

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
1. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ: ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΟΡΑΜΑΤΑ	9
1.1 Γενικά στοιχεία	9
1.2 Το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας – Η εξέλιξη του ΕΣΥ	10
1.3 Το ελληνικό ιδιωτικό σύστημα υγείας – Οργάνωση και διοίκηση	15
1.4 Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα	18
2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΓΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	22
2.1 Γενικά στοιχεία	22
2.2 Ενδεικτικές υπηρεσίες	26
2.3 Δείκτες και κριτήρια για την αξιολόγηση της ΠΦΥ	28
3. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΕΥΠΑΘΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	31
3.1 Ευπαθείς Ομάδες	31
3.2 Αντιπροσωπευτικές κατηγορίες ευπαθών ομάδων	33
3.2.1 Πρόσφυγες	33
3.2.2 Μετανάστες	34

<b>3.2.3 Άνεργοι</b>	<b>36</b>
<b>3.2.4 Άστεγοι</b>	<b>37</b>
<b>3.2.5 Τοξικοεξαρτώμενοι</b>	<b>37</b>
<b>3.2.6 Άτομα τρίτης ηλικίας</b>	<b>38</b>
<b>3.2.7 Παιδιά</b>	<b>39</b>
<b>3.2.8 Άτομα με ειδικές ανάγκες</b>	<b>41</b>
<b>3.2.9 Άτομα με γλωσσικές, πολιτισμικές ή άλλες ιδιαιτερότητες</b>	<b>41</b>
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	43
Υλικό και μέθοδος	44
Αποτελέσματα	51
Συμπεράσματα – Συζήτηση	69
• Συμπεράσματα	68
• Συζήτηση	71
• Προτάσεις	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I: Ερωτηματολόγιο	82
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης (Πίνακες)	94
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου	135

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1: Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα συμμετεχόντων .....	51
Εικόνα 2: Πρώτη ενέργεια όταν έχουν πρόβλημα υγείας .....	54
Εικόνα 3: Τα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας .....	55
Εικόνα 4: Εκπαιδευτικό επίπεδο ανά ομάδα συμμετεχόντων .....	58
Εικόνα 5: Συμμετέχοντες που εργάζονται, ανά ομάδα .....	59
Εικόνα 6: Κατανόηση της ελληνικής γλώσσας, ανά ομάδα συμμετεχόντων .....	60
Εικόνα 7: Ικανότητα ανάγνωσης στην ελληνική γλώσσα, ανά ομάδα συμμετεχόντων .....	61
Εικόνα 8: Κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων ανά ομάδα.....	62
Εικόνα 9: Ικανοποίηση συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες υγείας ανά ομάδα.....	63
Εικόνα 10: Συμμετέχοντες που απευθύνονται σε ιατρό, σε περίπτωση προβλήματος υγείας, ανά ομάδα και εκπαιδευτικό επίπεδο .....	66
Εικόνα 11: Η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες υγείας, ανάλογα με το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα .....	67
Εικόνα 12: Η διάρκεια παραμονής των μεταναστών στην Ελλάδα ανάλογα με το βαθμό συμφωνίας τους με τη φράση «Γνωρίζω τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες μπορώ να πάω, όταν τις χρειαστώ».....	68

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία .....	94
Πίνακας 2: Οικογενειακή κατάσταση .....	95
Πίνακας 3: Στοιχεία εργασίας .....	96
Πίνακας 4: Στοιχεία εισοδήματος .....	97
Πίνακας 5: Περιγραφή ικανοτήτων .....	98
Πίνακας 6: Κατάσταση υγείας .....	99
Πίνακας 7: Νοσήματα .....	100
Πίνακας 8: Στοιχεία καπνίσματος.....	101
Πίνακας 9: Γνώση για υπηρεσίες υγείας.....	102
Πίνακας 10: Εκτίμηση ποιότητας υπηρεσιών υγείας.....	103
Πίνακας 11: Ικανοποίηση από υπηρεσίες υγείας.....	104
Πίνακας 12: Εμπιστοσύνη σε υπηρεσίες υγείας .....	105
Πίνακας 13: Χρήση υπηρεσιών .....	106
Πίνακας 14: Αδυναμία πρόσβασης σε υπηρεσίες.....	107
Πίνακας 15: Στοιχεία νοσηλείας .....	108
Πίνακας 16: Στοιχεία για λήψη φαρμάκων.....	109
Πίνακας 17: Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. .....	110
Πίνακας 18: Στοιχεία για τη διαμονή των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. ....	112
Πίνακας 19: Στοιχεία για την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.....	114

Πίνακας 20: Στοιχεία για την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.....	116
Πίνακας 21: Γλωσσικές ικανότητες των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. ....	117
Πίνακας 22: Στοιχεία για την κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.....	118
Πίνακας 23: Χρόνια νοσήματα που πάσχουν οι συμμετέχοντες , ξεχωριστά για κάθε ομάδα. ....	119
Πίνακας 24: Καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. ....	120
Πίνακας 25: Γνώση των συμμετεχόντων γύρω από τις υπηρεσίες υγείας, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.....	121
Πίνακας 26: Απόψεις των συμμετεχόντων για τις υπηρεσίες υγείας που δίνονται από το κράτος , ξεχωριστά για κάθε ομάδα. ....	122
Πίνακας 27: Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες υγείας, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.....	123
Πίνακας 28: Βαθμός συμφωνίας των συμμετεχόντων με διάφορες απόψεις σχετικές με τις υπηρεσίες υγείας .....	125
Πίνακας 29: Στοιχεία σχετικά με την τελευταία χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους συμμετέχοντες το τελευταίο έτος, ανά ομάδα.....	126
Πίνακας 30: Στοιχεία σχετικά με την αδυναμία των συμμετεχόντων να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας το τελευταίο έτος, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. ....	127
Πίνακας 31: Στοιχεία σχετικά με την τελευταία νοσηλεία των συμμετεχόντων σε δημόσιο νοσοκομείο το τελευταίο έτος, ξεχωριστά για κάθε ομάδα. ....	128
Πίνακας 32: Στοιχεία σχετικά με την αδυναμία των συμμετεχόντων να πάρουν φάρμακα το τελευταίο έτος, ανά ομάδα .....	129
Πίνακας 33: Απόψεις των συμμετεχόντων για τις υπηρεσίες υγείας ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. ....	130

Πίνακας 34: Απόψεις των συμμετεχόντων για τις υπηρεσίες υγείας ανάλογα με το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα. .... 132

Πίνακας 35: Συσχέτιση διάρκειας παραμονής των μεταναστών στην Ελλάδα με στοιχεία που αφορούν στις υπηρεσίες υγείας. .... 133

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας. Αυτήν την ευεξία καλούνται να διατηρήσουν ή να αποκαταστήσουν οι υπηρεσίες υγείας ενός κράτους, οι οποίες υπάγονται σε συγκεκριμένο πλαίσιο οργάνωσης, χρηματοδότησης, παραγωγής και διανομής.

Οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες αποτελούν κατηγορίες του γενικού πληθυσμού μιας χώρας, οι οποίες λόγω δυσκολιών που συναντούν σε διάφορους τομείς της ζωής τους, κινδυνεύουν να υποστούν τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού. Στη χώρα μας υπάρχουν ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, οι οποίες αντιμετωπίζουν εμπόδια και διακρίσεις όσον αφορά στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα να δημιουργείται πρόβλημα ως προς την προστασία του θεμελιώδους ανθρώπινου δικαιώματός τους, της υγείας.

Για τους λόγους αυτούς κρίθηκε ενδιαφέρουσα η αξιολόγηση του κατά πόσον υπάρχει ή όχι ελλιπής πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας από τα ευαίσθητα μέλη μιας κοινωνίας, ήτοι τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.

Για να επιτύχει τους ανωτέρω στόχους της, η εργασία αποτελείται αφενός μεν από το Γενικό μέρος, όπου πραγματοποιείται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, αφετέρου δε από το Ειδικό μέρος, όπου πραγματοποιείται πρωτογενής έρευνα.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



## 1. ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ: ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΟΡΑΜΑΤΑ

### • 1.1 Γενικά στοιχεία

Είναι ευρέως παραδεκτή η διασύνδεση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μιας χώρας και της αναπτυξιακής της προοπτικής. Αυτό έχει καταδειχθεί ως έχει αναφερθεί τόσο από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, όσο και από έρευνες, ενώ δεν είναι δύσκολο να παρατηρήσει κανείς τα αναπτυξιακά επίπεδα των αναπτυσσόμενων χωρών που αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα υγείας [1][2]. Στηριζόμενο σε αυτό το σκεπτικό κάθε σύστημα υγείας πρέπει να επιτυγχάνει την εκπλήρωση τριών στόχων:

1. Βελτίωση του μέσου επιπέδου υγείας όλου του πληθυσμού και διάχυση της καλής υγείας μεταξύ του πληθυσμού.
2. Ανταποκρισιμότητα του συστήματος υγείας στις προσδοκίες των πολιτών.
3. Δικαιοσύνη στην κατανομή των βαρών στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας και στην προστασία των ατόμων και των οικογενειών έναντι του οικονομικού κινδύνου ως συνέπεια της αντιμετώπισης κάποιας ασθένειας».

Σύμφωνα με αυτό το πλαίσιο γίνονται διακριτές τρεις βασικές κατηγορίες συστημάτων υγείας [1][2][3]:

α) Το Ιδιωτικό ή Φιλελεύθερο σύστημα υγείας, το οποίο αποτελεί συνάρτηση της δυναμικής της αγοράς και της μείωσης της κρατικής επιβάρυνσης και παρέμβασης. Πρωτεργάτης του συστήματος τούτου είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

β) Το Κρατικό ή Δημόσιο σύστημα Υγείας του οποίου η χρηματοδότηση στηρίζεται από τον κρατικό προϋπολογισμό στοχεύοντας στη δωρεάν και ισότιμη κάλυψη των αναγκών περίθαλψης του πληθυσμού. Κύριος εκπρόσωπος του συστήματος αυτού είναι η Μεγάλη Βρετανία και θεωρείται γνωστό ως μοντέλο του Beveridge.

γ) Το σύστημα της Κοινωνικής Ασφάλισης. Αυτό το σύστημα αποδίδει την ύπαρξη και τη χρηματοδότησή του στις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων απέναντι στα πολλά και

διάφορα ασφαλιστικά ταμεία. Αναπτύχθηκε κατ' εξοχήν στην Γερμανία, γνωστό ως μοντέλο του Bismarck.

Στην Ελλάδα το κρατικό μοντέλο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) συνυπάρχει με το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης και το ιδιωτικό σύστημα. Όταν το 1983 ψηφίστηκε από την Ελληνική Βουλή ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ, (ο Ν.1397/1983), βασική επαγγελία και προσδοκία ήταν ότι το ΕΣΥ θα οδηγούσε σε αύξηση των δημοσίων δαπανών, με ταυτόχρονο περιορισμό των ιδιωτικών. Το 1983, ιδρύθηκε στην Ελλάδα το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), το οποίο βασίστηκε στις αρχές της ισοτιμίας και της αποτελεσματικότητας με σκοπό να προσφέρει δωρεάν αγαθά και υπηρεσίες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού της χώρας [3][4].

### • 1.2 Το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας - Η εξέλιξη του ΕΣΥ

Το σύγχρονο κράτος πρόνοιας και ευημερίας αποτελεί θεσμό μείζονος οικονομικής και κοινωνικής σημασίας, που διαμορφώθηκε περισσότερο ως ιδέα στη μακρόχρονη ιστορία της ανθρωπότητας, αλλά αναπτύχθηκε και παγιώθηκε ουσιαστικά μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, με τη ριζική αλλαγή των αντιλήψεων για το ρόλο και τις ευθύνες του κράτους [4].

Ένα σύστημα υγείας αποτελείται από τρία στοιχεία [5]: α) τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που είναι διαθέσιμες στα άτομα και στις οικογένειές τους μέσω των νοσοκομείων, των πρωτοβάθμιων κέντρων υγείας (καθώς και μέσω των ιατρείων και της κατ' οίκον νοσηλείας, β) τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας (και πάλι πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες), και γ) τις εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες τις σχετιζόμενες με την πρόληψη και τη θεραπεία κάποιας ασθένειας.

Οι πρώτες προσπάθειες για συγκρότηση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα ανάγονται στον 19<sup>ο</sup> αιώνα. Οι παρεμβάσεις που ακολούθησαν ήταν άμεσα συναρτώμενες από τις αδυναμίες, τις αγκυλώσεις αλλά και από το ιδιαίτερα δύσκολο περιβάλλον ανάπτυξης και οργάνωσης του Ελληνικού κράτους. Η πορεία της εξέλιξης του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, χωρίζεται αδρά σε τέσσερις περιόδους [6]: Η πρώτη αρχίζει το 1833 και τελειώνει το 1922, η δεύτερη από το 1922 έως το 1945, η τρίτη από το 1945 έως το 1974 και η τέταρτη από το 1974 έως σήμερα. Η πλέον ολοκληρωμένη προσπάθεια συντονισμού, οργάνωσης και ελέγχου των υγειονομικών υπηρεσιών θεωρείται η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ, με αντικειμενικό στόχο την εφαρμογή ενός καλά δομημένου συστήματος υγείας, που θα βασίζεται στις αρχές της ισοτιμίας και στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού, εξασφαλίζοντας παράλληλα υψηλής ποιότητας φροντίδα [7].

Οι βασικοί σταθμοί της διαμόρφωσης της πολιτικής υγείας στη χώρα την τελευταία περίπου εικοσιπενταετία είναι οι ακόλουθοι:

#### 1. Ο Ν.1397/1983 για το «Εθνικό Σύστημα Υγείας».

Ο Ν.1397/1983 ψηφίστηκε τον Σεπτέμβριο του 1983 επί υπουργίας Γ Γεννηματά και αποτελεί αναμφίβολα την πρώτη ολοκληρωμένη προσπάθεια για τη ριζική μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας. Ο ορισμός που έδωσε ο ίδιος ο Γεννηματάς για το Εθνικό Σύστημα Υγείας το 1986 παραμένει ακόμα επίκαιρος και συμπυκνώνει τη σημασία της υγείας στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα [8]: *«Τι είναι το Εθνικό Σύστημα Υγείας; Λέμε **Εθνικό** γιατί θέλουμε να έχει εθνικούς κανόνες, εθνικούς πόρους, να υπάρχει μια ενιαία αντίληψη, ενιαίες πολιτικές, κοινωνικές, οργανωτικές. Λέμε **Σύστημα** γιατί θέλουμε να εναρμονίσουμε την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα. Τονίζω τη λέξη φροντίδα και όχι περίθαλψη και αυτό αφορά άμεσα την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Λέμε **Υγείας** και όχι περίθαλψης γιατί, όπως είπα, μας ενδιαφέρει η ευεξία του ατόμου, ψυχική, πνευματική, που πολλές φορές την είχαμε αγνοήσει»*. Οι βασικοί στόχοι του Ν.1397/1983 ήταν [9]:

- Η αποκέντρωση.
- Ο κοινωνικός έλεγχος και η συμμετοχή.
- Το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας.

- Ο ενιαίος προγραμματισμός.
- Η δικαιότερη κατανομή των πόρων.
- Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Η καλύτερη οργάνωση και παροχή της νοσοκομειακής φροντίδας. Η αποκέντρωση και η χάραξη συγκεκριμένης περιφερειακής πολιτικής υγείας αποτελούσαν τον πυρήνα της μεταρρύθμισης. Έτσι:
- Καθορίστηκε η **υγειονομική περιφέρεια** ως γεωγραφική μονάδα πολυνομαρχιακού επιπέδου, στην οποία θα αναπτύσσονταν οι υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης. Ως γνωμοδοτικά όργανα σε κάθε περιφέρεια, θεσπίστηκαν τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕ.ΣΥ). Τελικά, με το ΠΔ31/1986 η χώρα διαιρέθηκε σε 9 υγειονομικές περιφέρειες.
- Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ιδίως στην περιφέρεια, με την ανέγερση νέων περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων, την ίδρυση του θεσμού των κέντρων υγείας, την αναβάθμιση των περιφερειακών ιατρείων και τη σύσταση του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας.
- Ανατέθηκαν στους φορείς της νομαρχιακής αυτοδιοίκησης αρμοδιότητες, όπως η προστασία της δημόσιας υγείας και του περιβάλλοντος και η κατασκευή, η συντήρηση και η μέριμνα για τη λειτουργία νοσοκομείων, κέντρων υγείας και αγροτικών ιατρείων.
- Καθιερώθηκε ο θεσμός του γενικού ή οικογενειακού γιατρού, που είναι εξαιρετικά απαραίτητος για την αναβάθμιση των παροχών των κέντρων υγείας και των αγροτικών ιατρείων.

Παρόλο που μεγάλος αριθμός από τις προβλέψεις του Ν.1397/1983 άργησαν να υλοποιηθούν ή τελικά παραπέμφθηκαν στις καλένδες, η ψήφιση του νόμου αυτού αποτελεί ανεπιφύλακτα μια από τις σπουδαιότερες κατακτήσεις της κοινωνικής πολιτικής στη χώρα μας.

2. Ο Ν.2071/1992 «Για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του Συστήματος Υγείας».

Η μεταρρύθμιση του 1992 στόχευε στην εγκατάσταση μιας ανταγωνιστικής αγοράς στις υγειονομικές υπηρεσίες, με κύρια χαρακτηριστικά την ενθάρρυνση της ιδιωτικοποίησης, της αποκρατικοποίησης, τον έλεγχο των δημοσίων δαπανών και τη μεταφορά σημαντικού βάρους της χρηματοδότησης στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς [10]. Στο επίπεδο της περιφερειακής πολιτικής υγείας, οι αλλαγές που έλαβαν χώρα ήταν οι ακόλουθες:

- Αυξήθηκε ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών.
- Αποδυναμώθηκε αισθητά ο ρόλος των ΠΕ.ΣΥ και συστάθηκε σε περιφερειακό επίπεδο η Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας.
- Τα κέντρα υγείας υπάχθηκαν στις Διευθύνσεις Υγείας της νομαρχίας, με εξαίρεση αυτά των νησιωτικών περιοχών.
- Ιδρύθηκε ο θεσμός των κινητών μονάδων και της κατ' οίκον νοσηλείας.

3. Ο Ν.2194/1994 για την «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις».

Με τη νομοθετική αυτή παρέμβαση τέθηκαν σε μεγάλο βαθμό εκ νέου σε ισχύ διατάξεις του Ν.1397/1983, όπως η επαναφορά των κέντρων υγείας από τις Διευθύνσεις Υγείας των νομαρχιών στα νοσοκομεία.

4. Ο Ν.2519/1997 «Για τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».

Ο νόμος της 21ης Αυγούστου του 1997, προσπάθησε να ρυθμίσει μια σειρά ζητημάτων, χωρίς να είναι ιδιαίτερα ριζοσπαστικός. Τα σημεία που χαρακτήρισαν την περιφερειακή πολιτική υγείας, ήταν τα ακόλουθα:

- Θεσπίστηκε η ταύτιση υγειονομικής και διοικητικής περιφέρειας.
- Συστάθηκαν δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας αστικών και ημιαστικών περιοχών.
- Εισαγωγή του θεσμού του μάνατζερ στα νοσοκομεία.

5. Ο Ν.2889/2001 για την «Βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του ΕΣΥ».

Η σημαντική καινοτομία που εισήγαγε ο νόμος αυτός, ήταν η ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας [11]. Η έδρα τους είναι η πόλη που εδρεύει η διοικητική περιφέρεια και ο έλεγχος ασκείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας, που χαρακτηρίστηκαν και ως «μικρά ΕΣΥ», ήταν ένα σημαντικότερο βήμα στην προσπάθεια της αποκέντρωσης του ΕΣΥ [12]. Με το νόμο αυτό αναβαθμίστηκε σημαντικά ο θεσμός του Διοικητή (manager) των νοσοκομείων, καθώς η θητεία του έγινε πενταετής και ήταν απαραίτητα η κατοχή ειδικών γνώσεων και η ύπαρξη τεχνοκρατικών χαρακτηριστικών.

6. Ο Ν.3329/2005 για την «Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης».

Η τελευταία αυτή μεταρρύθμιση ελάχιστα άλλαξε σε σχέση με το νόμο του 2001, παρά την αλλαγή του κυβερνώντος κόμματος. Οι βασικές αλλαγές αφορούν στις αρμοδιότητες των διοικήσεων των Υγειονομικών Περιφερειών και των Νοσοκομείων, την μείωση του χρόνου πρόσληψης του νοσηλευτικού προσωπικού καθώς και την επέκταση του θεσμού του «επικουρικού ιατρού» και σε άλλες ομάδων επαγγελματιών υγείας, όπως των νοσηλευτών και των βοηθών τους.

Μια σύντομη αξιολόγηση του ΕΣΥ μας οδηγεί στο ασφαλέστατο συμπέρασμα ότι πολλά προβλήματα παραμένουν άλυτα, αν δεν διογκώνονται. Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα φτάνουν πια στο 9,9% του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ), γεγονός που φέρνει τη χώρα στην 8η θέση μεταξύ των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ. Από αυτές, το 47% προέρχεται από τους ίδιους του πολίτες και το υπόλοιπο 53% από δημόσιες δαπάνες [13]. Έτσι, ενώ στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας η χώρα βρίσκεται στη δεύτερη θέση παγκόσμια, στις δημόσιες καταλαμβάνει μόλις την 27η. Τα παραπάνω στοιχεία αποδεικνύουν ότι το σύστημα έχει αισθητά ελλιπή χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση και το κράτος [14].

Το ιατρικό προσωπικό που απασχολείται στο περιφερειακό σύστημα υγείας (νοσοκομειακοί γιατροί σε νοσοκομεία της περιφέρειας) παρουσιάζει σημαντική αύξηση κατά την τελευταία εικοσαετία. Έτσι ενώ το 1984 αντιστοιχούσαν 1,42 γιατροί στους 1000 κατοίκους, το 1994 η αναλογία αυξήθηκε στους 1,8/1000 και το 2001 έφθασε στους 2,25/1000. Τα τελευταία είκοσι

χρόνια, επίσης, παρατηρείται σχεδόν διπλασιασμός του νοσηλευτικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία: Έτσι ενώ το 1984 είχαμε 2,2 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους, το 1994 η αναλογία διαμορφώθηκε στους 3,6/1000 και σήμερα αγγίζεις τους 4 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους [15]. Παρά την αύξηση αυτή, σήμερα η χώρα μας βρίσκεται στην 27η θέση των χωρών του ΟΟΣΑ ως προς τον αριθμό νοσηλευτών ανά 1000 κατοίκους, πράγμα που επιβεβαιώνει τις τεράστιες ελλείψεις του συστήματος στον τομέα αυτό. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός, ότι ενώ υπάρχουν πια, στην ελληνική περιφέρεια, νοσοκομεία με σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό, η ποσοστική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού καθιστά τη λειτουργία τους προβληματική.

Τέλος, ο μέσος χρόνος νοσηλείας μειώθηκε στις 6,2 ημέρες από τις 7,4 το 1989, εξέλιξη που χαρακτηρίζεται ικανοποιητική και οφείλεται στην καλύτερη εκπαίδευση των λειτουργών της υγείας, στη βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας (πχ μείωση ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων), στην θεαματική εξέλιξη των σχετικών επιστημών (πχ νέα φάρμακα, νέες παρεμβάσεις, νέος τεχνολογικός εξοπλισμός).

### • 1.3 Το ελληνικό ιδιωτικό σύστημα υγείας – οργάνωση και διοίκηση

Βασικός σκοπός του ιδιωτικού νοσοκομείου είναι η επιβίωσή του, η οποία επιτυγχάνεται με την προσέλκυση ασθενών και την ύπαρξη θετικού ισοζυγίου μεταξύ των εσόδων και εξόδων του. Η ανάπτυξη και επιβίωση του ιδιωτικού νοσοκομείου, το οποίο αποτελούσε ατομική επιχείρηση ενός ειδικού ιατρού ή ομάδας ιατρών βασίστηκε ιστορικά σε έσοδα που προέρχονταν από την κοινωνική ασφάλιση. Και αυτό γιατί μέχρι τη δεκαετία του '80 ούτε το διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα ήταν αρκετό ούτε η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είχε στην χώρα μας εισέλθει. Έτσι η κοινωνική ασφάλιση, αποτελούσε σχεδόν την αποκλειστική πηγή εσόδων για το νοσοκομειακό τομέα είτε αυτός ήταν ιδιωτικός είτε δημόσιος. Η κοινωνική ασφάλιση και κυρίως τα μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία ΙΚΑ και ΟΓΑ συμβάλλονταν και με τους δύο τομείς και η μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων είχε ως βάση το ημερήσιο νοσήλιο. Το τελευταίο, καθοριζόταν ετησίως από τη δημόσια αρχή (Υπουργείο Υγείας) και η τιμή του όφειλε να προσεγγίζει το κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών του ασθενή ανά ημέρα νοσηλείας [4][16].

Όσο η τιμή του νοσηλίου προσέγγιζε το κόστος παραγωγής των υπηρεσιών (δεκαετίες '60 και '70) ο ιδιωτικός νοσοκομειακός τομέας αποτελούσε το μεγαλύτερο παραγωγό των νοσοκομειακών υπηρεσιών αφού είχε στην κατοχή του το 70% των νοσοκομειακών κλινών. Η μη προσαρμογή των τιμών τη δεκαετία του '80 εξ αιτίας της θεσμοθέτησης του ΕΣΥ και του γενικότερου πολιτικού περιβάλλοντος, επέφερε σημαντικές μεταβολές στην εσωτερική διάρθρωση και εξέλιξη του ιδιωτικού νοσοκομειακού τομέα. Όσες ιδιωτικές νοσηλευτικές μονάδες δεν έκλεισαν ή/και εξαγοράστηκαν από το ΕΣΥ, είχαν διάφορες εναλλακτικές λύσεις να ακολουθήσουν, με τελική προτιμητέα την αύξηση του κόστους των παρεχομένων υπηρεσιών τους.

Η ολιγοπωλιακή θέση των νοσοκομείων, η αδυναμία αντίδρασης της ιδιωτικής ασφάλισης σε συνδυασμό με τα προβλήματα τεχνολογικής και ξενοδοχειακής υποδομής του δημόσιου τομέα, έκανε ευκολότερο το έργο του νοσοκομειακού μανάτζμεντ των ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων. Η δεκαετία του '90 ήταν η εποχή της απογείωσης των ιδιωτικών μονάδων και οι συγκρίσεις που γίνονται με το δημόσιο τομέα, ο οποίος αντιμετωπίζει εκτός των άλλων ελλειμματικούς προϋπολογισμούς, είναι σε βάρος του τελευταίου. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να ακούγεται ή να προτείνεται στην πολιτική ηγεσία να δοθεί το μανάτζμεντ ορισμένων μεγάλων δημόσιων νοσοκομείων σε ιδιώτες.

Η επιτυχής συνταγή του μανάτζμεντ του παραπάνω νοσοκομειακού τομέα, όπως αναλύθηκε ήδη, στηρίχθηκε κυρίως στην αύξηση των εσόδων παρά στη συγκράτηση των εξόδων των νοσοκομείων. Οι επικρατούσες συνθήκες ήταν ευνοϊκές για τον ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα, αφού είχε στη διάθεσή του ένα μεγάλο αριθμό ιατρικού προσωπικού, που διαρκώς αυξάνεται και αναζητεί μια θέση συνεργασίας με ένα νοσοκομειακό ίδρυμα. Ταυτόχρονα ήταν σε θέση, λόγω της αδυναμίας των εταιρειών της ιδιωτικής ασφάλισης να διαπραγματευτούν, να επιβάλει ένα τρόπο αποζημίωσης κατά πράξη και περίπτωση που είναι ελκυστικότερος και για τους παραγωγούς των υπηρεσιών υγείας. Ο τρόπος αυτός, ο οποίος εξυπηρετεί ταυτόχρονα και τα συμφέροντα των ιατρών που συνεργάζονται με τα συγκεκριμένα νοσοκομεία, κατέστησε τη λειτουργία των νοσοκομείων οικονομικά πρόσφορη. Με άλλα λόγια, συνέπεσαν οι επιδιώξεις των διοικήσεων των ιδιωτικών νοσοκομείων με αυτές του



ιατρικού σώματος, πράγμα που έκανε το έργο τους ευκολότερο. Όσες περισσότερες διαγνωστικές και άλλες πράξεις πραγματοποιούν οι παραγωγοί-ιατροί μέσα στο νοσοκομείο για λογαριασμό των ασθενών τους, τόσο αυξάνουν τα έσοδα του νοσοκομείου αλλά και τα δικά τους εισοδήματα [6].

Σήμερα, οι κυριότερες αιτίες του προβλήματος της οργάνωσης των μονάδων υγείας αφορούν κατά πρώτο στην έλλειψη στελέχωσης των ΔΥΠΕ (Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών) από εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό ώστε να παίξουν τον κύριο εποπτικό και συμβουλευτικό τους ρόλο και κατά δεύτερο στην απουσία εφαρμογής ενός συστήματος αξιολόγησης των μανάτζερ, αφού ποτέ δεν αξιοποιήθηκε ο θεσμός των «συμβολαίων αποδοτικότητας». Μια επιπλέον αιτία αποτελεί το γεγονός ότι δεν αξιοποιήθηκαν ή δεν έγινε προσπάθεια εφαρμογής, από τους μανάτζερ, των επιχειρησιακών σχεδίων των νοσοκομείων, ενώ γι' αυτά δαπανήθηκαν χιλιάδες ευρώ και δεν εφαρμόστηκαν ποτέ σύγχρονοι τρόποι χρηματοδότησης των νοσοκομείων όπως είναι οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί. Τέλος, η απουσία επιστημονικών μεθόδων διοίκησης, όπως για παράδειγμα η ορθολογική διαχείριση, ο στρατηγικός σχεδιασμός, η εισαγωγή ηλεκτρονικής παρακολούθησης της παραγωγικής διαδικασίας, η πλήρης μηχανογράφηση των υπηρεσιών, καθώς επίσης και η εφαρμογή αναλυτικής λογιστικής σε συνδυασμό με τις Διαγνωστικώς Συσχετιζόμενες Ομάδες (DRGs) [5][6].

Ωστόσο, τα χρέη των νοσοκομείων που παραμένουν ανεξόφλητα προς τις φαρμακευτικές εταιρείες έφθασαν τα 5,22 δις. ευρώ στις 31.12.2008, ενώ σήμερα έχουν αυξηθεί ακόμα παραπάνω, αγγίζοντας τα 7 δις. ευρώ. Οι προαναφερθείσες αιτίες, αλλά και η αδυναμία συντονισμού του Υπουργείου Υγείας για να προχωρήσει σε ενιαίους διαγωνισμούς, όπως είχε αποφασιστεί αρχικά, κατέληξε στη διόγκωση των ανεξόφλητων λογαριασμών των νοσοκομείων. Το 45% σχεδόν των χρεών οφείλεται στις δαπάνες για τα φάρμακα, ενώ το υγειονομικό υλικό και τα αντιδραστήρια κατέχουν το 18% και 12% αντίστοιχα. Πρωταθλητές στα χρέη είναι οι υγειονομικές περιφέρειες 1η Αττικής, 6η Πελοποννήσου και 2η Πειραιώς. Τα αποτελέσματα αυτά συμβαδίζουν με τις παραπάνω διαπιστώσεις που αφορούν στην ανικανότητα της οργανωτικής διάρθρωσης των μονάδων υγείας και στην ανισότητα του ιατρικού δυναμικού μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών [7].

Σε μια έρευνα συγκριτικής αξιολόγησης που αφορούσε σε δείγμα εβδομήντα γενικών νοσοκομείων περίπου και η οποία πραγματοποιήθηκε από το Εργαστήριο Συστημάτων Χρηματοοικονομικής Διοίκησης του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, βρέθηκε μέσο έλλειμμα αποδοτικότητας 23,5%. Αυτό σημαίνει ότι τα νοσοκομεία δεν αξιοποιούν ορθολογικά τους παραγωγικούς συντελεστές (ανθρώπινο δυναμικό, μηχανήματα, κλίνες κλπ) και αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη αποδοτικότητά τους. Το έλλειμμα αποδοτικότητας της 1<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής αγγίζει το 40% και ακολουθεί η 2<sup>η</sup> Πειραιώς με 32,47%.

Απαιτείται, κυρίως, μεγαλύτερη συνειδητοποίηση του ιατρικού κόσμου για την αναγκαιότητα οικονομικής αποτίμησης στο χώρο της υγείας και εντατικοποίηση των σχετικών ερευνών σε επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Είναι επιτακτική επίσης η δημιουργία ενός συστήματος καταγραφής δεδομένων με αξιόπιστο τρόπο σε εθνικό επίπεδο και ενός συστήματος χρηματοδότησης και παροχής καθοδήγησης σε θέματα που αφορούν στη χρηματοοικονομική διαχείριση των νοσοκομειακών μονάδων, προκειμένου να αποφεύγεται η υπερβολική συσσώρευση χρεών. Για όλους αυτούς τους λόγους κρίνεται αναγκαία η χάραξη μιας εθνικής πολιτικής υγείας που θα οδηγήσει σε συνολικό επανασχεδιασμό και αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας [8].

#### • 1.4 Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα

Η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας στην Ελλάδα αντιστοιχεί στον κύριο στόχο του εθνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας, ο οποίος εξυπηρετείται μέσω τριών συστημάτων: του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης για την προστασία των εργαζομένων, του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας για τη φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και του εθνικού συστήματος υγείας για την κάλυψη όλων των ατόμων που διαμένουν στην ελληνική επικράτεια. Από διοικητική άποψη, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης

συντονίζεται και εποπτεύεται κατά κύριο λόγο από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ τα συστήματα υγείας και πρόνοιας συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης [9].

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης αποτελεί τον κύριο άξονα του ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Η λειτουργία του, όπως έχει διαμορφωθεί ιστορικά από τη δεκαετία του 1950 μέχρι σήμερα, επιδιώκει την κάλυψη των κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, χορηγώντας παροχές και υπηρεσίες που αναπληρώνουν τη μείωση ή την απώλεια εισοδήματος από απασχόληση. Πρόκειται για ένα σύστημα κύριας και επικουρικής δημόσιας ασφάλισης, το οποίο λειτουργεί με βάση αυτόνομους ασφαλιστικούς φορείς. Οι φορείς αυτοί συγκροτούν τον πρώτο πυλώνα ασφάλισης στην Ελλάδα [10].

Ο δεύτερος και ο τρίτος πυλώνας ασφάλισης δεν είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένοι σε σχέση με την εφαρμογή τους σε άλλα Κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πρόσφατα όμως η Ελληνική Κυβέρνηση προχώρησε στη θεσμική κατοχύρωση των επαγγελματικών ταμείων, τα οποία αναμένεται να συμβάλουν στη διεύρυνση του επιπέδου προστασίας του ασφαλιστικού συστήματος και στη βελτίωση των ασφαλιστικών παροχών, αποτελώντας ουσιαστικά το δεύτερο πυλώνα ασφάλισης [11].

Το Σύστημα Κοινωνικής Πρόνοιας συνθέτει το τελικό δίκτυο ασφάλειας για τα άτομα εκτός αγοράς εργασίας που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης. Λειτουργεί με βάση κατηγορικά προγράμματα προστασίας για συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού, τα οποία εγκαινιάστηκαν στις αρχές της δεκαετίας του 1960 και επεκτάθηκαν ουσιαστικά καθ' όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980. Το σύστημα χορηγεί χρηματικά επιδόματα, παροχές σε είδος και κοινωνικές υπηρεσίες φροντίδας μέσω αποκεντρωμένων νομικών προσώπων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Κοινωνικές υπηρεσίες -σε μικρότερη έκταση- παρέχονται επίσης από τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης και από ένα πλέγμα εθελοντικών οργανισμών και μη κυβερνητικών οργανώσεων, οι οποίες δραστηριοποιούνται έντονα ιδίως στο πεδίο προστασίας των παιδιών, των προσφύγων και των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Η θεσμοθέτηση ενός σύγχρονου Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας εξασφαλίστηκε το 1998 με την ψήφιση του Ν.2646/98 και προωθήθηκε το 2001 με την επεξεργασία του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Κοινωνική Ενσωμάτωση 2001-2003. Ο Ν. 2646/98 θέτει τις βάσεις για τη δημιουργία ενός σύγχρονου μοντέλου προνοιακής παρέμβασης που αποβλέπει τόσο στην εξυπηρέτηση νέων αναγκών όσο και στον εξορθολογισμό της διοικητικής και οργανωτικής λειτουργίας των παραδοσιακών προνοιακών φορέων. Το μοντέλο αυτό στηρίζεται σε ένα ενιαίο και αποκεντρωμένο πλαίσιο που ενεργοποιείται μέσω της δράσης των φορέων του δημόσιου τομέα που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, των ιδιωτικών φορέων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που αναγνωρίζονται ως ειδικώς πιστοποιημένοι φορείς του Συστήματος και εγγράφονται στο αντίστοιχο Μητρώο της οικείας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και των οργανώσεων εθελοντικού χαρακτήρα (πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις που αποτελούν είτε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είτε σωματεία είτε συλλόγους που δραστηριοποιούνται στην εθελοντική παροχή υπηρεσιών προς άτομα ή ομάδες πληθυσμού) [12].

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα πρωτοεμφανίζεται ως θεσμός με το διάταγμα της 15ης Δεκεμβρίου 1836, με το οποίο συστήθηκε το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ), που όμως άρχισε να λειτουργεί από το 1861. Η νομοθετική κατοχύρωση του θεσμού εξασφαλίστηκε το 1922 με την ψήφιση του Ν. 2868/1922 «Περί υποχρεωτικής ασφάλισης των εργατών και ιδιωτικών υπαλλήλων». Ο νόμος αυτός αποτέλεσε τη βάση για την ίδρυση κατά τη διάρκεια του μεσοπολέμου κλαδικών ασφαλιστικών ταμείων.

Το 1934 ψηφίστηκε ο βασικός νόμος 6298/1934 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων». Την ίδια περίοδο προωθήθηκαν επίσης νομοθετικά μέτρα για την ίδρυση φορέων κύριας ασφάλισης, όπως του Ταμείου Ασφάλισης Εμπόρων (ΤΑΕ) και του Ταμείου Επαγγελματιών και Βιοτεχνών (ΤΕΒΕ), που άρχισαν να λειτουργούν το 1940. Το 1935 καθιερώθηκε η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), που αποτέλεσε το γενικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης των μισθωτών. Η λειτουργία του ΙΚΑ άρχισε την 1.1.1937, αλλά η χορήγηση παροχών ρυθμίστηκε το 1951 με τον Αναγκαστικό

Νόμο 1846/51, ο οποίος με τις διαδοχικές του τροποποιήσεις συνθέτει και το ισχύον θεσμικό πλαίσιο του φορέα [12].

Η επέκταση της ασφαλιστικής προστασίας του πληθυσμού εξασφαλίστηκε το 1961 με την ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), ο οποίος κάλυψε σχεδόν το σύνολο του αγροτικού πληθυσμού.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990 προωθήθηκαν σημαντικές παρεμβάσεις για τη μεταρρύθμιση και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, οι οποίες ουσιαστικά ολοκληρώθηκαν το 2002 με την έκδοση του Ν. 3029/2002 για τη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Οι παρεμβάσεις αυτές επικεντρώθηκαν σε ζητήματα οργάνωσης, χρηματοδότησης και χορήγησης των ασφαλιστικών παροχών με έμφαση στις συνταξιοδοτικές παροχές.

Η μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί έναν από τους κύριους στόχους εκσυγχρονισμού του ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Συνδυάστηκε μάλιστα με εκτεταμένες παρεμβάσεις και στα άλλα συστήματα κοινωνικής κάλυψης στη χώρα μας, οι οποίες επιδιώκουν την αποκέντρωση του εθνικού συστήματος υγείας και την κατοχύρωση ενός σύγχρονου εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας

## 2. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### • 2.1 Γενικά στοιχεία

Η παρουσίαση του οργανωτικού και διοικητικού πλαισίου της ΠΦΥ στην Ελλάδα καταδεικνύει, στην ουσία, τα προβλήματα του τομέα [13][14][15]. Σήμερα η Ελλάδα διαθέτει μια πλειάδα οργανωτικών σχηματισμών και φορέων για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ. Κάθε ένας συνιστά ένα ξεχωριστό υποσύστημα υγείας, με δικό του οργανωτικό-διοικητικό πρότυπο, με διαφορετικές συνθήκες εργασίας, ξεχωριστό εποπτεύοντα φορέα (υπουργείο), διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης και ανισότητες σε επίπεδο εισφορών και παροχών. Συγκεκριμένα, η ΠΦΥ παρέχεται από: (α) το Εθνικό Σύστημα Υγείας, μέσω των 201 Κέντρων Υγείας, των 1478 Περιφερειακών τους Ιατρείων και των πρωινών και απογευματινών Εξωτερικών Ιατρείων των 132 νοσοκομείων του. Στις υπηρεσίες αυτές έχουν πρόσβαση όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες καθώς και οι ανασφάλιστοι σε περιπτώσεις εκτάκτων περιστατικών, (β) τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΠΑΔ, ΟΑΕΕ). Υπηρεσίες παρέχονται από τα 350 πολυιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων, συμβεβλημένους με τα ασφαλιστικά ταμεία ιδιώτες ιατρούς καθώς και συμβεβλημένα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια του ιδιωτικού τομέα. Πρόσβαση έχουν οι ασφαλισμένοι των ταμείων. Το ΙΚΑ διαθέτει ένα ευρύ φάσμα δομών και υπηρεσιών ΠΦΥ, συχνά καινοτόμων, όπως Οικογενειακού Προγραμματισμού, Προστασίας Μάνας και Παιδιού, κέντρα παιδοψυχικής υγιεινής και προληπτικής ιατρικής, (γ) την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Στη χώρα μας λειτουργούν 663 ΚΑΠΗ, 791 προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» και Δημοτικά Ιατρεία τα οποία παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα και περίθαλψη και άλλοτε μόνο προνοιακές υπηρεσίες, (δ) τον ιδιωτικό τομέα (ιδιώτες ιατροί, διαγνωστικά κέντρα και ιατρεία), ο οποίος ανταγωνίζεται έντονα το δημόσιο σύστημα προσφέροντας υψηλή τεχνολογία και ξενοδοχειακού τύπου συνθήκες, (ε) τις μη κυβερνητικές-μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, οι οποίες εξυπηρετούν το γενικό πληθυσμό (Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός) ή μετανάστες και πρόσφυγες στα πολυιατρεία τους (Γιατροί Χωρίς Σύνορα, Γιατροί του Κόσμου).

Πρόκειται, λοιπόν, για ένα πολυκερματισμένο και άναρχα αναπτυσσόμενο τομέα παροχής υπηρεσιών. Άμεση συνέπεια της πολυδιάσπασης και κατάτμησής του είναι η παντελής απουσία κεντρικού επιτελικού σχεδιασμού και η έλλειψη συντονισμού στην ανάπτυξη, την παραγωγή και παροχή των υπηρεσιών. Ανάλογες δυσκολίες υπάρχουν και στο σχεδιασμό και την εφαρμογή ενιαίας πολιτικής στην ΠΦΥ.

Εξετάζοντας τις συνολικές δαπάνες και την κατά κεφαλήν δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων για την πρωτοβάθμια περίθαλψη διαπιστώνουμε σημαντικές ανισότητες μεταξύ των ταμείων [16] (που έχουν οδηγήσει σε γενικούς χαρακτηρισμούς τους ως «ευγενή» από πληθώρα κόσμου. Μελέτη αναφέρει ότι ασφαλιστικά ταμεία με μεγάλο αριθμό συνταξιούχων (πχ ΟΠΑΔ) παρουσιάζουν υψηλό ποσοστό δαπανών σε σύγκριση με ταμεία που δεν έχουν συνταξιούχους [16] (πχ ΟΑΕΕ). Επίσης, ταμεία με μεγάλο αριθμό συμβεβλημένων ιατρών σε σχέση με τις ανάγκες και η ελευθερία επιλογής των ασφαλισμένων τους (όπως ΟΠΑΔ, Οίκος Ναύτου) παρουσιάζουν αυξημένες κατά κεφαλή δαπάνες στην πρωτοβάθμια και φαρμακευτική περίθαλψη σε σύγκριση με τις δαπάνες του ΙΚΑ που διαθέτει δικά του πολυϊατρεία και μισθωτούς ιατρούς.

Η ένδεια ειδικευμένων στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στελεχών (ιατρών και νοσηλευτών) είχε ως αποτέλεσμα τη στελέχωση των ΚΥ με επαγγελματίες ιατρο-κεντρικής αντίληψης, κατάρτισης και εμπειρίας. Αποτέλεσμα αυτής της ένδειας είναι το ό,τι το περιεχόμενο της ΠΦΥ, στις πλείστες των περιπτώσεων, συρρικνώνεται στην απλή συνταγογραφία.

Η γεωγραφική ανισοκατανομή ιατρο-νοσηλευτικού προσωπικού, η οποία αποδεικνύεται με την ελλιπή στελέχωση των δομών στην περιφέρεια σε σύγκριση με τις αστικές περιοχές, παρακωλύει το βασικό στόχο της προσφοράς φροντίδας στο χώρο διαμονής και εργασίας των πολιτών [16,17,18,19]. Η κάλυψη των θέσεων των ΚΥ σε ιατρικό προσωπικό για το 2000 δεν ξεπερνούσε το 47% κατά μέσο όρο, στο σύνολο της χώρας. Η κάλυψη στην Αττική ήταν 74%, ενώ η κάλυψη των θέσεων στα νησιά δεν ξεπερνούσε το 31%. Ανάλογα ήταν τα ποσοστά και στις άλλες κατηγορίες προσωπικού. Ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του ελληνικού συστήματος υγείας διαφαίνεται και από το γεγονός ότι αυτός απορροφά το 49,2%

του ιατρικού προσωπικού και το 90% του νοσηλευτικού για το έτος 2000. Αναφέρεται ότι το 2003 οι γενικοί ιατροί στη χώρα μας ήταν 1100–1200, ενώ οι ανάγκες ξεπερνούσαν τις 7000. Η αναλογία νοσηλευτών σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα είναι 4/1000 κατοίκους στα αστικά κέντρα και 2,15–3/1000 κατοίκους στην περιφέρεια, ενώ οι αντίστοιχη μέση αναλογία στα κράτη-μέλη της ΕΕ είναι 8,2/1000 κατοίκους.

Στα προαναφερόμενα θα πρέπει να προστεθεί και η έλλειψη ΚΥ αστικού τύπου, η οποία έχει ως αποτέλεσμα να υπερφορτώνονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για την παροχή ΠΦΥ και να αποπροσανατολίζονται από τον κύριο στόχο τους, δηλαδή την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ συγχρόνως επιτείνει την άνιση κατανομή και πρόσβαση στην ΠΦΥ και διασπά τη συνέχεια στη φροντίδα.

Επιπλέον, οι ιδιαίτερα χαμηλοί μισθοί του προσωπικού και η έλλειψη κινήτρων για τη στελέχωση των δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και φροντίδας απομακρυσμένων περιοχών και μη, συχνά ενθαρρύνουν τη μείωση της παραγωγικότητας και τον αυθαίρετο περιορισμό του ωραρίου [20][21][22]. Η έντονη δυσαρέσκεια των χρηστών επικεντρώνεται αφενός στη χαμηλή ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες λόγω δυσκολιών πρόσβασης, χαμηλής ποιότητας, μεγάλο χρόνο αναμονής και αφετέρου στην καταβολή πρόσθετων δαπανών από ίδιες πηγές τη στιγμή της συναλλαγής, καθώς το σύνολο των ίδιων δαπανών και παραπληρωμών αγγίζει το 40% των συνολικών δαπανών για την υγεία.[18] Έρευνα αναφέρει [1] ότι τέσσερις (4) στους δέκα (10) ασφαλισμένους του ΙΚΑ δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, ενώ οκτώ (8) στους δέκα (10) θα προτιμούσαν ένα άλλο ταμείο ασφάλισης όπως του ΟΠΑΔ, των τραπεζικών υπαλλήλων, της ΔΕΗ ή του ΟΤΕ.

Γενικά, το όλο σύστημα χαρακτηρίζεται από χαμηλή αξιοπιστία, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναζητούν τη «δεύτερη γνώμη» σε άλλο ιατρό του συστήματος ή σε ιδιώτη, γεγονός που δημιουργεί επιπρόσθετες δαπάνες και υπερφόρτωση του συστήματος ή/και ακυρώνει το χαρακτήρα της δωρεάν περίθαλψης. Μελέτες [2][11][12] αναφέρουν ότι ποσοστό 40% των ασφαλισμένων του ΙΚΑ προσέφυγαν σε ιδιώτη ιατρό λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης και 20% για την αναζήτηση δεύτερης γνώμης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η χώρα μας να διαθέτει ένα δείκτη εννέα (9) επισκέψεων κατά έτος, που είναι από τους υψηλότερους διεθνώς.



Η παροχή ΠΦΥ σημαίνει την παροχή υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Με την παρούσα μορφή του συστήματος οι φορείς έχουν περιορισθεί στη συνταγογραφία και τον ιατρικό έλεγχο, ενώ η αγωγή υγείας και η πρόληψη παρέχονται αποσπασματικά ή απουσιάζουν τελείως.

Ο κατακερματισμός στην παροχή και την ευθύνη διακρίνει και την οδοντιατρική φροντίδα, βασικό συστατικό της ΠΦΥ. Ανισότητες παρατηρούνται στο είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην κατανομή των οδοντιάτρων μεταξύ των φορέων παροχής ΠΦΥ και τη γεωγραφική τους κάλυψη, τη συμμετοχή και την ελευθερία επιλογής του δικαιούχου.

Η μεγάλη εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα στην παροχή εξωνοσοκομειακής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ιδιωτικά ιατρεία, ιατρικός πλουραλισμός, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών) και επένδυση σε ιατρική τεχνολογία σε συνδυασμό με την αδυναμία παρακολούθησης των τεχνολογικών εξελίξεων από το δημόσιο τομέα, εκθέτουν την ΠΦΥ σε φαινόμενα πλασματικής ζήτησης και υπερκατανάλωσης υπηρεσιών, επιβαρύνουν οικονομικά τον οικογενειακό και δημόσιο προϋπολογισμό και καταστρατηγούν το χαρακτήρα της δωρεάν υγείας. Ανάλογα είναι και τα προβλήματα της επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας στη διάθεση εξειδικευμένου προσωπικού, υλικοτεχνικής υποδομής, δικτύων επικοινωνίας και πληροφοριακών συστημάτων, τις μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες και την ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα.

Όλες οι παραπάνω αναφορές αποτελούν μόνο μερικά από τα βασικά χαρακτηριστικά και συγχρόνως προβληματικά στοιχεία στην παροχή της ΠΦΥ στην Ελλάδα. Η αναφορά τους κρίνεται επιβεβλημένη προκειμένου να προσεγγισθούν θέματα αξιολόγησης αλλά και η πρόταση ενός νέου μοντέλου [23][24].

## • 2.2 Ενδεικτικές υπηρεσίες

Ενδεικτικά στις πρωτοβάθμιες μονάδες υγείας στην Ελλάδα παρέχονται οι κάτωθι υπηρεσίες [23][24][25][26].

### Ιατρικές Υπηρεσίες

#### A) Πρόληψη

- Υγειονομική ενημέρωση του πληθυσμού και συμβουλές σε θέματα υγιεινής και πρωτοβάθμιας φροντίδας
- Υγεία στον χώρο εργασίας
- Έγκαιρη διάγνωση
- Σχολική υγιεινή (εμβολιασμοί, οδοντιατρικός έλεγχος, έλεγχος όρασης, ακοής, ενημέρωση για καρδιαγγειακά νοσήματα, έλεγχος σωματομετρικών δεικτών των μαθητών, έλεγχος βιβλιαρίων υγείας κ.ά.).

#### B) Διάγνωση και Πρωτοβάθμια Περίθαλψη

- Συνέντευξη - κλινική εξέταση - διάγνωση και θεραπεία απλών περιπτώσεων, τόσο από οικογενειακούς - προσωπικούς ιατρούς όσο και από ιατρούς ειδικοτήτων
- Εργαστηριακές εξετάσεις (μικροβιολογικό, ακτινολογικό, υπερήχων, οδοντοπροσθετικό).

#### Γ) Α΄ Βοήθειες

- Μικροεπεμβάσεις
- Προετοιμασία του ασθενή για διακομιδή σε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα.

#### Δ) Φυσική Ιατρική - Αποκατάσταση

- Ανάπτυξη μεθόδων θεραπείας από το παρελθόν προσαρμοσμένες στη σύγχρονη τεχνολογία (πχ υδροθεραπεία)
- Ασκήσεις φυσιοθεραπείας

#### E) Οικογενειακή Ιατρική με εφαρμογές Πληροφορικής

- Εκπαίδευση απομονωμένων ιατρών μέσω του διαδικτύου
- Δημιουργία αρχείου ιατρικών ιστορικών
- Εφαρμογή λογισμικού σχετικού με την ορθή επιλογή φαρμακευτικών σκευασμάτων από τον ιατρό
- Κωδικοποίηση και στατιστική ανάλυση των δεικτών υγείας
- Χρήση εφαρμογών όπως η τηλεματική, η τηλεδιάσκεψη και η τηλεϊατρική.

#### ΣΤ) Εκπαίδευση Ιατρών και λοιπού Προσωπικού

- Ανάπτυξη ενός θέματος από ένα ιατρό ή από ειδικούς ομιλητές και πραγματοποίηση συζήτησης στη συνέχεια
- Επιστημονικές προβολές από φαρμακευτικές εταιρείες.

#### Νοσηλευτικές Υπηρεσίες

- Βραχεία νοσηλεία για ολιγόωρη παραμονή του ασθενούς σε έκτακτες περιπτώσεις ή για παρακολούθηση ασθενών που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης
- Θάλαμος μόνωσης για ειδικά περιστατικά.

#### Κοινωνικές και Συμβουλευτικές Υπηρεσίες

- Πληροφόρηση και συμβουλές σε θέματα όπως η αγωγή υγείας, η αντισύλληψη, ο αλκοολισμός, τα ναρκωτικά, η αιμοδοσία, το κάπνισμα κ.ά.
- Οικογενειακός προγραμματισμός
- Κοινωνική φροντίδα των νέων.

#### Ιατροκοινωνικές Υπηρεσίες

- Παροχή φαρμάκων
- Νοσηλεία στο σπίτι (προσπάθειες για το μέλλον καταβάλλονται επ' αυτού)
- Προστασία μητρότητας
- Παράδοση μαθημάτων ανώδυνου τοκετού

- Διδασκαλία αυτοεξέτασης μαστού
- Τηλεφωνική συμβουλευτική υπηρεσία.

#### Διοικητικές Υπηρεσίες

- Υπηρεσία προγραμματισμένων επισκέψεων των δικαιούχων
- Γραφείο Πληροφοριών και Προσανατολισμού των προσερχόμενων επισκεπτών - ασθενών.
- Έκδοση ιατρικών βεβαιώσεων κατόπιν αιτήσεως των ασθενών.
- Διακίνηση αλληλογραφίας – διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες.
- Διαχείριση υλικού.

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι ούτε το σύνολο αυτών των υπηρεσιών παρέχεται στους πολίτες ούτε όλες οι δομές ΠΦΥ έχουν αυτές τις υπηρεσίες (πχ υδροθεραπεία). Επιπλέον θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι αυτό δεν αποτελεί ένα ιδεατό πλέγμα υπηρεσιών ΠΦΥ (αφού πχ η κατ' οίκον νοσηλεία δεν χρεώνεται στις νοσηλευτικές υπηρεσίες).

### • 2.3 Δείκτες και κριτήρια για την αξιολόγηση της ΠΦΥ

Η έννοια της αξιολόγησης περιλαμβάνει τη δυνατότητα εκτίμησης της λειτουργίας μιας υπηρεσίας, την επισήμανση των προβλημάτων ή ελλείψεων και την τροποποίηση και βελτίωση των υπηρεσιών προς την κατεύθυνση της μεγαλύτερης δυνατής επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων και προδιαγραφών. Οι δείκτες είναι τα βασικά εργαλεία για την πραγματοποίηση της αξιολόγησης τόσο διαχρονικά όσο και μεταξύ επιχειρήσεων και οργανισμών με παρόμοια συνάρτηση παραγωγής. Το αντικείμενο αξιολόγησης είναι αυτό που καθορίζει και το είδος του δείκτη που θα χρησιμοποιηθεί [4][17]

Οι δείκτες για την αξιολόγηση της ΠΦΥ πρέπει να σχετίζονται με πεδία όπως η υγεία του πληθυσμού, η ισοτιμία στην πρόσβαση στις υπηρεσίες, η ποιότητα και επάρκεια της παρεχόμενης φροντίδας, η ικανοποίηση των χρηστών και η σχέση κόστους/αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών. Ενδεικτικά προτεινόμενοι δείκτες είναι:

- Ο δείκτης οργανωτικής και διοικητικής διάρθρωσης των δομών της ΠΦΥ
- Ο δείκτης υποδομής (αριθμός πρωτοβάθμιων κέντρων υγείας, διαγνωστικών κέντρων, εργαστηρίων στα ΚΥ, κ.ά.)
- Ο δείκτης επάρκειας των ανθρώπινων πόρων ενός υγειονομικού συστήματος (αριθμός των γενικών ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικού προσωπικού σε σχέση με τις προβλεπόμενες θέσεις, αριθμός επισκέψεων κα)
- Ο δείκτης της επάρκειας κάλυψης των δομών της ΠΦΥ (αριθμός γενικών ιατρών, νοσηλευτών και διοικητικού προσωπικού σε σχέση με τους κατοίκους μιας χώρας
- Ο δείκτης κόστους/αποτελεσματικότητας των δαπανών υγείας (η αποτελεσματικότητα αναφέρεται στη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και εξετάζεται μέσω της εφαρμογής εσωτερικών δεικτών, όπως η μείωση της θνησιμότητας, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, η βελτίωση της ποιότητας ζωής, η αύξηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας κα)
- Οι δείκτες αποδοτικότητας των πόρων (δαπάνες για φαρμακευτική περίθαλψη, για πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, για διαγνωστικές εξετάσεις)
- Δείκτης κοινωνικής δικαιοσύνης (εξετάζεται μέσω της εφαρμογής εσωτερικών δεικτών, όπως η ισότητα των χρηστών στη δαπάνη, την πρόσβαση, τη χρήση και το αποτέλεσμα, η καταπολέμηση των διακρίσεων σε βάρος ευπαθών ομάδων του πληθυσμού και η εξυπηρέτηση προσώπων σε κατάσταση ανάγκης)
- Ο δείκτης δαπανών του μοντέλου σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες ενός συστήματος υγείας (δαπάνες σε τρέχουσες τιμές, σε σταθερές τιμές, ως ποσοστό του ΑΕΠ), που επιτρέπει συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών χωρών αλλά και μεταξύ διαφορετικών περιόδων λειτουργίας του συστήματος.

Οι βασικοί δείκτες αξιολόγησης της ΠΦΥ θα πρέπει να περιλαμβάνουν και τις λίστες αναμονής, το μέσο χρόνο αναμονής για την παροχή φροντίδας, το μέσο χρόνο διάρκειας επίσκεψης, τη συχνότητα παραπομπής σε ειδικό ιατρό ή νοσηλευτική μονάδα καθώς και έλεγχο της συνταγογραφίας.

Βάσει των ανωτέρω δεικτών, οι βασικότερες αδυναμίες του συστήματος ΠΦΥ στην Ελλάδα εντοπίζονται στα ακόλουθα σημεία [2][3][4]:

- 1) Οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται από ένα ευρύ πλέγμα φορέων που κατηγοριοποιούνται σε διαφορετικά υγειονομικά υποσυστήματα.
- 2) Οι σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων, τόσο στο επίπεδο της χρηματοδότησης όσο και σε αυτό των παροχών, υπονομεύουν τον ενιαίο χαρακτήρα και την επάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
- 3) Ο θεσμικός ρόλος του οικογενειακού ιατρού και του ιατρού στην ΠΦΥ γενικά παραμένει ασαφής, παρά το ότι σχετικές νομοθετικές πρωτοβουλίες έχουν προβλέψει τη λειτουργία τους.
- 4) Τα υφιστάμενα συστήματα διαχείρισης της ιατρικής πληροφορίας απαιτούν ολοκλήρωση και δράσεις συντονισμού.
- 5) Παρατηρείται σημαντική χρονική υστέρηση στην παροχή κάποιων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις ανάγκες.
- 6) Η χρονική διαθεσιμότητα κάποιων υπηρεσιών δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του σύγχρονου τρόπου ζωής.
- 7) Το σύστημα ελέγχου της συνταγογραφίας και των παραπομπών κρίνεται αναποτελεσματικό –σε κάποιες μάλιστα περιπτώσεις δεν υφίσταται καν– ενώ, επιπλέον, απουσιάζουν οι φορείς και οι απαραίτητοι μηχανισμοί για τον έλεγχο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
- 8) Η επιβάρυνση των ατομικών εισοδημάτων σε σχέση με τις ανάγκες που καλύπτονται μέσω της ΠΦΥ, αλλά και τις οικονομικές δυνατότητες των νοικοκυριών είναι δυσανάλογη.

### 3. ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΕΥΠΑΘΩΝ ΟΜΑΔΩΝ ΣΕ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### • 3.1 Ευπαθείς ομάδες

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας. Όλοι οι άνθρωποι θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που αντιστοιχούν στις ανάγκες τους. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να εξασφαλίζουν πρόσβαση σε όλους χωρίς διακρίσεις ως προς την οικονομική κατάσταση, τον τόπο κατοικίας, το είδος της ασθένειας ή το χρόνο πρόσβασης στις υπηρεσίες.

Επειδή οι σύγχρονες ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων, οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι επίσης άνισα κατανεμημένοι σε κάθε πληθυσμό [32]. Η άνιση πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη καθώς και η έλλειψη εκπαίδευσης, επαγγελματικής κατάρτισης και απασχόλησης και ο τύπος διαμονής αποτελούν βασικές πτυχές του κοινωνικού αποκλεισμού που βιώνουν οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες [33].

Αν και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας εθεωρείτο στο παρελθόν, ως κοινωνικό αγαθό, σήμερα βασίζεται σε ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και στην ύπαρξη ασφάλισης. Είναι λοιπόν φυσικό να παρατηρούνται προβλήματα στην πρόσβαση, σε κοινωνικές ομάδες με περιορισμένους πόρους [3][19][25]. Σε πολλές όμως περιπτώσεις οι διακρίσεις πολιτών και αλλοδαπών παραμένουν ισχυρές ενώ ειδικά οι παράνομοι αλλοδαποί αποκλείονται από κάθε είδους υπηρεσίες και παροχές [34].

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας επισημαίνει ότι ενώ η υγεία των Ευρωπαίων πολιτών, σε συνολικό επίπεδο, σημειώνει πρόοδο, οι ανισότητες μεταξύ των Ευρωπαϊκών κρατών καθώς και μεταξύ κοινωνικοοικονομικών ομάδων και περιφερειών εντός των χωρών έχουν διευρυνθεί [35].

Μια πρόσφατη μελέτη του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Πρόσβασης στην Υγεία των Γιατρών του Κόσμου (Χωρίς χαρτιά, χωρίς υγεία) δείχνει επίσης ότι στην Ελλάδα υπάρχουν αρκετά εμπόδια πρόσβασης στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη σε ποσοστά σημαντικά υψηλότερα συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης [36] παρά το γεγονός ότι σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο οι Έλληνες υποστηρίζουν την ισότητα στα κοινωνικά δικαιώματα και την οικογενειακή επανένωση για τους μετανάστες σε μεγάλο ποσοστό σε σύγκριση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, ενώ βρίσκονται στην υψηλότερη θέση (55%) όσον αφορά την υποστήριξη ύπαρξης νομοθεσίας κατά των διακρίσεων [31].

Η ύπαρξη κοινωνικών και γεωγραφικών ανισοτήτων στην υγεία και ιδιαίτερα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας, ακόμα και στα πιο ανεπτυγμένα κράτη, πλήθος δε βιβλιογραφικών αναφορών τεκμηριώνει την συσχέτιση της κοινωνικής ευημερίας μιας χώρας με τους δείκτες υγείας.

Ανισότητες στην πρόσβαση παρατηρούνται όταν πόροι και εγκαταστάσεις είναι άνισα καταμερισμένα σε μια χώρα.

Ορίζοντας την «ισότητα στην φροντίδα υγείας», ως

- Ίση πρόσβαση στην διαθέσιμη φροντίδα για ίδιες ανάγκες
- Ίση χρησιμοποίηση για ίσες ανάγκες
- Ίση ποιότητα στη φροντίδα για όλους,

γίνεται σαφές ότι κύρια μέριμνα πρέπει να αποτελεί η δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών υγείας στις γεωγραφικές περιφέρειες μιας χώρας και ο ίσος καταμερισμός των πόρων ώστε να λαμβάνονται υπ' όψιν οι ανάγκες μάλλον παρά η κοινωνική επιρροή.

Οι ευπαθείς κοινωνικές ομάδες αποτελούν κατηγορίες του γενικού πληθυσμού μιας χώρας, οι οποίες λόγω δυσκολιών που συναντούν σε διάφορους τομείς της ζωής τους, κινδυνεύουν να υποστούν τις συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού. Στη χώρα μας υπάρχουν ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, οι οποίες αντιμετωπίζουν εμπόδια και διακρίσεις όσον αφορά στην



πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα να στερούνται το θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα της υγείας [24][26]. Το παρόν κεφάλαιο περιέχει τα σχετικά δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ευπαθών ομάδων στις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας.

### • 3.2 Αντιπροσωπευτικές κατηγορίες ευπαθών ομάδων

#### 3.2.1 Πρόσφυγες

Στους αιτούντες πολιτικό άσυλο και τους πρόσφυγες παρέχεται δωρεάν η απαραίτητη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, με την προϋπόθεση ότι αυτοί είναι ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύναμοι [23][24][25][26].

Η περίθαλψη περιλαμβάνει:

- Εξέταση και διενέργεια παρακλινικών εξετάσεων στα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας και τα κρατικά περιφερειακά ιατρεία
- Παροχή φαρμάκων με συνταγή ιατρού υπηρετούντος στα ιδρύματα του προηγούμενου εδαφίου, θεωρημένη από τον προϊστάμενό του
- Νοσηλεία σε κλίνη της Γ' θέσεως των κρατικών νοσοκομείων.

Επιπλέον, σχετικά με τους πρόσφυγες, οι αρμόδιες αρχές υποδοχής και φιλοξενίας μεριμνούν ώστε να εξασφαλιστούν οι υλικές συνθήκες υποδοχής στους αιτούντες άσυλο. Οι συνθήκες αυτές παρέχουν στους αιτούντες επίπεδο διαβίωσης που διασφαλίζει την υγεία, την κάλυψη βιοτικών αναγκών και την προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων τους. Το προαναφερόμενο επίπεδο διαβίωσης εξασφαλίζεται και στην ειδική περίπτωση των ατόμων με ειδικές ανάγκες, καθώς και στην περίπτωση των ατόμων που τελούν υπό κράτηση.

Σε περιπτώσεις ατόμων με αναπηρία 67% και άνω, που βεβαιώνεται με γνωμάτευση της οικείας Υγειονομικής Επιτροπής, το Υπουργείο Υγείας, Διατροφής και Άθλησης χορηγεί επίδομα αναπηρίας για όσο χρονικό διάστημα διαρκεί η εξέταση της αίτησης, εφόσον δεν είναι εφικτή η διαμονή των αιτούντων σε Κέντρα Φιλοξενίας. Το επίδομα αυτό καταβάλλεται από την αρμόδια Υπηρεσία της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης του τόπου διαμονής του αιτούντος.

Η παροχή του συνόλου ή μέρους των υλικών συνθηκών υποδοχής και της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης τελεί υπό την προϋπόθεση ότι οι αιτούντες δεν διαθέτουν επαρκείς πόρους, που να τους εξασφαλίζουν κατάλληλο βιοτικό επίπεδο από απόψεως υγείας και να καθιστούν δυνατή τη συντήρησή τους. Την προϋπόθεση αυτή ελέγχουν οι αρμόδιες αρχές υποδοχής και φιλοξενίας.

Εάν διαπιστωθεί ότι ο αιτών διαθέτει τους επαρκείς κατά τα ανωτέρω πόρους, οι παραπάνω αρχές μπορούν να διακόψουν τις χορηγούμενες παροχές στο μέτρο που οι βιοτικές ανάγκες των αιτούντων καλύπτονται από ίδιους πόρους.

Τέλος, οι αιτούντες καλύπτουν ανάλογα με τους πόρους που διαθέτουν, ολικά ή μερικά το κόστος των υλικών συνθηκών υποδοχής και της ιατροφαρμακευτικής τους περίθαλψης.

### **3.2.2 Μετανάστες**

Έχει παρατηρηθεί ότι σήμερα η Ελλάδα έχει μετατραπεί από χώρα αποστολής σε χώρα υποδοχής μεταναστών. Οι οικονομικοί μετανάστες που τα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι ανέρχονται στο 7% του πληθυσμού αντιμετωπίζουν τεράστια προβλήματα διαβίωσης, εργασίας, πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και επικοινωνίας [27][28][29].

Η πρόσβαση των μεταναστών στο ΕΣΥ αποτελεί βασική παράμετρο της ένταξής τους στην ελληνική κοινωνία, της διασφάλισης της δημόσιας υγείας και του σεβασμού του ανθρώπινου δικαιώματος στην αξιοπρέπεια και τη ζωή. Η τυπική πρόσβαση των μεταναστών στις

υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι κατά βάση συνάρτηση του νόμιμου καθεστώτος και της επίσημης απασχόλησης κάθε μετανάστη (Ν.2910/2001) [26]. Για τους αλλοδαπούς που προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης υπάρχουν ρυθμίσεις που εξασφαλίζουν την κάλυψή τους σε συνεργασία με τα ασφαλιστικά ταμεία των χωρών τους.

Πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας προσφέρονται σε όλους κατά κανόνα δωρεάν στα αγροτικά ιατρεία, τα δημοτικά πολυιατρεία, τα πολυιατρεία που λειτουργούν μη κυβερνητικές οργανώσεις, τα περιφερειακά κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία και τα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων.

Όσον αφορά στη δευτεροβάθμια περίθαλψη και τη φαρμακευτική κάλυψη το κόστος καλύπτεται είτε εξολοκλήρου είτε μερικώς από τα ασφαλιστικά ταμεία για όσους είναι ασφαλισμένοι ή από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Πρόνοιας που ανήκει στις Νομαρχίες μέσω του βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας για τους Έλληνες ανασφάλιστους ή ομογενείς με χαμηλό εισόδημα.

Διαφορετικά όμως είναι τα πράγματα για τους «παράνομους» μετανάστες. Τα δικαιώματα των μεταναστών «χωρίς τα απαραίτητα έγγραφα» είναι πράγματι πολύ περιορισμένα στην Ελλάδα, όσον αφορά στην πρόσβασή τους στο σύστημα υγείας. Σύμφωνα με την εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας Υ4α/οικ 93443/11 (παραρτήματα) για την «Υγειονομική Περίθαλψη Αλλοδαπών»: *«για τους αλλοδαπούς μη νόμιμα ευρισκόμενους στην Ελλάδα θα παρέχονται οι απαραίτητες υπηρεσίες αποκλειστικά σε περιπτώσεις επείγοντος περιστατικού και μέχρι τη σταθεροποίηση της υγείας τους»*. Η ερμηνεία της διάταξης όμως καθίσταται προβληματική από τη στιγμή που η επείγουσα ιατρική περίθαλψη την οποία και μόνο επιτρέπει, δε μπορεί να οριστεί εύκολα. Δε μπορούμε να γνωρίζουμε με σιγουριά ποια περιστατικά θα κάλυπτε η διάταξη. Σημαντικό έλλειμμα προκύπτει, για παράδειγμα, όσον αφορά στον προγεννητικό έλεγχο ο οποίος δεν καλύπτεται από το γράμμα του Νόμου, εκτός αν πρόκειται για ανήλικες κυοφορούσες [27]. Πρόβλημα αντιμετωπίζουν, επίσης, όσοι πάσχουν από χρόνια νοσήματα ή χρειάζεται να υποβληθούν σε επέμβαση ή πολυδάπανη θεραπεία δεδομένης και της κατά κανόνα δυσχερούς οικονομικής θέσης τους. Επίσης για τους ασυνόδευτους ανηλίκους, που

και βάσει του νόμου δικαιούνται πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ακόμα και όταν δεν διαθέτουν τα απαραίτητα έγγραφα.[27]

Η γνώση μας βέβαια γύρω από το προφίλ υγείας του πληθυσμού των μεταναστών στην Ελλάδα είναι πολύ περιορισμένη. Ελάχιστες είναι οι μελέτες που αφορούν προβλήματα υγείας σε αυτό τον πληθυσμό και ελάχιστα τα επιδημιολογικά δεδομένα. Οι ερευνητικές εργασίες που εξετάζουν τον επιπολασμό λοιμωδών νοσημάτων δείχνουν μια στατιστικά σημαντική ανοδική τάση του ποσοστού των μεταναστών στο σύνολο των ασθενών με φυματίωση.[28]

Η μελέτη της Ντάλλα και των συνεργατών της (2004) η οποία εξετάζει παράγοντες που συνδέονται με την ομαλή ψυχολογική προσαρμογή και τις ψυχικές δυσκολίες μεταναστών και παλιννοστούντων στην Ελλάδα διαπιστώνει εκδήλωση έντονου άγχους (με διαταραχές ύπνου) στον πληθυσμό των μεταναστών οι οποίοι βιώνουν μεγαλύτερη ανησυχία, ανασφάλεια και αβεβαιότητα και αφετέρου λιγότερο θετικά συναισθήματα ικανοποίησης.[29]

Επίσης, σύμφωνα με τον Μπουφίδη (1999) έχει διαπιστωθεί ότι... *«Η πολιτισμική αλλαγή που υφίστανται μετανάστες, πρόσφυγες και άλλες κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες κάτω από την επίδραση μιας διαφορετικής κουλτούρας στην επικοινωνία, στην εργασία, στον τρόπο ζωής, στη γλώσσα, η εκάστοτε βίαιη προσαρμογή τους στις συνθήκες του τόπου και της διαμονής τους, η ματαίωση των προσδοκιών τους, οι προσωπικοί τους φόβοι, η ξενοφοβία και ο ρατσισμός που υπάρχει, τους οδηγούν σε απόσυρση, ψυχοκοινωνική μειονεξία και διαταραχή της ψυχικής ισορροπίας τους»*.[30]

### **3.2.3 Άνεργοι**

Οι άνεργοι, ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύναμοι, δικαιούνται δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέσω χορήγησης βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας (απορίας) από τις Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας των Νομαρχιών εφόσον είναι:

- Έλληνες πολίτες ή ελληνικής καταγωγής (ομογενείς) οι οποίοι διαμένουν μόνιμα και νόμιμα στην Ελλάδα
- Το οικογενειακό ετήσιο εισόδημά τους δεν ξεπερνά τα 6.000,00€ ευρώ, προσαυξανόμενο κατά 20% για τη σύζυγο και κατά 20% για κάθε ανήλικο ή προστατευόμενο παιδί
- Το εισόδημα τους δεν προέρχεται από επαγγελματική δραστηριότητα τέτοια που να τους παρέχει την δυνατότητα ασφάλισης

### **3.2.4 Άστεγοι**

Οι άστεγοι, άνεργοι, ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύναμοι, οι οποίοι είναι Έλληνες πολίτες ή ομογενείς έχουν δικαίωμα έκδοσης βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας (απορίας) που τους εξασφαλίζει δωρεάν ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, εφόσον πληρούν τις παραπάνω προϋποθέσεις

- Για τους άστεγους, οι οποίοι δεν είναι Έλληνες πολίτες, ισχύουν τα δικαιώματα των μεταναστών και προσφύγων που αναφέρονται στις παραπάνω κατηγορίες
- Οι άστεγοι, εφόσον είναι ανασφάλιστοι, είτε είναι μετανάστες είτε ελληνικής καταγωγής, έχουν τη δυνατότητα δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στο πλαίσιο του επείγοντος στα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας, δημοτικά πολυϊατρεία, πολυϊατρεία Μη Κυβερνητικών φορέων, κέντρα υγείας κλπ. Επίσης στο πλαίσιο του επείγοντος, μπορούν να νοσηλευτούν όταν εισαχθούν εκτάκτως σε δημόσιο νοσοκομείο και να λάβουν δωρεάν νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη μέχρι τη σταθεροποίηση της κατάστασης της υγείας τους.

### **3.2.5 Τοξικοεξαρτημένοι**

Τα δικαιώματα πρόσβασης στην υγεία των εξαρτημένων ποικίλλουν ανάλογα με το νομικό τους καθεστώς. Δηλαδή εάν πρόκειται για Έλληνες ή ομογενείς, ανασφάλιστους (ανέργους), ασφαλισμένους, πρόσφυγες ή μετανάστες, ισχύουν τα αντίστοιχα για κάθε κατηγορία.

Για τους χρήστες ουσιών υπάρχουν ειδικά προγράμματα απεξάρτησης, θεραπευτικά προγράμματα, προγράμματα συμβουλευτικής και στήριξης οικογένειας (βλέπε ΚΕΘΕΑ, ΟΚΑΝΑ, 18 και άνω κλπ).

### 3.2.6 Άτομα τρίτης ηλικίας

Η υγεία αποτελεί το αγαθό εκείνο που συνδυάζει την απουσία νόσου ή αναπηρίας με την ταυτόχρονη σωματική και συναισθηματική ευεξία του ατόμου. Η ποιότητα ζωής ταυτίζεται με μία κατάσταση ευτυχίας, η οποία συντίθεται από την ισορροπία των παρακάτω παραμέτρων: τη λειτουργική κατάσταση του ατόμου, τα φυσικά του συμπτώματα, τον συναισθηματικό του κόσμο, την πληρότητα των γνωστικών λειτουργιών του και τέλος από την ύπαρξη και διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων του [30][31]. Οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας είναι οι πιο ευάλωτοι σε καταστάσεις που διαταράσσουν την ισορροπία αυτών των παραμέτρων. Συχνά, είναι κοινωνικά απομονωμένοι, όπως και οι φοιτητές - όταν από το περιβάλλον του σχολείου εισέρχονται στον άγνωστο κόσμο του πανεπιστημίου. Ο ρόλος που είχαν για το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους ως ενήλικες έχει αλλάξει ριζικά. Έχουν υποστεί μια άλλη μεταμόρφωση 50 χρόνια μετά την πρώτη. Η κοινωνία λέει ότι έχουν γεράσει.

Τέλος, στο σύγχρονο δυτικό κόσμο, η ταμπέλα «ηλικιωμένος» φέρνει μαζί της και αρκετές αρνητικές συνέπειες. Οι προσδοκίες που δείχνει να έχει από αυτούς η κοινωνία είναι απαράδεκτα αρνητικές. Δεν αποδίδουν πλέον εργασιακά, δεν παράγουν νέα γνώση και ουσιαστικά διαχειρίζονται τεράστια κονδύλια (πρόνοια, υγεία, ασφάλιση) για να παραμείνουν σε μια εύθραυστη κατάσταση υγείας και με σχετικά καλή ποιότητα ζωής.

Οι ηλικιωμένοι και κυρίως εκείνοι που βρίσκονται μόνοι στη ζωή αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα. Η πενιχρή σύνταξη, η αδυναμία πρόσβασης στα νοσοκομεία και η έλλειψη ή δυσλειτουργία γηροκομείων και χώρων φιλοξενίας, αποτελούν προβλήματα που η Πολιτεία έχει υποχρέωση να λύσει, εφόσον αυτοί της πρόσφεραν τα καλύτερα και πιο δημιουργικά τους χρόνια. Τελευταία έχουν βέβαια αναπτυχθεί κάποια πολύ αξιόλογα προγράμματα, όπως το «βοήθεια στο σπίτι». Δυστυχώς όμως τα προγράμματα αυτά που λειτούργησαν στο

πλαίσιο των δήμων, με χρηματοδότηση του Β' ΚΠΣ και με συμβασιούχους εργαζόμενους, δεν φαίνεται να είχαν στήριξη από τον κρατικό προϋπολογισμό, με αποτέλεσμα σήμερα να αμφισβητείται η τύχη τους [32].

### 3.2.7 Παιδιά

Η Διεθνής Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, που κυρώθηκε από την Ελλάδα με το Ν2101/1992, αποτελεί το πληρέστερο διεθνές κείμενο στον τομέα του Δικαίου Ανηλίκων και εμπεριέχει την πλέον ολοκληρωμένη νομική κατοχύρωση για τα δικαιώματα του παιδιού. Στο κείμενο της Σύμβασης γίνεται λόγος για δύο διαφορετικές κατηγορίες δικαιωμάτων: α) τα δικαιώματα που αναφέρονται στην ανάγκη των παιδιών για προστασία και φροντίδα, τα οποία υπαγορεύουν την υποχρέωση της πολιτείας για παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών, και β) τα δικαιώματα που προωθούν τη συμμετοχή και αυτονομία των παιδιών. Η Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Παιδιού αποτελεί ένα θεμελιώδες κείμενο, το οποίο θέτει τις βάσεις για τη βελτίωση των συνθηκών ζωής των παιδιών σε ολόκληρο τον κόσμο. Ειδικότερα, το Άρθρο 24 της Διεθνούς Σύμβασης του ΟΗΕ αναφέρεται στο δικαίωμα του παιδιού να απολαμβάνει το καλύτερο δυνατό επίπεδο υγείας και να επωφελείται από τις υπηρεσίες ιατρικής θεραπείας και αποκατάστασης. Το δικαίωμα αυτό καθορίζει μια σειρά από υποχρεώσεις για τα κράτη που υπογράφουν τη Σύμβαση. Τα συμβαλλόμενα κράτη θα πρέπει να:

- διασφαλίσουν το ότι κανένα παιδί δε θα στερείται το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και αποκατάστασης.
- παίρνουν τα κατάλληλα μέτρα για να μειώσουν τη βρεφική και παιδική θνησιμότητα.
- εξασφαλίζουν σε κάθε παιδί την απαραίτητη ιατρική περίθαλψη.
- αγωνίζονται κατά της ασθένειας και της κακής διατροφής.
- εξασφαλίζουν στις μητέρες την κατάλληλη περίθαλψη πριν και μετά τον τοκετό.
- ενημερώνουν τα παιδιά και τους γονείς για τα θέματα υγείας και διατροφής, για την υγιεινή του περιβάλλοντος και την πρόληψη των ατυχημάτων.
- αναπτύσσουν την προληπτική ιατρική φροντίδα και τις υπηρεσίες οικογενειακού προγραμματισμού.

- προωθήσουν και να ενθαρρύνουν τη διεθνή συνεργασία, ώστε να επιτύχουν σταδιακά την πλήρη πραγματοποίηση του δικαιώματος στην υγεία [32].

Στη χώρα μας, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εφαρμόζει μια σειρά από μέτρα πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης για τον παιδικό πληθυσμό, λαμβάνοντας ειδική μέριμνα για τα παιδιά με προβλήματα αναπηρίας, ψυχικής υγείας, ανάπτυξης. Τα Νοσοκομεία Παίδων και τα Κέντρα Υγείας σε όλη τη χώρα υποδέχονται τα παιδιά που νοσούν και τους παρέχουν αξιοπρεπείς υπηρεσίες υγείας.

Τα Κέντρα Πρόληψης που λειτουργούν σε διάφορους δήμους προωθούν δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης ενάντια στη χρήση ουσιών. Τα Θεραπευτικά Προγράμματα σε διάφορες περιοχές της χώρας προσφέρουν ολοκληρωμένη θεραπεία σε εφήβους και νέους χρήστες ουσιών.

Αρκετές Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας και ψυχο-κοινωνικής φροντίδας, παρέχουν υψηλό επίπεδο υπηρεσιών στα παιδιά και τους γονείς τους, συμπληρώνοντας τις δράσεις της πολιτείας.

Οι πρωτοβουλίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με στόχο την προώθηση του δικαιώματος του παιδιού για υγεία και ευημερία συνεχώς αυξάνουν και καλύπτουν σύγχρονους τομείς παρέμβασης. Οι διεθνείς συνεργασίες που προωθούνται τα τελευταία χρόνια κάνουν εφικτή την επιτυχημένη μεταφορά τεχνογνωσίας στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής αλληλεγγύης και ανοίγουν το δρόμο για μια σειρά πρωτοβουλιών προσαρμοσμένων στις ανάγκες των παιδιών στο σύγχρονο κόσμο.

Τα Συμβαλλόμενα Κράτη θα πρέπει να στοχεύσουν στην ανάπτυξη της παιδικής ευημερίας και στον περιορισμό των βλαπτικών προς τα παιδιά συμπεριφορών, προωθώντας μέτρα πρόληψης της βίας και στήριξης των γονέων. Βασικό μέλημα, όμως, για το επόμενο διάστημα είναι η ενημέρωση των ίδιων των παιδιών για τα δικαιώματά τους και η εξοικείωσή τους με τις υπηρεσίες στις οποίες μπορούν να απευθύνονται σε περίπτωση παραβίασής τους.



### **3.2.8 Άτομα με ειδικές ανάγκες**

Σύμφωνα με το αρ. 32 του Ν. 1566/85 ως άτομα με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ) θεωρούνται όσοι *«πάσχουν από ειδικές ανεπάρκειες ή δυσλειτουργίες οφειλόμενες σε φυσικούς, διανοητικούς ή κοινωνικούς παράγοντες, σε τέτοιο βαθμό, που είναι πολύ δύσκολο γι' αυτούς να συμμετάσχουν στη γενική και επαγγελματική κατάρτιση, να εξεύρουν εργασία ή να έχουν πλήρη συμμετοχή στην κοινωνία».*

Στην ΕΕ περισσότεροι από 38 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν κάποια αναπηρία. Γεγονός αποτελεί το ότι υπάρχουν πολλοί φραγμοί και έντονη προκατάληψη απέναντι στα ΑΜΕΑ και υπάρχουν πολλά εμπόδια για την ισότιμη εφαρμογή των δικαιωμάτων τους.

Μεγάλος αριθμός ατόμων που χρήζουν φυσικής αποκατάστασης δεν βρίσκουν δημόσιο κέντρο αποκατάστασης διότι ο αριθμός των κέντρων αυτών είναι μικρός, όπως και ο αριθμός των διαθέσιμων κλινών και η πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας συναντά πολλές φορές αξεπέραστα εμπόδια (σκάλες, έλλειψη ράμπας κλπ) [31][32].

### **3.2.9 Άτομα με γλωσσικές, πολιτισμικές ή άλλες ιδιαιτερότητες**

Τα άτομα με γλωσσικές, πολιτισμικές, θρησκευτικές ή άλλες ιδιαιτερότητες, όπως οι τσιγγάνοι, Πομάκοι κα, που ζουν στη χώρα μας, αντιμετωπίζουν σήμερα οξυμένα προβλήματα. Σύμφωνα με επίσημα έγγραφα, όπως το Ολοκληρωμένο Πρόγραμμα Δράσης (ΟΠΔ) για την Κοινωνική Ένταξη των Ελλήνων Τσιγγάνων, ο πληθυσμός των Ρομά στην Ελλάδα αριθμεί περίπου 250.000-300.000 άτομα, ήτοι ποσοστό 2,5% περίπου επί του συνολικού πληθυσμού. Η Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (ΕΕΔΑ) υπολόγισε, το 2001, ότι το 15% περίπου αυτού του πληθυσμού (40.000) διαμένει σε αντίσκηνα [21].

Οι συνθήκες διαβίωσης είναι ανεπίτρεπτες ιδιαίτερα στις περιπτώσεις των διαβιούντων σε καταυλισμούς με ανύπαρκτες υποδομές και μηδαμινές συνθήκες υγιεινής. Τεράστιες δυσκολίες παρατηρούνται και όσον αφορά στη συμμετοχή των παιδιών της ομάδας αυτής στο σχολείο, ενώ πολλά είναι εκείνα τα παιδιά που παρατούν το σχολείο κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους. Οι Έλληνες Τσιγγάνοι αναγκάζονται να ζουν και να εργάζονται υπό συνθήκες μη αποδεκτές λόγω του χαμηλού, στην πλειονότητά τους, κοινωνικού και μορφωτικού επιπέδου. Η κοινωνική περιθωριοποίηση, η παραβατικότητα, η αποφυγή -λόγω άγνοιας- προσφυγής σε κρατικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης επιτείνουν την κατάσταση δημιουργώντας μεταξύ άλλων πολλά προβλήματα υγείας.

Οι Ρομά ως Έλληνες πολίτες δικαιούνται δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, χωρίς καμία απολύτως εις βάρος τους διάκριση. Εντούτοις, ο βαθμός ένταξής τους στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παραμένει σε πολύ χαμηλά επίπεδα ενώ μελέτες [32][33] αναφέρουν ότι αγνοούν τα περισσότερα από τα δικαιώματά τους στον τομέα της περίθαλψης. Όλες οι άλλες συνιστώσες του κοινωνικού αποκλεισμού των τσιγγάνων, οι οποίες σχετίζονται με παραδοσιακές προκαταλήψεις, φαίνεται ότι έχουν κλονίσει σημαντικά και την εμπιστοσύνη τους απέναντι στο δημόσιο σύστημα υγείας. Ειδικότερα, δρα αποφασιστικά στη διάδοση λοιμωδών και άλλων νόσων η παρεπόμενη άγνοια βασικών κανόνων ατομικής υγιεινής και οικογενειακού προγραμματισμού και η ανεπαρκής έως ανύπαρκτη αγωγή υγείας. Ο κοινωνικός αποκλεισμός σε θέματα υγείας των τσιγγάνων πάντως δεν οφείλεται σε νομοθετικές ρυθμίσεις που τους φράζουν το δρόμο για μια ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Το φαινόμενο έχει τις ρίζες του σε κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες που ταυτόχρονα τους απομονώνουν και επιβαρύνουν την υγεία τους [31].

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Υλικό και μέθοδος

Η πρόσβαση των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας με το βαθμό δυσκολίας που μπορεί να παρουσιάζει, τις αντιξοότητες και τις αδυναμίες που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και σε κοινωνικό αποκλεισμό με δυσμενείς συνέπειες στο βασικό αυτόν τομέα της κοινωνικής ζωής ενός ατόμου, είναι ένα θέμα πολύπλοκο, που γεννάει πολλούς προβληματισμούς και το οποίο για να μελετηθεί, θα πρέπει να το δούμε σε όλες τις εκφάνσεις του.

Η έρευνα είναι ένα εργαλείο το οποίο συμβάλλει στο να αποκτήσουμε μια πιο τεκμηριωμένη άποψη για το θέμα που θέλουμε να μελετήσουμε. Γίνεται για τη βελτίωση της γνώσης και πληροφόρησής μας, με την προσδοκία για άμεσα απτά οφέλη με τη βοήθεια των συμπερασμάτων, αποτελεσμάτων και προτάσεων που είναι πιθανόν να προκύψουν.

Η παρούσα μελέτη προσπαθεί να προσδιορίσει διάφορες παραμέτρους οι οποίες καθορίζουν και οριοθετούν την πρόσβαση των ευπαθών κοινωνικά ομάδων και συγκεκριμένα των οικονομικών μεταναστών από την ανατολική Ευρώπη και των αθιγγάνων στις υπηρεσίες υγείας του νομού Λακωνίας. Τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα της έρευνας είναι:

- α) Ο προσδιορισμός των σημαντικότερων δυσκολιών, αυτών των ομάδων, στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας.
- β) Η διερεύνηση του βαθμού ενημέρωσής τους για τα δικαιώματά τους.
- γ) Η διερεύνηση του εάν οι ευάλωτες ομάδες απευθύνονται σε ειδικούς επαγγελματίες υγείας για τα προβλήματα που σχετίζονται με την υγεία τους.
- δ) Η μελέτη του βαθμού ικανοποίησής τους από το σύστημα υγείας.
- Ε) Η μελέτη του βαθμού εμπιστοσύνης τους προς τους επιστήμονες της υγείας.

στ) Η διερεύνηση των γνώσεών τους γύρω από το σύστημα υπηρεσιών υγείας και ποια κατά την γνώμη τους προβλήματα χρήζουν αντιμετώπισης.

ζ) Η διερεύνηση των προβλημάτων που σχετίζονται με τα εμπόδια που αντιμετωπίζουν στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, και

η) Ο εντοπισμός του βαθμού του κοινωνικού αποκλεισμού των ευάλωτων αυτών ομάδων πληθυσμού.

Με γνώμονα τα ανωτέρω, βασικός σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση των εμποδίων, ο εντοπισμός, η καταγραφή και η ανάλυση τυχόν περιορισμών που δυσχεραίνουν ή και καθιστούν αδύνατη την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τις επιμέρους ευπαθείς κοινωνικές ομάδες στη Λακωνία, που μπορεί να οφείλονται σε προβλήματα, ελλείψεις και ανεπάρκειες των μονάδων υγείας ή και να συνδέονται με τα ιδιαίτερα κοινωνικο-δημογραφικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά καθώς και τις συνθήκες διαβίωσης των ευπαθών ομάδων

Αναφορικά δε με την ακολουθούμενη μέθοδο, εκτός από την ως άνω παρουσιασθείσα βιβλιογραφική ανασκόπηση, το ειδικό μέρος της διατριβής εστιάζει στην πρωτογενή έρευνα. Πρωτογενής έρευνα (primary research) θεωρείται αυτή που γίνεται για πρώτη φορά με σκοπό τη διερεύνηση των στάσεων και απόψεων του πληθυσμού που μας ενδιαφέρει (target group). Δύο είναι τα είδη ερευνών για την συγκέντρωση των πρωτογενών στοιχείων: α) Ποιοτική πρωτογενής έρευνα (ημιδομημένη προσέγγιση) και β) Ποσοτική πρωτογενής έρευνα (δομημένη προσέγγιση). Η ποσοτική έρευνα δίνει σημασία στη συχνότητα και ποσότητα του φαινομένου.

Υπάρχουν διάφορες τεχνικές επαφής σε πρωτογενής έρευνες (ποιοτικές και ποσοτικές) και μερικές από τις πιο διαδεδομένες είναι:

- Προσωπική συνέντευξη (Face to face interview)

- Ταχυδρομική έρευνα (Mail interview)
- Τηλεφωνική έρευνα (Telephone interview)
- Ηλεκτρονική έρευνα (Email or Internet interview)
- Παρατήρηση (Observation)
- Panels
- Hall tests
- Διαρκής απογραφή (Retail Audit)
- Συλλογική συζήτηση (Group discussion)
- Συνεντεύξεις βάθους (Depth interviews)

Η παρούσα έρευνα χρησιμοποιεί τη μέθοδο της συλλογής απαντήσεων σε προσχεδιασμένο ερωτηματολόγιο[45], με στόχο τη συλλογή σημαντικών στοιχείων, ως προς τη διαδικασία της ανάλυσης και της εξαγωγής συμπερασμάτων που θα βοηθήσουν στη δημιουργία μιας πιο ολοκληρωμένης εικόνας για την πρόσβαση αυτών των ομάδων στο βασικό αυτόν τομέα της υγείας.

Βασικά ερευνητικά ερωτήματα συνιστούν τα παρακάτω:

- Ποια είναι η πρώτη ενέργεια για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας;
- Πόσο καλή είναι η γνώση αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας και πως μπορεί αυτή να βελτιωθεί;
- Ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας και ποια τα προβλήματα που χρήζουν αντιμετώπισης προκειμένου να βελτιωθούν οι υπηρεσίες υγείας;
- Πως περιγράφεται η συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας και ποια η εμπιστοσύνη στο έργο τους;

- Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του οικονομικού ή εκπαιδευτικού επιπέδου και της άποψης για τις υπηρεσίες υγείας;
- Ποιες είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας και που τις αποδίδουν;

Έχει αναλυθεί εκτενώς στο Γενικό Μέρος της παρούσης η έννοια των ευπαθών ομάδων. Στην πρωτογενή έρευνα θα μελετηθούν αυτές οι ομάδες δηλαδή οι οικονομικοί μετανάστες από τη ανατολική Ευρώπη που διαμένουν προσωρινά ή μόνιμα στο νομό Λακωνίας (με μικρότερο των οκτώ ετών διάστημα παραμονής στη χώρα) καθώς και οι αθίγγανοι (Ρομά) που επίσης διαμένουν στο νομό Λακωνίας. Με τον όρο πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, εννοούμε την ιατρική περίθαλψη που ο καθένας έχει δυνατότητα να λάβει.

Η έρευνα αυτή απευθύνεται σε άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες πληθυσμού. Το δείγμα αποτελείται από 143 άτομα, άντρες και γυναίκες, που ζουν στη Λακωνία και ανήκουν σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες. Πρόκειται για συγχρονική μελέτη (cross-sectional study), καθώς η λήψη όλων των πληροφοριών για τους συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, που ήταν η στιγμή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, και επιπλέον δεν πραγματοποιήθηκε παρακολούθηση των συμμετεχόντων στο χρόνο. Εξαιτίας απουσίας κατάλογων ή επακριβούς αρίθμησης του πλαισίου του πληθυσμού – στόχου κατέστη αδύνατη η χρησιμοποίηση της απλής τυχαίας δειγματοληψίας και επιλέχθηκε η επιφανειακή δειγματοληψία. Σύμφωνα με την επιφανειακή δειγματοληψία όποιος και αν είναι ο πληθυσμός μας, βρίσκεται σε κάποιους χώρους που μπορούμε να επιλέξουμε και να εξετάσουμε τα αντίστοιχα άτομα. Στη συγκεκριμένη έρευνα επιλέξαμε άτομα (οικονομικούς μετανάστες) οι οποίοι εργάζονται σε καταστήματα ή επιχειρήσεις του Νομού, άλλους τους οποίους συναντήσαμε σε καφενεία ή λέσχες ή σε συνεστιάσεις και χορούς που είχαν οργανώσει σύνδεσμοι ομοεθνών τους καθώς και αθίγγανους τους οποίους συναντήσαμε σε διάφορους καταυλισμούς ανά το Νομό ή και σε μεμονωμένες οικίες που ορισμένες τέτοιες οικογένειες διαβιούν.

Για τη συγκεκριμένη έρευνα επιλέχθηκε ως μέθοδος συλλογής στοιχείων το ερωτηματολόγιο που βασίζεται σε συνέντευξη με άτομα που ανήκουν στις συγκεκριμένες ευπαθείς ομάδες. Κάθε άτομο προτρέπεται να απαντήσει σε μια σειρά κλειστών και προκατασκευασμένων ερωτήσεων, οι οποίες είναι επιλεγμένες με βάση το σκοπό της επιχειρούμενης έρευνας. Η συμμετοχή ήταν εθελοντική και τα ερωτηματολόγια υπήρξαν ανώνυμα ώστε να εξασφαλιστεί η ειλικρίνεια των απαντήσεων. Όλες οι ερωτήσεις είναι προκατασκευασμένες για τη διευκόλυνση της κωδικοποίησής τους. Είναι ερωτήσεις εναλλακτικών απαντήσεων. Διενεμήθησαν (και το μεγαλύτερο μέρος από αυτά συμπληρώθηκαν με τη διαδικασία της συνέντευξης) από το διενεργούντα τη μελέτη. Η έρευνα έγινε σύμφωνα με τους δεοντολογικούς κανόνες (συγκατάθεση των ατόμων μετά από ενημέρωση). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε παρατίθεται στο παράρτημα της παρούσας έρευνας.

Κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας προέκυψαν κάποιες δυσκολίες οι οποίες αν και παρεμπόδιζαν και καθυστερούσαν τη διαδικασία, κατέστη εφικτό να αντιμετωπιστούν και να ξεπεραστούν με επιμονή και ευελιξία.

Σχετικά με τους αλλοδαπούς μετανάστες οι δυσκολίες αφορούσαν σε πρακτικές δυσχέρειες, όπως η έλλειψη μεταφραστική σε περιπτώσεις που ο μετανάστης δεν γνώριζε την ελληνική γλώσσα επαρκώς ώστε να κατανοήσει τις ερωτήσεις και να μπορέσει να απαντήσει. Περιοριστήκαμε έτσι σε άτομα που χρησιμοποιούσαν την ελληνική γλώσσα. Συναντήσαμε στην επαφή μας με τους ερωτώμενους μια καταρχήν δυσπιστία και φόβο για τυχόν δυσμενείς επιπτώσεις που θα μπορούσε να έχει για τους ίδιους η συμμετοχή τους στην έρευνα. Καταφέραμε να ξεπεράσουμε τον πρώτο σκόπελο με αρκετές επεξηγήσεις δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ανωνυμία και στις συστάσεις που είχαμε από προηγούμενους ομοεθνείς συνεντευξιαζόμενους.

Ένα άλλο σημείο δυσκολίας, αποτέλεσε το άγχος των ερωτώμενων οι οποίοι φάνηκαν να βρίσκονται σε ανησυχία για το χρόνο που θα απαιτούσε η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, σε περίπτωση που θα τους καθυστερούσε από εργασία τους όταν



επρόκειτο για ιδιωτικούς υπαλλήλους, παρά το γεγονός ότι είχε ζητηθεί από εμάς νωρίτερα η άδεια του εργοδότη. Για το λόγο αυτόν τους διαβεβαιώναμε για τον ελάχιστο χρόνο που απαιτείτο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (20 min περίπου) και προτιμούσαμε να το συμπληρώνουν μόλις ολοκληρωνόταν το ωράριο της εργασίας τους.

Όσον αφορά στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους αθίγγανους παρουσιάστηκαν διαφορετικά προβλήματα και δυσκολίες. Πρώτο και σημαντικότερο η καχυποψία στο μέγιστο βαθμό για τυχόν χρησιμοποίηση των απαντήσεών σε βάρος τους και ειδικά σε μελλοντικές επισκέψεις στις υπηρεσίες υγείας. Διεφάνη μεγάλη έλλειψη εμπιστοσύνης και ως εκ τούτου εχθρική αντιμετώπιση, σε σημείο όχι μόνο να αρνούνται κατηγορηματικά να μας απαντήσουν στις ερωτήσεις αλλά και να εκδιωχθούμε από κάποιους καταυλισμούς.

Η υπέρβαση των παραπάνω εμποδίων επιτεύχθηκε με τη συνδρομή ορισμένων γνωστών μας αθιγγάνων, οι οποίοι αφού πρώτα κατανόησαν (ύστερα από εξονυχιστική ανάλυση) τη χρησιμότητα και –κυρίως- τη μη «επικινδυνότητα» της συνέντευξης δέχθηκαν αφενός να μας απαντήσουν οι ίδιοι αφετέρου να μεσολαβήσουν ώστε να πείσουν και τους υπόλοιπους αθίγγανους να δεχθούν να απαντήσουν.

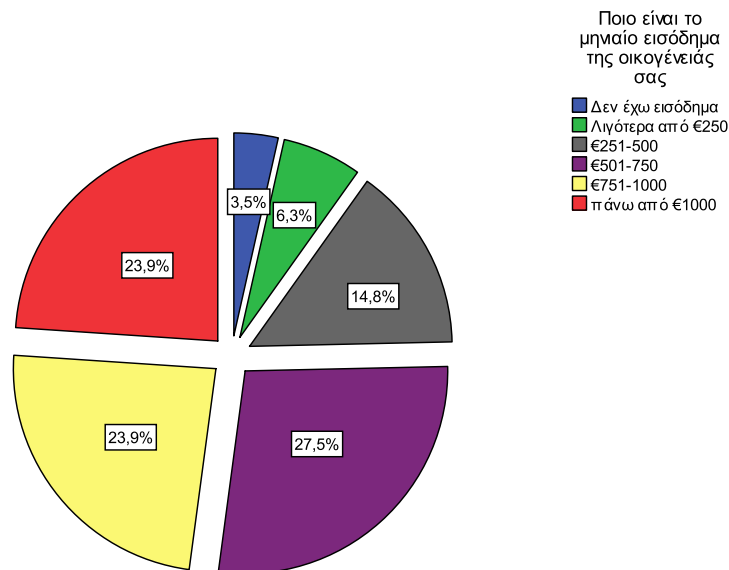
Τέλος ο χρόνος που χρειαζόταν για τη συμπλήρωση κάθε ερωτηματολογίου από τους αθίγγανους ήταν εξαιρετικά μεγάλος (ξεπερνούσε τις περισσότερες φορές την μία ώρα), αντί των 20 min, που περίπου χρειαζόταν για τους μετανάστες και αυτό συνέβαινε διότι όπως όλοι υποστήριζαν και προσπαθούσαν όλη αυτήν την ώρα να εξηγήσουν ότι βίωναν έντονα το ρατσισμό και τον κοινωνικό αποκλεισμό από κάθε κοινωνικό τους δικαίωμα.

Αναφορικά με την ανάλυση των αποτελεσμάτων, οι μέσες τιμές (mean), οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartile range) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των

ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's  $\chi^2$  test ή το Fisher's exact test όπου ήταν απαραίτητο. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων των δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS, έκδοση 17.0.

## Αποτελέσματα

Το δείγμα αποτελείται από 142 άτομα με μέση ηλικία τα 32,9 έτη ( $\pm 11,4$ ). Το 43,7% των συμμετεχόντων (N=62) ήταν αθίγγανοι και το υπόλοιπο 56,3% (N=80) μετανάστες. (Πίνακας 1) Ακριβώς οι μισοί συμμετέχοντες ήταν άντρες. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων γεννήθηκαν στην Ελλάδα με το ποσοστό να φτάνει το 43,7%. Το 85,9% των συμμετεχόντων έχουν βιβλιάριο υγείας που ισχύει. Επίσης, το 20,4% των συμμετεχόντων δεν είχαν καμία εκπαίδευση. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες ήταν παντρεμένοι με το ποσοστό να φτάνει το 76,8%. Το 23,9% των συμμετεχόντων είχαν πάνω από 3 παιδιά. Το 80,1% των συμμετεχόντων πιστεύουν ότι το οικογενειακό/φιλικό τους περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς. Τέλος, το 4,9% των συμμετεχόντων ήταν μέλος κάποιας κοινωνικής / πολιτιστικής / θρησκευτικής οργάνωσης της χώρας τους. Στην Εικόνα 1 δίνεται το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα των συμμετεχόντων.



**Εικόνα 1:** Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα συμμετεχόντων

Η μέση διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα των μεταναστών ήταν 6,2 έτη ( $\pm 1,7$  έτη). Ο μέσος αριθμός ατόμων που ζουν μαζί με τους συμμετέχοντες είναι 4,3 ( $\pm 2,7$ ). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έμεναν μαζί με τον/την σύζυγό τους. Επίσης, το 37,3% των συμμετεχόντων δεν πληρώνουν ενοίκιο (Πίνακας 2 – Παράρτημα II).

Το 57,7% των συμμετεχόντων εργάζονται. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι με το ποσοστό να είναι 21,1%. Το τελευταίο μήνα οι συμμετέχοντες εργάζονταν 4,5 ημέρες ( $\pm 2,3$ ) κατά μέσο όρο την εβδομάδα και 6,9 ώρες ( $\pm 3,6$ ) την ημέρα (Πίνακας 3 – Παράρτημα II).

Το 24,1% των συμμετεχόντων έχει μηνιαίο εισόδημα από 251 έως 500 €. Το 27,5% των συμμετεχόντων έχει μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα από 501 έως 750€. (Πίνακας 4 – Παράρτημα II).

Στον ακόλουθο Πίνακα δίνεται η γλώσσα που μιλούν οι συμμετέχοντες.

**Πίνακας 1:** Μητρική γλώσσα των συμμετεχόντων

Γλώσσα	N	%
Αλβανικά	26	18,3
Βουλγάρικα	7	4,9
Ελληνικά	62	43,7
Μολδαβική	3	2,1
Ουκρανική	1	0,7
Ρουμανική	42	29,6
Ρωσικά	1	0,7

Το 43,7% των συμμετεχόντων μιλούν Ελληνικά.

Στον Πίνακα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των μεταναστών που θέλουν να επιστρέψουν στη χώρα τους.

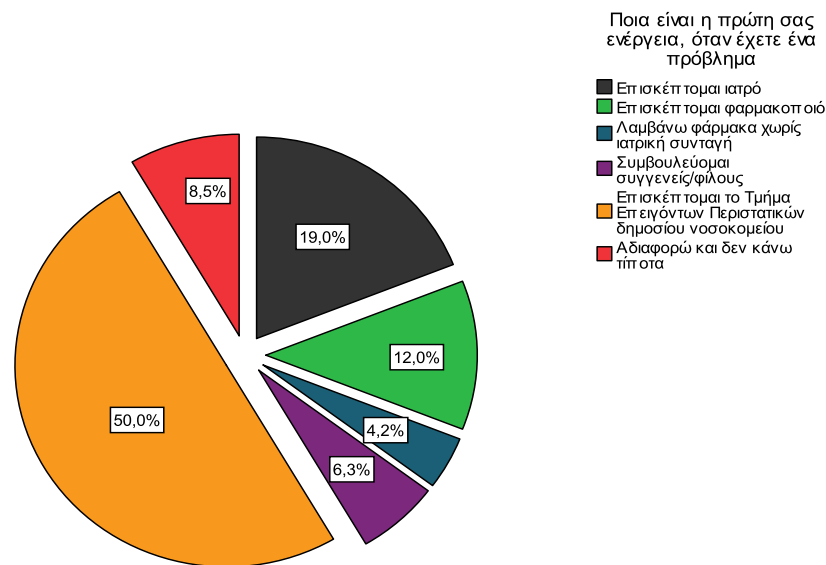
**Πίνακας 2:** Μετανάστες που επιθυμούν να επιστρέψουν στη χώρα τους

<b>Θέλετε να επιστρέψετε στη χώρα σας κάποια στιγμή στο μέλλον</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Σίγουρα	17	21,3
Πιθανώς	16	20,0
Δεν ξέρω	21	26,3
Όχι, θέλω να μείνω στην Ελλάδα	26	32,5

Το 83,8% των συμμετεχόντων μπορούν να διαβάσουν πολύ καλά στη γλώσσα τους. Επίσης, το 82,5% των συμμετεχόντων μπορούν να γράψουν πολύ καλά στη γλώσσα τους. Οι περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες μπορούν να καταλάβουν και να μιλήσουν πολύ καλά Ελληνικά με τα ποσοστά να φτάνουν το 59,2% και 53,5% (Πίνακας 5 – Παράρτημα II).

Το 37,3% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι έχει πολύ καλή υγεία. Το 39,0% των συμμετεχόντων δεν φοβάται καθόλου μήπως αρρωστήσει. Τέλος, το 50,0% των συμμετεχόντων όταν έχει κάποιο πρόβλημα υγείας επισκέπτεται πρώτα το τμήμα επειγόντων περιστατικών ενός δημοσίου νοσοκομείου (Πίνακας 6 – Παράρτημα II).

Στην παρακάτω Εικόνα παρουσιάζεται η πρώτη ενέργεια των συμμετεχόντων, όταν έχουν ένα πρόβλημα υγείας.



**Εικόνα 2:** Πρώτη ενέργεια όταν έχουν πρόβλημα υγείας

Το 2,4% των συμμετεχόντων έπασχαν από άσθμα. Μόνο το 0,7% των συμμετεχόντων έπασχε από κάποιο χρόνιο νόσημα πριν τον ερχομό τους στην Ελλάδα. Κανείς από τους συμμετέχοντες δεν πάσχει από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα (Πίνακας 7 – Παράρτημα II).

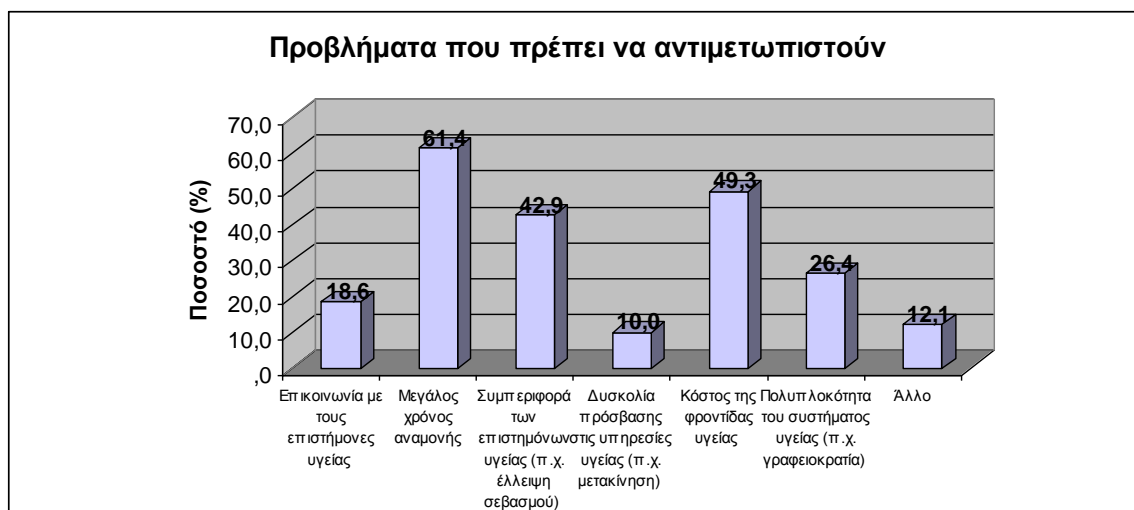
Το 53,5% των συμμετεχόντων κάπνιζαν. Όσοι κάπνιζαν, κάπνιζαν τσιγάρα και ο μέσος ημερήσιος αριθμός τσιγάρων που κάπνιζαν ήταν 25,5 ( $\pm 14,9$ ) (Πίνακας 8 – Παράρτημα II).

Το 44,4% των συμμετεχόντων θεωρούν ότι έχουν κακή έως πολύ κακή γνώση για τις υπηρεσίες υγείας. Το 80,9% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι η γνώση του για τις υπηρεσίες υγείας μπορεί να βελτιωθεί εάν ενημερωθεί για τα δικαιώματά του ,το 53,9% για την ασφάλεια της υγείας του και το 53,9% θα ήθελε επίσης να γνωρίζει σχετικά με την καλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Πίνακας 9 – Παράρτημα II).

Το 36,4% των συμμετεχόντων θεωρεί ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται από το κράτος είναι από κακές έως πολύ κακές, το 35,7% μέτριες και μόνο το 27,9% δηλώνουν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Το κυριότερο πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί είναι ο μεγάλος χρόνος αναμονής με ποσοστό 61,4% και ακολουθούν το κόστος της φροντίδας υγείας με ποσοστό 49,3%, η συμπεριφορά των γιατρών σε ποσοστό 42,9% και η γραφειοκρατία σε ποσοστό 26,4% (Πίνακας 10 – Παράρτημα ΙΙ).

Στην Εικόνα που ακολουθεί δίνονται τα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν όσο αφορά στις υπηρεσίες υγείας.



**Εικόνα 3:** Τα προβλήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν σε σχέση με τις υπηρεσίες υγείας

Το 33,8% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δηλώνουν καθόλου ή λίγο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και το 50,0% δηλώνουν μέτρια

ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας και μόνο το 16,2% πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι.

Το 44,4% των συμμετεχόντων θεωρούν καλή τη συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας. Ακόμα, το 61,2% των συμμετεχόντων εμπιστεύονται τους επιστήμονες υγείας. Τέλος, όταν χρειάζονται οι συμμετέχοντες ενημέρωση σχετικά με την υγεία τους απευθύνονται κυρίως στο ΤΕΠ δημοσίου νοσοκομείου σε ποσοστό 51,4% (Πίνακας 11 – Παράρτημα II).

Το 54,2% των συμμετεχόντων συμφωνεί/συμφωνεί απόλυτα με τη φράση «Εμπιστεύομαι τους επιστήμονες υγείας στην Ελλάδα». Επίσης, το 24,6% των συμμετεχόντων συμφωνεί/συμφωνεί απόλυτα με τη φράση «Μπορώ να καλύψω το οικονομικό κόστος, σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας» ενώ το 59% διαφωνεί ή διαφωνεί απόλυτα με την παραπάνω φράση. Το 58,5% των συμμετεχόντων συμφωνεί/συμφωνεί απόλυτα με τη φράση «Γνωρίζω τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες μπορώ να πάω, όταν τις χρειαστώ». Τέλος, το 31,0% των συμμετεχόντων συμφωνεί/συμφωνεί απόλυτα με τη φράση «Έχω δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας» (Πίνακας 12 – Παράρτημα II).

Το 75,4% των συμμετεχόντων χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας τον τελευταίο χρόνο. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων πήγε μαζί με κάποιον συγγενή/φίλο. Ο κυριότερος λόγος για τον οποίο η επίσκεψή τους στις υπηρεσίες υγείας πραγματοποιήθηκε με τη συνοδεία άλλου ατόμου ήταν η βοήθεια στη μετακίνηση σε ποσοστό 50,0% (Πίνακας 13 – Παράρτημα II).

Το 42,3% των συμμετεχόντων χρειάστηκε, μέσα στο τελευταίο έτος, να χρησιμοποιήσει υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπόρεσε. Ο κυριότερος λόγος για αυτό ήταν οι δυσκολίες μετακίνησης σε ποσοστό 31,7% (Πίνακας 14 – Παράρτημα II).



Το 18,6% των συμμετεχόντων νοσηλεύτηκε σε δημόσιο νοσοκομείο μέσα στον τελευταίο χρόνο. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 5,3 ημέρες ( $\pm 6,1$ ) ενώ ο κυριότερος λόγος ήταν η γέννα σε ποσοστό 4,9% (Πίνακας 15 – Παράρτημα II).

Το 40,8% των συμμετεχόντων χρειάστηκαν φάρμακα μέσα στο τελευταίο έτος αλλά δεν τα έλαβαν. Ο κυριότερος λόγος για αυτό ήταν το υψηλό κόστος σε ποσοστό 54,4% (Πίνακας 16 – Παράρτημα II).

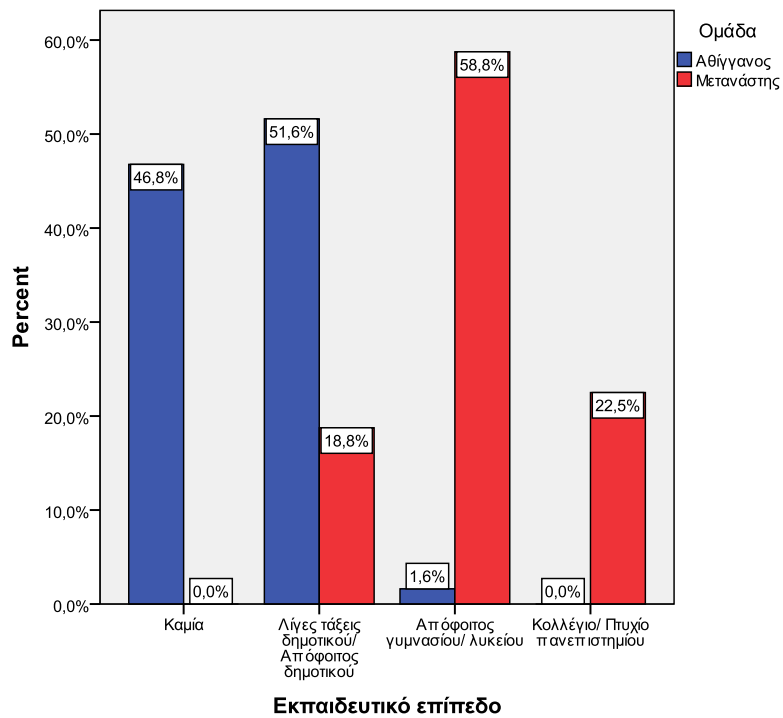
Στη συνέχεια έγινε συσχέτιση των δημογραφικών και άλλων στοιχείων με τις ομάδες των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν είναι τα ακόλουθα:

Οι μετανάστες είχαν υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους αθίγγανους. Επίσης, οι αθίγγανοι είχαν περισσότερα παιδιά σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους αλλοδαπούς (Πίνακας 17 – Παράρτημα II).

Στην Εικόνα 4 δίνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

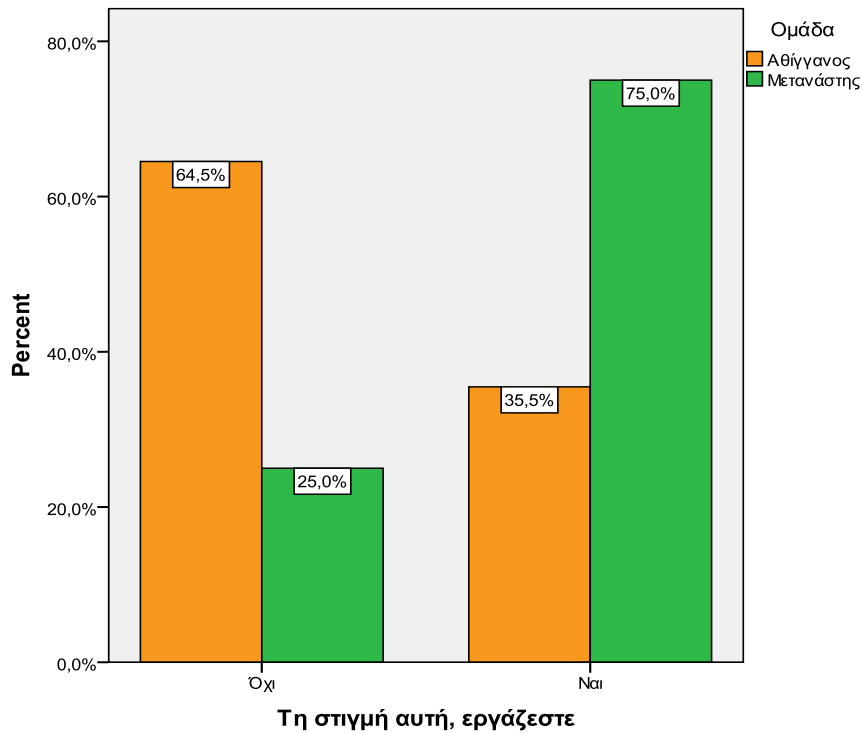
Οι αθίγγανοι έμεναν στο ίδιο σπίτι με περισσότερα άτομα σε σύγκριση με τους μετανάστες. Επίσης, οι αθίγγανοι έμεναν μαζί με άλλους συγγενείς σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους μετανάστες. Τέλος, οι μετανάστες πλήρωναν σε υψηλότερο ποσοστό ενοίκιο σε σύγκριση με τους αθίγγανους (Πίνακας 18 – Παράρτημα II).

Οι μετανάστες εργάζονταν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση τους αθίγγανους. (Πίνακας 19 – Παράρτημα II).



**Εικόνα 4:** Εκπαιδευτικό επίπεδο ανά ομάδα συμμετεχόντων

Στην ακόλουθη Εικόνα δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που εργάζονται, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

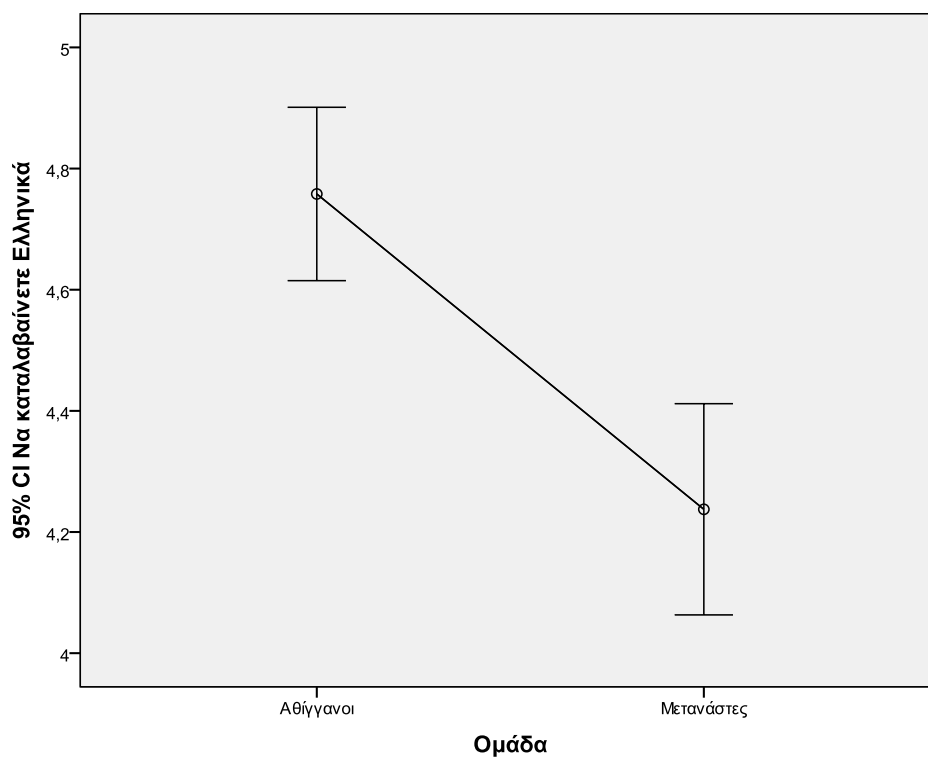


**Εικόνα 5:** Συμμετέχοντες που εργάζονται, ανά ομάδα

Οι μετανάστες είχαν σημαντικά υψηλότερο μηνιαίο εισόδημα τόσο σε ατομικό όσο και σε οικογενειακό επίπεδο σε σύγκριση με τους τσιγγάνους (Πίνακας 20 – Παράρτημα II).

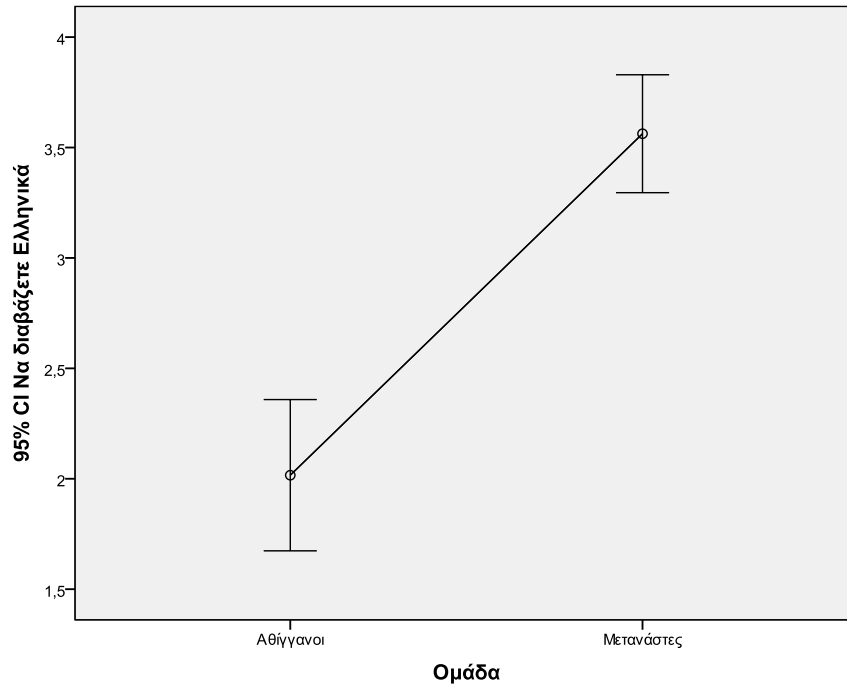
Οι αθίγγανοι καταλαβαίνουν και μιλάνε καλύτερα Ελληνικά σε σύγκριση με τους μετανάστες. Αντίθετα, οι μετανάστες γράφουν και διαβάζουν καλύτερα Ελληνικά σε σύγκριση με τους αθίγγανους. Επίσης, οι μετανάστες καταλαβαίνουν, μιλάνε, γράφουν και διαβάζουν καλύτερα Αγγλικά σε σύγκριση με τους αθίγγανους (Πίνακας 21 – Παράρτημα II).

Στην ακόλουθη Εικόνα δίνεται η ικανότητα των συμμετεχόντων να καταλαβαίνουν Ελληνικά, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



**Εικόνα 6:** Κατανόηση της ελληνικής γλώσσας, ανά ομάδα συμμετεχόντων

Στην Εικόνα που ακολουθεί δίνεται η ικανότητα των συμμετεχόντων να διαβάζουν Ελληνικά, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



**Εικόνα 7:** Ικανότητα ανάγνωσης στην ελληνική γλώσσα, ανά ομάδα συμμετεχόντων

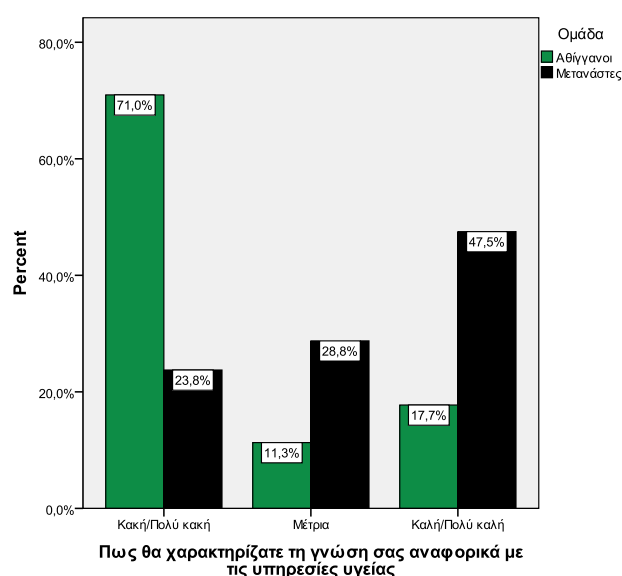
Οι μετανάστες φοβούνται πολύ ή πάρα πολύ ότι θα αρρωστήσουν σε μικρότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους αθίγγανους. Οι μετανάστες επισκέπτονται γιατρό ή φαρμακοποιό σε περίπτωση προβλήματος υγείας σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τους αθίγγανους (Πίνακας 22 – Παράρτημα II).

Οι αθίγγανοι είχαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό «άλλο» νόσημα σε σύγκριση με τους μετανάστες. Επίσης, οι αθίγγανοι ελάμβαναν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό φάρμακα για το χρόνια νόσημα σε σύγκριση με τους μετανάστες (Πίνακας 23 – Παράρτημα II).

Οι αθίγγανοι κάπνιζαν σημαντικά υψηλότερο αριθμό τσιγάρων καθημερινά σε σύγκριση με τους μετανάστες (Πίνακας 24 – Παράρτημα II).

Οι μετανάστες γνώριζαν περισσότερα από τους αθίγγανους σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, οι μετανάστες πιστεύουν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ότι η ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας τους μπορεί να βελτιώσει τη γνώση τους για τις υπηρεσίες υγείας σε σύγκριση με τους αθίγγανους. Αντίθετα, οι μετανάστες πιστεύουν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό ότι η ενημέρωση για τα δικαιώματά τους μπορεί να βελτιώσει τη γνώση τους για τις υπηρεσίες υγείας σε σύγκριση με τους αθίγγανους (Πίνακας 25 – Παράρτημα II).

Στην ακόλουθη Εικόνα δίνεται η κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

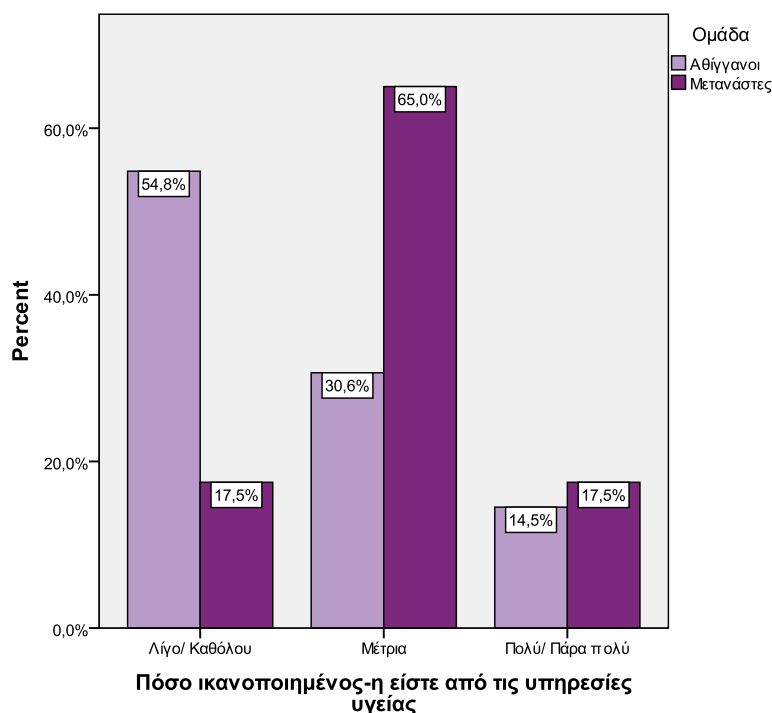


**Εικόνα 8:** Κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων ανά ομάδα

Οι αθίγγανοι θεωρούν χειρότερες τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το κράτος σε σύγκριση με τους μετανάστες. Οι μετανάστες θεωρούν ότι πρέπει να διορθωθούν η επικοινωνία με τους επιστήμονες υγείας, η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και η πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους αθίγγανους. Αντίθετα, οι μετανάστες θεωρούν ότι πρέπει να διορθωθούν η συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας και «άλλα» προβλήματα σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους αθίγγανους (Πίνακας 26 – Παράρτημα II).

Οι αθίγγανοι ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας σε σύγκριση με τους μετανάστες. Επίσης οι αθίγγανοι ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας σε σύγκριση με τους μετανάστες. Οι μετανάστες απευθύνονταν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε γιατρό στην Ελλάδα όταν είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας σε σύγκριση με τους αθίγγανους. Αντίθετα, οι μετανάστες απευθύνονταν σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε ΤΕΠ δημοσίου νοσοκομείου όταν είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας σε σύγκριση με τους αθίγγανους (Πίνακας 27 – Παράρτημα ΙΙ).

Στην Εικόνα που ακολουθεί δίνεται η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες υγείας, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.



**Εικόνα 9:** Ικανοποίηση συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες υγείας ανά ομάδα

Οι αθίγγανοι διαφωνούσαν/διαφωνούσαν απόλυτα σε μεγαλύτερο ποσοστό με τις φράσεις «Εμπιστεύομαι τους επιστήμονες υγείας στην Ελλάδα», «Μπορώ να καλύψω το οικονομικό κόστος, σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας» και «Έχω δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας» σε σύγκριση με τους μετανάστες (Πίνακας 28 – Παράρτημα II).

Οι αθίγγανοι επισκέφτηκαν ΤΕΠ σημαντικά περισσότερες φορές τον τελευταίο χρόνο σε σύγκριση με τους μετανάστες. Αντίθετα, οι μετανάστες επισκέφτηκαν γιατρό και οδοντίατρο σημαντικά περισσότερες φορές τον τελευταίο χρόνο σε σύγκριση με τους αθίγγανους. Οι μετανάστες πήγαν μόνοι τους στις υπηρεσίες υγείας σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τους αθίγγανους. Επίσης, οι μετανάστες πήγαν με παρέα στις υπηρεσίες υγείας για να έχουν βοήθεια στην επικοινωνία σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τους αθίγγανους που πήγαν με παρέα στις υπηρεσίες υγείας (Πίνακας 29 – Παράρτημα II).

Οι αθίγγανοι χρειάστηκαν να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπόρεσαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους μετανάστες. Υπήρξε σημαντική διαφορά στο λόγο που συνέβη αυτό σε αθίγγανους και μετανάστες. Ο κυριότερος λόγος για τους μετανάστες ήταν ότι δεν μπορούσαν να κλείσουν ραντεβού ενώ για τους αθίγγανους ήταν οι δυσκολίες στην μετακίνηση (Πίνακας 30 – Παράρτημα II).

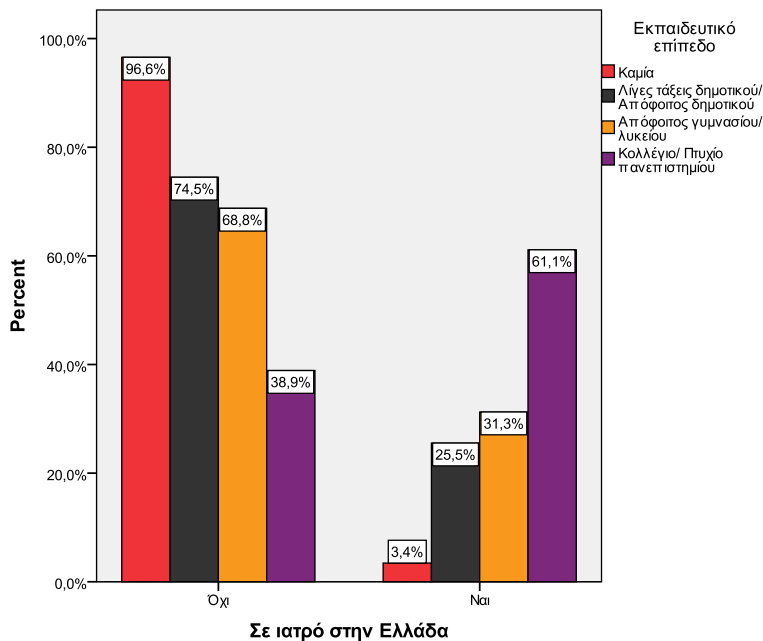
Οι αθίγγανοι νοσηλεύτηκαν σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε δημόσιο νοσοκομείο το τελευταίο έτος σε σύγκριση με τους μετανάστες (Πίνακας 31 – Παράρτημα II).

Οι αθίγγανοι χρειάστηκαν φάρμακα μέσα στο τελευταίο έτος αλλά δεν τα έλαβαν, σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους μετανάστες. Υπήρξε σημαντική διαφορά στο λόγο που συνέβη αυτό σε αθίγγανους και μετανάστες. Οι μετανάστες θεωρούσαν, σε υψηλότερο ποσοστό, ότι τα φάρμακα δεν είναι απαραίτητα σε σύγκριση με τους αθίγγανους. Ακόμα, οι αθίγγανοι επισκέφτηκαν μόνο το ΤΕΠ σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τους μετανάστες (Πίνακας 32 – Παράρτημα II).



Στη συνέχεια γίνεται συσχέτιση του εκπαιδευτικού επιπέδου των συμμετεχόντων με στοιχεία που αφορούν στις υπηρεσίες υγείας. Οι συμμετέχοντες που δεν είχαν καμία εκπαίδευση, θεωρούσαν κακές/πολύ κακές τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το κράτος σε υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που είχαν κάποια εκπαίδευση. Ακόμα, τα άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου ήταν λιγότερο ικανοποιημένα από τις υπηρεσίες υγείας σε σύγκριση με τα άτομα υψηλού εκπαιδευτικού επιπέδου. Όσο αυξάνεται το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων τόσο αυξάνεται το ποσοστό εκείνων, που σε περίπτωση προβλήματος υγείας, θα απευθύνονταν σε ιατρό στην Ελλάδα και μειώνεται το ποσοστό εκείνων που θα απευθύνονταν σε ΤΕΠ δημοσίου νοσοκομείου. Τέλος, οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι κολεγίου/πτυχιούχοι πανεπιστημίου ή απόφοιτοι δημοτικού απευθύνονταν σε υψηλότερο ποσοστό σε φαρμακοποιό, σε περίπτωση προβλήματος υγείας, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες χωρίς καμία εκπαίδευση και με τους απόφοιτους γυμνασίου/λυκείου (Πίνακας 33 – Παράρτημα ΙΙ).

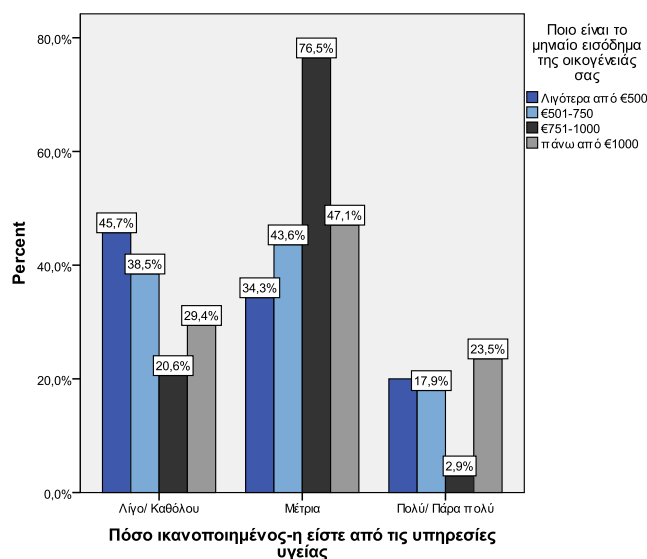
Στην Εικόνα που ακολουθεί δίνεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που σε περίπτωση προβλήματος υγείας θα απευθύνονταν σε ιατρό στην Ελλάδα, ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.



**Εικόνα 10:** Συμμετέχοντες που απευθύνονται σε ιατρό, σε περίπτωση προβλήματος υγείας, ανά ομάδα και εκπαιδευτικό επίπεδο

Οι συμμετέχοντες που είχαν μηναίο οικογενειακό εισόδημα μικρότερο των € 500, ήταν λίγο/καθόλου ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας σε υψηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με μεγαλύτερο οικογενειακό εισόδημα. Επίσης, οι συμμετέχοντες με μηναίο οικογενειακό εισόδημα € 751-1000 διαφωνούσαν/διαφωνούσαν απόλυτα με τη φράση «Έχω δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας» σε σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό σε σύγκριση με τους υπόλοιπους συμμετέχοντες που είχαν είτε μικρότερο είτε μεγαλύτερο οικογενειακό εισόδημα (Πίνακας 34 – Παράρτημα II).

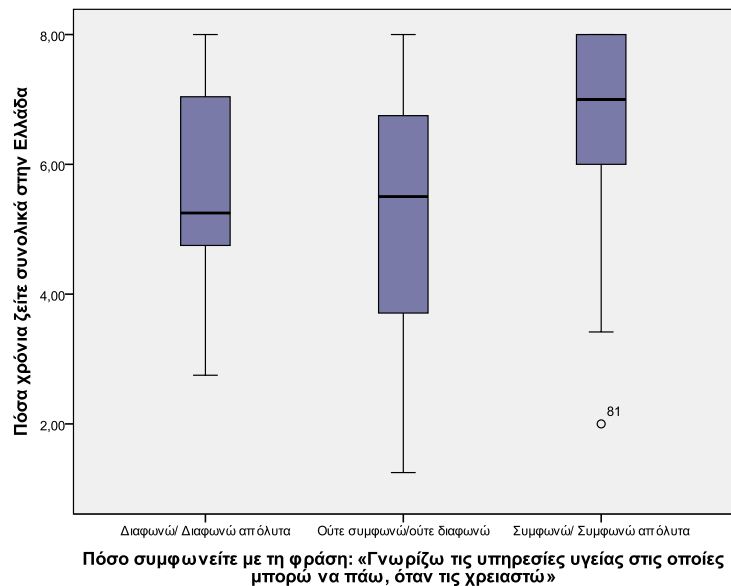
Στην παρακάτω εικόνα δίνεται η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες υγείας, ανάλογα με το μηναίο οικογενειακό τους εισόδημα.



**Εικόνα 11:** Η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες υγείας, ανάλογα με το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα

Οι μετανάστες που σε περίπτωση προβλήματος υγείας θα απευθύνονταν σε γιατρό στην Ελλάδα έμεναν περισσότερο καιρό στην Ελλάδα σε σύγκριση με τους μετανάστες που σε περίπτωση προβλήματος υγείας δεν θα απευθύνονταν σε γιατρό στην Ελλάδα. Επίσης, οι μετανάστες που σε περίπτωση προβλήματος υγείας θα απευθύνονταν σε γιατρό στην χώρα τους έμεναν λιγότερο καιρό στην Ελλάδα σε σύγκριση με τους μετανάστες που σε περίπτωση προβλήματος υγείας δεν θα απευθύνονταν σε γιατρό στη χώρα τους. Υπήρξε σημαντική διαφορά στη διάρκεια παραμονής στην Ελλάδα των μεταναστών ανάλογα με το βαθμό συμφωνίας τους με τη φράση «Γνωρίζω τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες μπορώ να πάω, όταν τις χρειαστώ». Συγκεκριμένα, οι μετανάστες που συμφωνούσαν/συμφωνούσαν απόλυτα με τη φράση αυτή έμεναν περισσότερο καιρό στην Ελλάδα σε σύγκριση με τους μετανάστες που είτε διαφωνούσαν/διαφωνούσαν απόλυτα είτε ούτε διαφωνούσαν ούτε συμφωνούσαν (Πίνακας 35 – Παράρτημα II).

Στην Εικόνα που ακολουθεί δίνεται η διάρκεια παραμονής των μεταναστών στην Ελλάδα ανάλογα με το βαθμό συμφωνίας τους με τη φράση «Γνωρίζω τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες μπορώ να πάω, όταν τις χρειαστώ».



**Εικόνα 12:** Η διάρκεια παραμονής των μεταναστών στην Ελλάδα ανάλογα με το βαθμό συμφωνίας τους με τη φράση «Γνωρίζω τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες μπορώ να πάω, όταν τις χρειαστώ».

### Περιορισμοί της μελέτης

Το μέγεθος του μελετώμενου πληθυσμού ήταν σχετικά μικρό και ενδεχομένως η μη εύρεση στατιστικά σημαντικών σχέσεων μεταξύ δημογραφικών χαρακτηριστικών και της γνώσης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τους αθίγγανους να οφείλεται στο γεγονός αυτό. Επιπλέον, ο μελετώμενος πληθυσμός των αθίγγανων προέρχονταν από επαρχιακό νομό της Πελοποννήσου. Επομένως, η γενίκευση των συμπερασμάτων απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και επιφυλακτικότητα. Ιδιαίτερα χρήσιμη για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων θα ήταν η πραγματοποίηση παρόμοιων μελετών σε διαφορετικούς πληθυσμούς, όπως π.χ. αστικών περιοχών.

## Συμπεράσματα – Συζήτηση

### • Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης είναι εμφανές ότι τα άτομα που συμμετείχαν στην ερευνητική διαδικασία αντιμετωπίζουν μία πληθώρα προβλημάτων που σχετίζονται με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Συγκεκριμένα μας γνωστοποίησαν ότι έχουν κακή έως πολύ κακή γνώση για τις υπηρεσίες υγείας γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να μην γνωρίζουν πως μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν αποτελεσματικά και προς όφελος της υγείας τους. Ως εκ τούτου ζητούν να ενημερωθούν για τα δικαιώματά τους, για την ασφάλεια της υγείας τους και θα ήθελαν επίσης να γνωρίζουν σχετικά με την καλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η κακή αυτή γνώση σε συνδυασμό με τις εμπειρίες του καθενός από τις παρεχόμενες υπηρεσίες έχει ως αποτέλεσμα πολλοί από αυτούς να θεωρούν ότι οι υπηρεσίες που παρέχονται από το κράτος είναι από κακές έως πολύ κακές και μόνο το 27,9% να δηλώνουν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Τα σπουδαιότερα προβλήματα που οι ευπαθείς ομάδες αντιμετωπίζουν και θα επιθυμούσαν να αντιμετωπιστούν όσον αφορά στην πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας είναι ο μεγάλος χρόνος αναμονής, το κόστος των υπηρεσιών, η συμπεριφορά των γιατρών και η γραφειοκρατία. Τα παραπάνω σπουδαιότερα προβλήματα σε συνδυασμό με άλλα λιγότερο σημαντικά έχουν οδηγήσει τους μισούς περίπου συμμετέχοντες να δηλώνουν μέτρια ικανοποιημένοι και μόνο το 16,2% πολύ έως πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Εμπιστεύονται τους γιατρούς στην Ελλάδα και για ενημέρωση σχετικά με την υγεία τους δηλώνουν ότι θα απευθυνθούν στο τμήμα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων και σε γιατρό στην Ελλάδα.

Μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων θεωρεί δυσβάσταχτο το κόστος των υπηρεσιών και των φαρμάκων και δεν μπορεί να ανταποκριθεί σε αυτό με αποτέλεσμα να μην μπορέσει να κάνει χρήση φαρμάκων ενώ ήταν απαραίτητα. Πρόβλημα επίσης υπάρχει και με την πρόσβαση στις υπηρεσίες και πολλοί συμμετέχοντες δεν κατάφεραν να κάνουν χρήση όταν τις είχαν ανάγκη.

Η συσχέτιση του εκπαιδευτικού επιπέδου των συμμετεχόντων με στοιχεία που αφορούν στις υπηρεσίες υγείας ανέδειξε ορισμένες ενδιαφέρουσες πτυχές στην έρευνα. Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι τα άτομα χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου θεωρούν τις υπηρεσίες υγείας, που παρέχονται από το κράτος, κακές έως πολύ κακές σε υψηλότερο ποσοστό 55% σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και τα οποία έχουν την ίδια άποψη σε ποσοστό 37%. Επίσης δηλώνουν λίγο έως καθόλου ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας σε ποσοστό 48,3% ενώ στους απόφοιτους γυμνασίου λυκείου και πανεπιστημιακού επιπέδου το αντίστοιχο ποσοστό είναι 20%-22%. Τα παραπάνω επιβεβαιώνονται και από τη σύγκριση μεταξύ των δυο ομάδων που συμμετείχαν στην έρευνα. Οι Ρομά οι οποίοι όπως διαπιστώθηκε από την έρευνα έχουν χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο από τους μετανάστες θεωρούν τις υπηρεσίες υγείας χειρότερες σε σύγκριση με τους μετανάστες και δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας καθώς και από τη συμπεριφορά των γιατρών. Επίσης ως προβλήματα που επιθυμούν να αντιμετωπιστούν αναφέρουν τη συμπεριφορά των ιατρών και δηλώνουν πως θέλουν να ενημερωθούν για τα δικαιώματά τους σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας. Αντίθετα οι μετανάστες δηλώνουν ότι έχουν καλύτερες γνώσεις για τις υπηρεσίες υγείας, επιθυμούν να βελτιωθεί η επικοινωνία με τους επιστήμονες υγείας καθώς και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και η πολυπλοκότητα του συστήματος και επιθυμούν να ενημερωθούν κυρίως για την ασφάλεια της υγείας τους.

Η έρευνα έδειξε επίσης ότι όσοι είχαν εισοδήματα έως 750 ευρώ δήλωναν ότι αδυνατούσαν να καλύψουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας και αυτό είχε ως αποτέλεσμα να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε σύγκριση με αυτούς που είχαν εισοδήματα 1.000 ευρώ και άνω.

Τέλος όσον αφορά στους μετανάστες συμπεραίνεται από την έρευνα πως η διάρκεια παραμονής τους στην Ελλάδα επηρέαζε τη γνώση και τη γνώμη τους για τις υπηρεσίες υγείας. Όσοι συμφωνούσαν / συμφωνούσαν απόλυτα με τη φράση «γνωρίζω τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες μπορώ να πάω, όταν τις χρειαστώ» και θα απευθύνονταν για πρόβλημα υγείας σε γιατρό στην Ελλάδα διέμεναν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στη χώρα σε αντίθεση με αυτούς που διέμεναν μικρότερο χρονικό διάστημα και διαφωνούσαν/ διαφωνούσαν απόλυτα με την παραπάνω φράση και θα απευθύνονταν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε γιατρό στη χώρα τους για πρόβλημα υγείας.

#### • Συζήτηση

Τα παραπάνω αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνονται από άρθρο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας [46] στο οποίο συνοψίζονται τα εμπόδια που σχετίζονται με την πρόσβαση στην υγεία για τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού ως εξής:

- Τα φυσικά εμπόδια, συμπεριλαμβανομένης της απόστασης αλλά και τα μέσα συγκοινωνίας, οι περιορισμένες ώρες λειτουργίας και ο χρόνος αναμονής.
- Τα οικονομικά εμπόδια συμπεριλαμβανομένων των άμεσων και έμμεσων οικονομικών δαπανών, των άτυπων επιβαρύνσεων και των ευκαιριακών αναγκών στην υγειονομική περίθαλψη.
- Η ποιότητα της προσοχής στην οποία υπόκεινται, η οποία μπορεί να συσχετιστεί με τις υποκειμενικές προσδοκίες των ασθενών, αλλά περιλαμβάνει επίσης αντικειμενικούς όρους, όπως οι κλινικές δεξιότητες του προσωπικού, η διαθεσιμότητα των φαρμάκων και του εξοπλισμού και η λειτουργία του συστήματος παραπομπής.
- Η γνώση των ατόμων ως χρήστες των υπηρεσιών υγείας, η οποία αντιπροσωπεύει ένα εμπόδιο πρόσβασης όταν υπάρχει έλλειψη πληροφοριών για τις διαθέσιμες υπηρεσίες,

έλλειψη εμπιστοσύνης στις εγκαταστάσεις και το προσωπικό και έλλειψη μηχανισμών κοινοτικής συμμετοχής.

- Και τέλος, τα κοινωνικοπολιτιστικά εμπόδια συμπεριλαμβανομένων των περιορισμών που αφορούν στο φύλο ή την ηλικία, τις πεποιθήσεις κα.[37]

Ειδικότερα για τους αθίγγανους στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι το 87,1% ήταν ασφαλισμένοι, ενώ σε μελέτη (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων 2000) στην Ελλάδα βρέθηκε ότι το 70% είχαν βιβλιάριο υγείας. Σε μελέτη (Ekuklu et al 2003) στην Τουρκία, το 78,7% των αθίγγανων ήταν ασφαλισμένοι, ενώ στη Σερβία, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 81,1% [47][48].

Επίσης το 60,2% των αθίγγανων δεν είχαν λάβει εκπαίδευση, ενώ σε μελέτες στην Αγγλία, την Τουρκία και τη Σερβία το αντίστοιχο ποσοστό κυμαίνονταν μεταξύ 65-72,8% [49][47][48].

Σημαντικό ποσοστό (69,7%) των αθίγγανων θεωρούσε πως η υγεία του ήταν καλή/πολύ καλή, ποσοστό που συμβαδίζει με αντίστοιχη μελέτη στην Αγγλία (68%) [49]. Εντούτοις, σε μια άλλη μελέτη στην Αγγλία, το ποσοστό αυτό ήταν σημαντικό μικρότερο (40%) [50].

Παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και από αντίστοιχες μελέτες σε χώρες της Ευρώπης αναφορικά με τα σημαντικότερα προβλήματα κατά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Το υψηλό κόστος της φροντίδας υγείας αποτελεί σημαντικό πρόβλημα [51] [48] καθώς επίσης η συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας [52][53] και ο μεγάλος χρόνος αναμονής στα νοσοκομεία [47].



## • Προτάσεις

Ακολούθως παραθέτουμε κάποιες προτάσεις που δύναται να βοηθήσουν προς την κατεύθυνση της αντιμετώπισης και ίσως της επίλυσης των προαναφερθέντων προβλημάτων καθώς και θεμάτων που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

- Η καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών αυτών των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων είναι το πρώτο βήμα, ούτως ώστε να κατανοήσουμε τις διαστάσεις του προβλήματος.
- Η δημιουργία ενός θεσμικού πλαισίου εντός του οποίου να μπορούν αφενός να γίνουν πιο συγκεκριμένες οι συνταγματικές επιταγές και αφετέρου να υλοποιηθούν εκείνες οι πολιτικές που θα έχουν ως βασικό στόχο να βοηθήσουν αυτές ακριβώς τις ομάδες του πληθυσμού, που υφίστανται διάκριση, είναι το αμέσως επόμενο βήμα. Οι πηγές προέλευσης αυτού του θεσμικού πλαισίου μπορούν να είναι αφενός το Ελληνικό Σύνταγμα και αφετέρου η κοινοτική νομοθεσία.
- Χρειάζεται οργάνωση του κρατικού μηχανισμού ώστε να προσαρμοστεί στις απαιτήσεις μίας πολυπολιτισμικής κοινωνίας, που σέβεται και υποστηρίζει τις πλέον ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Οι ανεπάρκειες του ίδιου του συστήματος, με βασικό σημείο αναφοράς τα νοσοκομεία, είναι εκείνες που δυσχεραίνουν την πρόσβαση αυτών των ομάδων στο σύστημα υγείας. Κρίνεται απαραίτητος ο σχεδιασμός κεντρικής πολιτικής, σχεδιασμός πολιτικών σε τοπικό επίπεδο μέσω κοινωνικού διαλόγου όλων των ενδιαφερομένων μερών, επιμόρφωση, ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της τοπικής κοινωνίας για την άρση των προκαταλήψεων. Η ευαισθητοποίηση απέναντι στα μέλη των ευάλωτων ομάδων είναι σημαντικό προαπαιτούμενο για την ενίσχυση της κοινωνικής αλληλεγγύης και συνοχής στην ελληνική κοινωνία.
- Παράλληλη και στενή συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων και συναρμοδίων φορέων, όπως η Τοπική Αυτοδιοίκηση, οι κοινωνικοί εταίροι αλλά και φορείς του ιδιωτικού τομέα, συμπεριλαμβανομένων και των μη κερδοσκοπικών και μη κυβερνητικών οργανώσεων.

- Συμμετοχή των άμεσα ενδιαφερόμενων, των ίδιων των μελών των ευπαθών κοινωνικών ομάδων με προτάσεις και ιδέες.
- Δημιουργία υποστηρικτικών δικτύων, αύξηση πόρων για την κοινωνική πολιτική ως προς τις ευάλωτες ομάδες πληθυσμού.
- Συντονισμός των υπηρεσιών και δράσεων όλων των φορέων σε τοπικό επίπεδο.
- Ημερίδες ενημέρωσης προς τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, τόσο για τα δικαιώματά τους, όσο και για τις δυνατότητες πρόσβασής τους στη παρεχόμενη φροντίδα υγείας, αφού είναι φανερό ότι υφίσταται έλλειμμα ενημέρωσης και από τα μέλη των μειονοτήτων, τα οποία δεν είναι επαρκώς ενημερωμένα σχετικά με τα δικαιώματά τους.
- Βελτίωση της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες/ δομές υγείας.
- Τηλεφωνική γραμμή επικοινωνίας για ραντεβού ειδική για τις ευπαθείς ομάδες.
- Συγκεκριμένα για τους μετανάστες, τα ζητήματα πρόσβασής τους στις κοινωνικές υπηρεσίες και γενικότερα σε όλο το πλέγμα της κοινωνικής προστασίας των κρατών αποτελούν πλέον για τους κοινωνικούς ερευνητές ένα μόνιμο αντικείμενο προς έρευνα και προβληματισμό. Κατά την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ένα σημαντικό πρόβλημα είναι αυτό της γλώσσας που οδηγεί σε έλλειμμα επικοινωνίας και κατ' επέκταση ενημέρωσης. Η γλώσσα αποτελεί ένα σημαντικό εμπόδιο για πολλούς μετανάστες, οι οποίοι δεν μπορούν να επικοινωνήσουν με το ιατρικό προσωπικό. Αυτή η ανεπάρκεια θεωρείται ιδιαίτερος κρίσιμη, καθώς σε απαιτητικά ιατρικά περιστατικά μπορεί να αποδειχθεί μοιραία ακόμη και για την επιβίωση του ασθενή. Το πρόβλημα αυτό δύναται να αντιμετωπιστεί με την παρουσία ενός διαμεσολαβητή, ο οποίος θα αποτελέσει το δίαυλο επικοινωνίας και το συνδετικό κρίκο των μεταναστών με το νοσοκομείο. Σκοπός του θα είναι να διευκολύνεται η πρόσβασή τους σε υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας, κατανοώντας τις πολιτισμικές τους ιδιαιτερότητες και οικοδομώντας σχέσεις εμπιστοσύνης με το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό των νοσοκομείων. Έτσι, θα παρέχονται ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας σε άτομα προερχόμενα από διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον και θα επιτυγχάνεται άμεση και αποτελεσματική διαχείριση

των προβλημάτων τους. Σε αυτήν την κατεύθυνση θα μπορούσε να βοηθήσει η παραγωγή έντυπου υλικού ενημέρωσης και η διάθεσή του σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών, στις κύριες γλώσσες που χρησιμοποιούνται από τις μειονότητες.

Τέλος, στο επίπεδο της έρευνας, διαπιστώνεται, συνεπώς, η ανάγκη για στοχευμένες μελέτες επιδημιολογικές αλλά και ψυχοκοινωνικές, προκειμένου να διερευνηθεί το προφίλ και τα προβλήματα υγείας των μεταναστών στην Ελλάδα. Οι μελέτες αυτές θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τις σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των μεταναστευτικών ομάδων ανάλογα με τη χώρα καταγωγής, το κοινωνικοπολιτιστικό υπόβαθρο, τη θρησκεία, το καθεστώς και τη διάρκεια παραμονής, το βαθμό ενσωμάτωσης, κλπ. Τέλος η επιστημονική κοινότητα τα κοινωνικά κινήματα, οι οργανώσεις της κοινωνίας και όλοι οι φορείς οφείλουν να ανοίξουν διάλογο να προτείνουν λύσεις να χαράξουν πολιτικές για το παρόν και το μέλλον του Εθνικού Συστήματος Υγείας, η αποτελεσματικότητα του οποίου καθορίζει το βαθμό και το «εύρος» αλληλεγγύης της κοινωνίας. Επιπλέον, η διεξαγωγή ερευνών για τη χρήση υπηρεσιών υγείας από τις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού θα συμβάλλει στη συλλογή σχετικών στατιστικών δεδομένων και την καλύτερη αξιολόγηση των αναγκών.

Κλείνοντας πρέπει να τονίσουμε ότι η πρόσβαση στην υγεία των ευπαθών κοινωνικών ομάδων εξακολουθεί να υφίσταται εμπόδια και ανισότητες, παρά τη σημαντική βελτίωση που έχει παρατηρηθεί σε κάποιους βασικούς δείκτες υγείας διεθνώς, όπως πχ το προσδόκιμο επιβίωσης.

Επομένως, συντρέχουν ηθικοί και κοινωνικοί λόγοι δημιουργίας ίσων ευκαιριών στην υγεία ώστε να επιτευχθεί η μεγαλύτερη δυνατή άμβλυνση των υφιστάμενων διαφοροποιήσεων διότι, για αυτές τις ομάδες του πληθυσμού η δυσκολία πρόσβασης σε ένα τουλάχιστον επαρκές δημόσιο σύστημα υγείας αποτελεί λίγο ως πολύ κοινωνική καταδίκη, καθώς είναι προφανές ότι στερούνται των όποιων οικονομικών δυνατοτήτων για προσφυγή σε ιδιωτικές υπηρεσίες.

Γιατί το βασικότερο κοινωνικό δικαίωμα είναι η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, καθώς, αυτό το κοινωνικό δικαίωμα είναι συνυφασμένο με το σημαντικότερο όλων των ανθρώπινων δικαιωμάτων. « Το δικαίωμα στη ζωή». Συνεπώς είναι κομβικής σημασίας η ανεμπόδιστη και ισότιμη πρόσβαση των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού στις υπηρεσίες αυτές.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1] Υφαντόπουλος «Τα Οικονομικά της Υγείας» Κεφάλαια 10(σελ 420-428,σελ 431-443),11(σελ 461-480)
- [2] Πολύζος «Χρηματοοικονομική Διαχείριση ΜΥ» Κεφάλαια 2(σελ 84-89,σελ 94-110))
- [3] Ξανθάκης, Αλεξιάκης, «Χρηματοοικονομική ανάλυση επιχειρήσεων», εκδ. Α. Σταμούλης (σελ.12-20)
- [4] E. Mossialos, S. Allin and K. Davaki, “Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia”, Health Econ. 14: S151–S168 (2005) (σελ.14-19)
- [5] Barro, 1996. R. Barro, Health and economic growth, Mimeo. , Harvard University, Cambridge, MA (1996) (σελ.50-53).
- [6] Barro and Sala-I-Martin, 1995. R. Barro and X. Sala-I-Martin, Economic growth. , McGraw-Hill, New York (1995) (σελ.100-103).
- [7] Bhargava et al., 2001b. A. Bhargava, D. Jamison, L. Lau and C. Murray, Modeling the effects of health on economic growth. Journal of Health Economics 20 3 (2001), pp. 423–440. Article | PDF (149 K) | View Record in Scopus | Cited By in Scopus (46) (σελ.14-30)
- [8] Bloom and Canning, 2000. D. Bloom and D. Canning, The health and wealth of nations. Science 287 (2000), pp. 1207–1209. Full Text via CrossRef | View Record in Scopus | Cited By in Scopus (75) (σελ. 103-104)
- [9] Αμίτσης Γ., Η θεσμική κατοχύρωση των ελαχίστων ορίων διαβίωσης στην Ελληνική και διεθνή έννομη τάξη - Συμβολή στη δογματική θεμελίωση των συστημάτων ελαχίστου εισοδήματος, Α.Ν. Σάκουλας, Αθήνα, 2001 (σελ. 30-34)
- [10] Βακαλόπουλος Γ., "Τα κατώτατα όρια συντάξεων μισθωτών μετά το Ν. 2084/92", Επιθεώρησις Δικαίου Κοινωνικής Ασφάλισεως, ΛΔ', 1992, σελ. 745-747

- [11] Επιτροπή για την Εξέταση της Μακροπρόθεσμης Οικονομικής Πολιτικής, Οικονομία και Συντάξεις - Συνεισφορά στον κοινωνικό διάλογο, Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος, Αθήνα, 1997, σελ. 300-302
- [12] Κουκιάδης Ι., Παραδόσεις Κοινωνικής Πολιτικής και Κοινωνικής Νομοθεσίας, τ. Α', Σάκκουλας, Θεσσαλονίκη, 1981
- [13] L. Liaropoulos, "Health care policy in Greece: a new and promising reform", στο Euro Observer, Vol 3, N. 2, July 2001.
- [14] Οδηγός του Πολίτη με ειδικές ανάγκες-Ίσες ευκαιρίες για όλους (2001), Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης & Αποκέντρωσης
- [15] Οδηγός Διαπολιτισμικής Εκπαίδευσης (2004), Σκλάβου Κ., Μιτίλης Α. & Σκαλή Θ., Ελληνικό Συμβούλιο για τους Πρόσφυγες (ΕΣΠ)
- [16] Οδηγός «Απλές συμβουλές ισότητας για την εργαζόμενη μητέρα & τον εργαζόμενο πατέρα» (2007), Γενική Γραμματεία Ισότητας-Υπουργείο Εσωτερικών
- [17] Οδηγός του ασφαλισμένου (2003)-ΙΚΑ
- [18] Οδηγός Δομών και Υπηρεσιών Βορείων Προαστίων, Δίκτυο Φορέων Ψυχικής Υγείας και Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ΕΠΑΨΥ (2006)
- [19] Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Επιχειρησιακό Πρόγραμμα 'Υγεία-Πρόνοια 2000-2006'. Δικαιώματα Ψυχικώς Πασχόντων. Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης "Ψυχαργός-Β' Φάση". Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων-Ιατρική Σχολή, ΕΚΚΕ, ΟΜΑΣ ΑΕ. Δεκέμβριος 2004
- [20] [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr) (Γενική Γραμματεία Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας), πρόσβαση Νοέμβριος 2011
- [21] [www.nchr.gr](http://www.nchr.gr) (Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου), πρόσβαση Νοέμβριος 2011
- [22] [www.coe.int](http://www.coe.int) (Συμβούλιο της Ευρώπης), πρόσβαση Νοέμβριος 2011
- [23] [www.tebe.gr](http://www.tebe.gr) (Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών), πρόσβαση Νοέμβριος 2011
- [24] [www.oga.gr](http://www.oga.gr) (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων), πρόσβαση Νοέμβριος 2011

- [25] [www.oeaed.gr](http://www.oeaed.gr) (Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού), πρόσβαση Νοέμβριος 2011
- [26] [www.ika.gr](http://www.ika.gr) (Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), πρόσβαση Νοέμβριος 2011
- [27] Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (2007), Δικαίωμα στην Υγεία των Μεταναστών χωρίς Νόμιμα Έγγραφα Παραμονής. Απόφαση ΕΕΔΑ, Αθήνα. <http://www.nchr.gr>
- [28] Kanavaki S., Nikolaou S., Karampela S., Papavasiliou A., Skroumpelou A., Varonou E., Papageorgiou P., Kontos F., Anagnostou S., Raftopoulou A., Koumantakis P., Tamvakis V. (2005). «Changes in the epidemiology of tuberculosis in Greece due to continuing immigration». *Pneumon* 18(1):84-92.
- [29] Ντάλλα Μ., Καραδήμας Β., Πράπας Χ. (2004). «Μετανάστευση και ψυχική υγεία σε μετανάστες από την Αλβανία και παλινοστούντες από την πρώην Σοβιετική Ένωση», *Τετράδια Ψυχιατρικής* 87:103-113.
- [30] Μπουφίδης Σ. (1999), *Ματαίωση ονείρων, ψυχασθένειες και μετανάστες. Γιατροί Χωρίς Σύνορα*(<http://www.msf.gr>)
- [31] <http://mighealth.net> (ιστοσελίδα για την υγεία των μεταναστών και των μειονοτήτων στην Ελλάδα), πρόσβαση Νοέμβριος 2011
- [32] Τούντας Γ., "Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία", *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Ιούλιος-Αύγουστος 2000, σελ. 351-354.
- [33] Hilary Silver and S.M. Miller Indicators, vol. 2, no. 2, Spring 2003, p.1-2
- [34] Κοντιάδης Ξ.(2004) *Συνταγματικές εγγυήσεις και θεσμική οργάνωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας*, εκδ. Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, σ. 150
- [35] (Who Regional Office for Europe, 2005).
- [36] <http://ec.europa.eu> (δικτυακός τόπος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής), πρόσβαση Νοέμβριος 2011
- [37] [www.mdmgreece.gr](http://www.mdmgreece.gr) (ιστοσελίδα της Μ.Κ.Ο. γιατροί του κόσμου), πρόσβαση Νοέμβριος 2011
- [38] OECD (1992), "The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries". OECD: Paris.

- [39] Polyzos N. (2001), An analysis of the hospital sector in Greece. Ph.D. Thesis, University of Athens.
- [40] Pozoukidou A. (2006), Professional satisfaction of nursing and paramedical staff of the General Hospital of Naoussa, Hellenic Open University thesis, 2006.
- [41] Kremeti M (2010), Employee satisfaction in the University General Hospital of Larissa, Msc dissertation, University of Macedonia, 2010
- [42] Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι. Χλέτσος, Μ. (1999). Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας. Ελληνικό Ανοιχτό Πανεπιστήμιο
- [43] Ζευγαρίδης, Σ., Σταματιάδης, Η. (1997). Διοίκηση και εποπτεία προσωπικού. Interbooks
- [44] Μπελλάλη, Θ. (2003). Υποκίνηση νοσηλευτικού προσωπικού: Θεωρητικές προσεγγίσεις και τεχνικές. Στο: Θέματα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Επιλεγμένα κείμενα εργασιών του 4ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας. Mediforce
- [45] Λιαρόπουλος, Α. και συν. (2011) «Προσβασιμότητα των Ευπαθών Ομάδων στις Υγειονομικές Υπηρεσίες στην Ελλάδα», Μελέτη, Αναθέτουσα Αρχή: ΚΕ.ΕΛΠΙΝΟ., Αθήνα.
- [46] World Health Organization online library, <http://dosei.who.int/uhtbin/cgiisirsi/Fri+Nov+12+14:30:49+MET+2010/0/49>, πρόσβαση Ιανουάριος 2012
- [47] Ekuklu G, Berberoglu U, Eskiocak M, et al. (2003). Utilization of primary health care services by Turkish gypsies and members of the general population at Muradiye health unit district in Edirne, Turkey. Yonsei Medical Journal 44:414-423.
- [48] Idzerda L, Adams O, Patrick J, et al. (2011). Access to primary healthcare services for the Roma population in Serbia: a secondary data analysis. BMC Int Health Hum Rights 11:10.
- [49] Parry G, Cleemput P, Peters J, et al. (2007). Health status of Gypsies and Travellers in England. J Epidemiol Community Health 61:198-204.
- [50] Peters J, Parry G, Cleemput P. (2009). Health and use of health services: a comparison between Gypsies and Travellers and other ethnic groups. Ethn & Health 14:359-377.



- [51] Rechel B, Blackburn CM, Spencer NJ, et al. (2009). Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. *Int J Equity Health* 8:24.
- [52] Sutherland A. (1992). Gypsies and health care. *West Med J* 157:276-280.
- [53] Wetzel RC, Dean JM, Rogers MC. (1983). Gypsies and acute medical intervention. *Pediatrics* 72:731-735.

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η παρούσα μελέτη αφορά την πρόσβαση ορισμένων ευπαθών ομάδων στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα και πρόκειται να διεξαχθεί μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Η μελέτη είναι ανώνυμη και δεν ζητούνται προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Είναι σαφές ότι δεν πρόκειται να δημοσιοποιηθούν προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων και επιπλέον κανείς δεν γνωρίζει τους συμμετέχοντες εκτός από τους ερευνητές.

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας και για τον χρόνο σας!

Τόπος συλλογής: .....

Ημερομηνία: .....

**Παρακαλώ, στις παρακάτω ερωτήσεις σημειώστε με  την απάντησή σας.**

**1. Πως θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας;**

Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Φοβόσαστε ότι θα αρρωστήσετε;**

Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Ποια είναι η πρώτη σας ενέργεια, όταν έχετε ένα πρόβλημα υγείας (επιλέξτε μόνο μια απάντηση);**

- α. Επισκέπτομαι ιατρό .....
- β. Επισκέπτομαι φαρμακοποιό .....
- γ. Λαμβάνω φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή .....
- δ. Συμβουλευόμαι συγγενείς/φίλους .....
- ε. Επισκέπτομαι το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημοσίου νοσοκομείου .....
- στ. Συμβουλευόμαι τον εργοδότη μου .....
- ζ. Αδιαφορώ και δεν κάνω τίποτα .....
- η. Άλλο (προσδιορίστε) .....

**4. Πάσχετε από χρόνια νόσημα;**

- α.  Υπέρταση
- β.  Άσθμα

- γ  Διαβήτης  
 δ  Καρδιαγγειακή νόσος  
 ε  Νοσήματα του πεπτικού συστήματος  
 στ  Ψυχιατρικό νόσημα  
 ζ  Άλλο Παρακαλώ, προσδιορίστε.....

**5. Λαμβάνετε φάρμακο(α) για χρόνια νόσημα;**

- α  Ναι β  Όχι

**6. Πάσχετε από το χρόνια νόσημα πριν τον ερχομό σας στην Ελλάδα;**

- α  Ναι β  Όχι

**7. Νοσήσατε στο παρελθόν από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα;**

- α  Ναι β  Όχι

**8. Πάσχετε τη στιγμή αυτή από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα;**

- α  Ναι β  Όχι

**9. Είστε καπνιστής;**

- α  Ναι β  Όχι (εάν Όχι, συνεχίστε στην ερώτηση 11)

**10. Εάν είστε καπνιστής, τι από τα παρακάτω καπνίζετε;**

- α  Τσιγάρα \_\_\_\_\_ (αριθμός) ανά ημέρα  
 β  Πίπα \_\_\_\_\_ (αριθμός γεμισμάτων) ανά ημέρα  
 γ  Άλλο(προσδιορίστε) \_\_\_\_\_

**11. Πως θα χαρακτηρίζατε τη γνώση σας αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας;**

Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Εάν θεωρείτε ότι η γνώση σας αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας μπορεί να βελτιωθεί, ποια από τα παρακάτω πιστεύετε ότι μπορούν να βελτιώσουν τη γνώση αυτή; (επιλέξτε μέχρι τρία)**

- α Ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας μου.....
- β Ενημέρωση για τα δικαιώματά μου αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας .....
- γ Ενημέρωση για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας .....
- δ Ενημέρωση για την πρόσβαση σε νοσοκομεία/ιατρούς (π.χ. τοποθεσία, τρόπος πρόσβασης).....
- ε Άλλο (προσδιορίστε) .....

**13. Πως θα περιγράφατε τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το κράτος;**

Πολύ καλές	Καλές	Μέτριες	Κακές	Πολύ κακές
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το κράτος, ποια από τα παρακάτω θεωρείται ως πρόβλημα, το οποίο πρέπει να αντιμετωπιστεί; (επιλέξτε μέχρι τρία)**

- α Επικοινωνία με τους επιστήμονες υγείας.....
- β Μεγάλος χρόνος αναμονής .....
- γ Συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας (π.χ. έλλειψη σεβασμού).....
- δ Δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (π.χ. μετακίνηση) .....
- ε Κόστος της φροντίδας υγείας .....
- στ Πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας (π.χ. γραφειοκρατία) .....
- ζ Άλλο (προσδιορίστε).....

**15. Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τις υπηρεσίες υγείας;**

Πάρα πολύ	Πολύ	Μέτρια	Λίγο	Καθόλου
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Πως θα περιγράφατε τη συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας;**

Πολύ καλή	Καλή	Ούτε καλή/ούτε κακή	Κακή	Πολύ κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Εμπιστεύεστε τους επιστήμονες υγείας;**α  Ναι β  Όχι**18. Όταν χρειάζεστε ενημέρωση σχετικά με την υγεία σας, σε ποιον απευθύνεστε;**

- α Σε ιατρό στην Ελλάδα.....
- β Σε ιατρό στη χώρα μου.....
- γ Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου.....
- δ Στο οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον.....
- ε Στον εργοδότη μου.....
- στ Σε φαρμακοποιό.....
- ζ Στον ασφαλιστικό μου φορέα.....
- η Άλλο (προσδιορίστε).....

**19. Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Εμπιστεύομαι τους επιστήμονες υγείας στην Ελλάδα»;**

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20. Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Μπορώ να καλύψω το οικονομικό κόστος, σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας»;**

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Γνωρίζω τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες μπορώ να πάω, όταν τις χρειαστώ»;**

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Έχω δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας»;**

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. Τους τελευταίους 12 μήνες, χρησιμοποιήσατε υπηρεσίες υγείας; (π.χ. ιατρούς, οδοντιάτρους, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών κ.ά.)**

- α  Ναι  
β  Όχι (συνεχίστε στην ερώτηση 25)

**24. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες φορές επισκεφτήκατε;**

- α Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών; Αριθμός επισκέψεων \_\_\_\_\_  
β Ιατρό; Αριθμός επισκέψεων \_\_\_\_\_  
γ Οδοντίατρο; Αριθμός επισκέψεων \_\_\_\_\_  
δ Άλλο; Προσδιορίστε..... Αριθμός επισκέψεων \_\_\_\_\_

**25. Την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε υπηρεσίες υγείας (π.χ. ιατρό, νοσοκομείο κ.ά.), πήγατε;**

- α Μόνος-η μου .....

β Με συγγενή/φίλο .....

γ Με τον εργοδότη μου/με φίλο μου Έλληνα .....

δ Άλλο (προσδιορίστε) \_\_\_\_\_

Εάν απαντήσατε «Μόνος-η μου», συνεχίστε στην ερώτηση 27.

**26. Ποιος είναι ο σημαντικότερος λόγος για τον οποίο η επίσκεψή σας στις υπηρεσίες υγείας πραγματοποιήθηκε με τη συνοδεία άλλου ατόμου;**

α Με βοήθησε στην επικοινωνία.....

β Με βοήθησε στη μετακίνησή μου .....

γ Με βοήθησε οικονομικά .....

δ Άλλο (προσδιορίστε) \_\_\_\_\_

**27. Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε κάποια φορά που χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπορούσατε;**

α  Ναι

β  Όχι (συνεχίστε στην ερώτηση 29)

**28. Ποιος ήταν ο σημαντικότερος λόγος για τον οποίο δεν μπορούσατε να χρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες υγείας;**

α Δυσκολίες μετακίνησης .....

β Ο εργοδότης μου δεν μου έδωσε άδεια .....

γ Έλλειψη χρόνου .....

δ Δεν ήξερα που να πάω.....

ε Δεν μπορούσα να κλείσω ραντεβού .....



- στ Το υψηλό κόστος.....
- ζ Η άσχημη συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας.....
- η Ο μεγάλος χρόνος αναμονής.....
- θ Το πρόβλημα υγείας δεν καλύπτονταν από την ασφάλειά μου.....
- ι Φοβήθηκα ότι θα είχα προβλήματα με τις αστυνομικές αρχές.....
- κ Είχα πρόβλημα επικοινωνίας και συνεννόησης.....
- λ Άλλο (προσδιορίστε).....

**29. Τους τελευταίους 12 μήνες, νοσηλευθήκατε σε δημόσιο νοσοκομείο;**

- α  Ναι \_\_\_\_\_ ημέρες Αιτία νοσηλείας: \_\_\_\_\_
- β  Όχι

**30. Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε κάποια φορά που χρειαστήκατε φάρμακα, αλλά δεν λάβατε;**

- α  Ναι
- β  Όχι (συνεχίστε στην ερώτηση 32)

**31. Ποιος ήταν ο σημαντικότερος λόγος για τον οποίο δεν λάβατε φάρμακα;**

- α Θεώρησα πως τα φάρμακα δεν ήταν απαραίτητα.....
- β Το υψηλό κόστος.....
- γ Δεν είχα χρόνο για να αγοράσω τα φάρμακα.....
- δ Περίμενα την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας μου.....
- ε Δεν γνώριζα που να βρω τα φάρμακα.....
- στ Άλλο (προσδιορίστε).....

**32. Εάν χρησιμοποιήσατε υπηρεσίες υγείας, ποιος πλήρωσε για αυτές;**

- α Πλήρωσα μόνος μου.....
- β Ο εργοδότης μου.....

γ Δεν μου ζήτησαν χρήματα .....

δ Επισκέφτηκα μόνο το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών .....

ε Άλλο (προσδιορίστε) .....

Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

**33. Φύλο**

α  Άνδρας    β  Γυναίκα

**34. Έτος γέννησης;.....**

**35. Ποια είναι η χώρα γεννήσεως σας;.....**

**36. Έχετε βιβλιάριο υγείας που να ισχύει τη στιγμή αυτή;**

α  Ναι Παρακαλώ, προσδιορίστε.....

β  Όχι

**37. Πόσα χρόνια ζείτε συνολικά στην Ελλάδα;**

\_\_\_\_\_ έτη και \_\_\_\_\_ μήνες

**38. Ποιο είναι το ανώτερο εκπαιδευτικό σας επίπεδο;**

α Απόφοιτος δημοτικού.....

β Απόφοιτος γυμνασίου .....

γ Απόφοιτος λυκείου.....

δ Κολλέγιο.....

ε Πτυχίο πανεπιστημίου .....

στ Άλλο (προσδιορίστε) .....

**39. Πόσα άτομα ζούνε στο ίδιο σπίτι με εσάς;.....**

**40. Τα άτομα που ζουν στο ίδιο σπίτι με εσάς, είναι: (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερα από ένα)**

- α Σύζυγος/σύντροφος.....
- β Τα παιδιά μου .....
- γ Άλλοι συγγενείς.....
- δ Φίλοι μου.....
- ε Ο εργοδότης μου και η οικογένειά του .....
- στ Άτομα που εργαζόμαστε μαζί .....
- ζ Άλλο (προσδιορίστε).....

**41. Τη στιγμή αυτή:**

- α Πληρώνω ενοίκιο .....
- β Δεν πληρώνω ενοίκιο .....
- γ Ο εργοδότης μου πληρώνει για τη διαμονή μου .....
- δ Είμαι άστεγος/η.....
- ε Άλλο (προσδιορίστε).....

**42. Τη στιγμή αυτή, εργάζεστε;**

- α  Ναι β  Όχι

**43. Ποιο είναι το επάγγελμά σας;.....**

**44. Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, πόσες μέρες δουλεύατε συνολικά μέσα σε μια εβδομάδα;.....**

**45. Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, πόσες ώρες δουλεύατε κατά μέσο όρο σε μια μέρα;.....**

**46. Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημά σας;**

- α  Δεν έχω εισόδημα β  Λιγότερα από €250 γ  €251-500

δ  €501-750

ε  €751-1000

στ  πάνω από €1000

**47. Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα της οικογένειάς σας;**

α  Δεν έχουμε εισόδημα    β  Λιγότερα από €250    γ  €251-500

δ  €501-750

ε  €751-1000

στ  πάνω από €1000

**48. Τη στιγμή αυτή:**

α Είμαι μόνος/η .....

β Είμαι παντρεμένος/η ή με σύντροφο.....

γ Είμαι διαζευγμένος/η ή χήρος/α.....

**49. Πόσα παιδιά έχετε;**

α  0    β  1    γ  2    δ  3    ε  Περισσότερα από 3

**50. Πιστεύετε ότι το οικογενειακό/φιλικό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς;**

α  Ναι    β  Όχι

**51. Είστε μέλος κάποιας κοινωνικής/πολιτιστικής/θρησκευτικής οργάνωσης της χώρας σας;**

α  Ναι    β  Όχι

**52. Ποια είναι η γλώσσα σας; .....**

Πως θα περιγράφατε την ικανότητά σας:

Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. α Να διαβάσετε στη γλώσσα σας
- β Να γράφετε στη γλώσσα σας
54. α Να καταλαβαίνετε Ελληνικά
- β Να μιλάτε Ελληνικά
- γ Να διαβάσετε Ελληνικά
- δ Να γράφετε Ελληνικά
55. α Να καταλαβαίνετε Αγγλικά
- β Να μιλάτε Αγγλικά
- γ Να διαβάσετε Αγγλικά
- δ Να γράφετε Αγγλικά

56. Θέλετε να επιστρέψετε στη χώρα σας κάποια στιγμή στο μέλλον;

Σίγουρα	Πιθανώς	Δεν ξέρω	Όχι, θέλω να μείνω στην Ελλάδα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: Αποτελέσματα στατιστικής ανάλυσης (Πίνακες)

**Πίνακας 1:** Δημογραφικά στοιχεία

		<b>N</b>	<b>%</b>
Φύλο	Άνδρες	71	50,0
	Γυναίκες	71	50,0
<b>Ηλικία, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)</b>		32,9±11,4	30 (24 - 41)
<b>Ποια είναι η χώρα γεννήσεως σας</b>	Αλβανία	26	18,3
	Βουλγαρία	7	4,9
	Ελλάδα	62	43,7
	Μολδαβία	3	2,1
	Ουκρανία	1	0,7
	Ρουμανία	42	29,6
	Ρωσία	1	0,7
<b>Έχετε βιβλιάριο υγείας που να ισχύει τη στιγμή αυτή;</b>	Όχι	20	14,1
	Ναι	121	85,9
<b>Παρακαλώ, προσδιορίστε</b>	απορίας	32	22,5
	ΙΚΑ	53	37,3
	ΟΓΑ	24	16,9
	ΤΕΒΕ	5	3,5
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Καμία	29	20,4
	Λίγες τάξεις δημοτικού	19	13,4
	Απόφοιτος δημοτικού	28	19,7
	Απόφοιτος γυμνασίου	21	14,8
	Απόφοιτος λυκείου	27	19,0
	Κολλέγιο	11	7,7
	Πτυχίο πανεπιστημίου	7	4,9
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμοι	23	16,2
	Έγγαμοι	109	76,8
	Διαζευγμένοι/χήροι	10	7,0
<b>Πόσα παιδιά έχετε</b>	0	33	23,2
	1	26	18,3
	2	31	21,8
	3	18	12,7
	>3	34	23,9
<b>Πιστεύετε ότι το οικογενειακό/φιλικό σας περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς</b>	Όχι	28	19,9
	Ναι	113	80,1
<b>Είστε μέλος κάποιας κοινωνικής/πολιτιστικής/θρησκευτικής</b>	Όχι	135	95,1
	Ναι	7	4,9

**Πίνακας 2:** Οικογενειακή κατάσταση.

		N	%
Πόσα χρόνια ζείτε συνολικά στην Ελλάδα*, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)		6,2±1,7	6,5 (5,1 - 7,8)
Πόσα άτομα ζούνε στο ίδιο σπίτι με εσάς, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)		4,3±2,7	4 (3 - 5)
Τα άτομα που ζουν στο ίδιο σπίτι με εσάς, είναι			
Σύζυγος/σύντροφος	Όχι	33	23,6
	Ναι	107	76,4
Τα παιδιά μου	Όχι	48	33,8
	Ναι	94	66,2
Άλλοι συγγενείς	Όχι	102	71,8
	Ναι	40	28,2
Φίλοι μου	Όχι	138	97,2
	Ναι	4	2,8
Ο εργοδότης μου και η οικογένειά του	Όχι	140	98,6
	Ναι	2	1,4
Άτομα που εργαζόμαστε μαζί	Όχι	141	99,3
	Ναι	1	0,7
Άλλο	Όχι	142	100,0
	Ναι	0	0,0
Τη στιγμή αυτή	Πληρώνω ενοίκιο	50	35,2
	Δεν πληρώνω ενοίκιο	53	37,3
	Ο εργοδότης μου πληρώνει για τη διαμονή μου	5	3,5
	Είμαι άστεγος/η	0	0,0
	Άλλο	34	23,9
Αν άλλο, ποιο	Παράγκα	33	23,2
	Σε συγγενή	1	0,7

\*αφορά μόνο στους μετανάστες

**Πίνακας 3: Στοιχεία εργασίας**

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Τη στιγμή αυτή, εργάζεστε</b>	Όχι	60	42,3
	Ναι	82	57,7
<b>Επάγγελμα</b>	Αγρότης	9	6,3
	ελ.επαγγελματίας	7	4,9
	Εργάτης	2	1,4
	ηλεκτρολόγος	1	0,7
	ηλεκτροσυγκολλητής	2	1,4
	ιδ.υπάλληλος	30	21,1
	κομμώτρια	1	0,7
	κτηνοτρόφος	1	0,7
	Λογιστής	1	0,7
	μαναβική	6	4,2
	ξυλουργός	1	0,7
	οικιακά	9	6,3
	οικιακή βοηθός	4	2,8
	οικοδόμος	13	9,2
	σίδερα	18	12,6
	σίδερα μαναβική	2	1,4
<b>Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, πόσες μέρες δουλεύατε συνολικά μέσα σε μια εβδομάδα, μέση τιμή±SD</b>		4,5±2,3	5 (3 - 6)
<b>Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, πόσες ώρες δουλεύατε κατά μέσο όρο σε μια μέρα, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)</b>		6,9±3,6	8 (5 - 8)



**Πίνακας 4: Στοιχεία εισοδήματος**

		N	%
<b>Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημά σας</b>	Δεν έχω εισόδημα	21	14,9
	Λιγότερα από €250	18	12,8
	€251-500	34	24,1
	€501-750	32	22,7
	€751-1000	26	18,4
	πάνω από €1000	10	7,1
<b>Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα της οικογένειάς σας</b>	Δεν έχω εισόδημα	5	3,5
	Λιγότερα από €250	9	6,3
	€251-500	21	14,8
	€501-750	39	27,5
	€751-1000	34	23,9
	πάνω από €1000	34	23,9

**Πίνακας 5:** Περιγραφή ικανοτήτων

	<b>Πολύ κακή</b>	<b>Κακή</b>	<b>Μέτρια</b>	<b>Καλή</b>	<b>Πολύ καλή</b>	<i>Μέση τιμή±SD*</i>	<b>Διάμεσος (Ενδ. εύρος)*</b>
<b>Πως θα περιγράφατε την ικανότητά σας</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>		
Να διαβάζετε στη γλώσσα σας	0 (0)	1 (1,3)	1 (1,3)	11 (13,8)	67 (83,8)	4,8±0,5	5 (5 - 5)
Να γράφετε στη γλώσσα σας	0 (0)	1 (1,3)	1 (1,3)	12 (15)	66 (82,5)	4,8±0,5	5 (5 - 5)
Να καταλαβαίνετε Ελληνικά	0 (0)	3 (2,1)	12 (8,5)	43 (30,3)	84 (59,2)	4,5±0,7	5 (4 - 5)
Να μιλάτε Ελληνικά	0 (0)	2 (1,4)	19 (13,4)	45 (31,7)	76 (53,5)	4,4±0,8	5 (4 - 5)
Να διαβάζετε Ελληνικά	44 (31)	9 (6,3)	30 (21,1)	37 (26,1)	22 (15,5)	2,9±1,5	3 (1 - 4)
Να γράφετε Ελληνικά	52 (36,9)	15 (10,6)	38 (27)	26 (18,4)	10 (7,1)	2,5±1,3	3 (1 - 4)
Να καταλαβαίνετε Αγγλικά	96 (67,6)	8 (5,6)	17 (12)	16 (11,3)	5 (3,5)	1,8±1,2	1 (1 - 3)
Να μιλάτε Αγγλικά	101 (71,1)	11 (7,7)	14 (9,9)	13 (9,2)	3 (2,1)	1,6±1,1	1 (1 - 2)
Να διαβάζετε Αγγλικά	103 (72,5)	10 (7)	12 (8,5)	14 (9,9)	3 (2,1)	1,6±1,1	1 (1 - 2)
Να γράφετε Αγγλικά	104 (73,2)	12 (8,5)	13 (9,2)	10 (7)	3 (2,1)	1,6±1,1	1 (1 - 2)

\*υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανότητα

**Πίνακας 6:** Κατάσταση υγείας

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Πως θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας</b>	Πολύ κακή	5	3,5
	Κακή	12	8,5
	Μέτρια	26	18,3
	Καλή	46	32,4
	Πολύ καλή	53	37,3
<b>Φοβόσαστε ότι θα αρρωστήσετε</b>	Καθόλου	55	39,0
	Λίγο	27	19,1
	Μέτρια	26	18,4
	Πολύ	23	16,3
	Πάρα πολύ	10	7,1
<b>Ποια είναι η πρώτη σας ενέργεια, όταν έχετε ένα πρόβλημα</b>	Επισκέπτομαι ιατρό	27	19,0
	Επισκέπτομαι φαρμακοποιό	17	12,0
	Λαμβάνω φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή	6	4,2
	Συμβουλευόμαι συγγενείς/φίλους	9	6,3
	Επισκέπτομαι το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημοσίου νοσοκομείου	71	50,0
	Αδιαφορώ και δεν κάνω τίποτα	12	8,5

## Πίνακας 7: Νοσήματα

		N	%	
<b>Πάσχετε από χρόνια νόσημα</b>				
Υπέρταση	Όχι	140	98,6	
	Ναι	2	1,4	
Άσθμα	Όχι	138	97,2	
	Ναι	4	2,8	
Διαβήτης	Όχι	142	100,0	
	Ναι	0	0,0	
Καρδιαγγειακή νόσος	Όχι	141	99,3	
	Ναι	1	0,7	
Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	Όχι	137	96,5	
	Ναι	5	3,5	
Ψυχιατρικό νόσημα	Όχι	141	99,3	
	Ναι	1	0,7	
Άλλο	Όχι	130	91,5	
	Ναι	12	8,5	
<b>Αν άλλο, ποιο</b>	αλλεργίες	1	0,7	
	αναιμία	2	1,4	
	γυναικολογικό	1	0,7	
	δισκοπάθεια	2	1,4	
	έλλειψη ασβεστίου	1	0,7	
	επιληψίες	1	0,7	
	ιλίγγους	1	0,7	
	κινητική αναπηρία	1	0,7	
	πονοκεφάλους	1	0,7	
	προστάτη	1	0,7	
	<b>Λαμβάνετε φάρμακο(α) για χρόνια νόσημα</b>	Όχι	128	90,1
		Ναι	14	9,9
<b>Πάσχετε από το χρόνια νόσημα πριν τον ερχομό σας στην Ελλάδα</b>				
<b>Νοσήσατε στο παρελθόν από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα</b>	Ναι	1	0,7	
	Όχι	142	100,0	
	Ναι	0	0,0	
<b>Πάσχετε τη στιγμή αυτή από κάποιο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα</b>	Όχι	142	100,0	
	Ναι	0	0,0	

**Πίνακας 8:** Στοιχεία καπνίσματος

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Είστε καπνιστής</b>	Όχι	66	46,5
	Ναι	76	53,5
<b>Εάν είστε καπνιστής, καπνίζετε τσιγάρα</b>	Όχι	0	0,0
	Ναι	76	100,0
<b>Ημερήσιος αριθμός τσιγάρων, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)</b>		25,5±14,9	20 (15 - 40)
<b>Εάν είστε καπνιστής, καπνίζετε πίπα</b>	Όχι	73	100,0
	Ναι	0	0,0
<b>Ημερήσιος αριθμός γεμισμάτων, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)</b>		0±0	0 (0 - 0)
<b>Εάν είστε καπνιστής, καπνίζετε κάτι άλλο</b>	Όχι	73	100,0
	Ναι	0	0,0

**Πίνακας 9:** Γνώση για υπηρεσίες υγείας

		N	%
<b>Πως θα χαρακτηρίζατε τη γνώση σας αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας</b>	Πολύ κακή	20	14,1
	Κακή	43	30,3
	Μέτρια	30	21,1
	Καλή	42	29,6
	Πολύ καλή	7	4,9
<b>Η ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας μου μπορεί να βελτιώσει τη γνώση μου για τις υπηρεσίες υγείας</b>	Όχι	65	46,1
	Ναι	76	53,9
<b>Η ενημέρωση για τα δικαιώματά μου αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας μπορεί να βελτιώσει τη γνώση μου για τις υπηρεσίες υγείας</b>	Όχι	27	19,1
	Ναι	114	80,9
<b>Η ενημέρωση για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να βελτιώσει τη γνώση μου για τις υπηρεσίες υγείας</b>	Όχι	65	46,1
	Ναι	76	53,9
<b>Η ενημέρωση για την πρόσβαση σε νοσοκομεία/ιατρούς μπορεί να βελτιώσει τη γνώση μου για τις υπηρεσίες υγείας</b>	Όχι	123	87,2
	Ναι	18	12,8
<b>Υπάρχει κάτι άλλο που μπορεί να βελτιώσει τη γνώση μου για τις υπηρεσίες υγείας</b>	Όχι	140	99,3
	Ναι	1	0,7
<b>Αν ναι, ποιο</b>	ρατσισμός	1	0,7

**Πίνακας 10:** Εκτίμηση ποιότητας υπηρεσιών υγείας

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Πως θα περιγράφατε τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το κράτος</b>	Πολύ κακή	20	14,3
	Κακή	31	22,1
	Μέτρια	50	35,7
	Καλή	35	25,0
	Πολύ καλή	4	2,9
<b>Ποια από τα παρακάτω θεωρείται ως πρόβλημα, το οποίο πρέπει να αντιμετωπιστεί</b>			
Επικοινωνία με τους επιστήμονες υγείας	Όχι	114	81,4
	Ναι	26	18,6
Μεγάλος χρόνος αναμονής	Όχι	54	38,6
	Ναι	86	61,4
Συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας (π.χ. έλλειψη σεβασμού)	Όχι	80	57,1
	Ναι	60	42,9
Δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (π.χ. μετακίνηση)	Όχι	126	90,0
	Ναι	14	10,0
Κόστος της φροντίδας υγείας	Όχι	71	50,7
	Ναι	69	49,3
Πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας (π.χ. γραφειοκρατία)	Όχι	103	73,6
	Ναι	37	26,4
Άλλο	Όχι	123	87,9
	Ναι	17	12,1
<b>Αν άλλο, ποιο</b>	έλλειψη γιατρού	8	5,6
	έλλειψη παιδιάτρου	9	6,3

**Πίνακας 11:** Ικανοποίηση από υπηρεσίες υγείας

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τις υπηρεσίες υγείας</b>	Καθόλου	29	20,4
	Λίγο	19	13,4
	Μέτρια	71	50,0
	Πολύ	18	12,7
	Πάρα πολύ	5	3,5
<b>Πως θα περιγράφατε τη συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας</b>	Πολύ κακή	5	3,5
	Κακή	11	7,7
	Ούτε καλή/ούτε κακή	51	35,9
	Καλή	63	44,4
	Πολύ καλή	12	8,5
<b>Εμπιστεύεστε τους επιστήμονες υγείας</b>	Όχι	54	38,8
	Ναι	85	61,2
<b>Όταν χρειάζεστε ενημέρωση σχετικά με την υγεία σας, σε ποιον</b>			
Σε ιατρό στην Ελλάδα	Όχι	103	72,5
	Ναι	39	27,5
Σε ιατρό στη χώρα μου <sup>†</sup>	Όχι	69	86,3
	Ναι	11	13,8
Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου	Όχι	69	48,6
	Ναι	73	51,4
Στο οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον	Όχι	134	94,4
	Ναι	8	5,6
Στον εργοδότη μου	Όχι	142	100,0
	Ναι	0	0,0
Σε φαρμακοποιό	Όχι	133	93,7
	Ναι	9	6,3
Στον ασφαλιστικό μου φορέα	Όχι	140	98,6
	Ναι	2	1,4
Άλλο	Όχι	140	98,6
	Ναι	2	1,4
<b>Αν άλλο, ποιο</b>	διαδίκτυο	1	0,7
	πουθενά	1	0,7

<sup>†</sup>αφορά μόνο στους μετανάστες



**Πίνακας 12:** Εμπιστοσύνη σε υπηρεσίες υγείας

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Εμπιστεύομαι τους επιστήμονες υγείας στην Ελλάδα»</b>	Διαφωνώ απόλυτα	16	11,3
	Διαφωνώ	16	11,3
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	33	23,2
	Συμφωνώ	56	39,4
	Συμφωνώ απόλυτα	21	14,8
<b>Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Μπορώ να καλύψω το οικονομικό κόστος, σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας»</b>	Διαφωνώ απόλυτα	32	22,5
	Διαφωνώ	52	36,6
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	23	16,2
	Συμφωνώ	32	22,5
	Συμφωνώ απόλυτα	3	2,1
<b>Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Γνωρίζω τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες μπορώ να πάω, όταν τις χρειαστώ»</b>	Διαφωνώ απόλυτα	6	4,2
	Διαφωνώ	26	18,3
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	27	19,0
	Συμφωνώ	61	43,0
	Συμφωνώ απόλυτα	22	15,5
<b>Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Έχω δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας»;</b>	Διαφωνώ απόλυτα	36	25,4
	Διαφωνώ	48	33,8
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	14	9,9
	Συμφωνώ	39	27,5
	Συμφωνώ απόλυτα	5	3,5

**Πίνακας 13:** Χρήση υπηρεσιών

		N	%
<b>Τους τελευταίους 12 μήνες, χρησιμοποιήσατε υπηρεσίες υγείας; (π.χ. ιατρούς, οδοντιάτρους, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών κ.ά.)</b>	Όχι	35	24,6
	Ναι	107	75,4
<b>Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες φορές επισκεφτήκατε</b>			
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)		3±6	1 (0 - 3)
Ιατρό, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)		2±3	0 (0 - 3)
Οδοντίατρο, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)		1±2	0 (0 - 0)
Άλλο, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)		0±0	0 (0 - 0)
Αν άλλο, ποιο	ΙΚΑ	1	0,7
<b>Την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε υπηρεσίες υγείας (π.χ. ιατρό, νοσοκομείο κ.ά.), πήγατε</b>	Μόνος-η μου	56	39,4
	Με συγγενή/φίλο	82	57,7
	Με τον εργοδότη μου/με φίλο μου	4	2,8
<b>Ποιος είναι ο σημαντικότερος λόγος για τον οποίο η επίσκεψή σας στις υπηρεσίες υγείας πραγματοποιήθηκε με τη συνοδεία άλλου ατόμου</b>	Με βοήθησε στην επικοινωνία	13	15,1
	Με βοήθησε στη μετακίνησή μου	43	50,0
	Άλλο	30	34,9
Αν άλλο, ποιο	κουράγιο	1	0,7
	παρέα	29	20,4

**Πίνακας 14:** Αδυναμία πρόσβασης σε υπηρεσίες

		N	%	
<b>Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε κάποια φορά που χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπορέσατε</b>	Όχι	82	57,7	
	Ναι	60	42,3	
<b>Ποιος ήταν ο σημαντικότερος λόγος για τον οποίο δεν μπορέσατε να χρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες υγείας</b>	Δυσκολίες μετακίνησης	19	31,7	
	Έλλειψη χρόνου	3	5,0	
	Δεν ήξερα που να πάω	1	1,7	
	Δεν μπορούσα να κλείσω ραντεβού	14	23,3	
	Το υψηλό κόστος	13	21,7	
	Η άσχημη συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας	1	1,7	
	Ο μεγάλος χρόνος αναμονής	1	1,7	
	Το πρόβλημα υγείας δεν καλύπτονταν από την ασφάλειά μου	2	3,3	
	Άλλο	6	10,0	
	<b>Ποιο άλλο</b>	αμέλεια	4	2,8
		έλλειψη ιατρού	2	1,4

**Πίνακας 15:** Στοιχεία νοσηλείας

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Τους τελευταίους 12 μήνες, νοσηλευθήκατε σε δημόσιο νοσοκομείο</b>	Όχι	114	81,4
	Ναι	26	18,6
<b>Αν ναι, πόσες ημέρες, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)</b>		5,3±6,1	3 (2 - 7)
<b>Αν ναι, για ποιά λόγο</b>	αιμορραγία	1	0,7
	αλλεργία	1	0,7
	αναμία	1	0,7
	αναπνευστικό	1	0,7
	γέννα	7	4,9
	έλκος στομάχου	1	0,7
	εμπύρετο	1	0,7
	ίωση	3	2,1
	ορθοπεδικό	2	1,4
	παθ/κο	1	0,7
	τροχαίο	1	0,7
	χειρ/κο	6	4,2

**Πίνακας 16:** Στοιχεία για λήψη φαρμάκων

		N	%
<b>Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε κάποια φορά που χρειαστήκατε φάρμακα, αλλά δεν λάβατε</b>	Όχι	84	59,2
	Ναι	58	40,8
<b>Ποιος ήταν ο σημαντικότερος λόγος για τον οποίο δεν λάβατε φάρμακα</b>	Θεώρησα πως τα φάρμακα δεν ήταν απαραίτητα	15	26,3
	Το υψηλό κόστος	31	54,4
	Περίμενα την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας μου	4	7,0
	Άλλο	7	12,3
	Δεν τα συνταγογραφούσε ο γιατρός	1	0,7
<b>Αν άλλος, ποιος</b>	έκλειψη ΑΜΚΑ	1	0,7
	κλειστό φαρμακείο νοσοκομείου	5	3,5
	Άλλο		
<b>Εάν χρησιμοποιήσατε υπηρεσίες υγείας, ποιος πλήρωσε για αυτές</b>	Πλήρωσα μόνος μου	79	56,4
	Ο εργοδότης μου	2	1,4
	Δεν μου ζήτησαν χρήματα	15	10,7
	Επισκέφτηκα μόνο το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	35	25,0
	Άλλο	9	6,4
	δεν είχα χρήματα	1	0,7
<b>Αν άλλος, ποιος</b>	ΙΚΑ	4	2,8
	ΟΓΑ	3	2,1
	τεβε	1	0,7

**Πίνακας 17:** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's x <sup>2</sup> test
		Αθίγγανος		Μετανάστης		
		N	%	N	%	
<b>Φύλο</b>	Άνδρες	29	46,8	42	52,5	0,499
	Γυναίκες	33	53,2	38	47,5	
<b>Ηλικία, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)</b>		32,4±13,6	25,5 (21 - 40)	33,2±9,5	30 (26 - 41)	0,114 <sup>†</sup>
<b>Ποια είναι η χώρα γεννήσεως</b>	Αλβανία	0	0,0	26	32,5	-
	Βουλγαρία	0	0,0	7	8,8	
	Ελλάδα	62	100,0	0	0,0	
	Μολδαβία	0	0,0	3	3,8	
	Ουκρανία	0	0,0	1	1,3	
	Ρουμανία	0	0,0	42	52,5	
	Ρωσία	0	0,0	1	1,3	
<b>Έχετε βιβλιάριο υγείας που να ισχύει τη στιγμή αυτή;</b>	Όχι	8	12,9	12	15,0	0,722
	Ναι	54	87,1	68	85,0	
<b>Παρακαλώ, προσδιορίστε</b>	απορίας	32	51,6	0	0,0	-
	ΙΚΑ	16	25,8	37	46,3	
	ΟΓΑ	5	8,1	19	23,8	
	τεβε	0	0,0	5	6,3	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>	Καμία	29	46,8	0	0,0	<0,001
	Λίγες τάξεις δημοτικού/ Απόφοιτος δημοτικού	32	51,6	15	18,8	

	Απόφοιτος γυμνασίου/ λυκείου	1	1,6	47	58,8	
	Κολλέγιο/ Πτυχίο πανεπιστημίου	0	0,0	18	22,5	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	Άγαμοι	7	11,3	16	20,0	0,107
	Έγγαμοι	48	77,4	61	76,3	
	Διαζευγμένοι/χήροι	7	11,3	3	3,8	
<b>Πόσα παιδιά έχετε</b>	0	10	16,1	23	28,8	<b>&lt;0,001</b>
	1	8	12,9	18	22,5	
	2	4	6,5	27	33,8	
	3	7	11,3	11	13,8	
	>3	33	53,2	1	1,3	
<b>Πιστεύετε ότι το οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον σας στηρίζει επαρκώς</b>	Όχι	12	19,7	16	20,0	0,961
	Ναι	49	80,3	64	80,0	
<b>Είστε μέλος κάποιας κοινωνικής/πολιτιστικής/θρησκευτικής οργάνωσης της χώρας σας</b>	Όχι	57	91,9	78	97,5	0,240*
	Ναι	5	8,1	2	2,5	

\*Fisher's exact test +Mann-Whitney test

**Πίνακας 18:** Στοιχεία για τη διαμονή των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's $\chi^2$ test
		Αθίγγανος		Μετανάστης		
		N	%	N	%	
<b>Πόσα χρόνια ζείτε συνολικά στην Ελλάδα, μέση τιμή±SD</b>		.±.	. (. - .)	6,2±1,7	6,5 (5,1 - 7,8)	-.**
<b>Πόσα άτομα ζούνε στο ίδιο σπίτι με εσάς, μέση τιμή±SD</b>		5,8±2,9	5 (3 - 7)	3,2±1,8	3,5 (2 - 5)	<b>&lt;0,001<sup>+</sup></b>
<b>Τα άτομα που ζουν στο ίδιο σπίτι με εσάς, είναι</b>						
Σύζυγος/σύντροφος	Όχι	13	21,3	20	25,3	0,580
	Ναι	48	78,7	59	74,7	
Τα παιδιά μου	Όχι	17	27,4	31	38,8	0,157
	Ναι	45	72,6	49	61,3	
Άλλοι συγγενείς	Όχι	37	59,7	65	81,3	<b>0,005</b>
	Ναι	25	40,3	15	18,8	
Φίλοι μου	Όχι	62	100,0	76	95,0	0,132*
	Ναι	0	0,0	4	5,0	
Ο εργοδότης μου και η οικογένειά του	Όχι	62	100,0	78	97,5	0,505*
	Ναι	0	0,0	2	2,5	
Άτομα που εργαζόμαστε μαζί	Όχι	62	100,0	79	98,8	1,000*
	Ναι	0	0,0	1	1,3	
Άλλο	Όχι	62	100,0	80	100,0	-.**
	Ναι	0	0,0	0	0,0	



<b>Τη στιγμή αυτή</b>	Πληρώνω ενοίκιο	2	3,2	48	60,0	<b>&lt;0,001*</b>
	Δεν πληρώνω ενοίκιο	26	41,9	27	33,8	
	Ο εργοδότης μου πληρώνει για τη διαμονή μου	0	0,0	5	6,3	
	Άλλο	34	54,8	0	0,0	
<b>Αν άλλο, ποιο</b>	παράγκα	33	53,2	0	0,0	<b>-**</b>
	Σε συγγενή	1	1,6	0	0,0	

\*Fisher's exact test †Mann-Whitney test \*\*δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

**Πίνακας 19:** Στοιχεία για την επαγγελματική κατάσταση των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's x <sup>2</sup> test
		Αθίγγανος		Μετανάστης		
		N	%	N	%	
<b>Τη στιγμή αυτή, εργάζεστε</b>	Όχι	40	64,5	20	25,0	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	22	35,5	60	75,0	
<b>Επάγγελμα</b>	αγρότης	0	0,0	9	11,3	-
	ελ.επαγγελματίας	0	0,0	7	8,8	
	εργάτης	0	0,0	2	2,5	
	ηλεκτρολόγος	0	0,0	1	1,3	
	ηλεκτροσυγκολλητής	0	0,0	2	2,5	
	ιδ.υπάλληλος	0	0,0	30	37,5	
	κομμώτρια	0	0,0	1	1,3	
	κτηνοτρόφος	0	0,0	1	1,3	
	λογιστής	0	0,0	1	1,3	
	μαναβική	6	9,7	0	0,0	
	ξυλουργός	0	0,0	1	1,3	
	οικιακά	1	1,6	0	0,0	
	οικιακά	8	12,9	0	0,0	
	οικιακή βοηθός	0	0,0	4	5,0	
	οικοδόμος	0	0,0	13	16,3	
	σίδερα	9	14,5	0	0,0	
	σίδερα	9	14,5	0	0,0	

	σίδηρα μαναβική	2	3,2	0	0,0	
<b>Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, πόσες μέρες δουλεύατε συνολικά μέσα σε μια εβδομάδα</b>		4,2±2,2	4 (3 - 6)	4,6±2,4	5 (4 - 6)	0,459 <sup>†</sup>
<b>Κατά τη διάρκεια του περασμένου μήνα, πόσες ώρες δουλεύατε κατά μέσο όρο σε μια μέρα</b>		7±2,9	8 (5 - 8)	6,9±3,8	8 (5,5 - 8)	0,718 <sup>†</sup>

<sup>†</sup>Mann-Whitney test

**Πίνακας 20:** Στοιχεία για την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's $\chi^2$ test
		Αθήγανος		Μετανάστης		
		N	%	N	%	
<b>Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημά σας</b>	Δεν έχω εισόδημα	12	19,4	9	11,4	<b>&lt;0,001</b>
	Λιγότερα από €250	17	27,4	1	1,3	
	€251-500	22	35,5	12	15,2	
	€501-750	9	14,5	23	29,1	
	€751-1000	0	0,0	26	32,9	
	πάνω από €1000	2	3,2	8	10,1	
<b>Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα της οικογένειάς σας</b>	Λιγότερα από €500	30	48,4	5	6,3	<b>&lt;0,001</b>
	€501-750	27	43,5	12	15,0	
	€751-1000	2	3,2	32	40,0	
	πάνω από €1000	3	4,8	31	38,8	

\*Fisher's exact test

**Πίνακας 21:** Γλωσσικές ικανότητες των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

Πως θα περιγράφατε την ικανότητά σας	Ομάδα	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή	Μέση τιμή±SD*	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)*	P Mann-Whitney
		N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)			
Να διαβάζετε στη γλώσσα σας	Αθίγγανος	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-	***
	Μετανάστης	0 (0)	1 (1,3)	1 (1,3)	11 (13,8)	67 (83,8)	4,8±0,5	5 (5 - 5)	
Να γράφετε στη γλώσσα σας	Αθίγγανος	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-	***
	Μετανάστης	0 (0)	1 (1,3)	1 (1,3)	12 (15)	66 (82,5)	4,8±0,5	5 (5 - 5)	
Να καταλαβαίνετε Ελληνικά	Αθίγγανος	0 (0)	1 (1,6)	1 (1,6)	10 (16,1)	50 (80,6)	4,8±0,6	5 (5 - 5)	<0,001
	Μετανάστης	0 (0)	2 (2,5)	11 (13,8)	33 (41,3)	34 (42,5)	4,2±0,8	4 (4 - 5)	
Να μιλάτε Ελληνικά	Αθίγγανος	0 (0)	1 (1,6)	1 (1,6)	11 (17,7)	49 (79)	4,7±0,6	5 (5 - 5)	<0,001
	Μετανάστης	0 (0)	1 (1,3)	18 (22,5)	34 (42,5)	27 (33,8)	4,1±0,8	4 (4 - 5)	
Να διαβάζετε Ελληνικά	Αθίγγανος	36 (58,1)	4 (6,5)	11 (17,7)	7 (11,3)	4 (6,5)	2±1,3	1 (1 - 3)	<0,001
	Μετανάστης	8 (10)	5 (6,3)	19 (23,8)	30 (37,5)	18 (22,5)	3,6±1,2	4 (3 - 4)	
Να γράφετε Ελληνικά	Αθίγγανος	37 (59,7)	6 (9,7)	9 (14,5)	8 (12,9)	2 (3,2)	1,9±1,3	1 (1 - 3)	<0,001
	Μετανάστης	15 (19)	9 (11,4)	29 (36,7)	18 (22,8)	8 (10,1)	2,9±1,2	3 (2 - 4)	
Να καταλαβαίνετε Αγγλικά	Αθίγγανος	62 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1±0	1 (1 - 1)	<0,001
	Μετανάστης	34 (42,5)	8 (10)	17 (21,3)	16 (20)	5 (6,3)	2,4±1,4	2 (1 - 4)	
Να μιλάτε Αγγλικά	Αθίγγανος	62 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1±0	1 (1 - 1)	<0,001
	Μετανάστης	39 (48,8)	11 (13,8)	14 (17,5)	13 (16,3)	3 (3,8)	2,1±1,3	2 (1 - 3)	
Να διαβάζετε Αγγλικά	Αθίγγανος	62 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1±0	1 (1 - 1)	<0,001
	Μετανάστης	41 (51,3)	10 (12,5)	12 (15)	14 (17,5)	3 (3,8)	2,1±1,3	1 (1 - 3)	
Να γράφετε Αγγλικά	Αθίγγανος	62 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1±0	1 (1 - 1)	<0,001
	Μετανάστης	42 (52,5)	12 (15)	13 (16,3)	10 (12,5)	3 (3,8)	2±1,2	1 (1 - 3)	

\*υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανότητα \*\*den υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

**Πίνακας 22:** Στοιχεία για την κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's $\chi^2$ test
		Αθίγγανος		Μετανάστης		
		N	%	N	%	
<b>Πως θα χαρακτηρίζατε γενικά την κατάσταση της υγείας σας</b>	Κακή/Πολύ κακή	10	16,1	7	8,8	0,096
	Μέτρια	7	11,3	19	23,8	
	Καλή/Πολύ καλή	45	72,6	54	67,5	
<b>Φοβόσαστε ότι θα αρρωστήσετε</b>	Καθόλου/ Λίγο	28	45,2	54	68,4	<b>0,001</b>
	Μέτρια	10	16,1	16	20,3	
	Πολύ/ Πάρα πολύ	24	38,7	9	11,4	
<b>Ποια είναι η πρώτη σας ενέργεια, όταν έχετε ένα πρόβλημα</b>	Επισκέπτομαι ιατρό ή φαρμακοποιό	6	9,7	38	47,5	<b>&lt;0,001*</b>
	Λαμβάνω φάρμακα χωρίς ιατρική συνταγή	0	0,0	6	7,5	
	Συμβουλευόμαι συγγενείς/φίλους	6	9,7	3	3,8	
	Επισκέπτομαι το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημοσίου νοσοκομείου	45	72,6	26	32,5	
	Αδιαφορώ και δεν κάνω τίποτα	5	8,1	7	8,8	

\*Fisher's exact test

**Πίνακας 23:** Χρόνια νοσήματα που πάσχουν οι συμμετέχοντες , ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's x <sup>2</sup> test
		Αθίγγανος		Μετανάστης		
Πάσχετε από χρόνια νόσημα		N	%	N	%	
Υπέρταση	Όχι	61	98,4	79	98,8	1,000*
	Ναι	1	1,6	1	1,3	
Άσθμα	Όχι	60	96,8	78	97,5	1,000*
	Ναι	2	3,2	2	2,5	
Διαβήτης	Όχι	62	100,0	80	100,0	-**
	Ναι	0	0,0	0	0,0	
Καρδιαγγειακή νόσος	Όχι	61	98,4	80	100,0	0,437*
	Ναι	1	1,6	0	0,0	
Νοσήματα του πεπτικού συστήματος	Όχι	59	95,2	78	97,5	0,653*
	Ναι	3	4,8	2	2,5	
Ψυχιατρικό νόσημα	Όχι	61	98,4	80	100,0	0,437*
	Ναι	1	1,6	0	0,0	
Άλλο	Όχι	51	82,3	79	98,8	<0,001
	Ναι	11	17,7	1	1,3	
Λαμβάνετε φάρμακο(α) για χρόνια νόσημα	Όχι	51	82,3	77	96,3	0,006
	Ναι	11	17,7	3	3,8	
Πάσχατε από το χρόνια νόσημα πριν τον σεναμό σας στην Ελλάδα	Όχι	62	100,0	79	98,8	0,377*
	Ναι	0	0,0	1	1,3	

\*Fisher's exact test \*\*δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

**Πίνακας 24:** Καπνιστικές συνήθειες των συμμετεχόντων, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's x <sup>2</sup> test
		Αθίγγανος		Μετανάστης		
		N	%	N	%	
<b>Είστε καπνιστής</b>	Όχι	27	43,5	39	48,8	0,538
	Ναι	35	56,5	41	51,3	
<b>Εάν είστε καπνιστής, καπνίζετε τσιγάρα</b>	Όχι	0	0,0	0	0,0	-**
	Ναι	35	100,0	41	100,0	
<b>Ημερήσιος αριθμός τσιγάρων, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)</b>		30±17,3	30 (20 - 40)	21,1±10,5	20 (15 - 22,5)	<b>0,030<sup>+</sup></b>

<sup>+</sup>Mann-Whitney test \*\*δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής



**Πίνακας 25:** Γνώση των συμμετεχόντων γύρω από τις υπηρεσίες υγείας, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's $\chi^2$ test
		Αθίγγανος		Μετανάστης		
		N	%	N	%	
Πως θα χαρακτηρίζατε τη γνώση σας αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας	Κακή/ Πολύ κακή	44	71,0	19	23,8	<b>&lt;0,001</b>
	Μέτρια	7	11,3	23	28,8	
	Καλή/ Πολύ καλή	11	17,7	38	47,5	
Η ενημέρωση για την ασφάλεια υγείας μου μπορεί να βελτιώσει τη γνώση μου για τις υπηρεσίες υγείας	Όχι	37	59,7	28	35,4	<b>0,004</b>
	Ναι	25	40,3	51	64,6	
Η ενημέρωση για τα δικαιώματά μου αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας μπορεί να βελτιώσει τη γνώση μου για τις υπηρεσίες υγείας	Όχι	4	6,5	23	29,1	<b>0,001</b>
	Ναι	58	93,5	56	70,9	
Η ενημέρωση για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να βελτιώσει τη γνώση μου για τις υπηρεσίες υγείας	Όχι	30	48,4	35	44,3	0,629
	Ναι	32	51,6	44	55,7	
Η ενημέρωση για την πρόσβαση σε νοσοκομεία/ιατρούς μπορεί να βελτιώσει τη γνώση μου για τις υπηρεσίες υγείας	Όχι	52	83,9	71	89,9	0,289
	Ναι	10	16,1	8	10,1	
Υπάρχει κάτι άλλο που μπορεί να βελτιώσει τη γνώση μου για τις υπηρεσίες υγείας	Όχι	61	98,4	79	100,0	0,440*
	Ναι	1	1,6	0	0,0	

\*Fisher's exact test

**Πίνακας 26:** Απόψεις των συμμετεχόντων για τις υπηρεσίες υγείας που δίνονται από το κράτος , ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's $\chi^2$ test
		Αθίγγανος		Μετανάστης		
		N	%	N	%	
<b>Πως θα περιγράφατε τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το κράτος</b>	Κακή/ Πολύ κακή	31	50,0	20	25,6	<b>0,012</b>
	Μέτρια	18	29,0	32	41,0	
	Καλή/ Πολύ καλή	13	21,0	26	33,3	
<b>Ποια από τα παρακάτω θεωρείται ως πρόβλημα, το οποίο πρέπει να αντιμετωπιστεί</b>						
Επικοινωνία με τους επιστήμονες υγείας	Όχι	55	88,7	59	75,6	<b>0,048</b>
	Ναι	7	11,3	19	24,4	
Μεγάλος χρόνος αναμονής	Όχι	20	32,3	34	43,6	0,171
	Ναι	42	67,7	44	56,4	
Συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας (π.χ. έλλειψη σεβασμού)	Όχι	25	40,3	55	70,5	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	37	59,7	23	29,5	
Δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (π.χ. μετακίνηση)	Όχι	62	100,0	64	82,1	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	0	0,0	14	17,9	
Κόστος της φροντίδας υγείας	Όχι	37	59,7	34	43,6	0,059
	Ναι	25	40,3	44	56,4	
Πολυπλοκότητα του συστήματος υγείας (π.χ. γραφειοκρατία)	Όχι	53	85,5	50	64,1	<b>0,004</b>
	Ναι	9	14,5	28	35,9	
Άλλο	Όχι	46	74,2	77	98,7	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	16	25,8	1	1,3	

**Πίνακας 27:** Ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες υγείας, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's x <sup>2</sup> test
		Αθίγγανος		Μετανάστης		
		N	%	N	%	
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τις υπηρεσίες υγείας	Λίγο/ Καθόλου	34	54,8	14	17,5	<b>&lt;0,001</b>
	Μέτρια	19	30,6	52	65,0	
	Πολύ/ Πάρα πολύ	9	14,5	14	17,5	
Πως θα περιγράφατε τη συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας	Κακή/ Πολύ κακή	10	16,1	6	7,5	<b>0,025</b>
	Ούτε καλή/ούτε κακή	27	43,5	24	30,0	
	Καλή/ Πολύ καλή	25	40,3	50	62,5	
Εμπιστεύεστε τους επιστήμονες υγείας	Όχι	30	48,4	24	31,2	<b>0,038</b>
	Ναι	32	51,6	53	68,8	
Όταν χρειάζεστε ενημέρωση σχετικά με την υγεία σας, σε ποιον απευθύνεστε						
Σε ιατρό στην Ελλάδα	Όχι	59	95,2	44	55,0	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	3	4,8	36	45,0	
Σε ιατρό στη χώρα μου	Όχι	62	100,0	69	86,3	<b>0,002*</b>
	Ναι	0	0,0	11	13,8	
Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου	Όχι	11	17,7	58	72,5	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	51	82,3	22	27,5	
Στο οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον	Όχι	59	95,2	75	93,8	1,000*
	Ναι	3	4,8	5	6,3	
Στον εργοδότη μου	Όχι	62	100,0	80	100,0	_***

	Ναι	0	0,0	0	0,0	
Σε φαρμακοποιό	Όχι	57	91,9	76	95,0	0,504*
	Ναι	5	8,1	4	5,0	
Στον ασφαλιστικό μου φορέα	Όχι	62	100,0	78	97,5	0,505*
	Ναι	0	0,0	2	2,5	
Άλλο	Όχι	61	98,4	79	98,8	1,000*
	Ναι	1	1,6	1	1,3	
<b>Αν άλλο, ποιο</b>	διαδίκτυο	0	0,0	1	1,3	-
	πουθενά	1	1,6	0	0,0	

\*Fisher's exact test \*\*δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

**Πίνακας 28:** Βαθμός συμφωνίας των συμμετεχόντων με διάφορες απόψεις σχετικές με τις υπηρεσίες υγείας

		Ομάδα				P
		Αθίγγανος		Μετανάστης		
		N	%	N	%	
Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Εμπιστεύομαι τους επιστήμονες υγείας στην Ελλάδα»	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	20	32,3	12	15,0	<b>0,041</b>
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	11	17,7	22	27,5	
	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	31	50,0	46	57,5	
Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Μπορώ να καλύψω το οικονομικό κόστος, σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας»	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	44	71,0	40	50,0	<b>0,021</b>
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	5	8,1	18	22,5	
	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	13	21,0	22	27,5	
Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Γνωρίζω τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες μπορώ να πάω, όταν τις χρειαστώ»	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	17	27,4	15	18,8	0,430
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	12	19,4	15	18,8	
	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	33	53,2	50	62,5	
Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Έχω δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας»;	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	47	75,8	37	46,3	<b>&lt;0,001</b>
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	1	1,6	13	16,3	
	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	14	22,6	30	37,5	

**Πίνακας 29:** Στοιχεία σχετικά με την τελευταία χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους συμμετέχοντες το τελευταίο έτος, ανά ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's $\chi^2$ test
		Αθίγγανος		Μετανάστης		
		N	%	N	%	
Τους τελευταίους 12 μήνες, χρησιμοποιήσατε υπηρεσίες υγείας; (π.χ. ιατρούς, οδοντιάτρους, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών κ.ά.)	Όχι	16	25,8	19	23,8	0,778
	Ναι	46	74,2	61	76,3	
Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσες φορές επισκεφτήκατε						
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)		4,8±8,2	2 (1 - 5)	0,9±1,7	0 (0 - 1)	<0,001 <sup>+</sup>
Ιατρό, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)		1,2±3,2	0 (0 - 0)	2,2±3	1 (0 - 3)	0,001 <sup>+</sup>
Οδοντίατρο, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)		0±0	0 (0 - 0)	1,3±2,4	0 (0 - 2)	<0,001 <sup>+</sup>
Άλλο, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)		0±0	0 (0 - 0)	0±0,1	0 (0 - 0)	0,377 <sup>+</sup>
Την τελευταία φορά που επισκεφτήκατε υπηρεσίες υγείας (π.χ. ιατρό, νοσοκομείο κ.ά.), πήγατε	Μόνος-η μου	15	24,2	41	51,3	<0,001*
	Με συγγενή/φίλο	47	75,8	35	43,8	
	Με τον εργοδότη μου/με φίλο μου Έλληνα	0	0,0	4	5,0	
Ποιος είναι ο σημαντικότερος λόγος για τον οποίο η επίσκεψή σας στις υπηρεσίες υγείας πραγματοποιήθηκε με τη συνοδεία άλλου ατόμου	Με βοήθησε στην επικοινωνία	3	6,4	10	25,6	0,040
	Με βοήθησε στη μετακίνησή μου	27	57,4	16	41,0	
	Άλλο	17	36,2	13	33,3	

\*Fisher's exact test <sup>+</sup>Mann-Whitney test

**Πίνακας 30:** Στοιχεία σχετικά με την αδυναμία των συμμετεχόντων να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας το τελευταίο έτος, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's $\chi^2$ test
		Αθίγγανος		Μετανάστης		
		N	%	N	%	
Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε κάποια φορά που χρειάστηκε να χρησιμοποιήσετε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν μπορέσατε	Όχι	27	43,5	55	68,8	<b>0,003</b>
	Ναι	35	56,5	25	31,3	
Ποιος ήταν ο σημαντικότερος λόγος για τον οποίο δεν μπορέσατε να χρησιμοποιήσετε τις υπηρεσίες υγείας	Δυσκολίες μετακίνησης	18	51,4	1	4,0	<b>0,001*</b>
	Έλλειψη χρόνου	1	2,9	2	8,0	
	Δεν ήξερα που να πάω	0	0,0	1	4,0	
	Δεν μπορούσα να κλείσω ραντεβού	3	8,6	11	44,0	
	Το υψηλό κόστος	8	22,9	5	20,0	
	Η άσχημη συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας	0	0,0	1	4,0	
	Ο μεγάλος χρόνος αναμονής	0	0,0	1	4,0	
	Το πρόβλημα υγείας δεν καλύπτονταν από την ασφάλειά μου	0	0,0	2	8,0	
	Άλλο	5	14,3	1	4,0	

\*Fisher's exact test

**Πίνακας 31:** Στοιχεία σχετικά με την τελευταία νοσηλεία των συμμετεχόντων σε δημόσιο νοσοκομείο το τελευταίο έτος, ξεχωριστά για κάθε ομάδα.

		Ομάδα				P Pearson's x <sup>2</sup> test
		Αθίγγανος		Μετανάστης		
		N	%	N	%	
Τους τελευταίους 12 μήνες, νοσηλευθήκατε σε δημόσιο νοσοκομείο	Όχι	46	74,2	68	87,2	<b>0,050</b>
	Ναι	16	25,8	10	12,8	
Αν ναι, πόσες ημέρες, μέση τιμή±SD διάμεσος( ενδ. εύρος)		5,6±7,2	2,5 (2 - 5,5)	4,8±3,6	4 (3 - 7)	0,644 <sup>+</sup>
Αν ναι, για ποιό λόγο	αιμορραγία	0	0,0	1	1,3	-
	αλλεργία	1	1,6	0	0,0	
	αναιμία	1	1,6	0	0,0	
	αναπνευστικό	1	1,6	0	0,0	
	γέννα	6	9,7	1	1,3	
	έλκος στομάχου	1	1,6	0	0,0	
	εμπύρετο	1	1,6	0	0,0	
	ίωση	0	0,0	3	3,8	
	ορθοπεδικό	1	1,6	1	1,3	
	παθ/κο	0	0,0	1	1,3	
	τροχαίο	0	0,0	1	1,3	
	χειρ/κο	4	6,4	2	2,5	

<sup>+</sup>Mann-Whitney test



**Πίνακας 32:** Στοιχεία σχετικά με την αδυναμία των συμμετεχόντων να πάρουν φάρμακα το τελευταίο έτος, ανά ομάδα

		Ομάδα				P Pearson's x <sup>2</sup> test
		Αθίγγανος		Μετανάστης		
		N	%	N	%	
<b>Τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε κάποια φορά που χρειαστήκατε φάρμακα, αλλά δεν λάβατε</b>	Όχι	30	48,4	54	67,5	<b>0,022</b>
	Ναι	32	51,6	26	32,5	
<b>Ποιος ήταν ο σημαντικότερος λόγος για τον οποίο δεν λάβατε φάρμακα</b>	Θεώρησα πως τα φάρμακα δεν ήταν απαραίτητα	5	15,6	10	40,0	<b>0,041*</b>
	Το υψηλό κόστος	20	62,5	11	44,0	
	Περίμενα την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας μου	1	3,1	3	12,0	
	Άλλο	6	18,8	1	4,0	
	<b>Εάν χρησιμοποιήσατε υπηρεσίες υγείας, ποιος πλήρωσε για αυτές</b>	Πλήρωσα μόνος μου	30	50,0	49	61,3
	Ο εργοδότης μου	0	0,0	2	2,5	
	Δεν μου ζήτησαν χρήματα	7	11,7	8	10,0	
	Επισκέφτηκα μόνο το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	22	36,7	13	16,3	
	Άλλο	1	1,7	8	10,0	

**Πίνακας 33:** Απόψεις των συμμετεχόντων για τις υπηρεσίες υγείας ανάλογα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

		Εκπαιδευτικό επίπεδο								P Pearson's $\chi^2$ test
		Καμία		Λίγες τάξεις δημοτικού/		Απόφοιτος γυμνασίου/		Κολλέγιο/ Πτυχίο		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Πως θα περιγράφατε τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το κράτος	Κακή/ Πολύ κακή	16	55,2	17	37,0	12	25,0	6	35,3	<b>0,025</b>
	Μέτρια	6	20,7	14	30,4	26	54,2	4	23,5	
	Καλή/ Πολύ καλή	7	24,1	15	32,6	10	20,8	7	41,2	
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τις υπηρεσίες υγείας	Λίγο/ Καθόλου	14	48,3	20	42,6	10	20,8	4	22,2	<b>0,022</b>
	Μέτρια	9	31,0	20	42,6	33	68,8	9	50,0	
	Πολύ/ Πάρα πολύ	6	20,7	7	14,9	5	10,4	5	27,8	
Πως θα περιγράφατε τη συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας	Κακή/ Πολύ κακή	3	10,3	7	14,9	4	8,3	2	11,1	0,139
	Ούτε καλή/ούτε κακή	14	48,3	14	29,8	21	43,8	2	11,1	
	Καλή/ Πολύ καλή	12	41,4	26	55,3	23	47,9	14	77,8	
Εμπιστεύεστε τους επιστήμονες υγείας	Όχι	12	41,4	18	39,1	18	37,5	6	37,5	0,988
	Ναι	17	58,6	28	60,9	30	62,5	10	62,5	
<b>Όταν χρειάζεστε ενημέρωση σχετικά με την υγεία σας, σε ποιον απευθύνεστε</b>										
Σε ιατρό στην Ελλάδα	Όχι	28	96,6	35	74,5	33	68,8	7	38,9	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	1	3,4	12	25,5	15	31,3	11	61,1	
Σε ιατρό στη χώρα μου <sup>+</sup>	Όχι	0	0,0	14	93,3	38	80,9	17	94,4	0,348 *
	Ναι	0	0,0	1	6,7	9	19,1	1	5,6	
Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου	Όχι	2	6,9	21	44,7	31	64,6	15	83,3	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	27	93,1	26	55,3	17	35,4	3	16,7	
Στο οικογενειακό/φιλικό περιβάλλον	Όχι	29	100,0	44	93,6	44	91,7	17	94,4	0,500*
	Ναι	0	0,0	3	6,4	4	8,3	1	5,6	
Στον εργοδότη μου	Όχι	29	100,0	47	100,0	48	100,0	18	100,0	..**

	Ναι	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Σε φαρμακοποιό	Όχι	29	100,0	41	87,2	47	97,9	16	88,9	<b>0,050*</b>
	Ναι	0	0,0	6	12,8	1	2,1	2	11,1	
Στον ασφαλιστικό μου φορέα	Όχι	29	100,0	47	100,0	46	95,8	18	100,0	0,499*
	Ναι	0	0,0	0	0,0	2	4,2	0	0,0	
Άλλο	Όχι	28	96,6	47	100,0	48	100,0	17	94,4	0,108*
	Ναι	1	3,4	0	0,0	0	0,0	1	5,6	
<b>Πόσο συμφωνείτε με τη φράση:</b> <b>«Εμπιστεύομαι τους επιστήμονες υγείας στην Ελλάδα»</b>	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	8	27,6	12	25,5	9	18,8	3	16,7	0,373
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	3	10,3	9	19,1	16	33,3	5	27,8	
	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	18	62,1	26	55,3	23	47,9	10	55,6	
<b>Πόσο συμφωνείτε με τη φράση:</b> <b>«Μπορώ να καλύψω το οικονομικό κόστος, σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας»</b>	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	19	65,5	29	61,7	27	56,3	9	50,0	0,083*
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	2	6,9	4	8,5	10	20,8	7	38,9	
	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	8	27,6	14	29,8	11	22,9	2	11,1	
<b>Πόσο συμφωνείτε με τη φράση:</b> <b>«Γνωρίζω τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες μπορώ να πάω, όταν τις χρειαστώ»</b>	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	7	24,1	14	29,8	11	22,9	0	0,0	0,086
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	8	27,6	5	10,6	11	22,9	3	16,7	
	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	14	48,3	28	59,6	26	54,2	15	83,3	

\*Fisher's exact test \*\*δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής <sup>+</sup>αφορά μόνο στους μετανάστες

**Πίνακας 34:** Απόψεις των συμμετεχόντων για τις υπηρεσίες υγείας ανάλογα με το μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα.

		Ποιο είναι το μηνιαίο εισόδημα της οικογένειάς σας								P Pearson's x <sup>2</sup> test
		Λιγότερα από €500		€501-750		€751-1000		πάνω από €1000		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Πως θα περιγράφατε τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το κράτος	Κακή/ Πολύ κακή	16	45,7	14	35,9	8	25,0	13	38,2	0,677
	Μέτρια	9	25,7	14	35,9	14	43,8	13	38,2	
	Καλή/ Πολύ καλή	10	28,6	11	28,2	10	31,3	8	23,5	
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τις υπηρεσίες υγείας	Λίγο/ Καθόλου	16	45,7	15	38,5	7	20,6	10	29,4	<b>0,015</b>
	Μέτρια	12	34,3	17	43,6	26	76,5	16	47,1	
	Πολύ/ Πάρα πολύ	7	20,0	7	17,9	1	2,9	8	23,5	
Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Μπορώ να καλύψω το οικονομικό κόστος, σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας»	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	22	62,9	29	74,4	18	52,9	15	44,1	0,189
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	4	11,4	4	10,3	6	17,6	9	26,5	
	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	9	25,7	6	15,4	10	29,4	10	29,4	
Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Έχω δυσκολίες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας»;	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	22	62,9	28	71,8	11	32,4	23	67,6	<b>0,001*</b>
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	1	2,9	1	2,6	10	29,4	2	5,9	
	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	12	34,3	10	25,6	13	38,2	9	26,5	

\*Fisher's exact test

**Πίνακας 35:** Συσχέτιση διάρκειας παραμονής των μεταναστών στην Ελλάδα με στοιχεία που αφορούν στις υπηρεσίες υγείας.

		Πόσα χρόνια ζείτε συνολικά στην Ελλάδα		P Mann-Whitney test
		Μέση τιμή±SD	Διάμεσος (Ενδ. εύρος)	
Πως θα περιγράφατε τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από το κράτος	Κακή/ Πολύ κακή	5,9±1,7	6 (5 - 7)	0,684*
	Μέτρια	6,1±1,7	6,3 (5,1 - 7,6)	
	Καλή/ Πολύ καλή	6,4±1,5	6,8 (5,2 - 8)	
Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τις υπηρεσίες υγείας	Λίγο/ Καθόλου	5,8±1,8	6,2 (5 - 7)	0,368*
	Μέτρια	6,2±1,7	6,5 (5,2 - 7,6)	
	Πολύ/ Πάρα πολύ	6,6±1,5	7 (6 - 8)	
Πως θα περιγράφατε τη συμπεριφορά των επιστημόνων υγείας	Κακή/ Πολύ κακή	6,7±2,1	7,5 (6,4 - 8)	0,209*
	Ούτε καλή/ούτε κακή	5,8±1,7	6 (4,9 - 7,1)	
	Καλή/ Πολύ καλή	6,3±1,6	6,7 (5,3 - 8)	
Εμπιστεύεστε τους επιστήμονες υγείας	Όχι	6,3±1,8	6,9 (6 - 7,9)	0,431
	Ναι	6,1±1,6	6 (5 - 7,5)	
Όταν χρειάζεστε ενημέρωση σχετικά με την υγεία σας, σε ποιον απευθύνεστε				
Σε ιατρό στην Ελλάδα	Όχι	5,7±1,8	6 (4,8 - 7,2)	<b>0,010</b>
	Ναι	6,8±1,3	7 (6 - 8)	
Σε ιατρό στη χώρα μου	Όχι	6,4±1,5	6,8 (5,3 - 8)	<b>0,048</b>
	Ναι	5±2,3	5,5 (2,6 - 7,1)	
Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δημόσιου νοσοκομείου	Όχι	6,4±1,7	7 (5,3 - 8)	0,129
	Ναι	5,8±1,6	5,8 (5 - 7)	
Στο οικογενειακό/φίλικό περιβάλλον	Όχι	6,2±1,7	6,5 (5,2 - 7,8)	0,968

	Ναι	6,3±1,6	6 (5 - 8)	
Στον εργοδότη μου	Όχι	6,2±1,7	6,5 (5,1 - 7,8)	-**
	Ναι	-	-	
Σε φαρμακοποιό	Όχι	6,2±1,7	6,5 (5 - 7,9)	0,391
	Ναι	7,1±0,8	7,3 (6,5 - 7,6)	
Στον ασφαλιστικό μου φορέα	Όχι	6,2±1,7	6,5 (5,2 - 7,8)	0,437
	Ναι	5,8±1,5	5,8 (4,7 - 6,8)	
Άλλο	Όχι	6,2±1,7	6,5 (5 - 7,8)	0,585
	Ναι	5,7±	5,7 (5,7 - 5,7)	
<b>Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Εμπιστεύομαι τους επιστήμονες υγείας στην Ελλάδα»</b>	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	6,9±1	7 (6,2 - 7,8)	0,058*
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	5,4±2,1	5,5 (3,4 - 7,4)	
	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	6,4±1,4	6,8 (5,3 - 8)	
<b>Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Μπορώ να καλύψω το οικονομικό κόστος, σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας»</b>	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	6±1,8	6 (5 - 7,4)	0,477*
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	6,6±1,5	7 (5,5 - 8)	
	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	6,3±1,6	6,7 (5 - 8)	
<b>Πόσο συμφωνείτε με τη φράση: «Γνωρίζω τις υπηρεσίες υγείας στις οποίες μπορώ να πάω, όταν τις χρειαστώ»</b>	Διαφωνώ/ Διαφωνώ απόλυτα	5,6±1,7	5,3 (4,5 - 7,5)	<b>0,014*</b>
	Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ	5,2±2,1	5,5 (3,4 - 7,5)	
	Συμφωνώ/ Συμφωνώ απόλυτα	6,7±1,3	7 (6 - 8)	

\*Kruskal-Wallis test \*\*δεν υπολογίστηκε λόγω μη ύπαρξης κατανομής

- 
- 
-

• ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου.

	<b>ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ</b>	
<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>		<b>ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΜΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>
Διευθύντρια: Επίκουρη καθηγήτρια Δάφνη Κατελίδου Παπαδιαμαντοπούλου 123, 115 27 Αθήνα Τηλ./ Fax: 210 74 61 473 <a href="http://chesme.nurs.uoa.gr">http://chesme.nurs.uoa.gr</a>		

Αθήνα, 10 ΜΑΡ 2011

Προς: Παναγιώτη Σκιαδά  
Μεταπτυχιακό Φοιτητή,  
Τμήμα Νοσηλευτικής  
Παν/μιο Πελοποννήσου

Αγαπητέ κύριε Σκιαδά,

Θα ήθελα να σας συγχαρώ για την εφαρμογή των κανόνων δεοντολογίας κατά την εκπόνηση της ερευνητικής σας εργασίας με θέμα «Η πρόσβαση των ευπαθών ομάδων στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Μελέτη του Νομού Λακωνίας» και παράλληλα να σας χορηγήσω την άδεια χρήσης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου.

Ευχόμενος κάθε επιτυχία στην ολοκλήρωση της εργασίας σας,

  
Λυκούργος Λιαρόπουλος,  
Καθηγητής