσφυγες (Τερζούδης και συν., 2017).

#### 4.4. Φορείς παροχής Δωρεάν Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης σε Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες

Οι κυριότεροι φορείς που δραστηριοποιούνται στην παροχή υγειονομικής βοήθειας και φροντίδας στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, είναι:

- Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης μέσα από την προβολή δράσεων, την ενημέρωση των πολιτών, την ανάδειξη των αναγκών και των προβλημάτων των ευπαθών κοινωνικά ομάδων καθώς και την κινητοποίηση των πολιτών
- Οι Φαρμακευτικοί Σύλλογοι που συγκεντρώνουν φαρμακευτικό υλικό για αυτές τις ομάδες, ενημερώνουν τους πολίτες για τη σωστή χρήση των φαρμάκων και παρέχουν αφιλοκερδώς βοήθεια σε υπηρεσίες όπως μέτρηση πίεσης, σακχάρου, βάρους, ενέσεις κτλ.
- Οι Ιατρικοί Σύλλογοι παρέχοντας δωρεάν ιατρικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες σε άτομα που βρίσκονται σε ανάγκη. Ελέγχουν την κατάσταση της υγείας τους, συνταγογραφούν, τους βοηθούν να απευθυνθούν σε αρμόδιους πιο εξειδικευμένους γιατρούς ανάλογα με την πάθησή τους, δίνουν συμβουλές και οδηγίες για την πρόληψη ασθενειών, διενεργούν προγράμματα δωρεάν εμβολιασμών, οδοντιατρικού ελέγχου, προληπτικών εξετάσεων του καρκίνου, συστήνουν κινητές μονάδες αιμοδοσίας
- Η Εκκλησία της Ελλάδος με τη συγκέντρωση τροφίμων, ρούχων και φαρμάκων, με την κινητοποίηση των πολιτών για αλληλεγγύη προς τους αδυνάτους, με τα συσσίτια και τη διοργάνωση αιμοδοσιών, με τα Γραφεία Νεότητας, τα Κέντρα Στήριξης της Οικογένειας, τις κατασκηνώσεις και τα Φιλόπτωχα Ταμεία που ιδρύθηκαν από την Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών και υπάρχουν σε πολλές ενορίες, προωθούν την προστασία της υγείας
- Οι Φαρμακευτικές Εταιρείες μέσα από τη συγκέντρωση και διανομή φαρμακευτικών σκευασμάτων στους ευπαθείς, την ενημέρωση για την ασφαλή κατανάλωση και χρήση των φαρμάκων και την παροχή υλικού σχετικά με την πρόληψη ασθενειών (σύριγγες, προφυλακτικά κτλ.)

#### 4.5. Παροχή Ιατροκοινωνικών Υπηρεσιών στις Ευάλωτες Κοινωνικά Ομάδες σε επίπεδο Ο.Τ.Α.

Οι κατασκηνώσεις του Δήμου Αθηναίων σε μια προσπάθεια να συμμετάσχουν στην εξομάλυνση του ζητήματος της κοινωνικής ανισότητας, παρέχουν κατάλυμα σε άτομα της τρίτης ηλικίας και παιδιά απόρων και χαμηλόμισθων. Μέσα από τέτοιου είδους προγράμματα, επιδιώκεται η ενημέρωση σε θέματα υγείας, ο υγειονομικός έλεγχος της κατάστασης των ωφελούμενων σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η πληροφόρηση των συμμετεχόντων σχετικά με τα δικαιώματά τους, η προαγωγή και πρόληψη της υγείας και η εκπαίδευση σε υγιεινούς τρόπους ζωής.

Ο Δήμος Αμαρουσίου με τη Δημοτική Επιχείρηση Παροχής Κοινωνικών Υπηρεσιών παρέχει μέσω του Δημοτικού Πολυιατρείου και του Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Στήριξης, υπηρεσίες κοινωνικού χαρακτήρα σε ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, και ταυτόχρονα προγράμματα προαγωγής και πρόληψης της υγείας. Ο Οργανισμός Πρόνοιας και Πολιτικής Προστασίας του Δήμου, στηρίζει τις ευάλωτες ομάδες με απώτερο στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Απευθύνεται σε Αμεα, μονογονεϊκές οικογένειες, μακροχρόνια άνεργους, ηλικιωμένους, μετανάστες, άτομα που ανήκουν σε μειονότητες, σε αποφυλακισμένους, πρώην χρήστες ουσιών και αλκοόλ, μοναχικά άτομα με κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα κτλ. Ο Οργανισμός Υγείας που είναι ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός του εν λόγω Δήμου, οργανώνει ημερίδες για ενημέρωση των πολιτών σε θέματα υγιεινής διαβίωσης και προγράμματα προληπτικής ιατρικής, κάνει εκστρατείες κατά του αλκοόλ, του καπνίσματος, των ναρκωτικών, προάγει τον εθελοντισμό, αξιοποιεί την εθελοντική προσφορά των γιατρών, οργανώνει εθελοντικές αιμοδοσίες.

Σχεδόν όλοι οι Δήμοι της χώρας είτε σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης είτε σε συνεργασία με ιδιώτες και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, έχουν δημιουργήσει δομές όπως κοινωνικά ιατρεία, κοινωνικά φαρμακεία, κοινωνικά παντοπωλεία με σκοπό να αντιμετωπίσουν τις άμεσες ανάγκες των ευάλωτων ομάδων και να αποτρέψουν την περαιτέρω χειροτέρευση της κατάστασής τους σε θέματα υγείας, φτώχειας, αποκλεισμού.

#### 4.6. Οι Γιατροί του Κόσμου

Στα πλαίσια του έργου «Ευρωπαϊκό Έτος κατά της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού – 2010», οι Γιατροί του Κόσμου σε μια προσπάθεια να βελτιώσουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων, συνέταξαν ενημερωτικό έντυπο σχετικά με τις ομάδες αυτές, τα δικαιώματά τους και τις υποχρεώσεις τους στον τομέα της υγείας. Ο εντοπισμός και η κατηγοριοποίηση των ατόμων που θεωρούνταν ευάλωτα και των αιτίων που οφειλόταν η αδυναμία πρόσβασής τους αποτέλεσε πρωταρχικό στόχο των Γιατρών του Κόσμου. Ως ευάλωτες ομάδες χαρακτηρίστηκαν οι πρόσφυγες, οι μετανάστες, οι άστεγοι, οι τοξικοεξαρτημένοι, οι γυναίκες, τα παιδιά. Ως αίτια για τη δυσκολία στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, θεωρήθηκαν τα προβλήματα επικοινωνίας λόγω γλώσσας, η οικονομική αδυναμία, η άγνοια των δικαιωμάτων τους, η ελλιπής ή κακή πληροφόρηση, η έλλειψη κοινωνικής ασφάλισης, οι θρησκευτικές / πολιτισμικές ιδιαιτερότητες.

Στους αιτούντες άσυλο και τους πρόσφυγες παρέχεται δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, αρκεί να είναι οικονομικά αδύναμοι, ή ανασφάλιστοι. Σε περίπτωση που άτομα αυτής της κατηγορίας έχουν άνω του 67% αναπηρία, τους χορηγείται επίδομα αναπηρίας μέχρι να ελεγχθεί η αναπηρία τους.

Τα παιδιά δικαιούνται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτικές εξετάσεις. Βαρύτητα δίνεται στις περιπτώσεις που πρόκειται για ασυνόδευτα ανήλικα, για παιδιά με αναπηρία, για παιδιά που υπήρξαν θύματα βασανιστηρίων ή απάνθρωπης μεταχείρισης ή ένοπλης σύρραξης. Η πρόσβαση σε συμβουλευτικές υπηρεσίες υγείας είναι ζωτικής σημασίας για τα παιδιά, ειδικά όταν υπάγονται σε κάποια από τις ανωτέρω κατηγορίες.

Για τους νόμιμους ή παράτυπους μετανάστες, υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάλογα με τη χώρα προέλευσής τους. Αν πρόκειται για υπηκόους χωρών της Ε.Ε., εξασφαλίζεται η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, κατόπιν συνεργασίας των χωρών. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται σε όλους δωρεάν μέσα από τα αγροτικά ιατρεία, τα πολυιατρεία των Μ.Κ.Ο., τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα



τμήματα επειγόντων περιστατικών, τα κέντρα υγείας. Η περίθαλψη σε νοσοκομεία καθώς και η φαρμακευτική περίθαλψη καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία όσων είναι ασφαλισμένοι, και από την πρόνοια για τους ανασφάλιστους και τους οικονομικά αδύναμους.

Οι μετανάστες ελληνικής καταγωγής (ομογενείς) και οι παλινοστούντες έχουν ίσα δικαιώματα με τους Έλληνες πολίτες.

Για μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα, απαγορεύεται ρητά η παροχή οποιασδήποτε υπηρεσίας υγείας από φορείς του δημοσίου και του ευρύτερου δημοσίου τομέα. Εξαιρέση αποτελούν τα ανήλικα παιδιά, τα έκτακτα περιστατικά και οι ασθενείς που πάσχουν από AIDS. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει πρόβλεψη για τις εγκύους γυναίκες μετανάστριες που είναι παράνομα στη χώρα.

Οι άνεργοι έχουν τη δυνατότητα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, εφόσον είναι ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύναμοι, με την έκδοση βιβλιαρίου απορίας.

Οι άστεγοι έχουν και αυτοί δικαίωμα δωρεάν υπηρεσιών υγείας εφόσον έχουν βιβλιάριο απορίας, με την προϋπόθεση ότι πρόκειται για περιπτώσεις Ελλήνων πολιτών και ομογενών. Οι αλλοεθνείς άστεγοι, κατατάσσονται στην κατηγορία των μεταναστών και προσφύγων και έχουν τα δικαιώματα που προβλέπονται για αυτές τις κατηγορίες. Επιτρέπεται η παροχή υπηρεσιών υγείας μόνο όταν προκύψει κάτι επείγον.

Οι τοξικοεξαρτημένοι ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκουν, δηλαδή αν είναι Έλληνες πολίτες, μετανάστες ή πρόσφυγες, απολαμβάνουν τα αντίστοιχα δικαιώματα.

Οι Ρομά ως Έλληνες πολίτες δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη χωρίς καμία απολύτως διάκριση. Λόγω του χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου τους, αγνοούν τα περισσότερα δικαιώματά τους και ο βαθμός ένταξής τους στην κοινωνική ασφάλιση βρίσκεται σε χαμηλά επίπεδα. Πρόβλημα που ενισχύει την αδυναμία πρόσβασής τους στο σύστημα υγείας, αποτελεί η μη ασφαλιστική τους κάλυψη είτε από ασφαλιστικό ταμείο είτε από την Πρόνοια (Μάντζιου και συν., 2010).

Συμπερασματικά σχετικά με την εμφάνιση των ΜΚΟ στην ελληνική κοινωνία ειδικά την εποχή της κρίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι παρά τη σοβαρότητα της κατάστασης, την αύξηση των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων, την εξαιρετικά μεγάλη χρονική διάρκεια της κρίσης, δυστυχώς οι διεθνείς ΜΚΟ δεν έχουν παρέμβει. Είναι πολύ δύσκολο για νεοσύστατες εθελοντικές οργανώσεις εθνικού επιπέδου να διαχειριστούν τα προβλήματα που παρουσιάζονται, όχι μόνο λόγω της έλλειψης γνώσης, της απειρίας και των περιορισμένων πόρων οικονομικών και ανθρώπινων, αλλά και λόγω του ότι δεν υπάρχει αμοιβαία στήριξη μεταξύ αυτών και του δημοσίου, υπάρχει καχυποψία από τους πολίτες σχετικά με την υπό αμφισβήτηση γενναιοδωρία τους, δεν υπάρχει ταυτόχρονη καταγραφή των περιστατικών και των ωφελούμενων που εξυπηρετούνται έτσι ώστε να αποφεύγονται οι υπερβολικές παροχές σε ορισμένους που αξιοποιούν στο έπακρο τις παροχές των ΜΚΟ σαν «τακτικοί πελάτες» στερώντας τις ίδιες ευκαιρίες από κάποιους άλλους εξίσου ευάλωτους.

Να επισημανθεί τέλος η ανάγκη διασφάλισης της εμπιστευτικότητας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που διαχειρίζονται οι ΜΚΟ και που υπό το πρίσμα μιας υποτιθέμενης εξυπηρέτησης συμφερόντων από πλευράς ΜΚΟ, θα μπορούσαν να στιγματίσουν ευάλωτους πολίτες και να αποτελέσουν «πελατολόγιο» είτε για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας είτε για φαρμακευτικές εταιρείες. Για να πετύχει η προσπάθεια συνύπαρξης του κράτους των ΜΚΟ και του ιδιωτικού τομέα και να βελτιωθεί το σύστημα υγείας εν συνόλω, θα πρέπει να αποσαφηνιστούν τα όρια μεταξύ ιδιωτικού, δημόσιου και εθελοντικού τομέα. Κάθε τομέας οφείλει να γνωρίζει και να τηρεί τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις που του αναλογούν και τέλος θα πρέπει να μην αλληλοεπικαλύπτονται και υποσκάπτονται οι δράσεις τους, αλλά αντιθέτως να υποστηρίζονται και να συμπληρώνονται όπου αυτό καθίσταται εφικτό.

Οι ευκαιρίες και οι προκλήσεις που εμφανίζονται τόσο για το κράτος όσο και για τις ΜΚΟ είναι πολλές και θα πρέπει να αξιοποιηθούν καθώς είναι σχεδόν σίγουρο ότι έτσι θα βγουν όλοι κερδισμένοι και θα επιτευχθούν οι στόχοι για ένα καλύτερο υγειονομικό μέλλον (Πετμεζίδου και συν., 2015).



# **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

### 5.1. Είδος της μελέτης

Διεξήχθη μια συγχρονική μελέτη για τη διερεύνηση της πρόσβασης των ανασφάλιστων και των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων στις υπηρεσίες υγείας την εποχή της οικονομικής κρίσης, καθώς επίσης και των προσδιοριστών που επηρεάζουν την πρόσβαση αυτή. Οι συγχρονικές μελέτες είναι μη πειραματικές μελέτες και χρησιμοποιούνται στην αιτιογνωστική και διαγνωστική έρευνα (Γαλάνης, 2015). Ο σχεδιασμός τους περιλαμβάνει τον καθορισμό του μελετώμενου πληθυσμού και τη λήψη της πληροφορίας αναφορικά με τον προσδιοριστή και το πρόβλημα, σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Γίνεται διερεύνηση της σχέσης μεταξύ προσδιοριστών και συχνότητας εμφάνισης των εκβάσεων. Τα μέτρα συχνότητας χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της συχνότητας εμφάνισης των εκβάσεων, ενώ τα μέτρα σχέσης χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση της σχέσης μεταξύ προσδιοριστών και συχνότητας εμφάνισης των εκβάσεων. Εάν επιτευχθεί ελαχιστοποίηση μεταξύ συστηματικού και τυχαίου σφάλματος, τότε η σχέση προσδιοριστή – έκβασης είναι αιτιακή. (Γαλάνης και συν., 2012b).

Η ποσοτική έρευνα που επιλέχθηκε στη συγκεκριμένη εργασία, επιτρέπει τη σύνδεση πολλών χαρακτηριστικών για μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, διευκολύνοντας έτσι να αναδειχθούν οι γενικές τάσεις που εμφανίζονται στο δείγμα. Παρά τη σταθερή και δύσκαμπτη δομή της ποσοτικής έρευνας, υπάρχει μεγάλη δυσκολία στη μέτρηση των κοινωνικών φαινομένων. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της μέτρησης είναι πάντα υπό διερεύνηση, καθώς τα ίδια γεγονότα υπό διαφορετικές συνθήκες μπορεί να φέρουν διαφορετικά νοήματα και αποτελέσματα. Τα νοήματα θεωρήθηκαν δεδομένα και δεν αποτέλεσαν αντικείμενο ανάλυσης. Η αξιοπιστία της μέτρησης, αφορά τη σταθερότητα του αποτελέσματος κατά την επανάληψη της μέτρησης σε παρόμοιες συνθήκες. Παρ' όλα αυτά θα πρέπει να τονιστεί ότι η κοινωνική μέτρηση συνήθως εμπεριέχει σφάλμα που οφείλεται στην ψυχική διάθεση του ερευνώμενου, την ενδεχόμενη ασάφεια του εργαλείου μέτρησης, τις συνθήκες διεξαγωγής της έρευνας κτλ. Το αποτέλεσμα του σφάλματος είναι ότι οι πραγματικές τιμές του υπό

μελέτη φαινομένου αποκλίνουν και λόγω της συνήθους έμμεσης διεξαγωγής της κοινωνικής μέτρησης, σπάνια εξασφαλίζεται η απόλυτη εγκυρότητά της (Κυριαζή, 2003, Κιντής, 2000, Καλαματιανού, 2000).

Εξετάστηκε η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου σε σχέση με τον ερευνώμενο πληθυσμό. Η μεγάλη ποικιλία όσον αφορά τις ηλικιακές ομάδες, το εισόδημα, την επαγγελματική κατάσταση, την υπηκοότητα και την κατάσταση υγείας των ερευνώμενων ομάδων, διασφαλίζει την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας, καθώς τα αποτελέσματα που διεξάγονται μπορούν να γενικευθούν σε έναν ευρύτερο πληθυσμό. Μέσα από την αύξηση της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου, μειώνεται το συστηματικό σφάλμα. Οι ερωτήσεις που επιλέχθηκαν στο ερωτηματολόγιο αποσκοπούσαν στο να είναι οι πιο αντιπροσωπευτικές σχετικά με το ερευνώμενο ζήτημα, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα του περιεχομένου του ερωτηματολογίου. Αφού λοιπόν επιβεβαιώθηκε η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, στη συνέχεια ελέγχθηκε η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Όσον αφορά την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου, είναι κάτι που εξαρτάται από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων. Εξετάστηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας, και χαρακτηρίστηκε ως αποδεκτή, εφόσον οι απαντήσεις των ερωτώμενων είχαν συνοχή και δεν αναιρούσε η μια την άλλη. Λόγω του αντικειμένου της μελέτης, το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε αποτελείται από αρκετές επιμέρους ενότητες για τις οποίες έγινε ξεχωριστός έλεγχος όσον αφορά την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους. Ουσιαστικά κάθε ενότητα αποτελεί ένα ξεχωριστό ερωτηματολόγιο και όταν ενυπάρχουν πολλές ενότητες, χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή σε σχέση με τις ερωτήσεις που πρέπει να είναι ευδιάκριτες και σαφώς καθορισμένες ανά ενότητα, για την αποφυγή της σύγχυσης μεταξύ των ενοτήτων (Γαλάνης, 2012a, Γαλάνης και συν., 2012b, Γαλάνης, 2013a, Γαλάνης, 2015, Δημητριάδης, 2003).

Στην παρούσα μελέτη τη μελετώμενη έκβαση (outcome) αποτέλεσε η πρόσβαση των ευάλωτων ομάδων στις υπηρεσίες υγείας. Διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ των δημογραφικών, οικονομικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών των ευάλωτων ομάδων και της πρόσβασής τους στις υπηρεσίες υγείας και μελετήθηκε το ζήτημα της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τις συγκεκριμένες ομάδες.

## 5.2. Αντικείμενο της μελέτης

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η περιγραφική σχέση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με διάφορα χαρακτηριστικά των ευάλωτων ομάδων. Διερευνήθηκαν δηλαδή προσδιοριστές των ευάλωτων ομάδων, που πιθανότατα επηρεάζουν την πρόσβαση των ομάδων αυτών στις υπηρεσίες υγείας. Οι προσδιοριστές αυτοί ήταν το εισόδημα, η κατάσταση υγείας, η εργασιακή κατάσταση, η ηλικία, η καταγωγή (Ελληνες, Ρομά, μετανάστες) και η οικογενειακή κατάσταση ώστε να αποτιμηθούν τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν.

Διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών χαρακτηριστικών των ευάλωτων ομάδων, ενώ μελετήθηκε το ζήτημα της χρήσης και της πρόσβασης των υπηρεσιών υγείας από τις ομάδες αυτές.

Η μελετώμενη σχέση αποτελείται από α) την έκβαση (εξαρτημένη μεταβλητή) που ήταν η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και β) τους προσδιοριστές της έκβασης που ήταν τα δημογραφικά, οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ευάλωτων ομάδων.

Τα μελετώμενα χαρακτηριστικά προέκυψαν έπειτα από την κατάλληλη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση. Αναλυτικά οι προσδιοριστές που διερευνήθηκαν ήταν οι ακόλουθοι:

### **(α) Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά**

- Φύλο
- Ηλικία
- Τόπος Συλλογής Ερωτηματολογίων
- Υπηκοότητα
- Κατοχή Βιβλιαρίου Υγείας
- Οικογενειακή Κατάσταση
- Εξαρτημένα Μέλη Οικογένειας
- Αριθμός Ατόμων Οικογένειας
- Εργασιακή Κατάσταση
- Είδος Εργασίας
- Μηνιαίο Οικογενειακό Εισόδημα

### **(β) Οικονομικά χαρακτηριστικά αναφορικά με την κάλυψη καθημερινών αναγκών**

- Κάλυψη τρεχόντων λογαριασμών (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα)
- Δόση δανείων



- Ενοίκιο κατοικίας
- Έξοδα ένδυσης και υπόδησης
- Ψώνια στο supermarket

**(γ) Χαρακτηριστικά αναφορικά με τα νοσήματα του ερευνώμενου πληθυσμού**

- Υπέρταση
- Άσθμα
- Διαβήτης
- Καρδιαγγειακή Νόσος
- Καρκίνος
- Νόσημα του πεπτικού συστήματος
- Ψυχιατρικό νόσημα
- Δερματολογικό νόσημα
- Ορθοπεδικό νόσημα
- Γρίπη
- Εργατικό Ατύχημα

**(δ) Χαρακτηριστικά αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας**

- Επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό
- Επίσκεψη σε ΤΕΠ Δημόσιου Νοσοκομείου
- Επίσκεψη σε τακτικό εξωτερικό ιατρείο
- Επίσκεψη σε δημόσιο ιατρείο
- Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο
- Συμβουλή από Φαρμακοποιό
- Συμβουλή από το φιλικό περιβάλλον
- Συμβουλή από το οικογενειακό περιβάλλον
- Καμία ενέργεια

**(ε) Χαρακτηριστικά αναφορικά με τις δυσκολίες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας ανά δομή και την οικονομική επιβάρυνση**

- Νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο
- Τακτικό εξωτερικό ιατρείο/Κέντρο Υγείας
- Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο
- Δημοτικό ιατρείο
- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- Μη κυβερνητική οργάνωση

**(στ) Χαρακτηριστικά αναφορικά με τα είδη των δυσκολιών που αντιμετώπισαν στη χρήση των υπηρεσιών υγείας**

- Μεγάλο Κόστος
- Πολύπλοκες Γραφειοκρατικές Διαδικασίες
- Δυσκολίες στην Επικοινωνία
- Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό
- Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου

**(ζ) Χαρακτηριστικά αναφορικά με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας**

- Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας
- Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας
- Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους

- Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο

### 5.3. Η επιλογή του δείγματος της μελέτης

Ο πληθυσμός της μελέτης ήταν το σύνολο των ενηλίκων (ανδρών και γυναικών) ηλικίας 18 έως 75 ετών, με χαρακτηριστικά που τους κατατάσσουν στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες και διαμένουν στη Λάρισα και στην Αθήνα. Είναι καθοριστική η σημασία του προσδιορισμού του πληθυσμού, για την ορθή χάραξη των ορίων που μπορούν να πραγματοποιηθούν γενικεύσεις. Το δείγμα που ερευνήθηκε, αποτελούνταν από 151 άνδρες και γυναίκες.

Η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε με δειγματοληψία ευκολίας, καθώς οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν βάσει της προθυμίας τους να συμμετάσχουν στην έρευνα και της ευκολίας προσβασιμότητάς τους από την ερευνήτρια. Η επιλογή των ερευνώμενων ήταν τυχαία και επομένως τα αποτελέσματα αφορούν όλο τον πληθυσμό και υπό συνθήκες, μπορούν να εξαχθούν γενικευμένα συμπεράσματα. Θα πρέπει ωστόσο να σημειωθεί ότι ο πληθυσμός που προέκυψε από την κοινότητα των Ρομά, έχει πολύ συγκεκριμένο προφίλ και αυτό αποτελεί σημαντικό περιορισμό στη γενίκευση συμπερασμάτων.

### 5.4. Χώρος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν το χρονικό διάστημα μεταξύ 1 Φεβρουαρίου 2016 και 15 Μαΐου 2016. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε με πολίτες που επισκέφθηκαν τα δύο Δημόσια Νοσοκομεία της Λάρισας, τρία Δημόσια Νοσοκομεία της Αθήνας, το Κοινωνικό Ιατρείο της ΓΣΕΒΕΕ, τη ΜΚΟ «Η Γέφυρα» και με επίσκεψη της ερευνήτριας στον καταυλισμό των Ρομά της Λάρισας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε διά ζώσης πλην ορισμένων που διανεμήθηκαν και επιστράφηκαν συμπληρωμένα. Όσον αφορά τους αλλοδαπούς και τους Ρομά με προβλήματα ανάγνωσης και γραφής της Ελληνικής γλώσσας, η ερευνήτρια παρείχε τη σχετική βοήθεια για την ορθή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Το ποσοστό συμμετοχής των ερευνώμενων ήταν 100%.

## 5.5. Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συγκέντρωση των πληροφοριών σχετικά με τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες και τους ανασφάλιστους πολίτες και τους προσδιοριστές της πρόσβασης αυτών των ομάδων στις υπηρεσίες υγείας, βασίστηκε στη διεθνή βιβλιογραφία και είναι διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26532952>. Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο που αρχικά σχεδιάστηκε για να διερευνήσει την προσβασιμότητα των ανασφάλιστων πολιτών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα (Polyzou et al., 2015). Αποτελείται από 21 ερωτήσεις συνολικά, που αναφέρονται σε δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά (8 ερωτήσεις), σε οικονομικά χαρακτηριστικά (1 ερώτηση) και πιο συγκεκριμένα σε σχέση με την κάλυψη καθημερινών αναγκών (1 ερώτηση), στα νοσήματα που συναντήθηκαν στον ερευνώμενο πληθυσμό, στη συχνότητα εμφάνισής τους, στη λήψη φαρμάκων και στη μη λήψη λόγω οικονομικής αδυναμίας (4 ερωτήσεις), στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στην οικονομική συμμετοχή των χρηστών (2 ερωτήσεις), στις δυσκολίες σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ανά δομή, στα είδη των δυσκολιών που συνάντησαν οι ασθενείς κατά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και τις δυσκολίες στη λήψη φαρμάκων καθώς και τις αιτίες των δυσκολιών (4 ερωτήσεις), και τέλος σε χαρακτηριστικά σχετικά με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε επίπεδο κόστους και πολυπλοκότητας του συστήματος υγείας καθώς και σε επίπεδο γνώσης από πλευράς των χρηστών των δικαιωμάτων τους και των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας (1 ερώτηση).

## 5.6. Μέθοδος Συλλογής και Επεξεργασίας Δεδομένων

Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν από την ερευνήτρια για το σκοπό της μελέτης. Δεν ασκήθηκε καμία απολύτως πίεση για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Οι ερευνώμενοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο χωρίς την αναφορά προσωπικών στοιχείων με σκοπό να εξασφαλιστεί η ανωνυμία τους και δεν υπήρξε χρονική πίεση για τη συμπλήρωση. Ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου τα 15 λεπτά.

Τα δεδομένα των ερωτηματολογίων εισήχθησαν με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS 21.0, στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και με τον τρόπο αυτό διασφαλίστηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων, η πληροφορημένη συναίνεσή τους και το απόρρητο των πληροφοριών που δόθηκαν και στις οποίες είχε πρόσβαση μόνο η ερευνήτρια.

## 5.7. Ηθικά Ζητήματα

Για τη διενέργεια της μελέτης προηγήθηκε ενημέρωση των ερευνώμενων σχετικά με το αντικείμενο του ερωτηματολογίου και τους σκοπούς της έρευνας. Τονίστηκε το γεγονός της ανωνυμίας των ερευνώμενων και δόθηκε η συγκατάθεσή τους για τη συλλογή των πληροφοριών που παρείχαν και την επεξεργασία τους.

## 5.8. Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη περιελάμβανε πολίτες που αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα και άνηκαν σε συγκεκριμένες κατηγορίες ανθρώπων και το δείγμα της δεν ήταν πολύ μεγάλο. Για τους λόγους αυτούς τα αποτελέσματά της δεν είναι δυνατόν να γενικευτούν για όλο τον ελληνικό πληθυσμό, παρά μόνο ενδεχομένως για τις αντίστοιχες κατηγορίες πολιτών - ευάλωτων ομάδων που αντιπροσωπεύουν.

Στη μελέτη αυτή διερευνήθηκαν ορισμένοι προσδιοριστές που πιθανολογείται πως σχετίζονται με την πρόσβαση των ευάλωτων κοινωνικά μονάδων στις υπηρεσίες υγείας. Είναι προφανές ότι δεν μελετήθηκαν όλοι οι προσδιοριστές, καθώς είναι πολύ περισσότεροι από τους ερευνώμενους και πιθανόν μεταβαλλόμενοι ανάλογα με τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες.

## 5.9. Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική

απόκλιση). Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  (chi-square test), ενώ για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  για τάση (chi-square trend test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test) όταν η ποσοτική μεταβλητή ακολουθούσε την κανονική κατανομή. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient,  $r_s$ ).

Σημειώνεται ότι εξαιτίας του μικρού αριθμού δεδομένων και της περιορισμένης μεταβλητότητας των μεταβλητών δεν ήταν δυνατόν να πραγματοποιηθούν πολυμεταβλητές αναλύσεις. Για τον λόγο αυτό, οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που προέκυψαν πρέπει να αντιμετωπίζονται με επιφύλαξη.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Η βαθμολογία συννοσηρότητας προκύπτει από το άθροισμα όλων των χρόνιων νοσημάτων και λαμβάνει τιμές 0 έως 8 με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν μεγαλύτερη συννοσηρότητα.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα οικονομικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά που αφορούν την υγεία των συμμετεχόντων, ενώ οι εξαρτημένες μεταβλητές αφορούν την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Στα αποτελέσματα παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που προέκυψαν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 6.1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 151 συμμετέχοντες. Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά κύριο λόγο στα δύο δημόσια νοσοκομεία της Λάρισας (Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας Κουτλιμπάνειο – Τριανταφύλλειο και Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας) (34,4%) και σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Αθήνα (Ευαγγελισμός, Ανδρέας Συγγρός και Γ. Γεννηματάς) (33,8%) και ακολούθως σε κοινωνικό ιατρείο στην Αθήνα (11,9%), σε μη κυβερνητική οργάνωση στην Αθήνα (9,9%) και σε καταυλισμό των Ρομά στη Λάρισα (9,9%). Η επιλογή της συμμετοχής ατόμων προερχόμενων από την κοινότητα των Ρομά, έγινε με σκοπό να ερευνηθούν άτομα που κατά πάσα πιθανότητα ήταν ανασφάλιστα ή κατείχαν βιβλιάριο απορίας. Για τον ίδιο λόγο έγινε και η επιλογή συλλογής δεδομένων από το κοινωνικό ιατρείο και τη μη κυβερνητική οργάνωση, καθώς οι επισκέπτες κυρίως της μη κυβερνητικής οργάνωσης, ήταν εκ των προτέρων γνωστό στην ερευνήτρια ότι ήταν κυρίως άτομα άνεργα και άστεγα. Τα άτομα που ερευνήθηκαν στα δημόσια νοσοκομεία, προφανώς αντιμετώπιζαν κάποιο πρόβλημα υγείας και επομένως αποτελούσαν αντιπροσωπευτικό δείγμα για την καταγραφή των ερωτημάτων της έρευνας.

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 49,7 έτη, ενώ οι περισσότεροι ήταν άντρες (53%). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν ελληνικής καταγωγής (57%), ενώ το 15,9% ήταν Βουλγάρικης καταγωγής, το 12,6% ήταν Αλβανικής καταγωγής, το 7,9% ήταν Ρουμανικής καταγωγής, το 4% ήταν Ρωσικής καταγωγής και το 2,6% ήταν Πακιστανικής καταγωγής.

Το 53,6% των συμμετεχόντων είχαν εξαρτημένα μέλη στην οικογένειά τους, ενώ το 35,8% των εξαρτημένων μελών είχαν ασφάλιση. Παρατηρείται ότι το ποσοστό των ασφαλισμένων εξαρτημένων μελών είναι ιδιαίτερα χαμηλό. Τα

ανασφάλιστα εξαρτημένα μέλη προφανώς προέρχονται από οικογένειες που οι κηδεμόνες είναι ανασφάλιστοι.

Το 56,3% των συμμετεχόντων εργάζονταν τη στιγμή της μελέτης, με τους περισσότερους να εργάζονται ως ελεύθεροι επαγγελματίες και ακολούθως ως υπάλληλοι και χειρώνακτες. Παρατηρείται υψηλό ποσοστό ατόμων που δεν εργάζονται (29,1%) και ακολουθούν οι συνταξιούχοι (11,9%) και οι νοικοκυρές (2%).

**Πίνακας 5:** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Γυναίκες	71 (47,0)
Άντρες	80 (53,0)
Ηλικία	49,7 (10,7) <sup>a</sup>
Τόπος συλλογής	
Δημόσιο νοσοκομείο στη Λάρισα	52 (34,4)
Ρομά στη Λάρισα	15 (9,9)
Δημόσιο νοσοκομείο στην Αθήνα	51 (33,8)
Κοινωνικό ιατρείο στην Αθήνα	18 (11,9)
Μη κυβερνητική οργάνωση στην Αθήνα	15 (9,9)
Υπηκοότητα	
Ελληνική	86 (57,0)
Βουλγάρικη	24 (15,9)
Αλβανική	19 (12,6)
Ρουμανική	12 (7,9)
Πακιστανική	4 (2,6)
Ρωσική	6 (4,0)
Εξαρτημένα μέλη	
Όχι	70 (46,4)
Ναι	81 (53,6)
Αριθμός εξαρτημένων μελών	2,0 (1,3) <sup>a</sup>
Ασφάλιση των εξαρτημένων μελών	
Όχι	52 (64,2)
Ναι	29 (35,8)
Εργασία τη στιγμή της μελέτης	
Όχι	66 (43,7)
Ναι	85 (56,3)
Είδος εργασίας	
Υπάλληλοι	27 (17,9)
Άνεργοι	44 (29,1)
Χειρώνακτες	25 (16,6)
Ελεύθεροι επαγγελματίες	34 (22,5)

Συνταξιούχοι	18 (11,9)
Οικιακά	3 (2,0)

<sup>a</sup> μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

## 6.2. Είδος ασφαλιστικής κάλυψης

Στον πίνακα 6 αναφέρονται τα χαρακτηριστικά του είδους της ασφαλιστικής κάλυψης των συμμετεχόντων καθώς και η γνώση τους σχετικά με την ύπαρξη των διαθέσιμων ασφαλιστικών προγραμμάτων. Το 58,9% των συμμετεχόντων είχαν βιβλιάριο υγείας. Μεταξύ αυτών, το 87,6% είχαν βιβλιάριο μέσω ΟΑΕΔ (ΙΚΑ), το 20,2% είχαν βιβλιάριο απορίας και το 2,2% είχαν κουπόνια υγείας (Health Voucher). Παρατηρείται αρκετά μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστων (41,1%), που οφείλεται κυρίως στη μαύρη εργασία, στην περιστασιακή εργασία και στην ημιαπασχόληση. Οι τρεις αυτές μορφές εργασίας, λόγω των ανύπαρκτων ή ανεπαρκών ασφαλιστικών ενσήμων δεν δίνουν τη δυνατότητα στους εργαζόμενους να έχουν ασφαλιστική κάλυψη και επομένως αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Το 62,3% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι γνωρίζουν για τα προγράμματα που υπάρχουν για την ασφάλιση των ανασφάλιστων και προσφέρονται μέσω ΟΑΕΔ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το βιβλιάριο απορίας ήταν 44,4% και για κουπόνια υγείας (Health Voucher) ήταν 4%. Το γεγονός ότι υπάρχει ένα ποσοστό του ερευνώμενου δείγματος της τάξης του 37,7% που δεν γνωρίζει για την ασφάλιση ανασφάλιστων μέσω ΟΑΕΔ, ένα ποσοστό 55,6% που δεν γνωρίζει σχετικά με το βιβλιάριο απορίας και το 96% που δεν γνωρίζει για τα κουπόνια υγείας, καταδεικνύουν την ελλιπή πληροφόρηση των πολιτών και την άγνοια σχετικά με τα δικαιώματα που έχουν όσον αφορά τη δυνατότητα πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

**Πίνακας 6:** Είδος Ασφαλιστικής Κάλυψης των συμμετεχόντων

Χαρακτηριστικό	N (%)
Βιβλιάριο υγείας	
Όχι	62 (41,1)
Ναι	89 (58,9)



Βιβλιάριο μέσω ΟΑΕΔ (ΙΚΑ)	
Όχι	73 (48,3)
Ναι	78 (51,7)
Βιβλιάριο απορίας	
Όχι	133 (88,1)
Ναι	18 (11,9)
Κουπόνια υγείας (Health Voucher)	
Όχι	149 (98,7)
Ναι	2 (1,3)
Γνώση των προγραμμάτων που υπάρχουν για την ασφάλιση των ανασφάλιστων και προσφέρονται μέσω ΟΑΕΔ	
Όχι	57 (37,7)
Ναι	94 (62,3)
Γνώση των προγραμμάτων που υπάρχουν για την ασφάλιση των ανασφάλιστων και προσφέρονται μέσω βιβλιαρίου απορίας	
Όχι	84 (55,6)
Ναι	67 (44,4)
Γνώση των προγραμμάτων που υπάρχουν για την ασφάλιση των ανασφάλιστων και προσφέρονται μέσω προγράμματος Health Voucher	
Όχι	145 (96,0)
Ναι	6 (4,0)

### 6.3. Οικονομικά χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται τα οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας για τις 5 ερωτήσεις του πίνακα 6 ήταν 0,94 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου. Το μέσο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα ήταν 480€ και η τυπική απόκλιση ήταν 332€.

Μεγάλα ποσοστά συμμετεχόντων δεν μπορούσαν να καλύψουν συχνά βασικές τους ανάγκες κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών. Πιο συγκεκριμένα, το 87,3% των συμμετεχόντων δεν μπορούσαν συχνά να καλύψουν τους τρέχοντες λογαριασμούς, το 86,1% τα ψώνια στο supermarket, το 84,8% τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης, το 84,1% το ενοίκιο της κατοικίας και το 81,3% τη δόση κάποιου δανείου.

**Πίνακας 7:** Οικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Βαθμός δυσκολίας κάλυψης των παρακάτω αναγκών τους τελευταίους 6 μήνες	Συχνά	Κάποιες φορές	Πολύ σπάνια- σχεδόν ποτέ
Τους τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα κ.ά.)	124 (87,3)	12 (8,5)	6 (4,2)
Τη δόση κάποιου δανείου	87 (81,3)	16 (15,0)	4 (3,7)
Το ενοίκιο της κατοικίας	90 (84,1)	10 (9,3)	7 (6,5)
Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης	117 (84,8)	13 (9,4)	8 (5,3)
Τα ψώνια στο supermarket	130 (86,1)	14 (9,3)	7 (4,6)

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

#### 6.4. Επίπεδο Υγείας

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται τα χρόνια νοσήματα των συμμετεχόντων. Η μέση βαθμολογία συννοσηρότητας ήταν 1,7 και η τυπική απόκλιση ήταν 0,9.

Σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων είχαν υπέρταση (40,4%), καθώς επίσης άσθμα (29,1%), καρδιαγγειακή νόσο (23,2%) και νόσημα του πεπτικού συστήματος (18,5%). Επίσης, το 11,3% είχαν καρκίνο, το 9,3% είχαν διαβήτη, το 8,6% είχαν ψυχιατρικό νόσημα και το 30,5% είχαν άλλο χρόνιο νόσημα.

Το 82,8% (n=125) των συμμετεχόντων λάμβαναν φάρμακο για χρόνιο νόσημα, ενώ το 17,2% (n=26) δεν λάμβαναν φάρμακο. Σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων (76,8%, n=96) δήλωσαν ότι υπήρξαν περιπτώσεις στις οποίες δεν έλαβαν το φάρμακο τους, επειδή δεν μπορούσαν να το αγοράσουν.

Το 68,9% (n=104) των συμμετεχόντων νόσησαν κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, ενώ το 31,1% (n=47) δεν νόσησαν. Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται τα νοσήματα των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Τα συχνότερα νοσήματα ήταν νοσήματα του πεπτικού συστήματος,

νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, ορθοπεδικά νοσήματα, γρίπη και δερματολογικά νοσήματα.

**Πίνακας 8:** Χρόνια νοσήματα των συμμετεχόντων

Χρόνιο νόσημα	N (%)
Υπέρταση	61 (40,4)
Άσθμα	44 (29,1)
Διαβήτης	14 (9,3)
Καρδιαγγειακή νόσος	35 (23,2)
Καρκίνος	17 (11,3)
Νόσημα του πεπτικού συστήματος	28 (18,5)
Ψυχιατρικό	13 (8,6)
Άλλο	46 (30,5)

**Πίνακας 9:** Τα νοσήματα των συμμετεχόντων που νόσησαν κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών

Νόσημα	N (%)
Διαβήτης	2 (1,9)
Καρδιαγγειακή νόσος	5 (4,8)
Καρκίνος	4 (3,8)
Νόσημα του πεπτικού συστήματος	28 (26,9)
Δερματολογικό	6 (5,8)
Ορθοπεδικό	22 (21,2)
Αναπνευστικό	23 (22,1)
Επιληψία	4 (3,8)
Γρίπη	8 (7,7)
Εργατικό ατύχημα	2 (1,9)

### 6.5. Χρήση των υπηρεσιών υγείας

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται οι ενέργειες των συμμετεχόντων στην περίπτωση που νόσησαν. Το 62,5% επισκέφτηκαν ΤΕΠ δημόσιου νοσοκομείου, το 54,8% νοσηλεύτηκαν σε δημόσιο νοσοκομείο, το 52,9% συμβουλευτήκαν φαρμακοποιό, το 42,3% συμβουλευτήκαν το φιλικό τους περιβάλλον, το 41,3% επισκέφτηκαν δημοτικό ιατρείο, το 37,5% συμβουλευτήκαν το οικογενειακό τους περιβάλλον, το 34,6% επισκέφτηκαν ιδιώτη ιατρό, το 14,4% επισκέφτηκαν τα

τακτικά εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου και το 5,8% δεν έκαναν τίποτα. Παρατηρείται αυξημένη δραστηριότητα προς τα δημόσια νοσοκομεία και τις δωρεάν συμβουλές σε φιλικό, συγγενικό, εθελοντικό επίπεδο την ίδια στιγμή που οι επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς και τακτικά εξωτερικά ιατρεία, κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα, λόγω της υποχρέωσης καταβολής χρημάτων. Ανησυχητικό είναι το ποσοστό των ατόμων που παρά το πρόβλημα που αντιμετώπισαν δεν έκαναν καμία ενέργεια.

**Πίνακας 10:** Οι ενέργειες των συμμετεχόντων στην περίπτωση που νόσησαν

Ενέργεια	N (%)
Επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό	36 (34,6)
Επίσκεψη σε ΤΕΠ δημόσιου νοσοκομείου	65 (62,5)
Επίσκεψη σε τακτικό εξωτερικό ιατρείο	15 (14,4)
Επίσκεψη σε δημοτικό ιατρείο	43 (41,3)
Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο	57 (54,8)
Συμβουλή από φαρμακοποιό	55 (52,9)
Συμβουλή από το φιλικό περιβάλλον	44 (42,3)
Συμβουλή από το οικογενειακό περιβάλλον	39 (37,5)
Καμία ενέργεια	6 (5,8)

Το 68,9% (n=104) των συμμετεχόντων χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, ενώ το 31,1% (n=47) δεν τις χρησιμοποίησαν. Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι συμμετέχοντες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας για τις 6 ερωτήσεις του πίνακα 11 ήταν 0,98 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου. Ταξινομώντας τις υπηρεσίες υγείας κατά φθίνουσα σειρά και ξεκινώντας από την υπηρεσία με την μεγαλύτερη μέση δυσκολία, η ταξινόμηση των υπηρεσιών υγείας ήταν η εξής:

- Νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο.
- Τακτικό εξωτερικό ιατρείο/Κέντρο Υγείας.

- Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο.
- Δημοτικό ιατρείο.
- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.
- Μη κυβερνητική οργάνωση.

Η ταξινόμηση αυτή, βασίζεται στην οικονομική συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Όσο περισσότερα χρήματα τους ζητείται να πληρώσουν, τόσο μεγαλύτερη δυσκολία αντιμετωπίζουν να ανταπεξέλθουν. Στις δωρεάν ή φθηνές υπηρεσίες υγείας, όπως είναι αναμενόμενο, αντιμετωπίζουν και το μικρότερο βαθμό δυσκολίας.

**Πίνακας 11:** Οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι συμμετέχοντες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών

Υπηρεσία υγείας	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	4 (5,7)	38 (54,3)	23 (32,9)	4 (5,7)	1 (1,4)	2,43	0,75
Τακτικό εξωτερικό ιατρείο/Κέντρο Υγείας	2 (14,3)	5 (35,7)	4 (28,6)	2 (14,3)	1 (7,1)	2,64	1,15
Δημοτικό ιατρείο	10 (26,3)	5 (13,2)	19 (50,0)	4 (10,5)	0 (0,0)	2,45	1,00
Μη κυβερνητική οργάνωση	12 (29,3)	27 (65,9)	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (2,4)	1,80	0,71
Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο	11 (18,0)	28 (45,9)	6 (9,8)	14 (23,0)	2 (3,3)	2,47	1,13
Νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο	3 (14,3)	4 (19,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	13 (61,9)	3,76	1,67

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται τα χρήματα που κατέβαλλαν οι συμμετέχοντες για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Το 96,7% των συμμετεχόντων κατέβαλλαν χρήματα κατά τη νοσηλεία τους σε δημόσιο νοσοκομείο, το 70% κατά την επίσκεψή τους σε ΤΕΠ, το 64,3% κατά την επίσκεψή τους σε τακτικό εξωτερικό ιατρείο/Κέντρο Υγείας, το 19% κατά τη νοσηλεία τους σε ιδιωτικό νοσοκομείο, το 5,3% κατά την επίσκεψή τους σε δημοτικό ιατρείο και το 0% κατά την επίσκεψή τους σε μη κυβερνητική οργάνωση.

Τα χρήματα που δαπανήθηκαν σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, ήταν περίπου 40 ευρώ, ενώ σε ιδιωτικό νοσοκομείο ήταν 68 ευρώ. Σε μη κυβερνητικές οργανώσεις, η συμμετοχή των ερευνώμενων ήταν μηδενική. Η διαβάθμιση των δαπανών στις δημόσιες δομές, είναι 35 ευρώ περίπου στα Τ.Ε.Π., 40 ευρώ περίπου στα Ε.Ι. και τα Κέντρα Υγείας και 44 ευρώ περίπου για νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία.

**Πίνακας 12:** Τα χρήματα που κατέβαλλαν οι συμμετέχοντες για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών

Υπηρεσία υγείας	Καταβολή χρημάτων <sup>α</sup>		Ποσό (€) <sup>β</sup>
	Όχι	Ναι	
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	21 (30,0)	49 (70,0)	35 (84)
Τακτικό εξωτερικό ιατρείο/Κέντρο Υγείας	5 (35,7)	9 (64,3)	40 (25)
Δημοτικό ιατρείο	36 (94,7)	2 (5,3)	15 (7)
Μη κυβερνητική οργάνωση	40 (100,0)	0 (0,0)	0 (0)
Νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο	2 (3,3)	59 (96,7)	44 (57)
Νοσηλεία σε ιδιωτικό νοσοκομείο	17 (81,0)	4 (19,0)	68 (70)

<sup>α</sup> n (%)

<sup>β</sup> μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

Το 78,8% (n=119) των συμμετεχόντων αντιμετώπισαν προβλήματα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, ενώ το 21,2% (n=32) δεν αντιμετώπισαν προβλήματα. Στον πίνακα 13 παρουσιάζονται οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι συμμετέχοντες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών. Ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας για τις 5 ερωτήσεις του πίνακα 13 ήταν 0,84 γεγονός που δηλώνει εξαιρετική εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου. Ταξινομώντας τις δυσκολίες

κατά φθίνουσα σειρά και ξεκινώντας από τη δυσκολία με την μεγαλύτερη μέση τιμή, η ταξινόμηση των δυσκολιών ήταν η εξής:

- Μεγάλο κόστος.
- Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες.
- Δυσκολίες στην επικοινωνία.
- Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
- Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου.

**Πίνακας 13:** Οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι συμμετέχοντες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Δυσκολίες στην επικοινωνία	15 (12,6)	44 (29,1)	34 (28,6)	9 (6,0)	17 (14,3)	2,74	1,21
Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	1 (0,8)	39 (32,8)	34 (28,6)	26 (21,8)	19 (16,0)	3,19	1,09
Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	17 (14,3)	74 (62,2)	9 (7,6)	4 (3,4)	15 (12,6)	2,38	1,16
Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου	48 (40,3)	49 (41,2)	5 (4,2)	2 (1,7)	15 (12,6)	2,05	1,29
Μεγάλο κόστος	4 (3,4)	37 (31,1)	1 (0,8)	46 (38,7)	31 (26,1)	3,53	1,27

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Το 45% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι γνωρίζουν καθόλου/λίγο τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, το 80,8% δήλωσαν ότι γνωρίζουν καθόλου/λίγο τα δικαιώματα για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, το 88,7% δήλωσαν ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας εμποδίζει αρκετά/πολύ τη χρήση τους και το 94,1% δήλωσαν ότι το σύστημα υγείας είναι αρκετά/πολύ πολύπλοκο.

**Πίνακας 14:** Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;	18 (11,9)	50 (33,1)	64 (42,4)	19 (12,6)	0 (0,0)	2,55	0,86
Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;	22 (14,6)	100 (66,2)	25 (16,6)	4 (2,6)	0 (0,0)	2,07	0,64
Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;	3 (2,0)	5 (3,3)	9 (6,0)	58 (38,4)	76 (50,3)	4,31	0,88
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;	1 (0,7)	4 (2,6)	4 (2,6)	41 (27,2)	101 (66,9)	4,57	0,73

Οι τιμές εκφράζονται ως n (%).

Το 72,2% (n=109) των συμμετεχόντων χρειάστηκαν υπηρεσίες υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, αλλά δεν μπόρεσαν να τις χρησιμοποιήσουν. Οι σημαντικότερες αιτίες ήταν το υψηλό κόστος (73,4%, n=80), η άγνοια για τις υπηρεσίες που μπορούν να απευθυνθούν (44%, n=48), η απόσταση (63,3%, n=69) και η έλλειψη χρόνου (27,5%, n=30).

Το 72,2% (n=109) των συμμετεχόντων χρειάστηκαν φάρμακα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, αλλά δεν μπόρεσαν να τα λάβουν. Οι σημαντικότερες αιτίες ήταν το υψηλό κόστος (96,3%, n=105), η έλλειψη διαθεσιμότητας στο κοινωνικό φαρμακείο ή την μη κυβερνητική οργάνωση (43,1%, n=47) και η αυτοεκτίμηση ότι το φάρμακο δεν είναι απαραίτητο (17,4%, n=19).

Από τους πίνακες που προηγήθηκαν, σαν πρωταρχικό πρόβλημα σε σχέση με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τη λήψη φαρμάκων, είναι το υψηλό κόστος.



## 6.6. Συσχετίσεις

Το 88,7% των συμμετεχόντων που δεν είχαν ελληνική υπηκοότητα δεν έλαβαν φάρμακο για χρόνιο νόσημα επειδή δεν μπορούσαν να το αγοράσουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους Έλληνες συμμετέχοντες ήταν 68,1% ( $p=0,007$ ).

Το 86,2% των συμμετεχόντων που δεν εργάζονταν τη στιγμή της μελέτης δεν έλαβαν φάρμακο για χρόνιο νόσημα επειδή δεν μπορούσαν να το αγοράσουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες που εργάζονταν ήταν 68,7% ( $p=0,02$ ). Τα ποσοστά των ατόμων που δεν μπορούσαν να αγοράσουν το φάρμακο που χρειάζονταν, ανεξάρτητα από την εργασιακή τους κατάσταση, ήταν πολύ υψηλά.

Το 79,2% των συμμετεχόντων που είχαν κάποιες φορές/συχνά δυσκολίες να καλύψουν τα ψώνια στο supermarket δεν έλαβαν φάρμακο για χρόνιο νόσημα επειδή δεν μπορούσαν να το αγοράσουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες που είχαν πολύ σπάνια δυσκολίες ήταν 20% ( $p<0,001$ ). Υπάρχει μια αντιστοιχία που βασίζεται στην οικονομική ευχέρεια των πολιτών. Όσο μεγαλύτερο είναι το εισόδημα, τόσο λιγότερο δυσκολεύονται οι πολίτες στο να καλύψουν χρηματικά τις υποχρεώσεις τους και τόσο λιγότερες είναι και οι δυσκολίες στην αγορά των φαρμάκων. Το αντίθετο ισχύει για τα χαμηλότερα εισοδήματα. Τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα, συναντούν δυσκολίες στην κάλυψη των αναγκών τους είτε πρόκειται για ψώνια στο supermarket, είτε για την αγορά φαρμάκων.

Το 88,7% των συμμετεχόντων που δεν είχαν βιβλιάριο υγείας δεν έλαβαν φάρμακο για χρόνιο νόσημα επειδή δεν μπορούσαν να το αγοράσουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες που είχαν βιβλιάριο υγείας ήταν 68,1% ( $p=0,007$ ). Και τα δύο ποσοστά είναι πολύ μεγάλα, ανεξαρτήτως της κατοχής βιβλιαρίου υγείας ή όχι. Επομένως πέρα από την ύπαρξη ή όχι ασφαλιστικής κάλυψης, το πρόβλημα ήταν οικονομικό.

Το 61,5% των συμμετεχόντων που δεν είχαν βιβλιάριο υγείας αντιμετώπισαν μέτριες/αρκετές/πολλές δυσκολίες στα ΤΕΠ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες που είχαν βιβλιάριο υγείας ήταν 27,3% ( $p=0,024$ ). Εδώ παρατηρείται πως η έλλειψη βιβλιαρίου υγείας, δημιουργεί πολύ περισσότερα προβλήματα στους

χρήστες, καθώς το ποσοστό των ατόμων που συνάντησαν προβλήματα είναι παραπάνω από το διπλάσιο όσων είχαν βιβλιάριο.

Η μείωση της ηλικίας σχετίζονταν με αύξηση των δυσκολιών στα ΤΕΠ ( $r_s = -0,23$ ,  $p=0,05$ ). Οι μικρότερες ηλικίες αντιμετώπιζαν περισσότερα προβλήματα απ' ό,τι οι πιο ηλικιωμένοι.

Το 75,9% των συμμετεχόντων στη Λάρισα κατέβαλλαν χρήματα στη χρήση των ΤΕΠ, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες στην Αθήνα ήταν 50% ( $p=0,047$ ). Στη Λάρισα πλήρωσαν για υπηρεσίες υγείας πολλοί περισσότεροι (3 στους 4) σε σύγκριση με την Αθήνα που ήταν ένας στους δύο.

Το 80,6% των συμμετεχόντων στη Λάρισα χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες στην Αθήνα ήταν 59,5% ( $p=0,005$ ). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων που χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες ήταν 53,8 έτη (14,7), ενώ η μέση ηλικία των συμμετεχόντων που δεν χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας ήταν 42,1 έτη (10,9) ( $p<0,001$ ). Στη Λάρισα χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας περισσότεροι ερευνώμενοι, σχεδόν 20% παραπάνω σε σχέση με την Αθήνα. Βέβαια η μέση ηλικία στη Λάρισα ήταν σχεδόν 10 έτη υψηλότερη συγκριτικά με την Αθήνα και αυτό δικαιολογείται από τις περισσότερες υγειονομικές ανάγκες που έχουν οι μεγαλύτερες ηλικίες.

Η μέση βαθμολογία συννοσηρότητας των συμμετεχόντων που χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες ήταν 1,8 (0,9), ενώ η μέση βαθμολογία συννοσηρότητας των συμμετεχόντων που δεν χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας ήταν 1,5 (0,9) ( $p=0,03$ ). Η μέση βαθμολογία συννοσηρότητας τόσο αυτών που χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας όσο και αυτών που δεν χρησιμοποίησαν, είναι πολύ κοντά.

Το 92,5% των συμμετεχόντων στη Λάρισα αντιμετώπισαν προβλήματα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες στην Αθήνα ήταν 67,9% ( $p<0,001$ ). Και τα δύο ποσοστά είναι αρκετά υψηλά, αλλά το ποσοστό της Λάρισας είναι πολύ υψηλό.

Το 87,7% των συμμετεχόντων που δεν είχαν ελληνική υπηκοότητα αντιμετώπισαν προβλήματα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους Έλληνες συμμετέχοντες ήταν 72,1% ( $p=0,02$ ). Και τα δύο ποσοστά είναι υψηλά, και το γεγονός ότι οι μη έχοντες ελληνική υπηκοότητα είχαν σε μεγαλύτερο βαθμό προβλήματα πρόσβασης, καταδεικνύει ότι πέρα από το κόστος των υπηρεσιών και την ασφαλιστική κάλυψη, υπάρχει και πρόβλημα που οφείλεται σε κοινωνικά κριτήρια, όπως είναι η ξενοφοβία από πλευράς επαγγελματιών υγείας, η άγνοια των αλλοδαπών ερευνώμενων σχετικά με τις διαδικασίες και τα δικαιώματά τους και ίσως και η δυσκολία επικοινωνίας λόγω διαφορετικής γλώσσας ή και κουλτούρας.

Το 81,6% των συμμετεχόντων που είχαν κάποιες φορές/συχνά δυσκολίες να καλύψουν τους τρέχοντες λογαριασμούς αντιμετώπισαν προβλήματα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες που είχαν πολύ σπάνια δυσκολίες ήταν 66,7% ( $p<0,001$ ). Όπως και στην περίπτωση της λήψης φαρμάκων, έτσι και εδώ όσο πιο οικονομικά ευκατάστατοι ήταν οι ερευνώμενοι, τόσο λιγότερες δυσκολίες είχαν και στην πρόσβαση. Βέβαια τα ποσοστά είναι αρκετά υψηλά, ακόμα και για αυτούς που είχαν λιγότερες δυσκολίες στην κάλυψη βασικών αναγκών τους.

Το 79,9% των συμμετεχόντων που είχαν κάποιες φορές/συχνά δυσκολίες να καλύψουν τα ψώνια στο supermarket αντιμετώπισαν προβλήματα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες που είχαν πολύ σπάνια δυσκολίες ήταν 57,1% ( $p<0,001$ ). Και εδώ τα ποσοστά κινούνται με ανάλογο ρυθμό και παραμένουν υψηλά και σαφώς υψηλότερα στο ζήτημα της πρόσβασης σε σχέση με την αγορά φαρμάκων.

Η μέση βαθμολογία συννοσηρότητας των συμμετεχόντων που αντιμετώπισαν προβλήματα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες ήταν 1,8 (0,9), ενώ η μέση βαθμολογία συννοσηρότητας των συμμετεχόντων που δεν αντιμετώπισαν προβλήματα ήταν 1,2 (0,7), ( $p<0,001$ ). Εδώ η μέση βαθμολογία συννοσηρότητας παρουσιάζει μια διαφοροποίηση της τάξης του 0,6 μεταξύ αυτών που χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας και αυτών που δεν χρησιμοποίησαν, σε σχέση με τη δυσκολία τους στην πρόσβαση.

Η αύξηση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος σχετίζονταν με μείωση των δυσκολιών στην επικοινωνία ( $r_s=-0,2$ ,  $p=0,03$ ).

Η αύξηση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος σχετίζονταν με μείωση των δυσκολιών στις πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες ( $r_s=-0,25$ ,  $p=0,006$ ).

Η αύξηση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος σχετίζονταν με μείωση των δυσκολιών στη σημασία που δίνει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ( $r_s=-0,24$ ,  $p=0,008$ ).

Η αύξηση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος σχετίζονταν με μείωση των δυσκολιών στην ενημέρωση για το πρόβλημα υγείας ( $r_s=-0,22$ ,  $p=0,02$ ).

Η αύξηση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος σχετίζονταν με μείωση των δυσκολιών αναφορικά με το μεγάλο κόστος ( $r_s=-0,45$ ,  $p<0,001$ ).

Παρατηρείται πως η αύξηση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος, επηρεάζει αντίστροφα τις δυσκολίες στην επικοινωνία, τις δυσκολίες που προκύπτουν από τις πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες, τις δυσκολίες από τη σημασία που δίνουν στους ασθενείς οι επαγγελματίες υγείας, τις δυσκολίες που σχετίζονται με την ενημέρωση σχετικά με το πρόβλημα υγείας καθώς και τις δυσκολίες του μεγάλου κόστους των υπηρεσιών υγείας. Όσο πιο υψηλό είναι το εισόδημα των χρηστών, τόσο λιγότερα προβλήματα αντιμετωπίζουν στις προαναφερόμενες κατηγορίες.

Το 93,2% των συμμετεχόντων στην Αθήνα χρειάστηκαν υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες αλλά λόγω υψηλού κόστους δεν μπόρεσαν να τις χρησιμοποιήσουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες στη Λάρισα ήταν 50% ( $p<0,001$ ). Στην Αθήνα σχεδόν οι 9 στους 10 που χρειάστηκαν υπηρεσίες υγείας δεν μπόρεσαν να τις χρησιμοποιήσουν λόγω κόστους, ενώ στη Λάρισα το ποσοστό ήταν 1 στους 2.

Το 93,2% των γυναικών χρειάστηκαν υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες αλλά λόγω υψηλού κόστους δεν μπόρεσαν να τις χρησιμοποιήσουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους άντρες ήταν 60,7% ( $p=0,002$ ). Οι γυναίκες αντιμετώπισαν πολύ μεγαλύτερα προβλήματα λόγω κόστους και δεν χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας, σε ποσοστό πάνω από 30% σε σχέση με τους άντρες.

Το 87,5% των συμμετεχόντων που δεν είχαν ελληνική υπηκοότητα χρειάστηκαν υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες αλλά λόγω υψηλού κόστους δεν μπόρεσαν να τις χρησιμοποιήσουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους Έλληνες συμμετέχοντες ήταν 62,3% ( $p=0,003$ ). Οι Έλληνες δυσκολεύτηκαν λιγότερο στη χρήση υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το κόστος τους.

Το 91,7% των συμμετεχόντων που δεν είχαν βιβλιάριο υγείας χρειάστηκαν υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες αλλά λόγω υψηλού κόστους δεν μπόρεσαν να τις χρησιμοποιήσουν, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες που είχαν βιβλιάριο υγείας ήταν 59% ( $p<0,001$ ).

Το μέσο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχόντων που χρειάστηκαν υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες αλλά λόγω υψηλού κόστους δεν μπόρεσαν να τις χρησιμοποιήσουν ήταν 329€ (180), ενώ το μέσο μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχόντων που χρειάστηκαν υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες και τις χρησιμοποίησαν ήταν 507€ (345) ( $p<0,001$ ). Η διαφορά μεταξύ των δύο κατηγοριών ήταν περίπου 180 ευρώ.

Το 97,2% των συμμετεχόντων που είχαν κάποιες φορές/συχνά δυσκολίες να καλύψουν τα ψώνια στο supermarket δεν μπόρεσαν να λάβουν το φάρμακο που χρειάζονταν τους τελευταίους 12 μήνες λόγω έλλειψης χρημάτων, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους συμμετέχοντες που είχαν πολύ σπάνια δυσκολίες ήταν 50% ( $p=0,004$ ).

Η αύξηση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος σχετίζονταν με αύξηση της γνώσης για τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας ( $r_s=0,19$ ,  $p=0,02$ ).

Η αύξηση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος σχετίζονταν με αύξηση της γνώσης για τα δικαιώματα στη χρήση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας ( $r_s=0,17$ ,  $p=0,02$ ).

Η αύξηση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος σχετίζονταν με μείωση της αντίληψης ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο ( $r_s=-0,35$ ,  $p<0,001$ ).

Η αύξηση του μηνιαίου οικογενειακού εισοδήματος δρα ανάλογα και στα ζητήματα γνώσης των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας και των δικαιωμάτων των

χρηστών σχετικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και αντιστρόφως ανάλογα σχετικά με το χαρακτηρισμό του κόστους των υπηρεσιών ως εμπόδιο για τη χρήση τους. Με άλλα λόγια, όσο πιο πλούσιοι είναι οι χρήστες, τόσο λιγότερο τους δυσκολεύει το κόστος των υπηρεσιών και τόσο καλύτερα ενημερωμένοι είναι σχετικά με τα δικαιώματά τους και τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

### 7.1. Συμπεράσματα – Συζήτηση

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η πρόσβαση των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων και των ανασφάλιστων στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα την εποχή της οικονομικής κρίσης. Οι ερευνώμενοι ήταν συνολικά 151 άτομα, από τους οποίους το 57% ήταν Έλληνες και οι υπόλοιποι αλλοδαποί, με μέση ηλικία τα 49,7 έτη. Το ποσοστό των ανασφάλιστων έφτανε το 41,1% ενώ οι άνεργοι ήταν 43,7%. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το κυριότερο πρόβλημα που αντιμετώπισαν οι ερευνώμενοι στην επαφή τους με το σύστημα υγείας προερχόταν σε πολύ μεγάλο βαθμό (88,7%) από το υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την οικονομική δυσχέρεια που αντιμετώπιζαν λόγω μείωσης των μισθών, των συντάξεων και των επιδομάτων. Άλλα προβλήματα που αποτέλεσαν εμπόδιο, ήταν οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες του συστήματος υγείας (94,1%), οι δυσκολίες στην επικοινωνία που ήταν κυρίως πρόβλημα που αντιμετώπισαν οι αλλοδαποί χρήστες, η απόσταση (63,3%) και η έλλειψη χρόνου (27,5%). Η άγνοια των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας που μπορούσαν να αξιοποιήσουν καθώς και των δικαιωμάτων τους απέναντι στο σύστημα υγείας, έφταναν σε ποσοστό 45% και 80,8% αντίστοιχα.

Αξίζει να σημειωθεί το μεγάλο ποσοστό των ερευνηθέντων που δεν μπόρεσαν να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας ενώ τις χρειάζονταν που φτάνει στο 72,2% και το εξίσου μεγάλο ποσοστό (72,2%) των ερευνηθέντων που ενώ χρειάστηκαν φάρμακα δεν μπόρεσαν να τα λάβουν. Και στις δυο περιπτώσεις ο βασικός λόγος αποχής, ήταν το υψηλό κόστος. Το γεγονός ότι οι χρήστες που ερευνήθηκαν ανέφεραν ως δομή υγείας με τη μεγαλύτερη δυσκολία χρήσης τα ιδιωτικά νοσοκομεία, για ακόμη μια φορά αποδεικνύει ότι το πρόβλημα που υποβόσκει είναι οικονομικής φύσεως.

Όσον αφορά τη μη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής που χρειάστηκαν λόγω του υψηλού κόστους των φαρμάκων, αυτό που εντοπίστηκε ως γενεσιουργός αιτία ήταν η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος των φαρμάκων. Οι συμπληρωμές των ασθενών επιβαρύνουν τον ήδη βεβαρημένο οικογενειακό προϋπολογισμό και τοποθετούν τα ζητήματα υγείας σε δεύτερη μοίρα, με προτεραιότητες τις βασικές ανάγκες του νοικοκυριού για διαβίωση, οι οποίες βάσει των απαντήσεων των ερευνώμενων καλύπτονται σε πολύ μεγάλο ποσοστό με δυσκολία. Συγκεκριμένα τα ποσοστά κυμαίνονται από 81,3% αναφορικά με τη δυσκολία για την αποπληρωμή δανείου μέχρι και 87,3% αναφορικά με την κάλυψη των τρεχόντων λογαριασμών.

Να αναφερθεί εδώ πως στις κατ' ιδίαν συζητήσεις της ερευνήτριας με τους ερευνώμενους κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, οι περισσότεροι έκαναν λόγο για τα χρήματα που τους ζητήθηκαν από τους επαγγελματίες υγείας – κυρίως τους γιατρούς – με σκοπό να τους εξετάσουν «καλύτερα» στα ιδιωτικά τους ιατρεία και στα τακτικά απογευματινά εξωτερικά ιατρεία με ραντεβού. Είναι ένα στοιχείο που δυστυχώς δεν αποτυπώθηκε στο ερωτηματολόγιο ώστε να μπορεί να μετρηθεί, αλλά η συχνότατη αναφορά του από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, δημιουργεί την αίσθηση ότι παρά τα μέτρα που λαμβάνονται για την καταπολέμηση του φαινομένου των άτυπων πληρωμών, εξακολουθεί να υφίσταται και μάλιστα αναγκάζει πολλούς ασθενείς να αμελούν το πρόβλημα υγείας τους και να απέχουν από τις απαραίτητες εξετάσεις, εξαιτίας των χρημάτων που τους ζητήθηκαν και δεν δύνανται να καταβάλλουν. Η απροθυμία των ασθενών να δώσουν «φακελάκι» στους γιατρούς, δεν συμβαίνει επειδή δεν θέλουν να πληρώσουν, αλλά επειδή τα οικονομικά τους λόγω της κρίσης έχουν περιοριστεί τόσο πολύ, που μόνο αν είναι ζήτημα ζωής ή θανάτου θα υποκύψουν σε τέτοιες δοσοληψίες.

Συνοψίζοντας τα συμπεράσματα της μελέτης, προκύπτουν τα εξής:

- Η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας εξαρτάται άμεσα από το ύψος της συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών υγείας που καλούνται να καταβάλουν
- Το μεγαλύτερο πρόβλημα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας το έχουν τα φτωχότερα οικονομικά στρώματα, οι άνεργοι, οι χρόνια



πάσχοντες, οι Ρομά, οι ψυχικά ασθενείς, τα ΑμεΑ, οι ηλικιωμένοι και οι ανασφάλιστοι

- Τα κυριότερα προβλήματα σε σχέση με την πρόσβαση στο σύστημα υγείας εκτός από το κόστος, είναι η πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας, οι άτυπες πληρωμές, οι μεγάλες λίστες αναμονής, η γεωγραφική πρόσβαση, η άγνοια των διαθέσιμων υπηρεσιών και των δικαιωμάτων των χρηστών και τα προβλήματα στην επικοινωνία

Σύμφωνα με τη μελέτη των Filippidis et al., το ποσοστό των ανθρώπων που ήθελαν ιατρική βοήθεια και δεν μπόρεσαν να τη λάβουν, έχει υπερδιπλασιαστεί από 10% το 2010 σε 21,9% το 2015. Το ποσοστό των ερευνώμενων που δήλωσαν ως κύρια αιτία το υψηλό κόστος των υπηρεσιών, ανήλθε από 3,4% σε 12,2% την ίδια περίοδο. Αντίστοιχα αυξήθηκε και το ποσοστό των ατόμων που δήλωσαν ότι αντιμετώπισαν προβλήματα πρόσβασης, από 2,8% σε 4,5%. Οι πληρωμές των ασθενών από την τσέπη τους για διάστημα ενός έτους (τους τελευταίους 12 μήνες), από 34,4% που ήταν το 2010, αυξήθηκαν σε 58,7% το 2015. Η εισαγωγή των συμπληρωμών στο ελληνικό σύστημα υγείας, μετέφερε ένα μέρος της υγειονομικής δαπάνης στους ασθενείς, δημιουργώντας περαιτέρω εμπόδια πρόσβασης στο σύστημα υγείας (Filippidis et al., 2017).

Η διεξαγωγή συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης της Simou και συν., έδειξε ότι οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία που συντελέστηκαν μετά το 2009, αύξησαν τον αριθμό των ατόμων που δεν μπορούσαν να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας με ως επί το πλείστον κύριους αποδέκτες αυτού του εμποδίου τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες. Οι υγειονομικές περικοπές, επέφεραν μεταξύ άλλων μείωση στο υγειονομικό προσωπικό και στους μισθούς του, περικοπές στις δομές υγείας και ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας, περικοπές στη συνταγογράφηση, στην οικονομική δυναμικότητα των νοικοκυριών εξαιτίας των άτυπων πληρωμών και αύξηση της ζήτησης για δημόσιες υπηρεσίες υγείας με ταυτόχρονη επιδείνωση της πρόσβασης και της παροχής υπηρεσιών υγείας (Simou et al., 2014).

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση του Ruiz για τους ανασφάλιστους Ισπανόφωνους στις Η.Π.Α., καταγράφει την πορεία τους στο αμερικάνικο σύστημα

υγείας, η οποία είναι πανομοιότυπη με τους μετανάστες στην Ελλάδα. Συναντούν δυσκολίες στην πρόσβαση και συνήθως η είσοδός τους στο σύστημα υγείας γίνεται μέσα από το τμήμα επειγόντων περιστατικών. Η διαδικασία αυτή ισχύει εκτός από τους Ισπανόφωνους μετανάστες και για άλλες εθνικές μειονότητες που ζουν στις Η.Π.Α. (Ruiz, 1993). Μια άλλη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Woodward et al., για την ίδια πληθυσμιακή ομάδα, εντόπισε ότι τα εμπόδια στην πρόσβασή τους, έχουν εκτός από οικονομικό και πολιτισμικό υπόβαθρο με κύρια δυσκολία αυτή της επικοινωνίας, και προτείνεται η κοινωνική ενσωμάτωσή τους για τη βελτίωση της πρόσβασής τους στις υπηρεσίες υγείας (Woodward et al., 1992).

Βάσει της διατομεακής μελέτης των Polyzou et al., η έλλειψη γνώσης των προγραμμάτων που μπορούσαν να παρέχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αποτελούσε ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα πρόσβασης που δήλωσαν οι 100 ερευνώμενοι – Έλληνες και μετανάστες – καθώς επίσης το 90% δεν γνώριζαν για τις νομοθετικές ρυθμίσεις που είχαν ψηφιστεί για την καθολική κάλυψη των ανασφάλιστων. Μεταξύ άλλων υψηλό ποσοστό δήλωσε ως εμπόδιο το υψηλό κόστος των υπηρεσιών καθώς και τις γραφειοκρατικές διαδικασίες του συστήματος υγείας (Polyzou et al., 2015).

Σύμφωνα με το άρθρο των De Belvis et al., στην Ιταλία, με αφορμή την οικονομική κρίση εφαρμόστηκαν πολιτικές περιστολής των δαπανών και εξαιτίας αυτού, αυξήθηκαν οι ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, επιδεινώθηκαν όλοι οι υγειονομικοί δείκτες και η ευημερία του πληθυσμού και οξύνθηκαν οι διαφοροποιήσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο περιορισμός των λιστών αναμονής, η βελτίωση της συνέχειας της φροντίδας και η ασθενοκεντρικότητα του συστήματος που αποτελούσαν στόχους της ιταλικής κυβέρνησης επηρεάστηκαν αρνητικά και οι επιπτώσεις ήταν εμφανέστερες κυρίως στις ευάλωτες ομάδες (De Belvis et al., 2012).

Στην Πορτογαλία, σύμφωνα με το άρθρο της Barros, υπήρχε για πάνω από μια δεκαετία συμμετοχή των ασθενών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, που με την έλευση της οικονομικής κρίσης τα τέλη χρήσης για τους πολίτες διπλασιάστηκαν, αλλά υπήρξε ταυτόχρονη πρόβλεψη για επέκταση του πληθυσμού που εξαιρέθηκε από τα τέλη χρήσης (Barros, 2012).

Σε ποιοτική μελέτη που διεξήχθη σε Αφρο-Αμερικάνους που ανήκαν σε διάφορες ευάλωτες ομάδες στις Η.Π.Α., εντοπίστηκαν 2 κατηγορίες εμποδίων πρόσβασης: α) ενδογενή εμπόδια: ιατρική δυσπιστία, φόβος, μοιρολατρία, έλλειψη της αντίληψης για την υγεία και έλλειψη της απαιτούμενης ιατρικής φροντίδας και β) εξωγενή εμπόδια: κλινική εμπειρία, κόστος/όφελος, πολιτισμικές και γλωσσικές διαφορές με τους παρόχους υγείας (Ravenell et al., 2008).

Σύμφωνα με τους Brenner et al., η αυξημένη ανεργία υποκρύπτει δομική και οικονομική ύφεση της κοινωνίας και σε ατομικό επίπεδο, ερμηνεύεται ως ένας παράγοντας δημιουργίας άγχους. Και στις δυο περιπτώσεις ο δείκτης της ανεργίας έχει αντίστροφη συσχέτιση με τους δείκτες υγείας (Brenner et al., 1983).

Οι Karamitri et al., χρησιμοποιώντας την τεχνική Delphi (συλλογή απόψεων ειδικών χωρίς απαραίτητα να υπάρχει προσωπική επικοινωνία μεταξύ τους) σε 36 επαγγελματίες υγείας και έχοντας ως δεδομένο ότι τα προβλήματα προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας επηρεάζουν αρνητικά, περισσότερο συγκεκριμένες ομάδες όπως είναι οι άνεργοι, οι φτωχοί, οι μετανάστες και οι μειονότητες, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η χρήση ιατρικών διερμηνέων και πολιτιστικών διαμεσολαβητών, η διαπολιτισμική εκπαίδευση καθώς και η ισχυρότερη διασύνδεση μεταξύ των δομών υγείας, μπορεί να μειώσει τα προβλήματα προσβασιμότητας. Όσον αφορά τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, θα μπορούσε να επιτευχθεί μέσα από την αναδιάρθρωση της Π.Φ.Υ. και την καλύτερη καταγραφή των δικαιούχων (Karamitri et al., 2013).

Σε έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου σε 157 μετανάστες από το Μεξικό και την Κεντρική Αμερική, εργάτες σε αγροτικές εργασίες στις Η.Π.Α., η περιγραφική ανάλυση κατέδειξε ότι τα βασικότερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, ήταν τα εξής: το κόστος σε ποσοστό 72%, οι εργασιακές απαιτήσεις 65%, η έλλειψη διερμηνέα 62,4%, και η απόσταση 56,1%. Οι ερωτηθέντες ήταν πρόθυμοι να διανύσουν την απόσταση για την παροχή υπηρεσιών υγείας και σε ποσοστό 52,2% δήλωσαν ότι είχαν τη δυνατότητα της μετακίνησης. Οι γυναίκες συγκριτικά με τους άντρες, είχαν μικρότερο βαθμό πρόσβασης στη μετακίνηση για υπηρεσίες υγείας. Να σημειωθεί ότι ως επί το πλείστον δεν διαθέτουν μόνιμη κατοικία, δεν έχουν

ασφαλιστική κάλυψη και συχνά έρχονται αντιμέτωποι με τραυματισμούς και επαγγελματικές ασθένειες (Schmalzried et al., 2012).

Σύμφωνα με ανασκόπηση που διεξήχθη σε χώρες φτωχές και μέσω των εισοδημάτων, η επιβολή συμμετοχής των ευάλωτων και των φτωχών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας, προκαλεί φτωχοποίηση, αποτελεί πρόβλημα στην πρόσβαση και ενισχύει τη μη τήρηση των μακροχρόνιων και ακριβών θεραπειών. Άλλα προβλήματα πρόσβασης πηγάζουν από την ελλιπή ενημέρωση, την ανεπαρκή ποιότητα και τις πολιτισμικές διαφορές. Η εξαίρεση της συμμετοχής των ευάλωτων στο κόστος, θα πρέπει να γίνει με τρόπο που να διασφαλίσει ότι δεν θα αντικατασταθεί από άτυπες πληρωμές (James et al., 2006).

Μια δειγματοληπτική έρευνα με 935 συμμετέχοντες από αστικές και αγροτικές περιοχές του Ριάντ στη Σαουδική Αραβία, διενεργήθηκε για τη διερεύνηση της προσβασιμότητας και της χρήσης της Π.Φ.Υ., με κινητήριο μοχλό προβληματισμού την αύξηση των χρόνιων παθήσεων, και δεδομένο το ότι η πρόσβαση των αγροτικών πληθυσμών στις υπηρεσίες υγείας είναι δυσκολότερη. Υπήρξε μεγάλη ποικιλομορφία ως προς τους αποτρεπτικούς παράγοντες χρήσης και πρόσβασης στην Π.Φ.Υ. Τα ευρήματα διαφοροποιούνταν ως προς το μηνιαίο εισόδημα, την απόσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την καθαριότητα των δομών, τις υπηρεσίες προαγωγής και πρόληψης της υγείας, τις ιατρικές έρευνες, την έγκαιρη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων και τις επιπλέον ώρες λειτουργίας των δομών. Αξιοσημείωτη είναι η δήλωση του πλήθους των ερευνώμενων για την ευκολία μετακίνησής τους μέσα στις δομές και για την ικανοποίησή τους σχετικά με την επικοινωνία και την αντιμετώπιση από τους γιατρούς (Alfaqeeh et al., 2017).

Η εμπειρική προσέγγιση που πραγματοποιήθηκε σχετικά με τα εμπόδια των χρονίως πασχόντων στην Ελλάδα σε περίοδο λιτότητας μέσα από διατομεακή μελέτη σε 1594 άτομα με διάφορες χρόνιες νόσους, κατέδειξε ότι το 63,5% αντιμετώπιζε πρόβλημα κόστους, το 58,5% αντιμετώπιζε πρόβλημα με τις μεγάλες λίστες αναμονής και το 25% των ασθενών αντιμετώπιζαν πρόβλημα γεωγραφικής πρόσβασης. Οικονομικά εμπόδια πιθανότερα αντιμετωπίζουν οι άνεργοι, οι χαμηλόμισθοι, οι χαμηλής μόρφωσης ασθενείς. Γεωγραφικά εμπόδια κυρίως οι γυναίκες, οι χαμηλόμισθοι και οι βαριά ασθενείς. Η πιθανότητα εμφάνισης των

λιστών αναμονής εντοπίζεται κυρίως στους άνεργους, τους υπαλλήλους και τους χαμηλόμισθους. Η ανεργία και η μείωση του εισοδήματος, αποτελούν τους βασικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες εμφάνισης των εμποδίων για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Kyriopoulos et al., 2014).

Μεταξύ της διατίας 2009-2010 στις Η.Π.Α., το 48,1% των ανέργων ηλικίας 18-64 ετών ήταν ασφαλισμένοι με δημόσια ασφάλιση, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των εργαζομένων που ήταν ασφαλισμένοι, ήταν 81,4%. Τα ευρήματα της έρευνας των Driscoll et al., έδειξαν ότι οι άνεργοι ενήλικες, είτε ασφαλισμένοι είτε ανασφάλιστοι, είχαν χειρότερη ψυχική και σωματική υγεία. Οι άνεργοι είχαν τις περισσότερες πιθανότητες να μη λάβουν υπηρεσίες υγείας και φάρμακα, λόγω του κόστους ενώ και οι ανασφάλιστοι ανεξαρτήτως της κατάστασης απασχόλησής τους, είχαν τις περισσότερες πιθανότητες να μην λάβουν ιατρική φροντίδα και φάρμακα σε σχέση με τους ασφαλισμένους (Driscoll et al., 2012).

Σύμφωνα με την ποιοτική μελέτη που διεξήχθη από την Papadaki et al., για τα εμπόδια που συναντούν οι μετανάστες στην Π.Φ.Υ στην Ελλάδα σε περίοδο λιτότητας, εντοπίστηκαν κυρίως τρεις δέσμες εμποδίων από την πλευρά των παρόχων και του συστήματος υγείας που σχετίζονται με: α) την έμφαση σε μείζονες προκλήσεις στην παροχή φροντίδας υγείας, β) την παρακολούθηση της φτωχοποίησης του γηγενή πληθυσμού και γ) τη χαμηλή αντίληψη σχετικά με τον έλεγχο και την αποτελεσματικότητα της στήριξης της μεταναστευτικής πολιτικής υγείας. Η διαπολιτισμική συμβουλευτική πρέπει να υιοθετηθεί άμεσα για να βελτιωθεί η επικοινωνία, εφόσον πλέον στην Ελλάδα υπάρχει μεγάλο ποσοστό μεταναστών (Papadaki et al., 2017).

Με μελέτη σε τυχαίο δείγμα σε όλη την Ελλάδα, ερευνήθηκαν 4738 άτομα σε 1616 νοικοκυριά. Άτομα που έλαβαν νοσοκομειακή φροντίδα δήλωσαν σε ποσοστό 36% ότι είχαν τουλάχιστον μια άτυπη πληρωμή με γιατρό. Από το ποσοστό αυτό, το 42% δικαιολόγησε αυτή την πράξη ως φόβο για υποδεέστερη παροχή φροντίδας σε περίπτωση που δεν πλήρωναν, και το 20% ότι πλήρωναν κατόπιν απαίτησης του γιατρού. Όσοι επιθυμούν να πάρουν προτεραιότητα στις λίστες αναμονής, έχουν πιθανότητα 72% να υποπέσουν σε άτυπες πληρωμές. Επίσης σε

περιπτώσεις χειρουργικών επεμβάσεων το ποσοστό των πιθανών παραπληρωμών φτάνει το 137% (Liaropoulos et al., 2008).

Όλες οι μελέτες που παρατέθηκαν, επιλέχθηκαν λόγω της συνάφειάς τους με το ερευνώμενο θέμα της συγκεκριμένης εργασίας και καταλήγουν σε ορισμένα κοινά συμπεράσματα, που εντοπίζονται κυρίως στα ζητήματα πρόσβασης που αντιμετωπίζουν οι ευάλωτοι κυρίως πληθυσμοί, είτε πρόκειται για μετανάστες, είτε για χαμηλόμισθους, είτε για χρόνια πάσχοντες, είτε για άνεργους και ανασφάλιστους. Τα προβλήματα πρόσβασης προέρχονταν κατά κύριο λόγο από την οικονομική δυσχέρεια των χρηστών για συμμετοχή στο υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας, είτε μέσω των συμπληρωμών που λόγω της οικονομικής κρίσης αυξήθηκαν, είτε μέσω των άτυπων πληρωμών. Γενικευμένο ήταν επίσης το φαινόμενο των λιστών αναμονής, της άγνοιας των χρηστών σχετικά με τα δικαιώματά τους, της ελλιπούς πληροφόρησης σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, και όσον αφορά τους αλλοδαπούς, το πρόβλημα της επικοινωνίας αποτελούσε πρωταρχικό εμπόδιο στην επαφή τους με το σύστημα υγείας. Η γεωγραφική πρόσβαση ήταν ένα ακόμα εμπόδιο που αναφέρθηκε στις μελέτες. Τέλος, η επιδείνωση τόσο της ψυχικής όσο και της σωματικής υγείας εξαιτίας της αδυναμίας πρόσβασης σε δομές υγείας και λήψης της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, ήταν εμφανής σε όλες τις ανωτέρω έρευνες.

## 7.2. Προτάσεις

Κατά καιρούς έχουν γίνει αξιόλογες προτάσεις με στόχο τη βελτίωση του συστήματος υγείας και μεταρρυθμίσεις που θα οδηγούσαν σε εξάλειψη των προβλημάτων που αυτό αντιμετωπίζει. Η απουσία πολιτικής βούλησης ωστόσο για την προώθηση αυτών των μεταρρυθμίσεων, σε συνδυασμό με τις τακτικές αλλαγές στο πολιτικό σκηνικό και τις μνημονιακές επιταγές, καθιστούν εξαιρετικά ρευστή την πολιτική υγείας της χώρας και οδηγούν σε μέτρα που λαμβάνονται αποσπασματικά και χωρίς προσαρμογή στα δεδομένα της εποχής. Οι άξονες προτεραιότητας που οφείλει να κινηθεί η Ελλάδα σε σχέση με το σύστημα υγείας, είναι οι εξής:

- Αναδιάρθρωση της Π.Φ.Υ. με την εισαγωγή κλινικών πρωτοκόλλων, την ενδυνάμωση του ρόλου του οικογενειακού ιατρού και την εισαγωγή ηλεκτρονικών πληροφοριακών συστημάτων στην υγεία με διασύνδεση μεταξύ των υπηρεσιών υγείας, την αναβάθμιση των Κέντρων Υγείας και τον έλεγχο των μετακινήσεων των ασθενών στο σύστημα υγείας,
- Αλλαγή του συστήματος πληρωμών των παρόχων των υπηρεσιών υγείας μέσα από τον εξορθολογισμό της χρηματοδότησης των νοσοκομείων και του σωστότερου ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης, με την εφαρμογή ενός συστήματος προοπτικών πληρωμών,
- Εξεύρεση νέων πηγών χρηματοδότησης και στροφή τόσο προς τον ιδιωτικό τομέα όσο και στις συμπράξεις μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα,
- Εισαγωγή νέων μεθόδων διαχείρισης και διοίκησης του συστήματος και των υπηρεσιών υγείας, αποκέντρωση και περιφερειακή οργάνωση του συστήματος υγείας,
- Βελτίωση της κατανομής των πόρων στην υγεία και διεύρυνση της ασφαλιστικής κάλυψης των πολιτών με στόχο την εξάλειψη των ανισοτήτων και του αποκλεισμού, και τη διασφάλιση της πρόσβασης σε ολόκληρο τον πληθυσμό,
- Υιοθέτηση μεθόδων παρακολούθησης του κόστους και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας, (Economou, 2010, Οικονόμου, 2012).

Υπάρχουν πολλά δομικά ζητήματα που πρέπει να διευθετηθούν σε σχέση με το σύστημα υγείας και αφορούν ανεπάρκειες στη διανομή, τη χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Κρίνεται αναγκαία η εξεύρεση ενός νέου μοντέλου για τη διασφάλιση της καθολικότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, και η προσαρμογή του σε μια ασθενοκεντρική προσέγγιση (Οικονόμου, 2012).

Το κράτος οφείλει να ορίσει σαν προτεραιότητα τη διασφάλιση της υγείας και της πρόσβασης σε αυτή, για όλους τους πολίτες του, έτσι ώστε να αποτραπεί η υπονόμηση της υγείας λόγω της υφιστάμενης οικονομικής κρίσης. Η διατήρηση της καλής υγείας των πολιτών πρέπει να αποτελέσει επένδυση καθώς η πρωταρχική πηγή πλούτου της χώρας, είναι οι πολίτες (Kentikelenis et al., 2011).

Η χάραξη της πολιτικής υγείας πρέπει να είναι πάντα σύμφωνη με το φάσμα των ηθικών αξιών, των κοινωνικών δικαιωμάτων των ασθενών και των πραγματικών αναγκών τους (Ifanti et al., 2013).

Θα πρέπει να δοθεί βαρύτητα στη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων και την πολυνοσηρότητα, ως ένας καθοριστικός παράγοντας για τη βιωσιμότητα τόσο των ασφαλιστικών φορέων όσο και των υπηρεσιών υγείας. Επίσης θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην ενίσχυση της Π.Φ.Υ. ως δικλείδα ασφαλείας για τον έλεγχο της ροής ασθενών στα νοσοκομεία και να υπάρξει σοβαρός σχεδιασμός σε ζητήματα πρόληψης και προαγωγής υγείας, με εκστρατείες ενημέρωσης, εμβολιασμούς και προληπτικές εξετάσεις.

Το πρόβλημα της Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα, είναι ότι εστιάζει περισσότερο στην ιατρική φροντίδα και αγνοεί την προαγωγή της υγείας. Για να λειτουργήσει σωστά και να τελεσφορήσει ένα σύστημα Π.Φ.Υ. που κρίνεται εξαιρετικά αναγκαίο, θα πρέπει να βασίζεται στη διεπιστημονική συνεργασία των υπηρεσιών υγείας. Η διαλειτουργικότητα μεταξύ των υπηρεσιών υγείας θα συνεισφέρει στη μεγιστοποίηση της συνεργασίας και εξοικονόμησης χρόνου, ανθρώπινου δυναμικού και οικονομικών πόρων.

Πρέπει να διασφαλιστεί η εύκολη πρόσβαση όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας, χωρίς να γίνουν εκπτώσεις στην ποιότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας. Το σύστημα υγείας μεταξύ άλλων οφείλει να μην κάνει διακρίσεις, να λειτουργεί με διαφάνεια και να λογοδοτεί, να καταπολεμήσει το έντονο φαινόμενο διαφθοράς τόσο σε επίπεδο άτυπων πληρωμών όσο και σε επίπεδο προμηθειών, να είναι φιλικό προς τους χρήστες – ασθενείς αλλά και ως προς τους παρόχους – επαγγελματίες υγείας, να προσπαθήσει να καταπολεμήσει τις μεγάλες λίστες



αναμονής των ασθενών, να ακολουθεί τα παραδείγματα καλών πρακτικών άλλων χωρών και να υιοθετεί νέες μεθόδους (Οικονόμου, 2012).

Μέσα από τη συμπληρωματικότητα των υπηρεσιών και την εφαρμογή ελεγχόμενου ανταγωνισμού μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα θα μπορέσει το ελληνικό σύστημα υγείας να επιτύχει τη βιωσιμότητά του και να περιορίσει τις ανισότητες που το χαρακτηρίζουν.

Πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα και το ζήτημα της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού καθώς αποτελεί κύρια αιτία μη ικανοποίησης των ασθενών από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και το αναφέρουν συχνά στην επαφή τους με το σύστημα ως παράγοντα πρόκλησης απογοήτευσης. Η ανισορροπία μεταξύ του μεγάλου αριθμού γιατρών και του μικρού αριθμού νοσηλευτών, πρέπει να ισοσταθμιστεί ανάλογα με τις πραγματικές ανάγκες του συστήματος και των χρηστών.

Για την οικονομική βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας, θα πρέπει να ρυθμιστεί η προσφορά μέσω του καθορισμού ενός σταθερού προϋπολογισμού ή κλειστών κονδυλίων για τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας και η ζήτηση μέσω αύξησης των εισφορών και μεγαλύτερης κάλυψης της δαπάνης από τους χρήστες. Το θέμα είναι ότι η γενικότερη οικονομική κατάσταση των νοικοκυριών δεν αφήνει πλέον πολλά περιθώρια για αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών και επομένως πρέπει να βρεθεί εναλλακτικό σχέδιο σχετικά με τη ρύθμιση της ζήτησης. Δυστυχώς η προσπάθεια εφαρμογής της πολιτικής «επιμερισμού του κόστους στον ασθενή» (patient cost-sharing strategy) δεν δύναται να εφαρμοστεί επιτυχώς, κυρίως εξαιτίας των υπέρογκων περικοπών στις δαπάνες για την υγεία.

Μια προσπάθεια να ελεγχθεί το κόστος της περίθαλψης, θα μπορούσε να είναι η δημιουργία και αξιοποίηση κινήτρων προς τον ασθενή, έτσι ώστε να αποφεύγεται η αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας. Θα μπορούσαν να γίνουν ομαδικές ασφαλίσσεις για τις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες μέσα από επιδότηση ασφαλιστρού για τους ανασφάλιστους, την ταξινόμηση των ανασφάλιστων ανά κατηγορίες με κριτήρια όπως η ηλικία και η γεωγραφική περιοχή.

Οι στόχοι του επιμερισμού του κόστους είναι να ενισχυθεί η χρήση των αποδοτικότερων από οικονομικής άποψης υπηρεσιών υγείας, να διασφαλιστεί ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και να χρηματοδοτηθεί η περίθαλψη. Ο αντίκτυπος που έχει ο επιμερισμός του κόστους, πλήττει κυρίως τα χαμηλά οικονομικά στρώματα και είναι καθοριστικός για αυτά.

Μεταξύ των προτάσεων για βελτίωση της υγειονομικής κατάστασης θα μπορούσε να καταταχθεί και η ανάγκη για αναθεώρηση των στρατηγικών management με την εισαγωγή κινήτρων – αντικινήτρων με στόχο την εξάλειψη των στρεβλώσεων σε επίπεδο ανισότητας, ποιότητας υπηρεσιών υγείας και πρόσβασης των ασθενών σε αυτές.

Προτείνεται να εφαρμοστούν εναλλακτικές μορφές περίθαλψης, που κρίνονται απαραίτητες εξαιτίας της δομικής κρίσης των παραδοσιακών συστημάτων υγείας, σε επίπεδο χρηματοδότησης, αποτελεσματικότητας, οργάνωσης και χρηματοδότησης. Οι εναλλακτικές μορφές για την εξοικονόμηση πόρων και τη βελτίωση του ζητήματος της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, περιλαμβάνουν τη νοσηλεία στο σπίτι, το νοσοκομείο ημέρας και τη μετανοσοκομειακή φροντίδα. Ο προσανατολισμός των ασθενών μέσω ενός συστήματος παραπομπών με βασικό και πρωταρχικό πυλώνα τον οικογενειακό γιατρό, θα συντελέσει στην αποφυγή άσκοπων επισκέψεων των ασθενών σε νοσοκομεία, στην εξοικονόμηση πόρων από αχρείαστες εισαγωγές και εξετάσεις, θα διασφαλίσει την ισότητα στην πρόσβαση, θα ελαφρύνει τους ασθενείς από ενδεχόμενα κόστη και θα κάνει το σύστημα υγείας πιο ευέλικτο και αποδοτικό (Θεοδώρου και συν., 1997).

Στο φαρμακευτικό τομέα η ανάδειξη των πλεονεκτημάτων των γενόσημων έναντι των πρωτότυπων φαρμάκων και η διαβεβαίωση ότι πρόκειται για εξίσου ασφαλή φάρμακα, θα βοηθούσε στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης, στην εξοικονόμηση πόρων και στην ελάφρυνση του οικονομικού βάρους των ασθενών από τις συμπληρωμές.

Η επένδυση στην ηλεκτρονική διακυβέρνηση και τις εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας αποτελεί διέξοδο για την επίτευξη βιωσιμότητας του

συστήματος υγείας. Όπως αποδείχτηκε, το παράδειγμα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης συνετέλεσε στην καταπολέμηση του φαινομένου της πολυφαρμακίας και οδήγησε σε μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης. Η δημιουργία της Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Η.Δ.Ι.Κ.Α.) δημιούργησε μια σειρά εφαρμογών με πιο επιτυχημένη μέχρι στιγμής την ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Η υιοθέτηση εφαρμογών ηλεκτρονικής υγείας, προϋποθέτει εκπαίδευση και κατάρτιση όλων των εμπλεκόμενων φορέων στην υγεία και ένα εκσυγχρονισμένο τεχνολογικό περιβάλλον στις δομές.

Στο σοβαρό ζήτημα των μεταναστών, για την εξάλειψη του φαινομένου του αποκλεισμού των μεταναστών από τις υπηρεσίες υγείας ακόμα και αν δικαιούνται νόμιμα και επίσημα αυτήν την παροχή, θα πρέπει να υπάρξει ενημέρωση και εξοικείωση των επαγγελματιών υγείας σε ζητήματα εθνικής και πολιτισμικής ταυτότητας και στερεοτύπων των μεταναστευτικών πληθυσμών (Μανομενίδης, 2009). Η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για την καταπολέμηση φαινομένων ρατσισμού, ξενοφοβίας και κοινωνικού αποκλεισμού, θα αποτελούσε μια σημαντική πρόοδο στη διευκόλυνση της πρόσβασής τους στις υπηρεσίες υγείας (Γιαννακοπούλου και συν., 2008).

Θα πρέπει να ενθαρρυνθούν οι μετανάστες να συμμετέχουν πιο ενεργά στις υπηρεσίες Π.Φ.Υ., οι επαγγελματίες υγείας από την πλευρά τους θα πρέπει να εφαρμόζουν τις αρχές της Διαπολιτισμικής Φροντίδας, να υλοποιούν εξετάσεις και προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας σχεδιασμένα ειδικά για τους μετανάστες (Ρούπα και συν., 2014). Η παροχή Π.Φ.Υ. στους μετανάστες διασφαλίζει την κοινωνική ενσωμάτωσή τους και την κοινωνική συνοχή της χώρας υποδοχής. Η δημιουργία ομάδων αυτοβοήθειας μεταξύ των μεταναστών σε επίπεδο οικογένειας ή φυλής, συνεισφέρει στην αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας (Τερζούδης και συν., 2017). Η έλλειψη επιδημιολογικών δεδομένων των μεταναστών δυσχεραίνει τη μελέτη και την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας (Αθανασοπούλου και συν., 2013).

Η ύπαρξη ευάλωτων πληθυσμών και η ανάγκη στήριξής τους σε μια διαρκώς μεταβαλλόμενη κοινωνία με πολλούς παράγοντες κινδύνου να ελλοχεύουν, πρέπει να αποτελέσει προτεραιότητα του κράτους για τη δημιουργία δυνατών θεμελίων που θα

συνεισφέρουν στην ενδυνάμωση του κοινωνικού κεφαλαίου και στην εξεύρεση τρόπων για διασφάλιση της βιωσιμότητας του συστήματος υγείας και της κοινωνίας γενικότερα, με απώτερο στόχο τη μακρινή αλλά όχι απίθανη και όσο το δυνατόν αναίμακτη έξοδο από την κρίση. Η άρση των εμποδίων για την πρόσβαση όλων των πολιτών στο σύστημα υγείας και η μετατροπή της οικονομικής δυσχέρειας της χώρας σε ευκαιρία για ριζικές μεταρρυθμίσεις με γνώμονα την υγεία του πληθυσμού, αποτελούν επιτακτική ανάγκη που πρέπει άμεσα να υλοποιηθεί προκειμένου να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα του συστήματος υγείας και πολύ περισσότερο η εύθραυστη υγεία του πληθυσμού.



Παράρτημα 1

Το ερωτηματολόγιο της μελέτης



## ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ: «ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

**Πρόσβαση των ευάλωτων κοινωνικά ομάδων και των**

**ανασφάλιστων πολιτών στις Υπηρεσίες Υγείας**

Η παρούσα μελέτη αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και πρόκειται να διεξαχθεί μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη και δεν ζητούνται προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Είναι σαφές ότι δεν πρόκειται να δημοσιοποιηθούν προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων και επιπλέον κανείς δεν γνωρίζει τους συμμετέχοντες. Παρακαλούμε, σημειώστε με  τις απαντήσεις σας.

*Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή και το χρόνο σας!*

Τόπος συλλογής: .....  
Ημερομηνία: .....

1. Ποιο είναι το φύλο σας;  
Ανδρας  Γυναίκα

2. Πότε γεννηθήκατε;.....

3. Ποια η υπηκοότητά σας;.....

4. Έχετε βιβλιάριο υγείας;  
Ναι  Όχι

Αν ναι, τι βιβλιάριο έχετε;

Βιβλιάριο μέσω ΟΑΕΔ (ΙΚΑ)

Βιβλιάριο απορίας

Κουπόνια Υγείας (Health Voucher)

5. Γνωρίζετε τα προγράμματα που υπάρχουν σήμερα για την ασφάλιση των ανασφάλιστων και προσφέρονται μέσω:

(α) ΟΑΕΔ

Ναι  Όχι

(β) Βιβλιάριο απορίας

Ναι  Όχι

**(γ) Πρόγραμμα Health voucher**

Ναι  Όχι

**6. Έχετε εξαρτημένα μέλη στην οικογένειά σας;**

Ναι  Όχι

Αν ναι, πόσα;.....

Έχουν ασφάλιση υγείας;

Ναι  Όχι

**7. Τη στιγμή αυτή εργάζεστε;**

Ναι  Όχι

**8. Ποια είναι η εργασία σας; .....**

**9. Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα της οικογένειάς σας;.....ευρώ**



**10. Τους τελευταίους 6 μήνες, πόσο συχνά θα λέγατε ότι αντιμετωπίζετε δυσκολία να καλύψετε κάθε μια από τις παρακάτω ανάγκες στο νοικοκυριό σας;**

	Συχνά	Κάποιες φορές	Πολύ σπάνια- σχεδόν ποτέ	Δεν γνωρίζω/ δεν απαντώ
Τους τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα κ.ά.)				
Τη δόση κάποιου δανείου				
Το ενοίκιο της κατοικίας				
Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης				
Τα ψώνια στο Supermarket				

**11. Πάσχετε από τα παρακάτω νοσήματα;**

- Υπέρταση.....
- Ασθμα.....
- Διαβήτης.....
- Καρδιαγγειακή νόσος.....
- Καρκίνος.....
- Νοσήματα του πεπτικού συστήματος.....
- Ψυχιατρικό νόσημα.....
- Άλλο (προσδιορίστε).....

**12. Λαμβάνετε φάρμακο(α) για χρόνια νόσημα;**

Ναι  Όχι

**13. Υπήρξαν περιπτώσεις στις οποίες δεν λάβατε το φάρμακο σας, επειδή δεν μπορούσατε να το αγοράσετε;**

Ναι  Όχι

**14. Νοσήσατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;**

Ναι  Όχι

**Εάν ναι, τι ασθένεια είχατε;.....**

**Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε την ασθένεια αυτή;**

Επισκέφθηκα ιδιώτη ιατρό.....

Επισκέφθηκα το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου .....

Επισκέφθηκα Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο ή Κέντρο Υγείας .....

Επισκέφθηκα δημοτικό ιατρείο.....

Νοσηλεύθηκα σε Δημόσιο Νοσοκομείο/ Ιδιωτική Κλινική.....

Συμβουλευθήκα φαρμακοποιό.....

Συμβουλευθήκα το φιλικό μου περιβάλλον.....

Συμβουλευθήκα το οικογενειακό μου περιβάλλον.....

Δεν έκανα τίποτα/περίμενα να περάσει μόνο του.....

Άλλο (προσδιορίστε) .....

**15. Σας παρασχέθηκαν Υπηρεσίες Υγείας;**

Ναι  Όχι

Αν ναι, σε τι βαθμό αντιμετωπίσατε δυσκολίες;

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)					
Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο/Κέντρο Υγείας					
Δημοτικό Ιατρείο					
Μη Κυβερνητική Οργάνωση					
Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο					
Νοσηλεία σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο					

**16. Σας ζητήθηκε να πληρώσετε;**

	Όχι	Ναι	Τι ποσό ακριβώς;
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)			
Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο/Κέντρο Υγείας			
Δημοτικό ιατρείο			
Μη Κυβερνητική Οργάνωση			
Νοσηλεία σε Δημόσιο Νοσοκομείο			
Νοσηλεία σε Ιδιωτικό Νοσοκομείο			

**17. Αντιμετωπίσατε προβλήματα στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας;**

Ναι  Όχι

Αν ναι, σε τι βαθμό αντιμετωπίσατε δυσκολίες;

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
Δυσκολίες στην επικοινωνία					
Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες					
Δεν μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό					
Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου					
Μεγάλο κόστος					
Άλλο (προσδιορίστε)					

**18. Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπορέσατε;**

Ναι  Όχι

Αν ναι, λόγω:

Δεν ήξερα που να πάω.....

Το υψηλό κόστος.....

Έλλειψη χρόνου.....

Απόστασης.....

Άλλο (προσδιορίστε).....

**19. Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση, στην οποία χρειαστήκατε φάρμακα, αλλά δεν μπορέσατε να τα λάβετε;**

Ναι  Όχι

**20. Ποιοι ήταν οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσατε να λάβετε το φάρμακο που χρειαζόσαστε;**

Δεν υπήρχε διαθέσιμο στο Κοινωνικό Φαρμακείο ή στη ΜΚΟ.....

Θεώρησα πως τα φάρμακα δεν ήταν απαραίτητα.....

Δεν είχα τα χρήματα.....

Άλλο (προσδιορίστε) .....

**21. Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Στις παρακάτω ερωτήσεις, σημειώστε με X την απάντηση που σας εκφράζει καλύτερα.**

	<b>Καθόλου</b>	<b>Λίγο</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Αρκετά</b>	<b>Πολύ</b>
Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;					
Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;					
Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;					
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;					

***Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας!***

## Παράρτημα 2

### Συντομογραφίες

ΑμεΑ: Άτομα με Αναπηρία

Ι.Μ.Ε. - Γ.Σ.Ε.Β.Ε.Ε. : Ινστιτούτο Μικρών Επιχειρήσεων - Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών Βιοτεχνών Εμπόρων Ελλάδος

Δ.Ν.Τ. : Διεθνές Νομισματικό Ταμείο

Δ.Υ.Π.Ε.: Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας

Ε.Ε.: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΛ.ΣΤΑΤ.: Ελληνική Στατιστική Αρχή

Ε.Ο.Π.Υ.Υ.: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Ε.Σ.Δ.Α.: Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου

Ε.Σ.Π.Α.: Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς

Η.Δ.Ι.Κ.Α.: Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Ι.Ο.Β.Ε.: Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών

Ο.Α.Ε.Ε.: Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών

Ο.Ο.Σ.Α.: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

Π.Ε.Δ.Υ. : Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας

Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Σ.Δ.Ι.Τ.: Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα

Σ.Λ.Υ. : Σύστημα Λογαριασμών Υγείας

Σ.Υ.Π.Ζ. : Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

ΤΟ.Μ.Υ.: Τοπικές Μονάδες Υγείας

Πε.ΣΥ.Π. : Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας

Πε.Σ.Υ. : Περιφερειακό Σύστημα Υγείας

Π.Φ.Υ.: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

## Βιβλιογραφία

### Ξενόγλωσση

- Alfaqeeh G., Cook E.J., Randhawa G., Ali N., (2017), «*Access and utilisation of primary health care services comparing urban and rural areas of Riyadh Providence, Kingdom of Saudi Arabia*», BMC Health Serv Res, 2;17(1):106. Διαθέσιμο στο: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-1983-z>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 17/04/2017.
- Barros P.P. (2012), «*Health policy reform in tough times: The case of Portugal*», Health Policy, 106(1):17-22. Διαθέσιμο στο: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84861235411&origin=inward&txGid=D775B916347CAFFC2CBEF5AC15FDEC65.wsnAw8kcdt7IPYLO0V48gA%3a13>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 23/11/2016.
- Brenner M.H., Mooney A., (1983), «*Unemployment and health in the context of economic change*», Social Science & Medicine, 17(16):1125-1138, ISSN 0277-9536. Διαθέσιμο στο: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0277953683900059>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 21/02/2016.
- Brenner M.H., (1987), «*Economic change, alcohol consumption and heart disease mortality in nine industrialized countries*», Social Science and Medicine, 25:119-132.
- Chauvin P., Simonnot N., (2013), «*Access to healthcare of excluded people in 14 cities of 7 European countries. Final report on social and medical data collected in 2012*», Médecins du Monde/Doctors of the World International Network, Paris.
- Cuadra C. B., (2010), «*Policies on health care for undocumented migrants in EU27. Country Report: Greece. Work package 4, Policy Compilation and EU Landscape*». Deliverable No.6, MIM/Health and Society, Malmö University, Sweden.
- De Belvis A.G., Ferrè F., Specchia M.L., Valerio L., Fattore, G., Ricciardi, W., (2012), «*The financial crisis in Italy: Implications for the healthcare sector*», Health Policy, 106(1):10-16. Διαθέσιμο στο: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84861234168&origin=inward&txGid=D775B916347CAFFC2CBEF5AC15FDEC65.wsnAw8kcdt7IPYLO0V48gA%3a1>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 19/02/2016.
- Driscoll AK, Bernstein AB., (2012), «*Health and access to care among employed and unemployed adults: United States, 2009–2010*», NCHS data brief, no 83. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. Διαθέσιμο στο: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db83.htm>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 29/08/2016.

- Dubois H., Anderson R., Eurofound (2013), «*Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*», Publications Office of the European Union, Dublin.
- Dubois H., Molinuevo D., Eurofound (2014), «*Access to healthcare in times of crisis*», Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Economou C., (2010), «*Greece: Health system review. Health Systems in Transition*», 12(7): 1-180.
- Economou C., Kaitelidou D., Katsikas D., Siskou O., Zafiropoulou M., (2014a), «*Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population*», Social Cohesion and Development 9(2):99-115.
- Economou C., Kaitelidou D., Kentikelenis A., Sissouras A., Maresso A., (2014b), «*The impact of the financial crisis on health and the health system in Greece*», in: Thomson S., Jowett M., Evetovitis T., Mladovsky P., Maresso A., Figueras J., (eds.), «*The impact of the financial crisis on health and health systems in Europe*», Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies (in press).
- Economou C., (2015), «*Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*», WHO.
- Economou M., Madianos M., Peppou L.E., Patelakis A., Stefanis C.N., (2013), «*Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece*», Journal of Affective Disorders, 145(3):308-314. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22939388>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 12/10/2016.
- European Commission, (2012), «*eHealth Action Plan 2012-2020 - Innovative healthcare for the 21st century*». Διαθέσιμο στο <https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/innovative-healthcare-21st-century>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 30/08/2016.
- European Commission, (2017), «*Public Health: The third Health Programme 2014-2020, Funding Health Initiatives*». Διαθέσιμο στο: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/programme/docs/factsheet\\_healthprogramme2014\\_2020\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/programme/docs/factsheet_healthprogramme2014_2020_en.pdf), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 13/02/2017.
- Eurostat Database, (2014). Διαθέσιμο στο: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>. Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 27/02/2015.
- Fall F., Pisu M., Parelissen J.K, Bloch D., (2014), "Vulnerability of Social Institutions: Lessons from the Recent Crisis and Historical Episodes", OECD Economics Department Working Papers, No. 1130, OECD Publishing, Paris. Διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.1787/5jz1592t3646-en>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 14/02/2017.
- Filippidis, F. T., Gerovasili V., Millett C., Tountas Y., (2017), «*Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece*». *Sci. Rep.* 7, 46423. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28393903>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 29/04/2017.



- Galanis P., Prezerakos P., Kouli E., et al., (2012d), «*Knowledge and use of health services in rural districts by Roma people*», *Nursing Care and Research* 33:17-21.
- Galanis P., Sourtzi P., Bellali T., Theodorou M., Karamitri I., Siskou O., Charalambous G., Kaitelidou D., (2013b), «*Public health services knowledge and utilization among immigrants in Greece: a cross-sectional study*», *BMC Health Services Research* 13:350.
- Ifanti, A., Argyrioy A., Kalofonou F., Kalofonos H., (2013), «*Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care*», *Health Policy* , 113(1):8–12. Διαθέσιμο στο: [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(13\)00154-1/fulltext](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(13)00154-1/fulltext), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 06/04/2016.
- James C.D., Hanson K., McPake B., Balabanova D., Gwatkin D., Hopwood I., Kirunga C., Knippenberg R., Meessen B., Morris S.S, Preker A., Souteyrand Y., Tibouti A., Villeneuve P., Xu K., (2006), «*To retain or remove user fees?: reflections on the current debate in low- and middle-income countries*», *Appl Health Econ Health Policy*, 5(3):137–153. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17132029>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 10/05/2016.
- Kaitelidou D., Tsirona Ch., Galanis P., Siskou O., Mladovsky P., Kouli E., Prezerakos P., Theodorou M., Sourtzi P., Liaropoulos L., (2013), «*Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece*», *Health Policy* 109:23– 30. Διαθέσιμο στο: [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(12\)00293-X/pdf](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(12)00293-X/pdf), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 25/11/2015.
- Karamitri I., Bellali T., Galanis P., Kaitelidou D., (2013), «*The accessibility of vulnerable groups to health services in Greece: a Delphi study on the perceptions of health professionals*», *Int J Health Plann Manage*, 28(1): 35–47. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22674840>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 14/03/2016.
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolas I., Basu S., McKee M., Stuckler D., (2011), «*Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy*», *The Lancet*, 378(9801):1457-1458. Διαθέσιμο στο: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61556-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61556-0/fulltext), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 8/9/2015.
- Kentikelenis A., Karanikolos M., Reeves A., McKee M., Stuckler D. (2014) «*Greece's health crisis: From austerity to denialism*», *The Lancet*, 383 (9918):748-753. Διαθέσιμο στο: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62291-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62291-6/fulltext), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 11/9/2015.
- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., Benos, A. (2013), «*Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case*», *American Journal of Public Health*, 103(6):973–979. Διαθέσιμο στο:

<http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2012.301126>,

Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 09/12/2016.

- Kyriopoulos, I.I., Zavras, D., Skroumpelos, A., Mylona, K., Athanasakis, K., & Kyriopoulos, J. (2014). «*Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece*», International Journal for Equity in Health, 13:54. Διαθέσιμο στο: <http://doi.org/10.1186/1475-9276-13-54>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 22/6/2016.
- Liaropoulos L., Siskou O., Kaitelidou D., Theodorou M., Katostaras T., (2008), “*Informal payments in public hospitals in Greece*”, Health Policy 87:72–81. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18249459>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 05/06/2015.
- Morgan D, Astolfi R (2013), «*Health spending growth at zero: which countries, which sectors are most affected?*», Organisation for Co-operation and Development (OECD Working Paper N60), Paris.
- OECD, (2015), «*Health at a Glance 2015: OECD Indicators*», OECD Publishing, Paris. Διαθέσιμο στο: [http://dx.doi.org/10.1787/health\\_glance-2015-en](http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-en), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 08/09/2016.
- OECD, (2016), «*Health Policy Overview: Health Policy in Greece*», Διαθέσιμο στο: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Policy-in-Greece-January-2016.pdf>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 19/04/2017.
- Papadaki M., Lionis C., Saridaki A., Dowrick C., de Brun T., de Brun O’ R., O’ Donnell C.A., van Weel – Baumgarten E., van de Muijsenbergh M., Spiegel W., Macfarlane A., (2017), «*Exploring barriers to primary care for migrants in Greece in times of austerity: Perspectives of service providers*», Eur J Gen Pract., 23(1):128-134. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28388310>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 10/05/2017
- Polyzou P., Kaitelidou D., Galanis P., Siskou O., Kalogeropoulou M., Konstantakopoulou O., (2015), «*Investigating the Accessibility of Uninsured Population to Health Services in Greece*», Value Health, 18(7):A526-7. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26532952>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 25/03/2016.
- Ravenell J.E., Whitaker E.E., Johnson W.E. Jr., (2008), «*According to Him: Barriers to Healthcare among African-American Men*», Journal of the National Medical Association, 100(10):1153-1160. Διαθέσιμο στο: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0027968415314796>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 09/09/2016.
- Ruiz P., (1993), «*Access to health care for uninsured Hispanics: policy recommendations*», Hospital and Community Psychiatry, 44(10):958-62. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8225276>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 10/07/2015.
- Schmalzried H.D., Fallon L.F. Jr., (2012), «*Reducing barriers associated with delivering health care services to migratory agricultural workers*», Rural Remote Health, 12:2088. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22827833>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 30/09/2016.

- Simou E., Koutsogeorgou E., (2014), «*Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review*», Health Policy , Volume 115 , Issue 2 , 111 – 119. Διαθέσιμο στο: [http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(14\)00047-5/fulltext](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(14)00047-5/fulltext), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 15/03/2016.
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., McKee M., (2009), «*The health implications of financial crisis: A review of the evidence*», Ulster Medical Journal 78, 3: 142-145. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2773609/>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 16/04/2016.
- UNICEF, (2017), «*Η Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού*». Διαθέσιμο στο: <https://www.unicef.gr/%CE%B5%CE%BA%CF%80%CE%B1%CE%AF%CE%B4%CE%B5%CF%85%CF%83%CE%B7-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%83%CF%85%CE%BD%CE%B7%CE%B3%CE%BF%CF%81%CE%AF%CE%B1>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 12/04/2017.
- Vlachadis N., Vrachnis N., Ktenas E., Vlachadi M., Kornarou E., (2014), «*Mortality and the economic crisis in Greece*», The Lancet, 383(9918):691. Διαθέσιμο στο: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60250-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60250-6/fulltext), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 20/04/2015.
- Woodward A.M., Dwinell A.D., Arons B.S., (1992), «*Barriers to mental health care for Hispanic Americans: a literature review and discussion*», J Ment Health Adm. 19(3): 224–236. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10128770>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 06/09/2016.
- World Health Organization (WHO). Διαθέσιμο στο: <http://www.who.int/en/>
- World Health Organization (2002), «*Understanding Civil Society Issues for WHO*», Geneva.
- WHO, (2012), «*What are Social Determinants of Health?*». Διαθέσιμο στο: [http://www.who.int/social\\_determinants/sdh\\_definition/en](http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en) Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 22/12/2016.
- Zavras D., Tsiantou V., Pavi E., Mylona K., Kyriopoulos J., (2012), «*Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece*», The European Journal of Public Health 22(2):206-210.
- Zavras, D., Zavras, A. I., Kyriopoulos, I.-I., & Kyriopoulos, J. (2016). «*Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece*», BMC Health Services Research, 16,309. Διαθέσιμο στο: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-016-1557-5>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 13/01/2017.

## Ελληνόγλωσση

- Αθανασοπούλου Μ., Μεχίλι-Ενκελεϊντ Ά., Αθανασοπούλου Α., Διομήδους Μ., (2013), «Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών και ο αντίκτυπός τους στη Δημόσια Υγεία», Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 5(4): 162-167. Διαθέσιμο στο: <https://www.inhealthcare.gr/article/el/paragontes-pou-epireazoun-tin-ugeia-ton-metanaston-kai-o-antiktupos-tous-sti-dimosia-ugeia>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 23/05/2016.
- Αμίτσης Γ., (2001), «Αρχές Οργάνωσης και Λειτουργίας του Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας – Το Ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή εμπειρία», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Αναστόπουλος Γ., Καϊτελίδου Δ., Κατοστάρας Θ., Γαλάνης Π., Σουρτζή Π., Βασιλόπουλος Α., Καλογεροπούλου Μ., Σίσκου Ο., Κούλη Ε., Βελονάκης Ε., (2014), «Η χρήση και το κόστος των ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας στους μετανάστες: Η περίπτωση ενός δημόσιου γενικού νοσοκομείου της Αθήνας», Ερευνητική Εργασία, Νοσηλεία και Έρευνα, (40):184-193.
- Ανδριοπούλου Ε., Παπαδόπουλος Φ., Τσακλόγλου Π., (2013), «Φτώχεια και Κοινωνικός Αποκλεισμός: Επικάλυψη και διαφοροποιήσεις», ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Μελέτες(Studies)/25, Αθήνα.
- ΑΤΛΑΣ, (2017), «Εθνικό Μητρώο Ασφάλισης – Ασφαλιστικής Ικανότητας». Διαθέσιμο στο: <https://www.atlas.gov.gr/ATLAS/Pages/Legislation.aspx>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 13/05/2017.
- Αυτοδιοίκηση, (2016), «Τοπικές Μονάδες Υγείας: Το «βαρύ χαρτί» των μεταρρυθμίσεων της κυβέρνησης», Διαθέσιμο στο: <http://www.aftodioikisi.gr/ygeia/topikes-monades-igeias-to-vari-xarti-ton-metarrithmiseon-tis-kivernisis/>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 18/12/2016.
- Βαρουφάκης Γ., Πατώκος Τ., Τσερκέζης Λ., Κουτσοπέτρος Χ., (2011), «Η Οικονομική Κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη το 2011», ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Μελέτες (Studies)/17, Αθήνα.
- Βενιέρης Δ., (2002), «Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτη – Η Κοινωνική Πολιτική του Συμβουλίου της Ευρώπης», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Βενιέρης Δ., «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Νους «ασθενής» εν σώματι υγεί;»(2003), σελ.251-292, στο Βενιέρης Δ., Παπαθεοδώρου Χ., (επιμ.), «Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα – Προκλήσεις και Προοπτικές», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Γαλάνης Π., (2012a), «Χρησιμοποιώντας το κατάλληλο ερωτηματολόγιο στις επιδημιολογικές μελέτες», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 29(6):744-755.
- Γαλάνης Π., Σπάρος Λ., (2012b), «Κλινική και επιδημιολογική έρευνα», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα.

- Γαλάνης Π., Καϊτελίδου Δ., Σουρτζή Π., Μπελλάλη Θ., Σίσκου Ο., Τσαβαλιάς Κ., Καραμήτρη Ι., Βελονάκης Ι., (2012c), «Γνώση και Χρήση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα από Μετανάστες», Νοσηλευτική, 51(4):421-429.
- Γαλάνης Π., (2013a), «Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(1):97-110.
- Γαλάνης Π., (2015), «Μεθοδολογία ανάλυσης δεδομένων στις επιστήμες υγείας», Εκδόσεις Πασχαλίδης-Broken Hill, Nicosia Cyprus.
- Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (2012), «Επαγγελματική Νομοθεσία, Νόμος 4052/2012». Διαθέσιμο στο: [http://www.ggka.gr/latest/epaggelmatiki/nomothesia/Nomos%204052\\_2012.pdf](http://www.ggka.gr/latest/epaggelmatiki/nomothesia/Nomos%204052_2012.pdf), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 17/06/2016.
- Γιανασμίδης Α., Τσιαούση Μ., (2012), «Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(1):106-115 Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2012-1/pdf/106.pdf>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 30/8/2016.
- Γιαννακοπούλου Ε., Καρούτζου Σ., Ζαφειροπούλου Ν., (2008), «Οδηγός Στήριξης Ευπαθών Κοινωνικά Ομάδων», Οργανισμός Πρόνοιας και Πολιτικής Προστασίας Δήμου Αμαρουσίου, Εκδόσεις Καύκας, Αθήνα.
- Δαγτόγλου Π., (2005) «Ατομικά Δικαιώματα», Εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα.
- Δημητριάδης Ε.,(2003), «Στατιστικές Εφαρμογές με S.P.S.S.», Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Διανέοσις – ΕΠΨΥ, (2016), «Η ψυχική Υγεία των Ελλήνων». Διαθέσιμο στο: [http://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki\\_ygeia\\_ellinwn](http://www.dianeosis.org/2016/04/psychiki_ygeia_ellinwn), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 28/03/2017.
- Διλιντάς Α., Σεβαστάκη Ε., (2005), «Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα: 'Σύστημα Υγείας' ή 'Σύστημα Ασθένειας';», Επιθεώρηση Υγείας, 16(93):13-16.
- Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2011), «Πλαίσιο Εθνικής Στρατηγικής για τους Ρομά». Διαθέσιμο στο: <http://www.ekka.org.gr/files/roma3414.pdf>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 22/7/2016.
- ΕΛΣΤΑΤ, (2015), «Διεύθυνση Στατιστικών Πληθυσμού και Αγοράς Εργασίας ΕΛΣΤΑΤ, Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης (EU-SILC)».
- ΕΛΣΤΑΤ, (2017a), «Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα». Διαθέσιμο στο: [http://www.statistics.gr/documents/20181/2810519/LivingConditionsInGreece\\_0517.pdf/c3e2b9a9-58de-4d79-a61b-9f4dd1238b5f](http://www.statistics.gr/documents/20181/2810519/LivingConditionsInGreece_0517.pdf/c3e2b9a9-58de-4d79-a61b-9f4dd1238b5f), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 13/05/2017.
- ΕΛΣΤΑΤ (2017b), Δελτίο Τύπου : «Έρευνα Εργατικού Δυναμικού – Φεβρουάριος 2017».

- ΕΛΣΤΑΤ, (2017c), «*Η Ελλάδα με αριθμούς – 2017*». Διαθέσιμο στο: [http://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures\\_2017\\_Q1\\_GR.pdf/98616f15-bbbf-437f-aba0-79204e0f1839](http://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures_2017_Q1_GR.pdf/98616f15-bbbf-437f-aba0-79204e0f1839), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 26/04/2017.
- Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (2017), «*Κανονισμός – Νομοθεσία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.*». Διαθέσιμο στο: <http://www.eopyy.gov.gr>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 12/02/2017.
- Ε.Σ.Δ.Υ., (2013a), «*Οικονομική κρίση και χρόνια νοσήματα*». Διαθέσιμο στο: [http://www.esdy.edu.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/FINAL%20DATA.pdf](http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/FINAL%20DATA.pdf), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 25/4/2015.
- Ε.Σ.Δ.Υ., (2013b), «*Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα το 2012*», Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.
- Ευρωπαϊκή Κοινότητα – Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Εργασιακών Σχέσεων και Κοινωνικών Υποθέσεων, (2001), «*Ευρωπαϊκή Κοινωνική Πολιτική, Η πορεία προς το μέλλον για την Ένωση – Λευκό Βιβλίο*», Εταιρεία Αξιοποίησης και Διαχείρισης Περιουσίας Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Ξάνθη.
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, (2009), «*Αλληλεγγύη στον τομέα της Υγείας: Μείωση των Ανισοτήτων στον τομέα της Υγείας*», Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, στο Συμβούλιο, στην Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και στην Επιτροπή Περιφερειών - τελικό, Βρυξέλλες.
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1997), «*Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*», Αθήνα.
- IOBE, (2016), «*Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία 2015 -2016*», Παρατηρητήριο Οικονομικών της Υγείας, Διαθέσιμο στο: [http://iobe.gr/docs/research/RES\\_05\\_A\\_15032017\\_REP\\_GR.pdf](http://iobe.gr/docs/research/RES_05_A_15032017_REP_GR.pdf), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 15/04/2017.
- Κακαλέτσης Ν., Ιωαννίδης Α., Σιγάλας Ι., Χατζητόλιος Α., (2013), «*Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα – Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30(2):233-240. Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2013-2/pdf/233.pdf>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 27/11/2016.
- Καλαματιανού Α., (2000), «*Κοινωνική Στατιστική – Μέθοδοι Μονοδιάστατης Ανάλυσης*», Εκδοτικές Επιχειρήσεις Το Οικονομικό, Αθήνα.
- Καραμπελιάς Κ., (2015), «*Παγκόσμιες Οικονομικές Κρίσεις: Πορεία και Συγκρίσεις*», Διπλωματική Εργασία για το διατμηματικό πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών “Διεθνείς Σχέσεις και Ασφάλεια” του Πανεπιστημίου Μακεδονίας και της Ανώτατης Διακλαδικής Σχολής Πολέμου. Διαθέσιμο στο:

<https://dspace.lib.uom.gr/bitstream/2159/18691/6/KarampeliasKonstantinosMsc2015.pdf>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 10/04/2016.

- Κιντής Α., (2000), «*Σύγχρονη Στατιστική Ανάλυση – Συμβολή στην Επιστημονική Έρευνα και στη Λήψη των Αποφάσεων*», Τόμος Α΄, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Κοντιάδης Ξ., (2001), «*Μεταμορφώσεις του κοινωνικού κράτους στην εποχή της Παγκοσμιοποίησης*», Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
- Κοντιάδης Ξ., (1997), «*Η Κοινωνική Διοίκηση στην Ελλάδα*», Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.
- Κυριαζή Ν., (2003), «*Η Κοινωνιολογική Έρευνα – Κριτική Επισκόπηση των Μεθόδων και των Τεχνικών*», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., (2012), «*Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας*», Το Βήμα του Ασκληπιού, σελ.202-212. Διαθέσιμο στο: [www.vima-asklipiou.gr](http://www.vima-asklipiou.gr), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 14/06/2015.
- Μανομενίδης Γ., (2009), «*Απόψεις Νοσηλευτικού Προσωπικού για Ασθενείς με Διαφορετική Πολιτισμική Προέλευση*», Νοσηλευτική, 48(4):439-446.
- Μάντζιου Ι., Ρετινιώτη Α., (επιμ.), (2010), «*Ευπαθείς Κοινωνικές Ομάδες, Δικαιώματα – Υποχρεώσεις, Τομέας Υγείας*», Δράση 4: Καμπάνια ενημέρωσης σχετικά με τα δικαιώματα των φτωχών και κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων στην υγεία, την παιδεία, την εργασία, Γιατροί του Κόσμου Αθήνα.
- Marshall T.H., Bottomore T., μετ. Στασινοπούλου Ο., (1997), «*Ιδιότητα του Πολίτη και Κοινωνική Τάξη*», Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Μεργούπης Θ., (2003), «*Εισόδημα και χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Μια μικροανάλυση με στοιχεία από το Ευρωβαρόμετρο*», σελ.293-334, στο Βενιέρης Δ., Παπαθεοδώρου Χ.,(επιμ.), «*Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα – Προκλήσεις και Προοπτικές*», Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Μπάγκαβος Χ., (2012), «*Η κατάσταση της Υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα: Προσδόκιμο επιβίωσης και προσδόκιμο υγείας*», Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Αθήνα.
- Ο.Η.Ε., (1984), «*Διεθνείς και Περιφερειακές Συμβάσεις-Απαγόρευση βασανιστηρίων και εξαναγκασμένων εξαφανίσεων*». Διαθέσιμο στο: [https://www.unhcr.gr/no\\_cache/prostasia/nomiki-prostasia/diethneis-kai-perifereiakes-symbaseis.html?cid=709&did=747&sechash=a722f375](https://www.unhcr.gr/no_cache/prostasia/nomiki-prostasia/diethneis-kai-perifereiakes-symbaseis.html?cid=709&did=747&sechash=a722f375), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 10/04/2017.
- Οικονόμου Μ., Πέππου Λ.Ε., Λουκή Ε., Κομπορόζος Α., Μέλλου Α., Στεφανής Κ., (2012), «*Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης*», Ψυχιατρική, 23(1):17-28. Διαθέσιμο στο: [www.psych.gr/documents/psychiatry/23.1-GR-2012.pdf](http://www.psych.gr/documents/psychiatry/23.1-GR-2012.pdf), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 16/09/2016.

- Οικονόμου Χ., (2012), «Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοίας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας», Επιστημονικές Εκθέσεις (Reports)/7, ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Αθήνα.
- Παπαδοπούλου Δ., (2004), «Η φύση του κοινωνικού αποκλεισμού στην ελληνική κοινωνία», σελ. 367-398, στο Πετμεζίδου Μ., Παπαθεοδώρου Χ., (επιμ.), «Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός», Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα.
- Παπαθεοδώρου Χ., Μωυσίδου Α., (2011), «Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα – Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας», ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Μελέτες (Studies)/16, Αθήνα.
- Παπαϊωάννου Γ., (2015), «Η Φαρμακευτική Δαπάνη στην Ελλάδα (2010-2014): Πορεία Ιδιωτικοποίησης και Περιοριστικής Διανομής», Διπλωματική Εργασία για το πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών Διοίκηση της Υγείας, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Πειραιάς. Διαθέσιμο στο: [http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/9113/Papaioannou\\_Georgia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/bitstream/handle/unipi/9113/Papaioannou_Georgia.pdf?sequence=1&isAllowed=y), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 20/06/2016.
- Παπαμιχαήλ Σ., (2016), «Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της στην υγεία και ασφάλεια των παιδιών», Τμητικός Τόμος Νέστορα Κουράκη. Διαθέσιμο στο: <http://crime-in-crisis.com/%CE%B7-%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE-%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CE%BF%CE%B9-%CE%B5/>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 07/01/2017.
- Παραράς Π., (2001), «Σύνταγμα και Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου», Εκδόσεις Σάκκουλας, Αθήνα – Κομοτηνή.
- Πετμεζίδου – Τσουλουβή Μ., (1992), «Κοινωνικές Ανισότητες και Κοινωνική Πολιτική», Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα.
- Πετμεζίδου Μ., Παπαναστασίου Σ., Πεμπετζόγλου Μ., Παπαθεοδώρου Χ., Πολυζωΐδης Π., (2015), «Υγεία και Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα», ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Μελέτες (Studies)/35. Διαθέσιμο στο: <http://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2016/06/Meleti-35.pdf>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 09/09/2016.
- Πετρέλης Μ., Δομάγερ Φ., (2016), «Η «ΥΓΕΙΑ 2020» και η Ελλάδα. Η συμβολή του μαζικού προσυμπτωματικού ελέγχου», Το Βήμα του Ασκληπιού, 15(3):223-236. Διαθέσιμο στο: <http://www.vima->



[asklipiou.gr/volumes/2016/VOLUME%2003\\_16/VA\\_SP\\_1\\_15\\_03\\_16.pdf](http://asklipiou.gr/volumes/2016/VOLUME%2003_16/VA_SP_1_15_03_16.pdf),

Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 14/01/2017.

- Πρόγραμμα Ευρωπαϊκής Εδαφικής Συνεργασίας «Ελλάδα- Βουλγαρία 2007-2013» (2008). Διαθέσιμο στο: <http://www.interreg.gr/images/GR-BG%20Programming%20Document.pdf> Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 15/04/2016.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή, «Τρίτο Πρόγραμμα της Ε.Ε. για την Υγεία 2014-2020». Διαθέσιμο στο: [https://ec.europa.eu/health/programme/policy\\_el](https://ec.europa.eu/health/programme/policy_el), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 24/04/2017.
- Ρούπα Ζ, Ζωγράφου Π, Βασιλόπουλος Αρ. (2014), «Οι μετανάστες ως χρήστες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα», Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 6(4):154-159. Διαθέσιμο στο: <https://www.inhealthcare.gr/article/el/oi-metanastes-os-xristes-ton-upiresion-protovathmias-frontidas-ugeias-stin-ellada>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 26/03/2016.
- Σακελλαρόπουλος Θ., (2001), «Υπερεθνικές Κοινωνικές Πολιτικές την εποχή της Παγκοσμιοποίησης – Η κοινωνική πολιτική διεθνών οργανισμών και της Ευρωπαϊκής Ένωσης», Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Σακελλαρόπουλος Θ., Οικονόμου Χ., (2006), «Εθνικές προτεραιότητες και ευρωπαϊκές προκλήσεις στη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας και απασχόλησης στην Ελλάδα, 1980-2004», Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη 2006 1(1):5-36. Διαθέσιμο στο: [http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/photo\\_1.Sakellaropoulos-Economou.pdf](http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/photo_1.Sakellaropoulos-Economou.pdf), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 07/03/2016.
- Σταθόπουλος Π., (1996), «Κοινωνική Πρόνοια – Μια γενική θεώρηση», Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
- Stiglitz J., μετ. Κυπριανίδης Α., (1988), «Οικονομική του Δημόσιου Τομέα», Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.
- Τερζής Δ., (2017), «Ετοιμάζουν... ΤοΜΥ στην Πρωτοβάθμια Υγεία», Εφημερίδα των Συντακτών. Διαθέσιμο στο: <http://www.efsyn.gr/arthro/etoimazoy-n-tomy-stin-protovathmia-ygeia>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 19/05/2017.
- Τερζούδης Σ., Μπογιατζίδης Π., Κωσταγιόλας Π., (2017), «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους μετανάστες κατά την υποδοχή τους στην Ελλάδα Σχεδιασμός αυτής σε πολυϊατρείο μη κυβερνητικής οργάνωσης», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 34(1):113-122.
- Τσαούσης Δ.Γ., (1997), «Η Κοινωνία μας – Οργάνωση, Λειτουργία, Δυναμική», Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Τσαούσης Δ.Γ., (2002), «Κοινωνική Δημογραφία», Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.

- Υπουργείο Υγείας, (2016a), «Πρόσβαση των Ανασφάλιστων Στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας». Διαθέσιμο στο: <http://www.moh.gov.gr/articles/health/anapyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 25/04/2017.
- Υπουργείο Υγείας, (2016b), Δελτίο Τύπου: «Ενημέρωση για τη Μηδενική Συμμετοχή των Οικονομικά Αδύναμων στο Κόστος της Φαρμακευτικής Αγωγής». Διαθέσιμο στο: <http://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-tyroy/press-releases/4175-enhmerwsh-gia-th-mhdenikh-symmetoxh-twn-oikonomika-adynamwn-sto-kostos-ths-farmakeytikhs-agwghs>, Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 25/04/2017.
- Υπουργείο Υγείας, (2017), «Σχέδιο Νόμου Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας». Διαθέσιμο στο: [http://www.opengov.gr/yyka/wp-content/uploads/downloads/2017/04/sxedio\\_nomou\\_metarrithm\\_ygeias.pdf](http://www.opengov.gr/yyka/wp-content/uploads/downloads/2017/04/sxedio_nomou_metarrithm_ygeias.pdf), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 06/05/2017.
- Υφαντόπουλος Γ., (2003), «Τα Οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική», Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Fundacion Secretariado Gitano, (2007), «Οδηγός Δράσης για την Προσέγγιση των Ρομ από τους Επαγγελματίες Υγείας», Μαδρίτη. Διαθέσιμο στο: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2004/action3/docs/2004\\_3\\_01\\_manuals\\_el.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action3/docs/2004_3_01_manuals_el.pdf), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 07/08/2016.
- Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε. Διαθέσιμο στο: [http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_el.pdf](http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_el.pdf), Ημερομηνία τελευταίας επίσκεψης: 10/05/2017.
- Χριστοδουλόπουλος Θ., Λάκκας Ν., (2005), «Προφίλ Νοσηρότητας και Συνταγογραφία σε Οικονομικά Αδύνατους Ασθενείς», Επιθεώρηση Υγείας, 17(100):11-14.
- Χρυσόγονος Κ., (1998), «Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα», Εκδόσεις Σάκκουλα, Κομοτηνή.