

Μελέτες (Studies) / 44

Κοινωνικά ιατρεία στην Ελλάδα της κρίσης

Η εμπειρία της παροχής υπηρεσιών υγείας όταν το Εθνικό Σύστημα Υγείας υποχωρεί

ΣΟΦΙΑ ΑΔΑΜ ΚΑΙ ΔΩΡΑ-ΔΗΜΗΤΡΑ ΤΕΛΩΝΗ



**Κοινωνικά ιατρεία
στην Ελλάδα της κρίσης:
Η εμπειρία της παροχής
υπηρεσιών υγείας όταν
το Εθνικό Σύστημα Υγείας υποχωρεί**

Κοινωνικά ιατρεία στην Ελλάδα της κρίσης: Η εμπειρία της παροχής υπηρεσιών υγείας όταν το Εθνικό Σύστημα Υγείας υποχωρεί

Σοφία Αδάμ
Δώρα-Δήμητρα Τελώνη

Νοέμβριος 2015

ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ

Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων

Εμμανουήλ Μπενάκη 71Α
106 81, Αθήνα
Τηλ. +30 2103327779
Fax +30 2103327770
www.ineobservatory.gr

Οι απόψεις που διατυπώνονται στο παρόν κείμενο
είναι των συγγραφέων και δεν εκφράζουν κατ' ανάγκη
τις θέσεις της ΓΣΕΕ.

Επιμέλεια εξωφύλλου: Βάσω Αβραμοπούλου

Γλωσσική επιμέλεια – Διορθώσεις: Στέλλα Ζούπα

Φωτογραφία εξωφύλλου: www.shutterstock.com

Ηλεκτρονική σελιδοποίηση: Μάρθα Δελτούζου

Εκτύπωση – Παραγωγή: ΚΑΜΠΥΛΗ ΑΕΒΕ

© ΙΝΕ ΓΣΕΕ

ISBN: 978-960-9571-81-4

Η παρούσα έρευνα χρηματοδοτήθηκε από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο και το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» 2007-2013.

Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων

Το Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ αποτελεί έναν χώρο έρευνας και δράσης που απευθύνεται στους εργαζομένους, στην ακαδημαϊκή κοινότητα, στους φορείς χάραξης πολιτικής και στο σύνολο των πολιτών. Στόχος του είναι να προσφέρει επιστημονικά τεκμηριωμένες αναλύσεις για μια σειρά κοινωνικών και οικονομικών ζητημάτων που βρίσκονται στο επίκεντρο της τρέχουσας συγκυρίας και που έχουν άμεση σχέση με τα συμφέροντα του κόσμου της εργασίας. Το Παρατηρητήριο είναι σημείο συνάντησης και δημιουργικού διαλόγου πληθώρας ερευνητών, με απώτερο στόχο την ανάδειξη διαστάσεων των σύγχρονων οικονομικών και κοινωνικών φαινομένων που έχουν ιδιαίτερη αξία για την οπτική των εργαζομένων και των συνδικάτων. Παράλληλα, η ερευνητική του δραστηριότητα εντάσσεται σε μια ευρύτερη προσπάθεια καταγραφής πολιτικών που δύνανται να συνεισφέρουν με ουσιαστικό τρόπο στην επίλυση των σημαντικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει στην τρέχουσα περίοδο ο κόσμος της εργασίας.

Η δραστηριότητα του Παρατηρητηρίου επικεντρώνεται σε τρεις βασικούς τομείς: α) στην οικονομία και την ανάπτυξη, β) στο κοινωνικό κράτος και το μέλλον της εργασίας και γ) στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού σε περιβάλλον δημοκρατίας και ισότητας. Ο πρώτος τομέας αφορά τα αίτια και τις επιπτώσεις της πρόσφατης οικονομικής κρίσης, τις σύγχρονες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο δημόσιος τομέας και η δημοσιονομική πολιτική στην Ελλάδα, καθώς και τις αλλαγές που είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθούν στο αναπτυξιακό πρότυπο της χώρας. Ο δεύτερος τομέας αναφέρεται στην ασκούμενη κοινωνική πολιτική, στα ζητήματα της φτώχειας και των ανισοτήτων, στις εργασιακές σχέσεις και στο θεσμικό πλαίσιο των αγορών εργασίας. Ιδιαίτερη έμφαση δίνει στην ανάλυση της τρέχουσας συγκυρίας και στην αποδόμηση που επιχειρείται σε μια

σειρά δικαιωμάτων και κατακτήσεων των εργαζομένων. Τέλος, ο τρίτος τομέας επικεντρώνεται σε θέματα που αφορούν την εκπαίδευση και την κατάρτιση των εργαζομένων, τις ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις της ανεργίας, τον κοινωνικό αποκλεισμό και τον ρατσισμό που βιώνει σημαντική μερίδα των εργαζομένων και των ανέργων στη χώρα.

Είναι προφανές ότι οι τρεις προαναφερθέντες τομείς έχουν επικαλύψεις μεταξύ τους. Μέσα από τα κείμενά του το Παρατηρητήριο επιδιώκει να αναδείξει αυτές τις επικαλύψεις και να φέρει στην επιφάνεια τα οφέλη που μπορεί να προκύψουν από την πολύπλευρη ανάλυση των σύγχρονων οικονομικών και κοινωνικών φαινομένων. Στο πλαίσιο της προσπάθειας που επιχειρείται, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική η κατάθεση παρατηρήσεων, προτάσεων αλλά και εναλλακτικών προσεγγίσεων από όσους και όσες επιθυμούν να συνεισφέρουν στην ερευνητική δραστηριότητα του Παρατηρητηρίου.

Γιάννης Παναγόπουλος

Πρόεδρος ΙΝΕ ΓΣΕΕ

*Αφιερωμένο στη μνήμη
του Νίκου Αδάμ*

Περιεχόμενα

1	Εισαγωγή	11
2	Υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση	13
3	Μεθοδολογία έρευνας και ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας	19
3.1	Καταγραφή των ΚΙ - Πληθυσμός/Δείγμα	19
3.2	Βασικά στοιχεία μεθοδολογίας της έρευνας	20
3.3	Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας	23
4	Βασικά χαρακτηριστικά των ΚΙ	25
4.1	Ιδρυτική ομάδα και ιστορικό δημιουργίας	25
4.2	Ο λόγος δημιουργίας των ΚΙ	35
4.3	Νομική μορφή: Νομιμοποίηση ή ενσωμάτωση;	38
4.4	Χώρος λειτουργίας	44
4.5	Χρηματοδότηση	46
4.6	Τρόπος παροχής υπηρεσιών	53
5	Στελεχιακό δυναμικό των ΚΙ - Εθελοντές και αμειβόμενα στελέχη	57
5.1	Αριθμός και ειδικότητες εθελοντών/τριών	58
5.2	Κριτήρια επιλογής εθελοντών/τριών	64
5.3	Διαδικασίες ένταξης-αποχώρησης εθελοντών/τριών	69
5.4	Αμειβόμενα στελέχη	74
6	Λήπτες υπηρεσιών	81
6.1	Αριθμός ληπτών υπηρεσιών	81
6.2	Κριτήρια επιλογής ληπτών υπηρεσιών	83
6.3	Εξυπηρέτηση μεταναστών/τριών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα	94
6.4	Τρόπος γνωστοποίησης στους λήπτες των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των ΚΙ	98

7	ΚΙ και ΕΣΥ: Υποκατάσταση ή διεκδίκηση μιας άλλης υγείας;	103
7.1	Υποκαθιστούν τα ΚΙ το κράτος στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας;	103
7.2	Διαφέρει ο τρόπος λειτουργίας των ΚΙ από τις πρωτοβάθμιες δομές υγείας του ΕΣΥ;	106
7.3	Πρέπει να συνεχίσουν να υπάρχουν τα ΚΙ;	111
7.4	Σχέσεις των ΚΙ με το Υπουργείο Υγείας	114
8	Συμπεράσματα	121
	Βιβλιογραφία	129

1. Εισαγωγή

Τα Κοινωνικά Ιατρεία (ΚΙ)¹ ξεπήδησαν στην Ελλάδα μετά το ξέσπασμα της κρίσης και την υιοθέτηση μέτρων λιτότητας στο πλαίσιο των Μνημονίων Συνεργασίας που υπογράφηκαν ανάμεσα στην ελληνική κυβέρνηση και στους θεσμούς (ΕΚΤ, ΕΕ και ΔΝΤ). Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση του ρόλου των ΚΙ στην παροχή υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο της κρίσης και της συρρίκνωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Συγκεκριμένα, τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα ακόλουθα:

- Ποιο είναι το «προφίλ» και ο τρόπος λειτουργίας των ΚΙ δεδομένου του πλήθους και των ιδιαιτεροτήτων των εγχειρημάτων πανελλαδικά;
- Ποιο είναι το εύρος των δράσεων και των παρεχόμενων υπηρεσιών τους;
- Πώς συνδέονται με το ΕΣΥ την περίοδο της κρίσης;
- Ποια η σχέση των ΚΙ με τα κινήματα για την υπεράσπιση δικαιωμάτων στο χώρο της υγείας (advocacy);

Λόγω του πλουραλισμού των ΚΙ αναφορικά με ένα πλήθος παραμέτρων (π.χ. θεσμική μορφή, αξιοποίηση πόρων, εσωτερική λειτουργία), η παρούσα μελέτη στοχεύει επίσης να αναδείξει ενδεχόμενες διαφορές ανάμεσα στον τρόπο λειτουργίας τους με βάση τον τύπο της ιδρυτικής ομάδας που πήρε την πρωτοβουλία για τη δημιουργία τους.

Η παρούσα μελέτη έχει την ακόλουθη διάρθρωση: Στην Ενότητα 2 εξετάζεται το ΕΣΥ στην Ελλάδα και αναδεικνύονται οι βασικές του αδυναμίες πριν την έναρξη της οικονομικής κρίσης και μετά την υιοθέτηση των μέτρων λιτότητας στο

1. Οι περισσότεροι θεσμικές δομές υιοθετούν τον όρο «Κοινωνικό Ιατρείο», ενώ οι πιο ριζοσπαστικές συνήθως εντάσσουν και τον όρο «αλληλεγγύη», χωρίς αυτές οι διαχωριστικές γραμμές να είναι απόλυτες. Επιλέξαμε να χρησιμοποιήσουμε το ακρωνύμιο ΚΙ (Κοινωνικά Ιατρεία) για λόγους συντομίας.

χώρο της υγείας. Στην Ενότητα 3 παρουσιάζουμε τη μεθοδολογία υλοποίησης και ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Στην Ενότητα 4 παρουσιάζουμε τα βασικά χαρακτηριστικά λειτουργίας των ΚΙ. Στην Ενότητα 5 παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα αναφορικά με το στελεχιακό δυναμικό των δομών (εθελοντές/τριες και ενδεχόμενα αμειβόμενα στελέχη). Στην Ενότητα 6 παρουσιάζουμε στοιχεία αναφορικά με τους/τις λήπτες/ριες των υπηρεσιών. Στην Ενότητα 7 αποτυπώνονται οι σχέσεις των ΚΙ με το κράτος. Στην τελευταία ενότητα (Ενότητα 8) ολοκληρώνουμε την ανάλυσή μας παρουσιάζοντας τα συμπεράσματα της έρευνας.

2. Υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα πριν και μετά την κρίση

Το ΕΣΥ ιδρύθηκε το 1983 με βασικές στοχεύσεις την καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού μέσα από τη δημόσια παροχή υπηρεσιών υγείας και τον περιορισμό των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, ο νόμος υπαγόρευε την αποκλειστική απασχόληση του ιατρικού προσωπικού στα δημόσια νοσοκομεία ή στα δημόσια κέντρα υγείας και απαγόρευε τη δημιουργία νέων ή την επέκταση των υφιστάμενων ιδιωτικών κέντρων παροχής υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, παρά τις επίσημες διακηρύξεις, ως προς τη χρηματοδότηση εφαρμόστηκε ένα μεικτό σύστημα το οποίο βασίστηκε στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης (σύστημα τύπου Bismarck) και στη γενική φορολογία (σύστημα τύπου Beveridge).

Λόγω πολιτικών επιλογών, η τροχιά ανάπτυξης του ΕΣΥ δεν επέτρεψε την πραγμάτωση ενός καθολικού δημόσιου συστήματος υγείας, καθώς σύντομα εμφανίστηκαν προβλήματα τόσο από την πλευρά της προσφοράς όσο και από την πλευρά της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Από την πλευρά της προσφοράς, εντοπίστηκαν τα ακόλουθα προβλήματα: υποεπένδυση στις δημόσιες υποδομές (Siskou et al., 2008), ανορθολογική κατανομή ανθρώπινων πόρων στα δημόσια νοσοκομεία με συστηματική υποστελέχωση σε νοσηλευτικό προσωπικό, νοσοκομειοκεντρική αντίληψη, υπερσυγκέντρωση υπηρεσιών στα μεγάλα αστικά κέντρα και ταυτόχρονη υπανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με αποτέλεσμα την εμφάνιση περιφερειακών ανισοτήτων στην πρόσβαση στην υγεία. Επιπλέον, οι αρχικές προσπάθειες για περιορισμό της ιδιωτικής πρωτοβουλίας δεν σχεδιάστηκαν επαρκώς ή δεν εφαρμόστηκαν με συνέπεια. Για παράδειγμα, παρόλο που τα νοσήλια στα νοσοκομεία κρατήθηκαν σε χαμηλά επίπεδα με στόχο την αποθάρρυνση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας, αυτή μετατοπίστηκε σε νέα πεδία δραστηριότητας που δεν υπόκεινται σε συστηματικές ρυθμίσεις από το κράτος, όπως οι διαγνωστικές εξετάσεις (Mossialos et al., 2005).

Από την πλευρά της ζήτησης, η ύπαρξη πολλών ασφαλιστικών ταμείων με διαφορετικές προβλέψεις κάλυψης δημιούργησε σημαντικές ανισότητες πρόσβασης στην υγεία ανάλογα με την επαγγελματική κατηγορία του/της ασφαλισμένου/ης (Mossialos et al., 2005). Ισχυρά και παγιωμένα συμφέροντα συγκεκριμένων επαγγελματικών κατηγοριών δεν επέτρεψαν την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων σε ένα ενιαίο πλαίσιο με αυξημένη αγοραστική δύναμη. Κατακερματισμός εντοπίζεται ακόμα και στο πεδίο της πρωτοβάθμιας παροχής υγείας με την ασυντόνιστη εμπλοκή δημόσιων και ιδιωτικών φορέων παροχής και την έλλειψη ενιαίου συστήματος καταγραφής, παραπομπών και παρακολούθησης του πληθυσμού (Economidou, 2010).

Η διατήρηση των νοσηλίων στα δημόσια νοσοκομεία σε χαμηλά επίπεδα δεν συνοδεύτηκε από αντίστοιχη προσπάθεια ελέγχου και παρακολούθησης των δαπανών στις δημόσιες προμήθειες και στο κόστος λειτουργίας, με αποτέλεσμα να σωρεύονται ελλείμματα τα οποία καλύπτονται από κρατικές ενισχύσεις. Όταν η κυβέρνηση αποφάσισε να αυξήσει τα νοσήλια, τα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων άρχισαν απλώς να μεταφέρονται στα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ παράλληλα αυξήθηκαν οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Οι ιδιωτικές δαπάνες αφορούν κυρίως απευθείας πληρωμές, καθώς η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παρέμεινε στο 3% κατά την περίοδο 2008-2011. Στις απευθείας πληρωμές περιλαμβάνονται τόσο οι δαπάνες συμμετοχής των ληπτών για την υγειονομική και τη φαρμακευτική περίθαλψη που προσφέρουν οι δημόσιοι φορείς παροχής υγείας όσο και οι απευθείας πληρωμές σε ιδιώτες και οι άτυπες συναλλαγές με στόχο την επιτάχυνση της εξυπηρέτησης ή/και την παροχή καλύτερων υπηρεσιών στους δημόσιους φορείς παροχής υπηρεσιών. Αυτές οι δύο τελευταίες κατηγορίες ιδιωτικής δαπάνης αποτελούν τις υψηλότερες σε επίπεδο ΕΕ.

Η φαρμακευτική δαπάνη επίσης παρέμεινε ιστορικά υψηλή στην Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες της ΕΕ (Mossialos et al., 2005). Η ερμηνεία του φαινομένου εντοπίζεται στην ασυντόνιστη εμπλοκή διαφορετικών υπουργείων στην πολιτική φαρμάκου (Δημουλάς, 2011), στα μεγάλα περιθώρια διακριτικής ευχέρειας των γιατρών να συνταγογραφήσουν ακριβότερα φάρμακα, στην υψηλότερη κατά κεφαλήν ζήτηση φαρμάκων στην Ελλάδα στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ και στο υψηλό μερίδιο των εισαγωγών σε σχέση με την εγχώρια παραγωγή φαρμάκων (Economidou, 2010).

Σε αυτό το πλαίσιο συστημικών προβλημάτων, η κρίση και η πολιτική δημοσιονομικής πειθαρχίας που ακολουθήθηκε είχαν σημαντικές επιπτώσεις στην

υγεία του πληθυσμού στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, μειώθηκε το προσδόκιμο ζωής όπως υπολογίζεται τη στιγμή της γέννησης κατά 3 χρόνια μέσα στην τρέχουσα δεκαετία, αυξήθηκε ο αριθμός των παιδιών που δεν έχουν εμβολιαστεί (Petmesidou et al., 2014), μειώθηκε ο δείκτης καλής υγείας σύμφωνα με ιδία αντίληψη (Zavras et al., 2012), επιδεινώθηκε η ψυχική υγεία του πληθυσμού (Ifanti et al., 2013), αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των ανθρώπων που δηλώνουν έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας όταν τις χρειάζονται, αυξήθηκε ο αριθμός των κρουσμάτων HIV σε χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών, γεγονός που πιθανότατα αποδίδεται στη συρρίκνωση των θεραπευτικών προγραμμάτων, στην αυξημένη πορνεία και στη συνακόλουθη αύξηση της μη ασφαλούς σεξουαλικής δραστηριότητας (Kentikelenis et al., 2011· Ifanti et al., 2013). Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι αυξήθηκαν κατά 40% οι αυτοκτονίες από το 2009 στο 2011 (Kentikelenis et al., 2011), παρόλο που αυστηρά επιστημονικά είναι δύσκολο να τεκμηριωθεί η αιτιότητα ανάμεσα στην οικονομική κρίση και στον αριθμό των αυτοκτονιών, καθώς δεν υπάρχει ακόμα ασφαλής χρονική απόσταση και τα δεδομένα είναι ελλιπή (Fountoulakis et al., 2012).

Παρά τους αυξημένους κινδύνους για την υγεία που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με την κρίση, το δόγμα της λιτότητας άφησε το αποτύπωμά του και στις υπηρεσίες υγείας. Η ελληνική κυβέρνηση επέλεξε τις δραστικές περικοπές δαπανών στην υγεία (Kentikelenis et al., 2014), οι οποίες ανέρχονται σε ετήσια μείωση της τάξης του 11,8% για την περίοδο 2009-2012 (Petmesidou et al., 2014). Ταυτόχρονα, η μείωση της δημόσιας δαπάνης δεν αντισταθμίστηκε από αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης. Συγκεκριμένα, οι απευθείας πληρωμές κατά κεφαλήν μειώθηκαν σημαντικά, ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες μειώθηκαν στο μισό από το 2008 στο 2012 για τα νοικοκυριά που βρίσκονται στο κάτω άκρο και στη μέση της κατανομής εισοδήματος (Petmesidou et al., 2014).

Είναι σημαντικό να αναφερθούμε στις μεταρρυθμίσεις που υλοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια των πρώτων δύο Μνημονίων. Ένας άξονας αφορούσε την αναδιοργάνωση του δημόσιου συστήματος υγείας. Τα 4 μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία ενοποιήθηκαν στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Στη συνέχεια, με νομοθετική πρωτοβουλία (Φεβρουάριος 2014) διαχωρίστηκε η λειτουργία των προμηθειών (η οποία παρέμεινε στη δικαιοδοσία του ΕΟΠΥΥ) από την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που ανατέθηκε στο νεοσύστατο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ). Ωστόσο, αυτή η αναδιοργάνωση οδήγησε στον περιορισμό των κέντρων υγείας του ΕΟΠΥΥ, δίχως αυτό να αντι-

σταθμίζεται από μια ισότιμη κάλυψη από την ίδρυση του ΠΕΔΥ, καθώς μόνο το μισό από το πρώην στελεχιακό δυναμικό του ΕΟΠΥΥ προχώρησε στη σύναψη συμβάσεων πλήρους απασχόλησης με το νεοσύστατο ΠΕΔΥ (Petmesidou et al., 2014). Επιπλέον, για την παρακολούθηση της δραστηριότητας και των εξόδων των δημόσιων νοσοκομείων, εφαρμόστηκε σύστημα μηνιαίας παρακολούθησης δεδομένων, ενώ αντικαταστάθηκε το σύστημα πληρωμών με βάση τον αριθμό ημερών νοσηλείας με ένα σύστημα πληρωμών με βάση τη διαγνωστική κατηγορία (Dervenis et al., 2012).

Παρά την επίσημη εκσυγχρονιστική ρητορεία, τα δημόσια νοσοκομεία αντιμετώπισαν μια μείωση προϋπολογισμού της τάξης του 40% σε μια συνθήκη όπου οι εισαγωγές αυξήθηκαν κατά 30%, καθώς περισσότερα τμήματα του πληθυσμού στράφηκαν προς το δημόσιο σύστημα υγείας όταν περιορίστηκαν τα διαθέσιμα εισοδήματά τους (Ifanti et al., 2013). Κατά συνέπεια, το ΕΣΥ αφέθηκε να λειτουργεί με λιγότερο προσωπικό, το οποίο υπέστη μια σημαντική μισθολογική μείωση της τάξης του 40% (Simou and Koutsogeorgou, 2014). Αρκετές μονάδες υγείας έκλεισαν, ενώ ειδικοί χειρουργοί ανέφεραν έλλειψη χειρουργικού εξοπλισμού και αναλώσιμων και επιστροφή σε παραδοσιακές μεθόδους έναντι πιο καινοτόμων προσεγγίσεων λόγω μείωσης του προϋπολογισμού (Karidis et al., 2011). Τα προγράμματα πρόληψης και θεραπείας των εξαρτήσεων περιορίστηκαν, ενώ μειώθηκαν κατά ένα τρίτο οι παρεμβάσεις προστασίας στο δρόμο (street work) (Simou and Koutsogeorgou, 2014). Περικοπές δαπανών σημειώθηκαν και στα επιδόματα ασθένειας και αναπηρίας σε συνδυασμό με την εφαρμογή πιο αυστηρών κριτηρίων επιλεξιμότητας και την καθυστέρηση στις διαδικασίες έγκρισής τους.

Από την πλευρά των εσόδων, επιβλήθηκαν το 2010 τέλη χρήσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας στα εξωτερικά ιατρεία τα οποία αυξήθηκαν περαιτέρω το 2011 (Karanikolos et al., 2013). Επίσης, εισήχθη συμμετοχή στο κόστος πληρωμής για τις κλινικές εξετάσεις και επιβλήθηκε επιπλέον χρέωση για τη θεραπεία σε ιδιωτικές κλινικές (Petmesidou et al., 2014). Το Υπουργείο Υγείας επέβαλε όριο για τον επιτρεπόμενο αριθμό μηνιαίων επισκέψεων σε γιατρούς που συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ, το οποίο σε περίπτωση που ξεπεραστεί συνεπάγεται επιπλέον χρεώσεις που μετακυλίνουν στους/στις ασθενείς.

Αναφορικά με το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης, ασκήθηκε μεγάλος έλεγχος στη συνταγογράφηση μέσω ηλεκτρονικών συστημάτων παρακολούθησης, αναθεωρήθηκε ο τρόπος πληρωμής των φαρμακοποιών που σχετίζονται με το

ΕΣΥ και απελευθερώθηκε περαιτέρω η αγορά αυξάνοντας τον επιτρεπόμενο αριθμό φαρμακείων ανά συγκεκριμένο αριθμό κατοίκων. Επίσης, δόθηκε έμφαση στη χρήση γενόσημων φαρμάκων και δημιουργήθηκε η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας (ΕΠΥ) με στόχο την εποπτεία των δημόσιων προμηθειών. Παρόλο που η ενοποιημένη διαπραγμάτευση με τις φαρμακευτικές εταιρείες επέφερε μειώσεις στις τιμές πολλών γενόσημων φαρμάκων, παρατηρήθηκαν ελλείψεις φαρμάκων, καθώς το χονδρικό εμπόριο στράφηκε σε άλλες αγορές, ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία καθυστερούσαν συστηματικά την πληρωμή για παρελθούσες προμήθειες. Όταν τα χρέη από τα ασφαλιστικά ταμεία αυξήθηκαν σημαντικά, ο Φαρμακευτικός Σύλλογος αποφάσισε να συνεχίσει τη χορήγηση φαρμάκων με απευθείας πληρωμή από τους/τις ασθενείς ώστε να ασκήσει πίεση στην κυβέρνηση να αποπληρώσει τα χρέη. Η συνθήκη αυτή υπήρξε δραματική ιδιαίτερα για τους χρόνια πάσχοντες και τους χαμηλοσυνταξιούχους οι οποίοι αδυνατούσαν να καλύψουν τις φαρμακευτικές τους ανάγκες με απευθείας πληρωμές. Τελικά, το Υπουργείο Υγείας συμφώνησε να αποπληρώσει μέρος του χρέους και η κατάσταση εξομαλύνθηκε μερικώς (Karaniolos et al., 2013).

Είναι σημαντικό να αναδείξουμε τον ιδιαίτερο αποκλεισμό που υφίστανται από το σύστημα υγείας οι μετανάστες/τριες στην Ελλάδα, κυρίως οι μη έχοντες νομιμοποιητικά έγγραφα. Σύμφωνα με την έρευνα της Cuadra (2011) για την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας των μεταναστών/τριών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα σε 27 κράτη-μέλη της ΕΕ, η Ελλάδα κατατάσσεται στις χώρες που παρέχουν ελάχιστα δικαιώματα πρόσβασης στην υγεία, καθώς η συγκεκριμένη κατηγορία του πληθυσμού μπορεί να προσέλθει στα νοσοκομεία και να λάβει υπηρεσίες μόνο σε περίπτωση επείγοντος ιατρικού περιστατικού το οποίο είναι απειλητικό για τη ζωή. Η περιορισμένη δυνατότητα εξεύρεσης εργασίας με ασφαλιστικά δικαιώματα, απαραίτητη προϋπόθεση για την ανανέωση της άδειας παραμονής, εντείνει τον αποκλεισμό των μεταναστών/τριών από τις υπηρεσίες υγείας.

Όλες οι προηγούμενες εξελίξεις σε συνδυασμό με τα εκρηκτικά επίπεδα ανεργίας και υποαπασχόλησης τα οποία άφησαν περίπου 2,5 εκατ. πολίτες εκτός ασφάλισης υγείας σύμφωνα με στοιχεία του ΕΟΠΥΥ (Petmesidou et al., 2014) οδήγησαν σε φαινόμενα αποκλεισμού από τις υπηρεσίες υγείας τόσο για τους ημεδαπούς όσο και για τους αλλοδαπούς πολίτες. Σε αυτή την πραγματικότητα αναδύθηκαν τα ΚΙ με κύριο στόχο την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

3. Μεθοδολογία έρευνας και ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζονται:

- η μεθοδολογία εντοπισμού των ΚΙ,
- η μεθοδολογία υλοποίησης της έρευνας,
- τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας που ανέκυψαν.

3.1 Καταγραφή των ΚΙ - Πληθυσμός/Δείγμα

Το πρώτο στάδιο υλοποίησης της παρούσας μελέτης αφορούσε την καταγραφή των ΚΙ στην Ελλάδα, δεδομένης της έλλειψης μιας συγκεντρωτικής βάσης δεδομένων. Για τον εντοπισμό των περισσότερων δυνατών δομών αξιοποιήθηκαν οι ακόλουθες τεχνικές:

- α. Διερεύνηση ιστοσελίδων καταγραφής δομών αλληλεγγύης (<http://www.solidarity4all.gr>, <http://www.enallaktikos.gr>).
- β. Διερεύνηση δημοσιεύσεων στον έντυπο και τον ηλεκτρονικό Τύπο κατά το χρονικό διάστημα 1/1/2014-30/3/2014 με έμφαση σε μέσα που προάγουν έντονα δράσεις κοινωνικής αλληλεγγύης.
- γ. Χρήση μεθόδου χιονοστιβάδας μέσα από την επικοινωνία με βασικούς πληροφοριοδότες (key-informant persons) στις εντοπισμένες δομές.
- δ. Διερεύνηση της συνεχιζόμενης λειτουργίας των ΚΙ μέσω επικοινωνίας με βασικούς πληροφοριοδότες αλλά και μέσω τηλεφωνικών επικοινωνιών με τις δομές.

Ο εντοπισμός και η καταγραφή των δομών που εντάσσονται στην έρευνα αποδείχτηκε δύσκολος για πολλαπλούς λόγους. Ενδεικτικά αναφέρονται:

- Η ευμετάβλητη κατάσταση των δομών αλληλεγγύης (περιπτώσεις διακοπής λειτουργίας, περιπτώσεις ΚΙ που λειτουργούν μόνο ως «σφραγίδα» κ.ά.).
- Η ύπαρξη σαφών διαχωριστικών πολιτικών γραμμών-φιλοσοφίας έχει οδηγήσει στην άρνηση συμπερίληψης όλων των ΚΙ σε κοινή βάση δεδομένων.
- Η δυσκολία διαμόρφωσης κριτηρίων ένταξης/αποκλεισμού λόγω του πλουραλισμού των δομών και των ασαφών ορίων τους (π.χ. ΚΙ από ΟΤΑ, ΜΚΟ).
- Η ύπαρξη δομών που παρέχουν αποκλειστικά φαρμακευτική περίθαλψη ή/και στηρίζονται σε εξωτερικό δίκτυο εθελοντών γιατρών.
- Η συνύπαρξη πολλαπλών ΚΙ στην ίδια περιοχή με παρεμφερείς τίτλους δημιουργεί τον κίνδυνο να υπολογιστούν διπλά οι ίδιες δομές ή να μην καλυφθεί κάποια.
- Η δημιουργία από την ίδια ιδρυτική πρωτοβουλία πολλών δομών ως παραρτημάτων της.

Για την αντιμετώπιση των συγκεκριμένων μεθοδολογικών προκλήσεων, ακολουθήσαμε μια *ad hoc* προσέγγιση. Αποφασίσαμε να αποκλείσουμε τις δομές που λειτουργούν αποκλειστικά ως κοινωνικά φαρμακεία, καθώς παρέχουν διαφορετικό φάσμα υπηρεσιών, τα δημοτικά ιατρεία και τα ιατρεία των ΜΚΟ που λειτουργούσαν πριν από την κρίση, δεδομένου ότι δεν δημιουργήθηκαν για να απαντήσουν στις νέες ανάγκες που ανέδειξε η νεοφιλελεύθερη διαχείριση της κρίσης. Ωστόσο, αποφασίσαμε να εντάξουμε στην έρευνα δομές που έχουν αναπτύξει οι δήμοι στο βαθμό που δημιουργήθηκαν μετά το ξέσπασμα της κρίσης και αξιοποιούν εθελοντές/τριες. Τέλος, αποφασίσαμε να αντιμετωπίσουμε όλα τα παραρτήματα του Ιατρείου Κοινωνικής Αποστολής ως ενιαία δομή, αφού εμπίπτει στο ίδιο πλαίσιο λειτουργίας.

Σύμφωνα με αυτές τις μεθοδολογικές επιλογές, εντοπίσαμε και καταγράψαμε συνολικά 72 δομές οι οποίες λειτουργούσαν κατά τη φάση της προετοιμασίας της έρευνας πεδίου (Μάρτιος-Απρίλιος 2014) σε όλη την Ελλάδα.

3.2 Βασικά στοιχεία μεθοδολογίας της έρευνας

Ο διερευνητικός σκοπός της μελέτης σε συνάρτηση με το γεγονός ότι τα ΚΙ στην Ελλάδα αποτελούν ένα πρόσφατο εγχείρημα χωρίς συστηματική έρευνα πεδίου οδήγησαν στην επιλογή της ποιοτικής κοινωνικής έρευνας (qualitative social research). Η ποιοτική έρευνα επιτρέπει την εις βάθος περιγραφή, διε-

ρεύνηση και κατανόηση ενός κοινωνικού φαινομένου (Robson, 2007· Mason, 1996· Silverman, 2005), εφόσον ο βασικός της στόχος «είναι η διερεύνηση και η ανάλυση της δομής και λειτουργίας [των κοινωνικών φαινομένων] καθώς και των κοινωνικών σχέσεων [αίτια, συσχετίσεις, συνέπειες] που τα χαρακτηρίζουν και όχι η απλή αναγωγή τους σε μετρήσιμες ποσότητες» (Ιωσηφίδης, 2003: 17). Στη συγκεκριμένη μελέτη επιλέχθηκαν οι δομημένες συνεντεύξεις (structured interviews) με ένα τουλάχιστον μέλος του ΚΙ, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν με επιτόπιες επισκέψεις (field visits) στη γεωγραφική περιοχή λειτουργίας των δομών. Βασική προϋπόθεση αποτελούσε τα συγκεκριμένα μέλη να γνωρίζουν το ιστορικό της δομής και, κατά προτίμηση, να συμμετέχουν από την αρχή της λειτουργίας του εκάστοτε εγχειρήματος.

Ο οδηγός συνέντευξης (interview guide) αποτελείται από έξι άξονες συναρτώμενους με τα ερευνητικά ερωτήματα:

- στοιχεία συνέντευξης,
- στοιχεία για τη δομή,
- υπηρεσίες ΚΙ,
- εσωτερική λειτουργία,
- σχέση με το ΕΣΥ,
- σχέση με κινήματα και οργανώσεις συνηγορίας για κοινωνικά δικαιώματα.

Ως προς τον τύπο των ερωτήσεων, χρησιμοποιήθηκαν κλειστού και ανοιχτού τύπου ερωτήσεις. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις-γέφυρα (bridge questions), περιγραφικές ερωτήσεις (descriptive questions), ερωτήσεις γνώμης (opinion questions), δομικές ερωτήσεις (structural questions) και εισαγωγικές και συμπερασματικές ερωτήσεις (introductory and conclusive questions). Στα δεδομένα των κλειστού τύπου ερωτήσεων έγινε ποσοτική επεξεργασία μέσω απλού λογισμικού προγράμματος, ενώ στα δεδομένα των ανοικτού τύπου ερωτήσεων έγινε ανοιχτή κωδικοποίηση με τη δημιουργία κατηγοριών και υποκατηγοριών και αναδραστική ανάλυση.

Από τον καταγεγραμμένο πληθυσμό των 72 ΚΙ που εντοπίστηκαν σε λειτουργία, πραγματοποιήθηκαν επιτόπιες επισκέψεις και συνεντεύξεις σε 56 δομές. Οι λόγοι μη συμμετοχής στην έρευνα των υπόλοιπων 16 δομών είναι οι εξής:

- Δυσκολία επικοινωνίας-εντοπισμού εκπροσώπων, μη ανταπόκριση σε προγραμματισμένη συνάντηση (6 περιπτώσεις).

■ Άρνηση συμμετοχής στην έρευνα (10 περιπτώσεις).

Αναφορικά με τις αρνήσεις συμμετοχής στην έρευνα, αυτές προέρχονται από μία δομή που δημιουργήθηκε με πρωτοβουλία της εκκλησίας, από 2 δομές που ιδρύθηκαν με πρωτοβουλία των ΟΤΑ και από 7 κινηματικές πρωτοβουλίες. Συνολικά, το πλήθος των αρνήσεων συμμετοχής καταδεικνύει τις δυσκολίες που αντιμετώπισε η παρούσα μελέτη λόγω της γεωγραφικής εξάπλωσης των ΚΙ και της ανάγκης συνεχών μετακινήσεων ανά την Ελλάδα σε χρόνους που να διευκολύνουν τους/τις συμμετέχοντες/ουσες.

Όπως τονίζεται και στη συνέχεια (Ενότητα 4), η πλειονότητα των δομών που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν προέρχεται από κινηματικές πρωτοβουλίες οι οποίες υιοθετούν έντονα ριζοσπαστικό (αντικαπιταλιστικό ή/και αντικρατικό) λόγο². Παρ' όλα αυτά σε αρκετές περιπτώσεις επέτρεψαν στις ερευνήτριες να παραστούν σε συνελεύσεις των δομών ώστε να εξηγηθεί ο σκοπός και οι στόχοι της έρευνας. Σε αυτό το πλαίσιο, αποτελεί αδυναμία της έρευνας η μη συμμετοχή ορισμένων ριζοσπαστικών πρωτοβουλιών, από τις οποίες ενδεχομένως θα μπορούσαμε να αντλήσουμε χρήσιμα στοιχεία για μια διαφορετική οργάνωση της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η έρευνα διεξήχθη από 13/5/2014 μέχρι 25/9/2014. Για τη συλλογή των δεδομένων προηγήθηκε αναλυτική ενημερωτική επιστολή και τηλεφωνικές επικοινωνίες προκειμένου να εξασφαλιστεί η πρόσβαση. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων ήταν απαραίτητη η σχετική άδεια από τις συνελεύσεις των δομών ή/και τους υπευθύνους λειτουργίας, γεγονός που καθυστέρησε τη διενέργεια των συνεντεύξεων.

Οι συνεντεύξεις διήρκεσαν κατά μέσο όρο 60 λεπτά –με ελάχιστη διάρκεια τα 35 και μέγιστη διάρκεια τα 135 λεπτά–, εξαιρουμένων των 3 δομών που αρνήθηκαν την ηχογράφηση της συνέντευξης. Οι επιτόπιες επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν κατά κύριο λόγο στο χώρο των ΚΙ (38 περιπτώσεις) έναντι εξωτερικών χώρων που επιλέχθηκαν μόνο όταν η επίσκεψη στη δομή δεν ήταν εφικτή (18 περιπτώσεις), καθώς η μεθοδολογική μας επιλογή ήταν να προκρίνουμε την επίσκεψη στη δομή για να συμπληρωθεί η συνέντευξη με επιτόπια παρατήρηση.

2. Συγκεκριμένα, ορισμένες από τις ριζοσπαστικές κινηματικές δομές που αρνήθηκαν τη συμμετοχή στην έρευνα εξέφρασαν ιδιαίτερα αρνητική θέση για το ρόλο της ΓΣΕΕ ως θεσμικού και συνδικαλιστικού φορέα.

3.3 Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας

Σύμφωνα με τις αρχές δεοντολογίας της έρευνας, οι ερευνήτριες πραγματοποίησαν προκαταρκτικές επεξηγήσεις σε κάθε ερωτώμενο/η αναφορικά με τους στόχους της συνέντευξης και το δικαίωμα πρόσβασης στα αποτελέσματα της έρευνας καθώς και στην απομαγνητοφωνημένη συνέντευξη. Επίσης, ενημέρωσαν εξ αρχής τους/τις εκπροσώπους των δομών για το δικαίωμά τους να μη συμμετέχουν στην έρευνα και να διακόψουν οποιαδήποτε στιγμή επιθυμούν τη συνέντευξη. Το έντυπο συγκατάθεσης για συμμετοχή στην έρευνα και άδειας για ηχογράφηση της συνέντευξης υπογράφηκε από τους/τις συμμετέχοντες/ουσες, αφού εξηγήθηκε από τις ερευνήτριες το δικαίωμα μη συγκατάθεσης στην ηχογράφηση, ο σκοπός του συγκεκριμένου εντύπου, η διασφάλιση της ανωνυμίας καθώς και η εμπιστευτικότητα της έρευνας.

Οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν έπειτα από τη σύμφωνη γνώμη των μελών των εγχειρημάτων. Τρεις εκπρόσωποι δομών αρνήθηκαν την καταγραφή της συνέντευξης. Στις περιπτώσεις αυτές κρατήθηκαν αναλυτικές σημειώσεις. Όλες οι συνεντεύξεις απομαγνητοφωνήθηκαν αυτολεξεί. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων/ουσών καθώς και των ευρημάτων ανά δομή τηρήθηκαν με τη χρήση κωδικού/άξοντα αριθμού στον Οδηγό Συνέντευξης και στο αρχείο της ηχογράφησης. Παράλληλα, όλα τα στοιχεία πιθανής ταυτοποίησης των δομών και των προσώπων που συμμετείχαν δεν συμπεριλήφθηκαν στο απομαγνητοφωνημένο υλικό προς διασφάλιση της εμπιστευτικότητας και της ανωνυμίας.

Οι ριζοσπαστικές δομές αλληλεγγύης στο χώρο της υγείας που αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους στην έρευνα μας έθεσαν και ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας τα οποία κρίνουμε σκόπιμο να παραθέσουμε. Συγκεκριμένα, μας τέθηκαν τα ακόλουθα ζητήματα: α) «τα στοιχεία μιας τέτοιας έρευνας σχετικά με τα κίνητρα, τη στάση, την πολιτική κ.λπ. προέλευση των συμμετεχόντων είναι κάτι που πολύ θα ήθελαν να γνωρίζουν όσοι βρίσκονται στην απέναντι όχθη, καθώς αποτελούν δυνητικά χρήσιμες πληροφορίες για την αποτελεσματικότερη παρακολούθησή μας και την παρεμπόδιση όχι απλά της λειτουργίας αλλά και της δημιουργίας ακόμα τέτοιων εγχειρημάτων» και β) ότι «η ουσία και τα περιεχόμενα... μπορούν να αλλοιωθούν όταν αποκωδικοποιούνται από κάποιον τρίτο που δεν έχει συμμετάσχει στην καθημερινή ζωή μιας τέτοιας συλλογικότητας, όσο καλά δομημένο και να είναι ένα ερωτηματολόγιο... Μια τέτοια έρευνα... είναι έργο των ίδιων των

εγχειρημάτων και όχι οποιουδήποτε εξωτερικού παρατηρητή. Τα όποια αποτελέσματα θα πρέπει να αξιοποιηθούν πρωτίστως από αυτά».³

Ως ερευνήτριες θεωρούμε αυτά τα δύο ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας βάσιμα και χρήσιμα για το δικό μας αναστοχασμό. Όσον αφορά την πρώτη διάσταση, επιλέξαμε να τηρήσουμε τις αρχές της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας ώστε να μην ταυτοποιούνται δομές και πρόσωπα στην ανάλυση και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων, ενώ γνωστοποιήσαμε οι ίδιες στην πανελλήνια συνάντηση των ΚΙ τα ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν με την παρουσίαση συγκεκριμένων αποτελεσμάτων της έρευνας και ζητήσαμε τη σύμφωνη γνώμη τους. Όσον αφορά τη δεύτερη διάσταση, η απάντησή μας έχει δύο σκέλη: Πρώτον, θα μπορούσε να επιλεχθεί η έρευνα δράσης μεθοδολογικά ώστε οι ίδιες οι ερευνήτριες να είναι μέλη των εγχειρημάτων, να διαμορφώνουν τα ερωτήματα μαζί τους και να χρησιμοποιούν τα αποτελέσματα αποκλειστικά για τις ανάγκες των ίδιων των δομών (Berg, 2001: κεφ. 7). Ωστόσο, οι στοχεύσεις της παρούσας έρευνας είναι διαφορετικές, καθώς επιδιώκεται να καταγραφεί το σύνολο των ΚΙ, γεγονός που καθιστά αδύνατη την ενεργητική εμπλοκή με το σύνολο των δομών (θεσμικών και ριζοσπαστικών). Δεύτερον, λαμβάνοντας υπόψη τις απαιτήσεις χρόνου και κόστους μετακινήσεων, θεωρούμε σχετικά απίθανο να μπορούσε να πραγματοποιηθεί η παρούσα μελέτη σε εύλογο χρονικό διάστημα από τα μέλη των ίδιων των δομών αλληλεγγύης στο πλαίσιο των βιοποριστικών αναγκών που ούτως ή άλλως έχουν και της πρόσθετης εθελοντικής συμμετοχής στα ΚΙ. Σε κάθε περίπτωση, θεωρούμε ότι τα προαναφερόμενα ζητήματα είναι σημαντικά και αποδείχτηκαν χρήσιμα για τη δική μας τοποθέτηση ως προς τα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα της έρευνας.

3. Αποσπάσματα από την απορριπτική απάντηση μιας δομής στην Αττική.

4. Βασικά χαρακτηριστικά των ΚΙ

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζονται ευρήματα αναφορικά με:

- την ιδρυτική ομάδα και το ιστορικό δημιουργίας,
- την αιτία δημιουργίας,
- το νομικό καθεστώς,
- το καθεστώς χρήσης του χώρου στον οποίο λειτουργούν,
- τους τρόπους χρηματοδότησης,
- τον τρόπο παροχής υπηρεσιών των ΚΙ.

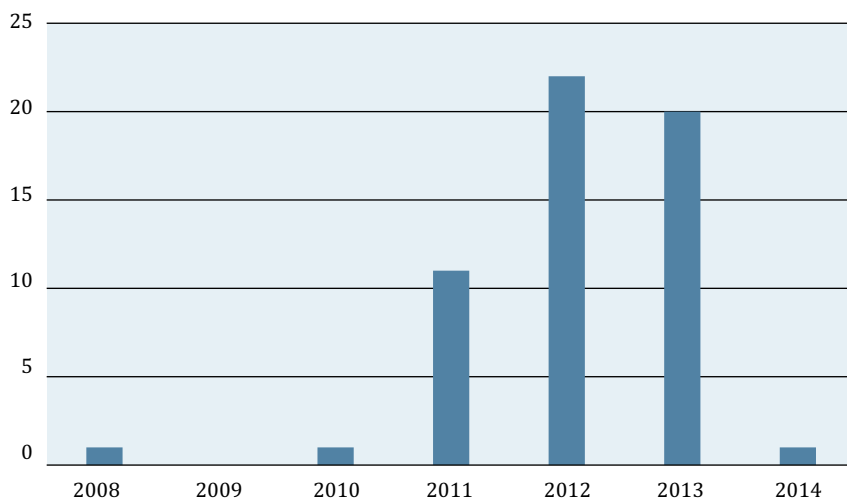
4.1 Ιδρυτική ομάδα και ιστορικό δημιουργίας

Οι δομές που εξετάζονται στην παρούσα μελέτη ιδρύθηκαν στη συντριπτική τους πλειονότητα (42 από τις 56 δομές) κατά τη διετία 2011 και 2012 όταν άρχισαν να γίνονται πλέον αντιληπτές οι επιπτώσεις της κρίσης και των πολιτικών λιτότητας στο χώρο της υγείας (Διάγραμμα 1).

Ως προς τη γεωγραφική κατανομή (Διάγραμμα 2), παρατηρούμε ότι οι περισσότερες δομές εντοπίζονται στα μεγάλα αστικά κέντρα (Περιφέρειες Αττικής και Κ. Μακεδονίας) αναπαράγοντας τις περιφερειακές ανισότητες του ΕΣΥ. Η γεωγραφική κατανομή δεν επηρεάζεται από την άρνηση συμμετοχής, καθώς 10 από τις 16 δομές που δεν συμμετείχαν τελικά στην έρευνα εδράζονται κυρίως στην Περιφέρεια Αττικής.

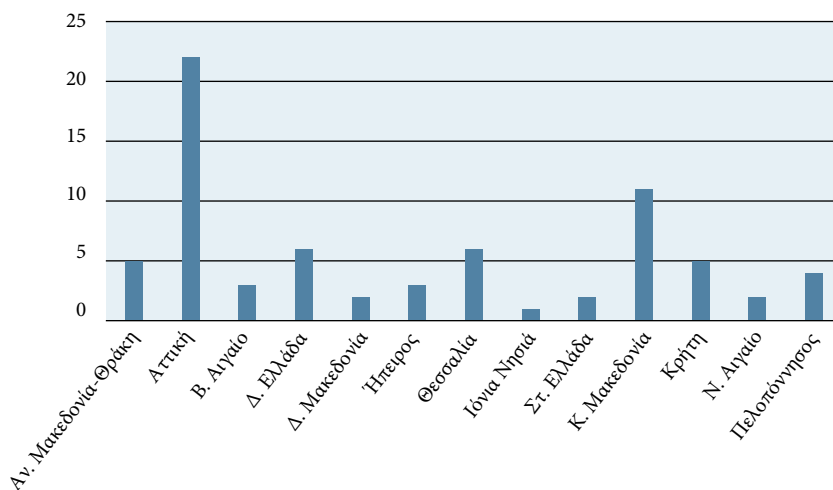
Αναφορικά με την οργανωτική μορφή των ΚΙ, παρατηρείται μία σαφής διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στις κινηματικές πρωτοβουλίες και στις περισσότερες θεσμικές δομές (Διάγραμμα 3).

Διάγραμμα 1: Αριθμός ΚΙ που συμμετείχαν στην έρευνα με βάση το έτος ίδρυσής τους



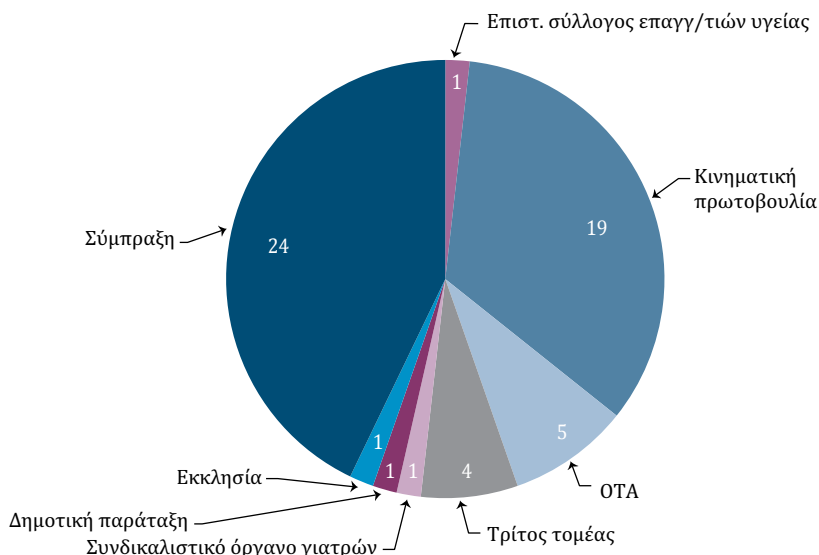
Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

Διάγραμμα 2: Αριθμός ΚΙ με βάση την περιφέρεια στην οποία εδράζονται



Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

Διάγραμμα 3: Οργανωτική μορφή φορέα/πρωτοβουλίας ίδρυσης ΚΙ



Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

Κινηματικές πρωτοβουλίες

Οι κινηματικές πρωτοβουλίες τοποθετούνται σαφώς αριστερά στον πολιτικό χάρτη με εσωτερικές διαβαθμίσεις ως προς τον ριζοσπαστικό ή τον αντικαπιταλιστικό λόγο τον οποίο υιοθετούν. Ενδιαφέρον έχουν οι ακόλουθες παρατηρήσεις ως προς το ιστορικό δημιουργίας των κινηματικών δομών:⁴

- *Πολυδιάστατη αλληλεγγύη*

Ένα ενδιαφέρον εύρημα σχετίζεται με τις πολλαπλές διαστάσεις αλληλεγγύης που προσφέρουν οι κινηματικές πρωτοβουλίες. Για παράδειγμα, παρατηρούμε ότι μία ομάδα που κινητοποιείται για το ζήτημα της τροφής ή για τον ΕΝΦΙΑ («χαράτσι») διαπιστώνει τις πρόσθετες ανάγκες που γεννάει ο αποκλεισμός στο ζήτημα της υγείας και έτσι συγκροτεί το ΚΙ:

4. Στην παρουσίαση των ποιοτικών αποτελεσμάτων επιλέγονται οι πλέον αντιπροσωπευτικές απαντήσεις κάθε φορά από το απομαγνητοφωνημένο υλικό.

«Εδώ ήταν μια πρωτοβουλία εθελοντών, της επιτροπής κατοίκων... η οποία ξεκίνησε τη λειτουργία της με το χαράτσι, με τις αγορές χωρίς μεσάζοντες και διάφορα άλλα ζητήματα πλειστηριασμών κλπ., κλπ. και διαπιστώσαμε την ανάγκη των ανθρώπων... που ήταντε ανασφάλιστοι. Και αποφασίζουμε να κάνουμε αυτό. Ήταν λοιπόν μια από τις δράσεις της επιτροπής» (6)⁵.

«Λοιπόν, το ΚΙ καταρχήν ξεκίνησε με το κοινωνικό παντοπωλείο... και κάποια στιγμή διαπιστώσαμε ότι ο κόσμος του κοινωνικού παντοπωλείου από μόνος του άρχισε να ρωτάει αν θα μπορούσε να έχει κάποια πρόσβαση σε γιατρούς διότι ήταν ανασφάλιστοι. Και εκεί σκεφτήκαμε ότι θα πρέπει να χρησιμοποιήσουμε το χώρο αυτό τον οποίο μας παραχώρησαν για το κοινωνικό παντοπωλείο και στήσαμε αυτή τη δομή εδώ» (13).

- **Συνεργασία επαγγελματιών υγείας και μη**

Αρκετές κινηματικές πρωτοβουλίες ιδρύθηκαν από ένα σύνολο ανθρώπων που δεν περιλαμβάνουν μόνο επαγγελματίες υγείας:

«Και αυτή η ομάδα λοιπόν, κάποιοι άνθρωποι οι οποίοι ήταν από το χώρο της υγείας αποφάσισαν να κάνουν και όχι μόνον... Ήταν άτομα από το χώρο του νοσοκομείου... και συνδικαλιστές στο χώρο της υγείας... άλλοι γιατροί, νοσηλευτικό και μη υγειονομικοί» (24).

«Και υγειονομικοί και άνθρωποι που δεν είχαν σχέση... Είχαμε ανθρώπους που στη διάρκεια των δομών αυτών δρούσαν περιφρούρηση, γιατί μην ξεχνάμε ότι είμαστε σε μια περιοχή που είναι κοντά... και έχουμε δεχτεί αρκετές απειλές» (30).

- **Σύνδεση με ευρύτερα κινήματα**

Ορισμένες δομές αλληλεγγύης στο χώρο της υγείας αποτελούν απότοκο του κινήματος των πλατειών ή αλλιώς των «αγανακτισμένων»:

«Ξεκίνησε από την πλατεία, από τους αγανακτισμένους, μια ομάδα που συνεννόηκε εκεί πέρα, από την ομάδα προέκυψε μια συνέλευση, η οποία ονομάστηκε συνέλευση πολιτών... Στις δράσεις που συζητιότανε ότι πρέπει να γίνουν ήταν και το ΚΙ» (21).

5. Οι αριθμοί που εμφανίζονται στις παρενθέσεις είναι αποτέλεσμα της κωδικοποίησης των συμμετοχόντων για λόγους προστασίας της ανωνυμίας τους και εμπιστευτικότητας της έρευνας.

«Λοιπόν, το δικό μας ΚΙ ήτανε μία, κατά κάποιο τρόπο, απαίτηση των κινημάτων της πλατείας, τότε που γινόταν, δηλαδή μέσα στους στόχους που είχαν βάλει εδώς οι πολίτες που συμμετείχαν στα κινήματα της πλατείας κ.λπ. μέσα από αυτό εδώς, ένας από τους στόχους τότε των ομάδων αυτών των πολιτών ήταν και η δημιουργία ΚΙ» (49).

ΟΤΑ

Τα ΚΙ που δημιουργήθηκαν με αποκλειστική πρωτοβουλία των ΟΤΑ (5 δομές) παρουσιάζουν τα ακόλουθα στοιχεία:

- **Μετεξέλιξη παλιότερων δομών**

Αποτελούν συνήθως μετεξέλιξη παλιότερων δημοτικών ιατρείων υπό το πρίσμα των αυξανόμενων αναγκών που γεννάει η κρίση:

«Ναι, ήταν μόνο το δημοτικό ιατρείο... το οποίο όμως πλήρωνε ένα υπέρογκο ενοίκιο και... όταν κατέρρευσαν οι υπηρεσίες υγείας από το ίδιο το κράτος, δημιουργήθηκε ανάγκη... να μεταφερθεί και να είναι προς το κέντρο, για να είναι προσβάσιμο και από τους ανθρώπους που είναι από τα χωριά» (29).

«Αρχικά υπήρχαν δημοτικά ιατρεία στο δήμο τα οποία συστεγάζονταν με τον συμβουλευτικό σταθμό του δήμου... Λειτουργήσαν μέχρι και το 2002 και έκτοτε ξεκίνησε μία διαδικασία πάλι το 2012, με αφορμή την κρίση και όλο αυτό που γινόταν, οι άνθρωποι δεν είχαν ασφάλιση, τώρα υπάρχουν πάρα πολλοί ανασφάλιστοι, δεν μπορούσε να λειτουργήσει με τον τρόπο που είχε ξεκινήσει» (40).

- **Πολυδιάστατη στήριξη**

Όπως και στις κινηματικές πρωτοβουλίες, παρατηρούμε ότι σε ορισμένες περιπτώσεις οι ΟΤΑ αναπτύσσουν κοινωνικές δομές σε μια σειρά από πεδία εν μέσω κρίσης (κοινωνικά παντοπωλεία, τράπεζες χρόνου, περιιαστικούς λαχανόκηπους):

«Έτσι, λοιπόν, στο κτίριο τούτο που βλέπετε στεγάζονται το ΚΙ, το κοινωνικό φαρμακείο, το κοινωνικό μας παντοπωλείο, το κοινωνικό μας φροντιστήριο, έχουμε κάνει άτυπη τράπεζα εργασίας» (29).

«Ο δήμος αποφάσισε να φτιάξει κάποιες δομές για να προφτάσει τον κόσμο, να μη φτάσει στην εξαθλίωση... Και ξεκινήσαμε με το παντοπωλείο και στη συνέχεια ξεκινήσαμε και με το ιατρείο, για να βοηθήσουμε και να βρεθούμε δίπλα στους συμπατριώτες μας στις δύσκολες εποχές που ερχόντουσαν» (52).

- Έμφαση στην ατομική έναντι της συλλογικής πρωτοβουλίας

Οι δομές των ΟΤΑ δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην ατομική πρωτοβουλία συγκεκριμένων προσώπων, συνήθως αιρετών, σε σύγκριση με τις κινηματικές πρωτοβουλίες, που προτάσσουν τη συλλογική εκκίνηση της πρωτοβουλίας:

«Ο τότε αντιδήμαρχος... ήταν ορθοπεδικός, ήταν γιατρός, μαζί του ήμουν και εγώ, που ήμουν οδοντίατρος, οπότε ήμασταν δύο άτομα από το χώρο της υγείας» (2).

«Όχι, είμαι αιρετή, είμαι αντιδήμαρχος, είμαι πρόεδρος του οργανισμού... Και ξεκίνησε ως δική μου ιδέα η δημιουργία του ΚΙ» (29).

Τρίτος τομέας

Αναφορικά με τα ΚΙ που προήλθαν αποκλειστικά από οργανώσεις του τρίτου τομέα (4 δομές), παρατηρούμε ότι 3 από αυτές σχετίζονται με φορείς για την καταπολέμηση του καρκίνου οι οποίοι διαπίστωσαν την αυξανόμενη δυσκολία των καρκινοπαθών να έχουν πρόσβαση στη θεραπεία τους στο πλαίσιο του ΕΣΥ:

«Την πρωτοβουλία την πήρε ο σύλλογος... αντιμετωπίζοντας το δεδομένο ότι πολλοί ασθενείς καρκινοπαθείς δεν μπορούσαν πια να εξυπηρετηθούν... λόγω του ότι είχαν βγει έξω από τις δομές ασφάλισης. Είναι ανασφάλιστοι» (5).

«Είναι ουσιαστικά ένα πρόγραμμα του συλλόγου... Το οποίο προφανώς γεννήθηκε μέσα στην κρίση και με τις συνθήκες που όλοι ξέρουμε. Και επειδή είναι και πάρα πολύ δύσκολο και από τις γυναίκες, πόσο μάλλον να φροντίσουν για τις θεραπείες και όλα τα προβλήματα υγείας τους, πόσο μάλλον να σκεφτούν και την πρόληψη, οπότε μέσα σε όλο αυτό το πλαίσιο και σε όλα αυτά που προσφέρει ο σύλλογος τόσα χρόνια πάνω σε αυτό τον τομέα της πρόληψης, γεννήθηκε η ιδέα του ΚΙ για τις ανασφάλιστες γυναίκες» (42).

Μία δομή αποτελεί αποκλειστική πρωτοβουλία του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού απέναντι στον αυξανόμενο αποκλεισμό των πολιτών από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Άλλα μονοεταιρική σχήματα

Με αποκλειστική πρωτοβουλία ενός μόνο τυπικού φορέα υπάρχουν άλλες 4 δομές που έχουν δημιουργηθεί. Μία είναι πρωτοβουλία της εκκλησίας:

«Ήταν μια επιθυμία της Μητρόπολης όπου και υλοποιήθηκε με διάφορες δωρεές» (1).

Άλλη είναι πρωτοβουλία Ένωσης Νοσοκομειακών Ιατρών:

«Εγώ επειδή ήμουνα κεντρικός συνδικαλιστής στην ομοσπονδία μας. Η λογική της ομοσπονδίας μας ήταν λίγο πιο γενικευμένη και λίγο διαφορετική, ας πούμε, στο πώς λειτουργούσαν τα ΚΙ... γι' αυτό ακολουθήσαμε ένα άλλο μοντέλο... Σε ό,τι αφορά τους γιατρούς έχουμε λίγες δυνάμεις, πολύ λίγες δυνάμεις, με τις ελλείψεις που έχουμε... για να καταλάβετε, το ΚΙ βασίστηκε εδώ μόνο στο νοσοκομείο και πουθενά αλλού» (10).

Μία δομή δημιουργήθηκε αποκλειστικά από έναν τοπικό ιατρικό σύλλογο:

«Λοιπόν, αυτό το έχει δημιουργήσει ο πρόεδρος του ιατρικού συλλόγου... Είχαν συμμετάσχει και οι φαρμακοποιοί, ο φαρμακευτικός σύλλογος, όχι πια όμως... Αποχώρησαν» (16).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η δημιουργία μίας δομής από δημοτική παράταξη του ΣΥΡΙΖΑ, η οποία ήταν αντιπολίτευση στον συγκεκριμένο δήμο, διότι δείχνει μια κίνηση που ταλαντεύεται ανάμεσα σε κινηματική και σε κομματική πρωτοβουλία:

«Μαζεύτηκαν κάποιοι στα γραφεία, γιατροί και άλλοι εθελοντές, και ανατέθηκε σε τρεις να βρεθεί ο χώρος και να ξεκινήσει αυτό το εγχείρημα. Αλλά παράλληλα γίνανε... γινόντουσαν και ανοιχτές συνελεύσεις όχι κομματικού περιεχομένου, που καλούσαν όλο τον κόσμο και πηγαίναμε και ακούγαμε γι' αυτό το εγχείρημα που γίνεται, δηλαδή εγώ έτσι έμαθα και ήρθα... Είναι απότοκο πιο πολύ των μεγάλων διαδηλώσεων που είχαν γίνει το '12 και το '11 και των πλατειών ναι, αυτό. Δηλαδή και εγώ, όταν πήγα να στη συνέλευση, έβλεπα ανθρώπους που τους είχα δει στο δρόμο χωρίς να τους ξέρω» (31).

Συμπράξεις

Η συντριπτική πλειονότητα των θεσμικών φορέων που συμμετείχαν στη συγκρότηση ΚΙ προχώρησαν στη σύμπραξη με άλλους θεσμικούς φορείς. Τα πολυεταίρικά αυτά σχήματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 1.

Όπως είναι αναμενόμενο, την πρωτοκαθεδρία στα πολυεταίρικά σχήματα έχουν οι κατά τόπους επιστημονικοί σύλλογοι επαγγελματιών υγείας, με πρώτο τον ιατρικό σύλλογο, ακολουθεί ο φαρμακευτικός σύλλογος και, με μικρότερη συμμετοχή, οι οδοντιατρικοί και οι νοσηλευτικοί σύλλογοι. Η συμμετοχή των επιστημονικών συλλόγων κατοχυρώνει και επιλύει ζητήματα νομιμότητας (ενδεικτικά: διακίνηση φαρμάκων, εκτέλεση ιατρικών πράξεων από συνταξιούχους

Πίνακας 1: Αριθμός και οργανωτική μορφή εταιρών ανά πολυεταρικό ΚΙ

Δομή σύμπραξης	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Σύνολο
Επιστ. σύλλογος επαγγ/τιών υγείας	1	1	2	2	3	1		2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	3	2	3	2	1	2	41
ΟΤΑ	1		1	1	1	1		1	1	1	1	1	1		1				1				1		14
Τρίτος τομέας				3			1	1	1	1	1	3		1	1					1	1	1		1	14
Εκκλησία	1	1										1	1	1		1			1				1	1	8
Εργατικό κέντρο													1						1						2
Επιμελητήριο	1												1												2
Επιστ. σύλλογος λοιπών επαγγ/τιών																				1					1
Κινηματική πρωτοβουλία							1																		1
Συνδικαλιστικό όργανο γιατρών																1									1
Δημοτική παράταξη								1																	1
Νοσοκομείο														1											1
Πανεπιστήμιο																	1								1
Συν. Τράπεζα																				1					1
Σύνολο	4	2	3	3	7	2	3	2	3	4	4	3	7	6	4	2	3	2	4	5	5	3	3	4	4

Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

γιατρούς-εθελοντές) ορίζοντας το πεδίο δραστηριοποίησης κάθε εταίρου: ο ιατρικός σύλλογος εξασφαλίζει την ένταξη εθελοντών γιατρών, ενώ ο φαρμακευτικός σύλλογος αναλαμβάνει τη διακίνηση φαρμάκων:

«[Η]ταν σε συνεργασία του δήμου, του ιατρικού συλλόγου και του φαρμακευτικού συλλόγου. Επίσης συνεργαζόμενος φορέας είναι ο διανεμητικός λογαριασμός του φαρμακευτικού συλλόγου... ο οποίος νομιμοποιείται για τη διακίνηση των φαρμάκων από τα φαρμακεία προς το ΚΙ – φαρμακείο. Ο δήμος έχει το διοικητικό κομμάτι, δηλαδή η κοινωνική υπηρεσία του δήμου εγκρίνει τους δικαιούχους, ο φαρμακευτικός σύλλογος είναι υπεύθυνος για τα φάρμακα και ο ιατρικός σύλλογος για τις ιατρικές πράξεις» (8).

«Λοιπόν, το βάλαμε στον ιατρικό σύλλογο, πήρε την πρωτοβουλία ο ιατρικός σύλλογος, καλεί και το φαρμακευτικό και λένε "ναι" να καλύψουμε, οι μεν με γιατρούς, οι δε με φάρμακα, πού, πόσοι, τέτοια, μπήκε στη μέση και ο δήμος, διότι χρειαζόταν μια υποδομή... Δηλαδή, ο ιατρικός σύλλογος έδωσε τη δυνατότητα σε μένα που δεν θα έπρεπε να δουλεύω κανονικά και σε δυο-τρεις άλλους συναδέλφους που δουλεύουν σε καθημερινή βάση, λοιπόν μια παιδίατρος, δύο παθολόγοι, ένας χειρουργός, και κάνανε αυτή τη δουλειά, είμαστε όλοι συνταξιούχοι. Λοιπόν, μας έδωσε τη δυνατότητα να δουλεύουμε σα γιατροί. Ο φαρμακευτικός σύλλογος έκανε σε όλο το νομό, σε επίπεδο νομού, ανέλαβε την πρωτοβουλία να μαζέψει φάρμακα από ασθενείς και τέτοια και αφού τα περνάει, κάνει έναν έλεγχο, τα φέρνει εδώ» (18).

Αναφορικά με τους ΟΤΑ, παρατηρούμε ότι η συμμετοχή τους συχνά μεταφράζεται σε παραχώρηση χώρου ή/και σε νομιμοποίηση για την ίδρυση και τη λειτουργία του ΚΙ:

«Ευτυχώς είχαμε την αμέριστη συμπαράσταση του δημάρχου... ο οποίος μας παραχώρησε ένα χώρο που είναι σύγχρονος, τουλάχιστον διατηρεί, έχει όλες τις προϋποθέσεις για να μπορούν να φυλάσσονται τα φάρμακα... Όπως ξέρουμε, χωρίς το δήμο δεν θα μπορούσαμε να το είχαμε κάνει αυτό, συν το γεγονός ότι μας φέρανε σε επαφή και με άλλες δομές του δήμου, όπως κοινωνικούς λειτουργούς» (23).

«Το οποίο ανέλαβε... ο δήμος να το θεσμοθετήσει. Δηλαδή βγάλαμε ιδρυτική πράξη της σύστασης του ΚΙ και στη συνέχεια ορίστηκε η διοικούσα επιτροπή, διαχειριστική επιτροπή από το δημοτικό συμβούλιο» (26).

Ως προς τις οργανώσεις του τρίτου τομέα που συμμετέχουν σε συμπράξεις, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός εμπλέκεται με την προσφορά εθελοντών/τριών νοσηλευτών/τριών στις δομές:

«Ο Ερυθρός Σταυρός ο οποίος μας υποστηρίζει και καθημερινά με εθελόντριες νοσηλεύτριες που έρχονται εδώ στο ιατρείο και βοηθούν τους γιατρούς στις εξετάσεις» (25).

«Με τη βοήθεια του Ερυθρού Σταυρού, δηλαδή των εθελοντριών του Ερυθρού Σταυρού» (53).

Πέρα από τον Ερυθρό Σταυρό συμμετέχουν οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας, όπως οι Γιατροί του Κόσμου, Σύλλογοι Αιμοδοτών, Ιατρική Εταιρεία, Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Έρευνας και Παρέμβασης, αλλά και οργανώσεις με δράση σε πολλαπλά πεδία, όπως η ΑΡΣΙΣ – Κοινωνική Οργάνωση Υποστήριξης Νέων, Εθελοντική Ομάδα Διάσωσης, Ενεργοί Πολίτες.

Η εκκλησία επίσης συμμετέχει σε συμπράξεις με άλλους τυπικούς φορείς, εντάσσοντας την ίδρυση του ΚΙ στο φιλανθρωπικό της έργο:

«Βλέποντας η Μητρόπολή μας... τα προβλήματα τα οποία έχουν οι ανασφάλιστοι ενορίτες των εκκλησιών της Μητροπόλεώς μας θέλησε να ανακουφίσει λίγο τον πόνο από πλευράς ιατροφαρμακευτικής και γι' αυτό σκεφτήκαμε τη δημιουργία πρώτα αυτού του ΚΙ» (7).

«Συζητήσαμε μεταξύ μας οι φαρμακοποιοί... και οι περισσότεροι θέλανε αυτή η δομή να έχει την ομπρέλα της εκκλησίας όχι, π.χ., του δήμου. Με το που το αποφασίσαμε κάναμε μία κρούση στη Μητρόπολη, που το δέχθηκε με χαρά» (55).

Τα κατά τόπους εργατικά κέντρα έχουν συμπράξει στη δημιουργία 2 ΚΙ, που συμμετείχαν στην έρευνα. Στη μία περίπτωση, η συμμετοχή του εργατικού κέντρου αφορά τη λειτουργία του ΚΙ:

«Από το εργατικό κέντρο, ο αντιπρόεδρος... μας είχε δώσει περιπτώσεις ανθρώπων οι οποίοι ήταν ανασφάλιστοι, δηλαδή ήξερε εκείνος άνθρωπος, οι οποίοι δεν ξέρανε, είτε το διέδωσε εκείνος προς τα έξω, το έκανε περισσότερο γνωστό, γιατί κάποιος δεν το ξέρανε» (26).

Στην άλλη περίπτωση, η συμμετοχή στη σύμπραξη μεταφράζεται σε παραχώρηση χώρου:

«Ξεκίνησε με τη βοήθεια του εργατικού κέντρου... έφτιαξαν αυτή τη δομή που δεν είχε χώρο να στεγαστεί, στεγάστηκε σε ένα δωμάτιο, σε ένα μικρό δωμάτιο του εργατικού, που μας παραχώρησε το εργατικό κέντρο» (46).

Επίσης, στην κατηγορία Επιστημονικός Σύλλογος Λοιπών Επαγγελματιών περιλαμβάνεται ο δικηγορικός σύλλογος, ο οποίος παρέχει νομική στήριξη αν χρειαστεί:

«Για παράδειγμα, ο δικηγορικός σύλλογος, τα μέλη και ο πρόεδρος, μας έχει πει ότι: "Είμαστε στη διάθεσή σας αν κάποιος έχει νομικό πρόβλημα, κάποιος ανασφάλιστος έχει νομικό πρόβλημα και θέλει μια συμβουλή, συμβουλευτικά να δράσουμε"» (26).

Εκτός των προαναφερθέντων, μια σειρά από τοπικούς φορείς συμμετέχει σε μία σύμπραξη, όπως συνδικαλιστικό όργανο γιατρών, επιμελητήριο, πανεπιστήμιο (μέσω της ιατρικής σχολής και της σχολής κοινωνικών λειτουργιών) και νοσοκομείο το οποίο παραχώρησε αναξιοποίητο χώρο σε μια δομή.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει μια συνεταιριστική τράπεζα η οποία συνέδραμε παρέχοντας τα αναγκαία κεφάλαια για τη διαμόρφωση του χώρου όπου μετεγκαταστάθηκε για λόγους καταλληλότητας ένα ΚΙ:

«Οπότε μέχρι να διαμορφωθεί, που χρειάστηκαν αρκετά χρήματα, είναι ένα κτίριο εγκαταλελειμμένο και πιο πολύ για λόγους οικονομικούς και με τη βοήθεια μιας συνεταιριστικής τράπεζας... καταφέραμε να μεταφερθούμε εδώ» (46).

Όπως προαναφέρθηκε, οι κινηματικές πρωτοβουλίες δεν συνεργάζονται συνήθως με θεσμικούς φορείς. Μοναδική περίπτωση συνεργασίας αποτελεί μία δομή η οποία είναι σύμπραξη αντιρατσιστικής συλλογικότητας με αριστερή δημοτική παράταξη:

«Λοιπόν, η ιδέα προέκυψε σαν ανάγκη δημιουργίας με πρωτοβουλία της αντιρατσιστικής πρωτοβουλίας... και τη λειτουργία του σχολείου των μεταναστών. Γιατί βρεθήκαμε αντιμέτωποι με τις ανάγκες των μεταναστών για περίθαλψη... Και μετά κάποιοι άνθρωποι οι οποίοι είμαστε υποψήφιοι..., κάποιοι από την αντιρατσιστική, κάποιοι από την πρωτοβουλία για την αλληλεγγύη στον παλαιστινιακό λαό, η περιβαλλοντική εταιρεία, μαζυντήκαμε, κάναμε και ένα κάλεσμα στον ιατρικό σύλλογο... κι έγινε ουσιαστικά η πρώτη ανοιχτή συνέλευση, να αποφασιστεί να ανοίξει το ΚΙ. Βέβαια, στην πορεία ο ιατρικός σύλλογος... δεν δέχτηκε να..., σαν ιατρικός σύλλογος, όχι ατομικά σαν γιατροί, γιατί πολλοί γιατροί δέχτηκαν να βοηθήσουν το ΚΙ, κι έτσι ξεκίνησε ουσιαστικά» (14).

4.2 Ο λόγος δημιουργίας των ΚΙ

Ο βασικός λόγος δημιουργίας διαφέρει ανάλογα με το χαρακτήρα της ιδρυτικής ομάδας που πήρε την πρωτοβουλία για τη δημιουργία των ΚΙ.

- Η οικονομική κρίση κυρίως μέσα από την ανεργία και την απώλεια ασφαλιστικής ικανότητας

Ο λόγος των θεσμικών δομών θεωρεί ως βασική αιτία την κρίση αλλά την παρουσιάζει ως ένα φυσικό φαινόμενο υπερτονίζοντας τη φιλανθρωπική ανάγκη απέναντι στο συνάνθρωπο και υποτιμώντας το ζήτημα των πολιτικών που εφαρμόζονται στο χώρο της υγείας.

«Η ανάγκη που υπάρχει για ιατρική κάλυψη... Είναι πολλοί συμπολίτες μας που είναι ανασφάλιστοι λόγω της γενικότερης οικονομικής κατάστασης που υπάρχει» (1).

«[Η] κρίση που έγινε... όλο αυτό που ζούμε... αυτή η ανεργία, ο κόσμος που δεν έχει ασφάλεια... πλέον η πρόσβαση υγείας είναι πολυτέλεια» (2).

«Η εξυπηρέτηση των οικονομικά αδύναμων οικογενειών και των ανασφάλιστων και των εμπερίστατων» (7).

«Το γεγονός ότι υπήρχε ένας μεγάλος αριθμός δημοτών... οι οποίοι δεν είχανε τη δυνατότητα να απευθυνθούνε πουθενά, δηλαδή το ΚΙ έγινε κυρίως για τους ανθρώπους που ήταν [στο] ΤΕΒΕ και δεν μπορούσαν να πληρώσουν τα ένσημά τους ή [στον] ΟΓΑ ή χρωστάνε [στην] εφορία. Ή για τους ανθρώπους που δεν είχαν πού αλλού να απευθυνθούν γιατί ξαφνικά μείνανε άνεργοι ή δεν μπορούσαν να πληρώσουν τις εισφορές τους ή το προηγούμενο εκκαθαριστικό τους δεν τους επέτρεπε να πάνε στην Πρόνοια» (12).

«[Μ]έσα στα πλαίσια της προσπάθειας να βοηθήσουμε την υγειονομική περίθαλψη πολλών... συμπολιτών μας... οι οποίοι βρέθηκαν χωρίς ασφαλιστική κάλυψη λόγω οικονομικής δυσπραγίας στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης που βιώνουμε και λόγω του ότι δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις ασφαλιστικές τους υποχρεώσεις» (22).

- Οι πολιτικές διαχείρισης της κρίσης

Αντιθέτως, οι περισσότερο κινηματικές δομές δίνουν έμφαση στο ζήτημα των πολιτικών διαχείρισης που εφαρμόστηκαν γενικά και ειδικά στο χώρο της υγείας.

«Το ότι καταρρέει το ΕΣΥ. Αν υπήρχε ένα ΕΣΥ που όλοι έχουν πρόσβαση, δεν θα υπήρχε θέμα να υπάρχει [το ΚΙ]. Τώρα εδώ αυτό που λέμε στις τελευταίες συναντήσεις, μήπως πρέπει να ανοίξουμε ακόμη περισσότερο το ΚΙ στην πρόσβαση, στο

ποιοι έχουν πρόσβαση σ' αυτό, γιατί ούτε οι ασφαλισμένοι έχουν πρόσβαση στο ΕΣΥ» (21).

«Με δεδομένο ότι το σύστημα υγείας αυτή τη στιγμή προσπαθεί να κάνει οικονομία και όταν το προεξέχον είναι η οικονομία, εγώ διαφωνούσα και διαφωνώ από την αρχή... μπορεί να έπρεπε να γίνει οικονομία και μπορεί να είχε γίνει μια υπερβολή σε όλους τους τομείς, το θέμα είναι πώς το μαζεύεις, αν το μαζεύεις με οριζόντιο τρόπο κι αν το μαζεύεις με στοχευμένο τρόπο» (43).

- *Ο αποκλεισμός των μεταναστών από τις υπηρεσίες υγείας*

Ορισμένες κινηματικές δομές ξεκίνησαν με στόχο την παροχή πρωτοβάθμιας υγείας σε μετανάστες και πρόσφυγες οι οποίοι αποκλείονται από το ΕΣΥ επειδή δεν είχαν νομιμοποιητικά έγγραφα. Στην πορεία, με την όξυνση της κρίσης και των πολιτικών λιτότητας, αυτές οι δομές άρχισαν σταδιακά να εξυπηρετούν ολοένα και περισσότερους ημεδαπούς οι οποίοι αποκλείονταν από το ΕΣΥ καθώς έχαναν την ασφαλιστική τους ικανότητα (ανεργία, αδυναμία καταβολής εισφορών). Η συγκεκριμένη παρατήρηση καταδεικνύει ότι ο διαχωρισμός ανάμεσα σε ημεδαπούς και αλλοδαπούς, που συχνά χρησιμοποιείται ως ρητορική για την αποφυγή παροχής κοινωνικής προστασίας στους δεύτερους με το πρόσχημα των περιορισμένων πόρων εν μέσω κρίσης, αντιστρέφεται στην πράξη όταν δομές αλληλεγγύης που ιδρύθηκαν για μετανάστες τελικά ωφελούν ημεδαπούς.

«Ήμαστε μια υγειονομική ομάδα που παρακολουθούσαμε τους απεργούς πείνας μετανάστες... και δουλέψαμε γι' αυτή την ιστορία γύρω στον 1,5 μήνα... Αυτό ήταν ένα πολύ σκληρό πρότζεκτ τέλος πάντων και ιατρικά και πολιτικά... Μόλις τελείωσε η απεργία πείνας, την άνοιξη του '11, βγάζει ο Λοβέρδος το μέτρο για τον αποκλεισμό των μεταναστών από το ΕΣΥ, οπότε ουσιαστικά σύμφωνα με το νόμο, οι μετανάστες οι παράνομοι, δηλαδή η πλειοψηφία των μεταναστών, τίθενται εκτός δημοσίου συστήματος υγείας... Έτσι, αποφασίσαμε ότι μπορούμε εμείς, έτσι όπως ήμαστε και δεμένοι, να προσπαθήσουμε για μια δομή για τους μετανάστες, που ήτανε εξ' ορισμού στο περιθώριο... Μετά άρχισαν να έρχονται οι Έλληνες» (3).

«Ναι. Αρχικά ξεκίνησε από μία ομάδα ανθρώπων... που βλέπαμε ότι υπήρχε το θέμα των ανασφάλιστων, των μεταναστών μάλλον χωρίς έγγραφα, που έρχονταν στο νοσοκομείο... Εντάξει, βέβαια δουλέψαμε αρκετά... δύο χρόνια, μάλλον τρία χρόνια, δουλέψαμε με μετανάστες κυρίως, 99% μετανάστες και η μεταστροφή άρχισε το 2010-2011 κυρίως, που άρχισαν να έρχονται Έλληνες και να φεύγουν οι

πολλοί μετανάστες που είχαμε, ειδικά οι Αφγανοί, Πακιστανοί έχουνε φύγει σχεδόν όλοι, ελάχιστους έχουμε τώρα. Και έχουμε και αλλοδαπούς, κυρίως Αλβανούς, οι οποίοι έχουνε χάσει την ασφάλειά τους όπως και οι Έλληνες» (48).

4.3 Νομική μορφή: Νομιμοποίηση ή ενσωμάτωση;

Η συντριπτική πλειονότητα των ΚΙ δεν έχει αποκτήσει ένα διακριτό νομικό πρόσωπο για να νομιμοποιήσει τη λειτουργία της (Διάγραμμα 4).

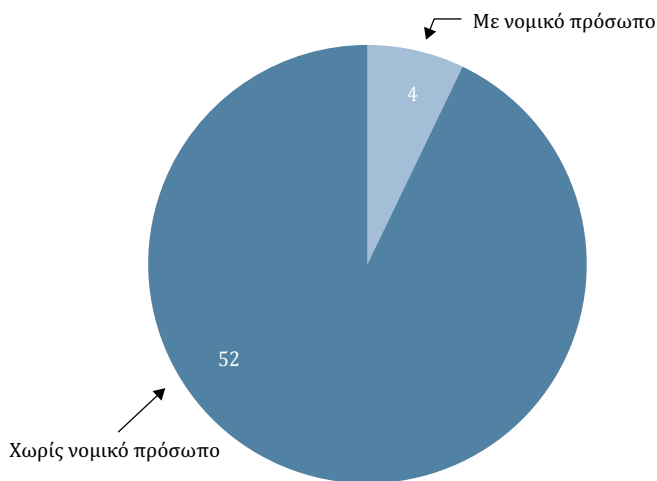
Αρχίζοντας από τις 4 δομές οι οποίες επέλεξαν να αποκτήσουν διακριτό νομικό πρόσωπο, οι λόγοι αυτής της επιλογής συνδέονται με:

- α) την άρνηση άλλων θεσμικών φορέων που σχετίζονται με την ιδρυτική ομάδα να καλύψουν θεσμικά τη λειτουργία του ΚΙ:

«Όταν ήλθε λοιπόν η κρίση με τα θέματα της υγείας, σκεφτήκαμε να το κάνουμε... μέσα από τη [μητρική οργάνωση του τρίτου τομέα]... και ο πρόεδρος δεν ήθελε ούτε να το ακούσει... Ο ιατρικός σύλλογος ήταν πάρα πολύ αρνητικός... και έτσι κάναμε το δικαστήριο, γίναμε άλλη μια εθελοντική ομάδα... Και πήγαμε στο πρωτοδικείο και πήραμε την άδεια» (19).

- β) την ανάγκη απόκτησης εσόδων που θα μπορούσαν να στηρίξουν τη λειτουργία του ΚΙ με διαφανή τρόπο:

Διάγραμμα 4: Αριθμός ΚΙ με διακριτό νομικό πρόσωπο και χωρίς νομικό πρόσωπο



Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

«Ναι, ανήκουμε σε μια ΑΜΚΕ, η οποία έχει δύο σκέλη: το ΚΙ και τον πολυχώρο κοινωνικής αλληλεγγύης... Εκεί είναι ένας χώρος συνεδριάσεων, εκδηλώσεων, υπάρχει ένα μικρό μπαρ. Από τις εισπράξεις του μπαρ θα μπορούσε να χρηματοδοτείται το ιατρείο εδώ... Α, επίσης, για να μπορούμε να δεχόμαστε και δωρεές σε χρήμα, ΑΦΜ. Γιατί είναι και αυτό ένα θέμα. Υπάρχει λογαριασμός σε τράπεζα» (31).

«Γιατί τα έσοδά μας, βασικά, είναι από δωρεές... Αλλά όταν οι δωρεές έγιναν και σοβαρότερες, και με αυτή την έννοια θέλω να πω ότι ήταν απαραίτητο να υπάρχει μία διαφάνεια, δεν θα μπορούσε να παίρνει κάποιος 50 ευρώ χωρίς να δίνει κάποια απόδειξη» (46).

γ) την ανάγκη αναγνώρισης και ισότιμης συνεργασίας με τους θεσμούς:

«Καταλήξαμε πού να μπλέξεις τώρα... κάν' το εκεί με το δικαστήριο να μην μπορεί να πει κανείς τίποτα, να είναι όλα νόμιμα» (19).

«Γιατί θέλαμε να έχουμε ισότιμη μεταχείριση... τουλάχιστον υπάρχει ισοτιμία απέναντι στο κράτος και στις αρχές που το εκπροσωπούν, στο δήμο, στο εργατικό κέντρο, σε όλους» (44).

δ) την ανάγκη νόμιμης διακίνησης φαρμάκων:

«για να παίρνουμε φάρμακα απέξω... πρέπει να εκτελωνίζουμε... χωρίς το ΑΦΜ δεν μπορούσαμε να κάνουμε τίποτα άλλο» (46).

Οι 3 από τις 4 δομές επέλεξαν τη νομική μορφή της Αστικής Μη Κερδοσκοπικής Εταιρείας (ΑΜΚΕ), ενώ η τελευταία του Μη Κερδοσκοπικού Σωματείου (ΜΚΣ). Η νομική μορφή επιλέγεται με βάση τις συμβουλές δικηγόρων χωρίς να έχει διερευνηθεί σε βάθος από τα ίδια τα υποκείμενα:

«Μιλήσαμε με ένα δικηγόρο, και μας το έκανε αυτός έτσι, δεν ξέραμε και κάτι άλλο να κάνουμε. Αν ξέραμε, ίσως να το κάναμε και κάπως αλλιώς» (19).

«Ότι ήταν η πιο ευέλικτη και η πιο κατάλληλη. Όχι ότι σώζει, αλλά τέλος πάντων» (31).

Η πλειονότητα των δομών δεν έχει επιλέξει κάποια νομική μορφή. Οι λόγοι είναι διαφορετικοί ανάλογα με το αν η πρωτοβουλία είναι περισσότερο θεσμική ή κινηματική. Για τις περισσότερο θεσμικές πρωτοβουλίες δεν υπάρχει ανάγκη να αποκτήσουν νομική μορφή γιατί:

α) Καλύπτονται και ελέγχονται από τους θεσμικούς ιδρυτικούς φορείς που συμμετέχουν:

«Έχουμε κοινό κανονισμό λειτουργίας μεταξύ του δήμου, του φαρμακευτικού συλλόγου... και του ιατρικού συλλόγου» (8).

«Βρήκαμε μια λύση... να μας βοηθήσει τώρα το πολυκοινωνικό που έχει ο δήμος και έχει ΑΦΜ, έχει νομική μορφή δηλαδή... Οπότε αξιοποιούμε το ΑΦΜ του δήμου» (18).

β) Διαχωρίζει τα ΚΙ από την αρνητική παρακαταθήκη κατασπατάλησης πόρων που έχει συνδεθεί με ορισμένες ΜΚΟ:

«Είχαμε συμφωνήσει το μοντέλο να γίνει ως εξής: δεν κάνουμε κανένα σωματείο, δεν κρατάμε κανένα ταμείο για το ΚΙ, μη βγουν και αρχίσουν τις συκοφαντίες και το ένα και το άλλο, ας πούμε, ότι διαχειρίζονται χρήματα κ.λπ. γιατί γίνεται αυτό που γίνεται με τις ΜΚΟ που βγαίνουν πράγματα, ας πούμε, που τα διαβάζουμε και σηκώνεται η τρίχα μας» (10).

«Αν εννοείτε αν είμαστε ΜΚΟ, αν έχουμε καταστατικό ή οτιδήποτε, όχι. Είμαστε καθαρά πρωτοβουλία εθελοντών και σε αυτή τη βάση έχουμε μείνει. Και ο λόγος είναι ότι αφενός δεν θέλουμε να χαρακτηριστούμε ΜΚΟ κ.λπ. και αφετέρου δεν έχουμε καμία σχέση με χρήματα. Δεν διαχειριζόμαστε καθόλου χρήματα» (25).

γ) Η άτυπη λειτουργία δίνει μεγαλύτερη ευελιξία κινήσεων:

«Από την άλλη πλευρά θεωρούσαμε ότι θα μας δώσει αυτό και μια πιο μεγάλη ευελιξία κινήσεων ως προς αυτά που θέλαμε να κάνουμε» (11).

«Όσο θέλαμε να ήταν αυτοοργανωμένη η δομή δεν χρειαζόταν να υπήρχε κάποιος νομικός λόγος, μάλλον θα εμποδίζε παρά θα βοήθαγε στη συνέχεια το να υπήρχε ΔΣ, οτιδήποτε» (42).

δ) Ο νόμος Καλλικράτη δεν επιτρέπει στους δήμους να έχουν πολλαπλές δομές ως διακριτά νομικά πρόσωπα:

«Ουσιαστικά δεν δίνει και τη δυνατότητα στους καλλικρατικούς δήμους να έχουν ξεχωριστά, δηλαδή, αν σκεφτείς ότι για όλες αυτές τις δομές, που είναι μεγάλες δομές, είναι κάτω από ένα ΑΦΜ, δεν είναι διαφορετικά ΑΦΜ, προσπαθούσαν να κάνουν ένα νοικοκύρεμα έτσι ώστε να μαζέψουν τις επιχειρήσεις... τα νομικά πρόσωπα γενικώς» (15).

Οι κινηματικές δομές και οι συμπράξεις που περιλαμβάνουν κινηματικές πρωτοβουλίες δεν επιλέγουν να αποκτήσουν νομική μορφή γιατί:

α) Στοχεύουν στην αποδοχή της κοινωνίας και όχι του κράτους:

«Νομική μορφή δεν είχαμε καμία και αυτό ήταν επιλογή μας κιόλας. Να φτιά-

ξουμε μια πραγματική ιατρική δομή με πολιτικό λόγο και μετά να μας τη νομιμοποιήσει η κοινωνία» (3).

«Γενικά, η αλήθεια είναι ότι δεν είχαμε και κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα είτε από άλλους επαγγελματίες υγείας είτε από άλλους φορείς εδώ στην πόλη... που να μας δημιουργήσουν κάποιο πρόβλημα, δηλαδή είχαμε γενικά μια ευρύτερη αποδοχή... από την κοινωνία» (49).

β) Θεωρούν ότι η νομιμοποίηση συνεπάγεται τη μονιμοποίηση:

«Εμείς βλέπουμε τα ΚΙ όχι ως μια προσπάθεια εμβολλωματική της αδυναμίας του κοινωνικού κράτους..., αλλά αντίθετα το βλέπουμε σαν μια ανατρεπτική κίνηση που κάνει τον μέσο πολίτη... να έχει τη δυνατότητα να μπορέσει να παραμείνει υγιής... στην πάλη για την ανατροπή. Γιατί μόνο τότε μπορούμε να πετύχουμε πραγματικά μια περίθαλψη έτσι όπως την ονειρευόμαστε» (30).

«Δεν θέλουμε να αποκτήσουμε, είμαστε μία λύση ανάγκης, θεωρούμε ότι έχουμε πόλεμο, δεν θέλουμε να υπάρχουμε. Θέλουμε να υπάρχει ένα ΕΣΥ το οποίο θα παρέχει υψηλού επιπέδου υπηρεσίες· και τη στιγμή που οι ανασφάλιστοι πολίτες θα αποκτήσουν φουλ πρόσβαση στο ΕΣΥ, εμείς θα κλείσουμε» (32).

γ) Δεν θέλουν να γραφειοκρατικοποιηθούν:

«Γιατί φανταστήκαμε ότι θα τρέχαμε σε γρανάζια γραφειοκρατίας, τα οποία δεν είχε χρόνο κανείς από εμάς να το κάνει... δεν θέλαμε να μπλέξουμε σε τέτοια μονοπάτια» (36).

«Δεν θέλαμε να έχουμε μια σταθερή μορφή, θα αρχίζαμε διάφορα με νομοθεσίες, [θα χρειαζόταν] να πληρώσουμε, θα είχε άλλες υποχρεώσεις» (37).

δ) Αρνούνται την ιεραρχική συγκρότηση:

«Γιατί κάθε νομική μορφή, ακόμα και ο σύλλογος, που είναι η πιο δημοκρατική μορφή, το πιο δημοκρατικό από μορφή οργάνωσης μόρφωμα που μπορεί να πάρει έγκριση από το πρωτοδικείο και πάλι έχει πυραμιδωτή [μορφή], έχει αναγκαστικά ΔΣ, έχει εκλογές, δεν μπορείς να φύγεις από αυτά τα πράγματα» (3).

«Επειδή εμείς είμαστε μια ομάδα που αρνείται να οργανωθεί στη βάση ενός σωματείου, δεν έχει ΔΣ... δεν έχει μόνιμες οργανωτικές δομές» (13).

ε) Έχουν την αποδοχή θεσμικών φορέων:

«[Συζητήθηκε] πάρα πολύ στις συνελεύσεις το αν θα πάμε να καταθέσουμε στο πρωτοδικείο, να κάνουμε καταστατικό κ.λπ.... Αλλά, απ' ό,τι φαίνεται, οι περισσότεροι

τεροι δεν συμφωνούν, ότι αφού δεν χρειάζεται, αφού έχουμε τη συμφωνία του ιατρικού συλλόγου..., του οδοντιατρικού συλλόγου..., ότι είμαστε καλυμμένοι» (34).

«Δεν θεωρήσαμε ότι αυτό είναι αναγκαίο... αποκαταστήσαμε μια οργανική σχέση με τους φαρμακοποιούς» (35).

στ) Η άρνηση άλλων ΚΙ με κινηματικό χαρακτήρα να αποκτήσουν νομική μορφή διαχέεται και διαμορφώνει τις πρακτικές των νέων ΚΙ που δημιουργούνται:

«Γιατί θέλαμε ακριβώς να δώσουμε την ιδέα και σε άλλους, ήμαστε ουσιαστικά το πρώτο ιατρείο που φτιαχνόταν έτσι, σαν κινηματική δομή, να μην μπλέξουμε σε άδειες από συλλόγους και όλα αυτά» (3).

«Επειδή εμείς είμαστε σε ένα ευρύτερο δίκτυο ΚΙ, βλέποντας και τη λειτουργία των άλλων ΚΙ, που δεν ξεκίνησαν έχοντας κάποια νομική μορφή» (39).

ζ) Αρνούνται να διαχειρίζονται χρήματα:

«Αρνείται να διαχειριστεί χρήματα» (13).

η) Δεν πληρούνται συγκεκριμένες προϋποθέσεις:

«Και επίσης πρέπει να υπάρχουν συγκεκριμένες προδιαγραφές χώρου, που εμείς δεν μπορούμε να τις έχουμε, γιατί αυτός ο χώρος μας δόθηκε, σε αυτόν το χώρο πρέπει να λειτουργήσουμε» (6).

θ) Θα έχανε το ΚΙ το χαρακτήρα της αντίστασης:

«Ως ΚΙ δεν θέλαμε να αποκτήσουμε νομική μορφή, γιατί θέλουμε το ΚΙ να είναι μια πράξη αντίστασης καταρχήν. Αν ήταν να ενσωματωθούμε και να γίνουμε ένας φορέας ακόμη ή ΜΚΟ που να εκμεταλλεύεται το νόμο, ουσιαστικά να πολλαπλασιάζει το πρόβλημα που υπάρχει στην Ελλάδα, δεν θέλαμε να το κάνουμε. Εμείς θέλαμε να έχουμε μια μορφή, ένα ΚΙ, το οποίο εκτός από τις υπηρεσίες υγείας που θα παρέχει, να κάνει στην πράξη αντίσταση, οπότε η αντίσταση και η νομική μορφή θα έρχονταν σε μία αντίθεση» (21).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι 7 κινηματικά ΚΙ αποφάσισαν να ακολουθήσουν το παράδειγμα της πρώτης δομής που το εφάρμοσε και να ιδρύσουν Σύλλογο Φίλων ΚΙ. Η συγκεκριμένη επιλογή προκρίθηκε διότι διευκολύνει ζητήματα διαφάνειας στην οικονομική διαχείριση και στην παραχώρηση του χώρου λειτουργίας χωρίς να περιορίζει την αυτόνομη και αμεσοδημοκρατική λειτουργία των δομών:

«Αυτό τώρα... επειδή θα είχαμε πολλά έξοδα και θέλαμε εισφορές και δωρεές... σκεφτήκαμε ότι ο καλύτερος τρόπος και ο πιο δημοκρατικός είναι η δημιουργία ενός συλλόγου φίλων υποστήριξης του ΚΙ, αυτό και φτιάξαμε και το οποίο είναι εγκεκριμένο από το πρωτοδικείο και άρα έχει και ΑΦΜ. Αλλά αυτό είναι ένα κομμάτι δίπλα στο ΚΙ. Δεν είναι το ίδιο το ΚΙ... και επειδή είχαμε την άποψη ότι πρέπει να είμαστε μια δομή που λειτουργεί αμεσοδημοκρατικά, διατηρήσαμε εμείς την αυτονομία μας και είπαμε στο σύλλογο φίλων: "Να μας στηρίζετε και νομικά και πολιτικά και να έχετε το ταμείο. Εμείς, θα κάνουμε τη δουλειά μας ιατρικά"» (3).

«Έχουμε νομική μορφή, τους φίλους του ΚΙ, οι οποίοι όμως είναι ανεξάρτητοι από το ΚΙ. Έχει δημιουργηθεί περισσότερο για να μας καλύπτει σε θέματα παροχής αποδείξεων και ταμείου, δηλαδή τα λεφτά ουσιαστικά πάνε στους φίλους του ΚΙ και ό,τι απόδειξη, όποιος θέλει, ας πούμε, να κάνει μια δωρεά στο ΚΙ και όποιος θέλει απόδειξη του δίνουμε μέσω του συλλόγου» (21).

«Κάναμε ένα σύλλογο φίλων του ιατρείου, όπως έχουν πολλά ιατρεία, για το οικονομικό κομμάτι βασικά, των δωρεών κλπ. Ουσιαστικά ο σύλλογος φίλων του ιατρείου έχει αποκλειστικά αυτόν το ρόλο, της διαχείρισης των οικονομικών, δεν κάνει κάτι άλλο, λειτουργούμε όπως λειτουργούσαμε μέσω των γενικών συνελεύσεων, χωρίς ΔΣ» (48).

Σε παρόμοια επιλογή προχώρησαν και δύο άλλες δομές, οι οποίες αποτελούν σύμπραξη, στη μια περίπτωση δημοτικής παράταξης και κινηματικής πρωτοβουλίας και στην άλλη τοπικών φορέων:

«Στην αρχή, δεν είχαμε νομική μορφή. Στην πορεία, όμως, επειδή έπρεπε [να διαχειριζόμαστε] κάποια χρήματα, να κάνουμε κάποιες εκδηλώσεις, γίναμε, κάναμε ένα σύλλογο φίλων ΚΙ... Εμείς το πρόβλημά μας είναι τα έσοδά μας φυσικά, λεφτά τα οποία έρχονται τα περισσότερα από δωρεές και από εκδηλώσεις. Και για να κάνουμε εκδηλώσεις, θα έπρεπε να πάρουμε άδεια από την εφορία... Στην αρχή είπαμε δεν θέλουμε καμιά νομική μορφή, ούτως ή άλλως είμαστε παράνομοι, δεν είμαστε νόμιμοι από κανέναν, δεν μας αφορούσε αυτό το κομμάτι. Αλλά πρακτικά, είδαμε ότι στην πορεία δεν γινότανε, έπρεπε κάτι να κάνουμε» (14).

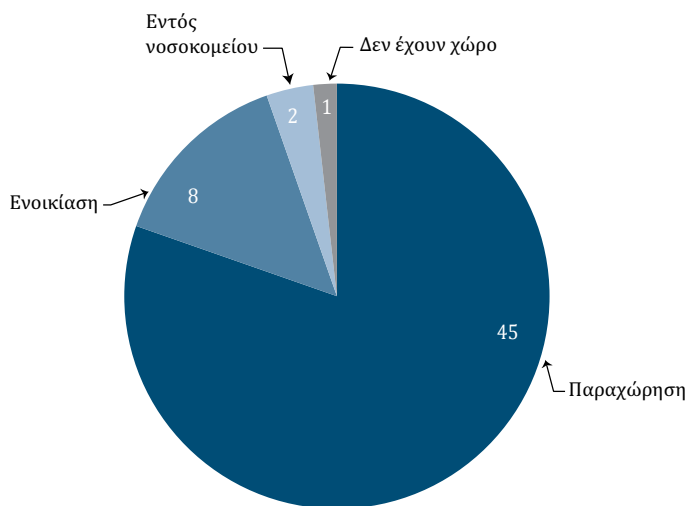
«Στη συνέχεια, στήθηκε ο σύλλογος φίλων δικτύου ΚΙ... Οπότε υπάρχει και μια συλλογική υποστήριξη από πίσω από όλους αυτούς τους φορείς, όμως το ΚΙ σαν ΚΙ, πώς να το πω, δεν έχει νομική υπόσταση... Για να έχει νομική μορφή... μόνο και μόνο για να... να έχουμε κάποια έσοδα, να μπορεί κάποιος δηλαδή ακόμα και χορηγός να δώσει 50 ευρώ ή 1 ευρώ και να μπορεί να πάρει απόδειξη, θέλαμε να είναι όλα νόμιμα

και, εντάξει, να μπορούμε να ελεγχθούμε, να μην ακουστεί τίποτα σε βάρος μας, ότι μπαίνουνε χρήματα, δεν ξέρουμε πού πάνε και όλα αυτά. Γι' αυτό το επιλέξαμε» (50).

4.4 Χώρος λειτουργίας

Τα περισσότερα ΚΙ λειτουργούν σε χώρους που τους έχουν παραχωρηθεί από φορείς του ευρύτερου δημόσιου τομέα (Διάγραμμα 5).

Διάγραμμα 5: Αριθμός ΚΙ με βάση το καθεστώς χρήσης του χώρου λειτουργίας



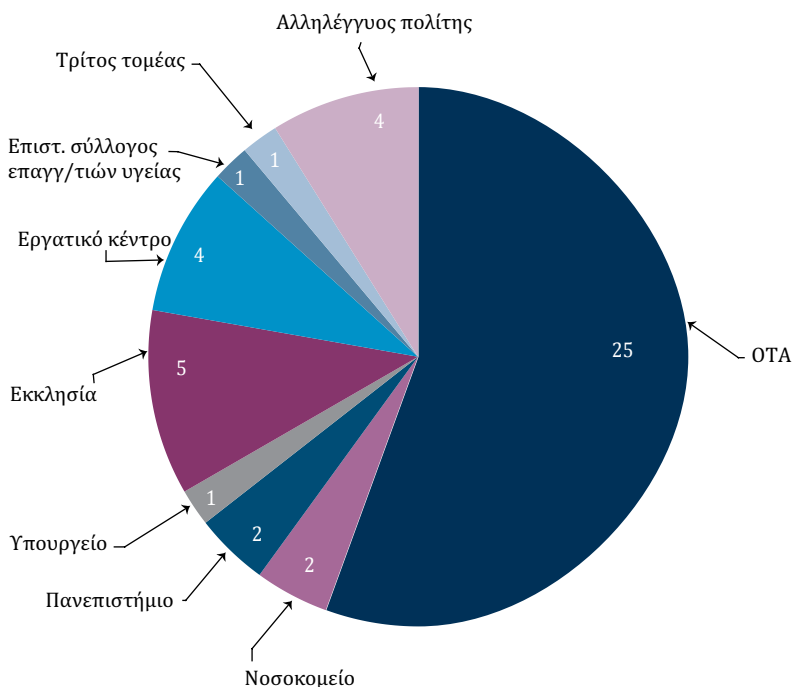
Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

Η παραχώρηση κρίνεται απαραίτητη, τουλάχιστον στα πρώτα έτη λειτουργίας, λόγω του υψηλού κόστους ενοικίασης. Παρ' όλα αυτά, 8 δομές ενοικιάζουν το χώρο στον οποίο λειτουργούν. Ενδιαφέρον παρουσιάζουν 2 περιπτώσεις ΚΙ που λειτουργούν εντός νοσοκομειακού κτιρίου. Τέλος, ένα ΚΙ δεν διαθέτει χώρο, αλλά λειτουργεί αποκλειστικά ως δίκτυο παραπέμποντας τους λήπτες των υπηρεσιών στα ιδιωτικά ιατρεία των εθελοντών γιατρών.

Αναφορικά με τους φορείς που έχουν παραχωρήσει υποδομές σε ΚΙ, παρατηρούμε ότι υπερτερούν οι ΟΤΑ (Διάγραμμα 6), καθώς 25 από τις 45 περιπτώσεις

παραχώρησης προέρχονται από δήμους. Ακολουθούν τα εργατικά κέντρα, η εκκλησία και μεμονωμένοι πολίτες οι οποίοι διέθεταν αναξιποίητα ακίνητα και τα παραχώρησαν σε ΚΙ σε ένδειξη αλληλεγγύης. Η παραχώρηση από τον ευρύτερο δημόσιο τομέα είναι επικρατέστερη αν συμπεριλάβουμε και τις υπόλοιπες 5 περιπτώσεις (πανεπιστήμιο, νοσοκομείο, υπουργείο). Βέβαια, σε μία περίπτωση, η παραχώρηση δεν ήταν καρπός συνεργασίας από την αρχή, αλλά αποτέλεσμα μιας διαδικασίας που ξεκίνησε με τη μορφή κατάληψης:

Διάγραμμα 6: Φορείς που έχουν παραχωρήσει υποδομές σε ΚΙ



Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

«Αυτός ο χώρος στον οποίο βρίσκεστε ανήκει στο Υπουργείο... Ήταν εγκαταλειμμένος, εδώ και μια δεκαετία, τον καταλάβαμε και μετά από έναν πολύ μεγάλο αγώνα αναγκάστηκε το Υπουργείο να μας τον παραχωρήσει» (13).

Σε κάθε περίπτωση, η παραχώρηση χώρων από τον δημόσιο τομέα υποδηλώνει τη δυνατότητα συνεργειών μέσω της αξιοποίησης σχολάζουσας δημόσιας περιουσίας.

Αναφορικά με την παραχώρηση υποδομών από τα κατά τόπους εργατικά κέντρα, παρατηρούμε μια ενδιαφέρουσα συσχέτιση, καθώς και στις 4 περιπτώσεις η παραχώρηση γίνεται σε κινηματικές πρωτοβουλίες. Αυτό το εύρημα υποδεικνύει τόσο την τάση των κινηματικών πρωτοβουλιών να απευθυνθούν στα εργατικά κέντρα λόγω πολιτικής κουλτούρας, αλλά και την τάση των τοπικών εργατικών κέντρων να στεγάσουν εγχειρήματα αλληλεγγύης. Ωστόσο, αυτή η σχέση σε μία περίπτωση αποδείχτηκε πολύ δύσκολη. Ένα τοπικό εργατικό κέντρο προχώρησε στην έξωση ενός ΚΙ κατά τη διάρκεια της υλοποίησης της έρευνας με την αιτιολογία ότι το ΚΙ δεν έχει αποκτήσει διακριτή νομική μορφή, ότι η στέγαση του ΚΙ προκαλεί δυσλειτουργίες στο χώρο και ότι υπάρχει ανάγκη αξιοποίησης του χώρου από σωματεία και άλλες υπηρεσίες του εργατικού κέντρου. Η συγκεκριμένη κίνηση προκάλεσε μεγάλη αίσθηση με την αποστολή ψηφισμάτων αλληλεγγύης από άλλα ΚΙ αλλά και από εργατικά κέντρα και σωματεία. Σύμφωνα με τα λεγόμενα εκπροσώπου του ΚΙ, η συγκεκριμένη απόφαση υπαγορευόταν από την πρόθεση άσκησης πολιτικού ελέγχου από το εργατικό κέντρο και από τη σθεναρή απαίτηση της δομής για αυτονομία:

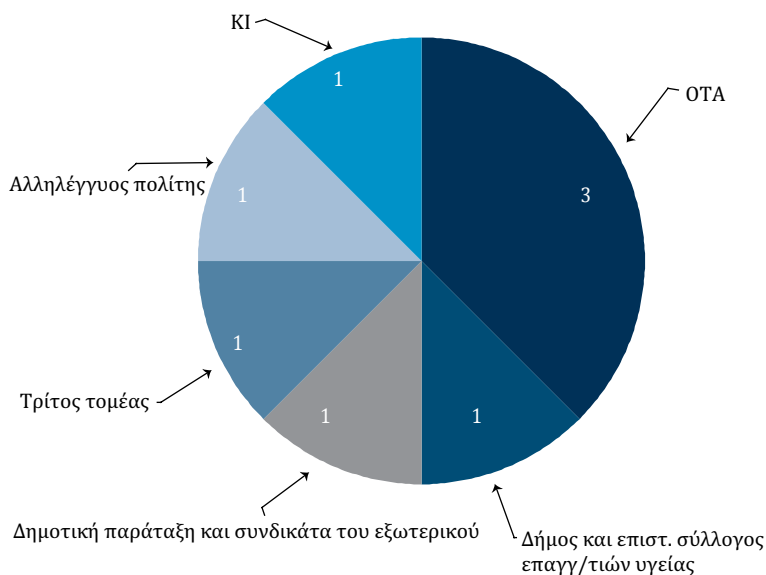
«Στην αρχή, όταν ξεκινήσαμε... το εργατικό κέντρο μάς είχε μη στάξει και μη βρέξει: "Όχι δεν χρειάζεται να πληρώνετε τίποτε, εσείς εξάλλου δουλεύετε για το λαό" κ.λπ... Ως προς τη νομιμότητα το αναλύσαμε· με τη στενή έννοια του όρου δεν μπορεί να υπάρχει νόμιμο ένα ΚΙ. Το δεύτερο που έχει να κάνει με τις δυσλειτουργίες, ναι υπάρχουν δυσλειτουργίες που είναι λογικές στα πλαίσια λειτουργίας ενός ΚΙ σ' ένα χώρο. Ναι έρχονται Ρομά μες στο χώρο, τι να τους κάνουμε, ναι έρχονται ναρκομανείς μες στο χώρο και ζητάνε φάρμακα και τους δίδωχνουμε. Αυτά τα περιμένεις... δεν είναι έκπληξη. Λοιπόν και τρίτο είναι το πιο αστείο... Εντάξει, πρώτον υπάρχουν χώροι, αλλά και να μην υπήρχανε είναι τραγικό να βγάζεις ένα ΚΙ, για να στεγάσεις ένα σύλλογο... Αυτό ήτανε για μένα μία ακόμη απόδειξη... πόσο άσχημα δρα ο συνδικαλισμός στη χώρα μας» (21).

Ακόμα και στις περιπτώσεις ενοικίασης (8 δομές), το κόστος καλύπτεται κυρίως από άλλους φορείς της Ελλάδας ή/και του εξωτερικού (Διάγραμμα 7).

4.5 Χρηματοδότηση

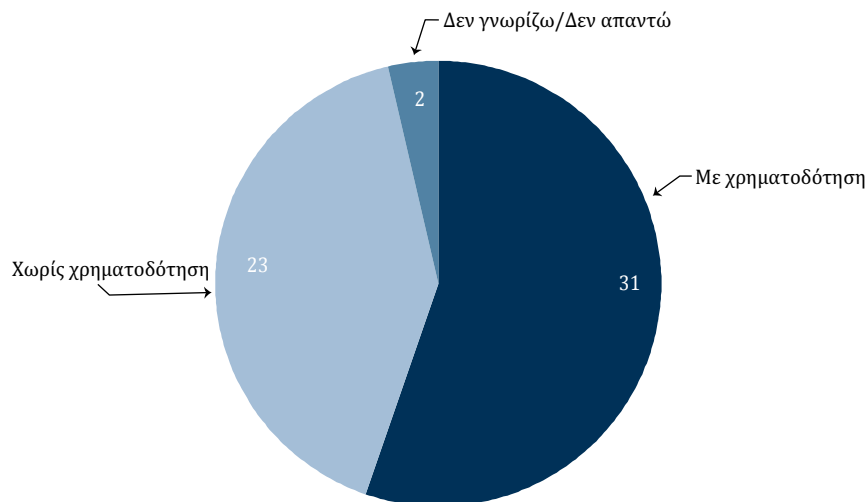
Αναφορικά με τον τρόπο χρηματοδοτικής στήριξης των ΚΙ, παρατηρούμε ότι η συγκεκριμένη διάσταση προκάλεσε τη μεγαλύτερη δυσκολία απάντησης

Διάγραμμα 7: Κάλυψη κόστους ενοικίασης χώρων



Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

Διάγραμμα 8: Αριθμός ΚΙ ανάλογα με το αν λαμβάνουν χρηματοδότηση



Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

από πλευράς των εκπροσώπων των ΚΙ που συμμετείχαν στην έρευνα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, 31 ΚΙ δηλώνουν ότι λαμβάνουν χρηματοδότηση, 23 δομές ότι δεν λαμβάνουν καμιάς μορφής χρηματοδότηση, ενώ εκπρόσωποι 2 δομών αδυνατούσαν να παρέχουν οποιαδήποτε απάντηση (Διάγραμμα 8).

Εκκινώντας από τα ΚΙ που δεν λαμβάνουν χρηματοδότηση, παρατηρούμε ότι προτιμούν τη συνεισφορά σε είδος (χώρος, εξοπλισμός, αναλώσιμα) έναντι της διαχείρισης πόρων σε χρηματική μορφή:

«Οι λόγοι είναι οι εξής: Πρώτος λόγος και κυριότερος είναι ότι δεν θέλουμε να μπει η παραμικρή υπόνοια στο μυαλό του οποιουδήποτε ότι διαχειριζόμαστε χρήματα, για λόγους διαφθοράς κ.λπ. Το δεύτερο και το πιο σημαντικό είναι ότι είναι πολύ εύκολο για κάποιον να κάνει μία δωρεά χρηματική· πατά ένα κουμπί στον υπολογιστή του και κλείνει πάρα πολύ όμορφα το βράδυ και πάει να κοιμηθεί. Εμείς θέλουμε οι πολίτες να γίνουνε κοινωνοί των προβλημάτων των ασθενών μας. Το να μπουν στη διαδικασία να πάνε να αγοράσουν ένα φάρμακο ή να βάλουν κάποια χρήματα σε κάποιο φαρμακείο για να πάμε να πάρουμε φάρμακα ή να έρθουν εδώ να μας φέρουν τροφές για παιδιά και πάνες, και να τους κάνουμε την ξενάγηση, όπως έκανα σ' εσάς, αντιλαμβάνονται το πρόβλημα καλύτερα, θα βγούνε αύριο μεθαύριο στην κοινωνία και θα το πούνε. Είναι πολλαπλασιαστής ισχύος» (32).

«Καμία, ούτε έχουμε κάνει ποτέ αίτηση για χρηματοδότηση... Το θεωρούμε βασική αρχή αυτό, ότι εμείς δεν δεχόμαστε χρήματα, το έχουμε διακηρύξει αυτό, δεν δεχόμαστε χρήματα και λειτουργούμε με βάση την αλληλεγγύη που δείχνουνε οι λαϊκές μάζες, ο κόσμος δηλαδή, ο οποίος έχει αγκαλιάσει αυτή την υπόθεση. Δεν έχουμε ανάγκη από χρήματα, έχουμε ανάγκη από φάρμακα. Τα φάρμακα μας τα φέρνουνε ο κόσμος, οι φαρμακοποιοί, εάν ποτέ χρειαστεί κάποιο ειδικό φάρμακο να το αγοράσουμε, τότε κάνουμε το εξής, λέμε σε αυτόν που θέλει να δώσει χρήματα να τα στείλει στο φαρμακείο από το οποίο θα αγορασθεί το φάρμακο. Εμείς οι ίδιοι δεν δεχόμαστε χρήματα» (35).

Οι δομές που λαμβάνουν χρηματοδότηση χωρίζονται αναφορικά με την πηγή προέλευσης της χρηματοδότησης.

Οι κινηματικές πρωτοβουλίες που δέχονται εκτός από τη στήριξη σε είδος και χρηματοδοτική ενίσχυση (10 δομές) και οι 2 δομές στις οποίες συμμετέχει δημοτική παράταξη βασίζουν τη συγκεκριμένη επιλογή στην ανάγκη κάλυψης

λειτουργικών δαπανών, αγοράς συγκεκριμένων φαρμάκων και λοιπού εξειδικευμένου υλικού. Τα χρήματα προέρχονται κυρίως από δράσεις που οργανώνουν οι ίδιες, από πολίτες και συνδικάτα της Ελλάδας και του εξωτερικού και από τη συλλογικότητα «Αλληλεγγύη για Όλους» σε ένδειξη υποστήριξης του εγχειρήματος, ενώ μόνο σε 2 περιπτώσεις έχουν λάβει χρηματοδότηση από τη δημοτική παράταξη με την οποία σχετίζονται:

«Λεφτά βγάξαμε με εκδηλώσεις που κάναμε πολιτιστικές και με την έκδοση ενός ημερολογίου που βγάζουμε κάθε χρόνο που πήγαινε σαν οικονομική ενίσχυση... Τελευταία, όμως... που έχουμε γίνει αρκετά γνωστοί στην Ευρώπη, σε αρκετές χώρες, εκεί πια, έχουν αρχίσει κι έρχονται λεφτά, σοβαρά ποσά, ένα, το δεύτερο κομμάτι είναι σύλλογοι και συνδικάτα της πόλης· Χριστούγεννα, Πάσχα, στις γιορτές, σχολεία που μας έχουν μάθει, άνθρωποι που αντί για στεφάνια σε θανάτους, τα δίνουν σ' εμάς» (3).

«Τα μόνα έσοδά μας είναι από εκδηλώσεις που κάνουμε εμείς, από εκδηλώσεις που κάνουν άλλοι για μας, δηλαδή είναι σύλλογοι, τα σχολεία της πόλης, υπάρχουν· ας πούμε, είναι ποδοσφαιρική ομάδα που κάνει ανά διαστήματα αγώνες και τα έσοδα πάνε στο ΚΙ, μια θεατρική ομάδα, εμείς έχουμε κάνει κάποια μπαζάρ, Χριστούγεννα-Πάσχα με κατασκευές δικές μας, και το μεγάλο ποσό που έχουμε πάρει είναι από κάποιους ομογενείς του Καναδά, οι οποίοι μας έστειλαν 3.000 ευρώ, τα οποία βέβαια, εμείς είπαμε ότι θέλουμε γιατί τα βασικά μας έξοδα είναι τα εμβόλια, τα άλλα έξοδα τα λειτουργικά με τις εκδηλώσεις εδώ τα βγάζουμε, όμως τα εμβόλια είναι πάρα πολύ ακριβά... Και τα υπόλοιπα έσοδά μας είναι από τον κόσμο· ο άλλος, ας πούμε, αντί στεφάνι σε κάποια κηδεία ενός γνωστού του δίνει, ας πούμε, 50 ευρώ στο ΚΙ» (14).

«Δηλαδή έχουμε πάρει λεφτά από τη [δημοτική παράταξη] και έχουμε πάρει λεφτά από την "Αλληλεγγύη για Όλους"... Και χρήματα έχουμε πάρει από ιδιώτες και από συνδικάτα του εξωτερικού» (31).

«Η "Αλληλεγγύη για Όλους" μας έχει δώσει κάποιο ποσό... και κάτι ιδιώτες και βασικά τα περισσότερα χρήματα βέβαια τα έχουμε μαζέψει από εκδηλώσεις που έχουμε κάνει και από τις συνδρομές των μελών και των φίλων... από την αλληλεγγύη που ξεκίνησε και μας βοήθησε... 1.500 ευρώ... Με τα 1.500 ευρώ, από πουθενά αλλού, όλα τα άλλα είναι ιδιωτικά, δηλαδή άνθρωποι που μας δίνουν μικροποσά και κάποιες εκδηλώσεις που κάναμε εμείς πέρσι το καλοκαίρι» (44).

Οι δομές που έχουν συγκροτηθεί με πρωτοβουλία θεσμικών φορέων αξιοποιούν μια μεγαλύτερη γκάμα χρηματοδοτικών πηγών η οποία περιλαμβάνει χρηματοδοτική στήριξη από τους θεσμικούς φορείς που συμμετέχουν μέχρι συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της ΕΕ:

«[Ο δήμος πληρώνει το ενοίκιο;] Ναι, ναι. Και γραφική ύλη... Και αναλώσιμα ναι. Και το ηλεκτρικό, το ίντερνέτ, τα πάγια έξοδα... Ναι, οι περισσότεροι από τους εθελοντές έχουν περάσει ως πεντάμηνο⁶... 12 ήτανε το πρώτο πεντάμηνο. Και... 7 στη δεύτερη... Και επί της ουσίας, τα πεντάμηνα τα πρώτα το στήσανε, έτσι;» (12).

«Οι δύο φαρμακοποιοί και η κοινωνική λειτουργός είναι από ένα πρόγραμμα το οποίο το πήραμε τελευταία, έχει 5-6 μήνες. Το πρόγραμμα... με 29 εργαζόμενους σε κοινωνικές δομές του δήμου... και αναλογούν 3 στο ΚΙ... αλλά είχαμε και κάποιους από κάποια προγράμματα τα οποία ήταν βραχυχρόνια, οπότε καταλαβαίνετε ότι και το να έχουν σταθερό σημείο συνάντησης και επαφής και όσον αφορά και τα πρόσωπα είναι σημαντικό» (20).

«Δηλαδή έχουμε κάποιες σημαντικές, αν θέλεις, στηρίξεις οικονομικές από τράπεζα, από το ινστιτούτο καταναλωτών όχι, μια αλυσίδα σουπερ μάρκετ μάς έχει δώσει ένα σημαντικό ποσό, 3.000 ευρώ δηλαδή μια και έξω, και επίσης από διάφορες εκδηλώσεις που γίνονται [από] φορείς, σωματεία κλπ. Α, η ΓΣΕΒΕΕ μάς έχει δώσει οικονομική στήριξη 1.000 ευρώ, σωματεία και επίσης γίνονται συχνά εκδηλώσεις από ιδιωτικούς φορείς, σωματεία, συλλόγους με την ευκαιρία της Αποκριάς, των Χριστουγέννων κλπ. γίνονται και τα έσοδα μάς τα παραχωρούν» (46).

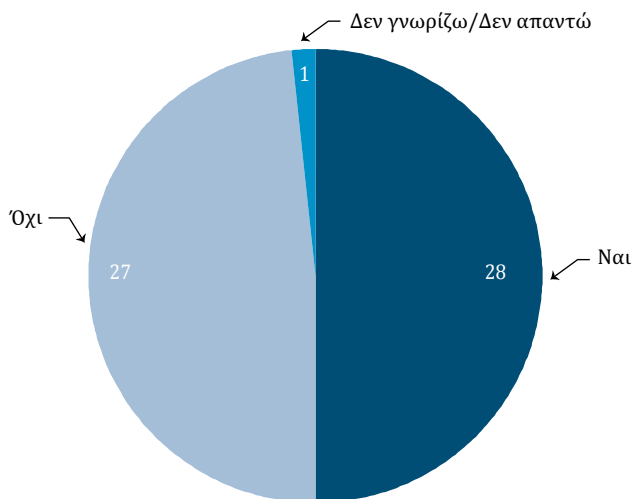
Αναφορικά με τις χορηγίες, τα ΚΙ μοιράζονται ως προς τη θέσπιση κριτηρίων/προϋποθέσεων λήψης (Διάγραμμα 9).

Το σύνολο των κινηματικών δομών έχει θεσπίσει κριτήρια για τη λήψη οικονομικής στήριξης, θέτοντας φραγμό στις πηγές (κράτος, ΕΕ, εκκλησία, κόμματα, μεγάλες κερδοσκοπικές εταιρείες) ή/και στη διαδικασία (διαφήμιση χορηγών):

«Δηλαδή ότι δεν παίρνουμε λεφτά και στήριξη, λέμε από την ΕΕ, από προγράμματα δηλαδή οποιουδήποτε τύπου, από την αγορά, από τις εταιρείες, από την κυβέρνηση και από οποιονδήποτε, λέμε, έχει συμβάλει σε αυτή την κατάσταση. Με την έννοια, ας πούμε, μάς είχαν πλησιάσει κόμματα και μάς είπαν: "Θέλετε να σας

6. Αναφέρεται στα προγράμματα κοινωνικού έργου πεντάμηνης διάρκειας του Υπουργείου Εργασίας.

Διάγραμμα 9: Αριθμός ΚΙ με βάση τη θέσπιση κριτηρίων για τη λήψη χορηγιών



Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

στηρίζουμε;" και εμείς είπαμε: "Δεν θέλουμε τα κόμματα". Αλλά τους λέγαμε: "Αν θέλετε εσείς ως πρόσωπα μέσα σε αυτή τη συλλογικότητα να στηρίξετε το ΚΙ, να το στηρίξετε ως πρόσωπα", όποιο κόμμα κι αν είναι αυτό δηλαδή» (3).

«Ο βασικός όρος είναι ότι αυτός που θα δώσει χρήματα στο ΚΙ ή οποιαδήποτε άλλη βοήθεια δεν θα διαφημιστεί γι' αυτό το πράγμα, ούτε εμείς εννοείται ότι θα τον διαφημίσουμε, αλλά δεν θα διαφημιστεί κυρίως... Πήρε τηλεφώνο το ίδρυμα [αναφορά σε συγκεκριμένο όνομα]: "Το ίδρυμα [αναφορά σε συγκεκριμένο όνομα] έχει κάποια κονδύλια που τα δίνει σε κοινωνικές δομές κι αν θέλετε να πάρετε και εσείς". Τελικά από τη συνέντευξη αποφασίστηκε να μην τα πάρουμε... Ο [αναφορά σε συγκεκριμένο όνομα] εκμεταλλεύεται τη φιλανθρωπία για να προωθήσει τα δικά του ύστερα σχέδια... Καταρχάς η χρηματοδότηση μέσω ΕΣΠΑ σημαίνει ότι θα προσληφθούν δυο-τρία άτομα στο ΚΙ, οι οποίοι θα αμείβονται με μισθούς πείνας, αυτός είναι και ο βασικός ρόλος του ΕΣΠΑ, να προωθήσει ένα μοντέλο εργασίας το οποίο είναι σκλαβιά, ένα πράγμα που μας βρίσκει αντίθετους, ένα δεύτερο είναι ότι αυτοί που μας έφεραν σ' αυτή την κατάσταση, δηλαδή να χρειαζόμαστε ΚΙ, έρχονται τώρα και μας λένε: "Θα επιδοτήσουμε τα ΚΙ", είναι μια αντίφαση... Αν θέλουν να δώσουν λεφτά, να τα δώσουν στα νοσοκομεία, γιατί τα δίνουν σ' εμάς, θέλουν να προσλάβουν κόσμο και δεν προσλαμβάνουν. Τρίτο είναι, αν και οι δύο προηγούμενοι λόγοι ήταν πολύ μεγαλύτερης σημασίας, είδαν ότι θα υπήρχε πρόβλημα μεταξύ των

εθελοντών αμέσως, δηλαδή ενώ κανένας δεν πληρώνεται γι' αυτό που προσφέρει στο ΚΙ, ξαφνικά θα βρίσκονταν δυο-τρία άτομα που θα πληρώνονταν» (21).

«Το μόνο που έχουμε είναι ότι δεν διαφημίζουμε κανέναν... Όπως έχουνε και οι υπόλοιποι. Δηλαδή ουσιαστικά έχουμε, η χάρτα που έχει ψηφιστεί –που φαντάζομαι την έχετε υπόψη σας– την εφαρμόζουμε και εμείς στα βασικά της σημεία. Το μόνο που κάνουμε είναι όταν είναι από κάποιο μνημόσυνο, ας πούμε, το βγάζουμε στην εφημερίδα για να υπάρχει διαφάνεια, δηλαδή για λόγους διαφάνειας το κά-νουμε αυτό το πράγμα» (48).

Παρομοίως και οι 2 δομές στις οποίες συμμετέχει δημοτική παράταξη έχουν κριτήρια για τη λήψη οικονομικής στήριξης:

«Κοίτα, αν κάποια εταιρεία μάς κάνει δωρεά και δεν θέλει διαφήμιση, τη δεχόμαστε... Δεχόμαστε αν έρθει κάποια φαρμακευτική ή κάποια άλλη εταιρεία, δεχόμαστε. Δεν δεχόμαστε όμως να διαφημιστεί μέσω του ΚΙ... Ναι, με το ΕΣΠΑ καθόλου, όχι, δεν... Όχι, γιατί και μόνο που μπαίνει σε τέτοιο λούκι, είναι σα να, γίνεσαι δέσμιος, γιατί από ό,τι θυμάμαι σε μια συγκέντρωση που είχαμε στη Θεσσαλονίκη, ήταν ένα ΚΙ... το οποίο είχε μπει σε προγράμματα ΕΣΠΑ, έτσι; Και αυτό έπρεπε με συγκεκριμένους όρους να λειτουργεί, και γι' αυτό βέβαια εμείς δεν το δεχόμαστε» (14).

«Ναι, δηλαδή δεν είναι ότι έχουμε φτιάξει ένα φοβερό καταστατικό με όρους, αλλά, αν έρθει, ας πούμε, μια εταιρεία, που μας έχουνε πλησιάσει, και μας πει ότι θα σας κάνω διαγνωστικές εξετάσεις τζάμπα και μετά θα φαίνεται ότι είναι χορηγός του ιατρείου, λέμε όχι. Δεν θέλουμε να έχουμε και σχέση με τέτοιου είδους εταιρείες. Δηλαδή, αν έρθει μια τεράστια φαρμακευτική εταιρεία και μας πει: "θα σας παρέχω όλα τα υλικά για 5 χρόνια", δεν θα τα πάρουμε. Και δεν θα τα πάρουμε όχι γιατί το αποφάσισε ένας άνθρωπος, αλλά θα το συζητήσουμε στη συνέλευση και δεν θα τα πάρουμε... Δεν νομίζω ότι εμείς θα φτιάχναμε μία πρόταση για να πάρουμε λεφτά από το ΕΣΠΑ σε ένα πρόγραμμα» (31).

Αντίστροφα, η πλειονότητα των δομών στις οποίες έχουν συμπράξει θεσμικοί φορείς δεν θέτει κριτήρια ως προς τη λήψη οικονομικής στήριξης (27 από τις 35 δομές). Στις 8 δομές που έχουν θεσπίσει κριτήρια αυτά αφορούν κυρίως τη διαδικασία της χορηγίας και δευτερευόντως την πηγή προέλευσης:

«Μια απόπειρα που έγινε κάποια στιγμή, τι ήταν αυτοί, ογκολογικό ιατρείο, να φανεί μέσα από τη δική μας δουλειά και όλο αυτό, όπου εκεί βάλαμε φρένο, γιατί δεν μπορείς να εκμεταλλευτείς το όνομα του ΚΙ για να προβληθείς, εννοείται ότι δεν θα

παίρναμε ποτέ χρήματα από [αναφορά σε συγκεκριμένη οργάνωση], από διάφορα... τέτοια, αλλά έτσι συγκεκριμένα... και έχουμε ξεκαθαρίσει ότι είμαστε ανεξάρτητοι, έτσι; Δηλαδή, άσχετα από το αν κάποιος μας δώσει χρήματα, να μην περιμένει απολαβές από εμάς» (11).

«Να μην παρεμβαίνουν στο έργο μας, το μόνο, δηλαδή το καταστατικό μας είναι στη διάθεσή τους, οι περισσότεροι το γνωρίζουν, δεν κάνουμε διακρίσεις σε αυτούς που παρέχουμε τις υπηρεσίες μας, διακρίσεις που να έχουν σχέση με τη φυλή, το θρήσκευμα, την οικονομική κατάσταση, λειτουργούμε χωρίς καμιά παρέμβαση» (46).

«Να μην είναι η συναλλαγή με χρήματα γιατί δεν υπάρχει ούτε η δυνατότητα ούτε φτιαχτήκαμε γι' αυτόν το λόγο, να είναι... σε είδος... Χορηγός είναι αυτός ο οποίος δίνει κάτι για να προβληθεί. Σε μια τέτοια δομή δεν έχει τη δυνατότητα να προβληθεί» (53).

4.6 Τρόπος παροχής υπηρεσιών

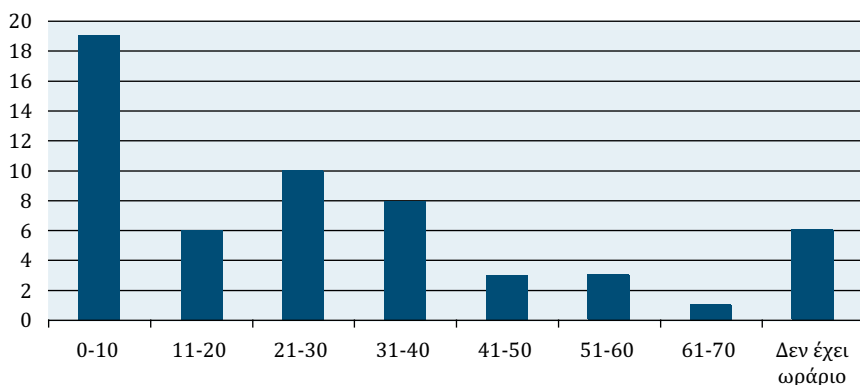
Το ωράριο των ΚΙ ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των δομών με τον συνολικό αριθμό ωρών ανά εβδομάδα να κυμαίνεται από λιγότερο από μία ώρα⁷ μέχρι τις 63 ώρες ανά εβδομάδα. Επίσης, 6 δομές δεν έχουν καθόλου σταθερό ωράριο λειτουργίας γιατί: λειτουργούν σε χώρο του νοσοκομείου, οπότε εξυπηρετούν μετά το ωράριο λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων (μία περίπτωση), λειτουργούν μόνο με ραντεβού (4 περιπτώσεις) και το ακριβές ωράριο δεν ήταν γνωστό στον εκπρόσωπο της δομής (μία περίπτωση). Ο αριθμός των ΚΙ ανάλογα με το εύρος του ωραρίου λειτουργίας αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 10.

Αναφορικά με την ύπαρξη τυπικού ή άτυπου οργανογράμματος, οι δομές μοιράζονται ως εξής: 37 ΚΙ δεν έχουν οργανόγραμμα και 19 έχουν. Πέντε κινηματικές δομές παρουσιάζουν εξαιρετικό ενδιαφέρον ως προς τον τρόπο οργάνωσης της λειτουργίας τους, καθώς η δομή οργανώνεται σε επιμέρους τομείς με διακριτές λίστες αλληλογραφίας και συνελεύσεις γεφυρώνοντας έτσι την αποτελεσματικότητα με τη δημοκρατία:

«Οι τομείς είναι: το παθολογικό, το μαιευτικό, το παιδιατρικό, το οδοντιατρείο, το ψυχολογικό, η γραμματεία και το φαρμακείο... Από κει και πέρα υπάρχει ομάδα

7. Πρόκειται για μία δομή η οποία απευθύνεται σε γυναίκες καρκινοπαθείς και δέχεται επισκέψεις μία φορά το μήνα για 3 ώρες.

Διάγραμμα 10: Αριθμός ΚΙ με βάση το ωράριο λειτουργίας (ώρες)



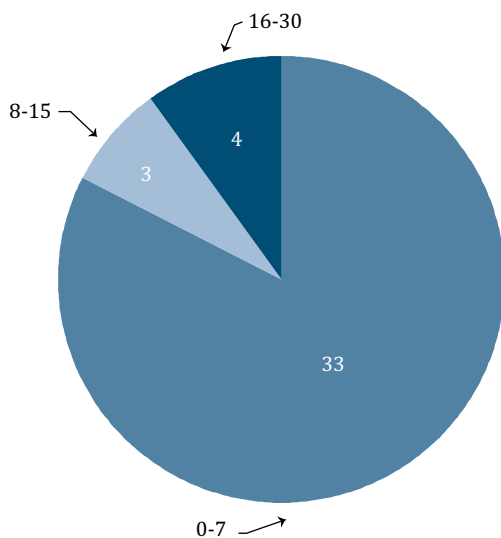
Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

εκδηλώσεων... ομάδα Τύπου, ομάδα οικονομικής παρακολούθησης... ομάδα αφίσας φτιάξαμε τώρα, αφίσας και αφισοκόλλησης» (3).

«Δηλαδή είναι η ομάδα της γραμματείας... είναι η ομάδα διαχείρισης, έχουμε και χρηματοδότησης, η ομάδα επικοινωνίας και πληροφόρησης, ομάδα συντήρησης του χώρου, ομάδα νοσηλευτών και φυσιοθεραπευτών, είχαμε και εργοθεραπευτών... ομάδα διεκδίκησης, έχουμε και ομάδα μηχανοργάνωσης... ομάδα υγείας, αυτές. Τώρα μπορεί να μας ξέφυγε και καμία ομάδα» (24).

Ως προς την ικανότητα των ΚΙ να ανταποκριθούν άμεσα σε αίτημα ληπτών, τα ΚΙ διαφέρουν ως προς το χρόνο εξυπηρέτησης ανάλογα με: α) τη δυναμικότητα της δομής ως προς τη ζήτηση των υπηρεσιών, β) το σύστημα οργάνωσης, γ) τη στελέχωση με εθελοντές/τριες που εξυπηρετούν στην έδρα της δομής ή την αξιοποίηση δικτύου εξωτερικών εθελοντών (βλ. Ενότητα 5), δ) την ιατρική ειδικότητα η οποία ζητείται. Σε γενικές γραμμές τα ΚΙ ανταποκρίνονται στα αιτήματα με αμεσότητα. Ο βασικότερος λόγος γι' αυτό είναι ότι απευθύνονται σε λιγότερο πληθυσμό και δεν πιέζονται από τον ίδιο όγκο αιτημάτων με μια κρατική δομή υγείας. Είναι χαρακτηριστικό ότι 16 δομές δεν κλείνουν ραντεβού, αλλά τους δέχονται απλώς στο ωράριο λειτουργίας και τους εξυπηρετούν είτε μέσα στις βάρδιες είτε παραπέμποντάς τους στο εξωτερικό δίκτυο εθελοντών. Οι 40 δομές που λειτουργούν με το σύστημα των ραντεβού εξυπηρετούν πάλι σχετικά άμεσα όπως αποτυπώνεται στο Διάγραμμα 11.

Διάγραμμα 11: Αριθμός ΚΙ με βάση τον μέσο χρόνο αναμονής για εξέταση (ημέρες)



Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

Όπως προκύπτει από το Διάγραμμα 11, 33 δομές εξυπηρετούν τους λήπτες εντός μίας εβδομάδας από τη λήψη του αιτήματος. Οι δομές που υπερβαίνουν αυτούς τους χρόνους είναι 7 και το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι είναι εδραιωμένες δομές και αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη ζήτηση για τις υπηρεσίες τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ακόλουθη κινηματική δομή:

«Κοίταξε να δεις τώρα, είναι ένα πράγμα όπου πια η γραμματεία θέσπισε ένα σύστημα που τις τελευταίες δύο μέρες του μήνα, δύο με τρεις μέρες το μήνα, κλείνονται τα ραντεβού για τον επόμενο. Και όχι κάθε μέρα, γιατί αυτό θα φόρτωνε πάρα πολύ τη δουλειά της. Εκεί γίνεται ένας χαμός και κλείνονται τα πάντα μέσα σε ένα τριήμερο, κλείνεται όλος ο μήνας. Όμως, επειδή δεν μας φτάνει, έρχονται πολλοί έξτρα και πολλοί γιατροί, αλλά δεν μπορώ να σου μετρήσω τον αριθμό, εγώ, ας πούμε, στη βάρδιά μου δέχομαι σχεδόν τον διπλάσιο αριθμό αρρώστων από τα ραντεβού μου των 6-9... Αυτό τώρα εξαρτάται από τη μέρα, τους γιατρούς... Επίσης έχουμε την αρχή ότι οτιδήποτε έκτακτο..., ποτέ δεν αφήνουμε έναν άνθρωπο που μπαίνει μέσα, σαν επείγον, δηλαδή έξτρα, χωρίς ραντεβού, να μην τον δούμε. Τον βλέπουμε την ίδια μέρα. Απλώς τον βλέπουμε αργά. Δεν διώχνουμε ποτέ κόσμο... Απλώς αργούμε να φύγουμε εμείς το βράδυ. Αλλά δεν διώχνουμε κόσμο» (3).

Ο χρόνος αναμονής είναι επίσης σε μεγάλο βαθμό συνάρτηση της αιτούμενης ιατρικής ειδικότητας, με τα μεγαλύτερα προβλήματα να εμφανίζονται στην κατηγορία των οδοντιάτρων, λόγω της χαμηλής προσέλευσης εθελοντών/τριών, αλλά και στις κατηγορίες των παιδιάτρων, των καρδιολόγων, των παθολόγων και των γενικών γιατρών, που έχουν τη μεγαλύτερη ζήτηση.

Παρ' όλο τον εθελοντικό χαρακτήρα τους, η συντριπτική πλειονότητα των ΚΙ (46 από τις 56 δομές) τηρεί σύστημα παρακολούθησης της υγείας των ληπτών των υπηρεσιών. Συνηθέστερα, τηρείται έντυπη κάρτα ασθενούς όπου αναγράφονται προσωπικά στοιχεία, στοιχεία ιατρικού και κοινωνικού ιστορικού, διαγνώσεις, εξετάσεις και φαρμακευτική αγωγή που έχει λάβει. Σε 11 περιπτώσεις, η έντυπη καταγραφή πλαισιώνεται και από ηλεκτρονική. Ωστόσο, το ζήτημα της ηλεκτρονικής καταγραφής, αν και αναγνωρίζεται ως σημαντικό, παραμένει δύσκολος στόχος λόγω του φόρτου εργασίας αλλά και της έλλειψης εξοικείωσης των εθελοντών/τριών με τη χρήση Η/Υ, ενώ σε μία δομή έχει κλαπεί ο Η/Υ, γεγονός που προκάλεσε ασυνέχεια στην ηλεκτρονική καταγραφή.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ένα ακόμα εύρημα το οποίο διαχωρίζει τα κινηματικά από τα περισσότερα θεσμικά ΚΙ. Τα πρώτα καταγράφουν στο βαθμό που αυτό διευκολύνει και καθοδηγεί την ιατρική πράξη, ενώ τα δεύτερα καταγράφουν και για την επαλήθευση της επιλεξιμότητας των δικαιούχων με βάση τα κριτήρια επιλογής που έχουν θέσει (βλ. Ενότητα 6). Είναι χαρακτηριστικό ότι σε μια δομή που συνδέεται με δήμο εκδίδεται ειδικά πλαστικοποιημένη κάρτα με μοναδικό barcode για λόγους ταυτοποίησης των δικαιούχων. Τέλος, οι λόγοι που 10 δομές δεν εφαρμόζουν κάποιο σύστημα παρακολούθησης της υγείας των ληπτών των υπηρεσιών είναι οι ακόλουθοι: α) περιορισμένο εύρος υπηρεσιών χωρίς τακτικότητα ανά ασθενή (π.χ. οφθαλμολογικές εξετάσεις), β) μικρός εξυπηρετούμενος πληθυσμός σε μικρή τοπική κοινωνία, γ) έλλειψη χρόνου, δ) παράλληλη λειτουργία εντός του πλαισίου του νοσοκομείου, γεγονός που καθιστά αδύνατη τη διακριτή τήρηση αρχείων, ε) απεύθυνση μόνο σε συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών οι οποίοι τηρούν προσωπικά το ιατρικό ιστορικό (π.χ. γυναίκες καρκινοπαθείς), στ) λειτουργία ΚΙ αποκλειστικά μέσω εξωτερικών συνεργατών γιατρών οι οποίοι τηρούν το δικό τους αρχείο.

5. Στελεχιακό δυναμικό των ΚΙ - Εθελοντές και αμειβόμενα στελέχη

Συνολικά, τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν τη συμμετοχή στα ΚΙ εκατοντάδων πολιτών που έχουν ενεργοποιηθεί και συμμετάσχει στις δομές κατά την περίοδο της κρίσης σε εθελοντική βάση. Το προφίλ των στελεχών αφορά, όπως είναι αναμενόμενο, κυρίως γιατρούς, αλλά ενδιαφέρον παρουσιάζει και η συμμετοχή άλλων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας-πρόνοιας. Επιπρόσθετα, απλοί πολίτες που έχουν ενεργοποιηθεί μέσω των δράσεων των ΚΙ παρέχουν σημαντικό και πολυεπίπεδο έργο στη λειτουργία τους, το οποίο αφορά το διοικητικό έργο, τη συμβολή στη λειτουργία της δομής, τη συμμετοχή σε δράσεις κ.λπ.

Ένα επιπλέον ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί η ύπαρξη αμειβόμενων στελεχών σε μικρό όμως σχετικά αριθμό ΚΙ (13 από τα 56) κυρίως μέσω προγραμμάτων τύπου ΕΣΠΑ, αλλά και υπαλλήλων ΟΤΑ. Τέλος οι απόψεις των εκπροσώπων των ΚΙ σχετικά με την ύπαρξη αμειβόμενων στελεχών αναδεικνύουν τις διαφορετικές προσεγγίσεις για το ζήτημα σε συνάρτηση με το ιδεολογικό πλαίσιο της εκάστοτε δομής.

Πιο αναλυτικά, ως προς τη δομή της παρούσας ενότητας περιγράφονται και αναλύονται τα ευρήματα στις εξής υποενότητες:

- Αριθμός και ειδικότητα των εθελοντών/τριών.
- Κριτήρια για τους εθελοντές/τριες.
- Διαδικασίες ένταξης/ αποχώρησης εθελοντών/τριών.
- Αμειβόμενα στελέχη σε ΚΙ (συμπεριλαμβάνονται τα ευρήματα αναφορικά με τις απόψεις των εκπροσώπων ή/και δομών για την αμοιβή στελεχών σε δομές αλληλεγγύης).

5.1. Αριθμός και ειδικότητες εθελοντών/τριών

Όπως είναι αναμενόμενο, βασικό κορμό των ΚΙ αποτελούν οι εθελοντές/τριες γιατροί. Η έρευνα ανέδειξε την ύπαρξη γιατρών που απασχολούνται εντός των ΚΙ αλλά και την ύπαρξη συνεργαζόμενου δικτύου γιατρών εκτός των ΚΙ. Στον Πίνακα 2 καταγράφεται ο αριθμός των ΚΙ με βάση την τάξη μεγέθους εθελοντών/τριών γιατρών που εντάσσονται οργανικά στο εγχείρημα για 47 από τις 56 δομές που συμμετείχαν στην έρευνα και έχουν εθελοντές γιατρούς οι οποίοι λειτουργούν εντός της δομής.

Πίνακας 2: Αριθμός ΚΙ με βάση την τάξη μεγέθους των εσωτερικών εθελοντών/τριών γιατρών

Αριθμός γιατρών εντός ΚΙ	Συχνότητα εμφάνισης
1 έως 5	17
6 έως 10	5
11 έως 20	9
21 έως 40	7
41 έως 60	4
61 έως 80	2
81 έως 120	3
Γενικό άθροισμα	47

Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

Σε 17 ΚΙ (17 από τα 47) συναντούμε από 1 έως 5 γιατρούς, ενώ σε 9 ΚΙ προσφέρουν εθελοντικά υπηρεσίες εντός των ΚΙ από 11 έως 20 γιατροί. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός πως σε 3 ΚΙ προσφέρουν εθελοντικά ιατρικές υπηρεσίες –σε βάρδιες– από 81 έως 120 γιατροί. Όπως είναι αναμενόμενο, το εύρημα αυτό αφορά αστικά κέντρα.

Πέραν των γιατρών που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους μέσα στη δομή των ΚΙ, σε 44 δομές αναπτύσσονται δίκτυα εξωτερικών συνεργαζόμενων γιατρών. Τα δίκτυα γιατρών αναφέρονται σε συνεργαζόμενους ιδιώτες εκτός ΚΙ ή/και συνεργαζόμενους γιατρούς από δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας, κέντρα ψυχικής

υγείας και ΕΟΠΥΥ. Για το λόγο αυτό, κωδικοποιήθηκαν και κατηγοριοποιήθηκαν οι απαντήσεις με βάση το συγκεκριμένο αναδεικνυόμενο ζήτημα (emerged issue), όπως συχνά προκύπτει στις ποιοτικού χαρακτήρα μελέτες. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 3, 14 ΚΙ υποστηρίζονται από δίκτυο εξωτερικών γιατρών το οποίο αποτελείται από 21 έως 40 άτομα. Σε 8 ΚΙ οι συνεργαζόμενοι γιατροί είναι από 11 έως 20 και σε 6 ΚΙ από 41 έως 60. Αξιοσημείωτο είναι πως σε 3 ΚΙ ο αριθμός των συνεργαζόμενων γιατρών είναι από 81 έως 120.

Πίνακας 3: Αριθμός συνεργαζόμενων γιατρών δικτύου εκτός ΚΙ

Αριθμός συνεργαζόμενων γιατρών δικτύου	Συχνότητα εμφάνισης
1 έως 5	3
6 έως 10	5
11 έως 20	8
21 έως 40	14
41 έως 60	6
61 έως 80	5
81 έως 120	3
Γενικό άθροισμα	44

Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 4, η πλειονότητα των γιατρών που συμμετέχουν στα ΚΙ είναι οι παθολόγοι (49 ΚΙ) και ακολουθούν οι παιδίατροι (46 ΚΙ). Ως τρίτη σε σειρά ειδικότητα εμφανίζονται οι καρδιολόγοι (43 ΚΙ) και ακολουθούν οι γενικοί γιατροί (42 ΚΙ) και οι γυναικολόγοι (42 ΚΙ). Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως στον αρχικό κατάλογο ειδικοτήτων που συντάχθηκε από τις ερευνήτριες προστέθηκαν επιπλέον ειδικότητες που ανέκυψαν στην πορεία της έρευνας (π.χ. αγγειολόγος, αναισθησιολόγος). Στις ειδικότητες γιατρών δεν περιλαμβάνονται οι μικροβιολόγοι, καθώς υπάρχει ξεχωριστή ερώτηση στον οδηγό συνέντευξης για τις μικροβιολογικές εξετάσεις από τα ΚΙ.

Αναφορικά με εθελοντές/τριες που εμπλέκονται στο διοικητικό έργο (υποδοχή, γραμματεία, βάρδιες, αρχειοθέτηση φακέλων ασθενών), η εικόνα αποτυπώνεται στον Πίνακα 5. Σε 17 ΚΙ εμπλέκονται από 1 έως 5 εθελοντές/τριες στο διοικητικό έργο, ενώ σε 14 ΚΙ εμπλέκονται 21 έως 40 εθελοντές/τριες. Αντίστοιχα σε

Πίνακας 4: Ειδικότητες γιατρών ανάλογα με τη συχνότητα εμφάνισης σε ΚΙ

Ειδικότητες γιατρών	Συχνότητα εμφάνισης σε ΚΙ
Παθολόγος	49
Παιδίατρος	46
Καρδιολόγος	43
Γενικός γιατρός	42
Γυναικολόγος	42
Δερματολόγος	40
Ουρολόγος	40
ΩΡΙΑ	40
Οδοντίατρος	39
Νευρολόγος	38
Ψυχίατρος	38
Πνευμονολόγος	38
Ενδοκρινολόγος	36
Ορθοπαιδικός	35
Γαστρεντερολόγος	34
Γενικός χειρουργός	33
Ρευματολόγος	25
Παιδοψυχίατρος	17
Ακτινολόγος	9
Αγγειολόγος	4
Αιματολόγος	3
Παιδοχειρουργός	3
Αναισθησιολόγος	2
Ογκολόγος	2
Χειρουργός μαστού	2
Αλλεργιολόγος	1
Λοιμωξιολόγος	1
Μαία	1

Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

9 ΚΙ δεν απασχολείται κανένας/καμία εθελοντής/τρια στη διοίκηση. Η απουσία εθελοντών/τριών στο διοικητικό έργο οφείλεται στους ακόλουθους λόγους μεμονωμένα ή συνδυαστικά:

- Δεν κρίνεται αναγκαίο για τη λειτουργία του ΚΙ.
- Δεν υπάρχουν άλλοι εθελοντές εκτός των γιατρών στο ΚΙ.
- Υπάρχουν αμειβόμενα στελέχη στη δομή.

Πίνακας 5: Αριθμός εθελοντών/τριών στο διοικητικό έργο

Αριθμός εθελοντών/τριών στη διοίκηση	Συχνότητα εμφάνισης
1 έως 5	17
6 έως 10	2
11 έως 20	9
21 έως 40	14
41 έως 60	3
Πάνω από 100	1
ΔΓ/ΔΑ	1
Κανένας/καμία	9
Γενικό άθροισμα	56

Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

Όπως αναφέρθηκε και στην εισαγωγή της συγκεκριμένης ενότητας, εκτός από την εκάστοτε ιδρυτική ομάδα, εκατοντάδες πολίτες έχουν ενεργοποιηθεί μέσω των ΚΙ σε πανελλαδικό επίπεδο. Η εμπλοκή των εθελοντών/τριών αφορά ένα ευρύ φάσμα λειτουργιών, όπως:

- παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας,
- διοικητικό έργο,
- διαλογή φαρμάκων,
- συμμετοχή σε πρακτικές εργασίες (καθαριότητα, επισκευές),
- παρεμβάσεις στην κοινότητα (εκδηλώσεις για την υγεία, συλλογή φαρμάκων, τροφίμων),

- ενημερωτικές καμπάνιες, συμμετοχή σε κινητοποιήσεις για την υγεία, συμμετοχή σε συντονιστικά όργανα,
- συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (στις περιπτώσεις στις οποίες το ανώτατο όργανο λήψης αποφάσεων είναι η Γενική Συνέλευση).

Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί πως, εκτός των εθελοντών/τριών που συμμετέχουν ενεργά στα ΚΙ, η έρευνα ανέδειξε την ύπαρξη ενός ευρύτερου συνόλου πολιτών που πλαισιώνουν υποστηρικτικά τα ΚΙ:

- πολίτες που συμμετέχουν ενεργά σε εκδηλώσεις, κινητοποιήσεις, παρεμβάσεις στην κοινότητα,
- πολίτες που προσφέρουν δωρεάν φάρμακα, εμβόλια, τρόφιμα,
- πολίτες που βοηθούν σε πρακτικά ζητήματα (όπως επισκευές),
- σύλλογοι της πόλης και φορείς που διοργανώνουν εκδηλώσεις για την οικονομική ενίσχυση των ΚΙ,
- ιδιώτες γιατροί,
- ιδιώτες φαρμακοποιοί,
- ιδιωτικά μικροβιολογικά εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα,
- φορείς και πολίτες από χώρες του εξωτερικού που συνδράμουν οικονομικά.

Εκτός των εθελοντών/τριών που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες, διοικητικό έργο ή/και εμπλέκονται στη συνολική λειτουργία του ΚΙ, ενδιαφέρον εμφανίζουν τα ευρήματα της έρευνας που αναδεικνύουν την ύπαρξη και άλλων ειδικοτήτων από το χώρο της υγείας και της πρόνοιας σε 48 δομές. Η ύπαρξη και άλλων ειδικοτήτων καταδεικνύει αφενός την ενεργοποίηση και άλλων επαγγελματιών υγείας, αλλά αναδεικνύει και εμμέσως τη στόχευση της πλειονότητας των ΚΙ για παροχή υπηρεσιών και σε άλλους τομείς, όπως η φαρμακευτική αγωγή, η ψυχολογική υποστήριξη, η κοινωνική υποστήριξη και η παροχή πληροφόρησης για προνοιακά δικαιώματα, λογοθεραπεία σε παιδιά και εφήβους, φυσικοθεραπεία κ.λπ.

Παράλληλα διαφαίνεται πιθανά η τάση μιας πιο ολιστικής προσέγγισης η οποία περιλαμβάνει μια πολυεπίπεδη υποστήριξη του χρήστη υπηρεσιών υγείας. Η άποψη αυτή ενισχύεται από το γεγονός πως ακόμη και τα 7 ΚΙ τα οποία απάντησαν πως δεν έχουν άλλες ειδικότητες εθελοντών συνεργάζονται με δημόσιες υπηρεσίες υγείας-πρόνοιας σε σταθερή βάση. Όπως ενδεικτικά αναφέρει ένας από τους εκπροσώπους των συγκεκριμένων ΚΙ:

«Όταν βλέπουμε ότι υπάρχει κάποια συγκεκριμένη ανάγκη, προσπαθούμε και βρίσκουμε τρόπο να την καλύψουμε. Δηλαδή, όταν κάποιος χρειάζεται ψυχολόγο ή κοινωνικό λειτουργό ή κάτι, από τη Μητρόπολη κάνουν τις απαραίτητες ενέργειες ώστε να έρθουμε σε επαφή και να εξυπηρετηθεί όσο είναι δυνατόν καλύτερα ο ασθενής» (1).

«Συνεργαζόμαστε με την κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου» (5).

Οι κυρίαρχες ειδικότητες εθελοντών/τριών που προέρχονται από τον ευρύτερο χώρο της υγείας και της πρόνοιας περιγράφονται στον Πίνακα 6 με βάση τη συχνότητα εμφάνισης στα ΚΙ. Ειδικότερα πρώτοι έρχονται οι φαρμακοποιοί, στη συνέχεια οι νοσηλεύτές/τριες, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, φυσιοθεραπευτές/τριες, λογοθεραπευτές/τριες και διατροφολόγοι.

Πίνακας 6: Αριθμός άλλων ειδικοτήτων επαγγελματιών υγείας-πρόνοιας στα ΚΙ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ	Συχνότητα εμφάνισης σε ΚΙ
Φαρμακοποιοί	31 (σε 11 περιπτώσεις δεν δόθηκε ο αριθμός των εθελοντών φαρμακοποιών γιατί δεν ήταν γνωστός στα υποκείμενα της έρευνας, ενώ σε τουλάχιστον 4 περιπτώσεις συμμετείχε εθελοντικά όλος ο φαρμακευτικός σύλλογος της πόλης)
Νοσηλεύτές/τριες	24 (σε 3 ΚΙ δεν δόθηκε ο ακριβής αριθμός, ενώ σε άλλες 3 δομές συμμετέχουν οι εθελοντές/τριες του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού)
Ψυχολόγοι	26 (σε 1 ΚΙ δεν δόθηκε ο ακριβής αριθμός)
Κοινωνικοί λειτουργοί	24 (σε 3 ΚΙ δεν δόθηκε ο ακριβής αριθμός)
Φυσικοθεραπευτές/τριες	14 (σε 1 ΚΙ δεν δόθηκε ο ακριβής αριθμός)
Χειριστές ακτινολογικού	11
Λογοθεραπευτές/τριες, Λογοπεδικοί	9
Διαιτολόγοι	4
Λοιπές ειδικότητες (κοινωνιολόγοι, μαιές, ψυχοθεραπεύτρια, ρεφλεξιολόγος, ιερείς, διοίκηση επιχειρήσεων, οικονομολόγοι, αρχιτέκτονες, πολιτικοί μηχανικοί, cancer survivors)	1-2

Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

Οι φαρμακοποιοί πλειοψηφούν –δεδομένου πως σε τουλάχιστον 4 περιπτώσεις το σύνολο του φαρμακευτικού συλλόγου συμμετέχει εθελοντικά στα ΚΙ– και απαντώνται με τη μεγαλύτερη συχνότητα, λόγω της παράλληλης λειτουργίας κοινωνικών φαρμακείων από τις δομές. Οι νοσηλευτές/τριες είναι η δεύτερη σε συχνότητα ειδικότητα με ρόλο επικουρικό ως προς τις ιατρικές πράξεις, αλλά και οργανωτικό. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η ύπαρξη μεγάλου αριθμού κοινωνικών λειτουργών που εμπλέκονται στη διαδικασία επιλογής επωφελούμενων, στην παροχή πληροφόρησης προνοιακών δικαιωμάτων, στην ψυχοκοινωνική στήριξη και ενδυνάμωση, στη διασύνδεση με άλλες κοινωνικές υπηρεσίες, σε συνεντεύξεις με υποψήφιους εθελοντές αλλά, σε κάποιες περιπτώσεις, και στην οργανωτική και γραμματειακή στήριξη της δομής. Οι ψυχολόγοι, που είτε συμμετέχουν πλήρως στη δομή είτε/και συνεργάζονται μέσω των ιδιωτικών τους γραφείων, παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη σε άτομα και οικογένειες που παραπέμπονται από το ΚΙ. Επιπρόσθετα, ενδιαφέρον εύρημα είναι η ύπαρξη λογοθεραπευτών/λογοπεδικών κυρίως για την υποστήριξη παιδιών αλλά και ειδικοτήτων όπως φυσικοθεραπευτές και διαιτολόγοι. Τέλος, τα ευρήματα της έρευνας αναδεικνύουν την ύπαρξη και άλλων επαγγελματιών εκτός των πεδίων της υγείας-πρόνοιας (οικονομολόγοι, πολιτικοί μηχανικοί) αλλά και ατόμων με εμπειρία καρκίνου (μία περίπτωση) στη λειτουργία των ΚΙ.

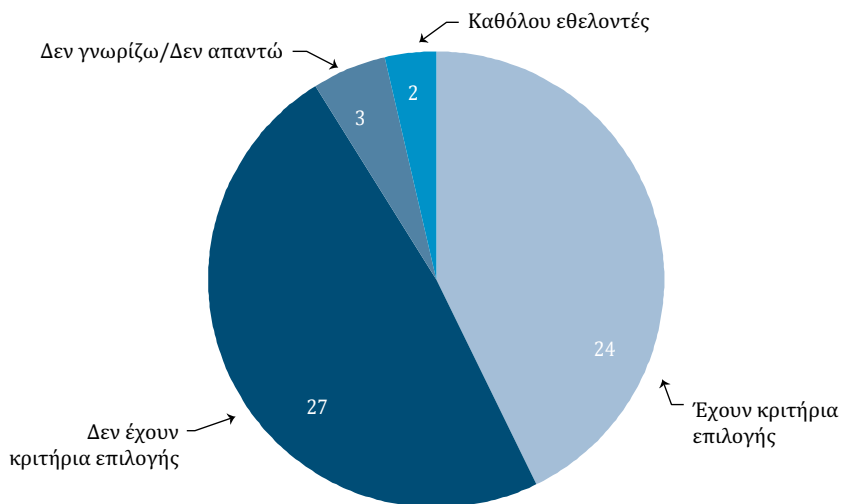
5.2 Κριτήρια επιλογής εθελοντών/τριών

Ως προς τα κριτήρια επιλογής που έχει θέσει η κάθε δομή για τους/τις εθελοντές/τριες (Διάγραμμα 12), οι απαντήσεις σχεδόν μοιράζονται ανάμεσα στις δομές που δηλώνουν πως έχουν κριτήρια (24 περιπτώσεις) και αυτές που δηλώνουν πως δεν θέτουν κριτήρια επιλογής (27 περιπτώσεις).

Μία από τις πιο ενδιαφέρουσες απαντήσεις συσχετίζει την έλλειψη κριτηρίων επιλογής με την αναγκαιότητα προσέγγισης του πληθυσμού στόχου.

«Κανένα. Κανένα όμως απολύτως και αυτό είναι το καλύτερο κατά τη γνώμη μας, γιατί προσέξτε να δείτε... Είναι πάρα πολύ σημαντικό, θα σας πω τι αντιμετωπίσαμε, είχαμε ένα πρόβλημα στο πώς θα βγάλουμε προς τα έξω την ύπαρξη της συγκεκριμένης δομής, ένα κομμάτι το οποίο είναι σημαντικό είναι το επικοινωνιακό, το ουσιαστικό κομμάτι όμως είναι να βρεθούν οι άνθρωποι που έχουν ανάγκη. Για να βρεθούν οι άνθρωποι που έχουν ανάγκη, θα πρέπει να υπάρχουν άτομα τα

Διάγραμμα 12: Αριθμός ΚΙ ανάλογα με τη θέσπιση κριτηρίων επιλογής εθελοντών/τριών



Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

οποία, αν θέλετε, έχουν καθημερινή τριβή με αυτό τον κόσμο, κάποιος γείτονας, κάποιος φίλος ή κάποιος που θα έχουν μια αμεσότητα, μια επαφή μεγαλύτερη πέρα από τις δομές οι οποίες θα διαχειριστούν το ιατρικό κομμάτι, προκειμένου να μπορέσουν να φτάσουν στο κατώφλι αυτής της υπηρεσίας. Γι' αυτό και δεν υπάρχει κανένας αποκλεισμός» (23).

Μια προσεκτικότερη ματιά, όμως, μέσω της ανάλυσης του ποιοτικού υλικού της έρευνας αναδεικνύει πως αρκετά από τα ΚΙ που δηλώνουν πως δεν έχουν κριτήρια, έμμεσα δηλώνουν πως οι βασικές αρχές του ΚΙ και η φιλοσοφία της κάθε δομής εκ των πραγμάτων θέτουν κριτήρια. Τα «έμμεσα» αυτά κριτήρια κατηγοριοποιήθηκαν και καταγράφονται συνοπτικά στη συνέχεια, συμπεριλαμβανομένων των πιο αντιπροσωπευτικών απαντήσεων των ερωτώμενων:

- **Θετική στάση προς μετανάστες/πρόσφυγες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα**

«Φαντάζομαι όμως, όπως είπα με το μεταναστευτικό, αν κάποιος έλθει και πει ότι: "Δεν θέλω να έρχονται μετανάστες στο ΚΙ", αυτόν θα τον αντιμετωπίσουμε μέσω της συνέλευσης, οπότε, αν δεν μεταπειστεί αυτός που έχει αυτή την άποψη, αναγκαστικά θα του ζητήσουμε να φύγει. Λογικά βήματα μου φαίνονται αυτά» (21).

- Οι αρχές/η φιλοσοφία/το πολιτικό πλαίσιο του ΚΙ

«Όχι, όχι, αλλά αν έρθει κάποιος που έχει εμπλοκή αυτή τη στιγμή, γιατί η λειτουργία έχει και ένα πολιτικό χαρακτήρα, αν έρθει κάποιος ο οποίος έχει άμεση σχέση με όλες αυτές τις πολιτικές που ασκούνται αυτή τη στιγμή και αποκλείουν όλο αυτό τον κόσμο και άρα είναι σαν να αμφισβητεί και το ρόλο του ΚΙ, ε ναι, πώς θα τον κάνουμε δεκτό» (39).

«Όχι, δεν έχουμε κριτήρια, αλλά αποκλείονται νεοναζί, μέλη της [αναφορά σε συγκεκριμένη οργάνωση] κ.λπ., το οποίο όμως φαίνεται στη συνέχεια. Οι αρχές και οι στόχοι του ΚΙ πρακτικά αποκλείουν τέτοια μέλη» (48).

- Δίπλωμα/επαγγελματική άδεια των επαγγελματιών υγείας-πρόνοιας

«Με το θέμα των γιατρών να έχει το δίπλωμά του· π.χ. ο ψυχολόγος, έπρεπε να ζητηθεί, ήταν ένας νέος άνθρωπος. Για τους εθελοντές όχι δεν υπάρχουν και είναι κόσμος από την αρχή και είμαστε γνωστοί μεταξύ μας. Όχι, δεν βάζουμε κριτήρια» (37).

- Αποκλεισμός συμμετοχής για ιδιοτελείς λόγους

«Όχι, δεν μας νοιάζει ούτε φύλο ούτε χρώμα. Απλά να συμφωνεί με αυτό και να θέλει να συμμετέχει με την πραγματική έννοια του εθελοντή. Εμείς εδώ καταθέτουμε την ψυχή μας, είμαστε στην ώρα μας να βοηθήσουμε τους συνανθρώπους μας. Οτιδήποτε έχει να κάνει με κέρδος, εξουσία εμείς δεν το δεχόμαστε. Υπάρχουν ΚΙ που αμείβεται ο κόσμος, εμείς όχι δεν το δεχόμαστε» (47).

- Απαγόρευση ανάληψης διοικητικού έργου από λήπτες υπηρεσιών

«Όχι. Το μόνο που έχουμε πει είναι ουσιαστικά [ότι] οι εθελοντές που διαχειρίζονται τη γραμματεία, δεν μπορούν να είναι και ασθενείς. Αυτό. Το έχουμε πει και είναι κάτι που... Όχι, δεν υπάρχουν κριτήρια... έχουμε συνειδητοποιήσει ότι η διαχείριση των ασθενών κ.λπ., όταν είναι σε πολλά χέρια, ξεφεύγει, χάνουμε λίγο τις προτεραιότητες. Αυτό. Και από την εμπειρία των άλλων ΚΙ, έτσι; Δηλαδή ο ασθενής μπορεί να είναι εθελοντής, να έρθει να βοηθήσει στον κήπο, να έρθει να βοηθήσει στην εκδήλωση, να έρθει στην ομάδα, αλλά όχι στη διαχείριση αυτού του πολύ προσωπικού δεδομένου κ.λπ., κ.λπ. Αυτό. Τίποτε άλλο» (51).

Τα ΚΙ που έχουν θεσπίσει κριτήρια (24 περιπτώσεις) αναφέρουν ως κριτήρια αποκλεισμού την ύπαρξη σοβαρού ψυχολογικού προβλήματος και ως κριτήρια επιλογής τη συνέπεια και τη δέσμευση, την εχεμύθεια και την τήρηση απορρήτου, την καταλληλότητα για πόστο εργασίας, την προϋπηρεσία, τη συμφωνία με

τις αρχές/τη φιλοσοφία/το πολιτικό πλαίσιο, την ύπαρξη διπλώματος/άδειας άσκησης επαγγέλματος. Σε 2 δομές, η εκπαίδευση των εθελοντών αποτελεί αυτόματα και κριτήριο για την εμπλοκή τους. Σε κάποιες περιπτώσεις, κυρίως στην επαρχία, καταγράφεται ως κριτήριο το να είναι γνωστός ο υποψήφιος εθελοντής για την κοινωνική του δράση. Η κατηγοριοποίηση καθώς και οι πιο αντιπροσωπευτικές απαντήσεις των ερωτηθέντων από τα ΚΙ που απάντησαν θετικά στην ύπαρξη κριτηρίων επιλογής παρατίθενται στη συνέχεια:

- **Δίπλωμα/άδεια άσκησης επαγγέλματος**

«Να έχουν το πτυχίο νοσηλευτικής» (7).

«Επίσης να είναι γιατροί εν ενεργεία» (33).

- **Επαγγελματική ειδικότητα**

«Φυσικά. Ότι θα πρέπει να έχουν σχέση με το χώρο. Δηλαδή, εμείς δεν χρειαζόμαστε εθελοντές άλλου είδους εκτός από προσωπικό το οποίο να έχει σχέση με τον ιατρικό χώρο, τον φαρμακευτικό, [τον] νοσηλευτικό, καταλάβατε» (29).

- **Συνεργατικότητα/προϋπηρεσία/καταλληλότητα για πόστο εργασίας**

«Ναι, στην αρχή δεν είχαμε απολύτως κριτήρια. Αλλά μετά είχαμε αγωνία να έρθει κόσμος. Ας πούμε, εγώ όταν ήρθα, δεν ήξερα κανέναν. Δεν με ήξερε κανένας. Μετά, σιγά σιγά, είδαμε ότι χρειάζεται να έχουμε τα κριτήρια, οπότε πρώτα κλείνουμε ένα ραντεβού με την κοινωνική λειτουργό, συζητάει μαζί τους και αυτό είναι και καλό, γιατί έτσι μπορούμε να δούμε και ανθρώπους, εντάξει μπορούμε να δούμε και ανθρώπους που δεν κάνουν για το ΚΙ, γιατί δεν καταλαβαίνουν πώς λειτουργεί το ΚΙ ή καταλαβαίνουν και δεν μπορούν να έρχονται ή μπορεί να βρούμε ανθρώπους που έχουν άλλα προσόντα, άλλες ικανότητες που μας χρειάζονται, όπως μία κοπέλα που είχε έρθει για τη γραμματεία και τελικά την πήραμε για νοσηλεύτρια. Οπότε είναι καλό αυτό με την κοινωνική λειτουργό» (31).

- **Αρχές/φιλοσοφία/πολιτικό πλαίσιο**

«Η όρεξή του να το κάνει και αφού διαβάσει τις αρχές λειτουργίας και τις δεχτεί, έτσι; Εννοείται, να δεχτεί δηλαδή ότι κοιτούμε μετανάστη, κοιτούμε μαύρο, κοιτούμε μουσουλμάνο και... αν τα δεχτεί όλα αυτά, τότε ναι. Και επίσης το κείμενο αρχών λειτουργίας είναι κείμενο πολιτικό, ότι εδώ η πράξη είναι πολιτική και αποδέχεται αυτή τη θέση μας» (6).

«Τους λέμε τη φιλοσοφία. Η συμμετοχή εδώ είναι πολιτική πράξη... Και μετά προσπαθώ να καταλάβω το ποιος είναι. Το κίνητρο... το έχουμε δει και εδώ, είναι να έχουν πιο εύκολη πρόσβαση προς τους γιατρούς, τις εξετάσεις και σε ό,τι παρέχει το ιατρείο. Έχω δει όμως ότι αυτούς τους ανθρώπους από μόνο του το σύστημα τους πετάει έξω. Έχει μια ικανότητα να αμύνεται και το σύστημα. Υπήρξαν και πολλά νέα παιδιά τα οποία θέλησαν να βοηθήσουν, ήταν σε διάστημα που είχαν τελειώσει από τις σχολές τους, ήταν άνεργα, ψάχνανε κάτι να κάνουν, ίσως πίστευαν ότι... μπορεί να μετρήσει αυτό στο βιογραφικό τους και... Εν πάση περιπτώσει, κατανοητά όλα αυτά, δεν είναι και τίποτα φοβερά πράγματα, αλλά κάπου αυτοί από μόνοι τους σταμάτησαν ή το ίδιο το σύστημα τους κούρασε» (50).

- **Εχεμύθεια/τήρηση απορρήτου/δέσμευση**

«Με τους εθελοντές το βασικό κομμάτι είναι η εχεμύθεια» (8).

- **Αποκλεισμός ατόμων με σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας**

«Αν έχει σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα που δημιουργούν προβλήματα στη λειτουργία του ΚΙ λόγω συμπεριφοράς» (11).

- **Γνωστή κοινωνική δράση**

«Επειδή είμαστε μια μικρή πόλη και ο ένας γνωρίζει τον άλλο, εντάξει γνωρίζομαστε, οπότε δεν μπαίνει θέμα ποιος είναι αυτός. Βέβαια, πάντα, ας πούμε, για να βάλουμε έναν άνθρωπο στο φαρμακείο, κάποιον που δεν τον ξέρουμε καθόλου, αν και αυτό είναι δύσκολο, γιατί είμαστε μικρή πόλη και γνωρίζουμε ο ένας τον άλλο και συνήθως οι αλληλέγγυοι έρχονται ο ένας συνήθως από τον άλλο, οπότε γνωρίζομαστε και δεν μπαίνει τέτοιο θέμα· αλλά όμως για κάποια θέματα, όπως για να μπει κάποιος στο φαρμακείο, θα πρέπει να έχει μπει στη γραμματεία, να έχει μάθει αυτή τη δουλειά, γιατί το φαρμακείο είναι ένα κομμάτι, να έχει σχέση με το θέμα, δηλαδή δεν το έχουμε έτσι, το φαρμακείο είναι πιο ειδική... Τώρα για το χώρο της γραμματείας δεν είμαστε τόσο αυστηροί. Αρκεί να κάνει τη δουλειά του σωστά και να συμπεριφέρεται καλά στον κόσμο» (14).

- **Προαπαιτούμενη εκπαίδευση**

Στην περίπτωση ατόμων με εμπειρία καρκίνου που προσφέρουν εθελοντικό έργο, κριτήριο αποτελεί η εκπαίδευσή τους από τη δομή, η απόσταση δύο ετών από την ολοκλήρωση της θεραπείας και η απουσία μετάστασης την περί-

οδο της εθελοντικής προσφοράς. Στις περιπτώσεις στις οποίες οι εθελόντριες προέρχονται από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό εκ των πραγμάτων υπάρχει το κριτήριο της επιτυχούς εκπαίδευσης.

«Στη νοσηλευτική, για παράδειγμα, έχουμε όριο ηλικίας 65 ετών. Απολυτήριο λυκείου, διάθεση προσφοράς, να θέλουν να πάνε στο νοσοκομείο, να θέλουν να μάθουν για τον ανθρώπινο οργανισμό, πώς λειτουργεί, πώς όταν είναι σε αρρώστια... να τον νοσηλεύσουν, να τον φροντίσουν, να τον κάνουν μπάνιο πάνω στο κρεβάτι. Δηλαδή πρέπει να θέλει ένα άτομο πραγματικά να μάθει πώς φροντίζεται ένας άρρωστος οργανισμός. Και από εκεί και πέρα οι "Σαμαρείτες" έχουνε άλλα... 18 με 45 είναι στους "Σαμαρείτες". Καλή φυσική κατάσταση. Απολυτήριο λυκείου και καλή διάθεση... Επίσης οι νοσηλεύτριες δίνουν εξετάσεις» (56).

5.3 Διαδικασίες ένταξης-αποχώρησης εθελοντών/τριών

Ως προς την ύπαρξη τυπικής διαδικασίας ένταξης-αποχώρησης για τους εθελοντές/τριες, 27 ΚΙ δηλώνουν πως τηρούν σχετική διαδικασία, 27 δομές δηλώνουν πως δεν έχουν αντίστοιχη διαδικασία και σε 2 δομές δεν υπάρχουν άλλοι/ άλλες εθελοντές/τριες εκτός των γιατρών. Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων προσφέρει περαιτέρω εμβάθυνση και κατανόηση της πολυπλοκότητας των διαδικασιών. Στο ακόλουθο κείμενο καταγράφονται συνοπτικά τα ευρήματα τόσο ως προς την ύπαρξη διαδικασίας ένταξης αλλά και ως προς τη διαδικασία αποχώρησης. Επιπλέον, παρουσιάζονται συνοπτικά τα ευρήματα σχετικά με αποχώρηση εθελοντών/τριών λόγω διαφωνίας καθώς και οι λόγοι που οδήγησαν σε διαφωνία.

Ενώ σχεδόν τα μισά ΚΙ (27 περιπτώσεις) δηλώνουν πως δεν έχουν διαδικασία ένταξης εθελοντών/τριών, στην πραγματικότητα, όπως αποτυπώνεται από την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων, χρησιμοποιούν άτυπες διαδικασίες, όπως, π.χ., ενημέρωση, on the job training, παρατήρηση, σταδιακή ένταξη στις ομάδες εργασίας. Το εύρημα αυτό ανέκυψε σε τουλάχιστον 8 ΚΙ από το σύνολο των 27 που απάντησαν αρνητικά στη διαδικασία ένταξης-αποχώρησης. Η πιο αντιπροσωπευτική απάντηση παρατίθεται στη συνέχεια:

«Στην πράξη βλέπει από τους άλλους, στην αρχή παρατηρεί, πηγαίνει σε βάρδιες με παλαιότερους, βλέπει τη δουλειά στην πράξη με κάποιον παλαιότερο δίπλα, δεν τον ρίχνουμε αμέσως στα βαθιά» (23).

Στα ΚΙ που έχουν προβλέψει και υλοποιούν διαδικασία ένταξης εθελοντών, εμφανίζονται συγκεκριμένες πρακτικές:

- **Συνέντευξη από κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο ή εθελοντή/τρια**

Σε αρκετές περιπτώσεις αξιοποιούνται οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι ψυχολόγοι (εθελοντές ή στελέχη του δήμου), οι οποίοι πραγματοποιούν συνέντευξη με τον/την υποψήφιο/α εθελοντή/τρια και κρίνουν την καταλληλότητά του/της.

«Έχουμε, περνάνε όλοι οι εθελοντές από συνέντευξη. Τους γίνεται αρχικά μία ξενάγηση, τους εξηγούμε ποια είναι η φιλοσοφία μας και τι προσπαθούμε να πετύχουμε, υπάρχει ψυχολόγος μαζί με την εθελόντρια ή τις εθελόντριες που είναι αρμόδιες για τους νέους υποψήφιους εθελοντές. Και αφού συζητήσουμε μαζί, σε γκρουπ, με όλους τους υποψήφιους εθελοντές, κάνουμε μία συνέντευξη, ένας προς έναν, και εκεί καταλαβαίνεις πολλά πράγματα» (32).

«Αλλά στο πώς θα έρθει, βεβαίως, υποβάλλουν μία αίτηση, τους καλώ εγώ σαν κοινωνική λειτουργός, έχω μια συζήτηση μαζί τους, τι είναι αυτό που τους έκανε να θέλουν να έρθουν, πώς νομίζουν ότι μπορούν να βοηθήσουν, τους ξεναγούμε στο χώρο μας, τους ενημερώνουμε... Τους δίνουμε ένα διάστημα προσαρμογής, να ενημερωθούν, δεν τους βάζουμε στα βαθιά αμέσως, μετά αναλαμβάνουν και μόνοι τους αν χρειάζεται» (50).

- **Συνέντευξη και έγκριση από όργανα λήψης αποφάσεων**

Σε τουλάχιστον δύο περιπτώσεις, εκτός της συνέντευξης, απαιτείται και σχετική έγκριση από το αρμόδιο όργανο λήψης αποφάσεων. Φαίνεται πως η διαδικασία αυτή συναντάται σε κάποιους δήμους, ενώ δεν συναντάται σε κινηματικά ΚΙ.

«Υπάρχει η συνέντευξη από την κοινωνική λειτουργό και απόφαση από δήμαρχο, πρόεδρο φαρμακευτικού και ιατρικού συλλόγου» (38).

«Υπάρχει η αίτηση του υποψήφιου εθελοντή, μετά γίνεται συνέντευξη από την κοινωνική λειτουργό του δήμου και μετά περνά από δημοτικό συμβούλιο» (40).

- **Εκπαίδευση**

Η εκπαίδευση των εθελοντών/τριών ως διαδικασία ένταξης έχει διάφορες μορφές, όπως εκπαίδευση μέσα από τις ομάδες εργασίας/έργου της δομής, άτυπη εκπαίδευση/παρατήρηση, δομημένη εκπαίδευση ως βασική προϋπόθεση

ένταξης. Στη συνέχεια, δίνονται οι πλέον αντιπροσωπευτικές απαντήσεις ανά τύπο εκπαίδευσης που πραγματοποιείται.

❖ Εκπαίδευση μέσω των ομάδων έργου

«Ενημέρωση, εκπαίδευση, παρατήρηση. Δεν πιάνει αμέσως δουλειά, ας πούμε... Θα πάω να της δείξω τι πρέπει να διαβάσει, να ενημερωθεί, να δει πώς θα το λειτουργήσουν οι υπόλοιπες, κανά δυο φορές, να δει και μένα τις Τρίτες που πηγαίνω και μετά να μπορέσει να μπει» (12).

Σε μία περίπτωση πραγματοποιείται και εποπτεία εθελοντών/τριών μαζί με επαγγελματίες της δομής, η οποία πραγματοποιείται από την κοινωνική λειτουργό του δήμου.

«Υπάρχει και εποπτεία, κάνουμε και ως προσωπικό αλλά και οι εθελοντές συμμετέχουν σε ένα... conference που κάνουμε την Παρασκευή για τα περιστατικά και τη διαχείρισή τους» (40).

❖ Άτυπη εκπαίδευση – εισαγωγή στη λειτουργία του ιατρείου

«Άτυπα η εκπαίδευση γίνεται... εγώ στην αρχή, όταν ξεκίνησε να λειτουργεί, ήμουν εδώ πολλές ώρες, κάναμε πολλά πράγματα μαζί για να βλέπουμε, γιατί οι πιο πολλοί εθελοντές ήταν άσχετοι με τα φάρμακα, όλοι σχεδόν. Βέβαια κάποιοι είχαν περισσότερη σχέση, επειδή παλιά δούλευαν σε φαρμακεία, αλλά δεν ήταν φαρμακοποιοί και άλλοι ήταν εντελώς άσχετοι, οπότε κάναμε πολλά πράγματα μαζί, για να προκύπτουν όλες οι περιπτώσεις και να τους τα εξηγώ. Έχουμε και μία λίστα με τις βασικές οδηγίες» (8).

❖ Εκπαίδευση σε άλλη δομή – μεταφορά τεχνογνωσίας

Σε μία δομή η εκπαίδευση εθελοντών πραγματοποιήθηκε σε ΚΙ που προϋπήρχε:

«Στη γραμματεία εκπαιδεύτηκαν τα άτομα που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους εδώ στο ΚΙ... Σκεφτήκαμε ότι, για να λειτουργήσει αυτό το πράγμα, χρειάζεται να κάνουμε κάποια πράγματα. Και για να μην ανακαλύψουμε την Αμερική, λέμε δεν πάμε σε αυτούς που το έχουν ξανακάνει, να δούμε πώς λειτουργεί για να μην τρέχουμε από μόνοι μας να ψάχνουμε; Και πήγαμε, το δεχτήκανε ευχάριστα στο ΚΙ... κι έτσι ορίσαμε ποιες μέρες θα εκπαιδευτούν, εκπαιδεύτηκαν, αντιγράφηκε το καταστατικό του συλλόγου τους κ.λπ.» (6).

❖ Συστηματική εκπαίδευση

Σε 2 περιπτώσεις πραγματοποιείται συστηματική εκπαίδευση. Αυτό αφορά δύο ΜΚΟ όπου η εκπαίδευση είναι προϋπόθεση για να οριστεί ένα μέλος εθело-

ντής. Η πρώτη περίπτωση αφορά ΜΚΟ που οι εθελοντές είναι άτομα με εμπειρία καρκίνου:

«Έχουμε 3 μήνες ειδική εκπαίδευση και συνεχή εποπτεία. Στην περίπτωση που κάποιος νοσήσει από καρκίνο σταματά να παρέχει εθελοντική εργασία» (42).

Επίσης στην περίπτωση των εθελοντριών άλλης ΜΚΟ υπάρχει συγκεκριμένη διαδικασία εκπαίδευσης και εξετάσεις.

- **Γνωστή κοινωνική δράση**

«Όχι απλά είναι άνθρωποι δικοί μας, τους ξέρουμε. Αν έρθει κάποιος άγνωστος, θα περάσει από στάδια, θα είναι συνεχώς με κάποιον δικό μας δίπλα. Δεν αφήνουμε έναν άγνωστο άνθρωπο μόνο του μέσα στο κοινωνικό ιατρείο-φαρμακείο» (55).

Η πλειονότητα των ΚΙ που απάντησε θετικά ως προς την ύπαρξη διαδικασίας ένταξης-αποχώρησης, στην ουσία εφαρμόζει κυρίως διαδικασία ένταξης και όχι αποχώρησης. Τα περισσότερα ΚΙ δεν έχουν θεσπίσει συγκεκριμένη διαδικασία αποχώρησης, απλώς, όταν τα μέλη το επιθυμούν, μπορούν να αποχωρήσουν:

«Για να αποχωρήσει, αποχωρεί ελεύθερα» (39).

12 από το σύνολο των 27 ΚΙ που έχουν θεσπίσει συγκεκριμένες διαδικασίες για τους/τις εθελοντές/τριες έχουν συγκεκριμένη διαδικασία αποχώρησης η οποία είτε υλοποιείται μέσω του συντονιστικού του οργάνου (2 ΚΙ) είτε ο/η εθελοντής/τρια αποχωρεί αυτόματα με την καταστρατήγηση των αρχών/καταστατικού του ΚΙ, την παραβίαση κώδικα δεοντολογίας και απορρήτου και την αρνητική συμπεριφορά προς ασθενείς (8 ΚΙ). Σε 2 δομές, όταν ο/η εθελοντής/τρια είναι ασυνεπής ως προς τη βάρδιά του, αποχωρεί αυτόματα. Ενδεικτικά:

- ❖ **Αποχώρηση με βάση την απόφαση συντονιστικού οργάνου**

«Είναι κάτι το οποίο το χειρίζεται το συντονιστικό αυτό, δηλαδή κάποια προβλήματα που έχουμε με κάποιους εθελοντές, γιατί ήδη δεν ταιριάζουν, διαπιστώνεται ότι δεν ταιριάζουν είτε εμείς διαπιστώνουμε ότι δεν ταιριάζουν, κάνουμε μία φιλική συζήτηση και συνήθως μένει εκεί το θέμα, δεν πάει παραπέρα. Σε κάποιους ανθρώπους δεν ταιριάζουν κάποιες δουλειές, τους αλλάζουμε δουλειά ή εντέλει μπορεί να αποχωρήσουν. Σε πολύ λίγες περιπτώσεις, τα θέματα έχουν πάει στο συντονιστικό όργανο, που και εκεί πάλι έχουμε μία φιλική συζήτηση και προσπαθούμε να δώσουμε μία λύση. Έχουμε μία διαδικασία δηλαδή» (32).

- ❖ **Αποχώρηση μέλους χωρίς διαδικασία**

«Αν παραβεί τη δεοντολογία του επαγγέλματος, φεύγει αυτόματα» (17).

«Μέσα στον κανονισμό λειτουργίας του ΚΙ αναφέρουμε ότι, αν κάποιος δεν συμμορφώνεται με τις προϋποθέσεις που βάζουμε και δεν σέβεται το χώρο, τους εθελοντές, τους γιατρούς, τους φαρμακοποιούς κλπ., διαγράφεται. Αν δηλαδή δείξει παραβατική συμπεριφορά, αλλά δεν έχουμε, ποτέ δεν παρουσιάστηκε τέτοιο κρούσμα» (26).

«Βεβαίως, αν μας καταγγείλει κάποιος από τους ωφελούμενους ότι ζητήθηκε χρηματικό αντίτιμο, όπως καταλαβαίνετε, θα φύγει ο γιατρός» (29).

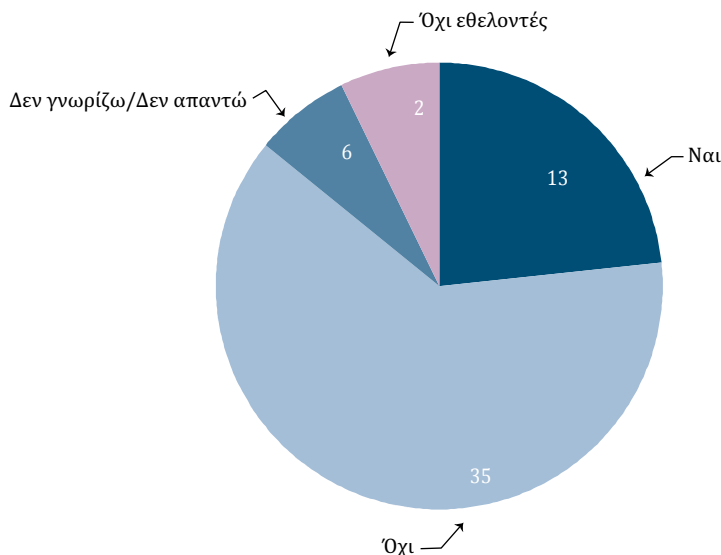
❖ Αποχώρηση λόγω ασυνέπειας

«[Ο] εθελοντής είναι εκείνος που πρέπει να συμμετέχει περισσότερο από τον ωφελούμενο. Οι εθελοντές, αν δεν συμμετέχουν τρεις φορές, τρεις συνεχόμενες φορές χωρίς να δικαιολογήσει την απουσία του σε μία από τις συνελεύσεις, τότε διαγράφεται χωρίς καμία ειδοποίηση» (13).

Οι πιο συχνοί λόγοι αποχώρησης εθελοντών είναι προσωπικοί, εργασίας, αλλαγή τόπου κατοικίας και οικογενειακές υποχρεώσεις.

«Μπα όχι, κανείς μπορεί να έχει αποχωρήσει αλλά για άλλους λόγους, π.χ. δουλειάς, αλλά δεν έχει προκύψει. Κάνουμε πράγματα που συμφωνούμε όλοι, αν δεν συμφωνούμε, δεν γίνεται, δεν το κάνουμε» (37).

Διάγραμμα 13: Αποχώρηση εθελοντών/τριών λόγω διαφωνίας



Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

Στην πλειονότητα των ΚΙ (35 δομές) δεν έχει προκύψει διαφωνία που να οδηγεί σε αποχώρηση εθελοντών/τριών, ενώ σε 13 ΚΙ έχουν αποχωρήσει εθελοντές λόγω διαφωνίας (Διάγραμμα 13).

Τέλος, από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν συνολικά 3 κατηγορίες που συνιστούν αποχώρηση λόγω διαφωνίας, οι οποίες κατηγοριοποιήθηκαν ως εξής:

- διαφωνίες ιδεολογικού και πολιτικού χαρακτήρα,
- διαφωνίες ως προς τον τρόπο λειτουργίας του ΚΙ,
- κακή συνεργασία μεταξύ των εθελοντών/τριών.

5.4 Αμειβόμενα στελέχη

Τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν πως σε 13 από το σύνολο των 56 ΚΙ απασχολούνται αμειβόμενα στελέχη (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: Αμειβόμενα στελέχη – συχνότητα εμφάνισης σε ΚΙ

Αμειβόμενα στελέχη	Συχνότητα εμφάνισης σε ΚΙ
1 έως 2	6
3 έως 5	3
6 έως 9	1
10 έως 17	3
Γενικό άθροισμα	13

Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

Τα αμειβόμενα στελέχη καλύπτονται από προγράμματα ΕΣΠΑ (Βοήθεια στο Σπίτι, κοινωνικού χαρακτήρα, άμεσης αντιμετώπισης της φτώχειας) ή είναι υπάλληλοι του δήμου που απασχολούνται αποκλειστικά στα ΚΙ ή εργαζόμενοι σε συμπράττοντες φορείς (ΜΚΟ, εκκλησία).

«12 ήταν το πρώτο πεντάμηνο. Και τώρα, περίμενε, 7 στη δεύτερη... Φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και γενικών καθηκόντων» (12).

«Από το δήμο όσοι απασχολούνται εδώ, εκείνοι αμείβονται... Από το δήμο απασχολούνται εδώ οι δύο φαρμακοποιοί... Και μία από τη γραμματεία» (18).

«Έχουμε δύο συμβάσεις με πεντάμηνα ψυχολόγους και κοινωνικό λειτουργό. Το προσωπικό της δομής αμειβεται με πεντάμηνα ΕΣΠΑ και υπάρχουν και μόνιμοι υπάλληλοι του δήμου... Είναι πρόγραμμα ΕΣΠΑ για το κοινωνικό φαρμακείο και το ΚΙ... Έχει μόνιμους υπαλλήλους του δήμου δύο νοσηλεύτριες, έναν κοινωνικό λειτουργό (μία φορά την εβδομάδα) και δύο κοινωνικούς λειτουργούς από την Πρόνοια... Ναι, σύνολο δώδεκα. Έξι πληρώνονται από το δήμο και έξι από ΕΣΠΑ. Από το ΕΣΠΑ είναι δύο φαρμακοποιοί, μία κοινωνική λειτουργός, μία νοσηλεύτρια, μία καθαρίστρια, μία γιατρός» (45).

«Αμειβόμενα κατευθείαν από τη ΜΚΟ....» (56).

Αναφορικά με τη στάση των ΚΙ στο ζήτημα των αμειβόμενων στελεχών, υπάρχει μια σαφής διαφοροποίηση ανάμεσα σε θεσμικά ΚΙ τα οποία στέκονται θετικά στην πρόσληψη προσωπικού (συμπεριλαμβανομένων φυσικά αυτών που έχουν ήδη αμειβόμενα στελέχη) και στα κινηματικά ΚΙ τα οποία στέκονται αρνητικά. Η ύπαρξη αμειβόμενων στελεχών θεωρείται αξιακά ουδέτερη επιλογή για τα περισσότερα θεσμικά ΚΙ καθώς συναρτάται από τις ανάγκες της κάθε δομής:

«Δεν το θεωρώ κακό, δεν το θεωρώ κακό. Αν υπάρχουν πολλά άτομα εθελοντές που να μπορούν να ασχολούνται και να μην επιβαρύνεται ένας, έχει καλώς. Τώρα, αν είναι ένας και αμειβεται, δεν ξέρω, ίσως να μην είναι κακό» (16).

«[Ε]ντάξει ίσως μια γραμματειακή υποστήριξη που μπορεί να κάνει κάτι εξειδικευμένο, που να μην μπορείς, να μην έχεις το χρόνο να το κάνεις σαν γιατρός ή σαν νοσηλεύτης, θα μπορούσες να πεις να πάρεις ένα παιδί από αυτά του ΟΑΕΔ, που είναι τόσα παιδιά και θα στο έκανε με πολύ λίγα χρήματα, ας πούμε, και θα ήταν και πολύ ουσιαστικό για τη γενικότερη οργάνωση της δομής, αλλά εγώ δεν πιστεύω ότι αυτός που πάει να προσφέρει στον ιατρικό τομέα, που είναι στο ΚΙ, πρέπει να είναι με λεφτά, εντάξει τώρα. Δεν λέει. Άμα θες, έλα. Και άμα δεν θες, μην έρθεις... Εντάξει, εγώ πιστεύω ότι από την εμπειρία που έχω, σύμφωνα με τις ανάγκες διαμορφώνονται και οι καταστάσεις σε αυτούς τους χώρους» (19).

«Τι να σας πω τώρα; Ίσως, η αμειβόμενη εργασία και η προσφορά να υπήρχε μεγαλύτερος αριθμός εθελοντών; Μπορεί να είναι κάτι τέτοιο. Πάντα νομίζω ότι η χρηματική αμοιβή μπορεί να είναι ένα κίνητρο για να μπορέσεις να ασχοληθείς με κάτι. Αν θέλεις να είσαι εθελοντής, όμως, πρέπει να καταθέσεις την ψυχή σου γι' αυτό χωρίς να έχεις κάποια απολαβή ή να θέλεις να καταξιωθείς μέσα από αυτό» (24).

Για πολλά θεσμικά ΚΙ η ύπαρξη αμειβόμενου προσωπικού είναι θεμιτή για τους ακόλουθους λόγους:

- **Προάγει τον επαγγελματισμό**

«Πρέπει να υπάρχει οπωσδήποτε μια σταθερή βάση... οι εθελοντές μας έρχονται κάποιες ώρες, το προσωπικό το άλλο είναι συνέχεια εδώ, αλλιώς δύσκολα θα λειτουργούσε... άλλο ο εθελοντισμός, ο εθελοντισμός λειτουργεί συμπληρωματικά... μην μπερδεύουμε, άλλο το ένα, άλλο το άλλο» (2).

«Αν δεν υπάρχει αμειβόμενο μέλος, δεν μπορεί να λειτουργήσει, είναι απαραίτητο. Εδώ έχουμε μία σύνθεση εθελοντισμού (γιατρούς, φαρμακοποιούς, οδοντιάτρους) και επαγγελματιών. Είναι επιτυχημένο. Υπάρχει ισορροπία και προστασία εθελοντών μέσω των κοινωνικών λειτουργιών, να μη θίγονται τα συμφέροντα των γιατρών» (45).

- **Εξασφαλίζει εισόδημα για ανέργους**

«Π.χ., δεν μπορείς να πεις σ' έναν άνεργο, ο οποίος έχει πάρα πολλές ώρες, γιατί εγώ σαν εργαζόμενος δεν έχω πάρα πολλές ώρες, σ' έναν άνεργο νέο άνθρωπο που του ζητάς να είναι 8, 10, 12, 20 ώρες –έχω δουλέψει σε ΜΚΟ και το έχω δει αυτό– και ήμουν της λογικής ότι δεν πρέπει να πληρώνονται, αλλά όταν το είδα, ότι χρειάζεται δουλειά εκεί και εγώ σαν εθελοντής πήγαινα ένα μήνα» (29).

«Προσωπική μου γνώμη είναι ότι δεν είμαι αρνητικός καταρχήν στην αμοιβή σε τέτοιες δομές. Γιατί υπάρχουν, ας το πούμε, ανάγκες που πρέπει να καλυφθούν από κάποιον ο οποίος, εντάξει εθελοντική προσφορά ναί, αλλά κάποια στιγμή πρέπει να πληρωθεί και αυτός εδώ. Με αυτή την έννοια δεν είμαι αρνητικός» (49).

- **Καλύπτει πρόσθετα έξοδα δημοσιότητας**

«Τουλάχιστον μια αμοιβή για τα έξοδα. Γιατί... η προβολή της δράσης του ΚΙ... έγινε πηγαίνοντας σε ένα ένα από τα χωριά..., αυτό σημαίνει βενζίνες, κάποια έξοδα, έντυπο υλικό. Αν δηλαδή μπορείς να καλύψεις τέτοια πράγματα και για εξορμήσεις, μια ενημέρωση για θέματα υγείας, για πρόληψη, όλο αυτό όμως δεν θα μπορούσε να το κάνει εθελοντής. Έτσι. Οι κοπέλες αυτές που το κάνανε καταρχάς το πιστέψανε, βέβαια. Και κατά δεύτερον ότι ήταν και η δουλειά τους» (12).

- **Μπορεί να αντιμετωπίζει την αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών**

«Διότι, όπως καταλαβαίνετε, ο εθελοντισμός μέχρι αυτή τη στιγμή λειτουργεί, δεν μπορούμε όμως να είμαστε σίγουροι, όσο αυξάνεται ο αριθμός των ανθρώπων

που έχουνε ανάγκη, αν θα μπορέσουμε να ανταποκριθούν οι εθελοντές. Έτσι, λοιπόν, είμαστε υπέρ, όχι υπέρ, το θεωρούμε ανάγκη, να δοθεί η δυνατότητα να μπορέσουν να στελεχωθούν αυτές οι δομές με προσωπικό και να μας δοθούν κονδύλια... Ναι, θα μπορούσε να λειτουργήσει και να λειτουργήσει συμπληρωματικά. Δηλαδή, θα μπορούσαμε εμείς να προσλάβουμε, να μας δοθεί η δυνατότητα να προσλάβουμε ένα γιατρό παθολόγο ή γενικής ιατρικής ο οποίος να αξιολογεί τα περιστατικά και να τα προωθεί στις ανάλογες ειδικότητες. Κάποια που είναι δικά του να τα κρατάει ο ίδιος. Θα μπορούσε λοιπόν να λειτουργήσει αυτό και πολύ πιο ανακουφιστικά για τους υπόλοιπους εθελοντές» (29).

- Η ΕΕ οφείλει να χρηματοδοτήσει για την κάλυψη των αναγκών λόγω κρίσης

«Η ΕΕ έχει υποχρέωση να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που η ίδια η φτώχεια έφερε στον τόπο μας. Έτσι λοιπόν εμείς ζητάμε και το στείλαμε και στη διαχειριστική αρχή και σε όλους τους φορείς από το νέο ΕΣΠΑ να έχουμε τη δυνατότητα, να δημιουργηθούν τέτοια προγράμματα που να έχουμε τη δυνατότητα και να επανδρώσουμε το ΚΙ, το κοινωνικό παντοπωλείο, όλες τις δομές αυτές με προσωπικό αλλά και να έχουμε κονδύλια» (29).

Για 5 κινηματικές δομές και μία περισσότερο θεσμική δομή η ύπαρξη αμειβόμενου προσωπικού είναι ένα ανοιχτό ζήτημα, απαιτεί μια δύσκολη στάθμιση θετικών και αρνητικών σημείων και συζήτηση στην ομάδα:

«Δεν είμαι αντίθετος. Όταν είναι πολύ μεγάλα και κάποιοι πρέπει να χρησιμοποιηθούν κατά αποκλειστικότητα, αλλά στο δικό μας ιατρείο ούτε γι' αστείο δεν μπορεί να συζητηθεί κάτι τέτοιο» (6).

«Είναι δύο σταθμά. Από τη μία, δίνεις σε νέους ανθρώπους δουλειά, έστω κι αν αυτή η δουλειά, με τη δουλειά που παράγουν, δεν αμείβονται. Από την άλλη, αυτός ο οποίος κάνει το πρόγραμμα και δέχεται να πάρει αυτά τα ευρωπαϊκά χρήματα, το ξέρετε, αυτός ο άνθρωπος θα πληρωθεί σε δύο, τρεις μήνες, τέσσερις. Και αυτός ο άνθρωπος μπορεί να έχει φύγει από την Αθήνα για να έρθει εδώ. Συναισθηματικά, εμένα, και ηθικά δεν μου πάει να το κάνω. Αυτοί που μπορούν το κάνουν, αυτοί που δεν μπορούν δεν το κάνουν» (28).

Για την πλειονότητα όμως των κινηματικών δομών η ύπαρξη αμειβόμενου προσωπικού είναι απαγορευτική για τους ακόλουθους λόγους:

- Αίρει τον κινηματικό χαρακτήρα της πρωτοβουλίας

«Όχι. Βέβαια. Αυτό είναι δουλειά αλλωνών. Των ΜΚΟ, των δημοτικών ιατρείων... Εμείς είμαστε μια κινηματική δομή που πήγε να απαντήσει στην πράξη στον επικείμενο θάνατο πολλών ανθρώπων. Δηλαδή, αυτό το πράγμα, και να αντισταθεί πολιτικά στην κατεδάφιση του δημόσιου συστήματος. Αυτό δεν χωρά. Αυτό δεν είναι μια δουλειά έμμισθη. Από όπου είναι ο καθένας και την πιστεύει, είτε υγειονομικός είτε όχι, πρέπει να μπει μέσα και να δουλέψει όπως σε κάθε πολιτική δουλειά» (3).

«Εμείς, εδώ πέρα, δεν έχουμε έρθει ούτε για να καλύψουμε τις συναισθηματικές μας ανάγκες ούτε για να καλύψουμε τα κενά του ΕΣΥ. Ο στόχος μας είναι να προβάλλουμε τα κενά που υπάρχουν, να κατακτηθεί η πρόσβαση για όλους στην υγεία, στη δημόσια υγεία, και την πρωτοβάθμια και τη δευτεροβάθμια, αλλά και να καλύψουμε αυτά τα κενά της ανθρωπιστικής κρίσης, γιατί, εντάξει, δεν μπορείς να λες, να κάνεις μόνο διαδήλωση και να λες: "Είμαι υπέρ τη δημόσιας υγείας" όταν ο άλλος, ως πούμε, πεθαίνει δίπλα» (31).

«Το δεύτερο όμως πράγμα που θέλουμε να κάνουμε μέσα από αυτό το εγχείρημα είναι να ενεργοποιήσουμε την κοινωνία, για να καταλάβει ότι κανένας δεν είναι μόνος του σε αυτή την κρίση, ότι όλοι μαζί πρέπει να αντιμετωπίσουμε αυτή τη στιγμή αυτό το πρόβλημα και αυτό το πρόβλημα μπορεί να λυθεί μέσα από μία συλλογική διεκδίκηση, όπου δεν μπορεί σε αυτό να μπαίνει μία λογική αμοιβής. Είναι μία ιστορία, η οποία θέλει να αναδείξει μία σειρά από προβλήματα και από την άλλη να αναδείξει και την απάντηση απέναντι σε αυτά τα προβλήματα, που η απάντηση έρχεται μέσα από μία συλλογικότητα, ως πούμε, όπου δεν χωράει, δεν είναι δουλειά δηλαδή αυτό το πράγμα... Για το δικαίωμα, για όλα μάλλον τα κοινωνικά κεκτημένα που αυτή τη στιγμή αμφισβητούνται και καταστρατηγούνται, αλλά και κυρίως για το δικαίωμα στην ελεύθερη πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας» (39).

- Αναιρεί το χαρακτήρα της κοινωνικής προσφοράς

«Εμένα μου φαίνεται κάτι ξένο... Στην κοινωνική αλληλεγγύη δεν χωράει αμοιβή, εγώ έτσι την καταλαβαίνω» (8).

«Εμείς πιστεύουμε πως αυτό είναι αλληλεγγύη. Εμείς είμαστε τελείως αντίθετοι με αυτό, δεν είναι αλληλεγγύη αλλιώς. Εδώ βάζουμε και από την τσέπη μας. Είμαστε εναντίον και γι' αυτό και για τις ΜΚΟ. Δεν πρέπει κανείς να αμείβεται σε δομές αλληλεγγύης» (37).

- Η ύπαρξη έμμισθων στελεχών συνεπάγεται την υποκατάσταση του ΕΣΥ

«Αυτοί που μας έφεραν σ' αυτή την κατάσταση, δηλαδή να χρειαζόμαστε ΚΙ, έρχονται τώρα και μας λένε: "Θα επιδοτήσουμε τα ΚΙ". Είναι μια αντίφαση. Στη συνέχεια συζητώντας το θέμα είπαμε: "Αν θέλουν να δώσουν λεφτά, να τα δώσουν στα νοσοκομεία, γιατί τα δίνουν σε εμάς;" θέλουν να προσλάβουν κόσμο και δεν προσλαμβάνουν» (21).

«Εμείς γενικότερα διαφωνούμε κάθετα με το ότι κάποια ΚΙ, κοινωνικά φαρμακεία χρηματοδοτούνται από χρήματα της ΕΕ. Είμαστε αντίθετοι σε αυτό, γιατί ουσιαστικά διαλύουν το ΕΣΥ και το υποκαθιστούν σιγά σιγά με ΜΚΟ και με άλλες δομές, οι οποίες παρέχουν ένα πολύ μικρό ποσοστό από αυτό που παρείχε το ΕΣΥ, οπότε είναι λάθος... [Ο]μως, σαν φιλοσοφία, πιστεύουμε ότι το κράτος πρέπει να κάνει αυτή τη δουλειά, το κράτος πρέπει να παρέχει αυτές τις υπηρεσίες» (32).

- Τα έμμισθα στελέχη γεννούν γραφειοκρατίες και αναπαράγουν το σύστημα εξουσίας

«Έχω τη χείριστη γνώμη γι' αυτό το πράγμα, τη χειρότερη απ' όλες... Για τον απλούστατο λόγο, διότι αν αρχίσουμε τις αμοιβές κλπ., θα γίνουμε ένας μικρός γραφειοκρατικός μηχανισμός στην υπηρεσία κάποιων πολιτικών στελεχών. Αυτές οι δουλειές βγάζουν δημάρχους, δημοτικούς συμβούλους, κάτι βγάζουν» (10).

«Η γνώμη μας είναι ότι μέσα από τα αμειβόμενα στελέχη δημιουργούνται γραφειοκρατίες. Κι εμείς είμαστε κατά της ανάπτυξης γραφειοκρατιών, γιατί αλλιώς τι δημιουργούνται μικροσυμφέροντα» (30).

- Δημιουργεί συγκρούσεις ανάμεσα σε εθελοντές/τριες και μη

«Νομίζω ότι δεν πρέπει να υπάρχουν αμειβόμενα μέλη στο ΚΙ... δημιουργείται μια κόντρα, θα έλεγα, ανάμεσα στους εθελοντές και στους αμειβόμενους. Δηλαδή, κάπου δεν βοηθάει τους εθελοντές. Κάπου νιώθουν άσχημα, να εκεί δουλεύουμε μαζί, αλλά εσύ πληρώνεσαι. Δηλαδή αυτό το διαπίστωσα και νομίζω είναι και, δεν μπορείς στον ίδιο χώρο, δηλαδή αν οι νοσηλεύτριες ήταν τώρα αμειβόμενες, οι υπόλοιπες νοσηλεύτριες δεν θα έρχονταν» (18).

- Η χρηματοδότηση μέσω ΕΣΠΑ συνεπάγεται κακές εργασιακές σχέσεις

«Κατ' αρχάς η χρηματοδότηση μέσω ΕΣΠΑ σημαίνει ότι θα προσληφθούν δυο-τρία άτομα στο ΚΙ, οι οποίοι θα αμείβονται με μισθούς πείνας, αυτός είναι και ο βα-

σικός ρόλος του ΕΣΠΑ, να προωθήσει ένα μοντέλο εργασίας το οποίο είναι σκλαβιά, ένα πράγμα που μας βρίσκει αντίθετους» (21).

«Το θεωρούμε απαράδεκτο... Μιλάμε εμείς πιο πολύ για ΜΚΟ, όπου επιδοτούνται από διάφορες πηγές, έχουν αμειβόμενους εργαζόμενους, κακά αμειβόμενους συνήθως, και ταυτόχρονα απαιτούν και την εθελοντική συμμετοχή κάποιων άλλων. Εκεί αισθανόμαστε ότι υπάρχει μια εκμετάλλευση» (51).

- Η ύπαρξη αμειβόμενων στελεχών προϋποθέτει τη θεσμοθέτηση

«Όσον αφορά το φαρμακείο, τα αμειβόμενα μέλη θέλουν μία επισημότητα... και αυτό το πράγμα δεν μπορεί να δουλέψει επίσημα. Οπότε πιθανόν να είναι και πρόβλημα... Και δεν έβλεπα και το λόγο γιατί να κάνεις μία οργανωμένη δομή τη στιγμή που αυτή η δομή θα ήταν οργανωμένη όσον αφορά το στίλ της και μέσα θα ήταν ένα απολύτως παράνομο με βάση τα στοιχεία τα οποία θέλει να δουλεύει ένα φαρμακείο» (43).

6. Λήπτες υπηρεσιών

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, δεκάδες χιλιάδες πολίτες έχουν απευθυνθεί στα ΚΙ. Πιο συγκεκριμένα, στην ενότητα αυτή αναλύονται:

- ο συνολικός και ο μηνιαίος αριθμός των ληπτών υπηρεσιών,
- η ύπαρξη ή/μη κριτηρίων επιλογής για τους λήπτες,
- η παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες/τριες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα,
- οι τρόποι γνωστοποίησης στους λήπτες των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των ΚΙ.

6.1 Αριθμός ληπτών υπηρεσιών

Τα ευρήματα για τον συνολικό αριθμό ληπτών υπηρεσιών αναφέρονται σε όσους λήπτες έχουν καταγραφεί ή/και έχουν κάρτα ασθενή. Συνεπώς, ο αριθμός ληπτών δεν αντιστοιχεί στον συνολικό αριθμό επισκέψεων ο οποίος μπορεί να είναι πολλαπλάσιος του αριθμού των ληπτών. Για παράδειγμα, ενώ ο αριθμός ληπτών είναι 300, ο συνολικός αριθμός των επισκέψεων μπορεί να φτάνει και τις 1.500. Σύμφωνα με τον Πίνακα 8, 13 ΚΙ εξυπηρετούν από 1.001 έως 2.500 λήπτες υπηρεσιών, 9 ΚΙ από 301 έως 650 και 10 ΚΙ από 151 έως 300. Σε 4 ΚΙ ο αριθμός των ληπτών υπηρεσιών ξεπερνά τις 5.000 και σε κάποιες περιπτώσεις φτάνει τα 10.000 άτομα.

Ο αριθμός των ληπτών υπηρεσιών σε μηνιαία βάση αποτυπώνεται στον Πίνακα 9 και πάλι με βάση τη συχνότητα εμφάνισης κάθε τάξης μεγέθους.

Πίνακας 8: Συνολικός αριθμός ληπτών υπηρεσιών

Συνολικός αριθμός ληπτών υπηρεσιών	Συχνότητα εμφάνισης
20 έως 50	5
51 έως 150	3
151 έως 300	10
301 έως 650	9
651 έως 1.000	6
1.001 έως 2.500	13
2.501 έως 5.000	3
Πάνω από 5.000	4
Δεν γνωρίζω/Δεν απαντώ	3
Γενικό άθροισμα	56

Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

Πίνακας 9: Μηνιαίος αριθμός ληπτών υπηρεσιών

Λήπτες υπηρεσιών μηνιαίως	KI
5 έως 20	4
21 έως 50	9
51 έως 100	13
101 έως 200	6
201 έως 300	4
301 έως 450	6
451 έως 700	4
Δεν γνωρίζω/ Δεν απαντώ	10
Γενικό άθροισμα	56

Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

6.2 Κριτήρια επιλογής ληπτών υπηρεσιών

Όπως είναι αναμενόμενο, η πλειονότητα των ΚΙ (54 ΚΙ) θέτει κριτήρια για τους λήπτες των υπηρεσιών με κυρίαρχο αυτό της απουσίας ασφαλιστικής κάλυψης:

«Γιατί το ιατρείο είναι κοινωνικό. Δεν μπορεί να είναι για ασφαλισμένους. Δηλαδή, δεν μπορεί να εξυπηρετεί ανθρώπους που έχουν τη δυνατότητα να εξυπηρετηθούν από αλλού. Και απ' ό,τι γνωρίζω, τα περισσότερα, για να μην πω όλα τα ΚΙ, εξυπηρετούν ανασφάλιστους πολίτες, γιατί όλοι οι υπόλοιποι έχουν τη δυνατότητα να εξυπηρετηθούν και από άλλους φορείς» (1).

Η περαιτέρω όμως ανάλυση του ποιοτικού υλικού αναδεικνύει ποικίλες πτυχές του ζητήματος των κριτηρίων, αλλά και διαβαθμίσεις ως προς το βαθμό ελέγχου και αυστηρότητας στην τήρηση των κριτηρίων. Συγκεκριμένα, η κατηγοριοποίηση των ευρημάτων ανέδειξε τις παρακάτω ενότητες:

• Απουσία κριτηρίων

Σε 2 ΚΙ δεν τίθεται κανένα κριτήριο επιλογής ληπτών υπηρεσιών. Οι λόγοι απουσίας κριτηρίων είναι κυρίως πολιτικοί και φιλοσοφίας των δομών, καθώς προέρχονται από κινηματικές πρωτοβουλίες, όπως διαφαίνεται και από τις απαντήσεις στη συνέχεια. Στόχος των ΚΙ είναι η απόκτηση σχέσης εμπιστοσύνης και η έμπρακτη απόρριψη γραφειοκρατικού τύπου διαδικασιών οι οποίες ελέγχουν άμεσα ή έμμεσα τους λήπτες.

«Όχι. Κανένα. Το μόνο που μας ενδιαφέρει είναι να έρθει κάποιος και να πει ότι δεν έχω ασφάλεια και έχω αυτή την ανάγκη. Δεν χρειάζεται απόδειξη. Εμείς απευθυνόμαστε στους ανασφάλιστους, μετανάστες και Έλληνες, δεν θέλουμε να εξυπηρετήσουμε ασφαλισμένους, γιατί τότε η ομπρέλα είναι τρομερή που ανοίγει. Δεν χρειαζόμαστε, όμως, δεν απαιτούμε κανένα δικαιολογητικό ότι ο άλλος όντως είναι ανασφάλιστος. Βασιζόμαστε μόνο στο λόγο του. Και δεν ζητάμε ούτε ταυτότητα, κανένα έγγραφο πιστοποίησης, γιατί θέλαμε να είναι το ίδιο για τους Έλληνες και για τους μετανάστες. Παίρνουμε μεν τα προσωπικά τους στοιχεία, γιατί θέλουμε την ηλικία του και το τηλέφωνό του για να ερχόμαστε σε επαφή κι ένα σύντομο ιστορικό κοινωνικό για να καταλάβουμε γιατί έρχονται και άστεγοι άνθρωποι, εντάσσεται μέσα στο ιατρικό ιστορικό αυτό, χωρίς όμως κανένα έγγραφο ούτε τότε έχασε την ασφάλεια ούτε αν δεν την είχε ποτέ, απολύτως κανένα έγγραφο δεν θέλουμε, για-

τί το θεωρούμε κρίσιμο να χτίζονται σχέσεις εμπιστοσύνης μεταξύ ενός ιατρού και ενός ασθενούς και αυτό είναι πρωταρχικό στην είσοδο. Δηλαδή είναι η εικόνα του ιατρού. Όταν ο άλλος απαιτήσει ένα κάρο έγγραφο για να αποδείξει ότι είναι φτωχός ή σε ανάγκη, δεν μπορείς μετά να χτίσεις σχέση εμπιστοσύνης, έτσι;» (3).

«Όχι. Είναι ελεύθερη η πρόσβαση, δεν χρειάζεται να είναι ανασφάλιστοι, όποιος θέλει χωρίς αποκλεισμούς. Έγινε η επιλογή σαν πολιτική άποψη, δεν θεωρούμε ότι σ' αυτή την κρίση πρέπει να βάλεις προαπαιτούμενα, όποιος φτάνει να ζητήσει τις υπηρεσίες ενός ΚΙ πραγματικά τις έχει ανάγκη, οπότε δεν μπορείς να αποκλείεις, ούτε να δηλώνεις αστυνομία να ψάχνεις αν έχει ασφάλεια ή όχι» (27).

• Υπαρξη κριτηρίων αλλά χωρίς αναγκαιότητα υποβολής δικαιολογητικών

4 άλλες κινηματικές και 2 πιο θεσμικές δομές αναφέρουν ότι, παρόλο που θέτουν ως βασικό κριτήριο την απουσία κοινωνικής ασφάλισης ή/και την κατάσταση ανεργίας, δεν ζητούν δικαιολογητικά που να το αποδεικνύουν πλην μίας περίπτωσης στην οποία ζητείται υπεύθυνη δήλωση. Οι λόγοι της συγκεκριμένης επιλογής αφορούν:

- ❖ πολιτική/ιδεολογική στάση,
- ❖ άρνηση των δομών να εμπλακούν σε διαδικασίες ελέγχου,
- ❖ επαρχιακές πόλεις με συνεκτικές σχέσεις των κατοίκων.

Φαίνεται πως τουλάχιστον στις δύο πρώτες περιπτώσεις ενδιαφέρει περισσότερο η δημιουργία σχέσης με τους λήπτες υπηρεσιών και η ενεργοποίησή τους στην κατεύθυνση της διεκδίκησης, παρά ο έλεγχος των δικαιολογητικών. Αυτή η επιλογή επίσης συνεπάγεται την άτυπη εξυπηρέτηση χαμηλόμισθων και χαμηλοσυνταξιούχων παρά το γεγονός ότι έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Το στοιχείο αυτό συναντάται και στα ΚΙ που τηρούν πιο αυστηρές διαδικασίες επιλογής και θα συζητηθεί σε επόμενη κατηγορία ευρημάτων.

«Ναι, να είναι άνεργοι και ανασφάλιστοι. Πολλές φορές κάποιιοι άνθρωποι, ελάχιστοι ευτυχώς, προσπαθούν να αποφύγουν, να το πούμε έτσι, το πεντάευρω του νοσοκομείου προκειμένου να έρθουνε στις δομές αυτές. Αυτό είναι λάθος... είναι λάθος από ποια άποψη... Ότι, αν δεν το έχει, φυσικά· άμα είναι άνεργος και ανασφάλιστος δεν θα το έχει, τον δεχόμαστε, αλλά από την άλλη πρέπει και αυτός να παλέψει, δηλαδή όπως έχουμε κάνει πολλές φορές, μπλοκαρίσματα σε ταμεία νοσοκομείων σαν κίνημα..., έτσι και αυτός θα πρέπει να έρθει μαζί μας για να κάνουμε αυτό το πράγμα. Παρέα, να πάμε στο νοσοκομείο και να διεκδικήσουμε την εξέταση

την ελεύθερη όχι μόνο γι' αυτόν, αλλά για όλους τους συμπολίτες μας. Δεν θα ζητήσουμε δικαιολογητικά, δεν μπαίνουμε σε αυτές τις διαδικασίες, αλλά θα του το εξηγήσουμε σαφώς και είμαστε αυστηροί σε αυτό το ζήτημα, τους λέμε τι είμαστε και τι θέλουμε από αυτούς, ότι από αυτούς θέλουμε συναγωνιστές... στον αγώνα για να αλλάξει η κοινωνία, γιατί αυτά τα πράγματα χειροτερεύουν από τη μια μέρα στην άλλη. Εξηγούμε ότι αν είσαι άνεργος και ανασφάλιστος, αλλά δεν ζητάμε ληγμένο βιβλιάριο. Στην περίπτωση ασφαλισμένου ή χαμηλοσυνταξιούχου που δεν μπορεί να ανταποκριθεί στο κόστος συμμετοχής, εννοείται ότι δεν θα πούμε όχι, αλλά δεν θέλουμε να περάσουμε τη νοοτροπία στον κόσμο ότι ξέρεις κάτι, διαλύεται το ΕΣΥ, έλα σε μας, γιατί αυτό αποτελεί υποκατάσταση και δεν αποτελεί ανατροπή» (30).

«Ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύνατοι. Δεν έχουμε βάλει οικονομικό όριο, το αφήνουμε και το βλέπουμε στη συνέντευξη οι κοινωνικοί λειτουργοί. Και αυτό γιατί και τους ξέρουμε τους ανθρώπους από τη δουλειά μας στις κοινωνικές υπηρεσίες, αλλά και το βλέπουμε στη συνέντευξη, το αφήνουμε να είναι ευέλικτο. Δεν τους ζητάμε δικαιολογητικά. Η γραμματεία μόνο τους λέει να έχουν το παλιό τους βιβλιάριο να το δούμε, αλλά δεν είναι απαραίτητο. Μέσα από τη συνάντηση με τους κοινωνικούς λειτουργούς καταλαβαίνουμε τη διαδρομή τους στην εργασία, στην ανεργία, δεν τους ζητάμε» (47).

«Θέλουμε, ναι, με κάποιο τρόπο να ξέρουμε ότι είναι ανασφάλιστοι, εμείς σε αυτούς απευθυνόμαστε. Όμως έχουμε εξυπηρετήσει και ανθρώπους που είναι ασφαλισμένοι, αλλά αδυνατούν να πληρώσουν τη συμμετοχή τους στο φάρμακο ή σε κάποια εξέταση. Δηλαδή αν μας πείσουν πραγματικά γι' αυτό, δεν είμαστε αρνητικοί στο να τους εξυπηρετήσουμε. Αυτό που τους ζητούμε είναι μία υπεύθυνη δήλωση να υπογράψουν μπροστά μας, παλιότερα τους στέλναμε στο ΚΕΠ, αλλά είδαμε ότι δεν έχει κανένα νόημα, γιατί και εκεί το γνήσιο της υπογραφής θεωρούσαν, δεν έχουν κάποια στοιχεία για να δουν, τους ζητούμε όμως αν ήταν σε κάποιο ασφαλιστικό φορέα ασφαλισμένοι, ποιος ήταν αυτός και αν μπορούν να βγάλουν μια φωτοτυπία του βιβλιαρίου που φαίνεται πως δεν έχει ανανεωθεί. Αυτό όμως εάν ο άνθρωπος δεν έχει την πρώτη φορά μαζί του το βιβλιάριό του, δεν στεκόμαστε εκεί. Θα τον βοηθήσουμε, τους λέμε να μας το φέρουν την επόμενη φορά, βγάζουμε μια φωτοτυπία και μπαίνει στο φάκελό τους, στο αρχείο δηλαδή και αυτό» (50).

Στις περιπτώσεις των επαρχιακών πόλεων, οι ερωτώμενοι απαντούν πως, δεδομένου ότι γνωρίζονται οι κάτοικοι μεταξύ τους, δεν χρειάζεται να προσκομίσουν δικαιολογητικά.

«Μόνο να είναι ανασφάλιστοι, αλλά δεν ζητάμε δικαιολογητικά. Εδώ είναι μικρό το μέρος, δηλαδή είναι πολύ δύσκολο να... Δηλαδή κάποιος θα έρθει τη μία φορά... Γενικά, προσπαθούμε να το ρίχνουμε στο φιλότιμο, δηλαδή αν κάποιος αντιληφθούμε ότι έχει ασφάλεια, του λέμε ότι εδώ είναι κάποιος ο οποίος δεν έχει ασφάλεια κλπ. και δεν ξαναέρχονται, δηλαδή δεν έχουμε αντιληφθεί να μας “κοροϊδέψει” κάποιος ή, και να γίνει, θα είναι αποσπασματικό οπότε δεν του δίνουμε σημασία. Τους ξέρουμε τους ανθρώπους... μετά από τόσο καιρό, ξέρουμε ποιοι είναι. Αν και τώρα τελευταία έχουμε αρχίσει να βάζουμε και σε αυτό νερό στο κρασί μας, δηλαδή υπάρχουν περιπτώσεις ασφαλισμένων που έχουνε πρόβλημα και τους δεχόμαστε και αυτούς, αλλά γενικά προσπαθούμε να μην το κάνουμε για να υπάρχει ένα κριτήριο» (48).

• Ευέλικτα κριτήρια επιλογής ληπτών

Η πλειονότητα των ΚΙ (30 περιπτώσεις) θέτει ευέλικτα κριτήρια επιλογής των ληπτών υπηρεσιών. Όπως είναι αναμενόμενο, τα περισσότερα ΚΙ της συγκεκριμένης κατηγορίας προέρχονται από κινηματικές πρωτοβουλίες. Από την ανάλυση των δεδομένων αναδείχθηκε πως σε σχέση με τα δικαιολογητικά που ζητούνται σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις ζητείται βιβλιάριο υγείας, αλλά παράλληλα είναι δυνατό να ζητούνται και άλλα δικαιολογητικά ή/και συνδυασμός αυτών. Επιπρόσθετα από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψαν θέματα (emerged issues) τα οποία αφορούν την ευελιξία και εντέλει τη δημιουργία εναλλακτικού τύπου διαδικασιών ελέγχου/μη ελέγχου των δικαιολογητικών με κάποια ΚΙ να παρουσιάζουν το στοιχείο της καινοτομίας σε αντίθεση με τις γραφειοκρατικού τύπου διαδικασίες σε κοινωνικές υπηρεσίες.

❖ Ευελιξία ως προς την προσκόμιση δικαιολογητικών

«Όταν εμφανιστεί κάποιος και ζητήσει να κάνει ένα τσεκάπ το οποίο δείχνει ότι ο άνθρωπος βρήκε εδώ την ευκαιρία και θέλει να εκμεταλλευτεί τη δομή, εκεί φρενάρουμε αυτές τις επιθυμίες. Αλλά στον κόσμο που έρχεται για πρώτη φορά, δεν έχει μαζί του τα χαρτιά, αλλά έρχεται διότι είναι άρρωστος, σε αυτούς δεν κλείνουμε ποτέ την πόρτα. Τους εξετάζουμε όλους, παίρνουν και τα φάρμακά τους, αλλά θα πρέπει τη δεύτερη φορά, να φέρουν τα δικαιολογητικά τα οποία ζητάμε» (13).

«Δηλαδή τα κριτήρια είναι ότι είναι κάποιος ανασφάλιστος, να φέρει χαρτί από την ασφάλεια ότι δεν δικαιούται ασφάλεια, να φέρει μία φορολογική να δούμε αν έχει εισόδημα ή δεν έχει, αν έχει περιουσιακά στοιχεία. Δεν έχουμε βάλει κριτήριο

ποσού, απλώς έχουμε τα χαρτιά τώρα και... έχουμε βάλει περιουσιακά στοιχεία και έχουμε βάλει και οικογενειακή κατάσταση. Αυτά τα χαρτιά τα έχουμε, απλώς δεν τα έχουμε χρησιμοποιήσει... ακόμα. Βέβαια, αν έρθει κάποιος την πρώτη φορά και μας πει, ξέρετε κάτι... το ένα το άλλο, θα του δώσουμε την πρώτη φορά χωρίς κανένα χαρτί, απλώς θα του πούμε την επόμενη φορά να μας φέρει και τα χαρτιά να τα έχουμε και δεδομένου ότι υπάρχει μία ευθύνη και δεδομένου ότι εμείς έχουμε φαρμακείο και κάποιος μπορεί να πει ότι [σε] γνωστούς δίνω και [σε] γνωστούς δεν δίνω [ενν. ότι θα αποφασίζει ο εθελοντής με βάση τις γνωριμίες του], εάν αναγκαστούμε να κόψουμε, θα κόψουμε μέσω επιτροπής και όχι μέσω κριτηρίων δικών μας, ας πούμε, των φαρμακοποιών, και δεν είναι θέμα ότι η επιτροπή είναι καλύτερη, απλώς μοιράζεται η ευθύνη» (43).

- ❖ Ευελιξία ως προς την εξυπηρέτηση ασφαλισμένων κυρίως χαμηλόμισθων και χαμηλοσυνταξιούχων που αδυνατούν να καλύψουν το κόστος συμμετοχής

Ένα από τα βασικά ζητήματα που ανέκυψαν είναι η οικονομική αδυναμία αρκετών ασφαλισμένων να καταβάλουν το κόστος συμμετοχής για αγορά φαρμάκων. Η οικονομική κρίση επηρέασε σημαντικά χαμηλόμισθους και χαμηλοσυνταξιούχους που πλέον αναζητούν υπηρεσίες στα ΚΙ και ιδιαίτερα στα κοινωνικά φαρμακεία. Η αύξηση της φτώχειας «υποχρέωσε» στην πράξη τα ΚΙ να εξυπηρετήσουν και άλλες ομάδες πληθυσμού. Έτσι, οι ανάγκες του πληθυσμού επηρεάζουν τα κριτήρια και τη λειτουργία των δομών ακολουθώντας μια «bottom-up» διαδικασία όπου οι αποφάσεις λαμβάνουν υπόψη τα αιτήματα και τις ανάγκες όχι μόνο όσων ήδη εξυπηρετούνται, αλλά και την κοινωνική πραγματικότητα. Επιπλέον, η έλλειψη φαρμάκων στα νοσοκομεία οδήγησε πρακτικά σε μια άτυπη παραπομπή εκ μέρους των νοσοκομείων προς τα ΚΙ, όπου πλέον οι ασθενείς αναζητούν τα φάρμακά τους.

«Ανασφάλιστοι βασικά και αυτό το αποδεικνύουν με το ότι δεν είναι θεωρημένο το βιβλιάριό τους. Όμως, στην πορεία είδαμε ότι είναι και άτομα τα οποία, βέβαια, αν είναι άνεργος, είναι και ανασφάλιστος εκ των πραγμάτων. Στην πορεία είδαμε ότι υπάρχουν και άτομα τα οποία είναι ασφαλισμένα, είναι τόσο πολύ μικρή η σύνταξή τους, που δεν τους φτάνει να πάρουν τα φάρμακά τους. Οπότε έχουμε και τέτοιες περιπτώσεις, χαμηλοσυνταξιούχους, οι οποίοι παίρνουν 300 ευρώ και τα φάρμακα κάνουν 200, που καλύπτουμε και αυτούς, με παθήσεις, χρόνιες παθήσεις ας πούμε, όπου έρχονται και καλύπτουμε και αυτούς. Βέβαια, μέσα σε αυτούς,

στους 100 που εμείς εξυπηρετούμε μπορεί να υπάρχουν και 5 οι οποίοι μπορεί να μας κοροϊδεύουν, όμως, επειδή το συζητήσαμε στη γενική συνέλευση και είπαμε ότι καλύτερα να μας κοροϊδεύουν 5 παρά να αφήσουμε τους υπόλοιπους 95, τι να κάνουμε γραφειοκρατία και να τους ζητάμε φορολογική δήλωση; Και αποφασίσαμε να κάνουμε αυτό» (14).

«Καταρχήν όποιος είναι ανασφάλιστος είναι αμέσως δικαιούχος, από κει και πέρα συμφωνήσαμε στη συνέλευση ότι κάποιος ο οποίος φαίνεται ότι είναι κοινωνικά αποκλεισμένος, ότι είναι ανήμπορος να αντεπεξέλθει είτε σε ιατρικό έξοδο είτε σε αγορά φαρμάκων, τότε θα το συζητά επιτόπου η γραμματεία με το γιατρό ή το φαρμακοποιό που θα βρίσκεται επιτόπου, και θα αποφασίζουν αν αυτός χρήζει των υπηρεσιών του ΚΙ ή όχι. Αυτό συζητήθηκε σε αρκετές συνελεύσεις και εκτός του ότι ειπώθηκε και επικράτησε η άποψη πως καλύτερα να εξυπηρετήσουμε κάποιον ο οποίος θα μας κοροϊδέψει, παρά να αφήσουμε δέκα να πεθάνουν. Θεωρούμε ότι είναι μικρή η πόλη μας και αυτός που θα μας κοροϊδέσει θα το κάνει μία δύο φορές, κάποια στιγμή θα τον ανακαλύψουμε που λέει ο λόγος» (21).

«Ναι, φυσικά είναι για ανασφάλιστους, αυστηρά στην αρχή, όμως στις βάρδιες του φαρμακείου, τώρα τελευταία, έρχονται πάρα πολλοί, και ασφαλισμένοι και της Πρόνοιας με βιβλιάριο, της Πρόνοιας δεν μπορούν να βρουν τα φάρμακά τους στα νοσοκομεία και έχουν συνήθως και μια σφραγίδα που λέει "στερείται", σε αυτούς δίνουμε, εάν έχουμε εμείς αυτό το φάρμακο, δεν είναι σίγουρο ότι θα το έχουμε. Και με το ΙΚΑ, είναι... χαμηλοσυνταξιούχοι ή άνθρωποι πολύ καιρό άνεργοι, αλλά έχουν ακόμα ασφάλιση, δεν λέμε όχι, αρκεί να το έχουμε το φάρμακο. Εάν έχει βιβλιάριο και μας λέει: "Δεν έχω... δεν μπορώ"... τους ζητάμε την κάρτα ανεργίας τους. Κάποιοι από μόνοι τους φέρνουν και την εφορία τους μαζί, γιατί νομίζουν ότι έρχονται στο δήμο. Στους ανασφάλιστους λέμε "Φέρτε το βιβλιάριο που έχει λήξει". Και φαίνεται ότι δεν έχει κολληθεί καινούριο αυτοκόλλητο. Υπάρχουν άνθρωποι που δεν έχουν τίποτα, όπως οι μετανάστες, ούτε καν άδεια παραμονής» (34).

Ορισμένα ΚΙ εξετάζουν την εισοδηματική κατάσταση του λήπτη, χωρίς όμως αυτό να λειτουργεί πρακτικά ως κριτήριο αποκλεισμού. Το στοιχείο αυτό τίθεται από τις δομές κυρίως για αυτοπροστασία.

«Το εκκαθαριστικό, δεν έχω αποκλείσει κανέναν, κανέναν, ούτε λειτουργεί σαν κριτήριο αποκλεισμού, σας λέω περισσότερο ίσως είναι για τυπικούς λόγους, γιατί... έρχονται κάποια άτομα... με 35.000, με 50.000 ευρώ το χρόνο, για να στείλει το παιδί δωρεάν, αυτούς δεν θα τους πάρουμε, και εδώ τυχαίνει να έρθουν κάποιοι

που δεν, δεν... μπορείς άνετα να πας έξω σε ένα γιατρό γιατί και εγώ είμαι οδοντίατρος και δουλεύω έξω και βασίζομαι στο ιατρείο μου, δεν θα χάσουν οι ιδιώτες το επάγγελμά τους και θα στερηθούμε εμείς γιατί εσύ ήθελες να πας κάπου δωρεάν, εδώ πραγματικά... στην ουσία το έχουμε για τυπικούς λόγους» (2).

«Αλλά δεν είναι λόγος αποκλεισμού το εκκαθαριστικό... Δεν έχουμε κόψει κάποιον μέχρι τώρα. Και 10.000 να φέρει κάποιος... Δηλαδή, δεν είναι γραφειοκρατικό, είναι περισσότερο προστατευτικό των δυνάμεων που έχουμε μέχρι σήμερα» (6).

❖ Ευελιξία ως προς τη διαδικασία ελέγχου

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα της ευέλικτης διαδικασίας ελέγχου των δικαιολογητικών από πλευράς των ΚΙ. Ενώ στις κρατικές κοινωνικές υπηρεσίες επικρατεί συνήθως η γραφειοκρατική ελεγκτική διαδικασία, αρκετά ΚΙ φαίνεται πως έχουν επιλέξει έναν διαφορετικό τρόπο που δεν στηρίζεται στην αντίληψη του *deserving/undeserving poor*,⁸ αλλά θεωρεί δεδομένη την ανάγκη όσων προσέρχονται, στηρίζεται στην εμπιστοσύνη και την αποδοχή χωρίς ηθικές κρίσεις της φτώχειας. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα της επόμενης κατηγορίας (αυστηρά κριτήρια/δικαιολογητικά), αλλά εξηγείται ως ένα βαθμό από το γεγονός πως τα περισσότερα ΚΙ της επόμενης κατηγορίας προέρχονται από συμπράξεις δήμων, δομές της εκκλησίας, επιστημονικούς συλλόγους, ΜΚΟ κ.λπ., που συνήθως ακολουθούν γραφειοκρατικές τύπου διαδικασίες. Σε κάθε περίπτωση, αυτή η πρακτική εισάγει νέους τρόπους στις διαδικασίες ελέγχου.

«Ανασφάλιστος τίποτε άλλο, ούτε φύλο ούτε ηλικία ούτε εθνικότητα... Εμείς στην αρχή, αυτό μας απασχόλησε πάρα πολύ, περισσότερο από όσο μας απασχολεί στην πράξη. Επειδή ξέρουμε από την εμπειρία... ότι κάποιος αντί να κλείσει ένα ραντεβού..., που θα του πουν μετά έξι μήνες, ενώ είναι ασφαλισμένος, λέει να πάω στο ΚΙ να τον δουν στα γρήγορα... στα τοπικά μέσα είχαμε πει: "Ας έχουν και το βιβλιάριο το προηγούμενο μαζί τους, ώστε να μας βεβαιώνουν ότι έληξε", αλλά μερικές φορές έχει και πρακτικό χαρακτήρα να δούμε τι φάρμακα τους έγραφε ο άλλος ο γιατρός... Αν δεν το έχουν, δεν τρέχει τίποτα, τους βλέπουμε, δεν είναι κριτήριο αποκλεισμού» (10).

8. Σύμφωνα με τη συντηρητική προσέγγιση της κοινωνικής πολιτικής, ο όρος «*deserving poor*» περιγράφει τους φτωχούς που πρέπει να χαίρουν στήριξης γιατί δεν ευθύνονται οι ίδιοι για τα προβλήματά τους, ενώ ο όρος «*underserving poor*» σε αυτούς που δεν πρέπει γιατί ευθύνονται οι ίδιοι.

«Ανασφάλιστοι κάθε μορφής, δηλαδή άνεργοι, όχι μόνο ανασφάλιστοι, άμα και ποιανού του έχει λήξει το ΤΕΒΕ και δεν μπορεί να το εξοφλήσει, που δεν φαίνεται ότι είναι ανασφάλιστος... τον καλύπτουμε προφανώς, δεν υπάρχει θέμα. Αντίστοιχα, ακόμα αν κάποιος είναι μετανάστης, δεν ζητάμε προφανώς ούτε χαρτιά ούτε γιατί δεν έχει ασφάλειες. Δεν είμαστε... τόσο αυστηροί για τα δικαιολογητικά, γιατί ούτε χρειάζεται από χρονικής άποψης ούτε είναι και κάτι και την πίεση να πάρουμε σε κάποιον που είναι και ασφαλισμένος και μας είπε ψέματα, δεν θα υπάρχει και μεγάλο θέμα. Δικαιολογητικά ζητάμε μόνο όταν έχει να κάνει με το να παραπέμπουμε σε ιδιώτες..., δηλαδή αν κάποιος μπορεί να το επωμιστεί το ταμείο του, είναι κρίμα να το επωμιστούν οι γιατροί και οι φαρμακοποιοί· σε κρίση ζούμε, επηρεάζονται και αυτοί που συνεργάζονται μαζί μας, δεν είναι και μεγάλα... [Η] στο φαρμακείο, γιατί στο φαρμακείο, αν κάποιος, π.χ., δεν θέλει να το γράψει στο βιβλιάριό του, δυστυχώς υπάρχει και αυτή η νοοτροπία ή... μπορεί να είναι λίγο δύσκολο να τα γράψει αλλιώς, αλλά μπορεί· είναι λίγο σαν να τα στερεί από κάποιον άλλον που δεν μπορεί, οπότε εκεί υπάρχει» (41).

«Στο ιατρείο εδώ μόνο τους ανασφάλιστους. Μόνο αυτό, δεν υπάρχει άλλο κριτήριο... αλλά γενικώς από τη στιγμή που κάποια γυναίκα έχει ανάγκη και μας καλεί, σημαίνει ότι έχει ανάγκη. Πάντα προσπαθούμε να κάνουμε κάτι γι' αυτήν. Δεν είναι ότι έχουμε ένα δυο κριτήρια, τα έχουμε καταγράψει και λέμε... "όχι" ή "ναι". Αλλά αν κάποια γυναίκα έχει ασφάλεια κλπ., θα της πούμε προφανώς [ότι] μπορεί να απευθυνθεί εκεί, αλλά και πάλι και οι ασφαλισμένοι πλέον είναι και αυτοί ζόρικα. Οπότε είμαστε και λίγο ανοιχτοί. Δεν ζητάμε δικαιολογητικά, μόνο να υπογράψουν μια δήλωση που έχουμε φτιάξει εμείς... αλλά είπαμε να βασιστούμε στους ανθρώπους, ότι δεν θα μας έλεγαν ψέματα... για κάτι τέτοιο» (42).

Στην κατεύθυνση αυτή ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η περίπτωση ΚΙ (δήμος-φαρμακευτικός σύλλογος) όπου η απλοποίηση διαδικασίας και η ευελιξία επηρέασε και τη δημόσια κοινωνική υπηρεσία.

«Ανασφάλιστος και μέχρι ένα εισόδημα περίπου 8.000. Έγινε όμως το εξής. Καταλαβαίνετε πολύ καλά ότι το εκκαθαριστικό σημείωμα για έναν ασφαλισμένο του ΟΑΕΕ, ο οποίος αδυνατεί να πληρώσει τις ασφαλιστικές του υποχρεώσεις, είναι σαφές ότι δεν μπορεί να ενταχθεί σε αυτή τη δομή, γι' αυτό λοιπόν βάλαμε μία εξαίρεση, για ασφαλισμένους οι οποίοι ανήκουν σε τέτοιου είδους ταμεία και είναι υποχρεωμένοι να καταβάλλουν πολύ ψηλές εισφορές και δεν μπορούν οι άνθρωποι να το κάνουν, να παραβλέψουμε το εκκαθαριστικό σημείωμα, να έχουν πρόσβαση

100% σε αυτές τις δομές. Ενημερώσαμε και την Πρόνοια. Ήδη απλοποιήσαμε τις διαδικασίες για τους συμπολίτες μας που έχουν ανάγκη χρήσης αυτών των υπηρεσιών και στην ουσία πηγαίνει, κάνει μια αίτηση, λαμβάνει προσωρινή κάρτα δικαιούχου για ένα μήνα και μέσα σε 30 μέρες οφείλει να προσκομίσει τα δικαιολογητικά όπου εκεί θα πάρει και τη μόνιμη κάρτα. Δεν μπορούσαμε σε καμία περίπτωση να τον μπλέξουμε μέσα στη γραφειοκρατία, γιατί μέσα σε αυτό το πράγμα, όπως καταλαβαίνετε, για την υγεία δεν έχει νόημα» (23).

Επιπλέον από τα ευρήματα διαφαίνονται και εναλλακτικά μοντέλα λειτουργίας των κοινωνικών υπηρεσιών σύμφωνα με τα οποία οι επαγγελματίες πρόνοιας δεν ακολουθούν αυστηρά τον ελεγκτικό μηχανισμό (διατηρώντας όμως στοιχεία ελέγχου), ενώ επίσης σε κάποιες περιπτώσεις οι ίδιοι οι χρήστες υπηρεσιών κάνουν την εισαγωγή στη δομή.

«Πρώτα οι κοινωνικοί λειτουργοί βλέπουν εδώ τον κόσμο και μετά ο γιατρός. Αυτό εδώ ήταν προϋπόθεση για να ξεκινήσουμε. Αν είναι κάποιος ανασφάλιστος και μπορεί να ασφαλιστεί από την Πρόνοια, σκοπός μας είναι να τους ενημερώσουμε και... να τους κινητοποιήσουμε να ασφαλιστούν. Αυτό το κάνουμε... Εμείς, όταν ξεκινήσαμε οι γιατροί, είπαμε πως θέλουμε ΟΠΩΣΔΗΠΟΤΕ μαζί μ' εμάς να δουλεύει και ένας κοινωνικός λειτουργός, το θεωρήσαμε εκ των ων ουκ άνευ και προσπαθήσαμε να τους εντάξουμε... Ονειρευόμαστε να φτιάξουμε μια δομή, δεν το έχουμε καταφέρει ακόμη, αλλά ονειρευόμασταν να έχουμε μια δομή που δεν θα λειτουργεί όπως το ΕΣΥ. Δηλαδή θέλαμε ο κόσμος που έρχεται εδώ να περνάει από τον κοινωνικό λειτουργό, να πει το ιστορικό του, να υπάρχει κάποιος να τον ακουμπήσει, να τον νοιαστεί, να ενημερώσει το γιατρό. Οι κοινωνικοί λειτουργοί δρούμε σ' ένα βαθμό στην ανάδειξη των ασφαλιστικών δικαιωμάτων τους... Θέλαμε τον κοινωνικό λειτουργό να είναι ένας κρίκος ανάμεσα στο γιατρό και τον άρρωστο. Κάπως έτσι το ονειρευόμασταν στην αρχή. Το προσπαθούμε, δεν έχουμε παραιτηθεί. Δεν είναι εύκολο γιατί και οι γιατροί δεν είμαστε εκπαιδευμένοι, αλλά και ο κόσμος δεν έχει εκπαιδευτεί. Δηλαδή ο κόσμος μάς αντιμετωπίζει σαν μια δομή τύπου ΙΚΑ, "έρχομαι, κάνω τη δουλειά μου και σηκώνομαι και φεύγω". Εν πάση περιπτώσει, ένα άλλο κομμάτι που θέλαμε τους κοινωνικούς λειτουργούς ήταν... [π]ώς θα ξέρουμε ότι κάποιος είναι ανασφάλιστος; Έπεσαν διάφορες ιδέες, π.χ. Ε9, είπαμε όχι το ένα, όχι το άλλο και είπαμε ότι ίσως οι κοινωνικοί λειτουργοί θα μπορούσαν να παίζουν αυτό τον ρόλο, δηλαδή να μας πούνε από το ιστορικό ποιος έχει ανάγκη και ποιος όχι» (47).

Σε άλλη δομή, εκτός των κοινωνικών λειτουργιών, εμπλέκονται στη διαδικασία εθελοντές/ριες που κάνουν την εισαγωγή:

«Στη διαδικασία με δικαιολογητικά κ.λπ. εμπλέκεται και κοινωνικός λειτουργός. Πολύτιμη [η] συμβολή του κοινωνικού λειτουργού που κάνει κουβέντα εδώ με τους ανθρώπους. Ο οποίος κάνει και εκτός από τα ραντεβού που κάνει εδώ, π.χ. με τους ασθενείς..., κάνει και πολλή δουλειά στο σπίτι πλέον για να ψάξει να βρει το πώς μπορούν να βοηθηθούν αυτοί οι άνθρωποι. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των ανθρώπων δικαιούται κάτι και δεν το γνωρίζουν. Υπάρχουν και κάποιοι οι οποίοι βολεύονται, έχουν βολευτεί από την κατάσταση, αλλά υπάρχει και κόσμος που... ενώ του λέμε ότι μπορούμε να σε καλύψουμε εμείς μέχρι να βγει το βιβλιário... έρχεται μετά, μας δείχνει το βιβλιário, χαρούμενος κ.λπ.... Την εισαγωγή των νέων ασθενών την έχουν αναλάβει δυο-τρεις άνθρωποι και τι γίνεται. Μπαίνουν σε αυτή τη διαδικασία, ότι να μουν στην ιστορία, να μιλήσουν με τον άλλον. Μέσα από την κουβέντα, ανακαλύπτεις περισσότερα πράγματα από ό,τι ανακαλύπτεις από τα χαρτιά. Είναι συγκεκριμένες μέρες αυτοί οι εθελοντές» (51).

• **Αυστηρά κριτήρια επιλογής που οδηγούν σε αποκλεισμό**

Ορισμένα ΚΙ εφαρμόζουν πιο αυστηρά κριτήρια και διαδικασία ελέγχου των δικαιολογητικών. Στην κατηγορία αυτή, όσοι δεν πληρούν τις προϋποθέσεις δεν γίνονται συνήθως δεκτοί ως λήπτες υπηρεσιών του ΚΙ. Οι λόγοι είναι κυρίως:

- ❖ οι μη επαρκείς πόροι των δομών,
- ❖ φόβος για την υποκατάσταση του ΕΣΥ,
- ❖ φόβος για πιθανές καταγγελίες από ιδιώτες γιατρούς/φαρμακοποιούς.

«Να είναι ανασφάλιστοι, το εισόδημά τους να μην υπερβαίνει τις 7.000 ευρώ. Έξι είναι της Πρόνοιας, επτά το βάλαμε εμείς εδώ. Εκκαθαριστικό, βεβαίωση μη ασφάλισης. Βεβαίωση από πρώην ταμείο του ότι δεν έχει ή μια δήλωση ότι δεν είχε ποτέ ασφάλεια. Αντίγραφο ταυτότητας και μια αίτηση που κάνει εδώ... Δηλαδή, σύμφωνα με τους κανονισμούς δεν μπορούμε εμείς να του παρέχουμε, από τη στιγμή που έχει ασφάλεια, δικαιούται όλες τις υπηρεσίες της ασφάλειάς του. Τώρα αν [δεν μπορεί να πληρώσει τη] συμμετοχή των φαρμάκων του ή [οι] υπηρεσίες του νοσοκομείου [δεν επαρκούν], εκεί δεν μπορούμε να παρέμβουμε καθόλου. Αν... τα φάρμακα του έχουν ένα κόστος που δεν μπορεί να ανταποκριθεί, δεν έχουμε εμείς τους οικονομικούς πόρους για να εξυπηρετήσουμε αυτή την κατάσταση» (8).

«Όχι. Φοβόμαστε βασικά να εξυπηρετήσουμε ασφαλισμένους, δεν το κάνουμε γιατί λέμε: “Αν το πάρουν χαμπάρι έξω οι ιδιώτες κ.λπ., θα έχουμε πρόβλημα”, κα-τάλαβες;» (19).

«Αίτηση, φωτοτυπία ταυτότητας, υπεύθυνη δήλωση ότι δεν έχει ασφάλιση και εισοδήματα να καλύψει ανάγκες, πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης, βεβαί-ωση από τον προηγούμενο ασφαλιστικό φορέα μέχρι τότε είχε εισφορές, τα φέρ-νουν στους κοινωνικούς λειτουργούς και τα ελέγχουμε» (45).

Σε μία περίπτωση (ΚΙ δήμου) εφαρμόζονται αυστηρά κριτήρια με μια μικρή ευελιξία.

«Ναι, υπάρχει μία αίτηση, όπου θα πρέπει να πληρούν τις προϋποθέσεις, δηλα-δή είναι τα οικονομικά στοιχεία... Να πω επίσης ότι υπάρχουν άνθρωποι που μπο-ρεί να είναι ασφαλισμένοι στο ΤΕΒΕ, να φαίνονται ασφαλισμένοι, αλλά να μη δι-καιούνται τις παροχές... Εμείς τους βάζουμε στο δίκτυο, δεν μπορούμε να μην τους βάλουμε, δηλαδή ενώ φαίνονται ασφαλισμένοι εκεί, επειδή χρωστάνε δεν έχουνε δικαίωμα παροχής, αλλά εμείς το κάνουμε, τους βάζουμε και τότε έχουμε ελεύθερη συνταγή. Δηλαδή ελεύθερη συνταγή σημαίνει ότι για να πάρει το φάρμακο, του το γράφει ο γιατρός του γραφείου αλληλεγγύης σε ένα απλό παραπεμπτικό, αυτό είναι ελεύθερη συνταγή και με αυτή τη συνταγή έρχεται εδώ, του δίνουμε εμείς το πα-ραπεμπτικό και πάει και παίρνει το φάρμακό του. Γιατί μέσα στη δράση, εκτός από τους ανασφάλιστους, υπάρχουν και άνθρωποι που έχουν ακόμη ασφάλεια, αλλά δεν έχουν τη δυνατότητα να πληρώσουν συμμετοχή. Αυτά δεν είναι ελεύθερη συ-νταγή, μας φέρνει τη συνταγή απ’ το ΙΚΑ, δεν ξέρω εγώ από πού θα τη φέρει και δεν πληρώνει τη συμμετοχή. Επειδή έχουν αυξηθεί οι ελεύθερες συνταγές, τώρα πια δηλαδή σταματάει και το ΙΚΑ να τους ασφαλίζει, γιατί κλείνουν τα ημερομίσθια. Αυτός είναι ο λόγος που στο μήνα κλείνει το ποσό. Γιατί η ελεύθερη συνταγή έχει όλο το κόστος του φαρμάκου» (40).

Σε αυτή την κατηγορία δομών όπου τηρούνται πιο αυστηρά τα κριτήρια ελέγ-χου των δικαιούχων τηρείται παράλληλα και πιο αυστηρή η διαδικασία ελέγχου δικαιολογητικών με την εμπλοκή σε αρκετές περιπτώσεις των κρατικών κοινω-νικών υπηρεσιών αλλά και των κοινωνικών λειτουργών των δομών ή ιερέων. Στις περιπτώσεις που εμπλέκονται κρατικές ή δημοτικές κοινωνικές υπηρεσίες, εκτός των δικαιολογητικών, υλοποιείται και κοινωνική έρευνα από τους κοινω-νικούς λειτουργούς.

«Καθένας πιστός θα ανήκει σε κάποια ενορία. Ο παπάς της ενορίας οφείλει να

γνωρίζει την κατάσταση των ενοριτών του, αν όντως μήπως μας λείει ψέματα, και αν όντως, γράφει μια έκθεση και την έχουμε ως δικαιολογητικό. Ο καθένας που έρχεται στο ΚΙ, μια φορά φέρνει τα δικαιολογητικά και υπάρχουν εδώ τα μητρώα» (7).

«Ναι, αυτοί καταθέτουν κάποια δικαιολογητικά στην κοινωνική λειτουργό στο δήμο, ότi δεν είναι πλέον ασφαλισμένοι, το εισόδημά τους κ.λπ... Εγώ δεν εμπλέκομαι καθόλου μ' αυτό, πάνε και καταθέτουν εκεί τα δικαιολογητικά. Ναι, και την αίτηση και η κοινωνική λειτουργός κάνει μια έρευνα και κρίνει» (9).

«Τους στέλνουμε βασικά στην Πρόνοια για να ελέγξει τα δικαιολογητικά, στον από κάτω όροφο, μας δίνει χαρτί ότi δεν έχουν δικαίωμα για τίποτα και τότε τους περνάμε στη διαδικασία να τους δίνουμε φάρμακα» (19).

«Και βέβαια οι κοινωνικοί λειτουργοί τσεκάρουμε επιλεκτικά για αιτήσεις και κάνουμε συνέντευξη σε περιπτώσεις για να δούμε αν όντως υπάρχει έλλειμμα ασφάλισης. Οι γιατροί πολλές φορές μας λένε για κάποιους ότi έχουν αποκρύψει στοιχεία ή έχουν ασφάλεια και οι κοινωνικοί λειτουργοί τσεκάρουν. Όπως καταλαβαίνεις, πρέπει να προστατεύσουμε την εγκυρότητα και [την] αξιοπιστία του ΚΙ» (45).

6.3 Εξυπηρέτηση μεταναστών/τριών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα

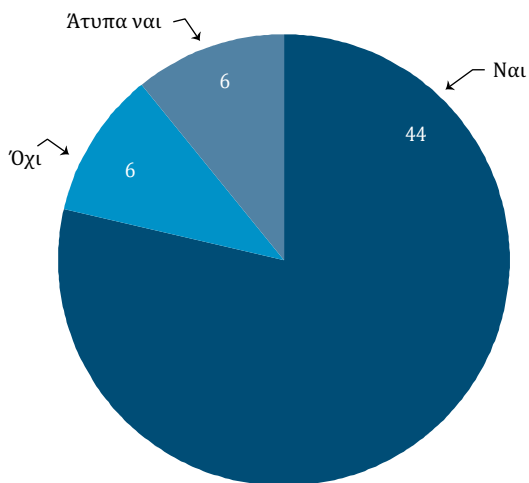
Η πλειονότητα των ΚΙ (44 περιπτώσεις) εξυπηρετεί μετανάστες/τριες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα. Έξι ΚΙ αναφέρουν πως τυπικά δεν εξυπηρετούν είτε λόγω των δικαιολογητικών που απαιτούνται είτε λόγω απόφασης της ίδιας της δομής, αλλά στην πράξη παρέχουν υπηρεσίες άτυπα για ανθρωπιστικούς λόγους. Επιπλέον 6 ΚΙ αναφέρουν πως δεν εξυπηρετούν μετανάστες/τριες χωρίς έγγραφα.

• Μη παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες/τριες χωρίς χαρτιά

Τα 6 ΚΙ που δεν παρέχουν υπηρεσίες σε μετανάστες/τριες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα προέρχονται από πρωτοβουλία εκκλησίας/σύμπραξη με δήμο, ιατρικό σύλλογο, είναι δομές του δήμου (3 ΚΙ) και σε μία περίπτωση ΜΚΟ.

«Εξυπηρετούνται εφόσον έχουν άδεια παραμονής και δεν είναι, εννοώ, παράνομοι. Αλλιώς όχι... Μια δυο φορές [είχαμε αιτήματα από μετανάστες χωρίς άδεια παραμονής], αλλά δεν μπορούμε να τους εξυπηρετήσουμε... γιατί μετά θα έχει πρόβλημα το ιατρείο στη λειτουργία του... Δεν μπορούμε να εξυπηρετούμε κάποιον ο οποίος είναι παράνομος στη χώρα» (1).

Διάγραμμα 14: Παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες/τριες χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα



Πηγή: Επεξεργασμένα στοιχεία από τη βάση δεδομένων της έρευνας

«Τη φωτοτυπία της ταυτότητας· εάν είναι αλλοδαπός, φωτοτυπία του διαβατηρίου και άδεια παραμονής... Δεν έχουμε συχνά τέτοιες περιπτώσεις, αυτοί που είναι εδώ... δείχνουν την άδεια παραμονής και το διαβατήριο... Εδώ δηλαδή μαζικές περιπτώσεις, όπως σε άλλα μέρη της Ελλάδας, δεν έχουμε, να έχουμε δηλαδή λαθρομετανάστες, γιατί κι αυτοί από το νοσοκομείο περνάνε, αυτούς που έχουμε εξυπηρετήσει έχουν χαρτί ότι τους έχουν δει στο νοσοκομείο» (26).

«Όχι βέβαια, δεν εξυπηρετούμε αν έρθει κάποιος ο οποίος είναι παράνομος μετανάστης, με τίποτα. Λέει το καταστατικό μας να έχει όλα τα χαρτιά. Λοιπόν από ανθρωπιστική άποψη, όμως, προφανώς αν υπάρχει ανάγκη, το κάθε περιστατικό το εκτιμούμε σαν ΔΣ και προφανώς δεν αποκλείουμε κανέναν. Τα ίδια ακριβώς που ισχύουν και στους Έλληνες... Όσοι δεν είναι [νόμιμοι] τους προτρέπει να διεκδικήσουν την ασφάλειά τους» (44).

«Όχι όχι. Ελληνική ταυτότητα και ναι είναι νόμιμοι εδώ... [κάποιος που είναι πρόσφυγας] δεν εξυπηρετείται εκτός κι αν πια... είναι ανάγκη άμεση και δεν μπορεί, εντάξει δεν θα του το αρνηθούμε, αλλά συνήθως έχουμε βάλει ένα κριτήριο για να μην έρχονται όλοι. Να εξυπηρετήσουμε δηλαδή αυτούς που έχουν άμεση ανάγκη» (52).

«Αυτοί που έχουν αυτά τα χαρτιά που είπαμε ναι. Αν κάποιος δεν τα έχει, όχι δεν τον εξυπηρετούμε, χωρίς έγγραφα όχι» (55).

• Άτυπη παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες/τριες

Επιπλέον, 6 δομές δηλώνουν πως εξυπηρετούν μετανάστες/τριες χωρίς χαρτιά αλλά άτυπα. Οι δομές αυτές αποτελούν πρωτοβουλία δήμου (2 περιπτώσεις), δήμου και επιστημονικών συλλόγων (2 περιπτώσεις), μία περίπτωση ανήκει στον τρίτο τομέα και μία αποκλειστικά σε ιατρικό σύλλογο. Σε ένα ΚΙ εξυπηρετούν τους μετανάστες/τριες που συνοδεύει η αστυνομία της περιοχής:

«Θα τον εξυπηρετήσουμε *off the record*, τι να κάνουμε... Έναν ταλαίπωρο μετανάστη που είναι στον αέρα τι θα τον κάνεις, θα τον αφήσεις; [Κ]άθε φορά παρουσιάζονται περιπτώσεις... και επειδή είμαστε νομός που είμαστε κοντά στα σύνορα και έχουμε τέτοιες περιπτώσεις, αναγκαστικά θα πρέπει να ανταποκριθούμε, δηλαδή εξυπηρετήσαμε ανθρώπους όχι μόνο σε φάρμακα αλλά και στα νοσοκομεία σε συνεννόηση με τους γιατρούς, ούτως ώστε να του παρέχουν κάποιες υπηρεσίες σε ώρες που δεν προκαλούν, για να μην αφήσουμε τους ανθρώπους να πεθάνουν στο δρόμο» (8).

«Οι γιατροί θέλανε να το αποφεύγουμε, αλλά για καθαρά ανθρωπιστικούς λόγους έχουμε εξυπηρετήσει αρκετούς... Ε, για να διατηρήσουμε κάποια στάνταρ νομιμότητας. Και για να μην είναι εκτεθειμένο και το ΚΙ. Σαφώς» (12).

• Παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες/τριες χωρίς χαρτιά

Η συντριπτική πλειονότητα των ΚΙ παρέχει υπηρεσίες σε μετανάστες/τριες χωρίς έγγραφα, γεγονός που σχετίζεται με ποικίλους παράγοντες. Στα κινηματικά ΚΙ λόγω πολιτικής θέσης/φιλοσοφίας υπάρχει θετική προδιάθεση προς πρόσφυγες/μετανάστες. Άλλωστε, ορισμένα ΚΙ ξεκίνησαν τη λειτουργία τους την περίοδο πριν από την κρίση παρέχοντας υπηρεσίες σε μετανάστες και πρόσφυγες που δεν είχαν πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Κατά τη διάρκεια της κρίσης επεκτάθηκαν οι παρεχόμενες υπηρεσίες και στους Έλληνες.

«Εμείς απευθυνόμαστε στους ανασφάλιστους, μετανάστες και Έλληνες... Και δεν ζητάμε ούτε ταυτότητα, κανένα έγγραφο πιστοποίησης γιατί θέλαμε να είναι το ίδιο για τους Έλληνες και για τους μετανάστες» (3).

«[Ε]μείς δεν θεωρούμε ότι υπάρχουν νόμιμοι και μη νόμιμοι άνθρωποι, δεν υπάρχει κανένας άνθρωπος λαθραίος, ο πλανήτης φτιάχτηκε για όλους, τα σύνορα τα φτιάξαν οι άνθρωποι» (30).

«Δεν κάνουμε κανένα διαχωρισμό σε τίποτα. Αναγνωρίζουμε το γεγονός ότι οι μετανάστες οι οποίοι είναι στη χώρα μας παράνομα στερούνται, για καθαρά πρακτικούς λόγους, νομιμοποιητικών εγγράφων. Τους δεχόμαστε. Γενικότερα η φιλοσοφία μας είναι ότι δεν διώχνουμε κανέναν άνθρωπο ο οποίος έχει ανάγκη. Προτιμάμε να βοηθήσουμε κάποιον που δεν έχει ανάγκη, από το να διώξουμε κάποιον που έχει ανάγκη. Παρ' όλα αυτά κάνουμε κάποιους ελέγχους, δηλαδή, αν κάποιος είναι πολιτικός πρόσφυγας, δεν θα τον βοηθήσουμε, γιατί ήδη έχει πρόσβαση στο ΕΣΥ» (32).

«Ναι, βέβαια. Αυτό ήταν απαίτηση έτσι κι αλλιώς από την αρχή. Πώς να το πω, επειδή είπαμε ότι το ΚΙ φτιάχτηκε από τους αλληλέγγυους πολίτες, προφανώς... το πνεύμα τότε ήτανε ότι δεν έχει σημασία, τους καλύπτουμε όλους» (49).

«Υποχρέωσή μας. Καταρχάς το ιατρείο είναι αντιφασιστικό. Δηλαδή ο ρόλος του είναι αντιρατσιστικός και αντιφασιστικός... Άλλωστε είναι και στο συνταγματικό πλαίσιο της χώρας. Ναι, λέω ανεξάρτητα από αυτό, είναι συνταγματική υποχρέωση, προβλέπεται από το Σύνταγμά μας ότι η ζωή, η τιμή και η περιουσία του οποιουδήποτε ανθρώπου κατοικεί εδώ, κατοικεί στην Ελλάδα, βρίσκεται στην Ελλάδα, είναι σεβαστή και αντικείμενο μέριμνας. Εννοείται πως το πιο σημαντικό ζήτημα που είναι η υγεία, ασφαλώς εκείνη είναι ένας χώρος που δεν μπορούν να υπάρχουν εξαιρέσεις» (51).

Για τις υπόλοιπες θεσμικές δομές, οι λόγοι είναι κυρίως ανθρωπιστικοί ή/και η εξυπηρέτηση έχει πιο πολύ το χαρακτήρα της εξαίρεσης παρά της κανονικότητας:

«Όταν είναι θέμα ιατρικό, δεν τον αφήνεις τον άλλον να κολλήσει στο γραφειοκρατικό... είναι θέμα ανθρωπισμού αυτό, άλλες είναι οι υπηρεσίες που θα ψάξουν να βρουν αν είναι ο άλλος παράνομος ή δεν είναι, σε μας... εδώ αγκαλιάζουμε όλο τον κόσμο, με χαρτιά ή χωρίς» (2).

«Εμείς δεν βάλαμε τέτοιου είδους αποκλεισμούς διότι θεωρούσαμε ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχονται σε όλο τον κόσμο... Θα μπορούσα να αρνηθώ αν θέλετε την επίθεση του πρώην υπουργού Υγείας, του κ. Λοβέρδου, ο οποίος στην ουσία είχε ταχθεί εναντίον της πρόσβασης στα κρατικά νοσοκομεία για τους μετανάστες οι οποίοι ακριβώς δεν έχουν τα νομιμοποιητικά έγγραφα και μάλιστα για να τονώσει αν θέλετε ή να εξεγείρει το λαϊκό συναίσθημα είπε ότι δεν μπορεί οι Έλληνες πολίτες να πληρώνουν για λογαριασμό των μεταναστών που δεν είναι Έλληνες πολίτες ή δεν είναι εντάξει στις υποχρεώσεις τους απέναντι στο ελληνικό κράτος.

Εμείς λοιπόν δεν μπήκαμε σε καμιά τέτοια διαδικασία, δεν αποκλείσαμε κανέναν, αντιλαμβάνεστε πάρα πολύ καλά ότι δεν θέλουμε να εμπλακούμε σε τέτοιου είδους διαδικασίες, όποιος άνθρωπος έχει ανάγκη τη βοήθειά μας και υπάρχει η δυνατότητα να γίνει και μια εξαίρεση, θα γίνει. Θα 'ρθει εκεί πέρα και θα λάβει αυτών των υπηρεσιών» (23).

«Κοιτάζτε να δείτε, δεν μπορεί κανείς να αρνηθεί σε έναν άνθρωπο άρρωστο, έτσι; Έχουμε λοιπόν συνδράμει εμείς, γιατί, όπως ξέρετε, είμαστε και πύλη εισόδου οικονομικών μεταναστών ή, αν θέλετε, όπως αλλιώς μπορούν να λέγονται, λαθρομετανάστες λέγονταν κάποτε, τώρα δεν λέγονται έτσι, εκεί λοιπόν συνδράμουμε. Είναι φύσει αδύνατο για λόγους ανθρωπιστικούς να μην το κάνουμε» (29).

Σε ορισμένες δομές υπάρχει προβληματισμός αναφορικά με τη δημοσιογραφική κάλυψη των ΜΜΕ για τη νομιμότητά τους.

«Εξυπηρετούμε και χωρίς έγγραφα είναι η αλήθεια. Αυτό τέθηκε πολλές φορές στις συνελεύσεις και αυτό που προσπαθήσαμε να περάσουμε, κυρίως για να μην έχουμε προβλήματα προς τα έξω. Βγαίνει ο καθένας και λέει... αρχίζει η μουρμούρα από την τηλεόραση ή άλλους "καλοπροαίρετους": Ποιους εξυπηρετεί το ΚΙ; Δίνει φάρμακα σε ασφαλισμένους και γίνεται διακίνηση φαρμάκων και οτιδήποτε. Προσπαθούμε να περάσουμε και στη γραμματεία, που είναι στη βάρδια, ότι ξέρεις αυτός που έρχεται εδώ πέρα πρέπει να σου δείξει κάποιο έγγραφο, δεν μπορεί να έλθει έτσι και να σου πει απλά ότι θέλω φάρμακο ή θέλω εξέταση» (21).

«Έχουν εξυπηρετηθεί μετανάστες, αλλά αυτή τη στιγμή για να φτάσουν στο ΚΙ είναι ένα θέμα. Πρακτικά αυτό το πράγμα, όταν... πηγαίναμε εμείς στους μετανάστες γι' αυτό το σκοπό, γιατί οι μετανάστες κρύβονται, δεν μπορούν να φτάσουν στο ΚΙ, αλλά έχουν εξυπηρετηθεί μία-δυο, κάποιες λίγες περιπτώσεις έχουν εξυπηρετηθεί. Η πλειοψηφία όμως αυτή τη στιγμή των γιατρών αντιμετωπίζουν αυτό το θέμα με σκεπτικισμό. Δηλαδή, βλέπουν την ανθρωπιστική πλευρά, αλλά είναι όσον αφορά το νομικό κομμάτι προβληματισμένοι» (17).

6.4 Τρόπος γνωστοποίησης στους λήπτες των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των ΚΙ

Οι εκπρόσωποι 8 δομών αναφέρουν πως δεν υπάρχει ιδιαίτερη ανάγκη για ενημέρωση προς τους λήπτες των χαρακτηριστικών των ΚΙ κυρίως επειδή θεωρούν πως είναι ήδη γνωστά τα χαρακτηριστικά:

«Το ξέρει, το ξέρει καταρχήν όταν σηκώνει το τηλέφωνο, ξέρει πού σηκώνει το τηλέφωνο. Τώρα πώς ακριβώς και τι κατανοεί, δεν ξέρω, μπορεί να πιστεύει ότι αυτός είναι εκεί στο νοσοκομείο, άρα τον πληρώνουν αυτοί... τον πληρώνουν και για μένα, τέτοιες σκέψεις μπορεί να υπάρχουν. Αν μας δοθεί ερέθισμα, τότε απαντούμε· δεν το κάνουμε το μάθημα όταν έρχεται: "Ξέρεις, αυτό που θα σου προσφέρουμε εμείς είναι..."» (10).

«Συνήθως, πριν έρθει κάποιος, παίρνει τηλέφωνο στο ΚΙ και ενημερώνεται από εμένα. Τι [δικαιολογητικά] πρέπει να έχει μαζί του. Δεν νομίζω ότι χρειάζεται [ενημέρωση για χαρακτηριστικά ΚΙ]. Ένας ασθενής που έρχεται εδώ πέρα γνωρίζει ότι είναι δωρεάν, ότι είναι εθελοντές, ότι είμαστε όλοι εθελοντές, αλλά δεν έχουμε μπει ποτέ στη διαδικασία να εξηγήσουμε τι κάνει ο καθένας εδώ πέρα. Ο ασθενής έρχεται να εξεταστεί, να πάρει τα φάρμακά του και να φύγει, σαν να πήγαινε στο γιατρό του σε ένα ραντεβού, έτσι» (16).

Συνολικά στην ερώτηση απάντησαν 43 από τις 48 δομές που ενημερώνουν. Οι τρόποι με τους οποίους ενημερώνουν είναι οι ακόλουθοι:

- προφορική ενημέρωση (14 δομές),
- προφορική ενημέρωση/έντυπο υλικό/διαδίκτυο (14 δομές),
- ενημερωτικό υλικό και εμπλοκή στις διαδικασίες του ΚΙ (4 δομές),
- μέσα μαζικής ενημέρωσης/ενημερωτικό υλικό (8 δομές),
- συνέντευξη με ειδικούς (3 δομές).

• Προφορική ενημέρωση

Σε 14 ΚΙ κυριαρχεί η προφορική ενημέρωση ως κύριο μέσο γνωστοποίησης των χαρακτηριστικών των ΚΙ.

«Η ενημέρωση ξεκινά από την κοινωνική λειτουργό η οποία τους εξηγεί το πώς λειτουργεί το κοινωνικό φαρμακείο: "Αν έχουμε τα φάρμακα, θα σου τα δώσουμε· αν δεν τα έχουμε και τα βρούμε σε κάποια άλλη φάση, θα σε ειδοποιήσουμε, ή μπορεί να μην τα έχουμε ποτέ, οπότε θα πρέπει να βρεις άλλους τρόπους να εξυπηρετηθείς"» (9).

«Ενημέρωση [προφορική] λέγοντάς τους να καταλάβουν πού έχουν έρθει, να καταλάβουν ποιο είμαστε, πώς λειτουργούμε. Ότι δεν είμαστε δημόσιος φορέας, ότι δεν πληρωνόμαστε, ότι δεν είμαστε νοσοκομείο, ότι είμαστε μια ομάδα που προσπαθούμε να στηρίξουμε» (11).

- Προφορική ενημέρωση/έντυπο υλικό/ διαδίκτυο

Οι εκπρόσωποι 14 ΚΙ αναφέρουν πως χρησιμοποιούν προφορική και έντυπη ενημέρωση, αλλά παράλληλα αξιοποιείται και σε μεγάλο βαθμό το διαδίκτυο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης.

«Ναι, ναι. Παίρνει ένα χαρτάκι, αυτό το χαρτάκι εδώ. Τους δίνουμε ένα χαρτάκι, εκεί είμαστε και τους λέμε ότι εμείς εδώ το κάνουμε αυτό με μια αλληλέγγυα διάθεση, δεν είναι φιλανθρωπία αυτό το πράγμα, γιατί κι εμείς μπορεί να βρεθούμε στη δική τους θέση αύριο και γι' αυτό πρέπει να βοηθούν και αυτοί τη λειτουργία» (6).

«Υπάρχει ένα έντυπάκι που τους δίνουμε μαζί με την κάρτα που εξηγούμε τι ακριβώς είναι το ΚΙ-φαρμακείο, ότι πρέπει να διατηρούν την κάρτα αυτή για προσωπική-ατομική χρήση, κάποιες οδηγίες εν πάση περιπτώσει» (26).

- Ενημερωτικό υλικό και εμπλοκή στις διαδικασίες του ΚΙ

4 ΚΙ παρέχουν ενημερωτικό υλικό με παράλληλη εμπλοκή των ληπτών στη λειτουργία της δομής, όπως σε ομάδες εργασίας, εκδηλώσεις και συζητήσεις.

«Τους δίνουμε το φυλλάδιο, μέσα από ομιλίες, αλλά το βασικότερο εργαλείο είναι η ιστοσελίδα. Θα μου πείτε τώρα ότι η πλειοψηφία των αποδεκτών δεν έχει σχέση με το διαδίκτυο, και αυτή είναι μια δυσκολία και τη δυσκολία αυτή την προσπερνάμε μέσα από τη συμμετοχή των μελών στις εργασίες της ομάδας. Γιατί με την εργασία της ομάδας... ορίστε η κυρία τώρα ήρθε, δούλεψε και μας δόθηκε η ευκαιρία να πούμε δύο λεπτά πράγματα» (13).

«Με πολύ απλό τρόπο, μέσα από τη συζήτηση ή στις ανοιχτές συνελεύσεις του κινήματος που τους καλούμε να πάρουν μέρος» (30).

«Έχουμε ενημερωτικό υλικό στη γραμματεία μας, που τους το δίνουμε, τους ενημερώνουμε... όποτε έρχονται στο ιατρείο, έχουμε τηλεόραση που προβάλλει συνέχεια διάφορα μηνύματα για το ιατρείο, τι είναι το ιατρείο, τι μπορεί να επιτύχει, κλπ. και παράλληλα τους καλούμε σε διάφορες εκδηλώσεις που κάνουμε με διάφορα θέματα είτε διαμαρτυρίες είτε κάποιες ημερίδες που κάνουμε εδώ» (32).

- Μέσα μαζικής ενημέρωσης/ενημερωτικό υλικό/εκδηλώσεις

8 ΚΙ έχουν αξιοποιήσει τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για γνωστοποίηση των χαρακτηριστικών τους στο κοινό, παράλληλα με ενημερωτικό υλικό που δίνεται κατά την επίσκεψη στο ΚΙ αλλά και ευρύτερες εκδηλώσεις στην περιοχή. Μέσω

αυτών των διαδικασιών οι λήπτες είναι ενημερωμένοι για τα χαρακτηριστικά του ΚΙ.

«Στο ξεκίνημα κάναμε μια προσπάθεια να ενημερωθούν μέσω των ΜΜΕ και βέβαια και εκεί προσπαθήσαμε να ενημερωθούν χωρίς να χρεώνεται κάποιος. Ενημερώθηκε ο κόσμος και βγήκαμε και στην τηλεόραση, κάναμε πολλές δηλώσεις. Απλώς προσπαθήσαμε να το θέσουμε στη σωστή του βάση, γιατί από μερικούς υπήρχαν κάτι πανηγυρικά πράγματα, τα οποία είναι ντροπή να πανηγυρίζεις για μία δομή η οποία απευθύνεται σε κόσμο που έχει ανάγκη και να το εκμεταλλεύσαι αυτό το πράγμα» (43).

«Υπάρχει blog, υπάρχει στο facebook ιστοσελίδα, έχουμε βγάλει αυτά τα φυλλάδια σε πρώτη φάση τα οποία ήταν πολύ λίγα, σκεφτόμαστε να τα βγάλουμε ένα και να τα δώσουμε μαζικά σε όλους τους, σε όλη την πόλη και σε όμορο δήμο... Έχουμε κάνει μια πρώτη επίσκεψη στα λύκεια και στα γυμνάσια της πόλης, δεν προλάβουμε στα δημοτικά, να τους ενημερώσουμε για τα τμήματα και να τους προσκαλέσουμε να γίνουν εθελοντές όσοι θέλουν. Πιστεύω ότι αυτό... στην επόμενη φάση είναι να μας δώσουν και αυτοί βοήθεια... να δίνονται σε παιδιά που έχουν πραγματικά ανάγκες και τις οικογένειές τους και να μπορέσουν να τους κατευθύνουν... Τα τοπικά μέσα μαζικής ενημέρωσης μας έχουν εξυπηρετήσει και μας έχουνε διαφημίσει πάρα πολλές φορές, εφημερίδες, τηλεόραση, ραδιόφωνο και μετά βέβαια το βασικότερο είναι από στόμα σε στόμα, δηλαδή οι εθελοντές, οι ασθενείς, εμείς, ό,τι μπορούμε και όπου μπορούμε... λέμε το τι ακριβώς κάνουμε και προσπαθούμε να προσελκύσουμε έτσι περισσότερο κόσμο» (44).

«Ναι βέβαια. Το ξέρουν. Έχουμε κάνει ανακοινώσεις, έχουμε δώσει συνεντεύξεις, έχουμε βγάλει στον Τύπο, στα media κ.λπ., έχουν ενημερωθεί» (52).

• Συνέντευξη από ειδικούς

Σε 3 περιπτώσεις η ενημέρωση πραγματοποιείται από επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς κατά τη διάρκεια της συνέντευξης με τους υποψήφιους δικαιούχους.

«Συνέντευξη. Οι κοινωνικοί λειτουργοί το κάνουν αυτό. Την πρώτη συνέντευξη και τα χαρτιά τα πρώτα τα παίρνουν κυρίως οι κοινωνικοί λειτουργοί για να αντιμετωπίσουν και το άτομο όπως πρέπει. Και πέρα από αυτό γιατί μπορεί να είναι δικαιούχος μιας δομής που δεν το γνωρίζει και δεν είναι υποχρεωμένοι ούτε οι διοι-

κητικοί εθελοντές να το γνωρίζουν, ενώ εμείς το γνωρίζουμε. Κυρίως για το αν θα πρέπει να παραμείνει και μπορεί να εξυπηρετηθεί, μπορεί να παραπεμφθεί ή να εξυπηρετηθεί από κάποια άλλη δομή. Κυρίως όμως για το γεγονός ότι έρχονται σε δύσκολη θέση. Και ένας άνθρωπος ο οποίος μπορεί να προσφέρει απλά εθελοντική διοικητική εργασία, δεν μπορεί να διαχειριστεί έναν άνθρωπο, χρειάζεται διακριτικότητα, ευγένεια, υπομονή σε κάποιες περιπτώσεις, γιατί μπορεί να έρχονται εκνευρισμένοι επειδή δεν τους βοήθησαν από κάποια άλλη δομή, τα πάντα. Θέλει χειρισμό» (12).

7. ΚΙ και ΕΣΥ: Υποκατάσταση ή διεκδίκηση μιας άλλης υγείας;

Σε αυτή την ενότητα εξετάζεται η σχέση των ΚΙ με το κράτος ως προς τις ακόλουθες διαστάσεις:

- υποκατάσταση του ΕΣΥ,
- διαφορές σε σχέση με το ΕΣΥ,
- προοπτική θεσμοποίησης των ΚΙ,
- σχέσεις με το Υπουργείο Υγείας.

7.1 Υποκαθιστούν τα ΚΙ το κράτος στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας;

Ένα από τα επίμαχα ζητήματα αναφορικά με τα ΚΙ είναι ότι ενδεχομένως υποκαθιστούν τις αντίστοιχες δομές του ΕΣΥ με αποτέλεσμα να διευκολύνουν την αποχώρηση του κράτους από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Υπάρχει διαφορετικός τρόπος προσέγγισης του ζητήματος ανάμεσα στις κινηματικές και στις θεσμικές δομές ως προς αυτή τη διάσταση.

Για τις περισσότερες θεσμικές δομές το ζήτημα της υποκατάστασης του ΕΣΥ δεν αντιμετωπίζεται με προβληματισμό, θεωρείται ανέφικτο αλλά όχι αναγκαστικά αθέμιτο ή ενώ θεωρείται αθέμιτο, δεν εντάσσεται στις στοχεύσεις του ΚΙ ή αποκατάσταση της καθολικότητας του ΕΣΥ.

• Αποδοχή της υποκατάστασης/συμπλήρωσης του ΕΣΥ λόγω κρίσης

«Το συμπληρώνει. Αναγκαστικά, ακριβώς. Συμφωνώ απόλυτα με κάθε λέξη. Ενώ δεν θα έπρεπε. Αυτό το κενό που δημιούργησε η οικονομική κρίση καλεστήκαμε να... Η οικονομική κρίση. Με την έννοια ότι ξαφνικά απολύθηκε κόσμος. Πρόσεξε λίγο, το ΕΣΥ είναι ένα σύστημα το οποίο βασίζεται στις εισφορές των ασφαλισμένων και στον κρατικό προϋπολογισμό. Η οικονομική κρίση τα πετσόκοψε και τα δύο» (12).

«Λόγω κρίσης στήριξε κόσμο και εξοικονομήθηκαν χρήματα... Οι εθελοντές πρόσφεραν και εξοικονομήθηκαν χρήματα» (45).

- Άρνηση υποκατάστασης λόγω περιορισμένων δυνατοτήτων

«Εδώ μπορεί σχηματικά να το έχουμε λίγο έτσι, αλλά δεν είναι δυνατό να υποκαταστήσει... Δεν ξέρω αν είναι δέον, αλλά δεν είναι δυνατό να υποκαταστήσει το ΕΣΥ σε καμία περίπτωση... Συμπληρώνει» (20).

«Δεν μπορούμε να το υποκαταστήσουμε. Να βοηθήσουμε για να μπορέσει να λειτουργήσει καλύτερα... Γιατί έχει δομές που εμείς –και να θέλουμε– δεν μπορούμε ούτε να υποστηρίξουμε ούτε να φτιάξουμε» (25).

«Και φυσικά δεν μπορεί ένα ΚΙ να υποκαταστήσει, γιατί ΕΣΥ σημαίνει Εθνικό Σύστημα Υγείας, ούτε μπορεί να σηκώσει τον όγκο και το βάρος που συνεπάγεται η κατάρρευση του ΕΣΥ» (29).

- Αθέμιτη η υποκατάσταση αλλά αναγκαία μέχρι την αποκατάσταση του ΕΣΥ

«Σίγουρα το πιστεύω γιατί το ΕΣΥ έχει γλιτώσει πάρα πολλά χρήματα μέσω των κοινωνικών φαρμακείων... όλες αυτές οι οργανώσεις που λειτουργούν σίγουρα το υποκαθιστούν, ενώ δεν θα έπρεπε» (9).

«Αλλά είναι μια αναγκαιότητα... ή έπρεπε να κλείσουμε τα μάτια μας ότι δεν υπάρχει ή έπρεπε να κάνουμε κάτι... μέχρι να μπορέσουν όλοι αυτοί οι άνθρωποι να ενταχθούν στο σύστημα υγείας» (18).

Οι κινηματικές δομές στο σύνολό τους και ορισμένες θεσμικές δομές αντιμετωπίζουν το ζήτημα της υποκατάστασης του ΕΣΥ με μεγαλύτερο προβληματισμό. Διακρίνονται ανάλογα με το αν αναγνωρίζουν ότι σε έναν μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό αναγκάζονται να υποκαταστήσουν. Σε κάθε περίπτωση, όμως, τονίζουν ότι βασικό στοιχείο της δικής τους ενεργοποίησης είναι η διεκδίκηση αλλαγής πολιτικών στο χώρο της υγείας.

- Καθολική άρνηση της υποκατάστασης του ΕΣΥ

«Σε καμία περίπτωση δεν αλληλοκαλύπτονται... Θεωρούμε ότι το κράτος έχει συνταγματικά αν θέλετε την υποχρέωση απέναντι στον πολίτη να του παρέχει αυτού του είδους τις υπηρεσίες. Είναι απαράδεκτο ότι υπάρχει κόσμος σήμερα το 2014 που δεν έχει πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, αυτό δηλαδή

παραπέμπει σε υποσαχάρια καθεστώτα, απαράδεκτες καταστάσεις και σε καμία περίπτωση δεν μειώνει τον διεκδικητικό χαρακτήρα των φορέων που συμμετέχουν μέσα σε αυτού του είδους τα εγχειρήματα» (23).

«Όχι, όχι, σε καμία περίπτωση. Ούτε είναι και στόχος. Ίσα ίσα που προσπαθούμε να βοηθάμε, δηλαδή οι γιατροί στο [νοσοκομείο] όταν κάνουν μια εκδήλωση ή μια διαμαρτυρία, μας καλούνε να πηγαίνουμε τα ΚΙ και πηγαίνουμε» (31).

«Όχι. Σε καμία περίπτωση δεν το θέλουμε, ούτε το νομίζουμε ούτε και το επιθυμούμε... Αντίθετα, παλεύουμε και προσπαθούμε στο να... και νομίζω σε ένα βαθμό, μπορεί να είμαστε και ουτοπιστές, το αποτέλεσμα, ας πούμε, αυτών των αποφάσεων⁹ ότι μπορεί να είναι και μια μορφή πίεσης των ΚΙ ή και αυτό που κάνει το κάθε ένα ιατρείο» (50).

- Εν μέρει αποδοχή της υποκατάστασης του ΕΣΥ ως απαραίτητη προϋπόθεση για την αλλαγή πολιτικών στην υγεία

«Υποκαθιστά, με έναν τρόπο βουλώνει τρύπες. Αυτό είναι αλήθεια. Από την άλλη, εμείς δεν θέλουμε να... δεν είναι σκοπός μας να υπάρχουμε. Εμείς κάνουμε όλοι την πολιτική δουλειά, ή όση μπορούμε τέλος πάντων, για την επανάκτηση του ΕΣΥ» (3).

«Με τη μέχρι τώρα λειτουργία μας εγώ θεωρώ ότι το κάνουμε σε ένα βαθμό. Και είναι και κάτι που μας απασχολεί και το οποίο... έχουν αρχίσει και μας στέλνουν και από το νοσοκομείο άτομα... Αυτό πάντως, ότι υποκαθιστούμε το ΕΣΥ, είναι το μεγάλο πρόβλημα που έχουμε και η κουβέντα που κάνουμε ουσιαστικά εδώ πέρα είναι... ότι καλύπτουμε το κομμάτι της πρωτοβάθμιας πάρα πολύ καλά..., δεν καταφέραμε ως ΚΙ να αναπτύξουμε το διεκδικητικό» (11).

«Αυτό έγινε μια μεγάλη κουβέντα. Είπαν όλοι, συμφώνησαν ότι ο στόχος είναι να μην γίνει αυτό, αλλά να παλέψουμε όλοι για να μπορέσει το ΕΣΥ να ανταποκρίνεται στο ρόλο του... Όταν είχε μπει το εισιτήριο πρόσβασης στις υπηρεσίες του ΕΣΥ, πάρα πολύς κόσμος αισθανόταν ένα επιπλέον εμπόδιο προς αυτή την κατεύθυνση. Ε, αυτό το πράγμα άρχισε σιγά σιγά να μην εφαρμόζεται. Στην ουσία, στην πράξη κάποιες φορές εφαρμόζεται, κάποιες φορές δεν εφαρμόζεται... Αλλά γενικά οι άνθρωποι που αποκόπτονται με τον ένα ή τον άλλο τρόπο από τη φροντίδα υγείας,

9. Αναφέρεται στις αποφάσεις του Υπουργείου Υγείας το καλοκαίρι του 2014 για μερική κάλυψη των ανασφάλιστων.

έχουν προβλήματα, δεν μπορούν να καταλάβουν όλο αυτό το πλέγμα και πρέπει να πάει κάποιος να τους συναντήσει» (17).

«Εμείς όμως δεν το κάνουμε αυτό, δεν θεωρούμε ότι το κάνουμε, γιατί πολεμάμε για να υπάρχει το ΕΣΥ, τονίζουμε τις αδυναμίες του ΕΣΥ, τονίζουμε... πόσο αναποτελεσματικές είναι οι πολιτικές που εφαρμόζονται στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα και απαιτούμε και από τη χώρα μας αλλά και από την ΕΕ να αλλάξουν αυτές οι πολιτικές... Εννοείται όμως ότι κατά ένα ποσοστό βοηθάμε, αλλά τι είναι πιο σημαντικό; Να βοηθήσεις τον κόσμο να σταθεί στα πόδια του ή να λες απλά ότι εγώ είμαι ιδεολόγος και δεν θα κάνω τίποτα, θα αφήσω τον κόσμο να εξαθλιωθεί για να εξεγερθεί;» (32).

«Όχι, δεν πιστεύω ότι αυτό το πράγμα συμβαίνει, γιατί δεν νομίζω δηλαδή ότι, αν δεν υπήρχαμε εμείς, θα γινόταν κάτι διαφορετικό, απλώς οι άνθρωποι θα ήταν ακόμη χειρότερα από ότι είναι... Ίσα ίσα πιστεύω ότι η δράση των ιατρείων ήταν που ανέδειξε το πρόβλημα και πίεσε, ας πούμε, στο να παρθούν τουλάχιστον σε θεσμικό επίπεδο κάποιες αποφάσεις υπέρ των ανασφάλιστων και σε τοπικό επίπεδο και σε εθνικό... Θεωρώ ότι η ανάδειξη του θέματος και η πίεση ήταν καθοριστική για πολλά πράγματα τα οποία έχουνε συμβεί, απλώς έκαναν πως δεν υπάρχει το θέμα, πως δεν υπάρχει το πρόβλημα. Θεωρώ ότι πρέπει να αισθανθεί ο κόσμος ότι είσαι κοντά, ότι είμαστε κοντά και ότι [για] να σταθεί στα πόδια του... για να μπορέσει να προχωρήσει, δεν μπορείς δηλαδή να τον εξαθλιώσεις, δηλαδή κανένας εξαθλιωμένος δεν εξεγείρεται ποτέ... Όχι, δεν νομίζω ότι ο κόσμος που είναι σε αυτή την κατάσταση μπορεί να διεκδικήσει» (48).

7.2 Διαφέρει ο τρόπος λειτουργίας των ΚΙ από τις πρωτοβάθμιες δομές υγείας του ΕΣΥ;

Αναφορικά με διαστάσεις στις οποίες διαφοροποιείται η λειτουργία των ΚΙ από τις δομές του ΕΣΥ, οι απαντήσεις των εκπροσώπων ανέδειξαν παραμέτρους τόσο στο σκέλος της υπεροχής του ΕΣΥ όσο και στο σκέλος της υπεροχής των ΚΙ.

Πλεονεκτήματα ΕΣΥ

- Εξυπηρετεί πολύ μεγαλύτερο πληθυσμό

«Όταν εδώ πέρα, σε μας είναι πιο μαζεμένα τα πράγματα, είμαστε της μητρό-πολης» (1).

«Είναι διαφορετικά τα μεγέθη. Δεν μπορούμε να συγκρίνουμε το κράτος με χιλιάδες πολίτες να ανταποκριθεί, με εμάς που έχουμε πολύ συγκεκριμένο αριθμό ασθενών» (2).

- Έχει υποδομές για μεγαλύτερο εύρος παροχών

«Δεν έχουμε υποδομές για εργαστηριακές εξετάσεις» (4).

«Μειονεκτεί [το ΚΙ] στις παροχές που έχει να κάνει όσον αφορά τα διαγνωστικά και τα εμβόλια» (36).

«Μειονεκτεί [το ΚΙ] σίγουρα στο θέμα το υλικοτεχνικό, γιατί δεν μπορούμε να κάνουμε χειρουργεία π.χ., δεν έχουμε αξονικό τομογράφο» (41).

- Έχει ολοκληρωμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης

«[N]α εξυπηρετηθούν στο σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών και των φαρμάκων» (8).

«Το φάσμα των παροχών δεν είναι τόσο ευρύ [στα ΚΙ]» (13).

«[Σ]ε έναν νοσοκομειακό χώρο έχεις ένα συντονισμό μεγαλύτερο, έχεις μια δυνατότητα μεγαλύτερου συντονισμού με άλλες ειδικότητες» (22).

«Για το ΕΣΥ μιλάς για... ένα οργανωμένο σύστημα, που οφείλει το κράτος να παρέχει με κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά» (39).

- Οργανωμένη οικονομική διαχείριση

«[Στα ΚΙ] διαχειριζόμαστε χρήματα, τα οποία δεν είναι λογικό να τα διαχειριζόμαστε. Μπορεί δηλαδή να πέσουν και σε έναν που τα σπαταλάει, ιδιοποιείται, δηλαδή υπάρχουν διάφορα τέτοια ζητήματα, δεν ξέρω πώς μπορούν να λυθούν σε ένα εθελοντικό ιατρείο» (18).

- Η υγεία είναι δικαίωμα

«Όταν είναι εθελοντικό, ο εξυπηρετούμενος δεν αισθάνεται ότι το δικαιούται, υπάρχει και αυτή η αίσθηση... Η αίσθηση που έχουν, νομίζω, είναι ότι... δεν έρχονται με το συναίσθημα ότι δικαιούμαι της παροχής, έρχεται με το συναίσθημα ότι, αν μπορείτε, αν μου επιτρέπετε, ενώ είναι δικαίωμα... Κάτι που το είχες δικαίωμα να γίνεται ξαφνικά κάτι άλλο» (40).

Πλεονεκτήματα ΚΙ

- Μεγαλύτερος χρόνος ανά ασθενή

«Κοιτάξτε, ακριβώς επειδή είναι διαφορετικά τα μεγέθη, φυσικό είναι ο χρόνος που δίνουμε σε κάποιον ασθενή και ο τρόπος που τον αντιμετωπίζουμε να είναι πολύ καλύτερος» (1).

«Διαφέρει γιατί καταρχάς εμείς τους ανθρώπους, τους ασθενείς μάλλον, τους αντιμετωπίζουμε σαν ανθρώπους, ενώ στο ΕΣΥ τον αντιμετωπίζουν σαν ένα άνθρωπο που πήρε ένα χαρτάκι στη σειρά όπου πρέπει ο γιατρός να δει 10 ασθενείς... και πρέπει να τους τελειώνει» (6).

- Διαφορετική σχέση παρόχων-ληπτών υπηρεσιών

«[Δ]εν είναι μια δομή κεντρική, όπως είναι το νοσοκομείο, που ξεκινά από έναν κεντρικό μηχανισμό. Οργανώνεται από απλούς ανθρώπους, οι οποίοι δεν πληρώνονται γι' αυτό που κάνουν, οπότε αναγκαστικά θα προσεγγίσουν με διαφορετικό τρόπο τον ασθενή που θα έρθει σ' αυτό, αναγκαστικά επίσης και ο γιατρός θα αντιμετωπίσει διαφορετικά τον ασθενή που έρχεται σ' αυτό, γιατί δεν πληρώνεται γι' αυτό που κάνει, το κάνει από δικιά του θέληση» (21).

«[Ε]χουμε τελείως διαφορετική φιλοσοφία. Δεν βλέπουμε τον άλλον σαν απλά έναν άνθρωπο ο οποίος έχει ανάγκη. Βλέπουμε στα μάτια των ανθρώπων που έρχονται εδώ τους εαυτούς μας. Ανά πάσα στιγμή εμείς μπορούμε να βρεθούμε και οι ίδιοι, κάποιοι από τους εθελοντές μας είναι μακροχρόνια άνεργοι, αρκετοί από τους εθελοντές μας δυσκολεύονται να τα βγάλουν πέρα καθημερινά. Οπότε προσπαθούμε να χτίσουμε μια σχέση, είμαστε ίσοι, είναι δύσκολο να το πετύχεις» (32).

«Είμαστε πολύ πιο ανθρώπινοι καταρχάς· δηλαδή κοιτάμε τους ανθρώπους στα μάτια, δεν είμαστε οι τυπικοί δημόσιοι υπάλληλοι που γράφουνε χαρτιά, δεν είμαστε γραφειοκράτες, αποκτάμε άμεση επαφή με τους ανθρώπους και πάρα πολλοί ασθενείς μας, μα πάρα πολλοί, μας λένε μακάρι να λειτουργούσε έτσι και το ΙΚΑ, μακάρι να λειτουργούσε έτσι και το ιατρείο που πάω από το ΙΚΑ ή το ΤΕΒΕ ή από το στιδήποτε» (34).

- Πιο άμεση ανταπόκριση

«Καινοτομεί στο επίπεδο της αμεσότητας, ας πούμε... ναι, πιο γρήγορα... δεν υπάρχει αυτή η αναμονή, πιο γρήγορα» (2).

«[Ο]ι ασθενείς εδώ πέρα που εξετάζονται, ανταποκρινόμαστε άμεσα» (16).

«Αυτό που μπορούμε να πούμε μετά σιγουριάς είναι ότι, αν κλείσουν ραντεβού, το κλείνουμε σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα και υπάρχει ανταπόκριση» (25).

- Προσωπική σχέση με τους λήπτες και πολυεπίπεδη στήριξη

«[Π]λέον γνωριζόμαστε με τους ασθενείς που έρχονται, δηλαδή... έχουμε προσωπική σχέση... δηλαδή ξέρουν και παραπέρα να τους βοηθήσουν, δεν είναι μόνο το ιατρείο, πάμε μετά στο παντοπωλείο, πάμε στο συσσίτιο, πάμε και σε άλλες δομές» (2).

«Υπερτερεί στο θέμα προσέγγισης με τον ασθενή, ότι είναι πιο άμεση, ότι έχεις πιο μεγάλη άνεση να τον κατευθύνεις, δηλαδή ότι μην πάρεις μόνο το φάρμακο, μπορείς να δεις και τον τάδε γιατρό την τάδε μέρα, μπορείς να δεις και τον άλλον γιατρό την άλλη μέρα, υπάρχουν και κοινωνικοί λειτουργοί που μπορείς να τους συμβουλευτείς σε μικρές διαστάσεις, δεν έχει γίνει στον πλήρη βαθμό που θα θέλαμε, αλλά υπάρχει αυτή η δυνατότητα που στο ΕΣΥ μέσα στον όλο φόρτο δουλειάς και ειδικά μετά την απαξίωση που έχει γίνει, με τον τρόπο που γίνονται όλα είναι και... δηλαδή και να θέλουν γιατροί να το κάνουν δεν υπάρχουν δυνατότητες να το κάνεις εύκολα» (41).

«Αντιμετωπίζουμε με πιο καθολικό τρόπο τους αρρώστους, όχι μόνο στο ιατρικό κομμάτι, αλλά στο ότι αυτόν του οποίου θα του πεις ότι πρέπει να κάνεις αυτό, πρέπει να του βρεις και τρόπο να το κάνει... Δηλαδή δεν είναι δουλειά σου να τελειώσεις ότι... "θα πάρεις αυτό το φάρμακο" και "θα κάνεις αυτή την εξέταση", πρέπει να του κανονίσεις πού θα την κάνει, πώς θα την κάνει, τι αυτό, πώς θα σε ξαναβρεί για να τον προχωρήσεις, αν έχει τη δυνατότητα να βγάλει ασφάλεια να τον κατευθύνεις εκεί που πρέπει» (48).

- Οριζόντια διοίκηση-διατομεακός συντονισμός

«Η οριζοντιότητα και το διατομεακό... Το διατομεακό και το ότι όλοι έχουν ένα λόγο... Το ΕΣΥ είναι εξαιρετικά πυραμιδωτό σαν σύστημα. Γενικά, οτιδήποτε ιατρικό μοντέλο στη δυτική κοινωνία είναι εξαιρετικά πυραμιδωτό» (3).

«Ίσως η διαδικασία της συνέλευσης, οι ομάδες... Δηλαδή όσον αφορά τη λειτουργία... Σαφώς εκεί είναι ένας διαφορετικός τρόπος... λειτουργίας. Υπ' αυτή την έννοια υπερτερεί, γιατί λαμβάνονται συλλογικές αποφάσεις» (24).

- Εξυπηρέτηση αποκλεισμένων ομάδων από το ΕΣΥ

«Σίγουρα δεν έχουμε τα κριτήρια αποκλεισμού που έχει αυτή τη στιγμή το ΕΣΥ» (5).

«Λοιπόν, αυτό είναι κάτι που είμαστε περήφανοι, αλλά αυτά είναι τα περιστατικά για το ΚΙ, αυτά δεν θα πηγαίνανε ποτέ στο νοσοκομείο και, αν θα πηγαίνανε, θα πηγαίνανε σε άσχημη κατάσταση, έτσι» (53).

- Απουσία οικονομικών συναλλαγών

«Παρ' όλα αυτά από τη στιγμή που δεν υπάρχει οικονομική συναλλαγή, ναι υπερτερεί» (23).

«[Ε]δώ δεν υπάρχει το χρήμα και αυτό βγαίνει και από το γιατρό και τον ασθενή. Δεν νιώθει το γιατρό εκμετάλλευση, το νιώθει ως λειτούργημα» (37).

«[Υ]πάρχει μία διαφορά, γιατί για εμάς είναι κάτι που το προσφέρουμε, πιστεύουμε ότι αξίζει να το κάνουμε, ότι σκοπός του συλλόγου είναι να είναι δίπλα στις γυναίκες, ότι είναι κάτι που το προσφέρουμε αφιλοκερδώς, δεν είναι κάτι που έχουμε κάποιο όφελος πίσω από αυτό, ούτε ότι πληρωνόμαστε γι' αυτό ούτε τίποτα» (42).

- Απουσία γραφειοκρατικών απαιτήσεων

«Ως προς τα διοικητικά χαρακτηριστικά προφανώς διαφέρει ότι δεν ζητάμε χαρτιά» (31).

«Δεν είναι γραφειοκρατικό το σύστημα, δηλαδή μπορούμε να λύσουμε στα όρια της νομιμότητας ορισμένα προβλήματα που το ΕΣΥ δεν μπορεί και δεν τολμά να τα κάνει. Εμείς δηλαδή ποτέ δεν ζητήσαμε από κάποιον μετανάστη το διαβατήριό του και τα έγγραφα παραμονής του και όλα αυτά, που το νοσοκομείο πιθανόν αυτό να μην μπορεί να το ξεπεράσει» (46).

«Το ότι δεχόμαστε ανθρώπους χωρίς χαρτιά» (47).

- Καλύτερη διαχείριση φαρμάκων

«Θα αλλάξουμε ένα φάρμακο σε πιο οικονομική θεραπεία, θα πετάξουμε φάρμακα τα οποία θεωρούμε ότι είναι άχρηστα, δεν θα βάλουμε φάρμακα τα οποία είναι έτσι μόνο να τα πάρεις... Μετά είναι το θέμα της ανακύκλωσης του φαρμάκου, δηλαδή μπορούμε να μην πετάμε φάρμακα, να τα έχουμε όλα, να χρησιμοποιούμε αυτά που χρειάζονται και μετά επίσης ένα μεγάλο ποσοστό φαρμάκων πηγαίνει

πάλι πίσω στο νοσοκομείο, δηλαδή τα ξαναμαζεύουν, τα καταγράφουμε και τα στέλνουμε πάλι πίσω, ό,τι δεν μας χρειάζεται και ό,τι χρειάζεται εκεί» (48).

- Διαφορετική ιατρική πράξη

«Επίσης μειώνουμε πάρα πολύ τις εξετάσεις, προσπαθούμε δηλαδή να κάνουμε έτσι λίγο πιο πολύ κλινική ιατρική. Λιγότερες εξειδικεύσεις, δηλαδή έχουμε πάει λίγο πίσω την ιατρική νομίζω με τον καλό τρόπο... Ακόμα τις εγκύους μας τις παρακολουθούμε μαίες, όπως γινότανε και όπως θα πρέπει να γίνεται. Τώρα ποια έγκυο την παρακολουθεί μαία; Καμία... Όταν κάποιος θα έχει ένα πρόβλημα το οποίο είναι, δεν θα τον στείλω στο χειρουργό, όπως θα τον έστελνα στο ΕΣΥ, δεν θα τον στείλω στον τέτοιο, θα προσπαθήσω να το λύσω μόνη μου, ας πούμε, αν δεν υπάρχει γιατρός» (48).

«Υπάρχουν συγκεκριμένοι γιατροί που δουλεύουν εδώ 14 μήνες οι οποίοι λένε πως χαίρονται για την ιατρική που προσφέρουν εδώ, γιατί δεν τους έχει δοθεί η δυνατότητα είτε γιατί στο ιατρείο πρέπει να κυνηγήσουν το χρήμα ή γιατί στο νοσοκομείο κάποιος άλλος τους επιβάλλει να κάνουν συγκεκριμένα πράγματα» (51).

7.3 Πρέπει να συνεχίσουν να υπάρχουν τα ΚΙ;

Στο ερώτημα αν τα ΚΙ πρέπει να αποτελούν μόνιμες ή μεταβατικές δομές παρέμβασης στο χώρο της υγείας, η πλειονότητα (οι 40 από τους 56) των εκπροσώπων των δομών απάντησαν πως τα ΚΙ πρέπει να είναι σαφώς μεταβατικές δομές μέχρι το κράτος να αναλάβει την ευθύνη της υγειονομικής περίθαλψης των πολιτών. Η κατάργηση των ΚΙ θα επέλθει είτε μέσα από το ξεπέραςμα της κρίσης είτε μέσα από τους αγώνες για την αλλαγή των πολιτικών.

- Η υπέρβαση της κρίσης συνεπάγεται την κατάργηση των ΚΙ

«Όταν η κοινωνία μας, η πολιτεία μας, η οικονομία μπορεί να σταθεί έτσι ώστε να στηρίξει το σύστημα υγείας, να μην υπάρχουν συμπολίτες οι οποίοι να έχουν ανάγκη να προσφύγουν κάπου αλλού γιατί δεν μπορούν να εξυπηρετηθούν» (22).

«Καλά θα ήταν να διαμορφωθεί έτσι το σύστημα της υγείας ώστε να μη χρειάζεται να υπάρχουν τα ΚΙ, γιατί δείχνουν ότι υπάρχει ένα πρόβλημα στην κοινωνία. Δηλαδή για να φτάσουμε σε ένα σημείο να υποστηρίζουμε ο ένας τον άλλον με αυτό τον τρόπο και να λειτουργούμε όλοι εθελοντικά, σημαίνει ότι κάτι έχουμε χάσει από

το κράτος. Είμαστε αισιόδοξοι ότι κάποτε θα διορθωθούν όλα και δεν θα χρειάζεται να υπάρχουμε» (25).

«Μακάρι να είναι μεταβατική. Αν δεν είναι μεταβατική, θα ζήσουμε στην εξαθλίωση πάντα... Η Ελλάδα είναι έτσι και θα είναι για πολλά χρόνια έτσι. Και όλα αυτά που σου λένε: "Η ανάπτυξη και η οικονομία φτιάχνει" και τέτοια δεν είναι έτσι, κάθε χρόνο είναι και χειρότερα. Μπαίνουμε πιο βαθιά στο βάλτο. Θεωρώ, ελπίζουμε πως δεν θα είναι μόνιμο, αλλά θα κρατήσουν χρόνια» (55).

• Η κατάργηση των ΚΙ ως αποτέλεσμα του αγώνα

«Μια μεταβατική, μέχρις ότου διεκδικήσουμε όλοι μαζί, όχι μόνο οι φορείς αλλά και οι λήπτες των υπηρεσιών, αυτά που πραγματικά μας αξίζουν» (23).

«Παλεύουμε για την αυτοκατάργησή μας» (34).

«Όχι, εγώ θεωρώ ότι πρέπει να είναι μία μεταβατική περίοδος και αυτό νομίζω ότι παλεύουμε συνολικά τα ΚΙ και όλες οι δομές αλληλεγγύης που υπάρχουν» (39).

Ωστόσο, 16 εκπρόσωποι συζητούν την αναγκαιότητα των ΚΙ ως μόνιμων δομών παρέμβασης στο χώρο της υγείας. Για τις περισσότερες θεσμικές δομές, ο λόγος είναι ότι πάντα θα υπάρχουν κοινωνικές ομάδες που έχουν ανάγκη.

«Θα μπορούσε να είναι μόνιμη, γιατί, όπως είναι τα πράγματα, ανασφάλιστοι θα υπάρχουν πάντα μάλλον... Αν δεν υπήρχε ανεργία, τότε; Εννοώ πόσο από θα μπορούσε να είναι αυτό για να το συζητήσουμε σε μια λογική βάση. Να μειωθεί η ανεργία, ίσως κάποια στιγμή γίνει και αυτό. Αλλά... και να μειωθεί η ανεργία, δεν θα εξαφανιστεί» (1).

«Θα μπορούσε να είναι και μόνιμη, γιατί υπάρχει πάντα κόσμος που έχει ανάγκη» (16).

«Με τις πολύ μεγάλες μετακινήσεις του πληθυσμού που συμβαίνουν σήμερα και έρχονται βλέπεις τι μιλούν για κόσμο από χώρες που είναι χειρότερες από εμάς, νομίζω ότι είναι ανάγκη για να υπάρχει αυτό το πράγμα» (19).

«Νομίζω πως υπήρχε ανάγκη, δεν ήταν μόνο λόγω κρίσης. Πάντα υπάρχουν άνθρωποι που έχουν ανάγκη» (33).

Ορισμένες θεσμικές δομές προτείνουν την τυπική θέσμιση των ΚΙ ως μόνιμων δομών υγείας είτε με τη μορφή οργανώσεων του τρίτου τομέα είτε με τη μορφή δημοτικών ιατρείων:

«Ότι θα μπορούσε, γιατί τώρα όλο αυτό είναι μια τεχνογνωσία, έτσι; Εντάξει τριών χρόνων βέβαια, αλλά θα μπορούσε να γίνει των ΟΤΑ μια δομή, σαν κοινωνικές υπηρεσίες που θα κάνουν τις παραπομπές περισσότερο και το να δέχονται τους πολίτες ώστε να μπορούν να τους κατευθύνουν ανάλογα με τα κοινωνικά, ψυχολογικά, ασφαλιστικά προβλήματα που έχουν» (12).

«Μεταβατική θα απαντούσα αλλά μόνιμη αν είχε νομικό πλαίσιο, συγκεκριμένη αμοιβή και εθελοντές να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων αλλά και οι κοινωνικοί λειτουργοί που γνωρίζουμε τα προβλήματα των ανθρώπων» (45).

«Και θα πρέπει αυτά τα ΚΙ σε ένα άλλο καθεστώς, με άλλη πολιτική, να παίζουν ένα άλλο ρόλο, έστω και αν είναι στην υγεία, π.χ., ως πούμε, δημοτικά ιατρεία να γίνουν, έτσι; Να περάσουν, αν θέλεις, στην υπηρεσία του πολίτη πάντα με κάποιον πιο επίσημο και πιο σταθερό ρόλο» (46).

Οι κινηματικές δομές που υπερασπίζονται τη συνέχιση λειτουργίας των δομών θεωρούν πως τα ΚΙ ενσωματώνουν στοιχεία διαφορετικής φιλοσοφίας στον τρόπο παροχής της υγείας τα οποία ανοίγουν το ζήτημα του κοινωνικού μετασχηματισμού ή μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας σε μια προωθητική κατεύθυνση:

«Σε μια μεταβατική κοινωνία... Για μένα τέτοιες δομές, όπως είναι το ΚΙ, πρέπει να είναι το όχημα για να αλλάξει ο τρόπος που ζούμε και οργανώνεται η κοινωνία. Εγώ είμαι απ' αυτούς που πιστεύουν ότι δεν πρέπει να κλείσουν τα ΚΙ ποτέ. Πρέπει να συνεχίσουν να λειτουργούν ως φορέας υγείας. Μάλιστα το συζητήσαμε αυτό και στη συγκέντρωση των ΚΙ και μιλήσαμε για εναλλακτική ιατρική» (21).

«Οι μικρές δομές υγείας σε πάρα πολλά θέματα ίσως αποτελούν το πρόπλασμα για το πώς πρέπει να είναι η υγεία σε μια κοινωνία που ονειρευόμαστε» (30).

«Εγώ προσωπικά θεωρώ ότι θα έπρεπε να είναι μια μόνιμη δομή, και ότι πειραματισμούς σε νέες μορφές, του πώς ασκείται η ιατρική, με ποια κριτήρια, τα οποία θα μπορούσαν σε μια άλλη κατάσταση να αποτελέσουν και μακάρι να αποτελέσουν υπόδειγμα για το πώς θα λειτουργούν και οι δομές. Δηλαδή αυτό που λέμε πρέπει να υπάρχει μια πιο ολιστική προσέγγιση στους ασθενείς, στην ποιότητα ζωής, στο θέμα των κοινωνικών λειτουργιών, των ψυχολόγων, μέχρι το θέμα της διατροφής, της κάλυψης από γιατρούς, του δεν δίνω μόνο το φάρμακο, προσπαθώ να έχω μια διαφορετική επαφή. Στο δεν υπάρχει ιεραρχία στη δομή, δηλαδή δεν υπάρχει διευθυντής που αποφασίζει, το προσωπικό υλοποιεί. Δεν υπάρχει ζήτημα απόφασης, αυτό που είπαμε πριν, γραφειοκρατικών, έχουμε εντολή από κάπου να κάνουμε αυτό. Οπότε

σίγουρα σαν πειραματική μορφή, εκτός του ότι καλύπτει κάποιες ανάγκες που είτε δεν κάλυπτε ποτέ το ΕΣΥ είτε δεν καλύπτει τώρα, δείχνει και ένα διαφορετικό μοντέλο λειτουργίας πιο δημιουργικό και πιο θετικό στον τρόπο εργασίας και στο πώς είναι στο χώρο, δηλαδή δεν θεωρούμε ότι η νοσηλεύτρια δεν μπορεί να έχει λόγο, είναι κατώτερος άνθρωπος ή οτιδήποτε, άρα δεν μπορεί να έχει το ίδιο δικαίωμα απόφασης με το γιατρό, ένα παράδειγμα. Μπαίνει ένας άλλος τρόπος, μεθοδολογία λειτουργίας, που προφανώς αυτή τη στιγμή από τη δομή του ΕΣΥ δεν υπήρχε και ποτέ. Οπότε και κάποια στιγμή αν σταματούσε ο ένας λόγος αναγκαιότητάς του, κατά τη γνώμη μου σαν πειραματισμός και σαν αντιπαράδειγμα για το πώς θα μπορούσε να λειτουργεί ένα άλλο σύστημα υγείας, θα έπρεπε να συνεχίσει να υπάρχει» (41).

«Γιατί στην κρίση βέβαια είναι απαραίτητο, αλλά δεν σημαίνει αυτό εδώ το ότι η ύπαρξη τέτοιων δομών σε κανονικές συνθήκες μη κρίσης δεν είναι απαραίτητες, κατά τη γνώμη μου είναι, ούτως ώστε να σπρώχνεται και να καλλιεργείται μία άποψη στην οργανωμένη δομή. Δηλαδή να λειτουργεί, ας το πούμε, η αλληλέγγυα δομή σαν παράδειγμα στο τι θα κάνει το κράτος... Δηλαδή αυτή η προσωπική επαφή που υπάρχει στο ΚΙ και προσπαθούμε να τη διατηρήσουμε λειτουργεί, νομίζω, θετικά και αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει και ένα παράδειγμα για την οργανωμένη κοινωνία να δει πώς θα τροποποιήσει τα ΤΕΠ, τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, ή τα εξωτερικά ιατρεία ενός δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου νοσοκομείου. Θα μπορούσε δηλαδή τα εξωτερικά ιατρεία ενός δευτεροβάθμιου νοσοκομείου να λειτουργήσουν με έναν τέτοιο τρόπο. Αυτό νομίζω» (49).

7.4 Σχέσεις των ΚΙ με το Υπουργείο Υγείας

Μόνο 12 δομές έχουν απευθύνει αιτήματα στο Υπουργείο Υγείας, χωρίς όμως να διαμορφώνεται ένα πλαίσιο συνεργασίας ή έστω μια επαρκής ανταπόκριση. Για τις πιο θεσμικές δομές, τα αιτήματα αφορούν κυρίως την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων, όπως:

• Εμβολιασμοί παιδιών

«Ναι, το ένα με τον εμβολιασμό και μας έχουνε γράψει κανονικά... φωνή βοώντος εν τη ερήμω» (2).

«Με τους εμβολιασμούς εκείνους, ειδικά με αυτά, ο υπεύθυνος δεν ήξερε ούτε τα βασικά. Και μας λέει: "Όταν θα έχουμε θα σας στείλουμε", μα τι να τα κάνουμε όταν θα έχετε; Τα παιδιά πρέπει να εμβολιάζονται όταν πρέπει, όχι όταν θα έχει το υπουργείο· τότε θα μένουν ανεμβολίαστα» (18).

«Ένα αίτημα απευθύναμε... ήταν όταν άρχισαν να τελειώνουν τα εμβόλια..., τι μπορούμε να κάνουμε και μας πρότειναν μια συνεργασία με την περιφέρεια, αλλά μας είπαν ότι αν θέλουμε να μπούμε, που πιθανώς να πάρουμε κάποια χρήματα, πρέπει να τους δώσουμε εκείνο, πρέπει να τους δώσουμε το άλλο, πρέπει να τους κάνουμε εκείνο και αυτά. Και υπήρξε απόφαση της γενικής, της ολομέλειας... όχι δεν θέλουμε εμείς να μπούμε σε αυτή τη διαδικασία, για να μας δώσουνε 5 ψωρο-ευρώ, ας πούμε, να πουλήσουμε τη συνείδησή μας, έτσι το είδαμε, καλώς ή κακώς... Τα βιβλία μας, τα πρακτικά μας, το ένα, το άλλο και βέβαια να έμπαινε εδώ ότι... χορηγούμαστε. Αυτό δεν το θέλαμε. Μάλιστα και το ποσό αυτό δεν ήτανε και σίγουρο ότι θα το πάρουμε ούτε και ότι ήταν και κάτι σημαντικό και επιλέξαμε ότι όχι δεν το θέλουμε και θα προχωρήσουμε έτσι» (50).

- Εξυπηρέτηση μεμονωμένων περιστατικών

«Για περίθαλψη συγκεκριμένων ασθενών, που εμείς δεν μπορούμε να βοηθήσουμε, δευτεροβάθμια δηλαδή ιατρική φροντίδα, ακόμα και για φάρμακα, τα οποία δεν μπορούμε να βρούμε, νοσοκομειακά φάρμακα τα οποία χρειάζονται οι ασθενείς μας» (32).

«Για χειρουργεία, για ανθρώπους ογκολογικούς που χρειάζονται δευτεροβάθμια περίθαλψη, αυτό, ναι, να μπορούν να χειρουργηθούν» (33).

«Και το άλλο ήτανε ότι μετά από μια συνέντευξη του υπουργού του προηγούμενου... ότι εγώ όσοι έχουν απευθυνθεί στο υπουργείο τούς έχω βοηθήσει, είχαμε μια δυσκολία με έναν νεαρό ο οποίος έχει μία εξάρθρωση στον ώμο, που μπαίνει και βγαίνει, και πρέπει να κάνει ένα χειρουργείο, είναι ένας νέος άνθρωπος και εδώ δεν υπήρχε η δυνατότητα... να το κάνουμε, στείλαμε ένα μείλ, όπως είπε και ο [αναφορά σε όνομα δημοσιογράφου] ότι όντως γίνεται αυτό και έχει αμέσως απάντηση, μέχρι στιγμής είναι τουλάχιστον δύο μήνες αυτό, δεν έχουμε καμία απάντηση πάρε... Και εκείνο το κάναμε ξέροντας ότι δεν θα έχουμε, απλά για να δοκιμάσουμε αν όντως θα μπορούσαμε να έχουμε απάντηση μόνο και μόνο για να βοηθηθεί ο νεαρός» (50).

- Διαχείριση φαρμάκων

«Αυτό που με είχε απασχολήσει στις αρχές που είχα έρθει, είχα βρει φάρμακα μεγάλης αξίας αντικαρκινικά, τα οποία ήταν κρίμα να λήξουν... είχα απευθυνθεί στο φαρμακείο του ΕΟΠΥΥ, ο οποίος είναι υπεύθυνος της διάθεσης των φαρμάκων.

Και μου είχανε πει... ότι ξέρεις δεν προβλέπεται νομοθετικά να μπορούμε να τα πάρουμε, στείλαμε κι εμείς ένα χαρτί στο υπουργείο να δούμε τι θα μπορέσουμε να τα κάνουμε και τους είπαμε ότι υπάρχουν αυτά τα φάρμακα και είναι κρίμα να λήξουν φάρμακα τέτοιου ύψους χρηματικού... Με την έννοια ότι είναι τόσο δυσκοίλια η γραφειοκρατία... Λοιπόν, χάνονται σκευάσματα τα οποία καταλήγουν στην ανακύκλωση στην καλύτερη των περιπτώσεων, στη χειρότερη στις χωματερές, γιατί δεν έχουμε τρόπο να τα δώσουμε» (15).

«Νομίζω για ένα φάρμακο είχαμε στείλει μαζί με το σύλλογο της Αθήνας για το..., το είχε αποσύρει το υπουργείο και είχαμε στείλει μία επιστολή» (42).

- Οικονομική ενίσχυση των δομών

«Ας πούμε, έχουμε μπει και έχουμε ζητήσει χρήματα για να ενισχυθεί. Αυτό έχει γίνει, πότε αναλάβαμε, το 2011... Για να ενισχυθούν δομές τέτοιου τύπου. Έχει γίνει το αίτημα από το 2011, δεν έχουμε πάρει απάντηση ακόμα» (40).

- Πρόσβαση στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας για όλους

«Έχουμε απευθύνει εμείς σαν ιατρικός σύλλογος και σαν βασικό στέλεχος του ΚΙ όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη των ανασφάλιστων, έχουμε κάνει παρέμβαση και στο διοικητή και στο ΔΣ, και οι οποίες είχαν βέβαια και αποδέκτες το υπουργείο, αλλά σας λέω ότι δεν άλλαξε τίποτα παρόλο που και, αν διαβάσετε και στις εφημερίδες κ.λπ., τώρα λύνεται το θέμα των ανασφάλιστων στο ΠΕΔΥ, δηλαδή να πηγαίνει, αλλά βάζουν και εκεί... διάφορα, ότι πρέπει να παίρνει παραπεμπτικό από το γιατρό, να πηγαίνει στο νοσοκομείο και εκεί μια τριμελής επιτροπή, να κρίνει την αναγκαιότητα κ.λπ. είναι εμπόδια» (20).

Μία μόνο κινηματική δομή έχει αναπτύξει με συστηματικό τρόπο το ζήτημα της συνηγορίας για τα προβλήματα στο χώρο της υγείας:

«Επανελημμένες εκκλήσεις να ανοίξει το ΕΣΥ για τους ανασφάλιστους. Έχουμε κάνει συγκεκριμένες προτάσεις, έχουμε κάνει μελέτη για τους αλληλοεξαρτώμενους και έχουμε αποδειξει ότι ακόμα και οικονομικά συμφέρει για το κράτος να τους βοηθήσει, κάνουμε μεταφράσεις ξένων κειμένων, τα οποία πιστεύουμε ότι βοηθάνε και πρέπει να τα γνωρίζει το Υπουργείο Υγείας, έχουμε βοηθήσει στο να παρθεί ψήφισμα στο Συμβούλιο της Ευρώπης, το οποίο καλεί να ανοίξουν τα ευρωπαϊκά κράτη τα εθνικά τους συστήματα υγείας για τους ανασφάλιστους... Γενικότερα, η αρχή μας είναι, προσπαθούμε να τους δημιουργήσουμε πολιτικό κόστος για να τους στρέψουμε προς τα εκεί που θέλουμε... Μετά από τη φασαρία που έγινε για τους

10 ασθενείς μας, που το Υπουργείο Υγείας μας αγνοούσε, και ο ένας πέθανε, από τις αρχές του χρόνου, από τότε ξεκίνησαν να μιλάνε όλοι για τους ανασφάλιστους... Το ότι το αναφέρουν πλέον και λένε ότι η Τρόικα απαιτεί να ανοίξει το ΕΣΥ είναι επιτυχία αυτό το πράγμα» (32).

Οι υπόλοιπες 44 δομές δεν έχουν προβεί στην υποβολή αιτημάτων προς το Υπουργείο Υγείας για διάφορους λόγους. Για τις πιο θεσμικές δομές οι λόγοι είναι οι ακόλουθοι:

- Δεν έχει προκύψει κάποιο συγκεκριμένο αίτημα

«Όχι. Γιατί μέχρι στιγμής όλα τα προβλήματα που είχαμε [ήταν] μικρά... δεν χρειάστηκε να πάει παραπέρα» (9).

«Όχι, δεν μας έχει τύχει κάποιο περιστατικό ακόμα τόσο σοβαρό για να απευθυνθούμε» (36).

- Η δράση του ΚΙ οφείλει να εξαντλείται στην παροχή υπηρεσιών υγείας και όχι στην άσκηση πολιτικής

«Όχι, δεν έχουμε τέτοια δράση, μας ενδιαφέρει μόνο να εξυπηρετούμε» (4).

- Δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς το σκέλος της συνηγορίας

«Μάλλον επειδή αυτό το κομμάτι των διεκδικήσεων δεν το έχουμε ιδιαίτερα αναπτύξει ίσως όπως θα έπρεπε ή θα θέλαμε» (11).

«Δεν μας μένει χρόνος, δημιουργήσαμε μία ομάδα... δημοσίων σχέσεων... ίσα που προλαβαίνουμε να συντάξουμε τα κείμενα για να τα πάμε στους διοικητές, γιατί είναι πάρα πολλά τα αιτήματα» (34).

«Ούτε καν προφτάσαμε να το σκεφτούμε, όλα καινούρια ήταν που έπρεπε να στηθούν από τους επαγγελματίες που είμαστε και σε άλλες δομές ταυτόχρονα» (45).

Για τις κινηματικές δομές και για ορισμένες πιο θεσμικές δομές οι λόγοι είναι πολιτικοί:

- Η συγκεκριμένη πολιτική ηγεσία¹⁰ είναι εχθρική ως προς τη λογική των ΚΙ

«Το Υπουργείο Υγείας, η πολιτική του μετά το 2011, είναι εχθρική... Είναι υπεύθυνο για όλες αυτές, την αύξηση της νοσηρότητας» (3).

10. Αναφέρονται στην πολιτική ηγεσία κατά την περίοδο υλοποίησης της έρευνας πεδίου, δηλαδή στους υπουργούς Υγείας Μάκη Βορίδη και Άδωνι Γεωργιάδη.

«Αν σκεφτούμε και ποιοι είναι οι δύο τελευταίοι Υπουργοί Υγείας, τι να τους ζητήσουμε, δηλαδή μιλάμε για μία κατάσταση, τρεις τελευταίους, για να μην αδικούμε και τον πρώτο και τον προηγούμενο, ότι ο ένας έδινε οροθετικές στη δημοσιότητα, οι άλλοι είναι εκ των πραγμάτων, καλλιεργούνε μίσος για μετανάστες και μετανάστριες ή θεωρούν ότι, αν ξεματιάσεις κάποιον, φεύγει ο καρκίνος, εντάξει, τα περιθώρια πέρα από το ιδεολογικό είναι περιορισμένα για το πόσο μπορείς να...» (41).

«Δεν μπορούνε αυτοί οι οποίοι φέρανε την κατάσταση αυτή εδώ, να τη διορθώσουνε, κατά τη γνώμη μου... Τι να μας πει τώρα ο Άδωνις. Έλεος. Θα μας πει ο Βορίδης. Άλλο έλεος» (49).

«Θεσμικά όχι, γιατί έμαθα από το Υπουργείο Υγείας πως τα ΚΙ δεν [τα] χρειαζόμαστε ή έστειλε την αστυνομία στο [ΚΙ] ότι είναι διακινητές ναρκωτικών, οπότε τι να συζητήσεις με ανθρώπους που είναι εντελώς σε διαφορετική ιδεολογική αφετηρία» (51).

• Προτιμάται ως μέθοδος η διαμαρτυρία, η καταγγελία

«Κάναμε μια σχετική διαμαρτυρία..., γι' αυτό το ζήτημα, για να δέχονται... Ήταν μια από τις παρεμβάσεις που κάναμε γι' αυτό το ζήτημα» (6).

«Προσπαθούμε να κινητοποιήσουμε τον κόσμο στο τι κάνει το ΚΙ... Η πρώτη μας μέριμνα στη συνέλευση, αυτό φαίνεται από τις αποφάσεις που βγάζει, δεν είναι να ακολουθήσουμε τη "νόμιμη" διαδικασία» (21).

«Στο υπουργείο όχι. Τα αιτήματά μας τα εκφράζουμε στο δρόμο... Δεν μπορεί δηλαδή να έχει διαφορετική ηθική στα θέματα υγείας σε σχέση με τα άλλα» (30).

«Γιατί δεν είναι μέσα στη λογική μας να κάνουμε ένα διάλογο για μεμονωμένα περιστατικά και να διαφημίζουμε... την αποτελεσματικότητά μας; ... Απλά, όταν είχε έρθει, οι μετανάστες οι πυροβολημένοι από τη Χίο, που είχε γίνει ένα περιστατικό, τους οποίους είχαμε διαβάσει στην εφημερίδα ότι πήγανε στο νοσοκομείο και είναι οκ, και ήρθανε εδώ και δεν ήτανε... γιατί στο νοσοκομείο απλώς τους κλείσανε την πληγή με τη σφαίρα μέσα, εκείνη τη στιγμή αυτοί μας είπανε: "Θέλω γιατρό, δεν θέλω να πάω στο νοσοκομείο γιατί φοβάμαι, και θέλω να φύγω με οποιονδήποτε τρόπο από εδώ πέρα". Εγώ έπρεπε να σεβαστώ αυτό που μου έλεγε ο ασθενής. Δεν μπορούσα να βγω στα κανάλια και να ουρλιάζω για το τι έγινε ή για το ότι το νοσοκομείο δεν κάνει καλά τη δουλειά του. Ή όταν ένας ασθενής έρχεται –Έλληνας πρώην ασφαλισμένος– και θέλει να κάνει μια αρθροπλαστική που είναι πανάκριβη,

είναι ένα προσωπικό του δεδομένο, δεν μπορώ να βγω εγώ έξω και να το... θα το πω υπό μορφή στατιστικών, αλλά δεν θα το πω έτσι» (31).

- Είναι προτιμότερο τα αιτήματα να φεύγουν συντονισμένα από πολλές συλλογικότητες και όχι μεμονωμένα

«Νομίζω ότι, αν αυτό γίνει, θα γίνει συντονισμένα. Αποκλείεται το καθένα ΚΙ να προσφύγει σε μια τέτοια πρωτοβουλία. Εάν δεν γίνει μια συνολική καταγραφή όλων αυτών των συμβάντων τέλος πάντων που εμείς μπορούμε και υποστηρίζουμε σε σχέση με την πανελλήνια κατάσταση, δεν μπορεί κάποιος μόνος του να διεκδικήσει πράγματα» (25).

«Τα πολιτικά τα κάνουμε με τους άλλους μαζί» (31).

«Μόνοι μας όχι, τώρα. Ως Παναττικό, κατά διαστήματα, ναι έχουν απευθυνθεί. Έχουνε καταγγεληθεί» (39).

«Αν μαζευόμασταν όλοι μαζί και αυτή ήταν η λογική και του δικτύου, να έχεις μία φωνή δυνατή που να μπορείς να πιέσεις. Τώρα εμείς να βγούμε να ζητήσουμε από τον Υπουργό Υγείας, δεν νομίζω ότι θα είχε κάποιο αποτέλεσμα» (48).

8. Συμπεράσματα

Τα ΚΙ ξεπήδησαν κυρίως στην Ελλάδα της κρίσης μέσα από την προσπάθεια άτυπων κινηματικών πρωτοβουλιών και θεσμικών φορέων να ανταποκριθούν στον αυξανόμενο πληθυσμό που αποκλειόταν από το ΕΣΥ λόγω των άμεσων επιπτώσεων της κρίσης (αύξηση της ανεργίας, μείωση εισοδήματος και συνακόλουθη αδυναμία καταβολής ασφαλιστικών εισφορών) και των πολιτικών διαχείρισης της κρίσης (περικοπές κοινωνικών δαπανών για την υγεία).

Τα περισσότερα ΚΙ λειτουργούν σε χώρους που τους έχουν παραχωρηθεί από φορείς του ευρύτερου δημόσιου τομέα. Η παραχώρηση κρίνεται απαραίτητη, τουλάχιστον στα πρώτα έτη λειτουργίας, λόγω του υψηλού κόστους ενοικίασης. Αναφορικά με τους φορείς που έχουν παραχωρήσει υποδομές σε ΚΙ, παρατηρούμε ότι υπερτερούν ευδιάκριτα οι ΟΤΑ, ακολουθούν τα εργατικά κέντρα, η εκκλησία και μεμονωμένοι πολίτες οι οποίοι διέθεταν αναξιοποίητα ακίνητα τα οποία παραχώρησαν σε ΚΙ σε ένδειξη αλληλεγγύης.

Το ωράριο των ΚΙ ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των δομών και το οργανόγραμμα των δομών δεν παρουσιάζει διαφορές ανάλογα με την οργανωτική μορφή της ιδρυτικής ομάδας, αλλά λόγω τοπικών διαθεσιμότητων. Επιπλέον, τα ΚΙ διαφέρουν ως προς το χρόνο εξυπηρέτησης ανάλογα με: α) τη δυναμικότητα της δομής ως προς τη ζήτηση των υπηρεσιών, β) το σύστημα οργάνωσης, γ) τη στελέχωση με εθελοντές που εξυπηρετούν στην έδρα της δομής ή την αξιοποίηση δικτύου εξωτερικών εθελοντών, δ) την ιατρική ειδικότητα η οποία ζητείται. Σε γενικές γραμμές τα ΚΙ ανταποκρίνονται στα αιτήματα με αμεσότητα. Ο βασικότερος λόγος γι' αυτό είναι ότι απευθύνονται σε λιγότερο πληθυσμό και δεν πιέζονται από τον ίδιο όγκο αιτημάτων με μια δημόσια δομή. Παρά τον εθελοντικό χαρακτήρα τους, η συντριπτική πλειονότητα των ΚΙ, τηρεί σύστημα παρακολούθησης της υγείας των ληπτών των υπηρεσιών. Συνηθέστερα, τηρείται έντυπη κάρτα ασθενούς.

Η συντριπτική πλειονότητα των ΚΙ βασίζεται σε εθελοντές/ριες για την παροχή της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας. Βασικό κορμό των ΚΙ αποτελούν οι εθελοντές που είναι επαγγελματίες υγείας. Οι εθελοντές γιατροί των ΚΙ αναφέρονται σε αυτούς που προσφέρουν υπηρεσίες εντός των ΚΙ σε βάρδιες και αυτούς που αποτελούν συνεργαζόμενο δίκτυο εξωτερικών προς το εγχείρημα γιατρών. Πέραν των γιατρών που λειτουργούν στη δομή του ΚΙ, στη συντριπτική πλειονότητα των δομών αναπτύσσεται ένα δίκτυο εξωτερικών συνεργαζόμενων γιατρών. Το δίκτυο γιατρών αναφέρεται σε συνεργαζόμενους ιδιώτες εκτός ΚΙ ή/και συνεργαζόμενους γιατρούς από δημόσια νοσοκομεία, κέντρα υγείας, κέντρα ψυχικής υγείας και ΕΟΠΥΥ. Πλέον των επαγγελματιών υγείας, εθελοντές/τριες εμπλέκονται στο διοικητικό έργο (υποδοχή, γραμματεία, βάρδιες, αρχειοθέτηση φακέλων ασθενών). Εκτός της εκάστοτε ιδρυτικής ομάδας, εκατοντάδες πολίτες έχουν ενεργοποιηθεί μέσω των ΚΙ σε πανελλαδικό επίπεδο. Η εμπλοκή των εθελοντών αφορά ένα ευρύ φάσμα λειτουργιών, όπως: α) η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας, β) το διοικητικό έργο, γ) η διαλογή φαρμάκων, δ) η συμμετοχή σε πρακτικές εργασίες (καθαριότητα, επισκευές), ε) οι παρεμβάσεις στην κοινότητα (εκδηλώσεις για την υγεία, συλλογή φαρμάκων, τροφίμων), στ) οι ενημερωτικές καμπάνιες, η συμμετοχή σε κινητοποιήσεις για την υγεία, η συμμετοχή σε συντονιστικά όργανα ΚΙ και η) η συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Αξίζει να σημειωθεί πως εκτός από τους εθελοντές που συμμετέχουν ενεργά στα ΚΙ, η έρευνα ανέδειξε την ύπαρξη ενός ευρύτερου συνόλου από πολίτες, που συμμετέχουν ενεργά σε εκδηλώσεις και κινητοποιήσεις, προσφέρουν φάρμακα και άλλα είδη ανάγκης, βοηθούν σε πρακτικά ζητήματα, διοργανώνουν εκδηλώσεις οικονομικής στήριξης, από ιδιώτες γιατρούς, που δέχονται ασθενείς στα ιατρεία τους, από φαρμακοποιούς, που εξυπηρετούν στα καταστήματά τους, από ιδιωτικά μικροβιολογικά και διαγνωστικά κέντρα, που προσφέρουν δωρεάν υπηρεσίες, και τέλος από φορείς και πολίτες του εξωτερικού, που συνδράμουν οικονομικά.

Εκτός των εθελοντών που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες, διοικητικό έργο ή/και απασχολούνται συνολικά με τη λειτουργία του ΚΙ, ενδιαφέρον εμφανίζουν τα ευρήματα της έρευνας που αναδεικνύουν την ύπαρξη και άλλων ειδικοτήτων από το χώρο της υγείας και της πρόνοιας. Η ύπαρξη και άλλων ειδικοτήτων καταδεικνύει αφενός την ενεργοποίηση και άλλων επαγγελματιών υγείας,

αλλά αναδεικνύει εμμέσως και τη στόχευση της πλειονότητας των ΚΙ για παροχή υπηρεσιών και σε άλλους τομείς, όπως η φαρμακευτική αγωγή, η ψυχολογική υποστήριξη, η κοινωνική υποστήριξη και η παροχή πληροφόρησης για προνοιακά δικαιώματα, η λογοθεραπεία σε παιδιά και εφήβους, η φυσικοθεραπεία κ.λπ.

Ωστόσο, παρατηρείται μια σαφής διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στις κινηματικές πρωτοβουλίες και στις θεσμικές δομές. Η τομή αυτή διατρέχει πολλές διαστάσεις της ίδρυσης και της λειτουργίας των ΚΙ.

• *Ιστορικό δημιουργίας*

Οι κινηματικές πρωτοβουλίες δεν συνεργάζονται με θεσμικούς φορείς σε επίπεδο ίδρυσης, αποτελούν απότοκο κινημάτων που εμφανίστηκαν την περίοδο της κρίσης («πλατείες»), εντάσσουν την ανάπτυξη του ΚΙ σε ένα πλέγμα δράσεων αλληλεγγύης και τονίζουν τη συλλογική διάσταση μέσα από τη συνεργασία επαγγελματιών υγείας και μη. Από την άλλη, τα ΚΙ που εκκινούν από θεσμικούς φορείς εμφανίζουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: ξεκινούν συνήθως ως ατομικές πρωτοβουλίες, τονίζουν το ιατρικό σκέλος της δράσης και εδράζονται σε πολυεταίρικά σχήματα που προϋποθέτουν τη σύμπραξη θεσμικών φορέων.

• *Λόγος δημιουργίας*

Ο λόγος εκπροσώπων των θεσμικών δομών παρουσιάζει ως βασική αιτία δημιουργίας των ΚΙ την κρίση αλλά σχεδόν ως ένα φυσικό φαινόμενο υπερτονίζοντας τη φιλανθρωπική ανάγκη απέναντι στο συνάνθρωπο και υποτιμώντας το ζήτημα των πολιτικών που εφαρμόζονται στο χώρο της υγείας. Αντιθέτως, οι κινηματικές δομές δίνουν έμφαση στο ζήτημα των πολιτικών διαχείρισης που εφαρμόστηκαν γενικά και ειδικά στο χώρο της υγείας. Ορισμένες κινηματικές δομές ξεκίνησαν με στόχο την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και πρόσφυγες οι οποίοι αποκλείονται από το ΕΣΥ επειδή δεν είχαν νομιμοποιητικά έγγραφα. Στην πορεία, με την όξυνση της κρίσης και των πολιτικών λιτότητας, αυτές οι δομές άρχισαν σταδιακά να εξυπηρετούν ολοένα και περισσότερους ημεδαπούς οι οποίοι αποκλείονταν από το ΕΣΥ, καθώς έχαναν την ασφαλιστική τους ικανότητα (ανεργία, αδυναμία καταβολής εισφορών). Η συγκεκριμένη παρατήρηση καταδεικνύει ότι ο διαχωρισμός ανάμεσα σε ημεδαπούς και αλλοδαπούς, που συχνά χρησιμοποιείται ως ρητορική για την αποφυγή παροχής κοινωνικής προστασίας στους δεύτερους υπό το πρόσχημα των περιορισμένων πόρων εν μέσω κρίσης, αντιστρέφεται στην πράξη όταν δομές αλληλεγγύης που ιδρύθηκαν για μετανάστες τελικά ωφελούν ημεδαπούς.

- *Νομική μορφή*

Η συντριπτική πλειονότητα των ΚΙ δεν έχει αποκτήσει ένα διακριτό νομικό πρόσωπο για να νομιμοποιήσει τη λειτουργία της. Για τις περισσότερες θεσμικές πρωτοβουλίες δεν υπάρχει ανάγκη να αποκτήσουν νομική μορφή γιατί καλύπτονται θεσμικά από τους ιδρυτικούς φορείς, θέλουν να τονίσουν τον εθελοντικό χαρακτήρα και ότι δεν επιθυμούν να διαχειρίζονται χρήματα. Οι κινηματικές δομές και οι συμπράξεις που περιλαμβάνουν κινηματικές πρωτοβουλίες δεν επιλέγουν να αποκτήσουν νομική μορφή γιατί κυρίως θεωρούν ότι έτσι χάνουν το χαρακτήρα διεκδίκησης και αντίστασης, μονιμοποιούνται και γραφειοκρατικοποιούνται. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ορισμένα κινηματικά ΚΙ αποφάσισαν να ιδρύσουν Σύλλογο Φίλων ΚΙ. Η συγκεκριμένη επιλογή προκρίθηκε διότι διευκολύνει ζητήματα διαφάνειας στην οικονομική διαχείριση και στην παραχώρηση του χώρου λειτουργίας χωρίς να περιορίζει την αυτόνομη και αμεσοδημοκρατική λειτουργία τους.

- *Χρηματοδότηση*

Η πλειονότητα των ΚΙ δηλώνει ότι προκρίνει την υποστήριξη σε είδος διότι δεν επιθυμεί να εμπλακεί σε διαχείριση χρημάτων. Τα ΚΙ που λαμβάνουν χρηματοδότηση διαχωρίζονται και πάλι με βάση την οργανωτική μορφή της ιδρυτικής ομάδας. Οι κινηματικές πρωτοβουλίες που δέχονται εκτός από τη στήριξη σε είδος και τη χρηματοδοτική στήριξη αντλούν τα έσοδά τους κυρίως από δράσεις που οργανώνουν οι ίδιες, από πολίτες και συνδικάτα της Ελλάδας και του εξωτερικού και από τη συλλογικότητα «Αλληλεγγύη για Όλους». Οι δομές που έχουν συγκροτηθεί με πρωτοβουλία θεσμικών φορέων αξιοποιούν ένα μεγαλύτερο φάσμα χρηματοδοτικών πηγών το οποίο περιλαμβάνει χρηματοδοτική στήριξη από τους θεσμικούς φορείς που συμμετέχουν μέχρι συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της ΕΕ. Επιπλέον, το σύνολο των κινηματικών δομών έχει θεσπίσει κριτήρια για τη λήψη οικονομικής στήριξης θέτοντας φραγμό στις πηγές (κράτος, ΕΕ, εκκλησία, κόμματα, μεγάλες κερδοσκοπικές εταιρείες) ή/και στη διαδικασία (διαφήμιση χορηγών). Αντίστροφα, η πλειονότητα των δομών στις οποίες έχουν συμπράξει θεσμικοί φορείς δεν θέτει αυστηρά κριτήρια αποκλεισμού ως προς τη λήψη οικονομικής στήριξης.

- *Αμειβόμενα στελέχη*

Αμειβόμενα στελέχη υπάρχουν μόνο σε ΚΙ που έχουν δημιουργηθεί από θεσμικούς φορείς. Τα αμειβόμενα στελέχη καλύπτονται από προγράμματα ΕΣΠΑ (Βο-

ήθεια στο Σπίτι, κοινωνοφελούς εργασίας, άμεσης αντιμετώπισης της φτώχειας) ή είναι υπάλληλοι του δήμου ή εργαζόμενοι/ες σε συμπράττοντες φορείς (ΜΚΟ, εκκλησία). Αναφορικά με τη στάση των ΚΙ στο ζήτημα των αμειβόμενων στελεχών, υπάρχει μια σαφής διάκριση ανάμεσα σε θεσμικά ΚΙ, τα οποία στέκονται θετικά στην πρόσληψη προσωπικού (συμπεριλαμβανομένων φυσικά αυτών που έχουν ήδη αμειβόμενα στελέχη), και στα κινηματικά ΚΙ, τα οποία στέκονται αρνητικά.

Η ύπαρξη αμειβόμενων στελεχών θεωρείται αξιακά ουδέτερη επιλογή για τα περισσότερα θεσμικά ΚΙ, καθώς συναρτάται από τις ανάγκες της κάθε δομής. Για πολλά θεσμικά ΚΙ, η ύπαρξη αμειβόμενου προσωπικού ειδικά για περιφερειακά διοικητικά καθήκοντα είναι θεμιτή, γιατί προάγει τον επαγγελματισμό, εξασφαλίζει εισόδημα για ανέργους, καλύπτει έξοδα δημοσιότητας, αντιμετωπίζει την αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών. Για την πλειονότητα όμως των κινηματικών δομών, η ύπαρξη αμειβόμενου προσωπικού είναι απαγορευτική, γιατί αίρει τον κινηματικό χαρακτήρα της πρωτοβουλίας, αναιρεί το χαρακτήρα της κοινωνικής προσφοράς, συνεπάγεται την υποκατάσταση του ΕΣΥ, δημιουργεί γραφειοκρατία και αναπαράγει το σύστημα εξουσίας, δημιουργεί συγκρούσεις ανάμεσα σε εθελοντές και μη, προϋποθέτει θεσμοποίηση και τέλος δημιουργεί επισφαλείς θέσεις εργασίας στο βαθμό που αξιοποιούνται συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της ΕΕ.

• *Κριτήρια επιλογής ληπτών υπηρεσιών*

Παρόλο που η συντριπτική πλειονότητα των ΚΙ απευθύνεται σε ανασφάλιστους πολίτες, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις ανάμεσα στις θεσμικές και τις κινηματικές πρωτοβουλίες ως προς τα κριτήρια και τη διαδικασία ελέγχου των προϋποθέσεων ένταξης. Αρχικά, 2 κινηματικές δομές δεν εφαρμόζουν καθόλου κριτήρια επιλογής διότι στοχεύουν στην απόκτηση σχέσης εμπιστοσύνης και έμπρακτα απορρίπτουν γραφειοκρατικού τύπου διαδικασίες οι οποίες ελέγχουν άμεσα ή έμμεσα τους λήπτες. Οι κινηματικές δομές που θέτουν το κριτήριο της έλλειψης ασφαλιστικής ικανότητας δεν ζητούν την προσκόμιση δικαιολογητικών ή εφαρμόζουν ευέλικτα κριτήρια επιλογής των ληπτών. Παρομοίως, οι διαδικασίες ελέγχου εμφανίζονται πιο αυστηρές στις θεσμικές από ό,τι στις κινηματικές δομές. Στην κατηγορία των θεσμικών κυρίως δομών, όπου τηρούνται πιο αυστηρά τα κριτήρια ελέγχου των δικαιούχων, τηρείται παράλληλα και πιο αυστηρή η διαδικασία ελέγχου δικαιολογητικών με την εμπλοκή σε αρκετές περιπτώσεις των κρατικών κοινωνικών υπηρεσιών αλλά και των κοινωνικών λειτουργών των δο-

μών ή ιερών. Στις περιπτώσεις στις οποίες εμπλέκονται κρατικές ή δημοτικές κοινωνικές υπηρεσίες, εκτός των δικαιολογητικών, υλοποιείται και κοινωνική έρευνα από τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Ωστόσο, η οικονομική κρίση και οι πολιτικές που εφαρμόστηκαν για τη διαχείρισή της επηρέασαν σημαντικά την ικανότητα των χαμηλόμισθων και των χαμηλοσυνταξιούχων να ανταποκρίνονται κυρίως στο κόστος συμμετοχής της φαρμακευτικής δαπάνης. Η αύξηση της φτώχειας «υποχρέωσε» στην πράξη και τα θεσμικά ΚΙ να εξυπηρετήσουν και άλλες ομάδες πληθυσμού. Έτσι, οι ανάγκες του πληθυσμού επηρεάζουν τα κριτήρια και τη λειτουργία των δομών ακολουθώντας μια «bottom-up» διαδικασία όπου οι αποφάσεις λαμβάνουν υπόψη τα αιτήματα και τις ανάγκες όχι μόνο όσων ήδη εξυπηρετούνται αλλά και την κοινωνική πραγματικότητα. Επιπλέον, η έλλειψη φαρμάκων στα νοσοκομεία οδήγησε πρακτικά σε μια άτυπη παραπομπή εκ μέρους των νοσοκομείων προς τα ΚΙ.

• *Εξυπηρέτηση μεταναστών χωρίς νομιμοποιητικά έγγραφα*

Στις κινηματικές δομές τίθεται εξ αρχής η παροχή υπηρεσιών σε μετανάστες/τριες και πρόσφυγες ανεξάρτητα από την ύπαρξη νομιμοποιητικών εγγράφων, λόγω φιλοσοφίας. Άλλωστε, ορισμένα ΚΙ ξεκίνησαν τη λειτουργία τους την περίοδο πριν την κρίση παρέχοντας υπηρεσίες σε μετανάστες και πρόσφυγες που δεν είχαν πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Από την άλλη, 6 μόνο θεσμικές δομές δηλώνουν ρητά πως δεν εξυπηρετούν μετανάστες/τριες χωρίς έγγραφα, για λόγους τήρησης της νομιμότητας. Ωστόσο, στην πράξη, και οι θεσμικές δομές εξυπηρετούν για ανθρωπιστικούς λόγους ανάλογα περιστατικά, αλλά το γεγονός ότι έχουν αυστηρά κριτήρια και διαδικασίες επιλογής μειώνει τον όγκο ανάλογων περιστατικών που φτάνουν στην «πόρτα» τους σε σχέση με τις κινηματικές δομές.

• *Μεταβατικός χαρακτήρας των ΚΙ*

Στο ερώτημα αν θεωρούν ότι τα ΚΙ πρέπει να αποτελούν μόνιμες ή μεταβατικές δομές παρέμβασης στο χώρο της υγείας, η πλειονότητα των εκπροσώπων των δομών απάντησαν πως τα ΚΙ πρέπει να είναι σαφώς μεταβατικές δομές μέχρι το κράτος να αναλάβει την ευθύνη της υγειονομικής περίθαλψης των πολιτών. Σε δεύτερο επίπεδο, όμως, παρατηρούνται διαφορές, καθώς οι θεσμικές δομές θεωρούν ότι το ξεπέρασμα της κρίσης συνεπάγεται την κατάργηση των ΚΙ, ενώ για τις κινηματικές δομές η αυτοκατάργηση αποτελεί στόχο διεκδίκησης για

ένα δημόσιο και καθολικό σύστημα υγείας. Επιπλέον, ορισμένες δομές, κινηματικές και θεσμικές, θεωρούν ότι τα ΚΙ πρέπει να είναι μόνιμες δομές παρέμβασης αλλά για διαφορετικούς λόγους. Για τις θεσμικές δομές, θα μπορούσαν τα ίδια τα ΚΙ να θεσμιστούν από το κράτος και να τους δοθούν κονδύλια για να συνεχίσουν ή να υιοθετηθούν από τους δήμους με χρηματοδότηση. Για τις κινηματικές δομές, η αναγκαιότητα συνέχισης εδράζεται στον προταγματικό χαρακτήρα των ΚΙ ως οριζόντιων δομών ενός διαφορετικού συστήματος υγείας ο οποίος ανοίγει τον ορίζοντα του κοινωνικού μετασχηματισμού.

- *Κίνδυνος υποκατάστασης του ΕΣΥ*

Ένα από τα επίμαχα ζητήματα αναφορικά με τα ΚΙ είναι ότι ενδεχομένως υποκαθιστούν τις αντίστοιχες δομές του ΕΣΥ με αποτέλεσμα να παγιώνουν την αποχώρηση του κράτους από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Υπάρχει διαφορετικός τρόπος προσέγγισης του ζητήματος ανάμεσα στις κινηματικές και στις θεσμικές δομές ως προς αυτήν τη διάσταση. Για τις θεσμικές δομές, το ζήτημα της υποκατάστασης του ΕΣΥ δεν αντιμετωπίζεται με προβληματισμό, θεωρείται ανέφικτο αλλά όχι αναγκαστικά αθέμιτο ή, ενώ θεωρείται αθέμιτο, δεν εντάσσεται στις στοχεύσεις του ΚΙ η αποκατάσταση της καθολικότητας του ΕΣΥ. Οι κινηματικές δομές στο σύνολό τους και ορισμένες θεσμικές δομές αντιμετωπίζουν το ζήτημα της υποκατάστασης του ΕΣΥ με μεγαλύτερο προβληματισμό. Διακρίνονται ανάλογα με το αν αναγνωρίζουν ότι σε ένα μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό αναγκάζονται να το υποκαταστήσουν. Σε κάθε περίπτωση όμως τονίζουν ότι βασικό στοιχείο της δικής τους ενεργοποίησης είναι η διεκδίκηση αλλαγής πολιτικών στο χώρο της υγείας.

- *Σχέσεις με το Υπουργείο Υγείας*

Κατά την περίοδο υλοποίησης της έρευνας τόσο οι θεσμικές όσο και οι κινηματικές δομές δεν συνεργάζονταν με το Υπουργείο Υγείας. Οι λίγες δομές που έχουν απευθύνει αιτήματα στο Υπουργείο Υγείας δεν θεωρούν ότι διαμορφώνεται ένα πλαίσιο συνεργασίας ή έστω ότι υπάρχει μια επαρκής ανταπόκριση. Για τις θεσμικές δομές, τα αιτήματα αφορούν κυρίως την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων όπως: α) ελλείψεις σε εμβόλια και εμβολιασμό, β) εξυπηρέτηση μεμονωμένων περιστατικών, γ) διαχείριση φαρμάκων, δ) πρόσβαση στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας για όλους. Οι κινηματικές δομές αντιμετώπιζαν περισσότερο εχθρικά την παρελθούσα ηγεσία στο Υπουργείο Υγείας, καθώς τη

θεωρούσαν εν πολλοίς υπεύθυνη για τον αποκλεισμό πολλών συμπολιτών τους από το ΕΣΥ, ενώ δείχνουν να προτιμούν περισσότερο το δρόμο της δημόσιας καταγγελίας και διαμαρτυρίας.

- Δημουλάς, Κ. (2011). *Διαχρονικά χαρακτηριστικά και τάσεις εξέλιξης στη χρήση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ: Μια απόπειρα αξιολόγησης*, Μελέτη 14, Παρατηρητήριο Κοινωνικών και Οικονομικών Εξελίξεων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
- Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων στις Κοινωνικές Επιστήμες*, Αθήνα: Κριτική.
- Berg, B.L. (2001). *Qualitative research methods for the social sciences*, New York: Allyn and Bacon.
- Cuadra, C.B. (2011). "Right of access to health care for undocumented migrants in EU: A comparative study of national policies", *The European Journal of Public Health Advance*, pp. 1-6.
- Dervenis, C., Kastanioti, C. and Polyzos, N. (2012). "Restructuring the finances of the Greek health care system in the era of economic crisis", *World Journal of Surgery*, 37, pp. 707-709.
- Economou, C. (2010). "Health systems in transition: Greece. Health system review", WHO/EURO, European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Fountoulakis, K., Grammatikopoulos, I., Koupidis, S., Siamouli, M. and Theodorakis, P. (2012). "Correspondence", *The Lancet*, 379, pp. 1001-1002.
- Ifanti, A., Argyriou, A., Kalofonou, F. and Kalofonos, H. (2013). "Financial crisis and austerity measures in Greece: Their impact on health promotion policies and public health care", *Health Policy*, 113, pp. 8-12.
- Karanikolos, M., Mladovsky, Ph., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., Mackenbach, J.P. and McKee, M. (2013). "Financial crisis, austerity, and health in Europe", *The Lancet*, 378, pp. 1457-1458.
- Karidis, N., Dimitroulis, D. and Kouraklis, G. (2011). "Global financial crisis and surgical practice: The greek paradigm", *World Journal of Surgery*, 35, pp. 2377-2381.

- Kentikelenis, Al., Karanikolos, M., Papanikolas, Ir., McNee, M. and Stuckler, D. (2011). "Health effects of financial crisis: Omens of Greek tragedy", *The Lancet*, 381, pp. 1323-1331.
- Kentikelenis, Al., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M. and Stuckler, D. (2014). "Greece's health crisis: From austerity to denialism", *The Lancet*, 383, pp. 748-753.
- Mason, J. (1996). *Η Διεξαγωγή της Ποιοτικής Έρευνας*, επιμ. Ν. Κυριαζή, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Mossialos, E., Allin, S. and Davaki, K. (2005). "Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia", *Health Economics*, 14, pp. 151-168.
- Robson, C. (2007). *Η έρευνα του Πραγματικού Κόσμου*, Αθήνα: Gutenberg.
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research*, London: Sage publications Ltd.
- Simou, E. and Koutsogeorgou, E. (2014). "Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review", *Health Policy*, 115 (2-3), pp. 111-119.
- Petmesidou, M., Pavolini, E. and Guillén, A.M. (2014), "South european healthcare systems under harsh austerity: A progress–regression mix?", *South European Society and Politics*, 19 (3), pp. 331-352.
- Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V. and Liaropoulos, L. (2008). "Private health expenditure in the Greek health care system: Where truth ends and the myth begins", *Health Policy*, 5/88 (2-3), pp. 282-293.
- Zavras, D., Tsiantou, T., Pavi, E., Mylona, K. and Kyriopoulos, J. (2012). "Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece", *European Journal of Public Health*, 23/2, pp. 206-210.



ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
2007 - 2013
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ
ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ



ISBN: 978-960-9571-81-4