



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών  
«Διοίκηση Οικονομικών Μονάδων (ΔΟΜ)»  
με κατεύθυνση την "Οικονομία και  
Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας"**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Ο Ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την Περίοδο  
της Κρίσης**

**Μέτρηση ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και  
πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης**

ΓΚΟΥΝΤΟΥΜΑΣ ΜΙΧΑΗΛ

Επιβλέπων καθηγητής  
Ιωάννης Υφαντόπουλος

ΑΘΗΝΑ  
ΜΑΪΟΣ, 2019

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την  
περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων  
και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

© Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2019

Η παρούσα Εργασία καθώς και τα αποτελέσματα αυτής, αποτελούν συνιδιοκτησία του ΕΚΠΑ και του φοιτητή, ο καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης, αναπαραγωγής και αναδιανομής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και το συγγραφέα της Εργασίας καθώς και το όνομα του ΕΚΠΑ όπου εκπονήθηκε.

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*



**Ο Ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την Περίοδο της Κρίσης**  
**Μέτρηση ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και**  
**πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης**

Γκουντούμας Μιχαήλ

Επιβλέπων Καθηγητής:

Ιωάννης Υφαντόπουλος

Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Κοινωνικής Πολιτικής και Διοίκησης

Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης- ΕΚΠΑ

Αθήνα, Μάιος 2019

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

*Ευχαριστώ την οικογένεια μου, τους φίλους τις φίλες και τους συντρόφους/ισσες μου που με στήριζαν κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.*

*Ευχαριστώ τον Καθηγητή Κο Υφαντόπουλο που με καθοδήγησε για τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης, αλλά και για τις γνώσεις που μου μετέδωσε κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος και τον Δρ Κο Κοτσόπουλο για την υπομονή του για την απάντηση των αποριών μου και των συμβουλών του μέσα από τις πολύωρες συζητήσεις.*

*Τέλος ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλονται στους συναδέλφους των χρόνων που εργαζόμουν στους Γιατρούς του Κόσμου, οι οποίοι εξελίχθηκαν σε καλούς φίλους μέσα από τα κοινά μας βιώματα και τις δύσκολες συνθήκες εργασίας και συνεργασίας.*

*Αφιερώνεται στον πατέρα μου που έφυγε κάπως νωρίτερα και σε όλους αυτούς που στην προσπάθεια τους να ξεφύγουν από το κακό χάθηκαν στο ταξίδι άδικα...*

## Περίληψη

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δύο μέρη, ένα θεωρητικής επισκόπησης και ανάλυσης και ένα εμπειρικό μέσω αποτελεσμάτων πραγματικής έρευνας. Για το πρώτο μέρος διεξήχθη μελέτη συστηματικής βιβλιογραφικής επισκόπησης δευτερογενών και πρωτογενών πηγών με σκοπό τη διερεύνηση των επιπτώσεων της παγκόσμιας καπιταλιστικής κρίσης στις δαπάνες για την υγεία, την κατάσταση υγείας και την ποιότητα ζωής των κατοίκων της Ελλάδας και κυρίως αυτών που αποτελούν πληθυσμό υπό ευαλωτότητα. Επίσης, παρουσιάζεται και αναλύεται ο Τρίτος Τομέας και ο ρόλος των ΜΚΟ καθώς και οι πολιτικές που υιοθετήθηκαν για την παρέμβαση στα πεδία κρίσης. Προσπαθώντας να περάσει η ανάλυση από το γενικό στο ειδικό, γίνεται μελέτη της ΜΚΟ «Γιατροί του Κόσμου» και συγκεκριμένα του Πολυιατρείου Αθηνών, όπου και έλαβε χώρα η έρευνα του πληθυσμού.

Για την ολοκλήρωση και παρουσίαση του δεύτερου μέρους συντάχθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου για τη διεξαγωγή έρευνας με απλή τυχαία δειγματοληψία σε εστιασμένη ομάδα- στόχου με σκοπό τη λήψη και συλλογή πρωτογενών μετρήσιμων δεδομένων για διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικών με την ποιότητα ζωής.

Οι ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία δημιουργήθηκαν ώστε να μπορούν να λειτουργήσουν σε συσχέτιση με το επιστημονικό εργαλείο διερεύνησης. Χρησιμοποιήθηκε το επιστημονικό εργαλείο μέτρησης ποιότητας ζωής EQ-5D-5L με το συμπληρωματικό EQ VAS. Τον ερευνώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν (N=80) ογδόντα εξυπηρετούμενοι του Πολυιατρείου των Γιατρών του Κόσμου διαφορετικών εθνικοτήτων, φύλων και ηλικίας 12 ετών και άνω. Η έρευνα αποτελείται από τρία μέρη: α) δημογραφικά στοιχεία, β) EQ-5D-5L, EQ VAS ερωτηματολόγιο και γ) το “recall” μέρος, όπου οι εξυπηρετούμενοι κλήθηκαν να ανακαλέσουν πρότερη κατάσταση υγείας σε βάθος ενός έτους και να ξανασυμπληρώσουν βάση αυτού το προηγούμενο εργαλείο. Λόγω του μικρού δείγματος δεν αναμενόταν η εύρεση στατιστικά σημαντικών διαφορών. Το τρίτο μέρος επιβεβαίωσε τις αναμενόμενες τάσεις. Η παρούσα μελέτη παράγαγε μια μοναδική βάση δεδομένων δημογραφικών μεταβλητών και αξιολογήσεων του EQ-5D η οποία δύναται στο μέλλον να αναλυθεί περαιτέρω και να επεκταθεί.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Παγκόσμια κρίση, ανθρωπιστική κρίση, δαπάνες υγείας, Τρίτος Τομέας, ΜΚΟ, EQ-5D-5L, πρόσφυγες, μέτρηση ποιότητας ζωής, Γιατροί του Κόσμου

## **Abstract**

This paper consists of two parts, a theoretical overview and analysis and an empirical one through real-world research results. For the first part, a systematic literature review of secondary and primary sources was conducted to investigate the impact of the global capitalist crisis on health, health and quality of life expenditure of residents of Greece and especially those who are considered as vulnerable population. Also, the Third Sector and the role of NGOs as well as the policies adopted for intervention in the crisis areas are presented and analyzed. Trying to pass the analysis from general to specialist, a study by NGOs "Doctors of the World" (DoW) and in particular the Athens DoW Polyclinic, where research of the population took place. For the completion and presentation of the second part, a questionnaire with closed-ended questions was prepared to conduct a random sampling survey in a targeted target group to obtain and collect primary measurable data for conducting quality-of-life conclusions. Demographic questions have been created to work in conjunction with the scientific investigative tool. The EQ-5D-5L Life Quality Scientific Measurement Tool was used with the supplemental EQ VAS. The surveyed population was (N = 80) eighty subjects, served by the DoW Polyclinic, of different nationalities, sexes and 12 years of age or older. The survey consists of three parts: a) demographics, b) EQ-5D-5L, EQ VAS questionnaire, and c) the "recall" part where the subjects were asked to recall a previous health condition at one year's depth and filled-in the research questionnaire of the second part. Although, statistically significant results were not produced, the outputs of this analysis confirmed the expected trends. To the best of our knowledge this is the first EQ-5D dataset produced for this segment of individuals which can be the basis of further analyses and research.

### **Keywords**

World Economic Crisis, Humanitarian Crisis, Health Expenditures, Third Sector, NGOs, EQ-5D-5L, Refugees, Life Quality Measurement, Doctors of the World, Médecins du Monde

## Περιεχόμενα

Περίληψη.....	v
Abstract .....	vi
Περιεχόμενα.....	vii
Κατάλογος Διαγραμμάτων & Εικόνων .....	ix
Κατάλογος Πινάκων .....	xi
Συνομογραφίες & Ακρωνύμια.....	xiii
Εισαγωγή.....	1
Μεθοδολογία.....	3
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ .....	5
1 Οικονομική Κρίση και Δαπάνες στην Υγεία .....	5
1.2 Πολιτικές λιτότητας και οι επιπτώσεις τους στην Υγεία .....	7
1.3 Το φαινόμενο των κοινωνικών ανισοτήτων .....	10
1.4 Κάλυψη αναγκών του προσφυγικού και μεταναστευτικού πληθυσμού την περίοδο της Κρίσης .....	17
2 Ο Τρίτος Τομέας και η Κοινωνία Πολιτών.....	20
2.1 Τι είναι και πως λειτουργεί ο Τρίτος Τομέας.....	20
2.2 Η σχέση ΜΚΟ- Κράτους και ο ρόλος τους στην κρίση.....	21
3 Το παράδειγμα των Γιατρών του Κόσμου .....	24
3.1 Δομή-Οργάνωση-Λειτουργία .....	24
3.1.1 Ανάλυση PEST-DG .....	25
3.1.2 Ανάλυση εσωτερικού περιβάλλοντος .....	26
3.1.3 SWOT ανάλυση .....	29
3.2 Τρόποι Χρηματοδότησης .....	30
3.3 Παρέμβαση στα πεδία κρίσης την περίοδο της Κρίσης .....	31
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ .....	33
4 Έρευνα πεδίου- Μέτρηση ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων του Πολυιατρείου των ΓτΚ.....	33
4.1 Παρουσίαση ερωτηματολογίου- EQ5D-based.....	33
4.2 Μεθοδολογία Έρευνας .....	35

4.3	Αποτελέσματα έρευνας .....	36
4.3.1	Δημογραφικά.....	37
4.3.2	Σύγκριση Ικανοποιημένων αναγκών.....	45
4.3.3	Επιδημιολογικά Χαρακτηριστικά .....	51
4.3.4	Παρουσίαση αποτελεσμάτων EQ-5D-5L .....	53
4.3.5	EQ-5D-5L RECALL .....	60
4.3.6	Σύγκριση αποτελεσμάτων παρούσας και παρελθοντικής αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας .....	63
5	Συμπεράσματα .....	67
	Βιβλιογραφία.....	69
	Παράρτημα.....	73



## Κατάλογος Διαγραμμάτων & Εικόνων

Διάγραμμα 1 Ραβδόγραμμα εισροής- εκροής ανεκπλήρωτων αναγκών κατά πεντημώριο εισοδήματος/ % ΑΕΠ για δαπάνες υγείας, Ελλάδα 2007-2015. Πηγή: ΟΟΣΑ, 2017 & ΕΛΣΤΑΤ 2016 .....	12
Διάγραμμα 2 Ανικανοποίητες ανάγκες Υγείας κατά ομάδα κατάστασης εργασίας σε επίπεδο υγείας Κακό ή πολύ κακό και ηλικίες 16-44. Πηγή: Eurostat, 2019.....	13
Διάγραμμα 3 Ποσοστά Αυτοαναφερόμενης Κατάστασης Υγείας για Ανέργους 16-44, έτη 2008-2017. Πηγή: Eurostat, 2019 .....	15
Διάγραμμα 4 Ποσοστιαία Κατανομή Αυτοαναφερόμενης Κατάστασης Υγείας Ανέργων Ηλικίας 16 και άνω. Πηγή: Eurostat, 2019 .....	16
Διάγραμμα 5 Ποσοστά συμμετοχής στην έρευνα.....	36
Διάγραμμα 6 Παρουσίαση ηλικιακών ομάδων κατά ποσοστό συμμετοχής.....	37
Διάγραμμα 7 Διάρκεια Διαμονής στην Ελλάδα.....	38
Διάγραμμα 8 Κατανομημένα ποσοστά οικογενειακής κατάστασης κατά φύλο .....	38
Διάγραμμα 9 Οικογενειακή κατάσταση στο σύνολο του πληθυσμού .....	39
Διάγραμμα 10 Κατάτμηση εξυπηρετούμενων κατά χώρα καταγωγής με τα μεγαλύτερα ποσοστά καταγραφής στο Πολυιατρείο των Γτκ.....	40
Διάγραμμα 11 Κατηγοριοποίηση εξυπηρετούμενων κατά περιοχή προέλευσης .....	41
Διάγραμμα 12 Κατάσταση πολιτειακής καταγραφής .....	41
Διάγραμμα 13 Κατανομή κατά κατάσταση στέγασης .....	42
Διάγραμμα 14 Ποσοστά κατηγοριών συγκατοίκησης καταμερισμένα σε αριθμό συγκατοίκων.....	43
Διάγραμμα 15 Κατάσταση εργασίας ως % επί του συνολικού πληθυσμού .....	43
Διάγραμμα 16 Συγκριτική % κατανομή ανά κατάσταση εργασίας και φύλο.....	44
Διάγραμμα 17 Ικανότητα επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα .....	45
Διάγραμμα 18 Δυσκολία εισόδου στο ΕΣΥ- Ακάλυπτες ανάγκες.....	46
Διάγραμμα 19 Δυσκολία εισόδου στο ΕΣΥ- Ακάλυπτες ανάγκες για τους άνδρες εξυπηρετούμενους.....	46

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

Διάγραμμα 20 Δυσκολία εισόδου στο ΕΣΥ- Ακάλυπτες ανάγκες για τις γυναίκες εξυπηρετούμενες .....	47
Διάγραμμα 21 Συχνότητα επισκέψεων στο ΕΣΥ .....	48
Διάγραμμα 22 Συχνότητα επισκέψεων στο Πολυιατρείο των ΓτΚ .....	48
Διάγραμμα 23 Είδος επισκέψεων στους ΓτΚ .....	49
Διάγραμμα 24 Ποσοστό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του Πολυιατρείου των ΓτΚ.....	50
Διάγραμμα 25 Ποσοστό ικανοποίησης- κατανομή κατά φύλο.....	50
Διάγραμμα 26 Ποσοστά επισκεψιμότητας ανά ειδικότητα στο Πολυιατρείο των ΓτΚ .....	51
Διάγραμμα 27 Ποσοστά χρόνιων παθήσεων στο σύνολο και κατανομημένα ανά φύλο ....	52
Διάγραμμα 28 Ποσοστά χρόνιων παθήσεων των εξυπηρετούμενων στο σύνολο του ερευνώμενου πληθυσμού .....	52
Διάγραμμα 29 Συγκριτικά αποτελέσματα EQ-5D-5L ανδρών-γυναικών ως % στο σύνολο της ερευνώμενης ομάδας.....	56
Διάγραμμα 30 Διασπορά αποτελεσμάτων EQ-5D-5L για άνδρες και γυναίκες.....	58
Διάγραμμα 33 Αποτελέσματα EQ-5D present και EQ-5D recall για το σύνολο του πληθυσμού ανά διάσταση και βαθμίδα υγείας.....	64
Διάγραμμα 34 Σύγκριση της παρούσας και παρελθοντικής κατάστασης υγείας ανά ηλικιακή ομάδα .....	65
Διάγραμμα 35 Σύγκριση της κατάστασης υγείας σε σχέση με την παρουσία στο Πολυιατρείο των ΓτΚ.....	66
Εικόνα 1 Ραβδόγραμμα: Πληθυσμός που διαμένει σε νοικοκυριά χωρίς κανένα εργαζόμενο, Ελλάδα 2004-2015. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2016.....	6
Εικόνα 2 Διακύμανση- Κίνδυνος Φτώχειας, Ελλάδα 2004-2015. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2016 ..	7
Εικόνα 3 Πίνακας Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (σε εκατ. Ευρώ), Ελλάδα 2010-2015. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2017 .....	8
Εικόνα 4 Διοικητικό Οργανόγραμμα ΓτΚ. Πηγή: mdmgreece.gr, 2019 .....	25
Εικόνα 5 Διακύμανση % ΑΕΠ Παγκόσμιο, Αργεντινή, Μεξικό. Πηγή: ΟΟΣΑ,2019.....	75
Εικόνα 6 Διακύμανση %ΑΕΠ 1968-2017 (Μεγάλη Βρετανία, Παγκόσμιο). Πηγή: ΟΟΣΑ,2017 .....	76

Εικόνα 7 Διακύμανση του %ΑΕΠ τα έτη 1968-2017 (ΗΠΑ, Παγκόσμιο, Χώρες ΟΟΣΑ). Πηγή: ΟΟΣΑ,2017.....	78
Εικόνα 8 Χάρτης- Ετήσια αύξηση του %ΑΕΠ για το 2007 Πηγή: ΔΝΤ, 2017.....	79
Εικόνα 9 Χάρτης Ετήσια αύξηση του %ΑΕΠ για το 2008 Πηγή: ΔΝΤ,2017 .....	79
Εικόνα 10 Χάρτης- Ετήσια αύξηση του %ΑΕΠ για το 2009 Πηγή: ΔΝΤ,2017.....	79

## **Κατάλογος Πινάκων**

Πίνακας 1 Ανικανοποίητες ανάγκες κατά πεντημόριο εισοδήματος, Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2016 .....	11
Πίνακας 2 Συσχέτιση κατά Pierson Ανέργων 16-44 με κακή ή πολύ κακή υγεία και Ανικανοποίητων Αναγκών για τα έτη 2008-2017. Πηγή: Eurostat, 2019 .....	13
Πίνακας 3 Συσχέτιση κατά Pierson των ανικανοποίητων για άτομα ηλικίας 16-44 με το συνολικό ποσοστό ανεργίας. Πηγή: Eurostat, 2019 και ΕΛΣΤΑΤ, 2019.....	13
Πίνακας 4 Αναλυτικά Ποσοστά Αυτοαναφερόμενης Κατάστης Υγείας για ανέργους 16- 44. Πηγή: Eurostat, 2019.....	14
Πίνακας 5 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού, κατά την κατάσταση υγείας, Ελλάδα 2007- 2015. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2016 .....	15
Πίνακας 6 Συσχέτιση κατά Pierson Ανεργίας και Αναφερόμενης Κατάστασης Υγείας για τα έτη 2007-2015 στο σύνολο του πληθυσμού.....	15
Πίνακας 7 Αυτοαναφερόμενη Κατάσταση Υγείας Ανέργων ηλικίας 16 και άνω. Πηγή: Eurostat, 2019 .....	16
Πίνακας 8 PEST-DG analysis. Προσαρμογή: Παπαδάκης, 2016.....	26
Πίνακας 9 Υλικοί και Άυλοι Πόροι. Προσαρμογή: Παπαδάκης,2016 .....	27
Πίνακας 10 Μοντέλο VRIO και Βαθμός Ανταγωνιστικού Πλεονεκτήματος. Προσαρμογή από: Παπαδάκης, 2016.....	28
Πίνακας 11 SWOT analysis Πολυιάτρειο Αθήνας ΓτΚ .....	29
Πίνακας 12 Περιγραφικά αποτελέσματα EQ-5D-5L για το σύνολο των ερωτηθέντων.....	53
Πίνακας 13 Περιγραφικά αποτελέσματα EQ-5D-5L για το σύνολο των ανδρών .....	54
Πίνακας 14 Αποτελέσματα EQ VAS γυναικών κατατμημένο σε ηλικιακές ομάδες και στο σύνολο.....	54

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

Πίνακας 15 Περιγραφικά αποτελέσματα EQ-5D-5L για το σύνολο των γυναικών .....	55
Πίνακας 16 Κατάτμηση του συνόλου των ερωτηθέντων σε δύο κατηγορίες ανά διάσταση μέτρου ποιότητας .....	57
Πίνακας 17 Αποτελέσματα EQ VAS για το σύνολο των ερωτηθέντων .....	57
Πίνακας 18 Αποτελέσματα συσχέτισης κατά Pearson παραγόντων ποιότητας ζωής και υγείας.....	59
Πίνακας 19 Περιγραφικά αποτελέσματα EQ-5D-5L για το σύνολο των ερωτηθέντων.....	60
Πίνακας 20 Αποτελέσματα EQ VAS μέσου όρου και τυπικής απόκλισης στο σύνολο και κατά ηλικιακές ομάδες .....	62

## **Συντομογραφίες & Ακρωνύμια**

AMIF	Asylum, Migration and Integration Fund
ΓτΚ	Γιατροί του Κόσμου
ΔΕ	Διπλωματική Εργασία
ΔΝΤ	Διεθνές Νομισματικό Ταμείο
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΠΑ	Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
ΕΛΣΤΑΤ	Ελληνική Στατιστική Αρχή
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΣΙ	European Structural and Investment funds
ΘΕ	Θεματική Ενότητα
ISF	Internal Security Fund
ΜΚΟ	Μη Κυβερνητικές/ Μη Κερδοσκοπικές Οργανώσεις
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΠΠ	Παγκόσμιος Πόλεμος
ΠΣ	Πρόγραμμα Σπουδών
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
TOMY	Τοπικές Ομάδες Υγείας
ΤτΕ	Τράπεζα της Ελλάδας

## **Εισαγωγή**

Η ανάλυση της οικονομικής κρίσης που διανύεται παγκοσμίως, αρχής γενομένης το 2008, είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει τους επιστήμονες και τους επαγγελματίες κάθε κλάδου. Είναι τόσο πολύπτυχη που θα ήταν ανούσιο να θεωρήσουμε ότι υπάρχει μόνο ένας φυσικός ένοχος για μια από τις πολυετέστερες οικονομικές κρίσεις του 20<sup>ου</sup> αιώνα αν μπορούμε να την εντάξουμε εκεί, και αν όχι τότε είναι σίγουρα η προβληματική αρχή του 21<sup>ου</sup>. Επίσης, θα ήταν αβάσιμη ή ελλιπής η επιχειρηματολογία για μια οικονομική κρίση που είναι μονάχα «οικονομική», ότι μπορεί δηλαδή, να μετρηθεί μόνο με ποσοτικούς αριθμητικούς δείκτες χωρίς να λαμβάνονται υπ' όψιν τα ποιοτικά χαρακτηριστικά (κοινωνικοπολιτικές εξελίξεις) που την επέφεραν ή που επήλθαν κατά τη διάρκειά της.

Το 2012 λόγω των αναταράξεων στη Μέση Ανατολή και τις αραβικές χώρες, την έξαρση του φονταμενταλισμού, του πολέμου στη Συρία, της αύξησης των εμφύλιων συγκρούσεων στην Αφρική, ξεκίνησε ένα από τα μεγαλύτερα μεταναστευτικά και προσφυγικά ρεύματα που έχουν σημειωθεί τον 20<sup>ο</sup> και 21<sup>ο</sup> αιώνα. Θα μπορούσε να συγκριθεί μόνο με τα μεταναστευτικά ρεύματα μετά το Β' Π Π και την πετρελαϊκή κρίση του '70.

Η ελληνική οικονομία και οι κοινωνικοί της φορείς, τόσο του δημόσιου όσο και του Τρίτου Τομέα κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν τις κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις που επέφεραν οι επιπτώσεις των μεταρρυθμίσεων όπως προέκυψαν από τα προαπαιτούμενα των Μνημονίων και των πακέτων μέτρων λιτότητας, παρότι και οι ίδιοι υπήρξαν θύματα των δημοσιονομικών ρυθμιστικών απαιτήσεων.

Από το 2014 η ανθρωπιστική κρίση εμφανίζεται πιο έντονη και το διακύβευμα της διαχείρισης της παγκόσμιας καπιταλιστικής κρίσης φαίνεται να έχει αρνητικό πρόσημο. Εμφανίζονται τα πρώτα θύματα των πολέμων της Μέσης Ανατολής και μέχρι το 2016 πάνω από 1 εκατομμύριο πρόσφυγες περνάν μέσω χερσαίων και θαλάσσιων οδών προς την Ελλάδα και δια αυτής στις χώρες της βόρειας και δυτικής Ευρώπης. Για την αντιμετώπιση τόσο των ροών ως τέτοιων καθώς και των αναγκών των μεταναστών και των προσφύγων κινητοποιείται το σύνολο των δικτύων του Τρίτου Τομέα και η δράση τους ενισχύεται μέσω οικονομικών πακέτων έκτακτης ανάγκης από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Το κέρδος από αυτά τα πακέτα ήταν να ενισχυθούν υλικά και κοινωνικά και οι ήδη διαμενόντες στην Ελλάδα, χωρίς διάκριση καταγωγής, αντιμετωπίζοντας έτσι τις

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

ανάγκες που είχαν προκύψει από την εκτεταμένη και υψηλή ανεργία, τη φτωχοποίηση των χαμηλών κοινωνικών στρωμάτων, την αλλαγή και ελαστικοποίηση των σχέσεων εργασίας ανθρώπων δηλ. που ανήκαν κυρίως στην εργατική τάξη.

Η παρούσα εργασία προσπαθεί να μελετήσει το παραπάνω φαινόμενο ως συνολικό περνώντας από το γενικό στο ειδικό μέρος.

Το πρώτο μέρος αφορά στο θεωρητικό πλαίσιο και την προσπάθεια της ανάλυσης του φαινομένου της παγκόσμιας καπιταλιστικής κρίσης και τον τρόπο εμφάνισης στην Ελλάδα, τις εκφάνσεις του και τις επιπτώσεις που είχε στον πληθυσμό.

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται η συσχέτιση των κοινωνικο-οικονομικών πτυχών και επιπτώσεων, όπως η ανεργία, με τις επιπτώσεις στην υγεία ως τομέα και ως φυσική κατάσταση και τελικά να διαμορφώσει συμπεράσματα για την ποιότητα ζωής.

Το δεύτερο κεφάλαιο αναφέρεται στον Τρίτο τομέα, αναλύοντας τι είναι και πως διαμορφώνεται κατά τα έτη της κρίσης, πως παρεμβαίνει στα πεδία της κρίσης και πως σχεδιάστηκαν και εξελίχθηκαν ώστε να εξασφαλίσουν τόσο τη βιωσιμότητα των οργανώσεων και των φορέων που τον απαρτίζουν αλλά και την αρωγή στην κοινωνία, την υγεία και την βελτίωση του βιοτικού επιπέδου.

Το τρίτο κεφάλαιο, ως συνέχεια του μεσοσταδίου παρατήρησης που ανοίγει το προηγούμενο, εξειδικεύει την παρατήρηση στην ΜΚΟ «Γιατροί του Κόσμου». Αναλύει τη λειτουργία και τη στρατηγική της οργάνωσης μέσα από εργαλεία του πεδίου της Στρατηγικής των Επιχειρήσεων με ανάλυση PEST-DG και SWOT, προσπαθώντας να την τοποθετήσει στο χάρτη του Τρίτου Τομέα μέσα από τον τρόπο λειτουργίας και της στρατηγικής λήψης αποφάσεων. Τέλος παρατίθενται οι τρόποι χρηματοδότησης και διάφορες επιχειρήσεις παρέμβασης στη διάρκεια των παράλληλων κρίσεων.

Το δεύτερο μέρος, εξειδικεύει τη μελέτη με την παρουσίαση των αποτελεσμάτων για τη μέτρηση ποιότητας ζωής σταθμευμένης στην κατάσταση υγείας των εξυπηρετούμενων του Πολυιατρείου των Γιατρών του Κόσμου όπως αυτά προέκυψαν μετά από έρευνα που έγινε με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας και με χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο απαντήθηκε από ογδόντα (80) εξυπηρετούμενους διαφορετικής καταγωγής, φύλλου και ηλικίας, βασισμένο στο πρότυπο EQ5D5L της EuroQol και ερωτήσεις σχετικές με τις κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης της ερευνώμενης ομάδας στόχου ώστε να γίνουν οι συσχετίσεις και να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

## **Μεθοδολογία**

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δύο μέρη, ένα θεωρητικής επισκόπησης και ανάλυσης και ένα εμπειρικό μέσω αποτελεσμάτων πραγματικής έρευνας.

Για το πρώτο μέρος διεξήχθη μελέτη συστηματικής βιβλιογραφικής επισκόπησης δευτερογενών και πρωτογενών πηγών όπως συλλέχθηκαν από επιστημονικά άρθρα, περιοδικά και φυσική βιβλιογραφία όπως παρατίθεται στο τέλος.

Για τη διερεύνηση δημιουργήθηκε κώδικας σε διαπιστευμένες επιστημονικές μηχανές αναζήτησης: Google Scholar, PubMed, Elsevier, ο οποίος περιείχε λέξεις κλειδιά στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Ενδεικτικά αναφέρονται: “Economic crisis”, “refugee health”, “refugee crisis”, migrants health”, “Non-governmental organizations”, «ΜΚΟ», «επιπτώσεις+οικονομική κρίση+πρόσφυγες». Για τη συλλογή των πρωτογενών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα από ΕΛΣΤΑΤ, ΟΟΣΑ, ΔΝΤ, Eurostat.

Βιβλιογραφία ή αρθρογραφία, των οποίων οι πηγές, τα αποτελέσματα ή οι συγγραφείς δεν πληρούσαν τα κριτήρια επιστημονικότητας ή επαλήθευσης αποτελεσμάτων και εγκυρότητας των πηγών δεν συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα και δεν έγινε χρήση τους.

Για την ολοκλήρωση και παρουσίαση του δεύτερου μέρους συντάχθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου για τη διεξαγωγή έρευνας με απλή τυχαία δειγματοληψία σε εστιασμένη ομάδα- στόχου με σκοπό τη λήψη και συλλογή πρωτογενών μετρήσιμων δεδομένων για διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικών με την ποιότητα ζωής.

Οι ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία δημιουργήθηκαν ώστε να μπορούν να λειτουργήσουν σε συσχέτιση με το επιστημονικό εργαλείο διερεύνησης.

Χρησιμοποιήθηκε το επιστημονικό εργαλείο μέτρησης ποιότητας ζωής EQ-5D-5L με το συμπληρωματικό EQ VAS· άδεια για τη χρήση του δόθηκε από το ΕΚΠΑ και το τμήμα ΜΠΣ «ΔΟΜ».

Το ερωτηματολόγιο και η μελέτη με τίτλο «Μέτρηση ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων του Πολυιατρείου των ΓτΚ- EQ5D based» είναι πρωτότυπη και δεν απαντάται στη βιβλιογραφία.

Τα ερωτήματα που τίθενται ως ερευνητικά είναι:

- i. Πως επηρέασε η παγκόσμια καπιταλιστική κρίση την εξέλιξη των συνθηκών διαβίωσης των κατοίκων της Ελλάδας
- ii. Τι επιπτώσεις είχε στη δαπάνη υγείας



*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

- iii. Πως προκύπτει η παρέμβαση των οργανώσεων του Τρίτου Τομέα για την ελάφρυνση της κρίσης, την κάλυψη των αναγκών και ποια η σχέση του με το Κράτος
- iv. Ποια είναι η ποιότητα ζωής των εξυπηρετούμενων των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων που παρέχουν ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες ψυχο-κοινωνικής στήριξης;
- v. Είναι όντως ποιοτικά θετική η παρέμβαση που γίνεται στο Πολυιατρείο
- vi. Πως εξελίχθηκε η υγεία όσων λαμβάνουν τις υπηρεσίες του Πολυιατρείου τον τελευταίο χρόνο ή κατά το διάστημα λήψης υπηρεσιών
- vii. Μπορεί να γίνει σύγκριση κάλυψης των αναγκών από το Πολυιατρείο των ΓτΚ με τις αντίστοιχες που ζητούνται από τις δομές του Δημόσιου Τομέα και ποια τα σημεία διαφοράς και συγκρίσης

Για τη διεξαγωγή έρευνας με ερωτηματολόγιο κατατέθηκε έντυπα αίτηση για χορήγηση άδειας έρευνας στο Δ.Σ. της ΜΚΟ «Γιατροί του Κόσμου», η οποία και εγκρίθηκε μετά από έλεγχο. Για τα λοιπά στοιχεία που αφορούν τους Γιατρούς του Κόσμου χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία όπως εμφανίζονται στην επίσημη ιστοσελίδα τους ή άλλες πηγές αναφοράς, όπως παρατίθενται στη βιβλιογραφία της παρούσης.

Η έρευνα είναι ανεξάρτητη και για τη διεξαγωγή και ολοκλήρωση της δεν ελήφθη καμία είδους οικονομική επιδότηση ή εισφορά από τρίτους.

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

### 1 Οικονομική Κρίση και Δαπάνες στην Υγεία

#### 1.1 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η σημερινή παγκόσμια καπιταλιστική κρίση δεν διαφέρει πολύ σε έκταση και σε επιπτώσεις από αυτή της δεκαετίας του '70. Δημιούργησε όμως απορίες για τον τρόπο διαχείρισης του τρόπου παραγωγής εντός καπιταλιστικών πλαισίων και τη σύνδεση του με τον τρόπο διαχείρισης των κεφαλαίων, της διάχυσής τους στην αγορά, τα συστήματα διακυβέρνησης. Η έκταση που πήρε παγκοσμίως δεν επιτρέπει πλέον τις κατηγορίες σε έναν μόνο τομέα, αφού το φιάσκο των στεγαστικών ακινήτων στις ΗΠΑ συμπαρέσυρε τα παγκόσμια χρηματιστήρια και οδήγησε στην ύφεση της παραγωγής [1].

Το 2011 όταν φαρμακαποθήκες και φαρμακοβιομηχανίες της Ελλάδας δημιούργησαν τεχνητή έλλειψη σε βασικά είδη φαρμάκων και όρισαν «πλαφόν πωλήσεων», σε συνεργασία με διάφορες πολυεθνικές βιομηχανίες, ανεβάζοντας το τζίρο τους κατά 7% και οι 73 μεγαλύτερες φαρμακαποθήκες αύξησαν τα κέρδη τους κατά 119,4%. [2]

Έχει γίνει πλέον αντιληπτό ότι οι χώρες δεν ανταποκρίνονται παρόμοια στη διαχείρισή της, ούτε πλήττονται στους ίδιους τομείς, αλλά αυτό συμβαίνει ανάλογα με τα μειονεκτήματα στην οικονομική τους δομή και διοίκηση. Χώρες με ελλειμματική θέση στο ισοζύγιο συναλλαγών, με χαμηλή εξαγωγική δραστηριότητα λόγω ανταγωνιστικότητας ή με αυξημένη ζήτηση εισαγωγών λόγω της αυξημένης εσωτερικής ζήτησης και κατανάλωσης δέχθηκαν το μεγαλύτερο πλήγμα. Με το ξέσπασμα της τρέχουσας κρίσης εμφανίστηκαν οι διαφορές στον εξωτερικό με το εσωτερικό τομέα και προκάλεσαν την ταχεία συσσώρευση ιδιωτικού και δημόσιου χρέους, μαζική εκροή κεφαλαίων, αποεπένδυση με αποτέλεσμα τη μείωση της απασχόλησης και τη συρρίκνωση του προϊόντος. [3]<sup>1</sup>

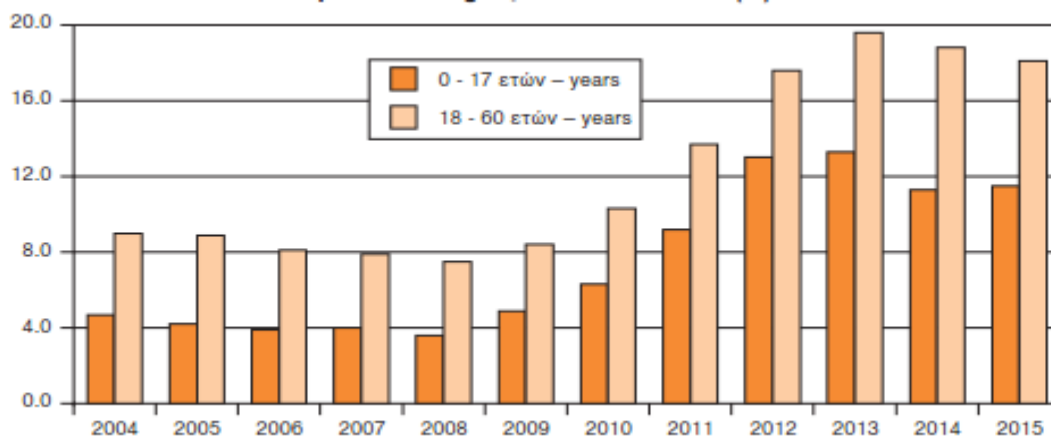
Η μακροχρόνια τάση εξέλιξης του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος στην Ελλάδα παρουσιάζει κάμψη από το 2005. Στην αρχή της κρίσης, όταν πλέον και επίσημα είχε ανακοινωθεί στην Ελλάδα, σύμφωνα με εκτιμήσεις της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, το ΑΕΠ θα μειωθεί σε σταθερές τιμές κατά 3% για το 2010 και κατά 0,5% το 2011. Αθροιστικά η μείωση κατά την τριετία 2009-2011 θα ανέλθει σε 5,5%. Ο ΟΟΣΑ προβλέπει περαιτέρω ύφεση -3,7% για το 2010 και -2,5% για το 2011. Η πρόβλεψη δεν σημαίνει ότι η ύφεση αποκλείεται να είναι βαθύτερη. Θα εξαρτηθεί από

---

<sup>1</sup> Για περισσότερα σχετικά με την παγκόσμια καπιταλιστική κρίση πβλ στο Παράρτημα

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

το μέγεθος της επίπτωσης που θα έχουν τα μέτρα της περιοριστικής πολιτικής που ασκεί η κυβέρνηση και από την ταχύτητα που θα απορροφηθούν οι πόροι του ΕΣΠΑ.

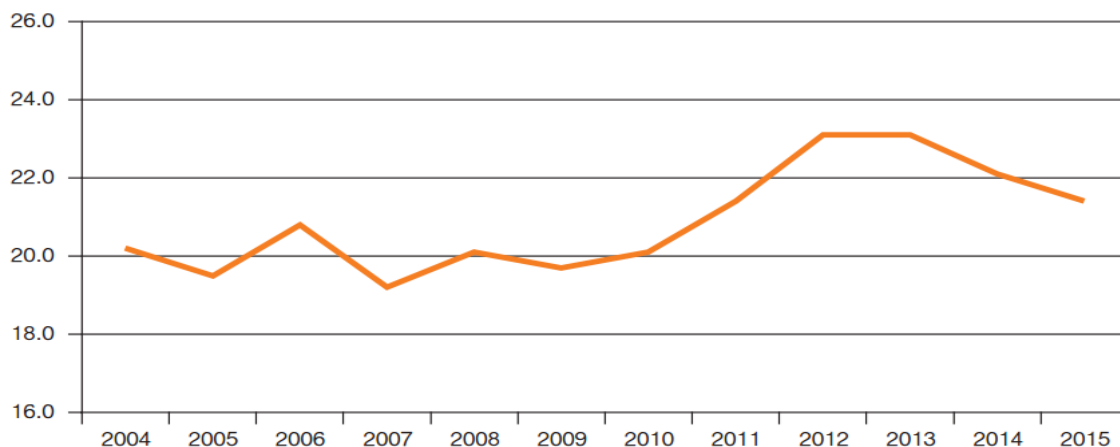


Εικόνα 1 Ραβδόγραμμα: Πληθυσμός που διαμένει σε νοικοκυριά χωρίς κανένα εργαζόμενο, Ελλάδα 2004-2015. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2016

Στην περιορισμένη ρευστότητα των επιχειρήσεων και των νοικοκυριών κατά το 2009 προστίθεται η εφαρμοζόμενη φορολογική πολιτική που μειώνει την ζήτηση και οι ανατροπές στις εργασιακές σχέσεις που οδηγούν στη μείωση των πραγματικών μισθών, επομένως και της ιδιωτικής κατανάλωσης. Από τη στιγμή που η μείωση του δανεισμού λόγω της χρηματοπιστωτικής κρίσης έχει επέλθει, η μείωση των μισθών συνεπάγεται μείωση της ιδιωτικής κατανάλωσης. Η συρρίκνωσή της αθροιστικά (2009&2011) θα ανέρχεται σε 8% έναντι του 2008. Η δημόσια κατανάλωση, αυξήθηκε κατά 9,6% το 2009, προκειμένου να αποτραπεί η περαιτέρω καταβύθιση της οικονομίας. Λόγω, όμως, της ακολουθούμενης πολιτικής φέτος θα μειωθεί κατά 7% και το 2011 κατά 3,1% τουλάχιστον. [4]

Η ελληνική οικονομία διακρίνεται από την έντονη ανισοκατανομή του εισοδήματος και την υψηλή ανεργία (12% τον Ιούλιο του 2010, εγγεγραμμένοι άνεργοι 587.000). Η πραγματική ανεργία υπολογίζεται κατά 5 μονάδες τουλάχιστον υψηλότερα, αφού η μερική απασχόληση ολίγων ωρών, ακόμα και η περιστασιακή απασχόληση λογίζεται ως εργασία, χωρίς να λάβουμε υπόψη όσους δεν ενδιαφέρονται να εγγραφούν λόγω απογοήτευσης.

Από 71% του ΑΕΠ τότε θα ευρίσκεται στο τέλος του 2011 στο 60% του ΑΕΠ. Αναφορικά με το μέσο όρο της πενταετίας 1995 – 2000 θα έχει μειωθεί κατά 2 εκατοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ.



Εικόνα 2 Διακύμανση- Κίνδυνος Φτώχειας, Ελλάδα 2004-2015. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2016

Ένα βασικό χαρακτηριστικό της μερικής απασχόλησης είναι η αύξηση της συμμετοχής όσων αναζητούσαν θέση πλήρους απασχόλησης και δεν βρήκαν. Αποτελούν το 47,6% των μερικώς απασχολούμενων.[5]

Η αφήγηση στα τέλη του 2010 ήταν ότι η ελληνική οικονομία πάσχει από σοβαρό πρόβλημα ανταγωνιστικότητας λόγω μεγάλης αύξησης των ονομαστικών μισθών. Η σύγκριση στις αυξήσεις των μισθών γίνεται με τις αντίστοιχες της Γερμανίας. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ευρωπαϊκής επιτροπής, το κόστος εργασίας ανά μονάδα προϊόντος για το σύνολο της οικονομίας, και συγκρινόμενο με το αντίστοιχο μέγεθος των 35 άλλων ανεπτυγμένων χωρών του πλανήτη, υπολογισμένο σε δολάρια, αυξήθηκε στην Ελλάδα 2000-2009 κατά 18,7%. Η αύξηση αυτή είναι υπολογισμένη σε δολάρια και δεν θα πρέπει να αποδίδεται στις απαιτήσεις των εργαζόμενων αλλά στις αλλαγές της συναλλαγματικής ισοτιμίας του ευρώ έναντι των νομισμάτων των εμπορικών εταίρων.

Οι δεδηλωμένοι στόχοι της ποσοτικής χαλάρωσης είναι να μειώσει τα επιτόκια, να τονώσει το δανεισμό και έτσι τις επενδύσεις και να αυξήσει τις εξαγωγές με την υποτίμηση του νομίσματος. Η αποτελεσματικότητα αυτών των στόχων ανάγεται σε αποτυχία. Στις περιόδους της κρίσης μια αύξηση των δημοσίων δαπανών κρίνεται μη βιώσιμη και οι αστικές κυβερνήσεις υποχρεούνται να συνεχίσουν τις πολιτικές λιτότητας. [6]

## 1.2 Πολιτικές λιτότητας και οι επιπτώσεις τους στην Υγεία

Η λιτότητα που εφαρμόστηκε στο υγειονομικό πλαίσιο της Ελλάδας, από το 2008 μέχρι σήμερα, δεν έχει καμία συμβολική αξία [7], τα έξοδα του κράτους δεν αυξήθηκαν, παρά

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

ίσως σταθεροποιήθηκαν για λίγο και στη συνέχεια μειώθηκαν, και σίγουρα οι επιπτώσεις δεν είναι θετικές στο κοινωνικό σύνολο.

Ο πίνακας (Εικόνα 3) της ΕΛΣΤΑΤ [8] που ακολουθεί είναι ενδεικτικός.

**Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (σε εκατ. ευρώ)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1. Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	6.475,4	4.202,2	5.046,4	4.603,1	4.176,5	4.459,5
2. ΟΚΑ (HF.1.2)*	8.445,4	8.223,1	6.036,3	4.699,8	4.018,2	4.245,0
<b>Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες (1)+(2)</b>	<b>14.920,8</b>	<b>12.425,3</b>	<b>11.082,7</b>	<b>9.302,9</b>	<b>8.194,7</b>	<b>8.704,5</b>
3. Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1)	536,6	534,2	525,7	495,1	534,9	541,3
4. Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1)	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2	5.202,9	5.224,1
<b>Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες (3)+(4)</b>	<b>6.614,6</b>	<b>6.358,0</b>	<b>5.644,6</b>	<b>5.616,3</b>	<b>5.737,8</b>	<b>5.765,4</b>
5. Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	73,3	52,4	53,6	139,3	198,4	262,0
<b>Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (HF) (1)+(2)+(3)+(4)+(5)</b>	<b>21.608,7</b>	<b>18.835,7</b>	<b>16.780,9</b>	<b>15.058,5</b>	<b>14.130,9</b>	<b>14.731,9</b>

**Εικόνα 3 Πίνακας Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (σε εκατ. Ευρώ), Ελλάδα 2010-2015. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2017**

Τα έξοδα των πολιτών αυξήθηκαν κατακόρυφα, ενώ τα έσοδα μειώθηκαν και η ανεργία αυξήθηκε όπως και το ποσοστό αυτών που ζουν στο όριο της φτώχειας. Το υγειονομικό σύστημα της Ελλάδας προκαλείται να συγκρατήσει το κόστος περισσότερο από κάθε άλλη φορά και καλείται παρά τους μειωμένους πόρους να ανταποκριθεί στις αυξημένες ανάγκες των εξυπηρετούμενων (των αγοραστών του προϊόντος «υγεία» ως υπηρεσία ή ως υλικό αγαθό). [9]

Η ψαλίδα μεταξύ κρατικής και ιδιωτικής κλείνει με ελάχιστη διαφορά και τείνει να ομογενοποιηθεί αφού η ιδιωτική δαπάνη ανέρχεται στο 40% της συνολικής χρηματοδότησης ενώ της δημόσιας δαπάνης 59%. Διαφορά μόλις 19% όταν το 2010 ήταν 40%. Αυτό σημαίνει πως μπορεί να οδεύουμε σε ένα σύστημα υγείας πλήρως ιδιωτικοποιημένο με τεράστια ευθύνη του κράτους λόγω της συνειδητής επιλογής του. Στην περίοδο αυτή έχουν αλλάξει τέσσερις κυβερνήσεις διαφορετικής κομματικής αρχής (συμπεριλαμβανόμενης της κυβέρνησης Παπαδήμου και ΠΑΣΟΚ,ΝΔ, ΣΥΡΙΖΑ).

Προβλήματα που τείνουν την υγεία προς την ιδιωτικοποίηση της προέκυψαν και από την αύξηση του κόστους προς τους εξυπηρετούμενους, από τα προβλήματα χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ και την πρόχειρη οργάνωση του ΠΕΔΥ.

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

Κατά τη διάρκεια των χρόνων της «λιτότητας» και μέχρι το 2014 (που σημειώνει το χαμηλότερο ποσοστό στο μέσο όρο δαπάνης), η Ελλάδα μείωσε τις δαπάνες που αφορούν την πρόληψη και τη δημόσια υγεία κατά 12%, όταν ήδη δαπανούσε το 1/3 συγκριτικά με το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ. Επιπρόσθετα, μείωσε τη δαπάνη υγείας κατά περισσότερο από 25%, που επίσης ήταν από τις χαμηλότερες στην Ευρώπη.

Αρνητικά αποτελέσματα αποτυπώνονται και στη μείωση του εργασιακού κόστους (περικοπές μισθών), τη μείωση προσωπικού στα νοσοκομεία και στα πρωτοβάθμια κέντρα υγείας και την αναστολή προσλήψεων.

Οι άσχημες εργασιακές συνθήκες επιφέρουν δύο συνέπειες: α) ιατρικά λάθη (mal practice), β) φυγή ανθρωπίνου κεφαλαίου προς τρίτες χώρες (μετανάστευση). Σε σχετική έκθεση της ΤτΕ, που έλαβε το 2016, το 8% του συνολικού ποσοστού μετανάστευσης προέρχεται από αποφοίτους του τομέα Υγείας.[10]

Η μείωση της προσφοράς ιατρικής περίθαλψης, λόγω της μείωσης πόρων: οικονομικών, υλικών και ανθρωπίνων, που οφείλεται στην κρίση, εκφράζεται με την αύξηση οικονομικών και χρονικών εμποδίων στην πρόσβαση, δημιουργώντας ανισότητες. Οι ανισότητες με τη σειρά τους επηρεάζουν το πεδίο της πρόληψης, της δημόσιας υγείας, της πρωτοβάθμιας φροντίδας και της διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων [11].

Ο Τούντας [12] μετά από έρευνα που διεξήγαγε σχετικά με τη δυνατότητα οικονομικής πρόσβασης στο φάρμακο, αναφέρει πως εντοπίζεται δυσκολία πρόσβασης στη φαρμακευτική αγωγή λόγω οικονομικών επιβαρύνσεων. Πολλές από τις φαρμακευτικές αγωγές λαμβάνονται από ιδιωτικά φαρμακεία χωρίς απαραίτητα τη συνταγή ιατρού και μεγάλο μέρος αυτών είναι αντιβιοτικά. Η αυξημένη φαρμακευτική δαπάνη οφείλεται στην έλλειψη ενημέρωσης και εμπιστοσύνης ως προς τα γενόσημα φάρμακα έναντι των πρωτοτύπων.

Οι μεταρρυθμίσεις στα δημόσια νοσοκομεία στρέφονται προς τον εξορθολογισμό των δαπανών. Οι διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις δρομολογήθηκαν το 2013 με στόχο τη μείωση των κλινών, από τις οποίες 500 παραχωρήθηκαν σε πελάτες ιδιωτικών ασφαλιστικών με στόχο την αύξηση των εσόδων. [3,5,13,14]

Η κυβέρνηση, το 2017, με τη βοήθεια του ΠΟΥ, ανέπτυξε ένα σχέδιο δράσης 100 σημείων για τη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας πάνω σε τρεις βασικούς άξονες: α)

καθολική πρόσβαση σε ποιοτική περίθαλψη, β) διαφανής, σύγχρονη και αποτελεσματική διοίκηση και γ) δίκαιη και βιώσιμη χρηματοδότηση.

Η έκθεση του ΟΟΣΑ [15] καταλήγει στα εξής επτά συμπεράσματα για το προφίλ υγείας της Ελλάδας:

- i. Παρά τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού ο τρόπος ζωής θα πρέπει να αλλάξει ως προς τις βλαβερές συνήθειες. Τα ποσοστά καρκίνου και καρδιακών νοσημάτων είναι υψηλά καθώς και η σχετική θνησιμότητα.
- ii. Η επάρκεια της χρηματοδότηση του ΕΣΥ είναι σε ανησυχητικό σημείο, λόγω της πίεσης για δημόσια δαπάνη, της μειούμενης βάσης εσόδων από ασφαλιστικές εισφορές και του ποσοστού ιδιωτικών δαπανών. Ο μηχανισμός υποχρεωτικών επιστροφών είναι σημαντικό να υπάρχει, λόγω της ανικανότητας των νοικοκυριών ως πελατών των ιδιωτικών δομών με αποτέλεσμα την επιβάρυνση του δημοσίου.
- iii. Η προκλητή ζήτηση από τη μεριά της προσφοράς αυξάνει την οικονομική επιβάρυνση των ασθενών και δημιουργεί ανισότητες στην πρόσβαση. Πρόκληση επίσης συνιστούν τα φαινόμενα άτυπων πληρωμών και αφορολόγητων παροχών υπηρεσιών.
- iv. Προβλήματα εντοπίζονται στο σχεδιασμό και στην ορθολογική κατανομή των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης με επιπτώσεις στην αποδοτικότητα και την πρόσβαση. Η ανισοκατανομή εντοπίζεται και στο ιατρικό προσωπικό στις αστικές και τις αγροτικές περιοχές καθώς και μεταξύ ιδιωτικού και δημοσίου τομέα.
- v. Επιτυχής θεωρείται η δημιουργία ενός μοναδικού αγοραστή, η τυποποίηση της δέσμης των παροχών που αποζημιώνονται. Γίνεται προσπάθεια για την αύξηση χρήσης των γενοσήμων, τη βελτίωση της διοίκησης των νοσοκομείων και ευρύτερη εφαρμογή των κατευθυντήριων γραμμών.
- vi. Με τη νέα νομοθεσία του 2016 επετεύχθη η καθολική κάλυψη. Προηγουμένως υπήρχε περιορισμένη πρόσβαση στις ευάλωτες ομάδες και τους ανέργους ενώ περίπου το ¼ του πληθυσμού ήταν εκτός ασφαλιστικής κάλυψης.
- vii. Είναι αναγκαία η ενδυνάμωση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών περίθαλψης ώστε να αντιμετωπιστούν κατάλληλα οι υγειονομικές ανάγκες, η ροή και ο προγραμματισμός της κίνησης των ασθενών στο σύστημα υγείας και τα επόμενες βαθμίδες υγείας αν χρειάζεται. Με το νομοσχέδιο για τα ΤΟΜΥ του 2017 γίνεται προσπάθεια επ' αυτού πιλοτικά για 3 χρόνια.

### **1.3 Το φαινόμενο των κοινωνικών ανισοτήτων**

Ο παρακάτω πίνακας (Πίνακας 1) προέρχεται από την έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ [6] για τις συνθήκες διαβίωσης της Ελλάδας. Χωρίζεται σε πέντε πεντημόρια τα οποία και αντιπροσωπεύουν το πληθυσμό σε βαθμίδες εισοδήματος ξεκινώντας από το 1<sup>ο</sup> πεντημόριο που αντιπροσωπεύει τους πολύ φτωχούς ή στο όριο της φτώχειας πολίτες και κλιμακώνει έως το 5<sup>ο</sup> πεντημόριο που θεωρούνται υψηλόμισθοι ή πλούσιοι.

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

ΕΤΗ	Ανικανοποίητες ανάγκες κατά πεντημόριο εισοδήματος				
	1 <sup>ο</sup>	2 <sup>ο</sup>	3 <sup>ο</sup>	4 <sup>ο</sup>	5 <sup>ο</sup>
2007	9,2	5,5	5,1	3	0,8
2008	7,2	6,2	5,1	2	0,9
2009	8,5	6,2	3,4	1,9	0,6
2010	8,1	5,6	4,6	2,2	0,8
2011	10,2	8,2	6	3,7	3,2
2012	13,4	9,3	9,3	7,6	5,7
2013	16,2	13,4	11,3	9,9	5,2
2014	18,3	18,3	15,1	8,4	3,2
2015	19,7	18	15,1	12,1	6,7

**Πίνακας 1 Ανικανοποίητες ανάγκες κατά πεντημόριο εισοδήματος, Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2016**

Αν προσπαθούσαμε να χωρίσουμε τις βαθμίδες αυτές με το μαρξιστικό μοντέλο θα λέγαμε πως το 1<sup>ο</sup> και το 2<sup>ο</sup> πεντημόριο αντιστοιχούν στην εργατική τάξη, το 3<sup>ο</sup> και το 4<sup>ο</sup> στη μεσαία τάξη (το 4<sup>ο</sup> ίσως με μεσοαστική συνείδηση και τάσεις για ανέλιξη) και το 5<sup>ο</sup> η αστική τάξη. Θεωρητικά όλοι οι άνθρωποι έχουν ίση πρόσβαση στην υγεία μετά από τη λήψη αποφάσεων σε κεντρικό επίπεδο και εγγεγραμμένες σε υπερκείμενες διατάξεις [16,17]. Από τον πίνακα παραπάνω όμως προκύπτει ένα διαφορετικό συμπέρασμα. Αρχικά μπορούμε να παρατηρήσουμε την αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών στο σύνολό τους: από περίπου 23% που ήταν το 2007, δηλαδή το ¼ περίπου του πληθυσμού, αυξήθηκε στο 73% του πληθυσμού το 2015. Από αυτό το 37,7% ανήκει στην εργατική τάξη, το 27,2% στη μεσαία και μόλις το 6,7% στην αστική τάξη. Αν σκεφτούμε πως η αστική τάξη λόγω αυξημένου οικονομικού κεφαλαίου έχει άμεση πρόσβαση σε παρόχους υγείας στον ιδιωτικό τομέα και δεν χρειάζεται να περιμένει στις τεράστιες λίστες αναμονής και τις γραφειοκρατικές διαδικασίες του δημοσίου συστήματος. Αλλά έστω και αν ήθελε, έχει τη δυνατότητα πληρωμής των απογευματινών ιατρείων στα οποία οι λίστες αναμονής ανάλογα με την ειδικότητα μπορούν να μειωθούν σε χρόνο μιας ημέρας. Η αύξηση των ανεκπλήρωτων αναγκών της είναι μόλις 6%.

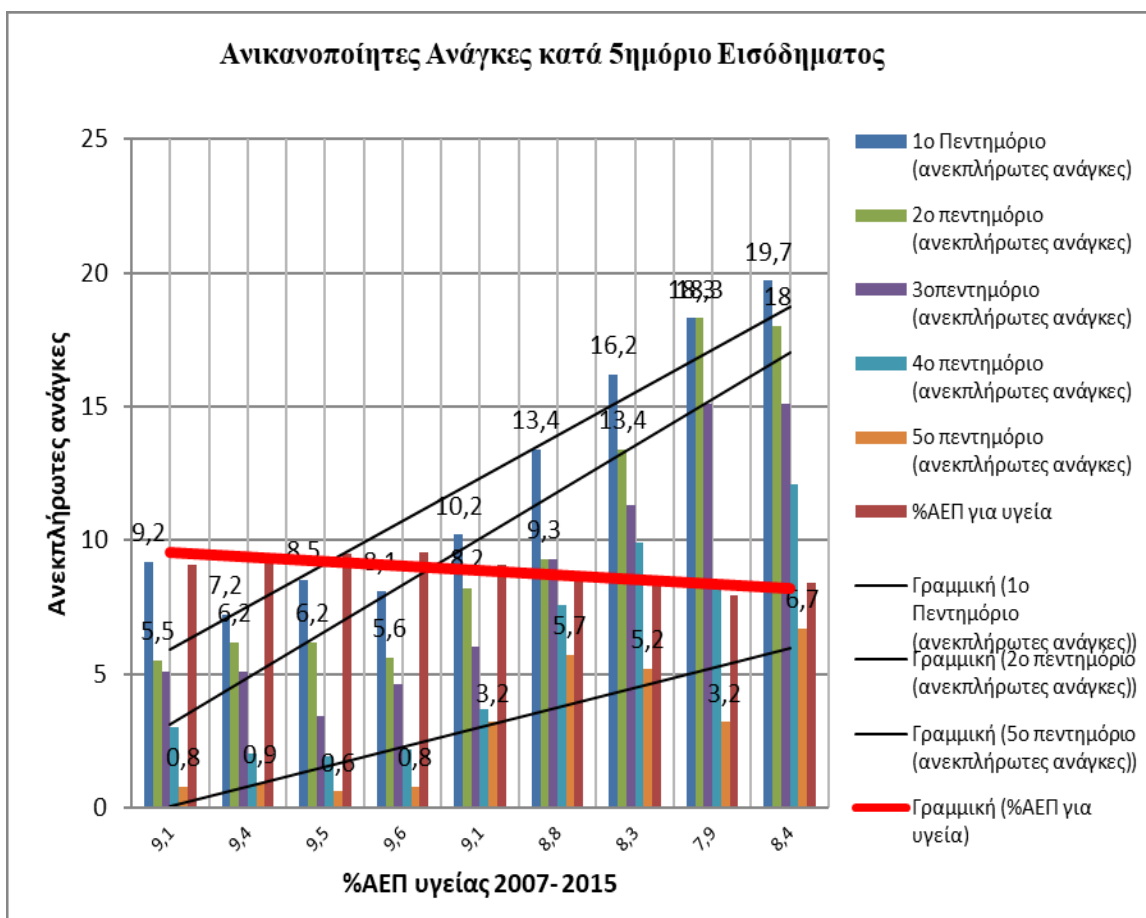
Σε ότι αφορά την εργατική τάξη το 2007 οι ανεκπλήρωτες ανάγκες αγγίζουν οριακά το 15% και σε βάθος δεκαετίας έχουν αυξηθεί στο 38% (διαφορά 23%). Η μεσαία τάξη από το 8% αυξήθηκε κατά 19% (27% το 2017 στο σύνολο του 3<sup>ου</sup> και 4<sup>ου</sup> πεντημορίου). Οι διαφορές μεταξύ των είναι ελάχιστη (διαφορά 4%) σε σχέση με τις ανάγκες των αστών ακόμη και αν τις μετρήσουμε ξεχωριστά. Γίνεται αντιληπτό λοιπόν πως οι ανισότητες



πρόσβασης στην υγεία έχουν ταξικό χαρακτήρα. Βέβαια, αυτό είναι ήδη γνωστό από τη δεκαετία του '70 όταν εκδόθηκε το Black Report στην Αγγλία, το οποίο επισήμανε από τότε την ανισότητα του συστήματος υγείας και το συσχετισμό με τις κοινωνικές τάξεις, ως προς το θάνατο και τη νοσηρότητα, που παρά τα 40 χρόνια ύπαρξης του βρετανικού συστήματος υγείας, παρέμενε αγεφύρωτη [18]. Επίσης διαπιστώνεται πως τα άτομα υψηλού εισοδήματος έχουν καλύτερη υγεία και λαμβάνουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τις κατώτερες τάξεις. [18,13,20]

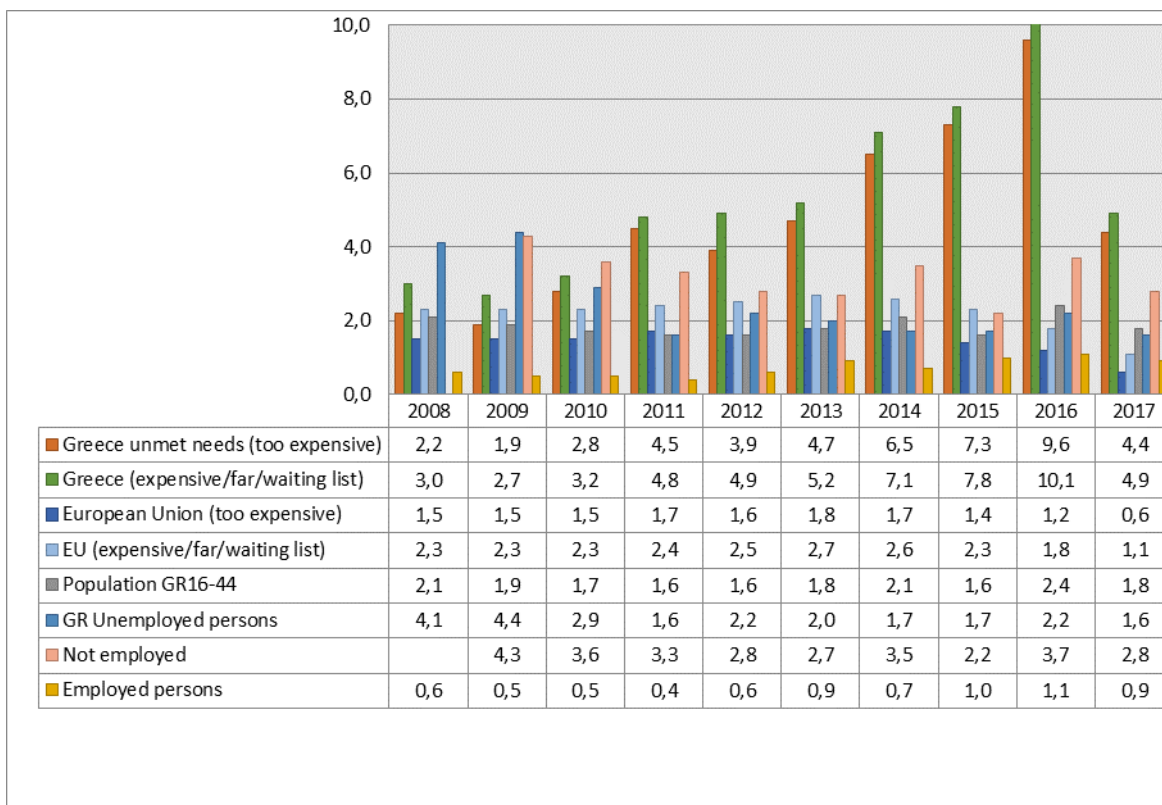
Παρά τις φωνές που θέλουν την εξαφάνιση του διαχωρισμού της κοινωνίας σε τάξεις, η έννοια και η δομή της κοινωνίας συνεχίζει να υφίσταται και «να επιμένει ως πραγματιστική οντότητα» παρά τις πιέσεις της παγκόσμιας αγοράς και της νέας δεξιάς. [18]

Για τις ανάγκες εικονοποίησης των παραπάνω ισχυρισμών, δημιουργήθηκε το ραβδόγραμμα του Διαγράμματος 1.



Διάγραμμα 1 Ραβδόγραμμα εισροής- εκροής ανεκπλήρωτων αναγκών κατά πεντημόριο εισοδήματος/ % ΑΕΠ για δαπάνες υγείας, Ελλάδα 2007-2015. Πηγή: ΟΟΣΑ, 2017 & ΕΛΣΤΑΤ 2016

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»



Διάγραμμα 2 Ανικανοποίητες ανάγκες Υγείας κατά ομάδα κατάστασης εργασίας σε επίπεδο υγείας Κακό ή πολύ κακό και ηλικίες 16-44. Πηγή: Eurostat, 2019

	Total unemployed 16-44 self-related bad or very bad	Greece unmet needs (too expensive)
Greece unmet needs (too expensive)	40%	1
Greece (expensive/far/waiting list)	40%	

Πίνακας 2 Συσχέτιση κατά Pierson Ανέργων 16-44 με κακή ή πολύ κακή υγεία και Ανικανοποίητων Αναγκών για τα έτη 2008-2017. Πηγή: Eurostat, 2019

	Greece (expensive/far/waiting list)16-44 unmet needs	Unemployed total %
Greece (expensive/far/waiting list)16-44 unmet needs	100%	
Unemployed total %	85%	100%

Πίνακας 3 Συσχέτιση κατά Pierson των ανικανοποίητων για άτομα ηλικίας 16-44 με το συνολικό ποσοστό ανεργίας. Πηγή: Eurostat, 2019 και ΕΛΣΤΑΤ, 2019

Στο παραπάνω διάγραμμα (Διάγραμμα 2) παρουσιάζονται οι ποσοστιαίες τιμές των ανέργων με κακή ή πολύ κακή υγεία για τα έτη 2008-2017 . Οι παρουσιαζόμενες ηλικίες είναι από τα 16-44 λόγω της παραγωγικής ηλικίας (νέοι- μεσήλικες) τόσο σε επίπεδο εργασιακής παραγωγής όσο και κοινωνικής (δημιουργία οικογένειας, δυνατότητας

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

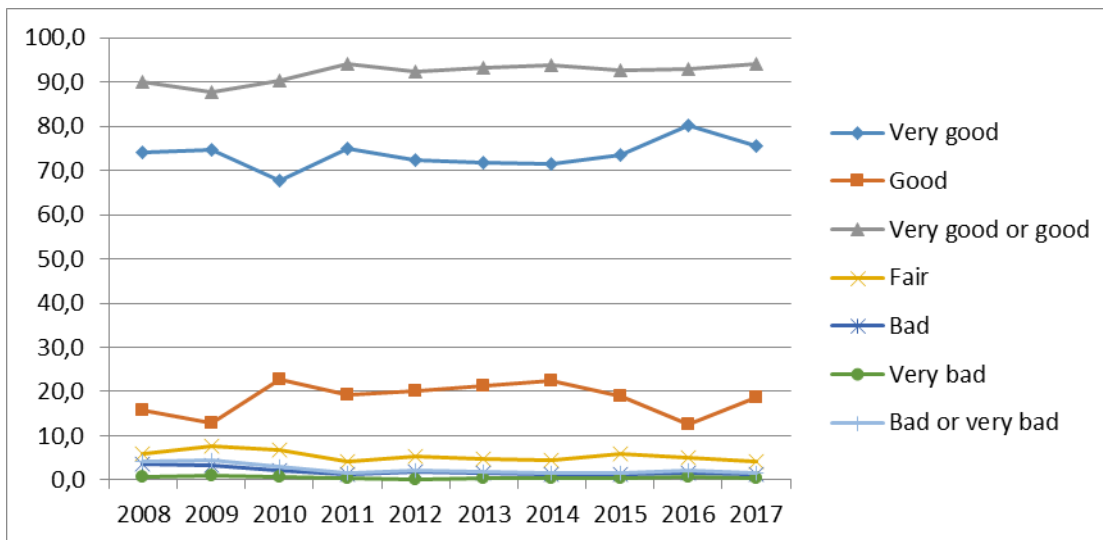
αγοραίας κίνησης, κοινωνικής ζωής). Κατά τη συσχέτιση Pierson που ακολουθεί (Πίνακας 3) βλέπουμε ότι υπάρχει δυνατός βαθμός συσχέτισης έως και 40% για τις ανικανοποίητες ανάγκες λόγω κόστους, απόστασης και λιστών αναμονής. Γεγονός που συνάδει με τα ποσοστά όπως παρουσιάζονται στην κίνηση του διαγράμματος 3 κατά πεντημόριο εισοδήματος αλλά και με το βαθμό συσχέτισης στους Πίνακες 4 και 5, ο οποίος αναφέρεται στο ποσοστό ανεργίας αναλογικά με την συνολική αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας του ελληνικού πληθυσμού (πίνακας 4 για ηλικίες 16-44 και Πίνακας 5 για το σύνολο του πληθυσμού).

Στον Πίνακα 4 πιο αναλυτικά μπορούμε να δούμε τις διαφορές σε βάθος δεκαετίας, όπως δίνονται από τα αρχεία της Eurostat και παρατηρείται σταθερότητα μεταξύ των ακραίων τιμών, πολύ καλής- πολύ κακής υγείας, με μείωση και αύξηση αμφοτέρων των περιόδων (Διάγραμμα 3) κατά την αύξηση ή μείωση των ποσοστών ανεργίας ή ακόμη κατά τα έτη της έντονης εμφάνισης των επιπτώσεων της κρίσης ή κατά χρονολογίες την περίοδο που υπογράφονταν τα Μνημόνια Ι,ΙΙ και ΙΙΙ και αντίστοιχα έπρεπε να ληφθούν τα δημοσιονομικά μέτρα που αφορούσαν την ιατροφαρμακευτική κάλυψη.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Very good</b>	74,2	74,8	67,6	74,9	72,3	71,7	71,5	73,5	80,3	75,4
<b>Good</b>	15,7	13,0	22,6	19,2	20,2	21,4	22,4	19,0	12,5	18,8
<b>Very good or good</b>	89,9	87,8	90,2	94,1	92,4	93,1	93,9	92,5	92,8	94,2
<b>Fair</b>	6,0	7,8	6,9	4,3	5,4	4,9	4,4	5,8	5,0	4,2
<b>Bad</b>	3,5	3,4	2,1	1,3	2,0	1,6	1,4	1,3	1,6	1,3
<b>Very bad</b>	0,6	1,0	0,8	0,3	0,2	0,4	0,3	0,4	0,6	0,3
<b>Bad or very bad</b>	4,1	4,4	2,9	1,6	2,2	2,0	1,7	1,7	2,2	1,6

**Πίνακας 4 Αναλυτικά Ποσοστά Αυτοαναφερόμενης Κατάστης Υγείας για ανέργους 16-44. Πηγή: Eurostat, 2019**

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»



Διάγραμμα 3 Ποσοστά Αυτοαναφερόμενης Κατάστασης Υγείας για Ανέργους 16-44, έτη 2008-2017. Πηγή: Eurostat, 2019

ΕΤΗ	Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού, κατά την κατάσταση της υγείας του, Ελλάδα 2007-2015. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2016					Ανεργία %
	Καλή	Πολύ Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	
2007	53,5	23,1	14,6	6	2,7	8,4
2008	52,2	23,9	14,6	6,6	2,7	7,8
2009	51,3	24,2	14,9	6,6	3,1	9,7
2010	50,1	25,6	14,8	6,7	2,9	12,7
2011	50,6	25,8	14,6	6,3	2,7	17,9
2012	47	28,1	15,7	6,5	2,7	24,5
2013	46	28,1	15,5	7,5	2,9	27,5
2014	44,8	28,8	15,7	7,8	2,9	26,5
2015	44,3	29,7	15,6	7,5	2,9	25,0

Πίνακας 5 Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού, κατά την κατάσταση υγείας, Ελλάδα 2007-2015. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2016

	Καλή	Πολύ Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή
Ανεργία %	-0,941677	-0,954662	0,891	0,73913	0,094822

Πίνακας 6 Συσχέτιση κατά Pierson Ανεργίας και Αναφερόμενης Κατάστασης Υγείας για τα έτη 2007-2015 στο σύνολο του πληθυσμού.

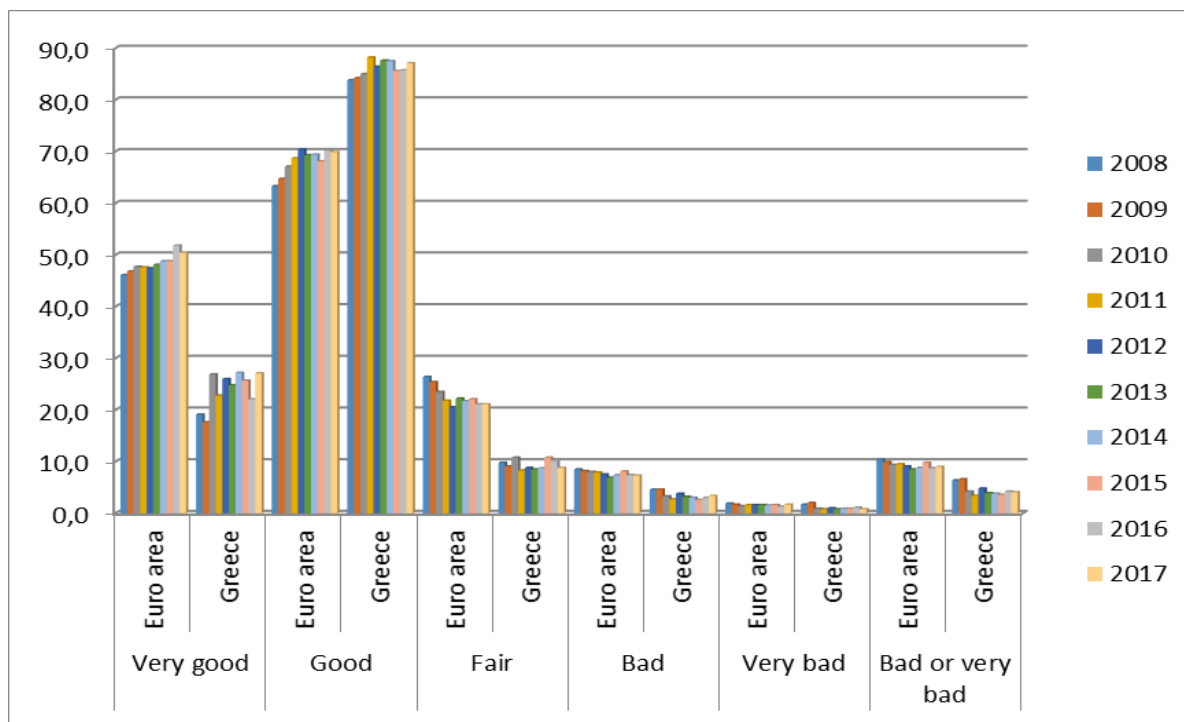
Στον Πίνακα 7 και το Διάγραμμα 4 εμφανίζονται τα συνολικότερα ποσοστά υγείας των ανέργων ηλικίας 16 και άνω σε σύγκριση των αντίστοιχων ποσοστών το Ευρωπαϊκού χώρου. Είναι εμφανής η διαφορά που εντοπίζεται και εδώ μεταξύ των τιμών καλής και

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

κακής αυτοαναφερόμενης υγείας. Φαίνεται όμως πως παρότι στα μέσα της περιόδου (έτη 2014-2015) μειώνεται η κακή υγεία τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Ελλάδα, στη συνέχεια αρχίζει πάλι να αυξάνεται (έτη 2016-2017). Αυτό πιθανά να σχετίζεται με τα αποτελέσματα του άγχους που έχει προκαλέσει η συνεχόμενη ανεργία των προηγούμενων ετών παρά τη μείωση που παρουσιάζει κατά τα έτη 2015-2017 (25%-21,5% όπως αναφέρονται στους πίνακες της ΕΛΣΤΑΤ).

	GEO/TIME	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Very good	Euro area	46,1	46,8	47,7	47,6	47,4	48,1	48,8	48,8	51,8	50,4
	Greece	19,1	17,6	26,9	22,8	26,0	24,8	27,2	25,7	22,1	27,1
Good	Euro area	63,3	64,7	67,1	68,7	70,4	69,3	69,4	68,1	70,2	69,9
	Greece	83,8	84,2	85,0	88,2	86,4	87,6	87,5	85,6	85,7	87,1
Fair	Euro area	26,4	25,4	23,5	21,8	20,5	22,2	21,7	22,1	21,1	21,1
	Greece	9,8	9,1	10,8	8,3	8,8	8,5	8,7	10,8	10,2	8,8
Bad	Euro area	8,5	8,2	8,0	7,9	7,5	6,9	7,4	8,1	7,4	7,3
	Greece	4,6	4,6	3,3	2,7	3,8	3,2	3,0	2,6	3,0	3,4
Very bad	Euro area	1,9	1,7	1,4	1,6	1,6	1,6	1,5	1,6	1,3	1,7
	Greece	1,7	2,0	0,9	0,8	1,0	0,8	0,9	0,9	1,1	0,8
Bad or very bad	Euro area	10,4	9,9	9,4	9,5	9,1	8,5	8,8	9,8	8,7	9,0
	Greece	6,4	6,6	4,2	3,4	4,8	3,9	3,8	3,6	4,2	4,1

Πίνακας 7 Αυτοαναφερόμενη Κατάσταση Υγείας Ανέργων ηλικίας 16 και άνω. Πηγή: Eurostat, 2019



Διάγραμμα 4 Ποσοστιαία Κατανομή Αυτοαναφερόμενης Κατάστασης Υγείας Ανέργων Ηλικίας 16 και άνω. Πηγή: Eurostat, 2019

#### **1.4 Κάλυψη αναγκών του προσφυγικού και μεταναστευτικού πληθυσμού την περίοδο της Κρίσης**

Είναι κοινώς αποδεκτό, ακόμη και από την επιστημονική κοινότητα, πως η Ελλάδα κατά τη δεκαετία του '90 και έπειτα έχει μετατραπεί σε χώρα υποδοχής μεταναστών προερχόμενος από τρίτες χώρες ή Ελλήνων και ομογενών που επαναπατρίζονται. [20]

Η Κωνσταντινίδου [21] αναφέρει πως λόγω της γεωγραφικής θέσης της Ελλάδας και την υπογραφή της Συνθήκης Σένγκεν, το ποσοστό των εισερχόμενων μεταναστών και προσφύγων έχει αυξηθεί αξιόνοτα τη χώρα σε χώρα τόσο προορισμού όσο και διέλευσης προς τις βόρειες ή δυτικές χώρες της Ευρώπης.

Η Τριανταφυλλίδου [22] σε σχετική έρευνα με τις συνθήκες εργασίας των μεταναστών αναφέρει πως η ανεργία αυξάνεται κατά την περίοδο της κρίσης ταχύτερα για το μεταναστευτικό πληθυσμό από ότι για τους ντόπιους. Συγκεκριμένα αναφέρει πως τα ποσοστά αυξήθηκαν κατά 5% για τους μετανάστες και 2,8% κατά μέσο όρο για τους ντόπιους. Εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της έρευνας, μεταξύ άλλων, και το φαινόμενο του εργασιακού ανταγωνισμού μεταξύ των μεταναστών που διαμένουν χρόνια στη χώρα και των νεοαφιχθέντων και κυρίως στον ανδρικό πληθυσμό. Οι γυναίκες λόγω χαμηλότερων ημερομισθίων ή και ανασφάλιστης εργασίας, οπότε και μικρότερων προσημών για το μέλλον εμφανίζουν αυξημένο αίσθημα αλληλεγγύης.

Οι παραπάνω παρατηρήσεις δεν είναι άσχετες με το σύνολο αυτής της μελέτης. Η αύξηση της ανεργίας επιφέρει επιπτώσεις όχι μόνο στην κοινωνική δραστηριότητα και τη μείωση των καθημερινών εξόδων, αλλά και στην πληρωμή των ασφαλιστικών εισφορών ή οδηγεί στην ανασφάλιστη εργασία ακόμη και αν τα δύο τελευταία αποτελούν τροχοπέδη στην τελική απόφαση που αφορά στη χορήγηση άδειας παραμονής ή επέκτασής της, γεγονός που έχει ως συνέπεια αναλόγου αποτελέσματος στην αύξηση ή τη μείωση του άγχους με άμεσες επιπτώσεις στις συνθήκες διαβίωσης και οικογενειακών σχέσεων [23, (24)] . Σε επόμενο κεφάλαιο θα δούμε το αυξημένο ποσοστό της γυναικείας επισφαλούς και ανασφάλιστης εργασίας όπως προκύπτει για τις γυναίκες της ερευνώμενης ομάδας.

Σε έρευνα που εξέδωσε ο Παπαδόπουλος (25) αναφέρει πως η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε πως αντιμετωπίζει μεγάλες δυσκολίες στην κάλυψη των βασικών αναγκών για τροφή και στέγαση και σε σύγκριση με τους γηγενείς θεωρούν πως βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, ειδικά όσοι έχουν αφιχθεί στην Ελλάδα πρόσφατα, δεν

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα ή δεν έχουν υψηλή εκπαίδευση. Κοινό αποτέλεσμα με την παρούσα μελέτη είναι πως όσοι διαμένουν στην Ελλάδα πάνω από μια δεκαετία καλύπτουν πιο εύκολα τις ανάγκες τους από αυτούς που βρίσκονται στη χώρα για μικρότερο χρονικό διάστημα.

Από το 2015 κι έπειτα το ελληνικό σύστημα υγειονομικών πάροχων, κυρίως αυτών που ανήκουν στο δημόσιο τομέα και οι ΜΚΟ προκαλούνται να καλύψουν τις υγειονομικές ανάγκες των δεκάδων χιλιάδων προσφύγων από τις εμπόλεμες ζώνες της Μέσης Ανατολής και των αραβικών χωρών. Διεθνής και ντόπιοι οργανισμοί προσπαθούν να προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε περιβάλλοντα κρίσης όπως αυτά διαμορφώνονται στα Κέντρα Φιλοξενίας Προσφύγων εν μέσω συνθηκών ανασφάλειας τόσο σωματικής όσο και υγείας. Το ΕΣΥ ανοργάνωτο και ανέτοιμο, σε επίπεδο μεθοδολογίας, πόρων και ανθρώπινου δυναμικού για τέτοιου είδους καταστάσεις κρίσης, δημιουργεί επιπρόσθετα προβλήματα.(26)

Παρ' όλ' αυτά το πρόβλημα δεν φαίνεται να εντοπίζεται μόνο στον ελλαδικό χώρο. Έρευνες παγκοσμίως αναδεικνύουν τις ιδιαίτερες ανάγκες και την ευαλωτότητα που εμφανίζουν οι πρόσφυγες.

Ο Daynes (27) αναφέρει πως, σύμφωνα με την UNHCR, μόνο το 2015 1.034.573 πρόσφυγες έφτασαν μέσω θαλάσσιων -κατά πλειονότητα- και χερσαίων οδών στις χώρες της Ευρώπης, χωρίς όμως αυτό να τους εξασφαλίζει την πρόσβαση στις δομές υγείας όπως θα αναμενόταν. Στην Αγγλία, μη καταγεγραμμένοι πρόσφυγες ή μετανάστες αποκλείστηκαν από την πρόσβαση σε γενικό ιατρό ακόμη κι αν ανήκαν σε κατηγορίες ευαλωτότητας π.χ. εγκυμονούσες, παιδιά, θύματα πορνείας.

Στο Καλαί της Γαλλίας το 63% του πληθυσμού, που περιθάλπονταν από τους ΓτΚ Γαλλίας (28), που διέμενε στο χώρο φιλοξενίας (να επισημανθεί ότι ήταν ένας από τους μεγαλύτερους στην Ευρώπη) αντιμετώπιζε προβλήματα υγείας σχετιζόμενα με τις συνθήκες διαβίωσης, με ιδιαίζοντως σοβαρή επιμόλυνση των πληγών χρήζοντων χειρουργικών μικροεπεμβάσεων και το 25% οφειλόταν σε ορθοπεδικά τραύματα.

Έρευνα των Woodgate και συν. (29) που διενεργήθηκε στον Καναδά σε 83 οικογένειες προερχόμενες από 15 αφρικανικές χώρες ανέφεραν παρόμοιες ανικανοποίητες ανάγκες όπως στην Ελλάδα, οι οποίες αφορούσαν μεγάλες λίστες αναμονής, μειωμένους παρόχους υγειονομικής φροντίδας και κάλυψης βασικών αναγκών υγείας, υψηλό κόστος φαρμάκων,

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

μεγάλες αποστάσεις και ελλειμματική πρόσβαση, εμπόδια επικοινωνίας και αυξημένη γραφειοκρατία. Η μόνη διαφορά εντοπίζεται στην έλλειψη δικτύων και υπηρεσιών κοινωνικής αρωγής, φαινόμενο που στην Ελλάδα λαμβάνει θετικό πρόσημο.

Στη Λάρισα το 40% των νοσηλευμένων στο ιατρείο του κέντρου φιλοξενίας εμφάνιζαν ψώρα ή άλλου είδους εντομογενή δήγματα (27).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (30) τα πιο συνήθη προβλήματα που εντοπίζονται είναι γαστρεντερολογικά, ασθένειες του ανωτέρου αναπνευστικού και καρδιοαγγειακά προβλήματα λόγω των συνθηκών κακής υγιεινής που οδηγούν σε μετάδοση βακτηριακών και ιογενών λοιμώξεων.

Μεταξύ άλλων ξενοφοβικά, ρατσιστικά και φασιστικά φαινόμενα διεγείρουν ή διεγείρονται από την άποψη ότι οι πρόσφυγες ή οι μετανάστες είναι φορείς υγειονομικών κινδύνων. Έρευνες έχουν δείξει (31) πως αυτή η άποψη είναι λανθασμένη και η πιθανότητα ασθένειας όπως ο Ebola, οι HepA και HepB ή η φυματίωση μπορούν να μεταδοθούν με ίδιες πιθανότητες από πρόσφυγες και μετανάστες όσο και από τουρίστες που βρέθηκαν στις χώρες επιπολασμού μεταδοτικών ασθενειών. Αντίθετα, οφείλεται η επέκταση των εμβολιαστικών προγραμμάτων, προγραμμάτων πρόληψης-ενημέρωσης και η ανάδειξη της διαπολιτισμικής προσέγγισης των υπηρεσιών υγείας.

Τέλος πολλές έρευνες δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ψυχολογική επιβάρυνση των προσφύγων ιδιαίτερα αυτών που προέρχονται από εμπόλεμες ζώνες ή από χώρες όπου ο φονταμενταλισμός οδηγεί σε εμφύλιες συρράξεις και τρομοκρατικές ενέργειες. Λόγω έντονων αγχωδών μετατραυματικών επεισοδίων ή/και διαταραχών υπάρχει αυξημένη λήψη ψυχιατρικών υπηρεσιών και φαρμακευτικών αγωγών με ψυχοτροπικά ή αντικαταθλιπτικά σκευάσματα. Τα ευρήματα διαφέρουν αποτελεσμάτων ακόμη και σε περιπτώσεις μεταξύ του προσφυγικού ανάλογα τη χώρα, τη διάρκεια έκθεσης στον κίνδυνο ή και ιδιότητας (μετανάστης- πρόσφυγας).(32,33,34)



## **2 Ο Τρίτος Τομέας και η Κοινωνία Πολιτών**

### **2.1 Τι είναι και πως λειτουργεί ο Τρίτος Τομέας**

Σύμφωνα με το Ζάννη (35) η κοινωνία ως σύνολο λειτουργιών επιμερίζεται σε τομείς και ειδικά όταν τη μελετάμε συγκριτικά με την κρατική λειτουργία και τη λειτουργία της αγοράς. Η απαρχή της τοποθετείται το 1954 με τη δημιουργία του άρθρου 501 του φορολογικού κώδικα που αναφέρεται και ταξινομεί ποικίλες μορφές οργανώσεων και των φορολογικών τους ιδιαιτεροτήτων. Τότε χρησιμοποιούνται για πρώτη φορά οι όροι «μη κερδοσκοπική οργάνωση» και «μη κερδοσκοπικός τομέας».

Ο Levitt (36) αναφέρεται στον Τρίτο Τομέα ως οργανώσεις που δρουν και κινούνται σε πεδία που η αγορά και το κράτος είναι αδρανείς είτε αναποτελεσματικοί ή ανύπαρκτοι.

Από τα Ηνωμένοι Έθνη (37) έχει προταθεί ο πεντατομεακός διαχωρισμός: α) Δημόσιος-κυβερνητικός, β) αγορά- κερδοσκοπικός, γ) μη κυβερνητικός- μη κερδοσκοπικός, δ) άτυπα δίκτυα- ανεπίσημος τομέας, ε) νοικοκυριό, ο οποίος είναι και ο πλέον αποδεκτός.

Ο Τρίτος Τομέας ασχολείται με την κάλυψη αναγκών δηλ. την προσφορά υλικών αγαθών ή υπηρεσιών, τα οποία το κράτος, η αγορά και τα άτυπα δίκτυα δεν μπορούν να προσφέρουν επαρκώς, ικανοποιητικά ή δεν δύνανται να τα καλύψουν καθόλου. (35)

Κατά μία εκδοχή είναι τρίτος σε σειρά σε οικονομικά μεγέθη στις σύγχρονες αστικές δημοκρατίες και αποτελείται από οργανώσεις, εταιρείες ή σωματεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, δομές δηλαδή ιδιωτικού δικαίου μη κυβερνητικές- μη κρατικές (δεν υπάγονται στο κράτος ή στο Δημόσιο) και μη κερδοσκοπικές (δεν αποσκοπούν στο κέρδος και δεν διανέμουν το κέρδος) με σκοπό συνήθως έμμεσα ή άμεσα ανθρωπιστικό, αφού λειτουργούν προς όφελος των μελών τους ή της κοινωνίας ευρύτερα ξεχωρίζοντας σε τομείς όπως η φτώχεια, η ανθρωπιστική αποκατάσταση, η επισιτιστική ασφάλεια, η εκπαίδευση, η υγεία, τα δικαιώματα των γυναικών και των παιδιών. (35, 38, 40)

Ο όρος κοινωνική οικονομία αναφέρεται στη δραστηριότητα του Τρίτου Τομέα στα πλαίσια της «συμμετοχικής δημοκρατίας» δημιουργώντας μια ασφαλιστική δικλείδα για την ισόποση κατανομή της συνεταιριστική δύναμης σε οργανώσεις και ενώσεις πολιτών. (38)

## **2.2 Η σχέση ΜΚΟ- Κράτους και ο ρόλος τους στην κρίση**

Οι ΜΚΟ λειτουργούν πολλές φορές ως ομάδες πίεσης προσανατολισμένες στην ανάδειξη των κοινωνικών προβλημάτων και αρνητικών δυναμικών, τα οποία χρήζουν άμεση παρέμβασης και αναδεικνύουν τα κοινωνικά κενά και την κρατική ανεπάρκεια.

Από πλευράς οικονομικής θεωρίας οι οργανώσεις του Τρίτου τομέα αναδεικνύουν τις στρεβλώσεις της αγοράς (market failures), στις οποίες όμως μπορούν να προσαρμοστούν ευκολότερα από το κράτος ή τον ιδιωτικό τομέα. (40, 35, 38).

Ο Αφουξενίδης (41) αναφέρει πως στα χρόνια της κρίσης λόγω των συνθηκών της περιθωριοποίησης, των επιπτώσεων της πολιτικής λιτότητας και των αυξήσεων των προσφυγικών και μεταναστευτικών ροών οι ΜΚΟ που ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, άμεσης βοήθειας με παροχή τροφίμων και υλικά αγαθά και δραστηριοποιούμενες με πολιτισμικά- εκπαιδευτικά προγράμματα (κοινωνικά φροντιστήρια, εκπαίδευση μεταναστών). Η συνολική αύξηση κατά τα «μνημονιακά» χρόνια εμφανίζεται σε ύψος 10%, ουδόλως αμελητέα αν κανείς σκεφτεί πως ο πραγματικός αριθμός είναι πάνω από 500 (πεντακόσιες) νέες οργανώσεις/ μη κυβερνητικοί φορείς, ειδικά στην Αττική και στα μεγάλα αστικά κέντρα. Εμφανίζεται το φαινόμενο να οργανώνονται μη κυβερνητικές δομές σε σημεία που «ξεσπάει» κάποια κρίση και συνήθως στα αστικά κέντρα με εξειδικευμένο πεδίο παρέμβασης (40, 41).

Η κρίση στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν αφορά μόνο την οικονομική μορφή αλλά νοείται και ως το φαινόμενο που κινείται εκτός των φυσιολογικών κοινωνικών νορμών είτε ως προσφυγική κρίση, κρίση στα επίπεδα φτώχειας, κρίσης στην υγεία (στον τομέα της υγείας).

Η προσφορά των ΜΚΟ στα πεδία της ανθρωπιστικής βοήθειας μελετάται ήδη από το 2004 (42) με μικρότερους αριθμούς εξυπηρετηθέντων, φυσικά, από τους σημερινούς, στους οποίους όμως συμπεριλαμβάνονταν και μεταναστευτικός πληθυσμός.

Η μορφή όμως που είχε τότε ήταν υπό διαδικασίες φιλανθρωπίας/ φιλόπτωχων ταμείων και αδελφοτήτων κυριών, μορφές που ήδη τότε ήταν παρωχημένες και πλέον θεωρούνται ξεπερασμένες και αναχρονιστικές. Πλέον οι ανάγκες εξειδικεύονται όχι τόσο σε επίπεδο εξεύρεσης πόρων -αν και συμβαίνει το αντίθετο από πλευράς χρηματοδοτών-, αλλά σε επίπεδο εξειδικευμένων εθελοντών. Για λόγους συντομίας, η παρούσα μελέτη δεν θα

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

ασχοληθεί με τον «εθελοντισμό» ως μορφή άτυπης εργασίας και το ποσοστά υπεραξίας που παράγονται μέσω αυτής.

Το κράτος, μέσω των πολιτικών προσωπικοτήτων, επιλέγει να ενισχύει το έργο των ΜΚΟ και συνήθως των πιο γνωστών στο κοινό οργανώσεων, ώστε να δημοσιοποιηθεί η προσφορά με τη μορφή κοινωνικού έργου ή λόγω προσωπικών πελατειακών σχέσεων, συνήθως προς οργανώσεις του τόπου καταγωγής ή της εκλογικής περιφέρειας.

Αντίθετα, οι ΜΚΟ, λειτουργούν ως οργανωμένες ομάδες άσκησης πιέσεων προς τις κυβερνήσεις και τα κέντρα αποφάσεων, όπως αναδεικνύεται από τη θεώρηση του Levitt, ιδιαίτερα όσες δραστηριοποιούνται με ομάδες εντασσόμενες στην ευαλωτότητα και παροχής κοινωνικών και ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών με σκοπό τη διαμόρφωση/συνδιαμόρφωση πολιτικών παρέμβασης και ενίσχυσης των οικονομικών παροχών τους, αλλά και διαχωρισμού των πεδίων παρέμβασης τόσο γεωγραφικά όσο και ποιοτικά υπό τη μορφή συντονισμού παρέμβασης αποτελώντας μεταξύ άλλων και εργαλείο χαρτογράφησης των κοινωνικών αναγκών. (35,40,43).

Λόγω της οικονομικής κρίσης και της δυσκολίας εξεύρεσης πόρων (ιδίως αυτών που δεν προέρχονται από τα ταμεία της ΕΕ) οι ΜΚΟ επιλέγουν να αναπτύξουν τομείς παρέμβασης π.χ. νομικής στήριξης ή κοινωνικής συμβουλευτικής ή να συνεργαστούν με δημόσιους και κρατικούς φορείς. Η ανάπτυξη δράσεων και παρεμβάσεων σε τομείς που κανονικά αναλογούν στην κρατική παρέμβαση (π.χ. παιδιατρικές βεβαιώσεις για ένταξη σε σχολεία, παροχή τροφίμων σε σχολεία, ιατρικές υπηρεσίες σε απομακρυσμένες περιοχές) αποδεικνύουν τις ελλείψεις του κρατικού σχεδιασμού και το συμπληρωματικό ρόλο που καλούνται να παίξουν οι οργανώσεις του Τρίτου Τομέα. (43, 35)

Για την ενίσχυση των δράσεων και την ελάφρυνση του δημοσίου τομέα, λόγω έλλειψης ειδικής μεθοδολογίας παρέμβασης και σχεδιασμού, ακόμη λόγω έλλειψης οικονομικών κρατικών πόρων αλλά και ως όρος που προκύπτει από αποφάσεις των οργάνων της ΕΕ, για την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων θεμάτων της ανθρωπιστικής κρίσης όπως εντοπίζεται λόγω των μεγάλων προσφυγικών ροών, η ΕΕ και το Ευρωπαϊκό Ταμείο Στήριξης Έκτακτων Αναγκών έχουν εγκρίνει «κονδύλια» από το 2016. Το ένα πακέτο ονομάζεται AMIF (Asylum, Migration, and Integration Fund) και το δεύτερο είναι το ISF (Internal Security Fund) και εγκρίθηκαν ως έκτακτα πακέτα στήριξης για διανομή σε διεθνής και ντόπιες ΜΚΟ και Φορείς υπό κρατικό και ευρωπαϊκό συντονισμό ώστε να

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

ενδυναμωθούν οι προσφερόμενες υπηρεσίες και να καλυφθούν οι ανάγκες που έχουν προκύψει και η εξωτερική και εσωτερική ασφάλεια της Ένωσης και του ευρωπαϊκού χώρου μέσω ελέγχων των συνόρων, καταγραφή σε διεθνή βάση δεδομένων και λοιπές νομικές διαδικασίες.

Για τα προγράμματα που εντάσσονται στο AMIF προϋπολογίζονται για την Ελλάδα και για την περίοδο 2014-2020 561εκ ευρώ και για το ISF 400εκ ευρώ. (44)

Το φαινόμενο που προκύπτει από αυτό είναι διττό. Οι ΜΚΟ και οι φορείς του Τρίτου Τομέα αυξάνουν τα έσοδά τους και ενισχύεται η επιβίωση τους, εξαρτώνται όμως κατά μεγάλο βαθμό από την ευρωπαϊκή και κρατική επιδότηση. Η τάση αυτή έχει ωθήσει τις ΜΚΟ να αποκτήσουν πιο εμφανή οργανωτικά χαρακτηριστικά, διοικητικές πρακτικές και στρατηγικές αύξησης της ανταγωνιστικότητας, ομοιάζουσες αυτών του ιδιωτικού τομέα και να μειώσουν την πίεση που ασκούν για τη ριζοσπαστικοποίηση του συστήματος. (43)

Επίσης λόγω των διαφόρων κοινωνικο-οικονομικών κρίσεων, την αύξηση των ρατσιστικών και ξενοφοβικών αντανάκλαστικών, που προέκυψαν έντονα την τελευταία περίπου δεκαετία καθώς και τις επιπτώσεις που επέφερε η οικονομική κρίση στις ίδιες τις ΜΚΟ και λοιπές οργανώσεις, οι φορείς του Τρίτου Τομέα -ως τρόπο αντιμετώπισης- τείνουν να αυξάνουν τη μεταξύ τους συνεργασία και συντονισμό με καταθέσεις κοινών προτάσεων δράσης, καταμερισμό των γεωγραφικών περιοχών όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, αλλά και τη συνεργασία με φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης (κοινωνικά φαρμακεία, κοινωνικά ιατρεία) και αναπτύχθηκαν δίκτυα νέου τύπου (διακίνηση προϊόντων χωρίς μεσάζοντες, ανταλλαγή ιατροφαρμακευτικού υλικού και προϊόντων). (43)

Τέλος, μικρές ΜΚΟ που δεν διαθέτουν οικονομικούς πόρους απέκτησαν ρόλο διαμεσολαβητή στη διανομή των υλικών αγαθών, ενώ μεγαλύτερες και πιο γνωστές που μπορούν ή θέλουν να εξασφαλίσουν μεγαλύτερους πόρους και να επεκτείνουν τη δράση τους αντιμετωπίζουν τις ανάγκες της «αγοράς» μέσω της σύστασης πολύμορφων και πολυεπίπεδων δομών κοινωνικής προστασίας και αρωγής (Πολυιατρεία, ξενώνες φιλοξενίας, χώρους φιλοξενίας αστέγων, κέντρα ψυχολογικής στήριξης, πρωτοβάθμια ιατρεία). (43, 35).

### **3 Το παράδειγμα των Γιατρών του Κόσμου**

#### **3.1 Δομή-Οργάνωση-Λειτουργία**

« Οι ΓτΚ (Γιατροί του Κόσμου) Ελλάδας (ΓτΚ – Ελλάδα), ιδρύθηκαν το 1990 και αποτελούν μία ιατρική, ανθρωπιστική Μη Κυβερνητική Οργάνωση, μέλος του Διεθνούς Δικτύου των Γιατρών του Κόσμου το οποίο αποτελείται από 16 αντιπροσωπείες (Αργεντινή, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Ελλάδα, Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιαπωνία, Τουρκία, Ισπανία, Καναδάς, Λουξεμβούργο, Ολλανδία, Πορτογαλία και Σουηδία).

Κινητήρια αρχή της οργάνωσης είναι ότι κάθε ανθρώπινη ύπαρξη έχει δικαίωμα στην ανθρωπιστική βοήθεια, ανεξάρτητα από το φύλο, την καταγωγή, το σεξουαλικό προσανατολισμό, τη θρησκεία, την ιδεολογία ή την πολιτική πεποίθηση. Κατά συνέπεια, οι Γιατροί του Κόσμου δρουν με βάση τις αρχές της ουδετερότητας και της αμεροληψίας. Το γεγονός όμως ότι διατηρούν την ουδετερότητά τους, δεν τους εμποδίζει από το να μιλούν ανοιχτά για την καταπάτηση των ανθρώπινων δικαιωμάτων όταν οι ίδιοι γίνονται αυτόπτες μάρτυρες. Όπου αυτό είναι δυνατόν, οι Γιατροί του Κόσμου επισημαίνουν τους κινδύνους από ανάλογες καταπατήσεις, είτε μέσω της σιωπηρής διπλωματίας, είτε μέσω της παρέμβασής μας στα ΜΜΕ.

Από την αρχή της δράσης τους, οι Γιατροί του Κόσμου Ελλάδας έχουν δημιουργήσει πλήθος προγραμμάτων τόσο στο εσωτερικό της χώρας αλλά και στο εξωτερικό με στόχο την παροχή ιατρικών και άλλων υπηρεσιών σε περιθωριοποιημένες πληθυσμιακές ομάδες που δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και χρειάζονται ιατρική περίθαλψη.

Η πρώτη και κύρια αποστολή των Γιατρών του Κόσμου είναι η παροχή υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής φροντίδας. Ωστόσο, οι δράσεις επεκτείνονται και πέρα από το πλαίσιο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης: Στηριζόμενοι πάντα στην ιατρική εμπειρία, οι Γιατροί του Κόσμου μιλούν ανοιχτά κατά της παρεμπόδισης της πρόσβασης στην υγεία, εναντίον της καταπάτησης των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.» (<https://mdmgreece.gr/our-mission/>)

Όπως προκύπτει από το επίσημο site της Οργάνωσης, η διοικητική δομή είναι αυτή που παρουσιάζεται στην Εικόνα 4:



Εικόνα 4 Διοικητικό Οργανόγραμμα ΓτΚ. Πηγή: mdmgreece.gr, 2019

### 3.1.1 Ανάλυση PEST-DG

Η ανάλυση του ευρύτερου μακρο- περιβάλλοντος διαχωρίζεται σε έξι υπο-διαστάσεις: α) το πολιτικό νομικό περιβάλλον, β) το οικονομικό, γ) το κοινωνικό- πολιτιστικό, δ) το τεχνολογικό, ε) το δημογραφικό και στ) το παγκόσμιο. Το αρκτικόλεξο στα αγγλικά πρεσβεύει ακριβώς τα παραπάνω: Political, Economical, Social, Technological- Demographic, Global (PEST-DG). (45)

Η ανάλυση PEST-DG αφορά την επιρροή της Οργάνωσης από τα στοιχεία που παρατίθενται στον παρακάτω ενδεικτικό πίνακα (πίνακας 8):

Οικονομικό Περιβάλλον	Τεχνολογικό Περιβάλλον
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Οικονομικά άποροι εξυπηρετούμενοι</li> <li>2. Διαβιούν σε ξενοδοχεία υπό κρατική επιχορήγηση</li> <li>3. Επίδομα για τα προς το ζην και την κάλυψη βασικών αναγκών</li> <li>4. Οικονομική κρίση στην Ελλάδα</li> <li>5. Βραχυχρόνιες χρηματοδοτήσεις ειδικού σκοπού από ΕΕ</li> <li>6. Μέτρα λιτότητας</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης (υποστηρικτές, διαφήμιση)</li> <li>2. ΜΜΕ και Διαδίκτυο (αρνητική διαφήμιση, fake news)</li> </ol>
Πολιτικό- Νομικό Περιβάλλον	Κοινωνικό- Πολιτιστικό Περιβάλλον
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Δεν υπάρχει νομοθετικό πλαίσιο για τις ΜΚΟ (σε αντίθεση με ΚοιΝΣΕΠ, ΚοΙΣΠΕ). Κινούνται νομοθετικά βάση σκοπού, δραστηριότητας, επαγγελματικής δεοντολογίας</li> <li>2. Φιλικά προσκείμενη κυβέρνηση</li> <li>3. Περιοριστικές- κανονιστικές ρυθμίσεις στα κριτήρια χρηματοδότησης</li> <li>4. Ανεπάρκεια στήριξης της προσφυγικής κρίσης από τον κρατικό μηχανισμό</li> <li>5. Γραφειοκρατία- αγκυλώσεις</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Αύξηση των ρατσιστικών, ξενοφοβικών φαινομένων</li> <li>2. Εμφάνιση φασιστικού (αντιδραστικού) κινήματος</li> <li>3. Πολιτισμικές &amp; θρησκευτικές διαφορές</li> <li>4. Κίνημα/ κινήσεις/ ομάδες/ αίσθημα αλληλεγγύης</li> <li>5. Αύξηση του εθελοντισμού</li> <li>6. Αστεγία</li> <li>7. Κοινωνική ένδεια</li> <li>8. Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας (19% το 2015)(ΕΛΣΤΑΤ, 2015)</li> <li>9. Ασύμμετρη πληροφόρηση</li> <li>10. Προκλητή ζήτηση</li> </ol>
Δημογραφικό Περιβάλλον	Παγκόσμιο Περιβάλλον
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Αύξηση τρίτης ηλικίας</li> <li>2. Μειωμένες γεννήσεις</li> <li>3. Αύξηση του προσδόκιμου ζωής</li> <li>4. Αύξηση των χρόνιων ασθενών</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Παγκόσμια Καπιταλιστική Κρίση</li> <li>2. Αύξηση των εμπόλεμων χωρών/ ζωνών</li> <li>3. Αυξημένες Προσφυγικές ροές</li> <li>4. Κλείσιμο συνόρων (ευρώπη-φρούριο)</li> </ol>

Πίνακας 8 PEST-DG analysis. Προσαρμογή: Παπαδάκης, 2016

### 3.1.2 Ανάλυση εσωτερικού περιβάλλοντος

Ξεκινώντας παρουσιάζουμε τον Πίνακα Άυλων Πόρων- Ικανοτήτων (Πίνακας 9), ο οποίος αναφέρεται τόσο στο γενικό πλαίσιο της λειτουργίας της οργάνωσης αλλά είναι διαθέσιμος και στο Πολυιατρείο Αθηνών.

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

ΠΪΡΟΡΙ		ΙΚΑΝΟΤΗΤΕΣ
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Φάρμακα</li> <li>2. Ιατρικός εξοπλισμός</li> <li>3. Κτιριακές Υποδομές</li> <li>4. Οχήματα</li> <li>5. Τεχνολογικός Εξοπλισμός (PC, laptops etc)</li> <li>6. Βάσεις δεδομένων</li> </ol>	ΦΥΣΙΚΟΙ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Απόθεμα</li> <li>2. Λειτουργικός</li> <li>3. Χρησιμοποιήσιμος- Προμηθεύσιμος</li> <li>4. Καταγεγραμμένος</li> <li>5. Μετρήσιμος</li> <li>6. Αναλύσιμος</li> <li>7. Πολυιατρείο</li> <li>8. Κινητές Ιατρικές Μονάδες</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ποικίλοι Χρηματοδότες</li> </ol>	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Μεταβιβάσιμο</li> <li>2. Χρηματική ροή</li> <li>3. Οικονομική ανάλυση</li> <li>4. Προσαρμοστικότητα</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Διοικητικό Δυναμικό</li> <li>2. HR Dpt</li> <li>3. Managers, Coordinators</li> <li>4. Τύπος και Διαφήμιση</li> <li>5. Fund raising</li> <li>6. Ιατροί</li> <li>7. Νοσηλευτές</li> <li>8. Κοινωνικοί Λειτουργοί</li> <li>9. Ψυχολόγοι</li> <li>10. Εθελοντές</li> <li>11. Εξυπηρετούμενοι/ πελάτες</li> </ol>	ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΙ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Εκπαίδευση</li> <li>2. Εξειδίκευση</li> <li>3. Εμπειρία</li> <li>4. Ικανότητες</li> <li>5. Know how (Οργάνωση- Δικτύωση-Διαχείριση- Μεθοδολογία)</li> <li>6. Εξυπηρέτηση</li> <li>7. Προσαρμοστικότητα</li> <li>8. Αφοσίωση</li> <li>9. Αυτό- παρακίνηση</li> <li>10. Πρωτοβουλία</li> <li>11. Σταθερή ροή</li> </ol>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Εγχώρια Αναγνώριση</li> <li>2. Διεθνής Αναγνώριση</li> <li>3. Αναγνώριση από Εξυπηρετούμενους</li> <li>4. Αναγνώριση στους Χρηματοδότες</li> </ol>	ΦΗΜΗ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Χρόνια δραστηριότητα</li> <li>2. Εκτός «σκανδάλων»</li> <li>3. Φερεγγυότητα</li> <li>4. Εμπιστοσύνη</li> <li>5. Φήμη στους χρηματοδότες – Ορθή χρήση χρηματοδοτήσεων/ δωρεών</li> <li>6. Ολιστική παροχή υπηρεσιών</li> <li>7. Μοναδικές και σταθερές υπηρεσίες</li> </ol>

Πίνακας 9 Υλικοί και Άυλοι Πόροι. Προσαρμογή: Παπαδάκης,2016

Ο Πίνακας VRIO (Value, Rarity, Imitability, Organized to exploit) (Πίνακας 10) αναφέρεται στα δεδομένα και στα στοιχεία του Πολυιατρείου αλλά συνδυάζεται με την ανάλυση Πόρων και Ικανοτήτων για να μας αποδοθεί το Ανταγωνιστικό Πλεονέκτημα. Ο



Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

συνδυασμός τους θα δώσει στοιχεία για τη SWOT ανάλυση που θα γίνει στη συνέχεια.  
(45)

Τα χαρακτηριστικά του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος του Πολυιατρείου στοιχειοθετούνται όπως υποδεικνύει ο Πίνακας παρακάτω:

Έχει Αξία; Είναι Πολύτιμη	Σπανιότητα	Δυσκολία απομίμησης	Ετοιμότητα προς εκμετάλλευση	Επίπεδο Ανταγωνιστικότητας
<b>Ναι</b>				Ανταγωνιστικό Μειονέκτημα
<b>Ναι</b>	Ναι			Ανταγωνιστική Ισότητα
<b>Ναι</b>	Ναι	Ναι		Προσωρινό Ανταγωνιστικό Πλεονέκτημα
<b>Ναι</b>	Ναι	Όχι		Μη εκμεταλλεύσιμο Ανταγωνιστικό Πλεονέκτημα
<b>Ναι</b>	<b>Ναι</b>	<b>Ναι</b>	<b>Όχι</b>	<b><u>Διατηρήσιμο Ανταγωνιστικό Πλεονέκτημα</u></b>

Πίνακας 10 Μοντέλο VRIO και Βαθμός Ανταγωνιστικού Πλεονεκτήματος. Προσαρμογή από: Παπαδάκης, 2016

Με την αναπροσαρμογή του εργατικού δυναμικού (συνεχής ροή εθελοντών ιατρών με ειδικότητες που δεν βρίσκονται σε άλλες ΜΚΟ), του κόστους- αποτελεσματικότητας (μειωμένο έμμισθο εργατικό δυναμικό σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες λόγω των συνεχόμενων καταγραφών νέων ασθενών) δίνεται η δυνατότητα παρέμβασης σε ευρύ πεδίο αναγκών των εξυπηρετούμενων και των παρεχόμενων υπηρεσιών (ακόμη και σε σχέση με άλλες οργανώσεις αντίστοιχου βεληνεκούς).

Σύμφωνα με την Ετήσια Αναφορά Δράσης για το έτος 2017 ο αριθμός ιατρικών επισκέψεων (μόνο στο σύνολο των Πολυιατρείων ανά την Ελλάδα) ήταν 61.741 και ο συνολικός αριθμός ιατρικών επισκέψεων (συμπεριλαμβανομένων των επιχειρήσεων στα Κέντρα Φιλοξενίας Προσφύγων) ήταν 104846 με 329 έμμισθους εργαζόμενους και από το σύνολο των συμμετεχόντων στις διάφορες δράσεις το 72% να αποτελείται από εθελοντές ιατρικών ειδικοτήτων. Οι ειδικότητες αυτές θα παρουσιαστούν στο επόμενο κεφάλαιο με παρουσίαση των ποσοστών επισκεψιμότητάς τους.(46)

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

Η δυσκολία μίμησης σε έναν εξωτερικό παρατηρητή θα μπορούσε να αξιολογηθεί ως διατηρήσιμη, λαμβάνοντας υπ' όψιν τη χρόνια εμπειρία παρέμβασης σε καταστάσεις και πεδία κρίσης, το βαθμό συντονισμού, το υψηλό επίπεδο απόδοσης και συνεργασίας των επαγγελματιών στο πεδίο και τη νοοτροπία τους στην αντιμετώπιση των περιστατικών – όχι σαν γραφειοκρατικός μηχανισμός, αλλά στο «εδώ και τώρα», σε «πραγματικό χρόνο»-, αλλά παρότι ο βαθμός δυσκολίας για την εμφάνιση μιμητικού ανταγωνισμού καθίσταται δύσκολος γενικά, παρόμοιες μονάδες μπορούν να στηθούν εφόσον βρεθούν τα οικονομικά κονδύλια και προσφέρεται η δυνατότητα από τη γενικότερη κοινωνικο- οικονομική κατάσταση (συνέχιση της κρίσης, αύξηση του πληθυσμού σε καταστάσεις ευαλωτότητας, συνέχιση προσφυγικών ή μεταναστευτικών ροών), γεγονός που είδαμε να συμβαίνει κατά τη διάρκεια των χρόνων της «προσφυγικής κρίσης».

### 3.1.3 SWOT ανάλυση

ΔΥΝΑΜΕΙΣ	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ	ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ	ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΣ ΑΠΕΙΛΕΣ/ ΚΙΝΔΥΝΟΙ
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Know How</li> <li>2. Χαρακτήρας και ειδικά χαρακτηριστικά προσωπικού ΓτΚ</li> <li>3. Έμπειρο προσωπικό</li> <li>4. Πρωτότυπο-Ανταγωνιστικό Μοντέλο Παροχών</li> <li>5. Προσφορά Κόστους-Αποτελεσματικότητας</li> <li>6. Κόστος-αποδοτικότητα</li> <li>7. Συνεχόμενο follow-up</li> <li>8. Φερεγγυότητα/ Φήμη/ Αναγνωρισιμότητα</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Εξωτερική Χρηματοδότηση</li> <li>2. Αδυναμία Ελέγχου Χρηματοδοτικών ροών</li> <li>3. Υψηλό Κόστος Συντήρησης</li> <li>4. Συνεχής Αναπροσαρμογή διαπραγματευτικών τακτικών</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Νέα Χρηματοδότηση</li> <li>2. Ευκαιρία συνεργασίας με νέους τοπικούς φορείς (μετατροπή αδυναμίας σε δύναμη)</li> <li>3. Διαφήμιση</li> <li>4. Επιβολή στον ανταγωνισμό</li> <li>5. Συνεχής Ανανέωση μεθοδολογιών παρέμβασης</li> <li>6. Ανάγκη «νέων/καλύτερων» υπηρεσιών στους ωφελούμενους</li> <li>7. Βελτίωση του βιοτικού επιπέδου</li> <li>8. Αξιολόγηση των νέων συνθηκών διαβίωσης και προτάσεις στην κεντρική πολιτική παρέμβασης (παρέμβαση στους stakeholders)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Αθέμιτος - αήθης ανταγωνισμός</li> <li>2. Ενδεχόμενη μείωση Χρηματοδότησης</li> <li>3. Υπερβολική Εξάρτηση από το Χρηματοδότη και πιθανά προβλήματα ρευστότητας</li> <li>4. Διαιτητικός ρόλος του Κράτους ως προς τις Ευρωπαϊκές Χρηματοδοτήσεις</li> <li>5. Ροή εθελοντών</li> </ol>

Πίνακας 11 SWOT analysis Πολυιάτρειο Αθήνας ΓτΚ

Επίσης ένα ακόμη στοιχείο που διατηρεί το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα είναι η στρατηγική επίτευξης του ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος. Παρατηρήσαμε παραπάνω πως η στρατηγική αναπροσαρμόστηκε από υβριδική στρατηγική διαφοροποίησης (μειωμένο- ανταγωνιστικό κόστος/ μοναδικό προϊόν) σε στρατηγική ηγεσίας κόστους (όμοιο προϊόν υψηλής ποιότητας/ χαμηλό κόστος). (45)

### **3.2 Τρόποι Χρηματοδότησης**

Όπως προκύπτει από την επίσημη ιστοσελίδα:

«Πηγές χρηματοδότησης αποτελούν:

- Συνδρομές και δωρεές μελών και φίλων της οργάνωσης: το θεμέλιο της Οργάνωσης. Μέλη και φίλοι της οργάνωσης, απλοί άνθρωποι που στηρίζουν το έργο μας καθημερινά.
- Χορηγίες Εταιρειών και Ιδρυμάτων: αναζητούμε χορηγούς μεταξύ εταιρειών και ιδρυμάτων, που θα μας βοηθήσουν στα νέα σημαντικά προγράμματα μας στην Ελλάδα.
- Ταμεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Κρατικών και Διεθνών Οργανισμών: από εκεί κυρίως προέρχονται οι πόροι μας για τις αποστολές στο εξωτερικό.
- Κληροδοτήματα: αποτελούν στόχο και αναγκαιότητα. Η εξασφάλιση τους θα βοηθήσει ώστε να καλύπτονται τα ετήσια λειτουργικά έξοδα.[...]

Βασική προτεραιότητα δίνεται στη μείωση των εξόδων λειτουργίας των γραφείων, των δαπανών παράστασης και των δαπανών δημοσίων σχέσεων και προβολής, ούτως ώστε όλα τα έσοδα να διατίθενται πραγματικά για τη χρηματοδότηση των αποστολών.»  
([mdmgreece.gr/resource-management-and-statute/](http://mdmgreece.gr/resource-management-and-statute/))

Στην ετήσια αναφορά του 2017 παρουσιάζεται ο οικονομικός απολογισμός για το έτος οικονομικό έτος 2017 από Ευρωπαϊκά προγράμματα απορροφήθηκαν 8,7εκ. ευρώ, δηλ. το 64,5% των εσόδων. Από θεσμικά όργανα 1,23εκ. ευρώ σε ποσοστό 9,8% των συνολικών εσόδων. Λοιπές χρηματοδοτήσεις προήλθαν από σωματεία, ιδιώτες, ιδρύματα, εταιρείες. Σημαντικό μέρος των εσόδων προέρχεται από ιδιώτες και «λοιπά έσοδα», δηλ. από αγορές των προϊόντων που πωλούνται στα περίπτερα ενημέρωσης σε διάφορων ειδών κοινωνικά events, τη διάρκεια των εορταστικών περιόδων ή στα μόνιμα περίπτερα. Το συνολικό ποσοστό των δύο αυτών εσόδων αντιστοιχεί σχεδόν στο 6%.(46)

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

Μεταξύ των ιδρυμάτων που υποστηρίζουν τους ΓτΚ εμφανίζονται τα Ιδρύματα «Μποδοσάκη», «Λεβέντη», «Σταύρος Νιάρχος», Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος κ.α. εκ των οποίων προκύπτει χρηματοδότηση 9,4%.

Σύμφωνα με την αναφορά της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για το 2018, στους ΓτΚ χορηγήθηκαν μέσω του Ευρωπαϊκού Διαρθρωτικού και Επενδυτικού Ταμείου (ESI) 3,2 εκ. για παροχές υπηρεσιών υγείας, για το β' εξάμηνο του 2017 (1/6/2017) 0,9εκ για παροχές υπηρεσιών ψυχιατρικής και ψυχολογικής υποστήριξης για πρόσφυγες που διαβιούν σε αστικές περιοχές και από το 2<sup>ο</sup> τρίμηνο του 2016 (16/3/2016) 10,2 εκ. Συνολικά από επιχορηγήσεις ευρωπαϊκών προγραμμάτων οι ΓτΚ από τον Μάρτιο του 2016, ουσιαστικά δηλ. από την υπογραφή της Συμφωνίας Ελλάδας-Τουρκίας και μόνο από τα πακέτα οικονομικής στήριξης για την αντιμετώπιση της προσφυγικής κρίσης, οι ΓτΚ έλαβαν άνω των 14εκ. ευρώ. Αν λάβουμε υπ' όψιν την ετήσια αναφορά δράσης τα 93,4% καταναλώνονται σε δαπάνες προγραμμάτων και το υπόλοιπο 6,6% σε διοικητικές και άλλες δαπάνες.(44,46)

### **3.3 Παρέμβαση στα πεδία κρίσης την περίοδο της Κρίσης**

Από το 2008 που ξεκίνησε η οικονομική κρίση οι ΓτΚ έχουν ολοκληρώσει πάνω από 20 projects παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης. Από τα προγράμματα αυτά έχουν επωφεληθεί τόσο Έλληνες όσο και μετανάστες που ανήκουν σε ομάδες κοινωνικής ευαλωτότητας όπως π.χ. άνεργοι, ανασφάλιστοι, άποροι, άτομα στο όριο της φτώχειας ή και κάτω από το επίπεδο της φτώχειας, άστεγοι, τοξικοεξαρτημένοι.

Μέχρι το Δεκέμβρη του 2018 προσέφεραν τις υπηρεσίες τους σε διάφορα Πολυιατρεία που βρίσκονται στην Αθήνα, στον Πειραιά, στη Θεσσαλονίκη, στα Χανιά, την Καβάλα, την Κατερινή το Πέραμα (έκλεισε) και συντηρούσαν με ιατρό και νοσηλευτικό προσωπικό τα αγροτικά ιατρεία της Φολεγάνδρου και της Τήλου (έκλεισε). Στα Ανοιχτά Πολυιατρεία έχουν καταγραφεί περίπου 24χιλ άνθρωποι και έχουν γίνει 61,8χιλ. επισκέψεις εκ των οποίων το 30% είναι παιδιά. (46)

Παρευρίσκονταν με κινητές ή σταθερές ομάδες ιατροφαρμακευτικής υποστήριξης στα περισσότερα camps και κέντρα στέγασης προσφύγων (Χίος, Ειδομένη, Ιωάννινα,

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

Πειραιάς, Ελληνικό κ.α.) και από το καλοκαίρι του 2017 με μόνιμη ιατρονοσηλευτική ομάδα, κοινωνικό λειτουργό και ψυχολόγο, στην περιοχή των πυροπλήκτων της Ραφήνας. Διενεργούν επιχειρήσεις σε δυσπρόσιτα σημεία της ελληνικής επικράτειας με φαρμακευτική κάλυψη, ιατροτεχνικό εξοπλισμό και προσπαθώντας να καλύψουν το σύνολο των ιατρικών αναγκών της περιοχής. Στα ακριτικά νησιά για το 2017 έγιναν 4,5 χιλ ιατρικές συνεδρίες.

Κατά τη διάρκεια του Οκτώβρη 2018, οι ομάδες της οργάνωσης εξέτασαν στο Γαύριο της Άνδρου με οδοντίατρο, οφθαλμίατρο, ορθοπεδικό, καρδιολόγο και γυναικολόγο. Στα μέσα του μήνα ταξίδεψαν στο Κουφονήσι και κάλυψαν με ιατρικές εξετάσεις 7 χωριά και οικισμούς των Τζουμέρκων. Συνολικά πραγματοποιήθηκαν 868 επισκέψεις στις παραπάνω ειδικότητες. (47)

## ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

### 4 Έρευνα πεδίου- Μέτρηση ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων του Πολυιατρείου των ΓτΚ

#### 4.1 Παρουσίαση ερωτηματολογίου- EQ5D-based

Το πρώτο μέρος περιέχει ερωτήσεις δημογραφικών στοιχείων (φύλο, ηλικία, χώρα καταγωγής, οικογενειακή κατάσταση, συνθήκες διαβίωσης και επίπεδο γνώσης της ελληνικής γλώσσας). Το δεύτερο μέρος αφορά τη διερεύνηση συμμετοχής και εμπλοκής των ερευνώμενων στο ΕΣΥ. Το τρίτο μέρος αφορά τη συμμετοχή τους στους ΓτΚ. Το τέταρτο μέρος διερευνά την ιατρική τους κατάσταση (χρόνια νοσήματα, εγκυμοσύνη). Το πέμπτο και τελευταίο μέρος αφορά τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού ενδιαφέροντος και αποτελείται από ερωτήσεις του EQ-5D-5L σε πενταβάθμια κλίμακα και από το οπτικό αναλογικό σύστημα που παρέχεται από τη EuroQol. (48,49)

Ουσιαστικά, αυτό το κομμάτι χωρίζεται σε δύο υποκατηγορίες: η πρώτη αφορά την παρούσα αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας του συνεντευξιαζόμενου και η δεύτερη ζητάει να γίνει μια αναδρομή σε παλαιότερη κατάσταση (πριν ένα χρόνο, πριν την επίσκεψη στους ΓτΚ), δίνοντας όμως και τη δυνατότητα της μη δυνατότητας ανάκλησης μνήμης.

Το EQ-5D είναι ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο κλίμακας που αναπτύχθηκε από το EuroQol Group με σκοπό την απλή και γενική μέτρηση της υγείας για κλινικούς ή οικονομικούς σκοπούς μελέτης (48).

Πρωτοσυστάθηκε το 1990 με τη μορφή του EQ-5D-3L και απαρτιζόταν από δύο μέρη: το πρώτο μέρος αφορούσε την περιγραφή της κατάστασης του ασθενούς μέσω ερωτήσεων που αντιπροσωπεύουν πέντε διαστάσεις: την κινητικότητα (Mobility), την αυτό-φροντίδα (self-care), τις καθημερινές δραστηριότητες (usual activities), το βαθμό πόνου ή δυσφορίας (pain/discomfort) και το βαθμό άγχους/ δυσθυμίας- κατάθλιψης (anxiety/depression). Το δεύτερο μέρος απαρτίζεται από ένα εικονοποιημένο σχεδιάγραμμα αναλογικής κλίμακας (EQ visual analogue scale- EQ VAS) όπου ο

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

ερωτώμενος σημειώνει από το 0-100 το βαθμό ης υγείας που ο ίδιος θεωρεί ότι έχει, με το 0 να είναι ο χειρότερος βαθμός και το 100 το άριστο.

Το 2005 εξελίχθηκε σε EQ-5D-5L προσθέτοντας στην πενταδιάστατη κλίμακα άλλες δύο βαθμίδες αυτοαξιολόγησης: α) καθόλου προβλήματα/ οχλήσεις, β) ελάχιστα/ες προβλήματα/οχλήσεις, γ) μεσαία προβλήματα/οχλήσεις, δ) σοβαρά προβλήματα/οχλήσεις, ε) πάρα πολύ σοβαρά προβλήματα/ οχλήσεις έναντι των α) καθόλου, β) κάποια προβλήματα γ) πάρα πολύ σοβαρά προβλήματα. Η αλλαγή τόσο της φρασεολογίας όσο και η αύξηση των βαθμίδων της κλίμακας κατάφεραν μια μεγαλύτερου βαθμού ευαισθησία στις απαντήσεις και την περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων.

Επίσης άλλαξε ο τρόπος συμπλήρωσης του EQ VAS προσθέτοντας ένα κουτάκι όπου ο ερωτώμενος συμπληρώνει το βαθμό υγείας στην 100βάθμια κλίμακα και ολογράφως στο ανάλογο χωρίο (κουτάκι).

Για να αξιολογηθούν οι τιμές της 5διάστατης κλίμακας έχει δημιουργηθεί ένας αλγόριθμος υπολογισμού με βάση τα δεδομένα υγείας των χωρών στις οποίες διερευνήθηκε το επίπεδο του πληθυσμού (Βέλγιο, Δανία, Γερμανία, Ιαπωνία, Ισπανία, Ταϊλάνδη, Ην. Βασίλειο, ΗΠΑ, Ζιμπάμπουε κ.α.), διασφαλίζοντας και την κοινωνική αντιπροσώπευση.(50)

Για τα δικά μας αποτελέσματα έγινε υπολογισμός με βάση το συντελεστή υγείας που δίνεται από την Ταϊλάνδη θεωρώντας τις συνθήκες που διαβιεί η ομάδα στόχος και την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση στα αντίστοιχα επίπεδα. Επίσης παρά το δείγμα της Ζιμπάμπουε που ήταν αρκετά μεγαλύτερο της Ταϊλάνδης, 2440 έναντι 1324, της δεύτερης χώρας θεωρήθηκε πιο ακριβές αφού και η διαφορά του μέσου όρου των τιμών των προφίλ υγείας ήταν κοντά η μία στην άλλη αλλά της Ταϊλάνδης σαφώς χαμηλότερο από το σύνολο των χωρών που δίδονται προς χρήση οπότε και ταιριάζει στα κριτήρια που ετέθησαν παραπάνω.

Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται όπως ακριβώς ορίζουν οι κατευθυντήριες οδηγίες του οδηγού EQ-5D-5L για το 2015, ο οποίος είναι και ο πιο πρόσφατος. (EQ-5D-5L User Guide, 2015).

Σημαντικό είναι να σημειωθεί πως το Recall μέρος δεν ορίζεται από τον οδηγό που δίδεται από τη EuroQol Group, χωρίς όμως να υπάρχει ρήτρα ή απαγόρευση για αυτό. Το Recall μέρος «έτρεξε» πειραματικά και καινοτόμα προσπαθώντας να αναδείξει την αυτό-

αξιολογούμενη υγεία ένα χρόνο πριν έτσι ώστε να συγκριθεί με τη σημερινή κατάσταση (όπως ορίζεται από την EuroQol Group). Η επιτυχία ή όχι του συγκεκριμένου μέρους θα αναδειχθεί από τη διαδικασία σύγκρισης και τις τιμές που θα εξαχθούν. Παρ' όλ' αυτά θεωρήθηκε σημαντικό να παρουσιαστεί για λόγους επιστημονικότητας, έστω και αν τελικά αποτύχει.

Για το όρο «ποιότητα ζωής» εκτός από τη λειτουργικότητα/ δυσλειτουργικότητα (52) δημιουργήθηκαν ερωτήσεις που να μπορούν να συσχετιστούν με την κοινωνική κατάσταση του ερευνώμενου πληθυσμού έτσι ώστε να μην απαντάται μόνο η προσέγγιση από πλευράς βιοϊατρικών συνθηκών και επιπτώσεων τους στην καθημερινή ζωή, αλλά και αντίστροφα, ήτοι την επίδραση της καθημερινότητας και των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών στη κατάσταση της υγείας.

## **4.2 Μεθοδολογία Έρευνας**

Το ερωτηματολόγιο «Μέτρηση Ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων του Πολυιατρείου των Γιατρών του Κόσμου» συντάχθηκε αρχικά το Δεκέμβρη του 2018 και επανελέγχθηκε, βελτιστοποιήθηκε και απέκτησε την τελική του μορφή τον Ιανουάριο του 2019 όταν και μοιράστηκε στον ερευνώμενο πληθυσμό.

Αποτελείται από πέντε μέρη ομαδοποιημένων ερωτήσεων και ο μέσος χρόνος συμπλήρωσης είναι 6 λεπτά, ενώ με τη βοήθεια μεταφραστή χρειάζονται περίπου 9 λεπτά ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης του συνεντευξιαζόμενου. Σε άτομα τα οποία δεν μιλούσαν αγγλικά ή ελληνικά, το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε με τη βοήθεια επίσημου μεταφραστή της ομιλούσας γλώσσας (αραβικά, φαρσί, ουρντού, γαλλικά). Οι μορφές ερωτήσεων για τα τέσσερα πρώτα μέρη είναι κλειστού τύπου, ενώ το πέμπτο μέρος έχει ερωτήσεις κλίμακας όπως εξηγείται προηγουμένως.

Οι συνεντεύξεις έλαβαν χώρα στο Πολυιάτρειο των Γιατρών του Κόσμου, επί της οδού Πειραιώς αρ. 33, όπου και μπορούσε να υπάρξει άμεση επαφή με την ομάδα στόχο. Η δειγματοληψία ήταν τυχαία και η συνολική συλλογή απαντήσεων διήρκησε τριάντα ημέρες.

Λόγω περιορισμών που αφορούσαν κυρίως ζητήματα εμπιστευτικότητας και χρονοβόρων διαδικασιών, επιλέχθηκε στο ερωτηματολόγιο να μην συμμετάσχουν ανήλικοι κάτω των 12 ετών, το οποίο είναι το ηλικιακό όριο που έχει τεθεί από τους ΓτΚ για τα άτομα που



επισκέπτονται τον παιδίατρο και ξεκινούν να παρακολουθούνται από τον παθολόγο ή τον γενικό ιατρό.

Η μέθοδος της δειγματοληψίας που υιοθετήθηκε ήταν η απλή τυχαία δειγματοληψία σε εστιασμένη ομάδα- ομάδα στόχου (focus group) (53), με τυχαία επιλογή των δειγμάτων στο σύνολο του πληθυσμού των ατόμων που εξυπηρετούνται καθημερινά από τους επαγγελματίες του Πολυιατρείου.

Συνολικά προσεγγίστηκαν 100 άτομα εκ των οποίων ανταποκρίθηκαν θετικά τα 80. Ο βαθμός απόκρισης (80/100) θεωρήθηκε αντιπροσωπευτικός και δόθηκε η δυνατότητα συνέχειας της έρευνας στο επίπεδο της κωδικοποίησης, της ανάλυσης και της παρουσίασης των αποτελεσμάτων.

### 4.3 Αποτελέσματα έρευνας

Η συμμετοχή των ανδρών στο σύνολό του πληθυσμού ήταν 62%. Το πλήθος των γυναικών 38% (Διάγραμμα 5). Δυστυχώς λόγω των πολιτισμικών «περιορισμών» που υφίστανται (ιδιαίτερα αναφερόμαστε στην προσέγγιση γυναικών από αραβικές ή μεσανατολικές χώρες με καταβολές στο Ισλάμ), η προσέγγιση των γυναικών ήταν δύσκολη, παρότι φάνηκε πως συνεργάζονταν και κατανοούσαν πιο εύκολα την μεθοδολογία του ερωτηματολογίου από ότι οι άνδρες συμμετέχοντες.

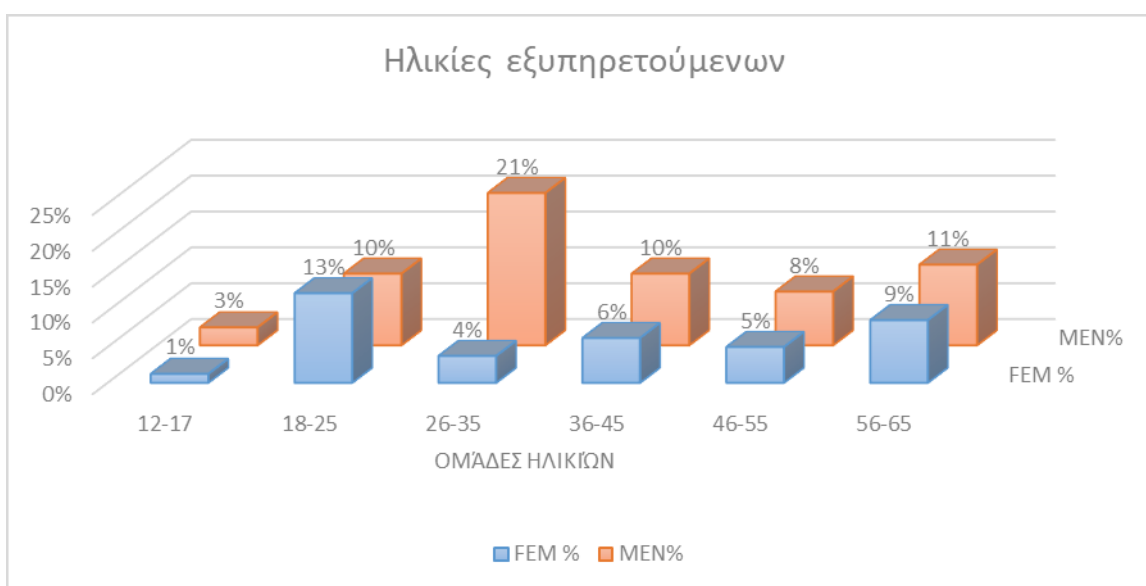


Διάγραμμα 5 Ποσοστά συμμετοχής στην έρευνα

#### 4.3.1 Δημογραφικά

Στα διαγράμματα που ακολουθούν παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο.

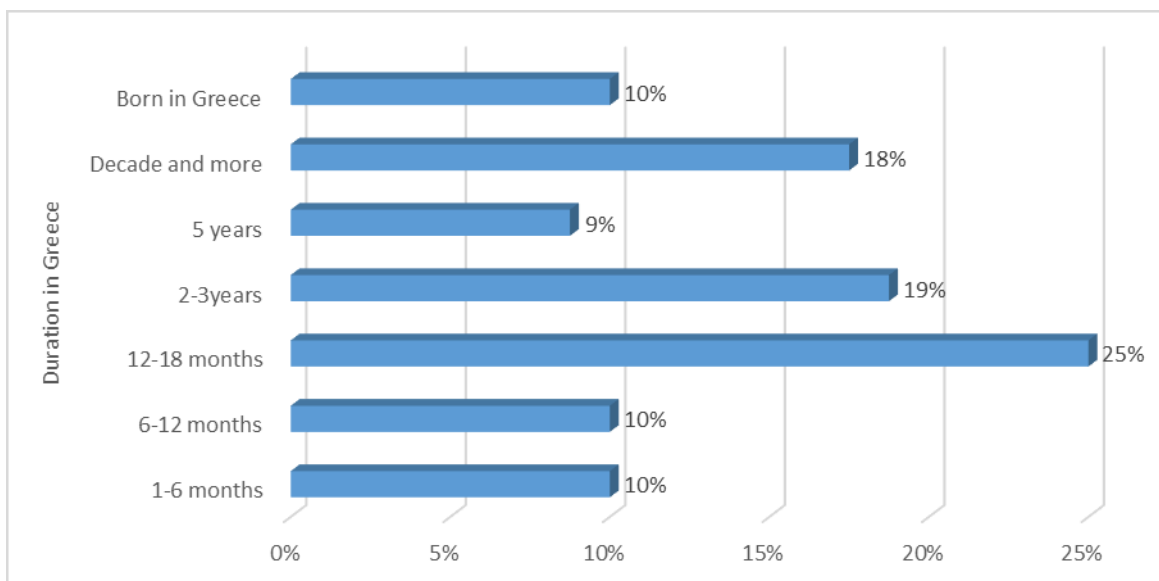
Στο Διάγραμμα 6 παρουσιάζονται οι ηλικίες των εξυπηρετούμενων. Δεν λήφθηκαν στοιχεία από ηλικίες κάτω των 12 ετών .



#### Διάγραμμα 6 Παρουσίαση ηλικιακών ομάδων κατά ποσοστό συμμετοχής

Το διάγραμμα που ακολουθεί (Διάγραμμα 7) μας δείχνει τη διάρκεια διαμονής στην Ελλάδα. Θεωρείται σημαντική παράμετρος για να εξαχθούν συμπεράσματα που αφορούν την εξέλιξη της υγείας μέσα στην κρίση ή σε σχέση με την πρότερη κατάσταση της ζωής τους (ταξίδι για την Ελλάδα, εμπόλεμη κατάσταση, κατοικία στον τόπο καταγωγής). Το μεγαλύτερο ποσοστό εμφανίζεται σε αυτούς που κατοικούν στην Ελλάδα τον τελευταίο ένα έως ενάμισι έτος. Λιγότερο είναι το ποσοστό αυτών που διαμένουν δυο έως τρία έτη. Πολλοί από τους πρόσφυγες ή μετανάστες που έφτασαν στην Ελλάδα το 2015-2016 έφυγαν μέσω οικογενειακών επανενώσεων ή άλλων νόμιμων διαδικασιών μέσω της Υπ. Ασύλου ή με παράνομους τρόπους λόγω των αργών γραφειοκρατικών διαδικασιών. Το 20% έχει φτάσει στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους. Επίσης, σχεδόν το 1/5 των εξυπηρετούμενων διαμένει στην Ελλάδα μια δεκαετία ή και παραπάνω.

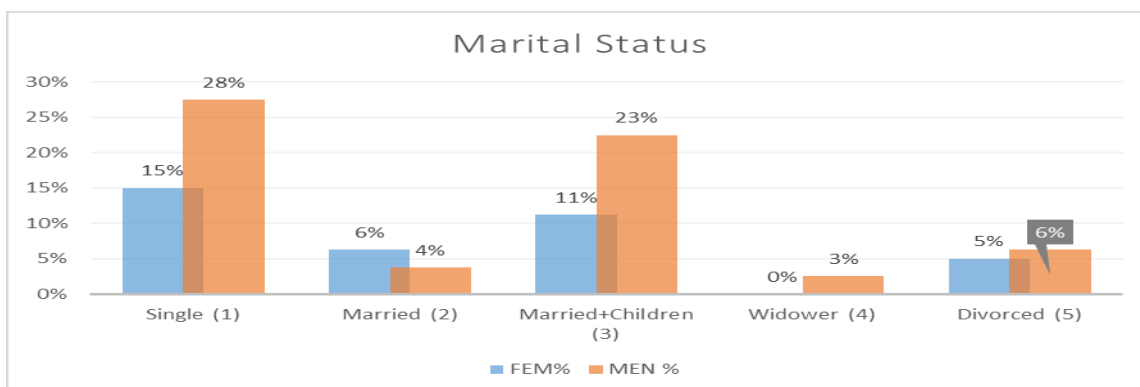
Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»



**Διάγραμμα 7 Διάρκεια Διαμονής στην Ελλάδα**

Σε ότι αφορά την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων (Διάγραμμα 8), τα μεγαλύτερα ποσοστά αφορούν τους άνδρες άγαμους σε ποσοστό 28% έναντι των γυναικών 15% και τους παντρεμένους με παιδιά : 23% για τους άνδρες και 11% για τις γυναίκες.

Μετρώντας όμως τα αντίστοιχα ποσοστά σε σύνολα ομάδων πληθυσμού μπορούμε να δούμε πως οι διαφορές μειώνονται σε πραγματικά επίπεδα, ήτοι οι γυναίκες μόνες τους αγγίζουν το 40% του συνόλου των γυναικών ενώ οι άνδρες το 44% στο σύνολο των ανδρών. Έχουμε 17% παντρεμένων γυναικών και 6% των ανδρών.

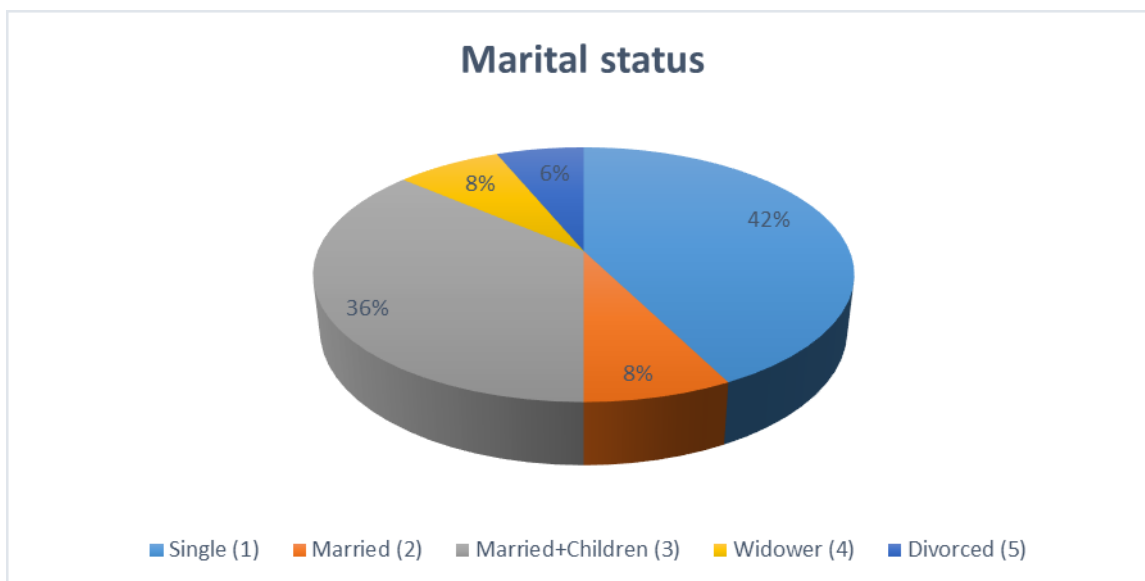


**Διάγραμμα 8 Καταναμημένα ποσοστά οικογενειακής κατάστασης κατά φύλο**

<b>Pregnancy</b>		
<b>Yes</b>	<b>10</b>	<b>33%</b>
<b>No</b>	<b>19</b>	<b>63%</b>

Στο πινάκιο φαίνεται πως το 33% των γυναικών είναι εγκυμονούσες, ενώ το 63% απάντησαν αρνητικά. Να αναφερθεί πως στο 63% συμπεριλαμβάνεται και ένα μικρό ποσοστό στο οποίο δεν ήταν σίγουρες. Επίσης, δεν συμπεριλαμβάνονται οι ηλικίες κάτω των 18 ετών.

Ως σύνολο πληθυσμού εξυπηρετούμενων η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται στο διάγραμμα που ακολουθεί (Διάγραμμα 9).

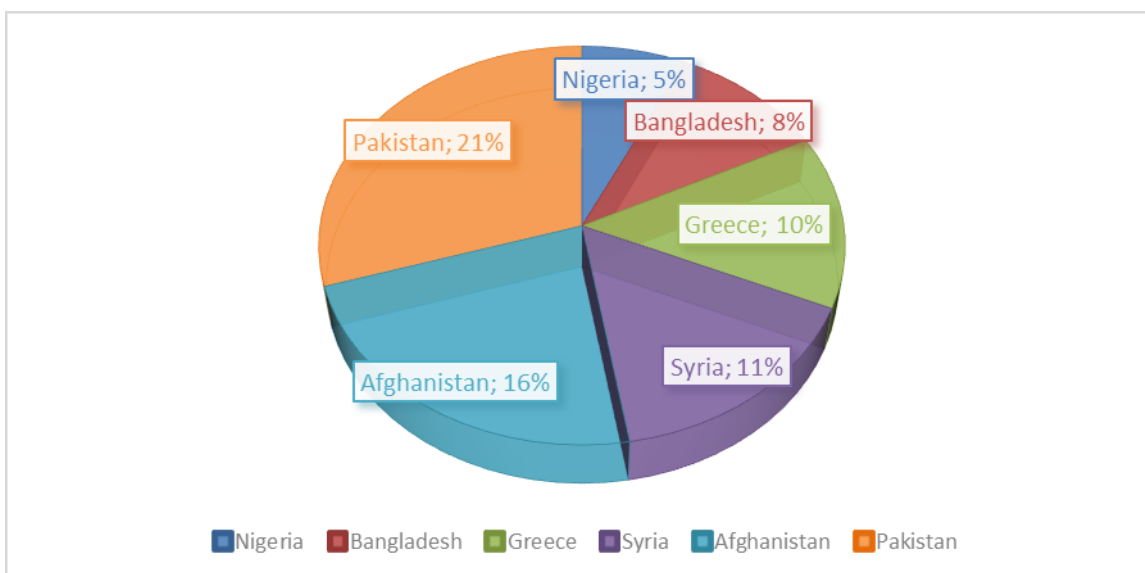


#### Διάγραμμα 9 Οικογενειακή κατάσταση στο σύνολο του πληθυσμού

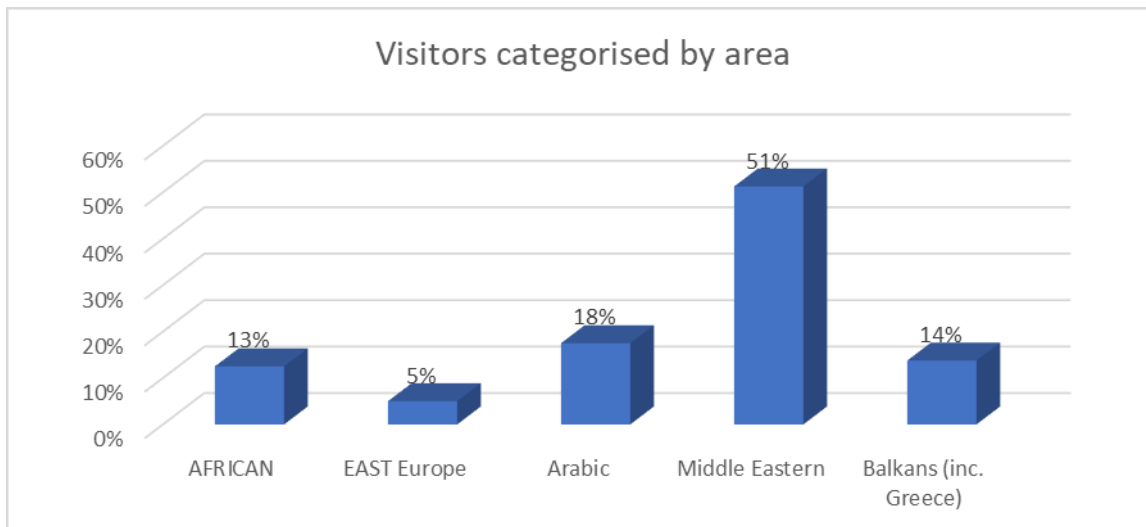
Το Διάγραμμα 10 παρουσιάζει τις κατά πλειοψηφία καταγωγές εξυπηρετούμενων, δηλ. αυτές που εμφανίζονται με ποσοστό πάνω από το 5%. Σημαντικό στοιχείο που εντοπίζεται είναι πως Έλληνες εξυπηρετούμενοι είναι το 10%. Αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως συνέπεια της κρίσης και των ακάλυπτων αναγκών από το δημόσιο σύστημα υγείας ή και την αμεσότητα εξυπηρέτησης που παρέχεται από την οργάνωση, καθώς και από τις παρεχόμενες υπηρεσίες (ιατροί, υπηρεσίες κοινωνικής αρωγής και ψυχολογικής

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

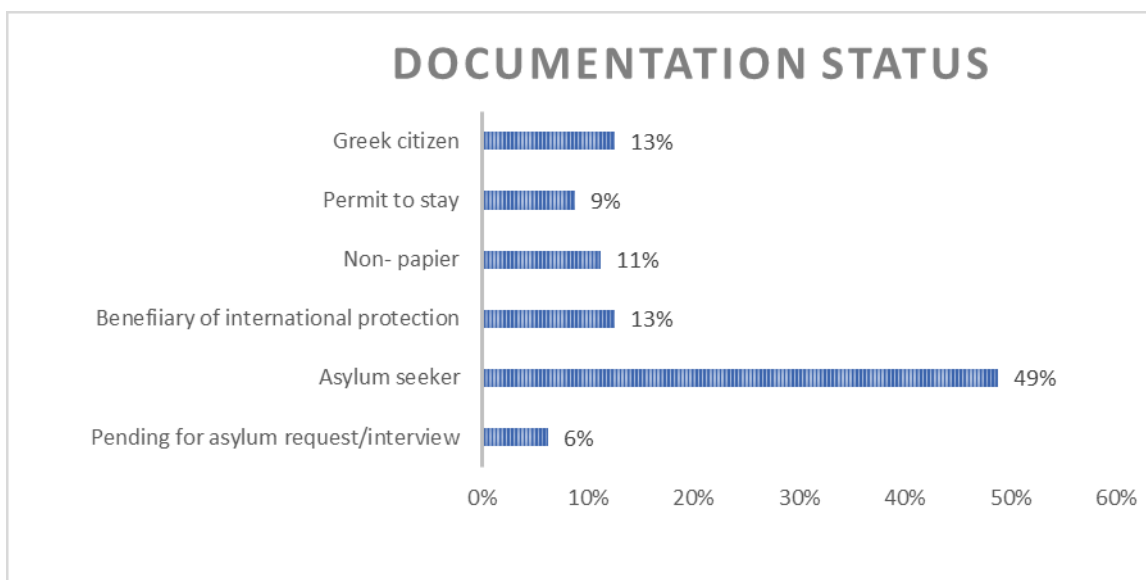
υποστήριξης, φάρμακα), οι οποίες φαίνονται σε διάγραμμα παρακάτω. Το μεγαλύτερο ποσοστό είναι άνθρωποι καταγόμενοι από το Πακιστάν (21%), ενώ ακολουθούν Αφγανοί και Σύριοι. Γενικά από ό τι φαίνεται οι χώρες της μέσης Ανατολής καταλαμβάνουν μεγάλο ποσοστό των εξυπηρετούμενων. Φαίνεται στο ραβδόγραμμα (Διάγραμμα 11) πως η διαφορά είναι περίπου 30% με τις χώρες του αραβικού κόσμου. Οι κάτοικοι των βαλκανικών χωρών (συμπεριλαμβάνοντας την Ελλάδα, είναι το 14% των εξυπηρετούμενων. Με διαφορά 1% κυμαίνονται οι αφρικανικής καταγωγής εξυπηρετούμενοι.



Διάγραμμα 10 Κατάτμηση εξυπηρετούμενων κατά χώρα καταγωγής με τα μεγαλύτερα ποσοστά καταγραφής στο Πολυιατρείο των Γτκ



Διάγραμμα 11 Κατηγοριοποίηση εξυπηρετούμενων κατά περιοχή προέλευσης



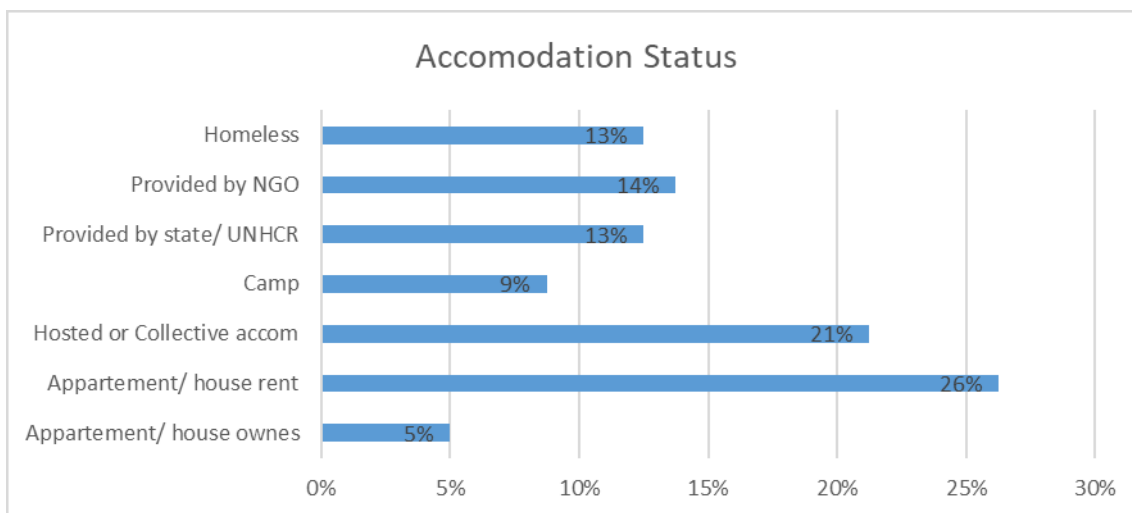
Διάγραμμα 12 Κατάσταση πολιτειακής καταγραφής

Το άνωθεν ραβδόγραμμα (Διάγραμμα 12) παρουσιάζει τα ποσοστά της πολιτικής χαρτογράφησης των εξυπηρετούμενων. Η συντριπτική πλειοψηφία (σχεδόν το 50%) είναι αιτούντες άσυλο, δηλ. έχουν καταγραφεί στην Υπηρεσία Ασύλου και αναμένουν τις αποφάσεις των υποθέσεων τους. Το 6% αναμένει για συνέντευξη. Αυτό σημαίνει πως δεν έχει δικαίωμα έκδοσης ΑΜΚΑ και άρα δεν μπορεί να εξεταστεί σε οποιασδήποτε βαθμίδας υγειονομική δομή παρά μόνο ως επείγον περιστατικό ή περιστατικό εφημερίας, γεγονός που δημιουργεί πολλαπλά προβλήματα τόσο στην εξυπηρέτηση του ασθενούς ή αιτούμενου ιατρικής εξέτασης, όσο και στο σύστημα λειτουργίας του ΕΣΥ αφού περιστατικά τα οποία κανονικά δεν θα έπρεπε να εξεταστούν κατά τη διάρκεια εφημερίας,

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

προσέρχονται σε αυτή ως τη μοναδική ευκαιρία εξέτασης. Επίσης λόγω της μη ικανότητας διεξαγωγής δευτερογενών κλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων, η κατάσταση της ασθένειας ακολουθεί φθίνουσα πορεία και τότε ο ασθενής καλείται είτε να απευθυνθεί σε ΜΚΟ που παρέχουν τέτοιου είδους υπηρεσίες, είτε να απευθυνθεί στον Ιδιωτικό τομέα, είτε να καταλήξει πένητας δωρεάν υπηρεσιών που κανονικά δικαιούται με επιπλέον επιβάρυνση της ψυχοσυναισθηματικής του κατάστασης και τελικά εχθρικής συμπεριφοράς προς το δίκτυο των ανθρώπων που απευθύνθηκε για βοήθεια. Το ίδιο συμβαίνει και με τους ανθρώπους δίχως έγγραφα, non-paper state, που αποτελούν το 11% των εξυπηρετούμενων του Πολυιατρείου.

Θέλοντας να μετρήσουμε την ποιότητα ζωής, ετέθη η ερώτηση για την στεγαστική κατάσταση. Το 26% απάντησε πως κατοικούν σε ενοικιασμένα διαμερίσματα. Αντίστοιχο ποσοστό, 27% διαμένει σε διαμερίσματα που παρέχονται από το κράτος και τις ΜΚΟ. Μόλις το 9% διαμένει σε camp. Σημαντικό και παρατηρητέο είναι το ποσοστό των εξυπηρετούμενων που διαβιεί σε κατάσταση αστεγίας, όπου εντοπίζονται τόσο γηγενείς όσο και μετανάστες (Διάγραμμα 13).

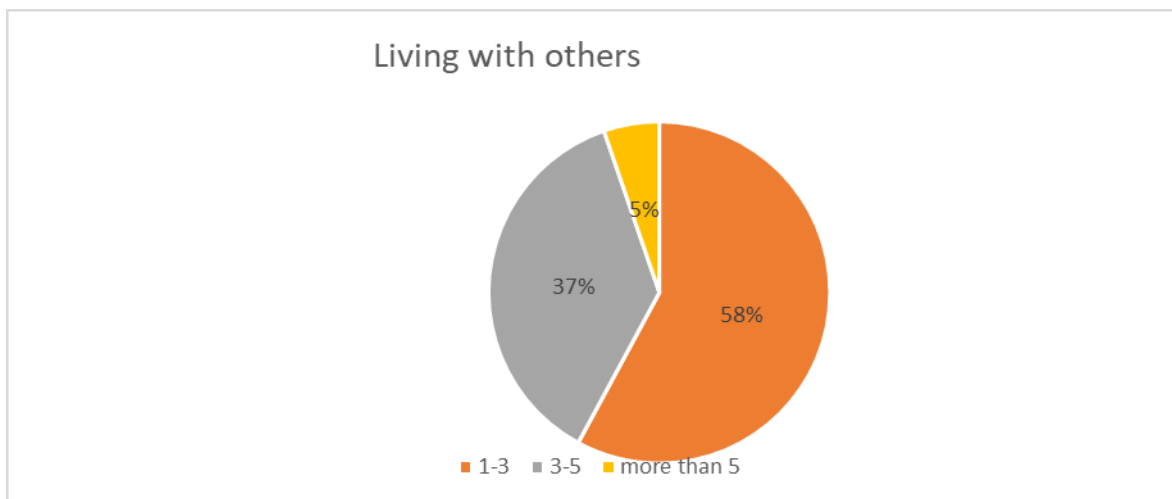


**Διάγραμμα 13 Κατανομή κατά κατάσταση στέγασης**

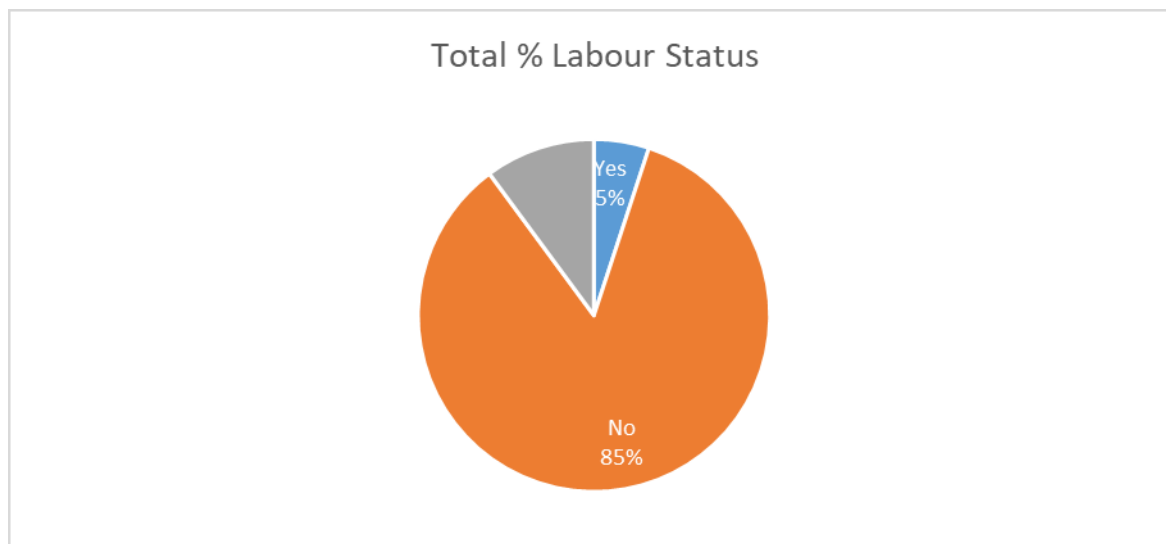
Από το Διάγραμμα 14 προκύπτουν κατά ποσοστά η ποιότητα συγκατοίκησης όσων δεν ζουν μόνοι τους. Στην ερώτηση αν μένουν με τρίτους εκ του συνόλου των 80 ερωτηθέντων οι 57 απάντησαν θετικά. Από αυτούς το 37% συγκατοικούν με πάνω από 3 άτομα. Η ερώτηση αυτή θεωρείται σημαντική γιατί η υγιεινή που συναντάται σε πολυπληθείς χώρους κατοίκησης δεν είναι ίδια με ενός μέσου νοικοκυριού και σαφώς

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

διαφέρει ανά ηλικιακή ομάδα και φύλο. Συνεπώς εντοπίζεται εδώ άλλος ένας παράγοντας συσχέτισης της υγείας με την κοινωνική κατάσταση που οδηγεί σε συμπεράσματα για την ποιότητα ζωής.

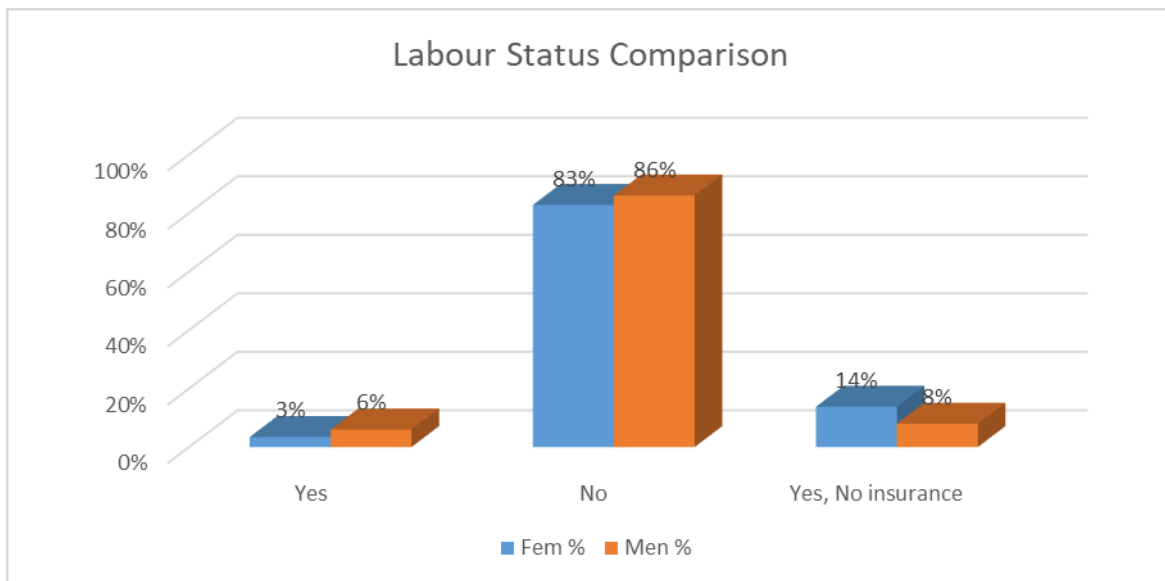


**Διάγραμμα 14 Ποσοστά κατηγοριών συγκατοίκησης καταμερισμένα σε αριθμό συγκατοίκων**  
Σημαντική για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής θεωρήθηκε και η εργασιακή κατάσταση, η οποία εξηγείται αναλυτικά στα επόμενα διαγράμματα που (Διάγραμμα 15, Διάγραμμα 16).



**Διάγραμμα 15 Κατάσταση εργασίας ως % επί του συνολικού πληθυσμού**



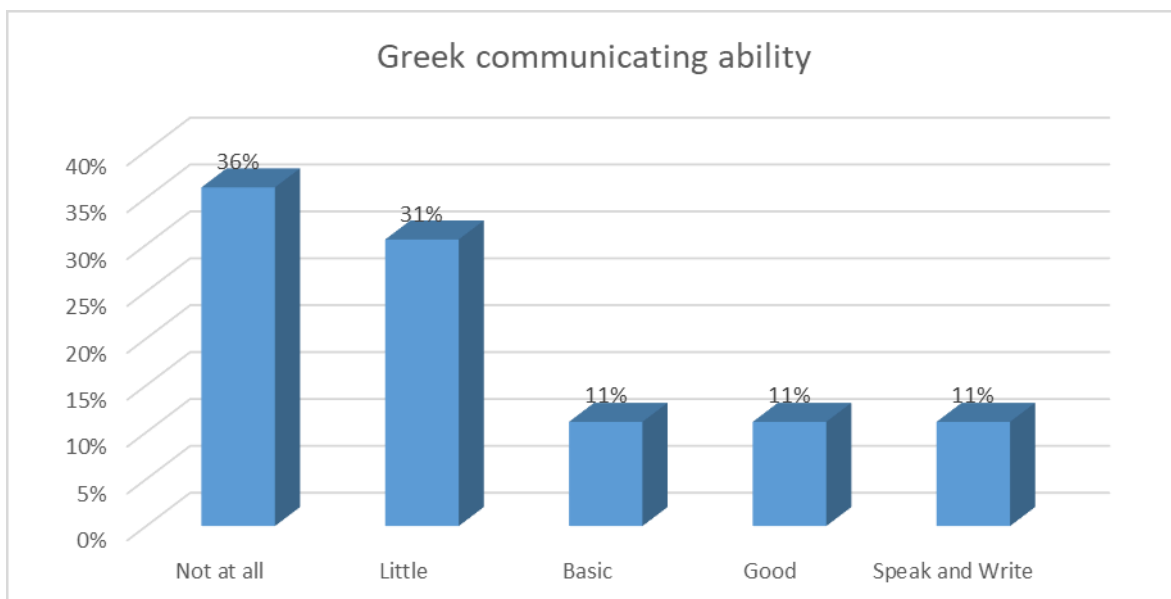


**Διάγραμμα 16 Συγκριτική % κατανομή ανά κατάσταση εργασίας και φύλο**

Παρατηρούνται δύο μεγάλης σημασίας στοιχεία. Πρώτον μόλις το 5% του ερευνώμενου πληθυσμού εργάζεται με παροχή ασφάλειας. Δεύτερον το ποσοστό των γυναικών που εμφανίζεται να εργάζεται, αλλά χωρίς παροχή ασφαλιστικής κάλυψης είναι 14%, γεγονός που σαφώς οδηγεί σε μειωμένες παροχές υγείας και χαμηλότερης ποιότητας, ειδικά όταν αναφέρεται σε εγκυμονούσες ή γυναίκες με χρόνια προβλήματα υγείας, οι οποίες εμφανίζονται ως το 10% των ανασφάλιστων εργατριών.

Ένας ακόμη παράγοντας μέτρησης είναι η κατανόηση και η ικανότητα ομιλίας της ελληνικής γλώσσας. Θεωρήθηκε σημαντικό γιατί είναι ένας από τους τρόπους αυτονόμησης και απεμπλοκής από τον κυκεώνα των υπηρεσιών αρωγής για την πρόσβαση στο σύστημα υγείας, αλλά και δυνατότητας γενικότερης κοινωνικής ένταξης, γεγονός το οποίο επίσης ενισχύει την καλύτερευση της ποιότητας ζωής.

Παρατηρώντας, λοιπόν, το γράφημα (Διάγραμμα 17) μόλις το 11% μιλάει και γράφει ελληνικά, ενώ το 22% μπορεί να συνεννοηθεί βασικά ή καλά. Το 36% είναι πλήρως εξαρτώμενοι από τις κοινωνικές υπηρεσίες και μάλιστα μεγάλο ποσοστό αυτών δεν γνωρίζει αγγλικά και χρήζει παροχής υπηρεσιών διερμηνέα ή συνοδού που να μιλάει τουλάχιστον αγγλικά.



Διάγραμμα 17 Ικανότητα επικοινωνίας στην ελληνική γλώσσα

#### 4.3.2 Σύγκριση Ικανοποιημένων αναγκών

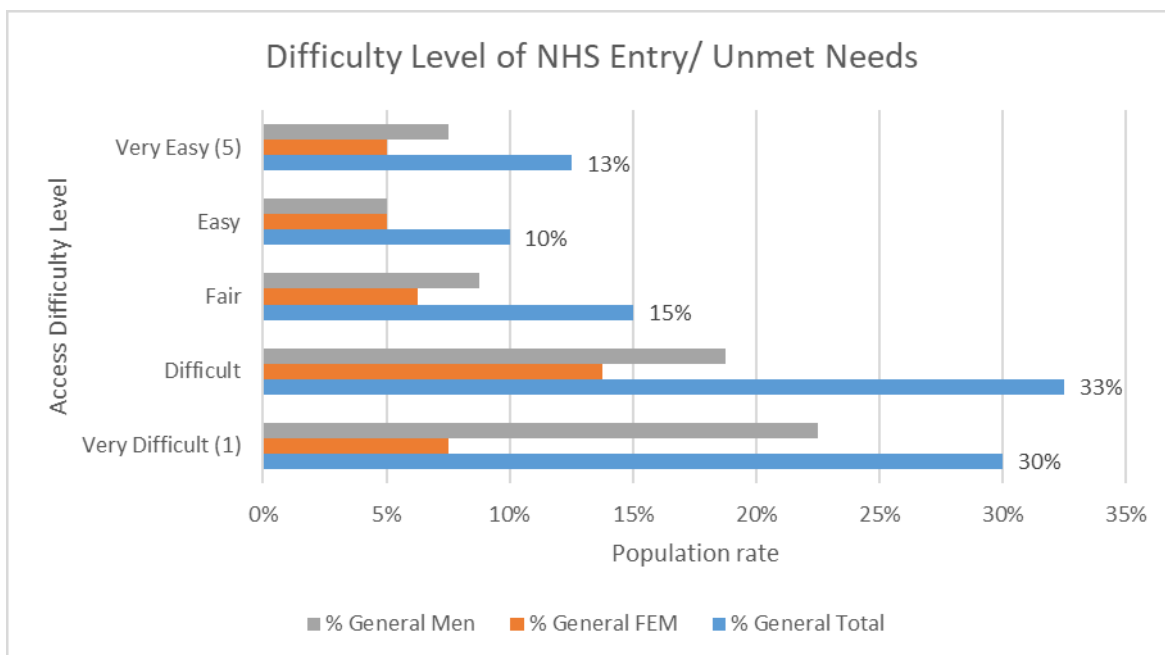
Σε προηγούμενο κεφαλαίο (πβλ Κεφάλαιο 1, υποκ. 1.4) αναφέρθηκε το ποσοστό ανικανοποίητων αναγκών υγείας. Παρακάτω θα παρουσιαστεί εκτενέστερα ο βαθμός των ανικανοποίητων αναγκών των ανθρώπων που ανήκουν στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και πιο συγκεκριμένα ο βαθμός δυσκολίας εισόδου στο ΕΣΥ.

Από το σύνολο του πληθυσμού μόλις το 13% βρίσκουν πολύ εύκολη την πρόσβαση. Τριπλάσιο είναι το ποσοστό για το οποίο η πρόσβαση στα νοσοκομεία είναι πολύ δύσκολη. Για το βαθμό δυσκολίας στηριχτήκαμε στους εξής παράγοντες:

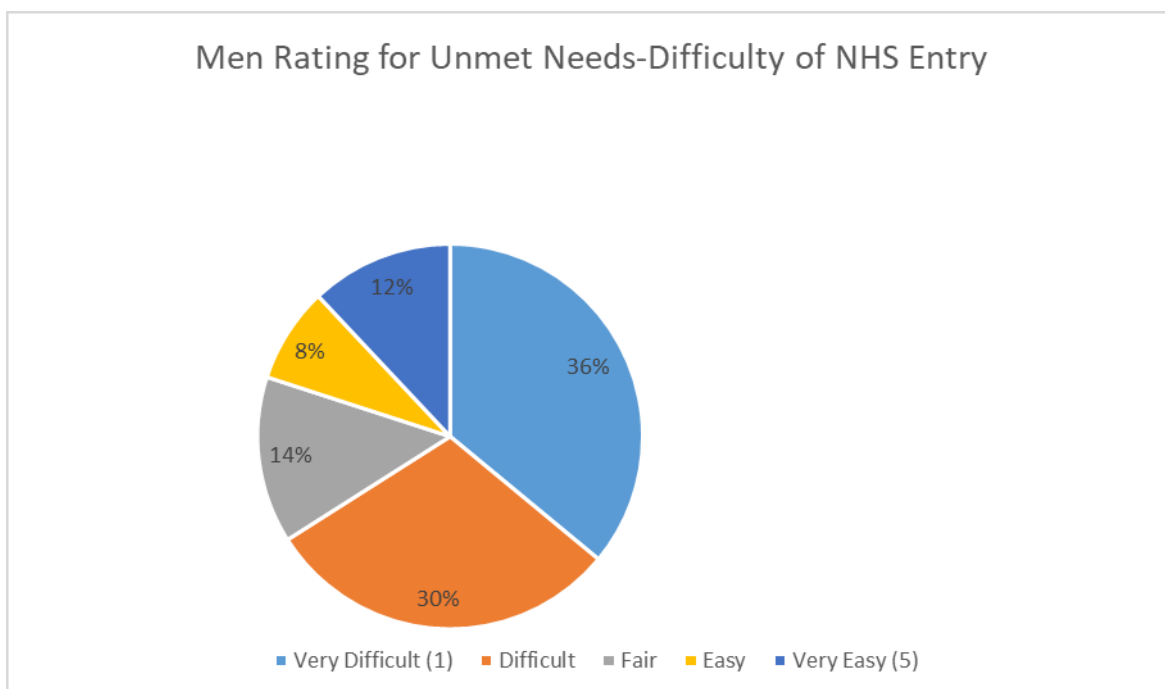
- Συνεννόηση στα τηλεφωνικά κέντρα
- Χρόνος αναμονής (λίστες) για την επίσκεψη
- Εύρεση αιτούμενης ειδικότητας
- Πρόσβασης στο νοσοκομείο- απόσταση
- Συνεννόηση στο νοσοκομείο (παροχή ιατρικών πληροφοριών και οδηγιών στα αγγλικά ή στη μητρική γλώσσα)

Το συνολικό ποσοστό δυσκολίας στην πλήρη και ολοκληρωμένη πρόσβαση είναι 63% χωρίς να καταμετράται το ποσοστό που τείνει αρνητικά όταν αναφέρεται στη μεσαία δυσκολία («Fair»). (Διάγραμμα 18)

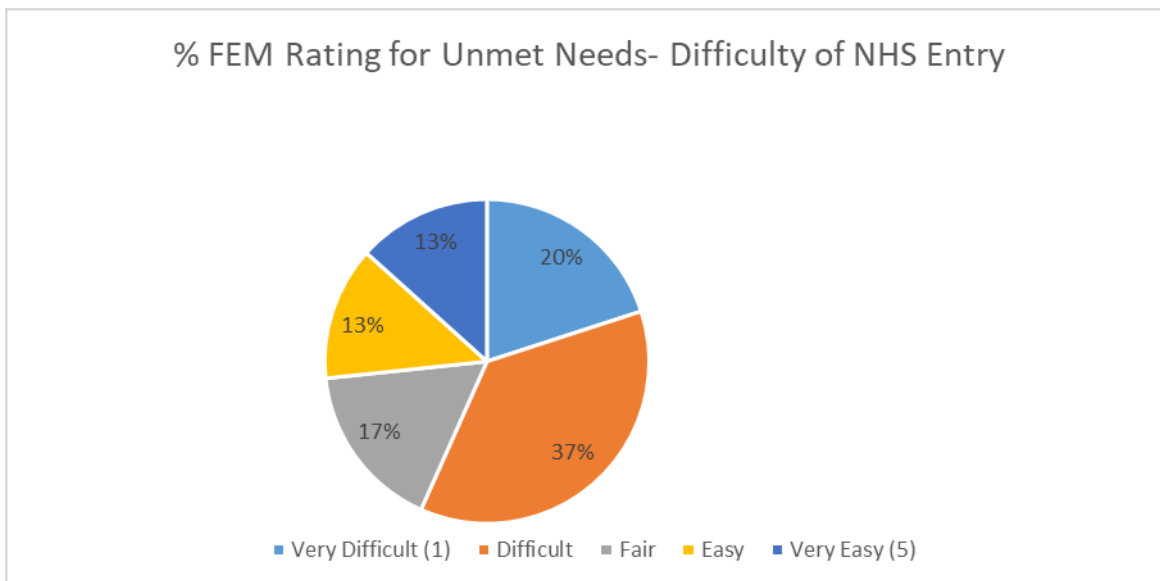
Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»



Διάγραμμα 18 Δυσκολία εισόδου στο ΕΣΥ- Ακάλυπτες ανάγκες



Διάγραμμα 19 Δυσκολία εισόδου στο ΕΣΥ- Ακάλυπτες ανάγκες για τους άνδρες εξυπηρετούμενους



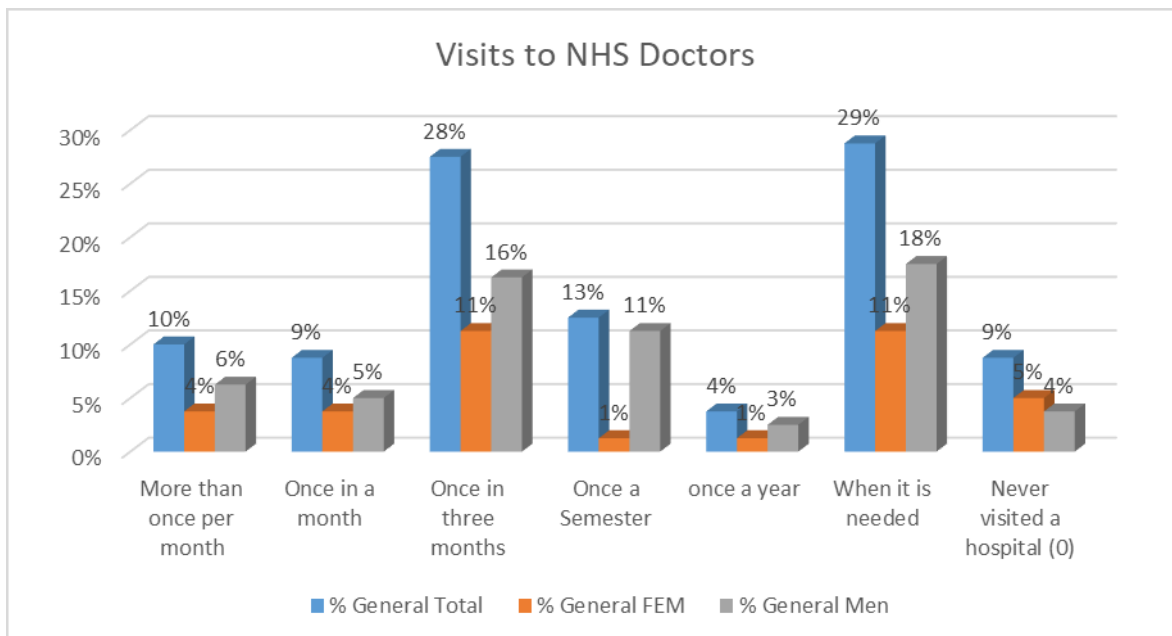
**Διάγραμμα 20 Δυσκολία εισόδου στο ΕΣΥ- Ακάλυπτες ανάγκες για τις γυναίκες εξυπηρετούμενες**

Στα διαγράμματα (Διάγραμμα 19, Διάγραμμα 20) παρουσιάζεται αναλυτικά η δυσκολία εισόδου στο ΕΣΥ κατατμήμενη στα δύο φύλα. Όπως φαίνεται το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών δυσκολεύεται πάρα πολύ να στην εξυπηρέτηση από τις Δημόσιες δομές υγείας. Το ¼ των γυναικών βρίσκει εύκολη ή πολύ εύκολη την πρόσβαση αλλά πάνω από το 50% δυσκολεύεται. Θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν ότι πολλά από τα ραντεβού κλείνονται μέσω των κοινωνικών υπηρεσιών και ότι μέχρι το 2016 για μεγάλο ποσοστό του προσφυγικού πληθυσμού δεν ήταν δυνατή η έκδοση ΑΜΚΑ λόγω της φύσης των εγγράφων τους, γεγονός που άλλαξε για το έτος 2017 και την ολοκλήρωση των ρυθμίσεων με τον Νόμο 4368/2016 (51). Όμως μεγάλη τροχοπέδη παρουσιάζεται από την έλλειψη μόνιμων μεταφραστών ή διαπολιτισμικών μεσολαβητών στα νοσοκομεία παρότι είναι μόνιμο αίτημα των διοικήσεων στα νοσοκομεία, οι οποίοι παρέχονται από φορείς του Τρίτου Τομέα και συγκεκριμένα τη ΜΚΟ «Μετάδραση» σε τακτική βάση (<https://metadrasi.org/campaigns/διερμηνεία-σε-φορείς-υγείας>).

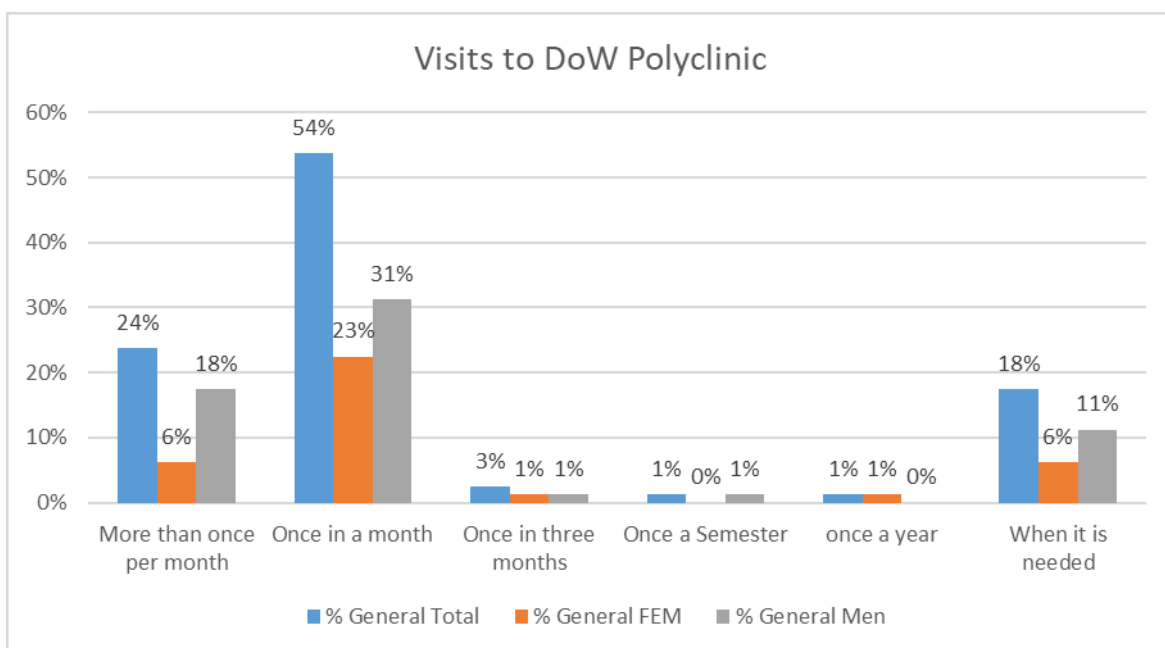
Τα διαγράμματα που ακολουθούν (Διάγραμμα 21 και 22) παρουσιάζουν τη συχνότητα επισκέψεων τόσο στο ΕΣΥ όσο και στο Πολυιατρείο των ΓτΚ. Αυτό που μπορεί εύκολα να παρατηρηθεί είναι πως στο ΕΣΥ υπάρχει μια σχεδόν ισοκατανομή του χρόνου επισκέψεων Αυτό οφείλεται σε παράγοντες όπως η σταθερότητα του εργαζόμενου πληθυσμού άρα και καλύτερη κατανομή των προκαθορισμένων επισκέψεων. Υπάρχει όμως και η αντίθετη ερμηνεία: λόγω των μεγάλων λιστών ο μέσος χρόνος αναμονής έγκειται μεταξύ του ενός έως τους τρεις μήνες και για αυτό τα ποσοστά της τρίτης και

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

τέταρτης ομάδας μεταφέρονται από τα νοσοκομεία στις ΜΚΟ, επιβεβαιώνοντας έτσι το χαρακτήρα παρέμβασης επί της ανάγκης που αυτές έρχονται να καλύψουν λόγω των δυσχερειών του Δημοσίου τομέα τόσο σε κενά για επισκέψεις όσο και στην υποδοχή των προσφύγων, οι οποίοι αποτελούν το μεγαλύτερο κομμάτι εξυπηρετούμενων.



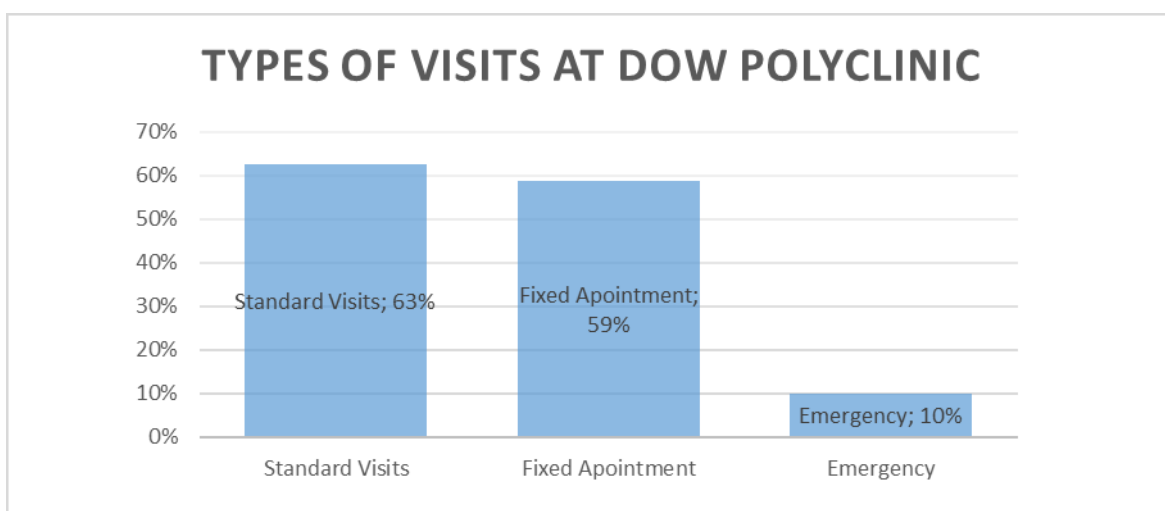
Διάγραμμα 21 Συχνότητα επισκέψεων στο ΕΣΥ



Διάγραμμα 22 Συχνότητα επισκέψεων στο Πολυιατρείο των ΓτΚ

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

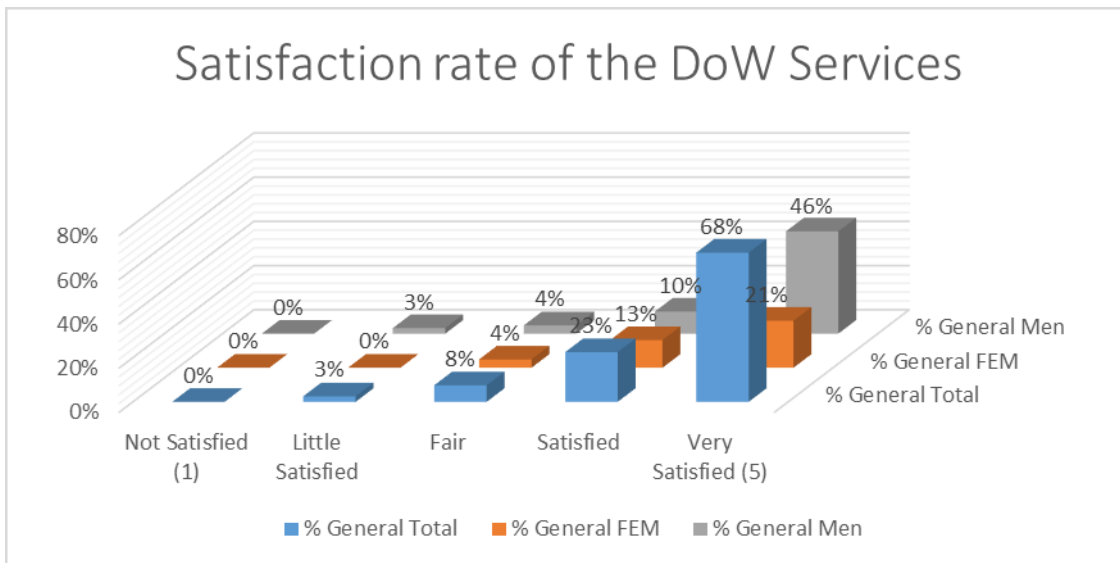
Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών εμφανίζεται να επισκέπτεται το Πολυιατρείο τουλάχιστον μία φορά το μήνα. Σε ακολουθία του διαγράμματος 22, το διάγραμμα 23 ερμηνεύει τα ποσοστά αυτά σε προκαθορισμένα ραντεβού ή σταθερές επισκέψεις ( 45% και 48% αντίστοιχα). Μόλις το 1% παρακολουθείται μία φορά το εξάμηνο ή κατά τη διάρκεια του έτους. Από το 18% που αναφέρει ότι απευθύνεται για υπηρεσίες «όποτε είναι απαραίτητο» μόλις το 7% προσέρχεται αυτό-αναφερόμενο ως έκτακτο περιστατικό ή σε κατάσταση βαρύνουσας ανάγκης.



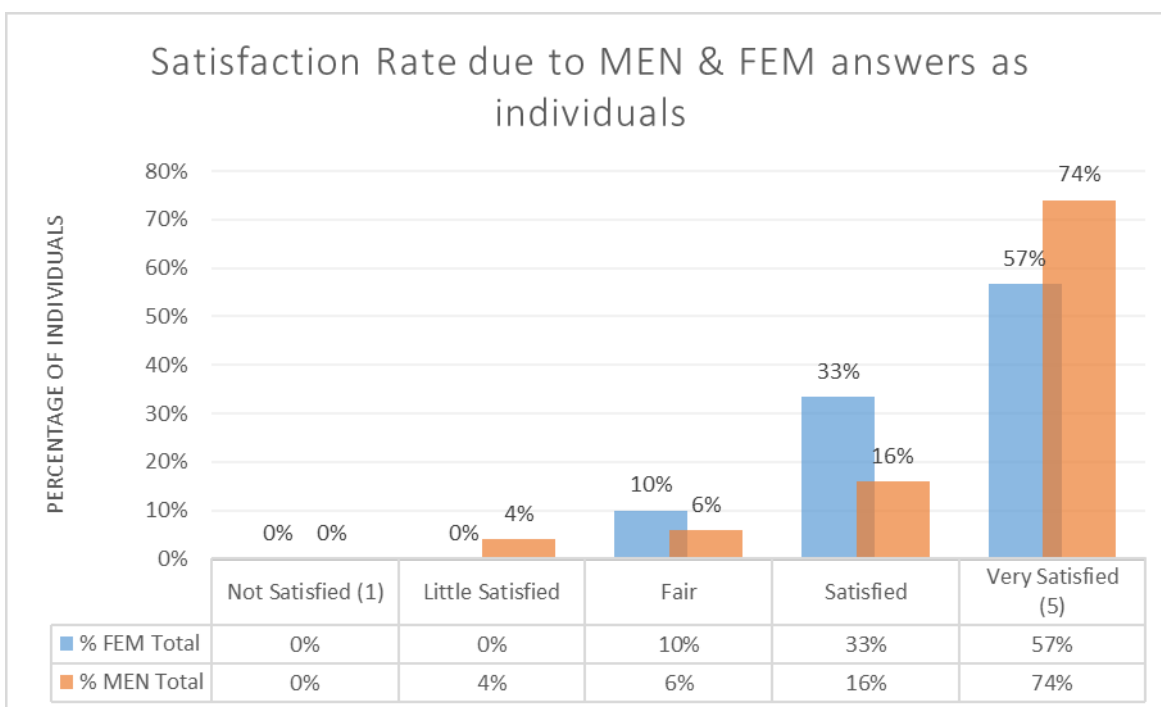
**Διάγραμμα 23 Είδος επισκέψεων στους ΓτΚ**

Ικανοποίηση δείχνουν το 90% περίπου των εξυπηρετούμενων εκ των οποίων 68% είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο. Μόλις το 3% δείχνει δυσαρέσκεια για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ή την ποιότητα υπηρεσιών, το οποίο προέρχεται από τον ανδρικό πληθυσμό. Το αντίστοιχο ποσοστό για τις δημόσιες δομές παροχών υπηρεσιών υγείας ήταν 10 φορές μεγαλύτερο αν κρίνουμε από το βαθμό δυσκολίας πρόσβασης (Διάγραμμα24). Γεγονός είναι ότι σε αυτό βοηθά η εξειδικευμένη παρέμβαση σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες και η παροχή προσωποποιημένης βοήθειας, αφού ο φόρτος εργασίας δεν συγκρίνεται με αυτή ενός δημόσιου νοσοκομείο ή ενός ΠΕΔΥ. Επίσης η παροχή φαρμάκων και άμεσης εξυπηρέτησης από την κοινωνική υπηρεσία σε ότι αφορά προβλήματα πρόσβασης (κλείσιμο ραντεβού, διασύνδεση, παρέμβαση και προσωπική επικοινωνία με τους νοσοκομειακούς ιατρούς και εξατομικευμένο follow up) βοηθάει στην αύξηση των θετικών κριτικών.

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»



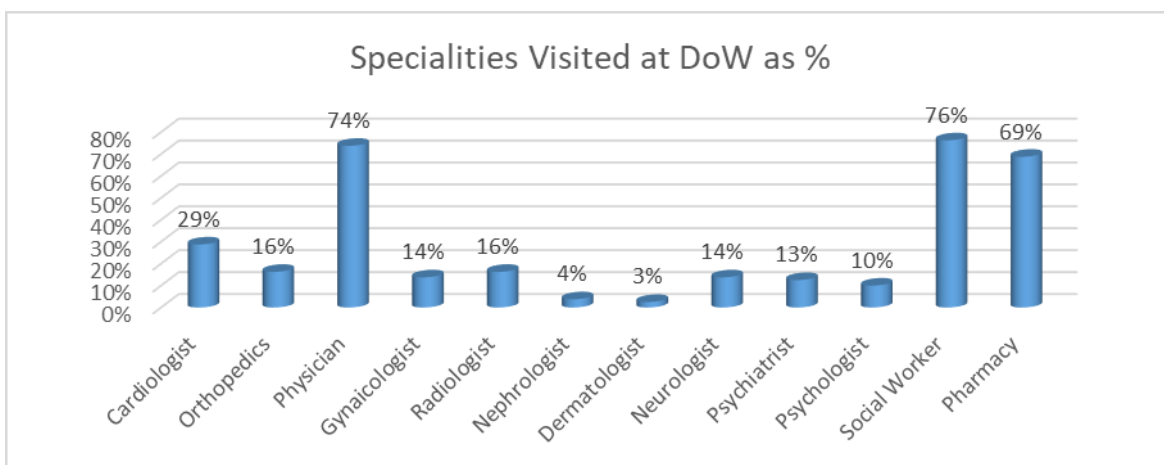
Διάγραμμα 24 Ποσοστό ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του Πολυιατρείου των ΓτΚ



Διάγραμμα 25 Ποσοστό ικανοποίησης- κατανομή κατά φύλο

### 4.3.3 Επιδημιολογικά Χαρακτηριστικά

Ο παραπάνω ισχυρισμός επιβεβαιώνεται από το Διάγραμμα 26 στο οποίο τα ποσοστά επισκέψεων στην κοινωνική υπηρεσία ισοβαθούν με αυτά στις επισκέψεις στο γενικό ιατρό/ παθολόγο. Πολλοί είναι και αυτοί/ές που εξυπηρετούνται από το φαρμακείο είτε άμεσα μετά την ιατρική επίσκεψη ή μέσω σταθερής μηνιαίας παροχής της φαρμακευτικής αγωγής (ολόκληρης ή μέρους αυτής βάσει διαθεσιμότητας).

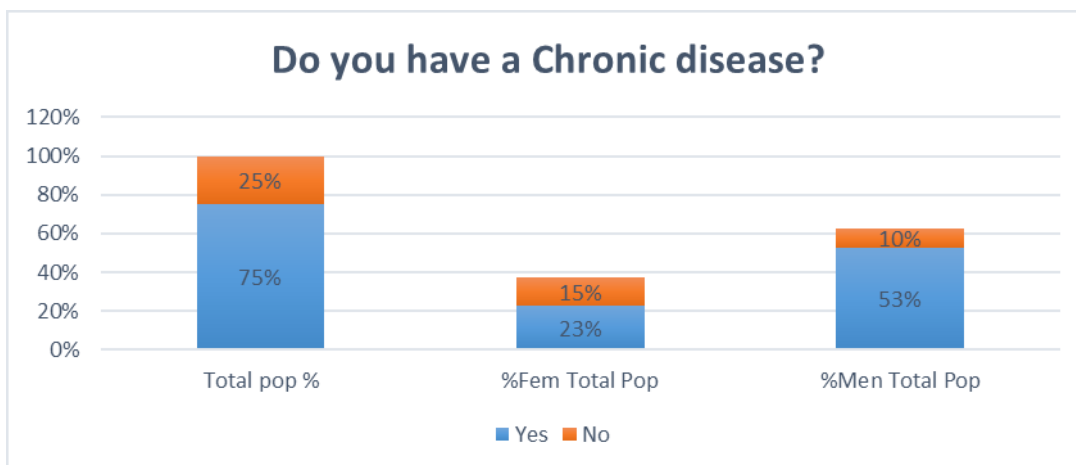


Διάγραμμα 26 Ποσοστά επισκεψιμότητας ανά ειδικότητα στο Πολυιατρείο των ΓτΚ

Το 30% των εξυπηρετούμενων επισκέπτεται το καρδιολογικό ιατρείο και όπως θα φανεί από το διάγραμμα (Διάγραμμα 278 ) που ακολουθεί το 24% αυτών πάσχει από χρόνια καρδιολογικό νόσημα. Το μεγαλύτερο ποσοστό επισκέπτεται τον παθολόγο/ γενικό ιατρό (Physician), γεγονός που είναι λογικό διότι ο γενικός ιατρός θα κάνει τη διαλογή και την πρώτη εκτίμηση του προβλήματος, αλλά είναι και αυτός/η που θα κρατήσει το follow up των ασθενών. Το 27% των ασθενών αντιμετωπίζουν νευρολογικά ή ψυχιατρικά προβλήματα και το 10% επισκέπτεται ψυχολόγο σε σταθερά ραντεβού. Στην ανάλυση του EQ-5D-5L θα δούμε ότι το 90% περίπου των ασθενών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο έχουν δηλώσει λίγα έως και έντονα προβλήματα άγχους σε όλο το φάσμα των ηλικιών.

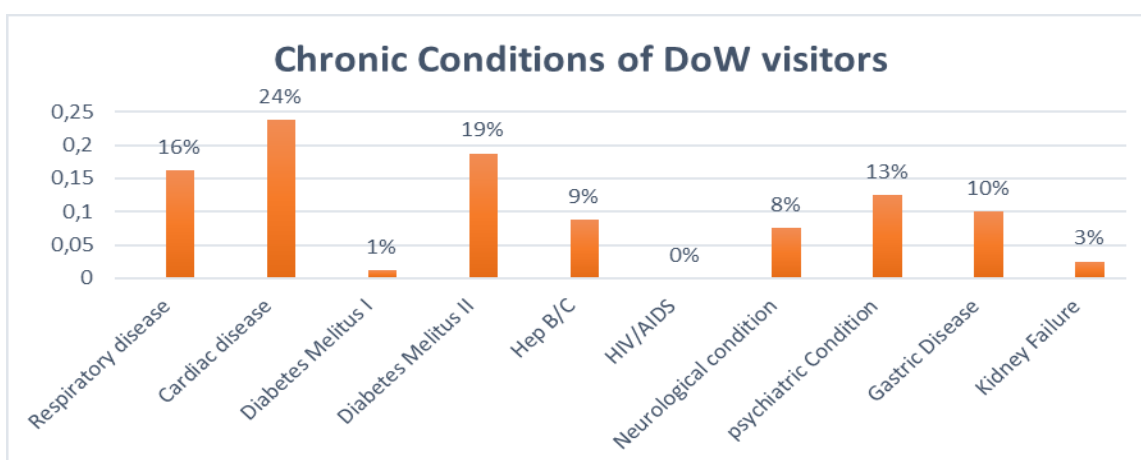


Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»



Διάγραμμα 27 Ποσοστά χρόνιων παθήσεων στο σύνολο και κατανομημένα ανά φύλο

Τα διαγράμματα (Διάγραμμα 27 & 28) αναφέρονται στα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των εξυπηρετούμενων. Το 75% απάντησαν θετικά στην ερώτηση για χρόνια νοσήματα. Το 23% αυτών φαίνεται να είναι γυναίκες και το 53% άνδρες. Εξ αυτών, όπως προαναφέρθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσιάζεται σε ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα και το δεύτερο μεγαλύτερο σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου II. Σημαντικό, λόγω της φύσης της ασθένειας, είναι το αποτέλεσμα σχετιζόμενο με ηπατιτιδικούς ασθενείς (Hep B/C), το οποίο είναι 9%. Σημαντικό ποσοστό αναλογιστούμε το προαναφερθέν ποσοστό αστέγων (13%) και των επισφαλώς στεγαζόμενων (καταλήψεις, συγκατοικήσεις πολλών ατόμων, camp, ποσοστό συνολικά 30%) και των συνθηκών υγιεινής που δημιουργούνται και την ευκολία εξάπλωσης του ιού.



Διάγραμμα 28 Ποσοστά χρόνιων παθήσεων των εξυπηρετούμενων στο σύνολο του ερευνώμενου πληθυσμού

#### 4.3.4 Παρουσίαση αποτελεσμάτων EQ-5D-5L

Οι πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζουν περιγραφικά τα ποσοστά μέτρησης αυτό-αξιολογούμενης ποιότητας ζωής σταθμισμένης σε παράγοντες υγείας (Πίνακας 12,13 &14). Ο διαχωρισμός γίνεται ξεχωριστά για την κάθε διάσταση (mobility, self-care, usual activities, pain/discomfort, anxiety/ depression) ανά βαθμίδα (Level 1,2,3,4,5) και ανά ηλικιακή ομάδα (12-17, 18-25, 26-35, 36-45, 55-65 ετών).

EQ-5D DIMENSION (present)		AGE GROUPS Total population						TOTAL
		12-17	18-25	26-35	36-45	46-55	55-65	
MOBILITY	Level 1	100%	78%	75%	77%	70%	38%	69%
	Level 2	0%	11%	15%	15%	20%	38%	19%
	Level 3	0%	11%	5%	8%	10%	19%	10%
	Level 4	0%	0%	5%	0%	0%	6%	3%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
SELF CARE	Level 1	100%	83%	80%	92%	80%	75%	83%
	Level 2	0%	17%	15%	8%	20%	19%	15%
	Level 3	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Level 4	0%	0%	5%	0%	0%	0%	1%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	6%	1%
USUAL ACTIVITY	Level 1	67%	44%	40%	46%	50%	25%	41%
	Level 2	33%	39%	40%	15%	30%	19%	30%
	Level 3	0%	6%	15%	31%	10%	31%	18%
	Level 4	0%	11%	5%	8%	10%	19%	10%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	6%	1%
PAIN / DISCOMFORT	Level 1	67%	28%	20%	31%	20%	20%	24%
	Level 2	33%	39%	60%	15%	40%	40%	41%
	Level 3	0%	17%	5%	31%	30%	30%	15%
	Level 4	0%	17%	15%	23%	10%	10%	20%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ANXIETY / DIPRESSION	Level 1	33%	6%	10%	15%	0%	6%	9%
	Level 2	33%	28%	20%	23%	60%	25%	29%
	Level 3	0%	44%	50%	46%	20%	31%	39%
	Level 4	33%	22%	20%	15%	20%	38%	24%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Πίνακας 12 Περιγραφικά αποτελέσματα EQ-5D-5L για το σύνολο των ερωτηθέντων

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής εύλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

EQ-5D DIMENSION		AGE GROUPS FEM						TOTAL
		12-17	18-25	26-35	36-45	46-55	55-65	
MOBILITY	Level 1	100%	90%	100%	60%	50%	0%	60%
	Level 2	0%	10%	0%	40%	50%	43%	27%
	Level 3	0%	0%	0%	0%	0%	43%	10%
	Level 4	0%	0%	0%	0%	0%	14%	3%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
SELF CARE	Level 1	100%	100%	100%	100%	75%	57%	87%
	Level 2	0%	0%	0%	0%	25%	29%	10%
	Level 3	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Level 4	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	14%	3%
USUAL ACTIVITY	Level 1	100%	80%	67%	80%	50%	0%	57%
	Level 2	0%	20%	33%	0%	50%	14%	20%
	Level 3	0%	0%	0%	0%	0%	29%	7%
	Level 4	0%	0%	0%	20%	0%	57%	17%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
PAIN / DISCOMFORT	Level 1	100%	40%	33%	40%	25%	0%	30%
	Level 2	0%	40%	67%	20%	50%	14%	33%
	Level 3	0%	10%	0%	20%	25%	14%	13%
	Level 4	0%	10%	0%	20%	0%	71%	23%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ANXIETY / DEPRESSION	Level 1	0%	10%	33%	0%	0%	0%	7%
	Level 2	100%	20%	33%	20%	75%	14%	30%
	Level 3	0%	40%	33%	60%	0%	29%	33%
	Level 4	0%	30%	0%	20%	25%	57%	30%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Πίνακας 13 Περιγραφικά αποτελέσματα EQ-5D-5L για το σύνολο των ανδρών

Στον παραπάνω πίνακα (Πίνακας 13) παρουσιάζονται αναλυτικά τα στοιχεία για τις γυναίκες. Μπορούμε να παρατηρήσουμε αυξημένα ποσοστά στα επίπεδα πόνου/σωματικών ενοχλήσεων, 36% για μεσαίου και έντονου πόνου ενώ πάνω από το 50% νοιώθει άγχος ή έχει καταθλιπτικά συμπτώματα. Αυτά φαίνονται να δημιουργούν και προβλήματα στις καθημερινές δραστηριότητες όπου εντοπίζονται οι πρώτες έντονες ενδείξεις δυσκολίες και οι αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής.

Από το εργαλείο οπτικής απεικόνισης EQ VAS (Πίνακας 14 ) παρατηρείται πως ο σταθμικός μέσος για τις ηλικίες 46-55 και 56-65 είναι σε μεσαίες τιμές αλλά έχει αρκετά μεγάλες τιμές απόκλισης (30,7 και 23,2).

EQ VAS	AGE GROUPS						TOTAL
	12-17	18-25	26-35	36-45	46-55	56-65	
Mean		70	87	71	59	55	66,7
Std Dev		18,1	2,5	11,4	30,7	23,2	21

Πίνακας 14 Αποτελέσματα EQ VAS γυναικών καταμημένο σε ηλικιακές ομάδες και στο σύνολο

Στον Πίνακα παρόμοια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για το σύνολο των ανδρών.

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας Ζωής εύλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

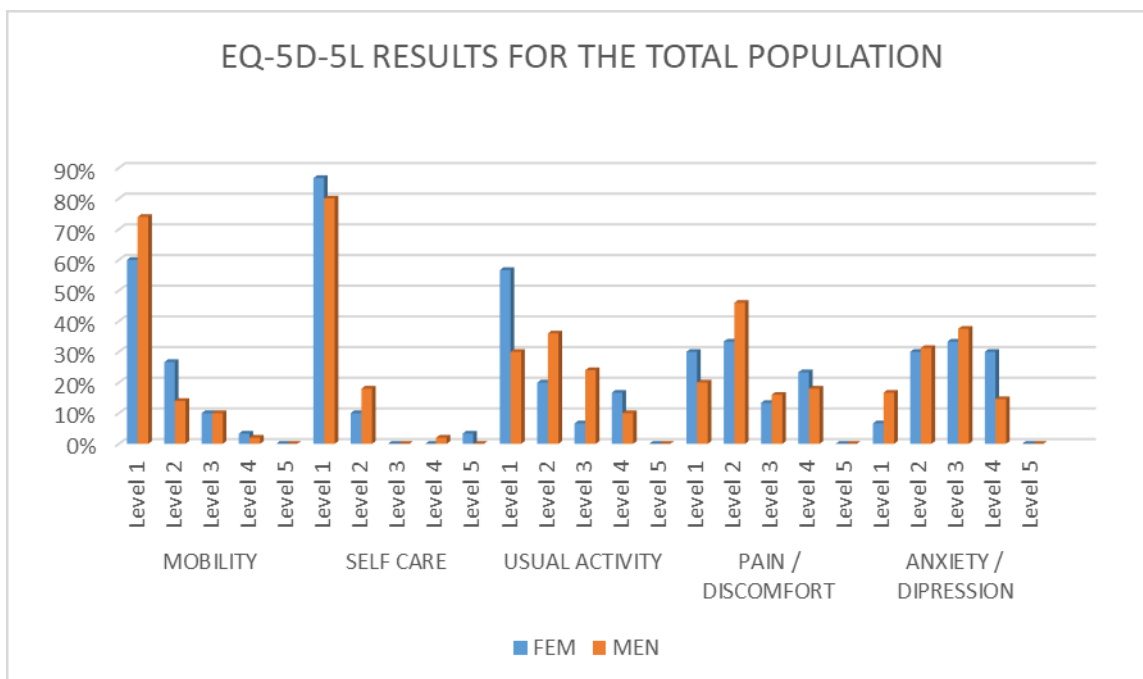
EQ-5D DIMENSION		AGE GROUPS MEN						TOTAL
		12-17	18-25	26-35	36-45	46-55	55-65	
MOBILITY	Level 1	100%	63%	71%	88%	83%	67%	74%
	Level 2	0%	13%	18%	0%	0%	33%	14%
	Level 3	0%	25%	6%	13%	17%	0%	10%
	Level 4	0%	0%	6%	0%	0%	0%	2%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
SELF CARE	Level 1	100%	63%	76%	88%	83%	89%	80%
	Level 2	0%	38%	18%	13%	17%	11%	18%
	Level 3	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Level 4	0%	0%	6%	0%	0%	0%	2%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
USUAL ACTIVITY	Level 1	50%	0%	35%	25%	50%	33%	30%
	Level 2	50%	63%	41%	25%	17%	22%	36%
	Level 3	0%	13%	18%	50%	17%	33%	24%
	Level 4	0%	25%	6%	0%	17%	11%	10%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
PAIN / DISCOMFORT	Level 1	50%	13%	18%	25%	17%	22%	20%
	Level 2	50%	38%	59%	13%	33%	67%	46%
	Level 3	0%	25%	6%	38%	33%	0%	16%
	Level 4	0%	25%	18%	25%	17%	11%	18%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ANXIETY / DEPRESSION	Level 1	50%	38%	6%	25%	0%	14%	17%
	Level 2	0%	0%	18%	25%	50%	43%	31%
	Level 3	0%	0%	53%	38%	33%	43%	38%
	Level 4	50%	0%	24%	13%	17%	0%	15%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Πίνακας 15 Περιγραφικά αποτελέσματα EQ-5D-5L για το σύνολο των γυναικών

Παρατηρείται πως πάνω από το 50% παρουσιάζουν μεσαία ή έντονα συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης. Στο σύνολο τους, υπολογιζόμενων και των ελαφρών συμπτωμάτων ανέρχονται σε ποσοστό σχεδόν 85%. Τα ελαφρά συμπτώματα οφείλονται να ληφθούν υπ' όψιν και όχι σε αμελητέο βαθμό αν αναλογιστούμε τις μακροχρόνιες επιπτώσεις του άγχους ειδικά όταν αναφερόμαστε σε ομάδες με μετατραυματικά επεισόδια και προερχόμενες από εμπόλεμες ζώνες ή ψυχοπρεστικές καταστάσεις (π.χ. επιζώντες πολέμου ή τρομοκρατικών επιθέσεων ως μοναδικοί επιζώντες ή συγγενείς θυμάτων). Επίσης το ¼ των ανδρών εμφανίζει σημάδια έντονου πόνου και οχλήσεων. Αυξημένα επίπεδα δυσκολίας εμφανίζονται στο 1/3 του συνόλου των ανδρών και λίγο παραπάνω (ποσοστό 36%) αναφέρει μικρά προβλήματα. Συνολικά τα ¾ των ανδρών παρουσιάζουν κάποιο πρόβλημα με τις καθημερινές δραστηριότητες, το οποίο κυμαίνεται σε όλο το φάσμα των ηλικιακών ομάδων με πιο έντονο να εντοπίζεται στους μεσήλικες 36-45 ετών

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

(ποσοστό 50% της ηλικιακής ομάδας) και ακόμη πιο ανησυχητικό για την ηλικιακή ομάδα των 55-65, το 44% των οποίων αντιμετωπίζουν μεσαία ή έντονα προβλήματα.



Διάγραμμα 29 Συγκριτικά αποτελέσματα EQ-5D-5L ανδρών-γυναικών ως % στο σύνολο της ερευνώμενης ομάδας

Στο Διάγραμμα 29 τίθενται σε σύγκριση τα ποσοστιαία αποτελέσματα του συνόλου των γυναικών και των ανδρών. Το πρώτο που γίνεται ήδη αντιληπτό είναι -όπως αναφέρθηκε και παραπάνω- το ευρύ φάσμα στο αίσθημα άγχους ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Στο χωρίο σχετικά με την επισκεψιμότητα είδαμε πως το 37% του συνόλου των εξυπηρετούμενων επισκέπτεται ψυχίατρο, νευρολόγο ή ψυχολόγο. Επίσης από τη σχηματική αναπαράσταση γίνεται ξεκάθαρη η εκκίνηση αυξημένων ποσοστών δυσκολίας από την Τρίτη διάσταση (καθημερινές ασχολίες) και έπειτα. Ενώ στις δύο πρώτες διαστάσεις των καταστάσεων υγείας που επηρεάζουν τη ζωή τους (κινητικότητα και αυτοφροντίδα), τα οποία είναι πιο προφανή και πιο ευκρινώς αξιολογήσιμα, τα ποσοστά όσων δηλώνουν πως δεν έχουν πρόβλημα είναι πλειοψηφικά, όταν όμως επεισερχόμαστε σε πιο βαθιές διαστάσεις η κατάσταση αλλάζει.

Ο πίνακας που ακολουθεί (Πίνακας 16) είναι ακόμη πιο κατατοπιστικός. Παρουσιάζει την κατάσταση ποιότητας ζωής διαχωρισμένη σε δύο επίπεδα: «χωρίς προβλήματα» και «με προβλήματα» σε πραγματικά νούμερα των ερωτηθέντων (n=80) και διαχωρισμένους σε

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

ηλικιακές ομάδες. Στην κατηγορία όσων δεν έχουν πρόβλημα εντάσσονται μόνο οι ασθενείς του πρώτου επιπέδου της 5βάθμιας κλίμακας. Οι ερωτηθέντες που απάντησαν ότι τοποθετούν το εαυτό τους σε οποιοδήποτε άλλο επίπεδο δυσκολίας, εντάσσονται στη δεύτερη κατηγορία του πίνακα.

EQ-5D DIMENSION		AGE GROUPS						TOTAL
		12-17	18-25	26-35	36-45	46-55	55-65	
MOBILITY	No problems	3	14	15	10	7	6	55
	Problems	0	4	5	3	3	10	25
SELF CARE	No problems	3	15	16	12	8	12	66
	Problems	0	3	4	1	2	4	14
USUAL ACTIVITIES	No problems	2	8	8	6	5	4	33
	Problems	1	10	12	7	5	12	47
PAIN / DISCOMFORT	No problems	2	5	4	4	2	2	19
	Problems	1	13	16	9	8	14	61
ANXIETY / DEPRESSION	No problems	1	1	2	2	0	1	7
	Problems	2	17	18	11	10	15	73

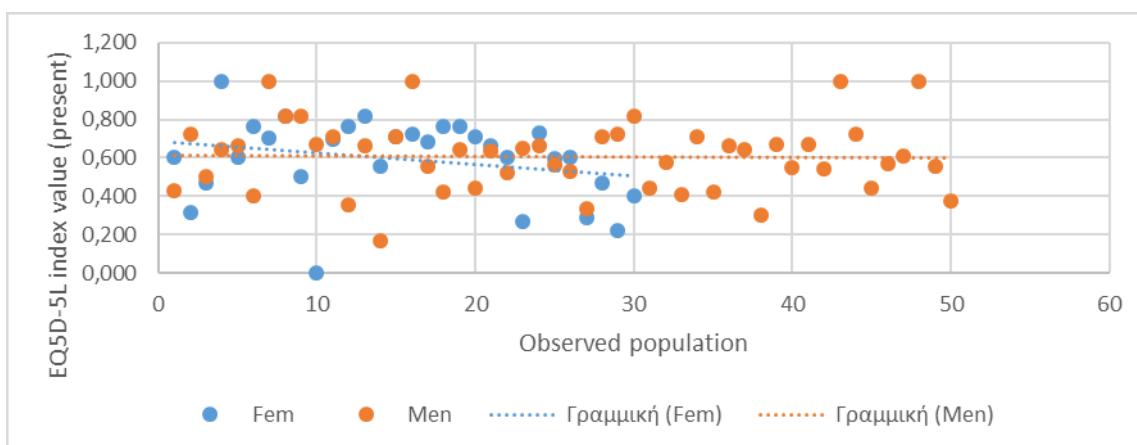
Πίνακας 16 Κατάτμηση του συνόλου των ερωτηθέντων σε δύο κατηγορίες ανά διάσταση μέτρου ποιότητας

EQ VAS (present)	AGE GROUPS						TOTAL
	12-17	18-25	26-35	36-45	46-55	55-65	
Mean	83,7	63,8	67,8	66,2	63,2	59,6	65
Std Dev	21	19,4	20,3	15,1	21,3	16,8	18,8

Πίνακας 17 Αποτελέσματα EQ VAS για το σύνολο των ερωτηθέντων

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα του εργαλείου EQ VAS στο σύνολο της ομάδας στόχου: ο μέσος όρος και η σταθερή απόκλιση από το μέσο όρο για την κάθε ηλικιακή ομάδα ξεχωριστά και τελικά για το σύνολο των ερωτηθέντων. Τη μικρότερη απόκλιση παρουσιάζουν οι ερωτηθέντες ηλικίας 36-45 και τη μεγαλύτερη οι 46-55. Αυτό μπορεί να αναλυθεί αν πάρουμε την κάθε ηλικιακή ομάδα και ερευνήσουμε ξεχωριστά για τον κάθε συμμετέχοντα τα κοινωνικά χαρακτηριστικά, γεγονός που στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν αποτελεί το επίδικο μελέτης. Ως προς τη συγκεκριμένη συσχέτιση παρακάτω θα παρουσιαστεί πίνακας συσχετίσεων των βαθμολογιών του EQ-D-5L με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά, αλλά για το σύνολο του πληθυσμού.

Στο διάγραμμα παρουσιάζεται η διασπορά των αποτελεσμάτων του EQ-5D-5L, μετά τον υπολογισμό από το πρόγραμμα υπολογισμού που παρέχεται από την EuroQol. Εφόσον στην Ελλάδα δεν έχει γίνει πληθυσμιακή μελέτη για να διεξαχθούν οι μέσοι όροι, ούτε και στις χώρες προέλευσης των ερωτηθέντων, θεωρήθηκε -όπως εξηγήθηκε πρωτύτερα (πβλ. 4.2 Μεθοδολογία) αξιόπιστος ο συντελεστής τιμών όπως προήλθε από την Ταϋλάνδη. Στο διάγραμμα η διασπορά των ανδρών επεκτείνεται αυτής των γυναικών λόγω του πραγματικού αριθμού του δείγματος ( n=30 για γυναίκες, n=50 για τους άνδρες, N= 80 συνολικό). Στο διάγραμμα φαίνεται η ομοιομορφία της υγείας των ανδρών κοντά στο μέσο όρο ενώ η απόκλιση της υγείας των γυναικών είναι χαρακτηριστική.



**Διάγραμμα 30 Διασπορά αποτελεσμάτων EQ-5D-5L για άνδρες και γυναίκες**

Για την ολοκλήρωση του πρώτου μέρους της έρευνας και τη συνέχεια στη διεξαγωγή συμπερασμάτων που αφορά την ποιότητα ζωής σταθμισμένης στην υγεία, οφείλεται να διερευνηθεί η συσχέτιση ορισμένων παραγόντων του κοινωνικο-οικονομικού status των ερωτηθέντων με τα αποτελέσματα του EQ-5D-5L. Τα αποτελέσματα αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα .

Ο βαθμός συσχέτισης αναφέρεται σε τιμές Pierson. Στην πλειονότητα τους οι μεταβλητές που εισήχθησαν παρουσιάζουν θετικά χαλαρούς βαθμούς συσχέτισης. Η ερμηνεία τους οφείλεται να γίνει με κριτική ματιά και όχι με την απόλυτη και στείρα αξιολόγηση ως μόνον αριθμητικά αποτελέσματα.

Τους πιο δυνατούς βαθμούς συσχέτισης εντοπίζουμε στο συντελεστή «άγχος/κατάθλιψη», ο οποίος στους περισσότερους συσχετιζόμενους παράγοντες δίνει  $p > 10$ . Στις

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

ακάλυπτες ανάγκες παρουσιάζει  $p=25$ , ενώ αλληλοεπηρεάζονται με τις καθημερινές ασχολίες και τον πόνο κατά 42% και 43% αντίστοιχα.

Όπως είναι φυσικό, ο πόνος και η κινητικότητα δίνουν τιμές  $p>50$  και για τις καθημερινές ασχολίες  $p>62$ , στις οποίες εντάσσονται οι κοινωνικές δραστηριότητες και η εργασία.

Το EQ VAS δίνει αυξημένους βαθμούς συσχέτισης με τις κατηγορίες που αναφέρονται στο EQ-5D σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες, αλλά οι τιμές των βαθμών κυμαίνονται στο 33% κατά μέσο όρο. Από το αποτέλεσμα αυτό μπορούμε να καταλάβουμε ότι είναι διαφορετική η εικόνα όταν οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν σε σταθμισμένες, περιγραφικές ερωτήσεις (EQ-5D-5L) από αυτή που έχουν ως γενικότερη εικόνα (EQ VAS).

Οι χρόνιες παθήσεις εμφανίζουν τιμή συσχέτισης  $p=20$  με τη συγκατοίκηση με τρίτους. Αντικειμενικά σε συνθήκες κοινοβίων όπως είναι αυτές των χώρων κατοίκησης της πλειοψηφίας του ερευνώμενου πληθυσμού, δηλ. πρόσφυγες και μετανάστες η διόρθωση μιας χρόνιας παθολογικής κατάστασης αναμένεται δυσκολότερη από ότι σε κανονικές συνθήκες πυρηνικών οικογενειών και μέσου εισοδήματος.

	Residence status GR	Labor Status	Accommodation status	Living with others	Greek Communication	Visit NHS period	Unmet needs NHS	Chronic disease	Mobility	Self-care	Usual Activities	Pain/Discomfort	Anxiety/Depression	EQ VAS
Residence status GR	100%													
Labor Status	10%	100%												
Accommodation status	-17%	1%	100%											
Living with others	-17%	-7%	-13%	100%										
Greek Communication	-18%	-1%	-18%	-7%	100%									
Visit NHS period	-12%	-7%	-9%	-3%	27%	100%								
Unmet needs NHS	-4%	-16%	-28%	5%	17%	-19%	100%							
Chronic disease	1%	8%	-6%	20%	-14%	5%	-1%	100%						
Mobility	6%	5%	-5%	6%	16%	-1%	8%	-20%	100%					
Self-care	-6%	-5%	5%	29%	-5%	-8%	17%	-12%	46%	100%				
Usual Activities	14%	0%	9%	-6%	14%	2%	-11%	-22%	52%	47%	100%			
Pain/Discomfort	14%	-4%	7%	-11%	7%	5%	-22%	-28%	52%	26%	62%	100%		
Anxiety/Depression	0%	10%	19%	1%	8%	16%	-25%	-14%	15%	14%	42%	43%	100%	
EQ VAS	-5%	-13%	19%	20%	-5%	3%	-4%	11%	-35%	-25%	-36%	-37%	-36%	100%

Πίνακας 18 Αποτελέσματα συσχέτισης κατά Pearson παραγόντων ποιότητας ζωής και υγείας



#### 4.3.5 EQ-5D-5L RECALL

Κατά τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων και συγκεκριμένα στη διαδικασία συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων παρατηρήθηκε πως ήταν αρκετά δύσκολη η ανάκληση μνήμης σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Παρά τις δυσκολίες μόνο ένα άτομο δήλωσε πως δεν μπορούσε να συμπληρώσει το Recall μέρος, οπότε το δείγμα μειώνεται σε n=79. Για το μέρος του recall ζητήθηκε να ανακληθεί η κατάσταση της υγείας την περίοδο του προηγούμενου έτους. Η έρευνα έλαβε χώρα τον Ιανουάριο του 2019.

Ο Πίνακας 19 παρουσιάζει περιγραφικά τα αποτελέσματα ανά ηλικιακή ομάδα και στο σύνολο του πληθυσμού.

EQ-5D DIMENSION		AGE GROUPS Total						Total
		12-17	18-25	26-35	36-45	46-55	55-65	
MOBILITY	Level 1	100%	67%	65%	77%	78%	25%	62%
	Level 2	0%	22%	25%	8%	11%	63%	27%
	Level 3	0%	0%	5%	8%	0%	13%	5%
	Level 4	0%	11%	5%	8%	11%	0%	6%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
SELF CARE	Level 1	100%	72%	85%	85%	78%	56%	76%
	Level 2	0%	17%	5%	0%	0%	31%	11%
	Level 3	0%	0%	5%	15%	0%	13%	6%
	Level 4	0%	11%	5%	0%	22%	0%	6%
	Level 5	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
USUAL ACTIVITY	Level 1	67%	39%	45%	46%	56%	19%	41%
	Level 2	0%	50%	15%	38%	22%	31%	30%
	Level 3	33%	6%	20%	8%	11%	44%	19%
	Level 4	0%	0%	20%	8%	11%	0%	8%
	Level 5	0%	6%	0%	0%	0%	6%	3%
PAIN / DISCOMFORT	Level 1	67%	50%	25%	38%	22%	19%	33%
	Level 2	33%	6%	25%	31%	33%	38%	25%
	Level 3	0%	28%	40%	15%	22%	38%	29%
	Level 4	0%	11%	5%	15%	11%	6%	9%
	Level 5	0%	6%	5%	0%	11%	0%	4%
ANXIETY / DIPRESSION	Level 1	0%	6%	15%	8%	11%	13%	10%
	Level 2	33%	44%	25%	46%	22%	19%	32%
	Level 3	33%	28%	25%	15%	33%	44%	29%
	Level 4	0%	6%	30%	23%	22%	19%	19%
	Level 5	33%	17%	5%	8%	11%	6%	10%

Πίνακας 19 Περιγραφικά αποτελέσματα EQ-5D-5L για το σύνολο των ερωτηθέντων

Σημειωτέα είναι η αλλαγή που παρουσιάζει η πρώτη ηλικιακή ομάδα, της οποίας μειώνεται η ποιότητα ζωής όσο βαθαίνουμε στις διαστάσεις. Ενώ στις δύο πρώτες διαστάσεις φαίνεται να μην εκδηλώνει κάποιο πρόβλημα, καταλήγει στη διάσταση του

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας Ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

άγχους το σύνολο των ερωτηθέντων να δηλώνει κάποιο πρόβλημα. Το ίδιο συμβαίνει ουσιαστικά και με τις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες, όμως για την πρώτη αποτελεί ένδειξη κινδύνου αφού αναφέρεται στα εφηβικά χρόνια των ατόμων.

Στην τελευταία ενότητα αυτού του κεφαλαίου θα παρουσιαστεί η σύγκριση με τις τιμές της παρούσας κατάστασης. Με μια πρώτη ματιά όμως είναι εμφανής η αύξηση του ποσοστού της βαθμίδας που αναφέρεται στα «πάρα πολύ έντονα προβλήματα» (Level 5): 3% για τις καθημερινές δραστηριότητες, 4% για τον πόνο και 10% για τα σχετιζόμενα με το stress προβλήματα.

Για να γίνουν αντιληπτά τα στοιχεία του Πίνακα 19 θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν τις τιμές του ραβδογραφήματος στο Διάγραμμα 31 και τα χρόνια τόσο τις οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα (για τον πληθυσμό που είτε γεννήθηκε εδώ ή μένει στην Ελλάδα πάνω από μια δεκαετία), όσο και για τον πληθυσμό που έχει έρθει στην Ελλάδα προ 5ετίας και εντεύθεν, δηλ. για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες που έφτασαν σε μια χώρα ήδη επιφορτισμένη με τις συνέπειες της παγκόσμιας καπιταλιστικής κρίσης και που τότε άρχισε να προσπαθεί να αντιμετωπίσει τα ραγδαίως αυξανόμενα μεταναστευτικά κύματα, τα οποία λαμβάνουν επίσης διαστάσεις κρίσης τόσο οικονομικής όσο και κοινωνικής, η οποία τελευταία εγκολπώνει και το μέρος της υγείας σε πολυεπίπεδη μορφή (οικονομική, ατομική, δημόσια).

Στην ηλικιακή ομάδα των 46-55 όπου βλέπουμε το χαμηλότερο μέσο όρο παρατηρείται το εξής φαινόμενο: με συνολικό ποσοστό 8% η ομάδα είναι χωρισμένη σε δύο μέρη· αυτούς που διαμένουν στην Ελλάδα από ένα έως τρία έτη και αυτούς που διαμένουν δέκα έτη και άνω. Για το λόγο αυτό παρατηρείται και η μεγαλύτερη των αποκλίσεων με βαθμό  $std > 20$ .

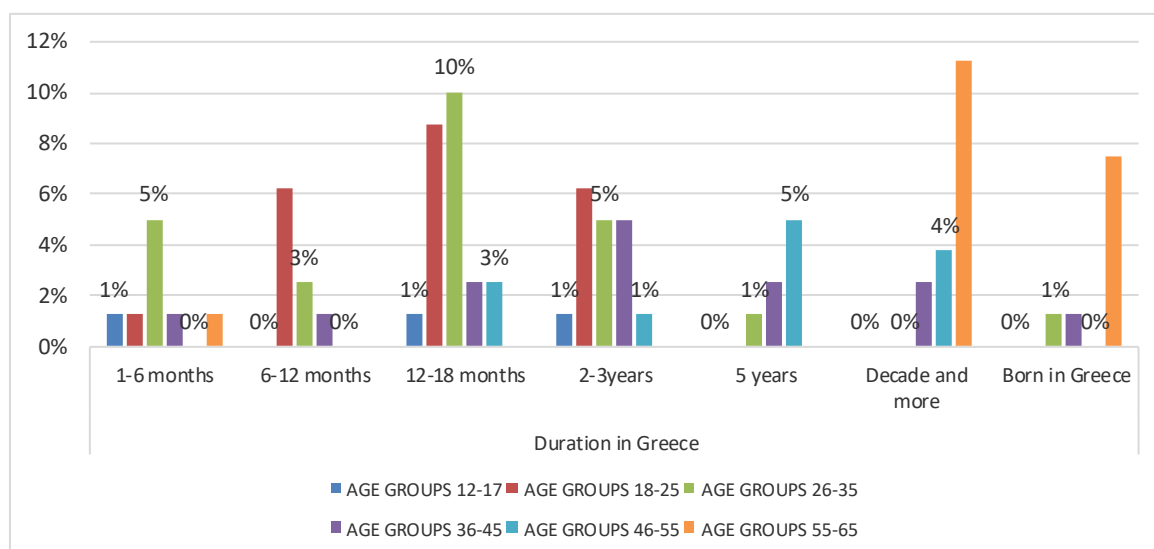
Αντίθετα για την πρώτη ηλικιακή ομάδα που μένει στην Ελλάδα από 1-6 μήνες έως και τριετία η απόκλιση από το μέσο όρο υγείας της ομάδα είναι  $std < 10$ .

Το σύνολο της ερευνούμενης ομάδας παρουσιάζει μια μέση κατάσταση υγείας  $p > 60$  και η με βαθμό απόκλισης  $std = 18.5$ . Ίσως αν διαχωρίζαμε το δείγμα στους διαμένοντες στην Ελλάδα 10ετία και άνω και Έλληνες γηγενείς (ποσοστό περίπου 30%) με τον υπόλοιπο πληθυσμό ο βαθμός απόκλισης να μειωνόταν. Στην συγκεκριμένη όμως έρευνα μελετούμε τον πληθυσμό δείγματος ως σύνολο των εξυπηρετούμενων του Πολυιατρείου.

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

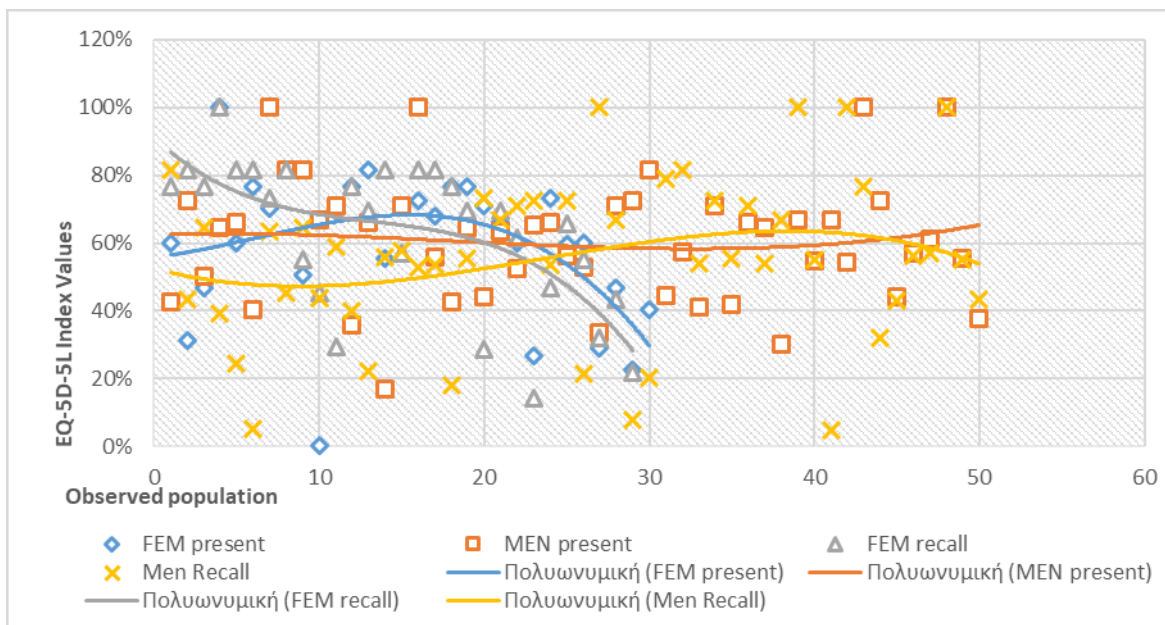
EQ VAS (recall)	AGE GROUPS						TOTAL
	12-17	18-25	26-35	36-45	46-55	55-65	
Mean	85,0	62,1	64,2	68,3	54	60,5	63,2
Std Dev	7,8	18,9	20,2	14	22,8	15,6	18,5

Πίνακας 20 Αποτελέσματα EQ VAS μέσου όρου και τυπικής απόκλισης στο σύνολο και κατά ηλικιακές ομάδες



Διάγραμμα 31 Διάρκεια διαμονής στην Ελλάδα ανά ηλικιακή ομάδα

#### 4.3.6 Σύγκριση αποτελεσμάτων παρούσας και παρελθοντικής αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας

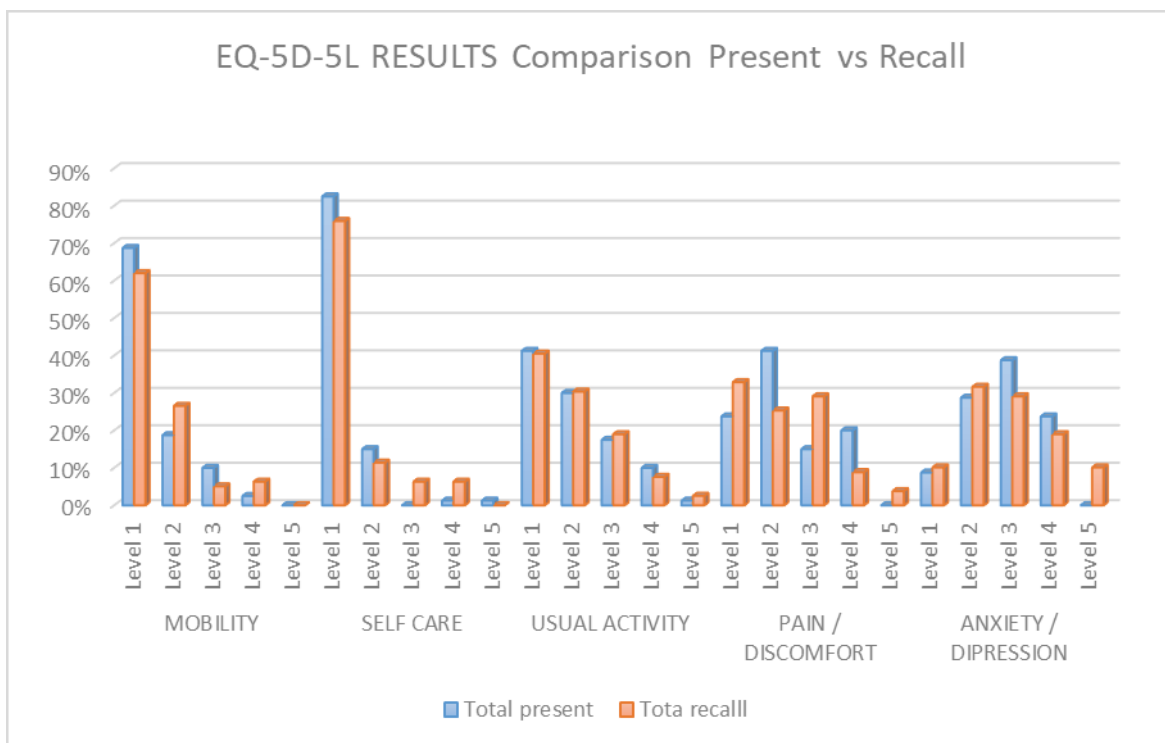


**Διάγραμμα 31 Διασπορά συγκριτικών ποσοστών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού**

Στο Διάγραμμα 32 παρουσιάζεται η διασπορά των αποτελεσμάτων της βαθμολόγησης της υγείας σύμφωνα με το EQ-5D index value calculator για την παρούσα και την παρελθοντική κατάσταση στους άνδρες και τις γυναίκες.

Για τους άνδρες παρατηρείται η καλύτερευση με σταθεροποίηση των τιμών και της διασποράς από την πρότερη κατάσταση στην παρούσα. Οι τιμές ξεκινούν μεταξύ 50% και 60% τόσο προ έτους όσο και στο παρόν με αυξητική τάση αμφότερες.

Για τις γυναίκες παρατηρείται πτωτική τάση με διευρυμένη κλίση της γραμμής τάσης. Η παρελθοντική κατάσταση φαίνεται να έχει χαμηλότερες τιμές κατά 0,05% από την παρούσα φάση και παρότι η τάση της τελευταίας ξεκινάει με τιμές  $p < 60$  φαίνεται να αυξάνεται και να παραμένει υψηλότερη από ότι παλιότερα.



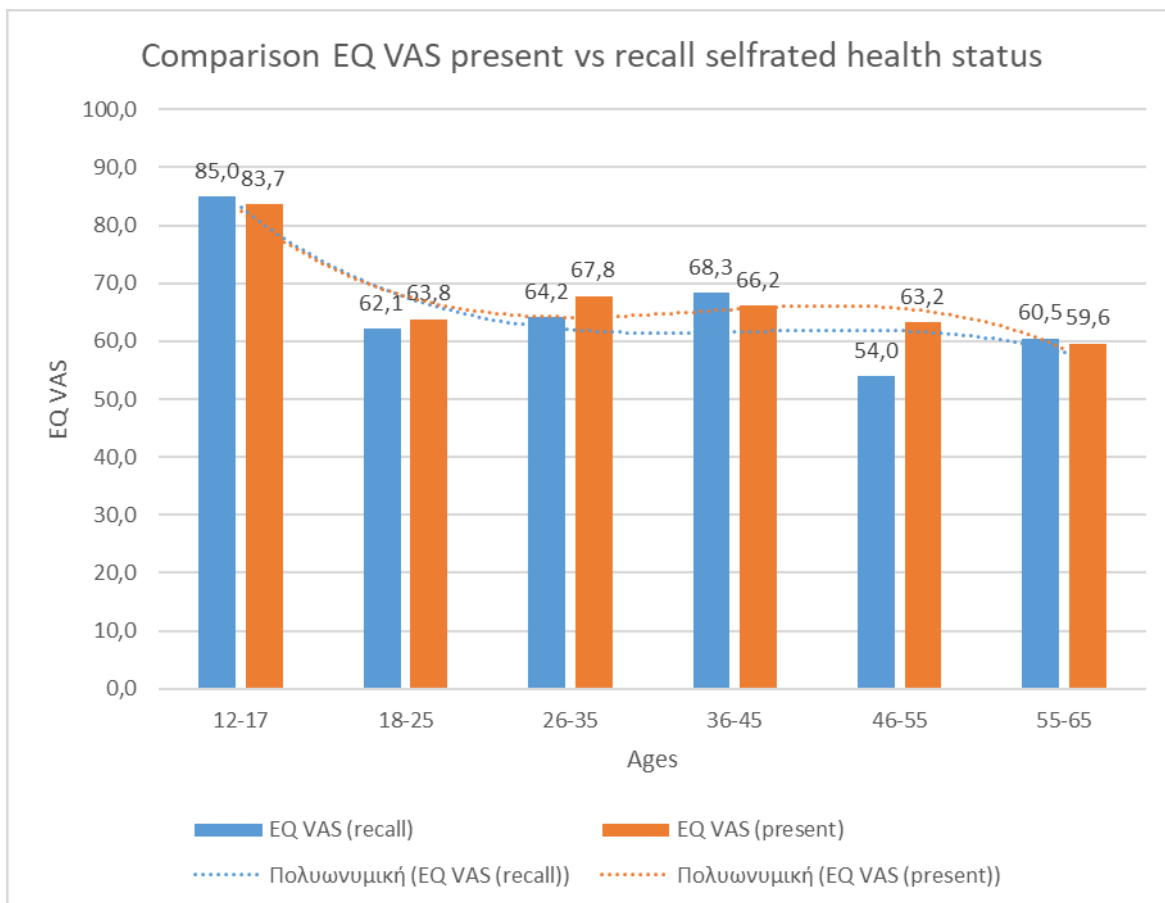
**Διάγραμμα 32** Αποτελέσματα EQ-5D present και EQ-5D recall για το σύνολο του πληθυσμού ανά διάσταση και βαθμίδα υγείας

Το Διάγραμμα 33 παρουσιάζει συγκεντρωμένα τα ποσοστά υγείας όπως φαίνονται στους πίνακες των προηγούμενων ενοτήτων (Πίνακας 12 & 19). Όπως συμπεράναμε και πρότερα οι βαθμίδες που αναφέρονται στις δυσκολίες καθημερινών δραστηριοτήτων, πόνου και αγχωδών συμπτωμάτων παρουσιάζουν σαφώς μικρότερα ποσοστά των ατόμων που δήλωσαν πως δεν εντοπίζουν κάποιου τέτοιου είδους πρόβλημα σε σχέση με την κινητικότητα τους και την αυτοφροντίδα.

Σημαντικό φαίνεται πως στην παρούσα φάση αυτοί που δήλωσαν πως αισθάνονται μετρίου και έντονου βαθμού άγχος είναι περισσότεροι από αυτούς που αισθάνονται έτσι το προηγούμενο έτος. Πιθανότατα να συμβαίνει λόγω των νέων συνθηκών που καλούνται να αντιμετωπίσουν, την αβεβαιότητα της κατάστασης της ζωής τους (οικονομική & κοινωνική), των δυσκολιών λόγω συνθηκών διαβίωσης ή και οικογενειακής κατάστασης ή προσφοράς στην οικογένεια.

Επίσης σημαντικά μειώνονται όσοι εντόπιζαν κάποιο ελαφρύ (Level 2 Mobility) κινητικό πρόβλημα το προηγούμενο διάστημα, αυξήθηκαν όμως αυτοί που σημείωσαν την 3<sup>η</sup>

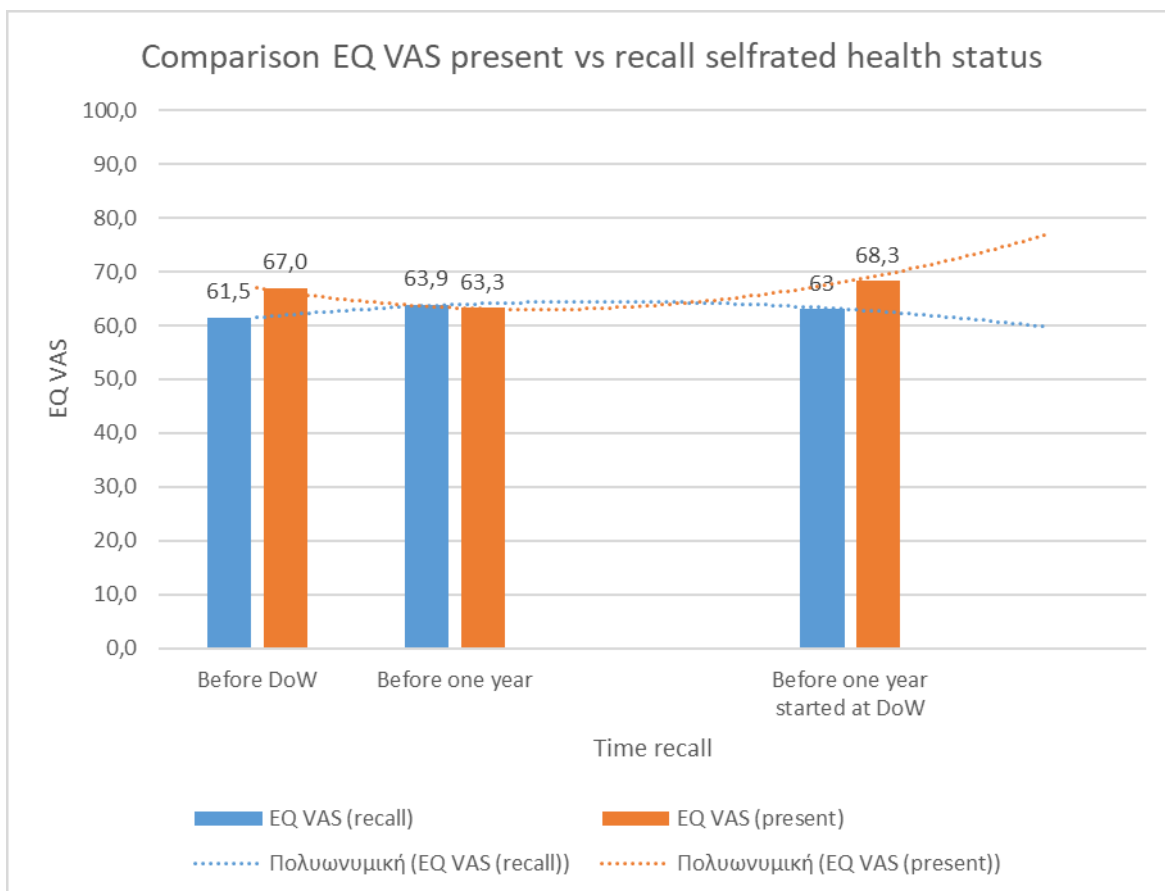
βαθμίδα. Τέλος στο πεδίο της αυτοφροντίδας παρατηρείται συνολική καλύτερευση του επίπεδο σε σχέση με την προηγούμενη περίοδο.



Διάγραμμα 33 Σύγκριση της παρούσας και παρελθοντικής κατάστασης υγείας ανά ηλικιακή ομάδα

Το Διάγραμμα 34 παρουσιάζει τις διαφορές των τιμών αυτοαξιολογούμενης κατάστασης υγείας όπως προκύπτει από το EQ VAS των έξι ηλικιακών ομάδων στο παρόν και το παρελθόν.

Για τις ηλικίες 18-55 η τάση σημειώνεται αυξητική σε αντίθεση με την ομάδα 55-65 ετών οι οποίοι δηλώσαν πως βρίσκονται στην ίδια περίπου κατάσταση. Έντονη είναι η βελτίωση που εμφανίζουν τα άτομα μεταξύ 46-55 ετών με άυξηση του ποσοστού της υγείας τους πάνω από 9% κατά μέσο όρο.



**Διάγραμμα 34 Σύγκριση της κατάστασης υγείας σε σχέση με την παρουσία στο Πολυιατρείο των ΓτΚ**  
Εφόσον στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου ρωτήθηκαν σε σχέση με την ικανοποίηση των αναγκών τους από τους ΓτΚ, κρίθηκε σκόπιμο και αναγκαίο να δούμε την αύξηση ή όχι των ποσοστών υγείας.

Στα ραβδογράμματα (Διάγραμμα 35) Before DoW (πριν Γτκ) εμφανίζονται οι τιμές για όσους έφτασαν πρόσφατα στην Ελλάδα και καταγράφηκαν στους ΓτΚ μεταξύ 1-6μήνες. Παρατηρείται βελτίωση της αυτοαξιολογούμενης υγείας πάνω από 5%,  $p=6.5\%$ . Μπορεί να ερμηνευθεί από το σχόλιο που είχε γίνει σε προηγούμενο κεφάλαιο για τη μεθοδολογία και την εμπειρία που υπάρχει στην just on time παρέμβαση σε περιόδους κρίσης. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και σε αυτούς που παρακολουθούνται σε βάθος ενός έτους (Before one year started) με αύξηση σχεδόν αντίστοιχου ποσοστού,  $p=5.3\%$ .

Την σταθεροποίηση της κατάστασής τους σημειώνουν αυτοί που παρακολουθούνται/ επισκέπτονται τα Πολυιατρεία περισσότερο από ένα χρόνο (Before one year), που αντιστοιχούν στις τιμές του μεσαίου διαγράμματος και περικλείει και αυτούς που επισκέπτονται το Πολυιατρείο πέραν της ζετίας.

## **5 Συμπεράσματα**

Κατά τη διάρκεια ανάπτυξης της μελέτης απαντήθηκαν τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα που είχαν τεθεί αρχικά (πβλ. Μεθοδολογία).

Η παγκόσμια καπιταλιστική κρίση ώθησε μεγάλο μέρος του πληθυσμού που ζει και εργάζεται στην Ελλάδα, ανεξάρτητα από χώρα προέλευσης, ηλικίας ή φύλου στην ανεργία. Παρατηρήθηκε η αυξομείωση της ανεργίας κατά τη διάρκεια των ετών, αναλόγως με την επίπτωση που είχαν στην αγορά τα δημοσιονομικά μέτρα λιτότητας που λήφθηκαν από τις εκάστοτε κυβερνήσεις. Όμως οι επιπτώσεις φαίνεται να βαθαίνουν όταν διερευνάται η ποιότητα ζωής του πληθυσμού, οι οποίες κυρίως εντοπίζονται στην ψυχική υγεία, στη σωματοποίηση των ψυχολογικών συμπτωμάτων αλλά και στην αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας. Αντίστοιχη με την ανεργία και την οικονομική δυσχέρια από την μείωση των δαπανών στον τομέα της υγείας ήταν και η αύξηση του ποσοστού ακάλυπτων αναγκών των ασθενών, η οποία συσχετίστηκε κατά πεντημόριο εισοδήματος σε βάθος 10ετίας και απέδειξε την κοινωνική και ταξική διαστρωμάτωση στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών. Οι δαπάνες υγείας μειώθηκαν τόσο που μεγάλο μέρος των ασθενών ή των αιτούντων ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών έπρεπε να προστρέξουν στον ιδιωτικό τομέα για την κάλυψη τους, γεγονός που οδηγούσε, μέχρι την ψήφιση του Νόμου 4368/2016, στην ιδιωτικοποίηση του κλάδου της υγείας.

Ο Τρίτος Τομέας και οι οργανώσεις ή οι φορείς που ανήκουν σε αυτόν κλήθηκαν να καλύψουν την ανάγκη. Μέσα από την καλπάζουσα ζήτηση για τις υπηρεσίες τους, οι ΜΚΟ φαίνεται να αλλάζουν μορφή εξελισσόμενες σε οργανωμένες -διοικητικά και λειτουργικά- δομές εξειδικευμένης παρέμβασης, περίπου όπως επιχειρήσεις που ανήκουν στον ιδιωτικό τομέα, χωρίς όμως περιθώρια κέρδους, γεγονός που τις καθιστά ευάλωτες στις αλλαγές της αγοράς και της ζήτησης. Όμως, λόγω των κοινωνικο-οικονομικών συνθηκών, μεταλλάχθηκαν από ομάδες πίεσης και διεκδίκησης δικαιωμάτων σε ομάδες διεκδίκησης συμφερόντων και σχεδιασμού πολιτικών παρέμβασης σε συνεργασία με το κρατικά και διεθνή κέντρα αποφάσεων, προσπαθώντας όμως να μη χάσουν τον ανθρωπιστικό χαρακτήρα και τις αξίες που πρεσβεύουν.

Η συνεργασία αυτή απέδωσε αφού κατά τη διάρκεια των παράλληλων κρίσεων (οικονομική και ανθρωπιστική) μπόρεσαν να εξυπηρετηθούν σε δομές των ΜΚΟ χιλιάδες



*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

εξυπηρετούμενοι. Επίσης, λόγω των προαπαιτούμενων όρων των συμβολαίων χρηματοδότησης, μέσω των ΜΚΟ εντάχθηκαν στην αγορά εργασίας εκατοντάδες άνθρωποι. Το αποτέλεσμα ήταν διττό: οι ΜΚΟ μείωσαν το ποσοστό ενεργών εθελοντών και εξειδικευμένοι επαγγελματίες προσελήφθησαν μειώνοντας έτσι το ποσοστό ανεργίας, παρότι οι συνθήκες και οι όροι εργασίας θεωρούνται ελαστικές.

Από την έρευνα προκύπτει πως το μεγαλύτερο ποσοστό των εξυπηρετούμενων εμφανίζει καλύτερευση ή σταθεροποίηση της κατάστασης της υγείας του, προφανώς όχι μόνο από την εξυπηρέτηση σε δομές παροχών ιατροφαρμακευτικής φροντίδας, αλλά απευθυνόμενοι αναγκαστικά και στα κρατικά νοσοκομειακά ιδρύματα, παρά το αυξημένο ποσοστό ακάλυπτων αναγκών. Σημαντικά ήταν τα ευρήματα στις ψυχολογικές επιπτώσεις που έχει η διαβίωση σε καταστάσεις κρίσης του πληθυσμού που προέρχεται από εμπόλεμες περιοχές αλλά και όσων βιώνουν τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης.

Η κάλυψη των αναγκών απαρτιώνεται από τη συνεργασία του κρατικών φορέων και του Τρίτου Τομέα με ρόλους συμπληρωματικούς. Οι ΜΚΟ προσφέρουν στα νοσοκομειακά ιδρύματα ή στους φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχοκοινωνικής αρωγής το εξειδικευμένο εργατικό κεφάλαιο καθώς και την εξειδικευμένη μεθοδολογία παρέμβασης και το Κράτος από την πλευρά του εγγυάται την παροχή εξοπλισμού, εργαστηρίων και τη δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια νοσοκομειακή και νοσηλευτική παρέμβαση, δημιουργώντας έτσι ένα συμβόλαιο αμοιβαίων συμφερόντων και προσφέροντας την εξομάλυνση της έκρυθμης κοινωνικής κατάστασης. Πολλές φορές η αυξημένη γραφειοκρατία και ο χρόνος αναμονής αντίστοιχων διαδικασιών, π.χ. απόκτηση νομιμοποιητικών εγγράφων, δυσκολεύουν τη διαδικασία βελτίωσης του επιπέδου υγείας και της ποιότητας ζωής και μπορεί να έχουν αρνητικά αποτελέσματα των παραπάνω στην ατομική και δημόσια υγεία.

## Βιβλιογραφία

1. Σκούφογλου, Μ., *Κρίση, χαρτογραφίες του καπιταλισμού & η επιστροφή του χρόνου*, ΚΨΜ, Αθήνα, 2013
2. Μπογιόπουλος, Ν., *Είναι ο Καπιταλισμός, ηλίθιε*, Λιβάνη, Αθήνα, 2011
3. Λαζαρέτου, Σ., *Πώς η χρήση των ιστορικών μακροοικονομικών χρονολογικών σειρών στηρίζει την οικονομική ανάλυση και το σχεδιασμό πολιτικής; η νέα ελληνική ιστορική στατιστική βάση 1833-1949 ως μέρος της μεγάλης στατιστικής βάσης των χωρών της ΝΑ Ευρώπης*, Οικονομικό Δελτίο ΤτΕ, τ. 41,σελ. 79-103, Αθήνα, (2015)
4. Αργεΐτης, Γ., Δαφέρμος, Γ., Νικολαΐδη, Μ., *Κρίση δημοσίου χρέους στην Ελλάδα*, ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Αθήνα, 2011
5. Λαζαρέτου, Σ., *Φυγή ανθρώπινου κεφαλαίου: η σύγχρονη τάση μετανάστευσης των Ελλήνων στα χρόνια της κρίσης*, Οικονομικό Δελτίο ΤτΕ, τ. 43, σελ. 33- 57, Αθήνα, (2016)
6. ΕΛΣΤΑΤ, *Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα*, Αθήνα, 2016
7. Muller, P., Surel, Y., *Ανάλυση των πολιτικών του Κράτους- Ανάλυση των Δημόσιων Πολιτικών*, τυπωθήτω-ΓΙΩΡΓΟΣ ΔΑΡΔΑΝΟΣ, Αθήνα, 2002
8. ΕΛΣΤΑΤ, *Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2015*, δελτίο τύπου, Αθήνα, 2017
9. Καϊτελίδου, Δ., *Οικονομική Κρίση και βιωσιμότητα του ελληνικού συστήματος υγείας*, Νοσηλευτική, Τόμος 53, τ. 2, σελ. 129-132, Αθήνα, (2014)
10. Κότιος, Αγγ., Παυλίδης, Γ., *Διεθνείς Οικονομικές Κρίσεις*, Rosili, Αθήνα, 2012
11. Κυριόπουλος, Γ., Αθανασάκης, Κ., Πάβη, Ελ., *Οικονομική κρίση και υγεία*, Καστανιώτης, Αθήνα, 2012
12. Κυριόπουλος, Γ., *Υγεία και ιατρική περίθαλψη*, Παπαδόπουλος, Αθήνα, 2017
13. Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., *Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγεία*, Το βήμα του Ασκληπιού, 11<sup>ος</sup> Τόμος, 1<sup>ο</sup> Τεύχος, σελ. 202-212, (2012)
14. Μπούκα, Ν., *«Καλπάζει» η φυματίωση στην Ελλάδα*, Μακεδονία της Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη, 2016 διαθέσιμο στο <https://makthes.gr>
15. OECD/ European Observatory on Health Systems and Policies (2017). 2017. Ελλάδα: προφίλ υγείας 2017, State Of Health In The Eu. Paris, Brussels: OECD Publishing, 2017. Lefranc, G., *Επισκόπηση Του Ορίζοντα Της Παγκόσμιας Οικονομίας: Η Διαρκής Καχεξία*, Σπάρτακος, Τ. 116, Σελ. 21-26, (2015)
16. Yfantopoulos N, Yfantopoulos P, Yfantopoulos J. “Pharmaceutical Policies Under Economic Crisis: The Greek Case.” Jhpor [Internet]. 2016;2:4–16. Available From: [http://www.jhpor.com/index/artukul/pokaz/pharmaceutical\\_policies\\_under\\_economic\\_crisis\\_the\\_greek\\_case](http://www.jhpor.com/index/artukul/pokaz/pharmaceutical_policies_under_economic_crisis_the_greek_case)
17. Vogler S, Haasis Ma, Dedet G, Lam J, Pedersen Hb. Medicines Reimbursement Policies In Europe [Internet]. Who; 2018. 200 P. Available From: [http://www.euro.who.int/Data/Assets/Pdf\\_File/0011/376625/Pharmaceutical-Reimbursement-Eng.Pdf?Ua=1](http://www.euro.who.int/Data/Assets/Pdf_File/0011/376625/Pharmaceutical-Reimbursement-Eng.Pdf?Ua=1)
18. Πετμεζίδου, Μ. και συν., *Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα*, ΙΝΕ ΓΣΕΕ, Αθήνα, 2015
19. Καπάκη, Β., *Η Ποιότητα και η Ασφάλεια στις Υπηρεσίες Υγείας την Περίοδο της Οικονομικής Κρίσης*, Νέα Υγεία, τ. 97, σελ. 11, Αθήνα, 2017

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

20. Πετρονώτη, Μ., Τριανταφυλλίδου, Α., «Σύγχρονα μεταναστευτικά ρεύματα προς την Ελλάδα», Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, ειδικό τεύχος, 2003
21. Κωνσταντινίδου, Χρ., Κρίση και Μετανάστευση στον ελληνικό Τύπο, στο Κοινωνικές Όψεις της Κρίσης στην Ελλάδα, εκδ. Πεδίο, Αθήνα, 2014
22. Τριανταφυλλίδου, Αν., Η διαβίωση των μεταναστών κατά τη διάρκεια της ελληνικής κρίσης: δεξιότητες, δίκτυα και η απόφαση της επιστροφής, στο Κοινωνικές Όψεις της Κρίσης στην Ελλάδα, εκδ. Πεδίο, Αθήνα, 2014
23. Lamkaddem, Maj., Essink- Bot, M.R., Deville, W., Gerritsen, An, Stronks, K., Health Chanes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process,
24. Campbell MR, Mann KD, Moffatt S, Dave M, Pearce MS. Social determinants of emotional well-being in new refugees in the UK. Public Health [Internet]. 2018;164(0):72–81. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.07.022>
25. Παπαδόπουλος, Απ., Διερεύνηση των στάσεων των Αφρικανών μεταναστών σχετικά με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, στο Κοινωνικές Όψεις της Κρίσης στην Ελλάδα, εκδ. Πεδίο, Αθήνα, 2014
26. Kousoulis AA, Ioakeim-Ioannidou M, Economopoulos KP. Refugee crisis in Greece: not a one-country job. Int J Public Health. 2017;62(1):1–2.
27. Daynes, L., The health impacts of the refugee crisis: A medical charity perspective. Clin Med J R Coll Physicians London [Internet]. 2016;16(5):437–40. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L612590582%0Ahttp://dx.doi.org/10.7861/clinmedicine.16-5-437>
28. Medeines Du Monde, Programme Migrants Nord littoral Dunkerque/ Calais, Rapport D' Activites, 2015
29. Woodgate RL, Busolo DS, Crockett M, Dean RA, Amaladas MR, Plourde PJ. A qualitative study on African immigrant and refugee families' experiences of accessing primary health care services in Manitoba, Canada: It's not easy! Int J Equity Health [Internet]. 2017;16(1):1–13. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12939-016-0510-x>
30. World Health Organization. Refugee crisis. Situation Update 3. Geneva: WHO, 2016. Available online at [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0016/305503/Refugee-Crisis-situation-update-report-n3.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/305503/Refugee-Crisis-situation-update-report-n3.pdf?ua=1)
31. Morabia A, Benjamin GC. The Refugee Crisis in the Middle East and Public Health. Am J Public Health [Internet]. 2015;105(12):2405–6. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2015.302929>
32. Straiton ML, Reneflot A, Diaz E. Mental Health of Refugees and Non-refugees from War-Conflict Countries: Data from Primary Healthcare Services and the Norwegian Prescription Database. J Immigr Minor Heal. 2017;19(3):582–9.
33. Muennig P, Boulmier-Darden P, Khouzam N, Zhu W, Hancock P. Predictors of Health Among Refugee Adults from Myanmar and the Development of Their Children. Immigr Minor Heal [Internet]. 2015;17(5):1385–90. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-014-0093-9>
34. Eriksson-Sjö T, Cederberg M, Östman M, Ekblad S. Quality of life and health promotion intervention – a follow up study among newly-arrived Arabic-speaking refugees in Malmö, Sweden. Int J Migr Heal Soc Care. 2012;8(3):112–26

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

35. Ζάννης, Π., Ο τρίτος τομέας: Μια Γενική Θεωρία, Παπαζήσης, Αθήνα, 2013.
36. Levitt, T., The Third Sector: New Tactics for a Responsive Society, Amacom, New York, 1973
37. United Nations, The revised System of national Accounts (draft version), United nation Secretariat, New York, 1992
38. Στραβοσκούφης Θ., Κοινωνική Ανάπτυξη, Κοινωνία Πολιτών και ΜΚΟ. Ένας διαδραστικός θεσμικός μηχανισμός, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, Τομ. 120 (120), σελ. 93-133, Αθήνα, 2016 doi:<http://dx.doi.org/10.12681/grsr.9500>
39. Fowler, A., “Civil Society, NGOs And Social Development. Changing the Rules of the Game”, United Nations Research Institute For Social Development, Geneva, 2000
40. Piotrowicz, M., Cianciara, D., The Role Of Non-Governmental Organizations In The Social And The Health System, Department of Health Promotion and Postgraduate Education, Przegl Epidemiol., 2013;(6):69–74.
41. Αφουξενίδης, Αλ., Η κοινωνία πολιτών στην εποχή της κρίσης, στο «Το Πολιτικό Πορτραίτο της Ελλάδας», επιμ. Ν.Γ. Γεωργαράκης & Ν. Δεμερτζής, Εκδόσεις Gutenberg & Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, σελ. 317-336, 2015
42. Πολυζωίδης, Περ., Κοινωνική Φροντίδα στην Ελλάδα: ο ρόλος των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων, επιβλ. Καθ.: Πετμεζίδου Μαρ., Διδακτορική διατριβή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Ιούνιος, 2004
43. Σημίτη, Μ. (2017). Κράτος και εθελοντικές οργανώσεις την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Ελληνική Επιθεώρηση Πολιτικής Επιστήμης, Τομ. 42, σελ. 36-61., Αθήνα, 2017 doi:<http://dx.doi.org/10.12681/hpsa.14569>
44. European Commission, Managing Migration- EU Financial Support to Greece, 2018
45. Παπαδάκης Βασίλης Μ. Στρατηγική των Επιχειρήσεων- Ελληνική και Διεθνής Εμπειρία, Τόμος Α', εκδ. Μπένου, Αθήνα, 2016
46. Γιατροί του Κόσμου, Ετήσια Αναφορά 2017, Αθήνα, 2018
47. Γιατροί του Κόσμου, Δελτίο Τύπου, 2/11/2018, Αθήνα
48. EuroQol, van Reenen M, Janssen B. EQ-5D-5L- userguide 2015. 2015;(April). Available from: [https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L\\_UserGuide\\_2015.pdf](https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L_UserGuide_2015.pdf)
49. Balestroni G, Bertolotti G. EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life. Monaldi Arch Chest Dis. 2015;78(3):155–9.
50. van Hout B, Janssen MF, et al. Interim scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L value sets. Value in Health 2012 Jul-Aug;15(5):708-15)
51. Εφημερίς της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας. Νόμος 4368/2016. 2016;
52. Υφαντόπουλος, Γ., Τα Οικονομικά της υγείας- Θεωρία και Πολιτική, τυπωθήτω –Γιώργος Δαρδάνος, Αθήνα, 2006
53. Robson, C., Η έρευνα του πραγματικού κόσμου, Gutenberg, Αθήνα, 2010

## Ιστοσελίδες

<https://www.elsevier.com/>

[www.mdmgreece.gr](http://www.mdmgreece.gr)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

<https://www.oecd.org/>

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

<https://scholar.google.gr/>

<https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

## **Παράρτημα**

### **Η Οικονομική Κρίση στον Ύστερο Καπιταλισμό**

Τη δεκαετία του 1970 ο καπιταλισμός περνάει σε ένα καινούριο στάδιο. Χαρακτηρίζεται αρχικά από την παγκόσμια πετρελαϊκή κρίση του 1973 με φαινόμενα υπερσυσσώρευσης κεφαλαίων («λιμνάζοντα κεφάλαια») και καταναλωτικού προϊόντος (προϊόν το οποίο δεν μπορεί να πωληθεί). Η εποχή αυτού του σταδίου ονομάζεται ύστερος ή και ολοκληρωτικός καπιταλισμός [13,27,38].

Η δεύτερη φάση της πετρελαϊκής κρίσης εμφανίζεται στο τέλος της ίδιας δεκαετίας (1979-1980) με την μείωση της παραγωγής πετρελαίου από το Ιράν κατά τη διάρκεια της ισλαμικής επανάστασης. Ο ΟΡΕC αύξησε την παραγωγή και τις εξαγωγές πετρελαίου χωρίς όμως να μπορεί να αντισταθμίσει την αύξηση τιμής του προϊόντος και τις σπασμωδικές αντιδράσεις των αγορών [20]. Η ιμπεριαλιστική πολιτική των ΗΠΑ οδήγησε στο «διάταγμα Carter», βάση του οποίου όποια επίπτωση είχε η πετρελαϊκή κρίση για τα συμφέροντα της Αμερικής εντός του κόλπου, θα ισοδυναμούσε με πόλεμο.

Η σημερινή οικονομική κρίση δεν διαφέρει πολύ σε έκταση και σε επιπτώσεις από αυτή της δεκαετίας του '70. Δημιούργησε όμως απορίες για τον τρόπο διαχείρισης του τρόπου παραγωγής εντός καπιταλιστικών πλαισίων και τη σύνδεση του με τον τρόπο διαχείρισης των κεφαλαίων, της διάχυσής τους στην αγορά, τα συστήματα διακυβέρνησης. Η έκταση που πήρε παγκοσμίως δεν επιτρέπει πλέον τις κατηγορίες σε έναν μόνο τομέα, αφού το φιάσκο των στεγαστικών ακινήτων στις ΗΠΑ συμπάρεσυρε τα παγκόσμια χρηματιστήρια και οδήγησε στην ύφεση της παραγωγής [18].

Έχει γίνει πλέον αντιληπτό ότι οι χώρες δεν ανταποκρίνονται παρόμοια στη διαχείρισή της, ούτε πλήττονται στους ίδιους τομείς, αλλά αυτό συμβαίνει ανάλογα με τα μειονεκτήματα στην οικονομική τους δομή και διοίκηση. Χώρες με ελλειμματική θέση στο ισοζύγιο συναλλαγών, με χαμηλή εξαγωγική δραστηριότητα λόγω ανταγωνιστικότητας ή με αυξημένη ζήτηση εισαγωγών λόγω της αυξημένης εσωτερικής ζήτησης και κατανάλωσης δέχθηκαν το μεγαλύτερο πλήγμα. Με το ξέσπασμα της τρέχουσας κρίσης εμφανίστηκαν οι διαφορές στον εξωτερικό με το εσωτερικό τομέα και προκάλεσαν την ταχεία συσσώρευση ιδιωτικού και δημόσιου χρέους, μαζική εκροή κεφαλαίων, αποεπένδυση με αποτέλεσμα τη μείωση της απασχόλησης και τη συρρίκνωση του προϊόντος. [8]

Αυτή η κρίση δε διαφέρει καθόλου από την κρίση του 1990. Τότε πάλι υπήρχαν υψηλά επίπεδα ανεργίας και μείωση των μισθών. Η υπερπαραγωγή συνδυάστηκε με περικοπές στις κοινωνικές

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

δαπάνες και καθοδική πίεση των μισθών με αποτέλεσμα τη μειωμένη ζήτηση για το παραγόμενο προϊόν.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η χρηματοπιστωτική κρίση των χωρών της ανατολικής Ασίας τη δεκαετία του 1990, η οποία [23] οφειλόταν κυρίως α) στη σημαντική πτώση των εξαγωγών των αναδυόμενων χωρών της περιοχής το 1996, β) στη σημαντική ανατίμηση της ισοτιμίας του δολαρίου από το 1995, γ) στην υπερπαραγωγή προϊόντων τεχνολογίας σε συνδυασμό με τη μείωση της ζήτησης, δ) στην εισροή μεγάλων κεφαλαίων, που δημιούργησε ριψοκίνδυνες επενδύσεις σε ακίνητα, μετοχές κ.α, σε συνδυασμό με την ανεπαρκή εποπτεία του τραπεζικού συστήματος, αυτά είχαν ως αποτέλεσμα κερδοσκοπικές επιθέσεις και αύξηση του χρέους. Την ίδια στιγμή, το άνοιγμα στις χρηματοπιστωτικές αγορές και η εύνοια των διεθνών δανειστών δημιούργησαν μεγάλα χρέη στο εξωτερικό. Η αναφορά στην Ταϊλάνδη είναι σημαντική για να κατανοήσουμε τη διαδικασία. Δανειζόταν υπέρογκα ποσά σε δολάρια και τα μετέτρεπε σε Μπατ, με αποτέλεσμα να αυξήσει ραγδαία το χρέος της, να εξαντλήσει τα δολλαριακά της αποθέματα και μαζί με την ταυτόχρονη μείωση των εξαγωγών να ξεκινήσει ο πανικός και η κρίση έτσι να επεκταθεί και στις υπόλοιπες χώρες της περιοχής. Η κρίση αυτή δεν περιορίστηκε μόνο στις συναλλαγματικές συναλλαγές, αλλά είχε ως αποτέλεσμα μια σειρά εξελίξεων (μαζικές αναλήψεις, προβλήματα στο τραπεζικό σύστημα των ΗΠΑ, επιπτώσεις σε τρίτες χώρες). Η σύγκριση της κρίσης χρέους της δεκαετίας του 1980 στη Λατινική Αμερική και η χρηματοπιστωτική κρίση του τέλους του 1990 στην Ανατολική Ασία, οδηγεί σε κάποια κοινά σημεία. Και στις δύο περιπτώσεις ο υπερβολικός δανεισμός των χωρών, οδήγησε στην εκτίναξη του εξωτερικού χρέους. Ακόμη, τα χρόνια ελλείμματα στο ισοζύγιο πληρωμών και τα υψηλά χρέη του ιδιωτικού τομέα, αποτέλεσαν και στις δύο περιπτώσεις σοβαρές αιτίες για την επέκταση της κρίσης. [20]

Από τα μέσα της δεκαετίας του '70 οι ρυθμοί ανάπτυξης σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες πέφτουν σε τιμές χαμηλότερες των προηγούμενων 25 ετών. Σε αυτή την περίοδο τα ποσοστά ανεργίας είναι αυξημένα και ο ΟΗΕ κάνει λόγο για πάνω από ένα δισεκατομμύριο ανέργους. Η μείωση της ανάπτυξης καθρεφτίζεται στην πτώση του μέσου ποσοστού κέρδους παρά την προσπάθεια εντατικοποίησης της εργασίας και συμπίεσης των μισθών. Το μέσο ποσοστό κέρδους στις ΗΠΑ και στην ΕΕ στα τέλη της δεκαετίας του '80 ήταν γύρω στο 60% του επιπέδου του '50 και του '60. Η επικράτηση του νεοφιλελευθερισμού ως κυρίαρχου δόγματος στην άσκηση της οικονομικής και της πολιτικής διαχείρισης είναι μια πραγματικότητα. Είναι επίσης αυτός (ο νεοφιλελευθερισμός) που καθορίζει και το πλαίσιο της αντιπαράθεσης. Κι αυτό είναι γεγονός, αφού τα τελευταία 40 χρόνια ειδικοί της μονεταριστικής σχολής του Σικάγο έχουν στελεχώσει όπως π.χ. την κυβέρνηση Πινοσέτ στη Χιλή ή έχουν γίνει καθοδηγητές ολοκληρωτικών καθεστώτων όπως του Μπεν Αλί

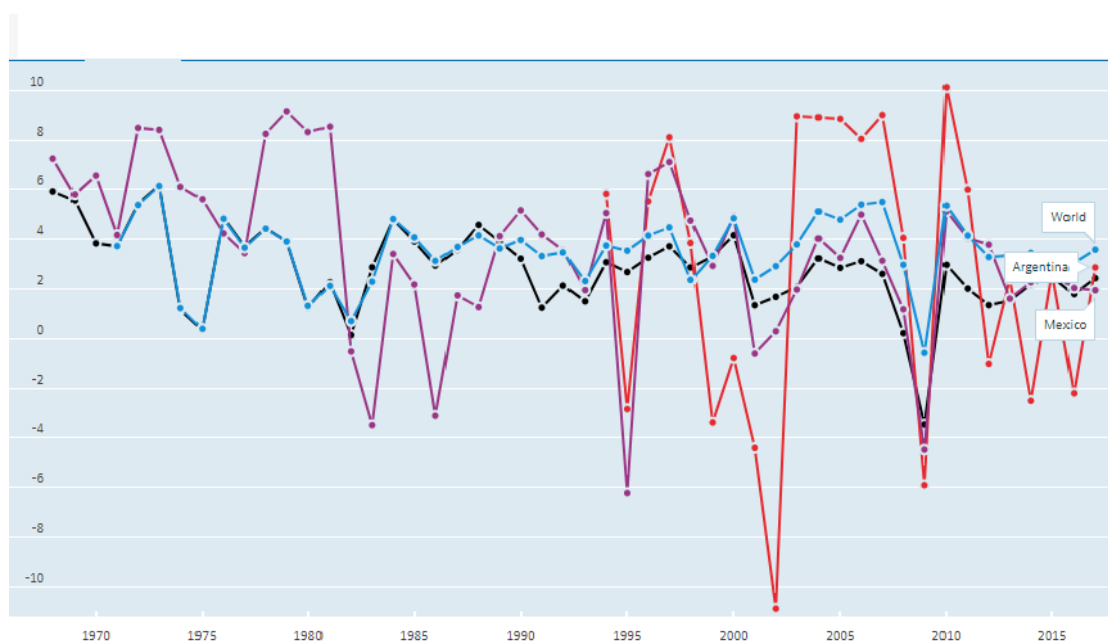
Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

στην Τυνησία, ή και ανέλαβαν τον, ούτως ειπείν, εκσυγχρονισμό διάφορων χωρών (Αργεντινή, Μεξικό) τη δεκαετία του 1990. [18]

Το λάθος της νεοφιλελεύθερης σχολής είναι ότι πιστεύει ακόμη πως το «αόρατο χέρι» της οικονομίας είναι άτρωτο σε υφέσεις και κρίσεις. Όμως αυτό αποδείχθηκε λάθος το 1992 όταν ο Τζ. Σόρος επιτέθηκε κερδοσκοπικά στη στερλίνα δημιουργώντας μια κρίση που απομάκρυνε τη Μεγάλη Βρετανία από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Συναλλαγματικών Ισοτιμιών και από το σχέδιο νομισματικής ενοποίησης.[18] Ήταν ίσως αυτό μια απαρχή για το Brexit και τη σχέση του με τη χρηματοπιστωτική αναξιοπιστία της ΕΕ είκοσι χρόνια μετά;

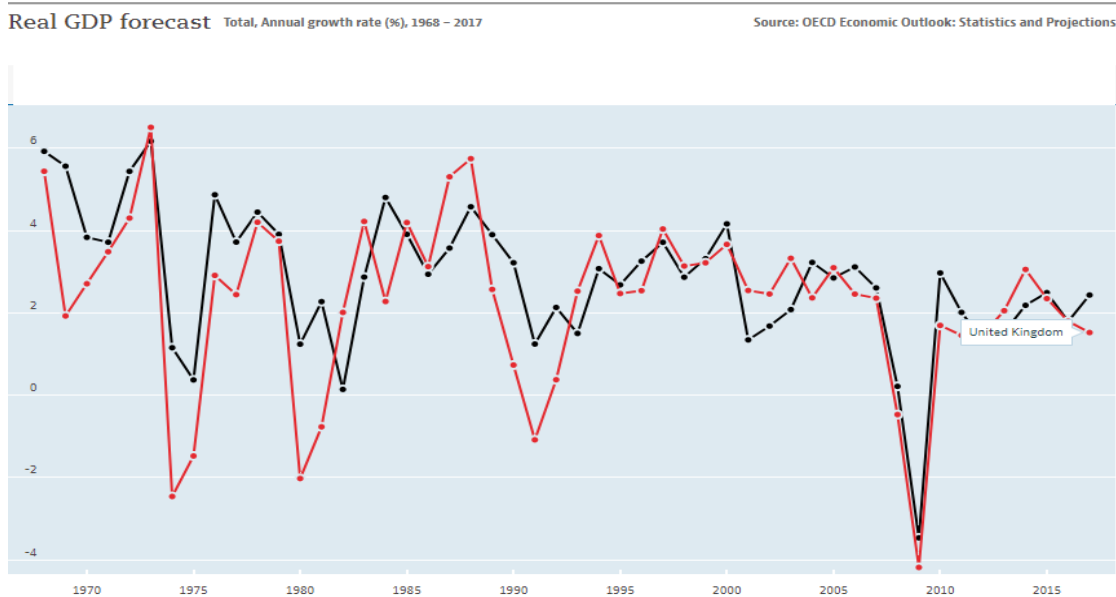
Real GDP forecast Total, Annual growth rate (%), 1968 - 2017

Source: OECD Economic Outlook: Statistics and Projections



Εικόνα 5 Διακύμανση % ΑΕΠ Παγκόσμιο, Αργεντινή, Μεξικό. Πηγή: ΟΟΣΑ,2019





Εικόνα 6 Διακύμανση %ΑΕΠ 1968-2017 (Μεγάλη Βρετανία, Παγκόσμιο). Πηγή: ΟΟΣΑ,2017

Η κρίση της στερλίνας, η κατάρρευση του Αμερικάνικου Χρηματιστηρίου τέσσερα χρόνια νωρίτερα, η χρηματιστηριακή φούσκα στην Ιαπωνία οδήγησαν, σε συνδυασμό με εσωκρατικούς παράγοντες, στην κατάρρευση την φινλανδική οικονομία με κίνδυνο χρεοκοπίας. Ανεπηρέαστες δεν έμειναν οι γείτονες σκανδιναβικές χώρες.

Ένα δεύτερο λάθος των υποστηρικτών του νεοφιλελευθερισμού είναι πως το κεφάλαιο ως τέτοιο μπορεί να κινηθεί στην αγορά χωρίς τον κρατικό παρεμβατισμό. Η ιστορία (και ειδικότερα η ιστορία των κρίσεων του καπιταλισμού) έχει αποδείξει αυτό το λάθος όταν κατά τη διάρκεια απειλής του κέρδους των μεγάλων βιομηχανιών ή του κεφαλαιοκρατικού μηχανισμού ζητείται η παρέμβαση του κράτους για την εξασφάλισή του. Πέραν του φινλανδικού παραδείγματος, που εγγυήθηκε τη σταθερότητα της SKOPBANK, η οποία έφερε την αναξιοπιστία μέσα από μακροχρόνιους δανεισμούς και επιχειρηματικές επενδύσεις και τελικά κατέρρευσε, ένα ακόμη παράδειγμα είναι ο ρηγκανισμός της δεκαετίας του 1980 ή πιο επίσημα «η Συναινέση της Ουάσινγκτον» βάση της οποίας ήταν τα οικονομικά της προσφοράς, η απορρύθμιση των αγορών και η δραστική μείωση της φορολογίας [20]. Καθοριστικά επίσης για την ανάπτυξη θεωρούνταν, η μακροοικονομική σταθερότητα, η δημοσιονομική λιτότητα, η απελευθέρωση των αγορών και οι ιδιωτικοποιήσεις, στοιχεία στα οποία συμφωνούσαν παγκόσμιοι οικονομικοί θεσμοί όπως το ΔΝΤ και η Παγκόσμια Τράπεζα σε συνεργασία με την αμερικάνικη κυβέρνηση και την αμερικάνικη Κεντρική Τράπεζα.

Πρόσφατο παράδειγμα της ίδιας πολιτικής βρίσκουμε στη διαχείριση των κρίσεων της Λατινικής Αμερικής και στην κρίση του 2009 στην Ελλάδα και τα μνημόνια που καλούνται τα κράτη (οι κυβερνήσεις και ο κρατικός μηχανισμός) να ψηφίσουν και να ακολουθήσουν, τα οποία καμία

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας Ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

κρατιστική προϋπόθεση δεν έχουν παρά μόνο ιδιωτικοποιήσεις, ασφυκτικές προϋποθέσεις για τα ασφαλιστικά ταμεία, το μισθό, τις εργασιακές συνθήκες.

Όμως πριν δούμε τα στοιχεία των πρόσφατων χρόνων αξίζει να εντοπίσουμε ως παράδειγμα τη λειτουργία της φαρμακοβιομηχανίας κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 [11]. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 οι Ινδία και η Βραζιλία θέλοντας να αυξήσουν το ανταγωνιστικό κρατικό κεφάλαιο τους παράγουν «αντίγραφα» του φαρμάκου για το Aids, σπάζοντας την πατέντα που μέχρι τότε ήταν θεσπισμένη από δυτικές φαρμακοβιομηχανίες. Με αυτό τον τρόπο το κόστος μειώθηκε κατά 95% του ποσού (αρχ. Ποσό 13,000\$) που μέχρι τότε πληρωνόταν ετήσια κατά κεφαλήν για ασθενή με HIV. Οι ιδιωτικές εταιρείες παραγωγής χτυπήθηκαν και το '94 επιβάλουν τη συμφωνία TRIPS στον ΠΟΕ, η οποία ορίζει ότι για μια 20ετία τουλάχιστον τα πνευματικά δικαιώματα της πατέντας του φαρμάκου θα έχει η εταιρεία που την καθιέρωσε και μόνο σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης θα έδινε η εταιρεία άδεια σε εγχώρια φαρμακοβιομηχανία να σπάσει την πατέντα και να παράξει το φάρμακο. Χώρες, δηλαδή, που δεν ήταν ανεπτυγμένες ή που δεν είχαν φαρμακοβιομηχανία θα έπρεπε να πληρώσουν κανονικά για την απόκτηση του φαρμάκου. Απόγειο ήταν η μήνυση στη Νότια Αφρική το 1997 γιατί παρήγαγε φάρμακα για την αντιμετώπιση του HIV. Το αποτέλεσμα ήταν μέχρι το 2007 να πεθάνουν περί τα 2εκ. άνθρωποι (όταν από το 2002 στο Κατάρ ορίστηκε ότι οι φτωχές χώρες πρέπει να βοηθούνται σε έκτακτες περιπτώσεις δημόσιας υγείας). Το 2003 υπήρξε παρόμοιο περιστατικό αντιγραφής και για την εξασφάλιση των συμφερόντων των φαρμακοβιομηχανιών ορίστηκε πως το κόστος της τιμής των αντιγράφων θα καθορίζεται από την τιμή της αρχικής πατέντας [11]. Ο κρατικός παρεμβατισμός εδώ εγγυάται όχι την εσωτερική λειτουργία της χώρας που πρεσβεύει, αλλά την βοήθεια της φαρμακευτικής βιομηχανίας με το να υπονομεύσει χώρες χαμηλότερης κεφαλαιακής δύναμης ακόμη και στον τρόπο διαχείρισης της Δημόσιας Υγείας εντός τους.

Αντίστροφο παράδειγμα ήταν το 2011 όταν φαρμακαποθήκες και φαρμακοβιομηχανίες της Ελλάδας δημιούργησαν τεχνητή έλλειψη σε βασικά είδη φαρμάκων και όρισαν «πλαφόν πωλήσεων», σε συνεργασία με διάφορες πολυεθνικές βιομηχανίες, ανεβάζοντας το τζίρο τους κατά 7% και οι 73 μεγαλύτερες φαρμακαποθήκες αύξησαν τα κέρδη τους κατά 119,4%. [11]

Η πρόσφατη κρίση στην αρχική της φάση εκδηλώθηκε με απότομη πτώση των τιμών των ακινήτων, έβλαψε μέσω των ενυπόθηκων δανείων την ευστάθεια του χρηματοπιστωτικού συστήματος και της πραγματικής οικονομίας. Δεν εμφανίζεται όμως σε αναπτυσσόμενες χώρες αλλά στην υπέρ-ανεπτυγμένη Αμερική. Η Federal Bank κρατώντας χαμηλά τα επιτόκια μετά τη σχάση της οικονομικής φούσκας των Dot.Com αύξησε τη ζήτηση των ακινήτων. Επίσης με την τήρηση χαμηλών επιτοκίων αυξήθηκε και η αποταμίευση τοποθετήθηκε σε ομόλογα και αξιόγραφα των ΗΠΑ. Τα δάνεια δίνονταν σε άτομα που δεν δύνανται να τα αποπληρώσουν και

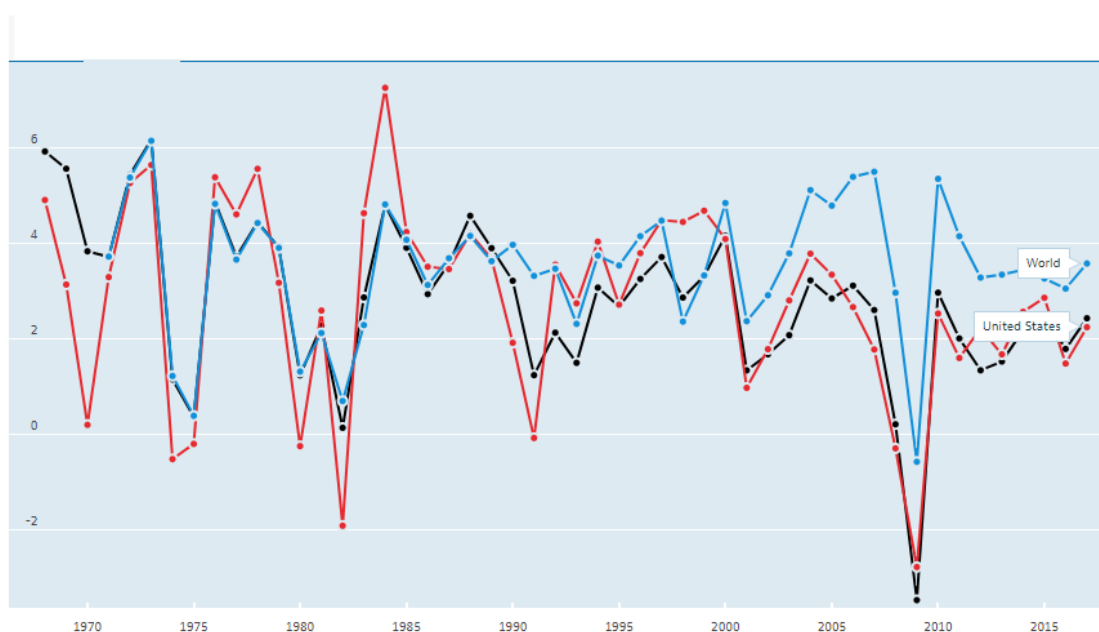
Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

συνδέθηκαν βαθιά με το αμερικάνικο οικονομικό σύστημα [20]. Τα αμερικάνικα ομόλογα έγιναν μη ελκυστικά και οδήγησαν διάφορες τράπεζες να χαλαρώσουν τα πιστωτικά κριτήρια μέσω εργαλείων υψηλού ρίσκου ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες των επενδυτών. Συνέπεια της αύξησης του ελλείμματος του ισοζυγίου τρεχουσών συναλλαγών των ΗΠΑ ήταν ο εξωτερικός δανεισμός από την Κίνα και την Ιαπωνία.

Θα πρέπει εδώ να σημειωθεί η ισχυρή σχέση που είχαν ορισμένες εκ των τραπεζών της Wall Street. Η Morgan Stanley, Lehman Brothers, Golden Sachs, Merrill Lynch και Bear Stearns παρείχαν το 2004 εν όψει εκλογών περίπου \$98 εκατ. για πολιτικούς υποψηφίους και \$70 εκατ. για τις εκλογές του αμερικανικού κοινοβουλίου.

Real GDP forecast Total, Annual growth rate (%), 1968 - 2017

Source: OECD Economic Outlook: Statistics and Projections



Εικόνα 7 Διακύμανση του %ΑΕΠ τα έτη 1968-2017 (ΗΠΑ, Παγκόσμιο, Χώρες ΟΟΣΑ). Πηγή: ΟΟΣΑ,2017

Με τη συμβολή των παραπάνω σε συνδυασμό με τον ανθρώπινο παράγοντα, τη συμπεριφορά αγέλης που επιδείκνυαν οι επενδυτές αγνοώντας ή μη δίνοντας σημασία στους τίτλους υψηλού ρίσκου που αγόραζαν, επήλθε η χρεωκοπία της Lehman Brothers το Σεπτέμβριο του 2008.

Στις παρακάτω εικόνες (1,2,3) απεικονίζεται η οικονομική χαρτογράφηση του πλανήτη με την εξέλιξη στα πρώτα έτη (2007,2008,2009) της οικονομικής κρίσης με βάση την κατανομή που έχει κάνει το ΔΝΤ κατά το ετήσιο πραγματικό ποσοστό του ΑΕΠ.

Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»

IMF DataMapper

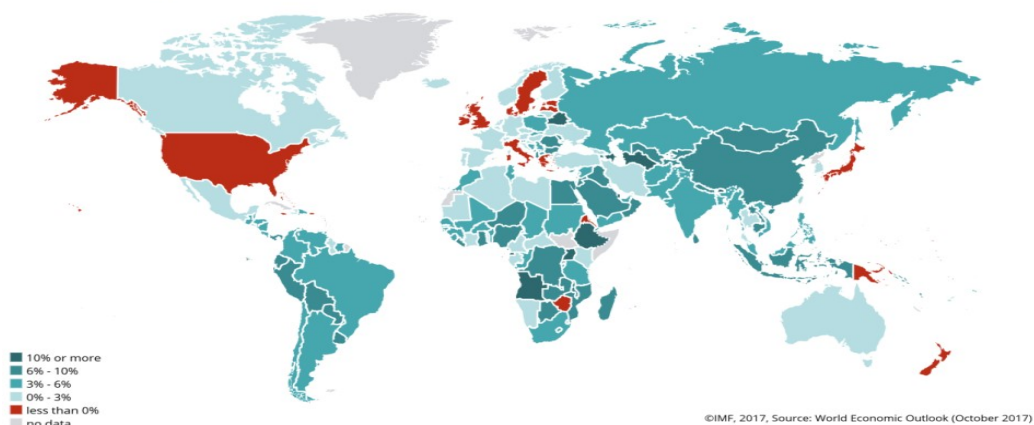
Real GDP growth (Annual percent change, 2007)



Εικόνα 8 Χάρτης- Ετήσια αύξηση του %ΑΕΠ για το 2007 Πηγή: ΔΝΤ, 2017

IMF DataMapper

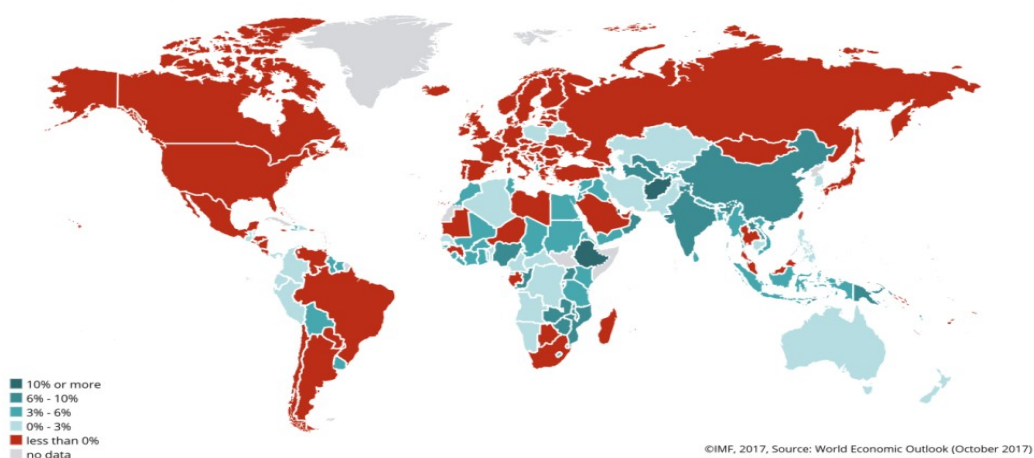
Real GDP growth (Annual percent change, 2008)



Εικόνα 9 Χάρτης Ετήσια αύξηση του %ΑΕΠ για το 2008 Πηγή: ΔΝΤ,2017

IMF DataMapper

Real GDP growth (Annual percent change, 2009)



Εικόνα 10 Χάρτης- Ετήσια αύξηση του %ΑΕΠ για το 2009 Πηγή: ΔΝΤ,2017

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

Αρχικά, απλώς γίνονταν λόγος για μια πρόσκαιρη ύφεση εστιάζοντας στο χρηματοπιστωτικό τομέα και δη τον αμερικάνικο. Όταν όμως η παγκοσμιοποίηση της κρίσης έγινε πραγματικότητα τα πραγματικά αίτια κρύβονται με διαφορετικές δικαιολογίες. Άλλοι εξαντλούν την κριτική στα “Golden Boys” και των τραπεζικών στελεχών καθώς και στην έκφανση της κρίσης λόγω πολιτικοοικονομικών σκανδάλων. Επίσης κάποιοι παραμένουν στη λογική της «κρίσης χρέους».[11]

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης δεν έπληξαν όμως μόνο τους υπερασπιστές και τους διαχειριστές του καπιταλιστικού συστήματος. Άλλωστε, οι ίδιοι που εξώθησαν στην κατάρρευση την οικονομία, μιλούν πάλι για ανάπτυξη. Σύμφωνα με πρόσφατο δημοσίευμα του Τζ. ΜακΓκίβερ [33] του Reuters οι οικονομολόγοι της Merrill Lynch «Προβλέπουν ρυθμό ανάπτυξης 3,8% για το 2018, από 3,7% το 2017, με τις μεγάλες οικονομίες να αναπτύσσονται περισσότερο από τον ρυθμό δυνητικής ανάπτυξης. Οικονομολόγοι της Barclays είναι ακόμα πιο αισιόδοξοι, προβλέποντας ότι η παγκόσμια οικονομία θα αναπτυχθεί το 2018 με ρυθμό 4%».

Θύματα της κρίσης, άλλη μια φορά, είναι η εργατική και η μεσαία τάξη. Λόγω της χρεωκοπίας της Lehman Brothers περίπου 2,5 εκατομμύρια άνθρωποι στην Αμερική έχασαν τα σπίτια τους γιατί αδυνατούσαν να αποπληρώσουν τα στεγαστικά τους δάνεια. Οι κατασχέσεις έφτασαν το 1,5 εκατομμύριο και αναμένονται 3 εκατομμύρια διαδικασίες κατάσχεσης. Τον πρώτο χρόνο της κρίσης 170 εκατομμύρια άνθρωποι προστέθηκαν στον παγκόσμιο πληθυσμό υποσιτιζόμενων [11]. Η αξία των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών θα ανέλθει για το 2017 στα 68 τρις. ευρώ. Το 2018, η αξία τους αναμένεται να αυξηθεί κατά περίπου 3,5%, πιθανώς ακόμη και κατά 4% πρώτη φορά από το 2011. Προσιδιάζει στους ρυθμούς ανάπτυξης προ κρίσης (περίπου 4%) [33]. Παρόλα αυτά οι μισθοί μένουν σχεδόν στάσιμοι. Παρά το ότι η ανεργία μειώνεται ένα καινούριο είδος εργατών έχει κάνει την εμφάνισή του, το προκαριάτο (precariat), το οποίο χαρακτηρίζεται από ελαστικές σχέσεις εργασίας, μειωμένα εργασιακά δικαιώματα και χαμηλούς μισθούς, υπό καθεστώς μερικής απασχόλησης ή με συμβόλαια που δεν εγγυώνται ακριβείς εργατοώρες/ μήνα. Ειδικά στην Ευρώπη η αύξηση των μισθών, μετά τις περικοπές που επέβαλαν οι δημοσιονομικοί μηχανισμοί, είναι στα μισά του ρυθμού του 2,2% κατά μέσο όρο των ΗΠΑ.[33]

Σύμφωνα με τις τελευταίες εκτιμήσεις το 1% του παγκόσμιου πληθυσμού κατέχει το 50% του παγκόσμιου πλούτου.

*Γκουντούμας Μιχαήλ, «Ο ρόλος του Τρίτου Τομέα κατά την περίοδο της Κρίσης-Μέτρηση Ποιότητας ζωής ευάλωτων ομάδων και πολιτικές υγειονομικής περίθαλψης»*

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον.