

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ  
SPECIAL ARTICLE

**Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας  
στους μετανάστες κατά την υποδοχή τους  
στην Ελλάδα**  
**Σχεδιασμός αυτής σε πολυϊατρείο  
μη κυβερνητικής οργάνωσης**

Η αύξηση της εισροής μεταναστών που συντελείται τα τελευταία έτη στην Ελλάδα και ιδιαίτερα το έτος 2015, κατά το οποίο πολλαπλασιάστηκε ο αριθμός των αφίξεών τους, καταδεικνύει την ανάγκη εφαρμογής ενός στρατηγικού σχεδιασμού προστασίας της δημόσιας υγείας και αντιμετώπισης των δυσλειτούργων της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ). Η σημασία της παροχής ΠΦΥ προς τους μετανάστες και τους πρόσφυγες παρουσιάζει πολύπλευρη κοινωνικοοικονομική διάσταση διασφαλίζοντας την κοινωνική συνοχή, την προαγωγή της υγείας όλων των ατόμων χωρίς διακρίσεις και την ενσωμάτωση των μεταναστών στον παραγωγικό ιστό της χώρας. Οι χρόνιες αδυναμίες που αντιμετωπίζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ), σε συνδυασμό με τη μεγάλη αύξηση της εισροής μεταναστών και την οικονομική ύφεση, επιβάλλουν τη δραστηριοποίηση και των μη κερδοσκοπικών οργανισμών, όπως είναι οι μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ), οι οποίες, σε συνεργασία με τις δημόσιες δομές υγείας, μπορεί να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Παράγοντες όπως η λειτουργική διοίκηση, η ύπαρξη του κατάλληλου προσωπικού και οι ευκαιρίες χρηματοδότησης ευνοούν τη λειτουργία δομών από ΜΚΟ. Η υιοθέτηση των βημάτων του σχεδιασμού-προγραμματισμού επιταχύνει την αξιοποίηση των παραπάνω δυνατοτήτων και ευκαιριών, ενώ ταυτόχρονα εντοπίζει τις αδυναμίες και τους κινδύνους κατά την εφαρμογή των σχεδίων δράσης. Οι δράσεις με στόχο την ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας, την προστασία της δημόσιας υγείας, την ψυχική στήριξη και την κοινωνική ένταξη των μεταναστών αποτελούν τις βασικές παραμέτρους της αποδοτικής λειτουργίας του οργανισμού υγείας της ΜΚΟ. Τέλος, επισημαίνεται η συμβολή της αξιολόγησης καθ' όλη τη διάρκεια των βημάτων του σχεδιασμού, η οποία αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο βέλτιστης χρησιμοποίησης των πόρων και ελέγχου της βιωσιμότητας της μονάδας υγείας.

## 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Frontex, της αρμόδιας υπηρεσίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) για τη διαχείριση της επιχειρησιακής συνεργασίας των εξωτερικών της συνόρων, οι μετανάστες και οι πρόσφυγες που έφθασαν στην Ελλάδα το 2015 ανήλθαν στις 880.000.<sup>1</sup> Η σημαντική αύξηση στην εισροή τους επιβεβαιώνεται και από τα στοιχεία της Υπατης Αρμοστείας (ΥΑ) του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) για τους πρόσφυγες, σύμφωνα με τα οποία οι αφίξεις στην Ελλάδα, κατά τον Ιανουάριο του

2016, ήταν υψηλότερες κατά 40 φορές σε σχέση με τον αντίστοιχο μήνα του προηγούμενου έτους.<sup>2</sup> Οι περισσότεροι από αυτούς προέρχονται από τη Συρία, ενώ ακολουθούν οι μετανάστες από το Αφγανιστάν και το Ιράκ.<sup>1</sup> Η υψηλή εισροή μεταναστών και προσφύγων στα ελληνικά νησιά, οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσής τους, καθώς και τα επιδημιολογικά δεδομένα των κρατών προέλευσης καθιστούν επιτακτική την ανάγκη προάσπισης της δημόσιας υγείας και διαμόρφωσης αποτελεσματικών στρατηγικών παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) κατά την είσοδο των μεταναστών στη χώρα.<sup>3</sup> Σύμφωνα με τα άρθρα 2, 5

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2017, 34(1):113-122  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2017, 34(1):113-122

Σ. Τερζούδης,<sup>1</sup>  
Π. Μπογιατζίδης,<sup>1,2</sup>  
Π. Κωσταγιόλας<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα  
<sup>2</sup>Τμήμα Μαιευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Μακεδονίας, Κοζάνη  
<sup>3</sup>Τμήμα Αρχαιονομίας, Βιβλιοθηκονομίας και Μουσειολογίας, Σχολή Επιστήμης της Πληροφορίας και Πληροφορικής, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, Κέρκυρα

Primary health care for immigrants during their reception in Greece: Planning in a non-governmental organization polyclinic

Abstract at the end of the article

## Λέξεις ευρητηρίου

Μετανάστες  
Μη κυβερνητική οργάνωση  
Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας  
Σχεδιασμός-προγραμματισμός

Υποβλήθηκε 30.4.2016  
Εγκρίθηκε 16.5.2016

και 21 του Συντάγματος της Ελλάδας, η προστασία της αξίας και της ζωής του ανθρώπου, ανεξαρτήτως φυλής και εθνικότητας, είναι πρωταρχικής σημασίας για την πολιτεία.<sup>4</sup> Με τον νόμο 4386/2016 επαναδιατυπώθηκε η ισότιμη με εκείνη των Ελλήνων παροχή ΠΦΥ προς τους πρόσφυγες και παρέχεται δωρεάν για τους ασθενέστερους από αυτούς.<sup>5</sup> Αντίθετα, για τους μετανάστες, οι οποίοι δεν διαθέτουν τα νόμιμα έγγραφα παραμονής στην Ελλάδα, προβλέπεται η δωρεάν φροντίδα υγείας μόνο για επείγοντα περιστατικά,<sup>6</sup> ενώ από το 2013 θεσμοθετήθηκε το δικαίωμα παροχής ιατρικής φροντίδας κατά την είσοδό τους στα Κέντρα Πρώτης Υποδοχής.<sup>7</sup> Στην Ελλάδα, οι βασικοί στόχοι της ΠΦΥ, που είναι η πρόληψη, η προαγωγή της υγείας του ατόμου και ο οικογενειακός προγραμματισμός, παρέχονται κυρίως από τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Ωστόσο, οι ελλείψεις στο νοσηλευτικό προσωπικό, οι μειώσεις των δημοσίων δαπανών για την υγεία και η αυξημένη ζήτηση δημοσίων υπηρεσιών υγείας από τους πολίτες, λόγω της μείωσης του εισοδήματός τους, δυσχεραίνουν την αποτελεσματική παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας από τις δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ).<sup>8</sup> Επίσης, οι διαχρονικές ελλείψεις στις υποδομές και στην ενημέρωση του προσωπικού του ΕΣΥ για τα ιδιαίτερα δικαιώματα κάθε κατηγορίας αλλοδαπών, σε συνδυασμό με τη δυσκολία επικοινωνίας, λόγω απουσίας διαπολιτισμικών διαμεσολαβητών, δημιουργούν προβλήματα στην πρόσβαση των μεταναστών στην ΠΦΥ.<sup>9</sup> Η παροχή ΠΦΥ από μη κρατικές δομές, όπως είναι τα πολυϊατρεία και οι κινητές μονάδες των μη κυβερνητικών οργανώσεων (ΜΚΟ), η οποία βασίζεται στον σωστό σχεδιασμό και στη συνεργασία με τις δημόσιες μονάδες υγείας, ενδέχεται να έχει θετική συνεισφορά στην άμβλυνση των προβλημάτων που προκύπτουν από την αύξηση της εισροής των μεταναστών, τη δυσκολία πρόσβασής τους στις υπάρχουσες δημόσιες δομές, καθώς και από την έλλειψη χρηματοδότησης του ΕΣΥ.

## **2. ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ**

Μεγάλο τμήμα του πληθυσμού των μεταναστών και των προσφύγων εμφανίζει λοιμώδη νοσήματα, τα οποία είναι απόρροια του μακρινού ταξιδιού και του χαμηλού βιοτικού επιπέδου των χωρών προέλευσής τους.<sup>10</sup> Η διαπίστωση του αυξημένου ποσοστού εκδήλωσης νοσημάτων μεταξύ των μεταναστών καθιστά επιτακτική την ανάγκη καθολικής και ισότιμης παροχής ΠΦΥ, η οποία συμβάλλει στη διαφύλαξη των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου στην υγεία και στις επαρκείς συνθήκες διαβίωσης, όπως άλλωστε ορίζει και η Οικουμενική Διακήρυξη των Ηνωμένων Εθνών του 1948 για τα ανθρώπινα δικαιώματα.<sup>11</sup>

Οι μετανάστες, εξ αιτίας των αντίξων συνθηκών διαβίωσης, είναι περισσότερο ευπαθείς σε λοιμώδεις νόσους, όπως η ηπατίτιδα, και εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά αυτών των ασθενειών σε σχέση με τους μόνιμους κατοίκους της Ελλάδας. Για παράδειγμα, τα ποσοστά λοιμώξεων από τον ιό ΗΒV είναι σημαντικά υψηλότερα στους μετανάστες που διαμένουν τις τελευταίες δεκαετίες στην Ελλάδα συγκριτικά με εκείνα του συνολικού πληθυσμού.<sup>12</sup> Επίσης, το 2013 εμφανίστηκαν πολυάριθμα κρούσματα πολιομυελίτιδας στη Συρία και γι' αυτό το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νοσημάτων (European Centre for Disease Prevention and Control) προειδοποίησε τα κράτη-μέλη της ΕΕ για τον κίνδυνο μετάδοσης της νόσου στην Ευρώπη.<sup>13</sup> Εξ αιτίας του γεγονότος ότι η πλειονότητα των προσφύγων προέρχεται από τη Συρία, αλλά και το Αφγανιστάν, το οποίο είναι μία από τις δύο χώρες –σε παγκόσμιο επίπεδο– που παραμένει ενδημική στην πολιομυελίτιδα, σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ),<sup>14</sup> η παροχή ΠΦΥ σε όλους τους μετανάστες και τους πρόσφυγες είναι αναγκαία για την προάσπιση της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα.

Μεγάλο τμήμα των μεταναστών παρουσιάζει αυξημένα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης λόγω της αλλαγής κοινωνικού περιβάλλοντος και της πολιτισμικής διαφοράς μεταξύ της χώρας προέλευσης και της χώρας υποδοχής.<sup>15</sup> Επίσης, η υγεία ενός ποσοστού των προσφύγων επιβαρύνεται με ψυχικά νοσήματα εξ αιτίας των προσωπικών βιωμάτων του πολέμου και των βίαιων συγκρούσεων.<sup>16</sup> Η παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας προς τους πρόσφυγες και τους μετανάστες βελτιώνει την αυτοεκτίμησή τους και αποτρέπει τη δημιουργία μειονεκτικών ομάδων στην κοινωνία. Κατά συνέπεια, η παροχή ΠΦΥ, μέσω της προστασίας της δημόσιας υγείας και της αποφυγής περιθωριοποίησης των μεταναστών, συμβάλλει στην ελάττωση των αντιδράσεων των κατοίκων στις περιοχές εγκατάστασής τους και στη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής.

Σύμφωνα με τις αναλύσεις του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ),<sup>17</sup> η συμμετοχή των μεταναστών στο δημοσιονομικό ισοζύγιο των κρατών εισδοχής παρουσιάζει θετικό πρόσημο, επειδή το κόστος των κοινωνικών παροχών που απολαμβάνουν είναι συνήθως πολύ μικρότερο σε σχέση με τις καταβολές τους στο φορολογικό και στο ασφαλιστικό σύστημα. Η άμβλυνση των ανισοτήτων και η ισόρροπη δυνατότητα πρόσβασης στην ΠΦΥ μεταξύ των μεταναστών και των γηγενών κατοίκων μπορεί όχι μόνο να επηρεάσει θετικά τη βελτίωση της υγείας όλων των πολιτών του κράτους, αλλά και να θέσει τις βάσεις για την αύξηση της παραγωγικότητας και κατ' επέκταση την οικονομική μεγέθυνση.<sup>18</sup>

Το μεγαλύτερο ποσοστό των προσφύγων επιθυμεί τη μετακίνησή του σε κράτη με υψηλότερο βιοτικό επίπεδο από αυτό της Ελλάδας. Το 2015, οι πρόσφυγες που αιτήθηκαν άσυλο στη Γερμανία ήταν 441.800 σε σύνολο 1.255.640 αιτήσεων σε όλη την ΕΕ.<sup>19</sup> Αυτή η κινητικότητα του πληθυσμού απαιτεί στενή συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών της ΕΕ στον τομέα της υγείας. Η καταγραφή των ασθενειών και η συλλογή ιατρικών δεδομένων, κατά την παροχή της ΠΦΥ, συμβάλλει στην προετοιμασία των νέων κρατών άφιξης μεταναστών, στην εφαρμογή ενιαίων στρατηγικών υγείας, καθώς και στην καλύτερη κατανομή των πόρων που διανέμει η ΕΕ για την αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης.

### **3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΕΝΟΣ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Οι δραστηριότητες των ΜΚΟ του κλάδου υγείας, οι οποίες αποτελούν το ενδιάμεσο τμήμα μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, εστιάζουν πρωτίστως στην υπεράσπιση του δικαιώματος των ατόμων στην υγεία και ιδιαίτερα των πλέον αδύναμων.<sup>20</sup> Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, οι ΜΚΟ μπορούν να έχουν τη μορφή των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου (ΝΠΙΔ) ή των συλλόγων, όπου συμμετέχουν εθελοντές και ο σκοπός τους είναι μη κερδοσκοπικός.<sup>21</sup> Στην Ελλάδα, κατά το 2014, λειτουργούσαν 201 ΜΚΟ, από τις οποίες οι 34 με δραστηριότητες στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας.<sup>22</sup> Η οικονομική κρίση την οποία υφίσταται η Ελλάδα και εκδηλώνεται με τη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος και των δημοσίων δαπανών για την υγεία δυσχεραίνει την πρόσβαση στην ΠΦΥ των πλέον ευάλωτων ομάδων και αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης μεταδοτικών νοσημάτων.<sup>23</sup> Ως εκ τούτου, τα τελευταία έτη έχουν αναπτυχθεί πολυϊατρεία και κινητές μονάδες από ΜΚΟ (Γιατροί χωρίς Σύνορα, Οι Γιατροί του Κόσμου), εστιάζοντας, κυρίως, στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών σε ευπαθείς ομάδες, όπως οι μετανάστες και οι πρόσφυγες.<sup>23,24</sup> Ωστόσο, οι δομές υγείας των ΜΚΟ οφείλουν να συνεργάζονται και να ανταλλάσσουν πληροφορίες με τους δημόσιους οργανισμούς, ώστε η προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας να είναι άμεση, συντονισμένη και επαρκής για το σύνολο του πληθυσμού.<sup>23</sup>

Για την αποδοτική λειτουργία ενός πολυϊατρείου ΜΚΟ, με σκοπό την παροχή ΠΦΥ στους μετανάστες και στους πρόσφυγες κατά την υποδοχή τους στην Ελλάδα, απαιτείται η ύπαρξη των κατάλληλων χώρων εγκατάστασης, του τεχνολογικού εξοπλισμού, του απαραίτητου προσωπικού, καθώς και των επαρκών πηγών χρηματοδότησης.

Η δυνατότητα της εγκατάστασης της νέας δομής του πολυϊατρείου πλησίον των Κέντρων Πρώτης Υποδοχής, που έχουν συσταθεί με βάση τις οδηγίες του νόμου 3907/2011 και τα οποία βρίσκονται στα νησιά της Λέσβου, της Χίου, της Σάμου, της Κω και της Λέρου,<sup>25</sup> διευκολύνει την άμεση πρόσβαση των μεταναστών και την καλύτερη συνεργασία με τα ιατρικά κλιμάκια του κράτους, τα οποία είναι αρμόδια για την παροχή φροντίδας υγείας και ψυχοκοινωνικής στήριξης στους μετανάστες και στους πρόσφυγες.<sup>26</sup> Η επιλογή ενός μεγάλου κτηρίου κρίνεται αναγκαία για την εξυπηρέτηση της ογκώδους εισροής μεταναστών στα ελληνικά νησιά. Η δωρεάν ή με μικρό κόστος παραχώρηση του κατάλληλου κτηρίου (π.χ. τμήμα ενός μη χρησιμοποιούμενου στρατοπέδου) από τους φορείς του δημοσίου μπορεί να επιτευχθεί με την κατάλληλη συνεργασία και την αναγνώριση της προσφοράς του πολυϊατρείου στην προάσπιση της δημόσιας υγείας. Η παροχή βοήθειας του δημόσιου τομέα προς τους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς επιτυγχάνεται μέσω της ευελιξίας την οποία διαθέτουν αυτοί στην κάλυψη των κενών που δημιουργούνται κατά την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών από το κράτος.<sup>27</sup>

Η παροχή επαρκών υπηρεσιών υγείας ενός πολυϊατρείου πρωτοβάθμιας περίθαλψης απαιτεί την επιλογή του κατάλληλου τεχνικού, διοικητικού, νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, εκχωρώντας στον ιατρό Γενικής Ιατρικής αναβαθμισμένο και κεντρικό ρόλο, διαθέτοντας, ταυτόχρονα, τις απαραίτητες ειδικότητες του παθολόγου, του μικροβιολόγου, του παιδίατρου, του οδοντίατρου, του γυναικολόγου, του ψυχιάτρου και του ακτινολόγου.<sup>28</sup> Οι ΜΚΟ έχουν τη δυνατότητα επιλογής του προσωπικού με βάση την εμπειρία του σε παρόμοιες διαπολιτισμικές δράσεις, σε αντίθεση με το δημόσιο σύστημα υγείας, στο οποίο οι προσλήψεις βασίζονται στη συμπλήρωση των τυπικών προσόντων. Η συγκεκριμένη δυνατότητα επιτρέπει την αντιμετώπιση των μεταναστών ανάλογα με τις ιδιαίτερες αξίες και τις πολιτισμικές τους ανάγκες και συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας υγείας και στον σεβασμό της αξιοπρέπειας του κάθε ατόμου.<sup>29</sup>

Η οικονομική κρίση, που υφίσταται στην Ελλάδα από το 2010 και η οποία συνέτεινε στην αύξηση των ανέργων και των ανασφάλιστων, έχει ωθήσει σημαντικό αριθμό ιατρών και νοσηλευτών στην εθελοντική προσφορά των υπηρεσιών τους.<sup>24</sup> Η ΜΚΟ έχει τη δυνατότητα προσέλκυσης των εν λόγω εθελοντών, επειδή σε κράτη όπου το εθνικό σύστημα υγείας είναι αδύναμο, όπως και στην Ελλάδα, η εθελοντική προσφορά στον τομέα της υγείας προσδίδει στους ίδιους μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης, καθώς με τη συμβολή τους βελτιώνεται το γενικό επίπεδο υγείας του πληθυσμού.<sup>30</sup> Η πρόσληψη του υπόλοιπου αναγκαίου προσωπικού μπορεί να χρηματοδοτηθεί μέσω της επιδότη-

σης των εργοδοτικών εισφορών από τα προγράμματα του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ), μειώνοντας το κόστος μισθοδοσίας της ΜΚΟ. Επίσης, με το άρθρο 30 του νόμου 4144/2013 έχουν δικαίωμα εγγραφής στα μητρώα ανέργων ακόμη και οι ιατροί που δεν ασκούν επιχειρηματική δραστηριότητα<sup>31</sup> και συνεπώς μπορούν να επιδοτηθούν. Η δυνατότητα απορρόφησης σημαντικού αριθμού των ανέργων ιατρών σε πολυϊατρεία ΜΚΟ μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη κατανομή του ιατρικού προσωπικού με βάση τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, γιατί, παρ' όλο που η αναλογία ιατρών ανά κάτοικο στην Ελλάδα είναι η μεγαλύτερη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, η γεωγραφική διασπορά τους δεν βασίζεται στις πραγματικές ανάγκες κάθε περιοχής.<sup>32</sup>

Τα επίπεδα της διοικητικής ιεραρχίας μιας ΜΚΟ είναι περιορισμένα, καθιστώντας αυτή περισσότερο ευέλικτη σε σχέση με τις δομές υγείας των δημοσίων οργανισμών. Η λειτουργική δομή διοίκησης πλεονεκτεί έναντι της πολυτμηματικής δομής που συνήθως εφαρμόζεται στις δημόσιες υπηρεσίες, επειδή επιτρέπει την απλοποίηση του ελεγκτικού μηχανισμού, τον σαφή καθορισμό των αρμοδιοτήτων και την άμεση επαφή της διοίκησης με όλες τις λειτουργίες.<sup>33</sup>

Η χρηματοδότηση των ΜΚΟ από τους φορείς της κεντρικής κυβέρνησης έχει περιοριστεί σημαντικά από το 2012, με στόχο την περιστολή των εξόδων του κράτους.<sup>34</sup> Η ίδρυση ενός πολυϊατρείου χωρίς τη συμβολή ενός ήδη υπάρχοντος συστήματος υγείας, οι μεγάλες δαπάνες λόγω των εξόδων πρώτης εγκατάστασης, καθώς και οι ενδεχόμενες δυσχέρειες εκταμίευσης των επιχορηγήσεων μπορεί να δημιουργήσουν ελλείψεις στο κεφάλαιο κίνησης και σε ορισμένα εξειδικευμένα μηχανήματα. Ωστόσο, οι ΜΚΟ, εκτός από τις συνδρομές και τις ιδιωτικές χορηγίες, έχουν τη δυνατότητα να αντλήσουν χρηματοδότηση και από μη κερδοσκοπικά ιδρύματα, τα οποία, τα τελευταία χρόνια, έχουν υποστηρίξει οικονομικά και τεχνικά ΜΚΟ.<sup>35</sup> Επί πλέον, ο οργανισμός κατά την πορεία της λειτουργίας του μπορεί να χρηματοδοτηθεί από την ΕΕ και από διεθνείς οργανισμούς, όπως η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες.<sup>34,35</sup>

#### **4. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΣΕ ΠΟΛΥΪΑΤΡΕΙΟ ΜΗ ΚΥΒΕΡΝΗΤΙΚΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΥΠΟΔΟΧΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**

Ο επιμελής σχεδιασμός της αποστολής του πολυϊατρείου της ΜΚΟ είναι απαραίτητος για την αποδοτική του λειτουργία και την επίτευξη του σκοπού του. Παράγοντες, όπως το εσωτερικό και το εξωτερικό περιβάλλον, η δυνατότητα πρόγνωσης πιθανών μεταβολών του, η διαθεσιμότητα των

πόρων, οι αδυναμίες και οι ικανότητες της μονάδας, πρέπει να ληφθούν υπ' όψη κατά τον σχεδιασμό των στρατηγικών προγραμμάτων, ώστε οι δράσεις να συσχετίζονται με τους στόχους και να συμβάλλουν στην επίτευξή τους.<sup>36</sup> Σύμφωνα με τον Σιγάλα,<sup>37</sup> η εφαρμογή σε έναν οργανισμό του σχεδιασμού-προγραμματισμού, προσαρμοσμένου στις ανάγκες των μονάδων υγείας, διενεργείται με τα παρακάτω βήματα, στα οποία έχει προστεθεί ως πρώτο βήμα και ο καθορισμός του στρατηγικού σκοπού:

##### **4.1. Καθορισμός του σκοπού**

Ο βασικός στρατηγικός σκοπός της ΜΚΟ πηγάζει από το όραμα και τις αξίες των ιδρυτών της, που είναι η βέλτιστη παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας προς τους μετανάστες και τους πρόσφυγες. Η δήλωση της αποστολής και του οράματος του οργανισμού προς όλους τους υπευθύνους επιδιώκει την κατανόηση της συμβολής των δράσεων του προγραμματισμού στην επίτευξη των στόχων, καθώς και την αφοσίωση και την παρακίνηση των εργαζομένων, ώστε, αναπτύσσοντας το σύνολο των ικανοτήτων τους, να βελτιώσουν την απόδοση και την προσφορά τους στον οργανισμό.<sup>38</sup>

##### **4.2. Αξιολόγηση της παρούσας κατάστασης**

Στο δεύτερο στάδιο του προγραμματισμού μελετώνται οι δυσλειτουργίες που μπορεί να προκύψουν λόγω των αδυναμιών της τρέχουσας κατάστασης, καθώς και οι τάσεις των εφαρμοζόμενων πολιτικών και της κοινής γνώμης.

Η προώθηση των μεταναστών για τους οποίους απαιτείται περίθαλψη σε δομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης του ΕΣΥ καθίσταται προβληματική, εξ αιτίας της έλλειψης συγκεκριμένου συστήματος παραπεμπτικών σημειωμάτων και του διαφορετικού νομικού πλαισίου περίθαλψης για κάθε κατηγορία μεταναστών και προσφύγων.

Αναφορικά με τις δυνατότητες χρηματοδότησης και την εκτίμηση των πολιτικών που ακολουθούνται στην ΕΕ, οι ΜΚΟ έχουν τη δυνατότητα να επιχορηγηθούν για σκοπούς που προωθούν την υγεία και την ανθρωπιστική βοήθεια.<sup>34</sup>

Η αποδοχή του ανθρωπιστικού έργου από την τοπική κοινωνία είναι αναγκαία προϋπόθεση για την απρόσκοπτη λειτουργία της ΜΚΟ. Η κοινωνική συνοχή ως συλλογική συνείδηση δημιουργείται μέσα από το κοινό πολιτισμικό υπόβαθρο και την κοινή θρησκεία.<sup>39</sup> Η μεταβολή αυτών των κοινών αξιών, που συντελείται τα τελευταία έτη στην Ελλάδα, είναι πιθανό να δημιουργήσει συγκρούσεις και διαμαρτυρίες, με αποτέλεσμα τη διατάραξη της λειτουργίας του οργανισμού.

#### 4.3. Συλλογή και επεξεργασία πρωτογενών στοιχείων

Η συλλογή πληροφοριών σχετικά με την υλοποίηση της υποδομής, οι επιδημιολογικές μελέτες, καθώς και τα δημογραφικά δεδομένα του πληθυσμού συμβάλλουν στην αποτελεσματική εφαρμογή του σχεδιασμού. Επίσης, βασικό παράγοντα ορθής επιλογής των δράσεων αποτελεί η επεξεργασία στατιστικών αναλύσεων και αξιολογήσεων των δεδομένων του εξωτερικού περιβάλλοντος (οικονομικού, πολιτικού, κοινωνικού, φυσικού), αλλά και του εσωτερικού (προσωπικό, προμήθειες, εξοπλισμός, κεφάλαιο, οργάνωση).<sup>40</sup>

Στην Ελλάδα, το έτος 2009, ο αριθμός των νέων περιστατικών φυματίωσης μεταξύ των μεταναστών ήταν για πρώτη φορά μεγαλύτερος από τον απόλυτο αριθμό περιστατικών μεταξύ των Ελλήνων.<sup>41</sup> Οι αντίξοες συνθήκες διαβίωσης, η μη διάγνωση της νόσου κατά την είσοδό τους στη χώρα και η αναβολή αναζήτησης ιατρικής φροντίδας συμβάλλουν στην αύξηση των λοιμωδών νόσων, όπως η φυματίωση, στις χώρες υποδοχής των μεταναστών.<sup>42</sup> Επομένως, οι μελέτες σχετικά με το γενικό επίπεδο της υγείας των μεταναστών σηματοδοτούν την ανάγκη προάσπισης της δημόσιας υγείας ως έναν από τους βασικούς στόχους των σχεδίων δράσης του πολυϊατρείου. Το γεγονός ότι η πλειονότητα των μεταναστών που αφικνούνται στα ελληνικά νησιά προέρχεται από τη Συρία, στην οποία, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 58% των νοσοκομείων έχουν καταστραφεί εξ αιτίας των πολεμικών συγκρούσεων, ενώ όλο και περισσότεροι πρόσφυγες είναι ευάλωτοι σε λοιμώδεις νόσους,<sup>43</sup> καταδεικνύει την ανάγκη ενισχυμένης παροχής ιατρικής φροντίδας προς αυτούς. Συνεπώς, οι δυσμενείς επιδημιολογικές μελέτες της υγείας των μεταναστών, η αυξητική τάση εισροής τους στην Ελλάδα, η αδυναμία στήριξης των μονάδων ΠΦΥ από το κράτος λόγω των περικοπών στις δημόσιες δαπάνες, καθώς και οι ευκαιρίες χρηματοδότησης από διεθνείς οργανισμούς και την ΕΕ αποτελούν τους εξωτερικούς παράγοντες, τους οποίους οφείλει να λάβει υπ' όψη το πολυϊατρείο της ΜΚΟ κατά την εφαρμογή των σχεδίων δράσης.

Οι προμήθειες του ιατροφαρμακευτικού υλικού ενός ιδιωτικού οργανισμού, όπως είναι οι ΜΚΟ, γίνονται με λιγότερο χρονοβόρες διαδικασίες και με πίστωση μικρότερης διάρκειας σε σχέση με εκείνες του δημόσιου τομέα, συμβάλλοντας στην επιλογή οικονομικότερων προσφορών. Η δυνατότητα προσέλκυσης προσωπικού με κριτήρια της διοίκησης ανθρωπίνων πόρων, τα οποία στηρίζονται στις ικανότητες και στην προθυμία των εργαζομένων να αναλάβουν αρμοδιότητες, αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα στη σύνθεση του προσωπικού της ΜΚΟ.<sup>44</sup> Κατά συνέπεια, το σύστημα των προμηθειών, η σύνθεση του προσωπικού, η ευέλικτη οργανωτική δομή και το χαμηλό κόστος

λειτουργίας με τη συμμετοχή των εθελοντών αποτελούν σημαντικά πλεονεκτήματα του εσωτερικού περιβάλλοντος του πολυϊατρείου, τα οποία συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα της εφαρμογής των σχεδίων δράσης. Αντίθετα, παράγοντες όπως οι ενδεχόμενες ελλείψεις τεχνολογικού εξοπλισμού της νεοσύστατης μονάδας και τα χαμηλά επίπεδα των ιδίων κεφαλαίων λόγω της μη κερδοσκοπικής μορφής της, αποτελούν τις αδυναμίες του εσωτερικού περιβάλλοντος που πρέπει να συνηπολογιστούν κατά την εφαρμογή των σχεδίων δράσης.

#### 4.4. Σχεδιασμός του υγειονομικού προγράμματος

Κατά το στάδιο του σχεδιασμού καταγράφονται οι εναλλακτικές λύσεις και οι προτεραιότητες, οι οποίες αναλύονται, και επιλέγεται η στρατηγική εκείνη που παρουσιάζει υπεροχή πλεονεκτημάτων έναντι των μειονεκτημάτων.

Η πρώτη εναλλακτική που μπορεί να ακολουθήσει ο οργανισμός είναι η δημιουργία ενός σχεδίου δράσης παροχής αποκλειστικά ιατρικών υπηρεσιών προς τους μετανάστες από τους ήδη υπάρχοντες εθελοντές ιατρούς και με ίδια κεφάλαια. Τα χρηματοδοτικά μέσα θα προέρχονται από συνδρομές των μελών και δωρεές που μπορεί να προσφερθούν από ιδιώτες. Η δεύτερη εναλλακτική της ΜΚΟ είναι να εκλάβει τον ρόλο της ως ένας ευρύτερος οργανισμός του συστήματος που συμμετέχει στη βοήθεια για την αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης και να καταστρώσει πολύπλευρη δράση στη διασφάλιση της ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών, στις δράσεις για την προστασία της δημόσιας υγείας και στην ψυχοκοινωνική στήριξη των μεταναστών. Στην πρώτη περίπτωση, η διοίκηση θα έχει απόλυτη ελευθερία επιλογών μέσα στα όρια της νομοθεσίας, αλλά η χρηματοδότησή της θα είναι περιορισμένη. Στο συγκεκριμένο σημείο του προγραμματισμού, θα επιλεγεί η δεύτερη εναλλακτική για να εφαρμοστούν τα σχέδια δράσης. Τα πλεονεκτήματα της δεύτερης επιλογής είναι η δυνατότητα περαιτέρω χρηματοδότησης από οργανισμούς, όπως η Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ και η ΕΕ, με τον περιορισμό, όμως, της αναγκαίας σύμπραξής της με τις υπόλοιπες κρατικές δομές και τους διεθνείς οργανισμούς. Στόχος της ΜΚΟ είναι η ανάπτυξη πολύπλευρων δράσεων, ώστε ο σχετικός περιορισμός να μεταβληθεί μακροπρόθεσμα σε πλεονέκτημα, διατηρώντας την αυτοτέλειά της και ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο κρατικών παρεμβάσεων στο ανθρωπιστικό της έργο.

#### 4.5. Εκπόνηση τεχνικο-οικονομικής μελέτης

Στο βήμα της εκπόνησης της τεχνικο-οικονομικής μελέτης παρουσιάζονται τα σχέδια δράσης, ο χρόνος υλοποίησής

τους, το προσωπικό που θα εκτελέσει την εφαρμογή τους και οι πηγές χρηματοδότησης.

*4.5.1. Διασφάλιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.* Η πρώτη δράση περιλαμβάνει άξονες που συμβάλλουν στη διασφάλιση και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, όπως η τήρηση ιατρικών πρωτοκόλλων, η μείωση του χρόνου αναμονής των ιατρικών εξετάσεων, η εφαρμογή κινήτρων της διοίκησης ολικής ποιότητας στο προσωπικό και η επιλογή αυτού με κριτήρια διαπολιτισμικής εκπαίδευσης.

Η υιοθέτηση και η εφαρμογή ιατρικών και κλινικών πρωτοκόλλων, τα οποία βασίζονται στις σύγχρονες ενδείξεις των επιστημονικών ερευνών, μειώνουν τους ενδεχόμενους κινδύνους για τους ασθενείς και διασφαλίζουν την εφαρμογή των καλύτερων θεραπευτικών μεθόδων, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών και της σχέσης κόστους-αποτελέσματος για τον οργανισμό.<sup>45</sup> Η ανάπτυξη στενότερης συνεργασίας με τα Κέντρα Πρώτης Υποδοχής, ώστε να υπάρχει ενημέρωση για τις ειδικότητες ιατρών που αναμένεται να χρειαστούν τις επόμενες ημέρες, καθώς και η κατανομή του είδους των προγραμματισμένων εξετάσεων σε συγκεκριμένες ημέρες της εβδομάδας συνεισφέρει στη μείωση του χρόνου αναμονής, η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.<sup>46</sup> Η εφαρμογή και η ενσωμάτωση κινήτρων που προτείνονται από τη διοίκηση ολικής ποιότητας, όπως η δημιουργία οράματος για τους εργαζόμενους, η οικονομική ανταμοιβή για την περαιτέρω προσφορά τους στον οργανισμό και η συνεχής εκπαίδευσή τους,<sup>47</sup> συμβάλλουν στην ανάπτυξη των ικανοτήτων των εργαζομένων, μέσω της οποίας επιτυγχάνεται ο στρατηγικός στόχος της διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών. Επιπρόσθετα, η βελτίωση της απόδοσης των επαγγελματιών υγείας με την υιοθέτηση των παραπάνω κινήτρων αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών,<sup>48</sup> που αποτελεί βασικό παράγοντα αναβάθμισης της ποιότητας των παρεχομένων υγειονομικών υπηρεσιών.<sup>49</sup> Η δυνατότητα επιλογής προσωπικού, το οποίο έχει λάβει διαπολιτισμική εκπαίδευση, ώστε η παροχή των υπηρεσιών υγείας να ανταποκρίνεται στις παραδόσεις και στις ιδιαιτερότητες των μεταναστών, συνεισφέρει στην ελαχιστοποίηση των λανθασμένων διαγνώσεων και στη βελτίωση του προσφερόμενου επιπέδου υγείας.<sup>50</sup>

Η δυνατότητα της ΜΚΟ ως ΝΠΙΔ στην υλοποίηση προσλήψεων προσωπικού με συμβάσεις εξαρτημένης εργασίας ορισμένου χρόνου αποτρέπει τις ελλείψεις που δημιουργούνται κατά τις περιόδους αυξημένης ροής μεταναστών. Η δράση είναι βραχυπρόθεσμη και η χρηματοδότηση πραγματοποιείται από κονδύλια της Ευρωπαϊκής

Επιτροπής και της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ. Η ΕΕ, μέσω της Υπηρεσίας Ανθρωπιστικής Βοήθειας και Πολιτικής Προστασίας της Επιτροπής (ECHO), χρηματοδοτεί συμπράξεις οργανισμών και ΜΚΟ που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε περιπτώσεις ανθρωπιστικών κρίσεων.<sup>34</sup> Επίσης, σύμφωνα με τον αριθ. 282/2014 Κανονισμό του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της ΕΕ και του Συμβουλίου της 11ης Μαρτίου 2014, μπορεί να χρηματοδοτούνται ΜΚΟ από τα ευρωπαϊκά ταμεία. Απαραίτητη προϋπόθεση είναι να επιτελούν σημαντικό ρόλο στην προάσπιση της δημόσιας υγείας, εκτελώντας συγκεκριμένες δράσεις.<sup>51</sup> Επιπρόσθετη πηγή χρηματοδότησης αποτελούν οι επιχορηγήσεις από την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ, η οποία χρηματοδοτεί ΜΚΟ που συνεργάζονται με την κυβέρνηση και άλλους διεθνείς οργανισμούς. Το 2015 διένειμε 49 εκατομμύρια \$ (USD) στη νοτιοανατολική Ευρώπη και για το 2016 η χρηματοδότηση προϋπολογίστηκε στο ύψος των 45 εκατομμυρίων \$ Αμερικής.<sup>35</sup>

*4.5.2. Προάσπιση της δημόσιας υγείας.* Η δεύτερη δράση περιλαμβάνει πρωτίστως την εκπόνηση προγράμματος εμβολιασμού, το οποίο αποτελεί το πλέον επιτυχημένο εργαλείο πρόληψης και η διενέργειά του σε όλες τις ομάδες του πληθυσμού συμβάλλει στην προστασία της δημόσιας υγείας και ιδιαίτερα των κατηγοριών ατόμων που δεν μπορούν να εμβολιαστούν, όπως οι έγκυες γυναίκες και τα νεογνά.<sup>52</sup> Η διανομή εντύπων στη γλώσσα των μεταναστών με οδηγίες τήρησης των κανόνων υγιεινής αποτελεί τον επιπρόσθετο άξονα δράσης για την προστασία της δημόσιας υγείας. Η προώθηση της συνεργασίας με άτομα από την κοινότητα των μεταναστών και η παροχή οδηγιών σχετικά με τη σημαντικότητα της πρόληψης ωθεί σε γενική βελτίωση του επιπέδου της ζωής τους.<sup>53</sup>

Το σχέδιο δράσης είναι βραχυπρόθεσμο και πραγματοποιείται από το υπάρχον προσωπικό. Η χρηματοδότηση επιτελείται από προγράμματα των ίδιων διεθνών οργανισμών (Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ, ΕΕ) της πρώτης δράσης, καθώς και από συνεργασίες με επιχειρήσεις που είναι διαθέσιμες να αναλάβουν μέρος του κόστους των εμβολίων, ενισχύοντας τον ρόλο τους στο πλαίσιο της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης.

*4.5.3. Παροχή ψυχικής στήριξης και κοινωνικής ένταξης.* Η τρίτη δράση περιλαμβάνει την ενδυνάμωση των υπηρεσιών ανίχνευσης και αντιμετώπισης των ψυχιατρικών διαταραχών των μεταναστών, μέσω των συνεργασιών με περισσότερους επαγγελματίες υγείας και της συμμετοχής στο πρόγραμμα οικογενειών, φροντιστών και φίλων των ασθενών, οι οποίοι, ως εμπυχωτές, συμβάλλουν στην ενίσχυση της ευάλωτης ομάδας των μεταναστών.<sup>54,55</sup> Επίσης, η ενθάρρυνση προς τους ασθενείς-μετανάστες και τις οικογένειές τους

να δημιουργήσουν τις δικές τους ομάδες αυτοβοήθειας συντελεί στην επιτυχή εκτέλεση της τρίτης δράσης. Οι εν λόγω ομάδες παρουσιάζουν θετικά αποτελέσματα στη βελτίωση της αυτοεκτίμησης των μελών τους, στη μείωση της χρήσης πρωτοβάθμιας φροντίδας στο μέλλον, καθώς και στην κοινωνική τους ένταξη.<sup>55</sup>

Η δράση είναι μεσοπρόθεσμη, γιατί προϋποθέτει την περάτωση της διαδικασίας ενημέρωσης των πολιτών και αποδοχής του έργου της ΜΚΟ από την τοπική κοινωνία. Ωστόσο, είναι εξ ίσου σημαντική για τον σχεδιασμό, επειδή στις ομάδες με τον υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών ανήκουν άτομα τα οποία έχουν βιώσει πολεμικές συγκρούσεις, ενώ, παράλληλα, τα ασυνόδευτα παιδιά, ο αριθμός των οποίων τριπλασιάστηκε κατά το 2015, υφίστανται, σε μεγάλο ποσοστό, κακοποίηση και εκμετάλλευση.<sup>55,56</sup> Το εθνικό σύστημα υγείας πολλών χωρών, μεταξύ των οποίων και της Ελλάδας, παρουσιάζει χρόνιες ελλείψεις στα τμήματα ψυχικής υγείας και ο ΠΟΥ παροτρύνει τις κυβερνήσεις να συνεργαστούν με τις ΜΚΟ, με σκοπό την άμβλυση των αδυναμιών.<sup>55</sup> Η χρηματοδότηση επιτελείται από τους ίδιους διεθνείς οργανισμούς (Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ και ΕΕ), όπως στις δύο πρώτες δράσεις, αλλά και από το Υπουργείο Υγείας.

#### 4.6. Εφαρμογή του σχεδιασμού-προγραμματισμού

Στο έκτο στάδιο της εφαρμογής του σχεδιασμού-προγραμματισμού υποβάλλονται οι αιτήσεις χρηματοδότησης προς τους διεθνείς οργανισμούς και συνάπτονται οι αναγκαίες συνεργασίες με το δημόσιο σύστημα υγείας, την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ και τον ΠΟΥ. Επίσης, υλοποιούνται τα σχέδια δράσης σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα της κάθε φάσης και την επάρκεια των διαθέσιμων πόρων.

#### 4.7. Συνεχής αξιολόγηση του σχεδιασμού-προγραμματισμού

Η αξιολόγηση, το τελευταίο βήμα του προγραμματισμού, συντελείται καθ' όλη τη διάρκεια της εφαρμογής των σχεδίων δράσης. Η αξιολόγηση αποτελεί μια ευέλικτη διαδικασία, κατά την οποία προσαρμόζονται οι εισροές και οι πόροι που χρησιμοποιούνται για την επίτευξη του στρατηγικού σκοπού, τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών, καθώς και για την κάλυψη των οικονομικών στόχων.<sup>57</sup> Η επιτυχής εκπλήρωση των οικονομικών στόχων είναι ιδιαίτερα σημαντική, επειδή η βιωσιμότητα της ΜΚΟ είναι αναγκαία προϋπόθεση κατά τη χρηματοδότησή της από την ΕΕ. Οι επιχειρησιακοί και οι ενδιάμεσοι στόχοι αξιολογούνται με δείκτες, όπως είναι η μέτρηση

του χρόνου αναμονής των ασθενών, η αξιοπιστία των εξετάσεων, ο αριθμός και η επάρκεια του προσωπικού, οι εφαρμοζόμενες τεχνικές κ.ά.<sup>58</sup> Αντίθετα, η αξιολόγηση των στρατηγικών στόχων επιτυγχάνεται χρησιμοποιώντας δείκτες κλινικών μελετών, νοσηρότητας, θνητότητας και ποιότητας ζωής του ειδικού πληθυσμού των μεταναστών.<sup>59</sup> Επίσης, η χρήση μεθόδων οικονομικής αξιολόγησης, όπως η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας, η οποία συγκρίνει το κόστος των χρησιμοποιούμενων εισροών με την επίτευξη συγκεκριμένων αποτελεσμάτων, παρέχει τη δυνατότητα στον οργανισμό να καταναίμει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τους διαθέσιμους πόρους και να αυξήσει την παραγωγικότητά του.<sup>60</sup>

## 5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η δημοσιονομική κρίση που επικρατεί στην Ελλάδα από το 2010 και τα συνεπακόλουθα προβλήματα της έλλειψης προσωπικού και χρηματοδότησης των δημόσιων δομών υγείας, σε συνδυασμό με τις χρόνιες αδυναμίες του ΕΣΥ, δυσχεραίνουν την άμεση και αποτελεσματική παροχή ΠΦΥ. Η αξιοποίηση όλων των φορέων (δημόσιων, ιδιωτικών, μη κερδοσκοπικών) αποτελεί επιτακτική ανάγκη για την αντιμετώπιση της υψηλής ζήτησης των υπηρεσιών υγείας, που παρατηρείται, λόγω της ογκώδους αύξησης της εισροής μεταναστών στα ελληνικά νησιά. Η εφαρμογή στρατηγικών σχεδίων από ΜΚΟ παροχής ΠΦΥ, δρώντας από κοινού με το δημόσιο σύστημα υγείας και αξιοποιώντας τις δυνατότητες χρηματοδότησης και τεχνικής βοήθειας από τους διεθνείς οργανισμούς, ενδέχεται να ωφελήσει σημαντικά την ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών προς τους μετανάστες, καθώς και την προστασία της δημόσιας υγείας. Μέσω της συγκεκριμένης διαδικασίας κινητοποιούνται ανενεργές δυνάμεις της κοινωνίας, οι οποίες συνεισφέρουν στην αντιμετώπιση της ανθρωπιστικής κρίσης και αποτελούν τη βάση για την ομαλότερη και αμεσότερη ένταξη των μεταναστών στο κοινωνικό σύνολο. Ωστόσο, είναι εξαιρετικά σημαντικό οι δραστηριότητες των ΜΚΟ να είναι διατυπωμένες με σαφήνεια, να καταγράφονται οι υπηρεσίες που προσφέρουν, και να τηρούνται ιατρικοί φάκελοι που θα είναι διαθέσιμοι στις δημόσιες δομές για τις μελλοντικές ανάγκες του κάθε ασθενούς. Παράλληλα, τα προβλήματα που παρουσιάζονται στη λειτουργία των ΜΚΟ πρέπει να διερευνηθούν περαιτέρω, με στόχο τη δημιουργία ενός σαφέστερου πλαισίου συνεργασίας των κρατικών δομών με τις εθελοντικές οργανώσεις, καθώς και την ευελιξία που πρέπει να διαθέτει μια ΜΚΟ, λόγω της μεταβλητότητας και της περιοδικότητας της εισροής μεταναστών, ώστε να αποτελεί έναν βιώσιμο οργανισμό.

## ABSTRACT

**Primary health care for immigrants during their reception in Greece:  
Planning in a non-governmental organization polyclinic**

S. TERZOUDIS,<sup>1</sup> P. MPOGIATZIDIS,<sup>1,2</sup> P. KOSTAGIOLAS<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Care Management, School of Social Science, Hellenic Open University, Patra, <sup>2</sup>Department of Midwifery, School of Health and Welfare, Technological Educational Institute of Western Macedonia, Kozani,

<sup>3</sup>Department of Archives, Library Science and Museology, School of Information Science and Informatics, Ionian University, Corfu, Greece

*Archives of Hellenic Medicine 2017, 34(1):113–122*

The increased influx of immigrants and refugees recorded recently in Greece, and particularly in 2015, demonstrated the need for strategy for the protection of public health and the resolving of malfunctions in primary health care (PHC). The provision of PHC to immigrants and refugees presents a multi-faceted challenge, with a socioeconomic dimension, to ensure social cohesion, to promote a non-discriminatory health system and to facilitate the integration of the immigrants in the productive sector of the country. The chronic weaknesses of the National Health System, in combination with the increased influx of immigrants and the economic recession, have necessitated the involvement of non-profit organizations, such as non-governmental organizations (NGOs), which, in cooperation with the public health services, can contribute to more effective provision of primary health care. The NGOs are supported by operational management, adequate staffing and funding opportunities. The adoption of planning-programming steps accelerates the development of services and identifies weaknesses and threats during the implementation of action plans. The main parameters for efficient functioning of the NGO health organization are actions aimed at providing quality health services, psychological support and social integration for immigrants, and protecting public health. Finally, evaluation, throughout the planning steps and implementation, is emphasized as a useful tool for the optimal use of resources and viability control of the health services for immigrants and refugees.

**Key words:** Immigrants, Non-governmental organization, Planning-programming, Primary health care, Refugees

## Βιβλιογραφία

- FRONTEX. Greece and Italy continued to face unprecedented number of migrants in December. Frontex, 2016. Available at: <http://frontex.europa.eu/news/greece-and-italy-continued-to-face-unprecedented-number-of-migrants-in-december-0BbBRd>
- UNHCR. Refugees/migrants Emergency Response – Mediterranean. Available at: <http://data.unhcr.org/mediterranean/country.php?id=83>
- ΧΑΤΖΗΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Σ, ΠΑΥΛΗ Α, ΜΑΛΤΕΖΟΥ Ε. *Μετανάστες και δημόσια υγεία: Έλεγχος διαλογής πρώτης υποδοχής*. Ενημερωτικό Δελτίο ΚΕΕΛΠΝΟ, Αθήνα, 2015. Διαθέσιμο στο: <http://www2.keelrno.gr/blog/?p=6655>
- ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ. Σύνταγμα της Ελλάδας 1975/1986/2001/2008. ΦΕΚ 120 Α', 2008
- ΝΟΜΟΣ 4368/2016. Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 21 Α', 2016
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ. Εγκύκλιος αρ. πρωτ. Υ4α/οικ 93443/11/13.8.201: Διευκρινήσεις σχετικά με την πρόσβαση στο σύστημα ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περιθαλψής της χώρας σε αλλοδαπούς και ανασφάλιστους. ΑΔΑ: 4ΑΜΞΘ-ΚΒΒ, 2011
- ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ. Απόφαση αρ. πρωτ. Υ1.Γ.Π. οικ. 92490/4.10.2013. Πρόγραμμα ιατρικού ελέγχου, ψυχοκοινωνικής διάγνωσης και υποστήριξης και παραπομπής των εισερχομένων χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα υπηκόων τρίτων χωρών σε δομές πρώτης υποδοχής. ΦΕΚ 2745 Β', 2013
- ΚΑΡΑΪΣΚΟΥ Α, ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ Μ, ΣΑΡΑΦΗΣ Π. Οικονομική κρίση: Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις στα Συστήματα Υγείας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2012, 4:49–54
- ΚΟΤΣΙΩΝΗ Ι. *Έκθεση για την υγεία των μεταναστών στην Ελλάδα. Δίκτυο πληροφόρησης για καλές πρακτικές που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και μειονότητες στην Ευρώπη*. MIGHEALTHNET, Αθήνα, 2009, Διαθέσιμο στο: [http://www.antigone.gr/files/gr/library/selected-publications-on-migration-and-asylum/greece/Ekthesi\\_ugeias\\_metanaston\\_gr\\_03\\_2009.pdf](http://www.antigone.gr/files/gr/library/selected-publications-on-migration-and-asylum/greece/Ekthesi_ugeias_metanaston_gr_03_2009.pdf)
- ΡΟΥΠΑ Ζ, ΖΩΓΡΑΦΟΥ Π, ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ Α. Οι μετανάστες ως χρήστες των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2014, 6:154–159
- ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΗΝΩΜΕΝΩΝ ΕΘΝΩΝ. Οικουμενική διακήρυξη για τα ανθρώπινα δικαιώματα. ΟΗΕ, ΗΠΑ, 1948



12. PANTAZIS KD, ELEFSINIOTIS IS, BROKALAKI H. New data concerning the epidemiology of hepatitis B virus infection in Greece. *Gastroenterol Res Pract* 2008, 2008:580341
13. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. Suspected outbreak of poliomyelitis in Syria: Risk of importation and spread of poliovirus in the EU. ECDC, Stockholm, 2013. Available at: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/RRA%20poliomyelitis%20Syria%2021%2010%202013.pdf>
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Poliomyelitis. Fact sheet no 114. WHO, 2015
15. BUCAJ A, ΣΟΥΡΤΖΗ Π, ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ Α, ΒΕΛΟΝΑΚΗΣ Ε. Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών. *Νοσηλεία και Έρευνα* 2012, 6:16–22
16. ΦΩΤΙΑΔΟΥ Α, ΠΡΙΦΤΗΣ Φ, ΚΥΠΡΙΑΝΟΣ Σ. Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχική διαταραχή. *Εγκέφαλος* 2004, 41:22–26
17. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Is this humanitarian migration crisis different? OECD, Migration Policy Debates no 7, 2015
18. COSTONGS C, STEGEMAN I, JURCZAK K, BENSUADE S, WEYERS S, NEEDLE C ET AL. Closing the gap: Strategies for action to tackle health inequalities: Taking action on health equity in Europe. A European project from 2004 to 2007. Final report (1.6.2004–31.5.2007). BZgA and EuroHealthNet. Available at: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2003/action3/docs/2003\\_3\\_15\\_rep1\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2003/action3/docs/2003_3_15_rep1_en.pdf)
19. EUROSTAT. First time asylum applicants in the EU-28 by citizenship. Available at: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:First\\_time\\_asylum\\_applicants\\_in\\_the\\_EU-28\\_by\\_citizenship\\_Q4\\_2014\\_%E2%80%93Q4\\_2015.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:First_time_asylum_applicants_in_the_EU-28_by_citizenship_Q4_2014_%E2%80%93Q4_2015.png)
20. DELISLE H, ROBERTS JH, MUNRO M, JONES L, GYORKOS TW. The role of NGOs in global health research for development. *Health Res Policy Syst* 2005, 3:3
21. ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ. Νόμος 2646/1998: Ανάπτυξη του εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας και άλλες διατάξεις. ΦΕΚ 236 Α', 1998
22. ΑΦΟΥΞΕΝΙΔΗΣ Α, ΓΑΡΔΙΚΗ Μ. Χαρτογραφώντας την κοινωνία πολιτών στην Ελλάδα σήμερα: Προβλήματα και προοπτικές. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών* 2014, 143:33–53
23. KENTIKELENIS A, KARANIKOLOS M, WILLIAMS G, MLADOVSKY P, KING L, PHARRIS A ET AL. How do economic crises affect migrants' risk of infectious disease? A systematic-narrative review. *Eur J Public Health* 2015, 25:937–944
24. SOTIROPOULOS AD, ΒΟΥΡΙΚΟΣ D. Economic crisis, social solidarity and the voluntary sector in Greece. *Journal of Power, Politics & Governance* 2014, 2:33–53
25. ΝΟΜΟΣ 3907/2011. Ίδρυση Υπηρεσίας Ασύλου και Υπηρεσίας Πρώτης Υποδοχής, προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας προς τις διατάξεις της Οδηγίας 2008/115/ΕΚ «σχετικά με τους κοινούς κανόνες και διαδικασίες στα κράτη μέλη για την επιστροφή των παρανόμως διαμενόντων υπηκόων τρίτων χωρών» και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 7 Α', 2011
26. ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ 102/2012. Οργάνωση και λειτουργία Υπηρεσίας Πρώτης Υποδοχής στο Υπουργείο Δημόσιας Τάξης και Προστασίας του Πολίτη. ΦΕΚ 169 Α', 2012
27. MEYER CA. A step back as donors shift institution building from the public to the “private” sector. *World Dev* 1992, 20:1115–1126
28. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΛΙΟΝΗΣ Χ. Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Μια πρόταση για την άρση του αδιέξοδου. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2003, 20:466–476
29. ΖΥΓΑΣ Σ, ΚΟΤΡΩΤΣΙΟΥ Ε. Η κουλτούρα των νοσηλευτών στο χώρο της υγείας. Στο: Ζυγά Σ και συν (Επιμ.) *Εισαγωγή στη νοσηλευτική επιστήμη*. 2η έκδοση. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2013:280–288
30. FIORILLO D, NAPPO N. Formal and informal volunteering and health in Mediterranean Europe. *Athens Journal of Mediterranean Studies* 2015, 1:297–329
31. ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ. Νόμος 4144/2013: Αντιμετώπιση της παραβατικότητας στην κοινωνική ασφάλιση και στην αγορά εργασίας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας. ΦΕΚ 88 Α', 2013
32. IFANTI AA, ARGYRIOU AA, ΚΑΛΟΦΟΝΟΥ FH, ΚΑΛΟΦΟΝΟΣ HP. Physicians' brain drain in Greece: A perspective on the reasons why and how to address it. *Health Policy* 2014, 117:210–215
33. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ν. Στρατηγική στην πράξη. Στο: Johnson G, Scholes K, Whittington R (Συντ.) *Βασικές αρχές στρατηγικής των επιχειρήσεων*. Ελληνική μετάφραση: Νικολάου Η. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 2011:409–454
34. EUROPEAN COMMISSION. NGOs: Main funding sources. Available at: [http://ec.europa.eu/budget/funding/ngos/main-funding-sources\\_en](http://ec.europa.eu/budget/funding/ngos/main-funding-sources_en)
35. UNHCR. Global appeal 2016-2017: Needs and funding requirements. Available at: <http://www.unhcr.org/564da0e20.html>
36. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2006, 23:72–83
37. ΣΙΓΑΛΑΣ Ι. Ο σχεδιασμός-προγραμματισμός στον χώρο της υγείας. Στο: Δικαίος Κ, Κουτούζης Μ, Πολύζος Ν, Σιγάλας Ι, Χλέτσος Μ (Συντ.) *Βασικές αρχές διοίκησης διαχείρισης (management) υπηρεσιών υγείας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 1999:128–132
38. ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Ν. Στρατηγικός σκοπός. Στο: Johnson G, Scholes K, Whittington R (Συντ.) *Βασικές αρχές στρατηγικής των επιχειρήσεων*. Ελληνική μετάφραση: Νικολάου Η. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 2011:161–208
39. ΤΣΑΟΥΣΗΣ ΔΓ. Η κοινωνική συνοχή και η διάσπασή της. Στο: Τσαούσης ΔΓ (Συντ.) *Η κοινωνία του ανθρώπου: Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία*. 19η έκδοση. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2006:99–134
40. ΤΕΡΖΙΔΗΣ ΚΠ. *Μάνατζμεντ: Στρατηγική προσέγγιση*. Σύγχρονη Εκδοτική, Αθήνα, 2004
41. PAPAVENTSIS D, ΝΙΚΟΛΑΟΥ Σ, ΚΑΡΑΒΕΛΑ Σ, ΙΟΑΝΝΙΔΙΣ Ρ, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Ε, ΜΑΡΙΝΟΥ Ι ET AL. Tuberculosis in Greece: Bacteriologically confirmed cases and anti-tuberculosis drug resistance, 1995–2009. *EuroSurveill* 2010, 15. Available at: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19614>
42. ΑΛΙΚΑΡΗ ΔΒ. Επιπολασμός φυματίωσης σε μετανάστες και επίπτωση στους γηγενείς πληθυσμούς της Ευρώπης. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2012, 11:330–346

43. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Five facts on the Syrian crisis and its impact on health. Available at: <http://www.who.int/hac/crises/syr/releases/28january2016/en/#>
44. ΤΕΡΖΙΔΗΣ Κ, ΤΖΩΡΤΖΑΚΗΣ Κ. Επιλογή προσωπικού. Στο: Τερζίδης Κ, Τζωρτζάκης Κ (Συντ.) *Διοίκηση ανθρώπινων πόρων*. Εκδόσεις Rosili, Γέρακας, 2004:90–107
45. ΣΚΑΛΚΙΔΗΣ Ι, ΝΑΣΤΟΣ Κ, ΖΑΒΙΤΣΑΝΟΣ Ξ. Κλινικά πρωτόκολλα και κλινικές οδηγίες. Ζητήματα εφαρμογής τους στην καθημερινή κλινική πράξη. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:264–273
46. ΥΕΒΟΑΗ ΕΚ, ΤΗΟΜΑΣ ΜΕ. A cost effective way of reducing outpatient clinic waiting times: How we did it. *The Internet Journal of Healthcare Administration* 2009, 7:1–4
47. ΔΕΡΒΙΤΣΙΩΤΗΣ ΚΝ. Ανθρώπινο δυναμικό: Ο παράγων-κλειδί για επιβίωση κι επιτυχία. Στο: Δερβετσιώτης Κ (Συντ.) *Διοίκηση ολικής ποιότητας*. 2η έκδοση. Οικονομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2005:99–128
48. ΠΑΛΕΟΛΟΓΟΥ Β, ΚΟΝΤΟΔΙΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν, ΣΤΑΜΟΥΛΙ Α, ΑΛΕΤΡΑΣ Β, ΝΙΑΚΑΣ Δ. Developing and testing an instrument for identifying performance incentives in the Greek health care sector. *BMC Health Serv Res* 2006, 6:118
49. ΜΑΡΚΟΒΙΤΣ Γ, ΜΟΝΑΣΤΗΡΙΔΟΥ Σ. Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στα νοσοκομεία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2011, 4:51–56
50. ΓΕΡΟΓΙΑΝΝΗ ΓΚ, ΠΛΕΞΙΔΑ ΑΝ. Κουλτούρα και νοσηλευτική εκπαίδευση: Νέες προοπτικές και αναγκαιότητες στην ελληνική νοσηλευτική πραγματικότητα. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2008, 7:113–119
51. OFFICIAL JOURNAL OF THE EUROPEAN UNION. Regulation (EU) no 282/2014 of the European Parliament and of the Council of 11 March 2014 on the establishment of a third Programme for the Union's action in the field of health (2014–2020) and repealing Decision No 1350/2007/EC
52. POSTMA MJ, CARROLL S, BRANDÃO A. The societal role of lifelong vaccination. *J Market Access Health Policy* 2015, 3:26962
53. ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Μ, ΜΕΧΙΛΙ-ΕΝΚΕΛΕΪΝΤ Α, ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Α, ΔΙΟΜΗΔΟΥΣ Μ. Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία των μεταναστών και ο αντίκτυπός τους στη δημόσια υγεία. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 2013, 5:162–167
54. ΖΗΣΗ Α, ΣΤΥΛΙΑΝΙΔΗΣ Σ. Αγωγή και προαγωγή ψυχικής υγείας: Αποσαφηνίσεις και προοπτικές. *Εγκέφαλος* 2004, 41:22–26
55. ΜΠΙΛΑΝΑΚΗΣ Ν. Μη κυβερνητικές οργανώσεις και υπηρεσίες ψυχικής υγείας: Η απάντηση της κοινωνίας των πολιτών στο κράτος και την αγορά. 2η έκδοση. Εκδόσεις Αρχιπέλαγος, Αθήνα, 2006
56. EUROSTAT. Asylum applicants considered to be unaccompanied minors by citizenship, age and sex: Annual data (rounded). Available at: [http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/MIGR\\_ASYUNAA](http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-datasets/-/MIGR_ASYUNAA)
57. MOULLIN M. Eight essentials of performance measurement. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2004, 17:110–112
58. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ ΝΑ. Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2007, 24:7–21
59. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Μέθοδοι κοινωνικο-οικονομικής αξιολόγησης. Στο: Γείτονα Μ (Επιμ.) *Οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας: Φαρμακοοικονομία και λήψη αποφάσεων*. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος, 2012:209–230
60. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΓΕΙΤΟΝΑ Μ. Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης. Στο: Κυριόπουλος Γ, Γείτονα Μ (Επιμ.) *Τα οικονομικά της υγείας. Μέθοδοι και εφαρμογές της οικονομικής αξιολόγησης*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2008:89–109

*Corresponding author:*

S. Terzoudis, 14 Agias Sofias street, GR-384 46 Nea Ionia, Greece  
e-mail: terzoudis82@yahoo.gr