

ΑΝΑΝΗΨΗ ΤΩΡΑ

ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ

Η Διεθνής Αμνηστία είναι ένα παγκόσμιο κίνημα με περισσότερους από 7 εκατομμύρια ανθρώπους που διεξάγουν εκστρατείες για έναν κόσμο όπου όλοι και όλες θα απολαμβάνουν τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Το όραμά μας είναι το κάθε άτομο να απολαμβάνει όλα τα δικαιώματα που κατοχυρώνονται στην Οικουμενική Διακήρυξη Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και άλλα διεθνή πρότυπα ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Είμαστε ανεξάρτητοι από οποιαδήποτε κυβέρνηση, πολιτική ιδεολογία, οικονομικό συμφέρον ή θρησκεία και χρηματοδοτούμαστε κυρίως από τα μέλη μας και δωρεές του κοινού.

© Amnesty International 2020
Except where otherwise noted, content in this document is licensed under a Creative Commons (attribution, non-commercial, no derivatives, international 4.0) licence.
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>
For more information please visit the permissions page on our website: www.amnesty.org
Where material is attributed to a copyright owner other than Amnesty International this material is not subject to the Creative Commons licence.
First published in 2020
by Amnesty International Ltd
Peter Benenson House, 1 Easton Street
London WC1X 0DW, UK

Index: EUR 25/2176/2020

Original language: English

amnesty.org



Cover photo: Medical personnel of Evangelismos Hospital stage a protest in the yard of the hospital, in Athens, Greece, 7 April 2020, during the World Day for Health. Protesters demand more sources spent for the Health System. Countries around the world are taking increased measures to stem the widespread of the coronavirus

© Dimitris Lampropoulos/NurPhoto/Getty

AMNESTY
INTERNATIONAL



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΛΩΣΣΑΡΙΟ	5
1. ΣΥΝΟΨΗ	6
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	14
3. ΥΠΟΒΑΘΡΟ	17
3.1 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	17
3.2 ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΙΣ ΖΩΕΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ	18
3.2.1 ΦΤΩΧΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ	19
3.2.2 ΑΝΕΡΓΙΑ	20
3.2.3 ΑΣΤΕΓΙΑ	21
3.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΤΡΩΝ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ	22
3.3.1 ΜΕΤΡΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΤΤΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	25
3.3.2 ΜΕΤΡΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΤΤΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19	26
4. ΜΕΤΡΑ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	28
4.1 ΜΕΙΩΜΕΝΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	29
4.2 ΔΙΑΡΘΡΩΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ.	30
4.3 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	32
4.4 ΠΩΣ ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΑΝ ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ	35
5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	37
5.1 ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ	38
5.2 ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΖΩΕΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ	40
5.2.1 ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	40
5.2.2 ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΙΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ	46
5.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	53
5.4 ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	54
6. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΡΕΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΙΣΤΩΤΩΝ	57
6.1 ΦΥΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΧΡΕΟΥΣ	57

6.2 ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ	58
6.2.1 ΠΡΩΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ	59
6.2.2 ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ	60
6.2.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑΣ	62
6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΔΑΝΕΙΣΤΩΝ	63
6.4 ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΧΡΕΟΥΣ	65
6.4.1 ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΧΡΕΟΥΣ: ΟΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΔΕΝ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΥΠΟΨΗ	66
6.4.2 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΣ ΠΛΕΟΝΑΣΜΑ	68
6.4.3 ΑΛΛΟΙ ΠΙΘΑΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΡΕΟΣ	69
7. ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΠΡΟΤΥΠΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ	71
7.1 ΟΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	71
7.1.1 ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	71
7.1.2 ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ	72
7.1.3 ΟΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΩΣ ΚΡΑΤΟΣ ΠΟΥ ΔΑΝΕΙΖΕΤΑΙ	73
7.1.4 ΟΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19	74
7.1.5 ΟΡΓΑΝΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΥΜΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	74
7.2 ΟΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΙΣΤΩΤΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	76
8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ	79

ΓΛΩΣΣΑΡΙΟ

EKT	Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα
ΕΦΚΑ	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
EFSF	Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ESM	Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθερότητας
Eurostat	Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία
ΔΔΕ	Δανειακή Διευκόλυνση για την Ελλάδα
ΕΕΔΑ	Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Ιατρεία κοινωνικής αλληλεγγύης	Ιατρεία που λειτουργούν παράλληλα με το δημόσιο σύστημα υγείας, παρέχοντας συχνά δωρεάν ιατρική φροντίδα και φάρμακα σε ανθρώπους με περιορισμένη πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
ΚΕΑ	Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης
ΤΟΜΥ	Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας

1. ΣΥΝΟΨΗ

Αυτή η έκθεση αναλύει τις επιπτώσεις των μέτρων λιτότητας που εφαρμόστηκαν από την ελληνική κυβέρνηση μετά από την οικονομική και χρηματοπιστωτική κρίση που ξεκίνησε το 2008, στο δικαίωμα στην υγεία στην Ελλάδα. Βασίζεται σε διεξοδική έρευνα γραφείου και συνεντεύξεις με πάνω από 210 ανθρώπους – συμπεριλαμβανομένων ανθρώπων που χρησιμοποιούν το δημόσιο σύστημα υγείας, εργαζόμενους/-ες στον τομέα της υγείας, ειδικούς στην δημόσια υγεία και εκπροσώπους της κυβέρνησης. Η Διεθνής Αμνηστία διαπίστωσε ότι τα μέτρα λιτότητας έχουν υπονομεύσει την πρόσβασιμότητα και την οικονομική προσιτότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Ελλάδα, με πολλούς ανθρώπους να δυσκολεύονται περισσότερο να βρουν τα χρήματα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και να έχουν πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας όταν το έχουν ανάγκη. Οι επιπτώσεις οπισθοδρόμησης των μέτρων λιτότητας, σε συνδυασμό με το πώς αυτά αναπτύχθηκαν και εφαρμόστηκαν, σημαίνει ότι η Ελλάδα παραβιάζει το δικαίωμα στην απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας. Καθώς αυτή η έκθεση ολοκληρωνόταν στις αρχές του 2020, η πανδημία COVID-19 έφτασε στην Ελλάδα. Αυτή η έκθεση αναφέρεται σε αρχικές δημόσια διαθέσιμες πληροφορίες για το πώς η πανδημία έχει αρχίσει να επηρεάζει το σύστημα υγείας της Ελλάδας, την αρχική ανταπόκριση της κυβέρνησης, και παρέχει προκαταρκτικές παρατηρήσεις και συστάσεις για μελλοντική δράση εκ μέρους της κυβέρνησης.

1.1 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ, Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΤΡΩΝ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ Η ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

Η οικονομική κρίση έπληξε σοβαρά τους ανθρώπους στην Ελλάδα, με τεράστιες αυξήσεις στην ανεργία και την φτώχεια. Οι επιπτώσεις της κρίσης ήταν διαρκείς, και ακόμα και σήμερα αυτά τα επίπεδα της ανεργίας και της φτώχειας παραμένουν χειρότερα από ό,τι πριν την έναρξη της κρίσης. Για παράδειγμα, το 2009, το 27,6% του πληθυσμού της Ελλάδας βρισκόταν σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού. Αυτό έφτασε σε ένα μέγιστο 36% το 2014, και ήταν 31,8% το 2018, όταν περίπου το ένα τρίτο του πληθυσμού παρέμενε σε αυτό το επίπεδο κινδύνου. Παρομοίως, κατά την διάρκεια των ετών της κρίσης, η ανεργία στην Ελλάδα αυξήθηκε δραματικά. Το 2008, το συνολικό ποσοστό ανεργίας – δηλαδή, ο αριθμός των ανθρώπων που είναι άνεργοι ως ποσοστό του συνολικού ενεργού πληθυσμού – ήταν 7,8%. Αυτό έφτασε σε ένα μέγιστο 27,5% το 2013, κάτι που σημαίνει ότι τουλάχιστον ένας στους τέσσερις ανθρώπους που ήταν ικανοί για εργασία στην Ελλάδα ήταν άνεργος. Παρότι η κατάσταση έκτοτε έχει βελτιωθεί, το 2019 το ποσοστό ανεργίας ήταν ακόμα στο 17,3%, περισσότερο από διπλάσιο σε σχέση με το ποσοστό πριν την κρίση.

Ως απάντηση στην οικονομική κρίση, ξεκινώντας από το 2010, η ελληνική κυβέρνηση άρχισε να μειώνει τις δημόσιες δαπάνες και να εισάγει μια σειρά μέτρων λιτότητας. Οι δημόσιες δαπάνες μειώθηκαν κατά 32,4%, μεταξύ άλλων όσον αφορά τους μισθούς και τις συντάξεις στον δημόσιο τομέα και κάποιιο φόροι αυξήθηκαν, πλήττοντας τα εισοδήματα των νοικοκυριών και επιδεινώνοντας την οικονομική ευαλωτότητα. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 42,8%, και οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (δηλ. ανά άτομο) μειώθηκαν κατά 40%. Περαιτέρω διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις εφαρμόστηκαν για να καταστήσουν το δημόσιο

σύστημα υγείας «πιο αποδοτικό», κάποιες από τις οποίες είχαν ως αποτέλεσμα ασθενείς να πρέπει να αναλάβουν μεγαλύτερο μερίδιο από το οικονομικό κόστος για την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη.

Αυτά τα μέτρα εφαρμόστηκαν όταν οι άνθρωποι στην Ελλάδα αντιμετώπιζαν ήδη υψηλά επίπεδα ανεργίας και οικονομικής φτώχειας, αυξάνοντας τους κινδύνους για προβλήματα υγείας και ταυτόχρονα περιορίζοντας την δυνατότητά τους να έχουν πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Περαιτέρω, στο πλαίσιο των μέτρων για την μείωση των δαπανών για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, οι μισθοί των εργαζομένων στον δημόσιο τομέα υγείας περικόπηκαν. Τέθηκε ένα όριο στις προσλήψεις προσωπικού και για κάθε πέντε ανθρώπους που έφευγαν ή συνταξιοδοτούνταν, προσλαμβάνονταν μόνο ένας. Εργαζόμενοι/-ες στον τομέα της υγείας είπαν στην Διεθνή Αμνηστία ότι οι περικοπές στους μισθούς συνοδεύτηκαν από αύξηση του φόρτου εργασίας, εξαιτίας μικρότερης πλήρωσης θέσεων. Κάποιοι/-ες εργαζόμενοι/-ες στην υγεία εξήγησαν επίσης ότι ο αυξημένος φόρτος εργασίας και οι ελλείψεις προσωπικού μπορεί να είχαν επιπτώσεις στην ποιότητα της περίθαλψης που λάμβαναν οι άνθρωποι.

Καθώς αυτή η έκθεση βρισκόταν επί του πιεστηρίου, η πανδημία COVID-19 εξαπλωνόταν σε όλη την Ελλάδα και τον κόσμο. Η κυβέρνηση είχε υιοθετήσει μέτρα για να επιβραδύνει την εξάπλωσή της και είχε θέσει σε εφαρμογή κάποια οικονομική στήριξη για τον πληθυσμό της Ελλάδας, συμπεριλαμβανομένων 450 εκατομμυρίων ευρώ προς υποστήριξη ατόμων, που περιλάμβαναν την καταβολή επιδόματος 800 ευρώ σε κάποιες ομάδες (συμπεριλαμβανομένων ελεύθερων επαγγελματιών και ανθρώπων των οποίων η εργασία είχε ανασταλεί αυτήν την περίοδο). Η κυβέρνηση είχε διαθέσει επίσης επιπλέον 200 εκατομμύρια ευρώ στο σύστημα υγείας για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Παρότι αυτά τα μέτρα είναι ευπρόσδεκτα, θα πρέπει να αξιολογηθούν ώστε να διασφαλιστεί ότι είναι επαρκή για αυτή την περίοδο και ότι κατευθύνονται προς εκείνους/-ες που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη. Πολλές από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι/-ες στον τομέα της υγείας, οι οποίες περιγράφηκαν πιο πάνω, έχουν επιδεινωθεί σε αυτήν την συγκυρία της πανδημίας. Η Διεθνή Αμνηστία συνομίλησε με εργαζόμενους/-ες στην υγεία οι οποίοι/-ες συμμετέχουν στην αντιμετώπιση της COVID-19 στην Ελλάδα. Εξήγησαν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν: δυσκολίες εξαιτίας των χαμηλών αριθμών του προσωπικού, ελλείψεις σε κατάλληλο προσωπικό προστατευτικό εξοπλισμό για τους εργαζόμενους/-ες στην υγεία, και ελλείψεις σε κατάλληλο ιατρικό εξοπλισμό συμπεριλαμβανομένων αναπνευστήρων και κλινών ΜΕΘ.

1.2 ΔΙΕΘΝΕΣ ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΗ ΠΡΟΤΥΠΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

Η Ελλάδα έχει επικυρώσει μια σειρά από συμβάσεις του διεθνούς και περιφερειακού δικαίου ανθρωπίνων δικαιωμάτων, οι οποίες απαιτούν τον σεβασμό, την προστασία και την εκπλήρωση του δικαιώματος στην υγεία. Έχει την υποχρέωση για προοδευτική πραγμάτωση του δικαιώματος στην υγεία, η οποία απαιτεί οι υγειονομικές εγκαταστάσεις, τα αγαθά και οι υπηρεσίες να είναι διαθέσιμα με ποσοτική επάρκεια, να είναι προσβάσιμα σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διακρίσεις, κάτι που περιλαμβάνει την σωματική προσβασιμότητα, την οικονομική προσιτότητα, και την προσβασιμότητα της πληροφόρησης, να είναι αποδεκτά για όλα τα άτομα, δηλαδή, να σέβονται την ιατρική δεοντολογία και να είναι πολιτισμικά κατάλληλα, και να είναι καλής ποιότητας. Περαιτέρω, υπάρχει ισχυρό τεκμήριο ότι μέτρα οπισθοδρόμησης που λαμβάνονται σχετικά με το δικαίωμα στην υγεία δεν είναι επιτρεπτά. Τα μέτρα λιτότητας συνήθως συνεπάγονται μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες και διαρθρωτικές αλλαγές στα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας προς εξοικονόμηση κόστους. Αυτά συχνά έχουν ως αποτέλεσμα την πρόκληση οπισθοδρόμησης όσον αφορά την απόλαυση οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών δικαιωμάτων. Τα όργανα παρακολούθησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχουν αναπτύξει κριτήρια για το πώς θα πρέπει να αναπτύσσονται και να εφαρμόζονται μέτρα λιτότητας. Αυτά περιλαμβάνουν την απαίτηση τα μέτρα λιτότητας να είναι προσωρινά, θεμιτά, αναγκαία, εύλογα, αναλογικά, να μην συνιστούν διάκριση, να προστατεύουν τον ελάχιστο πυρήνα του περιεχομένου των οικονομικών κοινωνικών και πολιτισμικών δικαιωμάτων, και να βασίζονται στην διαφάνεια και στην πραγματική συμμετοχή των ομάδων που πλήττονται.

Η Ελλάδα εφάρμοσε τα μέτρα λιτότητας με τρόπο που δεν συνάδει με τις υποχρεώσεις της για τα ανθρωπίνια δικαιώματα. Δεν διενεργήθηκαν μελέτες επιπτώσεων στα ανθρωπίνια δικαιώματα, τα επίπεδα συμμετοχής και διαβούλευσης όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο τα μέτρα λιτότητας αναπτύχθηκαν και εφαρμόστηκαν ήταν ανεπαρκή, και δεν εξαντλήθηκαν όλες οι εναλλακτικές προτού η Ελλάδα εφαρμόσει μέτρα λιτότητας που συνιστούσαν οπισθοδρόμηση.

Αυτή η έκθεση εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο η οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας στο δημόσιο σύστημα υγείας έπληξαν συγκεκριμένες ομάδες στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων ανθρώπων με χαμηλότερα εισοδήματα, ανθρώπων που ήταν άνεργοι, ανθρώπων που ήταν άστεγοι, ανθρώπων με αναπηρίες, προσφύγων και αιτούντων/-ουσών άσυλο και ανθρώπων με χρόνια προβλήματα υγείας. Καθώς η πανδημία COVID-19 συνεχίζει να εξαπλώνεται στην Ελλάδα, θα έχει επιπτώσεις στην υγεία και τα μέσα διαβίωσης πολλών ανθρώπων, και τα άτομα αυτών των ομάδων κινδυνεύουν ιδιαίτερα.

Κάποιες ομάδες φαίνεται να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο πολύ σοβαρών επιπτώσεων εάν προσβληθούν από τον ιό, συμπεριλαμβανομένων ηλικιωμένων ανθρώπων και ανθρώπων με υποκείμενα προβλήματα υγείας. Άλλες ομάδες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από τον ιό εξαιτίας του χώρου διαμονής και των προληπτικών μέτρων στα οποία έχουν πρόσβαση. Για παράδειγμα, άνθρωποι οι οποίοι είναι άστεγοι, άνθρωποι σε φυλακές, και άνθρωποι οι οποίοι ζουν σε άτυπους οικισμούς και καταυλισμούς. Παρομοίως, άνθρωποι οι οποίοι ζουν στη φτώχεια μπορεί να μην έχουν την οικονομική δυνατότητα για αναγκαίο εξοπλισμό πρόληψης ή να μην έχουν πρόσβαση σε κατάλληλο νερό και εγκαταστάσεις υγιεινής. Καραντίνες και μέτρα αναστολής οικονομικών δραστηριοτήτων και περιορισμού των μετακινήσεων (lockdown) που επιβάλλονται για την μείωση της διασποράς του ιού θα επηρεάσουν ιδιαίτερα αρνητικά τα μέσα διαβίωσης ανθρώπων με επισφαλείς όρους εργασίας και εκείνους/-ες με λίγη ή καθόλου προστασία κοινωνικής ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένων ανθρώπων στον άτυπο τομέα, ανθρώπων που εργάζονται με ευέλικτες και προσωρινές μορφές απασχόλησης, και παράτυπων μεταναστών.

Περαιτέρω, οι πιστωτές της Ελλάδας έχουν επίσης υποχρεώσεις όσον αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα, που σχετίζονται με τον δανεισμό της Ελλάδας κατά την διάρκεια της οικονομικής και χρηματοπιστωτικής κρίσης. Οι θεσμοί της Ε.Ε. – συμπεριλαμβανομένης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής – δεσμεύονται από τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε., ο οποίος επιβεβαιώνει τα οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Επιπλέον, οι θεσμοί της Ε.Ε. θα πρέπει να σέβονται τις υποχρεώσεις των κρατών μελών της Ε.Ε. που απορρέουν από το περιφερειακό και το διεθνές δίκαιο ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Ως μια ειδικευμένη υπηρεσία του ΟΗΕ, το ΔΝΤ δεσμεύεται από τους γενικούς σκοπούς και αρχές του Χάρτη των Ηνωμένων Εθνών, συμπεριλαμβανομένου του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Περαιτέρω, το ΔΝΤ δεσμεύεται από υποχρεώσεις σύμφωνα με γενικούς κανόνες του διεθνούς δικαίου, οι οποίοι περιλαμβάνουν τα ανθρώπινα δικαιώματα όπως αναφέρονται στην Οικουμενική Διακήρυξη Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, τα οποία είναι μέρος του εθμικού διεθνούς δικαίου ή των γενικών αρχών δικαίου. Και τέλος, ως διεθνείς οργανισμοί που υπόκεινται στο διεθνές δίκαιο, οι υποχρεώσεις του ESM και του EFSF όσον αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα πηγάζουν από το εθμικό δίκαιο και τις γενικές αρχές του διεθνούς δικαίου. Όλα τα κράτη μέλη του ESM και του EFSF είναι συμβαλλόμενα σε ορισμένες συμβάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένου του Διεθνούς Συμφώνου για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα, και επομένως το EFSF και ο ESM οφείλουν να διασφαλίζουν ότι τα μέτρα που προτείνονται ή επιβάλλονται από αυτούς σέβονται τις υποχρεώσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων που δεσμεύουν τα Κράτη μέλη τους.

1.3 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΜΕΤΡΩΝ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

“Μεταφορικά μιλώντας, θα μπορούσε κανείς να πει ότι η υπερβολική λιτότητα στον δημόσιο τομέα υγείας πρώτα σκότωσε τους/τις νοσηλευτές/-τριες και τους γιατρούς πριν καν φτάσει στους ασθενείς. Παρότι έγιναν προσπάθειες να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών στους δικαιούχους, ήταν αδύνατον να γίνουν τόσο

δραστικές περικοπές σε τόσο μικρό χρονικό διάστημα χωρίς να διακυβευτεί το δικαίωμα στην υγεία σε όλες του τις διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της προσβασιμότητας, της οικονομικής προσιτότητας, του αποδεκτού και της ποιότητας.”

Ανεξάρτητος Εμπειρογνώμονας του ΟΗΕ για τα επιπτώσεις του εξωτερικού χρέους, Έκθεση για την Ελλάδα, 2016

Η Διεθνής Αμνηστία πήρε συνεντεύξεις το 2018, το 2019 και το 2020 από 75 ανθρώπους που χρησιμοποιούν το σύστημα υγείας και 55 εργαζόμενους/-ες στον τομέα της υγείας. Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σχεδόν μια δεκαετία αφότου ξεκίνησε η κρίση και εισήχθησαν μέτρα λιτότητας, και οι άνθρωποι που έδωσαν συνέντευξη περιέγραψαν τα εμπόδια που αντιμετώπισαν ως προς την πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Πολλοί από τους ανθρώπους από τους οποίους πήρε συνέντευξη η Διεθνής Αμνηστία ζούσαν σε εξαιρετικά ευάλωτες καταστάσεις: ήταν είτε άνεργοι, ανασφάλιστοι, είτε άστεγοι και πιο πιθανόν να αντιμετωπίζουν προκλήσεις ως προς την πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη

Μειωμένη προσβασιμότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής αναδείχτηκαν ως βασική ανησυχία αναφορικά με την προσβασιμότητα του συστήματος υγείας. Πολλοί άνθρωποι επεσήμαναν ότι οι χρόνοι αναμονής για να δει κανείς γιατρούς, εξειδικευμένους γιατρούς, και για να κάνει εξετάσεις σε νοσοκομεία, είχαν αυξηθεί κατά την διάρκεια της κρίσης. Περίπου το 90% από τα άτομα που έδωσαν συνέντευξη είπαν ότι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής ήταν μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετώπισαν ως προς την πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα όταν την χρειάστηκαν στο δημόσιο σύστημα υγείας. Αυτό συνάδει και με τα ευρήματα έρευνας του ΠΟΥ για αυτό το θέμα που ανέφεραν: «Παρότι δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία, ανεπίσημες ενδείξεις από το υγειονομικό προσωπικό δείχνουν ότι οι χρόνοι αναμονής για λήψη δημόσιων υπηρεσιών υγείας έχουν αυξηθεί».

Άνθρωποι ανέφεραν ότι χρειάστηκαν να περιμένουν για πολλούς μήνες για να δουν γιατρούς, να κάνουν διαγνωστικές εξετάσεις και να έχουν πρόσβαση σε θεραπεία. Για παράδειγμα η Π*, μια συνταξιούχος με αυτοάνοσο νόσημα, είτε στην Διεθνή Αμνηστία για τις δυσκολίες που αντιμετώπισε για να κλείσει ραντεβού για το νόσημά της. «Χρειαζόμουν μια αιματολογική εξέταση τον Ιανουάριο και μου έκλεισαν ραντεβού μόλις για τον Μάρτιο... Ανησυχώ γιατί όταν έχω πρόβλημα χρειάζομαι να λάβω θεραπεία για αυτό». Παρομοίως, η ΣΤ*, μια γυναίκα 73 ετών, η οποία αντιμετώπιζε οξύ πόνο στο πόδι της όταν μίλησε στην Διεθνή Αμνηστία, είπε ότι έπρεπε να περιμένει ένα μήνα για ραντεβού. Μας είπε: «Θα πρέπει να φροντίσει η κυβέρνηση, αλλά δεν νοιάζονται».

Άνθρωποι που χρησιμοποιούν το δημόσιο σύστημα υγείας και εργαζόμενοι/-ες στην υγεία είπαν στην Διεθνή Αμνηστία ότι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής αύξησαν τον χρόνο κατά τον οποίο οι άνθρωποι ζουν με επώδυνα συμπτώματα που θα μπορούσαν να αποφευχθούν, έχουν παρατείνει το άγχος και την ανησυχία των ανθρώπων για το τι ασθένεια έχουν, και σε ορισμένες περιπτώσεις, αύξησαν τον κίνδυνο ασθενειών και να επιδεινωθούν προβλήματα υγείας.

Μειωμένη οικονομική προσιτότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

Ενώ οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας, οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν. Το γεγονός ότι τα νοικοκυριά σηκώνουν τώρα μεγαλύτερο μερίδιο από τις συνολικές δαπάνες για την υγεία συνδέεται με άλλα στοιχεία που δείχνουν τις δυσμενείς συνέπειες αυτής της τάσης, συμπεριλαμβανομένης της οικονομικής προσιτότητας της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι καταστροφικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (όταν το ποσό που πληρώνει άμεσα ένα νοικοκυριό για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη υπερβαίνει ένα προκαθορισμένο μέρος της δυνατότητάς του να πληρώνει) αυξήθηκαν σταθερά από 7% το 2010 σε 10% το 2016. Περαιτέρω, οι μέσες αυτό-αναφερόμενες ανάγκες υγείας που δεν ικανοποιήθηκαν στην Ελλάδα έχουν σχεδόν διπλασιαστεί από το 2009

(4,2%) έως το 2018 (8,3%), έχοντας φτάσει σε ένα μέγιστο 12% το 2016, με μεγαλύτερες επιπτώσεις σε ανθρώπους με χαμηλότερα εισοδήματα.

“Οι περισσότεροι άνθρωποι έρχονται σε αυτό το ιατρείο γιατί δεν έχουν χρήματα για τις συμμετοχές... πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι θα πρέπει να πληρώσουν 50 ευρώ από ένα επίδομα [ή σύνταξη] 300 ευρώ, οπότε πραγματικά δεν είναι οικονομικά προσιτό γι’ αυτούς”

Γιατρός σε ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης, Αθήνα, Ιανουάριος 2019

Το υψηλό κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αναδείχθηκε ως θέμα σχεδόν σε όλες τις συνεντεύξεις με ανθρώπους που χρησιμοποιούν το σύστημα υγείας και εργαζόμενους/-ες στον τομέα της υγείας. Αρκετοί άνθρωποι σημείωσαν ότι παρότι το ποσοστό συμμετοχής για φάρμακα έμοιαζε μικρό – μεταξύ 10% και 25%, οι συμμετοχές για φάρμακα μπορούσαν να ανέλθουν σε υψηλά ποσά. Άνθρωποι οι οποίοι μίλησαν στην Διεθνή Αμνηστία τόνισαν τις δυσκολίες που συνέχιζαν να αντιμετωπίζουν όσον αφορά την πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, εξαιτίας του υψηλού κόστους. Η Π.* είτε στην Διεθνή Αμνηστία: «Υπάρχει πρόβλημα πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Εάν δεν έχεις χρήματα, δεν μπορείς να έχεις ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σήμερα». Ο Π.Κ.* ένας μηχανικός 60 ετών, ο οποίος είναι αυτοαπασχολούμενος και δεν είναι ασφαλισμένος, είπε στην Διεθνή Αμνηστία ότι αυτό συνέβαινε επειδή δεν είχε την οικονομική δυνατότητα να καταβάλλει τις εισφορές του για κοινωνική ασφάλιση υγείας. «Από την κρίση, η επιχείρησή μου χειροτέρευσε. Μόλις που βγάζω κάποιο εισόδημα, και είναι αδύνατον να πληρώνω για ασφάλιση», μας είπε. Ο Π.Κ.* είπε στην Διεθνή Αμνηστία ότι έχει πολλά προβλήματα υγείας, που περιλαμβάνουν προβλήματα με την καρδιά του, αναπνευστικά προβλήματα, καθώς και ένα έλκος στομάχου πρόσφατα. «Έχω ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα στο στομάχι μου, και μου πήρε έναν χρόνο να κάνω κολοноσκόπηση... Τον χρόνο που περίμενα, ανησυχούσα πολύ. Ο καιρός πέρανε και ήταν πολύ δύσκολη εποχή... Αν δεν είναι επείγον περιστατικό, απλά περιμένεις πονώντας», μας είπε. Παρομοίως, είχε γλαύκωμα για το οποίο έπρεπε να περιμένει οκτώ μήνες για να διαγνωσθεί. Τότε παραπέμφθηκε σε ειδικό για θεραπεία και ακόμα περίμενε όταν μίλησε στην Διεθνή Αμνηστία. Παρότι ο Π.Κ.* θα έπρεπε να πληρώνει 25% συμμετοχή, πάντα καταλήγει να πληρώνει περισσότερα. Για παράδειγμα, ένα από τα φάρμακά του, για την καρδιά του, κοστίζει 11 ευρώ ως γενόσημο, αλλά είπε ότι το φαρμακείο δεν έχει αποθέματα από την γενόσημη εκδοχή. Έτσι, αναγκάζεται να αγοράσει την πρωτότυπη εκδοχή, η οποία κοστίζει περίπου 70 ευρώ. «Προσπαθώ να κάνω οικονομία να αγοράσω τα φάρμακα. Εάν παίρνω όλα μου τα φάρμακα, θα μου κοστίζει 60 ευρώ το μήνα», μας είπε.

1.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΙΣΤΩΤΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΧΡΕΟΥΣ

Το 2010, η Ελλάδα υπέγραψε το πρώτο από τρία Προγράμματα Οικονομικής Προσαρμογής (ΠΟΠ). Το πρώτο ΠΟΠ διήρκεσε από το 2010 ως το 2011 και είχε δομηθεί ως διμερή δάνεια από ορισμένες χώρες της Ε.Ε., μέσω ενός μηχανισμού αποκαλούμενου Δανειακή Διευκόλυνση για την Ελλάδα (ΔΔΕ), και το ΔΝΤ, προς το ελληνικό κράτος. Το δεύτερο πρόγραμμα οικονομικής βοήθειας διήρκεσε από το 2012 ως το 2015. Πιστωτές ήταν το ΔΝΤ και το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (EFSF), ένας προσωρινός μηχανισμός επίλυσης οικονομικών κρίσεων που δημιουργήθηκε από τα Κράτη Μέλη της ευρωζώνης τον Ιούνιο του 2010. Τελικά, το 2015, έγινε η διαπραγμάτευση για το τρίτο πακέτο χρηματοδοτικής βοήθειας. Αυτή τη φορά πιστωτής ήταν ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθερότητας (ESM) «έναν διεθνή χρηματοπιστωτικός θεσμός που συστήθηκε από τα Κράτη Μέλη της ευρωζώνης για να βοηθήσει τις χώρες της ευρωζώνης που βρίσκονται σε σοβαρή

οικονομική δυσχέρεια». Και τα τρία οικονομικά προγράμματα περιλάμβαναν όρους, κάποιοι από τους οποίους ενθάρρυναν ή επηρέασαν τα μέτρα λιτότητας που επιβλήθηκαν από την ελληνική κυβέρνηση, τα οποία οδήγησαν σε παραβιάσεις του δικαιώματος στην υγεία στην Ελλάδα. Καμία μελέτη επιπτώσεων δεν διενεργήθηκε για τα πρώτα δύο ΠΟΠ. Παρότι μία μελέτη κοινωνικών επιπτώσεων διενεργήθηκε για το πρόγραμμα στήριξης σταθερότητας (το τελικό πρόγραμμα), ήταν ανεπαρκής για πολλούς λόγους. Για παράδειγμα, δεν είχε καμία ανάλυση για το πώς διαφορετικές ομάδες – όπως γυναίκες, άτομα με αναπηρίες, μετανάστες/-ριες, ηλικιωμένοι άνθρωποι κ.λπ. – επλήγησαν από την οικονομική κρίση και πώς τα μέτρα του πρώτου και του δεύτερου ΠΟΠ μπορεί να επιδεινώσαν αυτήν την κατάσταση. Διάφοροι διεθνείς θεσμοί ενεπλάκησαν στα ΠΟΠ. Αυτοί οι θεσμοί είχαν υποχρεώσεις όσον αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα, και ο τρόπος συμμετοχής τους σε αυτά τα προγράμματα δεν συνάδει με αυτές τις υποχρεώσεις.

Περαιτέρω, τόσο το συνολικό δημόσιο χρέος της Ελλάδας όσο και η αναλογία χρέους-ΑΕΠ αυξήθηκαν την τελευταία δεκαετία, και η τελευταία είναι η υψηλότερη στην Ε.Ε. Τον Ιούνιο του 2019, το ελληνικό δημόσιο χρέος ανερχόταν σε 356,5 δισεκατομμύρια ευρώ. Υπάρχουν κάποιοι κίνδυνοι για τα ανθρώπινα δικαιώματα που σχετίζονται με το δανειακό βάρος της Ελλάδας, όπως και με τους όρους αποπληρωμής του χρέους. Για παράδειγμα, τόσο η Ευρωπαϊκή Επιτροπή όσο και το ΔΝΤ διενεργούν τακτικά Αναλύσεις Βιωσιμότητας Χρέους (ABX), στο πλαίσιο της παρακολούθησης της ελληνικής οικονομίας. Οι ABX είναι ένα εργαλείο που υποτίθεται βοηθάει να εκτιμηθεί η ικανότητα ενός κράτους να εξυπηρετήσει και να αποπληρώσει το χρέος του. Ωστόσο, αυτές οι ABX δεν δείχνουν ρητά το εάν και κατά πόσο ελήφθη υπόψη η ανάγκη μιας κυβέρνησης για δαπάνες ώστε να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις της για τα ανθρώπινα δικαιώματα, όταν προσδιορίστηκε η βιωσιμότητα του χρέους. Ομοίως, οι ABX δεν καθιστούν σαφές το εάν και κατά πόσο έχουν εκτιμηθεί οι δυνητικές επιπτώσεις στα ανθρώπινα δικαιώματα κάποιων μακροοικονομικών υποθέσεων στις οποίες στηρίζεται η ABX. Παρομοίως, το 2018, η ελληνική κυβέρνηση δεσμεύτηκε για «τον πλήρη σεβασμό στη δέσμευση για διασφάλιση ότι μεσοπρόθεσμα ο ετήσιος προϋπολογισμός της θα επιτυγχάνει ένα πρωτογενές πλεόνασμα 3,5% του ΑΕΠ». Για να διασφαλιστούν αυτά τα υψηλά πρωτογενή πλεονάσματα, η κυβέρνηση θα χρειαστεί να περιορίσει τις δημόσιες δαπάνες, κάτι που αναγκαστικά περιορίζει το δημοσιονομικό περιθώριο που θα έχει στη διάθεσή της η κυβέρνηση να δαπανήσει σε τομείς αναγκαίους για την διασφάλιση της προστασίας των ανθρώπινων δικαιωμάτων, όπως αυτός της υγείας.

Υπήρξαν εξελίξεις όσον αφορά το ελληνικό χρέος και την εκπλήρωση της απαίτησης για πρωτογενές πλεόνασμα μετά την επιδημία COVID-19. Στις αρχές Μαρτίου 2020, η Ελλάδα ζήτησε μεγαλύτερο δημοσιονομικό περιθώριο για να ανταποκριθεί στην αυξανόμενη πανδημία. Έπειτα από μια συνάντηση του Eurogroup, δόθηκε στην Ελλάδα μια ευελιξία όσον αφορά την εκπλήρωση της απαίτησης για 3,5% πρωτογενές πλεόνασμα στην τωρινή συγκυρία. Περαιτέρω, το Eurogroup συμφώνησε ότι οι οποιεσδήποτε δαπάνες που αφορούν την αντιμετώπιση της COVID-19 δεν θα αντικατοπτρίζονταν στις αξιολογήσεις της δημοσιονομικής επίδοσης της χώρας αυτήν την περίοδο.

1.5 ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

“Ένιωσα θυμό [για τις περικοπές] ... “Όσο περνάει ο καιρός νιώθω... πώς να το εξηγήσω... δεν νιώθω μόνο θυμό, αλλά απογοήτευση.”

Γιατρός σε συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία

Καθώς η πανδημία COVID-19 συνεχίζει να εξαπλώνεται στην Ελλάδα, υπάρχει ήδη η ανησυχία ότι τα μέτρα λιτότητας έχουν υποσκάψει τις δυνατότητες του συστήματος υγείας να ανταπεξέλθει σε αυτήν την απειλή.

Όπως ανέφερε και η Επιτροπή για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα: «Τα συστήματα υγείας και τα κοινωνικά προγράμματα έχουν αποδυναμωθεί μετά από δεκαετίες ανεπαρκών επενδύσεων στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και σε άλλα κοινωνικά προγράμματα, που επιδεινώθηκαν από την οικονομική κρίση του 2007-2008. Συνεπώς, δεν είναι επαρκώς εξοπλισμένα για να ανταποκριθούν αποτελεσματικά και γρήγορα ώστε ανταπεξέλθουν στην σφοδρότητα της τωρινής πανδημίας». Τώρα, περισσότερο από ποτέ, υπάρχει ανάγκη να διασφαλιστεί ότι το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχει επαρκείς πόρους και είναι ικανό να

ανταποκριθεί στην επαπειλούμενη πρόκληση. Η ανταπόκριση σε αυτήν την κρίση και η ανάκαμψη από αυτήν θα πρέπει να βασίζονται στις αναγκαίες επενδύσεις στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και σε μέτρα κοινωνικής προστασίας και δεν μπορεί για μια ακόμα φορά να βασίζονται σε μέτρα λιτότητας που θα εφαρμοστούν χωρίς επαρκείς διασφαλίσεις και τη δέουσα μέριμνα για τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Δεδομένης της επείγουσας και έκτακτης κατάστασης σχετικά με την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19, η Διεθνής Αμνηστία κάνει τις ακόλουθες συστάσεις στην Κυβέρνηση της Ελλάδας: (μια πλήρης λίστα συστάσεων βρίσκεται στο τέλος της έκθεσης):

- Να διασφαλιστεί η πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, χωρίς διακρίσεις, σε όλα τα άτομα – συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, εξετάσεων, αγωγής και οποιωνδήποτε μελλοντικών εμβολίων και θεραπειών για την COVID-19. Να αρθούν όλοι οι οικονομικοί φραγμοί στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη· η αδυναμία πληρωμής δεν θα πρέπει ποτέ να αποτελεί εμπόδιο στην πρόσβαση σε πρόληψη, θεραπεία ή περίθαλψη.
- Να διασφαλιστεί ότι οι εργαζόμενοι/-ες στον τομέα της υγείας έχουν πρόσβαση σε επαρκή και ποιοτικό εξοπλισμό προσωπικής προστασίας, πληροφόρηση, εκπαίδευση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη.
- Να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων κατά τον σχεδιασμό της ανταπόκρισης στην πανδημία COVID-19, συμπεριλαμβανομένων ανθρώπων που είναι άστεγοι, ανθρώπων με χαμηλότερα εισοδήματα και ηλικιωμένων ανθρώπων. Κανείς/καμία δεν θα πρέπει να ξεχαστεί ως προς αυτήν την ανταπόκριση.
- Να παρασχεθεί υποστήριξη – συμπεριλαμβανομένης της χρηματικής, κοινωνικής και φορολογικής – σε ανθρώπους και ομάδες που πλήττονται ιδιαίτερα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που εργάζονται στον άτυπο τομέα και οι οποίοι δεν έχουν ασφάλιση υγείας ή κοινωνική ασφάλιση. Η βοήθεια και οι παροχές που παρέχονται θα πρέπει να είναι επαρκείς για να διασφαλίζουν κατ' ελάχιστον το δικαίωμα σε ένα επαρκές επίπεδο διαβίωσης, και να διαρκέσουν για όσο χρειαστεί στο πλαίσιο της πανδημίας.
- Να διασφαλιστεί ότι οι δημόσιες δαπάνες σε κομβικούς τομείς όσον αφορά την πανδημία COVID-19, όπως η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η κοινωνική ασφάλιση, θα προσαρμοστούν με βάση εκτιμώμενες ανάγκες και θα είναι επαρκείς για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η κρίση και να προστατευθούν τα ανθρώπινα δικαιώματα.
- Στο πλαίσιο των προσπαθειών της για χρήση όλων των διαθέσιμων πόρων προς εκπλήρωση του δικαιώματος στην υγεία, να ζητά άμεση βοήθεια από την διεθνή κοινότητα για όπου διακρίνει κενά ή ενδέχεται να μην μπορεί να διασφαλίσει την απαραίτητη προστασία.

Περαιτέρω, υπό το φως των παραπάνω ευρημάτων η Διεθνής Αμνηστία κάνει τις ακόλουθες συστάσεις (μια πλήρης λίστα συστάσεων βρίσκεται στο τέλος της έκθεσης):

Προς το Υπουργείο Οικονομικών της Ελλάδας:

- Να διερευνηθούν εναλλακτικές επιλογές πρόσβασης στους μέγιστους διαθέσιμους πόρους προκειμένου να εκπληρώνονται οι υποχρεώσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένης, για παράδειγμα, της αποτελεσματικής αντιμετώπισης της φοροδιαφυγής και της φορολογικής απάτης.
- Να διασφαλιστεί ότι οι υποχρεώσεις της Ελλάδας όσον αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα, και το δημοσιονομικό περιθώριο που είναι απαραίτητο για τις δαπάνες που σχετίζονται με τα ανθρώπινα δικαιώματα, θα αποτελούν κομβικό παράγοντα στις μελλοντικές διαπραγματεύσεις για το ελληνικό χρέος, μεταξύ άλλων κατά την εκτίμηση για πιθανή ελάφρυνση του χρέους και για αλλαγές στους όρους αποπληρωμής· και ότι μελλοντικές δεσμεύσεις αναφορικά με το ελληνικό χρέος δεν θα υπονομεύουν την ικανότητα της κυβέρνησης να εκπληρώνει τις υποχρεώσεις της για τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Προς το Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας:

- Να μειωθούν κατεπειγόντως οι ιατρικές ανάγκες που δεν ικανοποιούνται και το υψηλό οικονομικό βάρος των προσωπικών δαπανών για την υγεία, ιδιαίτερα όσον αφορά ανθρώπους με χαμηλότερα εισοδήματα,
- Να αρθούν κατεπειγόντως όλα τα διοικητικά και λοιπά εμπόδια τα οποία αντιμετωπίζουν άνθρωποι οι οποίοι δικαιούνται πρόσβασης στο δημόσιο σύστημα υγείας,

- Να διενεργηθεί άμεσα μελέτη επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα ώστε να εκτιμηθεί το πώς τα μέτρα λιτότητας έχουν επηρεάσει το δικαίωμα στην υγεία στην Ελλάδα, ιδιαίτερα τα δικαιώματα των περιθωριοποιημένων ομάδων και των ομάδων σε κίνδυνο μεγαλύτερων επιπτώσεων. Η μελέτη θα πρέπει να περιλαμβάνει ανάλυση κατά φύλο. Τα αποτελέσματα της μελέτης θα πρέπει να δημοσιευτούν.
- Να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας των εργαζομένων στην υγεία, συμπεριλαμβανομένων των συνθηκών που έχουν επιπτώσεις στην προσβασιμότητα και την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Ιδιαίτερα, να αποκατασταθούν επιδόματα, να μειωθεί η επισφάλεια των συμβολαίων των εργαζομένων στην υγεία, και να διασφαλιστεί ότι προσλαμβάνονται επαρκείς αριθμοί εργαζομένων στην υγεία ώστε να υπάρχει ανταπόκριση στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.
- Να αυξηθούν τα ποσά του προϋπολογισμού που διατίθενται για το δημόσιο σύστημα υγείας, προκειμένου, κατ' ελάχιστον, να διασφαλιστεί ότι τα μέτρα οπισθοδρόμησης που εφαρμόστηκαν κατά την διάρκεια επιβολής της λιτότητας θα αναιρεθούν το συντομότερο δυνατό.
- Να αναπτυχθεί ένα σχέδιο ώστε να διασφαλιστεί ότι το δημόσιο σύστημα υγείας μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα θα χρηματοδοτείται επαρκώς. Αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει μια λεπτομερή εκτίμηση του ποσού των δημόσιων δαπανών για την υγεία που είναι απαραίτητες για να διασφαλίσουν ότι όλοι οι άνθρωποι στην Ελλάδα μπορούν να απολαμβάνουν το δικαίωμα στην υγεία, και εναλλακτικές επιλογές χρηματοδότησης αυξημένων δημόσιων δαπανών για την υγεία.

Προς το ΔΝΤ, τον ESM, και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή:

- Να διασφαλιστεί ότι μελέτες επιπτώσεων των προγραμμάτων χρηματοδοτικής βοήθειας στα ανθρώπινα δικαιώματα θα ετοιμάζονται πριν, κατά την διάρκεια και μετά την εφαρμογή τους σύμφωνα με τις κατευθύνσεις που έχουν εκδοθεί από τον Ανεξάρτητο Εμπειρογνώμονα για τις επιπτώσεις του εξωτερικού χρέους
- Να διασφαλιστεί ότι οι υποχρεώσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων της Ελλάδας, όσο και των διεθνών θεσμών που εμπλέκονται, λαμβάνονται υπόψη και είναι κομβικές για οποιεσδήποτε μελλοντικές δεσμεύσεις σχετικά με το ελληνικό χρέος, μεταξύ άλλων όταν θα γίνεται εκτίμηση για πιθανή ελάφρυνση του χρέους και αλλαγές στους όρους αποπληρωμής, και να διασφαλιστεί ότι αυτές οι μελλοντικές δεσμεύσεις δεν θα υπονομεύουν την ικανότητα της κυβέρνησης να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις της όσον αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα.
- Να αποφεύγονται προβλέψεις στα προγράμματα οικονομικών μεταρρυθμίσεων, τις δανειακές συμβάσεις, τις εξοφλήσεις χρέους και σε άλλες πτυχές του προγραμματισμού της δημοσιονομικής πολιτικής, οι οποίες μπορεί να υπονομεύουν την ικανότητα των χωρών να εγγυηθούν οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά δικαιώματα· και να διασφαλιστεί ότι οι χώρες έχουν το απαραίτητο δημοσιονομικό περιθώριο για αυτόν τον σκοπό.

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ ΜΕ ΑΝΘΡΩΠΟΥΣ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΥΣ/-ΕΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΕΣ

Οι ερευνητές/-ριες της Διεθνούς Αμνηστίας πραγματοποίησαν τις ακόλουθες συνεντεύξεις μεταξύ Ιανουαρίου 2018 και Απριλίου 2020:

i) Συνεντεύξεις με 75 ανθρώπους που προσπαθούσαν ή είχαν προσπαθήσει να λάβουν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω του δημόσιου συστήματος υγείας, εκ των οποίων οι 38 ήταν άνδρες και οι 37 γυναίκες. Με βάση διαβουλεύσεις με ομάδες της κοινωνίας των πολιτών και ειδικούς στη δημόσια υγεία, η Διεθνής Αμνηστία επέλεξε να επικεντρωθεί σε ομάδες οι οποίες γενικά θα είχαν επηρεαστεί δυσανάλογα από την οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας, όπως άνθρωποι με χαμηλότερα εισοδήματα, και εντός αυτής της ομάδας, άνθρωποι με χρόνια προβλήματα υγείας, άνθρωποι με αναπηρίες, ηλικιωμένα άτομα, και άτομα που λαμβάνουν φροντίδα ψυχικής υγείας. Τουλάχιστον 42 άτομα από αυτά που έδωσαν συνέντευξη δεν εργάζονταν, δεν ήταν ασφαλισμένα (παρότι τα περισσότερα είχαν πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας μετά τις αλλαγές του 2016, μόνο τέσσερα άτομα που έδωσαν συνέντευξη δεν είχαν, επειδή δεν είχαν ΑΜΚΑ εκείνη την εποχή) και/ή ήταν άστεγα. Η πλειονότητα των συνεντεύξεων οργανώθηκε μέσω συστάσεων από ιατρεία κοινωνικής αλληλεγγύης (δηλαδή ιατρεία που λειτουργούν παράλληλα με το δημόσιο σύστημα υγείας, παρέχοντας δωρεάν ιατρική φροντίδα και φάρμακα σε ανθρώπους με περιορισμένη πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη) και από συλλόγους και ομάδες που εκπροσωπούν άτομα με αναπηρίες. Πολλά από τα άτομα από τα οποία πήρε συνέντευξη η Διεθνής Αμνηστία είχαν μπορέσει να έχουν πρόσβαση σε κάποια ιατρική φροντίδα μέσω των ιατρείων κοινωνικής αλληλεγγύης και είναι πιθανόν ότι δεν μπορέσαμε να έρθουμε σε επαφή με άτομα που μπορεί να μην συνδέονται με αυτές τις οργανώσεις και δεν λαμβάνουν ούτε καν αυτό το επίπεδο στήριξης. Η Διεθνής Αμνηστία πήρε επίσης συνεντεύξεις από άτομα με εισοδήματα πιο κοντά στον εθνικό μέσο όρο, τα οποία είχαν πληγεί από την κρίση με διάφορους τρόπους, όπως βιώνοντας μια μείωση των εισοδημάτων τους κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις, δεν αναφέρουμε τα ονόματα των ανθρώπων με τους οποίους συνομιλήσαμε για να προστατεύσουμε την ανωνυμία τους. Η Διεθνής Αμνηστία έθεσε ερωτήματα για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα όσον αφορά την πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα μετά την οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας και τις συστάσεις τους προς την κυβέρνηση.

ii) Συνεντεύξεις με 55 εργαζόμενους/-ες στον τομέα της υγείας οι οποίοι/-ες είχαν εργαστεί ή εργάζονταν στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η μεγάλη πλειονότητα των εργαζομένων στην υγεία από τους οποίους πάρθηκε συνέντευξη είχαν εργαστεί στο δημόσιο σύστημα υγείας κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης και όταν εφαρμόστηκαν τα μέτρα λιτότητας. Στους εργαζόμενους/-ες στον τομέα της υγείας τέθηκαν ερωτήματα όσον αφορά τις επιπτώσεις των μέτρων λιτότητας στις συνθήκες εργασίας τους, στην πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και στην υγεία.

iii) Συνεντεύξεις με 83 εμπειρογνώμονες για την δημόσια υγεία, εκπροσώπους οργανώσεων που εργάζονται για τα δικαιώματα ατόμων με αναπηρία, ακτιβιστές/-ριες για τα ανθρώπινα δικαιώματα, παρόχους υπηρεσιών μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ειδικούς στην ανάλυση προϋπολογισμών, και ακαδημαϊκούς που εργάζονται σε ζητήματα δημόσιας υγείας, όσον αφορά το υπόβαθρο και το πλαίσιο των επιπτώσεων των μέτρων λιτότητας στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα, και προς επιβεβαίωση των πληροφοριών που είχαν προκύψει από τις άλλες ποιοτικές συνεντεύξεις.

Συνομιλήσαμε επίσης με εκπροσώπους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) τον Φεβρουάριο του 2019, της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (UNHCR) τον Σεπτέμβριο του 2019, εκπροσώπους του

Συνηγόρου του Πολίτη τον Μάρτιο του 2018 και με την Πρόεδρο και το προσωπικό της Εθνικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου τον Σεπτέμβριο του 2019.

Συνομιλήσαμε με ανθρώπους που κάνουν χρήση του συστήματος υγείας, εργαζόμενους/-ες στον τομέα της υγείας και εμπειρογνώμονες σε Αθήνα, Πάτρα, Κόρινθο, Χανιά, Θεσσαλονίκη και Κεφαλονιά. Ένα σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού της Ελλάδας ζει σε Αθήνα, Πάτρα, Κόρινθο, Χανιά και Θεσσαλονίκη, και αναφορές των ΜΜΕ και οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών υποδείκνυαν ότι αυτές οι πόλεις και το δημόσιο σύστημα υγείας σε αυτές, είχαν πληγεί δυσανάλογα κατά την διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας. Η Κεφαλονιά επιλέχθηκε για να καταδείξει ότι κάποιες ανησυχίες παρόμοιες με αυτές στην ηπειρωτική Ελλάδα υφίσταντο επίσης και σε πολλά ελληνικά νησιά.

Οι συνθήκες στον τομέα υγείας σε ορισμένα μέρη της Ελλάδας, ιδιαίτερα σε ορισμένα νησιά, συνδέονται επίσης με την αύξηση του αριθμού των αιτούντων/-ουσών άσυλο που φτάνουν στην Ελλάδα κατά την προηγούμενη δεκαετία. Αυτή η έκθεση δεν έχει επικεντρωθεί στις επιπλέον προκλήσεις που η οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας έχουν δημιουργήσει όσον αφορά την πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για τους πρόσφυγες και τους αιτούντες/-σες άσυλο στην Ελλάδα γενικά. Όταν ένα άτομο έχει καθεστώς πρόσφυγα, δικαιούται πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με τον ίδιο τρόπο όπως άλλοι κάτοικοι της Ελλάδας. Στο πλαίσιο αυτής της έρευνας, οι ερευνητές/-ριες της Διεθνούς Αμνηστίας πήραν συνέντευξη από 12 πρόσφυγες, αιτούντες/-σες άσυλο και μετανάστες/-ριες και η εμπειρία τους από την χρήση του δημόσιου συστήματος υγείας αντικατοπτρίζεται σε αυτήν την έκθεση. Η Διεθνής Αμνηστία πήρε επίσης συνέντευξη από εργαζόμενους/-ες στον τομέα της υγείας στην Αθήνα και την Λέσβο, καθώς και από παρόχους υπηρεσιών μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, όσον αφορά τους φραγμούς που αντιμετωπίζουν οι πρόσφυγες στην πρόσβαση στην δημόσια ιατρική φροντίδα.

Καθώς αυτή η έκθεση ολοκληρωνόταν στις αρχές του 2020, η πανδημία COVID-19 άρχισε να εξαπλώνεται σε διάφορες χώρες και έφτασε και στην Ελλάδα. Αυτή η έκθεση επομένως αναφέρεται σε αρχικές δημόσια διαθέσιμες πληροφορίες για το πώς η πανδημία άρχισε να πλήττει την Ελλάδα και το σύστημα υγείας της, την αρχική ανταπόκριση της κυβέρνησης, και παρέχει προκαταρκτικές παρατηρήσεις και συστάσεις για μελλοντική δράση εκ μέρους της κυβέρνησης. Ωστόσο, αυτή η κατάσταση εξελίσσεται διαρκώς και με ταχύ ρυθμό, και επομένως οι πληροφορίες και η ανάλυση που περιλαμβάνονται σε αυτήν την έκθεση, σχετικά με την COVID-19 και τις επιπτώσεις της, είναι ακριβείς μόνο όσον αφορά τις αρχές Απριλίου 2020.

ΕΡΕΥΝΕΣ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Στο πλαίσιο αυτής της έρευνας, η Διεθνής Αμνηστία συνεργάστηκε με την GIVMED (μια μη κερδοσκοπική οργάνωση με στόχο την διευκόλυνση της πρόσβασης στα φάρμακα για όλους/-ες) για την ανάπτυξη και την διανομή ενός ερωτηματολογίου σε κοινωνικά φαρμακεία (φαρμακεία που λειτουργούν παράλληλα με το δημόσιο σύστημα υγείας, παρέχοντας δωρεάν φάρμακα σε ανθρώπους με περιορισμένους οικονομικούς πόρους) σχετικά με την εμπειρία τους για την κατάσταση σήμερα, μία δεκαετία μετά την κρίση. Η έρευνα αποσκοπούσε στην κατανόηση των λόγων για τους οποίους άνθρωποι συνέχισαν να χρησιμοποιούν κοινωνικά φαρμακεία εφόσον τυπικά είχαν πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας, και των προκλήσεων που αντιμετωπίζουν τα κοινωνικά φαρμακεία κατά τη λειτουργία τους. Συνολικά 20 κοινωνικά φαρμακεία απάντησαν στην έρευνα, εκ των οποίων τα 19 συμφώνησαν να χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες που έδωσαν σε αυτήν την έκθεση. Κανένα δεν κατονομάζεται. Τα φαρμακεία που απάντησαν ήταν διαφορετικών μεγεθών: κάποια πολύ μικρά (που εξυπηρετούσαν από 9 έως 15 άτομα το μήνα) και κάποια πολύ μεγαλύτερα (που εξυπηρετούσαν από 250 έως 480 άτομα το μήνα). Όλα τα φαρμακεία είπαν ότι εξυπηρετούσαν ηλικιωμένα άτομα και ανθρώπους που ήταν άνεργοι. Τα 19 φαρμακεία εξυπηρετούσαν επίσης ανθρώπους που ήταν ανασφάλιστοι και τα 16 εξυπηρετούσαν ανθρώπους που είχαν ανάγκη από φροντίδα ψυχικής υγείας. Οι απαντήσεις από την έρευνα έχουν συμπεριληφθεί στην έκθεση.

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Αυτή η έκθεση βασίζεται σε εκτεταμένη έρευνα γραφείου. Εξετάσαμε τις μεταβολές στις δαπάνες για την δημόσια υγεία στην Ελλάδα μεταξύ του 2009 και των ετών για τα οποία υπήρχαν τα πιο πρόσφατα διαθέσιμα στοιχεία (μεταξύ 2017 και 2018, αναλόγως την πηγή) για να εκτιμήσουμε την έκταση των περικοπών και τις επιπτώσεις των περικοπών στις δαπάνες για την υγεία σε σχέση με άλλους τύπους δαπανών, συμπεριλαμβανομένων συγκεκριμένων πεδίων εντός των δαπανών υγείας τα οποία επηρεάστηκαν. Αναλύσαμε επίσης ποσοτικά στοιχεία για το πώς η οικονομική κρίση και η λιτότητα επηρέασαν τα νοικοκυριά, στα οποία συμπεριλαμβάνονταν ανάγκες υγείας που δεν ικανοποιήθηκαν,¹ δείκτες δαπανών για ιδιωτική υγεία, και δαπάνες νοικοκυριών για την υγεία σε αυτήν την περίοδο. Άλλα πεδία ήταν νόμοι και πολιτικές σχετικές με την

¹ Στοιχεία για ανάγκες υγείας που δεν ικανοποιήθηκαν, σε συγκεκριμένες χώρες, συγκεντρώνονται περιοδικά από την Ε.Ε. Τα άτομα ερωτώνται εάν υπήρξε φορά τους τελευταίους μήνες όπου ένιωσαν ότι χρειαζόνταν ιατρική ή οδοντιατρική φροντίδα αλλά δεν την έλαβαν, και ακολουθεί μια ερώτηση όσον αφορά το γιατί η ανάγκη για φροντίδα δεν ικανοποιήθηκε. Βλ.: https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/health_glance_eur-2018-46-en.pdf?expires=1578313594&id=id&accname=guest&checksum=52D47A6B6968FC74CF5F39E9C2ED9D49

υγεία και επακόλουθες αλλαγές στο δημόσιο σύστημα υγείας που πραγματοποιήθηκαν μετά την οικονομική κρίση, και δευτερογενής βιβλιογραφία, συμπεριλαμβανομένων κυβερνητικών και μη-κυβερνητικών μελετών για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των μέτρων λιτότητας στην πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην Ελλάδα.

ΚΥΒΕΡΝΗΣΗ, Ε.Ε. ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΠΙΣΤΩΤΙΚΟΙ ΘΕΣΜΟΙ

Η Διεθνής Αμνηστία συναντήθηκε με εκπροσώπους του Υπουργείου Υγείας, του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και του Υπουργείου Οικονομικών τον Φεβρουάριο και τον Σεπτέμβριο του 2019. Συναντηθήκαμε με εκπροσώπους της Γενικής Διεύθυνσης Οικονομικών και Χρηματοδοτικών Υποθέσεων, της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας και Ασφάλειας Τροφίμων και της Γενικής Διεύθυνσης Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Κοινωνικής Ένταξης, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, τον Οκτώβριο του 2019. Τον Δεκέμβριο του 2019 στείλαμε στις σχετικές ελληνικές αρχές μια σύνοψη των ευρημάτων αυτής της έκθεσης, ζητώντας να απαντήσουν. Η Διεθνής Αμνηστία μοιράστηκε επίσης γραπτώς βασικά ευρήματα αυτής της έκθεσης με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο από τον Ιανουάριο έως τον Φεβρουάριο του 2020. Στις περιπτώσεις όπου οι αρχές απάντησαν και οι θεσμοί μοιράστηκαν πληροφορίες με τη Διεθνή Αμνηστία, αυτό συμπεριλήφθηκε στην έκθεσή μας.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να εκφράσουμε τη βαθιά ευγνωμοσύνη μας προς τους ανθρώπους που μοιράστηκαν τις ιστορίες τους μαζί μας, χωρίς τους οποίους αυτή η έκθεση δεν θα ήταν δυνατόν να πραγματοποιηθεί.

Είμαστε υπόχρεοι στους ακόλουθους/-ες για την βοήθειά τους σε αυτήν την έρευνα: Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού· Κοινωνικό Ιατρείο Αλληλεγγύης Θεσσαλονίκης· Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ιλίου· Ιατρείο και Φαρμακείο Ταξικής Αλληλεγγύης της Εργατικής Λέσχης Νέας Σμύρνης· Ιατρείο Αλληλεγγύης Πατησίων/Αχαρνών· Κλίμακα· Praksis· Γιατροί του Κόσμου· Γιατροί Χωρίς Σύνορα Ελλάδα· Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων – Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ)· Friendship Center Athens· και Πελαγία/Πωλίνα Παπανικολάου, Διδάκτωρ Εγκληματολογίας, νομικός και ακτιβίστρια για τα δικαιώματα ατόμων με αναπηρία. Θα θέλαμε επίσης να ευχαριστήσουμε την Sussex Human Rights Law Clinic, και ιδιαίτερα τις Louise Plumstead και Tamara Castañer Coll, για την έρευνά τους για τα προγράμματα χρηματοδοτικής βοήθειας. Είμαστε επίσης ευγνώμονες προς τους ακόλουθους/-ες για τον έλεγχο ενός πρώιμου προσχεδίου αυτής της έκθεσης: Θανάσης Βράτιμος, Business Developer, GIVMED· Απόστολος Βεΐζης, Διευθυντής Υποστήριξης Ιατρικών Προγραμμάτων, Γιατροί Χωρίς Σύνορα Ελλάδα· Μιχάλης Νικηφόρος, Levy Institute· Tim Jones, Επικεφαλής Πολιτικής, Jubilee Debt Campaign· και Χριστίνα Λασκαρίδη, SOAS, University of London.

3. ΥΠΟΒΑΘΡΟ

3.1 Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Το 2008, η Ελλάδα αντιμετώπισε μια πολύ σοβαρή οικονομική κρίση, οι συνέπειες της οποίας έχουν διαρκέσει όλη την τελευταία δεκαετία. Δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός λόγος για την κρίση, και έχει αποδοθεί σε πολλά αίτια από εμπειρογνώμονες και σχολιαστές, συμπεριλαμβανομένου ενός συνδυασμού του αντίκτυπου της παγκόσμιας ύφεσης,² με προϋπάρχοντα δομικά προβλήματα στην ελληνική οικονομία,³ και υψηλές κυβερνητικές δαπάνες και δανεισμό σε συνδυασμό με χαμηλές πηγές εσόδων,⁴ για να αναφέρουμε μερικά από αυτά. Αυτή η έκθεση δεν αναλύει τα αίτια της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Ανεξάρτητα από τι την προκάλεσε, όπως καταδεικνύει αυτό το κεφάλαιο, οι επιπτώσεις της κρίσης στην ελληνική οικονομία και στον πληθυσμό της Ελλάδας είναι προφανείς. Ξεκινώντας από το 2008, υπήρξε μια δραματική μείωση των οικονομικών δραστηριοτήτων και η αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ σημείωσε πτώση. Ενώ το ΑΕΠ αυξήθηκε κατά 3,3% το 2007, άρχισε να μειώνεται το επόμενο έτος, και το 2011 η αύξηση του πραγματικού ΑΕΠ είχε υποστεί πτώση και ήταν στο κατώτερο σημείο της, στο -9,1%.⁵ Ταυτόχρονα, το έλλειμμα του ευρύτερου δημόσιου τομέα αυξήθηκε, έχοντας διπλασιαστεί από ένα έλλειμμα 6,7% του ΑΕΠ το 2007, σε ένα έλλειμμα 13,2% του ΑΕΠ το 2013.⁶ Μεταξύ 2008 και 2016, το ΑΕΠ της Ελλάδας συρρικνώθηκε περίπου κατά το ένα τέταρτο.⁷ Η Ελλάδα ανέκαθεν είχε ένα υψηλότερο επίπεδο δημόσιου χρέους, σε σύγκριση με τους ευρωπαϊκούς μέσους όρους. Το 2007, για παράδειγμα, αυτό ανήλθε στο 103,1% του ΑΕΠ, όταν ο μέσος όρος της Ε.Ε. (27 χώρες) ήταν 57,6% του ΑΕΠ. Στη διάρκεια των ετών της κρίσης και αυτό αυξανόταν και το 2018 ανήλθε σε 181,2% του ΑΕΠ.⁸

Ως απάντηση στην οικονομική κρίση, ξεκινώντας από το 2010, η ελληνική κυβέρνηση άρχισε να μειώνει τις δημόσιες δαπάνες και να εισάγει μια σειρά μέτρων λιτότητας. Οι δημόσιες δαπάνες μειώθηκαν κατά 32,4%, δηλαδή 41,723 δισεκατομμύρια ευρώ, μεταξύ 2009 και 2018.⁹ Αυτά τα μέτρα λιτότητας αναλύονται πιο λεπτομερώς παρακάτω. Το 2010, η Ελλάδα ζήτησε διεθνή χρηματοδοτική βοήθεια από τις χώρες της ευρωζώνης (χώρες εντός Ε.Ε. οι οποίες έχουν το ευρώ ως νόμισμα) και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Έκτοτε η Ελλάδα έλαβε τρία πακέτα χρηματοδοτικής βοήθειας, από ένα το 2010, το 2012 και το 2015, από το ΔΝΤ, τις χώρες της ευρωζώνης, το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας και τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας (δύο εξειδικευμένοι θεσμοί που σχηματίστηκαν για να παρέχουν χρηματοδοτική βοήθεια στις χώρες της ευρωζώνης). Αυτά τα δάνεια συνεπάγονταν λεπτομερείς προϋποθέσεις (γνωστές και ως όροι), απαιτώντας από τις ελληνικές κυβερνήσεις να εφαρμόσουν μέτρα δημοσιονομικής εξυγίανσης και να θεσπίσουν συγκεκριμένες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις. Η έκθεση εξετάζει το χρέος της Ελλάδας και αυτούς τους όρους πιο λεπτομερώς παρακάτω.

Όπως περιγράφεται παρακάτω σε αυτό το κεφάλαιο, η οικονομική κρίση έπληξε σοβαρά τον πληθυσμό στην Ελλάδα, με τεράστιες αυξήσεις στην ανεργία, τη φτώχεια, και την αστεγία. Σε αυτό το πλαίσιο, πολλαπλά μέτρα

² "Explaining Greece's Debt Crisis" *New York Times*, 17 Ιουνίου 2016,

<https://www.nytimes.com/interactive/2016/business/international/greece-debt-crisis-euro.html>

³ Paul-Adrien Huppolite, "An investigation of the root causes of the Greek crisis", *VOX CEPR Policy Portal*, 28 Μαΐου 2017,

<https://voxeu.org/article/investigation-root-causes-greek-crisis>

⁴ European Stability Mechanism, "What led to Greece's economic problems?", <https://www.esm.europa.eu/content/what-led-greece%E2%80%99s-economic-problems>

⁵ Eurostat, Real GDP growth rate by volume, <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00115/default/table?lang=en>

⁶ Eurostat, General government deficit/surplus,

<https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tec00127&plugin=1>

⁷ Eurostat, Gross domestic product at market prices,

<https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tec00001>

⁸ Eurostat, General government gross debt - annual data,

<https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=teina225&plugin=1>

⁹ Οι συνολικές δημόσιες δαπάνες ήταν 128,469 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 και 86,746 δισεκατομμύρια ευρώ το 2018. Βλ., Eurostat, General government expenditure by function (COFOG), [Τελευταία επικαιροποίηση: 24-02-2020].

λιτότητας που εφαρμόστηκαν από διαδοχικές κυβερνήσεις αντιμετωπίστηκαν με τεράστιες διαδηλώσεις από ανθρώπους στην Ελλάδα. Μια έκθεση της Διεθνούς Αμνηστίας που δημοσιεύτηκε το 2012 σημείωνε πώς πολλές από τις διαδηλώσεις κατά της λιτότητας ήταν ειρηνικές, όπως οι καθιστικές διαμαρτυρίες σε κεντρικές πλατείες της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, μεταξύ Μαΐου και Αυγούστου 2011. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μια μειοψηφία διαδηλωτών συγκρούστηκε με την αστυνομία.¹⁰ Σε αρκετές περιπτώσεις, η Διεθνής Αμνηστία τεκμηρίωσε πώς η αστυνομία απάντησε χρησιμοποιώντας υπέρμετρη βία εναντίον των διαδηλωτών.¹¹

3.2 ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΙΣ ΖΩΕΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ

“Όπως το βλέπω εγώ, η κρίση δεν καλυτερεύει, και θα σας πω γιατί. Όταν πρωτοήρθε η κρίση οι αποταμιεύσεις της μεσαίας τάξης εξαφανίστηκαν. Τώρα έχουν χάσει τις αποταμιεύσεις, έχουν χάσει τα πάντα. Μπορείτε να δείτε την γύμνια. Την βλέπουμε καθημερινά.”

Εθελόντρια στο ΚΥΑΔΑ (το Κέντρο Υποδοχής και Αλληλεγγύης του Δήμου Αθηναίων), Ιανουάριος 2019¹²

Από το 2018, κάποιοι Έλληνες πολιτικοί και πιστωτές σημείωσαν ότι η κρίση στην Ελλάδα είχε τελειώσει. Για παράδειγμα, τον Ιούνιο του 2018, ο Επίτροπος της Ε.Ε. Pierre Moscovici είπε, «Η ελληνική κρίση τελειώνει εδώ απόψε».¹³ Τον Αύγουστο του 2018, ο Έλληνας πρωθυπουργός Αλέξης Τσίπρας ανακοίνωσε ότι ήταν «μια μέρα λύτρωσης, είναι όμως και η αφετηρία μιας νέας εποχής ... Τα μνημόνια της λιτότητας, της ύφεσης, και της κοινωνικής ερήμωσης, επιτέλους τελείωσαν».¹⁴

Βάσει της έρευνάς μας, αυτό το μέρος της έκθεσης αμφισβητεί την αντίληψη ότι η οικονομική κρίση έχει τελειώσει, και ότι τα πράγματα έχουν επιστρέψει στην κανονικότητα στην Ελλάδα. Όπως αναλύει αυτό το κεφάλαιο παρακάτω, κατά την τελευταία δεκαετία, η κρίση είχε πολύ σοβαρές και αρνητικές επιπτώσεις στους ανθρώπους στην Ελλάδα, με την ανεργία να εκτοξεύεται στα ύψη, αυξανόμενη φτώχεια και αύξηση του αριθμού των αστέγων. Η Διεθνής Αμνηστία συνομιλήσε με 75 ανθρώπους που έκαναν χρήση του δημόσιου συστήματος υγείας κατά το 2018 και το 2019, και όλοι τους εξήγησαν τις μακροχρόνιες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στις ζωές τους. Αυτό το κεφάλαιο εξετάζει τις βασικές επιπτώσεις της κρίσης στις ζωές των ανθρώπων – ανεργία, φτώχεια και αστεγία– και σημειώνει ότι τα επίπεδά τους σήμερα είναι χειρότερα σε σχέση με την εποχή πριν την έναρξη της κρίσης. Περαιτέρω, περιγράφει το πώς αυτοί οι παράγοντες έχουν

¹⁰ Βλ. Διεθνής Αμνηστία, «Αστυνομική βία στην Ελλάδα: Όχι μόνο “Μεμονωμένα Περιστατικά”» EUR 25/005/2012, κατά την οποία βρέθηκε ότι: «Ορισμένες από τις διαδηλώσεις είχαν σοβαρότερες συνέπειες. Στις 5 Μαΐου 2010, τρεις τραπεζικοί υπάλληλοι έχασαν τη ζωή τους κατά τη διάρκεια διαδήλωσης στην Αθήνα κατά των μέτρων λιτότητας όταν ορισμένοι ταραχοποιοί πέταξαν στην τράπεζα βόμβες βενζίνης. Στις 10 Φεβρουαρίου 2012, η σε μεγάλο βαθμό ειρηνική διαδήλωση, που πραγματοποιούνταν ενώ η Βουλή ψήφισε μια δεύτερη δανειακή συμφωνία, μετατράπηκε σε ταραχές, που είχαν ως αποτέλεσμα εκτεταμένες ζημιές από φωτιά σε πολλά κτίρια, περιλαμβανομένων τραπεζών και καταστημάτων.»

https://www.amnesty.gr/sites/default/files/pdf/police-violence-in-greece_report.pdf

¹¹ Βλ. για παράδειγμα: Διεθνής Αμνηστία, Ρίψη δακρυγόνων κατά τη σύγκρουση της ελληνικής αστυνομίας με τους διαδηλωτές στην Αθήνα, 29 Ιουνίου 2011, <https://www.amnesty.gr/news/articles/article/8435/ripsi-dakrygonon-kata-ti-syngkroyi-tis-ellinikis-astynomias-me-toys>. Διεθνής Αμνηστία, Καθαρίστρες χτυπημένες και μελανιασμένες από την αστυνομία ενώ η ατιμωρησία βασιλεύει, 13 Ιουνίου 2014, <https://www.amnesty.gr/news/press/article/13773/katharistries-htypimenes-kai-melaniasmenes-apo-tin-astynomia-eno-i>

¹² Συνέντευξη με εθελόντρια στο Κ.Υ.Α.Δ.Α. (το Κέντρο Υποδοχής και Αλληλεγγύης του Δήμου Αθηναίων), Αθήνα, 30 Ιανουαρίου 2019.

¹³ “Greece crisis over’ as Eurozone agrees debt relief plan” *France 24*, 22 Ιουνίου 2018, <https://www.france24.com/en/20180622-greece-financial-crisis-over-eurozone-agrees-debt-relief-plan-bailout>

¹⁴ “Greece: Alexis Tsipras hails ‘new era’ after debt crisis,” *Deutsche Welle*, 21 Αυγούστου 2018, <https://www.dw.com/en/greece-alexis-tsipras-hails-new-era-after-debt-crisis/a-45155445>

δυναμικά αρνητικές συνέπειες για την υγεία των ανθρώπων κάτι που φανερώνει την ανάγκη μεγαλύτερης υποστήριξης του δημόσιου συστήματος υγείας σε καιρούς οικονομικών κρίσεων, ιδιαίτερα για περιθωριοποιημένους ανθρώπους που συχνά είναι αυτοί που πλήττονται περισσότερο.

3.2.1 ΦΤΩΧΕΙΑ ΚΑΙ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

“Στο σπίτι έχουμε το μισό εισόδημα από αυτό που είχαμε παλιά. Στο τέλος του μήνα δεν μου μένει τίποτα.”

Γυναίκα, Αθήνα, Ιανουάριος 2019¹⁵

Η οικονομική κρίση είχε πολύ σοβαρές επιπτώσεις στους ανθρώπους που ζουν στην Ελλάδα και τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν πως, κατά την τελευταία δεκαετία, η φτώχεια και οι ανισότητες έχουν αυξηθεί στη χώρα. Όσον αφορά το αντικείμενο αυτής της έκθεσης, η φτώχεια και η έλλειψη οικονομικών πόρων προκαλεί επιπρόσθετα βάρη και καθιστά πιο δύσκολη για τους ανθρώπους την πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα όταν είναι αναγκαία, καθώς είναι λιγότερο πιθανό να μπορούν να πληρώσουν επισκέψεις σε γιατρούς και θεραπείες.

- Το 2009, το ποσοστό της φτώχειας ήταν 12,9%. Αυξήθηκε σε 14,4% το 2016.¹⁶
- Το 2009, το 27,6% του πληθυσμού της Ελλάδας βρισκόταν σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού. Αυτό έφτασε σε ένα μέγιστο 36% το 2014, και βρισκόταν στο 31,8% το 2018, κάτι που σημαίνει ότι σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού παρέμενε σε αυτόν τον κίνδυνο.¹⁷ Το 2018, αυτό το ποσοστό ήταν ελαφρά υψηλότερο για τις γυναίκες (32,9%) σε σχέση με τους άνδρες (30,9%).
- Το 2008, το ποσοστό κινδύνου φτώχειας για τους ανθρώπους που είναι άνεργοι ήταν 37,9%, και αυτό αυξήθηκε σε 43% το 2018.¹⁸
- Ο δείκτης σοβαρής στέρησης υλικών μέσων – μια εκτίμηση του ποσοστού των ανθρώπων των οποίων οι συνθήκες διαβίωσης πλήττονται σημαντικά από την έλλειψη πόρων – αυξήθηκε από 11% το 2010 σε 15,9% το 2018.¹⁹
- Τα εισοδήματα των νοικοκυριών μειώθηκαν κατά την περίοδο αυτή. Το ακαθάριστο προσαρμοσμένο διαθέσιμο εισόδημα νοικοκυριού μειώθηκε περίπου κατά 13% από το 2009 (24.586 δολάρια ΗΠΑ) έως το 2018 (21.385 δολάρια ΗΠΑ).²⁰
- Το ποσοστό των νοικοκυριών που δεν δύνανται να αντιμετωπίσουν μια απρόσμενη οικονομική δαπάνη αυξήθηκε από 26,6% (2008) σε 47,8% (2019).²¹
- Κατά την περίοδο αυτή σημειώθηκε επίσης αύξηση των ανισοτήτων.²²

¹⁵ Συνέντευξη με μία γυναίκα που χρησιμοποιεί το δημόσιο σύστημα υγείας, Αθήνα 31 Ιανουαρίου 2019.

¹⁶ OECD data, Poverty rate, <https://data.oecd.org/inequality/poverty-rate.htm#indicator-chart>. Το ποσοστό φτώχειας είναι η αναλογία του αριθμού των ανθρώπων (σε μια δεδομένη ηλικιακή ομάδα) των οποίων το εισόδημα βρίσκεται κάτω από τα όρια της φτώχειας.

¹⁷ Eurostat, People at risk of poverty or social exclusion by age and sex, [Τελευταία επικαιροποίηση: 16-04-2020]

¹⁸ Eurostat, At-risk-of-poverty rate by poverty threshold and most frequent activity in the previous year [Τελευταία επικαιροποίηση: 30-03-2020]

¹⁹ Ο δείκτης σοβαρής στέρησης υλικών μέσων αντιπροσωπεύει το ποσοστό ανθρώπων που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα για τέσσερα τουλάχιστον από τα παρακάτω εννιά πράγματα: έχουν καθυστερούμενες οφειλές για αποπληρωμές ενυπόθηκου δανείου ή ενοικίου, λογαριασμών κοινής ωφέλειας, για δόσεις αγορών ή άλλες αποπληρωμές δανείων· δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα για μία εβδομάδα διακοπών το χρόνο μακριά από το σπίτι τους· δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα για ένα γεύμα με κρέας, κοτόπουλο, ψάρι (ή αντίστοιχα χορτοφαγικά γεύματα) κάθε δεύτερη μέρα· δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν απρόσμενες οικονομικές δαπάνες· δεν μπορούν να αγοράσουν ένα τηλέφωνο (συμπεριλαμβανομένων κινητών τηλεφώνων)· δεν μπορούν να αγοράσουν μια έγχρωμη τηλεόραση· δεν μπορούν να αγοράσουν ένα πλυντήριο· δεν μπορούν να αγοράσουν ένα αυτοκίνητο· δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα για θέρμανση για να διατηρήσουν ζεστό το σπίτι. Eurostat - Severe material deprivation rate - [Τελευταία επικαιροποίηση: 18-4-2020]

²⁰ <https://data.oecd.org/hha/household-disposable-income.htm>

²¹ Inability to face unexpected financial expenses - EU-SILC survey - [Τελευταία επικαιροποίηση: 18-04-2020]

²² Ο συντελεστής Gini, ένα κοινό μέτρο των ανισοτήτων, αυξήθηκε από .328 το 2009, σε .342 το 2013, παρότι βελτιώνεται έκτοτε. Ο δείκτης κατανομής του εισοδήματος κατά πεμπτημόρια (S80/S20 quintile share), άλλο ένα μέτρο των εισοδηματικών ανισοτήτων, επίσης αυξήθηκε από 5,6 το 2009 σε 6 το 2016. Βλ. OECD data, Income inequality, <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm>

3.2.2 ΑΝΕΡΓΙΑ

“Ψάχνω για δουλειά επί πέντε χρόνια. Αλλά πραγματικά είναι δύσκολο για μένα πλέον να βρω δουλειά, είμαι 54 ετών. Πιθανόν δεν θα λάβω σύνταξη όταν θα γεράσω επειδή δεν έχω αρκετές εισφορές. Ανησυχώ ότι θα είμαι φτωχός όταν θα γεράσω.”

Άνδρας 54 ετών, Αθήνα, Ιανουάριος 2019²³

Στα χρόνια της κρίσης, η ανεργία στην Ελλάδα αυξήθηκε δραματικά. Το 2008, το συνολικό ποσοστό ανεργίας—δηλαδή, ο αριθμός των ανθρώπων που είναι άνεργοι ως ποσοστό του συνολικού ενεργού πληθυσμού—ήταν 7,8%. Αυτό έφτασε σε ένα μέγιστο 27,5% το 2013, κάτι που σημαίνει πως πάνω από ένας στους τέσσερις ανθρώπους που ήταν ικανός για εργασία στην Ελλάδα ήταν άνεργος. Παρότι τα πράγματα έχουν βελτιωθεί έκτοτε, το 2019 το ποσοστό της ανεργίας ήταν στο 17,3%, περισσότερο από διπλάσιο σε σχέση με το ποσοστό πριν την κρίση,²⁴ και σχεδόν τριπλάσιο από τον μέσο όρο της Ε.Ε. των 28 για το 2019.²⁵

Το 2019, αυτό ήταν πολύ υψηλότερο για τις γυναίκες (21,5%) απ’ ό,τι για τους άνδρες (14%).²⁶ Όσον αφορά απόλυτους αριθμούς 388.000 άνθρωποι ήταν άνεργοι στην Ελλάδα το 2008. Το 2019, αυτός ο αριθμός ανερχόταν στις 817.000.²⁷ Το ποσοστό των μακροχρόνια ανέργων είχε ομοίως αυξηθεί κατά την ίδια περίοδο: ήταν στο 3,7% το 2008, αυξήθηκε έως ένα μέγιστο 19,5% το 2014, και υπολογίστηκε στο 13,6% το 2018, το οποίο είναι πάνω από τριπλάσιο σε σχέση με το ποσοστό πριν την κρίση.²⁸ Και η τάση όσον αφορά την ανεργία των νέων είναι κι αυτή παρόμοια: ήταν 21,9% το 2008, 58,3% το 2013, και έχει βελτιωθεί στο 35,5% το 2019.²⁹

Η ανεργία μπορεί εν δυνάμει να επηρεάσει αρνητικά την υγεία των ατόμων. Αυξάνει τον κίνδυνο των ατόμων να έχουν προβλήματα υγείας, ιδιαίτερα όσον αφορά την ψυχική υγεία.³⁰ Η μείωση του εισοδήματος ως αποτέλεσμα της απώλειας εργασίας μπορεί επίσης να καταστήσει πιο δύσκολη την πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη όταν είναι αναγκαία, όπως και να επηρεάσει την πρόσβαση σε άλλους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία (όπως θρεπτική τροφή και κατάλληλη στέγη) οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν περαιτέρω την υγεία ενός ατόμου. Διάφορες μελέτες που διενεργήθηκαν στην Ελλάδα έχουν επισημάνει το πώς η ψυχική υγεία έχει επιδεινωθεί μετά την οικονομική κρίση. Μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2014 βρήκε επίσης ότι η αυτοαναφερόμενη υγεία και ψυχική υγεία επιδεινώθηκαν ως αποτέλεσμα της ανεργίας στην Ελλάδα μεταξύ των ετών 2008 και 2013.³¹ Άλλες μελέτες έχουν κάνει συγκεκριμένες συνδέσεις μεταξύ της οικονομικής κρίσης και της επιδείνωσης της ψυχικής υγείας στην

²³ Συνέντευξη με άνδρα που κάνει χρήση του δημόσιου συστήματος υγείας, Αθήνα, 30 Ιανουαρίου 2019.

²⁴ Eurostat, Total unemployment rate [Last update: 1-4-2020]

²⁵ Ο μέσος όρος της Ε.Ε. των 29 ήταν 6,3% το 2019. Eurostat, Total unemployment rate [Τελευταία επικαιροποίηση: 1-4-2020]

²⁶ Eurostat, Unemployment by sex and age - annual average [Τελευταία επικαιροποίηση: 01-04-2020]

²⁷ Eurostat, Unemployment by sex and age - annual average [Τελευταία επικαιροποίηση: 01-04-2020]

²⁸ Το ποσοστό μακροχρόνια ανέργων εκφράζει τον αριθμό των μακροχρόνια ανέργων ηλικίας 15 έως 74 ετών ως ποσοστό του ενεργού πληθυσμού των ίδιων ηλικιών. Οι μακροχρόνια άνεργοι (για 12 ή περισσότερους μήνες) αποτελούνται από άτομα ηλικίας τουλάχιστον 15 ετών, που δεν ζουν σε κοινά νοικοκυριά [μαζί με άλλα άτομα], τα οποία θα είναι χωρίς εργασία για τις επόμενες δύο εβδομάδες, τα οποία θα ήταν διαθέσιμα να ξεκινήσουν να εργάζονται μέσα στις επόμενες δύο εβδομάδες και τα οποία αναζητούν εργασία (έχουν αναζητήσει ενεργά εργασία κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια των προηγούμενων τεσσάρων εβδομάδων ή δεν αναζητούν εργασία γιατί έχουν ήδη βρει εργασία την οποία θα ξεκινήσουν αργότερα). Eurostat, Long-term unemployment rate by sex [Τελευταία επικαιροποίηση: 28-02-2020]

²⁹ Αυτό είναι το ποσοστό ανεργίας για το ενεργό εργατικό δυναμικό κάτω των 25 ετών. Eurostat, Unemployment by sex and age - annual average [Τελευταία επικαιροποίηση: 01-04-2020]

³⁰ B. J. Gray, “Employment Status and Impact on mental well-being in the UK working age population: a cross-sectional analysis”, *Lancet*, Νοέμβριος 2019, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)32841-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)32841-7/fulltext). V. Bartenlink et al, “Unemployment among young people and mental health: a systematic review”, *Scandinavian Journal of Public Health*, 10 Ιουλίου 2019, <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1403494819852847>. Chang SS et al, “Impact of 2008 of global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries”, *British Medical Journal* 2013, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24046155>

³¹ Nick Drydakis, “The Effect of Unemployment on Self-Reported Health and Mental Health in Greece from 2008 to 2013: A Longitudinal Study Before and During the Financial Crisis”, *IZA Discussion Papers*, No. 8742, Institute for the Study of Labor (IZA), Bonn, <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/107534/1/dp8742.pdf> Η αυτοαναφερόμενη υγεία είναι ένας δείκτης που βασίζεται στην εκτίμηση του ίδιου του ατόμου για το πόσο υγιές είναι.

Ελλάδα,³² συμπεριλαμβανομένων συσχετίσεων μεταξύ της οικονομικής κρίσης και των αυξανόμενων αριθμών αυτοκτονιών.³³ Κάποια από τα άτομα από τα οποία πήρε συνέντευξη η Διεθνής Αμνηστία είπαν ότι το γεγονός πως ήταν άνεργοι/-ες τα έκανε πιο αγχώδη και επιδείνωσε την ψυχική τους υγεία όπως στην περίπτωση του Τ* παρακάτω:



Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ Τ*³⁴

Ο Τ* είναι ένας άνδρας 51 ετών με μια σειρά από προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων χρόνιων καρδιακών προβλημάτων, άγχους και διαβήτη. Συνήθιζε να δουλεύει ως οδηγός φορτηγού αλλά τώρα είναι άνεργος για πάνω από μια δεκαετία, από τότε που ξεκίνησε η κρίση. Είναι επίσης ανασφάλιστος και άστεγος. Είπε στην Διεθνή Αμνηστία ότι το άγχος του και η κατάθλιψή του συνδέονταν με το γεγονός ότι δυσκολευόταν να βρει εργασία. Ο Τ* λαμβάνει ένα επίδομα 200 ευρώ από το κράτος, που είναι και η μόνη πηγή εισοδήματός του. Παρότι έχει πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας για να συμβουλευτείται γιατρούς, εξαρτάται πλήρως από τα κοινωνικά φαρμακεία για τα φάρμακα που παίρνει τακτικά. Μίλησε στην Διεθνή Αμνηστία ενόσω ζούσε σε έναν ξενώνα αστέγων μιας ομάδας της κοινωνίας των πολιτών. Εξήγησε πως ανησυχεί για το μέλλον, καθώς δεν θα μπορεί να μείνει στον ξενώνα για πάντα και δεν έχει την οικονομική δυνατότητα για στέγαση. Ο Τ* είπε στην Διεθνή Αμνηστία ότι ήθελε πραγματικά μια δουλειά και να εργάζεται, αλλά πίστευε ότι αυτό θα ήταν δύσκολο καθώς οι εργοδότες δύσκολα θα τον προσλάμβαναν εξαιτίας της ηλικίας του.

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2013 συνέκρινε τάσεις υγείας πριν και μετά την οικονομική κρίση στην Ελλάδα με τάσεις σε πληθυσμό αναφοράς και βρήκε «ισχυρές ενδείξεις για μια στατιστικά σημαντική αρνητική επίδραση της οικονομικής κρίσης στις τάσεις υγείας», που σημαίνει ότι περισσότερα άτομα ανέφεραν προβλήματα υγείας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα.³⁵

3.2.3 ΑΣΤΕΓΙΑ

Η Ελλάδα μόλις πρόσφατα άρχισε να συλλέγει συστηματικά στατιστικά στοιχεία για την αστεγία (υπήρξε ένα πιλοτικό πρόγραμμα σε κάποιες πόλεις το 2018),³⁶ και επομένως είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθούν ποσοτικά στοιχεία για να αναλυθούν οι μεταβολές στα επίπεδα αστεγίας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της κρίσης. Ωστόσο, ομάδες της κοινωνίας των πολιτών και ΜΜΕ αναφέρονται τακτικά σε αύξηση της αστεγίας στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία. Ένα ερευνητικό σημείωμα που ετοιμάστηκε για την Ευρωπαϊκή Επιτροπή επεσήμανε πως η αστεγία αυξήθηκε κατά 20 με 25% στα πρώτα χρόνια της κρίσης.³⁷ Μια έρευνα του 2016 με ανθρώπους που ήταν άστεγοι στην Αθήνα διαπίστωσε ότι το 71% εξ αυτών είχε ξεκινήσει να ζει στους δρόμους τα προηγούμενα πέντε χρόνια, κάτι που συνέπιπτε με την κρίση.³⁸ Και μια έρευνα σε ξενώνες αστέγων στην Ελλάδα διαπίστωσε μια αύξηση 58% στη ζήτηση για στεγαστική βοήθεια από το 2010, με το 40% των αναγκών των αιτούντων να μην ικανοποιείται.³⁹ Διαθέσιμα στοιχεία επιβεβαιώνουν επίσης το αυξανόμενο κόστος στέγασης στην Ελλάδα. Ο δείκτης υπερβολικού κόστους στέγασης – που μετρά το ποσοστό του πληθυσμού του οποίου το κόστος στέγασης υπερέβη το 40% του ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος⁴⁰ - αυξήθηκε από 18,1%

³² M Economou et al, "Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece" *Journal of Affective Disorders*, 145 (3), 2013.

³³ M Economou et al, "Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis" *World Psychiatry*, 12(1), 2013, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20016>; M Madianos et al, "Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece", *European Journal of Psychiatry*, 28 (1), 2014, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632014000100004

³⁴ Συνέντευξη με τον Τ*, Αθήνα, 1 Φεβρουαρίου 2019.

³⁵ S Vantoros et al, "Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach", *European Journal of Public Health*, 25 (5), 2013, <https://academic.oup.com/eurpub/article/23/5/727/448779>

³⁶ FEANTSA, Homelessness in Greece, 2017, <https://www.feantsa.org/download/greece-20172928673074328238317.pdf>

³⁷ "Homelessness during the crisis", Research note 8/2011, (Αυτό το ερευνητικό σημείωμα χρηματοδοτήθηκε και ετοιμάστηκε για χρήση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Κοινωνικής Ένταξης).

³⁸ P Chrysopoulos, "Most of the Athens Homeless are Greeks, Victims of Economic Crisis", *Greek Reporter*, 31 Μαΐου 2016, <https://greece.greekreporter.com/2016/05/31/most-of-the-athens-homeless-are-greeks-victims-of-economic-crisis/>

³⁹ V Arapoglou and K Gounis, "Poverty and Homelessness in Athens: Governance and the Rise of an Emergency Model of Social Crisis Management", *Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe*, Μάρτιος 2015, http://www.lse.ac.uk/europeanInstitute/research/hellenicObservatory/CMS%20pdf/Publications/GreeSE/GreeSE_No90.pdf

⁴⁰ Το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα ορίζεται ως εξής: «Το ισοδύναμο διαθέσιμο εισόδημα είναι το συνολικό εισόδημα ενός νοικοκυριού, μετά τους φόρους και άλλες αφαιρέσεις, το οποίο είναι διαθέσιμο για δαπάνες ή αποταμίευση, διαφερόμενο προς τον αριθμό των μελών του νοικοκυριού οι οποίοι έχουν μετατραπεί σε ισοδύναμους ενήλικες - τα μέλη του νοικοκυριού εξισώνονται ή γίνονται ισοδύναμα σταθμίζοντας το καθένα σύμφωνα με την ηλικία του, χρησιμοποιώντας την αποκαλούμενη τροποποιημένη κλίμακα ισοδυναμίας του ΟΟΣΑ». Βλ. Eurostat, Glossary, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Glossary:Equivalised_disposable_income

το 2010 σε 39,5% το 2018.⁴¹ Τον Μάιο του 2018, το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (σήμερα Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων) διεξήγαγε μια πιλοτική μελέτη για ανθρώπους που ήταν άστεγοι σε επτά γεωγραφικά διαμερίσματα στην Ελλάδα. Κατέγραψε τις περιπτώσεις 3.290 ατόμων, και δύο από τους κύριους λόγους αστεγίας που αναφέρονταν ήταν οι οικονομικοί λόγοι και η ανεργία.⁴²

Η σταθερότητα και η ποιότητα της στέγασης είναι στενά συνδεδεμένες με την υγεία ενός ατόμου. Ακατάλληλες συνθήκες στέγασης μπορεί να προκαλέσουν ή να συμβάλλουν σε ασθένειες που θα μπορούσαν να προληφθούν και τραυματισμούς.⁴³ Μια μελέτη του Lancet περιέγραψε το πώς άνθρωποι οι οποίοι είναι άστεγοι τείνουν να έχουν χειρότερη κατάσταση υγείας για διάφορους λόγους.⁴⁴ Πρώτα από όλα, συχνά εκτίθενται σε παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο για προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένου του σκληρού περιβάλλοντος διαβίωσης, της έκθεσης σε μεταδιδόμενες ασθένειες και της κακής διατροφής. Η αστεγία μπορεί επίσης να έχει επιπτώσεις στην ικανότητα ενός ανθρώπου να πληρώσει για ιατρική φροντίδα και να τηρήσει την λήψη φαρμάκων και την θεραπεία. Περαιτέρω, ο κίνδυνος έξωσης και αστεγίας μπορεί να οδηγήσει σε στρες, άγχος και άλλες παθήσεις της ψυχικής υγείας. Παρότι είναι λίγες οι συστηματικές μελέτες για την σύνδεση μεταξύ αστεγίας, ακατάλληλης στέγασης και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Ελλάδα,⁴⁵ αναφορές από ΜΜΕ έχουν εγείρει ανησυχίες που υποδεικνύουν ευρύτερους κινδύνους.⁴⁶ Κατά τη διάρκεια αυτής της έρευνας, η Διεθνής Αμνηστία συνομίλησε με ανθρώπους που ήταν άστεγοι και ζούσαν σε προσωρινούς ξενώνας. Πολλοί περιέγραψαν τις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν όσον αφορά την πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και τις περαιτέρω ανησυχίες που εγείρονταν από την αστεγία τους.

3.3 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΜΕΤΡΩΝ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ

“Οι ομάδες που πλήρωσαν την κρίση είναι άνθρωποι με χαμηλά εισοδήματα και εργάτες. Πλήρωσαν με τους φόρους τους, με τα κοινωνικά τους επιδόματα και με την υγεία τους.”

Νοσηλεύτης, Πάτρα, Φεβρουάριος 2019⁴⁷

⁴¹ Eurostat, Housing cost overburden rate, [Τελευταία επικαιροποίηση: 30-3-2020],

<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tespm140/default/table?lang=en>

⁴² Τα αρχικά αποτελέσματα της πιλοτικής απογραφής αστέγων στο δρόμο και σε δομές υποστήριξης είναι διαθέσιμα στο:

<https://government.gov.gr/wp-content/uploads/2018/07/%CE%91%CE%A1%CE%A7%CE%99%CE%9A%CE%91-%CE%91%CE%A0%CE%9F%CE%A4%CE%95%CE%9B%CE%95%CE%A3%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%91-%CE%9C%CE%AC%CE%B7%CF%82-2018-2-1.pdf>

[2-1.pdf](https://government.gov.gr/wp-content/uploads/2018/07/%CE%91%CE%A1%CE%A7%CE%99%CE%9A%CE%91-%CE%91%CE%A0%CE%9F%CE%A4%CE%95%CE%9B%CE%95%CE%A3%CE%9C%CE%91%CE%A4%CE%91-%CE%9C%CE%AC%CE%B7%CF%82-2018-2-1.pdf)

⁴³ WHO, Housing and Health, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/Housing-and-health>

⁴⁴ S Fazel et al, “The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations” *Lancet*, 384, 2014

http://www.publichealthnetwork.cymru/files/8814/4613/2705/The_health_of_homeless_people_in_high-income_countries_LANCET_2014.pdf

⁴⁵ P Chondraki et al, “Homeless mentally ill in Athens area: A cross-sectional study on unmet needs and help-seeking”,

International Journal of Social Psychiatry, 2013, <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0020764013503150>

⁴⁶ M Lowen, “Meeting the ‘new homeless’ on Greece’s freezing streets” *BBC News*, 4 Φεβρουαρίου 2012, <https://www.bbc.co.uk/news/world-europe-16878756>

⁴⁷ Συνέντευξη με νοσηλεύτη, 2 Φεβρουαρίου 2019, Πάτρα.

ΓΙΑΤΙ Η ΛΙΤΟΤΗΤΑ ΕΙΝΑΙ ΖΗΤΗΜΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

Η Ελλάδα έχει επικυρώσει μια σειρά από συμβάσεις του διεθνούς και περιφερειακού δικαίου ανθρωπίνων δικαιωμάτων που απαιτούν να σέβεται, να προστατεύει και να εκπληρώνει το δικαίωμα στην υγεία, μεταξύ άλλων ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Έχει ευθεία υποχρέωση να λαμβάνει μελετημένα, συγκεκριμένα και στοχευμένα μέτρα προς την πλήρη πραγμάτωση του δικαιώματος στην υγεία. Η κυβέρνηση απαιτείται να χρησιμοποιεί το μέγιστο των διαθέσιμων πόρων της για να εκπληρώνει το δικαίωμα στην υγεία για όλους/-ες. Υπάρχει ένα ισχυρό τεκμήριο, κατά το δίκαιο ανθρωπίνων δικαιωμάτων, εναντίον οποιωνδήποτε σκόπιμων μέτρων οπισθοδρόμησης. Τα μέτρα λιτότητας συνήθως περιλαμβάνουν μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες και διαρθρωτικές αλλαγές στα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας ώστε να εξοικονομηθούν δαπάνες. Αυτές μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα την οπισθοδρόμηση (δηλαδή επιδείνωση ή πισωγύρισμα) όσον αφορά την απόλαυση οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών δικαιωμάτων. Δεδομένων των κινδύνων για τα ανθρώπινα δικαιώματα που σχετίζονται με τα μέτρα λιτότητας, τα όργανα παρακολούθησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχουν αναπτύξει κατευθυντήριες γραμμές για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή αυτών των μέτρων σύμφωνα με τις υποχρεώσεις των κρατών για τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά δικαιώματα.⁴⁸ Αυτά τα κριτήρια περιλαμβάνουν την απόδειξη ύπαρξης ενός ισχυρού συμφέροντος εκ μέρους του κράτους: την αναγκαιότητα, το εύλογο, την προσωρινότητα και την αναλογικότητα των μέτρων λιτότητας και την εξάντληση εναλλακτικών και λιγότερο περιοριστικών μέτρων. Τέτοια μέτρα θα πρέπει επίσης να μην συνιστούν διάκριση και να προστατεύουν τον ελάχιστο πυρήνα του περιεχομένου των οικονομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων. Οι κυβερνήσεις θα πρέπει να διασφαλίζουν την γνήσια συμμετοχή των ομάδων και των ατόμων που πλήττονται στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων. Τα πρότυπα που διέπουν την ανάπτυξη και εφαρμογή μέτρων λιτότητας περιγράφονται πιο λεπτομερώς παρακάτω σε αυτήν την έκθεση.

Καθώς άρχιζαν να εφαρμόζονται μέτρα λιτότητας στην Ελλάδα, υπήρξε μια δραστική μείωση στις συνολικές δημόσιες δαπάνες από την κυβέρνηση, σε διάφορους τομείς. Πριν το 2009, οι δημόσιες δαπάνες αυξάνονταν. Για παράδειγμα, από το 2001 έως το 2009 είχαν αυξηθεί κατά 83%.⁴⁹ Σε οξεία αντίθεση με αυτό, οι δημόσιες δαπάνες μειώθηκαν κατά 32,4% μεταξύ των ετών 2009 και 2018.⁵⁰ Η μείωση δαπανών επηρέασε διάφορους κομβικούς τομείς της οικονομίας,⁵¹ συμπεριλαμβανομένης της άμυνας, της δημόσιας τάξης και ασφάλειας και των δαπανών σε τομείς που θα επηρέαζαν την πραγμάτωση ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως η υγεία, η εκπαίδευση και η κοινωνική προστασία.⁵² Οι γενικές περικοπές στις δημόσιες δαπάνες συνοδεύτηκαν από διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις σε διάφορους κρατικούς τομείς οι οποίες ήταν σχεδιασμένες ώστε να περιορίσουν τις δημόσιες δαπάνες και να αυξήσουν τα δημόσια έσοδα. Αυτό το μέρος εξετάζει παρακάτω τρεις από αυτές: την συνταξιοδοτική μεταρρύθμιση, την μείωση θέσεων εργασίας και μισθών στον δημόσιο τομέα, και την αυξημένη φορολόγηση, σημειώνοντας πως αυτά τα μέτρα είχαν αρνητικές επιπτώσεις στα εισοδήματα των νοικοκυριών σε καιρούς οικονομικής κρίσης, συμβάλλοντας στην οικονομική ευαλωτότητα που εξετάζεται στο παραπάνω μέρος. Τα συγκεκριμένα μέτρα λιτότητας στον τομέα της υγείας εξετάζονται πιο λεπτομερώς στο κεφάλαιο που ακολουθεί.

ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΗ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ

Ένας από τους σκοπούς των μέτρων λιτότητας ήταν η μεταρρύθμιση του υπάρχοντος συνταξιοδοτικού συστήματος στην Ελλάδα. Η συνταξιοδοτική μεταρρύθμιση ήταν ένα κομβικό συστατικό των μνημονίων μεταξύ των πιστωτών της Ελλάδας και της κυβέρνησης [τα Μνημόνια εξετάζονται πιο λεπτομερώς πιο κάτω σε αυτήν την έκθεση].⁵³ Οι μεταρρυθμίσεις ξεκίνησαν το 2010 και περιέλαβαν: αύξηση της νόμιμης ηλικίας συνταξιοδότησης, αύξηση της ελάχιστης περιόδου εισφορών, αλλαγή του υπολογισμού των συντάξεων, και

⁴⁸ UN Human Rights Council, Report of the Independent Expert on the question of human rights and extreme poverty, A/HRC/17/34, 17 Μαρτίου 2011. CESCR Letter, 16 Μαΐου 2012. Βλ. επίσης CESCR, Public debt, austerity measures and the International Covenant on Economic, Social and Cultural rights, UN Doc. E/C.12/2016/1, 22 Ιουλίου 2016, το οποίο ανέπτυξε περαιτέρω αυτά τα πρότυπα.

⁴⁹ Οι συνολικές δαπάνες του ευρύτερου δημόσιου τομέα ήταν 69,988 δισεκατομμύρια ευρώ το 2001, και 128,469 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009. Βλ. Eurostat, General government expenditure by function (COFOG), [Τελευταία επικαιροποίηση: 24-02-2020]

⁵⁰ Οι συνολικές δαπάνες του ευρύτερου δημόσιου τομέα ήταν 128,469 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 και 86,746 δισεκατομμύρια ευρώ το 2018. Βλ. Eurostat, General government expenditure by function (COFOG), [Τελευταία επικαιροποίηση: 24-02-2020]

⁵¹ Για περισσότερες λεπτομέρειες για όλους τους τομείς βλ. Eurostat, General government expenditure by function (COFOG), [Τελευταία επικαιροποίηση: 24-02-2020]

⁵² Η Διεθνής Αμνηστία ζήτησε περισσότερες πληροφορίες από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων όσον αφορά τις μειώσεις στις δαπάνες για κοινωνική προστασία, συμπεριλαμβανομένων αναλυτικών στοιχείων του προϋπολογισμού. Σύμφωνα με την απάντηση του Υπουργείου, ο προϋπολογισμός που διατέθηκε από το 2011 έως το 2019 στην Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τα πεδία αρμοδιοτήτων της ήταν ως εξής: 2011: 830.022.000,00· 2012: 828.583.000,00· 2013: 677.443.413,00· 2014: 879.062.000,00· 2015: 789.698.000,00· 2016: 883.037.700,00· 2017: 1.525.726.183,00· 2018: 1.525.726.183,00· και 2019: 3.224.162.000,00. Γραπτή απάντηση του κ. Γ.Α. Σταμάτη, Γενικού Γραμματέα Κοινωνικής Αλληλεγγύης του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων προς την Διεθνή Αμνηστία, 23-10-2019 [στο αρχείο της Διεθνούς Αμνηστίας].

⁵³ Βλ. π.χ. D G Economic and Financial Affairs, *The economic adjustment programme for Greece*, Μάιος 2010, σελ. 8, [ΑΝΑΝΗΨΗ ΤΩΡΑ
ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ
Amnesty International](https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/64c89a77-dc4-46f4-9bb0-18d7e80f6f0c/language-en, το οποίο σημειώνει ότι «μη μεταρρυθμισμένα συστήματα υγείας και συνταξιοδότησης αποτελούσαν απειλή για την μακροπρόθεσμη δημοσιονομική βιωσιμότητα».</p></div><div data-bbox=)

ενοποίηση των υφιστάμενων συνταξιοδοτικών ταμείων σε ένα σώμα (ΕΦΚΑ).⁵⁴ Παρότι οι πλήρεις επιπτώσεις πολλών από αυτές τις μεταρρυθμίσεις πιθανόν να γίνουν αισθητές από μελλοντικούς συνταξιούχους, η κυβέρνηση εφάρμοσε επίσης παγώματα και περικοπές σε συντάξεις σε διάφορες περιόδους την τελευταία δεκαετία, που έπληξαν τους τωρινούς συνταξιούχους.⁵⁵ Σύμφωνα με δημοσιεύματα, αυτές ανήλθαν σε περικοπές από 14% έως 40% με τα άτομα με υψηλότερες συντάξεις να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες μειώσεις.⁵⁶

Σε μια σειρά από αποφάσεις των τελευταίων πέντε ετών, το Ελεγκτικό Συνέδριο (ένα από τα τρία Ανώτατα Δικαστήρια της Ελλάδας)⁵⁷ και το Συμβούλιο της Επικρατείας (Το Ανώτατο Διοικητικό Δικαστήριο της Ελλάδας) έκριναν διάφορες περικοπές συντάξεων αντισυνταγματικές – συμπεριλαμβανομένων των περικοπών που θεσπίστηκαν στις συντάξεις δικαστών και ιατρών που εργάζονται στο εθνικό σύστημα υγείας με τον Νόμο 4093/2012, τις περικοπές κύριων και επικουρικών συντάξεων που θεσπίστηκαν με τους Νόμους 4051/2012 και 4093/2012, και εκείνες που θεσπίστηκαν με διάφορες διατάξεις του Νόμου 4387/2016.⁵⁸ Οι αποφάσεις τις έκριναν αντισυνταγματικές για τους παρακάτω λόγους μεταξύ άλλων: έλλειψη μιας προηγούμενης ειδικής μελέτης για τις επιπτώσεις των περικοπών στο βιοτικό επίπεδο των συνταξιούχων.⁵⁹ το ότι οι περικοπές βασίζονταν σε ένα αμιγώς αριθμητικό κριτήριο⁶⁰ και δεν εξέταζαν τις συνέπειες, δηλ. εάν υφίσταται ένα επαρκές εναπομείναν εισόδημα για να καλύψει το κόστος για ένα αξιοπρεπές βιοτικό επίπεδο.⁶¹ και το γεγονός ότι το δημόσιο συμφέρον στο οποίο στηρίζονταν οι περικοπές δεν ήταν τόσο μεγάλο όσο εκείνο που δικαιολογούσε τα αρχικά μέτρα που ελήφθησαν με προηγούμενα νομοθετήματα κατά την έναρξη της κρίσης.⁶²

ΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΜΙΣΘΟΙ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟΣΙΟ ΤΟΜΕΑ

Μέρος των μέτρων λιτότητας περιλάμβανε βήματα για την μείωση των δημόσιων δαπανών για μισθούς των εργαζομένων στον δημόσιο τομέα. Το 2010 πέρασε νομοθεσία για την μείωση των μισθών στον δημόσιο τομέα και τον περιορισμό του αριθμού τους διασφαλίζοντας ότι για κάθε 5 άτομα που έφευγαν ή συνταξιοδοτούνταν θα προσλαμβάνονταν μόνο ένα. Άλλα μέτρα θεσπίστηκαν τα επόμενα χρόνια, συμπεριλαμβανομένης της αναστολής προσλήψεων από τις τοπικές αρχές για κάποια χρόνια,⁶³ της μείωσης των προσλήψεων ορισμένου

⁵⁴ Βλ. μεταξύ άλλων: Νόμος Υπ' Αριθ. 4051 ΦΕΚ Α' 40/29.2.2012, Ρυθμίσεις συνταξιοδοτικού περιεχομένου και άλλες επείγουσες ρυθμίσεις εφαρμογής του Μνημονίου Συνεννόησης του Ν. 4046/2012, https://www.kodiko.gr/nomologia/document_navigation/64993/nomos-4051-2012 · Νόμος Υπ' Αριθ. 4093 ΦΕΚ Α' 222/12.12.0212, Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 - Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του Ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016, https://www.kodiko.gr/nomologia/document_navigation/68689/nomos-4093-2012 · Νόμος Υπ' Αριθ. 4387/2016, Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας - Μεταρρύθμιση ασφαλιστικού-συνταξιοδοτικού συστήματος - Ρυθμίσεις φορολογίας εισοδήματος και τυχερών παιχνιδιών και άλλες διατάξεις, ΦΕΚ Α' 85/12.5.2016, <https://www.taxheaven.gr/law/4387/2016> · European Commission, The New Greek System Pension reform, ESPN Flash Report 2016/63.

⁵⁵ Ο Νόμος 4051/2012 θέσπισε περικοπές στις κύριες συντάξεις των συνταξιούχων των δημόσιων φορέων σε περίπτωση που υπερέβαιναν τα 1.300 ευρώ· ο Νόμος 4093/2012 θέσπισε γενικές περικοπές στις μηνιαίες συντάξεις και τις πολλαπλές μηνιαίες συντάξεις των δημοσίων υπαλλήλων που υπερέβαιναν τα 1.000 ευρώ· και ο Νόμος 4387/2016 μείωσε το ανώτατο όριο των κύριων και των πολλαπλών συντάξεων και πάγωσε τις συντάξεις στα τωρινά επίπεδα εωσότου η αξία τους να εξισωθεί με την αξία των αντίστοιχων νέων συντάξεων.

⁵⁶ Βλ. Platon Tinios, Employment and Social Development in Greece, Directorate General for Internal Policies, 2015, σ. 17, [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/563468/IPOL_STU\(2015\)563468_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/563468/IPOL_STU(2015)563468_EN.pdf)· <https://www.economist.com/free-exchange/2015/06/18/why-they-are-a-flashpoint>

⁵⁷ Το Ελεγκτικό Συνέδριο είναι ένα διοικητικό σώμα αλλά και ένα από τα Ανώτατα Δικαστήρια της Ελλάδας με ειδική δικαιοδοσία. Έχει συμβουλευτική δικαιοδοσία, ελεγκτική δικαιοδοσία καθώς ελέγχει μεταξύ άλλων τις δαπάνες του Κράτους και των τοπικών αρχών, και δικαιοδοσία ως δικαστήριο να εκδικάζει μεταξύ άλλων προσφυγές εναντίον Αποφάσεων του Υπουργού Οικονομικών σε ζητήματα της δικαιοδοσίας του και υποθέσεις για πράξεις που αφορούν συντάξεις. Βλ. Νόμος 4129/2013: <http://www.dsnet.gr/Epikairothta/Nomothesia/n4129.htm>.

⁵⁸ Βλ. μεταξύ άλλων, ΣτΕ Απόφαση Ολομέλειας 2192/2014 «Αντισυνταγματικότητα περικοπών στις αποδοχές και συντάξεις στρατιωτικών ενόπλων δυνάμεων και σωμάτων ασφαλείας»: <http://www.dsnet.gr/Epikairothta/Nomologia/steol%202192.htm> · Ελεγκτικό Συνέδριο Απόφαση Ολομέλειας 7412/2015 για τις περικοπές στις συντάξεις των γιατρών του ΕΣΥ: http://www.dsnet.gr/Epikairothta/Nomologia/elsol7412_15.htm · ΣτΕ Απόφαση Ολομέλειας 2288/2015 για το «Ζήτημα της συνταγματικότητας και της συμφωνίας προς την Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου των διατάξεων των άρθρων τρίτου παρ. 10 του ν. 3845/2010, 38 του ν. 3863/2010, 44 του ν. 3986/2011, 2 του ν. 4024/2011, 6 παρ. 1 του ν. 4051/2012 και πρώτου παρ. 1Α υποπαρ. 1Α.5 περ. 1 και υποπαρ. 1Α.6 περ. 3 του ν. 4093/2012», διαθέσιμη στο: <https://www.taxheaven.gr/circulars/21151>· και ΣτΕ Αποφάσεις Ολομέλειας 1880/2019 και 1888/2019 για την «Ένταξη δημοσίων υπαλλήλων στον ΕΦΚΑ- εισφορές ελευθέρων επαγγελματιών». Σχετικά με την αντισυνταγματικότητα των περικοπών των επικουρικών συντάξεων, με την απόφασή του του 2019, το Συμβούλιο της Επικρατείας έκρινε αντισυνταγματική την μέθοδο υπολογισμού των επικουρικών συντάξεων εξαιτίας της έλλειψης μιας αναλογιστικής μελέτης που θα τεκμηριώνει επαρκώς την βιωσιμότητα ενός Ενιαίου Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης: http://www.sate.gr/data_source/2019%CE%A3%CF%84%CE%95-34254.pdf

⁵⁹ ΣτΕ Απόφαση Ολομέλειας 2288/2015

⁶⁰ ΣτΕ Απόφαση Ολομέλειας 2192/2014. Σε αυτήν την περίπτωση (που αφορούσε περικοπές στις αποδοχές και τις συντάξεις των μελών των σωμάτων ασφαλείας και των ενόπλων δυνάμεων), η Ολομέλεια του Συμβουλίου της Επικρατείας αποφάνθηκε πως «ο νομοθέτης κατά τη λήψη των επίμαχων νομοθετικών μέτρων δεν έλαβε υπόψη του τα κριτήρια που επιτάσσει η αρχή της ιδιαίτερης μισθολογικής μεταχείρισης των συγκεκριμένων εργαζομένων αλλά το προδήλωσε απρόσφορο αριθμητικό κριτήριο σύμφωνα με το οποίο όλα τα ειδικά μισθολογία αντιμετωπιζόμενα συλλήβδην ως ένα ενιαίο οικονομικό μέγεθος θα έπρεπε να μειωθούν κατά 10%, μείωση η οποία λόγω και του σωρευτικού της αποτελεσματικού αθροιστικά και με άλλα νομοθετικά μέτρα οικονομικής και φορολογικής φύσης ξεπερνά τα ακραία όρια που θέτει το Σύνταγμα». Βλ.: Απόσπασμα από σχόλιο της Δικηγόρου Στέλλας Χριστοφορίδου διαθέσιμο στο: <https://www.constitutionalism.gr/ste-2192-2014-perikopes-enstolon/>

⁶¹ Ελεγκτικό Συνέδριο Απόφαση Ολομέλειας 7412/2015

⁶² Ελεγκτικό Συνέδριο Απόφαση Ολομέλειας 7412/2015

⁶³ Νόμος 4052/2012

χρόνου και των συμβάσεων μίσθωσης έργου στον δημόσιο τομέα,⁶⁴ της αύξησης των εβδομαδιαίων ωρών εργασίας από τις 37,5 ώρες στις 40 ώρες.⁶⁵ Ως αποτέλεσμα αυτών των μέτρων οι συνολικές δημόσιες δαπάνες για μισθούς έπεσαν κατά περίπου 31% από 31,013 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 σε 21,447 δισεκατομμύρια ευρώ το 2015.⁶⁶ Αυτά τα μέτρα είχαν ως αποτέλεσμα μια μείωση στις διαθέσιμες θέσεις εργασίας κατά την διάρκεια της κρίσης. Υπήρξε μια μείωση 18% στον αριθμό των μόνιμων δημοσίων υπαλλήλων μεταξύ του 2009 (692.907) και του 2015 (566.913) – μια απώλεια 125,994 θέσεων εργασίας – και σύμφωνα με εκτιμήσεις τα συνολικά επίπεδα στελέχωσης μειώθηκαν κατά 24% στον δημόσιο τομέα.⁶⁷ Περαιτέρω, ο μέσος μισθός στον δημόσιο τομέα μειώθηκε κατά παραπάνω από 14,6% την περίοδο 2009–2013.⁶⁸

ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ

Κατά την περίοδο αυτή, τα εισοδήματα των νοικοκυριών επλήγησαν επίσης από τις αυξήσεις στην φορολογία που εφαρμόστηκαν ως μέρος του κυβερνητικού προγράμματος δημοσιονομικής εξυγίανσης.⁶⁹ Ο βασικός συντελεστής του Φ.Π.Α. στην Ελλάδα ήταν 19% το 2009, και έφτασε στο 24% το 2019. Η ανώτερη κλίμακα συντελεστή φόρου εισοδήματος για φυσικά πρόσωπα ήταν 40% το 2009, και είχε αυξηθεί σε 55% το 2019. Αντιθέτως, η ανώτερη κλίμακα συντελεστή φόρου εισοδήματος για νομικά πρόσωπα μειώθηκε κατά την ίδια περίοδο. Ήταν στο 35% το 2009, έπεσε στο 20% το 2012, και αυξήθηκε σε 28% το 2019 (παραμένοντας χαμηλότερη απ' ό,τι ο συντελεστής του 2009).⁷⁰ Κατά την περίοδο αυτή, το συνολικό ποσό εσόδων από την φορολογία μειώθηκε ελαφρά στην Ελλάδα.⁷¹ Τα έσοδα από τον Φ.Π.Α. αυξήθηκαν κατά 2,7%⁷² και από φορολογία εισοδήματος επιχειρήσεων μειώθηκαν κατά 32,9%,⁷³ ενώ τα έσοδα από φορολογία εισοδήματος φυσικών προσώπων αυξήθηκαν κατά 8%.⁷⁴ Φαίνεται λοιπόν ότι το βάρος της δημοσιονομικής εξυγίανσης μέσω των αυξήσεων στην φορολογία το σήκωσαν άτομα και νοικοκυριά μέσω έμμεσων φόρων και φόρων στο ατομικό τους εισόδημα, ενώ το βάρος για τις επιχειρήσεις μειώθηκε.

3.3.1 ΜΕΤΡΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΤΤΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ

Κατά τη διάρκεια των πιο πρόσφατων ετών της κρίσης, καθώς η κλίμακα των επιπτώσεων της κρίσης στους ανθρώπους ήρθε στο φως, η κυβέρνηση έλαβε κάποια μέτρα σχεδιασμένα να στηρίξουν ανθρώπους που ζούσαν στην φτώχεια ή με πολύ χαμηλά εισοδήματα. Σε συνεντεύξεις με την Διεθνή Αμνηστία, άνθρωποι σημείωσαν ότι είχαν πρόσβαση σε αυτά τα προγράμματα και ότι τα βρήκαν ωφέλιμα. Παρότι στο πλαίσιο αυτής της έκθεσης δεν έχει διενεργηθεί μια εξαντλητική εξέταση των διαφόρων μέτρων που ελήφθησαν αυτήν την περίοδο, επισημαίνονται κάποιες λίγες κομβικές πρωτοβουλίες που υπήρξαν σημαντικές και θα πρέπει να συνεχιστούν και να κλιμακωθούν. Μία από αυτές τις πρωτοβουλίες ήταν η παροχή δυνατότητας πρόσβασης στο δημόσιο σύστημα υγείας σε ανθρώπους που ήταν ανασφάλιστοι (συχνά εξαιτίας μακροχρόνιας ανεργίας), μέσω υπουργικών αποφάσεων το 2014 και το 2015, και τελικά με νομοθεσία το 2016. Αυτή η μεταρρύθμιση θα αναλυθεί πιο λεπτομερώς στο επόμενο μέρος. Το 2018, η κυβέρνηση θέσπισε επίσης ένα επίδομα στέγασης για ανθρώπους που νοικιάζουν τον χώρο διαμονής τους, με βάση ορισμένα κριτήρια συμπεριλαμβανομένου του εισοδήματός τους και της περιουσίας τους.⁷⁵ Σύμφωνα με την κυβέρνηση: «Πρόκειται για την πρώτη

⁶⁴ Νόμος 3899/2010

⁶⁵ Νόμος 3979/2011

⁶⁶ Eurofound, "Greece: Reducing the number of public servants – latest developments"

<https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2016/greece-reducing-the-number-of-public-servants-latest-developments>

⁶⁷ Eurofound, "Greece: Reducing the number of public servants – latest developments"

<https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2016/greece-reducing-the-number-of-public-servants-latest-developments>

⁶⁸ Eurofound, "Greece: Reducing the number of public servants – latest developments"

<https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2016/greece-reducing-the-number-of-public-servants-latest-developments>

⁶⁹ Αυτό το μέρος δεν εξετάζει άλλες αυξήσεις και αλλαγές στην φορολογία στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου και επικεντρώνεται στον Φ.Π.Α., τον φόρο εισοδήματος επιχειρήσεων και τον φόρο εισοδήματος φυσικών προσώπων.

⁷⁰ Βλ. την εθνική λίστα φόρων της Ελλάδας, διαθέσιμη εδώ: https://ec.europa.eu/taxation_customs/business/economic-analysis-taxation/data-taxation_en

⁷¹ Ήταν 77,240 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 και 76,714 δισεκατομμύρια ευρώ το 2018. Οι συνολικές βεβαιώσεις από φόρους και κοινωνικές εισφορές είναι διαθέσιμες εδώ: Eurostat, Main national accounts tax aggregates [Τελευταίες επικαιροποιήσεις: 24-02-2020],

<https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

⁷² Ήταν 14,879 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 και 15,288 δισεκατομμύρια ευρώ το 2018. Eurostat, Main national accounts tax aggregates

[Τελευταίες επικαιροποιήσεις: 24-02-2020], <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

⁷³ Τα έσοδα ήταν 5,961 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 και 3,998 δισεκατομμύρια ευρώ το 2018. Eurostat, Main national accounts tax aggregates

[Τελευταίες επικαιροποιήσεις: 24-02-2020], <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

⁷⁴ Τα έσοδα ήταν 10,563 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 και 11,427 δισεκατομμύρια ευρώ το 2018. Eurostat, Main national accounts tax aggregates

[Τελευταίες επικαιροποιήσεις: 24-02-2020], <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

⁷⁵ Για λεπτομέρειες βλ.: <https://opeka.gr/oikogeneies/epidoma-stegasis/>

οργανωμένη προσπάθεια να αποκτήσει η χώρα συνεκτική στεγαστική πολιτική και αποτελεσματικό σύστημα κοινωνικής προστασίας της πρώτης κατοικίας».⁷⁶

Περαιτέρω είναι αξιοσημείωτο ότι η κυβέρνηση θέσπισε ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα – γνωστό επίσης ως Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης (ΚΕΑ) – κατά την διάρκεια των πιο πρόσφατων ετών της κρίσης.⁷⁷ Μετά από μια πιλοτική εφαρμογή το 2015 και το 2016, αυτό εφαρμόστηκε σε πανεθνικό επίπεδο το 2017.⁷⁸ Το ΚΕΑ επικεντρώθηκε σε ανθρώπους και οικογένειες που ζούσαν σε ακραία φτώχεια⁷⁹ και τους έδωσε ένα επίδομα σε μετρητά.⁸⁰ Ένα νοικοκυριό ενός μοναδικού δικαιούχου, για παράδειγμα, θα δικαιούτο 200 ευρώ το μήνα, και μια οικογένεια αποτελούμενη από δύο ενήλικες και ένα παιδί θα δικαιούτο 350 ευρώ. Πάνω από 30 άνθρωποι από αυτούς με τους οποίους συνομίλησε η Διεθνής Αμνηστία στηρίζονταν στο ΚΕΑ ως μόνη τους πηγή εισοδήματος. Μια αποτίμηση του προγράμματος ΚΕΑ από την Παγκόσμια Τράπεζα το 2019 παρατήρησε ότι το ΚΕΑ ήταν μια σημαντική πηγή εισοδήματος για «φτωχά νοικοκυριά». Παρότι το ΚΕΑ είναι ένα εξαιρετικά σημαντικό πρόγραμμα, είναι επίσης πολύ περιορισμένο. Η ίδια αποτίμηση από την Παγκόσμια Τράπεζα σημείωσε πως παρότι το ΚΕΑ μείωσε το χάσμα της φτώχειας και τις ανισότητες, «δεν είχε ιδιαίτερο αντίκτυπο στο ποσοστό της φτώχειας» γιατί αφορούσε μόνο νοικοκυριά που βρίσκονταν πολύ χαμηλότερα από το όριο της φτώχειας, κάτι που σημαίνει ότι «οι περισσότεροι δικαιούχοι/-ες του ΚΕΑ, ακόμα και αν υπολόγιζε κανείς τα χρήματα που έλαβαν, δεν θα κατάφεραν να υπερβούν το όριο της φτώχειας». Διαπιστώθηκε επίσης ότι είναι περιορισμένο ως προς την κάλυψη που παρέχει, αφού μόνο το 37% των νοικοκυριών στο φτωχότερο 10% του πληθυσμού λάμβανε το επίδομα. Η αποτίμηση διαπίστωσε ότι «η έλλειψη πληροφόρησης για το πρόγραμμα στον στοχοθετημένο πληθυσμό είναι ένας σημαντικός περιορισμός, που καταδεικνύει την ανάγκη για καλύτερη επικοινωνία και μεγαλύτερες προσπάθειες προσέγγισης».⁸¹ Άλλες αναλύσεις επεσήμαναν πως το ΚΕΑ, παρότι ευπρόσδεκτο, παρείχε μόνο ένα περιορισμένο ποσό στήριξης το οποίο ήταν ανεπαρκές για να «διασφαλίσει ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης».⁸²

3.3.2 ΜΕΤΡΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΠΟΥ ΠΛΗΤΤΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

Την εποχή της ολοκλήρωσης αυτής της έκθεσης, η πανδημία COVID-19 εξαπλωνόταν σε διάφορες χώρες. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ως τις 16 Απριλίου 2020, υπήρχαν 1.991.562 επιβεβαιωμένα κρούσματα και 130.885 νεκροί παγκοσμίως εξαιτίας της COVID-19. Η Ελλάδα είχε 2.192 επιβεβαιωμένα κρούσματα και 102 θανάτους.⁸³ Κυβερνήσεις σε όλον τον κόσμο είχαν θέσει σε εφαρμογή μέτρα για την προστασία της δημόσιας υγείας ως απάντηση στην πανδημία, τα οποία συνήθως περιλάμβαναν περιορισμούς στην μετακίνηση, διακοπή των περισσότερων οικονομικών δραστηριοτήτων, και καραντίνες. Την εποχή που γραφόταν αυτή η έκθεση, η Κυβέρνηση της Ελλάδας είχε επίσης υιοθετήσει αυστηρά μέτρα περιορισμού για να επιβραδύνει την εξάπλωση της COVID-19, που περιλάμβαναν ένα πανεθνικό lockdown που περιόριζε όλες τις μετακινήσεις και οικονομικές δραστηριότητες εκτός από τις στοιχειώδεις, το κλείσιμο των σχολείων, περιορισμούς στα ταξίδια, ταξιδιωτικές απαγορεύσεις όσον αφορά επισκέπτες από κάποιες χώρες και καραντίνες για κάποια άτομα.⁸⁴ Αναγνωρίζοντας τις τεράστιες επιπτώσεις που θα είχαν αυτά τα μέτρα στην οικονομία και τα μέσα διαβίωσης των ανθρώπων, η κυβέρνηση έθεσε επίσης σε εφαρμογή κάποια οικονομική στήριξη για τον πληθυσμό της Ελλάδας σε αυτήν την περίοδο, όπως η διάθεση 450 εκατομμυρίων ευρώ προς υποστήριξη ατόμων, συμπεριλαμβανομένης της καταβολής 800 ευρώ για κάποιες ομάδες έως τις 30 Απριλίου· η πληρωμή από την κυβέρνηση των εισφορών ασφάλισης και υγείας για κάποιες ομάδες· η μείωση του συντελεστή ΦΠΑ από 24% σε 6% μέχρι το τέλος του 2020 για κάποια αγαθά απαραίτητα για την προστασία από την COVID-19· η παράταση των επιδομάτων ανεργίας για δύο μήνες· άδεια μετ' αποδοχών για γονείς που έχουν παιδιά τα οποία δεν πηγαίνουν σχολείο· και

⁷⁶ <https://opeka.gr/oikogeneies/epidoma-stegasis/>

⁷⁷ Βλ. Άρθρο 235 του Νόμου 4389/2016 και Κοινή Υπουργική Απόφαση Νο. Δ13/οικ./33475/1935 «Καθορισμός των όρων και των προϋποθέσεων εφαρμογής του προγράμματος Κοινωνικό Εισόδημα Αλληλεγγύης» της 15^{ης} Ιουνίου 2018 και Τροποποίηση της Απόφασης της 30^{ης} Οκτωβρίου 2018. Διαθέσιμα στα: <https://keaprogram.gr/pubnr/Home/Contact/>.

⁷⁸ Σε συνεντεύξεις με την Διεθνή Αμνηστία, εκπρόσωποι του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων δεσμεύτηκαν να επεκτείνουν το πρόγραμμα ΚΕΑ τα επόμενα χρόνια.

⁷⁹ Τα κριτήρια επιλεξιμότητας είναι διαθέσιμα εδώ: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/51291>

⁸⁰ Τα ποσά των επιδομάτων για τα άτομα που είναι δικαιούχοι είναι διαθέσιμα εδώ: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/51291>

⁸¹ The World Bank Social Protection and Jobs Global Practice, “A Quantitative Evaluation of the Greek Social Solidarity Income” Ιανουάριος 2019, <http://documents.worldbank.org/curated/en/882751548273358885/pdf/133962-WP-P160622-Evaluation-of-the-SSI-Program-Jan-2019.pdf>

⁸² European Social Policy Network, “The national roll-out of the “Social Solidarity Income” scheme in Greece”, *ESPN Flash Report 2017/68*, Ιούλιος 2017.

⁸³ WHO, Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 87, 16 Απριλίου 2020, https://www.who.int/docs/default-source/coronavirus/situation-reports/20200416-sitrep-87-covid-19.pdf?sfvrsn=9523115a_2

⁸⁴ IMF, Policy Responses to COVID-19, https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19?fbclid=IwAR0h49sYYSheyrdmD00nJkwStE_rGB-ysZlBY8TD29XsDshceWaqiNEXy#G

αναστολή κάποιων φορολογικών υποχρεώσεων⁸⁵ Δεσμεύσεις ειδικά για τον τομέα της υγείας εξετάζονται παρακάτω σε αυτήν την έκθεση. Περαιτέρω, συγκεκριμένα μέτρα για την στήριξη επιχειρήσεων επίσης ανακοινώθηκαν.

⁸⁵ Αυτά τα μέτρα είναι διαθέσιμα και επικαιροποιούνται διαρκώς στους παρακάτω ιστότοπους: IMF, Policy Responses to COVID-19, https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19?fbclid=IwAR0h49sYY5heyrDmD00nJkwSte_rGB-yszIBY8TD29XXsdSahceWqqiNExY#G και OECD, Key country policy responses, <http://www.oecd.org/coronavirus/en/#policy-responses>

4. ΜΕΤΡΑ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το κεφάλαιο αυτό εξετάζει την δομή του δημόσιου συστήματος υγείας της Ελλάδας (ΕΣΥ) πριν την οικονομική κρίση, καθώς και τις μεταρρυθμίσεις και τις αλλαγές που εφαρμόστηκαν στο ΕΣΥ στο πλαίσιο των μέτρων λιτότητας. Όπως έχει ήδη επισημανθεί σε αυτήν την έκθεση, αυτά τα μέτρα εφαρμόστηκαν σε μια εποχή που οι άνθρωποι στην Ελλάδα ήδη βίωναν υψηλά επίπεδα ανεργίας και οικονομικής φτωχοποίησης, κάτι που αύξησε τους κινδύνους για προβλήματα υγείας και ταυτόχρονα μείωσε την δυνατότητά τους να έχουν πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που χρειαζόνταν. Πολλές από τις μεταρρυθμίσεις και τους στόχους της δημοσιονομικής εξυγίανσης που εφαρμόστηκαν στον δημόσιο τομέα υγείας συνδέονταν με τους όρους που είχαν επιβληθεί από τους πιστωτές της Ελλάδας μέσω των προγραμμάτων χρηματοδοτικής βοήθειας, τα οποία θα εξεταστούν πιο λεπτομερώς παρακάτω.

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα έχει χρηματοδοτηθεί από ένα μίγμα φορολογίας, εισφορών κοινωνικής ασφάλισης υγείας από τους εργοδότες και τους υπαλλήλους, και ιδιωτικών πόρων.⁸⁶ Πριν το 2011, άνθρωποι που πλήρωναν εισφορές για την κοινωνική ασφάλιση υγείας εντάσσονταν σε ένα από τα πολλά ταμεία με βάση το επάγγελμά τους, μέσω των οποίων είχαν πρόσβαση στην δημόσια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Με άλλα λόγια, η πρόσβαση των ανθρώπων σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη συνδεόταν συχνά με το εργασιακό τους καθεστώς. Το 2010 αυτά τα ταμεία κάλυπταν περίπου το 97% του πληθυσμού.⁸⁷ Στα μεγαλύτερα ταμεία περιλαμβάνονταν το ΙΚΑ (που κάλυπτε τους περισσότερους εργαζόμενους/-ες στις αστικές περιοχές), ο ΟΓΑ (που κάλυπτε τους αγρότες/-ισσες), ο ΟΑΕΕ (που κάλυπτε ανθρώπους που ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες), και ο ΟΠΑΔ (που κάλυπτε τους/τις υπαλλήλους του δημόσιου τομέα). Το κάθε ταμείο παρείχε τα δικά του πακέτα παροχών και καλύψεις διαφορετικής έκτασης και έτσι η φύση της κάλυψης υγείας ενός ατόμου εξαρτιόταν από το ταμείο στο οποίο ήταν ενταγμένο. Οι συνταξιούχοι καλύπτονταν από το ταμείο στο οποίο είχαν εισφέρει ενόσω εργάζονταν. Οι άνθρωποι που ήταν άνεργοι καλύπτονταν από ένα ειδικό ταμείο που χρηματοδοτείτο από τον προϋπολογισμό για την υγεία. Οι άνθρωποι που ζούσαν στην φτώχεια δικαιούντο δωρεάν περίθαλψη μέσω του ΕΣΥ, από τη στιγμή που τους δινόταν ένα βιβλιάριο που επιβεβαίωνε ότι ήταν δικαιούχοι. Οι άνθρωποι έπρεπε να καταβάλουν μια συμμετοχή της τάξης του 25% για φάρμακα, με κάποιες εξαιρέσεις, και υπήρχε και κάποια συμμετοχή όσον αφορά τις διαγνωστικές εξετάσεις. Παρότι γενικά δεν υπήρχε συμμετοχή όσον αφορά την επίσκεψη σε γιατρό, οι άνθρωποι είχαν επίσης την δυνατότητα να επισκεφθούν γιατρούς σε «απογευματινά ιατρεία» όπου γιατροί του ΕΣΥ παρείχαν ραντεβού επί πληρωμή. Το ΕΣΥ αντιμετώπιζε σοβαρά δομικά προβλήματα ακόμα και πριν την οικονομική κρίση. Σε αυτά περιλαμβάνονταν υψηλά επίπεδα

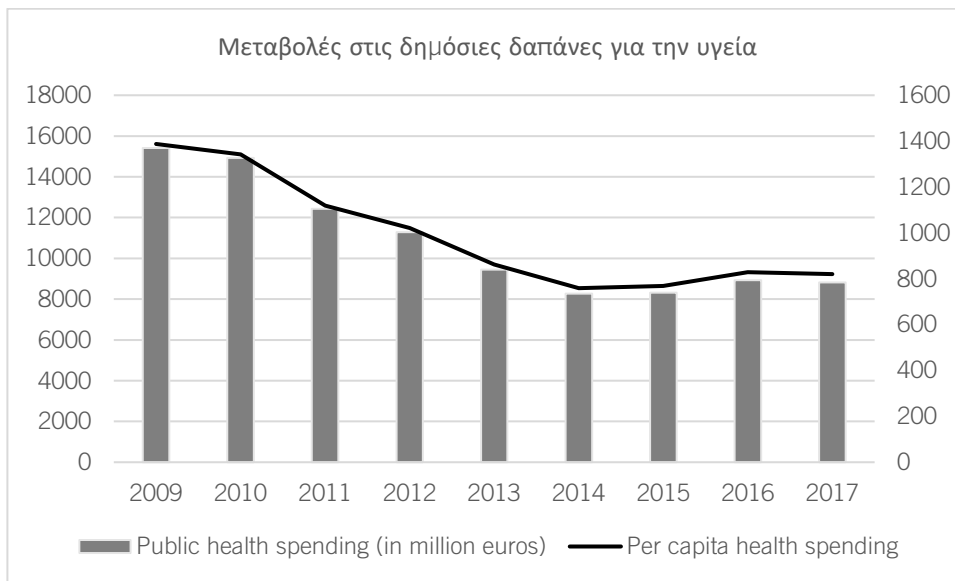
⁸⁶ European Observatory on Health Systems and Policies, "Greece: Health System Review 2017", *Health Systems in Transition*, σ. 40, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf

⁸⁷ European Observatory on Health Systems and Policies, "Greece: Health System Review 2010", *Health Systems in Transition*, σ. 31, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf

διαφθοράς,⁸⁸ ένα αδύναμο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας,⁸⁹ άνιση πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εξαιτίας των κατακερματισμένων ταμείων με βάση το επάγγελμα,⁹⁰ και άνιση κατανομή ανά περιφέρεια των ανθρώπινων πόρων και των υποδομών υγείας.⁹¹

4.1 ΜΕΙΩΜΕΝΕΣ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Πολύ σύντομα αφότου ξεκίνησε η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, η κυβέρνηση άρχισε να κάνει περικοπές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Όπως φανερώνει το παρακάτω διάγραμμα, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα μειώθηκαν από 15,41218 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 σε 8,815 δισεκατομμύρια ευρώ το 2017, μία μείωση 42,8%.⁹² Κατά την ίδια περίοδο, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (δηλαδή για κάθε άτομο), μειώθηκαν επίσης κατά 40%.⁹³ Σε αυτήν την περίοδο, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ επίσης μειώθηκαν: έπεσαν από 6,49% το 2009 σε 4,89% το 2017.⁹⁴



⁸⁸ Π.χ., European Observatory on Health Systems and Policies, "Greece: Health System Review 2017", *Health Systems in Transition*, σ. 136, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf. Η έκθεση διαπίστωσε ότι «Η διαφθορά στην υγεία είναι άλλος ένας παράγοντας που εμποδίζει την πρόσβαση, και οι πληρωμές κάτω από το τραπέζι (άτυπες) είναι εκτεταμένες». Για παράδειγμα, ανέφερε μια μελέτη που διαπίστωσε ότι σε μια έρευνα σε 2.741 ανθρώπους που διεξήχθη το 2012, περίπου τα δύο τρίτα όσων απάντησαν οι οποίοι είχαν χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες, είχαν κάνει άτυπες πληρωμές. Η μελέτη είναι διαθέσιμη εδώ: Souliotis K et al., "Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last", *European Journal of Health Economics*, 17(2):159–170 (2016).

⁸⁹ "Greece—the cost of recovery", *Lancet*, Vol 3 (8), 2018, [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(18\)30146-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(18)30146-4/fulltext)

⁹⁰ C Economou et al, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", European Observatory on Health Systems and Policies, 2014, σ. 8, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf.

⁹¹ C Economou et al, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", European Observatory on Health Systems and Policies, 2014, σ. 8, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf.

⁹² Πρόκειται για τις δαπάνες υγείας από τα κυβερνητικά σχήματα και τα σχήματα χρηματοδότησης της υγείας από την υποχρεωτική συνεισφορά όπως καταγράφονται από την Eurostat. Eurostat, Health care expenditure by financing scheme [Τελευταία επικαιροποίηση 24-2-2020]. Αυτό το διάγραμμα βασίζεται σε στοιχεία του "Health care expenditure by financing scheme" της Eurostat, ενώ οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία όπως μετρούνται σύμφωνα με τα στοιχεία του "General government expenditure by function (COFOG)" της Eurostat είναι ελαφρώς διαφορετικές. Επιλέχθηκε η πρώτη πηγή επειδή περιέχει περαιτέρω υπολογισμούς όσον αφορά τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία και τις δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ, που ήταν σχετικές με αυτήν την ανάλυση. Οι αριθμοί στην δεύτερη είναι κάπως διαφορετικοί, αλλά η συνολική τάση είναι η ίδια. Με βάση τα στοιχεία του "General government expenditure by function (COFOG)" της Eurostat, οι δαπάνες για την δημόσια υγεία στην Ελλάδα μειώθηκαν κατά 43% από το 2009 έως το 2018. Βλ. Eurostat, General government expenditure by function (COFOG), [Τελευταία επικαιροποίηση 24-2-2020]

⁹³ Πρόκειται για τις δαπάνες υγείας από τα κυβερνητικά σχήματα και τα σχήματα χρηματοδότησης της υγείας από την υποχρεωτική συνεισφορά όπως καταγράφονται από την Eurostat. Eurostat, Health care expenditure by financing scheme [Τελευταία επικαιροποίηση 24-2-2020]

⁹⁴ Πρόκειται για τις δαπάνες υγείας από τα κυβερνητικά σχήματα και τα σχήματα χρηματοδότησης της υγείας από την υποχρεωτική συνεισφορά όπως καταγράφονται από την Eurostat. Eurostat, Health care expenditure by financing scheme [Τελευταία επικαιροποίηση 24-2-2020]

Επιπρόσθετα δεδομένα δείχνουν μια πιο αναλυτική εικόνα για το πώς συγκεκριμένοι τομείς στο σύστημα δημόσιας υγείας επηρεάστηκαν από τις περικοπές στον προϋπολογισμό.⁹⁵ «Ιατρικά προϊόντα», που περιλαμβάνουν δαπάνες για φάρμακα, και «νοσοκομειακές υπηρεσίες» επηρεάστηκαν σημαντικά. Παρά την αύξηση από το 2014, οι δαπάνες για ιατρικά προϊόντα μειώθηκαν κατά περισσότερο από 50% ανάμεσα στα έτη 2009 και 2018. Παρομοίως, οι δαπάνες για νοσοκομειακές υπηρεσίες μειώθηκαν κατά 43% την ίδια περίοδο. Σε αυτήν την περίοδο σημειώθηκε επίσης μια μείωση στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία όσον αφορά τους μισθούς των εργαζομένων στην υγεία (που εξετάζεται πιο λεπτομερώς παρακάτω) και όσον αφορά τις δαπάνες για την πρόληψη. Οι τελευταίες μειώθηκαν κατά 33% μεταξύ των ετών 2009 και 2016.⁹⁶

4.2 ΔΙΑΡΘΡΩΤΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΟ Ε.Σ.Υ.

Οι μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες για υγεία συνοδεύτηκαν από διαρθρωτικές αλλαγές στο δημόσιο σύστημα υγείας. Μια από αυτές ήταν η δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) το 2011. Τα διάφορα υφιστάμενα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης με βάση το επάγγελμα συγχωνεύθηκαν για να δημιουργηθεί ο ΕΟΠΥΥ, ο οποίος έκτοτε είναι ο μοναδικός αγοραστής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Ελλάδα για υπηρεσίες που καλύπτονται από το ΕΣΥ. Θεσπίστηκε ένα ενιαίο πακέτο παροχών. Περαιτέρω, υπήρξαν κομβικές αλλαγές στην φαρμακευτική πολιτική κατά την περίοδο αυτή, συμπεριλαμβανομένης της θέσπισης ενός υποχρεωτικού συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Αυτό απαιτήσε οι συνταγογραφήσεις να γίνονται με βάση την «δραστική ουσία» αντί την εμπορική ονομασία, ένα νέο σύστημα τιμολόγησης αναφοράς για να μειωθούν οι τιμές στα φάρμακα, συγκεντρωτικό σύστημα προμηθειών, προώθηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων (συμπεριλαμβανομένης της απαίτησης το 50% των συνταγογραφούμενων/χρησιμοποιούμενων φαρμάκων στα δημόσια νοσοκομεία να είναι γενόσημα), και την εφαρμογή εκπτώσεων (rebates) και μηχανισμών αυτόματης επιστροφής (clawback).⁹⁷ Ο μηχανισμός αυτόματης επιστροφής εφαρμόστηκε το 2012 ως μια προσωρινή λύση για την μείωση των δημόσιων δαπανών για φάρμακα. Η κυβέρνηση θα έθετε ένα πλαφόν στις δημόσιες δαπάνες για φάρμακα και οποιαδήποτε δαπάνη πάνω από αυτό το ποσό θα πληρωνόταν, ή θα «επιστρεφόταν» από τις φαρμακευτικές εταιρίες.⁹⁸ Η αυτόματη επιστροφή ισχύει ακόμα και το ποσό που λαμβάνεται μέσω αυτού του μηχανισμού έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια. Το 2015 οι αυτόματες επιστροφές και οι εκπτώσεις (μια έκπτωση που επιβάλλεται στις φαρμακευτικές βιομηχανίες, βάσει της οποίας επέστρεφαν μέρος των εσόδων τους στο κράτος) ανήλθαν περίπου σε 736 εκατομμύρια ευρώ,⁹⁹ και τον Ιανουάριο του 2018, φέρονται να ανήλθαν στο 27,3% των συνολικών δαπανών για φάρμακα.¹⁰⁰ Η βιωσιμότητα του μηχανισμού αυτόματης επιστροφής αμφισβητείται από την βιομηχανία φαρμάκων.¹⁰¹

Τα μέτρα λιτότητας είχαν επίσης ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να πρέπει να επωμιστούν μεγαλύτερο ποσοστό από το κόστος για την υγεία τους. Αυτό συνέβη με διάφορους τρόπους. Πρώτον: η ενιαιοποίηση των πακέτων παροχών υπό τον ΕΟΠΥΥ σήμανε την μείωση της κάλυψης για ορισμένες υπηρεσίες για κάποιους ασφαλισμένους/-ες. Παρότι το πακέτο παροχών του ΕΟΠΥΥ θεωρείται πλήρες, κάποιες ακριβές εξετάσεις – π.χ. δοκιμασίες αλυσιδωτής αντίδρασης πολυμεράσης (που χρησιμοποιούνται στις εξετάσεις για HIV, άλλους ιούς και κάποιους μύκητες) και εξετάσεις για θρομβοφιλία – οι οποίες καλύπτονταν από κάποια από τα ταμεία με βάση το επάγγελμα, αφαιρέθηκαν από την λίστα παροχών. Περιορισμοί στις παροχές εφαρμόστηκαν επίσης όσον αφορά τον τοκετό, την αεροθεραπεία, την λουτροθεραπεία, την θεραπεία για θαλασσαιμία, την

⁹⁵ Eurostat, General government expenditure by function (COFOG), [Τελευταία επικαιροποίηση 24-2-2020]

⁹⁶ Στατιστικά στοιχεία είναι διαθέσιμα σε φύλλα δεδομένων εδώ: ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας / 2018, <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/>

⁹⁷ C Economou et al, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", European Observatory on Health Systems and Policies, 2014, σ. 115, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf.

⁹⁸ European Observatory on Health Systems and Policies, "Greece: Health System Review 2017", *Health Systems in Transition*, σ. 119, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf

⁹⁹ European Observatory on Health Systems and Policies, "Greece: Health System Review 2017", *Health Systems in Transition*, σ. 96, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf

¹⁰⁰ European Parliament, Parliamentary questions, Parliamentary questions, http://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-8-2018-000472_EN.html

¹⁰¹ D Konti, "Pharmaceuticals reject clawback blueprint", *Ekathimerini*, 13 Δεκεμβρίου 2018,

<http://www.ekathimerini.com/235679/article/ekathimerini/business/pharmaceuticals-reject-clawback-blueprint>. D Konti, "Pharmaceuticals reiterate call for clawback system to be abolished", *Ekathimerini*, 27 Μαρτίου 2019, <http://www.ekathimerini.com/238972/article/ekathimerini/business/pharmaceuticals-reiterate-call-for-clawback-system-to-be-abolished>

λογοθεραπεία, την περίθαλψη για νεφροπαθείς και τις υπηρεσίες οπτικών.¹⁰² Με άλλα λόγια, οι άνθρωποι θα έπρεπε πλέον να πληρώνουν από την τσέπη τους για κάποιες υπηρεσίες για τις οποίες προηγουμένως ήταν ασφαλισμένοι. **Δεύτερον:** η συμμετοχή για τα φάρμακα αυξήθηκε. Όπως προαναφέρθηκε, πριν τα μέτρα λιτότητας υπήρχε πάντα μια γενική συμμετοχή 25% χωρίς πλαφόν για τα φάρμακα, με κάποιες εξαιρέσεις: κάποια φάρμακα είχαν 0% συμμετοχή και άλλα είχαν 10% συμμετοχή. Το ποσό συμμετοχής για τον γενικό πληθυσμό αυξήθηκε μετά την οικονομική κρίση από 0% σε 10% για κάποια φάρμακα,¹⁰³ και από 10% σε 25% για κάποια άλλα φάρμακα.¹⁰⁴ Επιπλέον, ένα τέλος 1 ευρώ επιβλήθηκε σε όλες τις συνταγογραφήσεις.¹⁰⁵ Κάποιες ομάδες εξαιρέθηκαν από αυτές τις επιβαρύνσεις.¹⁰⁶ Γενικά, η μέση συμμετοχή για τα φάρμακα αυξήθηκε από 13,3% το 2012 σε 18% το 2013.¹⁰⁷ Επιπλέον, τώρα που οι γιατροί υποχρεούνται να συνταγογραφούν γενόσημα φάρμακα, εάν ένας ασθενής επιλέξει ή λαμβάνει ένα πρωτότυπο φάρμακο θα πρέπει να πληρώσει τη διαφορά κόστους ανάμεσα στο γενόσημο και το πρωτότυπο φάρμακο. Μια λίστα μη καλυπτόμενων φαρμάκων θεσπίστηκε το 2012, μαζί με μία λίστα μη-συνταγογραφούμενων φαρμάκων, η οποία περιλάμβανε κάποια φάρμακα που παλιότερα καλύπτονταν (όπως παυσίπονα), και τώρα οι άνθρωποι θα έπρεπε να τα πληρώνουν οι ίδιοι.¹⁰⁸ Το 2011 θεσπίστηκαν χρεώσεις από 3 έως 5 ευρώ για όσα άτομα έκαναν χρήση υπηρεσιών εξωτερικών ιατρείων σε δημόσια νοσοκομεία και κλινικές. Αυτό τελικά καταργήθηκε το 2015. Το 2014 θεσπίστηκε ένα εισιτήριο 25 ευρώ για εισαγωγή στα δημόσια νοσοκομεία, το οποίο επίσης καταργήθηκε το 2015. Αυτές οι συνεισφορές ήταν επιπλέον των υφιστάμενων πληρωμών που έκαναν οι ασθενείς, για παράδειγμα, για επισκέψεις σε απογευματινά ιατρεία. Αυτά τα ραντεβού μπορεί να στοιχίσουν από 16 έως 72 ευρώ για μια επίσκεψη σε παθολόγο ή εξωτερικό ιατρείο.

Στα πιο πρόσφατα χρόνια της κρίσης, η κυβέρνηση συνεργάστηκε με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για να αντιμετωπίσει την περιορισμένη διαθεσιμότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στο ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας. Έως τον Φεβρουάριο του 2020, 127 νέες μονάδες πρωτοβάθμιας υγείας σε επίπεδο κοινότητας, γνωστές στην Ελλάδα ως TOMY, είχαν δημιουργηθεί, οι οποίες επιτόπου είναι δωρεάν. Από το 2017, περισσότερα από 300.000 άτομα έχουν εγγραφεί σε TOMY και έχουν επωφεληθεί των υπηρεσιών τους.¹⁰⁹ Η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα αυτής της μεταρρύθμισης έχει αμφισβητηθεί, καθώς χρηματοδοτείται από κοινού από τον κρατικό προϋπολογισμό και την Ευρωπαϊκή Ένωση, με την χρηματοδότηση της Ε.Ε. να έχει διασφαλισθεί μόνο για τρία χρόνια. Άλλα ζητήματα που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα της μεταρρύθμισης περιλαμβάνουν τις δυσκολίες πρόσληψης ειδικευμένων οικογενειακών γιατρών.¹¹⁰

¹⁰² European Observatory on Health Systems and Policies, "Greece: Health System Review 2017", *Health Systems in Transition*, σ. 52, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf

¹⁰³ Φάρμακα για την νόσο του Αλτσχάιμερ, την άνοια, την επιληψία, την αγγειοπάθεια, την νόσο Buerger, τον διαβήτη τύπου 2 και την Νόσο Charcot αυξήθηκαν από 0 σε 10%. C Economou et al, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", European Observatory on Health Systems and Policies, 2014, σ. 17, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf

¹⁰⁴ Φάρμακα για την στεφανιαία νόσο, την υπερλιπιδαιμία, την ρευματοειδή αρθρίτιδα, την ψωριασική αρθρίτιδα, τον λύκο, την αγγειίτιδα, την σπονδυλοαρθρίτιδα, το σκληρόδερμα, την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, τα αδενώματα της υπόφυσης, την οστεοπόρωση, την νόσο Paget, την νόσο του Crohn και την κίρρωση αυξήθηκαν από 10% σε 25%. Φάρμακα για την πνευμονική υπέρταση αυξήθηκαν από 0 σε 25%. C Economou et al, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", European Observatory on Health Systems and Policies, 2014, σ. 17, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf

¹⁰⁵ Νόμος 4093/2012.

¹⁰⁶ Για παράδειγμα, δεν υπάρχει χρέωση στον χρήστη για κάποια φάρμακα για χρόνιες παθήσεις, άτομα ή οικογένειες με χαμηλά εισοδήματα εξαιρούνται από την συμμετοχή, και συνταξιούχοι με χαμηλό εισόδημα οφείλουν να πληρώσουν μόνο 10% συμμετοχή για κάποια φάρμακα.

¹⁰⁷ C Economou et al, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", European Observatory on Health Systems and Policies, 2014, σ. 17, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf

¹⁰⁸ European Observatory on Health Systems and Policies, "Greece: Health System Review 2017", *Health Systems in Transition*, Vol 19, No. 5, 2017, σ. 52, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf

¹⁰⁹ WHO, TOMYS and the rapid growth of primary health care in Greece, 2019, <http://www.euro.who.int/en/countries/greece/news/news/2019/4/tomys-and-the-rapid-growth-of-primary-health-care-in-greece> <http://athina984.gr/wp-site/2020/02/10/dianeosis-ena-neo-ethniko-systima-vgeias/>

¹¹⁰ C. Lionis et al, "Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne's tread" *Primary Health Care Research and Development*, Ιούλιος 2019, διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6683235/>

4.3 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

“Οι συνθήκες εργασίας έγιναν πιο δύσκολες. Αισθανόμαστε απογοητευμένοι ως γιατροί. Σαν να μην έχουμε μέλλον... Υπάρχουν ελλείψεις ιατρικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία. Η γενιά μου είναι γιατροί μεγάλης ηλικίας, δεν υπάρχουν νέοι γιατροί.”

Γιατρός, Αθήνα, Ιανουάριος 2019¹¹¹

“Νιώθω έντονη πίεση. Παλεύουμε για αλλαγή. Αυτό με κάνει αισιόδοξο, ο αγώνας.”

Γιατρός, Θεσσαλονίκη, Φεβρουάριος¹¹²

Στο πλαίσιο των μέτρων για την μείωση των δαπανών για την υγεία, οι μισθοί των εργαζομένων στην δημόσια υγεία μειώθηκαν το 2010: 12% τον Ιανουάριο του 2010 και άλλο ένα 8% τον Ιούνιο του 2010.¹¹³ Σχεδόν όλα τα επιδόματά τους καταργήθηκαν και δεν καταβλήθηκαν μόνους σε σχέση με την αποδοτικότητα.¹¹⁴ Υπήρξε επίσης όριο στις προσλήψεις προσωπικού και για κάθε 5 άτομα που έφευγαν ή συνταξιοδοτούνταν, προσλαμβάνονταν μόνο ένα άτομο.¹¹⁵ Περαιτέρω περικοπές επιβλήθηκαν στους μισθούς των γιατρών του ΕΣΥ το 2012 και το 2017.¹¹⁶ Η Διεθνής Αμνηστία συνομίλησε με 55 εργαζόμενους/-ες στον τομέα της υγείας οι οποίοι/-ες δούλευαν στο δημόσιο σύστημα υγείας σε διάφορες θέσεις, συμπεριλαμβανομένων γιατρών, νοσηλευτών/-ριών και βοηθών νοσηλευτών/-ριών. Όλοι/-ες τους εξέφρασαν ανησυχίες για τις περικοπές στους μισθούς και τα επιδόματά τους και κάποιοι εξήγησαν πως αυτό προκάλεσε οικονομική πίεση στο σπίτι. Ο Γ*, ένας νοσηλεύτης σε μονάδα αιμοκάθαρσης στην Αθήνα είπε στην Διεθνή Αμνηστία «Χάσαμε πολλά χρήματα εξαιτίας των περικοπών στον μισθό μας. Αυτό είχε επιπτώσεις στην καθημερινή μας ζωή και στην δυνατότητα να διαχειριστούμε τα νοικοκυριά μας. Δεν είναι δίκαιο αυτή... [η] κατάσταση δεν καλυτερεύει, χειροτερεύει.»¹¹⁷ Μια άλλη νοσηλεύτρια στην Θεσσαλονίκη είπε, «Ο μισθός μου μειώθηκε, οι γονείς μου με βοηθούν με το παιδί

¹¹¹ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 31 Ιανουαρίου 2019, Αθήνα.

¹¹² Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 9 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

¹¹³ C Economou et al, “The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece”, European Observatory on Health Systems and Policies, 2014, σ. 33, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf.

¹¹⁴ C Economou et al, “The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece”, European Observatory on Health Systems and Policies, 2014, σ. 22, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf.

¹¹⁵ Βλ. Greece: Reducing the number of public servants – Latest Developments, 23 Ιουνίου 2016,

<https://www.eurofound.europa.eu/publications/article/2016/greece-reducing-the-number-of-public-servants-latest-developments>.

¹¹⁶ Ο Νόμος 4093/2012 θέσπισε περαιτέρω περικοπές στους μισθούς των γιατρών του ΕΣΥ. Το 2018, η Ολομέλεια του Συμβουλίου της Επικρατείας έκρινε αυτές τις περικοπές αντισυνταγματικές. Ενώσεις γιατρών εξέφρασαν ανησυχίες για τις μεταρρυθμίσεις που επέφερε ο Νόμος 4472/2017 με αποτέλεσμα χαμηλότερο καθαρό εισόδημα. Τον Μάρτιο του 2019, οι προβλέψεις αυτού του νόμου κρίθηκαν επίσης αντισυνταγματικές από πρωτοβάθμια δικαστήρια. Βλ. Νόμος 4093/2012 «Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016 – Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016», διαθέσιμος στο: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/99876/119456/F1056585399/GRC99876%20Grk.pdf>. και Απόφαση Συμβουλίου της Επικρατείας Νο 431/2018, διαθέσιμη στο: http://www.dsanet.gr/Epikairothta/Nomologia/steol%20431_2018.htm. Νόμος 4472/2017, διαθέσιμος στο: <https://www.e-nomothesia.gr/suntaksiodotika/nomos-4472-2017-fek-74a-19-5-2017.html>

¹¹⁷ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 1 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

μου και έτσι μπορώ να ανταπεξέλθω στις υποχρεώσεις μου... Πληρώνω λογαριασμούς με δόσεις». ¹¹⁸ Ένας γιατρός στα Χανιά εξέφρασε αντίστοιχη αίσθηση λέγοντας, «Οι γιατροί με οικογένεια δεν μπορούν να τα βγάλουν πέρα... Είμαι παντρεμένος με μικρό παιδί και μόλις που μπορούμε να τα βγάλουμε πέρα. Είμαι νέος και μπορώ να ανταπεξέλθω, αλλά μεγαλύτεροι σε ηλικία γιατροί δυσκολεύονται...». ¹¹⁹ Πολλοί εξέφρασαν ανησυχία για την φυγή γιατρών στο εξωτερικό η οποία έχει ως αποτέλεσμα ένα σημαντικό κενό σε ειδικευόμενους γιατρούς στο ΕΣΥ. ¹²⁰ Ο Πάνος Παπανικολάου, νευροχειρουργός και Γενικός Γραμματέας του Δ.Σ. της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (ΟΕΝΓΕ) είπε: «Οι συνθήκες εργασίας μας επηρεαστήκαν από τρεις συγκεκριμένους παράγοντες. Πρώτον από την υποστελέχωση. Το μεγαλύτερο δραματικό πρόβλημα αυτή την στιγμή που επέφεραν τα μέτρα λιτότητας ήταν η συνεχιζόμενη μαζική μετανάστευση νέων γιατρών στο εξωτερικό... Έχουμε φύγει από το 2010 μέχρι σήμερα, σχεδόν 20.000 νέοι γιατροί με βάση τα στοιχεία από τους Ιατρικούς Συλλόγους». ¹²¹

Οι εργαζόμενοι στην υγεία είχαν επίσης στην Διεθνή Αμνηστία ότι οι περικοπές στους μισθούς και στα επιδόματά τους συνοδεύτηκαν από αύξηση του φόρτου εργασίας, εξαιτίας ενός συνδυασμού μικρότερης πλήρωσης θέσεων και μεγαλύτερης ζήτησης για ιατρική φροντίδα. Όπως ανέφερε μια γιατρός στην Αθήνα «Χάσαμε πολλούς γιατρούς και έχουμε πολύ περισσότερο κόσμο». Σημείωσε ότι έβλεπε περίπου 25 άτομα την ημέρα πριν την κρίση, και τώρα βλέπει περίπου 45 άτομα την ημέρα. ¹²² Άλλη μία γιατρός στην Θεσσαλονίκη είπε ότι είχε την αίσθηση ότι έβλεπε τώρα 20% περισσότερους ασθενείς απ' ό,τι πριν την κρίση. ¹²³ Αυτά επανέλαβε και νοσηλεύτρια στην Θεσσαλονίκη η οποία είπε «Ο αριθμός του προσωπικού παρέμεινε ίδιος και καμία πρόσληψη δεν λαμβάνει χώρα για το προσωπικό που συνταξιοδοτείται. Αυτό σημαίνει πιο δύσκολες και περισσότερες ώρες (για μένα)». ¹²⁴

“Ένωσα θυμό [για τις περικοπές] ... “Όσο περνάει ο καιρός νιώθω... πώς να το εξηγήσω... δεν νιώθω μόνο θυμό, αλλά απογοήτευση. Για το πώς η κυβέρνηση έχει μεταχειριστεί τους εργαζόμενους και τους συνταξιούχους.”

Γιατρός, Πάτρα, Φεβρουάριος 2019 ¹²⁵

Οι εργαζόμενοι/-ες στον τομέα της υγείας μοιράστηκαν επίσης τον συναισθηματικό αντίκτυπο της εργασίας εν μέσω οικονομικής κρίσης και μέτρων λιτότητας και ενώ προσπαθούσαν να παρέχουν ποιοτική φροντίδα σε ασθενείς σε μια εξαιρετικά δύσκολη εποχή. «Είχαμε μια αίσθηση ανασφάλειας και αβεβαιότητας. Συναισθηματικά μας ήταν δύσκολο να ανταποκριθούμε στις ανάγκες των ασθενών», είπε ένας εργαζόμενος στον χώρο της υγείας. ¹²⁶ «Ως γιατροί, θέλαμε να προσπαθήσουμε να περιθάλψουμε την κοινωνία. Νιώθαμε πολύ άσχημα. Άνθρωποι έρχονταν σε εμάς, μας έλεγαν όλα τους τα προβλήματα. Ήμασταν όλοι σαν ψυχίατροι... [εκείνη την εποχή] ένωσα μεγάλη κατάθλιψη, αλλά με ώθησε να δράσω... Καταστρέφουν την υγεία, την παιδεία, και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης όταν οι άνθρωποι τα χρειάζονται περισσότερο», είπε μία άλλη γιατρός. ¹²⁷

¹¹⁸ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 11 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

¹¹⁹ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, Αύγουστος 2018, Χανιά.

¹²⁰ <https://www.capital.gr/epikairota/3329860/pano-apo-17-500-ellines-giatroi-ergazontai-sto-exoteriko>.

¹²¹ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 14 Σεπτεμβρίου 2018, Αθήνα.

¹²² Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 5 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

¹²³ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 8 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

¹²⁴ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 11 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

¹²⁵ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 2 Φεβρουαρίου 2019, Πάτρα.

¹²⁶ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 8 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

¹²⁷ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 5 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.



Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ Γ.¹²⁸

Ο Γ.* είναι νοσηλευτής ψυχικής υγείας. «Καθ' όλη την περίοδο της κρίσης εργαζόμουν σε ένα από τα βασικά ψυχιατρικά νοσοκομεία της Ελλάδας», είπε στην Διεθνή Αμνηστία. «Όσον αφορά τους μισθούς μας, βιώσαμε ό,τι και ο κάθε μέσος δημόσιος υπάλληλος, τεράστιες περικοπές. Υπήρξε επίσης μια τεράστια μείωση προσωπικού με τα μέτρα εθελούσιας συνταξιοδότησης. Και δεδομένων των μέτρων για μη-πρόσληψη, το προσωπικό δεν αντικαταστάθηκε». Ο Γ.* πιστεύει ότι οι περικοπές οδήγησαν περισσότερο κόσμο να αναζητήσει περίθαλψη στα δημόσια νοσοκομεία, το οποίο, σε συνδυασμό με την μείωση των πόρων, οδήγησε σε υπερπληρότητα. «Υπήρξε κάποιο σημείο όπου ένας θάλαμος που προορίζεται για 27 άτομα δέχτηκε 45. Επίσης, στον ίδιο θάλαμο έπρεπε να περιθάλψεις άτομα με ζητήματα ψυχικής υγείας όπως σχιζοφρένια, και ταυτόχρονα άτομα με [λιγότερο σοβαρά ζητήματα] όπως εξαρτήσεις... Είναι μια ντροπιαστική εικόνα».

Κάποιοι εργαζόμενοι/-ες στην υγεία εξήγησαν πώς ο αυξημένος φόρτος εργασίας και η υποστελέχωση θα μπορούσαν να έχουν επιπτώσεις στην ποιότητα της φροντίδας που λάμβαναν οι άνθρωποι. «Υπάρχουν μέρες που τρέχουμε παντού, και δεν τα βγάζουμε πέρα. Οι ασθενείς νευριάζουν. Μπορεί να είμαι ο μόνος από το παραϊατρικό προσωπικό στη διάρκεια μιας βάρδιας [σε όλο το νοσοκομείο]. Ο μισθός μας μειώνεται διαρκώς και η δουλειά μας αυξάνεται. Κάνω τα πάντα, μεταφέρω ασθενείς, πηγαίνω αίμα στο εργαστήριο. Υπάρχουν μέρες όπου υπάρχει μόνο ένα μέλος του παραϊατρικού προσωπικού για ολόκληρο το νοσοκομείο»,¹²⁹ είπε ένα μέλος του παραϊατρικού προσωπικού ενός κρατικού νοσοκομείου. Μία νοσηλεύτρια είπε στην Διεθνή Αμνηστία «Ως νοσηλεύτρια μου χρωστούν αρκετά ρεπό και πολύ χρόνο διακοπών... Μπορείτε να φανταστείτε πόσο κουρασμένες είμαστε... επίσης γίνεται πολύ επικίνδυνο για τον ασθενή, του οποίου οι ανάγκες δεν ικανοποιούνται».¹³⁰ Εργαζόμενοι/-ες στην υγεία επεσήμαναν επίσης άλλα εμπόδια που αύξησαν την ταλαιπωρία για τους ασθενείς. Μια εργαζόμενη εξήγησε ότι είχε δει γιατρούς στις πρώτες βοήθειες να συνταγογραφούν φάρμακα χειρόγραφα εξαιτίας της έλλειψης χρόνου. Αυτά τα φάρμακα δεν θα ήταν δωρεάν, καθώς θα έπρεπε να είναι ηλεκτρονικά συνταγογραφημένα για να είναι δωρεάν. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς θα έπρεπε να ξαναπάνε στους γιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας να πάρουν συνταγή, κι αυτό μπορούσε να χρειαστεί άλλη μια εβδομάδα.¹³¹

Είναι επίσης κρίσιμο να σημειωθεί ότι το ξέσπασμα της πανδημίας COVID-19 έχει επηρεάσει σοβαρά την υγεία, την ασφάλεια, και τις συνθήκες εργασίας των εργαζομένων στον τομέα της υγείας σε διάφορες χώρες, συμπεριλαμβανομένης της Ελλάδας. Πολλές από τις προκλήσεις που διαπιστώθηκαν στα παραπάνω κεφάλαια έχουν επιδεινωθεί στην τωρινή συγκυρία. Η Διεθνή Αμνηστία συνομίλησε με κάποιους εργαζόμενους/-ες στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων κάποιων που συμμετέχουν στην αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19 στην Ελλάδα, οι οποίοι/-ες εξήγησαν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν, οι οποίες συμπεριλαμβάνουν δυσκολίες εξαιτίας των χαμηλών αριθμών του προσωπικού, ελλείψεις σε κατάλληλο προστατευτικό εξοπλισμό για τους εργαζόμενους/-ες στην υγεία, και ελλείψεις σε κατάλληλο ιατρικό εξοπλισμό συμπεριλαμβανομένων αναπνευστήρων και κλινών ΜΕΘ.¹³² Περαιτέρω, την 1^η Απριλίου 2020, η Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (ΟΕΝΓΕ) εξέφρασε σοβαρές ανησυχίες για τους ανεπαρκείς αριθμούς κλινών ΜΕΘ και προσωπικού που θα προσληφθεί, για τον περιορισμένο χρόνο των συμβάσεων εκείνων που θα προσληφθούν και για την έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού.¹³³ Οι εργαζόμενοι/-ες στην υγεία τόνισαν τις ελλείψεις σε κατάλληλο προστατευτικό εξοπλισμό λέγοντας: «Δεν έχουμε υλικά» και «Έχουμε έλλειψη προστατευτικού εξοπλισμού όπως σε όλα τα νοσοκομεία».¹³⁴ Δημοσιεύματα στα ΜΜΕ έχουν επίσης επαναλάβει πολλές από αυτές τις ανησυχίες.¹³⁵ Κάποιοι συνδέουν τις επιπτώσεις των μέτρων λιτότητας στο σύστημα υγείας, με την δυνατότά του να ανταποκριθεί στην πανδημία COVID-19. Μία γιατρός είπε: «Δεν έχουμε τη δυνατότητα. Την τελευταία δεκαετία το σύστημα ισοπεδώθηκε»¹³⁶ Μια άλλη νοσηλεύτρια είπε: «Πληρώνουμε [για] τις περικοπές που έγιναν απ' τη λιτότητα».¹³⁷ Ένας άλλος εργαζόμενος στην υγεία

¹²⁸ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 25 Σεπτεμβρίου 2019, Αθήνα.

¹²⁹ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 16 Φεβρουαρίου 2019, Κεφαλονιά.

¹³⁰ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 2 Φεβρουαρίου 2019, Πάτρα.

¹³¹ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 7 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

¹³² Συνεντεύξεις με 8 εργαζόμενους/-ες στην υγεία, στην ενδοχώρα και στα νησιά της Ελλάδας από τις 26 Μαρτίου 2020 έως την 1^η Απριλίου 2020.

¹³³ Δημόσια συνέντευξη της Προέδρου του Δ.Σ. της ΟΕΝΓΕ Αφροδίτης Ρέτζιου, 1 Απριλίου 2020,

https://www.youtube.com/watch?v=bwR_kqIF438.

¹³⁴ Συνεντεύξεις με 8 εργαζόμενους/-ες στην υγεία, στην ενδοχώρα και στα νησιά της Ελλάδας από τις 26 Μαρτίου 2020 έως την 1^η Απριλίου 2020.

¹³⁵ A Fotiadis, "Doctors, Nurses Question Greek Government's Coronavirus Response" *Balkan Insight*, 6 Απριλίου 2020,

<https://balkaninsight.com/2020/04/06/doctors-nurses-question-greek-governments-coronavirus-response/>

¹³⁶ Τηλεφωνική συνέντευξη με μια γιατρό που εργάζεται σε τμήμα επειγόντων περιστατικών για COVID-19, 30 Μαρτίου 2020, νοσοκομείο στην ενδοχώρα.

¹³⁷ Τηλεφωνική συνέντευξη με νοσηλεύτρια, 31 Μαρτίου 2020, νοσοκομείο στην ενδοχώρα.

επανάλαβε κάτι αντίστοιχο λέγοντας: «Στην περίοδο της οικονομικής κρίσης που έγιναν περικοπές στην υγεία αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τα περισσότερα νοσοκομεία να δουλεύουν με το μισό προσωπικό με αυτό που απαιτείται και... σχεδόν αδυνατούμε να ανταπεξέλθουμε... [Δ]εν είμαστε καθόλου θωρακισμένοι όσον αφορά την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και την ασφάλεια του προσωπικού. [Στο νοσοκομείο μας], εργαζόμαστε με το μισό από το απαιτούμενο προσωπικό και αν αυξηθούν τα περιστατικά [με COVID-19] θα είναι αδύνατον».¹³⁸ Την εποχή της σύνταξης της έκθεσης, η κυβέρνηση είχε ανακοινώσει την πρόσληψη 4.200 εργαζομένων και την προμήθεια ιατρικού εξοπλισμού και προστατευτικού εξοπλισμού.¹³⁹ Ο αριθμός των κλινών ΜΕΘ είχε επίσης αυξηθεί από 565 σε 870 στο τέλος Μαρτίου.¹⁴⁰

4.4 ΠΩΣ ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΑΝ ΤΑ ΜΕΤΡΑ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ

Τα διεθνή πρότυπα ανθρωπίνων δικαιωμάτων προβλέπουν κάποιες διαδικαστικές υποχρεώσεις με τις οποίες τα κράτη θα πρέπει να συμμορφώνονται όταν αναπτύσσουν και εφαρμόζουν μέτρα λιτότητας. Ο τρόπος με τον οποίο η Ελλάδα εφάρμοσε τα μέτρα λιτότητας που περιεγράφηκαν παραπάνω δεν συνάδει με αυτές τις υποχρεώσεις.

Πρώτον, τα Κράτη θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι τα μέτρα λιτότητας δεν συνιστούν άμεσα ή έμμεσα διάκριση, είτε ως προς τον σκοπό είτε ως προς το αποτέλεσμά τους.¹⁴¹ Ένας τρόπος με τον οποίον μπορούν να αναγνωριστούν και να διορθωθούν πιθανά αποτελέσματα των μέτρων λιτότητας που συνιστούν διάκριση, είναι μέσω της διενέργειας μελετών επιπτώσεων αυτών των μέτρων στα ανθρώπινα δικαιώματα προτού και αφότου αναπτυχθούν και εφαρμοστούν. Τα Κράτη θα πρέπει επομένως να διενεργούν μελέτες επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα όσον αφορά τις πολιτικές οικονομικής μεταρρύθμισης που εξετάζονται και εφαρμόζονται ως απάντηση σε οξείες οικονομικές και δημοσιονομικές κρίσεις, οι οποίες είναι πιθανόν να προκαλέσουν δυσμενείς επιπτώσεις στα ανθρώπινα δικαιώματα.¹⁴² Υπήρχε σοβαρός λόγος να πιστεύει κανείς ότι η κλίμακα της λιτότητας και της δημοσιονομικής εξυγίανσης στην Ελλάδα μπορεί να ενείχε τον κίνδυνο δυσμενών επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα. Κατά την τελευταία δεκαετία, πολλαπλά δημοσιεύματα στον τύπο, ακαδημαϊκές μελέτες, ακτιβιστικές δράσεις της κοινωνίας των πολιτών και παρατηρήσεις περιφερειακών και διεθνών οργάνων ανθρωπίνων δικαιωμάτων είχαν τονίσει το πόσο οι άνθρωποι στην Ελλάδα δυσκολεύονταν εξαιτίας αυτών των μέτρων. Η Διεθνής Αμνηστία συνομίλησε με εκπροσώπους του Υπουργείου Υγείας, του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και του Υπουργείου Οικονομικών. Κανείς/καμία τους δεν γνώριζε να έχει διεξαχθεί οποιαδήποτε μελέτη επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα όσον αφορά τα μέτρα λιτότητας και τις διαδικασίες δημοσιονομικής εξυγίανσης που περιεγράφηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, είτε πριν είτε αφότου θεσπίστηκαν ή αφότου εφαρμόστηκαν. Αυτό συμπεριλαμβάνει τόσο τα γενικά μέτρα όσο και τα συγκεκριμένα μέτρα στον δημόσιο τομέα υγείας. Εάν είχαν διενεργηθεί αυτές οι μελέτες επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα, θα μπορούσαν να είχαν διαπιστωθεί από νωρίς πιθανές δυσμενείς επιπτώσεις στα ανθρώπινα δικαιώματα, και θα μπορούσαν να είχαν ληφθεί μέτρα άμβλυνσης.

Δεύτερον, τα διεθνή πρότυπα ανθρωπίνων δικαιωμάτων απαιτούν τα μέτρα λιτότητας να βασίζονται στη διαφάνεια και την γνήσια συμμετοχή των ομάδων που επηρεάζονται.¹⁴³ Στην Ελλάδα, ωστόσο, αυτά τα μέτρα εκπονήθηκαν σε μεγάλο βαθμό από κυβερνητικές και επίσημες υπηρεσίες και εφαρμόστηκαν ως κατεπείγοντα, με περιορισμένες ευκαιρίες για οποιαδήποτε δημόσια διαβούλευση. Τα μέτρα λιτότητας αντιμετωπίστηκαν με τεράστιες διαδηλώσεις και μεγάλη αντίθεση.¹⁴⁴ Η Διεθνής Αμνηστία συνομίλησε με εκπροσώπους του

¹³⁸ Τηλεφωνική συνέντευξη με εργαζόμενο στην υγεία, 1 Απριλίου 2020, νησιωτικό νοσοκομείο.

¹³⁹ IMF, Policy Responses to COVID-19, https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19?fbclid=IwAR0h49sY5heyrdmD00nJkwSte_rGB-yzIbY8TD29XsdSahceWqgNEXy#G. COVID-19, Health system Response Monitor, <https://www.covid19healthsystem.org/countries/greece/countrypage.aspx>

¹⁴⁰ Βλ. πληροφορίες για την ανταπόκριση των συστημάτων υγείας στην κρίση COVID-19, ενημερώσεις για την Ελλάδα, C Economou et al, <https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx>. «Τον Φεβρουάριο του 2020, υπήρχαν συνολικά 565 δημόσιες κλίνες ΜΕΘ στην Ελλάδα, χωρίς διαθεσιμότητα για πιθανή απαιτούμενη νοσηλεία για περιπτώσεις COVID-19. Την 31^η Μαρτίου, ο συνολικός αριθμός κλινών ΜΕΘ είχε αυξηθεί σε 870, με την πλειονότητά τους (703) να βρίσκεται σε δημόσια νοσοκομεία: τα ιδιωτικά νοσοκομεία έχουν 137 κλίνες, και τα στρατιωτικά νοσοκομεία έχουν άλλες 30 κλίνες».

¹⁴¹ OHCHR, "Report on austerity measures and economic and social rights", https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Development/RightsCrisis/E-2013-82_en.pdf

¹⁴² UN Human Rights Council, Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of human rights, particularly economic, social and cultural rights, "Guiding principles on human rights impact assessments of economic reforms", A/HRC/40/57, 19 Δεκεμβρίου 2018.

¹⁴³ UN Human Rights Council, Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt, A/HRC/37/54, 20 Δεκεμβρίου 2017

¹⁴⁴ Για παράδειγμα, βλ. - N Kitsantonis and R Donadio, "Greek Parliament Passes Austerity Plan After Riots Rage" *New York Times*, 12 Φεβρουαρίου 2020, <https://www.nytimes.com/2012/02/13/world/europe/greeks-pessimistic-in-anti-austerity-protests.html>. E Labropoulou, "Thousands protest austerity measures in Greece" *CNN News*, 26 Σεπτεμβρίου 2012, <https://edition.cnn.com/2012/09/26/world/europe/greece-protests/index.html>. "Thousands protest against Greek government's austerity

Υπουργείου Υγείας, του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και του Υπουργείου Οικονομικών. Κανείς/καμία τους δεν γνώριζε οποιαδήποτε διαδικασία με την οποία να ζητήθηκε η συμμετοχή των ανθρώπων που επηρεάζονταν, κατά την διάρκεια της ανάπτυξης και της εφαρμογής των μέτρων λιτότητας. Κανένα από τα άτομα από τα οποία πήρε συνέντευξη η Διεθνής Αμνηστία δεν είτε οτιδήποτε όσον αφορά συμμετοχή του στον τρόπο με τον οποίο αναπτύχθηκαν και εφαρμόστηκαν τα μέτρα λιτότητας. Το 2015, η κυβέρνηση διοργάνωσε ένα δημοψήφισμα ρωτώντας αν οι όροι διάσωσης στο τρίτο πρόγραμμα χρηματοδοτικής βοήθειας (που εξετάζεται πιο λεπτομερώς παρακάτω σε αυτήν την έκθεση) θα πρέπει να γίνουν αποδεκτοί, και το αποτέλεσμα ήταν ένα «όχι» με 61% των ψήφων.¹⁴⁵ Δύο εμπειρογνώμονες του ΟΗΕ στα ανθρώπινα δικαιώματα «καλωσόρισαν το δημοψήφισμα» λέγοντας ότι αποφάσισε «με δημοκρατική διαδικασία τον δρόμο που θα ακολουθηθεί για να επιλυθεί η οικονομική κρίση χωρίς επιδείνωση της κατάστασης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων».¹⁴⁶ Ωστόσο, εν τέλει, η κυβέρνηση συμμετείχε στο πρόγραμμα και αποδέχτηκε τους όρους οι οποίοι είχαν καταψηφιστεί στο δημοψήφισμα.¹⁴⁷

Τρίτον, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα ανθρωπίνων δικαιωμάτων, η κυβέρνηση θα πρέπει να αποδείξει ότι τα μέτρα λιτότητας είναι αναγκαία, ως προς το ότι θα πρέπει να είναι δικαιολογημένα μετά από την πιο προσεκτική εξέταση όλων των άλλων λιγότερο περιοριστικών εναλλακτικών.¹⁴⁸ Δεν υπήρξε καμία δημόσια εξήγηση για το ποιες άλλες εναλλακτικές εξετάστηκαν προτού εφαρμοστούν οι περικοπές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία και στις άλλες κοινωνικές δαπάνες. Αντιθέτως, αυτές οι περικοπές ξεκίνησαν από την αρχή της περιόδου της λιτότητας, το 2009. Όπως σημειώθηκε προηγουμένως, μόνο στον τομέα της υγείας, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα έπεσαν από 15,41218 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009 σε 8,815 δισεκατομμύρια ευρώ το 2017, μια μείωση 42,8%.¹⁴⁹ Στα πρώτα χρόνια της λιτότητας, εξαιτίας της πίεσης κάτω από την οποία βρισκόταν η Ελλάδα, σχολιαστές επεσήμαναν πως αυτές οι περικοπές εφαρμόζονταν με έναν καθολικό, οριζόντιο τρόπο.¹⁵⁰ Λιγότερο περιοριστικά μέτρα, όπως η αυτόματη επιστροφή χρημάτων (clawback) για τα φάρμακα, η οποία οδήγησε σε σημαντική εξοικονόμηση, θεσπίστηκαν μόλις το 2012. Επομένως, μέτρα που περιγράφονται σε αυτήν την έκθεση ότι είχαν συνέπειες οπισθοδρόμησης όσον αφορά το δικαίωμα στην υγεία (δηλαδή επιδείνωσαν την προστασία του δικαιώματος στην υγεία) – συμπεριλαμβανομένων των οριζόντιων περικοπών στον προϋπολογισμό για την υγεία, των μειώσεων στις αποδοχές των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, και της αύξησης της συμμετοχής για τα φάρμακα – εφαρμόστηκαν πριν από άλλα μέτρα που εξοικονόμησαν δαπάνες στο δημόσιο σύστημα υγείας χωρίς να θέτουν αδικαιολόγητα σε κίνδυνο το δικαίωμα στην υγεία.

measures" *Independent*, 1 Μαΐου 2013, <https://www.independent.co.uk/news/world/europe/thousands-protest-against-greek-governments-austerity-measures-8599669.html>

¹⁴⁵ I Traynor et al, "Greek referendum no vote signals huge challenge to eurozone leaders" *The Guardian*, 5 Ιουλίου 2015, <https://www.theguardian.com/business/2015/jul/05/greek-referendum-no-vote-signals-huge-challenge-to-eurozone-leaders>. "Greece debt crisis: Greek voters reject bailout offer" *BBC News*, 6 Ιουλίου 2015, <https://www.bbc.co.uk/news/world-europe-33403665>

¹⁴⁶ OHCHR, "UN human rights experts welcome Greek referendum and call for international solidarity", 30 Ιουλίου 2015, <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16170&LangID=E>

¹⁴⁷ M Lowen, "Greek debt crisis: What was the point of the referendum?" *BBC News*, 11 Ιουλίου 2015, <https://www.bbc.co.uk/news/world-europe-33492387>

¹⁴⁸ UN Human Rights Council, Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt, UN Doc. A/HRC/37/54, 20 Δεκεμβρίου 2017.

¹⁴⁹ Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία, 8 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

¹⁵⁰ Βλ. π.χ. European Observatory on Health Systems and Policies, "Greece: Health System Review 2017", *Health Systems in Transition*, σ. 145, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf: «Τα μέτρα συγκράτησης του κόστους πήραν την μορφή οριζόντιων περικοπών αντί για μια πιο μελετημένη και στρατηγική προσέγγιση που να επικεντρώνεται στην κατανομή των πόρων, εν μέρει εξαιτίας της πίεσης που ασκήθηκε από το ΠΟΠ για επίτευξη άμεσων αποτελεσμάτων στις περικοπές των δαπανών για την υγεία».

5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

“Μεταφορικά μιλώντας, θα μπορούσε κανείς να πει ότι η υπερβολική λιτότητα στον δημόσιο τομέα υγείας πρώτα σκότωσε τους νοσηλευτές/-τριες και τους γιατρούς πριν καν φτάσει στους ασθενείς. Παρότι έγιναν προσπάθειες να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών στους δικαιούχους, ήταν αδύνατον να γίνουν τόσο δραστικές περικοπές σε τόσο μικρό χρονικό διάστημα χωρίς να διακυβευτεί το δικαίωμα στην υγεία σε όλες του τις διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της προσβασιμότητας, της οικονομικής προσιτότητας, του αποδεκτού και της ποιότητας.”

Ανεξάρτητος Εμπειρογνώμονας του ΟΗΕ για τα επιπτώσεις του εξωτερικού χρέους, Έκθεση για την Ελλάδα, 2016¹⁵¹

¹⁵¹ Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights on his mission to Greece, A/HRC/31/60/Add.2, 21 Απριλίου 2016, <https://undocs.org/A/HRC/31/60/Add.2>

Αυτό το κεφάλαιο εξετάζει το πώς τα μέτρα λιτότητας είχαν ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της προσβασιμότητας και της οικονομικής προσιτότητας της ιατρικής φροντίδας στην Ελλάδα. Βασίζεται σε πάνω από 130 συνεντεύξεις που πήρε η Διεθνής Αμνηστία από ανθρώπους που κάνουν χρήση του δημόσιου συστήματος υγείας και εργαζόμενους/-ες στον τομέα της υγείας, καθώς και σε ποσοτικά δεδομένα για τις ανάγκες υγείας που δεν ικανοποιήθηκαν και τις καταστροφικές δαπάνες υγείας, και σε συνεντεύξεις με ειδικούς στην δημόσια υγεία. Περιγράφει τους πολλαπλούς φραγμούς που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι όσον αφορά την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας σήμερα, που περιλαμβάνουν μεγάλους χρόνους αναμονής και υψηλό κόστος φροντίδας, και εξετάζει τις επείγουσες προκλήσεις που πρέπει να επιλύσει το δημόσιο σύστημα υγείας στο άμεσο μέλλον.

5.1 ΤΑ ΠΡΩΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΤΗΣ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ

Κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων των μέτρων λιτότητας, από το 2009 έως το 2013 περίπου, σχολιαστές έχουν επισημάνει τις καθολικές, οριζόντιες περικοπές που επιβλήθηκαν σε όλον τον τομέα της υγείας για να επιτευχθεί γρήγορη εξοικονόμηση.¹⁵² Για παράδειγμα, όπως επισημαίνουν οι Κεντικελένης και Παπανικόλας, «Αντικατοπτρίζοντας τις έντονες πιέσεις για μείωση δαπανών, το Υπουργείο Οικονομικών επέβαλε καθολικές περικοπές στους προϋπολογισμούς των δημόσιων νοσοκομείων, των υπηρεσιών που αντιμετωπίζουν τη χρήση παράνομων ουσιών και άλλων δημόσιων οργανισμών υγείας».¹⁵³ Σύμφωνα με μια ανάλυση του συστήματος υγείας που διενεργήθηκε από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας,¹⁵⁴ «Τα μέτρα συγκράτησης του κόστους πήραν την μορφή οριζόντιων περικοπών αντί για μια πιο μελετημένη και στρατηγική προσέγγιση που να επικεντρώνεται στην κατανομή των πόρων, εν μέρει εξαιτίας της πίεσης που ασκήθηκε από το ΠΟΠ [πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής] για επίτευξη άμεσων αποτελεσμάτων στις περικοπές των δαπανών για την υγεία... περικοπές έγιναν σε όλο το φάσμα για να επιτευχθούν στόχοι παρά για να αυξηθεί η αποδοτικότητα μακροπρόθεσμα».¹⁵⁵

Δημοσιεύματα έδειχναν πως το σύστημα υγείας στην Ελλάδα κατέρρευε ως αποτέλεσμα των μεγάλων περικοπών στον προϋπολογισμό. Περιέγραφαν το δημόσιο σύστημα υγείας ως «στο χείλος της καταστροφής»,¹⁵⁶ μια «ανθρωπιστική έκτακτη ανάγκη»,¹⁵⁷ και «σε δεινή θέση».¹⁵⁸ Σε δημόσια νοσοκομεία, εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας ανέφεραν ελλείψεις σε βασικές προμήθειες, που περιλάμβαναν φάρμακα, βασικά εμβόλια,¹⁵⁹ χαρτί υγείας, καθετήρες, ενδοπροθέσεις (stents), επιδέσμους και σύριγγες.¹⁶⁰ Περιέγραφαν

¹⁵² Βλ. π.χ.: A Kentikelenis, M Karanikolos, et al, "Greece's health crisis: from austerity to denialism" 383 *Lancet* 2014, <http://crisisobs.gr/wp-content/uploads/2014/02/Kentikelenis-et-al-Greece-health-Crisis.pdf>: «Στην υγεία, ο βασικός στόχος των μεταρρυθμίσεων ήταν να μειωθούν γρήγορα και δραστικά οι δημόσιες δαπάνες θέτοντας ένα πλάφόν στο 6% του ΑΕΠ»- WHO, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece", http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf: «Μέχρι τώρα, η διαδικασία μεταρρύθμισης ήταν κατά κάποιον τρόπο αποσπασματική και μια σειρά από στρατηγικές, διαδικασίες και μέθοδοι για την βελτίωση του εθνικού συστήματος υγείας χρειάζεται ακόμα να εφαρμοστούν. Τα υιοθετημένα μέτρα της μεταρρύθμισης έχουν μειώσει τις δαπάνες για την δημόσια υγεία σε όλο το φάσμα της (οδηγώντας σε περικοπές κάποιων υπηρεσιών και σε μεγαλύτερους χρόνους αναμονής) έχουν αυξήσει τις χρεώσεις όσων κάνουν χρήση και έχουν μειώσει τους αριθμούς των εργαζομένων στην υγεία περικρίνοντας μισθούς, χωρίς να λαμβάνουν υπόψη την αποδοτικότητα των πόρων κατά τη διαδικασία κατανομής τους». Editorial, "Greece - the cost of recovery", *Lancet* 2018, [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(18\)30146-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(18)30146-4/fulltext): "... η εφαρμογή μεγάλων περικοπών αδιακρίτως, βραχυπρόθεσμες απαντήσεις σε μια δημοσιονομική κρίση της χώρας με ελάχιστη εξέταση των μακροχρόνιων επιπτώσεων στην ποιότητα της φροντίδας και την ισότητα στην υγεία, μπορεί να έχει θλάψει τον πληθυσμό σε βαθμό που ακόμα δεν έχουμε αντιληφθεί».

¹⁵³ A Kentikelenis & I Papanicolas, "Economic crisis, austerity and the Greek public health system" *European Journal of Public Health*, 22 (1) 2012, <https://academic.oup.com/eurpub/article/22/1/4/490107>

¹⁵⁴ Το Παρατηρητήριο είναι μια σύμπραξη που φιλοξενείται από τον ΠΟΥ Ευρώπης και η οποία περιλαμβάνει άλλους διεθνείς οργανισμούς (την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Παγκόσμια Τράπεζα), εθνικές και περιφερειακές κυβερνήσεις (Αυστρία, Βέλγιο, Φιλανδία, Ιρλανδία, Νορβηγία, Σλοβενία, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία, Ηνωμένο Βασίλειο και την Περιφέρεια Veneto της Ιταλίας), άλλες οργανώσεις συστημάτων υγείας (την Γαλλική Εθνική Ένωση Ταμείων Ασφάλισης Υγείας (UNCAM), το Health Foundation), και ακαδημαϊκούς φορείς (το London School of Economics and Political Science (LSE) και το London School of Hygiene & Tropical Medicine (LSHTM)).

¹⁵⁵ European Observatory on Health Systems and Policies, "Greece: Health System Review 2017", *Health Systems in Transition*, σ. 145, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf.

¹⁵⁶ P Beaumont, "Greece's health care system is on the brink of catastrophe" *The Guardian*, 5 Αυγούστου 2011, <https://www.theguardian.com/world/2011/aug/05/greece-healthcare-brink-catastrophe>

¹⁵⁷ W Kremer & Z Badawi, "Greece's life-saving austerity medics" *BBC News*, 10 Ιουλίου 2013, <https://www.bbc.co.uk/news/magazine-23247914>

¹⁵⁸ K Kelland, "Basic hygiene at risk in debt-stricken Greek hospitals" *Reuters*, 4 December 2012, <https://www.reuters.com/article/us-greece-austerity-disease/basic-hygiene-at-risk-in-debt-stricken-greek-hospitals-idUSBRE8B3ONR20121204>

¹⁵⁹ E Karamanoli, "5 years of austerity takes its toll on Greek health care" *Lancet* 286 (10010) 2015,

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS0140-6736\(15\)01163-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS0140-6736(15)01163-0/fulltext)

¹⁶⁰ P Beaumont, "Greece's health care system is on the brink of catastrophe" *The Guardian*, 5 Αυγούστου 2011,

<https://www.theguardian.com/world/2011/aug/05/greece-healthcare-brink-catastrophe>- S Daley, "Fiscal crisis takes toll on health of Greeks" *New York Times* 26 Δεκεμβρίου 2011, <https://www.nytimes.com/2011/12/27/world/europe/greeks-reeling-from-health-care-cutbacks.html>- A Faiola, "In Greece, fears that austerity is killing the economy" *Washington Post*, 10 Ιανουαρίου 2012, https://www.washingtonpost.com/world/europe/in-greece-fears-that-austerity-is-killing-the-economy/2012/01/09/gIQA9hAFpP_story.html- E

επίσης μια αύξηση του αριθμού των ανθρώπων που προσέρχονταν στο δημόσιο σύστημα υγείας, και μακρές λίστες αναμονής ακόμα και για κρίσιμες διαδικασίες όπως η περίθαλψη για καρκίνο.¹⁶¹ Δημοσιεύματα έκαναν λόγο για σοβαρή υπερπληρότητα σε νοσοκομεία και τμήματα επειγόντων περιστατικών, ανησυχίες για τις συνθήκες υγιεινής,¹⁶² και σε ορισμένα, για ελλείψεις σε τρόφιμα για τους ασθενείς.¹⁶³ Οι άνθρωποι περιέγραφαν τις εμπειρίες τους από τις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν να πληρώσουν για ιατρική φροντίδα,¹⁶⁴ βασικά φάρμακα, ακόμα και τα συμπληρωματικά έξοδα για φροντίδα, όπως για την μετακίνηση στα κέντρα υγείας¹⁶⁵ και για τηλεφωνήματα για να κλείσουν ραντεβού.¹⁶⁶ Οι ιστορίες τους φανέρωσαν επίσης τις γραφειοκρατικές δυσκολίες όσον αφορά την πρόσβαση στην δωρεάν υγεία, ακόμα και όταν πληρούσαν τις προϋποθέσεις.¹⁶⁷ Καθώς περνούσαν τα χρόνια, η κρίση βάθαινε και η ανεργία εκτοξευόταν. Άνθρωποι των οποίων η κάλυψη υγείας συνδεόταν με το εργασιακό καθεστώς τους άρχισαν να χάνουν την ασφάλιση υγείας και επομένως την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας [αυτό εξετάζεται πιο λεπτομερώς παρακάτω]. Σε συνεντεύξεις στην Διεθνή Αμνηστία, αρκετοί άνθρωποι θυμήθηκαν το πόσο δύσκολες ήταν οι ξαφνικές και εκτεταμένες περικοπές στον προϋπολογισμό.

Η Κ* της οποίας ο πατέρας λάμβανε θεραπεία για καρκίνο σε τελικό στάδιο σε δημόσιο νοσοκομείο της Αθήνας θυμήθηκε το βίωμά της: «Η πρώτη στενή επαφή μας σαν οικογένεια... με το εθνικό σύστημα υγείας, ήταν την περίοδο 2012/2013, όταν ο πατέρας μου διαγνώστηκε με μεταστατικό καρκίνο (εκ των πνευμόνων) τελικού σταδίου. Κατά τη διάρκεια των περίπου 6 μηνών που διήρκεσε η νοσηλεία του και κατάφερε να κρατηθεί στη ζωή, αυτό που θυμάμαι πιο έντονα, είναι οι υπεράνθρωπες προσπάθειες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου δεδομένων των συνθηκών και των μέσων που είχαν στη διάθεση τους, να προσφέρουν ανακούφιση στους ασθενείς και στις οικογένειες τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Απο την άλλη, ήταν μια περίοδος που είχαν παρουσιαστεί ελλείψεις στα φάρμακα για τις χημειοθεραπείες και αν κάτι θυμάμαι πάρα πολύ έντονα, ήταν την αγωνία που βιώσαμε και εμείς σαν οικογένεια, προσπαθώντας να βρούμε τα φάρμακα, μέσω γνωστών από διάφορες περιοχές της Ελλάδας αλλά και από φίλους στο εξωτερικό.... Θυμάμαι την αγωνία στο πρόσωπο του πατέρα μου, περιμένοντας να ακούσει ότι θα είχε στη διάθεση του το φάρμακο, προκειμένου να υποβληθεί στην προγραμματισμένη ανακουφιστική θεραπεία του...»¹⁶⁸

Εκείνη την περίοδο, ένας αριθμός ατρείων κοινωνικής αλληλεγγύης άνοιξε στην Ελλάδα για να εξυπηρετήσει τις ιατρικές ανάγκες ανθρώπων που δεν μπορούσαν να λάβουν φροντίδα από το δημόσιο σύστημα υγείας, είτε επειδή δεν ήταν ασφαλισμένοι είτε επειδή για άλλους λόγους δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα.¹⁶⁹ Ιατρεία κοινωνικής αλληλεγγύης οργανώθηκαν από ενεργούς πολίτες και εθελοντές/-ριες για να ανταποκριθούν στις ανάγκες ανθρώπων που είχαν πληγεί από την κρίση, οι οποίοι είχαν περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες και οι οποίοι επομένως συχνά δεν μπορούσαν να έχουν πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που χρειάζονταν. Αυτά τα ιατρεία ήταν συνήθως στελεχωμένα από εθελοντές/-ριες εργαζόμενους/-ες στον τομέα της υγείας και λάμβαναν φάρμακα και άλλα ιατρικά προϊόντα από δωρεές. Κάποια είχαν αρχικά σχεδιαστεί να εξυπηρετήσουν τον νέο πληθυσμό προσφύγων και μεταναστών/-ριών στην Ελλάδα, αλλά σταδιακά άρχισαν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε οποιονδήποτε τις είχε ανάγκη. Άλλα είχαν δημιουργηθεί με ρητό σκοπό να αναπληρώσουν το κενό στην κάλυψη υγείας που είχαν δημιουργήσει η κρίση και τα μέτρα λιτότητας. Κάποια ιατρεία κοινωνικής αλληλεγγύης λειτουργούσαν απλά ως φαρμακεία, και διέθεταν δωρεάν φάρμακα. Άλλα λειτουργούσαν ως πλήρη ιατρεία, προσφέροντας ραντεβού με γιατρούς, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οδοντιάτρους κ.λπ. σε εκείνους/-ες που το είχαν ανάγκη. Για πολλούς ανθρώπους που επλήγησαν σοβαρά από την κρίση, που ήταν ανασφάλιστοι, άνεργοι, ζούσαν στην φτώχεια, και/ή ήταν παράτυποι μετανάστες/-ριες, αυτά τα ιατρεία κοινωνικής αλληλεγγύης λειτούργησαν ως σανίδα σωτηρίας και παρείχαν απαραίτητη ιατρική

Karamanoli, "Debt crisis strains Greece's ailing health system" *Lancet*, 23 Ιουλίου 2011, [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61152-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61152-5/fulltext)

¹⁶¹ L Alderman, "Amid Cutbacks, Greek Doctors Offer Message to Poor: You Are Not Alone" *The New York Times*, 24 Οκτωβρίου 2012, <https://www.nytimes.com/2012/10/25/world/europe/greek-unemployed-cut-off-from-medical-treatment.html?mtrref=www.google.com&assetType=REGIWALL>

¹⁶² K Kelland, "Basic hygiene at risk in debt-stricken Greek hospitals" *Reuters*, 4 Δεκεμβρίου 2012, <https://www.reuters.com/article/us-greece-austerity-disease/basic-hygiene-at-risk-in-debt-stricken-greek-hospitals-idUSBRE8B30NR20121204>

¹⁶³ P Cockburn, "Starved of funds, now starved of food: pain bites at Greek hospital" *The Independent*, 14 Ιουλίου 2012, <https://www.independent.co.uk/news/world/europe/starved-of-funds-now-starved-of-food-pain-bites-at-greek-hospital-7848855.html>

¹⁶⁴ C Hadjimatheou, "Greek hospitals tighten payment rules" *BBC News Magazine*, 22 Μαΐου 2012, <https://www.bbc.co.uk/news/magazine-18073793>

¹⁶⁵ S Daley, "Fiscal crisis takes toll on health of Greeks", *New York Times*, 26 Δεκεμβρίου 2011, <https://www.nytimes.com/2011/12/27/world/europe/greeks-reeling-from-health-care-cutbacks.html>

¹⁶⁶ Συνεντεύξεις με ανθρώπους που χρησιμοποιούν το σύστημα υγείας σε Θεσσαλονίκη και Αθήνα, Ιανουάριος και Φεβρουάριος 2019.

¹⁶⁷ P Beaumont, "Greece's health care system is on the brink of catastrophe" *The Guardian*, 5 Αυγούστου 2011, <https://www.theguardian.com/world/2011/aug/05/greece-healthcare-brink-catastrophe>

¹⁶⁸ Συνέντευξη με την Κ*, Αθήνα, 30 Νοεμβρίου 2018.

¹⁶⁹ Μία έρευνα που διενεργήθηκε το 2014-2015 εντόπισε 92 ενεργά ιατρεία αλληλεγγύης. Βλ. I Evlabidou and M Kogevinas, "Solidarity outpatient clinics in Greece: a survey of a massive social movement", *Gazeta Sanitaria*, 33(3), 2019, σ. 263-267: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111830013X>

φροντίδα όταν δεν υπήρχαν άλλες επιλογές. Όπως ανέφερε ένα άρθρο για αυτό το θέμα, «Αν δεν υπήρχαν τα ιατρεία αλληλεγγύης, και ελλείψει πόρων για να πάνε σε ιδιωτικά ιατρεία, πολλοί/-ες ασθενείς απλά δεν θα είχαν περίθαλψη ή φάρμακα».¹⁷⁰

5.2 ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΙΣ ΖΩΕΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΩΝ

Αυτό το μέρος εξετάζει τις συνεχιζόμενες επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των μέτρων λιτότητας στην πρόσβαση των ανθρώπων σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Βασίζεται πρωτίστως σε συνεντεύξεις που πάρθηκαν από 75 άτομα που χρησιμοποιούν το σύστημα υγείας και 55 εργαζόμενους/-ες στον τομέα της υγείας το 2018, το 2019 και το 2020, σχεδόν μία δεκαετία αφότου ξεκίνησε η κρίση και εφαρμόστηκαν τα μέτρα λιτότητας. Πολλοί άνθρωποι από τους οποίους πήραμε συνέντευξη ζούσαν σε εξαιρετικά ευάλωτες καταστάσεις: ήταν είτε άνεργοι, ανασφάλιστοι, είτε άστεγοι και πιο πιθανόν να αντιμετωπίζουν προκλήσεις ως προς την πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Πήραμε τις περισσότερες από τις συνεντεύξεις μας μέσω συστάσεων από ιατρεία κοινωνικής αλληλεγγύης και ομάδες της κοινωνίας των πολιτών. Επομένως οι άνθρωποι που έδωσαν συνέντευξη είχαν πρόσβαση σε κάποια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω αυτών των ιατρείων ή των ομάδων της κοινωνίας των πολιτών αλλά μίλησαν στην Διεθνή Αμνηστία συγκεκριμένα για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν όσον αφορά την πρόσβαση σε περίθαλψη στο δημόσιο σύστημα υγείας. Υπάρχουν πιθανόν άνθρωποι που ζουν σε πιο ευάλωτες συνθήκες, οι οποίοι μπορεί να μην σχετίζονται με τέτοιες οργανώσεις και δεν λαμβάνουν ούτε αυτό το επίπεδο υποστήριξης.

Παρότι η Διεθνή Αμνηστία ρώτησε τους ανθρώπους τι διαφορά βίωναν ως προς την πρόσβασή τους σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη πριν και μετά την κρίση και τα μέτρα λιτότητας, οι ερωτώμενοι/-ες κάποιες φορές δεν μπορούσαν να συγκρίνουν με ακρίβεια τις εμπειρίες τους πριν και μετά, καθώς 10 χρόνια είναι πολύς καιρός. Κάποιες φορές δεν θυμούνταν πώς ήταν τα πράγματα το 2008, και άλλες φορές εκείνοι/-ες είχαν αρρωστήσει μετά το 2009 και δεν είχαν κάνει χρήση του συστήματος υγείας στον ίδιο βαθμό πριν την κρίση. Επομένως, όπου ήταν δυνατόν, η Διεθνή Αμνηστία χρησιμοποίησε τα διαθέσιμα ποσοτικά στοιχεία και μελέτες από διεθνείς οργανώσεις και ακαδημαϊκούς για να επιβεβαιώσει πώς αυτά τα βιώματα σχετίζονται με, αν δεν προκλήθηκαν από, την οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας. Περαιτέρω, η Διεθνή Αμνηστία συνεργάστηκε με την GIVMED (μία μη-κερδοσκοπική οργάνωση με σκοπό την διευκόλυνση της πρόσβασης σε φάρμακα για όλους/-ες) για την διανομή ενός ερωτηματολογίου σε κοινωνικά φαρμακεία, ρωτώντας πώς πιστεύουν ότι η κρίση και η λιτότητα συνεχίζουν να επηρεάζουν την δουλειά τους. Οι απαντήσεις σε αυτό το ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβάνονται στην παρακάτω ανάλυση.

5.2.1 ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Η ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΝΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΝΕΙΣ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ ΚΑΙ Ο ΝΟΜΟΣ ΤΟΥ 2016

Καθώς η πρόσβαση στο ΕΣΥ στην Ελλάδα συνδεόταν με το επάγγελμα των ανθρώπων,¹⁷¹ όταν η ανεργία άρχισε να εκτοξεύεται μετά την οικονομική κρίση, πολλοί άνθρωποι διαπίστωσαν ότι είτε δεν μπορούσαν πια να πληρώνουν την εισφορά τους για την κοινωνική ασφάλιση υγείας είτε ότι δεν είχαν πλέον κάλυψη υγείας επειδή δεν εργάζονταν πια. Ο ΕΟΠΥΥ παρείχε κάλυψη μόνο για δύο χρόνια αφότου οι άνθρωποι είχαν σταματήσει να δουλεύουν, κάτι που σήμαινε ότι το 2016 πάνω από 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι ήταν ανασφάλιστοι και δεν είχαν πρόσβαση στη δημόσιο σύστημα υγείας.¹⁷² Θα χρειαζόταν να πληρώνουν για αυτό από την τσέπη τους. Το να μείνεις ανασφάλιστος/-η ήταν ένα από τα μεγαλύτερα εμπόδια στην πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που αντιμετωπίζαν οι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της κρίσης. Οι κυβερνήσεις από το 2013 και μετά θέσπισαν προγράμματα για να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες υγείας των ανασφάλιστων ανθρώπων: σε αυτά περιλαμβάνονταν μια υπουργική απόφαση που θέσπιζε ένα πρόγραμμα εισιτηρίου υγείας

¹⁷⁰ I Evlabidou and M Kogevinas, "Solidarity outpatient clinics in Greece: a survey of a massive social movement", *Gazeta Sanitaria*, 33(3), 2019, σ. 263-267: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391111830013X>

¹⁷¹ Πριν την κρίση, οι άνθρωποι που ήταν άνεργοι στην Ελλάδα είχαν ένα ξεχωριστό ταμείο ασφάλισης υγείας το οποίο χρηματοδοτείτο από τον προϋπολογισμό της κεντρικής κυβέρνησης. Οι άνθρωποι που ζούσαν στην φτώχεια δικαιούνταν δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Βλ. European Observatory on Health Systems and Policies, "Greece: Health System Review 2010", *Health Systems in Transition*, σ. 54, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf

¹⁷² Για παράδειγμα, European Observatory on Health Systems and Policies, "Greece: Health System Review 2017", *Health Systems in Transition*, σ. 76, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf

το 2013,¹⁷³ και δύο επακόλουθες υπουργικές αποφάσεις το 2014.¹⁷⁴ Ωστόσο οι άνθρωποι συνέχισαν να αντιμετωπίζουν διοικητικά εμπόδια στην πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εξαιτίας πολλαπλών δυσκολιών στην εφαρμογή των προγραμμάτων.¹⁷⁵ Τελικά, το 2016, η κυβέρνηση πέρασε τον νόμο 4368/2016, ο οποίος επεδίωξε να διασφαλίσει καθολική πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για ανθρώπους οι οποίοι ήταν ανασφάλιστοι και για αποκαλούμενες «ευάλωτες κοινωνικές ομάδες».¹⁷⁶ Ο νόμος καλύπτει εκείνους τους ανασφάλιστους που είναι νόμιμα διαμένοντες στην Ελλάδα και άτομα που ανήκουν σε «ευάλωτες κοινωνικές ομάδες» ανεξάρτητα από το νομικό τους καθεστώς όπως αιτούντες/-σες άσυλο, εγκύους, παιδιά και άτομα με αναπηρία.

Σχεδόν όλοι οι άνθρωποι από τους οποίους πήρε συνέντευξη η Διεθνής Αμνηστία εξέφρασαν την εκτίμησή τους για την σημασία του νόμου του 2016, και είπαν ότι αποτελούσε σημαντική βελτίωση όσον αφορά τη δυνατότητά τους να έχουν πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Αυτό αποτυπώνεται στην περίπτωση του Γ* παρακάτω. Κάποια κοινωνικά φαρμακεία μας είπαν ότι το βάρος σε αυτά μειώθηκε μετά τον νόμο του 2016, και σήμερα συμβούλευαν τον κόσμο όποτε ήταν δυνατό να αναζητά περίθαλψη στο δημόσιο σύστημα υγείας.¹⁷⁷ Παρότι σημείωνε τον θετικό αντίκτυπο του νόμου του 2016, μία έκθεση του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας ανέφερε «θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπήρξε μια αξιοσημείωτη καθυστέρηση για περισσότερα από πέντε χρόνια μέχρι να βρεθεί λύση για την κάλυψη ανασφάλιστων και φτωχών. Είναι πιθανόν ότι η πίεση που ασκήθηκε από τα ΠΟΠ (προγράμματα οικονομικής προσαρμογής) για εφαρμογή περικοπών στις δαπάνες υγείας δημιούργησε επιπρόσθετα εμπόδια στο να δοθεί έγκαιρη απάντηση και να βρεθούν κατάλληλες λύσεις για την αποκατάσταση της καθολικής πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη».¹⁷⁸



Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ Γ*¹⁷⁹

Ο Γ*, ένας άνδρας 54 ετών, ήταν άνεργος, ανασφάλιστος και άστεγος όταν μίλησε με την Διεθνή Αμνηστία σε έναν ξενώνα που λειτουργεί μια ομάδα της κοινωνίας των πολιτών. «Καταστράφηκα. Πριν την κρίση είχα μια οικογένεια με 4 παιδιά. Ήμουν μηχανικός, η γυναίκα μου ήταν αρχιτέκτονας. Ήμασταν αυτό-απασχολούμενοι και είχαμε την δική μας εταιρία. Μετά την κρίση, πολλοί από τους πελάτες μου δεν μου κατέβαλαν τις πληρωμές και δεν πληρώθηκαν πολλά χρήματα που μου όφειλαν. Δεν μπορούσα να πληρώσω τους εργάτες μου... λένε ότι η φτώχεια φέρνει καβγάδες. Είχα πολλά προβλήματα με τη γυναίκα μου. Καταλήξαμε να χωρίσουμε και εκείνη κράτησε τα παιδιά μας», είπε στην Διεθνή Αμνηστία. Ο Γ* εξήγησε πόσο δύσκολο είχε υπάρξει για εκείνον και την οικογένειά του να έχουν πρόσβαση στην υγεία την τελευταία δεκαετία. Το 2014, η οικογένειά του είχε ανεμβολογιά αλλά κανείς τους δεν είχε την οικονομική δυνατότητα να δει έναν γιατρό. «Ήμουν θυμωμένος. Όχι μόνο για μένα αλλά και για τα παιδιά μου. Ήμουν θυμωμένος με την κυβέρνηση. Ήμουν θυμωμένος με το Μνημόνιο» [Μνημόνιο Συνεννόησης μεταξύ της κυβέρνησης της Ελλάδας και των δανειστών], είπε. Ο Γ* έχει ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας για το οποίο χρειάζεται τακτικά φάρμακα και ιατρική παρακολούθηση. Αρχικά δεν μπορούσε να δει γιατρό γιατί δεν μπορούσε να πληρώνει την χρέωση των 5 ευρώ και επιβίωνε ζητώντας από φίλους του για τα φάρμακα. Ο νόμος του 2016 κατέστησε δυνατή την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Ακόμα χρειάζεται να πληρώνει για κάποια φάρμακα στο δημόσιο σύστημα υγείας, όπως παυσίπονα, και γι' αυτό αυτά τα παίρνει δωρεάν από κοινωνικά φαρμακεία.

¹⁷³ Υπουργική Απόφαση No. 724/4.10/2013, Replacement of Ministerial Decision No. 654/12.8.2013 «Αντικατάσταση της υπ. αριθμ. 654/12/8/2013 Υπουργικής Απόφασης «Όροι και διαδικασία εφαρμογής του Προγράμματος για ελεύθερη πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, των πολιτών που έχουν απολέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα»:

<https://www.taxheaven.gr/laws/circular/view/id/17279>. Μόνο ένας μικρός αριθμός εισιτηρίων διανεμήθηκε εγείροντας αμφιβολίες για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος. European Observatory on Health Systems and Policies, "Greece: Health System Review 2017", *Health Systems in Transition*, σ. 50, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf

¹⁷⁴ Κοινή Υπουργική Απόφαση Υ4α/ΓΠ/οικ.48985/3.6.2014 "Τροποποίηση και συμπλήρωση της υπ' αριθμ. 139491/2006 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 1747/τ.Β') «Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών», διαθέσιμη στο: <https://www.taxheaven.gr/laws/circular/view/id/19131> και Κοινή Υπουργική Απόφαση Γ.Π.Οικ. 56432/2014, διαθέσιμη στο: <https://www.enomothesia.gr/kat-vggia/perithalpse/kva-gp-oik-56432-2014.html>.

¹⁷⁵ European Observatory on Health Systems and Policies, "Greece: Health System Review 2017", *Health Systems in Transition*, σ. 50 και 51, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf

¹⁷⁶ Άρθρο 33 του Νόμου 4368/2016 και Κοινή Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132 «Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας»: <https://www.moh.gov.gr/articles/health/anaptyksh-monadwn-vgeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmiosio-systhma-vgeias>.

¹⁷⁷ Για παράδειγμα, συνέντευξη με κοινωνικά φαρμακεία, 3 Φεβρουαρίου 2019, Κόρινθος.

¹⁷⁸ European Observatory on Health Systems and Policies, "Greece: Health System Review 2017", *Health Systems in Transition*, σ. 51, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/373695/hit-greece-eng.pdf

¹⁷⁹ Συνέντευξη με τον Γ*, 30 Ιανουαρίου 2019, Αθήνα.

Παρότι ο νόμος του 2016 επεδίωξε να παράσχει καθολική πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε σχεδόν 2,5 εκατομμύρια ανθρώπους που προηγουμένως υπήρξαν ανασφάλιστοι, δεν συνοδεύτηκε από επαρκείς πιστώσεις από τον προϋπολογισμό. Εργαζόμενοι/-ες στην υγεία είπαν στην Διεθνή Αμνηστία ότι ο νόμος του 2016 αύξησε το βάρος στο δημόσιο σύστημα υγείας χωρίς αντίστοιχη αύξηση σε πόρους. Υπήρχε μια άμεση ανάγκη για επιπλέον προσωπικό και χρηματοδότηση. Όπως ανέφερε ένας γιατρός: «Όλοι γενικά επηρεάζονται, παρά το γεγονός ότι ο νόμος του 2016 αύξησε την πρόσβαση. Δεν υπήρξε αντίστοιχη αύξηση σε χρηματοδότηση και προσωπικό. Έτσι, τα νοσοκομεία δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν σε αυτήν την αυξημένη ζήτηση. Αντιμετωπίζουμε μια αύξηση 30% με 40% σε ασθενείς, με το ίδιο προσωπικό και πόρους... βάζει τους εργαζόμενους στην υγεία σε πολύ δύσκολη θέση. Διπλασιάζει τη δουλειά τους και τον χρόνο που εργάζονται... δεν αρκεί για τους ασθενείς να μπαίνουν στα νοσοκομεία. Χρειάζεται να μπορούν οι γιατροί να τους βοηθούν».¹⁸⁰ Παρομοίως, ένας εθελοντής σε ένα ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης είπε στην Διεθνή Αμνηστία: «Ο νόμος του 2016 είναι καλός. Ωστόσο, υπάρχει τέτοια μεγάλη κρίση και τα νοσοκομεία δεν μπορούν να λειτουργήσουν όπως πρέπει. Το δημόσιο σύστημα υγείας δεν μπορεί καν να υποστηρίξει τους ασφαλισμένους ανθρώπους, τι είδους βοήθεια νομίζετε ότι μπορούν να δώσουν στους ανασφάλιστους;».¹⁸¹ Αυτό αποτυπώνεται στην ιστορία του Σ* παρακάτω.



Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ Σ*¹⁸²

Ο Σ*, ένας άνδρας 58 ετών, είναι άνεργος και ανασφάλιστος. Περίπου 10 χρόνια πριν υπέστη καρδιακή προσβολή και έκτοτε χρειάζεται τακτικά φάρμακα. Τα φάρμακά του του κοστίζουν περίπου 80 ευρώ το μήνα. Στα πρώτα χρόνια της κρίσης εξαρτιόταν από τα ιατρεία κοινωνικής αλληλεγγύης. Ωστόσο, μετά τον νόμο του 2016, άρχισε να χρησιμοποιεί το δημόσιο σύστημα υγείας. «Αλλά υπάρχουν μακρές λίστες αναμονής και είναι δύσκολο να κλείσεις ραντεβού», είπε. Για παράδειγμα, του πήρε οκτώ εβδομάδες να κλείσει ραντεβού με γιατρό για τα μάτια του, και έξι μήνες για να κάνει κολονοσκόπηση. Για την γενικότερη κατάσταση είπε: «[Παρότι] βλέπω ότι τα πράγματα καλυτερεύουν... η κυβέρνηση λέει ότι βγήκαμε από την κρίση, αλλά δεν έχουμε βγει.»

Επιπλέον, ομάδες που τυπικά έχουν καθολική πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σύμφωνα με τον Νόμο του 2016, έχουν αντιμετωπίσει αυξανόμενα γραφειοκρατικά εμπόδια. Το Άρθρο 33 του Νόμου του 2016 παρέχει πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε αιτούντες/-σες άσυλο και παιδιά, ανεξάρτητα από το νομικό τους καθεστώς. Μέχρι τον Ιούλιο του προηγούμενου έτους τα άτομα που ανήκαν σε αυτές τις ομάδες απαιτείτο να έχουν Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) για να μπορούν να έχουν πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στο δημόσιο σύστημα υγείας. ΜΚΟ που εργάζονται με αιτούντες/-σες άσυλο και ασυνόδευτα ανήλικα στην Ελλάδα μίλησαν στην Διεθνή Αμνηστία για τους φραγμούς που αντιμετωπίζουν πολλοί/-ές αιτούντες/-σες άσυλο όσον αφορά την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας επειδή δεν μπορούν να λάβουν ΑΜΚΑ. Για παράδειγμα ακούσαμε για περιπτώσεις ανθρώπων που τους αρνήθηκαν τον ΑΜΚΑ επειδή κάποιοι υπεύθυνοι είπαν ότι η κάρτα αιτούντος άσυλο δεν ήταν μεταφρασμένη στα ελληνικά. Αυτοί οι φραγμοί επιδεινώθηκαν σημαντικά μετά τις 11 Ιουλίου 2019, όταν το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων απέσυρε την εγκύκλιο που ρύθμιζε το τρόπο με τον οποίο θα αποδιδόταν ο ΑΜΚΑ σε μη-Ελληνες πολίτες. Ως αποτέλεσμα, χιλιάδες αιτούντες/-σες άσυλο και ασυνόδευτα ανήλικα και ανήλικα τέκνα παράτυπων μεταναστών που δεν είχαν ήδη ΑΜΚΑ αντιμετώπισαν δυσκολίες στην πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Η Διεθνή Αμνηστία μίλησε με τους γιατρούς δύο αιτούντων άσυλο με HIV (ενός άνδρα και μιας γυναίκας), οι οποίοι νοσηλεύονται σε μεγάλο νοσοκομείο της Αθήνας, και επίσης συνάντησε τους ασθενείς τους. Όλοι εξήγησαν ότι εάν αυτοί οι ασθενείς έπαιρναν εξιτήριο, δεν θα μπορούσαν να έχουν πρόσβαση στα αντιρετροϊκά τους φάρμακα, καθώς δεν είχαν μπορέσει λάβουν ΑΜΚΑ. Ένας νέος νόμος για το άσυλο (Νόμος 4636/2019) που υιοθετήθηκε από το Ελληνικό Κοινοβούλιο στα τέλη του Νοεμβρίου του 2019, προσπάθησε να ξεπεράσει αυτό το πρόβλημα, προβλέποντας ότι οι αιτούντες/-σες άσυλο θα είχαν πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω ενός Προσωρινού Αριθμού Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Π.Α.Α.Υ.Π.Α.) Ωστόσο, αυτός ο νόμος εγγυάται την πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας μόνο σε εκείνους τους αιτούντες/-σες άσυλο που έχουν ολοκληρώσει την υποβολή των αιτήσεών τους και για τους οποίους έχει επομένως εκδοθεί κάρτα ασύλου, ενώ ο Νόμος του 2016 εγγυάται την πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε αιτούντες/-σες άσυλο από την ημέρα που εκφράζουν την πρόθεσή τους να ζητήσουν άσυλο. Ο νόμος του 2019 επίσης εξαιρεί ορισμένες κατηγορίες αιτούντων/-ουσών άσυλο των οποίων το αίτημα για άσυλο είχε απορριφθεί και των οποίων η προσφυγή κατά της αρνητικής

¹⁸⁰ Συνέντευξη με γιατρό, 3 Φεβρουαρίου 2019, Πάτρα.

¹⁸¹ Συνέντευξη με εθελοντή σε ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης, 30 Ιανουαρίου 2019, Αθήνα.

¹⁸² Συνέντευξη με τον Σ*, 5 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

απόφασης δεν θα σταματούσε μια πιθανή επιστροφή. Τα παιδιά των παράτυπων μεταναστών επίσης συνεχίζουν πρακτικά να εξαιρούνται, καθώς οι διαδικασίες για την εφαρμογή της πρόσβασής τους σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη δεν έχουν εφαρμοστεί. Ανεξάρτητα από τον νέο νόμο, το σύστημα προσωρινού αριθμού ασφάλισης και υγειονομικής περίθαλψης δεν είχε πρακτική εφαρμογή επί αρκετούς μήνες, εκθέτοντας πολλούς/-ές σε αβεβαιότητα και κινδύνους για την υγεία τους. Μόλις στις 31 Ιανουαρίου 2020 οι ελληνικές αρχές προχώρησαν στην έκδοση μιας εφαρμοστικής Κοινής Υπουργικής Απόφασης που χορηγεί έναν «προσωρινό αριθμό ασφάλισης και υγειονομικής περίθαλψης» σε αιτούντες/-σες άσυλο και μόλις την 1^η Απριλίου 2020 άρχισε η Υπουργική Απόφαση να εφαρμόζεται.¹⁸³ Ωστόσο, η εφαρμογή της Απόφασης δεν έχει αντιμετωπίσει τις υφιστάμενες ανησυχίες για κάποιες κατηγορίες όπως για παράδειγμα αιτούντες/-σες άσυλο που δεν έχουν κατορθώσει να υποβάλουν αίτημα ασύλου, ιδιαίτερα σε μια εποχή που η ελληνική Υπηρεσία Ασύλου έχει αναστείλει πολλές από τις δραστηριότητές της εξαιτίας της πανδημίας COVID-19, συμπεριλαμβανομένης της καταγραφής αιτημάτων για άσυλο.

ΜΕΓΑΛΟΙ ΧΡΟΝΟΙ ΑΝΑΜΟΝΗΣ



Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΑΓ*¹⁸⁴

Η ΑΓ* είναι μόνη γονέας με έναν γιο πέντε ετών. Εργάζεται φροντίζοντας άτομα για τέσσερις ώρες την ημέρα και λαμβάνει περίπου 500 ευρώ τον μήνα. Έχει πολλαπλά προβλήματα υγείας και χρησιμοποιεί το δημόσιο σύστημα υγείας. «Κρατάω τα χρήματα για τον γιό μου, σε περίπτωση που χρειαστεί μερικές φορές να πληρώσω ιδιωτικά για παιδίατρο... για μένα περιμένω», μας είπε. Εξήγησε στην Διεθνή Αμνηστία πώς την επηρεάζουν οι μακρές λίστες αναμονής: «Είχα μια άσχημη γρίπη κι έτσι κάλεσα να δω τον γιατρό μου. Μου είπαν πως υπήρχε ραντεβού ένα μήνα μετά. Έτσι, αντί γι' αυτό πήγα στα επείγοντα και περίμενα επί τέσσερις ώρες [μετά από τις οποίες] είπα καλύτερα να πάω σπίτι και να πεθάνω στο κρεβάτι μου.» Παρομοίως έχει ένα πρόβλημα στο μάτι της. «Χρειάζομαι έναν ειδικό να ελέγξει την όρασή μου. Κάλεσα τον Οκτώβριο του 2018 και μου έκλεισαν ραντεβού τον Φεβρουάριο του 2019 ... [ενώ περιμένω] κουράζομαι όταν έχω να γράψω και να διαβάσω», μας είπε.

Η Διεθνή Αμνηστία, για αυτήν την έκθεση, πήρε συνέντευξη από 75 ανθρώπους που χρησιμοποίησαν το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής αναδείχθηκαν ως βασική ανησυχία αναφορικά με την προσβασιμότητα στο σύστημα υγείας. Αρκετοί άνθρωποι επεσήμαναν ότι οι χρόνοι αναμονής για να den κανείς γιατρούς, εξειδικευμένους γιατρούς, και για να κάνει εξετάσεις σε νοσοκομεία, είχαν αυξηθεί κατά την διάρκεια της κρίσης. Περίπου το 90% από τα άτομα που έδωσαν συνέντευξη είπαν ότι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής ήταν μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετώπισαν ως προς την πρόσβαση στην ιατρική φροντίδα όταν την χρειάστηκαν στο δημόσιο σύστημα υγείας. Παρότι κάποιες ευρωπαϊκές χώρες καταγράφουν στοιχεία για τους χρόνους αναμονής στις υπηρεσίες υγείας σε εθνικό επίπεδο, η Ελλάδα δεν το πράττει.¹⁸⁵ Επομένως, δεν είναι δυνατόν να εξακριβωθεί ποσοτικά ο βαθμός στον οποίο οι χρόνοι αναμονής έχουν αυξηθεί και το εάν συγκεκριμένες υπηρεσίες έχουν επηρεαστεί ιδιαίτερα. Ωστόσο, εργαζόμενοι/-ες στην υγεία, εθελοντές/-ριες σε ιατρεία κοινωνικής αλληλεγγύης και εκπρόσωποι της κυβέρνησης με τους οποίους συναντήθηκε η Διεθνή Αμνηστία, όλοι/-ες τους επιβεβαίωσαν ότι οι χρόνοι αναμονής έχουν πράγματι αυξηθεί κατά την διάρκεια της κρίσης και έχουν αποτελέσει μια σημαντική πρόκληση. Αυτό συνάδει και με τα ευρήματα έρευνας του ΠΟΥ για αυτό το θέμα που ανέφεραν: «Παρότι δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία, ανεπίσημες ενδείξεις από το υγειονομικό προσωπικό δείχνουν ότι οι χρόνοι αναμονής για λήψη δημόσιων υπηρεσιών υγείας έχουν αυξηθεί».¹⁸⁶ Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους

¹⁸³ Κοινή Υπουργική Απόφαση 717/2020 - ΦΕΚ 199/Β/31-1-2020, «Ρυθμίσεις για τη διασφάλιση της πρόσβασης των αιτούντων διεθνούς προστασίας στις υπηρεσίες υγείας, την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, την κοινωνική ασφάλιση και την αγορά εργασίας - Έκδοση Π.Α.Α.Υ.Π.Α.», διαθέσιμη στο <https://www.e-nomothesia.gr/kat-allodapoi/prosphuges-politiko-asulo/koine-upourgike-apophase-717-2020.html>. Urgent Action: Migrant Children and Asylum-Seekers still denied healthcare, 12 Φεβρουαρίου 2020, UA: 2/20 Index: EUR 25/1801/2020 Greece, διαθέσιμη στο: <https://www.amnesty.org.uk/urgent-actions/migrant-children-and-asylum-seekers-still-denied-healthcare> και «Απόδοση Προσωρινού Αριθμού Ασφάλισης και Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Π.Α.Α.Υ.Π.Α.)», Δήλωση της 1 Απριλίου 2020, διαθέσιμη στο: <https://www.mitarakis.gr/gov/migration/1975-dt-yma-apodosi-paavpa>.

¹⁸⁴ Συνέντευξη με την ΑΓ*, 31 Ιανουαρίου 2019, Αθήνα.

¹⁸⁵ Για παράδειγμα ο ΟΟΣΑ συγκρίνει στοιχεία για χρόνους αναμονής για συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας σε χώρες όπου συλλέγονται τέτοια στοιχεία. Στοιχεία συλλέγονται στην Δανία, την Σουηδία, την Νορβηγία, την Ισπανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την Ελλάδα στην βάση δεδομένων του ΟΟΣΑ. Η Διεθνή Αμνηστία ζήτησε αυτές τις πληροφορίες από τις ελληνικές αρχές κατά τη διάρκεια της έρευνας για αυτήν την έκθεση. Δεν έχουμε λάβει οποιαδήποτε πληροφορία επ' αυτού την εποχή της δημοσίευσής. Τα στατιστικά του ΟΟΣΑ είναι διαθέσιμα εδώ: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=49344#>

¹⁸⁶ World Health Organization, "The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece" 2014, σ. 38, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf

συνέβη αυτό: ο μειωμένος αριθμός εργαζομένων στην υγεία, η έλλειψη πόρων στον τομέα της υγείας, και ο μεγάλος αριθμός ατόμων που προσέρχονται στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Άνθρωποι ανέφεραν ότι χρειάστηκαν να περιμένουν για πολλούς μήνες για να δουν γιατρούς, να κάνουν διαγνωστικές εξετάσεις και να έχουν πρόσβαση σε θεραπεία. Για παράδειγμα η Π* είπε στην Διεθνή Αμνηστία για τις δυσκολίες που αντιμετώπισε για να κλείσει ραντεβού για το αυτοάνοσο νόσημά της. «Χρειαζόμουν μια αιματολογική εξέταση τον Ιανουάριο και μου έκλεισαν ραντεβού μόλις για τον Μάρτιο... Ανησυχώ γιατί όταν έχω πρόβλημα χρειάζομαι να λάβω θεραπεία για αυτό».¹⁸⁷ Παρομοίως, η ΣΤ*, μια γυναίκα 73 ετών αντιμετώπιζε οξύ πόνο στο πόδι της όταν μίλησε στην Διεθνή Αμνηστία. Έπρεπε να περιμένει ένα μήνα για ραντεβού. Μας είπε: «Θα πρέπει να φροντίσει η κυβέρνηση, αλλά δεν νοιάζονται».¹⁸⁸ Ο Γ.ΓΚ.* , ένας άνδρας 68 ετών, εξήγησε τις δυσκολίες που είχε να κλείσει ραντεβού στο σύστημα υγείας: «Η δυσκολία μου τώρα είναι να κλείσω ραντεβού. Πρέπει να τηλεφωνήσω, και αυτό κοστίζει 1,20 ευρώ το λεπτό. Δεν έχω ίντερνετ στο σπίτι. Και δεν έχω τόσα λεφτά... και μετά πρέπει να περιμένεις τέσσερις μήνες να δεις έναν γιατρό».¹⁸⁹ Άλλοι/-ες είπαν στην Διεθνή Αμνηστία ότι εγκατέλειψαν τις προσπάθειες μετά από κάποιο διάστημα. Μια γυναίκα 23 ετών είπε στην Διεθνή Αμνηστία ότι «ζήτησα ένα ραντεβού σε ΤΟΜΥ [πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα] τον Δεκέμβριο. Μου είπαν να πάρω τον Γενάρη. Όταν πήρα τότε, μου είπαν να πάρω τον Φλεβάρη. Και τότε απλά τα παράτησα».¹⁹⁰

Εργαζόμενοι/-ες στον χώρο της υγείας και ιατρεία κοινωνικής αλληλεγγύης επιβεβαίωσαν ότι οι λίστες αναμονής μεγάλωσαν τα τελευταία χρόνια. Μια εθελόντρια σε ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης στην Αθήνα που ασχολείται ειδικά με την ψυχική υγεία είπε στην Διεθνή Αμνηστία: «Υπάρχουν μακρές λίστες αναμονής στο δημόσιο σύστημα υγείας. Αλλά αν κάποιος έχει κατάθλιψη ή κρίσεις πανικού δεν μπορείς να του πεις ότι πρέπει να έρθει σε τρεις-τέσσερις μήνες.»¹⁹¹ Ένας γιατρός σε νοσοκομείο στην Θεσσαλονίκη επιβεβαίωσε ότι οι λίστες αναμονής μεγαλώνουν, ιδιαίτερα σε ορισμένες ειδικότητες: σημείωσε την αναισθησιολογία, την νευροχειρουργική και την ακτινολογία.¹⁹² Εργαζόμενοι/-ες σε άλλο νοσοκομείο εξήγησαν ότι ήταν κλεισμένοι/-ες για υπερβολικά πολλές περιπτώσεις. Είχαν περίπου 2.500 διαθέσιμα κενά για ραντεβού ειδικοτήτων κάθε 3 μήνες, και λάμβαναν από 50 έως 60 χιλιάδες κλήσεις για αυτά τα κενά.¹⁹³

Άνθρωποι που χρησιμοποιούν το δημόσιο σύστημα υγείας και εργαζόμενοι/-ες στην υγεία είπαν στην Διεθνή Αμνηστία ότι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής για πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα έχουν επηρεάσει αρνητικά τους ανθρώπους που περιμένουν για φροντίδα. Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής αύξησαν τον χρόνο κατά τον οποίο οι άνθρωποι ζουν με επώδυνα συμπτώματα που θα μπορούσαν να αποφευχθούν. Έχουν παρατείνει το άγχος και την ανησυχία των ανθρώπων για το τι ασθένεια έχουν. Και το πιο σοβαρό, σε ορισμένες περιπτώσεις, αυτοί οι χρόνοι αναμονής αύξησαν τον κίνδυνο ασθενειών και την επιδείνωση προβλημάτων υγείας για τα οποία δεν λάμβαναν θεραπεία. Όπως φανερώνουν οι παρακάτω περιπτώσεις, οι άνθρωποι από τους οποίους πήρε συνέντευξη η Διεθνή Αμνηστία της εξήγησαν ότι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής σήμαιναν ότι κάποιες φορές πλήρωσαν από την τσέπη τους για απογευματινό ραντεβού στο δημόσιο σύστημα υγείας ή αναζήτησαν περίθαλψη σε ιδιωτικό νοσοκομείο συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ, με αυτό το επιπρόσθετο βάρος να έρχεται σε μια δύσκολη οικονομικά εποχή. Άλλοι/-ες συνέχισαν να εξαρτώνται αποκλειστικά από ιατρεία κοινωνικής αλληλεγγύης. Οι παρακάτω ιστορίες αποτυπώνουν πώς άνθρωποι σε διαφορετικές καταστάσεις – άνθρωποι οι οποίοι ήταν άνεργοι, αυτοαπασχολούμενοι αλλά ανασφάλιστοι, συνταξιούχοι – έχουν όλοι επηρεαστεί.

Ο Α* είναι ένας άνδρας 63 ετών που ζει στην Αθήνα.¹⁹⁴ Δεν έχει καταφέρει να βρει εργασία από το 2008 και είναι ανασφάλιστος. «Από το 2008 είμαστε δυστυχημένοι, δεν είμαστε εντάξει, δεν υπάρχουν δουλειές. Δεν δουλεύω, κανείς από την οικογένειά μου δεν δουλεύει. Εάν έχεις πολλά παιδιά έχεις πιο πολλά προβλήματα», μας είπε. Ο Α* ζει με τη σύζυγό του και τέσσερα παιδιά και είναι χαρούμενος που δεν χρειάζεται να πληρώνει ενοίκιο. Το μοναδικό του εισόδημα είναι ένα επίδομα 200 ευρώ από το κράτος. «Πριν τον νόμο του 2016 ήταν δύσκολο να πας σε νοσοκομεία και τώρα είναι πολύ καλύτερα», είπε στην Διεθνή Αμνηστία. Ωστόσο, υπάρχουν ακόμα πολλά προβλήματα. Πριν λίγο καιρό, ο Α* ένωσε άρρωστος και νόμιμο ότι είχε συμπτώματα ηπατίτιδας. «Θέλαμε να κάνουμε εξετάσεις για ηπατίτιδα αλλά έπρεπε να περιμένουμε τέσσερις μήνες», μας είπε. Κατά την περίοδο εκείνη ο Α* συνέχισε να έχει συμπτώματα και προσπαθούσε όσο μπορούσε να αποφεύγει την οικογένειά του, καθώς δεν ήθελε να τους μολύνει. Τελικά έμαθε πως δεν έχει ηπατίτιδα, αλλά και πάλι χρειάζεται φάρμακα για να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του. Είπε στην Διεθνή Αμνηστία ότι του ζήτησαν να πληρώσει για τα φάρμακά του και καθώς δεν είχε την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθει στο κόστος,

¹⁸⁷ Συνέντευξη με την Π*, 1 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

¹⁸⁸ Συνέντευξη με την ΣΤ*, 6 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

¹⁸⁹ Συνέντευξη με τον Γ.ΓΚ.*, 30 Ιανουαρίου 2019, Αθήνα.

¹⁹⁰ Συνέντευξη με γυναίκα που χρησιμοποιεί το σύστημα υγείας, 7 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

¹⁹¹ Συνέντευξη με εθελόντρια σε ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης, 4 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

¹⁹² Συνέντευξη με γιατρό, 9 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

¹⁹³ Συνέντευξη με γιατρό, 8 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

¹⁹⁴ Συνέντευξη με τον Α*, 5 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

χρειάστηκε να περάσει 20 ημέρες ζητώντας χρήματα από γνωστούς του προτού καταφέρει να τα αγοράσει. «Χρειάζεται να βλέπω συχνά γιατρό, αλλά δεν έχω χρήματα να πάω», είπε.

Ο Μ*, ένας άνδρας 63 ετών, έχει πληγεί ιδιαίτερα από την οικονομική κρίση.¹⁹⁵ Παρότι τώρα εργάζεται, δεν είναι ασφαλισμένος, γιατί δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να καταβάλει την εισφορά για ασφάλιση υγείας. Εργάζεται ως ελεύθερος επαγγελματίας στον τομέα της ασφάλισης. Το προηγούμενο έτος είχε εισόδημα 12.000 ευρώ προ φόρου. Οι 4.500 χιλιάδες ευρώ πήγαν σε φόρους, και έχει να πληρώσει τέλος 500 ευρώ για να εγγραφεί ως πωλητής. Του απέμειναν 7.000 ευρώ εκείνο το έτος, τα οποία είναι περίπου 585 ευρώ το μήνα. «Έχω τις δικές μου προσωπικές ανάγκες: ηλεκτρικό, νοίκιο, τρόφιμα, κ.λπ. Όταν πληρώσω όλα αυτά, δεν μου μένουν καθόλου χρήματα. Είτε μπορώ να πληρώσω την ασφάλιση υγείας μου –περίπου 350 ευρώ [ετησίως] – ή να έχω κάτι να φάω», είπε στην Διεθνή Αμνηστία. Έχει διαβήτη τύπου 1. Εν μέρει από κοινωνικά φαρμακεία και εν μέρει από το δημόσιο σύστημα υγείας μπορεί να έχει πρόσβαση στα φάρμακά του και στον διαγνωστικό εξοπλισμό δωρεάν. Ωστόσο, αντιμετώπισε δυσκολίες να έχει πρόσβαση σε γιατρούς για τακτικά ραντεβού εξαιτίας των λιστών αναμονής. Ως αποτέλεσμα, συχνά πληρώνει 60 ευρώ για να δει έναν γιατρό το απόγευμα, όταν χρεώνουν τους ασθενείς. «Εάν περιμένω ο διαβήτης θα επιδεινωθεί», μας είπε.

Η Α.Κ.*, μια γυναίκα 68 ετών, μίλησε στην Διεθνή Αμνηστία σε ένα ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης.¹⁹⁶ «Πριν από την κρίση ήμασταν οικονομικά εύποροι. Αλλά καταστραφήκαμε εντελώς. Ο σύζυγός μου είχε μια επιχείρηση. Αλλά τώρα πρέπει να παίρνουμε δάνεια, να υποθηκεύσουμε τα σπίτια μας... Θα ήθελα να αφήνα κάτι στα παιδιά μου, αλλά πάνε όλα. Θα τους αφήσουμε τα χρέη», είπε. Η Α.Κ.* είχε ένα εγκεφαλικό επεισόδιο μετά την κρίση και την κατάρρευση της επιχείρησης του συζύγου της, για το οποίο κατηγορεί το άγχος από αυτά τα γεγονότα. Νοσηλεύτηκε για τρεις μήνες. Έκτοτε, αναζητά φροντίδα μέσω των ιατρείων κοινωνικής αλληλεγγύης, γιατί δυσκολεύτηκε να βρει ραντεβού στο δημόσιο σύστημα υγείας. Οι τωρινές ανάγκες υγείας της περιλαμβάνουν φροντίδα για πρόβλημα στον θυρεοειδή, γλαύκωμα, υπέρταση καθώς και τακτικές μαγνητικές τομογραφίες. Για παράδειγμα η Α.Κ.* προσπάθησε να κλείσει ραντεβού με οφθαλμίατρο τον Ιανουάριο του 2009, αλλά δεν υπήρχε διαθεσιμότητα μέχρι τον Μάρτιο του 2019. «Στην πραγματικότητα τα πράγματα είναι πολύ δύσκολα», μας είπε. «Το σύστημα υγείας δεν λειτουργεί. Ευτυχώς υπάρχουν ιατρεία κοινωνικής αλληλεγγύης και κοινωνικά κέντρα».

Ο Θ* ζει με την σύζυγό του και εξαρτώνται και οι δύο από ένα επίδομα 300 ευρώ από το κράτος, καθώς δεν έχουν σταθερή εργασία.¹⁹⁷ Είναι και οι δύο ανασφάλιστοι. Εκείνος είχε ένα εγκεφαλικό επεισόδιο πριν από 15 χρόνια και το πόδι του έπαθε μερική παράλυση. «Είχα μεγάλη δυσκολία να έχω πρόσβαση σε γιατρό εξαιτίας των χρημάτων», μας είπε. «Δεν κατάφερα να έχω πρόσβαση σε γιατρό πολλές φορές που το χρειάστηκα». Για παράδειγμα, υπάρχει αναμονή δύο μηνών για ραντεβού στον δημόσιο τομέα. Τα απογευματινά ραντεβού (που είναι πιο εύκολα διαθέσιμα), κοστίζουν 70 ευρώ, και δεν έχει πάντα την οικονομική δυνατότητα για αυτά. Παρομοίως, μπορεί να χρειάζεται να πληρώνει έως και 90 ευρώ το μήνα για φάρμακα. Προσπαθεί να τα πάρει δωρεάν όποτε μπορεί, αλλά κάποιους μήνες πρέπει να πληρώνει. «Ελπίζω η κατάσταση να μην χειροτερεύσει. Ελπίζω να καλυτερεύσει στο μέλλον... Θέλω ένα βελτιωμένο σύστημα υγείας: χωρίς να χρειάζεται να περιμένω πολύ καιρό, χωρίς να χρειάζεται να πληρώνω», μας είπε ο Θ*.

Η Διεθνή Αμνηστία ρώτησε το Υπουργείο Υγείας για τα σχέδιά τους όσον αφορά την μείωση των λιστών αναμονής και την βελτίωση της πρόσβασης σε ιατρική φροντίδα.¹⁹⁸ Ο Υφυπουργός παραδέχθηκε ότι οι λίστες αναμονής μπορεί να είναι πολύ μεγάλες – ιδιαίτερα για ορισμένες ιατρικές ειδικότητες (ανέφερε αναισθησιολόγους και νοσηλευτικό προσωπικό) – και είπε ότι οι λίστες αναμονής συνδέονταν με ελλείψεις προσωπικού στον τομέα της υγείας. Εξήγησε ότι τα σχέδια της κυβέρνησης για αύξηση των προσλήψεων εργαζομένων στην υγεία τους επόμενους μήνες αποσκοπούσαν επίσης στο να μειωθούν οι λίστες αναμονής.

¹⁹⁵ Συνέντευξη με τον Μ*, 5 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

¹⁹⁶ Συνέντευξη με την Α.Κ.*, 7 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

¹⁹⁷ Συνέντευξη με τον Θ*, 5 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

¹⁹⁸ Συνέντευξη με εκπρόσωπο του Υπουργείου, 8 Σεπτεμβρίου 2019, Αθήνα.

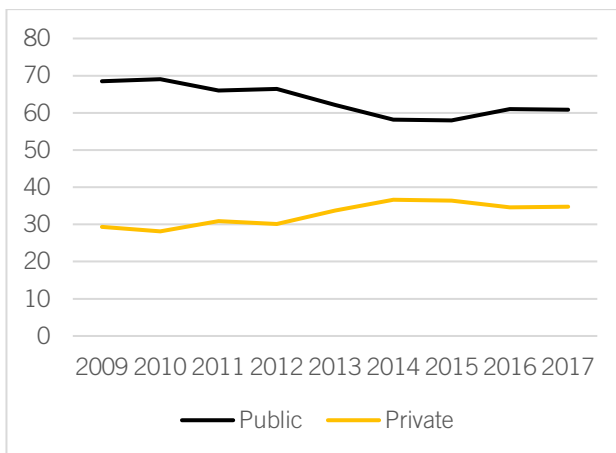
5.2.2 ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΙΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ



Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ Ξ*¹⁹⁹

Η Ξ*, μια γυναίκα 89 ετών, ζει με την κόρη της. Η κόρη της δεν εργάζεται και οι δυο τους εξαρτώνται από την σύνταξη της Ξ* περίπου 700 ευρώ. Η Ξ* έχει διαβήτη και οστεοαρθρίτιδα. «Ξοδεύω από 50 έως 60 ευρώ το μήνα για ιατρική φροντίδα και κάθε τρεις μήνες πληρώνω 10 ευρώ για τις συνταγές μου. Πληρώναμε λιγότερα πριν την κρίση», είπε στην Διεθνή Αμνηστία. «Αποφεύγω ιδιώτες γιατρούς γιατί ζητούν 50 ευρώ... Υποφέρω από εμβοές στα αυτιά μου και για να δω έναν ειδικό θα πάρει τρεις μήνες. Δεν έχω την οικονομική δυνατότητα να πληρώσω για ιδιώτη γιατρό καθώς δεν έχω 50 ευρώ». Η Ξ* είπε στην Διεθνή Αμνηστία ότι η σύνταξή της μειώθηκε κατά 50 ευρώ από την κρίση και μετά. «Δεν έχουμε οποιοδήποτε άλλο εισόδημα καθώς η κόρη μου είναι άνεργη. Τι να κάνουμε – δεν έχουμε άλλους πόρους. Δεν πεινάμε αλλά περνάμε δύσκολα».

Όπως έχει ήδη περιγραφεί σε αυτήν την έκθεση, η οικονομική κρίση σήμαινε ότι άνθρωποι στην Ελλάδα ήταν οικονομικά πιο ευάλωτοι και σε μεγαλύτερο κίνδυνο φτώχειας, καθιστώντας πιο δύσκολο για αυτούς να έχουν την οικονομική δυνατότητα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Γενικά, από το 2009 έως το 2017 [το τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία] οι συνολικές δαπάνες υγείας – που περιλαμβάνουν τις δημόσιες όσο και τις ιδιωτικές δαπάνες – στην Ελλάδα μειώθηκαν. Ήταν 22,4909 δισεκατομμύρια ευρώ το 2009, και έπεσαν σε 14,4922 δισεκατομμύρια ευρώ το 2017, μια πτώση 35,56%. Ωστόσο, όπως δείχνει το παρακάτω διάγραμμα, οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν ως μέρος των συνολικών δαπανών υγείας, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας.²⁰⁰ Με άλλα λόγια, το ποσοστό των άμεσων προσωπικών δαπανών υγείας αυξάνονταν ενώ η συνεισφορά του κράτους μειωνόταν.



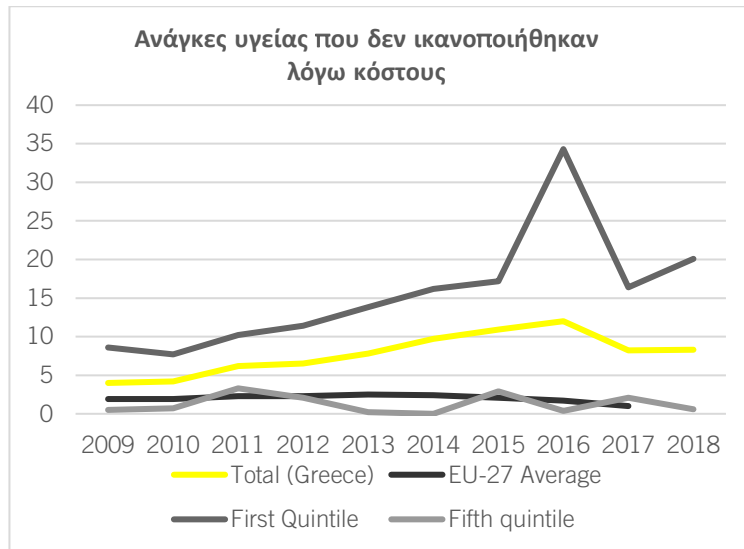
Το γεγονός ότι τα νοικοκυριά σηκώνουν τώρα μεγαλύτερο μερίδιο από τις συνολικές δαπάνες για την υγεία συνδέεται με άλλα στοιχεία που δείχνουν τις δυσμενείς συνέπειες αυτής της τάσης, συμπεριλαμβανομένης της οικονομικής προσιτότητας της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Ο ΠΟΥ έχει αναλύσει τη συχνότητα φτωχοποιητικών²⁰¹ και καταστροφικών δαπανών για την υγεία σε χώρες της Ε.Ε. Οι καταστροφικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αυξήθηκαν σταθερά από το 2010 έως το 2015. Το ποσοστό των καταστροφικών

¹⁹⁹ Συνέντευξη με την Ξ*, 31 Ιανουαρίου 2018, Αθήνα.

²⁰⁰ Eurostat, Health care expenditure by financing scheme [Τελευταία επικαιροποίηση: 24-02-2020]

²⁰¹ Ένα νοικοκυριό θεωρείται φτωχοποιημένο εάν η κατανάλωση ή το εισόδημά του είναι πάνω από το όριο της φτώχειας προτού να έχει άμεσα έξοδα και κάτω από αυτό, αφού έχει κάνει τα άμεσα έξοδα. Ένα νοικοκυριό μπορεί επίσης να υποστεί φτωχοποιητικές δαπάνες υγείας εάν η κατανάλωση ή το εισόδημά του πριν τα άμεσα έξοδα ήταν ήδη κάτω από το όριο της φτώχειας. φτωχοποιείται περαιτέρω μετά τα άμεσα έξοδα.

δαπανών²⁰² αυξήθηκε από 7% το 2010 σε 10% το 2016.²⁰³ Περίπου ένα 2% αντιμετώπισε φτωχοποιητικές δαπάνες υγείας.²⁰⁴ Αυτά τα στοιχεία συνδέονται επίσης στενά με τις αυξημένες ανάγκες υγείας που δεν ικανοποιήθηκαν στην Ελλάδα για οικονομικούς λόγους. Το παρακάτω διάγραμμα – με την χρονική περίοδο στον άξονα Χ και το ποσοστό των αναγκών υγείας που δεν ικανοποιήθηκαν στον άξονα Ψ – δείχνει πως οι μέσες αυτό-αναφερόμενες ανάγκες υγείας που δεν ικανοποιήθηκαν στην Ελλάδα έχουν σχεδόν διπλασιαστεί από το 2009 (4,2%) έως το 2018 (8,3%), έχοντας φτάσει σε ένα μέγιστο 12% το 2016. Αυτό είναι πολύ υψηλότερο από τον μέσο όρο της Ε.Ε. των 27 κρατών, το οποίο ήταν 1,7% το 2016 και 1% το 2018. Αυτό έχει πλήξει ιδιαίτερα ανθρώπους του χαμηλότερου πεμπτημορίου (τα πιο χαμηλά εισοδήματα), και η διαφορά μεταξύ των χαμηλότερων και των υψηλότερων πεμπτημορίων επίσης αυξήθηκε κατά 12,3% την τελευταία δεκαετία.²⁰⁵ Οι ανάγκες υγείας που δεν ικανοποιήθηκαν είναι επίσης υψηλότερες για τις γυναίκες απ’ ό,τι για τους άνδρες: ήταν 2,9% για τους άνδρες και 5,1% για τις γυναίκες το 2009 και 7,3% για τους άνδρες και 9,3% για τις γυναίκες το 2018 σε όλα τα πεμπτημόρια.²⁰⁶



Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, τα στοιχεία δείχνουν ότι η αύξηση σε καταστροφικές δαπάνες επικεντρώθηκε στο δεύτερο, τρίτο, τέταρτο και το πλουσιότερο πεμπτημόριο, και η αύξηση σε ανάγκες ιατρικής και οδοντιατρικής φροντίδας που δεν ικανοποιήθηκαν επικεντρώθηκε στο φτωχότερο πεμπτημόριο.²⁰⁷ Με άλλα λόγια, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου όλοι/-ες χρειάστηκαν να δαπανήσουν περισσότερα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, με «καταστροφικά» ποσά για ανθρώπους υψηλότερων εισοδημάτων,²⁰⁸ ενώ άνθρωποι χαμηλότερων εισοδημάτων είχαν την τάση να μην έχουν πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη που χρειάζονταν επειδή δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα γι’ αυτή.

Μια ανάλυση του 2019 για το σύστημα υγείας της Ελλάδας που διενεργήθηκε από τον ΟΟΣΑ και το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας επεσήμανε ότι «το κόστος αποτελεί τον κυριότερο φραγμό στην πρόσβαση σε περίθαλψη, ιδιαίτερα για άτομα χαμηλότερων εισοδημάτων [στην Ελλάδα]. Ένα στα δέκα

²⁰² Καταστροφικές δαπάνες για την υγεία προκύπτουν όταν το ποσό που πληρώνει άμεσα ένα νοικοκυριό υπερβαίνει ένα προκαθορισμένο μέρος της δυνατότητάς του να πληρώνει. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι το νοικοκυριό δεν μπορεί πλέον να ανταποκριθεί σε άλλες βασικές ανάγκες όπως τρόφιμα, στέγαση και θέρμανση, ή δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να ανταποκριθεί σε βασικές ανάγκες χωρίς να χρησιμοποιήσει αποταμιεύσεις, να πωλήσει περιουσιακά στοιχεία ή να δανειστεί.

²⁰³ OECD, “Greece Country Health Profile 2019” *State of Health in the EU*,

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_gr_english.pdf

²⁰⁴ World Health Organization Regional Office for Europe, “Can people afford to pay for health care?” *Regional Report*, 2019, σ. 30,

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²⁰⁵ Τα στατιστικά που παρέχονται από την Ελληνική Στατιστική Αρχή είναι ελαφρώς διαφορετικά και δείχνουν ότι οι μέσες αυτοαναφερόμενες ανάγκες υγείας που δεν ικανοποιήθηκαν ήταν 4,2% το 2010 και 10,4% το 2018. Έφτασαν σε ένα μέγιστο 14,4% το 2016. Διαθέσιμα στο:

https://www.statistics.gr/documents/20181/16865455/LivingConditionsInGreece_0320.pdf/8a3983e0-821a-5551-df1c-2c115477c386

²⁰⁶ Eurostat, Self-reported unmet needs for medical examination by sex, age, main reason declared and income quintile [Τελευταία επικαιροποίηση: 30-3-2020]

²⁰⁷ World Health Organization Regional Office for Europe, “Can people afford to pay for health care?” *Regional Report*, 2019, σ. 69,

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

²⁰⁸ Καταστροφικές δαπάνες για την υγεία προκύπτουν όταν το ποσό που πληρώνει άμεσα ένα νοικοκυριό υπερβαίνει ένα προκαθορισμένο μέρος της δυνατότητάς του να πληρώνει. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι το νοικοκυριό δεν μπορεί πλέον να ανταποκριθεί σε άλλες βασικές ανάγκες όπως τρόφιμα, στέγαση και θέρμανση, ή δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να ανταποκριθεί σε βασικές ανάγκες χωρίς να χρησιμοποιήσει αποταμιεύσεις, να πωλήσει περιουσιακά στοιχεία ή να δανειστεί.

νοικοκυριά υφίσταται καταστροφικά έξοδα για την υγεία, και η πρακτική άτυπων πληρωμών συνεχίζεται».²⁰⁹ Διαπίστωσε ότι «ένα πολύ μεγάλο μέρος των δαπανών έρχεται από νοικοκυριά, συμπεριλαμβανομένων άτυπων πληρωμών... Τα υψηλά επίπεδα συμμετοχής στο κόστος είναι... κυρίως εξαιτίας συμμετοχής για τα φάρμακα και απευθείας πληρωμών για υπηρεσίες εκτός του πακέτου παροχών, επισκέψεων σε ιδιώτες εξειδικευμένους ιατρούς, νοσηλευτική φροντίδα καθώς και οδοντιατρική φροντίδα... εγείροντας σοβαρές ανησυχίες για την ισότητα και τους φραγμούς στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας». Επεσήμανε επίσης ότι «Όσον αφορά τα φάρμακα, τα μέτρα που εισήχθησαν για να μειωθούν οι κρατικές δαπάνες σε φάρμακα, είχαν ως αποτέλεσμα, εν μέρει, να στραφεί το κόστος προς τους ασθενείς». Τέλος, σημείωσε ότι αυτοί οι αριθμοί «αναδεικνύουν την ανάγκη θέσπισης ισχυρών μηχανισμών για την προστασία ευάλωτων ομάδων και ασθενών με υψηλές ανάγκες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ιδιαίτερα σε εποχές οικονομικής κρίσης».

“Οι άνθρωποι έχασαν τις δουλειές τους, τα σπίτια τους, τα πάντα, πολύ γρήγορα. Δεν είχαν χρήματα για τα φάρμακά τους. Εάν έπρεπε να παίρνουν ένα χάπι την ημέρα, το έπαιρναν κάθε τρεις ημέρες. Αυτό ακόμα συμβαίνει.”

Γιατρός, Αθήνα, Φεβρουάριος 2019²¹⁰

Οι δυσκολίες των ανθρώπων όσον αφορά την οικονομική δυνατότητα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη συνδέονταν εν μέρει με την μείωση των διαθέσιμων εισοδημάτων τους αυτήν την περίοδο, εξαιτίας τόσο της οικονομικής κρίσης όσο και των ευρύτερων μέτρων λιτότητας. Μελέτες το έχουν επιβεβαιώσει αυτό. Για παράδειγμα, μία μελέτη που εξέτασε 189 άτομα με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ), διαπίστωσε ότι το κόστος θεραπείας ήταν μεγάλο και ότι «πολλοί ασθενείς δυσκολεύονται οικονομικά όσον αφορά τα φάρμακά τους εξαιτίας της μεγάλης μείωσης εισοδήματος».²¹¹ Αυτό συνάδει με αυτό που είπαν πολλοί άνθρωποι από τους οποίους πήρε συνέντευξη η Διεθνής Αμνηστία και εξετάζεται πιο λεπτομερώς παρακάτω σε αυτό το μέρος. Ωστόσο, τα μέτρα λιτότητας ειδικά στον τομέα της υγείας, ιδιαίτερα τα μέτρα που έστρεψαν το κόστος προς τους ασθενείς, παίζουν επίσης ρόλο. Σύμφωνα με μια έκθεση του ΠΟΥ για τις επιπτώσεις της κρίσης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στην Ελλάδα: «Η κρίση επέτεινε υφιστάμενα προβλήματα, και πολλά από τα μέτρα πολιτικής που εισήχθησαν υπό πίεση από τους όρους διάσωσης έχουν καταστήσει την χρηματοδότηση του τομέα της υγείας πιο άνιση... Άλλα βάρη στον πληθυσμό, ιδιαίτερα για τα φτωχότερα στρώματα, περιλαμβάνουν την αύξηση των χρεώσεων για τους ανθρώπους που κάνουν χρήση ιδιαίτερα σε εξωτερικά ιατρεία, ιδιωτικές επισκέψεις σε γιατρούς στα απογευματινά χειρουργεία δημόσιων νοσοκομείων στη βάση αμοιβής για υπηρεσία, τέλη σε ασθενείς για εισαγωγή σε δημόσια νοσοκομεία, αυξήσεις στις συμμετοχές για τα φάρμακα και αφαίρεση ορισμένων εργαστηριακών και άλλων εξετάσεων από τις επιστροφές του ΕΟΠΥΥ».²¹²

Το υψηλό κόστος της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αναδείχθηκε ως θέμα σχεδόν σε όλες από τις 130 συνεντεύξεις που πήρε η Διεθνής Αμνηστία από ανθρώπους που χρησιμοποιούν το σύστημα υγείας και εργαζόμενους/-ες στον τομέα της υγείας. Όπως αναλύεται παρακάτω, αρκετοί άνθρωποι σημείωσαν ότι παρότι το ποσοστό συμμετοχής για φάρμακα έμοιαζε μικρό – μεταξύ 10% και 25% - ωστόσο καθώς δεν υπήρχε πλάφον στο ποσό που καταβάλλεται, οι συμμετοχές για φάρμακα μπορούσαν να ανέλθουν σε υψηλά ποσά. Για παράδειγμα η E* είναι μια φαρμακοποιός που πρόσφατα βγήκε στην σύνταξη και η οποία εργαζόταν μέχρι πριν λίγους μήνες. Είπε στην Διεθνή Αμνηστία: «Γνωρίζω ανθρώπους που πληρώνουν έως και 150 ευρώ σε συμμετοχές: για παράδειγμα, ένας ηλικιωμένος που έχει καρδιοπάθεια, χοληστερόλη και αναπνευστικά

²⁰⁹ OECD, “Greece Country Health Profile 2019” *State of Health in the EU*, https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_gr_english.pdf

²¹⁰ Συνέντευξη με γιατρό, 5 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

²¹¹ E Stafyla et al, “The pharmacological cost of COPD during Greek economic crisis” *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, Vol 12, σ. 461–466, 2017, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5293366/>

²¹² C Economou et al, “The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece”, European Observatory on Health Systems and Policies, 2014, σ. 27 και 28, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf.

προβλήματα».²¹³ Άλλα άτομα εξήγησαν επιπλέον λόγους για τους οποίους κατέληξαν να πληρώνουν για φάρμακα και ιατρικά είδη όπως βοηθήματα κινητικότητας, προθέσεις κ.λπ. Πρώτον, εάν συγκεκριμένα γενόσημα φάρμακα δεν ήταν διαθέσιμα, ή εάν ένα πρωτότυπο φάρμακο είχε συνταγογραφηθεί από τον γιατρό, ο ασθενείς θα έπρεπε να πληρώσει τη διαφορά κόστους μεταξύ του πρωτότυπου φαρμάκου και της γενόσημης εκδοχής του. Περαιτέρω, κάποιοι άνθρωποι είχαν ανάγκη φάρμακα τα οποία δεν καλύπτονταν πλέον από το δημόσιο σύστημα υγείας μετά τα μέτρα λιτότητας, και επομένως έπρεπε να τα πληρώσουν εξολοκλήρου οι ίδιοι. Η Φ.Α.* είναι τετραπληγική από τότε που ήταν 12 ετών και λαμβάνει επίδομα αναπηρίας το οποίο δεν θεωρεί επαρκές για τις ανάγκες της. «Πριν είχαμε πρόσβαση σε φάρμακα... Ενώ τα λαμβάναμε χωρίς συμμετοχή. Κατά την διάρκεια της κρίσης αυτό σταμάτησε. Τώρα, πέρα από το βάρος της συμμετοχής για τα φάρμακα, υπάρχει ένα επιπλέον οικονομικό βάρος για αναλώσιμα υλικά (καθώς δεν είναι πλέον δωρεάν)».²¹⁴ Μια σημαντική πλειονότητα των ανθρώπων με τους οποίους συνομίλησε η Διεθνής Αμνηστία δεν θα είχαν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στον ιδιωτικό τομέα. Επομένως, εάν δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στο δημόσιο σύστημα υγείας, πιθανόν θα ήταν εξαρτημένοι από τα κοινωνικά φαρμακεία για περίθαλψη, θα καθυστερούσαν την πρόσβασή τους σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ή δεν θα είχαν καν πρόσβαση.

“Οι περισσότεροι άνθρωποι έρχονται σε αυτό το ιατρείο γιατί δεν έχουν χρήματα για τις συμμετοχές... πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι θα πρέπει να πληρώσουν 50 ευρώ από ένα επίδομα [ή σύνταξη] 300 ευρώ, οπότε πραγματικά δεν είναι οικονομικά προσιτό γι’ αυτούς”

Γιατρός σε ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης, Αθήνα, Ιανουάριος 2019²¹⁵

Αρκετά κοινωνικά φαρμακεία εξήγησαν ότι συνεχίζουν να εξυπηρετούν ανθρώπους χαμηλότερων εισοδημάτων που δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα για φάρμακα. Μία εθελόντρια σε ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης εξήγησε: «Υπάρχουν οικογένειες που χρειάζεται να ξοδέψουν 5 ευρώ για φάρμακα, αλλά δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα».²¹⁶ Το ίδιο ειπώθηκε και σε ένα άλλο ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης, όπου ένας εθελοντής είπε στην Διεθνή Αμνηστία ότι διένειμαν πάνω από 18.000 συνταγές φαρμάκων το 2018, κάτι που υποδεικνύει τον μεγάλο αριθμό ανθρώπων που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα ούτε για μια συμμετοχή 5 ευρώ για φάρμακα.²¹⁷ Ένας εθελοντής σε ένα άλλο ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης μας είπε: «Οι περισσότεροι άνθρωποι που έρχονται σε εμάς είναι αυτοαπασχολούμενοι ή ηλικιωμένοι άνθρωποι. Έχουν καταστραφεί [εξαιτίας της κρίσης] ... εάν πληρώνεσαι με 400 ευρώ το μήνα, θα πρέπει να πληρώνεις την συνεισφορά σου και αυτό μπορεί να φτάνει τα 100 ευρώ για κάποιους».²¹⁸ Ένα άλλο ιατρείο επιβεβαίωσε στην Διεθνή Αμνηστία ότι ακόμα εξυπηρετούν συνταξιούχους χαμηλών εισοδημάτων που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα για συμμετοχές. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς τους, η μέση συνεισφορά ενός ατόμου για τα φάρμακά του ήταν στο 35% του κόστους (συμπεριλαμβανομένου του τέλους συνταγογράφησης, της συμμετοχής, και της διαφοράς μεταξύ γενόσημου και πρωτότυπου φαρμάκου).²¹⁹

²¹³ Συνέντευξη με την Ε*, 1 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

²¹⁴ Συνέντευξη με την Φ.Α.*, 12 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

²¹⁵ Συνέντευξη με γιατρό, 31 Ιανουαρίου 2019, Αθήνα.

²¹⁶ Συνέντευξη με εθελόντρια σε ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης, 7 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

²¹⁷ Συνέντευξη με εθελοντή σε ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης, 30 Ιανουαρίου 2019, Αθήνα.

²¹⁸ Συνέντευξη με εθελοντή σε ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης, 7 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

²¹⁹ Συνέντευξη με γιατρό σε ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης, 3 Φεβρουαρίου 2019, Κόρινθος.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

Η Διεθνής Αμνηστία, σε συνεργασία με την GIVMED (μια μη κερδοσκοπική οργάνωση με στόχο την διευκόλυνση της πρόσβασης στα φάρμακα για όλους/-ες) διένειμε ένα ερωτηματολόγιο σε 20 κοινωνικά φαρμακεία στην Ελλάδα. Λεπτομέρειες για την έρευνα και τα φαρμακεία βρίσκονται στο κεφάλαιο περί μεθοδολογίας. Η έρευνα είχε στόχο την κατανόηση των λόγων για τους οποίους οι άνθρωποι συνέχισαν να χρησιμοποιούν κοινωνικά φαρμακεία, αντί για το ΕΣΥ, παρότι όλα τα άτομα θα έπρεπε να έχουν καθολική πρόσβαση στο ΕΣΥ μετά τον Νόμο του 2016.

Στο πλαίσιο της έρευνας τα φαρμακεία ρωτήθηκαν εάν εξυπηρετούσαν ανθρώπους που δικαιούνται πρόσβαση σε δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω του ΕΣΥ. Από τα 19 φαρμακεία που ρωτήθηκαν, όλα απάντησαν θετικά, ότι εξυπηρετούσαν ανθρώπους που θα μπορούσαν να έχουν πρόσβαση σε δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στο ΕΣΥ. Κάποια είπαν ότι οι άνθρωποι που δικαιούνται περίθαλψη μέσω του ΕΣΥ συνιστούσαν ένα μικρό ποσοστό των ανθρώπων που εξυπηρετούσαν (για 6 φαρμακεία ήταν μεταξύ 2% και 10%). Ωστόσο, για πολλά άλλα, υπήρχαν πολλά τέτοια άτομα, που έφταναν έως και το 80% των ανθρώπων που εξυπηρετούσαν. Όλα τα φαρμακεία είπαν ότι άνθρωποι έρχονταν σε αυτά για τις υπηρεσίες τους επειδή τα εισοδήματα των νοικοκυριών τους ήταν χαμηλά, οι συντάξεις ή τα επιδόματα δεν επαρκούσαν, ή επειδή το ποσό το οποίο θα έπρεπε να συνεισφέρουν για τα φάρμακά τους ήταν πολύ υψηλό. Αυτό υποδεικνύει ότι τα κοινωνικά φαρμακεία συνεχίζουν να είναι μία κρίσιμη πηγή περίθαλψης για ανθρώπους που είναι οικονομικά ευάλωτοι. Πολλά από τα κοινωνικά φαρμακεία υποστήριζαν επίσης καταυλισμούς προσφύγων, δημόσια νοσοκομεία και ομάδες της κοινωνίας των πολιτών με δωρεές σε φάρμακα.

Το ερωτηματολόγιο ρωτούσε τα κοινωνικά φαρμακεία γιατί οι άνθρωποι στηρίζονταν σε αυτά εφόσον πληρούσαν τις προϋποθέσεις για δωρεάν δημόσια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Δόθηκαν διάφορες απαντήσεις. Η πιο κοινή απάντηση ήταν ότι οι άνθρωποι πάντα έπρεπε να συνεισφέρουν οικονομικά για τα φάρμακά τους, και ότι αυτό το ποσό ήταν πολύ υψηλό για αυτούς. Αυτό θα μπορούσε να συμβαίνει επειδή τους είχε συνταγογραφηθεί ένα πρωτότυπο φάρμακο, και επομένως θα έπρεπε να πληρώσουν την διαφορά μεταξύ του πρωτότυπου και του γενόσημου, ή επειδή δεν υπήρχε διαθέσιμο το γενόσημο, ή επειδή θα έπρεπε να πληρώσουν τέλος συνταγογράφησης, ή επειδή χρειάζονταν φάρμακα που δεν καλύπτονταν από το δημόσιο σύστημα υγείας. Περίπου το 30% των υλικών που μοίραζαν τα κοινωνικά φαρμακεία ήταν είδη τα οποία οι άνθρωποι χρειάζονταν για να μπορέσουν να βάλουν φάρμακα, τα οποία συχνά δεν καλύπτονταν από το δημόσιο σύστημα υγείας. Άλλοι λόγοι περιλάμβαναν ότι οι άνθρωποι εμπιστεύονταν περισσότερο τα κοινωνικά φαρμακεία, ότι το κοινωνικό φαρμακείο μπορεί να βρισκόταν σε πιο βολική τοποθεσία για κάποιους ανθρώπους χωρίς να χρειάζεται μεταφορικό μέσο, ότι οι άνθρωποι δεν είχαν την οικονομική δυνατότητα για αναλώσιμα ιατρικά προϊόντα (όπως σάκοι κολοστομίας και προϊόντα για την ακράτεια) τα οποία δεν είναι διαθέσιμα δωρεάν στον δημόσιο τομέα υγείας, ότι τα κοινωνικά φαρμακεία δέχονταν χειρόγραφες συνταγές ενώ άλλα φαρμακεία όχι, και ότι οι άνθρωποι δεν είχαν την απαραίτητη πληροφόρηση και δεν γνώριζαν ότι θα μπορούσαν να έχουν ελεύθερη πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας για αυτά που χρειάζονταν.

Τα κοινωνικά φαρμακεία ρωτήθηκαν τι φάρμακα και προϊόντα τους ζητούσαν πιο συχνά οι άνθρωποι. Ο σκοπός αυτής της ερώτησης ήταν να υπάρχει μια εικόνα για τα φάρμακα και τα ιατρικά προϊόντα στα οποία δυσκολεύονταν οι άνθρωποι να έχουν πρόσβαση μέσω του δημόσιου συστήματος υγείας. Η μεγάλη πλειονότητα των φαρμακείων ανέφερε ότι τα φάρμακα για την υπέρταση και τον διαβήτη ήταν τα πιο κοινά φάρμακα που διένειμαν. Αντικαταθλιπτικά, αναλγητικά και παυσίπονα αναφέρθηκαν επίσης πολύ συχνά. Λίγα φαρμακεία σημείωσαν ότι παρείχαν υγειονομικά υλικά και αναλώσιμα, όπως βαμβάκι, γάζες, καθετήρες και προϊόντα για την ακράτεια. Τα κοινωνικά φαρμακεία κάλυπταν κατά μέσο όρο το 60% των ιατρικών αναγκών του καθενός/-μίας από τους επωφελούμενους/-ες.

Άνθρωποι οι οποίοι μίλησαν στην Διεθνή Αμνηστία τόνισαν τις δυσκολίες που συνέχιζαν να αντιμετωπίζουν όσον αφορά την πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Ο ΠΚ* είναι ένας μηχανικός 60 ετών.²²⁰ Είναι αυτοαπασχολούμενος και δεν είναι ασφαλισμένος. Ο ΠΚ* είπε στην Διεθνή Αμνηστία ότι αυτό συνέβαινε επειδή δεν είχε την οικονομική δυνατότητα να καταβάλλει τις εισφορές του για κοινωνική ασφάλιση υγείας. «Από την κρίση, η επιχείρησή μου χειροτέρευσε. Μόλις που βγάξω κάποιο εισόδημα και είναι αδύνατον να πληρώνω για ασφάλιση», μας είπε. Ο ΠΚ* είπε στην Διεθνή Αμνηστία ότι έχει πολλά προβλήματα υγείας, που περιλαμβάνουν προβλήματα με την καρδιά του, αναπνευστικά προβλήματα, καθώς και ένα έλκος στομάχου πρόσφατα. «Έχω ένα πολύ σοβαρό πρόβλημα στο στομάχι μου, και μου πήρε έναν χρόνο να κάνω κολονοσκόπηση... Τον χρόνο που περίμενα, ανησυχούσα πολύ.

²²⁰ Συνέντευξη με τον ΠΚ*, 31 Ιανουαρίου 2019, Αθήνα.

Ο καιρός πέρανε και ήταν πολύ δύσκολη εποχή... Αν δεν είναι επείγον περιστατικό, απλά περιμένεις πονώντας», μας είπε. Παρομοίως, είχε γλαύκωμα για το οποίο έπρεπε να περιμένει οκτώ μήνες για να διαγνωσθεί. Τότε παραπέμφθηκε σε ειδικό για θεραπεία και ακόμα περιμένει. Παρότι ο ΠΚ* θα έπρεπε να πληρώνει 25% συμμετοχή, πάντα πληρώνει περισσότερα. Για παράδειγμα, ένα από τα φάρμακά του, για την καρδιά του, κοστίζει 11 ευρώ ως γενόσημο, αλλά είπε ότι το φαρμακείο δεν έχει στοκ από την γενόσημη εκδοχή. Έτσι, αναγκάζεται αγοράσει την πρωτότυπη εκδοχή, η οποία κοστίζει περίπου 70 ευρώ. «Προσπαθώ να κάνω οικονομία να αγοράσω τα φάρμακα. Εάν παίρνω όλα μου τα φάρμακα, θα μου κοστίζει 60 ευρώ το μήνα», μας είπε.

Η Π*, μια συνταξιούχος που έχει αυτοάνοσο νόσημα, έχει νιώσει τις επιπτώσεις του κόστους της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.²²¹ «Υπάρχει πρόβλημα πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Εάν δεν έχεις χρήματα, δεν μπορείς να έχεις ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σήμερα», είπε στην Διεθνή Αμνηστία. Όταν η Π* συνταξιοδοτήθηκε το 2009, έλαβε μια σύνταξη 1.450 ευρώ, την μοναδική πηγή εισοδήματός της. Αυτή έκτοτε έχει μειωθεί σε 1.050 ευρώ το 2019. Οι συμμετοχές για τα φάρμακά της στοιχίζουν από 40 έως 50 ευρώ το μήνα. Χρειάζεται να δει ειδικό περίπου μια φορά τον μήνα, ωστόσο, οι διαθέσιμες ώρες για ραντεβού συνήθως έχουν κλείσει από πολύ καιρό πριν. Έτσι, πληρώνει 65 ευρώ για να βλέπει ειδικό τα απογεύματα. Επιπλέον, κάνει τακτικά φυσιοθεραπείες. Πρέπει να πληρώνει 20 ευρώ την συνεδρία και πηγαίνει σε περίπου 15 συνεδρίες το μήνα. Αυτά ανέρχονται σε περίπου 400 ευρώ το μήνα, περίπου το 40% του μηνιαίου εισοδήματός της.

ΙΔΙΑΙΤΕΡΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΕ ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΟΜΑΔΕΣ

Διάφορες μελέτες, έχουν εξετάσει συγκεκριμένα τις επιπτώσεις των μέτρων λιτότητας σε συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων. Ένα παράδειγμα είναι άνθρωποι οι οποίοι είναι άνεργοι και/ή με χαμηλότερα εισοδήματα. Μια μελέτη του 2014 εξέτασε 1.594 ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας στην Ελλάδα και διαπίστωσε ότι το 63,5% από αυτούς αντιμετώπιζαν οικονομικά εμπόδια στην πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, και το 58,5% αντιμετώπιζε εμπόδια εξαιτίας των μακρών λιστών αναμονής. Άνθρωποι οι οποίοι ήταν άνεργοι και με χαμηλά εισοδήματα διαπιστώθηκε ότι βρίσκονταν σε μεγαλύτερο κίνδυνο εξαιτίας αυτών των εμποδίων.²²² Αυτό συνάδει με την εμπειρία ανθρώπων που μίλησαν στην Διεθνή Αμνηστία, οι οποίοι ήταν άνεργοι και είχαν ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας.

Η Διεθνή Αμνηστία συνάντησε την Φ*, μια γυναίκα 55 ετών, σε ξενώνα άστεγων ανθρώπων που λειτουργεί μια οργάνωση της κοινωνίας των πολιτών στην Αθήνα. Η Φ* είναι άνεργη και ανασφάλιστη και δυσκολεύεται να βρει εργασία από το 2010. Πρόσφατα, άρχισε να εργάζεται ως μάγειρας στην άτυπη οικονομία και κερδίζει από 2 έως 3 ευρώ την ώρα όταν μπορεί να βρει εργασία. «Είμαι τυχερή που δεν κοιμάμαι στον δρόμο... εάν δεν έχεις ασφάλιση [υγείας] είναι πολύ δύσκολα. Πρέπει να πληρώνεις για τα φάρμακα», μας είπε. Η Φ* έχει χρόνια πρόβλημα στους πνεύμονες. Χρειάζεται να ξοδεύει περίπου 45 ευρώ το μήνα για τα τακτικά της φάρμακα, οπότε κάποιες φορές δεν τα παίρνει, και ως αποτέλεσμα συχνά δυσκολεύεται να αναπνεύσει. «Θυμώνω όταν βλέπω τι έκανε η κρίση... Πρέπει να βρούμε δουλειά. Όχι απλά να προσπαθούμε να επιβιώσουμε. Πρέπει να μπορώ να κάνω τα πράγματα μόνη μου, και να κάνω τα όνειρά μου πραγματικότητα», μας είπε.²²³

Η Ε*, μια γυναίκα 51 ετών, ήταν καθηγήτρια αρχαίων στο σχολείο.²²⁴ Έχασε τη δουλειά της στον δημόσιο τομέα το 2012 και ο σύζυγός της έχασε την δουλειά του το 2014. Βρέθηκαν άνεργοι και ανασφάλιστοι. Το 2014 η Ε* χρειάστηκε θεραπεία με ινσουλίνη, αλλά δεν μπορούσε να έχει πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας καθώς ήταν ανασφάλιστη. «Μου стоίχιζε 100 ευρώ τον μήνα. Είπα στον γιατρό μου ότι δεν είχα την οικονομική δυνατότητα. Τελικά, με παρέπεμψαν σε αυτό το ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης, όπου λαμβάνω βοήθεια». Αφότου πέρασε ο νόμος του 2016, η Ε* και ο σύζυγός της μπορούν να έχουν πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας. «Υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής. Για παράδειγμα, για να κάνεις μαστογραφία χρειάζεται ένας χρόνος: περίπου 4 μήνες για την εξέταση και 8 μήνες για την επίσκεψη. Τον Δεκέμβριο του 2018 έπρεπε να δω έναν ειδικό για το πάγκρεας. Υπήρχε μια λίστα αναμονής τριών μηνών. Ένας άλλος γιατρός με παρέπεμψε για μαγνητική, και δεν υπήρχε ραντεβού στον δημόσιο τομέα υγείας μέχρι τον Ιούνιο [εκείνου του έτους]». Η Ε* πρόσφατα βρήκε μια εργασία μερικής απασχόλησης που της προσφέρει 3.000 ευρώ ετησίως. Ως αποτέλεσμα, πρέπει να πληρώσει συμμετοχή για τις εξετάσεις και τα φάρμακά της στο δημόσιο σύστημα υγείας: 25% για τις εξετάσεις και 10% για τα φάρμακά της για τον διαβήτη, κάτι για το οποίο δεν έχει την οικονομική δυνατότητα και γι' αυτό στηρίζεται στο ιατρείο κοινωνικής αλληλεγγύης. Η Ε* είπε στην Διεθνή Αμνηστία «Πολλές φορές ακούω ότι η φτώχεια είναι αρρώστια. Στην ουσία, είμαι αρρώστη με δύο τρόπους. Είμαι διαβητική. Αλλά και εξαιτίας της οικονομικής μου κατάστασης».

²²¹ Συνέντευξη με την Π*, 1 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

²²² I Kyriopoulos et al, "Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece" *International Journal for Equity in Health*, 13 (54), 2014

²²³ Συνέντευξη με την Φ*, 5 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

²²⁴ Συνέντευξη με την Ε*, 30 Ιανουαρίου 2019, Αθήνα.

Επιπλέον, μια μελέτη του 2017 διαπίστωσε ότι άτομα με αναπηρίες στην Ελλάδα αντιμετώπιζαν υψηλότερα επίπεδα αναγκών υγείας που δεν ικανοποιούνταν, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, μετά τα μέτρα λιτότητας, «με την μεταφορά, το κόστος και τις μακρές λίστες αναμονής να αποτελούν τα βασικά εμπόδια».²²⁵ Παρατήρησε ότι αυτά τα εμπόδια «σχετιζόνταν θετικά με τους χαμηλούς κοινωνικο-οικονομικούς δείκτες (όπως τα επίπεδα εισοδήματος και το εργασιακό καθεστώς), τα οποία επιδεινώνονται κατά την συνεχιζόμενη οικονομική κρίση», κρίνοντας αυτό «ανησυχητικό, καθώς ο συνδυασμός αυξημένων αναγκών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και χαμηλότερης κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης καθιστά αυτόν τον πληθυσμό ιδιαίτερα ευάλωτο σε κινδύνους υγείας». Η μελέτη επεσήμανε ιδιαίτερα ότι τα άτομα με αναπηρίες ήταν 2,2 φορές πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν ανάγκες υγείας που δεν ικανοποιούνται εξαιτίας του κόστους και επεσήμανε τον ρόλο των συνεισφορών/συμμετοχών των ασθενών σε αυτό. Στο πλαίσιο αυτής της έκθεσης, η Διεθνής Αμνηστία πήρε συνέντευξη από άτομα με αναπηρίες, και πολλά εξήγησαν τις ιδιαίτερες προκλήσεις που αντιμετώπιζαν.

Η Νίκη Βαγγελάτου, μια γυναίκα στα πενήντα της, υπέφερε από μεταστατικό καρκίνο και σοβαρό λεμφοίδημα σε έναν από τους βραχίονές της ως αποτέλεσμα καρκίνου του μαστού.²²⁶ Ζούσε με μια σύνταξη αναπηρίας περίπου 590 ευρώ το μήνα. Η Νίκη χρειαζόταν να ταξιδεύει στην Αθήνα από την Κεφαλονιά για παρακολούθηση και λήψη της κατάλληλης θεραπείας σε εξειδικευμένο δημόσιο νοσοκομείο. Η παραμονή της στην Αθήνα τις περιόδους που λάμβανε θεραπεία δεν θα ήταν δυνατή αν στενοί συγγενείς δεν της παρείχαν χώρο διαμονής. Περιέγραψε το πώς χρειάστηκε να πληρώσει δύο φορές ιδιωτικά για μαγνητικές τομογραφίες, απαραίτητες για την παρακολούθηση της κατάστασής της, μέσα σε λίγους μήνες. Την πρώτη φορά της είπαν ότι το επόμενο διαθέσιμο ραντεβού στο τοπικό της νοσοκομείο ήταν ένα μήνα μετά το προγραμματισμένο ραντεβού της με τον ογκολόγο της στην Αθήνα. Την δεύτερη φορά, ο μαγνητικός τομογράφος στο ογκολογικό νοσοκομείο της είχε χαλάσει. «Τον Δεκέμβριο του 2018, πλήρωσα 50 ευρώ συμμετοχή και τον Μάρτιο του 2019 άλλα 50». Η Νίκη πλήρωσε επίσης ιδιωτικά για ειδική φυσιοθεραπεία για το λεμφοίδημά της, καθώς αυτή δεν ήταν διαθέσιμη στο ΕΣΥ. Οι επιπρόσθετες δαπάνες της Νίκης για το πρόβλημα υγείας της είχαν ως αποτέλεσμα μόλις που να μπορεί να πληρώνει τα έξοδα για τους λογαριασμούς της και για τρόφιμα.

Η Μ* έχει σκλήρυνση κατά πλάκας και εξήγησε το πώς η κρίση επηρέασε την δυνατότητα πρόσβασής της σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.²²⁷ Η Μ* εργαζόταν ως νοσηλεύτρια έως το 2010, και στη συνέχεια παραιτήθηκε καθώς δεν μπορούσε να εργαστεί περαιτέρω εξαιτίας της ασθένειάς της. Τώρα λαμβάνει σύνταξη. Παρότι τα φάρμακα για την διαχείριση της σκλήρυνσης κατά πλάκας εξαιρούνται από συμμετοχή, φάρμακα για την αντιμετώπιση των παρενεργειών και άλλα προβλήματα υγείας που συνδέονται με την σκλήρυνση κατά πλάκας δεν εξαιρούνται. Για παράδειγμα, η Μ* πληρώνει 25% συμμετοχή για φάρμακα για κατάθλιψη, πόνους, ουρολοίμωξη, σπασμούς, τα οποία είπε ότι πριν την κρίση ήταν δωρεάν. «Αυτά είναι αποτελέσματα της ασθένειάς μου, γιατί πρέπει να πληρώνω 25% συμμετοχή για αυτά τα φάρμακα;» Πληρώνει περίπου 200 ευρώ τον μήνα για έξοδα σχετιζόμενα με την υγεία. Σημείωσε επίσης ότι οι ώρες αναμονής έχουν αυξηθεί μετά την κρίση. «Ήθελα να κλείσω ραντεβού με ένα οφθαλμίατρο στο νοσοκομείο από Φεβρουάριο μια χρονιά, και το επόμενο διαθέσιμο ήταν μόλις τον Ιούλιο. Μπορεί να πάρει τρεις εβδομάδες να κλείσεις ραντεβού με τον οικογενειακό γιατρό. Είναι υγεία αυτό; Εάν είναι επείγον απλά θα πάω στα επείγοντα».

Η Κ* έχει παραπληγία και χρησιμοποιεί αναπηρικό αμαξίδιο.²²⁸ Εργάζεται ως μηχανολόγος μηχανικός και ανέκαθεν είχε δημόσια ασφάλιση. Κατά την εμπειρία της, η οικονομική κρίση είχε ως αποτέλεσμα υψηλότερο κόστος για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και αυξημένη γραφειοκρατία όσον αφορά την πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Για παράδειγμα, τώρα χρειάζεται να πληρώνει για πολλά προϊόντα τα οποία προηγουμένως ήταν διαθέσιμα δωρεάν για εκείνη, και τα οποία χρειάζεται τακτικά για να διαχειριστεί την υγεία της. Αυτά περιλαμβάνουν καθαρτικά, προϊόντα υγιεινής και προϊόντα για την ακράτεια. Αυτά μπορούν να στοιχίσουν από 50 έως 90 ευρώ τον μήνα. Πριν την κρίση, λάμβανε ένα επίδομα 1.800 ευρώ για αναπηρικό αμαξίδιο κάθε 4 χρόνια, και τώρα παίρνει ένα επίδομα 1.080 ευρώ κάθε 5 χρόνια. Παρομοίως, λαμβάνει από 210 έως 240 ευρώ για τα μαξιλάρια του αμαξιδίου, τα οποία κοστίζουν από 400 έως 500 ευρώ. Παλιότερα πήγαινε σε φυσιοθεραπευτή. Ωστόσο, μετά την κρίση, της είπαν ότι ως άτομο με παραπληγία θα χρειαζόταν έγκριση κάθε μήνα από μία επιτροπή για να έχει πρόσβαση σε φυσιοθεραπεία. Ένωσε εξαντλημένη από τη διαδικασία και την εγκατέλειψε.

Αυτό το μέρος εξέτασε τον τρόπο με τον οποίο η οικονομική κρίση και τα μέτρα λιτότητας στο δημόσιο σύστημα υγείας έπληξαν συγκεκριμένες ομάδες στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων ανθρώπων με χαμηλότερα εισοδήματα, ανθρώπων που ήταν άνεργοι, ανθρώπων που ήταν άστεγοι, ανθρώπων με αναπηρίες, προσφύγων και αιτούντων/-ων άσυλο, και ανθρώπων με χρόνια προβλήματα υγείας. Καθώς η πανδημία COVID-19 συνεχίζει να εξαπλώνεται στην Ελλάδα, θα έχει επιπτώσεις στην υγεία και τα μέσα διαβίωσης πολλών

²²⁵ E Rotarou et al, "Access to health care in an age of austerity: disabled people's unmet needs in Greece" *Critical Public Health*, 29 (1), 2019, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09581596.2017.1394575>

²²⁶ Συνεντεύξεις με την Νίκη Βαγγελάτου, 15 Φεβρουαρίου 2019, Κεφαλονιά και μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας στα τέλη Μαρτίου 2019.

²²⁷ Συνέντευξη με την Μ*, 11 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

²²⁸ Συνέντευξη με την Κ*, 5 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

ανθρώπων, και τα άτομα αυτών των ομάδων κινδυνεύουν ιδιαίτερα. Κάποιες ομάδες φαίνεται να βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο πολύ σοβαρών επιπτώσεων εάν προσβληθούν από τον ιό, συμπεριλαμβανομένων ηλικιωμένων ανθρώπων και ανθρώπων με υποκείμενα προβλήματα υγείας. Άλλες ομάδες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να προσβληθούν από τον ιό εξαιτίας του χώρου διαμονής και της προσβασιμότητας των προληπτικών μέτρων, για παράδειγμα, άνθρωποι οι οποίοι είναι άστεγοι, άνθρωποι σε φυλακές, και άνθρωποι οι οποίοι ζουν σε καταυλισμούς. Παρομοίως, άνθρωποι οι οποίοι ζουν στη φτώχεια μπορεί να μην έχουν την οικονομική δυνατότητα για αναγκαίο εξοπλισμό πρόληψης ή να μην έχουν πρόσβαση σε κατάλληλο νερό και εγκαταστάσεις υγιεινής. Καραντίνες και μέτρα αναστολής οικονομικών δραστηριοτήτων και περιορισμού των μετακινήσεων (lockdown) που επιβάλλονται για την μείωση της διασποράς του ιού θα επηρεάσουν ιδιαίτερα αρνητικά τα μέσα διαβίωσης ανθρώπων με επισφαλείς όρους εργασίας και εκείνους/-ες με λίγη ή καθόλου προστασία κοινωνικής ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένων ανθρώπων στον άτυπο τομέα, ανθρώπων που εργάζονται με ευέλικτες και προσωρινές μορφές απασχόλησης, και παράτυπων μεταναστών. Γυναίκες και κορίτσια κινδυνεύουν να έχουν δυσανάλογες συνέπειες από το κλείσιμο υπηρεσιών εξαιτίας των lockdowns και των περιορισμών στη μετακίνηση για διάφορους λόγους, για παράδειγμα, καθώς το βάρος για απλήρωτη εργασία φροντίδας στο σπίτι μπορεί να πέσει σε εκείνες, συμπεριλαμβανομένης της οικιακής εργασίας, της διδασκαλίας των παιδιών στο σπίτι, και της φροντίδα ηλικιωμένων και άρρωστων μελών της οικογένειας. Οι περιορισμοί στις μετακινήσεις πλήττουν επίσης την δυνατότητά τους να καταγγείλουν έμφυλη βία. Εγχώριες γυναικείες ομάδες έχουν κρούσει τον κώδωνα του κινδύνου για την αύξηση και την κλιμάκωση της ενδοοικογενειακής βίας κατά τη διάρκεια του lockdown και έχουν καλέσει να συμπεριληφθεί η καταγγελία τέτοιων περιστατικών στην αστυνομία στα έγγραφα άδειας για κυκλοφορία.²²⁹ Ομάδες που έχουν αντιμετωπίσει συστηματικές διακρίσεις και περιθωριοποίηση μπορεί να αντιμετωπίσουν αθροιστικές επιπτώσεις στο πλαίσιο της πανδημίας, μεταξύ άλλων όσον αφορά την πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη καθώς και σε προστασία κοινωνικής ασφάλισης. Η ελληνική κυβέρνηση θα πρέπει να λάβει υπόψη τις ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων όταν σχεδιάζει και εφαρμόζει την ανταπόκριση στην πανδημία COVID-19. Κανείς/καμία δεν θα πρέπει να ξεχαστεί ως προς την ανταπόκριση στην πανδημία.

5.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Παρότι οι συνεντεύξεις της Διεθνούς Αμνηστίας επικεντρώθηκαν στην πρόσβαση των ανθρώπων σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, διάφορες μελέτες έχουν τεκμηριώσει τις επιπτώσεις των μέτρων λιτότητας στην δημόσια υγεία. Με άλλα λόγια, έχουν υποστηρίξει ότι πέρα από το ότι πλήττουν την πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, αυτά τα μέτρα έχουν καταστήσει περισσότερους ανθρώπους ασθενείς και έχουν επιδεινώσει την υγεία τους.

- Στην αρχή της κρίσης, εκθέσεις και άρθρα επεσήμαναν μια αύξηση των μολύνσεων με HIV στα τέλη του 2010, περίπου την ίδια εποχή που οι περικοπές στους προϋπολογισμούς οδήγησαν στην περικοπή σχεδόν κατά το ένα τρίτο των προγραμμάτων προσέγγισης στον δρόμο.²³⁰
- Άλλες τάσεις σε μολυσματικές ασθένειες προκάλεσαν επίσης ανησυχία, όπως μια έξαρση ελονοσίας το 2011 και της μόλυνσης από τον ιό του Δυτικού Νείλου το 2010. Παρότι τα αίτια αυτών των εξάρσεων πιστεύεται ότι είναι περιβαλλοντικοί παράγοντες, εμπειρογνώμονες έχουν εκφράσει ανησυχίες ότι ανεπαρκείς προσπάθειες πρόληψης εξαιτίας των περικοπών στους προϋπολογισμούς έχουν αυξήσει τον κίνδυνο μετάδοσης.²³¹
- Μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο *Lancet* το 2018 σημείωσε μια μειωμένη βελτίωση στην προτυπωμένη κατά ηλικία θνησιμότητα αφότου εφαρμόστηκαν τα μέτρα λιτότητας.²³²

²²⁹ Σύμφωνα με πρόσφατα στατιστικά στοιχεία που παρέιχε η Γενική Γραμματεία Οικογενειακής Πολιτικής και Ισότητας των Φύλων, τον Μάρτιο του 2020 οι κλήσεις για βίαια περιστατικά στην γραμμή SOS αυξήθηκαν κατά 16,4% και εκείνες για οικιακή βία κατά 6,4% σε σχέση με τον Φεβρουάριο του 2020. Ομάδες γυναικών επεσήμαναν ότι η έλλειψη αξιόπιστης κρατικής καταγραφής τέτοιων περιστατικών έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι γνωστή η πραγματική έκταση της οικιακής βίας. Βλ. δελτίο τύπου της 8ης Απριλίου 2020 από την ΜΚΟ Διοτίμα: «Άμεση ανάγκη έκτακτων μέτρων για τα θύματα ενδοοικογενειακής βίας», διαθέσιμο στο: <https://diotima.org.gr/ektakta-metra-gia-endoikogenaiiki-via/> και βλ. άρθρο της Κωνσταντίνας Ιωακείμиду, «Σκοτώνει ο κορονοϊός, σκοτώνει και η βία κατά των γυναικών», 29 Μαρτίου 2020, διαθέσιμο στο: <https://tomov.gr/2020/03/29/skotonei-o-koronoios-skotonei-via-ton-gynaikon-2/>.

²³⁰ A Kentekelenis et al, "Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy" *The Lancet*, Vol 378, 22 Οκτωβρίου 2011,

http://www.kentekelenis.net/uploads/3/1/8/9/31894609/kentekelenis2011-health_effects_of_financial_crisis_omens_of_a_greek_tragedy.pdf

²³¹ E Kondilis et al, "Economic Crisis, Restrictive Policies, and the Population's Health and Health Care: The Greek Case" *American Journal of Public Health*, 103 (6) 2013, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3698730/>

²³² "The burden of disease in Greece, health loss, risk factors, and health financing, 2000–16: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2016" *Lancet Public Health*, 2018, <https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpub/PIIS2468-2667%2818%2930130-0.pdf>

- Εκθέσεις επεσήμαναν επίσης την αύξηση του αριθμού των αυτοκτονιών όπως και αυξημένες ανησυχίες για την ψυχική υγεία κατά την ίδια περίοδο.²³³
- Ένα άρθρο στην *Journal of Public Health Policy* διαπίστωσε ότι ενώ η οικονομική κρίση είχε αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των ανθρώπων, τα μέτρα λιτότητας τις επιδείνωσαν. Αυτή η εργασία εξέτασε ιδιαίτερα του ανθρώπους που συμμετείχαν στην αγορά εργασίας στην Ελλάδα, συμπεριλαμβανομένων ανθρώπων που έμειναν άνεργοι και ανθρώπων με επισφαλή εργασία, διαπιστώνοντας ότι «Η λιτότητα επομένως φαίνεται να έχει επιτείνει τις επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία».²³⁴ Η μελέτη επεσήμανε επίσης ότι οι γυναίκες είχαν την τάση να έχουν χειρότερη υγεία από τους άνδρες μετά από απώλεια της εργασίας την περίοδο 2008-2009.²³⁵

Οι προαναφερθείσες μελέτες αποτελούν σημαντικές ενδείξεις για το πώς η λιτότητα έχει πλήξει την υγεία των ανθρώπων και αφήνουν ανοιχτό το ενδεχόμενο μελλοντικές μελέτες να ανακαλύψουν μεγαλύτερη σύνδεση ανάμεσα στα μέτρα λιτότητας στην Ελλάδα και στην υγεία των ανθρώπων. Υπάρχει συχνά ένα χρονικό διάστημα που μεσολαβεί ανάμεσα σε ένα γεγονός στον πραγματικό κόσμο και την δημοσίευση στοιχείων για την υγεία. Επομένως, ενδέχεται να χρειαστούν κάποια χρόνια μέχρι τα στοιχεία να αντικατοπτρίσουν οποιονδήποτε αντίκτυπο. Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις των μέτρων λιτότητας επίσης ίσως να χρειαστούν χρόνια για να εκδηλωθούν. Επομένως, αυτές οι μελέτες καταδεικνύουν επίσης την ανάγκη της προσεκτικής παρακολούθησης της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα στο μέλλον, ώστε να διασφαλιστεί ότι οι οποιεσδήποτε επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των μέτρων λιτότητας γίνονται αντιληπτές και αντιμετωπίζονται το συντομότερο δυνατόν.

5.4 ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

“Αυτό που συνέβη, και οι επιπτώσεις της κρίσης, θα κάνουν πολλά χρόνια να διορθωθούν. Χτίζεις ένα σπίτι και καταρρέει. Θα πρέπει να ξεκινήσεις από την αρχή. Σ’ αυτό το σημείο βρισκόμαστε τώρα. Πρέπει να αρχίσουμε να οικοδομούμε αυτόν τον τομέα από την αρχή.”

Γιατρός, Θεσσαλονίκη, Φεβρουάριος 2019²³⁶

Δεδομένων των προκλήσεων που περιγράφηκαν παραπάνω, ένα επείγον ζήτημα είναι η ανάγκη να διασφαλισθεί ότι το δημόσιο σύστημα υγείας θα χρηματοδοτείται επαρκώς τα επόμενα χρόνια. Παρότι οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αυξάνονται τα τελευταία χρόνια (αυξήθηκαν από 8,26701 δισεκατομμύρια ευρώ το 2014 σε 8,81585 δισεκατομμύρια ευρώ το 2017), το 2017 ήταν ακόμα 42,8% χαμηλότερες απ’ ό,τι ήταν το 2009, και οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας ήταν 40% χαμηλότερες την ίδια περίοδο.²³⁷ Παρότι υπήρξαν

²³³ M Economou et al, “Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis” *World Psychiatry*, 12(1), 2013, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20016>; M Madianos et al, “Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: evidence from the economic crisis in Greece”, *European Journal of Psychiatry*, 28 (1), 2014, http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-61632014000100004

²³⁴ P Barlow et al, “Austerity, precariousness, and the health status of Greek labour market participants: Retrospective cohort analysis of employed and unemployed persons in 2008–2009 and 2010–2011”, *Journal of Public Health Policy*, Vol 36, σ. 452-468, <https://link.springer.com/article/10.1057/jphp.2015.25>

²³⁵ P Barlow et al, “Austerity, precariousness, and the health status of Greek labour market participants: Retrospective cohort analysis of employed and unemployed persons in 2008–2009 and 2010–2011”, *Journal of Public Health Policy*, Vol 36, σ. 452-468, <https://link.springer.com/article/10.1057/jphp.2015.25>. Σύμφωνα με αυτό το άρθρο, «Αυτά τα αποτελέσματα μπορεί να αντικατοπτρίζουν κάποιες από τις δομικές ανισότητες που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες όσον αφορά τις ευκαιρίες εργασίας και την πρόσβαση σε κοινωνική προστασία».

²³⁶ Συνέντευξη με γιατρό, 8 Φεβρουαρίου 2019, Θεσσαλονίκη.

²³⁷ Βλ. το προηγούμενο κεφάλαιο για περισσότερες λεπτομέρειες για τις μεταβολές στις δημόσιες δαπάνες υγείας.

κάποιες βελτιώσεις ως προς την αποδοτικότητα, και το δημόσιο σύστημα υγείας κατέστη πιο αποδοτικό από πλευράς κόστους κατά την περασμένη δεκαετία, πολλές από τις προκλήσεις και τα εμπόδια που επισημάνθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο απαιτούν μεγαλύτερες δημόσιες δαπάνες για την υγεία ώστε να επιλυθούν, που να περιλαμβάνουν καλύτερα επίπεδα στελέχωσης, χαμηλότερα οικονομικά βάρη συμμετοχής για τους ασθενείς, και μειωμένους χρόνους αναμονής. Υπάρχουν δύο επιπρόσθετοι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη, ο ένας βραχυπρόθεσμα και ο άλλος μακροπρόθεσμα. Τα επόμενα χρόνια, πολλά από τα μέτρα λιτότητας που εισήχθησαν για να ισοσκελίζεται ο προϋπολογισμός για την δημόσια υγεία χωρίς να πληγεί η πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη θα ανακληθούν. Για παράδειγμα, η αυτόματη επιστροφή χρημάτων (clawback) για τα φάρμακα – χρήματα πέραν του πλαφόν του προϋπολογισμού των επιστροφών (clawback) για τα φάρμακα – έχει αυξηθεί σε μέγεθος και παρέχει σημαντική κάλυψη όταν ο προϋπολογισμός για τα φάρμακα υπερβαίνει προκαθορισμένα όρια. Η πιο πρόσφατη έκθεση της Ε.Ε. που εξετάζει την πρόοδο της Ελλάδας επεσήμανε ότι τα υψηλά ποσά επιστροφής (clawback) ενδέχεται «σύντομα να καταστούν μη βιώσιμα», και την «ανάγκη για πιο επίμονες προσπάθειες εφαρμογής διαρθρωτικών μέτρων σχεδιασμένων να περιορίσουν την ζήτηση που προκαλείται από την προσφορά».²³⁸ Οι επιστροφές (clawbacks) είναι προσωρινές, και αν καταργηθούν, η συνεισφορά τους στον προϋπολογισμό για την δημόσια υγεία (περίπου 736 εκατομμύρια το 2015), θα χρειαστεί να καλυφθεί από τον κρατικό προϋπολογισμό για την υγεία, ή θα υπάρξει κίνδυνος να πληγεί η πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Σε συναντήσεις με την Διεθνή Αμνηστία, εκπρόσωποι της Ευρωπαϊκής Επιτροπής που ασχολούνται με την Ελλάδα συμφώνησαν ότι οι επιστροφές ήταν μια προσωρινή λύση και ότι τώρα είναι αρκετά υψηλές. Με άλλα λόγια, οι επιστροφές συνεισέφεραν στον ισοσκελισμό του προϋπολογισμού για την υγεία και καθώς ήταν προσωρινές, κάποια στιγμή στο κοντινό μέλλον, το δημόσιο σύστημα υγείας θα χρειαστεί να χρηματοδοτηθεί καλύτερα για να αναπληρώσει αυτό το κενό. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή συμφώνησε ότι η Ελλάδα θα χρειαστεί να αυξήσει τον προϋπολογισμό της για την υγεία.

Η κυβέρνηση ανακοίνωσε πρόσφατα τα σχέδιά της για μεγαλύτερη συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, στο πλαίσιο της προσέγγισής της για το δημόσιο σύστημα υγείας.²³⁹ Παρότι είναι δύσκολο να αξιολογηθεί επακριβώς τι μπορεί να σημαίνει αυτό χωρίς περαιτέρω λεπτομέρειες των σχεδίων της κυβέρνησης, σύμφωνα με τον Ειδικό Εισηγητή του ΟΗΕ για την ακραία φτώχεια και τα ανθρώπινα δικαιώματα, η εκτεταμένη ιδιωτικοποίηση δημοσίων αγαθών σε πολλές κοινωνίες έχει εξαλείψει συστηματικά την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και έχει περιθωριοποιήσει περαιτέρω εκείνους που ζουν στην φτώχεια.²⁴⁰ Η ελληνική κυβέρνηση θα πρέπει να δρα σύμφωνα με τις υποχρεώσεις της για τα ανθρώπινα δικαιώματα όταν σχεδιάζει οποιαδήποτε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα, μεταξύ άλλων θέτοντας ένα ρυθμιστικό πλαίσιο που θα διασφαλίζει ότι η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη θα είναι προσβάσιμη και οικονομικά προσιτή σε όλους/-ες, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες περιθωριοποιημένων ομάδων. Θεσπίζοντας πρότυπα για δημόσιους και ιδιωτικούς παράγοντες που εμπλέκονται σε ιδιωτικοποίηση ώστε να διασφαλιστεί ότι θα συλλέγονται και θα δημοσιεύονται στοιχεία για τις επιπτώσεις στα ανθρώπινα δικαιώματα.²⁴¹ και αναπτύσσοντας αποτελεσματικούς μηχανισμούς παρακολούθησης και λογοδοσίας.

Η ταχεία εξάπλωση της επιδημίας COVID-19 παρουσιάζει επίσης σημαντικές προκλήσεις για το δημόσιο σύστημα υγείας της Ελλάδας, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Υπάρχει κατεπείγουσα ανάγκη να διασφαλιστεί ότι το σύστημα υγείας λαμβάνει επαρκή χρηματοδότηση και πόρους, ώστε να μπορεί να παρέχει έγκαιρη και ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε όλους/-ες, χωρίς διακρίσεις. Αυτό περιλαμβάνει την διασφάλιση ότι προληπτική φροντίδα, αγαθά, υπηρεσίες και πληροφόρηση είναι διαθέσιμα και προσβάσιμα σε όλα τα άτομα· ότι υπάρχει ισότιμη πρόσβαση στις εξετάσεις· και ότι η περίθαλψη, συμπεριλαμβανομένων οποιονδήποτε εμβολίων και θεραπειών αναπτύχθηκαν για την COVID-19 στο μέλλον, θα είναι οικονομικά προσιτή και προσβάσιμη σε όλα τα άτομα. Περαιτέρω, οι εργαζόμενοι/-ες στην υγεία θα πρέπει να υποστηρίζονται και να προστατεύονται. Συγκεκριμένες ομάδες οι οποίες επλήγησαν κατά την οικονομική κρίση μπορεί να πληγούν περαιτέρω εξαιτίας της πανδημίας COVID-19 και των συνεπειών της. Η κυβέρνηση έχει διαθέσει 200 εκατομμύρια ευρώ στο σύστημα υγείας για να αντιμετωπίσει την πανδημία.²⁴² Παρότι αυτά τα

²³⁸ European Commission, “Enhanced Surveillance Report Economic and Financial Affairs - Greece, June 2019”, *Institutional Paper* 103, σ. 7, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip103_en.pdf

²³⁹ Βλ. για παράδειγμα: «Μητσοτάκης: Συνεργασία δημόσιου – ιδιωτικού τομέα σε ασφάλιση και υγεία» <https://www.voria.gr/article/mitsotakis-sinergasia-dimosiou-idiotikou-tomea-se-asfalisi-ke-igia>. «Μητσοτάκης: Συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην Υγεία» <https://www.tanea.gr/2019/02/23/politics/antipoliteysi/mitsotakis-sinergasia-dimosiou-kai-idiotikou-tomea-stin-vgia/>

²⁴⁰ Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights, A/73/396, 26 Σεπτεμβρίου 2018, <https://undocs.org/A/73/396>

²⁴¹ Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights, A/73/396, 26 Σεπτεμβρίου 2018, <https://undocs.org/A/73/396>

²⁴² OECD, Key country policy responses, <http://www.oecd.org/coronavirus/en/#policy-responses>. Σύμφωνα με το Υπουργείο Οικονομικών εκτιμάται ότι το ΕΣΥ θα λάβει περαιτέρω χρηματοδότηση που θα υπερβεί τα 200 εκατομμύρια, βλ.: <https://www.minfin.gr/web/guest/-/anakoinose-tou-ypourgou-oikonomikon-k-chrestou-staikoura-gia-tis-parembaseis-ton-ypourgeion-oikonomikon-anaptyxes-kai-ergasias-gia-ten-antimetopise-to>. Ερευνητές εκτιμούν ότι έως τις 12 Απριλίου το Υπουργείο Υγείας είχε εγκρίνει δαπάνες 195.500.000 ευρώ για την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-10. Βλ.: <https://www.healthpolicycenter.gr/el/topics/primary-health-care/sars-cov-2?fbclid=IwAR3H09m4LiHwxei3nVtC3TNNyafEBVv1AjmsMCLQAJLLt6gxXtm2D1YalCU>. Εκ των οποίων, τουλάχιστον 125.500.000 ευρώ επιπλέον χρηματοδότηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό προς το Υπουργείο Υγείας για προσλήψεις προσωπικού, αύξηση των κλινών ΜΕΘ, αγορά

μέτρα είναι ευπρόσδεκτα, θα πρέπει να αξιολογηθούν για να διασφαλιστεί ότι είναι επαρκή για αυτή την περίοδο και ότι κατευθύνονται προς εκείνους/-ες που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη. Μακροπρόθεσμα, υπάρχουν ήδη προβλέψεις για μια πιθανή οικονομική κρίση εξαιτίας της πανδημίας και των συνεπειών της. Η εμπειρία της τελευταίας δεκαετίας στην Ελλάδα αποδεικνύει την ανάγκη να παραμένουν τα ανθρώπινα δικαιώματα στο επίκεντρο όταν αντιμετωπίζονται οικονομικές κρίσεις. Υπάρχουν ήδη ανησυχίες ότι τα μέτρα λιτότητας έχουν πλήξει την δυνατότητα του συστήματος υγείας να ανταποκριθεί στην τωρινή κρίση. Στους μήνες και τα χρόνια που θα ακολουθήσουν την πανδημία COVID-19, είναι απαραίτητο η Ελλάδα να αντλήσει διδάγματα από τις επώδυνες εμπειρίες της τελευταίας δεκαετίας και να εφαρμόσει μια δίκαιη αντιμετώπιση για την ανάκαμψη από την πανδημία COVID-19 και οποιαδήποτε οικονομική κρίση ακολουθήσει την πανδημία, η οποία θα διασφαλίζει ότι δεν θα υπάρξει επιστροφή στα επιζήμια μέτρα λιτότητας που περιγράφηκαν σε αυτήν την έκθεση και ότι οι ομάδες που βρίσκονται σε ιδιαίτερο κίνδυνο δυσμενών επιπτώσεων δεν ξεχνιούνται.

προστατευτικού εξοπλισμού, ιατρικών υλικών και φαρμάκων. Βλ. γενικά, COVID-19 Health System Policy Monitor, <https://www.covid19healthsystem.org/countries/greece/livinghit.aspx?Section=4.1%20Health%20financing&Type=Section>

6. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΡΕΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΙΣΤΩΤΩΝ

6.1 ΦΥΣΗ ΚΑΙ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΧΡΕΟΥΣ

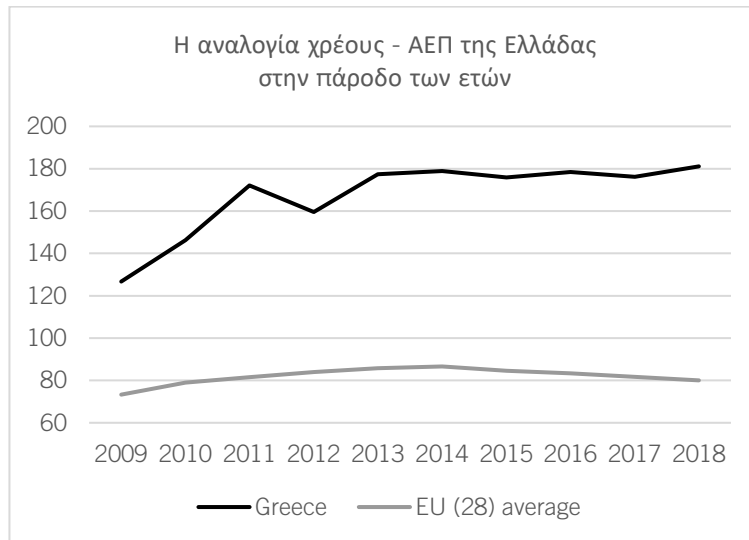
Το 2010, η Ελλάδα υπέγραψε το πρώτο από τρία Προγράμματα Οικονομικής Προσαρμογής (ΠΟΠ). Το πρώτο ΠΟΠ διήρκησε από το 2010 ως το 2011. Αυτό είχε δομηθεί ως διμερή δάνεια από ορισμένες χώρες της Ε.Ε. μέσω ενός μηχανισμού αποκαλούμενου Δανειακή Διευκόλυνση για την Ελλάδα (ΔΔΕ) και το ΔΝΤ, προς το ελληνικό κράτος. Η ΔΔΕ εκταμίευσε 52,9 δισεκατομμύρια ευρώ και το ΔΝΤ εκταμίευσε 20,1 δισεκατομμύρια ευρώ.²⁴³ Το δεύτερο πρόγραμμα οικονομικής βοήθειας διήρκησε από το 2012 ως το 2015. Πιστωτές ήταν το ΔΝΤ και το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (EFSF), ένας προσωρινός μηχανισμός επίλυσης οικονομικών κρίσεων που δημιουργήθηκε από τα Κράτη Μέλη της ευρωζώνης τον Ιούνιο του 2010. Το EFSF εκταμίευσε 141,8 δισεκατομμύρια ευρώ προς την Ελλάδα εκείνη την περίοδο (10,9 δισεκατομμύρια ευρώ έχουν αποπληρωθεί έκτοτε, οπότε το ανεξόφλητο χρέος ανέρχεται σε 130,9 δισεκατομμύρια ευρώ), και το ΔΝΤ εκταμίευσε 12 δισεκατομμύρια ευρώ.²⁴⁴ Τελικά, το 2015, έγινε η διαπραγμάτευση για το τρίτο πακέτο χρηματοδοτικής βοήθειας. Αυτή τη φορά πιστωτής ήταν ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθερότητας (ESM) «ένας διεθνής χρηματοπιστωτικός θεσμός που συστήθηκε από τα Κράτη Μέλη της ευρωζώνης για να βοηθήσει τις χώρες της ευρωζώνης που βρίσκονται σε σοβαρή οικονομική δυσχέρεια».²⁴⁵ Από το 2015 έως το 2018, ο ESM εκταμίευσε δάνεια αξίας 61,9 δισεκατομμυρίων ευρώ προς το ελληνικό κράτος.²⁴⁶ Και τα τρία οικονομικά προγράμματα περιλάμβαναν όρους. Οι λεπτομέρειες αυτών των όρων εξετάζονται λεπτομερώς παρακάτω.

²⁴³ Βλ. εδώ: <https://www.esm.europa.eu/assistance/greece/explainer-esm-and-efsf-financial-assistance-greece>

²⁴⁴ Για περισσότερες λεπτομέρειες βλ. <https://www.esm.europa.eu/assistance/greece/efsf-programme-greece-expired>

²⁴⁵ <https://www.esm.europa.eu/about-us>

²⁴⁶ Για περισσότερες λεπτομέρειες για το χρονοδιάγραμμα εκταμίευσης και την διάρκεια των δανείων, παρακαλούμε δείτε: <https://www.esm.europa.eu/assistance/greece>



Το συνολικό δημόσιο χρέος της Ελλάδας και η αναλογία του χρέους προς το ΑΕΠ αυξήθηκαν κατά την τελευταία δεκαετία.²⁴⁷ Ωστόσο, το προφίλ του δημοσίου χρέους στην Ελλάδα έχει αλλάξει μετά τα ΠΟΠ. Το 2009-2010, όταν ξεκίνησε η κρίση, περίπου το 84% του κρατικού χρέους ήταν προς ιδιώτες πιστωτές και μόνο το 16% ήταν προς επίσημους, ή κρατικούς, πιστωτές. Οι πιστωτές ήταν κυρίως ιδιωτικοί χρηματοπιστωτικοί οργανισμοί που είχαν επενδύσει σε ελληνικά κρατικά ομόλογα. Στην πορεία των προγραμμάτων οικονομικής διάσωσης, το χρέος προς τους ιδιώτες πιστωτές αντικαταστάθηκε με χρέος προς τα κράτη της Ε.Ε., τον ESM, το EFSF και το ΔΝΤ.²⁴⁸ Μελέτες έχουν αναδείξει αυτόν τον μετασχηματισμό, διαπιστώνοντας ότι λιγότερο από 5% των συνολικών χρημάτων για την διάσωση πήγαν στον ελληνικό προϋπολογισμό, με τα περισσότερα από τα χρήματα να πηγαίνουν στους τρέχοντες πιστωτές υπό την μορφή αποπληρωμών δανείων και καταβολών τόκων.²⁴⁹ Έτσι, το 2018, το προφίλ του ελληνικού χρέους είχε αλλάξει δραματικά σε σχέση με την αρχή της κρίσης. Σήμερα το 83% του χρέους είναι προς τον επίσημο τομέα και το 17% είναι προς τον ιδιωτικό τομέα. Το μεγαλύτερο μέρος αυτού του χρέους είναι στην πραγματικότητα προς έναν συνδυασμό του EFSF (36%), ESM (17%), ΔΝΤ (3%), και ΔΔΕ (15%) – αθροιστικά το 71% του συνολικού ελληνικού χρέους.²⁵⁰

6.2 ΤΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Υπήρξαν συνολικά τρία προγράμματα χρηματοδοτικής βοήθειας για την Ελλάδα την περίοδο μεταξύ 2010 και 2018. Το καθένα περιλάμβανε την εκταμίευση ποσών για δάνεια και απαιτούσε την εκπλήρωση από την ελληνική κυβέρνηση ορισμένων όρων πολιτικής. Τα προγράμματα περιλάμβαναν πολυάριθμους όρους πολιτικής σε ένα ευρύ φάσμα, επηρεάζοντας διάφορους τομείς της ελληνικής οικονομίας και κοινωνίας. Περιλάμβαναν μεταρρυθμίσεις που επηρέαζαν την αγορά εργασίας, το συνταξιοδοτικό σύστημα, το σύστημα υγείας, την ενέργεια και τις μεταφορές, το εκπαιδευτικό σύστημα, την δημόσια διοίκηση και συστάσεις για την γενικότερη δημοσιονομική πολιτική, συμπεριλαμβανομένης της γενικής φορολογίας. Η τήρηση των όρων από την Ελλάδα εξεταζόταν περιοδικά, και οι στόχοι και συγκεκριμένοι όροι τροποποιούνταν στη συνέχεια σύμφωνα με τις διαπιστώσεις του ελέγχου.

Από πολύ νωρίς, το δημόσιο σύστημα υγείας θεωρήθηκε ως ένας τομέας που θα έπρεπε να μεταρρυθμιστεί ώστε να γίνει «αποδοτικός από άποψη κόστους». Το πρώτο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα δήλωνε ότι: «Το σύστημα υγείας, όπου έχουν υπάρξει μεγάλες υπερβάσεις στις δαπάνες, θα

²⁴⁷ Eurostat, General government gross debt - annual data,

<https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=teina225&language=en>

²⁴⁸ ESM, "Timeline of events: 2009-2018", <https://www.esm.europa.eu/assistance/greece/timeline-greece-exit>

²⁴⁹ J Rocholl, "Where did the Greek Bail out money go", ESMT White Paper, <http://static.esmt.org/publications/whitepapers/WP-16-02.pdf>. Jubilee Debt Campaign, "At least 90% of the Greek bailout has paid off reckless lenders", 18 Ιανουαρίου 2015, <https://jubileedebt.org.uk/press-release/least-90-greek-bailout-paid-reckless-lenders>

²⁵⁰ PDMA, Annual Debt Report 2018, http://www.pdma.gr/attachments/article/2316/PubDebt_Annual_2018_EN.pdf. Το υπόλοιπο χρέος αφορά έναν συνδυασμό δανείων προς την Τράπεζα της Ελλάδας και άλλων διμερών δανείων.

αναδιαμορφωθεί μέσα από μεταρρυθμίσεις στα συστήματα διαχείρισης, λογιστικής και χρηματοδότησης». ²⁵¹ Κάθε ένα από τα έγγραφα των ΠΟΠ και των επακόλουθων αναθεωρήσεων περιλάμβανε λεπτομερείς προϋποθέσεις για το πώς το δημόσιο σύστημα υγείας θα μπορούσε να γίνει πιο «αποδοτικό από άποψη κόστους». Αυτές απαριθμούνται στο Παράρτημα 1 αυτής της έκθεσης. Διάφοροι όροι στα ΠΟΠ που αφορούσαν συγκεκριμένα τον τομέα της υγείας αποσκοπούσαν στην επίτευξη εξοικονόμησης στον τομέα της υγείας εξαλείφοντας ανεπάρκειες και αντιμετωπίζοντας μακροχρόνια δομικά προβλήματα στο δημόσιο σύστημα υγείας κάτι που θα έπρεπε να είχε γίνει από καιρό. Στα παραδείγματα περιλαμβάνονται η εφαρμογή συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η μείωση των τιμών των φαρμάκων, ο εξορθολογισμός της λειτουργίας των νοσοκομείων, μεταξύ άλλων αυξάνοντας την κινητικότητα του υγειονομικού προσωπικών φαρμάκων, η εφαρμογή εκπτώσεων (rebates) και μηχανισμών αυτόματης επιστροφής χρημάτων (clawbacks) όσον αφορά τα φάρμακα, και η προώθηση ενός συγκεντρωτικού συστήματος προμηθειών για τον τομέα της υγείας. ²⁵² Ωστόσο, κάποιιοι από τους όρους υπαγόρευσαν, ενθάρρυναν ή επηρέασαν τα μέτρα λιτότητας που επιβλήθηκαν από την ελληνική κυβέρνηση, τα οποία περιγράφηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια, και τα οποία οδήγησαν σε παραβιάσεις του δικαιώματος στην υγεία στην Ελλάδα. Αυτό το μέρος εξετάζει αυτούς τους συγκεκριμένους όρους πιο λεπτομερώς.

6.2.1 ΠΡΩΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ

Το πρώτο Πρόγραμμα Οικονομικής Προσαρμογής για την Ελλάδα διήρκησε από το 2010 ως το 2011. Στη βάση μιας αξιολόγησης που διενεργήθηκε από μια κοινή ομάδα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας και του ΔΝΤ, τον Μάιο του 2010, το Eurogroup ενέκρινε 80 δισεκατομμύρια ευρώ σε δάνεια σε διμερή βάση από ορισμένες χώρες της ευρωζώνης, μέσω ενός μηχανισμού αποκαλούμενου Δανειακή Διευκόλυνση για την Ελλάδα (ΔΔΕ). ²⁵³ Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υπέγραψε την δανειακή συμφωνία της ΔΔΕ εκ μέρους των χωρών της ευρωζώνης. Επιπλέον, το ΔΝΤ ενέκρινε μια Συμφωνία Stand-by ύψους 30 δισεκατομμυρίων. ²⁵⁴ Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το ΔΝΤ διενήργησαν πέντε περιοδικές επανεξετάσεις του προγράμματος και οι όροι πολιτικής τους οποίους χρειαζόταν να εφαρμόσει η Ελλάδα τροποποιούνταν μετά από κάθε επανεξέταση. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η ΕΚΤ και το ΔΝΤ βοήθησαν επίσης στις διαπραγματεύσεις. Τα δάνεια συγκεντρώθηκαν από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η οποία υπέγραψε επίσης την δανειακή συμφωνία εκ μέρους των διάφορων κρατών μελών. Δεν διενεργήθηκαν μελέτες επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα από την Ελλάδα, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το ΔΝΤ ή τις χώρες της ευρωζώνης για το πρώτο ΠΟΠ. Επιπλέον, τα έγγραφα του προγράμματος δεν αναφέρουν τις υποχρεώσεις της Ελλάδας ως προς τα ανθρώπινα δικαιώματα, και με ποιόν τρόπο αυτές ελήφθησαν υπόψη κατά την διαμόρφωση των οικονομικών στόχων και των όρων πολιτικής.

Το πρώτο έγγραφο του ΠΟΠ δεν περιείχε πολλές προβλέψεις για το πώς θα έπρεπε να μεταρρυθμιστεί το δημόσιο σύστημα υγείας. Μετά την πρώτη επανεξέταση προστέθηκαν περισσότερες λεπτομέρειες. Οι συγκεκριμένοι όροι που εγείρουν ανησυχίες περιλάμβαναν τα ακόλουθα: «Ο πρωταρχικός σκοπός είναι να διατηρηθούν οι δαπάνες για την δημόσια υγεία στο, ή κάτω από το, 6% του ΑΕΠ, ενώ θα διατηρηθεί η καθολική πρόσβαση και θα βελτιωθεί η ποιότητα της παροχής περίθαλψης. Βραχυπρόθεσμα, η κύρια εστίαση θα πρέπει να είναι στην πειθαρχία σε μακρο-επίπεδο και στον έλεγχο του κόστους». ²⁵⁵ «Όσον αφορά τα φάρμακα, η κυβέρνηση εφαρμόζει μέτρα που αποδίδουν εξοικονόμηση ύψους τουλάχιστον 2 δισεκατομμυρίων ευρώ». ²⁵⁶ «Να εφαρμοστεί η αρνητική λίστα μη-καλυπτόμενων φαρμάκων και η λίστα μη-συνταγογραφούμενων

²⁵¹ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, “The Economic Adjustment Programme for Greece” Occasional Papers 61, Μάιος 2010, σ. 53: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/64c89a77-ddc4-46f4-9bb0-18d7e80f6f0c/language-en>

²⁵² Βλ. το Παράρτημα 1 αυτής της έκθεσης, διαθέσιμο στον ιστότοπο της Διεθνούς Αμνηστίας, το οποίο απαριθμεί τους όρους των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής που αφορούσαν το δημόσιο σύστημα υγείας.

²⁵³ https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-financial-assistance/which-eu-countries-have-received-assistance/financial-assistance-greece_en#first-programme-for-greece

²⁵⁴ https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-financial-assistance/which-eu-countries-have-received-assistance/financial-assistance-greece_en#first-programme-for-greece

²⁵⁵ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, “The Economic Adjustment Programme for Greece – Second Review” Occasional Papers 72, Δεκέμβριος 2010, <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/f1557fb3-aac4-4fb2-ac57-df1ed8146ba1/language-en>

European Commission DG for Economic and Financial Affairs, “The Economic Adjustment Programme for Greece – Third Review” Occasional Papers 77, Φεβρουάριος 2011, <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0c88313b-527c-420d-b1ef-d224af32da6e/language-en>

European Commission DG for Economic and Financial Affairs, “The Economic Adjustment Programme for Greece – Fourth Review” Occasional Papers 82, Ιούλιος 2011, <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0a256be3-f327-4cd6-829a-b797d08365db/language-en>

²⁵⁶ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, “The Economic Adjustment Programme for Greece – Second Review” Occasional Papers 72, Δεκέμβριος 2010, <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/f1557fb3-aac4-4fb2-ac57-df1ed8146ba1/language-en>

European Commission DG for Economic and Financial Affairs, “The Economic Adjustment Programme for Greece – Fourth Review” Occasional Papers 82, Ιούλιος 2011, <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0a256be3-f327-4cd6-829a-b797d08365db/language-en>

φαρμάκων».²⁵⁷ «Η κυβέρνηση επιβάλλει την καταβολή 3 ευρώ για συνηθισμένες υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων σε δημόσια νοσοκομεία».²⁵⁸ «Το νέο ταμείο [ΕΟΠΥΥ] θα οδηγήσει σε μια ουσιαστική μείωση του διοικητικού προσωπικού τουλάχιστον κατά 50% και των συμβεβλημένων ιατρών τουλάχιστον κατά 25% σε σχέση με το σύνολο των τεσσάρων ταμείων από τα οποία προήλθε».²⁵⁹ «Το νέο σύστημα θα οδηγήσει σε μια μείωση του συνολικού κόστους αποζημίωσης (μισθοί και αμοιβές) γιατρών τουλάχιστον κατά 10% το 2011, και επιπλέον 15% το 2012, σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος».²⁶⁰ και «Ο στόχος είναι να μειωθούν οι δαπάνες των νοσοκομείων κατά τουλάχιστον 10% το 2011, και περαιτέρω 5% το 2012 επί του προηγούμενου έτους».²⁶¹

Με άλλα λόγια, το πρώτο ΠΟΠ και οι αναθεωρήσεις του περιείχαν συγκεκριμένες προβλέψεις γύρω από τη διατήρηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία στο, ή κάτω από το, 6% του ΑΕΠ, την μείωση του αριθμού των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, τις συμμετοχές, την επιβολή αρνητικής λίστας φαρμάκων, και τα πλαφόν στις δαπάνες για φάρμακα και στις δαπάνες των νοσοκομείων. Αυτά συμπίπτουν με τα μέτρα λιτότητας που εφάρμοσε η ελληνική κυβέρνηση στο δημόσιο σύστημα υγείας, που περιγράφηκαν πιο λεπτομερώς παραπάνω ότι προκάλεσαν ή συντέιναν σε παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων.

Τα έγγραφα των αναθεωρήσεων παρέχουν περισσότερες λεπτομέρειες για το πώς η ελληνική κυβέρνηση εκπλήρωσε τους στόχους δημοσιονομικής εξυγίανσης και τους όρους στο ΠΟΠ, υποδεικνύοντας ότι οι πιστωτές γνώριζαν πώς είχαν επιτευχθεί οι εξοικονομήσεις. Για παράδειγμα, η τρίτη αναθεώρηση ανέφερε μια «αύξηση σε συμμετοχή όσον αφορά επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία του εγκαταστάσεων του ΕΣΥ από 3 σε 5 ευρώ... Αυτό θα διασφαλίσει ένα επιπλέον έσοδο περίπου 30 εκατομμυρίων ευρώ».²⁶² Επίσης σημειώνεται ότι «η δημοσίευση μιας αρνητικής λίστας φαρμάκων που δεν καλύπτονται από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης... θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα εξοικονόμηση έως και 140 εκατομμυρίων ευρώ μέσα σε ένα έτος».²⁶³ Η τέταρτη αναθεώρηση σημείωνε ότι οι περικοπές στις δαπάνες στην υγεία και τα φάρμακα προέρχονταν, μεταξύ άλλων, από μια «μείωση των υπηρεσιών που παρέχονται στους ανασφάλιστους».²⁶⁴ Διαπίστωνε επίσης ότι «Η μείωση του κόστους προμηθειών [στα νοσοκομεία] κατά 11% το 2010 οφειλόταν κυρίως στην μείωση των δαπανών για εφόδια και φάρμακα».²⁶⁵

6.2.2 ΔΕΥΤΕΡΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ

Το δεύτερο ΠΟΠ για την Ελλάδα διήρκησε από το 2012 ως το 2015. Τον Μάρτιο του 2012, οι υπουργοί οικονομικών της ευρωζώνης ενέκριναν την χρηματοδότηση του δεύτερου προγράμματος οικονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα. Σε αντίθεση με το πρώτο ΠΟΠ, αυτή τη φορά δεν υπήρχαν διμερή δάνεια. Αντιθέτως, το δάνειο χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (EFSF), και το ΔΝΤ.²⁶⁶ Το EFSF είχε δημιουργηθεί ως προσωρινός μηχανισμός επίλυσης κρίσεων από τα Κράτη Μέλη της ευρωζώνης τον Ιούνιο του 2010. Από το 2012 ως το 2015, το EFSF εκταμίευσε 141,8 δισεκατομμύρια ευρώ στην

²⁵⁷ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Economic Adjustment Programme for Greece – Second Review" Occasional Papers 72, Δεκέμβριος 2010, <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/f1557fb3-aac4-4fb2-ac57-df1ed8146ba1/language-en>

²⁵⁸ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Economic Adjustment Programme for Greece – First Review" Occasional Papers 68, Αύγουστος 2010, <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0d77133c-9787-4dd9-bbe7-5f2e851254dd/language-en>

²⁵⁹ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Economic Adjustment Programme for Greece – Fourth Review" Occasional Papers 82, Ιούλιος 2011, <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0a256be3-f327-4cd6-829a-b797d08365db/language-en>

²⁶⁰ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Economic Adjustment Programme for Greece – Fourth Review" Occasional Papers 82, Ιούλιος 2011, <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0a256be3-f327-4cd6-829a-b797d08365db/language-en>

²⁶¹ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Economic Adjustment Programme for Greece – Fourth Review" Occasional Papers 82, Ιούλιος 2011, <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0a256be3-f327-4cd6-829a-b797d08365db/language-en>

²⁶² European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Economic Adjustment Programme for Greece – Third Review" Occasional Papers 77, Φεβρουάριος 2011, <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0c88313b-527c-420d-b1ef-d224af32da6e/language-en> Αναφέρεται επίσης ότι «Ένα σύστημα εξαίρεσεων διασφαλίζει ότι εκείνοι που είναι πιο ευάλωτοι δεν αποτρέπονται από το να αναζητήσουν αναγκαία ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Ωστόσο, η απόδοση αυτού του συστήματος χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση για να αποτρέψει πιθανές καταχρήσεις».

²⁶³ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Economic Adjustment Programme for Greece – Third Review" Occasional Papers 77, Φεβρουαρίου 2011, <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0c88313b-527c-420d-b1ef-d224af32da6e/language-en>

²⁶⁴ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Economic Adjustment Programme for Greece – Fourth Review" Occasional Papers 82, Ιούλιος 2011, <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0a256be3-f327-4cd6-829a-b797d08365db/language-en>

²⁶⁵ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Economic Adjustment Programme for Greece – Fourth Review" Occasional Papers 82, Ιούλιος 2011, <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/0a256be3-f327-4cd6-829a-b797d08365db/language-en>

²⁶⁶ https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-financial-assistance/which-eu-countries-have-received-assistance/financial-assistance-greece_en

Ελλάδα, εκ των οποίων τα 130,9 δισεκατομμύρια ευρώ είναι σήμερα εκκρεμή. Το ΔΝΤ συνεισέφερε με επιπλέον 12 δισεκατομμύρια ευρώ σε δάνεια.²⁶⁷ Επιχειρησιακά, το δεύτερο ΠΟΠ ήταν παρόμοιο με το πρώτο, και οι εκταμιεύσεις γίνονταν έπειτα από περιοδικές επανεξετάσεις από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το ΔΝΤ. Καμία μελέτη επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα δεν διενεργήθηκε από την κυβέρνηση της Ελλάδας, την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το ΔΝΤ, ή το EFSF για το δεύτερο ΠΟΠ. Περαιτέρω, τα έγγραφα του προγράμματος δεν αναφέρουν τις υποχρεώσεις της Ελλάδας ως προς τα ανθρώπινα δικαιώματα και με ποιόν τρόπο αυτές ελήφθησαν υπόψη κατά την διαμόρφωση των οικονομικών στόχων και των όρων πολιτικής.

Το δεύτερο ΠΟΠ και οι αναθεωρήσεις του περιλάμβαναν επίσης πολλές από τις συγκεκριμένες προβλέψεις για τον τομέα της υγείας που υπήρχαν στο πρώτο ΠΟΠ. Αυτές περιλάμβαναν τα ακόλουθα: «Ο πρωταρχικός σκοπός είναι να διατηρηθούν οι δαπάνες για την δημόσια υγεία στο, ή κάτω από το, 6% του ΑΕΠ, ενώ θα διατηρηθεί η καθολική πρόσβαση και θα βελτιωθεί η ποιότητα της παροχής περίθαλψης».²⁶⁸ «Η Κυβέρνηση θα επανεξετάσει το σύστημα συμμετοχής ώστε να εξαιρείται από τις συμμετοχές μόνο ένας περιορισμένος αριθμός φαρμάκων που σχετίζονται με συγκεκριμένες θεραπείες».²⁶⁹ «Εάν η μηνιαία παρακολούθηση των δαπανών δείχνει ότι η μείωση σε δαπάνες για φάρμακα δεν παράγει τα αναμενόμενα αποτελέσματα, επιπρόσθετα μέτρα θα πρέπει να λαμβάνονται άμεσα ώστε να διατηρηθεί η κατανάλωση φαρμάκων υπό έλεγχο. Αυτά περιλαμβάνουν... αυξήσεις των συμμετοχών».²⁷⁰ «μείωση των λειτουργικών εξόδων των νοσοκομείων κατά 8% το 2012 και επιπλέον 5% το 2013 και ουσιαστική μείωση των κλινών».²⁷¹ «για να βελτιωθεί η τωρινή οικονομική κατάσταση του ΕΟΠΥΥ και να διασφαλιστεί ότι η εκτέλεση του προϋπολογισμού είναι πλησιέστερη προς έναν ισοσκελισμένο προϋπολογισμό το 2012 και το 2013, μια σειρά από μέτρα θα πρέπει να εφαρμοστεί, που θα περιλαμβάνουν... μείωση του πακέτου παροχών».²⁷² και «η Κυβέρνηση επικαιροποιεί την λίστα τιμών και την θετική λίστα των φαρμάκων που καλύπτονται, ιδιαίτερα καλύπτοντας μόνο τα αποτελεσματικά ως προς το κόστος πακέτα για χρόνιες ασθένειες, μεταφέροντας φάρμακα από την θετική στην αρνητική και στα μη-συνταγογραφούμενα φάρμακα».²⁷³ Όπως και στην περίπτωση του πρώτου ΠΟΠ, αυτά συμπίπτουν με τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν από την ελληνική κυβέρνηση στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Όπως και στην περίπτωση του πρώτου ΠΟΠ, τα έγγραφα των αναθεωρήσεων παρέχουν σημαντική πληροφόρηση για το πώς επιτεύχθηκαν οι εξοικονομήσεις. Η πρώτη αναθεώρηση του δεύτερου ΠΟΠ σημείωνε ότι «ένα αναθεωρημένο σύστημα συμμετοχών για φάρμακα που εξαιρεί μόνο έναν περιορισμένο αριθμό προϊόντων σχετιζόμενων με συγκεκριμένες θεραπείες», ήταν μια σημαντική πηγή εξοικονόμησης²⁷⁴ και ανέφερε ότι «οι μειώσεις στις δαπάνες των νοσοκομείων, η αύξηση των συμμετοχών [των ασθενών στα έξοδα] στα νοσοκομεία και ένα τέλος στις συνταγογραφήσεις από το 2014 και μετά και ο εξορθολογισμός του νοσοκομειακού δικτύου θα αυξήσουν επίσης σε μείωσεις δαπανών».²⁷⁵ Η τρίτη αναθεώρηση διαπίστωσε ότι η χρήση γενόσημων φαρμάκων ήταν πολύ χαμηλότερη από τον στόχο, και ότι «Ασθενείς δεν προμηθεύονται το φτηνότερο διαθέσιμο φάρμακο και συχνά πληρώνουν το 50% της διαφοράς ανάμεσα στην τιμή αναφοράς και την πραγματική τιμή».²⁷⁶ Το πρόβλημα των ανθρώπων που ήταν άνεργοι και έχαναν την ασφάλισή τους επίσης επισημάνθηκε σε αυτήν την αναθεώρηση, και η Ελλάδα δεσμεύτηκε να ξεκινήσει ένα πρόγραμμα εισιτηρίου για να διασφαλιστεί η κάλυψη, με χρηματοδότηση από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο».²⁷⁷

²⁶⁷ <https://www.esm.europa.eu/assistance/greece/efsf-programme-greece-expired>

²⁶⁸ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Second Economic Adjustment Programme for Greece" Occasional Papers 94, Μάρτιος 2012, https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp94_en.pdf

²⁶⁹ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Second Economic Adjustment Programme for Greece" Occasional Papers 94, Μάρτιος 2012, https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp94_en.pdf

²⁷⁰ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Second Economic Adjustment Programme for Greece" Occasional Papers 94, Μάρτιος 2012, https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp94_en.pdf

²⁷¹ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Second Economic Adjustment Programme for Greece – First Review" Occasional Papers 123, Δεκέμβριος 2012, https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp123_en.pdf

²⁷² European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Second Economic Adjustment Programme for Greece – First Review" Occasional Papers 123, Δεκέμβριος 2012, https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp123_en.pdf

²⁷³ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Second Economic Adjustment Programme for Greece – First Review" Occasional Papers 123, Δεκέμβριος 2012, https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp123_en.pdf

²⁷⁴ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Second Economic Adjustment Programme for Greece – First Review" Occasional Papers 123, Δεκέμβριος 2012, https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp123_en.pdf

²⁷⁵ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Second Economic Adjustment Programme for Greece – First Review" Occasional Papers 123, Δεκέμβριος 2012, https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2012/pdf/ocp123_en.pdf

²⁷⁶ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Second Economic Adjustment Programme for Greece – Third Review" Occasional Papers 159, Ιούλιος 2013, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/11398044-8e4a-4c53-8adf-79421f2c190c/language-en>

²⁷⁷ European Commission DG for Economic and Financial Affairs, "The Second Economic Adjustment Programme for Greece – Third Review" Occasional Papers 159, Ιούλιος 2013, <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/11398044-8e4a-4c53-8adf-79421f2c190c/language-en>

6.2.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑΣ

Μετά τον τερματισμό του δεύτερου ΠΟΠ, η ελληνική κυβέρνηση κατέθεσε αίτημα για χρηματοδοτική στήριξη από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας (ESM) - «ένας διεθνής χρηματοπιστωτικός θεσμός που συστήθηκε από τα Κράτη Μέλη της ευρωζώνης για να βοηθήσει τις χώρες της ευρωζώνης που βρίσκονται σε σοβαρή οικονομική δυσχέρεια».²⁷⁸ Ο ESM αποκλειστικά παρείχε την χρηματοδότηση για το τρίτο πρόγραμμα, που ονομάστηκε Πρόγραμμα Στήριξης Σταθερότητας, και διήρκησε από το 2015 ως το 2018. Η Ελλάδα υπέγραψε ένα μνημόνιο συνεννόησης με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, ενεργώντας εκ μέρους του ESM, και συνολικά 61,9 δισεκατομμύρια ευρώ εκταμιεύθηκαν κατά την περίοδο του προγράμματος.²⁷⁹ Σε αντίθεση με τα πρώτα δύο ΠΟΠ, μια μελέτη κοινωνικών επιπτώσεων διενεργήθηκε για το τρίτο ΠΟΠ. Η εξέταση της μελέτης κοινωνικών επιπτώσεων όσον αφορά τις μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας ήταν σύντομη. Διαπίστωσε ότι «Οι μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας στο πλαίσιο των δύο προηγούμενων προγραμμάτων αντιμετώπισαν μακροχρόνιες αδυναμίες... [και] σχεδιάστηκαν για να ελέγξουν τις δαπάνες με έναν τρόπο που δεν θα έθετε σε κίνδυνο τις προδιαγραφές».²⁸⁰ Σημείωσε ότι ενώ οι συμμετοχές είχαν αυξηθεί, είχαν θεσπιστεί εξαιρέσεις για ανθρώπους με χαμηλότερα εισοδήματα. Επεσήμανε επίσης με επιδοκμασία ότι είχαν ληφθεί μέτρα για την διασφάλιση της πρόσβασης ανασφάλιστων ατόμων στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Στα συμπεράσματά της, η μελέτη δήλωνε ότι η εφαρμογή μιας «καθολικής και αποδοτικής όσον αφορά το κόστος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης» ήταν ένας κομβικός στόχος, και ότι το νέο πρόγραμμα περιλάμβανε μέτρα για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι μια εκ των προτέρων αξιολόγηση του προγράμματος είναι ένα ευπρόσδεκτο βήμα. Ωστόσο, η Διεθνής Αμνηστία δεν την θεωρεί ως μια επαρκή μελέτη επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα για διάφορους λόγους. Δεν εξέτασε το πώς τα μέτρα λιτότητας δυνητικά θα επηρέαζαν την υποχρέωση της Ελλάδας να σέβεται, να προστατεύει και να εκπληρώνει ανθρώπινα δικαιώματα. Δεν αναφέρθηκε στις στατιστικές αναφορικά με τις αυξανόμενες ανάγκες υγείας που δεν ικανοποιούνται στην Ελλάδα. Πέρα από το σχόλιο της για τα άτομα που είναι ανασφάλιστα, δεν είχε καμία ανάλυση για το πώς διαφορετικές ομάδες – όπως γυναίκες, άτομα με αναπηρίες, μετανάστες/τριες, ηλικιωμένοι άνθρωποι κ.λπ. – επλήγησαν από την οικονομική κρίση και πώς τα μέτρα του πρώτου και του δεύτερου ΠΟΠ μπορεί να επιδείνωσαν αυτήν την κατάσταση. Και εν τέλει, η μελέτη κοινωνικών επιπτώσεων δεν έκανε καμία αναφορά στην αυξανόμενη βιβλιογραφία, συμπεριλαμβανομένων οργάνων του ΟΗΕ και περιφερειακών οργάνων ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όσον αφορά τις δυνητικά βλαβερές επιπτώσεις των μέτρων λιτότητας στην Ελλάδα.²⁸¹

Από πολλές απόψεις, το τρίτο ΠΟΠ δεν περιείχε πολλές από τις προβληματικές απαιτήσεις οι οποίες αποτελούσαν μέρος των δύο πρώτων ΠΟΠ. Τα έγγραφα του προγράμματος επεσήμαιναν την ανάγκη για «κοινωνική δικαιοσύνη» στην στρατηγική ανάκαμψης. Δεν περιείχε μια ρητή απαίτηση να διατηρηθούν οι δαπάνες για την δημόσια υγεία κάτω από το 6% του ΑΕΠ. Οι αρχές δεσμεύτηκαν να «παρακολουθούν στενά και να εφαρμόζουν πλήρως μια καθολική κάλυψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και να πληροφορούν τους πολίτες για τα δικαιώματά τους ως προς αυτήν». Υπήρχε κάποια συζήτηση για την επαναφορά του τέλους 5 ευρώ για τις επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων (το οποίο είχε καταργηθεί το 2015), σε περίπτωση που δεν επιτυγχάνονταν οι δημοσιονομικοί στόχοι.²⁸² Η τρίτη αναθεώρηση εξέτασε την δυνατότητα για μείωση των συνεισφορών για την υγεία με βάση το εισόδημα.²⁸³ Γενικά, ωστόσο, το τρίτο πρόγραμμα και τα συμπληρωματικά Μνημόνια Συνεννόησης συνέχισαν την πορεία της μεταρρύθμισης στον τομέα της υγείας που είχε αναλυθεί στα δύο πρώτα ΠΟΠ.

²⁷⁸ <https://www.esm.europa.eu/about-us>

²⁷⁹ https://www.esm.europa.eu/assistance/greece#programme_timeline_for_greece

²⁸⁰ European Commission, "Assessment of the Social Impact of the new Stability Support Programme for Greece" *Commission Staff Working Document*, 19 Αυγούστου 2015, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ecfin_assessment_social_impact_en_0.pdf

²⁸¹ Βλ. για παράδειγμα: Committee on the Rights of the Child, Concluding observations: Greece, CRC/C/GRC/CO/2-3, 13 Αυγούστου 2012, παρ. 17· Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding observations: Greece, CEDAW/C/GRC/CO/7, 26 Μαρτίου 2013, παρ. 31· Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights, A/HRC/25/50/Add.1, 27 Μαρτίου 2014.

²⁸² Memorandum of Understanding between the European Commission acting on behalf of the European Stability Mechanism and the Hellenic Republic and the Bank of Greece, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/01_mou_20150811_en.pdf

²⁸³ Supplemental Memorandum of Understanding, Greece Third Review of the ESM Programme, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/third_smou_final.pdf

6.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΔΑΝΕΙΣΤΩΝ

Οι διεθνείς χρηματοπιστωτικοί θεσμοί μπορεί να θεωρηθούν υπεύθυνοι για συνέργεια στην επιβολή οικονομικών μεταρρυθμίσεων οι οποίες παραβιάζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα. Η αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της βοήθειας που παρέχεται (υπό την μορφή δανείων, εποπτείας και τεχνικής υποστήριξης, και συνημμένων όρων) στην διάπραξη μιας διεθνώς παράνομης πράξης (συνέργεια) και της βλάβης που προκαλείται (παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων) είναι προφανής και καλά τεκμηριωμένη. Η γνώση της παράνομης φύσης της πράξης θα μπορούσε να τεκμαίρεται εάν, ακόμα και κατά την προώθηση της εφαρμογής οικονομικών μεταρρυθμίσεων που κανονικά οδηγούν σε παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, δεν διενεργείται καμία εκ των προτέρων μελέτη επιπτώσεων.

Έκθεση του Ανεξάρτητου Εμπειρογνώμονα για τις επιπτώσεις του εξωτερικού χρέους²⁸⁴

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Παρότι η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επισήμως δε δάνεισε χρήματα στην Ελλάδα στο πλαίσιο κανενός από τα προγράμματα, ήταν βαθιά αναμειγμένη στον σχεδιασμό και την εφαρμογή και των τριών προγραμμάτων χρηματοδοτικής βοήθειας. Εκπρόσωποι της Ευρωπαϊκής Επιτροπής συμμετείχαν στις ομάδες που παρείχαν τις αρχικές μελέτες για το εάν θα έπρεπε να δοθούν δάνεια και υπό ποιους όρους. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή βοήθησε στις διαπραγματεύσεις για το πρώτο και το δεύτερο ΠΟΠ και για το Μνημόνιο Συνεννόησης του τρίτου προγράμματος. Υπέγραψε το πρώτο ΠΟΠ και το τρίτο Μνημόνιο Συνεννόησης εκ μέρους της Δανειακής Διευκόλυνσης για την Ελλάδα και του ESM. Συμμετείχε στην διαδικασία τακτικής παρακολούθησης και των τριών προγραμμάτων, βάσει της οποίας γίνονταν εκταμιεύσεις και τροποποιούνταν όροι πολιτικής. Και συνεχίζει να έχει εποπτικό ρόλο. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα έπρεπε να έχει διενεργήσει μελέτες επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα και για τα τρία προγράμματα· ωστόσο, μόνο μια μελέτη κοινωνικών επιπτώσεων διενεργήθηκε για το τρίτο πρόγραμμα. Συμφώνησε με όρους πολιτικής και στόχους δημοσιονομικής εξυγίανσης οι οποίοι, όπως κατέδειξε αυτή η έκθεση σε προηγούμενα κεφάλαια, υπονόμισαν σοβαρά το δικαίωμα στην υγεία στην Ελλάδα, και διευκόλυνε μια διαδικασία που εκταμίευσε ποσά δανεισμού όταν εκπληρώνονταν αυτά τα μέτρα. Επίσης δεν έκανε αρκετά για να μετριάσει τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις αυτών των μέτρων.

²⁸⁴ Effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights, A/74/178, 16 Ιουλίου 2019, <https://undocs.org/A/74/178>

Η Διεθνής Αμνηστία συνομίλησε με εκπροσώπους της Γενικής Διεύθυνσης Οικονομικών και Χρηματοδοτικών Υποθέσεων, της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας και Ασφάλειας Τροφίμων και της Γενικής Διεύθυνσης Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Κοινωνικής Ένταξης, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, σχετικά με τον ρόλο της Επιτροπής στην εφαρμογή και τις επιπτώσεις των μέτρων λιτότητας στην Ελλάδα.²⁸⁵ Δήλωσαν ότι παρότι η Ευρωπαϊκή Επιτροπή είχε παράσχει καθοδήγηση και στόχους, τα συγκεκριμένα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν κατά την διάρκεια της κρίσης είχαν αναπτυχθεί από την ελληνική κυβέρνηση. Υποστήριξε επίσης ότι τα περισσότερα από τα μέτρα λιτότητας στον τομέα της υγείας αποσκοπούσαν στην αντιμετώπιση δομικών προβλημάτων και την βελτίωση της αποδοτικότητας και δεν ήταν πιθανόν να έχουν επιπτώσεις στην πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Για παράδειγμα, επεσήμανε ότι μέτρα όπως οι αυξημένες συνεισφορές, η αρνητική λίστα φαρμάκων, κ.λπ., ήταν κοινά χαρακτηριστικά στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Οι αξιωματούχοι εξήγησαν επίσης το εύρος της επένδυσης του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου στην Ελλάδα, η οποία περιλαμβάνει χρηματοδότηση για μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο έχει επενδύσει σε διάφορα προγράμματα, ιδιαίτερα όσον αφορά στην «αύξηση των δεξιοτήτων και των θέσεων εργασίας» και την «καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού».²⁸⁶

ΔΙΕΘΝΕΣ ΝΟΜΙΣΜΑΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

Το ΔΝΤ υπήρξε βαθιά αναμειγμένο στα δύο πρώτα ΠΟΠ, τόσο ως δανειστής όσο και συμμετέχοντας στην ομάδα που επιτηρούσε την τήρηση των όρων του προγράμματος από την Ελλάδα. Δάνεισε χρήματα στην Ελλάδα υπό την προϋπόθεση ότι η Ελλάδα θα εκπληρώσει όρους πολιτικής και στόχους δημοσιονομικής εξυγίανσης οι οποίοι, όπως κατέδειξε αυτή η έκθεση σε προηγούμενα κεφάλαια, ενθάρρυναν ή επηρέασαν τα μέτρα λιτότητας που επιβλήθηκαν από την ελληνική κυβέρνηση. Καμία μελέτη επιπτώσεων δεν διενεργήθηκε για τα πρώτα δύο ΠΟΠ. Αυτές οι ενέργειες και παραλείψεις δεν συνάδουν με τις υποχρεώσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα που περιγράφηκαν παραπάνω.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΧΡΗΜΑΤΟΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑΣ

Το Ευρωπαϊκό Ταμείο Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (EFSF) δημιουργήθηκε ως ένας προσωρινός μηχανισμός επίλυσης κρίσεων από τα Κράτη Μέλη της ευρωζώνης τον Ιούνιο του 2010.²⁸⁷ Δεν παρέχει πλέον καμία χρηματοδοτική βοήθεια, αυτόν τον ρόλο τον έχει πλέον ο ESM. Δεκαεπτά χώρες της ευρωζώνης θεωρήθηκαν «μέτοχοι» του EFSF όταν συγκροτήθηκε. Το Διοικητικό Συμβούλιο, που αποτελείται από έναν εκπρόσωπο κάθε μετόχου, έλαβε αποφάσεις για το EFSF, συμπεριλαμβανομένης της «εκταμίευσης δανείων υπό τους υφιστάμενους μηχανισμούς δανεισμού».²⁸⁸ Ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Σταθερότητας (ESM) – ο μοναδικός δανειστής όσον αφορά το τρίτο πρόγραμμα – συγκροτήθηκε ως μια ανεξάρτητη νομική οντότητα τον Οκτώβριο του 2012 και σχεδιάστηκε να αποτελέσει τον διάδοχο του EFSF. Θεσπίστηκε από τα κράτη μέλη της ευρωζώνης και οι υπουργοί οικονομικών αυτών των κρατών έχουν θέση στο Συμβούλιο των Διοικητών. Ο ESM σχεδιάστηκε να αποτελέσει μια μόνιμη λύση για τις δυσκολίες που αντιμετώπιζαν κράτη μέλη της Ε.Ε. όσον αφορά την πρόσβαση σε πίστωση όταν πλέον δεν μπορούσαν να έχουν πρόσβαση στις αγορές. Ο ESM θα ήταν ένας μόνιμος δανειστής σε τέτοιες περιστάσεις. Σύμφωνα με την συνθήκη θέσπισης του ESM (Συνθήκη ΕΜΣ), το Συμβούλιο των Διοικητών είναι το ανώτατο όργανο λήψης αποφάσεων του ESM. Περιλαμβάνει εκπροσώπους από κάθε έναν από τους 19 μετόχους του ESM με ευθύνες ως προς τα οικονομικά. Αποφάσεις για παροχή χρηματοδοτικής βοήθειας κατά κανόνα λαμβάνονται από το Συμβούλιο των Διοικητών.²⁸⁹ Τα δάνεια του ESM λαμβάνουν χώρα «υπό αυστηρές προϋποθέσεις. Οι χώρες θα πρέπει να εφαρμόζουν σκληρά προγράμματα μεταρρυθμίσεων προτού λάβουν χρήματα από τον ESM».²⁹⁰ Η Συνθήκη ΕΜΣ διευκρινίζει επίσης πώς εμπλέκεται η Ευρωπαϊκή Επιτροπή στην λειτουργία του ESM, συμπεριλαμβανομένων των διαπραγματεύσεων για τα Μνημόνια Συνεννόησης και τους όρους πολιτικής,²⁹¹ την υπογραφή των Μνημονίων Συνεννόησης εκ μέρους του ESM,²⁹² και την παρακολούθηση της συμμόρφωσης με αυτούς τους όρους.²⁹³ Παρότι το EFSF και ο

²⁸⁵ Συνέντευξη με εκπροσώπους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, Οκτώβριος 2019, Βρυξέλλες.

²⁸⁶ <https://ec.europa.eu/esf/main.jsp?catId=382>

²⁸⁷ <https://www.esm.europa.eu/efsf-overview>

²⁸⁸ <https://www.esm.europa.eu/efsf-governance>

²⁸⁹ Άρθρο 5 (6), Συνθήκη για τη θέσπιση του Ευρωπαϊκού Μηχανισμού Σταθερότητας μεταξύ του Βασιλείου του Βελγίου, της Ομοσπονδιακής Δημοκρατίας της Γερμανίας, της Δημοκρατίας της Εσθονίας, της Ιρλανδίας, της Ελληνικής Δημοκρατίας, του Βασιλείου της Ισπανίας, της Γαλλικής Δημοκρατίας, της Ιταλικής Δημοκρατίας, της Δημοκρατίας της Λετονίας, της Δημοκρατίας της Λιθουανίας, της Κυπριακής Δημοκρατίας, του Μεγάλου Δουκάτου του Λουξεμβούργου, της Μάλτας, του Βασιλείου των Κάτω Χωρών, της Δημοκρατίας της Αυστρίας, της Πορτογαλικής Δημοκρατίας, της Δημοκρατίας της Σλοβενίας, της Σλοβακικής Δημοκρατίας και της Δημοκρατίας της Φινλανδίας. [Συνθήκη ΕΜΣ], https://www.esm.europa.eu/sites/default/files/20150203_-_esm_treaty_-_el.pdf

²⁹⁰ <https://www.esm.europa.eu/about-us/how-we-work>

²⁹¹ Άρθρο 13 (3), Συνθήκη ΕΜΣ.

²⁹² Άρθρο 13 (4), Συνθήκη ΕΜΣ.

²⁹³ Άρθρο 13 (7), Συνθήκη ΕΜΣ.

ESM είναι τυπικά διαφορετικοί θεσμοί, θεωρούν εαυτούς ότι έχουν την ίδια «αποστολή» και μοιράζονται προσωπικό και χώρο γραφείων.²⁹⁴

Το EFSF ήταν ο πρωταρχικός ευρωπαϊκός δανειστής κατά το δεύτερο πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής, το οποίο περιλάμβανε διάφορες προτάσεις πολιτικής και στόχους δημοσιονομικής εξυγίανσης στο πλαίσιο των όρων του προγράμματός του. Αυτοί οι όροι επηρέασαν σημαντικά τα μέτρα λιτότητας στον δημόσιο τομέα υγείας και υπονόμισαν το δικαίωμα στην υγεία στην Ελλάδα. Καμία μελέτη επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα δεν διενεργήθηκε, οι άνθρωποι που επηρεάστηκαν δεν είχαν την ευκαιρία να συμμετάσχουν στον τρόπο με τον οποίο διαμορφώθηκαν αυτές οι προβλέψεις. Επομένως, οι ενέργειες του EFSF δεν συνάδουν με τις υποχρεώσεις του όσον αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα. Ο ESM χρηματοδότησε το τρίτο πρόγραμμα, δεν διενήργησε μια επαρκή μελέτη επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα, ή δεν διασφάλισε επαρκή διαφάνεια και συμμετοχή των ανθρώπων που επηρεάζονταν.

Η Διεθνής Αμνηστία μοιράστηκε τα ευρήματα αυτής της έκθεσης με τον ESM ώστε εκείνος να απαντήσει. Στην απάντησή του,²⁹⁵ ο ESM δήλωσε ότι «το EFSF και ο ESM εκταμίευσαν 204 δισεκατομμύρια ευρώ προς την Ελλάδα... Αυτά τα προγράμματα παρείχαν στην Ελλάδα ζωτική χρηματοδότηση όταν δεν είχε πρόσβαση στις αγορές... Τα οφέλη για τους Έλληνες πολίτες ήταν σημαντικά όχι μόνο μακροπρόθεσμα, αλλά και βραχυπρόθεσμα, καθώς η έλλειψη χρηματοδότησης για να στηριχθούν ακόμα και βασικές κοινωνικές παροχές θα είχε σοβαρές κοινωνικές επιπτώσεις». Διευκρίνισε ότι τα δάνειά τους είχαν πολύ μακρές ωριμάνσεις και χαμηλά επιτόκια, επεσήμανε ότι η Ελλάδα είχε λάβει ελάφρυνση του χρέους από Ευρωπαίους εταίρους σε διάφορες περιστάσεις, και είπε «το 2032 οι εταίροι της Ελλάδας στην ευρωζώνη θα επανεξετάσουν εάν χρειάζονται επιπρόσθετα μέτρα χρέους ώστε να διατηρηθεί η βιωσιμότητα των συνολικών χρηματοπιστωτικών αναγκών της Ελλάδας. Εάν δεν συμβαίνει αυτό, περαιτέρω μέτρα ελάφρυνσης του χρέους θα μπορούσαν να εξεταστούν». Όσον αφορά την διαφάνεια είπε ότι τα προγράμματα χρηματοδοτικής βοήθειας των EFSF/ESM έχουν υποβληθεί σε ανεξάρτητες αξιολογήσεις. Επίσης μοιράστηκε λεπτομέρειες για διάφορα μέτρα τα οποία θεσπίστηκαν για την ενίσχυση της διαφάνειας των προγραμμάτων, συμπεριλαμβανομένης μιας διαδραστικής βάσης δεδομένων για τα προγράμματα (η οποία δημοσιεύτηκε τον Οκτώβριο του 2019) και ενός εργαλείου ανάλυσης για τα ενδιαφερόμενα μέρη το οποίο θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε μελλοντικά προγράμματα.

ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΖΩΝΗΣ

Οι χώρες της ευρωζώνης ενεπλάκησαν στα προγράμματα χρηματοδοτικής βοήθειας στην Ελλάδα με διάφορους τρόπους. Ήταν δανειστές μέσω της Δανειακής Διευκόλυνσης για την Ελλάδα και ήταν επίσης κράτη μέλη των άλλων χρηματοπιστωτικών θεσμών που παρείχαν δάνεια στα μετέπειτα προγράμματα, συμπεριλαμβανομένου του EFSF (οι εκπρόσωποί τους βρίσκονταν στο Διοικητικό Συμβούλιο) του ESM (οι εκπρόσωποί τους βρίσκονταν στο Διοικητικό Συμβούλιο και το Διευθυντικό Συμβούλιο), και του ΔΝΤ. Με αυτές τις πολλαπλές ιδιότητες, διαπραγματεύτηκαν όρους και στόχους δημοσιονομικής εξυγίανσης χωρίς μελέτες επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα, οι οποίοι είχαν επιπτώσεις στο δικαίωμα στην υγεία στην Ελλάδα, και επίσης παρείχαν δάνεια υπό την προϋπόθεση της εκπλήρωσης αυτών των όρων. Οι ενέργειες τους δεν συνάδουν με τις υποχρεώσεις τους όσον αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα όπως περιγράφηκαν παραπάνω.

6.4 ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΧΡΕΟΥΣ

Οι όροι της ελληνικής οικονομικής διάσωσης καθώς και η φύση των δανείων αντιμετωπίστηκαν με διαδηλώσεις στην Ελλάδα. Επίσης, αμφισβητήθηκαν έντονα από παράγοντες της κοινωνίας των πολιτών, ακαδημαϊκούς, και όργανα παρακολούθησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, τόσο στο εσωτερικό της Ελλάδας όσο και σε άλλες χώρες. Για παράδειγμα, πάνω από 100.000 άνθρωποι, υποστηριζόμενοι από 53 οργανώσεις σε όλη την Ευρώπη υπέγραψαν μια έκκληση ζητώντας την ακύρωση του ελληνικού χρέους και τον τερματισμό των πολιτικών λιτότητας.²⁹⁶ Το 2015 η ελληνική κυβέρνηση διεξήγαγε ένα δημοψήφισμα για τους όρους της τρίτης συμφωνίας διάσωσης και το κοινό απέρριψε τους όρους με μια πλειοψηφία πάνω από 60%.²⁹⁷ Επίσης το 2015, η Πρόεδρος του Κοινοβουλίου στην Ελλάδα συγκρότησε μια Επιτροπή Αλήθειας Δημοσίου Χρέους για να διερευνήσει «πώς δημιουργήθηκε και διογκώθηκε το δημόσιο χρέος, με ποιους τρόπους και για ποιους λόγους συνήφθη και πώς επηρέασαν την οικονομία και τη ζωή του ελληνικού λαού οι αυστηροί όροι (αιρεσιμότητες, conditionalities), οι οποίοι τέθηκαν ως προϋποθέσεις για τη χορήγηση των νέων δανείων». Η Επιτροπή Αλήθειας Δημοσίου Χρέους

²⁹⁴ <https://www.esm.europa.eu/efsf-overview>

²⁹⁵ Επιστολή του ESM με ημερομηνία 10 Φεβρουαρίου 2020 [στο αρχείο της Διεθνούς Αμνηστίας]

²⁹⁶ Το κείμενο της έκκλησης είναι διαθέσιμο εδώ - <https://jubileedebt.org.uk/actions/resolving-debt-petition>

²⁹⁷ I Traynor et al, "Greek referendum no vote signals huge challenge to eurozone leaders" *Guardian*, 5 Ιουλίου 2015, <https://www.theguardian.com/business/2015/jul/05/greek-referendum-no-vote-signals-huge-challenge-to-eurozone-leaders>

δημοσίευσε μια προκαταρκτική έκθεση, η οποία κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι όροι στα προγράμματα διάσωσης είχαν παραβιάσει «ανθρώπινα δικαιώματα τα οποία, ωστόσο, προστατεύονται νομικά, σε εσωτερικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο», συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος στην εργασία, του δικαιώματος στην υγεία, του δικαιώματος στην εκπαίδευση, του δικαιώματος στην στέγαση, και του δικαιώματος στην κοινωνική ασφάλιση.²⁹⁸

Μετά από σχεδόν δέκα χρόνια προγραμμάτων διάσωσης, μέχρι τον Ιούνιο του 2019, το ελληνικό δημόσιο χρέος ανέρχεται σε 356,5 δισεκατομμύρια ευρώ.²⁹⁹ Τα πιο πρόσφατα στατιστικά στοιχεία αποκαλύπτουν ότι η αναλογία του ελληνικού χρέους προς το ΑΕΠ είναι η υψηλότερη στην Ε.Ε.³⁰⁰ Όπως προαναφέρθηκε, η πλειονότητα αυτού του χρέους είναι προς έναν συνδυασμό του EFSF (36%), ESM (17%), ΔΝΤ (3%), και ΔΔΕ (15%) – αθροιστικά το 71% του συνολικού ελληνικού χρέους.³⁰¹ Στο πλαίσιο του πρώτου προγράμματος συνήφθησαν δάνεια 80 δισεκατομμυρίων ευρώ και εκταμιεύθηκαν 52,9 δισεκατομμύρια ευρώ. Στο πλαίσιο του δεύτερου προγράμματος συνήφθησαν δάνεια 144,7 δισεκατομμυρίων ευρώ και εκταμιεύθηκαν 141,8 δισεκατομμύρια ευρώ. Και στο πλαίσιο του τελευταίου προγράμματος συνήφθησαν δάνεια 86 δισεκατομμυρίων ευρώ και εκταμιεύθηκαν 61,9 δισεκατομμύρια ευρώ.³⁰² Αυτά τα δάνεια θα πρέπει να αποπληρώνονται επί δεκαετίες. Για παράδειγμα, το τριώνι πρόγραμμα εξόφλησης απαιτεί την αποπληρωμή των χρεών προς το ΔΝΤ από το 2019 έως το 2024, την αποπληρωμή των χρεών προς την ΔΔΕ από το 2020 έως το 2041, την αποπληρωμή των χρεών προς το EFSF από το 2023 έως το 2070, και την αποπληρωμή των χρεών προς τον ESM από το 2034 έως το 2060.³⁰³ Περαιτέρω, η Ελλάδα υπόκειται τώρα στην Μετα-Προγραμματική Παρακολούθηση του ΔΝΤ και την διαδικασία ενισχυμένης επιτήρησης της Ε.Ε., οι οποίες και οι δύο συνεπάγονται τακτική παρακολούθηση της ελληνικής οικονομίας.

Μετά τον τερματισμό του τρίτου προγράμματος, τον Αύγουστο του 2018, η ελληνική κυβέρνηση έκανε μια σειρά από «συγκεκριμένες δεσμεύσεις για την διασφάλιση της συνέχισης και της ολοκλήρωσης των μεταρρυθμίσεων που υιοθετήθηκαν κατά το πρόγραμμα του ESM», οι οποίες περιλαμβάνουν μέτρα για την κοινωνική πρόνοια, την δημοσιονομική σταθερότητα, για μεταρρυθμίσεις στις αγορές εργασίας και προϊόντων, και για ιδιωτικοποιήσεις. Όσον αφορά την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη συγκεκριμένα, η κυβέρνηση δεσμεύτηκε να ξεκινήσει την μεταρρύθμιση της πρωτοβάθμιας υγείας, συμπεριλαμβανομένης της συγκρότησης 240 TOMY έως τα μέσα του 2020. Δεσμεύτηκε επίσης να αυξήσει τις συγκεντρωτικές προμήθειες στο δημόσιο σύστημα υγείας, και να μεταρρυθμίσει τα δίκτυα κοινωνικής ασφάλειας.³⁰⁴ Οι δημοσιονομικές δεσμεύσεις της περιλαμβάνουν «τον πλήρη σεβασμό στη δέσμευση για διασφάλιση ότι μεσοπρόθεσμα ο ετήσιος προϋπολογισμός της θα επιτυγχάνει ένα πρωτογενές πλεόνασμα 3,5% του ΑΕΠ».³⁰⁵

6.4.1 ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΧΡΕΟΥΣ: ΟΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΔΕΝ ΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΙ ΥΠΟΨΗ

Τόσο η Ευρωπαϊκή Επιτροπή όσο και το ΔΝΤ διενεργούν τακτικά αναλύσεις βιωσιμότητας του χρέους (ABX), στο πλαίσιο της παρακολούθησης της ελληνικής οικονομίας. Οι ABX είναι ένα εργαλείο που υποτίθεται βοηθάει να εκτιμηθεί η ικανότητα ενός κράτους να εξυπηρετήσει και να αποπληρώσει το χρέος του.³⁰⁶ Παρότι διάφοροι δείκτες μπορεί να χρησιμοποιηθούν για αυτήν την εκτίμηση, οι πιο κοινοί δείκτες που χρησιμοποιούνται είναι η αναλογία χρέους προς το ΑΕΠ και η αναλογία των γενικών χρηματοδοτικών αναγκών (ΓΧΑ) προς το ΑΕΠ. Δεν υπάρχουν καθορισμένα όρια για το ποια αναλογία χρέους-ΑΕΠ και ΓΧΑ-ΑΕΠ θεωρείται κατάλληλη, και οι περισσότερες ABX αναγνωρίζουν ότι πολλά εξαρτώνται από την ευρωστία συγκεκριμένων οικονομιών. Έγγραφο

²⁹⁸ Truth Committee on Public Debt – Preliminary Report, <https://auditoriacidada.org.br/wp-content/uploads/2014/06/Report-Greek-Truth-Committee.pdf>

²⁹⁹ PDMA, Level - Debt Maturity Profile, <http://www.pdma.gr/en/public-debt-strategy/public-debt/level-of-debt-en>

³⁰⁰ Eurostat, General government gross debt - annual data,

<https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=teina225&plugin=1>

³⁰¹ PDMA, Annual Debt Report 2018, http://www.pdma.gr/attachments/article/2316/PubDebt_Annual_2018_EN.pdf

³⁰² Council of the European Union, “Financial assistance to Greece 2010-2018”, <https://www.consilium.europa.eu/en/infographics/financial-assistance-to-greece-2010-2018/>

³⁰³ PDMA, “Level - Debt Maturity Profile”, <http://www.pdma.gr/en/public-debt-strategy/public-debt/level-of-debt-en>

³⁰⁴ Specific commitments to ensure the continuity and completion of reforms adopted under the ESM programme, https://www.consilium.europa.eu/media/35749/z-councils-council-configurations-ecofin-eurogroup-2018-180621-specific-commitments-to-ensure-the-continuity-and-completion-of-reforms-adopted-under-the-esm-programme_2.pdf

³⁰⁵ Specific commitments to ensure the continuity and completion of reforms adopted under the ESM programme, https://www.consilium.europa.eu/media/35749/z-councils-council-configurations-ecofin-eurogroup-2018-180621-specific-commitments-to-ensure-the-continuity-and-completion-of-reforms-adopted-under-the-esm-programme_2.pdf

³⁰⁶ Μεγάλο μέρος της ανάλυσης σε αυτό το μέρος («Το μέλλον του ελληνικού χρέους») βασίζεται στην εργασία του Μιχάλη Νικηφόρου “Crisis, austerity and fiscal expenditure in Greece: recent experience and future prospects,” που θα δημοσιευτεί προσεχώς στην σειρά εγγράφων εργασίας του Levy Economics Institute. Τον ευχαριστούμε θερμά για την βοήθειά του.

του ΔΝΤ υποστηρίζουν ότι μια αναλογία χρέους-ΑΕΠ η οποία είναι πάνω από 85% και μια αναλογία ΓΧΑ-ΑΕΠ πάνω από 20% αποτελούν λόγο ανησυχίας.³⁰⁷

Η πορεία της αναλογίας χρέους-ΑΕΠ ή ΓΧΑ-ΑΕΠ εξαρτάται από διάφορες οικονομικές μεταβλητές – όπως η ανάπτυξη του ΑΕΠ, το πρωτογενές πλεόνασμα, ο πληθωρισμός, τα έσοδα από τις ιδιωτικοποιήσεις και τα επιτόκια. Η εκτίμηση για την βιωσιμότητα του χρέους μιας χώρας βασίζεται σε προβολές για αυτές τις μεταβλητές, και τον βαθμό στον οποίο είναι πιθανόν να επηρεάσουν την αναλογία χρέους-ΑΕΠ ή ΓΧΑ-ΑΕΠ. Σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως αυτή της Ελλάδας, οι υπολογισμοί της βιωσιμότητας του χρέους μπορεί να είναι υπερβολικά ευαίσθητοι ακόμα και σε μικρές μεταβολές στις προβολές των μεταβλητών που προαναφέρθηκαν. Επομένως, οι ABX συνήθως περιέχουν αυτό που θεωρείται «βασικό σενάριο» [το οποίο υποθέτει τις βασικές προβολές των μεταβλητών] και «δυσμενή σενάρια» [τα οποία προβάλλουν τι θα συμβεί εάν οι μεταβλητές συμπεριφερθούν διαφορετικά σε σχέση με το βασικό]. Έτσι, για παράδειγμα, στην πιο πρόσφατη έκθεση ενισχυμένης επιτήρησης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής τον καιρό που ολοκληρωνόταν αυτή η έκθεση, κατά το βασικό σενάριο, η αναλογία χρέους-ΑΕΠ μειώνεται συνεχώς έως το 2060, και η αναλογία ΓΧΑ-ΑΕΠ παραμένει κάτω από το 20%, υποδεικνύοντας ότι το χρέος είναι βιώσιμο. Ωστόσο, στο δυσμενές σενάριο, η αναλογία χρέους-ΑΕΠ αρχίζει να αυξάνεται στην δεκαετία του 2030, και η αναλογία ΓΧΑ-ΑΕΠ αυξάνεται σε πάνω από 35% το 2060, καθιστώντας το χρέος μη βιώσιμο.³⁰⁸ Καθώς οι ABX βασίζονται σε υποθέσεις για την μελλοντική πορεία μακροοικονομικών μεταβλητών, μια λανθασμένη πρόβλεψη αυτών των μεταβλητών έχει επιπτώσεις στους δείκτες των ABX.³⁰⁹

Όσον αφορά την διαδικασία, αυτές οι ABX δεν δείχνουν ρητά το εάν και κατά πόσο ελήφθη υπόψη η ανάγκη μιας κυβέρνησης για δαπάνες ώστε να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις της για τα ανθρώπινα δικαιώματα, όταν προσδιορίστηκε η βιωσιμότητα του χρέους. Παρομοίως, οι ABX δεν καθιστούν σαφές το εάν και κατά πόσο έχουν εκτιμηθεί οι δυνητικές επιπτώσεις στα ανθρώπινα δικαιώματα κάποιων μακροοικονομικών υποθέσεων στις οποίες στηρίζεται η ABX. Με άλλα λόγια, οι αναλύσεις εξετάζουν μόνο εάν η ποσότητα του χρέους και οι όροι αποπληρωμής είναι «οικονομικά» λογικοί. Το γεγονός ότι οι προϋποθέσεις υπό τις οποίες τα χρέη θεωρούνται ως βιώσιμα ουσιαστικά περιορίζουν το δημοσιονομικό περιθώριο που έχει στη διάθεσή της η κυβέρνηση για να δαπανήσει σε τομείς απαραίτητους για την διασφάλιση της εκπλήρωσης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων δεν αποτελεί παράγοντα στην ανάλυση για το αν το χρέος είναι βιώσιμο. Ένα παράδειγμα στην περίπτωση της Ελλάδας είναι η απαίτηση για πρωτογενές πλεόνασμα 3,5% μεσοπρόθεσμα. Αυτή η απαίτηση εξετάζεται πιο λεπτομερώς παρακάτω και είναι κομβική στις αναλύσεις που έχουν διαπιστώσει ότι το ελληνικό χρέος είναι βιώσιμο. Ωστόσο, οι αναλύσεις δεν διερευνούν το βαθμό στον οποίο αυτή η απαίτηση μπορεί να διακινδυνεύσει να μειώσει τις διαθέσιμες δαπάνες για την προστασία οικονομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων στην Ελλάδα.

Αυτό το γενικό σημείο επισημάνθηκε επίσης από τον Ανεξάρτητο Εμπειρογνώμονα για το εξωτερικό χρέος, οποίος συνέστησε οι θεσμοί της Ε.Ε. «να ενσωματώσουν υποχρεώσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην ανάλυση βιωσιμότητας του χρέους ώστε να διασφαλισθεί ότι η εξυπηρέτηση του χρέους δεν υπονομεύει το δημοσιονομικό περιθώριο των Κρατών για την διασφάλιση κοινωνικής προστασίας και προσβάσιμων και οικονομικά προσιτών δημόσιων υπηρεσιών στους τομείς της εκπαίδευσης και της υγείας».³¹⁰ Σε μια άλλη έκθεση για την Ελλάδα, ο Ανεξάρτητος Εμπειρογνώμονας ζήτησε να συμπεριληφθούν «εκτιμήσεις για τους πόρους που απαιτούνται για κοινωνική προστασία και επενδύσεις, στις αναλύσεις βιωσιμότητας του χρέους».³¹¹

³⁰⁷ IMF, “Staff guidance note for public debt sustainability analysis in market access countries”, 9 Μαΐου 2013, <https://www.imf.org/external/np/pp/eng/2013/050913.pdf>

³⁰⁸ European Commission, “Enhanced Surveillance Report – Greece June 2019”, *Institutional Paper 103*, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip103_en.pdf

³⁰⁹ Αυτό είναι προφανές από τις διαδοχικές προβολές της αναλογίας χρέους-ΑΕΠ στα έγγραφα των πακέτων χρηματοδοτικής βοήθειας από το 2010 έως το 2018. Το ποσοστό αύξησης του ΑΕΠ αποδείχθηκε συστηματικά κάτω από το προβλεπόμενο επίπεδο, το οποίο με τη σειρά του απαιτούσε να αλλάζουν περιοδικά οι προβολές χρέους-ΑΕΠ. Για παράδειγμα, η συμφωνία του Μαΐου του 2010 πρόβλεψε ότι το ποσοστό αύξησης του ΑΕΠ θα ήταν -2,6% και 1,1% το 2011 και το 2012 αντίστοιχα. Οι πραγματικοί αριθμοί για εκείνα τα χρόνια αποδείχτηκαν ότι ήταν -9,2% και -7,3%. Βλ. OECD, Real GDP forecast, <https://data.oecd.org/gdp/real-gdp-forecast.htm#indicator-chart> και Michalis Nikiforos “Crisis, austerity and fiscal expenditure in Greece: recent experience and future prospects, εργασία που θα δημοσιευτεί προσεχώς στην σειρά εγγράφων εργασίας του Levy Economics Institute.

³¹⁰ Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights on his mission to institutions of the European Union, A/HRC/34/57/Add.1, 28 Δεκεμβρίου 2016, <https://undocs.org/A/HRC/34/57/Add.1>

³¹¹ Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights on his mission to Greece, A/HRC/31/60/Add.2, 21 Απριλίου 2016, <https://undocs.org/A/HRC/31/60/Add.2>

6.4.2 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΠΡΩΤΟΓΕΝΕΣ ΠΛΕΟΝΑΣΜΑ

Αυτό το μέρος περιγράφει τους κινδύνους για τα ανθρώπινα δικαιώματα που σχετίζονται με μία από τις υποθέσεις των ελληνικών ΑΒΧ, η οποία αποτελεί επίσης μέρος των δεσμεύσεων του 2018 για ελάφρυνση του χρέους: την απαίτηση για πρωτογενές πλεόνασμα 3,5% του ΑΕΠ. Πρωτογενές πλεόνασμα είναι η διαφορά μεταξύ των εσόδων και των εξόδων μιας κυβέρνησης, εξαιρώντας οποιεσδήποτε καταβολές τόκων.³¹² Ένα πρωτογενές πλεόνασμα 3,5% του ΑΕΠ σημαίνει ότι η ελληνική κυβέρνηση θα πρέπει να έχει ένα ετήσιο πρωτογενές πλεόνασμα στον προϋπολογισμό αυτού του μεγέθους, χωρίς να συμπεριλαμβάνονται καταβολές τόκων. Υπάρχουν δύο κίνδυνοι όσον αφορά την απαίτηση για πρωτογενές πλεόνασμα της Ελλάδας. Ο πρώτος συνδέεται με το κατά πόσο είναι οικονομικά εφικτό και τις επιπτώσεις του στην ανάκαμψη της οικονομίας. Αυτή ήταν η βάση της διαφωνίας μεταξύ του ΔΝΤ και των Ευρωπαϊκών δανειστών καθώς το πρώτο έχει δηλώσει ότι πιστεύει πως η Ελλάδα δεν θα μπορέσει να διατηρήσει τέτοιο «εξαιρετικά υψηλό πρωτογενές πλεόνασμα για μια πολύ παρατεταμένη περίοδο. Παρότι οι εξελίξεις των τελευταίων ετών έχουν δείξει ότι η Ελλάδα είναι ικανή να έχει μεγάλα πλεονάσματα εάν της ζητείται κάτι τέτοιο, έχουν επίσης δείξει ότι αυτό έχει μεγάλο κόστος όσον αφορά την ανάπτυξη».³¹³ Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ωστόσο, πιστεύει ότι αυτοί οι στόχοι είναι εφικτοί. Σε μια συνάντηση με την Διεθνή Αμνηστία, δήλωσαν ότι η Ελλάδα είχε πετύχει, και κάποιες φορές είχε υπερβεί, αυτόν τον στόχο τα τελευταία χρόνια. Κατά την άποψή τους, επομένως, η Ελλάδα είχε το απαραίτητο δημοσιονομικό περιθώριο ώστε να καθορίσει καταλλήλως τον προϋπολογισμό όσον αφορά κοινωνικές δαπάνες, εάν το επέλεγε.³¹⁴

Η δεύτερη ανησυχία που σχετίζεται και με την προηγούμενη έχει να κάνει με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Για να διασφαλιστούν αυτά τα υψηλά πρωτογενή πλεονάσματα, η κυβέρνηση θα χρειαστεί να περιορίζει τις δημόσιες δαπάνες, κάτι που αναγκαστικά περιορίζει το δημοσιονομικό περιθώριο που θα έχει στη διάθεσή της η κυβέρνηση να δαπανήσει σε τομείς αναγκαιούς για την διασφάλιση της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όπως αυτός της υγείας. Σε συνάντηση με την Διεθνή Αμνηστία, εκπρόσωποι του ελληνικού Υπουργείου Υγείας συμφώνησαν ότι οι υψηλοί στόχοι πρωτογενούς πλεονάσματος περιορίζουν το ποσό το οποίο θα μπορούσαν να δαπανήσουν στην υγεία.³¹⁵ Αυτές οι ανησυχίες αντικατοπτρίζονται επίσης στην πιο πρόσφατη έκθεση του ΔΝΤ για την Ελλάδα, τον Σεπτέμβριο του 2019. Η έκθεση συνέστησε «η κυβέρνηση και οι Ευρωπαίοι εταίροι να έρθουν σε συμφωνία για μια πορεία με χαμηλότερα πρωτογενή αποτελέσματα, δεδομένης της εκτεταμένης οικονομικής χαλάρωσης και των κρίσιμων μη ικανοποιούμενων αναγκών για κοινωνικές δαπάνες και επενδύσεις», και έκρινε επίσης ότι η Ελλάδα θα πρέπει «να κλιμακώσει σημαντικά τις κοινωνικές δαπάνες (π.χ. το ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα βάσει πόρων, και η δημόσια υγεία) και επενδύσεις».³¹⁶ Μια ανάλυση του συστήματος υγείας της Ελλάδας, που διενεργήθηκε το 2019 από τον ΟΟΣΑ και το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων και Πολιτικών Υγείας έκανε παρόμοιες παρατηρήσεις, σημειώνοντας ότι «οι υποχρεώσεις που συνεχίζει να έχει η Ελλάδα μετά την έξοδό της από το πρόγραμμα οικονομικής προσαρμογής απαιτούν τη διατήρηση του πλεονάσματος του προϋπολογισμού στο 3,5 % τουλάχιστον έως το 2022. Αυτό σημαίνει ότι η αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία θα συνεχίσει πιθανότατα να δεσμεύεται από δημοσιονομικούς περιορισμούς. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι είναι απίθανο να μειωθούν βραχυπρόθεσμα οι δαπάνες σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές».³¹⁷

Στην έκθεση ενισχυμένης επιτήρησης για την Ελλάδα (Ιούνιος 2019), η Ευρωπαϊκή Επιτροπή σημείωσε ότι οι ελληνικές αρχές είχαν ανακοινώσει την πρόθεσή τους να επανεξετάσουν την συμφωνία που είχε επιτευχθεί με Ευρωπαίους εταίρους τον Ιούνιο του 2018 αναφορικά με τους ετήσιους στόχους πρωτογενούς πλεονάσματος 3,5% του ΑΕΠ, κάτι «που θα χρειαζόταν να συζητηθεί στο Eurogroup στο πλαίσιο μιας επικαιροποιημένης ανάλυσης βιωσιμότητας του χρέους».³¹⁸

³¹² ECB, "Monthly Bulletin", Μάρτιος 2011, https://www.ecb.europa.eu/pub/pdf/other/mb201103_focus10.en.pdf

³¹³ IMF, Greece Country Report No. 18/248, 31 Ιουλίου 2018, <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2018/07/31/Greece-2018-Article-IV-Consultation-and-Proposal-for-Post-Program-Monitoring-Press-Release-46138>

³¹⁴ Συνέντευξη με εκπροσώπους της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, Οκτώβριος 2019, Βρυξέλλες.

³¹⁵ Συνέντευξη με εκπροσώπους του Υπουργείου, Σεπτέμβριος 2019, Αθήνα.

³¹⁶ IMF, "Greece: Staff Concluding Statement of the 2019 Article IV Mission", 27 Σεπτεμβρίου 2019, <https://www.imf.org/en/News/Articles/2019/09/27/Greece-Staff-Concluding-Statement-of-the-2019-Article-IV-Mission>

³¹⁷ ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019), *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ*, ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλλες. <https://www.oecd.org/greece/2019-9552c910-el.htm>

³¹⁸ European Commission, "Enhanced Surveillance Report – Greece June 2019", *Institutional Paper 103*, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip103_en.pdf

6.4.3 ΑΛΛΟΙ ΠΙΘΑΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΧΡΕΟΣ

Η τελευταία αναθεώρηση του προγράμματος του ESM τον Ιούνιο του 2018 περιλάμβανε μια ανάλυση βιωσιμότητας του χρέους που αντικατόπτριζε τον αντίκτυπο των μέτρων ελάφρυνσης του χρέους που είχαν εφαρμοστεί εκείνο το έτος, καθώς και το χρονοδιάγραμμα αποπληρωμής του χρέους και παρακολούθησης για τα επόμενα χρόνια.³¹⁹ Πριν τα μέτρα ελάφρυνσης του χρέους του 2018, μια ABX βασισμένη σε αυτές τις υποθέσεις αποκάλυψε ότι τα μελλοντικά επίπεδα της αναλογίας χρέους-ΑΕΠ και ΓΧΑ-ΑΕΠ θα ήταν υψηλά και ανησυχητικά και «παρέπεμπαν σε σοβαρές ανησυχίες αναφορικά με την βιωσιμότητα του ελληνικού δημόσιου χρέους».³²⁰ Σε αυτό το πλαίσιο, το Eurogroup συμφώνησε σε μια σειρά μέτρων ελάφρυνσης του χρέους το 2018.³²¹ Όταν αυτά συνυπολογίστηκαν στην ABX, στο βασικό σενάριο, το χρέος θεωρήθηκε βιώσιμο με την μελλοντική αναλογία χρέους-ΑΕΠ να μειώνεται και τα επίπεδα ΓΧΑ-ΑΕΠ να παραμένουν κάτω από το 20%. Ωστόσο, στο δυσμενές σενάριο, τα επίπεδα του χρέους παρέμειναν μη-βιώσιμα. Η μοναδική διαφορά στις υποθέσεις μεταξύ του βασικού και του δυσμενούς σεναρίου ήταν μια μικρή μείωση στην προβλεπόμενη αύξηση του ονομαστικού ΑΕΠ (2,8% αντί 3% στο βασικό), και μια μικρή μείωση στο πρωτογενές πλεόνασμα (1,5% αντί για 2,2% στο βασικό).³²² Με άλλα λόγια, ακόμα και μικρές αποκλίσεις από τις βασικές προβλέψεις για την ανάπτυξη του ΑΕΠ της Ελλάδας και για το πρωτογενές πλεόνασμά της, θα καταστήσουν το χρέος μη βιώσιμο.

Αυτό αντικατοπτριζόταν σαφώς στην ανάλυση του ΔΝΤ του Ιουλίου 2018, η οποία ανέφερε: «Η ελάφρυνση του χρέους που συμφωνήθηκε με τους Ευρωπαίους εταίρους της Ελλάδας βελτίωσε σημαντικά την βιωσιμότητα του χρέους μεσοπρόθεσμα, αλλά οι μακροπρόθεσμες προοπτικές παραμένουν αβέβαιες... αυτή η βελτίωση στους δείκτες του χρέους μπορεί να διατηρηθεί μακροπρόθεσμα μόνο υπό φαινομενικά πολύ φιλόδοξες υποθέσεις για την ανάπτυξη του ΑΕΠ και την ικανότητα της Ελλάδας να έχει μεγάλα πρωτογενή δημοσιονομικά πλεονάσματα, υποδεικνύοντας ότι θα ήταν δύσκολο να διατηρηθεί η πρόσβαση στις αγορές μακροπρόθεσμα χωρίς περαιτέρω ελάφρυνση του χρέους».³²³ Οι αβεβαιότητες στις οποίες στηρίζονται αυτές οι ABX είναι επίσης προφανείς από το γεγονός ότι η ABX του ΔΝΤ είχε καταλήξει σε διαφορετικά συμπεράσματα όσον αφορά την βιωσιμότητα του ελληνικού χρέους, λέγοντας ότι ακόμα και μετά τα μέτρα ελάφρυνσης του χρέους, τα επίπεδα χρέους-ΑΕΠ και ΓΧΑ-ΑΕΠ θα άρχιζαν να αυξάνονται στην δεκαετία του 2030 και επιπρόσθετη ελάφρυνση του χρέους θα ήταν πιθανόν αναγκαία.³²⁴ Οι ABX επικαιροποιούνται περιοδικά στο πλαίσιο της διαδικασίας ενισχυμένης εποπτείας στην οποία υπόκειται η Ελλάδα.

Υπήρξαν εξελίξεις όσον αφορά το ελληνικό χρέος και την εκπλήρωση της απαίτησης για πρωτογενές πλεόνασμα μετά την επιδημία COVID-19. Στις αρχές Μαρτίου 2020, η Ελλάδα ζήτησε μεγαλύτερο δημοσιονομικό περιθώριο για να ανταποκριθεί στην αυξανόμενη πανδημία. Έπειτα από μια συνάντηση του Eurogroup, δόθηκε στην Ελλάδα μια ευελιξία όσον αφορά την εκπλήρωση της απαίτησης για 3,5% πρωτογενές πλεόνασμα στην τριμηνή συγκυρία. Περαιτέρω, το Eurogroup συμφώνησε ότι οι οποιεσδήποτε δαπάνες που αφορούν την αντιμετώπιση της COVID-19 δεν θα αντικατοπτρίζονταν στις αξιολογήσεις της δημοσιονομικής επίδοσης της χώρας αυτήν την περίοδο.³²⁵ Μετά τις επιπτώσεις της πανδημίας COVID-19, υπήρξαν διάφορα δημοσιεύματα για τις πιθανότητες μιας μελλοντικής ύφεσης και οικονομικής κρίσης. Αυτό σε συνδυασμό με το μέγεθος του χρέους της Ελλάδας προκαλεί ανησυχία. Υπάρχει ο κίνδυνος ότι μία ακόμα κρίση μπορεί να συνεπάγεται επιπλέον μέτρα λιτότητας

³¹⁹ European Commission, "Compliance Report ESM Stability Support Programme for Greece – Fourth review" Ιούλιος 2018, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/compliance_report_4r_2018.06.20.docx.pdf

³²⁰ European Parliament, "Greece's financial assistance programme - June 2018", [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2018/624415/IPOL_IDA\(2018\)624415_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2018/624415/IPOL_IDA(2018)624415_EN.pdf)

³²¹ Αυτά συμπεριλάμβαναν «την κατάργηση του περιθωρίου του επιτοκίου step-up που σχετίζεται με την επαναγορά δόσης χρέους του 2^{ου} ελληνικού προγράμματος από το 2018 και μετά. Την χρήση των κερδών από τα SMP του 2014 από τον ξεχωριστό λογαριασμό του ESM και την αποκατάσταση της μεταφοράς αντίστοιχων ποσών εσόδων από τα ANFA και τα SMP στην Ελλάδα (από το οικονομικό έτος 2017). Μια περαιτέρω αναβολή τόκων και εξόφλησης του EFSF κατά 10 έτη και μια επιμήκυνση της μέγιστης σταθμισμένης μέσης ωρίμανσης κατά 10 έτη, αναφορικά με το εγκεκριμένο ποσό του προγράμματος». <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2018/06/22/eurogroup-statement-on-greece-22-june-2018/>

³²² European Commission, "Compliance Report ESM Stability Support Programme for Greece - Fourth Review" Ιούλιος 2018, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/compliance_report_4r_2018.06.20.docx.pdf

³²³ IMF, Greece Country Report No. 18/248, 31 Ιουλίου 2018, <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2018/07/31/Greece-2018-Article-IV-Consultation-and-Proposal-for-Post-Program-Monitoring-Press-Release-46138>

³²⁴ IMF, Greece Country Report No. 18/248, 31 Ιουλίου 2018, <https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2018/07/31/Greece-2018-Article-IV-Consultation-and-Proposal-for-Post-Program-Monitoring-Press-Release-46138>

³²⁵ Remarks by Mário Centeno following the Eurogroup meeting of 16 March 2020, 16 Μαρτίου 2020, <https://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2020/03/16/remarks-by-mario-centeno-following-the-eurogroup-meeting-of-16-march-2020/>; Z Petrou, "Eurogroup meeting grants key Greek request amid COVID-19 crisis" *Independent Balkan News Agency*, 17 Μαρτίου 2020, <https://balkan.eu.com/eurogroup-meeting-grants-key-greek-request-amid-covid-19-crisis/>; E Chrysolora, "Budget target is all but waived", *Ekathimerini*, 17 Μαρτίου 2020, <http://www.ekathimerini.com/250766/article/ekathimerini/business/budget-target-is-all-but-waived>

και περικοπές στις δημόσιες δαπάνες, που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε περαιτέρω υπόσκαψη των υποχρεώσεων για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Σχέδια ανάκαμψης από οποιαδήποτε οικονομική κρίση εξαιτίας της πανδημίας COVID-19 δεν μπορεί για μια ακόμα φορά να βασίζονται σε μέτρα λιτότητας που θα εφαρμοστούν χωρίς επαρκείς διασφαλίσεις και τη δέουσα μέριμνα για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Αντιθέτως, θα πρέπει να βασίζονται στην δικαιοσύνη, τα ανθρώπινα δικαιώματα και την διασφάλιση της προστασίας όλων των ανθρώπων.

7. ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΠΡΟΤΥΠΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ

7.1 ΟΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

7.1.1 ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η Ελλάδα έχει επικυρώσει μια σειρά από διεθνείς και περιφερειακές συνθήκες δικαίου ανθρωπίνων δικαιωμάτων οι οποίες απαιτούν τον σεβασμό, την προστασία και την εκπλήρωση του δικαιώματος στην υγεία. Σε αυτές περιλαμβάνονται το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα (ΔΣΟΚΠΔ), και το Προαιρετικό Πρωτόκολλο στο ΔΣΟΚΠΔ,³²⁶ η Σύμβαση για την εξάλειψη όλων των μορφών διακρίσεων κατά των γυναικών³²⁷ η Διεθνής Σύμβαση για την κατάργηση κάθε μορφής φυλετικών διακρίσεων,³²⁸ η Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού,³²⁹ η Σύμβαση για τα δικαιώματα ατόμων με αναπηρίες,³³⁰ και προβλέψεις του Συντάγματός της.³³¹

³²⁶ Άρθρο 12, Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα. Το Άρθρο 12 (1) ορίζει: Τα Συμβαλλόμενα Κράτη στο παρόν Σύμφωνο αναγνωρίζουν το δικαίωμα κάθε προσώπου να απολαμβάνει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας.

³²⁷ Άρθρο 12, Σύμβαση για την εξάλειψη όλων των μορφών διακρίσεων κατά των γυναικών. Το Άρθρο 12 (1) ορίζει: Τα Συμβαλλόμενα Κράτη θα πρέπει να λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα μέτρα για την εξάλειψη διακρίσεων κατά των γυναικών στον τομέα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ώστε να διασφαλίσουν, στη βάση της ισότητας ανδρών και γυναικών, πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που σχετίζονται με τον οικογενειακό προγραμματισμό.

³²⁸ Άρθρο 5, Διεθνής Σύμβαση για την κατάργηση κάθε μορφής φυλετικών διακρίσεων. Το Άρθρο 5 (ε) ορίζει: Σύμφωνα με τις θεμελιώδεις υποχρεώσεις που αναγράφονται στο άρθρο 2, τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναλαμβάνουν να απαγορεύσουν και να εξαλείψουν τις φυλετικές διακρίσεις σε όλες τους τις μορφές και να διασφαλίσουν το δικαίωμα του κάθε προσώπου, χωρίς διάκριση ως προς τη φυλή, το χρώμα, την εθνική ή εθνοτική καταγωγή, την ισότητα απέναντι στον νόμο, ιδιαίτερα ως προς την απόλαυση των ακόλουθων δικαιωμάτων... Οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά δικαιώματα, και ιδιαίτερα... Το δικαίωμα στην δημόσια υγεία, την ιατρική περίθαλψη, την κοινωνική ασφάλιση και τις κοινωνικές υπηρεσίες.

³²⁹ Άρθρο 24, Σύμβαση για τα δικαιώματα του παιδιού. Το Άρθρο 24 (1) ορίζει: Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν το δικαίωμα του παιδιού στην απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας και σε υπηρεσίες για την θεραπεία ασθενειών και την αποκατάσταση της υγείας. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη θα πρέπει να καταβάλλουν κάθε δυνατή προσπάθεια για να διασφαλίσουν ότι κανένα παιδί δεν στερείται το δικαίωμα του στην πρόσβαση σε τέτοιες υπηρεσίες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

³³⁰ Άρθρο 25, Σύμβαση για τα δικαιώματα ατόμων με αναπηρίες. Σύμφωνα με το Άρθρο 25, «Τα Συμβαλλόμενα Κράτη αναγνωρίζουν ότι τα άτομα με αναπηρίες έχουν το δικαίωμα στην απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας χωρίς διάκριση λόγω αναπηρίας. Τα Συμβαλλόμενα Κράτη θα πρέπει να λαμβάνουν όλα τα κατάλληλα μέτρα για να διασφαλίσουν την πρόσβαση των ατόμων με αναπηρίες σε υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν υπόψη το ζήτημα του φύλου, συμπεριλαμβανομένης της αποκατάστασης που σχετίζεται με την υγεία.»

³³¹ Άρθρο 5 (5α), Άρθρο 21 (3), Σύνταγμα της Ελλάδας.

Η Ελλάδα έχει επίσης υποχρεώσεις σύμφωνα με περιφερειακά όργανα που προστατεύουν το δικαίωμα στην υγεία. Έχει επικυρώσει τον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη (αναθεωρημένο), ο οποίος ορίζει ότι ο κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να επωφελείται από οποιαδήποτε μέτρα του δίνουν τη δυνατότητα να απολαμβάνει το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας που μπορεί να επιτευχθεί. Το άρθρο 11 περιγράφει άλλα μέτρα που τα κράτη θα πρέπει να λαμβάνουν για να προστατεύσουν την υγεία.³³² Η Ελλάδα έχει επίσης δεσμευτεί να εκπληρώσει τα δικαιώματα και τις αρχές που περιλαμβάνονται στον Ευρωπαϊκό Πυλώνα Κοινωνικών Δικαιωμάτων, ο οποίος περιλαμβάνει την Αρχή 16 για την υγιεινολογική περίθαλψη: «Κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα έγκαιρης πρόσβασης σε οικονομικά προσιτή, καλής ποιότητας προληπτική και θεραπευτική υγιεινολογική περίθαλψη».³³³ Η πραγμάτωση του δικαιώματος στην υγεία απαιτεί οι υγιεινολογικές εγκαταστάσεις, τα αγαθά και οι υπηρεσίες να είναι διαθέσιμα με ποσοτική επάρκεια, να είναι προσβάσιμα σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διακρίσεις, κάτι που περιλαμβάνει την σωματική προσβασιμότητα, την οικονομική προσιτότητα, και την προσβασιμότητα της πληροφόρησης, να είναι αποδεκτά για όλα τα άτομα, δηλαδή, να σέβονται την ιατρική δεοντολογία και να είναι πολιτισμικά κατάλληλα, και να είναι καλής ποιότητας.³³⁴ Εκτείνεται επίσης σε υποκείμενους παράγοντες καθοριστικούς για την υγεία, οι οποίοι περιλαμβάνουν την τροφή και την διατροφή, την στέγαση, το ασφαλές νερό, την κατάλληλη υγιεινή, τις ασφαλείς και υγιείς συνθήκες εργασίας, και ένα υγιεινό περιβάλλον.³³⁵ Η «συμμετοχή του πληθυσμού σε όλες τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία σε επίπεδο κοινότητας, και σε εθνικό και διεθνές επίπεδο», είναι επίσης κομβική.³³⁶

Η Ελλάδα έχει υποχρέωση στην προοδευτική πραγμάτωση του δικαιώματος στην υγεία, και υπάρχει ισχυρό τεκμήριο ότι μέτρα οπισθοδρόμησης που λαμβάνονται σχετικά με το δικαίωμα στην υγεία δεν είναι επιτρεπτά.³³⁷ Εάν λαμβάνονται οποιαδήποτε μέτρα εσκεμμένης οπισθοδρόμησης, η Ελλάδα θα πρέπει να αποδείξει ότι «εφαρμόστηκαν έπειτα από την πλέον προσεκτική εξέταση όλων των εναλλακτικών και ότι δικαιολογούνται δεόντως σε σχέση με το σύνολο των δικαιωμάτων που προβλέπονται στο Σύμφωνο, στο πλαίσιο της πλήρους χρήσης όλων των διαθέσιμων πόρων του συμβαλλόμενου Κράτους».³³⁸

7.1.2 ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ

Τα μέτρα λιτότητας συνήθως συνεπάγονται μειώσεις στις δημόσιες δαπάνες και διαρθρωτικές αλλαγές στα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας προς εξοικονόμηση κόστους. Αυτά συχνά έχουν ως αποτέλεσμα την πρόκληση οπισθοδρόμησης όσον αφορά την απόλαυση οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών δικαιωμάτων. Όργανα παρακολούθησης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχουν επισημάνει τόσο τους κινδύνους για τα ανθρωπίνια δικαιώματα που συνδέονται με προγράμματα λιτότητας όσο και ότι τα κράτη συνεχίζουν να έχουν υποχρεώσεις ως προς τα ανθρωπίνια δικαιώματα ακόμα και «σε καιρούς οικονομικής κρίσης, [όταν] προσαρμογές στην εφαρμογή κάποιων δικαιωμάτων του Συμφώνου μπορεί να είναι αναπόφευκτες».³³⁹ Σε αυτήν την βάση, έχουν αναπτύξει κριτήρια για το πώς θα πρέπει να αναπτύσσονται και να εφαρμόζονται τα μέτρα λιτότητας. Αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο διεθνώς, με βάση γενικά σχόλια, καταληκτικές παρατηρήσεις και δηλώσεις των μηχανισμών ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ότι μέτρα δυνητικής οπισθοδρόμησης θα μπορούσαν να θεωρηθούν ότι συνάδουν με τις υποχρεώσεις ως προς τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά δικαιώματα μόνο εφόσον εκπληρώνονται αυτά τα κριτήρια.³⁴⁰

Εν συντομία, τα μέτρα λιτότητας θα πρέπει να είναι: (α) προσωρινά και να καλύπτουν μόνο την περίοδο της οικονομικής κρίσης, (β) θεμιτά, με απώτερο σκοπό την προστασία του συνόλου των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, (γ) αναγκαία, ως προς το ότι θα πρέπει να δικαιολογούνται έπειτα από την πλέον προσεκτική εξέταση όλων των

³³² Άρθρο 11, Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης (Αναθεωρημένος), <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/rms/090000168007cf93>

³³³ Ευρωπαϊκός Πυλώνας Κοινωνικών Δικαιωμάτων, https://ec.europa.eu/commission/sites/beta-political/files/social-summit-european-pillar-social-rights-booklet_el.pdf

³³⁴ Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health, E/C.12/2000/4, 11 Αυγούστου 2000 [“CESCR General Comment 14”]

³³⁵ CESCR General Comment 14

³³⁶ CESCR General Comment 14

³³⁷ CESCR General Comment 14

³³⁸ CESCR General Comment 14

³³⁹ CESCR Letter, 16 Μαΐου 2012.

³⁴⁰ Οι ακόλουθοι εμπειρογνώμονες έχουν όλοι αναπτύξει και υιοθετήσει αυτά τα κριτήρια: Ο Ανεξάρτητος Εμπειρογνώμονας για το ζήτημα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της ακραίας φτώχειας (ορισμένος από το Συμβούλιο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ), Η Επιτροπή για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα (CESCR), το Γραφείο του Υπατού Αρμοστή του ΟΗΕ για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα (OHCHR), και ο Ανεξάρτητος Εμπειρογνώμονας για τις επιπτώσεις του εξωτερικού χρέους. Βλ.: UN Human Rights Council, Report of the Independent Expert on the question of human rights and extreme poverty, UN Doc. A/HRC/17/34, 17 Μαρτίου 2011. CESCR Letter, 16 Μαΐου 2012. Βλ. επίσης: CESCR, Public debt, austerity measures and the International Covenant on Economic, Social and Cultural rights, UN Doc. E/C.12/2016/1, 22 Ιουλίου 2016, το οποίο ανέπτυξε περαιτέρω αυτά τα πρότυπα. OHCHR, Report on austerity measures, 2013. Σε αυτά τα κριτήρια έχει επίσης παραπέμψει, υιοθετώντας τα, μια μελέτη του Συμβουλίου της Ευρώπης για αυτό το θέμα: “The impact of the economic crisis and austerity measures on human rights in Europe: A Feasibility Study”, Adopted by the Steering Committee for Human Rights (CDDH) on 11 December 2015.

άλλων λιγότερο περιοριστικών εναλλακτικών, (δ) εύλογα, ως προς το ότι τα μέσα που επιλέγονται θα πρέπει να είναι τα πλέον κατάλληλα και ικανά να επιτύχουν τον θεμιτό σκοπό, (ε) αναλογικά, υπό την έννοια ότι η υιοθέτηση οποιασδήποτε άλλη πολιτικής ή το να μη γίνει καμία ενέργεια θα ήταν πιο επιζήμιο για την απόλαυση των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών δικαιωμάτων, (στ), τέτοια που να μην συνιστούν διάκριση και να μπορούν να μετριάσουν τις ανισότητες που μπορεί να προκύψουν σε καιρούς κρίσης, και να διασφαλίζουν ότι τα δικαιώματα των ανθρώπων και των ομάδων που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση και είναι περιθωριοποιημένα δεν πλήττονται δυσανάλογα, (ζ) προστατευτικά για τον ελάχιστο βασικό πυρήνα του περιεχομένου των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών δικαιωμάτων· να βασίζονται στην διαφάνεια και την πραγματική συμμετοχή των ομάδων που επηρεάζονται στην εξέταση των προτεινόμενων μέτρων και εναλλακτικών, (η) υποκείμενα σε ουσιαστική επανεξέταση και διαδικασίες λογοδοσίας.³⁴¹

Οι κατευθυντήριες αρχές για τις μελέτες επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα των οικονομικών μεταρρυθμίσεων παρέχουν καθοδήγηση βασιζόμενη στο διεθνές δίκαιο ανθρωπίνων δικαιωμάτων, όσον αφορά την σημασία των μελετών επιπτώσεων και τον τρόπο με τον οποίο θα πρέπει να διενεργούνται, συμπεριλαμβανομένης της περίπτωσης όπου αναπτύσσονται και εφαρμόζονται μέτρα λιτότητας. Σύμφωνα με αυτές τις αρχές, τα Κράτη θα πρέπει να διενεργούν μελέτες επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα των πολιτικών οικονομικής μεταρρύθμισης, που εξετάζονται και λαμβάνονται ως απάντηση σε οξείες οικονομικές και χρηματοπιστωτικές κρίσεις, οι οποίες είναι πιθανόν να προκαλέσουν δυσμενείς επιπτώσεις στα ανθρώπινα δικαιώματα. Θα πρέπει να διενεργούνται τόσο πριν όσο και μετά την εφαρμογή των μέτρων. Οι μελέτες επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα θα πρέπει να περιλαμβάνουν τον βαθμό στον οποίο τα προτεινόμενα μέτρα, σε συνδυασμό με άλλα οικονομικά μέτρα και πολιτικές, υφιστάμενα ή που πρόκειται να εφαρμοστούν, θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην εκπλήρωση των υποχρεώσεων του Κράτους για τα ανθρώπινα δικαιώματα ή δυνητικά να τα υπονομεύσουν· να εντοπίζουν μέτρα οπισθοδρόμησης όπως και εναλλακτικές επιλογές οικονομικής πολιτικής οι οποίες θα μπορούσαν να είναι λιγότερο περιοριστικές για τα ανθρώπινα δικαιώματα και να αποφεύγουν κάθε ανεπίτρεπτη οπισθοδρόμηση· να θεσπίζουν προληπτικά μέτρα και μέτρα περιορισμού των επιπτώσεων ώστε να διασφαλίζουν την συμμόρφωση με τις υποχρεώσεις για τα ανθρώπινα δικαιώματα.³⁴²

7.1.3 ΟΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΩΣ ΚΡΑΤΟΣ ΠΟΥ ΔΑΝΕΙΖΕΤΑΙ

Οι Κατευθυντήριες Αρχές για το εξωτερικό χρέος και τα ανθρώπινα δικαιώματα παρέχουν καθοδήγηση όσον αφορά τις υποχρεώσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων της Ελλάδας ως κράτος που δανειζόταν χρήματα στο πλαίσιο μιας οικονομικής κρίσης.³⁴³

Σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Αρχές, «τα κράτη θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις τους που πηγάζουν από τις συμφωνίες ή διακανονισμούς για το εξωτερικό χρέος, δεν παρακαλύπουν την προοδευτική πραγμάτωση των οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών δικαιωμάτων»,³⁴⁴ και «τα κράτη θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις τους που πηγάζουν από το εξωτερικό χρέος, ιδιαίτερα η υποχρέωση αποπληρωμής του εξωτερικού χρέους, δεν οδηγούν σε εσκεμμένη υιοθέτηση μέτρων οπισθοδρόμησης.³⁴⁵ Περαιτέρω, σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Αρχές, η διαφάνεια, η συμμετοχή και η λογοδοσία είναι «βασικές αρχές» οι οποίες θα πρέπει να τηρούνται κατά τις αποφάσεις περί δανειοδότησης ή δανειοληψίας από Κράτη, διεθνείς χρηματοπιστωτικούς οργανισμούς και άλλους παράγοντες. Αυτό περιλαμβάνει την πλήρη αποκάλυψη όλων των σχετικών πληροφοριών σχετικά με τις συμφωνίες δανεισμού, τις αποπληρωμές χρέους, την διαχείριση του χρέους, τα αποτελέσματα ελέγχων για το δημόσιο χρέος και άλλα σχετικά ζητήματα· την αποτελεσματική και ουσιαστική συμμετοχή όλων των ενδιαφερόμενων μερών στην πολιτική δανεισμού και τις αποφάσεις χρήσης πόρων· και μέτρα αποκατάστασης που θα διασφαλίζουν ότι αυτοί που λαμβάνουν τις αποφάσεις λογοδοτούν, εάν απαιτείται, για πράξεις τους που δεν συνάδουν με αυτές τις υποχρεώσεις.³⁴⁶

³⁴¹ UN Human Rights Council, Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt, UN Doc. A/HRC/37/54, 20 Δεκεμβρίου 2017, παρ. 29

³⁴² Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of human rights, particularly economic, social and cultural rights, Guiding principles on human rights impact assessments of economic reforms, A/HRC/40/57, 19 Δεκεμβρίου 2018, <https://undocs.org/A/HRC/40/57>

³⁴³ Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights, Cephas Lumina, Guiding principles on foreign debt and human rights, A/HRC/20/23, 10 Απριλίου 2011, <https://undocs.org/A/HRC/20/23> [“Guiding Principles on foreign debt and human rights”]

³⁴⁴ Παρ. 16, Guiding Principles on foreign debt and human rights

³⁴⁵ Παρ. 20, Guiding Principles on foreign debt and human rights

³⁴⁶ Αρχές 28, 29, και 30, Guiding Principles on foreign debt and human rights.

7.1.4 ΟΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ COVID-19

Το δικαίωμα στην υγεία περιλαμβάνει την υποχρέωση λήψης μέτρων αναγκαίων για την «πρόληψη, θεραπεία και έλεγχο επιδημικών, ενδημικών, επαγγελματικών και άλλων ασθενειών». Η Επιτροπή του ΟΗΕ για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα έχει εξηγήσει λεπτομερώς τα καθήκοντα των κρατών που πηγάζουν από αυτό το δικαίωμα, λέγοντας «Μέτρα για την πρόληψη, θεραπεία και έλεγχο επιδημικών και ενδημικών ασθενειών» αποτελούν «υποχρεώσεις συγκρίσιμης προτεραιότητας» με τις βασικές υποχρεώσεις (ή τα «ελάχιστα, απαραίτητα επίπεδα») του δικαιώματος στην υγεία.³⁴⁷ Όλα τα άτομα και οι κοινότητες που πλήττονται δικαιούνται κατανοητή, προσβάσιμη, έγκαιρη και ουσιαστική πληροφόρηση σχετικά με την φύση και το επίπεδο της απειλής για την υγεία, τα πιθανά μέτρα που θα πρέπει να ληφθούν για να περιορισθούν οι κίνδυνοι, καθώς και έγκαιρη προειδοποιητική ενημέρωση για πιθανές μελλοντικές συνέπειες και ενημέρωση για τις προσπάθειες αντιμετώπισης που βρίσκονται σε εξέλιξη. Προληπτική φροντίδα, αγαθά, υπηρεσίες και πληροφόρηση θα πρέπει να είναι διαθέσιμα και προσβάσιμα σε όλα τα άτομα, όπως και η θεραπεία και εάν είναι αναγκαίο, υποστηρικτική φροντίδα για την διαχείριση των συμπτωμάτων και των συνεπειών του ιού. Το δικαίωμα στην υγεία περιλαμβάνει την υποχρέωση παροχής διεθνούς συνεργασίας και βοήθειας, καθώς και το αίτημα για τέτοια βοήθεια όταν είναι αναγκαίο. Οι κυβερνήσεις που έχουν την οικονομική και τεχνική δυνατότητα να το πράξουν θα πρέπει να βοηθούν εκείνα τα κράτη με λιγότερους πόρους να προετοιμαστούν και να αντιμετωπίσουν οποιαδήποτε έξαρση ασθένειας. Περαιτέρω, κατά τον σχεδιασμό της αντιμετώπισης της COVID-19, τα κράτη θα πρέπει να έχουν επίγνωση των ιδιαίτερων επιπτώσεων του ιού σε συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων και να διασφαλίζουν ότι οι ανάγκες τους και οι εμπειρίες τους λαμβάνονται πλήρως υπόψη στα σχέδια και τις στρατηγικές.³⁴⁸

Οποιαδήποτε μέτρα εφαρμόζονται για την προστασία της δημόσιας υγείας σε αυτές τις περιστάσεις τα οποία έχουν επιπτώσεις στα δικαιώματα των ανθρώπων – όπως ταξιδιωτικές απαγορεύσεις, περιορισμοί μετακίνησης και καραντίνες, θα πρέπει να συνάδουν με το διεθνές δίκαιο ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Δεν θα πρέπει να συνιστούν διάκριση· θα πρέπει να ανταποκρίνονται σε μία επείγουσα δημόσια ή κοινωνική ανάγκη, να επιδιώκουν έναν θεμιτό σκοπό, και να είναι αναλογικά προς αυτόν τον σκοπό· και δεν θα πρέπει να είναι πιο περιοριστικά απ' ό,τι απαιτείται. Περαιτέρω, το βάρος της δικαιολόγησης οποιουδήποτε περιορισμού δικαιωμάτων βαρύνει το κράτος και ο οποιοσδήποτε περιορισμός επιβάλλεται θα πρέπει να υπόκειται στην δυνατότητα να αμφισβητηθεί και να υπάρξει επανόρθωση απέναντι σε οποιαδήποτε καταχρηστική εφαρμογή του.³⁴⁹

Το δικαίωμα σε ένα επαρκές επίπεδο διαβίωσης αποτελεί θεμέλιο για πολλά κοινωνικο-οικονομικά δικαιώματα και περιλαμβάνει την πρόσβαση σε κατάλληλη τροφή, ένδυση, στέγαση, ιατρική περίθαλψη και κοινωνικές υπηρεσίες.³⁵⁰ Ορισμένα μέτρα για την προστασία της δημόσιας υγείας στο πλαίσιο της COVID-19 θα μπορούσαν να υπονομεύσουν αυτό το δικαίωμα, ιδιαίτερα όταν έχουν επιπτώσεις στα μέσα διαβίωσης και την δυνατότητα εργασίας. Τα κράτη θα πρέπει να διασφαλίζουν ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν πρόσβαση σε κοινωνική ασφάλιση – συμπεριλαμβανομένων επιδομάτων ασθενείας, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και γονικής άδειας- όταν δεν μπορούν να εργαστούν εξαιτίας της πανδημίας COVID-19.³⁵¹ Για να εκπληρωθεί το δικαίωμα σε επαρκές επίπεδο διαβίωσης σε αυτές τις συνθήκες, τα κράτη θα πρέπει επίσης να παρέχουν οικονομική/χρηματική βοήθεια σε ανθρώπους που το έχουν ανάγκη.

7.1.5 ΟΡΓΑΝΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΥΜΕΝΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Κατά την διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας, διάφορα όργανα των συμβάσεων του ΟΗΕ χρησιμοποίησαν αυτά τα πρότυπα για να εξετάσουν τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόστηκαν τα μέτρα λιτότητας στην Ελλάδα και επεσήμαναν τις επιπτώσεις τους. Το 2012, η Επιτροπή για τα δικαιώματα του παιδιού εξέφρασε «την βαθιά της

³⁴⁷ CESCR General Comment 14

³⁴⁸ Για περισσότερες λεπτομέρειες για τις υποχρεώσεις των κρατών στη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, βλ. Amnesty International Public Statement, Responses to COVID-19 and States' human rights obligations: Preliminary Observations, Index Number: POL 30/1967/2020, 12 Μαρτίου 2020.

³⁴⁹ Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, UN Doc. E/CN.4/1984/4 (1984)

³⁵⁰ Άρθρο 11, Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα.

³⁵¹ Για περισσότερες λεπτομέρειες βλ. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, General Comment 19, The Right to Social Security (art. 9), UN Doc. E/C.12/GC/19 (2008).

ανησυχία για τις αρνητικές επιπτώσεις που [η κρίση] έχει στις δημόσιες δαπάνες που επηρεάζουν τις υπηρεσίες που παρέχονται σε παιδιά και στο κόστος διαβίωσης που υφίστανται οικογένειες για βασικές ανάγκες όπως τρόφιμα, καύσιμα και στέγαση, συμπεριλαμβανομένων των αυξανόμενων απαιτήσεων για πληρωμές για δημόσιες υπηρεσίες όπως η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη». ³⁵² Το 2013, η Επιτροπή για την εξάλειψη των διακρίσεων κατά των γυναικών, εξέφρασε ανησυχία για το γεγονός «ότι οι περικοπές στον προϋπολογισμό για τον τομέα της υγείας θα πλήξουν κυρίως την υγεία γυναικών και παιδιών», και συνέστησε «την αύξηση του ποσοστού του προϋπολογισμού υγείας που διατίθεται για υπηρεσίες σεξουαλικής και αναπαραγωγικής υγείας». ³⁵³ Το 2015, η Επιτροπή για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά δικαιώματα συνέστησε η Ελλάδα να επανεξετάσει μελλοντικές πολιτικές και προγράμματα σχετιζόμενα με την κρίση «με σκοπό να διασφαλίσει ότι τα μέτρα λιτότητας προοδευτικά θα αρθούν και η αποτελεσματική προστασία των δικαιωμάτων κατά το Σύμφωνο θα ενισχυθεί». ³⁵⁴ Και το 2016, η Επιτροπή για την κατάργηση των φυλετικών διακρίσεων παρατήρησε ότι «τα μέτρα λιτότητας που ελήφθησαν για να αντιμετωπίσουν την οικονομική κρίση στο συμβαλλόμενο Κράτος προκάλεσαν δυσανάλογες επιπτώσεις σε μειονοτικές ομάδες, όπως Ρομά, μετανάστες/-ριες, πρόσφυγες και αιτούντες/-σες άσυλο» και συνέστησε «το συμβαλλόμενο Κράτος να διενεργήσει μελέτες επιπτώσεων προτού υιοθετήσει τέτοια μέτρα λιτότητας για να διασφαλίσει ότι δεν συνιστούν διάκριση για εκείνους που είναι ευάλωτοι/-ες σε φυλετικές διακρίσεις». ³⁵⁵

Περαιτέρω, ο Ανεξάρτητος Εμπειρογνώμονας του ΟΗΕ για τις επιπτώσεις του εξωτερικού χρέους δημοσίευσε δύο εκθέσεις για την Ελλάδα, που περιλάμβαναν τις παρατηρήσεις του για τις επιπτώσεις των μέτρων λιτότητας στο δικαίωμα στην υγεία. Το 2014, ο Ανεξάρτητος Εμπειρογνώμονας είπε ότι «θεωρεί ότι οι μαζικές περικοπές στην δημόσια χρηματοδότηση του τομέα υγείας και η επιβολή τελών στους χρήστες, τα οποία είχαν ως αποτέλεσμα ένα μεγάλο τμήμα του πληθυσμού να μην μπορεί να απολαύσει τα ελάχιστα απαραίτητα επίπεδα του δικαιώματος στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας, όπως κατοχυρώνεται στο άρθρο 12 του Διεθνούς Συμφώνου για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα, συνιστούν μέτρα οπισθοδρόμησης». ³⁵⁶ Στην έκθεσή του του 2016, επεσήμανε ότι «Οι πρωτοφανείς περικοπές στο δημόσιο σύστημα υγείας έχουν ως αποτέλεσμα την κρίσιμη υποστελέχωση σε τομείς του δημόσιου συστήματος υγείας, μια αύξηση σε συνεισφορές και λίστες αναμονής, και δυσκολίες στην παροχή αποτελεσματικής και οικονομικά προσιτής πρόσβασης στο δικαίωμα σε κατάλληλη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη για όλους/-ες». ³⁵⁷

Το 2018, η Επίτροπος ανθρωπίνων δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης δημοσίευσε μια έκθεση για τις επιπτώσεις των μέτρων λιτότητας στην πρόσβαση στην υγεία στην Ελλάδα και δήλωσε τα εξής: «Η Επίτροπος ανησυχεί για τις αναφερόμενες ελλείψεις σε προσωπικό και εξοπλισμό και τις διαταραχές στο ελληνικό σύστημα υγείας ως αποτέλεσμα των διαδοχικών μέτρων λιτότητας που υιοθετήθηκαν από την έναρξη της οικονομικής κρίσης. Θεωρεί ότι αυτά τα μέτρα και οι συγκεκριμένες επιπτώσεις τους υπονομεύουν το δικαίωμα στην υγεία όπως κατοχυρώνεται στο Άρθρο 11 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη, του οποίου η Ελλάδα είναι μέλος». ³⁵⁸

Η Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ) έχει επισημάνει επανειλημμένα ότι οι επιπτώσεις στα ανθρωπίνια δικαιώματα από τα μέτρα λιτότητας που επιβλήθηκαν στην Ελλάδα δεν έχουν μελετηθεί, όπως θα έπρεπε «σε διαβούλευση με τους ενδιαφερόμενους φορείς». ³⁵⁹ Περιφερειακά όργανα και εθνικά δικαστήρια έχουν επίσης κρίνει ότι η Ελλάδα απέτυχε να διενεργήσει ενδελεχείς μελέτες πριν την επιβολή

³⁵² Committee on the Rights of the Child, Concluding observations: Greece, CRC/C/GRC/CO/2-3, 13 Αυγούστου 2012, παρ. 17.

³⁵³ Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Concluding observations: Greece, CEDAW/C/GRC/CO/7, 26 Μαρτίου 2013, παρ. 31.

³⁵⁴ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Concluding observations: Greece, E/C.12/GRC/CO/2, 27 Οκτωβρίου 2015, παρ. 7 & 8.

³⁵⁵ Committee on the Elimination of Racial Discrimination, Concluding observations: Greece, CERD/C/GRC/CO/20-22, 3 Οκτωβρίου 2016, παρ. 6 & 7.

³⁵⁶ Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights, A/HRC/25/50/Add.1, 27 Μαρτίου 2014.

³⁵⁷ Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights on his mission to Greece, A/HRC/31/60/Add.2, 21 Απριλίου 2016.

³⁵⁸ Commissioner for Human Rights, Report of the Commissioner of Human Rights of the Council of Europe following her visit to Greece from 25 to 29 June 2018, CommDH(2018)24, 6 Νοεμβρίου 2018, <https://rm.coe.int/report-on-the-visit-to-greece-from-25-to-29-june-2018-by-dunja-mijatov/16808ea5bd>

³⁵⁹ Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights on his mission to Greece, A/HRC/31/60/Add.2, 21 Απριλίου 2016, παρ. 26 και 27. Βλ. Δήλωση της Εθνικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ) για την επίδραση των συνεχιζόμενων μέτρων λιτότητας στα δικαιώματα του ανθρώπου, 2015, διαθέσιμη στο:

http://www.nchr.gr/images/pdf/apofaseis/oikonomikh_krish/EEDA_Dilwsi_%20metra_litotitas_2015.pdf

Επίγρουσα Δήλωση ΕΕΔΑ σχετικά με τα εργασιακά και κοινωνικοασφαλιστικά δικαιώματα στην Ελλάδα, 28 Απριλίου 2017, διαθέσιμη στο: http://www.nchr.gr/images/pdf/nea_epikairothta/DILOSI_%20EEDA_KOINONIKOASFALISTIKA_28.4.2017.pdf

κάποιων μέτρων λιτότητας.³⁶⁰ Στις εκθέσεις της και σε μια συνάντηση με την Διεθνή Αμνηστία,³⁶¹ η ΕΕΔΑ επεσήμανε πως παρότι η εθνική νομοθεσία (Νόμος 4048/2012)³⁶² προέβλεπε κάποιες διαδικασίες μελέτης πριν από οποιοδήποτε σχέδιο νόμου, αυτό δεν ήταν αντίστοιχο με μια μελέτη επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα και είναι μια «τυπικότητα άνευ ουσίας».³⁶³ Επανελάβε την έκκλησή της για την δημιουργία ενός μόνιμου μηχανισμού που θα αξιολογεί και θα μελετά τις επιπτώσεις των μέτρων λιτότητας.³⁶⁴

Οι πολιτικές λιτότητας της Ελλάδας αναφέρθηκαν επίσης κατά τον δεύτερο κύκλο Οικουμενικής Περιοδικής Αξιολόγησης (UPR) το 2016. Η Ελλάδα είπε ότι «τα μέτρα λιτότητας που χρειάστηκε να λάβει στο πλαίσιο του προγράμματος βοήθειας από την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο είχαν κριθεί από διεθνή και ευρωπαϊκά όργανα συμβάσεων ότι παραβίαζαν συμβάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων».³⁶⁵ Διάφορες συστάσεις έγιναν για να «μετριασθούν οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των μέτρων λιτότητας που πλήττουν κυρίως τις ομάδες του πληθυσμού που βρίσκονται σε πιο μειονεκτική θέση».³⁶⁶

7.2 ΟΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΠΙΣΤΩΤΩΝ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Οι θεσμοί της Ε.Ε. – συμπεριλαμβανομένης της Ευρωπαϊκής Επιτροπής – έχουν υποχρεώσεις όσον αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα. Δεσμεύονται από την Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε., ο οποίος επιβεβαιώνει τα οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Συγκεκριμένα, το Άρθρο 35 διακηρύσσει ότι: «Ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας θα πρέπει να διασφαλίζεται κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δραστηριοτήτων της Ένωσης». Το Άρθρο 9 της Συνθήκης για την Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης προβλέπει ότι κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή των πολιτικών και των δραστηριοτήτων της, η Ευρωπαϊκή Ένωση θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη την προστασία της ανθρώπινης υγείας. Το Άρθρο 6 της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση διακηρύσσει επίσης ότι η Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, η οποία απαγορεύει τις διακρίσεις, «θα πρέπει να συνιστά γενικές αρχές του δικαίου της Ένωσης». Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει επικυρώσει την Σύμβαση για τα δικαιώματα ατόμων με αναπηρίες, το Άρθρο 25 της οποίας προστατεύει το δικαίωμα στην υγεία των ατόμων με αναπηρίες. Αυτές οι υποχρεώσεις περιλαμβάνουν την ευθύνη να λαμβάνονται όλα τα αναγκαία μέτρα για την διασφάλιση του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στις οικονομικές και δημοσιονομικές πολιτικές που προωθούνται στο πλαίσιο της λειτουργίας οικονομικής διακυβέρνησης της Ε.Ε. και των προγραμμάτων χρηματοδοτικής βοήθειας που υποστηρίζονται από την Ε.Ε.³⁶⁷ Επιπλέον, οι θεσμοί της Ε.Ε. θα πρέπει να σέβονται τις υποχρεώσεις των κρατών μελών της Ε.Ε. που απορρέουν από το περιφερειακό και διεθνές δίκαιο ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Όπως ανέφερε και ο Ανεξάρτητος Εμπειρογνώμονας του ΟΗΕ για τις επιπτώσεις του εξωτερικού χρέους και άλλων σχετιζόμενων διεθνών οικονομικών υποχρεώσεων των Κρατών: «Οι υποχρεώσεις που κατοχυρώνονται σε αυτές της συμβάσεις [ανθρωπίνων δικαιωμάτων] θα πρέπει να γίνονται σεβαστές από... τους θεσμούς της Ευρωπαϊκής Ένωσης όταν ορίζουν όρους για ένα Κράτος το οποίο είναι συμβαλλόμενο στο αντίστοιχο όργανο ανθρωπίνων

³⁶⁰ Σε μία απόφαση του 2017 (ΓΣΕΕ κατά Ελλάδας), η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Κοινωνικών Δικαιωμάτων επεσήμανε ότι δεν βρήκε «... οποιαδήποτε στοιχεία, ιδιαίτερα από την πλευρά της Κυβέρνησης, ότι μία ενδελεχής ανάλυση των επιπτώσεων των νομοθετικών μέτρων έχει διενεργηθεί από τις αρχές, ιδιαίτερα για τις πιθανές επιπτώσεις τους στις πιο ευάλωτες ομάδες στην αγορά εργασίας, ούτε υπάρχουν οποιεσδήποτε ενδείξεις ότι διενεργήθηκε μια γνήσια διαβούλευση με τους περισσότερο πληττόμενους/-ες από τα μέτρα...». Διαθέσιμη στο: <https://hudoc.esc.coe.int/eng#f{%22ESCD%22identifier%22:%22cc-111-2014-dmerits-en%22%22}>, παρ. 90. Βλ. επίσης Απόφαση Ολομέλειας του ΣΤΕ Αριθμ. 2287/2015 για την κοινωνική ασφάλιση, συμπεριλαμβανομένων των περικοπών στις συντάξεις. Το Δικαστήριο επεσήμανε ότι ο νομοθέτης δεν δικαιολογείται να προχωρήσει σε σχετικές ρυθμίσεις χωρίς ειδική έρευνα προκειμένου να διαπιστώσει την συμβατότητά τους με τις σχετικές συνταγματικές δεσμεύσεις. Διαθέσιμη στο: <https://www.taxheaven.gr/laws/circular/view/id/21132/>, παρ. 24.

³⁶¹ Submission by the Greek National Commission for Human Rights, Guidance on human rights impact assessments for economic reform policies, Ιούλιος 2017, <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/IEDebt/impactassessments/GNCHR.pdf>. Συνέντευξη στην Διεθνή Αμνηστία της Προέδρου της ΕΕΔΑ, Καθηνήτριας της Νομικής Σχολής Αθηνών Μαρίας Γαβουνέλη και επιστημονικού προσωπικού, Αθήνα, Σεπτέμβριος 2019.

³⁶² Νόμος 4048/2012, Αρχές, Διαδικασίες και Μέσα Καλής Νομοθέτησης, 23 Φεβρουαρίου 2012, διαθέσιμο στο: https://www.kodiko.gr/nomologia/document_navigation/64889/nomos-4048-2012

³⁶³ Submission by the Greek National Commission for Human Rights, Guidance on human rights impact assessments for economic reform policies, Ιούλιος 2017, <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/IEDebt/impactassessments/GNCHR.pdf>.

³⁶⁴ Submission by the Greek National Commission for Human Rights, Guidance on human rights impact assessments for economic reform policies, Ιούλιος 2017, <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/IEDebt/impactassessments/GNCHR.pdf>

³⁶⁵ Report of the Working Group on the Universal Periodic Review – Greece, A/HRC/33/7, 8 Ιουλίου 2016, παρ. 126, <https://undocs.org/A/HRC/33/7>

³⁶⁶ Συστάσεις από την Κούβα, το Νεπάλ, την Πολωνία και την Αίγυπτο. Η Αρμενία και το Ιράν είπαν ότι η Ελλάδα θα πρέπει επίσης να εγείρει αυτά τα ζητήματα στις διαπραγματεύσεις της με τους διεθνείς δανειστές. Report of the Working Group on the Universal Periodic Review – Greece, A/HRC/33/7, 8 Ιουλίου 2016, <https://undocs.org/A/HRC/33/7>

³⁶⁷ Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights on his mission to institutions of the European Union, A/HRC/34/57/Add.1, 28 Δεκεμβρίου 2016, <https://undocs.org/A/HRC/34/57/Add.1>

δικαιωμάτων».³⁶⁸ Υπήρξε αρχικά κάποια συζήτηση για το εάν ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε. θα ίσχυε σε δράσεις της Ε.Ε. εκτός του επίσημου πεδίου της (π.χ. στο πλαίσιο του ESM). Το 2016, το Δικαστήριο της Ε.Ε. διευκρίνισε ότι τα μέτρα στα μνημόνια κατανόησης που υπογράφονται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή θα πρέπει να συνάδουν με τον Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων.³⁶⁹

ΔΙΕΘΝΕΣ ΝΟΜΙΣΜΑΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

Το ΔΝΤ έχει υποχρεώσεις ως προς τα ανθρώπινα δικαιώματα. Ως μια ειδικευμένη υπηρεσία του ΟΗΕ, δεσμεύεται από τους γενικούς σκοπούς και αρχές του Χάρτη των Ηνωμένων Εθνών, συμπεριλαμβανομένου του σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. Περαιτέρω, το ΔΝΤ δεσμεύεται από υποχρεώσεις σύμφωνα με γενικούς κανόνες του διεθνούς δικαίου, οι οποίοι περιλαμβάνουν τα ανθρώπινα δικαιώματα όπως αναφέρονται στην Οικουμενική Διακήρυξη Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, τα οποία είναι μέρος του διεθνούς δικαίου ή των γενικών αρχών δικαίου.³⁷⁰ Οι Κατευθυντήριες αρχές για το εξωτερικό χρέος και τα ανθρώπινα δικαιώματα σημειώνουν ότι οι διεθνείς χρηματοπιστωτικοί οργανισμοί έχουν υποχρέωση να σέβονται το διεθνές δίκαιο ανθρωπίνων δικαιωμάτων, κάτι που συνεπάγεται καθήκον να αποφεύγουν την διαμόρφωση, υιοθέτηση, χρηματοδότηση και εφαρμογή πολιτικών και προγραμμάτων τα οποία άμεσα ή έμμεσα αντιβαίνουν στην απόλαυση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων· επίσης ότι οι δανειστές δεν θα πρέπει να χρηματοδοτούν δραστηριότητες ή προγράμματα τα οποία παραβιάζουν, ή θα ήταν αναμενόμενο να παραβιάσουν, ανθρώπινα δικαιώματα στις χώρες οι οποίες δανείζονται, και ότι οι δανειστές θα πρέπει να είναι βέβαιοι ότι τα κράτη που δανείζονται συνεχίζουν να είναι ικανά να εξυπηρετούν το εξωτερικό χρέος τους χωρίς να διακυβεύεται η ικανότητά τους να τηρούν τις διεθνείς υποχρεώσεις τους για τα ανθρώπινα δικαιώματα.³⁷¹ Μια έκθεση του 2019 του Ανεξάρτητου Εμπειρογνώμονα για τις επιπτώσεις του εξωτερικού χρέους διαπίστωσε ότι οι διεθνείς χρηματοπιστωτικοί οργανισμοί μπορεί να θεωρηθούν υπεύθυνοι για συνέργεια στην επιβολή οικονομικών μεταρρυθμίσεων οι οποίες παραβιάζουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και ότι η γνώση της παράνομης φύσης της πράξης θα μπορούσε να τεκμαίρεται εάν, ακόμα και κατά την προώθηση της εφαρμογής οικονομικών μεταρρυθμίσεων που κανονικά οδηγούν σε παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, δεν διενεργείται καμία εκ των προτέρων μελέτη επιπτώσεων.³⁷²

ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΤΑΜΕΙΟ ΧΡΗΜΑΤΟΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ

ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΣ ΣΤΑΘΕΡΟΤΗΤΑΣ

Ως διεθνείς οργανισμοί που υπόκεινται στο διεθνές δίκαιο, οι υποχρεώσεις του ESM και του EFSF όσον αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα πηγάζουν από το εθνικό δίκαιο και τις γενικές αρχές του διεθνούς δικαίου.³⁷³ Όλα τα κράτη μέλη του ESM και του EFSF είναι συμβαλλόμενα σε ορισμένες συμβάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένου του Διεθνούς Συμφώνου για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα, και επομένως το EFSF και ο ESM οφείλουν να διασφαλίζουν ότι τα μέτρα που προτείνονται ή επιβάλλονται από αυτούς σέβονται τις υποχρεώσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων που δεσμεύουν τα Κράτη μέλη τους.³⁷⁴ Περαιτέρω, όπως έχει επισημάνει ο Ανεξάρτητος Εμπειρογνώμονας για το εξωτερικό χρέος, ορισμένες διαδικαστικές υποχρεώσεις θα πρέπει να γίνονται σεβαστές όταν σχεδιάζονται, γίνονται αντικείμενο διαπραγμάτευσης και εφαρμόζονται πολιτικές προσαρμογής, συμπεριλαμβανομένων των υποχρεώσεων να διενεργείται ουσιαστική μελέτη επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα και να διασφαλίζεται η διαφάνεια, η συμμετοχή και η λογοδοσία. Ως δανειστές, έχουν υποχρέωση να σέβονται το διεθνές δίκαιο ανθρωπίνων δικαιωμάτων, κάτι που συνεπάγεται το καθήκον να αποφεύγουν την διαμόρφωση, υιοθέτηση, χρηματοδότηση και εφαρμογή πολιτικών και προγραμμάτων τα οποία άμεσα ή έμμεσα αντιβαίνουν στην απόλαυση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων· και θα πρέπει να είναι βέβαιοι ότι τα κράτη που δανείζονται συνεχίζουν να είναι ικανά να

³⁶⁸ Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights on his mission to institutions of the European Union, A/HRC/34/57/Add.1, 28 Δεκεμβρίου 2016, παρ. 31, <https://undocs.org/A/HRC/34/57/Add.1>

³⁶⁹ Βλ. Ledra Advertising Ltd κ.λπ. κατά Ευρωπαϊκής Επιτροπής και Ευρωπαϊκής Κεντρικής Τράπεζας, Απόφαση του Δικαστηρίου της 20ής Σεπτεμβρίου 2016, παρ. 67: «Πράγματι, στο πλαίσιο της υπογραφής μνημονίου κατανόησης όπως αυτό της 26ης Απριλίου 2013, η Επιτροπή υποχρεούται βάσει τόσο του άρθρου 17, παράγραφος 1, ΣΕΕ, το οποίο της αναθέτει το γενικό καθήκον να επιβλέπει την εφαρμογή του δικαίου της Ένωσης, όσο και του άρθρου 13, παράγραφος 3 και 4, της Συνθήκης για τον ΕΜΣ, το οποίο της επιβάλλει να μεριμνά για τη συμβατότητα με το δίκαιο της Ένωσης των μνημονίων κατανόησης που συνάπτονται από τον ΕΜΣ (βλ., υπό την έννοια αυτή, απόφαση της 27ης Νοεμβρίου 2012, Pringle, C-370/12, EU:C:2012:756, σκέψεις 163 και 164), να διασφαλίζει ότι το μνημόνιο αυτό είναι σύμφωνο με τα θεμελιώδη δικαιώματα που κατοχυρώνονται από τον Χάρτη.» <http://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?docid=183548&doclang=EL>

³⁷⁰ Statement by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Public debt, austerity measures and the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, E/C.12/2016/1, 22 Ιουλίου 2016, παράγραφοι 7 και 8.

³⁷¹ Guiding principles on foreign debt and human rights, διαθέσιμες εδώ: <https://undocs.org/A/HRC/20/23>

³⁷² Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights, A/74/178, 16 Ιουλίου 2019, <https://undocs.org/A/74/178>

³⁷³ O Schutter and M Saloman, "Economic Policy Conditionality, Socio-economic rights, and international legal responsibility: The Case of Greece 2010-2015", σ. 12, <http://www.lse.ac.uk/humanRights/documents/2015/SalomonDeSchutterGreekDebtTruth.pdf>

³⁷⁴ Report of the Independent Expert on the effects of foreign debt and other related international financial obligations of States on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights on his mission to institutions of the European Union, A/HRC/34/57/Add.1, 28 December 2016, <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/442/13/PDF/G1644213.pdf?OpenElement>

εξυπηρετούν το εξωτερικό χρέος τους χωρίς να διακυβεύεται η ικανότητά τους να τηρούν τις διεθνείς υποχρεώσεις τους για τα ανθρώπινα δικαιώματα.³⁷⁵

³⁷⁵ Guiding principles on foreign debt and human rights, διαθέσιμες εδώ: <https://undocs.org/A/HRC/20/23>

8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

“Σοβαρά μιλάτε; Είναι ντροπή κάποιιοι άνθρωποι να λένε ότι τέλειωσε η κρίση. Χιλιάδες άνθρωποι υποφέρουν. Μην πιστεύετε αυτά που ακούτε. Άνθρωποι στην γειτονιά μου δεν έχουν τρόφιμα, νερό, περίθαλψη.”

Άνδρας 51 ετών, Αθήνα, Φεβρουάριος 2019³⁷⁶

Η οικονομική κρίση έπληξε σοβαρά τους ανθρώπους στην Ελλάδα, με τεράστιες αυξήσεις στην ανεργία και την φτώχεια. Οι επιπτώσεις της κρίσης ήταν διαρκείς, και ακόμα και σήμερα αυτά τα επίπεδα παραμένουν χειρότερα από ό,τι πριν την έναρξη της κρίσης. Ως απάντηση στην οικονομική κρίση, από το 2010, η ελληνική κυβέρνηση άρχισε να μειώνει τις δημόσιες δαπάνες και να εφαρμόζει μια σειρά από μέτρα λιτότητας. Οι δημόσιες δαπάνες μειώθηκαν κατά 32,4%, συμπεριλαμβανομένων των μισθών στο δημόσιο τομέα, και σε άλλους τομείς οι οποίοι επηρέασαν αρνητικά τα εισοδήματα των νοικοκυριών σε καιρό οικονομικής κρίσης, συντείνοντας στην οικονομική ευαλωτότητα. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 42,8% και οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία (δηλαδή για κάθε άτομο), επίσης μειώθηκαν κατά 40%. Περαιτέρω διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις εφαρμόστηκαν για να καταστήσουν το δημόσιο σύστημα υγείας πιο αποδοτικό, κάποιες από τις οποίες είχαν ως αποτέλεσμα ασθενείς να πρέπει να αναλάβουν μεγαλύτερο ποσοστό από το οικονομικό κόστος για την ιατροφαρμακευτική τους περίθαλψη. Αυτά τα μέτρα εφαρμόστηκαν σε μια εποχή που οι άνθρωποι στην Ελλάδα αντιμετώπιζαν υψηλά επίπεδα ανεργίας και οικονομικής φτωχοποίησης, κάτι που αύξησε τους κινδύνους για προβλήματα υγείας και ταυτόχρονα μείωσε την δυνατότητά τους να έχουν πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη όταν την είχαν ανάγκη.

Αυτή η έκθεση εξέτασε τις συνεχιζόμενες επιπτώσεις αυτών των μέτρων σε καιρό οικονομικής κρίσης: την επιδείνωση όσον αφορά την προσβασιμότητα και την οικονομική προσιτότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Ελλάδα. Βασισμένη σε πάνω από 210 συνεντεύξεις με ανθρώπους, άνδρες και γυναίκες, που χρησιμοποιούν το σύστημα υγείας, εργαζόμενους/-ες στον τομέα της υγείας και εμπειρογνώμονες, καθώς και σε ποσοτικά στοιχεία για τις ανάγκες υγείας που δεν ικανοποιούνται και τις καταστροφικές δαπάνες υγείας, περιγράφει τα πολλαπλά εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι ως προς την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας σήμερα, συμπεριλαμβανομένων των μεγάλων χρόνων αναμονής και του υψηλού κόστους περίθαλψης. Τα μέτρα λιτότητας είχαν ως αποτέλεσμα μια οπισθοδρόμηση όσον αφορά το δικαίωμα στην

³⁷⁶ Συνέντευξη με άνδρα που χρειαζόταν βοήθεια για το δημόσιο σύστημα υγείας, 5 Φεβρουαρίου 2019, Αθήνα.

υγεία. Περαιτέρω, η Ελλάδα εφάρμοσε τα μέτρα λιτότητας με έναν τρόπο που δεν συνάδει με τις υποχρεώσεις της για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Μελέτες επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα δεν διενεργήθηκαν, τα επίπεδα συμμετοχής και διαβούλευσης όσον αφορά τον τρόπο με τον οποίο τα μέτρα λιτότητας αναπτύχθηκαν και εφαρμόστηκαν ήταν ανεπαρκή, και άλλες εναλλακτικές δεν εξαντλήθηκαν προτού η Ελλάδα εφαρμόσει μέτρα λιτότητας που συνιστούσαν οπισθοδρόμηση. Αυτό οδηγεί την Διεθνή Αμνηστία στο συμπέρασμα ότι η Ελλάδα παραβιάζει το δικαίωμα στην απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας.

Πολλές από τις μεταρρυθμίσεις και πολλοί από τους στόχους δημοσιονομικής εξυγίανσης που εφαρμόστηκαν στον τομέα της δημόσιας υγείας συνδέονταν με τους όρους που επιβλήθηκαν από τους πιστωτές της Ελλάδας μέσω των προγραμμάτων χρηματοδοτικής βοήθειας. Τα τρία προγράμματα οικονομικής προσαρμογής για την Ελλάδα απαιτούσαν την εκπλήρωση ορισμένων όρων πολιτικής από την ελληνική κυβέρνηση. Αυτοί επίσης επηρέασαν τον δημόσιο τομέα της υγείας και περιλάμβαναν όρια όσον αφορά τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία και την εφαρμογή μέτρων που αύξησαν το κόστος για τους χρήστες/-ριες του συστήματος υγείας. Η έκθεση εξέτασε τον ρόλο των δανειστών – ο ESM, το EFSF, το ΔΝΤ, οι θεσμοί της Ε.Ε., οι κυβερνήσεις της Ευρωζώνης – και διαπίστωσε ότι οι ενέργειες τους επίσης δεν συνάδουν με τις υποχρεώσεις τους για τα ανθρώπινα δικαιώματα.

Πολλά από αυτά τα διδάγματα φαίνονται πολύ επίκαιρα στη συγκυρία όπου η Ελλάδα και το σύστημα υγείας της αντιμετωπίζουν την πανδημία COVID-19. Υπάρχουν ήδη ανησυχίες ότι τα μέτρα λιτότητας που εφαρμόστηκαν την τελευταία δεκαετία έχουν επηρεάσει αρνητικά την ικανότητα των συστημάτων υγείας να ανταποκριθούν σε αυτήν την κρίση. Όπως ανέφερε και η Επιτροπή για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτισμικά Δικαιώματα: «Τα συστήματα υγείας και τα κοινωνικά προγράμματα έχουν αποδυναμωθεί μετά από δεκαετίες ανεπαρκών επενδύσεων στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και σε άλλα κοινωνικά προγράμματα, που επιδεινώθηκαν από την οικονομική κρίση του 2007-2008. Συνεπώς, δεν είναι επαρκώς εξοπλισμένα για να ανταποκριθούν αποτελεσματικά και γρήγορα ώστε ανταπεξέλθουν στην σφοδρότητα της τωρινής πανδημίας». Τώρα, περισσότερο από ποτέ, υπάρχει ανάγκη να διασφαλιστεί ότι το δημόσιο σύστημα υγείας έχει επαρκείς πόρους και είναι ικανό να ανταποκριθεί στην επαπειλούμενη πρόκληση. Περαιτέρω, οι απαραίτητες επενδύσεις στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, τον κοινωνικό τομέα και τα μέσα διαβίωσης των ανθρώπων σε αυτήν την περίοδο θα πρέπει να είναι το θεμέλιο της ανάκαμψης από αυτήν την κρίση. Δεν υπάρχει επιστροφή στις αδικίες του παρελθόντος. Τα σχέδια για την ανάκαμψη από αυτήν την κρίση δεν μπορούν να βασίζονται για μια ακόμα φορά σε μέτρα λιτότητας που θα εφαρμόζονται χωρίς τις απαραίτητες διασφαλίσεις και την δέουσα μέριμνα για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Αντίθετα, θα πρέπει να βασίζονται στην δικαιοσύνη, τα ανθρώπινα δικαιώματα και την διασφάλιση της προστασίας όλων των ανθρώπων.

Δεδομένης της επείγουσας και έκτακτης κατάστασης σχετικά με την αντιμετώπιση της πανδημίας COVID-19, η Διεθνή Αμνηστία κάνει τις ακόλουθες συστάσεις στην Κυβέρνηση της Ελλάδας:

- Να διασφαλιστεί η πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, χωρίς διακρίσεις, σε όλα τα άτομα – συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης, εξετάσεων, αγωγής και οποιωνδήποτε μελλοντικών εμβολίων και θεραπειών για την COVID-19. Να αρθούν όλοι οι οικονομικοί φραγμοί στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη· η αδυναμία πληρωμής δεν θα πρέπει ποτέ να αποτελεί εμπόδιο στην πρόσβαση σε πρόληψη, θεραπεία ή περίθαλψη.
- Να διασφαλιστεί η διάδοση προσβάσιμης, έγκυρης και τεκμηριωμένης πληροφόρησης για τους τρόπους με τους οποίους οι άνθρωποι μπορούν να προστατευθούν και να διασφαλιστεί ότι οποιαδήποτε αγαθά αναγκαία για την διασφάλιση της πρόληψης είναι διαθέσιμα και οικονομικά προσιτά για όλα τα άτομα, και ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν ισότιμα την δυνατότητα να προστατευθούν.
- Να διασφαλιστεί ότι οι εργαζόμενοι/-ες στον τομέα της υγείας έχουν πρόσβαση σε επαρκή και ποιοτικό εξοπλισμό προσωπικής προστασίας, πληροφόρηση, εκπαίδευση και ψυχοκοινωνική υποστήριξη.
- Να τεθούν κατεπειγόντως σε εφαρμογή μέτρα προκειμένου να διασφαλιστεί ότι, τουλάχιστον, σε ανθρώπους που είναι άστεγοι, οι οποίοι επιδεικνύουν συμπτώματα και είναι μολυσμένοι από COVID-19 και σε εκείνους που ανήκουν σε ομάδες «υψηλού κινδύνου» παρέχεται χώρος διαμονής έκτακτης ανάγκης όπου θα μπορούν να προστατευθούν και να απομονωθούν.
- Να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων κατά τον σχεδιασμό της ανταπόκρισης στην πανδημία COVID-19. Κανείς/καμία δεν θα πρέπει να ξεχαστεί ως προς αυτήν την ανταπόκριση.

- Να παρασχεθεί υποστήριξη – συμπεριλαμβανομένης της χρηματικής, κοινωνικής και φορολογικής – σε ανθρώπους και ομάδες που πλήττονται ιδιαίτερα, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που εργάζονται στον άτυπο τομέα και οι οποίοι δεν έχουν ασφάλιση υγείας ή κοινωνική ασφάλιση. Η βοήθεια και οι παροχές που παρέχονται θα πρέπει να είναι επαρκείς για να διασφαλίζουν κατ' ελάχιστον το δικαίωμα σε ένα επαρκές επίπεδο διαβίωσης, και να διαρκέσουν για όσο χρειαστεί στο πλαίσιο της πανδημίας.
- Να διενεργηθεί κατεπείγουσα εκτίμηση της δημοσιονομικής και διοικητικής ικανότητας αποτελεσματικής ανταπόκρισης στην πανδημία, μεταξύ άλλων σε ό,τι αφορά την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, την κοινωνική ασφάλιση και τις απαραίτητες υποδομές όπως χώροι διαμονής έκτακτης ανάγκης για ανθρώπους που είναι άστεγοι και νερό και εγκαταστάσεις υγιεινής προκειμένου να βοηθηθούν άνθρωποι στην προστασία από την COVID-19.
- Να διασφαλιστεί ότι οι δημόσιες δαπάνες σε κομβικούς τομείς όσον αφορά την πανδημία COVID-19, όπως η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και η κοινωνική ασφάλιση, είναι προσαρμοσμένες και επαρκείς για να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά η κρίση και να προστατευθούν τα ανθρώπινα δικαιώματα.
- Στο πλαίσιο των προσπαθειών της για χρήση όλων των διαθέσιμων πόρων προς εκπλήρωση του δικαιώματος στην υγεία, να ζητά άμεση βοήθεια από την διεθνή κοινότητα για όπου διακρίνει κενά ή ενδέχεται να μην μπορεί να διασφαλίσει την απαραίτητη προστασία.

Οι διεθνείς χρηματοπιστωτικοί οργανισμοί και οι πιστωτές της Ελλάδας θα πρέπει κατά περιόδους να επανεξετάζουν τις υποχρεώσεις της Ελλάδας για εξόφληση δημοσίου χρέους, ιδιαίτερα όταν οι αποπληρωμές εμποδίζουν την Ελλάδα να διασφαλίσει στοιχειώδη επίπεδα όσον αφορά την υγεία, τα μέσα διαβίωσης και τα ανθρώπινα δικαιώματα των ανθρώπων. Όποτε συμβαίνει αυτό, οι πιστωτές – συμπεριλαμβανομένων κρατών και διεθνών χρηματοπιστωτικών οργανισμών – θα πρέπει να επαναδιαπραγματεύονται κατεπειγόντως τους όρους για αυτό το χρέος, και όλες οι εναλλακτικές επιλογές, συμπεριλαμβανομένης της αναστολής πληρωμών, της μεταβολής επιτοκίων και της ακύρωσης χρέους, θα πρέπει να εξετάζονται.

Περαιτέρω, υπό το φως των ευρημάτων και των συμπερασμάτων της παραπάνω έκθεσης, η Διεθνής Αμνηστία συνιστά:

Προς το Υπουργείο Οικονομικών της Ελλάδας:

- Να διερευνηθούν εναλλακτικές επιλογές πρόσβασης στους μέγιστους διαθέσιμους πόρους προκειμένου να εκπληρώνονται οι υποχρεώσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένης, για παράδειγμα, της αποτελεσματικής αντιμετώπισης της φοροδιαφυγής και της φορολογικής απάτης.
- Να διασφαλιστεί ότι οι υποχρεώσεις της Ελλάδας όσον αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα, και το δημοσιονομικό περιθώριο που είναι απαραίτητο για τις δαπάνες που σχετίζονται με τα ανθρώπινα δικαιώματα, θα αποτελούν κομβικό παράγοντα στις μελλοντικές διαπραγματεύσεις για το ελληνικό χρέος, μεταξύ άλλων κατά την εκτίμηση για πιθανή ελάφρυνση του χρέους και για αλλαγές στους όρους αποπληρωμής· και ότι οποιεσδήποτε μελλοντικές δεσμεύσεις αναφορικά με το ελληνικό χρέος δεν θα υπονομεύουν την ικανότητα της κυβέρνησης να εκπληρώνει τις υποχρεώσεις της για τα ανθρώπινα δικαιώματα.
- Να διενεργηθεί ένας επίσημος δημόσιος έλεγχος του ελληνικού χρέους προκειμένου να εκτιμηθούν, μεταξύ άλλων, οι επιπτώσεις του στην εκπλήρωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, με διαφανή τρόπο, που θα συνεπάγεται την πραγματική συμμετοχή των ανθρώπων στην Ελλάδα.

Προς το Υπουργείο Υγείας της Ελλάδας:

- Να μειωθούν κατεπειγόντως οι ιατρικές ανάγκες που δεν ικανοποιούνται και το υψηλό οικονομικό βάρος των προσωπικών δαπανών για την υγεία, ιδιαίτερα όσον αφορά ανθρώπους με χαμηλότερα εισοδήματα, μεταξύ άλλων μέσω:
 - της αναθεώρησης της ισχύουσας δομής συμμετοχών και τελών συνταγογράφησης προκειμένου να αυξηθούν οι κατηγορίες των ανθρώπων και των ασθενειών που εξαιρούνται.
 - του ορισμού ενός πλαφόν στο ποσό που ένα άτομο θα πρέπει να πληρώνει για συμμετοχή σε έναν οποιονδήποτε μήνα.

- μιας μελέτης για το ποια μη καλυπτόμενα φάρμακα συνταγογραφούνται πιο συχνά και δεν έχουν οι άνθρωποι την οικονομική δυνατότητα να αγοράσουν, και λαμβάνοντας μέτρα για να τα καταστήσουν οικονομικά προσιτά.
- μιας αποτίμησης της εφαρμογής του Νόμου του 2016, και διασφαλίζοντας ότι δεν υπάρχει κόστος για ομάδες που έχουν εξαιρεθεί από τις συμμετοχές (όπως να πρέπει να πληρώνουν την διαφορά κόστους μεταξύ γενόσημων και πρωτότυπων φαρμάκων) και ότι η συμμετοχή τους είναι πραγματικά 0%.
- της διασφάλισης ότι οποιοσδήποτε ομάδες υφίστανται δυσανάλογες οικονομικές επιπτώσεις από τα μέτρα λιτότητας θα στηρίζονται μέσα από στοχευμένα μέτρα, ώστε τα έξοδα υγείας να παραμένουν οικονομικά διαχειρίσιμα και να μην προκαλούν υπερβολικά οικονομικά βάρη.
- Να αρθούν κατεπειγόντως όλα τα διοικητικά και λοιπά εμπόδια τα οποία αντιμετωπίζουν άνθρωποι οι οποίοι δικαιούνται πρόσβασης στο δημόσιο σύστημα υγείας, όταν προσπαθούν να έχουν πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.
- Να διασφαλιστεί ότι όλα τα άτομα είναι ενημερωμένα για τα δικαιώματά τους ως προς την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας, τα αποτελέσματα του Νόμου του 2016, και οποιοσδήποτε περαιτέρω αλλαγές σε δικαιώματα θεσπιστούν.
- Να ληφθεί κατεπείγουσα δράση για να μειωθούν σε μέγεθος οι λίστες αναμονής και οι αριθμοί των ανθρώπων που περιμένουν για περίθαλψη στο δημόσιο σύστημα υγείας, μεταξύ άλλων:
 - διασφαλίζοντας ότι προσλαμβάνονται επαρκείς αριθμοί εργαζομένων στον τομέα της υγείας ώστε να υπάρχει ανταπόκριση στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.
 - παρακολουθώντας τους χρόνους αναμονής για πρόσβαση σε περίθαλψη που αφορούν συγκεκριμένες υπηρεσίες στο δημόσιο σύστημα υγείας
- Να διενεργηθεί άμεσα μελέτη επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα ώστε να εκτιμηθεί το πώς τα μέτρα λιτότητας έχουν επηρεάσει το δικαίωμα στην υγεία στην Ελλάδα, ιδιαίτερα τα δικαιώματα των περιθωριοποιημένων ομάδων και των ομάδων σε κίνδυνο μεγαλύτερων επιπτώσεων, συμπεριλαμβανομένων ανθρώπων που ζουν στην φτώχεια, ανθρώπων με χαμηλότερα εισοδήματα, ανθρώπων με αναπηρίες, ανθρώπων οι οποίοι είναι άνεργοι, ανθρώπων οι οποίοι είναι ανασφάλιστοι, ανθρώπων με χρόνια προβλήματα υγείας, και ηλικιωμένων ανθρώπων. Η μελέτη θα πρέπει να περιλαμβάνει ανάλυση κατά φύλο. Τα αποτελέσματα της μελέτης θα πρέπει να δημοσιευτούν.
- Να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας των εργαζομένων στην υγεία, συμπεριλαμβανομένων των συνθηκών που έχουν επιπτώσεις στην προσβασιμότητα και την ποιότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Ιδιαίτερα, να αποκατασταθούν επιδόματα, να μειωθεί η επισφάλεια των συμβολαίων των εργαζομένων στην υγεία, και να διασφαλιστεί ότι προσλαμβάνονται επαρκείς αριθμοί εργαζομένων στην υγεία ώστε να υπάρχει ανταπόκριση στη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.
- Να αυξηθούν τα ποσά του προϋπολογισμού που διατίθενται για το δημόσιο σύστημα υγείας, προκειμένου, κατ' ελάχιστον, να διασφαλιστεί ότι τα μέτρα οπισθοδρόμησης που εφαρμόστηκαν κατά την διάρκεια επιβολής της λιτότητας θα αναιρεθούν το συντομότερο δυνατό.
- Να αναπτυχθεί ένα σχέδιο ώστε να διασφαλιστεί ότι το δημόσιο σύστημα υγείας μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα θα χρηματοδοτείται επαρκώς. Αυτό θα πρέπει να περιλαμβάνει μια λεπτομερή εκτίμηση του ποσού των δημόσιων δαπανών για την υγεία που είναι απαραίτητες για να διασφαλίσουν ότι όλοι οι άνθρωποι στην Ελλάδα μπορούν να απολαμβάνουν το δικαίωμα στην υγεία,

και εναλλακτικές επιλογές χρηματοδότησης αυξημένων δημόσιων δαπανών για την υγεία.

- Να διασφαλιστεί ότι οποιαδήποτε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας συνάδει με τις υποχρεώσεις της Ελλάδας για τα ανθρώπινα δικαιώματα: μεταξύ άλλων θεσπίζοντας ένα ρυθμιστικό πλαίσιο που θα διασφαλίζει ότι η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη είναι προσβάσιμη και οικονομικά προσιτή σε όλους/-ες, έχοντας πάντα υπόψη τις ανάγκες των περιθωριοποιημένων ομάδων· θεσπίζοντας πρότυπα για τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς που εμπλέκονται στην ιδιωτικοποίηση ώστε να διασφαλίζεται ότι συλλέγονται και δημοσιεύονται στοιχεία για τις επιπτώσεις στα ανθρώπινα δικαιώματα· και αναπτύσσοντας αποτελεσματική παρακολούθηση και μηχανισμούς λογοδοσίας.
- Να διασφαλιστεί η συμμετοχή του πληθυσμού σε όλες τις διαδικασίες λήψης αποφάσεων που σχετίζονται με την υγεία και ότι μελλοντικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας θα βασίζονται σε αρχές λογοδοσίας και διαφάνειας και θα συνάδουν πλήρως με τις υποχρεώσεις της Ελλάδας για τα ανθρώπινα δικαιώματα.
- Να διασφαλιστεί ότι στο μέλλον θα διενεργούνται μελέτες επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα όσον αφορά την ανάπτυξη και εφαρμογή μέτρων λιτότητας και / ή προγραμμάτων δημοσιονομικής εξυγίανσης, σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές που έχουν δημοσιευτεί από τον Εμπειρογνώμονα του ΟΗΕ για το εξωτερικό χρέος.

Προς το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων της Ελλάδας:

- Να ενισχυθεί και να διατεθούν επαρκείς πόροι στο πρόγραμμα Κοινωνικού Εισοδήματος Αλληλεγγύης, να αυξηθεί το ποσό του επιδόματος και ο αριθμός των επωφελούμενων ανθρώπων.

Προς το ΔΝΤ, τον ESM, και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή:

- Να διασφαλιστεί ότι μελέτες επιπτώσεων των προγραμμάτων χρηματοδοτικής βοήθειας στα ανθρώπινα δικαιώματα θα ετοιμάζονται πριν, κατά την διάρκεια και μετά την εφαρμογή τους σύμφωνα με τις κατευθύνσεις που έχουν εκδοθεί από τον Ανεξάρτητο Εμπειρογνώμονα για τις επιπτώσεις του εξωτερικού χρέους, και ότι τα προγράμματα χρηματοδοτικής βοήθειας θα επανεξετάζονται περιοδικά και θα αξιολογούνται, όχι μόνο σε σχέση με τους οικονομικούς και δημοσιονομικούς τους στόχους, αλλά και ως προς τις υποχρεώσεις των κρατών για τα ανθρώπινα δικαιώματα. Τα αποτελέσματα των μελετών θα πρέπει να δημοσιεύονται.
- Η εμπλοκή σε διαπραγματεύσεις και συζητήσεις γύρω από προγράμματα οικονομικών μεταρρυθμίσεων και προγράμματα που είναι πιθανόν να έχουν επιπτώσεις στα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά δικαιώματα, θα πρέπει να γίνεται με διαφανή τρόπο.
- Να διασφαλιστεί ότι κατά τον σχεδιασμό, παρακολούθηση και εφαρμογή προγραμμάτων, οι κυβερνήσεις θα εφαρμόζουν διαδικασίες που επιτρέπουν την πραγματική και αποτελεσματική συμμετοχή όλων των ατόμων που δυνητικά μπορεί να επηρεάζονται από τέτοια μέτρα.
- Να περιληφθούν οι υποχρεώσεις ανθρώπινων δικαιωμάτων στις αναλύσεις για τη βιωσιμότητα του χρέους και να διασφαλιστεί ότι οι υποχρεώσεις εξυπηρέτησης του χρέους δεν υπονομεύουν το δημοσιονομικό περιθώριο των Κρατών να διασφαλίζουν επαρκείς κοινωνικές δαπάνες για την εκπλήρωση των υποχρεώσεων των κρατών ως προς τα οικονομικά, κοινωνικά και πολιτισμικά δικαιώματα.
- Να διασφαλιστεί ότι οι υποχρεώσεις ανθρώπινων δικαιωμάτων της Ελλάδας, όσο και των διεθνών θεσμών που εμπλέκονται, λαμβάνονται υπόψη και είναι κομβικές για οποιεσδήποτε μελλοντικές δεσμεύσεις σχετικά με το ελληνικό χρέος, μεταξύ άλλων όταν θα γίνεται εκτίμηση για πιθανή ελάφρυνση του χρέους και αλλαγές στους όρους αποπληρωμής, και να διασφαλιστεί ότι αυτές οι μελλοντικές δεσμεύσεις δεν θα υπονομεύουν την ικανότητα της κυβέρνησης να εκπληρώσει τις υποχρεώσεις της όσον αφορά τα ανθρώπινα δικαιώματα.
- Να αποφεύγονται προβλέψεις στα προγράμματα οικονομικών μεταρρυθμίσεων, τις δανειακές συμβάσεις, τις εξοφλήσεις χρέους και σε άλλες πτυχές του προγραμματισμού της δημοσιονομικής πολιτικής, οι οποίες μπορεί να υπονομεύουν την ικανότητα των χωρών να εγγυηθούν οικονομικά,

κοινωνικά και πολιτισμικά δικαιώματα· και να διασφαλιστεί ότι οι χώρες έχουν το απαραίτητο δημοσιονομικό περιθώριο για αυτόν τον σκοπό.

Προς τον ESM:

- Να τεθούν σε εφαρμογή πολιτικές ανθρωπίνων δικαιωμάτων που θα ισχύουν για αποφάσεις χορήγησης και εφαρμογής χρηματοδοτικής βοήθειας με σκοπό τον μετριασμό δυσμενών επιπτώσεων στα ανθρώπινα δικαιώματα, και να γίνεται παρακολούθηση της εφαρμογής τους.

Προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή:

- Να αναθεωρηθούν οι υφιστάμενες Κατευθυντήριες Γραμμές για τις Μελέτες Κοινωνικών Επιπτώσεων ώστε να διασφαλιστεί ότι οι μελέτες επιπτώσεων αξιολογούν τον τρόπο με τον οποίο συγκεκριμένες πολιτικές θα επηρεάσουν την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένης της δυνατότητας των χωρών να σέβονται, να προστατεύουν και να εκπληρώνουν το πλήρες φάσμα των υποχρεώσεών τους ως προς τα οικονομικά και κοινωνικά δικαιώματα.

Προς τα κράτη μέλη της Ε.Ε.:

- Η άσκηση των καθηκόντων ως μέλη του ESM, του ΔΝΤ και της Ε.Ε. να γίνεται σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα ανθρωπίνων δικαιωμάτων· να απαιτηθεί οι θεσμοί να έχουν πολιτικές ανθρωπίνων δικαιωμάτων και, όπου αυτές υπάρχουν, να γίνεται παρακολούθηση της εφαρμογής τους· να ασκηθεί πίεση για μελέτες επιπτώσεων των προγραμμάτων χρηματοδοτικής βοήθειας στα ανθρώπινα δικαιώματα.

**Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΜΝΗΣΤΙΑ
ΕΙΝΑΙ ΕΝΑ ΠΑΓΚΟΣΜΙΟ
ΚΙΝΗΜΑ ΓΙΑ ΤΑ
ΑΝΘΡΩΠΙΝΑ
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ.
ΟΤΑΝ ΑΔΙΚΕΙΤΑΙ ΕΝΑ
ΑΤΟΜΟ ΜΑΣ ΑΦΟΡΑ
ΟΛΟΥΣ ΚΑΙ ΟΛΕΣ.**

CONTACT US



info@amnesty.org



+44 (0)20 7413 5500

JOIN THE CONVERSATION



www.facebook.com/AmnestyGlobal



[@Amnesty](https://twitter.com/Amnesty)

ΑΝΑΝΗΨΗ ΤΩΡΑ

ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΛΙΤΟΤΗΤΑΣ

Η οικονομική και χρηματοπιστωτική κρίση που ξεκίνησε το 2008 είχε πολύ σοβαρές επιπτώσεις στην Ελλάδα, με τους ανθρώπους να αντιμετωπίζουν αυξανόμενα επίπεδα οικονομικής ευαλωτότητας, φτώχειας και ανισοτήτων. Η κυβέρνηση άρχισε να εφαρμόζει μέτρα λιτότητας, που περιλάμβαναν περικοπές στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία, μεταβολές στις συνθήκες εργασίας των εργαζομένων στο τομέα της υγείας, και προώθηση κάποιων διαρθρωτικών αλλαγών για να περιοριστεί το κόστος του ελληνικού δημόσιου συστήματος υγείας. Βασισμένη σε διεξοδική έρευνα γραφείου και συνεντεύξεις με περισσότερα από 210 άτομα – στα οποία περιλαμβάνονται άτομα που χρησιμοποιούν το δημόσιο σύστημα υγείας, εργαζόμενοι/-ες στον τομέα της υγείας, ειδικοί στην δημόσια υγεία, και εκπρόσωποι της κυβέρνησης – αυτή η έκθεση διαπιστώνει ότι τα μέτρα λιτότητας έχουν υπονομεύσει την προσβασιμότητα και την οικονομική προσιτότητα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Ελλάδα, με πολλούς ανθρώπους να δυσκολεύονται περισσότερο να βρουν τα χρήματα για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και να έχουν πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας όταν το έχουν ανάγκη, έχουν αυξήσει τα βάρη για τους εργαζομένους/-ες στην υγεία και ότι οι επιπτώσεις αυτών των μέτρων συνεχίστηκαν για μια δεκαετία μετά την εφαρμογή πολλών από αυτών. Εγείρει σοβαρές ανησυχίες για τα ανθρώπινα δικαιώματα, οι οποίες σχετίζονται με το ελληνικό χρέος και τον ρόλο των πιστωτών της Ελλάδας. Δεδομένων των προκλήσεων που τίθενται από την πανδημία COVID-19, αυτή η έκθεση αναδεικνύει την ανάγκη για επείγουσα στήριξη και παροχή πόρων στους τομείς υγείας και κοινωνικής πρόνοιας της Ελλάδας σε αυτήν την κρίσιμη στιγμή.