

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ
ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**THE ACCESIBILITY OF GREEK POPULATION
IN HEALTH SERVICES**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΠΑΜΠΑΣΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

ΝΤΙΟ ΕΛΕΝΗ

ΣΤΑΜΑΤΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: κα. ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ ΜΑΡΙΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2013

**Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ
ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Λαβδανίτη Μαρία: Επίκουρος Καθηγήτρια (Επιβλέπουσα)

Μηνασίδου Ευγενία: Καθηγήτρια Εφαρμογών

Κουκουρικός Κωνσταντίνος: Καθηγητής Εφαρμογών

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7-9
Κεφάλαιο 1^ο ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	
1.1. Γενικές αρχές διοίκησης	10-13
1.2. Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών	13-15
1.3. Ελληνικό σύστημα υγείας	15-19
1.4. Στοιχεία του ελληνικού συστήματος υγείας	19-21
1.5. Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας	21-23
1.6. Σύνοψη κεφαλαίου	23
Κεφάλαιο 2^ο Η ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	
2.1. Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας	24-25
2.2. Πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας	25-28
2.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση	28-33
2.4. Ανισότητες στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας	33-37
2.5. Προσβασιμότητα εμποδιζόμενων ατόμων	38
2.5.1. Γενικοί ορισμοί ΑμεΑ	38
2.5.2. Ορισμοί προσβασιμότητας	39-40
2.5.3. Προσβασιμότητα αποκλεισμένων ατόμων	40-42
2.5.4. Σύνοψη κεφαλαίου	42-43
Κεφάλαιο 3^ο Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	
3.1. Μετανάστες-πληθυσμός	44-48
3.2. Δικαιώματα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες	48-50
3.3. Προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας	50-53
3.4. Το σχέδιο Averroes	53-57
3.5. Σύνοψη κεφαλαίου	57-58
Κεφάλαιο 4^ο ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ	
4.1. Πρόσβαση και ισότητα σε άλλα κράτη	59-61
4.2. Προτάσεις	61-62
4.3. Σύνοψη κεφαλαίου	62

Κεφάλαιο 5^ο ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΕΡΕΥΝΑ

5.1. Σκοπός	63
5.2. Υλικό και μέθοδος	63
5.3. Συλλογή δεδομένων	63
5.4. Ανάλυση δεδομένων	63
5.5. Εργαλεία μέτρησης	63-64
5.6. Αποτελέσματα έρευνας	64-72
5.7. Συζήτηση	73-74
Συμπεράσματα	74-75
Περίληψη	76

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη Βιβλιογραφία	77-79
Ελληνική Βιβλιογραφία	80-83

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: Πίνακες Έρευνας	84-102
Παράρτημα 2: Γραφήματα έρευνας	103-128

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πρόσβαση του Ελληνικού πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας είναι θέμα επίκαιρο και πολυδαίδαλο. Αντιμέτωπο με πολλές προκλήσεις που απορρέουν μέσα από την ιδιοφυπία της υγείας ως δημόσιο και κοινωνικό αγαθό αλλά και ελκυστικό όσον αφορά την έρευνα και μελέτη του. Είναι θέμα που έχει ερευνηθεί ελάχιστα, διότι δεν κεντρίζει το ενδιαφέρον των μελετητών και αγγίζει κάθε παράμετρο στο χώρο της υγείας. Αφορά τον επιστήμονα υγείας, αφορά τη διοίκηση, τη χάραξη της πολιτικής, αφορά πρωτίστως τον εν δυνάμει ασθενή, μας αγγίζει όλους.

Παρακολουθώντας το ρεύμα των μεταρρυθμίσεων, γίνεται κατανοητή η αγωνία του πληθυσμού αλλά και των παραγόντων της υγείας για τις επιπτώσεις της κρίσης και επισημαίνεται η ανάγκη για την διαφύλαξη του αυτονόητου κοινωνικού αγαθού, της πρόσβασης στην υγεία. Η Υγεία φαίνεται να συνδέεται με την «αγορά» και να εισάγονται οικονομικοί όροι στην διαχείριση του κόστους και στην αξιολόγηση των στελεχών. Δεν αποτελεί έκπληξη ακόμα και η εμπορευματοποίηση του αγαθού (αγοράζω-πουλάω-κερδίζω-συνεχίζω/αγοράζω-πουλάω-χάνω-κλείνω).

Η βιβλιογραφία που σχετίζεται με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι περιορισμένη και αντανακλά την επιστημονική αδιαφορία καθώς και τη αντιληπτή σπουδαιότητα του προβλήματος.

Στο χώρο της υγείας αλλάζουν όλα. Η ανάγκη του ανθρώπου για ζωή και για ποιότητα ζωής, γιατί όχι και για ποιότητα στο θάνατο, είναι αρχέγονη και διαχρονική. Επιτακτικά προβάλλεται το θέμα της δικαιοσύνης στην διανομή ή την συμμετοχή στο αγαθό της υγείας και κατ'επέκταση της ανθρώπινης ζωής (η στέρηση ενός εμβολίου μπορεί να στοιχίσει την ζωή ενός παιδιού).

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα της παρούσας εργασίας αφορά την «Πρόσβαση του ελληνικού πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας» με σκοπό να διερευνηθούν και να αναδειχθούν οι σκόπελοι της πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Ετυμολογικά ως πρόσβαση νοείται η προσέγγιση, το πλησίασμα ενός τόπου. Ως ελληνικός πληθυσμός, κυριολεκτικά, θεωρείται το σύνολο των ανθρώπων που προέρχονται από τους Έλληνες και κατοικούν σε συγκεκριμένο γεωγραφικό χώρο, την Ελλάδα και με την γενικότερη έννοια του όρου ως ελληνικός πληθυσμός νοούνται όλοι οι συνταγματικά κατοχυρωμένοι πολίτες του ελληνικού κράτους. Ως υπηρεσίες υγείας θεωρείται κάθε παροχή που προσφέρει δημόσιος ή ιδιωτικός φορέας στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας (Μπαμπινιώτης 2005). Ως «πάροχοι υπηρεσιών υγείας» νοούνται τα φυσικά πρόσωπα (επαγγελματίες υγείας) ή τα νομικά πρόσωπα (νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές, θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια) καθώς και οι Μ.Χ.Α.-Μ.Τ.Ν. και τα ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης τα οποία παρέχουν νόμιμα υπηρεσίες φροντίδας υγείας (ΦΕΚ 2456/Β'3-11-2011, ΦΕΚ 1233/Β'/11-4-2012).

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ως υγεία ορίζεται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας (WHO 1946). Συνεπώς η κατάσταση και το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού αντανακλάται όχι μόνο στους δείκτες αρνητικής υγείας, δηλαδή της θνησιμότητας και της νοσηρότητας, αλλά περιλαμβάνει και τους θετικούς δείκτες αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας από τα ίδια τα άτομα.

Με τον όρο «προσφορά υπηρεσιών υγείας» εκφράζεται η παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσοκομεία). Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι: α) η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, β) η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, γ) το επιδημιολογικό πρότυπο και δ) η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη (Κυριόπουλος και συν, 1999).

Οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται σε νοσοκομειακές, υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων και σε υπηρεσίες πρωτογενούς περίθαλψης. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και οι υπηρεσίες πρωτογενούς περίθαλψης αποτελούν την «ανοικτή περίθαλψη» (εξωνοσοκομειακή) που έχει ως σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση στα πλαίσια της κοινότητας ώστε να περιορίζεται η καταφυγή στην νοσοκομειακή περίθαλψη (WHO & UNICEF, 1978).

Οι ανεπτυγμένες χώρες έχουν οργανώσει την παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας στις οποίες η πρόσβαση κατοχυρώνεται είτε μέσω των δικαιωμάτων του πολίτη (εθνικά συστήματα

τύπου Beveridge), είτε μέσω των δικαιωμάτων του πολίτη (εθνικά συστήματα τύπου Beveridge), είτε μέσω της συμμετοχής σε κοινωνικοεπαγγελματικές κατηγορίες (συστήματα τύπου Bismarck) (Roemer 1993, Wall 1996).

Το ελληνικό σύστημα υγείας ανήκει στα συστήματα τύπου Bismarck (βάσει του 1^{ου} άρθρου του νόμου 1397/83, «το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση»), με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης να προσφέρουν παροχές σε είδος (εξωνοσοκομειακή, νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη), παροχές σε χρήμα (επιδόματα ασθενείας ή ατυχημάτων) είτε συνδυασμό τους (Ν.1397/83).

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι η ικανότητα του πληθυσμού να αποκτήσει ένα σύνολο υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Η προσβασιμότητα γεωγραφικά είναι δύσκολη και η φυσική προσβασιμότητα αντιμετωπίζει την πολυπλοκότητα μεταξύ την κατανομή του πληθυσμού και τις εγκαταστάσεις παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Ebener 2005).

Η εργασία αποτελείται από πέντε κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφονται οι γενικές αρχές διοίκησης και οι θεωρίες ανάπτυξής της. Παραθέτεται η διοίκηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών και ο σκοπός της που είναι να σχεδιάζει, να διαχειρίζεται και να διευκολύνει την περίθαλψη. Έπειτα αναλύεται η διάρθρωση του ελληνικού συστήματος υγείας, το μεταρρυθμιστικό πλαίσιο, η πορεία εξέλιξης του υγειονομικού τομέα και η δομή του ελληνικού συστήματος υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται οι ορισμοί (της πρόσβασης, προσβασιμότητας, των υπηρεσιών υγείας), οι εξαρτήσεις από τις παραμέτρους και οι νόμοι της χρήσης και της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας. Η μέτρηση της πρόσβασης γίνεται με βάση τη χρήση και την ικανοποίηση των χρηστών και οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση ορίζονται από την προσφορά και την ζήτηση. Η πρόσβαση ορίζεται από την προσφορά των υπηρεσιών υγείας και η χρήση είναι θέμα προσφοράς και ζήτησης. Οι υπηρεσίες υγείας για να είναι χρήσιμες και προσβάσιμες από όλους τους εν δυνάμει χρήστες πρέπει να μπορούν να επωφεληθούν στο έπακρο από τη λειτουργικότητά τους.

Στο τρίτο κεφάλαιο δηλώνεται ποιος είναι ο μεταναστευτικός πληθυσμός, τα δικαιώματα χρήσης και η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας των μεταναστών. Η ελεύθερη πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητη για την ένταξή τους στην ελληνική κοινωνία, για το σεβασμό της αξιοπρέπειάς τους και για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας. Σκοπός όλων είναι το τυπικό δικαίωμα πρόσβασης των μεταναστών (παράνομων και μη) στις υπηρεσίες υγείας να γίνει και ουσιαστικό.

Στο τέταρτο κεφάλαιο καταγράφονται τα αποτελέσματα διεθνών ερευνών για τις ανισότητες στο επίπεδο υγείας και για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας που αποκαλύπτουν τις κοινωνικές, οικονομικές και γεωγραφικές διαφορές μεταξύ των χωρών.

Στο πέμπτο κεφάλαιο, που αποτελεί το ειδικό μέρος της εργασίας, παρακολουθείται η ερευνητική διαδικασία και τα εξαγωγικά συμπεράσματα.

Σκοπός της εργασίας μας είναι να αποτυπωθούν αντικειμενικά δεδομένα του ελλαδικού χώρου όσον αφορά την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, να προβληθούν τα προβλήματα και να αποτελέσουν τα ευρήματά μας αφορμή γόνιμου προβληματισμού και ίσως περαιτέρω μελέτης του αντικειμένου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ: ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η δομή του συστήματος υγείας αντικατοπτρίζει την ίδια τη φιλοσοφία του συστήματος κοινωνικής προστασίας αναφορικά με τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού. Οι γενικές αρχές της διοίκησης στη θεωρητική βάση αντλούν τις αρχές τους από την γενική διοίκηση, την ψυχολογία και την κοινωνιολογία. Στις θεωρητικές βάσεις της αναπτύσσονται και οι λειτουργίες της νοσηλευτικής διοίκησης που διαμορφώνουν νέα υποστηρικτικά συστήματα στο νοσοκομειακό σύστημα και ταυτόχρονα επηρεάζει το νοσηλευτικό προσωπικό να υιοθετήσει και να συμμετέχει στο σχεδιασμό του μέλλοντος για τη φροντίδα. Η ανάπτυξη και εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος χαρακτηρίζεται από περιόδους στασιμότητας και περιόδους δυναμικών αλλαγών, για αυτό παρουσιάζεται η ιστορική αναδρομή του συστήματος υγείας. Η ανάπτυξη του συστήματος υγείας επηρεάστηκε σημαντικά από τα βασικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής πολιτικής και από τη νοοτροπία που επικρατούσε σε όλη τη δημόσια διοίκηση. Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη για τη διαχείριση και το συντονισμό των υπηρεσιών υγείας προκειμένου να εξασφαλίζεται η αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του.

1.1 Γενικές αρχές διοίκησης

Ο Henri Fayol (1841-1925) θεωρείται ο θεμελιωτής της θεωρίας της διοίκησης. Ασχολήθηκε κυρίως με τα υψηλά ιεραρχικά επίπεδα της διοικητικής πυραμίδας και ανέλυσε τα καθήκοντα των διοικητικών στελεχών. Ο Fayol διατύπωσε γενικές αρχές για την αποδοτικότερη λειτουργία των οργανώσεων και διαιρεί τη συνολική οργανωσιακή δραστηριότητα σε έξι ενότητες. Την εμπορική, την χρηματοδοτική, την ασφαλιστική, τη λογιστική και τη διοίκηση. Στη διοικητική δραστηριότητα εστιάζει την προσοχή του και την υποδιαιρεί στις λειτουργίες του σχεδιασμού, της οργάνωσης, της διεύθυνσης, του συντονισμού και του έλεγχου (Μπούκης 1993).

Οι βασικές αρχές της διοίκησης του Fayol είναι :

1. Ο καταμερισμός της εργασίας. Αυτός επιφέρει την εξειδίκευση με σκοπό την βελτίωση και την αύξηση της παραγωγής.
2. Η εξουσία. Αυτή ορίζεται ως το δικαίωμα να δίνει κάποιος εντολές και ως δύναμη να απαιτεί υπακοή.
3. Η πειθαρχία. Δηλαδή η τήρηση των συμφωνηθέντων συμβάσεων. Αυτή θεωρείται απαραίτητη για την ομαλή λειτουργία της οργάνωσης.

4. Η ενότητα των εντολών. Κάθε εργαζόμενος οφείλει να υπακούει και να συμμορφώνεται με τις εντολές που προέρχονται από ένα συγκεκριμένο προϊστάμενο, για να αποφεύγονται οι συγχύσεις, οι αντιφατικές εντολές και η απειθαρχία.
5. Η υπαγωγή του προσωπικού συμφέροντος στο γενικό. Το προσωπικό συμφέρον ενός ατόμου δεν πρέπει να κυριαρχεί πάνω στο συμφέρον της οργάνωσης.
6. Η ανταμοιβή του προσωπικού. Το ύψος των αμοιβών θα πρέπει να είναι δίκαιο και ικανοποιητικό για τους εργαζόμενους.
7. Η συγκέντρωση εξουσιών και αρμοδιοτήτων. Η συγκέντρωση ή η αποκέντρωση εξουσιών και αρμοδιοτήτων ποικίλλει, ανάλογα με το είδος της οργάνωσης.
8. Η μονιμότητα του προσωπικού. Η μονιμότητα θεωρείται προϋπόθεση για την εξειδίκευση και την καλύτερη απόδοση των εργαζομένων.
9. Η ιεραρχική κλίμακα. Αυτή συνδέει τους υφιστάμενους με τους προϊστάμενους και αναφέρεται, κυρίως, στη επικοινωνία, την κοινοποίηση των εντολών και των επιμερισμό των ευθυνών.
10. Το αίσθημα της συμμετοχής στην ομάδα. Το αίσθημα της συμμετοχής δημιουργεί αρμονικό κλίμα συνεργασίας και συνοχής στην οργάνωση.

Αν και οι γενικές αρχές του Fayol θεωρούνται ξεπερασμένες από τους περισσότερους μελετητές των οργανώσεων, ορισμένες από τις θέσεις του εξακολουθούν να εφαρμόζονται και σήμερα, ιδιαίτερα στο δημόσιο τομέα. Οι αρχές του Fayol αναφέρονται σε ιδεατούς τύπους συμπεριφοράς μέσα στις οργανώσεις που σχετίζονται αποκλειστικά με τους σκοπούς και τις λειτουργίες της οργάνωσης (Fayol 1916).

Μία ακόμη από τις θεωρίες διοίκησης που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως στις νοσηλευτικές υπηρεσίες και στις υπηρεσίες διοίκησης είναι η θεωρία ιεράρχησης αναγκών του Abraham Maslow. Έτσι σύμφωνα με τον Maslow μόνο οι ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί είναι παράγοντες υποκίνησης. Τις ανάγκες αυτές τις ιεράρχησε σε πέντε κατηγορίες που είναι : οι φυσιολογικές ανάγκες, δηλαδή οι ανάγκες για επιβίωση, οι ανάγκες ασφάλειας, που είναι δημιουργήματα των συναισθημάτων της αυτοσυντήρησης, οι κοινωνικές ανάγκες, η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση από τους άλλους και τέλος η ανάγκη για αυτοολοκλήρωση, αυτενέργεια και αυτοανάπτυξη (Marriner & Tomey, 1989).

Ο Abraham Maslow υποστήριξε ότι ο βαθμός παρακίνησης του ανθρώπου επηρεάζεται από τον βαθμό μη ικανοποίησης των αναγκών και ότι παρακινητικές είναι οι ανάγκες όταν δεν ικανοποιούνται. Άρα κινητήριο υποκίνησης είναι η ανικανοποίητη ανάγκη. Επίσης ο Maslow υποστήριξε ότι απόλυτη ικανοποίηση των αναγκών δεν υπάρχει και ότι σε έναν μέσο άνθρωπο ικανοποιούνται κατά 85% οι φυσιολογικές του ανάγκες, 70% οι ανάγκες για ασφάλεια, 50% οι

κοινωνικές ανάγκες, κατά 40% η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και κατά 10% οι ανάγκες για αυτοολοκλήρωση. Στην ιεραρχική αυτή δομή δεν μπορεί να παρακινηθεί μια ανάγκη αν δεν έχει καλυφθεί σε μεγάλο ποσοστό η προηγούμενη.

Το μοντέλο του Maslow δεν είναι στατικό αλλά μεταβάλλεται, εξελίσσεται μέσα στον χρόνο και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως ο πολιτισμός, η ανάπτυξη, η τεχνολογία, οι προσδοκίες, οι μεταβολές αξιών κ.α. Μετά από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν οι ιεραρχικές δομές κατά Maslow μπορεί να διαφέρουν από τόπο σε τόπο και από χώρα σε χώρα λόγω κουλτούρας και κοινωνικών δομών. Επίσης παρατηρήθηκε διαφοροποίηση της ιεραρχίας των αναγκών σε διάφορα κλιμάκια και επίπεδα εργαζομένων (Marriner & Tomey, 1989).

Επίσης οι θεωρίες του Douglas McGregor X και Y που αναφέρονται συχνά ως θεωρίες ηγεσίας στα βιβλία της νοσηλευτικής διοίκησης. Ο McGregor βασίστηκε στην ιεραρχία αναγκών του Maslow. Ομαδοποίησε την ιεραρχία του Maslow στη "χαμηλότερη διαταγή" (ανάγκες θεωρίας X) και "υψηλότερη διαταγή" (ανάγκες θεωρίας Y). Πρότεινε ότι η διαχείριση για να χρησιμοποιήσει καθένα σύνολο πρέπει να παρακινήσει τους υπαλλήλους αλλά ότι τα καλύτερα αποτελέσματα θα μπορούσαν να επιτευχθούν με την ικανοποίηση των αναγκών θεωρίας Y. Σύμφωνα με την θεωρία X οι υπάλληλοι επιθυμούν να διευθύνονται παρουσιάζοντας λίγη φιλοδοξία χωρίς να προσελκύονται από κάποιο κίνητρο και αποφεύγουν την ευθύνη όποτε μπορούν. Ακόμη σύμφωνα με την θεωρία Y οι υπάλληλοι απολαμβάνουν τις διανοητικές και σωματικές δραστηριότητες εργασίας τους και έχουν την επιθυμία να είναι επινοητικοί και δημιουργικοί στις εργασίες τους εάν τους δίνεται μια πιθανότητα (Marriner & Tomey, 1989).

Όμως η νοσηλευτική διοίκηση αποτελεί ειδική σύνθεση γνώσης νοσηλευτικών και διοικητικών θεωριών. Οι Arndt και Huckabay ανέλυσαν το θεωρητικό πλαίσιο νοσηλευτικής διοίκησης μεταχειρίζοντας τη διάσταση των συστημάτων. Έτσι οι διοικητικές διαδικασίες που πρέπει να αντεπιδρούν με το περιβάλλον είναι ο προγραμματισμός, η οργάνωση, η στελέχωση και ο έλεγχος. Οι Arndt και Huckabay υποδεικνύουν τη διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών σαν διαδικασία θέσπισης και επίτευξης σκοπών με τον επηρεασμό της ανθρώπινης συμπεριφοράς σε κατάλληλο περιβάλλον. Υπεύθυνα για την δημιουργία ενός ευοίωνου περιβάλλοντος με κοινούς στόχους είναι τα διοικητικά νοσηλευτικά στελέχη (Arndt & Huchabay, 1975).

Απόρροια μιας εντατικής μελέτης μιας ομάδας εργασίας που συνεκλήθη με εκπροσώπηση επιστημών από 20 χώρες με θέμα «International health care management, education and research : nursing action», ήταν η άνθηση διεθνούς θεωρητικού πλαισίου που θεωρείται κατάλληλο για κάθε οργανισμό παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών. Αυτό το θεωρητικό πλαίσιο αποτελείται από τρεις διαστάσεις οι οποίες χωρίζονται σε επιμέρους κατηγορίες και έπειτα συνδυάζονται στο τελικό πλαίσιο. Η πρώτη διάσταση εφαρμόζεται με βάση τις αξίες του πληθυσμού, την οικονομία τους

περιβαλλοντικούς κινδύνους, τους προστατευτικούς νόμους και την τεχνολογία. Η δεύτερη διάσταση αναφέρεται στην πρακτική και στην έρευνα διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών που προέρχονται από την ιατρική, που προσφέρει την γνώση νόσου και θεραπείας, τη δημόσια υγιεινή, που δίνει την διάσταση της κλινικής επιδημιολογίας, την οικονομία, την γενική διοίκηση, που χορηγεί δικαιοσύνη και δημόσιες υπηρεσίες και τέλος η νοσηλευτική που εξασφαλίζει την υγεία των ασθενών. Το τελικό πλαίσιο αποτελεί το θεωρητικό πλαίσιο διοίκησης νοσηλευτικών υπηρεσιών. Αυτό το πλαίσιο αποτελείται από την γνώση της νοσηλευτικής, την ιατρική, την διοίκηση, την οικονομία και τη δημόσια υγεία. Ακόμη σε αυτό το πλαίσιο προστέθηκαν και άλλοι παράμετροι όπως ο διεθνής χώρος, η επαρχία, η κοινότητα και το ίδρυμα ή οικογένεια. Έτσι για την ανάπτυξη κατάλληλων θεωριών νοσηλευτικής διοίκησης είναι αναγκαία η διάθεση πόρων με σκοπό την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας, η αλληλεπίδραση διαφόρων επιστημών όπως διοίκησης υπηρεσιών και δημόσιας υγείας όπως επίσης και της ιατρικής για την βελτίωση των νοσηλευτικών θεωριών διοίκησης. Κάποιες ακόμη προτάσεις για την ανάπτυξη κατάλληλων θεωριών είναι η καθιέρωση μεταπτυχιακών πανεπιστημιακών προγραμμάτων, η ίδρυση ομάδων έρευνας και εν κατακλείδι η μετάδοση πληροφοριών μεταξύ των χωρών για τις έρευνες ανάπτυξης θεωριών νοσηλευτικής διοίκησης (Στάθης 2002).

Η δομή του παραδοσιακού αυτόνομου νοσοκομείου έχει την μορφή πυραμιδικού ή ιεραρχικού οργανωτικού σχηματισμού. Σύμφωνα με αυτή την δομή τα άτομα που βρίσκονται στην κορυφή της πυραμίδας έχουν καθορισμένη εξουσία η οποία μεταφέρεται προς τα κάτω δηλαδή προς τους υπαλλήλους στα κατώτερα επίπεδα της πυραμίδας με μια μορφή αλυσίδας εντολών. Έτσι η εξουσία του νοσοκομείου αυτοσυγκεντρώνεται σε όλο τον οργανισμό. Συνήθως αυτοί οι οργανισμοί έχουν την τάση να ακολουθούν τις αρχές της γραφειοκρατίας. Τα νοσοκομεία έχουν εξειδικευμένα καθήκοντα τα οποία για να πραγματοποιηθούν χρειάζεται καταμερισμός της εργασίας ώστε να γίνει ευκολότερη η εκτέλεσή τους. Για να λειτουργήσει αποδοτικά το νοσοκομείο τα πρέπει να ο κάθε εργαζόμενος να εκτελεί τα καθήκοντα του και να γνωρίζει τα ακριβή όρια του.

Ο κάθε υπάλληλος του νοσοκομείου πρέπει να είναι υπεύθυνος έναντι ενός προσώπου, του προϊστάμενου του. Δυστυχώς όμως ένας υπάλληλος μπορεί να έχει περισσότερους από έναν προϊστάμενο και αυτό μπορεί να δημιουργήσει αναποτελεσματική επικοινωνία και λήψη αποφάσεων (Λαναρά 2008).

1.2 Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι το πολυπληθέστερο και αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα του νοσοκομείου διότι ασχολείται με την φροντίδα και την θεραπεία του ασθενή. Έτσι η εικόνα

που δημιουργείται στους ασθενείς και στους συνοδούς τους για το νοσοκομείο δεν εξαρτάται μονάχα από την καθαριότητα και την σωστή σίτιση αλλά στην πλειοψηφία από την παροχή σωστών υπηρεσιών και την υψηλή ποιότητα νοσηλείας των νοσηλευτών οι οποίοι έρχονται σε συνεχή επαφή με το κοινό (Lawrence & Wolper, 2001).

Ο στόχος της νοσηλευτικής διοίκησης είναι να επιτύχει μια ιδανική οργάνωση και ένα επαρκές και σωστό προσωπικό που να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις και στις ανάγκες του ασθενή. Βέβαια ένας τέτοιος στόχος δεν επιτυγχάνεται εύκολα διότι ορισμένες φορές δεν είναι ξεκάθαρες οι αρμοδιότητες του κάθε εργαζομένου στο νοσοκομειακό χώρο. Επομένως η κάθε αρμόδια νοσηλευτική υπηρεσία θα πρέπει να αναθέτει καθήκοντα στο προσωπικό ανάλογα βέβαια με το πτυχίο του και έχοντας υπόψη τις νομικές δεσμεύσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού. Έτσι ο καθένας θα απασχολείται σύμφωνα με τα καθήκοντα του χωρίς να δημιουργούνται εντάσεις και συγκρούσεις καθηκόντων (Λαναρά 2008).

Επιπροσθέτως για όλα αυτά τα θέματα πρέπει πάντα να είναι ενήμερος είτε ο διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας ή ακόμη και το γενικός διευθυντής ώστε να παίρνει τα απαραίτητα μέτρα σε περίπτωση που δημιουργούνται προβλήματα στη νοσηλευτική διοίκηση και γενικά σε όλη την λειτουργία του νοσοκομείου. Ακόμη σε κάθε νοσοκομείο θα πρέπει να υπάρχει μια Συμβουλευτική Νοσηλευτική Επιτροπή ώστε να ασχολείται με την πολιτική αλλά και με τα θέματα που απασχολούν την υπηρεσία. Ο διευθυντής της επιτροπής εξυπακούεται πως πρέπει να είναι κάτοχος άριστης γνώσης της νοσηλευτικής, να έχει διοικητική ικανότητα γενικά όλα τα προσόντα που απαιτεί η θέση του (Lawrence & Wolper, 2001).

Σημαντικός είναι και ο ρόλος του τομεάρχη και του προϊσταμένου νοσηλευτικής υπηρεσίας οι οποίοι έχουν ειδικές αρμοδιότητες όπως τη ρύθμιση του προγράμματος, την κατανομή του υλικού, συμμετοχή στις επιτροπές του νοσοκομείου. Συχνά βέβαια ασχολούνται με δραστηριότητες που τους απομακρύνουν από την βοήθεια που χρειάζονται οι προϊστάμενοι των τμημάτων για πιθανά προβλήματα τους και έτσι οι δεύτεροι αναγκάζονται να αναφέρουν αυτά τα προβλήματα στο διευθυντή πράγμα που δυσχεραίνει την σωστή ροή της νοσηλευτικής διοίκησης. Αν όμως υπάρχει μια σωστή ροή και ο καθένας ασχολείται με τα καθήκοντα, και τις αρμοδιότητες του μέσα σε ένα αρμονικό κλίμα αλληλοκατανόησης τότε και το νοσηλευτικό προσωπικό θα είναι ικανοποιημένο και έτσι θα αποδίδει τα μέγιστο των δυνατοτήτων του στην φροντίδα και την θεραπεία των ασθενών (Lawrence & Wolper, 2001).

Το νοσοκομείο βέβαια διαιρείται σε τμήματα έτσι θα πρέπει να αναφερθούμε και στη διοίκηση του νοσηλευτικού τμήματος. Ο προϊστάμενος είναι αυτός που συντονίζει το προσωπικό του τμήματος του. Παλιότερα στα νοσοκομεία υπήρχαν μόνο διπλωματούχοι νοσηλευτές, εκπαιδευόμενοι και προσωπικό καθαριότητας ενώ τώρα υπάρχουν κατηγορίες όπως νοσηλευτές

πτυχιούχοι ΑΕΙ, ΤΕΙ, βοηθοί νοσηλευτών, απόφοιτοι επαγγελματικών λυκείων, τραπεζοκόμοι, προσωπικό καθαριότητας, κ.α. Όλοι εργάζονται στον ίδιο χώρο και έτσι αυτό δυσχεραίνει τον συντονισμό από τον προϊστάμενο του τμήματος. Έτσι η εργασία θα πρέπει να γίνεται από το προσωπικό αναλόγως την εκπαίδευση και την κατάρτιση του (Lawrence & Wolper, 2001).

Ο σκοπός της νοσηλευτικής διοίκησης είναι να σχεδιάζει, να διαχειρίζεται και να διευκολύνει την περίθαλψη. Οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες σε ηγετικές θέσεις εργάζονται συλλογικά με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας όλων των τύπων για να παρέχουν φροντίδα στον ασθενή. Οι νοσηλευτές σε διευθυντικές θέσεις δημιουργούν το περιβάλλον και αναπτύσσουν τους αναγκαίους πόρους για μια ποιοτική φροντίδα του ασθενή, μερικώς, συμβάλλοντας στη λήψη εκτελεστικών αποφάσεων και στις καινοτομίες κατά την παροχή της περίθαλψης (Λιαρόπουλος 2007).

1.3 Ελληνικό Σύστημα Υγείας

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο αναπτύχθηκαν και ωρίμασαν τα συστήματα υγείας στον ευρωπαϊκό χώρο με το ελληνικό κράτος να είναι αδύναμο οικονομικά και απρόθυμο πολιτικά να ακολουθήσει την ανάπτυξη στον τομέα της υγείας. Διστακτικά κατά την περίοδο 1935 τοποθετούνται οι βάσεις του υγειονομικού χάρτη κατ'ανάγκη για την ανακούφιση του πληθυσμού, τον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και την επέκταση των νοσοκομειακών μονάδων. Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα συνδέθηκε με τις εκάστοτε κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις αν και η πρόοδος ήταν τεράστια υπάρχουν μεγάλα προβλήματα οργάνωσης, διαχείρισης, ανεπάρκειας και αποτελεσματικότητας, χαρακτηρίζεται ωστόσο από περιόδους στασιμότητας και δυναμικών αλλαγών. Μεταρρυθμιστικές τομές σε κρίσιμους τομείς για την κοινωνία όπως είναι η υγεία, απαιτούσαν μια πολιτική συνέχεια και μπορούσαν να επιτευχθούν καλύτερα και με μικρότερο κοινωνικό κόστος εφόσον οικοδομούνταν σε μια ευρύτερη πολιτική συναίνεση. Η πορεία εξέλιξης του υγειονομικού τομέα μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις περιόδους (Νικομάκας 2010):

Πρώτη περίοδος 1833-1922

Το ελληνικό κράτος δημιουργήθηκε από τον σχηματισμό του έθνους ως αποτέλεσμα της νίκης του αγώνα ενάντια στην Οθωμανική Αυτοκρατορία. Οι βασικές δομές του εισήχθησαν από τους ξένους μονάρχες και συνέπειες τις οικονομικής αδυναμίας αποτέλεσε η υιοθέτηση από το κράτος ενός ρόλου εργοδότη και η ανάπτυξη πελατειακών σχέσεων. Οι παλαιότερες ρίζες από τη βαλκανικό-οθωμανική κληρονομιά, χαρακτηρίζονταν από εσωστρέφεια και από ένα στατικό προσανατολισμό που αμφιταλαντευόταν προς τον καπιταλισμό και την ταξική ισότητα, ενώ ταυτόχρονα

καταγράφονταν και η προτίμηση για την διατήρηση των υφιστάμενων πελατειακών σχέσεων (Κουρής και συν, 2007).

Με την δημιουργία του νέου Ελληνικού κράτους πρωταρχικός σκοπός των υπηρεσιών υγείας είναι η βελτίωση των συνθηκών αναπαραγωγής του πληθυσμού, ενώ η οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών δεν αποτελεί προτεραιότητα. Σαφής υγειονομική πολιτική δεν υφίσταται και το υποτυπώδη υγειονομικό πλαίσιο έχει χαρακτήρα αποτροπής και πρόληψης με τρομερές αδυναμίες κυρίως λόγω έλλειψης γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού. Χαρακτηρίζεται από έλλειψη οικονομικών πόρων που μερικώς καλύπτει η φιλανθρωπία. Το 1835 δημιουργούνται τα μαιευτικά σχολεία και προσδιορίζεται ο επαγγελματικός ρόλος των μαιών. Ο νόμος 346 του 1914 προβλέπει μια κεντρική υγειονομική υπηρεσία η οποία δεν υλοποιήθηκε. Το 1914 ιδρύεται η Σχολή αδερφών νοσοκόμων του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Το 1917 ιδρύεται το Υπουργείο Περιθάλαψης και Δημόσιας Αντιλήψεως με αρμοδιότητα την περίθαλψη των προσφύγων και κατ'επέκταση του γηγενή πληθυσμού. Το πρώτο κοινωνικό-ασφαλιστικό σχήμα που δημιουργήθηκε ήταν το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο το 1836. Η απουσία βιομηχανικής ανάπτυξης πριν το τέλος του 19^{ου} αιώνα δεν προήγαγε την εργασία σε μια ευρεία κλίμακα και κατά συνέπεια την ανάπτυξη μηχανισμών κοινωνικής ασφάλισης (Κουρής και συν, 2007).

Δεύτερη περίοδος 1922-1945

Η περίοδος αυτή χαρακτηρίζεται από οικονομική ύφεση και μεγάλη ανεργία ωστόσο θεωρείται σημαντική για την υγειονομική ανάπτυξη, δημιουργήθηκαν τα Εθνικά Νοσοκομεία, τα αντιφυματικά ιατρεία, εκδίδονται νόμοι και θεσπίζονται μέτρα για τον έλεγχο και την πρόληψη των λοιμωδών νόσων. Το ελληνικό κράτος επιβαρύνεται και με την εισροή ελλήνων προσφύγων που στερούνταν βασικά αγαθά για την επιβίωσή τους και αντιμετώπιζαν ιδιαίτερα άθλιες και ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης. Έτσι ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας, με το νόμο 2882/1922 με σκοπό να αντιμετωπιστεί η νέα κατάσταση με μέτρα κυρίως αποσπασματικού και περιστασιακού χαρακτήρα. Με ΝΔ το 1923 «Περί οργάνωσης της περιφερειακής υγειονομικής υπηρεσίας» διαιρείται η χώρα σε πέντε υγειονομικές περιφέρειες και σε κάθε νομό προβλέπεται η σύσταση νομαρχιακού υγειονομικού συμβουλίου και ο διορισμός ενός νομιάτρου αλλά τα περιορισμένα οικονομικά του κράτους δεν επέτρεψαν την υλοποίηση αυτού. Το 1925 (ΝΔ 27/5/1925) συστήθηκε το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντιλήψεως, που θα διαχειριζόταν όλα τα θέματα υγείας, καθώς και η Υγειονομική Σχολή. Επίσης κατά την δικτατορία του Μεταξά ιδρύθηκε η Ανωτέρα Σχολή Επισκεπτριών και Αδερφών Νοσοκόμων (ΑΣΕΑΝ) με τον νόμο 613/9-4-1937 και το ΝΔ 21-9-1935 Περί Ιδρύσεως Σχολών Νοσοκόμων, προβλέπει την ίδρυση νοσηλευτικών σχολών στα νοσοκομεία. Το 1925 προβλέπονται για πρώτη φορά

υποχρεωτικοί κανόνες για την σύσταση ταμείων ασφάλισης μισθωτών και καθιερώνεται η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδότη και εργαζομένου. Το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με 13 χιλιάδες κλίνες και πέντε χρόνια αργότερα 117 νοσοκομεία με 16 χιλιάδες κλίνες. Μετά την δικτατορία Μεταξά δημιουργείται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η ασφάλιση ήταν σταδιακή, αρχικά περιέλαβε τους εργαζόμενους στις τρεις μεγάλες πόλεις (Αθήνα, Πειραιά, Θεσσαλονίκη) και στις μεγαλύτερες επιχειρήσεις, εν συνεχεία επεκτάθηκε σε μικρότερες πόλεις και επιχειρήσεις-εργαστήρια.. Λόγω του ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων παρέμεναν χωρίς ασφάλιση οδήγησε στην δημιουργία ταμείων από επιμέρους επαγγελματικές ομάδες με αποτέλεσμα την υπονόμηση του κύρους του ΙΚΑ και την μετατροπή του σε ασφαλιστικό φορέα "δεύτερης διαλογής (Σουλιώτης και συν, 2004, Κουρής και συν, 2007).

Τρίτη περίοδος 1945-1974

Η κατοχή και ο εμφύλιος πόλεμος έφεραν θανάτους, αρρώστιες, πόνο, φτώχεια, άθλιες συνθήκες ζωής και τεράστιες υλικές καταστροφές, η Ελλάδα έπρεπε να φροντίσει και για την επούλωση των πληγών του πολέμου. Κύρια κατεύθυνση του κράτους ήταν η εξασφάλιση βασικών απαιτήσεων και η στοιχειώδης φροντίδα των εξαθλιωμένων. Η υγειονομική περίθαλψη γινόταν ανοργάνωτα και αναποτελεσματικά, λειτουργούσαν είκοσι πέντε χιλιάδες κλίνες ενώ πολλά υγειονομικά κέντρα ήταν κατεστραμμένα και χωρίς γιατρούς. Το πρόγραμμα οικονομικής ανόρθωσης της χώρας με ΝΔ 683/1948 προέβλεπε επενδύσεις στον τομέα της υγείας και κατοχυρώνει επαγγελματικά τους νοσηλευτές προσδιορίζοντας ότι για την άσκηση επαγγέλματος απαιτείται πτυχίο από σχολή του Κράτους και άδεια ασκήσεως επαγγέλματος από το Υπουργείο Υγείας. Η κυβέρνηση Παπάγου ψηφίζει το ΝΔ/2592/1953 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», τα επόμενα χρόνια ιδρύθηκαν αρκετά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί, αποτελώντας την πρώτη συνολική και οργανωμένη προσπάθεια οργάνωσης και παροχής νοσηλευτικών υπηρεσιών, σχεδιασμένη σε περιφερειακή βάση. Οι ρυθμίσεις του νόμου ήταν ριζοσπαστικές και έγιναν καθολικά αποδεκτές από το σύνολο των πολιτικών, καθώς κάλυπταν όλο το πλέγμα του υγειονομικού τομέα, από την οργάνωση και την διοίκηση των υπηρεσιών υγείας έως την χρηματοδότηση, τον προγραμματισμό και την θεσμοθέτηση συμμετοχής των κοινωνικών φορέων στο σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα του υγειονομικού τομέα. Ορόσημο της περιόδου αυτής αποτελεί η ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων με το νόμο 4169/61 για τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού που αποτελούσε το 51% του συνολικού πληθυσμού. Ο νόμος αυτός αποτελεί μαζί με αυτόν του ΙΚΑ τους δύο σημαντικότερους στην ιστορία κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα (Θεοδώρου και συν 2001, Κουρής και συν 2007).

Τέταρτη περίοδος 1974 έως σήμερα

Μετά την δικτατορία το 1974 η Ελλάδα είναι έτοιμη να προωθήσει την σημαντικότερη μεταπολεμική μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος, ανάλογο με αυτό που λειτουργεί σε άλλες χώρες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα της προσπάθειας αυτής αποτελεί η μελέτη του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών το 1976 θέτοντας τα θεμέλια του επιστημονικού προγραμματισμού με ακαδημαϊκό διάλογο για τις προτεραιότητες της πολιτικής υγείας και το μοντέλο οργάνωσης, διοίκησης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, με κεντρικό σημείο αντιπαράθεσης την παρέμβαση ή μη του κράτους στο σύστημα υγείας. Το 1980 κατατέθηκε στη βουλή το νομοσχέδιο με τίτλο «Μέτρα Προστασίας της Υγείας» με κύριους άξονες την αποκέντρωση, τον κοινωνικό έλεγχο, την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας με τον οικογενειακό γιατρό, την εισαγωγή του θεσμού του νοσοκομειακού γιατρού, την σωστή οργάνωση των νοσοκομείων, τον προγραμματισμό της ανάπτυξης και την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού. Η ολοκληρωμένη αυτή πρόταση δεν έγινε νόμος διότι η πίεση των γιατρών και των μικροκομματικών συμφερόντων ήταν μεγαλύτερη από την ανάγκη αυτή (Κουρής και συν, 2007).

Η ριζική μεταρρύθμιση στην υγειονομική περίθαλψη και η δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας έρχεται το 1982 με το πρώτο νομοθέτημα ΝΔ/1278/1982 να εκφράζει πολιτική βούληση και αλλαγή στο σύστημα υγείας με την σύσταση κεντρικού συμβουλίου υγείας.

Με την ψήφιση του νόμου 1397/83 και με το άρθρο 1 ορίζει πως το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από το ενιαίο εθνικό σύστημα υγείας (Νόμος 1397/83). Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΦΕΚ 143/Α/1983). Το 1983 με τον νόμο 1397/83 καθιερώνονται οι εξής θεσμικές παρεμβάσεις:

- i) επιβάλλει ενιαίο τρόπο οργάνωσης των νοσοκομείων προσδιορίζοντας ότι κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τρεις υπηρεσίες, την ιατρική, την νοσηλευτική και την διοικητική
- ii) προσδιορίζει την ανάπτυξη των κέντρων υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων με σκοπό την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και υπάγονται οργανικά, διοικητικά και λειτουργικά στα νοσοκομεία
- iii) προβαίνει σε σαφή διάταξη των βαθμίδων περίθαλψης σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια
- iv) καθιερώνει τον θεσμό των γιατρών του ΕΣΥ, που χαρακτηρίζεται από μονιμότητα στο θεσμό, πλήρη και αποκλειστική απασχόληση και απαγόρευση της άσκησης ιδιωτικής πρακτικής
- v) περιορίζει την ανάπτυξη και λειτουργία των ιδιωτικών μονάδων περίθαλψης και προωθεί την μετατροπή των επιδοτούμενων από τον κρατικό προϋπολογισμό νοσοκομείων ΝΠΙΔ σε ΝΠΔΔ

θέτοντάς τα υπό το διοικητικό έλεγχο του κράτους (Νόμος 1397/83, Εθνικό Σύστημα Υγείας, ΦΕΚ 143/Α/1983).

Ο νόμος αυτός εκφράζει την πολιτική έμπνευση για ουσιαστική μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος έχει όμως αρκετές ελλείψεις και απουσία μεταβατικής πολιτικής, προχώρησε σε σημαντικές τομές αλλά δεν ολοκληρώθηκε σύμφωνα με το πνεύμα του νομοθέτη. Σημαντικά κενά συμπληρώνονται από τον μεταγενέστερο νόμο 1579/85 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ». Η κυβερνητική αλλαγή του 1990 χαρακτηρίζεται από νέα μεταρρυθμιστική πρωτοβουλία στο χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας. Με τον νόμο 2071/1992 επαναπροσδιορίστηκε ο ρόλος της ιδιωτικής περίθαλψης και καταργήθηκαν οι υφιστάμενοι περιορισμοί που αφορούσαν την δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα. Επιπλέον δημιουργείται το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων με αποκλειστικό σκοπό την αντιμετώπιση, την παρακολούθηση, τον συντονισμό και υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη και εξάπλωση ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων καθώς και την θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Επίσης ιδρύεται και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας με σκοπό την παροχή υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας.

Οι ρυθμίσεις του νόμου 2519/1997 προβλέπουν την οργάνωση υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε κεντρικό επίπεδο και στην περιφέρεια και περιγράφουν αναλυτικά και με πληρότητα τα αντικείμενα της άσκησης πολιτικής δημόσιας υγείας. Ωστόσο χαρακτηρίστηκε από πολιτικούς και ειδικούς επιστήμονες ως άτολμη και ανεδαφική. Την περίοδο 2000 καταγράφεται πλατιά κοινωνική συναίνεση για έντονη και σοβαρή προσπάθεια στο σύστημα υγείας. Με την ψήφιση του νόμου 2889/2001 προτείνεται η αποκέντρωση της διοίκησης του συστήματος υγείας μέσω της διαίρεσης της χώρας σε δεκαεπτά υγειονομικές περιφέρειες και η συγκρότηση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας. Στην συνέχεια με τον νόμο 3172/2003 καλύπτεται το κενό της θεσμικής θωράκισης της χώρας ως προς τις δομές δημόσιας υγείας κυρίως λόγω της οργάνωσης ολυμπιακών αγώνων. Με τον νόμο 3329/2005 το κέντρο βάρους του νέου καθεστώτος του ΕΣΥ βρίσκεται το ότι στα δημόσια νοσοκομεία ξαναδίνεται η νομική αυτοτέλεια που είχαν πριν από την μεταρρύθμιση του 2001.

Το αίτημα της Ελλάδας για βοήθεια στο Διεθνές Νομισματικό Ταμείο το 2010 συνοδεύτηκε από την εφαρμογή σκληρών μέτρων και τον περιορισμό των κοινωνικών παροχών. Με τους νόμους 3863, 3868, 3892/2010 και 3918/2011 πραγματοποιούνται ουσιαστικές αλλαγές στο εθνικό σύστημα υγείας οι οποίες συνεχίζονται έως σήμερα.

1.4 Στοιχεία του Ελληνικού συστήματος Υγείας

Η δομή κάθε συστήματος υγείας προσδιορίζεται από τη φιλοσοφία της κοινωνικής προστασίας σε σχέση με τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού, το πώς δηλαδή καλύπτονται οι πολίτες απέναντι στην ασθένεια του ατυχήματος και της ανικανότητας. Αναφορικά με το αν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος για να καλύπτονται οι εργαζόμενοι, με ενεργό ρόλο και παρουσία της κοινωνικής ανάπτυξης, τότε το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι τύπου Bismarck. Αν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος, με κύρια πηγή χρηματοδότησης τον κρατικό προϋπολογισμό, και αφορά όλους τους πολίτες, τότε το κοινωνικό σύστημα ασφάλισης είναι τύπου Beveridge. Υπάρχει και το φιλελεύθερο σύστημα υγείας όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας και ο ρόλος του κράτους για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών στηρίζεται στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών μόνο σε ομάδες που δεν μπορούν να αγοράσουν αυτές τις υπηρεσίες υγείας (Mossialos et al, 2002).

Στο φιλελεύθερο σύστημα υγείας το κράτος περιορίζεται στο να προσφέρει υπηρεσίες σε αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν, καθώς το σύστημα αυτό χαρακτηρίζεται από την λειτουργία συστήματος τιμών που διαμορφώνει την αγορά με κριτήριο την ζήτηση και υπάρχει ελευθερία του καταναλωτή που ζητά υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν ιδιώτες παραγωγοί. Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας χαρακτηρίζει η ζήτηση των υπηρεσιών που διαμορφώνεται από τους χρήστες έχοντας υπόψη τις τιμές των υπηρεσιών, βασίζεται σε ιδιωτικό σύστημα ασφάλισης με μεγάλο μέρος του πληθυσμού να μένει ανασφάλιστο, το κράτος θεσμικά εγγυάται την ομαλή λειτουργία της αγοράς χωρίς να εμπλέκεται στις συναλλαγές, διαμορφώνει μεγάλες υγειονομικές ανισότητες, χρηματοδοτείται από ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς και εμφανίζει το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης με αποτέλεσμα την προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας.

Κύριοι εκπρόσωποι του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης Bismarck είναι η Γερμανία και η Γαλλία. Σύμφωνα με το σύστημα Bismarck η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας γίνεται με την λογική της ασφάλισης, μέσα από την δημιουργία διαφόρων ασφαλιστικών ταμείων. Το σύστημα Bismarck βασίζεται στην αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, στη συλλογική κάλυψη του πληθυσμού, οικονομικά βασίζεται στις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων με υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη, στις υπηρεσίες υγείας ενός μεικτού συστήματος με έντονη κρατική παρέμβαση για την αποτελεσματικότητα αυτών (Λιαρόπουλος 2007).

Το εθνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε στη βάση των αρχών του Beveridge, υιοθετήθηκε από το εθνικό σύστημα υγείας της Μ. Βρετανίας και βασίζεται στην ιδέα καθολικής κάλυψης των αναγκών του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας με βάση την λογική του κοινωνικού δικαιώματος των πολιτών και βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη των αναγκών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος αυτού είναι η καθολική και πλήρης κάλυψη του πληθυσμού με βάση τις ανάγκες του, οικονομικά

στηρίζεται στην φορολογία και στις ασφαλιστικές εισφορές και διαχωρίζει τα επίπεδα υγείας με το βαθμό φροντίδας.

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό με στοιχεία και χαρακτηριστικά τόσο του μοντέλου Bismarck όσο και του μοντέλου Beveridge διότι βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, με μέρος της χρηματοδότησής του να προέρχεται από ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος, κυρίως της νοσοκομειακής περίθαλψης, να προέρχεται από τη φορολογία. Ωστόσο υπάρχει και η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή όσο και στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι δύο πρώτοι φορείς χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι υπάλληλοι σε αυτές αμείβονται με μισθό ενώ στα ασφαλιστικά ταμεία πληρώνονται από τα ίδια τα ταμεία (Σαρρής και συν, 2001).

Το εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι μεικτό, με χρηματοδότηση από την γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση, έχοντας το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως κύριο υπεύθυνο για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας, με τις υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ να υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες ΔΥΠΕ, με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τους ιδιώτες γιατρούς και τα κέντρα υγείας και την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας να παρέχεται από τα νοσοκομεία. Τα βασικά πλεονεκτήματα του Εθνικού συστήματος υγείας είναι η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας, η πλήρης κάλυψη του πληθυσμού, η έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα, η περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος και η ανάπτυξη προγραμμάτων υγείας. Τα μειονεκτήματα του είναι οι υψηλές δαπάνες υγείας, η χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, αδυναμία επιλογής γιατρού, οι γεωγραφικές και οικονομικές ανισότητες, οι άτυπες πληρωμές, η υπερπροσφορά ιατρών και οι λίστες αναμονής (Λιαρόπουλος 2007).

Τρία είναι τα βασικά προβλήματα του συστήματος υγείας: τα οικονομικά και δημοσιονομικά του, η αποτελεσματική λειτουργία του και η ικανοποίηση του Έλληνα από τις υπηρεσίες υγείας. Οι νοσοκομειακές υπηρεσίες χρεώνονται φθηνότερα από το πραγματικό κόστος, οι παρετυμολογημένες αγορές υλικών, οι σπατάλες και η μείωση των εσόδων λόγω φοροδιαφυγής και αδήλωτης εργασίας, δημιουργούν δημοσιονομικά ελλείμματα στο χώρο της υγείας. Η αναποτελεσματικότητά του δεν διευκολύνει την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας αυξάνοντας το κόστος λόγω διογκωμένης γραφειοκρατίας. Η δυσανεμία του πολίτη από τις υπηρεσίες υγείας διογκώνεται συνεχώς για αυτό σε πολλές περιπτώσεις καταφεύγει στον ιδιωτικό τομέα για να εξυπηρετηθεί (Βελονάκι 2006).

1.5 Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν τις υπηρεσίες περίθαλψης, τις υπηρεσίες προαγωγής υγείας τόσο και τις υπηρεσίες πρόληψης. Η άσκηση της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδα στα νοσοκομειακά ιδρύματα αποτελεί το βασικό κομμάτι της φροντίδας. Η βελτίωση του επιπέδου υγείας λόγω κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης οδήγησε στην ανάπτυξη της αντίληψης ότι υγεία δεν είναι μόνο έλλειψη νόσου ή αναπηρίας και επακόλουθο της αλλαγής αυτής είναι ο επαναπροσανατολισμός των συστημάτων φροντίδας. Οι υπηρεσίες υγείας οργανώνονται σε τρεις επιμέρους ομάδες και αποτελούν τα βασικά επίπεδα περίθαλψης.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει σκοπό την πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάσταση και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι τόσο του συστήματος υγείας της χώρας, του οποίου είναι κεντρική λειτουργία και κύριος στόχος, όσο και της συνολικής κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Είναι το 1^ο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινότητας με το εθνικό σύστημα υγείας, το οποίο προσφέρει την φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν στον τόπο όπου ο πληθυσμός ζει και εργάζεται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο μιας συνεχούς διαδικασίας για τη φροντίδα υγείας. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι εξωνοσοκομειακή και στον δημόσιο τομέα παρέχεται κυρίως από τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων. Παράλληλα ασκείται ευρέως και από τον ιδιωτικό τομέα που εντάσσονται τα ιδιωτικά ιατρεία που ασκούν το επάγγελμα οι ιδιώτες γιατροί, τα διαγνωστικά κέντρα, τα μικροβιολογικά εργαστήρια και τα ιδιωτικά θεραπευτήρια (Τούντας και συν, 2001).

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει την διάγνωση και την θεραπεία νόσων για τα οποία δεν είναι απαραίτητη η εισαγωγή στο νοσοκομείο και παρέχεται συνήθως σε τοπικό επίπεδο και εύκολα προσβάσιμη στους κατοίκους μιας περιοχής. Είναι η μόνη υπηρεσία υγείας που μπορεί να αναγνωρίσει προβλήματα υγείας που πηγάζουν από το στενό κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου και τα αντιμετωπίζει πριν το άτομο αρρωστήσει. Παρέχεται στις αστικές περιοχές από τα ιατρεία του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), από την κατοίκο νοσηλεία, τα ΚΑΠΗ, τα Γηροκομεία και από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (ΤΕΙ), από ιδιώτες γιατρούς και ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και στις μη αστικές περιοχές από τα Κέντρα Υγείας και από περιφερειακά ιατρεία του ΕΣΥ (Θεοδώρου και συν, 1995).

Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί το δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης, ασκείται στο νοσοκομείο που διαθέτει τις βασικές κλινικές, παρακλινικές και εργαστηριακές ειδικότητες και καλύπτει τα βασικά προβλήματα υγείας του πληθυσμού. Το δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναπτύχθηκε ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια και στον ιδιωτικό τομέα αποτελώντας εξαιρετικά κερδοφόρα επένδυση.

Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας ασκείται από υπηρεσίες εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης και λαμβάνει χώρα στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και στα Περιφερειακά Γενικά

Νοσοκομεία που έχουν στη διάθεσή τους εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και σύγχρονο εξοπλισμό για την αντιμετώπιση σύνθετων προβλημάτων υγείας.

Τέλος η άτυπη φροντίδα υγείας προέρχεται από συγγενείς, φίλους, γείτονες που προσφέρουν δραστηριότητες υγείας στα πλαίσια της κοινωνικής συμπεριφοράς και του εθελοντισμού. Αυτό το επίπεδο περίθαλψης δεν περιλαμβάνεται στην συμβατική διάκριση των επιπέδων του ΕΣΥ αλλά αποτελεί τη βάση της πυραμίδας (Λιαρόπουλος 2007).

1.6 Σύνοψη κεφαλαίου

Οι γενικές αρχές διοίκησης που διατυπώθηκαν από τον Fayol, επικεντρώνονται στην αποδοτικότερη λειτουργία των οργανώσεων και διαιρεί τη συνολική οργανωτική δραστηριότητα σε έξι ενότητες: την εμπορική, την χρηματοδοτική, την οικονομική, την ασφαλιστική, τη λογιστική και τη διοίκηση. Ο Maslow από την άλλη ιεραρχεί τις ανάγκες και θεωρεί ότι μόνο οι ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί είναι παράγοντες υποκίνησης.

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα αναπτύχθηκαν παράλληλα με τις εκάστοτε κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις και παρόλο που η πρόοδος ήταν τεράστια υπάρχουν μεγάλα προβλήματα οργάνωσης, διαχείρισης, ανεπάρκειας και αποτελεσματικότητας. Οι μεταρρυθμιστικές τομές στον τομέα της υγείας απαιτούσαν πολιτική συνέχεια και θα μπορούσαν να επιτευχθούν καλύτερα και με μικρότερο κοινωνικό κόστος εάν οικοδομούνταν με ευρύτερη πολιτική συναίνεση. Η εξέλιξη του υγειονομικού τομέα μπορεί να διακριθεί χρονικά σε τέσσερις περιόδους.

Κάθε σύστημα υγείας δομείται από τη φιλοσοφία της κοινωνικής προστασίας σε σχέση με τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού. Το εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι μεικτό με χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση. Οι υπηρεσίες υγείας περιλαμβάνουν τις υπηρεσίες περίθαλψης, προαγωγής και πρόληψης υγείας και οργανώνονται σε τρεις επιμέρους ομάδες που αποτελούν τα βασικά επίπεδα περίθαλψης.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Οι υπηρεσίες υγείας για να είναι χρήσιμες απαιτείται να είναι προσβάσιμες από όλους τους εν δυνάμει χρήστες, και είναι προσβάσιμες όταν όλοι οι εν δυνάμει χρήστες μπορούν να επωφεληθούν στο έπακρο από τη λειτουργικότητά τους. Η πρόσβαση είναι θέμα προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, ενώ η χρήση είναι θέμα προσφοράς και ζήτησης ή ανάγκης, άρα ίση πρόσβαση για ίση ανάγκη υπάρχει μόνο όταν τα άτομα που βρίσκονται στην ίδια υγειονομική περιφέρεια ξοδεύουν το ίδιο προσωπικό κόστος. Η απρόσκοπτη και εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι πρωτεύον και κυρίαρχο ζητούμενο της πολιτικής υγείας για κάθε χώρα-κράτος. Η ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών είναι κατοχυρωμένη συνταγματικά στα περισσότερα κράτη. Για να επιδιωχθεί η ισότητα πρέπει να εξαλειφθούν οι διαφορές μεταξύ των περισσότερο και λιγότερο ευνοημένων κοινωνικών ομάδων, οι οποίες απολαμβάνουν διαφορετικό επίπεδο υγείας λόγω του διαφορετικού κοινωνικού πλεονεκτήματος (Braveman 2003).

2.1 Προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας

Ο όρος προσβασιμότητα χρησιμοποιείται για να υποδηλώσει πως ένα προϊόν είναι σχεδιασμένο και υλοποιημένο με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να χρησιμοποιηθεί από όλους τους εν δυνάμει χρήστες. Συνεπώς οι υπηρεσίες υγείας είναι προσβάσιμες όταν όλοι οι άνθρωποι (νέοι, ηλικιωμένοι, υγιείς, ασθενείς, φτωχοί, πλούσιοι κ.λπ.) μπορούν να επωφεληθούν στο μέγιστο δυνατό βαθμό από τη λειτουργικότητα των υπηρεσιών υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί ως προσβασιμότητα το μέτρο της αναλογίας του πληθυσμού που μπορεί να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας (World Health Organization, Geneva, 1998d).

Η προσβασιμότητα όμως εξαρτάται κυρίως από το κόστος και τον χρόνο αναμονής για την χρήση της υπηρεσίας υγείας, καθιστώντας άδικη την κατανομή υγειονομικής περίθαλψης και άνιση την πρόσβαση. Η ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αλλά και η δίκαιη κατανομή της υγειονομικής περίθαλψης ανήκουν στα οικουμενικά δικαιώματα των ασθενών και καταγράφονται στον χάρτη των θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο άρθρο 35, για την προστασία της υγείας «Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας του ανθρώπου». (Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2000).

Οι ανεπτυγμένες χώρες έχουν οργανώσει την παροχή βασικών υπηρεσιών υγείας με τέτοιο τρόπο όπου η πρόσβαση κατοχυρώνεται είτε μέσω των δικαιωμάτων του πολίτη (εθνικά

συστήματα τύπου Beveridge) είτε μέσω της συμμετοχής σε κοινωνικοεπαγγελματικές κατηγορίες (συστήματα τύπου Bismarck). Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό όπου το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών, με συγχρηματοδότηση και από ασφαλιστικές εισφορές, και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση. Ωστόσο η ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης και η μερική αδυναμία του δημόσιου συστήματος να καλύψει τις ανάγκες της υγείας, οδήγησε σε έντονη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα (Νόμος 1397/83, άρθρο 1^ο).

Οι υπηρεσίες υγείας είναι δημόσιες, ορίζονται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και βασίζονται στις αρχές της δωρεάν και ισότιμης περίθαλψης όλων των πολιτών. Ωστόσο η διόγκωση των προβλημάτων σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, έκανε φανερή την ανεπάρκεια και αδυναμία του δημόσιου συστήματος αφήνοντας κενό χώρο για την ανάπτυξη και δράση της ιδιωτικής υγείας στην υγειονομική φροντίδα του ελληνικού λαού. Συνεπώς οι υπηρεσίες υγείας ορίζονται εκτός των άλλων και σε δημόσιες-ιδιωτικές. (ICAP 2010).

Η μέτρηση της πρόσβασης με βάση τη χρήση και την ικανοποίηση λειτουργεί ως μια εξωτερική εγκυρόποίηση του κατά πόσο τα άτομα που έχουν ανάγκη για υπηρεσίες υγείας πραγματικά τις λαμβάνουν.

2.2 Πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας

Η ισότητα στην φροντίδα υγείας ως έννοια χρησιμοποιείται περισσότερο ως ίση θεραπεία για ίση ανάγκη, ως ισότητα στην πρόσβαση και ως ισότητα στην υγεία. Για την ισότητα στην φροντίδα υγείας σημαντική θέση κατέχουν οι έννοιες της πρόσβασης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, κυρίως διότι αποτελούν εναλλακτικούς ορισμούς της ισότητας στην φροντίδα υγείας και διότι για την έννοια της πρόσβασης δεν υπάρχει ξεκάθαρος και ακριβής ορισμός. Η απουσία ενός ολοκληρωμένου ορισμού για την ισότητα στην φροντίδα υγείας δημιουργεί σύγχυση στις έννοιες πρόσβαση και χρήση με αποτέλεσμα η ισότητα στη φροντίδα υγείας άλλοτε να ορίζεται ως ισότητα στην πρόσβαση και άλλοτε ως ισότητα στην χρήση. Σύμφωνα με τον Mooney (1983) η διάκριση των δύο εννοιών βρίσκεται στη διαφορά ότι η πρόσβαση είναι θέμα προσφοράς των υπηρεσιών υγείας, ενώ η χρήση είναι θέμα προσφοράς και ζήτησης ή ανάγκης, άρα ίση πρόσβαση για ίση ανάγκη συμβαίνει μόνο όταν τα άτομα που βρίσκονται στην ίδια υγειονομική περιφέρεια ξοδεύουν το ίδιο προσωπικό κόστος. Για παράδειγμα δύο άτομα που βρίσκονται στην ίδια απόσταση από τον γενικό γιατρό και χρησιμοποιούν το ιδιόκτητο αυτοκίνητό τους για να τον επισκεφτούν αντιμετωπίζουν το ίδιο κόστος, τον ίδιο χρόνο και έχουν την ίδια πρόσβαση στη συγκεκριμένη υγειονομική υπηρεσία. Αντίθετα η χρήση είναι μια εξίσωση προσφοράς και ζήτησης διότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας από ένα άτομο εξαρτάται από τις υπηρεσίες που του

προσφέρονται και από τις αντιλήψεις του για την ωφέλεια που θα προκύψει για την υγεία του από τη χρήση αυτής της φροντίδας υγείας (Mooney 1983).

Η ζήτηση βασίζεται στις αντιλήψεις που έχουν τα άτομα για την ωφέλεια από την φροντίδα υγείας αφού όσο μεγαλύτερη αξία προσδίδουν στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, τόσο μεγαλύτερη θα είναι η ζήτηση για τις υπηρεσίες αυτές. Σημειώνεται πως η ζήτηση δεν είναι δεδομένη και όμοια μεταξύ των ατόμων, συνεπώς δύο άτομα με ίδιο επίπεδο υγείας διαφέρουν ως προς τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας διότι είτε αξιολογούν διαφορετικά την καταλληλότητα μιας υπηρεσίας υγείας σε σχέση με την ωφέλεια που μπορεί να επιφέρει στην υγεία τους, είτε αξιολογούν διαφορετικά την υγεία τους ως προς το όφελος που θα τους προσφέρει ένα υψηλότερο υγειονομικό επίπεδο. Έτσι δύο άτομα που έχουν διαφορετικές αντιλήψεις για την ωφέλεια μιας υπηρεσίας υγείας ακόμα και αν υπάρχει ισότητα στην πρόσβαση δεν σημαίνει ότι θα υπάρχει και ισότητα στη χρήση (Mooney 1983).

Ο Le Grand (1997) ορίζει την πρόσβαση ως το προσωπικό κόστος που αντιμετωπίζουν τα άτομα για τη λήψη ιατρικής φροντίδας, μετρώντας το προσωπικό κόστος με χρήματα και χρόνο που απαιτείται για να ταξιδέψουν για να λάβουν τη φροντίδα υγείας ή την αναμονή. Η ισότητα στην πρόσβαση ως έννοια απαιτεί να έχουν όλα τα άτομα το ίδιο χρηματικό και χρονικό κόστος για να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας. Ένας ακόμα προβληματισμός που διατυπώνει ο Le Grand και οι Culyer και Wagstaaf (1993) για το προσωπικό κόστος είναι το κατά πόσο πρέπει να ερμηνεύεται και να μετράται από την πλευρά των χρημάτων και κατά πόσο από την πλευρά της ωφελιμότητας και ικανοποίησης. Ο Mooney διατυπώνει πως ισότητα στην πρόσβαση σημαίνει ίσες διαθέσιμες υπηρεσίες για ίση ανάγκη, από την πλευρά της προσφοράς, ενώ η ισότητα στην θεραπεία είναι ζήτημα ζήτησης και προσφοράς, διαπιστώνοντας πόσο ουσιαστικός είναι ο ρόλος των προτιμήσεων, αντιλήψεων και προκαταλήψεων τόσο των ασθενών όσο και των προμηθευτών.

Από άλλη σκοπιά η ισότητα στην πρόσβαση έχει να κάνει με την επιλογή των ατόμων σε γεγονότα και καταστάσεις και **κατ'επέκταση** στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας, όπως για παράδειγμα η επιλογή σπιτιού σε απομονωμένη και δύσβατη περιοχή μακριά από τις υπηρεσίες υγείας αποδεικνύει ότι ανισότητες στην πρόσβαση δεν είναι πάντα άνισες (Le Grand 1997, Culyer & Wagstaaf 1993).

Η πρόσβαση ορίζεται από τον βαθμό εφαρμογής μεταξύ των χρηστών του συστήματος, υποστηρίζουν οι Penchansky και Thomas (1981), διατυπώνοντας ότι οι διάφορες ερμηνείες που έχουν δοθεί για την έννοια της ισότητας στην πρόσβαση επιτείνουν την σύγχυση σχετικά με τις διαστάσεις του όρου κατά πόσο δηλαδή η πρόσβαση χαρακτηρίζει την πλευρά του συστήματος (προσφορά) ή την πλευρά των χρηστών (ζήτηση). Η πρόσβαση για αυτούς περιλαμβάνει μια ομάδα πολύ συγκεκριμένων διαστάσεων μεταξύ των ασθενών και του συστήματος υγείας, που

εντοπίζονται στη διαθεσιμότητα (δηλαδή στην σχέση της ποσότητας και του είδους των υγειονομικών υπηρεσιών με τις υγειονομικές ανάγκες των χρηστών), στην προσβασιμότητα (δηλαδή στη σχέση της τοποθεσίας των υπηρεσιών υγείας και των χρηστών), στην προσαρμογή (δηλαδή στον τρόπο οργάνωσης των πόρων και στην ικανότητα των χρηστών να προσαρμοστούν σε αυτά), στη διαθεσιμότητα χρημάτων (αφορά τις τιμές των υπηρεσιών υγείας και των προμηθευτών και την δυνατότητα των χρηστών να πληρώσουν, το εισόδημά τους, η ασφάλιση υγείας) και στην αποδεκτότητα (δηλαδή στη συμπεριφορά των χρηστών σχετικά με την προσωπικότητα και την επαγγελματική πρακτική των προμηθευτών) (Penchansky & Thomas 1981).

Η πρόσβαση είναι έννοια με πολιτικό περιεχόμενο και πρέπει να εξεταστεί μέσα στο πολιτικό πλαίσιο που αποτελεί στόχο της πολιτικής υγείας και έχει διαφορετική σημασία στο πλαίσιο διαφορετικών υγειονομικών συστημάτων (Goddard 2001). Στις ΗΠΑ, όπου είναι ιδιωτικό το σύστημα υγείας, η πρόσβαση τίθεται ως εισόδος στο σύστημα ανάμεσα σε ασφαλισμένους και ανασφάλιστους, ενώ στα ευρωπαϊκά υγειονομικά συστήματα η εισαγωγή στο σύστημα είναι εξασφαλισμένη λόγω της καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης και η πρόσβαση γίνεται από την πλευρά της διάθεσης ίσων υπηρεσιών για ίση ανάγκη, με αντιμετώπιση ίδιου προσωπικού κόστους και ίσης ποιότητας μεταξύ των ατόμων.

Η Goddard (2001) ορίζει την πρόσβαση ως διάθεση των υπηρεσιών υγείας, διακρίνοντας τέσσερα χαρακτηριστικά της πρόσβασης που θεωρούνται πιθανοί λόγοι για διαφορές στην πρόσβαση και είναι η διαθεσιμότητα, η ποιότητα, το κόστος και οι πληροφορίες. Ανισότητες στην πρόσβαση μπορεί να υπάρξουν όταν οι γιατροί δεν προσφέρουν τις ίδιες υπηρεσίες σε ασθενείς με τις ίδιες ανάγκες, όταν συγκεκριμένες υγειονομικές υπηρεσίες δεν είναι διαθέσιμες σε κάποιες πληθυσμιακές ομάδες, όταν η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών διαφέρει μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων, όταν απαιτείται διαφορετικό προσωπικό και χρηματικό κόστος μεταξύ των χρηστών και όταν η πληροφορία για τη διαθεσιμότητα και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας δεν μοιράζεται με ευκρίνεια σε όλο τον πληθυσμό (Goddard 2001).

Η διάκριση πρόσβασης και χρήσης δεν έχει απασχολήσει θερμά την επιστημονική κοινότητα και πολλές φορές χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημες έννοιες. Εκτός από την ερμηνεία της ως διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ή χρηματικών και άλλων πόρων, όταν και όπου τα άτομα έχουν ανάγκη, δίνοντας έμφαση στα κοινωνικά και γεωγραφικά χαρακτηριστικά, ερμηνεύεται και ως χρήση των υπηρεσιών υγείας από ευπαθή άτομα ανάλογα με τις υπάρχουσες ανάγκες (Culyer et al, 1992).

Οι Aday και Andersen ανέπτυξαν ένα μοντέλο μέτρησης της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας σύμφωνα με το οποίο η πρόσβαση ορίζεται ως συνιστώσες που οδηγούν στην πραγματική

χρήση και ικανοποίηση των καταναλωτών. Οι συνιστώσες αυτές που αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν την πρόσβαση αναφέρονται στα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας όπως είναι η οργάνωση, η δομή και οι πόροι του συστήματος και στα χαρακτηριστικά των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο που διακρίνονται σε κληρονομικά (φύλο, ηλικία, φυλή), σε χαρακτηριστικά που παρέχουν την δυνατότητα (εισόδημα, ασφαλιστική κάλυψη) και στην υγειονομική ανάγκη που αναφέρεται στο επίπεδο υγείας ή ασθένειας των ατόμων (Aday & Andersen 1981).

Η μέτρηση της πρόσβασης με βάση τη χρήση και την ικανοποίηση λειτουργεί ως μια εξωτερική εγκυροποίηση του κατά πόσο τα άτομα που έχουν ανάγκη για υπηρεσίες υγείας πραγματικά τις λαμβάνουν. Για να μετρήσουν την πρόσβαση χρησιμοποιούν είτε περιγραφικούς ποσοτικούς δείκτες της οργάνωσης και διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι ο χρόνος αναμονής για ραντεβού, η διαφορά μεταξύ ιδανικού και πραγματικού αριθμού εξοπλισμού και προσωπικού, οι δείκτες που αφορούν την αξιολόγηση των καταναλωτών, όπως είναι η ικανοποίηση με τον χρόνο παραμονής στο ιατρείο, η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών τη νύχτα και τα σαββατοκύριακα, ο αριθμός των επισκέψεων, οι γιατροί που εμπλέκονται σε ένα περιστατικό και άλλα (Aday & Andersen 1974).

2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θεωρείται κοινωνικό αγαθό, ωστόσο δεν προσφέρεται ως τέτοιο καθώς βασίζεται σε ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και στην ύπαρξη ασφάλισης. Δεν υπάρχει ξεκάθαρος ορισμός που να ορίζει με ακρίβεια τι εννοείται με τον όρο «ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας». Συχνά περιγράφεται ως ίση πρόσβαση στην θεραπεία ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης ή κοινωνικής θέσης. Στην αγορά αυτό ονομάζεται μετοχικό κεφάλαιο οριζόντιας υγειονομικής περίθαλψης. Η χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας και η ανταποκρισιμότητά των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ορίζουν την πολιτική υγείας διότι οι αντιλήψεις των χρηστών τόσο για το σύστημα υγείας όσο και για το επίπεδο υγείας τους διαμορφώνουν τη ζήτηση, αναδεικνύουν τις αδυναμίες και τα κενά του συστήματος και αξιολογούν κατά πόσο το σύστημα ανταποκρίνεται στις ανάγκες και απαιτήσεις των πολιτών (Wagstaff & Van Doorslaer 2000).

Η προσβασιμότητα προϋποθέτει την επάρκεια και την διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας και εκφράζει την ισότιμη δυνατότητα χρήσης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας από κάθε δικαιούχο χωρίς γεωγραφικά, συγκοινωνιακά ή οικονομικά εμπόδια. Προσδιορίζεται από τον αριθμό των ατόμων ή το ποσοστό ενός συγκεκριμένου πληθυσμού που αναμένεται να χρησιμοποιήσουν κάποια υπηρεσία υγείας καθώς και από τον χρόνο μετάβασης στην υπηρεσία και από το χρόνο αναμονής μέχρι τη χρήση. Αν υποθέταμε ότι η πρόσβαση είναι τυπικά δυνατή, οι

ίδιοι οι πολίτες είναι δυνατόν να αντιμετωπίζουν μια σειρά από τυπικά εμπόδια που αποτρέπουν την πραγματική και ουσιαστική χρήση αυτών των υπηρεσιών. Αυτά τα εμπόδια οφείλονται στο ίδιο το σύστημα υγείας αλλά και τον ίδιο τον ασθενή. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζονται από την προσφορά και τη ζήτηση αντιστοίχως. Όσον αφορά την προσφορά ή επάρκεια του συστήματος μπορούμε να διακρίνουμε (Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνας 2006):

- Κενά στην υγειονομική κάλυψη, ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
- Ανεπαρκείς δαπάνες υγείας
- Κακό προγραμματισμό ή επιμερισμό του κόστους της υγείας (ιδιαιτερότητα του συστήματος καταβολής "άτυπων αμοιβών" στα πλαίσια του ΕΣΥ)
- Γεωγραφική ανισότητα (απομακρυσμένες νησιωτικές και χέρσες περιοχές)
- Οργανωτικοί παράγοντες (ελλιπής μηχανογράφηση, μεγάλες λίστες αναμονής)
- Μεγάλες γραφειοκρατικές και διαχειριστικές διαδικασίες για την παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε σημεία που δεν έχει πρόσβαση ο ασθενής
- Μηχανισμοί διασφάλισης ποιότητας

Όσον αφορά τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας από μέρους των ασθενών παράγοντες με ιδιαίτερη βαρύτητα είναι:

- Έλλειψη εμπιστοσύνης στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας
- Το φύλλο των ασθενών
- Η ηλικία των ασθενών
- Το μορφωτικό τους επίπεδο
- Το κοινωνικοοικονομικό τους υπόβαθρο (χαμηλά εισοδήματα-καθεστώς εργασίας στην άτυπη οικονομία με αποτέλεσμα να μένουν ανασφάλιστοι)
- Οι προσωπικές αντιλήψεις και πεποιθήσεις για την υγεία
- Η ελλιπής ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τα δικαιώματά τους (νομικά κατοχυρωμένα δικαιώματα)
- Το επίπεδο της υγείας τους
- Η ύπαρξη ή μη δευτεροβάθμιας περίθαλψης

Οι οικονομικοί πόροι είναι πάντα περιορισμένοι και επιπλέον λόγω της οικονομικής κρίσης που βιώνουμε ως χώρα μειώθηκαν και άλλο συνεπώς τα κενά στην υγειονομική κάλυψη και οι ανεπαρκείς δαπάνες υγείας παραμένουν ως πρόβλημα και εμπόδιο πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον ο κακός επιμερισμός στο κόστος της υγείας επιτρέπει την καταβολή άτυπων

αμοιβών από μέρους των ασθενών με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται και άλλο. Η πολυπλοκότητα των διαδικασιών (διοικητική και λειτουργική) καθώς και η μέγιστη γραφειοκρατία που απαιτείται αποτελεί επίσης ανασταλτικό παράγοντα χρήσης υπηρεσιών υγείας, για παράδειγμα γνωματεύσεις για χορήγηση οξυγονοθεραπείας, εξειδικευμένη φαρμακευτική αγωγή σε απομακρυσμένες και δύσβατες περιοχές που δεν καλύπτονται από γιατρούς αντίστοιχων ειδικοτήτων, ειδικά σε νησιωτικές περιοχές). Σήμερα δεν υπάρχουν θεσμοθετημένοι και ολοκληρωμένοι μηχανισμοί διασφάλισης της ποιότητας και μεμονωμένες προσπάθειες δεν συγκροτούν ολοκληρωμένη πολιτική σε εθνικό επίπεδο όσον αφορά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αποτελώντας πρόκληση την ομοιογένεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι οποίες θα πρέπει να είναι πάνω από ένα ελάχιστο αποδεκτό επίπεδο σε όλους τους τομείς παροχής κάθε φορέα (Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνας 2006).

Από μέρους των ασθενών για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας διαπιστώνεται σύμφωνα με την έρευνα των Bertakis (2000) ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους άνδρες καθώς και οι μεγαλύτεροι ηλικιακά πληθυσμοί. Τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο χρησιμοποιούν συχνότερα τις υπηρεσίες υγείας ενώ άτομα με μέσο και υψηλό εισόδημα και εκπαιδευτικό επίπεδο επισκέπτονται γιατρούς ειδικότητας (Lostao et al, 2001). Από το 1992 έχουν κατοχυρωθεί νομοθετικά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή και θεσπίστηκαν όργανα προστασίας των δικαιωμάτων του, στην πράξη όμως χρειάζεται περισσότερη ενημέρωση των πολιτών και ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας. Οι ασθενείς επιλέγουν τον γιατρό, την κλινική ή το νοσοκομείο με βάση τις πληροφορίες που έχουν μέσω συγγενών και φίλων ή μέσω της αγοράς. Διαπιστώνεται πως η ύπαρξη εμποδίων στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, το υψηλό κόστος χρόνου και οι εκτεταμένες λίστες αναμονής περιορίζουν τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας και αυξάνουν την αγορά της ιδιωτικής ασφάλισης. (Jofre-Bonet 2000). Επίσης το χαμηλό επίπεδο υγείας των ατόμων τους οδηγεί σε μεγαλύτερη συχνότητα επισκέψεων των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με το υπόλοιπο σύνολο του πληθυσμού. Μπορούμε γενικά να παρατηρήσουμε ότι το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο δραστηριοποίησης του πληθυσμού καθορίζει το βαθμό χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας, αναδεικνύοντας σε μέγιστο ζήτημα της πολιτικής υγείας και τις κοινωνικές ανισότητες (Bertakis et al, 2000, Lostao et al, 2001, Jofre-Bonet 2000).

Στο Ελληνικό σύστημα υγείας καταγράφεται υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών, συμπεριλαμβανομένων και της μορφής άτυπων πληρωμών, αμβλύνοντας την ανισότητα στην πρόσβαση εις βάρος των ατόμων χαμηλού εισοδήματος, όπως οι μακροχρόνια άνεργοι, οι συνταξιούχοι, οι χρονίως πάσχοντες και άλλοι. Ανισότητα στην πρόσβαση διακρίνεται και μεταξύ των δικαιούχων ασφαλιστικών φορέων καθώς κάθε ασφαλιστικό ταμείο έχει διαφορετικούς

κανονισμούς ασθένειας με ποσοτικές και ποιοτικές διαφοροποιήσεις με αποτέλεσμα για παράδειγμα ασφαλισμένοι συγκεκριμένων ταμείων έχουν πρόσβαση στον ιδιωτικό τομέα γεγονός που συνιστά ποιοτικού χαρακτήρα ανισότητα.

Διαπιστώνεται πως η οργανωτική δομή των μονάδων υγείας και τα εμπόδια που προκύπτουν από αυτήν καθώς και το κόστος μεταφοράς σε μεγάλες αποστάσεις όπως επίσης και οι ελλείψεις της συγκοινωνιακής πρόσβασης είναι σημαντικά εμπόδια για την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας. Λόγω της οικονομικής κρίσης μειώθηκαν τραγικά οι δαπάνες για την υγεία με αποτέλεσμα να αποκλείονται ορισμένοι τύποι περίθαλψης και να αποτελεί ακόμα μία μορφή αποκλεισμού, αφού οι πλουσιότερες ομάδες πολιτών έχουν την δυνατότητα να προσφεύγουν σε ιατρούς μη συμβεβλημένους με τους ασφαλιστικούς φορείς τους σε σχέση με τις χαμηλότερες εισοδηματικές τάξεις που δεν μπορούν να ξεφύγουν από τα όρια του ταμείου τους (είναι ήδη δύσκολο για αυτές να αποκτήσουν και την ελάχιστη ασφαλιστική κάλυψη). Γι αυτό ορισμένες χώρες προσπαθούν να ισοσταθμίσουν την ανισότητα βάζοντας ένα ανώτατο όριο δαπανών με ταυτόχρονη συμμετοχή του ασθενούς. Ας σημειωθεί πως η πολιτική των ΗΠΑ δίνουν μεγάλο μέρος του προϋπολογισμού τους με σκοπό την ελάχιστη παροχή υγείας σε όλους ανεξαιρέτως τους πολίτες της.

Αποτελεί ζοφερή πραγματικότητα η διαπίστωση ότι το κόστος της υγείας αυξάνει και αναμένεται να αυξηθεί πολύ περισσότερο τα επερχόμενα χρόνια, συνεπώς οι περικοπές στις δαπάνες της υγείας που εφαρμόζει η κυβερνητική πολιτική δεν είναι ενδεδειγμένος τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος αντιθέτως είναι κριτήριο αποκλεισμού για το σύνολο. Η μείωση των παροχών και κυρίως σε επίπεδο πρόληψης και οι περικοπές των φαρμάκων, έχουν σοβαρότατες επιπτώσεις στην υγεία των πληθυσμών με αποτέλεσμα να κληθεί το σύστημα να πληρώσει πολλαπλάσιες δαπάνες λόγω των επιπλοκών που θα προκύψουν.

Σε γενικές γραμμές διαπιστώνεται πως πληθυσμοί με χαμηλή οικονομική κατάσταση και κοινωνική θέση έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας, διότι οικονομικά αδυνατούν να τρέφονται σωστά και έχουν χαμηλότερη ποιοτικά παροχή υγείας καθώς δεν μπορούν να προσφύγουν σε εξειδικευμένη παροχή υπηρεσιών. Υπάρχουν πολλοί δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν για να καταγράψουν την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και οι περισσότεροι αφορούν την πληθυσμιακή κάλυψη του ασφαλιστικού συστήματος και τον χρόνο αναμονής. Τα στοιχεία της έρευνας των Van Doorslaer et al 2004, δείχνουν ότι οι μορφωμένες οικογένειες και οι πλουσιότεροι έχουν πιο εύκολη πρόσβαση στον ειδικό γιατρό ενώ άτομα με χαμηλά εισοδήματα χρησιμοποιούν κυρίως τις υπηρεσίες των επειγόντων ιατρείων και επισκέπτονται σχεδόν πάντα γιατρούς γενικής ιατρικής (Van Doorslaer et al, 2004).

Σε έρευνα που διεξήγαγε η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας για την αξιολόγηση του συστήματος υγείας, σε μια από τις ερωτήσεις για το πώς θα βαθμολογούσαν την εμπειρία τους σε σχέση με την δυνατότητα να έχουν πρόσβαση για φροντίδα υγείας σε έναν υγειονομικό ή στην υπηρεσία της επιλογής τους, κατά την διάρκεια των τελευταίων μηνών, απαντάνε σε ποσοστό 63,5% καλή και πολύ καλή, 24,1% μέτρια και 12,4% κακή και πολύ κακή. Η ανάλυση των δεδομένων στο σύνολό του δείχνει ότι δεν παρουσιάζονται στατικά σημαντικές και ουσιαστικές διαφορές, ωστόσο τις παραθέτουμε. Στις περιφέρειες Ν.Αιγαίου, Κρήτης και Β.Ελλάδας παρατηρείται μεγαλύτερο ποσοστό καλής-πολύ καλής εμπειρία δυνατότητας πρόσβασης για φροντίδα υγείας του δείγματος και στη περιφέρεια της Β.Ελλάδας το μικρότερο ποσοστό δυσαρέσκειας. Ως αναφορά το φύλλο οι άνδρες είναι περισσότερο ευχαριστημένοι σε σχέση με τις γυναίκες οι οποίες θεωρούν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους άνδρες ότι έχουν καλή-πολύ καλή εμπειρία σε σχέση με την δυνατότητα να έχουν πρόσβαση για φροντίδα υγείας. Ηλικιακά οι κατηγορίες 18-24 ετών και 65+ έχουν μεγαλύτερα ποσοστά καλής-πολύ καλής εμπειρία χρήσης υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε σχέση με τις ενδιάμεσες ηλικιακές ομάδες (και περισσότερο παραγωγικές) οι οποίες εκδηλώνουν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια από την εμπειρία χρήσης φροντίδα υγείας. Με βάση την οικονομική δυνατότητα των ατόμων, οι έχοντες χαμηλά εισοδήματα έχουν μικρότερο ποσοστό καλής-πολύ καλής και μεγαλύτερο ποσοστό κακής-πολύ κακής εμπειρία χρήσης φροντίδας υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους εύρωστους οικονομικά. Τέλος όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, οι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου έχουν μικρότερο ποσοστό καλής-πολύ καλής εμπειρία και μεγαλύτερο ποσοστό κακής-πολύ κακής εμπειρία χρήσης υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 2011).

Σύμφωνα με δύο έρευνες που διενεργήθηκαν από την εταιρεία δημοσκοπήσεων Κάπα Research σε συνεργασία με την Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης το Σεπτέμβριο του 2012 (η πρώτη αφορά τους ενήλικες πολίτες και η δεύτερη τους γιατρούς) διαπιστώθηκε πως η επισκεψιμότητα των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας είναι συνάρτηση της ηλικίας, υψηλότερη στις γυναίκες και σε ποσοστό 58% επισκέφθηκε γιατρό του συστήματος υγείας και 42% ιδιώτη γιατρό τον οποίο πλήρωσε ο ίδιος. Όσον αφορά την ποιότητα υπηρεσιών το 80% δηλώνει ικανοποιημένο από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και το 96% από τις ιδιωτικές κλινικές. Ο κοσμήτορας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας καθηγητής κ. Ι. Κυριόπουλος σημειώνει πως είναι προφανές ότι οι χρήστες υπηρεσιών Υγείας είναι σε δυσχερή θέση και η ελεύθερη επιλογή είναι η μοναδική δυνατότητά τους να έχουν μια αξιοπρεπή θέση στο Σύστημα Υγείας και οι υφιστάμενες επιβαρύνσεις στην πρόσβαση (χρήματος και χρόνου) διευρύνουν τις μεγάλες ανισότητες, η άρση των οποίων είναι επείγουσα με κριτήριο την ανάγκη (αντιστρόφως ανάλογες) και το εισόδημα (ανάλογες) (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 2011).

Η απρόσκοπτη και εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι πρωτεύον και κυρίαρχο ζητούμενο της πολιτικής υγείας για κάθε χώρα-κράτος. Στη χώρα μας έγινε μεγάλη προσπάθεια τα τελευταία χρόνια για ποσοτική μεγέθυνση και ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών και απόδειξη είναι η ανέγερση νέων νοσοκομείων, ο εκσυγχρονισμός ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, η δημιουργία νέων εξειδικευμένων τμημάτων όπως οι μονάδες εντατικής θεραπείας, τεχνικού νεφρού και άλλες. Υπάρχουν ακόμα πολλά και σοβαρά προβλήματα στη δημόσια υγεία που αποτελούν πρόκληση σε κάθε πολιτική ηγεσία με μέγιστο ζητούμενο την μετατόπιση του προσανατολισμού του υγειονομικού συστήματος από τη θεραπεία στην πρόληψη (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 2011).

2.4 Ανισότητες στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας

Ισότητα στην υγεία σημαίνει ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα υγείας για ίδιες ανάγκες, ίσα δικαιώματα και ίσες ευκαιρίες για όλους, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Ισότητα είναι η δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης για χρήση υπηρεσιών υγείας και ίδια ποιότητα φροντίδας ασθενών ανεξαρτήτως κοινωνικών, οικονομικών, πολιτισμικών και άλλων παραγόντων. Ωστόσο πραγματικό τεκμήριο ισότητας αποτελεί η ανυπαρξία και μόνο σημαντικών διαφορών στους δείκτες υγείας μεταξύ διαφορετικών ομάδων πληθυσμών (WHO 1993).

Στα βασικά κριτήρια αξιολόγησης ενός συστήματος υγείας πρέπει να ενταχθεί και η ισότητα προϋποθέτοντας ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό, συνεπώς η κατανομή και η παραγωγή υπηρεσιών υγείας οφείλει να γίνεται με βάση τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών, συνδέοντας την ισότητα με την έννοια της αποδοτικότητας της δίκαιης κατανομής των πόρων. Αντ' αυτού επικρατεί η φιλελεύθερη άποψη που τοποθετεί την παραγωγή και κατανομή υπηρεσιών υγείας σε νόμους αγοράς, όπως γίνεται με όλα τα καταναλωτικά αγαθά.

Η ισότητα διακρίνεται σε οριζόντια με ισότιμη κατανομή πόρων και υπηρεσιών, με ισότιμη πρόσβαση, χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από το σύνολο του πληθυσμού με τελικό στόχο τη μείωση των ανισοτήτων υγείας και τη σύγκλιση των δεικτών υγείας σε γεωγραφικό και πληθυσμιακό επίπεδο. Η κάθετη ισότητα προϋποθέτει προοδευτική χρηματοδότηση ορισμένη από την οικονομική δυνατότητα του κάθε πολίτη αναγνωρίζοντας ως ανάγκη τις ιδιαίτερες ανάγκες που οδηγούν σε διαφορετική κατανάλωση προϊόντων και υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες. Η ισοτιμία στην πρόσβαση και την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται με κρατικές παρεμβάσεις που εξαρτώνται από την μορφή των συστημάτων υγείας, τη δομή του πολιτικού συστήματος και το βαθμό άσκησης της κοινωνικής πολιτικής με ταυτόχρονο έλεγχο της προσφοράς υπηρεσιών υγείας και τη μεγιστοποίηση της χρησιμότητας του κοινωνικού συνόλου (Peacock 2001).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Whitehead 1990) αναφέρει ότι με τον όρο ανισότητα εννοούνται οι διαφορές στην υγεία που δεν είναι μόνο περιττές και μπορούν να αποφευχθούν, αλλά επίσης θεωρούνται αθέμιτες και άδικες. Προσδιορίζει μάλιστα επτά παράγοντες με βάση τους οποίους οι διαφορές διακρίνονται σε εκείνες που είναι αναπόφευκτες και αναπότρεπτες και δεν συνιστούν ανισότητα, όπως είναι οι βιολογικοί παράγοντες, και σε εκείνες που είναι περιττές και άδικες. Βασικό κριτήριο σύμφωνα με Whitehead για τον χαρακτηρισμό των υγειονομικών διαφορών ως άδικων είναι ο βαθμός επιλογής του ατόμου, κατά πόσο δηλαδή τα άτομα επιλέγουν την κατάσταση η οποία τους οδηγεί στο να έχουν μια κακή υγεία και κατά πόσο ελέγχεται άμεσα από αυτούς. Συνεπώς όπου τα άτομα έχουν μικρή ή καμία επιλογή όσον αφορά τις συνθήκες ζωής και εργασίας, οι διαφορές στην υγεία είναι περισσότερο άδικες από αυτές που προκαλούνται από καταστάσεις που ενέχουν σοβαρούς κινδύνους για την υγεία αλλά έχουν επιλεχθεί ακούσια. Άρα η ισότητα στην υγεία ορίζεται ως απουσία συστηματικών διαφορών στο επίπεδο υγείας και στους βασικούς κοινωνικούς προσδιορισμούς της παράγοντες, όπως οι συνθήκες ζωής και εργασίας, κοινωνικό περιβάλλον, φροντίδα υγείας, μεταξύ των κοινωνικών ομάδων οι οποίες κατέχουν διαφορετική θέση στην κοινωνική ιεραρχία (WHO, Whitehead 1990).

Οι ανισότητες στην υγεία βάζουν τα κοινωνικά σε μειονεκτική θέση άτομα σε περισσότερο μειονεκτική κατάσταση μέσω της υγείας τους. Με βάση λοιπόν τον ορισμό αυτό, κριτήριο είναι ότι συνδέονται με άδικες και κοινωνικές καταστάσεις με συστηματικό τρόπο και όχι περιστασιακό ή τυχαίο και οδηγούν τις κοινωνικοοικονομικές κατηγορίες που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση με μεγαλύτερη μειονεξία εξαφανίζοντας τις ευκαιρίες για να είναι υγιείς.

Για να επιδιωχθεί η ισότητα πρέπει να εξαλειφθούν οι διαφορές μεταξύ των περισσότερο και λιγότερο ευνοημένων κοινωνικών ομάδων, οι οποίες απολαμβάνουν διαφορετικό επίπεδο υγείας λόγω του διαφορετικού κοινωνικού πλεονεκτήματος (Braveman 2003).

Το δικαίωμα στην υγεία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αναφέρεται στην επίτευξη ενός στάνταρντ επιπέδου υγείας και σύμφωνα με την Braveman, το υψηλό επίπεδο υγείας απεικονίζεται στο επίπεδο υγείας που απολαμβάνουν τα ευνοημένα κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Οι ερευνητές Murray και συν (1999) στο πλαίσιο της ερευνητικής τους προσπάθειας για την εξεύρεση ενός εννοιολογικού προσδιορισμού και λειτουργικού εργαλείου μέτρησης της υγείας του πληθυσμού, διακρίνουν τις υγειονομικές και κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, δηλαδή τις υγειονομικές διαφορές μεταξύ κοινωνικών ομάδων. Ορίζουν τις υγειονομικές ανισότητες ως διαφοροποιήσεις του επιπέδου υγείας μεταξύ των ατόμων, ενώ τις υγειονομικές διαφορές μεταξύ των κοινωνικών ομάδων ως τις διαφορές εκείνες μεταξύ υποομάδων του πληθυσμού που βασίζονται σε κοινωνικά, οικονομικά, βιολογικά ή γεωγραφικά χαρακτηριστικά (Braveman 2003, Murray και συν, 1999).

Η υγεία αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ευημερίας του πληθυσμού και το ερώτημα που προκύπτει είναι το τι θα ήταν επιθυμητό να κατανέμεται ισομερώς σε ένα πληθυσμό. Αν και σε πολλές έρευνες ο όρος υγειονομικές ανισότητες ταυτίζεται με τις υγειονομικές διαφορές μεταξύ κοινωνικών ομάδων, το κρίσιμο σημείο είναι το κριτήριο που επιλέγεται για την κατάταξη των ατόμων σε κοινωνικές ομάδες οι οποίες διαφέρουν παραδοσιακά μεταξύ των χωρών. Στην Αγγλία η κατάταξη σε κοινωνική ομάδα γίνεται με βάση το επάγγελμα, στην Ευρώπη συνήθως χρησιμοποιείται είτε το επάγγελμα είτε το εκπαιδευτικό επίπεδο, ενώ στις ΗΠΑ πολλές έρευνες εστιάζονται σε κοινωνικές ομάδες που προσδιορίζονται με βάση την φυλή. Θεωρούν ότι οι κοινωνικές υγειονομικές διαφορές είναι η καλύτερη μέθοδος μέτρησης των υγειονομικών ανισοτήτων και απαντά στο ερώτημα ποιες ανισότητες θεωρούνται άδικες (Braveman 2003). Ο W-C Chang (2002) προτείνει ένα εννοιολογικό πλαίσιο σύμφωνα με το οποίο θα προσδιορίζεται πότε οι διαφορές στην υγεία θα θεωρούνται άνισες και ορίζει ότι:

- η έννοια της ισότητας περιέχει πρωτίστως μια αξιακή κρίση για το επίπεδο της υγείας το οποίο μπορεί να είναι ίσο ή άνισο,
- σκοπός της ισότητας στην υγεία είναι να προάγει τη βέλτιστη υγεία για όλους, συνδέεται δηλαδή με την παροχή ίσων ευκαιριών σε όλα τα άτομα ώστε να πετύχουν την βέλτιστη υγεία με βάση των δυνατοτήτων τους και ανεξαρτήτως των κοινωνικοοικονομικών διαφορών,
- η ισότητα στην υγεία βασίζεται στην ηθική αρχή της επιμεριστικής δικαιοσύνης και διαπερνά όλα τα επίπεδα: την κατανομή της υγείας και των ευκαιριών να την πετύχουν, την ίση αντιμετώπιση των υγειονομικών αναγκών και της φροντίδας υγείας και την εφαρμογή της επιμεριστικής δικαιοσύνης σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας υγείας, όπως στην πρόσβαση, στην ποιότητα και στην χρηματοδότηση.

Η Starfield χαρακτηρίζει το ζήτημα της ισότητας στην υγεία και στην φροντίδα υγείας ως βασική προτεραιότητα, ορίζοντας την ισότητα ως την απουσία συστηματικών διαφορών σε μία ή περισσότερες πλευρές του επιπέδου υγείας μεταξύ κοινωνικά, δημογραφικά και γεωγραφικά προσδιορισμένων πληθυσμιακών ομάδων. Σχετικά με την ισότητα υιοθετεί τον ορισμό της οριζόντιας και κάθετης ισότητας, θεωρώντας απαραίτητη τη διαμόρφωση ενός εννοιολογικού πλαισίου αναφορικά με τους προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας και το πώς αυτοί κατανέμονται στην κοινωνία, επισημαίνοντας τον ρόλο της πολιτικής ευθύνης ως βάση για την κατανομή της υγείας του πληθυσμού και υποστηρίζει ότι στο εσωτερικό της κάθε χώρας ο πολιτικός παράγοντας δεν είναι τόσο εμφανής και δεν έχει ερευνηθεί όσο θα έπρεπε όπως οι κοινωνικοί παράγοντες, το υγειονομικό σύστημα και το περιβάλλον (Starfield 2001).

Σε προηγούμενο κεφάλαιο αναλύθηκε πως θεσμικά και νομοθετικά δεν υπάρχουν διακρίσεις ή περιορισμοί στην πρόσβαση οποιουδήποτε ατόμου ή πληθυσμιακής ομάδας, ωστόσο διαπιστώνεται πως η ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας απέναντι στους πολίτες δεν είναι υψηλή καταγράφοντας ένα από τα υψηλότερα ποσοστά δυσαρέσκειας μεταξύ των χωρών στην Ε.Ε. Αποδεικνύεται η ανεπάρκεια του υγειονομικού συστήματος και η αδυναμία του να ανταποκριθεί στις συνεχώς αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών. Οι λίστες αναμονής κυμαίνονται από 10 με 30 ημέρες περίπου και σε ειδικές περιπτώσεις ξεπερνά τους έξι μήνες ενώ θεωρούνται μικρότερες σε σχέση με άλλες χώρες της Ε.Ε. Από το 2002 μεταρρύθμιση του ΕΣΥ εισήγαγε το θεσμό λειτουργίας απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία μειώνοντας τον χρόνο αναμονής, αυξάνοντας την ελευθερία επιλογής του ασθενή και βελτιώνοντας την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο ο χρόνος αναμονής συνιστά σημαντικό περιοριστικό παράγοντα στην πρόσβαση.

Είναι λογικό οι βιολογικές διαφορές μεταξύ των ατόμων να είναι φυσιολογικές και η επίτευξη των ίδιων υγειονομικών αποτελεσμάτων, όπως ίδια νοσηρότητα, ίδιο προσδόκιμο όριο ζωής, να είναι ακατόρθωτο διότι ο άνδρας και η γυναίκα, διαφορετικοί βιολογικά οργανισμοί, να παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις στο επίπεδο υγείας τους όπως είναι και οι διαφοροποιήσεις που σχετίζονται με τη ηλικία. Συνεπώς η φθορά υγείας με το πέρασμα των χρόνων δεν μπορεί να θεωρηθεί ως ανισότητα αλλά ως φυσιολογική εξέλιξη.

Παράγοντας που αυξάνει την ανισότητα στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας είναι η γεωγραφική ιδιαιτερότητα της χώρας μας. Οι γεωγραφικές υγειονομικές ανισότητες ορίζονται ως διαφορές στο επίπεδο υγείας ή στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Τα δημόσια υγειονομικά συστήματα είναι οργανωμένα σε γεωγραφική βάση και σχετίζονται άμεσα με την κατανομή των υγειονομικών πόρων και τη χρηματοδότηση. Η προσβασιμότητα, το μέγεθος των διαθέσιμων υπηρεσιών και της τεχνολογίας, η επιλογή του γιατρού και οι συνθήκες εργασίας αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στις αγροτικές περιοχές (Cabhainn et al, 2001).

Η επίδραση του γεωγραφικού χώρου στην υγεία γίνεται με τον άμεσο επηρεασμό της υγείας από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον καθώς η τοπική οικονομία, το ανεπαρκές κοινωνικό δίκτυο, οι κοινωνικές υπηρεσίες, η εκπαίδευση, η ύπαρξη ή μη βιομηχανικής περιοχής και άλλα επηρεάζουν την υγεία. Επίσης οι αστικές και αγροτικές περιοχές διαφέρουν ως προς την δυνατότητα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας λόγω κόστους. Επιπλέον η γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει την χρήση μέσω διαφορετικών ευκαιριών πρόσβασης (Rice & Smith 2001).

Κάτοικοι δύσβατων περιοχών, μικρών και απομονωμένων νησιών αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην πρόσβαση κυρίως σε εξειδικευμένους γιατρούς και εργαστηριακά κέντρα, με

αποτέλεσμα να αναγκάζονται κυρίως όσοι αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας, να μετοικήσουν μόνιμα σε αστικά κέντρα ή να επιβαρύνονται κάθε φορά το κόστος μεταφοράς και διαμονής στην πόλη όπου υπάρχουν οι κατάλληλες υπηρεσίες υγείας για το πρόβλημά τους. Πολλές υγειονομικές ανισότητες περιορίστηκαν λόγω της έντονης αστικοποίησης και της μείωσης του αγροτικού πληθυσμού, την ανάπτυξη υποδομών και δημιουργία σύγχρονων οδικών αξόνων, την χρήση της τηλεϊατρικής, την επέκταση και εκσυγχρονισμό του ΕΚΑΒ, την αύξηση εξοπλισμένων ελικοπτέρων για την μεταφορά ασθενών αλλά και τη συνολικότερη προσπάθεια αναβάθμισης των μονάδων υγείας. Ωστόσο παρά τα βήματα προόδου οι ανισότητες δεν έχουν εξαλειφθεί πλήρως.

Το εισόδημα και το επίπεδο εκπαίδευσης του πληθυσμού παρόλο που δεν είναι πάντα ευδιάκριτα αποτελούν κριτήριο ανισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας. Αποδεικνύεται ότι άτομα χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης και χαμηλού εισοδήματος τοποθετούν το επίπεδο υγείας τους πολύ πιο χαμηλά σε σύγκριση με το τμήμα του πληθυσμού που έχει υψηλά εισοδήματα και ανώτερη εκπαίδευση δηλώνοντας την επιτακτική ανάγκη για υπηρεσίες υγείας των κατώτερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Ο οικονομικά αδύνατος πληθυσμός αρκείται στη χρήση ιατρών γενικής ιατρικής διότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στο κόστος χρήσης ιατρών ειδικότητας. Διαπιστώνεται η αναποτελεσματική και λάθος πολιτική υγείας και η ανάγκη σχεδιασμού κατάλληλων παρεμβάσεων με σκοπό την διασφάλιση της εύκολης και απρόσκοπτης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τους Van Lenthe και συν (2004) διακρίνονται δύο βασικοί μηχανισμοί που εξηγούν τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην υγεία. Πρόκειται για τον μηχανισμό επιλογής που αναφέρεται στην επίδραση της υγείας του ατόμου κατά την παιδική και ενήλικη ζωή του και για τον μηχανισμό αιτιολόγησης που αναφέρεται στις συμπεριφορές σχετικά με την υγεία, στις υλικές συνθήκες, στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και στους παράγοντες φροντίδας υγείας. Οι συνήθειες σχετικά με την υγεία αφορούν το κάπνισμα, την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, την ανθυγιεινή διατροφή, την έλλειψη σωματικής άσκησης και άλλα διακρίνοντας πως οι επιζήμιες για την υγεία συμπεριφορές υιοθετούνται κυρίως από άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο καθώς επίσης και στη δυσμενή επιρροή και άλλων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Το χαμηλό εισόδημα, η φτώχεια, οι εργασιακές συνθήκες, η ανεργία, η έλλειψη σταθερότητας, επηρεάζουν τις συνθήκες διαβίωσης όπως την κατοικία, τις συνθήκες υγιεινής, την διατροφή, την καύσιμη ύλη (Strong et al, 1997). Η έλλειψη υλικών παραγόντων επηρεάζει τον τρόπο ζωής των οικονομικά αδύναμων αναγκάζοντας τους να υιοθετούν επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές, όπως χρήση μαγγανίου για θέρμανση. Αναδεικνύεται λοιπόν η αντίστροφη σχέση εισοδήματος και υγείας (Van Lenthe et al, 2004, Strong et al, 1997).

2.5 Προσβασιμότητα εμποδιζόμενων ατόμων

2.5.1 Γενικοί ορισμοί ΑμεΑ

Σύμφωνα με την "ιατρική προσέγγιση" η αναπηρία σχετίζεται με την απώλεια, τη βλάβη ή την απόκλιση από τις «φυσιολογικές» ψυχολογικές, κινητικές ή βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος. Με βάση την προσέγγιση αυτή, η αναπηρία εστιάζεται και αφορά μόνο στο ίδιο άτομο, το οποίο χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης. Η ιατρική φροντίδα παρέχεται από ειδικούς και έχει στόχο την ιατρική αποκατάσταση και προσαρμογή του ατόμου και του τρόπου ζωής του στην κατάσταση της αναπηρίας (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία 2003). Αντίθετα με βάση την "κοινωνική προσέγγιση", η αναπηρία δε θεωρείται ένα χαρακτηριστικό του ατόμου αλλά ένα πλέγμα συνθηκών που αφορούν στην αλληλεπίδραση του ατόμου και του περιβάλλοντος. Η διαχείριση του προβλήματος απαιτεί κοινωνική δράση και μετατροπές του περιβάλλοντος, ώστε να διασφαλιστεί η πλήρης συμμετοχή των ατόμων με αναπηρία σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής.

Στην "ιατρική προσέγγιση" το κυρίαρχο θέμα είναι η ιατρική φροντίδα, ενώ σε πολιτικό επίπεδο το βάρος δίνεται στη διαμόρφωση της κατάλληλης πολιτικής για την υγεία. Στην "κοινωνική προσέγγιση" το κυρίαρχο θέμα είναι η κοινωνική ευθύνη και δράση, ενώ σε πολιτικό επίπεδο η αναπηρία ανάγεται σε θέμα ανθρωπίνων δικαιωμάτων (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία 2003).

Με την "κοινωνική προσέγγιση" φαίνεται να συμφωνεί και ο ΠΟΥ που περιγράφει την αναπηρία ως "ένα σύνθετο και μεταβαλλόμενο φαινόμενο που οφείλεται στην αλληλεπίδραση των προσωπικών χαρακτηριστικών ενός ατόμου και των χαρακτηριστικών του περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο το άτομο αυτό ζει" (World Health Organization 2001).

Συμπληρωματικά αξίζει να σημειωθεί ότι ως περιβάλλον νοείται ο συνδυασμός των φυσικών, γεωγραφικών, βιολογικών, κοινωνικών, πολιτιστικών και πολιτικών συνθηκών που περιβάλλουν ένα άτομο ή οργανισμό καθορίζοντας τη μορφή και τη φύση της ζωής (World Bank, 2010). Πιο ειδικά, ο όρος "δομημένο περιβάλλον" αναφέρεται στα αποτελέσματα των παρεμβάσεων του ανθρώπου στο φυσικό περιβάλλον και περιλαμβάνει όλες τις κατασκευές, υποδομές, εξοπλισμούς και υπηρεσίες που ο άνθρωπος σχεδιάζει και υλοποιεί συμπεριλαμβανομένου και του "εικονικού περιβάλλοντος" που εμπεριέχει όλες τις εφαρμογές της σύγχρονης τεχνολογίας (World Bank 2010).

Τέλος, ως εμπόδιο θεωρείται κάθε τι που στερεί από ένα άτομο με αναπηρία την δυνατότητα πλήρους συμμετοχής σε κάθε κοινωνική δραστηριότητα λόγω της αναπηρίας του (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία 2005).

2.5.2 Ορισμοί προσβασιμότητας

Με βάση λοιπόν την κοινωνική προσέγγιση της αναπηρίας, ένα άτομο με κάποιο σωματικό μειονέκτημα μπορεί να βιώνει την αναπηρία σε κάποιο περιβάλλον κι όχι σε κάποιο άλλο ανάλογα με το αν το περιβάλλον διαθέτει εμπόδια ή βοηθήματα. Για παράδειγμα, ένα άτομο με παραπληγία βιώνει συνθήκες κινητικής αναπηρίας προσπαθώντας να κινηθεί σε ένα κτίριο που έχει μόνο σκάλες ενώ εάν έχει διαθέσιμο προς χρήση ένα αμαξίδιο και το κτίριο έχει ευρύχωρους ανελκυστήρες, το ίδιο το άτομο δεν βιώνει κινητικούς περιορισμούς παρότι εξακολουθεί να έχει παραπληγία. Επομένως, αυτό που καθορίζει την δυνατότητα κίνησης δεν είναι μόνον η αναπηρία αλλά η αλληλεπίδραση της με το σχεδιασμό του περιβάλλοντος και κατ'επέκταση, με τη σύγχρονη οργάνωση της κοινωνίας.

Πρόσβαση είναι η δυνατότητα για συμμετοχή σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής (εργασία, εκπαίδευση, αναψυχή, αθλητισμός, μεταφορές, ενημέρωση, πληροφόρηση, πολιτισμός κλπ) και αποτελεί δικαίωμα κάθε πολίτη με ή χωρίς αναπηρία.

Η προσβασιμότητα είναι τεχνικός όρος που αναφέρεται σε εκείνα τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που επιτρέπουν σε όλα τα μέλη της κοινωνίας χωρίς διακρίσεις φύλου, ηλικίας, σωματικής διάπλασης, δύναμης, αντίληψης και λοιπών χαρακτηριστικών να μπορούν αυτόνομα, με ασφάλεια και με άνεση να προσεγγίσουν και να χρησιμοποιήσουν τις προσφερόμενες υποδομές, υπηρεσίες και αγαθά (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία 2005). Βασικές διαστάσεις της προσβασιμότητας αποτελούν:

- η φυσική πρόσβαση (εάν το άτομο μπορεί να πάει εκεί που θέλει)
- η λειτουργικότητα (εάν μπορεί το άτομο να χρησιμοποιήσει το αγαθό ή την υπηρεσία που επιθυμεί)
- η επικοινωνία (εάν μπορεί το άτομο να επικοινωνήσει και να πληροφορηθεί αυτό που χρειάζεται)
- η αυτονομία (εάν μπορεί το άτομο να κάνει όλα τα παραπάνω χωρίς την διαμεσολάβηση άλλων ανθρώπων)
- η ασφάλεια (εάν μπορεί το άτομο να κάνει όλα τα παραπάνω χωρίς να διακινδυνεύσει τη σωματική του ακεραιότητα και την ψυχική του ευεξία)

Αυτές οι διαστάσεις αποτελούν καθοριστικές παραμέτρους που διασφαλίζουν σε κάθε άτομο ελευθερία επιλογών, επομένως η προσβασιμότητα αναδεικνύεται σε θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία 2008).

Αξίζει να σημειωθεί ότι η προσβασιμότητα είναι μια ολιστική έννοια που αφορά όλες τις κατηγορίες των εμποδίων και της αναπηρίας, δηλαδή δεν έχει νόημα η αναφορά σε προσβασιμότητα σε άτομα με τη μία ή την άλλη κατηγορία αναπηρίας ή προσβασιμότητα ως προς τα φυσικά αλλά όχι ως προς τα αρχιτεκτονικά εμπόδια και όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία 2008).

Αυτή η ολιστική χροιά της προσβασιμότητας οφείλεται στο γεγονός ότι στη ζωή υπάρχει μια ροή λειτουργιών, μια αλυσίδα κινήσεων στο περιβάλλον. Αν κάποιος από τους κρίκους της αλυσίδας κινήσεων δεν λειτουργεί εξαιτίας ενός ή περισσότερων εμποδίων, καταστρέφεται όλο το οικοδόμημα της αυτόνομης διαβίωσης.

Για παράδειγμα εάν σε ένα κτίριο όλοι οι εσωτερικοί και οι εξωτερικοί χώροι είναι προσβάσιμοι αλλά η κεντρική είσοδος δεν είναι, τότε ουσιαστικά ακυρώνεται η προσβασιμότητα όλου του κτιρίου. Γενικότερα αν σε μια πόλη ένα άτομο έχει πρόσβαση στον επαγγελματικό του χώρο, στην κατοικία, στην ψυχαγωγία, στο σύστημα πληροφόρησης αλλά όχι στο σύστημα μεταφορών, ακυρώνεται ουσιαστικά η δυνατότητα για αυτόνομη διαβίωση σε αυτήν την πόλη. Ακριβώς επειδή η προσβασιμότητα είναι το «κλειδί» για την εξίσωση των ευκαιριών για τα άτομα με αναπηρία κι επειδή σχετίζεται με όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, αποτελεί ακριβώς το σύνηθες σημείο τριβής του αναπηρικού κινήματος με την πολιτεία (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία 2008).

2.5.3 Προσβασιμότητα αποκλεισμένων ατόμων

Αν και η έννοια της προσβασιμότητας αφορά άμεσα τα άτομα με αναπηρία, είναι γεγονός ότι δυσκολία στην προσέγγιση και χρήση των υποδομών, υπηρεσιών και αγαθών ή στην επικοινωνία και πληροφόρηση αντιμετωπίζουν και άλλες πολυπληθείς ομάδες του πληθυσμού, που δεν ανήκουν κατά παράδοση στα άτομα με αναπηρία. Στα άτομα αυτά, που ονομάζονται «εμποδιζόμενα» ή «αποκλεισμένα», ανήκουν και είναι (World Health Organization 2001):

- οι ηλικιωμένοι
- τα μικρά παιδιά
- οι άνθρωποι με ασυνήθεις σωματικές διαστάσεις
- οι άνθρωποι που κουβαλούν φορτία
- οι γυναίκες σε προχωρημένα στάδια της εγκυμοσύνης
- οι άνθρωποι που πάσχουν από αρθρίτιδα, άσθμα ή καρδιακά προβλήματα
- οι άνθρωποι που είναι εθισμένοι σε αλκοόλ ή σε ναρκωτικές ουσίες
- οι άνθρωποι που πάσχουν από μερική ή ολική απώλεια της δυνατότητας επικοινωνίας

- οι άνθρωποι που βρίσκονται σε πανικό κάτω από συνθήκες έκτακτου ανάγκης
- οι άνθρωποι που εκτίθενται σε υψηλές θερμοκρασίες, δηλητηριώδεις ή τοξικές συνθήκες, μολυσμένα περιβάλλοντα και άλλα
- οι άνθρωποι με προσωρινή ανικανότητα λόγω τραυματισμού
- οι άνθρωποι που ασθενούν και βρίσκονται σε ανάρρωση

Σε μια παλιότερη έρευνα του Υπουργείου Περιβάλλοντος, Ενέργειας και Κλιματικής Αλλαγής, υπολογίστηκε ότι πάνω από το 50% του πληθυσμού αποτελούν εμποδιζόμενα άτομα. Αξίζει να σημειωθεί ότι η προσβασιμότητα αφορά στην πραγματικότητα το σύνολο του πληθυσμού. Όχι μόνον επειδή η αναπηρία μπορεί να αγγίζει τον καθένα, σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής του, μόνιμα ή προσωρινά, αλλά και γιατί επηρεάζει άμεσα και αισθητά το καθημερινό αίσθημα ασφάλειας και άνεσης του συνόλου του πληθυσμού, αποτελώντας έτσι προστιθέμενη αξία ποιοτικής διαβίωσης (ΥΠΕΧΩΔΕ 2008).

Επίσης πρέπει να ληφθούν μέτρα και στρατηγικές για να καταστούν οι υπηρεσίες παροχής πληροφοριών και τεκμηρίωσης προσβάσιμες στις διάφορες ομάδες ατόμων με αναπηρίες, με μέτρα όπως η γραφή Braille, υπηρεσίες δακτυλογράφησης, ο μεγάλος τύπος γραμμάτων, η εκπαίδευση και οι υπηρεσίες διερμηνείας στη νοηματική, η ενθάρρυνση των μέσων μαζικής επικοινωνίας για προσβάσιμα προγράμματα αλλά και ο εξ αρχής σχεδιασμός της νέας ηλεκτρονικής πληροφορίας και υπηρεσιών, ώστε να έχουν πρόσβαση σε αυτά και άτομα με αναπηρίες. Γενικώς, η προσβασιμότητα αποτελεί μια βασική γενική αρχή της σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα ΑμεΑ το 2007, που ψηφίστηκε και από την ολομέλεια της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε. και «αναγνωρίζεται η σημασία της προσβασιμότητας στο φυσικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτιστικό περιβάλλον, στην υγεία και εκπαίδευση και στην πληροφορία και επικοινωνία, καθιστώντας δυνατό στα άτομα με αναπηρίες να απολαμβάνουν πλήρως όλων των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών». Στο άρθρο 2 ορίζονται διάφοροι όροι που χρησιμοποιούνται στη σύμβαση αυτή και εισάγονται οι έννοιες της «εύλογης προσαρμογής» για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων και ελευθεριών των ατόμων με αναπηρία αλλά και του πολύ σημαντικού «καθολικού σχεδιασμού» για τον οποίο θα μιλήσουμε στο επόμενο κεφάλαιο (ΟΗΕ 2007).

Το άρθρο 9 αναφέρεται ειδικά στην προσβασιμότητα και καταγράφει την ανάγκη διασφάλισης προσβάσιμων υπηρεσιών πέραν των προσβάσιμων υποδομών, στις οποίες μέχρι σήμερα συνήθως εξαντλούνταν οι απαιτήσεις της προσβασιμότητας. Εισάγει επίσης την υποχρέωση διασφάλισης της προσβασιμότητας τόσο σε αστικές όσο και σε αγροτικές περιοχές και κάνει σαφή αναφορά στην ανάγκη προώθησης μέτρων διασφάλισης της προσβασιμότητας των

υπηρεσιών εκτάκτου ανάγκης. Επίσης εισάγει την ανάγκη για την ανάπτυξη και εφαρμογή προτύπων και κατευθυντήριων οδηγιών για την προσβασιμότητα των εγκαταστάσεων και των υπηρεσιών που είναι ανοικτές ή παρέχονται στο κοινό. Εισάγει ολοκληρωμένα την έννοια της «ζωντανής» βοήθειας ενδιάμεσων επεκτεινόμενη πέραν των διερμηνέων νοηματικής και σε οδηγούς και αναγνώστες προκειμένου να διευκολύνουν την προσβασιμότητα στα κτίρια και σε άλλες εγκαταστάσεις που είναι ανοικτές στο κοινό και εξακολουθεί να επισημαίνει τον οριζόντιο χαρακτήρα της προσβασιμότητας η οποία αφορά σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής αφού η προσβασιμότητα αφορά σε όλα τα άτομα με αναπηρία ανεξαρτήτως της κατηγορίας και της βαρύτητας της αναπηρίας (π.χ. αναφέρεται παράλληλα τόσο στη γραφή Braille, τυφλά άτομα, όσο και τους διερμηνείς νοηματικής γλώσσας, κωφά άτομα, αλλά και στα ευανάγνωστα και κατανοητά κείμενα, άτομα με νοητικά, ψυχικά, γνωστικά προβλήματα). Το γεγονός ότι η προσβασιμότητα αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη διασφάλιση της ανεξαρτησίας και πλήρους συμμετοχής σε όλες τις πτυχές της ζωής των ατόμων με αναπηρία και κατά συνέπεια της ισοτιμίας τους με τους άλλους πολίτες (ΟΗΕ 2007).

2.6 Σύνοψη κεφαλαίου

Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανά πάσα στιγμή από όλους τους εν δυνάμει χρήστες. Η ισότιμη πρόσβαση και η δίκαιη κατανομή της υγειονομικής περίθαλψης ανήκουν στα οικουμενικά δικαιώματα των ανθρώπων. Η πρόσβαση είναι θέμα προσφοράς των υπηρεσιών υγείας και η χρήση είναι θέμα προσφοράς και ζήτησης ή ανάγκης, συνεπώς ίση πρόσβαση για ίση ανάγκη συμβαίνει μόνο όταν τα άτομα που βρίσκονται στην ίδια περιοχή ξοδεύουν τον ίδιο χρόνο και το ίδιο προσωπικό κόστος. Αντίθετα η χρήση είναι εξίσωση προσφοράς και ζήτησης διότι η χρήση των υπηρεσιών υγείας από ένα άτομο εξαρτάται από τις υπηρεσίες που του προσφέρονται και από τις αντιλήψεις του για την ωφέλεια που θα προκύψει για την υγεία του από τη χρήση αυτής της φροντίδας υγείας. Η προσβασιμότητα προϋποθέτει επάρκεια και διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας εκφράζοντας την ισότιμη δυνατότητα χρήσης των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας από κάθε δικαιούχο χωρίς γεωγραφικά, συγκοινωνιακά ή οικονομικά εμπόδια.

Η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας επηρεάζεται από την προσφορά και την ζήτηση. Εμπόδια αποτελούν η οργανωτική δομή των μονάδων υγείας, η πολιτικές που υιοθετούνται, το κόστος μεταφοράς, οι ελλείψεις της συγκοινωνιακής πρόσβασης, η κακή πληροφόρηση, ο μεγάλος χρόνος αναμονής, η δυσκολία στην προσέγγιση και χρήση των υπηρεσιών, η γεωγραφική ιδιαιτερότητα της χώρας μας, το χαμηλό εισόδημα, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και άλλα.

Δυσκολίες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζουν και τα αποκλεισμένα άτομα, τα οποία είναι οι ανάπηροι, οι ηλικιωμένοι, τα μικρά παιδιά, οι εγκυμονούσες, τα εξαρτημένα άτομα από ουσίες και αλκοόλ. Πρέπει να ληφθούν μέτρα και στρατηγικές για να καταστούν οι πληροφορίες προσβάσιμες στις διάφορες ομάδες εμποδιζόμενων ατόμων με μέτρα όπως η γραφή Braille, η εκπαίδευση, διερμηνείς στη νοηματική, συνοδεία ηλικιωμένων, ενθάρρυνση των μέσων μαζικής επικοινωνίας για προσβάσιμα προγράμματα, εξαρχής σχεδιασμός της νέας ηλεκτρονικής πληροφορίας και υπηρεσιών.

Η ισότητα απαιτεί ισότιμη κατανομή πόρων και υπηρεσιών, ισότιμη πρόσβαση, ισότιμη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας από το σύνολο του πληθυσμού με τελικό στόχο τη μείωση των ανισοτήτων υγείας και τη σύγκλιση των δεικτών υγείας σε γεωγραφικό και πληθυσμιακό επίπεδο.

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Η ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το φαινόμενο της αθρόας μετανάστευσης ανάγκασε την Ελλάδα και την Ε.Ε. σε θέσπιση νόμων για τον περιορισμό της μετανάστευσης. Σε αλληπάλληλες νομοθετικές ρυθμίσεις προέβη η πολιτεία από το 1991 για να ορίσει και να διαχωρίσει τον μεταναστευτικό πληθυσμό. Η ελεύθερη πρόσβαση των μεταναστών, παράνομων και μη, στις υπηρεσίες υγείας, απαιτείται από τις ανθρωπιστικές οργανώσεις, τους Γιατρούς του Κόσμου, τον ΟΗΕ και τις κοινωνίες. Η υγεία των μεταναστών συνεπάγεται με την επιβίωση του ατόμου ως ανθρώπινη ύπαρξη αλλά και με την ασφάλιση της δημόσιας υγείας.

Οι νόμιμοι μετανάστες απολαμβάνουν ίσα δικαιώματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας με κάθε πολίτη της χώρας, όμως οι μετανάστες χωρίς νόμιμα έγγραφα απολαμβάνουν υγειονομική περίθαλψη αποκλειστικά σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους. Διαπιστώνεται η ανάγκη για υιοθέτηση πολιτικών και πρακτικών που θα διευκολύνουν την πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα υγείας και έτσι θα διασφαλίζεται και η δημόσια υγεία

3.1 Μετανάστες-πληθυσμός

Η Ελλάδα λόγω της κακής οικονομικής κατάστασης δεν προσέλκυε οικονομικούς μετανάστες αλλά αντίθετα ωθούσε Έλληνες στην μετανάστευση. Το μεταναστευτικό ζήτημα στην Ελλάδα αναφέρεται στη συστηματική παράνομη-παράτυπη είσοδο μεγάλου αριθμού μεταναστών στην Ελλάδα κατά την περίοδο 1990-2013. Η πτώση των Σοσιαλιστικών καθεστώτων στην ανατολική Ευρώπη το 1989, δημιούργησε το πρώτο κύμα οικονομικής μετανάστευσης με προορισμό την Ελλάδα (με μετανάστες κυρίως από την Αλβανία, Βουλγαρία και Ρουμανία) διαμέσου των βόρειων συνόρων και στην συνέχεια προστέθηκαν μετανάστες από χώρες της Αφρικής και της Ασίας. Κατά την δεκαετία 2000 - 2010 η Ελλάδα έγινε πόλος έλξης εκατοντάδων χιλιάδων μεταναστών όχι μόνο από τις πρώην σοσιαλιστικές χώρες αλλά από ολόκληρο τον κόσμο με αποτέλεσμα ένας στους δέκα περίπου κατοίκους στην Ελλάδα να είναι αλλοδαπός (Καλοφώλιας 2011).

Η συσσώρευση μεγάλου πλήθους μεταναστών, κυριολεκτικά πρωτόγνωρη για τον γηγενή Ελληνικό πληθυσμό, δημιούργησε ένα μείζον πολιτικό ζήτημα με τελείως διαφορετικές αναλυτικές προσεγγίσεις και προτάσεις επίλυσης από το κάθε ελληνικό πολιτικό κόμμα. Η Ελλάδα το διάστημα 2005-2010 χαρακτηρίστηκε ως η κύρια είσοδος μετανάστευσης στην Ευρώπη και συγκεκριμένα χαρακτηρίζεται ως η "πύλη της Ευρώπης για παράνομη μετανάστευση", παρότι

επιχειρείται μείωση της έλευσης από τις διόδους μέσω μεταναστευτικών φρακτών, στην Ελλάδα παραμένει το μείζον ζήτημα. Η Ελληνική κρίση χρέους 2010-2013 δεν έχει μειώσει τον αριθμό των μεταναστών που έρχονται στην Ελλάδα, η οποία αποτελεί το κύριο δρόμο εισόδου στην Ευρώπη. Το 2010 σύμφωνα με την Frontex 9 στους 10 μετανάστες που εισήλθαν παράνομα στην Ευρώπη, εισήλθαν μέσω της Ελλάδος (Σωτηρόπουλος 2011).

Πολλοί μετανάστες που εισέρχονται στην Ελλάδα, ξαναφεύγουν μετά από χρονικό διάστημα. Ωστόσο, οι πολιτικές εξελίξεις στην Λιβύη και την Τυνησία το 2011, επανέφεραν την μετανάστευση προς την Ευρώπη μέσω της Ιταλίας. Το 2011 αυξήθηκε περαιτέρω η μετανάστευση. Συγκεκριμένα σύμφωνα με την Frontex, τους πρώτους 9 μήνες του 2011 πέρασαν τα σύνορα 112.844 μετανάστες έναντι 76.697 την αντίστοιχη περίοδο του 2010.

Το φαινόμενο της μετανάστευσης έχει οδηγήσει την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση στην θέσπιση νόμων. Από το 1991 η Συμφωνία Σένγκεν τέθηκε σε εφαρμογή και η Ευρωπαϊκή Ένωση απέκτησε ενιαία σύνορα. Το 2004 δημιουργήθηκε η FRONTEX (Ευρωπαϊκή δύναμη φύλαξη των συνόρων) με σκοπό τον περιορισμό της μετανάστευσης (Καλοφώλιας 2011, FRONTEX 2011).

Για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα της μετανάστευσης η πολιτεία προέβη στις εξής νομοθετικές πρωτοβουλίες:

- Νόμος 1975/1991 με τίτλο "Είσοδος, έξοδος, παραμονή, εργασία, απέλαση αλλοδαπών, διαδικασία αναγνώρισης προσφύγων και άλλες διατάξεις". Μέχρι τότε υπήρχε μόνο ο Νόμος 4310/1929 ήταν ανεπαρκής αφού αφορούσε ζητήματα των προσφύγων από την Μικρά Ασία. Ο νέος νόμος 1975/1991 καθορίζει τις προϋποθέσεις εισόδου και παραμονής μεταναστών στην Ελλάδα αλλά και απέλαση όσων ήταν χωρίς νομικές διατυπώσεις. Η ποινή φυλάκισης έως πέντε χρόνια προβλέπεται με τον νόμο αυτό σε όποιον εισέρχεται παράνομα στην Ελλάδα.
- Νόμος 2910/2001 με τίτλο "Είσοδος και παραμονή αλλοδαπών στην Ελληνική Επικράτεια. Κτήση της ιθαγένειας με πολιτογράφηση και άλλες διατάξεις". Παρόλο που ο νόμος 1975/1991 ήταν αυστηρός κατά την μετανάστευση οι παράνομες μεταναστευτικές ροές αυξάνονται και δημιουργείται η ανάγκη για αντιμετώπιση του ζητήματος, αναγνωρίζοντας ότι οι μετανάστες συμβάλουν στην οικονομία και κοινωνία. Ο νέος νόμος μεταφέρει την μεταναστευτική πολιτική από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης στο Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Παράλληλα μειώνεται από 15 σε 2 έτη ο απαιτούμενος χρόνος διαμονής του μετανάστη για το δικαίωμα στην οικογενειακή επανένωση. Οι ανήλικοι μετανάστες αποκτούν το δικαίωμα στην υποχρεωτική εκπαίδευση.

Επίσης κατοχυρώνεται η πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα δικαιοσύνης και κοινωνικής προστασίας και ρυθμίζεται η πολιτογράφηση.

- Νόμος 3386/2005 με τίτλο "Είσοδος, διαμονή και κοινωνική ένταξη υπηκόων τρίτων χωρών στην Ελληνική επικράτεια" ο οποίος θεωρείται βασικό νομοθέτημα της Ελληνικής μεταναστευτικής πολιτικής. Με τον νέο νόμο μειώνεται η γραφειοκρατία ενοποιώντας την άδεια εργασίας και διαμονής μεταναστών σε ένα έγγραφο. Γίνεται καμπάνια νομιμοποίησης παράτυπων μεταναστών και ενσωματώνεται η κοινοτική οδηγία 2003/86 για την οικογενειακή επανένωση των μεταναστών. Επίσης ενσωματώνεται η κοινοτική οδηγία 2003/109 για το καθεστώς του επί μακρόν διαμένοντος αλλοδαπού με συμπλήρωση πενταετούς διαμονής στην Ελλάδα και την γνώση της Ελληνικής γλώσσας, πολιτισμού και ιστορίας. Παράλληλα προβλέπονται ποινικές, οικονομικές και διοικητικές κυρώσεις σε όσους παρέχουν υπηρεσίες σε παράνομους μετανάστες/υπηκόους τρίτων χωρών.
- Νόμος 3386/2007 με τίτλο "Ειδικές ρυθμίσεις θεμάτων μεταναστευτικής πολιτικής και λοιπών ζητημάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης". Με τον νόμο αυτό διευκολύνονται οι μετανάστες στην εξαγορά του 20% των ενσήμων που απαιτούνται να συμπληρώσουν για να ανανεώσουν την άδεια παραμονής τους. Επίσης οι γονείς μεταναστών μπορούν να νομιμοποιούνται όταν τα παιδιά τους φοιτούν στην πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια εκπαίδευση.
- Νόμος 3838/2010 με τις προϋποθέσεις απόκτησης Ελληνικής ιθαγένειας. Τροποποιείται ο κώδικας Ελληνικής ιθαγένειας ο οποίος βασιζόταν στην αρχή του δίκαιου του αίματος. Με τον νέο νόμο τα παιδιά μεταναστών αποκτούν την Ελληνική ιθαγένεια με την γέννησή τους στην Ελλάδα με προϋπόθεση ότι οι δύο γονείς διαμένουν στην Ελλάδα μόνιμα και νόμιμα για 5 συνεχόμενα έτη. Επίσης παιδιά μεταναστών τα οποία έχουν παρακολουθήσει τουλάχιστον 6 έτη ελληνικού σχολείου, κατοικούν μόνιμα και νόμιμα στην χώρα, δικαιούνται την Ελληνική ιθαγένεια. Οι αλλοδαποί οι οποίοι επιθυμούν την πολιτογράφηση ως Έλληνες θα πρέπει να διανέμουν νόμιμα για επτά συνεχόμενα έτη, να έχουν λευκό ποινικό μητρώο, γνώση ελληνικών, ομαλή ένταξη στην οικονομική και κοινωνική ζωή αλλά και εξοικείωση με τους θεσμούς του πολιτεύματος (Ληξουριώτης 1998, Καλοφώλιας 2011).

Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Μετανάστευσης η ιδιότητα του διεθνούς μετανάστη αποδίδεται σε ένα πρόσωπο που διαμένει σε ξένο κράτος για παρατεταμένη περίοδο. Ως μετανάστες δεν θεωρούνται οι τουρίστες, οι αθλητές, οι προσκυνητές και όσοι μετακινούνται κατά την άσκηση της εργασίας τους εφόσον κανένας από αυτούς δεν έχει ως αρχικό σκοπό την επί μακρόν εγκατάστασή του σε μια άλλη χώρα. Ο όρος «μετανάστης» χρησιμοποιείται στις περισσότερες μελέτες για να χαρακτηρίσει όσους έχουν γεννηθεί σε τρίτες χώρες, εξαιρώντας τους υπηκόους άλλων χωρών της

Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και υπηκόους άλλων δυτικών χωρών. Η Ευρωπαϊκή Ένωση περιβάλλει με διαφορετικό νομικό περιεχόμενο τον όρο μετανάστης (IOM 2013).

Η επίσημη νομική απόδοση του κοινωνικού όρου μετανάστης εμπεριέχεται στη λέξη «αλλοδαπός», η οποία αποδίδεται σε «κάθε φυσικό πρόσωπο που δεν έχει την ελληνική ιθαγένεια ή που δεν έχει ιθαγένεια». Φαίνεται πως δεν ενδιαφέρει ο σκοπός της μετακίνησης του αλλοδαπού αλλά το γεγονός ότι δεν είναι Έλληνας γι αυτό και ο νομικός όρος «αλλοδαπός» αναφέρεται σε όλους όσους δεν έχουν ελληνική ιθαγένεια (Ληξουριώτης 1998).

Στην Ελλάδα ο μεταναστευτικός πληθυσμός διαχωρίζεται σε βασικές κατηγορίες:

i) Μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα με άδεια παραμονής. Η άδεια παραμονής δίνει αυτόματα δικαίωμα εργασίας στην επίσημη οικονομία και η ανανέωση της συνδέεται με το καθεστώς απασχόλησης. Για την ανανέωση της άδειας παραμονής και εργασίας απαιτείται η εξασφάλιση από το μετανάστη συγκεκριμένου αριθμού ενσήμων κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους και αφορά την πλειοψηφία των υπηκόων τρίτων χωρών. Πρόκειται για έναν αμιγώς μεταναστευτικό νόμο που οι διατάξεις του επιδιώκουν να ρυθμίσουν το νομικό καθεστώς της μαζικότερης κατηγορίας, μετανάστες εργαζόμενοι. Λόγω του περιοριστικού νομικού πλαισίου και εξαιτίας των δομικών χαρακτηριστικών της ελληνικής αγοράς, η μεγάλη μάζα των μεταναστών απορροφήθηκε από την ανεπίσημη οικονομία. Το μεγάλο κύμα μεταναστών τη δεκαετία του 1990 είχε την δυνατότητα να αποκτήσει νόμιμη παραμονή το 1998, έπειτα ακολούθησαν δύο διαδικασίες νομιμοποίησης το 2001 και το 2005, αλλά η γραφειοκρατία και οι καθυστερήσεις απέκλιναν μεγάλο αριθμό μεταναστών.

ii) Μετανάστες που ζουν στην Ελλάδα χωρίς άδεια παραμονής, αφορά μετανάστες που δεν νομιμοποιούνται να εκδώσουν ή να ανανεώσουν την άδεια παραμονής τους, αυτούς που βρίσκονται προσωρινά στην Ελλάδα καθώς επιδιώκουν να μεταβούν σε άλλη χώρα και οι αιτούντες άσυλο που το αίτημα τους έχει απορριφθεί.

iii) Παιδιά μεταναστών, δηλαδή μετανάστες δεύτερης γενιάς και είναι τα παιδιά που έχουν γεννηθεί και μεγαλώσει στην Ελλάδα από αλλοδαπούς γονείς, με την ενηλικίωσή τους παραμένουν στη χώρα μας και πλέον με το νόμο Ν.3838/2010 λαμβάνουν την ελληνική ιθαγένεια.

iv) Οι αιτούντες άσυλο που έχουν έρθει στην Ελλάδα με σκοπό να κάνουν αίτηση ασύλου.

v) Πρόσφυγες που ζουν στην Ελλάδα και άτομα που τους δόθηκε άσυλο για ανθρωπιστικούς λόγους. Σύμφωνα με τη σύμβαση της Γενεύης «πρόσφυγας είναι κάθε πρόσωπο το οποίο, επειδή έχει δικαιολογημένο φόβο διωγμού λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικής προέλευσης, πολιτικών πεποιθήσεων ή συμμετοχής σε ορισμένη κοινωνική ομάδα, βρίσκεται έξω από τη χώρα της υπηκοότητάς του και δεν μπορεί, ή εξαιτίας αυτού του φόβου, δεν θέλει να προσφύγει στην προστασία της χώρας αυτής».

vi) Πόντιοι Έλληνες από τις χώρες τις πρώην Σοβιετικής Ένωσης που αποκτούν ελληνική υπηκοότητα

vii) Ομογενείς ελληνικής καταγωγής αλλά με αλβανική υπηκοότητα, επωφελούνται του δικαιώματος για ειδική άδεια παραμονής και εργασίας (Ληξουριώτης 1998, Σωτηρόπουλος 2011).

3.2 Δικαιώματα χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους μετανάστες

Δεδομένου όχι μόνο του μεγάλου αριθμού μεταναστών που βρίσκονται στην Ελλάδα χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής αλλά και της αυξανόμενης προσέλευσης νέων, τίθεται το μεγάλο ζήτημα της πρόσβασης των μεταναστών στην ιατρική περίθαλψη όχι μόνο γιατί η υγεία συνεπάγεται με την επιβίωση του ατόμου αλλά και για μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα ζητήματα δημόσιας υγείας (Kanavaki et al, 2005).

Το ζήτημα της υγείας των μεταναστών τέθηκε μετά το 2000. Έτσι τον Ιούλιο του 2000, το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας δημοσίευσε Εγκύκλιο σχετικά με την «ιατρική περίθαλψη και νοσηλεία» για υπηκόους χωρών εκτός της Ε.Ε. σύμφωνα με αυτή την Εγκύκλιο ο νόμιμος μετανάστης έχει δωρεάν πρόσβαση στο ΕΣΥ, με την προϋπόθεση ότι έχει βιβλιάριο υγείας από το ασφαλιστικό ταμείο στο οποίο ανήκει.

Στον μεταναστευτικό νόμο του 2001 δόθηκαν επίσημα ίσα δικαιώματα στους ξένους πολίτες που διαμένουν νόμιμα στην χώρα με αυτά των Ελλήνων. Οι μετανάστες με νόμιμα έγγραφα καλύπτονται από το Ι.Κ.Α. Πιο συγκεκριμένα δικαιούνται ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, νοσοκομειακή περίθαλψη, επίδομα ασθενείας, ατυχήματος, μητρότητας, σύνταξη και λοιπές παροχές. Ωστόσο πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι πολλοί νόμιμοι μετανάστες στερούνται την κοινωνική ασφάλιση και δωρεάν πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Ακόμη η πρόσβαση στο σύστημα υγείας εμποδίζεται από τις καθυστερήσεις για την ανανέωση των αδειών παραμονής (Ν. 2910/2001).

Οι πρόσφυγες και αυτοί που αιτούνται άσυλο έχουν ίσα δικαιώματα πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη με τους Έλληνες. Όμως μέχρι να αναγνωριστούν ως αιτούντες άσυλο υπάγονται στη ίδια κατηγορία σε ότι αφορά την πρόσβαση τους στο σύστημα υγείας με τους μετανάστες «χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα». Το Προεδρικό Διάταγμα 668/18.5.2005 προβλέπει την δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη των αιτούντων άσυλο και των προσφύγων που δεν είναι ασφαλισμένοι. Η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει δωρεάν νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο και δωρεάν χορήγηση φαρμάκων από τα δημόσια νοσοκομεία. Για να έχουν δικαίωμα στη δωρεάν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, οι μεν αιτούντες άσυλο πρέπει να έχουν στην κατοχή τους ειδικό δελτίο αιτούντος άσυλο, οι δε πρόσφυγες πρέπει να διαθέτουν το δελτίο ταυτότητας πολιτικού πρόσφυγα (ΠΔ 668/18.5.2005).

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα 266/1999, τα ίδια ισχύουν και για τους αλλοδαπούς που η παραμονή στην Ελλάδα έχει εγκριθεί για ανθρωπιστικούς λόγους ή έχει οριστεί σε αυτούς προθεσμία η οποία δεν έχει εκπνεύσει ακόμα, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Προεδρικού Διατάγματος 61/1999. Στην κατηγορία αυτή εμπίπτουν και οι αλλοδαποί ασθενείς με HIV ή άλλες μεταδοτικές ασθένειες, οι οποίοι μπορούν να επωφεληθούν της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και νοσηλείας, εφόσον όμως η κατάλληλη θεραπεία δεν εφαρμόζεται στη χώρα προέλευσής τους. Έχουν επίσης δικαίωμα σε προσωρινή άδεια παραμονής και εργασίας (Ν. 2955/2001).

Αντίθετα σε αλλοδαπούς που βρίσκονται παράνομα στην χώρα και δεν έχουν διαβατήριο δεν επιτρέπεται να προσφερθεί καμία υπηρεσία από φορείς του δημοσίου τομέα. Εξαιρέση αποτελούν τα νοσοκομεία, τα θεραπευτήρια και οι κλινικές, όταν βέβαια πρόκειται για ανήλικα παιδιά και για αλλοδαπούς που εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία (Άρθρο 84/Ν.3386/2005, Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου 2007).

Πρέπει να σημειωθεί πως τα δικαιώματα των μεταναστών χωρίς νόμιμα έγγραφα παραμονής είναι πολύ περιορισμένα στη Ελλάδα σε σύγκριση με πολλές χώρες της Ε.Ε., όσον αφορά την πρόσβαση τους στο σύστημα υγείας. Σύμφωνα με την εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας για την Υγειονομική Περίθαλψη Αλλοδαπών σημειώνεται ότι «για τους αλλοδαπούς μη νόμιμα ευρισκόμενους στην Ελλάδα θα παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες αποκλειστικά σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους». Η ερμηνεία της διάταξης αυτής όμως αναδεικνύεται δύσκολη εφόσον δεν μπορεί να οριστεί εύκολα «το επείγον περιστατικό».

Επίσης πρόβλημα αντιμετωπίζουν και όσοι πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα ή χρήζουν κάποιας ιατρικής επέμβασης ή πολυδάπανης θεραπείας αν υπολογιστεί και η δύσκολη οικονομική τους κατάσταση. Επιπροσθέτως πρέπει να αναφερθεί πως στην παράγραφο 4 του άρθρου 85 (Ν.3386/2005) που προβλέπει ότι: «Οι υπάλληλοι των παραπάνω υπηρεσιών και φορέων που παραβαίνουν αυτές τις διατάξεις διώκονται πειθαρχικά και τιμωρούνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του ποινικού κώδικα, για παράβαση καθήκοντος». Στην πραγματικότητα ο Νόμος του 2005 διατηρεί τις αυστηρές διατάξεις του Νόμου 2910/2001 που περιορίζουν σε μμεγάλο βαθμό την πρόσβαση των «άτυπων» μμεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Καταργεί μόνο τη διάταξη του άρθρου 54, «η οποία προέβλεπε την υποχρέωση των διευθυντών θεραπευτηρίων να ενημερώνουν τις αστυνομικές αρχές για την άφιξη σε αυτά αλλοδαπών». Οι παραπάνω διατάξεις δεν εφαρμόστηκαν στη πράξη καθώς οι Έλληνες λειτουργοί υγείας αρνήθηκαν να τις εφαρμόσουν, ενώ πολλοί γιατροί ακολουθώντας τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας «επιλέγουν να παράσχουν

ιατρική φροντίδα παρακάμπτοντας τις επιταγές του Νόμου 79. Πολλοί μετανάστες "χωρίς έγγραφα" καταφεύγουν επίσης στα πολυϊατρεία μη κυβερνητικών οργανώσεων.

Όπως είναι ευρέως γνωστό τα άτομα που εισέρχονται στην Ελλάδα παράνομα συλλαμβάνονται και κρατούνται σε κέντρα διοικητικής κράτησης. Αυτά τα άτομα αποτελούν ειδική κατηγορία καθώς από αξιόπιστες αναφορές για ορισμένα από τα κλειστά κέντρα κράτησης περιγράφουν πολύ άσχημες συνθήκες διαβίωσης με σημαντικά προβλήματα στις εγκαταστάσεις και τις συνθήκες υγιεινής και ελλιπή πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, όπως απουσία βασικού ιατρικού εξοπλισμού, δυσχερή ή αδύνατη παραπομπή στο νοσοκομείο, απουσία ψυχολόγου και διερμηνέων (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο 2007, Nikolopoulos 2005, Norredam 2005).

3.3 Προσβασιμότητα των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας

Στην Ελλάδα η τυπική πρόσβαση στις δωρεάν υπηρεσίες του ΕΣΥ για τους μετανάστες (στο σύνολό τους) είναι συνάρτηση του νόμιμου καθεστώτος και της απασχόλησής τους στην επίσημη αγορά εργασίας. Η πρόσβαση των μεταναστών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτελεί βασική παράμετρο της ένταξής τους στην ελληνική κοινωνία, της διασφάλισης της δημόσιας υγείας και του σεβασμού του ανθρώπινου δικαιώματος για αξιοπρέπεια στη ζωή. Από το 1990 και μέχρι το 1998 όπου ολοκληρώθηκε η διαδικασία νομιμοποίησης τους, η πλειονότητα των μεταναστών παρέμενε σε άτυπο καθεστώς (Ζωγραφάκης και Μητράκος, 2005).

Ίσα δικαιώματα με αυτά των Ελλήνων αποκτούν οι μετανάστες εφόσον διαμένουν νόμιμα στη χώρα και έχουν βιβλιάριο ασφαλιστικής κάλυψης από τον ασφαλιστικό φορέα στον οποίο είναι εγγεγραμμένοι, έτσι απολαμβάνουν παροχές υγείας όμοιες με όλων των ασφαλισμένων πολιτών. Ωστόσο πολλοί νόμιμα διαμένοντες μετανάστες λόγω της άτυπης εργασίας μένουν ανασφάλιστοι και στερούνται την κοινωνική ασφάλιση και την ελεύθερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Πρόσθετο εμπόδιο για την πρόσβαση στο σύστημα υγείας αποτελούν και οι πολύμηνες καθυστερήσεις που απαιτούνται για την ανανέωση των αδειών παραμονής.

Διαπιστώνεται ότι οι μετανάστες ελληνικής καταγωγής από την Αλβανία και την πρώην Σοβιετική Ένωση, ομογενείς και παλινοστούντες, έχουν πλήρη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας όπως κάθε έλληνας πολίτης και τους δίνεται το δικαίωμα αυτασφάλισης στον ΟΓΑ, αποδεικνύοντας την πολιτική βούληση υπέρ τους.

Οι μη νόμιμοι μετανάστες που δεν έχουν διαβατήριο ή άλλο επίσημο έγγραφο που να αναγνωρίζεται από διεθνής συμβάσεις, άδεια παραμονής ή θεώρηση εισόδου, δεν δικαιούνται να τους προσφερθεί οποιαδήποτε υπηρεσία από δημόσιους φορείς, με εξαίρεση τα νοσοκομεία, τα θεραπευτήρια και τις κλινικές και όταν πρόκειται για ανήλικα παιδιά και για αλλοδαπούς που εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία. Η ερμηνεία της έκτακτης-επείγουσας ιατρικής περίθαλψης δε

μπορεί να οριστεί εύκολα διότι δεν ορίζεται με ευκολία και σιγουριά ποια περιστατικά καλύπτει η διάταξη. Για παράδειγμα ο προγεννητικός έλεγχος απαραίτητος για την διασφάλιση της υγείας και της ζωής του εμβρύου και της εγκύου, δεν καλύπτεται από τη νομοθεσία εκτός αν πρόκειται για ανήλικες κυοφορούσες (Ζωγραφάκης και Μητράκος, 2005).

Το σύστημα υγείας μπορεί να διευκολύνει ή να δυσχεραίνει την πρόσβαση των μεταναστών. Ο πρώτος καθοριστικός παράγοντας είναι το τυπικό δικαίωμα πρόσβασης, αν δηλαδή το καθεστώς παραμονής του μετανάστη στη χώρα υποδοχής του δίνει πρόσβαση στο σύστημα υγείας και σε ποιες υπηρεσίες. Για παράδειγμα οι μετανάστες χωρίς νόμιμο καθεστώς παραμονής στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης δικαιούνται πρόσβασης στο σύστημα υγείας μόνο για επείγουσες ιατρικές ανάγκες. Έπειτα υπάρχει μια πληθώρα παραγόντων που κάνει το σύστημα υγείας περισσότερο ή λιγότερο φιλικό προς το μετανάστη. Η παροχή ή όχι υπηρεσιών διερμηνείας. Η δυνατότητα μια γυναίκα που είναι μουσουλμάνα να εξεταστεί από γυναίκα γιατρό. Το πόσο περίπλοκη ή διαφορετική είναι η διάρθρωση και η λειτουργία του συστήματος υγείας στη χώρα υποδοχής σε σύγκριση με τη χώρα καταγωγής. Το πόσο διαφορετική είναι η συμπεριφορά του προσωπικού υγείας και κατά πόσο ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του ασθενούς (Bjorngren Cuadra 2011).

Εμπόδιο στην πρόσβαση των μεταναστών στην υγειονομική περίθαλψη αποτελεί η υψηλή ιδιωτική δαπάνη που απαιτούν οι υπηρεσίες υγείας, διότι σύμφωνα με τα στοιχεία οι μετανάστες αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό από τους γηγενείς την φτώχεια. Η ανισότητα στα εισοδήματα Ελλήνων και μεταναστών είναι από τις μεγαλύτερες στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με το μέσο εισόδημα των μεταναστών μειωμένο πάνω από το μισό του μέσου εισοδήματος των Ελλήνων. Δεδομένης της διαπίστωσης ότι το υψηλό κόστος ιδιωτικής δαπάνης στις υπηρεσίες υγείας είναι πολλές φορές απαγορευτικό για πολλούς Έλληνες καταλαβαίνουμε ότι είναι ακόμα περισσότερο απαγορευτικό για τους μετανάστες περιορίζοντας επιπλέον την δυνατότητα πρόσβασης τους σε υπηρεσίες υγείας (Ζωγραφάκης και Μητράκος, 2005).

Οι μεγάλες καθυστερήσεις για την έκδοση και ανανέωση αδειών παραμονής έχουν ως συνέπεια την παρεμπόδιση της πρόσβασης των μεταναστών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας για μεγάλα χρονικά διαστήματα, αφού όπως σημειώσαμε πιο πάνω για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας απαραίτητη είναι η νόμιμη παραμονή τους στη χώρα. Η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας δυσχεραίνει από την ύπαρξη εμποδίων που χαρακτηρίζονται ως παθογένειες του ΕΣΥ και είναι η γραφειοκρατία, οι μεγάλες λίστες αναμονής, οι ανεπαρκείς υποδομές, η έλλειψη πληροφόρησης και άλλα χρόνια προβλήματα τα οποία όμως αποτελούν εμπόδια και για το γηγενή πληθυσμό (Hatziprokoriou 2004). Ειδικό εμπόδιο που αφορά αποκλειστικά τον μεταναστευτικό πληθυσμό είναι η δυσκολία στην επικοινωνία με το προσωπικό υγείας λόγω μη γνώσης της ελληνικής

γλώσσας αποτελώντας κριτήριο αποκλεισμού. Η ελλιπής γνώση και χρήση της ελληνικής γλώσσας αποτελεί εμπόδιο για την πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα υγείας (Derose 2009, Scheppers 2006).

Είναι επίσης πιθανό λόγω της καταγωγής τους να υφίστανται διακρίσεις, να αισθάνονται κοινωνικά αποκλεισμένοι ή ακόμα να φοβούνται να έρθουν σε επαφή με τις υγειονομικές υπηρεσίες. Ακόμη, ο κοινωνικός αποκλεισμός που βιώνουν στις χώρες υποδοχής αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας. Η ελλιπής ενημέρωση σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας (με τις συνεχείς αλλαγές στο σύστημα υγείας να μπερδεύουν και το γηγενή πληθυσμό), η άγνοια των μεταναστών και προσφύγων σχετικά με τα δικαιώματά τους, η συνεχής μετακίνηση του πληθυσμού και οι κοινωνικές, οικονομικές, πολιτισμικές και γλωσσικές ιδιαιτερότητες αποτελούν επίσης παράγοντες περιορισμού πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Παράγοντες ρίσκου για την υγεία των μεταναστών σχετίζονται με τον τύπο και τις συνθήκες εργασίας τους. Έτσι φαίνεται ότι οι “μετανάστες πλήττονται, αναλογικά με την παρουσία τους στον εργατικό πληθυσμό σε μεγαλύτερο βαθμό από τα εργατικά ατυχήματα και τις επαγγελματικές ασθένειες στη λίστα των κύριων θυμάτων από εργατικά ατυχήματα την πρώτη θέση κατέχουν οι αλλοδαποί με 50% περίπου αυξημένη πιθανότητα ατυχήματος” (Καψάλης 2004).

Η διαφορετική πολιτισμική καταβολή και η άγνοια των λειτουργών υγείας για πολιτισμικές ιδιαιτερότητες του ασθενή περιορίζουν την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, όπως για παράδειγμα η άρνηση μουσουλμάνων να εξεταστεί από άνδρα γιατρό. Η απουσία εξειδικευμένου προσωπικού, όπως διερμηνείς αλλά και υποδομών, δεν διευκολύνει το διοικητικό και ιατρικό προσωπικό να ανταπεξέλθει στις ιδιαίτερες ανάγκες των αλλοδαπών ασθενών. Οι κοινωνίες υποδοχής διαφοροποιούνται ως προς τα δικαιώματα που αναγνωρίζουν στους μετανάστες, το σύστημα υγείας τους, και γενικότερα ως προς το πόσο ανοικτές ή κλειστές είναι στους αλλοδαπούς. Επιπλέον η μετανάστευση είναι μια δυναμική διαδικασία με μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία (Bjorngren Cuadra 2011).

Σύμφωνα με τους Ψημμένο και Σκαμνάκη “οι μεταναστευτικές ομάδες αποτελούν μια επιπρόσθετη συνιστώσα πίεση η οποία συντείνει σε μια κατάσταση ψευδούς καθολικότητας του συστήματος κοινωνικής προστασίας συνολικά και ειδικά στο σύστημα υγεία. Η συμμετοχή των αλλοδαπών στο σύστημα υγείας δεν διαφοροποιεί τη λειτουργία του ώστε να ικανοποιήσει ειδικά τις ανάγκες τους” (Ψημμένος και Σκαμνάκης, 2008).

Όλα τα παραπάνω αποτελούν εμπόδια που απαγορεύουν και περιορίζουν την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας. Πρέπει να σημειώσουμε όμως ότι σε πολλές περιπτώσεις οι επαγγελματίες υγείας διευκολύνουν την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας και κυρίως των μεταναστών χωρίς νόμιμο καθεστώς παραμονής. Η ευέλικτη και καλοπροαίρετη

αντιμετώπιση τους αυτή, φαίνεται να χαρακτηρίζει τις οδούς πρόσβασης των μεταναστών στην περίθαλψη, εκτός και εντός του ΕΣΥ, ξεπερνώντας τεχνικά και θεσμικά εμπόδια για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας από νόμιμους και μη μετανάστες (Kotsioni & Hatziprokopiou 2008, Ψημμένος και Σκαμνάκης, 2008).

Εκτός από το χαμηλό επίπεδο και τις άσχημες εργασιακές συνθήκες, η έλλειψη ασφάλισης, η μικρή κοινωνική υποστήριξη, αλλά και το μέτριο επίπεδο γνώσης της ελληνικής γλώσσας συσχετιζόταν με μικρότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τα σημαντικότερα εμπόδια για την πρόσβαση στο ελληνικό σύστημα υγείας είναι η γραφειοκρατία, η ελλιπής γνώση της ελληνικής γλώσσας και η αδιαφορία του προσωπικού υγείας. (Ζωγραφάκης και Μητράκος, 2005).

Διαπιστώνεται η ανάγκη για υιοθέτηση πολιτικών και πρακτικών που θα διευκολύνουν την πρόσβαση των μεταναστών στο σύστημα υγείας και έτσι θα διασφαλίζεται και η δημόσια υγεία. Η ενίσχυση των προγραμμάτων εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας και η καλύτερη ενημέρωση των μεταναστών για το ελληνικό σύστημα υγείας θα βελτιώνει την πρόσβαση κυρίως των πιο πρόσφατων μεταναστών στο δημόσιο σύστημα υγείας (Scheppers 2006).

Χρήσιμο θα ήταν να υπάρχουν πληροφοριακά έντυπα στις μονάδες υγείας και σε άλλες γλώσσες εκτός από τα ελληνικά. Ιδιαίτερα χρήσιμη για τη βελτίωση της πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας θα ήταν η ενσωμάτωση του θεσμού του διερμηνέα-μεσολαβητή στο σύστημα υγείας. Ας σημειώσουμε ότι η θεματική υγείας και μετανάστευση, δεν περιλαμβάνεται στα προγράμματα των προπτυχιακών μονάδων, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Πρόκειται για εύκολα εφαρμόσιμο μέτρο, που μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και στη μείωση του κινδύνου αρνητικής διάκρισης και άνισης πρόσβασης στο σύστημα υγείας. Η διευκόλυνση της πρόσβασης των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να εξεταστεί ειδικά για την κατηγορία των «άτυπων» μεταναστών κυρίως διότι οι συνέπειές της περιορισμένης πρόσβασής τους μπορεί να αποδειχθεί ιδιαίτερα δυσμενής για τη δημόσια υγεία (Scheppers 2006).

3.4 Το σχέδιο Averroes

Οι Γιατροί του Κόσμου ευαισθητοποιήθηκαν ιδιαίτερα στο θέμα των μεταναστών, που είναι από τις πιο ευάλωτες ομάδες σε όλο τον κόσμο, κυρίως όσον αφορά το δικαίωμα στην υγεία και την αποτελεσματική πρόσβασή τους στην υγειονομική περίθαλψη. Ακόμα και αν ο Χάρτης της Ευρωπαϊκής Ένωσης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων επιβεβαιώνει το δικαίωμα του καθένα μετανάστη να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαμβάνει την ιατρική περίθαλψη (σύμφωνα με το άρθρο 35), περιορίζεται από τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές (Γιατροί του Κόσμου 2010).

Υπάρχει λοιπόν ένα μεγάλο χάσμα μεταξύ της γενικής αρχής της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και της εφαρμογής του σε κάθε χώρα. Αποτέλεσμα αυτών, στις περισσότερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι οι αλλοδαποί και κυρίως οι παράνομοι μετανάστες, να έχουν περιορισμένη έως καθόλου πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Σε ορισμένες χώρες έχουν πρόσβαση μόνο σε ζωτικής σημασίας περίθαλψη έκτακτης ανάγκης, σε άλλες χώρες ακόμα και αν η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι νομικά κατοχυρωμένη η αποτελεσματικότητά της είναι περιορισμένη λόγω πολύπλοκων διαδικασιών (Ευρωπαϊκή έρευνα σχετικά με την πρόσβαση των μεταναστών χωρίς έγγραφα 2010).

Πολλά τρέχοντα ζητήματα δημόσιας υγείας, όπως είναι η γρίπη των πτηνών, οι μεταδοτικές μολυσματικές ασθένειες και άλλες, καταδεικνύουν την ανάγκη να μην αποκλειστούν οι μετανάστες από τις υπηρεσίες υγείας, λόγω της κινητικότητάς τους και των κοινωνικών συνθηκών στις οποίες ζουν. Από την πλευρά της οικονομικής άποψης, οι πολιτικές υγείας που καθυστερούν ή περιορίζουν την πρόσβαση στην πρόληψη και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για ένα μέρος του πληθυσμού που ζει στη χώρα καταλήγουν συχνά πληρώνοντας ακριβά για νοσηλεία και θεραπείες που απαιτούνται από τον πληθυσμό (Γιατροί του Κόσμου 2008).

Με τις συμμετοχές 11 ευρωπαϊκών ενώσεων οι Γιατροί του Κόσμου αποφάσισαν να αναπτύξουν ένα 3ετές πρόγραμμα που να στοχεύει στην προώθηση της αποτελεσματικής πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη στην ΕΕ για τους αιτούντες άσυλο και τους μετανάστες χωρίς χαρτιά. Το έργο που ονομάζεται «Averroes», θα τρέξει σε 19 κράτη μέλη της Ε.Ε. από τα 27 μέλη της.

Πλαίσιο δράσης

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η οποία υπολογίζει περίπου 25 εκατομμύρια αλλοδαπών μέσα στην Ένωση, (ακριβώς κάτω από το 5,5% του συνολικού πληθυσμού της), εκτιμά την παρουσία 4,5 - 8.000.000 μεταναστών χωρίς να έχουν έγγραφα. Επιπλέον, στην ΕΕ καταγράφηκαν 187.223 αιτούντες ασύλου για το 2005 και πρόκειται για μια μεγάλη περιοχή της μετανάστευσης.

Παράλληλα εγκαταστάθηκαν μετανάστες ειδικά στον Νότο και την Ανατολή και οι ευρωπαϊκές χώρες αντιμετωπίζουν μια όλο και περισσότερο αυξανόμενη μεταναστευτική κίνηση. Αυτή η δεύτερη μορφή της μετανάστευσης μπορεί να είναι μια μετανάστευση των γειτονικών λαών, ή μετακινήσεις πληθυσμών που προκαλούνται από την παγκοσμιοποίηση των ροών (Eurostat, 2006). Στην ΕΕ, η κατάσταση της υγείας των παράνομων μεταναστών και των αιτούντων ασύλου είναι γενικά πιο επισφαλής από εκείνη των υπηκόων λόγω των διάφορων λόγων: βαριές παθήσεις (τροπικών και λοιμωδών νόσων), περίπλοκη προσωπική διαδρομή που οδηγεί συχνά σε τραυματικές καταστάσεις κρίσης και κυρίως λόγω των πολύ επισφαλών συνθηκών διαβίωσης. Και όπως τονίζει ο ΠΟΥ, «οι φτωχότεροι έχουν και την χειρότερη υγεία» (ΠΟΥ 2002).

Όσον αφορά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στην ΕΕ, πρέπει να πούμε ότι στη νομοθεσία και στην πρακτική των κρατών μελών, οι μετανάστες χωρίς έγγραφα και αιτούντες ασύλου σε παγκόσμιο επίπεδο αποκλείονται από την υγειονομική περίθαλψη. Πρόσφατες τροποποιήσεις στις εθνικές και ευρωπαϊκές διατάξεις συμβάλλουν να τονίσουν αυτή την εξαίρεση. Πολιτικές που εφαρμόζονται για αυτόν τον πληθυσμό τείνουν προς τη μικρότερη πρόσβαση για την υγεία. Τέλος, η προστασία των βαριά άρρωστων αλλοδαπών από τον κίνδυνο της απέλασης σε χώρες όπου δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στην απαιτούμενη ιατρική περίθαλψη δεν είναι εγγυημένη και εξασφαλισμένη από όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ

Τι διακυβεύεται:

Όσον αφορά τους Γιατρούς του Κόσμου το ενδιαφέρον για τους μετανάστες χωρίς χαρτιά και των αιτούντων ασύλου για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στην ΕΕ αντιπροσωπεύει τρία στοιχεία που πρέπει να ληφθούν υπόψη:

Από ηθική άποψη: λαμβάνοντας υπόψη τις τιμές, την ανθρωπιστική παράδοση και τις δεσμεύσεις της ΕΕ σε ευρωπαϊκά και διεθνή κείμενα και το γεγονός ότι η έλλειψη πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να έχει πολύ σοβαρές (ακόμα και θανατηφόρα) συνέπειες, είναι ένας σημαντικός στόχος ηθικής να εγγυηθεί την πρόσβαση στο σύστημα υγείας για όλους τους ανθρώπους που ζουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Από την άποψη της δημόσιας υγείας: σε έναν κόσμο όπου οι άνθρωποι ταξιδεύουν τακτικά μεταξύ χωρών και ηπείρων, η άρνηση της πρόσβασης στην υγειονομική πρόληψη και την υγεία σε ένα μέρος του πληθυσμού που ζει στην ΕΕ αποτελεί σημαντικό κίνδυνο για τη δημόσια υγεία. Ο κίνδυνος αυτός είναι ακόμη μείζονος σημασίας από εκείνους που δεν έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και είναι οι παράνομοι μετανάστες και οι αιτούντες άσυλο, οι οποίοι είναι οι πιο υποβαθμισμένοι και εκτεθειμένοι στην ασθένεια. Στην πραγματικότητα, αυτή η έλλειψη πρόσβασης στην ιατρική περίθαλψη τείνει να μειώσει σημαντικά την ικανότητα για τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών και επιδημιών (όπως η φυματίωση, HIV).

Σε οικονομικούς όρους: σε μια ανησυχία για τον εξορθολογισμό και τη μείωση των δημόσιων δαπανών για την υγεία, τα κράτη μέλη δίνουν έμφαση στην πρόληψη γενικά και τη χρήση της δομής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ωστόσο, οι παράνομοι μετανάστες και οι αιτούντες άσυλο δεν έχουν επαρκή ή πρόσβαση στην πρόληψη, την έγκαιρη διάγνωση και την πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη, αλλά σχεδόν πάντα έχουν πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη έκτακτης ανάγκης (ΠΟΥ 2002).

Οι στόχοι του έργου Averroes

Γενικός στόχος είναι να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας των παράνομων μεταναστών και των αιτούντων άσυλο στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Ειδικός στόχος είναι, εντός 3 ετών οι αιτούντες άσυλο

και οι παράνομοι μετανάστες, να έχουν καλύτερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στην ΕΕ, καθώς και προστασία των σοβαρά άρρωστων αλλοδαπών από την απέλαση σε χώρες όπου δεν έχουν πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη.

Η στρατηγική του προγράμματος Avergones

Το έργο Avergones προτείνει τη δημιουργία ενός δικτύου των ΜΚΟ που καλύπτουν 19 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το δίκτυο αυτό θα δημιουργήσει εκστρατείες κατά τη διάρκεια μιας πενταετούς περιόδου για την αναγνώριση και την υιοθέτηση από την ΕΕ του δικαιώματος στην πρόσβαση των ίδιων των παράνομων μεταναστών και των αιτούντων άσυλο, όπως αυτές που απολαμβάνουν οι υπήκοοι κράτους μέλους και δικαίωμα στην προστασία από την απέλαση των σοβαρά άρρωστων αλλοδαπών.

Το έργο Avergones διαθέτει 3 κύριες συνιστώσες:

1) Για να αυξήσει τη δέσμευση, τη γνώση, την αναλυτική ικανότητα και την αποτελεσματικότητα των ευρωπαϊκών ΜΚΟ για να υποστηρίξει για τους αιτούντες άσυλο και τους μετανάστες χωρίς χαρτιά, την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στην ΕΕ. Ένα δίκτυο ΜΚΟ θα συσταθεί για την υπεράσπιση των αιτούντων άσυλο και των μεταναστών χωρίς χαρτιά της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Το δίκτυο αυτό θα περιλαμβάνει όλους τους ΓτΚ οργανισμούς που δραστηριοποιούνται σε 11 κράτη μέλη της ΕΕ καθώς και τους ομολόγους ΜΚΟ σε 8 κράτη μέλη της ΕΕ, όπου οι ΓτΚ δεν έχουν παρουσία. Τα μέλη του δικτύου θα μοιράζονται τους ίδιους στόχους και τις δραστηριότητες και θα επιδιώξει να δημιουργήσει στέρεες και μακροχρόνιες συνεργασίες.

Το έργο που ξεκίνησε από το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο των Γιατρών του Κόσμου για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να συνεχιστεί και να ενισχυθεί. Όλα τα μέλη του δικτύου Avergones θα ενταχθούν στην έρευνα του Παρατηρητηρίου για την κατάσταση της υγείας και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη των αιτούντων άσυλο και των παράνομων μεταναστών. Θα πάρουν μέρος στις δραστηριότητες που έχουν συσταθεί για την προώθηση της προστασίας των σοβαρά άρρωστων αλλοδαπών κατά της απέλασης, στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η έρευνα θα δημοσιευτεί και θα διανεμηθεί. Επιπλέον, το δίκτυο θα πραγματοποιήσει και θα δημοσιεύσει μια συγκριτική μελέτη για την ΕΕ και τα κράτη μέλη για τις σημαντικές πολιτικές εξελίξεις και τη νομοθεσία.

2) Να κινητοποιήσει την κοινή γνώμη

Κατά τη διάρκεια του προγράμματος θα πραγματοποιηθούν εθνικές και ευρωπαϊκές εκστρατείες ευαισθητοποίησης και κινητοποίησης.

3) Για να πείσει τις εθνικές και ευρωπαϊκές δημόσιες αρχές

Ένας αξιωματικός υπεράσπισης με έδρα τις Βρυξέλλες θα διαλέγεται με τα αρμόδια ευρωπαϊκά όργανα. Τα μέλη του δικτύου Averroes θα καθιερώσουν ένα διάλογο με όλους τους εθνικούς φορείς που έχουν άμεση σχέση με την υγεία και τα μεταναστευτικά θέματα στα 19 κράτη μέλη της ΕΕ. (Γιατροί του Κόσμου, Σχέδιο Averroes, Ανάκτηση 2013).

3.5 Σύνοψη κεφαλαίου

Τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα γνώρισε μια πρωτόγνωρη στη σύγχρονη ιστορία της εισροή αλλοδαπών, οι οποίοι πιεσμένοι από την ανέχεια, τους πολέμους, τις διώξεις, την ανεργία, και την έλλειψη ευκαιριών στη χώρα τους, αναζητούν εδώ εργασία και ένα καλύτερο μέλλον. Το φαινόμενο της μετανάστευσης υποχρέωσε την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση σε θέσπιση μεταναστευτικής νομοθεσίας. Οι μετανάστες κατηγοριοποιούνται με βάση την αιτία και τον τρόπο μετανάστευσης. Όσοι βρίσκονται παράνομα στη χώρα μας, βάση νόμου, τους προσφέρεται δωρεάν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη αποκλειστικά σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι την σταθεροποίηση της υγείας τους.

Η ελεύθερη πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας είναι απαραίτητη για την ένταξή τους στην ελληνική κοινωνία και για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας. Καθοριστικός παράγοντας είναι το τυπικό δικαίωμα πρόσβασης, αν το καθεστώς παραμονής του μετανάστη στη χώρα υποδοχής του δίνει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Το σύστημα υγείας για να είναι φιλικό προς το μετανάστη αρχικά πρέπει να παρέχει διερμηνέα, έπειτα να σέβεται το θρήσκευμα του (μια γυναίκα μουσουλμάνα να μπορεί να εξεταστεί από γυναίκα γιατρό), το προσωπικό υγείας να έχει φιλική συμπεριφορά απέναντι στους μετανάστες (και να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους), να μειωθεί το κόστος χρήσης που απαιτούν οι υπηρεσίες υγείας (αφού οι μετανάστες βιώνουν τη φτώχεια), να μειωθεί η γραφειοκρατία (ούτως ή άλλως ταλαιπωρεί τους γηγενείς πολίτες πόσο μάλλον τους μετανάστες), να μειωθούν οι μεγάλες λίστες αναμονής, να αυξηθεί η ενημέρωση σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας αλλά και για τα δικαιώματά τους ως ασθενείς.

Η άμεση πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας πρέπει να ανοίξει και για τους παράνομους μετανάστες αφενός για σεβασμό του δικαιώματος της αξιοπρέπειάς τους και αφετέρου διότι η περιορισμένη πρόσβασή τους μπορεί να αποδειχθεί εξαιρετικά καταστροφική για τη δημόσια υγεία του πληθυσμού.

Οι Γιατροί του Κόσμου δραστηριοποιούνται σε όλο τον κόσμο προστατεύοντας τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού, ιδιαίτερα τους μετανάστες και κυρίως όσον αφορά το δικαίωμα στην υγεία και την αποτελεσματική πρόσβαση τους στην υγειονομική περίθαλψη, αποφάσισαν να αναπτύξουν το πρόγραμμα "Averroes", είναι ζετές με σκοπό την προώθηση της αποτελεσματικής

πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη των παράνομων μεταναστών. Βασικός στόχος του προγράμματος είναι η βελτίωση της υγείας των παράνομων μεταναστών, η καλύτερη δυνατή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και παράλληλα η προστασία των σοβαρά ασθενών από την απέλαση σε χώρες που δεν έχουν πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη.

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΤΟ ΔΙΕΘΝΗ ΧΩΡΟ

Η έρευνα σε διεθνές επίπεδο έχει καταγράψει ανισότητες τόσο στο επίπεδο της υγείας όσο και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι έρευνες έχουν δείξει κοινωνικές, οικονομικές και γεωγραφικές διαφορές στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και μεταξύ των χωρών η έκτασή τους ποικίλει.

Μία πολιτική προσανατολισμένη στην ενίσχυση της εκπαίδευσης, κυρίως των μειονεκτούντων κοινωνικών ομάδων, έχει σημαντικές ωφέλειες στην υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας προσδιορίζεται με βάση τις υγειονομικές ανάγκες. Στην Ελλάδα η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι απλή, ενώ η πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας που θα χαρακτηρίζεται από ισότητα, ποιότητα, και ικανοποίηση αναφορικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, αποτελεί ακόμα ζητούμενο.

4.1 Πρόσβαση και ισότητα σε άλλα κράτη

Η ισότητα στο επίπεδο και στη φροντίδα υγείας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ενεργό συμμετοχή των πολιτών στην κοινωνία της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Από τα κυριότερα ζητήματα διεθνώς αποτελεί η αντιμετώπιση των υγειονομικών ανισοτήτων και σε ευρωπαϊκό επίπεδο αποτελεί θεμελιώδες χαρακτηριστικό των υγειονομικών συστημάτων και απαραίτητη αρχή στα συντάγματα ευρωπαϊκών κρατών, η καθολική πρόσβαση στη φροντίδα υγείας, με την προσθήκη του άρθρου 34, στα Θεμελιώδη Δικαιώματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου «καθένας έχει δικαίωμα πρόσβασης στην πρόληψη και ωφέλεια από την ιατρική φροντίδα σύμφωνα με τους εθνικούς νόμους και τις πρακτικές» (EU 2001).

Υγειονομικές ανισότητες υπάρχουν και σε ανεπτυγμένες χώρες, δυτικό-ευρωπαϊκές, τον Καναδά και τις ΗΠΑ. Στις ευρωπαϊκές χώρες και στον Καναδά τα υγειονομικά συστήματα είναι δημόσια και παρέχουν καθολική κάλυψη και πρόσβαση στις υπηρεσίες ενώ οι ανισότητες στη φροντίδα υγείας αμφισβητούνε την αποτελεσματικότητα του συστήματος αλλά και το ρόλο της φροντίδας υγείας ως παράγοντα που μπορεί να συμβάλλει στη μείωση των ανισοτήτων στο επίπεδο υγείας. Διεθνείς έρευνες έχουν καταγράψει ανισότητες στο επίπεδο και τη φροντίδα υγείας και μελέτες απέδειξαν ότι το χαμηλό κοινωνικό οικονομικό επίπεδο ευθύνεται για το φτωχό επίπεδο υγείας καθώς οι φτωχότερες κοινωνικά ομάδες έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και υποβαθμισμένο περιβάλλον. Οι αδύναμες αυτές κοινωνικές ομάδες έχουν υψηλούς δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας και συνεπώς μεγαλύτερη ανάγκη υγειονομικής φροντίδας.

Η αρχή της ισότητας παραβιάζεται οριζόντια διότι για τη χρήση του γενικού γιατρού όπου προκύπτουν ανισότητες γίνονται προς όφελος των φτωχών αφού γίνεται μεγαλύτερη χρήση από τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα τα οποία έχουν και μεγαλύτερη ανάγκη. Στη χρήση των ειδικών διαπιστώνονται ανισότητες υπέρ των πλουσίων αφού οι οικονομικά ισχυροί έχουν την δυνατότητα να επισκεφτούν ειδικούς γιατρούς όσες φορές χρειάζεται αν και η ανάγκη για αυτή τη φροντίδα είναι μεγαλύτερη για τους οικονομικά αδύνατους. Οι έρευνες των περισσότερων χωρών κατέληξαν στην ύπαρξη στατιστικά σημαντικής οριζόντιας ανισότητας προς όφελος των πλουσίων (van Doorslaer 2004).

Η αιτία των υγειονομικών ανισοτήτων βρίσκεται περισσότερο σε κοινωνικό-οικονομικά αίτια παρά στη δομή και λειτουργία του υγειονομικού συστήματος. Παράγοντες όπως οι συνθήκες ζωής, ο τρόπος ζωής, οι συνήθειες, η έκθεση σε επιζήμιους παράγοντες, η φτώχεια, η θέση στην κοινωνική ιεραρχία, η εκπαίδευση, οι συνθήκες εργασίας, η κουλτούρα αμβλύνουν τις υγειονομικές ανισότητες και περιορίζουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι ανισότητες στην υγεία ενδιαφέρουν πολιτικά πολλές χώρες και αποκτούν κεντρική θέση στις έρευνές τους. Στη Μεγάλη Βρετανία η πρώτη ανεξάρτητη έρευνα για τις ανισότητες στην υγεία πραγματοποιήθηκε το 1997 με σκοπό την μείωση του υγειονομικού χάσματος. Στη Σουηδία η κυβέρνηση το 2001 άλλαξε την υγειονομική της πολιτική με σκοπό την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία και στη Φιλανδία οι υγειονομικές ανισότητες αποτελούν κεντρικό ζήτημα από το 1986 (Oliver 2002).

Το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας περνά από την περιγραφή στην εξήγηση των υγειονομικών ανισοτήτων και οι πολιτικοί αναλυτές αναζητούν στρατηγικές για την μείωσή τους (Dalhegran 1991). Υιοθετήθηκαν πρακτικές που στόχευαν στη βελτίωση της καθολικής πρόσβασης και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας των αποκλεισμένων ομάδων και περιελάμβαναν παρεμβάσεις όπως η ενίσχυση με γενικούς γιατρούς των υποβαθμισμένων περιοχών, υποστήριξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας με προσωπικό υγείας για την εφαρμογή προληπτικών προγραμμάτων, την ανάπτυξη δικτύων φροντίδας για ασθενείς και άστεγους ενώ άλλες πολιτικές στόχευαν στην καλή ενημέρωση των πολιτών για το πότε και πως θα χρησιμοποιούν το σύστημα υγείας (Mackenbach 2003, Mackenbach & Stronks, 2002). Ο πληθυσμός που είναι ενημερωμένος σωστά μπορεί να βελτιώσει την υγεία του και η καλύτερη πρόσβαση πετυχαίνεται με την παροχή της κατάλληλης υγειονομικής υπηρεσίας, στον κατάλληλο χώρο και χρόνο (Editorials 1999).

Στην Ελλάδα η έρευνα στον τομέα των υπηρεσιών υγείας έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον διότι σε επίπεδο ηθικής σχετίζεται με αρχές και αξίες όπως η ισότητα και οι ίσες ευκαιρίες για όλους ανεξαρτήτως κοινωνικών, οικονομικών χαρακτηριστικών των ατόμων για τη βελτίωση του επιπέδου ζωής, ενώ σε επίπεδο κοινωνίας σχετίζεται με την ύπαρξη ενός υγιούς ανθρώπινου

δυναμικού και ενός σημαντικού συστήματος της οικονομικής δραστηριότητας που απορροφά περίπου το 10% του ΑΕΠ.

4.2 Προτάσεις

Το ερώτημα που τίθεται για το ελληνικό υγειονομικό σύστημα είναι η ισότητα, η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών, η αποδοτικότητα των πόρων και η ικανοποίηση των αναγκών των ατόμων με όσο δυνατόν υψηλότερη ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών και η αξιολόγηση του συστήματος ως προς αυτά επιβάλλεται και προϋποθέτει τη διενέργεια ερευνών υγείας που θα αξιολογούν κατά πόσο το σύστημα έχει επιτύχει τους στόχους του. Στην Ελλάδα δεν υπάρχει πολιτική χρηματοδότησης ερευνών για την υγεία από την πολιτεία και οι έρευνες εκπορεύονται κυρίως από το προσωπικό ενδιαφέρον των ερευνητών και σπάνια από τη βούληση της πολιτείας. Η δομή και οι αδυναμίες του υγειονομικού συστήματος υγείας αναδεικνύονται από τους βασικούς παράγοντες των ανισοτήτων στη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών. Για να μειωθούν οι υγειονομικές ανισότητες, τα μέτρα αντιμετώπισης πρέπει να αντανakλούν το διαφορετικό αντίκτυπο των κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων.

Πρόταση βελτίωσης του υγειονομικού συστήματος αποτελεί η οργανωτική ανασυγκρότηση του υγειονομικού συστήματος με την εφαρμογή ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας και τη σύνδεση με τη δευτεροβάθμια φροντίδα. Η οργάνωση της παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών από τα ασφαλιστικά ταμεία σε δύο επίπεδα, το υποχρεωτικό επίπεδο όπου θα παρέχεται ένα συγκεκριμένο επίπεδο υγειονομικών υπηρεσιών που θα καλύπτονται οι βασικές υγειονομικές ανάγκες των ασφαλισμένων και θα εξασφαλίζεται η ισότητα στην παροχή μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων. Στο συμπληρωματικό επίπεδο, η παροχή των πρόσθετων υπηρεσιών ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα του κάθε ασφαλιστικού φορέα και των ασφαλιστικών εισφορών των μελών τους αναγνωρίζοντας το δικαίωμα των ασφαλισμένων να επιλέγουν τον ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα.

Η αναδιοργάνωση των προμηθευτών και η ενίσχυση των αγοραστών με την εφαρμογή πολιτικών που εφαρμόστηκαν στο εξωτερικό όπως το μοντέλο της εσωτερικής αγοράς. Έτσι με ισχυρή παρουσία και μεγάλη χρήση του ιδιωτικού τομέα, θα αναγκαστούν οι προμηθευτές να λειτουργήσουν προς όφελος των χρηστών. Απαιτείται άσκηση της εκπαιδευτικής και οικονομικής πολιτικής με έμφαση στα χαμηλά κοινωνικά και οικονομικά στρώματα, με παράλληλη ενίσχυση της εκπαίδευσης και της εξάλειψης των οικονομικών εμποδίων που δυσκολεύουν την πρόσβαση και την παραμονή στο εκπαιδευτικό σύστημα. Η ενημέρωση των πολιτών για το που και πως μπορούν να χρησιμοποιούν το σύστημα υγείας έτσι ώστε να χρησιμοποιούν σωστά και αποτελεσματικά το σύστημα υγείας. Επίσης η ελεύθερη πρόσβαση σε κάθε βαθμίδα φροντίδας και

η ανυπαρξία τιμής κατά την χρήση, ευθύνεται για την υπερκατανάλωση και την κατασπατάληση των υγειονομικών αποθεμάτων. Τέλος η ικανοποίηση των χρηστών από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας και κατά πόσο οι διαφορές στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών κατευθύνουν το άτομο προς τον ιδιωτικό τομέα.

4.3 Σύνοψη κεφαλαίου

Η αντιμετώπιση των υγειονομικών ανισοτήτων απασχολεί διεθνώς όλα τα κράτη καθώς υπάρχουν και σε αναπτυγμένες δυτικό-ευρωπαϊκές χώρες, τον Καναδά και τις ΗΠΑ. Έρευνες αποδεικνύουν ότι οι υγειονομικές ανισότητες οφείλονται στο χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και το υποβαθμισμένο περιβάλλον παρά στη δομή και τη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος. Η οριζόντια ανισότητα είναι σημαντικότερη και προς όφελος των πλουσίων. Η επιστημονική κοινότητα μεταφέρεται από την περιγραφή στην εξήγηση των υγειονομικών ανισοτήτων και οι πολιτικοί αναλυτές αναζητούν στρατηγικές για την εξάλειψή τους.

Στην Ελλάδα αντίστοιχες έρευνες δεν χρηματοδοτούνται από την πολιτεία διότι δεν θεωρούνται άμεσα απαραίτητες και πραγματοποιούνται από το προσωπικό ενδιαφέρον των ερευνητών. Οι αδυναμίες του υγειονομικού συστήματος οφείλονται τη δομή του και για να μειωθούν οι υγειονομικές ανισότητες πρέπει κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες να επιβληθούν.

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ-ΕΡΕΥΝΑ

5.1 Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

5.2 Υλικό και μέθοδος

Σχεδιασμός μελέτης-Μελετώμενος πληθυσμός.

Πρόκειται για περιγραφική μελέτη. Το μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 53 άτομα ελληνικού πληθυσμού από τη Βόρεια Ελλάδα. Το ποσοστό ανταπόκρισης του πληθυσμού ήταν 100%. Πρόκειται για τυχαίο δείγμα η συλλογή του οποίου πραγματοποιήθηκε από τον Μάιο μέχρι τον Ιούνιο του 2013. Το κριτήριο εισόδου στην έρευνα αποτέλεσε η ελληνική ιθαγένεια και η ηλικία άνω των 18 ετών.

5.3 Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια ερωτηματολογίου, το οποίο συμπληρώθηκε ανώνυμα από πληθυσμό της ελληνικής επικράτειας. Οι ερωτήσεις υποβλήθηκαν με τη μορφή συνέντευξης από του ερευνητές και ενημερώθηκε το δείγμα - πληθυσμός σχετικά με το σκοπό της μελέτης, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων, καθώς και την εθελοντική φύση της συμμετοχής. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου σήμαινε αποδοχή της συμμετοχής και πληροφορημένη συναίνεση, ενώ διήρκεσε περίπου 25 λεπτά. Επιπλέον κατά τη διαδικασία της συνέντευξης δίνονταν άμεσα διευκρινήσεις όπου χρειαζόταν.

5.4 Ανάλυση δεδομένων

Για τη στατιστικά ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 21.0 for Windows. Αφού έγινε κωδικοποίηση των απαντήσεων πραγματοποιήθηκε η ανάλυση. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε γραφήματα και πίνακες.

5.5 Εργαλεία μέτρησης

Το ερωτηματολόγιο της μελέτης δημιουργήθηκε από ομάδα ερευνητών (Γαλάνης και συν, 2012) και περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού, με το ατομικό ιστορικό υγείας, καθώς και στοιχεία σχετικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τη γνώση και τη χρήση αυτών των υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, το

ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 6 ερωτήσεις αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (π.χ. φύλο, ηλικία, χώρα προέλευσης, οικογενειακή κατάσταση κ.ά.), 14 ερωτήσεις αναφορικά με τον τρόπο ζωής (π.χ. όροφος-θέρμανση κατοικίας, εργασία, μηνιαίο εισόδημα κ.ά.), 7 ερωτήσεις για τις καθημερινές συνήθειες (π.χ. κατάσταση υγείας, κάπνισμα, συνήθεια, άθληση κ.ά.), 4 ερωτήσεις για τα συνυπάρχοντα νοσήματα (π.χ. υπέρταση, άσθμα, καρδιαγγειακή νόσος κ.ά.) 13 ερωτήσεις για την επίσκεψη σε δημόσιο νοσοκομείο (π.χ. επίσκεψη σε τμήμα επειγόντων περιστατικών, δυσκολίες, χρόνος αναμονής κ.ά.), 8 ερωτήσεις για τον ιδιωτικό τομέα και φάρμακα (π.χ. επίσκεψη σε ιδιωτικό ιατρό, δυσκολίες σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη κ.ά.) και 3 ερωτήσεις σχετικά με την γνώμη για τις υπηρεσίες υγείας (δικαιώματα , περισσότερη ενημέρωση κ.ά.).

Δεν υπήρχε χρονικός περιορισμός, έτσι ώστε οι συμμετέχοντες να μην πιέζονται χρονικά και να οδηγούνται σε βεβιασμένες απαντήσεις. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν προφορικά για το σκοπό και τη μεθοδολογία της μελέτης προτού κληθούν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Δεν ασκήθηκε κάποιου είδους πίεση για συμμετοχή τους στη μελέτη, ενώ εξασφαλίστηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS), v. 21.0 για Windows.

5.6 Αποτελέσματα έρευνας

Η έρευνα που διεξήχθη για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας περιλάμβανε ελληνικό πληθυσμό ηλικίας 22 έως 77 ετών. Η πλειοψηφία του δείγματος εντοπίστηκε στην ηλικία των 24 ετών που ανήλθε στον αριθμό των 12 ατόμων με ποσοστό 22,6% με μέση τιμή 32,47+-12,9. Επίσης συμμετείχαν 7 άτομα ηλικίας 23 ετών (13,2%), 4 άτομα ηλικίας 22 ετών (7,5%), 4 άτομα ηλικίας 28 ετών (7,5%), 3 άτομα ηλικίας 27 ετών (5,7%), 3 άτομα ηλικίας 30 Ετών (5,7%), 2 άτομα ηλικίας 43 ετών (3,8%), 2 άτομα ηλικίας 49 ετών (3,8%), 2 άτομα ηλικίας 51 ετών (3,8%), 1 άτομο ηλικίας 26 ετών (1,9%), 1 άτομο ηλικίας 29 ετών (1,9%), 1 άτομο ηλικίας 31 ετών (1,9%), 1 άτομο ηλικίας 32 ετών (1,9%), 1 άτομο ηλικίας 40 ετών (1,9%), 1 άτομο ηλικίας 41 ετών (1,9%), 1 άτομο ηλικίας 42 ετών (1,9%), 1 άτομο ηλικίας 45 ετών (1,9%), 1 άτομο ηλικίας 47 ετών (1,9%), 1 άτομο ηλικίας 48 ετών (1,9%), 1 άτομο ηλικίας 50 ετών (1,9%), 1 άτομο ηλικίας 53 ετών (1,9%) , 1 άτομο ηλικίας 54 των (1,9%) και τέλος ένα άτομο ηλικίας 77 ετών σε ποσοστό (1,9%).

Το επικρατέστερο τμήμα του δείγματος αποτελείται από 32 γυναίκες με ποσοστό 60,4% ενώ η συμμετοχή των ανδρών έφτασε μόνο στους 21 με ποσοστό 39,6%. Η πλειοψηφία του δείγματος είχε βιβλιάριο υγείας με αριθμό συχνότητας 49 (92,5%) σε σύγκριση με τα υπόλοιπα 4 άτομα (7,5%) που δεν είχαν βιβλιάριο υγείας. Βιβλιάριο υγείας σε ισχύ διέθεταν 45 άτομα (91,4%)

ενώ στα υπόλοιπα 4 άτομα (8,2%) το βιβλιάριό τους δεν είναι σε ισχύ. Από τα 53 άτομα που συμμετείχαν οι 35 (66%) δήλωσαν ότι τη στιγμή αυτή ζούνε μόνοι τους και 18 (34%) απάντησαν πως συμβιώνουν με τον/ην σύζυγο/σύντροφο. Η πλειοψηφία του δείγματος, που αντιστοιχεί σε 35 άτομα (66%), δήλωσε ότι δεν έχει παιδιά, 10 άτομα (18,9%) δήλωσαν ότι έχουν 2 παιδιά, 4 άτομα (7,5%), δήλωσαν ότι έχουν 1 παιδί, 2 άτομα (3,8%), δήλωσαν ότι έχουν 6 παιδιά, 1 άτομο (1,9%) δήλωσε ότι έχει 3 παιδιά και επίσης 1 άτομο (1,9%) δήλωσε ότι έχει 4 παιδιά.

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος προκύπτει ότι 22 άτομα είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (41,5%), 16 άτομα απόφοιτοι λυκείου (30,2%), 11 άτομα απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης/ΙΕΚ (20,8%), 2 άτομα απόφοιτοι γυμνασίου (3,8%) και 2 άτομα απόφοιτοι δημοτικού (3,8%).

Από τον πίνακα 1.2 παρατηρείται ότι το 28,3% που αποτελείται από 15 άτομα δήλωσαν ότι ζούνε με άλλους 4 στο ίδιο σπίτι, οι 12 απάντησαν ότι ζούνε με άλλους 3 στο ίδιο σπίτι (22,6%), οι 7 απάντησαν ότι ζούνε με άλλους 2 στο ίδιο σπίτι (13,2%), οι 7 απάντησαν ότι ζούνε με άλλους 5 στο ίδιο σπίτι (13,2%), οι 4 απάντησαν ότι ζούνε μόνοι τους (7,5%), οι 3 απάντησαν ότι ζούνε με 1 άτομο στο ίδιο σπίτι (5,7%), οι 2 απάντησαν ότι ζούνε με άλλους 7 στο ίδιο σπίτι (3,8%) και τέλος οι 2 απάντησαν ότι ζούνε με 9 άτομα στο ίδιο σπίτι (3,8%).

Από τα 53 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα τα 30 (56,6%) δήλωσαν ότι ζούνε στο ίδιο σπίτι με συγγενείς, τα 18 (34%) δήλωσαν ότι ζούνε στο ίδιο σπίτι με σύζυγο/σύντροφο, 18 ακόμη άτομα (34%) δήλωσαν ότι ζούνε στο ίδιο σπίτι με τα παιδιά τους και 1 άτομο (1,9%) δήλωσε ότι ζει μόνο του. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, 73,6%(n=39) δήλωσε ότι δεν πληρώνει ενοίκιο και το 26,4% (n=14) δήλωσε ότι πληρώνει ενοίκιο με τα δικά του χρήματα. Τα 45 άτομα (84,9%) δήλωσαν ότι ζούνε στον 1^ο όροφο ή παραπάνω, τα 7 άτομα (13,2%) δήλωσαν ότι ζούνε στο ισόγειο και μόλις 1 άτομο (1,9%) δήλωσε ότι ζει σε υπόγειο. Σε ερώτηση για την ικανοποιητική θέρμανση της κατοικίας τα 20 άτομα δήλωσαν ότι θερμαινόταν μέτρια (37,7%), τα 14 άτομα δήλωσαν ότι θερμαινόταν αρκετά (26,4%), τα 9 άτομα δήλωσαν ότι θερμαινόταν πολύ (17,1%), τα 7 άτομα δήλωσαν ότι η κατοικία τους θερμαινόταν λίγο (13,2%) και τέλος τα 3 άτομα δήλωσαν ότι η κατοικία τους δεν θερμαινόταν καθόλου (5,7%). Από το δείγμα μας τα 30 άτομα είναι εργαζόμενοι (56,6%) ενώ τα υπόλοιπα 23 άτομα είναι άνεργοι (43,4%). Τα 36 άτομα δεν έχουν μόνιμη εργασία (67,9%), τα 17 άτομα έχουν μόνιμη εργασία (32,1%), τα 27 άτομα δεν έχουν εργασία πλήρους απασχόλησης (50,9%), τα 26 άτομα έχουν εργασία πλήρους απασχόλησης (49,1%). Από το σύνολο του πληθυσμού τα 7 άτομα είναι ελεύθεροι επαγγελματίες (13,3%), 6 άτομα ως ιδιωτικοί υπάλληλοι (11,4%), 4 άτομα εργάζονται ως σερβιτόροι (7,6%), 3 άτομα είναι εκπαιδευτικοί (5,7%), 2 άτομα εργάζονται ως κομμώτριες (3,8%), 1 άτομο δουλεύει ως γραμματειακή υποστήριξη (1,9%), 1 άτομο είναι δικηγόρος (1,9%), 1 άτομο είναι λογίστρια

(1,9%), 1 άτομα είναι μεταπτυχιακή φοιτήτρια (1,9%), 1 άτομο εργάζεται ως οδηγός λεωφορείου (1,9%), 1 άτομο κάνει την πρακτική του άσκηση (1,9%), 1 άτομο είναι στρατιωτικός (1,9%), 1 άτομο είναι συνταξιούχος (1,9%) και 1 άτομο είναι υδραυλικός (1,9%).

Τα 16 άτομα του πληθυσμού, δηλαδή το 31,4% δήλωσαν ότι έχουν μηδενικό μηνιαίο εισόδημα, 6 άτομα δήλωσαν ότι το μηνιαίο εισόδημα τους αντιστοιχεί σε 500 ευρώ (11,8%), 5 άτομα έχουν μηνιαίο εισόδημα 1000 ευρώ (9,8%), 4 άτομα έχουν μηνιαίο εισόδημα 800 ευρώ (7,8%), 3 άτομα έχουν μηνιαίο εισόδημα 850 ευρώ (5,9%), 3 άτομα έχουν μηνιαίο εισόδημα 360 ευρώ (5,9%), 2 άτομα έχουν μηνιαίο εισόδημα 400 ευρώ (3,9%), 2 άτομα έχουν μηνιαίο εισόδημα 600 ευρώ (3,9%), 2 άτομα έχουν μηνιαίο εισόδημα 700 ευρώ (3,9%), 2 άτομα έχουν μηνιαίο εισόδημα 2000 ευρώ (3,9%), 1 άτομο έχει μηνιαίο εισόδημα 240 ευρώ (2%), 1 άτομο έχει μηνιαίο εισόδημα 250 ευρώ (2%), 1 άτομο 480 ευρώ (2%), 1 άτομο 650 ευρώ (2%) και 1 άτομο 1500 ευρώ (2%).

Σε ερώτηση για το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα απάντησαν: 13 άτομα (24,5%) 1500 ευρώ, 8 άτομα (15,1%) 3000 ευρώ, 5 άτομα (9,4%) 1000 ευρώ, 4 άτομα (7,5%) 800 ευρώ, 4 άτομα (7,5%) 2000 ευρώ, 3 άτομα (5,7%) 1200 ευρώ, 3 άτομα (5,7%) 2500 ευρώ, 2 άτομα (3,8%) 500 ευρώ, 2 άτομα (3,8%) 4000 ευρώ, 1 άτομο (1,9%) 600 ευρώ, 1 άτομο (1,9%) 700 ευρώ, 1 άτομο (1,9%) 900 ευρώ, 1 άτομο (1,9%) 930 ευρώ, 1 άτομο (1,9%) 1300 ευρώ, 1 άτομο (1,9%) 1400 ευρώ, 1 άτομο (1,9%) 1800 ευρώ, 1 άτομο (1,9%) 4500 ευρώ, 1 άτομο (1,9%).

Σε ερώτηση για το εάν το οικογενειακό περιβάλλον τους στηρίζει επαρκώς, 45 άτομα (84,9%) απάντησαν θετικά και 8 άτομα (15,1%) απάντησαν αρνητικά.

Σε παρόμοια ερώτηση για τη στήριξη τους από φιλικό περιβάλλον απάντησαν θετικά 42 άτομα (79,2%) και αρνητικά 11 άτομα (20,8%).

Σε ερώτηση για το πόσο συχνά αντιμετώπισανε δυσκολία τους τελευταίους 6 μήνες να πληρώσουν τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ), 22 άτομα απαντήσανε κάποιες φορές (41,5%), 17 άτομα απαντήσανε πολύ σπάνια-σχεδόν ποτέ (32,1%), 14 άτομα απαντήσανε συχνά (26,4%). Για τη δόση κάποιου δανείου 38 άτομα (71,7%) είπαν δεν γνωρίζω/δεν απαντώ, 6 άτομα (11,3%) απάντησαν πολύ σπάνια-σχεδόν ποτέ, 5 άτομα (9,4%) απαντήσανε κάποιες φορές και 4 άτομα (7,5%) απάντησαν συχνά. Για την ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας 41 άτομα (77,4%) απαντήσανε δεν ξέρω/δεν απαντώ, 6 άτομα (11,3%) απαντήσανε πολύ σπάνια-σχεδόν ποτέ, 4 άτομα (7,5%) απαντήσανε κάποιες φορές και 2 άτομα (3,8%) απαντήσανε συχνά. Για τη δόση κάποιου αυτοκινήτου 40 άτομα (75,5%) απαντήσανε δεν γνωρίζω/δεν απαντώ, 8 άτομα (15,1%) απαντήσανε πολύ σπάνια/σχεδόν ποτέ, 3 άτομα (5,7%) απαντήσανε συχνά και 2 άτομα (3,8%) απαντήσανε κάποιες φορές. Για το ενοίκιο της κατοικίας 31 άτομα (58,5%) απαντήσανε δεν γνωρίζω/δεν απαντώ, 10 άτομα (18,9%) απαντήσανε πολύ σπάνια/σχεδόν ποτέ, 6 άτομα (11,3%)

απαντήσανε κάποιες φορές και 5 άτομα (9,4%) απαντήσανε συχνά. Για τα διδάκτρα των φροντιστηρίων 33 άτομα (62,3%) απαντήσανε δεν γνωρίζω/δεν απαντώ, 8 άτομα (15,1%) απαντήσανε πολύ σπάνια/σχεδόν ποτέ, 6 άτομα (11,3%) απαντήσανε κάποιες φορές και άλλα 6 άτομα (11,3%) απαντήσανε συχνά. Για τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης 20 άτομα (37,7%) απαντήσανε κάποιες φορές, 16 άτομα (30,2%) απαντήσανε συχνά, 16 άτομα (30,2%) απαντήσανε πολύ σπάνια-σχεδόν ποτέ και 1 άτομο (1,9%) δεν γνωρίζω/δεν απαντώ. Για τα ψώνια του super market 32 άτομα (60,4%) απαντήσανε πολύ σπάνια/σχεδόν ποτέ, 14 άτομα (26,4%) απαντήσανε κάποιες φορές και 7 άτομα απαντήσανε συχνά (13,2%).

Στην ερώτηση πόσο καλή θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας σήμερα, 22 άτομα απαντήσανε αρκετά (41,5%), 17 άτομα απαντήσανε μέτρια (32,1%) και 14 άτομα απαντήσανε πολύ (26,4%).

Σε σύγκριση με πριν από ένα έτος πως θα χαρακτήριζαν την κατάσταση της υγείας τους σήμερα, 26 άτομα απάντησαν ίδια (49,1%), 13 άτομα απάντησαν χειρότερη (24,5%), 12 άτομα απάντησαν καλύτερη (22,6%), 1 άτομο απάντησε πολύ καλύτερη (1,9%) και 1 άτομο απάντησε πολύ χειρότερη (1,9%).

Από τον μελετώμενο πληθυσμό οι 39 είναι καπνιστές (73,6%), οι 10 δεν είναι καπνιστές (18,9%) και οι 4 είναι πρώην καπνιστές (7,5%). Από τους νυν και πρώην καπνιστές οι 9 καπνίζουν 20 τσιγάρα (20,9%), οι 9 καπνίζουν 10 τσιγάρα (20,9%), οι 8 καπνίζουν 15 τσιγάρα (18,6%), οι 5 καπνίζουν 25 τσιγάρα (11,6%), οι 4 καπνίζουν 5 τσιγάρα (8,3%), οι 4 καπνίζουν 30 τσιγάρα (9,3%), 1 άτομο καπνίζει 60 τσιγάρα (2,3%), 1 άτομο καπνίζει 50 τσιγάρα (2,3%), 1 άτομο καπνίζει 12 τσιγάρα (2,3%) και τέλος 1 άτομο καπνίζει 8 τσιγάρα (2,3%).

Από τους νυν και πρώην καπνιστές οι 7 καπνίζουν 5 χρόνια (16,3%), οι 6 καπνίζουν 20 χρόνια (14%), οι 5 καπνίζουν 6 χρόνια (11,6%), οι 4 καπνίζουν 10 χρόνια (9,3%), οι 3 καπνίζουν 15 χρόνια (7%), οι 3 καπνίζουν 8 χρόνια (7%), οι 3 καπνίζουν 4 χρόνια (7%), 2 άτομα καπνίζουν 33 χρόνια (4,7%), 2 άτομα καπνίζουν 30 χρόνια (4,7%), 2 άτομα καπνίζουν 12 χρόνια (4,7%), 2 άτομα καπνίζουν 7 χρόνια (4,7%), 1 άτομο καπνίζει 25 χρόνια (2,3%), 1 άτομο καπνίζει 17 χρόνια (2,3%), 1 άτομο καπνίζει 9 χρόνια (2,3%) και 1 άτομο καπνίζει 3 χρόνια (2,3%).

Σε μία βδομάδα τα 22 άτομα δεν αθλούνται καθόλου (41,5%), 7 άτομα αθλούνται 2 ώρες (13,2%), 5 άτομα αθλούνται 5 ώρες (9,4%), 5 άτομα αθλούνται 4 ώρες (9,4%), 5 άτομα αθλούνται 3 ώρες (9,4%), 3 άτομα αθλούνται 6 ώρες (5,7%), 3 άτομα αθλούνται 1 ώρα (5,7%), 1 άτομο αθλείται 20 ώρες την βδομάδα (1,9%), 1 άτομο αθλείται 8 ώρες (1,9%), 1 άτομο αθλείται 7 ώρες (1,9%).

Στην ερώτηση πόσα ποτήρια αλκοολούχων ποτών καταναλώνουν σε μια βδομάδα, οι 8 απάντησαν 5 (15,4%), οι 8 απάντησαν καθόλου (15,4%), οι 6 απάντησαν 3 (11,5%), οι 6

απάντησαν 2 (11,5%), οι 6 απάντησαν 1 (11,5%), οι 3 απάντησαν 4 (5,8%) και οι 2 απάντησαν 6 ποτήρια (3,8%).

Από τα νοσήματα που πάσχει το δείγμα του πληθυσμού μας παρατηρείται ότι 3 άτομα πάσχουν από σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (5,7%), 2 άτομα πάσχουν από υπέρταση (3,8%), 2 άτομα πάσχουν από καρδιαγγειακή νόσο (3,8%), 2 άτομα πάσχουν από διαβήτη (3,8%), 1 άτομο πάσχει από άσθμα (1,9%), 1 άτομο πάσχει από νοσήματα του πεπτικού συστήματος (1,9%) και 1 άτομο πάσχει από ψυχιατρικό νόσημα (1,9%). Από τους 12 που πάσχουν από χρόνια νόσημα τα 11 άτομα έλαβαν φάρμακο (91,7%) και μόλις 1 άτομο δεν έλαβε φάρμακο για το χρόνια νόσημα (8,3%). Στα 9 άτομα (75%) δεν υπήρξε περίπτωση για την οποία δεν μπόρεσαν να αγοράσουν το φάρμακο αντιθέτως τα 3 άτομα (25%) δεν έλαβαν το φάρμακο επειδή δεν μπόρεσαν να το αγοράσουν.

Σε ερώτηση για το αν έχουν μετρήσει έως τώρα κάποιο από τα παρακάτω που αφορά την υγεία τους και αν η τιμή της τελευταίας μέτρησης ήταν φυσιολογική ή όχι απάντησαν: για την εξέταση γενικής αίματος απάντησαν 49 άτομα (92,5%) ότι τη μέτρησαν και ήταν φυσιολογική, 2 άτομα απάντησαν ότι έχει μετρηθεί και ότι δεν ήταν φυσιολογική (3,8%), 1 άτομο ότι δεν την έχει μετρήσει (1,9%) και 1 άτομο ότι έχει μετρηθεί και δεν γνώριζε εν ήταν φυσιολογική ή όχι (1,9%). Για την μέτρηση της αρτηριακής πίεσης 39 άτομα απάντησαν ότι έχει μετρηθεί και ότι ήταν φυσιολογική (73,6%), 8 άτομα απάντησαν ότι έχει μετρηθεί και ότι δεν ήταν φυσιολογική (15,1%), 5 άτομα απάντησαν ότι δεν την έχει μετρήσει (9,4%), και 1 άτομο ότι έχει μετρηθεί και δεν γνώριζε εάν ήταν φυσιολογική ή όχι (1,9%).

Για την μέτρηση της χοληστερόλης 38 άτομα απάντησαν ότι έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική (71,1%), 11 άτομα απάντησαν ότι δεν έχει μετρηθεί (20,8%), 3 άτομα ότι έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική (5,7%) και 1 άτομο ότι έχει μετρηθεί και δεν γνώριζε εάν ήταν φυσιολογική ή όχι (1,9%).

Στην ερώτηση για το αν έχουν κάνει test Παπανικολάου ερωτήθηκαν μόνο οι γυναίκες και 26 απάντησαν ότι έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογικό (81,2%), 3 απάντησαν ότι μετρήθηκε και δεν ήταν φυσιολογικό (9,3%), 2 ότι δεν έχει μετρηθεί (6,2%) και 1 ότι έχει μετρηθεί και δεν γνώριζε εάν ήταν φυσιολογικό ή όχι (3,2%). Για το αν έχουν κάνει εξέταση μαστογραφίας ερωτήθηκαν μόνο οι γυναίκες και απάντησαν 16 αρνητικά (50%) και 14 θετικά (43,7%), 1 απάντησε ότι έχει μετρηθεί και ότι δεν ήταν φυσιολογική (3,2%) και 1 απάντησε ότι έχει μετρηθεί και δεν γνώριζε εάν ήταν φυσιολογική ή όχι (3,2%). Ερωτήθηκαν μόνο άντρες για το αν έχουν κάνει εξέταση προστάτη και 14 απάντησαν ότι δεν έχουν κάνει (66,7%), 4 απάντησαν ότι κάνανε την εξέταση για τον προστάτη και ότι το αποτέλεσμα της εξέτασης ήταν φυσιολογικό (19%) και 23 άτομα

απάντησαν ότι κάνανε την εξέταση για τον προστάτη και δεν ήταν φυσιολογικό το αποτέλεσμα (14,3%).

Στην ερώτηση για τον αν το δείγμα μας νόσησε κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών οι 32 απάντησαν θετικά (60,4%) και οι 21 απάντησαν αρνητικά (39,6%). Από αυτούς που νοσήσαν οι 14 είχαν γρίπη (26,6%), οι 4 είχαν ίωση (7,5%), οι 3 είχαν βρογχίτιδα (5,7%), 2 είχαν αμυγδαλίτιδα (3,8%), 2 είχαν γαστρεντερίτιδα (3,8%), 2 είχαν κύστη κόκκυγα (3,8%), 1 είχε ιγμορίτιδα (1,9%), 1 είχε κολικό χολής (1,9%), 1 είχε κοξάκι (1,9%), 1 είχε κρίση πανικού (1,9%), 1 είχε πονόλαιμο (1,9%), 1 είχε πρόβλημα με το στομάχι/παχύ έντερο (1,9%), 1 είχε υψηλό σάκχαρο (1,9%) και τέλος 1 είχε φαρυγγίτιδα (1,9%).

Από αυτούς που ασθένησαν για να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους 11 επισκέφτηκαν το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου (33%), οι 7 δεν έκαναν τίποτα περιμένανε να περάσει (27%), οι 6 επισκέφτηκαν ιδιώτη ιατρό (18%), οι 5 επισκέφτηκαν συμβλημένο ιδιώτη γιατρό (15,5%), οι 3 επισκέφτηκαν τον ΕΟΠΥΥ της περιοχής τους (9%) και 1 συμβουλευτήκε το οικογενειακό του περιβάλλον (3%).

Στην ερώτηση για το αν είχαν κάποιο τραυματισμό (π.χ. κάταγμα, έγκαυμα, κάκωση, κόψιμο δέρματος) κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών οι 37 απάντησαν όχι (69,8%) οι 16 απάντησαν ναι (30,2%). Από αυτούς οι 49 δεν τραυματίστηκαν κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (92,5%) και οι 4 τραυματίστηκαν κατά την διάρκεια της εργασίας τους (7,5%). Όλοι απάντησαν ότι δεν τραυματίστηκαν κατά τη διάρκεια βίαιης επίθεσης εναντίον τους. Οι 8 για να αντιμετωπίσουν τον τραυματισμό αυτόν δεν έκαναν τίποτα (47%), οι 6 επισκέφτηκαν τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου (35,2%), οι 2 επισκέφτηκαν φαρμακοποιό (11,7%) και 1 επισκέφτηκε ιδιώτη ιατρό (5,8%).

Από το σύνολο του δείγματός οι 30 δηλώσανε ότι δεν έχουν επισκεφτεί το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου τους τελευταίους 12 μήνες (56,6%) ενώ οι 23 ότι το επισκεφτήκανε (43,4%). Από αυτούς που επισκεφτήκανε το τμήμα των επειγόντων περιστατικών κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών οι 10 το επισκέφτηκαν 1 φορά (43,5%), οι 5 το επισκέφτηκαν 2 φορές (21,7%), οι 5 το επισκέφτηκαν 3 φορές (21,7%), οι 2 το επισκέφτηκαν 4 φορές (8,7%) και 1 το επισκέφτηκε 4 φορές (4,3%). Ο λόγος της επίσκεψης τους ήταν για τους 2 η κύστη κόκκυγα (3,8%), για τους 2 ο πυρετός (3,8%), 1 για ακτινογραφία (1,9%), 1 για υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ (1,9%), 1 για αμυγδαλίτιδα (1,9%), 1 για βρογχίτιδα (1,9%), 1 για γαστρεντερίτιδα (1,9%), 1 για ουρολοίμωξη (1,9%), 1 για γρίπη (1,9%), 1 για κάταγμα (1,9%), 1 για έγκαυμα (1,9%), 1 για ίωση (1,9%), 1 για κάταγμα δαχτύλου (1,9%), 1 για κολικό νεφρού (1,9%), 1 για κολικό χολής (1,9%), 1 για κρίση πανικού (1,9%), 1 για ταχυκαρδία (1,9%), 1 για

τενοντίτιδα (1,9%), 1 για τσίμπημα μέλισσας (1,9%), 1 για υψηλό σάκχαρο (1,9%) και 1 για φαρυγγίτιδα (1,9%).

Κατά την επίσκεψή τους αυτή οι δυσκολίες που αντιμετώπισαν ήταν μέτριες για τους 7 (13,8%), δεν υπήρχαν καθόλου δυσκολίες για τους 5 (22,7%), αντιμετώπισαν πολλές δυσκολίες οι 4 (18,2%), αντιμετώπισαν λίγες δυσκολίες οι 3 (13,6%) και αντιμετώπισαν αρκετές δυσκολίες οι 3 (13,6%). Για τους 11 από αυτούς ως δυσκολία θεωρήθηκε η αδιαφορία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (20,9%), για τους 8 η δυσκολία στην επικοινωνία (15,1%), για τους 5 οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες (9,4%) και για τους 3 το μεγάλο κόστος (5,7%).

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών 33 άτομα δεν επισκεφτήκαν τα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου (58,5%) ενώ 22 άτομα τα επισκεφτήκαν (41,5%). Από αυτούς που χρησιμοποίησαν τα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου οι 12 τα επισκεφτήκαν 1 φορά (54,5%), οι 7 (31,8%) 2 φορές, ο 1(4,5%) 3 φορές, ο 1 (4,5%) 5 φορές και 1 (4,5%) 6 φορές. Κατά την επίσκεψή τους στα εξωτερικά ιατρεία οι 7 αντιμετώπισαν πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες (13,3%), οι 5 αντιμετώπισαν δυσκολίες στην επικοινωνία (9,5%), οι 4 αντιμετώπισαν την αδιαφορία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (7,6%), 1 άτομο θεώρησε υψηλό το κόστος (1,9%), 1 άτομο δεν μπόρεσε να επισκεφτεί τα εξωτερικά ιατρεία λόγω απεργίας του προσωπικού (1,9%) και τέλος 1 άτομο θεώρησε ότι ο υπεύθυνος ιατρός δεν τήρησε τους κανόνες υγιεινής (1,9%). Από αυτούς που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία οι 9 αξιολόγησαν ως αρκετά μεγάλο το χρόνο αναμονής (40,9%), οι 6 θεώρησαν καθόλου μεγάλο το χρόνο αναμονής (27,3%), οι 3 θεώρησαν πολύ μεγάλο το χρόνο αναμονής (13,6%), οι 2 θεώρησαν λίγο το χρόνο αναμονής (9,1%) και τέλος οι 2 θεώρησαν μέτριο το χρόνο αναμονής (9,1%). Και τα 22 αυτά άτομα στην επίσκεψή τους αυτή δεν έδωσαν φακελάκι (100%).

Κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών 47 άτομα δεν νοσηλεύτηκαν σε δημόσιο νοσοκομείο (88,6%) και 6 άτομα νοσηλεύτηκαν (11,4%). Και τα 6 αυτά άτομα νοσηλεύτηκαν από μία φορά (100%). Αιτία νοσηλείας τους ήταν για τα 2 άτομα η κύστη κόκκυγα (33,6%), για 1 άτομο η αμυγδαλίτιδα (16,6%), για 1 άτομο γυναικολογικής φύσεως (16,6%), για 1 άτομο η κρίση πανικού (16,6%), για 1 άτομο για υψηλό σάκχαρο (16,6%). Κατά την νοσηλεία τους 3 άτομα αξιολόγησαν μέτριες τις δυσκολίες (50%), 2 άτομα αξιολόγησαν λίγες τις δυσκολίες (33,3%) και 1 άτομο αξιολόγησε πολλές τις δυσκολίες (16,7%). Από αυτά τα 4 άτομα αντιμετώπισαν πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες (40%), 2 άτομα αντιμετώπισαν δυσκολίες στην επικοινωνία (20%), 2 άτομα αντιμετώπισαν την αδιαφορία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (20%) και 2 άτομα θεώρησαν μεγάλο το κόστος της νοσηλείας (20%).

Κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο οι 3 θεώρησαν μέτριο το χρόνο αναμονής (50%), οι 2 θεώρησαν μεγάλο το χρόνο αναμονής (33,3%) και 1 θεώρησε λίγο το χρόνο αναμονής

(16,7%). Οι 4 από αυτούς δεν πληρώσανε τη νόμιμη συμμετοχή (66,7%) και οι δύο από αυτούς πληρώσανε την νόμιμη συμμετοχή (33,3%).

Κατά την διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών 28 άτομα (52,8%) επισκέφτηκαν ιδιώτη ιατρό και 25 άτομα (47,2%) δεν επισκέφτηκαν ιδιώτη ιατρό. Από αυτούς 11 άτομα επισκέφτηκαν ιδιώτη ιατρό τον τελευταίο χρόνο 2 φορές (39,3%), 11 άτομα 1 φορά (39,3%), 3 άτομα 3 φορές (10,7%) και 3 άτομα 4 φορές (10,7%). Επισκεφτήκανε ιδιώτη ιατρό γιατί: 25 άτομα θεωρούν ότι θα τους παράσχει καλύτερη ποιότητα (89,3%) και 3 άτομα γιατί δεν ήταν σε ισχύ το βιβλιάριο υγείας τους (10,7%). Κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου επισκέφτηκαν ιδιώτη οδοντίατρο 31 άτομα (58,5%) και δεν επισκέφθηκαν 22 (41,5%). Από αυτούς που επισκέφτηκαν ιδιώτη οδοντίατρο, 14 άτομα επισκεφτήκαν 1 φορά (45,2%), 10 άτομα επισκέφτηκαν 2 φορές (32,3%), 4 άτομα επισκέφτηκαν 3 φορές (12,9%), 2 άτομα επισκέφτηκαν 4 φορές (6,5%) και 1 άτομο 40 φορές (3,2%). Από το δείγμα μας αυτοί που επισκέφτηκαν ιδιώτη οδοντίατρο: 23 άτομα θεώρησαν ότι θα τους παράσχει καλύτερης ποιότητας υπηρεσίες (74,2%), 5 άτομα αξιολόγησαν ως μεγάλο το χρόνο αναμονής (16,1%) και 2 άτομα (9,7%) αναγκάστηκαν διότι δεν ήταν σε ισχύ το βιβλιάριο υγείας τους.

Στην ερώτηση αν το τελευταίο χρόνο επισκέφτηκαν δημόσιο νοσοκομείο/κλινική, 50 άτομα απάντησαν όχι (94,3%) και 3 άτομα ναι (5,7%). Από τους 3 που επισκέφτηκαν ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική, οι 2 το επισκέφτηκαν 1 φορά (66,7%) και 1 το επισκέφτηκε 2 φορές (33,3%) γιατί και οι 3 θεώρησαν ότι θα τους παράσχει καλύτερη ποιότητα φροντίδας. Τους τελευταίους 12 μήνες 43 άτομα (81,1%) δεν χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας αλλά δεν μπόρεσανε και 10 άτομα σε ποσοστό (18,9%) χρειάστηκε να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας αλλά δεν μπόρεσανε. Δεν μπόρεσανε να χρησιμοποιήσουν ιατρό εκτός νοσοκομείου 3 άτομα (17,6%), οδοντίατρο εκτός νοσοκομείου δεν μπόρεσανε να χρησιμοποιήσουν 7 άτομα (41,4%), διαγνωστικές/μικροβιολογικές εξετάσεις εκτός νοσοκομείου δεν μπόρεσανε να κάνουν 5 άτομα (29,4%), να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο δεν μπόρεσε 1 άτομο (5,9%) και 1 άτομο δεν μπόρεσε να κάνει χειρουργική επέμβαση σε νοσοκομείο (5,9%). Οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπόρεσανε να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας ήταν για 4 άτομα η αδυναμία να κλείσουν ραντεβού (30,4%), για 4 άτομα το υψηλό κόστος (30,4%), για 4 άτομα ο μεγάλος χρόνος αναμονής (30,4%) και για 1 άτομο γιατί δεν ήξερε που να πάει (7,7%).

Στην ερώτηση αν τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση κατά την οποία χρειάστηκαν φάρμακα αλλά δεν μπόρεσανε να λάβουν, 48 άτομα απαντήσανε όχι (90,5%) και 5 άτομα απαντήσανε ναι (9,5%). Οι λόγοι που τους απαγόρεψαν να πάρουν το φάρμακο ήταν για 5 άτομα η έλλειψη χρημάτων (83,3%) και για 1 άτομο η άποψή του ότι τα φάρμακα δεν ήταν απαραίτητα (16,6%).

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τη γνώμη των ερωτηθέντων για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας. Στην ερώτηση για το πόσο καλά γνωρίζουν τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας το 47,2% (n=25) απάντησε μέτρια, το 24,4% (n=13) λίγο, το 22,6% (n=12) αρκετά, το 5,7% (n=3) καθόλου, ενώ κανείς από το δείγμα δεν γνωρίζει πολύ τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας. Όσων αφορά το πόσο καλά γνωρίζουν τα δικαιώματά τους για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας οι 22 (41,5%) απάντησαν μέτρια, οι 12 (22,6%) λίγο, άλλοι 12 (22,6%) αρκετά, οι 6 (11,3%) και τέλος 1 (1,9%) πολύ. Για το αν πιστεύουν πως το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους, 21 άτομα (39,6%) απάντησαν αρκετά, 20 (37,7%) πολύ, 8 (15,1%) λίγο, 3 (5,7%) μέτρια και 1 άτομο (1,9%) καθόλου. Στο κατά πόσο πιστεύουν ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο το 50,9% (n=27) απάντησε πολύ, το 30,2% (n=16) αρκετά, το 13,2% (n=7) μέτρια, το 5,7% (n=3) καθόλου και κανείς δεν πιστεύει ότι το σύστημα υγείας είναι λίγο πολύπλοκο. Σε ερώτηση για το βαθμό εμπιστοσύνης προς τους επαγγελματίες υγείας 21 άτομα (39,6%) είπαν μέτρια, 13 (24,5%) αρκετά, 9 (17%) καθόλου και 3 (5,7%) πολύ. Στο κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, οι 17 (32,1%) θεωρούν ότι είναι λίγο ικανοποιημένοι, άλλοι 17 (32,1%) μέτρια, οι 9 (17%) αρκετά, οι 7 (13,2%) καθόλου και οι 3 (5,7%) πολύ. Σε παρόμοια ερώτηση για τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων των υπηρεσιών υγείας οι 27 (50,9%) απάντησαν καθόλου, οι 12 (22,6%) μέτρια, οι 6 (11,3%) λίγο, άλλοι 6 (11,3%) αρκετά ενώ 2 (3,8%) είναι πολύ ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων στις υπηρεσίες υγείας. Σε ερώτηση για το πόσο ικανοποιημένοι είναι από τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας το 39,6% (n=21) δήλωσε καθόλου ικανοποιημένο, το 37,7% (n=20) μέτρια, το 18,9% (n=10) λίγο, το 1,9% (n=1) αρκετά και επίσης το ίδιο ποσοστό (1,9%, n=1) εμφανίζεται πολύ ικανοποιημένο. Το ποσοστό κατά το οποίο το δείγμα είναι ικανοποιημένο από το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι κατά 47,2% (n=25) καθόλου ικανοποιημένο, κατά 34% (n=18) λίγο, κατά 13,2% (n=7) μέτρια, κατά 5,7% (n=3) αρκετά και τέλος παρατηρούμε ότι κανείς δεν είναι πολύ ικανοποιημένος από το κόστος αυτό.

Σε ερώτηση για ποιόν από τους παρακάτω τομείς θεωρούν οι ερωτηθέντες ότι έχουν ελλιπή ενημέρωση και θα ήθελαν περισσότερη, 38 (71,7%) επέλεξαν την ασφάλεια υγείας τους/τον ΕΟΠΥΥ, επίσης 38 (71,7%) για τα δικαιώματά τους σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών υγείας, 34 (64,2%) για το κόστος επίσκεψης σε ιατρό ή υπηρεσία υγείας, 13 (24,5%) για την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, 7 (13,2%) για την πρόσβαση σε νοσοκομεία και 6 (11,3%) για την πρόσβαση σε γενικό ιατρό ή παθολόγο.

Στην τελευταία ερώτηση η έρευνα πραγματοποιείται το κατά πόσο χειρότερη ή μη είναι η πρόσβαση του ελληνικού πληθυσμού στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σύγκριση με τους αλλοδαπούς. Από τα 53 συνολικά άτομα που αποτέλεσαν το δείγμα τα 28 (52,8%) απάντησαν αρνητικά και τα υπόλοιπα 25 (47,25%) θετικά.

5.7 Συζήτηση

Η παρούσα εργασία διεξήχθη τη περίοδο Μάιος – Ιούνιος του 2013 και το δείγμα αφορά μελετώμενο πληθυσμό από τη Βόρεια Ελλάδα. Διερευνήθηκαν οι γνώσεις και οι απόψεις του πληθυσμού αυτού, σχετικά με τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και τη συχνότητα χρήσης τους. Αξιοσημείωτο είναι ότι η συγκεκριμένη έρευνα διενεργείται για πρώτη φορά, ώστε να συνεισφέρει στην ενίσχυση της ενημέρωσης σχετικά με αυτό το θέμα.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο πληθυσμός που ερωτήθηκε ήταν ελληνικής ιθαγένειας, οπότε αναμενόμενο ήταν οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα να αποτελέσουν την πλειοψηφία σε σχέση με τους άντρες ερωτηθέντες καθώς αυτό ισχύει στην πληθυσμιακή κατανομή ανάμεσα στα δυο φύλλα στη χώρα μας.

Από την έρευνα προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία έχει βιβλιάριο υγείας το οποίο είναι σε ισχύ. Μια αισιόδοξη διαπίστωση είναι επίσης ότι σχεδόν σε απόλυτο βαθμό οι συμμετέχοντες στην έρευνα πραγματοποίησαν γενικές εξετάσεις που συνήθως οι ενδείξεις τους αφορούν την πρόληψη διαφόρων ασθενειών.

Παρατηρήθηκε σε σχέση με τους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα, ότι ένα μικρό ποσοστό εξ'αυτών δεν μπόρεσε να λάβει το απαιτούμενο φάρμακο λόγω οικονομικής δυσκολίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας είναι σαφές ότι από τα άτομα που νόσησαν το τελευταίο έτος, μεγάλο μέρος του δείγματος για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους, επισκέφθηκε το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος του δείγματος δεν έκανε τίποτα για την αντιμετώπιση της ασθένειάς που του παρουσιάστηκε ενώ αντίστοιχο κομμάτι του πληθυσμού επισκέφθηκε στην ίδια περίπτωση ιδιώτη ιατρό.

Όσον αφορά στις περιπτώσεις που χρίζουν άμεσης ιατρονοσηλευτικής περίθαλψης για τα άτομα που επισκέφθηκαν το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου τους τελευταίους 12 μήνες, διαπιστώνεται ότι αντιμετώπισαν διαφόρων διαβαθμίσεων δυσκολίες, με τις κυριότερες εξ'αυτών να συναντώνται τόσο επικοινωνία όσο και στη σημασία που θεωρούν ότι δεν έλαβαν από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Στο διάστημα του τελευταίου έτους, κάτι λιγότερο από το μισό πληθυσμό του δείγματος επισκέφθηκε τα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου, αναφέροντας λίγες δυσκολίες κατά τις επισκέψεις που σχετίζονται κυρίως με το μεγάλο χρόνο αναμονής και τον κόλαφο της γραφειοκρατίας που θεωρείται ότι μαστίζει γενικότερα τον ευρύτερο δημόσιο τομέα της χώρας. Από τις περιπτώσεις των ερωτηθέντων που έλαβαν νοσηλεία σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο, διακρίνεται ότι συνάντησαν τις αντίστοιχες δυσκολίες με αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω, ενώ οι περισσότεροι δεν πλήρωσαν τη νόμιμη συμμετοχή τους εφόσον υπήρχε. Παρατηρήθηκε ότι

κανένα από τα άτομα που είτε πήγε σε δημόσιο νοσοκομείο για εξέταση είτε για νοσηλεία, δεν ανέφερε ότι μπήκε στη διαδικασία να δώσει το γνωστό σε όλους μας «φακελάκι».

Όσοι ερωτώμενοι προτίμησαν να στραφούν προς ιδιώτη ιατρό για την αντιμετώπιση κάποιας πάθησης ή νοσήματος, αναφέρουν ότι το έκαναν κατά κύριο λόγο επειδή θεωρούν ότι οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας είναι καλύτερες ποιοτικά από τις δημόσιες. Το ίδιο υποστήριξαν και όσοι νοσηλεύτηκαν σε κλινική ιδιωτικού νοσοκομείου.

Ο μεγάλος χρόνος αναμονής, το υψηλό κόστος και η αδυναμία σύναψης ραντεβού, εμφανίζονται ως τα βασικά αίτια από όσους δεν κατάφεραν να χρησιμοποιήσουν οποιαδήποτε υπηρεσία υγείας χρειάστηκαν. Οι υπηρεσίες αυτές όπως απαντήθηκε από τους περισσότερους, ήταν οδοντιατρικής και διαγνωστικής φύσεως. Επίσης την έλλειψη δυνατότητας αγοράς για οικονομικούς λόγους, επικαλέστηκαν όσοι δεν κατάφεραν να λάβουν κάποιο φάρμακο που χρειάστηκε να τους χορηγηθεί.

Στον τελευταίο πίνακα διαπιστώνεται ότι το δείγμα έχει σχεδόν μέτριες γνώσεις αναφορικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και τα δικαιώματά του σχετικά με τη χρήση τους. Αρκετά έως πολύ μεγάλα χαρακτηρίζονται το κόστος των υπηρεσιών και η πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας. Η πλειοψηφία του δείγματος φαίνεται να εμπιστεύεται τους επαγγελματίες υγείας αλλά να μην είναι και τόσο ικανοποιημένη από τη συμπεριφορά αυτών, των διοικητικών υπαλλήλων καθώς και από το κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Περισσότερη ενημέρωση σημειώνεται να χρίζουν θέματα που αφορούν την ασφάλεια υγείας/ΕΟΠΠΥ, τα δικαιώματα για την χρήση των υπηρεσιών υγείας και το κόστος αυτών. Τέλος για το αν ο ελληνικός πληθυσμός έχει χειρότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας από ότι οι αλλοδαποί οριακά αρνητικά απαντάει το δείγμα μας.

Συμπεράσματα

Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ένα θέμα που φαίνεται ότι απασχολεί σε μεγάλο βαθμό τον ελληνικό πληθυσμό. Αυτό φάνηκε από την ανταπόκριση και την προθυμία που επέδειξε το δείγμα πληθυσμού το οποίο προσεγγίστηκε για την έρευνά μας. Τα τρία θέματα τα οποία συζητήθηκαν περισσότερο ήταν η ποιότητα, το κόστος και ο χρόνος αναμονής για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Από τη συζήτηση αυτή προκύπτει ότι ο πληθυσμός εμφανίζεται να δείχνει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη για τις υπηρεσίες αυτές στον ιδιωτικό τομέα.

Το σύστημα υγείας παρουσιάζει ιδιαίτερη πολυπλοκότητα και είναι γεγονός ότι θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη βάση από τους αρμόδιους φορείς, στην ενημέρωση για θέματα που αφορούν τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και τα δικαιώματα των πολιτών ως προς τη χρήση τους.

Από τη συγκέντρωση των παραπάνω συμπερασμάτων, βρέθηκε ότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την πρόσβαση του ελληνικού πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας και θεωρείται σκόπιμο να γίνουν οι παρακάτω προτάσεις:

- Διερεύνηση μεγαλύτερου ποσοστού του ελληνικού πληθυσμού για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
- Διερεύνηση μεγαλύτερου ποσοστού μεταναστών για την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
- Σύγκριση του ελληνικού πληθυσμού και των μεταναστών ως προς την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας.
- Διερεύνηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τον ελληνικό πληθυσμό.

Είναι αναγκαία η διερεύνηση της πρόσβασης του ελληνικού πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας, προκειμένου να εντοπιστούν τα προβλήματα και να γίνουν κατάλληλες προτάσεις για τη βελτίωσή τους.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η πρόσβαση του ελληνικού πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας είναι ένα ζήτημα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον που χρίζει περαιτέρω διερεύνηση και ενημέρωση καθώς είναι κάτι που απασχολεί το σύνολο του πληθυσμού και διαπραγματεύεται ένα από τα σημαντικότερα ανθρώπινα αγαθά, την υγεία.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Υλικό–μέθοδος: Πρόκειται για περιγραφική μελέτη. Το μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 53 άτομα ελληνικού πληθυσμού από τη Βόρεια Ελλάδα. Το ποσοστό ανταπόκρισης του πληθυσμού ήταν 100%. Πρόκειται για τυχαίο δείγμα η συλλογή του οποίου πραγματοποιήθηκε από τον Μάιο μέχρι τον Ιούνιο του 2013. Η στατιστική ανάλυση περιελάμβανε περιγραφική στατιστική.

Αποτελέσματα: Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων συγκεντρώνοντας το 92,5% έχει βιβλιάριο υγείας σε ισχύ. Ένα ποσοστό της τάξεως του 41,5% επισκέφθηκε κατά τον τελευταίο χρόνο τα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου, ενώ το 52,8% του δείγματος προτίμησε ιδιώτη ιατρό, επικαλούμενοι κυρίως την καλύτερη ποιότητα στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας. Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί, ότι υπήρξαν περιπτώσεις που άτομα, είτε λόγω κόστους, είτε λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής, δεν έκαναν κάτι για την αντιμετώπιση κάποιου προβλήματος υγείας που τους παρουσιάστηκε. Ο ελληνικός πληθυσμός έχει ανεπαρκή ενημέρωση σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας, ενώ όσον αφορά την πρόσβασή του στις υπηρεσίες υγείας σε σύγκριση με τον πληθυσμό των μεταναστών, το 47,2% πιστεύει ότι είναι χειρότερη ενώ το 52,8% δεν πιστεύει ότι ισχύει κάτι τέτοιο.

Συμπεράσματα: Ο ελληνικός πληθυσμός χρησιμοποιεί τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας και θα ήθελε καλύτερη, γρηγορότερη και οικονομικότερη πρόσβαση σε αυτές. Το κύριο συμπέρασμα της έρευνας είναι ότι μια πιο λεπτομερής ενημέρωση του πληθυσμού θα βοηθούσε σημαντικά ως προς την ορθότερη χρήση των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας.

Λέξεις ευρητηρίου: υπηρεσίες υγείας, ελληνικός πληθυσμός, πρόσβαση, χρήση υπηρεσιών υγείας, ανταποκρισιμότητα, ιατρονοσηλευτική περίθαλψη.

Ξένη Βιβλιογραφία

- Aday, L., Andersen, R. (1981). Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Medical Care*, XIX (suppl): 4-27.
- Arndt C, Huchabay LMD, (1975), *Nursing administration – Theory for practice with a system approach*, St. Louis: C.V. Mosdy.
- Becatoros Elena (29-12-2012). Greece: Europe's gateway for illegal immigration. *The Washington Post*. σελ. 1. Ανακτήθηκε στις 29-12-2012.
- Bertakis K.D., Azaris R., Helms L. J., Callahan E. J., Robbins J. A., (2000), “Gender differences in the utilization of health services”, *Journal of Family Practice*, 49(2):147-152.
- Bjomgren Cuadra, C. (2011). Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *European Journal of Public Health* (Advance Access published June 9), p. 1-6.
- Braveman, P. (2003). Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *Journal of Health Population Nutrition*, 21: 181-192.
- Center for Universal Design. (2008). *Universal Design Principles*. Ιστοσελίδα που ανακτήθηκε στις 17/07/2010 από το δικτυακό τόπο του North Carolina State University: http://www.design.ncsu.edu/cud/about_ud/udprinciples.htm
- Chang, W.C. (2002). The meaning and goals of equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 488-491.
- Culyer, A.J., Wagstaff, A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*, 10:431-457.
- Culyer, A. and all (2001) Access, utilization and equity: a further comment. *Journal of Health Economics*, 11:207-210.
- Derose, K.P., Escarce, J.J. and Lurie, N. (2007) Immigrants And Health Care: Sources Of Vulnerability. *Health Affairs*, 26(5), p. 1258-68.
- Ebner, A., Cabernard, C., Affolter, M., Merabet, S. (2005). Αναγνώριση διακριτές θέσεις στόχου με ένα μοναδικό συγκρότημα Extradenticle/Homothorax Ανάπτυξης 132 (7):1591-1600.
- Fayol H., (1916), *Industrial and general administration*, Paris: Dunob.
- Frontex: 300 πρόσφυγες την ημέρα περνούν τα Ελληνοτουρκικά σύνορα. *tvxs.gr*. 2011-11-16. Ανακτήθηκε στις 2011-11-21.
- Goddard, M., Smith, P. (2001). Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science and Medicine*, 53:1149-1162.

- Hatziprokopiou P. (2004) Balkan immigrants in the Greek city of Thessaloniki: local processes of incorporation in international perspective. *European Urban and Regional Studies*, 11(4), p.321-338.
- Henry B, Lorensen M, Hirschfeld M, (1992), *Management of health services by nurses*, Geneva: World Health Organization, WHO/HRH/NUR/92.3.
- Kanavaki, S., Nikolaou, S., Karampela, S., Papavasiliou, A., Skroumpelou, A., Varonou, E., Papageorgiou, P., Kontos, F., Anagnostou, S., Raftopoulou, A., Koumantakis, P. and Tamvakis, V. (2005) "Changes in the epidemiology of tuberculosis in Greece due to continuing immigration". *Pneumon* 18(1):84-92.
- Kotsioni, I. And Hatziprokopiou, P. (2008). "Coping with the gaps in health provision for migrants in Greece", paper presented at the IMISCOE Cluster B5 Workshop Migration, Integration and Internationalization of Health Care, Lisbon, 17-18, April 2008.
- Lawrence F. Wolper. (2001). *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας*. Medi Force.
- Le Grand, J.(1997). Equity, Health and Health Care. *Social Justice Research*, 1:257-274.
- Marriner-Tomey A., (1989), *Management and nursing theories for nursing administration*, in Henry B et al (eds) *International administration of nursing services*, Philadelphia: The Charles Press, pp.232-237.
- Mooney, G. (1987). What does equity in health mean. *World Health Statistics Quarterly*, 40:296-303.
- Mossialos, E. & Davaki, D., *Health Care Developments in Greece: Looking Back to See Forward*, LSE Health and Social Care, London. (2002).
- "Migrant international". Βλ. Σχετικά "Etat de la migration dans le monde en 2000", Organisation Internationale pour les Migrations 2000, p. 3-5.
- Mossialos, E. Thomson S. (2002) Voluntary health insurance in the European Union. In: Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, I., Kutzin, J (eds) *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. [Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/98310/E74485.pdf accessed on : 14/3/2013].
- Murray, C.J.L., Gakidou, E.E., Frenk, L. (1999). Health inequalities and social group differences: what should we measure. *Bulletin of WHO*, 77:537-543.
- Nikolopoulos, G., Arvanitis, M., Masgala, A. and Paraskeva, D. (2005) "Migration and HIV epidemic in Greece". *European Journal of Public Health*, 15(3):296-299.
- Norredam, M., Mygind A., Krasnik A. (2005). «Access to healthcare for asylum seekers in the European Union – a comparative study of country policies». *The European Journal of Public Health*. Advance Access on line (October 17 2005).

- Peacock S, Chan C, Mangolini M, Johansen D. (2001) Techniques for measuring efficiency in health services. Productivity Commission Staff Working Paper, July, Australia.
- Penchansky, R., Thomas, W. (1981). The concepts of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, XIX:127-140.
- Scheppers et al (2006). Potential barriers to the use of health services among minorities: a review. *Family Practice*, 23, p.325-348.
- Starfield, B. (2001). Improving equity in health: a research agenda. *International Journal of Health Services*, 31:545-566.
- Tatsioni, A., Charchanti, A., Kitsiou, E. and Ioannidis, J.P.A. (2001) "Appendicectomies in Albanians in Greece: outcomes in a highly mobile immigrant patient population". *BMC Health Services Research*, 1(5)
- University Research Institute of Urban Environment and Human Resources - National and Kapodistrian University of Athens, Medical School. (2006) Equality in Health Project-Greek National Report.
- Wagstaff A, van Doorslaer E. (2000). Income inequality and health: what does the literature tell us? *Annu Rev Public Health*. 2000;21:543-67.
- Whitehead, M. (1990). The concepts and principles of equity and health. World Health Organization. Copenhagen.
- World Bank (2010). Environment: What is it? Ανακτήθηκε στις 17/07/2010 από το δικτυακό τόπο: <http://youthink.worldbank.org/issues/environment>
- World Health Organization, Health Promotion Glossary, Geneva 1998.
- World Health Organization & UNICEF, 1978.
- World Health Organization, 1946.
- World Health Organization (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2004) Highlights on health in Greece. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- [Available at: http://www.euro.who.int/document/chh/gre_HIGHLIGHTS.PDF. Accessed on 3/1/2013.
- Zacharakis, G., Koskinas, J., Kotsiou, S., Pouliou, E., Papoutselis, M., Tzara, F., Vafeiadis, N., Maltezos, E., Archimandritis, A. and Papoutselis, K. (2007) "Natural history of chronic hepatitis B virus infection in children of different ethnic origins: a cohort study with up to 12 years' follow-up in northern Greece". *J Pediatr Gastroenterol Nutrition*, 44(1):84-91.

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αλεξιάδης Α., (2003). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21ου αιώνα, Η προσπάθεια του Ν.2889/2001, Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου. Θεσσαλονίκη.
- Βελονάκη Σοφία, (2006), Ιστορική εξέλιξη Υγειονομικού συστήματος και νοσηλευτικής στην Ελλάδα, Εγκρίθηκε:3/7/2006 Αθήνα.
- Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., (2000), “Ισότητα και αποδοτικότητα στην υγεία: Θεωρητική ανάλυση και εμπειρικές προσεγγίσεις”, στο: Δόλγερας Α., Κυριόπουλος Γ., (επιμ.), “Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας”, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Γιατροί του Κόσμου, Σχέδιο Averroes, (2013).
<http://www.mdm-international.org/spip.php?article103>. Ανάκτηση στις 3/4/2013.
- Γιατροί του Κόσμου, Σχέδιο Averroes, (2013).
http://ec.europa.eu/health-eu/news/2012/8/news_20120907_avveroes_el.htm Ανακτήθηκε στις 10/4/2013.
- Γιατροί Χωρίς Σύνορα, (2008). Επείγουσα Παρέμβαση των ΓΧΣ στο κέντρο κράτησης μεταναστών της Λέσβου: Ευρήματα-Αποτελέσματα-Προβληματισμοί-Προκλήσεις. Αναφορά των Γιατρών Χωρίς Σύνορα, Αθήνα.
- Γιατροί Χωρίς Σύνορα, (2013). Επείγουσα παρέμβαση των Γιατρών Χωρίς Σύνορα στους χώρους κράτησης μεταναστών στον Έβρο. Δεκέμβριος 2010 – Απρίλιος 2011.. Ανακτήθηκε στις 10-3-2013
- Διομήδους Μ, Διαμαντής Θ, Λιάσκος Ι, Πιστόλης Ι, Μαντάς Ι., (2005). Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε χειρουργικούς ασθενείς Γενικού Νοσοκομείου, Νοσηλευτική, 44(1):106-114.
- Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (2007), Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής. Απόφαση ΕΕΔΑ, Αθήνα.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2011). Πανελλαδική Έρευνα κοινής γνώμης «Έρευνα αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας» στο πλαίσιο της πράξης «Σύστημα Παραγωγής Δεικτών Υγειονομικού Χάρτη» Αθήνα.
- Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία. (2003). Άτομα με αναπηρία: Ισότιμοι πολίτες. 13. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπηρία 2004-2010, Μειώνοντας το χάσμα μεταξύ πολιτικών στόχων και πραγματικότητας. Αθήνα: αυτοέκδοση.
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2000). Για μία Ευρώπη χωρίς φραγμούς για τα άτομα με ειδικές ανάγκες. Βρυξέλλες, COM(2000) 284.
- Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2003). Ίσες ευκαιρίες για τα άτομα με αναπηρίες: ένα ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης. Βρυξέλλες, COM(2003) 650.

Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2005). Η κατάσταση των ατόμων με αναπηρία στη διευρυμένη Ευρωπαϊκή Ένωση: το ευρωπαϊκό σχέδιο δράσης 2006 - 2007. Βρυξέλλες, COM(2005).

Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο (2007). Έκθεση της αντιπροσωπείας της Επιτροπής Πολιτικών Ελευθεριών, Δικαιοσύνης και Εσωτερικών Υποθέσεων του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου σχετικά με την επίσκεψη στην Ελλάδα (σε Σάμο και Αθήνα), 2 Ιουνίου, Βρυξέλλες.

Έρευνα, (2008). Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα: Έρευνα άποψης επαγγελματιών υγείας, δημοσίου και ιδιωτικού τομέα σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας.

Eurostat (Στατιστική Υπηρεσία των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων) - Statistics in focus - Πληθυσμός και κοινωνικές συνθήκες, 8/2006, μη-εθνικούς πληθυσμούς σε κράτη μέλη της ΕΕ "μη υπηκόων" είναι άνθρωποι που δεν έχουν η ιθαγένεια της χώρας στην οποία ζουν.

Ζωγραφάκης, Σ. και Μητράκος, Θ. (2005) Κοινωνικοί δείκτες και μετανάστευση στην Ελλάδα. Πρακτικά Συνεδρίου «Φτώχεια, Αποκλεισμός και Κοινωνικές Ανισότητες», ΕΚΚΕ, 22-23 Σεπτεμβρίου 2005.

Ηνωμένα Έθνη (2007). Σύμβαση για τα δικαιώματα Ατόμων με Αναπηρίες, Έκδοση στα Ελληνικά. Αθήνα: Γραφείο μεταφράσεων Υπουργείου Εξωτερικών.

Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, (2001). Συστήματα Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Καλογεροπούλου. Μ. Μουρδουκούτας. (2007). Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

Καλοφωλιάς Κωνσταντίνος (2011). Το Μεταναστευτικό Ζήτημα στη Μεσόγειο (Ισπανία - Ιταλία - Ελλάδα). Αθήνα: Μιχάλη Σιδέρη. σελ. 18-19.

Καψάλης, Α. (2004). Παρουσίαση των αποτελεσμάτων από τη διεξαγωγή συνεντεύξεων με μέλη της ομάδας-στόχου των εργαζόμενων μεταναστών στους κλάδους της οικοδομής, των πρατηρίων βενζίνης και της ένδυσης, Αθήνα: Εργατοϋπαλληλικό Κέντρο Αθήνας.

Κυρίοπουλος Γιάννης, (2006), Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών Υγείας, Αθήνα, Τομέας Οικονομικών της Υγείας-Ε.Σ.Δ.Υ

Λαδά-Χατζοπούλου Α.(1978). Η δημόσια υγεία. Περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα. Σύγχρ. Θεμ, 3:3-15.

Λαναρά Β. (2008). Διοίκηση νοσηλευτικών υπηρεσιών. Αθήνα. Ηγεσία. ΙΓ Έκδοση.

Λεμονίδου Χ. (2001). Συνέντευξη στην εφημερίδα Νοσηλευτική Παρέμβαση. Β/15/Οκτώβριος 2001.

- Ληξουριώτης Ιωάννης, (1998). " Το νομικό καθεστώς του μετανάστη μισθωτού στην Ελλάδα", εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, σελ. 28-37.
- Λιαρόπουλος Λυκούργος, (2007). Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα.
- Μπανιώτης Χ. (2007). Μοντελοποίηση ποιότητας σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας. Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία Πανεπιστήμιο Μακεδονίας τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Θεσσαλονίκη.
- Μπαμπινιώτης Γ. (2005), Λεξικό της Νέας Ελληνικής Γλώσσας, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα.
- Μπούκης Σώτος, (1993). Βασικό μάνατζμεντ και διαπροσωπικές σχέσεις. 2^η έκδ. Αθήνα: Ο.Π.Ε. / Ι.Ε.Σ.
- Νικολουδάκη Καλλιόπη, 2011, Μαιευτικές υπηρεσίες στην Ελλάδα: πολιτική τιμολόγησης στον ιδιωτικό τομέα και πολιτική αποζημίωσης από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Ηράκλειο. mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/Nikoloudaki_2011.pdf. 3/12/2012.
- Νόμος 1397/83: Εθνικό Σύστημα Υγείας. Εφημερίδα Κυβερνήσεως 1983. ΦΕΚ 143/Α'/1983.
- Νόμος 2071/92. Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας. ΦΕΚ123/Α/1992
- ΠΔ 87/88. Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων
- Νόμος 1579/85. Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ. ΦΕΚ217Α/1985
- Νόμος 2719/97. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 165 Α/1997
- Νόμος 2889/2001. Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ. ΦΕΚ 37/Α/2001
- Νόμος 3386/2005
- Νόμος 2910/2001
- Νόμος 3838/2010
- Νόμος 1975/1991
- Νόμος 3386/2007
- Παπανικολάου Β. (2007). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Ραφτόπουλος, Β., Θεοδοσοπούλου, Θ. (2002). Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 19(5), 577-589.
- Ρούπας, Θ. (2006) Ιδιωτική ασφάλιση και υπηρεσίες υγείας. Σουλιώτης Κ. (επιμ.) Πολιτική και Οικονομική της Υγείας. Αθήνα. Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σίσκου, Ο. (2007α) χρηματοδότηση του συστήματος υγείας. Στο: Λιαρόπουλος, Λ. (επιμ.) Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Βάτα.
- Στάθης Γ. (2002). Διάλογοι για το νοσοκομειακό management. Τα Πρακτικά του 1^{ου} Πανελληνίου επιστημονικού συνεδρίου. MediForce.

- Σούλης Σωτήρης, Σαρρής Μάρκος, Θεοδώρου Μάμας. 2001. Συστήματα υγείας. Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σύνταγμα της Ελλάδος 1975. ΦΕΚ 111/1975, άρθρο 21, 10/10/75 ΝΔ Περί Ιδρύσεως Νοσοκομείων.
- Σωτηρόπουλος Βασίλης (Φεβρουάριος 2011). Νομικό Πλαίσιο Μετανάστευσης, Έντυπο "Καθρέφτης" (1): 8-1.
- Το Βήμα του Ασκληπιού, (2008). Τόμος 7^{ος}, Τεύχος 4^ο, Οκτώβριος-Δεκέμβριος, σελίδες 343-359.
- Τούντας, Γ. και συν. (2009) Η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού. Κέντρο Μελετών Υψητεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.
- Τούντας, Ι. (2002). Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 74, 351-354.
- Υφαντόπουλος Γ., Τα Οικονομικά της Υγείας, Θεωρία και Πολιτική, Τυποθήτω, Αθήνα 2003, 1-619.
- ΦΕΚ Α 91, 27.4/2.5.2001. 2910/2001
- ΦΕΚ 2456/Β'3-11-2011, ΦΕΚ 1233/Β'11-4-2012
- Φυντανίδου Ε. 2012, Είμαστε «άρρωστοι» με την υγεία, Το Βήμα, 23/9/2012,
- Ψημμένος, Ι. και Σκαμνάκης, Χ. (2008) Οικιακή Εργασία των Μεταναστών και Κοινωνική Προστασία. Η περίπτωση των γυναικών από την Αλβανία και την Ουκρανία, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.
- ICAP, (2010). Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας. Κλαδική μελέτη. Αθήνα, ICAP ΑΕ Ερευνών και Επενδύσεων.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1: Πίνακες Έρευνας

Πίνακας 1.1 Δημογραφικά στοιχεία

Χαρακτηριστικά Στοιχεία		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Φύλο	Άνδρας	21	39,6
	Γυναίκα	32	60,4
Ηλικία	22	4	7,5
	23	7	13,2
	24	12	22,6
	26	1	1,9
	27	3	5,7
	28	4	7,5
	29	1	1,9
	30	3	5,7
	31	1	1,9
	32	1	1,9
	40	1	1,9
	41	1	1,9
	42	1	1,9
	43	2	3,8
	45	1	1,9
	47	1	1,9
	48	1	1,9
	49	2	3,8
	50	1	1,9
	51	2	3,8
53	1	1,9	
54	1	1,9	
77	1	1,9	
Έχετε βιβλιάριο υγείας	Ναι	49	92,5
	Όχι	4	7,5
Ισχύει αυτή τη στιγμή	Ναι	45	84,9
	Όχι	4	15,1
Τη στιγμή αυτή ζείτε	Μόνος/η	35	66
	Με σύζυγο/σύντροφο	18	34
Πόσα παιδιά έχετε	0	35	66
	1	4	7,5
	2	10	18,9
	3	1	1,9

	4	1	1,9
	6	2	3,8
Ποιο είναι το ανώτερο εκπαιδευτικό επίπεδο	Απόφοιτος δημοτικού	2	3,8
	Απόφοιτος γυμνασίου	2	3,8
	Απόφοιτος λυκείου	16	30,2
	Απόφοιτος δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης/ΙΕΚ	11	20,8
	Απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	22	41,5
	Άλλο	0	0

Πίνακας 1.2 Τρόπος ζωής

Χαρακτηριστικά στοιχεία		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Πόσα άτομα ζούνε στο ίδιο σπίτι με εσάς	0	4	7,5
	1	3	5,7
	2	7	13,2
	3	12	22,6
	4	15	28,3
	5	7	13,2
	6	1	1,9
	7	2	3,8
	9	2	3,8
Τα άτομα που ζούνε στο ίδιο σπίτι με εσάς, είναι:	Σύζυγος/Σύντροφος	18	34
	Τα παιδιά μου	18	34
	Συγγενείς	30	56,6
	Φίλοι	1	1,9
	Άλλο	0	0
Τη στιγμή αυτή:	Πληρώνω ενοίκιο από τα δικά μου χρήματα	14	26,4
	Δεν πληρώνω ενοίκιο	39	73,6
	Ο εργοδότης μου πληρώνει το ενοίκιο	0	0
	Είμαι άστεγος/η	0	0
	Άλλο	0	0
Σε ποιόν όροφο ζείτε	Υπόγειο	1	1,9
	Ισόγειο	7	13,2

	Πρώτος όροφος ή παραπάνω	45	84,9
Κατά τους χειμερινούς μήνες, η κατοικία σας θερμαινόταν επαρκώς	Καθόλου	3	5,7
	Λίγο	7	13,2
	Μέτρια	20	37,7
	Αρκετά	14	26,4
	Πολύ	9	17
Τη στιγμή αυτή, εργάζεστε	Ναι	30	56,6
	Όχι	23	43,4
Έχετε μόνιμη εργασία	Ναι	17	32,1
	Όχι	36	67,9
Έχετε εργασία πλήρους απασχόληση	Ναι	26	49,1
	Όχι	27	50,9
Ποια είναι η εργασία σας	Γραμματειακή υποστήριξη	1	1,9
	Δικηγόρος	1	1,9
	Εκπαιδευτικός	3	5,7
	Ελεύθερος επαγγελματίας	7	13,3
	Ιδιωτικός υπάλληλος	6	11,4
	Κομμώτρια	2	3,8
	Λογίστρια	1	1,9
	Μεταπτυχιακή φοιτήτρια	1	1,9
	Οδηγός λεωφορείου	1	1,9
	Πρακτική άσκηση	1	1,9
	Σερβιτόρος	4	7,6
	Στρατιωτικός	1	1,9
	Συνταξιούχος	1	1,9
	Υδραυλικός	1	1,9
Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημά σας	0,00	16	31,4
	240,00	1	2
	250,00	1	2
	300,00	1	2
	360,00	3	5,9
	400,00	2	3,9
	480,00	1	2
	500,00	6	11,8
	600,00	2	3,9
	650,00	1	2
	700,00	2	3,9
	800,00	4	7,8

	850,00	3	5,9
	1000,00	5	9,8
	1500,00	1	2
	2000,00	2	3,9
Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα της οικογένειάς σας	500,00	2	3,8
	600,00	1	1,9
	700,00	1	1,9
	800,00	4	7,5
	900,00	1	1,9
	930,00	1	1,9
	1000,00	5	9,4
	1200,00	3	5,7
	1300,00	1	1,9
	1400,00	1	1,9
	1500,00	13	24,5
	1800,00	1	1,9
	2000,00	4	7,5
	2500,00	3	5,7
	3000,00	8	15,1
	4000,00	2	3,8
4500,00	1	1,9	
12000,00	1	1,9	
Πιστεύετε ότι το οικογενειακό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς	Ναι	45	84,9
	Όχι	8	15,1
Πιστεύετε ότι το φιλικό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς	Ναι	42	79,2
	Όχι	11	20,8
Τους τελευταίους 6 μήνες, πόσο συχνά θα λέγατε ότι αντιμετωπίζετε δυσκολία να καλύψετε κάθε μία από τις παρακάτω ανάγκες στο νοικοκυριό σας.			
Του τρέχοντες λογαριασμούς (ΔΕΗ, ΟΤΕ, κοινόχρηστα κ.α.)	Συχνά	14	26,4
	Κάποιες φορές	22	41,5
	Πολύ σπάνια-Σχεδόν ποτέ	17	32,1
	Δε γνωρίζω/Δεν απαντώ	0	0
Τη δόση κάποιου δανείου	Συχνά	4	7,5
	Κάποιες φορές	5	9,4

	Πολύ σπάνια-Σχεδόν ποτέ	6	11,3
	Δε γνωρίζω/Δεν απαντώ	38	71,7
Την ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας	Συχνά	2	3,8
	Κάποιες φορές	4	7,5
	Πολύ σπάνια-Σχεδόν ποτέ	6	11,3
	Δε γνωρίζω/Δεν απαντώ	41	77,4
Τη δόση του αυτοκινήτου	Συχνά	3	5,7
	Κάποιες φορές	2	3,8
	Πολύ σπάνια-Σχεδόν ποτέ	8	15,1
	Δε γνωρίζω/Δεν απαντώ	40	75,5
Το ενοίκιο της κατοικίας	Συχνά	5	9,4
	Κάποιες φορές	6	11,3
	Πολύ σπάνια-Σχεδόν ποτέ	10	18,9
	Δε γνωρίζω/Δεν απαντώ	31	58,5
Τα δίδακτρα φροντιστηρίων	Συχνά	6	11,3
	Κάποιες φορές	6	11,3
	Πολύ σπάνια-Σχεδόν ποτέ	8	15,1
	Δε γνωρίζω/Δεν απαντώ	33	62,3
Τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης	Συχνά	16	30,2
	Κάποιες φορές	20	37,7
	Πολύ σπάνια-Σχεδόν ποτέ	16	30,2
	Δε γνωρίζω/Δεν απαντώ	1	1,9
Τα ψώνια του super market	Συχνά	7	13,2
	Κάποιες φορές	14	26,4
	Πολύ σπάνια-Σχεδόν ποτέ	32	60,4
	Δε γνωρίζω/Δεν απαντώ	0	0

Πίνακας 1.3 Καθημερινές συνήθειες

Χαρακτηριστικά στοιχεία		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Πόσο καλή θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας, σήμερα	Καθόλου	0	0
	Λίγο	0	0
	Μέτρια	17	32,1
	Αρκετά	22	41,5
	Πολύ	14	26,4
Σε σύγκριση με πριν από ένα έτος, πως θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας, σήμερα	Πολύ χειρότερη	1	1,9
	Χειρότερη	13	24,5
	Ίδια	26	49,1
	Καλύτερη	12	22,6
	Πολύ καλύτερη	1	1,9
Είστε καπνιστής	Ναι	39	73,6
	Πρώην καπνιστής	4	7,5
	Όχι	10	18,9
Πόσα τσιγάρα περίπου καπνίζετε/καπνίζατε σε μία ημέρα	5	4	8,3
	8	1	2,3
	10	9	20,9
	12	1	2,3
	15	8	18,6
	20	9	20,9
	25	5	11,6
	30	4	9,3
	50	1	2,3
	60	1	2,3
Πόσα χρόνια καπνίζετε/καπνίζατε	3	1	2,3
	4	3	7
	5	7	16,3
	6	5	11,6
	7	2	4,7
	8	3	7
	9	1	2,3
	10	4	9,3
	12	2	4,7
	15	3	7
	17	1	2,3
	20	6	14
	25	1	2,3
	30	2	4,7
	33	2	4,7
Πόσες ώρες αθλείστε σε μία	0	22	41,5
	1	3	5,7

εβδομάδα	2	7	13,2
	3	5	9,4
	4	5	9,4
	5	5	9,4
	6	3	5,7
	7	1	1,9
	8	1	1,9
	20	1	1,9
Πόσα ποτήρια αλκοολούχων ποτών καταναλώνετε σε μία εβδομάδα	0	8	15,4
	1	6	11,5
	2	6	11,5
	3	6	11,5
	4	3	5,8
	5	8	15,4
	6	2	3,8
	7	2	3,8
	8	1	1,9
	10	4	7,7
	15	6	11,5

Πίνακας 1.4 Συνυπάρχοντα νοσήματα

Χαρακτηριστικά στοιχεία		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Πάσχετε από τα παρακάτω νοσήματα			
	Υπέρταση	2	3,8
	Άσθμα	1	1,9
	Διαβήτης	2	3,8
	Καρδιαγγειακή νόσος	2	3,8
	Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	1	1,9
	Ψυχιατρικό νόσημα	1	1,9
	Σεξουαλικός μεταδιδόμενο νόσημα	3	5,7
	Ελονοσία	0	0
	Ηπατίτιδα Β	0	0
	Φυματίωση	0	0
	Άλλο	0	0

Λαμβάνετε φάρμακο(α) για χρόνιο νόσημα	Ναι	11	91,7
	Όχι	1	8,3
Υπήρξαν περιπτώσεις στις οποίες δεν λάβατε το φάρμακό σας, επειδή δεν μπορούσατε να το αγοράσετε	Ναι	3	25
	Όχι	9	75
Έχετε μετρήσει έως σήμερα κάποιο από τα παρακάτω που αφορά την υγεία σας. Εάν ναι, η τιμή της τελευταίας μέτρησης ήταν φυσιολογική ή όχι			
Γενική αίματος			
	Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	49	92,5
	Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική	2	3,8
	Δεν έχει μετρηθεί	1	1,9
	Έχει μετρηθεί και δεν γνωρίζω εάν ήταν φυσιολογική ή όχι	1	1,9
Αρτηριακή πίεση			
	Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	39	73,6
	Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική	8	15,1
	Δεν έχει μετρηθεί	5	9,4
	Έχει μετρηθεί και δεν γνωρίζω εάν ήταν φυσιολογική ή όχι	1	1,9
Χοληστερόλη			
	Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	38	71,7
	Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική	4	7,5
	Δεν έχει μετρηθεί	10	18,9
	Έχει μετρηθεί και δεν γνωρίζω εάν ήταν φυσιολογική ή όχι	1	1,9

Σάκχαρο αίματος			
	Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	38	71,7
	Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική	3	5,7
	Δεν έχει μετρηθεί	11	20,8
	Έχει μετρηθεί και δεν γνωρίζω εάν ήταν φυσιολογική ή όχι	1	1,9
Test Παπανικολάου			
	Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	26	81,2
	Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική	3	9,3
	Δεν έχει μετρηθεί	2	6,3
	Έχει μετρηθεί και δεν γνωρίζω εάν ήταν φυσιολογική ή όχι	1	3,2
Μαστογραφία			
	Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	14	43,7
	Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική	1	3,2
	Δεν έχει μετρηθεί	16	50
	Έχει μετρηθεί και δεν γνωρίζω εάν ήταν φυσιολογική ή όχι	1	3,2
Εξέταση για προστάτη			
	Έχει μετρηθεί και ήταν φυσιολογική	4	19
	Έχει μετρηθεί και δεν ήταν φυσιολογική	3	14,3
	Δεν έχει μετρηθεί	14	66,7
	Έχει μετρηθεί και δεν γνωρίζω εάν ήταν φυσιολογική ή όχι	0	0

Πίνακας 1.5 Επίσκεψη σε δημόσιο νοσοκομείο

Χαρακτηριστικά	Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
----------------	---------------	-------------

στοιχεία			
Νοσήσατε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών			
	Ναι	32	60,4
	Όχι	21	39,6
Εάν ναι, τι ασθένεια είχατε	Αμυγδαλίτιδα	2	3,8
	Βρογχίτιδα	3	5,7
	Γαστρεντερίτιδα	2	3,8
	Γρίπη	14	26,6
	Ιγμορίτιδα	1	1,9
	Ίωση	4	7,5
	Κολικό χολής	1	1,9
	Κοξάκι	1	1,9
	Κρίση πανικού	1	1,9
	Κύστη κόκκυγα	2	3,8
	Πονόλαιμος	1	1,9
	Στομάχι-παχύ έντερο	1	1,9
	Υψηλό σάκχαρο	1	1,9
	Φαρυγγίτιδα	1	1,9
Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε την ασθένεια αυτή			
	Επισκέφτηκα ιδιώτη ιατρό	6	18
	Επισκέφτηκα συμβεβλημένο ιδιώτη ιατρό	5	15
	Επισκέφτηκα το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου	11	33
	Επισκέφτηκα δημοτικό ιατρό	0	0
	Επισκέφτηκα τον ΕΟΠΥΥ (πρώην ΙΚΑ) της περιοχής μου	3	9
	Συμβουλευτήκα φαρμακοποιό	0	0
	Συμβουλευτήκα το φιλικό μου περιβάλλον	0	0
	Συμβουλευτήκα το οικογενειακό μου περιβάλλον	1	3
	Δεν έκανα τίποτα/περίμενα να	7	27

	περάσει μόνο του		
	Άλλο	0	0
Είχατε κάποιο τραυματισμό (π.χ. κατάγμα, έγκαυμα, κάκωση, κόψιμο δέρματος) κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών.			
	Ναι	16	30,2
	Όχι	37	69,8
Ο τραυματισμός αυτός συνέβη κατά την διάρκεια της εργασίας σας			
	Ναι	4	7,5
	Όχι	49	92,5
Ο τραυματισμός αυτός συνέβη κατά τη διάρκεια βίαιης επίθεσης εναντίον σας			
	Ναι	0	0
	Όχι	53	100
Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε τον τραυματισμό αυτόν			
	Επισκέφτηκα ιδιώτη γιατρό	1	5,8
	Επισκέφτηκα φαρμακοποιό	2	11,7
	Επισκέφτηκα το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου	6	35,2
	Επισκέφτηκα ιδιωτικό νοσοκομείο	0	0
	Δεν έκανα τίποτα	8	47
	Άλλο	0	0
Κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφτήκατε το τμήμα επειγόντων περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου			
	Ναι	23	43,4
	Όχι	30	56,6
Εάν ναι, πόσες φορές	1	10	43,5
	2	5	21,7
	3	5	21,7
	4	1	4,3
	5	2	8,7
Για ποιο λόγο	Ακτινογραφία	1	1,9
	Αλκοόλ	1	1,9
	Αμυγδαλίτιδα	1	1,9
	Βρογχίτιδα	1	1,9
	Γαστρεντερίτιδα-Ουρολοίμωξη	1	1,9

	Γρίπη	1	1,9
	Κάταγμα	1	1,9
	Έγκαυμα	1	1,9
	Ιώσεις	1	1,9
	Κάταγμα	1	1,9
	Κάταγμα δαχτύλου	1	1,9
	Κολικός νεφρού	1	1,9
	Κολικό χολής	1	1,9
	Κρίση πανικού	1	1,9
	Κύστη κόκκυγα	2	3,8
	Πυρετός	2	3,8
	Ταχυκαρδία	1	1,9
	Τενοντίτιδα	1	1,9
	Τσίμπημα μέλισσας	1	1,9
	Υψηλό σάκχαρο	1	1,9
	Φαρυγγίτιδα	1	1,9
Στην επίσκεψή σας αυτή αντιμετωπίσατε δυσκολίες			
	Καθόλου	5	22,7
	Λίγο	3	13,6
	Μέτρια	7	31,8
	Αρκετά	3	13,6
	Πολύ	4	18,2
Αν αντιμετωπίσατε δυσκολίες, σε τι αφορούσαν			
	Δυσκολίες στην επικοινωνία	8	15,1
	Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	5	9,4
	Δε μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	11	20,9
	Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου	0	0
	Μεγάλο κόστος	3	5,7
	Άλλο	0	0
Κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφθήκατε τα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου			
	Ναι	22	41,5
	Όχι	33	58,5
Εάν ναι, πόσες φορές	1	12	54,5
	2	7	31,8

	3	1	4,5
	5	1	4,5
	6	1	4,5
Στην επίσκεψή σας αυτή, αντιμετωπίσατε δυσκολίες			
	Καθόλου	7	31,8
	Λίγο	3	13,6
	Μέτρια	6	27,3
	Αρκετά	3	13,6
	Πολύ	3	13,6
Εάν αντιμετωπίσατε δυσκολίες, σε τι αφορούσε			
	Δυσκολίες στην επικοινωνία	5	9,5
	Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	7	13,3
	Δε μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	4	7,6
	Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου	0	0
	Μεγάλο κόστος	1	1,9
	Άλλο	Απεργία 1 Δεν τήρησε ο γιατρός τους κανόνες υγιεινής 1	1,9 1,9
Στην επίσκεψή σας αυτή ο χρόνος αναμονής ήταν μεγάλος			
	Καθόλου	6	27,3
	Λίγο	2	9,1
	Μέτρια	2	9,1
	Αρκετά	9	40,9
	Πολύ	3	13,6
Στην επίσκεψή σας αυτή, δώσατε «φακελάκι»			
	Ναι	0	0
	Όχι	22	100
Εάν ναι, πόσο πληρώσατε			
		0	0
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, νοσηλεύτηκατε σε δημόσιο νοσοκομείο			
	Ναι	6	11,4
	Όχι	47	88,6

Εάν ναι, πόσες φορές	1	6	100
Για ποιο λόγο νοσηλευτήκατε	Αμυγδαλίτιδα	1	16,6
	Γυναικολογικής φύσεως	1	16,6
	Κρίση πανικού	1	16,6
	Κύστη κόκκυγα	2	33,6
	Υψηλό σάκχαρο	1	16,6
Στη νοσηλεία σας αυτή αντιμετωπίσατε δυσκολίες			
	Καθόλου	0	0
	Λίγο	2	33,3
	Μέτρια	3	50
	Αρκετά	0	0
	Πολύ	1	16,7
Εάν αντιμετωπίσατε δυσκολίες, σε τι αφορούσε			
	Δυσκολίες στην επικοινωνία	2	20
	Πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες	4	40
	Δε μου έδωσε σημασία το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	2	20
	Δεν με ενημέρωσαν για το πρόβλημα υγείας μου	0	0
	Μεγάλο κόστος	2	20
	Άλλο	0	0
Για την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο ο χρόνος αναμονής σας ήταν μεγάλος			
	Καθόλου	0	0
	Λίγο	1	16,7
	Μέτρια	3	50
	Αρκετά	0	0
	Πολύ	2	33,3
Στη νοσηλεία σας σε δημόσιο νοσοκομείο πληρώσατε τη νόμιμη συμμετοχή εφόσον υπήρχε			
	Ναι	2	33,3
	Όχι	4	66,7
Στη νοσηλεία σας σε δημόσιο νοσοκομείο δώσατε «φακελάκι»			

	Ναι	0	0
	Όχι	6	100
Εάν ναι πόσο πληρώσατε			
		0	0

1.6 Ιδιωτικό και φάρμακα

Χαρακτηριστικά στοιχεία		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Κατά την διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφτήκατε ιδιώτη ιατρό			
	Ναι	28	52,8
	Όχι	25	47,2
Εάν ναι, πόσες φορές	1	11	39,3
	2	11	39,3
	3	3	10,7
	4	3	10,7
Εάν ναι, γιατί			
	Δεν ισχύει το βιβλιάριο υγείας μου	0	0
	Μεγάλος χρόνος αναμονής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας	3	10,7
	Καλύτερη ποιότητα στον ιδιώτη ιατρό	25	89,3
	Άλλο	0	0
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών επισκεφτήκατε ιδιώτη οδοντίατρο			
	Ναι	31	58,5
	Όχι	22	41,5
Εάν ναι, πόσες φορές	1	14	45,2
	2	10	32,3
	3	4	12,9
	4	2	6,5
	40	1	3,2
Εάν ναι, γιατί			
	Δεν ισχύει το βιβλιάριο υγείας μου	2	6,5
	Μεγάλος χρόνος αναμονής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας	5	16,1
	Καλύτερη ποιότητα στον ιδιώτη ιατρό	23	74,2
	Άλλο	0	0

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12μηνών επισκεφθήκατε ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική			
	Ναι	3	5,7
	Όχι	50	94,3
Εάν ναι, πόσες φορές			
	1	2	66,7
	2	1	33,3
Εάν ναι, γιατί			
	Δεν ισχύει το βιβλιάριο υγείας μου για το δημόσιο νοσοκομείο	0	0
	Μεγάλος χρόνος αναμονής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας	0	0
	Καλύτερη ποιότητα στο ιδιωτικό νοσοκομείο/κλινική	3	100
	Άλλο	0	0
Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση στην οποία χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας αλλά δεν μπορέσατε			
	Ναι	10	18,9
	Όχι	43	81,1
Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες δεν μπορέσατε να χρησιμοποιήσετε			
	Ιατρός εκτός νοσοκομείου	3	17,6
	Οδοντίατρος εκτός νοσοκομείου	7	41,1
	Διαγνωστικές εξετάσεις, μικροβιολογικές εξετάσεις κ.α.	5	29,4
	Νοσηλεία σε νοσοκομείο	1	5,9
	Χειρουργική επέμβαση σε νοσοκομείο	1	5,9
Ποιοι ήταν οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσατε να χρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες υγείας			
	Δεν ήξερα που να πάω	1	7,7
	Δεν μου έδωσε	0	0

	Άδεια ο εργοδότης μου		
	Έλλειψη χρόνου	0	0
	Δεν μπόρεσα να κλείσω ραντεβού	4	30,4
	Το υψηλό κόστος	4	30,4
	Η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας	0	0
	Ο μεγάλος χρόνος αναμονής	4	30,4
	Δεν είχα βιβλιάριο υγείας σε ισχύ	0	0
	Άλλο	0	0
Τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση κατά την οποία χρειαστήκατε φάρμακα αλλά δεν μπορέσατε να τα λάβετε			
	Ναι	5	9,5
	Όχι	48	90,5
Ποιοι ήταν οι σημαντικότεροι λόγοι για τους οποίους δεν μπορέσατε να λάβετε τα φάρμακα που χρειαζόσασταν			
	Θεώρησα πως τα φάρμακα δεν ήταν απαραίτητα	1	16,6
	Έλλειψη χρόνου	0	0
	Δεν γνώριζα που να βρω τα φάρμακα	0	0
	Δεν είχα τα χρήματα	5	83,3
	Άλλο	0	0

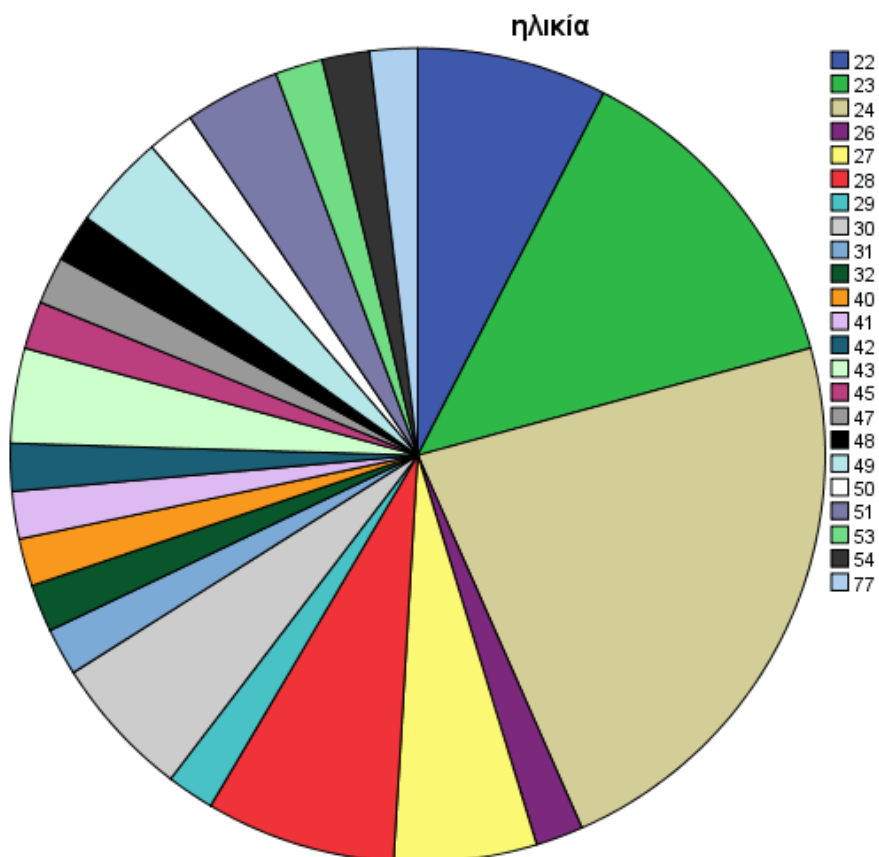
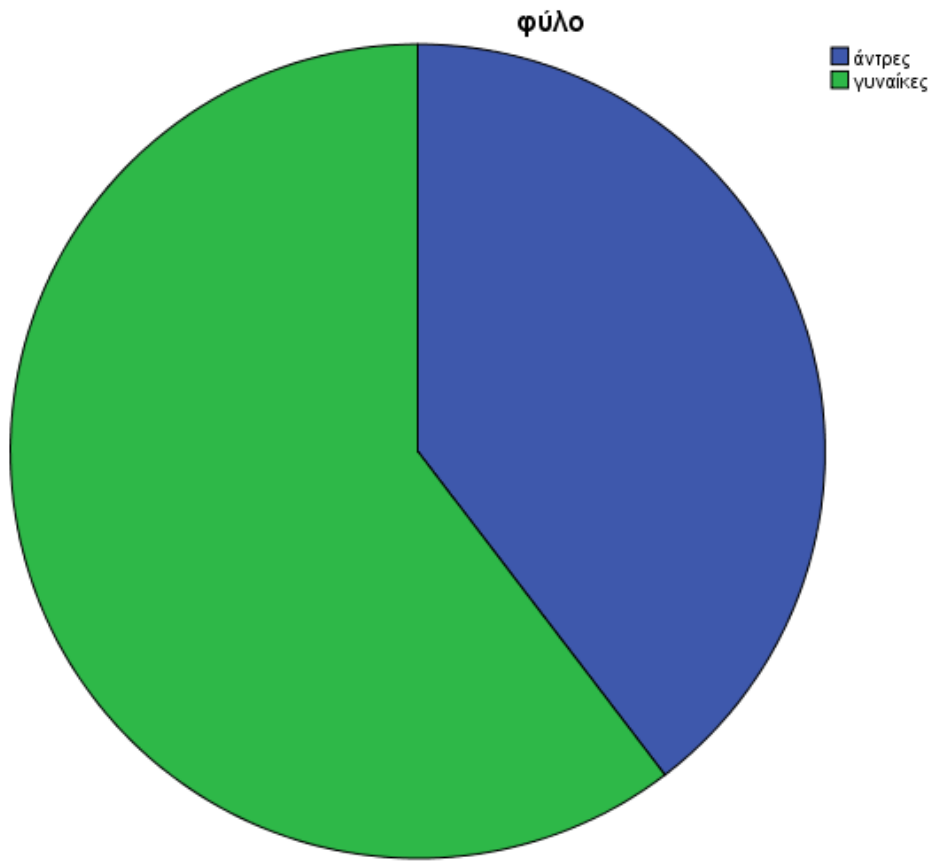
Πίνακας 1.7 Γνώμη για τις υπηρεσίες υγείας

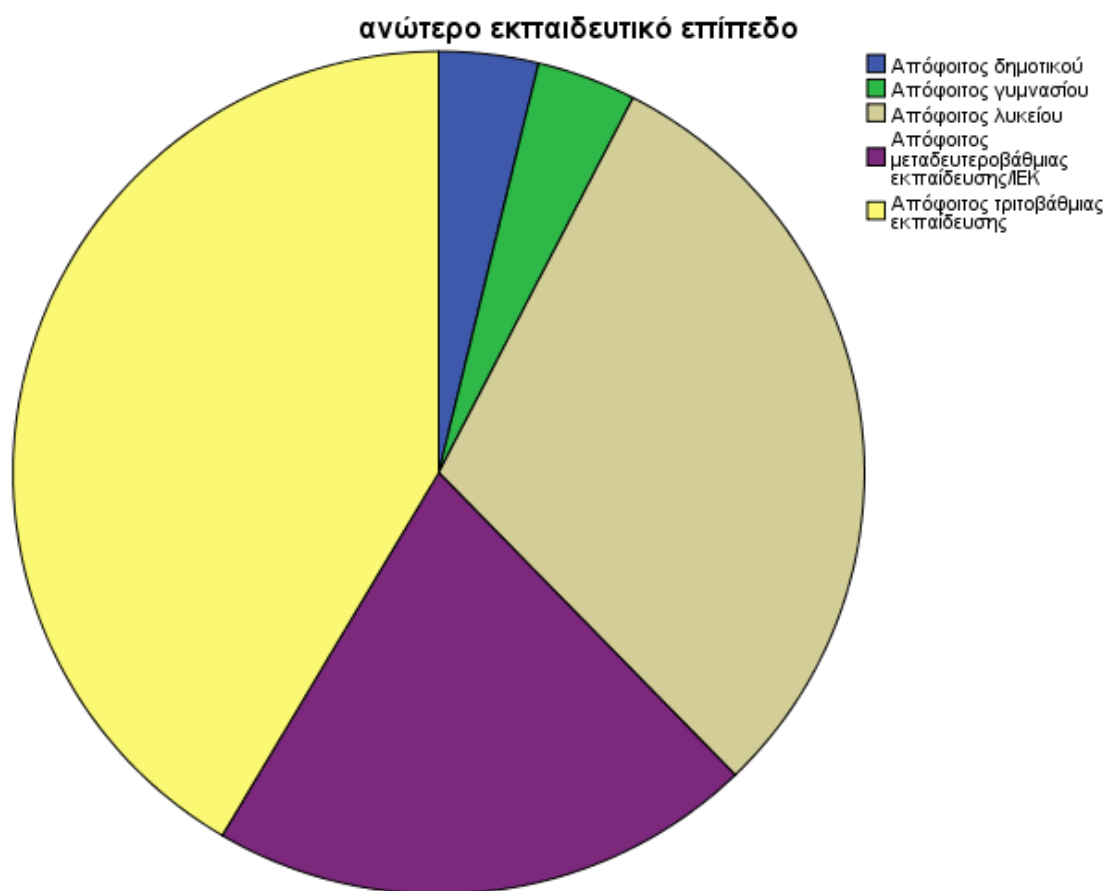
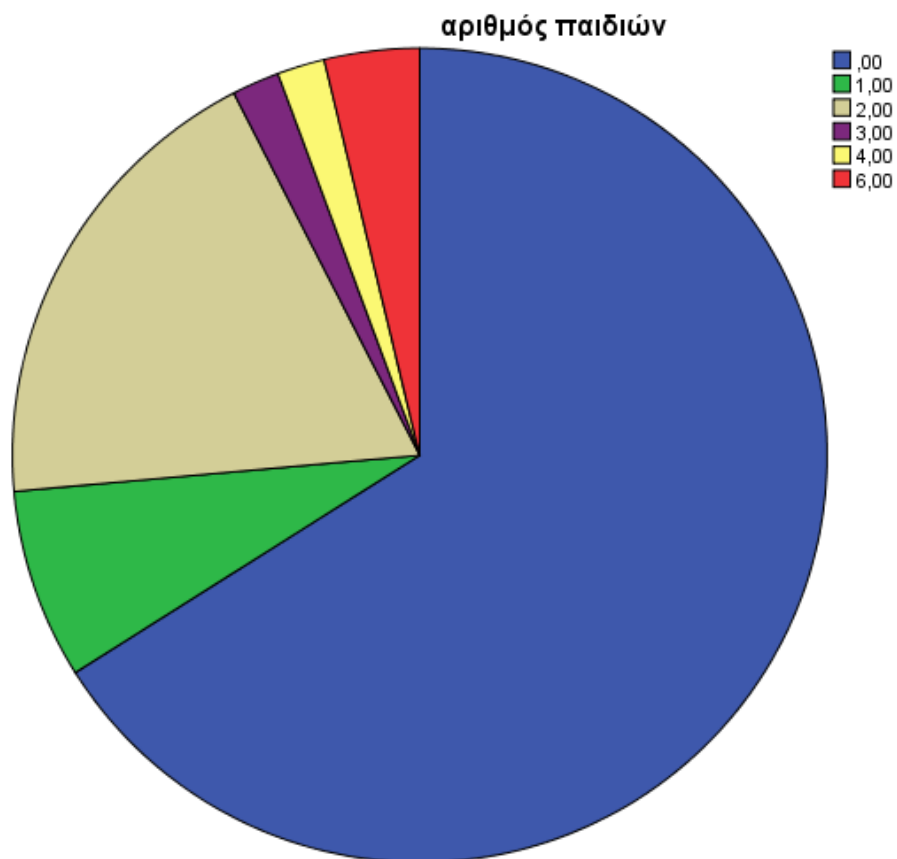
Χαρακτηριστικά στοιχεία		Συχνότητα (N)	Ποσοστό (%)
Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.			
Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας	Καθόλου	3	5,7
	Λίγο	13	24,5
	Μέτρια	25	47,2
	Αρκετά	12	22,6
	Πολύ	0	0
Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για	Καθόλου	6	11,3
	Λίγο	12	22,6
	Μέτρια	22	41,5

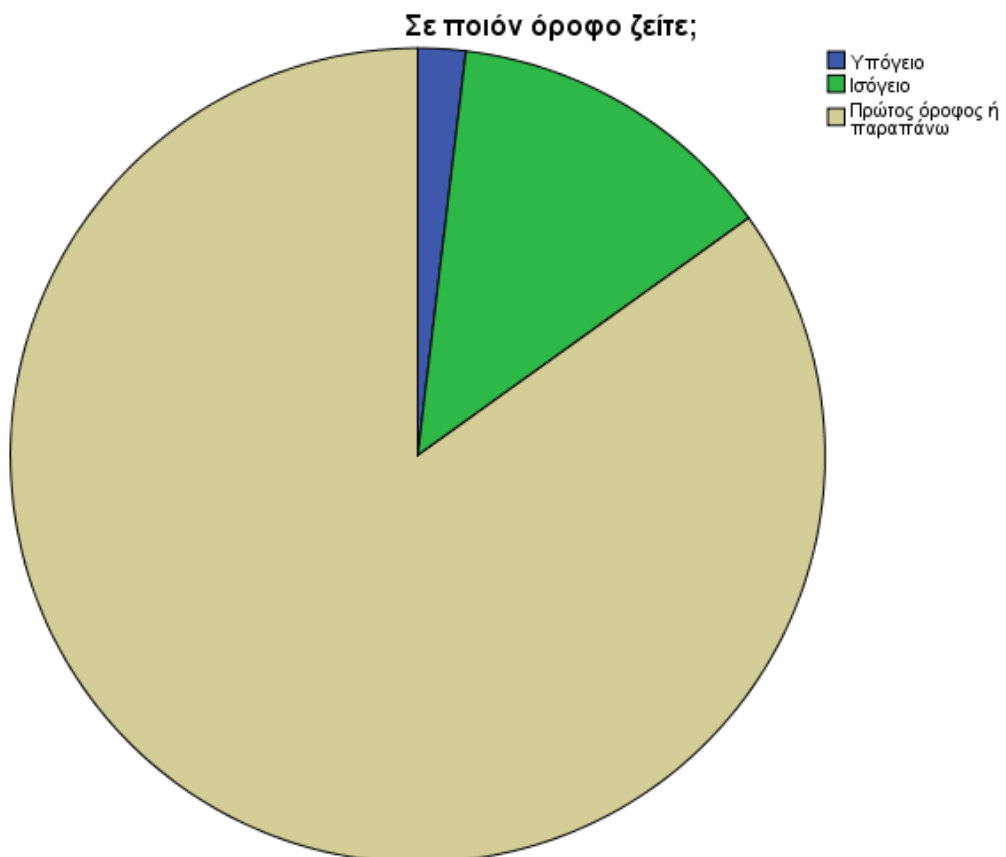
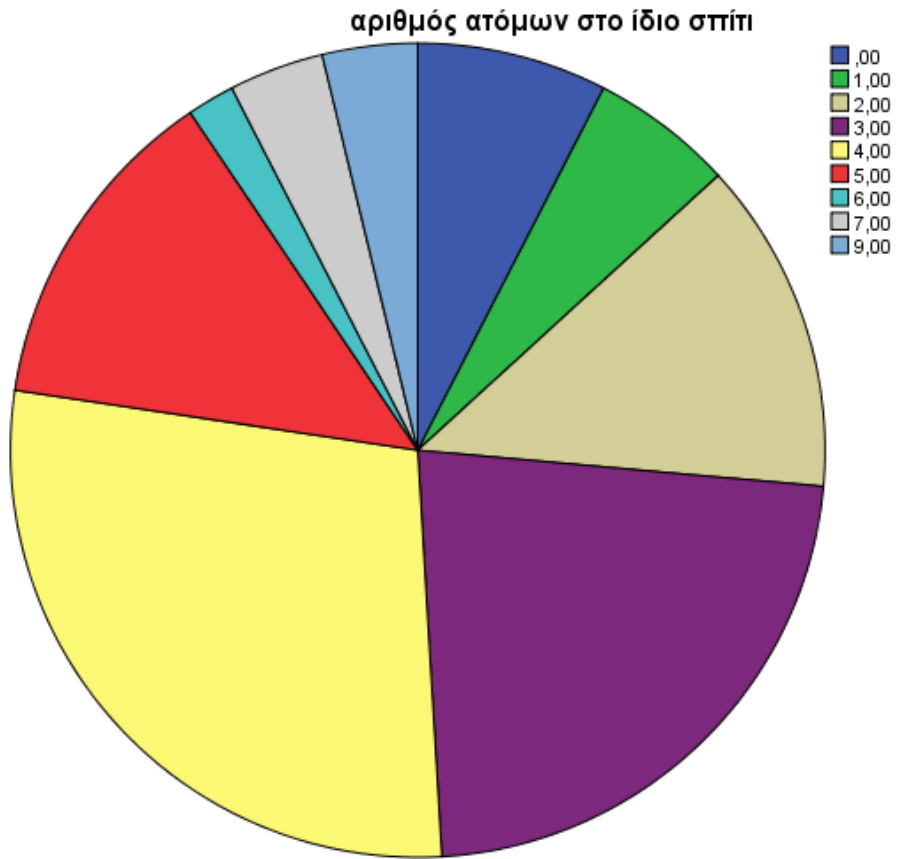
τη χρήση των υπηρεσιών υγείας	Αρκετά	12	22,6
	Πολύ	1	1,9
Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους	Καθόλου	1	1,9
	Λίγο	8	15,1
	Μέτρια	3	5,7
	Αρκετά	21	39,6
	Πολύ	20	37,7
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο	Καθόλου	3	5,7
	Λίγο	0	0
	Μέτρια	7	13,2
	Αρκετά	16	30,2
	Πολύ	27	50,9
Πόσο εμπιστεύεστε τους επαγγελματίες υγείας	Καθόλου	9	17
	Λίγο	7	13,2
	Μέτρια	21	39,6
	Αρκετά	13	24,5
	Πολύ	3	5,7
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας	Καθόλου	7	13,2
	Λίγο	17	32,1
	Μέτρια	17	32,1
	Αρκετά	9	17
	Πολύ	3	5,7
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων στις υπηρεσίες υγείας	Καθόλου	27	50,9
	Λίγο	6	11,3
	Μέτρια	12	22,6
	Αρκετά	6	11,3
	Πολύ	2	3,8
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας	Καθόλου	21	39,6
	Λίγο	10	18,9
	Μέτρια	20	37,7
	Αρκετά	1	1,9
	Πολύ	1	1,9
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας	Καθόλου	25	47,2
	Λίγο	18	34
	Μέτρια	7	13,2
	Αρκετά	3	5,7
	Πολύ	0	0

Σε ποια από τα παρακάτω θα θέλατε περισσότερη ενημέρωση, διότι η γνώση που έχετε σήμερα δεν καλύπτει τις ανάγκες σας			
	Ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας μου/τον ΕΟΠΥΥ	38	71,7
	Ενημέρωση για τα δικαιώματά μου αναφορικά με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας	38	71,7
	Ενημέρωση για την πρόσβαση σε νοσοκομεία	7	13,2
	Ενημέρωση για την πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	13	24,5
	Ενημέρωση για την πρόσβαση σε γενικό ιατρό ή παθολόγο	6	11,3
	Ενημέρωση για το κόστος επίσκεψης σε ιατρό ή υπηρεσία υγείας	34	64,2
	Άλλο	0	0
Πιστεύετε ότι έχετε χειρότερη πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους αλλοδαπούς	Ναι	25	47,2
	Όχι	28	52,8

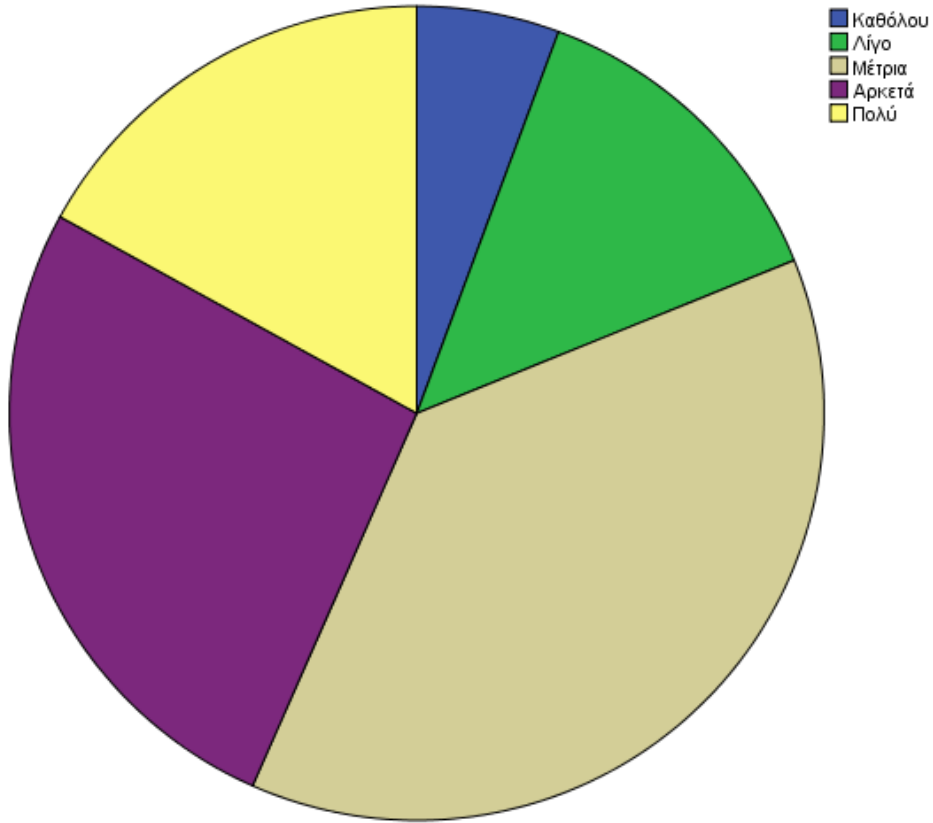
Παράρτημα 2: Γραφήματα έρευνας



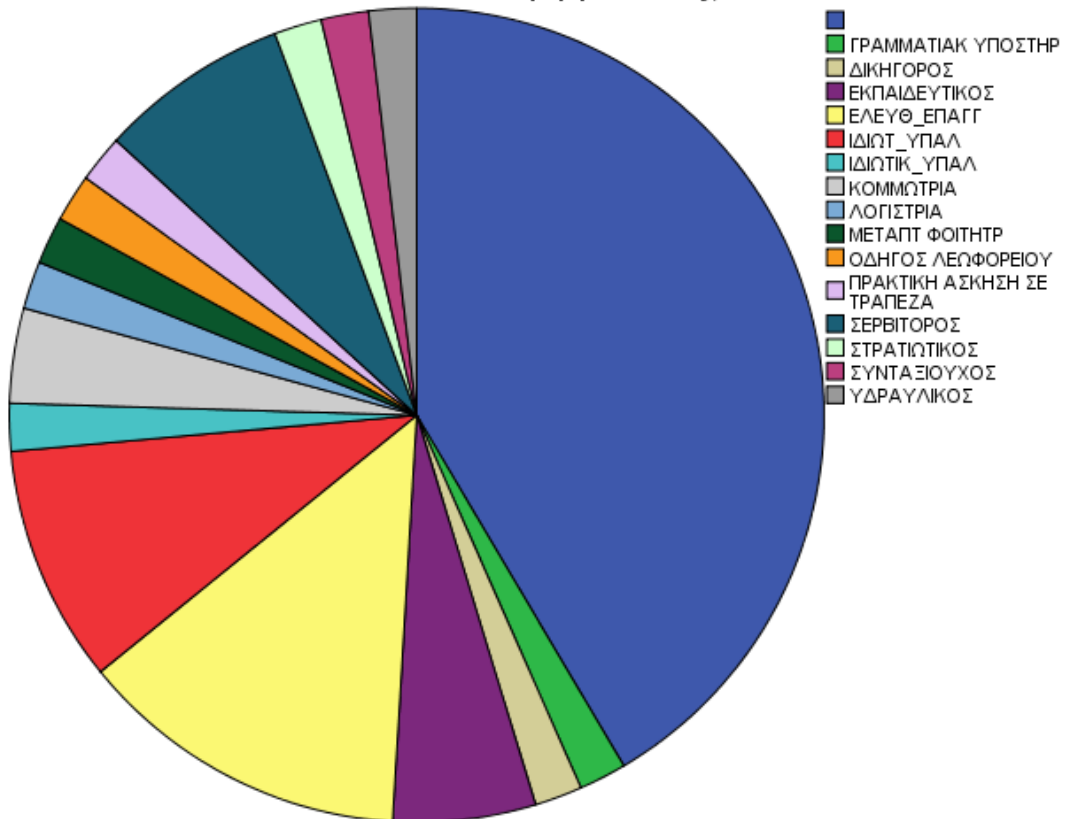




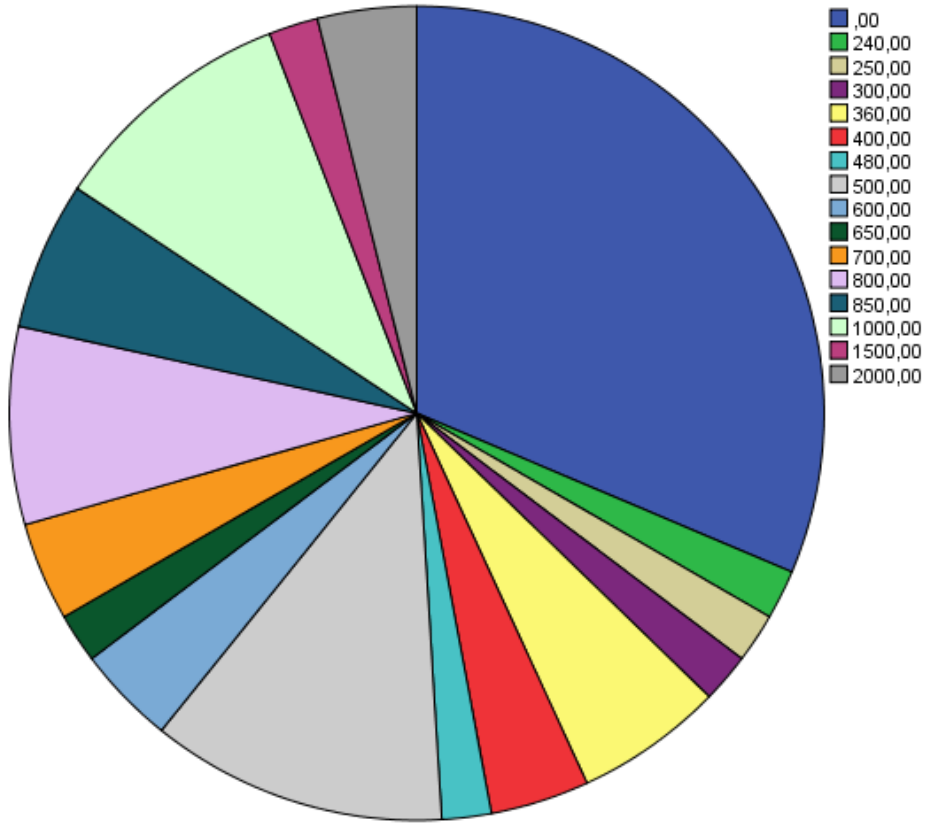
Κατά τους χειμερινούς μήνες, η κατοικία σας θερμαίνεται επαρκώς;



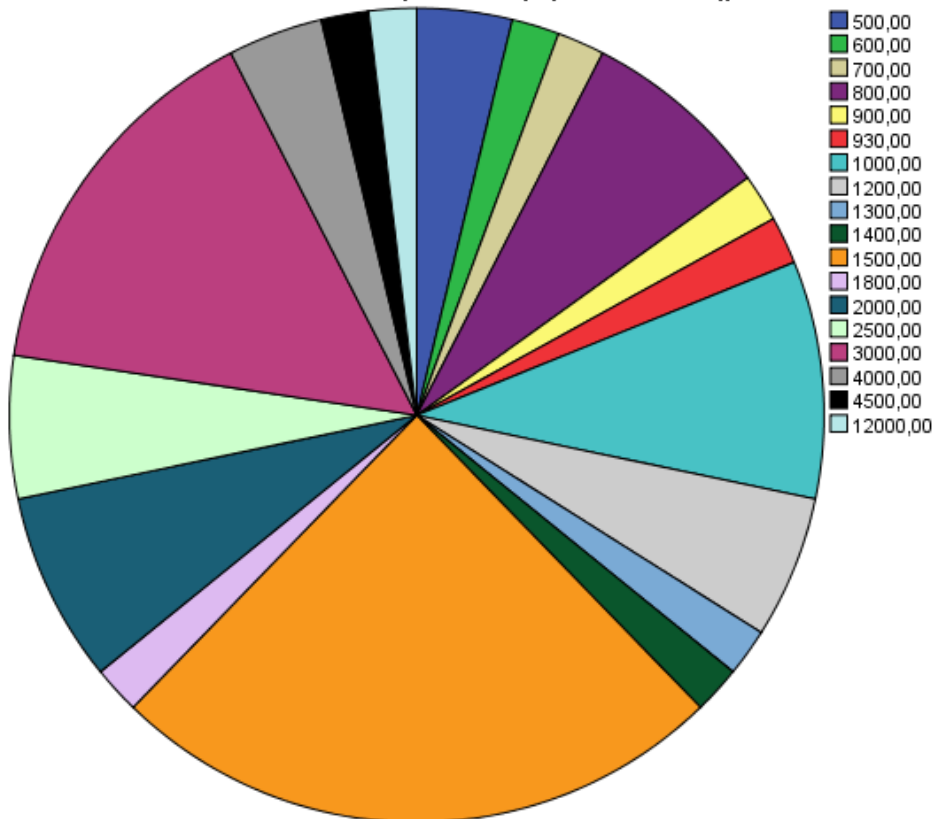
Ποια είναι η εργασία σας;

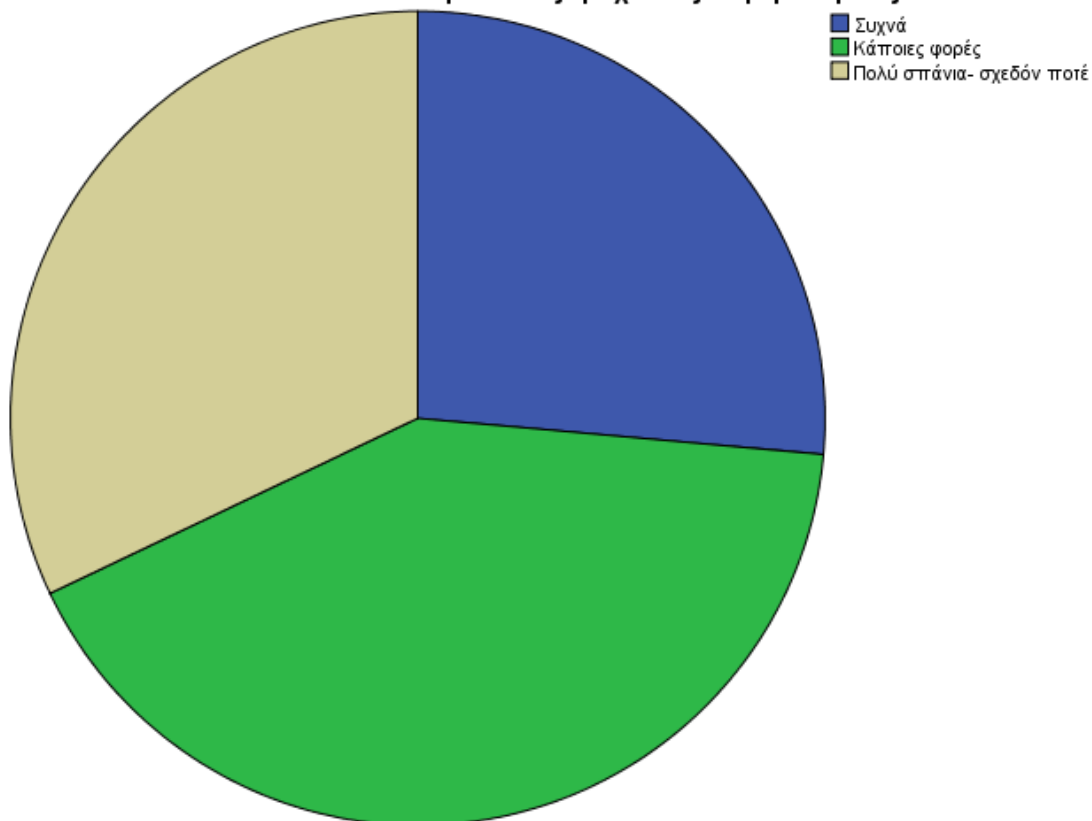
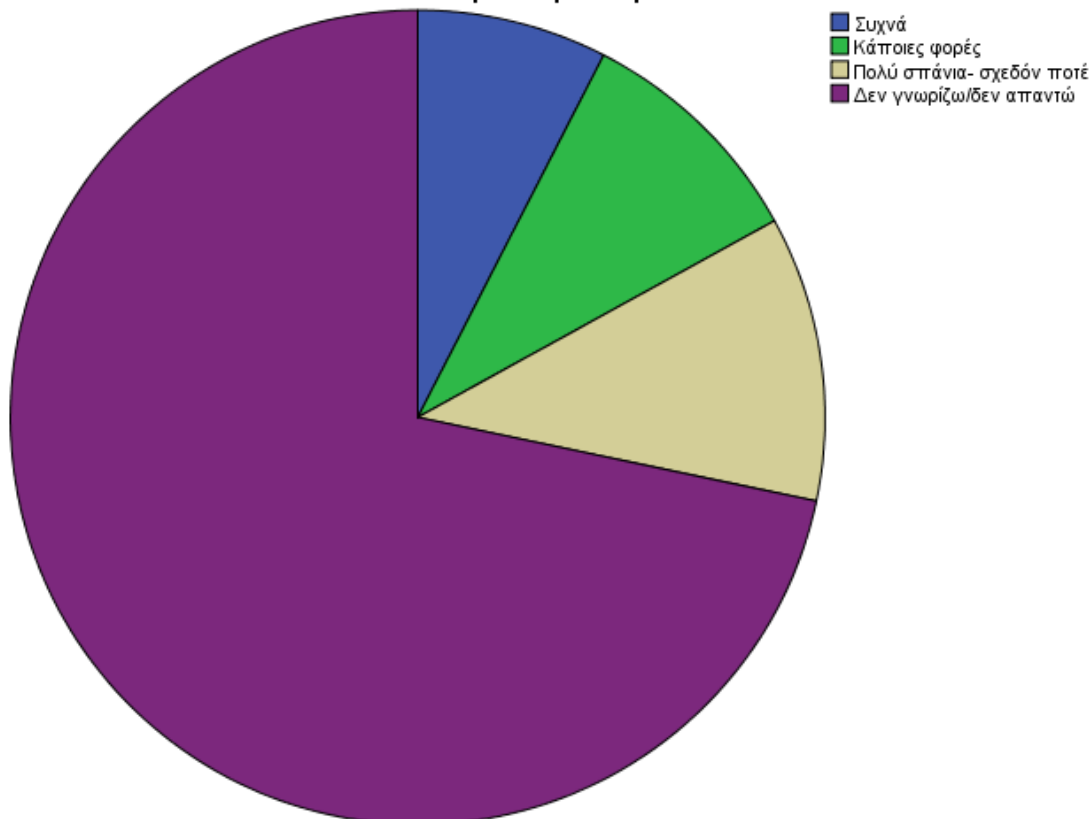


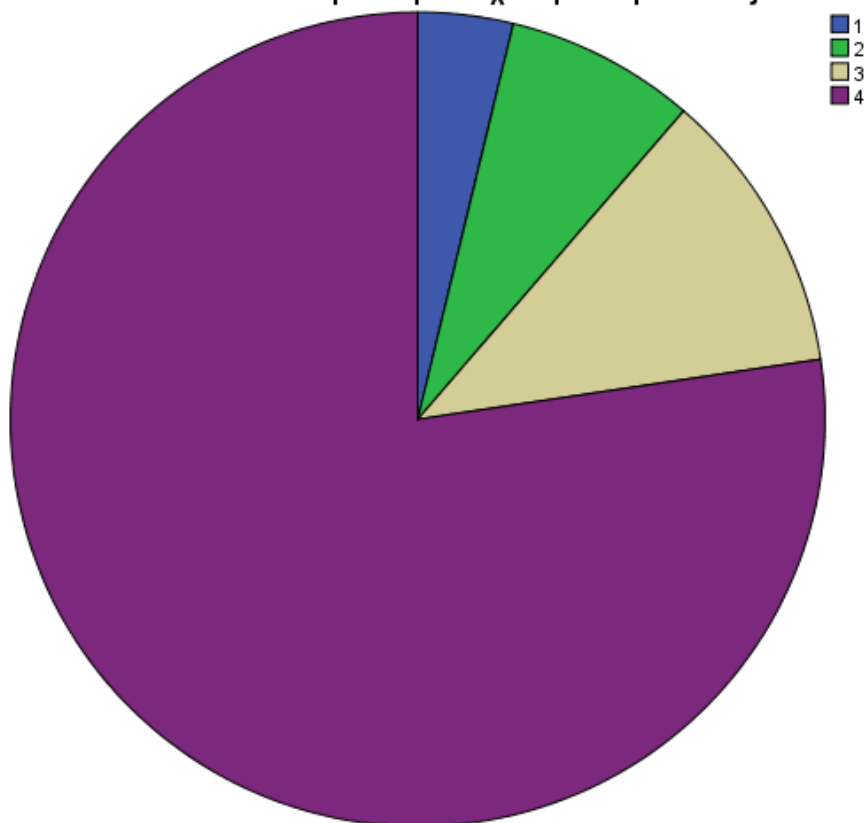
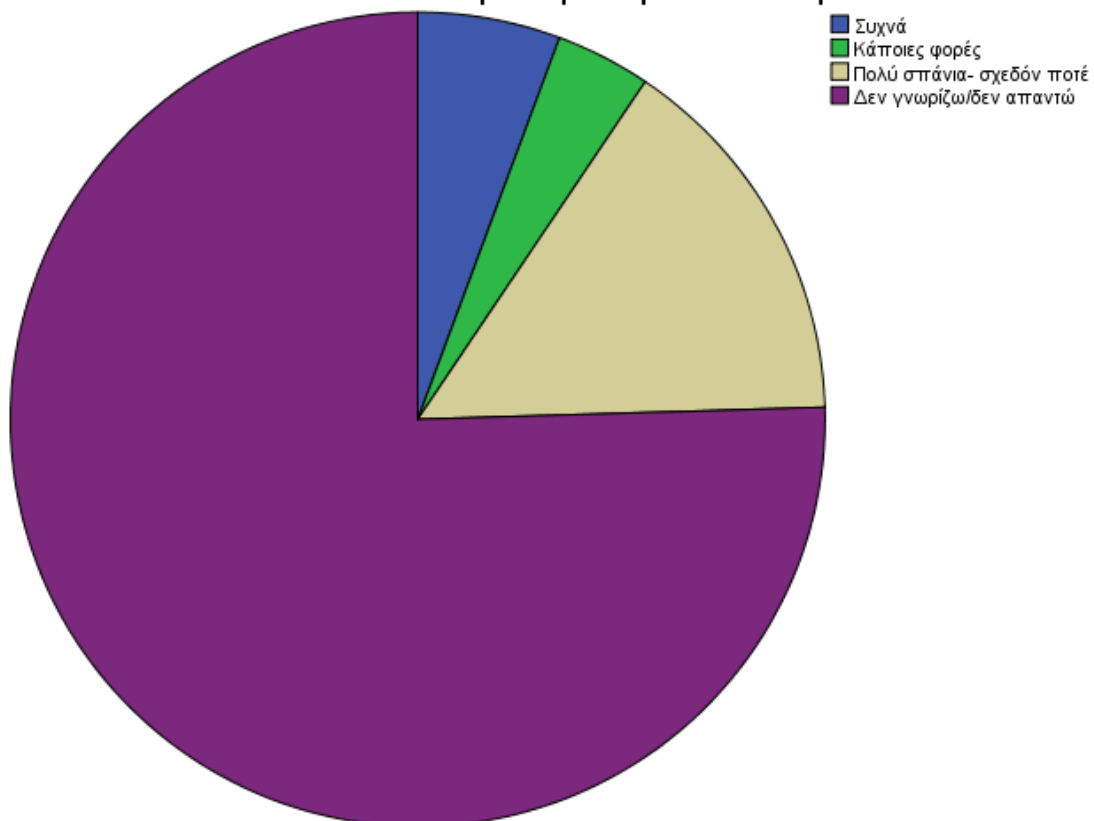
ατομικό μηνιαίο εισόδημα

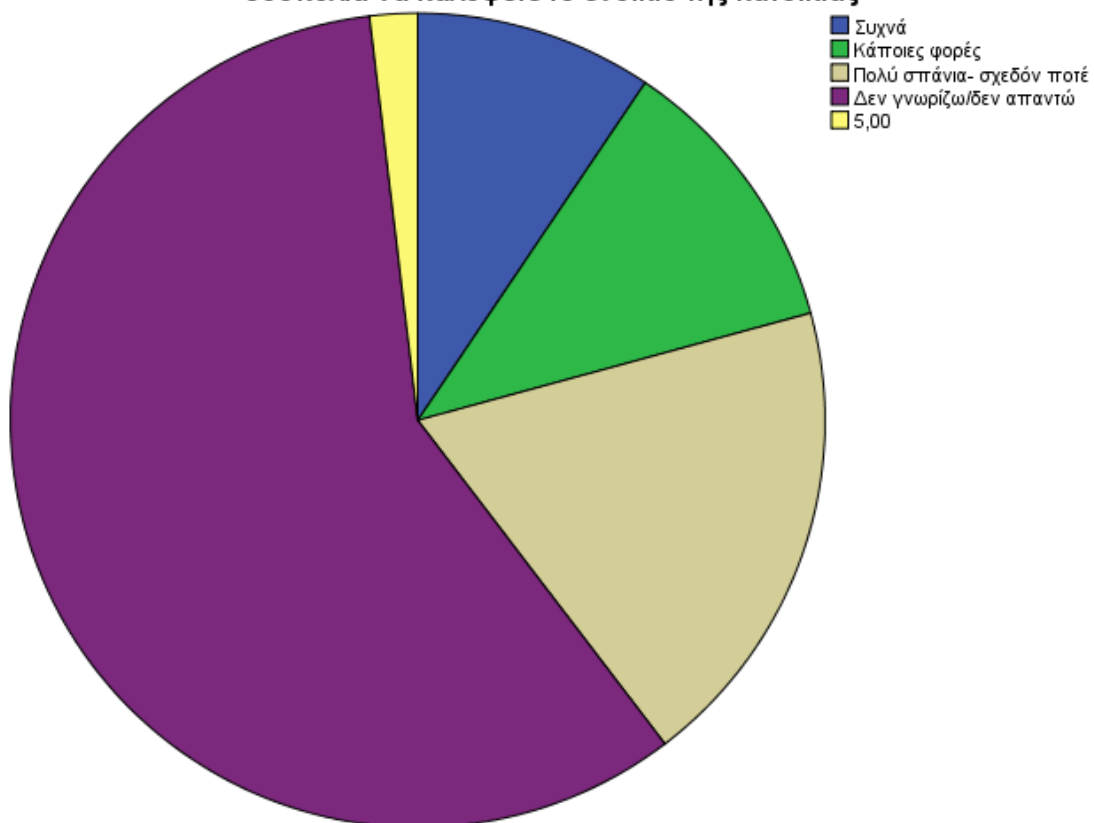
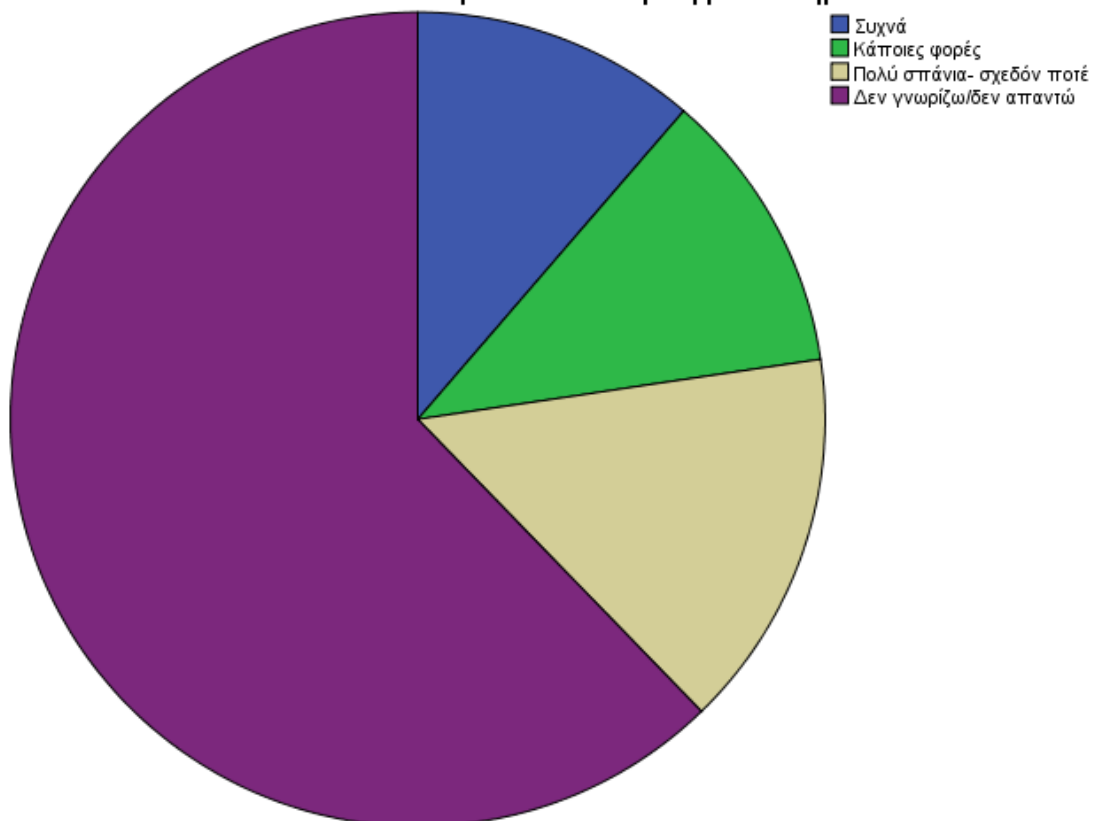


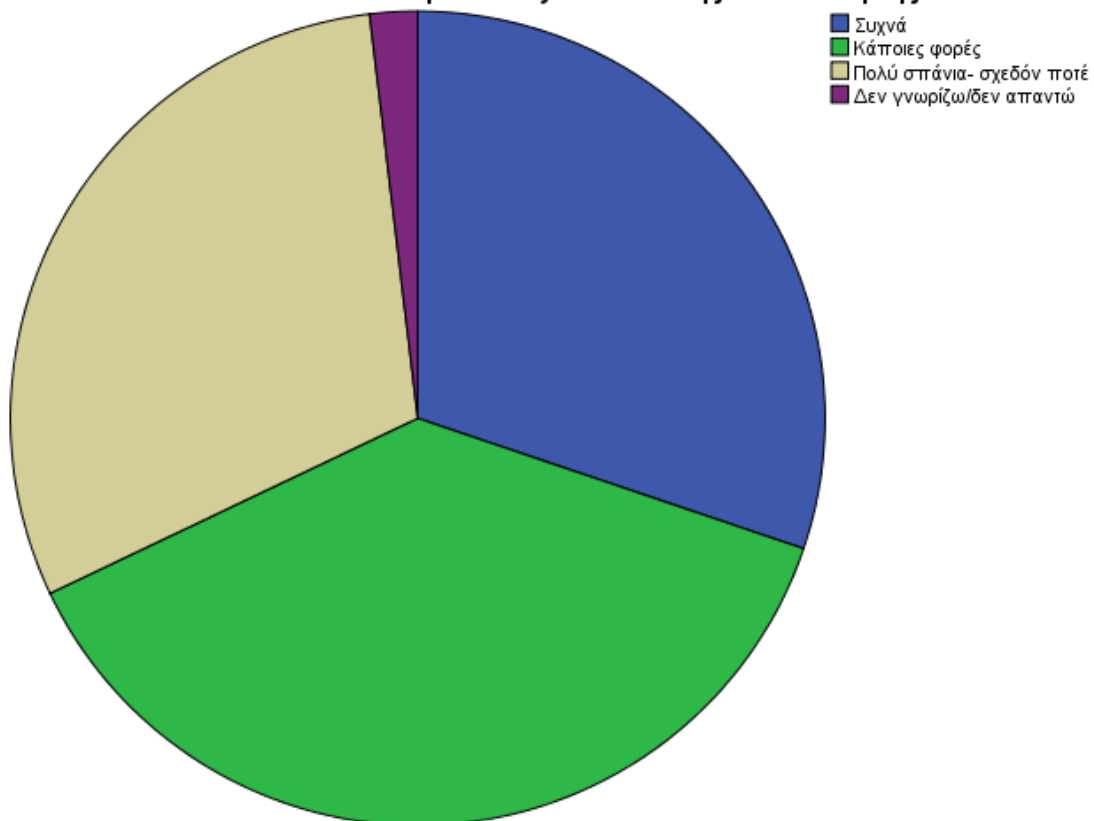
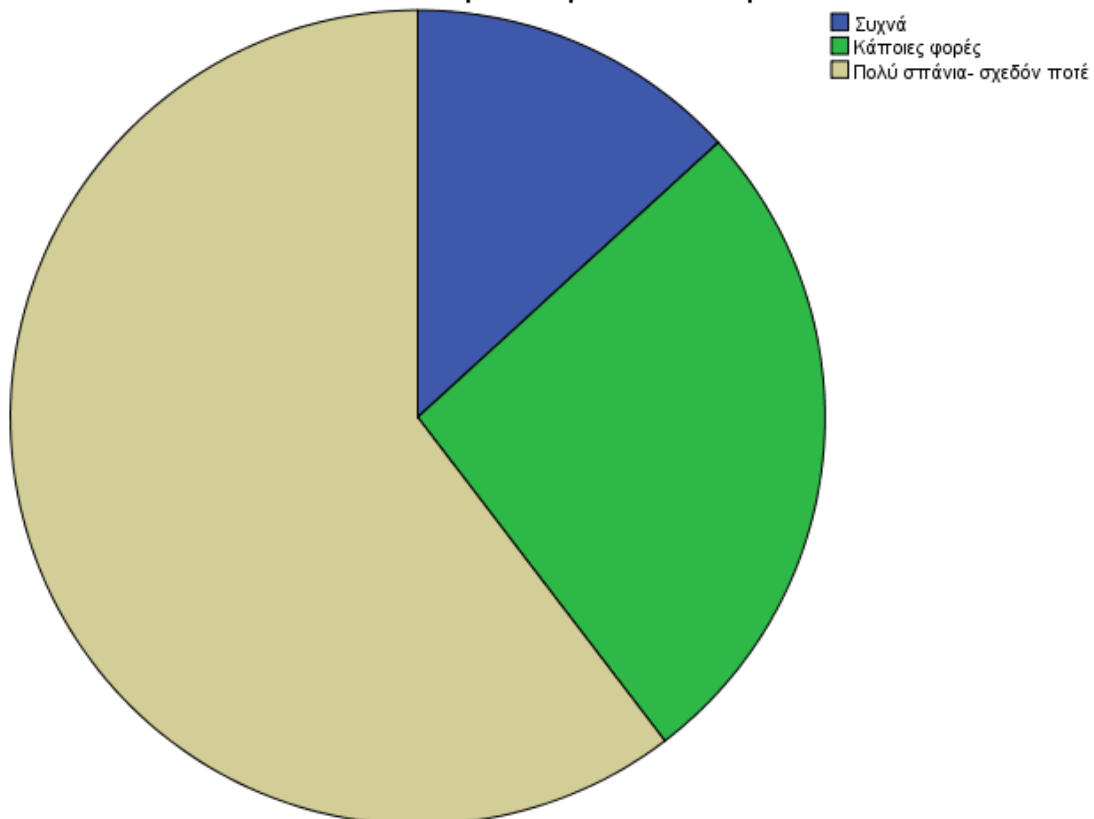
οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα



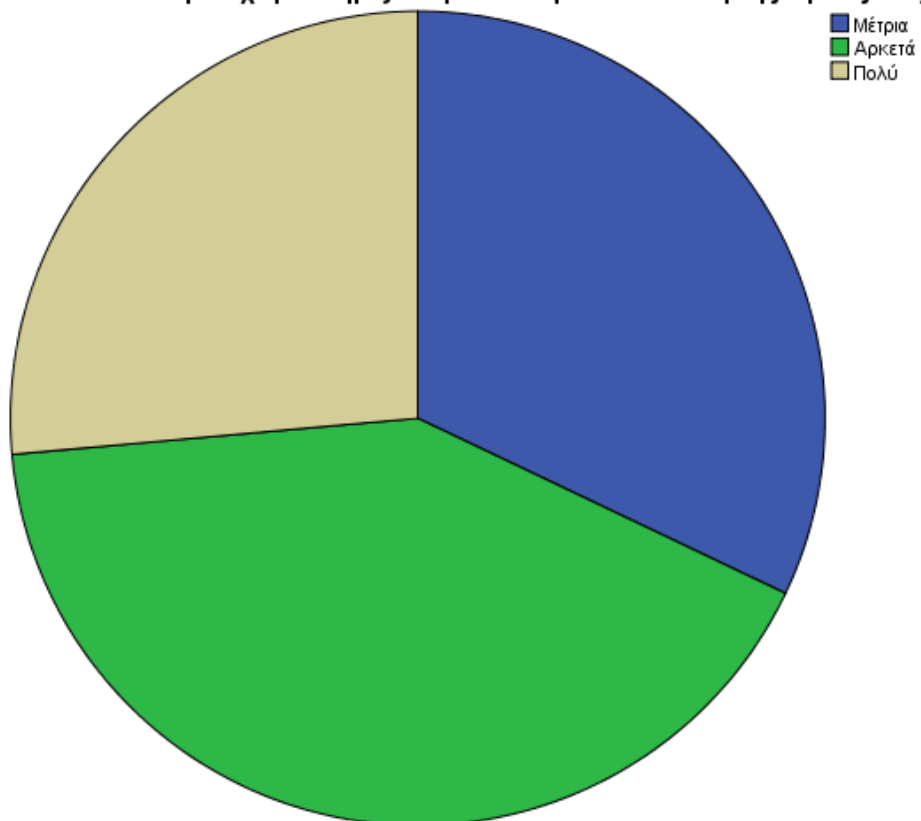
δυσκολία να καλύψετε τους τρέχοντες λογαριασμούς**δυσκολία να καλύψετε τη δόση κάποιου δανείου**

δυσκολία να καλύψετε την ελάχιστη δόση κάποιας πιστωτικής κάρτας**δυσκολία να καλύψετε τη δόση του αυτοκινήτου**

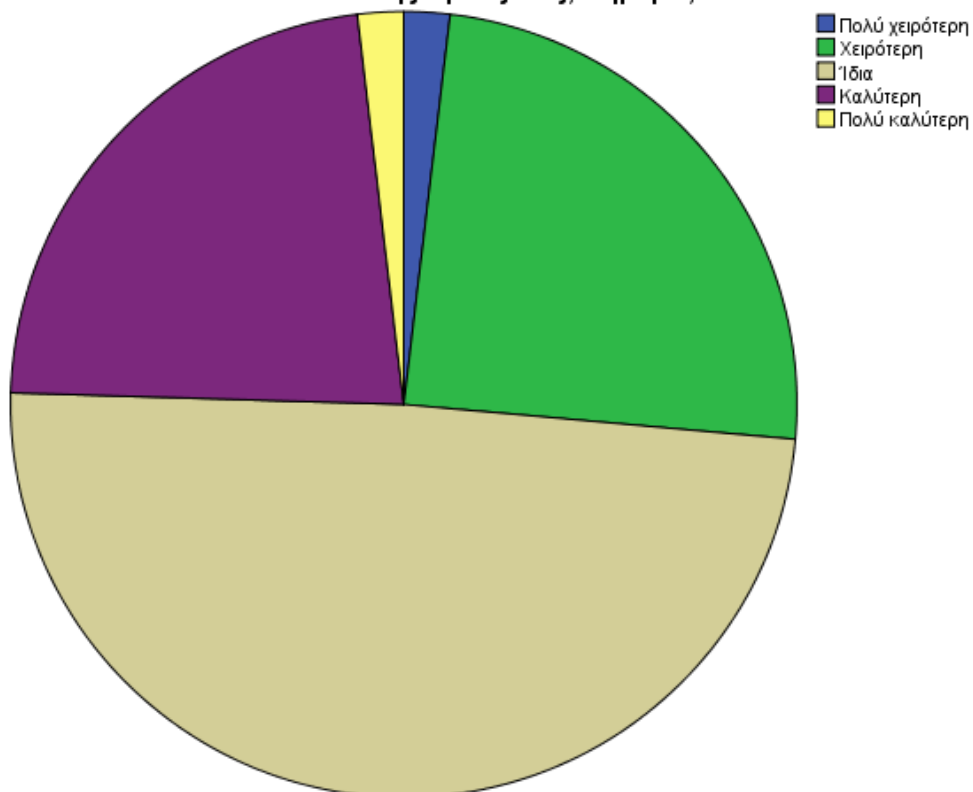
δυσκολία να καλύψετε το ενοίκιο της κατοικίας**δυσκολία να καλύψετε τα διδάκτρα φροντιστηρίων**

δυσκολία να καλύψετε τα έξοδα ένδυσης και υπόδησης**δυσκολία να καλύψετε τα ψώνια στο Supermarket**

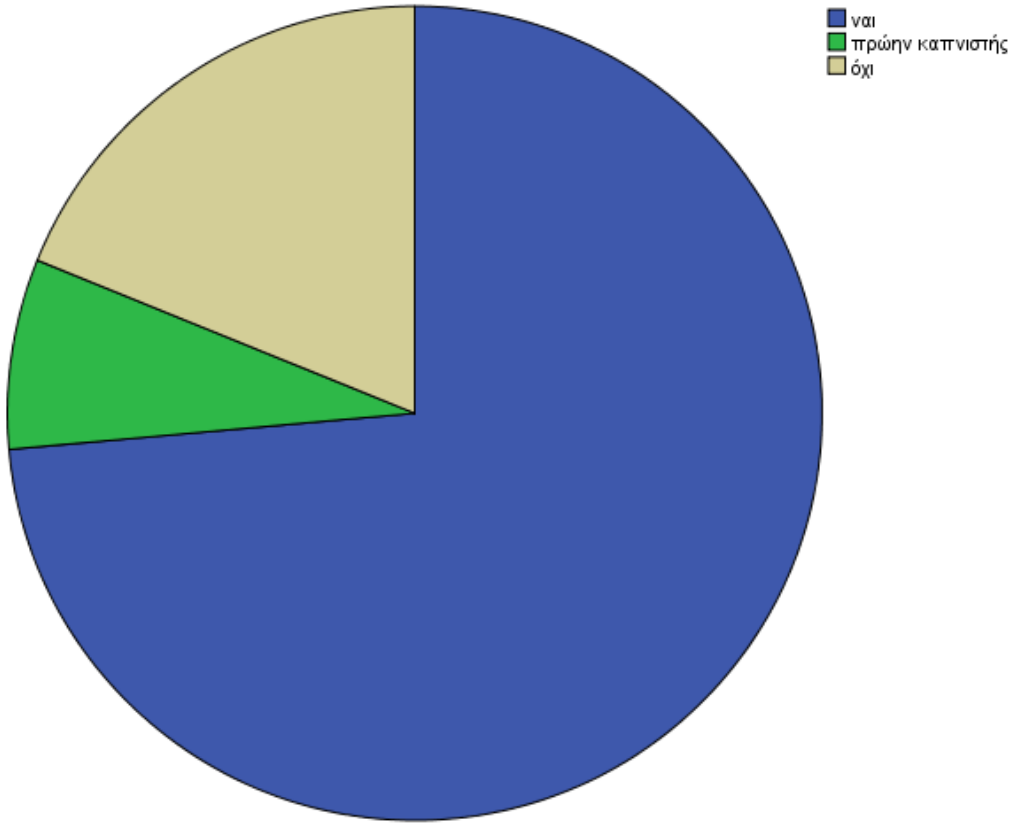
Πόσο καλή θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας, σήμερα;



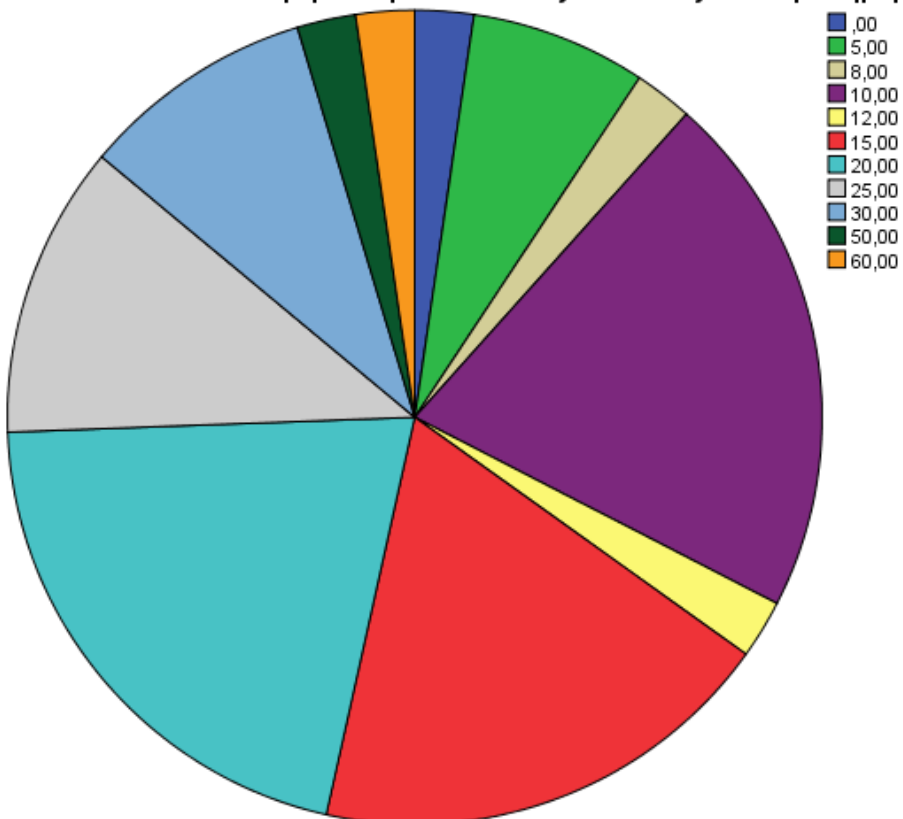
Σε σύγκριση με πριν από ένα έτος, πως θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας, σήμερα;



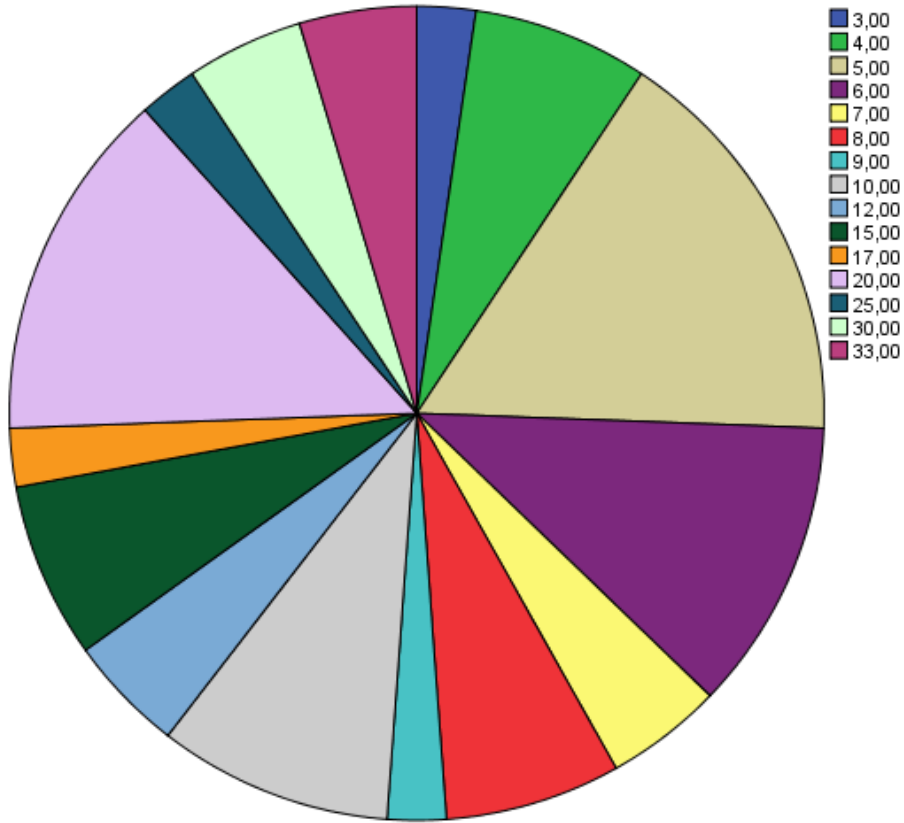
Είστε καπνιστής;



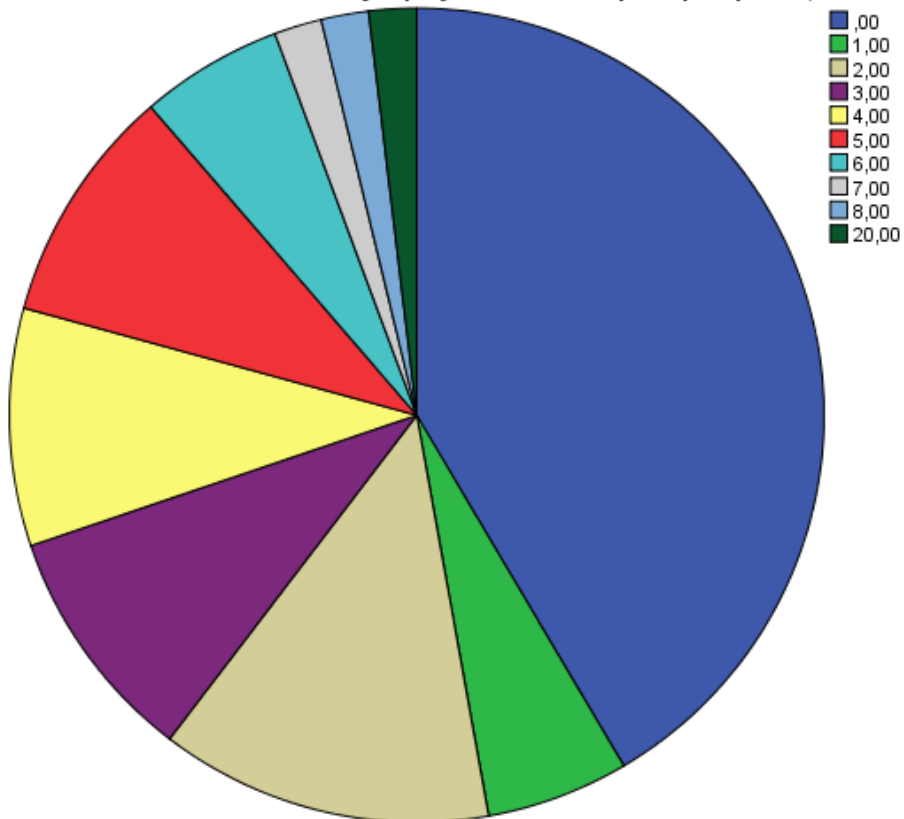
Πόσα τσιγάρα περίπου καπνίζετε/καπνίζατε σε μια ημέρα;



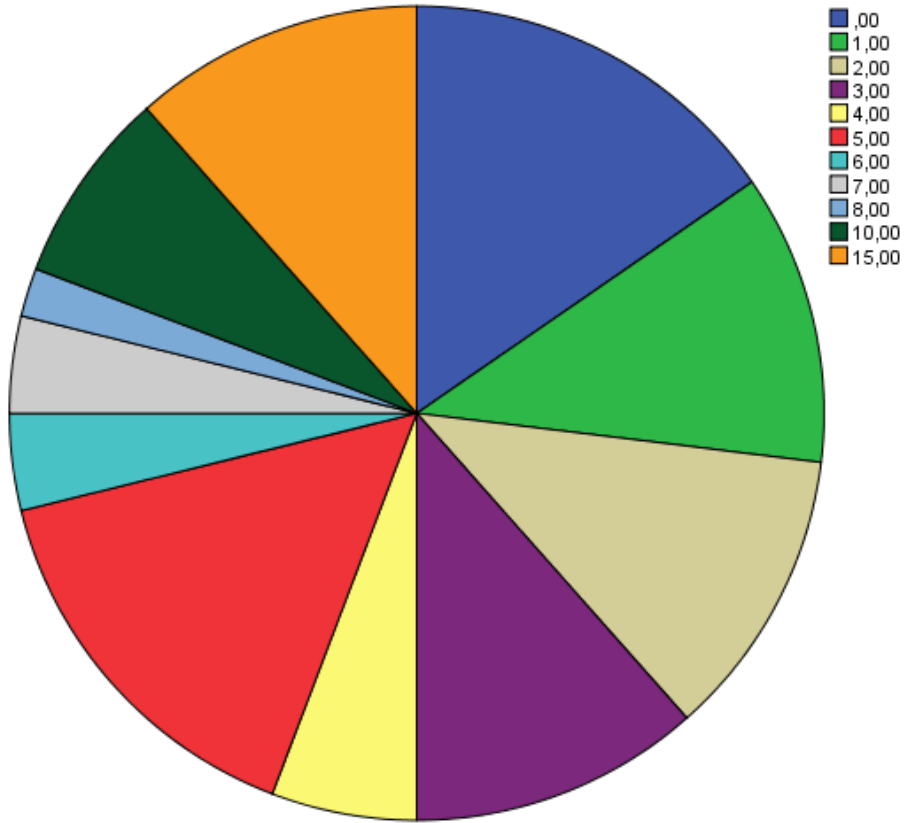
Πόσα χρόνια καπνίζετε/καπνίζατε;



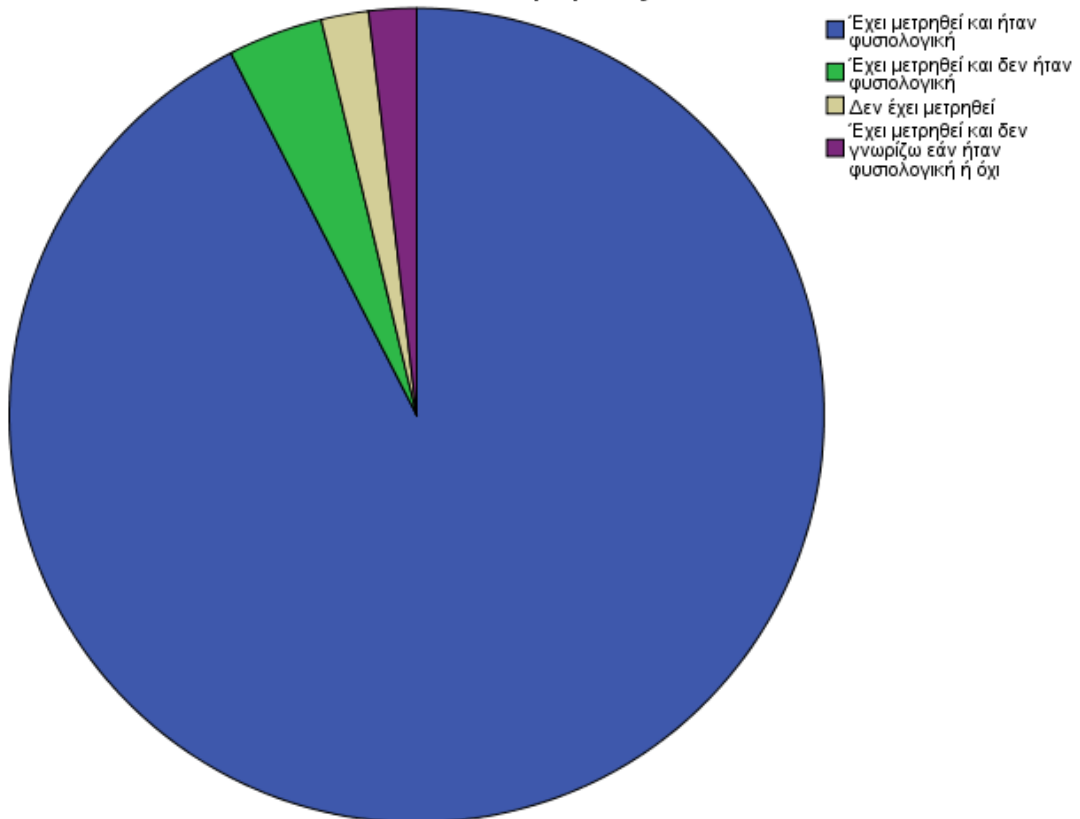
Πόσες ώρες αθλείστε σε μια εβδομάδα;

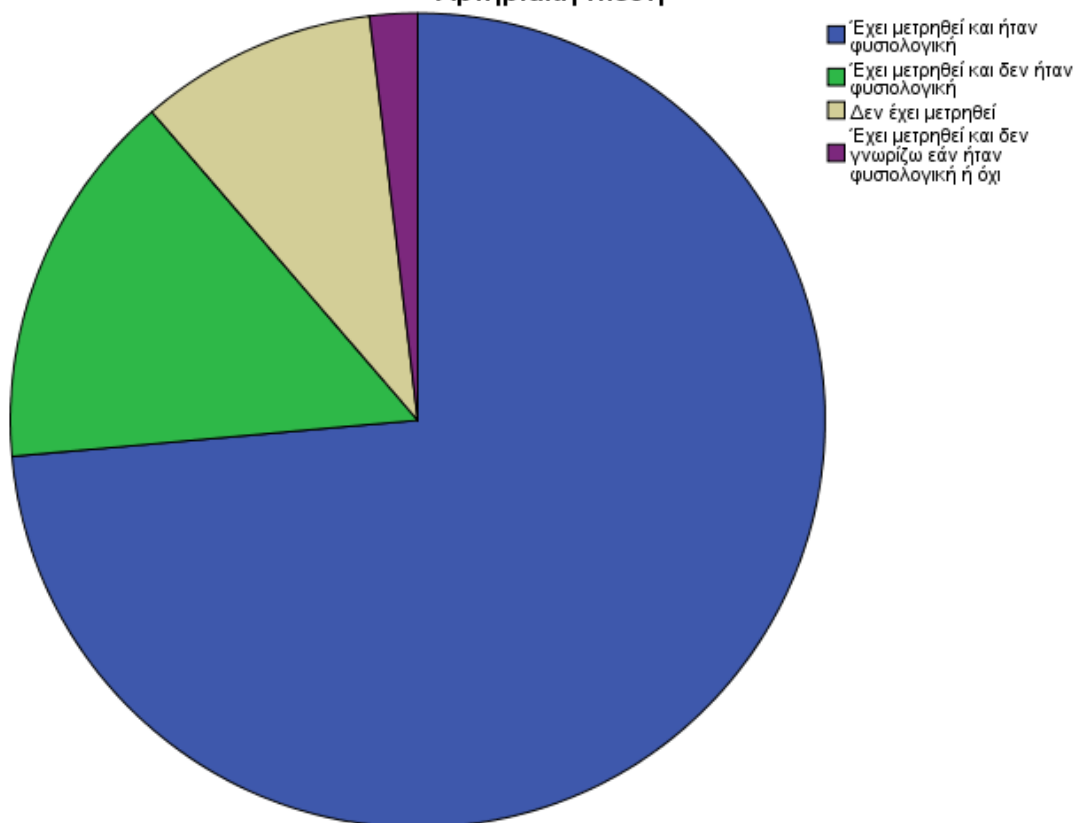
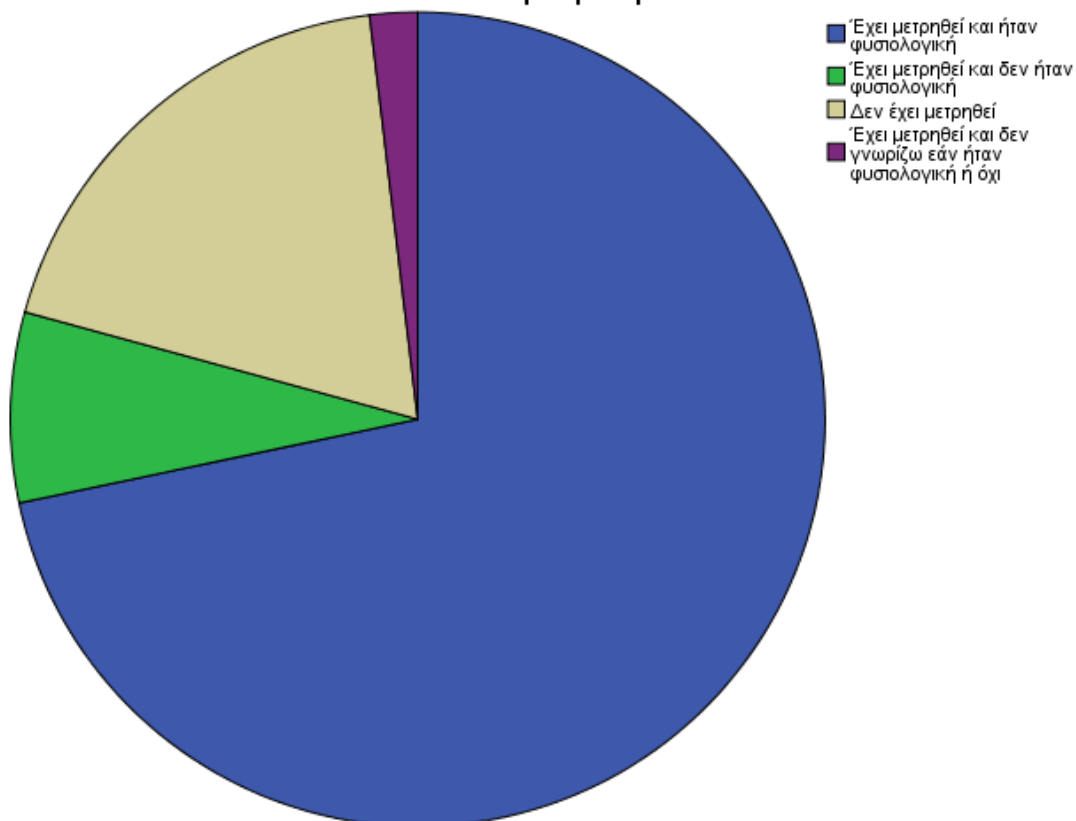


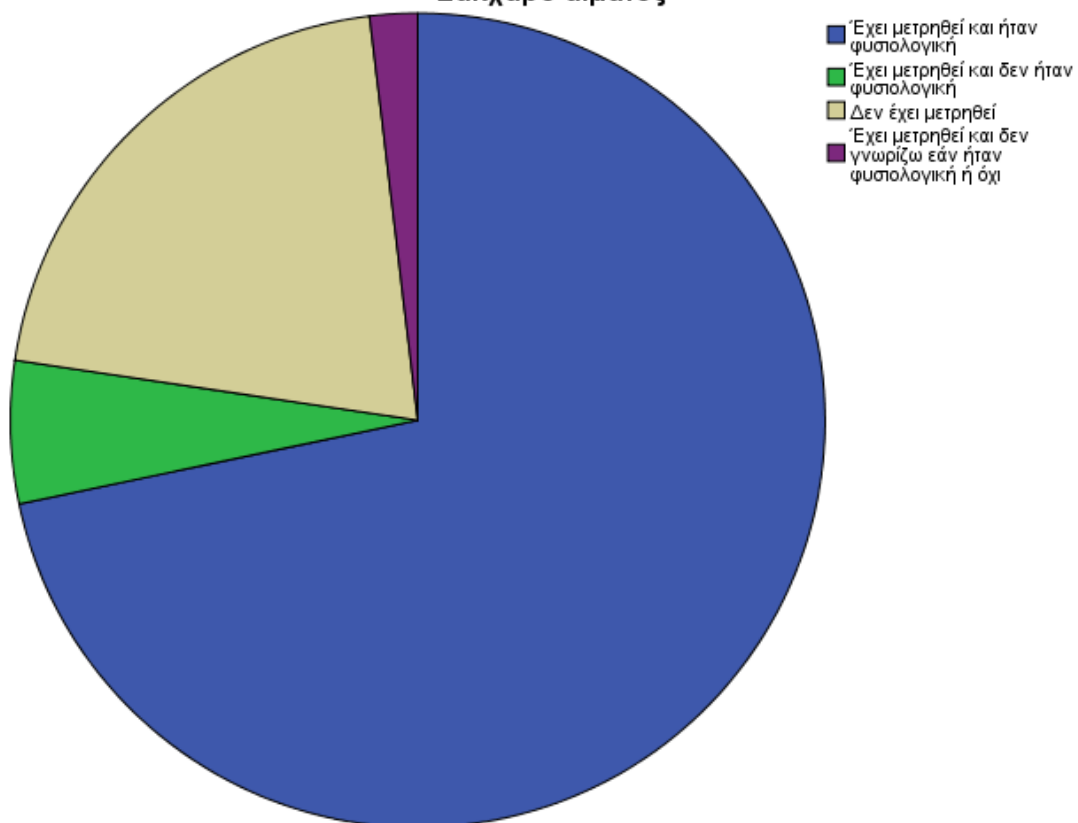
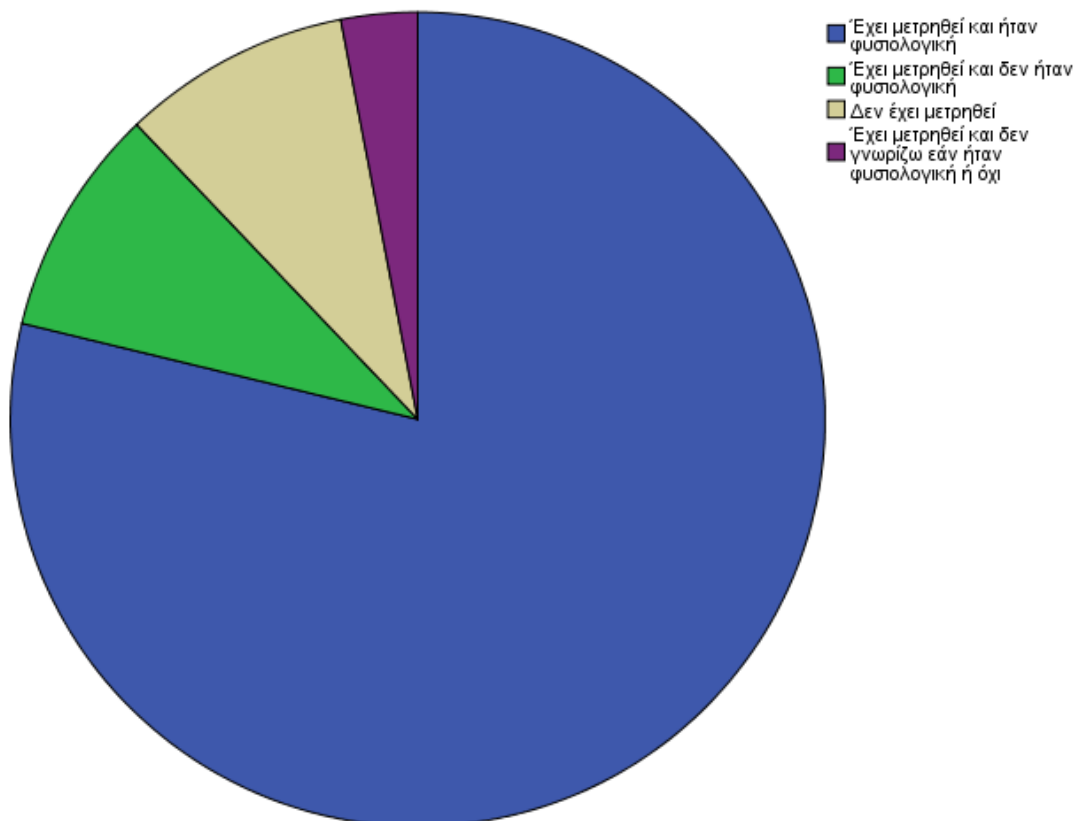
Πόσα ποτήρια αλκοολούχων ποτών καταναλώνετε σε μια εβδομάδα;

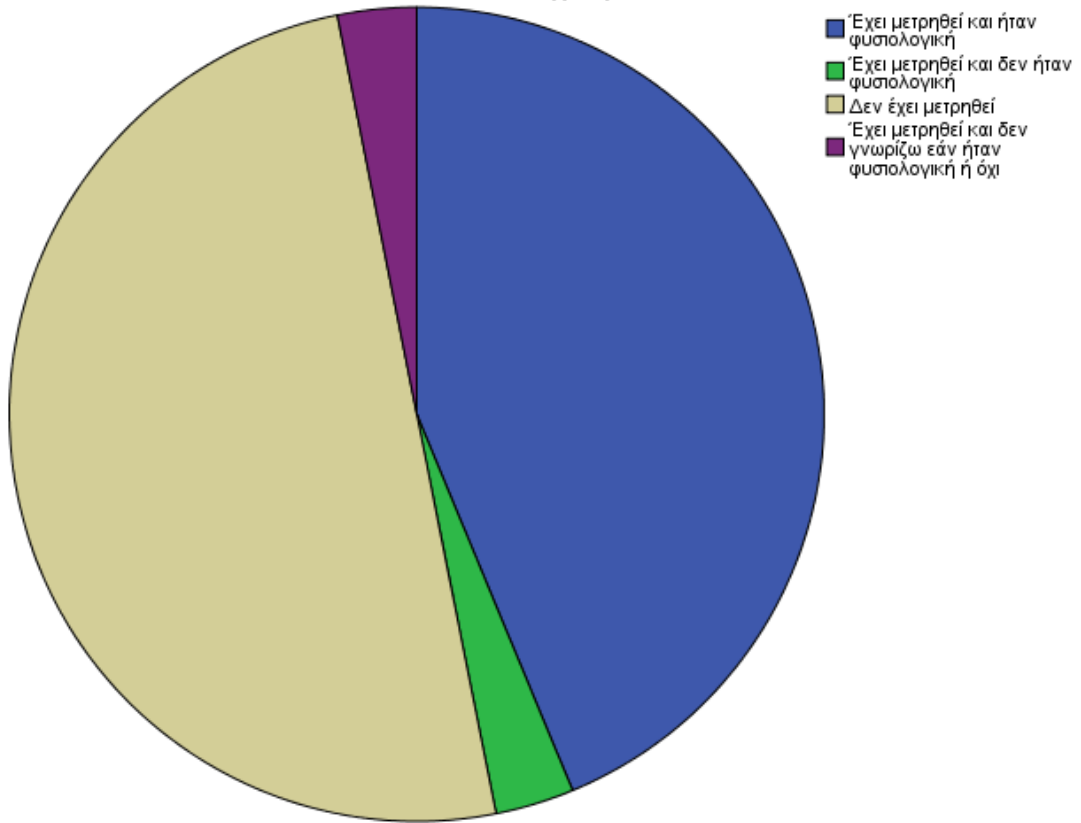
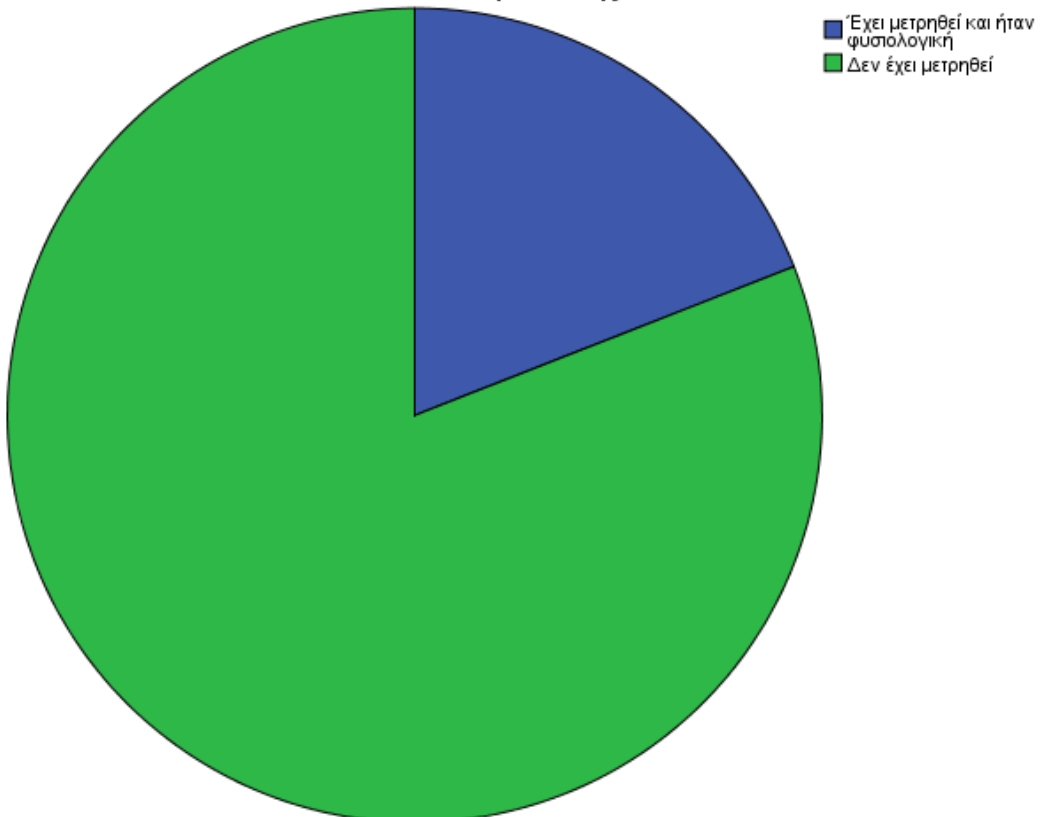


Γενική αίματος

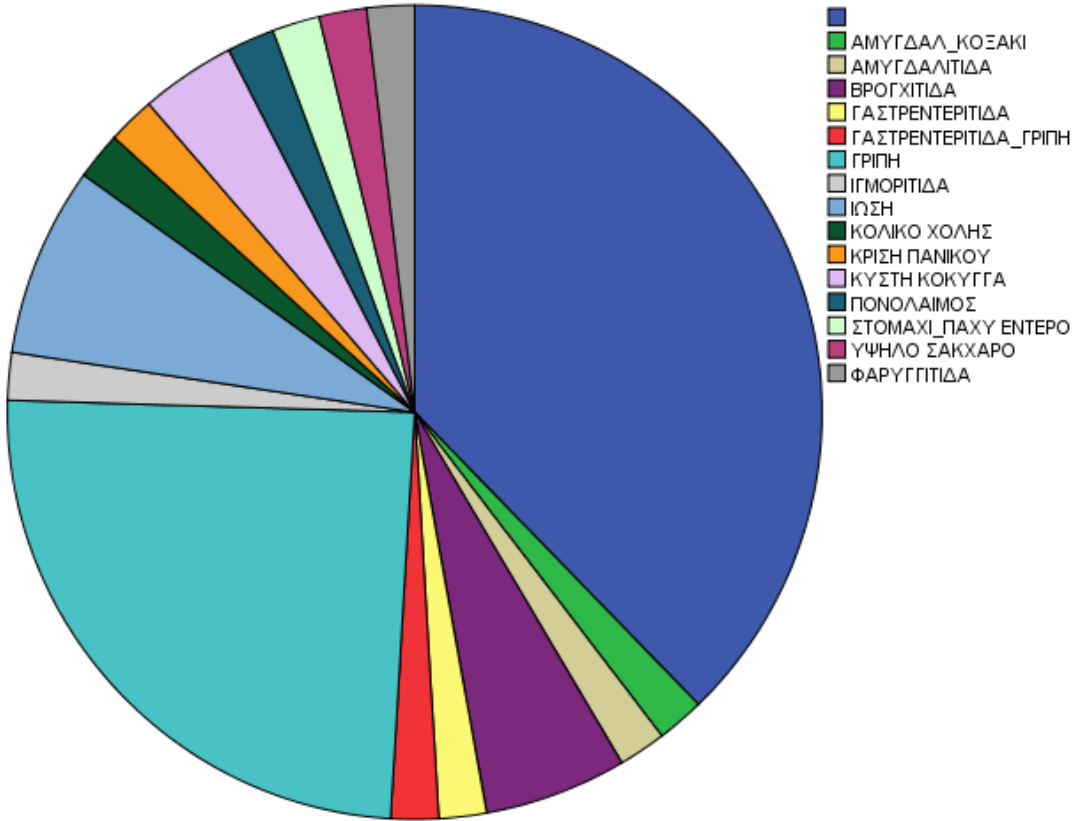


Αρτηριακή πίεση**Χοληστερόλη**

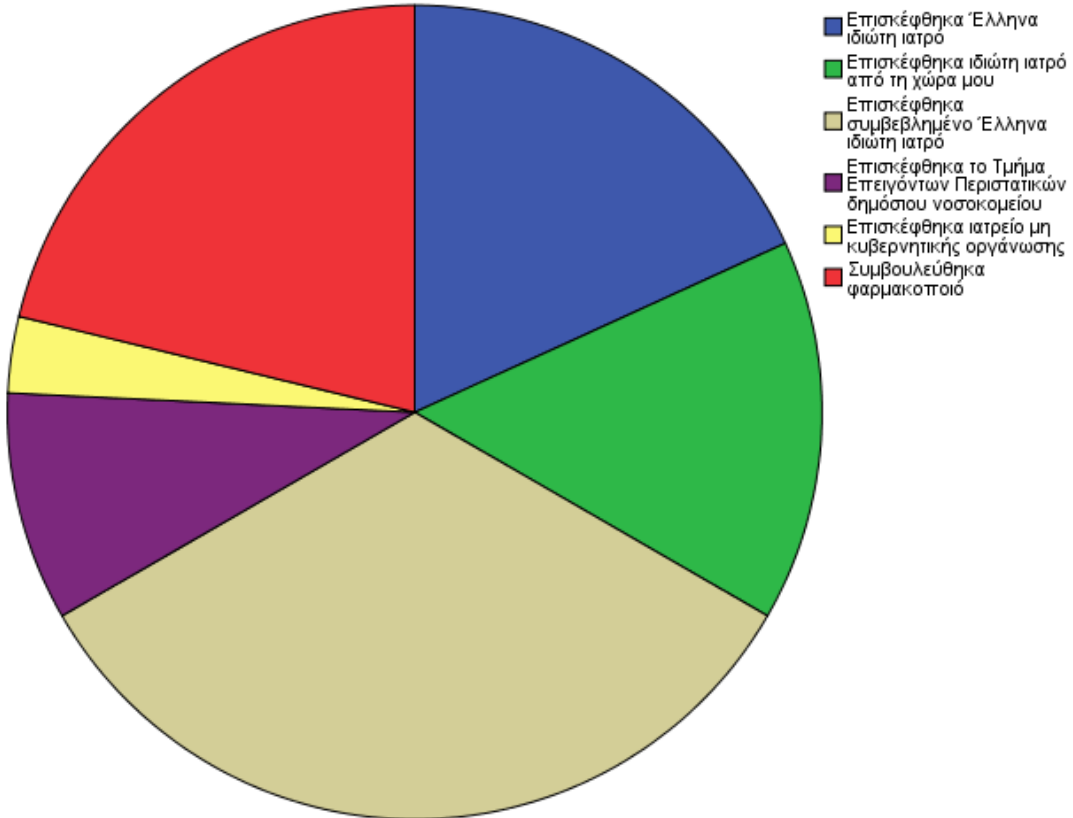
Σάκχαρο αίματος**Τεστ Παπανικολάου**

Μαστογραφία**προστάτης**

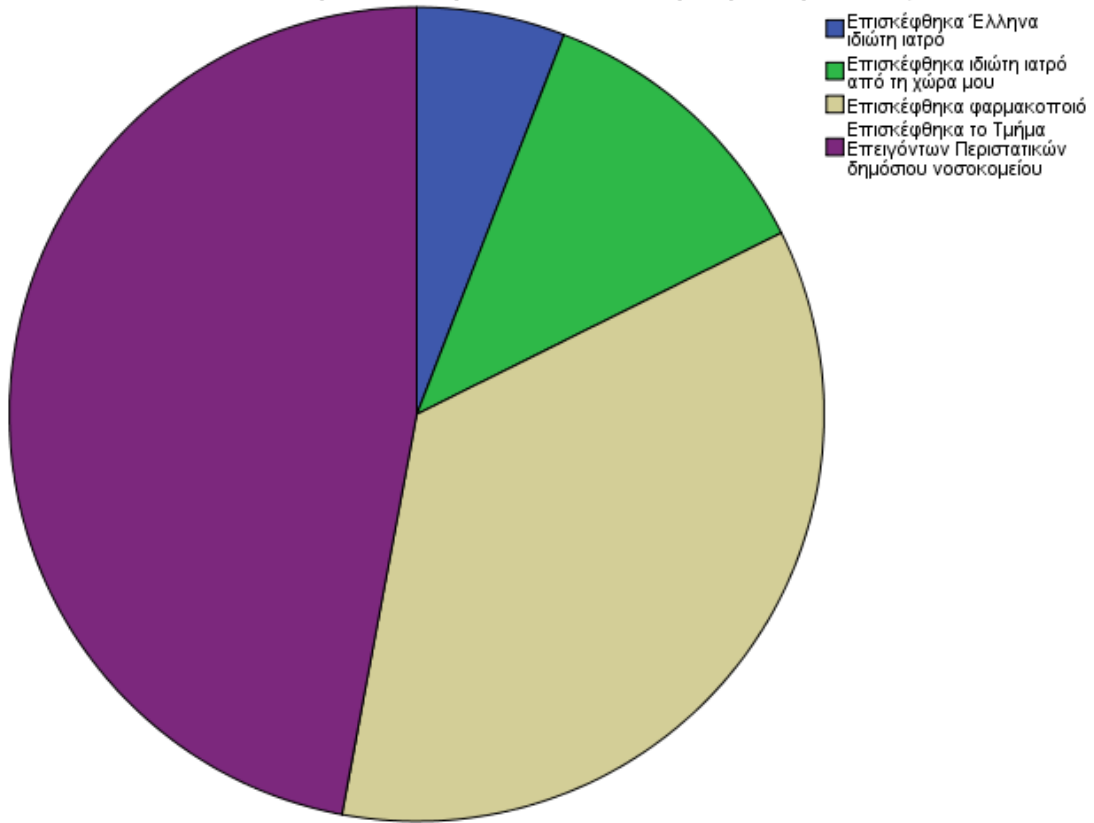
Εάν ναι, τι ασθένεια είχατε;



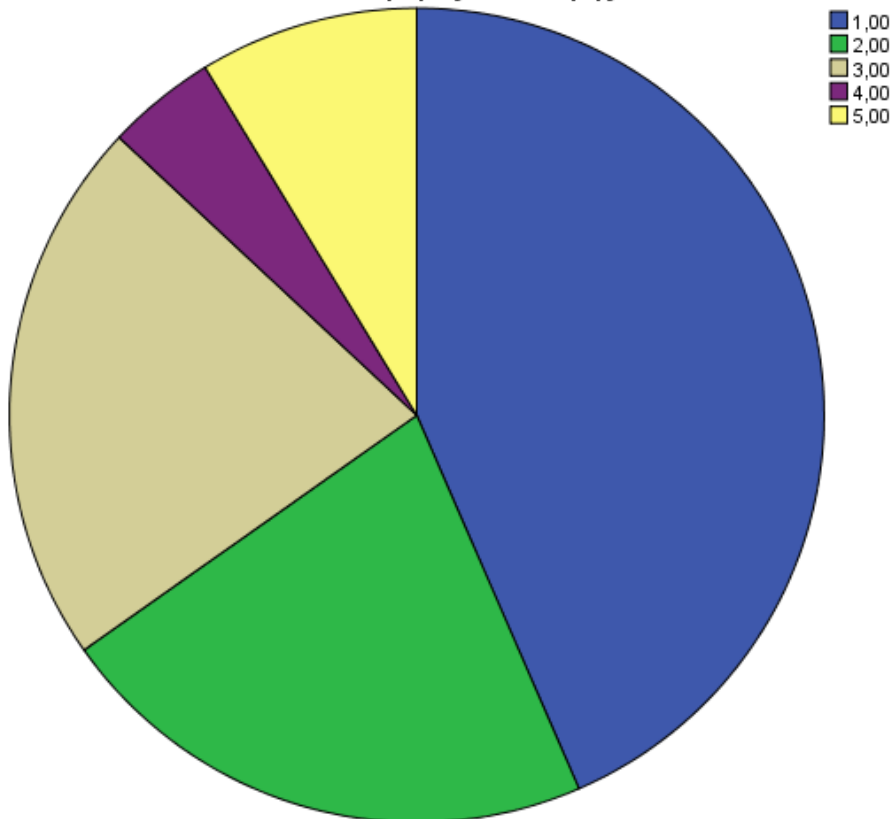
Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε την ασθένεια αυτή;



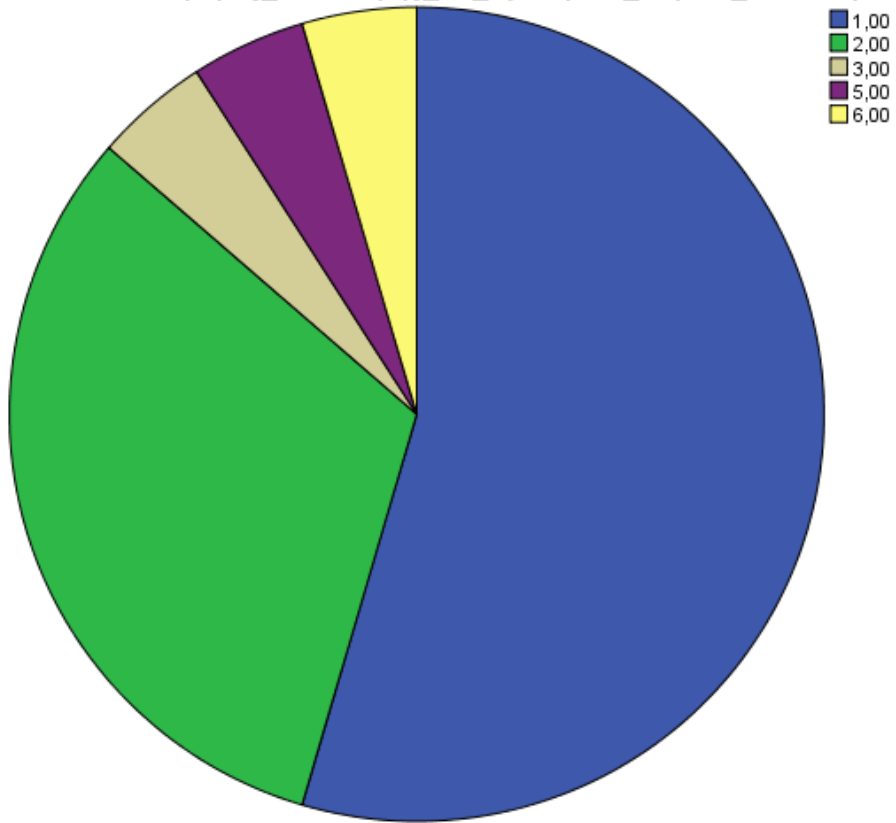
Τι κάνατε για να αντιμετωπίσετε τον τραυματισμό αυτό;



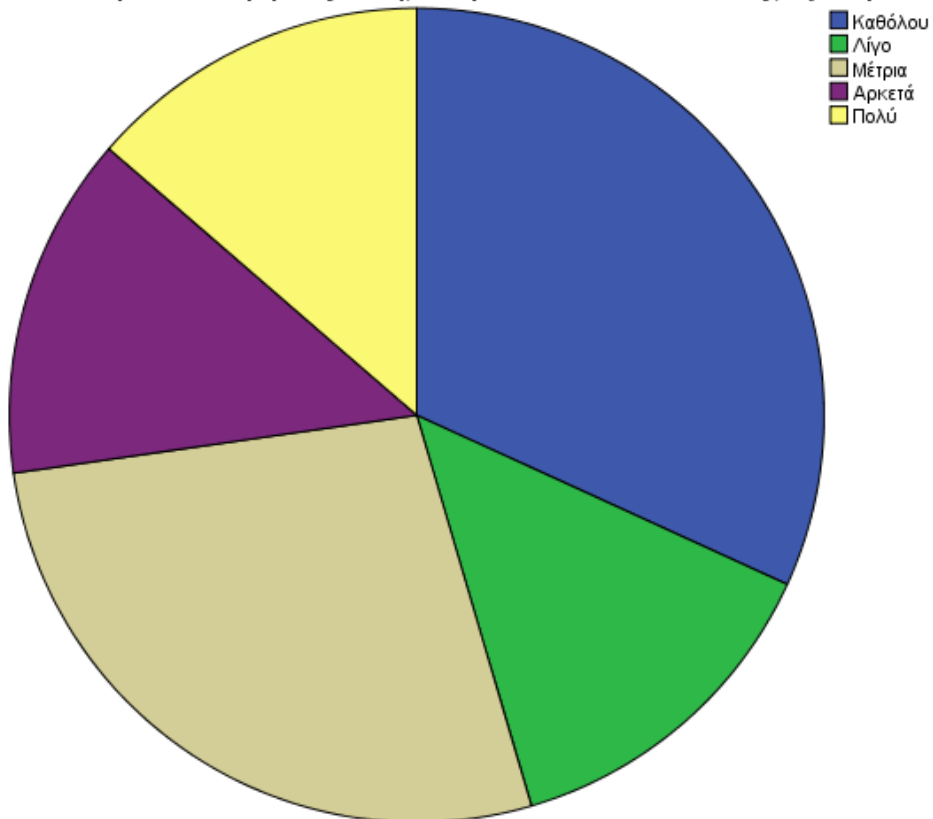
φορές επίσκεψης σε ΤΕΠ



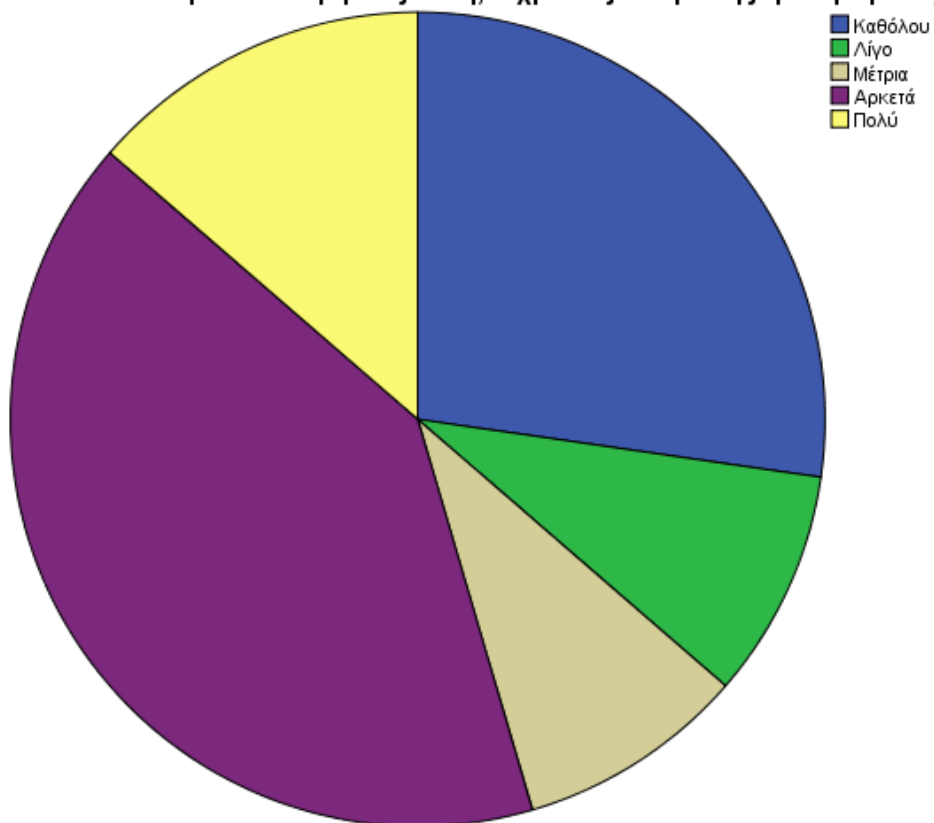
φορές_επισκεψης_σε_εξωτερικά_ιατρεία_νοσοκομείου



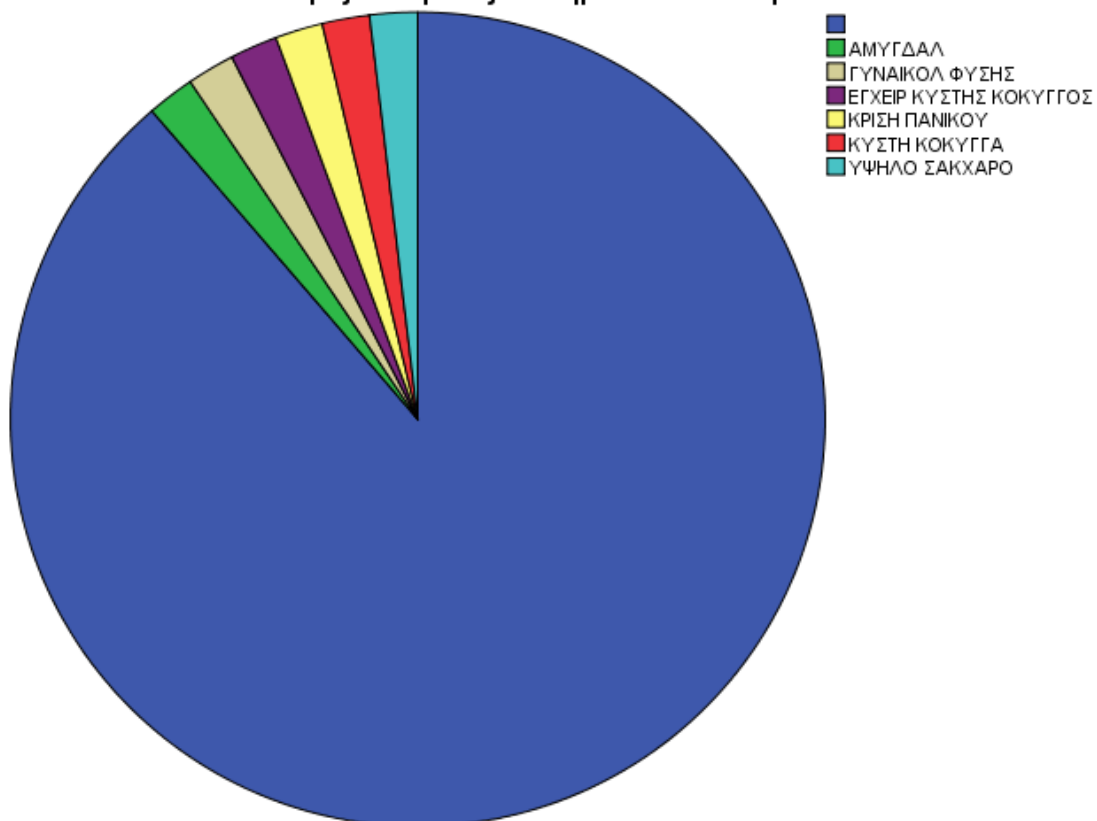
Στην επίσκεψή σας αυτή, αντιμετωπίσατε δυσκολίες; εξωτερικά ιατρεία



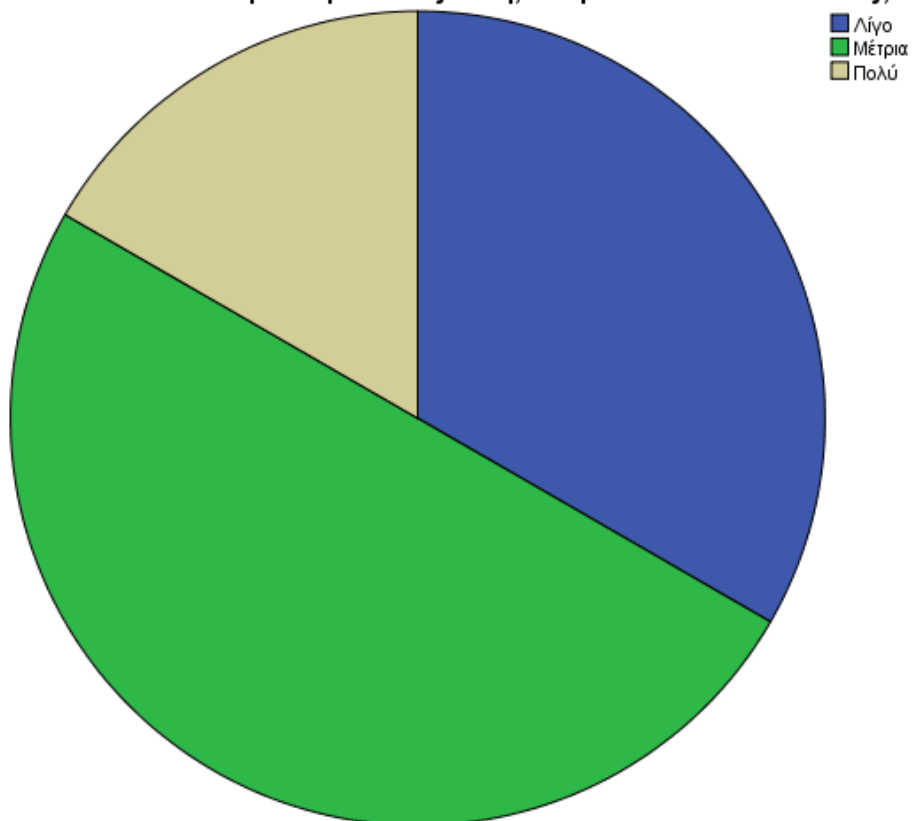
Στην επίσκεψή σας αυτή, ο χρόνος αναμονής ήταν μεγάλος;



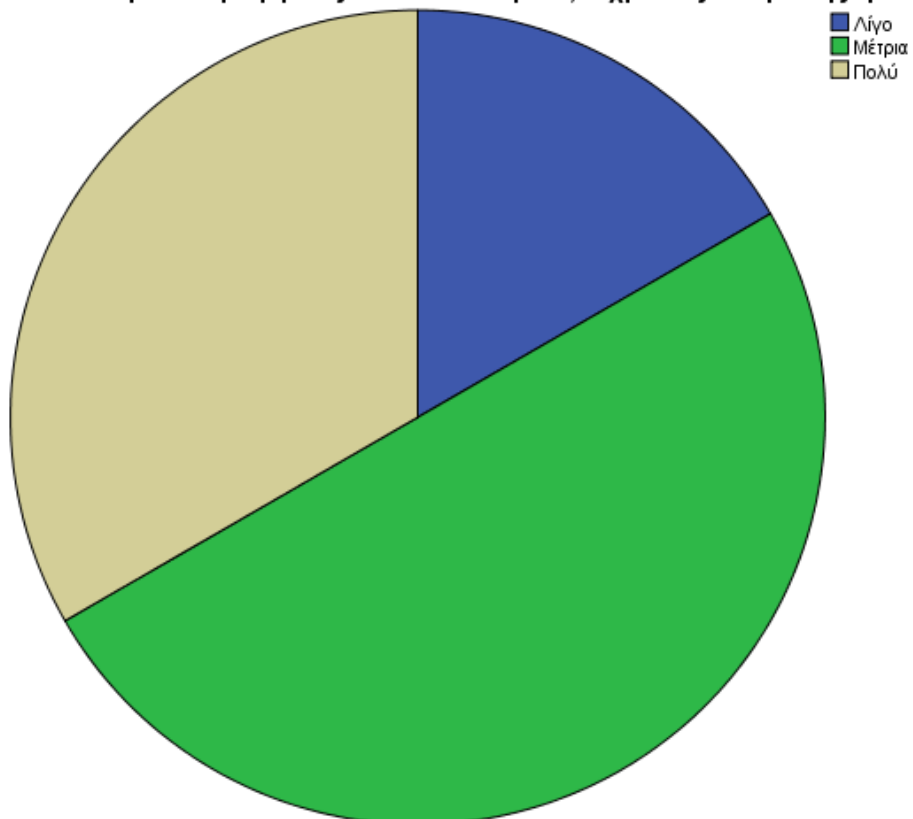
Λόγος νοσηλείας σε δημόσιο νοσοκομείο



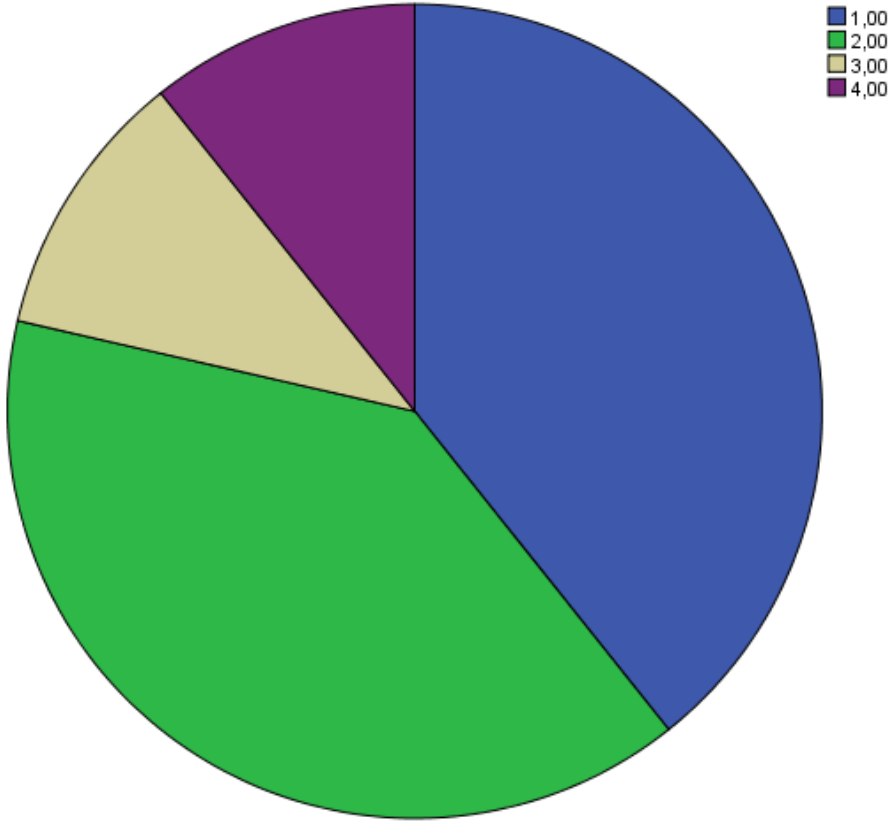
Στη νοσηλεία σας αυτή, αντιμετωπίσατε δυσκολίες;



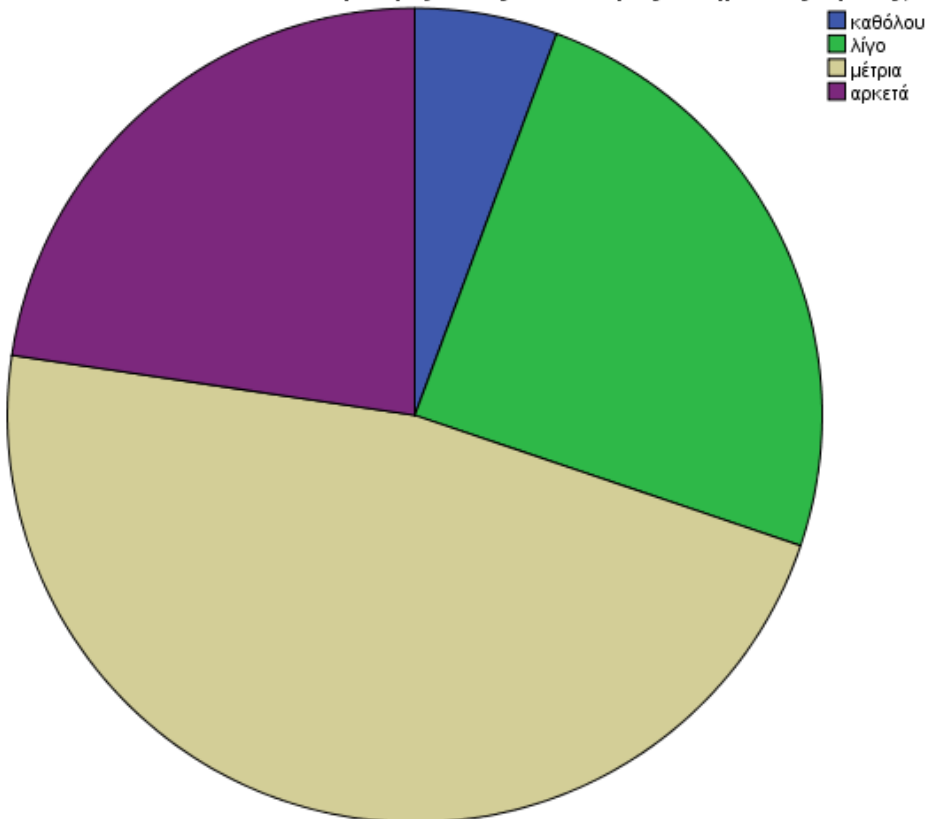
Για την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο, ο χρόνος αναμονής ήταν μεγάλος;



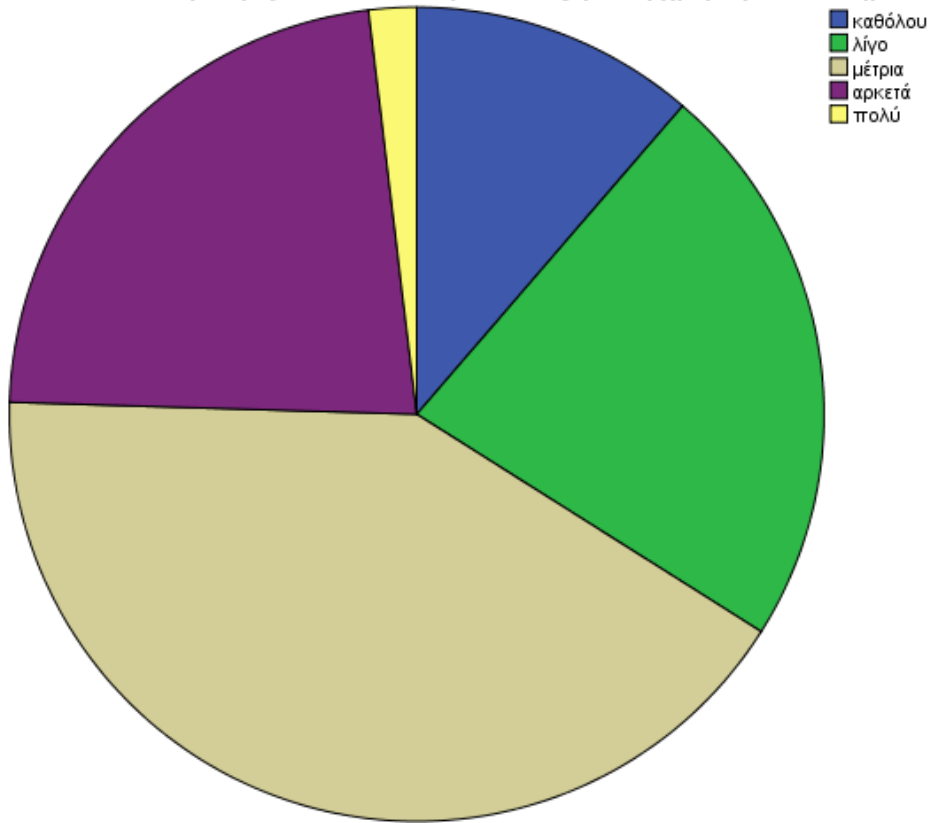
Πόσες φορές επισκεφθήκατε ιδιώτη ιατρό;



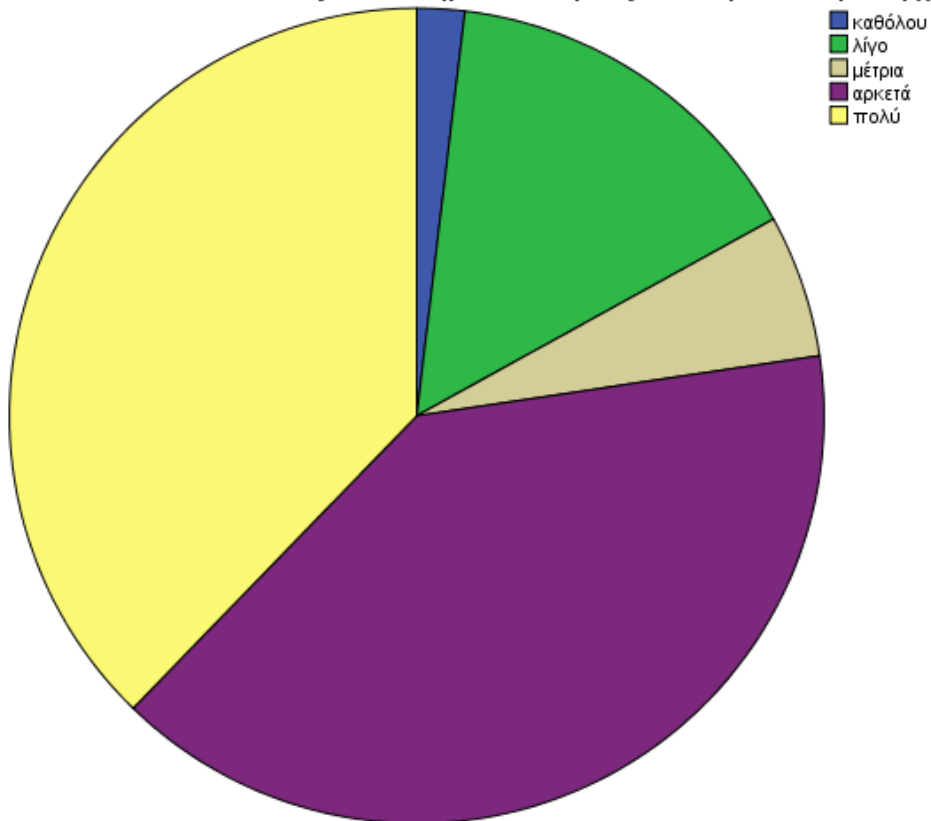
Πόσο καλά γνωρίζετε τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας;



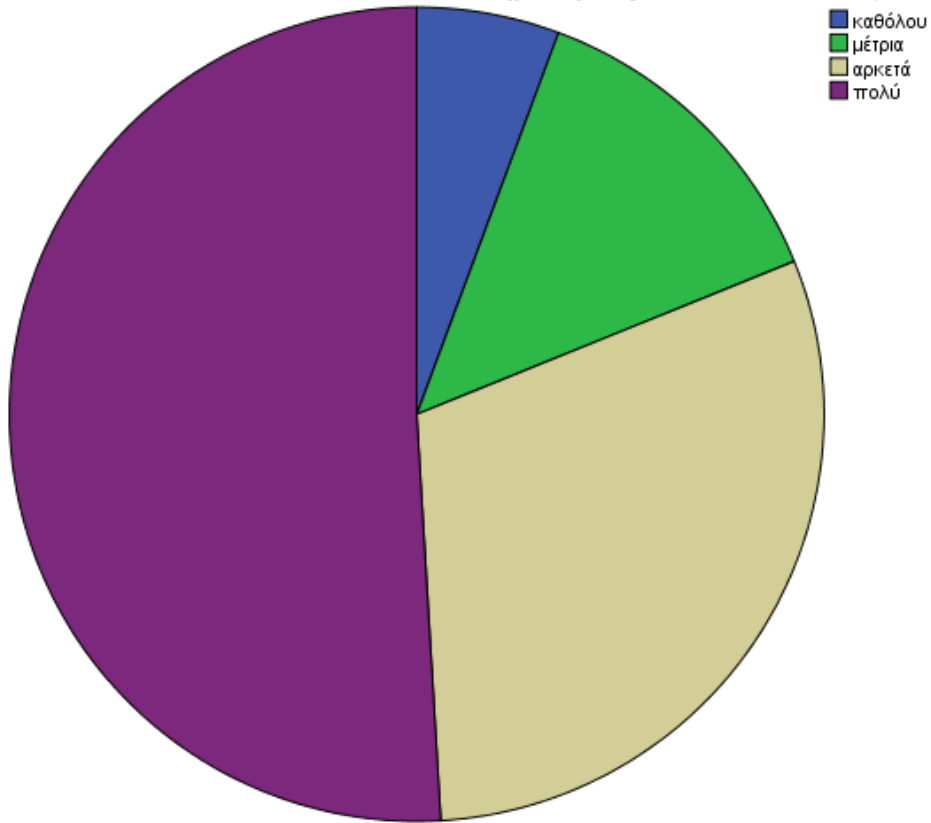
Πόσο καλά γνωρίζετε τα δικαιώματά σας για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας;



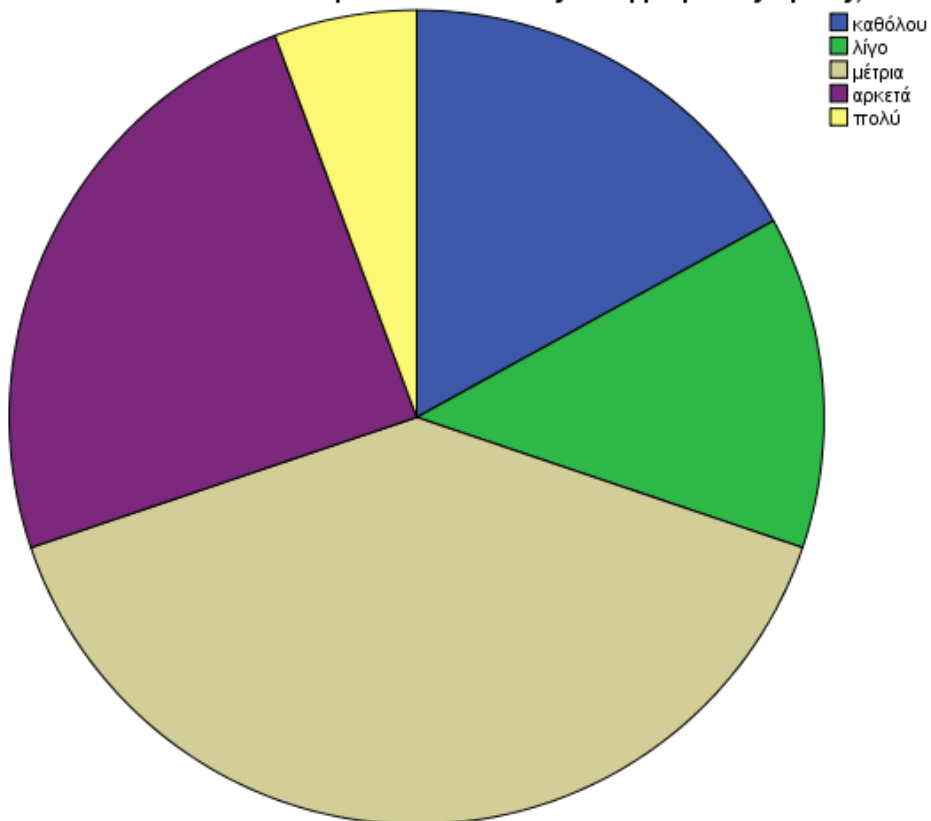
Πιστεύετε ότι το κόστος των υπηρεσιών υγείας είναι εμπόδιο για τη χρήση τους;



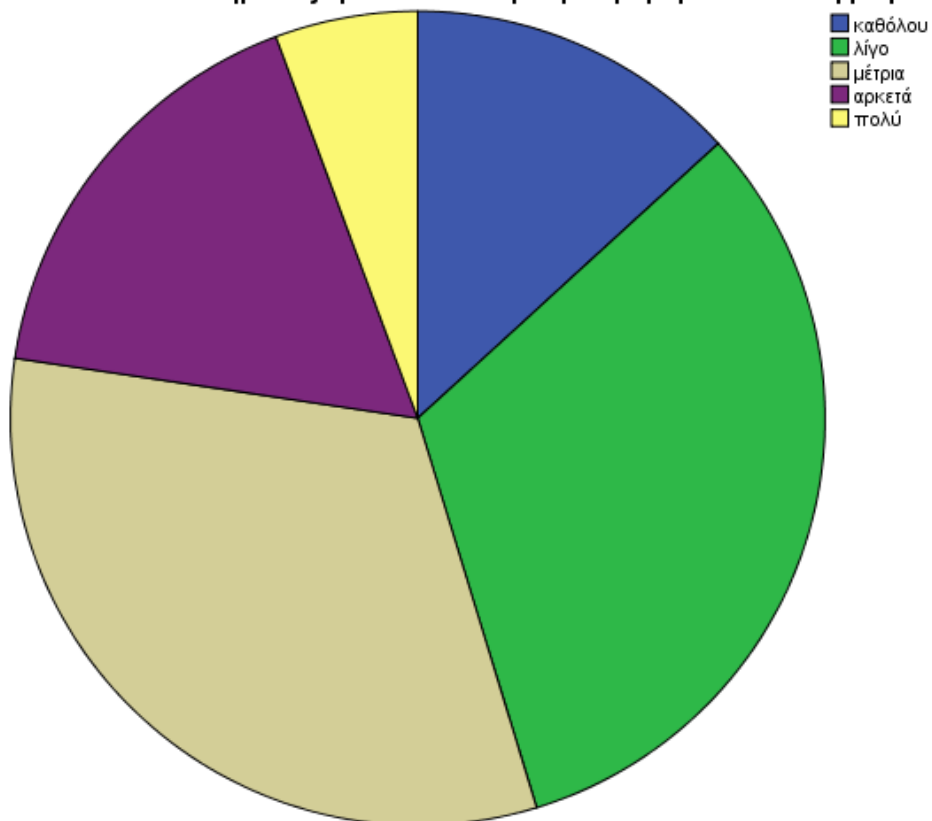
Πιστεύετε ότι το σύστημα υγείας είναι πολύπλοκο;



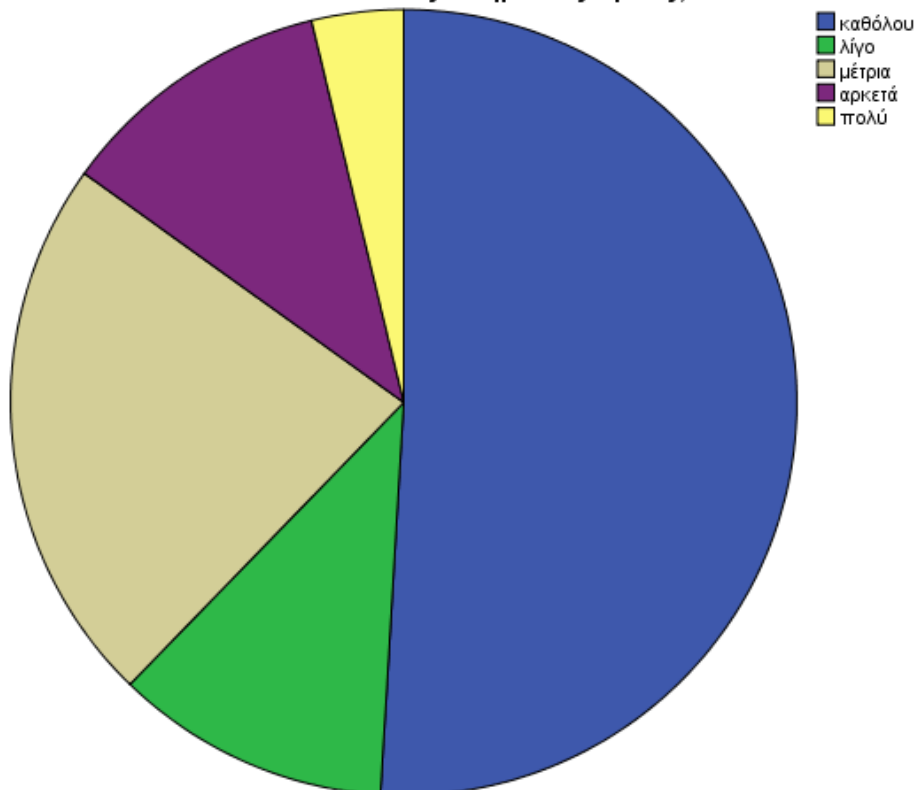
Πόσο εμπιστεύεστε τους επαγγελματίες υγείας;



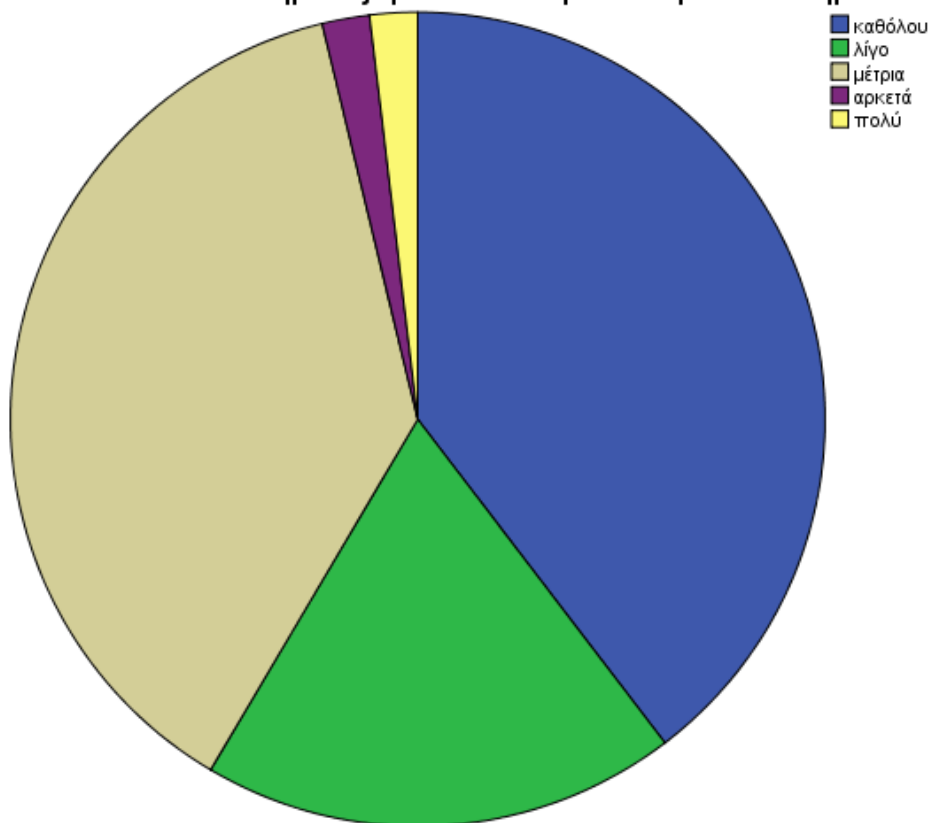
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας;



Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπάλληλων στις υπηρεσίες υγείας;



Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;



Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από το κόστος των υπηρεσιών υγείας;

