



**Τμήμα Οικονομικών Επιστημών**  
**ΜΠΣ Οικονομική Θεωρία & Πολιτική**

**«Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στον  
τομέα υγείας και πρόνοιας»**

---

**Η κατάσταση στην Ελλάδα**

**Φοιτήτρια:** Μαριλένα Δρίκου  
**Α.Μ.:** 177

**Επιβλέπων:** Ευάγγελος Νικολαΐδης

**Μέλη τριμελούς επιτροπής:** Φραγκίσκος Κουτεντάκης, Νίκος Σερντεδάκης

**Ρέθυμνο 2014**

---

# Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	2
Περίληψη .....	4
Εισαγωγή .....	5
Κεφάλαιο 1 Πολιτική, Οικονομία και Υγεία .....	8
1.1 Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα.....	8
1.2 Οι παράγοντες χάραξης πολιτικής υγείας.....	9
1.3 Η εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα υπό το πρίσμα των οικονομικών και κοινωνικοπολιτικών αλλαγών.....	11
1.3.1 Από την ίδρυση του ελληνικού κράτους έως τέλος του 19 <sup>ου</sup> αι. ....	12
1.3.2 Αρχές 19 <sup>ου</sup> αι. έως το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου .....	14
1.3.3 Από το 1945 έως σήμερα.....	17
1.4 Η σημερινή οικονομική κρίση .....	21
1.4.1 Οι αιτίες και οι συνέπειες της κρίσης παγκοσμίως.....	21
1.4.2 Η κατάσταση στην Ελλάδα.....	24
Κεφάλαιο 2 Οικονομική Κρίση και Υγεία.....	28
2.1 Τα ευρήματα των ερευνών.....	28
2.2 Οι επιπτώσεις της φτώχειας.....	34
2.3 Ανεργία και ψυχικές διαταραχές .....	38
2.4 Υπερχρέωση νοικοκυριών και κλονισμός της οικογενειακής ισορροπίας .....	43
2.4.1 Οι επιπτώσεις στα παιδιά και τους νέους.....	46
2.5 Πληθυσμιακές ομάδες στο περιθώριο και η απειλή για την κοινωνία .....	48
Κεφάλαιο 3 Οικονομική Κρίση και Σύστημα υγείας .....	51
3.1 Η δομή και τα χαρακτηριστικά του Συστήματος Υγείας.....	51

3.1.1	Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας .....	55
3.2	Υγειονομική Κρίση και τα οικονομικά της υγείας .....	56
3.3	Χρηματοδότηση και Δαπάνες υγείας.....	58
3.3.1	Πηγές χρηματοδότησης .....	64
3.3.2	Οι δαπάνες υγείας .....	68
3.4	Η Φροντίδα Υγείας υπό καθεστώς Μνημονίου .....	72
3.4.1	Τα νέα μέτρα στον τομέα της Υγείας .....	73
3.4.2	Τα προβλήματα στην υγειονομική περίθαλψη .....	78
Κεφάλαιο 4	Κοινωνική Πρόνοια και Αλληλεγγύη .....	90
4.1	Η έννοια του Κράτους Πρόνοιας και τα κοινωνικά προβλήματα.....	90
4.2	Η ανάπτυξη του Κράτους Πρόνοιας.....	95
4.3	Το Κράτος Πρόνοιας στην Ελλάδα .....	96
4.4	Οι φορείς.....	101
4.4.1	Δημόσιος τομέας.....	103
4.4.2	Ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας.....	105
4.4.3	Εθελοντικοί φορείς κοινωνικής πρόνοιας.....	106
4.5	Η ανεπάρκεια του Συστήματος.....	107
4.6	Ιδιωτικές – εθελοντικές πρωτοβουλίες κοινωνικής αλληλεγγύης.....	114
4.6.1	Νέες κοινωνικές πρωτοβουλίες .....	118
Επίλογος.....		123
Βιβλιογραφία .....		129

---

## Περίληψη

Στόχος της εργασίας είναι η ανάδειξη των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας και της σημασίας του κράτους πρόνοιας στην σημερινή δυσμενή κατάσταση. Αρχικά γίνεται καταγραφή της ιστορικής εξέλιξης του Συστήματος Υγείας και των διαφόρων οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών παραγόντων που το επηρέασαν. Επίσης, γίνεται μια συνοπτική ανασκόπηση των αιτιών και των επιπτώσεων της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης. Στο κύριο μέρος της εργασίας αναλύεται το πώς η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την υγεία του πληθυσμού, αλλά και τα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), ώστε να εκπληρώσει τον βασικό του στόχο που είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας του πληθυσμού. Τέλος, ορίζεται το Κράτος Πρόνοιας και ο ρόλος του στην προσπάθεια ανακούφισης των ευπαθών ομάδων που δεν μπορούν να καλυφθούν από το ΕΣΥ.

## Abstract

The objective of the thesis is the designation of fallouts of the Greek financial crisis in the Health System as well as the significance of the Welfare State in nowadays ominous situation. Firstly, it is presented an attempt to chronicle the evolution of the Healthcare System and the various financial, social and political factors that affect it. Furthermore, a brief retrospect of the root causes and the effects of the global financial crises are illustrated. In the main context of the thesis it is analyzed how the financial crisis affects public health as well as the problems the Healthcare System has to confront, so as to fulfil its main goal in terms of elevation, redemption and retention of the public health. Finally, the Welfare State is defined and its role is depicted in terms of relieving the fragile groups, which National Health System cannot cover.

---

## Εισαγωγή

Οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν σε μια χώρα επηρεάζουν άμεσα την οικονομική της ανάπτυξη. Οι ίδιες συνθήκες όμως επηρεάζουν εξίσου την ποιότητα των υγειονομικών συστημάτων και τους δείκτες υγείας του πληθυσμού της.

Η οικονομική κρίση των ημερών μας έχει προκαλέσει αύξηση της ανεργίας, ανασφάλιστη εργασία, εργασιακή ανασφάλεια, μείωση των εισοδημάτων και αύξηση του επιπέδου φτώχειας του πληθυσμού. Για την αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης καθοριστική σημασία έχει η διασφάλιση των μηχανισμών προστασίας των ατόμων από τους επικείμενους κινδύνους.

Το αντικείμενο της παρούσας εργασίας είναι η ανάλυση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας των πολιτών και των επιπτώσεων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Επιπλέον, επιχειρείται ο προσδιορισμός του ρόλου του Κράτους Πρόνοιας, καθώς και των μηχανισμών που έχει αναπτύξει η κοινωνία για την κάλυψη των αδυναμιών του. Τα βασικά ερωτήματα στα οποία επιχειρείται να δοθούν απαντήσεις είναι:

- α) Σε ποιο βαθμό οι πολίτες είναι εκτεθειμένοι στην ανεργία, στην φτώχεια και σε άλλους κινδύνους που συνδέονται με την οικονομική κρίση και προκαλούν αδυναμία ένταξης των πολιτών στον κοινωνικό και οικονομικό ιστό;
- β) Κατά ποιον τρόπο οι κίνδυνοι αυτοί επηρεάζουν την υγεία των πολιτών, αλλά και κατά πόσο ενισχύουν τις ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας;
- γ) Πώς επηρεάζεται το Σύστημα Υγείας από την νεοφιλελεύθερη οικονομική πολιτική που ασκείται;
- δ) Σε ποιο βαθμό το Κράτος ανταποκρίνεται στις συνταγματικές δεσμεύσεις περί κοινωνικής προστασίας;
- ε) Στην περίπτωση κατά την οποία το Κράτος αδυνατεί να ανταπεξέλθει, υπάρχει κοινωνική συνοχή και αλληλεγγύη, ώστε να μπορέσει να υποκατασταθεί η επίσημη προνοιακή κάλυψη;

Αναλυτικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο εξετάζεται η πολιτική υγείας στην Ελλάδα, τα γενικότερα χαρακτηριστικά που εμφανίζει και το σύνολο της κοινωνικής πολιτικής, που όπως προκύπτει είναι απόρροια της συγκεκριμένης δομής του κράτους – πρόνοιας στην Ελλάδα. Η πολιτική

υγείας αναπτύχθηκε ως επί το πλείστον στη βάση μιας αποσπασματικής λογικής, καλύπτοντας συγκεκριμένα προβλήματα και όχι στη βάση της λογικής της κάλυψης των αναγκών του συνόλου του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας. Στο ίδιο κεφάλαιο, παρουσιάζεται η εξέλιξη του συστήματος υγείας από την ίδρυση του ελληνικού κράτους και χωρίζεται σε τρεις μεγάλες περιόδους: (α) ίδρυση έως τα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα, (β) από τις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα έως τον Β' παγκόσμιο πόλεμο και (γ) από το 1945 έως σήμερα. Στις τελευταίες ενότητες του κεφαλαίου εκφράζονται οι αιτίες και οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης τόσο στην Ελλάδα όσο και παγκοσμίως.

Εν συνεχεία, στο δεύτερο κεφάλαιο εξετάζονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία του πληθυσμού -μέσα από τα ευρήματα των ερευνών- για τη σχέση οικονομικής κατάστασης και υγείας. Λόγω του σχετικά σύντομου χρονικού διαστήματος για την εμφάνιση των επιπτώσεων της κρίσης, καθώς και από το γεγονός ότι το επίπεδο υγείας είναι πολυπαραγοντικό φαινόμενο, η επίδραση της κρίσης στην υγεία των πολιτών δεν είναι προς το παρόν ξεκάθαρη. Επιπλέον, γίνεται εμβάθυνση στις επιμέρους επιπτώσεις της φτώχειας και της ανεργίας στην ψυχική υγεία των πολιτών. Τέλος, γίνεται μνεία στην περιθωριοποίηση πληθυσμιακών ομάδων και στην ισορροπία των οικογενειακών σχέσεων, που επαναπροσδιορίζεται υπό το πρίσμα της οικονομικής ανέχειας.

Στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζεται το Σύστημα Υγείας, η δομή του και οι αλλαγές που έχουν επέλθει σε αυτό, στα πλαίσια της δεινής οικονομικής κατάστασης της χώρας. Με την οικονομία σε κρίση, οι κυβερνήσεις, οι καταναλωτές και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί υγείας βρίσκονται υπό πίεση, καθώς η ανεργία αυξάνεται, το άγχος των εργαζομένων εντείνεται και η απώλεια θέσεων εργασίας οδηγεί σε μείωση της ασφαλιστικής κάλυψης. Τα δημόσια ελλείμματα και η ανεργία ασκούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης, αλλά και των ιδρυμάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας, τα οποία ελέγχονται από την κεντρική διοίκηση, αλλά και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, οι οποίες αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών.

Το τέταρτο κεφάλαιο της εργασίας αναλύει την έννοια και τη λειτουργία του Κράτους Πρόνοιας στην Ελλάδα, τους φορείς οι οποίοι παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες και το κατά πόσον αυτοί καλύπτουν τις ανάγκες των πολιτών. Οι δύο τελευταίες ενότητες του κεφαλαίου συνδέουν την ανεπάρκεια του Συστήματος Κοινωνικής Προστασίας με την εμφάνιση εθελοντικών

πρωτοβουλιών κοινωνικής αλληλεγγύης. Η κοινωνική ευημερία και η προστασία της υγείας των πολιτών, που λόγω οικονομικών συγκυριών δεν έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν τις ανάγκες αυτές, εξαρτάται από την κοινωνική συνοχή και την ανάπτυξη μηχανισμών κοινωνικής αλληλεγγύης. Η κρίση έχει γεννήσει διάφορους κοινωφελείς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, οι οποίοι στοχεύουν στην ανάπτυξη της κοινωνικής συνοχής και στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων που έχουν αναπτυχθεί.

Τέλος, στον επίλογο παρουσιάζονται τα γενικά συμπεράσματα και δίνονται συνοπτικά οι απαντήσεις στα ερωτήματα που έχουν ήδη τεθεί σχετικά με το πώς η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τον τομέα υγείας και πρόνοιας.

---

# Κεφάλαιο 1 Πολιτική, Οικονομία και Υγεία

## 1.1 Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα

Η ανάπτυξη και εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδος χαρακτηρίζεται από περιόδους στασιμότητας και περιόδους δυναμικών αλλαγών. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι πολιτικοί στην προσπάθειά τους για τη σωστή χάραξη πολιτικής υγείας στην χώρα, επιδίδονταν στην δημιουργία ενός μελετημένου σχεδιασμού, που όμως τις περισσότερες φορές η υλοποίησή του έμενε στα χαρτιά λόγω των πολιτικών αλλαγών που διαδραματίζονταν στη χώρα (πόλεμοι, εναλλαγές κυβερνήσεων). Στο πλαίσιο αυτό σε περιόδους που η υγεία του πληθυσμού έδειχνε σημαντική επιβάρυνση, μέσω των δεικτών δημόσιας υγείας και υπό το καθεστώς της πίεσης της κοινωνικής γνώμης, οι εκάστοτε κυβέρνηση αναγκαζόταν να λάβει άμεσα ριζοσπαστικά μέτρα για την αντιμετώπιση των επικείμενων προβλημάτων. Έτσι η πολιτική υγείας αναπτύχθηκε ως επί το πλείστον στη βάση μιας αποσπασματικής λογικής, καλύπτοντας συγκεκριμένα προβλήματα και όχι στη βάση της λογικής της κάλυψης των αναγκών του συνόλου του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας.

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα ξεκινά στο δεύτερο ήμισυ του 19ου αιώνα. Η περίοδος αυτή ταυτίζεται με την οικονομική ανασυγκρότηση της χώρας μετά το Β΄ παγκόσμιο πόλεμο. Τοποθετούνται οι βάσεις ενός «σύγχρονου» (για την εποχή) υγειονομικού χάρτη, που συμπίπτει με την προσπάθεια ανακούφισης του πληθυσμού, τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και την επέκταση των νοσοκομειακών μονάδων.

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο έγινε συνειδητή η ανάγκη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στις αναπτυγμένες χώρες με σημαντικό σταθμό την λειτουργία της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service ή N.H.S), το 1948 στην Μ. Βρετανία.



Στην Ελλάδα η πρώτη προσπάθεια για την εγκαθίδρυση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας έγινε το 1953 επί κυβερνήσεως Παπάγου με το Ν.Δ. 2592/53 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως».<sup>1</sup>

Η αμέσως επόμενη μεγάλη αλλαγή στο υγειονομικό σύστημα της χώρας χρονολογείται την περίοδο μετά το 1980, όπου στα πλαίσια της ένταξης της χώρας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και της ραγδαίας αύξησης των νέων τεχνολογιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας, γίνεται προσπάθεια για την δημιουργία και ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας.<sup>2</sup> Το 1983 με τον Ν. 1397 επιχειρείται η μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Βασικές αρχές του Ν.1397/1983 ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης.

## **1.2 Οι παράγοντες χάραξης πολιτικής υγείας**

Στο σχεδιασμό πολιτικών υγείας στόχος είναι η διασφάλιση του μέγιστου υγειονομικού οφέλους για τον πληθυσμό με το μικρότερο δυνατό κίνδυνο και με το χαμηλότερο δυνατό κόστος, δεδομένων των πόρων.

Το πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας σε μια χώρα προσαρμόζεται προκειμένου να ανταποκριθεί στις μεταβαλλόμενες κοινωνικές, δημογραφικές, οικονομικές και επιδημιολογικές της ανάγκες. Έτσι, η διαμόρφωση της πολιτικής υγείας δεν μπορεί να αποτελεί μια απομονωμένη διαδικασία, αλλά αντίθετα πρόκειται για μια συνισταμένη των διαχρονικών δομικών μεταβολών που πραγματοποιούνται σε κοινωνικό επίπεδο. Κάθε πολιτική που διαμορφώνεται στον τομέα της υγείας μιας χώρας θα πρέπει να αποβλέπει στη βελτίωση της

---

<sup>1</sup> Κωνσταντοπούλου Αικ., (2005): Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα, Διαθέσιμο στο <http://www.archive.gr/news.php?readmore=90>

<sup>2</sup> L. Liaropoulos, “Health care policy in Greece: a new and promising reform”, στο Euro Observer, Vol 3, N. 2, July 2001 Διαθέσιμο στο [http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/euroObserver/Obsvol3\\_no2.pdf](http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/euroObserver/Obsvol3_no2.pdf)

κατάστασης υγείας του πληθυσμού της, τη μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας και την αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των περιορισμένων πόρων.<sup>3</sup>

Η οργάνωση των συστημάτων υγείας πρέπει να διέπεται από τρεις αρχές που ταυτόχρονα αποτελούν και στόχους των συστημάτων υγείας τόσο σε ευρωπαϊκό αλλά και σε διεθνές επίπεδο.

Οι αρχές αυτές, όπως ανακηρύχθηκαν στην Στρατηγική της Λισσαβόνας<sup>4</sup> το Μάρτιο του 2000, είναι :

1. Η αρχή της αποδοτικότητας. Η αποδοτικότητα αναφέρεται στο σύνολο των πόρων που χρησιμοποιήθηκαν για την υλοποίηση των σκοπών του συστήματος υγείας.
2. Η αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας. Η αποτελεσματικότητα είναι ο βαθμός υλοποίησης των στόχων που έχουν τεθεί εκ των προτέρων. Αναφέρεται στην ορθολογική χρήση των κλινικών πόρων.
3. Η αρχή της ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης. Δηλαδή ίσες ευκαιρίες για την υγεία, ισότητα στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας και γεωγραφική ισότητα.

Πολλές φορές βέβαια, είναι δύσκολο να συνδυαστούν και οι τρεις στόχοι ταυτόχρονα, μιας και η αρχή της ισότητας έρχεται σε σύγκρουση με την αποτελεσματικότητα. Το πρόβλημα της ισότητας δεν μπορεί να λυθεί μόνο μέσω της πολιτικής υγείας, αλλά αποτελεί μέρος της γενικότερης δημόσιας και κοινωνικής πολιτικής.

Οι υπεύθυνοι για την χάραξη της υγειονομικής πολιτικής θα πρέπει να μπουν στη διαδικασία συλλογής αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων που λαμβάνουν υπόψη τους διαχρονικούς πολιτικούς, κοινωνικούς, θεσμικούς καθώς και οικονομικούς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν άμεσα τον τομέα της υγείας (Διάγραμμα 1). Τα στατιστικά αυτά στοιχεία μπορούν να αναδείξουν της πραγματικές ανάγκες και να προσδιορίσουν τους τομείς στους οποίους

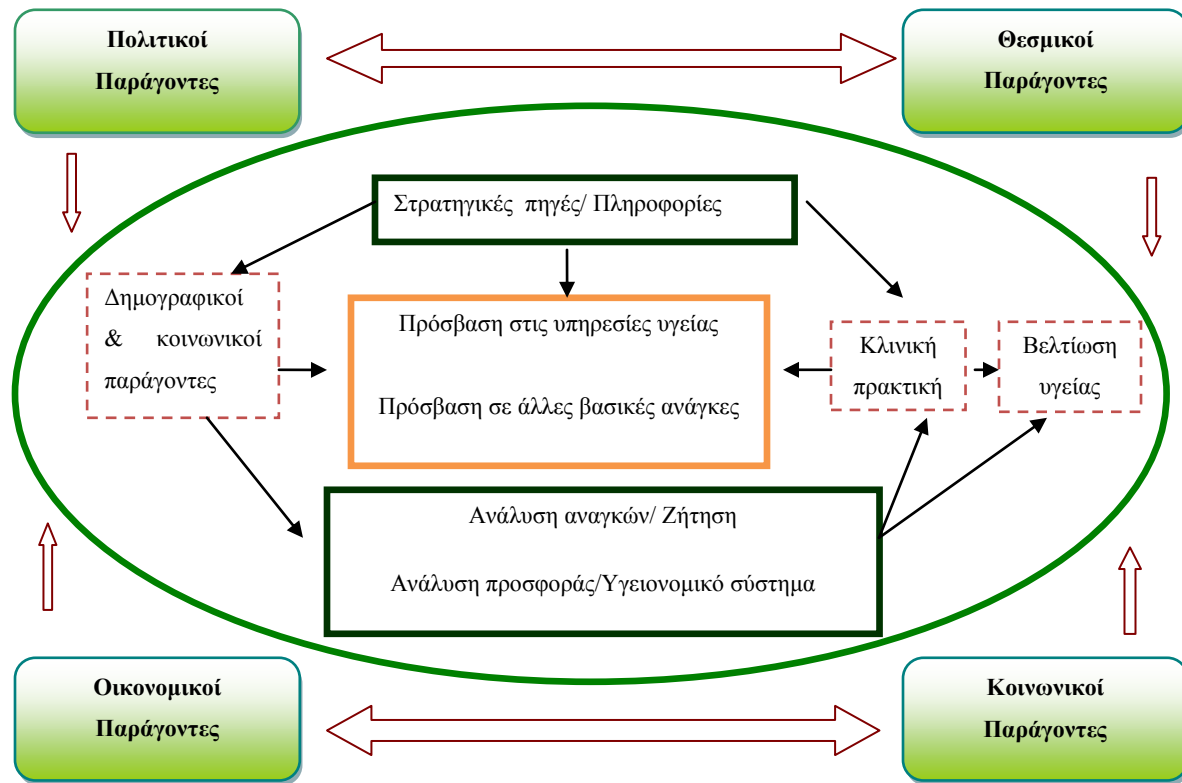
---

<sup>3</sup> Υφαντόπουλος Γ., *Τα οικονομικά της υγείας*, Αθήνα, 2006

<sup>4</sup> European Communities, Lisbon European Council, 23 and 24 March 2000: Presidency Conclusions, Brussels

απαιτούνται θεσμικές μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας και τη διασφάλιση της καλύτερης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

**Διάγραμμα 1:** Παράγοντες που συμβάλλουν στην πολιτική υγείας



Πηγή: Υφαντόπουλος Γ., 2006

### 1.3 Η εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα υπό το πρίσμα των οικονομικών και κοινωνικοπολιτικών αλλαγών

Στη συγκεκριμένη ενότητα γίνεται αναφορά στην Εξέλιξη του Υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας από δέκατο ένατο αιώνα και την εγκαθίδρυση του νέου ελληνικού κράτους (1833) έως και σήμερα.

Στο πέρασμα όλων αυτών των χρόνων η χώρα, ύστερα από τετρακόσια χρόνια υποδούλωσης στην Οθωμανική Αυτοκρατορία, βρισκόταν σε μια συνεχή προσπάθεια ανασυγκρότησης. Την περίοδο του εικοστού αιώνα ήρθε αντιμέτωπη με δυο παγκόσμιους και δύο εμφύλιους πολέμους, οικονομικές υφέσεις, την μικρασιατική καταστροφή, τον βαλκανικό πόλεμο, ενώ παράλληλα πέρασε διαστήματα με διδακτορικά καθεστώτα.

Όλα αυτά συντέλεσα αρνητικά στην γρήγορη ανάπτυξη του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας σε σχέση με τα αντίστοιχα συστήματα σε άλλες χώρες της Δυτικής κυρίως Ευρώπης.

### *1.3.1 Από την ίδρυση του ελληνικού κράτους έως τέλος του 19<sup>ου</sup> αι.*

Η σύσταση του νέου ελληνικού κράτους βρήκε την Ελλάδα χρεοκοπημένη από τις ανάγκες του πολέμου και τα «δάνεια της ανεξαρτησίας» που της εκχώρησαν οι χρηματοπιστωτικοί οίκοι του Λονδίνου. Την περίοδο της βασιλείας του Όθωνα (1832-1843) η χώρα αδυνατούσε να εκπληρώσει το δημόσιο χρέος της και ο Όθωνας αναγκάστηκε να κηρύξει επίσημη πτώχευση.

Οι ελλειπείς οικονομικοί πόροι είχαν αντίκτυπο σε όλους τους τομείς πολιτικών δραστηριοτήτων και ως εκ τούτου και στον τομέα της υγείας. Η έλλειψη γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού σε συνάρτηση με την άθλια οικονομική κατάσταση και τα υπόλοιπα κοινωνικά προβλήματα, έκαναν δύσκολη τη δημιουργία οποιασδήποτε υποδομής για την αποτελεσματική οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης. Την περίοδο εκείνη δεν υπήρχε σαφής υγειονομική πολιτική και τα πρώτα υγειονομικά μέτρα που πάρθηκαν, με τη δημιουργία της «Υγειονομικής Αστυνομίας» το 1833, σκόπευαν στην αντιμετώπιση των θανατηφόρων λοιμών της χολέρας και της πανώλης. Την ίδια χρονιά εισήχθη και ο θεσμός του νομίατρο, ο οποίος ήταν υπεύθυνος για θέματα υγείας σε κάθε νομό.<sup>5</sup> Τα πρώτα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν στις πιο εύρωστες οικονομικά πόλεις, ήταν το «Βαρδάκειο και Πρώιμο Νοσοκομείο ΣΥΡΟΥ» που ιδρύθηκε το 1827 από εράνους των κατοίκων και το «Δημοτικό Νοσοκομείο Ελπίς» στην Αθήνα το 1836 από δωρεά

---

<sup>5</sup> Κουρής Γ., Σουλιώτης Κ., Φιλαλήθης Α., Οι «περιπέτειες» των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας : Μια ιστορική επισκόπηση, Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Ιούλιος – Δεκέμβριος 2007, 1 : 35 - 67

του πατέρα του Βασιλιά Όθωνα.<sup>6</sup>

Από τη δεκαετία του 1860 και έπειτα, η ανάπτυξη της ελληνικής ναυτιλίας, βιομηχανίας και των τραπεζών οδηγούν στην πολιτική αφύπνιση της ελληνικής αστικής τάξης. Τα πρώτα αλληλοβοηθητικά ταμεία (του ΝΑΤ, των Μεταλλωρύχων, και των Δημοσίων Υπαλλήλων) άρχισαν να ιδρύονται από το 1861 και έπειτα. Το 1864 με πρώτη υγειονομική νομοθετική πράξη συστήνεται ο «Όργανισμός του Φρενοκομείου της Κέρκυρας».<sup>7</sup>

Το 1875 δημιουργείται το «Νοσοκομειακό Παιδευτήριο», που το 1881 οδηγεί στην ίδρυση του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», προσανατολισμένου στην εκπαίδευση νοσοκόμων<sup>8</sup>.

Όταν ο Τρικούπης αναλαμβάνει την πρωθυπουργία το 1881 παρά τις προσπάθειες του για εξορθολογισμό της λειτουργίας του κράτους, στην οικονομική του πολιτική υπηρετεί πιστά τις ανάγκες του μεγάλου κεφαλαίου της εποχής. Την ίδια χρονιά στην Ελλάδα προσαρτάται η Θεσσαλία και η Άρτα. Το εξωτερικό χρέος μεγαλώνει λόγω και των οικονομικών αποζημιώσεων που χρειάζεται να καταβληθούν στην Τουρκία για την παραχώρηση των περιοχών αυτών. Από το 1879 ως το 1890 η χώρα δανείζεται αλόγιστα και ο κρατικός προϋπολογισμός τις χρονιές εκείνες είναι μονίμως ελλειμματικός και το ισοζύγιο πληρωμών αρνητικό. Η ελληνική οικονομία φτάνει στην κατάρρευση το 1893 οπότε και ο Τρικούπης αναφωνεί στη βουλή το ιστορικό «Κύριοι, δυστυχώς επτωχεύσαμεν». Η πτώχευση του ελληνικού κράτους σήμανε υποτίμηση της δραχμής στη μισή αξία και ολοκληρωτικό μαρασμό της ελληνικής οικονομίας.

Οι οικονομικές συγκυρίες λοιπόν και στα τέλη του 19<sup>ου</sup> αιώνα δεν βοηθούσαν τη χώρα να επενδύσει στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας. Η κατάσταση ήταν στάσιμη από τη στιγμή που η υγειονομική νομοθεσία δεν είχε μεταβληθεί από την εποχή των Βαυαρών, ενώ

---

<sup>6</sup> Ι. Σιγάλας, Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου Υπηρεσίες Υγείας – Νοσοκομείο – Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτραμ 1999, σ.14

<sup>7</sup>Μανιού Μαρία, Ιακωβίδου Ελισάβετ, Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, Τόμος 8ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2009

<sup>8</sup> ΒΔ 36/1881 Περί ιδρύσεως νοσοκομείου εν Αθήναις προς θεραπείαν ασθενών και ιδίως προς εκπαίδευσιν και συντήρησιν νοσοκόμων γυναικών. ΦΕΚ 39/4.5.1881

παράλληλα οι πιστώσεις για την υγιεινή γενικότερα περικόπτονταν.<sup>9</sup>

### ***1.3.2 Αρχές 19<sup>ου</sup> αι. έως το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου***

Το 1909 η εκλογή του Βενιζέλου εγκαινιάζει μια νέα περίοδο πολιτικής κυριαρχίας της ελληνικής αστικής τάξης. Το «κόμμα των Φιλελευθέρων» επαγγέλθηκε τον εκσυγχρονισμό του ελληνικού κράτους. Η οικονομική του πολιτική ωστόσο δεν διαφοροποιήθηκε ιδιαίτερα από τις κυβερνήσεις του παρελθόντος μιας και στα χρόνια των κυβερνήσεων του (1910-15, 1917-20, 1928-32) στηρίχθηκε κατά κόρον στον εξωτερικό δανεισμό. Από το 1923 ως το 1932 τα συνεχή δάνεια από το εξωτερικό αυξάνουν το ανυπέβλητο πια δημόσιο χρέος ενώ το ισοζύγιο πληρωμών παρά τις όποιες προσπάθειες παραμένει αρνητικό.

Όμως η περίοδος της διακυβέρνησης της χώρας από τον Ελευθέριο Βενιζέλο (1909–1932), αποτελεί τη σημαντικότερη περίοδο της ανάπτυξης του συστήματος υγείας μέχρι την εποχή εκείνη. Τότε πραγματοποιείται η έκδοση νόμων και η θέσπιση μέτρων που στόχευαν στον ουσιαστικό έλεγχο και την αποτελεσματική πρόληψη των λοιμωδών νόσων.

Τότε δημιουργήθηκαν τα «Εθνικά Νοσοκομεία» (ΝΔ 10/10/25 «Περί ιδρύσεως νοσοκομείων») και τα αντιφυματικά ιατρεία, εκδόθηκαν νόμοι και θεσπίστηκαν μέτρα για τον έλεγχο και την πρόληψη των λοιμωδών νόσων. Το 1914 ο Νόμος 346/14 «περί επιβλέψεως της δημόσιας υγείας» προέβλεπε τη δημιουργία Διεύθυνσης «Δημόσιας Υγείας και Δημόσιας Αντίληψεως» στο Υπουργείο Εσωτερικών, τη σύσταση νομαρχιακών συμβουλίων υγείας και το διορισμό νομιάτρων. Το 1917 δημιουργείται το Υπουργείο Περίθαλψης και Δημόσιας Αντίληψης και το 1925 (ΝΔ 27/5/1925) συστήθηκε το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης και ιδρύθηκε η Υγειονομική Σχολή.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Δημήτριος Β. Ντούτσας, Άγνωστες ειδήσεις για την κοινωνική και σχολική υγιεινή το 1890: «Αλκιβιάδης Α. Κορδούλης, Πραγματεία περί τοῦ τι ποιητέον καὶ φευκτέον χάριν τῆς Ὑγείας». Σχολῆς Ἐπιστημῶν Ἀγωγῆς, Πανεπιστημίου Ἰωαννίνων, Διαθέσιμο στο <http://www.eriande.elemedu.upatras.gr>

<sup>10</sup> Παπαδάκη Α. Το υγειονομικό έργο του Ελευθερίου Βενιζέλου. Θεσσαλονίκη. Ελληνική Ιατρική 1965, 34:7

Από το 1900 έως το 1920 κατασκευάζονται νοσοκομεία στις πρωτεύουσες των νομών και κυρίως στην Αθήνα με τη βοήθεια ευεργετών όπως η ΣΩΤΗΡΙΑ, το ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ, το ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ, η ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ, το ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΤΟΥ ΕΡΥΘΡΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥ και το ΛΟΙΜΩΔΩΝ ΝΟΣΩΝ. Αυτά μαζί με τα μέτρα υγιεινής που λαμβάνονται από το αρμόδιο πλέον υπουργείο, βελτιώνουν το επίπεδο των παρεχομένων από το κράτος υπηρεσιών υγείας.<sup>11</sup>

Η ανάπτυξη των υγειονομικών υποδομών της χώρας κατά την προ του Β΄ παγκοσμίου πολέμου περίοδο και η συστηματική προσπάθεια προληπτικής αντιμετώπισης της μάλιστα της ελονοσίας και των λοιπών λοιμωδών νοσημάτων (όπως η πανώλης και η χολέρα), που αποτελούσαν τις βασικές αιτίες θνησιμότητας, ανέδειξαν την ανάγκη δημιουργίας εκπαιδευμένων επαγγελματιών για την περίθαλψη αλλά και για την πρόληψη.

Την ίδια περίοδο πραγματοποιείται και η μετατροπή των Ταμείων αλληλοβοήθειας, που είχαν δημιουργηθεί, σε Ασφαλιστικά Ταμεία. Τα Ασφαλιστικά αυτά Ταμεία κάλυπταν κυρίως το εργατικό ατύχημα και την εργατική αναπηρία<sup>12</sup>. Το 1922 θεσμοθετείται η υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση για τους εργαζόμενους στις αστικές περιοχές.

Μετά το 1922 παρουσιάζεται με έξαρση ο εξανθηματικός τύφος οφειλόμενος στις μετακινήσεις πληθυσμών από Βουλγαρία και Ρωσία αλλά και τη Μικρασιατική Καταστροφή του 1925. Το κύμα των προσφύγων αναγκάζει την ελληνική κυβέρνηση να προχωρήσει στην ίδρυση αγροτικών ιατρείων στη Μακεδονία και στη Θράκη, για να βελτιώσει τις συνθήκες ζωής αυτών των ανθρώπων. Οι υπηρεσίες υγείας εκείνη την περίοδο παρέχονταν κυρίως από προνοιακούς και εθελοντικούς φορείς και από την τοπική αυτοδιοίκηση. Ο βασικός χαρακτήρας αυτών των υπηρεσιών υγείας ήταν ιδρυματικός και τα νοσοκομεία ήταν κυρίως συγκεντρωμένα στις αστικές περιοχές.

Το 1928, η ελληνική κυβέρνηση αναγκάζεται να χαράξει μία υγειονομική πολιτική με αφορμή την ραγδαία εξάπλωση επιδημίας δαγκείου πυρετού. Την περίοδο από τον Οκτώβριο του 1927

---

<sup>11</sup> Παπαδάκης Ε. Μ., Η συμβολή του Ελευθέριου Βενιζέλου στην εξέλιξη της Δημόσιας Υγείας και Υγιεινής στην Ελλάδα, Ιατρικός Σύλλογος Χανίων, Διαθέσιμο στο [http://www.ishanion.gr/arthra\\_view.php?nid=4](http://www.ishanion.gr/arthra_view.php?nid=4)

<sup>12</sup> Βενιέρης, Δ., «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : Η ιστορία της μεταρρύθμισης», στο Κυριόπουλος και Σισσούρας (επ). Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη, εκδ. Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία, 1997, σ.151-153

έως τον Ιούλιο του 1928 η επιδημία αυτή έπληξε 1.320.000 άτομα<sup>13</sup>. Το 1929 συγκροτήθηκε Επιτροπή Ξένων Εμπειρογνομόνων για την αποτύπωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού στην Αθήνα και στον Πειραιά, στη Μακεδονία, στη Θράκη, στην Πάτρα, στο Νομό Ιωαννίνων, στη Κέρκυρα, στα Χανιά και στη Δυτική Κρήτη. Τα συμπεράσματα της επιτροπής ήταν απογοητευτικά μιας και η Ελλάδα θεωρήθηκε ως επικίνδυνη χώρα από πλευράς υγιεινής και υπήρξαν συστάσεις προς την ελληνική κυβέρνηση να λάβει τα μέτρα της σε αυτό το θέμα<sup>14</sup>. Ένα από τα μέτρα που έλαβε η Ελληνική Κυβέρνηση ήταν η ίδρυση της Ελληνικής Υπηρεσίας Υγείας, ένα κεντρικό οργανισμό που θα συγκέντρωνε και θα συντόνιζε όλες τις διάσπαρτες υπηρεσίες καθώς και τις ιδιωτικές δραστηριότητες που θα αφορούσαν όλες τις πλευρές της υγείας του πληθυσμού. Πυρήνας του συστήματος ήταν το Κέντρο Υγείας που περιλάμβανε ένα ή περισσότερα ιατρεία για ελονοσία, φυματίωση και παιδικές ασθένειες και ομάδα επαγγελματιών της υγείας. Κέντρα Υγείας δημιουργήθηκαν σε όλη την Ελλάδα. Στην περιοχή της Αθήνας και του Πειραιά ιδρύθηκε ειδική υπηρεσία, η Μητροπολιτική Υπηρεσία που θα είχε ως σκοπό την ενοποίηση όλων των διάσπαρτων υγειονομικών υπηρεσιών.

Το 1932, και υπό το καθεστώς της μεγάλης οικονομικής ύφεσης του 1929 που έπληξε όλο τον κόσμο και είχε άμεσες συνέπειες και στην οικονομία της Ελλάδας, ο Βενιζέλος αναγκάζεται να εγκαταλείψει καθυστερημένα τον «χρυσό κανόνα» και να υποτιμήσει την δραχμή. Την πρωτομαγιά του 1932 ανακοινώνει στη βουλή την πτώχευση της Ελλάδας και την στάση πληρωμών του εξωτερικού χρέους. Την ίδια χρονιά καθιερώνεται ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης στην χώρα μας που παρέχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και επιδόματα ασθενείας στους εργαζόμενους των αστικών περιοχών.

Το 1934 ιδρύεται το ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), όμως η τυπική έναρξη του θεσμού πραγματοποιείται το 1937 και αρχικά περιέλαβε τους εργαζομένους στις τρεις μεγαλύτερες πόλεις (Αθήνα, Πειραιάς, Θεσσαλονίκη)<sup>15</sup>. Από το 1940 και μετά καθορίζεται η οργάνωση των υπηρεσιών ασφάλισης υγείας από το ΙΚΑ και επεκτείνονται οι καλύψεις του πληθυσμού και σε άλλα θέματα που σχετίζονται με την υγεία, όπως καλύψεις μητρότητας, εξωνοσοκομειακή

---

<sup>13</sup> Λιάκος, Α., Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου, εκδ. Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος, 1993, σ.315-316

<sup>14</sup> βλ. Λιάκος (1993), σ.327

<sup>15</sup> βλ. Βενιέρης (1997), σ.157



περίθαλψη κλπ.<sup>16</sup> Επίσης η πρωτοβάθμια περίθαλψη άρχισε να παρέχεται από τις πολυκλινικές του ΙΚΑ και από τις κατ' οίκον επισκέψεις, ενώ η νοσοκομειακή περίθαλψη παρεχόταν από τα νοσοκομεία και από τις κλινικές που είτε άνηκαν εξ' ολοκλήρου στο ΙΚΑ, είτε είχαν συμβληθεί με αυτό.

### ***1.3.3 Από το 1945 έως σήμερα.***

Η χώρα μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο βρίσκεται σε κατάρρευση. Ο πόλεμος και ο διχασμός του εμφυλίου έχουν αφήσει στο πέρασμα τους φτώχεια, άθλιες συνθήκες διαβίωσης, ανθρώπινες απώλειες και υλικές καταστροφές.

Οι συνθήκες αυτές σημάδεψαν την πορεία ανάκαμψης του ελληνικού κράτους οδηγώντας την σε τραγικές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες με ιδιαίτερα οξυμένα υγειονομικά προβλήματα. Η περίθαλψη στα πρώτα μεταπολεμικά χρόνια χαρακτηρίζεται από την υγειονομική πολυαρχία και την παροχή υπηρεσιών από διάφορους ετερόκλητους φορείς, με χαοτικό τρόπο. Με τον Ν 2769/1941 δινόταν η δυνατότητα στον εκάστοτε υπουργό υγείας και υπουργό οικονομικών να ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των αναγκών του Β' Παγκοσμίου πολέμου. Τα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν με τον νόμο αυτό παρέμειναν σε λειτουργία και μετά το τέλος του πολέμου για να καλύψουν τις σημαντικές ανάγκες νοσοκομειακής περίθαλψης.<sup>17</sup>

Το κράτος έπρεπε να λάβει μέτρα για να αντιμετωπίσει αυτή τη δραματική κατάσταση και το 1953 γίνεται η πρώτη κεντρικά οργανωμένη προσπάθεια οργάνωσης και παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών, σχεδιασμένη σε περιφερειακή βάση, με τον νόμο 2592/1953.<sup>18</sup> Ο νόμος όμως αυτός δεν τέθηκε ποτέ σε εφαρμογή, ως αποτέλεσμα της απουσίας μιας γενικότερης περιφερειακής

---

<sup>16</sup> Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων: <http://www.ggka.gr/asfalistikokefIII.htm>

<sup>17</sup> Μανιού Μαρία, Ιακωβίδου Ελισάβετ ό.π.

<sup>18</sup> Νιάκας Δ, Υγεία και Περιφερειακή Ανάπτυξη – Η Περιφερειακή Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα 1993, στο Κουρής Γ. και συνεργάτες ό.π.

πολιτικής και της αυξανόμενης τάσης για αστικοποίηση που συνόδευε την ανασυγκρότηση του κράτους.

Το 1955 αποφασίζεται η ίδρυση δικτύου αγροτικών ιατρείων και το 1961 ιδρύεται ο Οργανισμός Αγροτικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ).<sup>19</sup> Η ασφαλιστική κάλυψη των αγροτών αποτελεί σταθμό στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης μιας και την εποχή εκείνη ο αγροτικός πληθυσμός αποτελούσε το 51% του συνολικού πληθυσμού της χώρας.

Το 1968 καθιερώνεται η υποχρεωτική αγροτική υπηρεσία για τους νέους ιατρούς, για να βελτιωθεί η κάλυψη των αγροτικών περιοχών σε ανάγκες υπηρεσιών υγείας.

Τις δεκαετίες του 1960 και του 1970 η ελληνική οικονομία παρουσίασε αλματώδη ανάπτυξη όπου δημιουργήθηκαν επιχειρήσεις και τράπεζες που με τη σειρά τους συγκρότησαν τους δικούς τους ασφαλιστικούς φορείς. Η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών βασιζόταν κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών και παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη.

Όμως η δικτατορία της περιόδου εκείνης εμπόδισε την διαμόρφωση συγκεκριμένης πολιτικής για την υγεία, με αποτέλεσμα την υπανάπτυξη του χώρου. Η στρατοκρατούμενη πολιτική εξουσία δεν επέτρεψε οποιαδήποτε μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας λόγω των προβλημάτων της γραφειοκρατίας, της πολυπλοκότητας, της αναποτελεσματικότητας και της κοινωνικής ανισότητας που επικρατούσαν και που επαυξήθηκαν με την οικονομική ύφεση του 1973-1974.

Αμέσως μετά τη μεταπολίτευση καλλιεργείται μια συνειδητή πορεία για μια βαθιά μεταρρύθμιση στην υγεία. Όλο αυτό το διάστημα είχαν πραγματοποιηθεί διάφορες μελέτες στο χώρο της υγείας οι οποίες όμως είτε ξεχάστηκαν σε συρτάρια είτε κατακρίθηκαν, πότε από τις πολιτικές δυνάμεις (π.χ. Σχέδιο Πάτρα) και πότε από τους επαγγελματίες του χώρου της υγείας (π.χ. Νομοσχέδιο Δοξιάδη).<sup>20</sup>

Λίγα χρόνια μετά την πτώση της δικτατορίας και την αποκατάσταση της δημοκρατίας

---

<sup>19</sup> Ο.π.

<sup>20</sup> Οικονόμου Χ., Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & στις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Αθήνα 2004, εκδόσεις Διόνικος, σελ.194 – 195.

επιχειρείται στην Ελλάδα η σημαντικότερη τομή στην πολιτική υγείας με την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983 με τον Νόμο 1397.<sup>21</sup> Οι κεντρικές πολιτικές επιλογές και οι βασικοί άξονες ανάπτυξης του ΕΣΥ ήταν :

- η αποκέντρωση του συστήματος υγείας και η ισόρροπή περιφερειακή ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας ώστε κανένας άρρωστος να μη χρειαστεί να αναζητήσει υπηρεσίες υγείας εκτός της περιφέρειάς του
- η ενιαία οργανωτική, διοικητική, λειτουργική και οικονομική διάρθρωση των νοσοκομείων
- η ανάπτυξη πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που βρήκε την έκφρασή της στην ίδρυση ενός εκτεταμένου δικτύου Κέντρων υγείας στις μη αστικές περιοχές
- η εφαρμογή στο ΕΣΥ του θεσμού του ιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης

Η ίδρυση του ΕΣΥ συνοδεύτηκε από ένα φιλόδοξο πρόγραμμα ανάπτυξης των μονάδων υγείας σε όλα τα επίπεδα<sup>22</sup>. Το πρόγραμμα είχε τους ακόλουθους στόχους :

- Πρωτοβάθμιας περίθαλψης: ίδρυση 184 Κέντρων Υγείας στις μη αστικές περιοχές της χώρας, εκ των οποίων 165 αμιγή Κέντρα Υγείας και 19 Κέντρα Υγείας – Νοσοκομεία
- Νοσοκομειακής περίθαλψης: περιφερειακή ανάπτυξη με στόχο την αύξηση του αριθμού των κλινών σε όλη τη χώρα και ειδικότερα την αύξηση του αριθμού των δημόσιων κλινών στην περιφέρεια
- επέκταση των κτιριακών υποδομών (π.χ. νέα νοσοκομεία)
- ανάπτυξη σύγχρονης νοσοκομειακής τεχνολογίας
- ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού

Η δημιουργία του ΕΣΥ αποσκοπούσε στη σύσταση ενός σημαντικού δημόσιου μονοπώλιο στο χώρο της υγείας στα πρότυπα του βρετανικού υγειονομικού συστήματος με έντονα στοιχεία κοινωνικής ασφάλισης. Στη δεκαετία του 1990 επιχειρείται η φιλελευθεροποίηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Καταβάλεται προσπάθεια ελέγχου των δημοσίων δαπανών υγείας, γίνεται

---

<sup>21</sup> Ζηλίδης, *Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000 – 2004*, εκδ. Mediforce, 2005, σ.19

<sup>22</sup> βλ. Ζηλίδης, ό.π.

μεταφορά σημαντικού μέρους της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς και ενθάρρυνση της ιδιωτικοποίησης και αποκρατικοποίησης στο χώρο της Υγείας.

Το 2001 με τον νόμο 2889, γίνεται νομοθετική παρέμβαση για τη μεταρρύθμιση στην υγεία, στα πλαίσια του σχεδίου μεταρρύθμισης «Υγεία για τον Πολίτη», που έθετε ως σκοπό τη μετεξέλιξη του ΕΣΥ σ' ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας που θα ανταποκρινόταν στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης, στα πλαίσια της διασφάλισης του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ.<sup>23</sup>

Παρόλο που τα τελευταία χρόνια έχει περιοριστεί η τάση για άμεση φιλελευθεροποίηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας, εντούτοις αυτό που είναι πλέον δεδομένο – και δεν φαίνεται ότι θα αλλάξει – είναι η συνύπαρξη του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα της υγείας και η προσπάθεια λειτουργίας του δημόσιου τομέα υγείας με βάση ιδιωτικο-οικονομικά κριτήρια.

Από τα όσα μας δίδαξε το παρελθόν, αλλά και όπως μπορούμε να διακρίνουμε σήμερα, η υγειονομική πολιτική της χώρας πραγματοποιείται ως επί το πλείστον με σπασμωδικές – συγκυριακές μεταρρυθμίσεις για την κάλυψη επίκαιρων προβλημάτων και όχι στη βάση μελετημένου – αποδοτικού σχεδιασμού. Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι μια αποτελεσματική μεταρρύθμιση σε ένα τόσο σημαντικό τομέα όπως είναι η υγεία, χρειάζεται ένα μεγάλο χρονικό διάστημα για να ξεκινήσει, να ελεγχθεί και εν τέλει να εδραιωθεί. Στην Ελλάδα οι συνεχείς εναλλαγές κυβερνήσεων όλα αυτά τα χρόνια, σε συνδυασμό με τα γρανάζια της γραφειοκρατίας και τις πελατειακές σχέσεις που αναπτύσσουν οι εκάστοτε πολιτικές κυβερνήσεις, στέκονται εμπόδια στο στοιχείο της συνέχειας που χρειάζεται για τον σωστό σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων που αφορούν στην υγείας του πληθυσμού.<sup>24</sup>

Σημαντικό, βέβαια, ρόλο στην διαμόρφωση της πορείας του τομέα της υγείας στην χώρα έχει και η οικονομία. Τα έντονα δημοσιονομικά προβλήματα και οι ελλειμματικοί προϋπολογισμοί

---

<sup>23</sup> Γ. Κουρής και συν. ό.π.

<sup>24</sup> Davaki K. and Mossialos E., Plusça Change: Health Sector Reforms in Greece Journal of Health Politics, Policy and Law, Feb – April 2005; Vol. 30, p.p. 143-168

καθίστανται τροχοπέδη στην χρηματοδότηση ενός προνοιακού συστήματος υγείας καθολικής κάλυψης.

Ο σημαντικός ρόλος της οικονομίας και των προβλημάτων που δημιουργεί η οικονομική κρίση στην Ελλάδα σήμερα αναλύεται στην επόμενη ενότητα. Επίσης, ο αντίκτυπος που έχει η κρίση αυτή στον τομέα της υγείας αποτυπώνεται στα επόμενα κεφάλαια της εργασίας.

## **1.4 Η σημερινή οικονομική κρίση**

Την τελευταία πενταετία βιώνουμε την πρώτη μεγάλη κρίση του αιώνα μας. Μια κρίση η οποία προήλθε αρχικά από την αγορά στεγαστικών δανείων χαμηλής εξασφάλισης (subprime mortgages) των ΗΠΑ το καλοκαίρι του 2007. Στη συνέχεια η κατάσταση επιδεινώθηκε λόγω της μείωσης της κατανάλωσης, της πτώσης των κερδών και των επενδύσεων σε πολλούς βιομηχανικούς κλάδους και τέλος από το γεγονός ότι οι επενδυτές αφαίρεσαν τις επενδύσεις τους από τις νέες αναπτυσσόμενες χώρες.

### **1.4.1 Οι αιτίες και οι συνέπειες της κρίσης παγκοσμίως**

Υπάρχει γενικά συμφωνία των αναλυτών ότι τέσσερις είναι οι βασικές κατηγορίες παραγόντων που θεωρούνται ότι συνέτειναν στην δημιουργία της Χρηματοοικονομικής Κρίσης του 2008<sup>25</sup>:

(α) Οι παγκόσμιες μακροοικονομικές ανισορροπίες:

Η τεράστια ανάπτυξη που γνώρισε τα τελευταία τριάντα χρόνια η Κίνα μέσω των εξαγωγών σε βιομηχανικά αγαθά προς τις ΗΠΑ, οδήγησε σε τεράστια πλεονάσματα του εμπορικού της ισοζυγίου τα οποία τοποθετήθηκαν σε ομόλογα των ΗΠΑ και άλλα δολαριακά αξιόγραφα. Το δολάριο παρέμεινε σε σχετικά υψηλά επίπεδα, εν αντιθέσει με τα επιτόκια δανεισμού τα οποία κρατήθηκαν χαμηλά. Αυτό, οδήγησε σε ενίσχυση της ρευστότητας και του δανεισμού στις ΗΠΑ αλλά και στη συγκράτηση του πληθωρισμού μιας και οι ρυθμιστικές αρχές δεν κατάφεραν να

---

<sup>25</sup> Τ. Κολλίντζας, Μ. Ψαλιδόπουλος, Ν. Καραμούζης, Γ. Χαρδούβελης, «Η κρίση του 2007 – 2009 : τα αίτια, η αντιμετώπιση και οι προοπτικές», Οικονομία και Αγορές, Eurobank Research, Τόμος IV, Τεύχος 8, Δεκέμβριος 2009

δομήσουν ένα επαρκές οργανωτικό πλαίσιο για να αποφύγουν τις στρεβλώσεις της αγοράς και να ελέγξουν τις αγορές.

(β) Υπερβολική Πιστωτική Επέκταση και Μόχλευση:

Τόσο στις ΗΠΑ, όσο και στις περισσότερες ανεπτυγμένες οικονομίες, η πιστωτική επέκταση που προερχόταν από την σχετικά μεγάλη αύξηση της νομισματικής βάσης, αλλά και από την τεράστια μόχλευση εντός και εκτός των ισολογισμών των πιστωτικών ιδρυμάτων (κυρίως των επενδυτικών τραπεζών και των hedge funds), ήταν εντυπωσιακή. Η μόχλευση που δημιουργήθηκε κλόνησε την χρηματοοικονομική σταθερότητα και ενίσχυσε τους συστημικούς κινδύνους.

(γ) Ασυμμετρική Πληροφόρηση και Προβλήματα Εντολέα-Εντολοδόχου:

Οι εμπορικές τράπεζες ακολούθησαν τακτική ασύμμετρης πληροφόρησης και επενδύσεων υψηλού κινδύνου, δείχνοντας επιδεικτική αδιαφορία όσον αφορά στην αποπληρωμή των δάνειων που είχαν εκδώσει. Η ύπαρξη ασυμμετρικής πληροφόρησης σχετικά με τα δομημένα προϊόντα (CDOs- Collateralized Debt Obligations, CDSsCredit Default Swaps, κ.α.), παρείχε την ευκαιρία στους εκδότες τους να αναλαμβάνουν υπερβολικό κίνδυνο με αδιαφανή τρόπο, κίνδυνος ο οποίος ούτε τιμολογούταν σωστά και ούτε αντισταθμιζόταν επαρκώς. Ταυτόχρονα, τα συστήματα αμοιβών των εμπορικών τραπεζών, των επενδυτικών τραπεζών, των ασφαλιστικών εταιρειών και των hedge funds δεν χαρακτηρίζονταν από την συμβατότητα κινήτρων ανάμεσα στα στελέχη και τους μετόχους των εταιρειών τους, με αποτέλεσμα επίσης να αναλαμβάνονται υπερβολικοί κίνδυνοι από άτομα τα οποία δεν θα υφίσταντο το κόστος των αποτυχημένων επιλογών τους .

(δ) Ρυθμιστικά κενά και ελλιπής εποπτεία :

Από το 1999 και μετά, το πολιτικό-ιδεολογικό υπόβαθρο τόσο στις ΗΠΑ όσο και σε άλλες χώρες απαξίωσε την εφαρμογή ρυθμιστικών μέτρων (κυρίως από τη Fed και την SEC) αναφορικά με την επικινδυνότητα της ανεξέλεγκτης πιστωτικής επέκτασης και της μόχλευσης. Την ίδια περίοδο, οι χρηματοοικονομικοί νεωτερισμοί δημιούργησαν νέες αγορές, χωρίς όμως να συνοδεύονται από τους κατάλληλους κανόνες λογιστικής απεικόνισης και το αντίστοιχο ρυθμιστικό και εποπτικό πλαίσιο.

Αποτέλεσμα αυτών ήταν :

- α) το παγκόσμιο Α.Ε.Π. να συρρικνωθεί,
- β) η υπερσυσσώρευση κεφαλαίου σε συνδυασμό με υποκατανάλωση,
- γ) η ανεργία αυξήθηκε ή παρέμεινε υψηλή,
- δ) οι τιμές στην ενέργεια και στα τρόφιμα αυξήθηκαν
- ε) Ο συνολικός αριθμός των ανθρώπων που ζουν σε απόλυτη φτώχεια, ανέβηκε στα 1,7 δις.

Μια σειρά μέτρων προσπάθησαν να περιορίσουν τις επιπτώσεις τις οικονομικής κρίσεις στο παγκόσμιο «χρηματοοικονομικό οικοδόμημα», χωρίς να προσπαθήσουν όμως να απαλύνουν τον κοινωνικό αντίκτυπο της κρίσης.

Οι ενέργειες που έγιναν ήταν κυρίως οι εξής<sup>26</sup>:

- α) Από το Μάρτιο του 2007 κι έπειτα, τέθηκαν σε εφαρμογή μέτρα για τη διάσωση της αγοράς ακινήτων, των ασφαλιστικών, των χρηματιστηριακών και των στρατηγικής σημασίας επιχειρήσεων.
- β) Κινητοποιήθηκαν δημόσιοι πόροι αξίας 9 τρις δολαρίων με σκοπό τη διατήρηση και στήριξη του χρηματοοικονομικού οικοδομήματος.
- γ) Δαπανήθηκαν 3 τρις δολάρια για την ανάπτυξη της βιομηχανικής παραγωγής.
- δ) Οι μεγάλες κεντρικές τράπεζες μείωσαν τους προεξοφλητικούς τους τόκους στο μηδέν. Ταυτόχρονα έδωσαν πολλά τρις δολάρια στις αγορές κεφαλαίων και τραπεζικών προϊόντων.
- ε) Τα κεφάλαια του ΔΝΤ διπλασιάστηκαν, ενώ του δόθηκε και η εποπτεία της αναδιάρθρωσης του χρέους και των προγραμμάτων οικονομικής ανασυγκρότησης σε περιπτώσεις εθνικής χρεοκοπίας.

Τα μέτρα αυτά είχαν σαν αποτέλεσμα να παρατηρούμε ορισμένες οικονομίες σε ανόρθωση και άλλες σε στασιμότητα ή και ύφεση, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα.

---

<sup>26</sup> Roth, H., (2011), «Η παγκόσμια οικονομική κρίση : Επιπτώσεις και προοπτικές», ομιλία στο Α.Π.Θ., [www.anixneuseis.gr](http://www.anixneuseis.gr), (προσπελάστηκε την 13<sup>η</sup>/09/2013)

### **1.4.2 Η κατάσταση στην Ελλάδα**

Η άσκηση πολιτικών που εφαρμόζεται τα τελευταία χρόνια στην χώρα προς την κατεύθυνση των αυτορυθμιζόμενων αγορών έχει ως συνέπεια την διόγκωση των διαθρωτικών προβλημάτων που έτσι κι αλλιώς χαρακτηρίζουν την οικονομία μας, όπως:

- Η παρατεταμένη συνύπαρξη υψηλού πληθωρισμού και χαμηλού ρυθμού οικονομικής ανάπτυξης.
- Η κακή διαχείριση και διοίκηση με τα μεγάλα δημοσιονομικά ελλείμματα.
- Τα υψηλά τρέχοντα ελλείμματα στο ισοζύγιο των διεθνών πληρωμών.
- Η στασιμότητα στην βιομηχανική παραγωγή και στις επενδύσεις γενικότερα.

Ο υπερδανεισμός και η υπερκατανάλωση του δημοσίου τροφοδότησε την υπερκατανάλωση του ιδιωτικού τομέα, συντηρώντας σημαντικά ελλείμματα στην ανταγωνιστικότητα και στην παραγωγικότητα. Η συνεχής επιβράδυνση του ρυθμού ανάπτυξης και τα διατηρούμενα και συνεχώς διογκούμενα Ελλείμματα του Δημοσίου και του Ισοζυγίου Τρεχουσών Συναλλαγών και το ύψος του Δημόσιου Χρέους κάνουν την χώρα ακόμη πιο ευάλωτη στους εξωτερικούς παράγοντες της διεθνούς οικονομικής κρίσης.<sup>27</sup>

Εξ αιτίας, κυρίως, της ανεύθυνης επεκτατικής δημοσιονομικής πολιτικής που εφαρμόστηκε στην περίοδο 2000-2009, η ελληνική οικονομία άρχισε να εξελίσσεται παραμορφωτικά. Η ήδη ισχνή παραγωγική βάση της χώρας συνέχισε να υποχωρεί, (αναλογικά προς τους υπόλοιπους κλάδους), δίνοντας την θέση της στην διευρυμένη εξυπηρέτηση της κατανάλωσης, στην εκτίναξη του όγκου και των αξιών των ακινήτων, και στον γιγαντισμό του δημόσιου τομέα.<sup>28</sup>

Η κρίση στη χώρα μας αποτυπώνεται ως εξής :

---

<sup>27</sup> ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ, «Η Κρίση της Ελληνικής Οικονομίας και η αντιμετώπιση της» στο [www.oe-e.gr/publ/ecocr/ecocr.pdf](http://www.oe-e.gr/publ/ecocr/ecocr.pdf)

<sup>28</sup> Δημήτρης Α. Ιωάννου, «Η «διαρθρωτική κατάρρευση» της ελληνικής οικονομίας. Τι έπρεπε να είχε γίνει, τι πρέπει να γίνει για την ανάκαμψη», 17/05/2013 < [www.foreignaffairs.gr](http://www.foreignaffairs.gr)>



- Συνεχής επιβράδυνση του ρυθμού ανάπτυξης του ΑΕΠ. (από +4,6% το 2008, σε -4,2% το 2013, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1.1)<sup>29</sup>
- Χαμηλή ανταγωνιστικότητα της χώρας. Η Ελλάδα βρέθηκε τελευταία από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 στην κατάταξη διεθνούς ανταγωνιστικότητας για την περίοδο 2012 – 2013, καταλαμβάνοντας την 96η θέση (χάνοντας έξι θέσεις σε σχέση με την προηγούμενη περίοδο 2011 – 2012).<sup>30</sup>
- Αυξανόμενο έλλειμμα του Ισοζυγίου Τρεχουσών Συναλλαγών ως ποσοστό του ΑΕΠ, το οποίο συνεπάγεται και αύξηση του Ελληνικού χρέους. (Πίνακας 1.1)
- Αύξηση του ελλείμματος του Κρατικού Προϋπολογισμού (Πίνακας 1.1)
- Μείωση δημοσίων επενδύσεων και αρνητική Καθαρή Επενδυτική Θέση της χώρας. (μείωση επενδύσεων κατά 64,8% στα έτη 2008-2013)
- Αύξηση των τιμών των αγαθών.<sup>31</sup>
- Μείωση μισθών. Ο κατώτατος μηνιαίος μισθός στην Ελλάδα, μετά την μείωση κατά 22% τον Φεβρουάριο του 2012, ανέρχεται πλέον μόλις στο 46% του αντίστοιχου κατώτατου μισθού της πρώτης ομάδας χωρών της ΕΕ.<sup>32</sup>
- Υπερχρέωση των νοικοκυριών και ιδιαίτερα των ασθενέστερων εισοδηματικών ομάδων (Γράφημα 1.1)
- Αύξηση του ποσοστού ανεργίας (Το ποσοστό ανεργίας το Φεβρουάριο του 2013 ανήλθε σε 27,0, έναντι 21,9% το Φεβρουάριο του 2012 και 26,7% τον Ιανουάριο του 2013)<sup>33</sup>
- Συνεχής φορολογική επιβάρυνση των εισοδημάτων των εργαζομένων και συνταξιούχων.

Τα βασικά μεγέθη που δείχνουν την κατάσταση στην οποία έχει οδηγηθεί η Ελληνική Οικονομία, αποτυπώνονται στον παρακάτω πίνακα :

<sup>29</sup> <http://www.oe-e.gr>

<sup>30</sup> Δείκτης Παγκόσμιας Ανταγωνιστικότητας 2012 – 2013, World Economic Forum, Τεύχος 40, Σεπτέμβριος – Δεκέμβριος 2012, <http://www.sepe.gr/newsletter/Research2/research2.html>, (προσπελάστηκε την 5<sup>η</sup>/9/2013)

<sup>31</sup> Ενδεικτικά κάποιες ανατιμήσεις που καταγράφηκαν τον Ιούλιο του 2013 σε σχέση με τον περασμένο χρόνο από την Ελληνική Στατιστική Αρχή : στο πετρέλαιο θέρμανσης 25,1% στα αεροπορικά εισιτήρια 15,5%, στις τιμές στα τιμολόγια της ΔΕΗ 12,3%, στα ασφάλιστρα μεταφορών 11,4%, στις οικιακές υπηρεσίες 8,1%, στα φρούτα 6,1%, στα λαχανικά 4,6%.

<sup>32</sup> Eurostat, Διαθέσιμα στοιχεία στο

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Minimum\\_wage\\_statistics/el](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Minimum_wage_statistics/el)

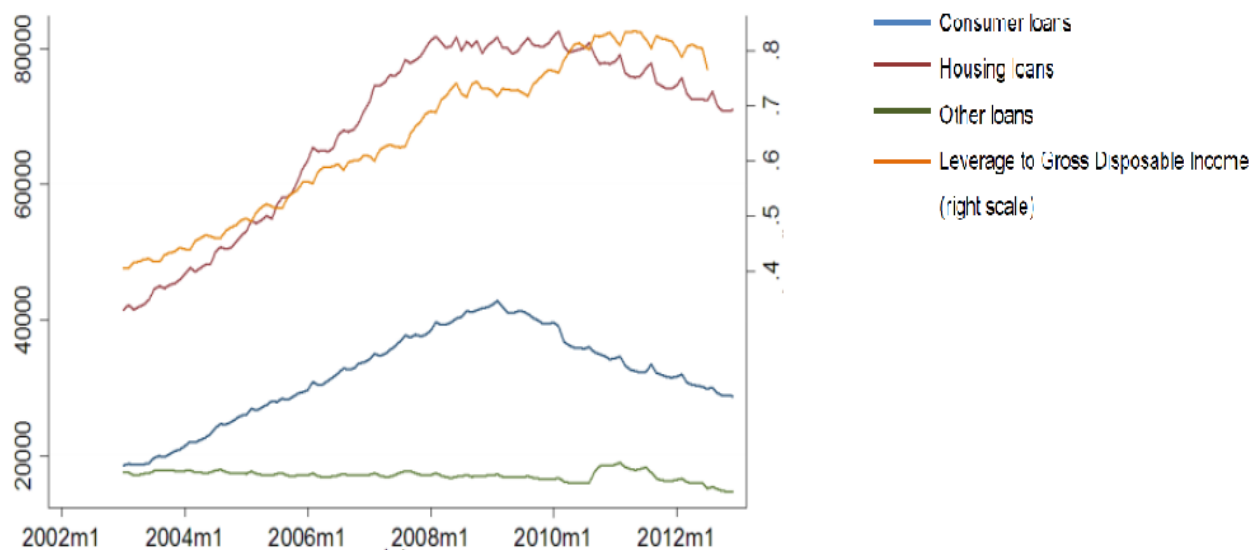
<sup>33</sup> ΕΛΣΤΑΤ, Διαθέσιμα στοιχεία στο <http://www.statistics.gr>

**Πίνακας 1.1** Βασικά Οικονομικά Μεγέθη της Ελληνικής Οικονομίας

ΕΤΟΣ	ΡΥΘΜΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ %	ΕΛΛΕΙΜΜΑ % ΑΕΠ	ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΤΡΕΧΟΥΣΩΝ ΣΥΝΑΛΛΑΓΩΝ % ΑΕΠ (Q1)	ΑΝΕΡΓΙΑ %	ΔΗΜΟΣΙΟ ΧΡΕΟΣ %	ΠΛΗΘΩΡΙΣΜΟΣ (Μέσος όρος έτους) %
2008	+4,6	9,4	-17,2	7,6	113	4,16
2009	-0,9	15,6	-13,8	9,5	129,4	1,21
2010	-3,9	10,3	-17,3	12,5	145	4,71
2011	-6,1	9,1	-14,6	17,7	165,3	3,34
2012	-6	6,8	-9,7	23,6	176,7	1,51
2013	-4,2	5,5	-5,3	24	188,4	-0,84

Πηγές : 1. Eurostat, 2. Inflation.eu

**Γράφημα 1.1.** Το πραγματικό χρέος των νοικοκυριών (αριστερή κλίμακα) και το χρέος ως προς το Ακαθάριστο Εγχώριο εισόδημα (δεξιά κλίμακα) στην ΕΕ των 27



Πηγή : European Credit Research Institute<sup>34</sup>

<sup>34</sup> Ales Chmelar, Household Debt and the European Crisis, Research Report, Paper presented at the ECRI Conference, 16 May 2013, Organised by the European Credit Research Institute (ECRI) and the Centre for European Policy Studies (CEPS) in Brussels

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια, σχετικές με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και της κατάστασης της υπερχρεώσεως που έχει βρεθεί τόσο το κράτος όσο και οι πολίτες, αποδεικνύεται ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής και την υγεία των πολιτών. Οι επιπτώσεις αυτές θα αναλυθούν στο επόμενο κεφάλαιο.

---

## Κεφάλαιο 2 Οικονομική Κρίση και Υγεία

### 2.1 Τα ευρήματα των ερευνών

Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στη υγεία του πληθυσμού δεν είναι ξεκάθαρη και φαίνεται να ποικίλλει, καθώς αποτελεί πολυπαραγοντικό φαινόμενο και για το λόγο αυτό η ερμηνεία των αποτελεσμάτων των σχετικών ερευνών θα πρέπει να γίνεται με ιδιαίτερη προσοχή.<sup>35</sup>

Ορισμένοι ερευνητές κάνουν λόγο για θετικές επιδράσεις τονίζοντας τη μείωση της υπερκατανάλωσης. Σύμφωνα με έρευνες<sup>36</sup> σε ΗΠΑ και Ευρώπη, σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης παρατηρήθηκε αύξηση της θνησιμότητας και μείωσή της σε περιόδους ύφεσης. Η ύφεση, μάλιστα, φαίνεται να σχετίζεται με μείωση της χρήσης αλκοόλ, των εισαγωγών στα νοσοκομεία και των θανάτων από τροχαία ατυχήματα.

Από την άλλη, έρευνες στην Ευρώπη υποστήριξαν τη θετική σχέση μεταξύ της οικονομικής κρίσης και του προσδόκιμου ζωής των ανδρών. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, το χαμηλό εισόδημα, η εργασία μειωμένης εξειδίκευσης και ο κοινωνικός αποκλεισμός έδειξαν να συνδέονται με αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική, ψυχολογική και συναισθηματική υγεία καθώς και με τον αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας.<sup>37</sup>

Η διερεύνηση των επιπτώσεων της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα αποτέλεσε στόχο της έρευνας του Γιωτάκου και συνεργατών.<sup>38</sup> Συγκεκριμένα, μελετήθηκε η ύπαρξη πιθανής συνάφειας μεταξύ της ανεργίας και του μέσου εισοδήματος της τελευταίας εικοσαετίας με τους ακόλουθους δείκτες ψυχικής υγείας, εισαγωγές σε ψυχιατρική

---

<sup>35</sup> Γιωτάκος Ο., Οικονομική κρίση και ψυχική Υγεία. Ψυχιατρική 2010, τ. 21 (3), σ.σ. 195-204

<sup>36</sup> ΕΥΘΥΜΙΟΥ Κ., ΑΡΓΑΛΙΑ Ε., ΚΑΣΚΑΜΠΑ Ε., ΜΑΚΡΗ Α., «Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα», ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ, 2013, τεύχος 50, σ.22

<sup>37</sup> Γιωτάκος ό.π.

<sup>38</sup> Γιωτάκος Ο, Καράμπελας Δ, Καυκάς Α. Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα. Ψυχιατρική 2011; 22:109–119

κλινική, επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και επείγοντα ψυχιατρικών κλινικών, αυτοκτονίες, ανθρωποκτονίες, θνησιμότητα και διαζύγια της τελευταίας δεκαετίας.<sup>39</sup>

Από την έρευνα προέκυψε ότι οι δείκτες ψυχικής υγείας που φάνηκε να έχουν σημαντική συσχέτιση με τους οικονομικούς δείκτες είναι οι επισκέψεις σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία και τμήματα επειγόντων ψυχιατρικών κλινικών, οι αυτοκτονίες, οι ανθρωποκτονίες και ο αριθμός διαζυγίων. Ειδικότερα, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ των επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία και στα επείγοντα (στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο) και της ανεργίας και του μέσου εισοδήματος. Δεδομένου ότι το μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι και οι δύο οικονομικοί δείκτες σχετίζονται ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο με τις επισκέψεις στα ιατρεία του Νοσοκομείου, μπορούμε να υποθέσουμε πως οι δύο αυτοί δείκτες επηρεάζουν διαφορετικά κομμάτια του πληθυσμού και πιθανότατα αντανακλούν την επίδραση διαφορετικών αιτιών που ωθούν τα άτομα στη χρήση των συγκεκριμένων υπηρεσιών.

Βρέθηκε επίσης ότι η αύξηση των αυτοκτονιών σχετίζεται με χαμηλότερο μέσο εισόδημα. Ακόμη, υψηλότερο μέσο εισόδημα σχετίζεται με λιγότερους θανάτους σε άτομα ηλικίας 15–70 ετών.

Σημαντικό εύρημα της έρευνας είναι η ύπαρξη θετικής συσχέτισης της ανεργίας τον αριθμό ανθρωποκτονιών ενώ δεν βρέθηκε κάτι αντίστοιχο για τον αριθμό των αυτοκτονιών. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η απουσία ευρήματος που να καταδεικνύει αύξηση των αυτοκτονιών με την αύξηση της ανεργίας πιθανά οφείλεται στις ακόμη βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις της κρίσης αλλά και στην ύπαρξη παραδοσιακών δομών κοινωνικής μέριμνας.

Από το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων πραγματοποιήθηκε έρευνα<sup>40</sup> πεδίου σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 5000 περίπου ενηλίκων ηλικίας 18-74 ετών. Για το σκοπό της έρευνας πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις στα σπίτια των συμμετεχόντων από τον Ιούλιο του 2009 έως και τον Ιανουάριο του 2010. Σύμφωνα με την έρευνα, φάνηκε δραματική αύξηση της

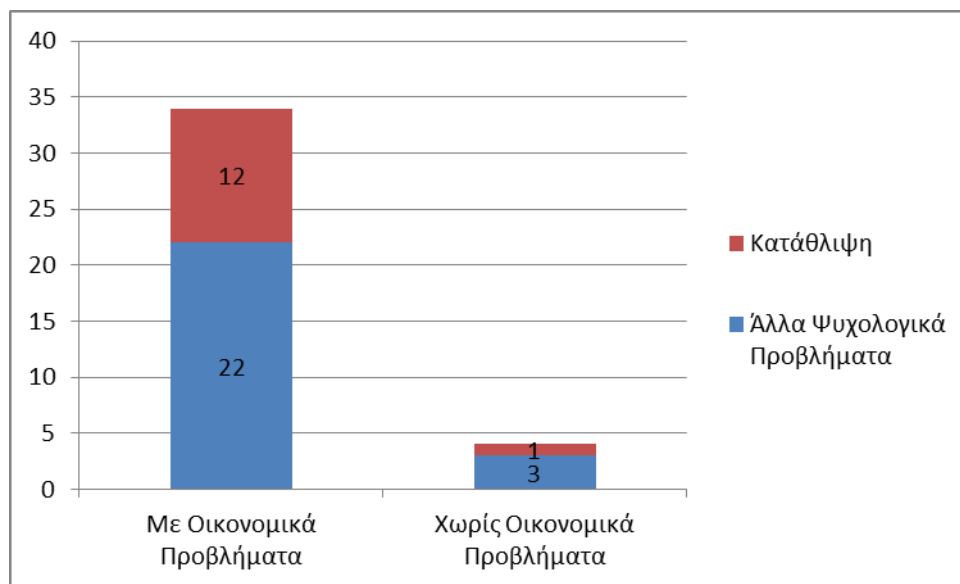
---

<sup>39</sup> Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε στο διάστημα Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2010 από τη βάση δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας και από τα Νοσοκομεία Αιγινήτειο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, Γενικό Κρατικό Αθηνών και Ευαγγελισμός.

<sup>40</sup> Σκαπινάκης Π. Επιδημιολογία Ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα. 1η Πανελλήνια Έρευνα Ψυχικής Υγείας. Paper presented at 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 5-8 Μαΐου 2011, Αθήνα. Διαθέσιμο στο internet <http://pskapinakis.posterous.com/panellinia-epidimiologiki-erevna>

συμπτωματολογίας σε άτομα με μικρότερο οικογενειακό εισόδημα ή σε άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες. Τα άτομα που αντιμετώπιζαν αρκετές έως πολλές οικονομικές δυσκολίες (ανεξάρτητα από το ύψος του εισοδήματός τους) ήταν σχεδόν 3 φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν σοβαρή ψυχοπαθολογία σε σχέση με τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες. Συγκεκριμένα, άτομα χωρίς οικονομικά προβλήματα εμφάνισαν συχνότητα σοβαρής ψυχιατρικής συμπτωματολογίας σε ποσοστό περίπου 3% και κατάθλιψη σε ποσοστό 1% ενώ τα ποσοστά στα άτομα με πολλές οικονομικές δυσκολίες ήταν 22% και 12% αντίστοιχα (Διάγραμμα 2.1.1).

**Διάγραμμα 2.1.1.** Συσχέτιση οικονομικών προβλημάτων και ψυχικής υγείας



**Πηγή: Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων**

Σχετικά με την απασχόληση, τη μικρότερη συχνότητα σοβαρής ψυχοπαθολογίας είχαν όσοι εργάζονται (είτε πλήρους, είτε μερικής απασχόλησης). Οι άνεργοι είχαν διπλάσια σχεδόν πιθανότητα να εμφανίζουν σοβαρή ψυχοπαθολογία ακόμη και όταν λαμβάνονται υπόψη και όλοι οι άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την συσχέτιση π.χ. εισόδημα. Επιπλέον, ήταν δυόμισι φορές πιο πιθανό να παρουσιάζουν «ευχές θανάτου» και ιδέες αναξιοσύνης για την ζωή ακόμη και όταν έλαβαν υπόψη στην ανάλυση το εισόδημα και τις οικονομικές δυσκολίες.

Ο Madianos et al.<sup>41</sup> πραγματοποίησαν πανελλαδική τηλεφωνική έρευνα δύο φάσεων, το 2008 με δείγμα 2,197 και το 2009 με δείγμα 2,192, με σκοπό τη διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της οικονομικής κρίσης και του επιπολασμού του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. Τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των δύο μεταβλητών και συγκεκριμένα έδειξαν ότι τα άτομα που αντιμετώπιζαν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου. Όσον αφορά τη σύγκριση των δεδομένων των δύο φάσεων, παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού επιπολασμού του Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου της τάξεως του 2,1 το έτος 2009 σε σχέση με το 2008.

Σε επόμενη έρευνα των Οικονόμου & συν.<sup>42</sup> που ακολούθησε τις ίδιες μεθόδους, παρατηρήθηκε ότι το 2011 υπήρξε 36% αύξηση στις αναφορές (34) απόπειρας αυτοκτονίας τον τελευταίο μήνα πριν τη διεξαγωγή της έρευνας έναντι των αναφορών (24) του 2009.<sup>43</sup>

Έρευνα του ΕΠΠΨΥ επεξεργάστηκε και ανέλυσε το περιεχόμενο των κλήσεων στην Τηλεφωνική Γραμμή Βοήθειας για την Κατάθλιψη από το Μάιο του 2008 έως τον Ιούνιο του 2011 με σκοπό την διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης της οικονομικής κρίσης και των αιτημάτων για την τηλεφωνική ψυχολογική υποστήριξη.<sup>44</sup> Όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα, από το πρώτο εξάμηνο του 2010 υπήρξε αυξανόμενος αριθμός κλήσεων από άτομα που ανέφεραν άμεσα ή έμμεσα ότι επηρεάζονταν από την οικονομική κρίση. Αξιοσημείωτο είναι ότι τα άτομα αυτά ήταν περισσότερο πιθανό να εμφανίσουν κατάθλιψη από ό,τι εκείνα που δεν αναφέρθηκαν στην κρίση. Υψηλό ποσοστό των τελευταίων, μάλιστα, βρέθηκε να εμφανίζει υπερένταση/τεντωμένα νεύρα και καταχρήσεις αλκοόλ ή ουσιών. Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την κατάχρηση ουσιών ή την αυτοκτονικότητα. Τέλος, το άγχος φάνηκε να επιβαρύνει κατά κύριο λόγο τους εργαζομένους, πιθανώς λόγω της έλλειψης ασφάλειας και της αβεβαιότητας που βιώνουν καθημερινά.

---

<sup>41</sup> Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis C. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol 2011; 46: 943–52

<sup>42</sup> Οικονόμου Μ, Πέππου Λ.Ε, Λουκή Ε, Κομπορόζος Α, Μέλλου Α, Στεφανής Κ. Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Ψυχιατρική 2012; 23:17–28

<sup>43</sup> Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) και το financial strain was measured by the Index of Personal Economic Distress (IPEd).

<sup>44</sup> Ευθυμίου και συνεργάτες ό.π.

Στις έρευνές τους οι Σκαπινάκης<sup>45</sup> και Φουντουλάκης<sup>46</sup>, αναλύοντας τα δεδομένα από τον Π.Ο.Υ. για τους δείκτες αυτοκτονίας στην Ελλάδα παρατήρησαν ότι το 2009, έτος έναρξης της βαθιάς οικονομικής ύφεσης, ο αριθμός των αυτοκτονιών ήταν ίδιος με εκείνον του 2000 και χαμηλότερος αυτών του 2005 και 2006. Επίσης, σε προηγούμενα έτη, εν απουσία οικονομικής κρίσης, οι δείκτες αυτοκτονίας εμφάνισαν αυξομειώσεις της τάξεως του 20%.

Επιπροσθέτως, σε έρευνα της Καραμανώλη<sup>47</sup> σημειώνεται η επίπτωση της οικονομικής ύφεσης στην ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Οι μειώσεις των δαπανών σε μισθούς και λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων λόγω περικοπών του κράτους οδηγούν σε μια πτώση της ποιότητας των υποδομών και υπηρεσιών. Αυτό σε ένα περιβάλλον εντατικοποίησης των επαγγελματικών απαιτήσεων έχει προκαλέσει πτώση του ηθικού και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού.

Τέλος, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα της Εθνικής Σολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ)<sup>48</sup>, οι κύριες αιτίες επιδείνωσης των δεικτών υγείας κατά σειρά αξιολόγησης είναι:

- Τα χρέη απ' τα δάνεια,
- η ανεργία και
- η απειλή απώλειας της εργασίας και
- μείωση των εισοδημάτων των εργαζομένων.

και η επιδείνωση του επιπέδου Υγείας πλήττει, κατά σειρά :

- τους χρονίως πάσχοντες (που αποτελούν το 38% του συνολικού πληθυσμού),
- τους φτωχούς,

---

<sup>45</sup> . Σκαπινάκης Π. Επιδημία αυτοκτονικών στην Ελλάδα; Ας το ξανασκεφτούμε. (Cite 12 January 2012). Διαθέσιμο στο internet <http://pskapinakis.blogspot.gr/2012/01/blog-post.html>

<sup>46</sup> . Fountoulakis K, Grammatikopoulos I, Koupidis S, Siamouli M, Theodorakis P. Health and the financial crises in Greece. Lancet 2012; 379:1001

<sup>47</sup> Karamanoli E. Dept crisis strains Greece's ailing health system. Lancet 2011; 378:303-304

<sup>48</sup> Στοιχεία αυτής της έρευνας, όπως και άλλων ερευνών, συζητήθηκαν στη διάρκεια του 8ου Πανελληνίου Συνεδρίου «Οικονομία και Υγεία σε κρίση: Αδιέξοδα και Υπερβάσεις», που έγινε στην Αθήνα (13 – 15 Δεκέμβρη 2012), και αφορούν στατιστικά στοιχεία μέχρι και το τέλος του 2011



- τους ηλικιωμένους,
- τους ανέργους και
- τους συνταξιούχους.

Από όλα τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι στην σύγχρονη κοινωνία, με το βάρος της οικονομικής κρίσης, οι πολίτες διακατέχονται από έντονη κοινωνική ανασφάλεια, μη έχοντας πια τα σταθερά στηρίγματα που τους επιτρέπουν να αισθάνονται κύριοι του μέλλοντος τους στηριζόμενοι σε ένα στέρεο παρόν.

Η κατάσταση αυτή έχει σοβαρές επιπτώσεις κυρίως στην ψυχική τους υγεία και όπως αναφέρει σε σχετικό άρθρο της η Ε. Πάβη, οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης αγγίζουν όλο το φάσμα των ψυχικών διαταραχών<sup>49</sup>:

- Αύξηση της συχνότητας της διακοπής της ψυχιατρικής παρακολούθησης και θεραπείας για οικονομικούς λόγους και λόγους δυσλειτουργίας του δημόσιου συστήματος ψυχικής υγείας και «ευρηματικότητα» των πολιτών σε σχήματα «αυτοθεραπείας» με εντυπωσιακή αύξηση της κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών, υπνωτικών και αγχολυτικών.
- Αύξηση του άγχους, του θυμού και της κατάθλιψης που συνδέονται άμεσα με το φόβο απώλειας εργασίας ή την ανεργία.
- Αύξηση περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας.
- Αύξηση χρήσεως ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ<sup>50</sup>

Στη συνέχεια του κεφαλαίου γίνεται μια προσπάθεια καλύτερης προσέγγισης των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στην υγεία των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων που πλήττονται από αυτές.

---

<sup>49</sup> Ελπίδα Πάβη, «Η Επένδυση στην υγεία σε περιόδους οικονομικής κρίσης» ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ , Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Περιοδικό, τεύχος 70, σ.4

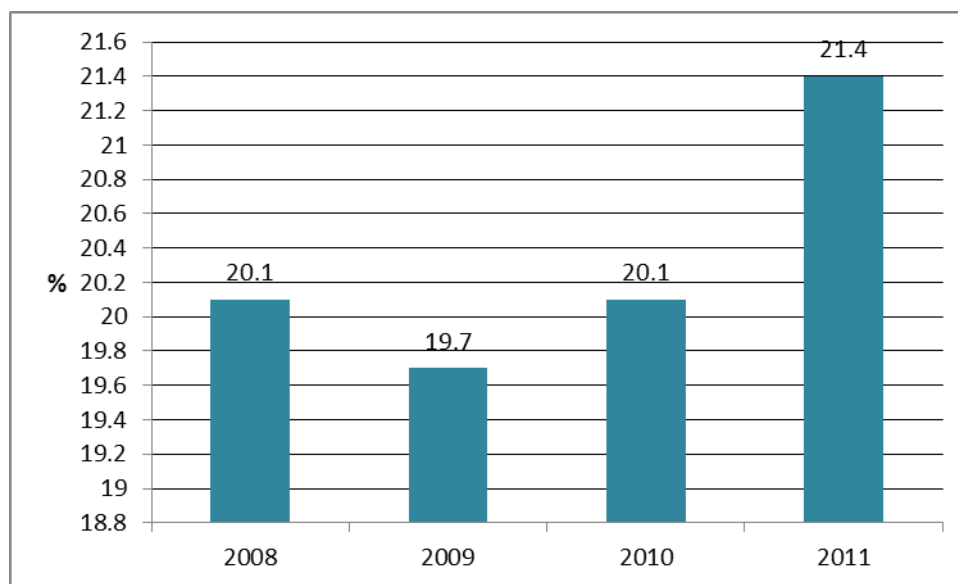
<sup>50</sup> Όπου, σύμφωνα με τα όσα γράφει η Πάβη ό.π., κάθε αύξηση κατά 3% στην ανεργία επιφέρει 28% αύξηση στους θανάτους από κατάχρηση αλκοόλ

## 2.2 Οι επιπτώσεις της φτώχειας

Η οικονομική κρίση προκαλεί δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι η μείωση ή/και η απουσία εισοδήματος προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια.<sup>51</sup>

Σε συνθήκες οικονομικής κρίσεως οι φτωχοί αποτελούν ομάδα κινδύνου αφού είναι οι πρώτοι που πλήττονται. Παράλληλα, τα άτομα που ήδη νοσούν, λόγω της υπάρχουσας έκπτωσης στη λειτουργικότητα, αποτελούν επίσης ομάδα υψηλού κινδύνου, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο όπου η φτώχεια ευνοεί τη νοσηρότητα αλλά και τα αντίστροφο.<sup>52</sup>

**Διάγραμμα 2.2.1:** Δείκτης Φτώχειας



Πηγή ΕΛΣΤΑΤ

Σύμφωνα με την περιοδική έκθεση της ΕΛΣΤΑΤ με θέμα τις «Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα»<sup>53</sup>, η φτώχεια αυξάνεται από το 19,7% το 2009 σε 20,1% το 2010 και 21,4% το 2011.

<sup>51</sup> Marmot M, Bell R. How the financial crisis affect health? BMJ 2009;338:858-860

<sup>52</sup> Ο. Γιωτάκος, Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία, Ψυχιατρική, 2010, τ.21, σ.σ. 195-204

<sup>53</sup> Διαθέσιμο στο ίντερνετ [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/LivingConditionsInGreece\\_0913.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/LivingConditionsInGreece_0913.pdf)

Δηλαδή έχουμε μια ποσοστιαία αύξηση 8,6% μεταξύ 2009 - 2012. Τα ποσοστά αυτά είναι μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις (ΕΚΑΣ, εισοδηματικές ενισχύσεις, επιδόματα ανέργων, οικογενειακά και άλλα επιδόματα ή βοηθήματα).

Πριν από την εφαρμογή αυτού του δικτιού κοινωνικής προστασίας, τα ποσοστά του κινδύνου φτώχειας είναι ακόμη μεγαλύτερα και φτάνουν το 22,7% το 2009, σε 23,8% το 2010 και 24,8% το 2011.

Όσον αφορά στις υλικές στερήσεις (πολίτες που αδυνατούν να ανταποκριθούν στην πληρωμή ενοικίων, λογαριασμών, δόσεων δανείου κ.τ.λ. ενώ στερούνται, κατά περίπτωση, πρόσβαση σε σειρά άλλων αγαθών και υπηρεσιών), το ποσοστό ανήλθε από 24,1% το 2010 στο 28,4% το 2011.

Τα τελευταία χρόνια η Eurostat, συμπληρωματικά στο δείκτη σχετικής φτώχειας, υπολογίζει δείκτες υλικής αποστέρησης που βασίζονται στη δυνατότητα των νοικοκυριών να καλύψουν τις ακόλουθες βασικές ανάγκες:

- 1) γεύμα με ψάρι ή κρέας κάθε δεύτερη μέρα,
- 2) μία εβδομάδα διακοπές το χρόνο,
- 3) αντιμετώπιση έκτακτων αλλά αναγκαίων δαπανών,
- 4) εξασφάλιση επαρκούς θέρμανσης στο σπίτι,
- 5) αποπληρωμή πάγιων λογαριασμών χωρίς δυσκολίες,
- 6) κατοχή πλυντηρίου στην κατοικία διαμονής,
- 7) κατοχή έγχρωμης τηλεόρασης στην κατοικία διαμονής,
- 8) κατοχή τηλεφώνου και
- 9) κατοχή αυτοκινήτου.

Ένα άτομο (ή νοικοκυριό) θεωρείται ότι βιώνει υλική αποστέρηση, όταν δεν μπορεί να ικανοποιήσει τουλάχιστον τρεις από τις παραπάνω ανάγκες. Με βάση αυτόν το δείκτη, προκύπτει ότι το ποσοστό των ατόμων που αντιμετώπισαν υλική αποστέρηση το 2011 αυξήθηκε

σε 28,4% από 21,8% που ήταν το 2008.<sup>54</sup> Η αύξηση αυτή απορρέει κυρίως από τη σημαντική άνοδο στο ποσοστό των ατόμων που δεν μπορούν να αποπληρώσουν χωρίς δυσκολίες πάγιους λογαριασμούς και που δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν έκτακτες αλλά αναγκαίες δαπάνες.

Επίσης, αξιοσημείωτη είναι η αύξηση στην αδυναμία των νοικοκυριών να εξασφαλίσουν επαρκή θέρμανση στο σπίτι, καθώς και διατροφή που να περιλαμβάνει κάθε δεύτερη μέρα κρέας ή ψάρι.

Τα παραπάνω στοιχεία καταδεικνύουν τη σημαντική επιδείνωση στις συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, όπου σε πρόσφατη έρευνα<sup>55</sup> το 31% του πληθυσμού δηλώνει ότι έχει κακό επίπεδο υγείας ενώ 2 στους 10 αρρώστους (17,5%) δεν έχουν χρήματα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Επιπλέον, πρόσφατα επιστημονικά ευρήματα έχουν καταδείξει την αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ κοινωνικής θέσης και έκθεσης στους κινδύνους. Δηλαδή, όσο χαμηλότερη είναι η κοινωνική θέση, τόσο μεγαλύτερη είναι η έκθεση στους διάφορους κινδύνους για την υγεία. Αυτό το φαινόμενο ονομάζεται κοινωνική διαβάθμιση στην υγεία.<sup>56</sup>

Σε έκθεση της Επιτροπής για τους Κοινωνικούς Καθοριστικούς Παράγοντες της Υγείας (2006) συνοψίζονται τα εξής ευρήματα<sup>57</sup>:

- Υπάρχει έντονα μια κοινωνική διαβάθμιση στην υγεία (όσο χαμηλότερη είναι η κοινωνική θέση ενός ατόμου, τόσο χειρότερη είναι η υγεία του).
- Οι ανισότητες στην υγεία είναι αποτέλεσμα των κοινωνικών ανισοτήτων και φυσικά δεν αντιμετωπίζονται μόνο μέσω του τομέα υγείας αλλά μέσω διατομεακής προσπάθειας.

---

<sup>54</sup> Διαθέσιμα στοιχεία στο ίντερνετ από τη Eurostat : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

<sup>55</sup> Β. Τσιάντου, Γ. Κυριόπουλος. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, 2010, Διαθέσιμα στο ίντερνετ : <http://www.nsph.gr>

<sup>56</sup> Χ. Δημητρακάκη, Η κοινωνική διαβάθμιση των ανισοτήτων στην Υγεία και οι Τομείς δράσης, ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ ,Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Περιοδικό, τεύχος 70, σ.7

<sup>57</sup> Prof. Dr Johan P. Mackenbach, Health Inequalities: Europe in Profile, An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU (February 2006), Διαθέσιμο στο ίντερνετ : [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rd06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf)

- Η οικονομική ανάπτυξη και ο πλούτος μιας χώρας δε σχετίζεται με το επίπεδο υγείας και ευημερίας του πληθυσμού.
- Η δράση που εστιάζει μόνο στους μη προνομιούχους πληθυσμούς δε θα μειώσει επαρκώς τις ανισότητες. Για να μειωθεί η κοινωνική διαβάθμιση στην υγεία, οι ενέργειες θα πρέπει να αφορούν όλον τον πληθυσμό με έμφαση ανάλογη με τα επίπεδα ανάγκης.

Σημαντικά επίσης είναι τα ευρήματα παλαιότερων ερευνών τα οποία αναδεικνύουν τις επιπτώσεις της οικονομικής δυσπραγίας στην ψυχική υγεία. Για παράδειγμα η έρευνα του Hudson<sup>58</sup> στην οποία καταδεικνύεται μια ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και της ψυχικής υγείας και τονίζεται ο σημαντικός ρόλος των κοινωνικών παραγόντων. Αλλά και στην έρευνα του Gilman et al.<sup>59</sup> όπου διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κατά την παιδική τους ηλικία έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης μείζονος κατάθλιψης (1,69 με 2,07 φορές) από ότι εκείνους με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ανεξάρτητα από την πορεία ζωής τους ακόμη και μετά την ενηλικίωσή τους.

Τέλος, η έρευνα των Taylor et al.<sup>60</sup> εξετάζει τη σχέση μεταξύ ποσοστών αυτοκτονίας και επιπολασμού των ψυχικών διαταραχών και αποπειρών αυτοκτονίας σε ομάδες διαφορετικού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου Αυστραλών κατοίκων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, για τους Αυστραλούς άνδρες το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σχετίζεται πιο στενά με την αυτοκτονία απ' ό,τι οι ψυχικές παθήσεις και μάλιστα ο κίνδυνος αυτοκτονίας από μόνον χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου παρέμενε σημαντικά υψηλός σε όλες τις ηλικίες. Αυτό δείχνει ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σχετίζεται με τον κίνδυνο αυτοκτονίας πέρα και πάνω από την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών, ένα εύρημα περισσότερο σύμφωνο με την ύπαρξη αιτιώδους συνάφειας. Οι ψυχικές παθήσεις και η προηγούμενη αυτοκτονική

---

<sup>58</sup> Hudson C. Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. *Am J Orthopsych* 2005; 75 (1):3–18)

<sup>59</sup> Gilman S, Kawachi I, Fitzmaurice MG, Buka LS. Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *Int J Epidemiol* 2002; 31:359–367

<sup>60</sup> Taylor R, Pagea A, Morrella S, Harrisonb J, Carterc G. Mental health and socio-economic variations in Australian suicide. *Soc Sci Med* 2005; 61:1551–1559

συμπεριφορά πιθανώς να παίζουν ένα διαμεσολαβητικό ρόλο για το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όμως η παρούσα έρευνα υποστηρίζει την ύπαρξη και μίας ανεξάρτητης σχέσης.

Εν κατακλείδι πρέπει να τονιστεί ότι οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση, ενώ τα άτομα και οι οικογένειες που βρίσκονται σε χαμηλή θέση διατρέχουν δύο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά.<sup>61</sup>

### 2.3 Ανεργία και ψυχικές διαταραχές

Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης. Συνεπώς, το ποσοστό της ανεργίας αντανακλά σε μεγάλο βαθμό την πορεία της οικονομίας.

Πλήθος ερευνητικών μελετών έχουν δείξει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ ανεργίας ή ανασφάλεια στην εργασία ή/και χαμηλότερου εισοδήματος και σοβαρών επιπτώσεων στην υγεία. Η ανεργία και η εργασιακή ανασφάλεια έχουν αρνητική επίδραση στην υγεία, αύξηση ψυχικών διαταραχών, εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες, αυτοκτονίες, θνησιμότητα από ισχαιμικές καρδιοπάθειες, με τις χαμηλότερες οικονομικά τάξεις να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο.<sup>62</sup>

Μία εκτενής έρευνα των Chang et al.<sup>63</sup> μελέτησε τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης (1997-1998) σε ασιατικές χώρες, όπως η Ιαπωνία, το Χονγκ Κονγκ, η Νότια Κορέα, η Ταϊβάν, η Σιγκαπούρη και η Ταϊλάνδη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αυτοκτονίες κατά την οικονομική κρίση αυξήθηκαν σημαντικά σε όλες τις χώρες. Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπήρξε αισθητή αύξηση των αυτοκτονιών σε Ταϊβάν και Σιγκαπούρη, όπου η οικονομική κρίση επηρέασε

---

<sup>61</sup> Γ. Κυριόπουλος, Β. Τσιάντου. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2010, 27 (5), σ.σ. 834-840

<sup>62</sup> Γ. Κυριόπουλος, Β. Τσιάντου., ό.π.

<sup>63</sup> Chang S, Gunnell D, Sterne J, Lu T-H, Cheng A. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. Soc Sci Med 2009, τεύχος 68(7), σ.σ.132–133

λιγότερο το κατά κεφαλήν ακαθόριστο εγχώριο προϊόν και τα ποσοστά της ανεργίας. Επομένως, υποδεικνύεται ότι η ασιατική οικονομική κρίση, κυρίως μέσα από την αύξηση της ανεργίας, προκάλεσε άνοδο των αυτοκτονιών στις περισσότερες χώρες της Ν.Α. Ασίας. Το στρες το οποίο προκαλείται από την ανεργία και τα οικονομικά προβλήματα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Εντούτοις, η ανεργία μπορεί να συμβάλλει στην αυτοκτονικότητα ανεξάρτητα από την ύπαρξη ψυχιατρικής ασθένειας. Πράγματι, μια πρόσφατη έρευνα που εξέταζε παράγοντες που σχετίζονταν με τις αυτοκτονικές σκέψεις βρήκε ότι η τρέχουσα ανεργία συνδέεται με μια σχεδόν τετραπλάσια αύξησή τους.

Οι Stuckler et al.<sup>64</sup> μελέτησαν σε 26 χώρες της Ευρώπης για το διάστημα 1970-2006, τον τρόπο που οι οικονομικές μεταβολές επηρέασαν τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη κατά τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, καθώς επίσης και τον τρόπο που οι κυβερνήσεις θα μπορούσαν να περιστεύουν τις δυσμενείς επιπτώσεις αυτών. Η έρευνα καταδεικνύει ότι η αύξηση της ανεργίας συνδέεται με την αύξηση των πρόωρων θανάτων εσκεμμένης βίας, μεταξύ αυτής και των αυτοκτονιών και όσο αυξάνεται η ανεργία μακροπρόθεσμα, αυξάνονται και τα ποσοστά αυτοκτονιών. Πιο συγκεκριμένα, βρήκαν ότι για κάθε αύξηση 1% στην ανεργία υπήρχε αύξηση 0,79% στις αυτοκτονίες, στις ηλικίες κάτω των 65 ετών, καθώς και αύξηση 0,8% στις ανθρωποκτονίες. Επίσης, αύξηση πάνω από 3% στην ανεργία είχε αντίστοιχα ακόμη μεγαλύτερη επίδραση στις αυτοκτονίες (αύξηση > 4%), στις ηλικίες κάτω των 65 ετών καθώς και στους θανάτους από χρήση αλκοόλ. Τέλος, βρήκαν ότι τα αυξανόμενα ποσοστά ανεργίας δεν είχαν καμία επίπτωση στο ποσοστό των αυτοκτονιών όταν οι δαπάνες σε ενεργά προγράμματα στήριξης της αγοράς εργασίας, τα οποία αποσκοπούν στη διατήρηση θέσεων εργασίας και την επανένταξη των απολυόμενων, ήταν πάνω από 190\$ ανά άτομο ανά έτος.

Σημαντική είναι η αύξηση των αυτοκτονιών κατά 26,5% σε σύγκριση με το 2011 και 43% σε σύγκριση με το 2007, παρουσίασαν οι αυτοκτονίες στην Ελλάδα λόγω κρίσης, σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι πρόκειται για την μεγαλύτερη

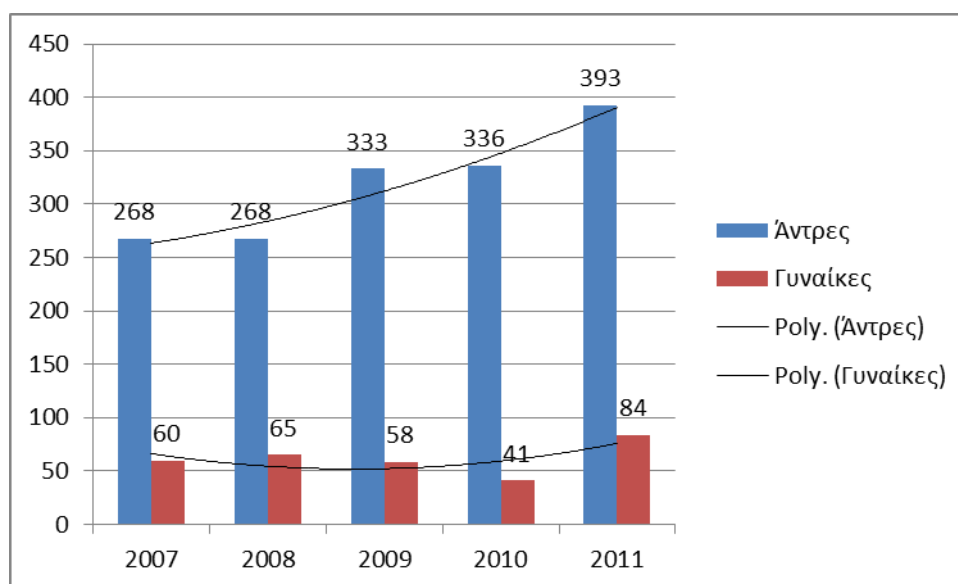
---

<sup>64</sup> Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe : an empirical analysis, *Lancet*, Ιούλιος 2009, τεύχος 374, σ.σ. 315-323

αύξηση που έχει καταγραφεί στην Ελλάδα τα τελευταία 50 χρόνια, οπότε και ξεκίνησε η επίσημη καταγραφή για τις αυτοκτονίες στη χώρα.

Στο Διάγραμμα 2.3.1, αναδεικνύεται η αύξηση αυτοκτονιών στην Ελλάδα την περίοδο 2007-2011. Συγκεκριμένα, η αύξηση του ποσοστού αυτοκτονιών των αντρών ανήλθε στο 46%, ενώ στο Διάγραμμα 2.3.2 φαίνεται πως η κύρια αιτία της αυτοχειρίας είναι η ανεργία. Το 16,4 ανέφερε οικονομικά προβλήματα ως αίτιο της αυτοκτονικής συμπεριφοράς.

**Διάγραμμα 2.3.1:** Αυτοκτονίες την περίοδο 2007-2011 στην Ελλάδα

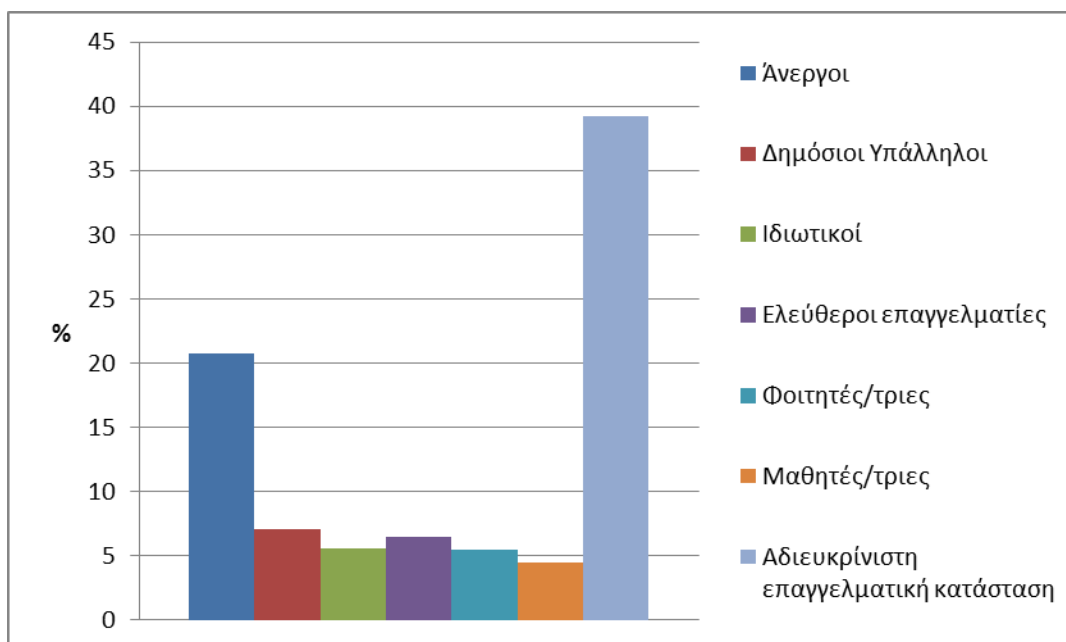


Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Αξιοσημείωτο δε είναι το γεγονός ότι, ενώ μέχρι πριν λίγα χρόνια, οι κλήσεις που δέχονταν οι γραμμές παρέμβασης αφορούσαν κυρίως θέματα που άπτονται ψυχικής υγείας, πλέον κυριαρχούν τα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα.



**Διάγραμμα 2.3.2:** Ποσοστά αυτοκτονιών με βάση την επαγγελματική κατάρτιση



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνει και η μελέτη των Economou et al<sup>65</sup> σε 13 ευρωπαϊκές χώρες, η οποία έδειξε στατιστικά σημαντική σχέση της ανεργίας και της θνησιμότητας (ανά 100.000 κατοίκους). Ειδικότερα, η αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνεπάγεται αύξηση στο δείκτη θνησιμότητας κατά 2,18 (δηλαδή 2,18 θανάτους/100.000). Επίσης, η ίδια μελέτη κατέδειξε τη θετική συσχέτιση της ανεργίας με τη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια.

Στην πλειοψηφία τους οι επιστημονικές έρευνες συμφωνούν ότι η ανεργία μπορεί να προκαλέσει τις ακόλουθες ψυχικές διαταραχές :

- κατάθλιψη (κυρίως στα άτομα μέσης ηλικίας),
- άγχος,
- κατάχρηση ουσιών (όπως το αλκοόλ),
- αυτοκτονικό ιδεασμό ή και αυτοκτονία (ιδίως στους άνδρες),
- αντικοινωνική συμπεριφορά (πχ. επιθετικότητα, βία).

<sup>65</sup> A. Economou et al., Are recessions harmful to health afterall? Evidence from the European Union, J Econ Stud, Vol. 35, σ.σ. 368 - 384

Και κατά συνέπεια να συσχετιστεί και με τη σωματική υγεία αφού κάτω από συνθήκες οικονομικής κρίσης, το αυξημένο στρες, η κατάθλιψη, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής και στις συνήθειες (πχ. διατροφή με πρόχειρο φαγητό ή ανθυγιεινές τροφές) μπορεί να οδηγήσουν σε<sup>66</sup>:

- Αύξηση της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες θανάτου, αλλά ειδικά από καρδιαγγειακά νοσήματα (πχ. ισχαιμική καρδιοπάθεια), αναπνευστικές παθήσεις (πχ. πνευμονία λόγω λοιμογόνων παραγόντων) και παθήσεις του ήπατος (πχ. κίρρωση λόγω αλκοολισμού).
- Αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας, λόγω δυσλειτουργίας του υγειονομικού συστήματος, εξαιτίας της μείωσης των δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας.

Όμως δεν είναι μόνο η απώλεια της εργασίας που επηρεάζει αρνητικά την υγεία, αλλά και η απειλή για την απώλεια της εργασία κάτω από το καθεστώς της εργασιακής ανασφάλειας που βιώνουν καθημερινά οι εργαζόμενοι.

Σύμφωνα με τα στοιχεία έρευνας της Η Ελληνική Εταιρεία Αντιρευματικού Αγώνα (ΕΛ. Ε. ΑΝ. Α.) που δημοσιεύτηκαν<sup>67</sup> το 2012, η Ελλάδα έχει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα που αναφέρουν αναρρωτικές άδειες που σχετίζονται με προβλήματα υγείας. Μόνο το 14% αναφέρει απουσία λόγω προβλημάτων υγείας, με τον ευρωπαϊκό μέσον όρο να ξεπερνά το 22%. Επίσης οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι Έλληνες δουλεύουν περισσότερες ώρες σε σχέση με τους ευρωπαίους, γεγονός που μπορεί να αποβεί επιζήμιο για την υγεία, την ασφάλεια και την ευημερία τους.

Ένας λόγος για το χαμηλό ποσοστό απουσιών είναι ο φόβος των εργαζομένων να μη χάσουν τη δουλειά τους σε περίπτωση που δηλώσουν ασθένεια. Με τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, πολλοί διακινδυνεύουν την υγεία τους και συνεχίζουν να εργάζονται σε ακατάλληλο χώρο εργασίας. Ενδεικτικό παράδειγμα είναι ότι έως και το 30% των ατόμων με αρθρίτιδες διστάζουν να αναφέρουν την πάθησή τους στους συναδέλφους και στους εργοδότες τους από το φόβο της διάκρισης και της απώλειας της εργασίας.

---

<sup>66</sup> M. E. Falagas, E. K. Vouloumanou, M. N. Mavros and D. E. Karageorgopoulos, Economic crises and mortality: a review of the literature, *International Journal of Clinical Practice*, August 2009, Volume 63, Issue 8, p.p. 1128–1135

<sup>67</sup> Εφημερίδα το «ΠΑΡΟΝ», «Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των εργαζομένων», Σάββατο 27/10/2012, σ.σ. 17-18

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι όσοι απολύθηκαν ή συνταξιοδοτήθηκαν πρόωρα είχαν χειρότερη εξέλιξη της υγείας τους από εκείνους που συνέχισαν να εργάζονται.

## **2.4 Υπερχρέωση νοικοκυριών και κλονισμός της οικογενειακής ισορροπίας**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, σύμφωνα με τα ευρήματα του 8<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου «Οικονομία και Υγεία σε κρίση: Αδιέξοδα και Υπερβάσεις», η σημαντικότερη αιτία της ραγδαίας επιδείνωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού είναι τα χρέη και τα δάνεια των νοικοκυριών, ενώ ακολουθούν η ανεργία, η επαγγελματική ανασφάλεια και η μείωση των εισοδημάτων.

Έτσι, όλο και περισσότεροι άνθρωποι αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες Υγείας, καθώς πια δεν μπορούν να διαθέσουν το συμπληρωματικό χρήμα για να αγοράσουν αυτές τις υπηρεσίες.

Έρευνα που πραγματοποίησε η Ένωση Καταναλωτών Ποιότητας Ζωής (ΕΚΠΟΙΖΩ)<sup>68</sup> σε 263 υπερχρεωμένα νοικοκυριά την περίοδο Μάρτιος – Ιούνιος 2011 ανέδειξε ότι η σημαντικότερη αιτία για την κατάσταση της υπερχρέωσης αποδίδεται στις μεθόδους δανεισμού των τραπεζών (52,3%), δεύτερη αιτία (32,6%) αναφέρεται ένα απρόβλεπτο γεγονός που συνέβη στη ζωή των ερωτώμενων όπως απώλεια εργασίας, αρρώστια, θάνατο. Ως τρίτη αιτία (20,7%) παρουσιάζονται οι μέθοδοι προσέγγισης των τραπεζών και ακολουθούν η οικονομική πολιτική της κυβέρνησης (15,4%) και η καταναλωτική συμπεριφορά των ιδίων των ερωτώμενων (8,9%).

Ένας στους 5 υπερχρεωμένους (19,7%) δηλώνει ετήσιο εισόδημα 0- 4.000 ευρώ, εισόδημα χαμηλότερο από τα όρια της φτώχειας.

Ως προς της υπερχρέωσης, το 21,7% χρωστάει 110.001- 200.000 ευρώ, το 19,3% από 20.001- 50.000 ευρώ, το 14,5% από 200.001- 300.000 ευρώ, το 14% από 80.001-110.000 ευρώ, το

---

<sup>68</sup> Διαθέσιμο στο ίντερνετ : <http://www.ekpizo.gr>

13,5% από 50.001-80.000 ευρώ, το 9,2% έως 20.000 ευρώ, το 5,3% από 300.001- 500.000 ευρώ και τέλος πάνω από 500.001 ευρώ το 1,9%.

Επτά στους 10, εκτός από την αδυναμία πληρωμής των οφειλών προς της Τράπεζες, αδυνατούν να ανταπεξέλθουν και σε άλλες υποχρεώσεις τους. Συγκεκριμένα 1 στους 3 οφείλει στη ΔΕΗ, 1 στους 4 σε ΟΤΕ, ΕΥΔΑΠ, Ασφαλιστικά Ταμεία και εφορία.

Όσον αφορά στις προσωπικές αιτίες, τα υψηλότερα ποσοστά συγκεντρώνουν, το υψηλό επιτόκιο των καρτών και των δανείων (61,6%), η ανακύκλωση των οφειλών τους (55,7%), η μείωση των αποδοχών τους (45,1%), η απώλεια εργασίας τους (35,3%). Επίσης στους βασικούς λόγους περιλαμβάνεται η αύξηση του πιστωτικού ορίου εν αγνοία των καταναλωτών (31%), η αρρώστια, ένα ατύχημα ή κάποιος θάνατος (27,5%), το υψηλό πιστωτικό όριο των καρτών (20%), η αντιμετώπιση οικονομικών προβλημάτων της ατομικής επιχείρησης (20%), ο λανθασμένος υπολογισμός των οφειλών αλλά και των εσόδων που είχαν (19,6%), οι ασαφείς όροι του δανεισμού (16,1%), κ.α..

Οι συμμετέχοντες της έρευνας προσπάθησαν να αντιμετωπίσουν την κατάσταση της υπερχρέωσης, μέσω της ανακύκλωσης των οφειλών 1 στους 2 (47,7%), αναζήτηση δεύτερης εργασίας (46,9%) και 4 στους 10 με δανεισμό από οικογένεια ή φίλο. Το 21,3% πούλησε ακίνητο, το 13% πούλησε αντικείμενα αξίας, το 11,3% πούλησε την κύρια κατοικία και γενικά οδηγήθηκε σε αλλαγή καταναλωτικής συμπεριφοράς (82,7% μείωσε την αγορά επώνυμων προϊόντων, 82,4% τις εξόδους, 60% τις δαπάνες διατροφής, 50% τις εκπαιδευτικές δαπάνες, 45,2% τις δαπάνες υγείας και 59,2% αγόρασε φθηνότερα προϊόντα).

Σημειώνεται ότι η κατάσταση της υπερχρέωσης βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά :

- την ψυχική υγεία των ερωτώμενων σε ποσοστό 72,5%,
- τη σωματική υγεία 55,8%,
- τις οικογενειακές σχέσεις 59,9%,
- τις επαγγελματικές σχέσεις 47,2% και
- τις φιλικές σχέσεις 43,8%.

Αντίστοιχα σε έρευνα που πραγματοποίησε η ΕΣΔΥ<sup>69</sup> σχετικά με την οικονομική κρίση και τα χρόνια νοσήματα, διαπιστώθηκε ότι οι ίδιοι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη μείωση του οικογενειακού τους εισοδήματος ως ιδιαίτερα υψηλή και δηλώνουν ιδιαίτερα απαισιόδοξοι για το μέλλον (ποσοστό 74,8%). Ως εκ τούτου, προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες του νοικοκυριού αλλά και του χρόνιου νοσήματός τους, προβαίνουν σε επιμέρους επιλογές και περικοπές συγκεκριμένων δαπανών (ένδυση, ταξίδια, δώρα, διασκέδαση, μειώσεις στο κόστος στέγασης, τις μετακινήσεις, τις τηλεπικοινωνίες, αλλά και στη διατροφή).

Αναφορικά με την υγεία, το 19,2% προχώρησε σε μείωση της δαπάνης, ενώ ένα ποσοστό 3% επέλεξε να μειώσει δαπάνες υγείας προκειμένου να εξασφαλίσει πόρους για την εκπαίδευση και τις σπουδές κάποιου μέλους της οικογένειας.

Το 20% περίπου των ερωτώμενων μειώνει τις δαπάνες υγείας και ειδικότερα το 16,7% τις επισκέψεις σε γιατρούς και το 14,7% και τις εργαστηριακές εξετάσεις.

Μολονότι, ένα μικρό ποσοστό του δείγματος (5.6%) αναφέρεται σε μη συμμόρφωση προς την ενδεδειγμένη συνταγογραφική οδηγία λόγω του κόστους, 1 στους 2 χρόνιους πάσχοντες σημειώνει ότι η διαρκής οικονομική επιβάρυνση σε συνδυασμό με τους εισοδηματικούς περιορισμούς ενδεχομένως να οδηγήσουν σε μεγαλύτερα ποσοστά μη συμμόρφωσης.

Σε αντίστοιχη πρόσφατη έρευνα του Πανεπιστημίου Αθηνών που αφορά όλο το πληθυσμό της χώρας και αναλύει κατά πόσον επηρεάζει η οικονομική ύφεση τη ζωή και την υγεία των Ελλήνων<sup>70</sup>, βρέθηκε ότι το 58% των πολιτών αντιμετωπίζει δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και το 75% αντιμετωπίζει πρόβλημα με την πληρωμή των φαρμάκων.

Η οικονομική κρίση έχει αφήσει τα αποτυπώματά της στο σύστημα και στους δείκτες Υγείας. Σύμφωνα με τους ειδικούς, και σε αυτή την έρευνα, παρατηρείται αύξηση των περιστατικών άγχους, κατάθλιψης, κατανάλωσης καπνού, οινοπνεύματος και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών,

---

<sup>69</sup> «Οικονομική κρίση και χρόνια νοσήματα», ΕΣΔΥ, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, διαθέσιμο στο <http://www.nsph.gr>

<sup>70</sup> Τα ευρήματα της έρευνας παρουσιάστηκαν στο 39ο Ετήσιο Συνέδριο της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών (IEA), που θα πραγματοποιηθεί το διάστημα 22 - 25 Μαΐου 2013.

καθώς και του ηλεκτρονικού τζόγου, ιδιαίτερα στους εφήβους, λόγω ενοχών για το οικονομικό φορτίο της οικογένειας.

#### **2.4.1 Οι επιπτώσεις στα παιδιά και τους νέους**

Το γενικευμένο αίσθημα αβεβαιότητας και ανασφάλειας που βιώνει η κοινωνία στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης επηρεάζει τόσο τις ατομικές όσο και τις ομαδικές κοινωνικές συμπεριφορές των ενηλίκων που διαμορφώνουν ένα αρνητικό περιβάλλον για την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη της ευπαθέστερης των κοινωνικών ομάδων που είναι τα παιδιά και οι νέοι.<sup>71</sup>

Η κοινωνία λοιπόν βρίσκεται σε κρίση, και η οικογένεια ως φορέας της διαταραχής κατακλύζεται από το αίσθημα απόγνωσης και αβοήθητου. Η οικογένεια είναι ένα σύστημα που αποτελείται από πολλαπλές κυκλικές αλληλεπιδράσεις. Αυτή τη χρονική περίοδο, τα συγκεκριμένα γεγονότα που η ελληνική κοινωνία αντιμετωπίζει, προκαλούν κρίση σ' ολόκληρη την οικογένεια άσχετα αν εκδηλώνεται σ' ένα μόνο μέλος της.<sup>72</sup>

Το παιδί γεννιέται μ' ένα ψυχικό και πολιτισμικό υπόβαθρο ενώ ταυτόχρονα αναπτύσσει συμπεριφορικές, συναισθηματικές και φαντασιωσικές σχέσεις με τη μητέρα του, τον πατέρα του και τ' αδέρφια του, ο δε τρόπος του καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνία που ανήκει.

Οι σχέσεις γονιών-παιδιών αναδιαμορφώνονται. Ο γονιός με αγχώδη διαταραχή αδυνατεί να απορροφήσει τα άγχη του παιδιού του, ο καταθλιπτικός αδυνατεί να εμπεριέξει τις αγωνίες του και να παρέξει σταθερότητα και συναισθήματα φροντίδας με αποτέλεσμα να το οδηγεί σε σύγχυση ρόλων, σε ψυχικές αναστολές των αναγκών του, στη διαμόρφωση ενός «ψευδούς εαυτού». Ο ενοχικός γονιός θα μεταφέρει τα δικά του άλυτα συγκρουσιακά θέματα στο παιδί με αντιφατικά και αντικρουόμενα μηνύματα. Οι μεταβολές κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, οι πολιτισμικού χαρακτήρα ιδιαιτερότητες, η κατάργηση των θεσμών, η συνεχής διάψευση, η

---

<sup>71</sup> Eurochild. How the economic and financial crisis is affecting children & young people in Europe. Report based on evidence collected through Eurochild membership, 2011, [www.eurochild.org](http://www.eurochild.org)

<sup>72</sup> Δημήτρης Κ. Αναγνωστόπουλος, Ευγενία Σουμάκη, Οι επιπτώσεις της κοινωνικο-οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων, Τόμος 23, τεύχος 1, σ.σ.1-4, διαθέσιμο στο [www.psych.gr](http://www.psych.gr)

έλλειψη ορίων, η σύγχυση ρόλων και γενικά τα διάφορα οικογενειακά μυστικά, οι σοβαρές συγκρούσεις και η δυσαρμονία του γονεϊκού ζεύγους, είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου που φέρνουν το παιδί σε μια κατάσταση είτε τραυματική λόγω της φύσης των ερεθισμάτων που δέχεται, είτε απώλειας του διευκολυντικού-υποστηρικτικού ρόλου του οικογενειακού πλαισίου.<sup>73</sup>

Το αποτέλεσμα είναι παιδιά παραμελημένα ή υπερπροστατευμένα και ανώριμα και ψυχιμοί σε αναστολή-ακινητοποίηση σαν άμυνα για την ψυχική τους επιβίωση, ή ψυχιμοί που εκδηλώνονται με βία εκδραματίζοντας τα σιωπηλά αισθήματα οδύνης και οργής.<sup>74</sup>

Εξαιρετικό ενδιαφέρον για το πώς βιώνουν οι έφηβοι το αρνητικό κλίμα στην οικογένεια λόγω των οικονομικών δυσχερειών παρουσιάζουν τα στοιχεία πανελλήνιας έρευνας (2010)<sup>75</sup>, που καταγράφουν ότι ένας στους τρεις 15χρονους καταναλώνει κάποιο οινοπνευματώδες ποτό τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, ένα στα τέσσερα αγόρια και ένα στα πέντε κορίτσια ηλικίας 15 ετών πίνουν σε κάθε «έξοδό» τους τουλάχιστον 3 ποτά και το 5,7% και το 2,3% των 15χρονων αγοριών και κοριτσιών, αντίστοιχα, αναφέρουν τουλάχιστον 3 περιστατικά μέθης τις τελευταίες 30 ημέρες.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η περικοπή των γενικών δαπανών για την υγεία και την πρόνοια, έχει οδηγήσει στη συρρίκνωση των ούτως ή άλλως ανεπαρκών παιδοψυχιατρικών υπηρεσιών του ΕΣΥ και στη κατάργηση ή μείωση ουσιαστικών πολιτικών παιδικής μέριμνας για τις ευπαθείς παιδικές ομάδες όπως π.χ. νοητικής υστέρησης και αναπτυξιακών διαταραχών.

Τέλος, σύμφωνα με την Eurostat, ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες όπως τα παιδεία και οι νέοι είναι ιδιαίτερα εκτεθειμένες, στον κίνδυνο φτώχειας και όπως δείχνουν τα στοιχεία του 2011, περισσότερα από 20 εκατομμύρια παιδιά διατρέχουν κίνδυνο φτώχειας. Για τα παιδιά

---

<sup>73</sup> Ο.π.

<sup>74</sup> Ο.π.

<sup>75</sup> Έρευνα HBSC/WHO, Πανελλήνια έρευνα στους μαθητές εφηβικής ηλικίας για συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία (2010), διαθέσιμο στο [www.epipsi.gr](http://www.epipsi.gr)

πολυμελών οικογενειών, ο κίνδυνος αυτός ανέρχεται σε 25% , υπερβαίνει δε το 30% για τα παιδιά μονογονεϊκών οικογενειών.<sup>76</sup>

Παράλληλα, ένα παιδί που μεγαλώνει, σε περιβάλλον φτώχειας και αποκλεισμού, διατρέχει υψηλότερο κίνδυνο περιθωριοποίησης, ως ενήλικος και επιπροσθέτως ο αριθμός των άπορων παιδιών, που πάσχουν, από χρόνια νοσήματα, είναι κατά 2,1 φορές υψηλότερος, από εκείνον των παιδιών εύπορων οικογενειών.<sup>77</sup>

## 2.5 Πληθυσμιακές ομάδες στο περιθώριο και η απειλή για την κοινωνία

Σήμερα στη χώρα μας ο ανασφάλιστος πληθυσμός αγγίζει τα 3 εκατομμύρια άτομα, συμπεριλαμβάνοντας μετανάστες και Ρομά.<sup>78</sup> Η οικονομική δυσπραγία, η ανέχεια και αδυναμία κάλυψης ζωτικών αναγκών μαστίζει μέρα με τη μέρα όλο και περισσότερους συνανθρώπους μας.

Σύμφωνα με τους Μπούρα και Λύκουρα<sup>79</sup> φαίνεται να υπάρχει αύξηση στον αριθμό των ανθρώπων που απευθύνονται στα Κέντρα Υποδοχής και Αλληλεγγύης (ΚΥΑΔΑ) προς ικανοποίηση των πρώτων αναγκών (σίτιση, στέγαση, φάρμακα και ιατρική περίθαλψη). Ο αριθμός εκείνων που απευθύνονται στα κέντρα σίτισης που παρέχονται από την εκκλησία έχει πολλαπλασιάσει κυρίως λόγω της αύξησης του αριθμού των Ελλήνων που προσφεύγουν σε αυτήν την λύση (35%-40% και ηλικίας 50 έως 70 ετών). Τα γεύματα που προσφέρονται καθημερινά έχουν διπλασιαστεί από 5.000 έως 10.000 και αυτό αφορά μόνο στην περιοχή της Αθήνας.

Στο άρθρο των Kentikelenis et al.<sup>80</sup> εντοπίζεται αύξηση της εγκληματικότητας με τα ποσοστά

---

<sup>76</sup> Κεκελέκη Ευαγγελία, Αποτέλεσμα της κρίσης: φτώχεια και κατανάλωση, διαθέσιμο στο <http://www.eesc.europa.eu>

<sup>77</sup> Ο.π.

<sup>78</sup> Πηγή ΕΣΔΥ

<sup>79</sup> Μπούρας, Γ., Λ. Λύκουρας, 2011, “Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία”, *Εγκέφαλος* 48: 54-61

<sup>80</sup> Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378: 1457-1458



των ανθρωποκτονιών και κλοπών να έχουν σχεδόν διπλασιαστεί στο διάστημα μεταξύ 2007 και 2009.

Μία σημαντική αύξηση στις λοιμώξεις από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) έλαβε χώρα στα τέλη του 2010. Ο επιπολασμός της χρήσης ηρωίνης φέρεται να αυξήθηκε κατά 20% το 2009 σύμφωνα με εκτιμήσεις από το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά.<sup>81</sup> Οι περικοπές του προϋπολογισμού το 2009 και το 2010 είχαν ως αποτέλεσμα την απώλεια του ενός τρίτου των street-work προγραμμάτων της χώρας. Ωστόσο, η ελληνική οργάνωση των Γιατρών του Κόσμου<sup>82</sup> εκτιμά ότι το ποσοστό των Ελλήνων που αναζητά ιατρική περίθαλψη από τις κλινικές του δρόμου αυξήθηκε από 3-4% πριν την κρίση σε περίπου 30%.

Στην πρόσφατη (Νοέμβριος 2012) έκθεση του Ευρωπαϊκού Κέντρου για την Πρόληψη και τον Έλεγχο Ασθενειών (ECDC)<sup>83</sup> φαίνεται ότι ενώ μεταξύ των ετών 2007 και 2010 δηλώνονταν ετησίως 10 ως 15 κρούσματα μόλυνσης από τον HIV μεταξύ των χρηστών ενέσιμων ναρκωτικών, κατά το 2011 καταγράφηκαν πλέον των 200 κρουσμάτων και από τις αρχές του 2012 ως και τον Οκτώβριο δηλώθηκαν 487, εντοπιζόμενα σχεδόν αποκλειστικά στην Αθήνα. Παράλληλα με την ενδοφλέβια χρήση ναρκωτικών, η αύξηση των κρουσμάτων AIDS στο συνολικό πληθυσμό, πιθανότατα οφείλεται στην επέκταση της πορνείας- και στο σεξ χωρίς προστασία.

Το πρόβλημα λαμβάνει διαστάσεις εκρηκτικές σε επίπεδο ανθρωπιστικό, καθώς μεγάλο πλήθος τοξικοεξαρτημένων στην Αθήνα είναι άστεγοι, χωρίς τακτική υγειονομική περίθαλψη και πρόσβαση στην κοινωνική μέριμνα.

Παρά την εξαιρετικά δυσοίωνη αυτή κατάσταση το Υπουργείο Υγείας αποφάσισε πρόσφατα να σταματήσει τη δωρεάν, ανώνυμη και εμπιστευτική πρόσβαση στο HIV τεστ, παραβλέποντας έτσι τις διεθνείς συστάσεις πρόληψης και αντιμετώπισης του νοσήματος του AIDS.

---

<sup>81</sup> [www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr)

<sup>82</sup> <http://mdmgreece.gr/>

<sup>83</sup> [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu)

Έτσι λοιπόν, ο αντίκτυπος εκτείνεται πέρα από το άτομο, την οικογένεια και τις κοινωνίες στο σύνολό τους. Κάτω από τις συνθήκες αυτές, λοιμώδεις ασθένειες, όπως ο HIV, θα μπορούσαν να αποτελέσουν απειλή για τη δημόσια υγεία με συνέπειες και πέραν των εθνικών συνόρων. Το κράτος θα πρέπει να πάρει ριζικές αποφάσεις για μεταρρυθμίσεις που θα αφορούν στην πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης.

---

## Κεφάλαιο 3 Οικονομική Κρίση και Σύστημα υγείας

### 3.1 Η δομή και τα χαρακτηριστικά του Συστήματος Υγείας

Το Σύστημα Υγείας δεν θα πρέπει να ταυτίζεται με το σύστημα της ιατρικής περίθαλψης. Μια τέτοιου είδους ταύτιση θα μπορούσε να είναι παραδεκτή αν η υγεία ήταν ένα καθαρά τεχνικό – οργανικό αγαθό που η προστασία της εξαρτάται από έναν τεχνικό μηχανισμό ιατρικών, νοσοκομειακών, φαρμακευτικών και παραϊατρικών στοιχείων.<sup>84</sup>

Σήμερα η υγεία αντιμετωπίζεται ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που επηρεάζεται εκτός από τους βιολογικούς και από ένα ιδιαίτερα μεγάλο αριθμό παραγόντων όπως : οικονομικούς, πολιτικούς, πολιτιστικούς, ηθικούς, οικολογικούς κ.ά. Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των φυσιολογικών – οργανικών και οικολογικών αναγκαιοτήτων και της υπάρχουσας κάθε φορά κοινωνικο – οικονομικής τάξης πραγμάτων.<sup>85</sup> Έτσι οι ανάγκες της υγείας δεν θα μπορούσαν να καλυφθούν αποκλειστικά και μόνο από ένα σύστημα ιατρικών φροντίδων.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το σύστημα υγείας ορίζεται ως «οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση υγείας». Ενώ σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο<sup>86</sup> το ολοκληρωμένο σύστημα υγείας είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας.

Ο Σούλης<sup>87</sup> προσεγγίζει το σύστημα υγείας με τρεις τρόπους :

- i) Σύστημα υγείας πολλαπλών μεταβλητών

---

<sup>84</sup> Σούλης Σ., Οικονομικά της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 1999, σ.31

<sup>85</sup> Ο.π. σ.32

<sup>86</sup> Λιαρόπουλος, Λ., *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Α' τόμος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2007, σ.202

<sup>87</sup> Σούλης Σ., ό.π., σ.σ. 33 - 38

Σύμφωνα με την θεώρηση αυτή, το σύστημα υγείας είναι ένα σύστημα τριών μεταβλητών :

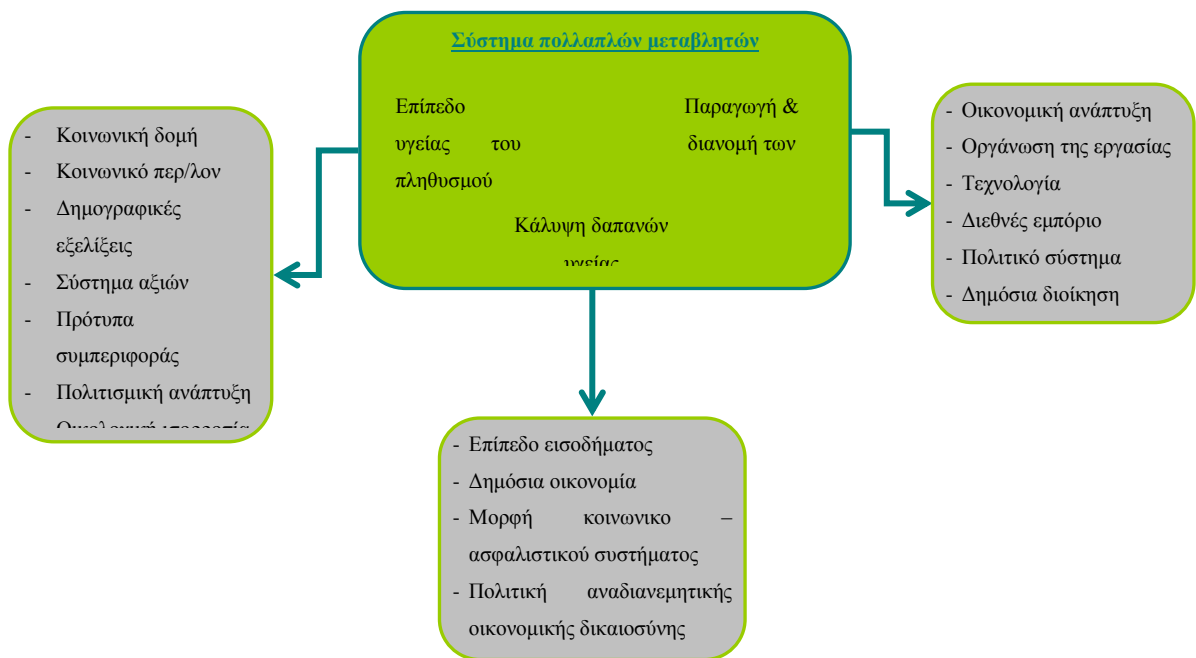
α) Μηχανισμός διερεύνησης των παραγόντων που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

β) Μηχανισμός παραγωγής και διανομής υπηρεσιών και αγαθών υγείας

γ) Μηχανισμός κάλυψης των δαπανών της υγείας

Οι μηχανισμοί αυτοί επηρεάζονται άμεσα ή έμμεσα από διάφορες εξωτερικές μεταβλητές όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα :

**Διάγραμμα 3.1.1 : Σύστημα υγείας πολλαπλών μεταβλητών**



ii) Σύστημα υγείας συνολικού κύκλων εργασιών

Το σύστημα υγείας βάσει της συγκεκριμένης θεώρησης αποτελείται από εννέα υποσυστήματα:

α) Υποσύστημα ιατρικού κύκλου. i) Πρωτοβάθμια φροντίδα

ii) Δευτεροβάθμια / τριτοβάθμια φροντίδα

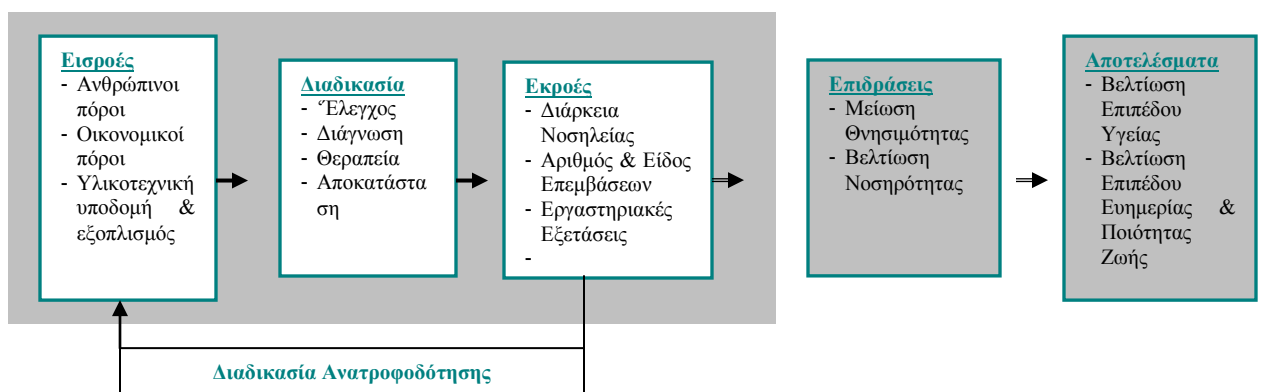
- β) Υποσύστημα ιατροκοινωνικού κύκλου (περίθαλψη ατόμων με ειδικές ανάγκες και προβλήματα κοινωνικής παθολογία)
- γ) Υποσύστημα περιβάλλοντων τομέων (εξασφάλιση δημόσιας υγείας, υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας, την περιβαλλοντική υγιεινή και την σχολική υγιεινή)
- δ) Υποσύστημα εναλλακτικών μορφών φροντίδας.
- ε) Υποσύστημα ερευνητικών κέντρων.
- στ) Υποσύστημα εναλλακτικών μορφών ιατρικής.
- ζ) Υποσύστημα παραγωγής (μονάδες σχετικές με τις υπηρεσίες υγείας)
- η) Υποσύστημα δευτερεύουσας παραγωγής. (άλλες μονάδες όπου χρησιμοποιούνται επαγγελματίες υγείας)

Αναλυτικά το σύστημα υγείας συνολικού κύκλου εργασιών παρουσιάζεται στον Πίνακα 3.1.1

iii) Σύστημα υγείας ως παραγωγική διαδικασία

Η τρίτη θεώρηση του συστήματος υγείας ως παραγωγική διαδικασία αντιλαμβάνεται το σύστημα υγείας ως ένα κλασικό μοντέλο παραγωγής που περιλαμβάνει τις εισροές, την διαδικασία, τις εκροές και την αποτελεσματικότητα μέσω της παραγωγικής διαδικασίας στην οποία εμφανίζονται τα αναγκαία ποσοτικά και ποιοτικά στοιχεία με τα οποία επιδιώκεται η επίτευξη του ιατρικού αποτελέσματος.

**Διάγραμμα 3.1.2.** Σύστημα υγείας ως παραγωγική διαδικασία



**Πίνακας 3.1.1. : Αναλυτική Οριοθέτηση του Συστήματος Υγείας Συνολικού Κύκλων Εργασιών**

ΙΑΤΡΙΚΟΣ		ΙΑΤΡΟ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ	ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΕΣ ΤΟΜΕΙΣ	ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ	ΠΑΡΑΓΩΓΗ	ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΆΛΛΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΔΕΥΤΕΡ/ΜΙΑ – ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κέντρα υγείας, Κέντρα ψυχικής Υγιεινής, Περιφερειακά Ιατρεία</li> <li>- Αγροτικά Ιατρεία</li> <li>- Ιατρεία Ο.Τ.Α.</li> <li>- Πολυιατρεία Οργανισμών Κοιν. Ασφάλισης</li> <li>- Στρατιωτικά Ιατρεία</li> <li>- Ιδιωτικά Ιατρεία</li> <li>- Ιδιωτικά Διαγνωστικά Κέντρα</li> <li>- Ιδιωτικά Εργαστήρια</li> <li>- Ιδιωτικά Κέντρα Αποκατάστασης</li> <li>- Φαρμακεία</li> <li>- Οδοντιατρεία</li> </ul> <p>ΚΙΝΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Κινητές Μονάδες Προληπτικής Ιατρικής</li> <li>- Κινητές Μονάδες Αιμοδοσίας</li> <li>- Κινητά Στοματολογικά Ιατρεία</li> </ul> <p>ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Κέντρα Οικογενειακού Προγραμματισμού</li> <li>- Κέντρα Γενετικής Καθοδήγησης</li> <li>- Κέντρα Γονιμότητας Στεριρότητας</li> <li>- Κέντρα Υγιεινής Βρεφικής &amp; Προσχολικής Ηλικίας</li> </ul> <p>ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑ &amp; ΠΡΟΝΟΙΑΣ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δημόσια Νοσηλευτήρια</li> <li>- Κοινοτικοί Υγειονομικοί Σταθμοί</li> <li>- Νοσηλευτήρια Ν.Π.Ι.Δ.</li> <li>- Ιδιωτικά Νοσηλευτήρια</li> </ul> <p>ΜΟΝΑΔΕΣ ΓΙΑ :</p> <p>ΠΑΙΔΙ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Βρεφικοί Σταθμοί</li> <li>- Βρεφονηπιακοί Σταθμοί</li> <li>- Κέντρα Παιδικής Μέριμνας</li> <li>- Ορφανοτροφεία</li> <li>- Μαθητικά Οικοτροφεία</li> <li>- Κατασκηνώσεις</li> <li>- ΠΙΚΠΑ</li> </ul> <p>ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Οίκοι Ευγηρίας</li> <li>- Γηροκομεία</li> <li>- Στέγες Υπερηλίκων</li> <li>- Θεραπευτήρια Χρονίων Πασχόντων</li> <li>- ΚΑΠΗ</li> </ul> <p>ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ιδρύματα Περιθαλψής</li> </ul> <p>ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Σωφρονιστικά Καταστήματα</li> <li>- Αναμορφωτήρια</li> </ul>	<p>ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Τομέας Επιδημιολογίας &amp; Δημογραφίας</li> <li>- Τομέας Υγειονομικού Ελέγχου &amp; Αστυιατρικής Επιθεώρησης</li> </ul> <p>ΠΕΡΙΒΑΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Τομέας Υγειονομικής Μηχανικής (Νερά, Ραδιενεργά, Ατμόσφαιρα, Θόρυβος, Υγιεινή Οικισμών)</li> <li>- Τομέας Οικολογίας</li> </ul> <p>ΥΓΙΕΙΝΗ &amp; ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ιατρική της Εργασίας</li> <li>- Εργονόμοι</li> </ul> <p>ΣΧΟΛΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Υγειονομική Σχολή Αθηνών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Νοσηλεία στο Σπίτι</li> <li>- Οικογενειακοί Βοηθοί</li> <li>- Συμβουλευτικοί Σταθμοί για : AIDS, Нарκωτικά &amp; Λοιπά Κοινωνικά Προβλήματα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δημόκριτος</li> <li>- Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών</li> <li>- ΚΕΠΕ</li> <li>- ΕΚΚΕ</li> <li>- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού</li> <li>- Αντικαρκινικό Ινστιτούτο</li> </ul>	<p>Ομοιοπαθητικά Κέντρα &amp; Ιατρεία</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Κέντρα &amp; «Ιατρεία» Βελονισμού</li> <li>- Κέντρα &amp; «Ιατρεία» Οστεοπαθολογίας - Κινησιολογίας</li> </ul>	<p>Βιοιατρική Τεχνολογία</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Τεχνολογία Φαρμάκων</li> <li>- Οπτικά</li> <li>- Ορθοπεδικά</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κέντρα Αισθητικής Διατητικής</li> <li>- Ιατρο-τουριστικά Κέντρα Αποκατάστασης</li> <li>- Ιδιωτικές Ασφαλιστικές Εταιρείες</li> <li>- Ιδιωτικές Εταιρείες Άμεσης Ιατρικής Βοήθειας</li> </ul>	

Πηγή : Σούλης 1999

Εν κατακλείδι μπορούμε να πούμε ότι το σύστημα υγείας αποτελεί ένα συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων προκειμένου να καλυφθούν οι ανάγκες του πληθυσμού. Αποτελείται από ένα σύνολο υποσυστημάτων που αλληλοσχετίζονται και αλληλοεπηρεάζονται τόσο μεταξύ τους, όσο και με το ευρύτερο οικονομικό, κοινωνικό, πολιτικό και πολιτιστικό περιβάλλον και έχει ως σκοπό τη βελτίωση της υγείας των ατόμων.<sup>88</sup> Το σύστημα υγείας, πρέπει να έχει ως βασικές αρχές λειτουργίας του την αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας.<sup>89</sup> Δηλαδή, να παράγει υπηρεσίες υγείας στη μέγιστη δυνατή ποσότητα και στο μικρότερο δυνατό κόστος και ταυτόχρονα να εξασφαλίζει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σε όλους τους πολίτες.

### ***3.1.1 Το Σύστημα Υγείας της Ελλάδας***

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος αρμόδιος φορέας για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα. Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό λόγω της ιδιότητάς του να λαμβάνει ένα μέρος της χρηματοδότησής από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) από τη φορολογία. Κατά κύριο λόγο όμως βασίζεται στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Επίσης υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983 και στόχευε στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Οι βασικοί του στόχοι ήταν : η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση τη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

---

<sup>88</sup> Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π., *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα. 2007, σ.81

<sup>89</sup> Όπως αναφέρθηκε και στο 1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο, ενότητα 1.2, βλέπε σ.10

### 3.2 Υγειονομική Κρίση και τα οικονομικά της υγείας

Το σύστημα υγείας στη χώρα μας, εν γένει παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα, όπως : οι υψηλές δαπάνες, η χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς, προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού, άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών.

Η βάση των προβλημάτων αυτών πηγάζει από το γεγονός ότι για μεγάλο χρονικό διάστημα το σύστημα υγείας ακολουθούσε τον ίδιο δρόμο οικονομικής σκέψης μ' αυτόν της κλασικής φιλελεύθερης άποψης που στηρίζεται στην ολοένα και μεγαλύτερη αύξηση του εθνικού προϊόντος προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού.<sup>90</sup> Γρήγορα παρατηρήθηκε μια διάσταση μεταξύ του ρυθμού της οικονομικής μεγέθυνσης και του ρυθμού βελτίωσης του επιπέδου κοινωνικής ευημερίας.

Αυτό οφείλεται αρχικά στον «νόμος της ανεπάρκειας» που χαρακτηρίζει όλα τα συστήματα υγείας (είτε είναι φιλελεύθερα, είτε εθνικά, είτε στηρίζονται στην αρχή της κοινωνικής ασφάλισης) και δευτερευόντως στις αρχές που διέπουν την «αγορά» του τομέα υγείας, όπως είναι η ασύμμετρη πληροφόρηση και η προκλητή ζήτηση οι οποίες τροφοδοτούν την υπερκατανάλωση για υπηρεσίες υγείας.

Βάσει του «νόμου της ανεπάρκειας», κανένα υγειονομικό σύστημα και καμία χώρα δεν έχει αρκετούς πόρους στον τομέα της υγείας ώστε να εξασφαλίζει «πλήρη υγεία» και να ικανοποιεί όλες τις ανάγκες του πληθυσμού. Το βασικό ερώτημα που προκύπτει είναι ποια αγαθά και υπηρεσίες θα πρέπει να προσφερθούν, σε ποιες αναλογίες, πώς θα παραχθούν και ποιος θα απολαμβάνει αυτά τα αγαθά.<sup>91</sup>

Η ανάπτυξη της τεχνολογίας και της ιατρικής γνώσης σε συνάρτηση με την πληθώρα των ιατρών δημιουργούν συνθήκες ανταγωνισμού κάτω από τις οποίες, σύμφωνα με την οικονομική

---

<sup>90</sup> Σούλης Σ., ό.π., σ.40

<sup>91</sup> Υφαντόπουλος (2003), "Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική", ό.π. κεφ. 7.



θεωρία, θα έπρεπε να μειωθούν οι τιμές. Αντίθετα οι ιατροί προσπαθώντας να εξασφαλίσουν ένα συγκεκριμένο εισόδημα δημιουργούν προκλητή ζήτηση, μετατοπίζοντας την καμπύλη ζήτησης προς τα πάνω, διατηρώντας τη τιμή αμετάβλητη.<sup>92</sup>

Ο ιατρός είναι αυτός που παρέχει και παράλληλα καθορίζει το είδος και την ποσότητα των καταναλισκόμενων υγειονομικών υπηρεσιών. Εφόσον ο ιατρός προβεί σε πράξεις σύμφωνες με το συμφέρον του ασθενούς λειτουργεί ως τέλειος αντιπρόσωπος του τελευταίου. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις όπου ο ιατρός επιλέγει την μεγιστοποίηση του προσωπικού του συμφέροντος εις βάρος της ευημερίας του ασθενούς. Τότε εμφανίζεται το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, η οποία αναφέρεται στην κατάσταση κατά την οποία η καμπύλη χρησιμότητας που απολαμβάνει ο ιατρός από τις πράξεις του δεν συμπίπτει με την καμπύλη χρησιμότητας κατανάλωσης του ασθενή.<sup>93</sup>

Συνοπλοποιώντας τα ανωτέρω, παρατηρείται κρίση του Κράτους Πρόνοιας, που ο κύριος στόχος του είναι η αποκλειστική προσπάθεια βελτίωσης της κοινωνικής ευημερίας και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η κρίση αυτή εντείνεται κάτω από τον ασφυκτικό κλοιό της οικονομικής κρίσης, στο πλαίσιο της οποίας το υγειονομικό σύστημα χαρακτηρίζεται από<sup>94</sup> :

- Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος που σε συνθήκες οικονομικής κρίσης θέτει σε κίνδυνο την ίδια την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη της χώρας
- Την αδυναμία του συστήματος να βελτιώσει τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας
- Την αδυναμία ουσιαστικής εξάλειψης των υγειονομικών ανισοτήτων
- Την εξέλιξη του συστήματος υγείας σε μια νοσοκομειοκεντρική, πολυδάπανη και απρόσωπη ιατρική
- Την εξέλιξη του ιατρικού σώματος σε μια πανίσχυρη και ανεξέλεγκτη επαγγελματική ομάδα με δυσμενείς επιπτώσεις στο κύρος του ιατρικού επαγγέλματος και στις σχέσεις του με τους ασθενείς

---

<sup>92</sup> Evans RG, Supplier induced demand: some empirical evidence and implications, The economics of health and medical care, New York : Willey & Sons, 1974 :163-73

<sup>93</sup> Ο.π.

<sup>94</sup> Σούλης Σ. ό.π. σ. 41

➤ Ανάπτυξη της παραοικονομίας

Η στενότητα των οικονομικών πόρων αφενός απαιτεί την ορθολογική τους διαχείριση αλλά και θέτει περιορισμούς στην χρήση τους. Η δομή, οργάνωση και λειτουργία του συστήματος υγείας εισέρχεται σε μια περίοδο «μεταρρυθμίσεων», κεντρικό σημείο των οποίων είναι ο έλεγχος του κόστους.

Οι αλλαγές αυτές διαμορφώνουν μια κουλτούρα αξιών και αντιλήψεων οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονη οικονομική προσέγγιση και προσανατολισμό. Ο ασθενής αναφέρεται ως «πελάτης», δεδομένου ότι είναι αυτός που αναζητά ιατρικές φροντίδες ή μετονομάζεται σε χρήστη υπηρεσιών υγείας, εφόσον «καταναλώνει» τις προσφερόμενες υπηρεσίες.<sup>95</sup> Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας γίνεται συνώνυμη της οικονομικής αποδοτικότητας ή της παραγωγής του «αγαθού» υγεία με το ελάχιστο κόστος.

Από όλα τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι υποχωρεί η κοινωνική διάσταση των υπηρεσιών υγείας και κυριαρχεί η οικονομική τους διάσταση.

### **3.3 Χρηματοδότηση και Δαπάνες υγείας**

Το Ελληνικό υγειονομικό σύστημα χαρακτηρίζεται πολύπλοκο και ανορθόδοξο όσον αφορά στον τρόπο και τις πηγές χρηματοδότησής του. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι είναι ένα μικτό σύστημα με αδύνατη δομή και χαλαρή οργάνωση, από την οποία απουσιάζουν πλήρως οι θεσμοθετημένοι κανόνες και οι παγιωμένοι χρηματοδοτικοί μηχανισμοί.<sup>96</sup> Παραπαίει μεταξύ ελεύθερης αγοράς και κεντρικού προγραμματισμού, χωρίς συγκεκριμένους κανόνες δράσης, ούτε για τον δημόσιο ούτε για τον ιδιωτικό τομέα.

Απουσιάζει πλήρως η συναίνεση και η διαπραγμάτευση μεταξύ των εταίρων του συστήματος (ασφαλιστικοί φορείς, προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, ιατρικές ενώσεις και κράτος), που

---

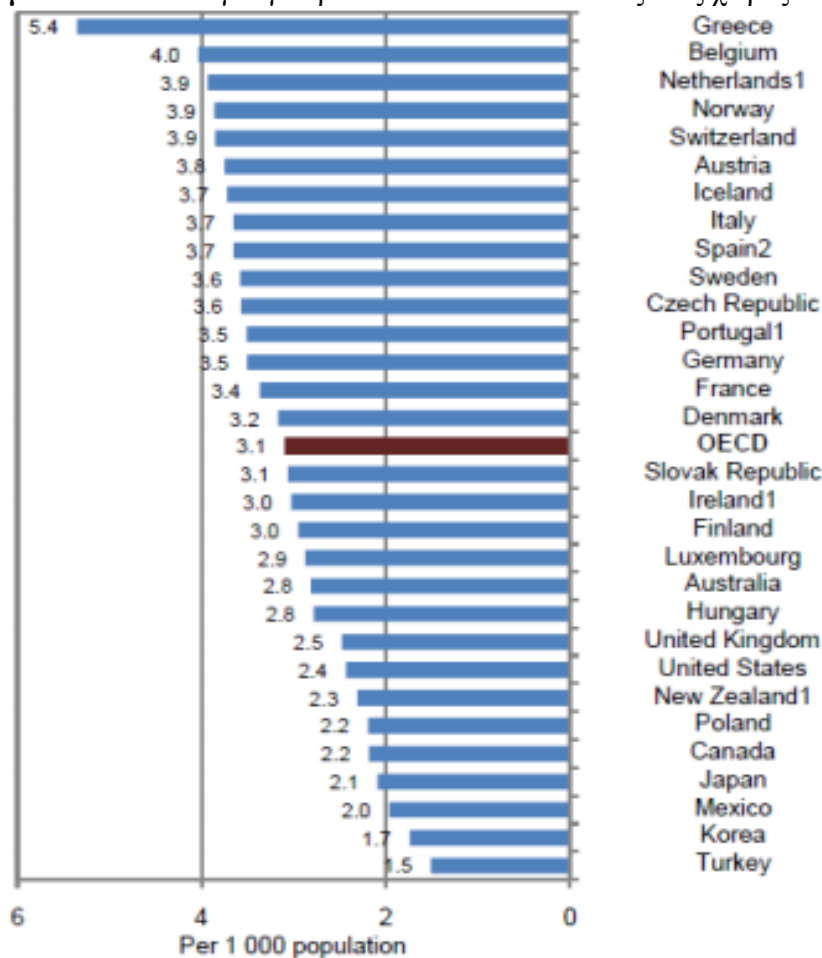
<sup>95</sup> Σαρρής Μ., Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001, σ. 161

<sup>96</sup> Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ., Συστήματα Υγείας, εκδ. Παπαζήση, Αθήνα, 2001, σ. 209

βοηθάει στην σωστή κατανομή των πόρων και την προμήθεια από τις αποτελεσματικότερες πηγές.

Επιπλέον, η ανεπάρκεια και η έλλειψη παγιωμένων κανόνων λειτουργίας του δημόσιου τομέα υγείας από τη μια και η υπερπροσφορά γιατρών (βλ. Διάγραμμα 3.3.1) και η μεγάλη αύξηση ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων από την άλλη, δημιουργούν συνθήκες αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας.

**Διάγραμμα 3.3.1.** Αναλογία γιατρών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ.

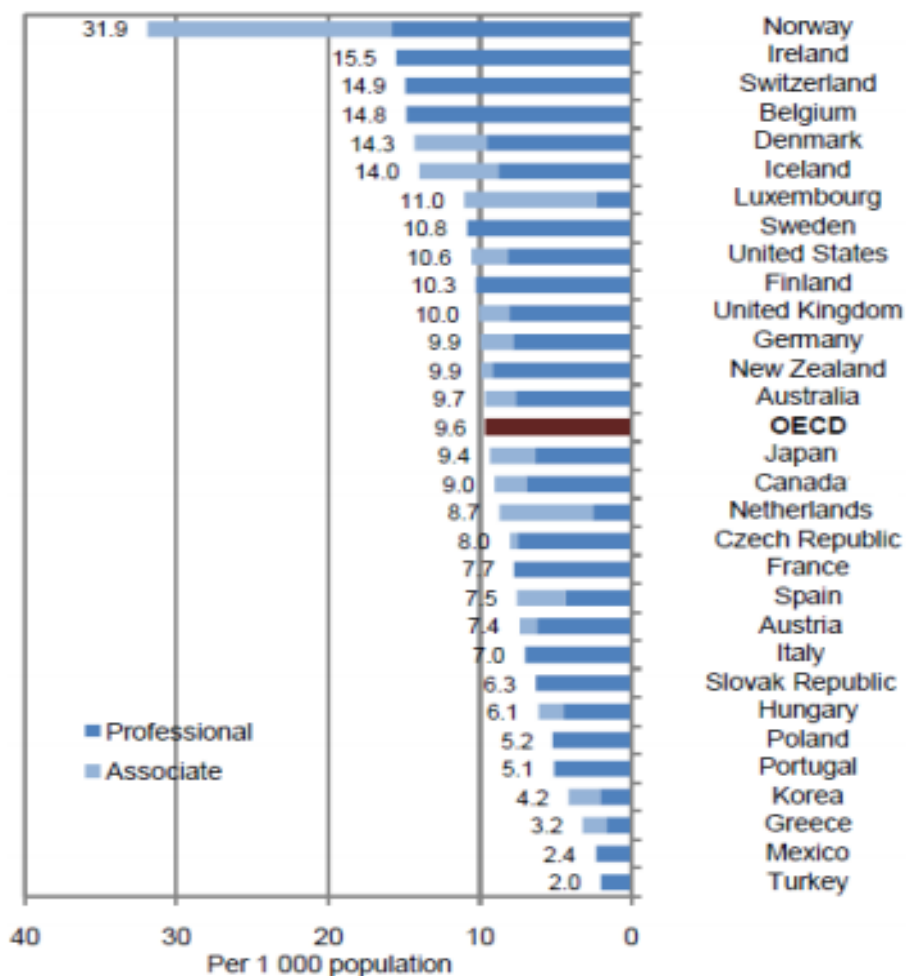


Πηγή OECD<sup>97</sup>

<sup>97</sup> OECD, Health at a Glance 2009

Σε αντίθεση με την πληθώρα γιατρών, στην Ελλάδα παρατηρείται ανεπάρκεια νοσηλευτικού προσωπικού όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 3.3.2.

**Διάγραμμα 3.3.2.** Αναλογία νοσηλευτών ανά 1.000 κατοίκους στις χώρες του ΟΟΣΑ.

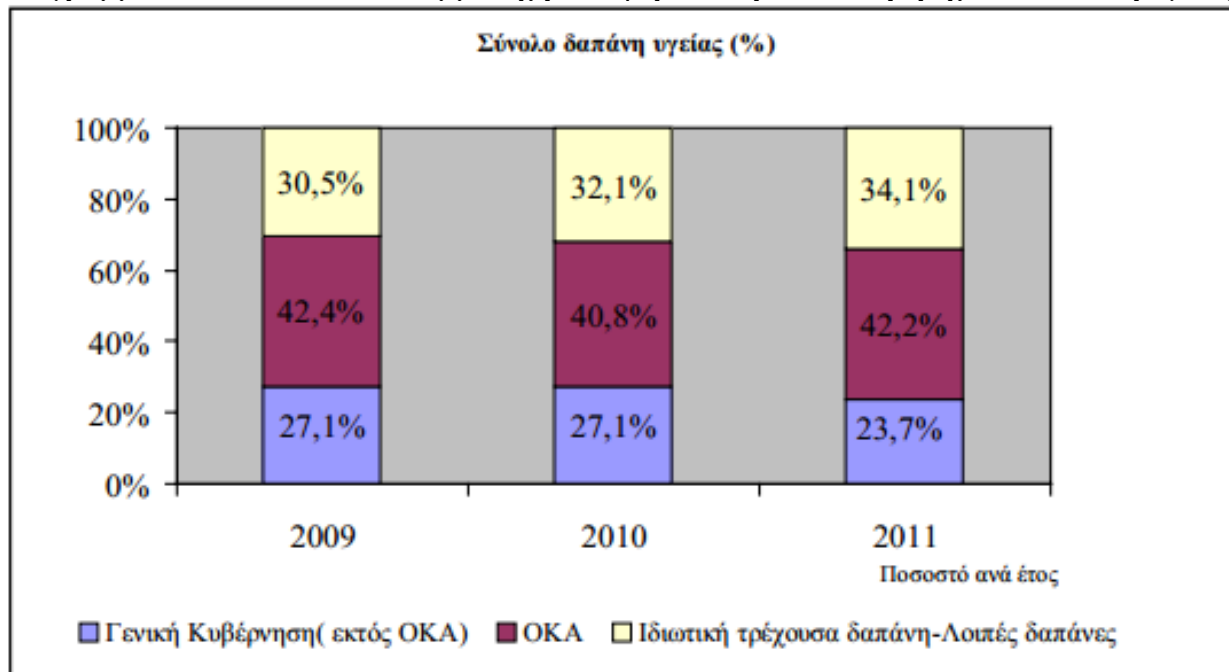


Πηγή OECD<sup>98</sup>

<sup>98</sup> Ο.π.

Κάτω από αυτές τις συνθήκες, ανεπάρκειας όλων των προαναφερθέντων παραγόντων του δημόσιου τομέα της υγείας, ο ιδιωτικός τομέας αναδεικνύεται σε σημαντικό παράγοντα του συστήματος και οι ιδιωτικές πληρωμές αποτελούν την μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης του Ελληνικού υγειονομικού τομέα (όπως γίνεται εμφανές στο Διάγραμμα 3.3.3).

**Διάγραμμα 3.3.3 Ποσοστιαία συμμετοχή ανά φορέα στη συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας**



Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ

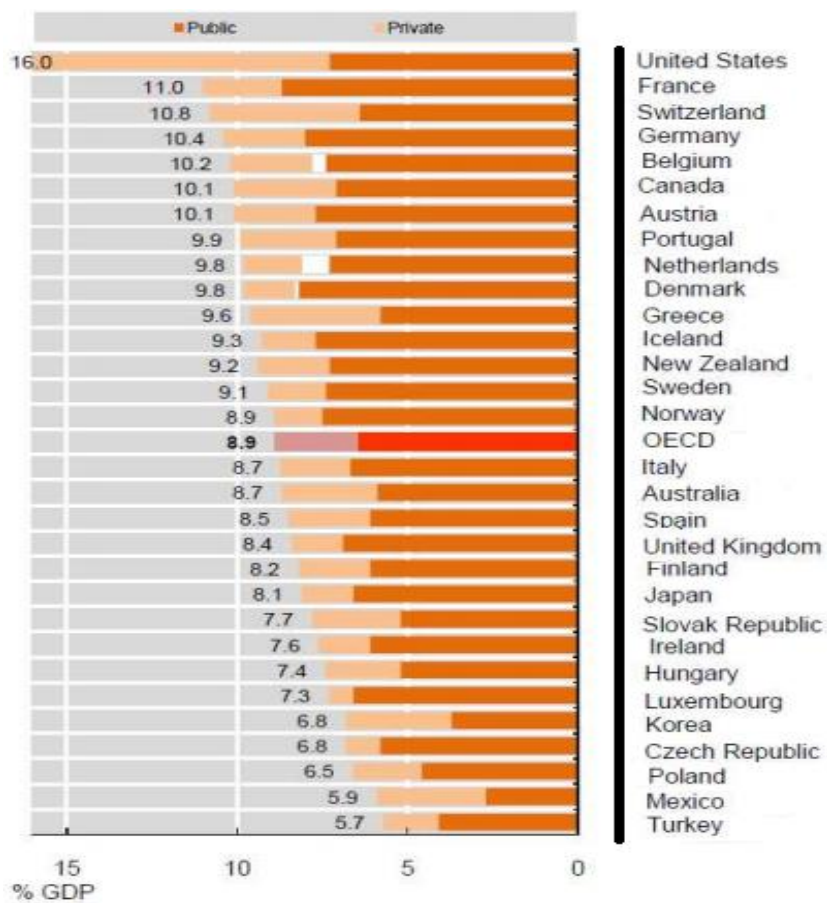
Τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα κατατάσσεται σταθερά στις υψηλότερες θέσεις μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ εξαιτίας του ύψους των δαπανών υγείας. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε δύο σημαντικούς παράγοντες :

- i) Η δαπάνες υγείας στην Ελλάδα είναι αντίστοιχες με τις δαπάνες των περισσότερων αναπτυγμένων χωρών (Διάγραμμα 3.3.4)
- ii) Το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού κυμαινόταν σε πολύ υψηλά επίπεδα (Διάγραμμα 3.3.5. & Διάγραμμα 3.3.6)

Όμως, αυτό δεν σημαίνει ότι οι δαπάνες για την υγεία αξιοποιούνται αποτελεσματικά, ούτε ότι τα προβλήματα του συστήματος ελαττώνονται. Αντίθετα, στα πλαίσια του γραφειοκρατικού

συστήματος υγείας της χώρας μας, με ελλείψεις σε βασικές παραμέτρους όπως είναι ο οικογενειακός ιατρός, η ανυπαρξία διασύνδεσης Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμιας φροντίδα υγείας, η απουσία management ολικής ποιότητας και η κατάρρευση των ασφαλιστικών ταμείων, προκαλείται η ανάγκη για μια διαρκώς επιταχυνόμενη αύξηση των δαπανών στην υγεία, την οποία η Ελλάδα είναι αδύνατον να αντέξει.

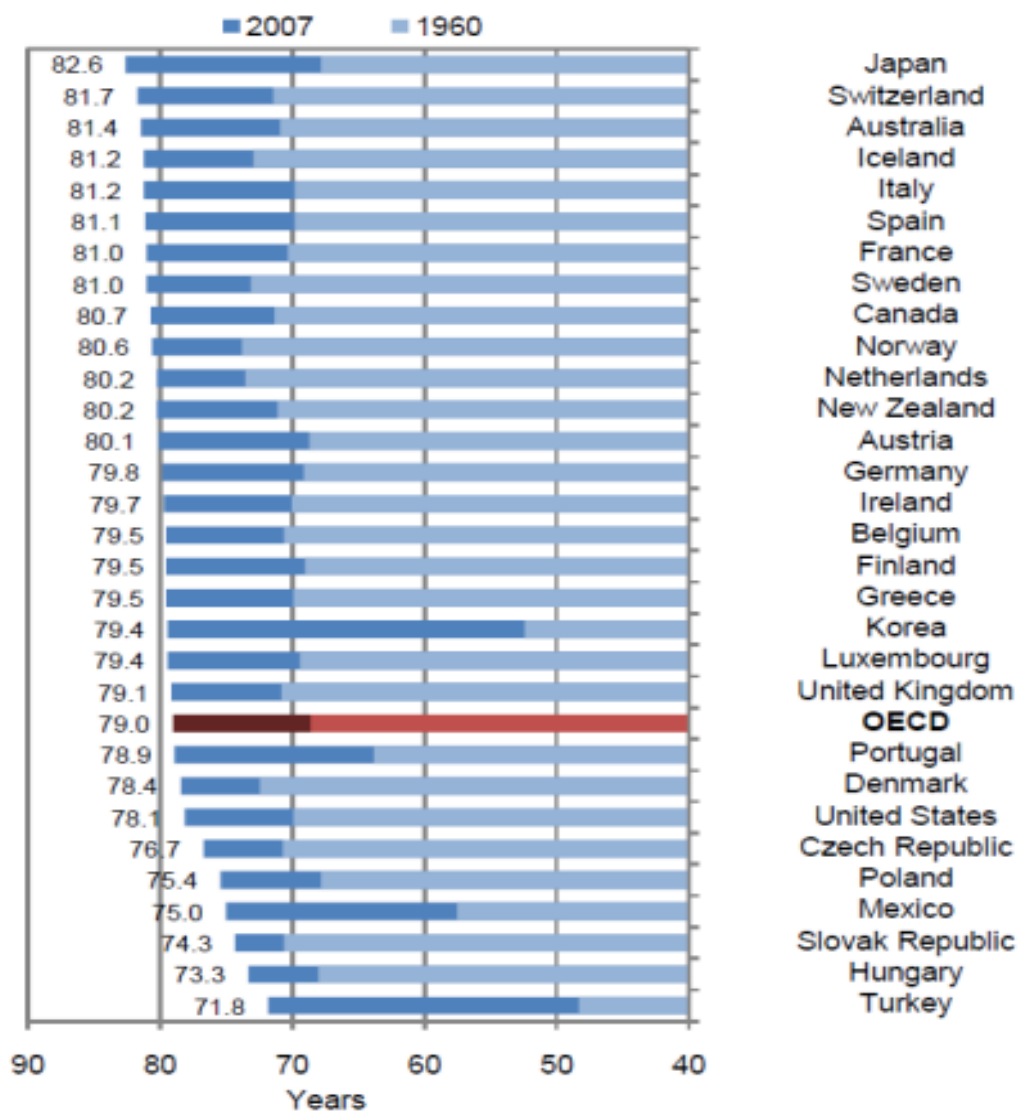
**Διάγραμμα 3.3.4.** Δαπάνη για την υγεία ως ποσοστό (%) του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόν (2009)



Πηγή OECD<sup>99</sup>

<sup>99</sup> OECD, Health at a Glance 2009

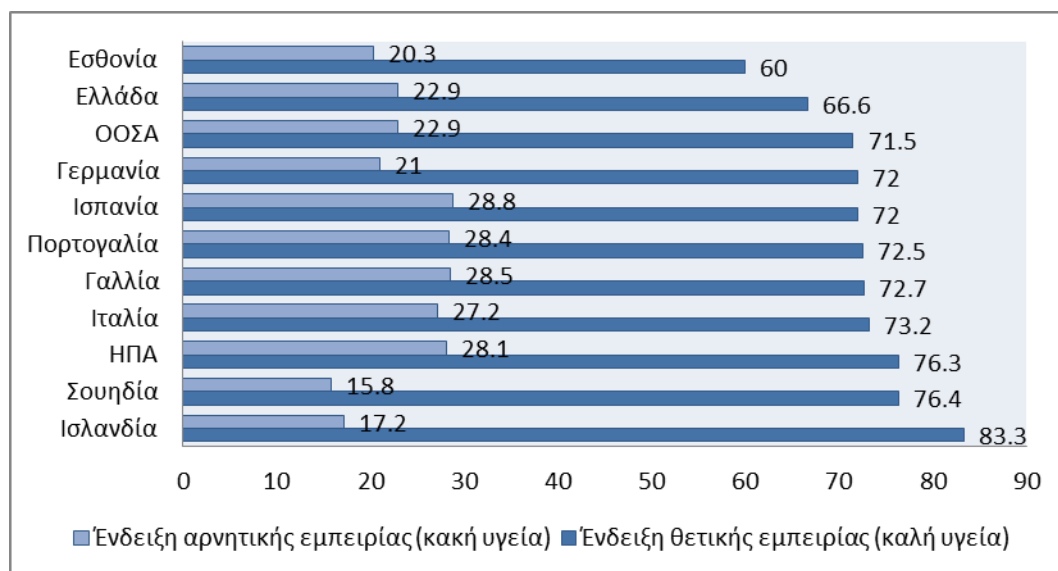
Διάγραμμα 3.3.5. Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στις χώρες του ΟΟΣΑ.



Πηγή OECD<sup>100</sup>

<sup>100</sup> Ο.π.

**Διάγραμμα 3.3.6 :** Ποσοστά πολιτών που θεωρούν ότι έχουν καλή και κακή υγεία



**Πηγή:** OECD, Society at a Glance, 2011

### 3.3.1 Πηγές χρηματοδότησης

Το Σύστημα Υγείας χρηματοδοτείται κυρίως από δημόσιους αλλά και τους ιδιωτικούς πόρους, ενώ δευτερεύουσες πηγές χρηματοδότησης αποτελούν διάφοροι μη εθνικοί πόροι, δηλαδή χρηματοδοτήσεις από πηγές εξωτερικής βοήθειας όπως του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, την Ευρωπαϊκή Ένωση και άλλων διεθνών οργανισμών.

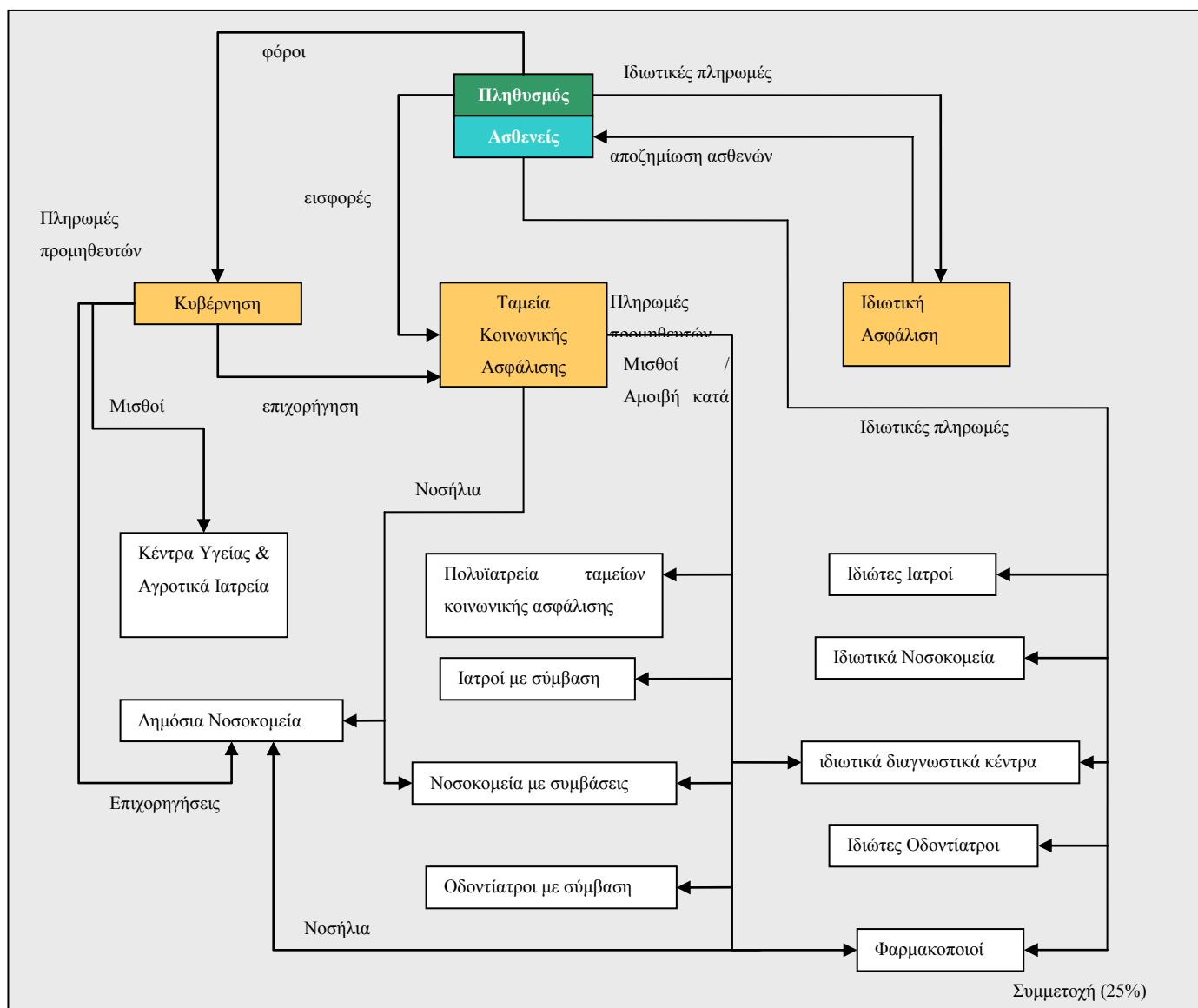
Οι δημόσιοι πόροι προέρχονται είτε από τον κρατικό προϋπολογισμό, δηλαδή έσοδα από την άμεση και έμμεση φορολογία, είτε από την κοινωνική ασφάλιση, δηλαδή έσοδα από τις υποχρεωτικές εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.

Οι ιδιωτικοί πόροι που καταβάλλονται εθελοντικά από ιδιώτες και εργοδότες, μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές όπως την άμεση πληρωμή για υπηρεσίες που είτε δεν καλύπτονται μέσω της κοινωνικής ασφάλισης είτε οι πολίτες προτιμούν να τις αγοράσουν στην ιδιωτική αγορά, την συμπληρωμή που προβλέπεται για τη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος περίθαλψης (φάρμακα, παράτυπες πληρωμές για καλύτερη ποιότητα φροντίδας) και η ιδιωτική ασφάλιση.

Παρακάτω παρουσιάζονται διαγραμματικά οι οικονομικές ροές στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας



**Διάγραμμα 3.3.7 Οικονομικές Ροές του Ελληνικού Συστήματος Υγείας**



Πηγή : OECD 1994 <sup>101</sup>

Ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του μείγματος των χρηματοδοτικών πόρων του ελληνικού συστήματος υγείας είναι το πολύ υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών. Οι άμεσες από τον πολίτη πληρωμές, οι συμπληρωμές και οι παράτυπες πληρωμές (στο βαθμό που καταγράφονται στις έρευνες Οικογενειακών Προϋπολογισμών) αποτελούν το περίπου το 33,77% του συνόλου των δαπανών υγείας και οι δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση περίπου το 2,84%, με αποτέλεσμα οι

<sup>101</sup> Αναπροσαρμογή του Διαγράμματος από Θεωδόρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. ό.π., σ.212

δαπάνες υγείας, σε ποσοστό που ξεπερνάει το 36,6%, να είναι ιδιωτικές (βάσει των στοιχείων του Πίνακα 3.2.1 για το 2011).<sup>102</sup> Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να τίθεται σε αμφισβήτηση ο δημόσιος χαρακτήρας του συστήματος υγείας της χώρας.

Το πρόβλημα της υψηλής ιδιωτικής δαπάνης ενισχύεται ακόμα περισσότερο από το γεγονός ότι η επίπτωση του φορολογικού συστήματος στην Ελλάδα είναι αντίστροφα προοδευτική λόγω της εκτεταμένης φοροδιαφυγής αλλά και του μεγάλου όγκου παραοικονομίας. Ως αποτέλεσμα, η δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας δεν επιτυγχάνεται και οι δαπάνες υγείας επιβαρύνουν υπέρμετρα τα χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα.<sup>103</sup>

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα παρουσιάζεται στον Πίνακα 3.3.1, όπου η συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση (Χρηματοδότηση μέσω πληρωμών νοικοκυριών και χρηματοδότηση από ιδιωτική Ασφάλιση) για το έτος 2011 φτάνει τα 6342,9εκ. ευρώ και η Χρηματοδότηση από τους ΟΚΑ (που με τη σειρά τους χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των εργαζομένων) είναι στα 7928,9εκ. ευρώ.

---

<sup>102</sup> ΕΛΣΤΑΤ, ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2011, Απρίλιος 2013, Διαθέσιμο στο <http://www.statistics.gr>

<sup>103</sup> Οικονόμου Χ., Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενοείας στην Ελλάδα – Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Επιστημονικές Εκθέσεις/7, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Μάρτιος 2012

**Πίνακας 3.3.1** Χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα Σε εκατ. ευρώ

	2009	2010	2011	Ποσοστιαία μεταβολή 2010/2009	Ποσοστιαία μεταβολή 2011/2010
<b>1. Τρέχουσα δαπάνη υγείας (2+3+4) (HF.1.1-HF.3.0) σε :</b>	<b>23193,6</b>	<b>20849,4</b>	<b>18780,1</b>	<b>-10,1%</b>	<b>-9,9%</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	14157,9	12746,9	11359,3	-10,0%	-10,9%
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	1098,0	893,3	855,7	-18,6%	-4,2%
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κούς ασθενείς (HC.5)	7120,5	6442,7	5873,3	-9,5%	-8,8%
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	817,2	766,5	691,8	-6,2%	-9,7%
<b>2. Τρέχουσα δημόσια δαπάνη (2A+2B) (HF.1.1, HF.1.2)</b>	<b>16113,8</b>	<b>14143,4</b>	<b>12384,8</b>	<b>-12,2%</b>	<b>-12,4%</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	9131	8119,6	6942,6	-11,1%	-14,5%
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	664,1	510,6	517	-23,1%	1,3%
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κούς ασθενείς (HC.5)	5619,2	4900,3	4329,8	-12,8%	-11,6%
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	699,5	612,9	595,4	-12,4%	-2,9%
<b>2Α. Χρηματοδότηση από την Κεντρική Διοίκηση (HF.1.1)</b>	<b>6278,3</b>	<b>5644,6</b>	<b>4456,1</b>	<b>-10,1%</b>	<b>-21,1%</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	5850,1	5248,2	4107,1	-10,3%	-21,7%
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	49,6	46,5	40,9	-6,3%	-12,0%
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κούς ασθενείς (HC.5)	22,1	20,4	18,1	-7,7%	-11,3%
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	356,5	329,5	290	-7,6%	-12,0%
<b>2Β. Χρηματοδότηση από τους ΟΚΑ (HF.1.2)</b>	<b>9835,5</b>	<b>8498,8</b>	<b>7928,7</b>	<b>-13,6%</b>	<b>-6,7%</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	3280,9	2871,4	2835,5	-12,5%	-1,3%
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	614,5	464,1	476,1	-24,5%	2,6%
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κούς ασθενείς (HC.5)	5597,1	4879,9	4311,7	-12,8%	-11,6%
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	343	283,4	305,4	-17,4%	7,8%
<b>3. Ιδιωτικός τομέας (3Α+3Β) (HF.2.2, HF.2.3)</b>	<b>7027,0</b>	<b>6632,6</b>	<b>6342,9</b>	<b>-5,6%</b>	<b>-4,4%</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	5016,5	4614,4	4368	-8,0%	-5,3%
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	433,9	382,7	338,7	-11,8%	-11,5%
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κούς ασθενείς (HC.5)	1501,3	1542,4	1543,5	2,7%	0,1%
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	75,3	93,1	92,7	23,6%	-0,4%
<b>3Β. Χρηματοδότηση από την Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.2)</b>	<b>433,8</b>	<b>536,6</b>	<b>534,2</b>	<b>23,7%</b>	<b>-0,4%</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	358,5	443,5	441,5	23,7%	-0,5%
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	75,3	93,1	92,7	23,6%	-0,4%
<b>3Α. Χρηματοδότηση μέσω πληρωμών νοικοκυριών (HF.2.3)</b>	<b>6593,2</b>	<b>6096</b>	<b>5808,7</b>	<b>-7,5%</b>	<b>-4,7%</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	4658	4170,9	3926,5	-10,5%	-5,9%
Επικουρικές υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας (HC.4)	433,9	382,7	338,7	-11,8%	-11,5%
Διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκ/κούς ασθενείς (HC.5)	1501,3	1542,4	1543,5	2,7%	0,1%
<b>4. Χρηματοδότηση από λοιπούς φορείς (HF.2.4-HF.3.0)</b>	<b>52,8</b>	<b>73,4</b>	<b>52,4</b>	<b>39,0%</b>	<b>-28,6%</b>
Υπηρεσίες περίθαλψης, αποκατ/σης (HC.1,HC.2,HC.3)	10,4	12,9	48,7	24,0%	277,5%
Διοίκηση τομέα υγείας, κλπ (HC.6-HC.9)	42,4	60,5	3,7	42,7%	-93,9%

Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ

### 3.3.2 Οι δαπάνες υγείας

Οι δαπάνες για την υγεία, όπως καταγράφονται διεθνώς, κατατάσσονται σε τρεις βασικές κατηγορίες :

- i) Ιατρικές :
  - Αμοιβές : γιατρών, οδοντιάτρων, φυσιοθεραπευτών
  - Έξοδα για ιατρικές εξετάσεις
  - Έξοδα για διάφορες θεραπείες
  - Έξοδα για εργαστηριακές αναλύσεις
  - Έξοδα για επείγουσα μεταφορά ασθενών (ΕΚΑΒ)
- ii) Νοσοκομειακές :
  - Δαπάνες για νοσήλια
  - Δαπάνες παρακλινικών εξετάσεων
  - Δαπάνες επεμβάσεων
  - Δαπάνες φαρμάκων
  - Δαπάνες για εξωτερικά ιατρεία
- iii) Φαρμακευτικές :
  - Δαπάνες για φάρμακα
  - Δαπάνες για οπτικά
  - Δαπάνες για ορθοπεδικά

Αν θέλουμε να εκτιμήσουμε τις συνολικές δαπάνες υγείας θα πρέπει να συνυπολογίσουμε και τις δαπάνες για σχολική ιατρική, τις δαπάνες για υγειονομικές υπηρεσίες του στρατού, τις δαπάνες για ιατρική της εργασίας, τις δαπάνες για κατάρτιση, τις δαπάνες για πρόληψη, τις δαπάνες για έρευνα και τις λειτουργικές δαπάνες.<sup>104</sup>

Σημαντικό πρόβλημα στον υπολογισμό των δαπανών υγείας στη χώρα μας αποτελεί το γεγονός ότι ενώ οι περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ υιοθέτησαν το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ)

---

<sup>104</sup> Σούλης Σ., όπ., σ. 139

από το 2003, η Ελλάδα το εφάρμοσε τελευταία, μεταξύ των 35 του ΟΟΣΑ, το 2013. Έτσι η ποιότητα και η επάρκεια των στοιχείων βρίσκονται σε ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο.<sup>105</sup>

Τα στοιχεία που έχουν καταγραφεί για τα περασμένα έτη έχουν συλλεχθεί από διάφορες πηγές :  
Ελληνικές πηγές :

- Ε.Σ.Υ.Ε : Εθνικοί Λογαριασμοί της Ελλάδος, Στατιστικά των Δημόσιων Οικονομικών, Ετήσια Έρευνα Δραστηριότητας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών
- Υπουργείο Υγείας : Επετηρίδες Υγείας, Συγκεντρωτικά και Αναλυτικά Λειτουργικά στοιχεία Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ
- Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων : Κοινωνικός Προϋπολογισμός

Διεθνείς πηγές :

- Ο.Ο.Σ.Α.
- Ευρωπαϊκή Ένωση
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Το ΣΛΥ είναι τρόπος αποτύπωσης της δαπάνης στις τρεις διαστάσεις της οικονομικής δραστηριότητας στην Υγεία: α) είδος των υπηρεσιών – τι παράγεται, β) φορείς χρηματοδότησης – ποιος πληρώνει και γ) πάροχοι των υπηρεσιών υγείας– ποιος παράγει. Τα στοιχεία τα οποία έχουν καταχωρηθεί μέχρι στιγμής αφορούν τα έτη 2003 – 2011. Στον παρακάτω πίνακα παραθέτονται ενδεικτικά τα σημαντικότερα στατιστικά στοιχεία που σχετίζονται με τις δαπάνες στον τομέα της υγείας από το 2005 έως το 2011.

---

<sup>105</sup> Οικονόμου Χ, Μάρτιος 2012, ό.π., σ.29

Πίνακας 3.3.2 Διαχρονική εξέλιξη δαπανών υγείας στην Ελλάδα, 2005 - 2011

Έτη	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Δαπάνες</b>							
Κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας US\$ PPP	2352.5	2609.6	2723.2	3227.2	3276.4	3069	2918
Σύνολο δαπανών υγείας ως % του ΑΕΠ	9.7	9.7	9.8	10.1	10.2	9.5	9.1
Δημόσια δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	60.1	62.0	60.3	62.9	63.7	61.5	61.2
Ιδιωτική δαπάνη υγείας ως % της συνολικής δαπάνης υγείας	39.9	38	39.7	37.1	36.3	38.5	38.8
Δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης ως % των δημόσιων δαπανών υγείας	49.7	50.9	51.8	51.8	51.8	51.8	51.8
Άμεσες πληρωμές ως % των ιδιωτικών δαπανών υγείας	95	94.8	94.5	94.5	94.5	94.5	94.5
<b>Κυβερνητικές δαπάνες για την υγεία ως % των συνολικών κυβερνητικών δαπανών</b>	13	13.4	12.5	13.6	13.2	13.2	13.2

Πηγή : WHO, Global Health Observatory Data Repository

Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, οι δαπάνες υγείας, τόσο οι κατά κεφαλήν όσο και ως ποσοστό στο ΑΕΠ, έχουν αυξηθεί σημαντικά. Το ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, έχει αυξηθεί από 6,5 έως 7,5% που ήταν την δεκαετία του 1990, σε 9,1% το 2011. Το ποσοστό αυτό είναι ελαφρώς μικρότερο από τον μέσο όρο του 9,3% των χωρών του ΟΟΣΑ.

Καθώς φαίνεται η χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση αρχικά οδήγησε σε αύξηση των δαπανών για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, ενώ οι πραγματικές δαπάνες για την υγεία έμειναν σχεδόν αμετάβλητες. Ωστόσο, οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες οδήγησαν σε πτώση το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία.

Η Ελλάδα κατατάσσεται κάτω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ όσον αφορά και στις δαπάνες υγείας ανά κάτοικο, όπου οι δαπάνες αυτές έφτασαν τα 3339 USD το 2011.<sup>106</sup>

Επιπλέον, φαίνεται ότι η Ελλάδα έχει ένα από τα μεγαλύτερα μερίδια ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ, δεδομένου ότι τα τελευταία χρόνια κυμαίνεται πάνω από το 36% των συνολικών δαπανών υγείας.

Ο δημόσιος τομέας είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης της υγείας σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, με εξαίρεση τη Χιλή, το Μεξικό και τις Ηνωμένες Πολιτείες. Στην Ελλάδα το 2011, το 65% των δαπανών υγείας χρηματοδοτήθηκε από δημόσιες πηγές το οποίο είναι πολύ χαμηλότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ που ανέρχεται στο 72%.<sup>107</sup>

Παρά την πίεση που ασκήθηκε στην Ελλάδα από την Ευρωπαϊκή Ένωση μετά το 2000 για μείωση των δημόσιων δαπανών, για διατήρηση της δημοσιονομικής πειθαρχίας και για αποφυγή υπερβολικών ελλειμμάτων, προκειμένου να εκπληρώσει τα κριτήρια του Μάαστριχτ και τις προβλέψεις του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης, ο ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας συνέχισε ανοδική πορεία. Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αυξήθηκαν μεταξύ των ετών 2000 και 2009 με ταχύ ρυθμό, της τάξεως του 5,7% ετησίως σε πραγματικούς όρους, αλλά μειώθηκαν κατά 11% τόσο το 2010 όσο και το 2011.

Είναι εμφανές ότι η προσπάθεια της κυβέρνησης για τη μείωση του μεγάλου δημοσιονομικού ελλείμματος είχε ως συνέπεια την απότομη μείωση των δημόσιων δαπανών σε όλους τους τομείς, αλλά και εν προκειμένω στον τομέα της υγείας.

Οι περισσότερες από τις μειώσεις των δημοσίων δαπανών έχουν επιτευχθεί μέσω περικοπών σε μισθούς και πραγματικές μειώσεις του αριθμού των εργαζομένων της υγείας, καθώς και μειώσεις των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων. Όπως και σε πολλές άλλες χώρες που χτυπήθηκαν σκληρά από την ύφεση, τα επενδυτικά σχέδια έχουν επίσης τεθεί σε αναμονή.<sup>108</sup>

---

<sup>106</sup> OECD, Health Data 2013

<sup>107</sup> Ο.π.

<sup>108</sup> Οικονόμου Χ., Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία...Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία: Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα, Foreign Affairs The Hellenic Edition, 21/11/13

### 3.4 Η Φροντίδα Υγείας υπό καθεστώς Μνημονίου

Η αύξηση της νοσηρότητας κατά τη διάρκεια της κρίσης, τόσο σωματικής όσο και ψυχικής όπως παρατηρήσαμε στο 2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο της εργασίας, ωθεί σε μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας με πλημμυρή διαχείριση της νόσου και των ασθενών λόγω της «κρίσης» του υγειονομικού συστήματος σε πόρους, υποδομές και νοσηλευτικό προσωπικό.

Η επιπλέον ζήτηση υπηρεσιών υγείας επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες που έχουν ασφαλιστική κάλυψη.<sup>109</sup> Παράλληλα παρατηρείται αύξηση των εισαγωγών κατά 24% στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά μείωση της ζήτησης στα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια κατά 9% και 11% αντιστοίχως<sup>110</sup>. Επίσης παρατηρείται, μείωση από 18% έως 25% περίπου στη χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και κυρίως στα ιδιωτικά μαιευτήρια, την οδοντιατρική περίθαλψη και τις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία.<sup>111</sup>

Η κατάσταση αυτή δημιουργεί ακόμα μεγαλύτερες πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, το οποίο χαρακτηρίστηκε διεθνώς ως το δεύτερο πιο αναποτελεσματικό μετά από αυτό της Ιρλανδίας, σε πρόσφατη μελέτη του ΟΟΣΑ.<sup>112, 113</sup> Στην ίδια μελέτη αναφέρθηκε ότι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας θα μπορούσε να αναπτυχθεί χωρίς επιπρόσθετους πόρους, αποκλειστικά με την εξάλειψη της σπατάλης και την βελτίωση της αποτελεσματικότητάς του.

Υπό το πρίσμα αυτό, από τον Μάιο του 2010, στα πλαίσια της γενικότερης διαδικασίας δημοσιονομικής προσαρμογής μέσω του Μνημονίου, θεσμοθετήθηκε μια σειρά μέτρων που αφορούν τον κλάδο της υγείας. Στόχος των μέτρων αυτών είναι ο εξορθολογισμός της δαπάνης

---

<sup>109</sup> WHO (2009) The financial crisis and global health. Geneva 2009. Διαθέσιμο στο [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009\\_financial\\_crisis\\_report\\_en\\_.pdf](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf)

<sup>110</sup> ΥΥΚΑ, Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011, Αθήνα, Μάρτιος 2012

<sup>111</sup> Ο.π.

<sup>112</sup> IOBE, Η Ελληνική Οικονομία 3/11, Τριμηνιαία Έκθεση, Αρ. Τεύχους 65, Σεπτέμβριος 2011, σ. 109

<sup>113</sup> OECD, Health Data, 2009



υγείας και της δαπάνης στα φάρμακα, ο εκσυγχρονισμός των υγειονομικών υπηρεσιών και η αύξηση της αποδοτικότητάς τους.

Όμως, η επιδίωξη της κεντρικής διοίκησης για περιστολή της δημόσιας δαπάνης κατά 3,4 δις € (φαρμακευτική περίθαλψη και προμήθειες) δηλαδή 15% περίπου της δημόσιας δαπάνης είναι αφενός εξαιρετικά δυσχερής και αφετέρου θα προκαλέσει δραματική μείωση της προσφοράς.<sup>114</sup> Δεδομένου ότι τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων (6,5 δις €) και των ασφαλιστικών οργανισμών υγείας (4,5 δις €) αυξάνονται και υπάρχουν δυσχέρειες στην εξυπηρέτησή τους, είναι μαθηματικά βέβαιο ότι μεγάλο μέρος της δημόσιας δαπάνης θα μετακυληθεί στους ασθενείς. Έτσι οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματά τους, δηλαδή στο επίπεδο υγείας, θα ενταθούν.<sup>115</sup>

### **3.4.1 Τα νέα μέτρα στον τομέα της Υγείας**

Το αίτημα της Ελλάδας για βοήθεια από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο το 2010 και η υπογραφή του Μνημονίου, συνοδεύτηκαν από την εφαρμογή σκληρών και ακραίων πολιτικών λιτότητας και τον περιορισμό των κοινωνικών παροχών. Στο πλαίσιο αυτό, συντελέστηκε μια σειρά μεταρρυθμίσεων που απέρρεαν από τις δεσμεύσεις που ανέλαβε η Ελλάδα έναντι των πιστωτών της. Ο τομέας της υγείας βρίσκεται σήμερα στο επίκεντρο των παρεμβάσεων για τον εξορθολογισμό και την καλύτερη διαχείριση των δημόσιων πόρων.

Σύμφωνα με το Μνημόνιο Συνεννόησης του 2010, ενδεικτικά, μέχρι το 2012 η δημόσια δαπάνη για την υγεία δεν θα πρέπει να ξεπερνά το 6% του ΑΕΠ, σε σχέση με το 10% των τελευταίων χρόνων, και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη δεν θα πρέπει να ξεπερνά το 1% του ΑΕΠ σε σχέση με το 2,7% που παρουσίασε το 2009 και 2,4% το 2010.<sup>116</sup> Από τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ προβλεπόταν μείωση του διοικητικού προσωπικού κατά τουλάχιστον 50% και των

---

<sup>114</sup> Γ. Κυριόπουλος, Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Απρίλιος 2011

<sup>115</sup> Ο.π.

<sup>116</sup> ΣΦΕΕ, Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία 2012, Επιστημονική Επιμέλεια: IOBE, Δεκέμβριος 2012, Διαθέσιμο στο [http://www.sfee.gr/editions/farmakeftiki\\_agora\\_2012/files/assets/basic-html/page5.html](http://www.sfee.gr/editions/farmakeftiki_agora_2012/files/assets/basic-html/page5.html)

συμβαλλομένων ιατρών κατά τουλάχιστον 25% σε σύγκριση με το σύνολο για τα τέσσερα αρχικά ταμεία.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις του IOBE το 2011, τα μέτρα που έχουν προγραμματιστεί προκειμένου να υλοποιηθούν οι παραπάνω οικονομικοί στόχοι, εφόσον εφαρμοστούν αποτελεσματικά, είναι δυνατό να αποφέρουν μείωση της συνολικής δημόσιας δαπάνης για υγεία σε ποσοστό κάτω από το 4% του ΑΕΠ. Πιο συγκεκριμένα, τα μέτρα αύξησης της αποδοτικότητας των δημόσιων νοσοκομείων, συμπίεσης των μισθών, ελέγχου των δαπανών υγειονομικού υλικού και μείωσης της νοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης μπορούν να αποφέρουν μείωση της δαπάνης κατά 1.081 εκατ. ευρώ το 2011 και κατά επιπλέον 380 εκατ. ευρώ το 2012. Επιπλέον, η ενοποίηση των ταμείων υγείας με τον ΕΟΠΥΥ, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων και εξετάσεων και τα μέτρα μείωσης της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης θα μπορούσαν να αποφέρουν εξοικονόμηση 1.387 εκατ. ευρώ το 2011 και επιπλέον 1.716 εκατ. ευρώ το 2012.

Οι νόμοι μέσω των οποίων προωθήθηκαν οι μεταρρυθμίσεις<sup>117</sup> στον τομέα της υγείας παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 3.4.1.

Βάσει των μέτρων που έχουν μέχρι στιγμής παρθεί, διαπιστώνεται ότι η μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας έχει επικεντρωθεί κυρίως στη λειτουργική, οικονομική και διαχειριστική του διάσταση, θέτοντας σε δεύτερο πλάνο την προσανατολισμένη στον πολίτη-ασθενή παροχή υπηρεσιών υγείας.

---

<sup>117</sup> Οικονόμου Χ, 2012, ό.π., σ.σ. 97 - 107

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3.4.1. Οι νομοθετικές αλλαγές στην υγεία από το 2010 έως σήμερα**

Νόμοι / Διατάξεις	Μεταρρυθμίσεις	Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
<p><b>N. 3863/2010</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Διαχωρισμός των Ταμείων και τον κλάδων υγείας από το συνταξιοδοτικό σύστημα.</li> <li>• Από την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης πέρασαν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.</li> <li>• Ένταξη και λειτουργία σε ενιαίο πλαίσιο των μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας του ΕΣΥ, των φορέων κοινωνικής ασφάλισης αρμοδιότητας της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του Οίκου Ναύτου</li> <li>• Σύσταση στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενός Συμβουλίου Συντονισμού, με σκοπό τον σχεδιασμό ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα για λογαριασμό των ασφαλιστικών οργανισμών και ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης με όλους τους παρόχους υγείας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η Διαμόρφωση ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της χώρας</li> <li>• Άρση του κατατεταγμένου χαρακτήρα του συστήματος με στόχο τη μείωση της δαπάνης.</li> </ul>	
<p><b>N. 3868/2010</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επέκταση ρυθμίσεων του Ν.2889/2001 για τα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων</li> <li>• Καθιέρωση της ολοήμερης λειτουργίας των νοσοκομείων που ανήκουν στο ΕΣΥ (εξωτερικά ιατρεία και διενέργεια διαγνωστικών, θεραπευτικών και επεμβατικών πράξεων)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξασφαλίζεται η δυνατότητα επιλογής από τους πολίτες του ιατρού της αρεσκείας τους,</li> <li>• Μείωση στις λίστες αναμονής,</li> <li>• Καλύτερη αξιοποίηση του ιατρικού εξοπλισμού</li> <li>• Αύξηση στα έσοδα των νοσοκομείων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η επίσκεψη στα απογευματινά ιατρεία προϋποθέτει την καταβολή συγκεκριμένου ποσού από τον πολίτη και έτσι δημιουργεί συνθήκες άνισης πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, αφού σχετίζεται με την εισοδηματική δυνατότητα καταβολής άμεσης πληρωμής.</li> </ul>
<p><b>N. 3892/2010</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί ισχυρό μηχανισμό ελέγχου της συνταγογραφικής συμπεριφοράς του ιατρικού σώματος.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Το σύστημα αδυνατεί να το εφαρμόσει πλήρως</li> <li>• Εμφανίζονται σοβαρά λειτουργικά προβλήματα</li> </ul>

<p><b>N. 3918/2011</b></p>	<p>Διαθρωτικές αλλαγές στο Σύστημα Υγείας :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Νέο σύστημα προμηθειών, όπου οι προμήθειες προγραμματίζονται σε περιφερειακό επίπεδο.</li> <li>• Δημιουργία ΕΟΠΥΥ, όπου εντάσσονται οι κλάδοι υγείας του ΙΚΑ, του ΟΓΑ, του ΟΠΑΔ</li> <li>• και του ΟΑΕΕ,</li> <li>• Ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ</li> <li>• Φάρμακα : η καθιέρωση ποσού επιστροφής από ιδιωτικά φαρμακεία υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης, ο καθορισμός τιμής κοινωνικής ασφάλισης , η μερική απελευθέρωση του επαγγέλματος των φαρμακοποιών, η αύξηση κ.α.</li> </ul> <p>Επιπρόσθετα μέτρα τα οποία αφορούν τη διακυβέρνηση και την παρακολούθηση του συστήματος υγείας :</p> <p>Α) Η καθιέρωση περισσότερης δημοσιονομικής και λειτουργικής επίβλεψης των δαπανών υγείας από τον Υπουργό Οικονομικών, η δημοσίευση ελεγμένων λογαριασμών των νοσοκομείων και η βελτίωση των μηχανισμών τιμολόγησης και κοστολόγησης.</p> <p>Β) Η ολοκλήρωση προγράμματος μηχανοργάνωσης των νοσοκομείων</p> <p>Γ) Η δημοσίευση μηνιαίων στατιστικών στοιχείων, σε ταμειακή βάση, για τα έσοδα, τις δαπάνες, τη χρηματοδότηση και τις ληξιπρόθεσμες οφειλές (χρέη) των νοσοκομείων.</p> <p>Δ) Η δημιουργία στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δύο διαδικτυακών βάσεων, του Esy.net, για τη συλλογή και αποτίμηση μηνιαίων λειτουργικών και οικονομικών δεδομένων των δημόσιων νοσοκομείων, και του Υγειονομικού Χάρτη, για την παρακολούθηση της περιφερειακής κατανομής των υγειονομικών πόρων και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο καθορισμός των ενιαίων προδιαγραφών και προτύπων ανά ιατροτεχνολογικό προϊόν και η παρακολούθηση των τιμών για τον προσδιορισμό αποδεκτής τιμής μονάδας (μέσω της Επιτροπής Προδιαγραφών και του Παρατηρητηρίου Τιμών)</li> <li>• Η ίδρυση ενός ενιαίου ταμείου υγείας μπορεί να συγκεντρώσει σεδλους τους πόρους υγείας και να λειτουργήσει ως μονοψώνιο, με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας.</li> <li>• Ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους.</li> <li>• Με την ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, επιτυγχάνεται η οργανική ενοποίηση του κλάδου υγείας και η εξοικονόμηση πόρων όσο και η διασφάλιση της πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα με όρους ισονομίας για όλους τους πολίτες.</li> <li>• Το μέτρο της θετικής λίστας φαρμάκων συνέβαλε στη μείωση των τιμών των φαρμάκων σε επίπεδα κατώτερα αυτών που προσδιορίζονταν μέχρι τότε.</li> <li>• Το ΚΕΝ φέρνει πιο κοντά τη χρέωση των ασφαλιστικών ταμείων με το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Συνεπώς, μειώνεται ένας παράγοντας ο οποίος συνέτεινε στα αυξημένα ελλείμματα των δημόσιων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Όπως προκύπτει από τις προβλέψεις του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ (2011), σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει μείωση παροχών και αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος.</li> <li>• Η πρόβλεψη ότι οι ιδιώτες ιατροί που απασχολεί με σύμβαση ο ΕΟΠΥΥ, πρέπει να προσφέρουν υπηρεσίες μία φορά την εβδομάδα στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων είναι πιθανό, εάν δεν αναπτυχθούν μηχανισμοί ελέγχου, να οδηγήσει σε αύξηση της παραοικονομίας στο σύστημα υγείας και σε αθέμιτες πρακτικές άγρας πελατείας και κατεύθυνσης των πολιτών προς τα ιδιωτικά ιατρεία.</li> </ul> <p>Σε σχέση με τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• αυξήθηκαν οι φόροι «υπέρ της υγείας», όπως ο φόρος στην κατανάλωση του αλκοόλ και των τσιγάρων.</li> <li>• Αυξήθηκε η συμμετοχή των πολιτών για επισκέψεις σε κέντρα υγείας και νοσοκομεία.</li> <li>• Μέσω της λειτουργικής αναδιάρθρωσης των μονάδων του ΕΣΥ υπάρχει ο</li> </ul>
----------------------------	--	---	---

	<p>Ε) Η εφαρμογή της κατά κεφαλήν αποζημίωσης των συμβεβλημένων με τα ασφαλιστικά ταμεία ιατρών, βάσει των κλιμακίων περιθωλιζόμενων δικαιούχων περίθαλψης. Αυτό προβλέπεται στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ.</p> <p>ΣΤ) Για την αποζημίωση των νοσοκομείων, άρχισε να λειτουργεί η μέθοδος των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ), τα οποία προσιδιάζουν με τις Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες.</p> <p>Δομικές παρεμβάσεις :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνδιοίκηση νοσοκομείων, η συνένωση ομοειδών κλινικών μονάδων και εργαστηρίων εντός του ίδιου νοσοκομείου ή νοσοκομείων που γειτνιάζουν,</li> <li>• Η μετατροπή μικρών μονάδων (γενικών νοσοκομείων – κέντρων υγείας) σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή βραχείας, εξειδικευμένης νοσηλείας,</li> <li>• Η συγχώνευση ομοειδών δραστηριοτήτων σε υποστηρικτικές υπηρεσίες (διοικητικές, τεχνικές, ξενοδοχειακές κ.λπ.) και η</li> <li>• ορθολογική κατανομή προσωπικού και άλλων πόρων.</li> </ul>	<p>νοσοκομείων, αφού μέχρι σήμερα αυτά δεν αποζημιώνονταν με βάση το πραγματικό κόστος νοσηλείας αλλά με το πολύ χαμηλότερο κλειστό ημερήσιο νοσήλιο.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Από τη λειτουργική αναδιάταξη των μονάδων του ΕΣΥ είναι δυνατό να επιτευχθούν οικονομίες κλίμακας, καλύτερη αξιοποίηση των πόρων και αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη λειτουργία των μονάδων υγείας.</li> </ul>	<p>κίνδυνος δέσμευση κλινών σε δημόσια νοσοκομεία για αποκλειστική χρησιμοποίηση από ασφαλισμένους ιδιωτικών εταιρειών, πράγμα το οποίο θα δυσκολέψει την πρόσβαση των πολιτών σε αυτά, ιδιαίτερα για ειδικότητες όπου υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής.</p>
--	--	--	--

Πηγή : 1. Εθνικό Τυπογραφείο, 2. ΙΟΒΕ, 3.Οικονόμου (2012)

### 3.4.2 Τα προβλήματα στην υγειονομική περίθαλψη

Η υγειονομική περίθαλψη ουσιαστικά ταυτίζεται με την αποκατάσταση των διαταραχών της υγείας. Σε όλα τα συστήματα υγείας διακρίνουμε δύο μορφές περίθαλψης, την εξωνοσοκομειακή ή ανοιχτή και την νοσοκομειακή ή κλειστή.

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, που περιλαμβάνει τις ιατρικές δραστηριότητες, οι οποίες αφορούν στη διάγνωση και θεραπεία ενός υγειονομικού προβλήματος εκτός νοσοκομείου, οργανώνεται στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αντίστοιχα, στα επίπεδα της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης<sup>118</sup> εντάσσονται όλες εκείνες οι υπηρεσίες που προέρχονται από ειδικευμένους γιατρούς μέσα στα νοσοκομεία, στα πλαίσια δηλαδή της νοσοκομειακής περίθαλψης.

Πέραν των τριών επιπέδων περίθαλψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια), στα οποία χωρίζεται το συμβατικό και επίσημο σύστημα υγείας, θα μπορούσε να αναφερθεί και ένα τέταρτο, στο οποίο η φροντίδα υγείας παρέχεται μέσα στο ευρύτερο οικογενειακό, συγγενικό και κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς (αυτοφροντίδα).<sup>119</sup>

#### 3.4.2.1 Η σημασία και τα προβλήματα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ)

Η πρωτογενής έννοια της ΠΦΥ αναφερόταν στην πρώτη επαφή ενός ασθενούς με κάποιον επαγγελματία υγείας. Το 1978, η διεθνής διάσκεψη<sup>120</sup> για την ΠΦΥ, κατέληξε σε διακήρυξη δέκα σημείων, η οποία σηματοδότησε μια επαναστατική αλλαγή στην αντίληψη περί παροχής υπηρεσιών υγείας με σαφή στοχοθέτηση για την ανάπτυξή τους, με κέντρο την ΠΦΥ.<sup>121</sup>

---

<sup>118</sup> Στο δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης το νοσοκομείο καλύπτει βασικά προβλήματα υγείας και απευθύνεται σε έναν πληθυσμό που κυμαίνεται από 50.000 έως 500.000 κατοίκους, ενώ είναι δυναμικότητας 100-600 κλινών. Το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στα περιφερειακά νοσοκομεία τα οποία αντιμετωπίζουν σύνθετα ή εξειδικευμένα προβλήματα υγείας και καλύπτουν πληθυσμό από 500.000 έως 1,5 εκατομμύρια άτομα.

<sup>119</sup> Μ. Θεοδώρου και συν. (Συστήματα Υγείας) ό.π. σ.95

<sup>120</sup> Η διάσκεψη της Άλμα Άτα, όπως θα τη βρούμε να αναφέρεται στην βιβλιογραφία.

<sup>121</sup> Δημήτριος Α. Βραχάτης, Άγγελος Παπαδόπουλος, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2012, 51(1): 10–17

«ΠΦΥ 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 και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξης της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η ΠΦΥ αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικο-οικονομικού οικοδομήματος. Η ΠΦΥ φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας».<sup>122</sup>

Με βάση τον παραπάνω ορισμό δημιουργείται μια νέα φιλοσοφία που στηρίζεται στη σφαιρική αντίληψη ότι η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσω της ΠΦΥ, η οποία διαφοροποιείται σαφώς από τη στενότερη έννοια της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε άτομα που έχουν νοσήσει και έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά τα συμπτώματα της νόσου. Αντίθετα η ΠΦΥ εκφράζει μια ευρύτερη έννοια, που αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα είτε στο σύνολο του πληθυσμού είτε στο επίπεδο της κοινότητας και εμπεριέχει την έννοια της περίθαλψης χωρίς να ταυτίζεται με αυτήν.<sup>123</sup>

Συνοψίζοντας τα ανωτέρω, η φιλοσοφία της διακήρυξη της Άλμα-Άτα σχετικά με την ΠΦΥ μπορεί να συνοψιστεί στις ακόλουθες αρχές:<sup>124</sup>

- ισότητα, κοινωνική δικαιοσύνη και υγεία για όλους,
- κοινωνική συμμετοχή,
- προαγωγή υγείας,
- ορθολογική χρήση των πόρων,

---

<sup>122</sup> WHO, Primary Health Care, International Conference on Primary Health Care. Alma – Ata, USSR, 6-12 September 1978, Geneva – New York

<sup>123</sup> Λ. Λιαρόπουλος, Η Ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας, Ιατρική, 1989, 56 : 419 - 429

<sup>124</sup> Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalise, *Lancet* 2008, 372:917–927

➤ διατομεακή δράση και συνεργασία.

Δυστυχώς, ακόμα και με τον καλύτερο σχεδιασμό οργάνωσης και υλοποίησης της ΠΦΥ, η ασθένεια δεν είναι δυνατόν να εξαφανιστεί. Όμως, η συνειδητοποίηση των ορίων του νοσοκομείου καθώς και της περιορισμένης αποτελεσματικότητάς του, οδηγεί στην αναγκαία παραδοχή ότι η ΠΦΥ μπορεί να αποτελέσει τον άξονα γύρω από τον οποίο είναι δυνατή η συνεχής και συστηματική παρακολούθηση του ασθενούς. Έτσι οι πρωτοβάθμιες μονάδες θα πρέπει να αποτελούν το επίκεντρο του συστήματος υγείας, καθώς βρίσκονται αποκεντρωμένες μέσα στο χώρο της καθημερινής ζωής των ατόμων και κατέχουν στρατηγική θέση για την άμεση και συνεχή σχέση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας.<sup>125</sup>

Στο επίπεδο της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης πρέπει να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά το 90% των προβλημάτων υγείας ώστε να λειτουργεί σωστά το Σύστημα Υγείας.<sup>126</sup> Γι' αυτό το λόγο μέσα από την οργάνωση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης πρέπει να διασφαλίζεται : α) υψηλή προσπελασιμότητα των υπηρεσιών, δηλαδή απουσία οργανωτικών, λειτουργικών, διοικητικών, γεωγραφικών και οικονομικών φραγμών και β) υψηλή διαθεσιμότητα, δηλαδή πλήρης και συνεχής κάλυψη όλο το 24ωρο και 365 μέρες το χρόνο.

Ωστόσο, στην σύγχρονη Ελληνική πραγματικότητα, μόνο ο ρόλος της ΠΦΥ ως πρώτη επαφή του ασθενούς με το ιατρικό προσωπικό φαίνεται να είναι σαφής. Το σκέλος της αλληλεπίδρασης με την κοινωνία, της προληπτικής ιατρικής και της προαγωγής της υγείας γενικότερα δεν είναι σαφές και οι αρμοδιότητες επικαλύπτονται μεταξύ τελικών και ενδιάμεσων οργάνων.<sup>127</sup>

Όσον αφορά στις δομές παροχής ΠΦΥ, το νομοθετικό πλαίσιο αποτυπώνει μια εικόνα πολυδιάσπασης μεταξύ ΕΣΥ, Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ) και ιδιωτών. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι συγκεκριμένες δομές που είχαν προβλεφθεί να δημιουργηθούν στο πλαίσιο του ΕΣΥ όπως για παράδειγμα τα αστικού τύπου Κέντρα Υγείας (ΚΥ) δεν αναπτύχθηκαν.

---

<sup>125</sup> Μ. Θεοδώρου και συνεργάτες ό.π. σ. 102

<sup>126</sup> Ό.π.

<sup>127</sup> Δ. Βραχάτης, Α. Παπαδόπουλος, ό.π.



Συνεπώς, η ΠΦΥ στις μεγάλες πόλεις προσφέρεται κυρίως μέσω των δομών των ΟΚΑ ή των ιδιωτικών δομών. Αυτό δεν ισχύει για τις περιοχές εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων όπου αναπτύχθηκαν ΚΥ του ΕΣΥ και τα αντίστοιχα Περιφερειακά Ιατρεία (ΠΙ) συμπληρώνουν τις δομές ΠΦΥ.

Το περιγραφέν πλέγμα δομών ΠΦΥ εγείρει το ζήτημα της ανισότιμης πρόσβασης των πολιτών, καθώς η ένταξη στους ΟΚΑ και η δυνατότητα παροχής υπηρεσιών από τα ΚΥ πραγματοποιείται επί της ουσίας βάσει επαγγελματικών κριτηρίων. Παράλληλα η επισκέψεις στους διαφόρους επαγγελματίες υγείας και η παρουσία οικογενειακού γιατρού συσχετίζεται άμεσα με την κοινωνικο – οικονομική κατάσταση των ατόμων και τη δυνατότητα χρήσης ιδιωτικής ασφάλισης.<sup>128</sup>

Η προσπάθεια το 2012 για τη συγχώνευση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων σε ένα ( ΕΟΠΥΥ - Εθνικός Οργανισμός Υγείας ) δεν έχει ακόμη επιλύσει τα οργανωτικά και οικονομικά προβλήματα του συστήματος ούτε έχει απαντήσει στο ερώτημα της ισότιμης παροχή υπηρεσιών που εξαρτάται από τα επαγγελματικά δικαιώματα, τη γεωγραφία και την ικανότητα άμεσης πληρωμής.<sup>129</sup>

Άλλα σοβαρά προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν είναι :

- η έλλειψη 24ωρης κάλυψης,
- η συχνή εναλλαγή του ιατρικού προσωπικού,
- η μη ικανοποιητική διασύνδεσή τους με τις υπόλοιπες δομές υγείας και την κεντρική πολιτική ΠΦΥ,
- η επί της ουσίας λειτουργία τους ως δομών δευτεροβάθμιου επιπέδου και
- η εν γένει απουσία «συνέχειας» στη φροντίδα υγείας.

---

<sup>128</sup> Tountas Y, Oikonomou N, Pallikarona G, Dimitrakaki C, Tzavara C, Souliotis K et al. Sociodemographic and socioeconomic determinants of health services utilization in Greece: The Hellas Health I study. *Health Serv Manage Res* 2011, 24:8–18, Διαθέσιμο στο : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21285361>

<sup>129</sup> Ο.π.

Όσον αφορά στα ΚΥ και στα ΠΙ, δεδομένου ότι αποτελούν το μεγαλύτερο ενιαίο υποσύστημα μονάδων παροχής ΠΦΥ, τα κυριότερα προβληματικά σημεία, όπως αυτά περιγράφονται σε αρκετές ερευνητικές εργασίες και ανασκοπήσεις<sup>130</sup> μπορούν να συνοψιστούν στις εξής κατηγορίες:

- Συνέχεια στη φροντίδα υγείας: Οι πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας δεν είναι διασυνδεδεμένες με τις δευτεροβάθμιες κατά το πρότυπο: «πρόληψη – διάγνωση – θεραπεία – αποκατάσταση», η διασύνδεση με κέντρα αναφοράς και η λειτουργία ηθμού είναι ανεπαρκής, δεν εφαρμόζεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, δεν τηρούνται με συστηματικό τρόπο ατομικά ιατρικά ιστορικά για ενιαία χρήση από τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας, ενώ επιπλέον δεν υπάρχει σύστημα διακίνησης ιατρικών πληροφοριών για τους ασθενείς τόσο μεταξύ των μονάδων υγείας όσο και εντός της αυτής μονάδας μεταξύ δύο διαδοχικών επισκέψεων.
- Εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών: Η ιατρική και η νοσηλευτική πράξη δε διέπονται από την εφαρμογή διαγνωστικών, κλινικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων, με συνέπεια την ετερογένεια στο επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών.
- Ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών: Καταγράφονται ελλείψεις σε απαραίτητη υλικοτεχνική υποδομή για τη διεκπεραίωση του ιατρονοσηλευτικού έργου. Δεν έχουν αναπτυχθεί ευρέως τηλεματικές (e-health) ή άλλες εφαρμογές (ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος).
- Ανθρώπινο δυναμικό: Η στελέχωση γίνεται από ιατρούς μη προσανατολισμένους στην ΠΦΥ (ή από ανειδίκευτους ιατρούς υποχρεωτικής θητείας), υπάρχουν ελλείψεις σε νοσηλευτικό και τεχνολογικό προσωπικό, ενώ η κατανομή του προσωπικού παρουσιάζει γεωγραφικές ανισότητες. Τα προγράμματα συνεχούς εκπαίδευσης και κατάρτισης

---

<sup>130</sup> Δ. Βραχάτης, Α. Παπαδόπουλος, ό.π. Οι έρευνες από τις οποίες έχουν προκύψει τα συγκεκριμένα πορίσματα είναι οι εξής : i) Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Οι μέθοδοι χρηματοδότησης της νοσοκομειακής και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2009, 48:37–49, ii) Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Vardavas C, Papadakaki M, Daniilidou N et al. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: A systematic review. *Int J Integr Care* 2009, 9:e88, iii) Oikonomidou E, Anastasiou F, Dervas D, Patri F, Karaklidis D, Moustakas P et al. Rural primary care in Greece: Working under limited resources. *Int J Qual Health Care* 2010, 22:333–337, iv) Tountas Y, Oikonomou N, Pallikarona G, Dimitrakaki C, Tzavara C, Souliotis K et al. Sociodemographic and socioeconomic determinants of health services utilization in Greece: The Hellas Health I study. *Health Serv Manage Res* 2011, 24:8–18, v) Αδαμακίδου Θ, Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α. Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 2008, 47:320–333, vi) Tountas Y, Karnaki P, Pavi E. Reforming the reform: The Greek National Health System in transition. *Health Policy* 2002, 62:15–29

αναπτύσσονται χωρίς προγραμματισμό και εξαρτώνται περισσότερο από την προσωπική πρωτοβουλία. Τέλος, δεν εφαρμόζονται μέθοδοι υποκίνησης/κινήτρων για τη βέλτιστη αξιοποίηση του στελεχιακού δυναμικού.

- Οικονομική διαχείριση: Οι παροχές υγείας (π.χ. ποσοστό συμμετοχής ασθενούς στις δαπάνες) μεταξύ των διαφόρων ΟΚΑ, καθώς και η χρηματοδότηση της ΠΦΥ έρχεται σε ακολουθία με την πολυδιάσπαση των φορέων που την παρέχουν.
- Αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών: Δεν εφαρμόζεται.

Τέλος, σημειώνεται ότι για τις ιδιωτικές μονάδες παροχής ΠΦΥ δεν υπάρχει ενιαίος έλεγχος ή καταγραφή. Είναι αναμενόμενο, τα δομικά προβλήματα που οφείλονται στις γενικές ανωμαλίες του συστήματος παροχής ΠΦΥ να εντοπίζονται και σε αυτές τις μονάδες υγείας.

Η αδυναμία των δημοσίων μονάδων να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στο ρόλο τους έχει οδηγήσει στην αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης για υπηρεσίες υγείας. Έτσι παρατηρείται η αντίφαση, ο υπεραναπτυγμένος ιδιωτικός τομέας να υποκαθιστά τον ανεπαρκή δημόσιο υγειονομικό τομέα, ενώ ταυτόχρονα οι άνθρωποι δεν έχουν την ικανότητα να πληρώσουν για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.<sup>131</sup>

### **3.4.2.2 Τα προβλήματα στην Νοσοκομειακή Περίθαλψη**

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ παρέχουν πλήρεις νοσοκομειακές υπηρεσίες, αλλά και ένα μεγάλο μέρος των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών σε όλους τους έλληνας πολίτες και σε πολλούς αλλοδαπούς. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, ενώ προσφέρουν υψηλής επιστημονικής στάθμης περίθαλψη, υπερχρηματοδοτούνται, υποστελεχώνονται, κακοδιοικούνται και παρέχουν χαμηλής ποιότητας ξενοδοχειακές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται επαρκώς οι χρήστες

---

<sup>131</sup> Evelina Pappa, Nick Kontodimopoulos, Angelos Papadopoulos, Yannis Tountas, and Dimitris Niakas, Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population, *Int J Environ Res Public Health*. 2013 May; 10(5): 2017–2027, Διαθέσιμο στο <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3709361/>

των υπηρεσιών τους, οι οποίοι καταφεύγουν τελικά σε ιδιωτικές κλινικές επιβαρύνοντας τα ατομικά και οικογενειακά εισοδήματα<sup>132</sup>.

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ<sup>133</sup> το 2011 λειτουργούσαν σε ολόκληρη τη χώρα 314<sup>134</sup> θεραπευτήρια, εκ των οποίων 141 θεραπευτήρια του δημοσίου και 173 ιδιωτικά θεραπευτήρια όπως φαίνεται Πίνακα 3.4.2.

**Πίνακας 3.4.2.** Η Δευτεροβάθμια Περίθαλψη στην Ελλάδα σε αριθμούς

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Θεραπευτήρια .....	317	313	316	313	310	314
Δημόσια .....	141	140	140	142	141	141
Ιδιωτικά .....	176	173	176	171	169	173
Ανά 100.000 κατοίκους:						
Κλίνες .....	482,7	481,4	477,5	485,8	477,6	476,6
Νοσοκομειακοί γιατροί .....	229,2	231,9	231,9	243,2	238,1	248,2
Νοσηλευτικό προσωπικό .....	430,0	428,5	432,0	438,7	509,1	506,4
Εξεληθόντες ασθενείς (χιλιάδες) .....	2.123	2.181	2.221	...	...	...
Ημέρες νοσηλείας (χιλιάδες) .....	15.489	15.077	14.740	...	...	...
Ποσοστό κάλυψης % .	79	76	75	...	...	...

... = Δεν υπάρχουν στοιχεία διαθέσιμα.

Πηγή : ΕΛΣΤΑΤ

Στην έκθεση του ΟΟΣΑ<sup>135</sup> για την Ελληνική Οικονομία φαίνεται ότι η διόγκωση των δαπανών και η έλλειψη επαρκούς οργάνωσης στο δημόσιο νοσοκομειακό τομέα είναι από τα πιο σημαντικά προβλήματα της πολιτικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα επισημάνθηκαν τα παρακάτω προβλήματα του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα<sup>136</sup>:

<sup>132</sup> Οικονόμου Ν.Α., Τούντας Γ., Νιάκας Δ., Ελληνικές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην υγεία. Αρχεία Ελλ. Ιατρικής, 2007, 24(1):48-57

<sup>133</sup> Ελληνική Στατιστική Αρχή, Η Ελλάδα με αριθμούς 2013, Διαθέσιμο στο [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/ELLAS\\_IN\\_NUMBERS\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/ELLAS_IN_NUMBERS_GR.pdf)

<sup>134</sup> Δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά θεραπευτήρια και οι κλίνες τους.

<sup>135</sup> Η οποία πραγματοποιήθηκε τον Ιούνιο του 1998, αλλά 15 χρόνια μετά είναι σαν να μην επισημάνθηκαν ποτέ τα συγκεκριμένα προβλήματα αφού τα ίδια υπάρχουν και σήμερα και μάλιστα με την ίδια ένταση.

<sup>136</sup> Τούντας, Γ., και συνεργάτες, 2008, *Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996 – 2006*, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, σ. 43

- Η έλλειψη ευελιξίας στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.
- Η έλλειψη κινήτρων απόδοσης για τους ιατρούς και το λοιπό υγειονομικό προσωπικό.
- Η ελαχιστοποίηση του περιθωρίου άσκησης διοίκησης και εξοικονόμησης προσωπικού, αφού τα πάντα καθορίζονται από το υπουργείο.
- Η απώλεια πόρων εξαιτίας του χαμηλού ποσοστού κάλυψης στην επαρχία συγκριτικά με τις μακρές λίστες αναμονής στο κέντρο.
- Η μη χρησιμοποίηση της αγοραστικής μονοφωνιακής δύναμης των νοσοκομείων του ΕΣΥ (π.χ. στις διαδικασίες προμηθειών).
- Η ύπαρξη αντιδεοντολογικών συμπεριφορών από την πλευρά των ιατρών.
- Η συνολική αναποτελεσματικότητα, όπως αναδεικνύεται και από τη χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών.

**Πίνακας 3.4.3.** Βαθμός ικανοποίησης των αναγκών της κοινωνίας από τη νοσηλευτική υποδομή της χώρας

Χώρες	Δείκτης	Συνολική κατάταξη	Κατάταξη στην Ε.Ε.
Αυστρία	9,41	1	1
Βέλγιο	8,80	4	2
Τσεχία	5,95	29	11
Δανία	7,83	11	6
Εσθονία	4,25	42	17
Φινλανδία	7,88	10	5
Γαλλία	8,11	7	3
Γερμανία	7,79	12	7
Ελλάδα	4,56	40	15
Ουγγαρία	2,31	56	20
Ιρλανδία	4,20	44	18

Χώρες	Δείκτης	Συνολική κατάταξη	Κατάταξη στην Ε.Ε.
Ιταλία	5,19	34	12
Λουξεμβούργο	7,91	8	4
Ολλανδία	6,66	24	9
Πολωνία	1,85	58	21
Πορτογαλία	4,45	41	16
Σλοβακία	4,16	45	19
Σλοβενία	4,86	38	14
Ισπανία	7,00	18	8
Σουηδία	6,17	26	10
Ηνωμένο Βασίλειο	4,93	37	13

Πηγή : Τούντας (2008)

Σε όλα αυτά τα προβλήματα της νοσοκομειακής περίθαλψης τα οποία ουσιαστικά προέκυψαν από την αρχή της υλοποίησης του ΕΣΥ, σήμερα όχι μόνο δεν έχει δοθεί λύση, αλλά η εμφάνιση της οικονομικής κρίσης εκτός του ότι έχει τονίσει τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα, έχει δημιουργία και νέα.

Το Υπουργείο Υγείας, έπειτα από δημόσια διαβούλευση, κατέληξε τον Ιούλιο του 2011 στην πρόταση για την αναδιάρθρωση των μονάδων υγείας του ΕΣΥ, όπου προβλέπεται<sup>137</sup>:

- α) Κατάργηση περίπου 4.000 κλινών, συνένωση κλινικών,
- β) Δημιουργία 83 νοσοκομειακών συγκροτημάτων,
- γ) Διοικητικές συγχωνεύσεις με κατάργηση 50 διοικητικών συμβουλίων και αντίστοιχων θέσεων διοικητών,
- δ) Συνένωση 360 κλινικών από τις συνολικά 2.000 που λειτουργούν σήμερα στο ΕΣΥ,
- ε) Μετατροπή 8 νοσοκομείων σε κέντρα υγείας αστικού τύπου ή μονάδες βραχείας νοσηλείας.

Το Υπουργείο εκτίμησε ότι θα υπάρξει εξοικονόμηση της τάξης € 150 εκατομμυρίων έως το 2015. Η απόπειρα αναδιάρθρωσης του συστήματος υγείας συμπυκνώνεται στην αναδιάρθρωση των μονάδων υγείας του ΕΣΥ και στη δημιουργία του Ενιαίου Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) με την ενοποίηση των τεσσάρων μεγαλύτερων κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων.

Η πραγματικότητα όμως, την οποία πρέπει να αντιμετωπίσει σήμερα το Υπουργείο και η Κυβέρνηση, είναι το αδιέξοδο στο οποίο οδηγούνται τα δημόσια νοσοκομεία εξαιτίας της δυσπραγίας του ΕΟΠΥΥ. Το αρχικό σχέδιο ήταν ο ΕΟΠΥΥ να αποδίδει κάθε μήνα στα δημόσια νοσοκομεία 120 εκατ. ευρώ για την κάλυψη μεγάλου μέρους των λειτουργικών δαπανών. Ωστόσο ο ίδιος ο Οργανισμός απειλείται με κατάρρευση, αφού κινδυνεύει το 2013 να κλείσει με έλλειμμα 1,2 δισ. ευρώ.<sup>138</sup> Τα χρήματα που έχει αποδώσει ως τώρα ο ΕΟΠΥΥ σε αυτά είναι μόλις 30 εκατ. ευρώ από τα 720 εκατ. ευρώ που θα έπρεπε να έχει ήδη δώσει, ποσό στο οποίο συμπεριλαμβάνεται και ο Ιούνιος του 2013. Παράλληλα η επιχορήγηση των νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό για την κάλυψη λειτουργικών δαπανών έχει σχεδόν εξαντληθεί και κίνδυνος να μείνουν τα νοσοκομεία χωρίς φάρμακα και αναλώσιμα υλικά είναι ορατός. Τα συνολικά χρέη του δημοσίου προς της φαρμακευτικές επιχειρήσεις καταγράφονται στον Πίνακα 3.4.4.

---

<sup>137</sup> Κ. Τσαβαλιάς, Ο. Σίσκου, Λ. Λιαρόπουλος, Συγχωνεύσεις νοσοκομείων στην Ευρώπη Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2012, 29(2):233-239

<sup>138</sup> Ε. Φυντανίδου, Τα χρέη του ΕΟΠΥΥ κλείνουν νοσοκομεία, Το Βήμα, ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ: 20/06/2013

**Πίνακας 3.4.4.** Συγκεντρωτικά χρέη δημοσίου προς τις εταιρείες – μέλη του Συνδέσμου Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ)

	Χρέη έως 31/12/2011	Χρέη 2012 (έως 31/12/2012)	Χρέη 2013 (έως 31/10/2013)	Σύνολο
ΕΟΠΥΥ (ΙΚΑ)	≈20 εκ	≈65 εκ	≈490 εκ	≈575 εκ
Νοσοκομεία ΕΣΥ	≈30 εκ	≈190 εκ	≈310 εκ	≈530 εκ
Στρατιωτικά Νοσοκομεία	≈8 εκ.	≈13 εκ.	≈24 εκ.	≈45 εκ.
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	≈€58 εκ.	≈€268 εκ.	≈€824 εκ.	≈€1δισ. 150 εκ.

Πηγή : ΣΦΕΕ

Βασικός παράγοντας που συμβάλλει στη δημιουργία ελλειμμάτων είναι η ανεπαρκής οργάνωση των νοσοκομείων και κυρίως η έλλειψη ενός επαρκούς και ολοκληρωμένου συστήματος μηχανογράφησης. Οργανισμοί με προϋπολογισμούς πολλών εκατομμυρίων ευρώ δεν έχουν ολοκληρωμένα συστήματα παρακολούθησης λογαριασμών. Οι κανονισμοί λειτουργίας των νοσοκομείων είναι απαρχαιωμένοι, ενώ η διαδικασία αναβάθμισής τους είναι ιδιαίτερα γραφειοκρατική και χρονοβόρα.

Πρόβλημα επίσης προκαλεί το υπάρχον θεσμικό καθεστώς των ΝΠΔΔ που καθιστά δύσκολη την άσκηση σύγχρονου μανάτζμεντ. Το ακατάλληλο νομικό και οργανωτικό πλαίσιο όμως και η πλήρης έλλειψη σύγχρονου μανάτζμεντ ακυρώνει κάθε προσπάθεια ορθολογικής διαχείρισης των νοσοκομειακών πόρων.

Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται και από το ισχύον αναδρομικό σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων που έχει ως συνέπεια την αδυναμία ελέγχου του συνολικού ύψους των δαπανών και την ανυπαρξία κινήτρων για τη βελτίωση της αποδοτικότητας. Η επιβολή επίσης ενός «κλειστού νοσηλίου» σε επίπεδα πολύ κάτω του πραγματικού κόστους, το οποίο αναμορφώνεται ελάχιστα κάθε 8-10 χρόνια, συσσωρεύει σημαντικά ελλείμματα τα οποία επιτείνονται και από τις μεγάλες καθυστερήσεις πληρωμών από την κοινωνική ασφάλιση.<sup>139</sup>

<sup>139</sup> Τούντας (2008), ό.π. σ.43

Τέλος, στο κρίσιμο θέμα των προμηθειών, οι ισχύουσες διαδικασίες δεν επιτυγχάνουν ανταγωνιστικές τιμές, προκαλούν μεγάλες καθυστερήσεις και αυξάνουν τις εξωσυμβατικές προμήθειες για να μη δυσχεραθεί ή διακοπεί η λειτουργία τμημάτων.

Τα προβλήματα χρέους των νοσοκομείων έχουν οδηγήσει σε σημαντικές ελλείψεις σε βασικές προμήθειες, όπως γάντια, ποδιές και μαντηλάκια εμποτισμένα με οινόπνευμα, γεγονός το οποίο θέτει σε ακόμα μεγαλύτερο κίνδυνο την υγεία των ασθενών αφού έχει οδηγήσει στην αύξηση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Οι εμπειρογνώμονες φοβούνται ότι αυτό γίνεται χειρότερο λόγω της σοβαρή οικονομική κρίση, που έχει μειώσει τα επίπεδα στελέχωσης της υγειονομικής περίθαλψης και έχει επηρεάσει αρνητικά τα πρότυπα περίθαλψης.<sup>140</sup>

*«Με λιγότερους γιατρούς και νοσοκόμες που πρέπει να φροντίσουν περισσότερους ασθενείς και με τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων για προμήθειες να έχουν εξαντληθεί, ελλοχεύουν μεγάλοι κίνδυνοι ακόμα και σε επίπεδο βασικής υγιεινής»* δήλωσε ο Marc Sprenger, διευθυντής του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (ECDC).<sup>141</sup>

Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων που βρίσκεται στο επίκεντρο αυτής της δυσμενούς κατάστασης ταλαιπωρείται εκτός των άλλων από την «κινητικότητα» και τις απλήρωτες εφημερίες.

Σύμφωνα με το σχέδιο του υπουργείου Υγείας σε κινητικότητα θα τεθούν, έως το τέλος του 2013, 1.250 εργαζόμενοι σε νοσοκομεία (εκτός του ιατρικού προσωπικού) και επιπλέον 1.250 θα τεθούν το 2014. Όσοι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας τεθούν σε κινητικότητα θα λαμβάνουν το 75% του μισθού τους για όσο διάστημα είναι σε διαθεσιμότητα.

Παράλληλα συνεχείς εμπλοκές σημειώνονται στην αποπληρωμή των δεδουλευμένων εφημεριών. Έως σήμερα έχουν αποπληρωθεί οι δεδουλευμένες τακτικές εφημερίες γιατρών έως και τον Μάιο του 2013, ωστόσο δεν έχουν αποζημιωθεί καθόλου «πρόσθετες» εφημερίες του 2013 (όσες έχουν κληθεί να κάνουν οι γιατροί πέραν του «πλαφόν», προκειμένου να καλύψουν με ασφάλεια το πρόγραμμα εφημέρευσης). Επίσης, στο περίπου 40% των νοσοκομείων

---

<sup>140</sup> KATE KELLAND, BASIC HYGIENE AT RISK IN DEBT-STRICKEN GREEK HOSPITALS, REUTERS, 04/12/2012, Διαθέσιμο στο <http://www.reuters.com/article/2012/12/04/us-greece-austerity-disease-idUSBRE8B30NR20121204>

<sup>141</sup> Ο.π.



χρωστούν ακόμα στους γιατρούς εφημερίες του Νοεμβρίου του 2012, ενώ εντελώς απλήρωτοι για τις εφημερίες έχουν μείνει όσοι γιατροί του ΙΚΑ μετακινήθηκαν σε νοσοκομεία του ΕΣΥ, μετά το κλείσιμο των θεραπευτηρίων του Ιδρύματος (απαιτείται τροπολογία για να μπορούν να αποζημιωθούν οι εφημερίες τους).<sup>142</sup>

Τέλος, όσον αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή περίθαλψη, σε πρόσφατη έρευνα<sup>143</sup> σχετικά με την ανίχνευση παραπόνων από τους ασθενείς αποτυπώθηκαν παράπονα – προβλήματα στους εξής τομείς :

- στις συνθήκες καθαριότητας (84,1%),
- στις συνθήκες διαμονής (82,2%),
- στην ποιότητα του φαγητού (81,8%),
- στη συμπεριφορά του προσωπικού (74,8%),
- στην παροχή κατάλληλης φροντίδας (71,5%) και
- στο χρόνο διεκπεραίωσης της θεραπείας (66,4%).

Όπως φαίνεται τα προβλήματα αποδοτικότητας των ελληνικών νοσοκομείων, σύμφωνα με την άποψη των ασθενών, έγκεινται στην έλλειψη ικανοποίησης των βασικών αναγκών τους, όπως η στέγαση, η σίτιση και η υγιεινή. Επίσης, η συμπεριφορά του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί έναν ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για τους ασθενείς. Ειδικότερα, όσον αφορά στη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, φαίνεται ότι οι ασθενείς εκτιμούν ως σημαντικότερο χαρακτηριστικό την ενημέρωση που πρέπει να τους παρέχεται για την κατάσταση της υγείας τους, το σκοπό και το είδος των διαγνωστικών και των θεραπευτικών πράξεων, καθώς και τη φαρμακευτική αγωγή, το σεβασμό της προσωπικότητάς τους και τη διασφάλιση του απορρήτου. Όσον αφορά στη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, φαίνεται ότι οι ασθενείς αξιολογούν την προθυμία, την ευγένεια, την ανταπόκριση και την παροχή αποτελεσματικής και εξειδικευμένης φροντίδας.

---

<sup>142</sup> Τέσσερα προβλήματα προκαλούν εκρηκτικό κλίμα στα νοσοκομεία, Εφημερίδα «Η Καθημερινή», 20/07/13

<sup>143</sup> Μ. Καλογεροπούλου, Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών - Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011, 28(5):667-673

---

## Κεφάλαιο 4 Κοινωνική Πρόνοια και Αλληλεγγύη

### 4.1 Η έννοια του Κράτους Πρόνοιας και τα κοινωνικά προβλήματα

Η έννοια του κράτους πρόνοιας αναφέρεται, κατά περιγραφικό τρόπο, σε εκείνη τη μορφή καπιταλιστικού κράτους που δρα μέσω της παροχής κοινωνικής διοίκησης, με σκοπό την άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και τη συστηματική κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών των πολιτών.<sup>144</sup> Το κράτος πρόνοιας, μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών επιθυμεί να καλύψει τις βασικές ανάγκες των πολιτών και να επιλύσει ή έστω να αντιμετωπίσει μερικώς τα κοινωνικά προβλήματα.

Αν θέλουμε να δώσουμε τον ορισμό της έννοιας «κοινωνικό πρόβλημα», θα λέγαμε ότι είναι η κατάσταση σύμφωνα με την οποία ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού την θεωρεί ανεπιθύμητη και επιδιώκει την αντιμετώπισή της με συλλογικά μέτρα, διότι εκλαμβάνεται και πιστεύεται σαν αιτία κοινωνικών δεινών.

Τα κοινωνικά προβλήματα, όμως, δεν είναι μια στάσιμη κατάσταση, αλλά μια σειρά από γεγονότα τα οποία ακολουθούν μια εξελικτική διαδικασία, στο πλαίσιο της οποίας το κράτος πρέπει να είναι σε θέση να αναπτύξει μηχανισμούς αντιμετώπισής τους.

Τα κοινωνικά προβλήματα ακολουθούν εξελικτικά τα τέσσερα παρακάτω στάδια<sup>145</sup>:

Πρώτο στάδιο: Μια ομάδα ατόμων προβάλλει μια κατάσταση ως υπάρχουσα και υποστηρίζει ότι η κατάσταση αυτή έχει δυσάρεστες επιπτώσεις για τους ίδιους ή κάποια άλλη κατηγορία του πληθυσμού.

Δεύτερο στάδιο: Η κυβέρνηση ή κάποιος άλλος κοινωνικός φορέας (λ.χ. η εκκλησία ή μια εθελοντική οργάνωση) ανταποκρίνεται δεσμευόμενη να μελετήσει το θέμα.

---

<sup>144</sup> Ξ. Κοντιάδης, Εισαγωγή στην Κοινωνική Διοίκηση και τους Θεσμούς Κοινωνικής Ασφάλειας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2008, σ. 17

<sup>145</sup> Spector, Malcolm, and John I. Kitsuse, Constructing Social Problems, Menlo Park California, Copyright 1987, Transaction Publishers, USA, 4<sup>η</sup> έκδοση 2009, σ.σ.74-78

Τρίτο στάδιο : Η ομάδα πίεσης ζητά να αντιμετωπιστεί ουσιαστικά το πρόβλημα.

Τέταρτο στάδιο : Η ομάδα πίεσης αποφασίζει για τη στρατηγική αντιμετώπιση του προβλήματος. Αν η Κυβερνητική ανταπόκριση δεν είναι ικανοποιητική, η ομάδα μπορεί να προχωρήσει η ίδια στην αντιμετώπιση του προβλήματος, ή την άσκηση πίεσης για την αλλαγή των πολιτικών δομών, ώστε να υπάρξει ουσιαστική ανταπόκριση.

Οι κοινωνιολόγοι κατατάσσουν τα κοινωνικά προβλήματα σε τρεις κατηγορίες, στα πρωτογενή (βασικά προβλήματα) τα δευτερογενή και τα τριτογενή, με την έννοια φυσικά ότι από τα βασικά προβλήματα απορρέουν τα δευτερογενή, ενώ τα τριτογενή είναι η συνέπεια κατά κύριο λόγο, των δευτερογενών κοινωνικών προβλημάτων.<sup>146</sup>

Για παράδειγμα βασικό πρόβλημα σε μια κοινωνία αποτελεί η ένδεια, με δευτερογενή συνέπεια τις άθλιες συνθήκες στέγασης, την ανεπαρκή εκπαίδευση, την κακή διατροφή καθώς και την εγκατάλειψη της οικογενειακής στέγης. Όμως τα δευτερογενή προβλήματα όπως η κακή διατροφή θα επιφέρουν ασθένειες, γενετικές ανωμαλίες ή ακόμα και νοητική καθυστέρηση, καταστάσεις που θεωρούνται τριτογενή κοινωνικά προβλήματα. Στον Πίνακα 4.1.1. παρουσιάζεται η σχέση ανάμεσα στα τρία είδη κοινωνικών προβλημάτων

Όσον αφορά στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων στις δυτικές κοινωνίες, ο ρόλος του κράτους είναι πρωταρχικής σημασίας. Τα προγράμματα υγείας, περίθαλψης, ψυχικής υγείας, κοινωνικής ασφάλισης και εκπαίδευσης είναι κατά κανόνα κρατικά.

Το κράτος πρόνοιας δεν είναι ένα στατικά πανομοιότυπο σύστημα κοινωνικής προστασίας που εφαρμόζεται σε όλα τα κράτη. Στην πραγματικότητα σχεδόν κάθε χώρα δημιουργεί το δικό της τύπο κράτους πρόνοιας για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων που την απασχολούν. Οι θρησκευτικές και πολιτιστικές αξίες, η ιστορία, οι οικονομικές και δημογραφικές συνθήκες έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη διαφορετικών προγραμμάτων πρόνοιας σε κάθε χώρα.<sup>147</sup>

---

<sup>146</sup> Πέτρος Α. Σταθόπουλος, *Κοινωνική Πρόνοια – μια γενική θεώρηση*, β' έκδοση, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1999, σ.66

<sup>147</sup> Πέτρος Α. Σταθόπουλος, *ό.π.* σελ.178

Πίνακας 4.1.1. Κατάταξη Κοινωνικών Προβλημάτων		
Βασικά Προβλήματα	Δευτερογενή Προβλήματα	Τριτογενή Προβλήματα
<b>Φτώχεια</b>	Άθλιες στεγαστικές συνθήκες	Αντικοινωνικές τάσεις και τρόποι συμπεριφοράς. Καταχρήσεις (αλκοόλ, ναρκωτικά)
	Εγκατάλειψη οικογενειακής στέγης	Οικονομική εξάρτηση. Οικογένεια με ένα γονέα
	Κακή διατροφή	Ασθένεια. Νοητική καθυστέρηση. Γενετικές ανωμαλίες. Απάθεια
	Ανεπαρκής Εκπαίδευση	Έλλειψη προετοιμασίας για βιοποριστικό επάγγελμα. Έλλειψη προετοιμασίας για υπεύθυνη κοινωνική συμμετοχή.
<b>Πόλεμος</b>	Θάνατος, Αναπηρία	Πένθος, Χηρεία, Ορφάνεια. Οικονομική εξάρτηση. Επαγγελματικές δυσκολίες. Μείωση εισοδήματος.
	Καταστροφή φυσικού πλούτου	Στέρση των αναγκαίων. Αύξηση κόστους ζωής. Υποβάθμιση ποιότητας ζωής.
	Μετακίνηση Πληθυσμών	Ξερίζωμα. Προσφυγιά. Εγκαταλείψεις.
<b>Διακρίσεις</b> (φυλετικές, φύλλου, θρησκευτικές, κοινωνικές)	Προκατάληψη	Μειονότητες. Αποξένωση – Απομόνωση Δυσκολίες Προσαρμογής.
	Αλλοτρίωση	Φόβος. Περιθωριακή διαβίωση.
	Σύγκρουση	Βίαιη συμπεριφορά

Πηγή: Παπαφλέσσα, 1984<sup>148</sup>

<sup>148</sup> Όπως παρουσιάζεται στο Πέτρος Α. Σταθόπουλος, Κοινωνική Πρόνοια – μια γενική θεώρηση, β' έκδοση, Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ, Αθήνα 1999, σ. 67

Εν τούτοις, πέρα από τις επιμέρους διαφορές, υπάρχουν και κοινά σημεία αναφοράς τα οποία χαρακτηρίζουν ομάδες κρατών. Συγκεκριμένα, στην Ευρώπη υπάρχουν τέσσερεις τύποι κρατών πρόνοιας με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά<sup>149</sup> τα οποία παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.1.2.

**Πίνακας 4.1.2.** Τύποι Ευρωπαϊκών Κρατών Πρόνοιας

	Σκανδιναβικό	Γερμανικό (Bismarck)	Αγγλοσαξονικό (Beveridge)	Μεσογειακό
<b>Μορφή κοινωνικής πρόνοιας</b>	Σύγχρονο	Θεσμικό	Υπολειμματικό	Στοιχειώδες
<b>Χαρακτηριστικά</b>	Πλήρης απασχόληση. Το κράτος πρόνοιας ως εργοδότης πρώτης επιλογής	Πλήρης οικονομική ανάπτυξη. Το κράτος πρόνοιας έχει την πρώτη ευθύνη για αποζημίωση	Πλήρης οικονομική ανάπτυξη. Το κράτος πρόνοιας έχει την ευθύνη για αποζημίωση όταν ο μισθωτός μένει άνεργος	Το κράτος πρόνοιας ως ημιθεσμοθετημένη προσδοκία – υπόσχεση
<b>Δικαίωμα για</b>	Εργασία	Κοινωνική ασφάλεια	Επιδόματα	Διακηρύσσεται το δικαίωμα για εργασία και επιδόματα αλλά μερικώς υλοποιείται
<b>Τοποθετήσεις σχετικά με την κατοχύρωση για βασικό εισόδημα</b>	Περιορισμένο ενδιαφέρον	Ίσως οδηγήσει σε μια ριζοσπαστική θεώρηση του προβλήματος της μείωσης του εισοδήματος για τους φτωχούς & άνεργους	Ίσως οδηγήσει στην ανάπτυξη ενός «κανονικού» κράτους πρόνοιας	Ίσως οδηγήσει στην υποστήριξη ανάπτυξης ενός «κανονικού» κράτους πρόνοιας

Πηγή: Σταθόπουλος, 1999

<sup>149</sup> S. Liebfried, *Towards a European Welfare State?*, σ.133 - 156, στο Catherine Jones, *New Perspectives on the Welfare State in Europe*, Routledge, London, 1993

Παρά τις επιμέρους διαφοροποιήσεις μεταξύ των κρατών οι βασικοί στόχοι της κοινωνικής ασφάλειας είναι :

- i) η λήψη των μέτρων για την εξασφάλιση της ικανότητας για εργασία
- ii) η λήψη μέτρων για την εξασφάλιση της απασχόλησης και του εισοδήματος των εργαζομένων και των συνταξιούχων
- iii) η άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων μέσα από την αναδιανομή του εισοδήματος.

Γενικά, το κράτος πρόνοιας είναι μια μορφή οργάνωσης του κράτους που έχει προκύψει στις δυτικοευρωπαϊκές χώρες με τις ελεύθερες οικονομίες αγοράς. Το βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα του είναι η επέμβαση του στις οικονομικές και βιομηχανικές σχέσεις, προκειμένου να καθιερωθεί η ισότητα της ευκαιρίας μεταξύ ατόμων και κοινωνικών ομάδων και έτσι να εξασφαλισθούν τα μέσα επιβίωσης για τα άτομα και τις ομάδες και να αναπτυχθεί η κοινωνική ασφάλεια.

Η κοινωνική ασφάλεια αντιστοιχεί σε ένα καθολικό σύστημα κοινωνικής προστασίας που προωθείται μέσω των τεχνικών της κοινωνικής ασφάλισης και της κοινωνικής πρόνοιας. Η κοινωνική ασφάλεια εμπνέεται από το ιδανικό της ενεργητικής συμμετοχής κάθε ατόμου στον οικονομικό και κοινωνικό βίο και αντιστοιχεί σε ένα σύνολο μέτρων που προσανατολίζονται στην εξυπηρέτηση των ακόλουθων επιδιώξεων<sup>150</sup> :

- Προστασία του πληθυσμού από καταστάσεις ανάγκης, οι οποίες δημιουργούνται λόγω της επέλευσης συγκεκριμένων κινδύνων που επιφέρουν την απώλεια ή τη μείωση των πηγών συντήρησης.
- Εξασφάλιση ιατρικής και υγειονομικής κάλυψης.
- Εγγύηση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης.

---

<sup>150</sup> Γαβριηλ. Ν. Αμίτσης, Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας -Το Ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή εμπειρία, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2001 σ.σ.35-36

## 4.2 Η ανάπτυξη του Κράτους Πρόνοιας

Το στάδιο της σταθεροποίησης του κοινωνικού κράτους εμφανίζεται στις δυτικές κοινωνίες ανάμεσα στα 1930-1950 (μετά από μια μακρά περίοδο πειραματισμού από το 1870-1930). Η σφοδρή οικονομική ύφεση που ακολούθησε το κραχ του 1929 (στην Αμερική το 1932 υπήρχαν 13 εκατομμύρια άνεργοι) διαμόρφωσε το κλίμα που θα ευνοούσε την εισαγωγή και εμπέδωση ενός μοντέλου οικονομικής ανάπτυξης το οποίο θα ολοκληρωνόταν κατά τους μεταπολεμικούς χρόνους, οδηγώντας σε μια μακρά περίοδο οικονομικής ευημερίας, το λεγόμενο welfare state (Κράτος Πρόνοιας).<sup>151</sup>

Το 1948 ο Ο.Η.Ε. υιοθέτησε την Οικουμενική Διακήρυξη των δικαιωμάτων του Ανθρώπου<sup>152</sup>, θέλοντας έτσι να δεσμεύσει τα κράτη – μέλη στην τήρηση των θεμελιωδών υποχρεώσεων τους προς κάθε άνθρωπο - πολίτη.<sup>153</sup> Στο άρθρο 22 της Διακήρυξης η κοινωνική ασφάλεια ρυθμίζεται ως ένα αυτοτελές δικαίωμα κάθε ανθρώπου και στο άρθρο 25 προκύπτει ότι καθιερώνονται δυο μηχανισμοί για την αποτελεσματική υλοποίηση του γενικού δικαιώματος στην κοινωνική ασφάλεια : i) Η Κοινωνική Ασφάλιση και ii) Η Κοινωνική Πρόνοια.

Η διεκδίκηση δικαιωμάτων για την ικανοποίηση των κοινωνικών αναγκών ξεκίνησε από την αρχή της δεκαετίας του 1960 σε διαφορετικές χώρες με στόχο την εξάλειψη των κοινωνικών προβλημάτων, όπως δικαιώματα ισονομίας των μαύρων με τους λευκούς (κυρίως στις Η.Π.Α.), διεκδίκηση καλύτερων συντάξεων, πληρέστερης υγειονομικής κάλυψης και προνοιακές παροχές όπως: υψηλότερα επιδόματα, αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης, υποχρέωση του κράτους για παροχή θεραπείας στους ασθενείς ψυχιατρείων, τους τροφίμους σφραγιστηρίων και άλλων ιδρυμάτων.<sup>154</sup>

---

<sup>151</sup> Θεόδωρος Σακελλαρόπουλος, *Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους*, εκδόσεις Κριτική, Αθήνα 1999, σσ.34-36

<sup>152</sup> ΟΗΕ, Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, 1948, Πηγή: <http://www.humanrights.com>

<sup>153</sup> Η Διακήρυξη περιέχει κατευθυντήριες υποδείξεις προς τα Κράτη – Μέλη του Οργανισμού, οι οποίες δεν παράγουν έννομες συνέπειες. Τα Κράτη δηλαδή δεν δεσμεύονται από τις διατάξεις της Διακήρυξης, ενώ και οι πολίτες δεν μπορούν να στηρίξουν αξίωση τους σε σχέση με συγκεκριμένα δικαιώματα που προβλέπονται στη Διακήρυξη.

<sup>154</sup> Πέτρος Α. Σταθόπουλος, *ό.π.*, σ.σ.57-58

Η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας εξελίχθηκε από τη δεκαετία του 1950 μέχρι σήμερα μέσω της κανονιστικής της επεξεργασίας τόσο από Διεθνείς Οργανισμούς όσο και από τις εθνικές κυβερνήσεις. Κύρια στάδια της διαδικασίας αυτής θεωρούνται<sup>155</sup> :

- Η υιοθέτηση της υπ. αρ. 102/1952 Διεθνούς Σύμβασης Εργασίας «περί ελαχίστων ορίων κοινωνικής ασφάλειας» από τη Διεθνή Οργάνωση Εργασίας.
- Η υιοθέτηση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη το 1961 από το συμβούλιο της Ευρώπης
- Η υιοθέτηση του Διεθνούς Συμφώνου για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα το 1966 από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών
- Η υιοθέτηση του Κοινοτικού Χάρτη των Θεμελιωδών Κοινωνικών Δικαιωμάτων των Εργαζομένων τα 1989 από την Ευρωπαϊκή Κοινότητα
- Η υιοθέτηση του Αναθεωρημένου Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη το 1996 από το Συμβούλιο της Ευρώπης

### **4.3 Το Κράτος Πρόνοιας στην Ελλάδα**

Το Σύνταγμα του 1975 δεν κάνει ρητή αναφορά στην κοινωνική πρόνοια. Σε διάφορα άρθρα του όμως, γίνεται σαφής αναφορά στην υποχρέωση του κράτους για την κοινωνική προστασία και κοινωνική ασφάλιση των πολιτών (άρθρο 21Ε και 22§4) ενώ σε άλλα γίνεται αναφορά στα κοινωνικά δικαιώματα των πολιτών όπως η εργασία, η υγεία, η κοινωνική ασφάλεια, η εκπαίδευση κ.ά. και καθιέρωσε την κοινωνική υποχρέωση για την ιδιωτική ιδιοκτησία και την οικονομική ελευθερία των πολιτών (άρθρα 16, 21, 22, 23 και 24Ε).<sup>156</sup>

Το 1981 εξαγγέλθηκαν μέτρα κοινωνικής πολιτικής και θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας με στόχο την πλήρη υγειονομική κάλυψη όλου του πληθυσμού. Το ΕΣΥ μπορεί να

---

<sup>155</sup> Γ. Αμίτσης, ό.π. σ.σ.37 - 39

<sup>156</sup> Π. Σταθόπουλος, 1999, ό.π. σ.61



θεωρηθεί ως η κύρια και σημαντική προσπάθεια για τη διάρθρωση του κράτους πρόνοιας στην Ελλάδα.

Το 1984 επικυρώθηκε από την Ελληνική Πολιτεία ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, είκοσι δηλαδή χρόνια μετά τη θέση του σε ισχύ, με την ενσωμάτωσή του στο Ν.1426/84.<sup>157</sup>

Το Ελληνικό Κράτος Πρόνοιας χρησιμοποιεί τρεις μηχανισμούς προκειμένου να υλοποιηθούν οι στόχοι της κοινωνικής ασφάλειας για τους πολίτες: την κοινωνική φροντίδα, την κοινωνική ασφάλιση και την υγειονομική περίθαλψη.

Συγκεκριμένα το σύστημα κοινωνικής φροντίδας αφορά άτομα που για κάποιους λόγους αδυνατούν να ενταχθούν στον κοινωνικό και οικονομικό ιστό. Δεν απευθύνεται σε ολόκληρες επαγγελματικές ή κοινωνικές τάξεις, αλλά σε μεμονωμένα άτομα ή περιστασιακές ομάδες μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Οι προνοιακές παροχές είναι σε είδος σε χρήμα και σε κοινωνικές υπηρεσίες μέσω ειδικών φορέων. Οι παροχές έχουν παροδικό χαρακτήρα. Διαρκούν δηλαδή μέχρι να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις αυτοβοήθειας ή μέχρι να παρέλθει η δεδομένη ανάγκη.

Το σύστημα της κοινωνικής φροντίδας της Ελλάδας βασίζεται σε δύο αρχές, την αρχή της επικουρικότητας και την αρχή εξατομίκευσης<sup>158</sup> :

- Η αρχή της επικουρικότητας τυποποιεί την παρέμβαση των προνοιακών φορέων οι οποίοι αναλαμβάνουν δράση για να καλύψουν τις ανάγκες εκείνες που δεν μπορούν να καλυφθούν από τους ενδιαφερόμενους, όταν διαπιστώνεται η αδυναμία αυτοπροστασίας τους. Στη χώρα μας η αρχή της επικουρικότητας θεμελιώνεται κυρίως στη γενική διάταξη του άρθρου 1 παρ.2 του Ν.Δ. 57/73. Σε αυτή προβλέπεται ως προϋπόθεση προνοιακής προστασίας να μην υπάρχει κάλυψη αναγκών από φορείς κοινωνικής ασφάλισης ή από μέλος της οικογένειας του οικονομικά αδύνατου.
- Η αρχή της εξατομίκευσης αποτρέπει την υπερβολική τυποποίηση των παροχών με κατάλληλη εξειδίκευση των προϋποθέσεων για τη μορφή ή την έκταση της συγκεκριμένης προστασίας, έτσι ώστε η βοήθεια να ανταποκρίνεται πραγματικά στις

---

<sup>157</sup> Κ. Κρεμαλής, Το Δικαίωμα του Ατόμου για Κοινωνική Πρόνοια, Α.Ν. Σάκκουλας, Αθήνα, 1991, σ.143

<sup>158</sup> Κ. Κρεμαλής, 1991, ό.π. σ. 134, και Γ. Αμίτσης 2001, ό.π. σ.44

ανάγκες του χρήστη των κοινωνικών υπηρεσιών. Επιπλέον ο κίνδυνος αυθαιρεσιών της διοίκησης από την κακή εφαρμογή της αρχής της εξατομίκευσης περιορίζεται, καθώς οι πραγματικές προϋποθέσεις «αντικειμενικοποιούνται» ουσιαστικά, με ενιαία θεώρηση των συνηθισμένων καταστάσεων ανάγκης ή με καθιέρωση κανόνων ελάχιστης κατανομής των προνοιακών αγαθών και υπηρεσιών στους ενδιαφερόμενους, σύμφωνα με τις γενικές αρχές της ισότητας και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας αντίστοιχα. Κύρια επομένως συνέπεια της αρχής της εξατομίκευσης είναι η υποχρέωση των οργάνων της διοίκησης να αιτιολογούν τις αποφάσεις τους, όταν καθορίζουν την ανάγκη, τη μορφή και την έκταση της κοινωνικής προστασίας.

Το δικαίωμα για κοινωνική πρόνοια δεν κατοχυρώνεται ρητά σε συγκεκριμένη διάταξη του ισχύοντος Συντάγματος. Συνάγεται όμως ερμηνευτικά κυρίως από το άρθρο 21, όπου κατοχυρώνεται ένα γενικότερο προνοιακό δικαίωμα με την εξειδίκευση συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων που θεωρούνται ως άμεσα υποκείμενα υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας.<sup>159</sup>

Οι πληθυσμιακές αυτές ομάδες αφορούν:

- i) Παιδιά, νέους και οικογένειες
- ii) Πολύτεκνες οικογένειες και άτομα που πάσχουν από ανίατη σωματική αναπηρία ή πνευματική νόσο
- iii) Ηλικιωμένοι και άποροι
- iv) Άτομα με αναπηρίες

Το άρθρο 25 § 15<sup>160</sup> αποτελεί νέα διάταξη που εισήχθη με την αναθεώρηση του Συντάγματος του 2001 και αποτελεί ένα ευρύτερο πλαίσιο που πλαισιώνει και τα υπόλοιπα άρθρα του

---

<sup>159</sup> Κ. Κρεμαλής, 1991, ό.π., σ. 156

<sup>160</sup> Σύμφωνα με το άρθρο 25 παρ.1 Σ. : «Τα δικαιώματα του ανθρώπου ως ατόμου και ως μέλους του κοινωνικού συνόλου και η αρχή του κοινωνικού κράτους δικαίου τελούν υπό την εγγύηση του Κράτους. Όλα τα κρατικά όργανα υποχρεούνται να διασφαλίζουν την ανεμπόδιστη και αποτελεσματική άσκησή τους. Τα δικαιώματα αυτά ισχύουν και στις σχέσεις μεταξύ ιδιωτών στις οποίες προσιδιάζουν. Οι κάθε είδους περιορισμοί που μπορούν κατά το Σύνταγμα να επιβληθούν στα δικαιώματα αυτά πρέπει να προβλέπονται είτε απευθείας από το Σύνταγμα είτε από

Συντάγματος που αναφέρονται στο θέμα της κατοχύρωσης του δικαιώματος σε κοινωνικές υπηρεσίες, αλλά αποτελεί και βάση για τις νομοθετικές ρυθμίσεις που αναφέρονται στο θέμα της παροχής τους. Πέρα από τη κατοχύρωση της αρχής του κοινωνικού κράτους, το άρθρο αυτό αποτελεί την ύστατη δυνατότητα προσφυγής του πολίτη σε θεμελιώδεις αρχές του Συντάγματος, για να αντιμετωπίσει οποιαδήποτε άρνηση παροχής προστασίας από διοικητικά όργανα του Κράτους. Τέλος, με την ρητή πλέον αναφορά στην αρχή της αναλογικότητας, θεμελιώνεται ένα μοντέλο προστασίας των δικαιωμάτων όσων δέχονται τις υπηρεσίες του κοινωνικού κράτους από υπερβολικούς περιορισμούς αυτών.

Γενικά, οι διατάξεις που διέπουν την ίδρυση και λειτουργία του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας, περιέχονται σε ένα πλήθος κειμένων (νόμοι, προεδρικά διατάγματα, υπουργικές αποφάσεις) τα οποία άρχισαν να εκδίδονται με την ίδρυση του ΕΣΥ. Οι σημαντικότερες από αυτές τις διατάξεις αναφέρονται στον Πίνακα 4.3.1.

<b>Πίνακας 4.3.1. Νομικό Πλαίσιο Κοινωνικής Πρόνοιας</b>	
<b>Νόμοι, Διατάξεις &amp; Υπ. Αποφάσεις</b>	<b>Περιγραφή</b>
N. 1431/1983 (ΦΕΚ46Α/16.4.84)	Ρυθμίσεις Θεμάτων φορέων Κοινωνικής Πρόνοιας
N. 1729/Φ. 44Α/7.8.87	Καταπολέμηση της Διάδοσης των Ναρκωτικών, Προστασίας των Νέων και Άλλες Διατάξεις
N.2082/1992 (ΦΕΚ 158/Α/21.09.1992)	Αναδιοργάνωση της Κοινωνικής Πρόνοιας και καθιέρωση νέων θεσμών Κοινωνικής Προστασίας
Π.Δ. 395/1993 (ΦΕΚ 166 Α/28.09.1993)	Όροι προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση και λειτουργία και μεταβίβαση Κέντρων Αποθεραπείας και αποκατάστασης από φυσικά ή Ν.Π.Ι.Δ. (εκδόθηκε με νομοθετική εξουσιοδότηση του άρθρου 10 του Ν.2072/1992)
Αρ.Π4α οικ.4633	Προδιαγραφές λειτουργίας κέντρων αποθεραπείας- αποκατάστασης

το νόμο, εφόσον υπάρχει επιφύλαξη υπέρ αυτού και να σέβονται την αρχή της αναλογικότητας.»

(ΦΕΚ 789/Β/06.10.1993)	για την παροχή ιατρικών και λοιπών φροντίδων καθώς και για τη διημέρευση των ατόμων που περιγράφονται στο άρθρο 10 παρ. 1 του Ν. 2072/1992
Ν.2345/1995 (ΦΕΚ/213/Α/12.10.1995)	Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις
Ν.2447/1996 (ΦΕΚ/278/Α/30.12.1996)	. Κύρωση ως κώδικα του σχεδίου – Υιοθεσία, Επιτροπεία, Αναδοχή Ανηλίκων, δικαστική συμπαράσταση δικαστική επιμέλεια, ξένων υποθέσεων και συναφείς ουσιαστικές δικονομικές και μεταβατικές διατάξεις.
Ν.2646/1998 (ΦΕΚ/236/Α/20.10.1998)	Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις
Αρ. Γ4α/Υ.201/1791 (ΦΕΚ517/Β/27.05.1998)	Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Στέγης Ημιαυτόνομης Διαβίωσης Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες
Αρ. ΔΥ2γ/οικ.80 (ΦΕΚ490/Β/27.04.2001)	Εξαιρέση φορέων από την υποχρέωση σύστασης ΚΕΚ με αυτοτελή νομική προσωπικότητα
Αρ.οικ.3227 (ΦΕΚ/1067/Β/10.08.2001)	Σύναψη Προγραμματικών Συμβάσεων Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
Υ.Υ.4035/2001 (ΦΕΚ/ 1127/Β/30.08.2001)	Σύστημα Διαχείρισης Αξιολόγησης, Παρακολούθησης και Ελέγχου – Διαδικασία εφαρμογής της Ενέργειας «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων» (ΚΗΦΗ), συγχρηματοδοτούμενης από το ΕΚΤ στο πλαίσιο των ΠΕΠ του Γ΄ ΚΠΣ
Υ.Α. 4036/2001 (ΦΕΚ 1128/Β/30.08/2001)	Σύστημα Διαχείρισης Αξιολόγησης, Παρακολούθησης και Ελέγχου – Διαδικασία εφαρμογής της ενέργειας «Λειτουργία νέων δομών ή /και νέων τμημάτων σε υφιστάμενες δομές Βρεφονηπιακών ή /και Βρεφονηπιακών Ολοκληρωμένης Φροντίδας ή /και Παιδικών Σταθμών ή /και Κέντρων Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών ή /και Κέντρων Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με αναπηρία (ΚΔΑΠ ΜΕΑ )» συγχρηματοδοτούμενης από το ΕΚΤ στο πλαίσιο των ΠΕΠ του Γ΄ ΚΠΣ
ΚΥΑ 30867, (ΦΕΚ 751Β/17.06.2002)	Καθορισμός αριθμού θέσεων του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας, που πληρούνται από άτομα που προστατεύονται από το Ν. 2643/1998 και κατανομή των θέσεων αυτών.
Π1γ/ΑΓΠ/οικ.57048 (ΦΕΚ 760Β/19.06.2002)	Τροποποίηση της Π1γ/Γποικ. 14963/01 υπουργικής απόφασης περί προϋποθέσεων ίδρυσης και λειτουργίας Κέντρων Ημερήσιας

	Φροντίδας Ηλικιωμένων
N.3106/2003 (ΦΕΚ/30/Α/10.02.2003)	Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις
N. 3329/2005 (ΦΕΚ/81Α/4.4.05)	Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικές Αλληλεγγύης και Λοιπές Διατάξεις
N. 3454/2006 (ΦΕΚ/75Α/7.4.06)	Ενίσχυση της Οικογένειας και Λοιπές Διατάξεις
N. 3459/2006 (ΦΕΚ/103Α/25.5.06)	Κώδικας νόμων για τα Ναρκωτικά
N. 3730/2008 (ΦΕΚ/262Α/23.12.08)	Προστασία Ανηλίκων από τον Καπνό και τα Αλκοολούχα Ποτά και Άλλες Διατάξεις

Πηγή : Υπουργείο Υγείας<sup>161</sup>

#### 4.4 Οι φορείς

Το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας ή αλλιώς Κοινωνικής Πρόνοιας της Ελλάδας είναι ένα μεικτό σύστημα υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας από το δημόσιο και τον ελεγχόμενο ιδιωτικό τομέα.<sup>162</sup> Πρόκειται ουσιαστικά για ένα κεντρικά κατευθυνόμενο μοντέλο παροχής χρηματικών επιδομάτων, παροχών σε είδος και προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών που στηρίζεται στην παρέμβαση των φορέων του δημόσιου τομέα.<sup>163</sup>

Οι φορείς παροχής υπηρεσιών κοινωνικής προστασίας κατατάσσονται σε τέσσερις τομείς, όπως φαίνεται στο Πίνακα 4.4.1.

<sup>161</sup> Ιστότοπος του Υπουργείου Υγείας : <http://www.moh.gov.gr/>

<sup>162</sup> Κ. Κρεμαλής, 1991, ό.π. σ.17

<sup>163</sup> Γ. Αμίστης, ό.π., σ.97

**Πίνακας 4.4.1. Τομείς παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Προστασίας**

<b>1<sup>ος</sup> Τομέας</b>	<b>2<sup>ος</sup> Τομέας</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Δημόσιος Τομέας</li><li>- Κρατικές Υπηρεσίες</li><li>- Ο.Τ.Α. Α' και Β' βαθμού</li><li>- Ν.Π.Δ.Δ</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Αγορά</li><li>- Κερδοσκοπικός Τομέας</li></ul>
<b>3<sup>ος</sup> Τομέας</b>	<b>4<sup>ος</sup> Τομέας</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ιδιωτικός μη κερδοσκοπικός Τομέας</li><li>- Εκκλησία</li><li>- Εθελοντικές Οργανώσεις</li><li>- Ν.Π.Ι.Δ.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Φορείς αυτοβοήθειας</li><li>- Άτυπα δίκτυα φροντίδας</li></ul>

Πηγή: Π. Σταθόπουλος (1999), σ.204

Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις εξειδικεύονται στην παροχή υπηρεσιών προς άτομα που δεν επιθυμούν να ενταχθούν στο δημόσιο σύστημα, ενώ οι εθελοντικοί φορείς δραστηριοποιούνται για την προώθηση συλλογικών αιτημάτων των μελών τους ή για την κάλυψη των κενών προστασίας που απορρέουν από την περιοριστική λειτουργία των δημοσίων υπηρεσιών.

Από τη δεκαετία του 1970 γίνεται προσπάθεια για τη συγκρότηση ενός ιδιαίτερα σύνθετου πλέγματος νομικών μηχανισμών για την εξειδίκευση του δικαιώματος σε κοινωνικές υπηρεσίες. Η επιλογή συγκεκριμένου οργανωτικού σχήματος στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας εντάσσεται στην αποκλειστική αρμοδιότητα του Κράτους. Δεν μπορεί όμως να απαγορευθεί ή να περιοριστεί νομικά η συμμετοχή φορέων του ιδιωτικού ή εθελοντικού τομέα στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών.<sup>164</sup>

Οι σχετικές παρεμβάσεις, αν και χαρακτηρίζονται από την έλλειψη ενιαίου προγραμματισμού για τη δράση των φορέων και την ικανοποίηση των αναγκών των δικαιούχων, είχαν ως

---

<sup>164</sup> Πέτρος Παραράς, Οι Φορείς των Κοινωνικών Παροχών, ΤΟ ΣΥΝΤΑΓΜΑ, τεύχ. 1, 1991, σ.1

αποτέλεσμα τη θεσμική κατοχύρωση της αρχής του προνοιακού πλουραλισμού, που αναδεικνύει τον ιδιαίτερο ρόλο των μη δημόσιων φορέων στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών.

Στο πλαίσιο αυτό κεντρικής σημασίας είναι η προαγωγή του λεγόμενου «τρίτου τομέα» των προνοιακών υπηρεσιών, που συγκροτείται από τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, τους ιδιωτικούς μη κερδοσκοπικούς φορείς παροχής κοινωνικής φροντίδας και τους εθελοντικούς φορείς προνοιακού τύπου, που δραστηριοποιούνται χωρίς να επιδιώκουν κερδοσκοπικούς στόχους.

Παράλληλα, στην ελληνική οικογενειοκεντρική κοινωνία, σημαντικό ρόλο παίζουν και τα άτυπα δίκτυα φροντίδας, τα οποία αντιστοιχούν στις υπηρεσίες βοήθειας και φροντίδας που προέρχονται από τα μέλη της οικογένειας, τους φίλους και τη γειτονιά.<sup>165</sup> Τα άτυπα δίκτυα φροντίδας αποτελούν το λεγόμενο τέταρτο πυλώνα της παροχής προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών.<sup>166</sup>

#### **4.4.1 Δημόσιος τομέας**

Στον δημόσιο τομέα περιλαμβάνονται οι κρατικές υπηρεσίες ιδίως εκείνες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, τόσο σε κεντρικό όσο σε περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο, αλλά και οι κοινωνικές υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν Ν.Π.Δ.Δ. και φορείς του πρώτου και δεύτερου βαθμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Όσον αφορά στον συντονισμό της παροχής κοινωνικών υπηρεσιών από τους φορείς κάθε επιπέδου, ρυθμίζεται μέσω των διατάξεων περί θεσμοθέτησης του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας του άρθρου 4 του Ν.2646/98.<sup>167</sup> Έτσι βάσει του Ν.2646/98 έχουμε :

---

<sup>165</sup> Ο. Στασινοπούλου, Άτυπα δίκτυα φροντίδας και σύγχρονος προνοιακός πλουραλισμός, Εκλογή, 93, 1992, σ. 112

<sup>166</sup> Σταθόπουλος, Π., Κοινωνική Πρόνοια. Ιστορική εξέλιξη- Νέες κατευθύνσεις, εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα, 2005, σ. 250

<sup>167</sup> Γ. Αμίτσης, 2001, ό.π. σ. 138

- Σε κεντρικό επίπεδο, οι αρμοδιότητες ασκούνται από το Υπουργείο Υγείας μέσω της Γενικής Διεύθυνσης Πρόνοιας αλλά και από άλλα υπουργεία, όπως το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εσωτερικών κ.α.<sup>168</sup> Το Υπουργείο Υγείας έχει ευθύνη για τη χάραξη της εθνικής πολιτικής κοινωνικής φροντίδας, το σχεδιασμό Εθνικών Προγραμμάτων, την έρευνα, μελέτη και τεκμηρίωση σε θέματα κοινωνικής φροντίδας, το συντονισμό των δράσεων και τον προσδιορισμό των όρων και προϋποθέσεων για την παροχή οργανωμένων κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς και την παρακολούθηση και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών των φορέων του Εθνικού Συστήματος.
- Σε Περιφερειακό επίπεδο, οι σχετικές αρμοδιότητες ασκούνται τις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της κάθε περιφέρειας. Στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους εξειδικεύονται και παρακολουθούν την εφαρμογή Εθνικών Προγραμμάτων.
- Σε Νομαρχιακό επίπεδο, οι αρμοδιότητες ασκούνται από τις Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας κάθε Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης. Οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις ασκούν αρμοδιότητες κοινωνικής πολιτικής και παράλληλα συμμετέχουν στις διαδικασίες πιστοποίησης των μη κερδοσκοπικών προνοιακών φορέων.
- Στο επίπεδο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης οι σχετικές αρμοδιότητες ασκούνται από τις υπηρεσίες των Δήμων και Κοινοτήτων μέσω των Διευθύνσεων ή Οργανισμών Κοινωνικής Μέριμνας. Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α' βαθμού στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους αναπτύσσουν και εφαρμόζουν κατά κύριο λόγο προγράμματα κοινωνικής φροντίδας.

Όλοι οι παραπάνω φορείς προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα άτομα που τις χρειάζονται κατά κανόνα δωρεά. Επίσης ο δημόσιος τομέας παρέχει ένα ελάχιστο επίπεδο οικονομικής επιβίωσης σε άτομα που στερούνται των αναγκαίων οικονομικών πόρων. Οι παροχές αφορούν επιδόματα σε χρήμα, σε είδος ή άλλες κοινωνικές υπηρεσίες.

---

<sup>168</sup> Οι αρμοδιότητες των υπουργείων αυτών είναι δευτερεύουσες και συμπληρωματικές σε σχέση με αυτές του Υπουργείου Υγείας, όπου το τελευταίο έχει την ευθύνη για τη χάραξη και το σχεδιασμό της προνοιακής πολιτικής.



#### 4.4.2 *Ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας*

Στην Ελλάδα από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 δημιουργείται το νομοθετικό πλαίσιο για την δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα και τις σχέσεις του με την κεντρική διοίκηση.

Οι ρυθμίσεις αφορούν την υποχρεωτική άδεια για την ίδρυση και λειτουργία των ιδιωτικών οργανώσεων για την παροχή προνοιακών υπηρεσιών, με το Ν.Δ 1118/72 αναφερόμενο στις ιδιωτικές επιχειρήσεις περίθαλψης ηλικιωμένων και ατόμων με ειδικές ανάγκες, αλλά και το νόμο 2345/1995, με πεδίο αναφοράς «τις οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις» δηλαδή, σωματεία, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, ιδρύματα, ενώσεις προσώπων, καθώς και ιδιώτες που παρέχουν υπηρεσίες για την προστασία του παιδιού ή ατόμων με ειδικές ανάγκες ή ηλικιωμένων ή ανιάτων.

Οι φορείς του ιδιωτικού τομέα συγκροτούνται από εμπορικές επιχειρήσεις, οι οποίες κατά κανόνα «προσφέρουν» υπηρεσίες φροντίδας στο πλαίσιο της ελεύθερης αγοράς ύστερα από σχετική έγκριση των εποπτικών οργάνων της κεντρικής διοίκησης.<sup>169</sup>

Η ρύθμιση του ιδιωτικού τομέα χαρακτηρίζεται από την υιοθέτηση ενός σύνθετου μοντέλου προληπτικού και κατασταλτικού ελέγχου, το οποίο επικεντρώνεται στην υποχρέωση λήψης άδειας σύστασης και λειτουργίας, με σκοπό την καλή λειτουργία και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.<sup>170</sup>

Όμως, δεν προβλέπονται ειδικές διαδικασίες αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών<sup>171</sup> ή της αποτελεσματικότητας των δράσεων σε σχέση με ευρύτερους κοινωνικούς στόχους.

---

<sup>169</sup> Γ. Αμίτσης, 2001, ό.π. σ. 42

<sup>170</sup> Παραδείγματα τέτοιων φορέων, αποτελούν οι παιδικοί σταθμοί, οι οίκοι ευγηρίας, οι παιδικές κατασκηνώσεις κ.λ.π.

<sup>171</sup> Με εξαίρεση τον θεσμό των Κοινωνικών Συμβούλων που εισήχθη το 1995 με το άρθρο 1§4 του Ν.2345/95 και προβλέπει την παρακολούθηση των ιδιωτικών φορέων από ειδικούς επιστήμονες που λειτουργούν σε επίπεδο νομαρχιακής αυτοδιοίκησης.

#### 4.4.3 *Εθελοντικοί φορείς κοινωνικής πρόνοιας*

Ο εθελοντικός μη κερδοσκοπικός τομέας, στο επίπεδο της κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα, χαρακτηρίζεται ιστορικά από την ανάπτυξη φιλανθρωπικών δράσεων και την προώθηση σχετικά αυτόνομων παρεμβάσεων που συμπληρώνουν τις δημόσιες πολιτικές πρόνοιας. αποτελείται από φορείς όπως η εκκλησία, μη κυβερνητικοί φορείς, φιλανθρωπικά σωματεία.

Πρόκειται για Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα οι οποίες δεν ανήκουν στο δημόσιο τομέα, δρουν σε τοπικό και διεθνές επίπεδο (Ερυθρός Σταυρός) και ο σκοπός τους είναι το ηθικό αίσθημα προσφοράς προς τον πάσχοντα συνάνθρωπο. Η υποχρέωση με άλλα λόγια αυτών των υπηρεσιών, έχει ηθικό έρεισμα, ενώ στο δημόσιο τομέα, η υποχρέωση για παροχή υπηρεσιών έχει νομικό έρεισμα.

Ο εθελοντικός τομέας, αποκαλούμενος «τρίτος τομέας», των προνοιακών υπηρεσιών συγκροτείται από τις μη κυβερνητικές οργανώσεις, τους ιδιωτικούς φορείς παροχής κοινωνικής φροντίδας και τους εθελοντικούς φορείς προνοιακού τύπου που δραστηριοποιούνται χωρίς να επιδιώκουν κερδοσκοπικούς στόχους.

Η επέκταση των εθελοντικών οργανώσεων, είναι χρήσιμη γιατί έτσι κινητοποιεί τους πολίτες να συμμετέχουν στα κοινά αλλά μειώνει και το κόστος των δαπανών που απαιτούνται για τη χρηματοδότηση των προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας. Επίσης και διεθνείς οργανισμοί χρηματοδοτούν τις εθελοντικές οργανώσεις για την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων κοινωνικής προστασίας για ειδικές ανάγκες ατόμων όπως πρόσφυγες, άνεργοι κ.α

Οι βασικοί ρόλοι του εθελοντικού τομέα είναι οι παρακάτω:

- i) Ελευθερία καινοτομίας με τη δημιουργία προγραμμάτων που σκοπό έχουν να βοηθήσουν τα άτομα όχι μόνο με το να καλύψουν τις βασικές ανάγκες επιβίωσης αλλά και τις λιγότερο εμφανείς όμως εξίσου σημαντικές ανάγκες.
- ii) Άσκηση πίεσης προς τους φορείς του δημόσιου τομέα, ασκώντας κριτική με σκοπό την προώθηση των αλλαγών σε δομές των κοινωνικών φορέων για να εξυπηρετούνται αποτελεσματικότερα τα άτομα που χρήζουν κοινωνικής προστασίας.
- iii) Συμπληρωματική και υποβοηθητική κάλυψη των ανθρώπινων αναγκών.

Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο<sup>172</sup> προβλέπει τρεις μηχανισμούς ενεργοποίησης της εθελοντικής πρωτοβουλίας για την ίδρυση και λειτουργία φορέων παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Πρόκειται για<sup>173</sup> :

- Τα φιλανθρωπικά σωματεία
- Τα φιλανθρωπικά ιδρύματα
- Τις αστικές εταιρείες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.
- Ενώ προβλέπεται και η δραστηριοποίηση παραρτημάτων διεθνών ΜΚΟ για την παροχή κοινωνικής προστασίας

Όμως δεν υπάρχει ένα ειδικό θεσμικό πλαίσιο που να διέπει τόσο την σύσταση των φορέων όσο και τη ρύθμιση των σχέσεών τους με την κεντρική διοίκηση ή την οικονομία της αγοράς.<sup>174</sup> Οποιαδήποτε απόπειρα συστηματικής διερεύνησης της λειτουργίας των εθελοντικών φορέων στην Ελλάδα προσκρούει σε δυο πολύ σημαντικά προβλήματα<sup>175</sup>:

- i) Την έλλειψη στοιχείων για τον αριθμό και την υποδομή των φορέων που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες.
- ii) Την αδυναμία νομικής τυποποίησης του εθελοντικού τομέα. Έτσι σε ορισμένες περιπτώσεις δεν είναι εύκολη η διάκριση μεταξύ οργανωμένων φορέων και άτυπων ενώσεων προσώπων.

#### **4.5 Η ανεπάρκεια του Συστήματος**

Με την ένταξη της Ελλάδας στην οικονομική και νομισματική ένωση, τέθηκαν πολιτικές προτεραιότητες που εστιάζονταν στην επίτευξη οικονομικών δεικτών σύγκλισης ενώ

---

<sup>172</sup> Το οποίο εγκαινιάστηκε ουσιαστικά με τον Ν.2731/1999

<sup>173</sup> Για τη συνταγματική λειτουργία του εθελοντισμού και τις νομικές λειτουργίες βλ. Χ. Ανθόπουλος, Εθελοντισμός – Αλληλεγγύη και Δημοκρατία, Οξύ, Αθήνα, 2000, σ. 81

<sup>174</sup> Χ. Ανθόπουλος, ό.π. σ. 38

<sup>175</sup> Γ. Αμίτσης, ό.π. σ.144-145

ταυτόχρονα δημιουργήθηκαν και νέες προκλήσεις για το κράτος πρόνοιας, με σκοπό τη δημιουργία δυναμικών πολιτικών, που αποσκοπούν αφενός στην δικαιότερη κατανομή των πόρων και αφετέρου στη βελτίωση της ισότητας των ευκαιριών ανάμεσα στους πολίτες.

Είναι γεγονός ότι η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα δεν οδήγησε σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, γιατί ασκήθηκε αποσπασματικά και κυρίως με επιδοματικό χαρακτήρα. Σύμφωνα με τη θεωρία των μοντέλων που αφορούν το κράτος πρόνοιας, η Ελλάδα ανήκει στο νότιο μοντέλο, με χαρακτηριστικά από το μοντέλο Bismarck (ιδιαίτερα στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας) και στοιχεία από το μοντέλο του Beveridge (στον τομέα της υγείας).<sup>176</sup>

Ακόμα και πριν την οικονομική κρίση, το Κράτος Πρόνοιας στην Ελλάδα ασθενούσε. Εν τη γενέσει του υπήρχαν οργανωτικές και διοικητικές αδυναμίες που εμπόδιζαν την ορθολογική και αποτελεσματική παροχή των προνοιακών υπηρεσιών. Η έλλειψη συντονισμού και συνεργασίας μεταξύ των φορέων κοινωνικής πρόνοιας αλλά και των υπηρεσιών των διαφόρων υπουργείων σε συνάρτηση με την καθολική έλλειψη προγραμματισμού ανέδειξαν την ανεπάρκεια του συστήματος και συνέβαλλαν στην ανάπτυξη προνοιακών φορέων από την ιδιωτική πρωτοβουλία, αλλά και την εκκλησία.

Ειδικότερα, οι ανεπάρκειες του συστήματος κοινωνικής φροντίδας, τόσο όσον αφορά τις παραδοσιακές δομές του Υπουργείου και Πρόνοιας, όσο και τις δράσεις που ασκούνται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εντοπίζονται στα εξής<sup>177</sup>:

- Δεν υπάρχει ενιαίος συντονισμός και τα προνοιακά προγράμματα δεν περιλαμβάνουν ιεραρχημένες δράσεις αναφορικά με τα άτομα και τις ομάδες στόχους.
- Δεν υπάρχει ένας σύγχρονος μηχανισμός διοίκησης-διαχείρισης σε όλο το πλέγμα των υπηρεσιών και των φορέων παροχής κοινωνικής φροντίδας.

---

<sup>176</sup> Βλ. ενότητα 4.1.

<sup>177</sup> Γράβαλου Αγγελική, Επιβλέπων: Ευάγγελος Μωραΐτης, «Το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα σήμερα, ως μέρος του ευρύτερου Συστήματος Κοινωνικής Προστασίας: Προκλήσεις και Προοπτικές», Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης – Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, ΙΔ' Εκπαιδευτική Σειρά, Αθήνα 2003

- Τα προγράμματα και οι δράσεις δεν συντονίζονται και δεν υπάρχει συνεργασία με άλλες σχετικές προνοιακές μονάδες, ενώ πολλά προγράμματα και δράσεις διαθέτουν έναν μη αποτελεσματικό τρόπο διαχείρισης.
- Η χρηματοδότηση είναι αναποτελεσματική σε σχέση με την αυξημένη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης και των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας.
- Υπάρχουν ελλείψεις σε επιστημονικό προσωπικό, ενώ όσον αφορά τα ιδρύματα κλειστής πρόνοιας, υπάρχει έλλειψη σε νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.
- Η πολλαπλότητα των ασφαλιστικών φορέων οδήγησε στην έλλειψη ενιαίας πολιτικής σε ισότιμη βάση.
- Δεν έχουν αναπτυχθεί οι διατομεακές πολιτικές μεταξύ των φορέων διαφορετικών υπουργείων.
- Η πολιτική για την καταπολέμηση της ένδειας και της περιθωριοποίησης δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς, παρά τις προσπάθειες των τελευταίων χρόνων για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού.
- Δεν υπάρχει λειτουργική σύνδεση των προνοιακών δομών για κοινές δράσεις με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Έλλειψη κριτηρίων και δεικτών αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Παροχή χαμηλού επιπέδου υπηρεσιών από ορισμένα ταμεία, με αποτέλεσμα οι ασφαλισμένοι να καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα για υγειονομική περίθαλψη.

Στα παραπάνω δομικά προβλήματα έρχονται να προστεθούν στα έντονα κοινωνικά προβλήματα της σύγχρονης εποχής τα οποία βιώνει σε μεγάλο βαθμό η χώρα μας στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης, όπως : η αυξανόμενη ανεργία, η χρόνια φτώχεια, οι ανισότητες στις υπηρεσίες υγείας, η γήρανση του πληθυσμού και η υπογεννητικότητα, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η μεταβολή του επιδημιολογικού φάσματος, η μετεξέλιξη του θεσμού της οικογένειας. Τα προβλήματα αυτά, όπως αναλύθηκε και στα προηγούμενα κεφάλαια της εργασίας, οδηγούν σε αυξημένη ζήτηση των κοινωνικών υπηρεσιών, με οικονομικές συνέπειες

στο σύστημα της υγείας και πρόνοιας αλλά και στις συνταξιοδοτικές παροχές. Παράλληλα, τη στιγμή που οι ανάγκες για κοινωνικές υπηρεσίες αυξάνονται, η φιλελεύθερη πολιτική που ασκείται ευνοεί το χρηματοπιστωτικό κεφάλαιο και επιβάλλει τη δραστική περικοπή των δημοσίων δαπανών, επιτάσσοντας μείωση των κοινωνικών δαπανών και συρρίκνωση του Κοινωνικού Κράτους.

Επιπλέον, το Κράτος Πρόνοιας στην Ελλάδα, εκτός του ότι δεν ανταποκρίθηκε στον ρόλο του, συνέλαβε σε κάποιο βαθμό στην οικονομική κρίση μέσω των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το Ασφαλιστικό Σύστημα.

Είναι ευρέως γνωστό ότι τα ασφαλιστικά ταμεία βρίσκονται σε κατάσταση χρεοκοπίας. Οι λόγοι που συνέβη αυτό είναι ποικίλοι :

- i) Ο πολυκερματισμός των ΦΚΑ : Η έλλειψη προοπτικής, εποπτείας και συντονισμού σε συνδυασμό με τη γραφειοκρατία και την έλλειψη ουσιαστικής βούλησης από την πλευρά των εποπτευόμενων Υπουργείων διεύρυναν τις ανισότητες μεταξύ των Ταμείων, οδηγώντας σε ουσιαστικό κατακερματισμό του συστήματος<sup>178</sup> και σε συντεχνιακές ρυθμίσεις μέσω των πελατειακών δικτύων. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στο ποσό σύνταξης που δικαιούνται οι ασφαλισμένοι στους ποικίλους ασφαλιστικούς φορείς, με συνέπεια να έχουμε προνομιούχους και μη.<sup>179</sup> Τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια συγχώνευσης ορισμένων ασφαλιστικών οργανισμών. Όμως πρέπει να τονιστεί ότι οι συγχωνεύσεις πολλών προβληματικών ταμείων δημιουργούν μεγαλύτερες οικονομικές απώλειες όταν επιβαρύνονται από ασφαλισμένους που δεν έχουν δώσει αντίστοιχες ασφαλιστικές εισφορές (σε σχέση με της παροχές).<sup>180</sup>
- ii) Οι πελατειακές σχέσεις μεταξύ του Κράτους και της Διοίκησης των Ασφαλιστικών Οργανισμών. Σύμφωνα με τη νομοθεσία οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αποτελούν

---

<sup>178</sup> Κ. Νικολόπουλος, & Γ. Υφαντόπουλος, Η ΑΝΙΣΟΤΗΤΑ ΣΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ, *Επιθεώρηση κοινωνικών ερευνών*, 2010, pp. 171-196.

<sup>179</sup> Θεόδωρος Γεωργακόπουλος, Εισαγωγή στη Δημόσια Οικονομική, εκδ. Μπένου, Αθήνα 1997, σελ.631

<sup>180</sup> Σχετικά πρόσφατο χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το άρθρο 1, Ν3655/2008, σύμφωνα με το οποίο μεταφέρονται τα ταμεία των τραπεζών στο ΙΚΑ.

αυτόνομους φορείς που τη διοίκηση τους αναλαμβάνουν διοικητικά συμβούλια, τα οποία συγκροτούνται από εκπροσώπους ασφαλισμένων, συνταξιούχων, εργοδοτών και του κράτους. Όμως στην πραγματικότητα ο διορισμών των προέδρων και των μελών του ΔΣ γίνεται από την εκάστοτε κυβέρνηση και έτσι η ανεξαρτησία των ταμείων περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό.

- iii) Η νεοφιλελεύθερη πολιτική λιτότητας. Η αύξηση της ανεργίας, οι ευέλικτες μορφές απασχόλησης, η ελαστικοποίηση των εργασιακών σχέσεων, η μείωση του εισοδήματος των εργαζομένων και οι χαμηλοί ρυθμοί ανάπτυξης συνεπάγονται μείωση των εισφορών των ασφαλισμένων και αύξηση των εξόδων σε παροχές προνοιακού χαρακτήρα.
- iv) Η εισφοροδιαφυγή και η καθυστέρηση πληρωμών. Μεγάλο ποσοστό εργαζομένων δουλεύει ανασφάλιστο ή ασφαρίζεται λιγότερες μέρες από τις πραγματικές. Το μέγεθος της εισφοροδιαφυγής από τις επιχειρήσεις ανέρχεται σε δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ πρέπει να σημειωθεί και το ποσό που χρωστάει τα κράτος στο σύνολο των ταμείων και το οποίο υπολογίζεται γύρω στα 12 δις.ευρώ.<sup>181</sup> Σε πρόσφατη έκθεση του ΣΕΠΕ για την αδήλωτη εργασία μετρήθηκε ότι το 2012 ο αριθμός ανασφάλιστων απασχολούμενων στις επιχειρήσεις έφτασε το 36%.<sup>182</sup> (Διάγραμμα 4.5.1.)
- v) Η εκμετάλλευση των αποθεματικών των ταμείων. Οι εκάστοτε κυβερνήσεις αντλούσαν από τα ασφαλιστικά ταμεία χρήματα με το πρόσχημα της οικονομικής ανάπτυξης, ενώ επωφελούνταν μεσάζοντες, επιχειρηματίες, τραπεζίτες, χρηματιστές αλλά και το κράτος.
- vi) Σπατάλη και διαφθορά. Αγορά υγειονομικού υλικού και άλλων αναλώσιμων τα οποία είτε δεν χρειάζονταν είτε δεν αξιοποιούνταν σωστά. Ο σκοπός ήταν ουσιαστικά η «χρηματοδότηση» των προμηθευτών και η είσπραξη προμήθειας από επίορκους

---

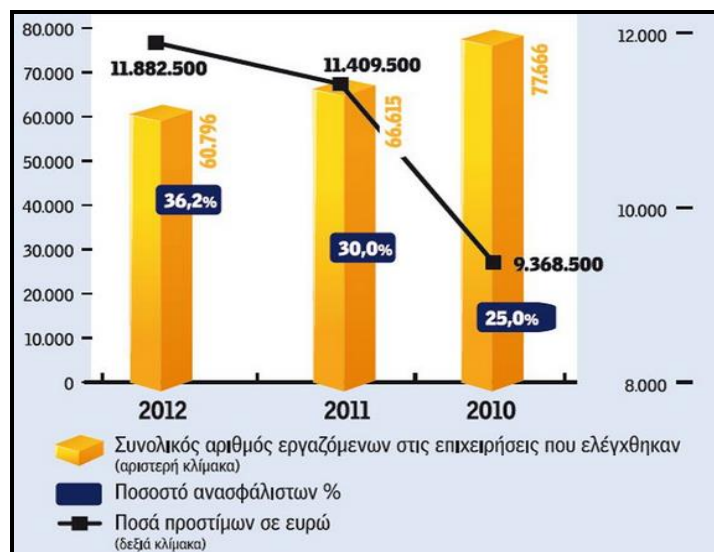
<sup>181</sup>Εφημερίδα «Ριζοσπάστης», Το Κράτος χρωστάει 12δις ευρώ στα ταμεία, Σάββατο 6/11/2010, Διαθέσιμο στο <<http://www2.rizospastis.gr/story.do?id=5937226&publDate=6/11/2010>>

<sup>182</sup> «Στο 36% αυξήθηκε η εισφοροδιαφυγή», 22/2/2013, Διαθέσιμο στο: <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=26516&subid=2&pubid=112997843>

υπαλλήλους.<sup>183</sup> Επίσης η υπερσυνταγογράφηση φαρμάκων από γιατρούς οι οποίοι συνταγογραφούσαν παράτυπα σε βάρος των ασφαλιστικών ταμείων, ώστε να ικανοποιούνται να συμφέροντα των φαρμακοβιομηχανιών.

- vii) Η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η υπογεννητικότητα. Η εξέλιξη αυτή υποδηλώνει ότι θα πρέπει να καταβάλλονται συνταξιοδοτικές παροχές για ακόμα πιο μακρές περιόδους. Το επίπεδο της υπογεννητικότητας αδυνατεί να συμβάλει στην σταθεροποίηση του ενεργού πληθυσμού για τις επόμενες γενεές και έτσι με ένα σταδιακά μικρότερο αριθμό εργαζομένων και ένα σταδιακά μεγαλύτερο αριθμό συνταξιούχων διαταράσσεται η μακροχρόνια βιωσιμότητα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.<sup>184</sup>

**Διάγραμμα 4.5.1.** Ποσοστό ανασφάλιστης εργασίας και ποσά προστίμων που επιβλήθηκαν κατά τα έτη 2010 – 2012 κατά τους ελέγχους που διενεργήθηκαν για αδήλωτη εργασία.



Πηγή : ΣΕΠΕ

<sup>183</sup> Δ. Ευθυμιάδου, «Να πως χρεοκόπησαν τα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία – Κι άλλα στοιχεία για το μεγάλο φαγοπότη στο ΙΚΑ», 16/3/2012, Διαθέσιμο στο: <<http://www.iatropedia.gr/articles/read/1380>>

<sup>184</sup> Σάββα Ρομπόλη-Βασίλη Μπέτση, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ 2013-2050, ΕΙΣΗΓΗΣΗ, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ, Αθήνα, 9/12/2013



Η μεγάλη ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας την περίοδο πριν την κρίση οδήγησε στην αύξηση της κοινωνικής δαπάνης το μεγαλύτερο μέρος της οποίας αφορά τις συντάξεις. (Πίνακας 4.5.) Οι συντάξεις προβλέπεται ότι θα ανέλθουν στο 21% του ΑΕΠ το 2014 και στο 21,4% το 2060, όταν τα αντίστοιχα ποσά για την ΕΕ είναι 12,3% και 12,5% αντίστοιχα. Το ασφαλιστικό σύστημα είναι πελατειακό, αφού η κατανομή πόρων γίνεται βάση της πολιτικής ισχύς κάθε κοινωνικής ομάδας και παρόλο που βασίζεται στην αλληλεγγύη των γενεών και επομένως θα έπρεπε να είναι σε μεγάλο βαθμό αυτοχρηματοδοτούμενο εντούτοις εμφανίζει ελλείμματα και επιχορηγείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και κοινωνικούς πόρους.<sup>185</sup>

**Πίνακας 4.5.** Διαχρονική Εξέλιξη δαπανών και Κρατικού Προϋπολογισμού (σε χιλ.ευρώ)

Έτος	Δαπάνες για Συντάξεις ΦΚΑ	Δαπάνες για Συντάξεις Κρατικού Προϋπολογισμού	Σύνολο	Δαπάνες Κοινωνικής Προστασίας (Συντάξεις και Υγεία Πρόνοια)
1970		19.178	19.178	101.247
1971		22.060	22.060	111.231
1972		24.181	24.181	123.011
1973		29.185	29.185	139.380
1974		39.589	39.589	174.785
1975		47.116	47.116	215.204
1976		53.852	53.852	275.465
1977		65.444	65.444	349.112
1978		79.824	79.824	451.336
1979		103.930	103.930	559.633
1980		116.126	116.126	702.050
1981		150.257	150.257	924.049
1982		208.364	208.364	1.396.118
1983		251.798	251.798	1.733.511
1984		309.523	309.523	2.160.469
1985		387.381	387.381	2.743.286
1986		487.161	487.161	3.365.070
1987		582.591	582.591	3.941.440
1988		713.227	713.227	4.913.050
1989		596.590	596.590	5.968.211
1990		1.110.855	1.110.855	7.415.542
1991		1.232.945	1.232.945	9.018.438
1992	4.803.938	1.323.891	6.127.829	10.197.977
1993	5.736.701	1.423.756	7.160.457	11.451.133
1994	6.317.285	1.635.108	7.952.393	13.089.645
1995	7.036.443	1.760.822	8.797.265	14.723.468
1996	7.993.861	2.010.271	10.004.132	16.913.367
1997	9.023.536	2.124.724	11.148.260	18.697.449
1998	9.747.352	2.259.721	12.007.073	20.312.804
1999	10.558.034	2.538.517	13.096.551	21.953.179
2000	11.759.788	2.743.947	14.503.735	24.108.539
2001	12.914.882	2.984.593	15.899.475	26.558.017
2002	14.232.818	3.163.610	17.396.428	29.465.821
2003	15.634.462	3.441.000	19.075.462	33.491.558
2004	17.568.631	3.640.000	21.208.631	37.037.854
2005	18.433.384	4.212.000	22.645.384	39.700.909
2006	20.086.020	4.415.000	24.501.020	43.325.494
2007	22.049.305	4.812.000	26.861.305	47.397.014
2008	23.655.295	5.412.000	29.067.295	51.843.732
2009	26.667.849	6.465.000	33.132.849	57.705.472

Πηγή: Κοινωνικός Προϋπολογισμός 2009

<sup>185</sup> Ματσαγκάνης, Μ., 2011. Η κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς. Αθήνα: Κριτική, στο Μπούτσιου Στ, Σαράφης Π, Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτος πρόνοιας και οικονομική κρίση, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 2013, Τόμος 5, Τεύχος 4, σ.σ.147-161

Τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν τα τελευταία χρόνια, όπως: οι μεταρρυθμίσεις του συνταξιοδοτικού συστήματος, η μείωση των προνοιακών βοηθημάτων, το πάγωμα των συντάξεων, η περικοπή των επιδομάτων σε περίπτωση ασθένειας, πήραν τη σκυτάλη από τις παραδοσιακές δαπάνες του ευρωπαϊκού κράτους πρόνοιας και οδηγούν σε φιλελεύθερο σύστημα, χωρίς δίχτυ ασφαλείας, όπου οι πιο ευπαθείς ομάδες θα κινδυνεύουν να βρεθούν χωρίς κάλυψη.<sup>186</sup>

Το αίτημα για ένα ισχυρό κράτους-πρόνοιας μπορεί στην εποχή των νεοφιλελεύθερων πολιτικών να υποδεικνύεται ως πολυτέλεια ή να χαρακτηρίζεται αναχρονιστικό κληροδότημα του κεϋνσιανού μοντέλου. Σε συνθήκες όμως ραγδαίας αύξησης της ανεργίας και κοινωνικής εξαθλίωσης μοιάζει να είναι το καταφύγιο για ολοένα και περισσότερους ανθρώπους, που δεν έχουν άλλο στήριγμα από ένα δημόσιο, δωρεάν σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας το οποίο θα εξασφαλίζει ίσες ευκαιρίες για όλους τους πολίτες στην κοινωνική συμμετοχή και αλληλεγγύη και θα καταπολεμά τις διακρίσεις και τον κοινωνικό αποκλεισμό.

Την ανεπάρκεια του Δημόσιου Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας προσπαθεί να καλύψει ο ιδιωτικός μη κερδοσκοπικός τομέας. Στα πέντε συνεχόμενα χρόνια ύφεσης που διανύει η Ελλάδα, καταγράφονται πολυάριθμες πρωτοβουλίες εταιρειών, ιδρυμάτων, συλλόγων, μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ), εθελοντικών ομάδων και άτυπων δικτύων με σκοπό είτε την παροχή άμεσης κοινωνικής και υλικής βοήθειας είτε την παροχή ευρύτερης στήριξης για την ανάδειξη των προβλημάτων τους και την άσκηση πίεσης/επιρροής στο πολιτικό σύστημα. Τις πρωτοβουλίες αυτές θα εξετάσουμε στην επόμενη ενότητα.

#### **4.6 Ιδιωτικές – εθελοντικές πρωτοβουλίες κοινωνικής αλληλεγγύης.**

Πολλές σύγχρονες προσεγγίσεις του Κοινωνικού Κράτους κάνουν λόγο για τη διαμόρφωση ενός νέου προνοιακού πλουραλισμού, μέσω της αναπτυγμένης συνεργασίας κράτους και ιδιωτικού τομέα, κυρίως μη κερδοσκοπικού. Η ενεργοποίηση εθελοντικών οργανώσεων, εκκλησιαστικών

---

<sup>186</sup> Εφημερίδα "ΤΟ ΒΗΜΑ", Η κρίση απειλεί το κράτος πρόνοιας - Καταρρέουν τα κοινωνικά μοντέλα που εφαρμόστηκαν μετά τον Β' Παγκόσμιο, Δημοσίευση: 28/12/2011

και φιλανθρωπικών φορέων και σωματείων, παραδοσιακών άτυπων δικτύων (οικογένεια, κοινότητα, γειτονιά, συγγενικό και φιλικό περιβάλλον), δημοτικών κινήσεων πολιτών, τοπικών συλλόγων, εργατικών συνδικάτων, συνεταιριστικών οργανώσεων και η συνεργασία με τους κρατικούς φορείς, κεντρικούς και αποκεντρωμένους, θεωρείται πλέον απαραίτητη για την κάλυψη των αναγκών που έχει δημιουργήσει η κρίση. Ο πολλαπλασιασμός μη κερδοσκοπικών και μη κρατικιστικών μηχανισμών επίλυσης προβλημάτων αποτελεί το μόνο τρόπο εξανθρωπισμού του καπιταλισμού.<sup>187</sup>

Η λειτουργία των οργανισμών αυτών συμβάλλει κυρίως στη επίλυση τοπικών προβλημάτων και ιδιαιτεροτήτων των χρηστών τους, μιας που συνήθως απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων με κοινά προβλήματα ή σε περιορισμένες χωροταξικές πληθυσμιακές ομάδες. Παράλληλα συνδράμουν στη διατήρηση του κόστους των υπηρεσιών που προσφέρονται σε χαμηλό επίπεδο. Επίσης μέσω των κινητοποιήσεων αυτών καλλιεργείται θετική στάση και γίνεται προσπάθεια κοινωνικής ένταξης και αποφυγής του στιγματισμού και της περιθωριοποίησης, απέναντι στα άτομα τα οποία αντιμετωπίζουν κοινωνικά προβλήματα.

Σύμφωνα το Διεθνές Γραφείο Εργασίας, η εθελοντική εργασία χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα στοιχεία<sup>188</sup>:

- Αφορά εργασία/ απασχόληση, δηλαδή συμβολή στην παραγωγή αγαθών ή παροχή υπηρεσιών σε ένα δεδομένο χρονικό διάστημα (ως εργασία, ο εθελοντισμός συνυπολογίζεται στη συνολική παραγωγή),
- Είναι εργασία μη αμειβόμενη, δηλαδή διενεργείται χωρίς μισθό/απολαβές ή κάποια άλλη ισοδύναμη αποζημίωση,
- Είναι μη υποχρεωτική, δηλαδή είναι απόρροια ελεύθερης επιλογής και όχι νομικής υποχρέωσης ή άλλου είδους καταναγκασμός,
- Είναι άμεση ή έμμεση, με την άμεση να αναφέρεται στην παροχή εργασίας προς όφελος

---

<sup>187</sup> Ν. Μουζέλης, “Τι είναι η κοινωνία των πολιτών;” στο Ν. Μουζέλης, *Από την Αλλαγή στον Εκσυγχρονισμό*, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα, 2002, σ.241

<sup>188</sup> ILO (2011), *Manual on the measurement of volunteer work*, Geneva: ILO.

άλλων νοικοκυριών και με την έμμεση να αναφέρεται στην παροχή εθελοντικής εργασίας μέσω σχετικών μη κερδοσκοπικών οργανισμών ή άλλων συναφών οργανώσεων,

- Δεν περιλαμβάνει τη μη αμειβόμενη εργασία προς όφελος μελών του ιδίου νοικοκυριού (αποκλείεται δηλ. ο οικογενειακός εθελοντισμός), και
- Δεν περιορίζεται σε έναν συγκεκριμένο θεσμικό πλαίσιο αλλά μπορεί να παρέχεται στους ΜΚΟ, στους κρατικούς/ κυβερνητικούς φορείς, στις επιχειρήσεις κ.ά.

Ο ορισμός αυτός για τον εθελοντισμό είναι πιο συμβατός και με την αντίληψη περί της δυναμικής φύσης της κοινωνίας πολιτών και των ποικίλων διασυνδέσεων και αλληλεπιδράσεων των μη κυβερνητικών οργανισμών τόσο με το κράτος όσο και με τις επιχειρήσεις.

Η ποσοτική εκτίμηση της κοινωνίας πολιτών μπορεί μελετηθεί i) μέσω έρευνας στον πληθυσμό που δηλώνει ότι συμμετέχει σε εθελοντικές οργανώσεις ή προσφέρει εθελοντικό έργο, ii) μέσω της καταγραφής των ίδιων των εθελοντικών οργανώσεων.

Με βάση τα ειδικά ευρωβαρόμετρα<sup>189</sup> με περίοδο αναφοράς τον Δεκέμβριο του 2004 και τον Απρίλιο-Μάιο του 2011, δηλαδή πριν την κρίση και μετά το ξέσπασμα της κρίσης, διαπιστώνεται ότι το ποσοστό του πληθυσμού στη χώρα μας που δηλώνει ότι συμμετέχει ενεργά σε εθελοντικές οργανώσεις/ ή παρέχει εθελοντικό έργο υποχώρησε από το 22% στο 14% (έναντι του 24% EU27) . Φαίνεται εκ πρώτης όψεως να επιβεβαιώνει την κυρίαρχη σχολή σκέψης περί ατροφικής κοινωνίας των πολιτών στη χώρα μας.

Αν οριστεί η κοινωνία των πολιτών ως το σύνολο των ενώσεων των πολιτών που επιθυμούν το κοινό καλό, πράγματι η κοινωνία των πολιτών στην Ελλάδα είναι ασθενέστατη. Αν όμως, οριστεί πιο ρεαλιστικά, τότε κοινωνία των πολιτών είναι «όλες οι τυπικές ή άτυπες συσσωματώσεις πολιτών με κοινά συμφέροντα και βλέψεις που δεν ασκούν επιχειρηματική δραστηριότητα, δεν έχουν σκοπό τους την άσκηση πολιτικής εξουσίας και δεν διοικούνται από το κράτος» και είναι ισχυρότατη. Συνδικάτα, επιχειρηματικές ενώσεις, θρησκευτικές οργανώσεις, τοπικοί σύλλογοι κ.λπ. ανήκουν στην κοινωνία των πολιτών και προσπαθούν, ανεξάρτητα από τις διακηρύξεις τους, να προωθήσουν τα δικά τους στενά συμφέροντα,

<sup>189</sup> Special Eurobarometer 223/ Wave 62.2 και European Parliament Special Eurobarometer 75.2/ 27 June 2011

αδιαφορώντας για τις επιπτώσεις στο κοινωνικό σύνολο. Επομένως η κοινωνία των πολιτών δεν είναι ασθενής, απλά δεν είναι αυτή που θα θέλαμε.<sup>190</sup>

Η Ελλάδα διαθέτει διαχρονικά ένα από τα υψηλότερα ποσοστά πληθυσμού που θεωρεί ότι ο εθελοντισμός είναι σημαντικός, με ειδικότερη έμφαση στα επιμέρους πεδία εθελοντισμού να αναφέρονται στο περιβάλλον (50% έναντι 2% στην ΕΕ27), στην *κοινωνική αλληλεγγύη* και ανθρωπιστική βοήθεια (43% έναντι 37% στην ΕΕ27) και στην *υγειονομική φροντίδα* (36% έναντι 32% στην ΕΕ27).<sup>191</sup> Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι με βάση τα συγκριτικά στοιχεία 2010-2011, η αύξηση του ποσοστού στην υγειονομική φροντίδα (+14%), σχεδόν διπλάσια από την αντίστοιχη ποσοστιαία αύξησης στην ΕΕ27. Το στοιχείο αυτό ενδεχομένως είναι δηλωτικό των αναδυόμενων αναγκών υγειονομικής φροντίδας για σημαντικό τμήμα του πληθυσμού που λόγω ανεργίας έχασε την ασφαλιστική υγειονομική κάλυψη αλλά και της ανάδυσης του κύματος των φτωχών εργαζόμενων που παρότι έμμισθα απασχολούμενοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν σε βασικά πάγια έξοδα.<sup>192</sup>

Ωστόσο, τα ανωτέρω στοιχεία αναφέρονται στον οργανωμένο εθελοντισμό, δηλαδή τον τυπικό εθελοντισμό που λαμβάνει χώρα μέσω ή δια μέσου σωματείων, ιδρυμάτων, αστικών μη κερδοσκοπικών εταιρειών, ποικίλων ΜΚΟ. Υπάρχει όμως και η συμμετοχή σε άτυπα δίκτυα κοινωνικής αλληλεγγύης, σε δραστηριότητες και πρωτοβουλίες ομάδων είτε για αυτοβοήθεια είτε για στήριξη ευάλωτων ατόμων και σε ποικίλες κοινωνικές δραστηριότητες που δραστηριοποιούνται πέρα από την οικογένεια και το νοικοκυριό και ασφαλώς πέρα από το κράτος και την αγορά.

Η ποσοτική εκτίμηση της άτυπης εθελοντικής συμμετοχής είναι ασφαλώς μια εξαιρετικά δύσκολη εργασία με πολλούς περιορισμούς και η πλήρης καταγραφή των άτυπων μορφών εθελοντισμού χαρακτηρίζεται έως και αδύνατη αφού οι διαθέσιμες καταγραφές, είτε

---

<sup>190</sup> Χρυσάφης Ι. Ιορδάνογλου, Κράτος και ομάδες συμφερόντων-Μια κριτική της παραδεδομένης σοφίας, Πόλις, 2013, όπως αυτό αναλύεται στα άρθρα των: i) Κώστας Καρακώτιας, «Κοινωνία πολιτών και ομάδες συμφερόντων», Έθνος «Ε», 12/11/2013 και ii) Πάσχος Μανδραβέλης, «Ανίσχυρο κράτος, ισχυρές ομάδες συμφερόντων – Ένα βιβλίο ανατρέπει τις σχέσεις πολιτικών – πολιτών στη μεταπολίτευση», Καθημερινή, 10/11/2013

<sup>191</sup> European Parliament Special Eurobarometer 75.2/ 27 June 2011, Διαθέσιμο στο : [http://www.europarl.europa.eu/pdf/eurobarometre/2011/juillet/04\\_07/rapport\\_%20eb75\\_2\\_%20benevolat\\_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/pdf/eurobarometre/2011/juillet/04_07/rapport_%20eb75_2_%20benevolat_en.pdf)

<sup>192</sup> Δημήτρης Μπουρικός, «Κοινωνική αλληλεγγύη στην Ελλάδα της κρίσης: Νέο κύμα ανάδυσης της κοινωνίας πολιτών ή εμπέδωση της κατακερματισμένης κοινωνικής ιδιότητας του πολίτη;», Παρατηρητήριο για την Κρίση, Ερευνητικό Κείμενο, Νο3, Απρίλιος 2013.

προέρχονται από δημόσιες αρχές είτε από ανεξάρτητους μελετητές, υπακούουν σε διαφορετικά κριτήρια και σκοπούς και δεν μπορούν να προσφέρουν συγκριτικά αποτελέσματα.

Η σύγκριση περί της ποσοτικής εκτίμησης των εθελοντικών οργανώσεων γενικά και της πρόνοιας ειδικά επιτείνεται και από πρόσφατες επίσημες αναφορές. Στο πόρισμα της Ειδικής Επιτροπής Θεσμών και Διαφάνειας της Βουλής του 2011, αναφέρεται ότι δραστηριοποιούνται στη χώρα μεταξύ 20.000 και 30.000 ΜΚΟ και ότι έχουν εγγραφεί στο Μητρώο Φορέων Κοινωνικής Φροντίδας 1062 φορείς (εκ των οποίων πιστοποιημένοι μόνο 189). Η αιτιολογική έκθεση του σχεδίου νόμου «Κοινωνική οικονομία και κοινωνική επιχειρηματικότητα» (4 Αυγούστου 2011) αναφέρεται σε 1500-2000 οργανώσεις εθελοντισμού, από τις οποίες 200-300 έχουν ενεργό δράση.<sup>193</sup>

#### **4.6.1 Νέες κοινωνικές πρωτοβουλίες**

Μια πρώτη χαρτογράφηση των πρωτοβουλιών και δομών κοινωνικής αλληλεγγύης τείνει προς την άποψη ότι βρίσκεται σε εξέλιξη ένα νέο κύμα προνοιακού εθελοντισμού.<sup>194</sup> Η κρίση και οι οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις της αποτελούν τους μοχλούς κινητοποίησης του αποθέματος προνοιακού εθελοντισμού αλλά και ανάδευσης νέων δράσεων με σκοπό την κάλυψη άμεσων κοινωνικών αναγκών και την παροχή κοινωνικής φροντίδας.

Οι πρωτοβουλίες κοινωνικής αλληλεγγύης λαμβάνουν χώρα τόσο στο πλαίσιο της τυπικής όσο και της άτυπης κοινωνίας πολιτών. Η τυπική εθελοντική δράση κοινωνικής αλληλεγγύης εκφράζεται μέσω των κλασικών προνοιακών δομών της Εκκλησίας αλλά και από ποικίλους συλλόγους με γενικότερους σκοπούς, όπως επίσης και από επιστημονικούς και επαγγελματικούς συλλόγους. Στο πλαίσιο του άτυπου προνοιακού εθελοντισμού, ομάδες πολιτών συνεργάζονται και με τη βοήθεια του διαδικτύου οργανώνουν και διαχειρίζονται πλήθος δράσεων, από εναλλακτικά δίκτυα ανταλλακτικής και τοπικής οικονομίας μέχρι τράπεζες χρόνου και αγρούς για καλλιέργεια προς αυτοκατανάλωση.

---

<sup>193</sup> Ο.π.

<sup>194</sup> Ο.π.

Αναλυτικότερα, οι πρωτοβουλίες κοινωνικής αλληλεγγύης και οι νέες κοινωνικές δομές αναφέρονται στα ακόλουθα:

- Κατά περίπτωση διανομή τροφίμων. Παραγωγοί λιανοπωλητές λαϊκών και συνεταιρισμοί αγροτικών προϊόντων προβαίνουν σε συχνές διανομές τροφίμων σε συμπολίτες τόσο σε κεντρικά σημεία των πόλεων όσο και κατά τη διάρκεια λειτουργίας των λαϊκών αγορών.<sup>195</sup>
- Συστηματική διανομή τροφίμων. Η διανομή τροφίμων, εκτός από τα παραδοσιακά συσσίτια της Εκκλησίας, γίνεται από τον Δεκέμβριο του 2007 και από τα Κοινωνικά Παντοπωλεία (Κ.Π.)<sup>196</sup>. Ο θεσμός του Κοινωνικού Παντοπωλείου συγκέντρωσε την προσοχή εθελοντών, δήμων, συλλόγων και συνδικάτων και απέκτησε θεσμική κατοχύρωση σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης. Σύμφωνα με το άρθρο 2 του ν. 4071/2012, το κοινωνικό παντοπωλείο είναι υπηρεσία παροχής ειδών πρώτης ανάγκης για τη σίτιση και ένδυση απόρων κατοίκων και τα παρεχόμενα είδη προέρχονται από δωρεές και χορηγίες ή και αγορά από τον ίδιο τον Δήμο. Αυτή η νέα προνοιακή δομή έχει ενταχθεί στη δράση για το εθνικό δίκτυο άμεσης κοινωνικής παρέμβασης που χρηματοδοτείται από το ΕΣΠΑ 2007-2013 και λειτουργεί υπό την σύμπραξη Ο.Τ.Α. ή Ν.Π.Δ.Δ. με φορείς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα (σωματεία, ιδρύματα, εταιρείες αστικού σκοπού, συνδικαλιστικές οργανώσεις, επαγγελματικές ενώσεις, νπιδ). Άμεσοι ωφελούμενοι είναι άτομα ευρισκόμενα σε κατάσταση φτώχειας ή απειλούμενα από φτώχεια και έμμεσα ωφελούμενοι οι άνεργοι που θα απασχοληθούν στις εν λόγω δομές (διοικητικοί υπάλληλοι, κοινωνικοί επιστήμονες και υποστηρικτικό προσωπικό).<sup>197</sup>
- Δίκτυα Παραγωγών – Καταναλωτών για προμήθεια τροφίμων σε χαμηλότερη τιμή. Τα δίκτυα αυτά αφορούν κυρίως στη διάθεση αγροτικών προϊόντων χωρίς μεσάζοντες απ' ευθείας

---

<sup>195</sup> Οι προσπάθειες αυτές, εκτός από ένδειξη κοινωνικής αλληλεγγύης, αποτελούν και ενέργειες δημοσιοποίησης προβλημάτων των οικείων επαγγελματικών συλλόγων. Η διαχείριση της εν λόγω διανομής τις περισσότερες φορές δεν σέβεται την αξιοπρέπεια και την ανάγκη προστασίας των προσωπικών δεδομένων των ωφελούμενων, αφού επιδιώκουν να προβάλλονται οι δράσεις αυτές στα ΜΜΕ.

<sup>196</sup> Ο θεσμός ξεκίνησε ως καινοτόμο κοινωνικό πρόγραμμα στο πλαίσιο της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης του ομίλου «Carrefour Μαρινόπουλος». ([www.carrefour.gr](http://www.carrefour.gr))

<sup>197</sup> Τα Κ.Π. στεγάζονται σε κτίρια που παραχώρησαν οι Δήμοι με δικαιούχους 200 οικογένειες σε κάθε Δήμο που αντιμετωπίζουν σημαντικά οικονομικά προβλήματα και επιλέγονται από τις Κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων.

από τους παραγωγούς στους καταναλωτές.<sup>198</sup> Οι πρωτοβουλίες αυτές ξεκίνησαν από άτυπες εθελοντικές ομάδες και έγιναν εν συνεχεία πεδίο συστηματικής δραστηριότητας. Το διαδίκτυο ευνόησε την καταγραφή αιτημάτων-παραγγελιών αλλά και τη διανομή των προϊόντων των παραγωγών με έναν σχετικά συστηματοποιημένο τρόπο.

- Εναλλακτικά δίκτυα ανταλλακτικής οικονομίας. Η δημιουργία ανταλλακτικών δικτύων οικονομίας στηρίζεται συνήθως στη χρήση ενός εναλλακτικού νομίσματος, με το οποίο τα μέλη έχουν συναλλαγές μεταξύ τους. Κάθε μέλος ανταλλάσει διαδικτυακά προϊόντα και υπηρεσίες με τα άλλα μέλη, ενώ διοργανώνονται και ανταλλακτικά παζάρια. Τα δίκτυα αυτά είναι ανοιχτής πρόσβασης και εκτός της διευκόλυνσης ανταλλαγής αγαθών χωρίς χρήματα ευνοούν την ενίσχυση της αλληλο-βοήθειας αλλά και της συνηγορίας και διεκδίκησης για διάφορα κοινωνικά προβλήματα.<sup>36</sup> Στο πεδίο των ανταλλακτικών δικτύων συναντάμε τη μεγαλύτερη αύξηση προνοιακού εθελοντισμού, καθώς από τα 25 καταγεγραμμένα δίκτυα, τα 23 δημιουργήθηκαν την περίοδο της κρίσης και μόλις 2 λειτουργούσαν πριν την κρίση.<sup>199</sup>
- Κοινωνικά ιατρεία. Η έλλειψη υγειονομικής κάλυψης λόγω ανεργίας έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις την τελευταία τριετία λόγω της αλματώδους αύξησης της ανεργίας, των περικοπών στην υγειονομική φροντίδα και της εισαγωγής εισιτηρίου στα γενικά νοσοκομεία. Κοινωνικά ιατρεία υπήρχαν και πριν την κρίση παρέχοντας φροντίδα σε μετανάστες, πρόσφυγες και άστεγους. Σήμερα, λειτουργούν υπό την σκέπη ΜΚΟ και εθελοντικών κινήσεων πολιτών και για τον υπόλοιπο πληθυσμό, ενώ και αυτή η δομή εντάχθηκε στη δράση για το εθνικό δίκτυο άμεσης κοινωνικής παρέμβασης που χρηματοδοτείται από το ΕΣΠΑ και λειτουργεί με τη σύμπραξη Ο.Τ.Α. ή Ν.Π.Δ.Δ. με φορείς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Τα κοινωνικά ιατρεία που αριθμούνται σήμερα<sup>200</sup> στην περιοχή της Αττικής είναι 16 και στις υπόλοιπες επαρχιακές πόλεις 21 (Θεσ/νίκη, Πάτρα, Ηράκλειο, Ρέθυμνο, Χανιά, Αγ. Νικόλαος, Αλεξανδρούπολη, Κιλκίς, Καβάλα, Σέρρες, Ξάνθη, Βέροια, Πρέβεζα, Τρίκαλα, Λάρισα, Δράμα, Θεσπρωτία, Πτολεμαΐδα,

---

<sup>198</sup> Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων δικτύων είναι «το κίνημα της πατάτας», «το κίνημα του λαδιού» κ.ά.

<sup>199</sup> Δημήτρης Μπουρικός, ό.π.

<sup>200</sup> Βάσει της λίστας που αναρτήθηκε από την ΜΚΟ «Κλίμακα» την 1<sup>η</sup> Μαΐου 2013, Διαθέσιμη στο <http://klimaka-socialservice.blogspot.gr/>



Αίγιο, Καλαμάτα, Ρόδος).

- Κοινωνικά φαρμακεία. Τα κοινωνικά φαρμακεία παρέχουν δωρεάν φάρμακα, υγειονομικό υλικό και παραφαρμακευτικά προϊόντα, τα οποία εξασφαλίζουν μέσω συνεργασιών με φαρμακοβιομηχανίες, φαρμακευτικούς συλλόγους, συλλογικούς φορείς και πολίτες με τελικούς αποδέκτες/ ωφελούμενες άστεγους, άνεργους και ευρισκόμενους σε οικονομική αδυναμία.
- Κοινωνικά φροντιστήρια. Ομάδες εθελοντών- εκπαιδευτικών, ΜΚΟ, Δήμοι και η Εκκλησία δημιούργησαν κοινωνικών φροντιστηρίων με σκοπό την δωρεάν παροχή εκπαιδευτικής αρωγής σε μαθητές της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι οικογένειες των οποίων, δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στα συγκεκριμένα έξοδα.
- Ομάδες αυτό-βοήθειας, αυτοδιαχειριζόμενοι αγροί και λαχανόκηποι. Η ανάγκη εξασφάλισης βασικών διατροφικών προϊόντων σε συνδυασμό με την ανάδειξη της αξίας της αυτοδιαχείρισης και της τοπικής παραγωγής έχει αποτελέσει πεδίο ανάπτυξης πρωτοβουλιών άτυπων ομάδων. Οι αυτό-διαχειριζόμενοι αγροί υπήρξαν το πρότυπο για την ένταξη ενός νέου κοινωνικού προγράμματος στο εθνικό δίκτυο άμεσης αντιμετώπισης της φτώχειας: Ο δημοτικός λαχανόκηπος αναφέρεται στην κατανομή ενός ενιαίου αρδευόμενου και περιφραγμένου αγροκτήματος σε ομάδα ωφελούμενων (ισομερή τεμάχια) προκειμένου να τα καλλιεργήσουν με αποκλειστικό σκοπό την εξασφάλιση τροφίμων.

Όλες οι παραπάνω πρωτοβουλίες κοινωνικής αλληλεγγύης μας δείχνουν ότι η οικονομική κρίση ενίσχυσε την ευαισθητοποίηση των πολιτών στο να βοηθήσουν συνανθρώπους τους και κατά συνέπεια στην ανάπτυξη εθελοντικών δράσεων σε διάφορους κοινωνικούς τομείς. Η αποτελεσματικότητα όμως όλων των ανωτέρω δράσεων απαιτεί την πλήρη χαρτογράφηση και εξέλιξη των νέων δομών, την κάλυψη πληθυσμού, τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά της κάλυψης και του καλυπτόμενου πληθυσμού, τα οποία δυστυχώς δεν είναι καταγεγραμμένα.

Αυτό που μπορούμε να συμπεράνουμε όμως είναι ότι η προσβασιμότητα των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών στο πλαίσιο των νέων πρωτοβουλιών και δομών φαίνεται να μην είναι καθολική. Υπάρχουν χωρικές ανισότητες οι οποίες φαίνονται από τη συγκέντρωση κοινωνικών προγραμμάτων σε συγκεκριμένους Δήμους και ανυπαρξία σε άλλους.

Εκτός αυτού, καθολικότητα των παρεχόμενων κοινωνικών υπηρεσιών χωρίς αποκλεισμούς λόγω φύλου, θρησκείας, πεποιθήσεων, γλώσσας, καταγωγής φαίνεται να είναι ένα ζητούμενο, αφού αναπτύσσονται κοινωνικές πρωτοβουλίες ομάδων και κομμάτων<sup>201</sup> με σαφές ρατσιστικό και μισαλλόδοξο προσανατολισμό, αποκλείοντας συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού από την όποια προσφερόμενη κοινωνική αρωγή (συνήθως διανομή τροφίμων).

Ο σεβασμός των δικαιωμάτων και της προσωπικότητας των εξυπηρετούμενων από τις νέες κοινωνικές πρωτοβουλίες αναφέρεται ειδικότερα στην προστασία της αξιοπρέπειας των εξυπηρετούμενων, την αποφυγή καταχρηστικών πρακτικών και την αναγνώριση του δικαιώματος αυτοπροσδιορισμού τους. Οι πρακτικές αρκετών τυπικών και άτυπων πρωτοβουλιών παραβιάζουν το συγκεκριμένο κριτήριο και θέτουν τους εξυπηρετούμενους σε δυσμενή θέση (πχ. τηλεοπτική κάλυψη χωρίς την έγκριση των ίδιων, διανομή τροφίμων με τη μέθοδο της λοταρίας, δημοσιοποίηση ονομάτων εξυπηρετούμενων χωρίς την έγκρισή τους- παραβίαση ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων).<sup>202</sup>

Τα προβλήματα στη σωστή οργάνωση, τη χωρική κάλυψη, την επιλογή των εξυπηρετούμενων, τη μη αναγνώριση κοινωνικών αναγκών και την επιλογή των πολιτών στους οποίους θα παρέχονται κοινωνικές υπηρεσίες αποτελούν τη βάση για την εκδήλωση αποτυχιών του τρίτου τομέα που κατ' επέκταση έρχονται να προστεθούν στις αποτυχίες του κράτους και της αγοράς.

Η αναγνώριση των αποτυχιών του κράτους (πχ. μειωμένη αποτελεσματικότητα του κράτους πρόνοιας, πατερναλισμός) και της αγοράς (πχ. μη κάλυψη των πλέον ευάλωτων τμημάτων του πληθυσμού) στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών δεν συνεπάγεται αυτοδίκαια την έλλειψη αποτυχιών στον εθελοντικό τομέα, ο οποίος πολλές φορές προβάλλεται ως πανάκεια στην αδυναμία του κράτους και της αγοράς να ανταποκριθούν και να καλύψουν τη ζήτηση για κοινωνική προστασία και φροντίδα.

---

<sup>201</sup> Χαρακτηριστικό παράδειγμα τα «Συσσίτια μόνο για Έλληνες» από τη Χρυσή Αυγή.

<sup>202</sup> Δ. Μπουρίκος, ό.π.

---

## Επίλογος

Η έκθεση του ΟΟΣΑ (OECD, Health at a Glance, 2012) τονίζει ότι ακόμα δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία που να αποδεικνύουν επιδείνωση της υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης. Η επιστημονική έρευνα διεθνώς όμως, έχει δείξει ότι η οικονομική κρίση προκαλεί σοβαρά πλήγματα στην υγεία του πληθυσμού τα οποία κατανέμονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση. Τα άτομα και οι οικογένειες που βρίσκονται σε χαμηλή κοινωνική θέση διατρέχουν δύο φορές περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η οικονομική κρίση, με τους δημόσιους και ιδιωτικούς προϋπολογισμούς να βρίσκονται κάτω από μεγάλη συρρίκνωση και πίεση έχει οδηγήσει σε αύξηση της φτώχειας, της ανεργίας και του άγχους, τα οποία συνδέονται άμεσα με την επιδείνωση των δεικτών υγείας. Στην Ελλάδα οι κύριες αιτίες επιδείνωσης των δεικτών υγείας κατά σειρά αξιολόγησης είναι : α) τα χρέη από δάνεια, β) η ανεργία, γ) η απειλή απώλειας της εργασίας και δ) η μείωση των εισοδημάτων. Η κατάσταση της υπερχρέωσης βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά την ψυχική & σωματική υγεία των ατόμων καθώς και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις (οικογενειακές, επαγγελματικές και τις φιλικές). Επίσης έχει παρατηρηθεί αύξηση των περιστατικών ενδοοικογενειακής βίας καθώς και αύξηση χρήσεως ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ στους νέους.

Ο φόβος απώλειας της εργασίας ή/και η ανεργία συνδέονται άμεσα με την αύξηση του άγχους, του θυμού και της κατάθλιψης. Στην πλειοψηφία τους οι επιστημονικές έρευνες συμφωνούν ότι η ανεργία μπορεί να προκαλέσει ψυχικές διαταραχές, αντικοινωνική συμπεριφορά, κατάχρηση ουσιών, αυτοκτονικό ιδεασμό ή και αυτοκτονία.

Λόγω μείωσης του εισοδήματος παρατηρείται αύξηση της συχνότητας της διακοπής της ιατρικής παρακολούθησης και θεραπείας για οικονομικούς λόγους και «ευρηματικότητα» των πολιτών σε σχήματα «αυτοθεραπείας» με εντυπωσιακή αύξηση της κατανάλωσης αντικαταθλιπτικών, υπνωτικών και αγχολυτικών.

Οι ανωτέρω επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε συνδυασμό με το γεγονός ότι στη χώρα μας ο ανασφάλιστος πληθυσμός αγγίζει τα 3 εκατομμύρια άτομα (συμπεριλαμβάνοντας μετανάστες

και Ρομά) οδηγούν σε άμβλυνση των ανισοτήτων στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας και την αδυναμία αγοράς φαρμάκων.

Όσον αφορά στο πως η οικονομική κρίση επηρεάζει το Σύστημα Υγείας πρέπει αρχικά να σημειώσουμε ότι τα Συστήματα Υγείας παγκοσμίως χαρακτηρίζονται από τον Νόμο της Ανεπάρκειας σύμφωνα με τον οποίο *«Κανένα υγειονομικό σύστημα και καμία χώρα δεν έχει αρκετούς πόρους στον τομέα της υγείας ώστε να εξασφαλίζει πλήρη υγεία και να ικανοποιεί όλες τις ανάγκες του πληθυσμού»*. Εκτός αυτού στην Ελλάδα υπάρχουν πολλά σοβαρά εν γένει προβλήματα του συστήματος υγείας, όπως : οι υψηλές δαπάνες, η χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι οικονομικές ανισότητες, οι γεωγραφικές ανισότητες, η πολυδιάσπαση των φορέων, η έλλειψη συντονισμού, η λίστες αναμονής, η έλλειψη επαγγελματιών υγείας (κυρίως νοσηλευτικού προσωπικού), η περιορισμένη επιλογή ιατρού, οι άτυπες πληρωμές, η πληθώρα γιατρών και τέλος τα προβλήματα ηθικής που σχετίζονται με τον ιατρικό κλάδο. Τα προβλήματα αυτά καταδεικνύουν την κρίση του Υγειονομικού Συστήματος ανεξάρτητα των οικονομικών συνθηκών.

Η οικονομική κρίση έρχεται να εντείνει τα προβλήματα στο ήδη επιβαρυνόμενο Υγειονομικό Σύστημα το οποίο το οποίο παρουσιάζει συνεχώς αυξανόμενο κόστος, αδυναμία βελτίωσης των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας, αδυναμία εξάλειψης των υγειονομικών ανισοτήτων, ενώ παράλληλα ενισχύει την νοσοκομειοκεντρική, πολυδάπανη και απρόσωπη ιατρική.

Η αύξηση της νοσηρότητας κατά τη διάρκεια της κρίσης, τόσο σωματικής όσο και ψυχικής, ωθεί σε μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας με πλημμελή διαχείριση της νόσου και των ασθενών λόγω της «κρίσης» του υγειονομικού συστήματος σε πόρους, υποδομές και νοσηλευτικό προσωπικό. Η επιπλέον ζήτηση υπηρεσιών υγείας επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχει δειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες που τους προσφέρουν οικονομική κάλυψη.

Η στενότητα των οικονομικών πόρων αφενός απαιτεί την ορθολογική τους διαχείριση αφού ο τομέας της δημόσιας υγείας αποδυναμώνεται και υπολειτουργεί, χωρίς πολλές φορές να μπορεί να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του πληθυσμού και αφετέρου θέτει περιορισμούς στην πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας. Η δομή, οργάνωση και λειτουργία του συστήματος υγείας εισέρχεται σε μια περίοδο «μεταρρυθμίσεων», κεντρικό σημείο των οποίων είναι ο έλεγχος του κόστους.

Η Ελλάδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, μεταξύ του 2000 και του 2009 είχε αυξημένες δαπάνες για την υγεία (μέσος όρος 6,1% ετησίως) και από το 2010 λόγω των κυβερνητικών προσπαθειών για συρρίκνωση του μεγάλου δημοσιονομικού ελλείμματος έχει μειωθεί σημαντικά.

Μέσω της νεοφιλελεύθερης πολιτικής που ασκείται τα τελευταία χρόνια προωθούνται μεταρρυθμίσεις οι οποίες διαμορφώνουν μια κουλτούρα αξιών και αντιλήψεων οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονη οικονομική προσέγγιση και προσανατολισμό, ενώ παράλληλα οδηγεί στην υποχώρηση της κοινωνικής διάστασης των υπηρεσιών υγείας. Ο ασθενής αναφέρεται ως «πελάτης», δεδομένου ότι είναι αυτός που αναζητά ιατρικές φροντίδες ή μετονομάζεται σε χρήστη υπηρεσιών υγείας, εφόσον «καταναλώνει» τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας γίνεται συνώνυμη της οικονομικής αποδοτικότητας ή της παραγωγής του «αγαθού» υγεία με το ελάχιστο κόστος. Η κατάσταση αυτή δημιουργεί ακόμα μεγαλύτερες πιέσεις στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, το οποίο χαρακτηρίστηκε διεθνώς ως το δεύτερο πιο αναποτελεσματικό μετά από αυτό της Ιρλανδίας, σε πρόσφατη μελέτη του ΟΟΣΑ.

Οι πολίτες που βρίσκονται αντιμέτωποι με τους κινδύνους που έχει επιφέρει η οικονομική κρίση, έχοντας απολέσει σημαντικό ποσοστό των εισοδημάτων τους λόγω της μείωσης ή απώλειας μισθού, της συνεχούς φορολογικής επιβάρυνσης και της κατάστασης υπερχρέωσης στην οποία βρίσκονται, αποζητούν το αίσθημα κοινωνικής ασφάλειας μέσω ενός ισχυρού Κράτους Πρόνοιας το οποίο θα είναι σε θέση να τους εξασφαλίσει ιατρική και υγειονομική κάλυψη και θα τους εγγυηθεί ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης.

Στην Ελλάδα όμως, ούτε η κοινωνική πολιτική οδήγησε σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, γιατί ασκήθηκε αποσπασματικά και κυρίως με επιδοματικό χαρακτήρα. Ακόμα και πριν την οικονομική κρίση, το Κράτος Πρόνοιας στην Ελλάδα ασθενούσε. Εν τη γενέσει του υπήρχαν οργανωτικές και διοικητικές αδυναμίες που εμπόδιζαν την ορθολογική και αποτελεσματική παροχή των προνοιακών υπηρεσιών και αποτελούν τα δομικά προβλήματα του συστήματος.

Στο αδύναμο κοινωνικό κράτος έρχονται να προστεθούν τα έντονα κοινωνικά προβλήματα της σύγχρονης εποχής, όπως : η αυξανόμενη ανεργία, η χρόνια φτώχεια, οι ανισότητες στις υπηρεσίες υγείας, η γήρανση του πληθυσμού, η υπογεννητικότητα, ο κοινωνικός αποκλεισμός και η μεταβολή του επιδημιολογικού φάσματος

Τα προβλήματα αυτά βιώνει σε μεγάλο βαθμό η χώρα μας στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης και οδηγούν σε αυξημένη ζήτηση των κοινωνικών υπηρεσιών, με οικονομικές συνέπειες στο σύστημα υγείας και πρόνοιας αλλά και στις συνταξιοδοτικές παροχές. Σημαντικό αντίκτυπο έχουν η γήρανση και η υπογεννητικότητα, αφού ένας σταδιακά μικρότερος αριθμός εργαζομένων και ένα σταδιακά μεγαλύτερος αριθμός συνταξιούχων διαταράσσουν τη μακροχρόνια βιωσιμότητα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Επιπλέον, το Κράτος Πρόνοιας στην Ελλάδα, εκτός του ότι δεν ανταποκρίθηκε στον ρόλο του, που είναι η συστηματική κάλυψη κοινωνικών κινδύνων και αναγκών των πολιτών και η άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων, συνέβαλε σε κάποιο βαθμό στην οικονομική κρίση μέσω των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το Ασφαλιστικό Σύστημα αφού τα ασφαλιστικά ταμεία βρίσκονται σε κατάσταση χρεοκοπίας. Παρόλο που το ασφαλιστικό σύστημα βασίζεται στην αλληλεγγύη των γενεών και επομένως θα έπρεπε να είναι σε μεγάλο βαθμό αυτοχρηματοδοτούμενο εντούτοις, εμφανίζει ελλείμματα και επιχορηγείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και κοινωνικούς πόρους. Οι συντάξεις προβλέπεται ότι θα ανέλθουν στο 21% του ΑΕΠ το 2014 και στο 21,4% το 2060, όταν τα αντίστοιχα ποσά για την ΕΕ είναι 12,3% και 12,5%. Οι μεταρρυθμίσεις των τελευταίων χρόνων του συνταξιοδοτικού συστήματος, το πάγωμα των συντάξεων, η μείωση των προνοιακών βοηθημάτων και η περικοπή των επιδομάτων, οδηγούν σε ένα φιλελεύθερο σύστημα, χωρίς δίχτυ ασφαλείας, όπου οι πιο ευπαθείς ομάδες θα κινδυνεύουν να βρεθούν χωρίς κάλυψη.

Τα κενά του Δημόσιου Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας εκμεταλλεύεται ο ιδιωτικός «μη κερδοσκοπικός» τομέας. Στα πέντε συνεχόμενα χρόνια ύφεσης που διανύει η Ελλάδα, καταγράφονται πολυάριθμες πρωτοβουλίες εταιρειών, ιδρυμάτων, συλλόγων, μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ), εθελοντικών ομάδων και άτυπων δικτύων με σκοπό είτε την παροχή άμεσης κοινωνικής και υλικής βοήθειας είτε την παροχή ευρύτερης στήριξης για την ανάδειξη των προβλημάτων τους και την άσκηση πίεσης/επιρροής στο πολιτικό σύστημα.

Μια πρώτη χαρτογράφηση των πρωτοβουλιών και δομών κοινωνικής αλληλεγγύης τείνει προς την άποψη ότι η κρίση και οι οικονομικοκοινωνικές επιπτώσεις της αποτελούν τους μοχλούς κινητοποίησης του αποθέματος προνοιακού εθελοντισμού, αλλά και ανάδυσης νέων δράσεων (κοινωνικά ιατρεία, κοινωνικά παντοπωλεία κλπ.) με σκοπό την κάλυψη άμεσων κοινωνικών αναγκών και την παροχή κοινωνικής φροντίδας. Η αποτελεσματικότητα όμως των δράσεων αυτών απαιτεί την πλήρη χαρτογράφηση και έρευνα σχετικά με την εξέλιξη των νέων δομών,

την κάλυψη πληθυσμού, τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά της κάλυψης τα οποία δεν είναι πλήρως καταγεγραμμένα και με την όξυνση της κρίσης αλλάζουν διαρκώς.

Η ανάγκη για ύπαρξη ενός αποτελεσματικού συστήματος υγείας και για δημιουργία ενός ισχυρού κράτους πρόνοιας είναι μεγαλύτερη από ποτέ. Το κράτος και οι υπηρεσίες του φαίνονται ανίκανες να ανταπεξέλθουν στις νέες ανάγκες του πληθυσμού στον τομέα της υγείας και πρόνοιας.

Αν και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να αποτελεί κοινωνικό αγαθό ή/και δικαίωμα, σήμερα ολοένα και περισσότερο η πρόσβαση αυτή βασίζεται σε οικονομικά κριτήρια. Πρέπει να γίνει σαφές ότι η ευημερία και η κοινωνική συνοχή δεν αποτελούν αποκλειστικά χρηματικό ζήτημα και δεν εξασφαλίζονται από μια επιδοματική πολιτική, η οποία έτσι κι αλλιώς περιορίζεται λόγω της υπάρχουσας δημοσιονομικής στενότητας.

Τα εγγενή προβλήματα του συστήματος δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν με αποσπασματικές κινήσεις και μέτρα λιτότητας. Η στροφή προς ένα φιλελεύθερο σύστημα, που στοχεύει στην ιδιωτικοποίηση και στο κέρδος, δεν θα αντιμετωπίσει τα προβλήματα χρηματοδότησης στον τομέα της υγείας και πρόνοιας. Αντίθετα η ενδυνάμωση ενός εθνικού συστήματος φροντίδας υγείας, που βασίζεται στην ενδυνάμωση του κοινωνικού κράτους και την κοινωνική προστασία, είναι σε θέση να προστατεύσει τους πολίτες από τους κοινωνικούς κινδύνους και να εξασφαλίσει την ισότητα.

Για να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία απαιτείται καλά σχεδιασμένη χάραξη πολιτικής. Η «επένδυση» της χώρας μας στον τομέα της υγείας θα δημιουργήσει πολλαπλά οφέλη, αφού εκτός του ότι η υγεία είναι μια αξία από μόνη της, αποτελεί παράλληλα βασική προϋπόθεση για την οικονομική ευημερία. Η υγεία των ανθρώπων επηρεάζει τα οικονομικά αποτελέσματα όσον αφορά την παραγωγικότητα, την απασχόληση, το ανθρώπινο κεφάλαιο και τις δημόσιες δαπάνες. Η διατήρηση υγιούς και ενεργού πληθυσμού για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα έχει θετικό αντίκτυπο στην παραγωγικότητα και στην ανταγωνιστικότητα, όπως ανακηρύχθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (European Commission, Investing in Health, 2013).

Τέλος, η «επένδυση» στον τομέα της υγείας δεν θα πρέπει απαραίτητα να συνεπάγεται αύξηση των δημοσίων δαπανών για την υγεία, όπως γινόταν στο παρελθόν. Τα περισσότερα προβλήματα στην υγεία μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσω της σωστά προσανατολισμένης οικονομικής και

κοινωνικής πολιτικής, λαμβάνοντας υπόψη τους οικονομικούς, κοινωνικούς, πολιτικούς και θεσμικούς παράγοντες που επηρεάζουν το σύστημα σήμερα. Η σωστή κατανομή των υπαρχόντων πόρων και η ενίσχυση δαπανών πρόληψης και προαγωγής της υγείας μπορούν να ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος, μειώνοντας παράλληλα το κόστος.



---

## Βιβλιογραφία

### Ελληνόγλωσση

Αμίτσης, Γ., 2001, Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας - Το Ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή εμπειρία, Αθήνα: Εκδ. Παπαζήση.

Αναγνωστόπουλος Δ., Ε. Σουμάκη, 2012, “Οι επιπτώσεις της κοινωνικο-οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων”, Ψυχιατρική, Τόμος 23, τεύχος 1: 1-4

Ανθόπουλος, Χ., 2000, Εθελοντισμός – Αλληλεγγύη και Δημοκρατία, Αθήνα: Οξύ

Βενιέρης, Δ., 1997, “Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : Η ιστορία της μεταρρύθμισης”, στοΚυριόπουλος και Σισσούρας, , Ενιαίος Φορέας Υγείας : Αναγκαιότητα και Αυταπάτη, Αθήνα: Θεμέλιο

Βραχάτης, Δ., Α. Παπαδόπουλος, 2012, “Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές”, Νοσηλευτική, 51(1): 10–17

Γεωργακόπουλος, Θ., 1997, Εισαγωγή στη Δημόσια Οικονομική, Αθήνα: Μπένου.

Γιωτάκος, Ο., 2010, “Οικονομική κρίση και ψυχική Υγεία”, Ψυχιατρική, 21: 3

Γιωτάκος, Ο., Δ. Καράμπελας, Α. Καυκάς, 2011, “Επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία στην Ελλάδα.”, Ψυχιατρική; 22: 109–119

Γράβαλου, Α., Επιβλέπον: Ευάγγελος Μωραΐτης, 2003, «Το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Φροντίδας στην Ελλάδα σήμερα, ως μέρος του ευρύτερου Συστήματος Κοινωνικής Προστασίας: Προκλήσεις και Προοπτικές», Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης – Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, ΙΔ' Εκπαιδευτική Σειρά, Αθήνα: ΕΣΔΔ.

Δημητρακάκη, Χ., 2010, “Η κοινωνική διαβάθμιση των ανισοτήτων στην Υγεία και οι Τομείς δράσης”, Νέα Υγεία, Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Περιοδικό, τεύχος 70: 7.

Ευθυμίου, Κ., Ε. Αργαλιά, Ε. Κασκαμπά, Α. Μακρή, 2013, «Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για την σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα;», Εγκέφαλος, τ. 50.

Ζηλίδης, Χ., 2005, Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000 – 2004, Αθήνα: Mediforce.

Θεοδώρου, Μ., Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, 2001, Συστήματα Υγείας, Αθήνα: Παπαζήση.

IOBE, 2011, Η Ελληνική Οικονομία 3/11, Τριμηνιαία Έκθεση, Αρ. Τεύχους 65.

IOBE, 2013, Η Ελληνική οικονομία 1/13, Τριμηνιαία Έκδοση Αρ. Τεύχους 71.

Ιορδάνογλου, Χ., 2013, Κράτος και ομάδες συμφερόντων-Μια κριτική της παραδεδεγμένης σοφίας, εκδ. Πόλις, όπως αυτό αναλύεται στα άρθρα των: i) Κώστας Καρακώτιας, «Κοινωνία πολιτών και ομάδες συμφερόντων», Έθνος «Ε», 12/11/2013 και ii) Πάσχος Μανδραβέλης, «Ανίσχυρο κράτος, ισχυρές ομάδες συμφερόντων – Ένα βιβλίο ανατρέπει τις σχέσεις πολιτικών – πολιτών στη μεταπολίτευση», Καθημερινή, 10/11/2013.

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

Κολλίντζας, Τ., Μ. Ψαλιδόπουλος, Ν. Καραμούζης, Γ. Χαρδούβελης, 2009, «Η κρίση του 2007 – 2009 : τα αίτια, η αντιμετώπιση και οι προοπτικές», Οικονομία και Αγορές, Eurobank Research, τόμος IV, τεύχος 8.

Κουρής, Γ., Κ. Σουλιώτης, Α.Φιλαλήθης, 2007, “Οι περιπέτειες των μεταρρυθμίσεων του ελληνικού συστήματος υγείας: Μία ιστορική επισκόπηση”, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, τ. 1: 35-67.

Κρεμαλής, Κ., 1991, Το Δικαίωμα του Ατόμου για Κοινωνική Πρόνοια, Αθήνα: Α.Ν. Σάκκουλας.

Κοντιάδης, Ξ., 2008, Εισαγωγή στην Κοινωνική Διοίκηση και τους Θεσμούς Κοινωνικής Ασφάλειας, Αθήνα: Εκδ. Παπαζήση.

Κυριόπουλος, Ι., 2011, Η Υγεία στη Δίνη της Οικονομικής Κρίσης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας.

Λιάκος, Α., 1993, Εργασία και Πολιτική στην Ελλάδα του Μεσοπολέμου, Αθήνα: Ίδρυμα Έρευνας και Παιδείας της Εμπορικής Τράπεζας της Ελλάδος.

Λιαρόπουλος, Λ., 2007, Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Αθήνα: Βήτα.

Λιαρόπουλος, Λ., 1989, “Η Ζήτηση για Υπηρεσίες Υγείας”, Ιατρική, 56 : 419 – 429

Μάνιου, Μ., Ε. Ιακωβίδου, 2009, “Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα”, ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, τόμος 8, τεύχος 4: 380-400.

Ματσαγκάνης, Μ., 2011. Η κοινωνική πολιτική σε δύσκολους καιρούς, Αθήνα: Κριτική, στο Μπούτσιου Στ, Σαράφης Π, Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτος πρόνοιας και οικονομική κρίση, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 2013, Τόμος 5, Τεύχος 4.

Μουζέλης, Ν., 2002, Από την Αλλαγή στον Εκσυγχρονισμό, Αθήνα: Θεμέλιο.

Μπούρας, Γ., Λ. Λύκουρας, 2011, “Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στη ψυχική υγεία”, Εγκέφαλος 48: 54-61.

Μπουρίκος, Δ., 2013, “Κοινωνική αλληλεγγύη στην Ελλάδα της κρίσης: Νέο κύμα ανάδυσης της κοινωνίας πολιτών ή εμπέδωση της κατακερματισμένης κοινωνικής ιδιότητας του πολίτη;”, Παρατηρητήριο για την Κρίση, Ερευνητικό Κείμενο, Νο3, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ.

Οικονόμου, Χ., 2004, Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & στις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Αθήνα: Διόνικος.

Οικονόμου, Μ., Λ. Πέππου, Ε. Λουκή, Α. Κομπορόζος, Α. Μέλλου, Κ. Στεφανής, 2012, “Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης.”, Ψυχιατρική, 23: 17–28.

Οικονόμου Ν.Α., Γ. Τούντας, Δ. Νιάκας, 2007, “Ελληνικές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην υγεία.”, Αρχεία Ελλ. Ιατρικής, 24(1):48-57.

Πάβη, Ε., 2010, «Η Επένδυση στην υγεία σε περιόδους οικονομικής κρίσης» ΝΕΑ ΥΓΕΙΑ, Τριμηνιαίο Ενημερωτικό Περιοδικό, 70: 4.

Παπαδάκη, Α., 1965, “Το υγειονομικό έργο του Ελευθερίου Βενιζέλου.”, Θεσσαλονίκη, Ελληνική Ιατρική, 34:7.

Παραράς, Π., 1991, “Οι Φορείς των Κοινωνικών Παροχών”, Το Σύνταγμα, τεύχ. 1

Πατελάρου, Α., 2011, “Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία- Προτάσεις για παρέμβαση”, Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης, Τόμος 4, Τεύχος 3, σελ.53-61.

Σακελλαρόπουλος, Θ., 1999, Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους, Αθήνα: Κριτική.

Σαρρής, Μ., 2001, Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής, Αθήνα: εκδ. Παπαζήση.

Σιγάλας, Ι., 1999, Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου Υπηρεσίες Υγείας – Νοσοκομείο – Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, τόμος Δ, Πάτρα: Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Σούλης, Σ., 1999, Οικονομικά της Υγείας, Εκδόσεις, Αθήνα: Εκδ. Παπαζήση.

Σταθόπουλος, Π., 2005, Κοινωνική Πρόνοια. Ιστορική εξέλιξη- Νέες κατευθύνσεις, Αθήνα: εκδ. Παπαζήσης.

Σταθόπουλος, Π., 1999, Κοινωνική Πρόνοια – μια γενική θεώρηση, β’ έκδοση, Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.

Στασινοπούλου Ο., 1992, Άτυπα δίκτυα φροντίδας και σύγχρονος προνοιακός πλουραλισμός, Εκλογή, 93

Τούντας, Γ., και συνεργάτες, 2008, Οι Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα 1996 – 2006, Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Τσαβαλιάς, Κ., Ο. Σίσκου, Α. Λιαρόπουλος, 2012, Συγκριτικές νοσοκομείων στην Ευρώπη Διδάγματα και προοπτικές για την Ελλάδα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(2):233-239

ΥΥΚΑ, 2012, Έκθεση Αποτελεσμάτων ΥΥΚΑ και των Μονάδων του ΕΣΥ 2011, Αθήνα

Υφαντόπουλος, Γ., 2006, Τα οικονομικά της υγείας, Αθήνα: Τυπωθήτω.

### **Ξενογλώσση**

Chang S, Gunnell D, Sterne J, Lu T-H, Cheng A. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. Soc Sci Med 2009, τεύχος 68(7), σ.σ.132–133

Chmelar, A., 2013, “Household Debt and the European Crisis”, Research Report, Brussels, European Credit Research Institute, no.13

Davaki, K. and E. Mossialos, 2005, “Plus ça Change: Health Sector Reforms in Greece Journal of Health Politics”, Policy and Law, vol. 30 :143-168

Economou et al., Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union, J Econ Stud, Vol. 35, σ.σ. 368 – 384

Evans RG, 1974, Supplier induced demand: some empirical evidence and implications, The economics of health and medical care, New York: Willey & Sons

Falagas, M., E. Vouloumanou, M. Mavros and D. Karageorgopoulos, Economic crises and mortality: a review of the literature, International Journal of Clinical Practice, August 2009, Volume 63, Issue 8, p.p. 1128–1135

Fountoulakis, K., I. Grammatikopoulos, S. Koupidis, M. Siamouli, P. Theodorakis, 2012, “Health and the financial crises in Greece.”, *Lancet*, 379: 1001

Gilman S, Kawachi I, Fitzmaurice MG, Buka LS., 2002, “Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression.”, *Int J Epidemiol*, vol 31: 359-367

Hudson, C., 2005, “Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses.”, *Am J Orthopsych*, vol. 75: 3–18

ILO, 2011, *Manual on the measurement of volunteer work*, Geneva: ILO

Karamanoli, E., 2011, “Dept crisis strains Greece’s ailing health system.”, *Lancet*, 378: 303-304

Kentikelenis, A, M. Karanikolos, I. Papanicolas, S. Basu, M. McKee, D. Stuckler, 2011, “Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy”, *Lancet*, 378: 1457-1458

Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: Revolutionary, relevant, and time to revitalise, *Lancet* 2008, 372:917–927

Liebfried, S., *Towards a European Welfare State?*, in C. Jones, 1993, *New Perspectives on the Welfare State in Europe*, London: Routledge.

Madianos, M., M. Economou, 2011, T. Alexiou, C. Stefanis, “Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide.”, *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol*; 46: 943–52

Marmot, M., R. Bell, 2009, “How the financial crisis affect health?”, *BMJ*, 338: 858-860

Spector, M., J. Kitsuse, 2009, *Constructing Social Problems*, Menlo Park California, Copyright 1987, 4<sup>th</sup> edition, USA: Transaction Publishers

Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe : an empirical analysis, *Lancet*, Ιούλιος 2009, τεύχος 374, σ.σ. 315-323

Taylor R, Pagea A, Morrella S, Harrisonb J, Carterc G. 2005, “Mental health and socio-economic variations in Australian suicide”, Soc Sci Med; 61:1551–1559

### Διαδικτυακή

Γάτος, Γ., “Στο 36% αυξήθηκε η εισφοροδιαφυγή”, Εφημερίδα «Ημερησία», Δημοσίευση: 22/2/2013, Διαθέσιμο στο <http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=26516&subid=2&pubid=112997843>

Εφημερίδα "ΤΟ ΒΗΜΑ", Η κρίση απειλεί το κράτος πρόνοιας - Καταρρέουν τα κοινωνικά μοντέλα που εφαρμόστηκαν μετά τον Β' Παγκόσμιο, Δημοσίευση: 28/12/2011, Διαθέσιμο στο <<http://www.tovima.gr/finance/article/?aid=436702>>

Ελληνική Στατιστική Αρχή, Η Ελλάδα με αριθμούς 2013, Διαθέσιμο στο <[http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/ELLAS\\_IN\\_NUMBERS\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/ELLAS_IN_NUMBERS_GR.pdf)>

ΕΛΣΤΑΤ, 2013, Συνθήκες Διβίωσης στην Ελλάδα (Σεπτέμβριος 2013), Διαθέσιμο στο [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/LivingConditionsInGreece\\_0913.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/General/LivingConditionsInGreece_0913.pdf)

ΕΛΣΤΑΤ, 2013, Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2011, Δελτίο Τύπου, Διαθέσιμο στο <<http://www.statistics.gr>>

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2013, <sup>Στατιστικά στοιχεία για τις κατώτατες αποδοχές, Δεδομένα από τον Ιανουάριο 2013,</sup> Διαθέσιμο στο [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Minimum\\_wage\\_statistics/el](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Minimum_wage_statistics/el)

Ιωάννου, Δ., «Η «διαρθρωτική κατάρρευση» της ελληνικής οικονομίας. Τι έπρεπε να είχε γίνει, τι πρέπει να γίνει για την ανάκαμψη», Δημοσίευση: 17/05/2013 , Διαθέσιμο στο <<http://www.foreignaffairs.gr/articles/69311/dimitris-a-ioannoy/i%20%ABdiarthrotiki-katarreysi%20%BB-tis-ellinikis-oikonomias?page=show>>

ΕΣΔΥ, 2013, «Οικονομική κρίση και χρόνια νοσήματα», Τομέας Οικονομικών της Υγείας, διαθέσιμο στο [http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/FINAL %20DATA.pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/FINAL%20DATA.pdf)

Ευθυμιάδου, Δ., «Να πως χρεοκόπησαν τα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία – Κι άλλα στοιχεία για το μεγάλο φαγοπότι στο ΙΚΑ», 16/3/2012, Διαθέσιμο στο: <http://www.iatropedia.gr/articles/read/1380>

Εφημερίδα «Η Καθημερινή», Τέσσερα προβλήματα προκαλούν εκρηκτικό κλίμα στα νοσοκομεία, Δημοσίευση: 20/07/13, Διαθέσιμο στο <http://www.kathimerini.gr/493749/article/epikairothta/politikh/tessera-provlhmata-prokaloynekrhktiko-klima-sta-nosokomeia>

Κεκελέκη, Ε., 2013, Αποτέλεσμα της κρίσης: φτώχεια και κατανάλωση, Διαθέσιμο στο [http://www.eesc.europa.eu/resources/docs/kekeleki\\_final\\_el.pdf](http://www.eesc.europa.eu/resources/docs/kekeleki_final_el.pdf)

Κυριόπουλος Ι., Β. Τσιάντου, 2010, Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής., Διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf>

Κυριόπουλος Ι., 2012, Πολιτική και Οικονομία της Κρίσης και Ψυχική Υγεία, Διαθέσιμο στο [http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/202012.pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/202012.pdf)

Κωνσταντοπούλου Αικ., 2005, “Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα”, Διαθέσιμο στο <http://www.archive.gr/news.php?readmore=90>

Νικολόπουλος, Κ., Γ. Υφαντόπουλος, 2010, “Η ανισότητα στο Ελληνικό Συνταξιοδοτικό Σύστημα”, Επιθεώρηση κοινωνικών ερευνών, Διαθέσιμο στο [http://www.grsr.gr/preview.php?c\\_id=453](http://www.grsr.gr/preview.php?c_id=453)

Ντούτσης, Δ., 2008, “Άγνωστες ειδήσεις για την κοινωνική και σχολική υγιεινή το 1890: «Αλκιβιάδης Α. Κορδούλης, Πραγματεία περί τοῦ τι ποιητέον καὶ φευκτέον χάριν τῆς Ὑγείας»”. Εισήγηση 5ου Επιστημονικό Συνέδριο Ιστορίας Εκπαίδευσης με θέμα: «Εκπαίδευση και Κοινωνική Δικαιοσύνη», Πανεπιστήμιο Πατρών, Διαθέσιμο στο <http://www.eriande.elemedu.upatras.gr>



Ο.Ε.Ε., «Η Κρίση της Ελληνικής Οικονομίας και η αντιμετώπιση της», Διαθέσιμο στο <[www.oe-e.gr/publ/ecocr/ecocr.pdf](http://www.oe-e.gr/publ/ecocr/ecocr.pdf)>

ΟΗΕ, 1948, Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, Διαθέσιμο στο <<http://www.humanrights.com>>

Οικονόμου Χ., 2012, Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα – Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Επιστημονικές Εκθέσεις/7, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, ΙΝΕ – ΓΣΕΕ, Διαθέσιμο στο <<http://www.ineobservatory.gr/sitefiles/files/report7.pdf>>

Οικονόμου Χ., Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία...Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία: Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα, Foreign Affairs The Hellenic Edition, Δημοσίευση: 21/11/13, Διαθέσιμο στο <<http://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobar-a-tin-ygeia%E2%80%A6>>

Παπαδάκης, Ε., “Η συμβολή του Ελευθέριου Βενιζέλου στην εξέλιξη της Δημόσιας Υγείας και Υγιεινής στην Ελλάδα”, Ιατρικός Σύλλογος Χανίων, Διαθέσιμο στο <[http://www.ishanion.gr/arthra\\_view.php?nid=4](http://www.ishanion.gr/arthra_view.php?nid=4)>

Εφημερίδα «ΠΑΡΟΝ», 2012, Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία των εργαζομένων, Σάββατο 27/10/2012, Διαθέσιμο στο <<http://www.ygeianet.gr/box/cal/32572.pdf>>

Εφημερίδα «Ριζοσπάστης», Το Κράτος χρωστάει 12δισ ευρώ στα ταμεία, Σάββατο 6/11/2010, Διαθέσιμο στο <<http://www2.rizospastis.gr/story.do?id=5937226&publDate=6/11/2010>>

Ρομπόλη, Σ., Β. Μπέτση, 2013, “Κοινωνική Ασφάλιση και οι επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στο Ασφαλιστικό Σύστημα της Ελλάδος 2013-2050», Εισήγηση, Αθήνα : ΙΝΕ - ΓΣΕΕ, Διαθέσιμο στο <<http://www.inegsee.gr/sitefiles/files/ageing-population--pensions-ine.pdf>>

ΣΕΠΕ, 2013, “Δείκτης Παγκόσμιας Ανταγωνιστικότητας 2012 – 2013”, World Economic Forum, Τεύχος 40, Σεπτέμβριος – Δεκέμβριος 2012, <http://www.sepe.gr/newsletter/Research2/research2.html>, (προσπελάστηκε την 5<sup>η</sup>/9/2013)

Σκαπινάκης, Π., 2011, “Επιδημιολογία Ψυχικών διαταραχών στην Ελλάδα.”, 1η Πανελλήνια Έρευνα Ψυχικής Υγείας, 21ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, Αθήνα. Διαθέσιμο στο <<http://pskapinakis.posterous.com/panellinia-epidimiologiki-erevna>>

Σκαπινάκης, Π., 2012, “Επιδημία αυτοκτονικών στην Ελλάδα; Ας το ξανασκεφτούμε.”, Διαθέσιμο στο <<http://pskapinakis.blogspot.gr/2012/01/blog-post.html>>

ΣΦΕΕ, 2012, Η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και στοιχεία 2012, Επιστημονική Επιμέλεια: IOBE, Διαθέσιμο στο <[http://www.sfee.gr/editions/farmakeftiki\\_agora\\_2012/files/assets/basic-html/page5.html](http://www.sfee.gr/editions/farmakeftiki_agora_2012/files/assets/basic-html/page5.html)>

Φυντανίδου, Ε., “Τα χρέη του ΕΟΠΥΥ κλείνουν νοσοκομεία, Εφημερίδα”, «Το Βήμα», Δημοσίευση: 20/06/2013, Διαθέσιμο στο <<http://www.tovima.gr/society/article/?aid=518540>>

European Agency for Safety and Health at Work, Stress, 2013, Available from <<https://osha.europa.eu/en/topics/stress>>

European Commission, (2010), Mental Health, Eurobarometer 73.2, retrieved in October 2010, Available from <[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/eurobarometers/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers/index_en.htm)>

European Commission (2012), Investing in Health, retrieved in February 2013, Available from <[http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd\\_investing\\_in\\_health.pdf](http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health.pdf)>

European Council, 2000, Presidency Conclusions, European Communities, Lisbon European Council, 23 and 24 March 2000, Brussels, Available from <[http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/en/ec/00100-r1.en0.htm](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/ec/00100-r1.en0.htm)>

European Parliament, 2011, Special Eurobarometer 75.2 – Volunteering and Intergenerational Solidarity, Available from: <[http://www.europarl.europa.eu/pdf/eurobarometre/2011/juillet/04\\_07/rapport\\_%20eb75\\_2\\_%20benevolat\\_en.pdf](http://www.europarl.europa.eu/pdf/eurobarometre/2011/juillet/04_07/rapport_%20eb75_2_%20benevolat_en.pdf)>

HBSC/WHO, 2010, Πανελλήνια έρευνα στους μαθητές εφηβικής ηλικίας για συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία, Διαθέσιμο στο <[http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes\\_erevnes/hbscgr.php](http://www.epipsi.gr/Tekmiriosi/epid/Epidimiologikes_erevnes/hbscgr.php)>

Kelland, K., “Basic Hygiene at risk in dept-stricken Greek hospitals”, Reuters, 04/12/2012, Available from <<http://www.reuters.com/article/2012/12/04/us-greece-austerity-disease-idUSBRE8B30NR20121204>>

Lazlo, Andor, 2012, “How the economic and financial crisis is affecting children & young people in Europe.”, Report based on evidence collected through Eurochild membership, Available from <[www.eurochild.org](http://www.eurochild.org)>

Liaropoulos, L., 2001, “Health care policy in Greece: a new and promising reform”, Euro Observer, vol 3, no. 2, Available from <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/euroObserver/Obsvol3no2.pdf>

Mackenbach, Johan P., 2006, “Health Inequalities: Europe in Profile”, An independent, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU, Available from [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rd06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf)

OECD, 2009, Health at a Glance 2009, retrieved in December 2009, Available from <[http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/health\\_glance-2009-en](http://www.oecd-ilibrary.org/content/book/health_glance-2009-en)>

OECD, 2012, Health at a Glance 2012, retrieved in November 2012, Available from <[www.oecd.org/health/healthataglanceeurope.htm#HTO](http://www.oecd.org/health/healthataglanceeurope.htm#HTO)>

OECD, 2012, OECD Health Data 2012- How Does Greece Compare, retrieved in June 2012, Available from <[www.oecd.org/greece/BriefingNoteGREECE2012.pdf](http://www.oecd.org/greece/BriefingNoteGREECE2012.pdf)>

OECD, 2013, Health Statistics 2013 (previously OECD Health Data 2013), released on 27 June 2013, Available from <<http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata.htm>>

Pappa, E., N. Kontodimopoulos, A. Papadopoulos, Y. Tountas, and D. Niakas, 2013, “Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample

of the Greek Population”, Int J Environ Res Public Health, 10(5): 2017–2027, Available from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3709361/>>

Roth, H., 2011, «Η παγκόσμια οικονομική κρίση : Επιπτώσεις και προοπτικές», ομιλία στο Α.Π.Θ., Διαθέσιμο στο <[www.anixneuseis.gr](http://www.anixneuseis.gr)>, (προσπελάστηκε την 13<sup>η</sup>/09/2013)

Tountas, Y., N. Oikonomou, G. Pallikarona, C. Dimitrakaki, C. Tzavara, K. Souliotis et al., 2011, “Sociodemographic and socioeconomic determinants of health services utilization in Greece: The Hellas Health I study.”, Health Serv Manage, 24:8–18, Available from <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21285361](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21285361)>

WHO, 1978, Primary Health Care, International Conference on Primary Health Care. Alma – Ata, USSR, 6-12 September 1978, Geneva – New York, Available from <[www.unicef.org/about/history/files/Alma\\_At\\_a\\_conference\\_1978\\_report.pdf](http://www.unicef.org/about/history/files/Alma_At_a_conference_1978_report.pdf)>

WHO, 2009, The financial crisis and global health, Geneva. Available from <[www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009\\_financial\\_crisis\\_report\\_en\\_.pdf](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf)>

WHO, 2011, Global Health Observatory Data Repository, Health Equity Monitor Database, Available from <<http://apps.who.int/gho/data/node.main.HE-1540?lang=en>>

### **Χρήσιμοι Σύνδεσμοι**

Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων: [www.ggka.gr](http://www.ggka.gr)

Γιατροί του Κόσμου: <http://mdmgreece.gr>

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης (ΕΣΔΔ): [www.ekdd.gr](http://www.ekdd.gr)

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ): [www.nsph.gr](http://www.nsph.gr)

Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά: [www.ektepn.gr](http://www.ektepn.gr)

Εθνικό Τυπογραφείο : [www.et.gr](http://www.et.gr)

Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ): [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr)

Ένωση Καταναλωτών – Ποιότητα Ζωής (ΕΚΠΟΙΖΩ): [www.ekpizo.gr](http://www.ekpizo.gr)

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ): [www.epipsi.gr](http://www.epipsi.gr)

Οικονομικό Επιμελητήριο Ελλάδος : [www.oe-e.gr](http://www.oe-e.gr)

Υπουργείο Υγείας : [www.moh.gov.gr](http://www.moh.gov.gr)

Eurostat – European Statistics: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

European Economic and Social Committee: [www.eesc.europa.eu](http://www.eesc.europa.eu)

European Centre for Disease Prevention and Control: [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu)

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD): [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

United Nation Educational Scientific Cultural Organisation (UNESCO): [en.unesco.org](http://en.unesco.org)

World Health Organization (WHO): [www.who.int](http://www.who.int)