

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Η διερεύνηση των ιατρο-κοινωνικών δομών στην κάλυψη των αναγκών υγείας σε περιόδους οικονομικής κρίσης

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση του έργου που παρέχουν τα κοινωνικά και τα δημοτικά ιατρεία-φαρμακεία προς ασθενείς ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, καθώς και η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των εν λόγω ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ιατρείων. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Η μελέτη αποτελείται από δύο διακριτές ερευνητικές προσεγγίσεις: μια ποιοτική και μια ποσοτική. Η ποιοτική έρευνα διενεργήθηκε με τη μέθοδο της δομημένης συνέντευξης σε 6 υπεύθυνους ιατρείων. Η ποσοτική έρευνα αφορούσε στην εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των πολιτών-ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των κοινωνικών και των δημοτικών ιατρείων-φαρμακείων. Η έρευνα διήρκεσε 3 μήνες και το δείγμα της έρευνας ανήλθε σε 229 ασθενείς. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Οι υπηρεσίες που προσφέρονται στα κοινωνικά και στα δημοτικά ιατρεία-φαρμακεία είναι η παροχή φαρμάκων και η διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων και ιατρικών επισκέψεων. Οι βασικές κατηγορίες των ατόμων που εξυπηρετούνται, στα υπό εξέταση ιατρεία, είναι ανασφάλιστοι, άποροι, άνεργοι, ηλικιωμένοι χαμηλού εισοδήματος και μετανάστες. Τα συγκεκριμένα ιατρεία-φαρμακεία εξυπηρετούν 50–300 άτομα εβδομαδιαία. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών αναφορικά με το ιατρικό προσωπικό, τους υπόλοιπους εθελοντές, τη διαθεσιμότητα των φαρμάκων, τον ιατρικό εξοπλισμό και τον περιβάλλοντα χώρο του ιατρείου κυμάνθηκε σε ποσοστό 94,8–98,8%, γεγονός που απέδειξε τον υψηλό βαθμό ικανοποίησης των ερωτώμενων τόσο από το ανθρώπινο δυναμικό όσο και από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των κοινωνικών ιατρείων-φαρμακείων και των δημοτικών ιατρείων. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η αναλυτική και ερμηνευτική συνεισφορά της παρούσας έρευνας εκτείνεται, εκτός από την επαλήθευση των ποιοτικών προσφερομένων υπηρεσιών των ιατροκοινωνικών δομών και του μέγιστου βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, στην ανάδειξη του ανθρωποκεντρικού προσανατολισμού άσκησης της Ιατρικής μέσω της συλλογικής προσπάθειας και του εθελοντισμού, και στην ανάδειξη της ολιστικής προσέγγισης της υγείας του ασθενούς, στηρίζοντάς τον σε επίπεδα αφ' ενός κοινωνικο-ψυχολογικά και αφ' ετέρου σχέσεων με τη δημιουργία νέων κοινωνικών αξιών και αντιλήψεων για την εργασία, το κέρδος και την ανθρώπινη συμπεριφορά.

Η υγεία ενός πληθυσμού προσδιορίζεται από ποικίλους αλληλεπιδρούμενους κοινωνικούς, πολιτισμικούς, οικονομικούς, περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες. Η προστασία της υγείας καθώς και η ανάπτυξη της ευημερίας κάθε κοινωνίας εξαρτώνται, σε μεγάλο βαθμό, από την ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, από την ισότητα στην κατανομή των παραγομένων υπηρεσιών και τον βαθμό προσβασιμότητας, καθώς και από τη βιωσιμότητα του συστήματος και τον τρόπο αναδιανομής του εισοδήματος και της συμμετοχής των πολιτών στις δαπάνες υγείας.^{1,2} Ενώ η υγειονομική περιθάλψη έχει αναδειχθεί

ιστορικά ως θεμελιώδες ανθρώπινο και κοινωνικό δικαίωμα, παρ' όλα αυτά, στις σύγχρονες κοινωνίες παρατηρούνται σημαντικές ανισότητες ως προς την πρόσβαση και τη χρήση των υγειονομικών παροχών.³

Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία θεωρούνται «οι ανισότητες που παρατηρούνται στη νόσο και στον θάνατο, στην αναπηρία (αρνητικοί δείκτες) ή στο προσδόκιμο ζωής (θετικοί δείκτες) και, γενικότερα, οι διαστάσεις οι οποίες υφίστανται μεταξύ διαφόρων κατηγοριών πληθυσμού ως προς τη γενικότερη κατάσταση της υγείας τους».²

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2017, 34(1):91–99
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2017, 34(1):91–99

**A. Γούλα,
B. Γιαννοπούλου,
Π. Μαγούλη,
M. Ντάκου,
N. Υφαντόπουλος**

*Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων –
Διοίκησης Μονάδων Υγείας
και Πρόνοιας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό
Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα*

Investigation of the sociomedical
infrastructure for health needs
coverage in periods of economic
crisis

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Δημοτικό ιατρείο
Εθελοντισμός
Κοινωνικό ιατρείο
Κοινωνικό φαρμακείο

Υποβλήθηκε 6.4.2016
Εγκρίθηκε 3.5.2016

Κύρια αιτία των ανισοτήτων στην παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί ο νόμος της ανεπάρκειας, σύμφωνα με τον οποίον κανένα υγειονομικό σύστημα και καμιά χώρα δεν έχει αρκετούς πόρους στον τομέα της υγείας για να εξασφαλίσει «πλήρη υγεία» και να ικανοποιήσει όλες τις ανάγκες των πολιτών.⁴ Στην Ελλάδα, η εν λόγω ανεπάρκεια μεγεθύνεται, την τελευταία εξαετία, εξ αιτίας της οικονομικής κρίσης που διέρχεται η χώρα, κρίση η οποία έχει πολλαπλασιαστικές αρνητικές συνέπειες για τα φτωχοποιημένα κοινωνικά στρώματα, τις κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες χαμηλού εισοδηματικού επιπέδου, τους ανέργους και τους ανασφάλιστους.⁵

Η μεγάλης διάρκειας και έντασης οικονομική κρίση, καθώς και η μείωση του εθνικού εισοδήματος κατά 25%, αναδιφεί ένα συνεκτικό αρνητικό πλέγμα κοινωνικοοικονομικών συνεπειών, όπως η μείωση της απασχόλησης, η αύξηση της ανεργίας που υπερβαίνει το 25%, η αύξηση των ανασφάλιστων και η αύξηση των κοινωνικά αποκλεισμένων. Εάν αυτό συνδυαστεί με τα σημαντικά δημοσιονομικά προβλήματα και τη ραγδαία μείωση της χρηματοδότησης της γενικής κυβέρνησης του τομέα υγείας, τότε διαρθρώνονται ενταγώς οι συνέπειες προς τέσσερις κατευθύνσεις. Η πρώτη κατεύθυνση αφορά στις συνέπειες της αύξησης της νοσηρότητας του πληθυσμού, η δεύτερη στην όξυνση των ανισοτήτων στην υγεία, η τρίτη στη μείωση της ελάχιστης κατανάλωσης αγαθών και υπηρεσιών υγείας για την κάλυψη έστω των βασικών αναγκών υγείας από άτομα που ανήκουν κυρίως σε μειονότητες, από μετανάστες και από τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα και η τέταρτη στην επιδείνωση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας.⁶⁻¹¹

Οι συνέπειες της απώλειας εργασίας και του εισοδήματος και οι σχετικές αρνητικές ψυχοκοινωνικές επιδράσεις παρουσιάζουν μειωμένη ένταση εάν το ασφαλιστικό σύστημα εμφανίζει υψηλά επίπεδα αναπλήρωσης του εισοδήματος και παρέχονται επαρκώς και με υψηλή ποιότητα συλλογικά αγαθά.¹² Είναι πρόδηλο ότι η κρίση χρέους και οι χαμηλοί ή και οι αρνητικοί δείκτες μεταβολής του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (ΑΕΠ) συνδέονται άμεσα με την κρίση του κοινωνικού κράτους. Στην Ελλάδα, το υποσύστημα της κοινωνικής πρόνοιας, τόσο ιστορικά όσο και σήμερα, παρουσιάζει αδυναμία ουσιαστικής παρέμβασης κάλυψης κοινωνικο-υγειονομικών αναγκών για τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και τους κοινωνικά αποκλεισμένους.

Ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όταν εντείνεται δηλαδή η αδυναμία προσφοράς συλλογικών αγαθών, μεγιστοποιείται η αδυναμία του υποσυστήματος κοινωνικής πρόνοιας, λόγω υποχρηματοδότησης και χαμηλής οργανωτικο-διοικητικής δομής, να καλύψει τις κοινωνικές

ανάγκες,¹³ η δε υποκατάσταση προσφοράς διέρχεται για μεν τους πολίτες υψηλών εισοδημάτων από τον ιδιωτικό τομέα, για δε εκείνους των χαμηλών εισοδημάτων –και μάλιστα σε φτωχοποιημένη κατάσταση– από μη κυβερνητικούς και μη κερδοσκοπικούς φορείς ή την εκκλησία.

Τα κοινωνικά ιατρεία-φαρμακεία και τα δημοτικά ιατρεία στοχεύουν στη δωρεάν παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, αλλά και στη διανομή φαρμάκων σε μια μερίδα πολιτών που ανήκουν σε οικονομικά ασθενή στρώματα, όπως άποροι, ανασφάλιστοι και άνεργοι, θέτοντας στο κέντρο τον άνθρωπο χωρίς πολιτισμικές, θρησκευτικές ή άλλες κοινωνικές ιδιαιτερότητες.

Υπό το πρίσμα αυτό, σκοπό της παρούσας μελέτης αποτέλεσε, πρώτον, η διερεύνηση του έργου και των υπηρεσιών που παρέχουν τα κοινωνικά και τα δημοτικά ιατρεία-φαρμακεία και, δεύτερον, ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών-ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα εκπονήθηκε σε 4 κοινωνικά και 2 δημοτικά ιατρεία του Λεκανοπεδίου Αττικής. Συγκεκριμένα, η μελέτη έλαβε χώρα στα κοινωνικά ιατρεία-φαρμακεία του Βύρωνα, του Ελληνικού, των Αθηνών και της μη κυβερνητικής οργάνωσης (ΜΚΟ) «Αποστολή», καθώς και στα δημοτικά ιατρεία Αμαρουσίου και Ηρακλείου Αττικής. Διήρκεσε 3 μήνες και αποτελείτο από δύο διακριτές ερευνητικές προσεγγίσεις: Μια ποιοτική και μια ποσοτική. Η ποιοτική έρευνα διενεργήθηκε με τη μέθοδο της δομημένης συνέντευξης και με τη χρήση οδηγού συνέντευξης στους υπεύθυνους των κέντρων. Περιείχε 40 ανοικτού τύπου ερωτήσεις, οι οποίες αφορούσαν κυρίως στις δράσεις και στις παρεχόμενες υπηρεσίες του ιατρείου, στην επισκεψιμότητα, στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, στις συνεργασίες με άλλους φορείς, καθώς και στην καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των ασθενών οι οποίοι επισκέπτονται τα ιατρεία. Για την επεξεργασία του υλικού των συνεντεύξεων εφαρμόστηκαν οι τεχνικές ανοικτής κωδικοποίησης και κωδικοποίησης άξονα. Διενεργήθηκε ανάλυση περιεχομένου, όπου οι γραπτές απαντήσεις έλαβαν τη μορφή ποσοτικών δεδομένων.¹⁴

Η ποσοτική έρευνα αναφερόταν στην εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των πολιτών-ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των κοινωνικών και των δημοτικών ιατρείων-φαρμακείων.

Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τους εξυπηρετούμενους των ιατρείων, οι οποίοι λάμβαναν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στα προαναφερθέντα κέντρα. Ως μέθοδος δειγματοληψίας της ποσοτικής έρευνας επιλέχθηκε η δειγματοληψία επιτρεπτού ορίου. Για την πραγματοποίησή της σχεδιάστηκε δομημένο ερωτηματολόγιο στο οποίο περιλήφθηκαν ποιοτικές και ποσοτικές μεταβλητές,

συνδεδεμένες με τη χρήση των ιατρείων και την αξιολόγησή τους. Τα ερωτηματολόγια διαρθρώνονταν σε 34 ερωτήσεις, οι οποίες κατηγοριοποιήθηκαν σύμφωνα με τον σκοπό της επιστημονικής προσέγγισης στις ακόλουθες ενότητες: (α) Δημογραφικά χαρακτηριστικά, (β) χρήση του ιατρείου και (γ) βαθμός ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του ιατρείου. Η συμπλήρωσή τους πραγματοποιήθηκε είτε με τη μέθοδο της αυτοαναφοράς είτε με τη βοήθεια του ερευνητή.

Στατιστική ανάλυση

Η αξιολόγηση των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών διενεργήθηκε με τη χρήση πεντάβαθμης κλίμακας, ενώ για την ανάλυση των δεδομένων εφαρμόστηκε το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), στο οποίο εισήχθησαν τα δεδομένα για στατιστικό έλεγχο, επεξεργασία και ανάλυση. Τα δεδομένα παρουσιάζονται με περιγραφική στατιστική. Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας των μεταβλητών με τη μέθοδο Chi square (χ^2), καθώς και ανάλυση συσχέτισης με τη χρήση του συντελεστή Spearman για τη διερεύνηση ύπαρξης ή μη σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών των ιατρείων, των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και της ικανοποίησης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Τέλος, η αξιοπιστία της εσωτερικής συνάφειας του ερωτηματολογίου διεξήχθη με τη χρήση του συντελεστή α του Cronbach.

Δομική εγκυρότητα ερωτηματολογίου

Το μέτρο των Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) βρέθηκε ίσο με 0,846, ενώ η στατιστική συνάρτηση του ελέγχου σφαιρικότητας του Bartlett ήταν ίση με $\chi^2(45)=1.272,592$ ($p<0,001$). Κατά την εφαρμογή της τεχνικής της παραγοντικής ανάλυσης με τη μέθοδο περιστροφής των αξόνων Varimax προέκυψαν δύο στατιστικά σημαντικοί παράγοντες που ερμήνευαν το 63,37% της συνολικής

διασποράς. Ο πρώτος παράγοντας ήταν η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (52,71%) και ο δεύτερος αναφερόταν στη συμπεριφορά των ιατρών και των εθελοντών (10,66%) (πίν. 1).

Ανάλυση αξιοπιστίας και συσχέτισης

Οι συσχετίσεις των ποιοτικών διατάξιμων μεταβλητών που συνδέονται με την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ήταν στατιστικά σημαντικές. Ισχυρή θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ των μεταβλητών (α) βαθμός επικοινωνίας με τους ιατρούς και συμπεριφορά των ιατρών, (β) επικοινωνία υπολοίπων εθελοντών και βαθμός επικοινωνίας με τους ιατρούς, (γ) εμπιστοσύνη προς τους ιατρούς και βαθμός επικοινωνίας με τους ιατρούς και συμπεριφορά των υπολοίπων εθελοντών, (δ) επικοινωνία με τους υπόλοιπους εθελοντές και συμπεριφορά των ιατρών, (ε) εμπιστοσύνη προς τους ιατρούς και συμπεριφορά των ιατρών και (στ) εμπιστοσύνη προς τους ιατρούς και συμπεριφορά υπολοίπων εθελοντών. Μέτρια θετική συσχέτιση παρουσιάστηκε μεταξύ των μεταβλητών (α) συμπεριφορά των εθελοντών και συμπεριφορά ιατρών, (β) βαθμός επικοινωνίας με τους υπόλοιπους εθελοντές και τη συμπεριφορά τους, (γ) επικοινωνία με τους ιατρούς και συμπεριφορά των υπολοίπων εθελοντών, (δ) επικοινωνία με τους υπόλοιπους εθελοντές και συμπεριφορά των ιατρών, (ε) εμπιστοσύνη προς τους ιατρούς και συμπεριφορά των ιατρών και (στ) εμπιστοσύνη προς τους ιατρούς και συμπεριφορά υπολοίπων εθελοντών (πίν. 2).

Επιπρόσθετα, εμφανίστηκε ισχυρή θετική συσχέτιση (Cramer's $V=0,725$, $p<0,001$) ανάμεσα στο αίσθημα ικανοποίησης και εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενούς και ιατρού κατά την πρώτη και την τελευταία επίσκεψη, το οποίο είναι συνάρτηση της ψυχολογικής στήριξης που τους προσφέρουν ($\text{Gamma}=0,663$, $p<0,001$). Στην παραπάνω υπόθεση έρχεται να προστεθεί και το ενδιαφέρον των υπολοίπων εθελοντών, ως συνάρτηση της ψυχολογικής στήριξης προς τους ασθενείς ($\text{Gamma}=0,801$, $p<0,001$). Το

Πίνακας 1. Οι φορτίσεις των μεταβλητών στους παράγοντες.

	Παράγοντας	
	Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες	Συμπεριφορά ιατρών και εθελοντών
Βαθμός επικοινωνίας με τους ιατρούς	0,821	
Ακρίβεια ιατρικής πληροφόρησης για την κατάσταση υγείας	0,808	
Ψυχολογική στήριξη από τους ιατρούς	0,806	
Ψυχολογική στήριξη από τους υπόλοιπους εθελοντές	0,766	
Βαθμός επικοινωνίας με τους υπόλοιπους εθελοντές	0,739	
Διαθέσιμος χρόνος για την ιατρική εξέταση	0,719	
Ενδιαφέρον εθελοντών για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας	0,681	
Συμπεριφορά των ιατρών		0,644
Συμπεριφορά του υπόλοιπου προσωπικού και των εθελοντών		0,619
Ιδιοτιμή	5,271	1,066
% διακύμανσης	52,715	10,656

Πίνακας 2. Συσχετίσεις μεταβλητών με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των κοινωνικών και των δημοτικών ιατρείων.

			Συμπεριφορά ιατρών	Συμπεριφορά υπολοίπων εθελοντών	Βαθμός επικοινωνίας με τους υπόλοιπους εθελοντές	Βαθμός επικοινωνίας με τους ιατρούς	Εμπιστοσύνη προς τους ιατρούς
Spearman's Rho	Συμπεριφορά ιατρών	Correlation coefficient	1,000	0,423*	0,310*	0,512*	0,414*
		Sig. (2-tailed)	.	0,000	0,000	0,000	0,000
	Συμπεριφορά υπολοίπων εθελοντών	Correlation coefficient	0,423*	1,000	0,422*	0,404*	0,283*
		Sig. (2-tailed)	0,000	.	0,000	0,000	0,000
	Βαθμός επικοινωνίας με τους υπόλοιπους εθελοντές	Correlation coefficient	0,310*	0,422*	1,000	0,595*	0,640*
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	.	0,000	0,000
	Βαθμός επικοινωνίας με τους ιατρούς	Correlation coefficient	0,512*	0,404*	0,595*	1,000	0,697*
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	.	0,000
	Εμπιστοσύνη προς τους ιατρούς	Correlation coefficient	0,414*	0,283*	0,640*	0,697*	1,000
		Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	.

* Οι συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές, σε επίπεδο σημαντικότητας 1%

ενδιαφέρον των υπολοίπων εθελοντών διευρύνεται και στο οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών (Gamma=0,786, $p < 0,001$), με την πλειοψηφία των ασθενών (51%) να είναι πολύ ικανοποιημένοι από το εν λόγω ενδιαφέρον. Εκτός από την κοινωνική διάσταση, εμφανίζεται και το αίσθημα προσήλωσης στο καθήκον των εθελοντών ιατρών, αφού ο χρόνος τον οποίο διέθεταν για την εξέταση κάθε ασθενούς ήταν ανάλογος με την ακρίβεια της πληροφορίας που παρέχονταν για την κατάσταση της υγείας του. Οι δύο μεταβλητές εμφανίζουν ισχυρή θετική συσχέτιση (Gamma=0,741, $p < 0,001$).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για την εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των κοινωνικών και των δημοτικών ιατρείων-φαρμακείων δόθηκαν προς συμπλήρωση 240 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν τα 229 από αυτά. Ο βαθμός ανταπόκρισης προσέγγισε το 95,5%. Η κατανομή του ως άνω δείγματος ήταν η εξής: 34,5% από το κοινωνικό ιατρείο του Ελληνικού, 21,8% από το δημοτικό ιατρείο Αμαρουσίου, 13,1% από τη ΜΚΟ «Αποστολή», 13,1% από το δημοτικό ιατρείο Ηρακλείου, 12,7% από το κοινωνικό ιατρείο Αθηνών και, τέλος, 4,8% από το κοινωνικό ιατρείο Βύρωνα. Η ηλικιακή ομάδα των 52–63 ετών παρουσίασε τη μεγαλύτερη στατιστική σημαντικότητα, με ποσοστό 32%, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (88,2%) ήταν Έλληνες υπήκοοι, σε αντίθεση με το 11,8% του δείγματος που είχαν άλλη υπηκοότητα.

Από τους ερωτηθέντες, το 78,4% ήταν ανασφάλιστοι,

ενώ το 31,9% από αυτούς παρουσίασε την ίδια αδυναμία κάλυψης αναγκών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης >5 ετών. Το 47,1% επισκεπτόταν τα κοινωνικά και τα δημοτικά ιατρεία για συνδυαστικές παροχές, όπως προμήθεια φαρμάκων, ιατρική εξέταση και διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων, ενώ το 19,6% μόνο για την προμήθεια φαρμάκων, το 31,7% μόνο για ιατρική εξέταση και το 1,6% μόνο για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων.

Η πλειοψηφία του δείγματος, σε ποσοστό 42,9%, ενημερώθηκε για τις υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται στα κοινωνικά και στα δημοτικά ιατρεία από γείτονες και φίλους, το 31,4% ενημερώθηκε από υπηρεσία του δήμου, το 12,4% μέσω του διαδικτύου, το 10,5% από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας, το 1,9% από διαφημιστικό φυλλάδιο και το 1% από άλλη πηγή.

Στο 49,5% των ασθενών, από την ημέρα που επικοινωνήσαν με το ιατρείο απαιτήθηκαν 1–6 ημέρες ώστε να βρεθεί διαθέσιμο ραντεβού, το 25,7% ανέμενε μία εβδομάδα, το 14,3% δύο εβδομάδες, το 6,7% ένα μήνα και το 3,8% περισσότερο από ένα μήνα. Στην ερώτηση σχετικά με το αίσθημα το οποίο ένιωσαν οι ερωτώμενοι κατά την πρώτη επίσκεψή τους στο ιατρείο, το 54,7% αισθάνθηκε ανακούφιση και χαρά, το 14,7% άβολα, το 11,1% πολύ άσχημα, το 5,3% ντροπή, το 3,7% συνειδητοποιημένο με την κατάσταση, το 7,4% φοβισμένο και το 3,2% προβληματισμένο. Ύστερα όμως από μερικές επισκέψεις και με την επαφή που είχαν με τους ιατρούς και τους εθελοντές, το

100% των ερωτώμενων απάντησαν ότι πλέον αισθάνονταν άνετα κατά την επίσκεψή τους.

Σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας των κοινωνικών και των δημοτικών ιατρείων, οι ασθενείς κλήθηκαν να αξιολογήσουν τον βαθμό ικανοποίησής τους από (α) το ιατρικό προσωπικό αναφορικά με τον βαθμό επικοινωνίας, τη συμπεριφορά, την ψυχολογική στήριξη, τη συμπαράσταση, τον χρόνο που διαθέτουν, αλλά και την ακρίβεια με την οποία τους πληροφορούν για την υγεία τους, (β) τους εθελοντές και το υπόλοιπο προσωπικό σχετικά με τη συμπεριφορά, την ψυχολογική στήριξη, τον βαθμό επικοινωνίας και το ενδιαφέρον που δείχνουν, (γ) τη διαθεσιμότητα σε φάρμακα, (δ) τον χώρο στέγασης του ιατρείου και (ε) τον ιατρικό εξοπλισμό του οποίου διαθέτουν τα κοινωνικά και τα δημοτικά ιατρεία.

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, για όλες τις προαναφερόμενες μεταβλητές, κυμάνθηκε από 94,8–98,8%, γεγονός που αποδεικνύει τον υψηλό βαθμό ικανοποίησης των ερωτώμενων τόσο από το ανθρώπινο δυναμικό όσο και από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των κοινωνικών ιατρείων-φαρμακείων και των δημοτικών ιατρείων (πίν. 3).

Η συνολικά θετική αποτίμηση των ασθενών για τις υπηρεσίες που έλαβαν μπορεί να μεταφραστεί ως πλήρης κάλυψη των αναγκών, των επιθυμιών και των προσδοκιών τους. Το ως άνω επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησαν θετικά (76,3%) στην ερώτηση εάν θα συνιστούσαν το ιατρείο σε κάποιον δικό τους άνθρωπο με παρόμοιο πρόβλημα υγείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Κύριος σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν, πρώτον, η διερεύνηση του έργου που παρέχουν τα κοινωνικά και τα δημοτικά ιατρεία-φαρμακεία προς ασθενείς ευάλωτων κοινωνικών ομάδων και, δεύτερον, η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των εν λόγω ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ιατρείων. Οι αναπτυχθείσες πρωτοβουλίες των συγκεκριμένων φορέων έχουν εδραιώσει ένα παράλληλο υποσύστημα προσφοράς και παροχής υπηρεσιών υγείας που λαμβάνει πλέον δομικά και διαρκή χαρακτηριστικά, συμβάλλοντας στην προστασία θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων και στην κοινωνική συνοχή. Αυτό θεωρείται κρίσιμο και απαραίτητο για τη διατήρηση των παραγωγικών ανθρώπινων πόρων της μελλοντικής αναπτυξιακής αναστροφής. Ο «τρίτος τομέας» ανάπτυξης του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα θεμελιώνεται και στηρίζεται στη δημιουργία μονάδων υγείας, όπως τα κοινωνικά ιατρεία-φαρμακεία αλλά και τα δημοτικά ιατρεία.

Από την ποιοτική έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα συγκεκριμένα ιατρεία παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και φαρμακευτική αγωγή κυρίως σε ανασφάλιστα άτομα, σε άνεργους, σε μετανάστες και σε συνταξιούχους χαμηλών εισοδηματικών κατηγοριών. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι η παροχή φαρμάκων, διαγνωστικών εξετάσεων και ιατρικών επισκέψεων. Τα κοινωνικά και τα δημοτικά ιατρεία τα οποία συμμετείχαν στην έρευνα διέθεταν όλες τις ιατρικές ειδικότητες, με ιδιαίτερη όμως επισκεψιμότητα σε παθολόγους, παιδιάτρους και οδοντιάτρους.

Πίνακας 3. Βαθμός ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των κοινωνικών και των δημοτικών ιατρείων.

Μεταβλητή	Ικανοποιημένος έως πολύ ικανοποιημένος (%)	Ούτε ικανοποιημένος/ ούτε δυσαρεστημένος (%)	Δυσαρεστημένος έως πολύ δυσαρεστημένος (%)
Συμπεριφορά ιατρών	96,9	2,3	0,8
Ψυχολογική υποστήριξη ιατρών	97,7	1,6	0,8
Βαθμός επικοινωνίας με τους ιατρούς	97,8	1,1	1,1
Διαθέσιμος χρόνος για την ιατρική εξέταση	95,9	4,1	–
Ακρίβεια πληροφόρησης για το πρόβλημα υγείας	95,9	4,1	–
Συμπεριφορά υπολοίπων εθελοντών	98,4	0,8	0,8
Ψυχολογική υποστήριξη υπολοίπων εθελοντών	98,8	0,6	0,6
Βαθμός επικοινωνίας με τους υπόλοιπους εθελοντές	97,8	1,1	1,1
Ενδιαφέρον εθελοντών για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας	98,3	1,1	0,6
Συμπαράσταση των εθελοντών στο οικογενειακό περιβάλλον	94,8	3,9	1,3
Διαθέσιμος ιατρικός εξοπλισμός	95,9	4,1	–
Διαθεσιμότητα φαρμάκων	96,1	2,3	1,6
Περιβάλλον χώρος ιατρείου	95,5	4,5	–

Το έργο που επιτελούν είναι σημαντικό, εάν ληφθεί υπ' όψη ότι η οικονομική κρίση που εκδηλώθηκε στη χώρα μετά το 2008 ελάττωσε σημαντικά τα ποσοστά υγειονομικής ασφάλισης του πληθυσμού, καθώς ένα σημαντικό ποσοστό του εργατικού δυναμικού έμεινε μακροπρόθεσμα άνεργο ή επέλεξε να μη συνεχίσει το αυτοχρηματοδοτούμενο ασφαλιστικό πρόγραμμα υγείας του λόγω οικονομικών προβλημάτων.¹⁵ Επιπρόσθετα, μελέτες αποδεικνύουν την αυξημένη σωματική και ψυχική νοσηρότητα στους άνεργους και αυτούς που βρίσκονται σε μακρά περίοδο εργασιακής ανασφάλειας,¹⁶ καθώς και ότι το χαμηλό εισόδημα συνεπάγεται μικρότερη πρόσβαση σε προληπτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες υψηλού επιπέδου.^{17,18} Ακόμη και σε περιπτώσεις όπου υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη, η αυξημένη συμμετοχή του ασφαλισμένου στη φαρμακευτική αγωγή πλήττει άμεσα τους χαμηλόμισθους και χαμηλοσυνταξιούχους πολίτες, οι οποίοι αδυνατούν να αντεπεξέλθουν στις εν λόγω πρόσθετες οικονομικές υποχρεώσεις και κατά συνέπεια αποκλείονται από τη θεραπευτική αγωγή.¹⁹

Τα κοινωνικά ιατρεία-φαρμακεία και τα δημοτικά ιατρεία αποτελούν ένα κίνημα κοινωνικών πρωτοβουλιών εθελοντισμού και αλληλεγγύης και προσφέρουν, όπως αποδείχθηκε από την έρευνα, χωρίς καμιά διάκριση δωρεάν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής και φαρμακευτικής φροντίδας, κατά συντριπτική πλειοψηφία σε Έλληνες πολίτες. Ο αριθμός των εξυπηρετούμενων ασθενών ανά ιατρείο κυμαίνεται από 50–300 άτομα την εβδομάδα, αριθμός που παρουσιάζει διαχρονική και διαρκή αύξηση λόγω της συνεχιζόμενης οικονομικής ύφεσης. Ο αριθμός των εξυπηρετούμενων είναι σημαντικός και αντανάκλα την εξυπηρέτηση χιλιάδων πολιτών των ευπαθών ομάδων, εάν συνυπολογιστεί σε ετήσια βάση και με μέσο αριθμό επισκέψεων τις 4 φορές ετήσια ανά χρήστη υπηρεσιών.

Στις συγκεκριμένες δομές προσφέρουν τις υπηρεσίες τους περίπου 300 εθελοντές-ιατροί όλων των ειδικοτήτων και περίπου 180 εθελοντές-πολίτες. Οι απασχολούμενοι στα κοινωνικά ιατρεία είναι κατά βάση εθελοντές, με εξαίρεση εκείνα τα οποία υποστηρίζονται από τον δήμο και διαθέτουν διοικητικό προσωπικό και στεγάζονται σε κτήρια που είναι δωρεά είτε του δήμου είτε πολιτών. Ο αριθμός των ατόμων που απασχολούνται στα ιατρεία μπορεί να θεωρηθεί επαρκής.

Σε αντίθεση με τα δημοτικά ιατρεία, τα οποία υφίστανται και λειτουργούν >20 έτη και εξυπηρετούν κυρίως ανάγκες των δημοτών τους, ο θεσμός των κοινωνικών ιατρείων καθιερώθηκε τα τελευταία 5 έτη από ενεργούς πολίτες που ανέλαβαν κοινωνικές πρωτοβουλίες με σκοπό τη βοήθεια των ευπαθών ομάδων στην περίοδο της κρίσης. Στο πρώτο στάδιο της εν λόγω προσπάθειας για την ίδρυση και τη λειτουργία τους αντιμετώπισαν σημαντικά προβλήματα,

όπως της εύρεσης του χώρου στέγασης και του εξοπλισμού, της συμμετοχής εθελοντών ιατρών, καθώς και της αποδοχής από την τοπική κοινότητα. Τα περισσότερα από τα αναφερόμενα προβλήματα έχουν ήδη επιλυθεί, ενώ σήμερα αντιμετωπίζουν κυρίως προβλήματα που αφορούν σε έλλειψη φαρμάκων, έλλειψη τεχνολογικού βιοϊατρικού εξοπλισμού και κατά περίπτωση ακόμη και αδυναμία κάλυψης δαπανών ηλεκτρικής ενέργειας.

Τόσο οι λειτουργικές όσο και οι σχετικές ελλείψεις σε ανθρώπινους, υλικούς και οικονομικούς πόρους έχουν αναδείξει ένα συνεργατικό μοντέλο λειτουργίας των υπό εξέταση δομών για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Το σχετικό μοντέλο συνεργασίας προεκτείνεται μέσω της συνεργασίας με δημόσια νοσοκομεία, με άλλες ΜΚΟ, καθώς και με τον ιατρικό σύλλογο. Το φαρμακευτικό υλικό και τα άλλα ιατρικά προϊόντα που παρέχονται στους ασθενείς είναι προσφορές πολιτών από την Ελλάδα ή το εξωτερικό. Στις δράσεις των υπό εξέταση κέντρων περιλαμβάνεται και η διάχυση της ενημέρωσης των πολιτών για θέματα προληπτικής Ιατρικής και ιατρικής περιθαλψής.

Σκοπός, κυρίως του ιατρικού προσωπικού των ιατρείων, είναι η αντιμετώπιση των ασθενών με μια ανθρώπινη προσέγγιση και η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με στόχο την επίλυση εκτός των θεμάτων υγείας και άλλων κοινωνικών ή ψυχολογικών προβλημάτων των ιδίων ή των οικογενειών τους. Έρευνες έχουν αποδείξει ότι η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση της νόσου σε βιολογικό, κοινωνικό και ψυχολογικό επίπεδο δημιουργεί τις προϋποθέσεις για καλύτερα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της ασθένειας και του πόνου.²⁰

Αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών στα υπό εξέταση κοινωνικά και δημοτικά ιατρεία, βάσει των ευρημάτων, η πλειονότητα των χρηστών δήλωσαν ικανοποιημένοι έως απόλυτα ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των ιατρείων. Αναλυτικά, ο βαθμός ικανοποίησης στις μεταβλητές που αφορούσαν στο ιατρικό προσωπικό όπως η συμπεριφορά των ιατρών (96,9%), η ψυχολογική υποστήριξη (97,7%), ο βαθμός επικοινωνίας (97,8%), ο διαθέσιμος χρόνος για την ιατρική εξέταση (95,9%) και η ακρίβεια πληροφόρησης για το πρόβλημα υγείας (95,9%), κρίθηκε υψηλός. Το αίσθημα εμπιστοσύνης και η ικανοποίηση που αναπτύσσεται μεταξύ των ασθενών και των ιατρών, μετά από μια χρονική ωρίμανση, απορρέουν ως αποτέλεσμα εφαρμογής της θεραπευτικής σχέσης ιατρού-ασθενούς υπό την αντίληψη του σεβασμού στον ευάλωτο πολίτη μέσω της εν λόγω εθελοντικής δράσης των ιατρών. Υπό την αντίληψη αυτή, διαφαίνεται ότι το ιατρικό προσωπικό των εξεταζόμενων ιατρείων έχει αναπτύξει μια θεραπευτική

συμμαχία που αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης, στην οποία η ολιστική προσέγγιση του θεραπευτή είναι εύστοχη και αποτελεσματική, με συνέπεια την ενίσχυση της εμπιστοσύνης του ασθενούς.²¹

Σημαντική μεταβλητή της ως άνω σχέσης, που οδηγεί και στην ενδυνάμωσή της, είναι η δωρεάν παραχώρηση των ιατρικών υπηρεσιών προς τους ασθενείς και η εθελοντική φύση της εργασίας από πλευράς ιατρικού προσωπικού. Ουσιαστικά, όπως τονίζεται, επικρατεί «η ρήξη της παραδοσιακής σχέσης ιατρού-ασθενούς, σχέση η οποία βασίζεται στην αυθεντία του ιατρού έναντι της αδυναμίας του πάσχοντα, καθώς οι εμπλεκόμενοι αρνούνται στην πράξη την εμπορευματοποίηση της υγείας».²² Στα κοινωνικά και στα δημοτικά ιατρεία υπερισχύει ο ανθρωποκεντρικός προσανατολισμός στη θεραπευτική σχέση του ιατρού με τον ασθενή. Στον ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό, ο ιατρός ενδιαφέρεται κυρίως για τη βελτίωση της κατάστασης υγείας του ασθενούς. Σε αντίθεση με άλλα επαγγέλματα, όπου αναγνωρίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό το κίνητρο του κέρδους, η δεοντολογία του ιατρικού επαγγέλματος θεωρεί την εμπορευματοποίηση του αγαθού «υγεία» απορριπτέα και καταδικαστέα. Παρ' όλα αυτά, μερικοί επαγγελματικοί κανόνες, όπως ελεύθερη επιλογή, ελευθερία στη συνταγογράφηση, άμεση πληρωμή της ιατρικής πράξης κ.ά., δεν εξασφαλίζουν πάντοτε και σε κάθε περίπτωση την προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς. Αντανακλούν περισσότερο την πολιτική, την οικονομική και την κοινωνική κατάσταση μέσα στην οποία ασκείται η Ιατρική, παρά τη θεραπευτική της αντικειμενικότητα και τον ανθρωποκεντρικό της προσανατολισμό.²³

Η ενίσχυση του ανθρωποκεντρικού προσανατολισμού άσκησης της Ιατρικής κατά την εθελοντική προσφορά στις ιατροκοινωνικές αυτές μονάδες διαφαίνεται από την έντονη στατιστική σημαντικότητα και την ψυχολογική στήριξη των ασθενών, εκτός από τη θεραπευτική στήριξη. Η προσήλωση των εθελοντών ιατρών στην άμεση ατομική θεραπευτική αποτελεσματικότητα αλλά και τη διεύρυνση της προσφοράς τους στην κάλυψη μεγαλύτερης ζήτησης αναδεικνύει λιτές κλινικές εργαστηριακές-διαγνωστικές ενέργειες, ενώ η πληροφόρηση του ασθενούς παρουσιάζει αντιληπτική ενάργεια, που επιφέρει συνεπή εφαρμογή των ιατροφαρμακευτικών οδηγιών.

Στις μεταβλητές που αφορούν στους υπόλοιπους εθελοντές, όπως συμπεριφορά (98,4%), ψυχολογική υποστήριξη (98,8%), βαθμό επικοινωνίας (97,8%), ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας (98,3%) και συμπαράσταση στο οικογενειακό περιβάλλον (94,8%), ο βαθμός ικανοποίησης κρίνεται ως πολύ υψηλός. Συμπεραίνεται έτσι ότι η προσπάθεια που καταβάλλεται στα κοινωνικά και στα

δημοτικά ιατρεία-φαρμακεία είναι άκρως συλλογική, με έμφαση στην ψυχολογική στήριξη των ασθενών. Η αποτελεσματικότητα της συλλογικής αυτής δράσης εκτείνεται και στην παροχή ψυχολογικής στήριξης και συμπαράστασης στις οικογένειες των ασθενών και στο άμεσο περιβάλλον τους, δράση που έχει σημειολογική αξία και αναδεικνύει νέες κοινωνικές αξίες σε περιόδους έντονης οικονομικής κρίσης.

Στις μεταβλητές «διαθέσιμος ιατρικός εξοπλισμός» (95,9%), «διαθεσιμότητα φαρμάκων» (96,1%) και «περιβάλλον χώρος του ιατρείου» (95,5%) καταγράφηκε επίσης υψηλός βαθμός ικανοποίησης. Η έρευνα έδειξε ότι τα ιατρεία λειτουργούν οργανωμένα, καλύπτουν σε μεγάλο βαθμό τις ανάγκες των ασθενών, προσφέρουν εξαιρετική και τάχιστα εξυπηρέτηση και όλα αυτά σε ένα πλαίσιο αλληλεγγύης και σεβασμού στον συνάνθρωπο. Συμπερασματικά, τα ευρήματα της παρούσας έρευνας κατέδειξαν με έγκυρο και αξιόπιστο τρόπο ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υγειονομικές δραστηριότητες των εν λόγω ιατροκοινωνικών δομών λαμβάνει υψηλότατο βαθμό. Αυτό, άλλωστε, προκύπτει όταν αίρονται οι αρχικές αμφισβητήσεις και η χαμηλή εμπιστοσύνη στην αποτελεσματικότητα των σχετικών υγειονομικών δραστηριοτήτων από εθελοντικούς, μη κερδοσκοπικούς παρόχους κατ' απόλυτο βαθμό (100% μετά τις πρώτες επισκέψεις). Τότε, ο ρόλος των ιατροκοινωνικών αυτών δομών λαμβάνει υψηλή λειτουργική και κοινωνική αξία ώστε να θεωρούνται απαραίτητες και ουσιώδεις οι δομές προσφοράς υπηρεσιών υγείας για ευάλωτες κοινωνικά ομάδες και όχι μόνο.

Η αλλαγή των συναισθημάτων οφείλεται στις διαπροσωπικές σχέσεις οι οποίες αναπτύχθηκαν, στην εμπιστοσύνη αποδοχής των εθελοντών, στην κοινωνικοψυχολογική εκτόνωση, στην αποκατάσταση της κοινωνικής εμπιστοσύνης, στην κοινωνικοιατρική διέξοδο που προσφέρθηκε και στην ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας.

Η αναλυτική και ερμηνευτική συνεισφορά της παρούσας έρευνας εκτείνεται, εκτός από την επαλήθευση των ποιοτικών προσφερομένων υπηρεσιών των ιατροκοινωνικών δομών και του μέγιστου βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, στην ανάδειξη του ανθρωποκεντρικού προσανατολισμού άσκησης της Ιατρικής μέσω της συλλογικής προσπάθειας και του εθελοντισμού, και στην ανάδειξη της ολιστικής προσέγγισης της υγείας του ασθενούς, στηρίζοντάς τον και σε επίπεδα κοινωνικοψυχολογικά και σχέσεων με τη δημιουργία νέων κοινωνικών αξιών και αντιλήψεων για την εργασία, το κέρδος και την ανθρώπινη συμπεριφορά.

Η ιδεολογική μυθοπλασία του μιμητικού υπερκαταναλωτικού μοντέλου μέσω της διαρκούς αύξησης των εισοδημάτων και του κέρδους που αλλοτριώνει το άτομο, ως κυρίαρχουσα αντίληψη, ανατρέπεται ακριβώς μέσω

των αποτελεσμάτων της συστηματικής αυτής μελέτης, που προτάσσει τη δημιουργική αμφισβήτηση ως εναλλακτική

κοινωνική συμπεριφορά και βελτίωση της υγείας του πληθυσμού, ακόμη και σε περιόδους έντονης οικονομικής κρίσης.

ABSTRACT

Investigation of the sociomedical infrastructure for health needs coverage in periods of economic crisis

A. GOULA, V. GIANNOPOULOU, P. MAGOULI, M. NTAKOU, N. YFANTOPOULOS
 Department of Business Administration – Health and Welfare Units Management,
 Technological Educational Institute of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2017, 34(1):91–99

OBJECTIVE Investigation of the work performed in social solidarity clinics-pharmacies and municipal clinics for patients from vulnerable social groups, and assessment of the degree of satisfaction of these patients with the services provided. **METHOD** The study was conducted using two research approaches, qualitative and quantitative. The qualitative research was conducted using structured interviews with 6 responsible persons in the clinics. The quantitative research involved estimation of the degree of satisfaction of 229 respondents-patients with the health services provided by the social solidarity clinics-pharmacies and municipal clinics, using a 34-item questionnaire. The study was conducted over a 3-month period. **RESULTS** The services provided in the social solidarity clinics-pharmacies and the municipal clinics consist of diagnostic tests and medical examinations and provision of medical supplies. The main categories of people served in the clinics are people with no insurance, poor, unemployed and elderly people with low income, and immigrants. The specific clinic-pharmacies studied serve 50 to 300 people weekly. The level of satisfaction of the patients regarding the medical staff, volunteers, drug availability, medical equipment and the clinic facilities ranged between 94.8% and 98.8%, demonstrating the high level of satisfaction of the respondents towards both the human resources and the health services provided in the social solidarity clinics-pharmacies and in the municipal clinics. **CONCLUSIONS** The analytical and interpretative contribution of the present study extends beyond the confirmation of the quality of the provided services of the medical-social structures and the high degree of the patient satisfaction. It promotes the human-centered approach of practicing the medical profession through collective effort and voluntary work and highlights the holistic approach to the health of disadvantaged patients, supporting them at the socio-psychological and relational level through the establishment of new social values and perceptions towards work, profit and human behavior.

Key words: Municipality clinic, Social solidarity clinic, Social solidarity pharmacy, Volunteerism

Βιβλιογραφία

1. ΛΙΑΡΟΠΟΥΛΟΣ Λ. *Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας*. Τόμος Α'. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 2007
2. ΣΟΥΛΗΣ Σ. *Εφαρμοσμένη κοινωνική πολιτική*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2015
3. ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ Χ, ΜΩΥΣΙΔΟΥ Α. *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Μελέτες 16. Εκδόσεις ΙΝΕ-ΓΣΕΕ, Αθήνα, 2011
4. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. *Τα οικονομικά της υγείας: Θεωρία και πολιτική*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2006
5. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΤΣΙΑΝΤΟΥ Β. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:834–840
6. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ Κ, ΠΑΒΗ Ε. *Οικονομική κρίση και υγεία: Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2012
7. VAN DOORSLAER E, WAGSTAFF A, BLEICHRODT H, CALONGE S, GERDTHAM UG, GERFIN M ET AL. Income-related inequalities in health: Some international comparisons. *J Health Econ* 1997, 16:93–112
8. MACKENBACH JP. Health inequalities: Europe in profile. Expert report. Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, Rotterdam, 2005
9. WAGSTAFF A. Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ* 2002, 80:97–105
10. SINGH GK, YU SM. US childhood mortality, 1950 through 1993: Trends and socioeconomic differentials. *Am J Public Health* 1996, 86:505–512
11. SELLS CW, BLUM RW. Morbidity and mortality among US adolescents: An overview of data and trends. *Am J Public Health* 1996, 86:513–519

12. O'CAMPO P, MOLNAR A, NG E, RENAHY E, MITCHELL C, SHANKAR-DASS K ET AL. Social welfare matters: A realist review of when, how, and why unemployment insurance impacts poverty and health. *Soc Sci Med* 2015, 132:88–94
13. ΑΜΙΤΣΗΣ Γ. *Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
14. ΚΥΡΙΑΖΗ Ν. *Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
15. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ, ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Κ, ΓΩΤΗ Γ, ΤΖΑΒΑΡΑ Χ. Η υγεία των ελλήνων στην κρίση: Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Αθήνα, 2016
16. FERRIE JE, SHIPLEY MJ, STANSFELD SA, MARMOT MG. Effects of chronic job insecurity and change in job security on self-reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health-related behaviours in British civil servants: The Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 2002, 56:450–454
17. EUROPEAN COMMISSION. The social situation in the European Union. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2003
18. MCKEE M, KARANIKOLOS M, BELCHER P, STUCKLER D. Austerity: A failed experiment on the people of Europe. *Clin Med (Lond)* 2012, 12:346–350
19. ΚΑΤΣΙΚΑΣ Δ, ΚΑΡΑΚΙΤΣΙΟΣ Α, ΦΙΛΙΝΗΣ Κ, ΠΕΤΡΑΛΙΑΣ Α. *Εκθεση για το κοινωνικό προφίλ της Ελλάδας σε σχέση με τη φτώχεια, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την ανισότητα πριν και μετά από την εκδήλωση της κρίσης*. Παρατηρητήριο για την κρίση. Εκδόσεις Ελληνικό Ίδρυμα Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής, Αθήνα, 2014
20. ROGERSON MD, GATCHEL RJ, BIERNER SM. A cost utility analysis of interdisciplinary early intervention versus treatment as usual for high-risk acute low back pain patients. *Pain Pract* 2010, 10:382–395
21. ΣΤΑΛΙΚΑΣ Α, ΜΕΡΤΙΚΑ Α. *Η θεραπευτική συμμαχία*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2004
22. ΜΠΟΥΡΙΚΟΣ Δ. *Κοινωνική αλληλεγγύη στην Ελλάδα της κρίσης: Νέο κύμα ανάδυσης της κοινωνίας πολιτών ή εμπέδωση της κατακερματισμένης κοινωνικής ιδιότητας του πολίτη; Ερευνητικό κείμενο Νο 3*. Παρατηρητήριο για την κρίση. Εκδόσεις Ελληνικό Ίδρυμα Ευρωπαϊκής και Εξωτερικής Πολιτικής, Αθήνα, 2013
23. ΣΑΡΡΗΣ Μ. *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001

Corresponding author:

A. Goula, 14 Tzavela street, GR-151 24 Marousi, Greece
e-mail: agoula@teiath.gr

.....