
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**«Το Σύστημα Υγείας και ο ρόλος των Κοινωνικών Ιατρείων
κατά την διάρκεια της ελληνικής οικονομικής κρίσης.
Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών στο Μητροπολιτικό
Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού και στο Ιατρείο Κοινωνικής
Αλληλεγγύης Περιστερίου»**

Ιωάννα Χρα

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2015

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**«Το Σύστημα Υγείας και ο ρόλος των Κοινωνικών Ιατρείων
κατά την διάρκεια της ελληνικής οικονομικής κρίσης.
Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών στο Μητροπολιτικό
Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού και στο Ιατρείο Κοινωνικής
Αλληλεγγύης Περιστερίου»**

Ιωάννα Χρα, Α.Μ.: ΔΥ/1252

Επιβλέπων: Θεόδωρος Παπαηλίας / Καθηγητής/ Α.Τ.Ε.Ι. Πειραιά

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2015

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**“The Health System and the role of the Social Clinics during
the Greek financial crisis. Measurement of patient
satisfaction at the Metropolitan Social Clinic at Helliniko
and the Clinic of Social Solidarity at Peristeri”**

Ioanna Chra

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2015

*Σε όλους τους εθελοντές των Κοινωνικών Ιατρείων
με θαυμασμό, σεβασμό και ευγνωμοσύνη.*

«Το Σύστημα Υγείας και ο ρόλος των Κοινωνικών Ιατρείων κατά την διάρκεια της ελληνικής οικονομικής κρίσης. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών στο Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού και στο Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου»

Σημαντικοί Όροι: Σύστημα Υγείας, Οικονομική Κρίση, Κοινωνικά Ιατρεία, Ικανοποίηση Ασθενών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Αντικείμενο της διπλωματικής αυτής εργασίας είναι να εξετάσει τα προβλήματα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και να μελετήσει την οργάνωση και τη λειτουργία των Κοινωνικών Ιατρείων ως καινοτόμων φορέων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και ως νέων, πρωτότυπων κοινωνικοοικονομικών δομών, στο πλαίσιο της μεγάλης κρίσης που αντιμετωπίζει η χώρα. Επίσης, να μετρήσει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών σε δύο Κοινωνικά Ιατρεία, το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού και το Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια συνοπτική περιγραφή των συστημάτων υγείας που υπάρχουν στα κράτη – μέλη και των κατευθύνσεων της πολιτικής για την υγεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, της οποίας η Ελλάδα είναι μέλος. Στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζονται η εξέλιξη και τα βασικά χαρακτηριστικά λειτουργίας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, με έμφαση στην περίοδο μετά την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και μέχρι την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης. Το τρίτο κεφάλαιο προσεγγίζει τα αίτια και τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην κοινωνία και καταγράφει τις επιπτώσεις της στο σύστημα υγείας που διαμόρφωσαν τις συνθήκες δημιουργίας των Κοινωνικών Ιατρείων. Το τέταρτο κεφάλαιο διερευνά τον ιδιαίτερο κοινωνικοοικονομικό χαρακτήρα των νέων αυτών δομών πρωτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας εξετάζοντας τους σκοπούς, τις δραστηριότητες, την οργάνωση και

τη λειτουργία τους. Επίσης, γίνεται μια προσπάθεια κριτικής θεώρησης, με τη διατύπωση ορισμένων προβληματισμών και παρατηρήσεων για το φαινόμενο αυτό. Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει το σκοπό, την ανάλυση των δεδομένων και τα αποτελέσματα της έρευνας για την ικανοποίηση των ασθενών στα ανωτέρω δύο Κοινωνικά Ιατρεία. Η εργασία ολοκληρώνεται με το έκτο κεφάλαιο όπου καταγράφονται τα κυριότερα συμπεράσματα.

“The Health System and the role of the Social Clinics during the Greek financial crisis. Measurement of patient satisfaction at the Metropolitan Social Clinic at Helliniko and the Clinic of Social Solidarity at Peristeri”

Keywords: Health System, Financial Crisis, Social Clinics, Patient Satisfaction.

ABSTRACT

The main objective of this thesis is to examine, besides the health system problems caused by the financial crisis, the organization and operation of the social clinics as innovative providers of free primary health services to those in need and as new, prototype socio-economic structures which emerged during the Greek crisis. Also, to measure the satisfaction of patients in two clinics, The “Metropolitan Social Clinic at Helliniko” and the “Clinic of Social Solidarity at Peristeri”. The first chapter contains a brief presentation of the different health systems and the basic health policy guidelines of the European Union. The second chapter is referred to the evolution and the basic operating characteristics of the health system in Greece. The third chapter approaches the causes of the financial crisis and its consequences on society and also on the health system. The fourth chapter explores the socio-economic characteristics of the social clinics focusing on their purposes, operation activities and organization. An attempt of a critical approach to this phenomenon is included. The fifth chapter includes purpose, data analysis and research results for patient satisfaction of those two Social Clinics. Finally, in chapter six, the main conclusions are drawn.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	
ABSTRACT	
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	5
ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ	5
1.1 Σύστημα Υγείας: Ορισμός και βασικά χαρακτηριστικά	5
1.2 Συνοπτική παρουσίαση των συστημάτων υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.....	7
1.3 Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	11
ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ	11
2.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή από την αρχαιότητα μέχρι την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας	11
2.2 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα μετά το 1983, και μέχρι την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης	16
2.2.1 Η οργανωτική δομή του συστήματος υγείας.....	16
2.2.1.1 Ε.Σ.Υ. - Δημόσιος Τομέας.....	17
2.2.1.2 Ιδιωτικός τομέας.....	20
2.2.1.3 Μη κερδοσκοπικές- μη κυβερνητικές οργανώσεις.....	22
2.2.2 Η Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας	22
2.2.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας : Η έννοια και η σημασία της	25
2.2.4 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του συστήματος υγείας	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	29
Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ	29
3.1 Ορισμός της οικονομικής κρίσης	29
3.2 Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008.....	30
3.3 Η ελληνική οικονομική κρίση: έλευση, αιτίες και συνέπειες.....	35
Πίνακας 3.1	36
3.4 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και την υγεία	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	55
ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ.....	55
4.1 Ίδρυση – Σκοπός – Αρχές Λειτουργίας.....	56
4.2 Το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού (Μ.Κ.Ι.Ε.) και το Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου (Ι.Κ.Α.Π.).....	60

4.2.1 Ιστορικό της ίδρυσής τους.....	60
4.2.2 Οι κυριότερες δραστηριότητές τους.....	61
4.2.3 Η οργανωτική δομή τους.....	63
4.3 Η σημασία των Κοινωνικών Ιατρείων – Μια προσπάθεια κριτικής προσέγγισης του φαινομένου	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	75
ΕΡΕΥΝΑ: ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΤΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ.....	75
5.1 Ορισμός της έννοιας «Ικανοποίηση Ασθενών»	75
5.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.....	77
5.3 Ανάλυση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.....	77
5.4 Επεξεργασία δεδομένων.....	79
5.5 Αποτελέσματα της έρευνας.....	98
5.6 Κοινωνικά Ιατρεία: Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα-Ευκαιρίες-Κίνδυνοι	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	103
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	103
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	109
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	113

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1 Διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, 1990-2007.....	24
Πίνακας 3.1 Ετήσιες εκατοστιαίες μεταβολές βασικών μακροοικονομικών μεγεθών, 2001-2008.....	36
Πίνακας 3.2 Ανταγωνιστικότητα-Δημοσιονομικά μεγέθη, 2001-2008.....	37
Πίνακας 3.3 Βασικά μακροοικονομικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας, 2009-2013 (% μεταβολή, εκτός εάν αναφέρεται διαφορετικά).....	40
Πίνακας 3.4 Ποσοστιαία μεταβολή της δαπάνης υγείας, 2009-2013.....	51
Πίνακας 5.1 Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού με βάση την ηλικία.....	91
Πίνακας 5.2 Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού με βάση το ταμείο ασφάλισης.....	92
Πίνακας 5.3 Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού ανά επίπεδο εκπαίδευσης.....	93
Πίνακας 5.4 Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού με βάση την ηλικία.....	95
Πίνακας 5.5 Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού ανά ταμείο ασφάλισης.....	96
Πίνακας 5.6 Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού ανά επίπεδο εκπαίδευσης.....	97

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 3.1 Ποσοστά φτώχειας στην Ελλάδα με τη χρήση σταθερής γραμμής φτώχειας (2008-2013)	43
Διάγραμμα 3.2 Νέα οργανωτική δομή του Ε.Σ.Υ.	50
Διάγραμμα 4.1 Σχηματική αναπαράσταση του τρόπου λειτουργίας του Μ.Κ.Ι.Ε.	67
Διάγραμμα 5.1 Ποιό είναι το φύλο σας;	80
Διάγραμμα 5.2 Σε ποια ηλικιακή κατηγορία ανήκετε;	80
Διάγραμμα 5.3 Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;	81
Διάγραμμα 5.4 Έχετε παιδιά;	81
Διάγραμμα 5.5 Πόσα παιδιά έχετε;	82
Διάγραμμα 5.6 Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;	82
Διάγραμμα 5.7 Σε ποια κατηγορία ανήκετε;	83
Διάγραμμα 5.8 Ποιο ήταν το ασφαλιστικό σας ταμείο;	83
Διάγραμμα 5.9 Έχετε Ελληνική ιθαγένεια;	84
Διάγραμμα 5.10 Επιλέξτε την εθνικότητά σας	84
Διάγραμμα 5.11 Πως μάθατε για την ύπαρξη του κοινωνικού ιατρείου	85
Διάγραμμα 5.12 Με ποιο μέσο ήλθατε σήμερα στο κοινωνικό ιατρείο;	85
Διάγραμμα 5.13 Μέσα σε πόσες ημέρες κλείσατε το ραντεβού για την επίσκεψη στον ιατρό σας;	87
Διάγραμμα 5.14 Είναι η πρώτη σας επίσκεψη στο κοινωνικό ιατρείο;	88
Διάγραμμα 5.15 Πόσος είναι ο χρόνος αναμονής περίπου;	88
Διάγραμμα 5.16 Πως αξιολογείτε την τηλεφωνική εξυπηρέτηση;	89
Διάγραμμα 5.17 Πως αξιολογείτε την καθαριότητα και τη λειτουργικότητα του χώρου; ..	89
Διάγραμμα 5.18 Πως αξιολογείτε το ιατρικό προσωπικό;	90
Διάγραμμα 5.19 Πως αξιολογείτε το διοικητικό προσωπικό;	94

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Α.Ε.Π.	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
Δ.Ν.Τ.	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Κ.Α.Β.	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΛ.ΣΤΑΤ.	Ελληνική Στατιστική Αρχή
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
Ε.Σ.Δ.Υ.	Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ε.Τ.Α.Α	Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων
Ε.Τ.Α.Π. – Μ.Μ.Ε.	Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης
Ε.ΥΔ.Α.Π.	Εταιρεία Ύδρευσης και Αποχέτευσης Πρωτεύουσας
Ι.Κ.Α.	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ι.Κ.Α.Π.	Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου
ΙΝ.Ε. – Γ.Σ.Ε.Ε.	Ινστιτούτο Εργασίας – Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδας
Κ.Ι.	Κοινωνικά Ιατρεία
ΚΕ.Σ.Υ.	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
Μ.Κ.Ι.Ε.	Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού
Μ.Κ.Ο.	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
Μ.Μ.Ε.	Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας
Ν.Α.Τ.	Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο
Ν.	Νόμος
Ν.Δ.	Νομοθετικό Διάταγμα
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ο.Α.Ε.Ε.	Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών
Ο.Γ.Α.	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.Π.Α.Δ.	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
Ο.Ο.Σ.Α. – ΟΕCD	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Π.Ε.Δ.Υ.	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΕ.Σ.Υ.	Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας

- Π.Ι.Φ. Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα
- Π.Ο.Ε. Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου+
- Π.Ο.Υ. – W.H.O. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- Π.Φ.Υ. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Υ.Υ..Κ.Α Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω. Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και
Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας
- Τ.Υ.Δ.Κ.Υ. Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γεγονός ότι οι κυριότερες προϋποθέσεις για την ύπαρξη κάθε ανθρώπου στις σύγχρονες κοινωνίες είναι η τροφή, η στέγη και η ένδυση, η παιδεία και η υγεία. Μια χώρα, ένα κράτος, μια κοινωνία που αδυνατεί να καλύψει επαρκώς τις βασικές αυτές ανάγκες για το σύνολο του πληθυσμού της, είναι προφανές ότι βρίσκεται σε κρίση. Η υγεία ως αυτονόητο και αδιαπραγμάτευτο αγαθό για κάθε άνθρωπο θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Η έννοια της υγείας στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας διέφερε ανάλογα με την εποχή και τον πολιτισμό. Από τους περισσότερους πολιτισμούς θεωρούνταν ολιστικά, ως ένα είδος αρμονίας του ανθρώπινου ψυχοσωματικού οργανισμού και του περιβάλλοντός του, κοινωνικού και φυσικού.

Στη σύγχρονη εποχή ένας περιεκτικός ορισμός για την υγεία είναι αυτός που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) στην ιδρυτική του διακήρυξη το 1946, όπου ορίζει την υγεία σαν «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνο απουσία νόσου ή αναπηρίας» (W.H.O., 1946). Η υγεία προσδιορίζεται έτσι ως ένα σύνθετο φαινόμενο, που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που σχετίζονται με τη βιολογία, τις συνθήκες και τις συνήθειες της ζωής, τη συμπεριφορά και το περιβάλλον. Αν η έλλειψη υγείας αποτελεί διαταραχή της ανθρώπινης ολότητας, η αντιμετώπισή της δεν μπορεί να περιορίζεται μόνο στη σωματική ή ψυχική διάσταση αλλά πρέπει να περιλαμβάνει πρακτικές που να αντιμετωπίζουν και τις άλλες διαστάσεις, κυρίως τον τρόπο που αυτές αλληλεπιδρούν. Φαίνεται ότι η υγεία ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού εξαρτάται κατά 20% από βιολογικούς παράγοντες, κατά 20-30% από το φυσικό και το κοινωνικό περιβάλλον, κατά 10-20% από τις υπηρεσίες υγείας και κατά 40-50% από την ανθρώπινη συμπεριφορά (Τούντας Γ., 2000).

Μετά από έξι χρόνια ύφεσης και δεδομένων των ραγδαίων κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών και πολιτιστικών αλλαγών που έχουν λάβει χώρα, η σφοδρή κοινωνικοοικονομική κρίση που ταλανίζει τη χώρα, έχει αρχίσει να εμφανίζει στοιχεία ανθρωπιστικής κρίσης, πράγμα απαράδεκτο για περίοδο ειρήνης. Στον τομέα της υγείας, που αποτελεί ύψιστο αγαθό για τον κάθε άνθρωπο και μέχρι πρόσφατα

θεωρούνταν ως κοινωνικό κεκτημένο στο πλαίσιο της λειτουργίας του κοινωνικού κράτους, η αύξηση της ανεργίας, της φτώχειας και της οικονομικής εξαθλίωσης μεγάλου τμήματος του πληθυσμού σε συνδυασμό με τον δραστικό περιορισμό του κράτους πρόνοιας και την συστηματική και στοχευμένη αποδόμηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, έχουν οδηγήσει εκατομμύρια πολίτες στην αδυναμία πρόσβασης σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι συνθήκες αυτές και η επιτακτική ανάγκη αντιμετώπισης των προβλημάτων αυτών οδήγησε στην εμφάνιση των Κοινωνικών Ιατρείων και Φαρμακείων, που έχουν ως σκοπό την παροχή δωρεάν πρωτοβάθμιας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους έχοντες ανάγκη.

Αντικείμενο της παρούσης εργασίας, εκτός από την εξέταση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας της χώρας, είναι η καταρχήν καταγραφή και μελέτη των βασικών χαρακτηριστικών οργάνωσης, λειτουργίας και διοίκησης των καινοτόμων αυτών κοινωνικών φορέων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών των Κοινωνικών Ιατρείων του Ελληνικού και του Περιστερίου στην Περιφέρεια Αττικής.

Στο πρώτο κεφάλαιο, λαμβάνεται υπόψη ότι η Ελλάδα είναι ενεργό μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.), γίνεται μια συνοπτική περιγραφή των διαφόρων συστημάτων υγείας που υπάρχουν στα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης με βάση το κλασικό κράτος πρόνοιας, όπως αυτό διαμορφώθηκε στην Ευρώπη μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και καταγράφονται οι γενικές κατευθύνσεις της πολιτικής για την υγεία στην Ε.Ε. Στο δεύτερο κεφάλαιο, μετά από μια συνοπτική ιστορική επισκόπηση, περιγράφεται η οργάνωση, η λειτουργία και η εξέλιξη του συστήματος υγείας της χώρας μετά το 1983, με έμφαση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), μέχρι την εμφάνιση της κρίσης.

Το τρίτο κεφάλαιο εξετάζει συνοπτικά τα βασικά χαρακτηριστικά της οικονομικής και πολύπλευρης κρίσης που αντιμετωπίζει η χώρα, τις κύριες αιτίες της και τις σημαντικότερες επιπτώσεις της στην κοινωνία. Εστιάζει στα προβλήματα που προέκυψαν στο σύστημα υγείας και στην υγεία.

Το τέταρτο κεφάλαιο διερευνά το ιδιαίτερο κοινωνικοοικονομικό φαινόμενο των Κοινωνικών Ιατρείων (Κ.Ι.), εξετάζοντας τις συνθήκες ίδρυσης και ανάπτυξης, το σκοπό και τις αρχές λειτουργίας τους. Ειδικά, για το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού (Μ.Κ.Ι.Ε.) και το Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου (Ι.Κ.Α.Π.) παρουσιάζονται οι βασικότερες δραστηριότητες και η οργανωτική δομή τους. Στο τέλος του κεφαλαίου αυτού, εξετάζοντας την ουσιαστική σημασία των Κ.Ι.,

γίνεται μια προσπάθεια κριτικής θεώρησης της κοινωνικής αυτής αλληλέγγυας μορφής οργάνωσης.

Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την διεξαχθείσα έρευνα για τα Μ.Κ.Ι.Ε. και Ι.Κ.Α.Π. αναλύοντας το σκοπό, τα δεδομένα και τα αποτελέσματά της. Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με το έκτο κεφάλαιο που περιλαμβάνει την παρουσίαση των συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η Ελλάδα είναι μέλος της Ε.Ε., στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιασθούν τα είδη συστημάτων υγείας που υπάρχουν στην Ε.Ε., καθώς και η πολιτική της στον τομέα της υγείας.

1.1 Σύστημα Υγείας: Ορισμός και βασικά χαρακτηριστικά

Ο εννοιολογικός προσδιορισμός του όρου «σύστημα υγείας» εντάσσεται στις επιστήμες οργάνωσης και διοίκησης. Μπορούμε να ορίσουμε το σύστημα υγείας ως ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών, στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας (Λιαρόπουλος Λ., 2007, σ.202). Ένα σύστημα υγείας ενσωματώνει τρία βασικά επιμέρους συστήματα. Την πολιτική ηγεσία που καθορίζει τους στόχους και τη στρατηγική υλοποίησης αυτών, τον πληθυσμό που καλύπτει και ο οποίος απολαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας και τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας που παράγουν και προσφέρουν τις υπηρεσίες αυτές.

Ως προς τη δομή τους, τα συστήματα υγείας διακρίνονται ανάλογα με τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού. Αν η κάλυψη των αναγκών γίνεται από το κράτος με βάση την εργασία, τότε έχουμε ένα σύστημα υγείας κοινωνικής ασφάλισης, ενώ αν η κάλυψη των αναγκών γίνεται από το κράτος και αφορά το σύνολο των πολιτών με χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό, τότε έχουμε το εθνικό σύστημα υγείας. Στην περίπτωση που ο ρόλος του κράτους περιορίζεται μόνο στην κάλυψη των αναγκών ορισμένων ομάδων του πληθυσμού που δεν μπορούν, λόγω χαμηλού εισοδήματος, να αγοράσουν υπηρεσίες υγείας και το σύστημα βασίζεται στην ιδιωτική ασφάλιση, τότε έχουμε το φιλελεύθερο σύστημα υγείας.

Από τη συγκριτική ανάλυση της διαχρονικής λειτουργίας των τριών συστημάτων υγείας προκύπτουν ορισμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα για καθένα από αυτά:

- Στο φιλελεύθερο σύστημα υγείας, πλεονεκτήματα θεωρούνται η περιορισμένη εμπλοκή του κράτους στην παροχή υπηρεσιών υγείας και η ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ των επιχειρηματικής μορφής μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα κυριότερα μειονεκτήματά του είναι η ύπαρξη έντονων υγειονομικών ανισοτήτων, η υπόθαλψη της προκλητής ζήτησης από πλευράς ιατρών και η εστίαση στη θεραπεία και όχι στην πρόληψη των ασθενειών.

- Στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το σπουδαιότερο πλεονέκτημα είναι ότι διασφαλίζει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας μέσα σε συνθήκες ισότητας και δικαιοσύνης. Το μειονέκτημά του είναι ότι στην περίπτωση των επαγγελματικών ομάδων ασφαλίζει μόνο τους επαγγελματίες και οι παροχές διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο ανάλογα με το Ταμείο Ασφάλισής του.

- Το εθνικό σύστημα υγείας έχει ως κύριο πλεονέκτημα τη διασφάλιση καθολικής και ισότιμης κάλυψης της υγείας του πληθυσμού ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση, την κοινωνική θέση και τον τόπο διαμονής του πολίτη. Ορισμένα μειονεκτήματά του είναι η ανάπτυξη γραφειοκρατίας, η εμφάνιση λίστας αναμονής, η περιορισμένη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου από τον ασθενή και η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών που θα προάγουν την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ. και Σούλης Σ., 2001).

Λόγω της σημασίας της υγείας, η οποία για τον άνθρωπο είναι ένα πολύτιμο αγαθό και όχι ένα «εμπορικό προϊόν», τα συστήματα υγείας παρουσιάζουν ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά σε σχέση με άλλα συστήματα. Είναι συστήματα στα οποία δε μπορούν να λειτουργούν απρόσκοπτα και ανεξέλεγκτα οι οικονομικοί νόμοι της αγοράς. Σε αυτά καταγράφεται η μεγαλύτερη κρατική παρέμβαση μετά από αυτά της εθνικής άμυνας και της παιδείας. Βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στο συντελεστή εργασία και είναι τα πλέον σύνθετα και πολύπλοκα, γιατί διαχειρίζονται ανθρώπινες ζωές, απορροφούν πολλούς πόρους, απαιτούν τη χρήση εξειδικευμένων μεθόδων οργάνωσης και διοίκησης, ειδική αξιοποίηση των πόρων και της τεχνολογίας, ειδική διαχείριση ασθενών μέσα στο σύστημα και πλήρη αρχεία καταγραφής πληροφοριών για τους ασθενείς και τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Ως προς την παραγωγική διάρθρωση ενός συστήματος υγείας οι υπηρεσίες παράγονται από μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίες διαχωρίζονται κυρίως σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας (νοσοκομειακής) φροντίδας υγείας. Τα βασικά κριτήρια ενός συστήματος είναι η ισότητα, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα. Για την αξιολόγηση χρησιμοποιούνται κυρίως οι δείκτες υγείας και οι οικονομικοί δείκτες. Από τους δείκτες υγείας οι ευρύτερα αποδεκτοί είναι, το προσδόκιμο επιβίωσης, η βρεφική θνησιμότητα, η ολική θνησιμότητα και από τους οικονομικούς δείκτες χρησιμοποιούνται το κατά κεφαλήν εισόδημα και οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π.

1.2 Συνοπτική παρουσίαση των συστημάτων υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Κατά τον 20^ο αιώνα οι περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες κατανοούν την ανάγκη του συντονισμού των υπηρεσιών υγείας και τη δημιουργία συστήματος, που η τελική του μορφή είναι αποτέλεσμα της ιστορικής εξέλιξης του κοινωνικοπολιτικού συστήματος, των οικονομικών και των πολιτιστικών συνθηκών της κάθε χώρας. Σήμερα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, μετά την κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης και των σοσιαλιστικών καθεστώτων στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, διακρίνονται τέσσερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας (Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 2005).

Το πρώτο, που είναι γνωστό ως αγγλοσαξονικό μοντέλο, εφαρμόζεται κυρίως στη Μεγάλη Βρετανία και την Ιρλανδία και αναπτύχθηκε από τον William Beveridge (1879-1963) που στηρίχθηκε στην οικονομική θεωρία του Keynes για το κοινωνικό κράτος. Οι βασικές αρχές λειτουργίας του είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Στο σύστημα αυτό το αγαθό της υγείας αναγνωρίζεται περισσότερο ως δημόσιο αγαθό παρά, ως ατομικό δικαίωμα και το σύστημα έχει συνήθως κάθετη ιεραρχική δομή οργάνωσης και διοίκησης. Χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό (φορολογία) ή από προϋπολογισμούς τοπικών κυβερνήσεων (τοπική φορολογία), όπου οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν στο κράτος.

Το δεύτερο σύστημα οργάνωσης και διοίκησης, που αναφέρεται ως ηπειρωτικό μοντέλο, αναπτύχθηκε με βάση τη φιλοσοφία και τα μέτρα που πρότεινε ο Γερμανός πολιτικός Bismarck (1815-1898). Το σύστημα αυτό έχουν υιοθετήσει κυρίως η

Γερμανία και οι άλλες χώρες της Κεντρικής Ευρώπης. Το μοντέλο αυτό τονίζει το ατομικό δικαίωμα του κάθε πολίτη να αναζητεί μέσα από το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης τρόπους για να καλύψει τις ανάγκες υγείας του. Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από την κοινωνική ασφάλιση, μέσω των ασφαλιστικών φορέων που συγκεντρώνουν τις εισφορές από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους.

Το τρίτο πρότυπο οργάνωσης και διοίκησης αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο, όπου η τοπική αυτοδιοίκηση υπό την εποπτεία της κεντρικής διοίκησης, έχει την κύρια ευθύνη για την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Το συγκεκριμένο σύστημα υγείας εφαρμόζεται στη Σουηδία και τις άλλες Σκανδιναβικές χώρες.

Τέλος, το λεγόμενο νοτιοευρωπαϊκό σύστημα οργάνωσης και διοίκησης είναι ένα μεικτό σύστημα, δηλαδή ένας συνδυασμός αγγλοσαξονικού και ηπειρωτικού συστήματος υγείας. Υπηρετεί την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης μέσα από τη συλλογική κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού. Χρηματοδοτείται από εισφορές που υπολογίζονται με βάση την οικονομική δυνατότητα καθενός και το κράτος συμπληρώνει τα χρηματοδοτικά κενά της κοινωνικής ασφάλισης και παρεμβαίνει σε κεντρικό επίπεδο, καθορίζοντας τις στρατηγικές και έχοντας σημαντικό ρόλο σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας. (Βλάσσης Ι., 2006).

1.3 Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία

Η πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της υγείας στηρίζεται σε τέσσερις βασικές αρχές:

- την αρχή ότι η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό,
- τις κοινές αξίες για την υγεία,
- τη συνεκτίμηση της παραμέτρου της υγείας σε όλες τις πολιτικές,
- την ενίσχυση της φωνής της Ε.Ε σε θέματα παγκόσμιας υγείας (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014).

Η οργάνωση και παροχή υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν αρμοδιότητα των εθνικών κυβερνήσεων. Ο ρόλος της ΕΕ είναι να συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές:

- βοηθώντας τις κυβερνήσεις να επιτυγχάνουν τους κοινούς στόχους,
- δημιουργώντας οικονομίες κλίμακας, μέσω συγκέντρωσης των πόρων,

βοηθώντας τα κράτη μέλη να αντιμετωπίζουν κοινές προκλήσεις, όπως πανδημίες, χρόνιες ασθένειες ή τις επιπτώσεις του μεγαλύτερου προσδόκιμου ζωής στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης.

Οι τρεις βασικοί στόχοι που επιδιώκει η Ευρωπαϊκή Ένωση στην υγεία είναι:

- η προαγωγή της καλής υγείας σε μια Ευρώπη που γερνάει,
- η προστασία των πολιτών από απειλές για την υγεία,
- η προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών.

Η επίτευξη των στόχων αυτών γίνεται με τους εξής τρόπους:

- νομοθεσία,
- χρηματοπιστωτικά μέσα,
- συνεργασία σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Τα θεσμικά όργανα για τη χάραξη και την εφαρμογή της πολιτικής για την υγεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι το Συμβούλιο Υπουργών Υγείας, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και η Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

Από τα πλέον πρόσφατα δεδομένα για την κατάσταση της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (O.E.C.D. and European Commission, 2014) προκύπτει ότι:

- Το προσδόκιμο ζωής εξακολουθεί να αυξάνεται, αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν ανισότητες. Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη μέλη της ΕΕ αυξήθηκε κατά περισσότερο από 5 χρόνια μεταξύ του 1990 και του 2012, φτάνοντας τα 79,2 έτη. Οι άντρες και οι γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο είναι πιθανό να ζήσουν περισσότερα χρόνια και να έχουν καλύτερη υγεία.

- Η οικονομική κρίση είχε αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού, στη θνησιμότητα και στις δαπάνες για την υγεία. Τα ποσοστά των αυτοκτονιών αυξήθηκαν, καθώς και η τάση αύξησης της παχυσαρκίας, κυρίως στις μειονεκτούσες ομάδες. Η θνησιμότητα από ατυχήματα με τα μεταφορικά μέσα μειώθηκε, καθώς επίσης και η έκθεση του πληθυσμού στην ατμοσφαιρική ρύπανση. Για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατά μέσο όρο, οι δαπάνες για την υγεία παρουσίασαν μείωση κατά 0,6% ετησίως σε σύγκριση με την ετήσια αύξηση 4,7% που είχαν κατά την περίοδο 2000-2009. Στην περίοδο 2009-2012 οι δαπάνες για την υγεία σε πραγματικούς όρους (προσαρμοσμένες με βάση τον πληθωρισμό) μειώθηκαν στις

μισές χώρες της Ε.Ε. και επιβραδύνθηκαν σημαντικά στις υπόλοιπες. Το 2012 αυξήθηκαν κατά ένα πολύ μικρό ποσοστό σε ορισμένες χώρες (π.χ. Γερμανία, Αυστρία), συνέχισαν δε να μειώνονται στην Ελλάδα, στην Πορτογαλία, στην Ιταλία, στην Ισπανία, στην Ουγγαρία και στην Τσεχία.

- Ως προς την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, οι περισσότερες χώρες της Ε.Ε. έχουν διατηρήσει την καθολική (ή σχεδόν καθολική) κάλυψη για ένα σύνολο βασικών υπηρεσιών υγείας, με εξαίρεση την Ελλάδα, τη Βουλγαρία και την Κύπρο, όπου σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού δεν είναι ασφαλισμένο.

Με βάση τις ανωτέρω πολιτικές που ακολουθεί η Ευρωπαϊκή Ένωση σε συνδυασμό με τις επιμέρους πολιτικές υγείας των κρατών - μελών, έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδος στη δημόσια υγεία, αλλά εξακολουθούν να υπάρχουν έντονες ανισότητες, όσον αφορά την κατάσταση της υγείας, τόσο μεταξύ των χωρών, όσο και στο εσωτερικό τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ

Κατά τον Μωραΐτη Ε. (2007), στην περίπτωση της Ελλάδας, μια ιστορική αναδρομή των συστημάτων παροχής φροντίδων υγείας, περιλαμβανομένων και των υπηρεσιών κοινωνικής ασφάλειας και πρόνοιας, θα πρέπει να ακολουθεί την κλασσική χρονολογική διαίρεση των μεγάλων ιστορικών περιόδων, λαμβάνοντας υπόψη τις υπάρχουσες ιστορικές πηγές.

2.1 Σύντομη ιστορική αναδρομή από την αρχαιότητα μέχρι την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Η περίοδος της αρχαιότητας (776 π.Χ. – 330 μ.Χ.) περιλαμβάνει την κλασσική, την ελληνιστική και την ρωμαϊκή εποχή. Κατά την περίοδο αυτή, μια σειρά πολιτικών και μέτρων που εφαρμόστηκαν για τη δημόσια υγεία, την ιατρική περίθαλψη και την κοινωνική πρόνοια είχαν πρωτοποριακό χαρακτήρα και αποτέλεσαν τη βάση των αντιλήψεων των σύγχρονων κοινωνιών για το κοινωνικό κράτος. Η προστασία της δημόσιας υγείας αποτελούσε πρωταρχικό μέλημα στην αρχαία Ελλάδα. Η κατασκευή υδραγωγείων, υπονόμων, λουτρών και υγιεινής κατοικίας, η θεσμοθέτηση ειδικών λειτουργιών για την επίβλεψη της ποιότητας των τροφίμων («αγορανόμοι»), την ιατρική παρακολούθηση των γυναικών ελευθερίων ηθών («γυναικονόμοι») και η προσπάθεια ελέγχου των λοιμωδών νοσημάτων, αποτελούν παραδείγματα μέτρων πολιτικής για τη δημόσια υγεία. Κατά την ίδια περίοδο, η ιατρική περίθαλψη ακολουθεί την εξέλιξη των αντιλήψεων της εποχής, όπως διαμορφώνεται από την πρόοδο της φιλοσοφικής σκέψης, ξεκινώντας από τον Θαλή και φτάνοντας μέχρι τον Ιπποκράτη και τον Γαληνό, που είναι οι θεμελιωτές της ιατρικής επιστήμης. Σύμφωνα με τις αρχαίες πηγές, ο πρώτος που καθιέρωσε τη δωρεάν ιατρική περίθαλψη, αλλά και τη δωρεάν παιδεία, ήταν ο Χαρώνδας στην Κατάνη της Σικελίας τον 7^ο περίπου αιώνα π.Χ. Ειδική αναφορά, επιβάλλεται να γίνει στην αρχαία Αθήνα, όπου σταδιακά διαμορφώνεται ένα σύστημα πρωτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας, που βασίζεται στους ιατρούς-δημόσιους λειτουργούς και στους ιατρούς -ελεύθερους επαγγελματίες. Οι «Δημοσιεύοντες Ιατροί» σε αντίθεση με τους «Ιδιωτεύοντες»,

είναι δημόσιοι λειτουργοί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, στους οποίους απαγορεύεται η άσκηση ιδιωτικού έργου. Προσλαμβάνονται με διαγωνισμό από την Εκκλησία του Δήμου για ετήσια ή διετή θητεία με σκοπό τη δωρεάν παροχή ιατρικών φροντίδων στους πολίτες. Προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε δημόσια ιατρεία ή στο ιδιωτικό τους ιατρείο, το οποίο μετά την ανάθεση καθηκόντων αποκτά χαρακτήρα δημοσίου χώρου, καθώς και στο σπίτι του ασθενή. Τα δημόσια ιατρεία πρέπει να έχουν συγκεκριμένες προδιαγραφές (ευρύχωρα, ευάερα, φωτεινά) και να διαθέτουν ειδική αίθουσα αναμονής, αίθουσα εξετάσεων με όργανα και εργαλεία και ειδικά ανάκλιτρα για τους ασθενείς. Αμείβονται με πάγια αντιμισθία από το δημόσιο ταμείο χρηματοδοτούμενο από ειδικό τέλος «Ιατρικόν», που αποτελεί καθολική υποχρέωση των πολιτών, το ύψος του είναι ανάλογο με την οικονομική δυνατότητα καθενός και μπορεί να είναι σε χρήμα ή σε είδος. Το έργο τους αξιολογείται κατ' έτος από την Εκκλησία του Δήμου στην οποία και «απολογούνται» προκειμένου να ανανεωθεί η θητεία τους. Η αθηναϊκή Δημοκρατία είχε δείξει επίσης ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την προστασία των απόρων, των αστέγων και των θυμάτων πολέμου μέσω της ανάπτυξης των «Ερανικών Συλλόγων», που ήταν ουσιαστικά κοινωνικές μορφές αλληλεγγύης. Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονταν σε χώρους κλειστής «νοσοκομειακής νοσηλείας», τα «Ασκληπιεία» με την καταβολή από τον πάσχοντα συγκεκριμένης αμοιβής (Σταυρόπουλος Σ.,2000).

Κατά τη Βυζαντινή περίοδο (330 μ.Χ. - 1453 μ.Χ.), φορείς κοινωνικής προστασίας και ιατρικής περίθαλψης ήταν το κράτος, η εκκλησία και η ιδιωτική πρωτοβουλία. Ο θεσμός των «Δημοσιευόντων Ιατρών» διατηρήθηκε, ενώ βελτιώθηκε σημαντικά η οργάνωση και η λειτουργία των μονάδων παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας (νοσοκομεία), που ονομάζονταν «ξενώνες» ή «ξενοδοχεία». Τα σπουδαιότερα ήταν η «Βασιλειάδα» που ίδρυσε ο Μέγας Βασίλειος στη Καισάρεια (470 μ.Χ) και ο «Ξενώνας της Μονής Του Παντοκράτορα», που ίδρυσε το 1152 μ.Χ. στην Κωνσταντινούπολη ο αυτοκράτορας Ιωάννης Κομνηνός Β'. Ο «ξενώνας» αυτός, που αποτελεί πρόδρομο των σύγχρονων νοσοκομείων, διέθετε κλινικές, εξωτερικά ιατρεία, φαρμακείο, γηροκομείο και εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας που καθόριζε την οργάνωση και διοίκηση του κατά τρόπο αποδοτικό και αποτελεσματικό (Κελερμένος Ν.,1998).

Κατά τη διάρκεια της Οθωμανικής κατοχής (1453 μ.Χ. – 1821 μ.Χ.) δεν μπορεί να γίνει αναφορά σε δημόσια υγεία και σύστημα παροχής υγείας. Οι κύριοι φορείς άσκησης κοινωνικής πολιτικής και σε ορισμένες περιπτώσεις παροχής

φαρμακευτικών υπηρεσιών ήταν οι κοινότητες (τοπική αυτοδιοίκηση), τα μοναστήρια και η φιλανθρωπική δραστηριότητα. Η δημιουργία και η ανάπτυξη των συντεχνιών και των συνεταιρισμών κατά τον 17^ο και 18^ο αιώνα οδήγησε σε θεσμική παροχή υπηρεσιών υγείας μια και στα καταστατικά τους προβλέπονταν η δωρεάν ιατρική περίθαλψη των μελών τους. Σπουδαιότερη περίπτωση αποτελεί ο συνεταιρισμός που ιδρύθηκε το 1760 στα Αμπελάκια της Θεσσαλίας, ο οποίος είχε οργανώσει ολοκληρωμένο σύστημα υγείας αποτελούμενο από νοσοκομείο και ιατρεία με ιατρούς.

Στην νεότερη εποχή, μετά την απελευθέρωση από τον οθωμανικό ζυγό και την ίδρυση του ελληνικού κράτους το 1830, η διαμόρφωση του συστήματος υγείας στη χώρα μας ακολούθησε την εξέλιξη των γενικότερων κοινωνικοοικονομικών, πολιτικών και πολιτιστικών συνθηκών.

Η περίοδος μέχρι τη Μικρασιατική καταστροφή (1922), χαρακτηρίζεται από την έλλειψη οργανωμένης προσπάθειας για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στον πληθυσμό και την αποσπασματική λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Η πολιτική στον τομέα της υγείας ασκείται από ένα απλό τμήμα («Υγειονομικό Τμήμα») του Υπουργείου Εσωτερικών που ιδρύθηκε το 1833, με την βοήθεια του «Ιατροσυνεδρίου» που είχε συμβουλευτικό ρόλο και ορισμένες αρμοδιότητες, όπως η χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος σε γιατρούς και νοσηλευτές. Το 1837 ιδρύεται η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Αθήνας. Ορισμένα μέτρα για την κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι η θέσπιση «υγειονομικού κανονισμού», ο διορισμός γενικών «εμβολιαστών» και η δημιουργία «περιοδικών ιατρείων». Η απουσία κρατικής πολιτικής για τη δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας καλύπτεται από τις δράσεις της τοπικής αυτοδιοίκησης, της Εκκλησίας και από ορισμένους πλούσιους Έλληνες που ονομάστηκαν «ευεργέτες» (Δημοτικό Νοσοκομείο «ΕΛΠΙΣ», «Αιγινήτειο» κ.α.). Οι κοινωνικές διεκδικήσεις κατά την εποχή αυτή οδήγησαν στη δημιουργία Ταμείων Αλληλοβοήθειας για ορισμένους κλάδους εργαζομένων (ναυτικοί, μεταλλωρύχοι), που στη συνέχεια εξελίχθηκαν σε φορείς κοινωνικής ασφάλισης. Η Μικρασιατική καταστροφή, που είχε σαν αποτέλεσμα τον ερχομό στη χώρα ενός τεράστιου αριθμού προσφύγων, πολλαπλασίασε τα ήδη οξυμένα προβλήματα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Αυτό οδήγησε στην ανάγκη άμεσης παρέμβασης με την ίδρυση του «Υπουργείου Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντίληψης», του «Ανώτατου Υγειονομικού Συμβουλίου» και την ψήφιση του πρώτου νόμου για την κοινωνική ασφάλιση που

έδινε τη δυνατότητα δημιουργίας ασφαλιστικών ταμείων σε διάφορους κλάδους εργαζομένων (καπνεργάτες, αρτοποιοί, τυπογράφοι, βιοτέχνες, νομικοί, κλπ.) και καθιέρωνε την ίση εισφορά εργοδοτών και εργαζομένων.

Στο διάστημα της ειρηνικής περιόδου 1922-1940 (Μεσοπόλεμος), αν και έγινε αναδιοργάνωση των υπαρχόντων νοσοκομείων και ιδρύθηκαν νέα νοσοκομεία σε διάφορες πόλεις της χώρας το κύριο χαρακτηριστικό είναι η απουσία μιας συνεκτικής και αποτελεσματικής πολιτικής ανάπτυξης ενός ολοκληρωμένου δικτύου πρωτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για όλο τον πληθυσμό, παρά τις κάποιες αποσπασματικές προσπάθειες που έγιναν. Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει σε ορισμένες πρωτοποριακές για την εποχή αυτή κοινωνικές μορφές πρωτοβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως οι «Αγροτικοί Υγειονομικοί Συνεταιρισμοί» που, έναντι ετήσιας συνδρομής, εξασφάλιζαν στα μέλη και στις οικογένειές τους υπηρεσίες ιατρού, νοσοκόμου και μαίας και το «σύστημα της κοντότας», όπου οι κάτοικοι ενός ή περισσότερων γειτονικών χωριών συμβάλλονταν με ένα γιατρό, ο οποίος έναντι μιας προκαθορισμένης ετήσιας αμοιβής παρείχε υποχρεωτικά τις υπηρεσίες του σε όλα τα μέλη των οικογενειών που είχαν εγγραφεί στον κατάλογό του. Πολύ πρόσφατα ο Ευθυμίου Κ. (2014) μελέτησε δύο παραδείγματα κοινωνικών μορφών αλληλεγγύης κατά τη διάρκεια του Μεσοπολέμου. Η οργάνωση «Εργατική Βοήθεια» που ιδρύθηκε το 1924, ήταν ένα πανελλαδικό δίκτυο με πολύπλευρο έργο και ποικιλία δράσεων αλληλεγγύης μεταξύ των οποίων η δωρεάν ιατρική περίθαλψη σε φτωχούς και απόρους, ενώ η οργάνωση «Κοινωνική Αλληλεγγύη» ιδρύθηκε το 1933, μετά τη χρεοκοπία του 1932 και την οικονομική κρίση που ακολούθησε, προσφέροντας μεταξύ άλλων και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε ανέργους.

Η περίοδος 1940-1949, μια από τις πιο δραματικές στην ιστορία της χώρας καλύπτει τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, την Κατοχή και τον Εμφύλιο. Οι τραγικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και οι τεράστιες καταστροφές, η πείνα, η εξαθλίωση, οι αρρώστιες, ο θάνατος χαρακτηρίζουν αυτήν την περίοδο όπου οι μονάδες παροχής υγείας είχαν καταρρεύσει και δεν μπορεί να γίνει λόγος για ύπαρξη συστήματος υγείας. Στο πλαίσιο του κινήματος της εθνικής αντίστασης ενάντια στην κατοχή της χώρας αναπτύχθηκαν ορισμένες μορφές κοινωνικής αλληλεγγύης στον τομέα της υγείας. Το 1944 συγκροτήθηκαν επιτροπές υγείας κυρίως στα χωριά της υπαίθρου και με τη βοήθεια των τοπικών κοινωνιών δημιουργήθηκαν φαρμακευτικοί σταθμοί (συνολικά 1.253), που στη συνέχεια ονομάστηκαν Λαϊκά Φαρμακεία, για τη

χορήγηση φαρμάκων δωρεάν ή σε τιμές κόστους στους έχοντες ανάγκη. Επίσης, ιδρύθηκαν και λειτούργησαν Λαϊκά Ιατρεία (συνολικά 679) για την κάλυψη των αναγκών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Μετά το τέλος του πολέμου οι σπουδαιότερες θεσμικές προσπάθειες για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη δημιουργία ενός ενιαίου συστήματος ήταν:

- Το Ν.Δ. 2592/1953, το οποίο αναφερόταν στη θεσμοθέτηση Υγειονομικών Περιφερειών και την οργάνωση Περιφερειακών Υπηρεσιών, την ίδρυση Υγειονομικών Κέντρων και Κοινοτικών Υγειονομικών Σταθμών, την οργάνωση και λειτουργία Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και την οργάνωση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

- Το Ν.Δ. 3487/1955 για την Κοινωνική Ασφάλιση των αγροτών, που αποτέλεσε τη βάση της ανάπτυξης και λειτουργίας του όλου συστήματος περίθαλψης του αγροτικού πληθυσμού μέχρι το 1983, το οποίο συμπληρώνεται με το Ν. 4169/1961. Έτσι ιδρύεται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) στον οποίο ανατίθεται η διαχείριση όλων των ασφαλιστικών ζητημάτων που αφορούν στους αγρότες.

Από την ανωτέρω ιστορική αναδρομή θα μπορούσαμε να καταλήξουμε σε δύο βασικά συμπεράσματα. Το πρώτο είναι ότι, το νέο ελληνικό κράτος δεν μπόρεσε να δημιουργήσει ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας με βάση τις εμπειρίες και τα διδάγματα που είχαν διαμορφωθεί κατά τη μακρόχρονη πορεία του ελληνικού έθνους. Κύρια αιτία ήταν ότι, ο απελευθερωτικός αγώνας, λόγω της διχόνοιας και των εμφύλιων συγκρούσεων που δυστυχώς συνεχίστηκαν και κατά τη νεότερη εποχή, δεν πέτυχε την ανεξαρτησία από μόνος του αλλά μέσω της βοήθειας ξένων δυνάμεων «εποπτευόμενη ανεξαρτησία». Το δεύτερο συμπέρασμα είναι ότι, καθ' όλη τη διάρκεια της περιόδου αυτής, ιδιαίτερα, σε εποχές κρίσεων, αναπτύχθηκαν από το λαό διάφορες οργανωτικές μορφές κοινωνικής αλληλεγγύης για την παροχή υπηρεσιών υγείας.

2.2 Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα μετά το 1983, και μέχρι την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης

Το ελληνικό σύστημα μετά το 1983 χαρακτηρίζεται ως μεικτό, γιατί ένα μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος προέρχεται από τη φορολογία, ενώ υπάρχει και σημαντική συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη την ταξινόμηση των συστημάτων υγείας που έχει προταθεί από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μείγμα που συνδυάζει στοιχεία των ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας, των ασφαλιστικών συστημάτων αποζημίωσης, των συμβολαιακών ασφαλιστικών συστημάτων, ενσωματώνοντας αρχές διαφορετικών οργανωτικών προτύπων.

Κατά τον Μπουρσανίδη Χ. (1993), η δομή και η λειτουργία ενός συστήματος υγείας αποτελείται από:

- το σύστημα διεύθυνσης – συντονισμού,
- το σύστημα παραγωγής και διανομής και
- το σύστημα χρηματοδότησης.

Με βάση τη διάκριση αυτή εξετάζονται στη συνέχεια τα βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της χώρας.

2.2.1 Η οργανωτική δομή του συστήματος υγείας

Ως προς τη διεύθυνση και τον συντονισμό του συστήματος το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για τα ζητήματα υγείας όπως και για τον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της εθνικής στρατηγικής υγείας, καθώς και των διαφόρων υγειονομικών προγραμμάτων και των υπηρεσιών παροχής υγείας. Θέτει τις προτεραιότητες σε εθνικό επίπεδο, καθορίζει το ύψος της χρηματοδότησης των δραστηριοτήτων για την υγεία και κατανέμει τους σχετικούς πόρους, εισηγείται τις αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο και αναλαμβάνει την εφαρμογή των νόμων και των μεταρρυθμίσεων. Επίσης, διορίζει τις διοικήσεις στις δημόσιες μονάδες υγείας, είναι υπεύθυνο για το ανθρώπινο δυναμικό και συντονίζει το

σύστημα προσλήψεων του υγειονομικού προσωπικού αυτών, έπειτα από έγκριση του Υπουργικού Συμβουλίου.

Ως προς την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας το σύστημα, κατά την περίοδο αυτή, έχοντας ως κορμό το Ε.Σ.Υ., αποτελείται από τρία υποσύνολα

- του Ε.Σ.Υ - δημόσιου τομέα,
- του ιδιωτικού τομέα και
- του μη κερδοσκοπικού - μη κυβερνητικού τομέα, τα οποία βρίσκονται σε διαρκή και δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους αλλά και σε αλληλεπίδραση με το πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό, οικολογικό και πολιτιστικό περιβάλλον (Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π., 2007).

2.2.1.1 Ε.Σ.Υ. - Δημόσιος Τομέας

Το 1983 αποτελεί σημαντικό σταθμό στην εξελικτική πορεία του συστήματος υγείας της χώρας στη σύγχρονη εποχή, αφού για πρώτη φορά θεσμοθετήθηκε η δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας για τη συνολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Οι θεμελιώδεις αρχές, πάνω στις οποίες βασίστηκε η συνολική φιλοσοφία του νέου συστήματος ήταν ότι:

- η υγεία είναι ένα κοινωνικό αγαθό, που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους,
- κάθε πολίτης, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική του θέση και τον τόπο διαμονής του, έχει το δικαίωμα για ισότιμη και υψηλής ποιότητας παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας και
- το κράτος έχει την αποκλειστική ευθύνη για την προστασία της υγείας των πολιτών μέσα από ένα καλά σχεδιασμένο, αποκεντρωμένο και δημοκρατικό σύστημα υγείας.

Η ανάγκη για μεταρρύθμιση και εκσυγχρονισμό του τομέα προστασίας της υγείας του ελληνικού λαού, οδήγησε στην ψήφιση του Ν. 1397/1983 «για το Εθνικό Σύστημα Υγείας», που ιστορικά αποτελούσε το πρώτο συγκροτημένο και ολοκληρωμένο σχέδιο για την οργάνωση του συστήματος υγειονομικής φροντίδας στην Ελλάδα. Είχε ως βασικότερους στόχους:

- την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας,
- τον κοινωνικό έλεγχο,

- τη λειτουργική σύνδεση των βαθμίδων περίθαλψης,
- το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και τον προγραμματισμό,
- την ορθολογική κατανομή των πόρων,
- την αναδιοργάνωση των νοσοκομείων,
- την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας,
- τον διαχωρισμό του δημόσιου από τον ιδιωτικό τομέα και
- την καθιέρωση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών του Ε.Σ.Υ.

Για την επίτευξη των στόχων αυτών ο νόμος προέβλεπε:

- τη σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) και Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.),
- τη σταδιακή ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας,
- τη σταδιακή ενοποίηση των κλάδων υγείας των δημόσιων ασφαλιστικών οργανισμών,
- την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη δημιουργία Κέντρων Υγείας αστικού και μη αστικού (αγροτικού) τύπου που να καλύπτουν όλες τις περιοχές της χώρας,
- την καθιέρωση τομέα Κοινωνικής Ιατρικής στα νοσοκομεία για την καλύτερη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και τη σύνδεση της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Ως προς την παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας οι βαθμίδες οργάνωσης και διοίκησης της υγειονομικής περίθαλψης χωρίζονται σε :

- οικογενειακή (οικογένεια, 1-10 άτομα),
- πρωτοβάθμια (τοπική κοινωνία, 500 – 50.000 άτομα),
- δευτεροβάθμια (Δήμοι, 50.000-500.000 άτομα),
- τριτοβάθμια (Περιφέρεια, άνω των 500.000 ατόμων).

Στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές η οικογενειακή και η πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη παρέχεται από τις υγειονομικές μονάδες του Ε.Σ.Υ., στις οποίες ανήκουν τα Κέντρα Υγείας μη αστικού τύπου και τα αγροτικά ιατρεία. Ενώ, στις αστικές περιοχές οι αντίστοιχες υπηρεσίες παρέχονται κυρίως από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Ειδική αναφορά για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα γίνει παρακάτω.

Η δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη καλύπτεται από τα γενικά νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που παρέχουν νοσηλεία σε ασθενείς που εντάσσονται σε περισσότερες από μια θεραπευτικές κατηγορίες και η τριτοβάθμια από τα ειδικά νοσοκομεία που παρέχουν νοσηλεία σε ασθενείς που χρειάζονται κύρια και ολοκληρωμένη νοσηλεία σε μια ειδικότητα (λοιμωδών νόσων, αντικαρκινικά, ψυχιατρικά, κλπ.). Τα νοσοκομεία, που αποτελούν μεγάλες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, λειτουργούν με τη νομική μορφή των Ν.Π.Δ.Δ. και τα όργανα διοίκησής τους είναι το Διοικητικό Συμβούλιο, ο Διοικητής, που είναι το ανώτατο εκτελεστικό διοικητικό στέλεχος της οργάνωσης και το Επιστημονικό Συμβούλιο. Η βασική οργανωτική δομή των νοσοκομείων στηρίζεται στη λειτουργία τεσσάρων διακριτών υπηρεσιών, της Ιατρικής, της Νοσηλευτικής, της Διοικητικής και της Τεχνικής. Η διοίκηση της κάθε μιας από αυτές ασκείται από το Διευθυντή, ο οποίος συντονίζει και κατευθύνει τη λειτουργία των επιμέρους Τμημάτων στα οποία είναι χωρισμένη η κάθε Διεύθυνση υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου, με βάση τους στόχους και τους πόρους που έχει καθορίσει η Διοίκηση.

Εκτός από το Ε.Σ.Υ., στο δημόσιο τομέα υγείας περιλαμβάνονται οι μονάδες και οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία και την Τοπική Αυτοδιοίκηση, εκ των οποίων πιο σημαντικός είναι ο ρόλος των ασφαλιστικών ταμείων.

Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι δημόσιοι οργανισμοί και τα έσοδά τους προέρχονται από εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών (στην περίπτωση εξαρτημένης εργασίας), των ίδιων των ασφαλισμένων (στην περίπτωση της αυτοαπασχόλησης) και για ορισμένα ταμεία από κοινωνικούς πόρους. Διοικητικά η πλειοψηφία των ταμείων είναι Ν.Π.Δ.Δ., τα οποία λειτουργούν κάτω από τον έλεγχο του Κράτους. Η εποπτεία των περισσότερων ασφαλιστικών ταμείων ασκείται από το Υπουργείο Υγείας και το Υπουργείο Εργασίας. Κατά την περίοδο αυτή, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού καλύπτεται για θέματα υγείας από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Οι σημαντικότεροι ασφαλιστικοί οργανισμοί είναι το Ι.Κ.Α., ο Ο.Α.Ε.Ε. και ο Ο.Γ.Α.

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός και παρέχει υπηρεσίες υγείας απευθείας στα μέλη του. Πρωτοβάθμιες ιατρικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες προσφέρονται στα κατά τόπους πολυϊατρεία, ενώ δευτεροβάθμια περίθαλψη παρέχεται από τα νοσοκομεία του οργανισμού, που δεν επαρκούν για την κάλυψη των συνολικών αναγκών υγειονομικής περίθαλψης των

μελών του. Έτσι, το Ι.Κ.Α. για την πλήρη κάλυψη πανελλαδικά των ασφαλισμένων, συνάπτει συμβάσεις με ιδιώτες γιατρούς για την παροχή εξωνοσοκομειακών φροντίδων υγείας και με ιδιωτικές κλινικές για την αναγκαία νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν στα μέλη τους όλο σχεδόν το φάσμα της εξωνοσοκομειακής φροντίδας από συμβεβλημένους ιδιώτες γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων και επιπλέον, νοσοκομειακή περίθαλψη και δαπάνες για φάρμακα. Οι ασφαλισμένοι στους διάφορους οργανισμούς μπορούν να νοσηλευτούν σε δημόσια νοσοκομεία, τα οποία και αποζημιώνει το αντίστοιχο ασφαλιστικό ταμείο.

Παρόλο που ο ιδρυτικός νόμος του Ε.Σ.Υ. προέβλεπε την αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας, κάτι τέτοιο δε συνέβη. Ο ρόλος της περιφερειακής και τοπικής αυτοδιοίκησης στον σχεδιασμό, την οργάνωση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένος. Στο επίπεδο της παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, οι δήμοι είναι υπεύθυνοι για τη λειτουργία των δημοσίων βρεφικών και παιδικών σταθμών, των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων και για την εφαρμογή προγραμμάτων όπως το «Βοήθεια στο Σπίτι». Ορισμένοι μεγάλοι δήμοι λειτουργούν μικρό αριθμό δημοτικών ιατρείων κυρίως στην ευρύτερη περιφέρεια της Αττικής.

2.2.1.2 Ιδιωτικός τομέας

Ο ιδιωτικός τομέας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών υγείας, παρά το γεγονός ότι δεν έχει ενταχθεί σε ένα ολοκληρωμένο σχέδιο που να αποτυπώνει ξεκάθαρα τη σχέση του με το δημόσιο τομέα ως προς το σχεδιασμό και τη λειτουργία του ευρύτερου ελληνικού συστήματος υγείας. Από τη δεκαετία του '80 ο τομέας υγείας στην Ελλάδα, χαρακτηρίζεται από σημαντική μεγέθυνση των ανθρωπίνων, υλικών και οικονομικών πόρων και σηματοδοτείται από δύο, αντίθετης προέλευσης και προσανατολισμού βασικές μεταρρυθμίσεις του συνόλου του συστήματος υγείας. Μετά την περίοδο της διεύρυνσης του κοινωνικού κράτους, με τη θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ., που στηρίχθηκε στη φιλοσοφία της συλλογικής κάλυψης των κοινωνικών αναγκών, ακολούθησε, στο πλαίσιο της φιλελεύθερης προσέγγισης, μια στροφή της πολιτικής για την υγεία προς τη δημιουργία ενός μεικτού ανταγωνιστικού υγειονομικού τομέα που στηρίχθηκε στη διαχείριση μέσω ιδιωτικοοικονομικών τεχνικών (Σουλιώτης Κ., 2000).

Ο Νόμος του Ε.Σ.Υ., το 1983 επέβαλλε ,αρχικά, σοβαρούς νομοθετικούς και διοικητικούς περιορισμούς στον ιδιωτικό τομέα, που κυρίως αφορούσαν στην απαγόρευση δημιουργίας νέων ιδιωτικών κλινικών και την επέκταση και βελτίωση όσων ήδη λειτουργούσαν. Οι περιορισμοί αυτοί είχαν σαν αποτέλεσμα το κλείσιμο πολλών ιδιωτικών κλινικών, μικρής κατά κανόνα δυναμικότητας, ενώ έγινε προσπάθεια ένα μέρος των μέχρι τότε υφιστάμενων κλινικών να απορροφηθούν από τον δημόσιο τομέα.

Μερικές ιδιωτικές κλινικές, καθώς και τα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία, που παρείχαν υπηρεσίες υγείας σε πολυτελείς εγκαταστάσεις, επιβίωσαν, συνάπτοντας συμβάσεις με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και αργότερα με τα ασφαλιστικά ταμεία. Πρόκειται κυρίως για μαιευτικά και γενικά ιδιωτικά νοσοκομεία. Το 1992 η απαγόρευση ίδρυσης και επέκτασης ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων καταργήθηκε.

Οι περιορισμοί αυτοί οδήγησαν τον ιδιωτικό τομέα υγείας να κατευθύνει τις επενδυτικές του δραστηριότητες στο χώρο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, δημιουργώντας έναν μεγάλο αριθμό διαγνωστικών κέντρων. Η ραγδαία ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα, την περίοδο αυτή, δεν οφείλεται μόνο στην επιδίωξη υψηλής κερδοφορίας, αλλά και στο ότι το Ε.Σ.Υ. έδωσε έμφαση στο νοσοκομειακό τομέα και όχι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Μωραΐτης Ε., 2004). Τα περισσότερα από τα διαγνωστικά κέντρα λειτουργούν σαν αυτόνομες μονάδες με τη μορφή εταιρικών σχημάτων και διαθέτουν σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό, τον οποίο έχουν τη δυνατότητα να ανανεώνουν ανάλογα με την εξέλιξη της τεχνολογίας, καθώς και υψηλού επιπέδου διοικητική οργάνωση και στελέχωση. Αρκετές ιδιωτικές κλινικές, λόγω και της δυνατότητας που παρέχει το νομοθετικό πλαίσιο για τη συστέγαση με άλλες εταιρείες παροχής υπηρεσιών υγείας, αξιοποιώντας την υπάρχουσα υποδομή σε βιοϊατρική τεχνολογία, έχουν επεκτείνει τις δραστηριότητές τους και στο χώρο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Τέλος, μερίδιο εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς, ενώ οι υπηρεσίες αποκατάσταση και οι υπηρεσίες για ηλικιωμένους παρέχονται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα.

2.2.1.3 Μη κερδοσκοπικές- μη κυβερνητικές οργανώσεις

Κατά την περίοδο αυτή, εκτός από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, κυριότερες οργανώσεις παροχής υπηρεσιών υγείας είναι η Εκκλησία και οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (Μ.Κ.Ο.).

Η Εκκλησία, στο πλαίσιο του φιλανθρωπικού της έργου, έχει την ευθύνη για τη λειτουργία μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας όπως νοσοκομεία, γηριατρικές μονάδες και ιδρύματα για ανίατες ασθένειες και ψυχικά πάσχοντες. Το δίκτυο αυτό παροχής υπηρεσιών υγείας δεν έχει λειτουργική διασύνδεση με τις αντίστοιχες δομές του Υπουργείου Υγείας.

Οι Μ.Κ.Ο. παρέχουν σημαντικές υπηρεσίες κυρίως πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε ορισμένες ευπαθείς κατηγορίες του πληθυσμού όπως πρόσφυγες, μετανάστες, Ρομά και κακοποιημένες γυναίκες. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι οι Γιατροί του Κόσμου, οι Γιατροί χωρίς Σύνορα, ο Ερυθρός Σταυρός, η PRAKSIS, το Χαμόγελο του Παιδιού και οι εθελοντικές ομάδες δωρητών αίματος.

2.2.2 Η Χρηματοδότηση του συστήματος υγείας

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από μια πολυπλοκότητα λόγω της απουσίας θεσμοθετημένων κανόνων και παγιωμένων χρηματοοικονομικών μηχανισμών και από μια προσπάθεια επίτευξης ισορροπίας μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού προγραμματισμού. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χρηματοδοτείται μέσω ενός συνδυασμού δημοσίων και ιδιωτικών πόρων. Βασικές πηγές της δημόσιας χρηματοδότησης είναι η φορολογία (κρατικός προϋπολογισμός) και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης (ασφαλιστικά ταμεία και ταμεία υγείας).

Ο κρατικός προϋπολογισμός είναι η σημαντικότερη πηγή δημόσιας χρηματοδότησης του συστήματος. Μέσω των άμεσων και έμμεσων φόρων καλύπτει τις διοικητικές δαπάνες του Ε.Σ.Υ., τις δαπάνες για τα Κέντρα Υγείας και τα αγροτικά ιατρεία, επιδοτεί τα δημόσια νοσοκομεία και τα ασφαλιστικά ταμεία, επενδύει σε κεφαλαιουχικά αγαθά (κτιριακές εγκαταστάσεις, βιοϊατρικό εξοπλισμό) και χρηματοδοτεί την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

Η δεύτερη μεγάλη πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης που καλύπτουν το μεγαλύτερο μέρος του κόστους της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και σημαντικό μέρος του κόστους της

νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων τους. Για την παροχή των υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους – μέλη τους, καλύπτουν τα έξοδα των ιδιόκτητων νοσοκομείων και πολυϊατρείων, καταβάλλουν τους μισθούς των γιατρών, των νοσοκόμων και του λοιπού προσωπικού που απασχολούν και αποζημιώνουν τους συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς, τα δημόσια νοσοκομεία και τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές για τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασφαλισμένους τους. Η κύρια πηγή εσόδων για τα ταμεία και τους κλάδους υγείας των οργανισμών αυτών είναι οι εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών, αυτοαπασχολούμενων συμπεριλαμβανομένων των εισφορών του κράτους για τους δημόσιους υπαλλήλους.

Η τρίτη σε σπουδαιότητα πηγή χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας, κυρίως για τον ιδιωτικό τομέα, είναι οι ιδιωτικές πληρωμές. Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία έχουν διάφορες μορφές και παρά την καθιέρωση του Ε.Σ.Υ. παραμένουν σε υψηλό επίπεδο. Η σημαντικότερη από αυτές είναι η δαπάνη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας για όσους έχουν συνάψει συμβόλαια με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Η ιδιωτική ασφάλιση διαδραματίζει κατά την περίοδο αυτή συνεχώς αυξανόμενο ρόλο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, κυρίως ως προς την παροχή υπηρεσιών νοσοκομειακής φροντίδας υγείας. Η μεγάλη ανάπτυξη του κλάδου οφείλεται στην προσθήκη στα κλασσικά προγράμματα ζωής νέων ασφαλιστικών προϊόντων, όπως της προστασίας προσωπικού ατυχήματος και των προγραμμάτων παροχής νοσηλείας, ιδιαίτερα σε υψηλό κύρους ιδιωτικά θεραπευτήρια. Μια μορφή ιδιωτικής δαπάνης είναι, επίσης, η καταβολή άμεσων πληρωμών από τους πολίτες για υπηρεσίες που, είτε δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση, είτε τις καλύπτει, αλλά προτιμούν την ιδιωτική αγορά από τον δημόσιο τομέα για λόγους μείωσης του χρόνου αναμονής ή καλύτερης ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών. Στις ιδιωτικές δαπάνες περιλαμβάνονται και οι θεσμοθετημένες συμπληρωματικές εισφορές για συμμετοχή του ασθενή στο κόστος περίθαλψης και οι παράτυπες πληρωμές που καταβάλλονται προκειμένου να παρακαμφθούν οι λίστες αναμονής ή να επιτευχθεί η καλύτερη προσοχή από την πλευρά των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.

Πίνακας 2.1

Διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα, 1990-2007

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Σύνολο δαπανών υγείας ως % του ΑΕΠ	6,6	8,6	7,9	8,8	9,1	9,0	8,7	9,4	9,5	9,6
Δημόσια δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	3,5	4,5	4,7	5,4	5,3	5,4	5,1	5,6	5,9	5,8
Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % του ΑΕΠ	3,1	4,1	3,2	3,4	3,8	3,6	3,6	3,8	3,6	3,8
Δημόσια δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	53,7	52,0	60,0	60,8	58,0	59,8	59,1	60,1	62,0	60,3
Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	46,3	48,0	40,0	39,2	42,0	40,2	40,9	39,9	38,0	39,7
Δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης ως % των δημόσιων δαπανών υγείας	μδ	μδ	45,9	41,3	41,4	43,5	46,9	49,7	50,9	51,8
Άμεσες πληρωμές ως % των ιδιωτικών δαπανών υγείας	μδ	95,8	94,5	94,1	94,5	94,5	94,8	95,0	94,8	94,5
Ιδιωτική ασφάλιση ως % των ιδιωτικών δαπανών υγείας	μδ	4,2	5,5	5,9	5,5	5,5	5,2	5,0	5,2	5,5
Κυβερνητικές δαπάνες για την υγεία ως % των συνολικών κυβερνητικών δαπανών	μδ	9,8	10,1	11,8	11,7	11,9	11,3	13,1	14,0	13,2

Σημείωση : μδ = μη διαθέσιμα στοιχεία.

Πηγή : I.N.E. – Γ.Σ.Ε.Ε. (2012)

Εξετάζοντας τη διαχρονική εξέλιξη των δαπανών, αρχικά θα πρέπει να αναφερθεί ότι η Ελλάδα αντιμετωπίζει ένα σοβαρό πρόβλημα σε σχέση με την αξιοπιστία των στατιστικών στοιχείων. Ειδικά για την υγεία η χώρα δεν έχει υιοθετήσει το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας του Ο.Ο.Σ.Α., με αποτέλεσμα η ποιότητα και η επάρκεια των στοιχείων να μην είναι ιδιαίτερα ικανοποιητική (I.N.E. – Γ.Σ.Ε.Ε., 2012). Όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.1 οι δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν σημαντικά κατά την περίοδο 1990 – 2007. Οι συνολικές δαπάνες, ως ποσοστό του Α.Ε.Π., από 6,6% το 1990 ανήλθαν στο 9,6% το 2007. Κατά την ίδια περίοδο η δημόσια δαπάνη υγείας αυξήθηκε από 3,5% του Α.Ε.Π. το 1990 σε 5,8% το 2007, ενώ η ιδιωτική δαπάνη υγείας από 3,1% σε 3,8%, αντίστοιχα. Ως προς τη σύνθεση της συνολικής δαπάνης υγείας, κατά την ίδια περίοδο, το μερίδιο της δημόσιας δαπάνης από 53,7% το 1990 αυξήθηκε στο 60,3% το 2007, ενώ της ιδιωτικής δαπάνης μειώθηκε από 46,3% σε 39,7%, αντίστοιχα.

Τέλος, ως προς την παροχή υπηρεσιών από την Εκκλησία η χρηματοδότηση προέρχεται από τις δωρεές και την εκμετάλλευση των περιουσιακών της στοιχείων, ενώ οι βασικές πηγές χρηματοδότησης των Μ.Κ.Ο. είναι η συμμετοχή σε

προγράμματα, που χρηματοδοτούνται από εθνικούς ή κοινοτικούς πόρους, οι δωρεές και οι χορηγίες.

2.2.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας : Η έννοια και η σημασία της

Οι αντιλήψεις σχετικά με τον τρόπο που κάθε κοινωνία αντιμετωπίζει το θέμα της υγείας και την οργάνωση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας, αλλάζουν με το πέρασμα των χρόνων. Νέες σκέψεις για την αντιμετώπιση ασθενειών, κυρίως με προληπτικές μεθόδους και λιγότερο με θεραπευτικές, κυριάρχησαν στο συνέδριο της Alma-Ata, που διοργάνωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1978, στο οποίο προσδιορίστηκε η έννοια της πρωτοβάθμια φροντίδας υγείας και διατυπώθηκε στην τελική διακήρυξη, ότι αποτελεί το μέσο για την υλοποίηση του σκοπού που υιοθετήθηκε «Υγεία για όλους το 2000». Το συνέδριο αυτό αποτέλεσε την απαρχή της πορείας της Π.Φ.Υ. ενώ δόθηκε και ο ακριβής ορισμός του όρου: «Η Π.Φ.Υ. ... αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το εθνικό σύστημα υγείας, φέρνοντας την φροντίδα υγείας όσο πιο κοντά γίνεται στο χώρο που ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι και αποτελεί το πρώτο βασικό στοιχείο μιας συνεχιζόμενης διαδικασίας της φροντίδας υγείας ... Αυτή απευθύνεται στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας, παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης... » (W.H.O., 1978).

Η Π.Φ.Υ. αποτελεί τα τελευταία χρόνια το κύριο θέμα συζήτησης και προβληματισμού για τις κυβερνήσεις πολλών χωρών, αλλά και αντικείμενο μελετών και έρευνας κυρίως του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Ο ΠΟΥ ιδρύθηκε το 1948, αποτελεί Διεθνή Οργανισμό με έδρα τη Γενεύη και αποτελείται από 183 χώρες μέλη. Μετά το συνέδριο της Alma-Ata κατοχυρώθηκαν ως βασικά στοιχεία της Π.Φ.Υ. :

- η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη νοσημάτων (αγωγή υγείας, προσυμπτωματικός έλεγχος, εμβολιασμοί, προγράμματα προαγωγής υγείας κλπ.),
- η πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα (διάγνωση, θεραπεία, παραπομπή, επανεξέταση, θεραπεία και φροντίδα κατ' οίκον, έκτακτα περιστατικά),
- η αποκατάσταση.

Η διακήρυξη της Alma-Ata διαπνέεται από τις σύγχρονες τάσεις για την οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, που είναι η ενθάρρυνση της παροχής

φροντίδων υγείας σε τοπικό επίπεδο, στα πλαίσια της οικογένειας και η απομάκρυνση από τις νοσοκομειοκεντρικές τάσεις των παλαιότερων χρόνων και ιδιαίτερα η μείωση των άσκοπων εισαγωγών στα νοσοκομεία.

Από τότε, παρατηρείται μια συνεχόμενη προσπάθεια των συστημάτων υγείας για αναπροσανατολισμό των στόχων της περίθαλψης με έμφαση στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα και τη πρόληψη και την αποφυγή προτύπων που είχαν άξονα αναφοράς τα νοσοκομεία. Πλέον, οι εναλλακτικές μορφές νοσηλείας όπως, η νοσηλεία στο σπίτι, το νοσοκομείο ημέρας και οι μονάδες βραχείας νοσηλείας, δίνουν τη δυνατότητα για ποιοτική αναβάθμιση του συστήματος υγείας με ταυτόχρονη συγκράτηση του κόστους.

Κατά τον Μωραΐτη Ε. (2006), θα πρέπει να αποφεύγεται η εννοιολογική σύγχυση και οι παρανοήσεις ως προς τα οργανωτικά πρότυπα από τη χρήση των όρων Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα. Η τελευταία αποτελεί βασικό συστατικό της Π.Φ.Υ., αλλά δεν ταυτίζεται με αυτήν. Η Πρωτοβάθμια Ιατρική Φροντίδα αναφέρεται στην ιατρική παρέμβαση που στοχεύει στη διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών, για την αντιμετώπιση των οποίων δεν είναι απαραίτητη η εισαγωγή και παραμονή στο νοσοκομείο, η οποία παρέχεται από τον οικογενειακό ιατρό γενικής ιατρικής, χωρίς ο ασθενής να πρέπει να απομακρυνθεί από τον τόπο κατοικίας ή εργασίας. Οι βασικές αρχές ενός συστήματος πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, σύμφωνα με τις σύγχρονες αντιλήψεις, είναι :

- η διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας,
- η δυνατότητα άμεσης και ισότιμης προσπέλασης όλων των πολιτών,
- η δυνατότητα συνεχούς παροχής των υπηρεσιών όλο το 24ωρο καθ' όλη τη διάρκεια του έτους και,
- η διάθεση όλων των απαραίτητων διαγνωστικών και θεραπευτικών μέσων, ώστε κάθε κοινό πρόβλημα υγείας να λύνεται σε τοπικό επίπεδο και να αποφεύγεται η μη αναγκαία προσφυγή στο νοσοκομείο.

Με βάση τις σύγχρονες αντιλήψεις που υποστηρίζουν μια ολιστική προσέγγιση του τομέα της υγείας, η διατήρηση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού επιτυγχάνεται αποτελεσματικότερα μέσα από υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη. Έτσι, η ύπαρξη και η αποτελεσματική λειτουργία της Π.Φ.Υ.

αποτελεί τη βάση, τον θεμελιώδη λίθο κάθε συστήματος υγείας, ανεξάρτητα από τις επιμέρους οργανωτικές, λειτουργικές και χρηματοδοτικές ιδιαιτερότητές του.

2.2.4 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του συστήματος υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας βρίσκεται εδώ και 30 χρόνια σε μια συνεχή μεταβολή των βασικών χαρακτηριστικών του. Είναι κοινά αποδεκτό ότι, σε σχέση με την προ του 1983 περίοδο και μέχρι την εμφάνιση της κρίσης, σημειώθηκε σημαντική πρόοδος ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας, την κάλυψη των αναγκών και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η βελτίωση αυτή είχε ως αποτέλεσμα την κατάταξη της Ελλάδος στη 14^η θέση των πλέον αναπτυγμένων υγειονομικά χωρών σύμφωνα με τα αξιολογικά κριτήρια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (W.H.O., 2000). Τα βασικά πλεονεκτήματα του συστήματος υγείας πριν την εμφάνιση της οικονομικής κρίσης είναι :

- η σε ικανοποιητικό βαθμό ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας με τον περιορισμό των εισοδηματικών και περιφερειακών ανισοτήτων,
- η σχεδόν πλήρης κάλυψη του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας,
- η δημιουργία ενός εκτεταμένου δικτύου υποδομών (σύγχρονα νοσοκομεία, τεχνολογικά εξελιγμένος βιοϊατρικός εξοπλισμός) και η απασχόληση στην παραγωγική διαδικασία ενός υψηλού επιπέδου ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού και τεχνικού ανθρώπινου δυναμικού,
- η περιορισμένη συμμετοχή των πολιτών στο κόστος και
- η δυνατότητα ανάπτυξης προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Ως προς τα προβλήματα, το σύστημα υγείας, κατά την περίοδο αυτή, παρουσιάζει έλλειψη λειτουργικής σταθερότητας. Παρά τις αλληπάληλες νομοθετικές, οργανωτικές και διοικητικές παρεμβάσεις εμφανίζει αδυναμίες ως προς την οργάνωση, τη διοίκηση και την χρηματοδότησή του. Τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι:

- το πολύπλοκο και ασαφώς καθορισμένο χρηματοδοτικό πλαίσιο και τα δημοσιονομικά ελλείμματα,
- η πληθώρα γιατρών σε όλες τις ειδικότητες εκτός από τη γενική ιατρική,
- οι σημαντικές ελλείψεις σε νοσηλευτικό και μη ιατρικό υγειονομικό προσωπικό,

- η πολυδιάσπαση φορέων και η έλλειψη συντονισμού,
- η γραφειοκρατία και η διαφθορά,
- οι λίστες αναμονής και η περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού και
- ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης του πολίτη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η μεγαλύτερη όμως αδυναμία του συστήματος είναι, σύμφωνα με τις περισσότερες μελέτες για την οργάνωση και λειτουργία του, η χαμηλή ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. Πιο συγκεκριμένα τα σημαντικότερα προβλήματα της Π.Φ.Υ. είναι:

- ο πολυκερματισμός των φορέων και η απουσία οργανωτικής και κυρίως λειτουργικής σύνδεσης μεταξύ τους,
- οι ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή,
- η απουσία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και ενός μηχανισμού παραπομπών,
- η μη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες,
- η ανυπαρξία συστήματος αποτελεσματικού ελέγχου της συνταγογραφίας και των παραπομπών για εξετάσεις και
- η μη εφαρμογή προγραμμάτων «Ομάδων Υγείας» και η απουσία συμμετοχής της κοινότητας σε αντίθεση με την πολιτική του Π.Ο.Υ. «Υγεία για όλους».

Το σύστημα υγείας στο χρονικό διάστημα από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 μέχρι την εμφάνιση της κρίσης, αν και βελτίωσε το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και είχε αρκετά πλεονεκτήματα, αντιμετώπιζε ταυτόχρονα και σοβαρά προβλήματα που δεν αντιμετωπίστηκαν έγκαιρα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ

Στο παρόν κεφάλαιο ορίζεται εν συντομία η έννοια της οικονομικής κρίσης και στη συνέχεια δίνεται έμφαση στις αλλαγές που επέφερε και, κυρίως, στις επιπτώσεις που είχε η ελληνική οικονομική κρίση στο σύστημα υγείας και την υγεία. Η οικονομική κρίση οδηγεί σε ανεργία, επισφαλή εργασία και φτώχεια με αποτέλεσμα τον κοινωνικό αποκλεισμό όλο και περισσότερων ομάδων του πληθυσμού. Το γεγονός αυτό αποτελεί πηγή εμφάνισης σωματικών και ψυχικών ασθενειών. Η οικονομική κατάσταση των ατόμων επιδρά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα, αλλά και στη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

3.1 Ορισμός της οικονομικής κρίσης

Η λέξη «κρίση» προέρχεται από το ρήμα κρίνω που σημαίνει σχηματίζω γνώμη, διατυπώνω γνώμη, αποφαινομαι για κάτι. Η πρωταρχική έννοια του όρου αυτού ορίζεται ως η διανοητική ενέργεια που προσδιορίζει τις σχέσεις ανάμεσα στις έννοιες, συγκεκριμένα ξεχωρίζει τις διαφορές και διατυπώνει εμπειριστατωμένη γνώμη, αποτελεί δε την τυπική μορφή της διαλεκτικής σκέψης (Τεγόπουλος- Φυτράκης, 1993). Από την εποχή του Ιπποκράτη (460-377 π.Χ.) ο όρος αυτός συσχετίστηκε με την υγεία και, εκτός από τη λογική σημασία, προσέλαβε και την σημασία της «ασθένειας», δηλαδή μιας περιόδου μη ομαλής λειτουργίας του οργανισμού, με δυσχέρειες και κινδύνους που χρειάζεται επείγουσα αντιμετώπιση (Ιπποκράτης, Αφορισμοί 1.253, Επιδημιών 951, 954). Με τη σημασία αυτή η κρίση, εκτός από την υγεία, παίρνει διάφορες ονομασίες, ανάλογα με τον τομέα που αναφέρεται, όπως οικονομική, κοινωνική, ηθική, οικολογική κλπ.

Στην οικονομική επιστήμη ως οικονομική κρίση ορίζεται το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και σημαντική μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας, δηλαδή του εθνικού προϊόντος, της απασχόλησης, της ζήτησης, των τιμών, των επενδύσεων κλπ. Η οικονομική κρίση αποτελεί τη μία από τις δύο φάσεις του οικονομικού κύκλου και συγκεκριμένα τη φάση της καθόδου

όταν η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε μια συνεχή συρρίκνωση. Συνήθως, μια οικονομική κρίση ακολουθεί τα παρακάτω στάδια:

- στάδιο των πρόδρομων συμπτωμάτων,
- στάδιο της οξείας εκδήλωσης,
- στάδιο των επιπτώσεων,
- στάδιο της επίλυσης.

Όπως και στην ιατρική υπάρχει και ο επιθυμητός κύκλος ζωής μιας κρίσης όπου, βασιζόμενοι στο «προλαμβάνειν», με την εμφάνιση των πρόδρομων συμπτωμάτων, αν προβούμε έγκαιρα στις κατάλληλες και αναγκαίες ενέργειες, οδηγούμαστε απευθείας στο στάδιο της επίλυσης, αποφεύγοντας έτσι την έκρηξη και τις δραστικές επιπτώσεις της κρίσης (Σφακιανάκης Μ., 1998).

3.2 Η παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008

Ιστορικά, από τις αρχές του προηγούμενου αιώνα μέχρι σήμερα οι σημαντικότερες παγκόσμιες οικονομικές κρίσεις ήταν:

- Η κρίση του 1929, μια κρίση υπερπαραγωγής που οδήγησε σταδιακά στον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, ο οποίος αποτέλεσε το στάδιο επίλυσής της.
- Η πετρελαϊκή κρίση της δεκαετίας του 1970. Ξεκίνησε με τη δραματική άνοδο των τιμών του πετρελαίου, που οδήγησε σε αύξηση του κόστους παραγωγής και των τιμών των προϊόντων, μείωση της συνολικής ζήτησης και των επενδύσεων, βυθίζοντας την παγκόσμια οικονομία σε πολύχρονη ύφεση.
- Η κρίση του 1987 που ξεκίνησε από τις Η.Π.Α. με την μεγαλύτερη στην ιστορία ημερήσια πτώση του χρηματιστηρίου της Νέας Υόρκης (22%) και επεκτάθηκε στην Ιαπωνία, την Ευρώπη και τις υπόλοιπες χώρες.
- Η κρίση του 1997 που ξέσπασε στις αναπτυσσόμενες χώρες της Ανατολικής Ασίας και τη Βραζιλία και οξύνθηκε όταν η Ρωσία ανέστειλε μονομερώς την εξόφληση των κρατικών ομολόγων της, σπέρνοντας τον πανικό στα χρηματιστήρια.
- Στην κρίση του 2001, που εκδηλώθηκε, όταν έσκασε η «φούσκα» των μετοχών των εταιρειών υψηλής τεχνολογίας, κατέρρευσε η οικονομία της Αργεντινής και έγινε η τρομοκρατική επίθεση της 11^{ης} Σεπτεμβρίου στις Η.Π.Α.

Η πρόσφατη διεθνής οικονομική κρίση ξεκίνησε ως χρηματοπιστωτική κρίση, η οποία εκδηλώθηκε αρχικά τον Αύγουστο του 2007 στις Η.Π.Α. και επιδεινώθηκε ραγδαία το φθινόπωρο του 2008 με την κατάρρευση της επενδυτικής τράπεζας Lehman Brothers. Στο περιβάλλον των στενά διασυνδεδεμένων οικονομιών και της παγκοσμιοποίησης (ταχύτατη και με ελάχιστους περιορισμούς κυκλοφορία του κεφαλαίου) μετεξελίχθηκε σε παγκόσμια οικονομική κρίση, προκαλώντας τη μεγαλύτερη οικονομική ύφεση από τη δεκαετία του 1930 και σοβαρή δημοσιονομική επιδείνωση στις περισσότερες χώρες, κυρίως στις πιο αναπτυγμένες. Οι επιπτώσεις ήταν δυσμενείς για όλες τις οικονομίες του πλανήτη. Το 2009 η παγκόσμια οικονομία κατέγραψε αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης, για πρώτη φορά στη μεταπολεμική περίοδο, καθώς οι περισσότερες αναπτυγμένες οικονομίες εισήλθαν σε βαθιά ύφεση και ο ρυθμός ανόδου του Α.Ε.Π. στις αναπτυσσόμενες οικονομίες σημείωσε σημαντική επιβράδυνση (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014).

Σύμφωνα με την επικρατέστερη εκδοχή τα κύρια αίτια της κρίσης ήταν:

- Η υπερβολική χρήση δανειακών κεφαλαίων.
- Η ραγδαία εξάπλωση, κυρίως στις Η.Π.Α., στεγαστικών δανείων υψηλού κινδύνου με τις τράπεζες να παρέχουν δάνεια με μόνη εγγύηση την αναμενόμενη αύξηση στις τιμές των κατοικιών.
- Η διασπορά του κινδύνου από τους ισολογισμούς των τραπεζών στο μεγαλύτερο μέρος του πλανήτη μέσω τιτλοποιημένων πακέτων που πωλούνταν ως ομόλογα.
- Η σχέση αλληλεξάρτησης μεταξύ των οίκων αξιολόγησης πιστοληπτικού κινδύνου και των τραπεζών.
- Το σύστημα των πρόσθετων αμοιβών των στελεχών του χρηματοπιστωτικού τομέα.
- Το ανεπαρκές κανονιστικό και ελεγκτικό πλαίσιο των χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων και των οίκων αξιολόγησης σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.
- Η διαπλοκή και η διασύνδεση των πολιτικών εξουσιών με την οικονομική ολιγαρχία και τις χρηματοπιστωτικές εταιρείες.

Υπάρχει και η εκδοχή για την ύπαρξη μιας πολύ βαθύτερης και πρωταρχικής αιτίας της κρίσης, στην οποία πρωταρχικό ρόλο παίζουν οι Η.Π.Α. Σύμφωνα με την εκδοχή αυτή αφετηρία της κρίσης ήταν η κατάργηση το 1971, των συμφωνιών του

Bretton Woods (σύστημα σταθερών συναλλαγματικών ισοτιμιών, με το δολάριο το μόνο ανταλλάξιμο νόμισμα με χρυσό). Το γεγονός αυτό σταδιακά οδήγησε στη δημιουργία ενός μηχανισμού ανακύκλωσης πλεονασμάτων, σύμφωνα με τον οποίο οι Η.Π.Α. αύξαναν όλο και περισσότερο το διπλό τους έλλειμμα (εμπορικό και κρατικό) απορροφώντας τα εμπορικά πλεονάσματα της Ευρώπης και της Ασίας. Ο μηχανισμός αυτός διόγκωσε τον χρηματοπιστωτικό τομέα, ο οποίος για την αξιοποίηση των τεράστιων αυτών ποσών επινόησε τρόπους, ώστε αυτά να «γεννούν» νέο χρήμα (Financial Engineering) μέσω των χρηματοοικονομικών προϊόντων (παράγωγα, τιτλοποιημένα δάνεια, δομημένα ομόλογα, κλπ). Στη συνέχεια, ο περιορισμός των ελέγχων στα πιστωτικά ιδρύματα και η κατάργηση το 1999, με νόμο του Κογκρέσου, της διάκρισης μεταξύ εμπορικών και επενδυτικών τραπεζών, αλλά και ασφαλιστικών και χρηματιστηριακών εταιρειών, είχε σαν αποτέλεσμα η αρχική διόγκωση του χρηματοπιστωτικού τομέα, ο οποίος είχε εξαπλωθεί σε όλη την οικονομία, να λάβει εκρηκτικές διαστάσεις. Το 2001 το παγκόσμιο εισόδημα (πραγματική οικονομία) ήταν 49 τρισ. δολάρια και η αξία των παραγώγων 85 τρισ. δολάρια. Το 2007, η αξία των παραγώγων είχε εκτιναχθεί στα 670 τρισ. δολάρια. Και ενώ το κεφάλαιο πολλαπλασιαζόταν υπέρμετρα, η αμοιβή της εργασίας μειωνόταν (αύξηση κοινωνικών ανισοτήτων) και οι εργαζόμενοι άρχισαν να δανείζονται με εγγύηση τα σπίτια τους. Όταν οι τιμές των ακινήτων άρχισαν να μειώνονται, επήλθε η κατάρρευση του οικοδομήματος που είχε χτιστεί σε σαθρά θεμέλια (Βαρουφάκης Γ., 2012). Κατά τον Μανιάτη Θ. (2012), η κρίση είναι δομική ενός παγκόσμιου κεφαλαιοκρατικού συστήματος που βασίζεται στην αρχή και το κίνητρο της μεγιστοποίησης του κέρδους και οφείλεται στην πτωτική τάση του ποσοστού κέρδους του διεθνούς κεφαλαίου, δηλαδή στην ανεπαρκή κερδοφορία σε σχέση με το επενδυμένο κεφάλαιο. Τέλος, ο Piketty (2014) εξετάζοντας και αναλύοντας τα στοιχεία 250 ετών για περισσότερες από 20 χώρες επισημαίνει ότι η κρίση είναι αποτέλεσμα της απότομης και μεγάλης αύξησης των ανισοτήτων. Αυτή οφείλεται στην ανύπαρκτη βελτίωση του εισοδήματος για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού σε σχέση με τη συνεχή και αλματώδη αύξηση των εισοδημάτων και του πλούτου των ολίγων, όπως είχε συμβεί και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα.

Η κρίση έλαβε μεγάλες διαστάσεις επειδή η παγκόσμια οικονομία, εκτός από τα προβλήματα του χρηματοπιστωτικού τομέα, αντιμετώπιζε πρόσθετα προβλήματα λόγω της ανόδου των τιμών των πρώτων υλών και τις ανισορροπίες στην αγορά των ακινήτων, όχι μόνο στις Η.Π.Α., αλλά και σε πολλές χώρες της Ευρώπης. Το

αποτέλεσμα ήταν ο χρηματοπιστωτικός τομέας να απολέσει μέσα σε ένα χρόνο τρισεκατομμύρια δολάρια, εκατομμύρια άνθρωποι να χάσουν τα σπίτια τους, να εκτοξευθεί η ανεργία και ο αριθμός των φτωχών να αυξηθεί δραματικά.

Την περίοδο 2008-2009 το κεφαλαιοκρατικό σύστημα έφτασε για άλλη μια φορά στο όριο κατάρρευσής του. Κατά τρόπο κυνικό για τη διάσωσή του στράφηκε προς τα κράτη των οποίων το ρόλο επιδίωκε να περιορίσει μέσω της παγκοσμιοποίησης. Έτσι, κυβερνήσεις και πολιτικοί, που μέχρι τότε ήταν πιστοί στο νεοφιλελεύθερο δόγμα της μέγιστης ελευθερίας των αγορών, άρχισαν τάχιστα να διασώζουν με δημόσιο χρήμα πιστωτικά ιδρύματα και πολυεθνικές επιχειρήσεις και να προχωρούν σε αστραπιαίες εθνικοποιήσεις αυξάνοντας τα δημόσια ελλείμματα των προϋπολογισμών και μεταφέροντας το μεγαλύτερο μέρος των χρεών στους φορολογούμενους πολίτες. Αυτό έγινε, παρά το γεγονός ότι λίγο πριν την κρίση υποστήριζαν ότι τα κρατικά ταμεία δεν αντέχουν τις δαπάνες για την υγεία, την παιδεία, τις συντάξεις, τον περιορισμό της φτώχειας και θα έπρεπε να περικοπούν.

Στο ρυθμιστικό – κανονιστικό επίπεδο οι αποφάσεις που ελήφθησαν, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο ήταν επιφανειακές και ανεπαρκείς για την εξάλειψη των βασικών αιτιών του προβλήματος, γεγονός που ενισχύει την άποψη για διασύνδεση και υποταγή της πολιτικής στο κεφάλαιο. Άλλωστε την άποψη αυτή ενισχύει και το λεγόμενο «φαινόμενο της περιστρεφόμενης πόρτας», όπου ανώτατα στελέχη του χρηματοπιστωτικού τομέα αναλαμβάνουν πολιτικές θέσεις (Πρωθυπουργοί-Υπουργοί) και πολιτικοί, μετά την αποχώρησή τους από την πολιτική δράση, στελεχώνουν χρηματοπιστωτικές και πολυεθνικές εταιρείες. Όσον αφορά στους άμεσα υπεύθυνους της κρίσης, τα κορυφαία διοικητικά στελέχη του διεθνούς χρηματοπιστωτικού συστήματος, παρά το θράσος, την αλαζονεία και την απληστία που επέδειξαν και τις νομιμοφανείς απάτες που διέπραξαν, παραμένουν ατιμώρητα, εκτός ελάχιστων εξαιρέσεων.

Τα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, αφού σώθηκαν με δημόσιο χρήμα, συνέχισαν να συμπεριφέρονται όπως στο παρελθόν «στοιχηματίζοντας» ότι κάποιες χώρες της ευρωζώνης με υψηλό χρέος θα οδηγηθούν στη χρεοκοπία, με αποτέλεσμα τη διατήρηση της κρίσης στην Ευρώπη μέχρι σήμερα (I.N.E.-Γ.Σ.Ε.Ε., 2011). Το δε πρόβλημα της ανισοκατανομής εισοδήματος και πλούτου συνεχίζει να οξύνεται. Το 1% των πλουσιότερων αμερικανών οικειοποιήθηκε το 95% του πρόσθετου εθνικού εισοδήματος στις Η.Π.Α., μετά την κρίση του 2008, τη στιγμή που το 90% της χώρας έγινε φτωχότερο. Το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού κατέχει το 50% του παγκόσμιου

πλούτου και η υπερβολική συγκέντρωση οικονομικών πόρων στα χέρια λίγων ανθρώπων συνεχίζεται απρόσκοπτα (Oxfam, 2014).

Το παγκόσμιο κεφαλαιοκρατικό σύστημα, οργανωτικά και διοικητικά, έχει αρχίσει να εμφανίζει τα χαρακτηριστικά ενός δογματικού «θεοκρατικού μοντέλου» καλοβλέποντας την υιοθέτηση στοιχείων της δουλοπαροικίας, ακόμη και της δουλείας. Η νέα υπέρτατη θεότητα είναι η αγορά (το κεφάλαιο και μάλιστα στη χρηματοπιστωτική – παρασιτική μορφή του). Τα νέα ιερά κείμενα είναι αυτά της νεοφιλελεύθερης θεωρίας (άκρατος υπέρ¹- ατομισμός, ανηλεής υπέρ-ανταγωνισμός, απροκάλυπτη υπέρ-ιδιοτέλεια, υπέρ-συσσώρευση πλούτου), ο μόνος δρόμος προς τον παράδεισο για τους πολλούς είναι η διαρκής νηστεία (λιτότητα, ανεργία, φτώχεια), που θα φέρει κάποια στιγμή στο μέλλον την ανάπτυξη (άκοπη καλοπέραση, υπέρ-κατανάλωση, υπέρ-υλιστική ευμάρεια). Τα ανώτατα όργανα που εκπροσωπούν τη «θεότητα» αυτή, σε διεθνές και τοπικό επίπεδο, είναι το Δ.Ν.Τ., η Παγκόσμια Τράπεζα, ο Π.Ο.Ε., οι Οίκοι Αξιολόγησης, τα χρηματιστήρια και τα τελευταία χρόνια και η Ε.Ε. Οι κήρυκες και ερμηνευτές της βούλησης της νέας θεότητας είναι ένα προβεβλημένο κομμάτι πολιτικών, διανοουμένων και επιστημόνων (νομπελίστες, ακαδημαϊκοί, καθηγητές πανεπιστημίου). Τα μέσα διάδοσης και επιβολής των δογμάτων της νέας αυτής θρησκείας είναι τα Μ.Μ.Ε., τουλάχιστον η πλειοψηφία αυτών.

¹ Το «υπέρ» χρησιμοποιείται εδώ για να τονίσει την αυξημένη πιθανότητα η κρίση να αποτελεί το πρόδρομο σύμπτωμα μιας εξέλιξης όπου το σύστημα θα λάβει τα χαρακτηριστικά «ύβρεως», οπότε νομοτελειακά θα ακολουθήσει η «κάθαρση» με τη μορφή ανεξέλεγκτων κοινωνικών συγκρούσεων, τεράστιων καταστροφών και ανάδειξη αυταρχικών μορφών οργάνωσης και διοίκησης.

3.3 Η ελληνική οικονομική κρίση: έλευση, αιτίες και συνέπειες

Η βαθιά και μακρόχρονη οικονομική κρίση που αντιμετωπίζει η Ελλάδα σήμερα ακολούθησε την παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 και ξεκίνησε ως μια κρίση χρέους του ελληνικού κράτους. Στις αρχές του 2010 η Ελλάδα, κατά τρόπο φαινομενικά αναπάντεχο, βρέθηκε σε κατάσταση ουσιαστικής χρεοκοπίας, μια και το διεθνές χρηματοπιστωτικό κεφάλαιο αρνήθηκε παροχή χρηματοδότησης με οικονομικά αποδεκτούς όρους και το ελληνικό κράτος αδυνατούσε να αποπληρώσει τις δανειακές του υποχρεώσεις (χρέη) στο εξωτερικό.

Στη σύγχρονη οικονομική ιστορία η Ελλάδα έχει χρεοκοπήσει συνολικά τέσσερις φορές κατά την περίοδο 1821-2009. Η πρώτη ήταν το 1827, οπότε δηλώθηκε η αδυναμία αποπληρωμής των δανείων της επανάστασης του 1821. Η δεύτερη χρεοκοπία έγινε το 1843, οπότε επιβλήθηκε ο πρώτος δημοσιονομικός έλεγχος στη χώρα με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες. Ακολούθησε η χρεοκοπία του 1893 που οδήγησε στην επιβολή Διεθνούς Οικονομικού Ελέγχου στη χώρα που κράτησε για πολλά χρόνια. Τέλος, το 1932 η Ελλάδα οδηγήθηκε για τέταρτη φορά στην χρεοκοπία. Των χρεοκοπιών του 1893 και του 1932 είχαν προηγηθεί παγκόσμιες οικονομικές κρίσεις (Τσουφλίδης Λ., 2009).

Η για πέμπτη φορά εμφάνιση του ίδιου προβλήματος μπορεί να οδηγήσει κάποιον στο συμπέρασμα ότι, διαχρονικά το ελληνικό κράτος αποτελεί έναν οργανισμό για τον οποίον λειτουργικά και διοικητικά, τα «παθήματα» δε γίνονται «μαθήματα». Θα πρέπει να αναφερθεί ότι η αρνητική αυτή εξέλιξη έλαβε χώρα παρά το γεγονός ότι στα μέσα της δεκαετίας του 1990 ο τότε Πρωθυπουργός Α. Παπανδρέου είχε δηλώσει δημόσια ότι «ή η χώρα θα αφανίσει το χρέος ή το χρέος θα αφανίσει τη χώρα», ενώ το 2007 ο τότε Πρωθυπουργός Κ. Καραμανλής οδήγησε τη χώρα σε πρόωρες εκλογές επικαλούμενος το οικονομικό ζήτημα ως υψίστης σημασίας εθνικό θέμα.

Το ελληνικό δημόσιο χρέος είχε αρχίσει να αυξάνεται σημαντικά μέσα στη δεκαετία του 1980 και συνέχισε να διογκώνεται, με μικρότερο ρυθμό και τις επόμενες δύο δεκαετίες. Η ένταξη της χώρας στη ζώνη του ευρώ (νομισματική ένωση) το 2001 δημιούργησε ένα κλίμα οικονομικής αισιοδοξίας και σχετικού εφησυχασμού ως προς το πρόβλημα του χρέους. Είχε προηγηθεί το σκάσιμο της «φούσκας» του ελληνικού χρηματιστηρίου που οδήγησε σε τεράστια μεταφορά πλούτου από τα χαμηλά και μεσαία κοινωνικά στρώματα στους πλούσιους και στο εξωτερικό. Η ένταξη έγινε κυρίως με βάση πολιτικά και όχι οικονομικά κριτήρια. Έγινε χρήση της

ονομαζόμενης «δημιουργικής λογιστικής» για την προσαρμογή των μακροοικονομικών μεγεθών της ελληνικής οικονομίας στα κριτήρια της Συνθήκης του Μάαστριχτ. Η ένταξη έγινε «μολονότι ούτε οι μακροοικονομικές ανισορροπίες είχαν αρθεί σε διατηρήσιμη βάση, ούτε τα διαρθρωτικά προβλήματα της οικονομίας είχαν ρηξικέλευθα αντιμετωπιστεί» (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014, σελ.11).

Το νέο περιβάλλον που δημιούργησε η ένταξη στην ευρωζώνη επέδρασε θετικά στις προσδοκίες και σε συνδυασμό με τη διενέργεια των Ολυμπιακών Αγώνων το 2004, οδήγησε στην αύξηση της οικονομικής δραστηριότητας και τη δημιουργία της εντύπωσης στο λαό ότι η οικονομία είναι ισχυρή.

Πίνακας 3.1
Ετήσιες εκατοστιαίες μεταβολές βασικών μακροοικονομικών μεγεθών, 2001-2008

Ετος	ΑΕΠ	Ιδιωτική κατανάλωση	Δημόσια κατανάλωση	Ακαθάριστες επενδύσεις κεφαλαίου	Μέσες αποδοχές στο σύνολο της οικονομίας (σε ονομαστικούς όρους)	Πληθωρισμός	Ανεργία (% εργατικού δυναμικού)
2001	4,2	5,0	0,7	4,8	4,7	3,4	10,8
2002	3,4	4,7	7,2	9,5	5,6	3,6	10,3
2003	5,9	3,3	-0,9	11,8	5,6	3,5	9,7
2004	4,4	3,8	3,5	0,4	7,2	2,9	10,5
2005	2,3	4,5	1,1	-6,3	4,4	3,5	9,9
2006	5,5	4,4	3,1	14,9	5,7	3,2	8,9
2007	3,5	3,6	7,1	22,8	5,2	2,9	7,3
2008	-0,2	4,3	-2,6	-14,3	6,2	4,2	7,6
Μέσος ετήσιος ρυθμός:							
2001-2007	4,2	4,2	3,1	7,9	5,6	3,3	9,8
2001-2008	3,6	4,2	2,4	4,8	5,7	3,4	9,5

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος (2014)

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.1, στην περίοδο 2001-2008 η ελληνική οικονομία αναπτύχθηκε με μέσο ετήσιο ρυθμό 3,6%, κυρίως ωθούμενη από την αύξηση της ιδιωτικής κατανάλωσης, η οποία τροφοδοτήθηκε από σημαντική πιστωτική επέκταση (εκτεταμένη χορήγηση δανείων). Ο πληθωρισμός διαμορφώθηκε στο 3,4% ετησίως κατά μέσο όρο, υψηλότερος από το μέσο όρο της ζώνης του ευρώ, με συνέπεια την

απώλεια ανταγωνιστικότητας της ελληνικής οικονομίας και η ανεργία από 10,8% του εργατικού δυναμικού το 2001 μειώθηκε στο 7,6% το 2008.

Πίνακας 3.2

Ανταγωνιστικότητα- Δημοσιονομικά μεγέθη, 2001-2008

Όλα τα μεγέθη ως ποσοστά (%) του ΑΕΠ, εκτός εάν αναφέρεται διαφορετικά									
Έτος	Ετήσια εκατοστιαία μεταβολή πραγματικής συναλλαγματικής ισοτιμίας (βάσει σχετικών τιμών καταναλωτή/βάσει σχετικού κόστους εργασίας)	Ισοζύγιο τρεχουσών συναλλαγών	Εμπορικό ισοζύγιο αγαθών	Τραπεζική χρηματοδότηση νοικοκυριών (καταναλωτική πίστη)	Τραπεζική χρηματοδότηση επιχειρήσεων	Έσοδα γενικής κυβέρνησης	Δαπάνες γενικής κυβέρνησης	Καθαρός δανεισμός (έλλειμμα) γενικής κυβέρνησης	Δημόσιο χρέος
2001	1,1 / 0,7	-7,2	-14,8	5,4	34,3	40,9	45,4	-4,4	103,7
2002	2,6 / 4,0	-6,5	-14,5	6,2	35,1	40,3	45,1	-4,8	101,7
2003	5,5 / 4,0	-6,5	-13,1	7,2	35,4	39,0	44,7	-5,7	97,4
2004	1,9 / 4,3	-5,8	-13,7	9,2	38,6	38,1	45,5	-7,4	98,6
2005	-0,1 / 0,5	-7,6	-14,3	11,3	42,0	39,0	44,6	-5,6	100,0
2006	0,8 / 0,8	-11,4	-16,9	12,7	44,9	39,2	45,3	-6,0	106,1
2007	1,6 / 1,6	-14,6	-18,6	14,3	49,9	40,7	47,5	-6,8	107,4
2008	2,5 / 7,1	-14,9	-18,9	15,6	56,8	40,7	50,6	-9,9	112,9
Μέσο ετήσιο ποσοστό % του ΑΕΠ (ή αριθμός μεταβολής):									
2001-2007	1,9* / 2,5*	9,1	-15,5	10,1	41,2	39,6	45,5	-5,8	102,2
2001-2008	2,0* / 3,1*	-9,8	-15,9	10,8	43,2	39,7	46,1	-6,3	103,5

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδος (2014)

Στον Πίνακα 3.2 παρατηρούμε ότι, το δημόσιο χρέος από 103,7% το 2001 παρουσίασε προσωρινά πτώση μέχρι το 2004 και στη συνέχεια αυξήθηκε στο 112,9% το 2008. Κατά την ίδια περίοδο παρατηρούμε, εκτός από το χρέος, την αρνητική εξέλιξη των δύο σημαντικότερων οικονομικών δεικτών για τα προβλήματα που εμφανίστηκαν αργότερα. Το δημόσιο έλλειμμα από 4,4% το 2001 αυξήθηκε σε 9,9% το 2008 και το έλλειμμα του εμπορικού ισοζυγίου από 14,8% το 2001 ανήλθε στο 18,9% το 2008. Το 2008, αν η Ελλάδα είχε το εθνικό της νόμισμα, δεν θα μπορούσε να εξυπηρετήσει ένα εξωτερικό έλλειμμα αυτού του ύψους και θα έπρεπε να προχωρήσει σε υποτίμηση του νομίσματος. Κατά την περίοδο αυτή τα πρόδρομα συμπτώματα μιας επερχόμενης κρίσης ήταν ορατά για όποιον ήθελε να τα δει.

Η έλευση της κρίσης στην Ελλάδα έγινε κατά τρόπο απότομο και σε σύντομο χρονικό διάστημα. Χρονικά τα σπουδαιότερα γεγονότα και οι κρίσιμες αποφάσεις ήταν:

- 2008 – 2009: Η παγκόσμια οικονομική κρίση αρχίζει να επηρεάζει αρνητικά και την ελληνική οικονομία, ιδίως από το τέλος του 2008 και μετά.
- 2009 – 2010: Εκλογές, αλλαγή κυβέρνησης, εκτροχιασμός των δημοσιονομικών μεγεθών, αμφισβήτηση της εγκυρότητας των επίσημων ελληνικών στατιστικών στοιχείων, ανεπαρκείς χειρισμοί από την ελληνική κυβέρνηση, αλληπάλληλες υποβαθμίσεις της πιστοληπτικής ικανότητας της χώρας, δραματική αύξηση του κόστους δανεισμού, αδυναμία δανεισμού από τις αγορές. Συμφωνία, υπογραφή και έγκριση προγράμματος διάσωσης και δημοσιονομικής εξυγίανσης της χώρας με τη λήψη συγκεκριμένων μέτρων. Περιλαμβάνει τη «Σύμβαση Δανειακής Διευκόλυνσης» με τις χώρες της ευρωζώνης και το «Διακανονισμό Χρηματοδότησης Αμέσου Ετοιμότητας» με το Δ.Ν.Τ., που συνοδεύονται από το «Μνημόνιο Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής», το «Μνημόνιο για τις συγκεκριμένες προϋποθέσεις Οικονομικής Πολιτικής» και το «Τεχνικό Μνημόνιο Συνεννόησης» (Ν.3845/2010). Συνολικό ποσό δανείου 110 δισ. ευρώ. Δημιουργία ομάδας ελέγχου και αξιολόγησης της εφαρμογής του προγράμματος αποτελούμενη από εκπροσώπους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου.
- 2011 - 2015: Αποτυχία του προγράμματος, νέο πρόγραμμα βοήθειας ύψους 130 δισ. ευρώ, αναδιάρθρωση («κούρεμα») του δημοσίου χρέους, εξαγγελία δημοψηφίσματος, δραματική επιδείνωση του διεθνούς κλίματος, αλλαγή κυβέρνησης, νέο Μνημόνιο (Ν.4046/2012), διπλές εκλογές (2012), αλλαγή κυβέρνησης, εφαρμογή του προγράμματος (2012-2014), αδυναμία εκλογής Προέδρου της Δημοκρατίας, εκλογές, αλλαγή κυβέρνησης (Ιανουάριος 2015), προσπάθεια επαναδιαπραγμάτευσης του προγράμματος διάσωσης και σταδιακής απαγκίστρωσης από το μνημόνιο μέσω του περιορισμού της τεχνοκρατικής προσέγγισης και της ανάδειξης της πολιτικής διάστασης του ελληνικού προβλήματος.

Κατ' εφαρμογή των επιταγών του προγράμματος, για να επιτευχθεί η δημοσιονομική εξυγίανση και να ξεκινήσει η αποπληρωμή των δανείων, στο χρονικό διάστημα 2010-2014, ελήφθησαν έξι πακέτα μέτρων λιτότητας (εσωτερική υποτίμηση) και ψηφίστηκαν από τη βουλή πολλοί νόμοι για την ενσωμάτωση των μέτρων αυτών στο εσωτερικό δίκαιο. Στόχος των μέτρων ήταν η δραστική μείωση των εισοδημάτων, η υπερβολική αύξηση της φορολογίας, η συρρίκνωση του δημόσιου τομέα και του κοινωνικού κράτους, ο περιορισμός των εργατικών

δικαιωμάτων και της προστασίας της εργασίας, οι ιδιωτικοποιήσεις και η πώληση δημόσιας περιουσίας.

Αξίζει εδώ να αναφερθούν τα μέτρα λιτότητας του πρώτου Μνημονίου που εφαρμόστηκε στη χώρα το 1843:

- αύξηση φορολογίας,
- δέσμευση πόρων του δημοσίου,
- περικοπές 20% στους μισθούς,
- απόλυση του 1/3 των δημοσίων υπαλλήλων,
- παύση πληρωμής συντάξεων,
- κατάργηση των κρατικών υγειονομικών υπηρεσιών,
- κατάργηση των διπλωματικών αποστολών στο εξωτερικό,
- νομιμοποίηση αυθαιρέτων κτισμάτων και καταπατημένων γαιών έναντι προστίμου (Καρανάτσης Κ., 2012).

Είναι προφανές ότι η φιλοσοφία του συστήματος και των δανειστών απέναντι σε υπερχρεωμένες χώρες παραμένει διαχρονικά η ίδια.

Οι πρωταρχικές αιτίες της οικονομικής κρίσης πρέπει να αναζητηθούν στα διαρθρωτικά προβλήματα της χώρας που προϋπήρχαν της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

- η χαμηλή παραγωγικότητα και ανταγωνιστικότητα,
- η συρρίκνωση των παραγωγικών τομέων (πρωτογενή και δευτερογενή),
- το στρεβλό παραγωγικό και καταναλωτικό πρότυπο,
- η συνεχής αύξηση των εισαγωγών και η μείωση των εξαγωγών,
- η διόγκωση του δημοσίου τομέα και το «πελατειακό» κράτος,
- ο υπερβολικός και ανεξέλεγκτος δανεισμός,
- η φοροδιαφυγή, η διαφθορά και η τεράστια παραοικονομία,
- η διαπλοκή πολιτικής και οικονομικής εξουσίας και η ανεπάρκεια των πολιτικών και επιχειρηματικών ηγεσιών.

Αν λάβουμε υπόψη μας ότι η κρίση, εκτός από οικονομική, είναι ταυτόχρονα και κοινωνική, πολιτική, θεσμική και κρίση αξιών, φαίνεται ότι η βαθύτερη αιτία της κρίσης ήταν ότι ένα μεγάλο τμήμα της ελληνικής κοινωνίας μετά την μεταπολίτευση, με πρωταρχική ευθύνη της άρχουσας πολιτικοοικονομικής τάξης, εμφάνισε ένα συνδυασμό χαρακτηριστικών αβδηριτισμού και σβαριτισμού. Στράφηκε στον καταναλωτισμό και στο «φαίνεσθαι» χωρίς να δώσει σημασία στην παραγωγική βάση

και στο «είναι» και έδωσε προτεραιότητα στο παρόν με έμφαση στην ανόητη καλοπέραση (lifestyle), τον ευδαιμονισμό, τις απολαύσεις και τον ατομικισμό, αδιαφορώντας για το μέλλον και τους πιθανούς εξωτερικούς κινδύνους. Στη σύγχρονη οικονομική επιστήμη το φαινόμενο του συβαριτισμού διατυπώνεται στη θεωρία του οικονομολόγου Μίνσκυ Χ. (1919-1996), ο οποίος υποστήριζε, ότι σε περιόδους χρηματοοικονομικής ευφορίας δημιουργείται στους ανθρώπους και στις κοινωνίες ένα φαινόμενο τύφλωσης μπροστά στην επερχόμενη καταστροφή («Εφ. Συντακτών», 22-23/2/2015).

Οι συνέπειες από την εφαρμογή των μέτρων ακραίας λιτότητας στην ελληνική οικονομία και κοινωνία ήταν καταστροφικές.

Πίνακας 3.3

Βασικά μακροοικονομικά μεγέθη της ελληνικής οικονομίας, 2009-2013 (% μεταβολή, εκτός εάν αναφέρεται διαφορετικά)

Μεγέθη / Έτη	2009	2010	2011	2012	2013
ΑΕΠ (τρέχουσες τιμές σε δισ. ευρώ)	237,4	226,2	207,8	194,2	182,4
ΑΕΠ (σε τιμές αναφοράς για το 2010)	-4,4	-5,4	-8,9	-6,6	-3,9
Ανεργία (% εργατικού δυναμικού)	9,6	12,7	17,9	24,4	27,5
Πληθωρισμός	1,2	4,7	3,3	1,5	-0,9
Δημοσιονομικό έλλειμμα (% του ΑΕΠ)	15,2	11,1	10,1	8,6	12,2
Εμπορικό ισοζύγιο (% του ΑΕΠ)	-14,5	-13,7	-11,72	-11,19	-10,58
Δημόσιο χρέος (% ΑΕΠ)	126,8	146,0	171,3	156,9	174,9
Δημόσιο Χρέος (δισ. ευρώ)	301,0	330,29	355,95	304,69	319,15

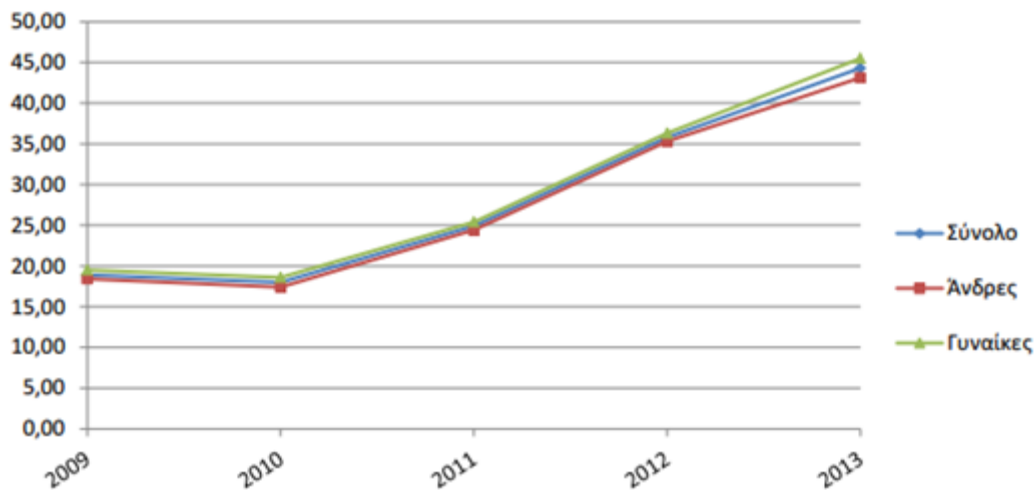
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2014)

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 3.3, την περίοδο 2009-2013 η ελληνική οικονομία απώλεσε 55 δισ. ευρώ. Η ύφεση (πτώση του Α.Ε.Π.) που ξεκίνησε με ήπια μορφή το 2008, έλαβε ταχύτατα οξύτατη μορφή για να φθάσει το 8,9% το 2011. Στη συνέχεια η πτώση άρχισε να περιορίζεται και η οικονομία να εισέρχεται σε περίοδο σταθεροποίησης μια και το 2014 εκτιμάται ότι θα υπάρξει μια μικρή αύξηση του Α.Ε.Π. (0,8%). Η αναμενόμενη ανάκαμψη της οικονομίας είναι αβέβαιη γιατί πρόσφατα στοιχεία της Eurostat δείχνουν ότι το τέταρτο τρίμηνο του 2014 η ελληνική οικονομία συρρικνώθηκε πάλι κατά 0,4% , μετά από τρία συνεχόμενα τρίμηνα αύξησης (Εφ. Συντακτών, 7-8/3/2015). Μελέτη της Τράπεζας Eurobank δείχνει ότι η ελληνική ύφεση αυτής της περιόδου συγκαταλέγεται μέσα στις τρεις μεγαλύτερες στη σύγχρονη ιστορία των οικονομιών της αγοράς σε περίοδο ειρήνης (Εφ. «ΤΟ ΒΗΜΑ», 6/11/2014). Η Ουκρανία, όπου μαίνεται εμφύλιος πόλεμος το 2014 κατέγραψε πτώση του Α.Ε.Π. κατά 7,5% (Εφ. «Ημερησία», 21/3/2015).

Αν και μειώθηκαν τα «δίδυμα» ελλείμματα, το δημοσιονομικό και το εμπορικό, το δημόσιο χρέος, παρά την αναδιάρθρωση, ανήλθε το 2013 σε επίπεδο μεγαλύτερο από αυτό του 2009, ενώ σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία («Εφ. Συντακτών», 5/3/2015) το 2014 συνέχισε να αυξάνεται, φτάνοντας τα 324,1 δισ. ευρώ ή το 181% του Α.Ε.Π. Ως προς την αναδιάρθρωση του χρέους, ενώ αρχικά αναμενόταν να οδηγήσει σε μείωση κατά 137,9 δισ. ευρώ το τελικό καθαρό αποτέλεσμα απομείωσης του χρέους ανήλθε στα 51,2 δισ. ευρώ (Τράπεζα της Ελλάδος, 2014, σελ. 107). Ο πληθωρισμός σταδιακά μειώθηκε και από το 2013 η οικονομία εισήλθε σε περίοδο αποπληθωρισμού. Η ανεργία έλαβε εκρηκτικές διαστάσεις και εκτοξεύθηκε στο 27,5% του εργατικού δυναμικού το 2013 (1.330.400 άνεργοι εκ των οποίων 892.700 μακροχρόνια άνεργοι), ενώ η ανεργία των νέων ξεπέρασε το 50%. Το 2014 η ανεργία παρουσίασε μικρή κάμψη, η οποία όμως δεν είναι πραγματική γιατί στον υπολογισμό της δε λαμβάνονται υπόψη οι χιλιάδες Έλληνες, κυρίως νέοι επιστήμονες που μετανάστευσαν στο εξωτερικό. Μεγάλο πλήγμα δέχθηκαν η προστασία της εργασίας και τα εργατικά δικαιώματα με τη μείωση του κατώτατου μισθού, τον περιορισμό των συλλογικών συμβάσεων και του δικαιώματος της απεργίας, την επέκταση των «ευέλικτων» μορφών απασχόλησης (συμβάσεις ορισμένου χρόνου, μερική και εκ περιτροπής απασχόληση, ενοικίαση εργαζομένων) και την σταδιακή απελευθέρωση των απολύσεων. Την περίοδο αυτή έκανε την εμφάνισή του και το φαινόμενο της καθυστέρησης ή ακόμη και της άρνησης καταβολής των μισθών στους εργαζομένους που γρήγορα επεκτάθηκε σε όλους τους τομείς της οικονομίας.

Η κρίση έπληξε με σφοδρότητα όλους τους τομείς και οδήγησε στη μεγάλη μείωση των μισθών (33%) και των συντάξεων (45%), στην αποσάθρωση του ήδη προβληματικού ιστού της χώρας και στην κατάρρευση του μεγαλύτερου μέρους της μεσαίας τάξης. Εκατοντάδες χιλιάδες επιχειρήσεις, κυρίως μικρομεσαίες εμπορικές, βιοτεχνικές και μεταποιητικές έκλεισαν, η βιομηχανική παραγωγή και οι επενδύσεις μειώθηκαν και ο κατασκευαστικός τομέας και ο τομέας των ακινήτων περιόρισαν δραστικά τη λειτουργία τους. Στο δημόσιο τομέα, στην πενταετία 2009 - 2013 καταγράφηκαν μεσοσταθμικές μειώσεις από 25% - 38% στις αποδοχές των δημοσίων υπαλλήλων, ενώ ο αριθμός των εργαζομένων στο δημόσιο μειώθηκε κατά 375.760 («Εφ. Συντακτών», 21-22/3/2015). Στην εκπαίδευση συνολικά 1.590 σχολικές μονάδες εξαφανίστηκαν από τον εκπαιδευτικό χάρτη λόγω συγχωνεύσεων και καταργήσεων. Εξαιτίας της κρίσης, έχει δημιουργηθεί στη χώρα ένας φαύλος κύκλος αλληλοχρέωσης μεταξύ κράτους και οικονομικών μονάδων (νοικοκυριά και επιχειρήσεις). Το κράτος, λόγω ανάγκης αποπληρωμής των χρεών στο εξωτερικό, έχει προχωρήσει σε μία άτυπη μερική στάση πληρωμών στο εσωτερικό καθυστερώντας την εξόφληση των υποχρεώσεών του. Την ίδια στιγμή τα ληξιπρόθεσμα χρέη προς το δημόσιο αυξάνοντα κάθε χρόνο και στο τέλος του Φεβρουαρίου του 2015 ανήλθαν στα 77 δισ. ευρώ. Στον τραπεζικό τομέα τεράστιο πρόβλημα υπάρχει με τα μη εξυπηρετούμενα δάνεια, τα οποία σύμφωνα με την Τράπεζα της Ελλάδος, έχουν φτάσει τα 77 δισ. ευρώ.

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.1, η κρίση οδήγησε το 44,3% του πληθυσμού σε συνθήκες φτώχειας, με τεράστια αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που στερούνται μερικά από τα βασικότερα αγαθά (τροφή, στέγη, ηλεκτρικό, θέρμανση), ενώ σημαντική αύξηση σημείωσε και η παιδική φτώχεια με πολλά παιδιά να υποσιτίζονται (Κατσίκας Δ., κ.α., 2014).



Πηγή: Κατσίκας, Δ. κ.α. (2014)

Διάγραμμα 3.1

Ποσοστά φτώχειας στην Ελλάδα με τη χρήση σταθερής γραμμής φτώχειας (2008-2013)

Η κατακόρυφη αύξηση της φτώχειας είναι αποτέλεσμα του τρόπου εφαρμογής του προγράμματος λιτότητας, ο οποίος οδήγησε σε διεύρυνση των κοινωνικών ανισοτήτων λόγω της άνισης κατανομής των βαρών. Έρευνα γερμανικού ινστιτούτου έδειξε ότι η φορολογική επιβάρυνση από την αρχή της κρίσης των χαμηλότερων εισοδηματικών στρωμάτων του πληθυσμού αυξήθηκε κατά 337% έναντι μόλις της κατά 9% αύξησης των φορολογικών βαρών που υπέστησαν τα ανώτερα εισοδηματικά στρώματα της κοινωνίας. Κατά τη διάρκεια της κρίσης, τα πιο φτωχά νοικοκυριά απώλεσαν το 86% του συνολικού τους εισοδήματος, ενώ οι πιο εύπορες οικογένειες έχασαν το 16 – 20% του εισοδήματός τους («Εφ. Συντακτών», 20/3/2015).

Για την αποδοχή του προγράμματος διάσωσης και την εφαρμογή των μνημονίων υπάρχουν απόψεις που εξετάζουν με κριτικό τρόπο την επιλογή αυτή. Πολλοί υποστηρίζουν ότι το παγκόσμιο κεφαλαιοκρατικό σύστημα επέλεξε την Ελλάδα, ως τον πιο αδύναμο κρίκο της ευρωζώνης, για την διενέργεια ενός πειράματος δημιουργίας μιας Ειδικής Οικονομικής Ζώνης στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Αυτή είναι η θεωρία του «Δόγματος του Σοκ» (Klein N., 2010) όπου, με αφορμή την κρίση χρέους, εφαρμόζεται κατά τρόπο άμεσο και βίαιο η νεοφιλελεύθερη θεωρία της απόλυτης κυριαρχίας του κεφαλαίου πάνω στην εργασία και τους φυσικούς πόρους. Τον παραλογισμό των δημοσιονομικών απαιτήσεων των πιστωτών από την Ελλάδα,

μέσω του προγράμματος διάσωσης, καταγγέλλει και ο νομπελίστας οικονομολόγος Πολ Κρούγκμαν («Εφ. Συντακτών», 16/2/2015). Ο Ν. Τσόμσκι, διάσημος αμερικανός στοχαστής, υποστηρίζει ότι η συνεχής εφαρμογή ενός προγράμματος λιτότητας σε περίοδο ύφεσης είναι παράλογη, επιδεινώνει την κατάσταση και οδηγεί σε αδιέξοδο, θεωρεί δε την εφαρμογή της πολιτικής αυτής ως έκφραση ενός ταξικού πολέμου (Εφ. Συντακτών 5/3/2015). Η Ελλάδα υπερφορτώθηκε με χρέη πέραν των οικονομικών δυνατοτήτων της για τη σωτηρία των τραπεζών, κυρίως Γερμανικών και Γαλλικών (Ρουμελιώτης Π., 2012). Ουσιαστικά με το πρόγραμμα διάσωσης της χώρας επετεύχθη η αποφυγή μιας νέας παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης και η διατήρηση της λειτουργίας της ευρωζώνης, παρά τη λαθεμένη αρχιτεκτονική κατασκευή της. Αυτό έγινε με τη μεταφορά των δανείων στους φορολογούμενους πολίτες των κρατών-μελών, κυρίως της ευρωζώνης και λιγότερο των μελών του Δ.Ν.Τ., με τελικό υπόχρεο αποπληρωμής για μεγάλο χρονικό διάστημα τον ελληνικό λαό. Η Ελλάδα για ορισμένους έχει μετατραπεί σε μια «αποικία χρέους» με περιορισμένη κυριαρχία και τυπική λειτουργία της Αντιπροσωπευτικής Δημοκρατίας, όπου οι κύριες πολιτικές αποφάσεις λαμβάνονται από τους δανειστές. Η Ευρωπαϊκή Ένωση, αντίθετα με τις προσδοκίες και τα οράματα που είχαν καλλιεργηθεί στο παρελθόν, απορρίπτει κάθε επιχείρημα υπέρ μιας, έστω στοιχειώδους, κοινοτικής αλληλεγγύης και υποστηρίζει ότι, στις χώρες μέλη που έχουν ενταχθεί σε πρόγραμμα διάσωσης, δεν ισχύει η Χάρτα Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων που περιλαμβάνεται στις ιδρυτικές Συνθήκες της Ένωσης!

Υπάρχουν απόψεις που υποστηρίζουν ότι η Ελλάδα θα έπρεπε να ακολουθήσει το δρόμο της Ισλανδίας (δημοψήφισμα, άρνηση αποπληρωμής του χρέους) ή άρνηση πληρωμής του χρέους και έξοδο από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Μια εναλλακτική επιλογή που προτείνεται είναι αυτή που ακολούθησε ο Ισημερινός, δηλαδή λογιστικός έλεγχος του χρέους και διαγραφή του παράνομου, επαχθούς και επονειδίστου τμήματός του (Toussaint E., 2011).

3.4 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας και την υγεία

Στο πρόγραμμα διάσωσης της χώρας (δανειακές συμβάσεις και μνημόνια) συμπεριλήφθη και ο κλάδος της υγείας με σκοπό την εφαρμογή πολιτικών εκσυγχρονισμού της λειτουργίας του συστήματος υγείας και περιορισμού της δημόσιας δαπάνης για την υγεία. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού συμφωνήθηκε η εφαρμογή διαρθρωτικών δημοσιονομικών και χρηματοπιστωτικών μεταρρυθμίσεων και η λήψη συγκεκριμένων μέτρων για την υλοποίηση καθορισμένων στόχων σε ορισμένο χρονικό διάστημα.

Οι σπουδαιότερες θεσμικές παρεμβάσεις, μετά την εμφάνιση της ελληνικής οικονομικής κρίσης, στο σύστημα υγείας ήταν :

- Διαχωρισμός των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων από το συνταξιοδοτικό σύστημα και μεταφορά της εποπτείας των από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ένταξη και λειτουργία σε ενιαίο πλαίσιο των μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας του Ε.Σ.Υ., των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και του Οίκου Ναύτου, σύσταση Συντονιστικού Συμβουλίου στο Υπουργείο Υγείας, για τον σχεδιασμό ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας και τον καθορισμό κριτηρίων και όρων σύναψης συμβάσεων των ασφαλιστικών οργανισμών με όλους τους παρόχους υγείας (Ν. 3863/2010).

- Καθιέρωση της ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. μέσω της επέκτασης της λειτουργίας των εξωτερικών τους ιατρείων και τη διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων, πέραν του τακτικού ωραρίου, με την καταβολή συγκεκριμένου ποσού από τον ασθενή (Ν. 3868/2010).

- Υποχρεωτική ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. Όλοι οι ιατροί των δημοσίων δομών υγείας, οι ιατροί που είναι συμβεβλημένοι ή έχουν σχέση εργασίας με οποιαδήποτε μορφή με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, οι φαρμακοποιοί των δημοσίων νοσοκομείων και οι φαρμακοποιοί που είναι συμβεβλημένοι με τα ασφαλιστικά ταμεία, υποχρεούνται να εγγράφονται στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (Ν. 3892/2010).

- Νέο σύστημα προμηθειών υγείας με τη δημιουργία Συντονιστικής Επιτροπής Προμηθειών η οποία, με βάση Περιφερειακά Προγράμματα Προμηθειών και

Υπηρεσιών Υγείας, θα καθορίζει που θα γίνουν οι διαγωνισμοί, από ποιούς, με ποιό τρόπο και πως θα εκτελεστούν.

- Σύσταση Επιτροπής Προδιαγραφών και Παρατηρητηρίου Τιμών υγείας.
- Εξορθολογισμός συστημάτων αδειοδότησης, κυκλοφορίας, τιμολόγησης και αποζημίωσης των φαρμάκων. Καθιέρωση ποσού επιστροφής (rebate) από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και καθορισμός τιμής κοινωνικής ασφάλισης για τα φάρμακα. Μερική απελευθέρωση του επαγγέλματος του φαρμακοποιού, αύξηση των ωρών λειτουργίας των φαρμακείων, δυνατότητα συστέγασης φαρμακείων με τη μορφή ομόρρυθμης εταιρείας. Προμήθεια φαρμάκων στη νοσοκομειακή τιμή για τις μονάδες κοινωνικής φροντίδας και τα Ν.Π.Δ.Δ., μείωση του μικτού ποσοστού κέρδους του χονδρικού εμπορίου φαρμακευτικών προϊόντων (Ν. 3918/2011).

Εκτός των παρεμβάσεων αυτών, ελήφθησαν και επιπρόσθετα μέτρα τα σημαντικότερα των οποίων ήταν:

- Εξοικονόμηση πόρων μέσω του περιορισμού του μισθολογικού κόστους (μείωση των αποδοχών και του αριθμού των εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ.).
- Θεσμοθέτηση δημοσιονομικής και λειτουργικής επίβλεψης των δαπανών υγείας από το Υπουργείο Οικονομικών, δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών των νοσοκομείων και βελτίωση των μηχανισμών κοστολόγησης και τιμολόγησης.
- Προώθηση και ολοκλήρωση προγράμματος μηχανοργάνωσης των νοσοκομείων με την αναβάθμιση των συστημάτων κατάρτισης των προϋπολογισμών τους και τη μεταρρύθμιση των συστημάτων διοίκησης, λογιστικής (εφαρμογή διπλογραφικού λογιστικού συστήματος) και χρηματοοικονομικής διαχείρισης. Θέσπιση εσωτερικού ελέγχου στη λειτουργία όλων των νοσοκομειακών μονάδων του Ε.Σ.Υ.
- Δημοσίευση μηνιαίων στατιστικών στοιχείων, σε ταμειακή βάση, για τα έσοδα, τις δαπάνες, τη χρηματοδότηση και τις ληξιπρόθεσμες οφειλές των νοσοκομείων.
- Δημιουργία στο Υπουργείο Υγείας μια διαδικτυακής βάσης δεδομένων (esy.net) για την συλλογή και αποτίμηση των μηνιαίων λειτουργικών και οικονομικών δεδομένων των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., την παρακολούθηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Υγειονομικός Χάρτης) και τη

δημιουργία ηλεκτρονικού φακέλου για κάθε ασθενή. Εφαρμογή συστήματος σύγκρισης των επιδόσεων των νοσοκομείων (benchmarking).

- Εφαρμογή της μεθόδου των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων σύμφωνα με την οποία, λαμβάνοντας υπόψη το πραγματικό κόστος παραγωγής μιας υπηρεσίας υγείας, η αποζημίωση (αμοιβή) που λαμβάνει ένα νοσοκομείο για τις υπηρεσίες που προσφέρει έχουν προϋπολογιστεί και συμφωνηθεί εκ των προτέρων με τους χρηματοδότες (ασφαλιστικούς φορείς ή δημόσιο προϋπολογισμό).
- Αναδιάρθρωση των μονάδων του Ε.Σ.Υ. με στόχο τη διαμόρφωση μια βιώσιμης αρχιτεκτονικής των μονάδων υγείας, τη βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων και την αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των μονάδων, μέσω της συγχώνευσης νοσοκομείων, της συνδιοίκησης μονάδων, της συνένωσης ομοειδών κλινικών και εργαστηρίων εντός του ίδιου νοσοκομείου ή γειτονικών νοσοκομείων και της συγχώνευσης ομοειδών υποστηρικτικών υπηρεσιών (Υ.Υ.Κ.Α., 2012).
- Καθορισμός επτά Υγειονομικών Περιφερειών, τα γεωγραφικά όρια των οποίων ταυτίζονται με τα όρια των επτά Αποκεντρωμένων Διοικήσεων της χώρας. Πρόσληψη Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών των νοσοκομείων μετά από αξιολόγηση με τριετή θητεία και ετήσια επαναξιολόγηση αποδοτικότητας. Υποχρεωτική ετήσια αξιολόγηση των ιατρών του Ε.Σ.Υ.
- Εφαρμογή του μηχανισμού αυτόματων επιστροφών (clawback), αρχικά στις φαρμακευτικές δαπάνες (Ν. 4093/2012) και στη συνέχεια στις δαπάνες για διαγνωστικές εξετάσεις, νοσήλια και φυσικοθεραπείες (Ν. 4172/2013). Ο μηχανισμός αυτός επιτρέπει στους οργανισμούς ασφάλισης υγείας να ανακτήσουν εν μέρει τα ποσά που υπερβαίνουν ένα συγκεκριμένο ύψος προϋπολογισμού.
- Εφαρμογή ενός κλιμακούμενου ποσοστού επιστροφών – εκπτώσεων (rebate) στις φαρμακευτικές εταιρείες (Ν.4052/2012) και στα νοσήλια, τις διαγνωστικές εξετάσεις και τις φυσικοθεραπείες από ιδιώτες παρόχους (Ν.4172/2013).
- Εισαγωγή συστήματος αμοιβών νοσοκομείων επί τη βάση ολοκληρωμένης μεθόδου κατανομής αμοιβής ανά περιστατικό (Ν.4286/2014).

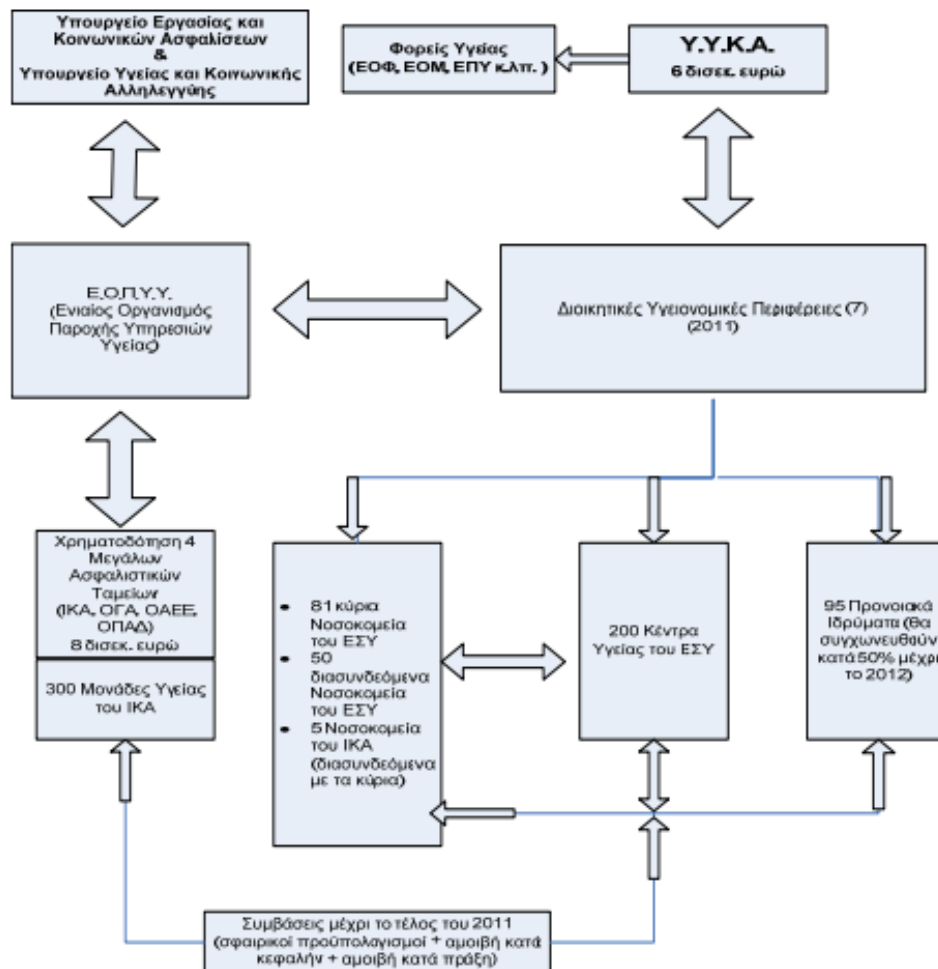
Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, μετά την έναρξη της κρίσης, η πολιτική που εφαρμόστηκε έδωσε έμφαση στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος Π.Φ.Υ. σε κάθε περιοχή, στην οργανωτική και διοικητική ανασυγκρότηση της Π.Φ.Υ., την διασφάλιση της ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσης των παρεχομένων υπηρεσιών και την πλήρη εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (Υ.Υ.Κ.Α., 2012). Προς την κατεύθυνση αυτή έγιναν δύο σημαντικές θεσμικές παρεμβάσεις:

- Με το Ν.3918/2011 συστήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), ως νέο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, με σκοπό την ισότιμη πρόσβαση όλων των εν ενεργεία ασφαλισμένων, συνταξιούχων και των προστατευομένων μελών των οικογενειών τους, σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που έχει ως απώτερο σκοπό την πρόληψη, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας μέσω της παροχής και αγοράς υπηρεσιών υγείας. Άρχισε να λειτουργεί από τις αρχές του 2012 με την ένταξη, σταδιακά, των Κλάδων Υγείας των ασφαλιστικών ταμείων Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε., Ο.Π.Α.Δ., Τ.Υ.Δ.Κ.Υ., Ν.Α.Τ., ΤΑΥΤΕΚΩ, Ε.Τ.Α.Α., Ε.Τ.Α.Π.-Μ.Μ.Ε., ΛΙΜΕΝΙΚΟ. Υπήρξαν και ασφαλιστικά ταμεία των οποίων οι Κλάδοι Υγείας δεν εντάχθηκαν όπως της Τράπεζας Ελλάδας, της Ε.ΥΔ.Α.Π. κ.α. Με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καθορίστηκαν οι παροχές υγείας σε είδος, η έκταση, το ύψος, ο τρόπος και η διαδικασία χορήγησής τους, καθώς και ο τρόπος αποζημίωσης της σχετικής δαπάνης. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται, μετά την ένταξη του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στο Υ.Υ.Κ.Α., από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ., τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (πρώην πολυϊατρεία Ι.Κ.Α.) και τους συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς με κατά κεφαλήν καθορισμένη αποζημίωση και ορισμένο ανώτερο αριθμό περιθαλπομένων δικαιούχων. Η χρηματοδότηση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προέρχεται από την επιχορήγηση του Κρατικού Προϋπολογισμού, τις ασφαλιστικές εισφορές ασφαλισμένων – εργοδοτών και την εισφορά των συνταξιούχων. Πριν από τη σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. περίπου 30 ασφαλιστικά ταμεία και κλάδοι ασφάλισης υγείας κάλυπταν σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, με το 50% αυτού να καλύπτεται από το Ι.Κ.Α., το 20% από τον Ο.Γ.Α., το 13% από τον Ο.Α.Ε.Ε. και το 12% από τον Ο.Π.Α.Δ. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με την ένταξη των ταμείων κάλυπτε το 2013 περίπου το 95% του υπό ασφάλιση πληθυσμού. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κατά την περίοδο 2012-2013 είχε ένα διττό ρόλο, αφ' ενός διαχειριζόταν τους πόρους που συγκέντρωνε από την επιχορήγηση του κράτους και τις ασφαλιστικές εισφορές και αφ' ετέρου, εκτός από την αγορά υπηρεσιών υγείας,

επόπτευε, χρηματοδοτούσε και λειτουργούσε ένα δίκτυο από 350 μονάδες Π.Φ.Υ. με 6.500 γιατρούς, 3.000 νοσηλευτές και 1.000 περίπου διοικητικούς υπαλλήλους (Σουλιώτης Κ., 2013).

- Στις αρχές του 2014, ύστερα από δύο χρόνια λειτουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν, έγινε η δεύτερη σημαντική θεσμική παρέμβαση στη λειτουργία της Π.Φ.Υ., κατά τη διάρκεια της κρίσης. Αυτή στηρίχθηκε, σε μεγάλο βαθμό, σε πρόταση της ομάδας δράσης (task force), που βρίσκεται μόνιμα στη χώρα για να εποπτεύει και να υποβοηθά την εφαρμογή του προγράμματος διάσωσης («Εφ. Συντακτών», 9/10/2013). Με το Ν.4238/2014, στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ. συστήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), η λειτουργία του οποίου εντάχθηκε στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας και ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μετατράπηκε αποκλειστικά σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Σκοπός του Π.Ε.Δ.Υ. είναι η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας. Σύμφωνα με τον νόμο, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τη πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας. Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας κατευθύνοντας τον πολίτη, όταν υπάρχει ανάγκη, προς τα άλλα επίπεδα του συστήματος και σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπεια των πολιτών, στο πλαίσιο των κανόνων της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας. Οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ. αποτελούνται από τα Κέντρα Υγείας της χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία και Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., εξαιρουμένων των φαρμακείων. Οι μονάδες αυτές του Π.Ε.Δ.Υ. μπορούν να λειτουργούν σε 24ωρη βάση και 7 ημέρες την εβδομάδα. Το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού των μονάδων υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μετατάσσεται, μετά από αίτησή του και υπό προϋποθέσεις, στο Π.Ε.Δ.Υ. Οι ιατροί του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., για να ενταχθούν στο Π.Ε.Δ.Υ. πρέπει να κλείσουν τα ιδιωτικά τους ιατρεία και να αναλάβουν θέσεις πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Τέλος, με τον νόμο καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος θα παρέχει τις βασικές υπηρεσίες υγείας στον πολίτη. Καθήκοντα οικογενειακού ιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας, Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής.

Λαμβάνοντας υπόψη τις ανωτέρω παρεμβάσεις, η νέα οργανωτική δομή του Ε.Σ.Υ. -χωρίς το Π.Ε.Δ.Υ.- απεικονίζεται παρακάτω:



Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α. (2012)

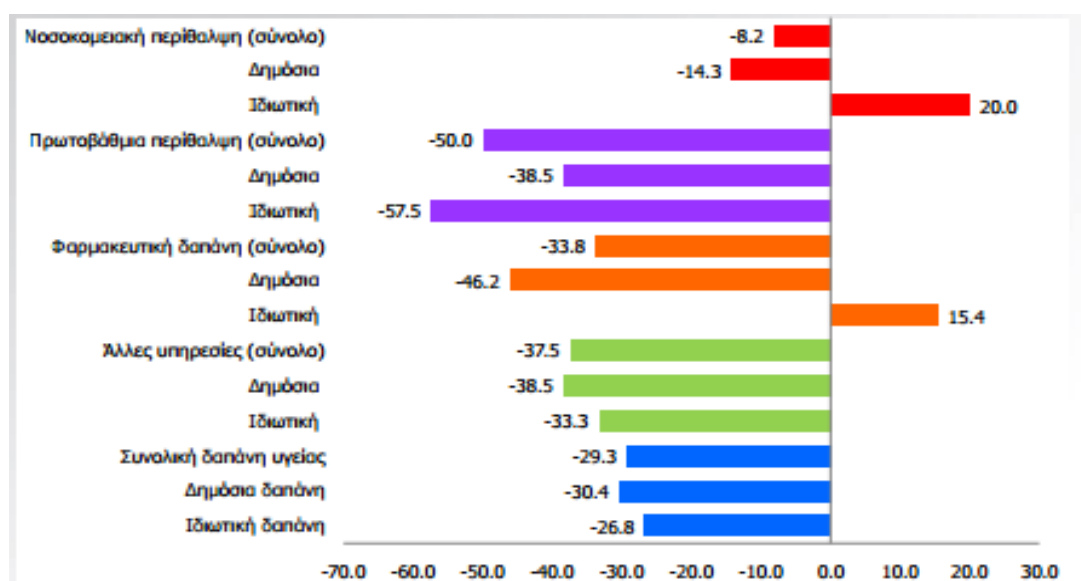
Διάγραμμα 3.2
Νέα οργανωτική δομή του Ε.Σ.Υ.

Ως προς τη χρηματοδότηση του συστήματος, μετά την έλευση της οικονομικής κρίσης, το κύριο χαρακτηριστικό είναι η ασφυκτική οικονομική πίεση που ασκείται στο υγειονομικό σύστημα της χώρας συνολικά. Στο πλαίσιο της εφαρμογής του προγράμματος διάσωσης και της δημοσιονομικής εξυγίανσης, η συνδυαστική επίδραση της αύξησης της ανεργίας, της μείωσης των εισοδημάτων, του περιορισμού των αποθεματικών των ασφαλιστικών ταμείων (απώλεια 14 δις. ευρώ από την απομείωση του χρέους) και της δραστηκής περικοπής των δαπανών του κράτους, έχει οδηγήσει τον τομέα της υγείας στα όρια της οικονομικής κατάρρευσης.

Ενώ, μέχρι το 2009 η συνολική δαπάνη για την υγεία ακολουθούσε αυξητική πορεία στη συνέχεια άρχισε να μειώνεται. Κατά την περίοδο 2009 – 2013 η συνολική δαπάνη υγείας, η δημόσια δαπάνη υγείας και η δαπάνη για πρωτοβάθμια περίθαλψη μειώθηκαν κατά 29,3%, 30,4% και 50,0% αντίστοιχα (Πίνακας 3.4). Το 2014 τα οριστικά στοιχεία αναμένεται να καταγράψουν περαιτέρω συρρίκνωση των δαπανών αυτών.

Πίνακας 3.4

Ποσοστιαία μεταβολή της δαπάνης υγείας, 2009-2013



Πηγή: Ε.Σ.Δ.Υ. (2014)

Οι δραματικές αυτές μειώσεις είχαν σαν αποτέλεσμα να εμφανίσουν πολύ μεγάλη μείωση η συνολική κατά κεφαλήν δαπάνη για την υγεία και η κατά κεφαλήν δαπάνη για την πρωτοβάθμια φροντίδα και να διαμορφωθούν σε επίπεδα κάτω του μέσου όρου των χωρών της Ε.Ε. και του Ο.Ο.Α.Σ.Α.

Αν και πριν από την κρίση, το ελληνικό σύστημα υγείας αντιμετώπιζε προβλήματα τα οποία έγκαιρα είχε επισημάνει η επιστημονική κοινότητα, αυτά χρησιμοποιήθηκαν ως πρόφαση για την εφαρμογή και στον τομέα της υγείας της νεοφιλελεύθερης πολιτικής «του Δόγματος του Σοκ». Οι αλλεπάλληλες μεταρρυθμίσεις, τα μέτρα και η περικοπή των δαπανών είχαν πολύ σοβαρές επιπτώσεις στη λειτουργία και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας της χώρας.

Στο δημόσιο τομέα υγείας οι σημαντικότερες επιπτώσεις ήταν:

- Η μετάβαση σε μικρό χρονικό διάστημα από την ασφαλιστική κάλυψη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σχεδόν του συνόλου του πληθυσμού στην ύπαρξη

3,06 εκατομμυρίων ανασφάλιστων πολιτών, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., εξαιτίας της αύξησης της ανεργίας και της ανασφάλιστης εργασίας². Το γεγονός αυτό αποτελεί οπισθοδρόμηση και καταστρατήγηση του βασικού σκοπού του Ε.Σ.Υ. Ταυτόχρονα, η αύξηση της φτώχειας και η μείωση των εισοδημάτων έχει οδηγήσει πολλούς πολίτες στο να περιορίζουν τις δαπάνες για τη φροντίδα υγείας και πολλές φορές αναγκάζονται να υπόκεινται σε καταστροφικές δαπάνες, δηλαδή δαπάνη για την υγεία που ξεπερνά το 20% του εισοδήματος (Κυριόπουλος Γ., 2014).

- Η μείωση του αριθμού των νοσοκομείων και των κλινών και η αποτυχία εφαρμογής της αποκέντρωσης και των οργανογραμμμάτων στις περισσότερες μονάδες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης του συστήματος υγείας.

- Η απότομη και δραστική μείωση των δαπανών, οδήγησε σε υποβάθμιση της ποιότητας και της ποσότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας του Ε.Σ.Υ. τη στιγμή που αυξήθηκε η ζήτηση δημόσιων υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες, λόγω της μείωσης των εισοδημάτων τους. Φαινόμενα έλλειψης ιατροφαρμακευτικών υλικών και υλικοτεχνικής υποδομής, έλλειψης προσωπικού, μείωσης των μισθών και καθυστέρησης πληρωμής των εφημεριών, αύξησης του χρόνου αναμονής, παράπλευρες και αδικαιολόγητες πληρωμές, δυσλειτουργίες των δημοσίων μονάδων υγειονομικής περίθαλψης και του Ε.Κ.Α.Β., απασχολούν σχεδόν καθημερινά τα Μ.Μ.Ε.

- Η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των δημοσίων υπηρεσιών υγείας, με παράλληλη αύξηση της συμμετοχής στην αγορά φαρμάκων που διευρύνει την ανισότητα ως προς την κάλυψη των αναγκών υγείας, με αποτέλεσμα η προστασία της υγείας να κινδυνεύει να μετατραπεί από δικαίωμα σε προνόμιο.

- Η επιδείνωση της κατάστασης στην Π.Φ.Υ. μετά την αποτυχημένη λειτουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Το εγχείρημα απεδείχθη έωλο, αφού δεν οδήγησε στην αναδιοργάνωση της Π.Φ.Υ. και την χρηματοδότησή της, αλλά κατέληξε σε ένα «μεγάλο Ι.Κ.Α.», με μείωση των παροχών και υποχρηματοδοτούμενο, αναπαράγοντας, σε μεγάλο βαθμό, όλα τα προβλήματα της προηγούμενης κατάστασης (Οικονόμου Χ., 2013). Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, με ψήφισμά του το

²² Η απόφαση της Κυβέρνησης (ΦΕΚ Β 1753/28-6-2014) για ιατροφαρμακευτική κάλυψη ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών δεν φαίνεται να αντιμετωπίζει το πρόβλημα, εξαιτίας των γραφειοκρατικών εμποδίων, των περιορισμών και των όρων και των προϋποθέσεων που θέτει.

Μάρτιο του 2014, αναγνώρισε, μεταξύ άλλων, ότι η εφαρμογή του προγράμματος διάσωσης και οι μεταρρυθμίσεις είχαν πολύ σοβαρό αντίκτυπο στην ποιότητα και τη δυνατότητα πρόσβασης στις κοινωνικές υπηρεσίες της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας, καταπατώντας ουσιαστικά το δικαίωμα των ανθρώπων στην υγεία (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2014).

Αποτέλεσμα των εξελίξεων αυτών είναι η απαξίωση του Ε.Σ.Υ. και η έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών στη λειτουργία του, λόγω της αδυναμίας του να προσφέρει σε όλους με επάρκεια τις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας σε ισότιμη και δίκαιη βάση.

Η οικονομική κρίση δεν άφησε αλώβητο και τον ιδιωτικό τομέα. Η οικονομική ύφεση, σε συνδυασμό με τη λήψη μέτρων μείωσης των δαπανών για την υγεία, επηρέασε αρνητικά σε σημαντικό βαθμό τον τομέα, ο οποίος πριν τη κρίση παρουσίαζε διαρκή ανάπτυξη. Η συνολική ιδιωτική δαπάνη για την υγεία μειώθηκε στο διάστημα 2009-2013 κατά 26,8% και η δαπάνη για την ιδιωτική πρωτοβάθμια περίθαλψη κατά 57,5%, ενώ στο φαρμακευτικό κλάδο η μείωση ήταν 33,8% (Πίνακας 3.4).

Ως προς τις επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία, η διεθνής εμπειρία έχει δείξει ότι οι οικονομικές κρίσεις επηρεάζουν αρνητικά το επίπεδο υγείας του πληθυσμού. Η κρίση οδηγεί στην ανάδυση παραγόντων κινδύνου για την υγεία που πριν την εμφάνισή της ή δεν υπήρχαν ή ήταν υπό έλεγχο. Εκτιμάται ότι η κρίση θα οδηγήσει σε πτώση του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού στη χώρα. Ήδη ορισμένες επιστημονικές μελέτες αποτυπώνουν ορισμένες επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού της χώρας, μετά το 2009.

Η ανεργία και οι ελαστικές εργασιακές σχέσεις, η επαγγελματική ανασφάλεια, η αβεβαιότητα για το μέλλον και ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι παράγοντες που έχουν επηρεάσει τη ψυχική και σωματική υγεία των περισσότερων πολιτών και έχουν οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και νοσηρότητας. Καταγράφεται αύξηση της βρεφικής θνησιγένειας και του ποσοστού των παιδιών που δεν εμβολιάζονται. Σοβαρές είναι και οι επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία των παιδιών και των εφήβων. Στην Ελλάδα, λόγω της κρίσης, παρατηρείται η επανεμφάνιση της ελονοσίας, αύξηση των περιστατικών φυματίωσης, αύξηση των κρουσμάτων AIDS και αύξηση της θνησιμότητας από διάφορες μορφές γρίπης (Σίμου Ε., Κουτσογεώργου Ε., 2014).

Η εφαρμογή της πολιτικής της ακραίας λιτότητας έχει αρχίσει απ' ότι φαίνεται να κοστίζει και σε ανθρώπινες ζωές. Άνθρωποι έχουν χάσει τη ζωή τους εξαιτίας των δυσλειτουργιών του Ε.Σ.Υ., ενώ πρόσφατη έρευνα κατέδειξε ότι μετά το 2010 σημειώθηκε απότομη αύξηση των αυτοκτονιών στη χώρα (35% στη διετία 2011-2012). Η μελέτη εξέτασε δώδεκα χρονικές περιόδους και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας σχετίζονται άμεσα με την αύξηση των αυτοκτονιών («Εφ. Συντακτών», 31/3/2015).

Η παραπάνω ανάλυση της υπάρχουσας κατάστασης σε σύγκριση με τις συνθήκες που επικρατούσαν στον τομέα της υγείας πριν από την κρίση και κυρίως σε σχέση με τον κύριο στόχο κάθε συστήματος υγείας, που είναι η πλήρης και ισότιμη υγειονομική κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού, οριοθετούν το μέγεθος του προβλήματος που αντιμετωπίζει η χώρα στον τομέα της υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο είδαμε ότι η σκληρή, κυνική και ανάλογη εφαρμογή του νεοφιλελεύθερου δόγματος έχει οδηγήσει τη χώρα σε μια πρωτοφανή κατάσταση, με την κοινωνικοοικονομική κρίση να έχει λάβει διαστάσεις ανθρωπιστικής κρίσης. Με αφορμή το χρέος επιβλήθηκε μια πολιτική που, στοχεύοντας στην αποπληρωμή των δανείων, οδήγησε στην ανεργία, την φτώχεια, τη στέρηση, τον υποσιτισμό, την μετανάστευση -κυρίως νέων επιστημόνων- την αποδόμηση του κράτους πρόνοιας και την μετατροπή των δημοσίων υπηρεσιών υγείας από αγαθό σε εμπόρευμα.

Η ελληνική κοινωνία, αντιδρώντας στη ραγδαία επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού, ανέδειξε μέσω των κοινωνικών κινημάτων και της κοινωνίας των πολιτών ένα πλήθος εθελοντικών συλλογικοτήτων, κοινωνικών οργανωτικών μορφών αλληλεγγύης και συνεταιριστικών και αυτοδιαχειριζόμενων δομών για τον περιορισμό της κοινωνικής καταστροφής. Με τον τρόπο αυτό η κοινωνία των πολιτών συνέβαλε στη διατήρηση του κοινωνικού ιστού καλύπτοντας ένα σημαντικό τμήμα των αποτυχιών του κράτους και της αγοράς στην παροχή των βασικών αγαθών και υπηρεσιών. Δίπλα στις παραδοσιακές και θεσμικοποιημένες μορφές κοινωνικής δράσης – Μ.Κ.Ο., Εκκλησία, επαγγελματικά σωματεία, φορείς εταιρικής κοινωνικής ευθύνης, φιλανθρωπικές προσφορές πλουσίων ιδιωτών και των ιδρυμάτων τους - αναδύθηκε κατά τη διάρκεια της κρίσης ένα κύμα νέων άτυπων κοινωνικών πρωτοβουλιών εθελοντισμού και αλληλεγγύης (Μπουρίκος Δ., 2013). Παράλληλα, για την αντιμετώπιση της ανεργίας, αναπτύχθηκαν πρωτοβουλίες συνεργατισμού και αυτοδιαχείρισης σε διάφορους τομείς της οικονομίας (εστίαση, γεωργία, τύπος, εκδόσεις, ραδιόφωνο, μεταλλεία).

Στον τομέα της υγείας τα προβλήματα και οι αδυναμίες του συστήματος υγείας οδήγησαν έναν σημαντικό αριθμό ασθενών στις, εκτός δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας, θεσμικές οργανώσεις που λειτουργούσαν πριν την κρίση (Μ.Κ.Ο., Εκκλησία) και τα Δημοτικά Ιατρεία τα οποία πολλαπλασιάστηκαν. Σύμφωνα με στοιχεία της οργάνωσης «Γιατροί του Κόσμου», οι έλληνες ασθενείς που προσέρχονταν στα πολυιατρεία της οργάνωσης ήταν προ κρίσης το 8% του συνόλου ενώ κατά τη διάρκεια της κρίσης ο αριθμός των προσερχομένων αυξήθηκε σημαντικά και οι έλληνες ασθενείς ξεπέρασαν το 50% (<https://left.gr/>).

Μέσα στο πλαίσιο αυτό για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κρίσης στον τομέα της υγείας, κυρίως της αυξημένης ζήτησης σε υπηρεσίες Π.Φ.Υ., έκανε την εμφάνιση της μια νέα οργανωτική μορφή κοινωνικής αλληλεγγύης και εθελοντισμού, τα Κοινωνικά Ιατρεία.

4.1 Ίδρυση – Σκοπός – Αρχές Λειτουργίας

Ο Ηράκλειτος έχει διατυπώσει έναν από τους θεμελιώδεις νόμους λειτουργίας του κόσμου με τη ρήση «ειδέναι χρή τον πόλεμον εόντα ξυνόν και δίκην έριν και γινόμενα πάντα κατ' έριν και χρεών», δηλαδή πρέπει να γνωρίζουμε ότι ο πόλεμος είναι κοινός και η διαμάχη είναι δικαιοσύνη και πως όλα γίνονται σύμφωνα με τη διαμάχη και τις ανάγκες (Χρηστίδης Θ., 2009, σελ 85). Αν ισχύει αυτή η αρχή, τότε τα Κοινωνικά Ιατρεία (Κ.Ι.) είναι τέκνα των διαδηλώσεων διαμαρτυρίας κατά των μνημονίων, του κοινωνικού φαινομένου της συνύπαρξης στις πλατείες των πόλεων και των αναγκών παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης που δημιούργησε η κρίση. Αποτελούν δε, την δίκαιη απάντηση που έδωσε το «Κοινόν - Ξυνόν» (κοινωνία, κοινότητα) στο «Ίδιον» (ιδιωτικό συμφέρον, ιδιωτικό κέρδος, ιδιοτελής συμπεριφορά) που προκάλεσε τη διαμάχη. Είναι η απάντηση του «εμείς» στο «εγώ».

Παρότι οι βασικοί στόχοι του Ε.Σ.Υ., όπως αναφέρθηκε, είναι η διασφάλιση και προαγωγή της υγείας των πολιτών, κατά τα χρόνια της κρίσης η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας γίνεται ολοένα και πιο δύσκολη. Μακροχρόνια άνεργοι, άποροι, φτωχοί, ηλικιωμένοι, ανασφάλιστοι γονείς με μικρά παιδιά, χαμηλοσυνταξιούχοι, άνθρωποι με μηδαμινό εισόδημα και χρόνια νοσήματα αναζητούν αυτό που θα έπρεπε να είναι αυτονόητο σε μία οργανωμένη Πολιτεία, ειδικά σε καιρούς κοινωνικής και οικονομικής κρίσης, όπως δωρεάν ιατρική και φαρμακευτική φροντίδα, τρόφιμα, κοινωνική μέριμνα. Το κράτος σε τέτοιες δύσκολες εποχές στέκεται αδιάφορα μπροστά στα προβλήματα της κοινωνίας, δεν υπερασπίζεται το δικαίωμα στην υγεία και έχει φτάσει στο σημείο να στέλνει ανασφάλιστους και άνεργους πολίτες στην εφορία για την πληρωμή νοσηλίων. Οι φτωχοί και οι πιο αδύναμοι πολίτες ουσιαστικά τιμωρούνται, αφού είναι εκείνοι οι οποίοι καλούνται να πληρώσουν την ανεπάρκεια και τις σπατάλες που το πολιτικό σύστημα επέτρεψε όλες τις προηγούμενες δεκαετίες και για τις οποίες σήμερα αποποιείται τις ευθύνες του. Οι φραγμοί και τα εμπόδια που ορθώνονται στο σύστημα υγείας θίγουν εκείνους που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη. Η στέρηση των μακροχρόνια ανέργων στοιχειώδους

ασφάλισης επιβαρύνει ακόμα περισσότερο οικογένειες με τεράστιες δυσκολίες διαβίωσης. Αν σήμερα ένας υγιής και νέος άνθρωπος δυσκολεύεται, όλο και περισσότερο, να επιστρέψει στην εργασία, πώς ένας άνθρωπος με πρόβλημα υγείας που δεν έχει τρόπο να το αντιμετωπίσει θα καταφέρει να σταθεί στο δύσκολο αγώνα για αναζήτηση εργασίας; Τέλος, οι ηλικιωμένοι συνταξιούχοι που με το εισόδημά τους πολλές φορές συντηρούν και τα άνεργα παιδιά τους και τις οικογένειές τους, με ποιό τρόπο θα εξασφαλίσουν την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη;

Παρά το γεγονός ότι το κράτος πρόνοιας υποχωρεί και δεν μπορεί να υποστηρίξει βασικές ανάγκες των πολιτών στην υγεία το κενό που έχει δημιουργηθεί έχουν αναλάβει, σε σημαντικό βαθμό, να καλύψουν τα Κ.Ι.

Τα Κ.Ι. δημιουργήθηκαν από πρωτοβουλίες πολιτών, που επιθυμούσαν να βοηθήσουν εθελοντικά τους άπορους και ανασφάλιστους συμπολίτες τους. Τα πρώτα Κ.Ι. ιδρύθηκαν στο τέλος του 2011 στη Θεσσαλονίκη και στην περιοχή του Δήμου Ελληνικού - Αργυρούπολης στην Αττική και στη συνέχεια επεκτάθηκαν σταδιακά σε όλη τη χώρα. Ο σκοπός, τα βασικά χαρακτηριστικά και οι αρχές λειτουργίας που τα διέπουν καθορίζονται στην «Χάρτα Κοινωνικών Ιατρείων Φαρμακείων Αλληλεγγύης» (Παράρτημα). Σύμφωνα με την «Χάρτα», τα Κ.Ι. είναι κοινωνικές δομές αγώνα και αντίστασης, που παράγουν πρωτογενή λόγο και πράξη, συμβάλλοντας στην αναδιάρθρωση του κοινωνικού ιστού.

Ο πρωταρχικός σκοπός των Κ.Ι. είναι να προσφέρουν, χωρίς καμία διάκριση, εθελοντικά και δωρεάν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής και φαρμακευτικής φροντίδας σε όλους τους ανασφάλιστους, άπορους και άνεργους ασθενείς. Θα πρέπει να τονισθεί ότι πρόθεσή τους δεν είναι η υποκατάσταση των δομών υγείας του κράτους που καταρρέουν μέρα με τη μέρα από την απαξίωση, την υποχρηματοδότηση και την εμπορευματοποίηση, αλλά η τόνωση της συνοχής του κοινωνικού ιστού για τη συλλογική διεκδίκηση και για τη διατήρηση της ανθρωπιάς, με βάση την πεποίθηση ότι η υγεία είναι ύψιστο κοινωνικό αγαθό.

Άλλοι επιμέρους σκοποί είναι :

- Η, μέσα από ένα διαρκή, καθημερινό, δημοκρατικό και κοινωνικό αγώνα, διεκδίκηση δωρεάν πρόσβασης στην περίθαλψη και το δικαίωμα στην υγεία για όλους τους ανθρώπους ανεξαιρέτως.

- Η, με συγκεκριμένες ενέργειες, πράξεις και δημόσιες δράσεις διεκδίκηση πρόσβασης των ανασφάλιστων ασθενών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, στα δημόσια νοσοκομεία.
- Η αντίσταση σε κάθε είδους αποκλεισμούς και διακρίσεις.
- Η δραστηριοποίηση στην αλληλεγγύη όλο και περισσότερων πολιτών.
- Η προώθηση πανελλαδικής δικτύωσης τους για τον συντονισμό κοινών δράσεων και πρωτοβουλιών στη διεκδίκηση του δικαιώματος υγείας για όλους, με βάση τα κοινά χαρακτηριστικά και τις αρχές της «Χάρτας» και την ισότιμη συμμετοχή τους.
- Η συνεργασία με αλληλέγγυες δομές άλλων τομέων και η συμμετοχή σε ευρύτερα δίκτυα κοινωνικής αλληλεγγύης.

Τα Κ.Ι. λειτουργούν ως ανοικτές συλλογικότητες με άμεση συμμετοχική δημοκρατία που έχουν ως κύρια δομικά χαρακτηριστικά την αυτονομία, την ανεξαρτησία, αυτοοργάνωση, την αυτοδιαχείριση, την αυτοδιοίκηση και στηρίζουν τη λειτουργία τους στον εθελοντισμό και την αλληλεγγύη με την έννοια του τρόπου ζωής που δημιουργεί κοινωνική συνοχή, συνεργασία, ισότιμες σχέσεις, αξιοπρέπεια και αλληλοσεβασμό. Δε λειτουργούν για να προσφέρουν φιλανθρωπικό έργο ή ελεημοσύνη και δεν αποδέχονται την λογική της συμπόνιας και της ικεσίας. Το έργο των Κ.Ι. παράγεται, από κοινού και ισότιμα, από εθελοντές, τόσο άνεργους και ανασφάλιστους, όσο εργαζομένους και ασφαλισμένους. Συμμετέχουν εθελοντές ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων, εθελοντές φαρμακοποιοί και εθελοντές πολίτες που καλύπτουν τις οργανωτικές και λειτουργικές ανάγκες των ιατρείων. Όλες οι αποφάσεις που αφορούν στη λειτουργία και τους στόχους τους παίρνονται στην ανοιχτή γενική συνέλευση στην οποία μπορούν να παρευρεθούν ισότιμα όλοι, εθελοντές, ασθενείς αλλά και πολίτες. Δεν επιτρέπουν καμία κομματική εμπλοκή στη λειτουργία τους, ούτε επιτρέπουν την εκμετάλλευση του έργου τους και της προσφοράς των εθελοντών τους για προσωπική προβολή ή όφελος οποιουδήποτε.

Για την προμήθεια των απαραίτητων υλικών και την παραγωγή του έργου τους στηρίζονται στην αλληλεγγύη των πολιτών και δεν έχουν καμία εξάρτηση ούτε δέχονται χρήματα από κρατικούς φορείς, ιδιωτικούς φορείς και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Δέχονται προσφορές και δωρεές σε είδος ή υπηρεσίες που έχουν ανάγκη, αλλά δεν διαφημίζουν κανέναν για την όποια δωρεά κάνει, ούτε έχουν χορηγούς.

Ως προς το θεσμικό καθεστώς, τα Κ.Ι. είναι άτυπες κοινωνικές οργανωτικές δομές και δεν έχουν νομική υπόσταση. Επειδή υπάρχουν κοινωνικές δομές που φέρουν την ονομασία Κ.Ι. και έχουν παρόμοιο σκοπό, αλλά δεν εφαρμόζουν τις παραπάνω αρχές, θα πρέπει να τονιστεί ότι, αντικείμενο αυτής της εργασίας είναι τα Κ.Ι. που λειτουργούν με βάση τις αρχές της «Χάρτας».

Για τον συντονισμό των δράσεων και των πρωτοβουλιών τους τα Κ.Ι. έχουν προχωρήσει στη δημιουργία του πανελλήνιου συντονιστικού οργάνου των Κοινωνικών Ιατρείων και Φαρμακείων, το οποίο συνδέει τα κινηματικά ιατρεία και φαρμακεία όλης της χώρας με δεσμούς συνεργασίας και ανταλλαγής απόψεων, πληροφοριών, γνώσεων, κάλυψης αναγκών και παροχής υπηρεσιών. Η συνεργασία πραγματοποιείται με τους εμπλεκόμενους να ανταλλάσσουν πόρους και πληροφορίες για την υλοποίηση των κοινών στόχων διατηρώντας πάντα την αυτονομία και την ανεξαρτησία τους. Μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί τρεις πανελλαδικές συναντήσεις των Κ.Ι.. Επίσης, έχει δημιουργηθεί και το Συντονιστικό Κοινωνικών Ιατρείων Φαρμακείων Αλληλεγγύης Αττικής.

Τέλος, για την προώθηση της συνεργασίας με αλληλέγγυες κοινωνικές δομές άλλων τομέων, τα Κ.Ι. συμμετέχουν στο πανελλαδικό άτυπο δίκτυο «Αλληλεγγύη για Όλους», μια πρωτοβουλία που έχει ως σκοπό να ενισχύσει, να διαδώσει και να προωθήσει την υπόθεση της αλληλεγγύης «από κάτω» («Αλληλεγγύη για Όλους», 2015). Το δίκτυο αυτό καλύπτει τις κοινωνικές δομές αλληλεγγύης στην υγεία, την τροφή, την παιδεία, τον πολιτισμό, την κοινωνική – αλληλέγγυα οικονομία και την νομική στήριξη. Ιδρύθηκε για την διευκόλυνση της επικοινωνίας και της ανταλλαγής εμπειριών και «τεχνογνωσίας» όλων των νέων άτυπων δικτύων και δομών κοινωνικής αλληλεγγύης. Τέτοιες δομές είναι τα Στέκια Αλληλεγγύης, οι Συλλογικές Κουζίνες, τα Κοινωνικά Παντοπωλεία, η Δωρεάν Διανομή Τροφίμων, τα Δίκτυα Παραγωγών – Καταναλωτών «Χωρίς Μεσάζοντες», τα Υποστηρικτικά Μαθήματα και Σχολεία Αλληλεγγύης, τα Ανταλλακτικά – Χαριστικά Παζάρια, οι Τράπεζες Χρόνου, τα Εναλλακτικά Δίκτυα Ανταλλακτικής Οικονομίας, τα Στέκια Εναλλακτικής Ψυχαγωγίας, οι Δομές Νομικής Υποστήριξης και οι Δομές Αλληλέγγυας Κοινωνικής Οικονομίας, που δημιουργήθηκαν κατά τη διάρκεια της κρίσης για την κάλυψη άμεσων κοινωνικών αναγκών και την παροχή κοινωνικής φροντίδας.

4.2 Το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού (Μ.Κ.Ι.Ε.) και το Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου (Ι.Κ.Α.Π.)

Επειδή η έρευνα, η οποία θα παρουσιασθεί στο επόμενο κεφάλαιο, διεξήχθη στο Μ.Κ.Ι.Ε. και στο Ι.Κ.Α.Π., στην ενότητα αυτή θα εξετασθούν τα δύο αυτά Κ.Ι. με έμφαση στη λειτουργία και την οργανωτική δομή τους.

4.2.1 Ιστορικό της ίδρυσής τους

Το Κ.Ι. Ελληνικού έχει την επίσημη ονομασία Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού και είναι από τα πρώτα που δημιουργήθηκαν και το μεγαλύτερο της χώρας. Η ιδέα και η πρωτοβουλία δημιουργίας του Μ.Κ.Ι.Ε. ξεκίνησε από μία μικρή ομάδα ατόμων που συμμετείχε το καλοκαίρι του 2011 στη λειτουργία του ιατρείου στην Πλατεία Συντάγματος, κατά τη διάρκεια των διαδηλώσεων του κινήματος των αγανακτισμένων. Μετά από προεργασία μερικών μηνών, εγκαινίασε τη λειτουργία του το Δεκέμβρη του 2011 στην περιοχή του Ελληνικού, σε εγκαταστάσεις της παλιάς αμερικανικής βάσης που παραχωρήθηκαν από το Δήμο Ελληνικού – Αργυρούπολης, ο οποίος καλύπτει και κάποιες ελάχιστες λειτουργικές δαπάνες. Η επιλογή αυτή έγινε, γιατί οι χώροι και τα κτήρια δίνουν τη δυνατότητα, εκτός από την αλληλέγγυα παροχή Π.Φ.Υ., οργάνωσης πλήθους εκδηλώσεων υποστηρικτικού χαρακτήρα προς το έργο του ιατρείου. Το Μ.Κ.Ι.Ε. δεν αποτελεί δομή της οργάνωσης του Δήμου ο οποίος, μέχρι σήμερα, σέβεται απόλυτα την αυτόνομη και ανεξάρτητη λειτουργία του Κ.Ι.

Στο ξεκίνημα της λειτουργίας του, το σύνολο των εθελοντών ήταν 67 άτομα εκ των οποίων οι 7 ήταν ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων. Στον πρώτο χρόνο λειτουργίας του (2012) το ιατρείο δέχθηκε 4.000 επισκέψεις, τον δεύτερο χρόνο (2013) προστέθηκαν άλλες 15.000 επισκέψεις και μέχρι τα τέλη Οκτωβρίου του 2014 περίπου 14.000 ασθενείς είχαν προσέλθει στο ιατρείο. Είναι φανερό ότι περίπου 1.500 άνθρωποι επισκέπτονται το ιατρείο, ανά μήνα. Συνολικά, το ιατρείο έχει βοηθήσει πάνω από 33.000 περιπτώσεις. Ο συνολικός αριθμός των εθελοντών ανέρχεται στους 280, από τους οποίους οι 115 είναι γιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, ψυχολόγοι και άλλοι θεραπευτές.

Οι μεγάλες ανάγκες σε υπηρεσίες Π.Φ.Υ. του πληθυσμού του Δήμου Περιστερίου, που είναι ένας από τους μεγαλύτερους της χώρας, οδήγησε μια ομάδα ατόμων να αναλάβουν την πρωτοβουλία και να ιδρύσουν το Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου το Μάιο του 2013. Αυτό είναι μικρότερο από το Μ.Κ.Ι.Ε., στεγάζεται σε οίκημα που έχει παραχωρηθεί από ιδιώτη μέλος της ιδρυτικής ομάδας του ιατρείου και οι χώροι του είναι περιορισμένοι συγκριτικά με τους χώρους του Μ.Κ.Ι.Ε. Μέχρι τα Χριστούγεννα του 2013, το ιατρείο είχε προσφέρει τις υπηρεσίες του σε 500 άτομα ενώ μέχρι τον Απρίλιο του 2014 ο αριθμός είχε διπλασιαστεί και ο αριθμός των εθελοντών είχε ανέλθει στους 30.

Οι σκοποί και οι αρχές της «Χάρτας», που αναφέρθηκαν πιο πάνω, αποτελούν τη βάση λειτουργίας των δύο αυτών Κ.Ι.

4.2.2 Οι κυριότερες δραστηριότητές τους

Για την επίτευξη των σκοπών ίδρυσής τους αναπτύσσουν διάφορες δραστηριότητες που στηρίζονται σε τρεις πυλώνες:

- Το κοινωνικό έργο, μέσα από την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.
- Το πολιτικό πλαίσιο σύγκρουσης και ανάδειξης των λόγων για τους οποίους οι άνθρωποι καταφεύγουν στα Κ.Ι.
- Την ιδέα για το μοντέλο μιας ιδανικής κοινωνίας.

Η βασικότερη δραστηριότητα που αναπτύσσουν αφορά στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή στην πρωτοβάθμια ιατροφαρμακευτική κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Λόγω της μη ύπαρξης κοινωνικών δομών αλληλεγγύης στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη και της αδυναμίας να καλύψουν όλο το φάσμα των ιατρικών εξετάσεων και των ιατρικών ειδικοτήτων, έχουν αναπτύξει συνεργασία, αρχικά με άλλα Κ.Ι. και στη συνέχεια με δημόσια νοσοκομεία, καθώς και με ένα δίκτυο εθελοντών ιδιωτών ιατρών, αλλά και ιδιωτικών διαγνωστικών και ιατρικών κέντρων, μέσα από τα οποία δίνεται η δυνατότητα για παροχή δευτεροβάθμιας περίθαλψης σε ορισμένες περιπτώσεις, καθώς και η εκτέλεση ιατρικών εξετάσεων. Οι συνεργασίες αυτές γίνονται με βάση τις αρχές και τους κανόνες των Κ.Ι., δηλαδή τη μη λήψη χρημάτων και τη μη διαφήμιση όσων προθυμοποιούνται να βοηθήσουν το έργο τους. Υπάρχουν πολλές περιπτώσεις, όπου ασκούνται έντονες πιέσεις από τα Κ.Ι. στις διοικήσεις των νοσοκομείων, ώστε να

γίνουν δεκτοί ασθενείς με σοβαρά προβλήματα υγείας που χρήζουν άμεσης δευτεροβάθμιας φροντίδας. Πολλές φορές η σχέση συνεργασίας με τα δημόσια νοσοκομεία είναι αμφίδρομη, μια και έχει χρειαστεί τα Κ.Ι. να τους προμηθεύουν με υλικά λόγω ελλείψεων.

Αναπτύσσουν δικές τους πρωτοβουλίες και συνεργάζονται με άλλες αλληλέγγυες κοινωνικές δομές για την κάλυψη αναγκών ζωτικής σημασίας (σίτιση, ένδυση, βρεφικά είδη) των κατοίκων της περιοχής τους.

Επιδιώκουν την ενεργοποίηση των άνεργων εξυπηρετούμενων μέσα από την προτροπή για συμμετοχή και συνεισφορά στα Κ.Ι., είτε σε άλλες μορφές κοινωνικής αλληλεγγύης, είτε με τη διανομή ενημερωτικού υλικού στα φαρμακεία του τόπου διαμονής τους. Οι ενέργειες αυτές αποσκοπούν στο να απομακρύνουν από τους ανθρώπους αυτούς τα αισθήματα παραίτησης και να εδραιώσουν συναισθήματα ισότητας και αλληλεγγύης, μέσα από τη δημιουργία κοινωνικών σχέσεων που βασίζονται σε αυτές τις αξίες. Το «εγώ» μετατρέπεται σε «εμείς» και τα βιώματα της στέρησης, της ντροπής και του εξευτελισμού αντικαθίστανται από βιώματα περηφάνιας, πληρότητας και αξιοπρέπειας, διεκδίκησης και αγωνιστικότητας, που προκύπτουν από την επικοινωνία και την ανιδιοτελή προσφορά. Στην ουσία μέσα από τις δράσεις αυτές ο εξυπηρετούμενος κατανοεί ότι του συμπεριφέρονται ανθρώπινα και τον εκτιμούν όχι, επειδή έχει χάσει την εργασία του, αλλά επειδή ο ίδιος έχει αξία και μπορεί να προσφέρει. Επιδιώκεται έτσι μια επανένταξη των ατόμων στην κοινωνία, μέσα από την εμπέδωση κοινωνικών αξιών που χτίζουν μια νέα κοινωνική και συλλογική πραγματικότητα.

Με τα διαδικτυακά μέσα που έχουν αναπτύξει, με φυλλάδια, με ανακοινώσεις, καταγγελίες στον τύπο και την συμμετοχή σε διαδηλώσεις και διαμαρτυρίες, παρεμβαίνουν αγωνιστικά για την επίλυση των προβλημάτων στην υγεία και σε συνεργασία με άλλες κοινωνικές δομές αλληλεγγύης για την αντιμετώπιση και άλλων σοβαρών κοινωνικών προβλημάτων. Επίσης, συμμετέχουν σε καμπάνιες ενημέρωσης στο εξωτερικό σχετικά με την κατάσταση που επικρατεί στην υγεία και τα γενικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η χώρα, λόγω της κρίσης. Συμμετέχουν ή οργανώνουν επιστημονικά συνέδρια και ημερίδες για θέματα υγείας, κοινωνικής αλληλεγγύης και το ζήτημα της ανθρωπιστικής κρίσης.

Τέλος, τα δύο Κ.Ι. έχουν λάβει μέρος στις τρεις πανελλαδικές συναντήσεις των Κ.Ι., συμμετέχουν στο Συντονιστικό Κοινωνικών Ιατρικών Φαρμακείων Αλληλεγγύης Αττικής και στο πανελλαδικό δίκτυο «Αλληλεγγύη για Όλους».

4.2.3 Η οργανωτική δομή τους

Οργάνωση είναι η διαδικασία ταξινόμησης και χρησιμοποίησης όλων των δραστηριοτήτων και πηγών ενός οργανισμού, που είναι απαραίτητες για την εκπλήρωση των σκοπών του. Η λειτουργία της οργάνωσης προσδιορίζει το ρόλο του κάθε ατόμου που εργάζεται στον οργανισμό, τα μέσα και τα όργανα που απαιτούνται, καθώς επίσης και τους τρόπους συντονισμού όλων των προσπαθειών των ατόμων για την επίτευξη των σκοπών του οργανισμού.

Όπως αναφέρθηκε, και τα δύο αυτά Κ.Ι. έχουν τους ίδιους σκοπούς και λειτουργούν με βάση τις ίδιες γενικές αρχές που ισχύουν σε όλα τα Κ.Ι. Λόγω της μεγαλύτερης διάρκειας λειτουργίας, των μεγαλύτερων διαθέσιμων κτιριακών εγκαταστάσεων και των περισσότερων δραστηριοτήτων, πιο αναπτυγμένη οργανωτική δομή παρουσιάζει το Μ.Κ.Ι.Ε. σε σχέση με το Ι.Κ.Α.Π.

Στο Μ.Κ.Ι.Ε. οι ανάγκες, σε συνδυασμό με τη δημιουργική φαντασία των εθελοντών, καθόρισαν την σταδιακή εξέλιξη της οργανωτικής διαδικασίας. Στην πρώτη περίοδο λειτουργίας του υπήρχαν επτά ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων και περίπου άλλοι 60 εθελοντές που απασχολούνταν με διάφορα διαδικαστικά θέματα. Πολύ γρήγορα άρχισε να διαφαίνεται η ανάγκη για μια πιο ουσιαστική μορφή οργάνωσης με την κατανομή των εθελοντών σε ομάδες με συγκεκριμένα καθήκοντα. Όπως υποστηρίζουν οι εθελοντές, όλα προέκυψαν με τον καιρό και με βάση τις ανάγκες που δημιουργήθηκαν. Ανώτατο όργανο λήψης αποφάσεων και διοίκησης είναι η Συνέλευση των Εθελοντών. Πραγματοποιείται κάθε μήνα και όλες οι αποφάσεις λαμβάνονται συλλογικά για τα θέματα που προκύπτουν. Μέσα από τις αρχές της ισότητας και της δημοκρατικής λήψης αποφάσεων στη γενική συνέλευση μπορούν να συμμετέχουν όλοι οι εθελοντές που έχουν ενεργή συμμετοχή πάνω από τρεις μήνες και μπορούν να θέσουν θέματα που επιθυμούν να συζητηθούν. Όλοι οι εθελοντές είναι ίσοι και δεν υπάρχουν αρχηγοί ή πρόεδροι. Οι αρμοδιότητες παραχωρούνται καθαρά για οργανωτικούς σκοπούς. Η γενική συνέλευση χαρακτηρίζεται από τον δημοκρατικό της χαρακτήρα και δημιουργεί τον τόπο στον οποίο δομείται η πολιτική δράσης και αντίδρασης στην πολιτική που ασκείται από το κράτος.

Σημαντικό ρόλο στη λειτουργία του ιατρείου έχει η ομάδα συντονισμού, όργανο της Συνέλευσης, η οποία αποτελείται από εννέα άτομα που έχουν εκλεγεί από τη συνέλευση και η θέση τους είναι ανακλητή. Στόχος της συντονιστικής ομάδας είναι

να ελέγχει αν το ιατρείο λειτουργεί σύμφωνα με τις αποφάσεις που έχουν παρθεί από τη Συνέλευση και να εξασφαλίζει την εύρυθμη λειτουργία του.

Για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των συνεχώς αυξανόμενων αναγκών, σταδιακά δημιουργήθηκαν οι εξής ομάδες:

1. Η κεντρική γραμματεία που λειτουργεί με βάρδιες και είναι συνήθως τετραμελής με κάποιον υπεύθυνο βάρδιας. Αναλαμβάνει την ενημέρωση των αρχείων των ασθενών, την τηλεφωνική εξυπηρέτηση των ασθενών και το κλείσιμο των ραντεβού, ύστερα από συνεννόηση με τους ιατρούς. Κάθε φορά που ένας ασθενής εισέρχεται στο ιατρείο ανοίγεται και διατηρείται ένα προσωπικό αρχείο που περιλαμβάνει τα στοιχεία του ασθενή, το ιατρικό του ιστορικό, την παροχή βοήθειας που έχει λάβει από το ιατρείο και το χρόνο που έγινε αυτό. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται η ροή και η εξυπηρέτηση των ασθενών και οι εθελοντές γνωρίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή και τις ανάγκες του.

2. Η ομάδα του φαρμακείου που αναλαμβάνει την παραλαβή, τον έλεγχο, την ταξινόμηση και τη διάθεση των φαρμάκων.

3. Η ομάδα παραλαβής φαρμάκων, η οποία αναλαμβάνει να παραλάβει φάρμακα ή άλλα υλικά από απομακρυσμένες περιοχές ή από πολίτες που δεν έχουν τη δυνατότητα μετακίνησης.

4. Η ομάδα ιατρικών εξετάσεων που διαχειρίζεται τις συνεργασίες με ιδιωτικά ιατρικά κέντρα ή ιδιώτες ιατρούς και πραγματοποιεί την παραπομπή των ασθενών για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων.

5. Η ομάδα ελέγχου των ασθενών που διασταυρώνει και επαληθεύει τα στοιχεία των ασθενών.

6. Η ομάδα των καρκινοπαθών που ασχολείται αποκλειστικά με τα θέματα των καρκινοπαθών.

7. Η ομάδα οργάνωσης που αναλαμβάνει ότι έχει να κάνει με την απρόσκοπτη λειτουργία του ιατρείου, όπως τα ωράρια, οι βάρδιες και η καθαριότητα του χώρου.

8. Η ομάδα για τα δικαιώματα των ανασφάλιστων που ελέγχει και ενημερώνει τους ανασφάλιστους ασθενείς του ιατρείου, στις περιπτώσεις που δικαιούνται ασφάλιση και δεν το γνωρίζουν.

9. Η γραμματεία του οδοντιατρείου που περιορίζεται στην οργάνωση και τα ζητήματα του οδοντιατρικού τμήματος.

10. Η ομάδα επικοινωνίας που αναλαμβάνει την επαφή με δημοσιογράφους, βουλευτές, Υπουργούς, ξένα τηλεοπτικά δίκτυα, σχολεία και ομάδες πολιτών που

επιθυμούν να επισκεφθούν το Κοινωνικό Ιατρείο. Επιπλέον, ενημερώνει για τις τυχόν ελλείψεις σε υλικά και φάρμακα, παρακολουθεί και καταγράφει τις αλλαγές στην πολιτική της υγείας στη χώρα μας την περίοδο της κρίσης και ενημερώνει το «παρατηρητήριο υγείας», μια καινοτόμο δράση, με δημοσιογραφικές αναφορές αλλά και καταγγελίες που φθάνουν στα Κοινωνικά Ιατρεία και έχουν διασταυρωθεί.³ Σκοπός του «παρατηρητηρίου υγείας» είναι να αποτελέσει ένα μέσο με το οποίο θα μπορεί ο χρήστης να αντλεί γρήγορα και με απλό τρόπο πληροφορίες που έχουν σχέση με τη Δημόσια Υγεία.

11. Η ομάδα διαχείρισης υλικών, η οποία ασχολείται με την καταγραφή και τη διανομή παραϊατρικών υλικών (π.χ. καροτσάκια ατόμων με ειδικές ανάγκες, πατερίτσες, φιάλες οξυγόνου) που συγκεντρώνονται στο Κοινωνικά Ιατρεία από διάφορους πολίτες που δεν τα χρειάζονται πια.

12. Η ομάδα θεάτρου που διοργανώνει παραστάσεις όχι μόνο για την ψυχαγωγία των επισκεπτών του ιατρείου αλλά και για να κάνει ευρύτερα γνωστή τη δράση του και να συγκεντρώσει περισσότερα φάρμακα, βρεφικά γάλατα και ρούχα από πολίτες που παρακολουθούν την παράσταση.

13. Τέλος, η ομάδα που διοργανώνει το Bazaar των Χριστουγέννων και του Πάσχα με πολλά χειροποίητα αντικείμενα από τους εθελοντές και πολίτες, που θέλουν να συμπληρώσουν το έργο των εθελοντών.

Οι ομάδες αυτές αποτελούνται από εθελοντές η επιλογή των οποίων γίνεται με μια διαδικασία που έχει ορίσει η γενική συνέλευση. Κάθε υποψήφιος εθελοντής είτε πρόκειται για γιατρό, είτε για κάποιον που διαθέτει κάποια εξειδίκευση είτε για κάποιον που θέλει να προσφέρει τη βοήθεια του στο έργο του Κοινωνικού Ιατρείου, συμπληρώνει μια αίτηση με τα στοιχεία του, την ειδικότητά του και τις ημέρες και ώρες που θα ήθελε να προσφέρει τις υπηρεσίες του. Όταν συγκεντρωθεί ένας σημαντικός αριθμός αιτήσεων, τότε κάθε εθελοντής περνάει από συνέντευξη για να ενημερωθεί για το ιατρείο και τον τρόπο λειτουργίας του. Μετά την συνέντευξη, ακολουθεί ειδική σεμιναριακή και πρακτική εκπαίδευση που διαρκεί ένα μήνα, ώστε να μεταδοθούν οι αρχές του ιατρείου. Ο κάθε εθελοντής εντάσσεται στην ομάδα που επιθυμεί, αφού περάσει πρώτα από τη γενική γραμματεία και το φαρμακείο, που αποτελούν κομβικά τμήματα για την κατανόηση της λειτουργίας του ιατρείου. Εκτός των ιατρών, η κατανομή των υπόλοιπων εθελοντών στις ομάδες γίνεται με βάση τα

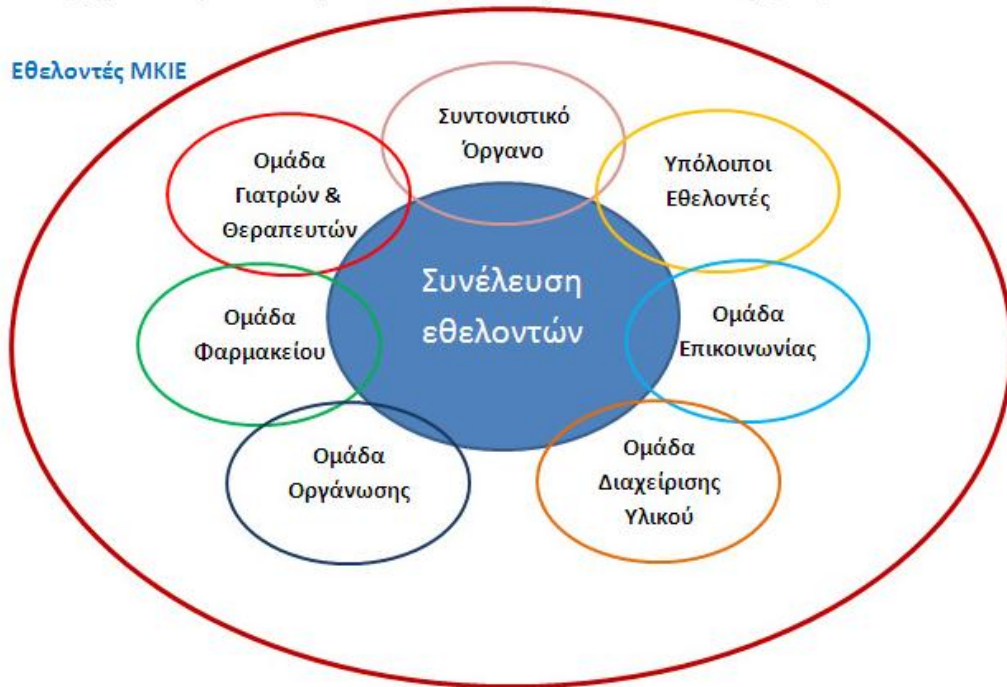
³ Το Μ.Κ.Ι.Ε. έχει συντάξει ένα φάκελο με καταγγελίες και στοιχεία – συνολικά 72 σελίδων – που αφορούν τις καταστροφικές πολιτικές που εφαρμόστηκαν στο Ε.Σ.Υ. (<http://www.mkiellinikou.org/>).

προσόντα τους και τις ανάγκες του ιατρείου. Ο τρόπος λειτουργίας κάθε ομάδας καθορίζεται από έναν άτυπο κανονισμό που έχει συνταχθεί από την Συνέλευση και ο οποίος βασίζεται στις αρχές της ισότητας, της αλληλεγγύης και της υπευθυνότητας.

Η μορφή αυτή οργάνωσης του Μ.Κ.Ι.Ε. πλησιάζει τις σύγχρονες απόψεις της διοικητικής επιστήμης, σύμφωνα με τις οποίες το κατάλληλο μέσο για την εκπλήρωση των στόχων ενός οργανισμού είναι η χρησιμοποίηση των ομάδων. Σήμερα η τάση είναι η κάθετη ιεραρχική οργανωτική δομή να αντικαθίσταται από την οριζόντια οργανωτική δομή κατά ομάδες (Ζαβλανός Μ., 2002, σελ. 259). Ως προς την ενεργοποίηση ή παρακίνηση των εθελοντών για την επίτευξη των σκοπών του, το Μ.Κ.Ι.Ε., ως οργανισμός, φαίνεται ότι εφαρμόζει την θεωρία της ωριμότητας του C. Argyris. Σύμφωνα με αυτήν τα άτομα μπορούν να αυτό - διευθύνονται και να είναι δημιουργικά σε έναν οργανισμό, όταν αυτός έχει δημιουργήσει το κατάλληλο κλίμα μέσα στο οποίο ο καθένας έχει την ευκαιρία με την εργασία του να προσφέρει να αναπτυχθεί και να ωριμάσει. Κατά τη θεωρία αυτή, ένα άτομο έχει ώριμη προσωπικότητα, όταν είναι ενεργητικό, ανεξάρτητο, συμπεριφέρεται κατά πολλούς τρόπους, έχει ενδιαφέροντα διαρκή, βαθιά και σταθερά, έχει ευρεία αντίληψη του χρόνου (παρελθόν, μέλλον), έχει θέση ίση με τους άλλους, έχει αντίληψη υπευθυνότητας και ασκεί έλεγχο στον εαυτό του (Ζαβλανός Μ., 2002, σελ. 312).

Μια σχηματική απεικόνιση της οργανωτικής δομής του Μ.Κ.Ι.Ε., που δεν περιλαμβάνει όλες τις ομάδες, είναι η παρακάτω:

Σχηματική Αναπαράσταση του τρόπου λειτουργίας του ΜΚΙΕ



Πηγή: Μ.Κ.Ι.Ε. (2015)

Διάγραμμα 4.1

Σχηματική Αναπαράσταση του τρόπου λειτουργίας του Μ.Κ.Ι.Ε.

Το Ι.Κ.Α.Π. έχει πιο απλή οργανωτική δομή και αυτό δικαιολογείται, όχι μόνο από το ότι λειτουργούσε μόνο ένα χρόνο κατά την περίοδο της έρευνας αλλά και από το ότι οι χώροι του είναι περιορισμένοι και δεν είναι δυνατόν να καλύψει μεγάλο αριθμό προσερχόμενων. Τα κυριότερα όργανα είναι η Συνέλευση των Εθελοντών και η γραμματεία και σήμερα οι ιατρικές ειδικότητες που καλύπτει, είναι παθολόγος, ορθοπαιδικός, καρδιολόγος, ΩΡΛ, πνευμονολόγος, παιδίατρος, ψυχίατρος, ψυχολόγος, δερματολόγος, οφθαλμίατρος, γενικός χειρουργός, θωρακοχειρουργός, οδοντίατρος και νευροχειρουργός.

Τα Κ.Ι. δεν χρηματοδοτούνται από κανέναν. Για την κάλυψη των αναγκών τους, δέχονται φάρμακα και ιατρικό υλικό από πολίτες που τα επισκέπτονται καθημερινά στηρίζοντας την προσπάθειά τους για αλληλεγγύη. Η προσφορά των φαρμάκων και του ιατρικού υλικού γίνεται είτε από φαρμακεία, είτε από συλλογικές πρωτοβουλίες από σχολεία, εταιρείες, ακόμη και από ομάδες, άτομα ή συλλόγους, τόσο από το εσωτερικό όσο και από το εξωτερικό, που έχουν γνωρίσει και θαυμάζουν τον αγώνα των ιατρών. Υπάρχει και η περίπτωση κάποιος να διατίθεται να προσφέρει

χρήματα, τότε οι εθελοντές ενημερώνουν τους ενδιαφερόμενους σε ποια κατηγορία φαρμάκων υπάρχει έλλειψη και τους προτρέπουν να τα αγοράσουν και να τα προσφέρουν οι ίδιοι στο ιατρείο, τηρώντας έτσι την αρχή της μη λήψης χρημάτων. Η οποιαδήποτε χρηματοδότηση των ιατρείων θα τα μετέτρεπε σε φιλανθρωπικό ίδρυμα, θα παρέκαμπε το αξιακό τους καθεστώς και θα τα απέτρεπε από το στόχο τους, που είναι να απαλλάξουν τους πολίτες από το σκεπτικό της φιλανθρωπίας και να τους κάνουν ενεργούς πολίτες, ώστε να κατανοήσουν ότι η κοινωνία μπορεί να λειτουργήσει και κάτω από άλλες προϋποθέσεις. Τα Κοινωνικά Ιατρεία, μέσα από διαδικτυακές ανακοινώσεις στις ιστοσελίδες τους, κοινοποιούν τις ελλείψεις σε φάρμακα ή άλλα είδη και αυτομάτως ενεργοποιείται μια σειρά δράσεων για την εύρεση των υλικών που είναι σε έλλειψη.

Τα Κ.Ι. αποτελούν μια νέα πρόταση για τη λειτουργία όλης της κοινωνίας μέσα από έναν πιο δημοκρατικό χαρακτήρα, όπου κύρια στοιχεία θα είναι η ισότητα, η αλληλεγγύη, η παρακίνηση, η ενεργοποίηση των πολιτών και ο σεβασμός προς τον συνάνθρωπο. Δε διαθέτουν καμία νομική υπόσταση και έτσι δεν υπάρχει τίποτα που να νομιμοποιεί ή μονιμοποιεί τη δράση τους και να τα καθιστά θεσμό και αυτό γιατί δε θέλουν, ούτε μπορούν να πάρουν το ρόλο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και να υποκαταστήσουν το κράτος στον τομέα της υγείας.

4.3 Η σημασία των Κοινωνικών Ιατρείων – Μια προσπάθεια κριτικής προσέγγισης του φαινομένου

Αν και δεν είναι αντικείμενο αυτής της εργασίας, στη συνέχεια θα γίνει μια απόπειρα, καταρχήν, στοιχειοθέτησης ενός πλαισίου κριτικής θεώρησης του φαινομένου των Κ.Ι.

Από όσα αναφέρθηκαν αναλυτικά πιο πάνω, προκύπτει ο σημαντικός ρόλος των Κ.Ι. στην άμβλυνση των επιπτώσεων στον τομέα της υγείας, κυρίως στην Π.Φ.Υ., στην αντίσταση κατά των εφαρμοζόμενων πολιτικών αποδόμησης του Ε.Σ.Υ. και στη δημιουργία νέων κοινωνικών δομών που λειτουργούν με βάση την αλληλεγγύη, τον εθελοντισμό, την αυτονομία, την αυτοοργάνωση και τις αμεσοδημοκρατικές διαδικασίες. Το σημαντικό αυτό ρόλο επισημαίνουν και οι Μάτσα Κ. (2013) και Κουσουλέντη Χ. (2014).

Η μεγάλη σημασία και η ουσιαστική αξία του φαινομένου των Κ.Ι. οφείλεται στον τρόπο λειτουργίας τους. Ο όρος «φαινόμενο» χρησιμοποιείται εδώ με την έννοια του πραγματικά νέου, του ασυνήθιστου, του πρωτότυπου, του πρωτοποριακού, του καινοτόμου. Ο τρόπος λειτουργίας των Κ.Ι., ως κοινωνικοοικονομικών δομών, έχει χαρακτήρα ριζοσπαστικό (κοπή από τη ρίζα) και επαναστατικό (με την έννοια της επανεμφάνισης – αποκατάστασης του αρχικού νοήματος).

Η λειτουργία κάθε συστήματος, φυσικού ή κοινωνικού, στηρίζεται σε συγκεκριμένα θεμελιώδη στοιχεία. Στη φυσική έχουμε τα στοιχειώδη σωματίδια που αποτελούν τα δομικά υλικά όλων των λειτουργιών της φύσης. Αντίστοιχα, εδώ και χιλιάδες χρόνια, τα θεμελιώδη δομικά στοιχεία της λειτουργίας της ανθρώπινης κοινωνίας, ως συστήματος παραγωγής και διανομής, είναι, εκτός από την εργασία και τους φυσικούς πόρους, η ιδιοκτησία, το χρήμα, η ιεραρχική εξουσία και η θεσμική νομοθεσία. Η ιδιοκτησία και το χρήμα καθορίζουν κυρίως την οικονομική λειτουργία του συστήματος, ενώ η εξουσία και η θεσμική νομοθεσία την κοινωνικοπολιτική.

Τα Κ.Ι., στο μικρό χρονικό διάστημα που λειτουργούν, φαίνεται ότι επιδιώκουν την επίτευξη των σκοπών τους λειτουργώντας μέσα από τη ρητή, συνειδητή και στη πράξη εφαρμοσμένη κατάργηση των τεσσάρων αυτών στοιχείων, γεγονός που προσδίδει σε αυτά χαρακτήρα ριζοσπαστικού φαινομένου. Ο δε επαναστατικός (με την έννοια που αναφέρθηκε πιο πάνω) χαρακτήρας οφείλεται στο ότι με τη λειτουργία τους αποκαθιστούν την πρωταρχική έννοια του όρου «κοινωνία», δηλαδή κοινά –ώνια (κοινά αγαθά). Αυτά ακριβώς τα χαρακτηριστικά διαφοροποιούν ουσιαστικά τα Κ.Ι. από τις άλλες μορφές κοινωνικοοικονομικής οργάνωσης (κρατικές, ιδιωτικές, θεσμικές δομές της κοινωνικής οικονομίας και της κοινωνίας των πολιτών).

Στο τρίτο κεφάλαιο της εργασίας γίνεται φανερό ότι το ισχύον κοινωνικό σύστημα παράγει ατομικισμό, εγωισμό, ανισότητα, φτώχεια, εκμετάλλευση, βία, διαφθορά, φόβο, ανασφάλεια, σωματικές και ψυχικές ασθένειες, αλαζονεία, υπέρ - συσσώρευση πλούτου και δύναμης στα χέρια λίγων ανθρώπων και απληστία. Ειδικά για το χρήμα και την απληστία, οι σύγχρονες νευροεπιστήμες του εγκεφάλου, έκαναν πρόσφατα μια απρόσμενη ανακάλυψη : η παρουσία και η επίδραση του χρήματος στη ζωή των ανθρώπων είναι παθογόνος. Η εμμονή με το χρήμα και η άπληστη συμπεριφορά οφείλονται στο ότι αυτό επιδρά στον ανθρώπινο εγκέφαλο ως μια ιδιαίτερα ισχυρή εξαρτησιογόνος ουσία, δηλαδή σαν ναρκωτικό («Εφ.Συντακτών»,10-11/11/2012).

Αντίθετα, από το τέταρτο κεφάλαιο φαίνεται ότι κοινωνικές οργανωτικές δομές όπως τα Κ.Ι. προάγουν την αλληλεγγύη, τον αλληλοσεβασμό, την ειρηνική

συνύπαρξη, τον αλτρουισμό, την ισότητα, τη διαφάνεια, την αξιοπρέπεια, την ανθρωπιά και την κοινωνική παιδεία. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους τα Κ.Ι. εκτός από την αποδοχή που έχουν στις τοπικές κοινωνίες, λόγω της προσφοράς τους στην Π.Φ.Υ., προκαλούν το ενδιαφέρον μεγάλων τμημάτων του ελληνικού λαού, αλλά και ορισμένων Μ.Μ.Ε. στο εσωτερικό και, πολύ περισσότερο, στο εξωτερικό. Σε πολλές χώρες του εξωτερικού έχουν εκδηλωθεί αρκετές πρωτοβουλίες συμπαράστασης και στήριξης των Κ.Ι. με ιατρικό εξοπλισμό και φάρμακα, ενώ υπάρχουν και περιπτώσεις ανάληψης πρωτοβουλιών μεταφοράς του προτύπου αυτού σε άλλες χώρες. Με όρους ιατρικής επιστήμης, η κοινωνία, θεωρούμενη ως ζωντανός οργανισμός, πάσχει από την ύπαρξη «νοσογόνων παραγόντων» που έχουν προκαλέσει την «ασθένεια», ενώ τα Κ.Ι. είναι τα «αντισώματα» του «ανοσοποιητικού συστήματος» του οργανισμού στην προσπάθειά του να επιζήσει.

Εξετάζοντας τα Κ.Ι., όχι μόνο ως μια απλή και διαφορετική οργανωτική δομή παροχής Π.Φ.Υ., αλλά και ως μια πρόταση οργάνωσης και λειτουργίας ενός νέου κοινωνικού συστήματος, αναφέρονται στη συνέχεια ορισμένοι προβληματισμοί και μερικές κριτικές παρατηρήσεις.

Κάθε Κ.Ι. είναι ένας οργανισμός, δηλαδή αποτελεί μια μορφή κοινωνικού συστήματος που έχει γίνει για να εκπληρώνει ένα καθορισμένο σκοπό ή σκοπούς. Με τον προσδιορισμό των σκοπών καθορίζεται και η πορεία που πρόκειται να ακολουθήσει ο οργανισμός. Πολλές φορές η έννοια του όρου «σκοπός» συγχέεται με τον όρο «στόχος». Ο σκοπός περιγράφει το τέλος στο οποίο κατευθύνεται μια δραστηριότητα, ενώ ο στόχος προσδιορίζεται συγκεκριμένα με βάση ποσοτικά, χρονικά και ποιοτικά στοιχεία. Ο σκοπός είναι γενικός, ενώ ο στόχος είναι ειδικός. Ο σκοπός περικλείει τον στόχο. Σύμφωνα με τη θεωρία του Ε. Locke, η ενεργοποίηση των ατόμων ενός οργανισμού και η αποτελεσματικότητά του είναι μεγαλύτερη στην περίπτωση που οι σκοποί είναι κατάλληλα διατυπωμένοι και οργανωμένοι. Κατά τη θεωρία αυτή, μεταξύ άλλων, η διατύπωση των σκοπών πρέπει να είναι σαφής και να υπάρχει σαφώς καθορισμένος προσδιορισμός μιας προτεραιότητας (Ζαβλανός Μ., 2002, σελ 315).

Φαίνεται ότι, στην περίπτωση των Κ.Ι., υπάρχει μια σύγχυση ως προς τους επιδιωκόμενους σκοπούς και μια αντίφαση του τρόπου οργάνωσης και λειτουργίας σε σχέση με τον προσδιορισμό της χρονικής διάρκειας λειτουργίας τους, που μπορεί να επηρεάσει καθοριστικά την πορεία τους. Ανατρέχοντας το τέταρτο κεφάλαιο,

βλέπουμε ότι ως πρωταρχικός σκοπός ορίζεται, λόγω της συγκυρίας και των συνθηκών έκτακτης ανάγκης, η δωρεάν παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στους έχοντες πραγματική ανάγκη. Ως σκοπός, επίσης, ορίζεται και η αγωνιστική διεκδίκηση από το κράτος της δωρεάν πρόσβασης στην περίθαλψη και το δικαίωμα στην υγεία για όλους τους ανθρώπους ανεξαιρέτως. Ταυτόχρονα, με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας, αλλά και με ανακοινώσεις, τα Κ.Ι. διακηρύσσουν ότι επιδιώκουν την ειρηνική αλλαγή του κοινωνικού συστήματος από «τα κάτω» με την εφαρμογή ενός παραδείγματος προς μίμηση, ως πρότυπο του οράματος μιας ιδανικής κοινωνικοοικονομικής οργάνωσης και του συνθήματος «έναν άλλος κόσμος είναι εφικτός». Προσδιορίζουν, όμως χρονικά το τέλος των δραστηριοτήτων τους όταν αποκατασταθεί η λειτουργία του Ε.Σ.Υ. και επιτευχθεί η δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για το σύνολο των κατοίκων της χώρας. Αυτό δίνει χαρακτηριστικά προσωρινότητας στο εγχείρημά τους και μιας μεταβατικότητας μέχρι την επιστροφή σε μία κατάσταση που υπήρχε πριν την κρίση, αλλά σαφώς πιο βελτιωμένη. Από τους τρεις αυτούς σκοπούς αυτός που ορίζεται ως πρωταρχικός, μάλλον, θα πρέπει να θεωρηθεί ως στόχος και όχι ως σκοπός. Στους άλλους δύο σκοπούς όμως διακρίνεται μια αντίφαση που προκαλεί σύγχυση, κυρίως στο εξωτερικό περιβάλλον των Κ.Ι. Δεν είναι δυνατόν να επιδιώκεται και η οικοδόμηση ενός νέου κοινωνικού συστήματος και η διατήρηση του υπάρχοντος μέσω της βελτίωσής του. Αν ισχύει αυτό την απάντηση θα πρέπει να δώσουν, με βάση την αρχή της αυτονομίας, αποκλειστικά τα ίδια τα Κ.Ι. μέσω των Συνελεύσεων τους. Ανάλογα με το αν, πως και πότε θα απαντηθεί το ερώτημα αυτό, υπάρχουν ορισμένοι κίνδυνοι αλλά και ευκαιρίες για τα Κ.Ι., πιθανόν, και για τις άτυπες κοινωνικές δομές αλληλεγγύης των άλλων τομέων.

Η μη επίλυση ή η καθυστέρηση στην άρση της αντίφασης ενέχει τον κίνδυνο, πριν από το ξεπέρασμα της κρίσης, σταδιακής μετάλλαξης των βασικών χαρακτηριστικών οργάνωσης και λειτουργίας των Κ.Ι.. Εκτός από τις δυσκολίες, τις ασάφειες και τους προβληματισμούς που αναφέρει η Κουσουλέντη Χ. (2014), ήδη ορισμένες διαφοροποιήσεις έχουν εμφανιστεί. Στο Μ.Κ.Ι.Ε. η δημιουργία συντονιστικού οργάνου μεταξύ Συνέλευσης και Ομάδων και μάλιστα με εκλογές (αντιπροσώπευση) και όχι με κλήρωση ή εναλλαγή με άμεση ανακλητότητα, αποτελεί το σπόρο της σταδιακής ανάπτυξης μιας ιεραρχικής διοικητικής (εξουσιαστικής) δομής. Επίσης, η πρόσφατη, μετά την αλλαγή της κυβέρνησης, αποδοχή συμμετοχής εκπροσώπων των Κ.Ι. σε ομάδα εργασίας του Υπουργείου Υγείας για την πρόσβαση των

ανασφάλιστων πολιτών στο Ε.Σ.Υ.⁴, αποτελεί ένδειξη ενσωμάτωσης στο υπάρχον κοινωνικό σύστημα και οδηγεί στον περιορισμό της αυτονομίας και ανεξαρτησίας. Αν η επιλογή είναι η διατήρηση και η βελτίωση του κοινωνικού συστήματος, τότε οι εξελίξεις αυτές δεν μπορούν να θεωρηθούν ως αρνητικές. Και αυτό επειδή η κυβερνητική αλλαγή, με βάση τις προγραμματικές δηλώσεις και τις διακηρύξεις της νέας κυβέρνησης, μπορεί να θεωρηθεί ως ευκαιρία. Το αντίθετο ισχύει αν επιλογή είναι η δημιουργία ενός νέου κοινωνικοοικονομικού συστήματος.

Αν τελικά το πρόταγμα είναι η αλλαγή του συστήματος, είναι γεγονός ότι το έργο είναι τρομερά δύσκολο και πολύπλοκο μια και η οικοδόμηση ενός ιδανικού κοινωνικού συστήματος αποτελεί διαχρονικό πρόβλημα που έχει απασχολήσει τη φιλοσοφία, τις επιστήμες και όλες τις κοινωνίες των ανθρώπων.

Στην περίπτωση αυτή, ένα πολύ σημαντικό μειονέκτημα είναι η απουσία θεωρητικής και επιστημονικής εξέτασης των Κ.Ι. Αυτό οφείλεται στο ότι η δημιουργία τους είναι πολύ πρόσφατη και στο ότι η μορφή αυτή οργάνωσης στον τομέα της υγείας και μάλιστα με τέτοια πυκνότητα δεν απαντάται αλλού. Αν και η αλληλεγγύη, ο εθελοντισμός και η γενναιοδωρία επαρκούν για τη λειτουργία των Κ.Ι. κατά τη διάρκεια αυτής της μεγάλης κρίσης, δεν ισχύει το ίδιο για την περίπτωση της δημιουργίας ενός νέου κοινωνικού συστήματος. Τα τρία αυτά χαρακτηριστικά, αν και μπορούν να αποτελέσουν τη βάση, δε μπορεί να θεωρηθεί ότι καλύπτουν τις αναγκαίες και επαρκείς συνθήκες για την οικοδόμηση και αποτελεσματική λειτουργία ενός νέου συστήματος. Συγκεκριμένα ερωτήματα θα πρέπει να απαντηθούν. Με δεδομένη την σπανιότητα των πόρων, πώς θα οργανωθεί ο τρόπος παραγωγής και διανομής των αγαθών και υπηρεσιών; Τι θα αντικαταστήσει τα τέσσερα βασικά χαρακτηριστικά του σημερινού συστήματος, κυρίως την ιδιοκτησία και το χρήμα;

Από τους σύγχρονους Έλληνες μελετητές των κοινωνικών συστημάτων θα μπορούσαν να βοηθήσουν οι θεωρητικές προσεγγίσεις και το έργο, όχι βέβαια με τη μορφή τυφλής αποδοχής, του Κ. Καστοριάδη και κυρίως, του Τ. Φωτόπουλου. Ο Καστοριάδης υποστηρίζει ότι η θέσμιση των κοινωνικών συστημάτων προϋποθέτει μια συγκεκριμένη σύλληψη του κόσμου και της σχέσης του ανθρώπου με αυτόν. Δεν υπάρχει ανθρώπινη ύπαρξη χωρίς δημιουργία. Στο βαθμό που ο άνθρωπος συνυπάρχει σε ένα σύνολο, έχει ανάγκη να μετατρέψει τον δημιουργικό του οίστρο σε συλλογική δημιουργία που καθορίζεται άμεσα από το φαντασιακό, δηλαδή τη

⁴ Ανακοίνωση τύπου Μ.Κ.Ι.Ε., 15/3/2015. <http://www.mkiellinikou.org/blog/2015/03/13/esy-2/>

σύνδεση της φαντασίας με τον κοινωνικό ιστό. Ακρογωνιαίος λίθος της σκέψης του είναι η έννοια της αυτονομίας (Καστοριάδης Κ., 1999). Ο Τ. Φωτόπουλος, εξετάζοντας σε βάθος τα προβλήματα του υπάρχοντος κοινωνικού συστήματος, καταλήγει στην αναγκαιότητα αντικατάστασής του από μία νέα μορφή οργάνωσης, την «Περιεκτική Δημοκρατία».⁵ Ως περιεκτική δημοκρατία ορίζει το σύστημα που στοχεύει στην εξάλειψη οποιασδήποτε ανθρώπινης προσπάθειας για κυριαρχία πάνω στον φυσικό κόσμο, και ταυτόχρονα στην αποτελεσματική εξάλειψη της κυριαρχίας ανθρώπου πάνω στον άνθρωπο. Τα θεμελιώδη στοιχεία μιας περιεκτικής δημοκρατίας είναι η πολιτική, οικονομική, οικολογική δημοκρατία και η «δημοκρατία στον κοινωνικό χώρο» (μικροκοινωνικό επίπεδο, στους χώρους εργασίας και παραγωγής). Στο έργο του αναλύει, τόσο τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος αυτού, όσο και τη διαδικασία μετάβασης σε αυτό (Φωτόπουλος Τ., 2008).

Η επιλογή της αλλαγής έχει κινδύνους και ευκαιρίες. Ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι η σφοδρή επίθεση και η τρομακτική πίεση που θα δεχτούν τα Κ.Ι. από τα θεσμικά όργανα του υπάρχοντος συστήματος συνολικά. Η σχετική ανοχή που υπάρχει σήμερα οφείλεται στη μεγάλη κρίση, αν και ήδη έχουν εκδηλωθεί, προειδοποιητικά, επιθετικές κινήσεις. Το Μ.Ι.Κ.Ι.Ε. έχει δεχθεί δύο επισκέψεις ελέγχου. Μια από τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών σχετικά με την καταλληλότητα των χώρων και μια από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων και την Δίωξη Ναρκωτικών, με την παρουσία Πταισματοδίκη, μετά από καταγγελία για διακίνηση ναρκωτικών ουσιών (Μ.Κ.Ι.Ε., 2013). Τον Ιούνιο του 2014, το Εργατοϋπαλληλικό Κέντρο Δράμας ζήτησε από το Κ.Ι. Δράμας να αποχωρήσει από τις εγκαταστάσεις που του είχε παραχωρήσει με το σκεπτικό ότι δεν ήταν νόμιμο απέναντι στις αρχές (Μ.Κ.Ι.Ε., 2014). Τον Απρίλιο του 2015, ο Ιατρικός Σύλλογος Άρτας ζήτησε να ελεγχθεί αν λειτουργεί νόμιμα το Κ.Ι. Άρτας και «να προσεχθούν τα έννομα συμφέροντα των γιατρών - μελών τού Ιατρικού Συλλόγου από τον αθέμιτο ανταγωνισμό τέτοιων πολυϊατρείων» («Εφ. Συντακτών», 7/5/2015).

Ως ευκαιρίες θα μπορούσαν να θεωρηθούν :

⁵ Θα πρέπει να επισημανθεί ένα πρόβλημα ορολογίας. Φαίνεται ότι μετά από 2.500 χρόνια, σε ορισμένες περιπτώσεις, να είναι αναγκαία η χρήση κάποιου άλλου όρου για τον χαρακτηρισμό ενός πολιτεύματος και γενικότερα ενός διαφορετικού κοινωνικού συστήματος. Στη σύγχρονη εποχή η έλλειψη αυτή έχει οδηγήσει στην εκτεταμένη χρήση επιθετικών προσδιορισμών που συνοδεύουν τον όρο «δημοκρατία» επιτείνοντας τη σύγχυση. Στην περίπτωση που ο σκοπός προσδιορίζεται με σαφήνεια, ως η δημιουργία ενός κοινωνικού συστήματος το οποίο θα διασφαλίζει την αρμονική συνύπαρξη των ανθρώπων, τόσο με τη φύση, όσο και μεταξύ τους και ταυτόχρονα θα λειτουργεί με τα θεμελιώδη δομικά στοιχεία των Κ.Ι., τότε ο πιο κατάλληλος όρος που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί είναι η λέξη αρμονία.

- Η σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο, από ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού, αναγνώριση του προβλήματος ότι το υπάρχον κοινωνικοοικονομικό σύστημα προκαλεί υπέρμετρη κοινωνική και οικολογική καταστροφή. Αυτό έχει δημιουργήσει ένα κλίμα προσμονής για την ανάδυση ενός νέου τρόπου κοινωνικής οργάνωσης και λειτουργίας.
- Η κατάρρευση της αξιοπιστίας και της εμπιστοσύνης για το σύνολο των δομικών οργάνων λειτουργίας του σημερινού κοινωνικού συστήματος.
- Η ύπαρξη των Κ.Ι. σε συνδυασμό με την παράλληλη λειτουργία ανάλογων οργανωτικών δομών που καλύπτουν τομείς βασικών ανθρωπίνων αναγκών και η δικτύωσή τους, μπορούν να αποτελέσουν την αναγκαία κρίσιμη μάζα που είναι απαραίτητη για τη θεμελίωση ενός νέου κοινωνικού συστήματος.
- Αν και κυνικό, θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι καταστροφικές συνέπειες της κρίσης εντείνουν τον προβληματισμό των ανθρώπων και τη συνειδητοποίηση της αναγκαιότητας αλλαγής του συστήματος. Η μαζική φτωχοποίηση, η κατάρρευση της μεσαίας τάξης, αλλά και η ανησυχία για το μέλλον, σε σχέση με το φυσικό περιβάλλον, μπορεί να οδηγήσει ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού να μη σταθεί απορριπτικά σε μια προσπάθεια αλλαγής του κοινωνικού συστήματος.⁶

⁶ Αντλώντας από την εμπειρία του παρελθόντος θα πρέπει να αναφερθεί ότι, σημαντικό ρόλο στην εδραίωση και εμβάθυνση τού, νέου για την εποχή του, κοινωνικού συστήματος της Αθηναϊκής Δημοκρατίας έπαιξε ένας καταστροφικός παράγοντας, οι Περσικοί Πόλεμοι. Η σχεδόν πλήρης καταστροφή από τους Πέρσες της παραγωγικής υποδομής σε ολόκληρη την Αττική οδήγησε πιο εύκολα τους πολίτες, μετά το τέλος του πολέμου, να βασίζονται τη συνύπαρξή τους στις αρχές της ισότητας και της ισονομίας, που είχαν ξεκινήσει να εφαρμόζονται, εν μέρει, πριν από τον πόλεμο (Παπαρρηγόπουλος, Κ., 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΡΕΥΝΑ: ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΤΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να καταγράψει τα βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών και να μετρήσει το βαθμό ικανοποίησης αυτών από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας των Μ.Κ.Ι.Ε. και Ι.Κ.Α.Π. Η επιλογή αυτών των δύο Κ.Ι. έγινε επειδή το Μ.Κ.Ι.Ε. είναι το μεγαλύτερο, έχει τη μεγαλύτερη χρονική διάρκεια λειτουργίας και έχει την πιο αναπτυγμένη οργάνωση, ενώ το Ι.Κ.Α.Π., επειδή ως προς το μέγεθος, το χρόνο και την οργάνωση αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο τμήμα των υπαρχόντων Κ.Ι. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, τις τελευταίες δεκαετίες, αποτελεί σημαντικό μέσο για την αξιολόγηση της ποιότητας των συγκεκριμένων υπηρεσιών.

5.1 Ορισμός της έννοιας «Ικανοποίηση Ασθενών»

Για τη λέξη ικανοποίηση υπάρχουν διάφοροι ορισμοί, όμως με την ευρεία της έννοια η λέξη προσδιορίζει «την ευχαρίστηση που πηγάζει από το αίσθημα της επιτυχίας, της πραγματοποίησης της επιθυμίας, της πλήρωσης». Όπως συμβαίνει με τις περισσότερες έννοιες που περιλαμβάνουν τη λέξη υγεία, ενώ κατανοούμε τι σημαίνει ο όρος «ικανοποίηση ασθενών», δε μπορούμε να δώσουμε ένα σαφή και ξεκάθαρο ορισμό.

Κάνοντας μια μικρή ανασκόπηση στη βιβλιογραφία, από τους πρώτους που μίλησαν για την ικανοποίηση των ασθενών ήταν ο Donabedian (1980), γιατρός και ερευνητής από το Λίβανο. Ο Donabedian εισήγαγε την ικανοποίηση των ασθενών ως ένα δείκτη μέτρησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και θεωρεί πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι η γνώμη για τη ποιότητα της φροντίδας υγείας και βασίζεται σε συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Ο επικρατέστερος ορισμός είναι αυτός του Risser (1975), οποίος πιστεύει πως η ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή

υπηρεσιών υγείας είναι η σύγκλιση μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O., 1993), η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής.

Η επιμονή των ασθενών να εκφράζουν την ικανοποίησή τους, παρά τις δυσκολίες που μπορεί να συνάντησαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, εξηγείται από δύο θεωρίες. Σύμφωνα με τη πρώτη, ο ασθενής μπορεί να εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, ακόμη και όταν έχει αντιμετωπίσει δυσκολίες, στη περίπτωση που οι προσδοκίες του βρίσκονται εκτός καθήκοντος του επαγγελματία υγείας. Η δεύτερη θεωρία υποστηρίζει ότι, ακόμα και όταν ο ασθενής νιώθει πως ο επαγγελματίας υγείας δεν επιτελεί σωστά το έργο του, συνεχίζει να αξιολογεί θετικά, εφόσον έχουν υπάρξει άλλες ελαφρυντικές καταστάσεις.

Από όποια πλευρά και να αναλυθεί το θέμα, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με την ποιότητα και συγκεκριμένα, ικανοποίηση είναι η θετική γνώμη του ασθενή για τη παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη. Επίσης, οι Nelson, C. και Niederberger, J. (αναφερόμενοι από την Καλογεροπούλου M., 2011) υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί το προσαρμοσμένο μέτρο αντίληψης για την αποδοτικότητα στον τομέα της υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα της υγείας οι οποίες σχετίζονται, μεταξύ άλλων, με την προσβασιμότητα, την καθαριότητα και την λειτουργικότητα των χώρων, τον χρόνο αναμονής, τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού. Η μέτρησή τους θα μπορούσε να οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας των κλινικών, των θεραπευτικών, διοικητικών και τεχνικών δραστηριοτήτων, του προσωπικού και των υπηρεσιών υγείας γενικότερα.

5.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και μπορούμε να αναφέρουμε ενδεικτικά κάποιους:

- **Τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών**

Το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα, το επίπεδο της εκπαίδευσης, το εισόδημα επηρεάζουν την ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Υπάρχει έντονη συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και των υπηρεσιών υγείας που επιλέγουν.

- **Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας**

Στη κατηγορία αυτή περιλαμβάνεται η εύκολη πρόσβαση του ασθενή στις υπηρεσίες υγείας, ο χρόνος αναμονής για την εισαγωγή του, η προετοιμασία του ασθενή για τις εξετάσεις ή το χειρουργείο, η παροχή φαρμάκων, η φροντίδα και η προσοχή του νοσηλευτικού προσωπικού, η ησυχία, η θερμοκρασία και η καθαριότητα των χώρων. Τέλος, σημαντική επιρροή στη ικανοποίηση των ασθενών έχει η διαδικασία αποχώρησης τους από την υπηρεσία υγείας και η διευθέτηση των οικονομικών τους συναλλαγών.

- **Οι σχέσεις μεταξύ ασθενή και επαγγελματιών υγείας**

Η φιλική ατμόσφαιρα, το ενδιαφέρον, η εμπιστοσύνη, η εχεμύθεια, μπορεί να παρακάμψουν το φόβο και το άγχος του ασθενή για τη νόσο. Η σημασία των διαπροσωπικών σχέσεων σε μια υπηρεσία υγείας είναι σημαντική, γιατί ακόμα και αν η χρήση της τεχνολογίας είναι υψηλή και τα αποτελέσματα των θεραπευτικών μεθόδων θετικά, ο ασθενής δε θα δηλώσει ικανοποιημένος, αν η μεταχείριση του δεν είναι φιλική και ανθρώπινη.

5.3 Ανάλυση των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου

Για τη διεξαγωγή της έρευνας σχεδιάστηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο και ως μέθοδος δειγματοληψίας εφαρμόστηκε η τυχαία δειγματοληψία, η οποία προσδίδει υψηλό βαθμό αντιπροσωπευτικότητας δείγματος και ποιότητας δεδομένων. Τα ερωτηματολόγια είναι το βασικό μέσο επικοινωνίας ανάμεσα σε αυτόν που κάνει την

έρευνα και στον ερωτώμενο. Για την δημιουργία ενός ερωτηματολογίου το τμήμα που απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή είναι ο καθορισμός του περιεχομένου του και η διατύπωση των ερωτήσεων. Ένα σωστό ερωτηματολόγιο οφείλει να έχει σαφείς και κατανοητές ερωτήσεις χωρίς περίπλοκο περιεχόμενο και δυσνόητες λέξεις, για να είναι κατανοητό από όλα τα άτομα, ανεξαρτήτως μορφωτικού επιπέδου.

Βασικός στόχος της σύνταξης του ερωτηματολογίου ήταν η συμπλήρωσή του από τους ασθενείς για την μέτρηση της εντύπωσής τους από τη χρήση των υπηρεσιών που παρέχουν τα Κοινωνικά Ιατρεία, καθώς και η συγκέντρωση πληροφοριών για τα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους από τα οποία εξάγονται χρήσιμα συμπεράσματα.

Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις κατηγοριοποιήθηκαν στις ακόλουθες ενότητες:

- **Χαρακτηριστικά του δείγματος**

Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη ή όχι παιδιών, την ιθαγένεια, το μορφωτικό επίπεδο, την εισοδηματική και την προηγούμενη ασφαλιστική κατάσταση των ασθενών, που στόχο έχουν την απεικόνιση του προφίλ των ασθενών.

- **Ερωτήσεις που αφορούν στο κατά πόσο είναι γνωστά και εύκολα στην πρόσβαση τα Κοινωνικά Ιατρεία**

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν ερωτήσεις όπως «Πως μάθατε για την ύπαρξη του ιατρείου;», μέσα από την οποία βγαίνει το συμπέρασμα αν η δράση των Κοινωνικών Ιατρείων είναι ευρέως διαδεδομένη στον Δήμο που ανήκει το κάθε Ιατρείο, στο Ιντερνέτ, σε διάφορους γιατρούς και ποιό και ποιά μέσα την προωθούν. Στη συνέχεια, η ερώτηση «Με ποιο μέσο ήρθατε στο Κοινωνικό Ιατρείο;», θέλει να εξετάσει το αν είναι εύκολη η πρόσβαση των ασθενών στα Κοινωνικά Ιατρεία με τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς ή με ιδιωτικά μέσα όπως, αυτοκίνητο, μηχανή ή ποδήλατο.

- **Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και του προσωπικού των ιατρείων.**

Στις ερωτήσεις αυτές αξιολογούνται από τους ασθενείς η τηλεφωνική εξυπηρέτηση, ο χρόνος αναμονής, η καθαριότητα και η λειτουργικότητα του χώρου, το διοικητικό προσωπικό και το ιατρικό προσωπικό. Η Καλογεροπούλου Μ. (2011), συμπεραίνει ότι οι χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν ανάγκη παροχής εξειδικευμένης

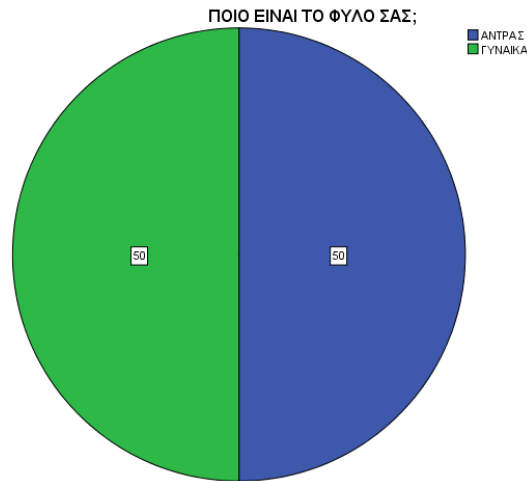
και ανθρωποκεντρικής φροντίδας και απαιτούν την ικανοποίηση βασικών δικαιωμάτων, ενώ αξιολογούν με ιδιαίτερη βαρύτητα την κατανόηση, την ευγένεια και την εξειδικευμένη γνώση των επαγγελματιών υγείας. Τέλος, οι ασθενείς απαντούν στο ερώτημα αν τα Κ.Ι. προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες στην κοινωνία και αν θα συστήσουν το Κοινωνικό Ιατρείο και σε άλλους πολίτες που έχουν ανάγκη από πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Έρευνα των Παπαγιαννοπούλου, Β. κ. ά. (2008) σε παιδιατρικό νοσοκομείο έδειξε ότι, αν οι χρήστες δηλώνουν ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών, αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι, όταν οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν στην ερώτηση αν θα συνέστηναν το νοσοκομείο σε κάποιον δικό τους άνθρωπο με παρόμοιο πρόβλημα υγείας, στη συντριπτική τους πλειοψηφία απαντούν θετικά.

Η τελική έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2014, τις δύο πρώτες εβδομάδες του μήνα Απριλίου. Για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών επιλέχτηκε ένα τυχαίο δείγμα ασθενών που επισκέφτηκαν τα Κοινωνικά Ιατρεία εκείνη τη περίοδο και ήθελαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Πρέπει να αναφερθεί ότι κάποια ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τον ερευνητή ή από κάποιον συνοδό του ασθενή καθ' υπόδειξη του ασθενή, λόγω προβλημάτων υγείας του ασθενή. Συνολικά δόθηκαν 120 ερωτηματολόγια από τα οποία τα 100 απαντήθηκαν πλήρως, δηλαδή το ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηθέντων ήταν 83,3%. Την πρώτη εβδομάδα οι επισκέψεις έλαβαν χώρα στο Κοινωνικό Ιατρείο του Περιστερίου, όπου σε διάστημα τεσσάρων ημερών έγιναν οι επαφές με τους εθελοντές και η συμπλήρωση των μισών ερωτηματολογίων και τη δεύτερη εβδομάδα στο Κοινωνικό Ιατρείο του Ελληνικού.

Το στατιστικό πρόγραμμα επεξεργασίας δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε σε αυτή την έρευνα για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων είναι το SPSS Statistics 20. Το πρόγραμμα αυτό προσφέρει στον χρήστη δυνατότητες ανάλυσης και μοντελοποίησης δεδομένων, καθώς και γραφική αναπαράστασή τους.

5.4 Επεξεργασία δεδομένων

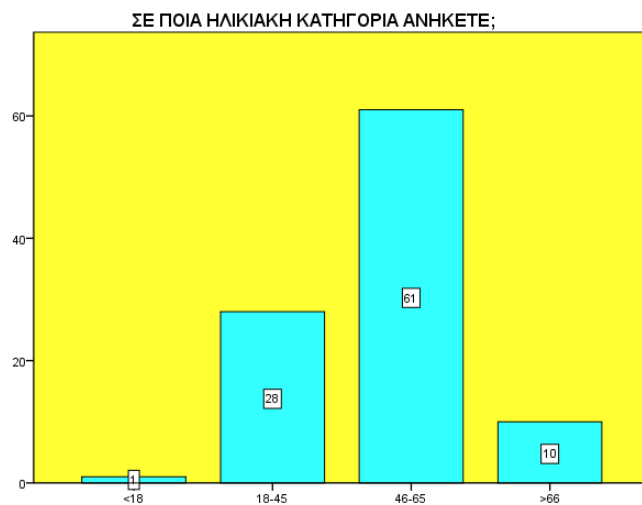
Η έρευνα διεξήχθη σε δυο Κοινωνικά Ιατρεία, στο Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού και στο Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου. Το συνολικό δείγμα αποτελείται από 100 απαντημένα ερωτηματολόγια, 50 για κάθε Κοινωνικό Ιατρείο.



Διάγραμμα 5.1

Ποιο είναι το φύλο σας;

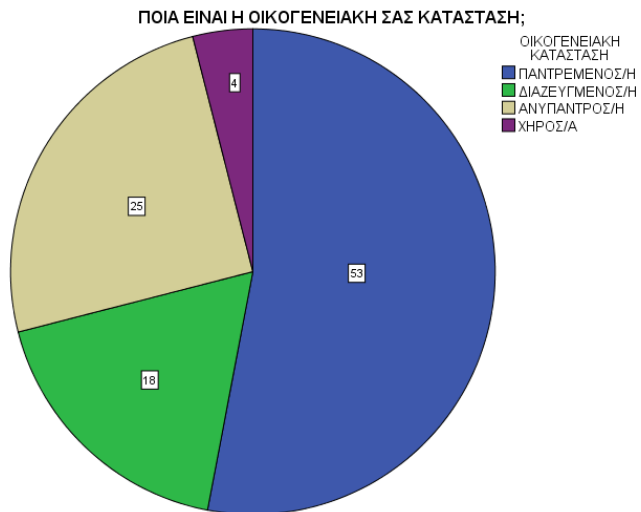
Στο σύνολο του δείγματος οι 50 (50%) από τους ερωτηθέντες ήταν άντρες και οι 50 (50%) γυναίκες (Διάγραμμα 5.1).



Διάγραμμα 5.2

Σε ποια ηλικιακή κατηγορία ανήκετε;

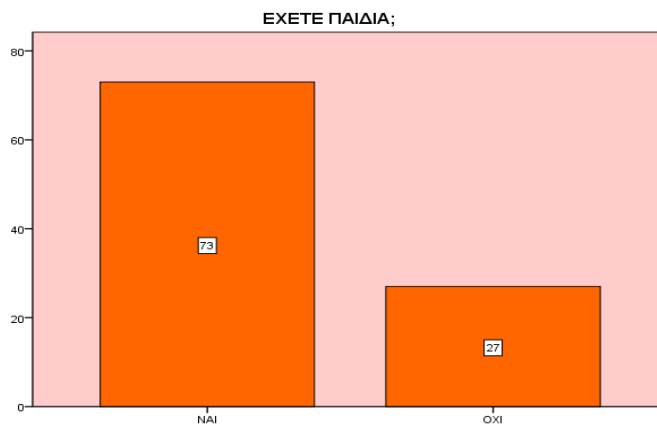
Από τους 100 ασθενείς, οι 10 (10%) ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 66 ετών και άνω, 61 (61%) άτομα ανήκαν στην ομάδα 46 – 65 ετών, 28 (28%) στην ομάδα 18 - 45 και μόλις ένα (1%) άτομο ανήκε στην ομάδα κάτω των 18 χρόνων (Διάγραμμα 5.2).



Διάγραμμα 5.3

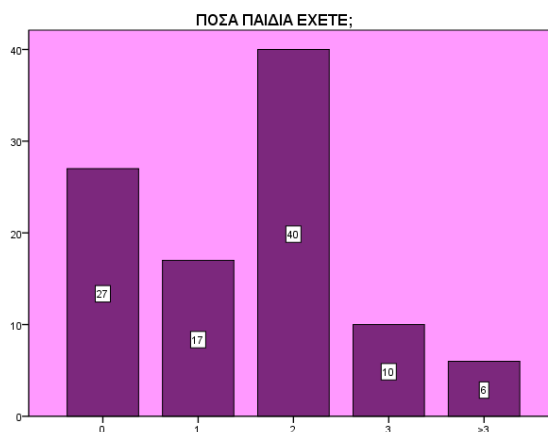
Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 5.3, οι περισσότεροι ασθενείς, 53 (53%) ήταν παντρεμένοι, 25 (25%) είναι άγαμοι, 18 (18%) διαζευγμένοι και 4 (4%) χήροι/ες.



Διάγραμμα 5.4

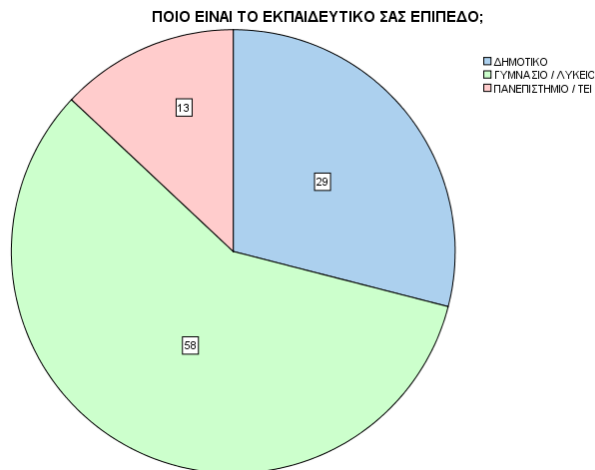
Έχετε παιδιά;



Διάγραμμα 5.5

Πόσα παιδιά έχετε;

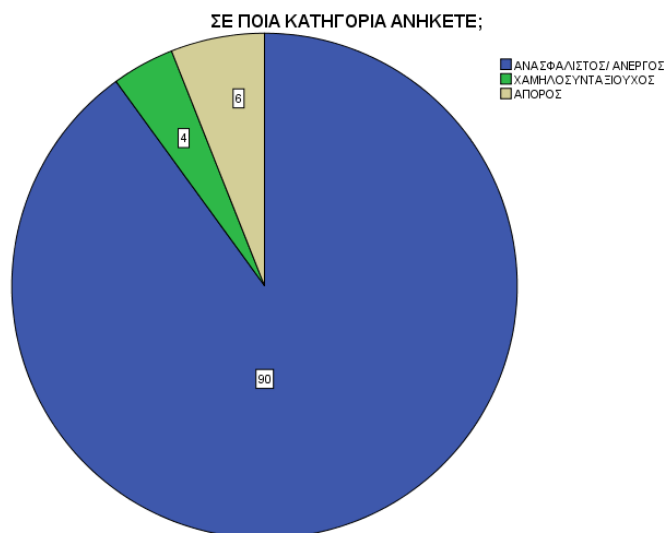
Στο Διάγραμμα 5.4 φαίνεται ότι στην ερώτηση αν έχουν παιδιά, 73 (73%) άτομα απάντησαν «Ναι» και 27 (27%) απάντησαν «Όχι». Από τα άτομα με θετική απάντηση, 17 (17%) έχουν μόνο ένα παιδί, 40 (40%) έχουν δύο, 10 (10%) έχουν τρία παιδιά και 6 (6%) έχουν πάνω από τρία παιδιά (Διάγραμμα 5.5).



Διάγραμμα 5.6

Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;

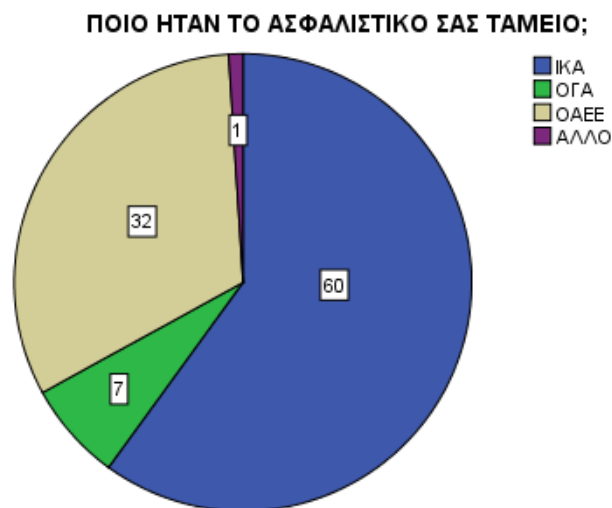
Σχετικά με την εκπαίδευση των ασθενών, όπως φαίνεται από το Διάγραμμα 5.6, οι 29 (29%) έχουν παρακολουθήσει/ ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, οι 58 (58%) έχουν παρακολουθήσει/ ολοκληρώσει Γυμνάσιο ή/και Λύκειο και 13 (13%) έχουν αποφοιτήσει από κάποιο Πανεπιστήμιο/ ΤΕΙ.



Διάγραμμα 5.7

Σε ποια κατηγορία ανήκετε;

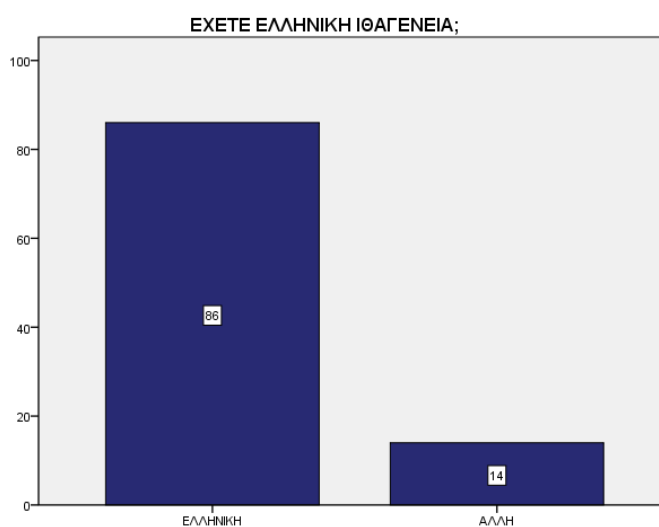
Το διάγραμμα 5.7 δείχνει πόσοι από τους ασθενείς είναι ανασφάλιστοι, πόσοι συνταξιούχοι χαμηλού εισοδήματος και πόσοι άποροι. Πιο συγκεκριμένα 90 (90%) άτομα, τα περισσότερα δηλαδή του δείγματος είναι χωρίς ασφαλιστική κάλυψη, 6 (6%) είναι άποροι και 4 (4%) χαμηλοσυνταξιούχοι.



Διάγραμμα 5.8

Ποιο ήταν το ασφαλιστικό σας ταμείο;

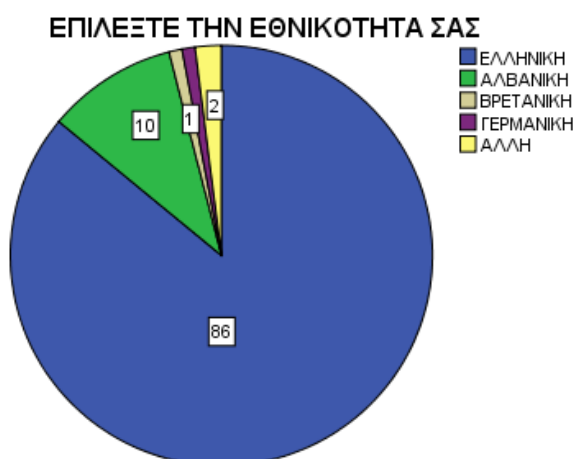
Στο Διάγραμμα 5.8 φαίνεται πως οι περισσότεροι ασθενείς ανήκαν στο Ι.Κ.Α., συνολικά 59 (59%), 7 (7%) ήταν ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α., 32 (32%) στον Ο.Α.Ε.Ε. και μόνο ένας (1%) ήταν ασφαλισμένος σε κάποιο άλλο ταμείο.



Διάγραμμα 5.9

Έχετε ελληνική ιθαγένεια

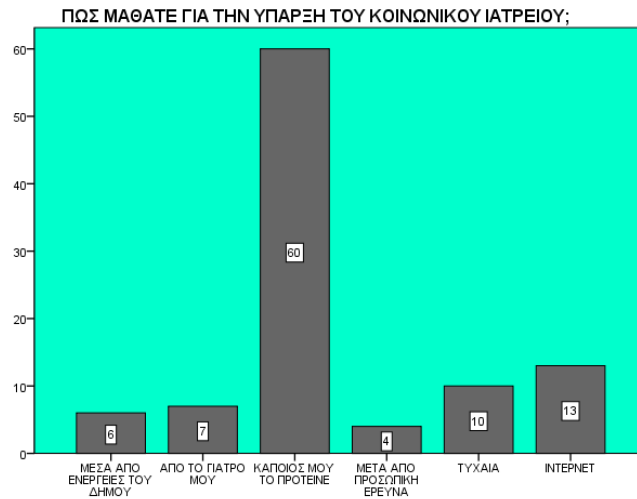
Το Διάγραμμα 5.9 δείχνει πόσοι από τους ασθενείς είχαν ελληνική ιθαγένεια και πόσοι κάποια άλλη. Ελληνική είχαν οι 86 (86%), ενώ οι 14 (14%) είχαν άλλη ιθαγένεια.



Διάγραμμα 5.10

Επιλέξτε την εθνικότητά σας

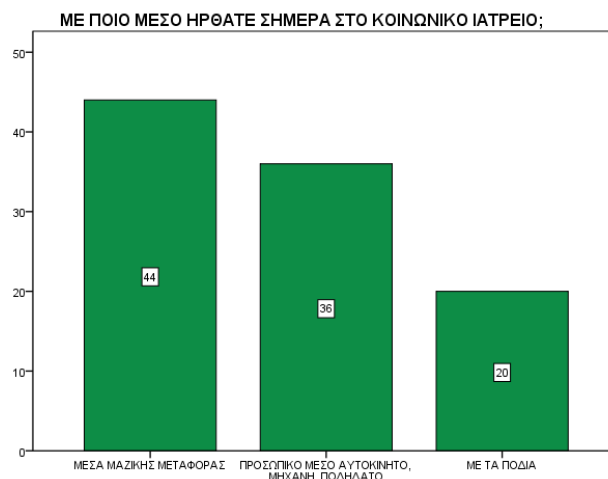
Το Διάγραμμα 5.10 δείχνει ότι 86 (86%) από τους ασθενείς ήταν Έλληνες, 10 (10%) ήταν Αλβανοί, ένας (1%) ήταν Γερμανός, ένας (1%) Βρετανός και 2 (2%) ανήκαν σε κάποια άλλη εθνικότητα. Είναι φανερό ότι Έλληνες είναι οι περισσότεροι άνθρωποι που επισκέπτονται τα κοινωνικά ιατρεία καθημερινά.



Διάγραμμα 5.11

Πώς μάθατε για την ύπαρξη του Κοινωνικού Ιατρείου;

Στην ερώτηση σχετικά με το πώς έμαθαν για την ύπαρξη του Κοινωνικού Ιατρείου οι περισσότεροι, 60%, απάντησαν ότι κάποιος τους το πρότεινε (60 άτομα). Τα 13 (13%) άτομα έμαθαν για τη δράση των ιατρείων από το ιντερνέτ, 10 (10%) το βρήκαν τυχαία, σε 7 (7%) άτομα τους το πρότεινε ο γιατρός τους, 4 (4%) άτομα το βρήκαν μέσα από προσωπική τους έρευνα και μόνο 6 (6%) το έμαθαν μέσα από ενέργειες του Δήμου (Διάγραμμα 5.11)



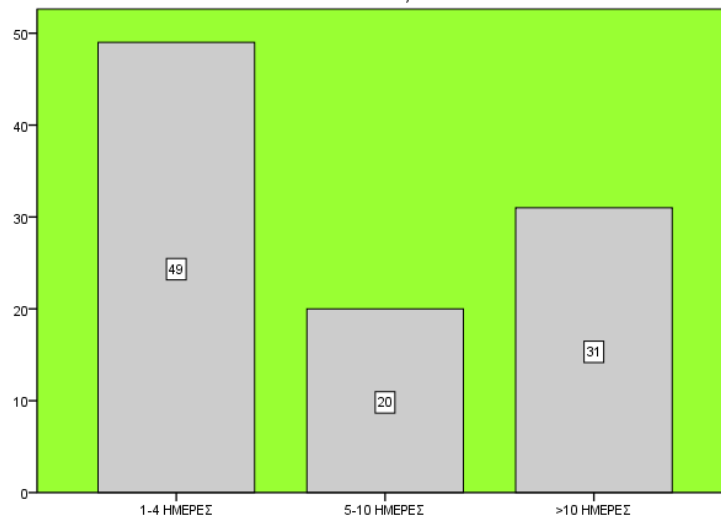
Διάγραμμα 5.12

Με ποιο μέσο ήρθατε στο Κοινωνικό Ιατρείο;

Σχετικά με το πώς ήρθαν στο ιατρείο οι 44 (44%) χρησιμοποίησαν τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς, αφού και τα δύο Κοινωνικά Ιατρεία είναι πολύ κοντά σε στάσεις του Μετρό. Το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο βρίσκεται στη παλαιά

αμερικανική βάση στο Ελληνικό, κοντά στη στάση του Μετρό «Ελληνικό». Επίσης το Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου βρίσκεται κοντά στο σταθμό του Μετρό «Άγιος Αντώνιος». Έτσι, η πρόσβαση και στα δύο είναι αρκετά εύκολη από τους πολίτες όλης της Αττικής. Τα 36 (36%) άτομα χρησιμοποίησαν δικό τους μεταφορικό μέσο για να έρθουν στο Κοινωνικό Ιατρείο και 20 (20%) άτομα ήρθαν με τα πόδια είτε επειδή μένουν κοντά στα ιατρεία, είτε επειδή δεν είχαν χρήματα να πληρώσουν ούτε ένα εισιτήριο για τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς (Διάγραμμα 5.12).

ΜΕΣΑ ΣΕ ΠΟΣΕΣ ΗΜΕΡΕΣ ΚΛΕΙΣΑΤΕ ΤΟ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΟ ΣΑΣ;

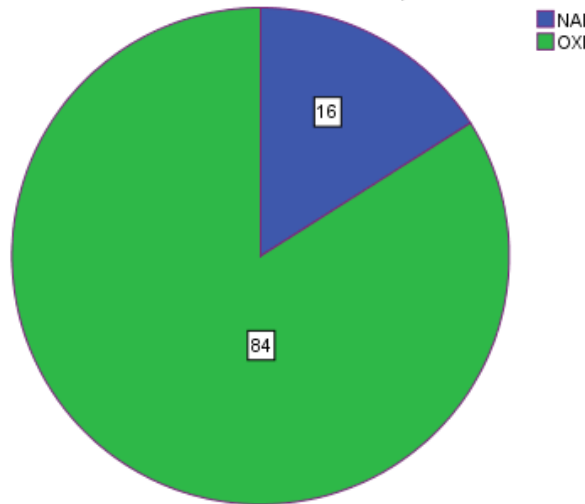


Διάγραμμα 5.13

Μέσα σε πόσες ημέρες κλείσατε το ραντεβού για την επίσκεψη στον ιατρό σας;

Αναφορικά με το ραντεβού παρατηρούμε στο Διάγραμμα 5.13 ότι τα μισά περίπου άτομα έκλεισαν το ραντεβού με τον γιατρό που επιθυμούσαν να επισκεφθούν το πολύ μέσα σε 5 ημέρες. Αυτό υποδηλώνει την άμεση εξυπηρέτηση και τη γρήγορη ροή των διαδικασιών προκειμένου να κλειστεί ένα ραντεβού. Τα 20 (20%) εξυπηρετήθηκαν σε 5 έως 10 ημέρες, ενώ τα 31 (31%) άτομα μετά από δέκα ημέρες και περισσότερο. Αυτό δικαιολογείται, διότι ο αριθμός των ατόμων που καταφθάνουν στα Κοινωνικά Ιατρεία καθημερινά είναι μεγάλος, οι ανάγκες ακόμα περισσότερες και οι πόροι περιορισμένοι. Έτσι, ανάλογα με την ειδικότητα γιατρού που θέλει να επισκεφθεί ο κάθε ασθενής και τη σοβαρότητα της κατάστασής του, ορίζονται και τα ραντεβού.

ΕΙΝΑΙ Η ΠΡΩΤΗ ΣΑΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ;

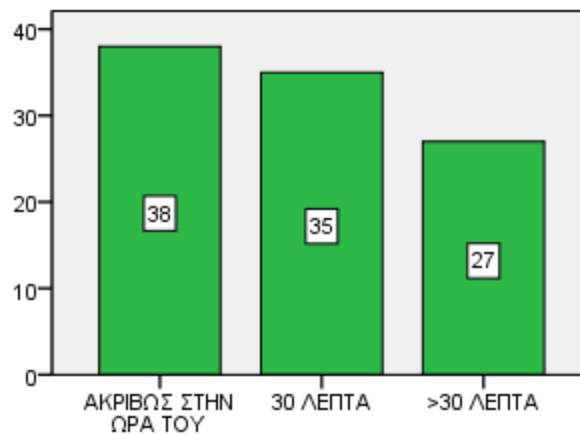


Διάγραμμα 5.14

Είναι η πρώτη σας επίσκεψη στο Κοινωνικό Ιατρείο;

Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων είχε επισκεφθεί και είχε ζητήσει βοήθεια από τα Κοινωνικά Ιατρεία πάνω από μια φορά. Οι 84 (84%) είχαν εξυπηρετηθεί κ άλλες φορές, ενώ 16 (16%) ήρθαν για πρώτη φορά (Διάγραμμα 5.14).

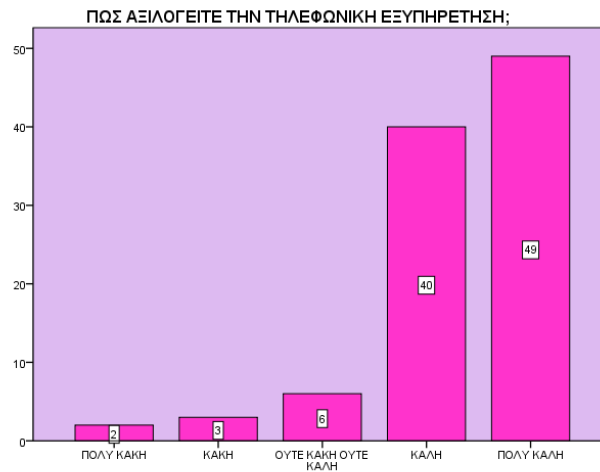
ΠΟΣΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ;



Διάγραμμα 5.15

Πόσος είναι ο χρόνος αναμονής περίπου;

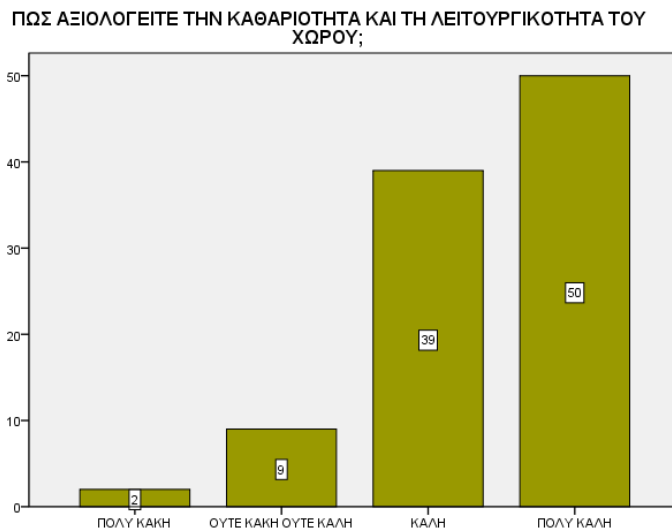
Σύμφωνα με το Διάγραμμα 5.15, από τους ασθενείς οι 38 (38%) εξετάστηκαν ακριβώς στην προκαθορισμένη ώρα του ραντεβού, οι 35 (35%) με καθυστέρηση έως και 30 λεπτά και οι 27 (27%) μετά από 30 λεπτά. Το τελευταίο ποσοστό είναι ανεβασμένο λόγω του ότι τα Κοινωνικά Ιατρεία δέχονται καθημερινά μεγάλο όγκο ασθενών και η αναμονή αυξάνεται.



Διάγραμμα 5.16

Πως αξιολογείτε την τηλεφωνική εξυπηρέτηση;

Εξετάζοντας τις παρεχόμενες υπηρεσίες σχετικά με την τηλεφωνική εξυπηρέτηση παρατηρούμε ότι, σχεδόν οι περισσότεροι είναι πολύ ευχαριστημένοι και την αξιολογούν ως «Πολύ Καλή» και «Καλή», με τιμές 49 (49%) και 40 (40%) άτομα αντίστοιχα. Από τους υπόλοιπους, 2 (2%) δεν ήταν καθόλου ευχαριστημένοι και την αξιολόγησαν ως «Πολύ Κακή» και 3 (3%) ως «Κακή». Τέλος, 6 (6%) ήταν ουδέτεροι και την αξιολόγησαν με το «Ούτε Καλή, ούτε Κακή» (Διάγραμμα 5.16).



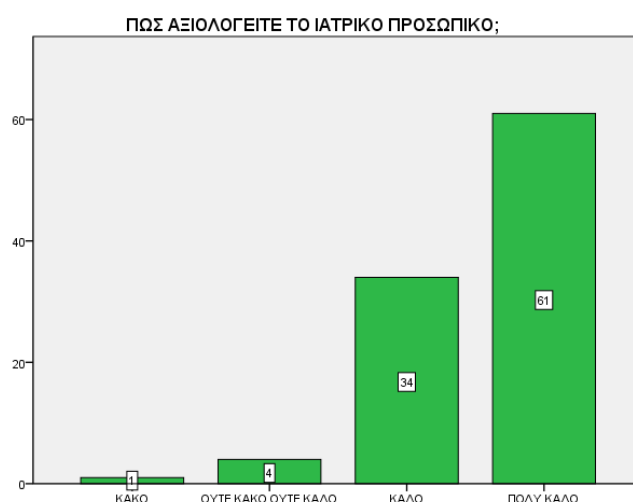
Διάγραμμα 5.17

Πως αξιολογείτε την καθαριότητα και τη λειτουργικότητα των Ιατρείων;

Στο Διάγραμμα 5.17 φαίνεται ότι ο πληθυσμός των ασθενών είναι πολύ ικανοποιημένος από την καθαριότητα και τη λειτουργικότητα του χώρου των

ιατρείων με 50 (50%) άτομα να τα αξιολογούν ως «Πολύ Καλή» και 39 (39%) ως «Καλή». Λίγοι (2%) είναι αυτοί που δεν ήταν καθόλου ευχαριστημένοι. Σε αυτό το σημείο επιβάλλεται να αναφερθεί ότι τόσο το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο ελληνικού, όσο και το Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου, είναι πολύ προσεγμένα και καθαρά από τους εθελοντές.

Και στα δύο ,καθημερινά, υπάρχουν εθελοντές που είναι υπεύθυνοι για τη καθαριότητα του χώρου. Επίσης, η διαμόρφωση του χώρου έχει γίνει, έτσι ώστε να εξυπηρετούνται οι γιατροί των περισσότερων ειδικοτήτων για την εξέταση των ασθενών. Τέλος, υπάρχει ειδικός χώρος που είναι συγκεντρωμένα και φυλάσσονται τα φάρμακα.



Διάγραμμα 5.18

Πως αξιολογείτε το ιατρικό προσωπικό;

Από το Διάγραμμα 5.18 διαπιστώνουμε την εντυπωσιακή ικανοποίηση των ασθενών από το ιατρικό προσωπικό, καθώς 61 (61%) άτομα τους αξιολόγησαν ως «Πολύ Καλό» και 34 (34%) ως «Καλό». Εδώ πρέπει να τονίσουμε πως στα Κοινωνικά Ιατρεία οι γιατροί, που είναι εθελοντές, είναι καταξιωμένοι στο χώρο τους και πολλοί εργάζονται στον ιδιωτικό ή δημόσιο τομέα και έχουν και τα δικά τους ιατρεία. Οπότε, η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν είναι υψηλή. Μόνο 4 (4%) απαντήσεις ήταν «Ούτε κακό ούτε καλό» και μόνο μία (1%) ήταν «Κακό».

Πίνακας 5.1

Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού με βάση την ηλικία των ασθενών

ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΕ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ;	ΗΛΙΚΙΑ				ΣΥΝΟΛΟ
	<18	18-45	46-65	>66	
ΠΟΛΥ ΚΑΚΟ	0	0	1	0	1
ΟΥΤΕ ΚΑΛΟ ΟΥΤΕ ΚΑΚΟ	0	1	3	0	4
ΚΑΛΟ	0	9	21	4	34
ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	1	18	36	6	61
ΣΥΝΟΛΟ	1	28	61	10	100

Από τον Πίνακα 5.1 διαπιστώνουμε ότι, με βάση την ηλικία, στην κατηγορία κάτω των 18 υπάρχει ένας ασθενής ο οποίος αξιολογεί το ιατρικό προσωπικό με «Πολύ καλό». Επίσης, 18 ασθενείς που ανήκουν στην κατηγορία 18-45, 36 που ανήκουν στην κατηγορία 46-65 και 6 που ανήκουν στη κατηγορία >66 αξιολογούν το ιατρικό προσωπικό με «Πολύ καλό». Ένας ασθενής ηλικίας μεταξύ 46-65 είχε πολύ αρνητική γνώμη για το ιατρικό προσωπικό και 3 ασθενείς της ίδιας κατηγορίας το αξιολογούν ως «Ούτε καλό ούτε κακό». Στις ηλικίες κάτω των 18 και άνω των 66 ετών, το 100% των ερωτηθέντων αξιολογούν το ιατρικό προσωπικό ως «Καλό» ή «Πολύ Καλό». Στις ηλικίες 18 – 45 και 46 – 65 τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 96,4% και 93,4%.

Πίνακας 5.2

Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού με βάση το ταμείο ασφάλισης

ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΣΑΣ ΤΑΜΕΙΟ;	ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΕ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ;				ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΟ	ΟΥΤΕ ΚΑΛΟ ΟΥΤΕ ΚΑΚΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΙΚΑ	1	2	22	35	60
ΟΓΑ	0	1	1	5	7
ΟΑΕΕ	0	1	11	20	32
ΑΛΛΟ	0	0	0	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	1	4	34	61	100

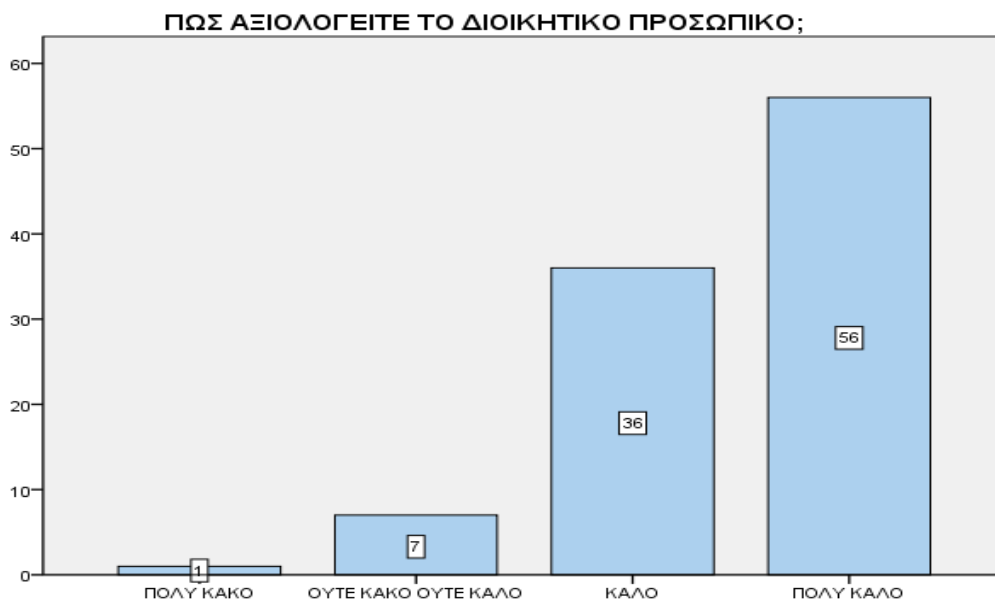
Σε συσχέτιση με τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως απεικονίζεται στον Πίνακα 5.2, οι περισσότεροι ασθενείς ήταν πρώην ασφαλισμένοι του Ι.Κ.Α. με συνολικό αριθμό 60 άτομα από τα οποία τα 35 αξιολόγησαν με «Πολύ καλό» το ιατρικό προσωπικό και μόλις ένας με «Πολύ κακό». Στη συνέχεια 32 ασθενείς, που στο παρελθόν ανήκαν στο ταμείο του Ο.Α.Ε.Ε., αξιολόγησαν με «Πολύ καλό» το ιατρικό προσωπικό, ενώ μόνο ένας αξιολόγησε με «Ούτε καλό, ούτε κακό». Γίνεται κατανοητό ότι οι περισσότεροι ασθενείς προέρχονται από τα δύο μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία, το Ι.Κ.Α. και ο Ο.Α.Ε.Ε., που έχουν πληγεί από την οικονομική κρίση. Από τους 100 συνολικά ερωτηθέντες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μόνο ένας ασθενής ανήκε σε κάποιο άλλο ταμείο εκτός των Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Α.Ε.Ε. Προκύπτει ότι το 95% των πρώην ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α. έκρινε τις υπηρεσίες του ιατρικού προσωπικού ως καλές ή πολύ καλές. Για τους πρώην ασφαλισμένους του Ο.Α.Ε.Ε. και του Ο.Γ.Α. τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 96,9% και 85,7%.

Πίνακας 5.3

Αξιολόγηση ιατρικού προσωπικού ανά επίπεδο εκπαίδευσης

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΕ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ;				ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΟ	ΟΥΤΕ ΚΑΚΟ ΟΥΤΕ ΚΑΛΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	1	0	9	19	29
ΓΥΜΝΑΣΙΟ / ΛΥΚΕΙΟ	0	2	19	37	58
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ/ ΤΕΙ	0	2	6	5	13
ΣΥΝΟΛΟ	1	4	34	61	100

Από τον Πίνακα 5.3 προκύπτει ότι 58 ασθενείς ανήκουν στην κατηγορία «Γυμνάσιο/ Λύκειο» από τους οποίους οι 37 αξιολογούν με «Πολύ καλό» το ιατρικό προσωπικό. Στη συνέχεια παρατηρείται ότι μόνο 13 ασθενείς ανήκουν στην κατηγορία «Πανεπιστήμιο/ ΤΕΙ» με 5 ασθενείς να χαρακτηρίζουν ως «Πολύ καλό» το ιατρικό προσωπικό και 6 με «Καλό». Το 84,6% από αυτούς που έχουν ανώτατη εκπαίδευση αξιολογεί θετικά το ιατρικό προσωπικό. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους έχοντες πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι 96,6% και για τις δύο περιπτώσεις.



Διάγραμμα 5.19

Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού

Η αξιολόγηση του διοικητικού προσωπικού είναι εξίσου σε πολύ καλά επίπεδα με εκείνη του ιατρικού προσωπικού. Πιο αναλυτικά, 56 (56%) άτομα την αξιολόγησαν με ως «Πολύ Καλό» και 36 (36%) ως «Καλό», 7 (7%) ως «Ούτε καλό ούτε κακό» και μόνο ένας (1%) ως «Πολύ Κακό». Η άριστη αυτή αξιολόγηση οφείλεται στο γεγονός ότι όλο το διοικητικό προσωπικό των Κοινωνικών Ιατρείων είναι εθελοντές και η εργασία που προσφέρουν γίνεται με μεράκι και, πάνω από όλα, με αγάπη για το συνάνθρωπο που έχει ανάγκη (Διάγραμμα 5.19).

Πίνακας 5.4

Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού με βάση την ηλικία

ΗΛΙΚΙΑ	ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΕ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ;				ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΟ	ΟΥΤΕ ΚΑΚΟ ΟΥΤΕ ΚΑΛΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
<18	0	0	0	1	1
18-45	0	2	10	16	28
46-65	1	5	21	34	61
>66	0	0	5	5	10
ΣΥΝΟΛΟ	1	7	36	56	100

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 5.4 μόνο ένας ασθενής στο σύνολο των ηλικιακών ομάδων αξιολογεί το διοικητικό προσωπικό ως «Πολύ κακό». Στην ηλικιακή ομάδα 46-65 που ανήκουν και οι περισσότεροι ασθενείς (61), οι 34 χαρακτηρίζουν το διοικητικό προσωπικό με «Πολύ καλό» και 5 ασθενείς με «Ούτε καλό ούτε κακό». Γενικά, οι αξιολογήσεις από όλες τις ηλικίες είναι πολύ θετικές μια και όλοι οι ασθενείς είναι πολύ ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του διοικητικού προσωπικού. Ως προς το διοικητικό προσωπικό οι ηλικιακές ομάδες κάτω των 18 ετών και άνω των 66 το αξιολογούν θετικά σε ποσοστό 100%. Στην ομάδα 46 – 65 οι απαντήσεις «Καλό» και «Πολύ Καλό» αντιστοιχούν στο 90,2%, ενώ στην ομάδα 18 - 45 στο 92,9%.

Πίνακας 5.5

Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού ανά ταμείο ασφάλισης

ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΣΑΣ ΤΑΜΕΙΟ;	ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΕ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ;				ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΟ	ΟΥΤΕ ΚΑΚΟ ΟΥΤΕ ΚΑΛΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΙΚΑ	1	5	21	33	60
ΟΓΑ	0	1	1	5	7
ΟΑΕΕ	0	1	14	17	32
ΑΛΛΟ	0	0	0	1	1
ΣΥΝΟΛΟ	1	7	36	56	100

Στη διάκριση ανάλογα με τα ασφαλιστικά ταμεία του Πίνακα 5.5, την απάντηση «Πολύ καλό» έχουν δώσει οι 33 πρώην ασφαλισμένοι του ασφαλιστικού ταμείου Ι.Κ.Α., 17 εκείνοι του Ο.Α.Ε.Ε., 5 του Ο.Γ.Α. και ένας που ανήκε σε κάποιο άλλο ασφαλιστικό ταμείο. Όπως και στον Πίνακα 5 οι αξιολογήσεις κυμαίνονται σε πολύ καλά επίπεδα και αποδεικνύεται η σωστή λειτουργία των Κοινωνικών Ιατρείων. Το 90% των πρώην ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α. αξιολογεί ως καλές ή πολύ καλές τις υπηρεσίες του διοικητικού προσωπικού, ενώ για τον Ο.Α.Ε.Ε. και τον Ο.Γ.Α. τα ποσοστά είναι 96,9% και 85,7% αντίστοιχα.

Πίνακας 5.6

Αξιολόγηση διοικητικού προσωπικού ανά επίπεδο εκπαίδευσης

ΣΕ ΠΟΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΝΗΚΕΤΕ;	ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΕ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ;				ΣΥΝΟΛΟ
	ΠΟΛΥ ΚΑΚΟ	ΟΥΤΕ ΚΑΚΟ ΟΥΤΕ ΚΑΛΟ	ΚΑΛΟ	ΠΟΛΥ ΚΑΛΟ	
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	1	1	7	20	29
ΓΥΜΝΑΣΙΟ / ΛΥΚΕΙΟ	0	2	25	31	58
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ / ΤΕΙ	0	4	4	5	13
ΣΥΝΟΛΟ	1	7	36	56	100

Στον Πίνακα 5.6 παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς είναι απόφοιτοι Γυμνασίου/ Λυκείου, με συνολικό αριθμό 58, από τους οποίους οι 31 αξιολογούν με «Πολύ καλό» το διοικητικό προσωπικό και οι 25 με «Καλό», ενώ μόνο 2 με «Ούτε καλό ούτε κακό». Οι απόφοιτοι Πανεπιστημίου/ ΤΕΙ είναι 13 από τους οποίους οι περισσότεροι είναι εξαιρετικά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του διοικητικού προσωπικού. Τέλος, οι απόφοιτοι δημοτικού είναι συνολικά 29, με μόνο έναν ασθενή να αξιολογεί με «Ούτε καλό ούτε κακό» το διοικητικό προσωπικό. Οι έχοντες ανώτατη εκπαίδευση σε ποσοστό 69,2% θεωρούν ως «Καλό» ή «Πολύ Καλό» το διοικητικό προσωπικό, ενώ για τους έχοντες πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 93,1% και 96,6% .

Τέλος, στους ασθενείς τέθηκαν και οι δύο παρακάτω γενικές ερωτήσεις:

Θα συστήνατε το Κοινωνικό Ιατρείο σε κάποιον που έχει ανάγκη;

Στην ερώτηση αυτή όλοι οι ασθενείς απάντησαν ότι θα σύστηναν τα Κοινωνικά Ιατρεία σε κάποιον συγγενή, φίλο ή γνωστό τους ανασφάλιστο, που θα είχε ανάγκη από ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Πιστεύετε ότι τα Κοινωνικά Ιατρεία προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες στη κοινωνία;

Στην τελευταία ερώτηση σχετικά με το αν τα Κοινωνικά Ιατρεία προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες στη κοινωνία, η απάντηση είναι ίδια με την ερώτηση για το αν θα συνέστηναν τα Κοινωνικά Ιατρεία σε κάποιον γνωστό ή φίλο, με τη θετική απάντησή τους να φτάνει το 100%.

5.5 Αποτελέσματα της έρευνας

Από τη στατιστική ανάλυση των στοιχείων των ερωτηματολογίων προκύπτει ότι το δείγμα των ασθενών χαρακτηρίζεται από :

- Την ίση συμμετοχή αντρών και γυναικών.
- Το μεγάλο ποσοστό ενήλικων ατόμων, με οικογενειακές υποχρεώσεις, με ένα ή περισσότερα παιδιά, κυρίως πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.
- Το σύνολο των ερωτηθέντων ανήκε στους έχοντες ανάγκη (άνεργοι, ανασφάλιστοι, άποροι, χαμηλοσυνταξιούχοι).
- Το πολύ μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστων Ελλήνων, οι περισσότεροι των οποίων ανήκαν στο παρελθόν στο Ι.Κ.Α., στον Ο.Α.Ε.Ε. και στον Ο.Γ.Α.
- Τη γνώση και τη διάδοση της πληροφορίας για την ύπαρξη των ιατρείων μέσω, κυρίως, της άμεσης πληροφόρησης μεταξύ των ανθρώπων και του διαδικτύου.

Ως προς τον βασικό σκοπό της έρευνας και το ερώτημα για την ικανοποίηση των ασθενών, συνάγονται τα εξής :

- Η πρόσβαση στα ιατρεία είναι εύκολη λόγω κυρίως της ύπαρξης ,σε κοντινή απόσταση, σταθμών του Μετρό.
- Από τη στιγμή της πρώτης επικοινωνίας, για τους μισούς περίπου ασθενείς καθορίζονται ραντεβού μέσα στις επόμενες 1 – 4 μέρες και η εξέταση πραγματοποιείται, για το μεγαλύτερο ποσοστό, στην προκαθορισμένη ώρα ή με καθυστέρηση έως και 30 λεπτά της ώρας. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών είχε επισκεφθεί τα ιατρεία περισσότερες από μία φορές.
- Πολύ θετική γνώμη καταγράφεται για την τηλεφωνική εξυπηρέτηση, την καθαριότητα και τη λειτουργικότητα του χώρου.
- Ως προς την κύρια παραγωγική διαδικασία των ιατρείων, ένα ιδιαίτερα πολύ υψηλό ποσοστό των ασθενών αξιολογεί το ιατρικό, αλλά και το διοικητικό προσωπικό, ως «Καλό» ή «Πολύ Καλό», με ελάχιστους να διατυπώνουν ουδέτερη ή αρνητική γνώμη. Ανάλογο είναι το συμπέρασμα, αν συνεκτιμήσουμε και τις απαντήσεις με βάση τα επιμέρους χαρακτηριστικά του δείγματος (ηλικία, εκπαίδευση, πρώην ασφαλιστικός φορέας υγείας).
- Όλοι οι ερωτηθέντες θα συνέστηναν τα Κ.Ι. της έρευνας σε όποιον έχει ανάγκη πρωτοβάθμιας φροντίδας και θεωρούν ότι αυτά προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες στην κοινωνία.

Συνοψίζοντας, το τελικό συμπέρασμα της έρευνας αυτής είναι ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τη λειτουργία των Μ.Κ.Ι.Ε. και Ι.Κ.Α.Π. είναι πολύ υψηλός.

5.6 Κοινωνικά Ιατρεία: Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα-Ευκαιρίες-Κίνδυνοι

Για τη διαμόρφωση της στρατηγικής των Κ.Ι. η παρακάτω σχηματική S.W.O.T. Ανάλυση θα μπορούσε να φανεί χρήσιμη.

S.W.O.T. Ανάλυση

Πλεονεκτήματα

- Εφαρμογή στην πράξη της αρχής ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και όχι εμπόρευμα.
- Αποκατάσταση της ιδιότητας των θεραπευτών ως λειτουργών υγείας.
- Υψηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών.
- Λειτουργία με βάση τις ανθρωπιστικές αξίες.
- Ενεργοποίηση και ανάπτυξη των αρετών και των ανθρώπινων προτερημάτων.
- Κοινωνική παιδεία, παραδειγματισμός.
- Νέα, πρωτότυπα και καινοτόμα χαρακτηριστικά οργάνωσης και λειτουργίας.
- Αξιοποίηση των νέων τεχνολογικών μέσων πληροφόρησης και δικτύωσης.
- Αγωνιστική δράση κατά των πολιτικών αποδόμησης της δημόσιας υγείας.

Μειονεκτήματα

- Δυσκολίες στην διαθεσιμότητα ιατροφαρμακευτικού υλικού και εξοπλισμού την κατάλληλη στιγμή.
- Αδυναμία αυτόνομης παροχής υπηρεσιών δευτεροβάθμιας περίθαλψης, εξαιτίας της μη δημιουργίας αντίστοιχης μορφής οργάνωσης σε νοσοκομειακό επίπεδο.
- Έλλειψη σαφήνειας και καθορισμού προτεραιότητας στην διατύπωση των στόχων.
- Έλλειψη θεωρητικών προσεγγίσεων και επιστημονικών μελετών για τη διαμόρφωση ολοκληρωμένης στρατηγικής.

Ευκαιρίες

- Ο ,σε εθνικό και παγκόσμιο επίπεδο, έντονος προβληματισμός από τις καταστροφές που προκαλεί το υπάρχον κοινωνικοοικονομικό σύστημα.
- Η κατάρρευση της αξιοπιστίας των θεσμικών δομών του υπάρχοντος συστήματος.
- Η δυσκολία κάλυψης των βασικών αναγκών που επέφερε η κρίση σε σημαντικό τμήμα του πληθυσμού.
- Η ύπαρξη και λειτουργία κοινωνικών δομών αλληλεγγύης και σε άλλους τομείς βασικών αναγκών.

Κίνδυνοι

- Η άσκηση πίεσης και οι επιθετικές κινήσεις από το σύνολο των θεσμικών οργάνων του συστήματος.
- Η σταδιακή μετάλλαξη των θεμελιωδών χαρακτηριστικών λειτουργίας με την εμφάνιση ιεραρχικών δομών εξουσίας και την ενσωμάτωση στο υπάρχον σύστημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υγεία είναι ύψιστο αγαθό για κάθε άνθρωπο και θεωρείται σαν ένα από τα σημαντικότερα, αν όχι το πιο σημαντικό, στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Το διαχρονικά αδιαμφισβήτητο αυτό γεγονός πρέπει να σέβεται και να καλύπτει κάθε κοινωνικό σύστημα. Αυτό επιτυγχάνεται, αν η λειτουργία του περιλαμβάνει ένα σύστημα υγείας,, δηλαδή ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που στοχεύει στην πλήρη κάλυψη των αναγκών υγείας όλων των ανθρώπων και στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, μέλος της οποίας είναι η Ελλάδα, σήμερα υπάρχουν τέσσερα μοντέλα συστημάτων υγείας, το αγγλοσαξονικό, το ηπειρωτικό, το σκανδιναβικό και το νοτιοευρωπαϊκό. Οι στόχοι που έχει θέσει η Ε. Ε. στον τομέα της υγείας είναι η προαγωγή της υγείας σε μία Ευρώπη που γερνάει, η προστασία των πολιτών από απειλές για την υγεία και η προώθηση δυναμικών συστημάτων υγείας και νέων τεχνολογιών.

Ιστορικά το νέο ελληνικό κράτος δεν μπόρεσε, μετά την απελευθέρωση και μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1980, να δημιουργήσει ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας με βάση τις εμπειρίες και τα διδάγματα που είχαν διαμορφωθεί κατά τη μακροχρόνια πορεία του ελληνικού έθνους. Κατά τη διάρκεια των ιστορικών χρόνων, ιδιαίτερα σε περιόδους κρίσεων, αναπτύχθηκαν από το λαό διάφορες οργανωτικές μορφές κοινωνικής αλληλεγγύης για την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Το 1983 αποτελεί σημαντικό σταθμό στην εξελικτική πορεία του συστήματος υγείας της χώρας στη σύγχρονη εποχή, εξαιτίας της θεσμοθέτησης του Ε.Σ.Υ. για τη συνολική κάλυψη του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Το ελληνικό σύστημα υγείας μετά το 1983 χαρακτηρίζεται ως μεικτό επειδή ένα μέρος της χρηματοδότησης προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο από την φορολογία (κρατικό προϋπολογισμό), ενώ υπάρχει και σημαντική συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή και χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Είναι γενικά αποδεκτό ότι, μέχρι την εμφάνιση της κρίσης, σημειώθηκε μεγάλη πρόοδος ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας, την κάλυψη των αναγκών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για το σύνολο σχεδόν των πολιτών και την βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Εκτός από

τα πλεονεκτήματα, η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας χαρακτηριζόταν και από αρκετά μειονεκτήματα. Τα σημαντικότερα ήταν η πολυπλοκότητα, η πληθώρα ιατρών, οι ελλείψεις νοσηλευτικού και βοηθητικού προσωπικού, η πολυδιάσπαση των φορέων και η έλλειψη συντονισμού, οι λίστες αναμονής, η γραφειοκρατία, η διαφθορά και ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. Η μεγαλύτερη αδυναμία του, σύμφωνα με τις περισσότερες επιστημονικές μελέτες, ήταν η προβληματική οργάνωση και λειτουργία και η χαμηλή ανάπτυξη της Π.Φ.Υ. Η ύπαρξη και η αποτελεσματική λειτουργία της Π.Φ.Υ. αποτελεί, σύμφωνα με τις σύγχρονες επιστημονικές προσεγγίσεις, τη βάση, το θεμελιώδη λίθο κάθε συστήματος υγείας. Τα κυριότερα προβλήματα που αντιμετώπιζε η Π.Φ.Υ. ήταν ο πολυκερματισμός των φορέων και η απουσία οργανωτικής και λειτουργικής σύνδεσής τους, οι ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή, η απουσία του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, η μη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές και τις βραδινές ώρες και η ανυπαρξία συστήματος ελέγχου της συνταγογράφησης και των παραπομπών για εξετάσεις.

Το 2008 ξέσπασε η παγκόσμια οικονομική κρίση που οδήγησε την παγκόσμια οικονομία σε ύφεση. Η ανεργία, η φτώχεια και οι ανισότητες αυξήθηκαν, εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τα σπίτια και τις περιουσίες τους. Την κρίση αυτή ακολούθησε η εμφάνιση της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα το 2010. Η Ελλάδα, εξαιτίας του υπερβολικού δανεισμού και των υψηλών δημοσιονομικών και εμπορικών ελλειμμάτων, αναγκάστηκε να αποδεχθεί ένα πρόγραμμα διάσωσης και δημοσιονομικής εξυγίανσης και την εφαρμογή συγκεκριμένων σκληρής λιτότητας (εσωτερική υποτίμηση), για να λάβει τα αναγκαία δάνεια από την Ευρωζώνη, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Η πολιτική αυτή οδήγησε την οικονομία σε βαθιά ύφεση. Τα μέτρα είχαν πολύ αρνητικές κοινωνικοοικονομικές συνέπειες κυριότερες των οποίων ήταν η εκρηκτική άνοδος της ανεργίας, η κατακόρυφη αύξηση της φτώχειας και των κοινωνικών ανισοτήτων, η αποσάθρωση του παραγωγικού ιστού της χώρας και η κατάρρευση του μεγαλύτερου μέρους της μεσαίας τάξης.

Η έλευση της κρίσης και η εφαρμογή του προγράμματος διάσωσης της χώρας (δανειακές συμβάσεις και μνημόνια) είχαν καταστροφικές συνέπειες για τη χώρα συνολικά και δραματικές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας και την υγεία του πληθυσμού. Οι αλληπάλληλες μεταρρυθμίσεις, τα μέτρα πολιτικής και η περικοπή δαπανών είχαν πολύ σοβαρές αρνητικές συνέπειες στη λειτουργία και την

αποδοτικότητα του συστήματος υγείας συνολικά. Η εκρηκτική αύξηση της ανεργίας, της ανασφάλιστης εργασίας και της φτώχειας δημιούργησε ένα πλήθος ανασφάλιστων πολιτών - ξεπέρασαν τα τρία εκατομμύρια – οι οποίοι έχασαν κάθε δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Η δραστική μείωση των δαπανών για την υγεία οδήγησε σε υποβάθμιση της ποιότητας και μείωση της ποσότητας των παρεχομένων υπηρεσιών από το Ε.Σ.Υ. Η προσπάθεια ανασυγκρότησης της Π.Φ.Υ., μέσω του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., απέβη άκαρπη λόγω της υποχρηματοδότησης, των ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικά και της μείωσης των παροχών. Όλα αυτά οδήγησαν στην προβληματική λειτουργία και την απαξίωση του Ε.Σ.Υ. και την υγεία να αντιμετωπίζεται λιγότερο ως δημόσιο αγαθό και κοινωνικό δικαίωμα και περισσότερο ως εμπόρευμα. Η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού επιδεινώθηκε και η κοινωνικοοικονομική κρίση έλαβε διαστάσεις ανθρωπιστικής κρίσης. Η κρίση έχει επηρεάσει την ψυχική και σωματική υγεία των περισσότερων πολιτών, αυξάνοντας τα επίπεδα κατάθλιψης και νοσηρότητας, αλλά και τις αυτοκτονίες.

Κατά τη διάρκεια της κρίσης η ελληνική κοινωνία, αντιδρώντας στη ραγδαία επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού, ανέπτυξε ένα πλήθος εθελοντικών συλλογικοτήτων και νέων οργανωτικών μορφών κοινωνικής αλληλεγγύης, προκειμένου να καλυφθούν ποικίλες ανάγκες που προέκυψαν από την εφαρμογή των μέτρων λιτότητας. Στη δύσκολη αυτή συγκυρία χιλιάδες πολίτες στρατεύτηκαν εθελοντικά σε ποικίλα σχήματα αλληλεγγύης και υποστήριξης των αδυνάτων, δίπλα στους παραδοσιακούς θεσμικούς εκφραστές της κοινωνίας των πολιτών.

Για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κρίσης στον τομέα της υγείας, κυρίως σε υπηρεσίες Π.Φ.Υ., αλλά και ως μια προσπάθεια εφαρμογής στην πράξη μιας διαφορετικής μορφής κοινωνικοοικονομικής οργάνωσης, έκανε την εμφάνισή της μια νέα, άτυπη, οργανωτική δομή κοινωνικής αλληλεγγύης και εθελοντισμού, τα Κ.Ι. Ξεκίνησαν από τις μεγάλες πόλεις και γρήγορα επεκτάθηκαν σε όλες τις περιφέρειες της χώρας. Οι δομές αυτές έχουν ως πρωταρχικό σκοπό να προσφέρουν χωρίς καμία διάκριση, εθελοντικά και δωρεάν, υπηρεσίες Π.Φ.Υ. σε όλους τους ανασφάλιστους, άπορους και άνεργους ασθενείς. Ταυτόχρονα επιδιώκουν τη δωρεάν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για όλους, την υποκίνηση μέσω του παραδείγματος των κοινωνικών δομών από τη βάση και τη συνεργασία και τη δικτύωση με αλληλέγγυες δομές άλλων τομέων. Λειτουργούν σαν ανοικτές συλλογικότητες με άμεση συμμετοχική δημοκρατία που έχουν ως κύρια δομικά χαρακτηριστικά την αυτονομία, την

συναπόφαση, την αυτοοργάνωση, την ανεξαρτησία, την αυτοδιαχείριση, την αυτόδιοίκηση και στηρίζουν τη λειτουργία τους στον εθελοντισμό και στην αλληλεγγύη.

Η ιδιαιτερότητα των Κ.Ι. στον τομέα της υγείας, σε συνδυασμό με την σχεδόν πλήρη έλλειψη μελετών για το φαινόμενο αυτό, οδήγησε στην ανάγκη για μια αρχική εξέταση της λειτουργίας και της ποιότητας των παρεχομένων από αυτά υπηρεσιών υγείας. Η έρευνα που διενεργήθηκε σε τυχαίο δείγμα ασθενών είχε ως σκοπό να καταγράψει τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος και να μετρήσει την ικανοποίηση των χρηστών πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε δύο συγκεκριμένα Κ.Ι., στο Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού και στο Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. Το να νιώθει ο ασθενής δυσαρεστημένος και να αισθάνεται ότι δεν έχουν ληφθεί υπόψη οι ανάγκες και οι επιθυμίες του, αποτελεί ένδειξη χαμηλής ποιότητας φροντίδας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το σύνολο των ασθενών ανήκει στους έχοντες ανάγκη και σε μεγάλο ποσοστό είναι Έλληνες έγγαμοι με παιδιά, πρώην ασφαλισμένοι του Ι.Κ.Α., του Ο.Α.Ε.Ε. και του Ο.Γ.Α., πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Βάσει των ευρημάτων, υπάρχει ευκολία πρόσβασης, η διάρκεια αναμονής δεν είναι μεγάλη, καταγράφεται θετική γνώμη για την τηλεφωνική εξυπηρέτηση, την καθαριότητα και την λειτουργικότητα των χώρων και ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων ασθενών αξιολογεί θετικά τόσο το ιατρικό, όσο και το διοικητικό προσωπικό. Προκύπτει έτσι, ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τη λειτουργία και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα δυο αυτά Κ.Ι. είναι υψηλός.

Από την εξέταση της μέχρι σήμερα λειτουργίας τους και τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ο σημαντικός ρόλος των Κοινωνικών Ιατρείων στην άμβλυνση των επιπτώσεων της κρίσης στον τομέα της υγείας και κυρίως στην Π.Φ.Υ. Η μεγάλη σημασία των Κ.Ι. ως νέων δομών έγκειται στον τρόπο λειτουργίας τους που είναι αυθεντικά νέος, πρωτότυπος και καινοτόμος. Επιδιώκουν την επίτευξη των σκοπών τους λειτουργώντας χωρίς ιδιοκτησία, χρήμα, ιεραρχικά δομημένη εξουσία και αποδοχή της θεσμικής νομοθεσίας. Αν και εκκινούν ως απάντηση στην επιτακτική ανάγκη κάλυψης αναγκών στον τομέα της υγείας, φέρουν και μια προοπτική συνολικής κοινωνικής αλλαγής. Το ερώτημα, το οποίο βέβαια έχει διαχρονικό χαρακτήρα, είναι αν μπορεί να υπάρξει ένας άλλος δρόμος, απάντηση στο νεοφιλελεύθερο δόγμα ότι το υπάρχον κοινωνικοοικονομικό σύστημα είναι η

μοναδική λύση (T.I.N.A.-There is no alternative). Τα πλεονεκτήματα των Κ.Ι. είναι αρκετά, σπουδαιότερα των οποίων είναι η εφαρμογή στην πράξη της αρχής ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και η λειτουργία με βάση τις ανθρωπιστικές αξίες. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στα μειονεκτήματα εκ των οποίων πιο σημαντικά είναι η ασάφεια στην διατύπωση των σκοπών και των επιδιώξεων και η έλλειψη ολοκληρωμένης στρατηγικής. Και αυτό για να μην αναγκαστούν τα Κ.Ι. να έλθουν αντιμέτωπα με κρίσιμα διλήμματα που ακουμπούν τον πυρήνα της ταυτότητάς τους.

Η εργασία αυτή αποπειράται απλώς να θέσει ένα αρχικό κριτικό πλαίσιο, και η περαιτέρω μελέτη και έρευνα του φαινομένου αυτού είναι αναγκαία και αυτονόητη.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

«Χάρτα» Κοινωνικών Ιατρικών Φαρμακείων Αλληλεγγύης.

Βασικοί τόποι – κοινές αρχές

Τα τελευταία 4 χρόνια βιώνουμε μια πολιτική που έχει επιφέρει τραγικές επιπτώσεις στη ζωή μας. Η διάλυση των δημόσιων δομών φροντίδας υγείας και η μετατροπή της υγείας από κοινωνικό αγαθό σε εμπόρευμα είναι ένα από τα πολλά αποτελέσματα – ίσως το χειρότερο - της υλοποίησης των μνημονιακών πολιτικών των κυβερνήσεων των τελευταίων ετών, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της πιο σκληρής δημοσιονομικής λιτότητας που γνώρισαν ποτέ οι πολίτες της χώρας. Οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία έχουν μειωθεί περισσότερο από 40% ενώ συγχρόνως περισσότερο από το 1/3 του πληθυσμού της χώρας είναι ανασφάλιστοι, δηλαδή αποκλεισμένοι από οποιαδήποτε δημόσια δομή υγείας και χωρίς ασφαλιστική κάλυψη φαρμακευτικής αγωγής. Τα παραπάνω έχουν άμεση και μακροπρόθεσμη αρνητική επίπτωση σε όλους τους δείκτες υγείας του πληθυσμού.

Την ώρα που η κυβέρνηση των μνημονίων και της τρόικας διαλύει το εθνικό σύστημα υγείας και τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε όλη τη χώρα.

Την ώρα που αφήνει εκατομμύρια ανθρώπους, άνεργους, άπορους, μικροεπαγγελματίες και τις οικογένειες τους εκτός πρόσβασης σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, λόγω αδυναμίας πληρωμής της ασφαλιστικής τους κάλυψης.

Την ώρα που σφραγίζει νοσοκομεία, συγχωνεύει κλινικές, απολύει γιατρούς, νοσηλευτές και εργαζόμενους στο χώρο της υγείας.

Την ώρα που κλείνει πρωτοβάθμιες δομές υγείας του ΕΟΠΥΥ.

Την ώρα που διαλύει τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, πρόληψης και ψυχικής υγείας.

Την ώρα που αριθμός των ανασφάλιστων πολιτών ξεπερνά, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία, τα 3 εκατομμύρια ανθρώπους.

Εμείς, οι ενεργοί πολίτες οργανώνουμε τις αντιστάσεις μας.

Οργανώνουμε την καθημερινότητά μας, δημιουργώντας δομές αλληλεγγύης για τη στήριξη και την ανακούφιση όλων όσων έχουν ανάγκη. Δημιουργούμε εστίες

αντίστασης απέναντι στη διάλυση του κοινωνικού κράτους που επιβάλλουν οι μνημονιακές πολιτικές.

Στήνουμε παντού κοινωνικά ιατρεία – φαρμακεία αλληλεγγύης.

1. Τα κοινωνικά ιατρεία - φαρμακεία αλληλεγγύης (ΚΙΦΑ) είναι αυτόνομες, ανεξάρτητες, αυτό-οργανωμένες και αυτό-διαχειριζόμενες συλλογικότητες πολιτών που παρέχουν εθελοντικά, εντελώς δωρεάν, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ανασφάλιστους, άπορους και άνεργους ασθενείς.
2. Τη δράση μας αυτή ωθεί η ανάγκη των ανθρώπων και όχι ο εθελοντισμός ως αυταξία. Κύρια χαρακτηριστικά όλων όσων συμμετέχουμε είναι η πίστη στην κοινωνική αλληλεγγύη, η πεποίθηση ότι η υγεία είναι ύψιστο κοινωνικό αγαθό. Δεν προσφέρουμε φιλανθρωπικό έργο, ούτε επιθυμούμε να διαπαιδαγωγήσουμε συμπολίτες μας στη λογική της συμπόνιας και της ικεσίας, αλλά μαζί να αγωνιστούμε για το δικαίωμα μας στην δημόσια υγεία και να διεκδικήσουμε τη δωρεάν πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για όλους.
3. Τα ΚΙΦΑ δεν έχουν πρόθεση, αλλά ούτε και αυταπάτη για τη δυνατότητα υποκατάστασης του κράτους που αποσύρεται από την ευθύνη φροντίδας της υγείας των πολιτών. Χτίζουν ένα δίκτυο κοινωνικής προστασίας ώστε να στηριχθούν οι άνθρωποι
4. Σκοπός των κοινωνικών ιατρείων δεν είναι μονάχα η παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής και φαρμακευτικής φροντίδας αλλά και η διεκδίκηση με συγκεκριμένες ενέργειες, πράξεις και δημόσιες δράσεις της πρόσβασης των ανασφάλιστων ασθενών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, στα δημόσια νοσοκομεία.
5. Σκοπός των ΚΙΦΑ είναι μέσα από έναν διαρκή καθημερινό δημοκρατικό, κοινωνικό και πολιτικό αγώνα να διεκδικήσουν δωρεά πρόσβαση στην περίθαλψη και το δικαίωμα στην υγεία, για όλους τους ανθρώπους ανεξαιρέτως.
6. Στα ΚΙΦΑ συμμετέχουν εθελοντές γιατροί, οδοντίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, και φαρμακοποιοί, αλλά και πολίτες που στηρίζουν γραμματειακά τη λειτουργία των ιατρείων. Από κοινού με εργαζόμενους από το χώρο της υγείας αγωνιζόμαστε για την υπεράσπιση των δημόσιων δομών υγείας που κλείνουν η μία μετά την άλλη.
7. Τα ΚΙΦΑ προσπαθούν να δραστηριοποιήσουν στην αλληλεγγύη όσο το δυνατόν περισσότερους συμπολίτες μας. Επιδιώκουν τη συμμετοχή από κοινού εθελοντών, ασθενών αλλά και της κοινωνίας κάθε περιοχής στη λειτουργία του ιατρείου και στις δημόσιες δράσεις και διεκδικήσεις. Αποτελούν ανοιχτούς χώρους συνεύρεσης και αντίστασης.
8. Τα ΚΙΦΑ λειτουργούν ως ανοιχτές συλλογικότητες. Η συμμετοχή γίνεται στη βάση της ισοτιμίας όλων των μελών. Όλες οι αποφάσεις που αφορούν στη λειτουργία και

τους στόχους τους παίρνονται στην ανοιχτή γενική συνέλευση, στην οποία μπορούν να παρευρεθούν όλοι/ες. Γίνεται προσπάθεια να είναι συναινετικές και να εκφράζουν το σύνολο των συμμετεχόντων.

9. Τα ΚΙΦΑ στηρίζονται στην αλληλεγγύη των πολιτών και δεν έχουν καμία οικονομική εξάρτηση από επίσημους κρατικούς φορείς ή ευρωπαϊκά προγράμματα χρηματοδότησης. Στα ΚΙΦΑ δεν γίνεται καμία οικονομική συναλλαγή, δεν δημιουργείται καμία απολύτως φορολογική ή άλλη υποχρέωση. Δέχονται προσφορές σε κάθε είδος που έχουν ανάγκη, δέχονται δωρεές και χορηγίες αλλά δε διαφημίζουν κανέναν για την όποια δωρεά κάνει, ούτε έχουν χορηγούς. Δεν επιτρέπουν καμία κομματική εμπλοκή στη λειτουργία τους ούτε επιτρέπουν την εκμετάλλευση του έργου των εθελοντών τους για προσωπική προβολή ή όφελος οποιουδήποτε.
10. Τα ΚΙΦΑ προωθούν την πανελλαδική δικτύωση για το συντονισμό κοινών δράσεων και πρωτοβουλιών στη διεκδίκηση του δικαιώματος υγείας για όλους, με βάση τα κοινά χαρακτηριστικά και αρχές τους. Δεν παρεμβαίνουν στη λειτουργία των άλλων ΚΙΦΑ και σέβονται τους κανονισμούς λειτουργίας του καθενός. Έχοντας πλήρη επίγνωση της πολύπλευρης διάστασης της αλληλεγγύης συμμετέχουμε σε πρωτοβουλίες:
 - ο για τη δημιουργία Δικτύου Αλληλέγγυων Ιατρείων – Φαρμακείων.
 - ο Συμμετέχουμε σε ευρύτερα δίκτυα κοινωνικής αλληλεγγύης, και επιδιώκουμε συνεργασία μεταξύ αντίστοιχων πρωτοβουλιών, που έχουν ως στόχο την καταπολέμηση της φτώχειας, του αποκλεισμού, της περιθωριοποίησης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.
 - ο Αντιστεκόμαστε σε κάθε είδους αποκλεισμό, εθνικό, οικονομικό, φυλετικό και στηρίζουμε, προωθούμε και συμμετέχουμε σε δράσεις που προάγουν την άρση αυτών των αποκλεισμών.
 - ο Συνεργαζόμαστε με αλληλέγγυες δομές σίτισης, κοινωνικά παντοπωλεία, ανταλλακτικά παζάρια και μορφών αγοράς με απευθείας σύνδεση με τους παραγωγούς και γενικά κάθε πρωτοβουλία που συμβάλλει στην κοινωνική ανακούφιση και πρόσβαση στα κοινωνικά αγαθά για όλους.
 - ο Υποστηρίζουμε πρωτοβουλίες για την ανάπτυξη νέων δομών αλληλεγγύης και επιδιώκουμε την ανταλλαγή εμπειριών.
 - ο Συμμετέχουμε ή οργανώνουμε ημερίδες για τα ζητήματα της κοινωνικής αλληλεγγύης και της ανθρωπιστικής κρίσης.
 - ο Συμβάλλουμε με παροχή νομικής βοήθειας σε άτομα που τη χρειάζονται όταν πλήττονται συλλογικά αγαθά, σε συνεργασία με άλλες αλληλέγγυες δομές
 - ο Στήνουμε δίκτυα πληροφόρησης, συμμετέχουμε σε συναντήσεις επιστημονικών φορέων, εκδίδουμε ενημερωτικά και άλλα υλικά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Βαρουφάκης, Γ. (2012), *Παγκόσμιος Μινώταυρος*, Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα
- Βλάσσης, Ι. (2006), *Συστήματα Υγείας, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του ΜΠΣ "Διοίκηση Υγείας"*, Πειραιάς
- Ευθυμίου, Κ. (2014), *«Εργατική Βοήθεια» και «Κοινωνική Αλληλεγγύη»*, Εκδόσεις των Συναδέλφων, Αθήνα
- Ζαβλανός Μ. (2002), *Μάνατζμεντ*, Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα
- Θεοδώρου Μ. (2000), *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Διεθνής Εμπειρία & Ελληνική Πραγματικότητα*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ και Σούλης, Σ. (2001), *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Θωμαΐδης, Ξ. (1973), *Διερεύνησις των θεσμών Κοινωνικής Προστασίας από της αρχαιότητας μέχρι και της επαναστάσεως του εικοσιένα εις τον ελληνικόν χώρο*, Αθήνα
- Ι.Ν.Ε. - Γ.Ε.Σ.Ε.Ε. (2011), *Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και την Ευρώπη*, Αθήνα
- Ιπποκράτης, (1993), *Άπαντα*, Εκδόσεις Κάκτος, Αθήνα
- Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας, Π. (2007), *Υπηρεσίες Υγείας*, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα

Καλογεροπούλου, Μ. (2011), Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 28(5) : 667-673

Καστοριάδης, Κ. (1999), *Η φαντασιακή Θέσμιση της Κοινωνίας*, Εκδόσεις Κέδρος - Ράππα, Αθήνα

Κελερμένος, Ν. (1998), *Η γέννησις του νοσοκομείου στη βυζαντινή αυτοκρατορία (απόδοση στα ελληνικά του Miller T. "The birth of the hospital in the Byzantine empire")*, Εκδόσεις ΒΗΓΑ, Αθήνα

Λιαρόπουλος, Λ. (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα

Μπουρσανίδης, Χ. (1993), *Σημειώσεις Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας*, Αθήνα

Μωραΐτης, Ε. (2004), *Επισκόπηση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας*, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του ΜΠΣ «Διοίκηση Υγείας», Πειραιάς

Μωραΐτης, Ε. (2006), *Οι σύγχρονες τάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του ΜΠΣ «Διοίκηση Υγείας», Πειραιάς

Μωραΐτης, Ε. (2007), *Ιστορική εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας*, Σημειώσεις για τους σπουδαστές του ΠΜΣ «Διοίκηση Υγείας», Πειραιάς

Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιεράκος, Γ., Σαρρής, Γ., Υφαντόπουλος, Γ., (2008), Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο τη Αττικής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25:73-82

Παπαρρηγόπουλος, Κ., (2013), *Ιστορία του Ελληνικού Έθνους*. Εκδόσεις Ελευθερουδάκη, Αθήνα

Ρουμελιώτης, Π. (2012), *Το άγνωστο παρασκήνιο της προσφυγής στο ΔΝΤ, πως και γιατί φτάσαμε στο Μνημόνιο*, Εκδόσεις Λιβάνη, Αθήνα

Σουλιώτης, Κ. (2000), *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Σουλιώτης, Κ. (2013), *Η δημόσια αφάλιση υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Σταυρόπουλος, Σ. (2000), *Τα Ασκληπεία της Πελοποννήσου*, Εκδόσεις Αίολος, Αθήνα

Σφακιανάκης, Μ. (1998), *Διοικητική Κρίσεων*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα

Τούντας, Γ. (2000), *Κοινωνία και Υγεία*, Εκδόσεις Οδυσσέας- Νέα Υγεία, Αθήνα

Τούντας Γ. (2003), *Συγκριτική ανάλυση συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20 (1) :76-78

Τράπεζα της Ελλάδος, (2014), *"Το χρονικό της μεγάλης κρίσης"*, Κέντρο Πολιτισμού, Έρευνας και Τεκμηρίωσης, Αθήνα

Τσουφλίδης, Λ. (2009), *Οικονομική Ιστορία της Ελλάδας*, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη

Υπουργείο Υγείας, (2013), *Υγεία εν δράσει, μεταρρύθμιση του ΕΣΥ για τη βελτίωση της υγείας*, Αθήνα

Υφαντόπουλος, Ι. (2006), *Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα- διαχρονική εξέλιξη*, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα

Τεγόπουλος - Φυτράκης (1993), *Ελληνικό Λεξικό*, Αθήνα.

Φωτόπουλος, Τ. (2008), *Περιεκτική Δημοκρατία*. Εκδόσεις Ελεύθερος Τύπος, Αθήνα

Χρηστίδης, Θ. (2009), *Ο Ηράκλειτος, ο κόσμος και ο θεός*, Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα

Klein, N. (2010), *Το Δόγμα του Σοκ*, Εκδόσεις Λιβάνη- Νέα Σύνορα, Αθήνα

Piketty, Th. (2014), *Το κεφάλαιο τον 21ο αιώνα*, Εκδόσεις Πόλις, Αθήνα

Νομοθεσία

Ν.Δ. 2592/1953, ΦΕΚ 254/ 18-9-1953

Ν.Δ. 3487/1955, ΦΕΚ 354/ 31-12-1955

Ν.Δ. 4169/1961. ΦΕΚ 81/ 18-5-1961

Νόμος 1397/1983, ΦΕΚ 143Α/ 7-10-1983

Νόμος 3845/2010, *ΦΕΚ 65/7-5-2010*

Νόμος 3863/2010, *ΦΕΚ 115/15-7-2010*

Νόμος 3868/2010, *ΦΕΚ 129/3-8-2010*

Νόμος 3892/2010, *ΦΕΚ 189/4-11-2010*

Νόμος 3918/2011, *ΦΕΚ 31-2-3-2011*

Νόμος 4046/2012, *ΦΕΚ 28/24-2-2012*

Νόμος 4052/2012, *ΦΕΚ 41/1-3-2012*

Νόμος 4093/2012, *ΦΕΚ 222/ 12-11-2012*

Νόμος 4172/2013, *ΦΕΚ 167/23-7-2013*

Νόμος 4238/2014, *ΦΕΚ 38/17-2-2014*

Νόμος 4286/2014, *ΦΕΚ Α194/19-9-2014*

ΦΕΚ Β 2456/2011.

Ξενόγλωσση

Donabedian, A. (1980), *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*.
Anne Arbor. Michigan : Health Administration Press

Risser, H.L. (1975), *Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings*. *Nurs. Res.* 24, 45-52

W.H.O. (1978), *Primary Health Care. International Conference on Primary Health Care*. Alma – Ata, USSR, 6-12/9/1978, Geneva – New York

Διαδικτυακές Πηγές

«Αλληλεγγύη για Όλους», (2015), www.solidarity4all.gr Πρόσβαση 7/4/2015 : 21.45

Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, (2005), *Τα Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη*.
<http://www.mednet.gr/archives/2005-1/pdf/8.pdf> Πρόσβαση 15/12/2014 : 23.10

ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2014), *Η Ελληνική Οικονομία*,
http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/greek_economy_11_12_2014.pdf Πρόσβαση 3/3/2015 : 08.05

Ε.Σ.Δ.Υ., (2014), *Η ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα: Κρίσιμα θέματα και αναγκαίες μεταρρυθμίσεις*,

http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%97%20%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CF%80%CE%B5%CF%81%CE%AF%CE%B8%CE%B1%CE%BB%CF%88%CE%B7%20%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1.%CE%9A%CF%81%CE%AF%CF%83%CE% Πρόσβαση 3/4/2015:20.28

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2014), *Στρατηγική για την υγεία*,
http://ec.europa.eu/health/strategy/principles/index_el.htm Πρόσβαση 15/12/2014 : 16.35

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, (2014), *Πτυχές συνδεδεμένες με την απασχόληση και την κοινωνική διάσταση του ρόλου και των δραστηριοτήτων της Τρόικας*.

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P7-TA-2014-0240&language=EL&ring=A7-2014-0135> Πρόσβαση 26/3/2015 : 14.52

Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου, *I.K.A.Π.*,
<https://iatreioallperisteriou.wordpress.com/> Πρόσβαση 20/4/2015:23.30

I.N.E. - Γ.Σ.Ε.Ε., (2012), Οικονόμου, Χ., *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*,
<http://www.inegsee.gr/wp-content/uploads/2014/04/files/report7.pdf> Πρόσβαση
12/1/2015 : 21.32

Καρανάτσης, Κ. (2012), *"Περίπλους" στο Δανεισμό και τις Χρεοκοπίες του Ελληνικού Κράτους*,
http://users.uoi.gr/kkaranat/danismos_xreokopies_stin_ellada.pdf
Πρόσβαση 23/3/2015:23.40

Κατσίκας, Δ., Καρακίτσος, Α., Φιλίνης, Κ., Πετραλιάς, Α. (2014), *Έκθεση για το κοινωνικό προφίλ της Ελλάδας σε σχέση με τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την ανισότητα πριν και μετά από την εκδήλωση της κρίσης*,
http://crisisobs.gr/wp-content/uploads/2015/01/%CE%88%CE%BA%CE%B8%CE%B5%CF%83%CE%B7%CE%9A%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CF%8D-%CE%A0%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%AF%CE%BB_%CE%A3%CF%85%CE%BD%CE%AD%CE%B4%CF%81%CE%B9%CE%BF-14-12.docx.pdf
Πρόσβαση 24/3/2015:11.41

Κουσουλέντη, Χ. (2014), *Τα κοινωνικά ιατρεία και φαρμακεία ως νέα μορφή κοινωνικής και πολιτικής δράσης. Η περίπτωση του ΜΚΙΕ*.
https://drive.google.com/file/d/0B9MB-ros_2DuTDdsOFdqczZhcms/view Πρόσβαση
20/2/2015 : 14.32

Κυριόπουλος, Γ. (2012), Η Οικονομική Κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και στην υγειονομική περίθαλψη.

http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%97%20%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%BF%CE%B9%20%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%80%CF%84%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1.pdf Πρόσβαση 1/3/2015 : 20.53

Κυριόπουλος, Γ. (2014), *Πολιτική υγείας αλήθεια και ψεύδη*,

<http://www.chronosmag.eu/index.php/pls-935.html> Πρόσβαση 29/3/2015:15.33

Μανιάτης, Θ. (2012), *Όψεις της κρίσης της ελληνικής οικονομίας*.

www.econ.uoa.gr/fileadmin/econ.uoa.gr/uploads/.../kris_pol.oik.i.doc

Πρόσβαση 24/2/2015 : 12:52

Μάτσα, Κ. (2013), *Ιατρεία και Φαρμακεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης: Εστίες αντίστασης στην ανθρωπιστική κρίση*. [http://eek.gr/index.php/self-organization/2265-iatreia-kai-farmakeia-koinonikis-allileggyis-esties-antistasis-stin-anthropistiki-](http://eek.gr/index.php/self-organization/2265-iatreia-kai-farmakeia-koinonikis-allileggyis-esties-antistasis-stin-anthropistiki-katastrofi)

[katastrofi](http://eek.gr/index.php/self-organization/2265-iatreia-kai-farmakeia-koinonikis-allileggyis-esties-antistasis-stin-anthropistiki-katastrofi) Πρόσβαση 2/3/2015 : 15.05

M.K.I.E., (2013), Ανακοίνωση Τύπου 25/10/2013,

[http://www.mkiellinikou.org/blog/2013/10/25/%CE%B1%CE%B9%CF%86%CE%BD%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82-](http://www.mkiellinikou.org/blog/2013/10/25/%CE%B1%CE%B9%CF%86%CE%BD%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82-%CE%AD%CE%BB%CE%B5%CE%B3%CF%87%CE%BF%CF%82-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CE%BA%CE%BB%CE%B9%CE%BC%CE%AC%CE%BA%CE%B9%CE%BF/)

[%CE%AD%CE%BB%CE%B5%CE%B3%CF%87%CE%BF%CF%82-](http://www.mkiellinikou.org/blog/2013/10/25/%CE%B1%CE%B9%CF%86%CE%BD%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82-%CE%AD%CE%BB%CE%B5%CE%B3%CF%87%CE%BF%CF%82-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CE%BA%CE%BB%CE%B9%CE%BC%CE%AC%CE%BA%CE%B9%CE%BF/)

[%CE%B1%CF%80%CF%8C-](http://www.mkiellinikou.org/blog/2013/10/25/%CE%B1%CE%B9%CF%86%CE%BD%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82-%CE%AD%CE%BB%CE%B5%CE%B3%CF%87%CE%BF%CF%82-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CE%BA%CE%BB%CE%B9%CE%BC%CE%AC%CE%BA%CE%B9%CE%BF/)

[%CE%BA%CE%BB%CE%B9%CE%BC%CE%AC%CE%BA%CE%B9%CE%BF/](http://www.mkiellinikou.org/blog/2013/10/25/%CE%B1%CE%B9%CF%86%CE%BD%CE%B9%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%83%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C%CF%82-%CE%AD%CE%BB%CE%B5%CE%B3%CF%87%CE%BF%CF%82-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CE%BA%CE%BB%CE%B9%CE%BC%CE%AC%CE%BA%CE%B9%CE%BF/)

Πρόσβαση 12/3/2015 : 12.25

M.K.I.E., (2014), Ανακοίνωση Τύπου 19/6/2014,

<http://www.mkiellinikou.org/blog/2014/06/19/kifa/> Πρόσβαση 20/3/2015 : 15.21

M.K.I.E., (1015), <http://www.mkiellinikou.org/> Πρόσβαση 20/4/2015:22.00

Μπουρίκος Δ. (2013), *Κοινωνική Αλληλεγγύη στην Ελλάδα της κρίσης : Νέο κύμα ανάδυσης της κοινωνίας πολιτών ή εμπέδωση της κατακερματισμένης κοινωνικής ιδιότητας του πολίτη*,
http://crisisobs.gr/wp-content/uploads/2013/04/%CE%95%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B7%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CE%9A%CE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF_3_%CE%94.%CE%9C%CF%80%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%AF%CE%BA%CE%BF%CF%82.pdf Πρόσβαση 2/4/2015 : 19.30

Οικονόμου, Χ. (2013), *Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία*,
<http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobara-tin-ygeia> Πρόσβαση 3/4/2015:21.18

Σίμου Ε., Κουτσογεώργου Ε. (2014), *Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review*
http://www.ygeia360.gr/images/stories/Simou_and_Koutsogeorgou_Effects_of_the_economic_crisis_on_health_and_healthcare.pdf Πρόσβαση 30/3/2015: 18.45

Υ.Υ.Κ.Α., (2012), *Έκθεση αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των μονάδων του ΕΣΥ.*,
moh.gov.gr/articles/hlektronikes-efarmoges.../1332-ethsia-ekthesh-2011
Πρόσβαση 24/3/2015:15.21

LEFT.gr. (2013), Συνέντευξη με τον γ.γ των «Γιατρών του Κόσμου»: Να καταπολεμήσουμε κάθε ασθένεια, ακόμα και την αδικία!:
<https://left.gr/news/synteneyxi-me-ton-gg-ton-giatron-toy-kosmoy-na-katapolemisoyme-kathe-astheneia-akoma-kai-tin> Πρόσβαση 4/4/2015: 20.55

O.E.C.D.and European Commission (2014), Health at a Glance,
http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf
Πρόσβαση 15/01/2015 : 18.55

Oxfam, (2014), *Working for the few*,
<https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bp-working-for-few-political-capture-economic-inequality-200114-en.pdf> Πρόσβαση 16/2/2015 :21.19

Toussaint, E. (2011), The very symbol of illegitimate debt: <http://cadtm.org/Greece-the-very-symbol-of> Πρόσβαση 24/3/2015:13.00

W.H.O. (1946). International Health Conference, New York.
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf Πρόσβαση 20/11/2014:
17.20

W.H.O. (1993), Continuous Quality Development : A Proposal National Policy.
W.H.O. Regional Office for Europe, Copenhagen <http://www.euro.who.int>
Πρόσβαση 26/3/2015 : 09.55

W.H.O. (2000), Ranking of health systems in 2000.
http://en.wikipedia.org/wiki/World_Health_Organization_ranking_of_health_systems_in_2000 Πρόσβαση 25/2/2015 : 22.33