



**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

ΣΧΟΛΗ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ: ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ**

**Κρίση και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα.
Η Περίπτωση Μελέτης Τριών Κοινωνικών Ιατρείων
Φαρμακείων Αλληλεγγύης στην Περιφέρεια Αττικής**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αναστασία Μιχαλάτου

A.M.: 5114M003

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Δημουλάς Κωνσταντίνος, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων

Κουζής Ιωάννης, Καθηγητής

Οικονόμου Χαράλαμπος, Αναπληρωτής Καθηγητής τμ. Κοινωνιολογίας

Αθήνα, Φεβρουάριος 2016

Copyright © Αναστασία Μιχαλάτου, 2016.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, 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.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

*Αφιερώνω αυτήν την εργασία
στην οικογένειά μου..*

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

- ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΚΙΦΑ: Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Αλληλεγγύης
Π.Ο.Υ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας
Κ.Υ: Κέντρο Υγείας
ΠΕΔΥ: Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
Υ.Υ.: Υπουργείο Υγείας
Ε.Ο.Π.Υ.Υ.: Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΙΚΑ: Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΟΑΕΕ: Οργανισμός Απασχόλησης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΠΑΔ: Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου
ΟΓΑ: Οργανισμών Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΝΑΤ: Ναυτικό Απομαχικό ταμείο
ΤΑΥΤΕΚΩ: Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών & Επιχειρήσεων Κοινής
Ωφέλειας
Υ. Πε: Υγειονομική περιφέρεια
ΚΕΠΑ: Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας
ΒΥΑ: Βιβλιάριο Υγείας Ανασφάλιστου
ΑΜΚΑ: Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης
ΚΕΠ: Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών
Μ.Κ.Ο: Μη κερδοσκοπική/κυβερνητική οργάνωση
ΚΙΦΒ: Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Βύρωνα
ΟΤΑ: Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την συνεισφορά τους στην παρούσα εργασία, θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερος τον υπεύθυνο καθηγητή μου κ. Δημουλά Κωνσταντίνο για την επίδειξη υπομονής, κατανόησης και ορθής συμβουλευτικής, καθώς και τους συμμετέχοντες στην έρευνα εθελοντές.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
Κεφάλαιο 1 ^ο Κοινωνική Πολιτική και Υγεία	11
1.1 Εννοιολογικό Πλαίσιο Υγείας και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	11
1.2 Βασικές Προσεγγίσεις Κοινωνικής Πολιτικής και Υγείας.....	15
1.2 Συστήματα Υγείας και Καθεστώτα Κοινωνικής Πολιτικής	18
Κεφάλαιο 2 ^ο Κοινωνική Πολιτική και Υγεία στην Ελλάδα πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης	32
2.1 Ελληνικό Σύστημα Υγείας: Χαρακτηριστικά και Προβλήματα.....	32
2.2 Κρίση και Βασικές Νομοθετικές Ρυθμίσεις στον Τομέα της Υγείας	38
Κεφάλαιο 3 ^ο Τοπική Αυτοδιοίκηση και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	52
3.1 Δημοτικά Ιατρεία & άλλες Προνοιακές Κοινωνικές Δομές	52
3.2 Η Μετάβαση από τα Δημοτικά Ιατρεία στα Κοινωνικά Ιατρεία	55
Κεφάλαιο 4 ^ο Βασικά Χαρακτηριστικά και Δραστηριότητες των Κοινωνικών Ιατρείων Φαρμακείων Αλληλεγγύης. Τρεις Περιπτώσεις Μελέτης ΚΙΦΑ στην Περιφέρεια Αττικής	61
4.1 Σκοποί, Δράσεις και Είδη Κοινωνικών Ιατρείων και Φαρμακείων.....	61
4.2 Κοινωνικά Ιατρεία-Φαρμακεία στην Ελλάδα.....	64
4.3 Μεθοδολογία της Έρευνας	69
4.4 Η Μελέτη Τριών Περιπτώσεων Κοινωνικών Ιατρείων Αλληλεγγύης στην Περιφέρεια Αττικής	71

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	90
ΠΗΓΕΣ	91
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	92
ABSTRACT	95

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1	Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας.....	58
Πίνακας 2	Κοινωνικά Ιατρεία Φαρμακεία την Περιφέρεια Αττικής.....	65
Πίνακας 3	Κοινωνικά Ιατρεία Φαρμακεία υπόλοιπης Επικράτειας.....	68

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Γράφημα 1	Ποσοστά παρατεταμένης ανεργίας στην Ελλάδα.....	57
-----------	---	----

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία επιχειρεί να καταγράψει το ρόλο των Κοινωνικών Ιατρείων Φαρμακείων Αλληλεγγύης στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στους πολίτες της Περιφέρειας Αττικής στα χρόνια της κρίσης. Οι επιπτώσεις της ύφεσης στα νοικοκυριά και ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ανασφάλιστων και άπορων οδήγησε στην κινητοποίηση αλληλέγγυων και αυτόνομων πολιτών, όπως και συλλογικοτήτων. Αποτέλεσμα της κινητοποίησης αυτής είναι η δημιουργία αλληλέγγυων εθελοντικών δομών παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η εργασία περιλαμβάνει τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο καταγράφεται το εννοιολογικό πλαίσιο της υγείας και της ΠΦΥ, καθώς και των βασικών προσεγγίσεων της κοινωνικής πολιτικής. Επίσης, καταβλήθηκε προσπάθεια συσχετισμού των συστημάτων υγείας και καθεστώτων ευημερίας με τον τρίτο τομέα. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται τα βασικά χαρακτηριστικά και προβλήματα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, καθώς και οι νομοθετικές ρυθμίσεις στον τομέα της υγείας και της πρόσβασης του ανασφάλιστου πληθυσμού στην υγεία, από την αρχή της κρίσης έως σήμερα. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στην παροχή ΠΦΥ. Συγκεκριμένα, μελετάται η μετάβαση από τα δημοτικά ιατρεία στα κοινωνικά ιατρεία. Στο τέταρτο κεφάλαιο, παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά και οι δραστηριότητες των ΚΙΦΑ. Επίσης, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε σε τρία ΚΙΦΑ της Περιφέρειας Αττικής. Τέλος, η εργασία καταλήγει στα κυριότερα συμπεράσματα.

Λέξεις κλειδιά: σύστημα υγείας, οικονομική κρίση, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ανασφάλιστοι, εθελοντισμός, αλληλεγγύη, κοινωνικά ιατρεία, φαρμακεία αλληλεγγύης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά τη δεκαετία του '70, καταγράφονται οι πρώτες προσπάθειες συγκρότησης και αναβάθμισης των υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια βελτίωσης του υγειονομικού συστήματος. Στο επίκεντρο της εκάστοτε πολιτικής αναβάθμισης δομών υγείας, βρίσκεται ο προσδιοριστικός παράγοντας της έννοιας της υγείας, που αφορά την ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Ύστερα από επτά χρόνια οικονομικής ύφεσης στην Ελλάδα, η αύξηση της ανεργίας, της φτώχειας και της οικονομικής εξαθλίωσης μεγάλου τμήματος του πληθυσμού σε συνδυασμό με τον δραστικό περιορισμό του κράτους πρόνοιας, είχαν ως αποτέλεσμα να βιώσει η χώρα καταστάσεις ανθρωπιστικής κρίσης. Μεγάλος αριθμός ανασφάλιστων και απόρων πολιτών, αδυνατεί να έχει πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρά τις νομοθετικές ρυθμίσεις.

Οι θεσμικές αλλαγές στην ασφαλιστική κάλυψη των πολιτών και οι προαναφερθείσες συνθήκες οδήγησαν στην αναγκαιότητα για άμεση λύση. Δραστηριοποιήθηκαν, πολίτες και συλλογικότητες και δημιουργήθηκαν τα Κοινωνικά Ιατρεία Φαρμακεία Αλληλεγγύης. Στόχοι τους, η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, η διεκδίκηση του δικαιώματος για δωρεάν περίθαλψη και η επίτευξη κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης.

Παρότι, λοιπόν, η κοινωνική πολιτική πρέπει να δομείται κατά τέτοιο τρόπο ώστε σε φάσεις ύφεσης ή κρίσης να προλαμβάνει της επιπτώσεις, στην περίπτωση της ελληνικής κρίσης, επλήγην ανεπανόρθωτα και το κενό αυτό κλήθηκαν να καλύψουν αυτόνομες πρωτοβουλίες πολιτών. Συχνά, πολλαπλασιάζονται οι δομές αλληλεγγύης σε δήμους όπου καταγράφονται υψηλά ποσοστά πολιτών που ζουν στα όρια φτώχειας και δεν διαθέτουν ασφαλιστική ικανότητα.

Στην παρούσα εργασία καταβλήθηκε προσπάθεια καταγραφής της υφιστάμενης κατάστασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και των δράσεων που αναπτύσσονται από της φορείς στα χρόνια της οικονομικής ένδειας, καθώς και των αλλαγών που καταγράφονται όσον αφορά την ασφαλιστική ικανότητα και κάλυψη των πολιτών της Περιφέρειας Αττικής.

Για την κατανόηση του φαινομένου, στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται εννοιολογική προσέγγιση της ΠΦΥ και της κοινωνικής πολιτικής. Επίσης, καταγράφεται η

διαφοροποίηση που υφίστανται τα συστήματα υγείας από τα εκάστοτε καθεστώτα ευημερίας, καθώς και το ρόλο που καταλαμβάνει σε αυτά ο εθελοντικός τομέας.

Ακολουθεί, στο δεύτερο κεφάλαιο, η καταγραφή των βασικών χαρακτηριστικών και προβληματισμών του ελληνικού συστήματος υγείας, καθώς και η καταγραφή των βασικών θεσμικών αλλαγών στην ασφαλιστική κάλυψη των πολιτών από την αρχή της κρίσης ως σήμερα.

Το τρίτο κεφάλαιο αφορά το ρόλο της τοπικής αυτοδιοίκησης στην ΠΦΥ μέσω των προνοιακών δομών της. Η προσφορά της τοπικής αυτοδιοίκησης και των δημοτικών ιατρείων στην τοπική κοινωνία είναι ιδιαιτέρως σημαντική. Οι προνοιακές δομές των δήμων ακόμη και σήμερα προσπαθούν να προσφέρουν βοήθεια στις ευπαθείς ομάδες. Η υποχρηματοδότηση όμως καθιστά τη λειτουργία αυτών των δομών αδύνατη. Ενδιαφέρον προκαλεί η μετάβαση από τα δημοτικά ιατρεία στα κοινωνικά, χωρίς την αρωγή του κράτους.

Επίσης, στο τέταρτο κεφάλαιο, έγινε παρουσίαση και μελέτη των βασικών χαρακτηριστικών οργάνωσης, λειτουργίας και διοίκησης αυτών των αυτόνομων κοινωνικών δομών παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας ενώ πραγματοποιήθηκε ποιοτική έρευνα με χρήση ημι-δομημένης συνέντευξης σε τρία ΚΙΦΑ της Περιφέρειας Αττικής. Συγκεκριμένα, στο Ιατρείο Αλληλεγγύης Ιλίου, στο Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Βύρωνα και, τέλος, στο Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Αλληλεγγύης Ν. Σμύρνης.

Τέλος, η εργασία καταλήγει στα βασικά συμπεράσματα της μελέτης του ρόλου των ΚΙΦΑ σε συνάρτηση με την υφιστάμενη κατάσταση του τομέα της υγείας στην Ελλάδα.

Κεφάλαιο 1^ο Κοινωνική Πολιτική και Υγεία

1.1 Εννοιολογικό Πλαίσιο Υγείας και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η **υγεία** ως άρρηκτα συνδεδεμένη με την ανθρώπινη φύση είναι ένα κοινωνικό αγαθό το οποίο είναι άκρως πολυδιάστατο μιας και φέρει διάφορες έννοιες κατά καιρούς, οι οποίες προσδιορίζονται από τις κοινωνίες και τις ανάγκες αυτών. Το 1941, ο Sigerist επέμενε ότι η υγεία δεν είναι μόνο η απουσία από την ασθένεια αλλά μια κατάσταση θετική.

Ο ισχυρισμός αυτός του Sigerist, υιοθετήθηκε από τον ορισμό που διατυπώθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ), η οποία όρισε την υγεία ως την «πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά την απουσία νόσου ή αναπηρίας» (1958).

Το επίπεδο υγείας του ατόμου είναι άμεσα εξαρτώμενο από ένα σύνολο τόσο επίκτητων όσο και συγγενών παραγόντων. Έτσι, η υγεία εμφανίζεται ως αποτέλεσμα των δράσεων του ατόμου με το κοινωνικό σύνολο, δεν είναι δηλαδή ανεξάρτητη από την κοινωνική ανάπτυξη και την οικονομική ευημερία του συνόλου στο οποίο το άτομο εντάσσεται.

Για να προσδιοριστεί επαρκώς η έννοια της υγείας, αναφέρονται στη βιβλιογραφία οι προσδιοριστικοί παράγοντες του επιπέδου υγείας, οι οποίοι παρατίθενται παρακάτω. Συγκεκριμένα, ορίζονται ως εξής:

1. Βιολογικοί και κληρονομικοί παράγοντες
2. Ο τρόπος ζωής και άσκησης και οι διατροφικές συνήθειες.
3. Το οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου.
4. Το εκπαιδευτικό και μορφωτικό περιβάλλον.
5. Οι περιβαλλοντικές και κλιματολογικές συνθήκες.
6. Η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Η διάγνωση της ασθένειας, λοιπόν, είναι σχετικά εύκολη υπόθεση, συγκρινόμενη τουλάχιστον με τη διάγνωση της υγείας, που είναι περισσότερο περίπλοκη διαδικασία. Για την μέτρηση της υγείας χρησιμοποιούνται δείκτες, δηλαδή, «συγκεκριμένοι αριθμοί που απορρέουν από δοκιμασίες, κατάλληλα δομημένες, ώστε να μετρούν πραγματικά αυτό που υποτίθεται ότι μετρούν, με ακρίβεια και συνέπεια. Η παρακολούθηση της

εξέλιξης ενός φαινομένου συμβάλλει στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης σκοπών και στόχων».¹ Για το λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί δυο κατηγορίες δεικτών, οι αρνητικοί και οι θετικοί. Ενδεικτικά, μερικοί από αυτούς είναι ο δείκτης της θνησιμότητας, ο δείκτης της βρεφικής θνησιμότητας, ο δείκτης της νοσηρότητας, και το προσδόκιμο επιβίωσης.²

Η προαγωγή της δημόσιας υγείας, λοιπόν, αποτελεί αρχή της **Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας**, της οποίας η εννοιολογική προσέγγιση ακολουθεί.

Συγκεκριμένα, το σύστημα παροχής Π.Φ.Υ. αποσκοπεί στην ικανοποίηση κάποιων αρχών, οι οποίες εντοπίζονται στην ισότητα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας, στην ισότητα στη φροντίδα που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου καθώς και στην ολοκληρωμένη φροντίδα, δηλαδή τη διαχείριση των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερομένου.

Κάποιες επιπλέον αρχές είναι αυτές του προσανατολισμού του συστήματος, στο άτομο και στην οικογένεια μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδας, της διαχείρισης ιατρο-ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και την εμπιστευτικότητα τους, καθώς και μέσω της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας. (άρθρο 1 ν.3235/04).

Το περιεχόμενο της ΠΦΥ δεν συνίσταται πάντα από τα ίδια δομικά στοιχεία καθώς ρόλος της καθοριζόταν από το εκάστοτε κοινωνικό γίνεσθαι. Ο ορισμός που έχει καταστεί πλήρως αποδεκτός είναι αυτός που καταγράφηκε στη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα (1978). Συγκεκριμένα, η Παγκόσμια Διάσκεψη για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα

¹ Θεοδώρου, 2001

²Το προσδόκιμο επιβίωσης παρουσιάζει μια μέση εκτίμηση των αναμενόμενων χρόνων ζωής των ατόμων μιας συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας και υπολογίζεται ανά φύλο και ηλικία, με συνηθέστερη την προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση.

Υγείας στην ALMA-ATA (Καζακστάν) 6-12 Σεπτεμβρίου 1978 έθεσε ως στόχο «Υγεία για Όλους μέχρι το 2000».

Η Π.Φ.Υ όπως ορίζει η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα (1978), μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση ή τη διατήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στον οποίο και παρέχονται οι υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα ο ορισμός αναφέρει: « Η Π.Φ.Υ. είναι βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους σε κόστος που η κοινότητα αλλά και η χώρα μπορούν να επωμιστούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η Π.Φ.Υ. αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικό-οικονομικού οικοδομήματος. Η Π.Φ.Υ. φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας».

Και συνεχίζεται στη Σύμβαση ότι «Η Π.Φ.Υ. αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το εθνικό σύστημα υγείας φέρνοντας την φροντίδα υγείας όσο πιο κοντά γίνεται και στο χώρο που ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι και αποτελεί το πρώτο βασικό στοιχείο μιας συνεχιζόμενης διαδικασίας της φροντίδας υγείας. Αυτή απευθύνεται στα κυρία προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης».³

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί, λοιπόν, μια πρόταση η οποία μπορεί να δώσει διέξοδο τόσο στην κρίση λειτουργικότητας και στόχων των υπηρεσιών Υγείας όσο και στην κρίση του συστήματος αξιών του Ιατρικού παραδείγματος.⁴

Συγκεντρωτικά θα ήταν χρήσιμη η παράθεση των σκοπών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Συγκεκριμένα είναι:

³ Διακήρυξη Άλμα-Ατα, 6-12 Σεπτεμβρίου 1978, άρθρο VI.

⁴ Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών, Γ. Κυριόπουλος,

1. Διάγνωση και θεραπεία νοσημάτων.
2. Παραπομπή σε ιατρούς λοιπών ειδικοτήτων.
3. Αποθεραπεία ασθενών μετά την έξοδο από νοσοκομειακή μονάδα.
4. «Βραχεία νοσηλεία» για διαγνωστικούς θεραπευτικούς σκοπούς.
5. Ανάπτυξη προληπτικών προγραμμάτων με υπηρεσίες δημόσιας υγείας.
6. Οδοντιατρική φροντίδα (πρόληψη και θεραπεία).
7. Ανάπτυξη προγραμμάτων και δράσεων κοινωνικής φροντίδας.

Όπως αναφέρεται στο πρόγραμμα της Οργάνωσης «Υγεία 21: Υγεία για όλους στον 21^ο αιώνα», σύμφωνα με τον 15^ο στόχο, που αναφέρεται σε έναν ολοκληρωμένο τομέα υγείας (Π.Ο.Υ., 2002) θα πρέπει, μέχρι το 2010 να έχουν πραγματοποιηθεί τα παρακάτω:

1. Ποσοστό τουλάχιστον 90% των χωρών να έχουν οργανωμένα συστήματα Π.Φ.Υ.(comprehensive primary health care services), που θα εξασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας, μέσα από δομές άρρηκτα συνδεδεμένες με τις νοσοκομειακές μονάδες (δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες).

2. Τουλάχιστον ισότιμο ποσοστό (90%) οφείλει να έχει, μέχρι το 2010, στελεχώσει το προαναφερόμενο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας με οικογενειακούς ιατρούς και νοσοκόμες (family health physicians and nurses). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός της αναφοράς στην τοπική κοινωνία και την εμπλοκή της στο σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών Π.Φ.Υ..

3. Σε αντίστοιχο ποσοστό, θα πρέπει να αναπτυχθούν μηχανισμοί ενεργοποίησης των πολιτών.⁵

Εκτός του ότι δεν υπάρχει έκθεση αποτίμησης των παραπάνω στόχων, πλέον η ΠΦΥ καλείται να καλύψει τον πληθυσμό της Ελλάδας στη σκιά των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης. Ο ανασφάλιστος πληθυσμός αυξάνεται ενώ οι υποστελεχωμένοι πάροχοι ΠΦΥ αδυνατούν να τους παρέχουν πλήρη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Συγκεκριμένα, εντοπίζεται αδυναμία άσκησης κοινωνικής πολιτικής τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο, όπως συμβαίνει στις προνοιακές δομές της τοπικής αυτοδιοίκησης λόγω υποχρηματοδότησης τους. Για την κατανόηση του πλαισίου

⁵Δυστυχώς μέχρι σήμερα από την αναζήτηση που έχω πραγματοποιήσει δεν έχω εντοπίσει κάποια έκθεση αξιολόγησης που να δείχνει το ποσοστό κατά το οποίο πραγματοποιήθηκαν οι παραπάνω στόχοι.

δράσης της κοινωνικής πολιτικής τόσο στην υγεία όσο και γενικά ακολουθεί η καταγραφή των βασικών προσεγγίσεων της.

1.2 Βασικές Προσεγγίσεις Κοινωνικής Πολιτικής και Υγεία

Αν και κατά καιρούς έχει υποστηριχθεί ότι η κοινωνική πολιτική αποτελεί ένα ξεχωριστό επιστημονικό αντικείμενο, σήμερα γίνεται ευρύτερα αποδεκτό ότι πρόκειται για ένα διεπιστημονικό πεδίο.

Επίσης, η κοινωνική πολιτική ασκείται μέσα από ένα σύνολο εξειδικευμένων φορέων, δημόσιου και ιδιωτικού χαρακτήρα. Στη βιβλιογραφία ο όρος κοινωνική πολιτική συνδέεται γενικότερα με την καταγραφή, ιεράρχηση και κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών μέσα από σύνολα ρυθμίσεων και παροχών σε τομείς όπως, η υγεία, η ασφάλιση, η απασχόληση, η στέγαση και οι προνοιακές υπηρεσίες. Επίσης, υιοθετείται μία διευρυμένη οπτική στην οποία εντάσσονται πολιτικές που αφορούν στην εργασία, την κατοικία, το περιβάλλον και τον πολιτισμό. Γι' αυτό η οριοθέτησή της σε σχέση με άλλες πολιτικές είναι δύσκολη, γιατί εκτός από τα μέτρα τα οποία εμπίπτουν σαφώς στα δικά της πεδία, υπάρχουν και μέτρα τα οποία εφαρμόζονται στα πλαίσια άλλων πολιτικών, ιδιαίτερα της οικονομικής πολιτικής και της πολιτικής απασχόλησης.⁶ Διάφορες οπτικές θεώρησης της κοινωνικής πολιτικής αναφέρουν την κοινωνική πολιτική ως μέσο επίτευξης της ευημερίας ακόμα και ως παρέμβαση στην κοινωνική αναπαραγωγή, επίσης, μελετάται από την οπτική του κινδύνου προτάσσοντας την κοινωνική προστασία (αλληλεγγύη), της κοινωνικής αλλαγής, των σχέσεων εξουσίας – του κυρίαρχου λόγου καθώς και της ανάπτυξης⁷.

Σύμφωνα με την Ο. Στασινοπούλου (2006), συνοψίζοντας τις παραπάνω οπτικές θα μπορούσαμε να ορίσουμε την κοινωνική πολιτική ως « την οργανωμένη παρέμβαση του κράτους ή του εκάστοτε φορέα άσκησης εξουσίας, η οποία μέσα από την αναγνώριση και κάλυψη αναγκών – σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο – στοχεύει στην ρύθμιση της

⁶ Ο. Στασινοπούλου, 2006

⁷ Κ. Δημουλάς, Χ. Οικονόμου, 2012

κοινωνικής αναπαραγωγής και στην εξασφάλιση της κοινωνικής συνοχής και ειρήνης. Η επίτευξη της κοινωνικής ευημερίας αποτελεί έναν σημαντικό αλλά όχι αναγκαίο στόχο της, ενώ στις σύγχρονες κοινωνίες της διακινδύνευσης προσανατολίζεται προς την στήριξη της ατομικής διαχείρισης των κινδύνων. Συνδέεται άρρηκτα με την κοινωνική αλλαγή, την οποία μπορεί να προωθεί, να καθυστερεί ή να παρεμποδίζει και αποτελεί πολύτιμο εργαλείο επίτευξης των στόχων μιας ευρύτερης «κοινωνιακής πολιτικής» σε εποχές αναδιάρθρωσης κοινωνικών δομών και σχέσεων σε βάθος και έκταση.. Την κοινωνική πολιτική μπορούμε να την κατανοήσουμε μέσα σε συγκεκριμένα ιστορικά και πολιτισμικά πλαίσια και μέσα από τον κυρίαρχο λόγο τον οποίο εκφέρουν οι κύριοι παράγοντες σχεδιασμού και εφαρμογής της, και οι επιστημονικοί μελετητές της».⁸

Ανεξαρτήτως της οπτικής αντιμετώπισης της κοινωνικής πολιτικής, κοινός τόπος για όλους παραμένει η εξυπηρέτηση κοινωνικών σκοπών που βελτιώνουν τη θέση του ατόμου στην κοινωνία.

Συγκεκριμένα όμως, η οπτική του κινδύνου, αφορά τη διαχείριση κοινωνικών κινδύνων προτάσσοντας την κοινωνική προστασία (αλληλεγγύη). Στον όρο κοινωνική προστασία, περιλαμβάνονται και τα εθελοντικά προγράμματα που δεν απορρέουν από νομοθετική ρύθμιση. Η κοινωνική προστασία (ή ασφάλεια) καταγράφηκε ως δικαίωμα στην Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου του 1948 (άρθρο 22) και το ελάχιστο περιεχόμενό της προσδιορίζεται από τον Ευρωπαϊκό Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλειας του Συμβουλίου της Ευρώπης και από την περίφημη Διεθνή Σύμβαση Εργασίας 102 (1952) «περί ελαχίστων ορίων κοινωνικής ασφάλειας» της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας. Σημαντική θεωρείται εξάλλου η κατοχύρωση του δικαιώματος στην κοινωνική ασφάλεια στο άρθρο 12 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη του Συμβουλίου της Ευρώπης.⁹

Η θεσμική οργάνωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας εξειδικεύεται από τρεις βασικούς μηχανισμούς ή τεχνικές: την κοινωνική ασφάλιση, την κοινωνική πρόνοια και την προστασία της υγείας.

⁸ Ο. Στασινοπούλου, 2006

⁹ Ινστιτούτο Τοπικής Αυτοδιοίκησης, «Κοινωνική Πολιτική και Τ.Α», 2006

Η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει το σύνολο των μέτρων που αφορούν τη χορήγηση οικονομικών πόρων (ασφαλιστικές παροχές) από ειδικούς φορείς (ασφαλιστικοί οργανισμοί) σε πρόσωπα που υπάγονται σε αυτούς (ασφαλισμένοι), τα οποία αντιμετωπίζουν τυποποιημένους κινδύνους μείωσης εισοδημάτων ή αύξησης των δαπανών τους (ασφαλιστικοί κίνδυνοι) και έχουν συμπληρώσει προκαθορισμένες χρονικές και οικονομικές προϋποθέσεις (χρόνο ασφάλισης, ασφαλιστικές εισφορές).

Εν συνεχεία, η κοινωνική πρόνοια καλύπτει το σύνολο των μέτρων που αφορούν τη χορήγηση μη ανταποδοτικών εισοδηματικών παροχών, παροχών σε είδος και κοινωνικών υπηρεσιών μέσω ειδικών φορέων (προνοιακοί φορείς) σε άτομα που τελούν σε κατάσταση ανάγκης και δεν μπορούν να την αντιμετωπίσουν με δικά τους μέσα.

Επίσης, η προστασία της υγείας καλύπτει το σύνολο των μέτρων που αφορούν τη χορήγηση παροχών σε είδος και υγειονομικών υπηρεσιών από εξειδικευμένους φορείς, με σκοπό τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Ο τρόπος με τον οποίο αξιοποιούνται και διαπλέκονται οι τρεις βασικοί μηχανισμοί του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας στο πλαίσιο κάθε εθνικού κράτους πρόνοιας είναι αποτέλεσμα των ιδιαίτερων κοινωνικών, οικονομικών και δημογραφικών δεδομένων, των επιμέρους εθνικών παραδόσεων και πολιτιστικών ιδιαιτεροτήτων και των ιδεολογικών και πολιτικών επιλογών κάθε χώρας.

Η κριτική στο σύστημα παροχής υπηρεσιών (υγεία, εκπαίδευση, πρόνοια) αναδεικνύει ως κεντρικό πρόβλημα τόσο την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και τις σχέσεις μεταξύ ανθρώπων και συστημάτων. Όσο αφορά τη χρονική στιγμή η κριτική αυτή συμπίπτει με τη συρρίκνωση του κράτους πρόνοιας την δεκαετία του 1980 και την αναζήτηση μη συγκεντρωτικών, εναλλακτικών μορφών και συστημάτων παροχής κοινωνικών υπηρεσιών που θα είναι πιο κοντά στον άνθρωπο αλλά και κυρίως πιο κοντά στις ανάγκες του. Για αυτό το λόγο εγκαινιάζεται από τις συντηρητικές κυβερνήσεις της δεκαετίας του 1980 (και ιδιαίτερα στον Ευρωπαϊκό χώρο που χαρακτηρίζεται από σημαντικά συστήματα πρόνοιας π.χ. Αγγλία) μια μετατόπιση προς τα παραδοσιακά και άτυπα δίκτυα βοήθειας όπως η οικογένεια, η γειτονιά, ο εθελοντισμός καθώς και ομάδες αυτοβοήθειας.¹⁰

¹⁰ Ο. Στασινοπούλου, 1993

Ο εθελοντισμός αποτελεί παγκόσμιο και διαχρονικό κοινωνικό φαινόμενο και έχει στρατηγική σημασία για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Πολλά από τα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει η σύγχρονη κοινωνία αφορά την κοινωνική προστασία. Η τελευταία είναι ένα σκληρά δοκιμαζόμενο πεδίο, όχι μόνο σε γειτονιές των αναπτυσσόμενων χωρών αλλά ακόμη και στα πλουσιότερα κράτη του κόσμου. Η κοινωνική προστασία αποτελεί ένα παραδοσιακό πεδίο ανάπτυξης της εθελοντικής δραστηριότητας γεγονός που υπό το πρίσμα των δραματικών εξελίξεων εύκολα κινεί το ερευνητικό ενδιαφέρον.

Η άσκηση πολιτικών κοινωνικής προστασίας διαφοροποιείται ανάλογα με το εκάστοτε μοντέλο παρέμβασης κοινωνικής προστασίας που υιοθετεί η κάθε χώρα. Ενδιαφέρον προκαλεί η καταγραφή που ακολουθεί, σχετικά με το πώς τα συστήματα υγείας διαφοροποιούνται από τα καθεστώτα κοινωνικής πολιτικής, καθώς και το ρόλο του εθελοντισμού σε αυτά.

1.2 Συστήματα Υγείας και Καθεστώτα Κοινωνικής Πολιτικής

Ο εννοιολογικός προσδιορισμός του βασικού όρου και της έννοιας του συστήματος είναι καθοριστικός τόσο για την κατανόηση της δομής και λειτουργίας όσο και για την εξήγηση και ερμηνεία καθώς και για την πρόβλεψη της εξέλιξης πολύπλοκων κοινωνικών συστημάτων, όπως το σύστημα υγείας. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, το σύνολο των στοιχείων ως συστατικών μερών (υπηρεσίες, οργανώσεις, πρόσωπα κ.τ.λ.), οι σχέσεις μεταξύ των στοιχείων, η σκοπιμότητα της δράσης και το περιβάλλον στο οποίο διαμορφώνεται και πραγματοποιείται.¹¹

Το σύστημα υγείας αποτελεί έννοια κατά πολύ ευρύτερη του συστήματος ιατρικής περίθαλψης. Σύμφωνα με τους Σούλης Σ., Σαρρής Μ., κ.ά. (2001) σύστημα υγείας ορίζεται το πλέγμα των παρεμβάσεων της πολιτείας με τις οποίες ρυθμίζονται ο τρόπος παροχής υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης των αναγκών, των γιατρών και των νοσοκομείων. Οι διάφορες αυτές ρυθμίσεις καθορίζουν τον τρόπο

¹¹X. Μπουρσανίδης, 2010

πραγματοποίησης προστασίας από τον οποίο εξαρτάται η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και η ικανοποιητική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας». Επίσης, αποτελεί το σύνολο των υγειονομικών μονάδων που βρίσκονται σε συνεχή αλληλεξάρτηση με σκοπό την προάσπιση, αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Κατά τη διεθνή εμπειρία, τα συστήματα υγείας καταγράφονται ως εξής:

Το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας

Οι αρχές λειτουργίας του φιλελεύθερου συστήματος υγείας ή του μοντέλου της ελεύθερης αγοράς βασίζονται στην ιδιωτική πρωτοβουλία για την χρηματοδότηση και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η υγεία αποτελεί ιδιωτικό αγαθό και η ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού καθίσταται προαιρετική. Επίσης η παροχή των υπηρεσιών γίνεται από ιδιώτες Ιατρούς, κερδοσκοπικές εταιρίες παροχής υπηρεσιών και εθελοντικά φιλανθρωπικά ιδρύματα και οι τιμές καθορίζονται με βάση την προσφορά και τη ζήτηση.¹² Η κρατική παρέμβαση περιορίζεται μόνο στην εξασφάλιση των απολύτως αναγκαίων υπηρεσιών προς τους άπορους και τους ηλικιωμένους. Κυριαρχεί η αρχή του *laissez faire*¹³.

Σχετικά με την χρηματοδότηση, αυτή προέρχεται από την ιδιωτική ασφάλιση και τις άμεσες πληρωμές. Επίσης, η χρηματοδότηση εξαρτάται από τα ασφάλιστρα ανάλογα με τον κίνδυνο ασθενείας ή ατυχήματος και τη συνεισφορά του ασφαλισμένου στο κόστος. Αντιπροσωπευτικό παράδειγμα αυτού του μοντέλου είναι οι Η.Π.Α..

Παρότι χαρακτηρίζεται ως ένα σύστημα που αφήνει στο χρήστη το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του παρόχου υπηρεσιών υγείας, εμφανίζονται κάποιες αρνητικές συνέπειες¹⁴, όπως:

- Το σύστημα δεν ευνοεί την ανάπτυξη κινήτρων περιορισμού της προσφοράς και της ζήτησης υπηρεσιών, με συνέπεια τη διόγκωση των δαπανών υγείας.

¹²Κ. Δημουλάς, Χ. Οικονόμου, 2012

¹³Το *Laissez-faire* είναι ένα οικονομικό σύστημα όπου οι συναλλαγές μεταξύ ιδιωτών δεν επηρεάζονται από την κρατική παρέμβαση όπως νομοθεσίες, προνόμια, δασμολόγια ή διατιμήσεις, και επιχορηγήσεις.

¹⁴Κ. Δημουλάς, Χ. Οικονόμου, 2012

- Επίσης, δεν ευνοεί την ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής και πρόληψης της υγείας, δεδομένου ότι ο προσανατολισμός του είναι στην εκ των υστέρων θεραπευτική παρέμβαση που είναι και η πιο κερδοφόρα.
- Τέλος, δημιουργεί κοινωνικές και γεωγραφικές ανισότητες λόγω του ότι η πρόσβαση των πολιτών εξαρτάται από το εισόδημα.

Το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης (Bismarck)

Οι αρχές λειτουργίας του μοντέλου αυτού, στηρίζονται στο ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό και ότι η ασφάλιση του πληθυσμού είναι καθολική-υποχρεωτική και ανά επαγγελματική κατηγορία ώστε να πληρώνουν εισφορές ασφαλισμένοι και εργοδότες. Επίσης, ο μηχανισμός ελέγχου της αγοράς συντίθεται από τις συλλογικές διαπραγματεύσεις. Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας στο μοντέλο Bismarck, γίνεται από δημόσιους, ιδιωτικούς κερδοσκόπους προμηθευτές. Επίσης, το κράτος έχει πρωταγωνιστικό ρόλο στη χάραξη προγραμματικού πλαισίου καθώς και στον καθορισμό των αμοιβών. Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται από τις εισφορές με βάση την ικανότητα πληρωμής και την συνεισφορά του ασφαλισμένου στο κόστος.

Το μοντέλο αυτό θεμελιώθηκε στη Γερμανία τη δεκαετία του 1880. Οι δύο τύποι συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης υγείας¹⁵ που διακρίνονται είναι:

- Τα «συμβολαιακά συστήματα» ,με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή/και τον κρατικό προϋπολογισμό με αποκεντρωμένη και πλουραλιστική δομή, ύπαρξη ασφαλιστικών φορέων, παραγωγή φροντίδων με δημόσιο χαρακτήρα και αμοιβή των προμηθευτών σύμφωνα με συμβάσεις.
- Τα «συστήματα αποζημίωσης», με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή τον κρατικό προϋπολογισμό, αποκεντρωμένη δομή οργάνωσης και διοίκησης, ύπαρξη δημόσιων ασφαλιστικών φορέων, ιδιωτικού χαρακτήρα

¹⁵Κ. Δημουλάς, Χ. Οικονόμου, 2012

προμηθευτές που αμείβονται από τους χρήστες, οι οποίοι στη συνέχεια αποζημιώνονται από το ασφαλιστικό σύστημα.

Το μοντέλο του εθνικού συστήματος υγείας (Beveridge)

Η υγεία ως δημόσιο αγαθό με ενιαία και καθολική κάλυψη του πληθυσμού αποτελεί μια από τις αρχές λειτουργίας του συγκεκριμένου συστήματος. Επίσης, αρχή αποτελεί και η παροχή υπηρεσιών υγείας με βάση την ανάγκη και όχι την ικανότητα πληρωμής. Η προσφορά υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται από τους παραγωγικούς συντελεστές που ανήκουν αποκλειστικά στο κράτος. Επίσης, το κράτος διατηρεί τον κεντρικό σχεδιασμό και τον έλεγχο των υπηρεσιών. Η χρηματοδότηση προέρχεται από την έμμεση και άμεση φορολογία.

Κύριος εκπρόσωπος του μοντέλου είναι το Ηνωμένο Βασίλειο όπου η Εθνική Υπηρεσία Υγείας θεσμοθετήθηκε το 1948. Κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος είναι η ύπαρξη των γενικών ιατρών που έχουν ρυθμιστικό ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Παρά το καθολικό χαρακτήρα κάλυψης του πληθυσμού, εμφανίζονται ορισμένες δυσλειτουργίες που αφορούν στην ανάπτυξη γραφειοκρατικών δομών, την ύπαρξη λίστα αναμονής στα νοσοκομεία, τη μειωμένη παραγωγικότητα, την υποβαθμισμένη σχέση ιατρού και ασθενή και τη χαμηλή σε ορισμένες περιπτώσεις ποιότητα των υπηρεσιών.¹⁶ Επίσης, οι πόροι της κοινωνικής ασφάλισης προέρχονται από τα νοικοκυριά ή τους εργαζομένους με τη μεσολάβηση όμως του κράτους που συλλέγει τους φόρους ή τις εισφορές, ενώ οι πόροι της ιδιωτικής ασφάλισης προέρχονται απευθείας από τα νοικοκυριά ή τους εργαζομένους χωρίς την μεσολάβηση κάποιου ενδιάμεσου. Επίσης, στην κοινωνική ασφάλιση η ασφάλιση είναι υποχρεωτική (mandatory coverage), ενώ στην ιδιωτική η ασφάλιση είναι εθελοντική. Στην κοινωνική ασφάλιση οι εισφορές που πληρώνονται εξαρτώνται από το εισόδημα. Στην ιδιωτική, οι εισφορές εξαρτώνται από τον κίνδυνο ασθένειας. Τέλος, η διαχείριση της κοινωνικής

¹⁶Κ. Δημουλάς, Χ. Οικονόμου, 2012

ασφάλισης γίνεται από δημόσιους ή μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, ενώ στην ιδιωτική, η διαχείριση της γίνεται από κερδοσκοπικές εταιρείες.¹⁷

Από την παραπάνω παρουσίαση των συστημάτων υγείας, είδαμε τα βασικά τους χαρακτηριστικά και το ρόλο κράτους-αγοράς σε αυτά, καθώς και την κατεύθυνση τους στον τομέα της ασφάλισης και της υγείας. Για παράδειγμα, το βρετανικό σύστημα το οποίο βασίζεται στον αλτρουισμό και την εθελοντική προσφορά αίματος είναι αποτελεσματικότερο από το σύστημα των ΗΠΑ που αντιμετωπίζει το αίμα ως κοινό εμπορικό προϊόν.

Προκαλεί ενδιαφέρον να ερευνηθεί ο ρόλος του εθελοντισμού, ο οποίος εμφανίζεται διαφορετικά μιας και τα διαφορετικά καθεστάτα επηρεάζουν τα συστήματα υγείας.

Μεγάλο μέρος της εθελοντικής πρωτοβουλίας κατευθύνεται σε δραστηριότητες κοινωνικής προστασίας. Η κοινωνική προστασία περιλαμβάνει την υγειονομική περίθαλψη, την κοινωνική ασφάλεια και τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Το τμήμα της συνολικής εθελοντικής συνεισφοράς που κατευθύνεται σε δραστηριότητες κοινωνικής προστασίας είναι τόσο σημαντικό ώστε να ταυτίζεται ο εθελοντισμός με τον εθελοντισμό κοινωνικής προστασίας. Εξαιτίας αυτού του υψηλού βαθμού σύνδεσης του τρίτου τομέα με την κοινωνική προστασία αυξάνεται και το ειδικό βάρος του εθελοντισμού στην μελέτη των καθεστώτων ευημερίας.¹⁸

Το περιεχόμενο, το εύρος και η επίδραση της κοινωνικής πολιτικής καθορίζονται σε σημαντικό βαθμό από το καθεστώς ή και το μοντέλο ευημερίας που επικρατεί σε κάθε κοινωνία. Σύμφωνα με τον Gough Ian, η έννοια του «καθεστώτος» αναφέρεται σ ' ένα σύνολο κανόνων, θεσμών και δομημένων συμφερόντων που οριοθετούν τις δραστηριότητες των ατόμων διαμέσου διεργασιών συμμόρφωσης.

Τα καθεστάτα τείνουν να αναπαράγουν το εαυτό τους μέσα στο χρόνο, ως αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο προσδιορίζονται και δομούνται τα συμφέροντα κι έτσι θέτουν τους δικούς τους όρους στον τόπο που οριοθετούνται και επιδιώκεται να αντιμετωπιστούν τα κοινωνικά προβλήματα.

¹⁷ Sekhri N. Savedoff W. 2005

¹⁸ Π. Πολυζωίδης, 2006

Ο όρος «καθεστώς κράτους πρόνοιας» διατυπώθηκε από τον Γκόστα Έσπιν-Άντερσεν το 1990. Η έννοια του μοντέλου ευημερίας, η οποία προηγήθηκε του προαναφερθέντος όρου, διατυπώθηκε από τον R. Titmuss το 1974 για να περιγράψει τις λειτουργίες της κοινωνικής πολιτικής σε διαφορετικές χώρες.

Το πρώτο μοντέλο αναφέρεται ως μοντέλο Υπολειμματικής Πρόνοιας και στηρίζεται στην παραδοχή ότι υπάρχουν δύο «δρόμοι» μέσω των οποίων αντιμετωπίζονται οι ανάγκες των ατόμων. Η ιδιωτική αγορά και η οικογένεια. Κύριο σημείο αναφοράς του είναι η ατομοκεντρική προσέγγιση στην κάλυψη των αναγκών. Δηλαδή, η κάλυψη των αναγκών αποτελεί κατά κύριο λόγο ατομική ευθύνη των ίδιων των πολιτών, με την υποστήριξη της οικογένειας και της τοπικής κοινότητας. Η κρατική παρέμβαση είναι περιορισμένη και θεωρείται αναγκαία μόνο ως ένα «δίκτυ ασφαλείας», για την αποφυγή της κοινωνικής εξαθλίωσης ορισμένων ειδικών κατηγοριών του πληθυσμού, ιδίως όταν οι άλλοι θεσμοί φροντίδας δεν λειτουργούν, ή δεν επαρκούν. Το πρότυπο αυτό έχει ταυτισθεί με την επιλεκτική μορφή κάλυψης αναγκών από το κράτος και μόνον για όσους δεν μπορούν με τις δικές τους δυνάμεις και την ατομική τους πρωτοβουλία να το επιτύχουν. Η παροχή βοήθειας εδραιώνεται επομένως στην ανάγκη και την αδυναμία, όπως αυτές αποδεικνύονται μέσα από ένα δαιδαλώδες σύστημα κριτηρίων, εξακρίβωσης συνθηκών και ελέγχων. Γι' αυτό συμβάλλει στον στιγματισμό των αποδεκτών της κοινωνικής αρωγής και λειτουργεί κυρίως κατασταλτικά και όχι προληπτικά. Ιδεολογικά εκφράζει τις νεοφιλελεύθερες απόψεις για την κοινωνική και οικονομική οργάνωση και τον ρόλο του κράτους. Η επικράτηση μάλιστα του νεοφιλελευθερισμού στην παρούσα φάση της παγκοσμιοποίησης της οικονομίας συμβάλλει στην επαναφορά αυτού του προτύπου, με τις ανάλογες προσαρμογές στις παρούσες συνθήκες.¹⁹

Το δεύτερο μοντέλο είναι αυτό των βιομηχανικών επιτευγμάτων ή μοντέλο επίδοσης. Αυτό το μοντέλο συνδυάζει την ισχυρή παρουσία των θεσμών κοινωνικής πρόνοιας ως προσαρτήσεις στην οικονομία. Υποστηρίζει ότι οι κοινωνικές ανάγκες θα πρέπει να αντιμετωπίζονται στη βάση της αξιοκρατίας, των επιδόσεων της εργασίας και της παραγωγικότητας. Απορρέει από ποικίλες ψυχολογικές θεωρίες αναφορικά με τα

¹⁹ Ο. Στασινοπούλου, 2006

κίνητρα, τις προσπάθειες και τις επιβραβεύσεις, καθώς και τη μορφοποίηση της ταξικής και ομαδικής πίστης.²⁰

Το τρίτο μοντέλο κοινωνικής πολιτικής είναι το αναδιανεμητικό. Έχει συνδεθεί με τον ευρωπαϊκό καπιταλισμό, τη σοσιαλδημοκρατική προσέγγιση και την Κεϋνσιανή πολιτική για την οικονομία και τον ρόλο του κράτους. Κύριο χαρακτηριστικό του είναι ένα διευρυμένο κράτος πρόνοιας, με αναδιανεμητικές πολιτικές, που έχουν ως στόχο τη μείωση των ανισοτήτων, και την εξασφάλιση της κοινωνικής συνοχής. Η κάλυψη των αναγκών γίνεται στη βάση ενός φάσματος κοινωνικών δικαιωμάτων που αποτελούν το περιεχόμενο της ουσιαστικής ιδιότητας του πολίτη. Υπερισχύει η καθολική μορφή κάλυψης, γι' αυτό αποφεύγεται ο στιγματισμός ενώ ενισχύεται η πρόληψη, με υποστήριξη συλλογικών μορφών κάλυψης κυρίως από το κράτος. Ονομάζεται θεσμικό, γιατί λειτουργεί με στόχο την εδραίωση θεσμών για την κάλυψη των αναγκών, και όχι την αποσπασματική και εκ των υστέρων αντιμετώπιση προβλημάτων. Έχει αναδιανεμητικό χαρακτήρα γιατί αποσκοπεί στην αναδιανομή του πλούτου και των ευκαιριών, ως μέσο καταπολέμησης των ανισοτήτων. Οι πιο ένθερμοι υποστηρικτές του οραματίστηκαν ακόμα και την σταδιακή μετάβαση από τον καπιταλισμό στον σοσιαλισμό με κύριο μοχλό αυτή της αλλαγής το κράτος πρόνοιας.²¹

Η κύρια διαφορά μεταξύ των μοντέλων για την κοινωνική πολιτική και της αντίληψης για τα καθεστώτα πρόνοιας όπως ανέφερε ο Π. Σπίκερ είναι ότι τα μοντέλα προσεγγίζουν θεσμικά την κοινωνική πολιτική και τους στόχους της, ενώ τα καθεστώτα απορρέουν από τα εμπειρικά δεδομένα και αναφέρονται στις πρακτικές εφαρμογές της κοινωνικής πολιτικής.

Ο Titmuss, παρόλο που εκείνος καθιέρωσε τα διαφορετικά πρότυπα κοινωνικής πολιτικής και ήταν υπέρμαχος του θεσμικού /αναδιανεμητικού μοντέλου, έβαζε τον όρο πάντα εντός εισαγωγικών, ενώ θεωρούσε ότι ένα τέτοιο κράτος δεν μπορεί να αναπτυχθεί χωρίς την επίτευξη της «καλής κοινωνίας» και την ενίσχυση της αλληλεγγύης. Ένα από τα προβλήματα στην χρήση του όρου ήταν πάντα ότι επικέντρωνε στο κράτος, με τρόπο ο οποίος υποδήλωνε μία αντίληψη αυτονομίας του

²⁰ Κ. Δημουλάς, Χ. Οικονόμου, 2012

²¹ Ο. Στασινοπούλου, 2006

από την κοινωνία, η οποία ήταν και σε ένα βαθμό απαραίτητη προκειμένου να δράσει προς όφελος του κοινωνικού συνόλου. Με την ανάπτυξη όμως της συγκριτικής κοινωνικής πολιτικής και την προσπάθεια διάκρισης και ταξινόμησης διαφορετικών κρατών πρόνοιας, φάνηκαν εντονότερα οι περιορισμοί αυτής της αντίληψης.

Το 1990 και μετά από μακροχρόνια συγκριτική έρευνα στα νεωτερικά ανεπτυγμένα κράτη πρόνοιας, ο Esping-Andersen καθιέρωσε τον νέο όρο «καθεστώτα προνοιακού καπιταλισμού», ο οποίος χρησιμοποιείται πλέον ευρύτατα, και συχνά σε συντομία «προνοιακά καθεστώτα» (welfare regimes) (Esping – Andersen 1991).

Ο όρος «προνοιακό καθεστώς»²² θεωρείται πιο δόκιμος διότι αναφέρεται στη σχέση κράτους – αγοράς – οικογένειας και κοινωνίας των πολιτών και όχι μόνο στο εύρος και τον χαρακτήρα των κρατικών παροχών. Έτσι μπορούμε να κατανοήσουμε καλύτερα τα διαφορετικά κράτη πρόνοιας, αλλά και να συγκρίνουμε διαφορετικά συστήματα κοινωνικής πολιτικής με πιο ολοκληρωμένο τρόπο. Ο Esping -Andersen διακρίνει τρεις τύπους προνοιακών καθεστώτων, στους οποίους κατατάσσονται λιγότερο ή περισσότερο τα υπαρκτά κράτη πρόνοιας:

- Το συντηρητικό καθεστώς κράτους πρόνοιας

Το καθεστώς αυτό, χαρακτηρίζει τις χώρες της Κεντρικής Ευρώπης (Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία). Βασικό χαρακτηριστικό του συντηρητικού καθεστώτος κράτους πρόνοιας είναι ότι σ' αυτό κυριαρχεί η υποχρεωτική ασφάλιση της εργασίας με την καταβολή εισφορών. Σ' αυτό το καθεστώς οι κοινωνικές παροχές συνδέονται με την εργασία και διαφοροποιούνται κατά επαγγελματικές κατηγορίες, στο πλαίσιο κορπορατίστικων ρυθμίσεων. Επιπλέον στις χώρες όπου επικρατεί το συντηρητικό καθεστώς κράτους πρόνοιας, ο ρόλος της εκκλησίας και των θρησκευτικών κομμάτων είναι κυρίαρχος. Ειδικά η εκκλησία, διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην παροχή πρόνοιας και συμβάλλει, παράλληλα με τις κορπορατίστικες ρυθμίσεις των εισφορών, στην αποδυνάμωση της εμπορευματικής αναπαραγωγής της εργασίας.

Επίσης, χαρακτηρίζεται από ισχυρό εθελοντικό τομέα και υψηλές δημόσιες κοινωνικές δαπάνες. Η συνεργασία του κράτους με τον τρίτο τομέα είναι ιδιαίτερα

²² Ο Βενιέρης στο τελευταίο βιβλίο του το αποκαλεί «καθεστώς ευημερίας»

αναπτυγμένη, ως αποτέλεσμα της συνειδητής προσπάθειας του κράτους να εξασφαλίσει την πολιτική στήριξη ισχυρών κοινωνικών ομάδων με κατοχυρωμένα δικαιώματα, αποφεύγοντας παράλληλα μια σύγκρουση με τις ομάδες εκείνες που είναι αποδέκτες των υπηρεσιών.²³

Συγκεκριμένα, στην Γερμανία²⁴ (εκπρόσωπος των αρχών Bismarck), κάθε εργαζόμενος είναι υποχρεωμένος από τον νόμο να εγγραφεί σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο. Τα ασφαλιστικά ταμεία του Δημοσίου Συστήματος Υγείας είναι ιδιωτικά αλλά «συμβεβλημένα» με το κράτος. Αυτό σημαίνει ότι όσοι έχουν εισόδημα κάτω των 49.500€, πρέπει να διαλέξουν ένα από αυτά τα «ταμεία ασθενείας» (ελεύθερα, όποιο από αυτά θέλουν). Αυτά λειτουργούν μέσω των εισφορών που γίνονται από κοινού από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες τους (περί το 2% του μισθού). Οι μόνιμοι κάτοικοι με εισόδημα άνω των 49.500€, έχουν την δυνατότητα επιλογής ιδιωτικής ασφάλισης, παρ' όλα αυτά, το 85% επιλέγει την δημόσια. Σχετικά, με τη νοσοκομειακή περίθαλψη οι κάτοικοι Γερμανίας, όταν χρειαστεί, επισκέπτονται τον γιατρό γενικής Ιατρικής/τον παθολόγο που επιλέγουν να είναι ο «οικογενειακός» τους γιατρός (τα έμμεσα μέλη της οικογένειας ενός ασφαλισμένου καλύπτονται από την ασφάλιση), τον οποίο μπορούν να αλλάζουν ανά τρίμηνο. Οι επισκέψεις σε γιατρό, η παραμονή σε νοσοκομείο, οι προληπτικές εξετάσεις και οι θεραπείες καλύπτονται από την ασφάλιση ασθενείας, ενώ ο ασφαλισμένος σε κάποιες περιπτώσεις απλώς πρέπει να καταβάλλει μία «προμήθεια» από 5 έως 10€. Επίσης, η παραμονή στο νοσοκομείο στοιχίζει το ανώτερο 10€ ανά ημέρα. Όσον αφορά τη φαρμακευτική περίθαλψη η νομοθεσία περί αυτής είναι ιδιαίτερα αυστηρή – πολλά «απλά, καθημερινά» για τα δικά μας δεδομένα φάρμακα χρειάζονται στην Γερμανία συνταγή γιατρού. Για συνταγή ταμείου ασθενείας, ο ασφαλισμένος καταβάλλει πρόσθετη συμμετοχή ύψους 5 έως 10€ ανά σκεύασμα (ανάλογα το είδος του), ενώ υπάρχει και η επιλογή φαρμάκων χωρίς πρόσθετη χρέωση. Η χρέωση ποικίλλει ανάλογα με το εισόδημα του ασφαλισμένου. Από τις οδοντιατρικές δαπάνες, το δημόσιο καλύπτει περί το 20-70% των εξόδων, ανάλογα με την περίπτωση.

²³ Π.. Πολυζωίδης, 2006

²⁴ <http://www.in2life.gr/>, «Παροχές υγείας: Τι ισχύει σε κάθε ευρωπαϊκή χώρα», πρόσβαση στις 8/1/2016

- Το φιλελεύθερο καθεστώς κράτους πρόνοιας

Στο φιλελεύθερο καθεστώς των αγγλοσαξονικών χωρών (ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία), αφενός επικρατούν οι αρχές του Beveridge σύμφωνα με τις οποίες το κράτος εξασφαλίζει ένα ελάχιστο επίπεδο διαβίωσης για όλους, λειτουργώντας στη βάση της αρχής της κοινωνικής βοήθειας μέσω φορολογίας, αφετέρου αυτό δεν διασφαλίζει εκείνα τα επίπεδα παροχών που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις αναπαραγωγής της εργασίας. Για την κάλυψη τους εφαρμόζονται οι αρχές της ιδιωτικής αγοράς με την προώθηση ειδικών προγραμμάτων ασφάλισης. Αυτό το μοντέλο παρόλο που εμφανίζεται ως από-εμπορευματοποιημένο, στην πραγματικότητα λειτουργεί ως εμπορευματικός τρόπος αναπαραγωγής της εργασίας.

Το μοντέλο αυτό χαρακτηρίζεται από χαμηλή δαπάνη για τις κοινωνικές υπηρεσίες και από έναν σχετικά διογκωμένο τρίτο τομέα. Η ανάπτυξη του εθελοντικού τομέα ελέγχεται από τους οικονομικά ισχυρούς και εξαρτάται ποικιλοτρόπως από αυτούς.²⁵

Για παράδειγμα, στο εθνικό σύστημα υγείας στην Αγγλία²⁶ προστρέχει το 92% του πληθυσμού, ενώ το 8% που κατέχει η ιδιωτική υγεία αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις «συμπλήρωμα» του πρώτου. Η Νοσοκομειακή περίθαλψη είναι δωρεάν. Κάθε κάτοικος διαλέγει έναν GP (γιατρό γενικής Ιατρικής – general practitioner) στην περιοχή του, «εγγράφεται» σε αυτόν, και όποτε συντρέχει θέμα υγείας κλείνει ραντεβού με εκείνον – η επίσκεψη είναι δωρεάν, και εκείνος αντίστοιχα αν χρειαστεί τον παραπέμπει σε άλλη ειδικότητα, που θα τον δει επίσης δωρεάν, λαμβάνοντας όλο το ιστορικό του από τον GP. Η επίσκεψη σε ιδιωτικά κέντρα περίθαλψης στοιχίζει αρκετά ακριβά, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις το NHS καλύπτει μέρος των εξόδων. Σχετικά με τη φαρμακευτική περίθαλψη, η συνταγή (και τα φάρμακά της από τα συμβεβλημένα φαρμακεία) στοιχίζει περίπου 8 λίρες (ανεξαρτήτως ποσότητας και είδος φαρμάκου). Οι άνω των 60 και κάτω των 16, καθώς και ειδικές κατηγορίες ασθενών λαμβάνουν φάρμακα δωρεάν.

Να σημειωθεί, πως το 2006, σχεδόν 50 εκατομμύρια Αμερικανών παρέμεναν ανασφάλιστοι και ο αριθμός τους αυξανόταν κατά περίπου 2 εκατομμύρια τον χρόνο.

²⁵ Π. Πολυζωίδης, 2006

²⁶ <http://www.in2life.gr/>, «Παροχές υγείας: Τι ισχύει σε κάθε ευρωπαϊκή χώρα», πρόσβαση στις 8/1/2016

Από τον Σεπτέμβριο του 2013 έως τον Απρίλιο του 2014 πάνω από 10 εκατομμύρια ενήλικες (από 18 έως 64 ετών) που προηγουμένως ήταν ανασφάλιστοι εντάχθηκαν στο σύστημα ιατρικής περίθαλψης. Ο δεδηλωμένος στόχος της μεταρρύθμισης που εγκρίθηκε το 2010 είναι να παράσχει ιατρική ασφάλιση στο μεγαλύτερο δυνατόν ποσοστό από τους πενήντα εκατομμύρια αμερικανούς πολίτες που έως τώρα ήταν ανασφάλιστοι.²⁷

- Το σοσιαλδημοκρατικό καθεστώς κράτους πρόνοιας

Το σοσιαλδημοκρατικό καθεστώς χαρακτηρίζει τις σκανδιναβικές χώρες, όπου επικρατούν οι αρχές της ισότητας και της καθολικής παροχής κοινωνικών αγαθών και είναι το περισσότερο από-εμπορευματοποιημένο από όλα τα καθεστώτα κράτους ευημερίας. Αυτό συμβαίνει γιατί στηρίζεται στην εγγύηση υπηρεσιών πρόνοιας υψηλών προδιαγραφών μέσω της γενικευμένης φορολογίας και χωρίς να συνδέονται οι κοινωνικές παροχές με την εργασιακή δραστηριότητα ή τις προηγούμενες εισφορές του ατόμου όπως συμβαίνει με τα συντηρητικά καθεστώτα. Επίσης, παρά το μικρό μέγεθος και την περιορισμένη παρουσία σε επίπεδο άμεσης παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, ο ρόλος του τρίτου τομέα παρέμεινε σημαντικός σε επίπεδο διατύπωσης και προώθησης κοινωνικών αιτημάτων κάτι που είναι ιδιαίτερα εμφανές στη Σουηδία.²⁸

Το σκανδιναβικό μοντέλο μεταθέτει την αρμοδιότητα της οικονομικής διαχείρισης και της αξιολόγησης του συστήματος υγείας στην κεντρική και κυρίως την τοπική αυτοδιοίκηση. Χώρες όπως η Σουηδία και η Δανία εμφανίζονται ως πρότυπα περίθαλψης, με αποτέλεσμα να έχει επικρατήσει η ιδέα πως πρόκειται για την τέλεια και κυρίως, δωρεάν φαρμακευτική περίθαλψη. Το σύστημα είναι κατά βάση κρατικό, αφού η κεντρική διοίκηση φροντίζει να χρηματοδοτεί το 97% των ιατρικών εξόδων, και οι ασθενείς πληρώνουν ένα μικρό ποσό για την εξέταση. Οι πόροι του δημοσίου συστήματος προέρχονται κυρίως από την φορολογία, την οποία εισπράττει η τοπική αυτοδιοίκηση. Κάθε φορολογούμενος στην Σουηδία έχει τις εξής δύο επιλογές: Να επισκεφθεί τον γιατρό ή ένα νοσοκομείο πληρώνοντας 18€, στα οποία

²⁷ New England Journal of Medicine, 2014

²⁸ Π. Πολυζωίδης, 2006

συμπεριλαμβάνονται και τα έξτρα κόστη (ακτινογραφίες, παρακλινικές εξετάσεις κλπ) ή να καταβάλει 95€ τον χρόνο για όλες τις παροχές, καθώς έτσι καλύπτονται τα πάντα πλην των οδοντιατρικών δαπανών. Εφόσον τα έξοδα ενός ατόμου για περίθαλψη φτάσουν τα 126€, από εκεί και έπειτα τα αναλαμβάνει πλήρως το κράτος. Η οδοντιατρική περίθαλψη είναι δωρεάν για όλους ως τα 19 τους χρόνια. Επίσης, όταν ο γιατρός κρίνει κάποιον ως «ασθενή», ο εργοδότης του είναι αναγκασμένος να του πληρώνει ένα σημαντικό μέρος του ημερομισθίου του για τις πρώτες 14 ημέρες, και από εκεί και πέρα συνεχίζει να το πληρώνει το κράτος, μέχρι ο γιατρός να κρίνει πως είναι πλέον υγιής. Η ετήσια συνδρομή για φάρμακα στοιχίζει κάτι παραπάνω από 200€ και καλύπτει όποια ανάγκη προκύψει μέσα στους 12 μήνες.²⁹

Ο Mauricio Ferrera εισήγαγε ένα τέταρτο καθεστώς κράτους πρόνοιας. Το νοτιοευρωπαϊκό καθεστώς χαρακτηρίζεται από το δυισμό, την πόλωση και τον έντονο κορπορατισμό. Σ' αυτό το μοντέλο, ο πυρήνας των εργαζομένων στην τυπική αγορά εργασίας εξασφαλίζει γενναίες παροχές, αλλά ταυτόχρονα υπάρχει ένα εκτεταμένος άτυπος τομέας, στον οποίο επικρατούν οι πελατειακές εξυπηρετήσεις και η απουσία έστω και στοιχειωδών κοινωνικών παροχών. Επιπλέον, στην αναπαραγωγή της εργασίας εξακολουθεί να είναι κεντρικός ο ρόλος της οικογένειας και όχι του κράτους. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του τόσο στη φιλοσοφία του Beveridge όσο και του Bismark. Χώρες της Ν. Ευρώπης, όπως Ελλάδα και Ισπανία, έχουν την μεταπολεμική εμπειρία εξόδου από ολοκληρωτικά καθεστώτα και μετάβασης σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στις χώρες της Νότιας Ευρώπης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 και του '80 είχαν ως στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το πρότυπο οργάνωσης βασίστηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Ωστόσο, πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων.

Επίσης, η κρατική δαπάνη για κοινωνικές υπηρεσίες είναι ιδιαίτερα χαμηλή και ο μη κερδοσκοπικός τομέας ελάχιστα αναπτυγμένος, η κρατική κυριαρχία δεν απορρέει από

²⁹ <http://www.in2life.gr/wellbeing/health/article/300087/parohes-ygeias-ti-ishyei-se-kathe-evropaikh-hora.html> πρόσβαση στις 8/11/2015

την κοινωνική συναίνεση, όπως συμβαίνει στην περίπτωση του σοσιαλδημοκρατικού μοντέλου, αλλά αποτελεί έκφραση της αυθεντίας της άρχουσας τάξης, η οποία απολαμβάνει παραδοσιακά τον σεβασμό των υπολοίπων ομάδων.³⁰

Αξίζει να σημειωθεί πως αναφερόμενοι στην περίπτωση της Ελλάδας, το φαινομενικά παράδοξο που χαρακτηρίζει τη σχέση μεταξύ δαπανών για κοινωνική προστασία και φτώχειας στην Ελλάδα έχει δύο βασικές ερμηνείες: Πρώτον, την ύπαρξη ενός κατακερματισμένου συστήματος κοινωνικής προστασίας, που αποδεικνύεται ιδιαίτερα αναποτελεσματικό στη χρήση των διαθέσιμων πόρων. Δεύτερον, το ιδιαίτερα χαμηλό και σταδιακά μειούμενο μερίδιο των λοιπών, εκτός συντάξεων, μεταβιβάσεων στο σύνολο των κοινωνικών μεταβιβάσεων. Τέλος, αντλώντας από την εμπειρία άλλων χωρών, όπως εκείνων που έχουν αναπτύξει σοσιαλδημοκρατικού τύπου κοινωνικό κράτος εμφανίζονται ιδιαίτερα αποτελεσματικές στην αξιοποίηση των κοινωνικών δαπανών για τη μείωση της φτώχειας.³¹

Συγκεκριμένα, να επισημανθεί η κατακόρυφη άνοδος της δαπάνης για κοινωνική προστασία μέχρι το 2009 στην Ελλάδα, η οποία πιστεύεται ότι συνέβαλε και αυτή στον δημοσιονομικό εκτροχιασμό της χώρας³².

Καταληκτικά, μετά από την συνοπτική παρουσίαση των μοντέλων και καθεστώτων πρόνοιας, είναι φανερό ότι δεν έχουμε ένα ενιαίο ευρωπαϊκό κοινωνικό μοντέλο, αλλά ούτε μπορούμε να μιλούμε βέβαια για την ύπαρξη ενός ευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας. Σχετικά με τον εθελοντισμό, τα φιλελεύθερα κράτη πρόνοιας χαρακτηρίζονται από τις παροχές του τρίτου τομέα που δρουν ως σημαντική εναλλακτική λύση στις χαμηλές κρατικές κοινωνικές δαπάνες, ενώ στα κορπορατιστικά το κράτος αναγκάζεται ή ενθαρρύνεται να δράσει από κοινού με τους μη κερδοσκοπικούς φορείς τους οποίους θεωρεί μεν προ-νεωτερικούς μηχανισμούς αλλά αρκετά χρήσιμους για να διατηρηθούν. Επίσης, στα σοσιαλδημοκρατικά με τις εκτεταμένες κρατικές παροχές, ο περιορισμένος ρόλος του τρίτου τομέα περιορίζεται κυρίως στην διεκδίκηση δικαιωμάτων και, τέλος,

³⁰ Π. Πολυζωίδης, 2006

³¹ Γιάννης Δαφερμος, Χρίστος Παπαθεοδώρου, 2011

³² Ματσαγγάνης, 2011

τα κρατικιστικά (όπως Ελλάδα και Ισπανία) οι κοινωνικές παροχές είναι χαμηλές , τόσο από το κράτος όσο και από τον τρίτο τομέα.

Κεφάλαιο 2^ο Κοινωνική Πολιτική και Υγεία στην Ελλάδα πριν και κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης

2.1 Ελληνικό Σύστημα Υγείας: Χαρακτηριστικά και Προβλήματα

Το ελληνικό σύστημα υγείας θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα «μικτό σύστημα», δεδομένου ότι η παροχή και η χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών συνδυάζουν στοιχεία τόσο των εθνικών συστημάτων τύπου Beveridge, όσο και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck, ενώ εμφανίζει και έναν ανεπτυγμένο ιδιωτικό τομέα.

Στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας υπάρχει ένα άτυπο «δίκτυο» που αποτελείται από τα Κ.Υ και τα πολυϊατρεία του ΠΕΔΥ. Επίσης, οι φορείς που δεν διαθέτουν δικές τους υπηρεσίες υγείας, καλύπτουν τους ασφαλισμένους τους με συμβάσεις με ιδιωτικά κέντρα και γιατρούς. Ωστόσο, δεν υπάρχει καμία διασφάλιση τόσο της ποιότητας όσο και της επάρκειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ απουσιάζει η προληπτική ιατρική και μετανοσοκομειακή φροντίδα.

Τα χαρακτηριστικά αυτά, συνθέτουν και το κενό της δημόσιας Π.Φ.Υ., και οδηγούν στην έντονη επενδυτική δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Αντίστοιχο φαινόμενο παρατηρείται και στις δαπάνες για Π.Φ.Υ., γεγονός που προκαλεί σειρά προβλημάτων και αποτελεί συνάμα πηγή κοινωνικών ανισοτήτων.

Στη διαμόρφωση ενός συστήματος υγείας καθοριστικό ρόλο διαδραματίζει η σχέση κράτους – αγοράς, η οποία οφείλει να τοποθετηθεί σε μια νέα βάση και να εμφανίσει χαρακτηριστικά σαφούς συμπληρωματικότητας, με επιβεβλημένο το διαχωρισμό των αγοραστών των υπηρεσιών υγείας από τους προμηθευτές τους. Σε ένα τέτοιο πλαίσιο ελεγχόμενου ανταγωνισμού, οι χρηματοδότες (αγοραστές), δηλαδή τα ταμεία της κοινωνικής ασφάλισης, μπορούν να αγοράζουν υπηρεσίες από τον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, με μόνα κριτήρια εκείνα του κόστους και της ποιότητας.

Στα πλαίσια αυτά, οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται από το ΕΣΥ και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Το ΕΣΥ προσφέρει σε όλους τους πολίτες της χώρας επείγουσα προνοσοκομειακή περίθαλψη(ΕΚΑΒ), καθώς και πρωτοβάθμια φροντίδα μέσω των δημόσιων νοσοκομείων. Η κάλυψη των δαπανών γίνεται μέσω της γενικής

φορολογίας. Σχετικά με τα ασφαλιστικά ταμεία να αναφερθεί πως η χρηματοδότηση τους βασίζεται στις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και τις κρατικές επιδοτήσεις.

33

Οι πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ. συγκροτούνται από ένα μωσαϊκό φορέων, οι οποίοι θα αναλυθούν παρακάτω. Επίσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει κατά πόσο η πρόσβαση των ανασφάλιστων σε αυτούς, είναι εφικτή. Επίσης, κύριο στοιχείο διάκρισης αποτελούν οι πηγές χρηματοδότησης.

Συγκεκριμένα, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) περιλαμβάνονται τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για τα αστικά κέντρα. Ο κρατικός προϋπολογισμός είναι η κυριότερη πηγή χρηματοδότησης και σε μικρό ποσοστό τα ασφαλιστικά ταμεία.

Σχετικά με τα κέντρα υγείας και τα ιατρεία νοσοκομείων, σύμφωνα με το άρθρο 15 του Ν. 1397/1983, σκοπός των μονάδων υγείας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης είναι η παροχή Π.Φ.Υ στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης του και όσων προσωρινά διαμένουν σ' αυτήν, η εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης του Υ.Υ. καθώς και η νοσηλεία και παρακολούθηση των αρρώστων, που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο στο σπίτι.

Επίσης, καταγράφονται ως σκοποί, η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομίδα των αρρώστων στο νοσοκομείο, η διακομίδα αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς, σε έκτακτες περιπτώσεις στο κέντρο υγείας ή νοσοκομείο, η παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας, η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής, η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα, ιατρική της εργασίας.

Επίσης, η παροχή υπηρεσιών σχολικής φροντίδας, αποτελεί έναν ακόμη σκοπό, όπως επίσης η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού με διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις.

Στο ίδιο πλαίσιο, εντοπίζονται, η εκπαίδευση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού, η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, η παροχή φαρμάκων σε

³³«Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες», Χαράλαμπος Οικονόμου, εκδ. Διόνικος 2004, σελ. 223

δικαιούχους αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους με απόφαση του οικείου νομάρχη, και, τέλος, η συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση καθώς και με ιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες της περιοχής για αποδοτικότερη προσφορά υπηρεσιών Π.Φ.Υ..

Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ανασφάλιστων, καλύπτεται σε μεγάλο ποσοστό από τα νοσοκομεία. Μετά τη κατάργηση των 5€ και των 25€, οι ανασφάλιστοι εξυπηρετούνται στα νοσοκομεία με τον αριθμό του ΑΜΚΑ τους. Μπορούν να εξεταστούν και να τους συνταγογραφηθούν φάρμακα. Τα φάρμακα χορηγούνται από τα φαρμακεία των δημόσιων νοσοκομείων ή από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ ή τα ιδιωτικά φαρμακεία. Εξαιρέση αποτελούν τα φάρμακα υψηλού κόστους, τα λεγόμενα «ακριβά φάρμακα» που χορηγούνται μόνον από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και η συμμετοχή των ανασφάλιστων είναι μηδενική.

Σχετικά με τα ασφαλιστικά ταμεία, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) αφορά τους ασφαλισμένους ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ/ΤΥΔΚΥ, ΟΓΑ, ΝΑΤ³⁴, ΤΑΥΤΕΚΩ³⁵, ΕΤΑΑ³⁶, ΕΤΑΠ-ΜΜΕ³⁷ και όλα τα μέλη των οικογενειών τους που έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Η χρηματοδότηση του προέρχεται κυρίως από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών.

Πιο συγκεκριμένα οι δικαιούχοι περιλαμβάνονται στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας. Με τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ επιδιώχθηκε να εξασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, με

³⁴ σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του Ν. 4052/12 που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 41/Β/1.3.12 εντάχθηκε στον ΕΟΠΥΥ από 1.4.12 ο Οίκος Ναύτου

³⁵ Σύμφωνα με τον νόμο 4052 /2012 άρθρο 13 παρ.17 (ΦΕΚ 41/Α/1-3-2012) και τον νόμο υπ' αριθ. 4093 /2012 παράγραφος ΙΒ.1.παρ.1β.(ΦΕΚ222/Α/12-11- 2012), εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ οι κλάδοι ασθένειας του ΤΑΥΤΕΚΩ (ΚΑΠ-ΔΕΗ, ΤΑΠΑΕ-ΕΘΝΙΚΗ, ΤΑΠ-ΗΣΑΠ,ΤΑΠ- ΗΛΠΑΠ, ΤΑΠ-ΕΤΒΑ, ΤΑΠ-ΕΤΕ, ΤΑΠ-ΟΤΕ, ΤΕΑΠ-ΕΛΤΑ, ΤΑΑΠΤΠΓΑΕ, ΟΣΕ

³⁶ Σύμφωνα με το νόμο υπ' αριθ. 4093 /2012 παράγραφος ΙΒ.1.παρ.1β.(ΦΕΚ222/Α/12-11- 2012) εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ οι κλάδοι υγείας του ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ, ΤΣΜΕΔΕ, ΤΑΣ, ΤΠΔΑ, ΤΠΔΘ, ΤΥΔΠ, ΤΥΔΕ – ΤΠΔΕ).

³⁷ Από την 1-12-2012 εντάσσεται στον ΕΟΠΥΥ το Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΕΤΑΠ-ΜΜΕ). (Νόμος υπ' αριθ. 4093 /2012 παράγραφος ΙΒ.1.παρ.1α.(ΦΕΚ222/Α/12-11- 2012)

σκοπό την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας των δικαιούχων.

Η αρχική μορφή του ΕΟΠΠΥ άφηνε εκτός ένα, όχι αμελητέο, ποσοστό του πληθυσμού (άποροι, μετανάστες, μειονεκτικές κοινωνικές ομάδες, ανασφάλιστοι) κάτι το οποίο άλλαξε με το Νόμο 4270/2014³⁸. Στην πρόσφατη έκθεση απολογισμού του ΕΟΠΥΥ για τα έτη 2013 έως 2015, συγκεκριμένα το 2014 από το οποίο έτος είναι σε ισχύ ο νομός για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ανασφάλιστων, αναφέρει ότι χορηγήθηκαν φάρμακα σε 25.317 ασθενείς δικαιούχους του Ν.4270/2014, δαπάνης ύψους 2.171.337,17€, ενώ το α΄ εξάμηνο 2015 χορηγήθηκαν φάρμακα σε 65.291 ασθενείς δικαιούχους του Ν.4270/2014 δαπάνης ύψους 5.594.549,36€. Επίσης, το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με τους εμπλεκόμενους φορείς, μεταξύ των οποίων και ο ΕΟΠΥΥ, εισήγαγε νέο πλαίσιο για την παροχή υπηρεσιών υγείας και τη χορήγηση φαρμάκων από τον ΕΟΠΥΥ και στους δικαιούχους βιβλιαρίου απορίας, καθότι μέχρι σήμερα τα φάρμακα των απόρων διατίθενται μόνο από φαρμακεία των Νοσοκομείων του ΕΣΥ.³⁹

Στις αρχές του 2014, ύστερα από δύο χρόνια λειτουργίας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν με το Ν.4238/2014, στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ. συστήθηκε το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), η λειτουργία του οποίου εντάχθηκε στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών της χώρας και ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μετατράπηκε αποκλειστικά σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας. Σκοπός του Π.Ε.Δ.Υ. είναι η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας.

Σύμφωνα με τον νόμο, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τη πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες

³⁸(ΦΕΚ Β 1753 – 28.06.2014)

³⁹

<http://www.eopyy.gov.gr/%CE%88%CE%B3%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%B1%20%CE%95%CE%9F%CE%A0%CE%A5%CE%A5/%CE%9D%CE%AD%CE%B1%20-%CE%91%CE%BD%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%20-%CE%94%CE%B5%CE%BB%CF%84%CE%AF%CE%B1%20%CE%A4%CF%8D%CF%80%CE%BF%CF%85/%CE%91%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CF%83%CE%BC%CF%8C%CF%82%202013-2015.pdf>, πρόσβαση στις 9/1/2015

πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας. Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας κατευθύνοντας τον πολίτη, όταν υπάρχει ανάγκη, προς τα άλλα επίπεδα του συστήματος και σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπεια των πολιτών, στο πλαίσιο των κανόνων της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας.

Βάσει νόμου, οι μονάδες του Π.Ε.Δ.Υ. μπορούν να λειτουργούν σε 24ωρη βάση και 7 ημέρες την εβδομάδα. Το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού των μονάδων υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μετατάσσεται, μετά από αίτησή του και υπό προϋποθέσεις, στο Π.Ε.Δ.Υ. Οι ιατροί του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., για να ενταχθούν στο Π.Ε.Δ.Υ. πρέπει να κλείσουν τα ιδιωτικά τους ιατρεία και να αναλάβουν θέσεις πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Τέλος, με τον νόμο καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, ο οποίος θα παρέχει τις βασικές υπηρεσίες υγείας στον πολίτη. Καθήκοντα οικογενειακού ιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας, Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής.

Στις παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. περιλαμβάνονται, η ιατρική περίθαλψη, οι παρακλινικές-εργαστηριακές εξετάσεις, η φαρμακευτική περίθαλψη, η οδοντιατρική περίθαλψη και οι παροχές πρόσθετης περίθαλψης.

Οι δικαιούχοι εξυπηρετούνται από συμβεβλημένους ιατρούς, με συμβεβλημένους αλλά πιστοποιημένους για συνταγογράφηση ιατρούς, πολυϊατρεία και ιατρεία του Οργανισμού (Μονάδες Υγείας πρώην ΙΚΑ-ΕΤΑΜ), Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά και Αγροτικά Ιατρεία καθώς και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Σχετικά με τους συμβεβλημένους ιατρούς του ΕΟΠΥΥ, αυτοί δεν δικαιούνται καμία επιπλέον αμοιβή από τους δικαιούχους για τους πρώτους 50 ασθενείς που εξετάζουν κάθε εβδομάδα και για τους 200 του μήνα.

Όσον αφορά τους ανασφάλιστους υπάρχουν κάποιοι περιορισμοί. Συγκεκριμένα, οι ανασφάλιστοι δεν εξυπηρετούνται από τους συμβεβλημένους ιατρούς, εκτός από τους έχοντες κουπονιού υγείας (Health-Voucher). Βέβαια και οι κάτοχοι του κουπονιού εξυπηρετούνται από συγκεκριμένους συμβεβλημένους ιατρούς, οι οποίοι έχουν δηλώσει συμμετοχή στο πρόγραμμα. Αυτοί μπορούν να τους συνταγογραφήσουν εξετάσεις και να τις πραγματοποιήσουν σε συμβεβλημένα διαγνωστικά εργαστήρια. Για παράδειγμα, από τους 645 εγγεγραμμένους συμβεβλημένους παθολόγους στο νομό Αττικής, 48 παθολόγοι δεν εντάσσονται στο πρόγραμμα. Επίσης, από τα 1083

εγγεγραμμένα συμβεβλημένα διαγνωστικά εργαστήρια, τα 18 δεν συμμετέχουν στο πρόγραμμα. Στην επαρχία, οι κάτοχοι του κουπονιού καλούνται να αντιμετωπίσουν μεγαλύτερους περιορισμούς. Για παράδειγμα, στο νομό Ευρυτανίας από τους 9 εγγεγραμμένους συμβεβλημένους παθολόγους, 4 παθολόγοι δεν εντάσσονται στο πρόγραμμα.⁴⁰

Επίσης, οι ανασφάλιστοι μπορούν να εξυπηρετηθούν από τους ιατρούς του ΠΕΔΥ και να πραγματοποιήσουν τις συνταγογραφημένες εξετάσεις στις μονάδες ΠΕΔΥ, όπου είναι αυτό εφικτό.

Εν συνεχεία, από την τοπική αυτοδιοίκηση, μέσω των υπηρεσιών πρόνοιας και των δημοτικών ιατρείων τα οποία χρηματοδοτούνται από δημοτικούς φόρους και από τον κρατικό προϋπολογισμό. Σε επόμενο κεφάλαιο ακολουθεί εκτενέστερη ανάλυση του ρόλου της τοπικής αυτοδιοίκησης στην παροχή ΠΦΥ.

Τέλος, σχετικά με τον ιδιωτικό τομέα, αυτός περιλαμβάνει τα πάσης φύσεως διαγνωστικά κέντρα, τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, τους ιδιώτες ιατρούς. Τα τελευταία χρόνια στον ελλαδικό χώρο η δράση του ιδιωτικού τομέα και η συμβολή του στην Π.Φ.Υ. χαρακτηρίζεται από σημαντική αύξηση, γεγονός που αποτελεί έκφραση της δυσπιστίας του Έλληνα καταναλωτή υπηρεσιών υγείας στο ΕΣΥ..

Καταληκτικά, παρότι υπάρχουν θεσμοθετημένοι πάροχοι ΠΦΥ, εντοπίζονται προβλήματα στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Τα τελευταία χρόνια, λόγω κρίσης και στα πλαίσιο κάλυψης των δημοσιονομικών ελλειμμάτων, οι ελληνικές κυβερνήσεις πέρασαν σε μια σειρά αλλαγών στον τομέα της υγείας. Ακολουθεί πλήρης καταγραφή των νομοθετικών ρυθμίσεων που υπέστη η υγεία στην Ελλάδα από την αρχή της κρίσης έως σήμερα.

⁴⁰ Τα στοιχεία των συμβεβλημένων ιατρών προέρχονται από την επίσημη ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ, <http://www.eopyy.gov.gr/MedSupplier>, πρόσβαση στις 8/1/2016

2.2 Κρίση και Βασικές Νομοθετικές Ρυθμίσεις στον Τομέα της Υγείας

Η επίτευξη ενός επιτυχούς μεταρρυθμιστικού πλαισίου συνιστά μια πολυσύνθετη διαδικασία, στην οποία ποικίλοι παράγοντες επενεργούν και καθορίζουν την τελική έκβαση. Επιπλέον, κάθε μεταρρυθμιστική απόπειρα οφείλει να συνδέεται με το ευρύτερο κοινωνικό, οικονομικό, πολιτικό και πολιτισμικό περιβάλλον, προκειμένου να καταστεί εφικτή η επιτυχής εφαρμογή της.⁴¹

Η Ελληνική Νομοθεσία σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ιδιαιτέρως μεγάλη σε έκταση και σε περιεχόμενο. Μετά από δεκαετίες προσπαθειών επίλυσης των αδυναμιών του συστήματος υγείας, μέσα σε λίγες εβδομάδες από την κύρωση του Μνημονίου Συνεννόησης, η κυβέρνηση επεξεργάστηκε νομοσχέδια για το ασφαλιστικό και την υγεία που θα έβαζαν τις βάσεις για ανασυγκρότηση, ισοτιμία και ισονομία. Φυσικά, τίποτα από όλα αυτά δε θα είχε συμβεί εάν προηγουμένως δεν είχε μεσολαβήσει η αποκάλυψη του δημοσιονομικού εκτροχιασμού της χώρας μετά τις εκλογές του Οκτωβρίου 2009, που ταχύτατα μετατράπηκε σε κρίση δανεισμού, που με τη σειρά της οδήγησε σε αδυναμία προσφυγής της Ελλάδας στις διεθνείς αγορές τον Απρίλιο του 2010, και που στη συνέχεια ανάγκασε την ελληνική κυβέρνηση να διαπραγματευτεί ένα πρωτοφανούς μεγέθους πακέτο στήριξης : €110 δις, ικανού να καλύψει τις δανειακές ανάγκες της χώρας για τρία χρόνια.

Προφανώς, η διεθνής στήριξη της ελληνικής οικονομίας δεν έγινε άνευ όρων. Η υπογραφή του Μνημονίου και η γρήγορη κύρωση του από την Βουλή των Ελλήνων (3 Μαΐου 2010) εγκαίνιασαν μια περίοδο ραγδαίων αλλαγών στην οικονομία, στην κοινωνική προστασία, στην αγορά εργασίας, στη δημόσια διοίκηση και αλλού με στόχο τη δημοσιονομική εξυγίανση και τη μείωση του ελλείμματος κάτω από 3% του ΑΕΠ το 2014.

Παρότι η κοινωνική πολιτική πρέπει να προλαμβάνει τις επιπτώσεις κρίσεων, στη περίπτωση της Ελλάδας κάτι τέτοιο δεν συνέβη. Παρά την αύξηση των κοινωνικών δαπανών τα τελευταία χρόνια, η κοινωνική πολιτική βρέθηκε απροετοίμαστη στο να προστατέψει αυτούς που πρώτα επηρεάστηκαν από την ύφεση.

⁴¹ Frenk, 1994 ·Berman, 1995· Οικονόμου, 2004.

Σε αυτά τα πλαίσια θα γίνει καταγραφή των σημαντικότερων νομοθεσιών και παρεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν από την αρχή της ύφεσης έως σήμερα και σχετίζονται με την πρόσβαση και την ανασυγκρότηση της υγείας.

Στον τομέα της υγείας, λοιπόν, από την αρχή της ύφεσης υπερψηφίζονται νομοθεσίες στα πλαίσια της ανασυγκρότησης ώστε να καλυφθούν κενά περασμένων δεκαετιών. Ο Ν. 3868/2010 που αφορά την Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας & λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και κοινωνικής Αλληλεγγύης, θεσμοθέτησε την ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων (αρθ. 1), την ανάπτυξη ιατρικού δυναμικού στις μονάδες υγείας του ΕΣΥ(αρθ. 2-4), το νοσηλευτικό & λοιπό προσωπικό – Νοσηλευτικό επάγγελμα (αρθ. 5-7), τη λειτουργία και διοίκηση φορέων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (αρθ. 8), την υποστήριξη πολίτη μέσω Λογοδοσίας -Εθελοντισμός (αρθ. 9-12). Σχετικά με την πρόνοια (αρθ. 13) λαμβάνει μέτρα για την ολική απαγόρευση του καπνίσματος στους Δημόσιους χώρους (αρθ. 17). Θεσμοθετεί επίσης το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ) (άρθ. 27).

Ο ανωτέρω νόμος αφορά διαδικαστικά και διοικητικά θέματα. Δεν μεριμνά για τα άτομα και τις οικογένειες τους που επλήγησαν από την ύφεση. Να επισημανθεί πως μέχρι τότε ο αριθμός των ανασφάλιστων παρέμενε σε χαμηλά επίπεδα. Οι ανασφάλιστοι εξυπηρετούνταν σε νοσοκομεία και δημοτικά ιατρεία. Επίσης, πολλοί επωμίζονταν το κόστος ιδιωτικής ασφάλισης

Το ίδιο έτος, ο Ν. 3892/2010 καθιέρωσε την «Ηλεκτρονική καταχώριση» και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων. Συγκεκριμένα, οι ρυθμίσεις του παρόντος νόμου εφαρμόζονται σε όλους τους Φορείς και Κλάδους Υγείας της Κοινωνικής Ασφάλισης, τους ασφαλισμένους σε Φ.Κ.Α., καθώς και τους ιατρούς και φαρμακοποιούς, όπως ορίζονται στο άρθρο 1. Η συνταγή ή το παραπεμπτικό που καταχωρίζεται ηλεκτρονικά περιέχει στοιχεία του ιατρού που τα καταχώρισε, την ημερομηνία καταχώρισης και τις ημερομηνίες έναρξης και λήξης της εκτέλεσής τους.

Η ηλεκτρονική καταχώρηση σε συνδυασμό με την ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς αποτελούν μέτρα που έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικά στις χώρες στις οποίες έχει εφαρμοστεί μέχρι σήμερα (πχ. Γερμανία, Αγγλία, Ολλανδία). Πρόκειται για τα στοιχεία ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ, που μπαίνουν σε μια ηλεκτρονική πλατφόρμα,

προκειμένου να ελέγχονται φάρμακα, εξετάσεις και άλλες παροχές. Σε εθνικό επίπεδο, εκτιμάται ότι ο φάκελος θα διευκολύνει τις συναλλαγές με το δημόσιο σύστημα υγείας, αλλά και τους συμβεβλημένους φορείς με τον ΕΟΠΥΥ, ενώ θα συγκρατήσει τη δαπάνη του τομέα της Υγείας, αφού δε θα είναι πιθανές οι σπατάλες λόγω της καταγραφής όλων των δεδομένων. Να σημειωθεί, πως η χρήση της ηλεκτρονικής κάρτας ασθενούς θα μπορούσε ένα αποτελέσει έναν εξαιρετο δείκτη ιατρικού ιστορικού ασθενών αλλά και καταγραφής των ανασφάλιστων ασθενών.

Εν συνεχεία, ο νόμος 3918/2011 που αφορά τις «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» προέβλεπε τη σύσταση του «Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Ε.Ο.Π.Υ.Υ.», ο οποίος τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και τη μεταφορά και ένταξη σε αυτόν των κλάδων υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, του ΟΓΑ, του ΟΑΕΕ και του ΟΠΑΔ, με κύριο σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ασφαλισμένους των ανωτέρω ταμείων. Η περίθαλψη των ανασφάλιστων δεν αποτελούσε μέρος του ανωτέρω νόμου.

Στα πλαίσια του ΕΟΠΥΥ, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του Ν. 4052/12 που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 41/Β/1.3.12 εντάχθηκε στον ΕΟΠΥΥ από 1.4.12 ο Οίκος Ναύτου. Επίσης, σύμφωνα με τον νόμο 4052 /2012 άρθρο 13 παρ.17 (ΦΕΚ 41/Α/1-3-2012) και τον νόμο υπ' αριθ. 4093 /2012 παράγραφος ΙΒ.1.παρ.1β.(ΦΕΚ222/Α/12-11-2012), εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ οι κλάδοι ασθένειας του ΤΑΥΤΕΚΩ (ΚΑΠ-ΔΕΗ, ΤΑΠΑΕ-ΕΘΝΙΚΗ, ΤΑΠ-ΗΣΑΠ,ΤΑΠ- ΗΛΠΑΠ, ΤΑΠ-ΕΤΒΑ, ΤΑΠ-ΕΤΕ, ΤΑΠ-ΟΤΕ, ΤΕΑΠ-ΕΛΤΑ, ΤΑΑΠΤΠΓΑΕ, ΟΣΕ.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το νόμο υπ' αριθ. 4093 /2012 παράγραφος ΙΒ.1.παρ.1β.(ΦΕΚ222/Α/12-11- 2012) εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ οι κλάδοι υγείας του ΕΤΑΑ (ΤΣΑΥ, ΤΣΜΕΔΕ, ΤΑΣ, ΤΠΔΑ, ΤΠΔΘ, ΤΥΔΠ, ΤΥΔΕ – ΤΠΔΕ). Από την 1-12-2012 εντάσσεται πλέον στον ΕΟΠΥΥ το Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΕΤΑΠ-ΜΜΕ). (Νόμος υπ' αριθ. 4093 /2012 παράγραφος ΙΒ.1.παρ.1α.(ΦΕΚ222/Α/12-11- 2012).

Το έτος 2012, Ο Ν. 4093, της περίπτωσης 12 της υποπαραγράφου ΙΒ.2 της παραγράφου ΙΒ του πρώτου άρθρου θεσμοθέτησε από 1.1.2014, την καταβολή είκοσι πέντε (25) ευρώ από την πλευρά των ασθενών προς εισαγωγή για νοσηλεία σε νοσοκομείο του ΕΣΥ . Η εν λόγω καταβολή ήταν εφάπαξ, δεν βάρυνε τον ασφαλιστικό

φορέα του ασθενούς και ήταν ανεξάρτητη της εφάπαξ προβλεπόμενης καταβολής για το εξέταστο. Της ανωτέρω καταβολής εξαιρέθηκαν ρητώς και μόνο οι κάτοχοι βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας ή πιστοποιητικού κοινωνικής προστασίας (απαραίτητη η προσκόμιση του βιβλιαρίου ή του πιστοποιητικού το οποίο θα πρέπει να είναι σε ισχύ), οι χρόνιοι πάσχοντες από την κύρια πάθησή τους και για όλες τις δευτερεύουσες παθήσεις που απορρέουν από αυτήν, τα Α.Με.Α που έχουν πιστοποιημένο από Κέντρο Πιστοποίησης Αναπηρίας (ΚΕ.Π.Α.) ποσοστό αναπηρίας 80% και συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών, όπως κρατούμενοι φυλακών, στρατιωτικό προσωπικό.

Η κυβέρνηση υποστήριξε το συγκεκριμένο μέτρο, ισχυριζόμενη πως στόχος ήταν να ελαφρυνθεί ο προϋπολογισμός των νοσοκομείων ώστε να μπορούν να αγοράζουν φάρμακα για τους άπορους και ανασφάλιστους.⁴² Παρόλ ' αυτά προκλήθηκαν αντιδράσεις και έτσι, στις 7/1/2014 αναρτήθηκε εγκύκλιος με αριθμό πρωτοκόλλου 863⁴³ που κατήγγειλε την καταβολή των 25 ευρώ για νοσήλεια. Η κατάργηση επετεύχθη ύστερα από διαμαρτυρίες του νοσηλευτικού προσωπικού όσο και των εξυπηρετούμενων.^{44, 45} Ταυτόχρονα προτάθηκε αντισταθμιστικό μέτρο της αύξησης 5 λεπτών στον φόρο για τα τσιγάρα, ποσό που θα πηγαίνει απευθείας στα ταμεία των νοσοκομείων. Η κυβέρνηση με το μέτρο αυτό φιλοδοξούσε να ισοφαρίσει τα 40 εκ. ευρώ, τα οποία προσδοκούσε να εισπράττει από το μέτρο του 25ευρου για την κάλυψη άπορων.⁴⁶

Οι οικονομικές επιβαρύνσεις συνεχίστηκαν μέσω του πρώτου εδάφιου της περίπτωσης 12 της υποπαραγράφου ΙΒ.2 της παραγράφου ΙΒ του άρθρου πρώτου του

⁴² <http://www.naftemporiki.gr/story/748834/ad-georgiadis-na-proteinoun-isodunama-metra-ean-den-theloun-ta-25-euro> , πρόσβαση στις 9/11/2015

⁴³ Συγκεκριμένα, ανέφερε τα εξής : «Με την έκδοση της παρούσης, καταργούνται οι υπ' αριθμ. Πρωτ. Υ4α/οικ. 120068/31-12-2013, Υ4α/οικ.506/03-01-2014 καθώς και Υ4α/οικ.348/03-01-2014 εγκύκλιοι και δεν εισπράττεται το προβλεπόμενο ποσό των 25€ από τον ασθενή για την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο.

⁴⁴ Access to healthcare in times of crisis, Eurofound, 2014.

⁴⁵ <http://www.naftemporiki.gr/story/750125/aposurthike-to-eisitirio-ton-25-euro-sta-nosokomeia> , πρόσβαση στις 8/11/2015

⁴⁶ <http://www.invitromagazine.gr/2014/01/08/eleftheri-ke-pali-i-isodos-sta-nosokomia-aposirsi-tou-25evrou-apo-ton-ipourgo-tis-igias/>, πρόσβαση στις 9/11/2015

Ν. 4093/2012 (ΦΕΚ 222/Α/12-11-2012) που θεσμοθέτησε τη εκ μέρους των ασθενών καταβολή υπέρ του ΕΟΠΥΥ του ενός (1) ευρώ ανά συνταγή που εκτελείται από τον εκάστοτε φαρμακοποιό.

Σχετικά με τους ανασφάλιστους, με βάση το Ν.4270/2014 και την υπουργική απόφαση που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ Β 1753/28/06/2014, οι συνταγές των ανασφάλιστων θα καταχωρούνται σε ξεχωριστά από τις υπόλοιπες του ΕΟΠΥΥ. Συγκεκριμένα, η ΗΔΙΚΑ (Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης) ανακοίνωσε ότι οι ανασφάλιστοι ασθενείς θα πληρώνουν τη συμμετοχή στα φάρμακα, όπως και οι ασφαλισμένοι, αλλά και το 1 ευρώ σε κάθε συνταγή υπέρ ΕΟΠΥΥ εάν εκτελούνται από ιδιωτικά φαρμακεία. Σύμφωνα με τις οδηγίες της ΗΔΙΚΑ στο σύστημα της Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης θα εισαχθεί στην κατηγορία του φορέα : «Ταμείο Ανασφάλιστων» και ο ανασφάλιστος θα ονομάζεται «Δικαιούχος φαρμακευτικής περίθαλψης του Ν.4270/2014». Οι συνταγές θα μπορούν να εκδίδονται μόνο ηλεκτρονικά από ιατρούς Νοσοκομείων και ΠΕΔΥ και σε καμία περίπτωση χειρόγραφα.⁴⁷

Διανύοντας μια περίοδο σκληρών δημοσιονομικών μέτρων στις 5/6/2014 δημοσιεύθηκε η 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». Αποτελεί πλέον γεγονός η ραγδαία αύξηση των οικονομικά αδυνάτων, άπορων και ανασφάλιστων της χώρας μας.

Με αυτή την υπουργική απόφαση αποτυπώθηκε η ανάγκη διεύρυνσης των κατηγοριών δικαιούχων δωρεάν νοσοκομειακής περίθαλψης (πολυήμερης ή βραχείας) εξαιτίας των δυσμενών οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών της χώρας. Δικαιούχοι δωρεάν νοσοκομειακής περίθαλψης καθορίζονται (πολυήμερης ή βραχείας) οι ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες ή πολίτες ελληνικής καταγωγής (ομογενείς, κάτοχοι

⁴⁷ Ο Α. Ξάνθος, Υπουργός Υγείας, τον Οκτώβριο του 2015, ανέφερε πως μελετάται κατάργηση της καταβολής ενός ευρώ ανά συνταγή, επισημαίνοντας όμως πως τα έσοδα από τις συνταγές φτάνουν τα 55 εκατ. Ευρώ το χρόνο, καθιστώντας τες σημαντική πηγή εσόδων για τον ΕΟΠΥΥ. (<http://www.antenna.gr/news/Society/article/427406/xanthos-psaxnoyme-isodynamo-gia-katargisi-toy-1-eyro-ana-syntagi>, πρόσβαση στις 9/11/2015)

δελτίου ταυτότητας ομογενούς) ή υπήκοοι κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή υπήκοοι τρίτων χωρών, νόμιμα και μόνιμα διαμένοντες στην Ελλάδα, οι οποίοι στερούνται των προϋποθέσεων έκδοσης βιβλιαρίου ανασφαλιστού και δεν είναι ασφαλισμένοι σε κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα και οι ασφαλισμένοι που έχουν απολέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω οφειλών στα οικεία Ασφαλιστικά Ταμεία, όπως επίσης και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους.

Αρμόδια για την κρίση των δικαιούχων είναι τριμελής επιτροπή του Νοσοκομείου. Σε κάθε Νοσοκομείο ορίζονται τριμελείς επιτροπές από το Διευθυντή κατά περίπτωση στο Παθολογικό, Χειρουργικό και Ψυχιατρικό Τομέα.

Το άρθρο 10, αναφέρει πως για τις οριζόμενες κατηγορίες δικαιούχων ορίζεται πως για τους έχοντες πρόβλημα υγείας, παρέχεται δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη μόνον εφόσον αυτοί προσκομίσουν με αίτησή τους, ιατρική γνωμάτευση υπογεγραμμένη από το θεράποντα ιατρό και τον προϊστάμενο του αντιστοίχου τμήματος στη τριμελή Επιτροπή του Νοσοκομείου στο οποίο έχουν παραπεμφθεί. Οι οριζόμενες στην παρούσα απόφαση επιτροπές συνεδριάζουν άμεσα προκειμένου να λάβουν απόφαση επί των υποβαλλομένων αιτημάτων και εισηγούνται στο Διοικητικό Συμβούλιο για την τελική έγκριση της δαπάνης.

Η δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη αυτών αφορά εξολοκλήρου σε ότι έχει σχέση με τη πάθησή τους και παρέχεται μόνο από το Νοσοκομείο που τους παρακολουθεί και για όσο διάστημα χρειάζεται.

Για τους προσερχόμενους στα επείγοντα, ορίζεται ως προϋπόθεση ο χαρακτηρισμός των περιστατικών ως επειγόντων. Η δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη αυτών αφορά στο χρονικό διάστημα από την προσέλευση στα επείγοντα μέχρι τη γραπτή διαβεβαίωση των υπευθύνων ιατρών ότι διενεργήθηκαν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις ή επεμβατικές πράξεις και δεν κινδυνεύει πλέον η υγεία τους. Επίσης, οι δικαιούχοι νοσοκομειακής περίθαλψης παραπέμπονται σε Νοσοκομεία του ΕΣΥ από τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.ΔΥ. και τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων.

Να σημειωθεί πως, όπως θα δούμε και στη συνέχεια, για να έχουν οι ανασφάλιστοι πολίτες πρόσβαση στις δομές υγείας πρέπει να εκδώσουν βιβλιário απορίας⁴⁸. Επίσης,

⁴⁸KYA 139491_06

καθίσταται δυνατή η έκδοση Πιστοποιητικού Κοινωνικής Προστασίας για έκδοση βιβλιαρίου ανασφάλιστου.⁴⁹

Επίσης, σύμφωνα με τον Νόμο 4270/2014 (σχετ. 3)(αρ. 182, εδάφιο ε.) παρέχεται φαρμακευτική περίθαλψη και σε ασφαλισμένους που έχουν απολέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα και δεν δικαιούνται υπηρεσιών φαρμακευτικής περίθαλψης από οποιοδήποτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης, ενώ με την με αρ.πρωτ. οικ. 56432/28-6-2014, (ΦΕΚ 1753, τ. Β, 28-6-2014) Κοινή Υπουργική Απόφαση (σχετ. 6) καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις πρόσβασης στο σύστημα φαρμακευτικής περίθαλψης. Συγκεκριμένα, πρέπει να είναι οι ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες, οι νομίμως διαμένοντες στην ελληνική επικράτεια ομογενείς, οι υπήκοοι κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και οι υπήκοοι τρίτων χωρών νόμιμα και μόνιμα διαμένοντες στην Ελλάδα με ΑΜΚΑ. Οι παραπάνω δικαιούχοι μπορούν να απευθύνονται σε ιατρούς των Νοσοκομείων του ΕΣΥ και των δημόσιων δομών παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Π.Ε.Δ.Υ για την συνταγογράφηση τους. Η συνταγογράφηση γίνεται μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με την έκδοση ηλεκτρονικών συνταγών.

Σχετικά, με τα εμβόλια τα όποια συμπεριλαμβάνονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων και Ενηλίκων, χορηγούνται δωρεάν (σχετ.7&8) και οι δικαιούχοι μπορούν να προμηθεύονται τα εμβόλια τους από όλα τα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικά φαρμακεία.

Σχετικά με τους ανασφάλιστους, διευκρινίζεται ότι για αυτούς που κατέχουν βιβλιάριο ανασφάλιστου (άποροι) ισχύει η δωρεάν χορήγηση εμβολίων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ καθώς και στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε (Π.Ε.Δ.Υ⁵⁰). Βέβαια το νομικό πλαίσιο να μεν προέβλεπε τον δωρεάν εμβολιασμό όλων των παιδιών αλλά αυτό στην πράξη δεν συμβαίνει κυρίως λόγω της έλλειψης

⁴⁹ΚΥΑ 139491_06

⁵⁰ Ο Νόμος ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4238 - Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. «Το κράτος εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στο σύνολο των πολιτών. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. 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.)»

εμβολίων σε πάρα πολλά Κέντρα Υγείας της χώρας αλλά και λόγω της έλλειψης ιατρικού προσωπικού.

Το Σχέδιο της Κοινής Υπουργικής Απόφασης (Κ.Υ.Α.) με τον τίτλο: «Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας» έθεσε καίρια ερωτήματα σχετικά με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ανασφάλιστων. Στόχος της Κ.Υ.Α είναι να διασφαλιστεί η ανεμπόδιστη πρόσβαση των ανασφάλιστων στην υγειονομική περίθαλψη, στη φαρμακευτική κάλυψη και στις εργαστηριακές εξετάσεις.

Το άρθρο 4 & 7, τα οποία αναφέροντα στην έκδοση, μορφή, περιεχόμενο και ισχύς του Βιβλιαρίου Υγείας Ανασφάλιστου, αναδεικνύει τα προβλήματα της γραφειοκρατίας στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, για την έκδοση ΒΥΑ, εμπλέκονται η πρόνοια του δήμου, τα ΚΕΠ και τα ασφαλιστικά ταμεία. Επίσης, σχετικά με τους πρώην ασφαλισμένους του ΟΑΕΕ απαιτείται βεβαίωση από ΔΟΥ παύσης επαγγέλματος. Πρακτικά, κάτι τέτοιο αποκλείει, μεγάλο ποσοστό ανασφάλιστων ΟΑΕΕ και των μελών της οικογένειάς τους. Ένας εν ενεργεία, οφειλών εισφορές, στο ταμείο του όχι μόνο χάνει την ασφαλιστική ικανότητα αλλά δεν μπορεί να ενταχθεί και σε αυτή τη ρύθμιση.

Η ισχύς του βιβλιαρίου διαρκεί ένα χρόνο. Υπάρχουν όμως αντιδράσεις σχετικά με αυτό. Συγκεκριμένα, στην δημόσια διαβούλευση για την ανωτέρω υπουργική απόφαση, φορείς που εμπλέκονται στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους, τονίζουν, πρώτα ότι το βιβλιário θα έπρεπε να ισχύει όσο διαρκεί, στην περίπτωση των Αμεα, η πιστοποίηση των ΚΕΠΑ. Δεύτερον, τονίζουν ιδιαιτέρως εντόνως, εύλογα όμως, ότι η χρονοβόρα και κοστοβόρα, για τους δήμους κα γενικά για το κράτος, διαδικασία έκδοσης ΒΥΑ θα μπορούσε να καταργηθεί, αφού πλέον μέσω ΑΜΚΑ ελέγχεται η ασφαλιστική ικανότητα και πραγματοποιείται η ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Σχετικά με τις παροχές, στους δικαιούχους ΒΥΑ για νοσηλευτική και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη παρέχεται δωρεάν πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Συγκεκριμένα, καταγράφονται παροχές σε είδος στο πλαίσιο της προληπτικής ιατρικής για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Επίσης, υπάρχει η δυνατότητα ιατρική κλινική εξέταση, χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και διενέργεια παρακλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων από τις δημόσιες δομές.

Οι παροχές αυτές είναι εφικτό να δοθούν και σε ορισμένες ομάδες πληθυσμού ανεξάρτητα από το βιβλιάριο απορίας ή ΒΥΑ.

Συγκεκριμένα, οι μακροχρόνια άνεργοι ηλικίας άνω των 55 ετών, οι οποίοι αποτελούν μεγάλο ποσοστό από το σύνολο των μακροχρόνια ανέργων, μπορούν να έχουν παροχές ασθένειας σε είδος. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η εγγραφή των ανέργων στα μητρώα των Υπηρεσιών του ΟΑΕΔ επί ένα συνεχές δωδεκάμηνο πριν την υποβολή της αίτησής τους για υπαγωγή στην ασφάλιση του ΙΚΑ, και σχετική βεβαίωση από το οικείο ασφαλιστικό φορέα.

Ακόμη, οι άνεργοι ηλικίας άνω των 29 έως 55 ετών, καλύπτονται για παροχές ασθένειας σε είδος από τον φορέα ασφάλισης τους πριν την ανεργία για διάστημα μέχρι δύο (2) χρόνια. Πρέπει επίσης να είναι εγγεγραμμένοι ως άνεργοι για ένα συνεχές τουλάχιστον δωδεκάμηνο πριν την υποβολή της αίτησής τους για υπαγωγή στην ασφάλιση.

Επίσης, δυνατή είναι η κάλυψη για παροχές ασθένειας σε είδος ασφαλισμένων του ΟΑΕΕ ηλικίας άνω των 30 και μέχρι των 65 ετών που διέκοψαν την άσκηση του επαγγέλματός τους και παραμένουν άνεργοι.

Τα τελευταία χρόνια, μικρός αριθμός ανασφάλιστων πολιτών μπορεί να έχει πρόσβαση σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω του προγράμματος Health Voucher⁵¹. Χαρακτηριστικό είναι πως μέσα σε μια ημέρα κατατέθηκαν 13.545 αιτήσεις⁵² επιβεβαιώνοντας τον δραματικά αυξανόμενο αριθμό ανασφάλιστων και την ανάγκη πραγματοποίησης του συγκεκριμένου προγράμματος.

⁵¹ Αποτέλεσε προσπάθεια ανακούφισης των ευπαθών ομάδων. Έληξε τον Οκτώβριο του 2015 και από τη μέχρι τώρα αναζήτηση μου δεν υπάρχει ανακοίνωση συνέχισης του προγράμματος.

⁵² HealthDaily, 2013. Μόνο μέσα σε μία μέρα κατατέθηκαν 13.545 αιτήματα πανελλαδικά, εκ των οποίων έγιναν δεκτά τα 5.039 και τα υπόλοιπα απορρίφθηκαν. Την πρωτιά στις αιτήσεις κατείχε η Αττική με 5.526 αιτήσεις, εκ των οποίων εγκρίθηκαν οι 1.995, και ακολούθησε η Κεντρική Μακεδονία με 2.692 αιτήσεις, εκ των οποίων εγκρίθηκαν οι 998. Έπονται η περιφέρεια Θεσσαλίας (1.022 αιτήσεις εκ των οποίων 445 εγκεκριμένες), η Δυτική Ελλάδα (874 αιτήσεις, εκ των οποίων 373 εγκεκριμένες), η Πελοπόννησος (679 αιτήσεις εκ των οποίων 209 εγκεκριμένες), η Κρήτη (671 αιτήσεις εκ των οποίων 272 εγκεκριμένες), η Στερεά Ελλάδα (560 αιτήσεις εκ των οποίων 211 εγκεκριμένες), η Ανατολική Μακεδονία και Θράκη (466 αιτήσεις εκ των οποίων 155 εγκεκριμένες), η περιφέρεια Ηπείρου (359 αιτήσεις εκ των οποίων 132 εγκεκριμένες), η Δυτική Μακεδονία (295 αιτήσεις εκ των οποίων 107 εγκεκριμένες), τα νησιά του Ιονίου (148 αιτήσεις εκ των οποίων 52 εγκεκριμένες), το Νότιο Αιγαίο (145 αιτήσεις εκ των οποίων 48 εγκεκριμένες) και το Βόρειο Αιγαίο (108 αιτήσεις εκ των οποίων 42 εγκεκριμένες).

Συγκεκριμένα, σκοπός του Προγράμματος "Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Health Voucher)" είναι να μεριμνά ώστε πολίτες που απώλεσαν την ασφαλιστική τους ικανότητα (και ήταν είτε άμεσα είτε έμμεσα ασφαλισμένοι) και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, να αποκτήσουν δυνατότητα-δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ως δικαιούχοι ορίζονται, οι άμεσα ασφαλισμένοι σε φορείς κοινωνικής ασφάλισης των οποίων οι κλάδοι υγείας υπάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ και απώλεσαν την ασφαλιστική τους ικανότητα ή είναι προστατευόμενα μέλη άμεσα, πρώην ασφαλισμένων⁵³. Επίσης, το ατομικό εισόδημα των πρώην άμεσα ασφαλισμένων, δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 12.000 ευρώ. Στην περίπτωση έγγαμων που υποβάλλουν κοινή φορολογική δήλωση, το άθροισμα των ατομικών εισοδημάτων των δυο συζύγων να μην υπερβαίνει τα 25.000 ευρώ⁵⁴. Επιπρόσθετα πρέπει να έχουν την Ελληνική Υπηκοότητα ή την υπηκοότητα άλλου κράτους-μέλους της ΕΕ, ή είναι ομογενείς ή υπήκοοι τρίτων χωρών που έχουν δικαίωμα διαμονής στη χώρα και είναι νόμιμοι κάτοικοι αυτής.

Πριν την ανάλυση του Εισιτηρίου Ελεύθερης Πρόσβασης, να επισημανθούν οι διαφορές που καταγράφονται σε σχέση με το βιβλιάριο ανασφάλιστου. Συγκεκριμένα, το βιβλιάριο ανασφάλιστου Βιβλιάριο ανασφαλισμένου μπορούν να βγάλουν οι Έλληνες πολίτες ή ελληνικής καταγωγής (ομογενείς) οι οποίοι διαμένουν μόνιμα και νόμιμα στην Ελλάδα, είναι ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύνατοι, οι Αλλοδαποί με άδεια παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (υγείας). Επίσης, οι αναγνωρισμένοι πολιτικοί πρόσφυγες, οι αλλοδαποί οι οποίοι έχουν υποβάλει αίτηση για αναγνώριση προσφυγικής ιδιότητας και η οποία βρίσκεται στο στάδιο εξέτασης από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης. Επίσης ειδικές κατηγορίες όπως

α. Παιδιά που διαμένουν σε Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας των Π.Σ.Υ.Π. ή άλλα ιδρύματα Ν.Π.Δ.Δ ή Ν.Π.Ι.Δ.

⁵³ όπως αυτά ορίζονται στην παράγραφο Β' του άρθρου 3 της ΚΥΑ ΕΜΠ 5 17/11/2012, ΦΕΚ 3054 Β'/18/11/12 «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)

⁵⁴ Ως ατομικό εισόδημα λαμβάνεται υπόψη το ετήσιο ατομικό εισόδημα, όπως ορίζεται στο άρθρο 29 του ν.3986/2011, περί επιβολής έκτακτης εισφοράς.

β. Αγωνιστές της Εθνικής Αντίστασης και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους.

γ. Μοναχοί και λαϊκοί της Ιεράς Μονής Σινά και Έλληνες κληρικοί των Πατριαρχείων

δ. Ανασφάλιστες άγαμες επίτοκες και μητέρες ως και τα παιδιά αυτών

ε. Παιδιά που τοποθετούνται σε ανάδοχες οικογένειες.

στ. Άτομα που φιλοξενούνται στις θεραπευτικές κοινότητες για απεξάρτηση, ΟΚΑΝΑ, Νόστος ή παρακολουθούνται ως εξωτερικοί ασθενείς.

Επιπρόσθετα, για το εισιτήριο ελεύθερης περίθαλψης ως κριτήριο επιλογής είναι το ατομικό εισόδημα να μην υπερβαίνει τα 12.000 ευρώ και τα 25.000 ευρώ το οικογενειακό, το βιβλιάριο ανασφάλιστου θέτει ως κριτήριο το οικογενειακό ετήσιο εισόδημα τους να μην ξεπερνά τα 6.000 ευρώ, προσαυξανόμενο κατά 30% για τη σύζυγο και κατά 20% για κάθε ανήλικο ή προστατευόμενο παιδί με την προϋπόθεση βέβαια ότι αυτό το εισόδημα δεν προέρχεται από επαγγελματική δραστηριότητα τέτοια που να του παρέχει την δυνατότητα ασφάλισης. Το καθορισθέν αυτό εισόδημα, αυξάνεται κατά 50% στις περιπτώσεις ατόμων με αναπηρία 67% και άνω.

Τέλος, το healthvoucher εκδίδεται από τα ΚΕΠ, ενώ το βιβλιάριο ανασφάλιστου εκδίδεται από τους Δήμους ή στην περίπτωση που ο Δήμος δεν έχει αναλάβει αυτήν την υποχρέωση, από το Δήμο που τους εξυπηρετεί. Ισχύει για ένα (1) έτος όπως έχει προαναφερθεί και σε εξαιρετικές περιπτώσεις έκτακτων εισαγωγών για νοσηλεία, είναι δυνατή η έκδοση βιβλιαρίου με αναδρομική ισχύ.

Με το ΕΕΠ (γενικής κατηγορίας) και το αντίστοιχο ΕΕΠ Ελέγχου-Παρακολούθησης Κύησης παρέχονται υπηρεσίες ιατρικής εξέτασης με επισκέψεις σε συμβεβλημένο⁵⁵ με τον ΕΟΠΥΥ ιατρό ή Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΣΥ (Μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ, ή Νοσοκομεία). Επίσης υπάρχει η δυνατότητα παραπομπής με αξιολόγηση από τον ιατρό για πραγματοποίηση των αναγκαίων διαγνωστικών εξετάσεων και εργαστηριακών ελέγχων, σύμφωνα με την ιατρική ένδειξη. Η πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων γίνεται από συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ διαγνωστικά κέντρα, Ιατρεία ΕΟΠΥΥ ή μονάδες υγείας του ΕΣΥ.

⁵⁵Να σημειωθεί πως, δεν συνεργάζονται όλοι οι συμβεβλημένοι ιατροί του ΕΟΠΥΥ με το πρόγραμμα HealthVoucher.

Να σημειωθεί, πως στο Πρόγραμμα εκτός του ότι δεν συμμετείχαν οι πρώην ασφαλισμένοι κλάδων υγείας που δεν εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ και Ταμείων που δεν διέθεσαν ηλεκτρονικά αρχεία για αξιοποίηση από Πρόγραμμα μέχρι σήμερα (π.χ. οι πρώην ασφαλισμένοι ΤΑΥΤΕΚΩ και ΕΤΑΠΜΜΕ), αυτό που πραγματικά προσέφερε ήταν τρεις επισκέψεις (επτά επισκέψεις για τις εγκυμονούσες) σε νοσοκομείο ή ιατρείο του ΕΟΠΥΥ, σε διάστημα οκτώ μηνών (για τις εγκυμονούσες 9 μήνες), για εξέταση από ιατρό και ορισμένες διαγνωστικές εξετάσεις. Στην περίπτωση των εγκυμονούσων γυναικών το διάστημα επεκτείνεται σε όλη τη διάρκεια της κύησης.

Στο πρόβλημα των ανασφάλιστων που συνεχώς διογκώνεται στην κοινωνία μας, προσέφερε ελάχιστες παροχές που δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των ανασφάλιστων. Να τονιστεί πως δεν υπάρχει αναφορά για κάλυψη νοσηλίων, θεραπείας ή φαρμακευτικής αγωγής.

Την 1η Απριλίου 2015⁵⁶ με την κοινή υπουργική απόφαση με Αριθμ. Α3 (γ) /ΓΠ/οικ.23754, καταργήθηκε νομοθετικά η καταβολή των πέντε ευρώ στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Το “εισιτήριο” απέφερε στα ταμεία των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας 20 εκατομμύρια ευρώ ετησίως. Πιο δύσκολη θα

⁵⁶ Να επισημανθεί πως το ίδιο έτος, στα πλαίσια ελάφρυνσης των οικονομικά αδυνάτων, βάσει του Ν. 4320/2015 παρέχονται αγαθά σε άτομα και οικογένειες που διαβιούν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας. Συγκεκριμένα, με τα άρθρα 1,2,3 (του Ν. 4320/2015) οι παροχές αφορούν την δωρεάν επανασύνδεση κομμένων ηλεκτρικών παροχών κύριας κατοικίας και παροχή δωρεάν ποσότητας ρεύματος 300 kwh ανά μήνα (1.200 kwh ανά τετραμηνία) ,το επίδομα ενοικίου για νέες μισθώσεις ή ανανεώσεις παλιών, 70 €/μήνα για το μεμονωμένο άτομο και 30 € ανά μήνα για κάθε επιπλέον άτομο της οικογένειας μέχρι του ποσού των 220 € μηνιαίως ,την επιδότηση σίτισης: δίδεται υπό μορφή ηλεκτρονικής κάρτας για την προμήθεια τροφίμων από καταστήματα, συνολικής αξίας 70 €/μήνα για το μεμονωμένο άτομο και 30 € ανά μήνα για κάθε επιπλέον άτομο της οικογένειας μέχρι του ποσού των 220 € μηνιαίως.

Δικαιούχοι είναι όσων το εισόδημα δεν υπερβαίνει τα παρακάτω όρια πραγματικού εισοδήματος: 2.400 € ετησίως για μεμονωμένο άτομο και 3.600 € ετησίως για το ζευγάρι, προσανυξανόμενο κατά 1.200 € για κάθε ενήλικο εξαρτώμενο μέλος της οικογένειας και 600 € ετησίως για κάθε ανήλικο εξαρτώμενο μέλος της οικογένειας και μέχρι του ποσού των 6.000 € ετησίως. Στη μονογονεϊκή οικογένεια (οικογένεια που προστατεύεται από έναν μόνο γονέα, άγαμο, σε χηρεία ή διαζευγμένο) το πρώτο εξαρτώμενο ανήλικο μέλος λογίζεται ως ενήλικας.

είναι η απόφαση για κατάργηση του ενός (1) ευρώ, το οποίο αποδίδει ετησίως στον ΕΟΠΥΥ 60 εκατομμύρια ευρώ⁵⁷, όπως εξαγγέλθηκε πρόσφατα από την κυβέρνηση.

Συμπερασματικά, το νομοθετικό πλαίσιο όπως αυτό έχει διαμορφωθεί, παρέχει σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού των ανασφάλιστων πρόσβαση στην υγεία. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει επίσημη βάση καταγραφής των ανασφάλιστων περιορίζει τη δυνατότητα σχεδιασμού προγραμμάτων. Από το 2014, αναμενόταν η ολοκλήρωση του προγράμματος ΑΤΛΑΣ⁵⁸. Το σύστημα ΑΤΛΑΣ, όπως είχε ανακοινωθεί, αποτελεί ένα σύγχρονο ολοκληρωμένο σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης που συγκεντρώνει την Ασφαλιστική Ιστορία και την Ασφαλιστική Ικανότητα για όλους τους ασφαλισμένους της χώρας. Στόχοι του προγράμματος είναι, η συγκρότηση του Εθνικού Μητρώου Ασφαλισμένων στο οποίο θα καταγράφονται τόσο οι άμεσα όσο και οι έμμεσα ασφαλισμένοι, η συγκέντρωση της ασφαλιστικής ιστορίας ανά ασφαλισμένο δημιουργώντας έτσι τον Ψηφιακό Ατομικό Λογαριασμό Ασφάλισης ως μια μορφή ηλεκτρονικού ασφαλιστικού «βιογραφικού», τη συγκρότηση Εθνικού Μητρώου Δικαιούχων περίθαλψης ώστε να καταργηθεί η θεώρηση των βιβλιαρίων και τέλος, η ψηφιοποίηση και μηχανογράφηση όλου του κανονιστικού πλαισίου της θεμελίωσης και απονομής συντάξεων.

Όπως είχε εξαγγελθεί, η καταγραφή θα ολοκληρωνόταν μέσα στο έτος 2014 κάτι το οποίο δε συνέβη. Δεν έχουν ενταχθεί όλα τα ταμεία του ΕΟΠΥΥ ώστε να υπάρχει μια ακριβής εικόνα. Ο αριθμός των ανασφάλιστων συνεχίζει να αποτελεί μια «μαύρη τρύπα».

Από την ανωτέρω καταγραφή και μελέτη του νομοθετικού πλαισίου, αναδεικνύεται ο αποκλεισμός της προσβασιμότητας των μεταναστών στην υγεία. Παρότι ο μεταναστευτικός νόμος του 2001 (Ν. 2910/2001) χορήγησε ίσα δικαιώματα με αυτά των Ελλήνων στους ξένους πολίτες που διαμένουν νόμιμα, η μεγάλη έκταση της άτυπης εργασίας, πολλοί νόμιμα διαμένοντες μετανάστες στερούνται κοινωνικής ασφάλισης

⁵⁷ <http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/30619/katargithike-to-eisitirio-twn-5-evrw-sta-taktika-exwterika-iatreia-twn-nosokomeiwn.html> Πρόσβαση στις 14/11/2015

⁵⁸ Το Σύστημα «ΑΤΛΑΣ» θεσμοθετήθηκε με βάση τις διατάξεις της παρ.3 του άρθρου 8 του ν.4237/2014 (Α.36) και η διαδικασία συγκέντρωσης και τήρησης των στοιχείων ασφάλισης και ασφαλιστικής ικανότητας όλων των ασφαλισμένων της χώρας μέσω της Η.ΔΙ.Κ.Α. Α.Ε., εξειδικεύθηκε με την έκδοση της αρ. 11810/179/Φ80353 (1) Υπουργικής Απόφασης.

και επομένως δωρεάν πρόσβασης στις δημόσιες δαπάνες. Επιπλέον, η πρόσβαση στο σύστημα υγείας παρακωλύεται από τις πολύμηνες καθυστερήσεις που παρατηρούνται για την ανανέωση των αδειών παραμονής. Οι μετανάστες, επίσης, δεν απολαμβάνουν κάποιες παροχές κοινωνικής πρόνοιας, όπως το βιβλιário περίθαλψης ανασφάλιστων που προβλέπει την κάλυψη της δαπάνης για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.⁵⁹

Καταληκτικά, σχετικά με τους μετανάστες, όπως αναφέρουν οι Ψημμένος και Σκαμνάκης (2008), «Οι μεταναστευτικές ομάδες αποτελούν μια επιπρόσθετη συνιστώσα πίεση η οποία συντείνει σε μια κατάσταση ψευδούς καθολικότητας του συστήματος κοινωνικής προστασίας συνολικά και ειδικά στο σύστημα υγείας».

⁵⁹ I. Κοτσιώνη, 2011

Κεφάλαιο 3^ο Τοπική Αυτοδιοίκηση και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης στην οργάνωση Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί ελκυστική εναλλακτική πρόταση για την ανάπτυξη της ΠΦΥ. Η ανάπτυξη της ΠΦΥ στην τοπική κοινωνία με εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης και καλλιέργεια της κοινωνικής αλληλεγγύης, συμβάλλει στην αποσυμφόρηση των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων υπηρεσιών, ενώ παράλληλα συμβάλλει στη σταδιακή ανασυγκρότηση και το στρατηγικό επαναπροσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας. Η απαιτούμενη επένδυση για την ανάπτυξη και στελέχωση της ΠΦΥ στην πόλη θα λειτουργήσει ευεργετικά μακροπρόθεσμα τόσο σε οικονομικά μεγέθη (Navarro, 1987) όσο και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού, δίνοντας του τη δυνατότητα να αναλάβει πρωτοβουλίες και ευθύνες για την προάσπιση της υγείας του.

Έτσι λοιπόν, οριοθετείται το πλαίσιο άσκησης κοινωνικής πολιτικής που περιλαμβάνει την «κάθε είδους δυνατότητα για το σχεδιασμό και τη δημιουργία δομών και προγραμμάτων που προσφέρουν στους δημότες υπηρεσίες σε μια σειρά αντικείμενα, όπως, υγεία, πρόνοια, εκπαίδευση, πολιτισμός, απασχόληση, περιβάλλον (Πολύζος, 2006). Συνήθως, οι δράσεις πρόνοιας συνοδεύονται και από δράσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Με τη μορφή παροχών η τοπική αυτοδιοίκηση οφείλει να ενισχύσει τις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού και να συνεισφέρει στη βελτίωση του γενικού επιπέδου υγείας και ζωής των δημοτών.

3.1 Δημοτικά Ιατρεία & άλλες Προνοιακές Κοινωνικές Δομές

Οι δήμοι τα τελευταία χρόνια, έχουν προχωρήσει στη σύσταση δημοτικών ιατρείων, στα οποία παρέχονται περιορισμένου όγκου και εύρους υπηρεσίες για τους δημότες που διαβιούν εντός των στενών, γεωγραφικών, δημοτικών ορίων. Πέραν των ιατρείων, παρέχονται ανάλογες υπηρεσίες προνομιακού τύπου. (Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών, Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων).

Τα δημοτικά ιατρεία είναι ένας θεσμός ο οποίος υπήρξε ιδιαίτερα ανεπτυγμένος την τελευταία δεκαετία. Ως αντικείμενο τους είναι η κοινωνική μεριμνά. Ελάχιστες μονάδες δημοτικών ιατρείων είναι στελεχωμένες με μόνιμο προσωπικό, τόσο ιατρικό και νοσηλευτικό όσο και διοικητικό ενώ καταγράφεται μεγάλος αριθμός εθελοντικού προσωπικού.

Οι υπηρεσίες προς δημότες και ανασφάλιστους παρέχονται δωρεάν. Προσφέρεται πληθώρα πρωτοβάθμιων ιατρικών πράξεων. Ταυτόχρονα, τα ιατρεία αναλαμβάνουν δράσεις ενημερωτικού χαρακτήρα προς τις τοπικές κοινωνίες στις οποίες και δραστηριοποιούνται. Τροχοπέδη στην υλοποίηση και την ομαλή λειτουργία είναι οι περιορισμένοι πόροι των δήμων.

Στην τοπική αυτοδιοίκηση παρ' όλη τη δραστηριοποίηση, μέσω των ΚΑΠΗ, των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι», και άλλων προνοιακών υπηρεσιών δεν υπάρχει δυνατότητα ευρύτερης λειτουργίας δημοτικών ιατρείων, εξαιτίας του υψηλού κόστους, αλλά και άλλων οργανωτικών και θεσμικών κωλυμάτων, που δεν επιτρέπουν αυτόνομο σχεδιασμό για την Π.Φ.Υ..⁶⁰

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν, ενώ τα έξοδα για τη συντήρηση των δομών αυτών καλύπτονται είτε από τη δημοτική φορολογία (συνήθως με τη μορφή των ανταποδοτικών τελών και όχι με την επιβολή ειδικού φόρου) είτε από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω του Υπουργείου Εσωτερικών.

Στους περισσότερους δήμους της Περιφέρειας Αττικής, τα δημοτικά ιατρεία στελεχώνονται μόνο από τις τρεις βασικές ειδικότητες οι οποίες είναι η παθολογία, η παιδιατρική και η καρδιολογία. Επίσης, ένα μεγάλο μέρος του προσωπικού αποτελείται από εθελοντές.

Να επισημανθεί, πως εκτός από τα δημοτικά ιατρεία, όπως προαναφέρθηκε οι δήμοι εξυπηρετούσαν άτομα μέσω άλλων προνοιακών δομών, όπως με το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι». Τα τελευταία χρόνια, δημιουργήθηκε ο «Εθνικός Μηχανισμός Ενημέρωσης και Ευαισθητοποίησης» στο οποίο εντάσσεται το «Εθνικό Δίκτυο Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης» με στόχο την αντιμετώπιση της φτώχειας. Οι κοινωνικές δομές που εντάσσονται σε αυτό το πρόγραμμα είναι οι, Γραφεία Διαμεσολάβησης,

⁶⁰ Σουλιώτης, 2006

Κοινωνικό Παντοπωλείο, Ανοιχτό κέντρο ημερήσιας υποδοχής αστέγων, Υπνωτήριο, Δομή παροχής Συσσιτίων, Κοινωνικό φαρμακείο, Δημοτικός Λαχανόκηπος και η Τράπεζα χρόνου. Συγκεκριμένα, στο Εθνικό Δίκτυο Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης εντάσσονται 233 κοινωνικές δομές συνολικά.

Στόχος ήταν οι ΟΤΑ να συμβάλλουν διαθέτοντας τις κατάλληλες υποδομές για να λειτουργήσουν οι Κοινωνικές Δομές, οι ΜΚΟ με τη σειρά τους να διαθέσουν την απαραίτητη τεχνογνωσία, το προσωπικό και τέλος η κοινωνία θα προσφέρει χρόνο (εθελοντισμός) και υλικά αγαθά (Τρόφιμα και είδη παντοπωλείου, είδη ατομικής υγιεινής, είδη ένδυσης & υπόδησης, είδη οικιακού εξοπλισμού, βιβλία, παιχνίδια, cd – dvd και άλλα χρηστικά αντικείμενα).

Από το Νοέμβριο του 2012 μέχρι τον Σεπτέμβριο του 2015, οι ωφελούμενοι από τις δομές, των κοινωνικών παντοπωλείων, συσσιτίων, φαρμακείων κ.α. ανέρχονταν στις 110.000 οικογένειες. Τον Σεπτέμβριο του 2015 η λειτουργία των "Κοινωνικών Δομών για την αντιμετώπιση της φτώχειας" στους δήμους όλης της χώρας απειλούνταν με κατάρρευση, καθώς ολοκληρωνόταν η παράταση χρηματοδότησής τους, που είχε δοθεί σε συνέχεια της αρχικής 24μηνιας διάρκειας του προγράμματος λειτουργίας τους. "Με τη λήξη της χρηματοδότησης οι κοινωνικές δομές θα καταστούν οικονομικά μη βιώσιμες, με αποτέλεσμα το κλείσιμό τους, τη διακοπή των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ωφελούμενους και τη μη συνέχιση της απασχόλησης εκατοντάδων νέων επιστημόνων" τονίζει χαρακτηριστικά ο αντιπρόεδρος της επιτροπής Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας της Κεντρικής Ένωσης Δήμων (ΚΕΔΕ), δήμαρχος Νεάπολης Συκεών.⁶¹

Στο δίκτυο εντάσσονται 37 Κοινωνικά Φαρμακεία, τα οποία παρέχουν δωρεάν φάρμακα, υγειονομικό υλικό και παραφαρμακευτικά προϊόντα σε απόρους και άνεργους. Προκειμένου να εξασφαλίσει τη σταθερή του τροφοδοσία το Κοινωνικό Φαρμακείο συνεργάζεται με φαρμακοβιομηχανίες και τοπικούς φαρμακευτικούς συλλόγους, καθώς και μέσω της συμμετοχής και κινητοποίησης συλλογικών φορέων και πολιτών. Όπως προαναφέρθηκε, τα κοινωνικά φαρμακεία των δήμων, εντάσσονται

⁶¹ <http://www.dikaiologitika.gr/eidhseis/dhmosio/72034/aftodioikisi-katarreoun-ta-programmata-ton-dimon-gia-tin-antimetopisi-tis-ftoxeias>, πρόσβαση στις 16/1/2016

στο πρόγραμμα χρηματοδότησης για το Εθνικό Δίκτυο Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης, του οποίου η χρηματοδότηση γίνεται μέσω προγράμματος ΕΣΠΑ.

Καταληκτικά, υπήρξε παράταση χρηματοδότησης των δομών αυτών μέχρι τον Δεκέμβριο του 2015, ενώ αναμένεται νέα ανακοίνωση για νέα παράταση. Η υποχρηματοδότηση των δημοτικών ιατρείων όσον και των λοιπών δομών, τα καθιστά υπολειτουργικά ενώ μεγάλο ποσοστό του προσωπικού αποτελείται από εθελοντές. Σύμφωνα με τον Ανθόπουλο (2003), ως εθελοντές ορίζονται τα άτομα τα οποία ξεπερνούν τα όρια της πληρωμένης απασχόλησης και των τυπικών ευθυνών με στόχο να συνεισφέρουν με διάφορους τρόπους χωρίς την προσδοκία κέρδους η ανταμοιβής αναπτύσσοντας δράση επωφελή για την κοινωνία και ευχάριστη για τους ίδιους. Τέλος, η έννοια του εθελοντισμού συνδέεται με την αλληλεγγύη και την ανιδιοτελή προσφορά.

3.2 Η Μετάβαση από τα Δημοτικά Ιατρεία στα Κοινωνικά Ιατρεία

Ο θεσμός των δημοτικών ιατρείων οδήγησε στην ελάφρυνση των κεντρικών και περιφερειακών ιατρείων της Ελληνικής Π.Φ.Υ.. Παρ'όλ' αυτά στους περισσότερους δήμους της Περιφέρειας Αττικής, τα δημοτικά ιατρεία στελεχώνονται μόνο από τις τρεις βασικές ειδικότητες όπως είναι η παθολογία, η παιδιατρική και η καρδιολογία. Επίσης, ένα μεγάλο μέρος του προσωπικού αποτελείται από εθελοντές. Οι προσπάθειες που καταγράφονται για την ανάπτυξη και οργάνωση επιπλέον δημοτικών ιατρείων, χαρακτηρίζονται από ασυνέχεια και ανεπάρκεια, τόσο στον όγκο όσο και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Συγκεκριμένα, δεδομένης της οικονομικής ύφεσης που υφίσταται η Ελλάδα, μεγάλες ομάδες του εργάσιμου πληθυσμού αντιμετωπίζουν συχνά το ενδεχόμενο απόλυσης και εισόδου τους στο ταμείο ανεργίας. Η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν ως αποτέλεσμα τη φτωχοποίηση και τον αποκλεισμό από τις δημόσιες δομές υγείας. Ο αποκλεισμός αυτός οφείλεται σε μεγάλο βαθμό λόγω της υποστελέχωσης των δημόσιων δομών υγείας παρά τις νομοθετικές ρυθμίσεις που θεσμοθέτησαν δωρεάν πρόσβαση όλου του πληθυσμού στην υγεία. Επίσης, η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές, προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και

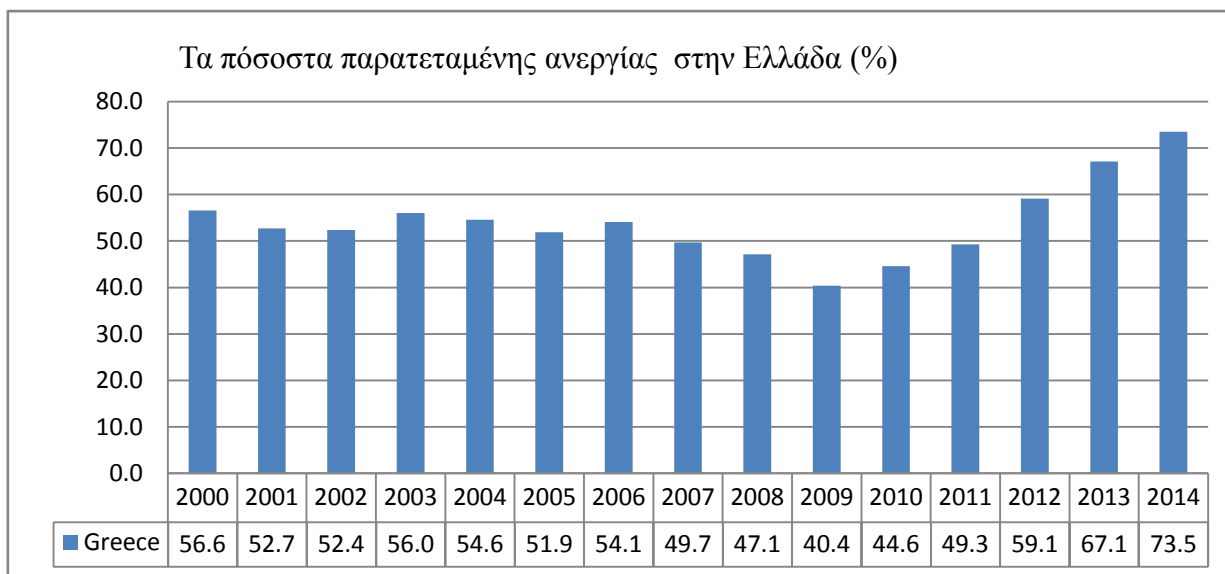
οινοπνεύματος. Η ανεργία συνδέεται επίσης με ψυχολογικές συνέπειες (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), χαμηλή αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα (Bethune 1997, Burchell 1994).

Η μείωση του εργοδοτικού κόστους, όπως αυτό επιτάσσεται στα πλαίσια της ύφεσης, είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της ανεργίας. Η αύξηση της ανεργίας με την ταυτόχρονη υιοθέτηση διαφόρων μορφών άτυπης απασχόλησης οδήγησε στην απορρύθμιση των εργασιακών σχέσεων.

Οι αντίστροφοι ρυθμοί δημιουργούν έναν ασφυκτικό κλοιό στην αγορά εργασίας. Να σημειωθεί πως η μείωση του εργαζόμενου πληθυσμού την υπό έρευνα χρονική περίοδο οφείλεται σε κάποιες περιπτώσεις, πέραν των μη υπαρχουσών προσφερόμενων θέσεων εργασίας, σε πολιτικές εξώθησης των εργαζομένων σε πρόωρη συνταξιοδότηση και σε διαθεσιμότητα. Η άλλη άποψη σχετικά με τις συνταξιοδοτήσεις που επηρεάζουν την απασχόληση, αναφέρει πως οι πρόωρες συνταξιοδοτήσεις προκαλούν αύξηση του ποσοστού απασχόλησης λόγω της μείωσης του εργατικού δυναμικού. Επίσης, συχνό αποτέλεσμα της προαναφερθείσας υπόθεσης είναι η μη αύξηση του ποσοστού εργάσιμης ηλικίας.

Άλλο ένα χαρακτηριστικό της υπάρχουσας κατάστασης είναι η εκτεταμένη παραμονή στην ανεργία μεγάλο ποσοστού του άνεργου πληθυσμού. Η αυξημένη ανεργία σε συνδυασμό με την παραμονή σε αυτή μεγάλο χρονικό διάστημα, δημιουργούν μια ασφυκτική κατάσταση και αύξηση του αριθμού ανασφάλιστων. Συγκεκριμένα, όπως διαφαίνεται από το γράφημα 1, η μεγάλη διάρκεια παραμονής στην ανεργία, παρουσίαζε πάντα υψηλά ποσοστά. Τα υψηλά ποσοστά που καταγράφονται, ενδεχομένως υποδηλώνουν την ανεπάρκεια οργάνωσης και στοχευμένων πολιτικών απασχόλησης στην Ελλάδα. Παρ' αυτά, το 2009, καταγράφεται το μικρότερο ποσοστό όσον αφορά την Ελλάδα, ποσοστό που εκτοξεύθηκε μέσα στα επόμενα χρόνια φτάνοντας το 2014 το 73,5%. Αξιοσημείωτο είναι, πως για να μειωθούν τα ποσοστά κατά 16,2 ποσοστιαίες μονάδες, χρειάστηκαν 10 χρόνια, ενώ μέσα σε μόλις 5 χρόνια, από το 2019 έως το 2014, τα ποσοστά αυξήθηκαν κατά 33,1 ποσοστιαίες μονάδες..

Γράφημα 1 Τα ποσοστά παρατεταμένης ανεργίας στην Ελλάδα



Πηγή: Eurostat

Τα ποσοστά, βέβαια, εκτεταμένης παραμονής στην ανεργία, πάντα ήταν υψηλά σε όλο τον ευρωπαϊκό χώρο. Την ίδια περίοδο που αυξάνοντα τα ποσοστά στην Ελλάδα, σημειώνεται ταυτόχρονα αύξηση των ποσοστών και στην Ευρώπη με χαμηλότερους ρυθμούς. Παρά την ηπιότερη, αυτή, αύξηση, για ακόμη μια φορά διαφαίνεται η αποτυχία, των ευρωπαϊκών πολιτικών απασχόλησης και της προώθησης αυτής. Επίσης, σε σχέση με το μέσο όρο της υπόλοιπης Ευρώπης, η Ελλάδα παρουσιάζει υψηλότερα ποσοστά με απόκλιση περίπου 24% .

Η μακροχρόνια ανεργία εξακολουθεί να αυξάνεται. Η απορρύθμιση των εργασιακών σχέσεων με την ταυτόχρονη απομάκρυνση των πολιτών από την πρόσβαση στην υγεία εντείνονται.

Από το 2010 έως το 2013, το ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας στην ΕΕ των 28 αυξήθηκε από 3,9 % σε 5,1 %. Οι πλέον αρνητικές εξελίξεις σημειώθηκαν στην Ελλάδα και στην Ισπανία και σε κάπως μικρότερο βαθμό στην Κύπρο, ενώ στις τρεις χώρες της Βαλτικής καταγράφηκαν σημαντικές βελτιώσεις. Κατά τη διάρκεια του περασμένου έτους, η μακροχρόνια ανεργία ως ποσοστό της συνολικής ανεργίας αυξήθηκε από 45,3 % σε 48,7 % στην ΕΕ των 28 (47,5 % και 51,5 % για την ευρωζώνη). Η μακροχρόνια ανεργία πλήττει τους άνδρες, τους νέους και τους εργαζόμενους με χαμηλή ειδίκευση περισσότερο από άλλες ομάδες της αγοράς εργασίας, ιδίως δε όσους δραστηριοποιούνται σε φθίνουσας σημασίας επαγγέλματα και τομείς. Η συνολική

κατάσταση της οικονομίας εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει τις αλλαγές στα επίπεδα της μακροχρόνιας ανεργίας και στον αριθμό εκείνων που εισέρχονται ή εξέρχονται από αυτήν την κατηγορία, αλλά υπάρχουν και άλλες σημαντικές παράμετροι σε εθνικό επίπεδο, αφού ορισμένες χώρες (όπως η Φινλανδία, οι Κάτω Χώρες και η Σουηδία) επιτυγχάνουν υψηλά ποσοστά επανένταξης στην απασχόληση σε αντίθεση με άλλες, όπως η Βουλγαρία, η Ελλάδα και η Σλοβακία. Κατά κανόνα ο ένας στους πέντε από τους μακροχρόνια ανέργους στην ΕΕ δεν έχει εργαστεί ποτέ, και τρεις από τους τέσσερις είναι νέοι κάτω των 35 ετών, γεγονός που δημιουργεί κινδύνους περιθωριοποίησης.⁶²

Οι συνθήκες αυτές, επιτάσσουν ένα πλήρως δομημένο και αποτελεσματικό δίκτυ ασφαλείας για τα άτομα που επωμίστηκαν τις επιπτώσεις της ύφεσης. Η κοινωνική προστασία παρότι κλήθηκε να προφυλάξει τον πληθυσμό, δεν ενδυναμώθηκε λόγω μείωσης του προϋπολογισμού. Συγκεκριμένα, από τον Πίνακα 2 διαφαίνεται η μείωση της συνολικής χρηματοδότηση δαπανών υγείας από το έτος 2009 έως το 2013 να αγγίζει το -1,11%. Η μεγαλύτερη απόκλιση σημειώθηκε μεταξύ των ετών 2011 και 2012, η οποία άγγιξε το -0,62%. Σε απόλυτους αριθμούς η μείωση αυτή αγγίζει τα -7,3 δις € και σε ποσοστό το -31,6%, για τα έτη 2009 έως 2013.

Πίνακας 1 Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας

Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας									
	2009	2010		2011		2012		2013	
% του ΑΕΠ	9,76	9,84		9,43		8,81		8,65	
Απόλυτοι Αριθμοί	23.1 δις €	21.9 δις €	-4,8%	19.7 δις €	-10%	17.1 δις €	-13.2%	15.8 δις €	-7.6%

Πηγή : European System of Accounts -ESA 2010, επεξεργασία συγγραφέα

⁶²Σχέδιο Έκθεσης της Επιτροπής και του συμβουλίου για την απασχόληση που συνοδεύει την ανακοίνωση της Επιτροπής για την ετήσια επισκόπηση της ανάπτυξης 2015, Βρυξέλλες,(2014)

Με άλλα λόγια, επιζητείται άμεση λύση για αναβάθμιση της υπάρχουσας κοινωνικής προστασίας. Από την άλλη, ευνοώντας αποσπασματικές λύσεις, θέτοντας το μερικό συμφέρον (της ομάδας) πάνω από το γενικό (της κοινωνίας), εμποδίζοντας τις ώριμες μεταρρυθμίσεις, φροντίσαμε να έχουμε σήμερα ένα σύστημα κοινωνικής προστασίας κομμένο και ραμμένο στα μέτρα των ισχυρών ομάδων, αλλά εντελώς ακατάλληλο και ανέτοιμο να αντιμετωπίσει τις κοινωνικές συνέπειες της κρίσης που είναι και το βασικό αντικείμενο του κοινωνικού κράτους.⁶³ Λόγω των παραπάνω αδυναμιών, πολλά καταγεγραμμένα δημοτικά ιατρεία δεν λειτουργούν πλέον, με αποτέλεσμα μεγάλος αριθμός δημοτών, κυρίως ανασφάλιστων να μην έχουν πρόσβαση στην υγεία. Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα, υπάρχει το βιβλιάρια ανασφάλιστου/πρόνοιας καθώς και η θεσμοθετημένη πλέον πρόσβαση του πληθυσμού στις δημόσιες δομές υγείας. Η έλλειψη όμως νοσηλευτικού προσωπικού⁶⁴, εξοπλισμού και αναλώσιμων, καθιστά την εξυπηρέτηση αδύνατη. Επίσης, τα υποκαταστήματα ΠΕΔΥ, στα όποια πλέον μπορούν να εξυπηρετηθούν οι ανασφάλιστοι βάσει Ν.4270/2014, χαρακτηρίζονται ως άκρως υποστελεχωμένα και στις περισσότερες πόλεις της χώρας με βάση τις καταγραφές, απουσιάζουν βασικές ειδικότητες γιατρών⁶⁵. Εκτός από τις ελλείψεις στα υποκαταστήματα ΠΕΔΥ, καταγράφονται ελλείψεις και στους συμβεβλημένους ιατρούς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η ειδικότητα ενδοκρινολογίας στην Περιφέρεια Αττικής, η οποία δεν υπάρχει σε κεντρικά υποκαταστήματα ΠΕΔΥ ή διαθεσιμότητα τους είναι καλυμμένη για 60 μέρες και ο αριθμός των συμβεβλημένων φτάνει μόλις τους 17⁶⁶ για όλη την Αττική.

Με αυτά τα δεδομένα, είχε ήδη ξεκινήσει από το 2008, η σύσταση αυτόνομων αλληλέγγυων δράσεων παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Η βάση αυτών των

⁶³ Μ. Ματσαγγάνης, 2011

⁶⁴ <http://www.protothema.gr/greece/article/477777/elleipsi-prosopikou-kai-mahairi-sti-hrimatodotisi-pnigoun-to-esu-me-uposheseis-apada-to-up-ugeias/>, «Έλλειψη προσωπικού και «μαχαίρι» στη χρηματοδότηση «πνίγουν» το ΕΣΥ», πρόσβαση στις 10/1/2016

⁶⁵ ⁶⁵ <http://www.iatropedia.gr/eidiseis/to-pedi-parameni-gimno-choris-giatrous-ke-ergastiria-i-monades-se-apognosi-i-asthenis/34917/>, «Το ΠΕΔΥ παραμένει...γυμνό: Χωρίς γιατρούς και εργαστήρια οι μονάδες! Σε απόγνωση οι ασθενείς», πρόσβαση στις 10/1/2016

⁶⁶ Να επισημανθεί πως από τους 17 συμβεβλημένους ενδοκρινολόγους της Αττικής, 2 δε συμμετέχουν στο πρόγραμμα HealthVoucher.

δράσεων είναι η αλληλεγγύη και ο εθελοντισμός. Στη σύγχρονη εποχή ο εθελοντισμός έχει καθιερωθεί ως ο θεσμός εκείνος, που συμβάλει στην αντιμετώπιση των κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών προβλημάτων και καλείται να αναπληρώσει τα κενά που δημιουργεί η αδυναμία του κράτους και οι μηχανισμοί της αγοράς.

Στο πλαίσιο αυτό, μια ακόμη μορφή εθελοντισμού, αλλά με βάση την αυτο-οργάνωση, είναι και τα κοινωνικά ιατρεία. Η πλειονότητα αυτών ιδρύθηκαν τα πρώτα χρόνια της κρίσης. Η λειτουργία τους συνεχίζει και ενδυναμώνεται συνεχώς όσο αυξάνονται τα ποσοστά των άπορων και ανασφάλιστων πολιτών στη χώρα μας.

Κεφάλαιο 4^ο Βασικά Χαρακτηριστικά και Δραστηριότητες των Κοινωνικών Ιατρείων Φαρμακείων Αλληλεγγύης. Τρεις Περιπτώσεις Μελέτης ΚΙΦΑ στην Περιφέρεια Αττικής

4.1 Σκοποί, Δράσεις και Είδη Κοινωνικών Ιατρείων και Φαρμακείων

Από το 2008 και μετά, παρατηρείται μια μετάβαση από τις προνοιακές παροχές της τοπικής αυτοδιοίκησης σε αυτόνομα αλληλέγγυα κοινωνικά ιατρεία, λόγω μείωσης των προϋπολογισμών των πόρων των δήμων στα πλαίσια της ύφεσης. Η οξύτατη οικονομική κρίση κλείνει επιχειρήσεις, καταστρέφει θέσεις εργασίας, μειώνει μισθούς και εισοδήματα. Η συνακόλουθη απότομη αύξηση της ανεργίας και η υποχώρηση των οικογενειακών εισοδημάτων απειλεί εκατοντάδες χιλιάδες νοικοκυριά με το φάσμα της φτώχειας.

Τα κοινωνικά ιατρεία αποτελούν στην πλειονότητα τους αυτόνομες πρωτοβουλίες πολιτών. Αποτελούν προϊόν της κοινωνικής αλληλεγγύης και επιχειρούν να καλύψουν το κρατικό κενό στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη όσων δεν έχουν πρόσβαση στην ασφάλιση είτε είναι Έλληνες είτε μετανάστες. Τα κοινά χαρακτηριστικά που τα διέπουν καταγράφονται με σαφήνεια στη λεγόμενη «Χάρτα Κοινωνικών Ιατρείων Φαρμακείων Αλληλεγγύης» (βλ. Παράρτημα).

Όπως αναφέρεται στη Χάρτα, τα κοινωνικά ιατρεία αποτελούν αυτόνομες, ανεξάρτητες, αυτο-οργανωμένες και αυτο-διαχειριζόμενες συλλογικότητες πολιτών που παρέχουν εθελοντικά, εντελώς δωρεάν, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ανασφάλιστους, άπορους και άνεργους ασθενείς. Επιδιώκουν να χτίσουν ένα δίκτυο κοινωνικής προστασίας ώστε να στηριχθούν οι άνθρωποι.

Σκοπός των κοινωνικών ιατρείων δεν είναι μονάχα η παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής και φαρμακευτικής φροντίδας αλλά και η διεκδίκηση με συγκεκριμένες ενέργειες, πράξεις και δημόσιες δράσεις της πρόσβασης των ανασφάλιστων ασθενών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, στα δημόσια νοσοκομεία. Επίσης, σκοπός τους η διεκδίκηση δωρεάν πρόσβασης στην περίθαλψη για όλους τους ανθρώπους ανεξαιρέτως.

Από οργανωτικής απόψεως, στα ΚΙΦΑ συμμετέχουν εθελοντές γιατροί, οδοντίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, και φαρμακοποιοί, αλλά και πολίτες που στηρίζουν

γραμματειακά τη λειτουργία των ιατρείων. Τα ΚΙΦΑ προσπαθούν να δραστηριοποιήσουν στην αλληλεγγύη όσο το δυνατόν περισσότερους πολίτες. Επιδιώκουν τη συμμετοχή από κοινού εθελοντών, ασθενών αλλά και της κοινωνίας κάθε περιοχής στη λειτουργία του ιατρείου και στις δημόσιες δράσεις και διεκδικήσεις.

Τα ΚΙΦΑ λειτουργούν ως ανοιχτές συλλογικότητες. Η συμμετοχή γίνεται στη βάση της ισοτιμίας όλων των μελών. Τα ΚΙΦΑ στηρίζονται στην αλληλεγγύη των πολιτών και δεν έχουν καμία οικονομική εξάρτηση από επίσημους κρατικούς φορείς ή ευρωπαϊκά προγράμματα χρηματοδότησης.

Σχετικά με τη χρηματοδότηση, τα ΚΙΦΑ δεν γίνεται καμία οικονομική συναλλαγή, δεν δημιουργείται καμία απολύτως φορολογική ή άλλη υποχρέωση. Δέχονται προσφορές σε κάθε είδος που έχουν ανάγκη, δέχονται δωρεές και χορηγίες αλλά δε διαφημίζουν κανέναν για την όποια δωρεά κάνει, ούτε έχουν χορηγούς. Δεν επιτρέπουν καμία κομματική εμπλοκή στη λειτουργία τους ούτε επιτρέπουν την εκμετάλλευση του έργου των εθελοντών τους για προσωπική προβολή ή όφελος οποιουδήποτε.

Γενικότερα, συμμετέχουν σε ευρύτερα δίκτυα κοινωνικής αλληλεγγύης, και επιδιώκουν συνεργασία μεταξύ αντίστοιχων πρωτοβουλιών, που έχουν ως στόχο την καταπολέμηση της φτώχειας, του αποκλεισμού, της περιθωριοποίησης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων. Συνεργάζονται με αλληλέγγυες δομές σίτισης, κοινωνικά παντοπωλεία, ανταλλακτικά παζάρια και μορφών αγοράς με απευθείας σύνδεση με τους παραγωγούς και γενικά κάθε πρωτοβουλία που συμβάλλει στην κοινωνική ανακούφιση και πρόσβαση στα κοινωνικά αγαθά για όλους.

Οι εκπρόσωποι των ΚΙΦΑ, τονίζουν ιδιαίτερος, πως δεν αποτελούν ΜΚΟ, δεν εντάσσονται σε προγράμματα ΕΣΠΑ⁶⁷ και, τέλος, πως δεν έχουν καμία σχέση με οργανώσεις της εκκλησίας, ΜΚΟ ή τον ιατρικό σύλλογο.

Πολλά ΚΙΦΑ λειτουργούν σε συνεργασία και με υποστήριξη του δήμου στα λειτουργικά έξοδα, χωρίς, όμως, να τίθεται θέμα χρηματοδότησης (π.χ. Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού-ΜΚΙΕ).

⁶⁷Να επισημανθεί πως τα αλληλέγγυα κοινωνικά φαρμακεία δεν σχετίζονται με τα κοινωνικά φαρμακεία δήμων που εντάσσονται στο Εθνικό Δίκτυο Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης, το οποίο χρηματοδοτείται μέσω προγράμματος ΕΣΠΑ.

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν κοινωνικά ιατρεία που υλοποιούν ευρωπαϊκά προγράμματα ΕΣΠΑ και άλλα που δέχονται χορηγίες, τα οποία αποκλίνουν από τα κοινά χαρακτηριστικά των κοινωνικών ιατρείων. Σε αυτά παρατηρείται η σύμπραξη κοινωνικών ιατρείων με Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις που συνεπάγεται καταστατικό λειτουργίας, χρηματοδότηση και έμμισθους υπαλλήλους εκτός από εθελοντές. Για παράδειγμα, το Ιατρείο Κοινωνικής Αποστολής ιδρύθηκε με τη σύμπραξη του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών και της ΜΚΟ «Αποστολή» της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών και χρηματοδοτείται από διαφημιζόμενους χορηγούς. Επίσης, με έμμισθο προσωπικό, εθελοντές και χρηματοδότηση από ευρωπαϊκά προγράμματα και ιδιώτες συνδρομητές λειτουργούν τα Πολυϊατρεία της ΜΚΟ «Praksis». Η διάκριση αυτή, δεν γίνεται προς δυσφήμιση των ΜΚΟ αλλά για να καταστεί το πλαίσιο χρηματοδότησης των ΚΙΦΑ πλήρως κατανοητό. Οι Μ.Κ.Ο. παρέχουν σημαντικές υπηρεσίες κυρίως πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σε ορισμένες ευπαθείς κατηγορίες του πληθυσμού όπως πρόσφυγες, μετανάστες, Ρομά και κακοποιημένες γυναίκες. Οι σημαντικότερες από αυτές είναι οι Γιατροί του Κόσμου, οι Γιατροί χωρίς Σύνορα, ο Ερυθρός Σταυρός, η PRAKSIS, το Χαμόγελο του Παιδιού και οι εθελοντικές ομάδες δωρητών αίματος.

Καταληκτικά, τα ΚΙΦΑ συνεργάζονται με αλληλέγγυες δομές σίτισης, κοινωνικά παντοπωλεία⁶⁸, ανταλλακτικά παζάρια και μορφών αγοράς με απευθείας σύνδεση με τους παραγωγούς και γενικά κάθε πρωτοβουλία που συμβάλλει στην κοινωνική ανακούφιση και πρόσβαση στα κοινωνικά αγαθά για όλους. Στοχεύουν στην ενημέρωση και στην συλλογική δράση μέσω δικτύων πληροφόρησης, με συναντήσεις με επιστημονικούς φορείς και έκδοση ενημερωτικών και άλλων υλικών. Στην Ελλάδα υπάρχουν δομές κοινωνικής αλληλεγγύης για την κάλυψη βασικών ζωτικών αναγκών σε όλους σχεδόν τους τομείς του καθημερινού βίου, όπως η σίτιση, η νομική στήριξη ευπαθών κοινωνικών ομάδων, ο πολιτισμός, η εκπαίδευση, η ανταλλαγή εργασίας και υπηρεσιών και κυρίως στον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (κοινωνικά ιατρεία και φαρμακεία).

⁶⁸ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 4071 Ρυθμίσεις για την τοπική ανάπτυξη, την αυτοδιοίκηση και την αποκεντρωμένη διοίκηση Ενσωμάτωση Οδηγίας 2009/50/ΕΚ

4.2 Κοινωνικά Ιατρεία-Φαρμακεία στην Ελλάδα

Το κενό της κοινωνική προστασίας, κλήθηκαν να καλύψουν τα κοινωνικά ιατρεία στην Ελλάδα. Τα κοινωνικά ιατρεία και φαρμακεία θέτουν ως κυρίαρχο στόχο τους την παροχή δωρεάν πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και φαρμάκων, στους ανασφάλιστους, άπορους, πρώην ασφαλισμένους που έχασαν την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω μη δυνατότητας καταβολής εισφορών (ΟΑΕΕ) ή λόγω απώλειας της μισθωτής εργασίας (απολυμένοι-άνεργοι, κυρίως οι μακροχρόνια).

Κοινωνικά ιατρεία και φαρμακεία λειτουργούσαν και πριν την οικονομική κρίση με τη μορφή ΜΚΟ και παρείχαν φροντίδα σε μετανάστες, πρόσφυγες και άστεγους. Στις δυσμενείς συνθήκες που κλήθηκε ο ελληνικός λαός να αντιμετωπίσει λόγω κρίσης, τα κοινωνικά ιατρεία έπρεπε να αναπτύξουν τη δυναμική τους ώστε να καλύψουν μεγάλο μέρος του πληθυσμού που έχασε την ασφαλιστική του ικανότητα και κατ' επέκταση την πρόσβαση στην υγεία.

Η κινηματική δράση στην οποία στηρίζονται τα αλληλέγγυα κοινωνικά ιατρεία, όπως αναφέρει ο Σεφεριάδης (2002) στηρίζονται *«στην αλληλουχία επεισοδίων συγκρουσιακής πολιτικής τα οποία βασίζονται σε ορατά κοινωνικά δίκτυα και αξιακά πλαίσια συλλογικής δράσης και τα οποία έχουν την ικανότητα να προβάλλουν παρατεταμένες διεκδικήσεις εναντίον ισχυρών αντιπάλων..»* και αφορούν *«..συλλογικές διεκδικήσεις, που βασίζονται σε κοινούς σκοπούς και δομές κοινωνικής αλληλεγγύης σε παρατεταμένη αλληλεπίδραση ή σύγκρουση με ελίτ, αντιπάλους και το κράτος».*

Όπως προαναφέρθηκε το έργο των ΚΙΦΑ στην Ελλάδα, έχει αντικαταστήσει τα κενά του Ελληνικού Συστήματος Υγείας να περιθάλψει όλο τον πληθυσμό και στο πλαίσιο της κινηματικής τους δράσεις, δημιούργησαν αλληλέγγυες δομές παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλη την επικράτεια.

Στην περιφέρεια Αττικής, τα πρώτα κοινωνικά ιατρεία είχαν κάνει την εμφάνιση τους το 2008. Συγκεκριμένα, στα Πετράλωνα⁶⁹, ήδη από το 2009, είχε καταληφθεί το πρώην υποκατάστημα ΠΙΚΠΑ, ώστε να παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες υγείας σε μετανάστες. Με πρωτοβουλία λαϊκών συνελεύσεων, στη Θεσσαλονίκη δημιουργήθηκε

⁶⁹ <http://pikpa.squat.gr/?p=3>, Κατάληψη του πρώην ΠΙΚΠΑ στα Άνω Πετράλωνα – Κοινωνικός χώρος για την Υγεία, πρόσβαση στις 9/1/2016

το πρώτο κοινωνικό ιατρείο και φαρμακείο, ως πράξη αντίστασης και αλληλεγγύης στην κρίση, καθώς και στο Ρέθυμνο.

Όσον αφορά, την Περιφέρεια Αττικής, ακολουθεί συνοπτικός πίνακας καταγραφής ΚΙΦΑ:

Πίνακας 2 Κοινωνικά Ιατρεία στην Περιφέρεια Αττικής

Περιφέρεια Αττικής	
Τομέα Κεντρικού Αθηνών	• Λαϊκή συνέλευση Πετραλώνων-Θησείου-Κουκακίου, • Λαϊκή Συνέλευση Κολωνού - Σεπολίων - Ακαδημίας Πλάτωνος, Στέκι Δράσης - Αλληλεγγύης - Πολιτισμού • Κοινωνικό Ιατρείο - Φαρμακείο Αλληλεγγύης Αθήνας • Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Βύρωνα • Αυτοδιαχειριζόμενο Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Νέας Φιλαδέλφειας, Νέας Χαλκηδόνας
Τομέα Δυτικού Αθηνών	• Πρωτοβουλία Αλληλεγγύης Κατοίκων Λόφου Αξιωματικών Περιστερίου • Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου • Εθελοντικό Κοινωνικό Ιατρείο Περιστερίου • Κοινωνικό Δίκτυο Ιατρών και Φαρμακοποιών Ιλίου
Τομέα Νότιου Αθηνών	• Ιατρείο Φαρμακείο Ταξικής Αλληλεγγύης • Κοινωνικό Ιατρείο - Φαρμακείο Αλληλεγγύης Νέας Σμύρνης • Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού • Κοινωνικό Ιατρείο - Φαρμακείο Γλυφάδας
Πειραιώς	• Αλληλέγγυο Ιατρείο Πειραιά
Νήσων	• Κοινωνικό Ιατρείο - Φαρμακείο Αλληλεγγύης Στάση Ζωής - Σαλαμίνα
Δυτικής Αττικής	• Κοινωνικό Ιατρείο Φυλής

Βορείου Τομέα Αθηνών	• Αυτοδιαχειριζόμενο Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Νέας Φιλαδέλφειας– Νέας Χαλκηδόνας – Νέας Ιωνίας • Κοινωνικό Ιατρείο - Φαρμακείο Αλληλεγγύης Χαλανδρίου
----------------------------	---

Η πλειονότητα των ΚΙΦΑ παρέχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε ανασφάλιστους και άπορους μέσα από ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων και δράσεων.

Ενδεικτικά, η Λαϊκή συνέλευση Πετραλώνων-Θησείου-Κουκακίου, η οποία λειτουργεί ως συλλογική δράση τα τελευταία 12 χρόνια, από τα τέλη του 2012, παρέχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στο κατελιμμένο πρώην ΠΙΚΠΑ των Άνω Πετραλώνων.

Επίσης, το ΚΙΦΑ Αθήνας έχει ενεργό ρόλο στην τοπική κοινωνία λόγω του έργου που παρέχει και της δράσης του. Το ΚΙΦΑ Αθήνας αποτελεί αυτο-οργανωμένη δομή πρωτοβάθμιας περίθαλψης που λειτουργεί με αλληλέγγυους εθελοντές. Είναι πλήρως στελεχωμένο και λειτουργεί επίσης και κοινωνικό ιατρείο που χορηγεί δωρεάν φάρμακα σε όσους ανασφάλιστους διαθέτουν έγκυρη συνταγή.

Το Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Κινήματος Δεν Πληρώνω, στα Πατήσια, ξεκίνησε το 2009 σε δράσεις που αφορούσαν την αντίσταση σε μέτρα λιτότητας. Πλέον λειτουργεί και κοινωνικό ιατρείο το οποίο στελεχώνεται από εθελοντές ιατρούς βασικών ειδικοτήτων, αναλόγως τη ζήτηση που υπάρχει.

Η Ελληνική Καρδιολογική Εταιρεία, από τον Ιούνιο του 2012, ξεκίνησε τη λειτουργία του Κοινωνικού Καρδιολογικού Ιατρείου, ενός άρτια εξοπλισμένου ιατρείου, με εθελοντές καρδιολόγους, παρέχοντας πλήρη καρδιολογικό έλεγχο σε ανασφάλιστους.

Το Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Βύρωνα είναι έργο μιας πρωτοβουλίας, που εκφράζει μια μεγάλη συμμαχία πολιτών, γιατρών και φαρμακοποιών, όχι μόνο του Βύρωνα αλλά και των άλλων όμορων Δήμων. Για την πραγματοποίηση των εξετάσεων, το ΚΙΦΒ διαθέτει τέσσερα (4) διαγνωστικά κέντρα τα οποία παρέχουν δωρεάν και άμεσα σημαντικό αριθμό εξετάσεων, όπως εξετάσεις αίματος, υπερήχους σώματος και οργάνων, ακτινογραφίες, τρίπλεξ καρδιάς, μαστογραφίες, μαγνητικές και αξονικές τομογραφίες, τεστ κοπώσεως και άλλα είδη εξετάσεων. Οι ανασφάλιστοι που έχουν

ανάγκη να κάνουν εργαστηριακές εξετάσεις πρέπει να προσέρχονται στο ΚΙΦΒ για να μπουνε στις σχετικές διαδικασίες εξέτασης και να προμηθευτούν το σχετικό παραπεμπτικό. Διαθέτει 96 γιατρούς όλων των ειδικοτήτων που εξετάζουν τους ανασφάλιστους ασθενείς στα ιατρεία τους.

Στο Περιστερί υπάρχουν κάποιες ενεργές πρωτοβουλίες αλληλεγγύης των κατοίκων. Συναντάμε την πρωτοβουλία αλληλεγγύης κατοίκων λόφου Αξιωματικών Περιστερίου, επίσης, το εθελοντικό κοινωνικό ιατρείο Περιστερίου που εδρεύει στην Πετρούπολη. Πλήρως στελεχωμένο είναι και το Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου καθώς και το Κοινωνικό Δίκτυο Ιατρών και Φαρμακοποιών Ιλίου.

Το Κοινωνικό Ιατρείο-Φαρμακείο Νέας Σμύρνης, είναι μία συλλογικότητα αυτόνομη, ανεξάρτητη και αυτο-διαχειριζόμενη που παρέχει δωρεάν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας χωρίς αποκλεισμούς.

Το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού αποτελεί μια αλληλέγγυα πλήρως εθελοντική δομή που προσφέρει πρωτοβάθμια ιατροφαρμακευτική φροντίδα σε ανασφάλιστους, άπορους και άνεργους πολίτες με ενεργό ρόλο στην πληροφόρηση και τη δικτύωση των δομών.

Το Κοινωνικό Ιατρείο – Φαρμακείο Αλληλεγγύης σε συνεργασία με το Δήμο Σαλαμίνας, παρέχει δωρεάν παροχή ιατροφαρμακευτικής και οδοντιατρικής περίθαλψης, στους ανασφάλιστους συνανθρώπους του νησιού.

Στην Ν. Ιωνία λειτουργεί το Κοινωνικό Ιατρείο-Φαρμακείο, στο οποίο οι ιατρικές υπηρεσίες, παρέχονται δωρεάν στο χώρο του Κ.Ι.Φ.Α. από τον Εθελοντή Ιατρό, όταν αυτός υπάρχει και φυσικά εάν καλύπτει την αντίστοιχη ειδικότητα, άλλως οι ασθενείς παραπέμπονται σε εθελοντές Ιατρούς ανάλογης Ειδικότητας, που τους δέχονται και θα τους εξετάζουν δωρεάν στα Ιατρεία τους

Το Κοινωνικό Ιατρείο - Φαρμακείο Αλληλεγγύης Χαλανδρίου λειτουργεί από τον Μάρτιο του 2015. Στηρίζεται στην εθελοντική προσφορά όλων των συντελεστών λειτουργίας του.

Σχετικά, με τις δράσεις που προαναφέρθηκαν, να επισημανθεί πως κάποια ΚΙΦΑ, όπως του Βύρωνα, Αθήνας και το Μητροπολιτικό Ελληνικού, έχουν αναπτύξει ένα δίκτυο επικοινωνίας, μέσω του οποίου αναζητείται υγειονομικό υλικό πέραν των

φαρμάκων.⁷⁰ Στην πλειονότητα τους, τα ΚΙΦΑ στελεχώνονται από εθελοντές ιατρούς βασικών ειδικοτήτων ενώ καταβάλλεται προσπάθεια, όπου δεν υπάρχει η αυτή η δυνατότητα, εξυπηρέτησης του ανασφάλιστου μέσα στη δομή, να παραπέμπονται σε ιδιώτες εθελοντές ιατρούς, συνεργαζόμενους με το εκάστοτε ΚΙΦΑ, ώστε να εξυπηρετούνται δωρεάν στα ιατρεία τους.

Ακολουθεί συνοπτικός πίνακας καταγραφής των ΚΙΦΑ της υπόλοιπης επικράτειας:

Πίνακας 3 Κοινωνικά ιατρεία και φαρμακεία υπόλοιπης επικράτειας⁷¹

Πελοπόννησος : 5
Περιοχές: Τρίπολη, Κόρινθος, Καλαμάτα, Σπάρτη, Ναύπλιο, Πάτρα
Μακεδονία : 18
Περιοχές: Κοζάνη, Πτολεμαΐδα, Θέρμη (2), Θεσσαλονίκη (2), Σταυρούπολη, Παύλου Μελά, Κατερίνη, Κιλκίς, Παιονία, Σέρρες, Αλεξάνδρεια, Έδεσσα, Καβάλας, Ξάνθη, Δράμα, Αλεξανδρούπολη
Στερεά Ελλάδα: 5
Περιοχές: Αγρίνιο, Ναύπακτο, Λαμία, Χαλκίδα, Αλιβέρι
Θεσσαλία: 4
Περιοχές: Τρίκαλα, Καρδίτσα, Λάρισα, Βόλος
Ήπειρος: 3
Περιοχές: Πρέβεζα, Θεσπρωτία, Άρτα
Περιφέρεια Ιονίων Νήσων: 1
Περιοχές: Κέρκυρα
Αιγαίο: 2
Περιοχές: Λέσβος, Ρόδος
Κρήτη: 6
Περιοχές: Χανιά, Ρέθυμνο, Ηράκλειο (2), Άγιος Νικόλαος, Αρκαλοχώρι

⁷⁰ Για παράδειγμα εάν ένας ανασφάλιστος δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να αγοράσει ένα αναπηρικό αμαξίδιο, κοινοποιείται στο δίκτυο επικοινωνίας (blog) και το ΚΙΦΑ αναλαμβάνει κάθε δαπάνη μεταφοράς.

⁷¹ http://www.enallaktikos.gr/kg15el_koinwnika-iatreia_t51.html, πρόσβαση στις 9/1/2016

Καταληκτικά, σχετικά, με την υπόλοιπη επικράτεια, η δημιουργία ΚΙΦΑ προκαλεί ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Υπάρχουν καταγεγραμμένα στις περισσότερες μεγάλες πόλεις της χώρας μας, παρέχοντας σημαντικό έργο. Για παράδειγμα στο ΚΙΦΑ Θεσσαλονίκης, Το ΚΙΦΑ Αθήνας δέχεται 15.000 επισκέψεις άπορων και ανασφάλιστων ασθενών το χρόνο και συμμετέχουν σε αυτό πάνω από 200 αλληλέγγυοι.⁷² Το ίδιο παράδειγμα ακολουθούν και άλλες μεγάλες πόλεις, όπως η Καλαμάτα, η Πάτρα, το Ηράκλειο κ.ά. Για την περαιτέρω μελέτη λειτουργίας, δράσεων και οργάνωσης των ΚΙΦΑ, ακολουθεί έρευνα τριών ΚΙΦΑ της Περιφέρειας Αττικής

4.3 Μεθοδολογία της Έρευνας

Στόχος της παρούσας έρευνας αποτελεί η μελέτη της δημιουργίας, ανάπτυξης και οργάνωσης των κοινωνικών ιατρείων φαρμακείων. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε έρευνα σε τρία κοινωνικά ιατρεία φαρμακεία της περιφέρειας Αττικής, στο Ιατρείο Αλληλεγγύης Ιλίου, στο Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Βύρωνος και στο Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Ν. Σμύρνης. Δόθηκε έμφαση στην ανάδειξη της πρωτοβουλίας για τη δημιουργία των κοινωνικών ιατρείων έχοντας ως άξονα τις κοινωνικές συνθήκες καθώς και τις δράσεις που πραγματοποιούνται από τις δομές. Επίσης, αναδεικνύεται η κοινωνική αλληλεγγύη ως βάση της πρωτοβουλίας αυτής και όχι ως επακόλουθο. Όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο, βάση της Χάρτας των Κοινωνικών Ιατρείων Φαρμακείων Αλληλεγγύης, τα κοινωνικά ιατρεία φαρμακεία στηρίζονται στην κοινωνική αλληλεγγύη για την πραγματοποίηση των δράσεων τους αλλά και για την ανάδειξη της συλλογικότητας ως αναγκαιότητα για να επαναπροσδιοριστεί τόσο η πρόσβαση στην υγεία όσο και η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής.

Αφορμή για τη διεξαγωγή μιας έρευνας αποτελεί ένα ερευνητικό ερώτημα. Στην παρούσα έρευνα, όπως προαναφέρθηκε αφορμή αποτελεί ο ρόλος των κοινωνικών ιατρείων φαρμακείων αλληλεγγύης στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στα χρόνια στις οικονομικής κρίσης που βιώνει η Ελλάδα.

⁷² «Θεσσαλονίκη: 15.000 επισκέψεις άπορων και ανασφάλιστων το χρόνο δέχεται το Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης», www.newsit.gr, πρόσβαση στις 18/11/2015

Το επόμενο στάδιο που καλείται ο ερευνητής να σχεδιάσει είναι η μεθοδολογία. Οι ερευνητικές μέθοδοι διακρίνονται σε ποιοτικές και ποσοτικές.

Οι ποσοτικές αναλύουν την ποσότητα εμφάνισης του φαινομένου που εξετάζεται και οι ποιοτικές αναφέρονται στο είδος, στο συγκεκριμένο χαρακτήρα του φαινομένου⁷³.

Ο ερευνητής που ακολουθεί ποιοτική μέθοδο παρατηρεί, παίρνει συνεντεύξεις, κρατά σημειώσεις, περιγράφει και ειρηνεύει τα φαινόμενα όπως ακριβώς έχουν. Η συναίσθηση του τι είναι σημαντικό και το πλαίσιο, μέσα στο οποίο αυτό θα ερευνηθεί, υπόκειται στις ικανότητες του ερευνητή. Οι ποιοτικές μέθοδοι δίνουν την ευκαιρία στον ερευνητή να στοχεύσει στο τι σημαίνει για τα υποκείμενα η εμπειρία για την οποία μιλούν, με άλλα λόγια, να εμβαθύνει.

Στην παρούσα εργασία, έγινε χρήση οδηγού ημι-δομημένης συνέντευξης. Έγινε καταγραφή κάποιων βασικών σημείων για την απάντηση της υπόθεσης εργασίας. Αυτά τα κύρια σημεία βοηθούν στο να μην παρασυρθεί η συνέντευξη και βγει εκτός θέματος.

Η συνέντευξη είναι ένα από τα βασικότερα εργαλεία της ποιοτικής μεθόδου. Πρόκειται για την αλληλεπίδραση, την επικοινωνία μεταξύ προσώπων, που καθοδηγείται από τον ερευνητή ή ερωτώντα με στόχο την απόσπαση πληροφοριών σχετιζομένων με το αντικείμενο της έρευνας⁷⁴. Βασικό εργαλείο της είναι η συνομιλία που λαμβάνει χώρα μεταξύ δύο ή και παραπάνω προσώπων.

Ένα εκ των σημαντικότερων μειονεκτημάτων είναι ο κίνδυνος βεβιασμένων ερωτήσεων από μεριάς του ερευνητή με πιθανό αποτέλεσμα τις ανακριβείς ή παραπλανητικές πληροφορίες.

Σχετικά με τη δεοντολογία, οι κανόνες που εφαρμόζονται κατά τη διεξαγωγή μιας συνέντευξης, επιβάλλουν στον ερευνητή, όταν ο ερωτώμενος του ζητήσει να κλείσει το κασετόφωνο, για να του μιλήσει για κάτι, να το πράξει. Ακόμα κι όταν συμπεράνει ότι ο ερωτώμενος δυσκολεύεται να εκφραστεί ή να εκδηλωθεί, πρέπει να ακολουθήσει την ίδια τακτική και να συζητήσει για κάτι λιγότερο φορτικό.

⁷³ Kvale, 1996

⁷⁴ Cohen και Manion, 1992

Η συνέντευξη είναι βασικό στοιχείο της ποιοτικής έρευνας και δεν πρόκειται για απλή, τυπική διαδικασία διαλόγου μεταξύ ερευνητή και υποκειμένων.

Για την διεκπεραίωση της συγκεκριμένης εργασίας, έγιναν συνολικά εννέα συνεντεύξεις οι οποίες πραγματοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια του Δεκεμβρίου του 2015 και του Ιανουαρίου του 2016. Οι δύο συνεντεύξεις έγιναν στον χώρο του Ιατρείου Αλληλεγγύης Ιλίου και είχαν διάρκεια περίπου δύο ώρες. Επιλέχθηκαν δύο εθελόντριες, οι οποίες ασχολούνται με το ιατρείο από την ίδρυση του σε καθημερινή βάση και είναι απόφοιτες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν πέντε συνεντεύξεις στον χώρο του Κοινωνικού Ιατρείου Φαρμακείου Βύρωνος και είχαν διάρκεια πάνω από δύο ώρες. Οι συγκεκριμένοι εθελοντές, στην πλειονότητα τους ασχολούνται από την ίδρυση του ΚΙΦΒ. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαίνεται στα 25 έως 70 έτη. Τέλος, στο Κοινωνικό ιατρείο Φαρμακείο Αλληλεγγύης Ν. Σμύρνης, πραγματοποιήθηκαν δύο συνεντεύξεις και είχαν διάρκεια περίπου 1,5 ώρα. Ο εθελοντής-ιατρός, συμμετείχε στο όραμα της δημιουργίας ιατρείου αλληλεγγύης στη Ν. Σμύρνη, ενώ η εθελόντρια Ε, ασχολείται από την αρχή της λειτουργίας του ιατρείου.

4.4 Η Μελέτη Τριών Περιπτώσεων Κοινωνικών Ιατρείων Αλληλεγγύης στην Περιφέρεια Αττικής

Περίπτωση Ι'

Ιατρείο Αλληλεγγύης Ιλίου

Το ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης Ιλίου είναι μια νεοσύστατη κοινωνική δομή. Ξεκίνησε τη λειτουργία του τον Απρίλιο του 2015. Την πρωτοβουλία για τη δημιουργία του κοινωνικού ιατρείου Αλληλεγγύης στο Ίλιον έχουν αναλάβει συλλογικότητες και κάτοικοι Ιλίου μαζί με γιατρούς που εργάζονταν και εργάζονται κυρίως στο τοπικό ΠΕΔΥ της περιοχής. Αποτελεί μια πρωτοβουλία ανεξάρτητη από το κράτος και τους μηχανισμούς του.

Ξεκίνησαν την προσπάθεια αυτή από την μεγάλη απεργία του 2013 των γιατρών του ΙΚΑ που κράτησε 3.5 μήνες ενάντια στις απολύσεις και τη διάλυση της δημόσιας

υγείας. Αποφάσισαν τότε να συμμετάσχουν στη δημιουργία ενός κοινωνικού ιατρείου για να ανακουφιστούν όσο το δυνατότερο περισσότεροι πολίτες στην περιοχή του Ιλίου και όχι μόνο. Όπως αναφέρουν χαρακτηριστικά, «δεν στηριζόμαστε σε καμιά αντίληψη φιλανθρωπίας αλλά στην ανάγκη κοινωνικής αλληλεγγύης».

Ο σχεδιασμός λειτουργίας του ιατρείου αλληλεγγύης Ιλίου διήρκεσε δύο χρόνια. Μέχρι την 1/12/2015 είχαν εξυπηρετηθεί 240 άτομα. Οι εθελοντές είναι περίπου στα 10 άτομα, οι οποίοι βοηθούν στην διεκπεραίωση των εργασιών του ιατρείου και οι ιατροί που συνεργάζονται φτάνουν τους 11. Το ωράριο εξυπηρέτησης είναι ελεύθερο για να προγραμματίσουν οι εξυπηρετούμενοι κάποιο ραντεβού με ιατρό της ειδικότητας που χρειάζονται. «Ο ψυχίατρος έχει τη μεγαλύτερη επισκεψιμότητα», αναφέρει η Ε.. Γι' αυτό και υπάρχουν δυο ψυχίατροι οι οποίοι εξυπηρετούν, δύο φορές την εβδομάδα χωρίς ραντεβού στο χώρο του ιατρείου.

- *Οι δράσεις του Ιατρείου Αλληλεγγύης*

Το κοινωνικό ιατρείο αλληλεγγύης Ιλίου είναι μια συλλογικά οργανωμένη προσπάθεια αλληλεγγύης και δράσης για ζητήματα που αφορούν την υγεία και την καθημερινή διαβίωση των πολιτών. Είναι ανοιχτή σε όλους τους πολίτες, εργαζομένους, ανέργους, μετανάστες και κάθε αναξιοπαθούντα. Γι' αυτό και δεν υπάρχουν κριτήρια επιλογής εξυπηρετούμενων.

Η βασικότερη δραστηριότητα που αναπτύσσουν αφορά στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή στην πρωτοβάθμια ιατροφαρμακευτική κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Ο κατακερματισμός των δημοτικών ιατρείων, έχει ως αποτέλεσμα ο δήμος να παραπέμπει τους δημότες στο ιατρείο αλληλεγγύης του Ιλίου για να εξυπηρετηθούν. Όπως αναφέρει η Ε., «Ο δήμος δίνει το τηλέφωνο επικοινωνίας μας... είμαστε στην υπολογίσιμη χρήση των ΚΙΦΑ».

Παρότι έγιναν προσπάθειες συνεργασίας με το Κοινωνικό Φαρμακείο Ιλίου, κάτι τέτοιο δεν κατέστη εφικτό. Όμως, η τοπική κοινωνία στήριξε και στηρίζει το Ιατρείο Αλληλεγγύης Ιλίου. Συγκεκριμένα, το κτίριο στο οποίο στεγάζεται το ιατρείο αποτελεί ουσιαστικά δωρεά Ιδιώτη. Υπάρχει ένα υποτυπώδες ενοίκιο το οποίο λόγω αδυναμίας πληρωμής του δεν καταβάλλεται. Παρ' όλα αυτά, το κόστος λειτουργίας παραμένει μεγάλο ενώ ταυτόχρονα γίνεται προσπάθεια η συλλογικότητα αυτή να παραμείνει όσο

πιο αυτόνομη γίνεται χωρίς δωρεές, χορηγούς, στήριξη του δήμου ή οποιοδήποτε δημόσιο φορέα. Όπως αναφέρει και η Χ., εθελόντρια του Ιατρείου, «κάθε εμπλοκή με τους παραπάνω επιτάσσει την αποδοχή όρων και συμφερόντων... Αλλοιώνεται ο χαρακτήρας.. Παρεκκλίνεις από το στόχο».

Στην προσφορά αυτή προς το ιατρείο, προστίθενται η δωρεά ντουλαπιών για τη φύλαξη φαρμάκων και όχι μόνο. Το ιατρείο αλληλεγγύης, δεν παρέχει μόνο ιατροφαρμακευτική κάλυψη. Αποτελεί έναν φιλικό προς τους εξυπηρετούμενους χώρο. Όπως αναφέρει, η Ε., «ερχόμενοι εδώ πρέπει να απαντήσουν στο ερώτημα γιατί αναγκάζομαι να ζητήσω βοήθεια. Εδώ, χωρίς πολλά λόγια, θα νιώσει πως δεν είναι μόνος του». Οι εθελοντές αναφέρουν, πως επισκέπτονται το ιατρείο άτομα απλά για να τους χαιρετήσουν ή να πιουν ένα καφέ. Η Χ., αναφέρει πως «Κανένας δεν είναι πιο πάνω από τον άλλον. Δεν υπάρχει εξουσιαστική σχέση. Στέκονται ο ένας δίπλα στον άλλον με ισότιμη σχέση».

Συζητώντας, για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των ανασφάλιστων, αναφέρουν πως παρότι μπορούν να εξυπηρετηθούν στις μονάδες ΠΕΔΥ, εκτός από το ότι βρίσκουν ραντεβού μετά από δύο μήνες, πολλοί από αυτούς δεν μπορούν να δώσουν ούτε τη συμμετοχή στο φαρμακείο. «Έρχονται και άστεγοι» μου αναφέρει η Χ.. Προσθέτει η Ε., «υπάρχουν άτομα που έρχονται και ζητάνε 2-3 ευρώ για να αγοράσουν την πιο φθηνή αντιβίωση ή μια ασπιρίνη. Όταν συμβαίνει αυτό, βάζουμε ο καθένας από λίγα και του τα δίνουμε». Η ανέχεια δεν κάνει διακρίσεις, στη βάση αυτή, το ιατρείο αλληλεγγύης Ιλίου προσφέρει τις υπηρεσίες του σε όποιον έχει ανάγκη χωρίς κριτήρια.

Αναφερόμενη στις δράσεις η Ε. αναφέρει πως «το ιατρείο αλληλεγγύης είναι ένα ζωντανό πράμα, όχι στεγνό και με συγκεκριμένο στόχο». Οι συνεργασίες και τα δίκτυα που έχουν δημιουργηθεί διευκολύνουν το έργο τους και ενδυναμώνεται η αντίληψη της κοινωνικής αλληλεγγύης. Οι δράσεις δεν περιορίζονται μόνο σε θέματα υγείας. «Επί έναν χρόνο μπλοκάρονται οι πλειστηριασμοί στο ειρηνοδικείο Ιλίου», αναφέρει η Χ.

Στις δράσεις του Ιατρείου Αλληλεγγύης συγκαταλέγονται εκδηλώσεις και ημερίδες σχετικά με την υγεία. Συγκεκριμένα, έχει πραγματοποιηθεί εκδήλωση με θέμα “η κρίση της οικογένειας και η ψυχική υγεία” στο 7ο Δημοτικό Σχολείο Ιλίου. Η προαναφερθείσα εκδήλωση οργανώθηκε από το Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ιλίου και τον σύλλογο γονέων και κηδεμόνων του 8ου Γυμνασίου Ιλίου. Στην εκδήλωση παρευρέθησαν 60 άτομα, γονείς οι περισσότεροι από το γυμνάσιο.

Λόγω της αυξημένης συμμετοχής της πρώτης εκδήλωσης, οργανώθηκε, δύο μήνες αργότερα, με μεγάλη επιτυχία η εκδήλωση-ομιλία με θέμα " Bullying Μύθος και πραγματικότητα" στο 6ο Δημοτικό σχολείου Ιλίου, στις 16/12/15. Η εκδήλωση οργανώθηκε από το Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το διευθυντή και το σύλλογο γονέων και κηδεμόνων του σχολείου.

Στο ίδιο πλαίσιο οργανώθηκε και η εκδήλωση-συζήτηση με θέμα "Οικονομική κρίση, ψυχική υγεία, εξαρτησιογόνες ουσίες & οικογένεια" που οργάνωσαν από κοινού το Ιατρείο Κοινωνική Αλληλεγγύης Ιλίου, ο Σύλλογος Καθηγητών και το Δεκαπεντεμελές Μαθητικό Συμβούλιο του Εσπερινού Γενικού Λυκείου Αγίων Ανάργυρων, στις 17/12/ 15. Η συμμετοχή των μαθητών (Λυκείου και Γυμνασίου) και εκπαιδευτικών ήταν πολύ μεγάλη (πάνω από 250), αλλά ακόμα μεγαλύτερη ήταν η εμπειρία που αποκτήθηκε μέσα από μια συλλογική διαδικασία, στην οποία κατατέθηκαν προβληματισμοί, προσωπικές εμπειρίες, έγιναν ερωτήσεις και ζητήθηκαν απαντήσεις, τόσο σε ζητήματα που σχετίζονταν με το θέμα καθεαυτό, όσο και σε ζητήματα που ευρέως αγγίζουν την κοινωνία και τα προβλήματα που υπάρχουν σήμερα.

Στις δράσεις του συγκαταλέγονται επισκέψεις σε πρόσφυγες και μετανάστες. Συγκεκριμένα, το Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ιλίου σε συνεργασία με το Κοινωνικό Ιατρείο Νέας Σμύρνης, το Ιατρείο Αλληλεγγύης Πατησίων - Αχαρνών, το Σωματείο Υποστήριξης 18 ΑΝΩ και των Συλλογικών Δράσεων Κοινωνικής Αλληλεγγύης του 18 ΑΝΩ, επισκέφτηκαν τους πρόσφυγες της Κατάληψης Στέγης Προσφύγων / Μεταναστών - Νοταρά και προσέφεραν ιατρική φροντίδα σε μικρούς και μεγάλους. Ταυτόχρονα, αλληλέγγυοι από αυτές τις συλλογικότητες, συμμετείχαν στις δραστηριότητες της Κατάληψης, προσπαθώντας να βοηθήσουν σε οποιαδήποτε ανάγκη υπήρχε.

Επίσης, το Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ιλίου σε συνεργασία με το Κοινωνικό Ιατρείο Νέας Σμύρνης, το Ιατρείο Αλληλεγγύης Πατησίων - Αχαρνών, το Σωματείο Υποστήριξης 18 ΑΝΩ και των Συλλογικών Δράσεων Κοινωνικής Αλληλεγγύης του 18 ΑΝΩ, επισκέφτηκαν τους πρόσφυγες της Πλατείας Βικτωρίας και προσέφεραν ιατρική φροντίδα σε μικρά παιδιά. Με την φροντίδα των γιατρών, αλλά και των εργαζόμενων στο ΕΚΑΒ μεταφέρθηκαν στο Νοσοκομείο Παίδων και σε γυναικολογικά - μαιευτικά νοσοκομεία, παιδιά και μητέρες που έχρηζαν νοσοκομειακής περίθαλψης.

- *Η Οργανωτική δομή του Ιατρείου Αλληλεγγύης Ιλίου*

Η οργάνωση του ιατρείου ακολουθεί μια απλή δομή. Οι αποφάσεις, λαμβάνονται μέσα από τις συνελεύσεις οι οποίες πραγματοποιούνται στο ιατρείο κάθε εβδομάδα. Επίσης, προγραμματίζεται και μια μηνιαία γενική συνέλευση. Η βάση είναι η οργάνωση από τα κάτω, στηρίζοντας τη συλλογικότητα και την αυτό-διοργάνωση. Επιπρόσθετα δεν υπάρχει ιεραρχία στα μέλη ή κάποιο καταστατικό. Το έργο του ιατρείου, επικοινωνείται μέσω των συνελεύσεων, οι οποίες είναι ανοιχτές στο κοινό, μέσω του blog του ιατρείου καθώς και μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων, που μοιράζουν εθελοντές.

Περίπτωση 2^η

Το Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Βύρωνος

Το Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Βύρωνος αποτελεί πρωτοβουλία πολιτών, γιατρών και φαρμακοποιών τόσο του Βύρωνα όσο και άλλων όμορων Δήμων. Η λειτουργία του ξεκίνησε στα τέλη του Οκτώβρη του 2012 έχοντας ως παράδειγμα το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού και γεννήθηκε η πρωτοβουλία αποκατάστασης της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης λόγω της ύφεσης. Όπως, αναφέρεται από τον υπεύθυνο του ΚΙΦΒ, κατά τη διάρκεια παρουσίασης της δομής, «Δεν εκπροσωπούμε ένα συγκεκριμένο ιδεολογικό ρεύμα αλλά στεκόμαστε απέναντι στις πολιτικές λιτότητας».

Καταγράφεται πως, τον πρώτο χρόνο λειτουργίας τους, το ΚΙΦΒ δέχτηκε συνολικά 3452 επισκέψεις από τις οποίες 442 αφορούσαν την ζήτηση γιατρών ενώ οι υπόλοιποι την ζήτηση φαρμάκων. Στο δεύτερο έτος της λειτουργίας του και συγκεκριμένα από τις 30 Οκτωβρίου 2013 έως και τις 31 Οκτωβρίου 14 το Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Βύρωνα (ΚΙΦΒ) εξυπηρέτησε συνολικά 5.018 επισκέπτες. Έδωσε φάρμακα σε 4.064 , έστειλε στους γιατρούς 773 και διενήργησε 181 διαγνωστικές και αιματολογικές εξετάσεις. Τα στοιχεία αυτά, σε σχέση με το έργο που πραγματοποιήθηκε στην περίοδο 2012 – 2013, δείχνουν μια γενική αύξηση του συνολικού έργου του ΚΙΦΒ κατά 46% περίπου. Η αύξηση αντανακλά το μέγεθος των αυξανόμενων αναγκών από την συνεχιζόμενη και οξυνόμενη κρίση στον τομέα της υγείας, η οποία πλήττει μαζικά τον

εργαζόμενο λαό αλλά και ευρύτατα τμήματα των μικρομεσαίων επαγγελματιών. Στις 30 Οκτωβρίου 2015 το Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Βύρωνα (ΚΙΦΒ) συμπλήρωσε τον τρίτο χρόνο λειτουργίας και δράσης του. Εξυπηρετεί με 104 ιατρούς όλων των ειδικοτήτων και συνεργάζεται με 4 διαγνωστικά εργαστήρια. Στο διάστημα από 30 Οκτώβρη 2014 έως και 30 Οκτώβρη 2015 δέχτηκε συνολικά 4603 επισκέψεις ασθενών, που κατανέμονται ως εξής: Για δωρεάν χορήγηση φαρμάκων 3.638, για δωρεάν ιατρικές εξετάσεις 467 και για δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις 498. Συνολικά το ΚΙΦΒ στην 3τία 2012 έως 2015 εξυπηρέτησε 13.135 επισκέπτες.

Σχετικά με τους εθελοντές-ιατρούς, η εθελόντρια Α. αναφέρει «Είναι ιατροί που δέχονται τον ασθενή στο δικό τους ιατρείο. Ο κάθε ιατρός οριοθετεί τον αριθμό των ασθενών που θα εξυπηρετήσει δωρεάν το μήνα». Οι υπόλοιποι εθελοντές, στην πλειονότητα τους είναι συνταξιούχοι αλλά και άνεργοι. Η βάρδια των εθελοντών εναλλάσσεται. Σχετικά με τα φάρμακα, παρέχονται δωρεάν αλλά μόνο με ιατρική συνταγή. Όλα τα φάρμακα παρέχονται δωρεάν αλλά μόνο με ιατρική συνταγή. Ανασφάλιστοι που χρειάζονται συνταγή γιατρού για να προμηθευτούν τα φάρμακά τους, παραπέμπονται στους γιατρούς του ΚΙΦΒ, οι οποίοι και τους γράφουν τα φάρμακα που είναι αναγκαία.

Η συλλογή τους πραγματοποιείται μέσω της ευαισθητοποίησης των πολιτών. «Το ΚΙΦΒ, δεν διαθέτει κανένα τραπεζικό λογαριασμό αναφέρει η Α.. Αν κάποιος πολίτης θέλει να προσφέρει, του δίνουν τραπεζικό λογαριασμό των συνεργαζόμενων φαρμακείων με τη δομή, από τα οποία θα αγοραστούν τα φάρμακα. Κατά τη διάρκεια της συζήτησης μας, ήρθε ένας άνδρας με συνταγή για να τον εξυπηρετήσει το ΚΙΦΒ. Η εθελόντρια Α., κρατώντας ένα βιβλίο φαρμακευτικής, αναφέρει «Πάλι καλά που έχουμε αυτό. Οι συνταγές αναγράφουν τη δραστική ουσία μόνο, και για να δίνουμε το σωστό φάρμακο, συμβουλευόμαστε αυτό το βιβλίο».

Επίσης, σχετικά με τα φάρμακα, οι ομάδες εθελοντών μπορούν να πάνε και να πάρουν τα φάρμακα, που θέλουν να προσφερθούν, όταν οι αποστάσεις είναι σχετικά κοντινές. Για πιο μακρινές αποστάσεις στην Αττική ή στην επαρχία μπορούν να σταλούν με τα ΕΛΤΑ ή με κούριερ και το ΚΙΦΒ αναλαμβάνει το κόστος.

Το ΚΙΦΒ, όπως προαναφέρθηκε, διαθέτει τέσσερα (4) διαγνωστικά κέντρα τα οποία παρέχουν δωρεάν και άμεσα σημαντικό αριθμό εξετάσεων. Οι ανασφάλιστοι που έχουν ανάγκη να κάνουν εργαστηριακές εξετάσεις μπορούν να προσέρχονται στο ΚΙΦΒ για

να μπόυνε στις σχετικές διαδικασίες εξέτασης και να προμηθευτούν το σχετικό παραπεμπτικό.

Οι παροχές του ΚΙΦΒ δεν αφορούν μόνο το Βύρωνα, αλλά καλύπτουν τις ανάγκες των ανασφάλιστων πολιτών σε όλες τις όμορες περιοχές και τους δήμους όπως, Παγκράτι, Βύρωνα, Υμηττού, Δάφνης, Ν. Σμύρνης, Καισαριανής, Ζωγράφου, Χολαργού και όχι μόνο, κάθε ανασφάλιστο πολίτη, ανεξάρτητα από τον τόπο κατοικίας του.

Για να εξυπηρετηθούν από τους ιατρούς που συνεργάζονται με το ΚΙΦΒ, οι άνεργοι ανασφάλιστοι χρειάζεται να έχουν μαζί τους βιβλιάριο υγείας και βεβαίωση ΟΑΕΔ. Οι άποροι ανασφάλιστοι θα προσκομίζουν εκκαθαριστικό εφορίας (<6.000 ευρώ) και πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης. Επίσης εξυπηρετούνται όσοι έχουν βιβλιάρια Πρόνοιας, τα οποία έληξαν και δεν έχουν ακόμα ανανεωθεί καθώς και επαγγελματίες που έχασαν το δικαίωμα ασφάλισης γιατί οφείλουν στην Εφορία ή το ΤΕΒΕ/ΟΑΕΕ και δεν μπορούν να βγάλουν κάρτα ΟΑΕΔ. Η Α., αναφέρει πως «έρχεται στο ιατρείο ένας άνεργος, πρώην εξαρτημένος, άτομο που έχει ανάγκη από καθημερινή χρήση φαρμάκων, του οποίου το βιβλιάριο πρόνοιας, πέρα του ότι έχει ετήσια ισχύ, δεν έχει ανανεωθεί εδώ και 8 μήνες. Από πού να πάρει τα φάρμακα του;».

- *Οι δράσεις του ΚΙΦΒ*

Έχουν διοργανωθεί διάφορες δράσεις από το ΚΙΦΒ. Συγκεκριμένα, στα χρόνια λειτουργίας τους, έχει διοργανωθεί ημερίδα με τίτλο « κρίση και ψυχικές ασθένειες στην Ελλάδα με τη συμμετοχή ομιλητών-ιατρών καθώς επίσης διοργανώνονται ημερίδες για τη συλλογή φαρμάκων. Ένα ακόμη στοιχείο του έργου του ΚΙΦΒ, είναι η διεθνής αναγνώριση από ξένους φορείς και όχι μόνο.

Συγκεκριμένα, ο Γερμανός μαραθωνοδρόμος Franz Lohbusch, επί τρία συναπτά έτη αφιερώνει την μαραθώνια διαδρομή του στον αγώνα του ελληνικού λαού για τα κοινωνικά και δημοκρατικά δικαιώματά του και τις ελευθερίες του. Επίσης, αξιοποιεί κάθε χιλιόμετρο της ιστορικής διαδρομής για να ενισχύσει την αγορά φαρμάκων. Το 2012 συγκέντρωσε από εισφορές γερμανών και ελλήνων συναγωνιστών το ποσό των 700 ευρώ, το οποίο και έδωσε στο ΚΙΦΒ για την αγορά φαρμάκων για τους ανασφάλιστους άνεργους.

Το 2013 και 2014, μέσω ιστοσελίδας, η οποία απευθύνεται σε γερμανούς και έλληνες πολίτες γνωστοποίησε στους συμπατριώτες του να «ποντάρουν» ένα χρηματικό ποσό ο καθένας, για κάθε χιλιόμετρο του Μαραθωνίου που θα διανυθεί, ώστε να το διαθέσει στο ΚΙΦΒ, ως μια συμβολική εκδήλωση στήριξης και ενθάρρυνσης του ελληνικού λαού. Το 2015, αντιπροσωπεία του ΚΙΦΒ υποδέχτηκε τον Γερμανό συναγωνιστή Φράντς Λόμπους, ο οποίος επισκέφτηκε το Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Βύρωνα (ΚΙΦΒ) και παρέδωσε το ποσό των 800 ευρώ για την αγορά φαρμάκων στους άνεργους και άπορους ανασφάλιστους.

Πέρα από το έργο στο τομέα της ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης, το ΚΙΦΒ πραγματοποίησε, στο τομέα της Υγείας, μια σειρά από άλλες παρεμβάσεις.

Ο Δ.Σ, ο υπεύθυνος του ΚΙΦΒ, αναρτά στην ιστοσελίδα του ΚΙΦΒ ανακοινώσεις που αφορούν ελλείψεις φαρμάκων, αμαξιδίων κ.ά, αλλά και σε ζητήματα που καλείται το ΚΙΦΒ να καλύψει λόγω της αδυναμίας του κρατικού μηχανισμού να ανταπεξέλθει.

Όπως αναφέρεται στο blog του ΚΙΦΒ⁷⁵, σημαντική ήταν η παρέμβαση στο Αιγινήτειο πανεπιστημιακό νοσοκομείο. Το «Αιγινήτειο» είχε διακόψει, για μακρύ χρονικό διάστημα, τα φάρμακα σε ψυχικά ασθενείς, άπορους με βιβλιάρια Πρόνοιας, με το επιχείρημα ότι η κυβέρνηση είχε περικόψει τον προϋπολογισμό του.

Γίνονται αναφορές στις μεγάλες καθυστερήσεις για την διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, καθώς και το χρόνο για την εισαγωγή σε νοσοκομείο. Μεγάλες είναι επίσης οι ελλείψεις σε φάρμακα, εμβόλια παιδιών, σε νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό και σε αρκετές ειδικότητες στο ΠΕΔΥ (πρώην ΙΚΑ), ενώ παρόμοιες ελλείψεις έχουν καταγραφεί σε ιατρικές ειδικότητες και σε νοσοκομεία της επαρχίας.

Μέσω της δικτύωσης του ΚΙΦΒ και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού, κατά το 2015 ενισχύθηκε ο θετικός ρόλος των φαρμακείων. Συγκεκριμένα, πάνω από 38 περίπου φαρμακεία της ευρύτερης περιοχής της Αθήνας εφοδιάζουν συνεχώς με φάρμακα το ΚΙΦΒ.

Επίσης, πολυμελής αντιπροσωπεία του γαλλοελληνικού Συνδέσμου Αλληλεγγύης για την Ελλάδα, που εδρεύει στο Παρίσι αλλά και σε άλλες μεγάλες πόλεις της Γαλλίας, στην οποία συμμετέχουν γιατροί, επιστήμονες, μέλη και στελέχη του συνδικάτου της CGT, κομμουνιστές και άλλα μέλη γαλλικών προοδευτικών πολιτικών οργανώσεων

⁷⁵ <http://k-iatreio.blogspot.gr/>, πρόσβαση στις 8/1/2016

επισκέφτηκαν το Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Βύρωνα (ΚΙΦΒ) για να ενημερωθούν για την κατάσταση στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, για το έργο του ΚΙΦΒ. Η αντιπροσωπία ενίσχυσε το ΚΙΦΒ με 500 ευρώ, τα οποία διατέθηκαν για την αγορά φαρμάκων.

Κινήσεις πολιτών, όπως ο Γάλλο-Ελληνικός Σύνδεσμος Αλληλεγγύης για την υγεία που εδρεύει στο Παρίσι, άλλοι φορείς από διάφορα μέρη της Ιταλίας, πρωτοβουλίες από γιατρούς και πολίτες της Γερμανίας έστειλαν στο ΚΙΦΒ σημαντικές ποσότητες φαρμάκων. Επίσης μεμονωμένοι ιδιώτες έλληνες ή ξένοι από την Ολλανδία, Καναδά, Αγγλία ή την Ελβετία ακόμα και την Αυστραλία εκδήλωσαν την επιθυμία να βοηθήσουν στην αποστολή ή στην εξεύρεση σπάνιων, ακριβών ή ειδικών φαρμάκων. Μεγάλη υπήρξε η υποστήριξη πολιτών σε αναρτήσεις του ΚΙΦΒ για ιατρικά μηχανήματα όπως αναπηρικά καροτσάκια κλπ.

Το ΚΙΦΒ οργάνωσε επίσης συνέντευξη τύπου των Γάλλων γιατρών και ψυχιάτρων που επισκέφτηκαν ψυχιατρικές μονάδες και μίλησαν με γιατρούς για την κατάσταση του ΕΣΥ στην Ελλάδα.

Βασικός στόχος της παρουσίας και των προσπαθειών του ΚΙΦΒ είναι η ανατροπή των μνημονιακών πολιτικών και η κατάκτηση ενός ΕΣΥ που θα ανταποκρίνεται στις σύγχρονες ανάγκες του ελληνικού λαού. Το ΚΙΦΒ υπογραμμίζει ότι εξακολουθεί να είναι μια οντότητα κοινωνικής αλληλεγγύης που αυτοσυντηρείται, ότι δεν είναι ΜΚΟ, δεν είναι σε οποιοδήποτε πρόγραμμα χρηματοδότησης, ότι οι ίδιοι οι 28 εθελοντές καλύπτουν τις λειτουργικές ανάγκες του ΚΙΦΒ το οποίο δεν έχει τραπεζικό λογαριασμό και δεν δέχεται χρήματα το ίδιο.

Όπως αναφέρεται από τον υπεύθυνο της δομής, ο ανώτερος σκοπός του ΚΙΦΒ είναι η αυτοκατάργηση του. Υποστηρίζει πως να μην διευκολύνει το σύστημα ώστε να εκτονωθεί η οξύτητα αλλά από τη άλλη πλευρά, τα κοινωνικά ιατρεία φαρμακεία, είναι φορείς αντίθεσης στις πολιτικές λιτότητας. Επισημαίνει πως δεν είναι αντίθετοι με τη μορφή αυτοδιοργάνωσης αλλά επιδιώκουν την αποκατάσταση του εθνικού συστήματος υγείας και την κατοχύρωση του δικαιώματος για δωρεάν νοσοκομειακή, ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη όλων των ανέργων και άπορων.

- *Η Οργανωτική δομή του Κοινωνικού Ιατρείου Φαρμακείο Βύρωνα*

Το ΚΙΦΒ έχει απλή οργανωτική δομή. Παρά τον περιορισμένο χώρο στο οποίο στεγάζεται, όπως προαναφέρθηκε καλύπτει αυξημένο αριθμό εξυπηρετούμενων. Τα κυριότερα όργανα είναι η Συνέλευση των Εθελοντών και οι ιατροί όλων των ειδικοτήτων. Οι εθελοντές αναφέρουν χαρακτηριστικά "Δεν είμαστε ΜΚΟ, ούτε καλυπτόμαστε οικονομικά από ευρωπαϊκά προγράμματα". Τα έξοδα καλύπτονται από τους ίδιους τους εθελοντές. Συγκεκριμένα, την λειτουργία του την διατηρούν τα περίπου 30 μέλη της με μια μικρή συνδρομή των 2,5 ευρώ για να πληρωθεί το ενοίκιο και οι λογαριασμοί.

Περίπτωση 3^η

Το Κοινωνικό Ιατρείο Φαρμακείο Αλληλεγγύης Ν. Σμύρνης

Το Κοινωνικό Ιατρείο-Φαρμακείο Νέας Σμύρνης, είναι μία συλλογικότητα αυτόνομη, ανεξάρτητη και αυτο-διαχειριζόμενη που παρέχει δωρεάν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Η λειτουργία του στηρίζεται στην εθελοντική προσφορά ανθρώπων, υγειονομικών και άλλων εθελοντών. Η λειτουργία του ξεκίνησε στα τέλη Μάιου του 2014. Η πρωτοβουλία προήλθε από μια ομάδα ιατρών, οι οποίοι επί ένα χρόνο πριν την ίδρυση του κοινωνικού ιατρείου φαρμακείου, παρείχαν τις υπηρεσίες τους δωρεάν σε ανασφάλιστους και άπορους. Όπως αναφέρει ο Δ, εθελοντής ψυχίατρος του ιατρείου Ν. Σμύρνης, «Ήμασταν μια παρέα πέντε ατόμων, ιατρών. Αν ερχόταν ένας ασθενής σε μένα, τον εξυπηρετούσα και αν χρειαζόταν κάποια άλλη ειδικότητα τον ενημέωνα που μπορεί να πάει να εξυπηρετηθεί δωρεάν».

Ο σχεδιασμός της ίδρυσης του κοινωνικού ιατρείου φαρμακείου διήρκησε περίπου τέσσερις μήνες. Τον Φεβρουάριο του 2014, ιατροί και πολίτες της Ν. Σμύρνης, κινητοποιούνται ώστε να υλοποιηθεί η πρωτοβουλία του ιατρείου. «Πρώτος στόχος μας υπήρξε η εξυπηρέτηση των ευπαθών ομάδων της περιοχής. Η Ν. Σμύρνη είναι μια μικροαστική περιοχή στην οποία, λόγω κρίσης, μικροεπιχειρηματίες με οφειλές και άποροι, βρέθηκαν αποκλεισμένοι από τις δομές υγείας. Δεύτερος στόχος είναι να προβάλλουμε την αλληλεγγύη», αναφέρει η Ε.

«Δεν υπήρξε ούτε υπάρχει κάποια κρατική βοήθεια», αναφέρει η Ε.Σ, εθελόντρια. Ο δήμος Ν. Σμύρνης καλύπτει το ενοίκιο του χώρου του κοινωνικού ιατρείου, ενώ τα υπόλοιπα έξοδα τα επωμίζονται οι εθελοντές. Να επισημανθεί, όπως ανέφερε η εθελόντρια Ε., «ο δήμος καλύπτει τα ενοίκια όλων συλλόγων και οργανώσεων του δήμου. Δεν έγινε κάποια εξαίρεση για εμάς». Δεν καταγράφεται κάποια άλλη σχέση με τους παρόχους υγείας της περιοχής. Προσθέτει η Ε., «το δημοτικό ιατρείο υπολειτουργεί και στέλνει σε μας τους δημότες».

Από την έναρξη λειτουργίας του κοινωνικού ιατρείου φαρμακείου Ν. Σμύρνης, μέχρι τον Δεκέμβριο του 2015, έχουν εξυπηρετηθεί 568 άτομα, 320 άτομα ελληνικής καταγωγής και 248 αλλοδαποί. Συνολικά οι επισκέψεις ανήλθαν περίπου στις 2000. Επίσης, μέσα στο χώρο του ιατρείου εξυπηρετούν 25 ιατροί και υγειονομικοί, σχεδόν όλων των ειδικοτήτων, καθώς επίσης υπάρχουν και συνεργαζόμενοι ιατροί και διαγνωστικά εργαστήρια (περίπου 15). Η εθελόντρια Ε. αναφέρει πως, «υπάρχει διαγνωστικό εργαστήριο που εκτελεί όλα τα παραπεμπτικά που προέρχονται από το ιατρείο. Άλλο διαγνωστικό, πραγματοποιεί συγκεκριμένο αριθμό». Προσφέρουν, ακόμα, τις υπηρεσίες τους επαγγελματίες υγείας – φροντίδας, όπως διατροφολόγος, κοινωνικός λειτουργός, νοσηλεύτης, φυσιοθεραπευτής, ψυχολόγος και ψυχοθεραπευτής.

Το ιατρείο παρέχει πρωτοβάθμια Ιατρική Περίθαλψη σε ανασφάλιστους ή άνεργους ή άπορους με επίδειξη του βιβλιαρίου Υγείας, προσωπικό ή οικογενειακό με ένδειξη λήξης, ή κάρτα ανεργίας ή βιβλιάριο απορίας.

Οι εθελοντές που ασχολούνται με την οργάνωση και τη γραμματεία του ιατρείου φθάνουν στους 35 ενώ υπάρχουν και περιστασιακοί εθελόντες περίπου στους 40. Τα άτομα αυτά εναλλάσσονται στο εβδομαδιαίο πρόγραμμα του ιατρείου. Υπάρχουν όμως και εθελοντές, οι οποίοι παρότι δεν προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο ιατρείο, είναι πρόθυμοι για οποιαδήποτε εξωτερική δουλειά, χρειαστεί το ιατρείο. Η Ε. εθελόντρια, αναφέρει σχετικά με τους εθελοντές πως « Πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ των εθελοντών του ιατρείου και το ίδιο αξιακό σύστημα. Αν κάτι τέτοιο δεν επιτευχθεί καλό είναι να λήγει η συνεργασία ώστε να μην υπάρχουν εντάσεις στο χώρο του ιατρείου».

Όπως προαναφέρθηκε, το ΚΙΦΑ συνεργάζεται και με ένα δίκτυο ιατρών, οι οποίοι προσφέρουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους και για τους οποίους ακολουθείται η διαδικασία προγραμματισμού ραντεβού στα τηλέφωνα του ιατρείου. Τα ραντεβού των

ασθενών με τους γιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας κλείνονται τηλεφωνικά ή με επιτόπια επίσκεψη των ασθενών από τη Γραμματεία, και καταγράφονται στο σχετικό ημερολόγιο. «Υπάρχει υψηλή επισκεψιμότητα σε παθολόγο και ψυχίατρο. Έχουν αυξημένη ζήτηση», αναφέρει ο Δ., εθελοντής-ψυχίατρος.

Σχετικά με τον εξοπλισμό του ιατρείου, το οποίο είναι από τα λίγα εξοπλισμένα ιατρεία, η εθελόντρια Ε., αναφέρει πως «Τα μηχανήματα προέρχονται από δωρεές ελλήνων αλλά και ξένων. Ο εξοπλισμός του οδοντιατρείου αποτελεί δωρεά ενός οδοντιάτρου που συνταξιοδοτήθηκε. Διαθέτουμε και υπερηχογράφο, ο οποίος είναι δωρεά ιδιώτη».

Σχετικά με τα φάρμακα, αυτά χορηγούνται ύστερα από συνταγογράφηση του γιατρού του ΚΙΦΑ Ν. Σμύρνης και φυσικά ανάλογα με τη διαθεσιμότητά τους, αφού όλα τα φάρμακα είναι από δωρεές πολιτών. Η εθελόντρια Ε., αναφέρει πως «Αν ένα φάρμακο είναι κοντά στη λήξη του, τα προσφέρουμε στους Ιατρούς του Κόσμου, οι οποίοι τα διαθέτουν άμεσα στις ευπαθείς ομάδες που τα χρειάζονται». Επίσης, αναφορικά με τα φάρμακα, ο γιατρός γράφει τη συνταγή και ο ασθενής έρχεται για τα φάρμακα τις ώρες λειτουργίας του φαρμακείου. Σε περίπτωση που ένα φάρμακο δεν υπάρχει καθόλου, η γραμματεία επικοινωνεί με άλλα ΚΙΦΑ που πιθανώς να το έχει.

- *Οι δράσεις του ΚΙΦΑ Ν. Σμύρνης*

Στους πέντε πρώτους μήνες λειτουργίας του κοινωνικού ιατρείου, διοργανώθηκε εκδήλωση με θέμα «Άγνωστη χώρα της Αναπηρίας». Η εκδήλωση οργανώθηκε σε συνεργασία με την Κίνηση Καλλιτεχνών με Αναπηρία και την Κίνηση Χειραφέτησης ΑμεΑ. Ακολούθησε συζήτηση με θέμα «Κρίση και Αναπηρία». Υπήρξε προβολή ντοκιμαντέρ οι οποίοι έφεραν υπότιτλους για Κωφούς και η συζήτηση υποστηρίχθηκε από διερμηνεία στην Ελληνική Νοηματική Γλώσσα. Τέλος, το πρόγραμμα της εκδήλωσης διατέθηκε σε μορφή Braille και μεγαλογράμματης γραμματοσειράς. Με το εγχείρημα αυτό, δεν επιδιώκεται η υποκατάσταση του κράτους και των δομών του, αλλά η διεκδίκηση του δικαιώματος της ισότιμης και δωρεάν πρόσβασης στην υγεία.

Η προαναφερθείσα αρχή του ιατρείου στηρίζεται στη Χάρτα, η οποία αποτελεί το μοναδικό καταστατικό λειτουργίας του ιατρείου. Ο εθελοντής-ιατρός Δ., αναφέρει ότι,

«Ο κοινωνικός λειτουργός του ιατρείου ενημερώνει τους εξυπηρετούμενους για τα νομικά θέματα και για τη δυνατότητα πρόσβασης τους στις δομές υγείας».

Μια ακόμη δράση, πραγματοποιήθηκε το Δεκέμβριο του 2015, κατά τη διάρκεια της οποίας έγινε η παρουσίαση του ιατρείου και των έργων του. Επίσης, πραγματοποιήθηκε παρουσίαση θεατρικού και λογοτεχνικού περιεχομένου.

Επίσης, καταγράφεται συνδρομή του ιατρείου στους πρόσφυγες. Η Ελ. εθελόντρια, αναφέρει πως « εκτός από φάρμακα συλλέγουμε γάντια, σκουφάκια, μπουφάν και ξηρά τροφή για του πρόσφυγες».

Ένα ακόμη έργο του ιατρείου είναι η διεθνής αναγνώριση. Συγκεκριμένα, έχουν επισκεφθεί το ιατρείο δομές αλληλεγγύης του εξωτερικού και ακτιβιστές, προσφέροντας εθελοντική εργασία αλλά και δωρεές. Στις 24/1/2015, παραμονές εκλογών, επισκέφτηκε το ιατρείο, η δημοσιογράφος της RAI, Liana Mistretta, και πραγματοποιήθηκε παρουσίαση του κοινωνικού ιατρείου φαρμακείου Ν. Σμύρνης. Το ιατρείο ενημερώθηκε πως το ρεπορτάζ αναμεταδόθηκε πολλές φορές και είχε μεγάλη επιτυχία.⁷⁶ Επίσης, πραγματοποιήθηκε επίσκεψη των Ιταλών Αλληλέγγυων της BRIGATA KALIMERA, καθώς και των δημοσιογράφων της ηλεκτρονικής διαδικτυακής εφημερίδας PRESENZA από Ισπανία, Γαλλία και Ιταλία. Δέχτηκαν, επίσης, επίσκεψη των Ευρωβουλευτών της Ευρωπαϊκής Αριστεράς, των Νορβηγών Αλληλέγγυων και της CAROLE RECKINGER, δημοσιογράφου από Λουξεμβούργο.

Να επισημανθεί πως στα υποκαταστήματα ΠΕΔΥ Καλλιθέας και Ν. Σμύρνης, έχουν τοποθετηθεί κουτιά συλλογής φαρμάκων για το κοινωνικό φαρμακείο Ν. Σμύρνης. Επίσης, η συλλογή φαρμάκων πραγματοποιείται και στην πλατεία Ν. Σμύρνης, σε μουσικές και θεατρικές παραστάσεις αλλά και σε ποδοσφαιρικούς αγώνες, καθώς και σε φαρμακεία.

Εκτός από τις ανάγκες του ιατρείου, φάρμακα έχουν προσφερθεί, στην αποστολή φαρμάκων για Κομπάνι τον Ιανουάριο του 2015, στους πρόσφυγες της Μυτιλήνης, στους πρόσφυγες του Ελαιώνα, στην Ειδομένη, στο Άσυλο Ανιάτων της Αθήνας, σε νοσοκομείο της Αθήνας και στους Γιατρούς του Κόσμου.

⁷⁶ <http://www.rainews.it/dl/rainews/media/In-Grecia-farmaci-di-seconda-mano-cure-mediche-fornite-gratis-da-medici-volontari-ac224ce9-3ea0-480e-bd48-e1bbe541d5ca.html>

Τέλος, στο κοινωνικό ιατρείο φαρμακείο Ν. Σμύρνης, λειτουργεί η «ομάδα Ψ», η οποία αποτελείται από ειδικότητες, όπως ψυχίατρο και κοινωνικό λειτουργό. Λόγω της κρίσης και των υποβαθμισμένων δομών ψυχικής υγείας, η «ομάδα Ψ» εξυπηρετεί χωρίς κριτήρια.

- *Η οργανωτική δομή του ΚΙΦΑ Ν. Σμύρνης*

Το ΚΙΦΑ Ν. Σμύρνης, σχετικά με την οργανωτική δομή, όπως προαναφέρθηκε, υιοθετεί ως καταστατικό της τη Χάρτα των κοινωνικών ιατρείων φαρμακείων αλληλεγγύης. Χαρακτηρίζεται από οριζόντια δομή.

Επίσης, αποτελείται από το συντονιστικό, το οποίο χαρακτηρίζεται ως ένα ευέλικτο σχήμα της δομής, και τις συνελεύσεις, οι οποίες προγραμματίζονται όποτε προκύπτει κάποιο πρόβλημα και για την ενημέρωση των εθελοντών και των αρμοδιοτήτων τους.

Επιπρόσθετα, η γραμματεία διαθέτει ένα πλήρως ενημερωμένο και αρχειοθετημένο ιστορικό ασθενών. Συγκεκριμένα, υπάρχουν, το ημερολόγιο προγραμματισμού των ραντεβού, το βιβλίο καταγραφής των δωρεών φαρμάκων ώστε να κρατάνε στατιστικά στοιχεία, όπως επίσης υπάρχει και ένας φάκελος για τον κάθε εξυπηρετούμενο, οποίος φυλάσσεται στο χώρο του ιατρείου. Ο φάκελος αυτός, ενημερώνεται για κάθε πράξη και επίσκεψη που πραγματοποιείται στο κοινωνικό ιατρείο φαρμακείο.

Σύνοψη

Η Ελληνική Κοινωνία μπροστά στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, αντέδρασε γρήγορα και αποφασιστικά, στήνοντας μια σειρά από δομές αλληλεγγύης για να στηρίξει τους περισσότερο αδύναμους ανθρώπους από τη κρίση και να αντισταθεί σε πολιτικές λιτότητας. Στο πλαίσιο αυτό, κάποιοι πολίτες από το χώρο της υγείας, μαζί και με άλλους αλληλέγγυους εθελοντές, ξεκίνησαν να στήνουν τα Κοινωνικά Ιατρεία Φαρμακεία, χώρους δωρεάν εθελοντικής προσφοράς υπηρεσιών υγείας σε άνεργους και ανασφάλιστους που είχαν χάσει τη δυνατότητα πρόσβασης τους στις υπηρεσίες υγείας. Έτσι προέκυψε η ανάγκη της επικοινωνίας, της συνεργασίας και της υποστήριξης μεταξύ τους, αλλά και η ανάγκη διατύπωσης μιας κοινής αντίληψης, κοινής στόχευσης, κοινών αρχών,

γύρω από τις οποίες θα έπρεπε να συνταχθούν οι εθελοντές. Έτσι, θεωρήθηκε απαραίτητη η δημιουργία μιας ΧΑΡΤΑΣ κάτι σαν καταστατικό, το οποίο να περιλαμβάνει τις βασικές αρχές και τις κοινές συνιστώσες των ΚΙΦΑ.

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τρία ΚΙΦΑ της Περιφέρειας Αττικής, παράχθηκαν κάποια βασικά συμπεράσματα σχετικά με τη δράση τους.

Συγκεκριμένα, όπως έχει ήδη τονιστεί, δεν αποτελούν ΜΚΟ και δεν έχουν καμία σχέση με το κράτος. Κάθε εμπλοκή με το κράτος ή ακόμα και με επιχειρήσεις δημιουργούν σχέσεις εξάρτησης και συμφερόντων. Η δράση των ΚΙΦΑ στηρίζεται στην αλληλεγγύη των πολιτών. Επίσης, κάτι το οποίο προκαλεί το ενδιαφέρον και τον σεβασμό, είναι η διεθνής αναγνώριση τους από φορείς και αλληλέγγυους του εξωτερικού χωρίς να το επιδιώξουν οι ίδιοι.

Στις δράσεις τους συγκαταλέγονται, ημερίδες ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πολιτών σε θέματα υγείας και αλληλεγγύης. Η συλλογή φαρμάκων που πραγματοποιείται από το δίκτυο των ΚΙΦΑ, συμβάλει όχι μόνο στην κάλυψη αναγκών του εκάστοτε ΚΙΦΑ αλλά και όπου υπάρχει ανάγκη. Ενδεικτικά, όπως αναφέρουν οι εθελοντές, έχουν δοθεί φάρμακα σε πρόσφυγες και άλλους φορείς, όπως οι Γιατροί του Κόσμου, ακόμα και σε κρατικό νοσοκομείο.

Πολλές φορές, οι παρεμβάσεις των ΚΙΦΑ έχουν καταγγελτικό χαρακτήρα σχετικά με τις αδυναμίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Επίσης, όπως καταγράφεται, σύνηθες είναι το φαινόμενο, δομές της τοπικής αυτοδιοίκησης να παραπέμπουν τους δημότες σε ΚΙΦΑ.

Καταληκτικά, όπως αναφέρει η εθελόντρια του ιατρείου Ν. Σμύρνης, Ε.Σ, «Δεν είμαστε φιλάνθρωποι αλλά προσπαθούμε να δείξουμε μια άλλη ματιά στην υγεία. Δεν προσπαθούμε να υποκαταστήσουμε το δημόσιο σύστημα υγείας, ούτε έχουμε αυτή τη δυνατότητα. Λειτουργούμε ώστε κάποια στιγμή να μη χρειαζόμαστε. Αυτή τη στιγμή, στόχος μας είναι να υποστηρίξουμε τον κόσμο και να προβάλλουμε μια σχέση αλληλεγγύης».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και στο επίκεντρο της πολιτικής υγείας πρέπει να βρίσκονται οι πολίτες και οι ανάγκες τους, στην πράξη ο τομέας της υγείας ρυθμίζεται κυρίως με βάση την οικονομική λειτουργία της αγοράς υπηρεσιών υγείας και τον ρόλο των προμηθευτών των φροντίδων, των προϊόντων και της σχετικής τεχνολογίας.⁷⁷

Η δυσχέρεια στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα ενισχύεται από τα δημόσια ελλείμματα και την ανεργία που ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς του κράτους αλλά και στους πολίτες. Όπως, καταγράφηκε, η Ελλάδα βιώνει μια οικονομική αλλά, ταυτόχρονα και ανθρωπιστική κρίση.

Η άποψη αυτή ενισχύεται από τα ποσοστά ανεργίας που καταγράφηκαν από το 2009 έως σήμερα. Συγκεκριμένα, το 2014, το ποσοστό ανεργίας ανήλθε στο 26,5%, ενώ οι μακροχρόνια άνεργοι το 2014 άγγιξαν το ποσοστό 73,5% .

Σχετικά με την υγεία, καταγράφεται μείωση στη συνολική χρηματοδότηση της υγείας, η οποία έφτασε το 8,65 % του ΑΕΠ το 2013. Επίσης, η μείωση της δημόσιας χρηματοδότησης δαπανών υγείας, καταγράφεται ιδιαίτερος έντονη. Συγκεκριμένα, το 2009 ήταν 65,9% και το 2013 μειώθηκε στο 63,5% του ΑΕΠ. Ταυτόχρονα, και η ιδιωτική χρηματοδότηση παρουσίασε μείωση που έφτασε το 2013 το -3,3% από το 35,6% το 2009.⁷⁸

Επιπρόσθετα, βάσει της έρευνας του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης⁷⁹, η ανεργία επέφερε σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινότητα των ατόμων. Το χάσμα μεταξύ πλουσιότερου και φτωχότερου αυξήθηκε, παρά τις πολιτικές λιτότητας. Η σχετική φτώχεια σημείωσε σημαντική αύξηση με την ταυτόχρονη ανικανότητα μεγάλου ποσοστού ανθρώπων να αγοράσουν ακόμη τα απαραίτητα για τη διαβίωση τους. Επίσης, οι μειώσεις στις δαπάνες, η οικονομική και ψυχολογική ασφυξία του μέσου Έλληνα, ο οποίος πλέον δεν εμπιστεύεται κυβερνήσεις και χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, καθιστούν ως αναγκαιότητα την ανασυγκρότηση και επαναπροσδιορισμό των αξιών και πρακτικών.

⁷⁷Κ. Σουλιώτης, 2010

⁷⁸ ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας, 2013

⁷⁹ Society at a Glance 2014 Highlights: GREECE The crisis and its aftermath, OECD

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας, τις τελευταίες δεκαετίες, παρουσιάζει μια σειρά από διάφορες μεταρρυθμίσεις. Η αδυναμία οργάνωσης ενός αποτελεσματικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας έρχεται σε ευθεία αντίθεση με τα όσα υπαγορεύει η ευρωπαϊκή στρατηγική για την υγεία. Υποσκάπτεται έτσι σοβαρά η προσπάθεια για εύρεση τρόπων βελτίωσης της ισότητας, της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας.

Αναφορικά με τις δράσεις των Ο.Τ.Α όπως αυτές, πλέον, διαμορφώνονται με τον «Καλλικράτη», μέσω της δημιουργίας ολοκληρωμένων δικτύων φροντίδας καταβάλλεται προσπάθεια ανάπτυξης του βιοτικού επίπεδου των δημοτών του εκάστοτε δήμου. Οι δομές που έχουν δημιουργηθεί από τα προνοιακά προγράμματα που υλοποιούνται (Κ.Α.Π.Η., Κ.Δ.Α.Π., Κ.Η.Φ.Η.), χρηματοδοτούνται είτε από τα Κ.Π.Σ. είτε από τον κρατικό προγραμματισμό. Ο ρόλος της Τ.Α. στην παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και η αναβάθμιση των υφιστάμενων δομών, μπορεί να εξασφαλιστεί με την εξεύρεση πόρων για την συντήρηση και την περαιτέρω εξέλιξη τόσο των προνοιακών υφιστάμενων δομών όσο και των δομών υγειονομικής περίθαλψης με στόχο την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ευπαθών κοινωνικών ομάδων.

Ο θεσμός των δημοτικών ιατρείων, οδηγεί στην αναβάθμιση της Ελληνικής Π.Φ.Υ. Παρ'όλ' αυτά στους περισσότερους δήμους της Περιφέρειας Αττικής, τα δημοτικά ιατρεία στελεχώνονται μόνο από τις τρεις βασικές ειδικότητες οι οποίες είναι, η παθολογία, η παιδιατρική και η καρδιολογία. Επίσης, ένα μεγάλο μέρος του προσωπικού αποτελείται από εθελοντές.

Με την εφαρμογή των μνημονίων, μεγάλο μέρος του πληθυσμού, έχασε την ασφαλιστική του ικανότητα, ενώ παράλληλα οι νομοθετικές ρυθμίσεις περίθαλψης ανασφάλιστων που θεσμοθετήθηκαν στα πλαίσια αυτά, δεν ήταν πολλές φορές εφικτό να πραγματοποιηθούν. Πολλά άτομα λοιπόν, δεν είχαν πρόσβαση στην υγεία., δηλαδή το αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ανθρώπου στο σύγχρονο δυτικό κόσμο, να μπορεί μέσα από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας να έχει τη φροντίδα που χρειάζεται, ιατρική και φαρμακευτική, ώστε να εξασφαλίζει την υγεία του και σε πολλές περιπτώσεις ακόμη και τη ζωή του.

Ο πληθυσμός που έχει κάλυψη υγείας, έχει μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ειδικά μεταξύ των μακροχρόνια ανέργων, αναφέρει ο ΟΟΣΑ. «Δεν έχει έλθει η καταστροφή, αλλά πρέπει να ελαχιστοποιήσουμε τις συνέπειες που έχει η κρίση σε

ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, ιδίως τους πιο φτωχούς και τους παράτυπους μετανάστες, που βρίσκονταν ήδη στο περιθώριο ακόμη και σε πιο φυσιολογικούς καιρούς», επισήμανε ο Γκαετάν Λαφορτίν, ένας οικονομολόγος στη διεύθυνση υγείας του ΟΟΣΑ.⁸⁰

Η ραγδαία αύξηση της ανεργίας, της φτώχειας και της ανασφάλιστης εργασίας είχε ως επακόλουθο μεγάλος αριθμός του πληθυσμού να χάσουν κάθε δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας. Η μείωση των δαπανών για την υγεία οδήγησε στην υποβάθμιση της ποιότητας και μείωση της ποσότητας των υπηρεσιών από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Παρά τη θεσμοθέτηση του ΕΟΠΥΥ, ως μια προσπάθεια ανασυγκρότησης της ΠΦΥ, δεν απέδωσε καρπούς λόγω της υποχρηματοδότησης, των ελλείψεων σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικά, καθώς και της μείωσης των παροχών.

Η ανάγκη για προάσπιση της υγείας και των δικαιωμάτων των πολιτών, κινητοποίησε μεγάλο αριθμό ανθρώπων, οι οποίοι στηρίχθηκαν στην αλληλεγγύη και στην αυτό-οργάνωση, ώστε να εξυπηρετηθούν ευπαθείς κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού.

Αντιδρώντας άμεσα στις επιπτώσεις της κρίσης, η ελληνική κοινωνία δημιούργησε αυτόνομες δομές αλληλεγγύης. Στον τομέα της υγείας, το κίνημα των κοινωνικών ιατρείων, έχει ήδη συνδεθεί με τον πολιτικό στόχο της δωρεάν περίθαλψης για όλους. Κοινωνικά ιατρεία, όπως της Θεσσαλονίκης και του Ρεθύμνου, που ξεκίνησαν ως πρωτοβουλίες ομάδων εθελοντών ιατρών, φαρμακοποιών, νοσηλευτών αλλά και πολιτών για τη στήριξη ανασφάλιστων μεταναστών, έχουν πλέον μετατραπεί σε ιατρεία για μετανάστες και ανασφάλιστους Έλληνες που πληθαίνουν λόγω της κρίσης.

Συγκεκριμένα στην Επικράτεια, καταγράφονται 56 κοινωνικά ιατρεία φαρμακεία αλληλεγγύης. Τα 18 από αυτά βρίσκονται στην περιφέρεια Αττικής, ενώ τα υπόλοιπα 38 κατανέμονται στους νομούς της Επικράτειας. Οι κοινωνικές αυτές δομές, στηρίζονται στη Χάρτα των ΚΙΦΑ και δρουν βάσει αυτής.

Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τρία ΚΙΦΑ της Περιφέρειας Αττικής, διαφαίνεται μεγάλος αριθμός ανασφάλιστων και ευπαθών ομάδων να εξυπηρετείται ετησίως σε αυτές τις δομές.

⁸⁰<https://left.gr/news/oosa-i-kalypsi-ygeias-stin-ellada-ehei-meiothei-dramatika-logo-krisis#sthash.ZNfCdVQS.dpuf>, πρόσβαση στις 27/10/2015

Συνοπτικά, το νεοσύστατο ΚΙΦΑ Ιλίου από τον Απρίλιο του 2015 μέχρι και τον Νοέμβριο είχε εξυπηρετήσει 240 άτομα. Το ΚΙΦΑ Βύρωνα από τον Οκτώβριο του 2012 μέχρι τον Οκτώβριο του 2015, σε τρία χρόνια λειτουργίας είχε 13.135 επισκέψεις. Επίσης, το ΚΙΦΑ Ν. Σμύρνης από τον Ιούνιο του 2014 μέχρι τον Δεκέμβριο του 2015, έχει καταγράψει πάνω από 2000 επισκέψεις ενώ 568 είναι τα άτομα τα οποία έχουν εξυπηρετηθεί.

Οι δράσεις των ΚΙΦΑ δεν εντοπίζονται μόνο στη συλλογή φαρμάκων και αναλωσίμων για την εξυπηρέτηση των πολιτών, αλλά και σε δράσεις που αφορούν την ενημέρωση-ενεργοποίηση των πολιτών στον τομέα της υγείας. Δεν παρέχεται μόνο ιατροφαρμακευτική κάλυψη, στα πλαίσια που είναι εφικτό, αλλά ενημερώνουν μέσω των ομιλιών και των δράσεων, καλλιεργούν την ιδέα της αλληλεγγύης, ως βάση για την διεκδίκηση και κατοχύρωση του δικαιώματος για δωρεάν υγεία.

Κοινός στόχος τους, η «αυτοκατάργηση» τους. Δεν πρόκειται μόνο για μια αλληλέγγυα λύση των επιπτώσεων της ύφεσης, αλλά για μια άλλη οπτική στην υγεία που μπορεί να αποτελέσει και τη βάση μιας πιο ανταποδοτικής κοινωνίας. Δεν επιθυμούν με τη δράση τους, να αντικαταστήσουν το εθνικό σύστημα υγείας, αλλά να συνδράμουν χωρίς πελατειακές σχέσεις.

Εν κατακλείδι, τα κοινωνικά ιατρεία, οι προσφορές προϊόντων χωρίς μεσάζοντες, οι οργανωμένες αντιστάσεις σε περιβαλλοντικά ζητήματα, η υποστήριξη αστέγων ή ανέργων σε θέματα σίτισης ή στέγασης, αποτελούν υπαρκτές δραστηριότητες που έχουν ενταχθεί στις κοινωνικές παρεμβάσεις. Καμία από αυτές τις μορφές κινητοποίησης δεν αποσκοπεί στην κατάργηση του κράτους αλλά επιδιώκουν να διαμορφώσουν μια άλλη οπτική της δυναμικής της κοινωνίας σε τομείς, όπως η υγεία, με γνώμονα την αλληλεγγύη και την διαμόρφωση της από τη βάση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Δημουλάς Κ., Οικονόμου Χ. (2012) , *Θεματική Ενότητα- Βασικές αντιλήψεις μοντέλα και μετασχηματισμοί του κράτους πρόνοιας με έμφαση στα συστήματα υγείας*, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ
- Κοντιάδης Ξ., Σουλιώτης Κ. (2010), *Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση
- Οικονόμου Χ. (2012) «*Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*», Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ
- Οικονόμου Χ. (2004) *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες*, Αθήνα: Διόνικος
- Παπαθεοδώρου Χ., Μωυσίδου Α. (2011), *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα – Η αναδιανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ
- Πολυζωίδης Π. (2006), *Εθελοντισμός στην Κοινωνική Προστασία*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα
- Σουλιώτης Κ.(2007), « Οικονομικές ανισότητες και πολιτική υγείας», εκδ. Παπαζήση
- Σουλιώτης, Κ. (2013), *Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Στασινοπούλου, Ο. (2006). *Κράτος Πρόνοιας. Ιστορική εξέλιξη-Σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις*. Αθήνα: Gutenberg.
- Στασινοπούλου Ό. (2010), *Εισαγωγή στην Κοινωνική Πολιτική*, Πανεπιστημιακές σημειώσεις-Πάντειο Πανεπιστήμιο
- Τούντας Γ. (2003), *Συγκριτική ανάλυση συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 20 (1) :76-78
- Υφαντόπουλος, Ι. (2006), *Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα- διαχρονική εξέλιξη*, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα
- Esping-Andersen G. (2006), *Οι τρεις κόσμοι του καπιταλισμού της ευημερίας*, Ελληνικά Γράμματα
- Mason, J. (2003). *Η διεξαγωγή της ποιοτικής έρευνας*. (επιμέλεια Ν. Κυριαζή.) Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.

ΠΗΓΕΣ

- Ισχύουσα Νομοθεσία, www.moh.gov.gr/articles/newspaper/.../194-isxyoysa-nomothesia, πρόσβαση στις 20/10/2015
- Διακήρυξη Alma Ata από το www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, πρόσβαση στις 12/9/2015
- Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης στην Υγεία, <https://www.healthvoucher.gr/>, πρόσβαση στις 16/11/2015
- Eurofound (2013) *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU* - <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef1385.htm>, πρόσβαση στις 01/12/2015
- «Ετήσια Έκθεση 2013: Η ελληνική οικονομία και η απασχόληση» www.inegsee.gr/ereynes-meletes/ekthesh/869-etisia-ekthesh2013--i-elliniki-oikonomia-kai-i-apascholisi.ht , πρόσβαση στις 20/10/2015
- «Αλληλεγγύη για Όλους», (2015), www.solidarity4all.gr, πρόσβαση στις 15/9/2015
- ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2014), Η Ελληνική Οικονομία, http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/greek_economy_11_12_2014.pdf , πρόσβαση στις 23/10/2015
- Κυριόπουλος, Γ. (2012), Η Οικονομική Κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και στην υγειονομική περίθαλψη. http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%97%20%CE%BF%CE%B9%CE%BA%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%BA%CF%81%CE%AF%CF%83%CE%B7%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%BF%CE%B9%20%CE%B5%CF%80%CE%B9%CF%80%CF%84%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%20%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1.pdf , πρόσβαση στις 01/12/2015
- O.E.C.D.and European Commission (2014), Health at a Glance, http://ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_2014_en.pdf , πρόσβαση στις 22/12/2015

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

«Χάρτα» Κοινωνικών Ιατρείων Φαρμακείων Αλληλεγγύης.

Βασικοί τόποι – κοινές αρχές

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

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

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

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

Την ώρα που κλείνει πρωτοβάθμιες δομές υγείας του ΕΟΠΥΥ.

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

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

Εμείς, οι ενεργοί πολίτες οργανώνουμε τις αντιστάσεις μας.

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

Στήνουμε παντού κοινωνικά ιατρεία – φαρμακεία αλληλεγγύης.

1. Τα κοινωνικά ιατρεία - φαρμακεία αλληλεγγύης (ΚΙΦΑ) είναι αυτόνομες, ανεξάρτητες, αυτό-οργανωμένες και αυτό-διαχειριζόμενες συλλογικότητες πολιτών που παρέχουν εθελοντικά, εντελώς δωρεάν, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε ανασφάλιστους, άπορους και άνεργους ασθενείς.

2. Τη δράση μας αυτή ωθεί η ανάγκη των ανθρώπων και όχι ο εθελοντισμός ως αυταξία. Κύρια χαρακτηριστικά όλων όσων συμμετέχουμε είναι η πίστη στην κοινωνική αλληλεγγύη, η πεποίθηση ότι η υγεία είναι ύψιστο κοινωνικό αγαθό. Δεν προσφέρουμε φιλανθρωπικό έργο, ούτε επιθυμούμε να διαπαιδαγωγήσουμε συμπολίτες μας στη λογική της συμπόνιας και της ικεσίας, αλλά μαζί να αγωνιστούμε για το δικαίωμα μας στην δημόσια υγεία και να διεκδικήσουμε τη δωρεάν πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για όλους.

3. Τα ΚΙΦΑ δεν έχουν πρόθεση, αλλά ούτε και αυταπάτη για τη δυνατότητα υποκατάστασης του κράτους που αποσύρεται από την ευθύνη φροντίδας της υγείας των πολιτών. Χτίζουν ένα δίκτυο κοινωνικής προστασίας ώστε να στηριχθούν οι άνθρωποι

4. Σκοπός των κοινωνικών ιατρείων δεν είναι μονάχα η παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής και φαρμακευτικής φροντίδας αλλά και η διεκδίκηση με συγκεκριμένες ενέργειες, πράξεις και δημόσιες δράσεις της πρόσβασης των ανασφάλιστων ασθενών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη, στα δημόσια νοσοκομεία.

5. Σκοπός των ΚΙΦΑ είναι μέσα από έναν διαρκή καθημερινό δημοκρατικό, κοινωνικό και πολιτικό αγώνα να διεκδικήσουν δωρεά πρόσβαση στην περίθαλψη και το δικαίωμα στην υγεία, για όλους τους ανθρώπους ανεξαιρέτως.

6. Στα ΚΙΦΑ συμμετέχουν εθελοντές γιατροί, οδοντίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, και φαρμακοποιοί, αλλά και πολίτες που στηρίζουν γραμματειακά τη λειτουργία των ιατρείων. Από κοινού με εργαζόμενους από το χώρο της υγείας αγωνιζόμαστε για την υπεράσπιση των δημόσιων δομών υγείας που κλείνουν η μία μετά την άλλη.

7. Τα ΚΙΦΑ προσπαθούν να δραστηριοποιήσουν στην αλληλεγγύη όσο το δυνατόν περισσότερους συμπολίτες μας. Επιδιώκουν τη συμμετοχή από κοινού εθελοντών, ασθενών αλλά και της κοινωνίας κάθε περιοχής στη λειτουργία του ιατρείου και στις δημόσιες δράσεις και διεκδικήσεις. Αποτελούν ανοιχτούς χώρους συνεύρεσης και αντίστασης.

8. Τα ΚΙΦΑ λειτουργούν ως ανοιχτές συλλογικότητες. Η συμμετοχή γίνεται στη βάση της ισοτιμίας όλων των μελών. Όλες οι αποφάσεις που αφορούν στη λειτουργία και τους στόχους τους παίρνονται στην ανοιχτή γενική συνέλευση, στην οποία μπορούν να παρευρεθούν όλοι/ες. Γίνεται προσπάθεια να είναι συναινετικές και να εκφράζουν το σύνολο των συμμετεχόντων.

9. Τα ΚΙΦΑ στηρίζονται στην αλληλεγγύη των πολιτών και δεν έχουν καμία οικονομική εξάρτηση από επίσημους κρατικούς φορείς ή ευρωπαϊκά προγράμματα χρηματοδότησης. Στα ΚΙΦΑ δεν γίνεται καμία οικονομική συναλλαγή, δεν δημιουργείται καμιά απολύτως

φορολογική ή άλλη υποχρέωση. Δέχονται προσφορές σε κάθε είδος που έχουν ανάγκη, δέχονται δωρεές και χορηγίες αλλά δε διαφημίζουν κανέναν για την όποια δωρεά κάνει, ούτε έχουν χορηγούς. Δεν επιτρέπουν καμία κομματική εμπλοκή στη λειτουργία τους ούτε επιτρέπουν την εκμετάλλευση του έργου των εθελοντών τους για προσωπική προβολή ή όφελος οποιουδήποτε.

10. Τα ΚΙΦΑ προωθούν την πανελλαδική δικτύωση για το συντονισμό κοινών δράσεων και πρωτοβουλιών στη διεκδίκηση του δικαιώματος υγείας για όλους, με βάση τα κοινά χαρακτηριστικά και αρχές τους. Δεν παρεμβαίνουν στη λειτουργία των άλλων ΚΙΦΑ και σέβονται τους κανονισμούς λειτουργίας του καθενός. Έχοντας πλήρη επίγνωση της πολύπλευρης διάστασης της αλληλεγγύης συμμετέχουμε σε πρωτοβουλίες:

- ο για τη δημιουργία Δικτύου Αλληλέγγυων Ιατρείων – Φαρμακείων.

- ο Συμμετέχουμε σε ευρύτερα δίκτυα κοινωνικής αλληλεγγύης, και επιδιώκουμε συνεργασία μεταξύ αντίστοιχων πρωτοβουλιών, που έχουν ως στόχο την καταπολέμηση της φτώχειας, του αποκλεισμού, της περιθωριοποίησης των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

- ο Αντιστεκόμαστε σε κάθε είδους αποκλεισμό, εθνικό, οικονομικό, φυλετικό και στηρίζουμε, προωθούμε και συμμετέχουμε σε δράσεις που προάγουν την άρση αυτών των αποκλεισμών.

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

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

- ο Συμμετέχουμε ή οργανώνουμε ημερίδες για τα ζητήματα της κοινωνικής αλληλεγγύης και της ανθρωπιστικής κρίσης.

- ο Συμβάλλουμε με παροχή νομικής βοήθειας σε άτομα που τη χρειάζονται όταν πλήττονται συλλογικά αγαθά, σε συνεργασία με άλλες αλληλέγγυες δομές

- ο Στήνουμε δίκτυα πληροφόρησης, συμμετέχουμε σε συναντήσεις επιστημονικών φορέων, εκδίδουμε ενημερωτικά και άλλα υλικά.

**“Crisis and Primary Health Care in Greece,
The case of study of three Social Surgeries-Drugstores of Solidarity in the Region
of Attica”**

Anastasia Michalatou

ABSTRACT

The main objective of this thesis is to examine the role of the Social Surgeries-Drugstores of Solidarity in the benefit of Primary Health Care System in the Attica Region during the years of crisis. The repercussions of recession on the households and the continuously increasing number of non-insured and destitute, led to mobilization of independent and autonomous citizens and collectivenesses. The result of the above mobilization is a creation of independent voluntary structures to provide medico-pharmaceutical care. The thesis consists of four chapters. The first chapter records the conceptual frame of health and PHC, as well as a basic approach of social policy. Also, there is an effort to correlate the health systems and welfare arrangements with the third sector. The basic characteristics and problems of Greek Health System, as well as the legislative regulations in the health sector and the access of non insured population to the health care, from the beginning of crisis until today, are described in the second chapter. The third chapter analyzes the role of local providers for benefit of PHC. More specifically, is studied the passage from municipal surgeries to social non-governmental surgeries. The fourth chapter presents the basic characteristics and activities of social surgeries of solidarity. Also, the results of qualitative research, realised in three social surgeries in Attica, are described at the present chapter. Finally, the above described chapters are leading to main conclusions.

Keywords: health system, economic crisis, primary health care, non-insured citizens, volunteerism, solidarity, social surgeries drugstores of solidarity