

Διερεύνηση των εμπειριών και των απόψεων πολιτών που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες ως προς την πλοήγηση τους στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα

Πασσά Γεωργία¹, Γαλάνης Πέτρος², Κωνσταντακοπούλου Ολυμπία³, Θεοδώρου Μάμας⁴, Σίσκου Όλγα⁵, Κριαρή Αναστασία⁶, Καϊτελίδου Δάφνη⁷

1. Μαία, MSc, Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
2. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MPH, PhD, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
3. Οικονομολόγος, MSc, PhD(c), Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
4. Καθηγητής, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
5. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
6. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, Γενικό Νοσοκομείο-Κέντρο Υγείας Λήμνου, Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων
7. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

DOI: 10.5281/zenodo.1302457

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η μη επιτυχής «πλοήγηση» των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί πεδίο διερεύνησης των συστημάτων υγείας, που οφείλουν να επιδιώκουν την προσπέλαση των εμποδίων, για τη συνεχή βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σκοπός: Η διερεύνηση των εμπειριών ενός μικρού αριθμού πολιτών, με έμφαση στο πώς αυτοί/ες αντιλαμβάνονται την πρόσβαση τους στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μια μελέτη με ημι-δομημένες συνεντεύξεις χρηστών των υπηρεσιών υγείας στην Αθήνα και σε ένα νησί, μεταξύ Δεκεμβρίου 2014 και Μαΐου 2015, μέσω ερωτηματολογίου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Εφαρμόστηκε δειγματοληψία σκοπιμότητας ευκολίας. Ως οδηγός για τις ερωτήσεις και ανάλυση των απαντήσεων υιοθετήθηκε το θεωρητικό πλαίσιο του Tanahashi, που αφορά στη διαθεσιμότητα, την πρόσβαση, την αποδοχή, την κάλυψη και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Το υλικό αναλύθηκε με τη μέθοδο της ποιοτικής θεματικής ανάλυσης περιεχομένου κατά Braun & Clarke.

Αποτελέσματα: Στα ευρήματα της μελέτης αναδύθηκαν εμπόδια κατά την πλοήγηση των πολιτών α) στη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, οι ελλείψεις προσωπικού και υποδομών (β) στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, η δεινή οικονομική κατάσταση, η έλλειψη ασφάλισης, η ελλιπής ενημέρωση για τις παροχές, η γεωγραφική απόσταση και οι άτυπες πληρωμές (γ) στην αποδοχή της φροντίδας, οι λίστες αναμονής και οι κοινωνικές διακρίσεις, (δ) στην κάλυψη κατά την επαφή, εντοπίστηκαν λειτουργικά προβλήματα, (ε) στην αποτελεσματική κάλυψη, αναφέρεται ελλιπής εμπιστοσύνη στις δημόσιες δομές, οικονομική επιβάρυνση και κατευθυνόμενη συνταγογράφηση. Αναδείχθηκαν ως διευκολυντικοί παράγοντες, οι προσπάθειες των επαγγελματιών υγείας και η συνδρομή της οικογένειας των χρηστών.

Συμπεράσματα: Από τη διερεύνηση και ανάλυση των απόψεων αυτού του μικρού αριθμού πολιτών προέκυψε πληθώρα εμποδίων. Η πρόσβαση τους διευκολύνεται χάρη στο αίσθημα ευθύνης των επαγγελματιών υγείας και τη στήριξη του οικείου τους περιβάλλοντος.

Λέξεις Κλειδιά: Αποτελεσματικότητα, διαθεσιμότητα, οικονομική κρίση, πρόσβαση, υπηρεσίες υγείας.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Πέτρος Γαλάνης, Μικράς Ασίας 67, Τ.Κ. 11527, Αθήνα, Τηλ: (210) 7781044, 6944387354, E-mail: pegalan@nurs.uoa.gr

Investigation of vulnerable citizens' experiences and opinions towards navigation in health services in Greece

Passa Georgia¹, Galanis Petros², Konstantakopoulou Olympia³, Theodorou Mamas⁴, Siskou Olga⁵, Kriari Anastasia⁶, Kaitelidou Daphne⁷

1. Midwife, MSc, National Primary Health Care
2. RN, MPH, PhD, Center for Health Services Management and Evaluation, Department of Nursing, National &



- Kapodistrian University of Athens*
- 3. Economist, MSc, PhD(c), Center for Health Services Management and Evaluation, Department of Nursing, National & Kapodistrian University of Athens*
 - 4. Professor, Open University of Cyprus*
 - 5. RN, MSc, PhD, Center for Health Services Management and Evaluation, Department of Nursing, National & Kapodistrian University of Athens*
 - 6. RN, MSc, General Hospital of Lemnos*
 - 7. Associate Professor, Center for Health Services Management and Evaluation, Department of Nursing, National & Kapodistrian University of Athens*

DOI: 10.5281/zenodo.1302457

ABSTRACT

Introduction: The unsuccessful navigation of citizens to health care services is a major issue in health care systems. Health care systems should seek to minimize any access barriers and aim for the continuous improvement of services.

Aim: To explore the experiences of a small number of citizens in Greece, with emphasis on how they perceive their access to health care services.

Methods: A small qualitative study was carried out via semi-structured interviews with users of health care services in Athens and at one of the Greek islands from December 2014 to April 2015. A World Health Organization questionnaire based on Tanahashi's theoretical framework guided the interview process. A convenience sample was used. The study also utilised Tanahashi's theoretical framework as a guide regarding availability, access, acceptability, coverage and effectiveness of health services. The material was analyzed according to the methodology of Braun & Clarke's qualitative thematic content analysis.

Results: The emerging obstacles were the following: (a) labor shortage and infrastructure regarding the availability of health services, (b) dire economic situation, lack of security, lack of information about facilities, geographical distance and informal payments regarding access to healthcare, (c) waiting lists and social discrimination regarding acceptance of care, (d) identified operational problems regarding coverage upon contact, (e) lack of confidence public structures, financial hardship and directed prescribing regarding effective coverage. The emerging facilitating factors were health professionals' efforts and the assistance of users' families.

Conclusions: A great number of obstacles were identified, while access to health services was facilitated by health professionals and users' families.

Keywords: Effectiveness, availability, economic crisis, access, health services.

Corresponding Author: Galanis Petros, 67 Mikras Asias St., GR-11527, Athens, Tel: (210) 7781044, 6944387354, E-mail: pegalan@nurs.uoa.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τομέας της υγείας συμβάλλει στη διατήρηση της κοινωνικής ισορροπίας και τη διασφάλιση της αξιοπρεπούς διαβίωσης του πληθυσμού μιας χώρας. Η αναζήτηση των βέλτιστων δυνατών μέτρων προσπέλασης των προβλημάτων που συναντούν οι πολίτες κατά την «πλοήγηση» τους στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί τη βασική προτεραιότητα των ερευνητών και αυτών που λαμβάνουν τις αποφάσεις για την υγεία.

Το πολυπαραγοντικό μοντέλο του Tanahashi^{1,2} εισήχθη από τον Π.Ο.Υ. το 1978 για την παρακολούθηση και την αξιολόγηση των συστημάτων υγείας των χωρών, καθώς και την αξιοποίηση αποτελεσματικών παρεμβάσεων, δεν περιορίζεται σε μια μόνο συγκεκριμένη διάσταση της παροχής υγειονομικής φροντίδας, αλλά εκτείνεται σε όλες τις φάσεις της διαδρομής των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με αυτό το θεωρητικό πλαίσιο, οι πολίτες κατά τη

διαδρομή τους μέσα στο σύστημα υγείας, για την αναζήτηση υγειονομικής φροντίδας, περνούν από τα πέντε παρακάτω διαδοχικά σημαντικά επίπεδα, μέχρι να καλυφθούν με αποτελεσματικό τρόπο:

1. *Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας:* Ανθρώπινο δυναμικό, εγκαταστάσεις, εξοπλισμός.
2. *Πρόσβαση στην υγειονομική φροντίδα:*
 - α) Οικονομική πρόσβαση (ασφαλιστική κάλυψη υγείας, συμπληρωμές).
 - β) Γεωγραφική πρόσβαση (χρόνος που χρειάζεται για μετακίνηση).
3. *Αποδοχή της φροντίδας:* Το επίπεδο άνεσης των υπηρεσιών υγείας, αν εξυπηρετούν τους χρήστες, η διάδραση χρηστών-παρόχων.
4. *Κάλυψη Επαφής:* Η εμπειρία της πραγματικής επαφής των χρηστών με τους παρόχους, ως καθοριστικός παράγοντας της μελλοντικής τους συμπεριφοράς ως προς την αναζήτηση τους.
5. *Αποτελεσματική κάλυψη:* Η εμπιστοσύνη των πολιτών στην κρίση του γιατρού τους, η προσφυγή στο γιατρό ως καθοριστικός παράγοντας μιας καλής κλινικής έκβασης.

Είναι χρήσιμη η διερεύνηση της διαδρομής των πολιτών βάσει αυτού του πολυπαραγοντικού μοντέλου, το οποίο προσδιορίζει την αλληλεπίδραση τους με τις υπηρεσίες υγείας, από τη στιγμή της πρώτης

επαφής τους με αυτές μέχρι και την τελική λήψη της κατάλληλης ή μη θεραπευτικής παρέμβασης, μέσα από μια διαδρομή κατά μήκος της οποίας μπορούν να προκύψουν πολλά εμπόδια. Η μελέτη αναδεικνύει τις εμπειρίες ενός μικρού αριθμού πολιτών και κατ' επέκταση τα αναγκαία μέτρα που πρέπει να ληφθούν έτσι ώστε να παρέχεται αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη στους πολίτες. Χρησιμοποιώντας το πλαίσιο του Tanahashi, μπορούν να καθοριστούν τα σημεία πρόσβασης στα οποία θα πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις που θα έχουν σαν στόχο την άμβλυνση των ανισοτήτων στην υγεία, καθώς πλέον θα είναι γνωστές οι πληθυσμιακές ομάδες που επωφελούνται ή όχι από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες και προγράμματα.² Η χρησιμότητα του υποδηλώνεται από το γεγονός ότι το εφαρμόζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) για τη διερεύνηση των εμποδίων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Πιο αναλυτικά, μελέτη του Π.Ο.Υ. το 2008 έκανε χρήση του πλαισίου ειδικά για τις χώρες στις οποίες η δημόσια χρηματοδότηση είναι περιορισμένη και είναι δύσκολο να επιτευχθεί καθολική πρόσβαση και προτάθηκαν παρεμβάσεις που αφορούσαν τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, που συναντούσαν και τα μεγαλύτερα εμπόδια.³ Στη βιβλιογραφία εξάλλου αναπτύσσεται και σε άλλες περιπτώσεις το μοντέλο του Tanahashi^{4,5} για να επισημανθούν τα μεγάλα



κενά που υπάρχουν στην γνώση των αναγκών υγείας για ορισμένες κοινωνικές ομάδες αλλά και τα κρίσιμα στοιχεία που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε πιο ισότιμη πρόσβαση.

Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η χαρτογράφηση εμποδίων και παραγόντων που διευκολύνουν την πρόσβαση πολιτών στην Ελλάδα που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες. Η χαρτογράφηση αυτή είναι ζωτικής σημασίας, καθώς μπορεί να συμβάλλει στη χάραξη αποτελεσματικών στρατηγικών για την άρση των εμποδίων. Υιοθετήθηκε ως οδηγός της μελέτης το θεωρητικό πλαίσιο του Tanahashi, το οποίο είναι εξαιρετικά χρήσιμο για τη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες οξύνουν ή αμβλύνουν τις ανισότητες στην υγεία.^{1,2} Σύμφωνα με τη γνώση μας, δεν υπάρχει αντίστοιχη ελληνική μελέτη που να χρησιμοποιεί το πλαίσιο του Tanahashi αναφορικά με τη διαδρομή των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και για τον λόγο αυτόν πραγματοποιήθηκε η παρούσα ποιοτική μελέτη για τη διερεύνηση των εμποδίων που συναντούν οι πολίτες κατά τη διαδρομή τους μέσα στο ελληνικό σύστημα υγείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Δείγμα και Πληροφορητές

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ημι-δομημένες συνεντεύξεις με χρήστες των υπηρεσιών υγείας μεταξύ Δεκεμβρίου 2014

και Μαΐου 2015. Εφαρμόστηκε η δειγματοληψία σκοπιμότητας ευκολίας (purposive convenience sampling), με το δείγμα να μην επιλέγεται τυχαία, αλλά στοχευμένα με δεδομένο ότι οι συμμετέχοντες θα είναι σε θέση, λόγω προσωπικής εμπειρίας, να δώσουν σαφείς και ουσιαστικές απαντήσεις στα ερωτήματα της μελέτης, καθώς ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες.

Συνολικά πραγματοποιήθηκαν επτά συνεντεύξεις, με συμμετέχοντες οι οποίοι επιλέχθηκαν με σκοπό να συμπεριληφθούν χρήστες των υπηρεσιών υγείας που αντιμετωπίζουν εμπόδια κατά την προσπάθειά τους να χρησιμοποιήσουν τις δημόσιες δομές υγείας όπως π.χ. ανασφάλιστοι, μετανάστες και ασφαλισμένοι με χρόνια νοσήματα που απαιτούν συχνό επανέλεγχο και αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Περιλαμβάνονταν γυναίκες και άνδρες, οι οποίοι διαμένουν μόνιμα στην Αθήνα ή σε παραμεθόριο νησί του βορειοανατολικού Αιγαίου, που ως περιοχή εμφανίζει διακριτά ποιοτικά χαρακτηριστικά στον τρόπο λειτουργίας των μονάδων υγείας. Η μέση χρονική διάρκεια των συνεντεύξεων ήταν 30 λεπτά. Έγινε χρήση μόνο δύο συνεντεύξεων από το παραμεθόριο νησί, λόγω του χρόνου που απαιτήθηκε για τη μετάβαση για τη συλλογή των δεδομένων των συνεντεύξεων. Οι επτά πληροφορητές είχαν τα εξής βασικά χαρακτηριστικά:

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

Συλλογή και ανάλυση των δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ημι-δομημένες συνεντεύξεις που βασίστηκαν σε οδηγούς και ερωτηματολόγια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα οποία δομήθηκαν σύμφωνα με τις διατυπώσεις του μοντέλου Tanahashi, οι οποίες εξετάζουν το βαθμό προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και ένα δημοσιογραφικό μαγνητόφωνο. Πιο συγκεκριμένα, για να διερευνηθούν οι προσωπικές εμπειρίες και οι απόψεις των συμμετεχόντων σχετικά με τη δυνατότητα πρόσβασης τους στις δημόσιες

μονάδες υγείας, διατυπώθηκαν ερωτήσεις δομημένες πάνω στις πέντε διαστάσεις αυτού του μοντέλου. Ως παράδειγμα, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις του τύπου: Ποια τα κύρια εμπόδια που συναντάτε όταν χρησιμοποιείτε τις υπηρεσίες υγείας σχετικά με τη διαθεσιμότητα τους, την πρόσβαση σας στην υγειονομική περίθαλψη, την αποδοχή της φροντίδας, την κάλυψη της επαφής και την αποτελεσματική κάλυψη σας;

Η απομαγνητοφώνηση έγινε αυτολεξεί και έχουν επίσης καταγραφεί κάποια ιδιαίτερα στοιχεία του προφορικού λόγου (παύσεις, γέλια, χειρονομίες).

Ηθικά ζητήματα

Ελήφθησαν οι έγγραφες άδειες για τη διεξαγωγή της μελέτης από τη διοίκηση της 2^{ης} ΔΥΠΕ Πειραιώς και Νήσων Αιγαίου. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό και τη μεθοδολογία της μελέτης και έδωσαν την πληροφορημένη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή στη μελέτη.

Οι πέντε συνεντεύξεις με τους πληροφορητές έγιναν στην Αθήνα και οι δυο στο νησί του Βορειοανατολικού Αιγαίου, στον προαύλιο χώρο του νοσοκομείου του. Η συνάντηση ξεκίνησε με σύντομη περιγραφή του συνεντευκτή, της ιδιότητας του και του περιεχομένου της έρευνας και ακολούθησε περιγραφή της διαδικασίας της συνέντευξης.



Δόθηκε έμφαση στην εμπιστευτικότητα της όλης συζήτησης και στη μη εμφάνιση του ονοματεπώνυμου του συνεντευξιαζόμενου σε οποιαδήποτε έκθεση των συμπερασμάτων της έρευνας. Οι συνεντευξιαζόμενοι συναίνεσαν στην ηχογράφιση των συνεντεύξεων, οι οποίες είχαν μέση διάρκεια 30 λεπτά. Τέθηκαν ερωτήσεις σχετικά με την προσβασιμότητα των υγειονομικών δομών, όπως: -Υπήρξαν περιστατικά, όπου χρειάστηκε να δείτε ένα γιατρό, αλλά δεν πήγατε; -Για ποιο λόγο δεν πήγατε; -Τι χρειαζόσασταν προκειμένου να μπορέσετε να πάτε; -Ποιες ήταν οι εντυπώσεις σας για τον εξοπλισμό των δομών;

Ανάλυση των συνεντεύξεων

Με οδηγό τις θεματικές περιοχές του θεωρητικού πλαισίου, απομονώθηκαν από το αρχικό ανεπεξέργαστο κείμενο των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων τα σχετικά αποσπάσματα. Στη συνέχεια έγινε διαχωρισμός των δεδομένων των συνεντεύξεων σε ισάριθμες μονάδες ανάλυσης (units of analysis). Κάθε μια από αυτές χωρίστηκε σε νοηματικές μονάδες (meaning units) που ακολούθως κωδικοποιήθηκαν. Για παράδειγμα, για την πρώτη μονάδα ανάλυσης που αναφέρεται στη “διαθεσιμότητα” το παρακάτω απόσπασμα περιλαμβάνει τρεις νοηματικές μονάδες:⁶

B: Τα νοσοκομεία είναι χάλια. Πάρα πολύ χάλια (έκφραση απογοήτευσης).

A: Ο εξοπλισμός τους;

B: Έτσι κι έτσι... Οι γιατροί μας είναι πάρα πολύ καλοί, αλλά δεν φτάνουν.

Η μία νοηματική μονάδα είναι «τα νοσοκομεία είναι χάλια», η δεύτερη «ο εξοπλισμός είναι έτσι κι έτσι» και η τρίτη «οι γιατροί είναι πάρα πολλοί καλοί, αλλά δεν φτάνουν». Σε κάθε νοηματική μονάδα δόθηκε κι από ένας τίτλος, ο οποίος λειτούργησε κι ως κωδικός. Όταν ολοκληρώθηκε η κωδικοποίηση της κάθε θεματικής ενότητας, έγινε σύγκριση μεταξύ των κωδικών για να εντοπιστούν οι ομοιότητες και οι διαφορές στις απόψεις των συνεντευξιαζόμενων. Παραδείγματα κωδικών που χρησιμοποιήθηκαν (Πίνακας 2).

Με τη χρήση της θεματικής ανάλυσης περιεχομένου κατά Braun & Clarke, εντοπίστηκαν, περιγράφηκαν, και θεματοποιήθηκαν τα επαναλαμβανόμενα νοηματικά μοτίβα, τα οποία αναδύθηκαν από τα ερευνητικά δεδομένα.^{7,8}

Τα δεδομένα αναλύθηκαν έχοντας ως οδηγό τις κατηγορίες του μοντέλου του Tanahashi. Βάσει της θεωρητικής εστίασης σε ένα νοηματικό πλαίσιο όπως αυτό, το οποίο ορίζει τι είναι σημαντικό και τι όχι, αποφεύχθηκε η παραγωγή αναρίθμητων περιγραφικών διαπιστώσεων.⁸

Πραγματοποιήθηκε η κατηγοριοποίηση των αφηγήσεων σε θεματικές περιοχές (content areas) με οδηγό τους παράγοντες του

πλαisiού. Σε κάθε θεματική ενότητα συμπεριλήφθηκαν τα αντίστοιχα αποσπάσματα από όλες τις συνεντεύξεις, έτσι ώστε να εντοπιστούν τα κοινά επιχειρήματα που χρησιμοποιήθηκαν. Μετά τον καθορισμό των θεματικών περιοχών με οδηγό το θεωρητικό πλαίσιο, επιλέχθηκαν τα αποσπάσματα που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση. Τα αποσπάσματα επιλέχθηκαν κυρίως με βάση την περιεκτικότητα της επιχειρηματολογίας που αναπτύσσεται στο καθένα. Σε μερικές περιπτώσεις κρίθηκε απαραίτητο τα αποσπάσματα να είναι σχετικά εκτενή, προκειμένου να αποτυπώνεται στο σύνολό της κι όχι αποσπασματικά η άποψη του συνεντευξιαζόμενου αναφορικά με κάποιο ζήτημα.⁸

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας

Μέσα από τις συνεντεύξεις επιβεβαιώθηκε ότι υπάρχουν ελλείψεις τόσο σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και στον αναγκαίο εξοπλισμό και τα αναλώσιμα υλικά. Οι αναφορές αυτές αφορούν φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας τόσο της πρωτεύουσας όσο και της περιφέρειας και συγκεκριμένα του παραμεθόριου νησιού.

Στην παρούσα μελέτη, οι πληροφορητές δηλώνουν πως βιώνουν έντονα τα λειτουργικά προβλήματα των υπηρεσιών υγείας και εκφράζουν την έντονη

δυσaréσκεια τους για την υποβάθμιση των πόρων και των υποδομών της υγείας.

Ανθρώπινο δυναμικό

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

Πληροφορητής 1): *«Πριν από περίπου ένα χρόνο αντιμετώπισα κάποιο πρόβλημα ουρολοίμωξης. Επισκέφτηκα το νοσοκομείο, όπου εκεί, επειδή βρισκόταν σε εφημερία, η αλήθεια είναι πως ταλαιπωρήθηκα πολύ στο να με δούνε. Όταν περίπου μετά από 2 ώρες κατάφερα να μιλήσω με κάποιον παθολόγο, προσπάθησαν να με στείλουν ξανά στο ουρολογικό ώστε να μου πάρουνε δείγμα. Είχαμε αποτελέσματα μετά από 4 περίπου ώρες (...)Καταλαβαίνω πως όταν έχει εφημερία υπάρχει πάρα πολύς κόσμος, αλλά ο καθένας κοιτάει το πρόβλημά του. Έτσι; Όταν υπήρχε σοβαρό πρόβλημα σε μένα, χρειαζόμουν άμεσα θεραπεία, έπρεπε να περιμένω τουλάχιστον 6 ώρες για να εξυπηρετηθώ. Όσον αφορά τη θεραπεία, μου συνταγογράφησαν κάποια αντιβίωση, η οποία τελικά δεν ήταν η σωστή για το μικρόβιο που*



υπήρχε. Έπρεπε να γίνει αντιβιογράμμα. Οι γιατροί το μόνο που κάνανε ήταν να βάλουν πάνω στο δείγμα κάποιο stick, το οποίο τους έδειξε πως υπάρχει μικρόβιο μέσα στα ούρα και μου συνταγογράφησαν μια ευρέως φάσματος αντιβίωση. Αλλά δεν έπρεπε να γίνει αυτό.»

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

Πληροφορητής 4): *«Κοιτάξτε, στο νοσοκομείο πιστεύω πως όλοι κάνουν καλά τη δουλειά τους. Εντάξει, δεν υπάρχει θέμα. Κατόπιν ραντεβού, θα σε δει ο ιατρός.»*

Υποδομές και εξοπλισμός

Οι ελλείψεις στις υποδομές έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στους κατοίκους της περιφέρειας διότι εκεί το εύρος των επιλογών είναι περιορισμένο, καθώς δεν υπάρχει πληθώρα

δημόσιων φορέων υγείας. Αν απουσιάζει ο κατάλληλος εξοπλισμός από το μοναδικό νοσοκομείο της περιοχής, οι πολίτες είναι υποχρεωμένοι να απευθυνθούν σε ιδιώτες ιατρούς, καθώς δεν υπάρχουν εναλλακτικές λύσεις όπως π.χ. να επισκεφτούν κάποιο άλλο δημόσιο νοσοκομείο. Το γεγονός αυτό έχει ως άμεσο αποτέλεσμα, όσοι δεν διαθέτουν τους απαραίτητους οικονομικούς πόρους να μην μπορούν να απευθυνθούν στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, αλλά ούτε και να είναι σε θέση να μετακινηθούν στα μεγάλα αστικά κέντρα για να αναζητήσουν περίθαλψη.

Πληροφορητής 1): *«Θα σας μιλήσω για μια εμπειρία μου, η οποία είναι πρόσφατη. Βρισκόμουν στην Αμερική πριν από περίπου ένα μήνα. Έτυχε να επισκεφτώ ένα νοσοκομείο. Τα νοσοκομεία τους, σε σχέση με τα ελληνικά, έχουν τεράστιες διαφορές. Από θέμα καθαριότητας, από θέμα υποδομών, από τον τρόπο που εξυπηρετούν τους ασθενείς και όλους όσοι επισκέπτονται τα νοσοκομεία. Οπότε θα σας πω ότι η εμπειρία μου είναι ότι συνειδητοποίησα σε πόσο άσχημη κατάσταση βρίσκονται τα ελληνικά νοσοκομεία.»*

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

περικοπή των ιατρικών εξετάσεων λόγω της οικονομικής κρίσης.

(Πληροφορητής 2): *«Εμένα δεν μου έγινε καμία απολύτως εξέταση. Οπτικά μόνο. (...) μου δώσανε στα γρήγορα, ουσιαστικά μου πετάξανε έναν ουροσυλλέκτη. Μου είπαν να τους δώσω δείγμα από τα ούρα μου και επιτόπου βάλανε ένα stick, μου γράψανε μια αντιβίωση και έφυγα.»*

Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη

Ασφαλιστική κάλυψη

Οι συνεντευξιαζόμενοι αναφέρονται επανειλημμένα στα οικονομικά εμπόδια που καλούνται να ξεπεράσουν κάθε φορά που επιθυμούν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας. Κατά τη γνώμη τους, η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης είναι πολύ σημαντική προκειμένου να μην δαπανά ο ίδιος ο χρήστης επιπλέον χρήματα για να εξασφαλίσει την απαραίτητη κάθε φορά υγειονομική φροντίδα. Ωστόσο, δεν δηλώνουν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Παράλληλα, οι άτυπες μορφές πληρωμών (out-of-pocket payments) θεωρούνται από πολλούς απαραίτητο μέσο για την επίσπευση των διαδικασιών και την τελική πρόσβαση στην απαραίτητη διαγνωστική εξέταση ή θεραπευτική αγωγή. Τέθηκαν ερωτήσεις σχετικά με την προσβασιμότητα τους στις υγειονομικές δομές και οι πληροφορητές επιβεβαίωσαν ότι για να κάνουν διαγνωστικές εξετάσεις (π.χ.

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

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



Καταβολή χρηματικού ποσού για επισκέψεις, εξετάσεις και φαρμακευτική αγωγή

Η οικονομική επιβάρυνση λόγω της έλλειψης ασφαλιστικής κάλυψης ή λόγω της μη κάλυψης συγκεκριμένων ιατρικών εξόδων από τον ασφαλιστικό φορέα, καταδείχτηκε ως ένας από τους βασικότερους παράγοντες που δυσχεραίνουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι άνεργοι και οι ανασφάλιστοι είναι υποχρεωμένοι να καταφεύγουν σε πιθανές αποταμιεύσεις τους προκειμένου να κάνουν εξετάσεις σε ιδιωτικούς φορείς. Είναι χαρακτηριστικό ότι προληπτικές διαγνωστικές εξετάσεις δεν παρέχονται εύκολα στους ανασφάλιστους ακόμη κι αν έχουν πρόσβαση στους γιατρούς για να τις αναγράψουν. Επίσης όπως προκύπτει από τις απαντήσεις, οι ερωτώμενοι αποδίδουν μεγάλη σημασία στην πρόληψη. Κάτι όμως που δεν συμβαίνει από την πλευρά της επίσημης πολιτείας, αν κρίνουμε και από το γεγονός ότι ευρύτερα κοινωνικά κομμάτια όπως οι ανασφάλιστοι ειδικά στις περιοχές που δεν υπάρχουν δημόσιες δομές που να πραγματοποιούν τις διαγνωστικές τους εξετάσεις δωρεάν, είναι εκ των πραγμάτων αποκλεισμένοι από τα συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και υποχρεούνται να δαπανήσουν δικούς τους πόρους (όταν και αν υπάρχουν) για να πραγματοποιήσουν τις εξετάσεις που χρειάζονται.

(Πληροφορητής 4): *«Παλαιότερα, υπήρχε στο νοσοκομείο μαστογράφος. Τώρα, πρέπει να πάω έξω και να δώσω 100 ευρώ.»*

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

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

Παρ' όλη πάντως την ταλαιπωρία που υφίστανται οι χρήστες των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και τις περικοπές στα συνταγογραφούμενα φάρμακα και τις διαγνωστικές εξετάσεις, αναγνωρίζουν ότι η ασφαλιστική κάλυψη διευκολύνει τις καταστάσεις. Η απουσία ασφάλισης είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό εμπόδιο για τα άτομα που ανήκουν στα κατώτερα οικονομικά στρώματα και τα αποκλείει σε αρκετές περιπτώσεις από βασικές παροχές (προληπτικές και διαγνωστικές εξετάσεις)

αφού δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να πληρώσουν από την τσέπη τους.

Άτυπες πληρωμές

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

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

Αποδοχή της φροντίδας

Οι περισσότεροι συνεντευξιζόμενοι είναι αρνητικά διακείμενοι απέναντι στις προσφερόμενες υπηρεσίες, εκτιμώντας ότι δεν έτυχαν της αναγκαίας εξυπηρέτησης όταν απευθύνθηκαν στους δημόσιους φορείς

παροχής τους. Άλλοτε ο μεγάλος χρόνος αναμονής, άλλοτε η αδυναμία του ιατρικού προσωπικού να ανταποκριθεί στις υπάρχουσες ανάγκες, άλλοτε οι συνθήκες υγιεινής, καθιστούσαν τη διάδραση μεταξύ ασθενούς και υπηρεσίας υγείας προβληματική.

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

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



(Πληροφορητής 7): «Υπάρχει, υπάρχει στιγματισμός και διακρίσεις. Αν έχεις κάποιον γνωστό, θα εξυπηρετηθείς. Αν δεν έχεις κανέναν και δεν έχεις και την οικονομική άνεση, είσαι στο περίμενε.»

Κάλυψη επαφής

Η ατομική εμπειρία της επαφής των χρηστών με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθορίζει και τη μελλοντική του στάση ως προς την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας. Οι απόψεις που καταθέτουν, κυρίως οι χρόνια πάσχοντες χρήστες των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι και έχουν συχνή επαφή με τους παρόχους υγείας λόγω των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν, είναι ενδεικτικές της δυσαρέσκειάς τους για τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος υγείας. Στο σημείο αυτό, βέβαια, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η δυσαρέσκεια που εκφράζεται από τους χρήστες, οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη ραγδαία υποβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών δημόσιας υγείας που έχει σημειωθεί τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης. Παρόλο που τα κακώς κείμενα χρονίζουν εδώ και δεκαετίες, τα λειτουργικά προβλήματα και οι ελλείψεις προσωπικού και υλικοτεχνικού εξοπλισμού το τελευταίο διάστημα έχουν επιφέρει συντριπτικά πλήγματα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Πλήγματα που δεδομένης της παρατεταμένης διάρκειας της κρίσης και της συνολικής πτώσης του βιοτικού επιπέδου

της μεγάλης πλειοψηφίας του πληθυσμού, φαντάζουν αξεπέραστα στο εγγύς μέλλον.

(Πληροφορητής 3): «Πολύ δύσκολα βρίσκω ραντεβού στα δημόσια νοσοκομεία. Μετά από κάποιους μήνες πρέπει να βρω γιατρό που θέλω.»

Αποτελεσματική κάλυψη των υπηρεσιών

Από τις απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων προκύπτει, σε κάποιες περιπτώσεις, έλλειψη εμπιστοσύνης στην κρίση των γιατρών των δημόσιων νοσοκομείων. Φαίνεται να παραμένει σχετικά κυρίαρχη η νοοτροπία ότι στα ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα γίνεται ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και ότι το προσωπικό δείχνει μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τον ασθενή. Παρ' όλα αυτά, ο βασικός λόγος για τον οποίο οι χρήστες δεν προσφεύγουν έγκαιρα ή τακτικά στις μονάδες υγείας, καθυστερούν ή δεν συμμορφώνονται πλήρως με τη θεραπευτική αγωγή, είναι η οικονομική επιβάρυνση. Ένας λόγος της μη λήψης των φαρμάκων τους, είναι η στέρηση των οικονομικών πόρων να πληρώσουν τη συμμετοχή τους. Ιδιαίτερα στην περίπτωση των χρόνια πασχόντων, οι δαπάνες για την αγορά φαρμακευτικών σκευασμάτων και ιατρικών συσκευών και υλικών, είναι συχνά δυσβάστακτες, με αποτέλεσμα να παρατηρείται μη συμμόρφωση με τη θεραπεία και αρνητική κλινική έκβαση της κατάστασης της υγείας τους. Ένας άλλος

λόγος για τον οποίο οι χρήστες είναι πιθανό να αμφισβητήσουν τις επιλογές του γιατρού τους, είναι η επιμονή του τελευταίου να προωθεί συγκεκριμένα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οποία μπορεί να είναι ακόμα και επιβλαβή για τον ασθενή. Τα χρηματικά οφέλη και τα κάθε είδους «δώρα» που λαμβάνουν ορισμένοι ιατροί για να συνταγογραφούν συγκεκριμένα φάρμακα, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας τα αντιλαμβάνονται και αναγνωρίζουν πως αποτελούν σε μεγάλο βαθμό στοιχείο της καθημερινής ιατρικής πρακτικής. Λόγω πρόσθετης οικονομικής επιβάρυνσης τους από τους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ γιατρούς, οι οποίοι, όπως δηλώνουν τους ζητούν να καταβάλουν, ένα πρόσθετο χρηματικό ποσό της τάξεως των 10 ευρώ ανά επίσκεψη, (ενώ θα έπρεπε να παρέχουν τις υπηρεσίες τους δωρεάν ως συμβεβλημένοι), αναγκάζονται να μην τους επισκέπτονται συχνά για την παρακολούθηση της πάθησης τους και απευθύνονται κατευθείαν στο φαρμακείο, όπου δανείζονται τα φάρμακα τους, μέχρι να μπορέσουν να τους επισκεφθούν και να δώσουν στο φαρμακείο τη συνταγή.

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

Μέτρα για την αντιμετώπιση των επιπτώσεων των κοινωνικών δυσχερειών

Στις πέντε θεματικές περιοχές οι οποίες προκύπτουν από τις πέντε παραμέτρους του πλαισίου Tanahashi, προστέθηκε και μια έκτη, η οποία αφορά τα μέτρα που είχε εξαγγείλει η κυβέρνηση προκειμένου να μετριαστούν οι επιπτώσεις της κρίσης στην καθημερινή ζωή των πολιτών. Η συγκεκριμένη θεματική ενότητα κρίθηκε θεμιτό να προστεθεί γιατί προσφέρει επιπλέον πληροφορίες και γνώση για το υπό εξέταση φαινόμενο, αφού εξετάζει το ζήτημα της προσβασιμότητας στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας σε άμεση συνάρτηση με τα νέα δεδομένα και τις ιδιαιτερότητες που έχει επιβάλλει η οικονομική κρίση. Οι ερευνητές συμπεραίνουν από τις απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων ότι τα μέτρα που είχε εξαγγείλει η προηγούμενη κυβέρνηση με διακηρυγμένο σκοπό την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της κρίσης, δεν έγιναν γνωστά στο ευρύ κοινό. Οι ερωτώμενοι, είτε δεν έχουν ακούσει τίποτα για αυτά τα μέτρα, είτε θεωρούν ότι δεν ήταν τίποτε άλλο πέρα από απλές εξαγγελίες, είτε τα αντιμετωπίζουν με αρνητική και ειρωνική διάθεση. Δεν εντοπίζουν αλλαγές ή ακόμα κι όταν το κάνουν, αντιλαμβάνονται ότι πρόκειται για αλλαγές που πάνε προς το χειρότερο. Τα μέτρα εκείνα που κατά καιρούς διαφημίζονται ως «απαραίτητα για τη μείωση της υγειονομικής σπατάλης και τον



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

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

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

(Πληροφορητής 4): «Εγώ, όπως σας είπα έχω την αδερφή μου που είναι νοσηλεύτρια, οπότε ό,τι χρειαστώ είτε εγώ είτε τα παιδιά μου...»

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκαν τα εμπόδια από την πλευρά αυτού του μικρού

αριθμού πληροφορητών, τα οποία συναντούν στη διαδρομή τους στις υπηρεσίες υγείας. Παρόμοια ποιοτική μελέτη, βασισμένη σε αυτό ακριβώς το μοντέλο εκπονήθηκε το 2012 για λογαριασμό του Π.Ο.Υ. από το Υπουργείο Υγείας της Μολδαβίας, η οποία εντόπισε τα εμπόδια σε όλα τα διαδοχικά επίπεδα του πλαισίου, τα οποία καθορίζουν και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επισημάνθηκε πως όσο υπάρχουν αυτά τα εμπόδια είναι πολύ πιθανόν να αποτύχουν να σχεδιαστούν αποτελεσματικές στρατηγικές που να φθάνουν στους πολίτες που πραγματικά τις έχουν ανάγκη.¹

Σύμφωνα με τους πληροφορητές της παρούσας έρευνας, η έλλειψη προσωπικού, παρά την αυξημένη ζήτηση έχει αρνητικό αντίκτυπο, αλλά οι ατομικές προσπάθειες μερίδας επαγγελματιών υγείας δρουν ως διευκολυντικός παράγοντας για την αυξημένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από άλλες μελέτες στην Ελλάδα όπως αυτή των Soulioti και συν.⁹ και των Ifanti και συν.,¹⁰ που δείχνουν τον αντίκτυπο των μέτρων λιτότητας και της μείωσης του προσωπικού στην υγειονομική περίθαλψη και στην πραγματική ζωή των Ελλήνων πολιτών. Επιπλέον, οι υποδομές και ο εξοπλισμός σύμφωνα με τους πληροφορητές δεν επαρκούν, καθώς για την επίτευξη του στόχου της μείωσης των δαπανών οι φορείς περιορίσαν σημαντικά τις αγορές νέου εξοπλισμού. Η δεινή οικονομική

κατάσταση των πολιτών ειδικά τα τελευταία πέντε έτη, δρα ως αποτρεπτικός παράγοντας για την αναζήτηση υπηρεσιών υγείας. Αυτό το συμπέρασμα συνάδει με την έρευνα οικογενειακών προϋπολογισμών των ετών 2010-2014 της ΕΛΣΤΑΤ¹¹ στην οποία διαπιστώνεται μείωση της τάξεως του 15% στη μέση μηνιαία δαπάνη που καταβάλουν οι πολίτες για υπηρεσίες υγείας, λόγω της οικονομικής τους δυσχέρειας. Επιπρόσθετα, οι ελλείψεις προσωπικού αποδίδονται στις μαζικές συνταξιοδοτήσεις και των περιορισμών προσλήψεων. Στην περιφέρεια επισημαίνεται μικρό εύρος επιλογών δημόσιων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες, αλλά και η ευελιξία στους διοικούντες τους, λόγω των νομοθετικών ρυθμίσεων που τους επιτρέπουν την επιστράτευση όλων των διαθέσιμων ανθρώπινων πόρων (επικουρικοί, στρατιωτικοί αλλά και ιδιώτες ιατροί με δελτίο παροχής υπηρεσιών).

Επιπλέον, αναγνωρίζεται η μεγάλη σημασία της ασφαλιστικής κάλυψης και τα προβλήματα που επιφέρει η έλλειψή της στην πρόσβαση των πολιτών. Σύμφωνα και με τον Βενιέρη¹², το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα θεωρείται η ραχοκοκαλιά της κοινωνικής πολιτικής, αλλά στην Ελλάδα δεν συνδέεται πειστικά με το βαθμό της ανάγκης των πολιτών και την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης, τη στιγμή που σημαντικό μέρος του πληθυσμού δεν έχει ασφάλεια υγείας.

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

Σύμφωνα με τις εμπειρίες των πληροφορητών στην παρούσα μελέτη, τα λεγόμενα «φακελάκια» αποτελούν έναν τρόπο για αυτούς που αναζητούν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας προκειμένου να εξασφαλίσουν υγειονομική περίθαλψη και να παρακάμψουν τις λίστες αναμονής. Είναι πειστική σύμφωνα με τους συμμετέχοντες στην έρευνα, η καταβολή άτυπων πληρωμών για νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία, οι οποίες αποτελούν καταστροφικές δαπάνες για τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα⁹. Ειδικά οι πληροφορητές από το νησί διατύπωσαν την άποψη πως η απόσταση από τις δομές των μεγάλων αστικών κέντρων είναι καθοριστικός παράγοντας για την έκβαση της υγείας τους, με την αρχή της ισότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας να παραβιάζεται στην περίπτωση τους. Σύμφωνα και με τη μελέτη των Rice & Smith είναι ζωτικής σημασίας η επιδίωξη της ισότητας στην γεωγραφική κατανομή της υγειονομικής περίθαλψης από τους φορείς χάραξης πολιτικής υγείας, οι οποίοι πρέπει να επιδιώκουν ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών με σκοπό τα ίδια δίκαια αποτελέσματα υγείας για όλους.¹³



Σημειώνεται από όλους τους πληροφορητές ότι η μεγάλη αναμονή για εξετάσεις και θεραπείες δρα ως αποτρεπτικός παράγοντας για την παροχή φροντίδας. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνεται και από σχετική βιβλιογραφία, π.χ. σε δημοσιεύσεις του περιοδικού Lancet που καταδεικνύουν τις μεγάλες λίστες αναμονής και τις επιπτώσεις τους στο επίπεδο υγείας των Ελλήνων.^{14,15}

Η παρούσα μελέτη είχε και ορισμένους περιορισμούς. Αρχικά, το δείγμα των επτά συνεντευξέων είναι αρκετά μικρό και για τον λόγο αυτόν δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα για τον γενικό πληθυσμό. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε σε δυο πόλεις της Ελλάδας με την μια μάλιστα να είναι νησί όπου οι υπηρεσίες υγείας μπορεί να είναι διαφορετικής μορφής. Επομένως, η γενίκευση των συμπερασμάτων είναι επισφαλής και πρέπει να γίνει με ιδιαίτερη προσοχή. Οι απαντήσεις εξάλλου των συμμετεχόντων πάντοτε ενέχουν τον κίνδυνο εισαγωγής σφάλματος λόγω υποκειμενικών εκτιμήσεων των καταστάσεων που βιώνουν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Έχοντας διαπιστώσει τη συμφωνία των αποτελεσμάτων της παρούσας διερεύνησης των εμπειριών και απόψεων των συνεντευξιαζόμενων πολιτών με τις παραπάνω μελέτες, μπορούμε να προχωρήσουμε στη διατύπωση συγκεκριμένων προτάσεων που θα

μπορούσαν να βοηθήσουν στην προσπέλαση των εμποδίων που συναντούν κατά την πλοήγηση τους στις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τις απόψεις και τις εμπειρίες αυτής της μικρής ομάδας πολιτών η εκμετάλλευση και η μεγιστοποίηση της αξίας των διευκολυντικών παραγόντων θα οδηγήσει στην επιτυχή πλοήγηση τους μέσα στο ελληνικό σύστημα υγείας. Με την κατάλληλη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες του μελετώμενου πληθυσμού, έτσι ώστε να έχουν επαρκή δυναμικότητα και τις κατάλληλες δεξιότητες, οι επαγγελματίες υγείας θα είναι σε θέση να προσπερνούν τα εμπόδια και να βρίσκουν λύσεις στα προβλήματα που συναντούν οι πολίτες κατά τη διαδρομή τους στις υπηρεσίες υγείας μέσω οργανωτικών αλλαγών αλλά και των τεχνολογικών καινοτομιών. Επιπλέον, με την κατάλληλη πολιτική αναδιανομής των πόρων και με ορθό κοινωνικό σχεδιασμό, υπηρεσίες υγείας θα είναι σε θέση να ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες υγείας των πολιτών, γεγονός που θα οδηγήσει σε διαφάνεια και αξιοκρατία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO. Barriers and facilitating factors in access to health services in the Republic of Moldova. Copenhagen,

-
- WHO Regional Office for Europe, 2012.
2. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation, Bulletin of the World Health Organization, 1978.
3. WHO. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report in the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, 2008.
4. Frenz P, Vega, J. Universal health coverage with equity: What we know, don't know and need to know. Montreux: Global Symposium on Health Systems Research, 2010.
5. Mehl G, Labrique A. Prioritizing integrated mHealth strategies for universal health coverage. Science, 2014, 345(6202):1284-1287.
6. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, Nurse Education Today, 2004, 24(2):105-112
7. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 2006, 3(2):77-101.
8. Τσιώλης Γ. Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων: διλήμματα, δυνατότητες, διαδικασίες. Στο Γ. Πυργιωτάκης & Χρ. Θεοφιλίδης (επιμ.) Ερευνητική Μεθοδολογία στις Κοινωνικές Επιστήμες και στην Εκπαίδευση. Συμβολή στην επιστημολογική θεωρία και την ερευνητική πράξη. Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2015.
9. Souliotis K, Golna C, Tountas Y, Siskou O, Kaitelidou D, Liaropoulos L. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last. Eur J Health Econ, 2016, 17(2):159-170.
10. Ifanti A, Argyriou A, Kalofonou F, Kalofonos H. Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care. Health Policy, 2013, 113(1-2): 8-12.
11. Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. Η Ελλάδα με αριθμούς. Τριμηνιαίο Δημοσίευμα: Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2015.
12. Βενιέρης Δ. Κρίση οικονομίας, Απορρύθμιση κοινωνικής πολιτικής: Η νέα «μικροελληνική» καταστροφή 2010-2011. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 2011, 134:101-131.
13. Rice N, Smith PC. Ethics and geographical equity in health care. J Med Ethics, 2001, 27:256-261.
14. Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D. Greece's health crisis: from austerity to
-



denialism. The Lancet, 2014,
383(9918):748-753.

15. Kentikelenis A, Karanikolos M,
Papanicolas I, Basu S, McKee M,
Stuckler D. Health effects of financial
crisis: omens of a Greek tragedy. The
Lancet, 2011, 378(9801):1457-1458.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Τα στάδια κάλυψης του Tanahashi και οι επιμέρους πτυχές τους

1. Διαθεσιμότητα	Ανθρώπινοι πόροι, διαθεσιμότητα των υγειονομικών εγκαταστάσεων και του υλικοτεχνολογικού εξοπλισμού
2. Πρόσβαση	<ul style="list-style-type: none">- Φυσική προσβασιμότητα- Οικονομική προσιτότητα
3. Αποδοχή	Ορίζει το πως αποδέχονται τις υπηρεσίες οι πολίτες
4. Κάλυψη επαφής	Η πραγματική επαφή μεταξύ παρόχων των υπηρεσιών και πολιτών. Καθορίζει και τη μελλοντική συμπεριφορά των πολιτών όταν υπάρξει ανάγκη χρήση τους
5. Αποτελεσματική κάλυψη	Η αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι πολίτες



ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Οι κωδικοί της μελέτης που προέκυψαν παραγωγικά (deductively) με οδηγό το θεωρητικό πλαίσιο του Tanahashi

1. Διαθεσιμότητα	<ul style="list-style-type: none">- Έλλειψη προσωπικού- Υψηλού επιπέδου προσωπικό- Μη ικανοποιητική εξυπηρέτηση<ul style="list-style-type: none">- Ελλιπής εξοπλισμός- Μη ικανοποιητικές δομές και εγκαταστάσεις
2. Πρόσβαση	<ul style="list-style-type: none">- Ανεπαρκής ασφάλιση- Φακελάκια ως κανόνας- Χαμηλής ποιότητας παροχές- Έλλειψη ενημέρωσης των πολιτών- Δυσκολίες στις απομακρυσμένες περιοχές- Επιβάρυνση της οικογένειας
3. Αποδοχή	<ul style="list-style-type: none">- Μεγάλη αναμονή- Κοινωνικές διακρίσεις- Φόβος από την πλευρά των ανέργων- Αμεσότητα στη σχέση γιατρού-ασθενούς
4. Κάλυψη επαφής	<ul style="list-style-type: none">- Μη λειτουργικό δημόσιο σύστημα υγείας<ul style="list-style-type: none">- Επιδείνωση λόγω κρίσης- Αυξημένες ανάγκες στο δημόσιο σύστημα υγείας<ul style="list-style-type: none">- Έλλειψη ενημέρωσης των ασθενών
5. Αποτελεσματική κάλυψη	<ul style="list-style-type: none">- Έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών στο δημόσιο σύστημα υγείας<ul style="list-style-type: none">- Οικονομική επιβάρυνση- Μη συμμόρφωση με τη θεραπεία- Έλλειψη εμπιστοσύνης των ασθενών στους γιατρούς