

ΠΑΝΤΕΙΟΝ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

PANTEION UNIVERSITY OF SOCIAL AND POLITICAL SCIENCES



ΣΧΟΛΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Θεσμικά και διοικητικά εμπόδια πρόσβασης των ευάλωτων ομάδων
στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα και ο ρόλος του προνοιακού
πλουραλισμού»**

Ντέρου Κασσιανή

Αθήνα, 2022

Τριμελής Επιτροπή

Κωνσταντίνος Δημουλάς, Αναπληρωτής Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου
(επιβλέπων)

Νίκος Κουραχάνης, Επίκουρος Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου

Χριστόφορος Σκαμνάκης, Επίκουρος Καθηγητής Παντείου Πανεπιστημίου



Copyright © Ντέρου Κασσιανή, 2022.

All rights reserved. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

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

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

*Στη μνήμη του πατέρα μου,
που στη ζωή του αγωνίστηκε για το δημόσιο, καθολικό
και ισότιμο χαρακτήρα της Υγείας*

Ευχαριστίες

Η εμπειρία συμμετοχής στο ΠΜΣ του τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής ήταν πολύτιμη για πολλούς λόγους. Ευχαριστώ γι' αυτό τους διδάσκοντες που συνέβαλαν στην υλοποίηση του προγράμματος με αυταπάρνηση και χωρίς προσωπικό κέρδος, σε έκρυθμες για το πανεπιστήμιο και την κοινωνία συνθήκες που επέβαλε η πανδημία covid 19.

Ιδιαίτερα ευχαριστώ τους καθηγητές Κωνσταντίνο Δημουλά, Νίκο Κουραχάνη και Χριστόφορο Σκαμνάκη για τη συνολική τους στάση και παρουσία. Κατάφεραν να μεταδώσουν, πέρα από το δικό του ο καθένας αντικείμενο, το νόημα και την τέχνη της επιστημονικής συνέπειας και πειθαρχίας, χωρίς ποτέ να χάσουν τον ανθρωποκεντρικό τους προσανατολισμό, το ήθος και την κοινωνική τους ευαισθησία. Δίδαξαν ότι η επιστήμη μπορεί να αναπτυχθεί και να είναι επωφελής μόνο σε καθεστώς ελευθερίας, σε αλληλένδετη σχέση και διάλογο με την κοινωνία και ποτέ έξω από αυτή.

Ευχαριστίες οφείλω στα στελέχη του Υπουργείου Υγείας Χρυσάνθη Κάντζιου, Αθανασία Κουλούρη, Δημήτρη Σολδάτο, Αθανασία Σωτήρχου και Στρατή Χατζηχαλαράμπους για την εγκάρδια βοήθεια.

Τέλος, ευχαριστώ τον Άρη Νικολαΐδη και την Ελένη Νικολοπούλου-Ντέρου για την καθοριστική και πολυεπίπεδη στήριξη.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Εισαγωγή	8
2. Θεωρητικό πλαίσιο	10
α. Ο κοινωνικός πλουραλισμός στο ευρωπαϊκό πλαίσιο	10
β. Ανισότητες εμπόδια πρόσβασης αποκλεισμοί και ευαλωτότητα	14
γ. Η εικόνα των αποκεντρωμένων πολιτικών για άρση των ανισοτήτων υγείας.....	17
3. Οργάνωση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.....	22
4. Ερευνητικά ερωτήματα και μέθοδος διερεύνησής τους.....	30
5. Νομοθετικές και διοικητικές παρεμβάσεις με χαρακτήρα προνοιακού πλουραλισμού και οι επιπτώσεις τους στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας	32
α. Διαχείριση της πρόσβασης για ανασφάλιστους.....	33
β. Νομοθετικές οργανωτικές και διοικητικές παρεμβάσεις με χαρακτήρα κοινωνικού πλουραλισμού.....	40
6. Τοπική Αυτοδιοίκηση και πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας.....	53
7. Εθελοντικός / μη κερδοσκοπικός τομέας και πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας ...	58
8. Προνοιακός πλουραλισμός, συντονισμός και διαλειτουργικότητα των Υπηρεσιών Υγείας και οι επιπτώσεις τους στην πρόσβαση των ευάλωτων ομάδων	62
α. Διαλειτουργικότητα	62
β. Οι μη θεσμοθετημένες - αδειοδοτημένες Υπηρεσίες	64
9. Συμπεράσματα	67
10. Πηγές - Βιβλιογραφία	70
α. Εκθέσεις και Μελέτες και βάσεις δεδομένων Ελληνικών και Ευρωπαϊκών Φορέων	70
β. Ελληνικά κείμενα.....	71
γ. Ξενόγλωσσα /μεταφρασμένα κείμενα	73

Περίληψη

Στα προβλήματα πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας που προέκυψαν κατά την τελευταία δεκαετία ως συνέπεια της κοινωνικοοικονομικής κρίσης του 2008, η κρατική κοινωνική πολιτική υλοποιήθηκε με μεταρρυθμίσεις εστιασμένες στη συγκράτηση του κόστους και την «ορθολογικοποίηση» των δαπανών. Στο πλαίσιο αυτό, ο προνοιακός πλουραλισμός εμφανίστηκε ως εργαλείο διαχείρισης των ακάλυπτων αναγκών Υγείας και των εμποδίων πρόσβασης που προκύπτουν από την υποχρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας στο νεοφιλελεύθερο πλαίσιο διακυβέρνησης όπου το κράτος περιορίζεται σε ρόλο ρυθμιστικό και επιτελικό. Οι θεσμικές μεταρρυθμίσεις επικεντρώθηκαν στο στόχο της εξάλειψης των ανισοτήτων με εισαγωγή θεσμών, όπως οι διαμεσολαβητές Υγείας, οι κινητές μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η κατ' οίκον νοσηλεία κλπ. και αδράνησαν λόγω έλλειψης νομοθετικής εξειδίκευσης που να καθορίζει όρους και προϋποθέσεις λειτουργίας για κάθε έναν από αυτούς τους καινοτόμους θεσμούς. Διερευνώνται οι δυνατότητες του κράτους να παρέμβει στα προβλήματα πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας και η δόμηση του πλαισίου συνεργιών με την τοπική αυτοδιοίκηση και με τον ιδιωτικό (κερδοσκοπικό και μη) τομέα παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Επίσης περιγράφονται οι δυναμικές σχεδιασμού καταγραφής και ελέγχου των αποτελεσμάτων των παραπάνω μεταρρυθμίσεων για τις κατηγορίες των οικονομικά ευάλωτων και ανασφάλιστων.

Λέξεις κλειδιά : Ευαλωτότητα, προνοιακός πλουραλισμός, εμπόδια πρόσβασης στην Υγεία

ABSTRACT

Institutional and administrative barriers on access of vulnerable groups to health services in Greece and the role of welfare pluralism

Nterou Kassiani

As a result of the socio-economic crisis of 2008, during the last decade challenges arose regarding the access to Health Services; the state's social policies focused on reforms that prioritised cost containment and rationalization of expenditures. In this context, the theory of welfare mix emerged as a management tool for handling the unmet healthcare needs and the barriers of access; these health inequalities are a result of the underfunding of Health Systems under the neoliberal governance framework, where the state is limited to a regulatory and executive role. Institutional reforms aimed at eliminating inequalities by introducing institutions such as health ombudsmen, mobile Primary Healthcare units, home care, etc., fell into inactivity due to a lack of legislative expertise needed to define the terms and conditions of operation for each of these innovative institutions. The possibilities of the state to intervene in the problems of access to Health Services and the construction of the synergy framework with the private (for-profit and non-profit) sector of Health Services are being investigated. The research is focused on the State's ability to intervene effectively in these health inequalities, along with the structuring of a framework of synergy between state and private (for-profit and non-profit) sectors providing Health Services. Also described are the State's potential for planning the organised recording & auditing of results for the above reforms for the categories of the financially vulnerable and the uninsured.

Key words: vulnerability, welfare mix, pluralism, health access and barriers

1. Εισαγωγή

Τα εμπόδια πρόσβασης στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι ένα από τα βασικά οριζόντια προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Οι συνθήκες διαβίωσης λόγω φτώχειας και ευαλωτότητας επιβαρύνουν πολλαπλά (σωματικά και ψυχικά) την κατάσταση υγείας του ατόμου, με αποτέλεσμα τα προβλήματα και οι δυσχέρειες να πολλαπλασιάζονται κατά την πάροδο του χρόνου.

Εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας μπορεί να προκύψουν από την – για διάφορους λόγους– έλλειψη ατομικής ασφαλιστικής ικανότητας υγείας, την έλλειψη ενημέρωσης επί του θεσμικού πλαισίου και των διαδικασιών παροχής υπηρεσιών υγείας, την αδυναμία των ίδιων των φορέων (ΠΦΥ και Νοσοκομείων) να δεχτούν και να καλύψουν ειδικά περιστατικά ασθενών, την απροθυμία του συστήματος υγείας να αντιληφθεί την ύπαρξη και άλλων κατηγοριών πολιτών πέρα από όσους διαθέτουν ΑΜΚΑ (πρόσφυγες, ασυνόδευτους ανήλικους, άτομα με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες κλπ.).

Ο διοικητικός διαχωρισμός της ύλης αρμοδιοτήτων κοινωνικής πρόνοιας και υγείας, με τη μεταφορά της γενικής γραμματείας κοινωνικής αλληλεγγύης από το Υπουργείο Υγείας στο Υπουργείο Εργασίας το 2014, αποξένωσε το προνοιακό σύστημα από τη δυνατότητα άμεσης συσχέτισης με τις υπηρεσίες υγείας, διαμορφώνοντας δυο παράλληλους κόσμους συχνά αλληλοσυγκρουόμενους και θέτοντας επιπλέον διοικητικές δυσχέρειες σε έναν ήδη προβληματικό χώρο με ισχνές χρηματοδοτήσεις και αδύναμους πολιτικούς σχεδιασμούς.

Στο σύγχρονο σχεδιασμό και την υλοποίηση πολιτικών πρόνοιας φαίνεται να αναλαμβάνουν κυρίαρχο ρόλο πρωτοβουλίες και συνεργασίες πλουραλιστικού χαρακτήρα, ενώ το κράτος δείχνει να υποχωρεί υπό το επιχείρημα της αδυναμίας χρηματοδότησης. Το κράτος περιορίζεται σε ρόλο ρυθμιστή πλαισίου ανάδειξης φορέων υλοποίησης κοινωνικής πολιτικής οι οποίοι προέρχονται από τον ιδιωτικό τομέα και από το χώρο του εθελοντισμού. Διαμορφώνεται και διευρύνεται το «προνοιακό μείγμα» (wellfare mix), η πλουραλιστική προσέγγιση αντιμετώπισης των προβλημάτων ευαλωτότητας.

Στο παραπάνω πλαίσιο διερευνάται ο βαθμός και ο τρόπος που επιχειρείται η αντιμετώπιση των παραπάνω αναγκών με γνώμονα τις πολιτικές επιλογές του προνοιακού πλουραλισμού και της εφαρμογής του μείγματος ευημερίας.

Συγκεκριμένα διερευνάται:

α) Η ύπαρξη, η διαλειτουργικότητα και η δικτύωση μεταξύ των δομών και υπηρεσιών υγείας από το κράτος, την Τοπική Αυτοδιοίκηση, τους φορείς της Κοινωνίας των Πολιτών.

β) Η φύση, το είδος και η νομιμοποίηση των μηχανισμών παρέμβασης για την άρση των ανισοτήτων και των εμποδίων πρόσβασης στην υγεία και η εξέλιξή τους την τελευταία δεκαετία.

2. Θεωρητικό πλαίσιο

α. Ο κοινωνικός πλουραλισμός στο ευρωπαϊκό πλαίσιο

Στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης που ξεκίνησε το 2008 και προκειμένου τα διάφορα συστήματα κοινωνικής πολιτικής να αντιμετωπίσουν τις συνθήκες έλλειψης και υποχρηματοδότησης, άτυπα δίκτυα αναγνωρίστηκαν ως φορείς κοινωνικής φροντίδας, μαζί με έναν αριθμό φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών των μη Κερδοσκοπικών Οργανώσεων. Το σύνολο αυτών των φορέων παρείχαν με μη καταγεγραμμένο, μη πιστοποιημένο τρόπο φροντίδα η οποία έλαβε το χαρακτήρα ζώνης τελικής ασφάλειας για την αποφυγή της τελικής κατάρρευσης. Αναπτύχθηκαν δε κάποιων ειδών συνεργασίες μεταξύ των άτυπων αυτών φορέων με το κράτος, το οποίο σε πολλές περιπτώσεις φαίνεται να υποδέχτηκε με αμήχανη ανακούφιση τη λειτουργία αυτών των φορέων, καθώς σε δεδομένη στιγμή ανέχειας και δυσκολιών δημιουργούσαν μια προοπτική υπέρβασης της κρίσης του κράτους πρόνοιας και ελπίδα διατήρησης του κοινωνικού ανθρωποκεντρικού του χαρακτήρα, σε συνδυασμό με τη δυνατότητα παρέμβασης στην ανισότητα (Στασινοπούλου 1993, 1996).

Τα παραπάνω περιγράφουν το χαρακτήρα της προσπάθειας επαναπροσδιορισμού και αναδιοργάνωσης των συστημάτων κοινωνικής πολιτικής, με αναζήτηση λύσεων έξω από την παραδοσιακές γραμμές, δεδομένου του ότι οι πηγές χρηματοδότησης περιορίζονταν λόγω της κρίσης, σε συνδυασμό και με τις πολιτικές επιλογές οι οποίες άρχισαν να περιορίζουν το ρόλο του κράτους στην όλη αλυσίδα παραγωγής και διανομής υπηρεσιών κοινωνικής πολιτικής. Τον προνοιακό πλουραλισμό χαρακτηρίζει η μετακύληση της ευθύνης παροχών ευημερίας πέρα από το στενό πυρήνα της κράτους, με διεύρυνση προς τον ιδιωτικό τομέα, αλλά και σε άλλους άτυπους θεσμούς, όπως η προστασία της οικογένειας και της ευρύτερης κοινωνίας των πολιτών (Alcock, 1998).

Στην πράξη, δίνεται η εικόνα της σταδιακής απόσυρσης του κράτους από τα πεδία της σφαίρας ευθύνης των κοινωνικών παροχών και η μετουσίωσή του σε συρρικνωμένο επιτελικό παρατηρητή των δρώντων υποκειμένων της αγοράς και της κοινωνίας των πολιτών που αποκτούν ρόλο παρόχου. Το κράτος κρατά το ρόλο του σχεδιαστή, χρηματοδότη και ελεγκτή, ενώ η υλοποίηση των πολιτικών περνά μέσω προγραμματικών συμφωνιών και πρωτοκόλλων συνεργασίας στους ιδιώτες (Κουραχάνης, 2017).

Σύμφωνα με τον Pinker (1992), ο πλουραλιστικός χαρακτήρας των συστημάτων υποδεικνύει τη διαρκή ανανοηματοδότηση και επανεινάρχηση τόσο των στόχων όσο και των επιθυμητών αποτελεσμάτων, των σχεδιασμών, αλλά και των διαδικασιών που θα ακολουθηθούν κάθε φορά προκειμένου να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Παράλληλα με την υποχώρηση του κράτους από την προμήθεια των κοινωνικών παροχών, άρχισαν να ενδυναμώνονται νέοι δρώντες από τον ιδιωτικό τομέα, αλλά και σε κάθε περίπτωση από την ευρύτερη κοινωνία των πολιτών. Οι κοινωνικές πολιτικές άρχισαν να σχεδιάζονται, να προωθούνται και να υλοποιούνται και εκτός αυστηρά κρατικού πλαισίου. Αυτό θεωρητικά μπορεί να ενταχθεί και στη γενικότερη συζήτηση περί «κοινωνίας των πολιτών», η οποία αναπαριστά το διαμεσολαβητικό τρίτο χώρο ανάμεσα στο κράτος και την αγορά, αλλά κι έναν παράγοντα άρσης της ανισορροπίας και των αντιθέσεων: *«μια ισχυρή κοινωνία πολιτών συνεπάγεται μια ισορροπία μεταξύ των κύριων θεσμικών σφαιρών ή υποσυστημάτων της νεωτερικότητας, ενώ μια αδύναμη κοινωνία πολιτών συνεπάγεται πάντοτε διάφορες μορφές ανισορροπίας, καθώς η μία σφαίρα “αποικιοποιεί”, επιβάλλει δηλαδή τη δική της λογική, σε όλες τις άλλες θεσμικές σφαίρες»* (Μουζέλης - Παγουλάτος, 2003).

Το κράτος, οριοθετημένο στον επιτελικό - ρυθμιστικό του ρόλο, παύει να αναλαμβάνει την υποχρέωση κάλυψης των κοινωνικών δικαιωμάτων και μετακυλύει (τις περισσότερες φορές σιωπηρά) την ευθύνη σε άλλες δυνάμεις του τρίτου τομέα (αγορά και κοινωνία των πολιτών), διαμορφώνοντας έτσι το φαινόμενο του προνοιακού πλουραλισμού (Ferrera and Hamerijck, 2003).

Κατά τη μετεξέλιξη αυτή άλλαξαν οι διαδικασίες σχεδιασμού και υλοποίησης των κοινωνικών παροχών, αλλά και η σημασία και το περιεχόμενο των κοινωνικών δικαιωμάτων, αφού πλέον ανάγκες και δικαιώματα καταγράφονται, αναλύονται και νοηματοδοτούνται σε νέο πλαίσιο και από άλλους δρώντες, με διαφορετικά και πολλές φορές συγκεκριμένα συμφέροντα (Πετμεζίδου, 2010).

Εκ των πραγμάτων, λόγω του νέου πολυπαραγοντικού χαρακτήρα των δρώντων στο πεδίο του σχεδιασμού του προγραμματισμού και της υλοποίησης κοινωνικής πολιτικής, σημειώθηκαν αλλαγές σε κάθε έκφασή της, αλλά κυρίως στο κεντρικό της νόημα και σκοπό. Η εστίαση μετατοπίζεται στο εξειδικευμένο, τοπικό. Με την υποχώρηση του κράτους ο σχεδιασμός χάνει το συστημικό του χαρακτήρα και οι παρεμβάσεις γίνονται με «πυροσβεστική» λογική βραχυπρόθεσμης διαχείρισης

κρίσεων (Κουραχάνης, 2017). Με άλλα λόγια, η κοινωνική πολιτική απομακρύνεται από τους παραδοσιακά διαμορφωμένους στρατηγικούς σκοπούς, δηλαδή την καταπολέμηση και άρση των κοινωνικών ανισοτήτων και την επίτευξη της κοινωνικής συνοχής μέσα από την άρση των αιτιών που γεννούν την κοινωνική σύγκρουση.

Παρατηρείται ο περιορισμός των κοινωνικών πολιτικών του κράτους σε υπολειμματικού χαρακτήρα παρεμβάσεις, στοχευμένες στην αποφυγή του ύστατου σημείου εξαθλίωσης. Η κοινωνική πολιτική περιορίζεται στην παροχή φροντίδας, χάνει τον αναδιανεμητικό της ρόλο, ενώ ταυτόχρονα μετακυλύεται σταδιακά η ευθύνη αντιμετώπισης των προνοιακών αναγκών στην ιδιωτική πρωτοβουλία. Νέες δυνάμεις της αγοράς και της κοινωνίας των πολιτών βρίσκουν έδαφος και επιδιώκουν να προστεθούν στην παροχή υπηρεσιών, αλλά και στο σχεδιασμό της κάλυψης αναγκών, τροποποιώντας τις αναλογίες συμμετοχής τους στο μείγμα δημόσιου - ιδιωτικού χαρακτήρα της κοινωνικής πολιτικής (Σκαμνάκης, 2010).

Στο παραπάνω πλαίσιο νεοφιλελεύθερης κοινωνικής πολιτικής και με τους δείκτες φτώχειας ανισοτήτων και εμποδίων πρόσβασης να ανεβαίνουν στην περίοδο της κρίσης, μεγάλο μέρος των αναγκών υγείας στην Ελλάδα καταγράφονται ως ακάλυπτες, σύμφωνα με τη EUROSTAT. Το σημείο τομής των ακάλυπτων αναγκών υγείας με τα προβλήματα ακραίας φτώχειας, ευαλωτότητας και αστεγίας μπορεί να περιγράψει συνοπτικά την πραγματική εικόνα εξαθλίωσης μιας κοινωνίας.

Όταν η κρατική κοινωνική πολιτική χάνει τον αναδιανεμητικό της ρόλο, παύει σταδιακά να αποτελεί στρατηγική και λειτουργική έκφραση της κοινωνικής αλληλεγγύης, αναδιπλώνεται και περιορίζεται σε αυτό που ο Hayek (1944) ονόμαζε «*δίχτυ ασφαλείας*», προκειμένου να εξασφαλίζεται το minimum επίπεδο προστασίας όταν το άτομο αγγίζει το ύστατο σημείο εξαθλίωσης.

Οι ανάγκες εξατομικεύονται και προωθούνται μέτρα επικέντρωσης στο ανθρώπινο κεφάλαιο και στην ενεργοποίηση του ατόμου προκειμένου να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει ατομικά προκλήσεις και κινδύνους. Οι παροχές της κοινωνικής πολιτικής δείχνουν τάσεις περιορισμού μόνο σε όσους μπορούν να τις υποστηρίξουν ανταποκρινόμενοι σε κεφαλαιοποιητικές ή ανταποδοτικές λογικές (Φερόνας και Κουραχάνης, 2016), ενώ οι κανόνες της αγοράς βάζουν ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια σε πεδία άσκησης κοινωνικής πολιτικής, ο πολίτης αντιμετωπίζεται ως πελάτης και το New Public Management επικεντρώνεται στην οικονομική αποδοτικότητα. Η κοινωνική πολιτική φθίνει, εστιάζει στον έλεγχο και

την επιβεβαίωση των κατώτατων ορίων διαβίωσης, ταξινομώντας και επιβάλλοντας περιορισμούς και πλαφόν δικαιωμάτων (Kourachanis, 2019).

Η επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο, η εξατομίκευση, η στόχευση και η επιλεκτικότητα των παροχών βρίσκονται στο επίκεντρο των πολιτικών επιλογών για την κοινωνική πολιτική. Αυτό το προσφιλές στα σύγχρονα δυτικά κράτη (ακόμα και σε αυτά του σκανδιναβικού μοντέλου κοινωνικής πολιτικής) σύστημα της «ενεργούς πρόνοιας» προσβλέπει στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα με όρους αγοράς. Επονομαζόμενο ως σύστημα «κοινωνικής επένδυσης» (Πετμεζίδου, 2006), φαίνεται να έχει σημάνει την «αξιακή αποεπένδυση» του κράτους πρόνοιας, φέρνοντας την απαξίωση ακόμα και των θεμελιωδών αρχών που αποτέλεσαν βασικούς του σκοπούς και των κοινωνικών δικαιωμάτων που προσδιόρισαν το περιεχόμενο της έννοιας του πολίτη μέσα σε αυτό (Kourachanis, 2020).

Στο ίδιο πλαίσιο, τα κοινωνικά δικαιώματα χάνουν σταδιακά τον κοινωνικό τους προσανατολισμό αφού το κράτος σιγά-σιγά απεκδύεται την υποχρέωση να τα προστατεύει. Φορείς του ιδιωτικού τομέα καταλαμβάνουν το ρόλο του παρόχου και η κοινωνική πολιτική μετεξελίσσεται σε περιβάλλον ανταγωνιστικής αγοράς (με την επιφύλαξη κάθε αντίθετου θεωρητικού επιχειρήματος για την αδυναμία διαμόρφωσης τέλει ανταγωνισμού στο πεδίο της υγείας (Παπαθεοδώρου Χ., Οικονόμου Χ., 2020)).

Η έννοια της ιδιότητας του πολίτη και το πλέγμα δικαιωμάτων που αυτή προστατεύει, αναδιαμορφώνεται και ανάλογα με την οπτική και τα δεδομένα της εκάστοτε κοινωνικής εξέλιξης. Προκύπτουν περιορισμοί στην έννοια του πολίτη και των δικαιωμάτων του από την ταξική θέση που ανήκει ο καθένας, στο εκάστοτε σύστημα παραγωγικών σχέσεων και κοινωνικού καταμερισμού της εργασίας. Με αυτή την έννοια, το θεσμοθετημένο περιεχόμενο των κοινωνικών δικαιωμάτων και των κοινωνικών παροχών αντανακλά κάθε φορά το επίπεδο ωρίμανσης της κοινωνικής διεκδίκησης (Καράγιωργας, 1979).

Διαπιστώνεται στην εξέλιξη του χρόνου το πέρασμα από την κοινωνική ιδιότητα του πολίτη (Marshall 1950) στη βιομηχανική ιδιότητα του πολίτη (Γράβαρης, 1994) και τελικά την οικονομική ιδιότητα του πολίτη καταναλωτή (Κουραχάνης, 2019), καθώς η νεοφιλελεύθερη λογική επιβάλλει όρους αγοράς και οικονομικού ανταγωνισμού, ενώ στόχος γίνεται η οικονομική αποδοτικότητα ακόμα και στους σχεδιασμούς της κοινωνικής πολιτικής.

β. Ανισότητες εμπόδια πρόσβασης αποκλεισμοί και ευαλωτότητα

Η έννοια του κοινωνικού αποκλεισμού πρωτοδιατυπώθηκε σε επίσημο ευρωπαϊκό κείμενο το 1991 στην 1η ετήσια έκθεση του παρατηρητηρίου κρατών των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων με τίτλο «*Εθνικές πολιτικές για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού*». Στο κείμενο αυτό έγινε η προσπάθεια αποτύπωσης του θέματος που στα επόμενα χρόνια τέθηκε στο επίκεντρο των κοινωνικών ερευνών και επηρέασε στην πράξη τις κατευθύνσεις και τη λογική των εθνικών και ευρωπαϊκών πολιτικών και παρεμβάσεων για την καταπολέμηση των φαινομένων της φτώχειας της ανεργίας και της περιθωριοποίησης. Μεθοδολογικά «*ο όρος “αποκλεισμός” είναι προϊόν μίας ανάγκης πολιτικής διαχείρισης των διαρθρωτικών αλλαγών της οικονομικής και κοινωνικής τάξης, των αλληπάλληλων και βαρέων κρίσεων που δοκιμάζουν οι σύγχρονες κοινωνίες του δυτικού κόσμου*» είναι συνυφασμένος με τη φτώχεια και καλείται να περιγράψει διαδικασίες (Παπαδοπούλου, Δημουλάς, Μπαμπανέλου, Τσιώλης, 2002).

Η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης εστίασε από τη δεκαετία του 1990 και μετά στην αντιμετώπιση δυσκολιών πρόσβασης ατόμων που έφεραν κάποια ομοειδή χαρακτηριστικά τα οποία οδηγούσαν σε κοινωνική μειονεξία, διακρίσεις, αποκλεισμό. Τις κοινωνικές αυτές κατηγορίες πληθυσμού οι ευρωπαϊκές πολιτικές προσπάθησαν να τις επανεντάξουν και να τις υποστηρίξουν, προσδιορίζοντάς τες ως κοινωνικά αποκλεισμένες. Έτσι, έγινε λόγος για κοινωνικό αποκλεισμό των μεταναστών και προσφύγων, των μονογονεϊκών οικογενειών, των ψυχικά ασθενών, των ΑμεΑ, των πρώην φυλακισμένων, των χρονίως πασχόντων, των απεξαρτημένων, των ηλικιωμένων, των γυναικών από την αγορά εργασίας κλπ.¹

Τα προγράμματα καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού δεν λειτούργησαν πάντα υπέρ των ασθενέστερων οικονομικά στρωμάτων, αλλά εστιάζοντας στην ενίσχυση επιμέρους ατομικών χαρακτηριστικών όπως η αναπηρία, η μετανάστευση, η μονογονεϊκότητα, το φύλο κλπ., ενδέχεται να δημιούργησαν υπόβαθρο για περαιτέρω στιγματισμό, δημιουργώντας τη νέα κοινωνική ταυτότητα του αποκλεισμένου μέσα από το μηχανισμό αντιμετώπισης της ευπάθειας (Παπαδοπούλου, 2012).

¹ *Διαστάσεις του Κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα «Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής»*, Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Αθήνα 1996. Πρόκειται για συλλογικό έργο κοινωνικών ερευνητών με διαφορετικές ενότητες και αναλυτική έρευνα για κάθε αποκλεισμένη ομάδα. (Επιμ. Κατσούλης Η, Καραντινός Δ., Μαράτου-Αλιπράντη Α, Φρονίμου Ε.)

Στην κατασκευή των αποκλεισμένων κατηγοριών φαίνεται να βοήθησε και η «επινόηση της *Ετερότητας*» η οποία, κατά τον Κωνσταντίνο Τσουκαλά (2010), δεν λειτούργησε υπέρ των ασθενέστερων οικονομικά στρωμάτων, αλλά αντίθετα χρησιμοποιήθηκε για να αποκρύψει τον ουσιώδη διαχωρισμό της ταξικής ανάγνωσης. Με άλλα λόγια, δίνοντας έμφαση στο δικαίωμα στη διαφορά, τονίζοντας δηλαδή ατομικά χαρακτηριστικά, επιχειρήθηκε η μετατόπιση της εστίασης και η απομάκρυνση της θεωρίας της κοινωνικής πολιτικής από τις κάθετες συγκρουσιακές διεκδικήσεις για δικαιότερη αναδιανομή πόρων μεταξύ πλουσιότερων και φτωχότερων κοινωνικών στρωμάτων. Εστίασαν στην ενίσχυση επιμέρους κοινωνικών χαρακτηριστικών, που αναφέρθηκαν παραπάνω, αφήνοντας τεχνηέντως στην άκρη συνολικότερα χαρακτηριστικά, όπως το εισόδημα και η μόρφωση. Δόθηκε έτσι μια νέα «ανώδυνη» ανάγνωση για την ανισότητα και σχεδιάστηκαν εξισορροπητικές πολιτικές για την καταπολέμησή της (Κουραχάνης, Παπαδοπούλου, 2017).

Ο παραπάνω μηχανισμός εστίασης σε συλλογικές ταυτότητες θεμελιωμένες στη βάση ατομικών χαρακτηριστικών και όχι στον κοινωνικό χαρακτήρα των προβλημάτων κρύβει σαφή ιδεολογικοπολιτικό προσανατολισμό. Τόσο η επιστημονική συζήτηση για τις ανισότητες όσο και οι προσπάθειες άρσης των εμποδίων που αυτές δημιουργούν κατέληξαν σε συνεχή εκ των ενόντων αναπαραγωγή τους, καθώς συγκαλύφθηκε ουσιαστικά και συνέχισε να υφίσταται η πρωτογενής τους αιτία, δηλαδή η φτώχεια και η ανεργία (δεδομένου ότι, κατ' ουσίαν, οι όποιες στερεοτυπικές κοινωνικές μειονεξίες –τόπος καταγωγής, επίπεδο μόρφωσης κλπ.– αναπτύσσονται πάνω στο βασικό καμβά της οικονομικής κατάστασης του ατόμου).

Η θεωρητική συζήτηση για την ευαλωτότητα, όταν εστιάζεται στα ατομικά δικαιώματα των ευπαθών ομάδων, αφήνοντας στην άκρη την κοινωνική ανισότητα και τον ταξικό χαρακτήρα των προβλημάτων των ευάλωτων κατηγοριών, ουσιαστικά κρύβει την πρόθεση όσων χαράζουν πολιτική για κάλυψη των προβλημάτων που θα μπορούσαν να λυθούν άμεσα μέσω πολιτικών κοινωνικού αναδιανεμητικού χαρακτήρα, όπως έχει φανεί και καταγραφεί ιστορικά από τη λειτουργία του κοινωνικού κράτους (E. Andersen, 1990).

Η κατασκευή του φαινομένου του αποκλεισμού πολλές φορές συγχέεται με την κατασκευή της κοινωνικής ευπάθειας, καθώς ο αποκλεισμός είναι εύκολα προσδιορίσιμος και φανερός στις πληθυσμιακές ομάδες που λόγω ευαλωτότητας

απειλούνται από το βίωμά του. «Αυτές οι ομάδες συνήθως καταγράφονται επίσημα από τους κρατικούς φορείς ή από την Ευρωπαϊκή Ένωση, έχουν έναν ενδεικτικό χαρακτήρα, και εκφράζουν κατά κανόνα τους χώρους στους οποίους εμφανίζεται ευάλωτη μία κοινωνία. Εκτός από τον όρο κοινωνικές ευπαθείς ομάδες χρησιμοποιούνται και άλλοι οικείοι όροι όπως ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, ομάδες υψηλού κινδύνου κλπ. (Παπαδοπούλου, 2012).

Σήμερα, τριάντα χρόνια μετά τις αρχικές καταγραφές και προσδιορισμούς των φαινομένων του κοινωνικού αποκλεισμού τόσο σε κυβερνητικό όσο και σε επιστημονικό επίπεδο στην Ελλάδα, αυτά δε φαίνεται να έχουν αρθεί, αλλά ούτε και οι στόχοι των παρεμβάσεων έχουν επιτευχθεί. Οι δείκτες της φτώχειας, της ανεργίας και της περιθωριοποίησης ανεβαίνουν εντονότερα κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης μετά το 2008, όπως φαίνεται από τις στατιστικές μελέτες της Eurostat για το σύνολο του ελληνικού πληθυσμού (News release 158/2019).

Η μεθοδολογική επιλογή για καταγραφή και αντιμετώπιση της ευαλωτότητας και των ανισοτήτων χωρίς πρωταρχική αναφορά στον κοινωνικό οικονομικό και ταξικό χαρακτήρα του φαινομένου, σε συνδυασμό με την παράλληλη υποχώρηση του κοινωνικού χαρακτήρα και της ευθύνης του κράτους, οδήγησε (εκ του αποτελέσματος) στη διόγκωση των προβλημάτων των ευάλωτων πληθυσμών και στη διεύρυνση των ανισοτήτων. Αυτό επιχειρείται να αναλυθεί παρακάτω, υπό το μεθοδολογικό πρίσμα της παραδοχής ότι οι σύγχρονες μορφές υψηλής κοινωνικής ευαλωτότητας προκύπτουν κυρίως από τις συνθήκες φτώχειας, ανεργίας και αστεγίας.

Οι κατηγορίες των ευπαθών ομάδων, σύμφωνα με τα πρόσφατα δεδομένα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, είναι αυτές που αφορούν: μετανάστες, πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο², ανήλικους, ασυνόδευτους ανήλικους, άτομα με αναπηρία, ηλικιωμένους, γυναίκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μονογονεϊκές οικογένειες με ανήλικα παιδιά, θύματα βίας και trafficking, πρόσωπα με σοβαρές χρόνιες ασθένειες, ψυχικά ασθενείς, πρόσωπα που έχουν υποστεί βασανιστήρια, βιασμό ή άλλες μορφές ψυχολογικής και σωματικής βίας³.

² <https://www.coe.int/en/web/europarisks/vulnerable-groups>

³ Art. 21 of Directive 2013/33/EU (Recast Reception Conditions Directive)

γ. Η εικόνα των αποκεντρωμένων πολιτικών για άρση των ανισοτήτων υγείας

Η οικονομική κρίση αποτελεί τη σοβαρότερη απειλή για τα συστήματα υγείας, καθώς τα κράτη, για να ανταποκριθούν στις συνθήκες οικονομικών περιορισμών, λαμβάνουν μέτρα περικοπής δαπανών και αναπροσδιορισμού των πακέτων ασφαλιστικής κάλυψης για τις πληθυσμιακές ομάδες. Η μείωση των διαθέσιμων κρατικών πόρων για την υγεία, σε συνδυασμό με την εισοδηματική αποδυνάμωση των νοικοκυριών, οδηγούν σε μεγέθυνση των ακάλυπτων αναγκών υγείας (Οικονόμου, 2018).

Οι συνέπειες της κρίσης φάνηκαν στην αλλαγή του ύψους των δαπανών υγείας και στους συσχετισμούς ύψους δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών. Σε συνδυασμό με τις δημοσιονομικές περικοπές, τα κράτη προέβησαν και σε διοικητικές δομικές αλλαγές στα συστήματα διανομής υπηρεσιών, προκειμένου να πετύχουν αυξημένους δείκτες οικονομικής αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας. Όλα τα παραπάνω μέτρα επέφεραν ιδιαίτερη επιβάρυνση σε πληθυσμιακές ομάδες που βρίσκονταν κοντά στον κίνδυνο φτώχειας, ανεργίας και κοινωνικού αποκλεισμού, με συνέπεια την αδυναμία πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και μακροπρόθεσμα τη μείωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Thomson et al WHO, 2015).

Τα παραπάνω δεδομένα εντάσσονται στη γενικότερη εικόνα υποχώρησης του κοινωνικού κράτους με σταδιακή επικράτηση του ατόμου απέναντι στο σύνολο και παράλληλη απονομιμοποίηση και αντικατάσταση της κρατικής παρέμβασης σταδιακά από τις δυνάμεις της αγοράς, με τη νέα πραγματικότητα να *«περιορίζει σταδιακά την κοινωνική πολιτική στο πεδίο της πρόνοιας της εκ των υστέρων αντιμετώπισης των συνεπειών της ανισότητας - με έμφαση σε αυτές της φτώχειας χωρίς να συνιστά μια δυναμική παρέμβαση στην οργάνωση των κοινωνικών σχέσεων και στη διαμόρφωση και στη μορφοποίηση της κοινωνικής διαστρωμάτωσης»* (Σκαμνάκης, 2020).

Επίσης, ταυτόχρονα με την εικόνα υποχώρησης του κεντρικού κράτους, νέες δυνάμεις της αγοράς και της κοινωνίας των πολιτών βρίσκουν έδαφος και επιδιώκουν να προστεθούν στην παροχή υπηρεσιών αλλά και στο σχεδιασμό της κάλυψης αναγκών, τροποποιώντας τις αναλογίες συμμετοχής τους στο μείγμα δημόσιου - ιδιωτικού χαρακτήρα της κοινωνικής πολιτικής (Σκαμνάκης, 2010).

Κατά την περίοδο της κρίσης, τα μέτρα που λήφθηκαν για την αντιμετώπιση των κοινωνικών συνεπειών της από τις κυβερνήσεις των κρατών πολλές φορές είχαν ιδιαίτερο αντίκτυπο στη λειτουργία των συστημάτων υγείας, καθώς συχνά ήταν

αντίθετα με τις βασικές αρχές που αποτέλεσαν αιτία της δημιουργίας τους. Για παράδειγμα, με την αναγκαστική μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία κλονίζονται οι αρχές της καθολικότητας στην κάλυψη των αναγκών για όλο τον πληθυσμό και της ισότιμης πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας.

Ο υπολειμματικός χαρακτήρας της κρατικής πολιτικής και η σταδιακά αυξανόμενη αδυναμία τους συστήματος να αντιμετωπίσει δυναμικά αυξανόμενες ανάγκες έστρεψε το ενδιαφέρον σε άλλες μορφές παροχής υπηρεσιών που αναπτύσσονται με έμφαση στο τοπικό επίπεδο. Οι παρεμβάσεις αυτές διαμορφώθηκαν και συντονίστηκαν τόσο από την ιδιωτική πρωτοβουλία όσο και από θεσμοθετημένους τοπικούς φορείς διοίκησης, αλλά και από εκπροσώπους της Κοινωνίας των Πολιτών και της κοινωνικής Οικονομίας (ΜΚΟ, ΚοινΣΕΠ, ΚοιΣΠΕ κλπ.). Στην πράξη, η εικόνα τείνει να προσομοιάσει στο θεωρητικό μοντέλο του κοινωνικού πλουραλισμού.

Στο παραπάνω πλαίσιο διαμορφώνεται μια νέα εικόνα για την Τοπική Αυτοδιοίκηση σε σχέση με την υλοποίηση κοινωνικής πολιτικής καθώς: *«Η αυτοδιοίκηση αναλαμβάνει σταδιακά τμήμα της άσκησης κοινωνικής πολιτικής στο τοπικό επίπεδο και αποτελεί μέρος των επίσημων φορέων της κοινωνικής προστασίας. Ωστόσο και στα δύο πεδία οι θεσμοί εμφανίζουν σημαντικές αδυναμίες με συνέπεια ο ρόλος και οι παρεμβάσεις τους να παραμένουν αναιμικές. Εντοπίζονται συνεπώς συνθήκες ανάπτυξης ενός διπλού ελλείμματος το οποίο συντίθεται από τους φορείς της αυτοδιοίκησης από τη μια, και από την άλλη, από την κοινωνική προστασία που οργανώνεται από τον επίσημο τομέα και εκβάλλει στην άσκησης κοινωνικής πολιτικής στο τοπικό επίπεδο...»* (Σκαμνάκης, Πανταζόπουλος, 2015).

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν εμπόδια και ανισότητες που προέκυπταν κυρίως ως αποτέλεσμα της φτώχειας της ανεργίας και της σταδιακής υποβάθμισης της λειτουργίας του ΕΣΥ, άρχισαν να αναπτύσσονται τοπικά σχέδια και δράσεις για την υποστήριξη σε θέματα υγείας των ατόμων που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες λόγω φτώχειας ή άλλης μορφής ευαλωτότητας. Αυτές οι δράσεις (κοινωνικά φαρμακεία, δημοτικά ιατρεία κλπ.) αναπτύχθηκαν παράλληλα με υπηρεσίες του δημόσιου συστήματος υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία.

Πέρα από τα παραπάνω αναπτύσσονται διαχρονικά δράσεις αγωγής υγείας και προγράμματα ενημέρωσης για τη δημόσια υγεία που μόνο στο τοπικό επίπεδο μπορούν να αναπτυχθούν. Τέτοια προγράμματα απαιτούν τη συνεργασία διάφορων

φορέων και συμβάλλουν στην πρόληψη ασθενειών και στη συνολική προαγωγή του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Στην πράξη, η Τοπική Αυτοδιοίκηση σε αρκετά ευρωπαϊκά κράτη έχει αναλάβει το ρόλο παρόχου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αγωγής υγείας και πρόληψης. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι δομές Υγείας της Τοπικής Αυτοδιοίκησης αποτελούν και την πύλη του κάθε Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), προσανατολίζοντας τον ασθενή μέσα σε αυτό. Παράλληλα, ενεργοποιούν τις δυνατότητες των Υπηρεσιών και συντονίζουν το ρόλο τους για την κάθε περίπτωση. Σε γενικές γραμμές, ακόμα και σε κράτη με συστήματα οργανωμένα με αποκεντρωτικό χαρακτήρα και ενισχυμένο ρόλο της Αυτοδιοίκησης, αυτές *«περιορίζονται σε ένα ελάχιστο επίπεδο προστασίας παρά σε ένα σύστημα παρέμβασης»* (Σκαμνάκης, 2020) με το γενικό προσανατολισμό να παραμένει ατομοκεντρικός και περιστασιακός.

Ένα παράδειγμα αποκεντρωτικού συστήματος είναι το εθνικό σύστημα υγείας της Ιταλίας. Αναπτυγμένο με λογική αποκέντρωσης, ενδυνάμωσης και διοικητικού ανταγωνισμού των Περιφερειών, χαρακτηρίζεται από τον καθοριστικό ρόλο των Περιφερειών στη νομοθέτηση και τη ροή της χρηματοδότησης προς τους παρόχους. Οι περιφέρειες ελέγχουν την αγορά και τον ανταγωνισμό των παρόχων υγείας σε επίπεδο τοπικό, με αποτέλεσμα να γίνεται πιο αποτελεσματικά ο έλεγχος δαπανών λόγω μικρότερου μεγέθους και δυνατότητας παρακολούθησης των αναγκών των ασθενών (HiT Italy, 2014).

Παρά την εστίαση του ιταλικού συστήματος στην κάθετη συγκεντροποίηση των πόρων και την επαναδιάθεση από το κεντρικό στο μέσο επίπεδο διοίκησης των περιφερειών, διαπιστώθηκαν από την αρχή της δεκαετίας του 2000 –και συνεχίζουν να παρουσιάζονται– σημαντικές διαφοροποιήσεις στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, στα επίπεδα αποδοτικότητας των περιφερειακών συστημάτων. Δημιούργησαν ανησυχία για περιορισμούς στην πρόσβαση των πολιτών (σε φτωχές περιφέρειες που δεν έχουν δυνατότητα να αυξήσουν τους τοπικούς φόρους) (Masseria & Giannoni, 2010).

Η παραπάνω διαπίστωση στην Ιταλία δημιουργεί προβληματισμό, καθώς διαταράσσεται η αρχή της ισότητας των πολιτών στην πρόσβαση σε ένα μη ομογενοποιημένο σύστημα υγείας. Όλες οι περιφέρειες είναι υποχρεωμένες να παρέχουν την ίδια δέσμη υπηρεσιών υγείας. Τα τελευταία χρόνια η φορολογική αυτονομία, σε συνδυασμό με τη διοικητική αποκέντρωση, έχουν δημιουργήσει

διαφορές στην οικονομική ανάπτυξη και αναλογικά στο ποσοστό από τις δαπάνες υγείας που λόγω οικονομικής δυνατότητας μπορούν να καλύψουν. Οι παρατηρούμενες διαφορές προκύπτουν από τα διαφορετικά χρηματοδοτικά αποθέματα που δημιουργούνται μεταξύ πλουσιότερων και φτωχότερων περιφερειών και της αντίστοιχης δυνατότητας για συλλογή διαφορετικού ύψους τοπικών φόρων (OECD, 2019).

Άλλα ευρωπαϊκά παραδείγματα αποκέντρωσης υπάρχουν στη Σκανδιναβία, όπου η Νορβηγία αποτελεί την κατεξοχήν χώρα που το σύστημα λειτουργεί αποκεντρωμένα και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) παρέχεται από το 1984 αποκλειστικά στους 430 δήμους της χώρας (Πράξη Δημοτικής Φροντίδας Υγείας). Με παρόμοιο τρόπο αναπτύσσεται το σύστημα στις άλλες δύο σκανδιναβικές χώρες, Σουηδία και Δανία (Romøren et al., 2011). Στη Φινλανδία επίσης η ΠΦΥ παρέχεται από τους δήμους, οι οποίοι έχουν κέντρο υγείας παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Οι δήμοι είτε παρέχουν τις υπηρεσίες ανεξάρτητα είτε σε συνεργασία με γειτονικούς τους δήμους. Το 2007 η Φινλανδία είχε 237 κέντρα υγείας με τα 58 συνεργαζόμενων δήμων (Vuorenkoski et. al., 2008).

Στην Ολλανδία, στην οποία το Σύστημα Υγείας στηρίζεται σε ιδιώτες παρόχους, η προληπτική ιατρική και η αγωγή υγείας παρέχεται από τους δήμους στα πλαίσια της προστασίας της δημόσιας υγείας για την οποία διαθέτουν αρμοδιότητα. Υπάρχουν 29 Δημοτικές Υπηρεσίες Υγείας (GGDs) στις οποίες γίνονται οι εμβολιασμοί, οι προληπτικές εξετάσεις και η φροντίδα των νέων (Schäfer et al., 2010).

Ανάπτυξη παρουσίασαν και τα κέντρα Υγείας στην κοινότητα (Community Health Centers (CHCs) στην Αμερική. Πρόκειται για δομές που συνδυάζουν υπηρεσίες προσανατολισμένες στην πρόνοια, αλλά και στην πρωτοβάθμια υγεία και πρόληψη, που εξυπηρετούν ασθενείς από χαμηλές εισοδηματικές κατηγορίες (Wright, 2012).

Σε πρόσφατη διεργασία⁴ για τις καλές πρακτικές στην ΠΦΥ αποτυπώθηκαν σχετικές δράσεις των κρατών-μελών και αναλύθηκαν οι τοπικές πρωτοβουλίες διάφορων πόλεων της Ισπανίας και της Σλοβενίας, στις οποίες αναπτύσσονται

⁴ «Online Marketplace of good practices in Primary Care on 1-2 June 2021» *EUHealthSupport Consortium under the Single Framework Contract 'Chafea/2018/Health/03 - for the provision of support services for managing expert groups in the field of (public) health.*

κοινωνικές δομές παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης και συντονισμού των πολιτών στο σύστημα υγείας.

3. Οργάνωση του Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης

Το ΕΣΥ της Ελλάδας, οργανωμένο κατά το θεωρητικό μοντέλο τύπου Beveridge, λόγω της εγγυημένης κρατικά παρεχόμενης οργάνωσης δημόσιων φορέων παροχής υπηρεσιών, της χρηματοδότησης μέσω της φορολογίας, του ισχυρού ρόλου του κράτους σε όλα τα επίπεδα της λειτουργίας του συστήματος (Δημουλάς Κ., Οικονόμου Χ., 2012), παρουσίασε σοβαρή απόκλιση από τον παραπάνω ιδεότυπο, καθώς η χρηματοδότηση ως προς την αποζημίωση της περίθαλψης βασίστηκε σε πόρους του συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, δημιουργώντας έτσι πεδίο αδυναμίας συντονισμού αλλά και ελέγχου του μηχανισμού χρηματοδότησης και διανομής των υπηρεσιών υγείας. (Μπουρσανίδης, 2007).

Η διακήρυξη της Συνδιάσκεψης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στην Alma Ata, το 1978, αναγνωρίζει το θεμελιώδη ρόλο της ΠΦΥ, καθώς σε αυτή πραγματώνονται οι αρχές της ισότιμης πρόσβασης, της ολοκληρωμένης φροντίδας και της ενεργοποίησης της κοινότητας με συντονισμό και διατομεακές παρεμβάσεις. Στην Ελλάδα με το Νόμο 1397/1983 που θεμελίωσε το Εθνικό Σύστημα Υγείας τέθηκαν οι πρώτες αρχές για την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Υγείας. Βέβαια, η υλοποίηση των αρχών της εξελίχθηκε αργά και όχι ικανοποιητικά, περιορίζοντας το ρόλο των ιατρών, ενώ στη συνέχεια κάθε σοβαρή μεταρρυθμιστική πολιτική της Υγείας επικεντρώθηκε στο ρόλο της ΠΦΥ και του θεσμού του Οικογενειακού γιατρού, προκειμένου να λυθούν χρόνια προβλήματα αναποτελεσματικότητας, νοσοκομειοκεντρικής λειτουργίας, ελλείψεων στο συντονισμό των Υπηρεσιών, σπατάλης πόρων κλπ.

Το ελληνικό ΕΣΥ χαρακτηρίζεται από συγκεντρωτικό χαρακτήρα ως προς τη λήψη αποφάσεων. Παρά τη λειτουργία επτά Υγειονομικών Περιφερειών, στην πράξη το Υπουργείο Υγείας παραμένει στο επίκεντρο των αποφάσεων που αφορούν όλα τα επίπεδα λειτουργίας του συστήματος. Στην Ελλάδα το σύστημα χρηματοδοτείται παράλληλα από τον κρατικό προϋπολογισμό, από την κοινωνική ασφάλιση και σε μικρότερο βαθμό από ιδιωτικές δαπάνες, δημιουργώντας μια εικόνα μικτού μοντέλου με στοιχεία Beveridge και Bismark (Οικονόμου Χ., 2012). Σε συνδυασμό με τις παραπάνω δαπάνες, μεγάλη σημασία έχει για την κατάσταση της υγείας των πολιτών το ποσοστό πληρωμών που προέρχεται κατευθείαν από τα νοικοκυριά, αλλά και η ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα επιχειρήθηκε –ύστερα από απαίτηση της Τρόικα– μία σειρά τροποποιήσεων στο νομοθετικό πλαίσιο στο χώρο της Υγείας με σκοπό τον εξορθολογισμό των δαπανών. Αρχίζει να υλοποιείται μια προσπάθεια μετατόπισης του δημόσιου χαρακτήρα του συστήματος υγείας που συζητιόταν και κατά τα προηγούμενα χρόνια (Níakas, 2013), με εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού μεταξύ των παρόχων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (Χλέτσος 2015).

Η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με το Ν. 3918/2011 αποτέλεσε προσπάθεια του εξορθολογισμού των αντιφάσεων του ελληνικού συστήματος υγείας, αφού ο οργανισμός αποτελεί το μοναδικό πλέον διαπραγματευτή και αγοραστή υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους. Πριν το 2011 πλήθος ασφαλιστικών ταμείων κάλυπταν τους ασφαλισμένους τους, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται –μεταξύ άλλων– ιδιαίτερες δυσκολίες κατά τη διαδικασία παρακολούθησης των αποζημιώσεων των δημόσιων Νοσοκομείων. Με το Ν. 4238/2014 ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα ενδυναμώθηκε και ο ΕΟΠΥΥ απέκτησε ρόλο αγοραστή υπηρεσιών από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα.

Παράλληλα, στην Ελλάδα λαμβάνονται στο πλαίσιο των μνημονίων και άλλα μέτρα μείωσης των εξόδων, όπως η θεσμοθέτηση ανώτατου ορίου μηνιαίας δαπάνης του ΕΟΠΥΥ προς ιδιώτες παρόχους (clawback), σε συνδυασμό με την επιβολή όρων έκπτωσης (rebate), αλλά και με την παράλληλη αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των φαρμάκων.

Η διακύμανση του ύψους της συνολικής δαπάνης υγείας της χώρας έχει πτωτική τάση στην περίοδο της κρίσης. Το ποσοστό της δαπάνης υγείας επί του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ), ενώ το 2012 ήταν (8,8%), στη συνέχεια παρουσίασε καμπή τόσο το 2014 (7,85%) όσο και το 2018 (7,72%).

Σε σχέση με το μέσο όρο των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σταθερά από το 2014 κι εφεξής η Ελλάδα έχει χαμηλότερο ποσοστό δαπανών υγείας επί του ετήσιου ΑΕΠ (Eurostat database 2020).

Πίνακας 1: Ετήσια ιδιωτική δαπάνη υγείας (ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης)

Έτος	Ελλάδα	ΕΕ (28)
2012	30,5	:
2013	34,1	:
2014	37,1	15,8
2015	36,8	15,8
2016	34,9	15,7
2017	35,1	15,8
2018	36,4	15,7

Πηγή: Eurostat database (2020)

Επίσης, όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα, παρατηρείται η μετακύληση της ευθύνης του κόστους των υπηρεσιών υγείας στην ιδιωτική σφαίρα που προέκυψε από την ανάγκη συγκράτησης των δημόσιων δαπανών στην περίοδο της κρίσης από επιλογές μέτρων δημοσιονομικής πολιτικής, χωρίς συνέπεια στο μακροπρόθεσμο σχεδιασμό του κάθε συστήματος. Η ιδιωτική δαπάνη υγείας, ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης, αυξήθηκε στην Ελλάδα σε ποσοστό 6,4% από το 2012 έως το 2018, ενώ στο μέσο όρο των χωρών της ΕΕ το αντίστοιχο ποσοστό έμεινε σταθερό.

Ως συνέπεια της κρίσης στην Ελλάδα σημειώθηκε αύξηση ακάλυπτου ασφαλιστικά πληθυσμού (με 2,5 εκατ. ανασφάλιστους), μείωση δημόσιων πόρων για την κάλυψη αναγκών και αύξηση ιδιωτικής δαπάνης υγείας, μείωση ποσοστών αποζημίωσης από τον ΕΟΠΥΥ, αύξηση ποσοστών συμμετοχής στα φάρμακα, αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών, περιορισμός παρεχόμενων υπηρεσιών, περιορισμός κοινής δέσμης παροχών ΕΟΠΥΥ, εκτός λίστας ακριβές εξετάσεις, πλαφόν επισκέψεων και φαρμακευτικής δαπάνης (Οικονόμου 2018).

Η αυξανόμενη φτώχεια και ανεργία, σε συνδυασμό με την επιβολή προστιθέμενων φόρων στα νοικοκυριά και τη μείωση των κοινωνικών δαπανών, αυξάνει τις ανισότητες πρόσβασης κι έχει σοβαρές επιπτώσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού (Pearson 2015).

Η Ελλάδα βρέθηκε λόγω της οικονομικής κρίσης με ένα τεράστιο χρηματοδοτικό κενό, καθώς στην περίοδο μετά το 2009 εκτιμάται ότι 2,5 εκατομμύρια εργαζόμενοι έχασαν τη δουλειά τους κι έμειναν ανασφάλιστοι, με

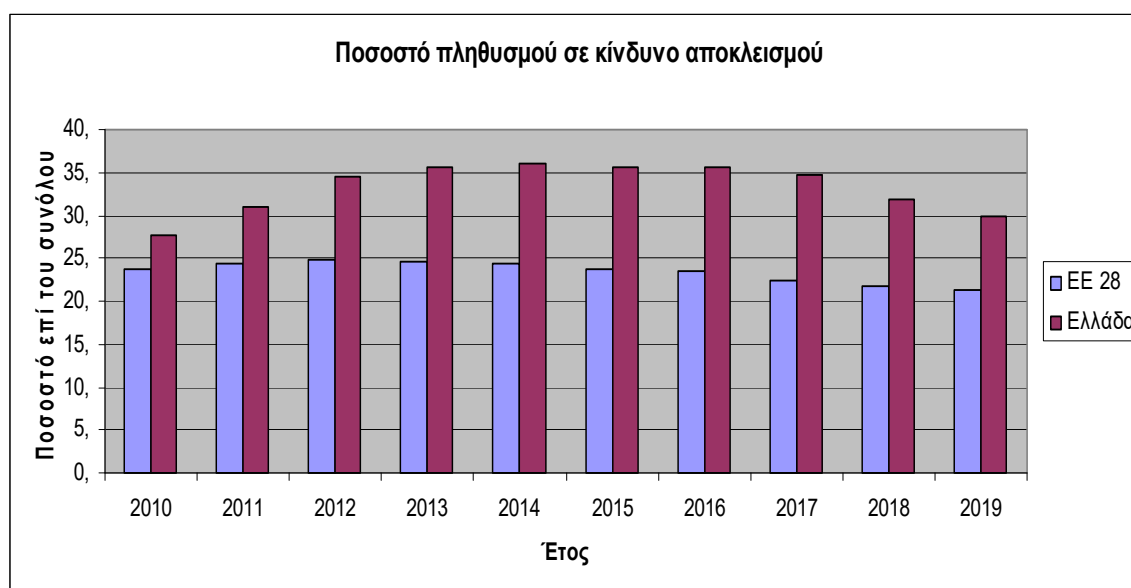
αποτέλεσμα να χάσουν το δικαίωμα πρόσβασης στο σύστημα παροχών υγείας. Αυτό αφορά όσους έμειναν άνεργοι για πάνω από δύο έτη και τα εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών τους, αλλά κι ένα μεγάλο αριθμό αυτοαπασχολούμενων που λόγω της κρίσης δεν ήταν σε θέση να καλύψουν τις ασφαλιστικές εισφορές. Το ζήτημα αυτό έγινε προσπάθεια να αντιμετωπιστεί με νομοθεσία του 2016 (ν.4368/2016), βάσει της οποίας, όλοι οι ανασφάλιστοι θα μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε δωρεάν υπηρεσίες υγείας μέσω του ΕΟΠΥΥ.

Η δαπάνη υγείας βρίσκεται σταθερά κάτω του μέσου όρου των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, γεγονός που, όταν συνδέεται με τον υψηλό αριθμό πληθυσμού κοντά στη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, δίνει αναλογικά αποτελέσματα στη μακροσκοπική μέτρηση των αναγκών υγείας που παραμένουν ακάλυπτες, είτε λόγω οικονομικής αδυναμίας είτε λόγω γεωγραφικής αδυναμίας πρόσβασης. Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν και αρκετές ανάγκες καλύφθηκαν από ιδιωτική δαπάνη των νοικοκυριών. Ταυτόχρονα το ύψος των δημόσιων δαπανών για την υγεία μειώνονταν.

Οι μεταρρυθμίσεις για τη συγκράτηση του κόστους της δημόσιας υγείας εντάθηκαν ιδιαίτερα στην Ελλάδα κατά την περίοδο της κρίσης, αφού στο πλαίσιο των μνημονιακών υποχρεώσεων της χώρας από το 2011 και μετά ελήφθησαν μέτρα ελέγχου των κρατικών δαπανών υγείας, αλλά και ενδυνάμωσης του ανταγωνισμού, με τον ιδιωτικό τομέα να κατοχυρώνεται ως βασικός πάροχος υπηρεσιών που λειτουργούν ανταγωνιστικά με τις υπηρεσίες του ΕΣΥ.

Στο Γράφημα 1 φαίνονται οι διακυμάνσεις του ποσοστού ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού σε σχέση με το σύνολο του πληθυσμού κάθε κράτους. Την περίοδο της οικονομικής κρίσης, και ιδιαίτερα μετά το 2012, στην Ελλάδα το ποσοστό είναι ιδιαίτερα υψηλό και πιο σοβαρό απ' ό,τι στο μέσο όρο των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Γράφημα 1: Ποσοστό πληθυσμού σε κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού

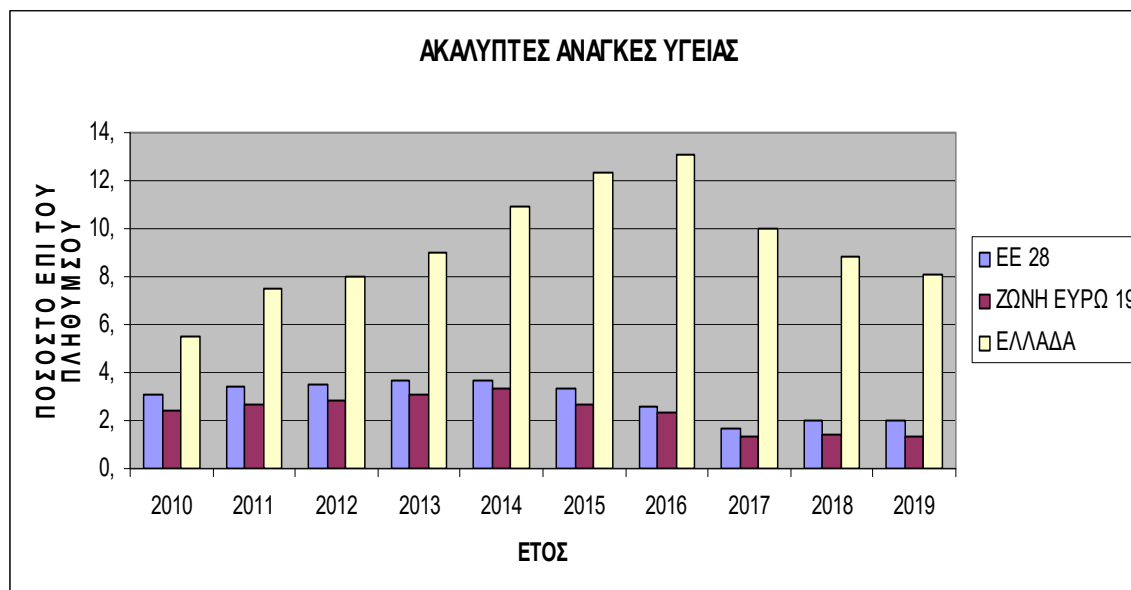


Πηγή : Ίδια διαμόρφωση (Data extracted on 14/06/2021 from ESTAT)

Ο κίνδυνος φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, αν εξεταστούν σε συνδυασμό με την αύξηση της ανάγκης για ιδιωτική δαπάνη υγείας, όπως παρουσιάστηκε παραπάνω (Πίνακας 1), φαίνεται να οδηγούν σε ανάγκες υγείας που μένουν ακάλυπτες (unmet health needs), για τις οποίες παρουσιάζονται στοιχεία ανά έτος στα Γραφήματα 2 και 3. Η διόγκωση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας (out of pocket payment) είναι ένας έμμεσος τρόπος να καταγραφεί η επιβάρυνση του νοικοκυριών με δαπάνες υγείας ως συνέπεια της αδυναμίας του δημόσιου συστήματος να ανταποκριθεί στην επαρκή και αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών.

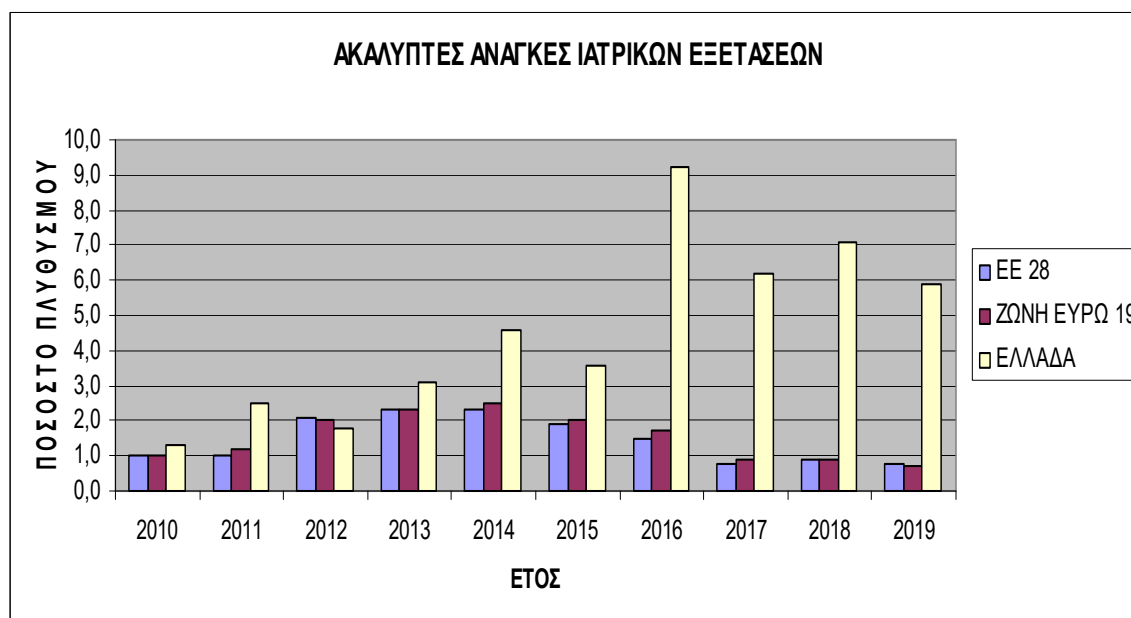
Η διακύμανση της καμπύλης αυξομείωσης του πληθυσμού που βρίσκεται στο όριο της φτώχειας με τις καμπύλες μέτρησης των ανισοτήτων πρόσβασης παρουσιάζουν ενδείξεις αναλογικότητας. Αντίστροφη αναλογικότητα παρατηρείται στη διακύμανση της καμπύλης των δαπανών για την υγεία και τη διακύμανση της καμπύλης καταγραφής των ακάλυπτων αναγκών υγείας

Γράφημα 2: Ακάλυπτες ανάγκες υγείας, ΕΕ-28, Ζώνη Ευρώ 19, Ελλάδα, Ποσοστό επί του πληθυσμού



Πηγή: Ίδια διαμόρφωση Eurostat database (2021) (Data extracted on 14/06/2021 from ESTAT)

Γράφημα 3: Ακάλυπτες ανάγκες Ιατρικών Εξετάσεων, ΕΕ-28, Ζώνη Ευρώ 19, Ελλάδα, Ποσοστό επί του πληθυσμού



Πηγή: Ίδια διαμόρφωση Eurostat database (2021) (Data extracted on 14/06/2021 from ESTAT)

Από τα γραφήματα φαίνεται ότι η Ελλάδα παρουσιάζει υψηλότερο ποσοστό ακάλυπτων αναγκών σε υγειονομική φροντίδα.⁵ Ο όρος Υγειονομική Φροντίδα εμπεριέχει όλες τις υπηρεσίες υγείας, ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες (διερευνητικές διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπευτικές αγωγές), με εξαίρεση την οδοντιατρική φροντίδα. Μάλιστα, η αυξομείωση του ποσοστού ακολουθεί αναλογικά την αυξομείωση του ποσοστού πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού (Γράφημα 1).

Παρόμοια καμπύλη προκύπτει και για καταγεγραμμένες ιατρικές εξετάσεις που δεν πραγματοποιήθηκαν λόγω οικονομικής δυσχέρειας (Γράφημα 3).

Τα παραπάνω μετρήθηκαν παράλληλα με τις χαμηλές ετήσιες δαπάνες υγείας ανά κάτοικο. Οι δαπάνες αυτές ήταν από το 2014 έως το 2018 ιδιαίτερα χαμηλές για την Ελλάδα και παρέμειναν χαμηλότερες από εκείνες του μέσου όρου των 28 κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η διακύμανση της καμπύλης της μακροσκοπικής μέτρησης των ακάλυπτων αναγκών (είτε λόγω οικονομικής αδυναμίας είτε λόγω γεωγραφικής αδυναμίας πρόσβασης) παρουσιάζει αναλογική σχέση. Όσο αυξάνονται οι δαπάνες για την υγεία κατ' άτομο, μειώνονται τα εμπόδια πρόσβασης και οι ακάλυπτες ανάγκες.

Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης οι συνολικές δαπάνες υγείας μειώθηκαν, αρκετές ανάγκες καλύφθηκαν από ιδιωτική δαπάνη των νοικοκυριών.

⁵ Τα παραπάνω στοιχεία προέρχονται από την έρευνα για τις ευρωπαϊκές στατιστικές εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης (EU-SILC) που περιέχει ενότητα για την υγεία, η οποία αποτελείται από 3 μεταβλητές για την κατάσταση της υγείας και 4 μεταβλητές για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη.

Οι μεταβλητές σχετικά με την κατάσταση της υγείας αντιπροσωπεύουν τη λεγόμενη Ελάχιστη Ευρωπαϊκή Κατάσταση Υγείας και μετρά μεταξύ άλλων (χρόνια νοσηρότητα, περιορισμός δραστηριότητας - αναπηρία), την Υγεία όπως την αντιλαμβάνεται ο πολίτης (*Self-perceived*).

Οι μεταβλητές σχετικά με τις ανεκπλήρωτες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη στοχεύουν σε δύο είδη υπηρεσιών: ιατρική περίθαλψη και οδοντιατρική περίθαλψη και αναφέρονται στην εκτίμηση του ίδιου του ερωτώμενου για το αν χρειαζόταν τον αντίστοιχο τύπο εξέτασης ή θεραπείας αλλά δεν το είχε και, αν ναι, ποιος ήταν ο κύριος λόγος να μην το έχει.

Οι ανάγκες αυτές αφορούν την αντίληψη του ίδιου του ατόμου για το κατά πόσο χρειαζόταν ιατρική εξέταση ή υγειονομική φροντίδα οποιασδήποτε φύσης που δεν την αναζήτησε για έναν από τους ακόλουθους λόγους: οικονομική αδυναμία, λίστα αναμονής, απομακρυσμένη γεωγραφική θέση από το σημείο παροχής υπηρεσιών υγείας. Όλοι οι δείκτες εκφράζονται ως ποσοστά εντός του πληθυσμού για ανάγκες υγείας που δεν καλύφθηκαν λόγω γεωγραφικής απόστασης ή/και λόγω υψηλού κόστους.

Όσοι πολίτες στην Ελλάδα δεν μπορούσαν να ανταπεξέλθουν στο κόστος της ιδιωτικής υγείας, στράφηκαν στο δημόσιο τομέα.

Οι κοινωνικές ανισότητες (οικονομικές, εκπαιδευτικές, γεωγραφικές κλπ.) δημιουργούν σοβαρό υπόβαθρο για την υποβάθμιση του επιπέδου υγείας των πολιτών και τη μεγέθυνση των αναγκών υγείας που μένουν ακάλυπτες (Pickett and Wilkinson, 2009). Τα επίπεδα θνησιμότητας και νοσηρότητας των αστέγων είναι σαφώς υψηλότερα σε σύγκριση με το μέσο όρο του πληθυσμού (Fazel, 2014, Aldridge, 2017).

Σε γενικές γραμμές, στην περίοδο της κρίσης οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας και οι δαπάνες των νοικοκυριών είναι συνεχώς αυξανόμενες, γεγονός που καταδεικνύει κενά, ελλείψεις και αναποτελεσματικότητα, αφού δεν έχουν εξαλειφθεί οι ανισότητες και τα εμπόδια πρόσβασης (οικονομικά, γεωγραφικά, κοινωνικά). Αρκετές ανάγκες υγείας παραμένουν ακάλυπτες (Eurostat data, 2021), γεγονός που αποκαλύπτει περαιτέρω ζητήματα αναποτελεσματικότητας, καθώς δεν πληρούνται οι βασικές αρχές που είναι η καθολική και ισότιμη κάλυψη.

Ο κίνδυνος φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού, αν εξεταστούν σε συνδυασμό με την ανάγκη για ιδιωτική δαπάνη υγείας που προκαλεί η υποχρηματοδότηση του ΕΣΥ και η μείωση της δημόσιας δαπάνης υγείας, οδηγούν σε ανάγκες υγείας που μένουν ακάλυπτες (unmet health needs). Το κενό αυτό κλήθηκαν να καλύψουν οι τοπικές συλλογικότητες (θεσμικές ή μη) με τη δημιουργία δομών υγείας, στην αρχή άτυπα και στη συνέχεια με ολοένα και πιο οργανωμένο τρόπο, με ταυτόχρονα βήματα προς τη θεσμική κατοχύρωση.

4. Ερευνητικά ερωτήματα και μέθοδος διερεύνησής τους

Από τη βιβλιογραφική επισκόπηση του θεωρητικού πλαισίου και των μεταβολών που σημειώθηκαν στον τομέα της υγείας μετά το 2008, προκύπτουν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα σε σχέση με τον τρόπο και το βαθμό στον οποίο υλοποιούνται πολιτικές με χαρακτήρα προνοιακού πλουραλισμού στην Ελλάδα:

1) Είναι σε θέση το σύστημα Υγείας και Πρόνοιας να καταγράψει και να ανταποκριθεί στις διαστάσεις των ανισοτήτων στην υγεία στην Ελλάδα σήμερα, μειώνοντας τα εμπόδια πρόσβασης;

2) Η εμπλοκή των φορέων Τοπικής Αυτοδιοίκησης των κοινωνικών επιχειρήσεων των ΜΚΟ και συλλογικοτήτων υποστηρίζει αποτελεσματικά την όλη διαδικασία αντιμετώπισης του θέματος και σε ποιο βαθμό; Ποια η στάση του κράτους απέναντι σε μη θεσμοθετημένες προσπάθειες υποστηρικτικών παρεμβάσεων;

3) Είναι σε θέση το σύστημα Υγείας να καταγράψει, να αξιολογήσει και να συντονίσει το έργο όλων των εμπλεκόμενων δομών υπηρεσιών και των δράσεων;

Η μεθοδολογική προσέγγιση στηρίχτηκε:

Σε περαιτέρω εξειδικευμένη (σε σχέση με τα ερευνητικά ερωτήματα) επισκόπηση της βιβλιογραφίας και της αρθρογραφίας.

Σε καταγραφή και ανάλυση κειμένων πολιτικής, εκθέσεων και αρχειακού υλικού των αρμόδιων Υπηρεσιών αλλά και άλλων φορέων των οποίων το αντικείμενο σχετίζεται με το θέμα των δικαιωμάτων του πολίτη στην Υγεία

Σε συλλογή στοιχείων από βάσεις δεδομένων Διεθνών και Κρατικών οργανισμών (Ευρωπαϊκή Ένωση, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία κλπ.).

Στην καταγραφή και ανάλυση νομοθετικών κειμένων, εγκυκλίων, αποφάσεων και πράξεων της Διοίκησης όπως ετήσιοι προγραμματισμοί και σχέδια δράσης, εκθέσεις αξιολόγησης δράσεων και προγραμμάτων. Η εξέλιξη της νομοθεσίας επί της συγκεκριμένης θεματικής καθώς και οι ενέργειες και αποφάσεις της Διοίκησης δείχνουν κάθε φορά στην πράξη τις αξιακές αρχές της εκάστοτε κοινωνικής πολιτικής, αλλά και τις προθέσεις και τις δυνατότητες του συστήματος να υπηρετήσει τις αρχές αυτές.

Τα τελευταία χρόνια έγιναν στη νομοθεσία αρκετές αναφορές στις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, σε μια προσπάθεια μείωσης των ανισοτήτων και των εμποδίων πρόσβασης τους στις Υπηρεσίες Υγείας. Οργανώθηκαν για το σκοπό αυτό και νέες

υπηρεσίες (κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κατ' οίκον νοσηλεία κλπ.) ή τονώθηκε ο ρόλος επαγγελματιών υγείας που δραστηριοποιούνται στην κοινότητα (οικογενειακός ιατρός, διαμεσολαβητές υγείας, συντονιστές υγείας, επισκέπτες υγείας κλπ.) .

Δεδομένου ότι κεντρικό ρόλο στη διαχείριση των εμποδίων πρόσβασης στο σύστημα υγείας έχει η λειτουργία των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, καθώς αυτές έχουν την αρμοδιότητα για κάθε ζήτημα υγείας και πρόληψης που δεν χρήζει νοσοκομειακής φροντίδας, δίνεται ειδική έμφαση στα εν λόγω ζητήματα. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οφείλει να αποτελεί, μεταξύ άλλων, ταυτόχρονα πύλη και πλοηγό για το σύστημα υγείας, αντιμετωπίζοντας σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο τα περιστατικά και παραπέμποντας, όπου είναι αναγκαίο, σε εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες.

Οι δομές πρωτοβάθμιας είναι επιφορτισμένες μεταξύ άλλων με αρμοδιότητες παρακολούθησης και υλοποίησης δράσεων πρόληψης ασθενειών, ενημέρωσης και δημόσιας υγείας, συμπεριλαμβανομένων των εμβολιασμών, του οικογενειακού προγραμματισμού, του θηλασμού, της περιγεννητικής φροντίδας και γενικότερα των θεμάτων υγείας ειδικότερων κατηγοριών πληθυσμού (ΑμεΑ, ηλικιωμένοι, παιδιά κλπ.). Σε κάθε περίπτωση, οι δομές ΠΦΥ αποτελούν το σημείο πρώτης επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας και καλούνται να διευκολύνουν την πρόσβαση και την πλοήγησή του σε αυτό.

5. Νομοθετικές και διοικητικές παρεμβάσεις με χαρακτήρα προνοιακού πλουραλισμού και οι επιπτώσεις τους στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας

Στην προσπάθεια καταγραφής των εμποδίων πρόσβασης των ευάλωτων ομάδων στις Υπηρεσίες Υγείας, αλλά και της σταδιακής εισροής νέων δρώντων (παρόχων υγείας) προερχόμενων είτε από την Κοινωνία των πολιτών είτε από τον αμιγή ιδιωτικό τομέα, δεν μπορεί να μη δοθεί έμφαση στις βασικές νομοθετικές τροποποιήσεις που με τις διατάξεις τους εισήγαγαν και εγκαθίδρυσαν σταδιακά το ρόλο των ιδιωτών και των λοιπών φορέων της Αγοράς και της Κοινωνίας των πολιτών.

Παρακάτω επιχειρείται η παρουσίαση των σημείων εκείνων της νομοθεσίας⁶, από το 2014 μέχρι σήμερα, στα οποία γίνονται αναφορές: α) στη διαχείριση των προβλημάτων πρόσβασης των ευάλωτων ομάδων και β) στη νομιμοποίηση της εμπλοκής στην όλη διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας φορέων και δρώντων που προέρχονται και δραστηριοποιούνται στην ευρύτερη αγορά υγείας, είτε ως ιδιώτες είτε ως σύλλογοι και οργανώσεις μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Τα σημαντικά σημεία δημιουργίας δυνατοτήτων πρόσβασης είναι: α) Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού που ενταγμένος στους Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καλείται θεωρητικά να διευκολύνει την πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα Υγείας, αποτελώντας μεταξύ άλλων και ένα είδος πλοηγού σε αυτό μέσω της δυνατότητας παραπομπής σε άλλες πιο εξειδικευμένες Υπηρεσίες Υγείας, όταν διαπιστωθεί η ανάγκη. Επίσης η γειτνίαση του οικογενειακού γιατρού με τους ασθενείς, αφού τα ιατρεία είναι τοπικά προσδιορισμένα, και η εξοικείωση των ασθενών με έναν επιστήμονα που παρακολουθεί το ιατρικό τους ιστορικό, διευκολύνει τη δυνατότητα αντιμετώπισης των ιατρικών αναγκών. β) Η δημιουργία Κινητών Μονάδων, οι οποίες αναλαμβάνουν το ρόλο της πρόληψης και της προαγωγής υγείας σε μέρη όπου δεν υπάρχουν δομές υγείας και οι κάτοικοι για γεωγραφικούς ή άλλους λόγους δυσκολεύονται να προσεγγίσουν σε σχετικές υπηρεσίες. Η λειτουργία των Κινητών Μονάδων στοχεύει επίσης στην αντιμετώπιση προβλημάτων κατηγοριών πληθυσμού με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ευαλωτότητας (ηλικιωμένοι, χρήστες ουσιών, πρόσφυγες κλπ.).

⁶ Η νομοθεσία έχει επιλεγεί μετά από παρακολούθηση και αρχαική έρευνα: α) των δημοσιευμένων σχετικών αποφάσεων της Διοίκησης (www.diangeia.gr) στις οποίες γίνεται αναφορά και β) των τροποποιήσεων και αλλαγών αυτής στο Εθνικό Τυπογραφείο και στη βάση www.nomos.gr

α. Διαχείριση της πρόσβασης για ανασφάλιστους

Η μείωση των δυνατοτήτων πρόσβασης συνδέονται με τα δημόσια ελλείμματα και την εφαρμογή πολιτικών λιτότητας και περικοπής των δημόσιων δαπανών. Τα υψηλά ποσοστά ανεργίας οδήγησαν σε αύξηση του αριθμού ανασφάλιστων, ενώ οι μειώσεις των δαπανών κοινωνικής προστασίας οδήγησαν ιστορικά σε επιδείνωση των δεικτών υγείας και ανεπαρκή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης Κ., Παπαδονικολάκη Τζ., Παπαγεωργίου Μ., Οικονόμου Μ., 2018).

Το 2013, υπήρχαν κατά προσέγγιση 2,5 εκατ. ανασφάλιστοι πολίτες, για τους οποίους σχεδιάστηκε το πρόγραμμα «Εισιτήριο ελεύθερης πρόσβασης - Health Voucher». Το εν λόγω πρόγραμμα απευθυνόταν σε πολίτες που είχαν χάσει την ασφαλιστική τους κάλυψη, καθώς και τα προστατευόμενα μέλη της οικογένειάς τους, που ήταν άνεργοι περισσότερο από δύο έτη και τους παρείχε ελεύθερη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και περιορισμένο αριθμό επισκέψεων σε ιατρούς και εγκαταστάσεις του ΕΣΥ. Το voucher είχε διάρκεια τεσσάρων μηνών χωρίς, δυνατότητα ανανέωσης και για έως τρεις επισκέψεις, ενώ για τις εγκύους η διάρκειά του ήταν έως εννέα μήνες. Αν και η αρχική πρόβλεψη ήταν ότι το πρόγραμμα θα κάλυπτε 230.000 ανασφάλιστους πολίτες για το χρονικό διάστημα 2013-2014, η έκδοση μικρού αριθμού vouchers καθιστά αμφίβολη την επιτυχία του (Economou C., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A., 2017). Ο βραχύβιος σχεδιασμός του όλου προγράμματος, τόσο από άποψη παροχών αλλά κυρίως από την πλευρά της χρονικής διάρκειας αυτού, καταδεικνύει την απουσία της αναγκαίας κοινωνικής αλληλεγγύης και συνοχής (Νιάκας, 2014) σε μια χρονική στιγμή που η ελληνική κοινωνία και οικονομία έχει εισέλθει σε βαθιά ύφεση.

Με την έκδοση της Υ4α/ΓΠ/οικ. 48985/03-06-2014 ΚΥΑ7, προστίθενται στους δικαιούχους δωρεάν νοσοκομειακής περίθαλψης και άλλες δύο κατηγορίες πολιτών που αφορούν κυρίως αυτούς που έχουν απολέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω οφειλών και πολίτες μόνιμα και νόμιμα διαμένοντες στην Ελλάδα που στερούνται των προϋποθέσεων έκδοσης βιβλιαρίου ανασφαλιστού και δεν είναι ασφαλισμένοι σε κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα. Για την έγκριση της δαπάνης και

⁷ Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, «Τροποποίηση και συμπλήρωση της υπ' αριθμ. 139491/2006 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 1747/τ.Β'), «Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών», ΦΕΚ 1465/Β/05-06-2014.

την παροχή δωρεάν νοσοκομειακής περίθαλψης, είτε πρόκειται για τακτική είτε για έκτακτη κατάσταση, προβλέφθηκε η συγκρότηση τριμελών επιτροπών σε κάθε νοσοκομείο του ΕΣΥ για τη διαπίστωση των προϋποθέσεων του σχετικού κανονιστικού πλαισίου και την εισήγηση στη διοίκηση του νοσοκομείου για την κάλυψη της προκαλούμενης δαπάνης.

Με επόμενη ΚΥΑ με αρ. πρωτ. 56432/28-06-2014⁸ γίνεται για πρώτη φορά αναφορά στο προκαλούμενο κόστος της εν λόγω παροχής. Στο σημείο 3 του προοιμίου της ΚΥΑ αναφέρεται ότι το προκαλούμενο κόστος της παροχής υπολογίζεται ότι δεν υπερβαίνει τα 340.000.000€ και επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και του ΕΟΠΥΥ. Με την υπό μελέτη νέα ΚΥΑ επαναλαμβάνονται οι νέες κατηγορίες ανασφάλιστων της ΚΥΑ Υ4α/ΓΠ/οικ.48985/03-06-2014 και εν συνεχεία αναλύεται ο τρόπος συνταγογράφησης και λήψης φαρμάκων από αυτές τις κατηγορίες των πολιτών. Σημειώνεται ότι η συνταγογράφηση φαρμάκων πραγματοποιείται αποκλειστικά και μόνον από ιατρούς των νοσοκομείων του ΕΣΥ και των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.ΔΥ. Η δε συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη αντιστοιχεί πλήρως με τη συμμετοχή που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι.

Ο ν. 4238/2014 παρουσιάζει το ενδιαφέρον ότι, ενώ αναφέρονται στο προοίμιο ως θεμελιακές οι αρχές της ισοτιμίας και της καθολικότητας στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες, στην ουσία κάνει λόγο μόνο για τους πολίτες που διαθέτουν ασφαλιστική ικανότητα, ενώ δε γίνεται καμία αναφορά σε όσους δεν την διαθέτουν (λόγω μακροχρόνιας ανεργίας, εκκρεμούσας πολιτογράφησης κλπ.). Το περιεχόμενο των Υπηρεσιών θα παρέχεται μόνο σε όσους είναι ασφαλισμένοι και οι δαπάνες θα καλύπτονται από τον –νεοσύστατο τότε– ΕΟΠΥΥ. Αυτό είχε ήδη καθοριστεί άλλωστε από το 2012 με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΟΠΥΥ (α.3 και α.4 του ν.3054/2012): *«Στις ρυθμίσεις των διατάξεων του παρόντα Κανονισμού υπάρχουν οι άμεσα ασφαλισμένοι των Κλάδων Υγείας των ασφαλιστικών οργανισμών, που εντάσσονται στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3918/2011, καθώς και τα μέλη οικογενείας τους, σύμφωνα με τα οριζόμενα στους επί μέρους κανονισμούς αυτών (...) ασφαλιστική ικανότητα και η απόκτηση δικαιώματος στις παροχές*

⁸ Κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Εργασίας,

Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, «Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα φαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών», ΦΕΚ 1753/Β/28-06-2014.

υγειονομικής περίθαλψης αποδεικνύεται με βιβλιάριο υγείας, που εκδίδεται μετά από αίτηση του ασφαλισμένου στον ασφαλιστικό του φορέα. Η ασφαλιστική ικανότητα για παροχή περίθαλψης και χορήγησης βιβλιαρίου υγείας αποκτάται, σύμφωνα με τα οριζόμενα στους επί μέρους κανονισμούς των Κλάδων ή Τομέων Υγείας των Φ.Κ.Α., καθώς και του Ο.Π.Α.Δ. που εντάχθηκαν ή εντάσσονται στο Ε.Ο.Π.Υ.Υ., σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία...».

Δεδομένου ότι εδώ γίνεται λόγος για μία χρονική περίοδο εξέλιξης της οικονομικής κρίσης με πολλαπλές κοινωνικές συνέπειες (διόγκωση της ανεργίας και των φαινομένων φτώχειας), η σιωπηρή παράλειψη νομοθετικής πρόβλεψης για την ιατροφαρμακευτική κάλυψη των ανασφαλιστών είναι επόμενο πως δημιούργησε κενό και αμηχανία τις Υπηρεσίες Υγείας. Το κενό αυτό επιχειρήθηκε να καλυφθεί με τις διατάξεις του ν. Ν.4368/2016.

Σύμφωνα με το άρθρο 33 περί «Υγειονομικής κάλυψης ανασφαλιστών και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων» ορίζεται ότι: «Ανασφάλιστοι και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (...) έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης πρόσβασης στις Δημόσιες Δομές Υγείας και δικαιούνται νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης... Η νοσηλευτική περίθαλψη παρέχεται μέσω των Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 (Α' 254), των εποπτευόμενων και επιχορηγούμενων από το Υπουργείο Υγείας νοσηλευτικών ιδρυμάτων, των εποπτευόμενων και επιχορηγούμενων από το Υπουργείο Υγείας Ν.Π.Ι.Δ., των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του ν. 2716/1999 (Α' 96), των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, των εποπτευόμενων και επιχορηγούμενων από το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων Νοσοκομείων, των Δημοτικών Ιατρείων, καθώς και μέσω των εποπτευόμενων από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ιδρυμάτων αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας. Η φαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται από τα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικά φαρμακεία. Φάρμακα υψηλού κόστους, που εμπίπτουν στο πλαίσιο της παρ. 2 του άρθρου 12 του ν. 3816/2010 (Α'6), παρέχονται αποκλειστικά από τα φαρμακεία των Νοσοκομείων και του ΕΟΠΥΥ».

Στην παρ. 2 του ίδιου άρθρου περιγράφονται αναλυτικά οι κατηγορίες που εντάσσονται στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες ως εξής: α) οι μη άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένοι Έλληνες πολίτες ή ελληνικής καταγωγής ομογενείς, οι πολίτες κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και λοιπών τρίτων χωρών οι οποίοι διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής στην Ελλάδα, καθώς και τα μέλη των οικογενειών (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα) όλων των προαναφερομένων, β) οι

εγγεγραμμένοι στα Μητρώα ασφαλιστικών ταμείων της χώρας και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα), οι οποίοι έχουν απολέσει τις ασφαλιστικές τους καλύψεις λόγω οφειλών και δε δικαιούνται παροχές υγείας, γ) τα πρόσωπα των παρακάτω κατηγοριών, ανεξαρτήτως του νομικού καθεστώτος στο οποίο βρίσκονται και της κατοχής νομιμοποιητικών εγγράφων παραμονής στη χώρα: i) ανήλικοι έως 18 ετών, ii) γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης, iii) άτομα με αναπηρία που φιλοξενούνται σε δομές των Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας ή σε Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης ή σε Στέγες Αυτόνομης Διαβίωσης για άτομα με αναπηρίες ή άλλα Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα, iv) άτομα που φιλοξενούνται σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας του ν. 2716/1999 (Α'96), v) άτομα που φιλοξενούνται σε όλες τις θεραπευτικές δομές των εγκεκριμένων οργανισμών θεραπείας του ν. 4139/2013 (Α'74) ή παρακολουθούνται στους ίδιους οργανισμούς ως εξωτερικοί ασθενείς, vi) οι κρατούμενοι σε φυλακές, οι φιλοξενούμενοι σε ιδρύματα αγωγής ανηλίκων και σε στέγες φιλοξενίας ανηλίκων των εταιρειών ανηλίκων (Ν.Π.Δ.Δ.) και οι τελούντες σε καθεστώς διοικητικής κράτησης, vii) όσοι παρέχουν κοινωφελή εργασία στο πλαίσιο έκτισης ποινής ή ως αναμορφωτικό μέτρο, viii) άτομα με αναπηρία 67% και πάνω και άτομα που η κατάσταση της υγείας τους απαιτεί νοσηλεία ή χρειάζονται συνεχή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ή αποκατάσταση λόγω δυσίατων ή χρόνιων ή ανίατων ή σπάνιων νοσημάτων παθήσεων και τα άτομα λοιπών χρόνιων νοσημάτων, εφόσον το χρόνιο νόσημα βεβαιώνεται από ιατρικές γνωματεύσεις..., ix) οι δικαιούχοι διεθνούς προστασίας (αναγνωρισμένοι πρόσφυγες και δικαιούχοι επικουρικής προστασίας) και οι ανιθαγενείς και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα) είτε είναι κάτοχοι άδειας διαμονής σε ισχύ είτε εκκρεμεί η έκδοση απόφασης επί αιτήσεως ανανέωσης του καθεστώτος διεθνούς προστασίας..., x) όσοι διαμένουν στην Ελλάδα με καθεστώς παραμονής για ανθρωπιστικούς ή εξαιρετικούς λόγους και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα) από την ημερομηνία εκδήλωσης της βούλησης υποβολής αιτήματος διεθνούς προστασίας..., xi) αιτούντες διεθνούς προστασίας και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα) από την ημερομηνία εκδήλωσης της βούλησης υποβολής αιτήματος διεθνούς προστασίας..., xii) θύματα των εγκλημάτων των άρθρων 323, 323Α, 349, 351 και 351Α του Ποινικού Κώδικα (σύμφωνα με το π.δ. 233/2003 (Α'233), που είναι ανασφάλιστοι...».

Με άλλα λόγια, οι ρυθμίσεις του Ν. 4368/2016 συμπεριέλαβαν στην ιατροφαρμακευτική κάλυψη και όσους μέχρι τότε δεν ήταν δικαιούχοι Αριθμού

Μητρώου κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) ή δεν είχαν ασφαλιστική ενημερότητα ή δε διέθεταν νομιμοποιητικά έγγραφα παραμονής στην Ελλάδα υπό την προϋπόθεση ότι είχαν υποβάλει αίτηση για την παραμονή τους. Διασφαλίστηκε η πρόσβασή τους σε όλες τις δημόσιες δομές Υπηρεσιών Υγείας, ενώ οι δαπάνες ορίστηκε να καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ.

Με την εγκύκλιο υπό στοιχεία Α3γ/Γ.Π. οικ. 53790/15-07-2016⁹ οι δικαιούχοι πρώην κάτοχοι ατομικού βιβλιαρίου οικονομικά αδυνάμου ή ανασφάλιστου, ανασφάλιστοι που πληρούν τα εισοδηματικά κριτήρια και μέλη των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, εξαιρούνται της υποχρέωσης καταβολής του ενός ευρώ ανά συνταγή υπέρ του ΕΟΠΥΥ κατά την εκτέλεση της συνταγής τους. Παράλληλα, διευκρινίζεται ότι οι δικαιούχοι θα λαμβάνουν τα ψυχιατρικά και νευρολογικά φάρμακά τους αποκλειστικά από τα φαρμακεία των δημόσιων νοσοκομείων, προκειμένου να διασφαλίζεται η απρόσκοπτη συνέχεια της φαρμακευτικής τους αγωγής. Οι ανασφάλιστοι δικαιούχοι μηδενικής συμμετοχής, σε περίπτωση υποβολής ποσοστού συμμετοχής στη συνταγογράφηση, ενημερώνονται για το δικαίωμα υποβολής ένστασης στην Υπηρεσία Πρόνοιας του δήμου κατοικίας τους εντός προθεσμίας 15 ημερών από την αναγραφόμενη ημερομηνία στη συνταγή. Κατόπιν έγκρισης από την Υπηρεσία Πρόνοιας του Δήμου, ο δικαιούχος θα πρέπει να απευθυνθεί εκ νέου στον ιατρό για την ορθή έκδοση της συνταγής. Παράλληλα, οι γιατροί που συνταγογραφούν θα πρέπει να ενημερώνουν τους δικαιούχους για ενδεχόμενες επιβαρύνσεις που θα επιφέρει η χορήγηση φαρμάκων με λιανική τιμή μεγαλύτερη από την τιμή αποζημίωσης, καθώς και για τη δυνατότητα συνταγογράφησης θεραπευτικά ισοδύναμων φαρμάκων χωρίς επιπλέον επιβαρύνσεις. Τέλος, με την εγκύκλιο ζητείται από τις Διοικήσεις των νοσοκομείων και των δομών ΠΦΥ να διευκολύνουν με κάθε πρόσφορο μέσο την πρόσβαση των δικαιούχων στην αναγκαία υγειονομική φροντίδα, μέχρι την εφαρμογή του συστήματος χορήγησης της Κ.Υ.Π.Α.

Το γεγονός ότι έως σήμερα δεν έχει υλοποιηθεί η έκδοση της Κ.Υ.Π.Α. αποτελεί το μοναδικό ίσως τρωτό σημείο της εν γένει ρύθμισης. Η κατάργηση των Επιτροπών του 2014, που ουσιαστικά δημιουργούσε γραφειοκρατικά εμπόδια στην πρόσβαση των ανασφάλιστων στο σύστημα υγείας, αλλά και η διεύρυνση των

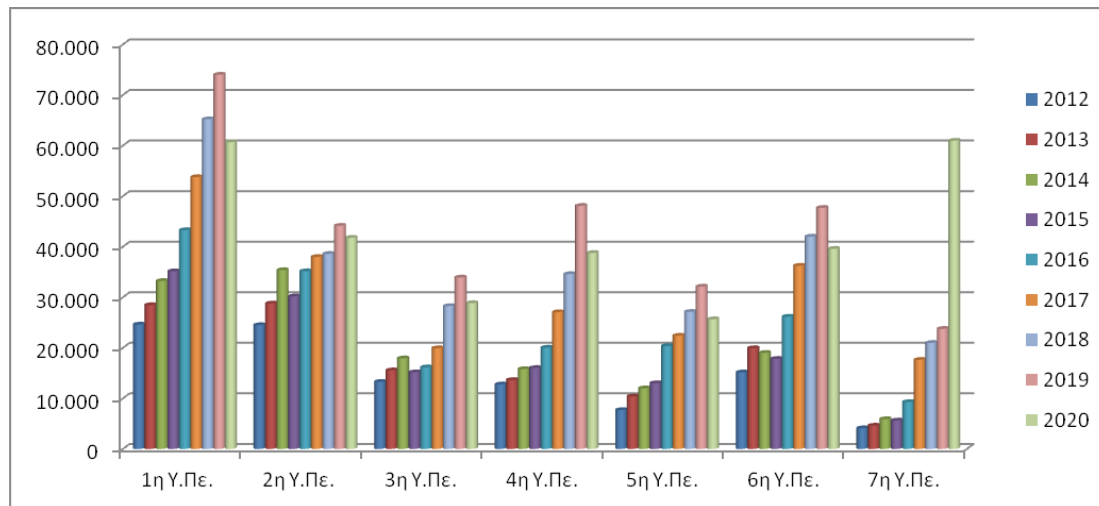
⁹ Εγκύκλιος Α3γ/Γ.Π.οικ. 53790/15-07-2016, «Φαρμακευτική κάλυψη των ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.», ΑΔΑ: Ω915465ΦΥΟ-ΝΥΙ.

παροχών τόσο σε νοσηλευτικό, φαρμακευτικό όσο και διαγνωστικό επίπεδο αποτελούν ισχυρές ενδείξεις των προθέσεων της πολιτείας να συνδράμει ουσιαστικά τους ανασφάλιστους και τα μέλη των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων.

Αν και αναμενόταν η αποτελεσματική στήριξη των ανασφάλιστων πολιτών από το ανωτέρω πλαίσιο, η πρόβλεψη για συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη με όρους ισοδύναμους με τους ασφαλισμένους δυσκόλεψε την πρόσβαση στην αναγκαία φαρμακευτική περίθαλψη των ατόμων με χαμηλό εισόδημα. Επιπλέον, η έλλειψη σαφών οδηγιών από το Υπουργείο Υγείας για την εφαρμογή του προαναφερόμενου πλαισίου (Economou C, Kaitelidou D., Katsikas D., Siskou O., Zafiropoulou M 2014) δημιούργησε πρόσθετα γραφειοκρατικά εμπόδια στους ανασφάλιστους, αδυνατώντας τελικά να τους στηρίξει τη δεδομένη δύσκολη συγκυρία.

Από τα στοιχεία της ηλεκτρονικής πλατφόρμας του BI-Forms του Συστήματος Επιχειρηματικής Ευφυΐας ΕΣΥ (BI-Health) του Υπουργείου Υγείας λαμβάνεται το ακόλουθο γράφημα εξέλιξης του πλήθους των ανασφάλιστων που νοσηλεύθηκαν σε δομές για λήψη υπηρεσιών υγείας.

Γράφημα 4, Αριθμός νοσηλευθέντων ανασφάλιστων ανά Υ.Πε.

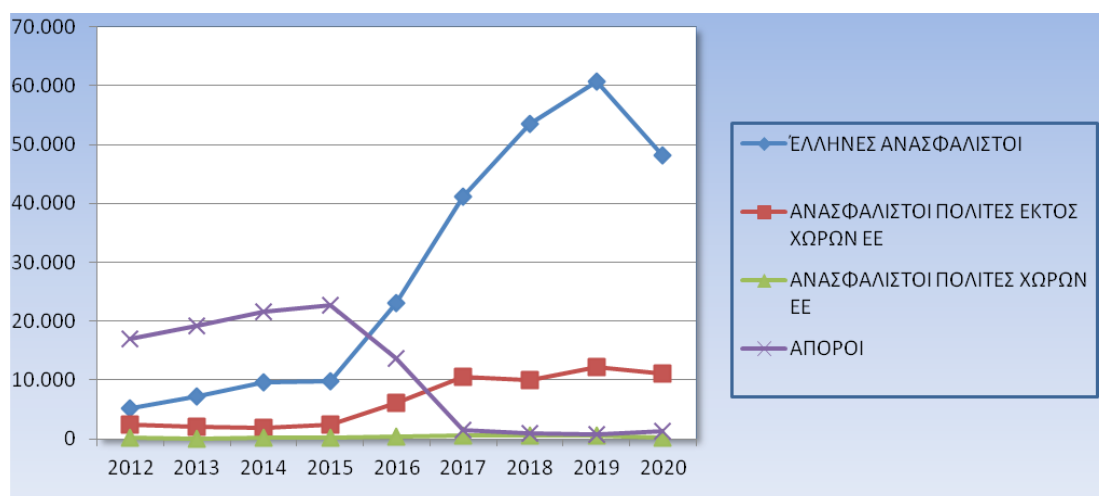


(Στοιχεία BI Health).

Από τη μελέτη του ανωτέρω γραφήματος προκύπτει το συμπέρασμα ότι η μεγαλύτερη προσέλευση σημειώνεται στα νοσοκομεία της 1^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας (Υ.Πε.), στην οποία καταγράφεται συνεχής αύξηση του αριθμού των ανασφάλιστων. Μελετώντας τα δεδομένα για την 1^η Υ.Πε., καθώς αποτελεί την Υ.Πε. με τον μεγαλύτερο αριθμό νοσοκομείων αλλά και πληθυσμού αναφοράς,

παρατηρούμε μια συνεχή αύξηση των Ελλήνων ανασφάλιστων πολιτών από το 2015 – 2019, η οποία σαφώς αποδίδεται στην συνεχιζόμενη οικονομική κρίση. Η κάμψη στις καταχωρήσεις των άπορων αποδίδεται στο νέο πλαίσιο που διαμορφώθηκε με τον ν. 4368/2016, και συνεπώς πλέον οι άποροι καταγράφονται ως ανασφάλιστοι στο ΒΙ. Από την άλλη, το πλήθος των ανασφάλιστων αλλοδαπών πολιτών παρουσιάζει ιδιαίτερη διακύμανση, αποδεικνύοντας τη συνέχεια των παροχών από το ελληνικό εθνικό σύστημα υγείας προς αυτές τις ομάδες.

Γράφημα 5 : Αριθμός ανασφάλιστων στην 1^η Υ.Πε. για τα έτη 2012-2020



(Στοιχεία BI Health,).

Πίνακας 2: Περιστατικά οικονομικά αδύναμων/ανασφάλιστων στις δημόσιες δομές ΠΦΥ

	health Voucher	Έλληνες Με Βιβλιάριο Οικονομικής Αδυναμίας	Έλληνες Χωρίς Βιβλιάριο Οικονομικής Αδυναμίας	Αλλοδαποί Με Βιβλιάριο Οικονομικής Αδυναμίας	Αλλοδαποί Χωρίς Βιβλιάριο Οικονομικής Αδυναμίας	Πολικοί Πρόσφυγες	ΣΥΝΟΛΟ
2017	8.340	68.354	184.841	8.404	35.150	8.738	313.827
2019	16.906	98.022	320.446	11.426	45.636	16.261	508.697
2021	12.647	76.794	280.019	10.123	31.490	7.744	418.817

Πηγή: Υπουργείο Υγείας, Δνση ΠΦΥ (BI Health, 2022) (ίδια διαμόρφωση)

Στον Πίνακα (2) αποτυπώνεται το σύνολο των περιστατικών οικονομικά αδύναμων/ανασφάλιστων που προσήλθαν στις δημόσιες δομές Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας για τα έτη 2017, 2019 και 2021. Από τα στοιχεία προκύπτει ότι το σύνολο των περιστατικών αυξήθηκε και μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός της οικονομικής κρίσης, αφού η κύρια αύξηση αφορά τον διπλασιασμό των περιστατικών Ελλήνων πολιτών. Επίσης, σημειώθηκε διπλασιασμός των προσφύγων το έτος 2019 λόγω των προσφυγικών εισροών κατά τη συγκεκριμένη περίοδο.

β. Νομοθετικές οργανωτικές και διοικητικές παρεμβάσεις με χαρακτήρα κοινωνικού πλουραλισμού

Στο πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και των Υγειονομικών Περιφερειών λειτουργούν 2.104 δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε όλη την Ελληνική επικράτεια (ΕΛΣΤΑΤ 2020). Στις δομές αυτές συμπεριλαμβάνονται τα Κέντρα Υγείας, οι τοπικές μονάδες υγείας, τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, τα περιφερειακά ιατρεία, τα τοπικά (αγροτικά ιατρεία) κ.ά. Πρόκειται για το σύνολο του συστήματος (της κεντρικά οργανωμένης και διασυνδεδεμένης με τη νοσοκομειακή περίθαλψη) Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Με το ν. 4486/2017 θεσπίστηκαν δύο επίπεδα οργάνωσης: στο πρώτο επίπεδο οι Τοπικές Ομάδες και Μονάδες Υγείας (ΤοΜΥ), ενώ στο δεύτερο επίπεδο τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές δομές παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ. Τα Κέντρα Υγείας και οι ΤοΜΥ λειτουργούν σε Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΤοΠΦΥ). Εντός του ΤοΠΦΥ αναπτύσσεται το τοπικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπου –με ευθύνη του Συντονιστή του Δικτύου– θα δικτυώνονται και θα αλληλεπιδρούν οργανωτικά όλοι οι τύποι δομών της ΠΦΥ με Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, Μονάδες Αντιμετώπισης της Εξάρτησης, Κοινωνικές Δομές, Δημοτικά Ιατρεία, Υπηρεσίες βοήθειας στο Σπίτι κ.ά.

Κάθε Τοπική Ομάδα Υγείας αναπτύσσεται γύρω από το Κέντρο Υγείας του ΤοΠΦΥ από τον οποίο και εποπτεύεται. Ο πληθυσμός ευθύνης ανέρχεται σε περίπου 10.000-12.000 κατοίκους. Επίσης, οι σκοποί των ΤοΜΥ που σχετίζονται με την πρόληψη είναι: η προαγωγή και αγωγή της υγείας του πληθυσμού καθώς και η ανάπτυξη σχετικών παρεμβάσεων και δράσεων σε επίπεδο οικογένειας, εργασίας, σχολικών μονάδων και γενικά σε όλο το φάσμα της κοινότητας, σε συνεργασία με φορείς και δομές κοινωνικής φροντίδας και αλληλεγγύης, στο πλαίσιο της συστηματικής παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού, η συμβουλευτική και υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες, η ανίχνευση ψυχικών παθήσεων και

περιστατικών εξαρτήσεων, καθώς και η εκπαίδευση και η καθοδήγηση ατόμων και οικογενειών για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων υψηλού κινδύνου για την υγεία.

Οι οικογενειακοί γιατροί και οι ομάδες υγείας με πληθυσμό ευθύνης έχουν ως αναφορά και πεδίο παρέμβασης την κοινότητα, διασφαλίζουν την ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων υγείας των ανθρώπων και τη συνέχεια στη φροντίδα, ενώ ταυτόχρονα είναι υπεύθυνοι για τον πληθυσμό ευθύνης τους. Βασικό ρόλο στη φιλοσοφία του νέου συστήματος της ΠΦΥ διαδραματίζει η εστίαση στην αντιμετώπιση των κοινωνικών και πολιτισμικών περιορισμών στην πρόσβαση.

Παράλληλα με τις παραπάνω δομές και το έργο τους, οι Υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και παροχής υπηρεσιών υγείας που αναπτύχθηκαν τα τελευταία χρόνια στους ΟΤΑ στηρίχτηκαν κατά κύριο λόγο στην ευρωπαϊκή χρηματοδότηση. Στο πλαίσιο του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης, υλοποιήθηκαν σε τοπικό επίπεδο προγράμματα υποστήριξης, κυρίως για την τρίτη ηλικία, για Άτομα με Αναπηρία και για το παιδί.

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» χρηματοδότησε επί σειρά ετών τη λειτουργία των τοπικών Δημοτικών Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας, τις Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας (ΜΚΜ), τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) και τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), τους Δημοτικούς βρεφονηπιακούς σταθμούς και Δημοτικά Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης και άλλα που απευθύνονται παιδιά με αναπηρίες.

Το συγκεκριμένο πρόγραμμα συνεχίζει να υλοποιείται και απευθύνεται σε *«άτομα της τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως, σε άτομα με κινητικές και νοητικές δυσλειτουργίες καθώς και σε άτομα που ζουν μόνα τους ή δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειάς τους ή που το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους...»* παρέχοντας σε αυτούς *«συμβουλευτική και ψυχολογική στήριξη, Ιατρικές υπηρεσίες με επισκέψεις στο σπίτι, Νοσηλευτικές υπηρεσίες ...»*¹⁰.

Με το τέλος του 3ου κύκλου των Ευρωπαϊκής χρηματοδότησης, τέθηκε ζήτημα ως προς τη βιωσιμότητα αυτών των δομών και τη συνέχιση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων. Ο στρατηγικός σχεδιασμός του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς για την περίοδο 2007-2013 θεωρούσε

¹⁰ <https://eody.gov.gr/wp-content/uploads/2020/12/covid19-voithia-sto-spiti.pdf>

δεδομένη και θεμελιωμένη τη λειτουργία των δομών και η στόχευση των χρηματοδοτήσεων θα επικεντρωνόταν –πέρα από επιμέρους ζητήματα– στην Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού, όπως ονομάστηκε το οικείο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα που διαχειρίστηκε θεματικά το Υπουργείο Εργασίας.

Η θεματική της πρόνοιας –που τότε ανήκε στην ύλη του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης– θα λάμβανε ελάχιστα ποσά χρηματοδότησης και μόνο μέσω του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού». (ΕΣΠΑ 2007-2013, ΤΕΠΑΝΑΔ).

Σημαντική μεταρρυθμιστική προσπάθεια των τελευταίων ετών αποτέλεσε ο Ν. 4238/2014 «*Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις*» με τον οποίο έγινε προσπάθεια αναμόρφωσης και ενοποίησης του έως τότε κατακερματισμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι δομές που –πριν τεθεί σε ισχύ ο νόμος αυτός– λειτουργούσαν στο πλαίσιο των ασφαλιστικών οργανισμών χρηματοδοτούμενες από τον κλάδο ασφάλισης Υγείας και Παροχών των οικείων Ασφαλιστικών Ταμείων (Ιατρεία ΙΚΑ, ΤΣΜΕΔΕ, ΤΕΒΕ κλπ.) εντάχθηκαν στην αρμοδιότητα των επτά (7) Υγειονομικών Περιφερειών του Υπουργείου Υγείας σε μία προσπάθεια διαχωρισμού και αυτονόμησης του αντικείμενου της Κοινωνικής Ασφάλειας Υγείας από τα λοιπά αντικείμενα της Κοινωνικής Ασφάλισης.

Συστήθηκε με το άρθρο 1 του παραπάνω νόμου «...*Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας*», ενώ οι *Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας* ορίστηκε να «...*παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του, μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.)...*».

Δύο είναι τα σημεία ενδιαφέροντος στο Νόμο 4238/2014. Το πρώτο είναι πως –παρά το ότι γίνεται λόγος στο Νόμο αυτόν αποκλειστικά για τις Δημόσιες Δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας– εισάγεται η λειτουργία ιδιωτών και φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών. Συγκεκριμένα, με το άρθρο 5: «...*καθιερώνεται ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού για την παροχή των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο πλαίσιο των Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που συνιστούν τους Το.Π.Φ.Υ... Οι Οικογενειακοί Ιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις δομές Π.Φ.Υ. των Τοπικών Δικτύων Π.Φ.Υ., στα*

ιδιωτικά τους ιατρεία και κατ' οίκον... Οι Οικογενειακοί Ιατροί παρέχουν δέσμη υπηρεσιών υγείας...».

Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί ότι ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού ως πυλωρού (gate keeper) ήταν αναπόσπαστο σημείο οργανωτικού χαρακτήρα της τυπολογίας του συστήματος Beveridge (σύστημα αναφοράς του Εθνικού Συστήματος Υγείας -NHS της Μεγάλης Βρετανίας), το οποίο αποτέλεσε και σημείο αναφοράς για την οργάνωση του Ελληνικού συστήματος. Παρά ταύτα και για λόγους που χρήζουν ειδικής ανάλυσης, εισήχθη καθυστερημένα και ίσως όχι με επιτυχία στο Ελληνικό σύστημα το 2014. Η καθιέρωση του οικογενειακού ιατρού σκοπό είχε τη μείωση των περιστατικών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών στα νοσοκομεία, τον έλεγχο της συνταγογράφησης και τον εξορθολογισμό των παραπομπών σε εξειδικευμένους ιατρούς και υψηλού κόστους διαγνωστικές εξετάσεις. Δηλαδή ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού ήταν μία ακόμα προσπάθεια ελέγχου του κόστους της δαπάνης Υγείας, η οποία ανατέθηκε αυτή τη φορά σε ιδιώτες ιατρούς.

Καινοτομία για την υποβοήθηση των ευάλωτων ομάδων πληθυσμού μπορεί να θεωρηθεί η θέσπιση από τον ίδιο νόμο (Ν. 4368/2016) του θεσμού του Διαμεσολαβητή Υγείας με αποστολή *«την αρωγή σε ευπαθείς (ευάλωτες και ειδικές) ομάδες του πληθυσμού για άρση των εμποδίων στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας του Δημοσίου Συστήματος...»*. Ο θεσμός προβλέφθηκε να στελεχώνεται *«από φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας ή τα εποπτευόμενα από τον Υπουργό Υγείας νομικά πρόσωπα εγνωσμένου κύρους και εμπειρίας που ανήκουν ή προέρχονται από την τοπική κοινωνία ή τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, τα οποία προσφέρουν τις υπηρεσίες τους μέσω συμβάσεων, χρηματοδοτούμενων από Ευρωπαϊκά Ταμεία»*, ενώ ο επίσης καινοτόμος θεσμός των Συντονιστών Υπηρεσιών Υγείας προβλέφθηκε να στελεχώνεται από επαγγελματίες υγείας διάφορων ειδικοτήτων από τις δημόσιες δομές και τους εποπτευόμενους φορείς του Υπουργείου Υγείας.¹¹ Παρά το ότι ο θεσμός των διαμεσολαβητών δείχνει αναγκαίος, δεν έχει στην πράξη ενεργοποιηθεί το περιεχόμενο των συγκεκριμένων διατάξεων.

¹¹ Ο θεσμός των μεσολαβητών υγείας αν και σπουδαία καινοτομία που θα βοηθούσε ιδιαίτερα στην πρόσβαση, αδράνησε στην πράξη.

Με το Ν. 4486/2017 το Υπουργείο Υγείας, εστίασε στην αναδιαμόρφωση του Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δίνοντας έμφαση στις παρακάτω αρχές¹²:

α) Καθολική υγειονομική κάλυψη και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μέσω της παροχής ολοκληρωμένων ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, πρόληψης, αγωγής και προαγωγής υγείας στη βάση της ολιστικής προσέγγισης των αναγκών του ανθρώπου και της κάλυψης των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού.

β) Οργάνωση ενιαίου και ολοκληρωμένου πανελλαδικού δικτύου πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών που θα απαντούν και θα δίνουν λύσεις στις βασικότερες στρεβλώσεις του Δημόσιου Συστήματος Υγείας, όπως ο κατακερματισμός της φροντίδας, η έλλειψη αγωγής, προαγωγής, πρόληψης και αποκατάστασης, η συνταγογραφική αντιμετώπιση των νοσημάτων, η έμμεση συγκεντροποίηση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων με αποτέλεσμα την οριακή τους λειτουργία, η προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες και φάρμακα, η απαξίωση των δημόσιων δομών υπηρεσιών υγείας μέσα από τη συνεχή μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία με την παράλληλη εκροή ανθρώπινου δυναμικού εκτός του συστήματος λόγω της ίδιας της απαξίωσης.

Με την παρ.3 του α.1 του Ν. 4486/2017: *«οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. οργανώνονται και λειτουργούν, σύμφωνα με τις αρχές της δωρεάν καθολικής υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, της ειδικής μέριμνας για τις ευάλωτες και ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, της διασφάλισης της ποιότητας και ασφάλειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της συνέχειας της φροντίδας υγείας, της ευθύνης και λογοδοσίας των παρόχων υπηρεσιών υγείας, της δεοντολογίας του ιατρικού επαγγέλματος ή κάθε άλλου επαγγέλματος υγείας, της εγγύτητας των υπηρεσιών στον τόπο κατοικίας, διαμονής ή εργασίας, της διασύνδεσης με λοιπές υπηρεσίες υγείας, της ορθολογικής παραπομπής σε άλλες μονάδες ή υπηρεσίες του ΕΣΥ ή συμβεβλημένων παρόχων για διάγνωση, θεραπεία, νοσηλεία ή περαιτέρω φροντίδα, της διατομεακής συνεργασίας με τοπικούς, κοινωνικούς και επιστημονικούς φορείς, καθώς και της αγωγής υγείας της κοινότητας και της ενεργούς συμμετοχής της στην ικανοποίηση των υγειονομικών της αναγκών...».*

¹² Υπουργείο Υγείας (2017), «Καθορισμός στρατηγικών στόχων και αξόνων παρέμβασης του Υπουργείου Υγείας, για τις Υπηρεσίες Υγείας της Χώρας, έτους 2017, (με χρονική περίοδο εφαρμογής την τριετία 2017- 2020)». (ΑΔΑ: 6ΖΠΥΥ465ΦΥΟ-Λ3Λ).

Με την αποκέντρωση των δομών και την εγγύτητα στο λήπτη υπηρεσιών υγείας ο παραπάνω νόμος του 2017 θεσμοθετήθηκε για να αντιμετωπίσει άμεσα τις ανισότητες στην πρόσβαση και τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού, κάνοντας μάλιστα έμμεση ή άμεση αναφορά στην ευπάθεια σε διάφορα άρθρα του, όπως για παράδειγμα στην παρ.1 του άρθρου 13 όπου περιγράφονται τα καθήκοντα του επισκέπτη υγείας και μεταξύ άλλων ορίζεται: «...κύριο έργο του επισκέπτη υγείας είναι η προαγωγή και αγωγή υγείας του ατόμου, καθώς και της οικογένειας, της κοινότητας και του σχολικού πληθυσμού, η ενημέρωση των μελών της κοινότητας με σκοπό τη διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η ψυχολογική υποστήριξη ατόμων και οικογενειών, η διασύνδεση των ατόμων με τις δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, η πραγματοποίηση δράσεων και παρεμβάσεων στην κοινότητα για θέματα Π.Φ.Υ. και δημόσιας υγείας, με έμφαση στην υλοποίηση του Εθνικού Προγράμματος Εμβολιασμού και η προστασία των ευπαθών και ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού έναντι της άνισης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Οι ανωτέρω υπηρεσίες δύνανται να παρέχονται κατ' οίκον, στην κοινότητα ή στις δημόσιες δομές και μονάδες στις οποίες εργάζονται οι επισκέπτες υγείας...».

Στην πράξη, ο ρόλος των επισκεπτών υγείας, πέρα από τις αρμοδιότητές τους μέσα στις δομές του ΕΣΥ σε θέματα υγείας πρόληψης και οικογενειακού προγραμματισμού, είναι απαραίτητος στην υλοποίηση των προγραμμάτων αγωγής υγείας στην κοινότητα (προγράμματα αγωγής υγείας σε σχολεία, δήμους κλπ.). Επίσης, η συμμετοχή τους είναι σημαντική στη λειτουργία της κατ' οίκον νοσηλείας αλλά και των κινητών μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Για τα δύο αυτά θέματα αναμένεται νομοθετική εξειδίκευση με Κοινές Υπουργικές Αποφάσεις όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας.

Κατ' οίκον νοσηλεία. Ειδικά για την κατ' οίκον νοσηλεία δεν έχει εκδοθεί η Κοινή Υπουργική Απόφαση που προβλέπεται στο εδαφ. 2 της παρ. 1 του άρθρου 35 του Ν. 4272/2014 (ΦΕΚ 145 τ. Α'), δεν έχουν προσδιοριστεί οι διαδικασίες και ο καθορισμός της παροχής υπηρεσιών και φροντίδας υγείας στην κατ' οίκον νοσηλεία για φορείς και δικαιούχους, η αδειοδότηση αυτών, καθώς και η κάλυψη της όποιας δαπάνης ή αποζημίωσης, στο πλαίσιο του ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ.

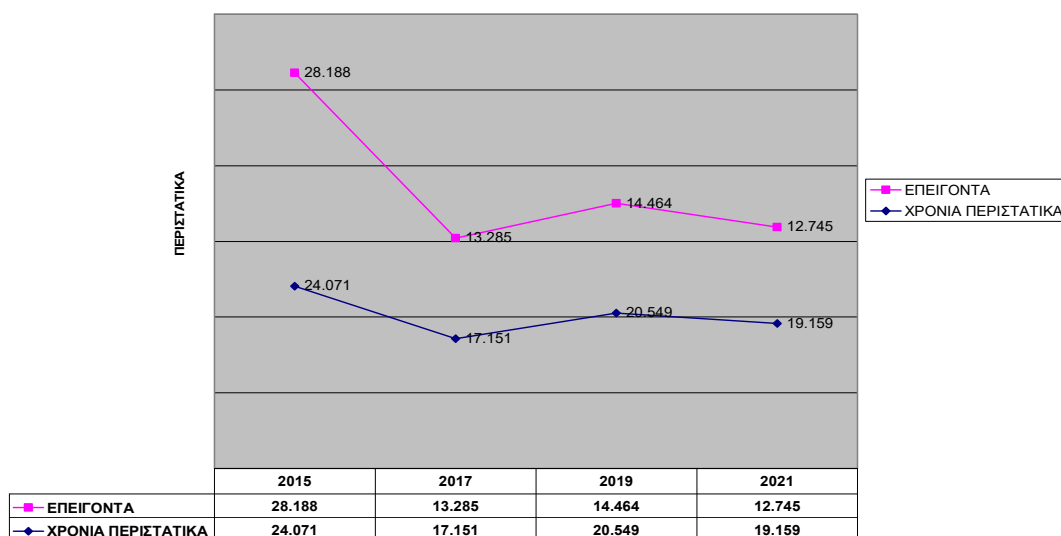
Στα Νοσοκομεία όλων των Υγειονομικών Περιφερειών λειτουργούν περίπου 18 τμήματα κατ' οίκον νοσηλείας, τα οποία αναπτύχθηκαν με βάση την Γ3δ/Δ.Φ.14/Γ.Π./οικ.26847/9-4-2015, ΑΔΑ:6Γ7Β465ΦΥΟ-225 απόφαση του Αν.

Υπουργού Υγείας με θέμα: «Συγκρότηση του Πιλοτικού Δικτύου Τμημάτων ή Υπηρεσιών Κατ' Οίκον Νοσηλείας και καθορισμός έργου».

Η όποια ανάπτυξη σχετικών υπηρεσιών που λειτουργούν στον ιδιωτικό τομέα (κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα) γίνεται χωρίς όρους και προϋποθέσεις, γεγονός που εγείρει ποικίλα ηθικά, νομικά, οργανωτικά, κοινωνικά κλπ. προβλήματα και ως εκ τούτου χρήζει ελέγχου.

Στις δημόσιες δομές του ΕΣΥ τα περιστατικά κατ' οίκον νοσηλείας περιγράφονται στο παρακάτω γράφημα ανά διετία για τα έτη 2015, 2017, 2019, 2021, με πτωτική τάση από το 2015, γεγονός που δύναται να ερμηνευτεί από την υποστελέχωση των δημόσιων δομών σε συνάρτηση με την αύξηση του φόρτου εργασίας αλλά και τη μείωση του ενδιαφέροντος για την κατ' οίκον νοσηλεία μετά την πρώτη εφαρμογή του πιλοτικού προγράμματος που περιγράφηκε παραπάνω.

Γράφημα 7 : Περιστατικά κατ' οίκον νοσηλείας από τις δημόσιες δομές ΠΦΥ



Πηγή: Υπουργείο Υγείας, Δνση ΠΦΥ (BI Health, 2022) (ίδια διαμόρφωση)

Οικογενειακός γιατρός. Επίσης ο ν. 4486/2017 είχε σκοπό την άρση του αποκλεισμού των ανασφάλιστων από την πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας με σαφή αναφορά στην παρ.1 του άρθρου 19 «Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, εγγραφή και διαδικασία παραπομπών». Εκεί αναφέρεται ρητά ότι: «...Ο πληθυσμός ενός Το.Π.Φ.Υ. εγγράφεται υποχρεωτικά στον οικογενειακό ιατρό, όπως αυτός ορίζεται στην παράγραφο 2 του άρθρου 6. Οι ανασφάλιστοι, καθώς και οι άλλοι δικαιούχοι της παρ.

2 του άρθρου 33 του ν. 4368/2016 (Α' 21), έχουν τη δυνατότητα να εγγράφονται σε οικογενειακό ιατρό συμβεβλημένο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., εφόσον δεν δύναται να καλυφθούν από οικογενειακό ιατρό των δημόσιων μονάδων Π.Φ.Υ. εντός του Το.Π.Φ.Υ. στον οποίο διαμένουν».

Με πρόσφατο νομοθέτημα (α.38 του ν.4865/2021¹³) τροποποιήθηκε το α.33 του ν.4395/2016 και πλέον οι ανασφάλιστοι θα μπορούν να προσφεύγουν μόνο σε δημόσιες δομές του ΕΣΥ για συνταγογράφηση φαρμάκων για παραπεμπτικά εξετάσεων και θεραπευτικές πράξεις.

Οι οικογενειακοί ιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ είναι 844. Εξ αυτών, οι 278 είναι γενικοί ιατροί, οι 412 παθολόγοι και 154 παιδίατροι.¹⁴ Παράλληλα με αυτούς λειτουργούν οικογενειακοί ιατροί και στις δημόσιες δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΕΣΥ.

Ο χαρακτήρας προνοιακού πλουραλισμού. Ως προς τα σημεία των ανωτέρω νόμων που εισάγουν καθαρά διατάξεις προνοιακού πλουραλιστικού χαρακτήρα είναι τα εξής:

Η παρ. 2 του άρθρου 27 του ν. 4238/2014 στο οποίο ορίζεται ότι: «...Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, κατόπιν σχετικής εισήγησης της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας, δύνανται να λειτουργούν Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και από λοιπά Ν.Π.Δ.Δ. και Ο.Τ.Α., Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και από σωματεία και εταιρείες Αστικού Δικαίου...». Εδώ επισημοποιείται ο ρόλος των φορέων της κοινωνίας των Πολιτών, με όποια νομική μορφή και αν δραστηριοποιούνται, ως ικανοί μέτοχοι της παροχής υπηρεσιών υγείας για απομονωμένες περιοχές μέσω της ανάπτυξης και λειτουργίας των Κινητών Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Το άρθρο 5 του παραπάνω νόμου όπου αναφέρεται ότι για το θεσμό του οικογενειακού ιατρού θα παρέχουν υπηρεσία ιδιώτες «στα ιδιωτικά τους ιατρεία και κατ' οίκον...». Στη συνέχεια, με το ν. 4486/2017, η συμμετοχή των ιδιωτών οικογενειακών ιατρών οριοθετήθηκε και δόθηκε έμφαση στο ρόλο των ιατρών που

¹³ ν.4865/2021 (ΦΕΚ 238/Α/4-12-2021) «Σύσταση και οργάνωση νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία «Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας», στρατηγική κεντρικών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη δημόσια υγεία και την κοινωνική πρόνοια».

¹⁴ <https://www.eopyy.gov.gr/suppliers/-/1/-1/ALL/ALL>

λειτουργούσαν στο πλαίσιο των δημόσιων δομών. Συγκεκριμένα, με την παρ. 2 του άρθρου 6 τροποποιούνται τα ισχύοντα για τον οικογενειακό ιατρό ως εξής: «Ο οικογενειακός ιατρός μπορεί να είναι: α) ιατρός κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. που υπηρετεί και παρέχει τις υπηρεσίες του στις Το.Μ.Υ., στα Κέντρα Υγείας και σε λοιπές δημόσιες μονάδες Π.Φ.Υ., β) ιατρός που παρέχει τις υπηρεσίες του στο πλαίσιο λειτουργίας της Τοπικής Ομάδας Υγείας του άρθρου 106 του ν. 4461/2017, γ) ιατρός συμβεβλημένος με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης». Ταυτόχρονα, στην παρ.2 του άρθρου 11 αναφέρεται: «...σε Το.Π.Φ.Υ. όπου οι δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. δεν καλύπτουν πλήρως τον πληθυσμό ευθύνης τους, καθήκοντα οικογενειακού ιατρού ασκούν ιδιώτες ιατροί της παραγράφου 1 που κατέχουν τους σχετικούς τίτλους ειδικοτήτων. Η σύναψη και η ανανέωση των συμβάσεων με ιδιώτες οικογενειακούς ιατρούς αναπροσαρμόζεται με βάση τη δυνατότητα κάλυψης του πληθυσμού από τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Το.Π.Φ.Υ. Η δυνατότητα αυτή διαπιστώνεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υ.Πε., η οποία λαμβάνεται με κριτήριο ιδίως τον πληθυσμό των εγγεγραμμένων ληπτών υπηρεσιών υγείας ανά Το.Μ.Υ. στον οικείο Το.Π.Φ.Υ.».

Το Άρθρο 3 του Ν. 4368/2016, το οποίο προσθέτει σε προηγούμενο νομοθέτημα (άρθρο 5 του ν. 2646/1998) περί δημιουργίας μητρώου πιστοποιημένων φορέων ιδιωτικών φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα για την παροχή κοινωνικής φροντίδας τη δυνατότητα αυτοί να χρηματοδοτούνται απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό: «...Με απόφαση του Υπουργού Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δύναται να επιχορηγούνται από τις πιστώσεις του προϋπολογισμού εξόδων του Υπουργείου (ΕΦ 33–220) είτε μέσω των Περιφερειών με μεταφορά αντίστοιχης πίστωσης είτε απευθείας από τις πιστώσεις του προϋπολογισμού της Γενικής Γραμματείας Πρόνοιας, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (κοινοφελή ιδρύματα, φιλανθρωπικά σωματεία, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις κ.ά.), που παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και εφόσον είναι ειδικώς πιστοποιημένα ως φορείς παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας».

Το άρθρο 89 του Ν. 4368/2016 που αναφέρει ότι: «Επιτρέπεται η σύναψη προγραμματικών συμβάσεων μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, των λοιπών Υπουργείων, των Περιφερειών, των Δ.Υ.Π.Ε., των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας, του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας, του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας,

του Εθνικού Παρατηρητηρίου Ατόμων με Αναπηρίες και των Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού, καθώς και μεταξύ αυτών και οποιουδήποτε δημόσιου ή ιδιωτικού φορέα ή μη κυβερνητικής οργάνωσης στο πλαίσιο της εύρυθμης οργάνωσης και λειτουργίας τους. 2. Με τις Προγραμματικές συμβάσεις επιδιώκεται ιδίως ο συντονισμός δράσης, λειτουργίας και παροχής υπηρεσιών και η αποτελεσματικότερη παρέμβαση σε κοινούς τομείς αρμοδιοτήτων, η μελέτη, κατάρτιση, εκτέλεση και διαχείριση προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας και ειδικών προγραμμάτων εθελοντισμού. 3. Στις Προγραμματικές συμβάσεις καθορίζονται το περιεχόμενο του προγράμματος, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των συμβαλλομένων, τα σχετικά με τη χρηματοδότηση, ο χρόνος ισχύος της σύμβασης, η διαδικασία παρακολούθησης και κάθε άλλο σχετικό θέμα. 4. Οι συμβαλλόμενοι φορείς για την εκτέλεση των προγραμματικών συμβάσεων μπορεί να χρηματοδοτούνται από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, τον Τακτικό Προϋπολογισμό, τους προϋπολογισμούς τους, καθώς και από πόρους που συλλέγονται μέσω της διενέργειας από Πιστωτικά Ιδρύματα εράνων για τις θεματικές δράσεις της Πρόνοιας, της Υγείας και της Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας, όπως διαλαμβάνεται στις παραγράφους 3 έως 8 του άρθρου 6 του ν. 5101/1931».

Απ' όλα τα παραπάνω προκύπτει η συνειδητή πολιτική ενίσχυσης της συμμετοχής των ιδιωτικών φορέων και φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Κι ενώ στον Τομέα της Πρόνοιας, για υπηρεσίες που είχαν να κάνουν με την κοινωνική φροντίδα, υπήρχε θεσμοθετημένο μητρώο από το 1998, στον τομέα της παροχής Υπηρεσιών Υγείας δεν δημιουργήθηκε αντίστοιχο μητρώο.¹⁵ Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την αδράνεια των Υπηρεσιών σε θέματα έκδοσης των εκ του νόμου προβλεπόμενων Υπουργικών Αποφάσεων για θέματα εξειδίκευσης ζητημάτων καθορισμού των όρων οργάνωσης ανάπτυξης και λειτουργίας όσων φορέων δραστηριοποιούνται στην Υγεία, έχει δημιουργήσει ένα ασαφές πλαίσιο με κενά νομιμότητας.

Στη συνέχεια, ο ν. 4675/2020 εισήγαγε διατάξεις προκειμένου να καλύψει το παραπάνω κενό, την έλλειψη πιστοποίησης, διασφάλισης ποιότητας και διαφάνειας στην παροχή υπηρεσιών υγείας από φορείς της Κοινωνίας των Πολιτών, αλλά και του συντονισμού της δράσης τους από την κεντρική Διοίκηση. Συγκεκριμένα, στο α. 7

¹⁵ Στις ενότητες 8 και 9 που ακολουθούν αναλύεται η προβληματική των περιορισμών που τίθενται από τη λειτουργία των φορέων της Κοινωνίας Των Πολιτών και το εύρος των δυνατοτήτων τους ως προς την κάλυψη των αναγκών πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας.

αναφέρει: «...συστήνεται Τμήμα Κινητοποίησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου στον Τομέα της Υγείας, αρμόδιο για: (α) τον συντονισμό και την υποστήριξη των εθελοντικών οργανώσεων και των οργανώσεων της Κοινωνίας των Πολιτών, που δραστηριοποιούνται στον τομέα της δημόσιας υγείας. Ειδικότερα, το Τμήμα επιμελείται τον καθορισμό της διαδικασίας συμμετοχής και τον έλεγχο τήρησης των όρων συμμετοχής των ανωτέρω οργανώσεων στην υλοποίηση επιμέρους δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, (β) τη συστηματική συλλογή των στοιχείων που αφορούν στις δράσεις δημόσιας υγείας των εθελοντικών οργανώσεων και των οργανώσεων της Κοινωνίας των Πολιτών, με στόχο την αποφυγή αλληλοεπικαλύψεων και τον αποτελεσματικό επιχειρησιακό σχεδιασμό, (γ) τη σύναψη μνημονίων συνεργασίας με τις εθελοντικές οργανώσεις και τις οργανώσεις της Κοινωνίας των Πολιτών για την υλοποίηση επιμέρους δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δημόσιας Υγείας, όπου αυτό κρίνεται απαραίτητο, την παρακολούθηση της ορισθείσας στοχοθεσίας και την άσκηση αποτελεσματικής εποπτείας των αναλαμβανόμενων υποχρεώσεων των εθελοντικών οργανώσεων και των οργανώσεων της Κοινωνίας των Πολιτών, που συμπράττουν στην υλοποίηση του εθνικού και περιφερειακού σχεδιασμού για τη δημόσια υγεία υπό τους όρους της ανωτέρω περίπτωσης (α), και δ) τη δημιουργία και τήρηση ειδικού μητρώου ελληνικών και διεθνών εθελοντικών οργανώσεων, καθώς και οργανώσεων της Κοινωνίας των Πολιτών και κάθε άλλου φορέα, οι οποίοι δύνανται να συμμετέχουν στην υλοποίηση δράσεων δημόσιας υγείας...».

Η πρόθεση ενίσχυσης του ρόλου της δράσης των φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών προκύπτει ιδιαίτερα και από το ν.4873/2021 με θέμα: «Προστασία του εθελοντισμού, ενίσχυση της δράσης της Κοινωνίας των Πολιτών, φορολογικά κίνητρα για την ενίσχυση της κοινωφελούς δράσης των Ο.Κοι.Π. και λοιπές διατάξεις». Με το νόμο αυτό, ουσιαστικά, όλοι οι φορείς με κοινωφελή σκοπό που απασχολούν προς τούτο εθελοντές δύνανται να καταχωρηθούν σε ενιαίο μητρώο, προκειμένου να λαμβάνουν κρατική χρηματοδότηση, φορολογικές ελαφρύνσεις και κίνητρα επί των εσόδων τους υπό τις προϋποθέσεις που ορίζει ο νόμος.

Ο παραπάνω νόμος αποτελεί πρόδηλο παράδειγμα νομοθέτησης με χαρακτήρα προνοιακού πλουραλισμού καθώς δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην κρατική χρηματοδοτική υποστήριξη των «φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών» (όπως κατονομάζονται και ορίζονται στο άρθρο 4 παρ. 1 περ. α). Όπως ορίζεται στο άρθρο 4 περ. (ια), η Κρατική χρηματοδότηση μπορεί να είναι ολική ή μερική και να αφορά

«...την υλοποίηση συγκεκριμένου προγράμματος, ή η επιχορήγηση κοινωφελούς φορέα για την υλοποίηση των σκοπών του, ή η οικονομική ή σε είδος ενίσχυση του κοινωφελούς φορέα από φορείς της Γενικής Κυβέρνησης του άρθρου 14 του ν. 4270/2014, καθώς και από κάθε κοινωφελή φορέα που έλαβε καθ' οιονδήποτε τρόπο χρηματοδότηση ή επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό...».

Η έμφαση που δίνεται από τον παραπάνω νόμο στα κοινωνικά θέματα προκύπτει από την παρ. 1 του άρθρου 7, στο οποίο αναφέρονται οι θεματικές κατηγορίες του συσταθέντος μητρώου Οργανώσεων Κοινωνίας των Πολιτών που περιλαμβάνουν και περικλείουν ακριβώς τις επιμέρους διαστάσεις του κοινωνικού χαρακτήρα του κράτους: *«α) Υγεία, Κοινωνική Αλληλεγγύη και Πρόνοια, β) Περιβάλλον, Πολιτική Προστασία, Ποιότητα Ζωής, γ) Δικαιώματα του Ανθρώπου, Δικαιοσύνη, Διακυβέρνηση, δ) Παιδεία, Έρευνα, Πολιτισμός, ε) Καταναλωτής και στ) Διεθνής Ανθρωπιστική και Αναπτυξιακή Συνεργασία, Βιώσιμη Ανάπτυξη...».*

Στο θέμα της Υγείας, ένα παράδειγμα υλοποίησης του ρόλου που καλούνται να διαδραματίσουν οι φορείς της Κοινωνίας των Πολιτών στη διαχείριση της ευαλωτότητας αποτυπώθηκε στην Κοινή Υπουργική Απόφαση Γ.Π.οικ 75769/2021 με θέμα: *«Ειδικότερα θέματα εφαρμογής της διαδικασίας εμβολιασμού ενάλωτων προσώπων κατά του κορωνοϊού COVID-19 από Φορείς της Κοινωνίας των Πολιτών και Δημοτικά Ιατρεία».* Στην εν λόγω απόφαση ορίζεται ότι φορείς της Κοινωνίας των Πολιτών δύνανται να υλοποιήσουν προγράμματα εμβολιασμού σε κοινωνικές κατηγορίες και πρόσωπα με χαρακτήρα κοινωνικής και οικονομικής ευαλωτότητας μετά από σύμβαση με το κράτος.

Στα παραπάνω θα πρέπει να τονιστεί ότι εκκρεμεί μέχρι σήμερα ένας μεγάλος αριθμός προβλεπόμενων υπουργικών αποφάσεων στους νόμους, που έχει ως αποτέλεσμα να λειτουργούν στο χώρο της Υγείας δομές που παρέχουν υπηρεσίες αγωγής υγείας και πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είτε χωρίς καθόλου αδειοδότηση είτε με κατ' εξαίρεση άδειες, βασισμένες σε υπουργικές αποφάσεις, σε κάθε περίπτωση όμως χωρίς πλαίσιο κανόνων που να οριοθετούν και να διασφαλίζουν την εύρυθμη ποιοτική και ακίνδυνη λειτουργία τους. Σχετικές υπουργικές αποφάσεις εκκρεμούν στο Υπουργείο Υγείας για θέματα οργάνωσης Κινητών Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, για την κατ' οίκον νοσηλεία, για τη λειτουργία του Διαμεσολαβητή Υγείας και του Συντονιστή Υγείας των δημοτικών και κοινωνικών ιατρείων που θα αναλυθούν παρακάτω κλπ.

Τέλος, σε άλλες περιπτώσεις που η διοίκηση προχώρησε στην έκδοση των προβλεπόμενων υπουργικών αποφάσεων, τυγχάνει στην πράξη αυτές να μην υλοποιούνται, όπως για παράδειγμα η περίπτωση της Κοινής Υπουργικής Απόφασης Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4.4.2016, στην οποία αναφέρεται η έκδοση Κάρτας Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Κ.Υ.Π.Α.) που θα έδινε τη δυνατότητα σε πρόσωπα των κατηγοριών της περίπτωσης γ της παραγράφου 2 του άρθρου 33 του Ν. 4368/2016 (Α' 21), τα οποία δεν διαθέτουν και αδυνατούν να εκδώσουν ΑΜΚΑ ή ΠΑΑΥΠΑ, να έχουν πρόσβαση στο σύνολο των παροχών της ανωτέρω εγκυκλίου με την κατοχή και επίδειξη της κάρτας. Η εφαρμογή του συστήματος Κ.Υ.Π.Α δεν υλοποιήθηκε.

6. Τοπική Αυτοδιοίκηση και πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας

Κατά τη διάρκεια της κρίσης γιγαντώθηκαν στην Ελλάδα οι ανάγκες υγείας που δεν καλύπτονταν από την υποχρηματοδότηση των δομών του ΕΣΥ και από την ανεργία που επέφερε αδυναμία ασφαλιστικής κάλυψης και πρόσβασης στο σύστημα για μεγάλο αριθμό ατόμων (Petmezidou et all, 2014). Στο κενό αυτό και προκειμένου να καλυφθούν άμεσες ανάγκες, αναπτύχθηκαν με πρωτοβουλίες πολιτών, τοπικών δικτύων, κινημάτων και Δήμων τα κοινωνικά και δημοτικά ιατρεία, κυρίως στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αδάμ, Τελώνη, 2015).

Τα ιατρεία αυτά παρουσίασαν διαφοροποιήσεις στην οργάνωση και στη στελέχωση και παρείχαν υποτυπωδώς κάποιες υπηρεσίες ΠΦΥ. Λειτουργήσαν με περιορισμένη στελέχωση κι εξοπλισμό, ενώ βασικός ρόλος και σκοπός ήταν η τοπική κάλυψη αναγκών υγείας στον πληθυσμό που έμενε χωρίς δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες και την κάλυψη του ΕΣΥ. Ο ρόλος αυτός εμπλουτίστηκε με τη παροχή δυνατότητας συνταγογράφησης σε ανασφάλιστους (Ν.4368/2016).

Τα κοινωνικά φαρμακεία και ιατρεία μέχρι σήμερα λειτουργούν χωρίς θεσμικό πλαίσιο, χωρίς να έχουν ποτέ προσδιοριστεί νομικά οι όροι και προϋποθέσεις οργάνωσης και λειτουργίας τους. Αναπτύχθηκαν παράλληλα με μια προσπάθεια θεμελίωσης διαδημοτικών συνεργασιών μέσα από τη δημιουργία συνδέσμων για την προώθηση παρεμβάσεων κοινωνικής προστασίας (Αμίτσης, 2014). Το πλαίσιο των αρμοδιοτήτων των ΟΤΑ δίνει τη δυνατότητα ανάπτυξης σημαντικών παρεμβάσεων, χωρίς ωστόσο να εξασφαλίζει τους αντίστοιχους πόρους.

Την ίδια περίοδο, η οργάνωση της αυτοδιοίκησης αναμορφώνεται με το Σχέδιο «Καλλικράτης». Οι αρμοδιότητες των ΟΤΑ διευρύνονται κι ενώ ήδη από το Ν.3463/2006 οι Δήμοι είχαν αποκτήσει σημαντικό ρόλο στο πεδίο της Πρόνοιας, ο οποίος εξελίχθηκε περαιτέρω με την εισαγωγή του Ν.3852/2010. Οι Δήμοι δύνανται να παρεμβαίνουν με ανάπτυξη δράσεων κοινωνικής προστασίας μέσα από τη θεμελίωση και λειτουργία Δημοτικών Ν.Π.Δ.Δ., Κοινοφελών επιχειρήσεων Κοιν.Σ.ΕΠ Κοι.ΣΠΕ, καθώς και με τη διαμόρφωση δικτύων και διασυνδέσεων με άλλους Δήμους, αλλά και επίπεδα λειτουργίας της Κρατικής Διοίκησης και άλλων κοινωνικών φορέων στο πλαίσιο αναμόρφωσης της σχέσης μεταξύ Δημόσιου και Ιδιωτικού στην Κοινωνική Πολιτική (Σκαμνάκης, 2008).

Παρά τα διαπιστωμένα χρηματοδοτικά ελλείμματα, ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην παροχή κοινωνικής φροντίδας και φροντίδας υγείας έγινε πιο

σημαντικός, καθώς στην περίοδο της κρίσης –και ειδικότερα μετά το 2012– οι περιορισμοί και οι αδυναμίες στη χρηματοδότηση γενικά οδήγησαν σε σημαντική οπισθοχώρηση της κεντρικής κρατικής Διοίκησης από την πρώτη γραμμή σχεδιασμού και υλοποίησης κοινωνικής πολιτικής και προωθήθηκαν τοπικές λύσεις άμεσου και «κατασβεστικού» χαρακτήρα αντιμετώπισης φαινομένων ακραίας φτώχειας. Τα παραπάνω εξελίχθηκαν παράλληλα με την ανάπτυξη του «Εθνικού Δικτύου Άμεσης Αντιμετώπισης της Φτώχειας» στις ευάλωτες κατηγορίες πληθυσμού με κοινωνικά φαρμακεία και κοινωνικά παντοπωλεία κέντρα υποδοχής αστέγων και υπνωτήρια οργάνωση συσσιτίων κλπ. (Κουραχάνης, 2017).

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση προσπαθεί να ανταπεξέλθει στη διαχείριση των τοπικών προβλημάτων φτώχειας και ευαλωτότητας, συνεχίζοντας όμως να εξαρτάται από εξωτερικούς πόρους που της διατίθενται χωρίς εγγυημένη διάρκεια και συνέχεια, αλλά και χωρίς όλα αυτά να δίνουν σημάδια δυνατότητας τοπικού αυτοπροσδιορισμού αναγκών και σχεδιασμού λύσεων (Σκαμνάκης, 2006).

Στο πλαίσιο των παραπάνω, η υγεία διαμορφώνει ένα επιπλέον πολύ σημαντικό τμήμα αναγκών που, όταν δεν καλύπτονται, καλείται η τοπική αυτοδιοίκηση να ενεργοποιηθεί για την αντιμετώπισή τους. Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και αγωγής υγείας με κάποιον υποτυπώδη τρόπο παρέχονταν από τα ΚΑΠΗ, τα ΚΗΦΗ και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Συνήθως αυτές οι δομές είχαν κάποιο γιατρό ή νοσηλεύτρια που παρείχε ιατροφαρμακευτική επίβλεψη στους ωφελούμενους.

Οι Τοπικές Μονάδες Υγείας επιφορτίζονταν με αρμοδιότητες άσκησης οικογενειακής ιατρικής, αγωγής και προαγωγής υγείας, αξιολόγησης και διαχείρισης κρίσεων σε χρόνια νοσήματα, αλλά και συστηματική παρακολούθηση και καταγραφή οξέων νοσημάτων.

Από την πλευρά των Δήμων, οι αρμοδιότητές τους στο πεδίο της «κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης» αναφέρονται στο Ν. 3463/2006 (Φ.Ε.Κ. Α' 114/8-6-2006) α. 75: *« Η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις που αποσκοπούν στην υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα της βρεφικής και παιδικής ηλικίας και της τρίτης ηλικίας, με την ίδρυση και λειτουργία νομικών προσώπων και ιδρυμάτων, όπως παιδικών και βρεφονηπιακών σταθμών, βρεφοκομείων, ορφανοτροφείων, κέντρων ανοικτής περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας (...) Η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα που στοχεύουν στη μέριμνα, υποστήριξη και φροντίδα ευπαθών κοινωνικών ομάδων με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την*

προαγωγή ψυχικής υγείας, όπως δημιουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής υγείας, υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία, κέντρων ψυχικής υγείας...».

Επίσης, στο σχέδιο «Καλλικράτης» (Ν.3852/2010) σχετικά με τη παροχή Υπηρεσιών Υγείας αναφερόταν η μεταβίβαση αρμοδιοτήτων των υγειονομικών περιφερειών στην Τοπική Αυτοδιοίκηση με έκδοση Προεδρικού Διατάγματος για τη μετακύληση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (λειτουργία κέντρων υγείας) και των προγραμμάτων δημόσιας υγείας στην ευθύνη της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Η αναφορά δημιουργίας δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων δεν έτυχε περαιτέρω νομοθετικής εξειδίκευσης κι έτσι, έως και σήμερα, οι δομές αυτές λειτουργούν χωρίς διατάξεις που να περιγράφουν τους όρους σύστασης και λειτουργίας τους. Επίσης, δεν έχει ακόμη εκδοθεί προεδρικό διάταγμα ή άλλο νομοθέτημα σχετικό με τη μετακύληση της αρμοδιότητας της ΠΦΥ σε φορείς Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Παρά ταύτα, τα δημοτικά ιατρεία συνέχισαν να αναφέρονται σε διάφορα επόμενα νομοθετήματα ως de facto λειτουργούσες δομές.¹⁶

Υπάρχουν πολλές μελέτες που έχουν τονίσει τη σημασία οργάνωσης υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο από την τοπική αυτοδιοίκηση α' και β' βαθμού (Αθανασάκης κ.ά., 2009). Συνήθως το πρότυπο που παρουσιάζεται έχει να κάνει με δημιουργία μικρών τοπικών μονάδων άμεσης παρέμβασης πρωτοβάθμιας φροντίδας

¹⁶ Με το Ν.4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» τροποποιήθηκε το περιεχόμενο του Ν.4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις», και δημιουργήθηκαν οι ΤΟΠΦΥ Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που ήταν η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας. Συγκεκριμένα ο Νόμος αναφέρει ρητά τα δημοτικά ιατρεία ως φορείς ΠΦΥ : «*Εντός του Το.Π.Φ.Υ. οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ., τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φαρμακεία, καθώς και τα δημοτικά ιατρεία συνιστούν το Τοπικό Δίκτυο Π.Φ.Υ.. Οι συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πάροχοι, τα δημοτικά ιατρεία, καθώς και τα συμβεβλημένα με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. φαρμακεία, μπορεί να συμμετέχουν σε δράσεις προαγωγής υγείας και πρόληψης, υπό την εποπτεία της οικείας Δ.Υ.Πε.. Η περιοχή ευθύνης των Δ.Υ.Πε. διαιρείται σε Το.Π.Φ.Υ.. Σε κάθε δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον μία Το.Μ.Υ. ή άλλη δημόσια μονάδα Π.Φ.Υ.. Ο αριθμός των Το.Π.Φ.Υ. και των αντίστοιχων Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. κάθε Δ.Υ.Πε. μπορεί να ανακαθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Δ.Υ.Πε. και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ.»*

(one stop shop) με παράλληλη ψυχοκοινωνική υποστήριξη όταν διαπιστωθεί η ανάγκη.

Πανελληνίως έχουν καταγραφεί 80 κοινωνικά και δημοτικά ιατρεία που λειτουργούν κυρίως στις Διευθύνσεις Κοινωνικών Υπηρεσιών ή Υπηρεσιών Υγείας των Ο.Τ.Α, σε αντίστοιχα Ν.Π.Δ.Δ. (Δημοτικά Ιδρύματα) και τα οποία μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες ανοικτής και κλειστής φροντίδας. Επίσης, μπορεί να λειτουργούν μέσα από Δημοτικές Κοινοφελείς Επιχειρήσεις που δημιουργούνταν με απόφαση του οικείου Συμβουλίου.

Η ελληνική κυβέρνηση, πριν την έξαρση της πανδημίας, προχώρησε σε συγκρότηση επιτροπής για τη διερεύνηση της δυνατότητας μετακύλησης αρμοδιοτήτων κοινωνικής πολιτικής (και των δομών ΠΦΥ) στην Τοπική Αυτοδιοίκηση.¹⁷ Η αποκέντρωση της ΠΦΥ και η ένταξή της στην Τοπική Αυτοδιοίκηση με λειτουργία δικτύων ΠΦΥ άμεσα συσχετισμένων με το ΕΣΥ και οργανωμένων στη βάση των δικαικών αρχών *«της επικουρικότητας και εγγύτητας»* αποτελεί πάγιο αίτημα των εκπροσώπων της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.¹⁸ Οι δομές είναι πλέον αρκετά διαδεδομένες στην πράξη. Κατά την περίοδο της πανδημίας κρατικοί φορείς δήλωσαν επίσημα τη συνεργασία τους με δημοτικά ιατρεία.¹⁹

Από την άλλη πλευρά, για το θέμα αυτό έχουν εκφραστεί επιφυλάξεις σε πολιτικό και διοικητικό επίπεδο σχετικά με την οργάνωση και την εφαρμογή ενός τέτοιου σχεδίου και κυρίως για τη χρηματοδότηση, καθώς η μετακύληση αρμοδιοτήτων χωρίς μηχανισμό χρηματοδότησης καταδικάζει σε αποτυχία τον όποιο σχεδιασμό.

Ενώ οι παραπάνω διεργασίες είχαν στόχο την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στο σύστημα υγείας με τα προβλήματα που αναπτύχθηκαν παραπάνω, η βίαιη έλευση της υγειονομικής κρίσης με αφορμή την πανδημία covid-19 έθεσε ανυπέρβλητα εμπόδια στον όποιο σχετικό σχεδιασμό, καθώς πολύ νωρίς το παράδειγμα της Ιταλίας φώτισε τα προβλήματα ενός αποκεντρωμένου συστήματος με αδυναμία του κεντρικού συντονισμού σε περιόδους έκτακτης ανάγκης.

17 <https://www.ypes.gr/proedros-tis-epitropis-gia-to-n-s-poy-tha-aposafinizei-armodiotites-kratoys-kai-aytodioikisis-o-k-xenofon-kontiadis-me-apofasi-toy-yp-esoterikon-k-theodorikakoy/>

18 <https://kede.gr/wp-content/uploads/2020/11/%CE%9A%CE%9F%CE%99%CE%9D%CE%A9%CE%9D%CE%99%CE%9A%CE%97-%CE%A0%CE%9F%CE%9B%CE%99%CE%A4%CE%99%CE%9A%CE%97.pdf> ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

19 <https://eody.gov.gr/synergasia-eody-dimoy-athinaion-gia-ton-elegcho-politon-gia-covid-19/>

Φαίνεται πως παρά τη μακρόχρονη πλέον παροχή υπηρεσιών υγείας σε τοπικό επίπεδο, το σύστημα υγείας δεν δείχνει έτοιμο να εντάξει λειτουργικά στο πλαίσió του τις υπηρεσίες αυτές, οι οποίες παρουσιάζουν ανομοιογένεια, δεν ακολουθούν τα ίδια πρότυπα οργάνωσης και λειτουργίας, δε λειτουργούν με τους ίδιους στόχους και σκοπούς, δεν έχουν λειτουργική διασύνδεση και δικτύωση.

Οι εν λόγω δομές και υπηρεσίες, δεδομένου ότι δε διαμορφώθηκαν βάσει κάποιου σχεδιασμού με παράλληλο χρηματοδοτικό σχέδιο αλλά αναπτύχθηκαν στη βάση της άμεσης και επείγουσας κάλυψης τοπικών αναγκών, διατηρούν περιορισμένο ρόλο και δεν καταφέρνουν –προς το παρόν τουλάχιστον– να διαδραματίσουν κυρίαρχο ρόλο στη χάραξη κοινωνικής πολιτικής (Σκαμνάκης, 2012, 2017). Αντίθετα, επιβεβαιώνουν πολιτικές που επιτρέπουν και στηρίζουν την παρείσφρηση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας με λογική αναζήτησης κερδοφορίας σε χώρους αντιμετώπισης ακραίων κοινωνικών προβλημάτων φτώχειας, με τη μορφή έκτακτων παρεμβάσεων αποφυγής τελικού σταδίου κατάρρευσης, χωρίς καμία λογική αναδιανομής ή μακροχρόνιας ανακούφισης και επανένταξης.

7. Εθελοντικός / μη κερδοσκοπικός τομέας και πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας

Η συνδρομή φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών στην Υγεία και στην Κοινωνική Φροντίδα περιέλαβε φορείς από διαφορετικούς χώρους και με ποικίλες ιδιομορφίες ως προς τη νομική τους μορφή, τους στόχους τους και την αποστολή τους. Πέρα από τις ΜΚΟ, δραστηριοποιήθηκαν στο χώρο και άλλες συλλογικότητες και ομάδες πολιτών που δραστηριοποιήθηκαν στο φάσμα της παροχής κοινωνικής φροντίδας και της ανταλλακτικής οικονομίας. Μεταξύ των παραπάνω υπήρξαν και άλλες συσσωματώσεις πολιτών που δεν επιδίωξαν την ένταξή τους σε σχετικά μητρώα της διοίκησης για την αναγνώριση και καταγραφή των τυπικών οργανώσεων, αλλά παρέμειναν σε επίπεδο άτυπου εθελοντισμού (εθελοντικά δίκτυα, κοινωνικά κινήματα τοπικής αλληλέγγυας ενεργοποίησης πολιτών κλπ.), (Αφουξενίδης, 2006).

Με το ν.4455/2017 προβλέφθηκε η ένταξη σε ειδικό μητρώο (Εθνικό Μητρώο Ιδιωτικών Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας) για τους φορείς που παρέχουν κοινωνική φροντίδα, προκειμένου να τεκμηριώνεται ο αριθμός και το είδος των φορέων και οργανώσεων της Κοινωνίας των Πολιτών που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα σε αυτόν τον τομέα. Οι συγκεκριμένοι φορείς, παρά το ότι πληθαίνουν στη διάρκεια του χρόνου, δε φαίνεται ως σήμερα να άλλαξαν τη μεγάλη εικόνα της ανεργίας και του κοινωνικού αποκλεισμού, αλλά και την πρόσβαση στις Υπηρεσίες Υγείας.

Στο χώρο της Υγείας, στον όμορο κοινό χώρο μεταξύ των συντεχνιακών συνεταιρισμών και των Μη Κερδοσκοπικών Οργανώσεων λειτούργησαν και κοινωνικές επιχειρήσεις με χαρακτήρα κοινωνικής οικονομίας και με χαρακτηριστικά την αυτόνομη και δημοκρατική διοίκηση, την προτεραιότητα στην παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς όφελος της κοινότητας και την αναδιανομή των κερδών στους εργαζόμενους (Defourny and Nyssens, 2012).

Παράλληλα με την κοινωνική επιχειρηματικότητα και άλλες μορφές αλληλέγγυας οικονομίας έγιναν σταδιακά δημοφιλείς, εμπνεόμενες από τα ριζοσπαστικά κινήματα λατινοαμερικανικών χωρών, στο πλαίσιο των οποίων οργανώθηκαν επιχειρηματικές προσπάθειες στη λογική της αμοιβαιότητας και της δημιουργίας δημόσιων αυτόνομων χώρων, όπως π.χ. τα κοινωνικά φαρμακεία και συνεταιρισμοί στο χώρο της ψυχικής υγείας (Αδάμ Σ., 2014).

Η κοινωνική αλληλέγγυα οικονομία σχετίζεται με τη συζήτηση για τη νέα ένδεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, αφού εμπλέκεται μεταξύ άλλων και ως πάροχος στο σύστημα Υπηρεσιών Κοινωνικής Πολιτικής και εργασιακής

επανεξέτασης, αντικαθιστώντας πολλές φορές το κοινωνικό κράτος σε πεδία που μένουν κενά παρεμβάσεων. «...οι φορείς της κοινωνικής οικονομίας συνδέονται με τις πολιτικές καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού μέσω δύο διαφορετικών οδών (Defourny et al., 2001· Gough et al., 2006): Παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής προστασίας υποκαθιστώντας εν μέρει λειτουργίες του κράτους πρόνοιας, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της αναδιάρθρωσης του τελευταίου και της συνακόλουθης εμπλοκής του ιδιωτικού τομέα (στην κερδοσκοπική ή μη μορφή του), στην παροχή υπηρεσιών υγείας, πρόνοιας και ασφάλισης» (Αδάμ και Παπαθεοδώρου, 2010).

Σε σχέση με την επίτευξη καταπολέμησης της φτώχειας και του αποκλεισμού, τα αποτελέσματα της Κοινωνικής Επιχειρηματικότητας στην Ελλάδα δεν μπορούν ακόμη σήμερα να είναι μετρήσιμα, λόγω του περιορισμένου αριθμού των φορέων, αλλά και του μικρού μεγέθους τους²⁰. Οι παρεμβάσεις του κράτους μέσω νομοθεσίας και λοιπών δράσεων δεν φαίνεται να άλλαξαν το τοπίο των ανισοτήτων της ανεργίας και του αποκλεισμού (Κατωμέρης, 2020). Επίσης, η παρουσία τους στο χώρο της παροχής Υπηρεσιών Υγείας είναι περιορισμένη κυρίως σε θέματα ψυχικής αποκατάστασης και εργασιοθεραπείας.

Από την άλλη πλευρά, στο στενό χώρο της Κοινωνικής Φροντίδας, η παρουσία των φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών, συμπεριλαμβανομένων και των εθελοντικών οργανώσεων, ρυθμίστηκε με το Ν. 2646/1998 (Φ.Ε.Κ. 236 Α') για την ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας. Στο νόμο αυτό προβλέφθηκε επίσης η τήρηση ειδικών μητρώων αναγνωρισμένων και ειδικά πιστοποιημένων φορέων κοινωνικής πρόνοιας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Τα μητρώα αυτά τηρούνταν σε επίπεδο νομαρχίας, ενώ με το ΠΔ 113/2014 συστήθηκε στο Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τμήμα Εθελοντισμού και Πιστοποίησης Φορέων για την παρακολούθηση, ανάπτυξη και αξιοποίηση των δυνατοτήτων του εθελοντισμού στον οικείο χώρο της Πρόνοιας, η οποία ανήκε μέχρι τότε ως θύλακας αρμοδιοτήτων στο Υπουργείο Υγείας.

Με αυτή τη μετακίνηση της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο Υπουργείο Εργασίας απομειώθηκε η δυνατότητα του ελέγχου και της παρακολούθησης των φορέων αυτών στο χώρο της Υγείας από το αρμόδιο Υπουργείο, παρά το γεγονός ότι το αντικείμενο των φορέων συνέχιζε να

20 Τα στοιχεία των Ετήσιων Εκθέσεων των αρμόδιων Υπηρεσιών περιγράφουν μικρής εμβέλειας τοπικές επιχειρήσεις

περιλαμβάνει θέματα Υγείας. Με το ν.4455/2017 θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Μητρώο Ιδιωτικών Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας και έγινε υποχρεωτική η εγγραφή των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Μέχρι σήμερα οι φορείς αυτοί δραστηριοποιήθηκαν κυρίως στο χώρο της Ψυχικής Υγείας με πρόβλεψη του α.11 του ν. 2716/199 όπου αναφέρεται η δυνατότητα ανάπτυξης μονάδων ψυχικής υγείας από τον ιδιωτικό Μη Κερδοσκοπικό Τομέα. Στο πέρασμα του χρόνου αναπτύχθηκε μεγάλος αριθμός δομών απασχόλησης ψυχικά ασθενών ή ΑμεΑ, ενώ άλλες έχουν επικεντρωθεί στην αποκατάσταση με ομάδες στόχου ασθενείς με άνοια, αυτισμό, εξαρτημένους από ουσίες κλπ.

Στις παραπάνω κοινωνικές επιχειρήσεις ένας σημαντικός αριθμός εργαζομένων είναι ΑμεΑ ή άτομα από ευάλωτες ομάδες. Ενώ ο βασικός τους στόχος είναι η προώθηση της ενσωμάτωσης (οικονομικής και κοινωνικής), εξυπηρετούνται δευτερεύοντες στόχοι όπως αποκατάσταση μέσω εργασιοθεραπείας, εκπαίδευση κλπ. που συμβάλουν στη θεραπεία των συμμετεχόντων (Φραγκούλη Α., Θεοχαράκης Ν., Αγκαζίρ-Σινάνη Δ., Λιοδάκης Α., 2006).

Πέρα από την Ψυχική Υγεία, στο χώρο της δημόσιας Υγείας και της υλοποίησης του Εθνικού σχεδίου Δράσης υπάρχει η ενεργοποίηση φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών για την πρόληψη χρόνιων νοσημάτων, την αγωγή υγείας με ενημερωτικές δράσεις ανά την Επικράτεια σε θέματα χρόνιων ασθενειών, υγιεινών διατροφικών συνηθειών, σεξουαλικής αγωγής κλπ. Επίσης, κάποιοι από τους Φορείς ανέπτυξαν δομές λειτουργίας όπως ιατρεία, πολυϊατρεία μέσα από τα οποία παρέχουν ιατροφαρμακευτική και ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε ευάλωτες κοινωνικές κατηγορίες (άστεγοι, πρόσφυγες, ασυνόδευτοι ανήλικοι κλπ.). Τέλος, τα κοινωνικά φαρμακεία, που στην αρχή της οικονομικής κρίσης άρχισαν να αναπτύσσονται κυρίως στους Δήμους των μεγάλων πόλεων από κινήματα και συλλογικότητες αλληλεγγύης (2012), μπορούν να συμπεριληφθούν στη συγκεκριμένη κατηγορία (Πολυζωΐδης, 2015).

Το πρόβλημα με αυτούς τους φορείς είναι η έλλειψη όρων πιστοποίησης, ελέγχου λειτουργίας, αλλά και κανόνων χρηματοδότησης, που έχει οδηγήσει κατά καιρούς σε προβλήματα διαφθοράς και σε έλλειψη διαφάνειας στην εμπλοκή του κρατικού μηχανισμού και τη διαπλοκή με κύκλους ιδιωτικών συμφερόντων.²¹

²¹ Έκθεση Επιτροπής Θεσμών και Διαφάνειας της Βουλής των Ελλήνων 2011.

Όπως αναλύθηκε στην ενότητα περί θεσμικού πλαισίου, με το α.7 του ν.4675/2020 συστάθηκε στο Υπουργείο Υγείας τμήμα Κινητοποίησης Κοινωνικού Κεφαλαίου στον Τομέα της Υγείας με αρμοδιότητες μεταξύ άλλων: «...*(α) τον συντονισμό και την υποστήριξη των εθελοντικών οργανώσεων και των οργανώσεων της Κοινωνίας των Πολιτών, που δραστηριοποιούνται στον τομέα της δημόσιας υγείας*». Επίσης, το τμήμα υποστηρίζει τη σύναψη μνημονίων συνεργασίας με τις οργανώσεις αυτές και συλλέγει στοιχεία για την παρακολούθηση της δραστηριότητάς τους.

Η πρωτοβουλία αυτή σε συνδυασμό με τις διατάξεις του ν.4873/2021 περί προστασίας του εθελοντισμού δείχνουν καθαρά την πρόθεση ενίσχυσης του ρόλου των εθελοντικών οργανώσεων στη δραστηριοποίησή τους στον αμιγή χώρο της Υγείας και μάλιστα ορίζει αδρά το πλαίσιο της (ολικής ή μερικής) χρηματοδότησής τους από το Κράτος, δίνοντας επισήμως τη σφραγίδα των παρόχων υπηρεσιών υγείας σε φορείς της Κοινωνίας των Πολιτών.

Έως σήμερα η νεοσύστατη αυτή Υπηρεσία βρίσκεται στο στάδιο της καταγραφής φορέων με νομική μορφή Σωματείων, Αστικών Εταιρειών Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα, Ενώσεις προσώπων του α. 107 του Αστικού Κώδικα, Κοινωφελή Ιδρύματα του ν.4182/2013, Ιδρυμάτων που έχουν συσταθεί με ειδικό νόμο, ειδικώς αναγνωρισμένους φορείς, παραρτήματα ΜΚΟ στην Ελλάδα, ή άλλες Διεθνείς Οργανώσεις που λειτουργούν με παραρτήματα.

Η καταγραφή των φορέων γίνεται με γνώμονα τη δραστηριοποίηση σε αντικείμενα που έχουν να κάνουν με θέματα Δημόσιας Υγείας (π.χ. χρόνια νοσήματα, αγωγή προαγωγή υγείας, αναπαραγωγή και σεξουαλική υγεία, απεξάρτηση, φυσική και κοινωνική αποκατάσταση, ψυχική υγεία, διατροφή κλπ.). Τα αποτελέσματα της καταγραφής αναμένονται.

Σε κάθε περίπτωση, η προοπτική που θέτει η οργάνωση και η υποστήριξη της κοινωνικής και αλληλέγγυας οικονομίας και της δράσης των φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών στην Υγεία ενδέχεται να είναι αισιόδοξη, στο μέτρο που θα θεμελιωθούν οι προϋποθέσεις λειτουργίας της μακριά από τη λογική της «εμπορευματοποίησης» των κοινωνικών υπηρεσιών (Esping Andersen, 1990). Υπό αυτή την έννοια, μπορεί μια χειραφετημένη κοινωνική επιχειρηματικότητα να αποτελέσει δομική απάντηση στις ουσιώδεις αιτίες του Κοινωνικού Αποκλεισμού (Αδάμ και Παπαθεοδώρου, 2010).

8. Προνοιακός πλουραλισμός, συντονισμός και διαλειτουργικότητα των Υπηρεσιών Υγείας και οι επιπτώσεις τους στην πρόσβαση των ευάλωτων ομάδων

α. Διαλειτουργικότητα

Σε κάθε μία από τις προσπάθειες αναμόρφωσης του συστήματος υγείας, η οργάνωση των Υπηρεσιών παρέμεινε πάντοτε κεντρικά κατευθυνόμενη από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο ήταν σταθερά αρμόδιος φορέας διαμόρφωσης των στρατηγικών και επιχειρησιακών προτεραιοτήτων και πάντα με γνώμονα τους εκ των προτέρων τεθειμένους στόχους των ευρωπαϊκών πολιτικών χρηματοδότησης.

Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την έλλειψη συντονισμού των δομών και Υπηρεσιών, βοήθησε στο να μην επιτευχθεί ποτέ στην πράξη η λειτουργική δικτύωση των αρμόδιων Υπηρεσιών, ενώ οι οποιεσδήποτε παροχές υπηρεσιών παρέμεναν αποσπασματικές, χωρίς ορθολογική ένταξη σε ενιαίο σύστημα ιεράρχησης αναγκών και παραπομπών ασθενών.

Το ζήτημα της διαλειτουργικότητας αποτελεί κομβικό σημείο για τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητα των οργανωμένων δομών, όπως περιεγράφηκαν παραπάνω. Στην πραγματικότητα, οι διάφορες μορφές παροχής υπηρεσιών δεν μπορούν να είναι αποτελεσματικές για τον πολίτη αν προηγουμένως δεν έχει λυθεί το πρόβλημα της διασύνδεσης και του προσανατολισμού του ασθενή μέσα στο σύστημα.

Το ήδη πολύπλοκο σύστημα υπηρεσιών υγείας, διαμορφωμένο πλέον στην πράξη από πανσπερμία νομοθετημάτων, επιβαρύνεται μέσα από τους σχεδιασμούς διαφορετικών κεντρικών διοικήσεων και μέσα από την αρμοδιότητα τουλάχιστον τριών Υπουργείων: του Υγείας, των Εσωτερικών και του Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Στην παραπάνω εικόνα προστίθενται τα διαφορετικά επίπεδα αποκεντρωμένων διοικήσεων που άλλοτε έχουν εποπτικό συντονιστικό ρόλο και λειτουργία (Υγειονομικές Περιφέρειες για τις δημόσιες δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας), άλλοτε καλούνται να δράσουν ελεγκτικά και να εφαρμόσουν πολιτικές αδειοδοτήσεων και εφαρμογής θεμάτων νομοθεσία δημόσιας υγείας (Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας στις Διοικητικές Περιφέρειες), άλλοτε καλούνται να υλοποιήσουν πολιτικές υγείας της Κεντρικής Διοίκησης ως εποπτευόμενοι φορείς των Υπουργείων (Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας - ΕΟΔΥ, Εθνικός

Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων - ΕΟΜ, Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων - ΕΟΦ , Εθνικός Οργανισμός Παροχών Υπηρεσιών Υγείας - ΕΟΠΥΥ κλπ.).

Στην παραπάνω εικόνα έρχονται να προστεθούν οι προνοιακοί φορείς που λειτουργούν στον όμορο της υγείας χώρο της κοινωνικής αλληλεγγύης η οποία είναι καθ' ύλην αντικείμενο που παρακολουθείται από τη Γενική Γραμματεία Πρόνοιας που ανήκει στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων.

Όταν λοιπόν οι κεντρικά σχεδιασμένες πολιτικές φτάνουν να υλοποιηθούν από τις δομές Υγείας που μπορεί να απευθύνονται σε φορείς που είτε είναι ιεραρχικά εποπτευόμενοι είτε είναι υποχρεωμένοι να εφαρμόσουν την νομοθεσία του κάθε ξεχωριστού Υπουργείου, γίνεται προφανές ότι οι δομές δεν μπορούν να διαλειτουργήσουν, αλλά ούτε και να υπάρξει ενιαίος συντονισμός της δράσης τους.

Οι δημόσιες δομές συντονίζονται και επιβλέπονται ιεραρχικά από τις υγειονομικές Περιφέρειες και το Υπουργείο Υγείας, τα ιατρεία και κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων εφαρμόζουν νομοθεσία του Υπουργείου Εσωτερικών, οι προνοιακές δομές ανήκουν στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Ακολουθούν οι ιδιωτικοί φορείς και οι υπηρεσίες των Μη Κερδοσκοπικών Οργανώσεων που, όταν χρηματοδοτούνται, ελέγχονται από το καθ' ύλην Υπουργείο επί των αποτελεσμάτων της δράσης τους στο αντικείμενο της χρηματοδότησης.

Κατά συνέπεια των ανωτέρω, προκύπτει δυσκολία συνεργασίας μεταξύ των φορέων, αλλά και σχεδόν αδυναμία συνεργασίας μεταξύ υπηρεσιών και φορέων με εντελώς διαφορετική στόχευση και οργανωσιακή κουλτούρα. Τα πράγματα γίνονται ακόμα πιο πολύπλοκα στις περιπτώσεις που πολλές από αυτές τις Υπηρεσίες παρουσιάζουν αλληλοεπικαλύψεις αρμοδιοτήτων. Για παράδειγμα, ο ρόλος των δημοτικών ιατρείων πολλές φορές καλύπτεται από τις αρμοδιότητες των δημόσιων δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το ίδιο και η δράση πολλών Μη Κερδοσκοπικών Οργανώσεων μπορεί να συμπίπτει με αντίστοιχες πρωτοβουλίες των κατά τόπους Κέντρων Υγείας.

Σε ένα τέτοιο πολυδαίδαλο τοπίο πολλές φορές ένας πολίτης, ήδη επιβαρυσμένος από προβλήματα ευαλωτότητας, θα αποθαρρυνθεί να προσεγγίσει την κάθε Υπηρεσία, έστω και για μία απλή πρώτη επαφή. Αλλά και αντίστροφα, για τις ίδιες τις Υπηρεσίες, η χωρίς σχεδιασμό εισαγωγή νέων δράσεων σε μια «αγορά» Υπηρεσιών Υγείας μπορεί εύκολα να δημιουργήσει συνθήκες αμηχανίας και σύγχυσης.

Στα παραπάνω συνηγορούν σχετικές έρευνες για τον αποκλεισμό που υφίστανται οι ευάλωτες κατηγορίες στην Ελλάδα, ειδικά σε σχέση με τις δυνατότητες πρόσβασής τους σε Υπηρεσίες. Σε σχετική έρευνα του ΙΝΕ ΓΣΕΕ - ΑΔΕΔΥ²² σημειώθηκαν βασικά προβλήματα κατά την οργάνωση, δικτύωση και συντονισμό των υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, τονίστηκε ο αποσπασματικός χαρακτήρας των παρεμβάσεων κοινωνικής πολιτικής, η αδυναμία παρακολούθησης και υλοποίησης στρατηγικών σχεδιασμών και στόχων προσαρμοσμένων στις εξειδικευμένες τοπικές ανάγκες, γεγονός που αποδόθηκε στην *«έντονα γραφειοκρατική και συγκεντρωτική δομή των κρατικών μηχανισμών τόσο σε επίπεδο λήψης αποφάσεων όσο και στο πεδίο της εφαρμογής τους»*.

Σημειώθηκαν, επίσης, δυσκολίες στην ενδοϋπηρεσιακή και μεταξύ υπηρεσιών ροή της πληροφόρησης, αλλά και επικοινωνιακή δυσκολία μεταξύ υπηρεσιών και κοινού, δυστοκία στη μεταξύ των υπηρεσιών συνεργασία, καθήλωση στην τυπολατρική γραφειοκρατία, με απουσία δυνατότητας λήψης πρωτοβουλίας από την πλευρά των στελεχών, που οδηγεί στην αδυναμία παροχής ουσιαστικών λύσεων. Όλα αυτά ενταγμένα σε ένα πλαίσιο υλοποίησης στρατηγικών επιλογών που λήφθηκαν από την κεντρική διοίκηση, χωρίς κατά την επιχειρησιακή στόχευση να ληφθούν υπόψη οι γεωγραφικές, κοινωνικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των κατά τόπους επαρχιών ή να έχουν μελετηθεί και διερευνηθεί τα συγκεκριμένα ίσως προβλήματα των ευάλωτων πληθυσμών της κάθε περιφέρειας.

Τα παραπάνω, συνδυασμένα με τη γεωγραφική απόσταση, την έλλειψη επαρκούς συγκοινωνιακού δικτύου και την *υπερσυγκέντρωση των υπηρεσιών στην πρωτεύουσα* κάθε νομού, δημιουργούν σημαντικά εμπόδια στην πρόσβαση στις Υπηρεσίες.

β. Οι μη θεσμοθετημένες - αδειοδοτημένες Υπηρεσίες

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, το θεσμικό πλαίσιο της Πρόνοιας αλλά και της Ψυχικής Υγείας προέβλεπαν τη λειτουργία ιδιωτικών φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και μάλιστα τηρούνταν από το 1998 σχετικά μητρώα στα οποία κατατάσσονταν οι πιστοποιημένοι φορείς που πληρούσαν κατά τη σύσταση και λειτουργία τους όρους νομιμότητας που είχαν οριστεί από τις αρμόδιες Υπηρεσίες.

²² Παπαδοπούλου Δ., Δημουλάς Κ., Μπαμπανέλου Δ., Τσιώλης Γ.: «ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΥΠΑΘΕΙΑ ΣΤΟΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟ», ΙΝΕ ΓΣΕΕ- ΑΔΕΔΥ ,2002

Ο ν.2646/1998 «*Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις*» είχε προσδιορίσει τις προϋποθέσεις για τη δυνατότητα λήψης πιστοποίησης από τους ιδιωτικούς φορείς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίοι παρείχαν υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας σε ευάλωτες κατηγορίες πληθυσμού.

Ο όρος Κοινωνική Φροντίδα, όπως διασαφηνίστηκε στο εν λόγω νομοθέτημα του 1998, είχε να κάνει με την παρεχόμενη προστασία με προγράμματα πρόληψης και αποκατάστασης σε ευάλωτες κατηγορίες ατόμων και οικογενειών, με σκοπό τη δημιουργία ευκαιριών ισότιμης συμμετοχής των ατόμων στην οικονομική και κοινωνική ζωή και εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης.

Δεδομένου ότι μέχρι το 2014, όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα, η Κοινωνική Πρόνοια αποτελούσε αντικείμενο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, στη συνέχεια Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, επέβλεπε αυτούς τους φορείς της Κοινωνίας των Πολιτών που δραστηριοποιούνταν στο χώρο της Πρόνοιας και της Ψυχικής Υγείας και οι οποίοι χρηματοδοτούνταν κατά περίπτωση για προγράμματα που υλοποιούσαν κυρίως από τα Ευρωπαϊκά Κοινωνικά Πλαίσια Στήριξης και το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς για την προγραμματική Περίοδο 2007-2013.

Στην παρούσα φάση και υπό τις συνθήκες έλλειψης εξειδικευτικών Υπουργικών Αποφάσεων του Υπουργείου Υγείας που να καθορίζουν επακριβώς τους όρους και τις προϋποθέσεις ανάπτυξης και λειτουργίας ιδιωτικών φορέων Μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα για την παροχή Υπηρεσιών Υγείας, η λειτουργία και χρηματοδότηση των φορέων αυτών χωρίς άδεια ή με κατ' εξαίρεση αδειοδότηση παραμένει επισφαλής.

Το ίδιο επισφαλές είναι και η λειτουργία των δημοτικών και κοινωνικών ιατρείων και δομών παροχής υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο των κοινωνικών υπηρεσιών των οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Το σύνολο των δομών αυτών, που λειτουργούν χωρίς αναφορά σε πλαίσιο νομιμότητας, δεν μπορούν να ελεγχθούν. Δεν έχουν δηλαδή καθοριστεί, για διάφορες δομές και υπηρεσίες του μη κερδοσκοπικού τομέα στο χώρο της Υγείας, οι όροι κτιριακής ανάπτυξης και υποδομών, οι όροι συντήρησης εξοπλισμού, οι απαραίτητες ειδικότητες ιατρικού νοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού, η διαδικασία τήρησης του ιατρικού απορρήτου και της νομοθεσίας περί δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, η διαδικασία διαχείρισης των ιατρικών αποβλήτων κλπ.

Οι νομοθετικές πρωτοβουλίες της τελευταίας διετίας που αναφέρονται στη δραστηριότητα και στην πιστοποίηση των Οργανώσεων της Κοινωνίας των Πολιτών

στο χώρο της Υγείας, οι οποίες αναλύθηκαν στο οικείο κεφάλαιο, δείχνουν την πρόθεση του κράτους να εντάξει ενεργά στην άσκηση της κοινωνικής πολιτικής τους φορείς αυτούς. Από την άλλη πλευρά, το εγχείρημα αντιμετωπίζει δυσκολίες καθώς υπάρχουν αρκετοί φορείς που ήδη εδώ και χρόνια δραστηριοποιούνται χωρίς ορατότητα από την κεντρική διοίκηση, δεδομένου ότι δεν υπήρχε πρόβλεψη ενεργειών σύμφωνη με την αρχή της νομιμότητας της διοικητικής δράσης.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν θέματα μείζονος σημασίας για τη διασφάλιση της Υγείας του ασθενούς αλλά και του εργαζόμενου, σε συνδυασμό πάντα και με την αποφυγή δημιουργίας κινδύνων από την παραβίαση κανόνων διαφύλαξης της Δημόσιας Υγείας. Υπάρχει η ανάγκη πρόβλεψης των διαδικασιών μέσα από τις οποίες θα γίνεται ο συντονισμός και η ένταξη της δραστηριότητας των δομών αυτών σε ένα συνεκτικό σχεδιασμό, ώστε η όποια χρηματοδότησή τους να είναι αποτελεσματική και ευνοϊκή για το σύνολο των σκοπών και των αρχών του συστήματος Υγείας. Η ανέλεγκτη, σποραδική, τυχαία και εκτός προγραμματισμού λειτουργία των δομών υποβαθμίζει το έργο τους, αλλά και ενδέχεται να δημιουργήσει προβλήματα, επιβαρύνσεις και νέες ανισότητες με τη δημιουργία τοπικών και καθ' ύλη επικαλύψεων σε διάφορους τομείς και διάφορα επίπεδα υπηρεσιών.

9. Συμπεράσματα

Από την ανάλυση που προηγήθηκε στις παραπάνω ενότητες σε σχέση με τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν διαπιστώνονται τα κάτωθι:

α. Ο προνοιακός πλουραλισμός εμφανίζεται ως εργαλείο διαχείρισης των ακάλυπτων αναγκών Υγείας που προκύπτουν από την υποχρηματοδότηση των Συστημάτων Υγείας στο νεοφιλελεύθερο πλαίσιο διακυβέρνησης, όπου το κράτος περιορίζεται σε ρόλο ρυθμιστικό και επιτελικό.

β. Οι μεταρρυθμίσεις στο σύστημα Υγείας της Ελλάδας, εστιασμένες κάθε φορά στη συγκράτηση του κόστους, την ορθολογικοποίηση των δαπανών, τη μείωση της προκλητής ζήτησης, την παρακολούθηση της συνταγογράφησης και των παραπομπών έβαλαν –από το 2014 κυρίως κι έπειτα– στο τοπίο του δημόσιου συστήματος τη συμμετοχή ιδιωτών και φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών, δίνοντάς τους ρόλο υποστηρικτικό. Το κράτος διεύρυνε σταδιακά από τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ κι έπειτα το ρόλο του ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα, ενώ νομιμοποιήθηκε και καθιερώθηκε η απευθείας από το κράτος χρηματοδότηση ιδιωτικών φορέων και φορέων της Κοινωνίας των Πολιτών για την παροχή υπηρεσιών υγείας, αγωγής υγείας και πρόληψης μέσω προγραμμάτων και δράσεων.

γ. Θεσμικές μεταρρυθμίσεις που επικεντρώθηκαν στο στόχο της εξάλειψης των ανισοτήτων πρόσβασης, όπως οι διαμεσολαβητές Υγείας, οι κινητές μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η κατ' οίκον νοσηλεία κλπ., αδράνησαν λόγω έλλειψης νομοθετικής εξειδίκευσης που να καθορίζει όρους και προϋποθέσεις λειτουργίας για κάθε έναν από αυτούς τους καινοτόμους θεσμούς. Η απάντηση λοιπόν στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα είναι ότι, ενώ σε θεσμικό - διοικητικό επίπεδο υπάρχει εξέλιξη της νομοθεσίας με βάση τις νομικές αρχές της ισότητας και της καθολικότητας στην πρόσβαση και της άρσης των ανισοτήτων, στην πράξη οι σχεδιασμοί μένουν ανυλοποίητοι και οι νομοθετικές διατάξεις αδρανούν χωρίς συνέχεια και εξειδίκευση. Οι ανισότητες και τα εμπόδια στην πρόσβαση παραμένουν και διογκώνονται, ειδικά για ανασφάλιστους και εισοδηματικές κατηγορίες πληθυσμού με χαμηλό εισόδημα.

δ. Το παραπάνω συμπέρασμα ενδυναμώνει το γεγονός ότι παράλληλα με την αναδιοργανωτική δραστηριότητα και τη μετατόπιση του ρόλου του κράτους ως κύριου και βασικού παρόχου Υπηρεσιών Υγείας, φαίνεται να εξαιρέθηκαν σιωπηρά

από τις δέσμες παροχών υπηρεσιών υγείας και ιατροφαρμακευτικής κάλυψης όσοι δε διέθεταν ασφαλιστική κάλυψη ή στερούνταν για διάφορους λόγους νομιμοποιητικά έγγραφα πολιτογράφησης, γεγονός που αναιρέθηκε και επανήλθε με διαφορετικά νομοθετήματα στην πάροδο του χρόνου.

ε. Οι δημόσιες δομές και υπηρεσίες Υγείας σταμάτησαν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες, ενώ η επίσημα καταγεγραμμένη ιδιωτική δαπάνη Υγείας μεγάλωσε παράλληλα με τους δείκτες φτώχειας και αποκλεισμού. Οι φορείς της Κοινωνίας των Πολιτών ενεργοποιήθηκαν σταδιακά για να καλύψουν αυτό το κενό και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης ο ρόλος τους ενδυναμώθηκε θεσμικά. Από την άλλη πλευρά, δεν υπάρχει ακόμα επίσημη καταγραφή των αποτελεσμάτων της δράσης τους, ώστε να προκύψουν συγκρίσιμα αποτελέσματα για τη συμβολή τους στη συνολική εικόνα της πρόσβασης στις υπηρεσίες Υγείας. Οι αλλαγές στο θεσμικό πλαίσιο σε σχέση με τις προϋποθέσεις λειτουργίας τους αποδεικνύουν την πρόθεση του συστήματος να δώσει νομιμοποίηση και ορατότητα στους φορείς αυτούς, αλλά και να τους εντάξει στη συνολική διαδικασία παροχής υπηρεσιών ως ισοδύναμους δρώντες υλοποίησης των πολιτικών Υγείας. Κάθε νέα νομοθετική εξειδίκευση για την καταπολέμηση των ανισοτήτων στο χώρο της Υγείας, όπως οι ρυθμίσεις για τις κινητές μονάδες και την κατ' οίκον νοσηλεία, συμπεριλαμβάνουν στους φορείς υλοποίησης προγραμμάτων και τους φορείς της Κοινωνίας των Πολιτών.

στ. Όσον αφορά το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με το κατά πόσο η εμπλοκή των φορέων Τοπικής Αυτοδιοίκησης και φορέων της Κοινωνίας των πολιτών υποστηρίζει αποτελεσματικά την όλη διαδικασία αντιμετώπισης ανισοτήτων πρόσβασης και σε ποιο βαθμό, διαπιστώθηκε ότι, καθώς η εικόνα εξελίσσεται, τα αποτελέσματα της σιωπηρής σταδιακής και συστηματικής υποκατάστασης του κρατικού και δημόσιου χαρακτήρα της Υγείας από τη λειτουργία ιδιωτικών (κερδοσκοπικών και μη) φορέων δεν φαίνονται ενθαρρυντικά για τους οικονομικά αδύναμους.

ζ. Παρά ταύτα, η πλουραλιστική πρόθεση του προνοιακού συστήματος είναι ξεκάθαρη και στο χώρο της Υγείας και η απάντηση στο τρίτο ερώτημα που τέθηκε, σχετικά με το αν είναι σε θέση το σύστημα Υγείας να καταγράψει, να αξιολογήσει και να συντονίσει το έργο όλων των εμπλεκόμενων δομών υπηρεσιών και των δράσεων, περικλύει ένα ανοιχτό το στοίχημα. Αυτό της οργάνωσης, του συντονισμού, της αξιολόγησης και του ελέγχου της δραστηριότητας του συνόλου των φορέων Υγείας από ένα κράτος που επιλέγει να παρουσιάζεται ως ρυθμιστικό και

επιτελικό. Η ανάπτυξη σχετικών με την Υγεία υπηρεσιών που ήδη λειτουργούν στον ιδιωτικό τομέα (κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα), όσο γίνεται χωρίς οριοθέτηση νομικού πλαισίου, εγείρει ποικίλα ηθικά, νομικά, οργανωτικά, κοινωνικά κλπ. προβλήματα και ως εκ τούτου χρήζει ελέγχου.

η. Εν κατακλείδι και όπως φάνηκε στην αντιμετώπιση της πανδημίας covid-19, όσο η Υγεία αντιμετωπίζεται ως προϊόν και όχι ως δημόσιο αγαθό, με την αγορά να διεκδικεί την ανταλλαξιμότητά του με όρους κερδοφορίας, οι ανισότητες δε θα αρθούν καθώς κοινωνικοί προσδιοριστές, όπως η οικονομικοκοινωνική θέση των ατόμων, θα υπεισέρχεται πάντα ως εμπόδιο στην πρόσβαση. Ο ταξικός χαρακτήρας της Υγείας δεν μπορεί να αρθεί χωρίς πολιτική επιλογή και κεντρικό σχεδιασμό.

10. Πηγές - Βιβλιογραφία

α. Εκθέσεις και Μελέτες και βάσεις δεδομένων Ελληνικών και Ευρωπαϊκών Φορέων

1. Eurostat (2020α), *Total health care expenditure*, online data code: TPS00207 last update: 21/11/2020.
2. Eurostat (2020), *Total health care expenditure/out of pocket exp*, online data code: TPS00207.
3. Eurostat (2021), *People at risk of poverty or social exclusion*, online data code: T2020_50.
4. Eurostat (2021), *Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile*, online data code: HLTH_SILC_08.
5. Eurostat (2021), *Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile*, online data code: HLTH_SILC_08.
6. <https://www.euro.who.int/en/about/us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits>.
7. https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_en.
8. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_it_english.
9. EuroWho, *Organization and financing of public health services in Europe: Country reports*, Health Policy Series 49, 2018.
10. ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019), *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ*, ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες.
11. Eurostat newsrelease 158/2019 - 16 October 2019, *Downward trend in the share of persons at risk of poverty or social exclusion in the EU But still around 109 million people in this situation*.
12. EPRS (2016) *The public health dimension of the European migrant crisis*, EPRS briefing paper, January 2016.
13. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Italy: Country Health Profile 2019*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

14. ΕΛΣΤΑΤ, (2020) *Απογραφή Κέντρων Υγείας και λοιπών Μονάδων παροχής ΠΦΥ: έτη 2017-2019*, <http://www.statistics.gr>.
15. ΕΚΤ, (1996) *Διαστάσεις του Κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα «Κύρια θέματα και προσδιορισμός προτεραιοτήτων πολιτικής»*, Έκθεση για το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο, Αθήνα 1996.

β. Ελληνικά κείμενα

16. Αδάμ Σ. , Τελώνη Δ., (2015) *Τα κοινωνικά Ιατρεία στην Ελλάδα της κρίσης*, Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων ΙΝΕ ΓΣΕΕ
17. Αθανασάκης Κ., Καρέλα Α., Καραμπλή Ε., Κυριόπουλος Ι., Λιονής Χ., Μυλωνά Κ., Σουλιώτης Κ., Τριτάκη Γ., Τσιάντου Β., (2009) *Ο ρόλος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία*, ΕΣΔΥ και ΙΤΑ.
18. Αμίτσης Γ., (2014), *Το συλλογικό διακόβευμα της ενεργητικής ένταξης των ευπαθών ομάδων – Αναπτυξιακά διδάγματα από την Κοινωνική Ευρώπη*, Παπαζήσης, Αθήνα.
19. Αφουξενίδης, Α. (2006), *Όψεις της κοινωνίας πολιτών στην Ελλάδα: Το παράδειγμα των περιβαλλοντικών και αντιρατσιστικών ΜΚΟ*. Επιθεώρηση πολιτικής και ηθικής θεωρίας: Επιστήμη και Κοινωνία, τ.16, 2006.
20. Γράβαρης, Δ. (1994), *Εκπαίδευση και Πολιτική Οικονομία. Αρχές εκπαιδευτικής πολιτικής στους Α. Smith, J. St. Mill και Α. Marshall*, Αθήνα, Ίδρυμα Σάκη Καράγιωργα.
21. Δημουλάς Κ., Οικονόμου Χ. (2012) *Βασικές Αντιλήψεις, Μοντέλα και Μετασχηματισμοί του Κράτους Πρόνοιας με Έμφαση στα Συστήματα Υγείας*, 2012, Μελέτες ΙΝΕ ΓΣΕΕ.
22. Καράγιωργας Δ. (1979), *Οι οικονομικές λειτουργίες του κράτους*, εκδόσεις Παπαζήση.
23. Κουραχάνης Ν. (2016) *Το Μίγμα Ευημερίας στις Πολιτικές Αντιμετώπισης της Έλλειψης Στέγης στην Ελλάδα και οι Ευρύτερες Συνδηλώσεις του*, Κοινωνική πολιτική.
24. Κουραχάνης Ν., (2017), *Κοινωνικές Πολιτικές Στέγασης, Η Ελληνική προβληματική προσέγγιση*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
25. Κουραχάνης Ν., Παπαδοπούλου Δ., (2017) *Άστεγοι και Κοινωνικός Αποκλεισμός στην Ελλάδα της Κρίσης*, ΤΟΠΟΣ.

26. Κουραχάνης Ν. (2019), *Από την Κοινωνική στην Οικονομική Ιδιότητα του Πολίτη*, Κοινωνιολογική Επιθεώρηση.
27. Μουζέλης Ν., Παγουλάτος Γ. (2003,) *Κοινωνία των πολιτών και ιδιότητα του πολίτη στη μεταπολεμική Ελλάδα*, μετ. Τ. Πλυτά, Ελληνική Επιθεώρηση πολιτικής Επιστήμης τ.22 Δεκέμβριος 2003.
28. Μπουρσανίδης Χ., 2007, *Στρατηγικό μάνατζμεντ στη δημόσια διοίκηση: Μία συστηματική παρουσίαση του Balanced Scorecard ως εργαλείου Στρατηγικού μάνατζμεντ στα νοσοκομεία*, στο Μακρυνδημήτρης Α. Πραβίτα Ε.Μ. Επιμ.: *Διοικητική Θεωρία και Πράξη - Διοίκηση και Κοινωνία*, Εκδόσεις Σάκκουλα.
29. Νιάκας Δ., *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας*, Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής 2014, 5.
30. Οικονόμου Χ.(2012) *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του εθνικού συστήματος υγείας*, Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων, ΙΝΕ ΓΣΕΕ.
31. Οικονόμου Χ.(2018) *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των μνημονίων στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, στο *Κρίση και Κοινωνική Πολιτική αδιέξοδα και λύσεις* , εκδόσεις ΤΟΠΟΣ.
32. Παπαδοπούλου Δ., (2012) *Κοινωνιολογία του αποκλεισμού στην εποχή της παγκοσμιοποίησης*, Αθήνα, ΤΟΠΟΣ.
33. Παπαδοπούλου Δ., Δημουλάς Κ., Μπαμπανέλου Δ., Τσιώλης Γ. (2002), *Από την κοινωνική ευπάθεια στον κοινωνικό αποκλεισμό*, ΙΝΕ ΓΣΕΕ- ΑΔΕΔΥ.
34. Πετμεζίδου Μ. (2006) *Πρόλογος* στο Andersen E. G., *Οι τρεις Κόσμοι του Καπιταλισμού της Ευημερίας*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
35. Πετμεζίδου Μ. (2010), *Εναρκτήρια Ομιλία*, στο *Κοινωνική Μεταρρύθμιση και Αλλαγές στο Μίγμα Δημόσιου - Ιδιωτικού στο Πεδίο της Κοινωνικής Προστασίας*, Πρακτικά 3ου Διεθνούς Συνεδρίου ΕΕΚΠ, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
36. Πολυζώιδης, Π. (2015), *Κρίση και ενίσχυση της εθελοντικής δράσης στην παροχή υπηρεσιών υγείας*, *Υγεία και Μακροχρόνια Φροντίδα στην Ελλάδα*, ΙΝΕ ΓΣΕΕ.
37. Σκαμνάκης, Χ. (2010), *Η συμμετοχή του ενδιάμεσου χώρου στο μείγμα δημόσιου - ιδιωτικού. Θεωρητικά ζητήματα και προβληματισμός*, στο *Κοινωνική Μεταρρύθμιση και Αλλαγές στο Μείγμα «Δημοσίου»-«Ιδιωτικού»*

- στο Πεδίο της Κοινωνικής Πολιτικής, επιμ. Παπαθεοδώρου Χ. Πετμεζίδου Μ., εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
38. Σκαμνάκης, Χ. (2012), *Η κοινωνική πολιτική από την αυτοδιοίκηση. Μεταξύ διεύθυνσης και διάσπασης της κοινωνικής προστασίας; Μια αναφορά στην ελληνική περίπτωση*, Θανοπούλου, Μ - Πετμεζίδου, Μ. - Στρατηγάκη, Μ. (επιμ.), Όψεις Κοινωνικής Δυναμικής, μελέτες χαριστήριες στην καθηγήτρια Κούλα Κασιμάτη, Αθήνα, Gutenberg.
39. Σκαμνάκης, Χ. (2020), *Η Κοινωνική Πολιτική στην Αυτοδιοίκηση*, Αθήνα, Διόνικος.
40. Σουλιώτης Κ., Παπαδονικολάκη Τζ., Παπαγεωργίου Μ., Οικονόμου Μ., *Οι επιπτώσεις της κρίσης στην υγεία και το σύστημα υγείας: Σκέψεις και δεδομένα για την ελληνική περίπτωση*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2018, 35 (Συμπλ. 1) 9-16.
41. Σωτηρόπουλος, Δ. (2004), *Η άγνωστη κοινωνία πολιτών, Η κοινωνία πολιτών στην Ελλάδα: ατροφική ή αφανής;* εκδόσεις Ποταμός, Αθήνα 2004.
42. Στασινοπούλου Ο. (1993), *Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής : Από το κράτος Πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμο - Φροντίδα και γήρανση : η σύγχρονη πλουραλιστική πρόκληση*, GUTENBERG.
43. Τσουκαλάς Κ. (2010), *Η επινόηση της ετερότητας, Ταυτότητες και Διαφορές στην εποχή της παγκοσμιοποίησης*, εκδ. Καστανιώτη.
44. Φερόνας, Α., Κουραχάνης, Ν. (2016), «*Καθεστώς Ενημερίας και Έλλειψη Στέγης: Τι Είδους Σχέση;*», Κοινωνική Πολιτική.
45. Χάρδας Α., Σκαμνάκης Χ (2017) *Κοινωνική πολιτική στο τοπικό επίπεδο, η υπο-κλιμάκωση της κοινωνικής προστασίας τα χρόνια της κρίσης*, Κοινωνική Πολιτική τ.7.
46. Χλέτσος Μ., (2015) *Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης*, Quality in health.

γ. Ξενόγλωσσα /μεταφρασμένα κείμενα

47. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, Tweed EJ, Lewer D, Vittal Katikireddi S, Hayward AC. (2018) *Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta- analysis*, Lancet Volume 391.

48. Alcock Pete (1998), *Social Policy in Britain: Themes and Issues*. Pete Alcock., *The Journal of Sociology & Social Welfare*: Vol. 25 : Iss. 1 , Article 17.
49. Economou C, Kaitelidou D., Katsikas D., Siskou O., Zafiropoulou M., *Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population*, *Social Cohesion and Development*, vol. 9, 2014.
50. Economou Ch., Kaitelidou D., Karanikolos M., Maresso A., (2017) *Greece Health system review*, *Health Systems in Transition*, Vol. 19 No. 5 2017, European Observatory on Health Systems and Policies.
51. Esping Andersen G (1990), *The three worlds of welfare capitalism*, Ελλ. μετάφραση, *Οι τρεις κόσμοι του καπιταλισμού της ευημερίας*, Επιμ. Πετμεζίδου Μ., μετ. Γολεμή Α., Εκδόσεις ΤΟΠΙΟΣ (2014).
52. Ferrera M. – Hamerijck A. (2003), *Recalibrating Europe's Welfare Regimes in Governing Work and Welfare in a New Economy: European and American Experiments*, Oxford: Oxford University Press.
53. Fazel S., Geddes JR, Kushel M. *Lancet*. (2014), *The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations*, *The Lancet* V.384.
54. Hayek Friedrich, 1944, *The Road to Serfdom*, Ελληνική μετάφραση Καραμπέλας Γ. *Ο δρόμος προς τη Δουλεία*, Εκδόσεις Παπαδόπουλος, Αθήνα 2013.
55. Kourachanis N. (2019), *Homelessness Policies in the Liberal and the Southern European Welfare Regimes: Ireland, Portugal, and Greece*, *Housing Policy Debate*.
56. Kourachanis N. (2020), *Citizenship and social policy, from post development to permanent crisis*, Palgrave macmillan.
57. Marshall, T H. (1950), *Citizenship and Social Class: And Other Essays*. Cambridge, 1950.
58. Masseria C, Giannoni M. (2010) *Equity in access to health care in Italy: a disease-based approach*, *Eur J Public Health*.
59. Niakas D. (2013), *Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription*, *International Journal of Health Services*, vol 43, No 4

60. Pickett K., Wilkinson, R. (2009) *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, London, Allen Lane.
61. Pinker, R. A. (1992), *Making sense of the mixed economy of welfare*, Social Policy and Administration, 26: 4
62. Petmesidou M., Pavolini E. and Guillén A.M. (2014), *South european healthcare systems under harsh austerity: A progress–regression mix?*, South European Society and Politics.
63. Skamnakis, C., & Kostas, A. (2020), *Local social policies: Between specialization and fragmentation*, Social Cohesion and Development, 2020 15 (1), 5-9.
64. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, van Ginneken E., (2010) The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*.
65. Thomson S, Figueras J, Evetovits t, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, Cylus J, Karanikolos M, Kluge H, (2015) *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe Impact and implications for policy*, Open University Press.
66. Vuorenkoski L, Mladovsky P and Mossialos E., 2008, *Finland: Health system review. Health Systems in Transition*. 2008.
67. Wright K., (2012), *Health Communication in the 21st Century*, Wiley-Blackwell.