

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Διερεύνηση των παραγόντων που εμποδίζουν ή διευκολύνουν
την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΓΕΩΡΓΙΑ ΠΑΣΣΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΔΑΦΝΗ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2015



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Διερεύνηση των παραγόντων που εμποδίζουν ή διευκολύνουν
την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΓΕΩΡΓΙΑ ΠΑΣΣΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΔΑΦΝΗ ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ, 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	9
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	10
Περίληψη.....	12
Abstract.....	14
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	16
Σκοπός της εργασίας.....	17
Περιγραφή της μεθοδολογίας της έρευνας.....	17
Δομή.....	18
I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	20
1.1 Εννοιολογική οριοθέτηση βασικών εννοιών για τα συστήματα υγείας.....	20
1.2 Δομή των συστημάτων υγείας.....	20
1.3 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	21
1.4 Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.....	23
1.5 Παροχή και περιεχόμενο της περίθαλψης.....	24
1.6 Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και ο ρόλος του.....	26
1.7 Ο ρόλος των ομάδων συμφερόντων.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Η ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	28
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση της πρόσβασης.....	28
2.2 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και δημοσιονομική προσαρμογή.....	29
2.2.1 Οι επιπτώσεις της επιχειρούμενης αναδιάρθρωσης.....	31
2.3 Οι ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.....	34
2.3.1 Η γεωγραφική πρόσβαση.....	34
2.3.2 Οι λίστες αναμονής.....	36
2.3.3 Οι συμπληρωμές.....	37

2.3.4 Οι άτυπες πληρωμές.....	39
2.4 Η πρόσβαση των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στις υπηρεσίες υγείας.....	40
2.4.1 Οι οικονομικά ασθενέστεροι.....	41
2.4.2 Οι άνεργοι και οι ανασφάλιστοι	41
2.4.3 Οι ηλικιωμένοι και οι χρόνια πάσχοντες	43
2.4.4 Τα Άτομα με αναπηρία	45
2.4.5 Οι μετανάστες.....	46
2.4.6 Οι Ρομά	47
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΤΑΝΑHASHI ΚΑΙ Η ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ	49
3.1 Η πλοήγηση των πολιτών μέσα στο σύστημα υγείας.....	49
3.2 Μελέτες που βασίζονται στο πλαίσιο του Tanahashi.....	51
Π. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	54
4.1 Καθορισμός της μεθοδολογίας και των στόχων της έρευνας.....	54
4.2 Η συλλογή των δεδομένων.....	55
4.2.1 Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας.....	56
4.2.2 Οι βασικοί πληροφοριοδότες.....	56
4.3 Τα εργαλεία της έρευνας	57
4.4. Η εκκίνηση και η διαδικασία των συνεντεύξεων.....	58
4.4.1 Οι απομαγνητοφωνήσεις.....	58
4.4.2 Τα στάδια επεξεργασίας.....	59
4.5. ‘Έμπειρίες πολιτών’ και περιγραφές με βάση το θεωρητικό πλαίσιο του Tanahashi.....	60
4.5.1 Διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας	61
4.5.2 Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη	65
4.5.3 Αποδοχή της φροντίδας.....	68
4.5.4 Κάλυψη Επαφής.....	69
4.5.5 Αποτελεσματική κάλυψη	69

4.5.6 Τα μέτρα της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	72
5.1 Ευρήματα των συνεντεύξεων με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας	72
5.1.1 Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.....	72
5.1.1.1 Ανθρώπινο δυναμικό.....	72
5.1.1.2 Υποδομές, εξοπλισμός	74
5.1.2 Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη	76
5.1.2.1 Ασφαλιστική κάλυψη	76
5.1.2.2 Καταβολή χρηματικού ποσού για επισκέψεις, εξετάσεις και φαρμακευτική αγωγή.....	77
5.1.2.3 Άτυπες πληρωμές	80
5.1.3 Αποδοχή της φροντίδας.....	81
5.1.4 Κάλυψη επαφής.....	84
5.1.5 Αποτελεσματική κάλυψη	87
5.1.6 Τα μέτρα για την αντιμετώπιση των κοινωνικών δυσχερειών και οι επιπτώσεις τους.....	90
5.2 Ευρήματα των συνεντεύξεων με τους βασικούς πληροφοριοδότες.....	93
5.2.1 Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας	93
5.2.1.1 Ανθρώπινο δυναμικό, εξοπλισμός, φαρμακευτικά σκευάσματα	93
5.2.2 Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη	93
5.2.2.1 Άτυπες πληρωμές	99
5.2.3 Αποδοχή της φροντίδας.....	101
5.2.4 Κάλυψη επαφής.....	105
5.2.5 Αποτελεσματική κάλυψη	105
5.2.6 Τα μέτρα για την αντιμετώπιση των κοινωνικών δυσχερειών και οι επιπτώσεις τους.....	106
5.3 Οπτικοποίηση δεδομένων της έρευνας με τη χρήση του λογισμικού NVivo....	110
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο -ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	116
6.1. Συμπεράσματα-Συζήτηση.....	116

6.2. Προτάσεις.....	121
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	125
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	129
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	134
Παράρτημα 1. Οδηγοί συνέντευξης για χρήστες υπηρεσιών υγείας και ασθενείς με χρόνια πάθηση ή ασθένεια	134
Παράρτημα 2. Οδηγός συνέντευξης με βασικούς πληροφοριοδότες.....	142

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1: Κατανομή % πληθυσμού με χρόνια προβλήματα υγείας (2009-2013).....	44
Πίνακας 4.1: Τα βήματα της ποιοτικής έρευνας.....	60
Πίνακας 5.1: Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τους χρήστες...	75
Πίνακας 5.2: Οι απόψεις των χρηστών για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.....	81
Πίνακας 5.3: Οι απόψεις των χρηστών κατά το στάδιο της αποδοχής της φροντίδας.....	84
Πίνακας 5.4: Οι απόψεις των χρηστών κατά την επαφή τους με τις υπηρεσίες υγείας.....	87
Πίνακας 5.5: Οι απόψεις των χρηστών για την αποτελεσματικότητα της κάλυψης τους από τις υπηρεσίες υγείας.....	90
Πίνακας 5.6: Οι απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας για τα μέτρα της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στην υγεία.....	92
Πίνακας 5.7: Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών για τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.....	96
Πίνακας 5.8: Οι απόψεις των χρηστών κατά το στάδιο της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.....	100
Πίνακας 5.9: Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών για την αποδοχή της υγειονομικής φροντίδας.....	102
Πίνακας 5.10: Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών για την κάλυψη επαφής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας.....	104
Πίνακας 5.11: Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών σχετικά με την αποτελεσματικότητα της κάλυψης των χρηστών.....	105
Πίνακας 5.12: Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών για τα μέτρα της κυβέρνησης.....	108
Πίνακας 5.13: Σύγκριση των απόψεων χρηστών υπηρεσιών υγείας και βασικών πληροφοριοδοτών.....	108
Πίνακας 5.14: Προτεινόμενες εφαρμογές e-health προσαρμοσμένες στις πέντε παραμέτρους του πλαισίου του Tanahashi.....	124

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 2.1: Το δημόσιο χρέος το 2009.....	30
Διάγραμμα 2.2: Οι μισθολογικές εξελίξεις στην Ελλάδα μεταξύ 2001-2011.....	31
Διάγραμμα 2.3: Η εξέλιξη του δείκτη μεγέθους αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (2006-2014).....	32
Διάγραμμα 2.4: Η περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα το 2011 και το 2012.....	33
Διάγραμμα 2.5: Θάνατοι από αυτοκτονίες (2006-2011).....	33
Διάγραμμα 2.6: Η κατανομή των νοικοκυριών με πρόσβαση στο διαδίκτυο κατά μεγάλη γεωγραφική περιοχή.....	35
Διάγραμμα 2.7: Αυτοαναφερόμενες ακάλυπτες ανάγκες υγείας λόγω κόστους, απόστασης και αναμονής (2004-2012).....	36
Διάγραμμα 2.8: Αύξηση λιστών αναμονής σε Νοσοκομεία Β. Ελλάδας και Αττικής.....	37
Διάγραμμα 2.9: Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (2009-2013).....	37
Διάγραμμα 2.10: Μέση μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη (ΕΟΠΥΥ και νοικοκυριά).....	38
Διάγραμμα 2.11: Μηνιαία κατανομή εξόδων για την αγορά φαρμάκων το 2015.....	39
Διάγραμμα 2.12: Πληθυσμός με ακάλυπτες ανάγκες υγείας από το 2004-2012.....	41
Διάγραμμα 2.13: Οι απασχολούμενοι και οι άνεργοι 2012-2015.....	42
Διάγραμμα 2.14: Η ανεργία % κατά ηλικιακές ομάδες.....	42
Διάγραμμα 2.15: Ο πληθυσμός άνω των 65 και άνω των 80 ετών.....	43
Διάγραμμα 2.15: Η επιδείνωση της ζωής των ατόμων με αναπηρία.....	45
Διάγραμμα 5.1: Η επάρκεια σε ανθρώπινο δυναμικό και υποδομές μεταξύ των δύο ομάδων συνεντευξιαζόμενων.....	111
Διάγραμμα 5.2: Αποτελεσματικότητα ανθρώπινου δυναμικού και υποδομών.....	112
Διάγραμμα 5.3: Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας.....	113
Διάγραμμα 5.4: Οι απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας για τα μέτρα της κυβέρνησης.....	114
Διάγραμμα 5.5: Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών για τα μέτρα της κυβέρνησης.....	115

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1.1: Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ.....	21
Εικόνα 1.2: Όρια ευθύνης των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών της Ελλάδας.....	23
Εικόνα 1.3: Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα σύμφωνα με το περιεχόμενο τους.....	25
Εικόνα 2.1: Οι αποστάσεις των νησιών από το λιμάνι του Πειραιά.....	34
Εικόνα 3.1: Τα πέντε στάδια κάλυψης του πλαισίου του Tanahashi.....	49

Ευχαριστίες

Νιώθω την ανάγκη να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου κυρία Δάφνη Καϊτελίδου, Διευθύντρια του Εργαστηρίου Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και μέλος ΣΕΠ του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, για την συνεχή καθοδήγηση της, μέχρι και την ολοκλήρωση της διατριβής μου, δίνοντας μου τις κατευθυντήριες γραμμές κατά τη συγγραφή της.

Ευχαριστώ θερμά τον ακαδημαϊκό υπεύθυνο του μεταπτυχιακού προγράμματος “Πολιτική Υγείας και Σχεδιασμός Υπηρεσιών Υγείας” και Αναπληρωτή Καθηγητή του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, κύριο Μάμα Θεοδώρου, για τις ουσιαστικές παραινέσεις του κατά το στάδιο της επιλογής του θέματος της διατριβής μου.

Ευχαριστώ πολύ τον καθηγητή μου κύριο Χαράλαμπο Οικονόμου, Αναπληρωτή Καθηγητή του Παντείου Πανεπιστημίου Αθηνών και μέλος ΣΕΠ του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, για την παραχώρηση των ερωτηματολογίων της έρευνας μου.

Ευχαριστώ ιδιαίτερα τον κύριο Περικλή Αλεβίζο, πρώην Αναπληρωτή Διοικητή της 2^{ης} Διοικητικής Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου, που τόσο ενδιαφέρον έδειξε για την έρευνα μου και με καθοδήγησε με την πολύτιμη εμπειρία του, σε όλα τα στάδια της.

Επίσης ευχαριστώ πολύ τους ανθρώπους που βρίσκονται πίσω από τις συνεντεύξεις μου, στην Αθήνα και στην ιδιαίτερη μου πατρίδα τη Μυτιλήνη, που πρόθυμα ανταποκρίθηκαν και μου παρείχαν πολύτιμη πληροφόρηση. Ήταν ευτύχημα και μεγάλη τιμή για εμένα, που τους συνάντησα όλους τους.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, η οποία υπήρξε η πηγή της δύναμης μου, μέχρι και την τελική ολοκλήρωση της διατριβής μου.

Περίληψη

Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση των εμποδίων και των διευκολυντικών παραγόντων, που συναντούν οι πολίτες όταν απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας. Με τη συγκέντρωση αυτών των πληροφοριών, θα σχεδιαστούν αποτελεσματικές στρατηγικές που θα συντελέσουν στην άρση των εμποδίων και μέσω της αξιοποίησης των διευκολυντικών παραγόντων, θα βελτιωθεί η πρόσβαση των πολιτών.

Υλικό και μέθοδος

Ακολουθήθηκε η δειγματοληψία σκοπιμότητας (purposive sampling), με στοχευμένη επιλογή δείγματος από χρήστες των υπηρεσιών και βασικούς πληροφοριοδότες. Ελήφθησαν συνεντεύξεις μέσω ερωτηματολογίου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και ακολούθησε ποιοτική ανάλυση των δεδομένων. Η πρωτοτυπία της έρευνας έγκειται στη μεθοδολογία της, η οποία αναφέρεται στις θεματικές περιοχές του θεωρητικού πλαισίου του Tanahashi (WHO, 1978) που αφορούν τη διαθεσιμότητα, την πρόσβαση, την αποδοχή, την κάλυψη και την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής φροντίδας και η οποία εφαρμόζεται για πρώτη φορά στην Ελλάδα. Μια έκτη θεματική περιοχή προστέθηκε και αφορά τα μέτρα της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στο χώρο της υγείας. Για την οπτικοποίηση δεδομένων που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις, συμπληρωματικά έγινε χρήση του λογισμικού Nvivo.

Αποτελέσματα

α) Αναφορικά με τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, επισημάνθηκαν ελλείψεις προσωπικού και ανεπαρκείς υλικοτεχνικές υποδομές. Ως διευκολυντικοί παράγοντες αναφέρονται οι προσπάθειες ενός μέρους επαγγελματιών υγείας και η συνδρομή της οικογένειας στην περίθαλψη των οικείων της.

β) Ως προς την πρόσβαση στην φροντίδα υγείας, επισημάνθηκαν ως εμπόδια, η δεινή οικονομική κατάσταση των πολιτών, η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης και ενημέρωσης τους για τις παροχές, η γεωγραφική απόσταση από τις δομές στην περιφέρεια και η παγιωμένη συνθήκη των άτυπων πληρωμών.

γ) Σχετικά με την αποδοχή της φροντίδας, ως κυρίαρχα εμπόδια αναφέρθηκαν οι λίστες αναμονής και οι κοινωνικές διακρίσεις.

δ) Η κάλυψη επαφής χαρακτηρίζεται ανεπαρκής, λόγω της δεινής κατάστασης του ΕΣΥ τα τελευταία έτη.

ε) Ως προς την αποτελεσματικότητα της κάλυψης επισημάνθηκε ελλιπής εμπιστοσύνη στις δημόσιες δομές, πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση λόγω αύξησης συμπληρωμών, κατευθυνόμενη συνταγογράφηση.

στ) Τα μέτρα για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας χαρακτηρίζονται ως ανεπαρκή.

Διαπιστώνονται και αρκετές εκ διαμέτρου αντίθετες απόψεις από τους βασικούς πληροφοριοδότες, που αποδίδουν την ευθύνη της έλλειψης ενημέρωσης στους ίδιους τους χρήστες, θεωρούν τις άτυπες πληρωμές εξαίρεση στον κανόνα, δηλώνουν απουσία κοινωνικών διακρίσεων, τονίζουν τη συμβολή της οικονομικής κρίσης στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ειδικότερα για τις ευάλωτες ομάδες.

Συμπεράσματα

Υπάρχει επιδείνωση στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, σε όλα τα στάδια του πλαισίου του Tanahashi. Η κυβέρνηση με τις τυφλές περικοπές της, οδήγησε σε υποβάθμιση το σύστημα υγείας και πήρε επιφανειακά μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης.

Οι προτεινόμενες παρεμβάσεις έγκεινται στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, στην επιλογή ηγετικών στελεχών χωρίς πελατειακές σκοπιμότητες, στην ορθή αναδιανομή των υγειονομικών πόρων σύμφωνα με τις ανάγκες της κάθε περιοχής, στη διαφάνεια και τον έλεγχο σε όλους τους υγειονομικούς φορείς. Η έμφαση στο ρόλο της ΠΦΥ και η ανάπτυξη των δομών της, θα άρει πολλά από τα εμπόδια. Είναι ανάγκη να υιοθετηθούν στρατηγικές που θα ενισχύσουν την ουσιαστική συμμετοχή των τοπικών κοινοτήτων στο σχεδιασμό των δράσεων που αφορούν την υγειονομική τους κάλυψη. Οι εφαρμογές της πληροφορικής της υγείας (e-health), δύνανται να άρουν πολλά από τα εμπόδια της πρόσβασης των πολιτών, ειδικότερα στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας.

Λέξεις κλειδιά: υπηρεσίες υγείας, διαθεσιμότητα, πρόσβαση, αποδοχή, κάλυψη, αποτελεσματικότητα, οικονομική κρίση

Abstract

The purpose of this project was the investigation of the obstacles and the facilitating factors that citizens encounter when being addressed to the health services. By collecting this information efficient strategies will be designed that will contribute to the obstacle elimination and through the development of the facilitating factors citizen's accessibility will be improved.

Material and Method

Purposive sampling was pursued with targeting sample collection from the users of the services and basic informants. The interviews were conducted according to the World Health Organization's (WHO) questionnaire and data quality analysis followed up. The originality of this research lies in its methodology as referred to Tanahashi's (WHO 1978) theoretical framework subject areas that focus on the availability, accessibility, acceptability, contact and effective coverage of health care and which is applied for the first time in Greece. A sixth subject area was added that covers the government's proactive measures to address the consequences of the economic crisis in the health department. The software Nvivo was additionally used for the visualization of the outcome data.

Results

A) As far as the health services availability is concerned, staff shortage and insufficient logistic infrastructure were detected. The noted facilitating factors are the partial efforts of health professionals and the family's attentive care to its members.

B) Regarding the accessibility to healthcare, the detected obstacles are the citizen's poor financial situation, the lack of insurance coverage and information concerning its provisions, the geographical distance from the regional entities and the consolidated treaty of informal payments.

C) Concerning the healthcare acceptability coverage the main obstacles noted are waiting lists and social discrimination.

D) The contact coverage is characterized as insufficient due to the bad condition in the National Health System over the recent years.

E) Regarding the effective coverage, lack of trust to the relevant public organizations, additional surcharges due to payment increments, manipulation of drug prescriptions

were detected.

F) The proactive measures taken to effectively deal with the consequences of the economic crisis in the health system are considered insufficient.

Several entirely opposed opinions among the basic informants are being noted that put the blame of the lack of information on the users, characterize the informal payments a rule exception, declare absence of social discrimination and emphasize the contribution of the economic crisis to the improvement of the provided services to the vulnerable population.

Conclusion

The citizen's accessibility to the health services is getting aggravated in all stages of Tanahashi's framework. The government with its blind financial cuts degraded the health system and superficially took measures to deal with the consequences of the economic crisis.

The recommended interventions include the growth of human resources, the selection of leading officers without customer driven feasibilities, the correct redistribution of the health resources according to the needs of each region, the transparency and control of every health entity. Emphasizing the role of the Primary Health Care and developing its frames will abrogate several obstacles. It is crucial to adopt strategies that will enforce the substantial input of the local communities to action plans considering their health care coverage. E-health applications can eliminate many citizen accessibility obstacles, especially in the outmost areas of the country.

Keywords: Health services, availability, accessibility, acceptability, coverage, effective coverage, economic crisis

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι μία από τις πιο βασικές κοινές αξίες και προτεραιότητες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η προστασία της υγείας των πολιτών των κρατών μελών της, είναι βασικός παράγοντας κοινωνικής συνοχής και σημαντικός πυλώνας για την ανάπτυξη του κάθε κράτους ξεχωριστά.

Όμως τα συστήματα υγείας κάθε χώρας, έχουν διατηρήσει σε μεγάλο βαθμό τον εθνικό τους χαρακτήρα στο ζήτημα της πρόσβασης των πολιτών τους στις υπηρεσίες υγείας και έχουν επηρεαστεί ελάχιστα από την νομοθεσία της ΕΕ (Οικονόμου, 2011).

Στην Ελλάδα οι μεταρρυθμίσεις των τελευταίων δεκαετιών που ακολούθησαν τη δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ), επέφεραν αρνητικές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις, ενώ παράλληλα συνέχισαν να ισχύουν οι ανισότητες και οι διαφορετικοί όροι σε σχέση με την κατανομή των παροχών σε ολόκληρο τον πληθυσμό (Λιαρόπουλος και συν., 2004, Πολλάλης, 2007).

Τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις ήλθε να τις διογκώσει και μια βαθιά, πολύπλευρη οικονομική κρίση, την οποία χαρακτηρίζει ένα μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα και ένα τεράστιο χρέος (Economou et.al., 2014). Οι επιπτώσεις της διαχέονται στο σύνολο της ελληνικής κοινωνίας και το μεγαλύτερο βάρος τους το επωμίζονται οι πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Mitrakos, 2014).

Τα μέτρα που ελήφθησαν για τον εξορθολογισμό των δαπανών στην υγεία, θέτουν εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και μπορούν να ερμηνευτούν ως μια άρνηση της ισότητας των ευκαιριών, οι οποίες προσφέρονται στις διαφορετικές κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού (Braveman & Gruskin, 2003).

Το τεράστιο πρόβλημα της προσβασιμότητας του πληθυσμού της χώρας στις υπηρεσίες υγείας, εγείρεται στις μέρες μας ολοένα και πιο έντονα και καθιστά επιτακτική την ανάγκη ανάπτυξης πολιτικών υγείας, για την εξασφάλιση της ισότητας και της καθολικότητας των υπηρεσιών.

Ως συνέπεια, η παρούσα διπλωματική εργασία έχει σαν αντικείμενο τη χαρτογράφηση των εμποδίων και των παραγόντων που διευκολύνουν την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Σκοπός της εργασίας

Σκοπός της εργασίας ήταν η διερεύνηση και καταγραφή των εμποδίων και των παραγόντων που διευκολύνουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, η οποία είναι ζωτικής σημασίας γιατί βάσει αυτής, όσοι χαράζουν την πολιτική υγείας της χώρας, θα λάβουν πολύτιμη πληροφόρηση προκειμένου:

- Να σχεδιάσουν αποτελεσματικές στρατηγικές για την άρση των εμποδίων στην πρόσβαση
- Να αναδείξουν και να χρησιμοποιήσουν τις καλές πρακτικές, ώστε να διευκολυνθεί η πρόσβαση κυρίως των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας

Περιγραφή της μεθοδολογίας της έρευνας

Η ανάλυση των ευρημάτων του ερευνητικού μέρους, στηρίζεται στο θεωρητικό πλαίσιο του Tanahashi. Η πρωτοτυπία της έρευνας έγκειται στη μεθοδολογία της, δεδομένου ότι είναι η πρώτη φορά που εφαρμόζεται στην Ελλάδα, σε καθορισμένες ομάδες στόχους του πληθυσμού και αναφέρεται στις πέντε θεματικές περιοχές κάλυψης: (Tanahashi, 1978)

- Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας (Availability coverage)
- Πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα (Accessibility coverage)
- Αποδοχή της φροντίδας (Acceptability coverage)
- Κάλυψη επαφής (Contact coverage)
- Αποτελεσματική φροντίδα (Effective coverage)

Έχει προστεθεί μια έκτη θεματική περιοχή, η οποία αφορά τα μέτρα τα οποία έχουν εξαγγελθεί ή και τεθεί σε εφαρμογή από την κυβέρνηση, για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης.

Η συλλογή των δεδομένων, έγινε μέσω δομημένων και ημιδομημένων συνεντεύξεων, μέσω της δειγματοληψίας σκοπιμότητας (purposive sampling). Συγκεκριμένα άτομα,

κρίθηκαν ικανά να προσφέρουν σαφείς και ολοκληρωμένες απαντήσεις για τα υπό εξέταση ζητήματα, λόγω των εμπειριών τους και της θέσης τους. Τα ερωτηματολόγια των συνεντεύξεων, σχεδιάστηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (ΠΟΥ) και στηρίζονται στην επιστημονικά αναγνωρισμένη και πολυπαραγοντική μεθοδολογία του πλαισίου Tanahashi. Με αυτό τον τρόπο προσδιορίζεται η αλληλεπίδραση των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας, από τη στιγμή της πρώτης επαφής τους με αυτές, μέχρι και την τελική λήψη ή μη της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης, μέσα από μια διαδρομή σε ένα “μονοπάτι”, κατά μήκος του οποίου μπορούν να προκύψουν πολλά εμπόδια.

Δομή

Στο 1^ο κεφάλαιο του γενικού μέρους, περιγράφεται το ελληνικό σύστημα υγείας, με καθοριστικό σημείο αναφοράς τη θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα που έχει επιφέρει η λειτουργία του, τα οποία έχουν αντίκτυπο στην προσβασιμότητα των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας.

Στο 2^ο κεφάλαιο, γίνεται εννοιολογική προσέγγιση της έννοιας της προσβασιμότητας και ακολουθεί η αποτύπωση των ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, με έμφαση στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σε αυτές.

Στο 3^ο κεφάλαιο, περιγράφονται τα πέντε διαδοχικά στάδια κάλυψης του πλαισίου του Tanahashi και οι επιμέρους πτυχές του καθώς και μελέτες που βασίζονται πάνω σε αυτό.

Στο δεύτερο ερευνητικό μέρος της εργασίας και πριν από την παράθεση των αποτελεσμάτων της έρευνας, κρίθηκε σκόπιμο να επιχειρηθεί μια βιοματική περιγραφή από την ερευνήτρια, η οποία στηρίζεται στα πέντε διαδοχικά επίπεδα του πλαισίου του Tanahashi. Η ερευνήτρια, ως επαγγελματίας υγείας, προσεγγίζει το φαινόμενο της προσβασιμότητας με βιοματικό τρόπο, μέσω των “εμπειριών των πολιτών” από τον χώρο εργασίας της αλλά και από το παραμεθόριο νησί Μυτιλήνη, όπου και διεξήχθη ένα μέρος της έρευνας της, δεδομένου ότι εάν ο ερευνητής δεν έχει γνώση για το φαινόμενο που ερευνά, δεν είναι σε θέση να ερμηνεύσει και αυτά που

του δηλώνουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα του (Chesney M., 2000, Bryne M.,2001, Μαντζούκας 2007). Η αποτύπωση αυτή έγινε πριν από την έρευνα και επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της.

Στα αποτελέσματα της έρευνας που ακολουθούν, μέσα από το πρίσμα μιας ρεαλιστικής προσέγγισης, εντοπίζονται, περιγράφονται, αναλύονται και ερμηνεύονται τα εμπόδια καθώς και οι διευκολυντικοί παράγοντες που συναντούν οι πολίτες σε όλα τα στάδια της πρόσβασης τους στις υπηρεσίες υγείας και σε όλη τους την ποικιλομορφία, γεγονός που οδηγεί στη διατύπωση συμπερασμάτων καθώς και προτεινόμενων παρεμβάσεων με στόχο την επιτυχή πλοήγηση των πολιτών μέσα στο ελληνικό σύστημα υγείας.

I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Εννοιολογική οριοθέτηση βασικών εννοιών για τα συστήματα υγείας

Ως σύστημα ορίζεται μια ομάδα οντοτήτων ή και διαδικασιών, αλληλοσχετιζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων, οι οποίες συνδυάζονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό και έχουν βασικό χαρακτηριστικό την παράλληλη λειτουργία τους (Λιαρόπουλος, 2007, Χλέτσος, 2011).

Το σύστημα υγείας αποτελείται από ένα σύνολο από επιμέρους υποσυστήματα, τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και με το περιβάλλον, με σκοπό τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στον οποίο αναφέρονται.

Ο ΠΟΥ ορίζει ως σύστημα υγείας τις ενσυνείδητες προσπάθειες οι οποίες έχουν πρωταρχικό σκοπό την προαγωγή, την αποκατάσταση και τη διατήρηση της υγείας (Λιαρόπουλος, 2007).

1.2 Δομή των συστημάτων υγείας

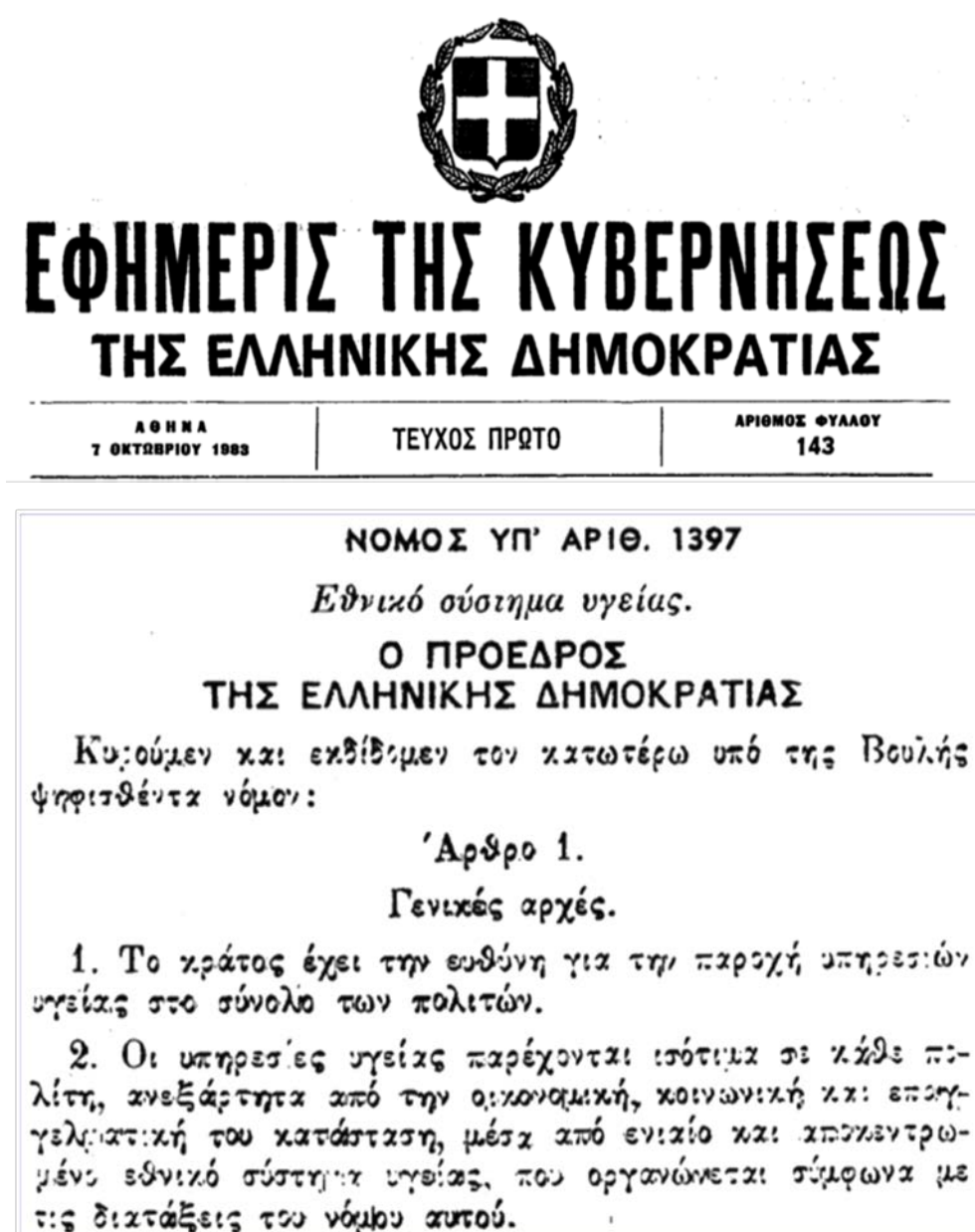
Κάθε σύστημα υγείας αντικατοπτρίζει την ίδια φιλοσοφία του συστήματος κοινωνικής προστασίας, σχετικά με τον τρόπο κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού στον οποίο αναφέρεται:

- Το σύστημα τύπου Bismarck, έχει άξονα αναφοράς την εργασία, για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών των εργαζομένων.
- Το σύστημα τύπου Beveridge, έχει άξονα αναφοράς το κράτος, για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και αφορά το σύνολο των πολιτών, στη βάση της λογικής των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων μεταξύ πολιτών και κράτους.
- Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας, έχει άξονα αναφοράς το ρόλο του κράτους, στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών μόνο των ομάδων οι οποίες δεν μπορούν να αγοράσουν υγειονομικές υπηρεσίες. Η κάλυψη εξαρτάται από

τις οικονομικές δυνατότητες των πολιτών, με κυρίαρχη την ιδιωτική ασφάλιση (Χλέτσος, 2011).

1.3 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το ΕΣΥ είναι ανεπτυγμένο στα πρότυπα του συστήματος Beveridge και η λειτουργία του άρχισε με το νόμο 1397/1983 (Εικόνα 1.1)



Εικόνα 1.1: Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ

Πηγή: Εφημερίδα της κυβέρνησης της Ελληνικής Δημοκρατίας

Στη φιλοσοφία του ΕΣΥ, η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και έχει δημόσιο χαρακτήρα. Οι υπηρεσίες της παρέχονται στους πολίτες ισότιμα, ανεξαρτήτως κοινωνικής θέσης, οικονομικής και επαγγελματικής κατάστασης, κατ' εικόνα του National Health System (NHS) της Μεγάλης Βρετανίας (Παπαθεοδώρου, Μωυσίδου, 2011). Χαρακτηρίζεται ως μεικτό σύστημα, αφού ένα μέρος της χρηματοδότησης του προέρχεται από τις εισφορές των εργαζόμενων για την ασφαλιστική τους κάλυψη και ένα μέρος από τη γενική φορολογία του κράτους. Ο ιδιωτικός τομέας, συμμετέχει σε αυξημένο βαθμό στην παροχή και χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών.

Η λειτουργία του ΕΣΥ έχει επιφέρει μια σειρά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα: (Θεοδώρου και συν., 2001).

α) Πλεονεκτήματα

- Δίκαιη κατανομή πόρων
- Πλήρης πληθυσμιακή κάλυψη
- Κεντρική, ενιαία χρηματοδότηση που συντελεί στην αποτελεσματικότητα της διαχείρισης και του ελέγχου των δαπανών υγείας
- Προτεραιότητα στις υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας
- Απουσία στρεβλώσεων στην άσκηση της ιατρικής και καλή συνεργασία των γιατρών, λόγω περιορισμένου ανταγωνισμού μεταξύ τους (Θεοδώρου και συν., 2001, Χλέτσος, 2011).

β) Μειονεκτήματα

- Γραφειοκρατία που επιβαρύνει την αποτελεσματική λειτουργία του
- Υψηλές δαπάνες λειτουργίας
- Μέτριος βαθμός ανάπτυξης της ΠΦΥ
- Επαγγελματική χαλαρότητα των γιατρών και υπόθαλψη της
- Λίστες αναμονής σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας
- Περιορισμένος βαθμός επιλογής γιατρού και νοσοκομείου από τους πολίτες
- Εμφάνιση γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας

- Παρουσία άτυπων πληρωμών, πληθωρισμός των γιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας
- Πολυδιάσπαση και έλλειψη συντονισμού των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας
- Απουσία μηχανισμών που συντελούν στην αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας και στην προαγωγή της ποιότητας και του management (Θεοδώρου και συν., 2001).

Για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα κύριος υπεύθυνος είναι το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

1.4 Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα

Το Υπουργείο Υγείας έχει αποστολή τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας των πολιτών, μέσω της ισότιμης πρόσβασης τους στις δομές του, σύμφωνα με τις κατευθύνσεις των ευρωπαϊκών οδηγιών και του ΠΟΥ.

Οι 7 Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες, (Δ.Υ.Πε) της χώρας προγραμματίζουν, συντονίζουν, εποπτεύουν και ελέγχουν τον τρόπο λειτουργίας όλων των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, μέσα στα όρια τους. (Εικόνα 1.2)



Εικόνα 1.2: Όρια ευθύνης των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών της Ελλάδας

Πηγή: Ιστοσελίδα 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης

Η απόλυτη εξάρτηση των ΔΥΠε από την κεντρική εξουσία και η αδυναμία για αυτοτελή χρηματοδότηση τους, τις καθιστούν να έχουν διεκπεραιωτικό και συμβουλευτικό ρόλο. Λειτουργούν σαν ένας συμβιβαστικός και γραφειοκρατικός μηχανισμός απόσβεσης της ευθύνης της κεντρικής εξουσίας, χωρίς πραγμάτωση του αποκεντρωτικού συστήματος οργάνωσης και διοίκησης που περιγράφεται στο άρθρο 101 και 103 του Συντάγματος ¹ (Κακαλέτσης και συν.,2013).

1.5 Παροχή και περιεχόμενο της περίθαλψης

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα παρέχονται:

- Από τις μονάδες υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ), οι οποίες με το νόμο 4238/2014² εντάχθηκαν στις οικείες Διοικητικές Υγειονομικές Περιφέρειες.

Το ΠΕΔΥ αποτελεί την πύλη εισόδου, το πρώτο σημείο της επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας, παρέχοντας υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ):

- Στα Κέντρα Υγείας της χώρας και τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (πολυδύναμα, περιφερειακά ιατρεία και πρώην ιατροκοινωνικά κέντρα) που εντάχθηκαν στις ΔΥΠε.
- Στις μονάδες ΠΦΥ του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), που μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν στις οικείες ΔΥΠε.
- Στα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια και ιατρεία

- Από τα νοσοκομεία της χώρας τα οποία προσφέρουν δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη:

- Στα δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ

¹ Άρθρα 101 και 103 του Συντάγματος της Ελλάδας: “η διοίκηση του κράτους οργανώνεται σύμφωνα με το αποκεντρωτικό σύστημα” “τα περιφερειακά όργανα του Κράτους έχουν γενική αποφασιστική αρμοδιότητα για τις υποθέσεις της περιφέρειάς τους”

² Νόμος υπ’ αριθ. 4238, Αριθμός Φύλλου 38 (17 Φεβρουαρίου 2014) “Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις”

- Στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία στα οποία λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες. Συντελούν στην ανάπτυξη της έρευνας στο χώρο της υγείας.
- Στα στρατιωτικά νοσοκομεία και νοσοκομεία του Υπουργείου Δικαιοσύνης
- Στα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, των οποίων η λειτουργία είναι κερδοσκοπική (Οικονόμου, 2012).

Σύμφωνα με το περιεχόμενο των προσφερόμενων υπηρεσιών περίθαλψης, διαχωρίζονται σε πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες. (Εικόνα 1.3)



Εικόνα 1.3: Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα σύμφωνα με το περιεχόμενο τους

Πηγή: Πιερράκος Γ., ‘Συστήματα υγείας στην Ελλάδα’, 2014

Στην τωρινή ελληνική πραγματικότητα όμως, εξακολουθεί να υπάρχει ένα χάσμα μεταξύ των αρχών και των στόχων της δημιουργίας του ΕΣΥ και του ορθολογικού σχεδιασμού των πολιτικών ζητημάτων και διαδικασιών υλοποίησης τους. Οι επιχειρούμενες μεταρρυθμίσεις, θυμίζουν το μύθο του Σίσυφου, γιατί τίποτε δεν φαίνεται να ολοκληρώνεται (Polyzos et al.,2008).

1.6 Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και ο ρόλος του

Μέσα σε ένα δύσκολο οικονομικό περιβάλλον, η ελληνική κυβέρνηση παρακινείται στην πιο πολλά υποσχόμενη μεταρρύθμιση των τελευταίων δεκαετιών, τη σύσταση με το νόμο 3918/2011, ενός ενιαίου φορέα, του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας και την εξασφάλιση ίσης μεταχείρισης και ισότιμων παροχών στους ασφαλισμένους, συνταξιούχους και στα μέλη των οικογενειών τους (Karakolias & Polyzos, 2014).

Η κοινωνική πολιτική μέχρι τη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ, αντανακλούσε ένα μωσαϊκό από εκατοντάδες κοινωνικο-ασφαλιστικά ταμεία, το οποίο επέφερε μεγάλες αδικίες. Υπήρχαν γενναιόδωρες παροχές σε κάποιες προνομιούχες ομάδες εργαζομένων, επιλεκτική χρηματοδότηση ορισμένων ασφαλιστικών ταμείων, αναντιστοιχία μεταξύ ασφαλιστικών εισφορών και παροχών, κοινωνικές υπηρεσίες χαμηλού επιπέδου, ισχνά προνοιακά επιδόματα για φτωχούς και ανασφάλιστους. Αναπαράγονταν προνόμια για τους ισχυρούς και άνισες ευκαιρίες για τους αδύναμους, λόγω της αρνητικής αναδιανεμητικής λειτουργίας του συστήματος (Βενιέρης, 2011).

Ο ΕΟΠΥΥ αρχικά συμπεριέλαβε τους κλάδους υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων της χώρας, (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ, ΤΥΔΚΥ) και αργότερα εντάχτηκαν σε αυτόν και οι κλάδοι των λοιπών ταμείων³ (ΕΣΔΥ, 2012).

Η πολιτική αυτή παρέμβαση μόνο φαινομενικά είναι εξισωτική και δίκαιη, δεδομένου ότι οι πολίτες δεν αποκτούν ισότιμη πρόσβαση στις παροχές. Αντίθετα σε πολλές περιπτώσεις οι παροχές μειώνονται την ίδια στιγμή που οι εισφορές των ασφαλισμένων αυξάνονται.

Είναι χαρακτηριστικό ότι τα τελευταία χρόνια καταγράφηκε μείωση των παροχών εγκυμοσύνης, τοκετού και θεραπευτικών διαδικασιών (λογοθεραπεία, λουτροθεραπεία, φυσικοθεραπεία). Επιπλέον, η συμμετοχή των ασφαλισμένων στις δαπάνες για αναλώσιμα υγειονομικά υλικά, ορθοπεδικά είδη, αναπνευστικές συσκευές, εξειδικευμένες θεραπείες σε χώρες εκτός της ΕΕ, σημείωσε αύξηση

³ Οίκος Ναύτου, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΕΤΑΑ, ΕΤΑΠ-ΜΜΕ

σύμφωνα με το ΦΕΚ Β 3054/2012 (ΕΟΠΥΥ, 2012).

Από την άλλη πλευρά η δυνατότητα που προσφέρει ο ΕΟΠΥΥ στους ιδιώτες γιατρούς να συνάπτουν σύμβαση παροχής υπηρεσιών, συνέβαλε στην αύξηση της διαφθοράς και της κερδοσκοπίας.

1.7 Ο ρόλος των ομάδων συμφερόντων

Η πολυπόθητη μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας, ποτέ δεν ήταν σταθερά υποστηριζόμενη από τις οποιεσδήποτε κυβερνήσεις και αντανάκλα μια ατέλειωτη σύγκρουση ανάμεσα στις δυνάμεις της αλλαγής και τις ομάδες συμφερόντων. Ο αναγκαίος εξορθολογισμός εμποδίζεται από τα κατεστημένα συμφέροντα ισχυρών κοινωνικο-επαγγελματικών ομάδων, καθιστώντας την προοπτική για ένα λειτουργικό σύστημα υγείας, ένα κενό γράμμα (Venieris, 2013). Πολλαπλές ομάδες συμφερόντων μπλοκάρουν τις μεταρρυθμίσεις, με κυρίαρχη ομάδα τους γιατρούς αλλά και γραφειοκράτες, πολιτικούς και συνδικαλιστικές οργανώσεις που καρπώνονται ποικίλα οφέλη (Mossialos & Alin, 2005).

Οι τάσεις αυτές αντίστασης σε κάθε αλλαγή συνεχίστηκαν και μετά την καταφυγή της Ελλάδας στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, (Δ.Ν.Τ)⁴ και τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Στήριξης⁵ για τη σύναψη δανειακών συμβάσεων, που επέφεραν την επιβολή σκληρών μέτρων δημοσιονομικής πειθαρχίας, που έπληξαν και τον τομέα της υγείας.

Ο δημόσιος και δωρεάν χαρακτήρας των παροχών και η εξάλειψη της διαφθοράς, παραμένουν ζητούμενα, γεγονός που συμβάλει στη διεύρυνση της δυσαρέσκειας των πολιτών, οι οποίοι βρίσκουν συνεχώς νέα εμπόδια στην προσπάθειά τους να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας.

⁴ Το Διεθνές Νομισματικό ταμείο (ΔΝΤ), International Monetary Fund International Monetary Fund, (IMF), είναι διεθνής οργανισμός που αποτελείται από 188 χώρες και έχει σαν αποστολή του τη διασφάλιση της χρηματοπιστωτικής σταθερότητας, τη διευκόλυνση του διεθνούς εμπορίου, την προώθηση της υψηλής απασχόλησης και της βιώσιμης οικονομικής ανάπτυξης και τη μείωση της φτώχειας σε όλο τον κόσμο.

⁵ Ο Ευρωπαϊκός Μηχανισμός Στήριξης, (ΕΜΣ), The European Stability Mechanism (ESM), είναι ένας μόνιμος μηχανισμός επίλυσης κρίσεων για της χώρες της ζώνης του Ευρώ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Η ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Εννοιολογική προσέγγιση της πρόσβασης

Ετυμολογικά η νεοελληνική λέξη πρόσβαση, προέρχεται από τη σύνθετη αρχαία ελληνική λέξη πρόσβασις <πρός + βαίνω και σημαίνει την είσοδο, το πλησίασμα, την προσέγγιση (Μπαμπινιώτης, 1998).

Το γλωσσάριο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ερμηνεύει ως πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, τις αντιλήψεις και τις εμπειρίες των ανθρώπων να προσεγγίσουν τις υπηρεσίες και τις εγκαταστάσεις υγείας, σε σχέση με την τοποθεσία, τον χρόνο και την ευκολία στην προσέγγιση αυτή.

Στο ίδιο γλωσσάριο του ΠΟΥ ως προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, ορίζονται όλες οι πτυχές των δομών των υπηρεσιών υγείας και των εγκαταστάσεων, οι οποίες βοηθούν στην ενίσχυση της ικανότητας των ανθρώπων να φτάσουν σε έναν φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας από την άποψη της τοποθεσίας, του χρόνου και της ευκολίας της προσέγγισης (WHO Glossary 1998, 2011).

Ο χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ, αναφέρεται στην ισότιμη πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες και στην δικαιοσύνη στην κατανομή της, στο άρθρο 35 που αφορά την προστασία της υγείας: “Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της ΕΕ, εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου”(Official Journal of the European Union, 2012).

Ο Donabedian ερμηνεύει την έννοια της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, ως τον “βαθμό προσαρμογής” μεταξύ του συστήματος υγείας και του πληθυσμού τον οποίο εξυπηρετεί και αναφέρει: “Η απόδειξη της πρόσβασης είναι η χρήση της υπηρεσίας, δεν είναι απλά η παρουσία διευκόλυνσης”(Donabedian,1972).

Υπάρχει μια γενική συμφωνία, πως η ισότητα στην πρόσβαση είναι μια έννοια πολυδιάστατη και καλύπτει όλο το φάσμα της διαδικασίας, από το στάδιο της κατανομής των υγειονομικών πόρων μέχρι και την επίτευξη του επιθυμητού στόχου, κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με το πλαίσιο Tanahashi η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνει διάφορους τομείς και διαστάσεις:

- διαθεσιμότητα των υπηρεσιών
- προσβασιμότητα στην φροντίδα υγείας
- αποδοχή της φροντίδας
- κάλυψη επαφής
- αποτελεσματική κάλυψη (Tanahashi, 1978)

Ο Sen προσεγγίζοντας εννοιολογικά την πρόσβαση συμπεριέλαβε και την έννοια της ενδυνάμωσης. Υπό το πρίσμα του Sen, η πρόσβαση συμπεριλαμβάνει και την ικανότητα των πολιτών:

α) Να μπορούν να αλληλεπιδρούν με το σύστημα υγείας, κατά την αναζήτηση υγειονομικής φροντίδας

β) Να μπορούν να επωφεληθούν από τη χρήση της

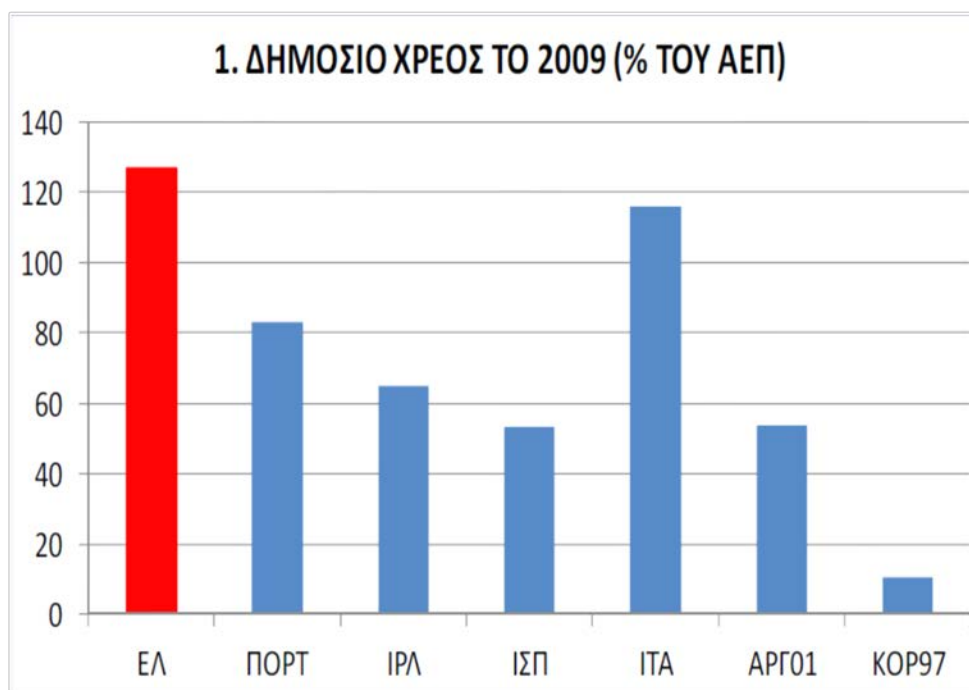
Αυτή η ικανότητα σύμφωνα με τον Sen παρουσιάζει μια ποικιλία σε ολόκληρη την κοινωνική ιεράρχηση (Sen, 2002).

Για αυτό το λόγο, υποχρέωση των συστημάτων υγείας, δεν είναι μόνο να διαθέτουν τις υγειονομικές υπηρεσίες αλλά και να ενδυναμώνουν τους πολίτες, αίροντας τα εμπόδια στην πρόσβαση τους, ώστε να τους καταστούν ενεργούς και ικανούς να τις χρησιμοποιούν και να μπορούν να επιτύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα για την υγεία τους (First Global Symposium on Health Systems Research, 2010).

2.2 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και δημοσιονομική προσαρμογή

Μια σειρά από ακραία νεοφιλελεύθερες πολιτικές ήρθαν να βαθύνουν το χάσμα μεταξύ ανώτερων και χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων, μετά την υπογραφή του

πρώτου Μνημονίου το 2010. Η Ελλάδα περιήλθε σε διεθνή οικονομικό έλεγχο, λόγω υψηλού δημόσιου χρέους και τεράστιου δημοσιονομικού ελλείμματος (Bank of Greece, 2012), (Διάγραμμα 2.1)



Διάγραμμα 2.1: Το δημόσιο χρέος το 2009

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδας, 2012

Τα μέτρα ωστόσο στον τομέα της υγείας, έχουν δύο διαφορετικές όψεις:

→ Λαμβάνονται μέτρα που έχουν στόχο την αύξηση της αποδοτικότητας, σε συνδυασμό με διαρθρωτικές αλλαγές, αναγκαίες και πριν το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης (εξορθολογισμός στις προμήθειες των υγειονομικών μονάδων, καλύτερη οργάνωση και συντονισμός της ΠΦΥ, έλεγχος της συνταγογράφησης, κατάρτιση του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας για τον προσδιορισμό, την ανάλυση και μελέτη των υγειονομικών δαπανών.

→ Λαμβάνονται μέτρα τα οποία είναι απόρροια των υποχρεώσεων που ανέλαβε η χώρα υπογράφοντας τις δανειακές συμβάσεις και έχουν τη μορφή οριζόντιων περικοπών, με πολιτικές που επιβαρύνουν τους πολίτες και οδηγούν στην αποδόμηση της κοινωνικής προστασίας (Καϊτελίδου, 2014).

Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία είναι πολύ μικρότερες από το 15% (μέσος όρος της ΕΕ) και δεν υπερβαίνουν το 11,5% των συνολικών δημόσιων δαπανών, ενώ παράλληλα οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας παρουσιάζουν αύξηση της τάξεως του 5%

μεταξύ των ετών 2009-2012, γεγονός που εγείρει το ζήτημα της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας από τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού (Economou et al.,2014).

Οι πιεστικές αυτές συνθήκες σε συνδυασμό με τις ριζικές αλλαγές στο βιοτικό επίπεδο των ελλήνων την τελευταία πενταετία, δεν φαίνεται να αποτελούν το ιδανικό πλαίσιο μέσα στο οποίο θα μπορούσε να σχεδιαστεί και να οργανωθεί ο τόσο αναγκαίος μετασχηματισμός του συστήματος υγείας. Από την έναρξη της κρίσης και μετά, οι πολιτικές για την υγεία επικεντρώνονται στην γρήγορη και εύκολη δημοσιονομική προσαρμογή και αγνοείται τελείως το δικαίωμα των πολιτών για ελεύθερη και καθολική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, ανεξάρτητα από τη δυνατότητα που έχουν να πληρώσουν (Goranitis et al.,2014).

2.2.1 Οι επιπτώσεις της επιχειρούμενης αναδιάρθρωσης

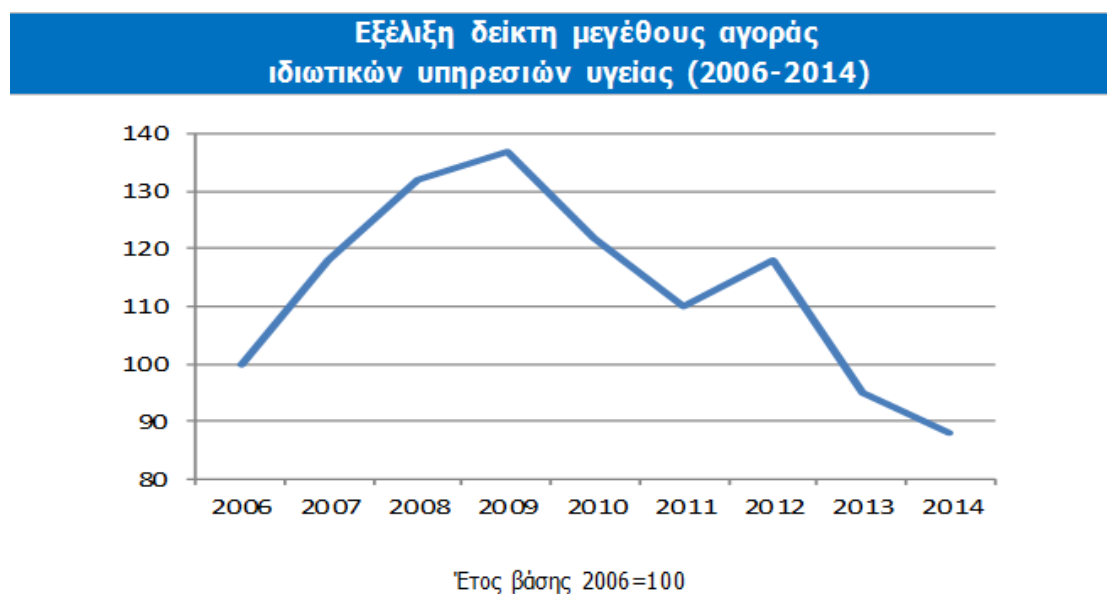
Η δραστική περικοπή των κρατικών δαπανών υγείας συνδυαζόμενη με τη συρρίκνωση του κατά κεφαλήν εισοδήματος, λόγω των μειώσεων μισθών και συντάξεων και της υψηλής ανεργίας, συνθέτει μια εξαιρετικά δυσμενή και επιβαρυντική πραγματικότητα, για μεγάλο μέρος του πληθυσμού. (Διάγραμμα 2.2)



Διάγραμμα 2.2: Οι μισθολογικές εξελίξεις στην Ελλάδα μεταξύ 2001-2011

Πηγή: Τράπεζα της Ελλάδας, 2012

Το πρόβλημα της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας γιγαντώνεται, αν συνυπολογιστεί ότι σε περιόδους κρίσης, λόγω της μείωσης των εισοδημάτων τους, περισσότεροι πολίτες απευθύνονται στις δημόσιες δομές, για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας τους (Ifanti et al.2013), ενώ παρουσιάζεται συνεχής μείωση της συνολικής αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ειδικά από το 2012 και μετά (ICAP, 2015). (Διάγραμμα 2.3)

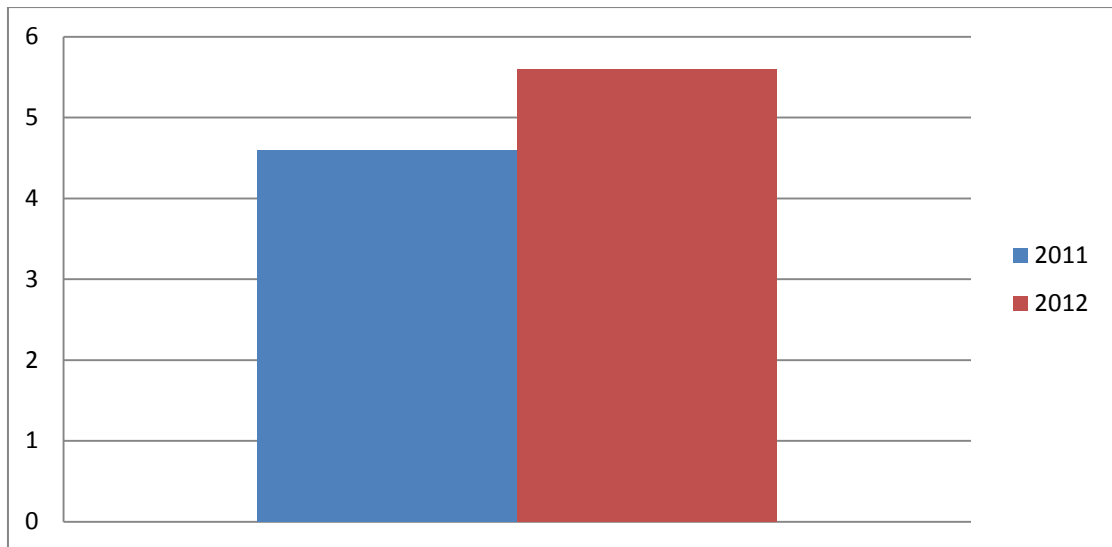


Διάγραμμα 2.3: Η εξέλιξη του δείκτη μεγέθους αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (2006-2014)

Πηγή: ICAP, 2015

Από την έως σήμερα εμπειρία των χωρών που χρηματοδοτήθηκαν από το ΔΝΤ, φαίνεται ότι τα προγράμματα της λιτότητας του, σχετίζονται άμεσα με την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας των πολιτών, στις χώρες όπου επιβάλλονται (Stuckler & Basu, 2009).

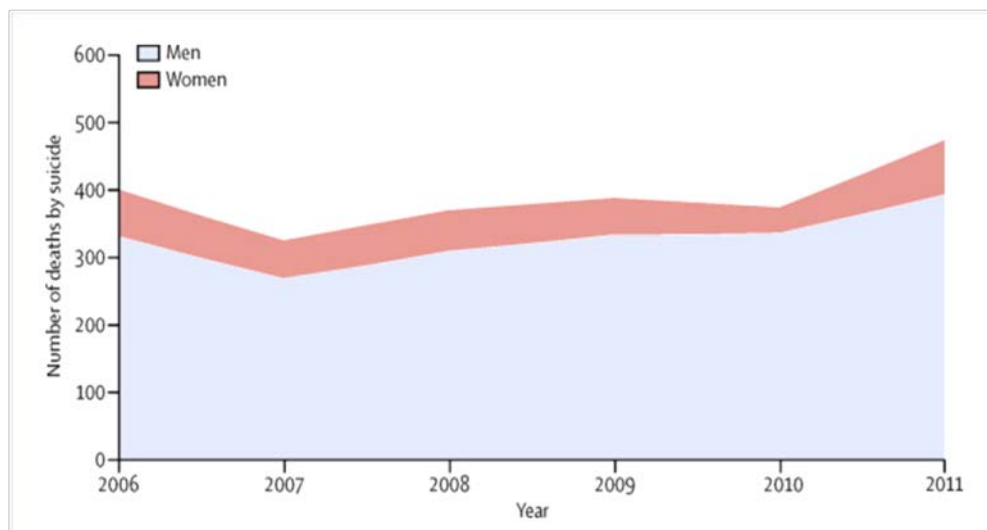
Η μακροχρόνια ανεργία και η αδυναμία εξασφάλισης επαρκών οικονομικών πόρων για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών, σχετίζονται με την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, την κατάχρηση ουσιών και την εξάρτηση (Murphy & Athanasiou, 1999). Στην Ελλάδα η περιστολή των δαπανών πρόληψης, συνδέθηκε με υψηλότερο κίνδυνο μετάδοσης του ιού του HIV και των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Kentikelenis et al.,2011), καθώς και αύξηση της περιγεννητικής θνησιμότητας. (Διάγραμμα 2.4)



Διάγραμμα 2.4: Η περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα το 2011 και το 2012

Πηγή: OECD, Health data

Σε επιδημιολογικές μελέτες του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ⁶ καταδεικνύεται προοδευτική αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας. Όσο κορυφώνεται η κρίση, καταγράφεται αύξηση της μείζονος κατάθλιψης από το 3,3% που ήταν το 2008 στο 8,2% το 2011, καθώς και συσχέτιση της με την οικονομική δυσπραγία (Economou M.et al.,2013) , αλλά και αύξηση των αυτοκτονιών (Kentikelenis et al. 2014), (Διάγραμμα 2.5)



Διάγραμμα 2.5: Θάνατοι από αυτοκτονίες (2006-2011)

Πηγή: Kentikelenis, 2014 (από στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ)

Η νέα πραγματικότητα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα έχει επιφέρει μεγάλες

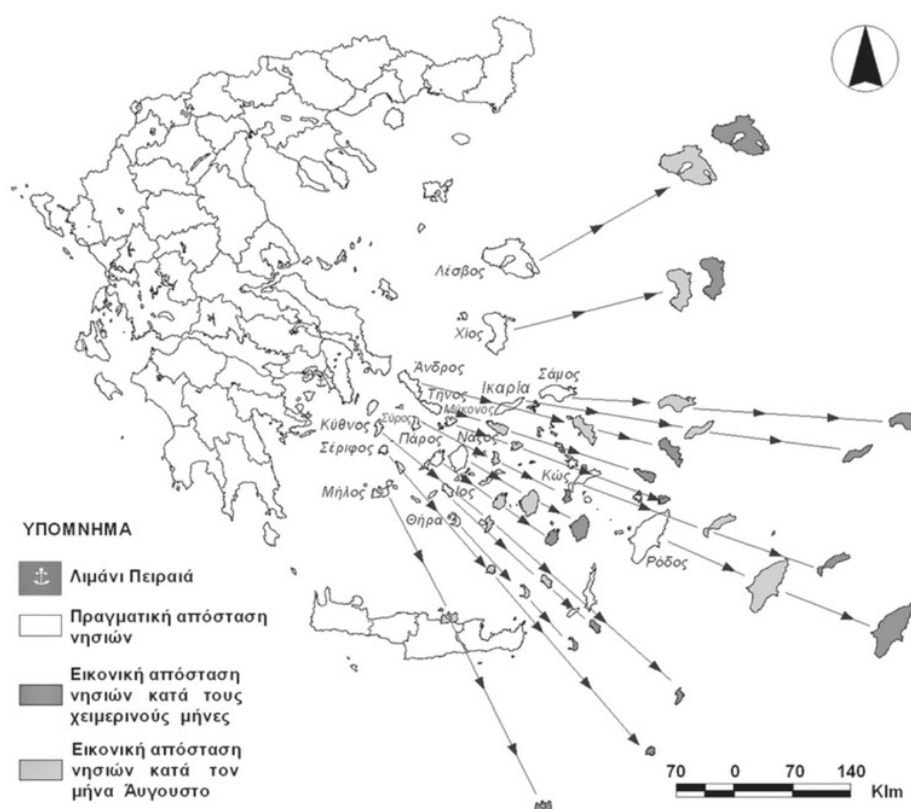
⁶ Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής

επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών, που οδηγούν σε περαιτέρω ανισότητες στη διαδικασία της πρόσβασης τους στο σύστημα υγείας, η οποία μόνο απρόσκοπτη και καθολική δεν είναι.

2.3 Οι ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

2.3.1 Η γεωγραφική πρόσβαση

Η Ελλάδα χαρακτηρίζεται από έντονη γεωγραφική ανομοιομορφία, με πολλά νησιωτικά συμπλέγματα και δυσπρόσιτες ορεινές περιοχές. Η ύπαρξη πληθώρας ορεινών χωριών, με ανεπαρκές συγκοινωνιακό δίκτυο αλλά και πολλών νησιών, πολλά από τα οποία απέχουν πολλά ναυτικά μίλια από τα λιμάνια των μεγάλων αστικών κέντρων και η έλλειψη αεροπορικής σύνδεσης, καταδικάζει πολλές περιοχές σε φυσική, συγκοινωνιακή και μετεωρολογική απομόνωση (Σπιλάνης και συν., 2005). (Εικόνα 2.1)



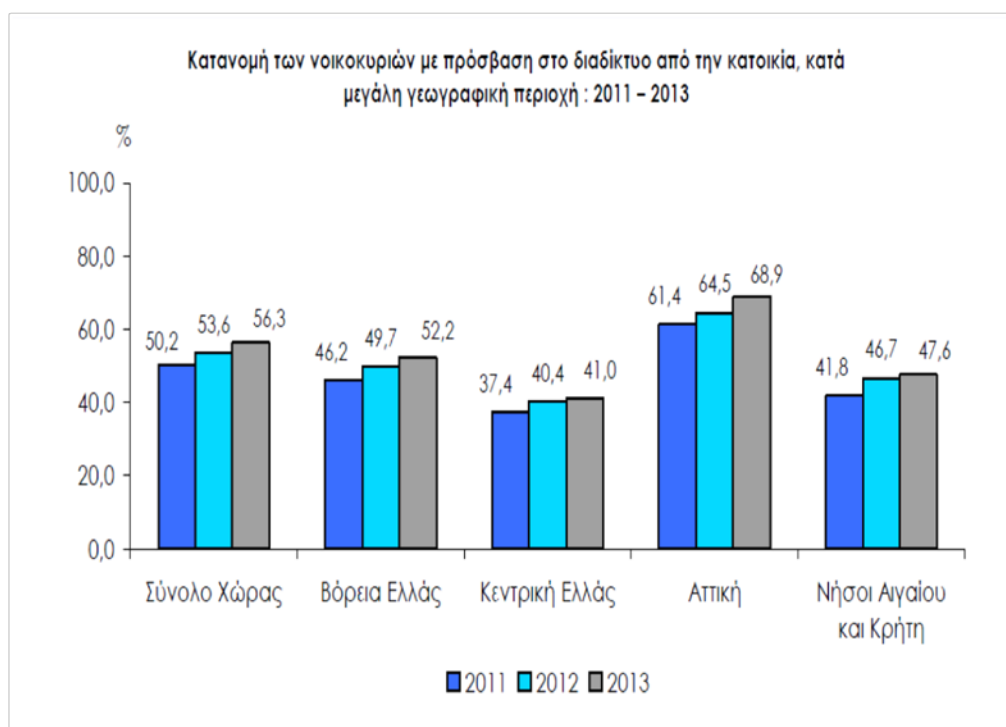
Επιμέλεια Χάρτη: Μισαηλίδης Νικόλαος, Μυτιλήνη 29/06/2003

Εικόνα 2.1: Οι αποστάσεις των νησιών από το λιμάνι του Πειραιά

Πηγή: Περιοδικό Αειχώρος, 2005

Επειδή το σύστημα υγείας στην περιφέρεια δεν είναι επαρκώς αναπτυγμένο, ώστε να μπορεί να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού, γίνεται φανερό ότι η χρήση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας καθίσταται σχεδόν αναγκαστική για τους κατοίκους της. Οι κάτοικοι της περιφέρειας, επισκέπτονται τους ιδιώτες γιατρούς πολύ πιο συχνά σε σχέση με τους κατοίκους των αστικών περιοχών (Siskou et al., 2008).

Η μειωμένη εξοικείωση των κατοίκων της περιφέρειας με το διαδίκτυο, από το οποίο θα μπορούσαν να αντλούν χρήσιμες πληροφορίες για την υγεία τους αλλά και τις διαθέσιμες δομές και τους θεραπευτές που μπορούν να επισκεφθούν, είναι ένα μεγάλο εμπόδιο ειδικά για τους κατοίκους των απομακρυσμένων και παραμεθόριων περιοχών. (Διάγραμμα 2.6)



Διάγραμμα 2.6: Η κατανομή των νοικοκυριών με πρόσβαση στο διαδίκτυο κατά μεγάλη γεωγραφική περιοχή

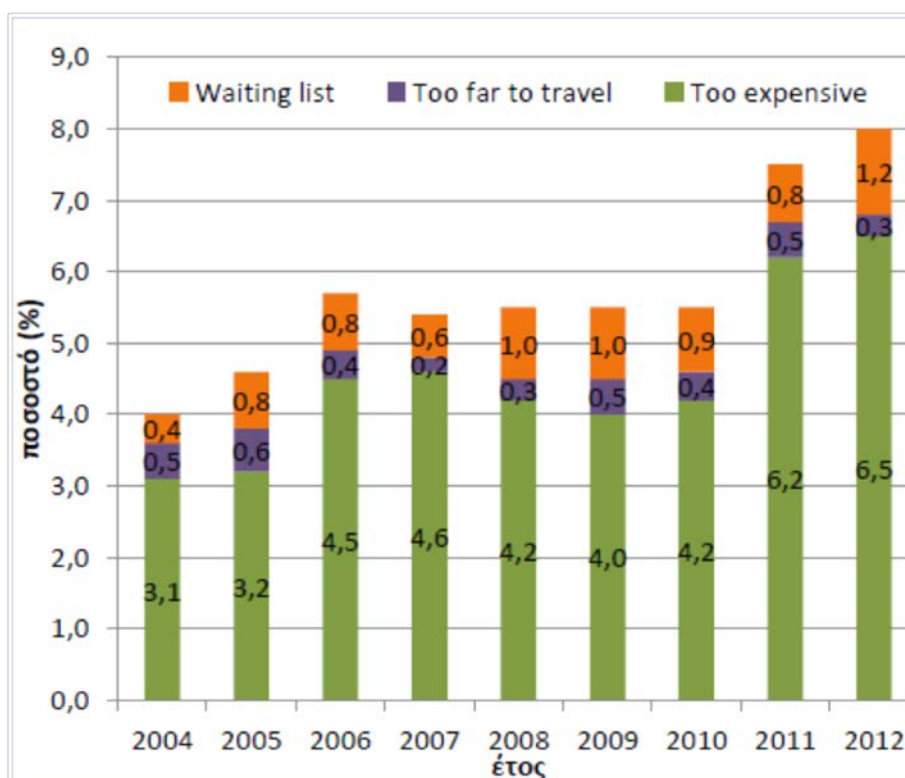
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2013

Παράλληλα, οι μέχρι τώρα προσπάθειες στον χώρο της ηλεκτρονικής υγείας, για τη βελτίωση της προσβασιμότητας στην περιφέρεια, περιορίζονται σε εφαρμογές στηριζόμενες από την ιδιωτική πρωτοβουλία, οι οποίες έχουν προκαθορισμένη ημερομηνία λήξης και πιλοτικό χαρακτήρα (Κιτρίνου, 2009).

2.3.2 Οι λίστες αναμονής

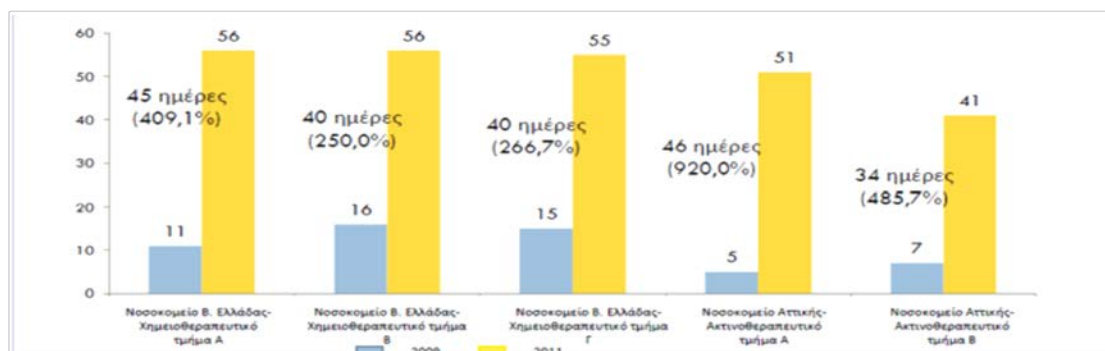
Σε πολλά νοσοκομεία, ειδικά των μεγάλων αστικών κέντρων, υπάρχουν λίστες αναμονής πολλών μηνών. Σύμφωνα με τα μόνα διαθέσιμα επίσημα στοιχεία που υπάρχουν στον Χάρτη Υγείας (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και ΚΕΕΛΠΙΝΟ) το 2013, ο χρόνος αναμονής για τους ασθενείς που εξυπηρετούνται στα εξωτερικά ιατρεία έχει αυξηθεί πάνω από 200% (Economou et al.,2014).

Το ποσοστό των πολιτών που δεν καταφέρνουν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας λόγω μεγάλης αναμονής, κόστους και απόστασης από τον τόπο παροχής τους, παρουσιάζει σημαντική αύξηση μεταξύ των ετών 2004 έως 2012 (Σταρδέλη, 2014), (Διάγραμμα 2.7).



Διάγραμμα 2.7: Αυτοαναφερόμενες ακάλυπτες ανάγκες υγείας λόγω κόστους, απόστασης και αναμονής (2004-2012) **Πηγή:** Σταρδέλη Θωμαή, 2014

Η αναμονή για εξειδικευμένες διαγνωστικές παρεμβάσεις και θεραπείες στα τριτοβάθμια νοσοκομεία, έχει παρουσιάσει εντυπωσιακή αύξηση μεταξύ των ετών 2009-2011, (Διάγραμμα 2.8).

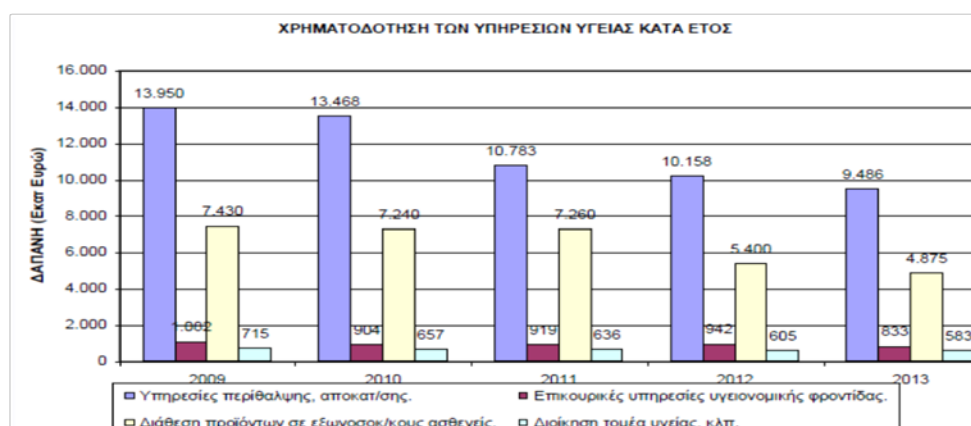


Διάγραμμα 2.8: Αύξηση λιστών αναμονής σε Νοσοκομεία Β. Ελλάδας και Αττικής

Πηγή: Χάρτης Υγείας, ΕΣΔΥ, 2013

2.3.3 Οι συμπληρωμές

Η ΕΛΣΤΑΤ δημοσιοποίησε τα στατιστικά στοιχεία για τη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας για το 2013, σε εθνικό επίπεδο με βάση το εγχειρίδιο του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ). Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας συνεχίζει να παρουσιάζει πτωτική τάση από το 2009 έως το 2013 (ΕΛΣΤΑΤ, 2015) (Διάγραμμα 2.9).



Διάγραμμα 2.9: Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (2009-2013)

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2013, Ιούλιος, 2015

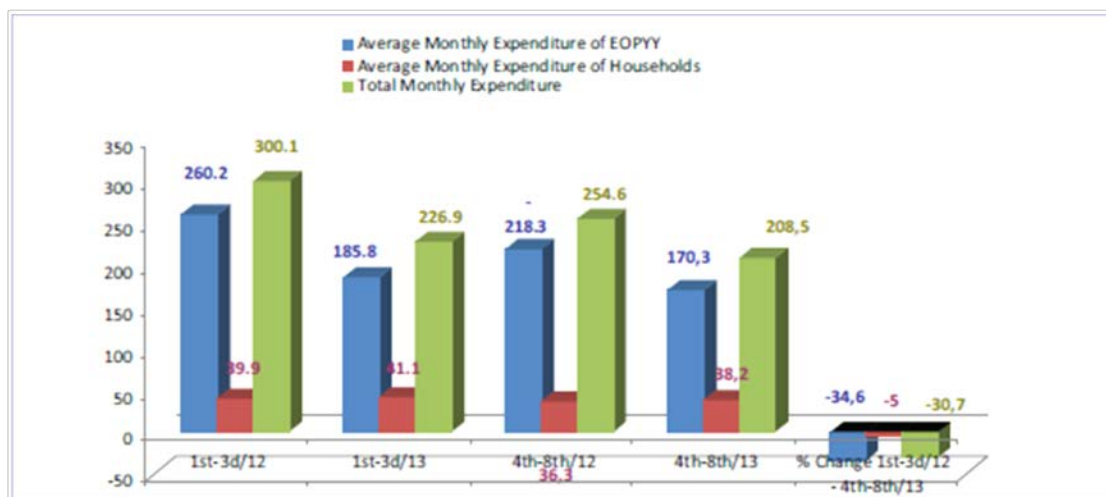
Είναι δεδομένο πως παρά τη ρητορική για διατήρηση της καθολικής πρόσβασης στις

υπηρεσίες υγείας, πολλές πολιτικές έχουν μετακυλήσει το κόστος υγειονομικής περίθαλψης στους πολίτες, γεγονός που τους οδηγεί σε μείωση της πρόσβασης τους αλλά και της κάλυψής τους (Kentikelenis, 2014).

“Κρυφές” χρεώσεις, όπως η αύξηση του κόστους τηλεφωνικής κλήσης⁷ για ιατρικά ραντεβού, έχουν δημιουργήσει εμπόδια στην πρόσβαση τους, ενώ ιατρικά ραντεβού δεν προγραμματίζονται χωρίς ΑΜΚΑ⁸, όπως στην περίπτωση των μη νόμιμα διαμενόντων στη χώρα.

Η συμμετοχή των πολιτών στην αγορά του φαρμάκου έχει αυξηθεί. Η μηδενική συμμετοχή για χρόνιες ασθένειες έχει ανέλθει στο 10% (διαβήτης τύπου II, άνοια, επιληψία, νόσος του Alzheimer). Για άλλες χρόνιες παθήσεις (στεφανιαία νόσος, υπερλιπιδαιμία, ρευματοειδής αρθρίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, οστεοπόρωση, νόσος του Paget, νόσος του Crohn, κίρρωση του ήπατος) έχει αυξηθεί από 10% σε 25% (Siskou et. al, 2014).

Τα νοικοκυριά επιβαρύνονται περισσότερο με τις δαπάνες για την αγορά των φαρμάκων τους και οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες αδυνατούν να τα προμηθευτούν λόγω αυξημένης συμμετοχής (Διαγράμματα 2.10, 2.11).

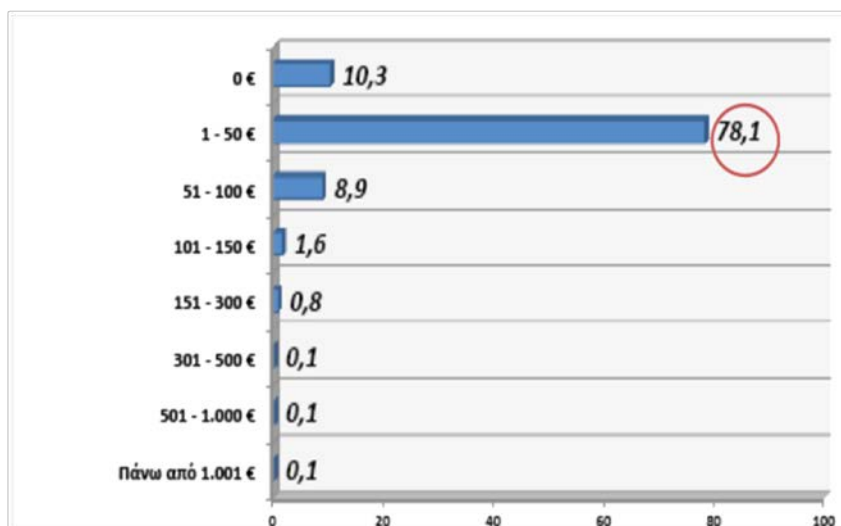


Διάγραμμα 2.10: Μέση μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη (ΕΟΠΥΥ και νοικοκυριά)

Πηγή: Siskou et. al, 2014

⁷ Το κόστος για τηλεφωνικό ραντεβού με τους γιατρούς του ΠΕΔΥ έχει μικρότερη χρέωση ανά κλήση 0,95 λεπτά και μέγιστη χρέωση 1,107 ευρώ. (στοιχεία από τις εταιρίες των πενταψήφιων αριθμών 14554, 14784, 14884 και 14900) ΟΤΕ, News Phone, Vodafone, Call Center Ελλάς

⁸ ΑΜΚΑ (Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης)



Διάγραμμα: 2.11: Μηνιαία κατανομή εξόδων για την αγορά φαρμάκων το 2015

Πηγή: ΕΣΔΥ- MSD- GPO, 2015

Η επίσκεψη στα φαρμακεία των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων (ΜΚΟ), παρουσίασε αύξηση κατά 23% το 2013 (Siskou et.al., 2014).

Λόγω της μεγάλης αναμονής στους κρατικούς φορείς, αρκετοί πολίτες απευθύνονται στα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα με επιβάρυνση συμμετοχής 15%, η οποία ειδικά σε εξετάσεις υψηλού κόστους είναι μεγάλη δαπάνη. Σύμφωνα με τον ενιαίο κανονισμό παροχών υγείας του ΕΟΠΥΥ, οι ασφαλισμένοι πληρώνουν εξ ολοκλήρου το κόστος όλων των πρόσθετων θεραπευτικών μέσων που κοστίζουν λιγότερο από 30 ευρώ. Επίσης μειώνεται το ποσό της αποζημίωσης που καταβάλει ο ΕΟΠΥΥ για φυσικοθεραπείες, λογοθεραπείες και εργοθεραπείες καθώς και ο αριθμός των συνεδριών οι οποίες δικαιολογούνται ώστε να τύχουν αποζημίωσης (ΕΟΠΥΥ, Ενιαίος κανονισμός παροχών, 2012).

2.3.4 Οι άτυπες πληρωμές

Οι άτυπες πληρωμές, “φακελάκια”, αποτελούν έναν κατεξοχήν παράγοντα της εδραίωσης και επέκτασης των ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Από τη στιγμή που έχει παγιωθεί η συνθήκη του “αν πληρώσεις, θα εξυπηρετηθείς”, οι κοινωνικές ομάδες που έχουν χαμηλότερα εισοδήματα καταβάλουν πιο μεγάλο ποσοστό του οικογενειακού προϋπολογισμού τους για την ιατροφαρμακευτική τους

περίθαλψη σε σχέση με τις εύπορες κοινωνικές ομάδες (Liaropoulos et.al.,2008).

Οι πολίτες αναγκάζονται να δαπανήσουν χρηματικά ποσά προκειμένου να εξασφαλίσουν ή να επιταχύνουν την πρόσβασή τους σε παροχές που θεωρητικά, είναι δημόσιες, αφού προσερχόμενοι στις υπηρεσίες υγείας αντιμετωπίζουν συνωστισμό, λίστες αναμονής και γραφειοκρατία. Καταφεύγουν συχνά στη λύση πρόσθετων άτυπων αμοιβών, αναφερόμενων ως “φακελάκια”, ή ως “πληρωμές κάτω από το τραπέζι,” κυρίως για επισκέψεις στο γιατρό και στον οδοντίατρο, διαγνωστικές εξετάσεις, χειρουργικές επεμβάσεις και νοσηλεία (Souliotis et.al.,2015).

Λόγω των οικονομικών πιέσεων που υπάρχουν τα τελευταία χρόνια, οι πολίτες δείχνουν μια αυξανόμενη απροθυμία να προσφέρουν άτυπες πληρωμές, αν και έχουν καταστεί ως απαραίτητη προϋπόθεση για την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας και για την παράκαμψη των λιστών. Αυτή η “κρυφή” οικονομική επιβάρυνση έχει επιδεινώσει τις συνθήκες διαβίωσης τουλάχιστον στο 27% των νοικοκυριών (Souliotis et.al.,2015).

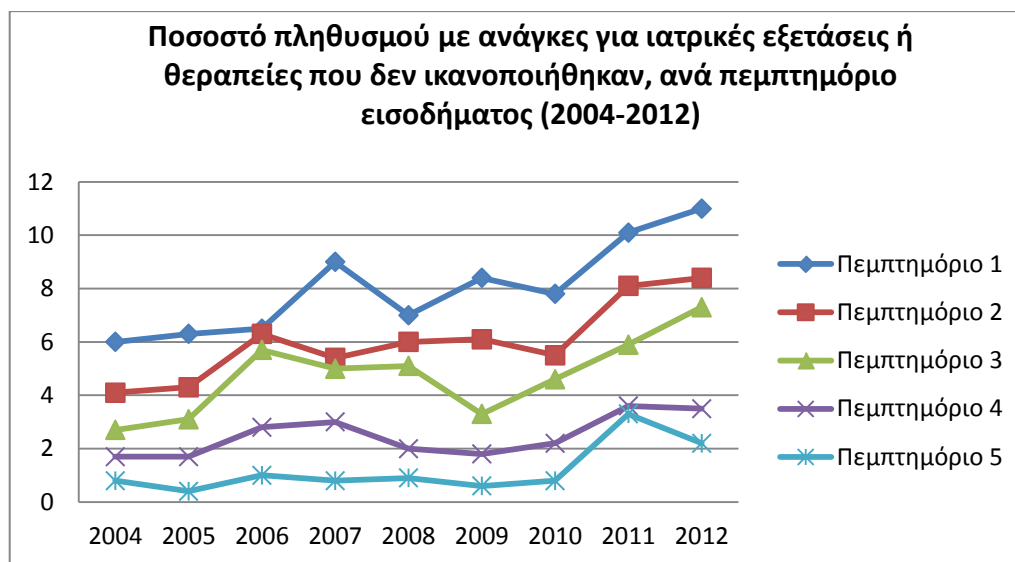
Οι μηχανισμοί ελέγχου είναι είτε ανύπαρκτοι είτε ανεπαρκείς, με αποτέλεσμα τα περιστατικά διαφθοράς να αυξάνονται και να μετατρέπονται σε κανονικότητα. Δημιουργείται πρόσφορο έδαφος για την αντιεπαγγελματική συμπεριφορά, την κερδοσκοπία και τον ατομικό πλουτισμό μελών του ιατρικού προσωπικού, ενώ την ίδια στιγμή επιβαρύνονται οι ασθενείς.

2.4 Η πρόσβαση των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων στις υπηρεσίες υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας βρέθηκε απροετοίμαστο να αντιμετωπίσει της συνέπειες που είχε η οικονομική κρίση στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Οι πολιτικές έκτακτης ανάγκης περιλαμβάνουν μεγάλες και κοινωνικά “τυφλές” οριζόντιες περικοπές στις δαπάνες υγείας αλλά και στη συρρίκνωση πιο πολύ ακόμη και των εισοδημάτων τους. Τα πιο μεγάλα θύματα αυτών των “κοινωνικά τυφλών” αλλαγών ήταν οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες (Venieris, 2013).

2.4.1 Οι οικονομικά ασθενέστεροι

Οι οικονομικά ασθενέστεροι έχουν περιορισμένες επιλογές σε αντίθεση με τις κοινωνικές ομάδες με υψηλά εισοδήματα, οι οποίες έχουν καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Διάγραμμα 2.12).



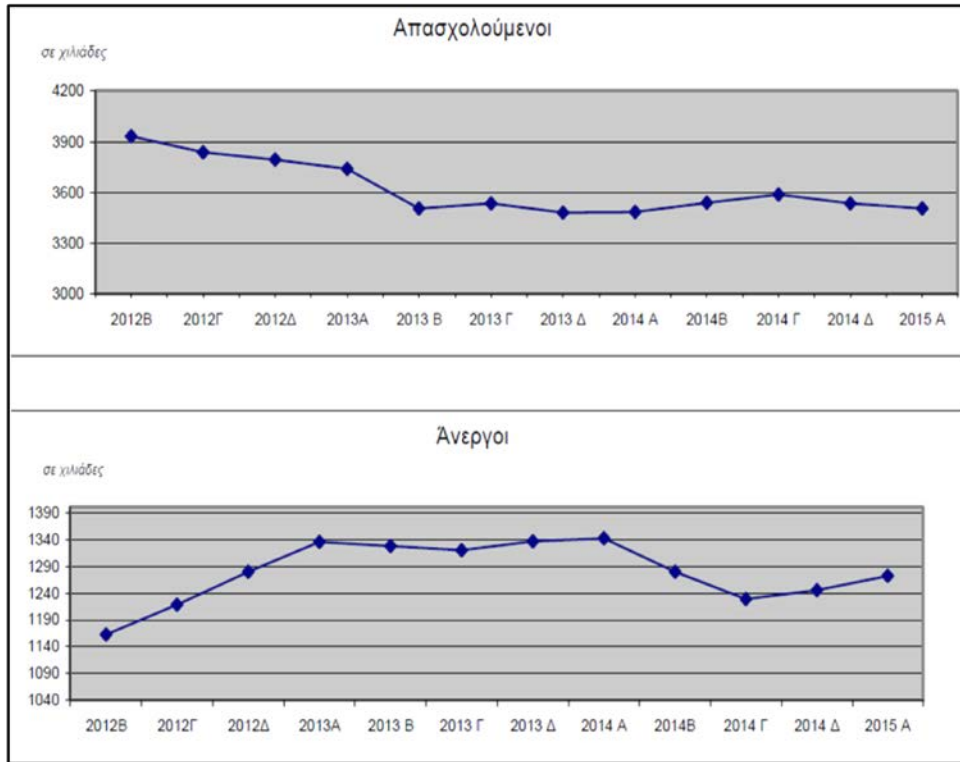
Διάγραμμα 2.12: Πληθυσμός με ακάλυπτες ανάγκες υγείας από το 2004-2012

Πηγή: Eurostat, (2015)

Σύμφωνα με τα στοιχεία του διαγράμματος, παρατηρείται αύξηση των ανικανοποίητων ιατρικών αναγκών του 1^{ου} εισοδηματικού πεμπτημορίου (πληθυσμός με χαμηλό εισόδημα) ενώ υπάρχει μεγάλο χάσμα, μεταξύ 1^{ου} και 5^{ου} πεμπτημορίου (πληθυσμός με το μεγαλύτερο εισόδημα), το οποίο και διευρύνεται όσο προχωρά προς την κορύφωση της η οικονομική κρίση. Ο πληθυσμός του 2^{ου}, 3^{ου} και 4^{ου} εισοδηματικού πεμπτημορίου (μεσαία εισοδηματικά στρώματα), παρουσιάζει πολλές ακάλυπτες ανάγκες υγείας, λόγω συρρίκνωσης των εισοδημάτων του, γεγονός που οδηγεί σε αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, επιβάρυνσης της υγείας τους και ανάγκη νοσοκομειακής περίθαλψης.

2.4.2 Οι άνεργοι και οι ανασφάλιστοι

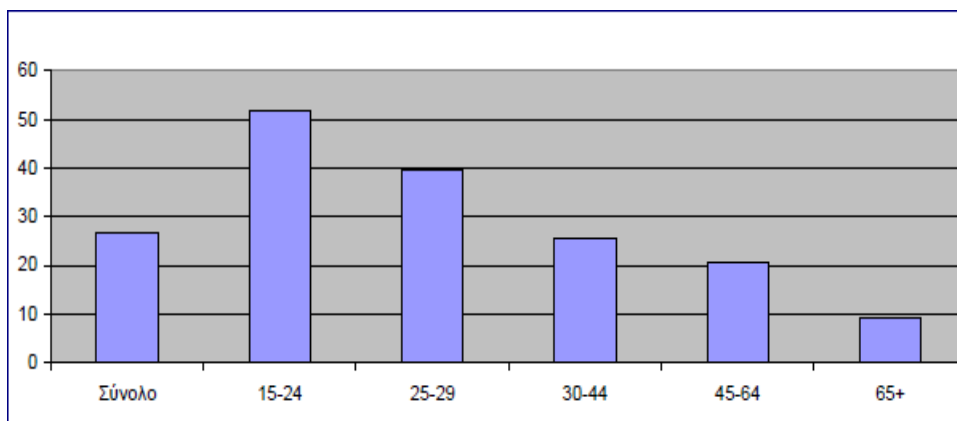
Σύμφωνα την τριμηνιαία έρευνα εργατικού δυναμικού της ΕΛΣΤΑΤ, το πρώτο τρίμηνο του 2015 ο αριθμός των απασχολούμενων στην Ελλάδα ήταν 3.504.446 και των ανέργων 1.272.541 άτομα (Διάγραμμα 2.13).



Διάγραμμα 2.13: Οι απασχολούμενοι και οι άνεργοι 2012-2015

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Δελτίο τύπου, Έρευνα εργατικού δυναμικού: Α΄ τρίμηνο 2015

Το ποσοστό των ανέργων το πρώτο τρίμηνο του 2015 ανήλθε σε 26,6% σε σχέση με το προηγούμενο τρίμηνο που ήταν 26,1%. Στους νέους 15-24 ετών, παρατηρείται πολύ υψηλό ποσοστό ανεργίας (51,9%) (Διάγραμμα 2.14).



Διάγραμμα 2.14: Η ανεργία % κατά ηλικιακές ομάδες

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Δελτίο τύπου, Έρευνα εργατικού δυναμικού: Α΄ τρίμηνο 2015

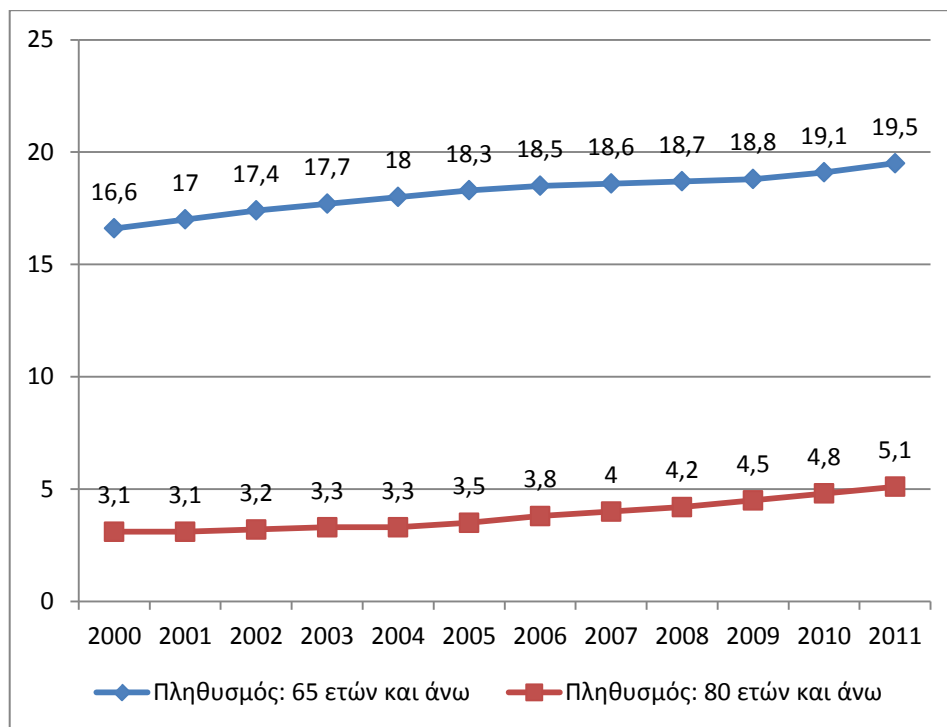
Από το καλοκαίρι του 2014, οι ανασφάλιστοι και οι οικογένειες τους δικαιούνται να νοσηλευτούν και να λάβουν φαρμακευτική περίθαλψη σύμφωνα με το ΦΕΚ

1465/τ.Β' /5-6-2014 (Εφημερίδα της Κυβέρνησης, 2014).

Όμως οι γραφειοκρατικές διαδικασίες που πρέπει να αντιμετωπίσουν οι ανασφάλιστοι πολίτες παραμένουν. Όσοι από αυτούς έχουν χρέη προς το ασφαλιστικό τους ταμείο ή όσοι δεν δύνανται να εκδώσουν βιβλιάρια πρόνοιας και χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομείο, είναι υποχρεωμένοι να ακολουθήσουν μια γραφειοκρατική διαδρομή της οποίας το αποτέλεσμα είναι αβέβαιο, γιατί πρέπει να γνωμοδοτήσει για τη νοσηλεία τους στο Δ.Σ. του νοσοκομείου, τριμελής επιτροπή, γεγονός που καθιστά αντικείμενο ιατρικό-λογιστικής διαπραγμάτευσης την ανάγκη τους για νοσοκομειακή περίθαλψη (Κοινωνικό Ιατρείο-Φαρμακείο Αθήνας, 2014).

2.4.3 Οι ηλικιωμένοι και οι χρόνια πάσχοντες

Το ελληνικό σύστημα υγείας καλείται όμως να ανταποκριθεί στα προβλήματα προσβασιμότητας και των ατόμων της τρίτης ηλικίας των οποίων ο αριθμός ολοένα και αυξάνεται (Διάγραμμα 2.15).



Διάγραμμα 2.15: Ο πληθυσμός άνω των 65 και άνω των 80 ετών
Πηγή: OECD, Health data (2015)

Αυτή η αύξηση έχει ως συνεπακόλουθο τη δημιουργία μιας δημογραφικής ανακατάταξης που χαρακτηρίζεται από την κυριαρχία των χρόνιων νοσημάτων (Πίνακας 2.1) (ΕΛΣΤΑΤ, 2015).

Πίνακας 2.1: Κατανομή % πληθυσμού με χρόνια προβλήματα υγείας (2009-2013)

1. Ποσοστιαία (%) κατανομή του πληθυσμού κατά την κατάσταση της υγείας του, 2009 - 2013					
	2009	2010	2011	2012	2013
Γενική κατάσταση υγείας					
Πολύ καλή	51,3	50,1	50,6	47,0	46,0
Καλή	24,2	25,6	25,8	28,1	28,1
Μέτρια	14,9	14,8	14,6	15,7	15,5
Κακή	6,6	6,7	6,3	6,5	7,5
Πολύ κακή	3,1	2,9	2,7	2,7	2,9
Χρόνια προβλήματα υγείας	22,0	22,6	23,2	23,7	23,7
Περιορισμός των συνηθών δραστηριοτήτων λόγω υγείας					
Πολύ μεγάλος	7,9	8,0	8,6	10,0	10,7
Μεγάλος	10,8	10,7	11,4	12,6	12,4

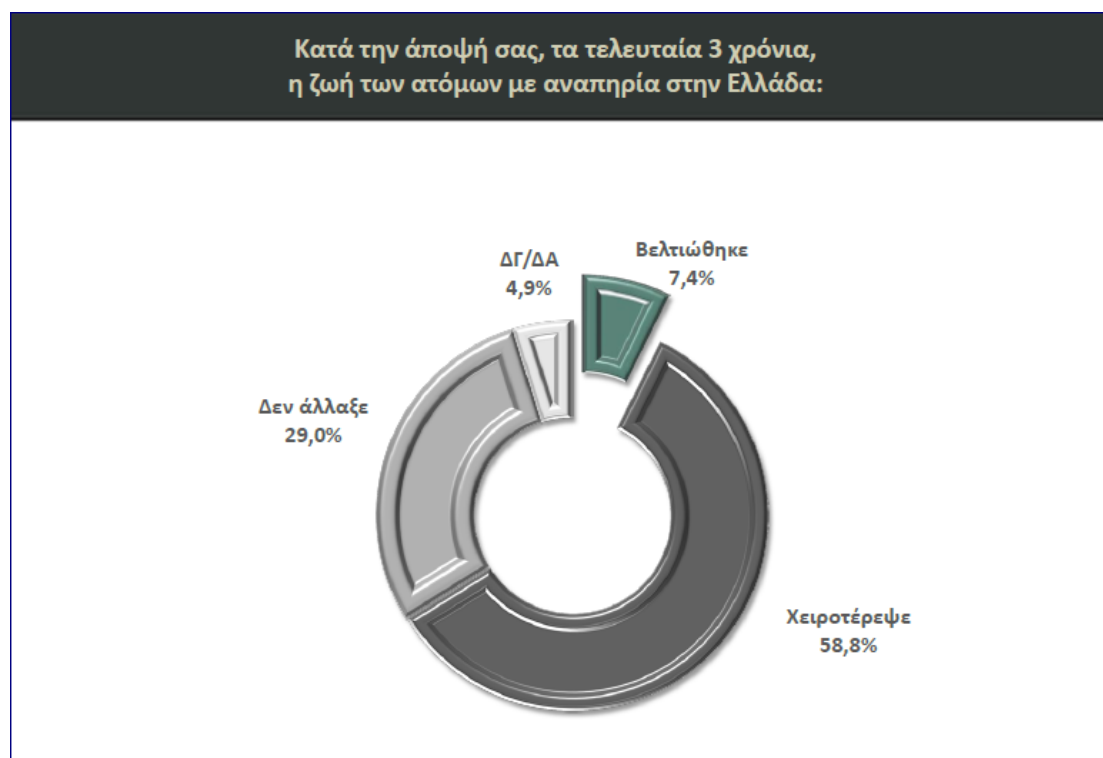
Πηγή: “Η Ελλάδα με αριθμούς”, ΕΛΣΤΑΤ, 2015

Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν αυξημένη νοσηρότητα με κυρίαρχα τα καρδιολογικά προβλήματα, τις νόσους των αγγείων, τα ατυχήματα, τις ψυχιατρικές παθήσεις, τη γεροντική άνοια και κάνουν περισσότερη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών (Department of Aging and Life Course, WHO, 2011).

Σύμφωνα με μια έρευνα που διεξήχθη σε χρόνια πάσχοντες ασθενείς, η οικονομική κρίση τους έχει δημιουργήσει περεταίρω εμπόδια στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, αν και αποτελούν μια ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα του πληθυσμού η οποία έχει μεγάλες ανάγκες συχνής υγειονομικής περίθαλψης (Kyriopoulos et.al.,2014).

2.4.4 Τα Άτομα με αναπηρία

Η διαβίωση των ατόμων με αναπηρία (ΑΜΕΑ) έχει επιδεινωθεί ραγδαία λόγω της μείωσης των εισοδημάτων τους, των αναπηρικών επιδομάτων τους, των συντάξεων τους και της πρόσβασης τους στην απασχόληση (Ε.Σ.Α.μεΑ., ΚΑΠΑ Research, 2013) (Διάγραμμα 2.15).



Διάγραμμα 2.15: Η επιδείνωση της ζωής των ατόμων με αναπηρία

Πηγή: Ε.Σ.Α.μεΑ., ΚΑΠΑ Research, 2013

Τα άτομα με αναπηρία θεωρούνται από τους πιο σημαντικούς χρήστες των υπηρεσιών υγείας, λόγω των πολύ συγκεκριμένων υγειονομικών αναγκών τους. Τα πρόσθετα κόστη περίθαλψης που καλούνται να αντιμετωπίσουν, συνήθως τους οδηγούν σε αναγκαστική μειωμένη κάλυψη τους (Ε.Σ.Α.μεΑ., Νικολαΐδης, 2013).

Τα εμπόδια που συναντούν στην πρόσβαση τους στις ιατρικές υπηρεσίες τα ΑΜΕΑ στην Ελλάδα, είναι απόρροια και της υπάρχουσας νοοτροπίας αλλά και των κοινωνικών φραγμών. Μεγάλη μερίδα των ΑΜΕΑ έχουν μειωμένη πρόσβαση λόγω επικοινωνιακών προβλημάτων. Σε σπάνιες περιπτώσεις μόνο, είναι διαθέσιμη η

πληροφόρηση τους στη γραφή Braille⁹ και στη νοηματική γλώσσα. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό προτιμά να ενημερώνει τους συνοδούς ή τους γονείς τους και αποκλείει από την πληροφόρηση για τα θέματα της υγείας τους τα ίδια τα άτομα, γιατί δεν είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο σε θέματα αναπηρίας. Καθημερινά τα ΑΜΕΑ έρχονται αντιμέτωπα και με αρχιτεκτονικά εμπόδια στην πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας αλλά και με τις προκαταλήψεις που έχουν για την αναπηρία οι πολίτες (ΕΣΑΜΕΑ, 2008).

2.4.5 Οι μετανάστες

Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας είναι μια σημαντική πτυχή για την κοινωνική τους ένταξη. Οι δομές υγείας των χωρών είναι προσαρμοσμένες να καλύπτουν της ανάγκες υγείας του γηγενούς πληθυσμού και καθίστανται αδύναμες να ανταποκριθούν στις ανάγκες των μεταναστών (Watters C., 2002), (Ingleby D., 2009).

Οι νόμιμα διαμένοντες στη χώρα μετανάστες, έχουν θεωρητικά, τα ίδια δικαιώματα στην περίθαλψη με τους έλληνες πολίτες. Στην πραγματικότητα κάτι τέτοιο δεν ισχύει, αφού η πρόσβασή τους στις δομές υγείας εξαρτάται από την ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης. Η άδεια παραμονής που πιστοποιεί τη μόνιμη και νόμιμη παρουσία των μεταναστών στη χώρα, προϋποθέτει τη συμπλήρωση συγκεκριμένου αριθμού ενσήμων, όμως οι συνθήκες της οικονομικής ύφεσης και της αυξανόμενης ανεργίας δεν αποτελούν εύκολη υπόθεση την πραγματοποίησή τους. Οι άνεργοι μετανάστες ή όσοι αναγκάζονται να εργαστούν στην παραοικονομία, λόγω της αδυναμίας συγκέντρωσης των απαραίτητων ενσήμων, εκπίπτουν της νομιμότητας και κατά συνέπεια αποκλείονται από κάθε είδους κοινωνική παροχή (υγειονομική περίθαλψη, έκδοση βιβλιαρίου απορίας). Σύμφωνα με έρευνα του 2012 για την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, μόνο το 56,5% των ερωτηθέντων είχε ασφαλιστική κάλυψη, ενώ το 62,3% δήλωσε ότι δεν ήταν σε θέση να ικανοποιήσει τις ιατρικές του ανάγκες (Galanis et.al.,2013).

Σε παρόμοια έρευνα του 2013, το ποσοστό των ανασφάλιστων μεταναστών είχε

⁹ Το σύστημα συμβολικής γραφής Braille με τη χρήση ανάγλυφων κουκίδων, καθιερώθηκε από τις αρχές του 19 αιώνα από τον Louis Braille και παραμένει το βασικότερο μέσο πληροφόρησης των τυφλών και των ατόμων με προβλήματα όρασης.

αυξηθεί έτι περαιτέρω, φτάνοντας το 67,4% (Economou et.al.,2014).

Στην περίπτωση των μεταναστών που δεν διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα ο κοινωνικός αποκλεισμός θεωρείται σχεδόν ολοκληρωτικός. Όσον αφορά την πρόσβασή τους στις δομές υγείας, κάτι τέτοιο είναι εφικτό μόνο όταν βρεθούν σε επείγουσα ανάγκη. Δικαιούνται δηλαδή περίθαλψη μόνο όταν κινδυνεύει η ζωή τους και μόνο μέχρι να σταθεροποιηθεί η κατάσταση της υγείας τους. Αυτό προβλέπει οδηγία του Υπουργείου Υγείας (Μάιος 2012), της οποίας η νομική εγκυρότητα θα μπορούσε να αμφισβητηθεί, δεδομένου ότι είναι δύσκολο να οριστεί σαφώς τι σημαίνει “σταθεροποίηση της υγείας”.

Αν στις οικονομικές δυσκολίες και στα νομικά προβλήματα προστεθούν και τα ζητήματα γλωσσικής επικοινωνίας, (η απουσία διερμηνέων από τα νοσοκομεία είναι πλήρης), που συχνά παρεμποδίζουν την προσβασιμότητα των μεταναστών στις δομές υγείας, καταλαβαίνει κανείς ότι η πραγματικότητα που καλούνται να αντιμετωπίσουν γίνεται ακόμα πιο σύνθετη.

Επιμέρους πρωτοβουλίες διαφόρων ΜΚΟ και η αυτενέργεια ορισμένων ιατρών ή νοσηλευτών συχνά αμβλύνουν τις ανισότητες εις βάρος των μεταναστών (Ευρωπαϊκό πρόγραμμα MIGHEALTHNET, 2009).

2.4.6 Οι Ρομά

Οι Ρομά, παρόλο που είναι Έλληνες πολίτες, είναι σε μεγάλο βαθμό κοινωνικά αποκλεισμένοι και υφίστανται διακρίσεις. Η πρόσβασή τους στις δομές υγείας επιβαρύνεται κατά κύριο λόγο από τη δεινή οικονομική τους κατάσταση και την αδυναμία τους να δαπανήσουν χρήματα για να υποβληθούν σε ιατρικές εξετάσεις και θεραπείες. Όπως προκύπτει από μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, το 2013, το 77% των Ρομά ήταν πλήρως ανασφάλιστοι. Την ίδια στιγμή, το 78% των ανήλικων παιδιών τους δεν είχε εμβολιαστική κάλυψη (ΕΣΔΥ, 2013).

Οι συνθήκες διαβίωσή τους έχουν επιδεινωθεί λόγω της οικονομικής κρίσης και συνθέτουν μια μόνιμη κατάσταση ανέχειας που δεν τους επιτρέπει να έχουν πρόσβαση στην προληπτική ιατρική, ενώ παράλληλα τους καθιστά πιο ευάλωτους απέναντι σε ασθένειες όπως η φυματίωση και η ηπατίτιδα. Τα προβλήματα υγείας που

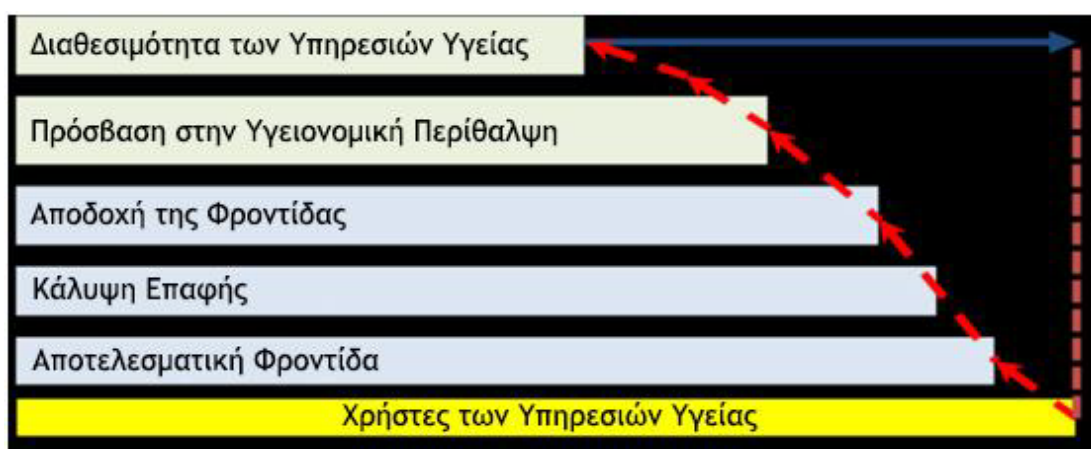
αντιμετωπίζουν, το μικρό προσδόκιμο ζωής τους και το μεγάλο ποσοστό παιδικής θνησιμότητας είναι άμεσα συνυφασμένα με τις συνθήκες διαβίωσης τους και με τα εισοδήματά τους, που είναι πολύ πιο κάτω από το όριο της φτώχειας (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2013).

Οι Ρομά αντιμετωπίζουν με επιφύλαξη αλλά και με σκεπτικισμό τις υπηρεσίες υγείας και δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν με τους επαγγελματίες υγείας. Πολλές φορές αυτό συμβαίνει και λόγω της προκατάληψης εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας και της μη κατανόησης της διαφορετικότητας του τσιγγάνικου πληθυσμού σύμφωνα με τη μελέτη Roma alert (Πρόγραμμα Ευρωπαϊκή Εδαφική Συνεργασία, 2012).

Σε μία μικρής κλίμακας έρευνα που διεξήχθη το 2011 και αφορούσε Ρομά που κατοικούν σε αγροτικές περιοχές της περιφέρειας, τα σημαντικότερα προβλήματα στην πρόσβασή τους στον τομέα της υγείας είναι η αναμονή, η άσχημη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας και το υψηλό κόστος περίθαλψης. Οι συμμετέχοντες, στην πλειοψηφία τους (61,1%), απάντησαν ότι αδυνατούν να καλύψουν το κόστος περίθαλψής τους. Επιπλέον, το 45% από αυτούς δήλωσε ότι τους προηγούμενους 12 μήνες χρειάστηκε, τουλάχιστον μία φορά, να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας αλλά δεν διέθετε τους αναγκαίους οικονομικούς πόρους για την πρόσβαση του σε αυτές (Γαλάνης και συν., 2012).

3.1 Η πλοήγηση των πολιτών μέσα στο σύστημα υγείας

Σύμφωνα με τον Tanahashi, οι πολίτες κατά την πλοήγηση τους μέσα στο σύστημα υγείας, για την αναζήτηση υγειονομικής φροντίδας, περνούν από πέντε στάδια, από πέντε διαδοχικά σημαντικά επίπεδα, μέχρι να καλυφθούν με αποτελεσματικό τρόπο από τις προσφερόμενες υγειονομικές υπηρεσίες (Εικόνα 3.1).



Εικόνα 3.1: Τα πέντε στάδια κάλυψης του πλαισίου του Tanahashi

Πηγή: Tanahashi (1978), Προσαρμογή από τη συγγραφέα

Τα πέντε αυτά διαδοχικά στάδια κάλυψης του πλαισίου του Tanahashi, έχουν τις παρακάτω επιμέρους πτυχές:

α) Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας

Περιλαμβάνονται ως επιμέρους πτυχές της, οι ανθρώπινοι πόροι, η διαθεσιμότητα των υγειονομικών εγκαταστάσεων, του υλικοτεχνολογικού εξοπλισμού και των φαρμάκων που απαιτούνται προκειμένου να παραχθεί μια αποτελεσματική υγειονομική φροντίδα για τους πολίτες.

β) Πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα

Υπάρχουν δύο κύριες διαστάσεις της προσβασιμότητας των υπηρεσιών υγείας, η φυσική προσβασιμότητα τους και η οικονομική προσιτότητα τους. Τα χρηματικά ποσά που δαπανούν οι πολίτες για την μεταφορά τους στις υγειονομικές δομές, έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην αναζήτηση υπηρεσιών υγείας. Σε άλλες περιπτώσεις όμως

είναι διαθέσιμοι οι οικονομικοί πόροι, αλλά οι δομές που παρέχουν υγειονομική φροντίδα βρίσκονται σε μακρινή απόσταση και οι πολίτες καταναλώνουν πολύ από το χρόνο τους μέχρι να τις προσεγγίσουν αλλά έρχονται αντιμέτωποι και με μεγάλες λίστες αναμονής.

γ) Αποδοχή της φροντίδας

Μπορεί οι υγειονομικές υπηρεσίες να είναι και διαθέσιμες και προσβάσιμες, αλλά παρόλα αυτά οι πολίτες να μην τις αποδέχονται. Σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζουν και οι προηγούμενες εμπειρίες τους κατά την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας και κατά πόσο εξυπηρετήθηκαν, το επίπεδο ανέσεων τους, αλλά και οι διακρίσεις που πιθανόν να συνάντησαν.

δ) Κάλυψη επαφής

Η κάλυψη επαφής ορίζεται ως η πραγματική επαφή που υπάρχει μεταξύ των παρόχων των υπηρεσιών και των πολιτών. Αυτή η πραγματική επαφή τους, καθορίζει και τη μελλοντική συμπεριφορά τους ως προς την αναζήτηση των υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας.

ε) Αποτελεσματική κάλυψη

Η επαφή μεταξύ παρόχων υπηρεσιών υγείας και πολιτών, δεν μπορεί να εγγυηθεί πάντα επιτυχείς παρεμβάσεις για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν. Σε άλλες περιπτώσεις, η εμπιστοσύνη που δείχνουν οι πολίτες στην κρίση του γιατρού τους και η συμμόρφωση τους με τη συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή και θεραπεία, έχει ως επακόλουθο μια καλή κλινική έκβαση και μπορεί να προσδιορίσει την αποτελεσματική τους κάλυψη (Tanahashi,1978, Bivol et.al, 2012).

Ως παράδειγμα, αν κάποιος πολίτης αντιμετωπίζει πρόβλημα υπέρτασης, για να μπορέσει να λάβει αποτελεσματική φροντίδα θα πρέπει:

- Να είναι διαθέσιμες οι ανάλογες υπηρεσίες φροντίδας, εξειδικευμένοι γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό, εργαστηριακός εξοπλισμός και φάρμακα για το συγκεκριμένο πρόβλημα που αντιμετωπίζει
- Να υπάρχουν υγειονομικές δομές πλησίον του τόπου διαμονής του, ώστε να είναι σε θέση να αποκτήσει έγκαιρη και οικονομικά προσιτή πρόσβαση σε αυτές
- Να είναι σε θέση να αποδέχεται τις υπηρεσίες υγείας που του παρέχονται, να εξυπηρετείται έγκαιρα και με άμεσο τρόπο

- Να καλύπτεται με πλήρη τρόπο κατά το στάδιο της πραγματικής επαφής του με τις υγειονομικές δομές και τους επαγγελματίες υγείας
- Να εξασφαλίζεται η αποτελεσματική και επιτυχής κάλυψη του και με την τήρηση της συνταγογραφούμενης αγωγής και των οδηγιών του γιατρού, να επιτυγχάνεται η ρύθμιση της αρτηριακής του πίεσης

Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η επιτυχής ‘‘πλοήγηση’’ των πολιτών μέσα σε αυτό το σύνθετο ‘‘μονοπάτι’’, γεγονός που αποτελεί το βασικό στόχο όλων των υπηρεσιών και των προγραμμάτων υγειονομικής περίθαλψης.

Η αποτυχία εξασφάλισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων είναι αποτέλεσμα κακής ‘‘πλοήγησης’’ και ανεπαρκών επιδόσεων των συστημάτων περίθαλψης.

3.2 Μελέτες που βασίζονται στο πλαίσιο του Tanahashi

Οι κατάλληλες, συναφείς και παρόμοιες μελέτες σύμφωνα με το πλαίσιο Tanahashi και τις τροποποιήσεις του, προσφέρουν σημαντικές πληροφορίες για τη χρήση αυτής της επιστημονικά σχεδιασμένης, πολυπαραγοντικής μεθοδολογίας, με στόχο τον αποτελεσματικό σχεδιασμό στρατηγικών, για την άρση των εμποδίων καθώς και την ανάδειξη βέλτιστων πρακτικών, για τη βελτίωση της πρόσβασης κυρίως των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας.

Ο ΠΟΥ το 2008, βάση αυτού του θεωρητικού πλαισίου, εξέδωσε μια μελέτη με τίτλο ‘‘Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health’’. Αναφέρθηκε στο πλαίσιο Tanahashi και τα πέντε στάδια του, από τα οποία θα πρέπει να περάσει ο πληθυσμός, με σκοπό να μπορέσει να αποκτήσει αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τα θέματα της υγείας του και με αυτό τον τρόπο να οικοδομηθεί μια αποτελεσματική περίθαλψη. Προτάθηκαν παρεμβάσεις ειδικά για τις χώρες στις οποίες η δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένη και είναι δύσκολο να επιτευχθεί καθολική πρόσβαση των πολιτών τους σε αυτές. Τα στρατηγικά προγράμματα που προτάθηκαν αφορούσαν τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και τη διερεύνηση των εμποδίων στην πρόσβαση τους και στα πέντε επίπεδα κάλυψης του πλαισίου του Tanahashi (WHO, CSDH, 2008).

Το Νοέμβριο του 2010 στο Montreux της Ελβετίας, διοργανώθηκε με τη συμμετοχή του ΠΟΥ, το πρώτο παγκόσμιο συμπόσιο για την έρευνα των συστημάτων υγείας. Σκοπός του ήταν η εκκίνηση ενός διαλόγου πάνω σε κρίσιμα ζητήματα του τομέα της έρευνας των συστημάτων υγείας. Σε μια ανακοίνωση του συμποσίου, με τίτλο “Universal health coverage with equity: what we know, don’t know and need to know” ενσωματώθηκε το θεωρητικό πλαίσιο του Tanahashi, με σκοπό την διερεύνηση των πιθανών εμποδίων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επισημάνθηκαν τα μεγάλα κενά που υπάρχουν στη γνώση των αναγκών υγείας για ορισμένες κοινωνικές ομάδες που δεν καλύπτονται από τα προγράμματα υγείας αλλά και τα κρίσιμα στοιχεία μιας διαδικασίας που θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια δίκαιη πρόσβαση τους. Προτάθηκε η υλοποίηση ερευνών, βάση των σταδίων του συγκεκριμένου θεωρητικού πλαισίου, ειδικά για τις κοινωνικές ομάδες για τις οποίες οι υπηρεσίες υγείας δεν είναι προσβάσιμες, δεν είναι διαθέσιμες, δεν τυγχάνουν αποδοχής από αυτές και δεν επιτυγχάνεται κάλυψη κατά την επαφή τους καθώς και αποτελεσματική τους κάλυψη (Frenz and Vega, 2010).

Το 2012 με τον συντονισμό του ΠΟΥ εκπονήθηκε μια έρευνα από το Υπουργείο Υγείας της Δημοκρατίας της Μολδαβίας, για τον εντοπισμό των παραγόντων που διευκολύνουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και των παραγόντων που την παρεμποδίζουν. Η έρευνα αυτή είχε ως βάση τα πέντε στάδια του πλαισίου του Tanahashi και δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στις δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζουν οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες όταν χρειάζονται φροντίδα υγείας. Σκοπό της η έρευνα είχε την επίτευξη της ισότητας στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας. Μέσω μιας ποιοτικής έρευνας, εντοπίστηκαν τα σημεία συμφόρησης σε όλα τα διαδοχικά επίπεδα του πλαισίου, τα οποία καθορίζουν και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επισημάνθηκε πως όσο υπάρχουν αυτά τα συγκεκριμένα σημεία συμφόρησης, είναι πολύ πιθανόν να αποτύχουν να σχεδιαστούν αποτελεσματικές στρατηγικές που να φθάνουν στους πολίτες που πραγματικά τις έχουν ανάγκη (Bivol et al, 2012).

Το 2013 στο δελτίο του ο ΠΟΥ, σε ένα κύριο άρθρο με τίτλο Universal Health coverage and universal access, αναφέρεται στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και στις διαστάσεις της, σύμφωνα με το πλαίσιο Tanahashi. Σύμφωνα με τον

ΠΟΥ, η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στα πέντε στάδια του πλαισίου μπορεί να βελτιωθεί αν βασική προτεραιότητα των σχεδιαστών πολιτικής, είναι η αναθεώρηση των πολιτικών που έχουν σχέση με την αντιμετώπιση των ευρύτερων κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας. Οι βελτιώσεις στον τομέα της εκπαίδευσης, θα συντελέσουν στην αύξηση των εισοδημάτων των πολιτών, θα κάνουν πιο προσιτές τις υπηρεσίες υγείας αλλά και θα προσφέρουν την απαιτούμενη ευαισθητοποίηση στους πολίτες, ούτως ώστε να απαιτούν και να λαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας που πραγματικά έχουν ανάγκη σε όλα τα στάδια του πλαισίου (Evans et.al, 2013).

Η UNICEF το 2013 με το Analysis of Bottleneck towards Effective Coverage of Interventions for Children in Bangladesh, προωθεί μια αποκεντρωμένη προσέγγιση, βασιζόμενη στο πλαίσιο του Tanahashi, υλοποιώντας ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα σε συνεργασία με τους φοιτητές της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Μπαγκλαντές. Σκοπός του προγράμματος είναι ο εντοπισμός των εμποδίων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και η άρση τους, για την αποτελεσματική κάλυψη βασικών υπηρεσιών σε κοινοτικό επίπεδο, την προσέγγιση και την ανάλυση των σημείων συμφόρησης και την αποτελεσματική κάλυψη των παρεμβάσεων ειδικά για τα παιδιά (UNICEF, 2013).

Το Σεπτέμβριο του 2014 το περιοδικό Science στο άρθρο “Prioritizing integrated Health strategies for universal health coverage” κάνει μια εκτενή αναφορά στο πλαίσιο Tanahashi, ως σημαντικό εργαλείο για τον εντοπισμό των ευκαιριών για βελτιώσεις, στα διαδοχικά επίπεδα όπου “χάνονται” οι επιδόσεις των συστημάτων υγείας. Προσαρμόζει πολυάριθμες στρατηγικές και καινοτομίες mHealth¹⁰ σε όλα τα στάδια του πλαισίου, με στόχο να αρθούν τα εμπόδια στην πρόσβαση, μέσω της χρήσης της τεχνολογίας της επικοινωνίας, με στόχο την αντιμετώπιση των πολλαπλών κενών που παρεμποδίζουν την καθολική κάλυψη υγείας (Mehl & Labrique, 2014).

Στην ελληνική βιβλιογραφία δεν έχει εντοπιστεί κάποια έρευνα σε σχέση με τη διαδρομή των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, σε όλα τα στάδια της πρόσβασης τους σε αυτές.

¹⁰ Η mHealth υποστηρίζει τη δημόσια υγεία με τη χρήση συσκευών κινητής τηλεφωνίας

II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Καθορισμός της μεθοδολογίας και των στόχων της έρευνας

Η ποιοτική έρευνα βασίζεται στην υπόθεση ότι είναι αδύνατο να συγκεντρώσει κανείς πληροφορίες και γνώση για τους ανθρώπους δίχως να μελετήσει, πως αυτή βιώνεται και περιγράφεται από τους ίδιους τους πρωταγωνιστές της. (Σαχίνη-Καρδάση, 2004). Στόχος της ποιοτικής έρευνας είναι να περιγράψει, να αναλύσει, να ερμηνεύσει αλλά και να κατανοήσει κοινωνικά φαινόμενα, δίνοντας την απάντηση στο πώς και στο γιατί (Ιωσηφίδης, 2003).

Το παρόν ερευνητικό εγχείρημα διερευνά και αναλύει αίτια, συσχετίσεις καθώς και συνέπειες έχοντας ως θεωρητική αφετηρία το πλαίσιο του Tanahashi. Στοιχεί στην κατανόηση σε βάθος των εμποδίων καθώς και των διευκολυντικών παραγόντων που συναντούν οι πολίτες κατά τη διαδρομή τους μέσα στο ελληνικό σύστημα υγείας. Διερευνά την οπτική των δρώντων και εμπλεκόμενων υποκειμένων (χρηστών υπηρεσιών υγείας και βασικών πληροφοριοδοτών) για το φαινόμενο της προσβασιμότητας, ως μια δυναμική διαδικασία, σε όλη την πολλαπλότητα της. Η ποιοτική αυτή έρευνα γίνεται στον “πραγματικό κόσμο”, παράγοντας δεδομένα τα οποία προσομοιάζουν σε καθημερινές πρακτικές ανακαλύπτοντας νέες πτυχές του υπό εξέταση φαινομένου (Τσιώλης, 2014).

Αξιοποιεί ως μέθοδο τις συνεντεύξεις, οι οποίες εγκαθιδρύουν κατά κανόνα μια στενή επικοινωνιακή σχέση μεταξύ του ερευνητή και των συμμετεχόντων στην έρευνα. Οι μέθοδοι και οι διαδικασίες ανάλυσης λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους το πλαίσιο (context), μέσα στο οποίο παράγονται αυτά τα δεδομένα (Τσιώλης, 2014).

Η έρευνα ακολουθεί μια επαγωγική-ερμηνευτική μεθοδολογική προσέγγιση με σκοπό την κατανόηση σε βάθος των παραγόντων που παρεμποδίζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αλλά και των παραγόντων που τη διευκολύνουν. Σε μια διαδικασία η οποία ξεκινά “εκ των έσω”, γίνεται μια προσπάθεια ώστε να εντοπιστούν οι απόψεις των υποκειμένων της έρευνας και των καταστάσεων που βιώνουν αλλά και των συναισθημάτων τους, κατά τη διάρκεια της διαδρομής τους μέσα στο σύστημα υγείας, τα εμπόδια που συναντούν καθώς και τους παράγοντες που διευκολύνουν την

πρόσβαση τους, στις συγκεκριμένες θεματικές περιοχές που αφορούν τις πέντε διαστάσεις του θεωρητικού πλαισίου του Tanahashi.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

- Να διερευνηθούν τα εμπόδια και οι διευκολυντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση στις δομές υγείας, με βάση τις εμπειρίες και τις απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και των βασικών πληροφοριοδοτών. Ο χαρακτηρισμός των εν λόγω εμποδίων και διευκολυντικών παραγόντων γίνεται σύμφωνα με τη διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα, την αποδοχή, την κάλυψη επαφής και την αποτελεσματική κάλυψη, όπως προβλέπει το πλαίσιο Tanahashi, ώστε:
- Να διερευνηθούν οι αλλαγές που έχουν προκύψει τα τελευταία χρόνια στον τομέα της υγείας, λόγω και των νέων δεδομένων που έχει επιβάλει η οικονομική κρίση
- Να επισημανθούν οι ευκαιρίες βελτίωσης της πρόσβασης στις δομές υγείας, ώστε αυτή να γίνει καθολική

4.2 Η συλλογή των δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με δομημένες και ημι-δομημένες συνεντεύξεις με χρήστες υπηρεσιών υγείας (άνεργους, ανασφάλιστους, ασφαλισμένους, χρονίως πάσχοντες, μετανάστες) και βασικούς πληροφοριοδότες (διευθυντικά στελέχη, επικεφαλής υγειονομικών περιφερειών, νοσοκομείων, παρόχων υπηρεσιών υγείας και συλλογικών οργάνων), οι οποίες διεξήχθησαν την περίοδο Δεκεμβρίου 2014 – Μαΐου 2015. Η μέθοδος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε είναι η δειγματοληψία σκοπιμότητας (purposive sampling). Το δείγμα δεν επιλέχθηκε τυχαία, αλλά στοχευμένα κι αφού κρίθηκε ότι τα άτομα που θα έπαιρναν μέρος στην έρευνα ήταν σε θέση, λόγω προσωπικής εμπειρίας, να δώσουν σαφείς και ουσιαστικές απαντήσεις στα ερωτήματα που σχετίζονται με το υπό εξέταση φαινόμενο (Marshall 1996, Σαχίνη-Καρδάση 2004, Μαντζούκας 2007).

4.2.1 Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας

Το δείγμα των χρηστών επιλέχθηκε με σκοπό να περιλαμβάνει άτομα που αντιμετωπίζουν εμπόδια κατά την προσπάθεια τους να χρησιμοποιήσουν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Πρόκειται για γυναίκες και άνδρες, οι οποίοι διαμένουν στην πόλη της Αθήνας, αλλά και στη Μυτιλήνη, που ως παραμεθόριος περιοχή εμφανίζει διακριτά ποιοτικά χαρακτηριστικά στον τρόπο λειτουργίας των μονάδων υγείας. Η μέση χρονική διάρκεια των συνεντεύξεων με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας ήταν τα 30 λεπτά.

Διενεργήθηκαν συνεντεύξεις συνολικά σε επτά χρήστες υπηρεσιών υγείας:

1. Εργαζόμενη, ασφαλισμένη στο ΙΚΑ, 30 ετών Αθήνα
2. Φοιτήτρια, ανασφάλιστη, 33 ετών, Αθήνα
3. Ασφαλισμένη στον ΟΓΑ, με χρόνια πάθηση, 55 ετών, Αθήνα
4. Άνεργη, ανασφάλιστη, 41 ετών, Μυτιλήνη
5. Μετανάστης χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα και ασφαλιστική κάλυψη, 22 ετών, Μυτιλήνη
6. Ασφαλισμένη του δημοσίου, με χρόνια πάθηση, 54 ετών, Αθήνα
7. Ασφαλισμένη στον ΟΑΕΕ, με χρόνια πάθηση, 53 ετών, Αθήνα

4.2.2 Οι βασικοί πληροφοριοδότες

Οι βασικοί πληροφοριοδότες εργάζονται στον τομέα της υγείας, σε εθνικό, περιφερειακό, αστικό και αγροτικό επίπεδο. Στο δείγμα των βασικών πληροφοριοδοτών περιλαμβάνονται διευθυντικά στελέχη και επικεφαλής υγειονομικών περιφερειών, νοσοκομείων, παρόχων υπηρεσιών υγείας και συλλογικών οργάνων.

Ως τόπος συνάντησης των βασικών πληροφοριοδοτών ορίζεται ο εργασιακός τους χώρος. Η διάρκεια της συνέντευξης με τους βασικούς πληροφοριοδότες ήταν 30

λεπτά. Μερικοί από τους συμμετέχοντες έκαναν υπέρβαση του χρόνου για να καταθέσουν τις πολλές και ενδιαφέρουσες απόψεις τους στο θέμα της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες υγείας, γεγονός που κρίθηκε θεμιτό λόγω της πολυετούς εμπειρίας τους στο φορέα εργασίας τους.

Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων των συνεντεύξεων διήρκησε 6 περίπου μήνες λόγω και της μετάβασης της ερευνήτριας στη Μυτιλήνη, για τη λήψη συνεντεύξεων.

Ερωτήθηκαν συνολικά επτά άτομα :

1. Ο Υποδιοικητής μιας ΔΥΠε
2. Ο Πρόεδρος ενός Ιατρικού Συλλόγου
3. Ο Διευθυντής της ιατρικής υπηρεσίας ενός Νοσοκομείου των Αθηνών
4. Ο Διοικητής ενός επαρχιακού Νοσοκομείου νησιωτικής περιοχής
5. Ο Διευθυντής της φαρμακευτικής υπηρεσίας ενός Νοσοκομείου των Αθηνών
6. Η Διευθύντρια της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ενός Νοσοκομείου των Αθηνών
7. Ο Προϊστάμενος ενός τμήματος της κεντρικής υπηρεσίας του ΕΟΠΥΥ

4.3 Τα εργαλεία της έρευνας

Για τη διεξαγωγή των συνεντεύξεων, η ερευνήτρια είχε στη διάθεσή της τους οδηγούς και τα ερωτηματολόγια της μεγάλης έρευνας του ΠΟΥ για την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, τα οποία βασίζονται στο πλαίσιο του Tanahashi και ένα δημοσιογραφικό μαγνητόφωνο. Προηγήθηκαν οι απαραίτητες άδειες και η έγκριση από τη διοίκηση της 2^{ης} ΔΥΠΕ Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου, η οποία έδειξε μεγάλο ενδιαφέρον για την έρευνα και για τα αποτελέσματα της. Οι ερωτήσεις αφορούσαν όλα τα ζητήματα στα οποία επικεντρώνεται η παρούσα έρευνα. Συγκεκριμένα, για να διερευνηθούν οι διάφορες προσωπικές εμπειρίες και απόψεις των συνεντευξιζόμενων σχετικά με τη δυνατότητα πρόσβασης στις δημόσιες μονάδες υγείας, διατυπώθηκαν μια σειρά ερωτήσεις α) για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας (ασφαλισμένους, ανασφάλιστους και χρόνια πάσχοντες) και β) για τους βασικούς πληροφοριοδότες, με σκοπό να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με τη

διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, την αποδοχή της φροντίδας, την κάλυψη της επαφής και την αποτελεσματική κάλυψη.

4.4. Η εκκίνηση και η διαδικασία των συνεντεύξεων

Μερικές συνεντεύξεις με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, έγιναν μετά από προκαθορισμένα ραντεβού στο τόπο της κατοικίας τους και άλλες ήταν μη προκαθορισμένες. Μία από αυτές λήφθηκε στο πλοίο της γραμμής από Μυτιλήνη για Πειραιά. Οι συνεντεύξεις με τους βασικούς πληροφοριοδότες διενεργήθηκαν μετά από προκαθορισμένα ραντεβού, στο φορέα εργασίας τους.

Η συνάντηση για κάθε μία από τις συνεντεύξεις ξεκίνησε με μια σύντομη περιγραφή της ερευνήτριας, της ιδιότητας της και του περιεχομένου της έρευνας και ακολούθησε μια περιγραφή της διαδικασίας της συνέντευξης. Δόθηκε έμφαση στην εμπιστευτικότητα της όλης συζήτησης και στη μη εμφάνιση του ονοματεπώνυμου του συνεντευξιζόμενου σε οποιαδήποτε έκθεση των συμπερασμάτων της έρευνας. Ειδικά από την ομάδα των βασικών πληροφοριοδοτών κανένας δεν είχε πρόβλημα να αναφερθεί το ονοματεπώνυμο του.

Οι συνεντευξιζόμενοι συναίνεσαν στην ηχογράφηση των συνεντεύξεων, οι οποίες είχαν διάρκεια, κατά μέσο όρο γύρω στα 30 λεπτά. Καταγράφηκε η ηλικία, η ιδιότητα και ο τόπος κατοικίας τους και τηρήθηκε η αρχή της εμπιστευτικότητας. Στα αποσπάσματα που παρουσιάζονται παρακάτω, “συνεντευκτής” είναι η ερευνήτρια, και οι συνεντευξιζόμενοι παρουσιάζονται ως “χρήστες” και ως “βασικοί πληροφοριοδότες.”

4.4.1 Οι απομαγνητοφωνήσεις

Οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν για να μπορεί να γίνει η επεξεργασία τους. Έχουν καταγραφεί κάποια ιδιαίτερα στοιχεία του προφορικού λόγου (παύσεις, γέλια, χειρονομίες). Η μαγνητοφώνηση ήταν προβληματική σε κάποια σημεία σε μία από τις συνεντεύξεις, η οποία έγινε στο πλοίο της γραμμής από Μυτιλήνη για Πειραιά, γιατί

υπήρχε μεγάλος υπόκωφος θόρυβος και ταυτόχρονες ομιλίες. Στα σημεία όπου παρουσιάζεται αυτή η δυσκολία, αναφέρεται στις απομαγνητοφωνήσεις.

4.4.2 Τα στάδια επεξεργασίας

→ Στο πρώτο στάδιο της ανάλυσης, επιχειρήθηκε η κατηγοριοποίηση των συνεντεύξεων σε θεματικές περιοχές (content areas) που κατά βάση συνέπιπταν με τα στάδια του πλαισίου Tanahashi. Σε κάθε θεματική περιοχή συμπεριλήφθηκαν τα αντίστοιχα αποσπάσματα από όλες τις συνεντεύξεις, ούτως ώστε να εντοπιστούν τα κοινά επιχειρήματα που χρησιμοποιήθηκαν. Στόχος δεν ήταν η εξαγωγή τελικών συμπερασμάτων, αλλά ο καταμερισμός του υλικού προκειμένου να γίνει πιο εύκολα διαχειρίσιμο.

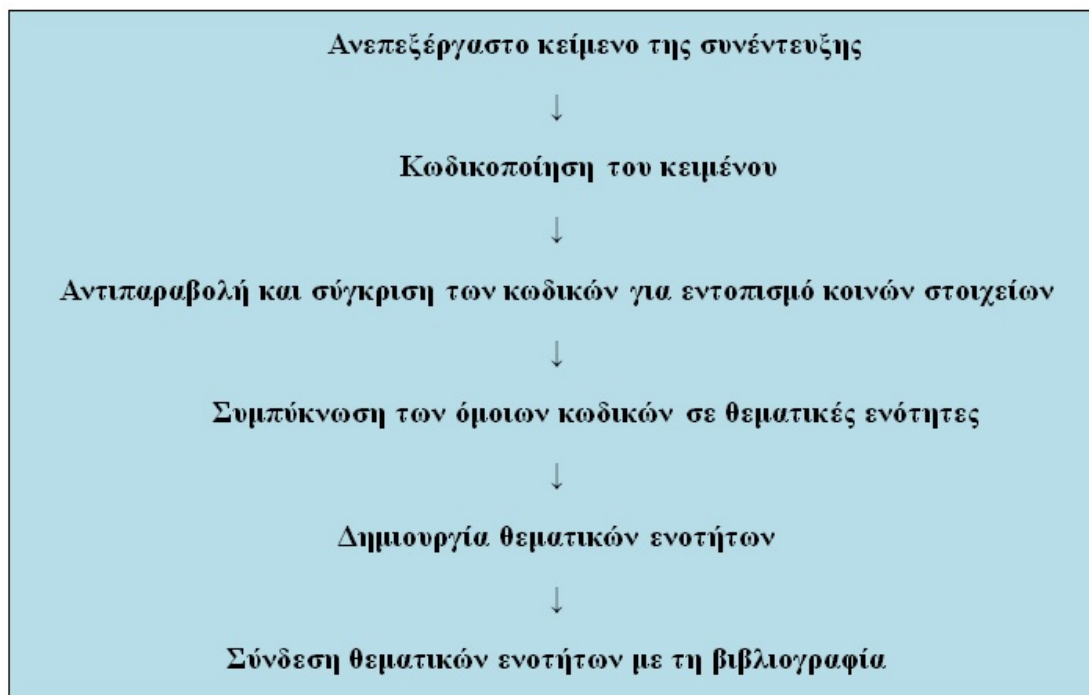
→ Στο επόμενο στάδιο, επιχειρήθηκε η σύγκριση μεταξύ των διαφόρων συνεντεύξεων και αξιολογήθηκαν όσο γίνεται περισσότερο οι πληροφορίες που έδωσαν οι συνεντευξιαζόμενοι.

→ Μετά τον καθορισμό των θεματικών περιοχών σύμφωνα με το πλαίσιο Tanahashi, επιλέχθηκαν τα αποσπάσματα που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση. Τα αποσπάσματα επιλέχθηκαν κυρίως με βάση την περιεκτικότητα της επιχειρηματολογίας που αναπτύσσεται στο καθένα. Σε μερικές περιπτώσεις κρίθηκε απαραίτητο τα εν λόγω αποσπάσματα να είναι σχετικά εκτενή, προκειμένου να αποτυπώνεται στο σύνολό της κι όχι αποσπασματικά η άποψη του συνεντευξιαζόμενου αναφορικά με κάποιο ζήτημα.

Επιλέχθηκε η μέθοδος της θεματικής ανάλυσης περιεχομένου (content analysis). Κρίθηκε ως η πλέον κατάλληλη προκειμένου να συγκεντρωθούν πληροφορίες για το υπό εξέταση φαινόμενο και πως αυτό γίνεται αντιληπτό από τους ερωτώμενους. Η διαδικασία αποσκοπούσε στην κατανόηση του περιεχομένου των απαντήσεων, στον εντοπισμό και την επισήμανση των σημείων-κλειδιών των συνεντεύξεων, στην αναζήτηση των κοινών σημείων στις απόψεις των συνεντευξιαζόμενων και την περαιτέρω επεξεργασία και ερμηνεία του απομαγνητοφωνημένου υλικού μέσω της ταξινόμησης και κωδικοποίησης του.

Τα βήματα που ακολουθήθηκαν παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.1, (Graneheim & Lundman, 2004, Μαντζούκας 2007):

Πίνακας 4.1: Τα βήματα της ποιοτικής έρευνας



Πηγή: Graneheim & Lundman, 2004, Μαντζούκας 2007, προσαρμογή από τη συγγραφέα

Όμως ο ερευνητής είναι υποχρεωμένος βάσει των βημάτων της ποιοτικής έρευνας, να παρουσιάσει και τον εαυτό του με ευκρινή τρόπο. Να κάνει μια παρουσίαση των πεποιθήσεων και των αντιλήψεων του, γιατί ο ίδιος είναι το κεντρικό πρόσωπο της έρευνας και αποτελεί τον συνδημιουργό αυτής της πραγματικότητας, την οποία διερευνά σε βάθος (Μαντζούκας, 2007).

4.5. “Εμπειρίες πολιτών” και περιγραφές με βάση το θεωρητικό πλαίσιο του Tanahashi

Πριν το πέραςμα στα αποτελέσματα της πρωτότυπης αυτής έρευνας, επιχειρείται μια καταγραφή χαρακτηριστικών “εμπειριών” και περιγραφών της ερευνήτριας. Η

καθημερινή επαφή της με τους βασικούς δρώντες, χρήστες των υπηρεσιών υγείας, διευθυντικά στελέχη και επαγγελματίες υγείας, την καθιστά ικανή να παραθέσει τις πεποιθήσεις της αλλά και τις αντιλήψεις της για το φαινόμενο της προσβασιμότητας. Η παράθεση αυτή γίνεται με τη χρήση του θεωρητικού πλαισίου του Tanahashi και των πέντε παραμέτρων του αλλά και της έκτης παραμέτρου που προστέθηκε στο παρόν ερευνητικό εγχείρημα και αφορά τα μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση για να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον υγειονομικό τομέα.

Επιβάλλεται, σε μια ποιοτική έρευνα, να μη γίνεται η παρουσίαση μόνο των αντιλήψεων και των πεποιθήσεων όσων λαμβάνουν μέρος σε αυτήν, αλλά και του ίδιου του ερευνητή, ο οποίος έχει τον κεντρικό ρόλο στην έρευνα (Μαντζούκας, 2007).

Η συγκεκριμένη αποτύπωση, προηγείται χρονικά της λήψης των συνεντεύξεων και της ανάλυσης των δεδομένων της έρευνας και επιβεβαιώνει τα αποτελέσματα της, τα οποία και ακολουθούν. Για το λόγο αυτό γίνεται και η παράθεση της σε αυτό το σημείο.

4.5.1 Διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας

α) Το ανθρώπινο δυναμικό

Το ανθρώπινο δυναμικό είναι ο βασικός πυλώνας όλων των επιπέδων της υγειονομικής περίθαλψης. Δεν μπορεί να παρασχεθεί ουδεμίας μορφής περίθαλψη, αν δεν συμβάλουν στην παροχή της, οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας. Είναι όμως ταυτόχρονα και ένας πόρος που απαιτεί τις μεγαλύτερες δαπάνες και την πλήρη διαθεσιμότητα του συνεχώς, ώστε να μπορεί να λειτουργεί επαρκώς κάθε υγειονομικός φορέας.

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, εν όψη των περικοπών των δαπανών για την υγεία, δεν έχουν γίνει προσλήψεις υγειονομικού προσωπικού και διοικητικών υπαλλήλων. Τα ωράρια των επαγγελματιών υγείας είναι εξαντλητικά, προκειμένου να μπορούν να ανταπεξέλθουν στην έλλειψη προσωπικού. Οι δεδομένοι πόροι έμψυχου δυναμικού δεν μπορούν να εξασφαλίσουν την καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη και την αύξηση του αριθμού των πολιτών που απευθύνονται στις δημόσιες υγειονομικές δομές λόγω της οικονομικής ύφεσης.

Στο χώρο της ΠΦΥ υπάρχει μια χαοτική κατάσταση μια και οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις δεν ακολουθήθηκαν από προσλήψεις προσωπικού. Οι αναμονές για ραντεβού με γιατρό είναι τεράστιες, ειδικά για ορισμένες ειδικότητες όπως είναι οι ψυχίατροι και οι ενδοκρινολόγοι και σε μερικές άλλες ειδικότητες υπάρχει ελάχιστη ως μηδαμινή κάλυψη, όπως σε ουρολόγους, αγγειολόγους, ρευματολόγους. Οι πολίτες, απευθυνόμενοι σε συμβεβλημένους γιατρούς με τον ΕΟΠΥΥ, έρχονται αντιμέτωποι αρκετές φορές με άτυπες πληρωμές.

Εμπειρία

Ένας ηλικιωμένος πολίτης προσέρχεται σε μονάδα ΠΦΥ αναζητώντας ουρολόγο. Είναι συνταξιούχος και λαμβάνει μικρή σύνταξη. Δεν δύναται να πληρώσει το αντίτιμο της επίσκεψης σε ιδιωτικό ιατρείο αλλά ούτε και το ποσό των 10 ευρώ που επανειλημμένα, όπως αναφέρει, του ζητούν οι συμβεβλημένοι γιατροί για την παρακολούθηση της πάθησης του και τη συνταγογράφηση των φαρμάκων του (πάσχει από ca προστάτη). Έχει απευθυνθεί στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου αλλά η αναμονή για ιατρικό ραντεβού ξεπερνά τους 2 μήνες. Δυστυχώς η μονάδα ΠΦΥ δεν έχει ουρολόγο αλλά και καμία στην ευρύτερη περιοχή της περιφέρειας που διαμένει ο πολίτης.

Πέτρος, 77 ετών, συνταξιούχος ΙΚΑ

Στα νοσοκομεία οι αναμονές είναι τεράστιες, ειδικά στα μεγάλα αστικά κέντρα, και ειδικά στις εφημερίες και μπορούν να διαρκέσουν πολλές ώρες, λόγω του πλήθους των πολιτών που απευθύνονται σε αυτά.

Το έμπυχο δυναμικό στο χώρο της υγείας, σε πολλές των περιπτώσεων διευκολύνει την πορεία των πολιτών στο δύσβατο “μονοπάτι” της αναζήτησης υπηρεσιών υγείας. Πολλά από τα εμπόδια που συναντούν, αίρονται χάρη στις φιλότιμες προσπάθειες των υγειονομικών υπαλλήλων.

Λόγω της ανεπαρκούς λειτουργικής διασύνδεσης ανάμεσα στις μονάδες υγείας, η ενημέρωση για τις υποδομές που διαθέτει η κάθε μονάδα είναι ελλιπής. Οι όποιες προσπάθειες εξυπηρέτησης καθώς και κατεύθυνσης των ασθενών σε άλλες δομές,

οφείλονται στις προσπάθειες που καταβάλει το υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό των μονάδων υγείας.

Εμπειρία

Γυναίκα ηλικίας 55 ετών προσέρχεται στα ιατρεία μονάδας υγείας της ΠΦΥ και ζητά παραπεμπτικό από το γιατρό για την εκτέλεση μαστογραφίας, λόγω βεβαρυσμένου οικογενειακού ιστορικού. Είναι άνεργη και ανασφάλιστη. Δεν δύναται ούτε καν να πληρώσει την τηλεφωνική κλήση με τον πενταψήφιο αριθμό ραντεβού των ΠΕΔΥ. Η υγειονομική υπάλληλος την κατευθύνει αμέσως στο γυναικολόγο, ο οποίος δίνει χειρόγραφο παραπεμπτικό, γιατί το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δεν επιτρέπει την αναγραφή παραπεμπτικού εξέτασης σε ανασφάλιστους, με το οποίο θα μπορούσε να εκτελεστεί η μαστογραφία σε συμβεβλημένο ιδιωτικό κέντρο με συμμετοχή 15%. Σε δημόσιο νοσοκομείο το με ιδίόχειρο παραπεμπτικό θα πλήρωνε εξ ολοκλήρου την εξέταση.

Η υγειονομική υπάλληλος την πληροφορεί για μια μονάδα υγείας ΠΕΔΥ πολύ κοντά στην περιοχή διαμονής της, η οποία διαθέτει μαστογράφο και κλείνει ραντεβού για την εξέταση της.

Παναγιώτα, 55 ετών, άνεργη και ανασφάλιστη

β) Οι κτιριακές εγκαταστάσεις

Οι εγκαταστάσεις στο χώρο της ΠΦΥ είναι σε μεγάλο βαθμό ακατάλληλες για στέγαση μονάδων υγείας. Πολλά κτίρια του ΠΕΔΥ είναι παλαιά και ενοικιαζόμενα και στεγάζονται στους ίδιους χώρους που στέγαζαν και τα πρώην ιατρεία του ΙΚΑ. Αν και το ΙΚΑ διέθετε δικά του κτίρια που θα μπορούσαν με μια ανακαίνιση να στεγάσουν μονάδες υγείας, αρκετά από τα νυν ΠΕΔΥ συνεχίζουν να στεγάζονται σε ενοικιαζόμενα παλαιά και ακατάλληλα κτίρια, για οποία δαπανώνται υπέρογκα ποσά.

Περιγραφή

Κτίριο ΠΦΥ είναι παλαιό (κτίριο 50ετίας που δεν έχει ανακαινιστεί) και δεν ανταποκρίνεται στις βασικές προδιαγραφές που πρέπει να διαθέτει μια μονάδα ΠΦΥ. Χωρίς μπάρες για την πρόσβαση των ΑΜΕΑ, με μικρά ασανσέρ στα οποία δεν

μπορεί να χωρέσει ένα φορείο και με δυσκολία χωρά ένα μικρό αναπηρικό αμαξίδιο. Αν υπάρχει κάποιο επείγον περιστατικό το οποίο επιβάλλεται να διακομιστεί στο νοσοκομείο, παρουσιάζεται μεγάλη δυσχέρεια στη μεταφορά του. Τις τελευταίες 15 ημέρες έχει προκληθεί βλάβη και δεν λειτουργούν και τα δύο ασανσέρ του κτιρίου, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα οι πολίτες με κινητικά προβλήματα, με προβλήματα όρασης καθώς και οι υπερήλικες να ανεβαίνουν από τις σκάλες στους ορόφους του κτιρίου, υποβασταζόμενοι από το νοσηλευτικό προσωπικό της μονάδας.

Η πρόσβαση ειδικά των ηλικιωμένων και των ΑΜΕΑ, στις πρωτοβάθμιες και νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας είναι δυσχερής, τα περισσότερα από τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ειδικά των μεγάλων αστικών κέντρων δεν διαθέτουν ειδικές θέσεις parking, για αυτές τις ομάδες των πολιτών.

γ) Ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός

Ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός είναι σε αρκετές των περιπτώσεων παλιός και τα υλικά που χρησιμοποιούνται στα διαγνωστικά εργαστήρια των μονάδων ανεπαρκή. Αν κάποιο ιατρικό μηχάνημα υποστεί κάποια βλάβη και απαιτείται για την επισκευή του υψηλή δαπάνη, παραμένει ακόμη και μήνες σε κατάσταση αχρηστίας και οι πολίτες για τις εξετάσεις τους αναγκάζονται να απευθυνθούν σε συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικά εργαστήρια, με την αντίστοιχη εκ μέρους τους οικονομική επιβάρυνση.

Ο ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός είναι ανεπαρκής ειδικά στα επαρχιακά νοσοκομεία. Αρκετά δύσκολα περιστατικά λόγω έλλειψης του κατάλληλου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, παραπέμπονται σε νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων, γεγονός που επιφέρει περεταίρω σωματική, ψυχική και οικονομική επιβάρυνση στους πολίτες.

δ) Υλικά και φάρμακα

Αρκετοί πολίτες αδυνατούν να αγοράσουν τα φάρμακα τους καθώς η συμμετοχή τους έχει αυξηθεί και τα εισοδήματά τους έχουν μειωθεί. Ιδιαίτερο πρόβλημα αντιμετωπίζουν οι άνεργοι και ανασφάλιστοι πολίτες.

Εμπειρία

Αλλοδαπός και άνεργος πολίτης ο οποίος πάσχει από έλκος στομάχου, προσέρχεται σε μονάδα ΠΦΥ και ο γιατρός του αναγράφει ηλεκτρονική συνταγή φαρμάκων. Δεν δύναται όμως να πληρώσει το κόστος της συμμετοχής των φαρμάκων του και βρίσκεται σε κατάσταση απόγνωσης. Απευθυνόμενος σε μια υγειονομική υπάλληλο της μονάδας, τη ρωτάει αν υπάρχει η δυνατότητα να προμηθευτεί δωρεάν τα φάρμακα του. Η υπάλληλος με προσωπικό αίσθημα ευθύνης και φιλοτιμίας, μια και δεν προβλέπεται καμία υπηρεσία ενημέρωσης για τους πολίτες αυτούς, τον συμβουλεύει να απευθυνθεί σε ένα Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών, για την έκδοση βιβλιαρίου απορίας. Για την άμεση δωρεάν προμήθεια των φαρμάκων του μέχρι την έκδοση του βιβλιαρίου απορίας, του δίνει τη διεύθυνση του Κοινωνικού Φαρμακείου της περιοχής.

Μάθιου, αλλοδαπός, άνεργος, 45 ετών

4.5.2 Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη

α) Ασφαλιστική κάλυψη υγείας

Πολλοί από όσους απευθύνονται στις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας, στην παρούσα δεινή οικονομική κατάσταση, είναι άνεργοι, ανασφάλιστοι και πάσχουν από χρόνια νοσήματα για τα οποία απαιτείται συνεχιζόμενη θεραπεία. Υπάρχουν πολλά εμπόδια στην πρόσβαση τους ακόμη και μετά την εξαγγελία του Υπουργείου Υγείας για δωρεάν περίθαλψη. Στο χώρο της ΠΦΥ, οι πολίτες που δεν διαθέτουν ασφαλιστική κάλυψη, μπορούν να απευθύνονται στους γιατρούς για ιατρική εξέταση, συνταγογράφηση φαρμάκων και διαγνωστικές εξετάσεις, οι οποίες μπορούν να πραγματοποιηθούν μόνο μέσα στις εγκαταστάσεις των μονάδων υγείας. Μόνο όμως ελάχιστες διαγνωστικές εξετάσεις μπορούν να πραγματοποιηθούν στις μονάδες της ΠΦΥ και οι ανασφάλιστοι ασθενείς όταν απευθύνονται στα δημόσια νοσοκομεία για την διενέργειά τους, αναγκάζονται να καταβάλουν όλο το κόστος τους.

Εμπειρία

Άνεργη μητέρα προσέρχεται σε μονάδα ΠΦΥ για την συνταγογράφηση των εμβολίων του παιδιού της, ηλικίας 7 ετών. Είναι ανασφάλιστη για μια πενταετία και το παιδί της έχει να εμβολιαστεί από την ηλικία των 2 ετών, όταν είχε ασφαλιστική κάλυψη η μητέρα. Από ότι δηλώνει η ίδια αγνοούσε πως δικαιούται πλέον δωρεάν εξέταση και συνταγογράφηση φαρμάκων, εκείνη και τα μέλη της οικογένειάς της και πως το πληροφορήθηκε από την κοινωνική υπηρεσία του δήμου. Αναφέρει πως δεν είχε πληροφορηθεί από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ούτε από κανέναν άλλον οικείο της πως δικαιούται δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και θα το γνωστοποιήσει η ίδια και σε άλλους πολίτες οι οποίοι αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα με εκείνη.

Δήμητρα, 31 ετών, άνεργη, ανασφάλιστη

β) Οι άμεσα καταβαλλόμενες πληρωμές από το χρήστη

Οι πολίτες που έχουν ελάχιστα εισοδήματα αδυνατούν να καλύψουν τη συμμετοχή για την αγορά των φαρμάκων τους και αρκετές φορές δεν λαμβάνουν την φαρμακευτική αγωγή που τους έχει συνταγογραφήσει ο γιατρός τους, ειδικά αν είναι μεγάλο το κόστος της συμμετοχής που πρέπει να πληρώσουν.

γ) Out-of-pocket, καταστροφικές δαπάνες

Πέρα από τις άμεσες πληρωμές οι οποίες καταβάλλονται από τους πολίτες, υπάρχουν και οι άτυπες πληρωμές, που ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού είτε αδυνατεί να πληρώσει είτε εξαθλιώνεται οικονομικά για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του. Οι πολίτες αναγκάζονται να καταβάλουν άτυπες πληρωμές, ειδικά στο χώρο των νοσοκομείων, ώστε να τύχουν καλύτερης μεταχείρισης είτε καλύτερης θέσης στη λίστα αναμονής για περίθαλψη ή χειρουργική επέμβαση.

Εμπειρία

Μία συνταξιούχος χρειάζεται χειρουργική επέμβαση καταρράκτη για τη βελτίωση της όρασης της. Απευθύνεται για ραντεβού με έναν συγκεκριμένο οφθαλμίατρο, στα τακτικά ιατρεία ενός δημόσιου νοσοκομείου. Τα ραντεβού του γιατρού έχουν μεγάλη αναμονή. Αναγκάζεται να κλείσει απογευματινό ραντεβού μαζί του και επιβαρύνεται με το ποσό των 60 ευρώ. Ο γιατρός την εξετάζει και την πληροφορεί πως για να γίνει η επέμβαση θα πρέπει να περάσουν 6 μήνες γιατί υπάρχει μεγάλη αναμονή στη λίστα του. Η συνταξιούχος του προτείνει να του δώσει κάποιο χρηματικό ποσό για να τύχει

άμεσης αντιμετώπισης. Ο γιατρός ζητά το τηλέφωνο της και την επόμενη ημέρα την καλεί και προγραμματίζει τη χειρουργική επέμβαση για την προσεχή εβδομάδα. Η επέμβαση γίνεται και η συνταξιούχος κατά τη διάρκεια της επίσκεψης της στο γιατρό για μετεγχειρητική εξέταση, του προσφέρει σε “φακελάκι” το ποσό των 200 ευρώ.

Φωτεινή, 71 ετών, συνταξιούχος

δ) Γεωγραφική πρόσβαση-χρόνος για τη μετακίνηση και τη μεταφορά

Οι ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ των αστικών, αγροτικών και νησιωτικών περιοχών είναι μεγάλες. Υπάρχει υπερσυγκέντρωση υπηρεσιών υγείας στα μεγάλα αστικά κέντρα, ενώ αντίθετα στις απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές και στα νησιά η στελέχωση είναι ανεπαρκής και οι κάτοικοι τους αναγκάζονται να απευθύνονται σε δομές των αστικών κέντρων, για να αναζητήσουν εξειδικευμένες υπηρεσίες δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Ειδικά οι κάτοικοι των απομακρυσμένων περιοχών και των νησιών της άγονης γραμμής, αναγκάζονται να κάνουν ταξίδια που υπερβαίνουν ακόμη και το 24ωρο για να μπορέσουν να τύχουν περίθαλψης.

Εμπειρία

Ασθενής νοσηλεύεται σε νοσοκομείο νησιωτικής περιοχής για μία εβδομάδα αλλά η κατάσταση της υγείας του δεν παρουσιάζει καμία αισθητή βελτίωση. Με σύμφωνη γνώμη του ιδίου καθώς και των οικείων του ο ασθενής λαμβάνει εξιτήριο μαζί με παραπεμπτικό για νοσηλεία σε μεγάλο εξειδικευμένο νοσοκομείο των Αθηνών. Είναι χειμώνας, οι καιρικές συνθήκες είναι δυσμενείς και στην αεροπορική πτήση προς την Αθήνα δεν υπάρχουν εισιτήρια για τις προσεχείς 2 ημέρες. Ο ασθενής και η συνοδός του, κάνουν ένα πολύωρο και κουραστικό ταξίδι διάρκειας 14 ωρών με ανέμους 8 μποφόρ μέχρι το λιμάνι του Πειραιά. Το προσωπικό του πλοίου έχει ειδοποιήσει ασθενοφόρο το οποίο και παραλαμβάνει τον ασθενή από το λιμάνι και τον διακομίζει στο νοσοκομείο όπου και γίνεται η εισαγωγή του.

Μιχάλης, 85 ετών, συνταξιούχος

4.5.3 Αποδοχή της φροντίδας

α) Το επίπεδο άνεσης των υπηρεσιών υγείας

Λόγω της παλαιότητας των κτιριακών εγκαταστάσεων αρκετών νοσοκομείων και μονάδων ΠΦΥ, δεν εξασφαλίζεται η απαιτούμενη άνεση και η ασφάλεια κατά τη διάρκεια της περίθαλψης των πολιτών. Στο χώρο των νοσοκομείων αρκετές πτέρυγες είναι παλαιές και οι συνθήκες υγιεινής ανεπαρκείς. Δεν υπάρχουν WC μέσα στους θαλάμους, σε αρκετά τμήματα νοσοκομείων τόσο των μεγάλων αστικών κέντρων, όσο και της επαρχίας.

Περιγραφή

Σε θάλαμο επαρχιακού νοσοκομείου υπάρχουν ελάχιστες παλιές ξύλινες καρέκλες οι οποίες δεν προσφέρουν την απαραίτητη άνεση για τους συνοδούς των ασθενών, οι οποίοι σε αρκετές των περιπτώσεων, περνούν πολλά 24ωρα για να προσέχουν τους οικείους τους, επειδή δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν τη δαπάνη για αποκλειστική αδελφή. Υπάρχει μόνο ένα κοινόχρηστο WC, για τους ασθενείς και τους συνοδούς τους.

Οι χώροι δεν είναι λειτουργικοί τόσο για το προσωπικό, όσο και για τους πολίτες. Σε μεγάλες μονάδες ΠΦΥ, φιλοξενούνται και οι επιτροπές των Κέντρων Πιστοποίησης Αναπηρίας, (ΚΕΠΑ), χωρίς να έχει γίνει πρόβλεψη για την εύκολη πρόσβαση των Ατόμων με Αναπηρία, (ΑΜΕΑ). Δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές (μεγάλοι και άνετοι χώροι ιατρείων και αναμονής οι οποίοι να είναι εύκολα προσβάσιμοι και λειτουργικοί για τα ΑΜΕΑ.

β) Η διάδραση ασθενή-παρόχου

Η αλληλεπίδραση μεταξύ των ασθενών και των παρόχων υγειονομικών υπηρεσιών παρουσιάζει αρκετές δυσχέρειες.

Το έμπυχο δυναμικό στην πλειονότητα του καταβάλλει κάθε προσπάθεια για μια άρτια επικοινωνία με τους πολίτες, αλλά λόγω της υποστελέχωσης που υπάρχει, αρκετές φορές δυσανασχετεί και φτάνει στα όρια της εξάντλησης. Αυτή την κατάσταση οι πολίτες την εκλαμβάνουν ως αδιαφορία.

γ) Διακρίσεις και στιγματισμός

Τα φαινόμενα στιγματισμού και διακρίσεων αφορούν περισσότερο συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες όπως οι οροθετικοί, οι τοξικομανείς, οι μετανάστες, οι Ρομά. Αυτά τα φαινόμενα, όπου παρατηρούνται, έχουν ως αιτία τις πεποιθήσεις καθώς και την κουλτούρα μερικών επαγγελματιών υγείας.

4.5.4 Κάλυψη Επαφής

Οι εμπειρίες της πραγματικής επαφής των πολιτών με τις υπηρεσίες υγείας, καθορίζουν και τη μελλοντική τους συμπεριφορά όταν απευθύνονται σε αυτές. Η ανεπαρκής περίθαλψη αναγκάζει πολλούς πολίτες να μην απευθυνθούν ξανά στο ίδιο νοσοκομείο ακόμη και όταν αντιμετωπίζουν κάποιο επείγον πρόβλημα. Αποφασίζουν να προσφύγουν σε ένα μακρινότερο από την περιοχή τους εφημερεύον νοσοκομείο, αν δεν έχουν τύχει αποτελεσματικής κάλυψης επαφής στο παρελθόν.

Εμπειρία

Πολίτης προσέρχεται σε μονάδα ΠΦΥ, με δυνατό πόνο στην κοιλιακή χώρα. Ο χειρουργός τον εξετάζει, διαπιστώνει κρίση κωλικού εντέρου και τον παραπέμπει άμεσα σε εφημερεύον νοσοκομείο για λεπτομερή έλεγχο. Πληροφορείται πως εφημερεύει το νοσοκομείο της περιοχής του. Ο πολίτης όμως αρνείται να απευθυνθεί σε αυτό και προτιμά ένα άλλο σε μακρινή απόσταση, γιατί όπως αναφέρει στο νοσοκομείο της περιοχής του είχε ανεπαρκή αντιμετώπιση, όταν το είχε επισκεφθεί πριν λίγο καιρό.

Τάσος 46 ετών, Ιδιωτικός υπάλληλος

4.5.5 Αποτελεσματική κάλυψη

Οι πολίτες στην πλειοψηφία τους έχουν εμπιστοσύνη στο γιατρό τους, ακολουθούν τις οδηγίες του και συμμορφώνονται με την φαρμακευτική αγωγή και τη θεραπεία που τους συνιστά. Σε κάποιες δύσκολες περιπτώσεις αρκετοί πολίτες συνηθίζουν να αναζητούν και μια “δεύτερη γνώμη” για το πρόβλημα τους.

Αρκετοί από τους πολίτες είναι ενημερωμένοι για τα θέματα της υγείας τους, λόγω της πρόσβασης τους στο διαδίκτυο, όπου αναζητούν πληροφορίες για τα συμπτώματα τους πριν ακόμη απευθυνθούν στο γιατρό τους. Ο χρόνος όμως που έχουν στη διάθεση τους οι γιατροί δεν επαρκεί ώστε να προσφέρουν αποτελεσματική κάλυψη στους πολίτες.

Περιγραφή

Γιατρός μονάδας ΠΕΔΥ συζητώντας με συναδέλφους του διαμαρτύρεται για το χρόνο των 10 λεπτών που παρέχεται για την κάθε ιατρική επίσκεψη, ο οποίος συχνά δεν ισχύει λόγω του φόρτου εργασίας και γίνεται ακόμη μικρότερος. Όλοι συμφωνούν πως δεν επαρκεί ώστε να είναι σε θέση ο γιατρός να καλύψει αποτελεσματικά τον πολίτη, να τον εξετάσει, να κάνει διάγνωση, να συνταγογραφήσει τα φάρμακα και τις εξετάσεις του, αλλά και να δώσει τις απαραίτητες οδηγίες για τη συμμόρφωση του με τη φαρμακευτική αγωγή και τη θεραπεία.

Περιγραφή

Στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), πολλά από τα οποία απαιτούν χρονοβόρα αντιμετώπιση, υπάρχει μεγάλη δυσχέρεια στην ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Οι γιατροί πρώτιστο ρόλο έχουν την αντιμετώπιση των πολλών περιστατικών που συσσωρεύονται στις εφημερίες. Αναγράφουν τη φαρμακευτική αγωγή σε χειρόγραφο συνταγή, με αποτέλεσμα την ίδια ή τις επόμενες μέρες οι πολίτες να απευθύνονται στις μονάδες υγείας του ΠΕΔΥ, για να γίνει ηλεκτρονική συνταγογράφηση της φαρμακευτικής αγωγής των ΤΕΠ, ώστε να υπάρχει κάλυψη της συμμετοχής. Αυτή η κατάσταση δημιουργεί ουρές αναμονής στα ιατρεία του ΠΕΔΥ και πολλές φορές την άρνηση των γιατρών της ΠΦΥ για ηλεκτρονική συνταγογράφηση της αγωγής των νοσοκομειακών γιατρών, επειδή δεν έχουν κάνει οι ίδιοι τη διάγνωση στα περιστατικά αυτά. Αυτή η κατάσταση αναγκάζει αρκετούς πολίτες να πληρώνουν στο ακέραιο την αξία των φαρμάκων τους.

Η διασύνδεση ΠΦΥ και νοσοκομείων είναι μηδαμινή και σε λίγες μόνο περιπτώσεις οφείλεται στην υπευθυνότητα και την προσωπική πρωτοβουλία των υγειονομικών υπαλλήλων της ΠΦΥ, που προσπαθούν με όσες δυνατότητες διαθέτουν, να

επικοινωνήσουν με τα νοσοκομεία και να προσπαθήσουν να κατευθύνουν σε αυτά τους πολίτες αν παραστεί τέτοια ανάγκη.

4.5.6 Τα μέτρα της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης

Αν και έχουν ληφθεί από την κυβέρνηση μέτρα για την πρόσβαση των ανασφάλιστων πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, δεν έχουν ξεπεραστεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν όταν απευθύνονται σε αυτές. Η παρακάτω περίπτωση ανασφάλιστου πολίτη, αναδεικνύει την ανεπάρκεια των μέτρων της κυβέρνησης.

Εμπειρία

Μια ανασφάλιστη γυναίκα προσέρχεται σε εφημερία νοσοκομείου, μετά από ατύχημα το οποίο της προκάλεσε ρινορραγία και χρίζει της κατάλληλης αντιμετώπισης καθώς και νοσηλείας για ένα βράδυ. Κατά την έξοδο της, το λογιστήριο του νοσοκομείου της ζητά να καταβάλει το ποσό των 260 ευρώ, το οποίο αδυνατεί να πληρώσει. Παίρνει εξιτήριο αλλά σε λίγες μέρες την καλούν στο τηλέφωνο από το νοσοκομείο και της ζητούν να πληρώσει το χρηματικό ποσό που οφείλει. Αναγκάζεται να δανειστεί από συγγενή της, για να μπορέσει να καταβάλει τα έξοδα της νοσηλείας της.

Κατερίνα, 61 ετών, ανασφάλιστη

Εν κατακλείδι, οι ελλείψεις προσωπικού, υποδομών και εξοπλισμού, η έλλειψη διασύνδεσης ΠΦΥ και νοσοκομείων, η απουσία υπηρεσιών αλλά και διαδικασιών ενημέρωσης των πολιτών για τις παροχές που δικαιούνται, οι μεγάλες αναμονές, η πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση τους, οι περιορισμένες δυνατότητες των κατοίκων των απομακρυσμένων περιοχών της χώρας να προσεγγίσουν τις μονάδες υγείας των μεγάλων αστικών κέντρων, συνθέτουν το περίπλοκο πάζλ της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας της χώρας. Οι φιλότιμες προσπάθειες που καταβάλει ένα μέρος των επαγγελματιών υγείας, διευκολύνουν την πρόσβαση, μέσα σε ένα από κάθε άποψη δυσμενές περιβάλλον. Το συγγενικό περιβάλλον, παρέχοντας στήριξη στους οικείους του, ως αόρατος παίκτης έρχεται να συμπληρώσει τα μεγάλα κενά της κρατικής κοινωνικής προστασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Ευρήματα των συνεντεύξεων με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας

5.1.1 Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας

Οι συνεντευξιαζόμενοι ρωτήθηκαν λεπτομερώς για τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Ζητήθηκε η άποψή τους για την ύπαρξη ή μη επαρκούς ανθρώπινου δυναμικού, για τις υλικοτεχνικές υποδομές και τις εγκαταστάσεις, τον τεχνολογικό εξοπλισμό και τα παρεχόμενα φαρμακευτικά σκευάσματα. Μέσα από τις συνεντεύξεις επιβεβαιώθηκε ότι υπάρχουν ελλείψεις τόσο σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και στον αναγκαίο εξοπλισμό και τα αναλώσιμα υλικά. Οι αναφορές αυτές, αφορούν φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας τόσο της πρωτεύουσας όσο και της περιφέρειας και συγκεκριμένα της Μυτιλήνης.

5.1.1.1 Ανθρώπινο δυναμικό

Αρκετοί συνεντευξιαζόμενοι υπήρξαν ιδιαίτερα δυσαρεστημένοι με την εμπειρία που είχαν από τους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Κατά τη γνώμη τους, το προσωπικό δεν επαρκεί και γι' αυτό δεν είναι σε θέση να ασχοληθεί επαρκώς και επισταμένως με τα ιατρικά ζητήματα τους. Η πολύωρη αναμονή και τελικά η μη ικανοποιητική εξυπηρέτηση είναι τα βασικά σημεία που εντοπίζονται σε όλες σχεδόν τις απαντήσεις.

Χρήστης 1: Πριν από περίπου ένα χρόνο αντιμετώπισα κάποιο πρόβλημα ουρολοίμωξης. Επισκέφτηκα το νοσοκομείο, όπου εκεί, επειδή βρισκόταν σε εφημερία, η αλήθεια είναι πως ταλαιπωρήθηκα πολύ στο να με δούνε. Όταν περίπου μετά από 2 ώρες κατάφερα να μιλήσω με κάποιον παθολόγο, προσπάθησαν να με στείλουν ξανά στο ουρολογικό ώστε να μου πάρουνε δείγμα. Είχαμε αποτελέσματα μετά από 4 περίπου ώρες.

(...)

Χρήστης 1: *Καταλαβαίνω πως όταν έχει εφημερία υπάρχει πάρα πολύς κόσμος, αλλά ο καθένας κοιτάει το πρόβλημά του. Έτσι; Όταν υπήρχε σοβαρό πρόβλημα σε μένα, χρειαζόμουν άμεσα θεραπεία, έπρεπε να περιμένω τουλάχιστον 6 ώρες για να εξυπηρετηθώ. Όσον αφορά τη θεραπεία, μου συνταγογράφησαν κάποια αντιβίωση, η οποία τελικά δεν ήταν η σωστή για το μικρόβιο που υπήρχε. Έπρεπε να γίνει αντιβιογράμμα. Οι γιατροί το μόνο που κάνανε ήταν να βάλουν πάνω στο δείγμα κάποιο stick, το οποίο τους έδειξε πως υπάρχει μικρόβιο μέσα στα ούρα και μου συνταγογράφησαν μια ευρέως φάσματος αντιβίωση. Αλλά δεν έπρεπε να γίνει αυτό.*

Ασφαλισμένη, 30 ετών, Αθήνα

Χρήστης 2: *Πήγα τέσσερις η ώρα το πρωί στο νοσοκομείο και είδα πάρα πολλούς ηλικιωμένους που είχαν πολύ σοβαρότερα προβλήματα από το δικό μου, και οι οποίοι περίμεναν εκεί πάρα πολλή ώρα.*

(...)

Όπως έκρινα από τους υπόλοιπους που περίμεναν τόση πολλή ώρα, φοβήθηκα ότι δεν είναι τόσο εύκολα τα πράγματα. Έτσι αισθάνθηκα...

Φοιτήτρια, ανασφάλιστη, 33 ετών, Αθήνα

Χρήστης 3: *Οι γιατροί μας είναι πάρα πολύ καλοί, αλλά δεν φτάνουν.*

Ασφαλισμένη με ψυχιατρικό νόσημα, 55 ετών, Αθήνα

Κάποιοι συνεντευξιαζόμενοι αναγνωρίζουν ότι το προσωπικό, αν και σε γενικές γραμμές δεν επαρκεί αριθμητικά για να καλύψει τις υφιστάμενες ανάγκες, είναι καταρτισμένο και υψηλού επιπέδου. Είναι χαρακτηριστικό ότι πολλοί χρήστες υπηρεσιών υγείας, κάνουν ιδιαίτερη μνεία στις προσπάθειες του προσωπικού να ενεργήσει προς όφελος των ασθενών μέσα σε ένα, από κάθε άποψη, δυσμενές περιβάλλον. Η ατομική πρωτοβουλία διαφόρων γιατρών, νοσηλευτών, αλλά και του διοικητικού προσωπικού, φαίνεται πως γενικά διευκολύνει την πρόσβαση των χρηστών στις υγειονομικές δομές και τους απαλλάσσει από γραφειοκρατικά εμπόδια και ακόμα μεγαλύτερες αναμονές.

Χρήστης 4: *Κοιτάζετε, στο νοσοκομείο πιστεύω πως όλοι κάνουν καλά τη δουλειά τους. Εντάξει, δεν υπάρχει θέμα. Κατόπιν ραντεβού, θα σε δει ο ιατρός.*

Ανασφάλιστη, 41 ετών, Μυτιλήνη.

Χρήστης 5: *Με βοήθησε αυτή που γράφει όνομα.*

Συνεντευκτής: *Η υπάλληλος, κάτω στα διοικητικά;*

Χρήστης 5: *Ναι, στη γραμματεία.*

Συνεντευκτής: *Στα εξωτερικά ιατρεία, ε;*

Χρήστης 5: *Ναι.*

Μετανάστης, ανασφάλιστος, 22 ετών, Μυτιλήνη

5.1.1.2 Υποδομές, εξοπλισμός

Οι ελλείψεις στις υποδομές έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στους κατοίκους της περιφέρειας γιατί εκεί το εύρος των επιλογών είναι ούτως ή άλλως περιορισμένο, γιατί δεν υπάρχει πληθώρα δημόσιων φορέων υγείας. Αν απουσιάζει ο κατάλληλος εξοπλισμός από το μοναδικό νοσοκομείο της περιοχής, οι πολίτες είναι υποχρεωμένοι να απευθυνθούν σε ιδιώτες γιατρούς, καθώς δεν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις (να επισκεφτούν κάποιο άλλο δημόσιο νοσοκομείο). Το γεγονός αυτό έχει ως άμεσο αποτέλεσμα, όσοι δεν διαθέτουν τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους να μην μπορούν να απευθυνθούν στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, αλλά ούτε και να είναι σε θέση να μετακινηθούν στα μεγάλα αστικά κέντρα για να αναζητήσουν περίθαλψη.

Χρήστης 4: *Παλαιότερα, υπήρχε στο νοσοκομείο μαστογράφος. Τώρα, πρέπει να πάω έξω και να δώσω 100 ευρώ.*

Ανασφάλιστη, 41 ετών, Μυτιλήνη

Χρήστης 1: *Θα σας μιλήσω για μια εμπειρία μου, η οποία είναι πρόσφατη. Βρισκόμουν στην Αμερική πριν από περίπου ένα μήνα. Έτυχε να επισκεφτώ ένα νοσοκομείο. Τα νοσοκομεία τους, σε σχέση με τα ελληνικά, έχουν τεράστιες διαφορές. Από θέμα καθαριότητας, από θέμα υποδομών, από τον τρόπο που εξυπηρετούν τους*

ασθενείς και όλους όσους επισκέπτονται τα νοσοκομεία. Οπότε θα σας πω ότι η εμπειρία μου είναι ότι συνειδητοποίησα σε πόσο άσχημη κατάσταση βρίσκονται τα ελληνικά νοσοκομεία.

Ασφαλισμένη, 30 ετών, Αθήνα

Μέσα από τις συνεντεύξεις, καταγράφεται η δυσαρέσκεια των χρηστών υπηρεσιών υγείας για την υποβολή τους σε ελλιπείς εξετάσεις ή και σε κανέναν απολύτως εργαστηριακό έλεγχο. Δεν ξεκαθαρίζεται, αλλά μάλλον υπονοείται, ότι η εν λόγω αρνητική κατάσταση οφείλεται στη μείωση των πόρων, τόσο ανθρώπινων όσο και υλικών και την περικοπή των ιατρικών εξετάσεων λόγω της οικονομικής κρίσης.

Χρήστης 2: *Εμένα δεν μου έγινε καμία απολύτως εξέταση. Οπτικά μόνο.*

Φοιτήτρια, ανασφάλιστη, 33 ετών, Αθήνα

Χρήστης 2: (...) *μου δώσανε στα γρήγορα, ουσιαστικά μου πετάζανε έναν ουροσυλλέκτη. Μου είπαν να τους δώσω δείγμα από τα ούρα μου και επιτόπου βάλανε ένα stick, μου γράψανε μια αντιβίωση και έφυγα.*

Ασφαλισμένη, 30 ετών, Αθήνα

Συγκεντρωτικά, τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων για τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τις απόψεις των χρηστών αναφέρονται στον Πίνακα 5.1

Πίνακας 5.1: Η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τους χρήστες

Κάλυψη	Χρήστες υπηρεσιών υγείας
Διαθεσιμότητα	<ul style="list-style-type: none">• Ελλείψεις προσωπικού• Μη ικανοποιητική εξυπηρέτηση• Ελλιπής εξοπλισμός• Ανεπαρκείς διαγνωστικές εξετάσεις

5.1.2 Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη

5.1.2.1 Ασφαλιστική κάλυψη

Οι συνεντευξιαζόμενοι αναφέρονται επανειλημμένα στα οικονομικά εμπόδια που καλούνται να ξεπεράσουν κάθε φορά που επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας. Κατά τη γνώμη τους, η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης είναι πολύ σημαντική προκειμένου να μη δαπανά ο ίδιος ο χρήστης επιπλέον χρήματα για να εξασφαλίσει την απαραίτητη κάθε φορά υγειονομική φροντίδα. Ωστόσο, δεν δηλώνουν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Παράλληλα, οι άτυπες μορφές πληρωμών (out-of-pocket) θεωρούνται από πολλούς απαραίτητο μέσο για την επίτευξη των διαδικασιών και την τελική πρόσβαση στην απαραίτητη διαγνωστική εξέταση ή θεραπευτική αγωγή.

Τέθηκαν ερωτήσεις σχετικά με την προσβασιμότητα στις υγειονομικές δομές και επιβεβαίωσαν ότι για να κάνουν διαγνωστικές εξετάσεις έπρεπε ή να δανειστούν το βιβλιάριο κάποιου ατόμου της οικογένειας τους ή του ευρύτερου περιβάλλοντος τους ή να πληρώσουν, επειδή δεν υπάρχει δυνατότητα να αναγραφεί ηλεκτρονικό παραπεμπτικό για εξετάσεις σε ανασφάλιστους, ακόμη και μετά τις πρόσφατες νομοθετικές ρυθμίσεις για την ελεύθερη πρόσβαση των ανασφάλιστων. Αναγκαστικά, λοιπόν, έπρεπε να απευθυνθούν σε κάποιον τρίτο πρόσωπο, όπως σε κάποιον συγγενή που έχει ασφαλιστική κάλυψη ή ακόμη και σε κάποιον γνωστό τους που εργάζεται σε υγειονομική μονάδα, για να πραγματοποιήσουν μια οποιαδήποτε επίσκεψη σε γιατρό. Με τον τρόπο αυτό αναπτύσσεται, θα λέγαμε, μια μορφή ακούσιας εξάρτησης προκειμένου να ικανοποιηθεί ακόμα και μια από τις πλέον στοιχειώδεις ανάγκες, όπως είναι η πρόσβαση στα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία. Τα αποσπάσματα που παρατίθενται αμέσως παρακάτω, είναι ενδεικτικά της σημασίας που προσδίδουν οι συνεντευξιαζόμενοι στην ασφάλιση.

Χρήστης 4: Εμείς δεν έχουμε χρήματα και δεν μπορούμε να κινηθούμε. Δηλαδή και κάτι να μου τύχει αυτή τη στιγμή, είμαι ανασφάλιστη. Και δεν μπορώ να πληρώσω για να πάω κάπου έξω, για καλύτερα.

(...)

Κάποιες εξετάσεις έκανα, αλλά επειδή δεν έχω βιβλιάριο τα κανόνιζε η αδερφή μου που είναι νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο.

Ανασφάλιστη, 41 ετών, Μυτιλήνη

Χρήστης 2: Πρόσφατα με δάγκωσε ένας σκύλος και πήγα να κάνω μια ένεση. Εξυπηρετήθηκα πολύ άμεσα. Δεν είχα βιβλιάριο, επειδή είμαι ανασφάλιστη, και δανείστηκα το βιβλιάριο της αδελφής μου.

Φοιτήτρια, ανασφάλιστη, 33 ετών, Αθήνα

Χρήστης 5: Πέρυσι, εκεί που δουλεύω με τον κυρ-Γιώργο. Αυτός με έβαλε να κάνω εξετάσεις, αίμα, καρδιά. Θα είχαμε πρόβλημα αν η καρδιά δεν ήταν εντάξει. Τις έγραψε στο δικό του βιβλιάριο. Εξετάσεις λέει μια χαρά είσαι.

(...)

Συνεντευκτής: Εσύ, δηλαδή, τα βασικά μπορείς να τα λάβεις. Αν αρρωστήσεις μπορείς να έρθεις στο νοσοκομείο να σε δούνε;

Χρήστης 5: Ναι, αλλά όχι άμα έχω μεγάλο πράγμα. Αν έχω μικρό πράγμα, αν έχω πυρετό, αν πονάει το στομάχι μου. Τέτοια, όχι παραπάνω. Αν έχω μεγάλο πρόβλημα, χωρίς βιβλιάριο δεν γίνεται.

Μετανάστης, ανασφάλιστος, 22 ετών, Μυτιλήνη

5.1.2.2 Καταβολή χρηματικού ποσού για επισκέψεις, εξετάσεις και φαρμακευτική αγωγή

Η οικονομική επιβάρυνση λόγω της έλλειψης ασφαλιστικής κάλυψης ή λόγω της μη κάλυψης συγκεκριμένων ιατρικών εξόδων από τον ασφαλιστικό φορέα, καταδείχτηκε ως ένας από τους βασικότερους παράγοντες που δυσχεραίνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι άνεργοι και οι ανασφάλιστοι είναι υποχρεωμένοι να καταφεύγουν στις αποταμιεύσεις τους (αν βέβαια έχουν) προκειμένου να κάνουν εξετάσεις σε ιδιωτικούς φορείς. Είναι χαρακτηριστικό ότι προληπτικές διαγνωστικές εξετάσεις, δεν παρέχονται εύκολα στους ανασφάλιστους ακόμη κι αν έχουν πρόσβαση στους γιατρούς για να τις αναγράψουν. Επίσης όπως προκύπτει από τις απαντήσεις, οι ερωτώμενοι αποδίδουν μεγάλη σημασία στην πρόληψη. Κάτι όμως

που δεν συμβαίνει από την πλευρά της επίσημης πολιτείας, αν κρίνουμε και από το γεγονός ότι ευρύτερα κοινωνικά κομμάτια όπως οι ανασφάλιστοι ειδικά στις περιοχές που δεν υπάρχουν δημόσιες δομές που να πραγματοποιούν τις διαγνωστικές τους εξετάσεις δωρεάν, είναι εκ των πραγμάτων αποκλεισμένοι από τα συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και υποχρεούνται να δαπανήσουν δικούς τους πόρους (όταν και αν υπάρχουν) για να πραγματοποιήσουν τις εξετάσεις που χρειάζονται.

Χρήστης 6: *Πενήντα ευρώ έδωσα. Για ένα υπέρηχο θυρεοειδούς και τη θεραπεία, τα φάρμακα.*

Συνεντευκτής: *Όλα μαζί πενήντα ευρώ. Και οι εξετάσεις και τα φάρμακα.*

Χρήστης 6: *Ναι. Εντάξει. Τα φάρμακα που παίρνω εγώ δεν κοστίζουν πολύ. Έχουν γύρω στο ενάμισι ευρώ. Καλό αυτό. Αλλά όμως αν είχα κάτι και το φάρμακο στοίχιζε πενήντα ή έστω και τριάντα και είκοσι ευρώ, εγώ δεν θα μπορούσα να τα πάρω.*

Συνεντευκτής: *Άρα ήταν σημαντικό το ποσό αυτό που δώσατε, τα πενήντα ευρώ.*

Χρήστης 6: *Ήταν πάρα πολύ σημαντικό. (γέλιο επιβεβαίωσης)*

Συνεντευκτής: *Χρησιμοποίησατε αποταμιεύσεις;*

Χρήστης 6: *Ναι, ναι.*

(...)

Χρήστης 6: *Επειδή έχω και παιδιά, όταν είχα ΙΚΑ, έβρισκα γιατρούς, παιδίατρος. Αλλά και για μένα, θυμάμαι σε κάποιον γυναικολόγο είχα πάει για τεστ παπ. Τώρα όμως, που δεν έχω ασφάλεια, το πλήρωσα.*

(...)

Χρήστης 6: *Παλαιότερα, υπήρχε στο νοσοκομείο μαστογράφος. Τώρα, πρέπει να πάω έξω και να δώσω 100 ευρώ.*

Συνεντευκτής: *Δεν έχουν στο νοσοκομείο πια, αλλά δίνουν παραπεμπτικό για ιδιώτη γιατρό και το κόστος το καλύπτει το ταμείο;*

Χρήστης 6: *Ναι. Κι' εγώ που είμαι ανασφάλιστη και να θέλω δεν μπορώ να κάνω την εξέταση.*

Συνεντευκτής: *Τι θα θέλατε να αλλάξει στο σύστημα υγείας;*

Χρήστης 6: *Να, εγώ που είμαι ανασφάλιστη θα ήθελα να μπορώ να κάνω μια εξέταση που είναι αναγκαία για την υγεία μου. Κάλιο να προλαβαίνουμε παρά να θεραπεύουμε.*

Ανασφάλιστη, 41 ετών, Μυτιλήνη

Συνεντευκτής: *Για τα φάρμακα πόσα πλήρωσες;*

Χρήστης 5: *Πήρα τέσσερα πέντε κουτιά, ήταν διαφορετικά. Ήταν οκτώμισι... δεκατρία, ευρώ.*

Συνεντευκτής: *Σε συνταγή σου τα έγραψε;*

Χρήστης 5: *Ναι ο γιατρός μου έγραψε και πήγα και τα πήρα με ένα χαρτί.*

Συνεντευκτής: *Με συνταγή.*

Χρήστης 5: *Ναι.*

(...)

Συνεντευκτής: *Πιστεύεις ότι άμα είχες περίθαλψη, ασφάλιση ΙΚΑ, θα ήταν καλύτερα για εσένα;*

Χρήστης 5: *Πολύ καλύτερα.*

Μετανάστης ανασφάλιστος, 22 ετών, Μυτιλήνη

Εξαιτίας της μη ικανοποιητικής αντιμετώπισης των ιατρικών τους προβλημάτων από τους δημόσιους φορείς υγείας, πολλές φορές, ακόμα και οι ασφαλισμένοι, δηλώνουν ότι προτιμούν τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και τις κλινικές. Αυτό φυσικά αφορά αποκλειστικά όσους διαθέτουν τους αναγκαίους οικονομικούς πόρους.

Χρήστης 1: *Είναι πολλοί άνθρωποι γύρω μας που έχουνε δημόσια ασφάλιση και καθώς γνωρίζουμε, είναι κοινό μυστικό ότι η δημόσια ασφάλιση δεν είναι όπως θα έπρεπε να είναι ώστε να παρέχει περίθαλψη σε όλους τους Έλληνες. Οι λίγοι που μπορούν και έχουν ιδιωτική ασφάλιση, αυτοί καταφέρνουν και έχουν και περισσότερα προνόμια και καλύτερη περίθαλψη.*

Ασφαλισμένη, 30 ετών, Αθήνα

Χρήστης 2: *Δεν ξέρω ποιο ακριβώς ποσοστό του μισθού πηγαίνει στο ΙΚΑ, αλλά γι' αυτή την ασφάλιση που υπάρχει σήμερα... Είναι μια μεγάλη ταλαιπωρία για τον κόσμο.*

Φοιτήτρια, ανασφάλιστη, 33 ετών, Αθήνα

Παρ' όλη πάντως την ταλαιπωρία που υφίστανται οι χρήστες των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και τις περικοπές στα συνταγογραφούμενα φάρμακα και τις

διαγνωστικές εξετάσεις, αναγνωρίζουν ότι η ασφαλιστική κάλυψη διευκολύνει τις καταστάσεις. Η απουσία ασφάλισης είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό εμπόδιο για τα άτομα που ανήκουν στα κατώτερα οικονομικά στρώματα και τα αποκλείει σε αρκετές περιπτώσεις από βασικές παροχές (προληπτικές και διαγνωστικές εξετάσεις) αφού δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν από την τσέπη τους.

5.1.2.3 Άτυπες πληρωμές

Οι άτυπες πληρωμές συνιστούν μια εν πολλοίς παγιωμένη συνθήκη, ειδικά στις περιπτώσεις εκείνες που ο ασθενής πάσχει από κάποια σοβαρή πάθηση ή είναι αναγκασμένος να υποβληθεί άμεσα σε επέμβαση. Τις περισσότερες φορές, δεν χρειάζεται καν η παραμικρή αναφορά από τη μεριά των γιατρών στην ανάγκη καταβολής του “γρηγορόσημου”. Οι ασθενείς αντιμετωπίζονται με τέτοια αδιαφορία που δεν αργούν να αντιληφθούν ότι αν δεν δώσουν το επιθυμητό ποσό, δεν πρόκειται να επισπευσθούν οι διαδικασίες. Πρόκειται για έναν ακόμα, έστω και αφανή τρόπο επιβάρυνσης του οικογενειακού προϋπολογισμού με επιπλέον δαπάνες.

Χρήστης 7: Α...α...α. Άμα δεν πλήρωνα φακελάκια, δεν ξέρω πού θα ήμουν. Πού θα ήμασταν οικογενειακώς δηλαδή, ναι...ναι.

Συνεντευκτής: Σας έχουν ζητήσει πολλές φορές;

Χρήστης 7: Εντάξει, όχι με ευθύ λόγο, θέλω τόσα. Αλλά όταν σε βάζει στην αναμονή, το καταλαβαίνω από μόνη μου και ο καθένας καταλαβαίνει ότι θέλει φακελάκι. Και αναγκαστικά δηλαδή πρέπει να το δώσω.

Συνεντευκτής: Αυτές οι δαπάνες κρίνετε πως είναι καταστροφικές για εσάς;

Χρήστης 7: Φυσικά. Εγώ είμαι μια καθαρίστρια, δεν είμαι δηλαδή μια γυναίκα εισοδηματίας, και ο άντρας μου είναι συνταξιούχος.

Ασφαλισμένη με χρόνια πάθηση (σακχαρώδης διαβήτης τύπου I), 53 ετών, Αθήνα

Χρήστης 6: Είναι αναγκαστικό. Γιατί προκειμένου να κάνεις τη δουλειά σου με το γιατρό που θες, θα τον πληρώσεις και κάτι έξτρα. Εις γνώση σου. Όχι ότι στα ζητάει πάντα.

Ασφαλισμένη με χρόνια πάθηση (καρδιολογικό πρόβλημα), 54 ετών, Αθήνα

Συνεντευκτής: Υπήρχαν άτυπες πληρωμές;

Χρήστης 1: Για τις δικές μου περιπτώσεις όχι. Έχω όμως ακούσει άλλες περιπτώσεις που έχει γίνει. Απλά τα φακελάκια πάνε σε άλλες περιπτώσεις, πιο πολύ στα χειρουργεία.

Ασφαλισμένη, 30 ετών, Αθήνα

Συγκεντρωτικά, οι απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας σχετικά με την πρόσβαση τους, συνοψίζονται στον Πίνακα 5.2

Πίνακας 5.2: Οι απόψεις των χρηστών για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Κάλυψη	Χρήστες υπηρεσιών υγείας
Πρόσβαση	<ul style="list-style-type: none">• Ανεπαρκής ασφαλιστική κάλυψη• Άτυπες πληρωμές-φακελάκια• Χαμηλής ποιότητας παροχές στους δημόσιους φορείς υγείας

5.1.3 Αποδοχή της φροντίδας

Οι περισσότεροι συνεντευξιαζόμενοι είναι αρνητικά διακείμενοι απέναντι στις προσφερόμενες υπηρεσίες, εκτιμώντας ότι δεν έτυχαν της αναγκαίας εξυπηρέτησης όταν απευθύνθηκαν στους δημόσιους φορείς παροχής τους. Άλλοτε ο μεγάλος χρόνος αναμονής, άλλοτε η αδυναμία του ιατρικού προσωπικού να ανταποκριθεί στις υπάρχουσες ανάγκες, άλλοτε οι συνθήκες υγιεινής, καθιστούσαν τη διάδραση μεταξύ ασθενούς και παρόχου προβληματική.

Χρήστης 1: (...) έχω ένα πρόβλημα με τον θυρεοειδή, το οποίο παρακολουθείται από το νοσοκομείο Μεταξά. Για να μπορέσω να κλείσω ραντεβού με το συγκεκριμένο γιατρό, θα πρέπει να πάρω τηλέφωνο 3 μήνες πριν για να με δει.

Συνεντευκτής: Όταν φτάσετε στη δομή, πόσο καιρό παίρνει προτού φτάσετε πραγματικά να δείτε το γιατρό;

Χρήστης 1: Την ημέρα του ραντεβού συνήθως δεν αργώ. Δεν έχει μεγάλη καθυστέρηση. Από 1 έως 2 ώρες, εφόσον υπάρχει ραντεβού.

Συνεντευκτής: Ποια είναι η αναμονή για τη διενέργεια των εξετάσεων;

Χρήστης 1: Των εξετάσεων για τον θυρεοειδή που κάνω κάθε έξι μήνες;

Συνεντευκτής: Μάλιστα.

Χρήστης 1: Αυτά όλα γίνονται ιδιωτικά.

Συνεντευκτής: Γιατί γίνονται ιδιωτικά;

Χρήστης 1: Γιατί ο χρόνος που σου δίνει το ίδιο το νοσοκομείο για να κάνει όλες αυτές τις εξετάσεις είναι πολύ μεγάλος, δηλαδή μου είχαν πει για έναν υπέρηχο ότι μπορεί να κάνουνε και 1,5 με 2 μήνες να με δούνε. Αλλά και ο ίδιος ο θεράπων ιατρός προτείνει να πάμε σε ιδιωτικό.

(...)

Χρήστης 1: Ακόμα και κάτι μικρό να είναι, όπως μια ουρολοίμωξη, θα πρέπει να υπάρχει η κατάλληλη συμπεριφορά και θα έπρεπε να είναι λιγάκι πιο επεξηγηματικοί, όσον αφορά τις οδηγίες, την ουρολοίμωξη, διότι ήταν κάτι που δεν το είχα ξαναπάθει. Ήταν πολύ δύσκολο να μιλήσω μαζί τους. Το μόνο που μου είπαν, ήταν “πάρε την αντιβίωση και θα είσαι μια χαρά σε 3 ημέρες”. Δυστυχώς και που τέλειωσα την αντιβίωση, το πρόβλημα μου επέμεινε.

(...)

Συνεντευκτής: Αν επρόκειτο να αλλάξει κάτι σχετικά με την εμπειρία σας, τι θα ήταν αυτό;

Χρήστης 1: Να πάω κατευθείαν σε ιδιωτικό γιατρό. Να μην επισκεφθώ καθόλου το δημόσιο νοσοκομείο.

Ασφαλισμένη, 30 ετών, Αθήνα

Χρήστης 2: Απορούσα μόνο πόσος κόσμος καθόταν στους διαδρόμους και μέσα οι αίθουσες που σε εξετάζουν ήταν άδειες.

(...)

Δεν έχει τύχει πρόσφατα να κλείσω κάποιο ραντεβού. Η αδελφή μου πάντως που είχε προσπαθήσει να κλείσει, περίμενε πάρα πολύ.

Συνεντευκτής: *Τι θα θέλατε να αλλάξει;*

Χρήστης 2: *Φυσικά, να μην υπάρχουν αναμονές.*

Φοιτήτρια, ανασφάλιστη, 33 ετών, Αθήνα

Συνεντευκτής: *Όταν θέλετε να κλείσετε ένα ραντεβού, είναι μεγάλο το χρονικό διάστημα που απαιτείται;*

Χρήστης 4: *Μια φορά, δεν θυμάμαι για ποιο θέμα ήταν, μου είχε πει η αδερφή μου να μου κλείσει ένα ραντεβού και ήταν μετά από ενάμιση, δυο μήνες.*

Συνεντευκτής: *Για κάποιο γιατρό ειδικότητας, προφανώς.*

Χρήστης 4: *Ναι, ναι.*

Συνεντευκτής: *Και η αναμονή για τη διενέργεια εξετάσεων είναι μεγάλη; Πρέπει να περιμένει πολύ κανείς, για εργαστηριακά, για ακτινογραφίες;*

Χρήστης 4: *Τι να πω τώρα; Όλα είναι σχετικά.*

Ανασφάλιστη, 41 ετών, Μυτιλήνη

Χρήστης 7: *Είχα χτυπήσει πάνω στην εργασία το χέρι μου και δεν ενδιαφέρθηκε το προσωπικό στο κέντρο υγείας που πήγα, να δούνε κάτι, αν έχω πάθει κάτι... Με κατεύθυναν, δηλαδή, να πάω σε ένα κρατικό νοσοκομείο. Που πήγα δηλαδή εκεί πέρα και έφαγα γύρω στις 6-7 ώρες για να μου δουν το χέρι, να κάνω μια ακτινογραφία.*

Ασφαλισμένη, με χρόνια πάθηση (σακχαρώδης διαβήτης τύπου I), 53 ετών, Αθήνα

Όσον αφορά τον στιγματισμό, μία μόνο ερωτώμενη υποστήριξε ότι υφίστανται κοινωνικές διακρίσεις λόγω της οικονομικής θέσης του ασθενούς (ανασφάλιστος ή και μετανάστης). Ωστόσο, όσον αφορά το ζήτημα της προσβασιμότητας στις δομές του συστήματος υγείας, οι διακρίσεις σε βάρος των ατόμων από τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα συνιστούν αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητάς τους. Οι άνεργοι, οι ανασφάλιστοι και οι μετανάστες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα είναι εξ' ορισμού αποκλεισμένοι από τις παροχές υγείας, χωρίς εκ των πραγμάτων να διαθέτουν επιλογές. Στην περίπτωση λοιπόν των εν λόγω κοινωνικών ομάδων

καταστρατηγούνται κοινά αποδεκτά δικαιώματα, όπως η καθολική πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες.

Συνεντευκτής: *Υπάρχει στιγματισμός και διακρίσεις;*

Χρήστης 7: *Υπάρχει, υπάρχει.*

Συνεντευκτής: *Ως προς τι, δηλαδή, υπάρχει;*

Χρήστης 7: *Αν έχεις κάποιον γνωστό, θα εξυπηρετηθείς. Αν δεν έχεις κανέναν και δεν έχεις και την οικονομική άνεση, είσαι στο περίμενε.*

Ασφαλισμένη με χρόνια πάθηση (σακχαρώδης διαβήτης τύπου I), 53 ετών, Αθήνα

Οι απόψεις των χρηστών σχετικά με το στάδιο της αποδοχής της φροντίδας, συνοψίζονται στον Πίνακα 5.3

Πίνακας 5.3: Οι απόψεις των χρηστών κατά το στάδιο της αποδοχής της φροντίδας

Κάλυψη	Χρήστες υπηρεσιών υγείας
Αποδοχή της φροντίδας	<ul style="list-style-type: none">• Μεγάλη αναμονή για εύρεση ραντεβού και διενέργεια εξετάσεων• Κοινωνικές διακρίσεις, στιγματισμός

5.1.4 Κάλυψη επαφής

Η ατομική εμπειρία της επαφής των χρηστών με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθορίζει και τη μελλοντική του στάση ως προς την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας. Οι απόψεις που καταθέτουν, κυρίως οι χρόνια πάσχοντες χρήστες των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι και έχουν συχνή επαφή με τους παρόχους υγείας λόγω των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν, είναι ενδεικτικές της δυσaráεσκειάς τους για τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας.

Στο σημείο αυτό, βέβαια, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η δυσaráεσκεια που εκφράζεται από τους χρήστες, οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη ραγδαία υποβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών δημόσιας υγείας που έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια

λόγω της οικονομικής κρίσης. Παρόλο που τα κακώς κείμενα χρονίζουν εδώ και δεκαετίες, τα λειτουργικά προβλήματα και οι ελλείψεις προσωπικού και υλικοτεχνικού εξοπλισμού το τελευταίο διάστημα έχουν επιφέρει συντριπτικά πλήγματα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Πλήγματα που δεδομένης της παρατεταμένης διάρκειας της κρίσης και της συνολικής πτώσης του βιοτικού επιπέδου της μεγάλης πλειοψηφίας του πληθυσμού, φαντάζουν αζεπέραστα στο εγγύς μέλλον.

Συνεντευκτής: *Από ό,τι γνωρίζετε, η ασφάλιση υγείας καλύπτει σήμερα τις υπηρεσίες με τον ίδιο τρόπο που το έκανε πριν από πέντε χρόνια; Είναι το ίδιο;*

Χρήστης 1: *Θεωρώ ότι είναι χειρότερα. Θεωρώ ειλικρινά ότι είναι χειρότερα. Είχα εμπειρίες στο παρελθόν. Πριν από 5 χρόνια είχε χρειαστεί να πάω και απ' ό,τι θυμάμαι είχα εξυπηρετηθεί πιο γρήγορα σε νοσοκομείο που είχε εφημερία.*

Ασφαλισμένη, 30 ετών, Αθήνα

Χρήστης 7: *Ναι, απευθύνομαι στις ιδιωτικές υπηρεσίες. Γιατί ο λόγος είναι αυτός, ότι δεν υπάρχει εξυπηρέτηση, συμπεριφορά, διάγνωση.*

Ασφαλισμένη με χρόνια πάθηση (σακχαρώδης διαβήτης τύπου I), 53 ετών, Αθήνα

Συνεντευκτής: *Έχετε ασφαλιστική κάλυψη υγείας;*

Χρήστης 6: *Ναι, το δημόσιο. Τον ΕΟΠΥΥ.*

Συνεντευκτής: *Τι καλύπτει;*

Χρήστης 6: *Καλύπτει περίθαλψη, φάρμακα, με συμμετοχή βέβαια.*

Συνεντευκτής: *Τι δεν καλύπτεται;*

Χρήστης 6: *Δεν καλύπτονται εξετάσεις, πολλές παραϊατρικές, υπέρηχοι. Την αξονική καρδιάς την πλήρωσα 350 ευρώ. Εξετάσεις εξειδικευμένες δεν καλύπτονται ή ορισμένες εξετάσεις καλύπτονται μια φορά το χρόνο, ενώ πρέπει να την κάνω και δεύτερη φορά. Πληρώνω.*

Συνεντευκτής: *Έχει αλλάξει τα τελευταία 5 χρόνια η κάλυψη;*

Χρήστης 6: *Έχει αλλάξει πάρα πολύ. Δηλαδή επιβαρύνομαι πολύ και στα φάρμακα από 10%, 25%. Και σε παραϊατρικές εξετάσεις.*

Ασφαλισμένη, με χρόνια πάθηση (καρδιολογικό πρόβλημα), 54 ετών, Αθήνα

Συνεντευκτής: Έχει αλλάξει κάτι τα τελευταία πέντε χρόνια, όσον αφορά την περίθαλψή σας;

Χρήστης 3: Πολύ δύσκολα βρίσκω ραντεβού στα δημόσια νοσοκομεία. Μετά από κάποιους μήνες πρέπει να βρω γιατρό που θέλω.

(...)

Συνεντευκτής: Η πρόσβασή σας στην ιατροφαρμακευτική φροντίδα έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια; Είναι το ίδιο εύκολο, όσο πριν από 5-6 χρόνια;

Χρήστης 3: Ναι, έχει αλλάξει.

Συνεντευκτής: Ποιες είναι οι βασικές αλλαγές;

Χρήστης 3: Οικονομικές.

Συνεντευκτής: Δηλαδή, πληρώνετε περισσότερα;

Χρήστης 3: Ναι, βεβαίως.

Συνεντευκτής: Και πώς προσαρμοστήκατε εσείς σε αυτές τις αλλαγές; Τι κάνατε;

Χρήστης 3: Χμ, με τρομερή οικονομία και κουράγιο. Τι άλλο;

Συνεντευκτής: Αυτές οι αλλαγές έχουν επηρεάσει τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας σας;

Χρήστης 3: Ναι, στενοχωριόμαστε πάρα πολύ όταν δεν μπορούμε να τα φέρουμε εις πέρας.

Ασφαλισμένη με ψυχιατρικό νόσημα, 55 ετών, Αθήνα

Οι απόψεις των χρηστών για την κάλυψη τους κατά την επαφή τους με τις υπηρεσίες υγείας, συνοψίζονται στον Πίνακα 5.4.

Πίνακας 5.4: Οι απόψεις των χρηστών κατά την επαφή τους με τις υπηρεσίες υγείας

Κάλυψη	Χρήστες υπηρεσιών υγείας
Κάλυψη επαφής	<ul style="list-style-type: none">• Δυσaréσκεια από τη λειτουργία του συστήματος υγείας• Επιδείνωση της κατάστασης τα τελευταία 5 χρόνια, λόγω της οικονομικής κρίσης (περικοπές παροχών, αύξηση του χρόνου αναμονής)

5.1.5 Αποτελεσματική κάλυψη

Από τις απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων προκύπτει, σε κάποιες περιπτώσεις, έλλειψη εμπιστοσύνης στην κρίση των γιατρών των δημόσιων νοσοκομείων. Φαίνεται να παραμένει σχετικά κυρίαρχη η νοοτροπία ότι στα ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα γίνεται ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και ότι το προσωπικό δείχνει μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τον ασθενή. Παρ' όλα αυτά, ο βασικός λόγος για τον οποίο οι χρήστες δεν προσφεύγουν έγκαιρα ή τακτικά στις μονάδες υγείας, καθυστερούν ή δεν συμμορφώνονται πλήρως με τη θεραπευτική αγωγή, είναι η οικονομική επιβάρυνση.

Ο λόγος της μη λήψης των φαρμάκων τους, είναι η στέρηση των οικονομικών πόρων να πληρώσουν τη συμμετοχή τους. Ιδιαίτερα στην περίπτωση των χρόνια πασχόντων, οι δαπάνες για την αγορά φαρμακευτικών σκευασμάτων και ιατρικών συσκευών και υλικών, είναι συχνά δυσβάστακτες, με αποτέλεσμα να παρατηρείται μη συμμόρφωση με τη θεραπεία και αρνητική κλινική έκβαση της κατάστασης της υγείας τους. Ένας άλλος λόγος για τον οποίο οι χρήστες είναι πιθανό να αμφισβητήσουν τις επιλογές του γιατρού τους, είναι η επιμονή του τελευταίου να προωθεί συγκεκριμένα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία μπορεί να είναι ακόμα και επιβλαβή για τον ασθενή. Τα χρηματικά οφέλη και τα κάθε είδους “δώρα” που λαμβάνουν ορισμένοι γιατροί για να συνταγογραφούν συγκεκριμένα φάρμακα, οι χρήστες των υπηρεσιών

υγείας τα αντιλαμβάνονται και αναγνωρίζουν πως αποτελούν σε μεγάλο βαθμό στοιχείο της καθημερινής ιατρικής πρακτικής.

Λόγω πρόσθετης οικονομικής επιβάρυνσης τους από τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ γιατρούς, οι οποίοι, όπως δηλώνουν, τους ζητούν να καταβάλουν ένα πρόσθετο χρηματικό ποσό της τάξεως των 10 ευρώ ανά επίσκεψη, (ενώ θα έπρεπε να παρέχουν τις υπηρεσίες τους δωρεάν ως συμβεβλημένοι), αναγκάζονται να μην τους επισκέπτονται συχνά για την παρακολούθηση της πάθησης τους και απευθύνονται κατευθείαν στο φαρμακείο, όπου δανείζονται τα φάρμακα τους, μέχρι να μπορέσουν να τους επισκεφθούν και να δώσουν στο φαρμακείο τη συνταγή.

Συνεντευκτής: *Πόσο συχνά χρειάζεστε να δείτε τον γιατρό;*

Χρήστης 7: *Στο γιατρό και κάθε τρίμηνο και κάθε 4 μήνες να πηγαίνω, τόσο το καλύτερο. Αλλά επειδή έχει μεγάλη αναμονή, το έχω ξεχάσει λιγάκι. Και πάω μια φορά το χρόνο και πληρώνω εκεί πέρα.*

Συνεντευκτής: *Δίνετε όλα τα χρήματα;*

Χρήστης 7: *Ναι.*

Συνεντευκτής: *Πόσο συχνά πρέπει να πάτε να σας γράψει μια συνταγή ο γιατρός;*

Χρήστης 7: *Τη συνταγή..., δηλαδή για εμάς με τις χρόνιες παθήσεις μας γράφουνε και για 2 και για 3 μήνες, αλλά εκεί πάω σε εξωτερικό ιατρό που πληρώνω το δεκάευρο για το τρίμηνο. Τα 10 ευρώ για να μου γράψει μια συνταγή για 3 μήνες.*

(...)

Συνεντευκτής: *Εάν δεν πάτε να δείτε ένα γιατρό, ποιος άλλος σας εξετάζει; Ποιος σας βοηθάει;*

Χρήστης 7: *Ιδιωτικά, πάω έξω.*

Συνεντευκτής: *Πηγαίνετε κατ' ευθείαν στο φαρμακείο;*

Χρήστης 7: *Αρκετές φορές έχω πάει στο φαρμακείο και έχω δανειστεί φάρμακα.*

(...)

Συνεντευκτής: *Η επιλογή των φαρμάκων γίνεται από τον γιατρό ή σε συνεργασία μαζί σας;*

Χρήστης 7: *Από το γιατρό γίνεται.*

Συνεντευκτής: Δεν σας ρωτάει.

Χρήστης 7: Δεν με ρωτάει, πρώτον γιατί εγώ δεν έχω γνώσεις με ινσουλίνη και με τέτοια φάρμακα και δεύτερον αυτός... ναι... έχει τις μίζες του (γέλια). Δεν ξέρω τώρα πώς να το εξηγήσω, γιατί μου έχει συμβεί δηλαδή αυτό το γεγονός, που θέλανε να μου δώσουν μια ινσουλίνη η οποία ήταν πάρα πολύ βαριά για εμένα. Και μου λέει “όχι, θα την πάρεις” και του λέω “όχι δεν μου κάνει, πώς θα την πάρω;”, “όχι, θα την πάρεις”. Εγώ πάθαινα 3-4 φορές υπογλυκαιμία την ημέρα, όταν την πήρα για να κάνω το χατίρι του γιατρού. Ε, μου έλεγε ότι δεν είμαι καλή ασθενής και δεν συνεργάζομαι μαζί του, αλλά το αποτέλεσμα ήταν ότι δεν έπρεπε να πάρω αυτή την ινσουλίνη.

Ασφαλισμένη με χρόνια πάθηση (σακχαρώδης διαβήτης τύπου I), 53 ετών, Αθήνα.

Χρήστης 7: Εντάξει, έχω εμπιστοσύνη. Όταν διαλέξω κάποιον γιατρό, θα πάω με εμπιστοσύνη. Για αυτό και πέφτει και το φακελάκι, το έζτρα ας πούμε.

Ασφαλισμένη με χρόνια πάθηση (καρδιολογικό πρόβλημα), 54 ετών, Αθήνα

Συνεντευκτής: Υπάρχουν φορές που δεν ακολουθήσατε τη συνταγογραφούμενη θεραπεία;

Χρήστης 3: Αν δεν πάρω το φάρμακο μου... είμαι πολύ χάλια... δεν μπορώ (σκύβει το κεφάλι της).

Συνεντευκτής: Σε ποιες περιπτώσεις δεν το πήρατε; Δεν είχατε να το αγοράσετε; Τι συνέβη;

Χρήστης 3: Ναι. Πολλές φορές, ναι... Όταν δεν είχα να το αγοράσω. Ναι.

Συνεντευκτής: Μπορείτε να μου πείτε σχετικά με την τελευταία φορά που συνέβη αυτό; Πότε συνέβη τελευταία φορά;

Χρήστης 3: Να μην έχω χρήματα να το αγοράσω; Πριν ένα μήνα περίπου.

Ασφαλισμένη, με ψυχιατρικό νόσημα, 55 ετών, Αθήνα

Οι απόψεις των χρηστών σχετικά με την αποτελεσματικότητα της κάλυψής τους, συνοψίζονται στον Πίνακα 5.5.

Πίνακας 5.5: Οι απόψεις των χρηστών για την αποτελεσματικότητα της κάλυψης τους από τις υπηρεσίες υγείας

Κάλυψη	Χρήστες υπηρεσιών υγείας
Αποτελεσματική Κάλυψη	<ul style="list-style-type: none"> • Έλλειψη εμπιστοσύνης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας • Οικονομική επιβάρυνση • Μη συμμόρφωση με τη θεραπεία λόγω πρόσθετης οικονομικής επιβάρυνσης

5.1.6 Τα μέτρα για την αντιμετώπιση των κοινωνικών δυσχερειών και οι επιπτώσεις τους

Όπως προαναφέρθηκε, στις πέντε θεματικές περιοχές οι οποίες ταυτίζονται με τις πέντε παραμέτρους του πλαισίου Tanahashi, προστέθηκε και μια έκτη, η οποία αφορά τα μέτρα που είχε εξαγγείλει η κυβέρνηση προκειμένου να μετριαστούν οι δραματικές επιπτώσεις της κρίσης στην καθημερινή ζωή των πολιτών. Η συγκεκριμένη θεματική ενότητα κρίθηκε θεμιτό να προστεθεί γιατί προσφέρει επιπλέον πληροφορίες και γνώση για το υπό εξέταση φαινόμενο, αφού εξετάζει το ζήτημα της προσβασιμότητας στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε άμεση συνάρτηση με τα νέα δεδομένα και τις ιδιαιτερότητες που έχει επιβάλλει η οικονομική κρίση. Είναι εύκολο να συμπεράνει κανείς από τις απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων ότι τα μέτρα που είχε εξαγγείλει η προηγούμενη κυβέρνηση με διακηρυγμένο σκοπό την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της κρίσης, δεν έγιναν γνωστά στο ευρύ κοινό.

Οι ερωτώμενοι, είτε δεν έχουν ακούσει τίποτα για αυτά τα μέτρα, είτε θεωρούν ότι δεν ήταν τίποτε άλλο πέρα από απλές εξαγγελίες, είτε τα αντιμετωπίζουν με αρνητική και ειρωνική διάθεση. Δεν εντοπίζουν αλλαγές ή ακόμα κι όταν το κάνουν, αντιλαμβάνονται ότι πρόκειται για αλλαγές που πάνε προς το χειρότερο. Τα μέτρα εκείνα που κατά καιρούς διαφημίζονται ως “απαραίτητα για τη μείωση της υγειονομικής σπατάλης και τον εξορθολογισμό της λειτουργίας των δημόσιων

φορέων”, όπως εκείνο της καταβολής των 5 ευρώ για την είσοδο στο νοσοκομείο, δεν εκλαμβάνονται παρά ως μια ακόμα οικονομική επιβάρυνση των ασθενών.

Συνεντευκτής: *Υπήρξαν μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση για να μειωθούν οι επιπτώσεις των κοινωνικών δυσχερειών ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας; Γνωρίζετε ποια είναι αυτά κι αν λειτούργησαν;*

Χρήστης 2: *Δεν νομίζω ότι έγινε κάτι, τουλάχιστον δεν έχω ακούσει.*

Φοιτήτρια, ανασφάλιστη, 33 ετών, Αθήνα

Χρήστης 1: *(...) αυτό που έχω καταλάβει είναι ότι πριν από 5 χρόνια δεν είχε είσοδο στα νοσοκομεία και τώρα έχει είσοδο στα νοσοκομεία. Οπότε δεν μπορώ να δω διαφορά προς το καλύτερο.*

Συνεντευκτής: *Κάποιο άλλο μέτρο που έλαβε η κυβέρνηση για να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις των κοινωνικών δυσχερειών, γνωρίζετε; Κάποιο μέτρο που έλαβε για τους ανασφάλιστους γνωρίζετε;*

Χρήστης 1: *Αν γνωρίζετε εσείς, μπορείτε να μου πείτε, διότι εγώ δεν γνωρίζω (συνεχές γέλιο).*

Ασφαλισμένη, 30 ετών, Αθήνα

Φαίνεται επίσης, ότι η αντιμετώπιση των επιπτώσεων της κρίσης συνιστά, κατά βάση, αρμοδιότητα του οικογενειακού και ευρύτερου περιβάλλοντος των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Οι ανασφάλιστοι απευθύνονται στο συγγενικό και ευρύτερο περιβάλλον τους προκειμένου να χρησιμοποιήσουν το βιβλιário τους και να περιορίσουν τις δαπάνες για ιατρικές επισκέψεις, εξετάσεις και θεραπευτικές αγωγές. Η δυνατότητα αυτή λειτουργεί ως βαλβίδα αποσυμπίεσης της κοινωνικής δυσαρέσκειας, μειώνοντας σε κάποιο βαθμό τις επιπτώσεις της ανθρωπιστικής κρίσης και του συνακόλουθου κοινωνικού αποκλεισμού των οικονομικά ασθενέστερων.

Συνεντευκτής: *Όσον αφορά την υγεία κάποια μέτρα; Για παράδειγμα μπορείτε να σας γράψουν φάρμακα με τον ΑΜΚΑ σας, ενώ παλιότερα δεν μπορούσατε.*

Χρήστης 4: *Εγώ, όπως σας είπα έχω την αδερφή μου που είναι νοσηλεύτρια, οπότε ό,τι χρειαστώ είτε εγώ είτε τα παιδιά μου...*

Ανασφάλιστη, 41 ετών, Μυτιλήνη

Συνεντευκτής: *Είστε ενήμερη για το αν υπάρχουν κάποια μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση για να ελαχιστοποιηθούν τα προβλήματα σας ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες;*

Χρήστης 7: *Για εμένα προσωπικά δεν κάνανε τίποτα.*

Συνεντευκτής: *Ούτε γνωρίζετε αν υπάρχουν πρόσφατα μέτρα;*

Χρήστης 7: *Όχι δεν γνωρίζω αν υπάρχουν πρόσφατα μέτρα, αλλά εκείνο που βλέπω είναι ότι δεν υπάρχει κάποιο ενδιαφέρον από το κράτος, από το υπουργείο Υγείας, από τους αρμόδιους.*

Ασφαλισμένη με χρόνια πάθηση (σακχαρώδης διαβήτης τύπου Ι), 53 ετών, Αθήνα.

Συνεντευκτής: *Υπήρξαν μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση για να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις των κοινωνικών δυσχερειών και συγκεκριμένα ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας; Γνωρίζετε ποια ήταν αυτά; Λειτουργήσαν;*

Χρήστης 6: *Όχι. Όχι δεν λειτουργήσαν. Δηλαδή μπορούσε να βοηθήσει λίγο τις πιο ευπαθείς ομάδες, αλλά τουλάχιστον εγώ έπρεπε να πάω ας πούμε 65 χρονών για να έχω μείωση στα φάρμακα. Το 25% να γίνει 10% ή να βοηθηθούν αυτοί που έχουν ανάγκη. Όταν πηγαίνουν στα νοσοκομεία, να μην περιμένουν στην ουρά, είναι χίλια δυο. Πήρε επιφανειακά μέτρα.*

Ασφαλισμένη με χρόνια πάθηση (καρδιολογικό πρόβλημα), 54 ετών, Αθήνα.

Οι απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας για τα μέτρα που πήρε η κυβέρνηση για να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας, συνοψίζονται στον Πίνακα 5.6

Πίνακας 5.6: Οι απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας για τα μέτρα της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Κάλυψη	Χρήστες υπηρεσιών υγείας
Μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης	<ul style="list-style-type: none">• Από επιφανειακά ως ανεπαρκή και ανύπαρκτα τα μέτρα• Περαιτέρω οικονομική επιβάρυνση

5.2 Ευρήματα των συνεντεύξεων με τους βασικούς πληροφοριοδότες

Οι βασικοί πληροφοριοδότες εκφράζουν τη γνώμη ότι το ΕΣΥ βρίσκεται σε αρκετά καλή κατάσταση κι ότι τα χρόνια της οικονομικής κρίσης έχουν γίνει οι απαραίτητες κινήσεις από τους αρμόδιους φορείς, προκειμένου άπαντες να έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Οι μαζικές και εκτεταμένες περικοπές που πραγματοποιήθηκαν στον τομέα της υγείας γίνονται, σε γενικές γραμμές, αντιληπτές από τους βασικούς πληροφοριοδότες ως προσπάθειες “έξυγιάνσης και συμμαζέματος” της μέχρι πρότινος ισχύουσας κατάστασης.

5.2.1 Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας

5.2.1.1 Ανθρώπινο δυναμικό, εξοπλισμός, φαρμακευτικά σκευάσματα

Οι βασικοί πληροφοριοδότες αναγνωρίζουν τις ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό και τη νέα πραγματικότητα που έχει διαμορφωθεί εξαιτίας της οικονομικής κρίσης (συνταξιοδότηση προσωπικού χωρίς την προκήρυξη νέων θέσεων, προκειμένου να αντικατασταθούν οι αποχωρήσαντες), καθώς και την αύξηση της ζήτησης για παροχές υγείας από τον δημόσιο τομέα, αφού οι ιδιωτικές υπηρεσίες είναι κοστοβόρες και πλέον καθίστανται απαγορευτικές για όλο και ευρύτερα τμήματα του πληθυσμού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η ευελιξία με την οποία κινούνται οι φορείς στις απομακρυσμένες και παραμεθόριες περιοχές. Η έλλειψη προσωπικού στην περιφέρεια ασκεί, εκ των πραγμάτων, ακόμα μεγαλύτερη πίεση και υποβαθμίζει έτι περαιτέρω την καθημερινότητα του πληθυσμού, αφού δεν υπάρχει πληθώρα δομών όπου θα μπορούσε να απευθυνθεί ο κάθε ενδιαφερόμενος. Γι' αυτό και επιστρατεύονται όλες οι διαθέσιμες δυνάμεις (επικουρικοί, ιδιώτες και στρατιωτικοί γιατροί).

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας : Ναι, πλέον έχουν χειροτερέψει οι συνθήκες γιατί έχει μειωθεί το ιατρικό προσωπικό, έχει μειωθεί το νοσηλευτικό προσωπικό και το ΕΣΥ γερνάει. Δηλαδή φεύγουν άνθρωποι και δεν αντικαθίστανται. Άρα είναι μείζον εμπόδιο η έλλειψη των ανθρώπινων πόρων.

Συνεντευκτής: Όσον αφορά τις δομές και τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, τα φάρμακα;

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας: *Οι εξοπλισμοί παραμένουν της προηγούμενης δεκαετίας. Τα φάρμακα διατίθενται, και μπορώ να πω ότι γίνεται κατάχρηση.*

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου των Αθηνών

Διοικητής νοσοκομείου: *Δυστυχώς τα τελευταία 5 χρόνια έχουν βγει πάρα πολλοί στη σύνταξη και δεν έχουν αντικατασταθεί, δεδομένου ότι δεν υπήρχε δυνατότητα προσλήψεων. Όσον αφορά τους γιατρούς ειδικοτήτων, βρήκαμε τη λύση. Εκμεταλλευόμαστε το νόμο που μας δίνει τη δυνατότητα να απασχολούμε επικουρικούς γιατρούς. Εδώ εμείς εφημερεύουμε 365 μέρες το χρόνο, 24 ώρες το 24ώρο. Πρέπει να λειτουργούμε συνέχεια. Η νομοθεσία που πέρασε τον Μάρτιο του 2014 για τις επικουρικές θέσεις απομακρυσμένων και παραμεθόριων περιοχών μας βολεύει, γιατί δίνει τη δυνατότητα στους επικουρικούς να κάτσουν για 3 χρόνια. Υπάρχει επίσης η δυνατότητα, ακόμα κι όταν δεν βρεθούν επικουρικοί, τα νοσοκομεία στις παραμεθόριες περιοχές να προσλάβουν γιατρούς από την αγορά, με μπλοκάκι παροχής υπηρεσιών. Με αυτόν τον τρόπο, καλύπτουμε τις εφημερίες στο ψυχιατρείο. Πήραμε τον στρατιωτικό ψυχίατρο, ο οποίος καλύπτει καμιά δεκαριά εφημερίες τον μήνα. Επίσης και στο πνευμονολογικό συμπληρώνουμε εφημερίες με εξωτερικό γιατρό.*

Διοικητής Νοσοκομείου νησιωτικής περιοχής της χώρας

Συνεντευκτής: *Όσον αφορά το ανθρώπινο δυναμικό στην υγεία, βλέπετε εμπόδια; Υπάρχει επαρκές ανθρώπινο δυναμικό;*

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου: *Λόγω της οικονομικής κρίσης της χώρας τα τελευταία χρόνια, αλλά και των τραγικών λαθών διαχείρισης των δανειστών μας, υπάρχει σαφώς πρόβλημα στο ανθρώπινο δυναμικό. Οι δομές και οι εγκαταστάσεις θεωρώ ότι είναι αρκετά ικανοποιητικές αυτές που υπάρχουν. Ο εξοπλισμός, με όλες τις αμαρτίες του παρελθόντος, θα έλεγα ότι είναι επίσης ικανοποιητικός στο μεγαλύτερο βαθμό. Βέβαια, στα αναλώσιμα υλικά και στα φάρμακα, πάλι θα ρίξω το βάρος στους δανειστές που τα έχουν κοστολογήσει, το έχουν παραδεχθεί σε γενικές γραμμές ότι είναι σε λάθος κατεύθυνση τα μέτρα τους, με αποτέλεσμα να έχει μειωθεί η καλή παροχή υγείας προς όλες τις ομάδες του πληθυσμού.*

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου

Όπως είναι αναμενόμενο, ένα κομμάτι του βάρους και της ευθύνης για την περίθαλψη του ασθενούς, ενόσω αυτός νοσηλεύεται, μετακυλιέται αναγκαστικά στην οικογένεια. Για άλλη μια φορά, τα μέλη της οικογένειας καλούνται να συνδράμουν πολλαπλώς τον πάσχοντα. Έτσι, ελλείψει εναλλακτικής λύσης πρέπει να ασκήσουν και χρέη νοσηλευτή. Κάτι που απαιτεί δαπάνη χρόνου και χρήματος, που υπό άλλες συνθήκες θα δαπανούσε, καθώς οφείλει, το κράτος για τους πολίτες του.

Διευθύντρια Νοσηλευτικής υπηρεσίας: (...) *γιατρούς έχουμε που υπερκαλύπτουν τον πληθυσμό, εκείνο που δεν έχουμε είναι νοσηλευτικό προσωπικό με αποτέλεσμα να εξαναγκάζονται οι άνθρωποι να έχουνε κάποιον κοντά τους. Αυτό είναι ανεπίτρεπτο. Δηλαδή είναι ότι η οικογένεια πρέπει να προσφέρει τη νοσηλευτική κάλυψη, γιατί δεν υπάρχουν εργαζόμενοι, γιατί δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα η οικονομική.*

(...)

Δεν χρειαζόμαστε γιατρούς, έχουμε. Πρέπει να καλύψουμε τους άλλους κλάδους. Παραϊατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και νομίζω ότι πρέπει να γίνει ανακατανομή προσωπικού.

(...)

Συνεντευκτής: *Όσον αφορά τώρα το επίπεδο άνεσης των υπηρεσιών υγείας και κατά πόσον εξυπηρετούν τον χρήστη, υπάρχει επίπεδο άνεσης αν κρίνεται από το νοσοκομείο σας;*

Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας: *Δυστυχώς δεν υπάρχει επίπεδο άνεσης. Δηλαδή θα σας πω ένα συγκεκριμένο παράδειγμα. Δεν θεωρείται λογικό σε κλίνη και δωμάτιο ασθενούς να μην υπάρχει WC. Δυστυχώς υπάρχουν τμήματα που δεν έχουμε WC και υπάρχουν μόνο κοινόχρηστα.*

Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου των Αθηνών

Ένας βασικός πληροφοριοδότης ανέφερε ότι οι ασθενείς με τους οποίους ο ίδιος συναναστρέφεται στο φαρμακείο του νοσοκομείου όπου εργάζεται δεν δίνουν τόση σημασία στις εγκαταστάσεις και τις υποδομές. Αυτό που τους ενδιαφέρει και τους αρκεί είναι να παίρνουν τα φάρμακα που έχουν ανάγκη. Μοιάζει σαν οι χρήστες των υπηρεσιών να έχουν αποδεχτεί (ανεξάρτητα από το αν εκφράζουν τη διαμαρτυρία τους ή όχι) την παγιωμένη κατάσταση και να προσπαθούν να επιβιώσουν εντός της.

Διευθυντής Φαρμακευτικής Υπηρεσίας: Γενικά το προσωπικό είναι ανεπαρκές. Δηλαδή υπάρχουν νοσοκομεία που μαρτυράνε.

Συνεντευκτής: Οι δομές σας, οι εγκαταστάσεις σας, ο εξοπλισμός σας, τα φάρμακα είναι επαρκή;

Διευθυντής Φαρμακευτικής Υπηρεσίας: Από αυτή την άποψη αν έχεις το φάρμακο, αν διαθέτεις το φάρμακο, έχεις τους πόρους για το φάρμακο, τον άλλον δεν τον ενδιαφέρει τόσο πολύ η εγκατάσταση. Τον ενδιαφέρει να πάρει το φάρμακό του.

Συνεντευκτής: Το έχετε; Έχετε τους πόρους για τα φάρμακα;

Διευθυντής Φαρμακευτικής Υπηρεσίας: Εμείς μέχρι τώρα είχαμε. Και μετά την κρίση εννοώ, γιατί πριν την κρίση είχαμε πολλούς πόρους, δεν βασανιζόμαστε.

Διευθυντής Φαρμακευτικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου των Αθηνών

Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών για τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας συνοψίζονται στον Πίνακα 5.7

Πίνακας 5.7: Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών για τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας

Κάλυψη	Βασικοί πληροφοριοδότες
Διαθεσιμότητα	<ul style="list-style-type: none">• Ελλείψεις προσωπικού• Στις παραμεθόριες περιοχές, χρησιμοποίηση γιατρών με δελτίο παροχής υπηρεσιών για την κάλυψη πάγιων αναγκών• Ικανοποιητικές, αν και με προβλήματα, οι δομές και οι εγκαταστάσεις• Επάρκεια φαρμάκων

5.2.2 Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη

Μέσα από τις απαντήσεις των βασικών πληροφοριοδοτών επιβεβαιώνεται η ύπαρξη εμποδίων στην προσβασιμότητα των ασθενών στις δομές υγείας εξαιτίας της απουσίας ασφαλιστικής κάλυψης, αλλά και λόγω των δυσκολιών που δημιουργεί η γεωγραφική θέση της κάθε περιοχής. Το ζήτημα της χιλιομετρικής απόστασης του

ασθενούς από τη δομή δημόσιας υγείας είναι καθοριστικής σημασίας σε μια χώρα σαν την Ελλάδα, η οποία διαθέτει πλήθος αραιοκατοικημένων και απομακρυσμένων περιοχών και νησιών. Συχνά, είναι από τους βασικούς παράγοντες που καθορίζουν την κλινική έκβαση της υγείας των ασθενών που ζουν μακριά από τα αστικά κέντρα.

Συνεντευκτής: Ποιοι πιστεύετε είναι οι κύριοι λόγοι που κάποιοι άνθρωποι δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και γιατί;

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας : Ο ένας λόγος είναι ότι πλέον ένα μεγάλο ποσοστό από αυτούς, έχουν χάσει την ασφαλιστική τους κάλυψη. Ο δεύτερος λόγος είναι ότι βρίσκονται σε περιοχές της χώρας που είναι δύσκολη η πρόσβαση ακόμα και σε πρωτοβάθμιες δομές υγείας, παραδείγματος χάρη νησιά του Αρχιπελάγους, ορεινές περιοχές. Ο τρίτος λόγος είναι ότι υπάρχει μια αντίληψη ότι δεν θέλουν οι ίδιοι να νιώσουν ότι είναι άρρωστοι, η αρρώστια δηλαδή έχει ένα κοινωνικό στίγμα στη χώρα μας. Και ο τέταρτος λόγος που δεν έχουμε σωστή πρόσβαση είναι το γεγονός ότι δεν θέλουν, ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι, να επιβαρύνουν τις οικογένειές τους. Παραδείγματος χάρη για να γίνει η διάγνωση ενός νεοπλασματος ή για να θεραπευθεί ένα νεόπλασμα που μπορεί να χρειάζεται χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, πρέπει να μεταβαίνει κάθε μέρα σε κάποιο κέντρο να κάνει ακτινοβολίες. Ο πατέρας ή η γιαγιά, επειδή το παιδί του δουλεύει και δεν θέλει να τον βάλει στον κόπο να τον μεταφέρει, αρνείται να κάνει τη θεραπεία. Είναι δηλαδή η αδυναμία να γίνουν βάρος στην ίδια τους την οικογένεια.

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου των Αθηνών

Στην πλειοψηφία τους οι βασικοί πληροφοριοδότες υποστήριξαν ότι οι πολίτες, και κυρίως όσοι ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικά ομάδες, είναι μερικώς ή καθόλου ενημερωμένοι σχετικά με το τι ισχύει ως προς την πρόσβασή τους στην περίθαλψη. Η ανάδειξη της άγνοιας ως πρωταρχικού παράγοντα που υποσκάπτει την προσβασιμότητα, συνεπάγεται τον έστω και έμμεσο καταλογισμό ατομικής ευθύνης στα άτομα από τα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα, αφού “φταίνε τα ίδια που δεν γνωρίζουν που μπορούν να απευθυνθούν και τι κινήσεις να κάνουν” όταν χρειάζονται υγειονομική φροντίδα. Με αυτό τον τρόπο, η δομή παρουσιάζεται ως εύρωστη κι έτοιμη να υποδεχτεί τους ασθενείς, ενώ οι τελευταίοι εμφανίζονται ως αδαείς και απροσάρμοστοι.

Διευθυντής Φαρμακευτικής Υπηρεσίας: *Πολλές φορές τα εμπόδια που βρίσκουν είναι ότι δεν είναι καλά ενημερωμένοι, για τις υπηρεσίες που τους χορηγούν τη δυνατότητα πρόσβασης. Δηλαδή το ασφαλιστικό τους ταμείο ή το βιβλιάριο οικονομικής αδυναμίας ή ότι άλλο έχουνε.*

Διευθυντής Φαρμακευτικής Υπηρεσίας ενός Νοσοκομείου των Αθηνών

Διοικητής: *Το βασικότερο εμπόδιο είναι η άγνοια. Έτσι όπως έχει δομηθεί το σύστημα, ο οποιοσδήποτε μπορεί να έχει πρόσβαση στην υγεία.*

Διοικητής Νοσοκομείου νησιωτικής περιοχής

Διευθυντής Φαρμακευτικής υπηρεσίας: *Οι άνθρωποι έχουνε τη δυνατότητα πρόσβασης. Στην Ελλάδα αυτή τη στιγμή όλοι οι άνθρωποι έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης με τον έναν ή με τον άλλον τρόπο στις υπηρεσίες υγείας.*

Συνεντευκτής: *Δεν υπάρχουν πιστεύετε κάποιοι λόγοι που τους κάνουν να μην έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας;*

Διευθυντής Φαρμακευτικής Υπηρεσίας: *Είπα. Η έλλειψη ενημέρωσης.*

Διευθυντής Φαρμακευτικής Υπηρεσίας ενός Νοσοκομείου των Αθηνών

Προϊστάμενος ΕΟΠΥΥ: *Ο ΕΟΠΥΥ ήρθε να προσδιορίσει την ελεύθερη και ισότιμη πρόσβαση σε όλους τους ασφαλισμένους πολίτες.*

(...)

Συνεντευκτής: *Πώς βλέπετε τον ρόλο του οργανισμού σας, του ΕΟΠΥΥ, ως προς την αύξηση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη των πλέον ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού και τι εμπόδια συναντάτε;*

Προϊστάμενος ΕΟΠΥΥ: *Νομίζω αυτό που διαπιστώσαμε πριν τον ΕΟΠΥΥ και χάρη στη γνώση από τα ασφαλιστικά ταμεία, με τις ουρές, με τις ελλείψεις, σήμερα ο ΕΟΠΥΥ, και νομίζω αυτό το καταλαβαίνουν και οι χρήστες άσχετα αν αυτό έχει συμπέσει με την οικονομική κρίση, παρέχει μεγαλύτερη ευκολία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες.*

Προϊστάμενος στο Τμήμα Συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ

Πρόεδρος Ιατρικού συλλόγου: Δεν νομίζω ότι υπάρχουν βασικά εμπόδια πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για τον πληθυσμό. Ουσιαστικά θα έλεγα πως δεν υπάρχει κανένα εμπόδιο πρόσβασης.

(...)

Νομίζω ότι η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια παροχή υγείας είναι και επιταγή του ελληνικού Συντάγματος και θεωρώ ότι αν ξεφύγουμε από κάποιες πολιτικάντικες δηλώσεις, δεν υπάρχει Έλληνας πολίτης που να μην έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας της χώρας.

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου

Συνεντευκτής: Ποιοι είναι οι κύριοι λόγοι που κάποιοι άνθρωποι δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας;

Υποδιοικητής: Τη στιγμή αυτή δεν υπάρχει κανένα πρόβλημα, διότι ακόμα και οι ανασφάλιστοι έχουν απόλυτη κάλυψη σε φάρμακα και σε υπηρεσίες και σε νοσοκομεία.

Υποδιοικητής ΔΥΠε

5.2.2.1 Άτυπες πληρωμές

Το θέμα των άτυπων πληρωμών σίγουρα προξενεί κάποια αμηχανία κι ενός είδους αμυντική στάση στην περίπτωση των βασικών πληροφοριοδοτών. Οι τελευταίοι, αισθάνονται υποχρεωμένοι να αντικρούσουν την κυρίαρχη άποψη περί “γενικευμένης διαφθοράς” στο χώρο της υγείας, ενώ ταυτόχρονα εκδηλώνουν μια καταγγελτική διάθεση και διαχωρίζουν πλήρως τη θέση τους από την εν λόγω πρακτική.

Συνεντευκτής: Όσον αφορά τις out-of-rocket πληρωμές, τα φακελάκια, ποια είναι η άποψη σας; Είναι εμπόδιο πιστεύετε; Και τι κάνετε εσείς σαν πειθαρχικό όργανο, σαν Ιατρικός Σύλλογος;

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου: Αυτό είναι ένα θέμα που έχει γιγαντωθεί από τα media, όχι πως δεν υπάρχουν και σε όλα τα επαγγέλματα κακοί συνάδελφοι. Είναι λοιπόν, θεωρώ, το φακελάκι ένα τέρας το οποίο εξέθρεψε η πολιτική και η κοινωνική κατάσταση της χώρας και το επέβαλε με κάποιο τρόπο. Είναι τεράστιο το θέμα για να

το συζητήσουμε τώρα, αλλά θεωρώ ότι ουσιαστικά δεν είναι πρόβλημα της ιατρικής κοινότητας, είναι ένα πρόβλημα της πολιτικής κοινότητας και θα έπρεπε με σαφείς αποφάσεις πολιτικής διαχείρισης να έχει ήδη λυθεί. Θέλει μια αναδιάρθρωση το σύστημα προς το καλύτερο, έναν εξευγενισμό και εκμοντερνισμό και οπότε από τη στιγμή που όλο το σύστημα λειτουργεί, θα εκλείψει και το φακελάκι. Δυστυχώς, είναι μέσα στη νοοτροπία του Έλληνα, έτσι, δε φταίει ο Έλληνας για αυτό, φταίνε όλες οι πολιτικές κυβερνήσεις των τελευταίων ετών και όλες οι αντιπολιτεύσεις που εξέθρεψαν αυτό το θηρίο. Είναι πολύ εύκολο να αντιμετωπιστεί.

(...)

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου: Τα φακελάκια είναι κάτι που εγώ δεν το γνωρίζω. Κάποιος κάνει συγκεκριμένα καταγγελία, αυτή ελέγχεται και παραπέμπεται στο πειθαρχικό συμβούλιο και φτάνει μέχρι την απόλυση του υγειονομικού υπαλλήλου

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου

Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών σχετικά με την πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας συνοψίζονται στον Πίνακα 5.8

Πίνακας 5.8: Οι απόψεις των χρηστών κατά το στάδιο της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας

Κάλυψη	Βασικοί πληροφοριοδότες
Πρόσβαση	<ul style="list-style-type: none"> • Εμπόδια στην πρόσβαση, λόγω της απώλειας ασφαλιστικής κάλυψης • Έλλειψη ενημέρωσης των ασθενών για τις παροχές • Αδυναμία πρόσβασης, λόγω απομακρυσμένης γεωγραφικής θέσης • Επιβάρυνση της οικογένειας σε περίπτωση ασθένειας κάποιου μέλους • Πρόσβαση άνευ εμποδίων, συνταγματικά κατοχυρωμένα • Οι άτυπες πληρωμές ως εξαίρεση κι όχι κανόνας

5.2.3 Αποδοχή της φροντίδας

Η δυσμενής θέση στην οποία βρίσκονται τα πλέον ευάλωτα κοινωνικά κομμάτια, ο φόβος των μεταναστών, αλλά και διάφοροι άλλοι παράγοντες όπως η προσπάθεια των ηλικιωμένων να μην επιβαρύνουν την οικογένειά τους, επηρεάζουν το αν και σε ποιο βαθμό θα αποδεχτούν τη φροντίδα που έχουν ανάγκη. Παράλληλα, πρωταρχικής σημασίας είναι η διαπροσωπική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και του γιατρού τους.

Συνεντευκτής: *Κατά τη γνώμη σας, για ποιους λόγους οι άνεργοι και οι μετανάστες δεν αναζητούν από μόνοι τους υγειονομική περίθαλψη;*

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας: *Οι μεν άνεργοι διότι φοβούνται πως δεν θα έχουν τη δυνατότητα να φανούν συνεπείς οικονομικά απέναντι στις υποχρεώσεις που απαιτεί ένας έλεγχος υγείας. Οι οικονομικοί μετανάστες, λόγω του ότι είναι παράνομη η πλειονότητα αυτών και φοβούνται πιθανή απέλαση. Οι ηλικιωμένοι είναι γιατί, πρώτον, δεν θέλουν να είναι βάρος στην οικογένειά τους και δεύτερον, είναι ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα άρνησης ή δεν κατανοούν το πρόβλημα, ότι θα πρέπει να πηγαίνουν πιο συχνά στον γιατρό τους.*

(...)

Πιστεύω ότι οι σχέσεις των ασθενών με αυτούς που υπηρετούν τον τομέα της υγείας είναι πολύ διαπροσωπικές, είναι αρκετά καλές. Αλλά μερικές φορές αυτού του είδους η διαπροσωπική σχέση περιέχει και στοιχεία τα οποία μπορεί να είναι προβληματικά.

Συνεντευκτής: *Δηλαδή; Μπορείτε να το εξηγήσετε λίγο;*

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας: *Κοιτάζτε να δείτε. Ο καθένας ψάχνει για τον επώνυμο, καλό γιατρό. Δεν έχει τη λογική ότι θα πάω να με αντιμετωπίσει το σύστημα υγείας, είναι προσωποποιημένη η άσκηση αυτή.*

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου των Αθηνών

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου: *Η σχέση του ασθενή με το γιατρό είναι πάντα καθαρά προσωπική και υπάρχει πάντα άμεση σύνδεση. Τώρα το να κατηγορούμε συλλήβδην τους γιατρούς, πράγμα που συμβαίνει από τα media και από ορισμένες κοινωνικές ομάδες και από ορισμένες πολιτικές, αυτό δεν σημαίνει πως έχει σπάσει η σχέση*

γιατρού-ασθενή. Αν σκεφτεί ο καθένας το κοινωνικό του περιβάλλον και τη σχέση που έχει με το γιατρό του, το μόνο που θα μπορούσε να πει είναι ότι είναι άριστη. Το τι έχουμε ακούσει, το τι μας έχουν πει, είτε το ότι μας έχουν παραπληροφορήσει, δημιουργεί μια ψευδή εικόνα για το πρόσωπο του γιατρού. Ο καθένας πρέπει να σκεφτεί τι συμβαίνει στο δικό του περίγυρο και θα δει λοιπόν πως ο γιατρός είναι ο άνθρωπος που θα τον σώσει και ο άνθρωπος του.

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου

Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών για την αποδοχή της υγειονομικής φροντίδας συνοψίζονται στον Πίνακα 5.9

Πίνακας 5.9: Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών για την αποδοχή της υγειονομικής φροντίδας

Κάλυψη	Βασικοί πληροφοριοδοτές
Αποδοχή της φροντίδας	<ul style="list-style-type: none"> • Οι άνεργοι κι οι μετανάστες δεν αναζητούν ιατρικές υπηρεσίες λόγω φόβου • Μεγάλη αναμονή για εξετάσεις και θεραπείες • Διαπροσωπική και άμεση σχέση γιατρού-ασθενούς, αν και μερικές φορές προβληματική • Απουσία κοινωνικών διακρίσεων

5.2.4 Κάλυψη επαφής

Η οικονομική κρίση έχει αλλάξει τα δεδομένα αναφορικά με την κάλυψη του πληθυσμού στις δομές υγείας, με αποτέλεσμα να παίζει ρυθμιστικό ρόλο στην κλινική έκβαση της υγείας τους. Η ανάγκη για δημόσια περίθαλψη έχει γίνει εντονότερη τα τελευταία πέντε χρόνια, αφού οι χρήστες αδυνατούν να δαπανήσουν τα ίδια χρηματικά ποσά που δαπανούσαν στο παρελθόν για να απευθυνθούν σε ιδιώτες

γιατρούς. Ωστόσο για πολλούς από τους βασικούς πληροφοριοδότες, η κάλυψη των χρηστών έχει βελτιωθεί και διευκολυνθεί την τελευταία πενταετία, ακριβώς λόγω της οικονομικής κρίσης. Οι πεποιθήσεις των βασικών πληροφοριοδοτών είναι διαμετρικά αντίθετες από εκείνες των χρηστών, καθώς οι πρώτοι υποστηρίζουν ότι η κρίση αποτέλεσε κάποιου είδους αφορμή για εξορθολογισμό των δαπανών και μείωση των γραφειοκρατικών εμποδίων στο στάδιο της κάλυψης τους από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Συνεντευκτής: Πώς έχει αλλάξει η πρόσβαση του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη τα τελευταία πέντε χρόνια, από το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης και μετά και ιδιαίτερα για τους άνεργους και τους μετανάστες;

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας: Έχει αυξηθεί η πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία, διότι δεν μπορούν να αντέξουν το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα και, δεύτερον, έχει αυξηθεί η επιβάρυνση της νοσηρότητας των ανθρώπων αυτών, δηλαδή έρχονται ασθενείς με πιο σοβαρό στάδιο καρκίνου, με πιο σοβαρές αρρώστιες, γιατί είτε αγνοούν τα συμπτώματα είτε τα αναγνωρίζουν, αλλά επειδή δεν έχουν τη δυνατότητα να κάνουν κάποιες εξετάσεις, παραμελούν τον εαυτό τους.

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου των Αθηνών

Συνεντευκτής: Τώρα όσον αφορά την εμπειρία της πραγματικής επαφής, την κάλυψη που θα έχουν. Καθορίζει πιστεύετε και τη μελλοντική συμπεριφορά των πολιτών ως προς την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας;

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου: Θα έλεγα πάλι εδώ, υπάρχει ένα έλλειμμα ενημέρωσης για τις ακριβείς παροχές και τους στόχους παροχής, οπότε χρειάζεται μια καμπάνια για να ενημερωθεί ο Έλληνας πολίτης ακόμα καλύτερα για την κάλυψη.

(...)

Συνεντευκτής: Πώς έχει αλλάξει η πρόσβαση του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη τα τελευταία πέντε χρόνια, μετά την οικονομική κρίση;

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου: Η πρόσβαση δεν έχει αλλάξει. Ίσως έχει αλλάξει ελαφρώς η παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου

Υποδιοικητής: Έχει βελτιωθεί η πρόσβαση. Δεδομένου του πρόσφατου νόμου για τους ανασφάλιστους, πιστεύω ότι η πρόσβαση είναι άμεση και αν το θελήσουν (εννοείται: οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες), μπορούν να επισκεφτούν και τις μονάδες ΠΕΔΥ και τα Κέντρα Υγείας για να τύχουν περίθαλψης. Και τα νοσοκομεία, βέβαια.

(...)

Δεν υπάρχει κανένα εμπόδιο και πιθανόν να υπάρχει μια ελάχιστη αναμονή σε μια ειδικότητα, αλλά αυτό δεν αποτελεί εμπόδιο.

Υποδιοικητής ΔΥΠε

Διευθυντής Φαρμακευτικής Υπηρεσίας: Τα πάντα είναι δωρεάν.

Συνεντευκτής: Τα πάντα είναι δωρεάν στο δημόσιο φαρμακείο νοσοκομείου;

Διευθυντής Φαρμακευτικής Υπηρεσίας: Σε αυτούς που απευθύνονται για να πάρουν φάρμακα στο δημόσιο νοσοκομείο, τα φάρμακα, όποια φαρμακευτική παροχή χορηγείται, είναι πάντα δωρεάν.

Διευθυντής Φαρμακευτικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου των Αθηνών

Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών για την κάλυψη, στο στάδιο της επαφής των χρηστών με τις υπηρεσίες υγείας συνοψίζονται στον Πίνακα 5.10.

Πίνακας 5.10: Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών για την κάλυψη επαφής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας

Κάλυψη	Βασικοί πληροφοριοδότες
Κάλυψη επαφής	<ul style="list-style-type: none">• Αυξημένη ζήτηση για παροχή υγειονομικής περίθαλψης από τον δημόσιο τομέα• Αύξηση της νοσηρότητας• Έλλειμμα ενημέρωσης του κοινού• Βελτίωση της περίθαλψης τα χρόνια της κρίσης

5.2.5 Αποτελεσματική κάλυψη

Ο βαθμός συμμόρφωσης των χρηστών με τη θεραπευτική αγωγή που συστήνει ο γιατρός, εξαρτάται από την εμπιστοσύνη που έχει αποκτηθεί και τη σχέση που έχει οικοδομηθεί ανάμεσα στις δύο πλευρές. Ωστόσο, σε δύσκολες κι απαιτητικές περιπτώσεις, η ίδια η φύση της νόσου μπορεί να υπονομεύει αυτή τη σχέση και είναι πιθανόν οι χρήστες να ζητήσουν και μια δεύτερη γνώμη ή και μια διαφορετική θεραπευτική αγωγή.

Συνεντευκτής: *Η εμπιστοσύνη, πιστεύετε, των ανθρώπων στην κρίση του γιατρού τους, η προσφυγή στον γιατρό, μπορούν να προσδιορίσουν μια καλή κλινική έκβαση, καθώς και συμμόρφωση με τη συνταγή και τη θεραπεία;*

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας: *Όχι πάντα.*

Συνεντευκτής: *Γιατί;*

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας: *Γιατί ο ασθενής πάντοτε νιώθει καλά όταν πηγαίνει καλά. Όταν αρχίζουν και δημιουργούνται προβλήματα από τη φύση της ασθένειας ή από την εξάπλωση της ασθένειας, χάνεται αυτή η επαφή εμπιστοσύνης και αναζητεί τη λύση σε άλλους γιατρούς, σε άλλο νοσοκομείο. Άρα λοιπόν δεν θα μπορούσα να πω ότι αυτή διατηρείται.*

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου των Αθηνών

Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών σχετικά με την αποτελεσματικότητα της κάλυψης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, συνοψίζονται στον Πίνακα 5.11

Πίνακας 5.11: Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών σχετικά με την αποτελεσματικότητα της κάλυψης των χρηστών

Κάλυψη	Βασικοί πληροφοριοδότες
Αποτελεσματική κάλυψη	<ul style="list-style-type: none">Πιθανότητα κλονισμού της εμπιστοσύνης του ασθενούς προς τον γιατρό του, ανάλογα με την έκβαση της ασθένειαςΑνεπαρκής λειτουργία των ΠΕΔΥ

Όπως ακριβώς και στην περίπτωση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, έτσι και για τους βασικούς πληροφοριοδότες επιλέχτηκε να προστεθεί μια έκτη θεματική περιοχή που σχετίζεται με τα μέτρα που εξήγγειλε η προηγούμενη κυβέρνηση για την αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης.

5.2.6 Τα μέτρα για την αντιμετώπιση των κοινωνικών δυσχερειών και οι επιπτώσεις τους

Όπως ακριβώς και στην περίπτωση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, έτσι και για τους βασικούς πληροφοριοδότες επιλέχτηκε να προστεθεί μια έκτη θεματική περιοχή που σχετίζεται με τα μέτρα που εξήγγειλε η προηγούμενη κυβέρνηση για την αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης.

Οι βασικοί πληροφοριοδότες στηρίζουν τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στο χώρο της υγείας και θεωρούν ότι είναι πολλοί εκείνοι που έχουν ωφεληθεί από τις αναδιαρθρώσεις αυτές. Σύμφωνα με τα λεγόμενα τους, ο κρατικός μηχανισμός έχει προνοήσει για την αναχαίτιση της εξελισσόμενης ανθρωπιστικής κρίσης, έχει προχωρήσει σε ειδικές ρυθμίσεις για τους ανασφάλιστους και γενικά λειτουργεί αποτελεσματικά. Μία ερωτώμενη εξέφρασε την άποψη ότι οι νέες δομές, όπως το ΠΕΔΥ, δεν λειτουργούν ικανοποιητικά και μάλιστα ενισχύουν τη σύγχυση και το διάχυτο χάος, καθώς οι πολίτες δεν γνωρίζουν πού πρέπει να απευθυνθούν και ποια διαδικασία πρέπει να ακολουθήσουν για να τύχουν της υγειονομικής περίθαλψης που κάθε φορά χρειάζονται.

Συνεντευκτής: Λίγο να μου πείτε για αυτά τα μέτρα και αν έχετε δει πραγματικά ανθρώπους να επωφελούνται;

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας: Έχει προβλεφθεί από το κράτος, στον προϋπολογισμό των νοσοκομείων, ένα κονδύλι το οποίο αναφέρεται σε αυτούς που είναι οικονομικά ανασφάλιστοι, οικονομικοί μετανάστες, άποροι άνεργοι...

Συνεντευκτής: Έχετε δει να επωφελούνται άτομα;

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας: Τους τελευταίους 6 μήνες, πάνω από 150 άτομα ωφελήθηκαν από αυτό το μέτρο και κάνουνε θεραπείες που είναι, μπορώ να σας πω,

και αρκετά ακριβές. Δηλαδή μια χημειοθεραπεία μπορεί να στοιχίζει και 50.000 ευρώ και 60.000 ευρώ, οι 6 μήνες που πρέπει να κάνει κάποιος θεραπεία.

Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου των Αθηνών

Συνεντευκτής: *Ποια είναι η τρέχουσα κατάσταση για όσους έχασαν την ασφαλιστική κάλυψη υγείας λόγω ανεργίας; Με ποιο τρόπο έχουν πρόσβαση στην υγεία τώρα;*

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου: *Το ελληνικό κράτος έχει προβλέψει αυτή την περίπτωση. Υπάρχει το βιβλιάριο ανασφάλιστων, το οποίο δικαιούνται όλοι οι Έλληνες πολίτες, καθώς και οι πολίτες χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά επίσης και οι πολίτες οι οποίοι έχουν άδεια παραμονής στη χώρα, για πολιτικούς λόγους, οι πολιτικοί πρόσφυγες, κ.λπ.*

(...)

Συνεντευκτής: *Πιστεύετε πως υπάρχει κάποια αλλαγή για κάποιες κατηγορίες του πληθυσμού;*

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου: *Προς το καλύτερο, για τους άνεργους.*

Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου

Συνεντευκτής: *Τι μπορείτε να πείτε για την αποτελεσματικότητα των μέτρων αυτών; Έχετε δει πραγματικά ανθρώπους να επωφελούνται;*

Υποδιοικητής: *Έχουν επωφεληθεί άπαντες, δηλαδή όποιος ζητάει υπηρεσίες υγείας τις έχει.*

(...)

Συνεντευκτής: *Κατά τη γνώμη σας, ποιες είναι οι αναγκαίες μεταρρυθμίσεις σε επίπεδο συστήματος που θα βελτιώσουν ακόμα πιο πολύ την πρόσβαση στην περίθαλψη;*

Υποδιοικητής: *Δεν νομίζω πως υπάρχει τίποτε άλλο. Αφού υπάρχει ο νόμος που δίνει σε όλους το δικαίωμα. Είναι τα πάντα σε μια ορθή λειτουργία.*

Υποδιοικητής ΔΥΠε

Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας: *Έχουνε γίνει πολλά διαφορετικά μέτρα πάνω στο χώρο της υγείας, είτε τώρα με τη δημιουργία των ΠΕΔΥ, που δε λειτουργούν έτσι όπως πρέπει, είτε γιατί ο χρόνος δεν ήτανε.... Δεν υπήρχε το περιθώριο να έχει*

οργανωθεί κατάλληλα πριν γίνει και υπάρχει μια χαοτική κατάσταση, πού θα απευθυνθούν.

Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Νοσοκομείου των Αθηνών

Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών σχετικά με τα μέτρα της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας, συνοψίζονται στον Πίνακα 5.12.

Πίνακας 5.12: Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών για τα μέτρα της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στην υγεία

Κάλυψη	Βασικοί πληροφοριοδοτές
Μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης	<ul style="list-style-type: none"> • Έχουν επωφεληθεί οι άνεργοι, οι άποροι και οι οικονομικοί μετανάστες • Έχουν γίνει αλλαγές προς το καλύτερο, δεν χρειάζεται κάτι περαιτέρω

Οι απόψεις χρηστών υπηρεσιών υγείας και βασικών πληροφοριοδοτών σχετικά και με τις πέντε παραμέτρους του πλαισίου του Tanahashi και των μέτρων της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας, συγκριτικά αναφέρονται στον Πίνακα 5.13.

Πίνακας 5.13: Σύγκριση των απόψεων χρηστών υπηρεσιών υγείας και βασικών πληροφοριοδοτών

Κάλυψη	Χρήστες υπηρεσιών υγείας	Βασικοί πληροφοριοδοτές
Διαθεσιμότητα	<ul style="list-style-type: none"> • Ελλείψεις προσωπικού • Μη ικανοποιητική εξυπηρέτηση • Ελλιπής εξοπλισμός • Ανεπαρκείς διαγνωστικές εξετάσεις 	<ul style="list-style-type: none"> • Ελλείψεις προσωπικού • Στις παραμεθόριες περιοχές, χρησιμοποίηση γιατρών με δελτίο παροχής υπηρεσιών για την κάλυψη πάγιων αναγκών • Ικανοποιητικές, αν και με προβλήματα, οι δομές και οι εγκαταστάσεις • Επάρκεια φαρμάκων
Πρόσβαση	<ul style="list-style-type: none"> • Ανεπαρκής ασφαλιστική κάλυψη • Άτυπες πληρωμές-φακελάκια • Χαμηλής ποιότητας παροχές στους δημόσιους φορείς υγείας 	<ul style="list-style-type: none"> • Εμπόδια στην πρόσβαση, λόγω της απώλειας ασφαλιστικής κάλυψης • Έλλειψη ενημέρωσης των ασθενών για τις παροχές • Αδυναμία πρόσβασης,

		<p>λόγω απομακρυσμένης γεωγραφικής θέσης</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επιβάρυνση της οικογένειας σε περίπτωση ασθένειας κάποιου μέλους • Πρόσβαση άνευ εμποδίων, συνταγματικά κατοχυρωμένη • Οι άτυπες πληρωμές ως εξαίρεση κι όχι κανόνας
Αποδοχή της φροντίδας	<ul style="list-style-type: none"> • Μεγάλη αναμονή για εύρεση ραντεβού και διενέργεια εξετάσεων • Κοινωνικές διακρίσεις, σπιγματισμός 	<ul style="list-style-type: none"> • Οι άνεργοι κι οι μετανάστες δεν αναζητούν ιατρικές υπηρεσίες λόγω φόβου • Μεγάλη αναμονή για εξετάσεις και θεραπείες • Διαπροσωπική και άμεση σχέση γιατρού-ασθενούς, αν και μερικές φορές προβληματική • Απουσία κοινωνικών διακρίσεων
Κάλυψη επαφής	<ul style="list-style-type: none"> • Δυσaréσκεια από τη λειτουργία του συστήματος υγείας • Επιδείνωση της κατάστασης τα τελευταία 5 χρόνια, λόγω της οικονομικής κρίσης (π.χ. περικοπές παροχών, αύξηση του χρόνου αναμονής) 	<ul style="list-style-type: none"> • Αυξημένη ζήτηση για παροχή υγειονομικής περίθαλψης από τον δημόσιο τομέα • Αύξηση της νοσηρότητας • Έλλειμμα ενημέρωσης του κοινού • Βελτίωση της περίθαλψης τα χρόνια της κρίσης
Αποτελεσματική κάλυψη	<ul style="list-style-type: none"> • Έλλειψη εμπιστοσύνης στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας • Οικονομική επιβάρυνση • Μη συμμόρφωση με τη θεραπεία 	<ul style="list-style-type: none"> • Πιθανότητα κλονισμού της εμπιστοσύνης του ασθενούς προς τον γιατρό του, ανάλογα με την έκβαση της ασθένειας • Ανεπαρκής λειτουργία των ΠΕΔΥ
Μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης	<ul style="list-style-type: none"> • Από επιφανειακά ως ανεπαρκή και ανύπαρκτα τα μέτρα • Περαιτέρω οικονομική επιβάρυνση 	<ul style="list-style-type: none"> • Έχουν επωφεληθεί οι άνεργοι, οι άποροι και οι οικονομικοί μετανάστες • Έχουν γίνει αλλαγές προς το καλύτερο, δεν χρειάζεται κάτι περαιτέρω

5.3 Οπτικοποίηση δεδομένων της έρευνας με τη χρήση του λογισμικού NVivo

Βασικό γνώρισμα της ποιοτικής έρευνας είναι η συγκέντρωση μεγάλου όγκου δεδομένων. Μετά το πέρας των συνεντεύξεων και την απομαγνητοφώνηση τους, κάθε ερευνητής έχει στη διάθεσή του πληθώρα αρχείων δομημένης και ημιδομημένης πληροφορίας, όπως αρχεία ήχου, αρχεία κειμένου και χειρόγραφες σημειώσεις.

Η διαδικασία της επεξεργασίας και ανάλυσης δεδομένων που προέρχονται από συνεντεύξεις είναι χρονοβόρα και επίπονη, ενώ στη διάρκεια της απομαγνητοφώνησης υπάρχει πάντοτε ο κίνδυνος να ξεφύγει κάποια χρήσιμη πληροφορία και να μην καταγραφεί. Χωρίς αμφιβολία, η διαχείριση μεγάλου όγκου δεδομένων απαιτεί συστηματικότητα και συνέπεια εκ μέρους του εκάστοτε ερευνητή, καθώς και την αναζήτηση και χρησιμοποίηση των εργαλείων εκείνων που θα διευκολύνουν τη διαδικασία.

Ένα από τα εργαλεία που συμβάλλουν στην ταξινόμηση και τον συνδυασμό πληροφοριών, την κωδικοποίηση και γενικότερα την ανάλυση του συγκεντρωμένου υλικού είναι το λογισμικό NVivo. Με το συγκεκριμένο πρόγραμμα, μπορεί κανείς να οπτικοποιήσει τα συμπεράσματα του μέσω της δημιουργίας πινάκων και γραφιστικών σχημάτων. Σε πρώτο χρόνο, το λογισμικό επιτρέπει σε αυτόν που το χειρίζεται τη δημιουργία φακέλων (files), χαρακτηριστικών (characteristics), ομάδων (sets), κόμβων (nodes) και ταξινομήσεων κόμβων (node classifications), ενώ σε δεύτερο χρόνο μοντέλα που προκύπτουν από την ανάλυση (models) και τα οποία μπορεί να απεικονίσει δίνοντας τους διάφορες μορφές (O' Neill, 2013, Τσιώλης, 2014).

Με τη βοήθεια του λογισμικού NVivo γίνεται μια προσπάθεια οπτικοποίησης μερικών χαρακτηριστικών απόψεων των συνεντευξιαζόμενων και με αυτό τον τρόπο γίνονται πιο εύληπτες οι επιμέρους μεγάλες διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται και κατά την προηγούμενη ποιοτική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας. Οι εκ διαμέτρου αντίθετες απόψεις μεταξύ των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και των βασικών πληροφοριοδοτών γίνονται πιο έκδηλες και αυτή τους η διαφοροποίηση σχηματοποιείται (Διάγραμμα 5.1).

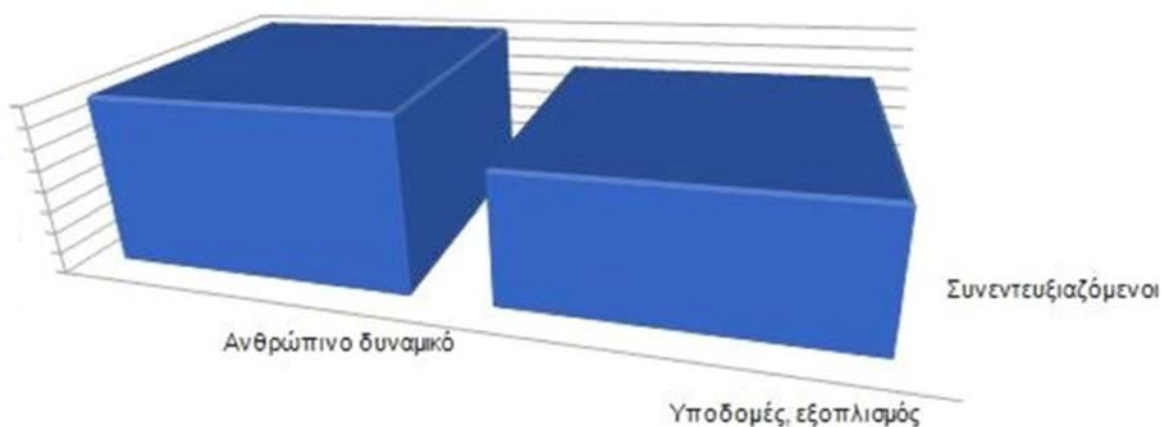


Διάγραμμα 5.1: Η επάρκεια σε ανθρώπινο δυναμικό και υποδομές μεταξύ των δύο ομάδων συνεντευξιαζόμενων

Στο διάγραμμα 5.1 αξίζει να παρατηρήσει κανείς ότι οι βασικοί πληροφοριοδότες, σε σύγκριση με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, θεωρούν σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό επαρκές το ανθρώπινο δυναμικό που εργάζεται στις δημόσιες δομές υγείας αλλά και τον εξοπλισμό των δομών. Επίσης παρατηρείται πως και οι δύο ομάδες των συνεντευξιαζόμενων, χρήστες και βασικοί πληροφοριοδότες, θεωρούν ότι επαρκεί σε μεγαλύτερο βαθμό το ανθρώπινο δυναμικό, σε σύγκριση με τις υποδομές και τον εξοπλισμό των μονάδων υγείας. Οι ελλείψεις δηλαδή εντοπίζονται και από τις δύο ομάδες των συνεντευξιαζόμενων κατά πρώτο λόγο στις κτιριακές εγκαταστάσεις και την υλικοτεχνολογική υποδομή των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η θετική εκτίμηση και των δύο ομάδων των συνεντευξιαζόμενων για την αποτελεσματικότητα του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού των μονάδων υγείας, όπως εξίσου και η αρνητική τους εκτίμηση για τις κτιριακές υποδομές και τον τεχνολογικό εξοπλισμό επιβεβαιώνεται και από το διάγραμμα 5.2

Αποτελεσματικότητα ανθρώπινου δυναμικού και υποδομών

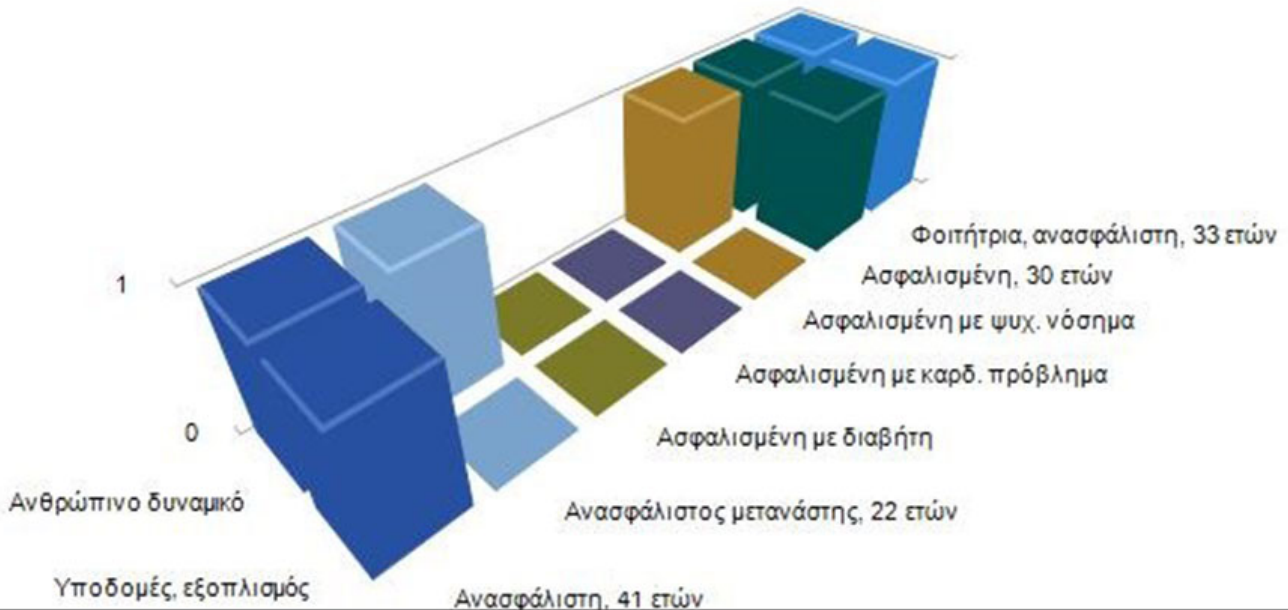


Διάγραμμα 5.2: Η αποτελεσματικότητα ανθρώπινου δυναμικού και υποδομών

Οι συνεντευξιαζόμενοι στο διάγραμμα 5.2 παρουσιάζονται ως σύνολο και δεν κατηγοριοποιούνται σε χρήστες υπηρεσιών υγείας και σε βασικούς πληροφοριοδότες, γιατί οι απόψεις τους στο συγκεκριμένο ζήτημα της αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού και των υποδομών δεν διαφοροποιούνται μεταξύ τους, αλλά ταυτίζονται.

Στο διάγραμμα 5.3 παρουσιάζει ενδιαφέρον η περιγραφή της τεράστιας απόκλισης μεταξύ των χρηστών των υπηρεσιών υγείας που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και των υπολοίπων συνεντευξιαζόμενων, σε σχέση με το βαθμό ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

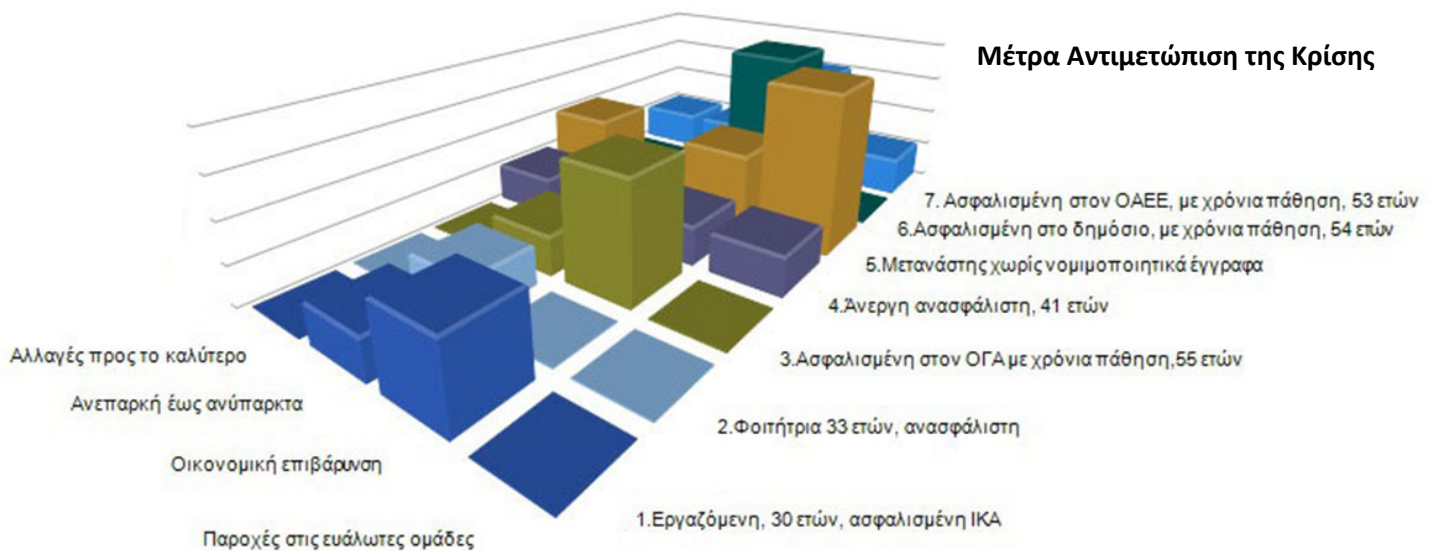
Ικανοποίηση χρηστών υπηρεσιών υγείας



Διάγραμμα 5.3: Η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας

Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα λόγω της κατάστασης της υγείας τους και των αυξημένων αναγκών τους για τακτική παρακολούθηση και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, απευθύνονται πολλοί πιο συχνά στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και έρχονται πολύ συχνότερα σε επαφή με τις παθογένειες του συστήματος υγείας. Είναι φυσικό να υφίστανται εντονότερα από όλους τις συνέπειες της πολύπλευρης κατάρρευσης του. Αυτό το γεγονός όπως μπορεί να συμπεράνει κανείς, επηρεάζει καθοριστικά το βαθμό της ικανοποίησής τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

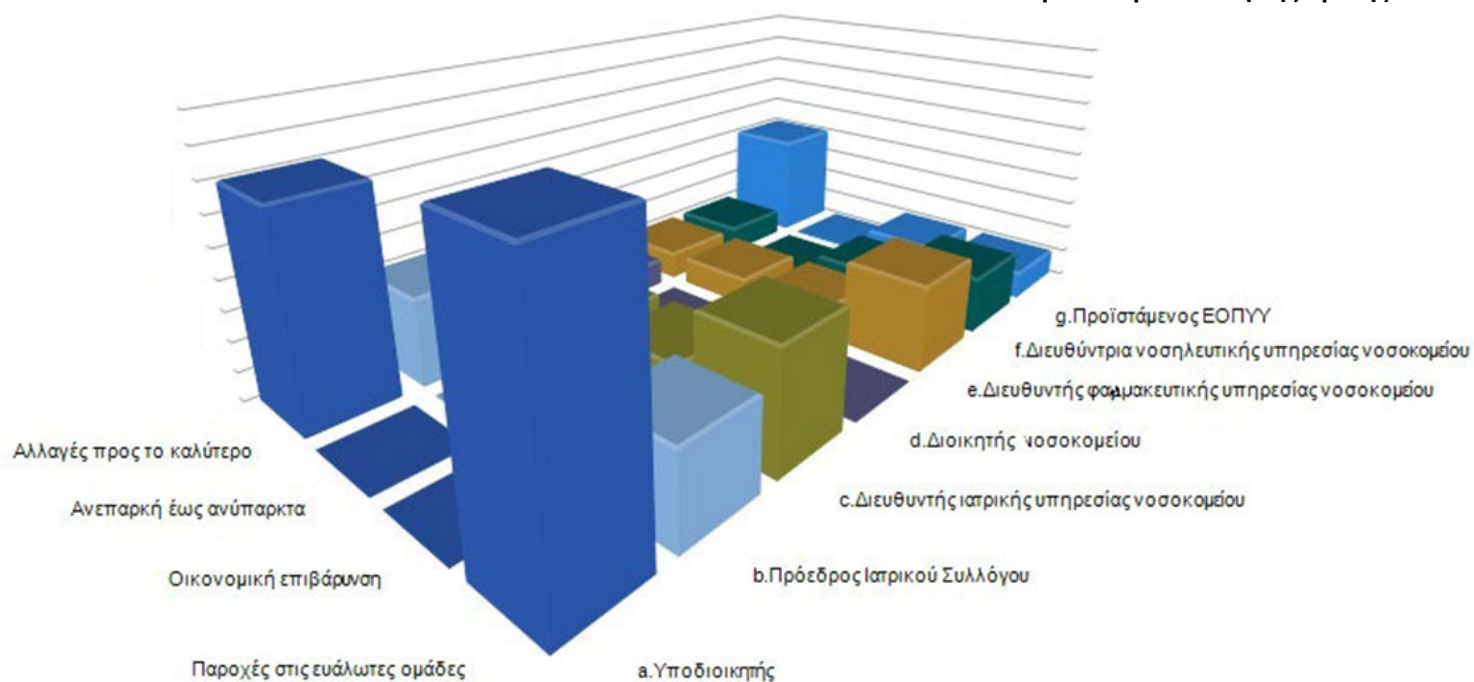
Οι πιο έκδηλες εκ διαμέτρου απόψεις μεταξύ βασικών πληροφοριοδοτών και χρηστών των υπηρεσιών υγείας, αφορούν όμως τη θεματική περιοχή που προστέθηκε στις πέντε θεματικές περιοχές του θεωρητικού πλαισίου του Tanahashi και αφορά τα πρόσφατα μέτρα που πήρε η κυβέρνηση για την αντιμετώπιση της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας, οι οποίες και για αυτό το λόγο επιλέχθηκαν για να οπτικοποιηθούν με τη χρήση του λογισμικού NVivo (Διαγράμματα 5.4 και 5.5).



Διάγραμμα 5.4: Οι απόψεις των χρηστών των υπηρεσιών υγείας για τα μέτρα της κυβέρνησης

Στο διάγραμμα 5.4 οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, πλην του μετανάστη από το Πακιστάν, έχουν την άποψη πως η κυβέρνηση δεν πήρε μέτρα για να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης με παροχές στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Ο μετανάστης από το Πακιστάν προφανώς είτε συγκρίνει τις υπηρεσίες υγείας της Ελλάδας με αυτές της δικής του χώρας είτε και κατανοεί πως δεν μπορεί να έχει μεγάλες απαιτήσεις από το σύστημα υγείας μιας χώρας στην οποία διαμένει και εργάζεται παράνομα. Η πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση δηλώνεται σχεδόν από όλους τους συνεντευξιαζόμενους και τα μέτρα της κυβέρνησης, στην πλειονότητα τους οι συνεντευξιαζόμενοι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, τα κρίνουν ανεπαρκή έως και ανύπαρκτα. Οι περισσότεροι από αυτούς δεν αναφέρουν ουδεμία αλλαγή αλλά και βελτίωση προς το καλύτερο.

Στο διάγραμμα 5.5 σχηματοποιούνται οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών σχετικά με τα μέτρα που πήρε η κυβέρνηση για να αντιμετωπίσει τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας.



Διάγραμμα 5.5: Οι απόψεις των βασικών πληροφοριοδοτών για τα μέτρα της κυβέρνησης

Οι βασικοί πληροφοριοδότες και έχουν εκ διαμέτρου αντίθετες απόψεις από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Σχεδόν στο σύνολο τους, αναφέρουν πως υπάρχουν παροχές για τις ευάλωτες ομάδες, για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης, πως δεν υπάρχει πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση, θεωρούν υπαρκτά αλλά και επαρκή τα μέτρα της κυβέρνησης και μερικοί από αυτούς πιστεύουν πως υπάρχουν και αλλαγές στο χώρο της παροχής υπηρεσιών υγείας προς το καλύτερο, υπερασπιζόμενοι τις θέσεις τις οποίες κατέχουν αλλά και τις επιλογές των πολιτικών τους προϊσταμένων. Παρουσιάζουν τις υγειονομικές δομές εύρωστες και έτοιμες να υποδεχτούν τους πολίτες και αναδεικνύουν την άγνοια, ως βασικό εμπόδιο στην πρόσβαση των πολιτών σε αυτές, καταλογίζοντας τους με έμμεσο τρόπο ατομική ευθύνη για την ελλιπή τους ενημέρωση. Αναφέρουν ως μεμονωμένα περιστατικά τις άτυπες πληρωμές και τονίζουν πως τα μέτρα που έχουν ληφθεί για τις επιπτώσεις της οικονομική κρίσης στον τομέα της υγείας, έχουν συμβάλει στη βελτίωση της κάλυψης των πολιτών και ειδικά των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1. Συμπεράσματα-Συζήτηση

Η ελληνική κυβέρνηση με τις τυφλές περικοπές της συγκράτησης των δαπανών που ακολουθεί δεν αναβάθμισε τις υπηρεσίες υγείας. Αντιθέτως η κατάσταση επιδεινώθηκε σε όλα τα στάδια της πρόσβασης των πολιτών σε αυτές. Ο τομέας της υγείας αδυνατεί να ανταποκριθεί στις σημερινές ανάγκες της υγείας των πολιτών.

Από την ποιοτική ανάλυση των συνεντεύξεων, συμπερασματικά βγαίνουν τα εξής πορίσματα:

- Διαθεσιμότητα

Η έλλειψη προσωπικού έχει αρνητικό αντίκτυπο στους πολίτες. Οι ατομικές προσπάθειες μερίδας επαγγελματιών υγείας, δρουν ως διευκολυντικός παράγοντας για τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. Τα παραπάνω πορίσματα έχουν επισημανθεί και σε άλλες μελέτες (Σουλιώτης και συν., 2002, Πολύζος και συν., 2005).

Είναι ανεπαρκείς οι υποδομές και ο εξοπλισμός. Για την επίτευξη του στόχου της μείωσης των δαπανών οι φορείς υγείας έπαψαν να αγοράζουν νέο εξοπλισμό, όπως έχει διαπιστωθεί και από την έκθεση της Διεθνούς Ομοσπονδία για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου το 2014.

Η δεινή οικονομική κατάσταση των πολιτών ειδικά τα τελευταία 5 έτη, δρα ως αποτρεπτικός παράγοντας για την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας. Αυτό το συμπέρασμα συνάδει με την έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών των ετών 2010-2014 στην οποία διαπιστώνεται μείωση της τάξεως του 15% στη μέση μηνιαία δαπάνη που καταβάλουν οι πολίτες για υπηρεσίες υγείας, λόγω της οικονομικής τους δυσχέρειας (ΕΛΣΤΑΤ, 2015).

Σε αυτές τις πιεστικές συνθήκες του περιορισμού των δαπανών, ως βαλβίδα αποσυμπίεσης της έντονης δυσαρέσκειας των πολιτών, δρα το οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον τους. Αυτό το γεγονός συνάδει και με τα ευρήματα της έρευνας του Παρατηρητήριου για την κρίση και του ΕΛΙΑΜΕΠ, όπου διαπιστώνεται η

αύξηση της στήριξης των ευάλωτων πολιτών από άτυπα κοινωνικά δίκτυα, όπως είναι η οικογένεια και το φιλικό περιβάλλον (Μπουρίκος και Σωτηρόπουλος, 2014) τα οποία κινητοποιήθηκαν και συμπληρώνουν ως αόρατοι παίκτες τα κενά της κρατικής κοινωνικής προστασίας (Λυμπεράκη και Τήνιος, 2012).

Επιπρόσθετα οι ελλείψεις προσωπικού αποδίδονται στις μαζικές συνταξιοδοτήσεις και των περιορισμό των προσλήψεων. Στην περιφέρεια επισημαίνεται μικρό εύρος επιλογών δημόσιων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες, αλλά και η ευελιξία στους διοικούντες τους, λόγω των νομοθετικών ρυθμίσεων που τους επιτρέπουν την επιστράτευση όλων των διαθέσιμων ανθρώπινων πόρων (επικουρικοί, στρατιωτικοί αλλά και ιδιώτες γιατροί με δελτίο παροχής υπηρεσιών).

- Προσβασιμότητα

Αναγνωρίζεται η μεγάλη σημασία της ασφαλιστικής κάλυψης και τα προβλήματα που επιφέρει η έλλειψη της στην πρόσβαση των πολιτών. Σύμφωνα και με το Βενιέρη, 2011, το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα θεωρείται η ραχοκοκαλιά της κοινωνικής πολιτικής, όμως στην Ελλάδα δεν συνδέεται πειστικά με το βαθμό της ανάγκης των πολιτών και καθόλου με την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Η έλλειψη ενημέρωσης για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας διαπιστώνεται από όλους τους συνεντευξαζόμενους χρήστες, οι οποίοι δηλώνουν άγνοια των πρόσφατων νομοθετικών ρυθμίσεων για την βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Οι άτυπες πληρωμές είναι μια παγιωμένη συνθήκη, για την εξασφάλιση υγειονομικής περιθάλψης και για την παράκαμψη των λιστών αναμονής. Είναι πειστική η καταβολή άτυπων πληρωμών για νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία, οι οποίες αποτελούν καταστροφικές δαπάνες για τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα. Αυτό το συμπέρασμα συνάδει και με σχετική μελέτη που δημοσιεύτηκε πρόσφατα για τη διαμόρφωση των άτυπων πληρωμών στη χώρα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης (Souliotis et.al, 2015).

Ειδικά για τους κατοίκους των απομακρυσμένων περιοχών η απόσταση από τις δομές των μεγάλων αστικών κέντρων είναι καθοριστικός παράγοντας για την έκβαση της υγείας τους, με την αρχή της ισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας να παραβιάζεται στην περίπτωση τους σύμφωνα και με τους Rice και Smith, 2001.

- Αποδοχή

Η μεγάλη αναμονή για εξετάσεις και θεραπείες δρα ως αποτρεπτικός παράγοντας για την αποδοχή της φροντίδας, σύμφωνα και με Simou & Koutsogeorgou, 2014 και Kentikelenis et.al.,2014. Οι συνεντευξιαζόμενοι πολίτες αναφέρουν κοινωνικές διακρίσεις και αποκλεισμό των οικονομικώς αδυνάτων από τις υπηρεσίες υγείας, γεγονός που έχει συντελέσει στην επιδείνωση της κατάστασης της υγείας τους, γεγονός που συνάδει και με τη δημοσίευση του περιοδικού Lancet (Kentikelenis et.al, 2011).

- Κάλυψη επαφής

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας έχουν υποστεί μια ραγδαία υποβάθμιση τα τελευταία 5 έτη με παράλληλη αύξηση της ζήτησης τους. Ειδικά οι χρόνια πάσχοντες συνεντευξιαζόμενοι, οι οποίοι λόγω της κατάστασης τους έχουν συχνή επαφή με τις υπηρεσίες υγείας, δηλώνουν πως βιώνουν έντονα τα λειτουργικά προβλήματα των υπηρεσιών υγείας και εκφράζουν την έντονη δυσαρέσκεια τους για την υποβάθμιση των πόρων και των υποδομών της υγείας, σύμφωνα και με τον Οικονόμου, 2013.

- Αποτελεσματική κάλυψη

Είναι έντονη η δυσαρέσκεια των πολιτών σχετικά με την αποτελεσματικότητα της κάλυψης τους, λόγω της αύξησης της δαπάνης που καταβάλουν για την αγορά φαρμάκων και τη διενέργεια εξετάσεων και πρόσθετων θεραπειών, συμπέρασμα που συμφωνεί και με Kentikelenis, 2014.

Οι πολίτες αντιλαμβάνονται τα χρηματικά οφέλη που λαμβάνουν οι γιατροί από τις φαρμακευτικές εταιρίες για να συνταγογραφούν ακριβά φάρμακα. Η αδυναμία τους να καταβάλουν τη συμμετοχή για την αγορά των φαρμάκων τους, δρα ως αποτρεπτικός παράγοντας, στη συμμόρφωση τους με τη θεραπεία τους σύμφωνα και με Kaitelidou and Kouli, 2012. Η αυτοαναφερόμενη ακάλυπτη ανάγκη τους έχει αρνητικές συνέπειες στην υγεία τους, γεγονός που έχει διαπιστωθεί και από τη Διεθνή Ομοσπονδία για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου το 2014.

- Τα μέτρα για την αντιμετώπιση των συνεπειών της οικονομικής κρίσης

Τα μέτρα της κυβέρνησης είναι από επιφανειακά και ανεπαρκή έως και ανύπαρκτα και οι πολίτες τα αντιμετωπίζουν με έντονα ειρωνική διάθεση. Τα μέτρα που επιβλήθηκαν φαίνεται να έχουν αμφίβολα αποτελέσματα σύμφωνα και με Simou, Koutsogeorgou, 2014.

Αλλά και οι παρατηρήσεις της ερευνήτριας μέσω της παράθεσης των “εμπειριών των πολιτών” και των περιγραφών της, επιβεβαιώνονται από τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας. Η ερευνήτρια αποτυπώνει την πληθώρα των εμποδίων που συναντούν οι πολίτες σε όλα τα στάδια του πλαισίου του Tanahashi και των επιμέρους πτυχών τους. Το περίπλοκο πάζλ των εμποδίων στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, σύμφωνα με την αποτύπωση αυτή, το συνθέτουν οι ελλείψεις σε ανθρώπινο δυναμικό, σε εγκαταστάσεις και εξοπλισμό, η απουσία κάθε διαδικασίας ενημέρωσης τους για τις παροχές, οι άτυπες πληρωμές, ο αποκλεισμός των οικονομικώς αδυνάτων, αλλά και οι περιορισμένες δυνατότητες που έχουν οι κάτοικοι των απομακρυσμένων περιοχών της χώρας να προσεγγίσουν τις εξειδικευμένες μονάδες υγείας των μεγάλων αστικών κέντρων. Το μεγάλο κενό της κρατικής κοινωνικής προστασίας, που κάνουν δυσεπίλυτο αυτό το πάζλ, σύμφωνα με την ερευνήτρια προσπαθεί όσο το δυνατόν να το καλύψει το συγγενικό περιβάλλον των πολιτών, το οποίο παρέχει κάθε είδους στήριξη στους οικείους του, αλλά και οι φιλότιμες προσπάθειες ενός μέρους των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι μέσα σε ένα δυσμενές περιβάλλον και με αίσθημα προσωπικής ευθύνης προσπαθούν να ενεργήσουν προς όφελος των πολιτών.

Η Ελλάδα δεν μπόρεσε να αντιδράσει με αποτελεσματικό και γρήγορο προκειμένου να περιορίσει τη μείωση της πρόσβασης ειδικότερα για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Οι συστηματικές και ευρείας κλίμακας περικοπές που έχουν σημειωθεί στον τομέα της υγείας από το 2010 και μετά, έχουν συντελέσει στην επιβάρυνση όλο και περισσότερο του ατομικού και οικογενειακού προϋπολογισμού των πολιτών. Όσο το κράτος αποσύρεται από τις πάγιες δεσμεύσεις και υποχρεώσεις του, όπως είναι η παροχή δημόσιας και καθολικής φροντίδας υγείας, τόσο το βάρος μετακυλιέται στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον των πολιτών. Η συγκεκριμένη αυτή “λύση ανάγκης” μπορεί να προσφέρει κάποια εχέγγυα αξιοπρεπούς διαβίωσης για κάποιους πολίτες, δεν μπορεί όμως να θεωρηθεί ουσιαστική αντιμετώπιση των τεράστιων δυσκολιών που έχει επιφέρει η οικονομική κρίση.

Οι κυβερνήσεις άλλων χωρών της Ευρώπης επιχείρησαν να προστατέψουν τις ευάλωτες ομάδες και έκαναν προσπάθειες να μειώσουν τα εμπόδια που συναντούν οι ευάλωτες ομάδες όταν αναζητούν υγειονομική φροντίδα.

Στην Πορτογαλία αυξήθηκαν τα εισοδηματικά όρια εξαιρέσεως από τη συμμετοχή στο κόστος υγειονομικής φροντίδας, για τα νοικοκυριά που έχουν χαμηλά εισοδήματα και το 2013 καλύφθηκαν με αυτό τον τρόπο 2,8 εκατομμύρια πολίτες, σε σχέση με το 2009 που καλύπτονταν 1,9 εκατομμύρια.

Στην Αυστρία το 2010, καθιερώθηκε το Σύστημα των Εγγυημένων Ελάχιστων Πόρων αναλόγως των Αναγκών (Bedarfsorientierte Mindestsicherung) και χορηγήθηκε δωρεάν ασφάλιση υγείας, για τους πολίτες οι οποίοι ζουν σε συνθήκες φτώχειας.

Στη Λετονία το 2009, έγιναν παρεμβάσεις κοινωνικής προστασίας για τα νοικοκυριά που έχουν μηνιαίο εισόδημα κάτω από 170 ευρώ ανά κεφαλή και εξαιρέθηκαν από τη συμμετοχή στο κόστος υγειονομικής φροντίδας, ενώ για τα νοικοκυριά με μηνιαίο εισόδημα μεταξύ 170 έως 213 ευρώ υπήρξε μείωση κατά 50% της συμμετοχής στο κόστος. Με την αύξηση των προγραμμάτων νοσηλείας κατ' οίκον, σε ποσοστό 40% μεταξύ των ετών 2009 και 2011, επωφελήθηκαν οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα, αυξήθηκε το επίπεδο ανεξαρτησίας τους, χρησιμοποιήθηκαν με αποδοτικό τρόπο οι υπάρχοντες υγειονομικοί πόροι και μειώθηκε η ζήτηση της δαπανηρής νοσοκομειακής περίθαλψης (Eurofound, 2014).

Ο τομέας της υγείας συμβάλλει στη διατήρηση της κοινωνικής ισορροπίας και τη διασφάλιση της αξιοπρεπούς διαβίωσης του πληθυσμού μιας χώρας. Κατά συνέπεια, όταν αυτός δέχεται συντριπτικά πλήγματα με αποτέλεσμα να αποδιαιθρώνεται, να υπολειπεται και σε ορισμένες περιπτώσεις ουσιαστικά να καταστρέφεται, η μελέτη και η αναζήτηση των βέλτιστων δυνατών μέτρων αντιμετώπισης των προβλημάτων που συναντούν οι πολίτες όταν αναζητούν υγειονομική φροντίδα, δεν μπορεί παρά να αποτελεί τη βασική προτεραιότητα των ερευνητών και των διαμορφωτών της πολιτικής για την υγεία.

6.2. Προτάσεις

Η μόνη λύση η οποία φαντάζει εφικτή και βιώσιμη στην παρούσα συγκυρία στην Ελλάδα, είναι η μεγιστοποίηση της αξίας των υγειονομικών υπηρεσιών που ήδη παρέχονται.

Απαιτούνται ριζικές αλλαγές και καινοτόμες προσεγγίσεις οι οποίες θα οδηγήσουν στην άρση των εμποδίων στην πρόσβαση των πολιτών και θα εκμεταλλευτούν και θα μεγιστοποιήσουν την αξία των διευκολυντικών παραγόντων, με στόχο την επιτυχή πλοήγηση τους μέσα στο ελληνικό σύστημα υγείας:

- Η επιλογή, η διαχείριση και η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και των διευθυντικών στελεχών του ΕΣΥ, πρέπει να πάψει να ακολουθεί πελατειακές σκοπιμότητες.
- Η ανάγκη για ικανότητες και δεξιότητες στον τομέα της υγείας είναι διαρκώς μεταβαλλόμενη και για αυτό το λόγο είναι ανάγκη να μεταβληθούν και να εξελιχθούν και οι ρόλοι των επαγγελματιών υγείας με στόχο να μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες των πολιτών.
- Οι επαγγελματίες του χώρου της υγείας πρέπει να λαμβάνουν την κατάλληλη δια βίου εκπαίδευση, σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο αναφέρονται, ούτως ώστε να έχουν επαρκή δυναμικότητα και τις κατάλληλες δεξιότητες, για να είναι σε θέση να βρίσκουν λύσεις στα προβλήματα που συναντούν οι πολίτες κατά την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας, μέσω οργανωτικών αλλαγών αλλά και των τεχνολογικών καινοτομιών.
- Συγχωνεύσεις νοσοκομειακών μονάδων και μονάδων ΠΦΥ, βάση μιας ορθής πολιτικής αναδιανομής των πόρων και με ολοκληρωμένο κοινωνικό σχεδιασμό, ώστε να ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.
- Επαρκής σύνδεση του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος με το βαθμό της ανάγκης των πολιτών και την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης.
- Αναδιάρθρωση του συστήματος κοινωνικής προστασίας, μέσω της αξιοποίησης βέλτιστων πρακτικών άλλων χωρών της ΕΕ και του ΠΟΥ, οι οποίες έχουν αναδειχτεί αποτελεσματικές στη διαχείριση των διατιθέμενων οικονομικών και υλικών και ανθρωπίνων πόρων.

- Ενδιαφέρον της πολιτείας για την αξιοποίηση των πρωτοβουλιών που αναπτύσσουν διεθνείς και ελληνικές οργανώσεις για την καταπολέμηση του αποκλεισμού από τις υπηρεσίες υγείας.
- Ελεγκτικοί μηχανισμοί για την πάταξη της εκμετάλλευσης των μεταναστών αλλά και των ημεδαπών εργαζομένων από τους εργοδότες τους και διασφάλιση των ασφαλιστικών τους δικαιωμάτων, με σκοπό την άρση του αποκλεισμού τους από τις υπηρεσίες υγείας, αλλά την άρση της στέρησης σημαντικών πόρων από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- Ανάπτυξη του κοινωνικού και ανθρώπινου κεφαλαίου. Μέσω της συμμετοχής των πολιτών σε κοινωνικά δίκτυα¹¹ με υψηλό επίπεδο κοινωνικού κεφαλαίου, οι πολίτες θα έχουν πιο ευχερή πρόσβαση στην πληροφόρηση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά και διευκόλυνση στην πρόσβαση τους σε αυτές.
- Αύξηση της λογοδοσίας και της διαφάνειας μέσω μηχανισμών ελέγχου για την πάταξη της διαφθοράς στο χώρο της υγείας.
- Εξορθολογισμός στα περιθώρια του κέρδους όσων συμμετέχουν στην αλυσίδα της διανομής των φαρμάκων.
- Έλεγχος των συνεργασιών των φαρμακοβιομηχανιών με τους επαγγελματίες υγείας.
- Έμφαση στο ρόλο της ΠΦΥ, με ενδυνάμωση, οργάνωση και βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών της, ώστε να μειωθούν οι δαπάνες και οι δυσλειτουργίες της νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Βελτίωση της διασύνδεσης ΠΦΥ και νοσοκομειακών μονάδων.
- Υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, μέσω της δραστηριοποίησης και των εταίρων των άλλων τομέων πλην της υγείας, που θα έχουν ως στόχο την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία, όπως του Υπουργείου Παιδείας μέσω δράσεων στις σχολικές μονάδες (κοινωνικά σχολεία).
- Δράσεις για την εξοικείωση του αποκλεισμένου πληθυσμού με τις προληπτικές εξετάσεις, κάνοντας χρήση των υποδομών και των ανθρώπινων

¹¹ Το κοινωνικό δίκτυο είναι το άθροισμα των προσωπικών επαφών του ατόμου και συντελεί στη διατήρηση της κοινωνικής του ταυτότητας, στη συναισθηματική του υποστήριξη, στην υλική ενίσχυση του, στη συμμετοχή του στις υπηρεσίες και στην πρόσβαση του στις πληροφορίες (Walker, MacBride, and Vachon, 1977).

πόρων των αποκεντρωμένων δομών, όπως των κέντρων υγείας και των ιατροκοινωνικών κέντρων.

- Υλοποίηση δράσεων και προγραμμάτων σε επίπεδο κοινότητας, για την τακτική παρακολούθηση της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού, της υγείας των παιδιών και της φροντίδας της μητρότητας.
- Συμμετοχικές διαδικασίες και ενεργητικότερη συμμετοχή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, στη λήψη των πολιτικών αποφάσεων για τα θέματα του τομέα της υγείας, ως άμεσοι γνώστες των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν.
- Συμμετοχή των τοπικών κοινοτήτων στον προσδιορισμό των εμποδίων στην πρόσβαση και στην ανάπτυξη των κατάλληλων δομών υγείας που να ανταποκρίνονται στις τοπικές συνθήκες και ανάγκες υγείας των πολιτών.
- Η χρήση των εφαρμογών της ηλεκτρονικής υγείας δύναται να άρει πολλά εμπόδια στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και να συμβάλλει στην εκμηδένιση των γεωγραφικών αποστάσεων και στον περιορισμό του αισθήματος της ανασφάλειας που βιώνουν οι κάτοικοι των απομακρυσμένων περιοχών.
- Με βάση τα πέντε στάδια του πλαισίου του Tanahashi, προτείνονται εφαρμογές της ηλεκτρονικής υγείας που θα μπορούσαν να συντελέσουν στην άρση των εμποδίων που συναντούν οι πολίτες όταν απευθύνονται στις υπηρεσίες υγείας (Πίνακας 5.14).

Πίνακας 5.14: Προτεινόμενες εφαρμογές e-health προσαρμοσμένες στις πέντε παραμέτρους του πλαισίου του Tanahashi

Υπηρεσίες Υγείας	Εφαρμογές e-health	
Διαθεσιμότητα	Συστήματα πληροφόρησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας μέσω κινητής τηλεφωνίας (SMS) για τους διαθέσιμους παρόχους υγείας	Πληροφοριακά Συστήματα Διαχείρισης ανθρώπινων και υλικών πόρων
Πρόσβαση	Συστήματα Τηλεϊατρικής για τους κατοίκους των απομακρυσμένων περιοχών	Δημιουργία ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου-Υπενθυμίσεις μέσω SMS για ιατρικά ραντεβού
Αποδοχή	Ενημέρωση μέσω Η/Υ για τους διαθέσιμους υγειονομικούς φορείς (Μονάδες υγείας και γιατρούς με μικρή αναμονή)	Δημιουργία μητρώου ασφαλισμένων, ανασφάλιστων, οικονομικώς αδυνάτων
Κάλυψη επαφής	Πληροφορικά συστήματα υποστήριξης της διαλειτουργικότητας μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας (ΠΦΥ-Νοσοκομεία)	Χρήση Mobile εφαρμογών για προγραμματισμένες και προληπτικές εξετάσεις
Αποτελεσματική κάλυψη	Εισαγωγή συστημάτων τηλεφροντίδας	Φορητά ενδύτα, επικοινωνούντα συστήματα παρακολούθησης και στήριξης των ασθενών εξωνοσοκομειακά

Το ελληνικό σύστημα υγείας πρέπει να αναδιαρθρωθεί με βάση τις σημερινές επείγουσες ανάγκες του, διευκολύνοντας την πλοήγηση όλων των πολιτών, στο δύσβατο “μονοπάτι” της αναζήτησης υπηρεσιών υγείας.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Bivol, S., Gh, T., Mosneaga, A., Soltan, V., Domete, S., Habicht, J., Vega, J. (2012). Barriers and facilitating factors in access to health services in the Republic of Moldova. *Copenhagen, WHO Regional Office for Europe*.
- Braveman, P., & Gruskin, S., (2003). Defining equity in health. *Journal of epidemiology and community health, 57(4), 254-258*.
- Byrne, M., (2001). Linking philosophy, methodology, and methods in qualitative research, *AORN journal, 73(1), 207-210*
- Chesney, M., (2000). Interaction and understanding: me in the research. *Nurse Res 2000, 7:58-69*
- Donabedian, A., (1972). Models for organizing the delivery of personal health services and Criteria for evaluating them. *Milbank Memorial Fund Quarterly 1972; 50: 103-154*
- Economou, C., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., Zafiropoulou, M., (2014). Impacts of the economic crisis on access to health care services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population, *Social Cohesion and Development, 9 (2), 99-115*
- Economou, Ch., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., Maresso, A., (2014). "The impact of the financial crisis on health and the health system in Greece", in: Thomson, S., Jowett, M., Evetovitis, T., Mladovsky, P., Maresso, A., Figueras, J., (eds.), *The impact of the financial crisis on health and health systems in Europe*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies
- Economou, Ch., Kaitelidou, D., Katsikas, D., Siskou, O., Zafiropoulou, M., (2014). Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population, *Social Cohesion and Development, 9 (2), 99-115*
- Economou, M., Madianos, M., Peppou, L.E., Patelakis, A., Stefanis C.N., (2013). Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *Journal of Affective Disorders, 145(3): 308-314*
- Eurofound (2014). *Access to healthcare in times of crisis*, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- EUROSTAT, (2015). Self reported unmet need for medical examination or treatment, by income quintile. Διαθέσιμο στο: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=tsdph270&language=en> Πρόσβαση 26/7/2015

- Evans, D. B., Hsu, J., Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 546-546A.
- First Global Symposium on Health Systems Research, (2010). Background paper Patricia Frenz, Jeanette Vega Universal health coverage with equity, Montreux, Switzerland, pp.11-12
- Frenz, P., Vega, J. (2010). Universal Health Coverage with Equity: What we know, don't know and need to know. Montreux: Global Symposium on Health Systems Research.
- Galanis, P., Sourtzi, P., Bellali, T., Theodorou, M., Karamitri, I., Siskou O., Charalambous, G., Kaitelidou, D., (2013). Public health services knowledge and utilization among immigrants in Greece: a cross-sectional study, *BMC Health Services Research*, 13:350
- Goranitis, I., Siskou, O., Liaropoulos, L., (2014). Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece, *Health Policy* 117: 279–284 (available at: <http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510%2814%2900193-6/pdf>)
- Graneheim, U.H., Lundman, B.,(2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*,24(2):105-12.
- ICAP, (2015). Δελτίο τύπου, Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας – Κλαδική μελέτη
- Ifanti, A., Argyriou, A., Kalofonou, F., Kalofonos, H., (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care, *Health Policy*, November 113(1–2): 8–12
- Ingleby, D. (2009). European research on migration and health. *Brussels: International Organization for Migration*.
- International Monetary Fund (IMF), Διαθέσιμο από:<http://www.imf.org/external/about.htm> Προσβάσιμο 29/6/2015
- Kaitelidou, D., & Kouli, E., (2012). Greece: The health system in a time of crisis. *Eurohealth*, 18(1), 12.
- Kaitelidou, D., Tsirona, Ch., Galanis, P., et al., (2013). Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece, *Health Policy*,109: 23–30
- Karakolias, S., Polyzos, N., (2014). The Newly Established Unified Healthcare Fund (EOPYY): Current Situation and Proposed Structural Changes, towards an Upgraded Model of Primary Health Care, in Greece, *Health*, 6, 809-821.

- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D., (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, *The Lancet*, 378 (9801), 1457-1458
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M., Stuckler, D., (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism”, *The Lancet*, 383, (9918), 748 – 753
- Kyriopoulos, I. I., Zavras, D., Skroumpelos, A., Mylona, K., Athanasakis, K., Kyriopoulos, J., (2014). Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *Int. J. Equity Health*, 13.
- Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou. D., Theodorou, M., Katostaras, T., (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 87: 72-81
- Mehl, G., Labrique, A., (2014). Prioritizing integrated mHealth strategies for universal health coverage. *Science*, 345(6202), 1284-1287
- Mitrakos, T., (2014). *Inequality, poverty and social welfare in Greece: distributional effects of austerity* (No. 174).
- Mossialos, E. Alin, S., (2005). Interest Groups and Health System Reform in Greece, *West European Politics*, Vol. 28, no 2, 420-444
- Murphy, G., Athanasou, J., (1999). The effects of unemployment on mental health, *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, Vol. 72, 83-99
- O’Neill, M., (2013). The NVivo Toolkit, University of the Sunshine Coast, Queensland, Australia , Διαθέσιμο από:
<http://contentz.mkt5276.com/lp/46188/261238/The-NVivo-Toolkit-Final.pdf>
Προσβάσιμο: 7/7/2015
- OECD, Health data, Paris, Διαθέσιμο από:
http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT Προσβάσιμο: 2/7/2015
- Official Journal of the European Union, (2012). Charter of Fundamental Rights of the European Union, Article 36
- Polyzos, N., Economou, C., Zilidis C., (2008). National Health Policy in Greece: Regulations or Reforms: The Sisyphus Myth, *European Research Studies*, 11, 91-118.
- Rice, N., Smith, P. C., (2001). Ethics and geographical equity in health care. *Journal of Medical Ethics*, 27(4), 256-261.

- Sen A., (2002). Why health equity? *Health Economics*, 11(8):659-66
- Simou, E., Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*, 115(2), 111-119.
- Siskou, O., Kaitelidou, D., Litsa, P., (2014). “Investigating the economic impacts of new public pharmaceutical policies in Greece: focusing on price reductions and cost sharing rates”, *Value in Health Regional Issues* 4C: 107-114
- Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., Liaropoulos, L., (2008). Private health expenditure in the Greek health care system: where truth ends and the myth begins, *Health Policy*, 88(2-3):282-93
- Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O., Kaitelidou, D., Liaropoulos, L., (2015). Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last... *The European Journal of Health Economics*, 1-12.
- Stuckler, D., Basu, S., (2009). The International Monetary Fund's effects on global health: before and after the 2008 financial crisis, *International Journal of Health Services*, 39:771-781
- Tanahashi, T., (1978). Health service coverage and its evaluation, *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295
- The European Stability Mechanism (ESM), Διαθέσιμο από: <http://www.esm.europa.eu> Προσβάσιμο 29/6/2015
- UNICEF, (2013). Analysis of Bottleneck towards Effective Coverage of Interventions for Children in Bangladesh, Health Policy and Global Health Course, Masters of Public Health (MPH) Programme, Bangladesh
- Venieris, D., (2013). Crisis Social Policy and Social Justice: the Case for Greece, *Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe*, No. 69, April
- Walker, K. N., MacBride, A., Vachon, M. L., (1977). Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science & Medicine* (1967), 11(1), 35-41
- Watters, C., (2002). Migration and mental health care in Europe: report of a preliminary mapping exercise, *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 28(1): 153–72
- WHO, (2011). Global Health and Aging, National Institute of Aging-National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human services, Διαθέσιμο από: http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf Πρόσβαση 2/8/2015

- World Health Organization, (1998). Health Promotion Glossary, Geneva
- World Health Organization, (2011). Health Systems Strengthening Glossary, Geneva
- World Health Organization, CSDH, (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report in the Commission on Social Determinants of Health, Geneva
- World Health Organization, (2011). Closing the gap: policy into practice on social determinants of health: discussion paper.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Βενιέρης, Δ.,(2011). Κρίση Οικονομίας, Απορρύθμιση κοινωνικής πολιτικής: Η νέα «μικροελληνική» καταστροφή 2010-2011, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 134-135, Α΄-Β΄ 2011, 101-131
- Γαλάνης, Π., Πρεζεράκος, Π., Κούλη Ε., et. al.,(2012). Γνώση και χρήση των υπηρεσιών υγείας στην επαρχία από Αθήγανους, *Νοσηλεία και έρευνα*, 33:17-21
- Ε.Σ.Α.μεΑ., (2008). Η Κοινωνία τοποθετείται για την αναπηρία και απαιτεί τη λήψη μέτρων για την προστασία των ατόμων με αναπηρία από τις διακρίσεις και τον αποκλεισμό, Έκθεση για την 3^η Δεκεμβρίου (Εθνική ημέρα των ατόμων με αναπηρία)
- Ε.Σ.Α.μεΑ., Νικολαΐδης Ε., (2013). Εκπαιδευτικό εγχειρίδιο: Σχεδιάζοντας στην πράξη τη νέα πολιτική για την Αναπηρία - Πρακτικά εργαλεία
- Ε.Σ.Α.μεΑ., ΚΑΠΑ Research, (2013). Έρευνα για τα Άτομα με αναπηρία, Αναλυτική παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2012). Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας: Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Αθήνα
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2013). Έκθεση: Εθνική μελέτη κατάστασης εμβολιασμού των παιδιών στην Ελλάδα 2012, Αθήνα
- Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2013). Εθνικό σημείο επαφής-Εθνική στρατηγική για τους Ρομά
- Διεθνής Ομοσπονδία για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, Ελληνική Ένωση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, FIDH/HLHR (2014). Έκθεση,

- Υποβαθμίζοντας τα δικαιώματα: Το κόστος της λιτότητας στην Ελλάδα
- ΕΛΣΤΑΤ, (2015). Η Ελλάς με αριθμούς, Τριμηνιαίο Δημοσίευμα: Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2015
 - ΕΛΣΤΑΤ, (2015). *Δελτίο τύπου*: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) 2013 και αναθεώρηση των στοιχείων ΣΛΥ ετών 2009-2012
 - ΕΛΣΤΑΤ, (2015) *Δελτίο τύπου*: Έρευνα εργατικού δυναμικού: Α' τρίμηνο 2015
 - ΕΛΣΤΑΤ, (2014) *Δελτίο τύπου*: Έρευνα χρήσης τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας από τα νοικοκυριά έτους 2013
 - ΕΟΠΥΥ, (2012). Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας, ΦΕΚ Β 3054/2012
 - ΕΣΔΥ-MSD-GPO, (2015). Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης: Διαχρονική ανάλυση της αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας στην Ελλάδα: Διερεύνηση των επιπτώσεων των πολιτικών λιτότητας και της περιοριστικής πολιτικής στις συμπεριφορές υγείας, Αθήνα
 - Ευρωπαϊκό πρόγραμμα MIGHEALTHNET, (2009). Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα
 - Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Υπουργική Απόφαση: ΦΕΚ 1465/τ.Β'/5-6-2014, Τροποποίηση και συμπλήρωση της υπ' αριθμόν: 131491/2006 Υπουργικής Απόφασης ΦΕΚ 1747/τ.Β': Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικώς αδυνάτων πολιτών.
 - Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Υπουργική Απόφαση: ΦΕΚ Β' 2456/2011, Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)
 - Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ.,(2001). Συστήματα υγείας, εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
 - ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, (2011). Παπαθεοδώρου Χ., Μωυσίδου Α.Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα, Αθήνα
 - Ιστοσελίδα 7^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Κρήτης: Διαθέσιμο από: <http://www.hc-crete.gr/7η-υπε/υπε-ελλαδας> Προσβάσιμο 23/6/2015
 - Ιωσηφίδης, Θ., (2003). Εισαγωγή στην Ανάλυση δεδομένων ποιοτικής κοινωνικής έρευνας (σημειώσεις), Μυτιλήνη
 - Καϊτελίδου, Δ., (2014). Οι εργασιακές σχέσεις στο σύγχρονο νοσοκομείο: Πρόκληση σε εποχή κρίσης, Εναρκτήρια ομιλία στη 13^η Νοσηλευτική ημερίδα, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας
 - Καϊτελίδου, Δ., (2014b). Οικονομική κρίση και βιωσιμότητα του Ελληνικού

- Κακαλέτσης, Ν., Ιωαννίδης, Α., Σιγάλας, Ι., Χατζητόλιος, Α., (2013). Η περιφερειακή οργάνωση του ΕΣΥ στην Ελλάδα: Σύντομη αναδρομή στις μέχρι σήμερα νομοθετικές παρεμβάσεις, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(2):233-240
- Κιτρίνου Ε., (2009). Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) στις νησιωτικές και παραμεθόριες περιοχές: αναγκαίες υποδομές και υπηρεσίες, άρθρο στο αναπτυξιακό συνέδριο Αμάνης “Μεταίχιμο ζωής”, Χίος: Βολισσός
- Κοινωνικό Ιατρείο-Φαρμακείο Αθήνας (Κ.Ι.Φ.Α.), (2014). Αμφισβητώντας τη νεοφιλελεύθερη υπόσχεση περί «ελεύθερης, καθολικής και δωρεάν» πρόσβασης των ανασφάλιστων σε νοσοκομειακή περίθαλψη, Διαθέσιμο στο: <http://kifagr.blogspot.gr/2014/06/5-6-2014-1465.html> Προσβάσιμο 2/7/2015
- Κουρουπέτρογλου, Γ., Φλωριά, Ε., (2003). Επιστημονικά Σύμβολα κατά Braille στον Ελληνικό Χώρο - Εφαρμογή σε Συστήματα Πληροφορικής για Τυφλούς, έκδοση Κέντρου Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών (ΚΕΑΤ), Αθήνα
- Λιαρόπουλος, Λ., Καϊτελίδου, Δ., Σίσκου, Ο., (2004). Ο Τομέας Υγείας στην Ελλάδα την Τελευταία Εικοσαετία. Κεφάλαιο στο: Τιμητικός Τόμος για την τ. Πρύτανη Παν/μιου Μακεδονίας Μ. Δελιβάνη-Νεγρεπόντη
- Λιαρόπουλος, Λ. , (2007). Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Α τόμος, εκδόσεις Βήτα, Αθήνα
- Λυμπεράκη, Α., Τήνιος, Π. (2012). «Κρίση, ανεργία και τα οικονομικά της οικογένειας. Αναζήτηση μακροχρόνιων τάσεων και ανατροπών», *Εισήγηση στην Ημερίδα ΤΕΕ για την αγορά εργασίας*
- Μαντζούκας, Σ., (2007). Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα: Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*, 46(1), 88-98
- Μπαμπινιώτη, Γ., (1998). Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, εκδόσεις Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα
- Μπουρίκος Δ., Σωτηρόπουλος, Δ., (2014). Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στους τυπικούς και άτυπους φορείς της κοινωνίας πολιτών στο χώρο της κοινωνικής αλληλεγγύης και οι νέοι περιορισμοί της κοινωνικής ιδιότητας του πολίτη την περίοδο 2010-2013, Παρατηρητήριο για την Κρίση, ΕΛΙΑΜΕΠ, Αθήνα
- Νόμος υπ’ αριθ. 1397/1983, Εφημερίδα της Κυβερνήσεως: ΦΕΚ 143/τ.Α’/7.10.1983. Εθνικό Σύστημα Υγείας

- Νόμος υπ' αριθ. 4238/2014, Αριθμός Φύλλου 38 (17 Φεβρουαρίου 2014) “Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις”.
- Οικονόμου, Χ., (2011). «Η επίδραση της Ευρωπαϊκής Ένωσης στα συστήματα υγείας των χωρών μελών», στο: Σακελλαρόπουλος Θ., (επιμ.), *Η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, Αθήνα, Διόνικος, σσ. 403- 440.
- Οικονόμου Χ., (2012). Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, Αθήνα
- Οικονόμου, Χ., (2013). Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία: Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα, *Foreign Affairs, The Hellenic edition*
- Παπαθεοδώρου Χ., Μωυσίδου Α., (2011) Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, Αθήνα
- Πιερράκος, Γ., (2014). Παρουσίαση του μαθήματος “Συστήματα υγείας στην Ελλάδα”, Διαθέσιμο από: http://www.researchreproduction.gr/educational_stuff/SEMESTER_A/OIKO_NOMIA_YGEIAS/SYSTIMATA_YGEIAS-PIERAKOS.pdf Προσβάσιμο την 26/6/2015
- Πολλάλης Ι., (2007). Διαχείριση της ζήτησης υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ολοκληρωμένα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας, (*ΑΩ*) *Δελτίο του Συνδέσμου Υποτρόφων του Ιδρύματος Αλέξανδρος Ωνάσης*, Τεύχος 36 σελ.41-43
Διαθέσιμο από: http://www.onassis.gr/enim/deltio/36_07/article_1.php
Προσβάσιμο 29/7/2015
- Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Ι., Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας* Μάρτιος- Απρίλιος, Τόμος 22, Τεύχος 3 284-295
- Πρόγραμμα «Ευρωπαϊκή Εδαφική Συνεργασία Ελλάδα - Βουλγαρία 2007-2013, Actions Promoting Health Access and Protection of Roma Population/ Roma alert, Ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης, Οικοκοινωνία, Θεσσαλονίκη
- Σαχίνη-Καρδάση, Α. (2004). Μεθοδολογία έρευνας. *Εφαρμογές στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα*
- Σουλιώτης Κ., Δόλγερας Α, Κοντός Δ., Οικονόμου Χ., (2002). Η Ικανοποίηση των Ασθενών από τη Νοσοκομειακή Φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα Έρευνας Γνώμης των Νοικοκυριών της Ευρύτερης Περιοχής Αθηνών, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, τόμος 14, τεύχος 3

- Σπιλάνης, Γ., Κίζος Θ., Κονδύλη Ι., Μισαηλίδης Ν., (2005). Προσπελασιμότητα και ελκυστικότητα των νησιών του Αιγαίου”, *Αειχώρος*, 4 (1): σελ. 106-135
- Σταρδέλη, Θ., (2014). Σύγχρονη οικονομική κρίση και ανισότητες στην υγεία: Διαχρονική ανάλυση των δεδομένων στην Ελλάδα, Διπλωματική εργασία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο, Ιατρική Σχολή, Θεσσαλονίκη (2014)
- Τράπεζα της Ελλάδας, (2012). Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, αίτια και επιπτώσεις, Διαθέσιμο από: http://www.bankofgreece.gr/BoGDocuments/PRESENTATION_harris_vitas.pdf Προσβάσιμο 2/7/2015
- Τσιώλης, Γ., (2014). Μέθοδοι και τεχνικές ανάλυσης στην ποιοτική κοινωνική έρευνα, Εκδόσεις Κριτική
- Χλέτσος., Μ., (2011). Οικονομικά της υγείας, εκδόσεις Πατάκη, Αθήνα (το κεφάλαιο: Η δομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1. Οδηγοί συνέντευξης για χρήστες υπηρεσιών υγείας και ασθενείς με χρόνια πάθηση ή ασθένεια

A. Οδηγός συνέντευξης για χρήστες των υπηρεσιών υγείας

Ξεκινάτε με μια σύντομη παρουσίαση του εαυτού σας και στη συνέχεια κάνετε μια σύντομη περιγραφή για τη διαδικασία. Η εξήγηση πρέπει να διατυπωθεί ως εξής:

Συναντηθήκαμε για να συζητήσουμε τις εμπειρίες σας όταν αναζητάτε υγειονομική περίθαλψη. Αυτό που συζητάμε εδώ είναι εμπιστευτικό (δηλαδή, τα ονόματα δεν θα συνδέονται με τα δεδομένα που συλλέγονται ούτε θα εμφανιστεί το όνομά σας σε οποιαδήποτε έκθεση των συμπερασμάτων της μελέτης). Θα ξεκινήσω ζητώντας από εσάς να περιγράψετε εν συντομία μια εμπειρία που είχατε όταν αναζητήσατε υγειονομική περίθαλψη. Στη συνέχεια, θα συζητήσουμε μερικές από τις εμπειρίες σας με περισσότερες λεπτομέρειες. Η συνάντησή μας θα διαρκέσει περίπου μια ώρα. Θα ηχογραφήσουμε τη συζήτηση αλλά τίποτα από αυτά που λέτε δεν θα συνδεθεί με το άτομό σας. Απλά ηχογραφούμε τις συναντήσεις διότι πρέπει να έχουμε μια ακριβή καταγραφή των συζητήσεων. Η δουλειά που κάνουμε σήμερα είναι μέρος μιας μεγάλης μελέτης για την υγεία.

1. Ποιο είναι το όνομά σας;
2. Πόσο χρονών είσαστε;
3. Τι σχολεία τελειώσατε;
4. Τι δουλειά κάνετε;
5. Αυτή τη στιγμή έχετε ασφάλιση υγείας; Τι είδους: κοινωνική ασφάλιση, ιδιωτική ασφάλιση κλπ;
6. Στο παρελθόν είχατε ασφάλιση υγείας; Τι είδους;
7. Τώρα, πολύ σύντομα, παρακαλώ, να περιγράψετε μια περίπτωση όταν επισκεφτήκατε έναν φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης;
8. Τώρα, θα ήθελα να μιλήσουμε για μια περίπτωση όπου επισκεφτήκατε έναν γιατρό κατά το τελευταίο έτος / τα τελευταία δύο χρόνια. Ποιος ήταν ο λόγος; Μπορείτε σας παρακαλώ να μας πείτε λίγο περισσότερα για την εμπειρία σας;

9. Περιγράψατε ένα θετικό/αρνητικό περιστατικό; Αυτά συμβαίνουν συχνά όταν οι άνθρωποι πηγαίνουν να δουν ένα γιατρό; Εάν όχι, ποιοι είναι οι λόγοι που αυτό δεν συμβαίνει συχνά σε χώρους παροχής ιατρικής φροντίδας;
10. Υπήρχε κάποιος παράγοντας, δηλαδή ο χώρος επίσκεψης, οι συμπεριφορές, το κόστος, κλπ, που κατέστησε πιο δύσκολο για σας να λάβετε τη θεραπεία;
11. Εάν επρόκειτο να αλλάξετε κάτι σχετικά με την εμπειρία σας, τι θα ήταν αυτό;
12. Τι νομίζετε σχετικά με τους χώρους/τις προδιαγραφές των δομών/των εγκαταστάσεων: άποψη σχετικά με τις συνθήκες, το επίπεδο άνεσης, την καθαριότητα, τις κατευθύνσεις και την ευκολία να βρείτε τον πάροχο, επάρκεια των προσφερόμενων παροχών ως προς την πρόληψη/εξέταση, τα φάρμακα, την τεχνολογία, κλπ.
13. Ποιες ήταν οι εντυπώσεις σας για τους διαγνωστικούς και θεραπευτικούς πόρους, όπως εξοπλισμός και προμήθειες, φάρμακα. Οι δομές είχαν όλα όσα χρειάζονταν; Με τι το συγκρίνετε;
14. Ήταν βολικό για σας να επισκεφτείτε το γιατρό; Γιατί ναι / όχι;
15. Πώς πήγατε στο γιατρό: περπατήσατε / με ιδιόκτητο μεταφορικό μέσο / με μέσα μαζικής μεταφοράς / με ασθενοφόρο; Ποια ήταν η απόσταση; Είναι εύκολο να επισκεφτείτε ένα γιατρό; Πόσο κόστισε;
16. Πόσο καιρό παίρνει η μετάβαση στη μονάδα υγείας, πόσο διαρκεί η παραμονή εκεί και πόσο η επιστροφή; Μπορείτε να πάρετε άδεια απουσίας από την εργασία;
17. Πόσο χρονικό διάστημα πριν χρειάζεται να κλείσετε ραντεβού; Όταν φτάσετε στη δομή, πόσο καιρό παίρνει προτού φτάσετε πραγματικά να δείτε το γιατρό; Ποιά η αναμονή για τη διενέργεια εξετάσεων κ.λπ.; Είναι κάτι συνηθισμένο να περιμένει κανείς τόσο πολύ;
18. Σε γενικές γραμμές, είναι εύλογος ο χρόνος αναμονής για να κλείσετε ένα ραντεβού; Είναι βολικό; Τι θα θέλατε να ίσχυε αντ' αυτού;
19. Τι ποσό καταβάλατε άμεσα εσείς οι ίδιοι για την αντιμετώπιση αυτού του περιστατικού; Πόσο ήταν οι προβλεπόμενες επίσημες πληρωμές; Πόσο ήταν οι άτυπες πληρωμές (φακελάκι κλπ); Ποιο ήταν το κόστος της πραγματικής υπηρεσίας, των εργαστηριακών και διαγνωστικών εξετάσεων, των φαρμάκων; Μήπως πληρώσατε για την παραμονή στο νοσοκομείο; Πόσο σημαντικό ήταν αυτό το ποσό για εσάς; Χρησιμοποιήσατε τις αποταμιεύσεις σας ή έπρεπε να ανατρέξετε σε οικονομική υποστήριξη από τους φίλους / την οικογένεια ή σε

- δάνεια από την τράπεζα; Μήπως έπρεπε να πουλήσετε κάτι για να πάρετε την υπηρεσία υγείας που χρειαστήκατε;
20. Εάν έχετε ασφάλιση υγείας, πόσο σας κοστίζει ετησίως; Σε γενικές γραμμές, πόσο χρήσιμο θεωρείτε ότι είναι να έχετε ασφάλιση υγείας; Τι ποσό καλύπτει; Είναι μια καλή επένδυση; Έχει μια καλή αξία; Η ασφάλιση υγείας βοηθάει τους ανθρώπους να πάρουν τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται;
 21. Εάν είχατε ασφάλιση υγείας, αλλά τώρα δεν έχετε, νιώθετε ότι υπάρχει διαφορά ως προς τον τρόπο που αναζητάτε υγειονομική περίθαλψη και το πόσο πληρώνετε για τις υπηρεσίες; Πώς άλλαξαν τα πράγματα για σας;
 22. Από ό,τι γνωρίζετε, η ασφάλιση υγείας καλύπτει σήμερα τις υπηρεσίες με τον ίδιο τρόπο που το έκανε πριν από πέντε χρόνια; Ποιες είναι οι διαφορές;
 23. Υπήρξαν μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση για να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις των κοινωνικών δυσχερειών και συγκεκριμένα ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας; Γνωρίζετε ποια ήταν αυτά; Λειτουργήσαν;

Για τους αγρότες που είναι ασφαλισμένοι: Έχετε αλλάξει τον φορέα ασφάλισης υγείας σας κατά τα τελευταία 2 χρόνια; Γιατί; Βλέπετε κάποια διαφορά στην κάλυψη και την ποιότητα; Ποια είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα ένταξης στον νέο φορέα ασφάλισης;

24. Σε γενικές γραμμές, είναι εντάξει να πάτε στο γιατρό; Γιατί ναι/όχι; Γιατί θα προσπαθούσατε να αποφύγετε να δείτε έναν γιατρό; Νομίζετε ότι οι γιατροί έχουν την ίδια στάση απέναντι σε όλους τους ασθενείς τους; Αν όχι, πώς εκφράζουν αυτή τη διαφορά;
25. Τι έχετε να πείτε για τις δικές σας εμπειρίες; Υπήρξαν στιγμές που αισθανθήκατε άβολα στις ιατρικές δομές λόγω του τρόπου που σας αντιμετώπισαν;
26. Είστε ικανοποιημένοι με την ποιότητα της περίθαλψης που έχετε λάβει; Με την ικανότητα και τον επαγγελματισμό των παρόχων υπηρεσιών υγείας; Υπάρχουν διαφορές στη συμπεριφορά των γιατρών και του υπόλοιπου προσωπικού υγείας; Πώς εκδηλώνονται αυτές;
27. Ο γιατρός σας εξήγησε τις ιατρικές αποφάσεις και τα αποτελέσματα των εξετάσεων; Συζήτησε μαζί σας τις επιλογές θεραπείας σας; Ο γιατρός σας εξήγησε λεπτομερώς πώς να κάνετε τη θεραπεία, ποιος θα σας

- παρακολουθήσει στη συνέχεια, έκανε καμία αναφορά για το που θα σας παραπέμψει στη συνέχεια; Σας εξήγησε πού να πάτε για να πάρετε τα φάρμακα; Πόσο συχνά θα πρέπει να τον επισκεφτείτε ξανά;
28. Πώς επιλέγετε ποια φάρμακα θα αγοράσετε από το φαρμακείο; Εμπιστεύεστε τις συμβουλές του γιατρού; Ελέγχετε και δεύτερη φορά (διασταυρώνετε) τη συνταγή του; Τι θα λέγατε για το φαρμακοποιό; Ποια νομίζετε ότι είναι τα κίνητρα του να σας προσφέρει την καλύτερη επιλογή για σας;
29. Τι πιστεύετε για το συντονισμό της περίθαλψης μεταξύ διαφορετικών δομών υγείας; Είναι εύκολο να παραπέμπεστε από έναν πάροχο σε άλλο; Γιατί ναι / όχι;
30. Λειτουργεί το σύστημα παραπομπής;
31. Τι νομίζετε για τα εισιτήρια ελεύθερης πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας; Πώς λειτουργεί η διαδικασία για να πάρει κανείς την απαραίτητη φροντίδα με βάση το εισιτήριο ελεύθερης πρόσβασης;
32. Τι λέτε για τον προγραμματισμό των ραντεβού, πώς λειτουργεί αυτό το σύστημα; Τι ισχύει στην περίπτωσή σας;
33. Μετά την παραμονή στο νοσοκομείο, υπάρχει κάποια επικοινωνία (feedback) με τον γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας; Πώς λειτουργεί αυτό; Και τι ισχύει στην περίπτωσή σας;
34. Λοιπόν, έχετε λάβει τη θεραπεία σας. Από τη συνίστατο αυτή (εκχύσεις (perfusion)/ενέσεις /φάρμακα δια στόματος /διαδικασίες);
35. Έχετε κάνει όλη την θεραπεία όπως συνταγογραφήθηκε; Γιατί ναι / όχι; Ήταν εύκολο να ακολουθήσετε τη συνταγή; Διακόψατε τη θεραπεία; Γιατί;

Για τους αλλοδαπούς: Είχατε επίσης μια πρόσφατη εμπειρία επίσκεψης σε γιατρό στη δική σας χώρα; Πώς συγκρίνετε την εμπειρία στην Ελλάδα με εκείνη στη χώρα σας; Ποια είναι τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα στην Ελλάδα;

36. Αναρωτιόμουν αν σας έχει τύχει να είσατε άρρωστος/άρρωστη, αλλά στη συνέχεια επιλέξατε να μην αναζητήσετε καμία φροντίδα υγείας. Γιατί δεν αναζητήσατε καμία υπηρεσία φροντίδας υγείας;
37. Υπήρξαν περιστατικά, όπου χρειάστηκε να δείτε ένα γιατρό, αλλά δεν πήγατε; Για ποιο λόγο δεν πήγατε; Τι χρειάζόσασταν προκειμένου να μπορέσετε να πάτε;

38. Αντ' αυτού, τι κάνατε;
39. Εάν πήγατε κατευθείαν στο φαρμακείο και ζητήσατε συμβουλή, τι έκανε ο φαρμακοποιός; Τι σας έδωσε; Εμπιστεύεστε την κρίση του; Πώς επιλέγετε φάρμακο στο φαρμακείο; Για παράδειγμα, από μια λίστα 10 φαρμάκων πώς επιλέγετε ποιο να πάρετε; Τι συμβαίνει όταν το ίδιο φάρμακο έχει διαφορετικές ονομασίες;
40. Στην αντίληψή σας, πώς άλλαξε η κατάσταση στο σύστημα υγείας κατά τα τελευταία πέντε χρόνια; Ποιες είναι οι θετικές αλλαγές και ποιες είναι οι αρνητικές αλλαγές;
41. Έχουμε ακούσει για τη δική σας εμπειρία στην αναζήτηση φροντίδας. Εάν τη συγκρίνουμε με τον τρόπο πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη στο παρελθόν, τότε σημειώθηκε η αλλαγή στις εμπειρίες σας; Με τι το συνδέετε αυτό;
42. Εάν σας έλεγα να σκεφτείτε σχετικά με άτομα από το δικό σας περιβάλλον, η πρόσβασή τους στη φροντίδα υγείας έχει αλλάξει το τελευταίο διάστημα; Πώς άλλαξε;
43. Σε γενικές γραμμές, ποιοι νομίζετε ότι έχουν περισσότερα προβλήματα ως προς την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη; Γιατί; Η κατάστασή τους άλλαξε τα τελευταία πέντε χρόνια; Πώς άλλαξε;
44. Ποια είναι η άποψή σας για τον τρόπο που χειρίζεται η κυβέρνηση την κατάσταση στην υγεία; Υπάρχουν θετικές αλλαγές στον τρόπο που διαχειρίζεται τις υπηρεσίες υγείας; Ποιες είναι αυτές; Τυχόν αρνητικά μέτρα;
45. Τι πιστεύετε σχετικά με το ενδιαφέρον της κυβέρνησης να διατηρήσει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τους φτωχούς / τους μετανάστες / τους Ρομά; / άλλες ευάλωτες κατηγορίες; Υπήρξαν μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση για να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις των κοινωνικών δυσχερειών και συγκεκριμένα ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας; Λειτουργήσαν αυτά τα μέτρα; Τι νομίζετε για όλα αυτά;
46. Ξέρετε εάν υπάρχουν ιατρικές περιπτώσεις, όπου ο καθένας, ανεξάρτητα από την ασφάλιση υγείας ή την ικανότητα να πληρώσει, μπορεί να λάβει βασική υγειονομική περίθαλψη; Ποιες είναι αυτές οι περιπτώσεις;
47. Γιατί νομίζετε ότι στην Ελλάδα πολλοί άνθρωποι είναι εκτός συστήματος ασφάλισης υγείας και δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται; Τι μπορεί να γίνει για να αντιμετωπιστεί αυτό το ζήτημα;

48. Και τέλος, πως θα θέλατε να είναι στο μέλλον το σύστημα υγείας στην Ελλάδα;

B. Οδηγός συνέντευξης για χρήστες με χρόνια πάθηση/ασθένεια

Ξεκινάτε με μια σύντομη παρουσίαση του εαυτού σας και στη συνέχεια κάνετε μια σύντομη περιγραφή για τη διαδικασία. Η εξήγηση πρέπει να διατυπωθεί ως εξής:

Συναντηθήκαμε για να συζητήσουμε τις εμπειρίες σας όταν αναζητάτε υγειονομική περίθαλψη. Αυτό που συζητάμε εδώ είναι εμπιστευτικό (δηλαδή, τα ονόματα δεν θα συνδέονται με τα δεδομένα που συλλέγονται ούτε θα εμφανιστεί το όνομά σας σε οποιαδήποτε έκθεση των συμπερασμάτων της μελέτης). Θα ξεκινήσω ζητώντας από εσάς να περιγράψετε εν συντομία μια εμπειρία που είχατε όταν αναζητήσατε υγειονομική περίθαλψη. Στη συνέχεια, θα συζητήσουμε μερικές από τις εμπειρίες σας με περισσότερες λεπτομέρειες. Η συνάντησή μας θα διαρκέσει περίπου μια ώρα. Θα ηχογραφήσουμε τη συζήτηση αλλά τίποτα από αυτά που λέτε δεν θα συνδεθεί με το άτομό σας. Απλά ηχογραφούμε τις συναντήσεις διότι πρέπει να έχουμε μια ακριβή καταγραφή των συζητήσεων. Η δουλειά που κάνουμε σήμερα είναι μέρος μιας μεγάλης μελέτης για την υγεία.

1. Ποιο είναι το όνομά σας;
2. Πόσο χρονών είσαστε;
3. Που μένετε;
4. Τι σχολεία τελειώσατε;
5. Τι δουλειά κάνετε;
6. Έχετε ασφαλιστική κάλυψη υγείας; Τι καλύπτει; Τι δεν καλύπτεται; Έχει αλλάξει τα τελευταία 5 χρόνια; Πώς;
7. Πάσχετε από κάποια χρόνια πάθηση;
8. Πριν πόσο καιρό έχετε διαγνωστεί με την συγκεκριμένη πάθηση;
9. Παρακαλώ πείτε μου για τη διαδικασία σχετικά με το πώς έγινε η πρώτη διάγνωση από το γιατρό.
10. Ποιος έκανε τη διάγνωση, τι εξετάσεις κάνατε; Πληρώσατε για κάποιες από αυτές;

11. Από την πρώτη διάγνωση, πόσο συχνά πηγαίνετε για εξετάσεις (check-ups)/θεραπεία; Τι είδος γιατρού / μονάδας-υπηρεσίας επισκέπτεστε συνήθως για τις εξετάσεις;
12. Εάν δεν πάτε να δείτε ένα γιατρό, ποιος άλλος σας εξετάζει; Ποιος σας βοηθάει;
13. Πηγαίνετε κατ' ευθείαν στο φαρμακείο;
Για τους ασθενείς με διαβήτη / υπέρταση: Έχετε τονόμετρο και μετρητή γλυκόζης στο σπίτι; Πόσο συχνά τα χρησιμοποιήσετε;
14. Τι θεραπεία σας έχει συνταγογραφήσει ο γιατρός;
15. Εκτός από τη συνταγογράφηση φαρμάκων, για τι άλλο σας μίλησε ο γιατρός;
16. Τι σας είπε σχετικά με τη διατροφή, το βάρος, το αλάτι, τη ζάχαρη, την άσκηση;
17. Πόσο συχνά χρειάζεστε να δείτε τον γιατρό;
18. Πόσο συχνά πρέπει να πάτε να σας γράψει μια συνταγή; Η επιλογή των φαρμάκων έγινε από τον γιατρό ή σε συνεργασία μαζί σας;
19. Σας έχεις προτείνει μια συγκεκριμένη εμπορική ονομασία ή κάποια μάρκα; Ποια είναι η γνώμη σας για αυτό;
20. Τι σας είπε για τον τρόπο που πρέπει να παίρνετε τα φάρμακα;
21. Ακολουθείτε τη θεραπεία όπως συνταγογραφήθηκε; Γιατί ναι / όχι;
22. Υπήρξαν περιπτώσεις όπου δεν ακολουθήσατε τη συνταγογραφούμενη θεραπεία; Γιατί όχι; Μπορείτε να μου πείτε σχετικά με το τελευταίο επεισόδιο όταν συνέβη αυτό;
Για τους ασθενείς με διαβήτη / υπέρταση: Ποιες είναι οι τιμές της αρτηριακής πίεσης / της γλυκαιμίας σας όταν δεν παίρνετε τα φάρμακα;
23. Τα φάρμακά σας καλύπτονται πλήρως (χρηματικά); Τι ποσοστό καλύπτεται από την ασφάλιση υγείας και τι πρέπει να πληρώσετε από την τσέπη σας;
24. Έχετε καλέσει ποτέ το ασθενοφόρο εξαιτίας της χρόνιας κατάστασης σας; Γιατί συνέβη αυτό, μετά από πόση ώρα ήρθε και τι έκανε;
25. Έχετε νοσηλευτεί ποτέ για τη χρόνια πάθηση σας; Γιατί; Πώς ήταν η παραμονή σας το νοσοκομείο;

Ερώτηση για την ικανοποίηση με τις υπηρεσίες, τα κλινικά αποτελέσματα, την οικονομική επιβάρυνση, την προτίμηση για τη φροντίδα στο νοσοκομείο ή στα εξωτερικά ιατρεία.

26. Ποια είναι τα κύρια εμπόδια όταν θέλετε να χρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες υγείας για τη χρόνια πάθησή σας;

Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας: ανθρώπινο δυναμικό, δομές και εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, φάρμακα

Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη: οικονομική πρόσβαση (ασφαλιστική κάλυψη υγείας, πρόβλεψη των άμεσα καταβαλλόμενων πληρωμών από το χρήστη – out-of-pocket, καταστροφικές δαπάνες) γεωγραφική πρόσβαση (χρόνος που χρειάζεται για μετακίνηση, μεταφορά κλπ)

Αποδοχή της φροντίδας: το επίπεδο άνεσης των υπηρεσιών υγείας και κατά πόσον εξυπηρετούν τον χρήστη, η διάδραση ασθενή-παρόχου, ο στιγματισμός και οι διακρίσεις

Κάλυψη Επαφής: η εμπειρία της πραγματικής επαφής με τον πάροχο της υπηρεσίας καθορίζει τη μελλοντική συμπεριφορά ως προς την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας

Αποτελεσματική κάλυψη: εμπιστοσύνη των ανθρώπων στην κρίση του γιατρού τους, η προσφυγή στο γιατρό προσδιορίζει μια καλή κλινική έκβαση, συμμόρφωση με τη συνταγή και τη θεραπεία κλπ.

27. Ποιοι είναι οι παράγοντες που σας βοηθούν στην πρόσβαση στην περίθαλψη;

28. Η πρόσβασή σας στην ιατροφαρμακευτική φροντίδα έχει αλλάξει σημαντικά τα τελευταία χρόνια; Ποιες είναι οι βασικές αλλαγές; Πώς προσαρμοστήκατε σε αυτές; Πώς έχουν επηρεάσει οι αλλαγές αυτές τον έλεγχο της κατάστασής σας;

29. Υπήρξαν μέτρα που έλαβε η κυβέρνηση για να ελαχιστοποιηθούν οι επιπτώσεις των κοινωνικών δυσχερειών και συγκεκριμένα ως προς την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας; Γνωρίζετε ποια ήταν αυτά; Λειτούργησαν;

30. Τώρα, πολύ σύντομα, παρακαλώ, να περιγράψετε μια περίπτωση όταν επισκεφτήκατε έναν φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης αλλά όχι για την χρόνια πάθησή σας. Ήταν διαφορετικά τα πράγματα; Ως προς τι;

Σας ευχαριστώ για το χρόνο σας!

Παράρτημα 2. Οδηγός συνέντευξης με βασικούς πληροφοριοδότες

Καταγραφή του ονόματος του φορέα, της περιοχής στην οποία βρίσκεται, των υπηρεσιών που προσφέρει, της εκπαίδευσης, του φύλου και της θέσης που κατέχει στον φορέα ο συμμετέχοντας στην έρευνα

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας σε αυτή τη σημαντική μελέτη. Πρόκειται για μια μελέτη που διεξάγεται με την υποστήριξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και εξετάζει τα εμπόδια και τους παράγοντες που διευκολύνουν την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη των φτωχών και των κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων του πληθυσμού στην Ελλάδα και το πώς η οικονομική κρίση και οι μεταρρυθμίσεις στην Υγεία έχουν επηρεάσει την πρόσβαση αυτή. Η συνέντευξη θα διαρκέσει περίπου 30 λεπτά και εκτιμούμε ιδιαίτερα την πρόθεσή σας να μοιραστείτε ανοιχτά τις απόψεις σας. Οι απαντήσεις σας είναι απόλυτα εμπιστευτικές και καμία πληροφορία που μπορεί να συνδέσει αυτό που λέτε με το πρόσωπο σας δεν πρόκειται να παρατεθεί. Συμφωνείτε να ηχογραφηθεί η συζήτησή μας;

1. Καταλαβαίνω ότι εσείς εργάζεστε σε (εθνικό, περιφερειακό, αστικό, αγροτικό) επίπεδο. Παρακαλώ, σκεφτείτε αυτό το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας όταν απαντάτε στις ερωτήσεις που ακολουθούν.
2. Παρακαλώ πείτε μου πόσα χρόνια εργάζεστε για τον συγκεκριμένο φορέα και στην τωρινή θέση εργασίας.
3. Κατά τη γνώμη σας, συνολικά πώς εκτιμάτε ότι είναι η πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας στη χώρα / στην περιφέρεια / στο τοπικό επίπεδο; Γιατί;
4. Ποια νομίζετε ότι είναι τα κύρια εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας γενικά για τον πληθυσμό;
5. Ποιοι είναι οι κύριοι λόγοι που κάποιοι άνθρωποι δεν έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στη χώρα / στην περιφέρεια / στο τοπικό επίπεδο; Γιατί;
6. Κατά τη γνώμη σας, ποιοι είναι οι κύριοι παράγοντες που διευκολύνουν την πρόσβαση; Τι βοηθά τους ανθρώπους να λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας; Τι τους βοηθά να λαμβάνουν καλύτερες υπηρεσίες από ό, τι κατά μέσο όρο στη χώρα;
7. Κατά τη γνώμη σας, ποιες είναι οι κύριες κατηγορίες/ομάδες ανθρώπων που συστηματικά αποκλείονται από την πρόσβαση στις υπηρεσίες

υγείας (δηλαδή, εκείνοι που χρειάζονται τις υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν επισκέπτονται ένα γιατρό, π.χ. φτωχοί άνεργοι, εργαζόμενοι στον άτυπο τομέα, οι λιγότερο μορφωμένοι, οι αγρότες, κάποιες εθνοτικές ομάδες, παράνομα εργαζόμενοι, μετανάστες κ.λπ.);

8. Πού ζουν αυτοί οι άνθρωποι (σε απομακρυσμένες περιοχές, σε διακριτές/συγκεκριμένες συνοικίες μέσα στις πόλεις);

9. Κατά τη γνώμη σας, για ποιους λόγους αυτοί οι άνθρωποι δεν αναζητούν υγειονομική περίθαλψη;

10. Οι κατηγορίες αυτές αναγνωρίζονται επίσημα ότι έχουν λιγότερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη; Υπάρχουν εκτιμήσεις για το μέγεθος αυτών; Ξέρετε πόσοι είναι; Εάν ναι, πως γίνονται αυτές οι εκτιμήσεις; Τι γνωρίζετε εσείς;

11. Τι μπορούν να κάνουν αυτοί οι άνθρωποι για να αποκτήσουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας;

12. Πώς έχει αλλάξει η πρόσβαση του πληθυσμού στην υγειονομική περίθαλψη τα τελευταία πέντε χρόνια σε γενικές γραμμές και ιδιαίτερα γι' αυτές τις ομάδες;

13. Ποια είναι η τρέχουσα κατάσταση για όσους έχασαν την ασφαλιστική κάλυψη υγείας λόγω ανεργίας; Με ποιο τρόπο έχουν πρόσβαση στην υγεία τώρα;

14. Μήπως το κράτος έχει εφαρμόσει κάποια μέτρα για τη διασφάλιση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη των πλέον ευάλωτων κατηγοριών και των ανασφάλιστων; Ποια είναι αυτά; Τι μπορείτε να πείτε για την αποτελεσματικότητα των μέτρων αυτών; Έχετε δει πραγματικά ανθρώπους να επωφελούνται από αυτά τα μέτρα;

15. Ποιες κατηγορίες πληθυσμού επωφελήθηκαν περισσότερο από τα μέτρα αυτά; Για ποιες κατηγορίες δεν υπάρχει καμία αλλαγή;

16. Η καθολική κάλυψη υγείας αποτελεί σημαντική πολιτική προτεραιότητα για την κυβέρνηση; Γιατί ναι / όχι; Τι θα λέγατε για τον φορέα σας; Τι κάνει για να διασφαλιστεί η πρόσβαση σε αυτούς που έχασαν την ασφάλιση υγείας;

17. Τι συμβαίνει με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας των ατόμων που επωφελούνται από τα εισιτήρια ελεύθερης πρόσβασης στις υπηρεσίες

πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας; Τι μπορείτε να μας πείτε για την πρόσβασή τους στην περίθαλψη; Τι λειτουργεί και τι δεν λειτουργεί;

18. Μια μεγάλη μεταρρύθμιση ήταν η ενοποίηση των ασφαλιστικών φορέων υπό την αιγίδα του ΕΟΠΥΥ. Τι αντίκτυπο νομίζετε ότι είχε αυτό αναφορικά με την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη γενικά για τον πληθυσμό και ειδικότερα για τις πιο ευάλωτες ομάδες; Υπάρχουν ομάδες πληθυσμού που έχουν επωφεληθεί από αυτό; Υπάρχουν ομάδες πληθυσμού που ζημιώθηκαν; Ποιες είναι αυτές;

19. Σε γενικές γραμμές, η αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας με χρεώσεις για επίσκεψη στα κέντρα υγείας, στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, για φάρμακα κλπ, πώς θεωρείται ότι επηρεάζει την πρόσβαση στην περίθαλψη; Μήπως βελτίωσε την ικανότητα του συστήματος για παροχή υπηρεσιών; Μήπως αποθαρρύνει την περιττή φροντίδα; Ή μήπως είναι αποτρεπτικός παράγοντας για την παροχή φροντίδας; Γιατί ναι / όχι;

20. Γνωρίζεται ότι τον Φεβρουάριο η κυβέρνηση ενέκρινε το νόμο που θεσπίζει τους οικογενειακούς γιατρούς ως τους κύριους παρόχους πρωτοβάθμιας υγείας; Τι πιστεύετε γι' αυτό; Θα αλλάξει την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες; Γιατί ναι / όχι;

21. Σύμφωνα με τον Tanahashi, υπάρχουν πέντε διαστάσεις της πρόσβασης στην περίθαλψη που καθορίζουν την απόφαση ενός ατόμου να αναζητήσει φροντίδα και στη συνέχεια να έχει αποτελεσματική κάλυψη που επιφέρει θετικά αποτελέσματα για την ασθένεια του:

- **Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας (Availability of care):** ανθρώπινο δυναμικό, δομές και εγκαταστάσεις, εξοπλισμός, φάρμακα
- **Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Accessibility of care):** οικονομική πρόσβαση (ασφαλιστική κάλυψη υγείας, πρόβλεψη των άμεσα καταβαλλόμενων πληρωμών από το χρήστη – out-of-pocket, καταστροφικές δαπάνες) γεωγραφική πρόσβαση (χρόνος που χρειάζεται για μετακίνηση, μεταφορά κλπ)
- **Αποδοχή της φροντίδας (Acceptability of care):** το επίπεδο άνεσης των υπηρεσιών υγείας και κατά πόσον εξυπηρετούν τον χρήστη, η διάδραση ασθενή-παρόχου, ο στιγματισμός και οι διακρίσεις

- **Κάλυψη Επαφής (Contact coverage):** η εμπειρία της πραγματικής επαφής με τον πάροχο της υπηρεσίας καθορίζει τη μελλοντική συμπεριφορά ως προς την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας
- **Αποτελεσματική κάλυψη (Effective coverage):** εμπιστοσύνη των ανθρώπων στην κρίση του γιατρού τους, η προσφυγή στο γιατρό προσδιορίζει μια καλή κλινική έκβαση, συμμόρφωση με τη συνταγή και τη θεραπεία κλπ.

Για το καθένα από τα παραπάνω, ποια νομίζετε ότι είναι τα συγκεκριμένα εμπόδια στην Ελλάδα;

22. Ποια από τα παραπάνω εμπόδια έχουν αντιμετωπιστεί από την άσκηση πολιτικής και ποια έχουν παραμεινεί;
23. Ποια από αυτά νομίζετε ότι πρέπει να αντιμετωπιστεί καλύτερα στο μέλλον και γιατί;
24. Πώς βλέπετε τον ρόλο του οργανισμού σας για την αύξηση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη των πλέον ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού; Τι εμπόδια συναντάτε;
25. Κατά τη γνώμη σας, ποιες είναι οι αναγκαίες μεταρρυθμίσεις σε επίπεδο συστήματος που θα βελτιώσουν την ισότιμη πρόσβαση στην περίθαλψη;
26. Αυτές οι μεταρρυθμίσεις βρίσκονται στην τρέχουσα πολιτική ατζέντα; Υπάρχει επαρκής πολιτική βούληση για την εφαρμογή τους; Τι μπορεί να σταματήσει αυτές τις μεταρρυθμίσεις; Είναι ρεαλιστικό να αναμένουμε ότι η κατάσταση θα βελτιωθεί μέσα στα επόμενα 5 χρόνια. Γιατί ναι / όχι;
27. Με ποιο τρόπο ο οργανισμός σας μπορεί να στηρίξει αυτές τις στρατηγικές;

Οι απόψεις σας ήταν πολύ ενδιαφέρουσες και θα ήθελα να σας ευχαριστήσω για τη συμμετοχή σας!