

# Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών

*Διοίκηση Μονάδων Υγείας*

## Μεταπτυχιακή διατριβή



Η συμβολή των κοινωνικών ιατρείων στην προαγωγή της υγείας και την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στον οικονομικά αδύναμο πληθυσμό: η περίπτωση του ΜΚΙΕ (Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού)

Παπαχριστοπούλου Παναγιώτα

Επιβλέπων Καθηγητής  
Δάφνη Καϊτελίδου

Ιανουάριος 2017

# **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**

**Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης**

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών**  
*Διοίκηση Μονάδων Υγείας*

## **Μεταπτυχιακή διατριβή**

**Η συμβολή των κοινωνικών ιατρείων στην προαγωγή της υγείας και την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στον οικονομικά αδύναμο πληθυσμό: η περίπτωση του ΜΚΙΕ (Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού)**

**Παπαχριστοπούλου Παναγιώτα**

**Επιβλέπων Καθηγητής**  
**Δάφνη Καϊτελίδου**

Η παρούσα μεταπτυχιακή διατριβή υποβλήθηκε προς εκπλήρωση των απαιτήσεων για απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας από τη Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου.

**Ιανουάριος 2017**

# ΠΕΡΙΛΗΨΗ

## Σκοπός

Μία από τις πιο σημαντικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα είναι η αύξηση του αριθμού των οικονομικά ευάλωτων πολιτών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι, υπάρχει μια αυξανόμενη τάση σχηματισμού εθελοντικών κλινικών, προκειμένου να παρέχουν δωρεάν υπηρεσίες υγείας. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να αναδείξει το ρόλο αυτό του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου του Ελληνικού μέσα από το πρίσμα των εθελοντών του. Τα κριτήρια ένταξης ήταν να είναι τρέχων εθελοντής στο ΜΚΙΕ.

## Μέθοδος

Διεξήχθη συγχρονική μελέτη. Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελούνταν από 51 άτομα, εθελοντές σε διαφορετικές θέσεις απασχόλησης στο ΜΚΙΕ, όπως γραμματεία, φαρμακείο, πάροχοι υγείας, διοικητικό προσωπικό κλπ. Οι συμμετέχοντες ήταν > 18 ετών. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε πληροφορίες σχετικά με τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη θέση τους στο ΜΚΙΕ και τις ώρες απασχόλησης εκεί. Διερευνούσε επίσης τις γνώσεις τους για τα χαρακτηριστικά των ασθενών που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ, τα νοσήματα που έπασχαν και αν είχαν προηγουμένως απευθυνθεί στο ΕΣΥ. Τέλος, το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε πληροφορίες σχετικά με την πρόσβαση και την ποιότητα των υπηρεσιών του ΜΚΙΕ. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από την 1.10.2016 έως την 31-10-2016. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το IBM SPSS 20.0 (Στατιστική Package for Social Sciences).

## Αποτελέσματα

Η πολύ καλή ποιότητα των υπηρεσιών υγείας του ΜΚΙΕ ήταν από τα πιο σημαντικά ευρήματα. Περισσότερο από το 80% των ερωτηθέντων το ανέφεραν ανεξάρτητα από τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Η πρόσβαση ήταν επίσης καλή, σύμφωνα με περίπου 76% των ερωτηθέντων. Ένας στους δύο ανέφεραν ότι οι ασθενείς είχαν προηγουμένως απευθυνθεί στο ΕΣΥ χωρίς κάλυψη και το 76% ανέφεραν ότι οι ασθενείς λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή από το ΜΚΙΕ μετά από παραπομπή από το ΕΣΥ ή αλλού. Πάνω από το 70% των ασθενών έπασχαν από σοβαρές και απειλητικές για τη ζωή ασθένειες όπως σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, Στεφανιαία Νόσος.

## Συμπεράσματα

Ο ρόλος των κοινωνικών ιατρείων υγείας στην τρέχουσα οικονομική κρίση στην Ελλάδα είναι αναμφίβολα πολύ σημαντικός. Σε πολλές περιπτώσεις είναι συμπληρωματικός και αλλού υποκαθιστά το ΕΣΥ παρέχοντας ιατρική και φαρμακευτική κάλυψη σε άτομα σε κίνδυνο φτώχειας. Τα ΚΙ συνέβαλαν σε συνδυασμό με την λαϊκή απαίτηση στην πρόσφατη τροποποίηση του νόμου προς εξασφάλιση της πρόσβασης των ευπαθών ομάδων στις υπηρεσίες υγείας.

*Λέξεις-κλειδιά:* εθελοντισμός, φροντίδα υγείας, ανασφάλιστοι, ασθενείς

# ABSTRACT

## Objectives

One of the most significant effects of economic crisis in Greece is the rising number of economic vulnerable citizens who face difficulties in accessing health care services. Thus there is a growing tendency of formation voluntary clinics in order to provide free of charge health services. The objective of the study was to highlight this role of the Metropolitan Health Clinic of Hellinikon through the prism of its volunteers. The inclusion criteria for participation were being a current volunteer at the MHCH.

## Methods

A cross-sectional study was conducted. The study population consisted of 51 people, volunteers of different employment positions in the MHCH, such as help desk, pharmacy, health providers, administrative personnel etc. The participants were > 18 years. The questionnaire included information about sociodemographic characteristics, their position in the MHCH and hours of employment there. It also investigated their knowledge of the characteristics of the patients that addressed MHCH health services, the diseases they suffered and if they had previously tried to access the NHS. Finally the questionnaire included information about the access to MHCH and the quality of its services. The questionnaire was completed from the 1-10-2016 to the 31-10-2016. Data analysis was performed with the IBM SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences).

## Results

The very good quality of health care services of the MHCH was among the most significant findings. More than 80% of the respondents reported that regardless of their sociodemographic characteristics. The access to the MHCH was also good according to approximately 76 % of the responders. One out of two responders reported that patients had previously addressed the NHS without coverage and 76% reported that patients were receiving medication from MHCH after referral from the NHS or elsewhere. Over 70% of patients suffered from serious and life threatening diseases such as Diabetes Mellitus, Hypertension or Coronary Artery Disease.

## Conclusions

The role of non-governmental voluntary health clinics in the current economic crisis in Greece is undoubtedly very important. In many cases it is supplementary and others it substitutes the National Health System providing medical and pharmaceutical coverage to people under the risk of poverty. They contributed along with public demand towards the recent law amendments ensuring accessibility of vulnerable groups to health services.

**Keywords:** *volunteerism, healthcare, uninsured, patients.*

## *Ακρωνύμια /Συντομογραφίες*

<b>ΑΕΠ</b>	<b>Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν</b>
<b>ΓΣΕΕ</b>	<b>Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος</b>
<b>ΔΝΤ</b>	<b>Διεθνές Νομισματικό Ταμείο</b>
<b>ΗΠΑ</b>	<b>Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής</b>
<b>ΕΕ</b>	<b>Ευρωπαϊκή Επιτροπή</b>
<b>ΕΚΤ</b>	<b>Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα</b>
<b>ΕΛΣΤΑΤ</b>	<b>Ελληνική Στατιστική Αρχή</b>
<b>ΕΜΑΑΙ</b>	<b>Ενιαίο Μητρώο Ασφάλισης-Ασφαλιστικής Ικανότητας</b>
<b>ΕΟΠΥΥ</b>	<b>Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας</b>
<b>ΕΟΦ</b>	<b>Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων</b>
<b>ΕΣΥ</b>	<b>Εθνικό Σύστημα Υγείας</b>
<b>ΙΚΑ</b>	<b>Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων</b>
<b>ΙΝΕ</b>	<b>Ινστιτούτο Εργασίας</b>
<b>ΚΙ</b>	<b>Κοινωνικά Ιατρεία</b>
<b>ΚΥ</b>	<b>Κέντρα Υγείας</b>
<b>ΜΚΙΕ</b>	<b>Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού</b>
<b>ΜΚΟ</b>	<b>Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις</b>
<b>ΟΚΑ</b>	<b>Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης</b>
<b>ΟΟΣΑ</b>	<b>Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης</b>
<b>ΟΤΑ</b>	<b>Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης</b>
<b>ΠΕΔΥ</b>	<b>Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας</b>
<b>ΠΦΥ</b>	<b>Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας</b>
<b>ΥΥΚΑ</b>	<b>Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων</b>

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b><u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</u></b> .....	3
<b><u>ABSTRACT</u></b> .....	4
<b><u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u></b> .....	11
<b><u>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u></b> .....	12
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ</u></b> .....	13
1.1 Ορισμοί .....	13
1.2 Ιστορική αναδρομή .....	16
1.2.1 Αρχαία Ελλάδα .....	16
1.2.2 Βυζάντιο.....	17
1.2.3 Τουρκοκρατία .....	18
1.2.4 Νεοελληνικό κράτος .....	18
1.2.5 Ο εθελοντισμός σήμερα.....	19
1.3 Η σημασία του εθελοντισμού - Προεκτάσεις για το άτομο και την κοινωνία ..	20
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού</u></b> .....	22
2.1 Το χρονικό της κρίσης .....	22
2.1.1 Διεθνής οικονομική κρίση .....	22
2.1.2 Ελληνική οικονομική κρίση.....	23
2.2. Οι επιπτώσεις της κρίσης στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας .....	31
2.3 Το θεωρητικό πλαίσιο του Tanahashi (TanahashiFramework).....	34
2.4. Εφαρμογή του πλαισίου Ταναχάσι στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	36

2.5 Αναγκαιότητα επαρκούς υγειονομικής κάλυψης συνόλου του πληθυσμού: <u>Κοινωνικά Ιατρεία</u> .....	40
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:</u></b> .....	<b>41</b>
<b><u>Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού</u></b> .....	<b>41</b>
3.1 Ιστορία και οργανωτική δομή.....	41
3.2 Καθημερινή λειτουργία ΜΚΙΕ-Οργάνωση σε βάρδιες .....	44
3.3 Παροχές στους ασθενείς .....	45
3.4. Εφαρμογή του πλαισίου Ταναχάσι στο ΜΚΙΕ .....	47
3.5 Αξιολόγηση της λειτουργίας των κοινωνικών ιατρείων.....	50
3.5.1 Τα Κοινωνικά Ιατρεία στην Ελλάδα.....	50
3.5.2 Τρόπος Λειτουργίας των Κοινωνικών Ιατρείων στην Ελλάδα.....	50
3.5.3 Αξιολόγηση της Λειτουργίας των Κοινωνικών Ιατρείων.....	53
3.5.4 Ιστορικό & λόγοι δημιουργίας Κοινωνικών Ιατρείων στην Ελλάδα.....	53
3.5.5 Νομική μορφή των κοινωνικών ιατρείων.....	54
3.5.6 Χρηματοδότηση.....	55
3.5.7 Αμειβόμενα στελέχη .....	56
3.5.8 Κριτήρια επιλογής ληπτών υπηρεσιών .....	57
3.5.9 Εξυπηρέτηση μεταναστών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα.....	58
3.5.10 Μεταβατικός χαρακτήρας των ΚΙ.....	59
3.5.11 Κίνδυνος υποκατάστασης του ΕΣΥ.....	59
3.5.12 Σχέσεις με το Υπουργείο Υγείας .....	59
<b><u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u></b> .....	<b>61</b>
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</u></b> .....	<b>62</b>
4.1 Σκοπός.....	62
4.2 Υλικό και μέθοδος .....	62
4.3 Στατιστική Ανάλυση.....	63
4.4 Δεοντολογικά Ζητήματα.....	63
4.5 Περιορισμοί .....	64
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</u></b> .....	<b>65</b>
5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	65
5.2 Απασχόληση στο ΜΚΙΕ .....	69
5.3 Χαρακτηριστικά των ατόμων που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ .....	71

<u>5.4 Αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ και του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ</u> .....	75
<u>5.5 Συσχετίσεις</u> .....	77
<u>5.5.1 Εξαρτημένη μεταβλητή: Αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ</u> .....	78
<u>5.5.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: Αξιολόγηση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ</u> .....	80
<b><u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u></b> .....	<b>82</b>
<u>6.1 Δημογραφικά στοιχεία</u> .....	82
<u>6.1.1 Φύλο</u> .....	82
<u>6.1.2 Ηλικία</u> .....	82
<u>6.1.3 Οικογενειακή κατάσταση</u> .....	83
<u>6.1.4 Μορφωτικό επίπεδο</u> .....	83
<u>6.1.5 Εργασιακή κατάσταση</u> .....	83
<u>6.2 Εθελοντές και ΜΚΙΕ</u> .....	84
<u>6.3 Χαρακτηριστικά των ατόμων που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ</u> .....	84
<u>6.4 Νοσήματα ασφαλισμένων και ανασφάλιστων ασθενών ΜΚΙΕ</u> .....	85
<u>6.5 Αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ και των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ</u> .....	86
<u>6.6 Σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλες μελέτες</u> .....	87
<b><u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u></b> .....	<b>89</b>
<u>ΕΛΛΗΝΙΚΗ</u> .....	89
<u>ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ</u> .....	90
<u>ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ</u> .....	91
<b><u>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</u></b> .....	<b>97</b>



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ-ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ- ΕΙΚΟΝΩΝ

### Διαγράμματα

<b>Διάγραμμα 1:</b> Πραγματικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ Ελλάδας-Ε.Ε. των 28.....	24
<b>Διάγραμμα 2:</b> Εξέλιξη του χρέους ως ποσοστού (%) του ΑΕΠ .....	25
<b>Διάγραμμα 3:</b> Ακαθάριστες επενδύσεις πάγιου κεφαλαίου ως ποσοστό(%) του ΑΕΠ (Ελλάδα, 2005-2016).....	25
<b>Διάγραμμα 4:</b> Ποσοστό απασχόλησης και ανεργίας ( Ελλάδα 2011-2015) .....	26
<b>Διάγραμμα 5:</b> Συνολικές δαπάνες υγείας, σε εκατ. ευρώ (Ελλάδα, 2009-2013).....	27
<b>Διάγραμμα 6:</b> Ακαθάριστο χρέος της Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό του ΑΕΠ (Ελλάδα, 2015).....	29

### Εικόνες

<b>Εικόνα 1.</b> Δείκτης Κοινωνικής Δικαιοσύνης Ε.Ε. 2016- Πηγή Eurostat- εφημερίδα Καθημερινή.....	28
<b>Εικόνα 2.</b> Το θεωρητικό πλαίσιο του Tanahashi (Tanahashi Framework).....	35
<b>Εικόνα 3.</b> Σχηματική απεικόνιση του τρόπου λειτουργίας του ΜΚΙΕ.....	43

### Πίνακες

<b>Πίνακας 1:</b> Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη.....	65
<b>Πίνακας 2:</b> Απασχόληση στο ΜΚΙΕ.....	69
<b>Πίνακας 3:</b> Χαρακτηριστικά των ατόμων που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ.....	71
<b>Πίνακας 4:</b> Αξιολόγηση της πρόσβασης στο ΜΚΙΕ και του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ.....	74
<b>Πίνακας 5:</b> Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στην αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη.....	77
<b>Πίνακας 6:</b> Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ (Όχι εύκολη πρόσβαση: κατηγορία αναφοράς).....	78
<b>Πίνακας 7:</b> Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στην αξιολόγηση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη.....	80

## **Γραφήματα**

<b>Γράφημα 1:</b> Ηλικία (σε έτη) των συμμετεχόντων στη μελέτη.....	66
<b>Γράφημα 2:</b> Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στη μελέτη.....	67
<b>Γράφημα 3:</b> Εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στη μελέτη.....	67
<b>Γράφημα 4:</b> Εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων στη μελέτη.....	68
<b>Γράφημα 5:</b> Ομάδες εθελοντών.....	69
<b>Γράφημα 6:</b> Ωρες απασχόλησης εβδομαδιαίως στο ΜΚΙΕ.....	70
<b>Γράφημα 7:</b> Νοσήματα από τα οποία πάσχουν οι ασφαλισμένοι ασθενείς που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ.....	72
<b>Γράφημα 8:</b> Νοσήματα από τα οποία πάσχουν οι ανασφάλιστοι ασθενείς που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ.....	73
<b>Γράφημα 9:</b> Αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ.....	76
<b>Γράφημα 10:</b> Αξιολόγηση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ.....	76

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παγκοσμίως, τις τελευταίες δεκαετίες, παρατηρείται μια τάση δημιουργίας εθελοντικών δομών στο χώρο της υγείας. Ακόμα και χώρες που δεν έχουν πληγεί σημαντικά από την οικονομική κρίση, στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στον εθελοντισμό στη δημόσια υγεία. Έρευνες καταδεικνύουν ότι εκατομμύρια άνθρωποι σε δεκάδες χώρες παγκοσμίως παρέχουν εθελοντικά υπηρεσίες, κάτι που αντιστοιχεί σε εκατομμύρια θέσεων εργασίας πλήρους απασχόλησης και συνεισφέρει αρκετές εκατοντάδες δισεκατομμύρια δολάρια στην παγκόσμια οικονομία.

Ο εθελοντισμός δεν αποτελεί μόνο σημαντικό πυλώνα της οικονομίας. Σε περιόδους υποχώρησης του κοινωνικού κράτους οι εθελοντικές οργανώσεις το συμπληρώνουν ή και το υποκαθιστούν, παρέχοντας ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε άτομα που απώλεσαν την ασφαλιστική τους κάλυψη, είτε λόγω ανεργίας είτε λόγω αδυναμίας κάλυψης των ασφαλιστικών εισφορών.

Ο εθελοντισμός σε ατομικό επίπεδο προάγει την ενεργό πολιτειότητα, την αλληλεγγύη και το σεβασμό απέναντι στον πάσχοντα συνάνθρωπο, καλλιεργώντας κοινωνικές και προσωπικές δεξιότητες.

Η συγκεκριμένη εργασία έχει σκοπό να αναδείξει τον ρόλο του εθελοντισμού και του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού, στην εξυπηρέτηση των οικονομικά αδύναμων ομάδων του πληθυσμού της Αττικής. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι ήδη από τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του δέχθηκε αρκετές εκατοντάδες επισκέψεις, ενώ ετησίως δέχεται σταθερά μερικές χιλιάδες επισκέψεις.

Όπως φαίνεται από την ανάλυση που ακολουθεί, το ΜΚΙΕ διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εξυπηρέτηση των οικονομικά αδύναμων ομάδων κι ανασφάλιστων ασθενών, και όχι μόνο. Υπάρχει σαφής ένδειξη ότι ακόμα και ασφαλισμένοι πολίτες χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του ΜΚΙΕ, καθώς το Εθνικό Σύστημα Υγείας αδυνατεί να τους εξυπηρετήσει. Επιπλέον, αποτυπώνεται ότι τόσο η πρόσβαση στις παρεχόμενες υπηρεσίες, όσο και η ποιότητά τους είναι αρκετά ικανοποιητική. Τέλος, καταγράφονται οι πιο συχνές παθήσεις και λόγοι που ωθούν τους ασθενείς να απευθυνθούν στο ΜΚΙΕ και είναι προφανές ότι το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού εξυπηρετεί ασθενείς με σοβαρές και χρόνιες παθήσεις, καθώς και παθήσεις που είναι απειλητικές για τη ζωή τους.

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ

## 1.1 Ορισμοί

### A. Εθελοντισμός

Σύμφωνα με το Λεξικό της Νέας Ελληνικής γλώσσας του Γεώργιου Μπαμπινιώτη, ο ορισμός του εθελοντισμού είναι ο κάτωθι: «Εθελοντισμός είναι η οργανωμένη προσφορά υπηρεσιών στο κοινωνικό σύνολο χωρίς την απαίτηση ανταλλάγματος» (Μπαμπινιώτης 1998).

Αυτή η θεώρηση του εθελοντισμού ως προσφορά στο κοινωνικό σύνολο είναι συνυφασμένη με την ελληνική παιδεία από αρχαιοτάτων χρόνων και συνέχισε ως τέτοια διαμέσου των αιώνων τόσο στην Βυζαντινή - ή πιο σωστά ρωμαϊκή κατά πολλούς συγγραφείς - όσο και στην Νεοελληνική κουλτούρα.

Οι σύγχρονες κοινωνικές ομάδες δράσης και αυτό-οργάνωσης θέλουν να περιορίσουν τον όρο εθελοντισμός, ώστε να μην περικλείει την φιλανθρωπία, στην οποία υπερτονίζουν την ανισοτιμία στη σχέση βοηθού-βοηθούμενου. Έτσι ορίζουν ότι: «*Ο εθελοντισμός αποτελεί μια εκδήλωση κοινωνικής συμπεριφοράς, όπου το άτομο χωρίς το κίνητρο της υλικής ανταμοιβής προσφέρει τον ελεύθερο του χρόνο για ένα κοινωνοφελή σκοπό είτε με δική του πρωτοβουλία είτε στο πλαίσιο μιας ομάδας ή φορέα*». (Σχεδία στην Πόλη 2016).

### B. Εθελοντής - φορείς εθελοντισμού - εθελοντικές δραστηριότητες

Η Ευρωπαϊκή Ένωση λαμβάνοντας υπόψη την μεγάλη σημασία του εθελοντισμού συνέταξε μια χάρτα Διακήρυξης των Δικαιωμάτων και Ευθυνών των Εθελοντών που υιοθετήθηκε από τα κράτη μέλη, συμπεριλαμβανομένης της ελληνικής και της κυπριακής δημοκρατίας, σύμφωνα με την οποία ορίζεται ότι «εθελοντής είναι πολίτης, που έχοντας ελεύθερη βούληση, διεξάγει δραστηριότητες προς όφελος της

κοινωνίας. Αυτές οι δραστηριότητες διεξάγονται για μη κερδοσκοπικό σκοπό, προσφέροντας στην προσωπική ανάπτυξη του εθελοντή, ο οποίος αφιερώνει το χρόνο και την ενέργειά του για το γενικό καλό χωρίς οικονομική ανταμοιβή».

Επιπλέον ορίζεται ότι «φορείς εθελοντισμού είναι μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, ομάδες και φορείς, που είναι ανεξάρτητες και αυτοδιοικούμενες. Δραστηριοποιούνται στη δημόσια ζωή και η δραστηριότητά τους πρέπει να συμβάλει στο κοινό καλό».

Τέλος, ο ορισμός της εθελοντικής δραστηριότητας καθορίζει ότι: «Οι εθελοντικές δραστηριότητες διεξάγονται από εθελοντές. Η δραστηριότητα αυτή διεξάγεται για ένα μη κερδοσκοπικό σκοπό, με στόχο την βελτίωση της κοινωνίας και δεν αντικαθιστά έμμισθο προσωπικό. Η δραστηριότητα μπορεί να πραγματοποιηθεί από φορέα εθελοντισμού ή με πρωτοβουλία ενός εθελοντή».( Γραφείο Επιτρόπου Εθελοντισμού και ΜΚΟ, Κυπριακή Δημοκρατία και Προεδρία,2016)

### **Γ. Φιλανθρωπία – Αλληλεγγύη - Χορηγία**

Μια από της κινητήριες δυνάμεις του εθελοντισμού είναι η φιλανθρωπία, που ετυμολογικά σημαίνει την αγάπη για τον άνθρωπο και συμπεριλαμβάνει ενέργειες και φροντίδα για την κάλυψη των αναγκών του.

Όταν η φιλανθρωπία έχει μια συστηματική ηθική δέσμευση και όχι μια ευκαιριακή δωρεά, στα πλαίσια αισθήματος ανωτερότητας και οίκτου, τότε προσεγγίζει στην έννοια της αλληλεγγύης.

Μια άλλη σημαντική παράμετρος του εθελοντισμού είναι η χορηγία που ετυμολογικά προέρχεται από τις λέξεις χορός και άγω και η αρχική της σημασία στην Αρχαία Ελλάδα αναφέρεται στην παροχή χρημάτων εκ μέρους των ιδιωτών συνήθως, για την κάλυψη των αναγκών του χορού στις τραγωδίες ή στις γιορτές. Χορηγία στη σύγχρονη εποχή και δη στα συστήματα υγείας, ειδικά όσα κατατρύχονται από τη γραφειοκρατία, είναι η βασική κινητήριος δύναμη για να παρακαμφθούν χρονοβόρες διαδικασίες, αγκυλώσεις και νομικά κωλύματα.

Στη σύγχρονες κοινωνίες η φιλανθρωπία και η χορηγία συνυφαίνονται σαν έννοιες και αφορούν περισσότερο θεσμικούς παράγοντες εθελοντισμού πχ σωματεία, ιδιώτες, κ.α.

#### **Δ. Ενεργός πολιτειότητα - Κοινωνία των πολιτών**

Άλλες σημαντικές έννοιες που συνδέονται με τον εθελοντισμό είναι η ενεργός πολιτειότητα, η ιδιότητα δηλαδή του πολίτη και η κοινωνία των πολιτών, η οποία εμπεριέχει θεσμούς και ομάδες ,που λειτουργούν σαν αντίβαρα και συγκρατούν τον άκρατο ατομικισμό της αγοράς, αλλά και τον κρατικό αυταρχισμό( Μπουρίκος 2014)

Σε περιόδους κρίσεων, κάθε είδους οικονομικών, ηθικών, κοινωνικών, πολιτιστικών, κρίσεων αξιών, αυξάνουν τα κινήματα του εθελοντισμού.

## **1.2 Ιστορική αναδρομή**

### **1.2.1 Αρχαία Ελλάδα**

Ο εθελοντισμός στην Αρχαία Ελλάδα παίρνει τη μορφή της ενεργούς συμμετοχής στα κοινά από μέρους του πολίτη.

#### **A. Αμφικτιονίες**

Οι αμφικτιονίες στην αρχαία Ελλάδα ήταν οι πρώτες μορφές εθελοντικού συνεταιρισμού, αρχικά ως ένας θρησκευτικός και αργότερα ως πολιτικός σύνδεσμος των πόλεων που βρίσκονταν γύρω από ένα Ιερό Κέντρο Λατρείας των Ελλήνων πχ Δελφική Αμφικτιονία. Οι γιορτές και οι Λατρευτικές εκδηλώσεις ήταν συχνά ευκαιρίες ανάδειξης αλληλεγγύης αλλά και του άριστου μέτρου των Αρχαίων Ελλήνων. Τα ειδωλόθυτα μοιράζονταν εξίσου και υπήρχε ειδική μέριμνα για τους αναξιοπαθούντες να πάρουν ένα καλό κομμάτι κρέας, ενώ συχνά οι προσκυνητές ετύγγαναν δωρεάν ιατρικών υπηρεσιών.

#### **B. Ιπποκρατικοί και προ-ιπποκρατικοί ιατροί**

Αν και έμμισθοι, στην πλειοψηφία τους Ιπποκρατικοί και προ-ιπποκρατικοί ιατροί συχνά προσέφεραν αφιλοκερδώς τις υπηρεσίες τους, ενώ τα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα στηρίζονταν σε μεγάλο βαθμό στην πρωτοβουλία των πολιτών, οι οποίοι προσέφεραν χρήματα και υλικά τακτικά και κυρίως στις εορτές. Σε αναγνώριση αυτών των υπηρεσιών τους συχνά απαλλάσσονταν από φόρους, φυσικούς και επαγγελματικούς, όπως για παράδειγμα η απαλλαγή από φόρο του ιατρού Φίλιστου και των απογόνων του από τους Δελφούς, λόγω των ανιδιοτελών ιατρικών υπηρεσιών του σε ντόπιους και προσκυνητές.

#### **Γ. Ελληνιστικοί χρόνοι - Ρωμαϊκή περίοδος και πρωτοχριστιανικοί χρόνοι**

Η άσκηση της ιατρικής την Περίοδο των Πτολεμαίων ευνόησε την έρευνα και την Ανατομία. Μεγαλύτερα κέντρα αναδείχθηκαν της Αλεξάνδρειας και της Περγάμου. Τη Ρωμαϊκή Περίοδο έδρασε ο μεγάλος μαιευτήρας ο Εφέσιος, ενώ άλλοι σημαντικοί



ιατροί αυτής της περιόδου είναι ο Αρεταίος ο Καππαδόκης και ο Ρούφος ο Εφέσιος που εστίασαν στο Ιπποκρατικό σκεπτικό. ( Υφαντόπουλος 2009)

Η έλευση του Θεανθρώπου στον κόσμο και η Διδασκαλία του προκαλεί επανάσταση σε τομείς όπως ο εθελοντισμός και η αλληλεγγύη, ενώ εισάγει έννοιες, όπως η ανιδιοτελής αγάπη για του πλησίον . Η παραβολή του καλού Σαμαρείτη που μεριμνά με προσωπικά έξοδα και χρόνο για την περίθαλψη ενός Ιουδαίου, ο οποίος είχε πέσει θύμα ληστών αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα εθελοντή, που δεν ελέγχει την καταγωγή, το φύλο ή την κοινωνική θέση, προκειμένου να παράσχει απλόχερα τη βοήθεια, ακόμα και στον εχθρό.

### **1.2.2 Βυζάντιο**

Στο Βυζάντιο απαντάται η μετεξέλιξη του εθελοντισμού μέσα από την επίδραση της διδασκαλίας του Χριστού στη λεγόμενη Διακονία. Ο άνθρωπος διακονεί, υπηρετεί με αγάπη και ανιδιοτέλεια επιτυγχάνοντας την προσέγγιση τόσο με τον Θεό όσο και με το συνάνθρωπο.

#### **A. Βασιλειάδα**

Τον 4<sup>ο</sup>μ.Χ. αιώνα ο Μέγας Βασίλειος από την Καισάρεια της Καππαδοκίας δημιούργησε ένα οργανωμένο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας, τη «Βασιλειάδα», η οποία λειτούργησε βασισμένη κατά κύριο λόγο σε ατομικές δωρεές και εθελοντική εργασία. Ο Άγιος δαπάνησε μεγάλο μέρος της περιουσίας του και της μητέρας του, της Αγίας Εμμέλειας για την ανοικοδόμηση και λειτουργία αυτού του συγκροτήματος ιδρυμάτων. Περιελάμβανε νοσοκομείο, ορφανοτροφείο, γηροκομείο, νοσοκομείο για μεταδοτικές ασθένειες, ξενώνες για συνοδούς, ασθενείς κ.α. Ο ίδιος ο Μέγας Βασίλειος, ως γνώστης της ιατρικής τέχνης φρόντιζε προσωπικά τους πάσχοντες .

#### **B. Βυζαντινό σύστημα πρόνοιας**

Καθ' όλη την περίοδο του Βυζαντίου η κοινωνική προστασία προερχόταν μέσα από ένα σύστημα κρατικών αλλά και εκκλησιαστικών φορέων , όπου η εθελοντική εργασία κυρίως από γυναίκες, τις αποκαλούμενες διακόνισσες, αποτελούσε καθημερινή μέριμνα. Εντυπωσιακή ήταν η οργάνωση της πρόνοιας και της

ενίσχυσης των φτωχών, των ορφανών, των χήρων με συστηματικό τρόπο και από ειδικά θεσπισμένα ταμεία, που ελάμβαναν γενναιόδωρες ενισχύσεις ιδίως από τους Βυζαντινούς Αυτοκράτορες.

### **1.2.3 Τουρκοκρατία**

Κατά την μαύρη περίοδο υποδούλωσης του ελληνικού έθνους στους Τούρκους, το έργο της φιλανθρωπίας ασκείται από την Εκκλησία και τις Αγίες μορφές που την στελεχώνουν, όπως η Αγία Φιλοθέη η Αθηναία, η οποία περιέθαλπε τις γυναίκες που είχαν αποδράσει από τα χαρέμια. Μεγάλη είναι η εθελοντική δραστηριοποίηση επιφανών ευπατρίδων ελλήνων του εξωτερικού, των Εθνικών Ευεργετών, όπως ο Ζάππας, οι Ζωσιμάδες, ο Τοσίτσας, ο Χατζηκυριάκος, ο Αρσάκης, ο Συγγρός, οι οποίοι με τις χρηματικές ενισχύσεις τους βοήθησαν να χτιστούν νοσοκομεία, σχολεία, ορφανοτροφεία κ.α.

### **1.2.4 Νεοελληνικό κράτος**

Όπως και στην περίοδο της τουρκοκρατίας, έτσι και με τη σύσταση του νεοελληνικού κράτους, η ευθύνη της πρόνοιας και της προστασίας των ευάλωτων πληθυσμών βαρύνει την εκκλησία και τις πλάτες των εθνικών ευεργετών που συνεχίζουν τις γενναιόδωρες δωρεές τους. Με τη Μικρασιατική Καταστροφή ενισχύεται η δράση εθελοντικών σωματείων και χριστιανικών αδελφοτήτων, όπως ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός και περιορίζεται η ιδιωτική πρωτοβουλία. Μεγάλη είναι οι συμμετοχή των γυναικών σε τέτοια σωματεία, ειδικά κυριών με κάποια οικονομική επιφάνεια, που χρησιμοποιούν κατά κάποιον τρόπο και την εθελοντική δράση τόσο ως προσφορά όσο και ως ανάγκη αυτοπροβολής και κοινωνικής καταξίωσης.

Κατά τη διάρκεια του Β Παγκοσμίου Πολέμου η ανάγκη για επιβίωση δεν επέτρεπε τη δημιουργία οργανωμένων ομάδων εθελοντισμού στον ελλαδικό χώρο, αλλά σαφώς η αλληλεγγύη μεταξύ των Ελλήνων και με τους άλλους Ευρωπαίους είναι παροιμιώδης και πρέπει να αναφερθεί. Μεγάλη ήταν η συνεισφορά στα μέτωπα του

πολέμου του Αμερικάνικου Ερυθρού Σταυρού, προσφέροντας νοσηλεία, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και ανακούφιση στους τραυματίες στρατιώτες.

### 1.2.5 Ο εθελοντισμός σήμερα

Ο εθελοντισμός στις μέρες αναδεικνύεται σε σημαντικό πυλώνα της οικονομίας (ILO 2011). Κόντρα στην απαξίωση του κράτους και την εμπορευματοποίηση του ιδιωτικού τομέα, οι εθελοντικές οργανώσεις επεκτείνονται σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, από τον άνθρωπο μέχρι το περιβάλλον του.(Πολυζωίδης2006). Απαντούν τόσο θεσμικές όσο και κινηματικές εθελοντικές οργανώσεις. Δίπλα στις παραδοσιακές εθελοντικές οργανώσεις και οργανισμούς , όπως είναι οι Εκκλησία, οι ΜΚΟ (θεσμικές) κα. ,αναδύονται δομές αυτό-οργάνωσης( κινηματικές). Από τις θεσμικές εθελοντικές οργανώσεις αξίζει κανείς να αναφέρει την μονάδα ανακουφιστικής φροντίδας «Γαλιλαία», της Ιεράς Μητρόπολης Λαυρεωτικής, η οποία παρέχει υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας, δωρεάν και κατ'οίκον σε καρκινοπαθείς της περιοχής της.( Μ.Α.Φ. Γαλιλαία 2016).Στελεχώνεται από εξειδικευμένη ομάδα λειτουργών υγείας και λειτουργεί με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες για την φροντίδα ατόμων με τελική νόσο( Owens D.2008).

Επίσης, μια σημαντική ομάδα εθελοντικής δράσης είναι οι κατά τόπους ενορίες που σε συστηματική και οργανωμένη βάση καλύπτουν διάφορες ανάγκες των αρρώστων και ηλικιωμένων ενοριτών, όπως επισκέψεις σε νοσοκομεία, αγορά φαρμάκων , καθαρισμός οικίας, σίτιση, ακόμα και μια απλή συντροφιά ή άλλες παρεμβάσεις. Έτσι, παρέχεται μια μερική αναπλήρωση του κοινωνικού κράτους που υποχωρεί σε συνθήκες κρίσης από εθελοντές με άλλοτε άλλο επίπεδο εκπαίδευσης, αλλά με κοινό χαρακτηριστικό την θρησκευτικότητα, την κοινή πίστη και την αλληλεγγύη. Επιπλέον, χάρις στις ερανικές επιτροπές των κατά τόπους ενοριών, αναχαιτίζεται η πιθανότητα οικονομικής καταστροφής πολλών ανθρώπων που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας, είτε μέσω μιας πάγιας μηνιαίας συνδρομής είτε μέσω προσφορών σε είδος.

Παράλληλα, όπως προαναφέρθηκε σε επίπεδο γειτονιάς και με κινηματικές μορφές αυτό-οργανώσεων, εμφανίζονται κάθε μορφής εθελοντικές δομές στις οποίες συμμετέχουν πάρα πολλοί πολίτες με στόχο την ανακούφιση των πασχόντων. Πέρα

από τις υγειονομικές παρεμβάσεις, αυτές οι ομάδες δίνουν έμφαση στην ολιστική αντιμετώπιση των ατόμων με λιγότερες ευκαιρίες, ώστε να οργανώνουν προγράμματα απασχόλησης, αλλά και δράσεις ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης.

### **1.3 Η σημασία του εθελοντισμού - Προεκτάσεις για το άτομο και την κοινωνία**

Ο εθελοντισμός αποτελεί τον τρίτο βασικό πυλώνα της οικονομίας και έρχεται να παράξει αγαθά που αδυνατεί το κράτος και ο ιδιωτικός τομέας δε θέλει.

Η αναγνώρισή του ως τέτοιου δημιουργεί την αίσθηση της ενεργού πολιτεότητας, η οποία συμβάλλει στο κοινό καλό, στο ανθρώπινο και το κοινωνικό σύνολο. Επίσης, πρόκειται για μια πηγή οικονομικής ανάπτυξης, αφού προάγει την ενσωμάτωση και την απασχόληση, βελτιώνοντας την κοινωνική συνοχή. Επιπλέον, ο εθελοντισμός μειώνει τις οικονομικές, τις κοινωνικές και τις περιβαλλοντικές ανισότητες.

Για το άτομο που παρέχει εθελοντικές υπηρεσίες, η ενασχόληση με τον εθελοντισμό προάγει την κατάκτηση δεξιοτήτων κοινωνικών, επικοινωνιακών και επαγγελματικών. Συχνά, σε ατομικό επίπεδο η ενασχόληση με τον εθελοντισμό καλύπτει μια περίοδο ανεργίας του ατόμου με αποτέλεσμα τόσο την επαγγελματική του κατάρτιση, όσο και την απασχόληση, την αυτοεκτίμηση και το αίσθημα πληρότητας και προσωπικής αξίας. Το ίδιο ισχύει και για εθελοντές που συνταξιοδοτήθηκαν, οπότε μέσα από τον εθελοντισμό καλύπτουν τα αισθήματα ανασφάλειας και αποκλεισμού από την εργασιακή ενεργότητα, ευαισθητοποιούνται και μεταβαίνουν ομαλότερα στον νέο τρόπο ζωής που καθορίζει η συνταξιοδότηση. Επιπλέον, η εθελοντική προσφορά βοηθά το άτομο να ξεπεράσει τις πάγιες αντιλήψεις του δυτικού τρόπου ζωής, που με την απόκτηση υλικών αγαθών και τη διαμόρφωση αξιών με έμφαση στον ατομικισμό και το είχαν οδηγήσει στην απομόνωση και την αποξένωση. Με την υιοθέτηση εθελοντικής δράσης, το άτομο οδηγείται στην ευαισθητοποίηση, την αλληλεγγύη, το σεβασμό του άλλου και τη συμβολή εντέλει στη διαμόρφωση μιας πιο δίκαιης κοινωνίας.

Για την κοινωνική ομάδα, ο εθελοντισμός επιτυγχάνει μεγαλύτερη κοινωνική συνοχή, βελτιώνει και συσφίγγει τις σχέσεις ανάμεσα στα άτομα. δίνει ευκαιρίες για γνωριμία με νέους ανθρώπους με διαφορετική νοοτροπία και συνήθειες με αποτέλεσμα την εξάσκηση των ατόμων στην αποδοχή του διαφορετικού, στο άνοιγμα των οριζόντων και την εξομάλυνση των αντιθέσεων.

Επιπλέον. όταν ο εθελοντισμός εξασκείται με συστηματικό τρόπο, βοηθά ώστε ομάδες ατόμων να κατακτήσουν κοινωνικές και ατομικές δεξιότητες με συνέπεια την ταχύτερη και ευκολότερη ενσωμάτωση στην αγορά εργασίας.

Πέρα, όμως από την οικονομική διάσταση της εθελοντικής δράσης, ο εθελοντισμός είναι και ένας δείκτης πολιτισμού μιας κοινωνίας. Διαθέτει την δυναμική εκείνη να απομακρύνει από πράξεις βίας και απομονωτισμού, να εξισορροπεί το ανθρώπινο πνεύμα και να καλλιεργεί αξίες, όπως η αμοιβαιότητα, η ευαισθητοποίηση, η κοινωνική αλληλεγγύη το κοινωνικό όφελος και να ενισχύει τη συλλογική συνείδηση.

Ο εθελοντισμός αποτελεί την δυναμική λύση συνένωσης και συνοχής και λειτουργεί ως αντίδοτο στη διασπαστική δράση των οικονομικών παραγόντων μέσα στην κοινωνία.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών για τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού**

### **2.1 Το χρονικό της κρίσης**

Την τελευταία δεκαετία, οι διεθνείς κοινωνικοοικονομικές συγκυρίες έχουν προκαλέσει οικονομική ύφεση σε πολλές χώρες, ακόμα και σε χώρες του «δυτικού» κόσμου. Ανάμεσά τους συγκαταλέγονται και χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με χαρακτηριστικότερα παραδείγματα την Ελλάδα και την Κύπρο.

#### **2.1.1 Διεθνής οικονομική κρίση**

Επιγραμματικά, αξίζει να αναφερθεί κανείς στο 2008, την χρονιά που ξέσπασε η οικονομική κρίση, αρχικά στις ΗΠΑ, οπότε το σαθρό οικοδόμημα κατέρρευσε (Βαρουφάκης 2009) και σταδιακά, άρχισε να επεκτείνεται και να επηρεάζει την ευρωπαϊκή, αλλά και την ελληνική οικονομία.

Τα αίτια της διεθνούς οικονομικής κρίσης εστιάζονται στην κατάρρευση των στεγαστικών δανείων στις ΗΠΑ, την πτώση της αξίας των ακινήτων με αποτέλεσμα την αδυναμία εξυπηρέτησης των δανείων και την πυροδότηση ενός ντόμινο οικονομικών παιγνίων, «ξεφορτώματος τοξικών επισφαλειών από επενδυτικούς και ασφαλιστικούς οίκους με συνέπεια κατάρρευση τραπεζών και οικονομική καταστροφή επενδυτών, κυρίως μικροεπενδυτών. Τα μέτρα που ελήφθησαν για την διάσωση των τραπεζών, οδήγησαν σταδιακά στη μετακύληση των ιδιωτικών χρεών των τραπεζών στα κράτη και τη «μετατροπή» τους σε δημόσια, κρατικά χρέη. Προκειμένου, όμως να απομειωθούν αυτά τα χρέη, τα κράτη αναγκάστηκαν να πάρουν μέτρα λιτότητας, τα οποία βάρυναν τις «πλάτες» του λαού, ενώ παράλληλα σύναψαν δάνεια με ιδιαίτερος επαχθείς όρους με τις τράπεζες που ήταν και οι πρωταίτιοι της κρίσης.

### 2.1.2 Ελληνική οικονομική κρίση

Την διετία 2009-2010, η κρίση μεταφέρεται στην Ελλάδα με αποτέλεσμα να είναι αδύνατος ο δανεισμός από τις αγορές και η Ελληνική οικονομία εισήλθε σε μια βαθιά δομική και πολυπαραγοντική κρίση με κυριότερα χαρακτηριστικά:

- Μεγάλο δημοσιονομικό έλλειμμα
- τεράστιο δημόσιο χρέος
- συνεχή επιδείνωση ανταγωνιστικότητας της

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος η τότε ελληνική κυβέρνηση απευθύνθηκε στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο (ΔΝΤ) και ενεργοποίησε ένα μηχανισμό στήριξης μέσω ενός μνημονίου συνεργασίας που περιελάμβανε πρόγραμμα διάσωσης και δημοσιονομικής εξυγίανσης με κυριότερα μέτρα τα παρακάτω:

- Αυστηρή δημοσιονομική πολιτική
- Αύξηση άμεσων και έμμεσων φόρων
- Διευρυμένη ευελιξία στην αγορά εργασίας
- Περικοπές Δημοσίων Δαπανών

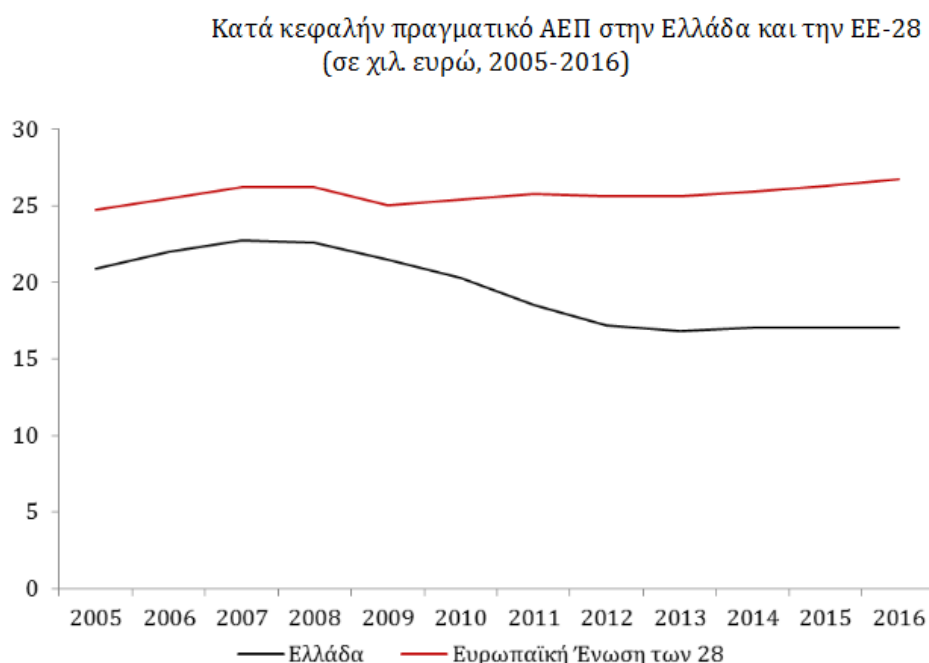
Ωστόσο, τα εφαρμοζόμενα μέτρα δεν απέφεραν τα αναμενόμενα, αλλά αντιθέτως οδήγησαν στο κλείσιμο μικρομεσαίων επιχειρήσεων και στη δημιουργία πολλών ανέργων, τόσο από το κλείσιμο των επιχειρήσεων, όσο και από την ευελιξία στην αγορά με εργασίας με απολύσεις και υποαπασχόληση. Οι μεγάλες αυξήσεις στη άμεση και έμμεση φορολογία οδήγησαν στην εξάντληση της φοροδοτικής ικανότητας των πολιτών και στην αδυναμία κάλυψης των ασφαλιστικών εισφορών με αποτέλεσμα την απώλεια της ιατροφαρμακευτικής κάλυψης, η οποία σε συνδυασμό με τις περικοπές των δαπανών στο χώρο της υγείας οδήγησε σε επιδείνωση των δεικτών υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Τα στοιχεία δεν είναι επαρκή, αλλά αποτυπώνονται σαφείς αρνητικές τάσεις από αρκετές στοχευμένες μελέτες, πάνω στην αυτοαξιολόγηση επιπέδου υγείας (Βανδώρος 2013), την ψυχική υγεία (Οικονόμου 2013), τις λοιμώδεις ασθένειες (Μπονόβας, Νικολόπουλος 2012), τη

θνησιγένεια (Βλαχάδης, Κορνάρου 2013) και τις αυτοκτονίες (Βρανάς 2015, Ραχιώτης 2015).

Στα παρακάτω διαγράμματα αποτυπώνεται σχηματικά η ύφεση και η σταδιακή επιδείνωση όλων των μακροοικονομικών δεικτών (ΑΕΠ, εθνικό προϊόν, επενδύσεις, απασχόληση, κλπ. ( Eurostat 2015b)

Οι εφαρμοζόμενες ή κατ' άλλους επιβαλλόμενες πολιτικές εσωτερικής υποτίμησης και δημοσιονομικής λιτότητας, έχουν επιφέρει βαρύ πλήγμα στο πραγματικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ.

Το κατά κεφαλήν πραγματικό ΑΕΠ Ελλάδας και Ε.Ε. για την τελευταία 11ετία, όπως προκύπτει από την Ενδιάμεση Έκθεση της ΙΝΕ-ΓΣΕΕ του 2016, φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα:



**Πηγή:** AMECO

**Διάγραμμα 1:** Πραγματικό κατά κεφαλήν ΑΕΠ Ελλάδας-Ε.Ε. των 28

Επιπλέον το χρέος της ελληνικής οικονομίας δεν φαίνεται να απομειώνεται, παρά τα συνεχή μέτρα, όπως χαρακτηριστικά αποτυπώνεται στο παρακάτω διάγραμμα όπου εκφράζεται η εξέλιξη του ως ποσοστό του ΑΕΠ από την έκθεση της ΕΛΣΤΑΤ για το 2016:

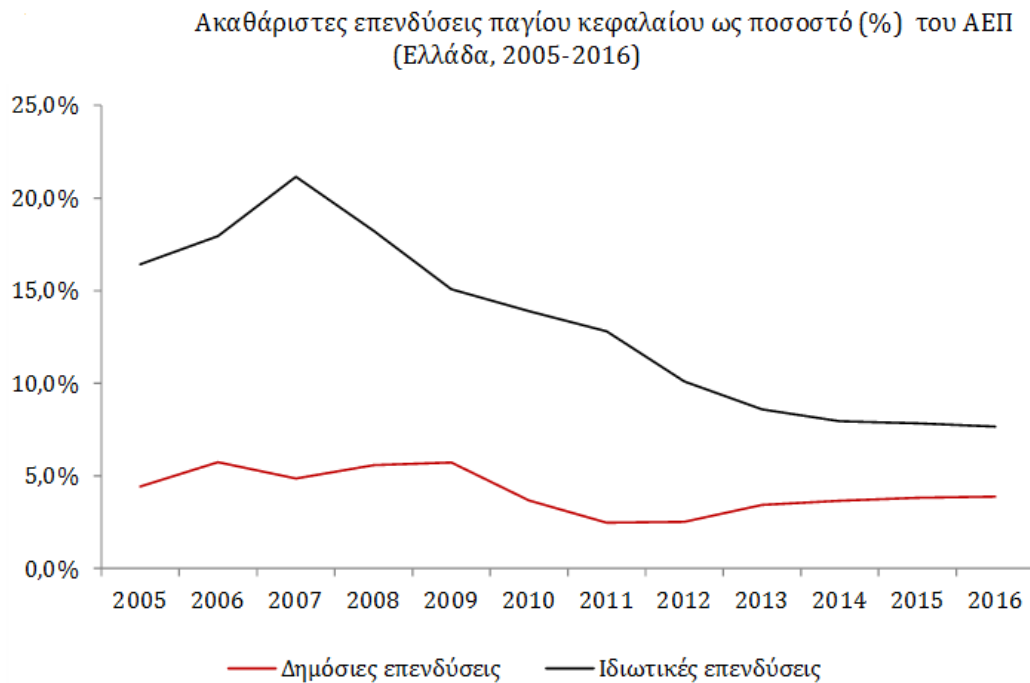




**Διάγραμμα 2:** Εξέλιξη του χρέους ως ποσοστού (%) του ΑΕΠ

**Πηγή:** ΕΛΣΤΑΤ

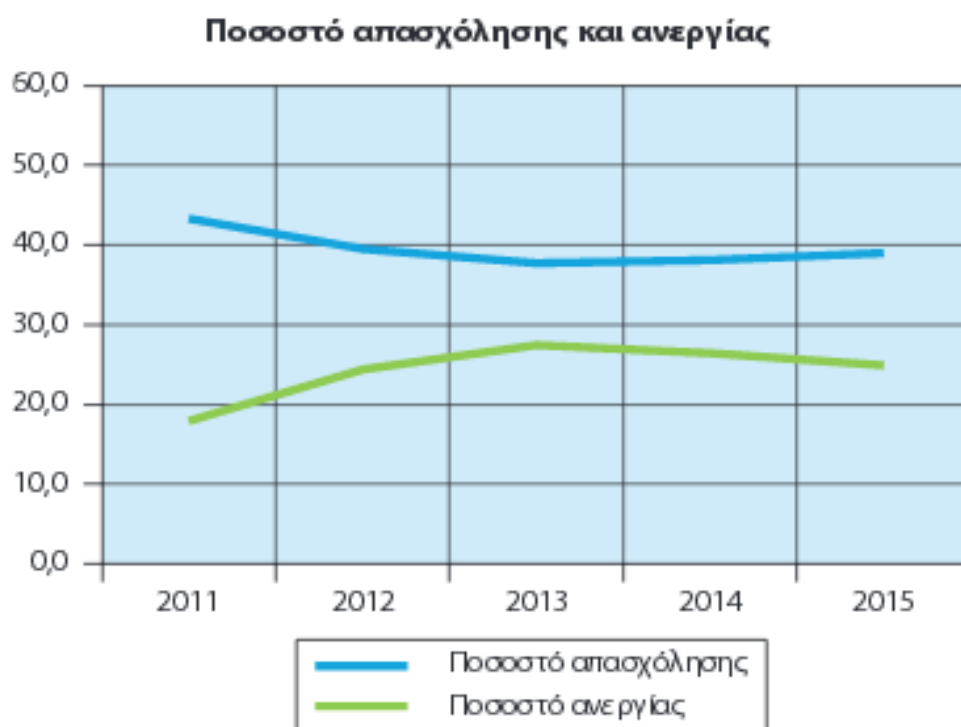
Οι επενδύσεις ιδιωτικές και δημόσιες σε αντίστοιχα μεγάλη πτώση την ίδια περίοδο, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα:



**Πηγή:** AMECO

**Διάγραμμα 3:** Ακαθάριστες επενδύσεις παγίου κεφαλαίου ως ποσοστό(%) του ΑΕΠ (Ελλάδα, 2005-2016)

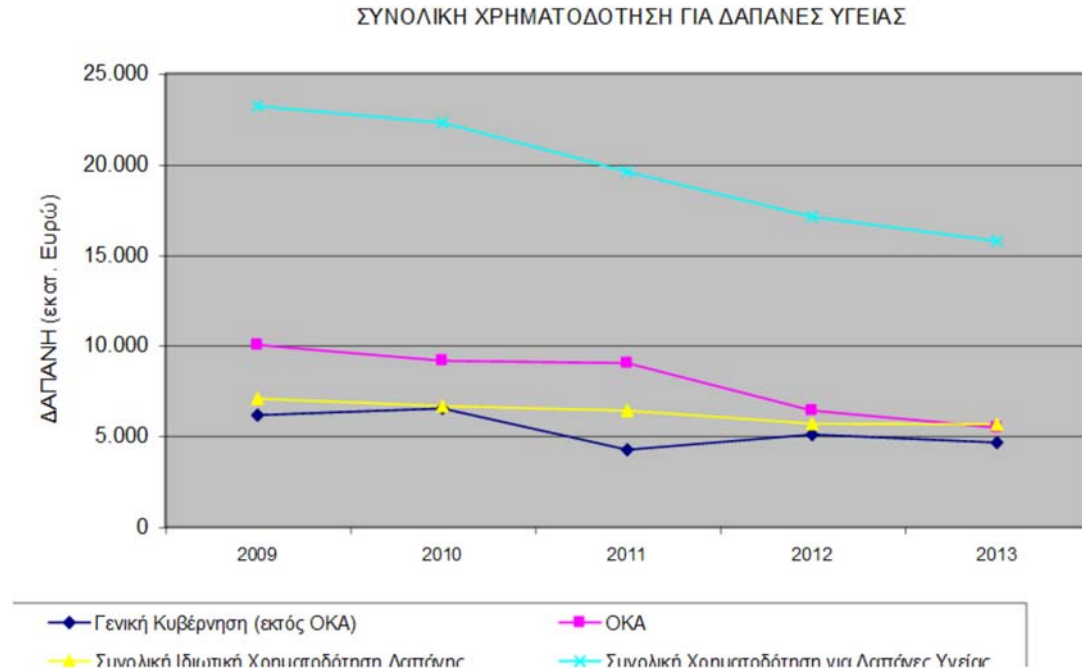
Λόγω της εφαρμοζόμενης ελαστικότητας στην αγορά εργασίας ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού είτε έχασε την δουλειά του είτε αδυνατεί να εργαστεί με αποτέλεσμα να εκτοξευτεί ο αριθμός των ανέργων, όπως αποτυπώνεται στο παρακάτω γράφημα που δείχνει το ποσοστό ανεργίας να αγγίζει το 30% , ειδικά την χρονιά που η κρίση έφτασε στην κορύφωσή της, το 2013, οπότε και ξεπήδησαν μέσα από την κοινωνία οι διάφορες ομάδες αλληλεγγύης σε όλους τους τομείς και ειδικά στο χώρο της υγείας :



**Διάγραμμα 4:** Ποσοστό απασχόλησης και ανεργίας ( Ελλάδα 2011-2015)

**Πηγή:** ΕΛΣΤΑΤ

Στα μέτρα περιορισμού των Δαπανών συμπεριελήφθη και η υγεία με στόχο οι δαπάνες να είναι κάτω του 6% ΑΕΠ, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα από την έκθεση της ΕΛΣΤΑΤ για το 2015β:

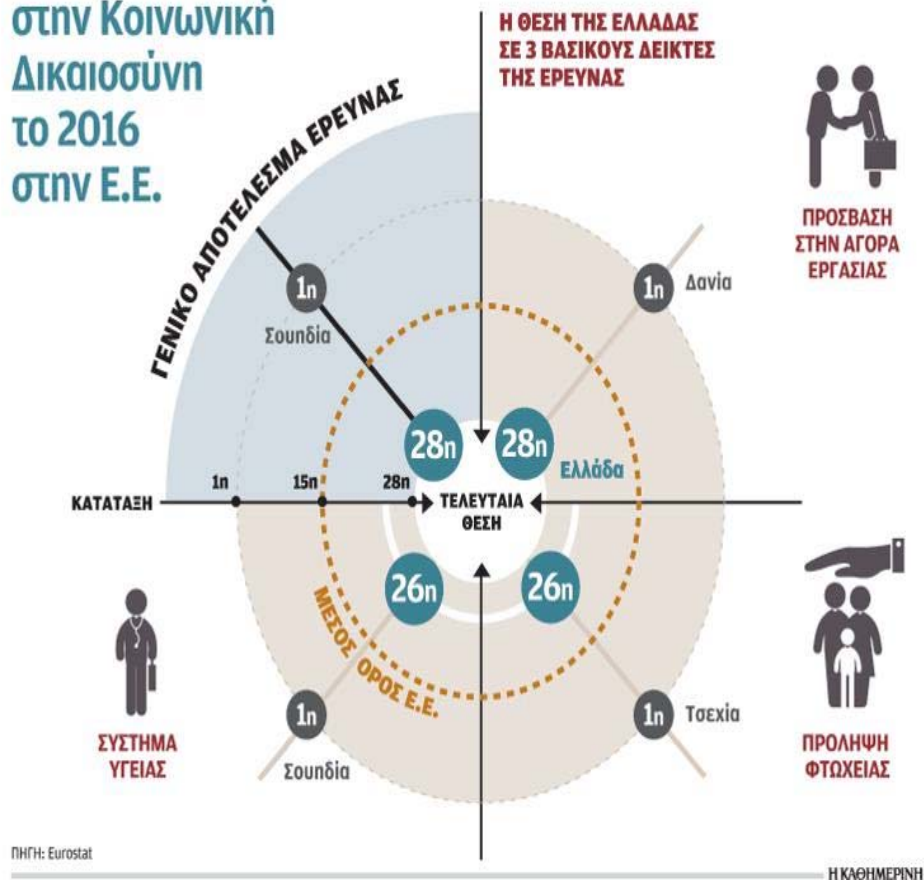


**Διάγραμμα 5:** Συνολικές δαπάνες υγείας, σε εκατ. Ευρώ (Ελλάδα, 2009-2013)

*Πηγή:* ΕΛΣΤΑΤ

Πέρα από τους κλασσικούς οικονομικούς δείκτες, αξίζει κανείς να αναφερθεί στον **δείκτη κοινωνικής δικαιοσύνης**, ο οποίος εξετάζει την κοινωνική συνοχή, αλλά και την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας των 28 χωρών μελών της Ε.Ε. Σύμφωνα με τελευταία έκθεση της Eurostat, η Ελλάδα, όχι απλώς κατατάσσεται στην τελευταία θέση, αλλά σταδιακά διευρύνεται το χάσμα και από τους άλλες ουραγούς χώρες, Ρουμανία και Βουλγαρία. Παρατηρείται μόνιμη κοινωνική και οικονομική ανισότητα, ενώ η ελληνική οικονομία χάνει, λόγω αύξησης της μετανάστευσης, το πιο σημαντικό της πλεονέκτημα, το ανθρώπινο κεφάλαιο. Ο δείκτης εξετάζει έξι τομείς Κοινωνικής Δικαιοσύνης: την πρόληψη της φτώχειας, τα ίσα δικαιώματα στην εκπαίδευση, την πρόσβαση στην αγορά εργασίας, την κοινωνική συνοχή και την απουσία διακρίσεων, την υγεία και τη δικαιοσύνη, τομείς που έχουν δεχθεί σοβαρό πλήγμα στην Ε.Ε. την τελευταία επταετία, φθάνοντας στο κατώτατο σημείο τη διετία 2012-2014.

# Ουραγός η Ελλάδα στην Κοινωνική Δικαιοσύνη το 2016 στην Ε.Ε.



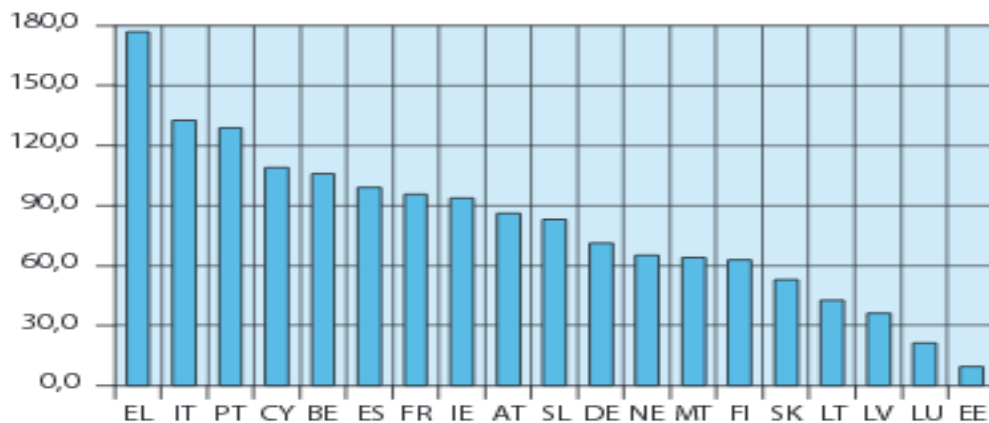
**Εικόνα 1.** Δείκτης Κοινωνικής Δικαιοσύνης Ε.Ε. 2016- Πηγή Eurostat- εφημερίδα Καθημερινή

Τα ανωτέρω αποτελούν ενδείξεις της αδυναμίας των μέτρων λιτότητας να αναχαιτίσουν τον οικονομικό κατήφορο και να μετριάσουν το χρέος της ελληνικής οικονομίας. Σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρωζώνης και με βάση τις ετήσιες εκθέσεις της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) και τα στοιχεία της Eurostat, το ελληνικό χρέος, ως ακαθάριστο χρέος της Γενικής Κυβέρνησης εκφρασμένο ως ποσοστό του ΑΕΠ, έχει εκτιναχθεί σε δυσθεώρητα ύψη, όπως φαίνεται στο παρακάτω διάγραμμα:

**16. ΕΕ: Ακαθάριστο χρέος της Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, 2011 - 2015**

Χώρες	2011	2012	2013	2014	2015
ΕΕ 28	81,0	83,8	85,5	86,8	85,2
Ευρωζώνη					
Αυστρία (AT)	82,2	81,6	80,8	84,3	86,2
Βέλγιο (BE)	102,3	104,1	105,2	106,5	106,0
Γαλλία (FR)	85,2	89,6	92,4	95,4	95,8
Γερμανία (DE)	78,3	79,6	77,2	74,7	71,2
Ελλάς (EL)	172,1	159,6	177,7	180,1	176,9
Εσθονία (EE)	5,9	9,5	9,9	10,4	9,7
Ιρλανδία (IE)	109,1	120,1	120,0	107,5	93,8
Ισπανία (ES)	69,5	85,4	93,7	99,3	99,2
Ιταλία (IT)	116,5	123,3	129,0	132,5	132,7
Κύπρος (CY)	65,8	79,3	102,5	108,2	108,9
Λετονία (LV)	42,8	41,4	39,1	40,8	36,4
Λιθουανία (LT)	37,2	39,8	38,8	40,7	42,7
Λουξεμβούργο (LU)	19,1	22,0	23,3	22,9	21,4
Μάλτα (MT)	69,9	67,5	68,6	67,1	63,9
Ολλανδία (NE)	61,7	66,4	67,9	68,2	65,1
Πορτογαλία (PT)	111,4	126,2	129,0	130,2	129,0
Σλοβακία (SK)	43,3	52,4	55,0	53,9	52,9
Σλοβενία (SL)	46,6	53,9	71,0	81,0	83,2
Φινλανδία (FI)	48,5	52,9	55,5	59,3	63,1
Εκτός Ευρωζώνης					
Βουλγαρία (BG)	15,3	16,8	17,1	27,0	26,7
Δανία (DK)	46,4	45,2	44,7	44,8	40,2
Ηνωμένο Βασίλειο (UK)	81,8	85,3	86,2	88,2	89,2
Κροατία (HR)	65,2	70,7	82,2	86,5	86,7
Ουγγαρία (HU)	80,8	78,3	76,8	76,2	75,3
Πολωνία (PL)	54,4	54,0	56,0	50,5	51,3
Ρουμανία (RO)	34,2	37,4	38,0	39,8	38,4
Σουηδία (SE)	36,9	37,2	39,8	44,8	43,4
Τσεχική Δημοκρατία (CZ)	39,9	44,7	45,1	42,7	41,1

**Χώρες ευρωζώνης: Ακαθάριστο χρέος της Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ, 2015**



**Διάγραμμα 6:** Ακαθάριστο χρέος της Γενικής Κυβέρνησης ως ποσοστό του ΑΕΠ (Ελλάδα, 2015)

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ-Eurostat

Πολλοί οικονομολόγοι και διανοητές αναφέρουν ότι η Ελλάδα επιλέχθηκε ως ο πιο αδύναμος κρίκος της Ευρώπης (Klein 2010) και καταστρέφεται βάσει προγράμματος (Chomsky, 2012) αποτελώντας το παράδειγμα προς αποφυγήν και το φόβητρο για τις υπόλοιπες χώρες του Ευρωπαϊκού Νότου, τις αποκαλούμενες υποτιμητικά και PIGS (Portugal, Italy, Greece and Spain), από την αγγλική λέξη γουρούνι.

Όπως φαίνεται, εξάλλου και στο προηγούμενο διάγραμμα (διάγραμμα 6), οι τέσσερις αυτές χώρες είναι και εκείνες με το μεγαλύτερο χρέος, μαζί με την Κύπρο, η οποία επίσης απευθύνθηκε στο ΔΝΤ για οικονομική στήριξη.

Μια από τις συνέπειες όλης αυτής της ζοφερής οικονομικής ατμόσφαιρας είναι, όπως προαναφέρθηκε και σκιαγραφήθηκε βάσει δεικτών, η απώλεια από ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού της δυνατότητας πρόσβασης σε βασικά αγαθά, όπως αυτό της υγειονομικής φροντίδας και περίθαλψης.

## **2.2. Οι επιπτώσεις της κρίσης στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας**

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί αγαθό, θεμελιώδες δικαίωμα και στοιχείο ανθρώπινης αξιοπρέπειας, όπως διακηρύσσεται στον Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε. (Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων, Σύσκεψη Νίκαιας 2000).

Ωστόσο, οι συνέπειες της οικονομικής κρίσης και οι εφαρμοζόμενες πολιτικές δημοσιονομικής εξυγίανσης δεν άφησαν αλώβητο το χώρο της υγείας με αποτέλεσμα πολλοί Έλληνες πολίτες να στερούνται αυτού του δικαιώματος σε ιατρική, φαρμακευτική και νοσηλευτική φροντίδα. (Σίμου 2013)

Παρά την μεγάλη συμμετοχή στη φαρμακευτική δαπάνη και την συνεπακόλουθη επιβάρυνση των ελληνικών νοικοκυριών (Σίσκου κ.ά. 2014), η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα είναι υψηλή σε σχέση με τις αντίστοιχες στην Ε.Ε. Αυτό επέβαλλε πρόσθετα μέτρα από την Τρόικα( εφαρμογή θετικής λίστας φαρμάκων, συνταγογράφηση με δραστική ουσία).

Επίσης, η μεγάλη μείωση των δημόσιων δαπανών επέφερε αύξηση των ιδιωτικών δαπανών, προκρινόμενου να διατηρήσουν τα νοικοκυριά την πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας, κάτι που δεν παρατηρήθηκε σε οικονομικά αδύναμες ομάδες του πληθυσμού (Καϊτελίδου κ.ά. 2014)

Η συγκεκριμένη εργασία έχει ως σκοπό να μελετήσει ακριβώς αυτό το πρόβλημα της δυσκολίας πρόσβασης σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των κατοίκων της Ελλάδας, πρόβλημα που είναι γνωστό διεθνώς.

Δεν είναι τυχαίο ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization), και συγκεκριμένα το Regional Office for Europe, εκπόνησε έρευνα σχετικά με τα εμπόδια και τους διευκολυντικούς παράγοντες που σχετίζονται με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα (Οικονόμου, 2015).

Όπως προκύπτει από την συγκεκριμένη έρευνα (τα αποτελέσματα της οποίας δημοσιεύθηκαν το 2015 στο βιβλίο του Χαράλαμπου Οικονόμου με τίτλο *Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece*), όλες οι κυβερνήσεις στην Ελλάδα από το 2010 έως και τον Φεβρουάριο του 2015, περιόρισαν τις δαπάνες για την υγεία με σκοπό να τις περιορίσουν σε ποσοστό κάτω του 6% του ΑΕΠ. Στην

τετραετία από το 2009 έως και το 2013, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία μειώθηκαν κατά 31,9%.

Αυτή η σημαντική μείωση, που συνεχίστηκε και τα επόμενα χρόνια, δημιούργησε μια νέα κατάσταση στο χώρο των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, που μπορεί να συνοψιστεί στα εξής:

1. Αυξήθηκαν σημαντικά τα περιστατικά αδυναμίας κάλυψης των ιατρικών/διαγνωστικών εξετάσεων των ασθενών, λόγω του υψηλού κόστους, των μεγάλων περιόδων αναμονής και της χαμηλής εγγύτητας των διαγνωστικών κέντρων που συνεργάζονται με το δημόσιο ταμείο.
2. Η αδυναμία κάλυψης των αναγκών περίθαλψης είναι μεγαλύτερη στις ομάδες πληθυσμού με χαμηλότερα εισοδήματα. Επίσης, η διαφορά σχετικά με την αδυναμία κάλυψης των αναγκών περίθαλψης ανάμεσα στο ανώτερο και το κατώτερο 20% του πληθυσμού μεγάλωσε σημαντικά.
3. Στους ανέργους καταγράφεται σχεδόν διπλάσιο ποσοστό αδυναμίας κάλυψης των αναγκών περίθαλψης από ότι στους εργαζομένους. Αυτό δημιουργεί σημαντικά ερωτήματα σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό, μιας και το ποσοστό ανεργίας είναι πάρα πολύ υψηλό. Συγκεκριμένα, τον Αύγουστο του 2016 ήταν 23,4% σύμφωνα με έκθεση του ΕΛΣΤΑΤ (δηλαδή περίπου 1 στους 4 δυνητικά οικονομικά ενεργούς κατοίκους είναι άνεργος), ενώ στην ενδιάμεση έκθεση του ΙΝΕ-ΓΣΕΕ η οποία δημοσιεύτηκε την 1η Νοεμβρίου, εκτιμάται πως το πραγματικό ποσοστό της ανεργίας ανέρχεται στο 30,8% κατά το β' τρίμηνο του 2016.

Επιπλέον, σύμφωνα με το Ενιαίο Μητρώο Ασφάλισης-Ασφαλιστικής Ικανότητας «ΑΤΛΑΣ», περίπου 2,5 εκατομμύρια κάτοικοι της Ελλάδας δεν έχουν ασφαλιστική κάλυψη για την υγειονομική περίθαλψη. Το τεράστιο αυτό νούμερο ανασφάλιστων, που έχει την τάση να αυξηθεί περαιτέρω, καθιστά ακόμα σαφέστερη την σημαντικότητα δομών όπως το ΜΚΙΕ Ελληνικού. ( ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, 2011)

Ο μεγάλος αριθμός ανασφάλιστων οδήγησε την ελληνική κυβέρνηση να θεσπίσει τον Νόμο 4238/1-2-2014, σύμφωνα με τον οποίο παρέχονται υπηρεσίες υγείας σε ανασφάλιστους πολίτες, με κάποιες συγκεκριμένες προϋποθέσεις:



1. Εφόσον υπάρχει ανάγκη εισαγωγής σε νοσοκομείου του ανασφάλιστου ασθενούς, τριμελής επιτροπή του νοσοκομείου θα εξετάζει και θα εγκρίνει ή θα απορρίπτει το συγκεκριμένο αίτημα.
2. Οι ανασφάλιστοι θα μπορούν να παίρνουν φάρμακα που θα συνταγογραφούν ιατροί του ΠΕΔΥ, αλλά θα συμμετέχουν στην δαπάνη με το ποσοστό που συμμετέχουν και οι ασφαλισμένοι ασθενείς.

Δυστυχώς, η ολοένα και βαθύτερη οικονομική κρίση, η ανεργία, το κλείσιμο των μικρομεσαίων επιχειρήσεων, η επιδείνωση του μεταναστευτικού, δημιούργησε νέες στρατιές ανασφάλιστων που οδήγησε την ελληνική κυβέρνηση σε νέο νόμο ν.4368/16 και την ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οι.25132/4-4-2016 με τον οποίο προβλέπεται πλήρης υγειονομική κάλυψη ( νοσηλευτική, διαγνωστική, φαρμακευτική). Συχνά βέβαια, αυτό δεν απαντάται στην πράξη, λόγω γραφειοκρατίας, ελλειπών σχετικής ενημέρωσης των ατόμων και έλλειψης πόρων. Το τελευταίο υποστηρίζεται σθεναρά από τα αποτελέσματα μιας σημαντικής μελέτης διερεύνησης της πρόσβασης του ανασφάλιστου πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας που δημοσιεύτηκε το 2015 στο ISPOR( Πολύζου 2015)

Η οικονομική κρίση, η σημαντική μείωση των εισοδημάτων του πληθυσμού, αλλά και η αδυναμία μιας εξασθενημένης οικονομικά χώρας να παράσχει υπηρεσίες υγείας στους κατοίκους της, όπως φαίνεται και από τα αποτελέσματα των προαναφερθεισών μελετών, οδήγησαν στην ανάγκη δημιουργίας εθελοντικών δομών στο χώρο της υγείας.

Επιπλέον, είναι αξιοσημείωτο ότι ακόμα και σε χώρες που θεωρούνται ισχυρές, όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, λειτουργούν αντίστοιχες δομές. Σύμφωνα με έρευνα του Johns Hopkins Center for Civil Society Studies (VMP 2015) εθελοντικές δομές για την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης λειτουργούν σε περίπου 37 χώρες, όπου 140 εκατομμύρια άνθρωποι παρέχουν εθελοντικά υπηρεσίες, κάτι που αντιστοιχεί σε 20,8 εκατομμύρια θέσεων εργασίας πλήρους απασχόλησης και συνεισφέρουν περίπου 400 δισεκατομμύρια δολάρια στην παγκόσμια οικονομία.

## 2.3 Το θεωρητικό πλαίσιο του Tanahashi (Tanahashi Framework)

Αποδεχόμενοι τον βασικό στόχο του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) και της Ευρωπαϊκής Ένωσης σχετικά με την χάραξη πολιτικών στον χώρο της υγείας, ότι δηλαδή πρέπει να υπάρχει επαρκής πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας για όλους τους ανθρώπους, με βάση τις ανάγκες του και όχι την ικανότητα ή την προθυμία τους να πληρώσουν (Οικονόμου, 2015), γίνεται κατανοητή η σημασία του πλαισίου Ταναχάσι (Tanahashi Framework) και για την δική μας έρευνα όσον αφορά την αξιολόγηση του εύρους της κάλυψης των πολιτών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Το συγκεκριμένο μοντέλο-πλαίσιο βασίζεται σε πέντε διαφορετικές παραμέτρους κάλυψης στο χώρο της υγείας (Εικόνα 1):

α) **διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας**, δηλαδή το ποσοστό των ανθρώπων για τους οποίους είναι διαθέσιμοι επαρκείς ανθρώπινοι και υλικοί πόροι (π.χ. τεχνολογίες, εγκαταστάσεις, φάρμακα κλπ).

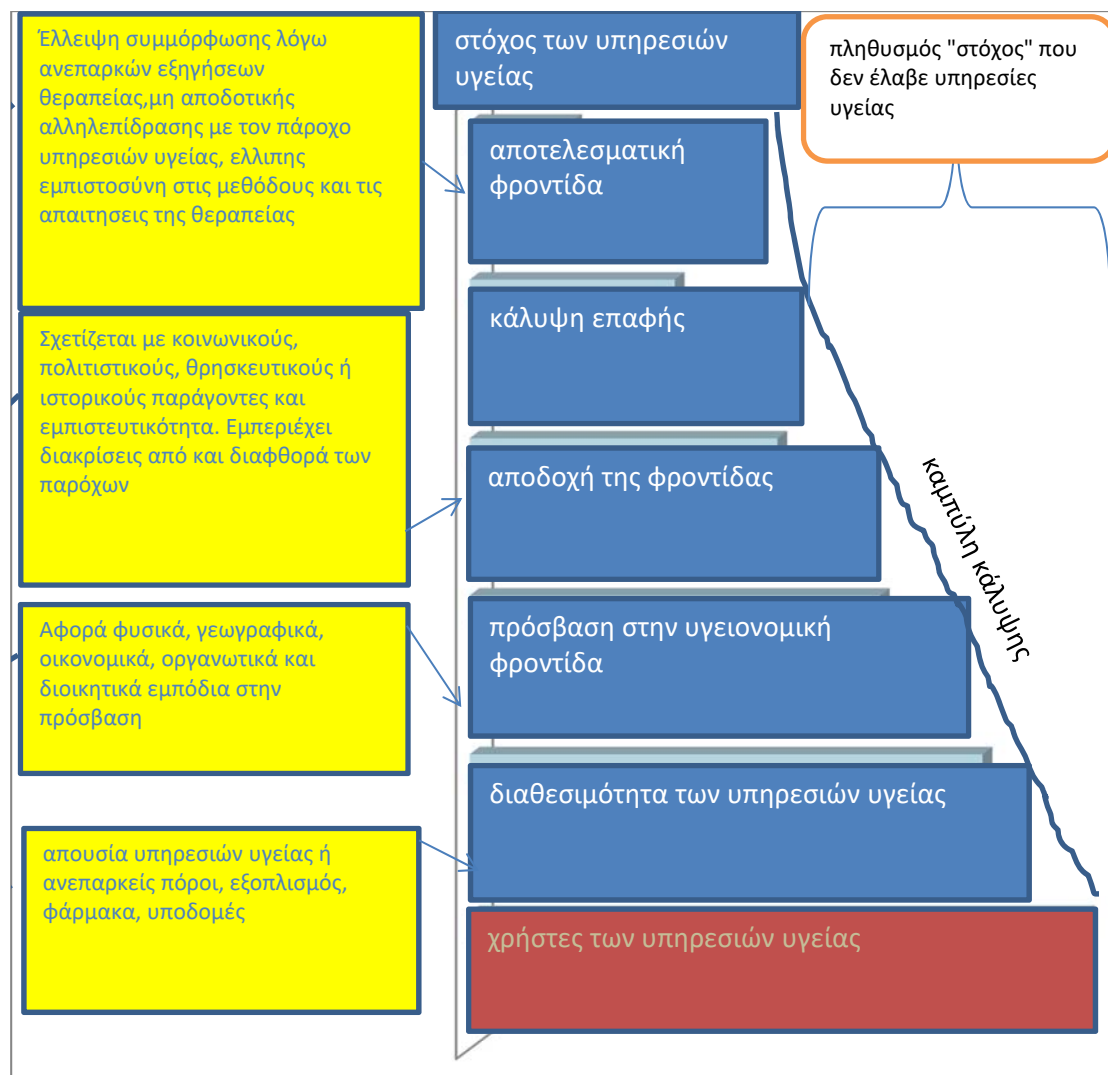
β) **προσβασιμότητα-πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας**, δηλαδή το ποσοστό των ανθρώπων για τους οποίους οι υπηρεσίες υγείας είναι προσβάσιμες όσον αφορά την τοποθεσία, την απόσταση ή τον απαιτούμενο χρόνο μετακίνησης. Αυτό περιλαμβάνει όχι μόνο φυσικές εγκαταστάσεις πρόσβαση και μετακίνηση, αλλά και το συσχετιζόμενο κόστος.

γ) **αποδοχή της φροντίδας**, δηλαδή το ποσοστό των ανθρώπων για τους οποίους οι υπηρεσίες και τα προγράμματα υγείας είναι αποδεκτά όσον αφορά τον πολιτισμό, τις πεποιθήσεις, τη θρησκεία, το φύλο ή την ηλικία. Αυτό περιλαμβάνει επίσης την οικονομική «προσιτότητα» σε σχέση με τις αντιλήψεις των ανθρώπων για την αξία των υπηρεσιών υγείας και το αναμενόμενο κόστος.

δ) **επαφή**, δηλαδή το ποσοστό του πληθυσμού που έχει χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας και έχει έρθει σε επαφή με το φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η διατηρησιμότητα της συνέχειας πρόσβασης σε βάθος χρόνου είναι ένα κρίσιμο συστατικό της συγκεκριμένης παραμέτρου.

ε) *αποδοτική κάλυψη-αποτελεσματική φροντίδα*, δηλαδή το ποσοστό των ανθρώπων που έχουν λάβει επιτυχείς παρεμβάσεις (π.χ. ακριβείς διαγνωστικές εξετάσεις, θεραπεία βάσει στοιχείων, την τήρηση συνταγογραφούμενης θεραπείας κλπ).

Προκειμένου να διαπιστώσουμε κατά πόσο το ΜΚΙΕ λειτουργεί συμπληρωματικά στο ΕΣΥ και ορισμένες φορές το υποκαθιστά θα εφαρμόσουμε το πλαίσιο Ταναχάσι τόσο στο ΕΣΥ, όσο και στο ΜΚΙΕ, αφού πρώτα αναφερθούμε σχηματικά στο πλαίσιο Ταναχάσι και επιγραμματικά στον τρόπο λειτουργίας του ΜΚΙΕ.



**Εικόνα 2.** Το θεωρητικό πλαίσιο του Tanahashi (Tanahashi Framework)

**Πηγή:** ΠΟΥ, Περιφερειακό Γραφείο για την Ευρώπη, 2012.

## 2.4. Εφαρμογή του πλαισίου Ταναχάσι στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Η έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας συμπεραίνει ότι το ελληνικό σύστημα υγείας είναι «νοσοκομείο-κεντρικό», δηλαδή βασίζεται στα νοσοκομεία για ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών (συμπεριλαμβανομένων και αιματολογικών και διαγνωστικών εξετάσεων), όχι μόνο για την νοσοκομειακή περίθαλψη. Όμως, παρότι τα τελευταία χρόνια ο αριθμός των νοσοκομείων μειώθηκε λόγω κλεισίματος ή συγχωνεύσεων νοσοκομείων (κυρίως το 2011), ο αριθμός των κλινών αυξήθηκε (Eurostat 2015β) Αυτό δημιουργεί ένα φαινόμενο «ασφυξίας» στα νοσοκομεία, όπου οι γιατροί, οι πόροι και οι χώροι δεν επαρκούν για να ανταποκριθούν στις νέες αυξημένες ανάγκες των κλινών.

Με ποσοστό άνω του 60% των κλινών (συγκεκριμένα 66%) βρίσκονται στην Αττική και την Θεσσαλονίκη (43% και 23% αντιστοίχως), γίνεται κατανοητό ότι στις επαρχιακές πόλεις και στα νησιά το πρόβλημα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας είναι ακόμα μεγαλύτερο. Επίσης, η Ελλάδα βρίσκεται στην 17<sup>η</sup> θέση ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως προς τον αριθμό κλινών ανά 100.000 κατοίκους (Eurostat 2015β).

Λόγω των ανωτέρω αναφερθέντων ελλείψεων, λειτουργούν συμπληρωματικά με το δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα περίπου 22.000 ιδιωτικά ιατρεία, πάνω από 13.000 ιδιωτικά οδοντιατρεία και περίπου 3527 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, ενώ οι ασθενείς προμηθεύονται τα φάρμακά τους από ιδιωτικά φαρμακεία. (Χάρτης Υγείας ΕΟΠΠΥ 2015<sup>α</sup>)

Σε ό,τι αφορά την τεχνολογία αιχμής, αξονικοί τομογράφοι, μαγνητικοί τομογράφοι κλπ παρατηρείται πληθώρα στον ιδιωτικό τομέα και ελλείψεις (Μάρκου, Μπαμίδης, Νιάκας 2007) και απαρχαιωμένα μηχανήματα στον δημόσιο (OECD 2014α, Καϊτελίδου 2006)

Είναι επίσης ενδιαφέρον ότι η Ελλάδα, ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ, έχει τον υψηλότερο αριθμό ιατρών ανά 1.000 κατοίκους (Καϊτελίδου κ.ά. 2012), αλλά τον τρίτο μικρότερο αριθμό νοσοκόμων ανά 1.000 κατοίκους και τον τέταρτο μικρότερο αριθμό νοσοκομειακού προσωπικού ανά 100.000 κατοίκους. (OECD 2015). Αυτό δείχνει ότι υπάρχει υπερπροσφορά ιατρών, κάτι που οδηγεί στη μετανάστευσή τους,

αλλά έλλειψη νοσοκόμων και νοσοκομειακού προσωπικού γενικότερα, κάτι που οδηγεί στις υπερωρίες για το προσωπικό των νοσοκομείων. Όπως σημειώνεται στην έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ελλάδα, οι περισσότερες μονάδες εντατικής θεραπείας στη χώρα λειτουργούν με το 1/3 του κατώτερου επιτρεπόμενου για λόγους ασφάλειας αριθμού νοσοκόμων.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι στις περιοχές εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων ο αριθμός γιατρών, νοσοκόμων και προσωπικού νοσοκομείων είναι σαφώς μικρότερος, αντιλαμβανόμαστε ότι όσον αφορά στην *διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας- διαθεσιμότητα κάλυψης*, το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας έχει αποτύχει, καθώς δεν έχει επιτευχθεί αποκέντρωση. Δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που άνθρωποι από διάφορες περιοχές της χώρας και νησιά, είτε χάνουν τη ζωή τους είτε αναγκάζονται να ταξιδέψουν στην Αθήνα ή τη Θεσσαλονίκη για να αντιμετωπίσουν κάποιο ιατρικό θέμα.

Επιπλέον, από το 2011 και μετά, οι ασθενείς έχουν υποχρεωθεί να αυξήσουν το ποσοστό συμμετοχής τους σε θεραπείες/φάρμακα που σχετίζονται με σοβαρές ασθένειες. Οι αυξήσεις αυτές φτάνουν μέχρι και 25%, ένα διόλου ευκαταφρόνητο ποσοστό σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Εκτός από τις αυξήσεις στις συμμετοχές των φαρμάκων, στα πρόσθετα κόστη που επιβαρύνουν τους ασθενείς, πρέπει να συμπεριλάβουμε τα ακόλουθα:

-Την χρέωση 5€ ανά επίσκεψη σε νοσοκομεία και κέντρα υγείας. Το μέτρο καταργήθηκε με τροπολογία νόμου μετά την έντονη κοινωνική κατακραυγή και αντικαταστάθηκε από ισοδύναμο φόρο στα τσιγάρα).

- -25€ νοσήλιο για την εισαγωγή σε νοσοκομείο (καταργήθηκε με την ίδια τροπολογία νόμου ).
- -Τις τηλεφωνικές χρεώσεις για κλείσιμο ραντεβού με γιατρούς του ΠΕΔΥ που κυμαίνονται από €0.95 ως €1.65 το λεπτό. Ωστόσο πρέπει να αναφερθεί η πιλοτική εφαρμογή διαδικτυακού κλεισίματος ραντεβού μέσω της ιστοσελίδας [www.moh.gov](http://www.moh.gov)
- -Τις αυξήσεις των τιμών σε ιδιωτικές κλινικές συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ. Το κόστος απογευματινών επισκέψεων σε νοσοκομεία και χειρουργεία, όπου ο γιατρός παίρνει το 60% και το νοσοκομείο το 40% της χρέωσης. Οι οικονομικά αδύναμοι ασθενείς, επομένως, εξαιρούνται της πρόσβασης σε αυτό το κομμάτι περίθαλψης.

Ακόμα, παρότι υπάρχουν κάποιες προβλέψεις για τους μακροχρόνια ανέργους και τις άνεργες εγκύους στο πλαίσιο ενός προγράμματος με κουπόνια που δημιουργήθηκε το Σεπτέμβριο του 2013, οι προβλέψεις αυτές δεν περιλαμβάνουν νοσοκομειακή ούτε φαρμακευτική κάλυψη, παρά μόνο έναν συγκεκριμένο αριθμό επισκέψεων σε συγκεκριμένες ειδικότητες γιατρών.

Αντιθέτως, οι ξένοι υπήκοοι που βρίσκονται στην Ελλάδα, και ο αριθμός τους είναι αρκετά μεγάλος και αυξάνεται λόγω του μεταναστευτικού προβλήματος, δικαιούνται δωρεάν πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Βέβαια οι παροχές τους είναι περιορισμένες, και σε ορισμένες περιπτώσεις υφίστανται διακρίσεις.

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι σε επίπεδο *προσβασιμότητας- πρόσβασης στην υγειονομική φροντίδα*, το εθνικό σύστημα υγείας της Ελλάδας χαρακτηρίζεται από μεγάλα κενά και μεγάλες ανισότητες. Συνολικά, δεν καταφέρει να παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες περίθαλψης στους κατοίκους της χώρας, καθώς το κόστος που τους επιβαρύνει είναι αρκετά μεγάλο.

Έτσι, ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού στρέφεται στη ιδιωτική ασφάλιση (Σίσκου 2008), έναν κλάδο που αγγίζει τα 5,1 δισεκατομμύρια € στην Ελλάδα. Ακόμα, συχνά γίνονται πληρωμές «κάτω από το τραπέζι», δηλαδή γιατροί του ΕΣΥ «διευκολύνουν» τους ασθενείς παίρνοντας μικρότερη αμοιβή από αυτούς, που όμως δεν την δηλώνουν, ή ζητώντας έξτρα χρήματα για τα χειρουργεία. Αυτή η πρακτική, γνωστή ως «φακελάκι», έχει καταστροφικές συνέπειες στην οικονομία της χώρας και αποτελεί και έναν άτυπο εκβιασμό του ασθενούς, που αισθάνεται ότι αν δεν δώσει αυτά τα χρήματα στον γιατρό θα κινδυνεύσει η ζωή του λόγω χαμηλής ποιότητας των υπηρεσιών. Επιπροσθέτως, οι κάτοικοι καταφεύγουν στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, οι δαπάνες που σχετίζονται με τις οποίες είναι πολύ υψηλές σχετικά με τις αντίστοιχες δαπάνες σε άλλες χώρες. Αυτό προφανώς υπονομεύει την συνταγματικά κατοχυρωμένη ελεύθερη πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες και αυξάνει τις ανισότητες.

Όσον αφορά στην *αποδοχή κάλυψης-αποδοχή φροντίδας υγείας*, μπορούμε να πούμε ότι το ΕΣΥ δεν διαχωρίζει τους ασθενείς ως προς τον πολιτισμό, τις πεποιθήσεις, τη θρησκεία, το φύλο ή την ηλικία. Ασφαλώς, υπάρχουν μεμονωμένα περιστατικά διακρίσεων είτε από ιατρονοσηλευτικό είτε από διοικητικό-οργανωτικό προσωπικό,

τα οποία συχνά καταγγέλλονται και περιορίζονται σε τοπικό επίπεδο και εν τη γενέσει τους.

Αντιθέτως, σχετικά με την επαφή, τα πράγματα δεν είναι τόσο ξεκάθαρα. Η επαφή με το σύστημα υγείας μέσω τηλεφώνου έχει γίνει αρκετά ακριβή. Επίσης, υπάρχουν μεγάλοι χρόνοι αναμονής για το κλείσιμο ραντεβού με διάφορες ειδικότητες. Και συχνά άνθρωποι που έρχονται σε επαφή με δημόσιους φορείς υγείας, απογοητεύονται και επιλέγουν να μην απευθυνθούν σε αυτούς ξανά. Άρα, μπορούμε να πούμε ότι και πάλι αποτυγχάνει το ΕΣΥ ως προς την επαφή κάλυψης.

Ως προς την αποδοτική κάλυψη, υπάρχει κάποιο ποσοστό ασθενών που έχουν λάβει επιτυχείς παρεμβάσεις (π.χ. ακριβείς διαγνωστικές εξετάσεις, θεραπεία βάσει στοιχείων, την τήρηση συνταγογραφούμενης θεραπείας), αλλά αυτό μοιάζει να επαφίεται στην ευσυνειδησία του γιατρού και όχι στη συστηματοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το «φακελάκι» αποδεικνύει ότι και στον τομέα της αποδοτικής κάλυψης, το ΕΣΥ έχει αποτύχει.

## **2.5 Αναγκαιότητα επαρκούς υγειονομικής κάλυψης συνόλου του πληθυσμού: Κοινωνικά Ιατρεία**

Γίνεται, λοιπόν, σαφής η αναγκαιότητα λειτουργίας συμπληρωματικών δομών υγείας και περίθαλψης, όπως τα κοινωνικά ιατρεία για την επαρκή υγειονομική κάλυψη όσων βρίσκονται στην περιοχή υπέρθεν της καμπύλης στο πλαίσιο Ταναχάσι, όπως φαίνεται στην Εικόνα 1.

Στην Ελλάδα λειτουργούν αυτή τη στιγμή περίπου 500 δομές αλληλεγγύης (Ανεξάρτητος κόμβος για την Αλληλεγγύα, Κοινωνική – Συνεργατική Οικονομία, την Αειφορία και την Κοινωνία των Πολιτών-enallaktikos.gr, 2016) και περίπου 40 κοινωνικά ιατρεία( Οικονόμου, Καϊτελίδου κ.ά., 2014). Πλέον στους περισσότερους δήμους της Ελλάδος λειτουργούν Κοινωνικά Ιατρεία χρηματοδοτούμενα από το Εθνικό Δίκτυο Άμεσης Κοινωνικής Παρέμβασης (πρόγραμμα "Κοινωνικές Δομές

Αντιμετώπισης της Φτώχειας"). Ωστόσο κανένα δεν μπορεί να λειτουργήσει χωρίς την αλληλεγγύη και τη στήριξη των εθελοντών.

Ο Δήμος Αθηναίων στο πρόγραμμά του Κοινωνικής Πολιτικής 2015-2019 υπογραμμίζει με emphaticό τρόπο την ανάγκη αποτύπωσης και αξιοποίησης των δικτύων αλληλεγγύης. Αναφέρεται ότι δρουν τοπικά με άτυπο τρόπο λειτουργίας, χωρίς νομικό πλαίσιο , υποστηρίζοντας τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Επιπλέον υποστηρίζεται ότι *«η καταγραφή των δικτύων αυτών και η δικτύωση μαζί τους μπορεί να παρέχει στην Διεύθυνση πληροφόρηση σε επίπεδο γειτονιάς και σε πραγματικό χρόνο. Η δράση θα λειτουργήσει επίσης αμφίδρομα, μέσα από την ανάδειξη των αναγκών των άτυπων δικτύων και των προϋποθέσεων οι οποίες θα πρέπει να καλύπτονται για να συνεχίσουν απρόσκοπτα τη λειτουργία τους»*.

Ένα από τα πρώτα που λειτούργησε και ίσως το μεγαλύτερο κοινωνικό ιατρείο αυτήν την περίοδο στην Ελλάδα είναι το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού (ΜΚΙΕ), του οποίου την λειτουργία εξετάζουμε. Το συγκεκριμένο ιατρείο δέχεται πλέον πάνω από 15.000 επισκέψεις ασθενών ετησίως, ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις που παραπέμπονται σε αυτό ασθενείς που έχουν παραπεμφθεί στο ΜΚΙΕ από το ΕΣΥ.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού

### 3.1 Ιστορία και οργανωτική δομή

Το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού (ΜΚΙΕ ) ιδρύθηκε το φθινόπωρο του 2011, από μια μικρή, αρχικά, ομάδα εθελοντών, η οποία πλησίασε τον Δήμο Ελληνικού - Αργυρούπολης και ο Δήμος με μεγάλη προθυμία αποφάσισε να βοηθήσει ενεργά στην υλοποίηση αυτής της ιδέας. Στην πορεία, η μικρή ομάδα έγινε μεγαλύτερη.

Σκοπός του ΜΚΙΕ είναι να προσφέρει χωρίς καμία διάκριση δωρεάν πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα και φαρμακευτική αγωγή σε όλους τους ανασφάλιστους, άπορους και άνεργους ασθενείς. Στόχος του ιατρείου είναι να υπηρετεί τον άνθρωπο. Το ΜΚΙΕ (και οι εθελοντές) δεν επιθυμεί να υποκαταστήσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Αντιθέτως, υποστηρίζει ότι πρέπει να είναι ανοιχτό σε όλους το δημόσιο σύστημα υγείας και να παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες.

Ο χώρος του Ελληνικού επιλέχθηκε γιατί υπήρχαν στην παλιά Αμερικάνικη βάση οι εγκαταστάσεις, για να βρει στέγη το κοινωνικό ιατρείο, αλλά και γιατί οι χώροι και τα κτήρια γύρω από αυτό δίνουν την δυνατότητα, σε συνεργασία πάντα με τον Δήμο Ελληνικού – Αργυρούπολης, να οργανώνονται πλήθος εκδηλώσεων υποστηρικτικού κυρίως – προς το έργο του ιατρείου– χαρακτήρα.

Το ΜΚΙΕ χτίστηκε και λειτουργεί πάνω σε τρεις πυλώνες :

- 1) Δεν δέχεται χρηματικές δωρεές από κανέναν.
- 2) Δεν επιτρέπει την παραμικρή κομματική εμπλοκή εντός της λειτουργίας του ή στις δραστηριότητες του.
- 3) Δεν διαφημίζει κανέναν για την όποια δωρεά κάνει.

Με βάση λοιπόν αυτούς τους πυλώνες :- Δέχεται δωρεές μόνο σε είδος ή υπηρεσίες.

– Δεν αφήνει κανένα κόμμα ή παράταξη να εκμεταλλευτεί το αποτέλεσμα της δουλειάς των 250 και πλέον εθελοντών του

– Όλοι οι δωρητές, πολίτες, εταιρίες, οργανώσεις κλπ. βοηθάνε το ΜΚΙΕ με τον μοναδικό όρο ότι το ίδιο το ιατρείο δεν πρόκειται να τους διαφημίσει.

Το ΜΚΙΕ δέχεται βοήθεια από πάρα πολλούς πολίτες, φορείς αλλά και εταιρείες. Όμως, το ιατρείο δεν χρηματοδοτείται από κανένα, πέραν των λειτουργικών εξόδων που καλύπτει ο Δήμος Ελληνικού-Αργυρούπολης. Το άτυπο ταμείο του δέχεται χρήματα μόνο από τους εθελοντές, τα οποία χρησιμοποιούνται για να καλύπτονται οι καθημερινές ανάγκες του ιατρείου. Με αυτόν τον τρόπο διασφαλίζεται στο έπακρο η αυτοτέλεια και η ανεξαρτησία του. Ακόμα, δίνεται μεγάλη βάση στην διαφάνεια σε όλα τα επίπεδα δραστηριότητας του ΜΚΙΕ. Όλες οι αποφάσεις παίρνονται συλλογικά και το ανώτατο όργανο του ιατρείου είναι η συνέλευση του, που αποφασίζει για όλα τα καίρια θέματα. Όλοι οι εθελοντές είναι ίσοι και οι όποιες αρμοδιότητες δίδονται για καθαρά οργανωτικούς σκοπούς.

Έτσι, όπως φαίνεται και στην Εικόνα 3, ο συντονισμός των διαφόρων εθελοντών επιτυγχάνεται αφενός μεν από το συντονιστικό όργανο ,όπου μετέχουν εκπρόσωποι από τις διάφορες ομάδες, αφετέρου δε σε επίπεδο ομάδας, π.χ. ομάδα ιατρών & θεραπευτών, ομάδα φαρμακείου, ομάδα επικοινωνίες κ.α.



**Εικόνα 3.** Σχηματική απεικόνιση του τρόπου λειτουργίας του ΜΚΙΕ

**Πηγή:** Ιστοσελίδα ΜΚΙΕ

Ο συνολικός αριθμός των εθελοντών του ΜΚΙΕ ανέρχεται περίπου στους 250. Από αυτούς, σύμφωνα με στοιχεία που μας έδωσαν οι εκπρόσωποι επικοινωνίας, περίπου 220 άτομα ανήκουν στην ομάδα οργάνωσης- διοίκησης, γραμματείας, φαρμακείου και 20 περίπου άτομα είναι ιατροί, οδοντίατροι και 10 ψυχολόγοι.( ΜΚΙΕ 2016)

Κατά περιόδους, ο αριθμός των εθελοντών του ιατρείου έφθανε και τα 300 άτομα, ωστόσο δεδομένου ότι ο μέσος χρόνος παραμονής στο ιατρείο ενός μεγάλου μέρους εθελοντών είναι από 6 έως 12 μήνες, υπάρχει μεγάλη ανανέωση ατόμων ανά τακτά διαστήματα. Υπάρχει διαλογή στις αιτήσεις των εθελοντών και εκπαίδευση των υποψήφιων εθελοντών για περίπου 1 μήνα. Ο τομέας αρμοδιοτήτων του εθελοντή καθορίζεται από τις προτιμήσεις του και από τις δεξιότητές του.

Πέρα από τις προαναφερθείσες ομάδες, υπάρχει επίσης μια μικρή, αλλά πολύτιμη ομάδα εθελοντών, γύρω στα 10 άτομα, οι οποίοι συλλέγουν προσφορές σε φάρμακα ή άλλα υλικά από διάφορα σημεία της Αττικής. Επίσης, μεταφέρουν φάρμακα και υγειονομικό υλικό για νοσοκομειακή χρήση σε ΚΥ και νοσοκομεία που έχουν ανάγκη.

Στον πρώτο χρόνο λειτουργίας του (το 2012), το ΜΚΙΕ δέχτηκε 4,000 επισκέψεις, ενώ τα χρόνια που ακολούθησαν ο αριθμός επισκέψεων αυξήθηκε εντυπωσιακά: το 2013 δέχτηκε 15,000 επισκέψεις, το 2014 16,000 επισκέψεις και μέχρι τον Ιούνιο του 2015 είχε δεχτεί συνολικά (όλα τα χρόνια) 41,000 επισκέψεις. Κατά μέσο όρο, το ΜΚΙΕ δέχεται πάνω από 1,000 επισκέψεις το μήνα.

Με βάση τα στοιχεία που διαθέτει το ΜΚΙΕ, συνολικά από την αρχή της λειτουργίας του έχει δεχθεί περί τις 55,000 επισκέψεις ασθενών, ενώ οι καρτέλες ασθενών που έχουν ανοιχθεί στο ιατρείο ανέρχονται στις 8,000.

### **3.2 Καθημερινή λειτουργία ΜΚΙΕ-Οργάνωση σε βάρδιες**

Το ιατρείο λειτουργεί καθημερινά από τις 10 πμ έως τις 8μμ. χωρισμένο σε 4 βάρδιες. Με βάση το ωρολόγιο πρόγραμμα η πρωινή βάρδια είναι 4ωρη από τις 10πμ έως τις 2μμ, ακολουθεί η μεσημεριανή βάρδια, από τις 2μμ έως τις 6μμ και μετά οι βάρδιες των εθελοντών είναι 2ωρης διάρκειας, δηλαδή 4μμ έως 6μμ και 6-8 μμ. Το Σάββατο λειτουργεί μόνο πρωινή βάρδια.

Όπως προκύπτει από το εβδομαδιαίο πρόγραμμα του ΜΚΙΕ, για την αποτελεσματική λειτουργία του ορίζεται ένας επικεφαλής βάρδιας, ένας υπεύθυνος υποδοχής

ασθενών και 3 έως 4 βοηθοί φαρμακείου. Καθημερινά υπάρχει άτομο επιφορτισμένο με την καθαριότητα.

Ο ασθενής που έχει ανάγκη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης συγκεντρώνει τα απαραίτητα δικαιολογητικά, που εξετάζονται από την ομάδα υποδοχής και ακολούθως απευθύνεται στη γραμματεία. Εκεί ανοίγεται καρτέλα στο όνομά του, το νούμερο της οποίας γνωστοποιείται στον ασθενή και το χρησιμοποιεί κάθε φορά που απευθύνεται στο ΜΚΙΕ και κλείνεται ραντεβού για εξέταση. Ο μέσος χρόνος αναμονής είναι περίπου 1 εβδομάδα.

Εφόσον πρέπει να υποβληθεί σε παρακλινικές εξετάσεις προγραμματίζεται είτε αιμοληψία στο χώρο του ιατρείου, είτε διασύνδεση με κάποιο από τα συνεργαζόμενα ιδιωτικά μικροβιολογικά εργαστήρια της περιοχής που παρέχουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους. Το ίδιο ισχύει και για τυχόν απεικονιστικές εξετάσεις.

Στο ιατρείο λειτουργούν υπερηχοτομογράφος και διενεργούνται υπέρηχοι καρδιάς, αγγείων και σπλαγχνικών οργάνων και γυναικολογικοί υπέρηχοι. Επίσης, στο οδοντιατρείο διενεργούνται αντίστοιχες ακτινογραφίες. Ο εξοπλισμός δεν είναι αιχμής, αλλά επαρκεί για να καλύψει πολλές ανάγκες.

### **3.3 Παροχές στους ασθενείς**

Στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής πρέπει να τονιστεί ότι διενεργείται τεστ Παπανικολάου, μαστολογικός έλεγχος, ψηλάφηση, εκπαίδευση στην αυτοψηλάφηση από γυναικολόγο, ογκολόγο και κυτταρολόγο του ΜΚΙΕ. Επίσης διενεργούνται προληπτικοί εμβολιασμοί παιδών και ενηλίκων.

Η ομάδα ογκολογικών ασθενών παραλαμβάνει τους ασθενείς με καρκίνο και προσπαθεί με συντονισμένες ενέργειες να τους διασυνδέσει με το ΕΣΥ και συγκεκριμένα με κλινικές, που από την αρχή της κρίσης έδειξαν ανθρώπινο πρόσωπο και συμπαραστάθηκαν στους ανασφάλιστους συνανθρώπους συνεργαζόμενοι με το ΜΚΙΕ και άλλα ΚΙ.

Υπάρχουν και διάφορες βοηθητικές ομάδες, όπως του Bazaar, Χριστουγέννων και καλοκαιριού των οποίων η διοργάνωση δίνει τα άτομα όλων των ομάδων, συσφίγγει τις σχέσεις τους και επιπλέον συντελεί στη συλλογή χρημάτων και δωρεών για το έργο του ιατρείου. Τέτοια είναι και η ομάδα θεάτρου, η οποία ψυχαγωγεί και στις οποίας τις παραστάσεις συλλέγονται βρεφικά γάλατα και πάνες, τρόφιμα και φάρμακα.

Επιπλέον ,η ομάδα επικοινωνίας έχει εδραιώσει ένα Παρατηρητήριο Υγείας , μέσα από τον διαδικτυακό τόπο του ΜΚΙΕ, ο οποίος έχει ενημερωτικό και καταγγελτικό στόχο. Χάρη στις συντονισμένες ενέργειες της παραπάνω ομάδας υπάρχουν φορείς από το εξωτερικό που ανά τακτά διαστήματα συγκεντρώνουν και δωρίζουν φάρμακα στο ΜΚΙΕ

Η ομάδα υποδοχής ασθενών εξηγεί στους ενδιαφερόμενους τα δικαιώματά τους σε ό,τι αφορά την πρόσβαση στο ΕΣΥ, αλλά και τους κατευθύνει όταν συναντούν εμπόδια σε αυτή τους την πρόσβαση.

Μετά το νόμο 4368/16, με τον οποίο εξασφαλίστηκε η ελεύθερη πρόσβαση στο ΕΣΥ ασφαλισμένων και μη , ο ρόλος του ΜΚΙΕ εξακολουθεί να είναι σημαντικός, ειδικά στον τομέα της φαρμακευτικής περίθαλψης. Πολλοί ασθενείς παρά το ότι έχουν εξεταστεί στο ΕΣΥ αδυνατούν να πάρουν τη φαρμακευτική αγωγή τους και απευθύνονται εκ νέου στο ΜΚΙΕ.

Ο αριθμός των ιατρών του ΜΚΙΕ έχει μειωθεί αισθητά, αφού ένα μεγάλο μέρος των ασθενών μετακινήθηκε για υπηρεσίες υγείας προς το ΠΕΔΥ. Ωστόσο, εξακολουθεί να εξυπηρετείται μεγάλος αριθμός προσφύγων και μεταναστών και ελλήνων χωρίς αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης.

Η συνεισφορά του ΜΚΙΕ έχει αναγνωριστεί από τους πολίτες, τους ασθενείς που έρχονται σε επαφή με αυτό, καθώς και τους δημοσιογράφους και τα ΜΜΕ τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.

### **3.4. Εφαρμογή του πλαισίου Ταναχάσι στο ΜΚΙΕ**

Όπως είδαμε στο Κεφάλαιο 2, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας έχει κατ' ουσία αποτύχει ως προς το πλαίσιο Ταναχάσι. Αν θέλαμε να κάνουμε μια αντίστοιχη αξιολόγηση του ΜΚΙΕ με βάση το πλαίσιο Ταναχάσι, μπορούμε να πούμε τα εξής:

-Ως προς τη *διαθεσιμότητα κάλυψης-διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας*, δηλαδή ως προς το ποσοστό των ανθρώπων για τους οποίους επαρκείς ανθρωπίνι και υλικοί πόροι είναι διαθέσιμοι, το ΜΚΙΕ ανταποκρίνεται σε μεγάλο βαθμό στις ανάγκες του πληθυσμού του Νομού Αττικής, μιας και εξυπηρετεί τόσο ανασφάλιστους και άπορους πολίτες, όσο και ασφαλισμένους. Οι ανθρωπίνι και υλικοί πόροι του ΜΚΙΕ είναι συχνά επαρκέστεροι από τους αντίστοιχους τους ΕΣΥ, ειδικά όσον αφορά ασθενείς με χρόνια και επικίνδυνα για τη ζωή τους νοσήματα. Βασίζεται επίσης, σε δωρεές υγειονομικού υλικού από το εσωτερικό της χώρας ή το εξωτερικό που συλλέγεται στα πλαίσια εκστρατειών ενημέρωσης.

Αξίζει να σημειωθεί, η μεγάλη επάρκεια που εμφάνιζε κατά καιρούς το ιατρείο σε ακριβά φάρμακα( π.χ. γλαρκινική ινσουλίνη) από δωρεές ασφαλισμένων, στους οποίους γινόταν αλλαγή της συνταγογραφούμενου φαρμάκου( σε ινσουλίνη ντεγκλουντεγκ) Ίσως μελέτες της βάσης δεδομένων της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ ή των αρχείων που κρατούν τα ΚΙ, να μπορέσουν να διαφωτίσουν εάν υπάρχει πράγματι σε τέτοια έκταση απορρύθμιση ή τόσο μεγάλο ποσοστό υπογλυκαιμιών στους ανωτέρω ασθενείς που να δικαιολογεί τη συνταγογράφηση νέων και ακριβών φαρμάκων. Μια τέτοια μελέτη ήταν του

Σιούτηκ.α(2015),σχετικά με τον Σακχαρώδη Διαβήτη, που αξιοποίησε στοιχεία από τη βάση δεδομένων της συνταγογράφησης του ΕΟΠΥΥ.

-Ως προς την *προσβασιμότητα κάλυψης-πρόσβαση σε υγειονομική κάλυψη*, δηλαδή το ποσοστό των ανθρώπων για τους οποίους οι υπηρεσίες υγείας είναι προσβάσιμες όσον αφορά την τοποθεσία, την απόσταση ή τον απαιτούμενο χρόνο μετακίνησης, μπορούμε να πούμε ότι το ΜΚΙΕ λόγω της θέσης του εξυπηρετεί ένα συγκεκριμένο κομμάτι του πληθυσμού που κατοικεί στην Αττική. Όπως φαίνεται στο Κεφάλαιο 3.1 η θέση του ΜΚΙΕ κοντά σε σταθμό μετρό και λεωφορείων και η εγγύτητα με δύο μεγάλους οδικούς άξονες (λεωφόρος Βουλιαγμένης, παραλιακή λεωφόρος), εξαλείφουν τυχόν εμπόδια στην πρόσβαση. Επιπλέον, όλες οι υπηρεσίες του παρέχονται εντελώς δωρεάν, κι έτσι ανταποκρίνεται πλήρως στον παράγοντα του κόστους που εμπεριέχεται στην προσβασιμότητα κάλυψης.

-Ως προς την *αποδοχή κάλυψης-αποδοχή των υπηρεσιών υγείας*, δηλαδή το ποσοστό των ανθρώπων για τους οποίους οι υπηρεσίες και τα προγράμματα υγείας είναι αποδεκτά όσον αφορά τον πολιτισμό, τις πεποιθήσεις, τη θρησκεία, το φύλο ή την ηλικία, είναι σαφές από μία και μόνο επίσκεψη στο ΜΚΙΕ ότι εξυπηρετούνται άνθρωποι διαφόρων εθνικοτήτων, φυλών, ηλικιών κλπ. Ιδιαίτερα τα τελευταία 2 χρόνια που η εισροή προσφύγων και μεταναστών στη χώρα μας είναι αυξημένη, και ειδικότερα λόγω της ύπαρξης χώρου στέγασής τους στην περιοχή όπου βρίσκεται το ΜΚΙΕ (δηλαδή στο Ελληνικό), γίνεται κατανοητό ότι η αποδοχή κάλυψης στο ΜΚΙΕ είναι πολύ μεγάλη.

-Σχετικά με την *επαφή κάλυψης*, μπορούμε να πούμε ότι στον τομέα της διατηρησιμότητας της συνέχειας πρόσβασης σε βάθος χρόνου, το ΜΚΙΕ ανταποκρίνεται καλύτερα από το ΕΣΥ, μιας και η συνέχεια της παρακολούθησης/ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των ασθενών δεν εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση της χώρας ή την γενικότερη οικονομική κρίση, αλλά είναι δωρεάν και δεδομένη.



-Τέλος, σχετικά με την *αποδοτική κάλυψη-αποτελεσματική φροντίδα*, δηλαδή το ποσοστό των ανθρώπων που έχουν λάβει επιτυχείς παρεμβάσεις (π.χ. ακριβείς διαγνωστικές εξετάσεις, θεραπεία βάσει στοιχείων, την τήρηση συνταγογραφούμενης θεραπείας), τα στοιχεία που παραθέτουμε είναι ότι τηρούνται οι συνταγογραφούμενες θεραπείες των ασθενών που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ, ακόμα και εκείνων που το Εθνικό Σύστημα Υγείας αδυνατεί να τηρήσει και αυτό βεβαιώνεται από την άμεση παραλαβή φαρμάκων από το φαρμακείο του ΜΚΙΕ ή τον άμεσο προγραμματισμό παρακλινικών εξετάσεων κ.α. Επιπλέον πρέπει να τονιστεί ότι συχνά, χάρη στην άμεση κινητοποίηση μέσω διαδικτύου ή άλλων οδών πχ προσωπική επαφή-κύρος συχνά στους ασθενείς παρέχονται υπηρεσίες που θα ζήλευαν συστήματα υγείας που χρησιμοποιούνται ως benchmarking.

Συνολικά, γίνεται σαφές ότι το Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού ανταποκρίνεται σε μεγάλο βαθμό στις παραμέτρους κάλυψης του πλαισίου Ταναχάσι για την υγεία.

## **3.5 Αξιολόγηση της λειτουργίας των κοινωνικών ιατρείων**

### **3.5.1 Τα Κοινωνικά Ιατρεία στην Ελλάδα**

Το Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ εκπόνησε μελέτη με τίτλο: «Κοινωνικά ιατρεία στην Ελλάδα της κρίσης: Η εμπειρία της παροχής υπηρεσιών υγείας όταν το Εθνικό Σύστημα Υγείας υποχωρεί».

Σύμφωνα με τη μελέτη, που διεξήχθη από τις 13/5 έως τις 25/9/2014, τα ΚΙ άνησαν στην Ελλάδα της κρίσης μέσα από την προσπάθεια άτυπων κινηματικών πρωτοβουλιών και θεσμικών φορέων να καλύψουν τον διαρκώς αυξανόμενο πληθυσμό που αποκλειόταν από το ΕΣΥ, λόγω των άμεσων επιπτώσεων της κρίσης (ανεργίας, μείωση εισοδήματος και αδυναμία καταβολής ασφαλιστικών εισφορών) και των πολιτικών διαχείρισης της κρίσης (περικοπές κοινωνικών δαπανών για την υγεία).

### **3.5.2 Τρόπος Λειτουργίας των Κοινωνικών Ιατρείων στην Ελλάδα**

Τα περισσότερα από αυτά λειτουργούν σε χώρους που τους έχουν παραχωρηθεί από φορείς του ευρύτερου δημόσιου τομέα και που προφανώς παραχωρήθηκαν χωρίς κόστος. Η παραχώρηση κρίνεται ζωτικής σημασίας, ειδικά στα πρώτα έτη λειτουργίας των ιατρείων, λόγω του υψηλού -σε αντίθετη περίπτωση- κόστους ενοικίασης.

Οι περισσότεροι από τους φορείς που έχουν παραχωρήσει χώρους και υποδομές σε κοινωνικά ιατρεία είναι σαφώς οι ΟΤΑ (όπως και στην περίπτωση του ΜΚΙΕ), ενώ ακολουθούν τα εργατικά κέντρα, η εκκλησία και μεμονωμένοι πολίτες οι οποίοι διέθεταν αναξιοποίητα ακίνητα τα οποία παραχώρησαν σε κοινωνικά ιατρεία σε ένδειξη αλληλεγγύης.

Το ωράριο των κοινωνικών ιατρείων ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των δομών και το οργανόγραμμα των δομών δεν παρουσιάζει διαφορές ανάλογα με την οργανωτική μορφή της ιδρυτικής ομάδας, αλλά λόγω τοπικών διαθεσιμοτήτων. Επιπλέον, τα ΚΙ διαφέρουν ως προς το χρόνο εξυπηρέτησης ανάλογα με:

- α) τη δυναμικότητα της δομής ως προς τη ζήτηση των υπηρεσιών,
- β) το σύστημα οργάνωσης,
- γ) τη στελέχωση με εθελοντές που εξυπηρετούν στην έδρα της δομής ή την αξιοποίηση δικτύου εξωτερικών εθελοντών,
- δ) την ιατρική ειδικότητα η οποία ζητείται.

Η συντριπτική πλειονότητα των κοινωνικών ιατρείων βασίζεται σε εθελοντές για την παροχή της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας. Βασικό κορμό των ιατρείων αυτών αποτελούν εκείνοι οι εθελοντές που είναι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι όπως και στην περίπτωση του ΜΚΙΕ, προσφέρουν εθελοντική εργασία με συγκεκριμένο προσυμφωνηθέν ωράριο (βάρδιες).

Οι εθελοντές γιατροί των κοινωνικών ιατρείων αναφέρονται σε αυτούς που προσφέρουν υπηρεσίες εντός των κοινωνικών ιατρείων σε βάρδιες και αυτούς που αποτελούν συνεργαζόμενο δίκτυο εξωτερικών προς το εγχείρημα γιατρών.

Συχνά, πέραν των γιατρών που λειτουργούν στη δομή του ΚΙ, στη συντριπτική πλειονότητα των δομών αναπτύσσεται ένα δίκτυο εξωτερικών συνεργαζόμενων γιατρών.

Το δίκτυο γιατρών αναφέρεται σε συνεργαζόμενους ιδιώτες εκτός ΚΙ ή/ και συνεργαζόμενους γιατρούς από δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας, κέντρα ψυχικής υγείας και ΕΟΠΥΥ. Πλέον των επαγγελματιών υγείας, εθελοντές εμπλέκονται στο διοικητικό έργο (υποδοχή, γραμματεία, βάρδιες, αρχειοθέτηση φακέλων ασθενών). Εκτός της εκάστοτε ιδρυτικής ομάδας της κάθε εθελοντικής δομής, εκατοντάδες πολίτες έχουν ενεργοποιηθεί μέσω των κοινωνικών ιατρείων σε πανελλαδικό επίπεδο.

Η εμπλοκή των εθελοντών αφορά ένα ευρύ φάσμα λειτουργιών, όπως:

- α) η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας,
- β) το διοικητικό έργο,
- γ) η διαλογή φαρμάκων,
- δ) η συμμετοχή σε πρακτικές εργασίες (καθαριότητα, επισκευές),

- ε) οι παρεμβάσεις στην κοινότητα (εκδηλώσεις για την υγεία, συλλογή φαρμάκων, τροφίμων),
- στ) οι ενημερωτικές καμπάνιες, η συμμετοχή σε κινητοποιήσεις για την υγεία, η συμμετοχή σε συντονιστικά όργανα ΚΙ και
- ζ) η συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Πέρα από τους εθελοντές που συμμετέχουν ενεργά στα κοινωνικά ιατρεία, η έρευνα της ΙΝΕ ΓΣΕΕ ανέδειξε την ύπαρξη ενός ευρύτερου συνόλου από πολίτες, που συμμετέχουν ενεργά σε κινητοποιήσεις και εκδηλώσεις, προσφέρουν φάρμακα και άλλα είδη ανάγκης, βοηθούν σε πρακτικά ζητήματα ή διοργανώνουν εκδηλώσεις οικονομικής στήριξης. Ακόμα, συχνά ιδιώτες γιατροί δέχονται ασθενείς των κοινωνικών ιατρείων στα ιδιωτικά ιατρεία τους, και φαρμακοποιοί εξυπηρετούν τέτοιους ασθενείς στα καταστήματά τους. Ιδιωτικά μικροβιολογικά και διαγνωστικά κέντρα, προσφέρουν δωρεάν υπηρεσίες, και φορείς και πολίτες του εξωτερικού συνδράμουν οικονομικά ή σε είδος στις ανάγκες των κοινωνικών ιατρείων. Τα παραπάνω ισχύουν απόλυτα και στην περίπτωση του ΜΚΙΕ

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζουν τα ευρήματα της έρευνας του ΙΝΕ της ΓΣΕΕ που αναδεικνύουν την ύπαρξη και άλλων ειδικοτήτων από το χώρο της υγείας και της πρόνοιας στα κοινωνικά ιατρεία, εκτός των εθελοντών που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες, διοικητικό έργο ή/και απασχολούνται συνολικά με τη λειτουργία του κοινωνικού ιατρείου. Υπάρχει συνεπώς η ανάγκη για παροχή υπηρεσιών και σε άλλους τομείς, όπως η φαρμακευτική αγωγή, η ψυχολογική υποστήριξη, η κοινωνική υποστήριξη και η παροχή πληροφόρησης για προνοιακά δικαιώματα, η λογοθεραπεία σε παιδιά και εφήβους, η φυσικοθεραπεία κ.λπ. Στο κοινωνικό ιατρείο με βάση την επικαιροποιημένη λίστα για το 2016, οι ψυχολόγοι ήταν 10 σε αριθμό, περίπου όσοι και όλοι οι επαγγελματίες υγείας μαζί.

Ουσιαστικά, έχει αναπτυχθεί ένα δίκτυο συνεργασίας που ξεφεύγει από τα στενά όρια των κοινωνικών ιατρείων και από τα όρια της χώρας μας.

Ακριβώς ο ίδιος τρόπος λειτουργίας και αντίστοιχα στοιχεία διαπιστώθηκε ότι ισχύουν και για το ΜΚΙΕ, όπως αναλύθηκε παραπάνω.

### **3.5.3 Αξιολόγηση της Λειτουργίας των Κοινωνικών Ιατρείων**

Η μελέτη του ΙΝΕ της ΓΣΕΕ συμπεραίνει ότι σε γενικές γραμμές τα κοινωνικά ιατρεία ανταποκρίνονται στα αιτήματα με αμεσότητα. Ο βασικότερος λόγος γι' αυτό είναι ότι απευθύνονται σε λιγότερο πληθυσμό και δεν πιέζονται από τον ίδιο όγκο αιτημάτων με μια δημόσια δομή.

Επίσης, παρά τον εθελοντικό χαρακτήρα τους, η συντριπτική πλειονότητα των κοινωνικών ιατρείων, τηρεί σύστημα παρακολούθησης της υγείας των ασθενών που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες τους. Συνηθέστερα, τηρείται έντυπη κάρτα ασθενούς.

### **3.5.4 Ιστορικό & λόγοι δημιουργίας Κοινωνικών Ιατρείων στην Ελλάδα**

Είναι ενδεικτικό, ότι η πλειοψηφία των κοινωνικών ιατρείων στην Ελλάδα, συγκεκριμένα 42 από τις 56 δομές, δημιουργήθηκαν τη διετία 2011-2012, όταν άρχισαν να γίνονται αντιληπτές οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης και των πολιτικών λιτότητας στη χώρα.

Συγκεκριμένα, οι λόγοι που οδήγησαν στη δημιουργία των κοινωνικών ιατρείων στην Ελλάδα είναι σύμφωνα με τους ίδιους τους δημιουργούς τους (όπως κατεγράφησαν από την έρευνα του ΙΝΕ της ΓΣΕΕ) οι ακόλουθοι:

- 1) Η οικονομική κρίση κυρίως μέσα από την ανεργία και την απώλεια ασφαλιστικής ικανότητας.
- 2) Οι πολιτικές διαχείρισης της κρίσης.
- 3) Ο αποκλεισμός των μεταναστών από τις υπηρεσίες υγείας.

Η έρευνα της ΓΣΕΕ κάνει διάκριση μεταξύ των κοινωνικών ιατρείων που βασίζονται σε θεσμικές δομές και των αντιστοίχων που βασίζονται σε κινηματικές δομές. Είναι σημαντικό ότι οι ίδιοι οι εκπρόσωποι των θεσμικών δομών παρουσιάζουν ως βασική αιτία δημιουργίας των κοινωνικών ιατρείων την κρίση, αλλά ταυτόχρονα την παρουσιάζουν ως ένα φυσικό φαινόμενο υπερτονίζοντας τη φιλανθρωπική ανάγκη απέναντι στο συνάνθρωπο και υποτιμώντας το ζήτημα των πολιτικών που εφαρμόζονται στο χώρο της υγείας.

Αντιθέτως, οι κινηματικές δομές δίνουν έμφαση στο ζήτημα των πολιτικών διαχείρισης που εφαρμόστηκαν γενικά και ειδικά στο χώρο της υγείας. Ακόμα, ενώ ορισμένες κινηματικές δομές ξεκίνησαν με στόχο την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και πρόσφυγες οι οποίοι αποκλείονται από το ΕΣΥ επειδή δεν είχαν νομιμοποιητικά έγγραφα, στην πορεία, με την όξυνση της κρίσης και των πολιτικών λιτότητας, οι ίδιες αυτές δομές άρχισαν σταδιακά να εξυπηρετούν ολοένα και περισσότερους ημεδαπούς οι οποίοι αποκλείονταν από το ΕΣΥ, καθώς έχαναν την ασφαλιστική τους ικανότητα (ανεργία, αδυναμία καταβολής εισφορών). Η συγκεκριμένη παρατήρηση καταδεικνύει ότι ο διαχωρισμός ανάμεσα σε ημεδαπούς και αλλοδαπούς, που συχνά χρησιμοποιείται ως ρητορική για την αποφυγή παροχής κοινωνικής προστασίας στους δεύτερους υπό το πρόσχημα των περιορισμένων πόρων εν μέσω κρίσης, αντιστρέφεται στην πράξη όταν δομές αλληλεγγύης που ιδρύθηκαν για μετανάστες τελικά ωφελούν ημεδαπούς.

### **3.5.5 Νομική μορφή των κοινωνικών ιατρείων**

Η συντριπτική πλειονότητα των κοινωνικών ιατρείων δεν έχει αποκτήσει ένα διακριτό νομικό πρόσωπο για να νομιμοποιήσει τη λειτουργία της.

Αυτό εξηγείται ίσως καθώς για τις περισσότερο θεσμικές πρωτοβουλίες δεν υπάρχει ανάγκη να αποκτήσουν νομική μορφή μιας και καλύπτονται θεσμικά από τους ιδρυτικούς φορείς, ενώ ταυτόχρονα θέλουν να τονίσουν τον εθελοντικό χαρακτήρα και ότι δεν επιθυμούν να διαχειρίζονται χρήματα.

Οι κινηματικές δομές και οι συμπράξεις που περιλαμβάνουν κινηματικές πρωτοβουλίες δεν επιλέγουν να αποκτήσουν νομική μορφή, γιατί κυρίως θεωρούν ότι έτσι χάνουν το χαρακτήρα διεκδίκησης και αντίστασης, μονιμοποιούνται και αποκτούν τις ίδιες γραφειοκρατικές αγκυλώσεις με τις ΜΚΟ.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ορισμένα κινηματικά κοινωνικά ιατρεία αποφάσισαν να ιδρύσουν Σύλλογο Φίλων κοινωνικών ιατρείων (κάτι που συμβαίνει και στην περίπτωση του ΜΚΙΕ).

Η συγκεκριμένη επιλογή προκρίθηκε διότι διευκολύνει ζητήματα διαφάνειας στην οικονομική διαχείριση και στην παραχώρηση του χώρου λειτουργίας χωρίς να

περιορίζει την αυτόνομη λειτουργία τους με βάση της αρχές της άμεσης δημοκρατίας και της λειτουργίας σε ομάδες.

### **3.5.6 Χρηματοδότηση**

Η πλειονότητα των κοινωνικών ιατρείων δηλώνει ότι προτιμά σαφώς την υποστήριξη σε είδος διότι δεν επιθυμεί να εμπλακεί σε διαχείριση χρημάτων, κάτι που συμβαίνει και στο ΜΚΙΕ το οποίο ουσιαστικά απαγορεύει τις δωρεές σε χρήματα.

Τα λίγα κοινωνικά ιατρεία που λαμβάνουν χρηματοδότηση διαχωρίζονται και πάλι με βάση την οργανωτική μορφή της ιδρυτικής ομάδας. Οι κινηματικές πρωτοβουλίες που δέχονται εκτός από τη στήριξη σε είδος και τη χρηματοδοτική στήριξη αντλούν τα έσοδά τους κυρίως από δράσεις που οργανώνουν οι ίδιες, από πολίτες και συνδικάτα της Ελλάδας και του εξωτερικού και από τη συλλογικότητα «Αλληλεγγύη για Όλους».

Οι δομές που έχουν συγκροτηθεί με πρωτοβουλία θεσμικών φορέων αξιοποιούν ένα μεγαλύτερο φάσμα χρηματοδοτικών πηγών το οποίο περιλαμβάνει χρηματοδοτική στήριξη από τους θεσμικούς φορείς που συμμετέχουν μέχρι συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της ΕΕ.

Επιπλέον, το σύνολο των κινηματικών δομών έχει θεσπίσει κριτήρια για τη λήψη οικονομικής στήριξης θέτοντας συχνά «φραγμό» στις πηγές (κράτος, ΕΕ, εκκλησία, κόμματα, μεγάλες κερδοσκοπικές εταιρείες) ή/και στη διαδικασία (διαφήμιση χορηγών).

Αντίστροφα, η πλειονότητα των δομών στις οποίες έχουν συμπράξει θεσμικοί φορείς δεν θέτει αυστηρά κριτήρια αποκλεισμού ως προς τη λήψη οικονομικής στήριξης.

### **3.5.7 Αμειβόμενα στελέχη**

Αμειβόμενα στελέχη υπάρχουν μόνο σε κοινωνικά ιατρεία που έχουν δημιουργηθεί από θεσμικούς φορείς. Τα αμειβόμενα στελέχη καλύπτονται από προγράμματα ΕΣΠΑ (Βοήθεια στο Σπίτι, κοινωφελούς εργασίας, άμεσης αντιμετώπισης της φτώχειας) ή είναι υπάλληλοι του δήμου ή εργαζόμενοι σε συμπράττοντες φορείς (ΜΚΟ, εκκλησία).

Αναφορικά με τη στάση των κοινωνικών ιατρείων στο ζήτημα των αμειβόμενων στελεχών, υπάρχει μια σαφής διάκριση ανάμεσα σε θεσμικά κοινωνικά ιατρεία, τα οποία στέκονται θετικά στην πρόσληψη προσωπικού (συμπεριλαμβανομένων φυσικά αυτών που έχουν ήδη αμειβόμενα στελέχη), και στα κινηματικά κοινωνικά ιατρεία, τα οποία στέκονται αρνητικά (όπως και στην περίπτωση του ΜΚΙΕ).

Η ύπαρξη αμειβόμενων στελεχών θεωρείται αξιακά ουδέτερη επιλογή για τα περισσότερα θεσμικά κοινωνικά ιατρεία, καθώς συναρτάται από τις ανάγκες της κάθε δομής.

Για πολλά θεσμικά ΚΙ, η ύπαρξη αμειβόμενου προσωπικού ειδικά για περιφερειακά διοικητικά καθήκοντα είναι θεμιτή, γιατί προάγει τον επαγγελματισμό, εξασφαλίζει εισόδημα για ανέργους, καλύπτει έξοδα δημοσιότητας και αντιμετωπίζει την αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών. Για την πλειονότητα όμως των κινηματικών δομών, η ύπαρξη αμειβόμενου προσωπικού είναι απαγορευτική, γιατί αίρει τον κινηματικό χαρακτήρα της πρωτοβουλίας, αναιρεί το χαρακτήρα της κοινωνικής προσφοράς, συνεπάγεται την υποκατάσταση του ΕΣΥ, δημιουργεί γραφειοκρατία και αναπαράγει το σύστημα εξουσίας, δημιουργεί συγκρούσεις ανάμεσα σε εθελοντές και μη, προϋποθέτει θεσμοποίηση και τέλος δημιουργεί επισφαλείς θέσεις εργασίας στο βαθμό που αξιοποιούνται συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της ΕΕ.

### **3.5.8 Κριτήρια επιλογής ληπτών υπηρεσιών**

Παρόλο που η συντριπτική πλειονότητα των ΚΙ απευθύνεται σε ανασφάλιστους πολίτες, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις θεσμικές και τις κινηματικές πρωτοβουλίες ως προς τα κριτήρια και τη διαδικασία ελέγχου των προϋποθέσεων ένταξης.



Αρχικά, ελάχιστες κινηματικές δομές δεν εφαρμόζουν καθόλου κριτήρια επιλογής διότι στοχεύουν στην απόκτηση σχέσης εμπιστοσύνης και έμπρακτα απορρίπτουν γραφειοκρατικού τύπου διαδικασίες οι οποίες ελέγχουν άμεσα ή έμμεσα τους λήπτες.

Οι κινηματικές δομές που θέτουν το κριτήριο της έλλειψης ασφαλιστικής ικανότητας δεν ζητούν την προσκόμιση δικαιολογητικών ή εφαρμόζουν ευέλικτα κριτήρια επιλογής των ληπτών.

Παρομοίως, οι διαδικασίες ελέγχου εμφανίζονται πιο αυστηρές στις θεσμικές από ό,τι στις κινηματικές δομές. Αυτό δεν ισχύει για το ΜΚΙΕ, καθώς ζητούνται από τους ασθενείς συγκεκριμένα δικαιολογητικά ή βιβλιάριο απορίας.

Στην κατηγορία των θεσμικών κυρίως δομών, όπου τηρούνται πιο αυστηρά τα κριτήρια ελέγχου των δικαιούχων, τηρείται παράλληλα και πιο αυστηρή η διαδικασία ελέγχου δικαιολογητικών με την εμπλοκή σε αρκετές περιπτώσεις των κρατικών κοινωνικών υπηρεσιών αλλά και των κοινωνικών λειτουργών των δομών ή ιερέων.

Στις περιπτώσεις στις οποίες εμπλέκονται κρατικές ή δημοτικές κοινωνικές υπηρεσίες, εκτός των δικαιολογητικών, υλοποιείται και κοινωνική έρευνα από τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Ωστόσο, η οικονομική κρίση και οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν για τη διαχείρισή της επηρέασαν σημαντικά την ικανότητα των χαμηλόμισθων και των χαμηλοσυνταξιούχων να ανταποκρίνονται κυρίως στο κόστος συμμετοχής της φαρμακευτικής δαπάνης.

Η αύξηση της φτώχειας «υποχρέωσε» στην πράξη και τα θεσμικά κοινωνικά ιατρεία να εξυπηρετήσουν και άλλες ομάδες πληθυσμού.

Έτσι, οι ανάγκες του πληθυσμού επηρεάζουν τα κριτήρια και τη λειτουργία των δομών ακολουθώντας μια «bottom-up» διαδικασία, όπου οι αποφάσεις λαμβάνουν υπόψη τα αιτήματα και τις ανάγκες, όχι μόνο όσων ήδη εξυπηρετούνται, αλλά και την κοινωνική πραγματικότητα.

Επιπλέον, η έλλειψη φαρμάκων στα νοσοκομεία, οδήγησε πρακτικά σε μια άτυπη παραπομπή εκ μέρους των νοσοκομείων προς τα κοινωνικά ιατρεία, κάτι που διαπιστώνει και η δική μας έρευνα στο ΜΚΙΕ.

### **3.5.9 Εξυπηρέτηση μεταναστών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα**

Στις κινηματικές δομές τίθεται εξαρχής η παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες/ και πρόσφυγες ανεξάρτητα από την ύπαρξη νομιμοποιητικών εγγράφων, λόγω φιλοσοφίας.

Άλλωστε, ορισμένα κοινωνικά ιατρεία ξεκίνησαν τη λειτουργία τους την περίοδο πριν την κρίση παρέχοντας υπηρεσίες σε μετανάστες και πρόσφυγες που δεν είχαν πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Από την άλλη, λίγες μόνο θεσμικές δομές δηλώνουν ρητά, πως δεν εξυπηρετούν μετανάστες χωρίς έγγραφα, για λόγους τήρησης της νομιμότητας.

Ωστόσο, στην πράξη, και οι θεσμικές δομές εξυπηρετούν για ανθρωπιστικούς λόγους ανάλογα περιστατικά, αλλά το γεγονός ότι έχουν αυστηρά κριτήρια και διαδικασίες επιλογής μειώνει τον όγκο ανάλογων περιστατικών που φτάνουν στην «πόρτα» τους σε σχέση με τις κινηματικές δομές.

### **3.5.10 Μεταβατικός χαρακτήρας των ΚΙ**

Στο ερώτημα αν θεωρούν ότι τα ΚΙ πρέπει να αποτελούν μόνιμες ή μεταβατικές δομές παρέμβασης στο χώρο της υγείας, η πλειονότητα των εκπροσώπων των δομών απάντησαν πως τα κοινωνικά ιατρεία πρέπει να είναι σαφώς μεταβατικές δομές μέχρι το κράτος να αναλάβει την ευθύνη της υγειονομικής περίθαλψης των πολιτών.

Σε δεύτερο επίπεδο, όμως, παρατηρούνται διαφορές, καθώς οι θεσμικές δομές θεωρούν ότι το ξεπέραςμα της κρίσης συνεπάγεται την κατάργηση των κοινωνικών ιατρείων, ενώ για τις κινηματικές δομές η αυτοκατάργηση αποτελεί στόχο διεκδίκησης για ένα δημόσιο και καθολικό σύστημα υγείας.

Επιπλέον, ορισμένες δομές, κινηματικές και θεσμικές, θεωρούν ότι τα κοινωνικά ιατρεία πρέπει να είναι μόνιμες δομές παρέμβασης αλλά για διαφορετικούς λόγους.

Για τις θεσμικές δομές, θα μπορούσαν τα ίδια τα κοινωνικά ιατρεία να θεσμοθετηθούν από το κράτος και να τους δοθούν κονδύλια για να συνεχίσουν ή να υιοθετηθούν από τους δήμους με χρηματοδότηση.

Για τις κινηματικές δομές, η αναγκαιότητα συνέχισης εδράζεται στον προσταγματικό χαρακτήρα των κοινωνικών ιατρικών ως οριζόντιων δομών ενός διαφορετικού συστήματος υγείας, ο οποίος ανοίγει τον ορίζοντα του κοινωνικού μετασχηματισμού.

### **3.5.11 Κίνδυνος υποκατάστασης του ΕΣΥ**

Η έρευνα διαπιστώνει ότι ένα από τα επίμαχα ζητήματα αναφορικά με τη λειτουργία των κοινωνικών ιατρικών είναι ότι ενδεχομένως υποκαθιστούν τις αντίστοιχες δομές του ΕΣΥ με αποτέλεσμα να παγιώνουν την αποχώρηση του κράτους από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Κάτι τέτοιο δήλωσαν και οι συμμετέχοντες στην δική μας έρευνα, όπως παρουσιάζεται παρακάτω.

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με την μελέτη του ΙΝΕ της ΓΣΕΕ υπάρχει διαφορετικός τρόπος προσέγγισης του ζητήματος ανάμεσα στις κινηματικές και στις θεσμικές δομές ως προς αυτήν τη διάσταση.

Για τις θεσμικές δομές, το ζήτημα της υποκατάστασης του ΕΣΥ δεν αντιμετωπίζεται με προβληματισμό, θεωρείται ανέφικτο αλλά όχι αναγκαστικά αθέμιτο ή, ενώ θεωρείται αθέμιτο, δεν εντάσσεται στις στοχεύσεις του ΚΙ η αποκατάσταση της καθολικότητας του ΕΣΥ.

Οι κινηματικές δομές στο σύνολό τους και ορισμένες θεσμικές δομές αντιμετωπίζουν το ζήτημα της υποκατάστασης του ΕΣΥ με μεγαλύτερο προβληματισμό.

Διακρίνονται ανάλογα με το αν αναγνωρίζουν ότι σε ένα μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό αναγκάζονται να το υποκαταστήσουν. Σε κάθε περίπτωση όμως τονίζουν ότι βασικό στοιχείο της δικής τους ενεργοποίησης είναι η διεκδίκηση αλλαγής πολιτικών στο χώρο της υγείας.

### **3.5.12 Σχέσεις με το Υπουργείο Υγείας**

Κατά την περίοδο υλοποίησης της έρευνας τόσο οι θεσμικές όσο και οι κινηματικές δομές δεν συνεργάζονταν με το Υπουργείο Υγείας. Οι λίγες δομές που έχουν απευθύνει αιτήματα στο Υπουργείο Υγείας δεν θεωρούν ότι διαμορφώνεται ένα πλαίσιο συνεργασίας ή έστω ότι υπάρχει μια επαρκής ανταπόκριση.

Για τις θεσμικές δομές, τα αιτήματα αφορούν κυρίως την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων όπως:

- α) ελλείψεις σε εμβόλια και εμβολιασμό,
- β) εξυπηρέτηση μεμονωμένων περιστατικών,
- γ) διαχείριση φαρμάκων,
- δ) πρόσβαση στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας για όλους.

Οι κινηματικές δομές αντιμετώπιζαν περισσότερο εχθρικά την παρελθούσα ηγεσία στο Υπουργείο Υγείας, καθώς τη θεωρούσαν εν πολλοίς υπεύθυνη για τον αποκλεισμό πολλών συμπολιτών τους από το ΕΣΥ, ενώ δείχνουν να προτιμούν περισσότερο το δρόμο της δημόσιας καταγγελίας και διαμαρτυρίας.

Ακολούθως, παρουσιάζεται η έρευνα που διεξήγαμε με τη μορφή ερωτηματολογίων, η οποία έρχεται να αναδείξει με σαφήνεια τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει το ΜΚΙΕ στην πρωτοβάθμια περίθαλψη του οικονομικά αδύναμου πληθυσμού, στην παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και στην προαγωγή της υγείας σε ανασφάλιστους, αλλά και σε ασφαλισμένους ασθενείς. Τέλος, σκιαγραφείται η συμβολή του στην προσπάθεια να ξεπεραστούν τα εμπόδια και να διασφαλιστεί το δικαίωμα πρόσβασης σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε ανασφάλιστους και ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

### **4.1 Σκοπός**

Κύριο σκοπό της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η αξιολόγηση της συμβολής των κοινωνικών ιατρείων στην προαγωγή της υγείας και την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στον οικονομικά αδύναμο πληθυσμό από τους εθελοντές του ΜΚΙΕ και ειδικότερα τη διερεύνηση της συσχέτισης των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων στη μελέτη με την αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ και του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ.

### **4.2 Υλικό και μέθοδος**

Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη στο χρονικό διάστημα 1/10/2016-31/10/2016 στο ΜΚΙΕ της Αθήνας. Οι συμμετέχοντες ήταν >18 ετών και ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από **51** εθελοντές του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού (ΜΚΙΕ) διαφορετικών ομάδων και τομέων του ΜΚΙΕ, όπως υποδοχή ασθενών, γραμματεία, φαρμακείο, ιατροί, κ.ά., οι οποίοι εξυπηρετούν οικονομικά αδύναμες ομάδες του πληθυσμού της Αττικής. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 72,9%. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε μετά από τη σχετική άδεια που παραχωρήθηκε από την Γενική Συνέλευση του ΜΚΙΕ. Για τη συγκέντρωση των απαιτούμενων πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο (βλ. Παράρτημα) το οποίο περιελάμβανε, εκτός των δημογραφικών στοιχείων, ερωτήσεις για την απασχόληση των εθελοντών στο ΜΚΙΕ, για τα χαρακτηριστικά των ατόμων που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ και την αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ και του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ.

### **4.3 Στατιστική Ανάλυση**

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  (chi-square test), ο ακριβής έλεγχος του Fisher και ο έλεγχος Monte-Carlo. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας κατηγορικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  για τάση (chi-square trend test).

Στην περίπτωση που η εξαρτημένη μεταβλητή ήταν διχοτόμος μεταβλητή και >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ( $p < 0,2$ ) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση (multivariate logistic regression). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι λόγοι των odds (odds ratios), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 20.0 (Statistical Package for Social Sciences).

### **4.4 Δεοντολογικά Ζητήματα**

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας είχαν εξασφαλιστεί οι απαραίτητες άδειες, από τα αρμόδια όργανα ενώ η συναίνεση των συμμετεχόντων εξασφαλίστηκε με την προφορική ενημέρωσή τους αναφορικά με το σκοπό και το περιεχόμενο της έρευνας. Επίσης, ενημερώθηκαν για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής τους στη μελέτη, με δεδομένη την εμπιστευτικότητα των στοιχείων τους και τη διατήρηση της ανωνυμίας τους.

## 4.5 Περιορισμοί

Οι σημαντικότεροι περιορισμοί της παρούσας μελέτης ήταν οι εξής:

1. Απουσία δείγματος από τους λήπτες/ωφελομένους των υπηρεσιών που προσφέρει το ΜΚΙΕ.
2. Το μικρό δείγμα των συμμετεχόντων λόγω του σχετικά χαμηλού ποσοστού απόκρισης.
3. Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν κυρίως από διοικητικούς υπαλλήλους και υπαλλήλους της Γραμματείας και όχι από τους ίδιους του παρόχους των υπηρεσιών υγείας, κυρίως λόγω του αυξημένου φόρτου εργασίας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από **51** εθελοντές του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού (ΜΚΙΕ) διαφορετικών ομάδων και τομέων του ΜΚΙΕ, όπως υποδοχή ασθενών, γραμματεία, φαρμακείο, ιατροί, κ.ά., οι οποίοι εξυπηρετούν οικονομικά αδύναμες ομάδες του πληθυσμού της Αττικής. Το ποσοστό απόκρισης ήταν 72,9%.

### 5.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη.

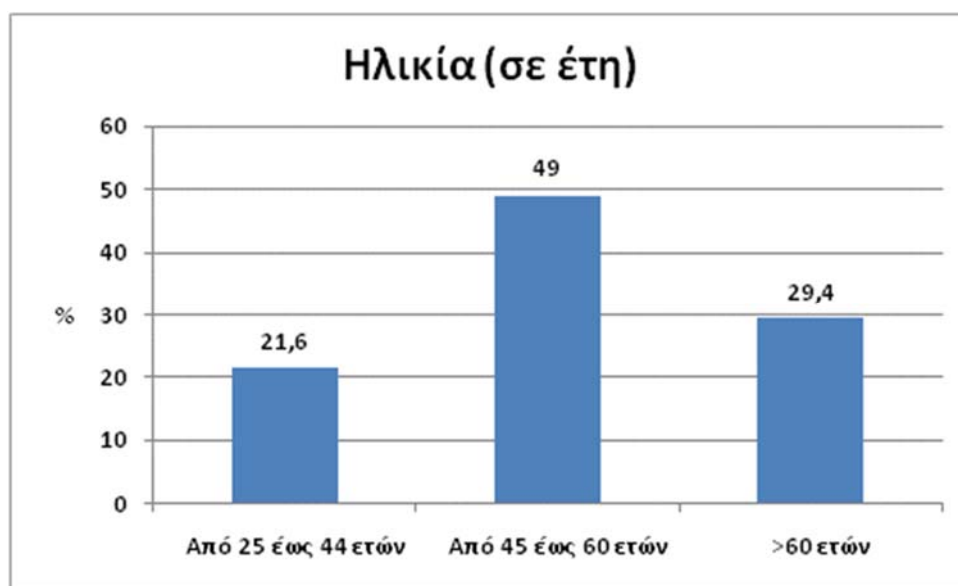
**Πίνακας 1:** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη

Χαρακτηριστικό	N (%)
<b>Φύλο</b>	
Άνδρας	12 (23,5)
Γυναίκα	39 (76,5)
<b>Ηλικία (σε έτη)</b>	
Από 25 έως 44 ετών	11 (21,6)
Από 45 έως 60ετών	25 (49,0)
>60 ετών	15 (29,4)
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	
Άγαμος(η)	11 (21,6)
Έγγαμος(η)	30 (58,8)
Διαζευγμένος(η)	4 (7,8)
Χήρος(α)	6 (11,8)
<b>Εκπαιδευτικό Επίπεδο</b>	
Γυμνάσιο/Λύκειο	13 (25,5)
ΑΕΙ/ΤΕΙ	33 (64,7)
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	5 (9,8)

<b>Εργασιακή κατάσταση</b>	
Άνεργος	6 (11,8)
Εργαζόμενος στο Δημόσιο Τομέα	6 (11,8)
Εργαζόμενος στον Ιδιωτικό Τομέα	15 (29,4)
Αυτοαπασχολούμενος	6 (11,8)
Οικιακά	9 (17,6)
Συνταξιούχος	9 (17,6)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα (n) και σχετική συχνότητα (%).

Το 76,5% των συμμετεχόντων στη μελέτη ήταν γυναίκες, το 21,6% ήταν ηλικίας από 25 έως 44 ετών, το 49% από 45 έως 60 ετών και το υπόλοιπο 29,4% πάνω από 60 ετών (Γράφημα 1).



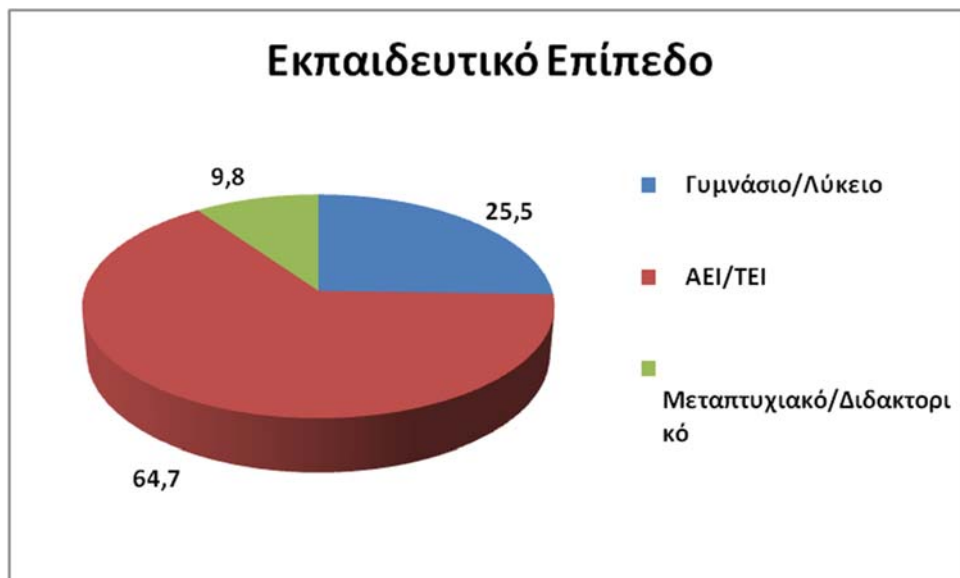
**Γράφημα 1:** Ηλικία (σε έτη) των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Το 58,8% των εθελοντών ήταν έγγαμοι(ες), το 21,6% ήταν άγαμοι(ες), το 11,8% χήροι(ες) και το υπόλοιπο 7,8% διαζευγμένοι(ες) (Γράφημα 2).



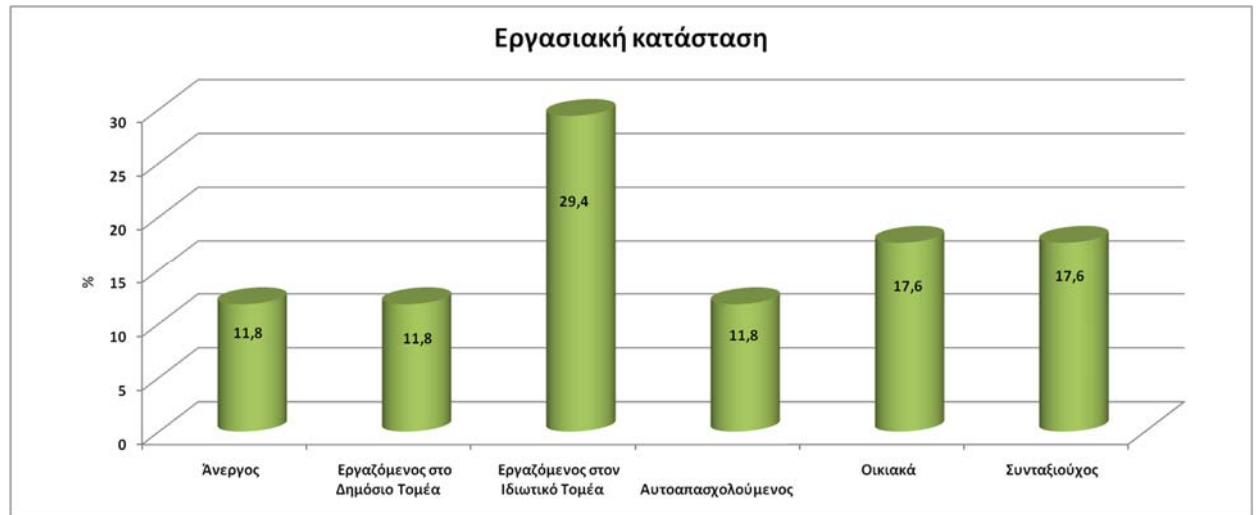
**Γράφημα 2:** Οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Το 64,7% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 25,5% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου και το υπόλοιπο 9,8% ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου (Γράφημα 3).



**Γράφημα 3:** Εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στη μελέτη.

Το 29,4% ήταν εργαζόμενοι στον Ιδιωτικό Τομέα, το 17,6% ασχολούνταν με τα οικιακά, το 17,6% ήταν συνταξιούχοι και το υπόλοιπο 35,4% ήταν αυτοαπασχολούμενοι, εργαζόμενοι στο Δημόσιο Τομέα και άνεργοι (Γράφημα 4).



**Γράφημα 4:** Εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων στη μελέτη.

## 5.2 Απασχόληση στο ΜΚΙΕ

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται στοιχεία αναφορικά με την απασχόληση των συμμετεχόντων στη μελέτη στο ΜΚΙΕ.

Πίνακας 2: Απασχόληση στο ΜΚΙΕ

Χαρακτηριστικό	N (%)
<b>Ομάδα εθελοντών</b>	
Γραμματεία	21 (41,2)
Διοικητικό προσωπικό (ομάδα υποδοχής ασθενών, ομάδα επικοινωνίας, διοργάνωσης εκδηλώσεων κ.λπ.)	12 (23,5)
Πάροχοι υπηρεσιών υγείας	3 (5,9)
Φαρμακείο	15 (29,4)
<b>Ώρες απασχόλησης εβδομαδιαίως στο ΜΚΙΕ</b>	
Λιγότερες από 4	21 (41,2)
Από 4 έως 6	18 (35,3)
Περισσότερες από 6	12 (23,5)

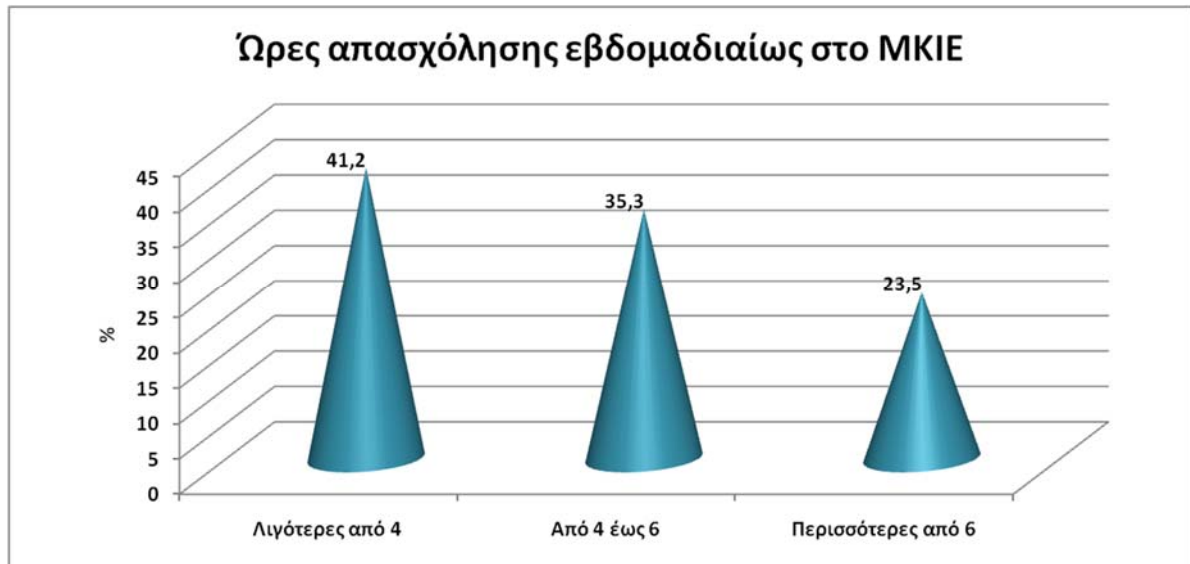
Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα (n) και σχετική συχνότητα (%).

Το 41,2% των εθελοντών δούλευαν στη Γραμματεία, το 29,4% στο Φαρμακείο, το 23,5% ανήκε στο Διοικητικό προσωπικό και το υπόλοιπο 5,9% ήταν πάροχοι υπηρεσιών υγείας (Γράφημα 5).



Γράφημα 5: Ομάδες εθελοντών.

Το 41,2% των εθελοντών δούλευαν λιγότερο από 4 ώρες εβδομαδιαίως, το 35,3% από 4 έως 6 και το υπόλοιπο 23,5% περισσότερες από 6 (Γράφημα 6).



**Γράφημα 6:** Ώρες απασχόλησης εβδομαδιαίως στο ΜΚΙΕ.

### 5.3 Χαρακτηριστικά των ατόμων που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των ατόμων που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ

Πίνακας 3: Χαρακτηριστικά των ατόμων που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ

Χαρακτηριστικό	N (%)
<b>Στο ΜΚΙΕ απευθύνονται μόνο ανασφάλιστοι ασθενείς;</b>	
Όχι	44 (86,3)
Ναι	7 (13,7)
<b>Οι ασφαλισμένοι ασθενείς που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ έχουν προηγουμένως απευθυνθεί στο ΕΣΥ;</b>	
Ναι	26 (51,0)
Δεν γνωρίζω	25 (49,0)
<b>Υπάρχουν ασθενείς που παραπέμπονται στο ΜΚΙΕ από το ΕΣΥ ή αλλού για να πάρουν φαρμακευτική αγωγή;</b>	
Ναι	38 (76,0)
Δεν γνωρίζω	12 (24,0)
<b>Νοσήματα από τα οποία πάσχουν οι <u>ασφαλισμένοι</u> ασθενείς που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ</b>	
Καρκίνος	28 (54,9)
Στεφανιαία νόσος	37 (72,5)
Σακχαρώδης διαβήτης	38 (74,5)
Αρτηριακή υπέρταση	36 (70,6)
Αυτοάνοσα νοσήματα	21 (41,2)
Οδοντιατρικές παθήσεις	24 (47,1)
Εμβολιασμός	24 (47,1)
Άλλο	15 (29,4)
<b>Νοσήματα από τα οποία πάσχουν οι <u>ανασφάλιστοι</u> ασθενείς που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ</b>	

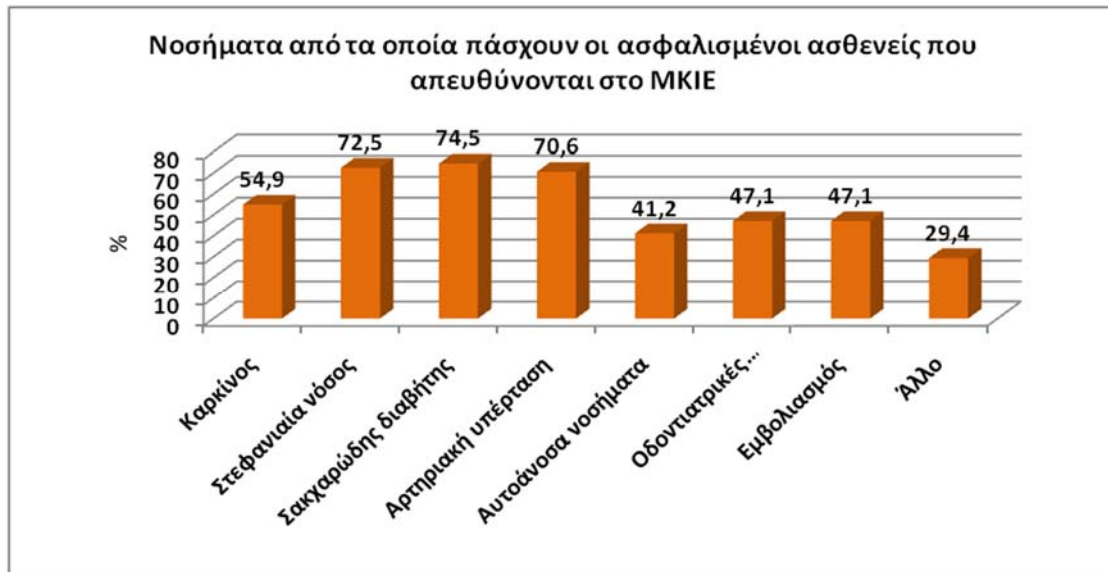
Καρκίνος	32 (62,7)
Στεφανιαία νόσος	40 (78,4)
Σακχαρώδης διαβήτης	43 (84,3)
Αρτηριακή υπέρταση	43 (84,3)
Αυτοάνοσα νοσήματα	24 (47,1)
Οδοντιατρικές παθήσεις	29 (56,9)
Εμβολιασμός	30 (58,8)
Άλλο	15 (29,4)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα (n) και σχετική συχνότητα (%).

Το 86,3% των εθελοντών ανέφεραν ότι στο ΜΚΙΕ δεν απευθύνονται μόνο ανασφάλιστοι ασθενείς, το 51% ότι οι ασφαλισμένοι ασθενείς που απευθύνονταν στο ΜΚΙΕ είχαν προηγουμένως απευθυνθεί στο ΕΣΥ και το 76% ότι υπάρχουν ασθενείς που παραπέμπονται στο ΜΚΙΕ από το ΕΣΥ ή αλλού για να πάρουν φαρμακευτική αγωγή.

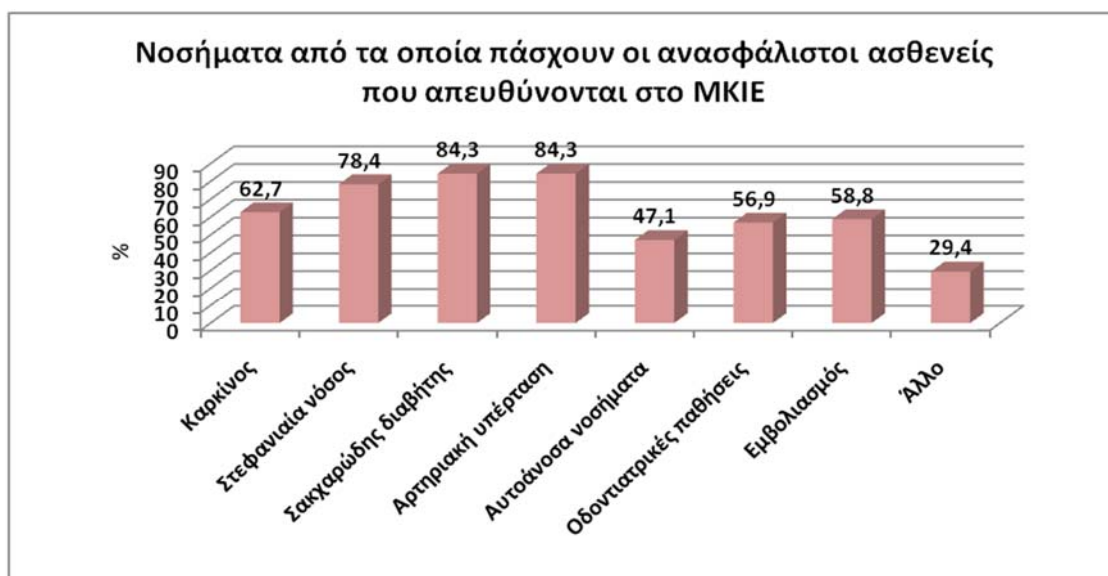
Το 54,9% των ασφαλισμένων ασθενών που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ πάσχουν από καρκίνο, το 72,5% από στεφανιαία νόσο, το 74,5% από σακχαρώδη διαβήτη, το 70,6% από αρτηριακή υπέρταση, το 41,2% από αυτοάνοσα νοσήματα, το 47,1% από οδοντιατρικές παθήσεις, το 47,1% για εμβολιασμό και το 29,4% για άλλη πάθηση/λόγους (Γράφημα 7).





**Γράφημα 7:** Νοσήματα από τα οποία πάσχουν οι ασφαλισμένοι ασθενείς που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ.

Το 62,7% των ανασφάλιστων ατόμων που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ πάσχουν από καρκίνο, το 78,4% από στεφανιαία νόσο, το 84,3% από σακχαρώδη διαβήτη, το 84,3% από αρτηριακή υπέρταση, το 47,1% από αυτοάνοσα νοσήματα, το 56,9% από οδοντιατρικές παθήσεις, το 58,8% για εμβολιασμό και το 29,4% για άλλη πάθηση/λόγους (Γράφημα 8).



**Γράφημα 8:** Νοσήματα από τα οποία πάσχουν οι ανασφάλιστοι ασθενείς που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ.

## 5.4 Αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ και του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ

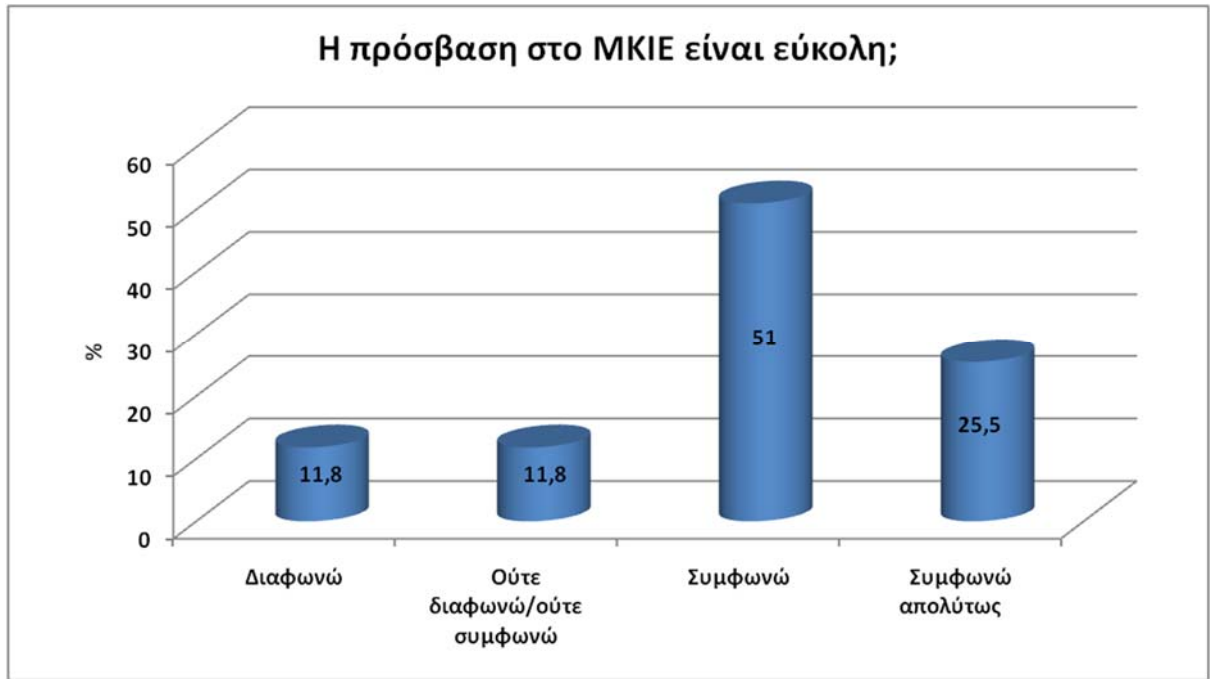
Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της αξιολόγησης της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ και του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ από τους συμμετέχοντες στη μελέτη.

**Πίνακας 4:** Αξιολόγηση της πρόσβασης στο ΜΚΙΕ και του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ

Χαρακτηριστικό	N (%)
<b>Η πρόσβαση στο ΜΚΙΕ είναι εύκολη;</b>	
Διαφωνώ	6 (11,8)
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	6 (11,8)
Συμφωνώ	26 (51,0)
Συμφωνώ απολύτως	13 (25,5)
<b>Οι ασθενείς που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ λαμβάνουν καλό επίπεδο υπηρεσιών υγείας;</b>	
Διαφωνώ	1 (2,0)
Ούτε διαφωνώ/ούτε συμφωνώ	8 (15,7)
Συμφωνώ	24 (47,1)
Συμφωνώ απολύτως	18 (35,3)

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα (n) και σχετική συχνότητα (%).

Το 76,5% των εθελοντών συμφώνησαν/συμφώνησαν απολύτως με το ότι η πρόσβαση στο ΜΚΙΕ είναι εύκολη (Γράφημα 9) και το 82,4% συμφώνησαν/συμφώνησαν απολύτως με το ότι οι ασθενείς που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ λαμβάνουν καλό επίπεδο υπηρεσιών υγείας (Γράφημα 10).



**Γράφημα 9:** Αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ.



**Γράφημα 10:** Αξιολόγηση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ.

## 5.5 Συσχετίσεις

### 5.5.1 Εξαρτημένη μεταβλητή: Αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στην αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη.

**Πίνακας 5:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στην αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη

Χαρακτηριστικό	Η πρόσβαση στο ΜΚΙΕ είναι εύκολη;		Τιμή p (p value)
	Όχι	Ναι	
<b>Φύλο</b>			0,584 <sup>α</sup>
Άνδρας	3 (25,0)	9 (23,1)	
Γυναίκα	9 (75,0)	30 (76,9)	
<b>Ηλικία (σε έτη)</b>			0,821 <sup>β</sup>
Από 25 έως 44 ετών	3 (25,0)	8 (20,5)	
Από 45 έως 60ετών	6 (50,0)	19 (48,7)	
>60 ετών	3 (25,0)	12 (30,8)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			0,415 <sup>γ</sup>
Άγαμος(η)	4 (33,3)	7 (17,9)	
Έγγαμος(η)	7 (58,3)	23 (59,0)	
Διαζευγμένος(η)	1 (8,3)	3 (7,7)	
Χήρος(α)	0 (0,0)	6 (15,4)	
<b>Εκπαιδευτικό Επίπεδο</b>			<b>0,147<sup>β</sup></b>
Γυμνάσιο/Λύκειο	3 (25,0)	10 (25,6)	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	5 (41,7)	28 (71,8)	
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	4 (33,3)	1 (2,6)	
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>			0,231 <sup>γ</sup>

Άνεργος	2 (16,7)	4 (10,3)	
Εργαζόμενος στο Δημόσιο Τομέα	0 (0,0)	6 (15,4)	
Εργαζόμενος στον Ιδιωτικό Τομέα	5 (41,7)	10 (25,6)	
Αυτοαπασχολούμενος	3 (25,0)	3 (7,7)	
Οικιακά	1 (8,3)	8 (20,5)	
Συνταξιούχος	1 (8,3)	8 (20,5)	
<b>Ομάδα εθελοντών</b>			<b>0,174<sup>γ</sup></b>
Γραμματεία	4 (33,3)	17 (43,6)	
Διοικητικό προσωπικό (ομάδα υποδοχής ασθενών, ομάδα επικοινωνίας, διοργάνωσης εκδηλώσεων κ.λπ.)	4 (33,3)	8 (20,5)	
Πάροχοι υπηρεσιών υγείας	2 (16,7)	1 (2,6)	
Φαρμακείο	2 (16,7)	13 (33,3)	
<b>Ώρες απασχόλησης εβδομαδιαίως στο ΜΚΙΕ</b>			<b>0,219<sup>β</sup></b>
Λιγότερες από 4	4 (33,3)	17 (43,6)	
Από 4 έως 6	3 (25,0)	15 (38,5)	
Περισσότερες από 6	5 (41,7)	7 (17,9)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα (n) και σχετική συχνότητα (%).

<sup>α</sup> Ακριβής έλεγχος του Fisher.

<sup>β</sup> Έλεγχος  $\chi^2$  για τάση

<sup>γ</sup> Έλεγχος Monte-Carlo.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) μεταξύ της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ και του εκπαιδευτικού επιπέδου και της ομάδας εθελοντών.

Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον Πίνακα 6.

**Πίνακας 6:** Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ (Όχι εύκολη πρόσβαση: κατηγορία αναφοράς).

	<b>Λόγος των odds</b>	<b>95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον λόγο των odds</b>	<b>Τιμή p</b>
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο (Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό: κατηγορία αναφοράς)</b>			
Γυμνάσιο/Λύκειο	13,333	1,048 έως 169,557	0,046
ΑΕΙ/ΤΕΙ	22,400	2,055 έως 244,217	0,011

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι εθελοντές με εκπαιδευτικό επίπεδο Γυμνασίου/Λυκείου και ΑΕΙ/ΤΕΙ αξιολόγησαν συχνότερα την πρόσβαση στο ΜΚΙΕ ως εύκολη σε σχέση με τους εθελοντές με εκπαιδευτικό επίπεδο Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού.

Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 23,2% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής.

### 5.5.2 Εξαρτημένη μεταβλητή: Αξιολόγηση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στην αξιολόγηση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη.

**Πίνακας 7:** Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στην αξιολόγηση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη

Χαρακτηριστικό	Οι ασθενείς που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ έχουν καλές υπηρεσίες υγείας;		Τιμή p (p value)
	Όχι	Ναι	
<b>Φύλο</b>			0,646 <sup>a</sup>
Άνδρας	2 (22,2)	10 (23,8)	
Γυναίκα	7 (77,8)	32 (76,2)	
<b>Ηλικία (σε έτη)</b>			0,542 <sup>B</sup>
Από 25 έως 44 ετών	2 (22,2)	9 (21,4)	
Από 45 έως 60ετών	4 (44,4)	21 (50,0)	
>60 ετών	3 (33,3)	12 (28,6)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>			<b>0,021<sup>γ</sup></b>
Άγαμος(η)	2 (22,2)	9 (21,4)	
Έγγαμος(η)	4 (44,4)	26 (61,9)	
Διαζευγμένος(η)	3 (33,3)	1 (2,4)	
Χήρος(α)	0 (0,0)	6 (14,3)	
<b>Εκπαιδευτικό Επίπεδο</b>			0,521 <sup>B</sup>
Γυμνάσιο/Λύκειο	2 (22,2)	11 (26,2)	
ΑΕΙ/ΤΕΙ	6 (66,7)	27 (64,3)	
Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	1 (11,1)	4 (9,5)	
<b>Εργασιακή κατάσταση</b>			<b>0,120<sup>γ</sup></b>
Άνεργος	3 (33,3)	3 (7,1)	

Εργαζόμενος στο Δημόσιο Τομέα	1 (11,1)	5 (11,9)	
Εργαζόμενος στον Ιδιωτικό Τομέα	4 (44,4)	11 (26,2)	
Αυτοαπασχολούμενος	0 (0,0)	6 (14,3)	
Οικιακά	0 (0,0)	9 (21,4)	
Συνταξιούχος	1 (11,1)	8 (19,0)	
<b>Ομάδα εθελοντών</b>			0,430 <sup>γ</sup>
Γραμματεία	2 (22,2)	19 (45,2)	
Διοικητικό προσωπικό (ομάδα υποδοχής ασθενών, ομάδα επικοινωνίας, διοργάνωσης εκδηλώσεων κ.λπ.)	3 (33,3)	9 (21,4)	
Πάροχοι υπηρεσιών υγείας	0 (0,0)	3 (7,1)	
Φαρμακείο	4 (44,4)	11 (26,2)	
<b>Ώρες απασχόλησης εβδομαδιαίως στο ΜΚΙΕ</b>			0,496 <sup>β</sup>
Λιγότερες από 4	2 (22,2)	19 (45,2)	
Από 4 έως 6	5 (55,6)	13 (31,0)	
Περισσότερες από 6	2 (22,2)	10 (23,8)	

Οι τιμές εκφράζονται ως απόλυτη συχνότητα (n) και σχετική συχνότητα (%).

<sup>α</sup> Ακριβής έλεγχος του Fisher.

<sup>β</sup> Έλεγχος  $\chi^2$  για τάση

<sup>γ</sup> Έλεγχος Monte-Carlo.

Στη διμεταβλητή ανάλυση, βρέθηκε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) ανάμεσα στην αξιολόγηση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ και της οικογενειακής και εργασιακής κατάστασης. Για τον λόγο αυτόν, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, στην οποία κανένα δημογραφικό χαρακτηριστικό δεν σχετιζόταν με την αξιολόγηση του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η έρευνα βασίστηκε στις απαντήσεις των εθελοντών του Μητροπολιτικού Κοινωνικού Ιατρείου Ελληνικού (ΜΚΙΕ), που προέρχονταν από διαφορετικές ομάδες και τομείς του ιατρείου. Αυτό εξασφάλισε τη διασπορά και την αντικειμενικότητα των εξαγόμενων συμπερασμάτων.

### **6.1 Δημογραφικά στοιχεία**

#### **6.1.1 Φύλο**

Περίπου 3 στους 4 εθελοντές που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ήταν γυναίκες κάτι που συμφωνεί με την ποσοστιαία σύνθεση των εθελοντών στο ΜΚΙΕ συνολικά (5% άνδρες-95% γυναίκες) Επιπλέον, όπως φαίνεται και από άλλες μελέτες το ποσοστό γυναικών σε εθελοντικές δομές ξεπερνά εκείνο των αντρών. Γενικότερα, η φιλανθρωπία και ο εθελοντισμός χρησιμοποιήθηκε από το γυναικείο φύλο από παλαιότερα για την εμπλοκή στην πολιτική και διέξοδος από το στενό οικογενειακό περιβάλλον (Farnan, 1989).

#### **6.1.2 Ηλικία**

Το 50% των ερωτηθέντων ήταν από 45 έως 60 ετών. Συνεπώς 1 στους 2 εθελοντές είναι μεσήλικες. Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τη μεγαλύτερη σε διάρκεια και όγκο μελέτη, The Harvard Adult Developmental Study, του Πανεπιστημίου του Harvard, (Waldinger, 2014) οι επιλογές και ο τρόπος ζωής που κάνουμε, οι ποιότητα των σχέσεων που έχουμε στην μέση ηλικία καθορίζουν το πόσο θα ζήσουμε και την ποιότητα ζωής που θα έχουμε.

### **6.1.3 Οικογενειακή κατάσταση**

Επίσης, περίπου 6 στους 10 εθελοντές (58,8%) που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν έγγαμοι. Είναι αξιοσημείωτο, δεδομένης και της οικονομικής συγκυρίας, ότι άνθρωποι με οικογενειακές υποχρεώσεις βρίσκουν χρόνο για ενασχόληση με τον εθελοντισμό.

### **6.1.4 Μορφωτικό επίπεδο**

Επιπλέον, το 65% περίπου ήταν απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ), κάτι που αποτελεί μια ένδειξη ότι οι άνθρωποι με υψηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν αναπτυγμένο το αίσθημα του εθελοντισμού και της αλληλεγγύης. Εξάλλου, όπως αποδεικνύεται από μελέτες, οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης εξοικειώνονται με τέτοιες νόρμες κοινωνικής συμπεριφοράς και υπευθυνότητες σε σχέση με τους συνομηλίκους τους που δεν τυγχάνουν αντίστοιχης εκπαίδευσης (Sullivan, 2010).

### **6.1.5 Εργασιακή κατάσταση**

Σε ό, τι αφορά την εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων στην μελέτη διαπιστώθηκε πως το υψηλότερο ποσοστό αντιστοιχεί σε εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα (35,4%), πράγμα εντυπωσιακό δεδομένου του φόρτου εργασίας και της οικονομικής συγκυρίας (υπερφορολόγηση ιδιωτικού τομέα, μείωση μισθών κλπ). Τα υπόλοιπα ποσοστά που αντιστοιχούν σε συνταξιούχους (17,6%), μη εργαζόμενους/οικιακά (17,6%), εργαζόμενους στον δημόσιο τομέα (11,8%), αυτοαπασχολούμενοι (11,8%) και άνεργους (11,8%) είναι όλα κάτω του 20%. Αυτό αποτελεί παράδοξο, καθώς όλες οι παραπάνω κατηγορίες ανθρώπων έχουν πολύ περισσότερο ελεύθερο χρόνο από έναν εργαζόμενο στον ιδιωτικό τομέα με την εξαίρεση ίσως των αυτοαπασχολούμενων που ακόμα και αν δεν έχουν ελεύθερο χρόνο έχουν σίγουρα ευέλικτο ωράριο εργασίας.

## 6.2 Εθελοντές και ΜΚΙΕ

Από την μελέτη των απαντήσεων των συμμετεχόντων προέκυψε ότι 1 στους 3 εργάζεται στο Φαρμακείο (29%), ενώ το 70% όσων απάντησαν εργάζεται στην Γραμματεία ( 41%) και σε διοικητικές λειτουργίες του ιατρείου(23%) ,ενώ μόνο 6% ήταν Πάροχοι Υπηρεσιών υγείας.

Το ποσοστό των εθελοντών που απασχολείται στην οργάνωση-διοίκηση του ιατρείου, πιθανώς να αποτελεί κι ένα συστατικό της επιτυχημένης λειτουργίας του ιατρείου. Επιτυγχάνεται ταχεία πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, δεδομένου ότι ένας ικανός αριθμός εθελοντών ασχολείται με την υποδοχή ασθενούς, έλεγχο πληρούμενων δικαιολογητικών, κλείσιμο ραντεβού και συνεπακόλουθη επαφή με τον πάροχο υπηρεσίας υγείας (contact coverage).

Περίπου 7 στους 10 συμμετέχοντες (76,5%) απασχολούνται έως 6 ώρες στο ΜΚΙΕ που είναι ένα σημαντικό μέρος της ημέρας ή της εβδομάδας τους το οποίο αφιερώνουν στην εθελοντική δράση.

## 6.3 Χαρακτηριστικά των ατόμων που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ

Ερευνώντας τα χαρακτηριστικά των ατόμων που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ με βάση τις πληροφορίες των συμμετεχόντων διαπιστώθηκε ότι σχεδόν 8 στους 10 απαντά ότι το ΜΚΙΕ δεν απευθύνεται μόνο σε ανασφάλιστους. Επιπλέον, το πολύ εντυπωσιακό στοιχείο είναι ότι παραπάνω από τους μισούς ερωτηθέντες (56%) γνωρίζουν ότι οι άνθρωποι που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ έχουν προηγουμένως απευθυνθεί στο ΕΣΥ. Το ανωτέρω γεγονός καταδεικνύει περίτρανα την πολύ σημαντική θέση που κατέχει το ΜΚΙΕ στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ενώ σε πολλές περιπτώσεις καταλήγει να είναι ο μοναδικός φορέας που υποκαθιστά το κοινωνικό κράτος .

Τέλος, 3 στους 4 ερωτηθέντες ( 76%) γνωρίζει ότι στο ιατρείο απευθύνονται ασθενείς από το ΕΣΥ ή αλλού για να πάρουν δωρεάν φαρμακευτική αγωγή.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η φαρμακευτική αγωγή συχνά είναι μέρος της δευτεροβάθμιας περίθαλψης ενός ασθενούς π.χ. ένα ακριβό αντινεοπλασματικό φάρμακο που ο ασθενής αδυνατεί να πληρώσει και το ΕΣΥ αδυνατεί να καλύψει,

οπότε πλέον εμφανίζεται το εξής παράδοξο φαινόμενο, ένας φορέας α΄βάθμιας περίθαλψης να είναι ρυθμιστής ή και εγγυητής της β΄βάθμιας περίθαλψης.

#### **6.4 Νοσήματα ασφαλισμένων και ανασφάλιστων ασθενών ΜΚΙΕ**

Οι ασθενείς που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ είτε ασφαλισμένοι είτε ανασφάλιστοι πάσχουν στην συντριπτική τους πλειοψηφία από σοβαρά, χρόνια και απειλητικά για την ζωή νοσήματα με κύρια τον Σακχαρώδη Διαβήτη, την Στεφανιαία Νόσο, την Αρτηριακή Υπέρταση και τον Καρκίνο.

Τα ανωτέρω νοσήματα αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου και αναπηρίας στον αναπτυγμένο κόσμο και ως εκ τούτου ο έλεγχος της εκδήλωσής τους, η σωστή τους παρακολούθηση, αλλά και ο περιορισμός των επιπλοκών τους, αποτελούν στόχο των εκάστοτε διεθνών οργανισμών και κρατικών συστημάτων υγείας. (WHO, factsheets 10 κύριες αιτίες θανάτου παγκοσμίως, 2014)

Πιο συγκεκριμένα, οι ανασφάλιστοι του ΜΚΙΕ που πάσχουν από Σακχαρώδη διαβήτη ανέρχονται στο 84,3% ,οι υπερτασικοί στο 84,3%-συχνά Υπέρταση και Σακχαρώδης διαβήτης συνυπάρχουν-, οι πάσχοντες από Στεφανιαία νόσο στο 78,4%, ενώ οι καρκινοπαθείς στο 62,7 %. Αξίζει να σημειωθεί ότι πολλοί από τους παραπάνω ασθενείς πριν απευθυνθούν στο ΜΚΙΕ, είχαν διακόψει τη φαρμακευτική τους αγωγή ή είχαν τιτλοποιήσει προς τα κάτω τη δοσολογία λόγω οικονομικών δυσκολιών με αποτέλεσμα να είναι αρρυθμιστοι με ό,τι αυτό συνεπάγεται για ένα χρόνο και σοβαρό νόσημα του (δυσκολία στη ρύθμιση, επιπλοκές κ.α.).

Αναφορικά με τους καρκινοπαθείς ασθενείς πολλοί έφταναν στο ΜΚΙΕ-ειδικά τον πρώτο καιρό λειτουργίας του- σε πολύ προχωρημένα στάδια, ακριβώς λόγω αδυναμίας του ΕΣΥ να τους εξυπηρετήσει. Μετά τον νόμο ν. 4368/2016 και την ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 που παρέχει το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, αλλά και την κινητοποίηση διαφόρων αντικαρκινικών κλινικών π.χ. του νοσοκομείου Σωτηρία, του Αγίου Σάββα κ.α. δεν παρατηρούνται τέτοιες ακραίες καταστάσεις. Ωστόσο, συχνά το ΜΚΙΕ, όπως και άλλα Κοινωνικά Ιατρεία

λειτουργούν ως μοχλός πίεσης προς το ΕΣΥ, προκειμένου το τελευταίο να εφαρμόσει τους νόμους.

Δεν είναι λίγες οι καταγγελίες ασθενών του ΜΚΙΕ που έλαβαν ειδοποιητήρια από λογιστήρια κρατικών νοσοκομείων ,εξιτήρια χωρίς να υποβληθούν σε εγχειρήσεις ή εξετάσεις λόγω απώλειας της ασφαλιστικής ικανότητας ή άγνοιας του νόμου από την πλευρά του διοικητικού προσωπικού κλπ. Επιπλέον, πολλοί απευθύνονται στο ΜΚΙΕ για οδοντιατρικές παθήσεις, αυτοάνοσα νοσήματα και εμβολιασμό, καθώς και άλλα νοσήματα (γυναικολογικά, νευρολογικά, ψυχιατρικά, ψυχολογικά κ.α.)

Ειδικά, τα υψηλά ποσοστά εμβολιασμού ανάμεσα σε ασφαλισμένους (47,1%) και ανασφάλιστους (58,8%) καταδεικνύουν την μεγάλη συμβολή του ΜΚΙΕ στην προληπτική ιατρική και στη δημόσια υγεία.

## **6.5 Αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ και των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το ΜΚΙΕ.**

Σε ό, τι αφορά την αξιολόγηση της ευκολίας πρόσβασης στο ΜΚΙΕ το 76,5% των ερωτηθέντων την αξιολόγησε ως εύκολη. Πιο θετικά εκφράστηκαν οι απόφοιτοι Γυμνασίου –Λυκείου και ΑΕΙ-ΤΕΙ, σε αντίθεση με τους κατόχους Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού τίτλου σπουδών που δεν την αξιολόγησαν τόσο συχνά ως εύκολη. Μια πιθανή ερμηνεία αυτής της παρατήρησης που προέκυψε μετά από την εφαρμογή πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης είναι ότι το μορφωτικό επίπεδο σχετίζεται με υψηλότερα πρότυπα υγείας, πιθανώς και με υψηλότερα εισοδήματα, όπου η αγορά υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα είναι πιο πρόσφορη και ταχεία.

Στην συντριπτική τους πλειοψηφία οι εθελοντές απάντησαν ότι οι παρεχόμενες από το ΜΚΙΕ υπηρεσίες υγείας είναι πολύ καλές και μάλιστα αυτή η εδραιωμένη τους άποψη δεν είχε καμία συσχέτιση με το φύλο, την εργασιακή κατάσταση ,την εκπαίδευσή τους ή το πόστο που εργάζονταν ή τις ώρες που δαπανούσαν στο ΜΚΙΕ, όπως προέκυψε από την πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση. Μια πιθανή ερμηνεία αυτού του φαινομένου είναι οι πραγματικά πολύ καλές υπηρεσίες υγείας των κοινωνικών ιατρείων, πράγμα πανθομολογούμενο και αρκετά διερευνημένο από μελέτες.

Μια άλλη ερμηνεία βρίσκεται στα κίνητρα του εθελοντισμού, στη βαθιά πίστη και την πεποίθηση ότι αυτό που παρέχεται έχει μεγάλη αξία τόσο για τον ωφελούμενο όσο και για αυτόν που το προσφέρει. Δεν είναι λίγες οι μελέτες που συσχετίζουν την κοινωνική προσφορά και υποστήριξη με την υγεία. Πιο συγκεκριμένα μιλούν ακόμη και για ενεργοποίηση νευρώνων όπου εδράζονται κέντρα ασφάλειας και ικανοποίησης και απενεργοποίηση νευρώνων με αρνητικά αισθήματα πχ απειλής (Eisenberger, 2013)

## **6.6 Σύγκριση των αποτελεσμάτων με άλλες μελέτες**

Παρατηρούμε ότι η έρευνα που εκπονήσαμε επιβεβαιώνει ή συμφωνεί σε μεγάλο βαθμό με τα συμπεράσματα της Πανελλαδικής έρευνας του ΙΝΕ της ΓΣΕΕ για τα κοινωνικά ιατρεία. Υπάρχουν σαφείς ομοιότητες στον τρόπο λειτουργίας του ΜΚΙΕ με τα υπόλοιπα κοινωνικά ιατρεία στη χώρα, ιδιαίτερα με εκείνα που στηρίζονται σε κινηματικές δομές. Επίσης, η έρευνα της ΓΣΕΕ διαπιστώνει σημαντικές ελλείψεις στο σύστημα υγείας που αφενός οδήγησαν στην δημιουργία των κοινωνικών ιατρείων, αφετέρου καθιστούν σαφές ότι τα κοινωνικά ιατρεία «κινδυνεύουν» να το αντικαταστήσουν. Ακριβώς το ίδιο συμπεράναμε και στη δική μας έρευνα, με την συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων να απαντούν ότι στο ΜΚΙΕ απευθύνονται και ασθενείς που προηγουμένως έχουν απευθυνθεί στο ΕΣΥ. Ακόμα, η έρευνα της ΓΣΕΕ διαπιστώνει ότι τα κοινωνικά ιατρεία ανταποκρίνονται στα αιτήματα των ασθενών άμεσα και με συστηματικό τρόπο, κάτι που συμπεράναμε και στη δική μας μελέτη για το ΜΚΙΕ. Τέλος, διαπιστώθηκαν κοινά συμπεράσματα σχετικά με τις ελλείψεις στον εμβολιασμό που αναφέρονται στην έρευνα της ΓΣΕΕ και στην αναγνώριση του εμβολιασμού ως έναν από τους βασικούς λόγους επισκέψεων στο ΜΚΙΕ.

Συνολικά, μπορούμε να πούμε ότι η δική μας έρευνα είναι μια έρευνα μικρότερης κλίμακας, τα συμπεράσματα της οποίας όμως βρίσκονται σε συμφωνία με την έρευνα ΙΝΕ της ΓΣΕΕ, ειδικότερα στο κομμάτι των κινηματικών δομών στο χώρο της υγείας. Επίσης, μερικές ακόμα έρευνες σε επίπεδο διατριβών, παρουσιάζουν στοιχεία είτε για το ΜΚΙΕ είτε για τα ΚΙ εν γένει που έρχονται σε συμφωνία με τα δικά μας. Είτε εξετάζουν τα κοινωνικά ιατρεία από κοινωνιολογικής σκοπιάς ως εστίες αντίστασης

στην κρίση (Μάτσα, 2013), είτε ως μορφές κοινωνικής και πολιτικής δράσης (Κουσουλέντη, 2014), είτε πάλι μετρούν την ικανοποίηση των ασθενών που τα επισκέπτονται (Χρά, 2015), τα αποτελέσματα έρχονται σε απόλυτη συμφωνία με αυτά της δικής μας μελέτης.

Συντείνουν δηλαδή, όλες οι μελέτες στο ότι τα ΚΙ είναι απόρροια της αντίστασης και της αλληλεγγύης των ανθρώπων στην κρίση. Είναι δομές με αυτό-οργάνωση και οργάνωση σε ομάδες κι όχι με ιεραρχική διαβάθμιση. Λειτουργούν σαν μοχλός πίεσης προς το ΕΣΥ, συχνά το συμπληρώνουν κι ενίοτε το υποκαθιστούν. Επίσης, δρουν καταγγελτικά στα κακώς κείμενα του ΕΣΥ.

Το ΜΚΙΕ, ένα από τα παλαιότερα ΚΙ είναι πολύ καλά οργανωμένο, έχει διείσδυση και ευρεία αποδοχή στην περιοχή της Αττικής, αλλά και πανελληνίως. Οι υπηρεσίες του είναι πολύ καλές, όπως φαίνεται από την μελέτη μας, που αξιοποίησε πληροφορίες εθελοντών, αλλά και τις μελέτες άλλων ερευνητών που μέτρησαν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών

Η εφαρμογή πλαισίου Ταναχάσι στο ΜΚΙΕ έδειξε ότι πληροί σε μεγάλο βαθμό και τα πέντε σκέλη του πλαισίου (διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας, προσβασιμότητα, επαφή, αποδοχή της φροντίδας, αποτελεσματική φροντίδα), όπως διεξοδικά αναλύθηκε.

Αυτό που αποτελεί πρόκληση για το μέλλον του Ελληνικού Συστήματος υγείας είναι να βελτιωθεί τόσο η ΠΦΥ, ώστε να είναι απρόσκοπτη η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας των ατόμων που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες. Κάτι τέτοιο θα οδηγήσει σε διακοπή της λειτουργίας των ΚΙ, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγεται και το ΜΚΙΕ, με τον τρόπο που λειτουργούν σήμερα (συμπληρωματικά του ΕΣΥ-καταγγελτικά). Ίσως, το ευκαταίο θα είναι να οδηγηθούν τα ΚΙ στον σταδιακό μετασχηματισμό και την ενσωμάτωσή τους σε ένα λειτουργικό και αποδοτικό σύστημα υγείας, χωρίς διακρίσεις και αποκλεισμούς.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

Βαρουφάκης, Ι. (2011). Ο Παγκόσμιος Μινώταυρος. Εκδόσεις .Α.Α. Λιβάνη.  
ISBN: 978-960-14-2495-8

Κουσουλέντη, Χ. (2014), Τα κοινωνικά ιατρεία και φαρμακεία ως νέα μορφή κοινωνικής και πολιτικής δράσης. Η περίπτωση του ΜΚΙΕ.  
<http://pandemos.panteion.gr/index.php?op=record&pid=iid:7764&lang=el>

Μάτσα, Κ. (2013), Ιατρεία και Φαρμακεία Κοινωνικής Αλληλεγγύης:  
Εστίες αντίστασης στην ανθρωπιστική κρίση.  
[https://issuu.com/koinoniaher/docs/koinonika\\_iatreia\\_panteio](https://issuu.com/koinoniaher/docs/koinonika_iatreia_panteio)

Μητρόπουλος, Ι. (2000). Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας. Εκδόσεις ΕΑΠ, Πάτρα ISBN: 9605381370

Μπαμπινιώτης, Γ. (1998). Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας. Εκδόσεις Κέντρου Λεξικολογίας. ISBN: 9608975166, ISBN-13: 978-960-89751-5-6

Μπέης, Κ. (2011), Η Ελλάδα που αγάπησα, η Ελλάδα της χρεοκοπίας Εκδόσεις .Α.Α. Λιβάνη. ISBN-13:960-14-2442-3

Πολυζωίδης, Π. (2006), Εθελοντισμός στην Κοινωνική Προστασία, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα. ISBN: 960-442-604-4, ISBN-13: 978-960-442-604-1

Σουλιώτης, Κ. (2000), Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα. ISBN: 960-02-1452-2, ISBN-13:9789600214529



Τριχόπουλου, Δ. (2004).Επιδημιολογία. ιατρικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα  
ISBN 960-394-147-6, ISBN-13 978-960-394-147-7

Υφαντόπουλος, Ι.. (2004), Οικονομικά της Υγείας, Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.  
ISBN-13: 978-960-402-093-5

Υφαντόπουλος Ι., Μπαλούρδος Δ., Νικολόπουλος Κ. (2009).Οικονομικές και Κοινωνικές Διαστάσεις του Κράτους Πρόνοιας. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα  
ISBN-13: 978-960-01-1299-3

Roche, M., (2011), Η Τράπεζα, Πώς η Goldman Sachs κυβερνά τον κόσμο, Εκδόσεις Μεταίχμιο.ISBN-13:9789605011932

## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**

Branas CC, Kastanaki AE, Michalodimitrakis M, Tzougas J, Kranioti EF,Theodorakis PN, Carr BG, Wiebe DJ. (2015). The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis. *BMJ Open*. Volume 5, Issue 1.doi:10.1136/bmjopen-2014-005619.

Bonovas S, Nikolopoulos G (2012). High-burden epidemics in Greece in the era of economic crisis. Early signs of public health tragedy. *JPrev Med Hyg*. 53(3): 169-71. PMID:23362624

Chomsky N. (2012).Occupy Penguin editions. ISBN-10: 0316220213; ISBN-13: 978-0316220217

Economou C, 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 LE, Patelakis A, Stefanis C (2013). Major Depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord.* 145(3):308-314

Economou M, Madianos M, Peppou LE, Theleritis C, Patelakis A, Stefanis C (2013). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry* 12(1):53-59

Eisenberger, NI. (2013). An empirical review of the neural underpinnings of receiving and giving social support: implications for health, 2013 Jul-Aug; 75(6):545-56, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23804014>

Klein, N. (2007), *The Shock Doctrine-The Rise of Disaster Capitalism*. Knopf, Canada ISBN-13:978-0676978001

Paraskevis D, Nikolopoulos G, Tsiara C, Paraskeva D, Antoniadou A, Lazanas M, Gargalianos P, Psychogiou M, Malliori M, Kremastinou J, Hatzakis A. HIV-1 outbreak among injecting drug users in Greece, 2011: a preliminary report. *Euro Surveill.*2011;16(36):pii=19962. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19962>

Polyzou, P., Kaitelidou, D., Galanis, P., Siskou, O., Kalogeropoulou, M., & Konstantakopoulou, O. (2015). Investigating The Accessibility Of Uninsured Population To Health Services In Greece. *Value in Health*, 18(7), A526-A527.

Rachiotis G, Stuckler D, McKee M, et al. What has happened to suicides during the Greek economic crisis? Findings from an ecological study of suicides and their determinants (2003–2012). *BMJ Open* 2015;5:e007295. doi: 10.1136/bmjopen-2014-007295 (2014) *Health Policy*, 115 (2-3) , pp. 111-119.

Vandoros S, Hessel P, Leone T, Avendano M; Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *Eur J Public Health* 2013; 23 (5): 727-731. doi: 10.1093/eurpub/ckt020

Vlachadis N, Kornarou E. Increase in stillbirths in Greece is linked to the economic crisis BMJ 2013;346: f1061 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.f1061> (Published 19 February 2013)

W.H.O. (1978), International Conference on primary health care. Alma –Ata, USSR,6-12/9/1978, Geneva-New York

Zavras D1, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece Eur J Public Health. 2013 Apr;23(2):206-10. doi: 10.1093/eurpub/cks143. Epub 2012 Oct 23.

## **ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ**

«Αλληλεγγύη για όλους», (2016), [www.solodarity4all.gr](http://www.solodarity4all.gr)

Πρόσβαση 11/11/2016

Διακήρυξη δικαιωμάτων και ευθυνών εθελοντών, Κυπριακή Δημοκρατία και Προεδρία, Γραφείο Επιτρόπου εθελοντισμού και ΜΚΟ, <http://www.volunteercommissioner.gov.cy/volunteer/volunteer.nsf/%CE%94%CE%B9%CE%B1%CE%BA%CE%AE%CF%81%CF%85%CE%BE%CE%B7%20%CE%95%CE%B8%CE%B5%CE%BB%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%BF%CF%8D.pdf>

Πρόσβαση 15/11/2016

Δήμος Αθηναίων –Πρόγραμμα Κοινωνικής Πολιτικής 2015-19 [https://www.arch.ntua.gr/sites/default/files/announcement/7684\\_/programma\\_koinonikis\\_politikis\\_2015-2019.pdf](https://www.arch.ntua.gr/sites/default/files/announcement/7684_/programma_koinonikis_politikis_2015-2019.pdf)

Πρόσβαση 5/12/2016

ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2016), Η Ελληνική Οικονομία,

[http://www.statistics.gr/documents/20181/1518565/greek\\_016.pdf/a75cfc82-2ca4-491d-bb2b-31d63fb88b64](http://www.statistics.gr/documents/20181/1518565/greek_016.pdf/a75cfc82-2ca4-491d-bb2b-31d63fb88b64)

Πρόσβαση 9/12/2016

Εναλλακτικός [http://www.enallaktikos.gr/kg15el\\_koinwnika-iatreia\\_t51.html](http://www.enallaktikos.gr/kg15el_koinwnika-iatreia_t51.html)

Πρόσβαση 16/12/16

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2016), Στρατηγική για την υγεία,

[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/strategy/docs/whitepaper\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/strategy/docs/whitepaper_en.pdf)

Πρόσβαση 16/12/2016:3.05

ΜΚΙΕ(2016):

<http://www.mkiellinikou.org/%CF%80%CE%BB%CE%B7%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%BF%CF%81%CE%AF%CE%B5%CF%82-%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B5%CE%AF%CE%BF%CF%85/%CF%80%CE%B1%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%83%CE%B7-%CF%84%CE%BF%CF%85-%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%B5%CE%AF%CE%BF%CF%85/>

Πρόσβαση 10/12/2016

Μπουρίκος, Δ. (2014), Κοινωνική αλληλεγγύη στην Ελλάδα της κρίσης: Νέο κύμα ανάδυσης της κοινωνίας των πολιτών ή εμπέδωση της κατακερματισμένης κοινωνικής ιδιότητας του πολίτη, περιοδικό Παρατηρητήριο για την Κρίση, Νο 3, Απρίλιος 2013, ΕΛΙΑΜΕΠ, σελ 11

[http://crisisobs.gr/wp-content/uploads/2013/04/%CE%95%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B7%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CE%9A%CE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF\\_3\\_%CE%94.-](http://crisisobs.gr/wp-content/uploads/2013/04/%CE%95%CF%81%CE%B5%CF%85%CE%BD%CE%B7%CF%84%CE%B9%CE%BA%CF%8C-%CE%9A%CE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%BF_3_%CE%94.-)

[%CE%9C%CF%80%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%AF%CE%BA%CE%BF%CF%82.pdf](#)

Πρόσβαση 1/12/2016

Υ.Υ.Κ.Α (Γραφείο Τύπου)

<http://www.moh.gov.gr/articles/ministry/grafeio-typoy/press-releases/4322-hlektronika-ranteboy-se-oles-tis-monades-pedy-kai-sta-kentra-ygeias-xwris-xrewsh>

Πρόσβαση 2/12/2016

Χρα Ι.(2015),«Το Σύστημα Υγείας και ο ρόλος των Κοινωνικών Ιατρείων κατά την διάρκεια της ελληνικής οικονομικής κρίσης. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών στο Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού και στο Ιατρείο Κοινωνικής Αλληλεγγύης Περιστερίου»

URI.<http://dione.lib.unipi.gr/xmlui/handle/unipi/9262>

Economou c, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A, Maresso A (2015). The impact of the crisis on the health system and health in Greece. In: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M, Richardson E, et al. editors. Economic crisis, health systems and health in Europe; country experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf)

Eurostat.(2016). National accounts (including GDP) Database. GDP and main components(output,expenditure,income). (<http://ec.europa.eu/eurostat/web/national-accounts/data/database>, πρόσβαση 2/12/2016

Farnan, P. (1989), *Voluntarism and political mobilization: The case of women in the United States and Britain*, Institute of policy science and public affairs, Duke University

[philvol.sanford.duke.edu/documents/farnan88-02.pdf](http://philvol.sanford.duke.edu/documents/farnan88-02.pdf)

Πρόσβαση 3/12/2016

ILO, *Manual on the measurement of volunteer work*, Geneva 2011: ILO  
*Volunteering in Public Health* (2016)

,<http://www.publichealth.org/volunteering/>Πρόσβαση 26/11/2016

Kaitelidou D, Lemonidou C, Galanis P, Sourtzi P, Zikos D, Siskou O, et al(2014)  
*Developing a tool to increase access of vulnerable groups to health care: an initiative to mitigate the barriers*. Paper presented at the 5<sup>th</sup> EUPHA European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, Granada, Spain, 10-12 April 2014

KaitelidouD( 2006). *Technology management in the health sector*. In:Souliotis K. *Health policy and health economics: strategic planning, organization and management, economic function and sectoral policies*, Athens: Papazisis: 513-35

Landes S., Ardelit M., Vaillant G. and Robert J. Waldinger R(2014)  
*Childhood Adversity, midlife generativity and later life well-being*, *Journal of gerontology, series B: Psychological sciences and social sciences*, vol. 69, issue 6, pages 942-952 doi: 10. 1093/geronb?gbu055

Liatis S., Dafoulas G.E., Kani C., Politi A., Litsa P., Sfikakis P.P., Makrilakis K. (2016) *The prevalence and treatment patterns of diabetes in the Greek population based on real-world data from the nation-wide prescription database*. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 118 , pp. 162-167.

Markou P, Bamidis P, Niakas D (2007) Computerized tomography and magnetic resonance imaging scanners public hospital coverage: A comparative analysis between Greece and England. *Arch Hellen Med*, 24(3), May-June 2007, 265-269

OECD, Health at a Glance, November 2016

<http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

Qaseem A, Snow V, Shekelle P, Casey DE, Cross JT, Owens DK, et al. Evidence-Based Interventions to Improve the Palliative Care of Pain, Dyspnea, and Depression at the End of Life: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2008;148:141-146. doi: 10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00009

Simou E., Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review

<http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.002>

Siskou O, Kaitelidou D, Litsa P, Georgiadou G, Alexopoulou H, Paterakis P, Argyri S, Liaropoulos L. Investigating the Economic Impacts of New Public Pharmaceutical Policies in Greece: Focusing on Price Reductions and Cost-Sharing Rates. *Value in Health Regional Issues*, Volume 4, Issue null, Pages 107-114

<http://dx.doi.org/10.1016/j.vhri.2014.07.003>

Siskou O., Kaitelidou D., Papakonstantinou V., Liaropoulos L., “Private health expenditure in the Greek Health Care System: where truth ends and the myth begins” *Health Policy* (2008) 88 (2-3): 282-293

Sullivan, M. (2010) Effect of college on volunteering greatest among disadvantaged college graduates

<http://newsroom.ucla.edu/releases/disadvantaged-college-graduates-188729>

πρόσβαση 29/11/2016

VMP-Volunteer Measurement Project (2015), Johns Hopkins Center for Civil Society Studies

<http://ccss.jhu.edu/research-projects/vmp/> Πρόσβαση 10/12/2016

WHO, Regional Office for Europe-Economou, Ch. (2015), Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/287997/Barriers-and-facilitating-factors-in-access-to-health-services-in-Greece-rev1.pdf?ua=1)



## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**Έρευνα σχετικά με την προσβασιμότητα σε υπηρεσίες υγείας του ανασφάλιστου και οικονομικά αδύναμου πληθυσμού**

**Μέρος Ι**

**Δημογραφικά στοιχεία** (κυκλώστε το αντίστοιχο)

1. **Φύλο**            άνδρας      γυναίκα

2. **Ηλικία**(σε έτη)

<25            25-44            45-60            >60

3. **Οικογενειακή κατάσταση**

Έγγαμος(η)      Σε συμβίωση      Άγαμος(η)      Διαζευγμένος(η)      Χήρος(α)

4. **Μορφωτικό επίπεδο**

Απουσία εκπαίδευσης      Απόφοιτος (η) δημοτικού      Απόφοιτος (η)  
γυμνασίου

Απόφοιτος (η) λυκείου      Απόφοιτος (η) ΤΕΙ      Απόφοιτος (η) ΑΕΙ

Κάτοχος μεταπτυχιακού τίτλου      Κάτοχος διδακτορικού τίτλου

5. **Εργασία**

ιδιωτικός τομέας      δημόσιος τομέας      αυτοαπασχολούμενος (η)      άνεργος  
(η)

μη εργαζόμενος (η) /οικιακά

6. **Ώρες απασχόλησης εβδομαδιαίως στο ΜΚΙΕ (Μητροπολιτικό Κοινωνικό Ιατρείο Ελληνικού)**

Έως 4            μεταξύ 4 και 6            πάνω από 6

7. **Σε ποια ομάδα εθελοντών ανήκετε;**

Γραμματεία      Φαρμακείο      Πάροχοι Υπηρεσιών Υγείας

Διοικητικό προσωπικό (ομάδα υποδοχής ασθενών, ομάδα επικοινωνίας, διοργάνωσης εκδηλώσεων κλπ)

**Μέρος ΙΙ**

**Ερωτήσεις** (κυκλώστε το αντίστοιχο)

8. **Στο ΜΚΙΕ απευθύνονται μόνο ανασφάλιστοι ασθενείς;**

ναι            όχι

9. **Εάν απαντήσατε όχι στην προηγούμενη ερώτηση, γνωρίζετε εάν οι ασφαλισμένοι ασθενείς που απευθύνονται στο ΜΚΙΕ έχουν προηγουμένως απευθυνθεί στο ΕΣΥ;**

ναι, έχουν απευθυνθεί            όχι, δεν έχουν απευθυνθεί            δεν γνωρίζω

