ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΤΑΓΚΑ ΜΑΡΙΑΝΝΑ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΟΥΠΙΔΗΣ ΣΩΤΗΡΙΟΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2013
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ .......................................................................................................4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟ ........................................5

1.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ................................................................. 5
1.2 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ ..................................................... 10
1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ ................................................... 16
1.4 ΜΟΡΦΕΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ ............................................................... 20
1.5 Ο ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .................................... 23
1.6 ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΟΛΙΤΩΝ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ 31
   1.6.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ .................... 32
   1.6.2 ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΟΛΙΤΩΝ .................................................................. 34
   1.6.3 ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ....................................................... 39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ. ............................... 44

2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ .................................................................. 44
2.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ................................................... 51
2.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ........................................................................................... 68
   2.3.1 ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ......................................................... 74
   2.3.2 ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ......................................................... 76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3° ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ .......................... 77

3.1 ΜΟΡΦΕΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ............................................ 77
   3.1.1 ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ....................................................... 77
   3.1.2 ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ .............................................. 79
   3.1.3 ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ................................. 81
3.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ......................... 85
   3.2.1 ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΑ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΝΕΟΥΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ» - ΕΕΥ .............................................................................. 85
3.3 ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ................................................................. 86
3.4 ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ................................. 88

ΕΠΙΛΟΓΟΣ ............................................................................................. 91

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .................................................................................. 92
ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Τα επιμέρους στάδια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας..............................................................11
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Κατανομή βασικών ΜΚΟ στην Ελλάδα.................................................22
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Ποσοστιαία αναλογία του πληθυσμού δώδεκα χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης........................................................42
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Πληρωμές των χρηστών.................................................................60
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΧΡΗΣΤΩΝ...............................................................61
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Συστήματα Χρηματοδότησης..........................................................62
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Χρηματοδοτήσεις Νοσοκομείων......................................................65

ΣΧΗΜΑΤΑ

ΣΧΗΜΑ 1 Ιατρική Περίθαλψη..............................................................................49
ΣΧΗΜΑ 2 Επίπεδα Οργάνωσης της Περίθαλψης............................................50
ΣΧΗΜΑ 3 Επίπεδα Νοσοκομειακής Περίθαλψης.............................................51
ΣΧΗΜΑ 4 Σχηματική παρουσίαση της διαδικασίας άντλησης των χρηματοδοτικών πόρων του υγειονομικού τομέα.................................53
ΣΧΗΜΑ 5 Χρηματοδότηση Ελληνικού Συστήματος Υγείας.................................56
ΣΧΗΜΑ 6 Δαπάνες Υγείας χωρών Ο.Ο.Σ.Α...................................................63
ΣΧΗΜΑ 7 Δαπάνες Υγείας..............................................................................64
ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Πρόθεση εθελοντικής συμμετοχής
ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία έχει στόχο να μελετήσει τον εθελοντισμό στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Αρχικά στο πρώτο κεφάλαιο θα επιχειρηθεί μια σύντομη ιστορική αναδρομή του εθελοντισμού και στην συνέχεια θα αναφερθούν οι μορφές του εθελοντισμού και η ανάπτυξή του γενικά στην Ελλάδα.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιγράφει το σύστημα υγείας στην Ελλάδα, αναλύοντας τα γενικά χαρακτηριστικά του, την οργάνωσή και χρηματοδότησή του και τέλος την ποιότητα των υπηρεσιών, τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Το τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο, αναφέρεται στον εθελοντισμό στην υγεία, περιγράφοντας τρεις μορφές εθελοντισμού και συγκεκριμένα την εθελοντική αιμοδοσία, την εθελοντική ομοιοπαθητική, αλλά και τον εθελοντισμό στην ψυχική υγεία. Στη συνέχεια αναλύει την οργάνωση του εθελοντισμού, μέσω επιδοτούμενων προγραμμάτων από την Ευρωπαϊκή Ένωση, στη συνέχεια αναφέρεται σε μια μελέτη περιπτώσεως και ολοκληρώνεται με το μέλλον του εθελοντισμού.

Στο τέλος της εργασίας παρατίθενται τα τελικά μας συμπεράσματα, με τη μορφή επιλόγου.

Με την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή μου κ. Κουπίδη Σωτήριο γιατί χωρίς την πολύτιμη βοήθειά του δεν θα μπορούσα με επιτυχία να την ολοκληρώσω.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου η οποία αγόγγυστα όλα αυτά τα χρόνια είναι δίπλα. Η αγάπη μου και η ευγνωμοσύνη μου θα είναι παντοτινή.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟΝ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟ

1.1 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Διενεργήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση με τη χρήση πηγών από το διαδίκτυο καθώς και από ελληνικά συγγράμματα σχετικά με την οικονομική κρίση και τα συστήματα υγείας. Η διαδικασία της αναζήτησης υπαρχόντων βιβλιογραφικών δεδομένων καλείται τεχνικά βιβλιογραφική ανασκόπηση. Ουσιαστικά αποτελεί τη συστηματική, εκτεταμένη και πλήρη εξέταση των βιβλιογραφικών πηγών οι οποίες σχετίζονται με το ερευνητικό ή τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται στη μελέτη. (Δαρβίρη Χ., 2009)

Μελετήθηκε πληθώρα βιβλίων που αφορούσαν στα συστήματα υγείας με έμφαση στο Ελληνικό σύστημα και σε ζητήματα εθελοντισμού, καθώς και σχετικά άρθρα από ελληνικά και ευρωπαϊκά περιοδικά σχετικά με τον εθελοντισμό στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και παγκοσμίως. Κατόπιν στην πληθώρα κειμένων, άρθρων, βιβλίων πραγματοποιήθηκε θεματική ανάλυση περιεχομένου. Η οποία είναι η διαδικασία με την οποία εντοπίζονται, κωδικοποιούνται και καταχωρούνται τα δεδομένα. Έχει ως αποτέλεσμα την αναγνώριση των θεμάτων και τέλος την κατηγοριοποίηση των θεμάτων αυτών, που θα βοηθούσε στην απάντηση των ερευνητικών ερωτήματων.

Η ανάλυση περιεχομένου:

- Προτείνεται να γίνεται από περισσότερα από ένα άτομα (συνήθως τρία).
- Καθένας κάνει την ανάλυση ξεχωριστά και τα αποτελέσματα της κωδικοποίησης συγκρίνονται και συζητώνται.
Η διαδικασία αυτή ενισχύει την 'εμπιστευσιμότητα' των δεδομένων και ονομάζεται 'τριμερής διασταύρωση ανάλυση'. (Δαρβίρη Χ., 2009)

Αν και πολλές φορές η βιβλιογραφική ανασκόπηση και η ανάλυση περιεχομένου θεωρείται ως η «εύκολη» διαδικασία στο πλαίσιο διεξαγωγής μίας έρευνας, εντούτοις θα πρέπει να καταστεί σαφές ότι αποτελεί μία επίπονη και δύσκολη διεργασία, καθώς περιλαμβάνει την επιστημονική μελέτη μεγάλου συνήθως όγκου προηγούμενων εργασιών. Η συστηματική όμως εργασία ανταμείβεται καθώς με τη διεξαγωγή της οι ερευνητές μπορούν να αποφύγουν λάθη προηγούμενων ερευνών, αλλά και να υποστηρίζουν εμπεριστατωμένα τα ερευνητικά τους ερωτήματα, προσθέτοντας ένα ακόμη κομμάτι στο πάζλ που συνθέτει τη γνώση και τη μάθηση. Επιπροσθέτως, η ως άνω εργασία είναι ιδιαίτερα κρίσιμη, τόσο για τον καθορισμό των ερευνητικών θεμάτων όσο και του κυρίου μέρους της έρευνας (Δαρβίρη Χ., 2009).

Η διεξαγωγή μίας βιβλιογραφικής ανασκόπησης μπορεί να εξυπηρετεί διαφορετικούς σκοπούς και ανάγκες. Κατ' αυτόν τον τρόπο ο ερευνητής μπορεί να την χρησιμοποιήσει προκειμένου να αυξήσει τη γνώση του επί του αντικειμένου της μελέτης του, να εξακριβώσει αν το θέμα που τον απασχολεί έχει ήδη ερευνηθεί και αν ναι, σε ποιο βαθμό έχει εξηγηθεί, ποιες μεθοδολογίες χρησιμοποιήθηκαν και ποια ήταν τα αποτελέσματα των ερευνών, διασφαλίζοντας τόσο την καινοτομία της ερευνητικής του ιδέας του όσο και την αύξηση των πιθανοτήτων για απάντηση των ερευνητικών κενών που τυχόν θα εντοπιστούν (Δαρβίρη Χ., 2009).

Τα στάδια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι:

- Η διαδικασία αυτή ενισχύει την 'εμπιστευσιμότητα' των δεδομένων και ονομάζεται 'τριμερής διασταύρωση ανάλυση'. (Δαρβίρη Χ., 2009)
1. Ο καθορισμός από την ερευνητική ομάδα ή τον ερευνητή ενός σχεδίου αναζήτησης στο οποίο περιλαμβάνεται ο ορισμός της ειδικής ορολογίας, που θα χρησιμοποιηθεί για την αναζήτηση της βιβλιογραφίας, εφόσον βεβαίως έχει αποφασιστεί το θέμα της έρευνας. Παράλληλα μπορεί να καθοριστούν τυχόν περιορισμοί στην αναζήτηση, οι οποίοι ίσως να είναι χρονικοί, γλωσσικοί, γεωγραφικοί ή ακόμα να αφορούν σε θέματα μεθοδολογίας. Για παράδειγμα, μπορεί να επιλεγεί η ανασκόπηση μόνο της βιβλιογραφίας στην αγγλική, και η οποία να έχει εκδοθεί την τελευταία δεκαετία, ενώ οι πληροφορίες να αφορούν μία μόνο γεωγραφική περιοχή, την Ελλάδα.

2. Αναγνώριση των διαθέσιμων βιβλιογραφικών πηγών στα καθορισμένα θέματα της έρευνας, εξαντλώντας όλες τις πιθανές πηγές, βιβλιοθήκες, έντυπο και οπτικοακουστικό υλικό, υλικό που διατίθεται ψηφιακά ή μέσω του διαδικτύου.

3. Κριτική αξιολόγηση και ανάλυση της διαθέσιμης βιβλιογραφίας που έχει συγκεντρωθεί και επιλογή όσων τελικά θα χρησιμοποιηθούν. Κάθε πληροφορία που συλλέγεται θα πρέπει να μελετάται και αναλύεται κριτικά.

4. Οργάνωση της βιβλιογραφίας, είτε με τη χρήση σημειώσεων και την υπογράμμιση των σημαντικότερων είτε μέσω περιλήψεων ή και με την ανάπτυξη σχετικών διαγραμμάτων.

5. Αξιοποίηση, σύνθεση και παράθεση της βιβλιογραφίας με βάση τις ανάγκες στα διάφορα στάδια της έρευνας.
Η μεγάλη τεχνολογική πρόοδος και η διάδοση της χρήσης των ηλεκτρονικών υπολογιστών με αναφορά σε όλες σχεδόν τις εκφάνσεις της ανθρώπινης δραστηριότητας, δεν θα μπορούσε να μη βρει εφαρμογή και στη διάχυση των ανακαλυπτόμενων γνώσεων και πληροφοριών.

Η χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών για την απόκτηση βιβλιογραφικών δεδομένων περιλαμβάνει διάφορες μορφές όπως η ψηφιακή διάθεση υλικού με τη χρήση οπτικών δίσκων, η διάθεση ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων, ηλεκτρονικών περιοδικών, ψηφιακών βιβλίων και άλλων εντύπων καθώς και των ηλεκτρονικών ιστοσελίδων στο ελεύθερο διαδίκτυο.

Η αναζήτηση βιβλιογραφικών δεδομένων στο διαδίκτυο δεν είναι μία εύκολη διαδικασία, τόσο λόγω του όγκου των διαθέσιμων πληροφοριών όσο και της αδυναμίας ελέγχου των δεδομένων που διοχετεύονται μέσω αυτού. Επομένως απαιτούνται δεξιότητες και εμπειρία που θα επιτρέψουν τη γρήγορη επιλογή έγκυρων πηγών πληροφόρησης.

Ένας πρώτος τρόπος αξιολόγησης των δεδομένων που προκύπτουν από την πλοήγηση στο διαδίκτυο είναι η αξιολόγηση των ιστότοπων που τις διαθέτουν.

Υπάρχουν πέντε βασικά κριτήρια αξιολόγησης των ιστοσελίδων (Δαρβίρη Χ., 2009).

1. Ακρίβεια: αφορά στο κατά πόσο οι διαθέσιμες πληροφορίες από την εν λόγω ιστοσελίδα βεβαιώνονται από τις πηγές ή αν υπάρχουν σχετικές βιβλιογραφικές παραπομπές στο κείμενο.
2. Εξουσιοδότηση: αφορά στην ύπαρξη εξουσιοδοτημένου συγγραφέα για το περιεχόμενο μιας ιστοσελίδας ή μιας αρχής που φιλοξενεί τη συγκεκριμένη ιστοσελίδα. Για παράδειγμα, ένα κείμενο ενυπόγραφο που διαθέτει λεπτομέρειες για πιθανή επαφή με το συγγραφέα ή ένα κείμενο που φιλοξενείται στην ηλεκτρονική διεύθυνση του Π.Ο.Υ. αυξάνει τις πιθανότητες αξιοπιστίας.

3. Αντικειμενικότητα: η αντικειμενικότητα αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο παρατίθενται οι πληροφορίες, εάν ελλοχεύει ο κίνδυνος προκαταλήψεων, προώθησης μονομερών στοιχείων κτλ.. Παράλληλα, η παρουσία τυχόν διαφημίσεων στην ιστοσελίδα μπορεί να καταδεικνύει την προώθηση συγκεκριμένων συμφερόντων και απόψεων.

4. Επικαιρότητα: το κριτήριο αυτό αναφέρεται στο επίκαιρο των πληροφοριών, το πότε δημοσιεύτηκαν αυτές οι πληροφορίες και εάν έχουν γίνει αναθεωρήσεις του περιεχομένου.

5. Κάλυψη του θέματος: το τελευταίο αυτό κριτήριο αφορά ουσιαστικά στο κοινό στο οποίο απευθύνεται η ιστοσελίδα έστω και αν ο τρόπος παράθεσης του περιεχομένου είναι ανάλογος του κοινού.

Η έρευνα διενεργήθηκε από τον Μάιο του 2012 έως και τον Ιούνιο του 2012. Τα επιμέρους στάδια της εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας παρουσιάζονται στον πίνακα 1.
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Τα επιμέρους στάδια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας

<table>
<thead>
<tr>
<th>Στάδιο</th>
<th>Χρονική Διάρκεια</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Θεματική ανάλυση περιεχομένου</td>
<td>18/1/2012-24/4/2012</td>
</tr>
<tr>
<td>Συγγραφή</td>
<td>28/4/2012-17/8/2012</td>
</tr>
<tr>
<td>Διορθώσεις</td>
<td>1/9/2012-28/9/2012</td>
</tr>
<tr>
<td>Οριστικοποίηση συμπερασμάτων</td>
<td>2/10/2012-20/10/2012</td>
</tr>
<tr>
<td>Προετοιμασία παρουσίασης</td>
<td>21/10/2012-31/10/2012</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1.2. ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ

Οι ιδέες της κοινωνικής δικαιοσύνης και της κοινωνικής αλληλεγγύης, κατά την αρχαιότητα πήγασαν από τον φιλοσοφικό ιδεαλισμό του Πλάτωνα του Αριστοτέλη και των Στωικών Φιλοσόφων. Οι ιδέες αυτές επηρέασαν τα άτομα των κοινωνιών της εποχής και τα προέτρεψαν σε εκδηλώσεις φροντίδας και συμπαράστασης κυρίως υλικής προς ομάδες ανθρώπων φτωχών, αναξιοποιημένων, υποστηρίζουν υιός και ιδιωτικά και πνευματικά. Η κοινωνική νομοθεσία του Σάλωνα και του Περικλή περιελάμβανε μέτρα για την προστασία χηρών και ορφανών, την συνταξιοδότηση αναπήρων και διακυβερνήτων, την πρόσληψη ανέργων σε κρατικές υπηρεσίες για εκτέλεση κοινωφελών έργων κλπ. (Φουρνογεράκης Π:2006).
Με την εμφάνιση του Χριστιανισμού και την επιβολή του σαν κυρίαρχη θρησκεία, η επίλυση των κοινωνικών προβλημάτων αναλήφθηκε ουσιαστικά από την εκκλησία.

Την πρωτοβυζαντινή περίοδο ο σημαντικότερος εκφραστής της εθελοντικής προσφοράς θεωρείται ο Μέγας Βασίλειος, ο οποίος ιδρύοντας την Βασιλειάδα, αντιμετώπισε με ιδιαίτερο ζήλο τις ανάγκες των φτωχών, των αδυνάτων και των ξένων προσφέροντάς τους ανάπαυση, παρηγοριά, κλίνη, τροφή, ακόμα και την ευκαιρία να μάθουν κάποια τέχνη για να μπορούν να ζήσουν ανεξάρτητοι στην κοινωνία.

Στην Βυζαντινή περίοδο αναπτύχθηκαν τα συσσίτια και η χορήγηση επιδομάτων σε απόρους και σε αναπήρους πολέμου. Χαρακτηριστικό δείγμα της φιλανθρωπίας της εποχής, ήταν και το έργο της Άννας Κομνηνής, η οποία έκτισε μια ολόκληρη πολιτεία για την στέγαση, την σίτιση και την φροντίδα των αναπήρων.

Το κράτος και η εκκλησία ανέπτυξαν σε μεγάλη έκταση πλήθος ευαγών οίκων, ξενώνων, ορφανοτροφείων, γηροκομείων, πτωχοκομείων και άλλα. Τα μοναστήρια και οι ευαγείς οίκοι του Βυζαντίου χρησίμευαν και σαν σχολές ιατρικής, παράλληλα με τις υπηρεσίες φροντίδας που προσέφεραν. Η Αγία Ελένη έκτισε τα πρώτα νοσοκομεία στην Κωνσταντινούπολη πολύ πριν ιδρυθούν από τους δυτικούς τα αντίστοιχα Hotels de Dieux, τον μεσαίωνα. Πολλοί δε τομείς αποτέλεσαν πρότυπο για την ιδρυση παρόμοιων ιδρυμάτων πολλούς αιώνες αργότερα όπως: Λεπροκομεία, Νοσοκομεία διδακτηρίων κ.α.
Στην περίοδο της Τουρκοκρατίας, η οικογένεια, η εκκλησία και η κοινότητα ήταν οι σημαντικότεροι φορείς κοινωνικής προστασίας για τους ευρισκόμενους σε ανάγκη. (Φουρνογεράκης Π., 2006).

Σε επίλυση προβλημάτων συνέβαλαν και οι συνεταιρισμοί, οι μεγάλοι ευεργέτες, ο Κοσμάς ο Αιτωλός (1714 - 1779) που εκτός από το θρησκευτικό, ανέπτυξε και σημαντικό κοινωνικό, πολιτιστικό και εθνικό έργο, η Όσια Φιλοθέη Μπενιζέλου (1522 - 1589), που ανέπτυξε κυρίως έργο προστασίας παιδιών και γυναικών. Σημαντική ήταν επίσης η συμβολή του απόδημου Ελληνισμού, των συντεχνιών και των δημογερόντων.

Με την απελευθέρωση από τον Τούρκικο ζυγό, η χώρα βρέθηκε ανάμεσα σε ερείπια και το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού είχε την ανάγκη κοινωνικής προστασίας.

Οικονομική αδυναμία εμπόδιζε τις κυβερνήσεις να προγραμματίζουν και να αναπτύσσουν μια συστηματική κρατική μέριμνα. Έτσι αφέθηκε στην ιδιωτική πρωτοβουλία η φροντίδα των αδυνάτων.

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, ο οποίος ιδρύθηκε στις 10 Ιουνίου 1877, συμβάλλει αποφασιστικά, πρώτος στο ξεπέρασμα της οποίας συμφοράς με το ανθρώπινο δυναμικό του, που στην πλειοψηφία του είναι εθελοντές, αναδεικνύοντας έτσι την μέγιστη χρησιμότητά του. (Leontidou et al., 2002).

Στην Ελλάδα ο εθελοντικός τομέας, δεν είναι τόσο αναπτυγμένος, σε βαθμό τέτοιο όπως στις άλλες χώρες της Ε.Ε. Παρόλα αυτά τα τελευταία δέκα - δεκαπέντε χρόνια, έχει αρχίσει μια διαδικασία ανάπτυξης του εθελοντισμού σε καινούργιες και σύγχρονες βάσεις, και το ποιο σημαντικό με την συμμετοχή
σε αυτές τις οργανώσεις ενός σημαντικού αριθμού νέων ατόμων. Έχει λοιπόν μια ιδιαίτερη σημασία να εξηγηθεί αυτήν η ιδιαιτερότητα του φαινομένου στην Ελλάδα, γιατί δηλαδή ο εθελοντισμός στην χώρα μας παρουσιάζει αυτήν την εικόνα.

Για να γίνει κατανοητή αυτή η κατάσταση θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας την εξέλιξη της Ελληνικής κοινωνίας τουλάχιστον από την απελευθέρωσή της και την δημιουργία του ανεξάρτητου Ελληνικού κράτους (αρχές 19ου αιώνα) μέχρι και μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Η κοινωνία στηρίζεται στην αγροτική οικονομία, η τοπική κλειστή κοινότητα και η οικογένεια, αποτελούν την βάση της. Η έλλειψη δρόμων και δικτύων επικοινωνίας, κάνει (τουλάχιστον μέχρι την δεκαετία του 1950) δύσκολες τις μετακινήσεις και περιορίζει τον ορίζοντα των Ελλήνων.

Από την άλλη η φτώχεια που καταδυναστεύει το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, δεν αφήνει και πολλά περιθώρια σε μαζική ανάπτυξη φαινόμενων κοινωνικής προσφοράς. Το κράτος και οι κρατικοί μηχανισμοί, από την στιγμή της ιδρυσής του μέχρι ακόμα και τώρα, παίζει σημαντικότατο ρόλο στην Ελληνική κοινωνία.

Τα προβλήματα που εμφανίζονται και που έχουν να κάνουν με θέματα κοινωνικής αλληλεγγύης, λύνονται σε αυτά τα πλαίσια, ενώ εκεί που τα πράγματα ξεφεύγουν, αναλαμβάνει κυρίως η εκκλησία καθώς και οι εθελοντικοί μηχανισμοί που αναπτύσσονται δίπλα σε αυτήν (Ερυθρός Σταυρός - Χριστιανικές Ενώσεις κ.λπ.)
Κάποιες προσπάθειες που γίνονται από τους εκπροσώπους της αστικής τάξης μένουν κυρίως στα πλαίσια της αγαθοεργίας και της φιλανθρωπίας και ποτέ δεν αποκτούν έναν μαζικό δημοκρατικό χαρακτήρα.

Από την δημιουργία του Ελληνικού ανεξάρτητου κράτους έως και την δεκαετία του 1950, η Ελλάδα, έπεφτε ελεύθερο κατάμετρο πέντε μεγάλες πολεμικές αναμετρήσεις, ανάμεσα στις οποίες και έναν εμφύλιο πόλεμο. (Ιωθοηίον θί βί., 2002).

Αν και ο Ελληνικός λαός είχε και έχει σημαντικές αρετές και χαρακτηριστικά που αποτελούν αντικειμενικά βάση για την ανάπτυξη του εθελοντισμού, οι αντικειμενικές συνθήκες της χώρας δεν αφήνουν και πολλά περιθώρια. Σημαντική κατά την γνώμη μας ύψη στην ανάπτυξη του εθελοντισμού στην χώρα μας, έδωσαν τα κινήματα Εθνικής Αντίστασης, κατά την διάρκεια της Ελλάδας κατοχής (1941-1945). Σε εκείνη την περίοδο, ταυτόχρονα με τις μαζικότατες ενοπλές ομάδες αντιστάσεως στον κατακτητή, αναπτύχθηκε και ένα μαζικότατο κίνημα κοινωνικής αλληλεγγύης, που είχε σαν στόχο την επιβίωση του πληθυσμού ιδίως των μεγάλων πόλεων, οι οποίοι απειλούνται από την πείνα.

Οργανώνονται λαϊκά συσσίτια, με την ευθύνη των αντιστασιακών οργανώσεων (κυρίως μάλιστα του Εθνικού Απελευθερωτικού Μετώπου), υπηρεσίες περίθαλψης και φροντίδας κλπ. Το κίνημα αυτό της αλληλεγγύης βρίσκεται στην έκφραση του στην δημιουργία της οργάνωσης Εθνική Αλληλεγγύη, που είναι μια εθελοντική μαζικότατη οργάνωση με λειτουργία σε όλη την χώρα. Οι ανώνυμες μεταπολεμικές εξελίξεις στην χώρα μας, είχαν σημαντικότατες επιπτώσεις στην παραπέτρα ανάπτυξη της Ελληνικής κοινωνίας. (Leontidou et al., 2002).
Την δεκαετία του 1950 η εικόνα που παρουσιάζει η Ελλάδα, είναι αυτή μιας χώρας καταστραμμένης από δέκα χρόνια πολέμων, με ένα τεράστιο κύμα μετανάστευσης τόσο στο εσωτερικό της όσο και στο εξωτερικό, με τον μισό σχεδόν Ελληνικό πληθυσμό (τους ηττημένους του εμφυλίου πολέμου) σε κατάσταση ομηρίας, με δεκάδες και ίσως εκατοντάδες χιλιάδες στις φυλακές, στις εξορίες και στην παρανομία.

Η έλλειψη δημοκρατίας, δυσκολεύει την δημιουργία οργανώσεων, ο κόσμος αντιμετωπίζει με δυσπιστία και φόβο κινήσεις που έχουν να κάνουν με συμμετοχικές διαδικασίες, το ίδιο το κράτος αποθαρρύνει τέτοιες ενέργειες, ενώ τα έντονα κοινωνικά προβλήματα που έχουν δημιουργηθεί, αναλαμβάνει να τα λύσει η ξένη βοήθεια, καθώς επίσης και οι τυπικές μεγάλες οργανώσεις (Ερ. Σταυρός, Πρόνοια, ΧΕΝ κλπ), οι οποίες όμως -άλλο χαρακτηριστικό αυτό της Ελληνικής κοινωνίας- ελέγχονται από το κράτος και από το παλάτι.

Από την άλλη, στην δεκαετία αυτή, αναπτύσσονται κάποιες εθελοντικές ομάδες συμπαράστασης, στους φυλακισμένους και στις οικογένειές τους, οι οποίες όμως κυρίως λειτουργούν παράνομα. Το 1967, όποιες προσπάθειες εκδημοκρατισμού της χώρας, σταματούν με το στρατιωτικό πραξικόπημα. Εκατοντάδες σύλλογοι, οργανώσεις και φορείς, διαλύονται και απαγορεύεται η λειτουργία τους.

Η νέα περίοδος για την Ελληνική κοινωνία ξεκινάει με την μεταπολίτευση το 1974. Σε όλο το διάστημα από το 1974 μέχρι και τις αρχές της δεκαετίας του 1980, η διάθεση προσφοράς που υπάρχει σε μεγάλο κομμάτι του Ελληνικού πληθυσμού και ιδίως της νεολαίας, διοχετεύεται στην μαζική συμμετοχή σε πολιτικά κόμματα και οργανώσεις, κυρίως της αριστεράς και δεν αφήνει πολλά περιθώρια ανάπτυξης άλλου είδους εθελοντικών
οργανώσεων. Μόνο την τελευταία παν δεκαπενταετία, ο εθελοντικός χώρος αρχίζει να συγκροτείται. (Γιαννής, 2007).

1.3. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ.

Με βάση όσα έχουν προηγηθεί παραπάνω ο εθελοντισμός μπορεί να οριστεί ως μια εργασία μη αμειβόμενη που δεν αποσκοπεί στο κέρδος. Ο εθελοντισμός εκφράζεται μέσω μη κυβερνητικών οργανώσεων και περιλαμβάνει επίσης τα πολιτικά κόμματα με τις αντίστοιχες νομαρχιακές και δημοτικές παρατάξεις τους, τις εκκλησιαστικές οργανώσεις, τα επαγγελματικά συνδικάτα και γενικά όλες τις δραστηριότητες μέχρι και τον ερασιτεχνικό αθλητισμό (Γιαννής, 2007).

Τόσο στο παρελθόν όσο και σήμερα, η έννοια του εθελοντή είναι άρρηκτα συνυφασμένη με τους σκοπούς και τη λειτουργία μιας Μη Κυβερνητικής Οργάνωσης.

Ο διαχωρισμός στον οποίο μπορούμε να προβούμε σε σχέση με τον εθελοντισμό είναι ο ακόλουθος:

1. Ο εθελοντής είναι ένα άτομο, το οποίο οδηγούμενο από την γνήσια του διάθεση να προσφέρει, αφιερώνει την ενέργειά του και τον ελεύθερο χρόνο του στην ανιδιοτελή εξυπηρέτηση των συνανθρώπων του, σε βάρος των ατομικών του ενδιαφέροντων και των επαγγελματικών του συμφερόντων.

2. Ο επαγγελματισμός εθελοντής ο οποίος απασχολείται από μία ΜΚΟ και αποτελεί συνήθως τον «πυρήνα» της οργάνωσης γύρω από τον οποίο διαρθρώνονται οι εθελοντές, είναι ένα άτομο το οποίο κατέχει άρτια το αντικείμενο της δραστηριοποίησής του και το προσεγγίζει με τον δέοντα
επαγγελματισμό, όπως θα έκανε και σε οποιονδήποτε άλλο συμβατικό χώρο εργασίας, με τη μόνη διαφορά πως ξανά το κίνητρο είναι εκείνο της προσφοράς.

Οι σημερινές ΜΚΟ σχετίζουν την επιτυχημένη ανάπτυξη και πορεία τους στη δράση των εθελοντών. Οι επαγγελματίες εθελοντές μιας ΜΚΟ είναι επιφορτισμένοι με την ευθύνη να προστατεύουν τον κορμό, τη συνέχιση και την εύρυθμη λειτουργία της οργάνωσης, ενώ οι εθελοντές είναι εκείνοι οι οποίοι προωθούν την φύση της οργάνωσης και αναδεικνύουν το έργο της. Ο εθελοντής δεν είναι υποχρεωμένος να γνωρίζει τις παραμέτρους του επιτυχούς σχεδιασμού και υλοποίησης μιας δράσης μεγάλης εμβέλειας σε επίπεδο διαχείρισης, γιατί αυτό πλέον είναι το αντικείμενο του «επαγγελματία» εθελοντή.

Ο εθελοντισμός έχει τις αρχές του στα πανάρχαια χρόνια. Είναι πολαιότερος από τη δημοκρατία και την οργανωμένη εκπαίδευση. Στον αιγυπτιακό πολιτισμό εντοπίζονται οι πρώτοι «εθελοντές που πρόσφεραν ψωμί στους πεινασμένους και νερό στους διψασμένους» (Φουρνογεράκης Π:2006). Ο εθελοντισμός θεωρεί τον άνθρωπο ως αξία καθεαυτή και κέντρο κάθε δραστηριότητας. Ταυτόχρονα, μέσω του εθελοντισμού διαμορφώνονται υγιείς προσωπικότητες και αξίες όπως η αλληλεγγύη, η συντροφικότητα και ο αλληλοσεβασμός. Αρκετοί δε από τους εθελοντές ίσως να ήταν από την άλλη πλευρά στο παρελθόν και αυτό τους βοηθά να κατανοήσουν καλύτερα τόσο την αναγκαιότητα όσο και την προσφορά τους (Φουρνογεράκης Π:2006).

Ο εθελοντισμός λοιπόν αναφέρεται στην ηθελημένη παροχή υπηρεσιών προκειμένου να επιτευχθεί ένας κοινωφελής σκοπός. Η έννοια του εθελοντισμού εξαρτάται από την οργάνωση που επιδέχεται, από τις
δραστηριότητες που περιλαμβάνει αλλά και από τους σκοπούς τους οποίους επιδιώκει. Οι εθελοντικές οργανώσεις οφείλουν να συνεργάζονται με τους κρατικούς φορείς προκειμένου να ανταπεξέλθουν αποτελεσματικά στο έργο τους. Στις μέρες μας παραγματοποιούνται αρκετές εθελοντικές προσπάθειες για την αντιμετώπιση προβλημάτων που αφορούν στις κοινωνικές υπηρεσίες, στην υποστήριξη σεισμοπαθών, στην περιβαλλοντική προστασία (πυρκαγιές) κ.α. (Εθελοντισμός, 2007).

Ο εθελοντισμός εκφράζει την έξοδο του ανθρώπου από το ατομικό, προσωπικό του συμφέρον και την συνεργασία τόσο με την πολιτεία όσο και με τους συνανθρώπους του, έτσι ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους. Κίνητρο του εθελοντισμού αποτελεί η προσωπική ανάγκη του κάθε ανθρώπου ξεχωριστά να προσφέρει αγάπη, θετική ενέργεια και προσωπική συμβολή σε κάποιο έργο.

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί ότι ο εθελοντισμός δεν πρέπει να συγχέεται με τη φιλανθρωπία. Παρόλο που οι δύο αυτοί όροι είναι αλληλενδετοί μεταξύ τους, ο εθελοντισμός εκφράζει τον ενεργό και δυναμικό ρόλο των πολιτών να παρεμβάνουν, να περιφρουρούν και να καλυτερεύουν την κοινωνική τους ζωή, μέσα από δράσεις που στοχεύουν την βελτίωση των συνθηκών ζωής. Ο εθελοντισμός αναδεικνύει τον πολίτη σε ενεργό μέλος της κοινωνίας και τον αποδεσμεύει από το ρόλο του απλού θεατή. Ο εθελοντής μέσα από τη συγκεκριμένη δράση αποκτά κοινωνικές, επικοινωνιακές και επαγγελματικές δεξιότητες, δίνοντας νόημα και περιεχόμενο στη ζωή του, δεδομένου ότι πράττει για το κοινό καλό.

Σε κοινωνικό επίπεδο, ο εθελοντισμός περιορίζει τις κοινωνικές διαφορές, διότι όλοι οι άνθρωποι ως ίσοι μεταξύ τους στοχεύουν στη
βελτίωση της κοινωνίας τους και στο κοινό συμφέρον αυτής.

Ο εθελοντισμός τέλος επιδρά θετικά και στην οικονομική ανάπτυξη ενός κράτους. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, το 8% του ΑΕΠ των κρατών (σε κάποια κράτη έως και 15%) είναι αποτέλεσμα εθελοντικής εργασίας (Εθελοντισμός, 2007), χαρακτηριστικό της παράδειγμα αποτελούν οι ΗΠΑ, στις οποίες το 2000, 84 περίπου εκατομμύρια ενήλικες προσέφεραν εθελοντική εργασία σε μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, διαθέτοντας συνολικά περίπου 15 δισεκατομμύρια ώρες εργασίας (Aspen University, 2004:36).

Στη σημερινή εποχή, είναι έκδηλο το φαινόμενο, όλο και περισσότεροι πολίτες να συμμετέχουν ενεργά σε εθελοντικές οργανώσεις, οι οποίες στοχεύουν στην προστασία του περιβάλλοντος. Δεδομένου της ενημέρωσης για τις κλιματολογικές συνθήκες αλλά και για το κακό που προξενεί ο άνθρωπος, άθελα του πολλές φορές στο περιβάλλον, οι πολίτες αντιλαμβανόμενοι τη σημαντικότητα της φύσης στη ζωή του, θεωρούν όχι μόνο χρέος της πολιτείας αλλά κυρίως δικό τους χρέος την προστασία του πολυτιμότερου αυτού αγαθού (Ελληνική Εταιρεία για την προστασία του περιβάλλοντος και της πολιτιστικής κληρονομιάς, 2007).

Έτσι λοιπόν εντάσσονται σε μη κυβερνητικές οργανώσεις, σε συλλογικούς φορείς και σε ενώσεις πολιτών, προκειμένου να ενεργοποιήσουν τόσο τους συνανθρώπους τους όσο και τους διοικητικούς φορείς, να αναλάβουν δράση για την αποκατάσταση των οικολογικών βλαβών που έχουν προκληθεί, αλλά και για την εφαρμογή συγκεκριμένης πολιτικής, που θα στοχεύει στο σχεδιασμό και την πρόληψη των οικολογικών καταστροφών καθώς και την επιβολή σχετικής περιβαλλοντικής νομοθεσίας (Ελληνική
Εταιρεία για την προστασία του περιβάλλοντος και της πολιτιστικής κληρονομιάς, 2007).

1.4. ΜΟΡΦΕΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ.

Οι ΜΚΟ είναι Σύλλογοι, ομοσπονδίες και συνομοσπονδίες που δεν αποτελούν ούτε άμεσα ούτε έμμεσα μέρος διεθνών, κρατικών ή αυτοδιοικητικών δομών, αδιακρίτως νομικής προσωπικότητας και υπηρετούν μη κερδοσκοπικούς σκοπούς προς το κοινό συμφέρον. Είναι οργανωμένες, είτε στη βάση της αντιπροσωπευτικής δημοκρατίας δια της εκλογής των οργάνων διοίκησης προς τον σκοπό της προς τα έξω εκπροσώπησης και την παραγωγή έργου, είτε στη βάση τη συμμετοχικής δημοκρατίας όπου τα ίδια τα μέλη συμμετέχουν άμεσα στη λήψη αποφάσεων και τη διεξαγωγή δραστηριοτήτων (Γιαννής, 2007).

Ένας ευρύτερος αλλά αρκετά ουσιαστικός ορισμό για τους ΜΚΟ, είναι ο εξής: «ΜΚΟ είναι μια Μη Κερδοσκοπικού χαρακτήρα ένωση προσώπων, που αποσκοπεί στην υλοποίηση ενός κοινού στόχου συνδεόμενου άμεσα με την κοινωνία από την οποία αυτός προέρχεται» (Πιτσούλης Ν:2007).

Στο συγκεκριμένο υποκεφάλαιο θα μελετηθούν οι ΜΚΟ σαν μια ευρύτερη έννοια μέσα από το ρόλο τους στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο, σχετιζόμενο το ρόλο αυτό με τα είδη των ΜΚΟ και τους τομείς δράσεις τους. Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος του κεφαλαίου θα αναφερθούμε σε συγκεκριμένες έρευνες που έγιναν στην Ελλάδα και οι οποίες σχετίζονται και με άλλες διεθνείς έρευνες. Οι έρευνες αυτές που θα παρουσιαστούν χωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες. Η πρώτη αναφέρεται στην διερεύνηση
ορισμένων βασικών χαρακτηριστικών των Ελληνικών ΜΚΟ και η δεύτερη έρευνα επικεντρώνεται σε μία περισσότερο λεπτομερή καταγραφή, βάση αναλυτικού ερωτηματολογίου, των δραστηριοτήτων και απόψεων ορισμένων ΜΚΟ σε πέντε περιοχές της Ελλάδας (Αθήνα, Πάτρα, Θεσσαλονίκη, Κομοτηνή και Μυτιλήνη) (Βασιλόπουλος, 2005).


Οι έρευνες παρούσα τη πολυπλοκότητα και τη συνεχή αύξηση των ΜΚΟ, κατάφερε να καταγράψει και να χαρτογραφήσει 210 οργανώσεις σε όλη την
Ελλάδα, χρησιμοποιώντας μία μίξη πρωτογενών και δευτερογενών πηγών όπως είναι το διαδίκτυο, οι εφημερίδες και οι προσωπικές γνωριμίες, προσέχοντας όμως να μην επανεμφανίζονται οι ίδιες οργανώσεις ή 'θυγατρικές' τους σε διαφορετικά σημεία της χώρας. Στη συνέχεια οι ΜΚΟ κατανεμήθηκαν σε δέκα βασικές κατηγορίες όπως φαίνεται στον Πίνακα 2

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Κατανομή βασικών ΜΚΟ στην Ελλάδα

<table>
<thead>
<tr>
<th>Κατηγορία</th>
<th>Νo</th>
<th>% συνόλου</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Περιβάλλον</td>
<td>76</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Κοινωνική Πρόνοια &amp; Αποκλεισμός</td>
<td>62</td>
<td>29.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Διεθνείς Οργανισμοί</td>
<td>14</td>
<td>6.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Υγεία</td>
<td>13</td>
<td>6.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Εκπαίδευση/ Έρευνα</td>
<td>17</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Φιλανθρωπικοί φορείς</td>
<td>7</td>
<td>3.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Θρησκευτικοί φορείς</td>
<td>6</td>
<td>2.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Ανάπτυξιακοί φορείς</td>
<td>4</td>
<td>1.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Πολιτισμικοί φορείς</td>
<td>4</td>
<td>1.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Διάφοροι</td>
<td>8</td>
<td>3.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Σύνολο</td>
<td>211</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Οι Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Συγκεκριμένα οι κατηγορίες αυτές αφορούν α) οργανώσεις που λειτουργούν αποκλειστικά στο χώρο της ξενοφοβίας και του ρατσισμού και είναι περίπου 50 και β) οργανώσεις που ασχολούνται με ευρύτερα ζητήματα
κοινωνικής προστασίας, πρόνοιας και αποκλεισμού όπως για παράδειγμα
eίναι η κοινωνική και εργασιακή ενσωμάτωση των αποφυλακισμένων, η
μέριμνα των προσφύγων, η προστασία του καταναλωτή, κλπ (Afou xenidis, et
al., 2003).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πολλές ανθρωπιστικές ΜΚΟ,
asχολούνται ταυτόχρονα με μια σειρά από ζητήματα και εξειδικεύονται
θεματικά κατ' εξαίρεση και όχι κατά κανόνα. Το ίδιο ισχύει και για τις
λεγόμενες περιβαλλοντικές οργανώσεις, η πλειοψηφία αυτών που λειτουργεί
gια παράδειγμα, στον χώρο της προστασίας του αστικού περιβάλλοντος,
dραστηριοποιείται σε διάφορα, πολλές φορές ετερογενή, ζητήματα όπως είναι
η ατμοσφαιρική ρύπανση και η προστασία των θαλασσών και των δασών
γύρω από τις πόλεις (Παναγιωτίδου Ε., 2002).

1.5. Ο ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑ∆Α.

Ευθύς εξαρχής πρέπει να επισημανθεί η σχεδόν παντελής έλλειψη
στοιχείων, μελετών κ.λπ., σε σχέση με το αντικείμενο. Ο εθελοντισμός στην
Ελλάδα είναι μια πολύ μπερδεμένη και από πολλές απόψεων ενδιαφέρουσα
περίπτωση για μελέτη. Είναι ένας τομέας δραστηριότητας που η αίσθηση που
αποτελεί σε όποιον έρχεται σαν επισκέπτη και μελετητή είναι ότι σήμερα
βρίσκεται στην φάση της δυναμικής ανάπτυξης και διαμόρφωσής του, με όλα
τα παρελκυόμενα, δηλαδή εσωτερικοί ανταγωνισμοί και αντιθέσεις,
απογοητεύσεις, απόψεις, θέσεις και παράπονα, αλλά και από μια άποψη
σημαντικά επιπεδώματα

23
Για τις ανάγκες της μελέτης και δεδομένου ότι δεν υπάρχει προς το παρόν ένας επίσημος και γενικά αποδεκτός ορισμός, υιοθετούμε έναν άτυπο ορισμό για τις εθελοντικές οργανώσεις και τον εθελοντισμό, που βεβαίως δεν έχει καμία απαίτηση επιστημοσύνης.

Επομένως λέμε ότι εθελοντικές οργανώσεις, είναι αυτές που παρουσιάζουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Δεν είναι κυβερνητικές οργανώσεις και ούτε ανήκουν στον ευρύτερο τομέα της κρατικής διοίκησης
- Δεν είναι πολιτικά κόμματα
- Έχουν μια τυπική μορφή - οργάνωση
- Έχουν μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα, αλλά μπορεί να έχουν κερδοσκοπική δραστηριότητα
- Προσφέρουν υπηρεσίες σε κάποιες πληθυσμιακές ομάδες και όχι στα μέλη τους
- Το έμψυχο δυναμικό που απασχολείται στην οργάνωση, απασχολείται κυρίως και κατά πλειοψηφία σε εθελοντική βάση, χωρίς βέβαια αυτό να αποτρέπει την απασχόληση και κάποιον στελεχών ή άλλων σε επαγγελματική βάση.

Ο εθελοντικός τομέας στην Ελλάδα δεν φαίνεται να είναι αναπτυγμένος σε βαθμό τουλάχιστον ανάλογο με άλλες χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Υπάρχουν περίπου 1200 οργανώσεις που εντάσσουν τους εαυτούς τους στον «μη κυβερνητικό - εθελοντικό χώρο». Αν ληφθεί υπόψη ότι για την νομιμοποίηση της κάθε οργάνωσης υποχρεωτικά αυτή θα πρέπει να υφίσταται τουλάχιστον 21 εγγεγραμμένα μέλη, συνάγεται το συμπέρασμα ότι σε αυτές τις οργανώσεις δραστηριοποιούνται τουλάχιστον 25.200 άτομα.
Κάνοντας την υπόθεση ότι κατά μέσο όρο σε κάθε οργάνωση, είναι εγγεγραμμένα περίπου 100 άτομα (αριθμός κατά βάση ρεαλιστικός) τότε διαπιστώνεται ότι τα εγγεγραμμένα μέλη στις διάφορες εθελοντικές οργανώσεις, στο σύνολο της χώρας, ισως να φθάνουν τις 120.000.

Βασικό χαρακτηριστικό του εθελοντικού χώρου στην Ελλάδα, είναι (σε αντίθεση με ότι πιθανόν συμβαίνει σε άλλες χώρες) ότι αυτός, δεν έχει κάποια δευτεροβάθμια όργανα και δεν είναι συγκροτημένος οργανωτικά σε επίπεδα ενώσεων.

Η συνηθισμένη εθελοντική οργάνωση, είναι μια οργάνωση που λειτουργεί τοπικά, με ίσως κάποιες συνδέσεις σε περιφερειακό ή και εθνικό επίπεδο.

Ο εθελοντισμός, με τη μορφή οργανωμένων ομάδων πολιτών που επιζητούν να συμμετέχουν στη διαχείριση διαφόρων θεμάτων σε επίπεδο τόσο τοπικό όσο και εθνικό, δεν έχει ιδιαίτερα παρελθόν στην Ελλάδα. Οι πρώτες εθελοντικές ομάδες εμφανίστηκαν στην Ελλάδα στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Μέχρι τότε οι βαθιά ριζωμένες πεποιθήσεις των Ελλήνων, κατάλοιπα παλαιότερων εποχών, όριζαν πως οι μόνοι θεσμοί που μπορούσαν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ή που μπορούσαν να επιτελέσουν οποιοδήποτε έργο ήταν τα πολιτικά κόμματα. Αν και αυτές οι αντιλήψεις είναι πλέον εξελιγμένες για τούς περισσότερους, η σχέση των Ελλήνων με τον εθελοντισμό φαίνεται να μην είναι ακόμα και σήμερα τόσο ισχυρή, με μία λαμπρή εξαίρεση την συμμετοχή των Ελλήνων εθελοντών στους Ολυμπιακούς Αγώνες του 2004, στην Αθήνα.

Αυτό επιβεβαιώνεται από τα ευρήματα της έρευνας του Κοινωνικού Βαρόμετρου ASBI που διενεργείται επί σειρά ετών από την εταιρεία MEDA.
COMMUNICATION. Το πιο πρόσφατο βαρόμετρο, του 2007, έγινε δυστυχώς πριν από τα καταστροφικά γεγονότα των πυρκαγιών του καλοκαιριού, κυρίως στην Πελοπόννησο, και επομένως δεν έχει μετρήσει την σωρεία εθελοντικών δράσεων που ακολούθησαν τις πυρκαγιές.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, μόνο 2 στους 10 Έλληνες έχουν προσφέρει εθελοντικά κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους από την έρευνα (Μπουμπούκα, 2007).

Η μεγάλη πλειοψηφία των υπολοίπων (76,8%) δεν είχαν συνεισφέρει ποτέ εθελοντικά. Επίσης, μόνο 3 στους 10 δήλωσαν ότι θα ήταν πιθανά πρόθυμοι να συμμετάσχουν εθελοντικά στο μέλλον (βλέπε Γράφημα 1-1).

ΓΡΑΦΗΜΑ 1 Πρόθεση εθελοντικής συμμετοχής


Από αυτούς που είχαν συμμετάσχει σε εθελοντικές δράσεις κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, 4 στους 10 ανέφεραν ότι η συμμετοχή τους ήταν μέσω προσφοράς χρημάτων, 2 στους 10 ανέφεραν ότι είχαν προσφέρει
υλική βοήθεια όπως ρούχα ή τρόφιμα, ενώ μόνο 2 στους 10 ανέφεραν ότι είχαν διαθέσει μέρος από τον ελεύθερο χρόνο τους.

Σύμφωνα πάντα με τα στοιχεία της ίδιας έρευνας, σχεδόν 8 στους 10 Έλληνες αναγνωρίζουν αυθόρμητα τουλάχιστον μία εθελοντική ή μη κυβερνητική οργάνωση, ενώ με βοηθούμενη γνώση (με την επίδειξη κάρτας) σχεδόν όλοι οι ερωτώμενοι μπορούσαν να αναγνωρίσουν μία οργάνωση. Παρόλη όμως την υψηλή αναγνωρισιμότητα των οργανώσεων, οι ερωτώμενοι δεν γνώριζαν πολλά πράγματα για τις δραστηριότήτες αυτών των οργανώσεων.

Τα τελευταία χρόνια, τόσο στην Ελλάδα όσο και σε ολόκληρο τον κόσμο, οι πολίτες γίνονται μάρτυρες καταστροφικών φυσικών φαινομένων, άλλα από τα οποία οφείλονται στην ανθρώπινη δραστηριότητα και άλλα που είναι ανεξάρτητα από αυτήν.

Οι διαπιστώσεις αυτές, οδήγησαν την Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων να προχωρήσει στον σχεδιασμό του προγράμματος Διαχείρισης Κινδύνων και Κρίσεων για την Αντιμετώπιση Εκτάκτων Αναγκών με τίτλο: "ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΩ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ" με ισότιμη συμμετοχή πολλών εμπλεκομένων φορέων. Στα πλαίσια αυτού του προγράμματος συμμετέχουν οι κρατικοί φορείς που εμπλέκονται με τη διαχείριση καταστάσεων εκτάκτου ανάγκης και ακραίων φυσικών φαινομένων.

Επίσης συμμετέχουν ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Ε.Ε.Σ.) και η ΜΚΟ ΡΑΚΒΙΒ. Το πρόγραμμα εθελοντισμού «Προστατεύω τον Εαυτό μου και τους Αλλούς» υποστηρίχθηκε από τη Γενική Γραμματεία Εκπαίδευσης Ενηλίκων, τη Γενική Γραμματεία Πολιτικής Προστασίας, τον Οργανισμό
Αντισεισμικού Σχεδιασμού και Προστασίας, το Πυροσβεστικό Σώμα και την ΕΜΑΚ, το Υπουργείο Εμπορικής Ναυτιλίας, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό και τους Γιατρούς Χωρίς Σύνορα Ελλάδας (Εθελοντισμός, 2007α). Στα πλαίσια του προγράμματος προβλέπεται συστηματική εκπαίδευση των εθελοντών καθώς και η δημιουργία σχετικού εκπαιδευτικού υλικού.

Προκειμένου αυτή η πρωτοβουλία να προσεγγίσει το κοινό, δημιουργήθηκε και μία ενημερωτική ιστοσελίδα, στην οποία οι πολίτες μπορούν να ενημερωθούν για την πρωτοβουλία αυτή και τους στόχους της, καθώς και να συμπληρώσουν online αίτηση συμμετοχής. Ο εθελοντισμός στην Ελλάδα μπορεί να στερείται παρελθόντος, έχει όμως ένα πολύ δυναμικότερο τμήμα που αφήνει περιθώρια ελπίδας για ένα μέλλον όπου οι πολίτες θα μπορούν να δημιουργούν, να εντάσσονται και να οργανώνονται προκειμένου να δράσουν για έναν συγκεκριμένο σκοπό, κάτι που ήδη θεωρείται καθημερινή υπόθεση για πολλούς Ευρωπαίους.

Στην Ελλάδα, δυστυχώς η δράση του εθελοντισμού όπως ήδη αναφέρθηκε δεν είναι τόσο έντονη, ενώ και η έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Μια από τις λίγες ερευνητικές εργασίες που έχουν γίνει σε σχέση με τον εθελοντισμό στην Ελλάδα αναφέρεται στην πόλη της Αθήνας στην με την προϊστορία άτυπων μορφών εργασίας και αυθαίρετης δόμησης (Leontidou et al., 2002), αναπτύχθηκε κατά τα τελευταία 25 χρόνια επάνω στη βάση ενός μοντέλου που υποβοήθησε την αύξηση της περιβαλλοντικής ρύπανσης και βασίστηκε εν μέρει σε επίσημες πολιτικές αποφάσεις και πρακτικές προώθησης του ιδιωτικού αυτοκινήτου, και εν μέρει σε πολιτικές που επέτρεψαν την συνέχιση της αυθαίρετης προαστιοποίησης, με τις οποίες συμφωνήθηκαν στο σύνολό τους οι πολίτες.

28
Στην Αθήνα τα φαινόμενα της ρύπανσης, της κυκλοφοριακής συμφόρησης και της διαρκώς προβληματικής συλλογής σκουπιδιών συνδυάζονται με ατομικές-συλλογικές δραστηριότητες όπως είναι η καταπάτηση των δημόσιων χώρων και το κάψιμο των δασών. Αυτό το ιδιόμορφο μείγμα διαφορετικών ομάδων (δήμων, κοινοτήτων, διαφόρων φορέων, τοπικών συλλόγων και οικολογικών οργανώσεων), αποτελεί ένα σημαντικό τμήμα της 'κοινωνίας πολιτών' που, για την περίπτωση της Αθήνας, λειτουργεί με μία πολυδιάστατη ατζέντα, χρησιμοποιώντας παραδοσιακές και νεότερες πρακτικές και στρατηγικές πίεσης, όπως, για παράδειγμα, η ανάπτυξη εθελοντικών δράσεων από περιβάλλοντικές ΜΚΟ σε σχέση με τη προστασία του περιβάλλοντος των Αθηνών αλλά και την όποια προστασία των ελάχιστων δασών που έχουν απομείνει. Ευρύτερα και σε λοιπές δράσεις δεν υπάρχουν εθελοντικές κινήσεις άρα και σχετικές έρευνες. Μόνο στη περίπτωση των παραπάνω συγγραφέων, έχουμε μια μικρή προσπάθεια να γίνουν προτάσεις προς το κράτος για την ανάπτυξη του εθελοντισμού. Συγκεκριμένα (Leontidou et al., 2002):

1. Ίδρυση Σώματος Εθελοντών σε εθνικό επίπεδο, το οποίο θα είναι επιφορτισμένο με το συντονισμό, την οργάνωση και τη συνεχή εκπαίδευση των εθελοντών που θα στελεχώνουν τις τάξεις των Ελληνικών ΜΚΟ.

2. Τροποποίηση του ασφαλιστικού λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες παραμέτρους της απασχόλησης των εθελοντών, έτσι ώστε ο νόμος πλέον να κατοχυρώνει τόσο τους ιδίους, όσο και τις ΜΚΟ.
3. Χορήγηση αδειών σε άτομα που εργάζονται τόσο στο δημόσιο, όσο και στον ιδιωτικό τομέα, όταν τα άτομα αυτά επιθυμούν να προσφέρουν εθελοντικό έργο στις ΜΚΟ.

4. Φοροαπαλλαγή των δωρεών και χορηγιών που προσφέρονται από ιδιώτες και επιχειρήσεις στις ΜΚΟ.

5. Εισαγωγή του μαθήματος του εθελοντισμού στα σχολεία, όπως συμβαίνει εδώ και χρόνια σε άλλα κράτη-μέλη της ΕΕ, έτσι ώστε οι μαθητές να είναι ενήμεροι για τις αξίες της εθελοντικής προσφοράς και να είναι σε θέση να κινητοποιηθούν προς την κατεύθυνσή του, ως αντίδοτο ενάντια στα απειλητικά φαινόμενα διάλυσης του κοινωνικού ιστού, που πλήττει ιδιαίτερα τους νέους.

6. Προώθηση και στήριξη του εθελοντικού έργου, με την ανάληψη καινοτόμων πρωτοβουλιών που σε προερχόμενη σημερινή Ευρωπαϊκή Επιτροπή της Γενικής Γραμματείας Νέας Γενιάς, την οποία επιδοκιμάζουμε για την ευαισθησία που έχει δείξει επανειλημμένα αναφορικά με τον εθελοντισμό και τους νέους στην Ελλάδα.

7. Δημιουργία Κεντρικού Συμβουλίου Εθελοντισμού, εθνικού συντονιστικού φορέα για τις εθελοντικές ΜΚΟ, το οποίο θα συμμετέχει στο σχεδίασμα της εθνικής πολιτικής για τον εθελοντισμό και θα εισηγείται τα αναγκαία μέτρα για την καλύτερη ανάπτυξη των οργανώσεων. Στο Συμβούλιο αυτό πρέπει να είναι εμφανής η συμμετοχή των ΜΚΟ στα διοικητικά του όργανα. (Φουρνογεράκης, 2006).
1.6. ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΟΛΙΤΩΝ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Στη σημερινή κοινωνία όπου οι θεσμοί διαπερνούνται από μία εκ βαθέων κρίση και αμφισβητούνται σφοδρά, αναδύονται νέες δυνάμεις που μετασχηματίζουν προοπτικές και δυναμικά, μέσα από νέες, διαφορετικές μορφές κοινωνικής συμμετοχής. Στη μεταβατική περίοδο που ζουμε μεγάλο πρόβλημα αναδεικνύεται ο ορισμός εννοιών για την περιγραφή καινούργιων φαινομένων και καταστάσεων. Σε αυτό οφείλεται συχνά η αδυναμία σύλληψης της πολυπλοκότητας και της πολυμορφίας τους, καθώς και η ανάμειξη πολλών επιστημών, όπως η κοινωνιολογία, η πολιτική οικονομία, αλλά και οι ανθρωπιστικές επιστήμες.

Τρεις είναι οι πυλώνες μιας σύγχρονης, ανοικτής, δημοκρατικής και ευημερούσας κοινωνίας, εξίσου σημαντικοί όλοι: (1) μία υγιώς λειτουργούσα οικονομία της αγοράς, (2) ένα αποτελεσματικός, διαφανής, κοντά στον πολίτη δημόσιος τομέας και δημόσιος βίος, (3) μια ανεξάρτητη από ιδιωτικές, κομματικές ή κρατικές επιρροές, μια ενεργός, κοινωνία πολιτών.

Ο πολίτης στην κοινωνιολογική προσέγγιση μας ενδιαφέρει διπλά: (α) ως «τυπικός πολίτης» που προσέρχεται άπαξ της τετραετίας στις κάλπες για να επιλέξει την ηγεσία του και στην καλύτερη περιπτώση απλώς σέβεται το γράμμα του νόμου - ονομαστική αποδοχή του κράτους δικαίου - και (β) ως ενεργός πολίτης που συμμετέχει εθελοντικά και άμεσα, έξω από κομματικές δουλειές, κάθε μέρα στα δρόμα του και ταυτόχρονα αντιμετωπίζει τα κόμματα, του θεσμού, την κυβέρνηση οποιουδήποτε επιπέδου άσκησης εξουσίας (Γιάννης, 2001).
1.6.1. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ.

Η Κοινωνική Οικονομία αυξάνει συνεχώς και μεγεθύνει το σημαντικό Κοινωνικό Κεφάλαιο. Τι εννοούμε όμως με τους δύο παραπάνω όρους που χρησιμοποιούνται κατά κόρον το τελευταίο διάστημα τόσο σε κοινωνιολογικές όσο και σε οικονομικές αναλύσεις;


Στην Ελλάδα (και αλλού) το διαθέσιμο κοινωνικό κεφάλαιο με χαρακτηριστικό του στοιχείο τον οικογενειακό προσανατολισμό, συνυφαίνεται με το πελατειακό σύστημα, τη χαλαρότητα των θεσμών και των κανόνων του παιγνιδιού και ένα βαλεύον κράτος. Προλείανε, δηλαδή εξ αρχής το έδαφος για τη διάβρωση τυπικών και εισαγμένων θεσμών. Όλα αυτά είχαν επιπτώσεις στην οικονομική και πολιτική συμπεριφορά. Το υπάρχον κοινωνικό κεφάλαιο επέδρασε στο πρότυπο οικονομίας και κράτους στην Ελλάδα.

Η κοινωνική οικονομία ή τρίτος τομέας αποτελεί το χώρο της οικονομίας που βρίσκεται ανάμεσα στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα και στον οποίο διεξάγονται
οικονομικές δραστηριότητες με οικονομικούς και κοινωνικούς σκοπούς και στόχους. Κοινωνικές επιχειρήσεις είναι οι επιχειρήσεις ή οι οργανισμοί με οικονομικό και κοινωνικό παράλληλα σκοπό, που καλύπτουν ανάγκες τις οποίες ο παραδοσιακός ιδιωτικός τομέας ή το κράτος αδυνατούν να καλύψουν και δραστηριοποιούνται κυρίως στους τομείς της πρόνοιας (παροχή προσωπικών υπηρεσιών προσαρμοσμένων στις ανάγκες της κοινωνίας ηλικιωμένων, προσφύγων, μεταναστών, φυλακισμένων, κακοποιημένων γυναικών κτλ), του περιβάλλοντος, του τουρισμού, του πολιτισμού. Οι επιχειρήσεις τρίτου τομέα της οικονομίας μπορεί να είναι κερδοσκοπικού ή μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, αρκεί βέβαια να πληρούν τα χαρακτηριστικά που διέπουν τις κοινωνικές επιχειρήσεις. Οι κοινωνικές συνήθως λειτουργούν με νομική μορφή του συνεταιρισμού, της αστικής μη κερδοσκοπικής εταιρείας (ΑΜΚΕ), της Ο.Ε., της Ε.Ε., της ΕΠΕ ή της Α.Ε. Η επικρατέστερη μορφή στην Ελλάδα είναι αυτή των συνεταιρισμών και των ΑΜΚΕ (http://www.disabled.gr).

Με τον όρο «κοινωνική» οικονομία, ή ορθότερα με τον όρο αλληλέγγυα οικονομία ή ακόμη ευκολότερα, τρίτος τομέας (tiers sector), εννοούμε με ένα ευρύ ορισμό και διακριτότερα, τρίτος τομέας (tiers sector), εννοούμε με ένα ευρύ ορισμό και παρόλο που οι προηγούμενοι όροι δεν είναι τελικά ταυτόσημοι, μια οικονομία ανθρώπων και οικολογικών μεγεθών, βασισμένη από ποσοτική άποψη στο μικρό και το τοπικό και από ποιοτική άποψη στον (προφορικό) λόγο, στην άμεση δημοκρατία και την ισοκατανομή εξουσίας, με κύριο χαρακτηριστικό την εξυπηρέτηση του συλλογικού συμφέροντος και την μη επιδίωξη κέρδους

Πράγματι, ο τρίτος ή αφιλοκερδής τομέας (ή τρίτο σύστημα) πραγματώνεται με ποικίλες μορφές. Αλλού είναι νομοθετικά θεσπισμένες (με κύρια έκφραση τους συνεταιρισμούς, τις διάφορες ενώσεις τα διάφορα
αλληλοβοηθητικά ταμεία) και αλλού άτυπες, γεννημένες από την πρακτική (ανάγκη). Οι τελευταίες είναι αυτές που διεκδικούν κυρίως τον όρο «αλληλέγγυα» οικονομία.

Βέβαια όλες αυτές οι δραστηριότητες δεν είναι πάντα απολύτως άτυπες, αλλά διέπονται και αυτές, όπως ήδη αναφέρθηκε, από κάποιο γενικό θεσμικό πλαίσιο (και λειτουργούν με διοικητικό συμβούλιο κλπ). Σ’ αυτήν την κατηγορία θα πρέπει να αναφερθούν για την Ελλάδα και οι ιδιωτικές μη κερδοσκοπικές οργανώσεις (σωματεία, αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρίες), οι οποίες εκφράζουν όπως λέγεται, την αμφιλεγόμενη και αμφισβητούμενη «κοινωνία των πολιτών» (Ζιώμας, 2001).

1.6.2. ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΠΟΛΙΤΩΝ

Τα τελευταία χρόνια η κοινωνία των πολιτών έχει εισβάλει εντυπωσιακά στο πολιτικό και το επιστημονικό λεξιλόγιο: η πτώση των σοσιαλιστικών καθεστώτων οι ανεπάρκειες της αντιπροσωπευτικής δημοκρατίας, η γραφειοκρατία, τα δημοσιονομικά προβλήματα, η κρίση του κοινωνικού κράτους, η μοναξιά στις μεγαλούπολες και πιο πρόσφατα η παγκοσμιοποίηση-ιδού, φύρδην μίγδην, μερικοί από τους λόγους της επιτυχίας του όρου, ενώς όρου που όμως εξακολουθεί να περιβάλλεται από ασάφεια (Βουτσάκης, 2004).

Ο όρος «Κοινωνία των Πολιτών» δεν έχει κοινά αποδεκτό ορισμό. Αποτελεί μία από τις πλέον αμφιλεγόμενες έννοιες στις συζητήσεις που διεξάγονται σε εθνικό και διεθνές επίπεδο. Οφείλει λοιπόν κανείς να δηλώνει τον ορισμό που υιοθετεί ώστε να προσδιορίσει το πλαίσιο του όποιου θεωρητικού ή εμπειρικού εγχειρήματος.
Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι σήμερα ζούμε σε μία άκρως στρεβλή οικονομική ανάπτυξη, με ιδιαίτερες κοινωνικές ανισότητες, με έναν σαφή αρχηγισμό των κομμάτων, με κακοδιοίκηση και με συγκριτικά χαμηλή ποιότητα της δημοκρατίας και του δημοσίου διαλόγου. Στη χώρα μας τα παραπάνω οφείλονται, ως ένα βαθμό, και στην έλλειψη θεσμών, οργανώσεων και πρωτοβουλιών που σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες παρεμβάλλονται ανάμεσα στην ατομική/ ιδιωτική σφαίρα και την δημόσια σφαίρα (κόμματα/κράτος) και συνιστούν την κοινωνία των πολιτών (Μουζέλης, 1998).

Στο σύγχρονο πολιτικό λεξιλόγιο, ο όρος «κοινωνία των πολιτών» (civil society) χρησιμοποιείται γενικά για να υποδηλώσει το ένα από τα δύο σκέλη της διάκρισης κοινωνία των πολιτών/ κράτος. Αυτό σημαίνει ότι το πρώτο σκέλος της διάκρισης δεν μπορεί να γίνει κατανοητό αν προηγουμένως δεν ορίσουμε τον όρο «κράτος». Πρώτα απ' όλα, ο όρος «κοινωνία των πολιτών» υποδηλώνει το σύνολο των κοινωνικών σχέσεων που δεν εμπίπτουν στην δικαιοδοσία του κράτους και το οποίο εδώ ορίζεται, μάλλον κάτω των στενών και με πολεμική διάθεση, ως το σύνολο των καταναγκαστικών μηχανισμών μέσα σε ένα οργανωμένο κοινωνικό σύστημα (Norberto, 1998).

Η κλασική κοινωνιολογική προσέγγιση στο θέμα αυτό κατά τον Gooby, βλέπει την κοινωνία των πολιτών σαν ένα ενδιάμεσο χώρο, έναν τρίτο δρόμο ανάμεσα στον ατομικό ανταγωνισμό της αγοράς και στην κρατική εξουσία. Ένα δρόμο που μπορεί να οδηγήσει τα άτομα στην ενίσχυση της συλλογικότητας χωρίς την εξάρτηση που καλλιεργεί το κράτος. Από αυτή την άποψη η συμμετοχή στις δραστηριοτήτες της κοινότητας, ως παράγοντες ενίσχυσης της κοινωνικής συνοχής και του αισθήματος του ανήκειν (Gooby, 1991).
Μία άλλη εκδοχή του όρου αναφέρει ότι πολύ απλά, η κοινωνία πολιτών είναι ένας ενδιάμεσος χώρος ανάμεσα στο κράτος και τον πολίτη, ένα πλέγμα διαδράσεων ανάμεσα σε εθελοντικές οργανώσεις, όπως είναι οι οργανωμένες εκκλησίες, οι λέσχες οι σχολές οι επαγγελματικές οργανώσεις κλπ. Η κοινωνία πολιτών είναι ένα αντιστήριγμα στην πολιτική κοινωνία, δηλαδή το κράτος, και συγχρόνως χώρος εκουσίας συμμετοχής σε ένα πολιτικό και κοινωνικό σύνολο. Το αντιστήριγμα αυτό παίζει ρόλο ανταγωνιστικό και συγχρόνως συμπληρωματικό ως προς την πολιτική κοινωνία.

Από την μια μεριά ο πολίτης στηρίζεται από την κοινωνία πολιτών ως φορέας δικαιωμάτων έναντι του κράτους. Από την άλλη μεριά, η κοινωνία πολιτών λειτουργεί επικουρικά ως προς το κράτος, εφόσον το τελευταίο εδράζεται στη συναινεση, η οποία διαμορφώνεται μέσα από την κοινωνία των πολιτών. Με την έννοια αυτή, η ανάπτυξη της αποτελεί μέτρο πολιτιστικής ανάπτυξης και δημοκρατικής επιδεκτικότητας ενός κοινωνικού συνόλου: όσο πιο ανεπτυγμένη είναι η κοινωνία των πολιτών, τόσο πιο άρτια λειτουργεί το δημοκρατικό πολίτευμα. Αυτό συμβαίνει διότι η συχνά μη ισόρροπη σχέση μεταξύ κράτους και κοινωνίας πολιτών οφείλεται στην υπερτροφία του πρώτου εις βάρος της δεύτερης και όχι στο αντίθετο (Δημητράκος, 2002).

Όπως επισημαίνει ο Gellner, η κοινωνία πολιτών συνδέεται με μια αρχή την οποία ο ίδιος ονομάζει μεταλλαξιμότητα (modularity). Στην κοινωνία πολιτών, οι κανόνες και οι μορφές συνεργασίας και κοινωνικής ζωής είναι μεταλλάξιμες. Το μόνο που έχει σημασία είναι η διατήρηση αυτής της δυνατότητας. Η διαπίστωση αυτή είναι θεμελιώδους σημασίας. Συνυφαίνεται με το σημαντικότερο χαρακτηριστικό της κοινωνίας πολιτών-του οποίου συχνά
υποβαθμίζεται η σημασία- το γεγονός δηλαδή ότι η κοινωνία πολιτών είναι πριν από όλα και πάνω από όλα σφαίρα ελευθερίας.

Ετσι η κοινωνία πολιτών είναι χώρος διαμόρφωσης εμπιστοσύνης και άσκησης ελευθερίας. Είναι και χώρος προάσπισης δικαιωμάτων έναντι του κράτους και ενδεχομένως εναντίον της κρατικής εξουσίας. Αυτό μας δίνει ένα «ορθό» ορισμό της κοινωνίας πολιτών; Όχι, διότι δεν υπάρχει τέτοιος ορθός ορισμός. Εξαρτάται από τι θέλει να κάνει κανείς με την κοινωνία πολιτών, και από το πόσο σοβαρά παίρνει υπόψη ορισμένες αξίες στην κοινωνία μας. Θεωρείται εδώ ότι η ελευθερία, είναι η σημαντικότερη και ότι αποτελεί προϋπόθεση για την ύπαρξη και ιεράρχηση όλων των άλλων, στον σύγχρονο πολιτισμό της νεωτερικότητας.

Η πρώτη φορά που γίνεται χρήση του όρου «κοινωνία πολιτών» (civil society) είναι από τον Richard Hooker στην Αγγλία στο έργο του «Laws of the Ecclesiastical Community», το 1554. Ο όρος απαντάται επίσης στον Hobbes καθώς και τον Locke. Δεν έχει όμως τη σημασία που απέκτησε αργότερα και που έχει και σήμερα. Οι απαρχές της ιδέας της κοινωνίας των πολιτών βρίσκονται στην ηθική φιλοσοφία που συνδέεται με τον Σκοτσέζικο Διαφωτισμό, του Francis Hutcheson, του Adam Smith και του Adam Ferguson. Ο τελευταίος, μάλιστα, έγραψε ένα δοκίμιο πάνω στην ιστορία της κοινωνίας των πολιτών το 1767.

Σύμφωνα με τον Gooby η κοινωνία των πολιτών είναι μια ηθική τάξη πραγμάτων, μια διαμεσολάβηση, όπου τα άτομα, από την επιδίωξη επίτευξης των δικών τους συμφερόντων βιώνουν την σημασία της κοινότητας και την αλληλεξάρτηση. Είναι ο χώρος της οικονομικής δραστηριότητας και
της ελευθερίας μέσα από την αυτογνωσία, όπως διαμεσολαβείται από την εργασία.

Η κινητήρια δύναμη για δράση στην κοινωνία των πολιτών είναι το προσωπικό συμφέρον, η επίτευξη των ατομικών στόχων και η αυτοπραγμάτωση. Για να μπορέσουν, όμως, να επιτευχθούν αυτά θα πρέπει οι συμμετέχοντες να βρίσκονται σε διαντίδραση με τους άλλους πολίτες και να αναγνωρίζονται από αυτούς. Η αλληλεξάρτηση και η αναγνώριση της συλλογικότητας αποτελούν προϋπόθεση της ύπαρξης του ατομικού και οι ατομικές δυνατότητες που απελευθερώνονται στα πλαίσια της αγοράς δημιουργούν «ένα σύστημα πλήρους αλληλεξάρτησης μέσα στο οποίο η ζωή, η ευτυχία και η θεσμική κοινωνική θέση του ενός είναι συνυφασμένα με τη ζωή, την ευτυχία και τη θεσμική κοινωνική θέση όλων».

Βέβαια όπως αναφέρει και ο Kumar, η κοινωνία των πολιτών δεν είναι, σε σχέση με το κράτος, μια πανάκεια (Kumar K.,1993). Στην Ελλάδα η άποψη ότι η εγχώρια κοινωνία πολιτών είναι ατροφική δεν είναι αποτέλεσμα ποσοτικής μέτρησης της ισχύος της σε σύγκριση με το κράτος, αλλά στηρίζεται σε μια προσέγγιση του τρίπολου κράτος- κόμματα- κοινωνία πολιτών: δηλαδή η κοινωνία πολιτών είναι ατροφική επειδή το κράτος και τα κόμματα είναι ισχυρά και δεν της έχουν αφήσει περιθώρια αυτόνομης ανάπτυξης. Τούτο προϋποθέτει ότι κράτος και πολιτικά κόμματα από την μια μεριά και κοινωνία των πολιτών από την άλλη βρίσκονται σε σχέση μηδενικού αθροίσματος και επομένως όσο ενισχύονται το κράτος και τα κόμματα, τόσο εξασθενεί η κοινωνία πολιτών και αντιστρόφως.

Απλουστεύοντας σε μία ίσως όχι εντελώς όστοχη εκδοχή, τουλάχιστον στην πιο λαϊκή αντίληψη σήμερα, «η κοινωνία των πολιτών» είναι το αντίθετο
του κράτους: αποτελεί το σύνολο των πολιτών που στέκεται απέναντι από αυτό, μειώνεται και υποφέρει από την ύπαρξη και τη λειτουργία ενός υπερ- διογκωμένου και αναποτελεσματικού κράτους, που συχνά ταλαιπωρεί αντί να εξυπηρετεί και να προστατεύει τον πολίτη, όπως διαπιστώνεται και στις μέρες μας. Κατά την έννοια αυτή η επέκταση του κράτους σε διάφορους τομείς της κοινωνικής, της οικονομικής και της πολιτισμικής ζωής εκτρέφει μια αδύναμη κοινωνία των πολιτών, που καθίσταται υποχείρια σε αυτό, υποτάσσεται και αφομοιώνεται από αυτό.

1.6.3. ΣΥΜΜΕΤΟΧΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Ωστόσο η διαχρονική εξέλιξη και κατά περίπτωση ενδυνάμωση της κοινωνίας πολιτών δεν πρέπει να συσκοτίσει το βασικό γεγονός ότι ακόμα και στη δεκαετία του 1990 η Ελλάδα ήταν χώρα με τον χαμηλότερο δείκτη συμμετοχής σε συλλόγους και σωματεία ή σε συλλογικές δραστηριότητες μεταξύ 12 ευρωπαϊκών χωρών (Πίνακας 1). Όπως προκύπτει από τον Πίνακα 1, σε δύο διαφορετικές μετρήσεις, το 1994 και το 1998, οι Έλληνες υπολείπονταν - ως προς το ποσοστό του πληθυσμού που συμμετείχε σε θεσμοποιημένες, τυπικές ενώσεις ή τυποποιημένες συλλογικές δραστηριότητες - ακόμα και των Πορτογάλων και των Ιταλών, οι σχετικές επιδόσεις των οποίων ήταν οι ισχυρότερες στην τότε Ευρωπαϊκή Ένωση (Στασινοπούλου Ό., 2002).

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να μνημονευθεί ότι στον αντίποδα της Κοινωνίας των Πολιτών που ως έννοια αναπτύχθηκε στον ευρωπαϊκό ιδίως χώρο, ο αντίστοιχος όρος στη δυτική πλευρά του Ατλαντικού ωκεανού και
μάλιστα στις ΗΠΑ είναι αυτός του Κοινοτισμού. Αναζητώντας το αληθινό «Πνεύμα της Κοινότητας» και πώς αυτό θα μπορούσε να συμβάλει με τρόπο καινοτόμο όσο και αποτελεσματικό στην αναγέννηση της αμερικάνικης κοινωνίας, μια ομάδα 15 περίπου αναλυτών και διανοούμενων συναντήθηκαν στην Washington το 1990, με πρωτοβουλία του γνωστού θεωρητικού της κοινωνιολογίας των οργανώσεων Amitai Etzioni, και επεξεργάστηκαν μια πλατφόρμα ιδεών, εκτιμήσεων και προτάσεων, που διαδόθηκε έκτοτε με τον όρο «κοινοτισμός» (communitarianism) (Μακρυδημήτρης Α. (2002).

Το ενδιαφέρον είναι ότι τόσο η μία όσο και η άλλη έννοια, που δεν είναι διόλου αγνωστές στη νεώτερη πολιτική και κοινωνική θεωρία, γνώρισαν μιαν ιδιαίτερη άνθηση, και ακτινοβολία κατά την τελευταία δεκαετία του 20ου αιώνα.

Η συνέπεια της συνδρομής των παραγόντων αυτών είναι, κατά τους κοινοτιστές, ο σοβαρός κλονισμός της κοινωνικής συνοχής και της αλληλεγγύης, η διάρρηξη των κοινωνικών ιστών και η μετατροπή της ίδιας της κοινωνίας ανθρώπων σε μια κοινωνία της αγοράς όπου όλα επιτρέπονται, όλα υπόκεινται σε έναν άκρατο καταναλωτισμό και μία αέναη αγοροπωλησία, δίχως να τηρούνται ηθικοί κανόνες και φραγμοί.

Συνοψίζοντας η Κοινωνία των Πολιτών εμφανίζεται

• (α) Ως το αντίθετο του Κράτους

Τα ιδιώτα αποτελούν το διαδεδομένο ορισμό της Κοινωνίας των Πολιτών και τη βλέπουμε ως το αντίθετο του Κράτους.

• (β) Ως τα ενδιάμεσα στρώματα μεταξύ των κυβερνών και κυβερνομένων.
Ένας δεύτερος ορισμός που περιορίζει κάπως την ασάφεια του πρώτου είναι να δούμε την κοινωνία των πολιτών, στο πολιτικό κυρίως επίπεδο, ως ένα χώρο μεταξύ του κράτους και των πολιτών, των κυβερνώντων και των κυβερνωμένων.

• (γ) Ως ενδιάμεσος χώρος μεταξύ κράτους και αγοράς.

Οι πιο πρόσφατες θεωρίες γύρω από την Κοινωνία Πολιτών και τις συνθήκες ισχυροποίησής της εστιάζονται σε έναν «ενδιάμεσο» χώρο μεταξύ κράτους και αγοράς: σε έναν αυτοκυβερνώμενο κοινωνικό χώρο, αποτελούμενο από θεσμούς, ομάδες, οργανώσεις οι οποίες λειτουργούν κατά του άκρατου ατομικισμού της αγοράς και κατά του κρατικού αυταρχισμού (Μουζέλης Ν., 2002).

Κλείνοντας απαραίτητα κρίνεται η επισήμανση ότι η Κοινωνία των Πολιτών δεν προάγει στο σύνολό της «δημόσια αγαθά». Κάποιοι φορείς της Κοινωνίας των Πολιτών μπορεί να υπηρετούν δημόσια αγαθά και με αδιαίρετη επιρροή/αντίκτυπο. Το σύνολο όμως της Κοινωνίας των Πολιτών χαρακτηρίζεται από κοινούς αξιώσεις και κοινό ενδιαφέροντα. Κάθε φορέας της μπορεί να επικαλείται το γενικό συμφέρον και την κοινωνική δικαιοσύνη-χωρίς να σημαίνει ότι κατ’ανάγκη ισχύουν. Κατά συνέπεια, η Κοινωνία των Πολιτών δεν είναι εξ ορισμού ένα «καλό ϕαινόμενο» Περιλαμβάνει από οργανώσεις που παρέχουν δημόσια αγαθά και υπηρεσίες (π.χ. στον τομέα της υγείας) φορείς αυτό-βοήθειας (περισσότερο ατομοκεντρικούς), έως και βίαιες/φανατικές οργανώσεις.

Ποσοστιαία αναλογία του πληθυσμού δώδεκα χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης που δήλωσε ότι ανήκει σε τουλάχιστον ένα σύλλογο ή μια οργάνωση...
(το 1994) και ότι συμμετείχε σε κάποια τυποποιημένη συλλογική — πολιτιστική, κοινωνική ή πολιτική δραστηριότητα (το 1998).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Ποσοστιαία αναλογία του πληθυσμού δώδεκα χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Βέλγιο</td>
<td>35</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>Δανία</td>
<td>57</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>Γερμανία</td>
<td>51</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>Ελλάδα</td>
<td>10</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Ισπανία</td>
<td>26</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Γαλλία</td>
<td>27</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Ιρλανδία</td>
<td>40</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>Ιταλία</td>
<td>14</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>Λουξεμβούργο</td>
<td>39</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>Ολλανδία</td>
<td>45</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>Πορτογαλία</td>
<td>15</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Ηνωμένο Βασίλειο</td>
<td>46</td>
<td>53</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| Μέσος όρος | 12                          | 34                               | 48
χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Πηγή: Eurostat 1998, 188, Eurostat 200, 114
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.

Οι υπηρεσίες υγείας ορίζονται ως «το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και οι μηχανισμοί παραγωγής και διανομής τους». Τα βασικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας είναι τα ακόλουθα (Σιγάλας Ι., 2008):

1. Η διαθεσιμότητα τους Η προσπελασιμότητα τους Η συνέχεια της προσφοράς τους Η αποδοχή τους από τους πολίτες Σήμερα οι υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους πολίτες και την αποδοχή των τελευταίων από αυτούς βασίζεται στα ακόλουθα (Σιγάλας Ι. 2008): Στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

2. Στο επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων στους Οργανισμούς Υγείας. Στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων. Ο υγειονομικός τομέας ορίζεται τόσο ως το σύνολο των δομών και υποδομών που έχουν σχέση με την παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας (κτίρια, εξοπλισμοί, προσωπικό), όσο και το θεσμικό πλαίσιο από το οποίο αυτός διέπεται, οι υπηρεσίες εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, οι υπηρεσίες ασφάλισης της υγείας, η παραγωγή και εμπορία φαρμάκων, τεχνολογικού εξοπλισμού και αναλώσιμου υλικού υγείας κλπ (Πολυνείκης Α.,2007)

Το σύνολο των δομών και υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, με βάση θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας, με σκοπό τη διατήρηση και προσαγωγή της δημόσιας υγείας και κατ' επέκταση της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνονται.
Ένα σύστημα υγείας αποτελείται από επιμέρους υποσυστήματα, διαρθρωμένα σε τακτική σειρά και σχέση, σύμφωνα με ορισμένο σχεδιασμό και προγραμματισμό λειτουργίας, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξης του, δηλαδή η διατήρηση και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (συστημική θεωρία) (Θεόδωρου Μ., 1995).

Ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει δομές και υποδομές, δημόσιες και ιδιωτικές, που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης, όπως είναι η πρωτοβάθμια και προνοσκομειακή φροντίδα, η νοσοκομειακή περίθαλψη, η φαρμακευτική περίθαλψη, η δημόσια υγεία κλπ. Ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας του Συστήματος Υγείας, το ιδιοκτησιακό καθεστώς των υποδομών, ο τρόπος και οι πηγές χρηματοδότησής, ο τρόπος αμοιβής των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας και η σειρά από άλλα μικρής ή μεγάλης σημασίας θέματα, συνδέονται με τη μορφή ή τον τύπο του Συστήματος Υγείας. Οι Μορφές συστημάτων υγείας είναι οι ακόλουθες (Τούντας Γ., 2003): Η καθολική, πλήρης και ισότιμη ιατροφαρμακευτική κάλυψη του πληθυσμού.

2. Η χρηματοδότηση του Συστήματος γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μέσω της γενικής φορολογίας).

3. Δεν υπάρχουν ασφαλιστικοί φορείς.

4. Η κυριότητα και ο ελεγχός των συντελεστών παραγωγής ανήκει, κατά κανόνα στο κράτος.

5. Η χρηματοδότηση του Συστήματος γίνεται από εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, συχνά δε και από το κράτος.

6. Είναι υποχρεωτική η ασφάλιση του πληθυσμού από ασφαλιστικούς μη
κερδοσκοπικούς Οργανισμούς.

7. Η κυριότητα των συντελεστών παραγωγής μπορεί να είναι δημόσια ή ιδιωτική.

Άλλες μορφές συστημάτων υγείας είναι οι ακόλουθες:

1. Ελεύθερη επιλογή του χρήστη-καταναλωτή να ενταχθεί ή όχι στο Σύστημα (κυριαρχία του καταναλωτή).

2. Δικαίωμα του προμηθευτή (γιατρού-νοσοκομείου) να επιλέξει τον τόπο της εγκατάστασης του και να καθορίσει αυτός τον τρόπο οργάνωσης της λειτουργίας του και το ύψος της αμοιβής του.

3. Οι συντελεστές της παραγωγής ανήκουν σε ιδιώτες.

4. Ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών, η τιμή κλπ. καθορίζονται με βάση την προσφορά και τη ζήτηση.

5. Η ατομική ή η εργοδοτική κάλυψη χρηματοδοτείται από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές.

6. Κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και η υγειονομική κάλυψη αποτελεί προσωπική ή αποκλειστική υπόθεση που απορρέει από την ελευθερία επιλογής του καθενός.

Οι στόχοι του σύγχρονου συστήματος υγείας είναι οι ακόλουθοι (Ματζάνα Β.,2008):

1. Να διασφαλίζεται μια ελάχιστη, ποσοτικά και ποιοτικά, δέσμη υπηρεσιών υγείας για όλο τον πληθυσμό, ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του καθενός.

2. Να προστατεύεται ο ασθενής από πληρωμές που μπορεί να διακυβεύουν
την ίδια τη δυνατότητά του να ζει αξιοπρεπώς. Η υγειονομική προστασία δεν
πρέπει να συνδέεται με την οικονομική δυνατότητα του ατόμου (μεταφορά
οικονομικών πόρων από οικονομικά εύπορους σε πτωχούς, από
erγαζόμενους σε άνεργους, από τους νέους σε ηλικιωμένους κλπ.). -
Αναδιανομή εισοδήματος μέσω της Κοινωνικής Ασφάλισης, της προοδευτικής
φορολογίας, της αποταμίευσης.

3. Οι δαπάνες υγείας δεν πρέπει να ξεπερνούν εκείνο το ποσοστό του ΑΕΠ,
που διασφαλίζει τόσο το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, όσο και την
ισόρροπη ανάπτυξη της χώρας.

4. Η κατανομή των πόρων, στο εσωτερικό του Συστήματος, κατά επίπεδο και
tομέα φροντίδας, κατά γεωγραφική περιφέρεια κλπ., πρέπει να εξασφαλίζει
eκείνο το συνδυασμό φροντίδων που συνεπάγεται το καλύτερο υγειονομικό
αποτέλεσμα, με το μικρότερο δυνατό κόστος και τη μεγαλύτερη ικανοποίηση
tου ασθενή.

5. Κάθε ασθενής πρέπει να έχει κάποια σχετική ελευθερία να επιλέγει κυρίως
tον οικογενειακό του ιατρό και δευτερευόντως τον ειδικό ιατρό ή το
νοσοκομείο, στο οποίο θα παραπεμφθεί.6. Οι ιατροί και οι άλλοι προμηθευτές
υγείας πρέπει να έχουν σχετική αυτονομία, ιδιαίτερα όσον αφορά τα ιατρικά
θέματα.

Σε σχέση τώρα με τους προαναφερόμενους στόχους (Σιγάλας Ι., 2008):

- Η βαρύτητα κάθε στόχου εξαρτάται από τις ιδιαιτερότητες κάθε χώρας
και του Υγειονομικού της Συστήματος.
- Μερικοί από τους στόχους μπορεί να αλληλοσυγκρούονται ή και να
επικαλύπτονται και η προτεραιότητα που τίθεται για την επίτευξη του
ενός ή του άλλου απαιτεί συχνά αξιολογικές κρίσεις και συγκρούσεις.

Οι υπηρεσίες υγείας χωρίζονται σε δυο υποκατηγορίες. Η πρώτη είναι η φροντίδα υγείας και η δεύτερη η περίθαλψη. Η φροντίδα υγείας ορίζεται ως: «οι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας κοινότητας ή μιας χώρας (π.χ. προσυμπτωματικός έλεγχος πληθυσμού για μεσογειακή αναιμία» (Σιγάλας I., 2008).

Από την άλλη η περίθαλψη ορίζεται ως: «οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα που έχουν εκδηλώσει, υποκειμενικά ή αντικειμενικά, συγκεκριμένα συμπτώματα ενός προβλήματος υγείας (π.χ. νοσηλεία ατόμων που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία».

Αναφερόμενη και πάλι στη φροντίδα υγείας μπορούμε να πούμε ότι υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και περικλείει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, την πρόληψη, την υγειονομική διαφώτιση, τον οικογενειακό προγραμματισμό, το περιβάλλον, τη διατροφή κλπ.

Οι υπηρεσίες και οργανισμοί που ασχολούνται με τη διατροφή, τον έλεγχο των τροφίμων, την αποκομιδή απορριμμάτων, τη συγκοινωνιακή, εγγειοβελτιωτική έργα, την προστασία του περιβάλλοντος κλπ, στοχεύουν πάντοτε και στην πρόληψη βλαβών της υγείας του ατόμου πρακτικά, το σύνολο σχεδόν του κρατικού μηχανισμού, αλλά και η Αυτοδιοίκηση, οι κοινωφελείς οργανισμοί, οι εθελοντικές οργανώσεις κ.ά., εμπλέκονται στο χώρο της υγείας.

Ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών φροντίδας είναι διαφορετικός σε
κάθε ιστορική περίοδο και βρίσκεται πάντοτε σε σταθερή συνάρτηση με τα κοινωνικά και οικονομικά συστήματα που συγκροτούν και καθορίζουν τις ανθρώπινες κοινωνίες. Η οργάνωση και η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας αντανακλούν τη γενικότερη πολιτική και κοινωνικό-οικονομική φιλοσοφία κάθε εποχής και κάθε κοινωνίας.

Η πορεία υγειονομικής ανάπτυξης κάθε χώρας, είναι στενά συνδεδεμένη με τα πολιτικά, τα οικονομικά, τα κοινωνικά και πολιτισμικά δεδομένα που επικρατούν σε αυτήν, αλλά και με τις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού της.

Από την άλλη η περίθαλψη αφορά την αποκατάσταση των διαταραχών της υγείας (Σχήμα 1).

**ΣΧΗΜΑ 1 ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Ανοικτή Η Εξωνοσοκομειακή Περιθάλψη

Κλειστή Η Νοσοκομειακή Περιθάλψη
Τα βασικά επίπεδα οργάνωσης της περίθαλψης παρουσιάζονται στο σχήμα 2

ΣΧΗΜΑ 2 Επίπεδα Οργάνωσης της Περίθαλψης

Γεωγραφικό διαμέρισμα

Πληθυσμός

500.000 και άνω

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

50.000 - 500.000

ΝΟΜΑΡΧΙΑ

500 - 50.000

ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

500 - 50.000

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

1-10 ΑΤΟΜΑ

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ

ΑΥΤΟ-ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Πηγή: Σιγάλας Ι., Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές 2008)

Τα περιεχόμενα της Νοσοκομειακής Περίθαλψης αναφέρονται στο Σχήμα 3.
ΠΗΓΗ: Σιγάλας Ι., Η Δημόσια Περίθαλψη Προβλήματα και Προοπτικές, 2008.

2.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ.

Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, καθώς και η εξεύρεση των αναγκαίων αλλά πεπερασμένων πόρων για την απρόσκοπτη λειτουργία του συστήματος αποτελούν σημαντικά ζητήματα για την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του υγειονομικού τομέα με σημαντικές πολιτικές, οικονομικές
και ηθικές προεκτάσεις. Τρία είναι τα σημαντικά ερωτήματα: ποιος πληρώνει, ο τρόπος της πληρωμής, και ποιος είναι ο υπεύθυνος φορέας είσπραξης.

Οι βασικές αρχές που θα πρέπει να διέπουν τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας είναι οι εξής (Παρασκευόπουλος Λ., 2006):

1. Η αρχή της μάκρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που διατίθεται για την υγεία δεν πρέπει να υπερβαίνει εκείνο το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

2. Η αρχή της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων ή προγραμμάτων υγείας πρέπει να οδηγεί στη μεγιστοποίηση του οφέλους με δεδομένο κόστος ή στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος.

3. Η αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση, σύμφωνα με την οποία τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα μεταξύ του μεταξύ του πληθυσμού, δηλαδή σύμφωνα με το πραγματικό εισόδημα του κάθε πολίτη.

Σχηματικά η παρουσίαση της διαδικασίας άντλησης των χρηματοδοτικών πόρων του υγειονομικού τομέα παρουσιάζονται στο σχήμα 4.
ΣΧΗΜΑ 4 Σχηματική παρουσίαση της διαδικασίας άντλησης των χρηματοδοτικών πόρων του υγειονομικού τομέα

Πηγή εσόδων

Εταιρείες και ιδιώτες νοικοκυρια Εργαζόμενοι

Μη κυβερνητικές φιλανθρωπικές οργανώσεις εθνικές και ξένες

Δέντρες κυβερνήσεις και εταιρείες

Μηχανισμός άντλησης

Αμεσοί και έμμεσοι μόνοι

Υποχρεωτικές ασφαλιστικές εισφορές και φόρος εισοδήματος

Προαιρετικά ασφάλιστρα

Άμεσες πληρωμές

Δάνεια και δωρεές

Φορέας εισπράξεως

Κεντρική, περιφερειακή ή τοπική κρατική εξουσία

Ανεξάρτητος Δημοσίος Οργανισμός ή Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης

Ιδιωτικές κερδοσκοπικές ή μη ασφαλιστικές εταιρείες

Προμηθευτές εξ Υνείας


Οι πηγές χρηματοδότησης της υγείας είναι οι ακόλουθες (OECD, 2008):

Α) Υπουργείο Υγείας ή και άλλα Υπουργεία:

1. έσοδα από γενική φορολογία (φόρος εισοδήματος, Φ.Π.Α. κ.ά)

2. έσοδα από ειδικούς φόρους (για ειδικά καταναλωτικά προϊόντα)
3. ειδική φορολογία προσώπων και επιχειρήσεων, που προσδιορίζεται σύμφωνα με το ύψος των κερδών

Β) Υποχρεωτική καθολική ασφάλιση.

1. εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών
2. εισφορές αυτοαπασχολουμένων
3. εισφορές ομάδων πληθυσμού, που προσδιορίζονται σύμφωνα με το ύψος του εισοδήματος τους

Η διαδικασία την οποία ακολουθεί η Ελλάδα με τις εισφορές μέσω της φορολογίας είχε τα ακόλουθα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα:

Πλεονεκτήματα:
- δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας στους χρήστες
- έχει χαμηλότερο διοικητικό κόστος
- είναι δυνατή η εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης του κόστους

Μειονεκτήματα:
- η χρηματοδότηση τίθεται πάντοτε κάτω από την κρίση της δημοσιονομικής πολιτικής
- επικρατεί αβεβαιότητα, όσον αφορά τον προγραμματισμό και την ανάπτυξη
- υπάρχει γενική απορθωμία πληρωμής φόρων

Το σύστημα από την άλλη καθολικής ασφάλισης είχε τα ακόλουθα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Συγκεκριμένα:
Πλεονεκτήματα:

- μέσω των εισφορών τους, οι εργαζόμενοι έχουν γνώση για το κόστος των υπηρεσιών υγείας
- μέσω των εργοδοτικών εισφορών, επιχειρείται η αναδιανομή του κεφαλαίου

Μειονεκτήματα:

- διοικητικό κόστος υψηλό (διαδικασίες συλλογής – είσπραξης εισφορών και διαδικασίες χρηματοδότησης)
- μετάκληση των εργοδοτικών εισφορών στην κατανάλωση
- στοιχεία ανισότητας στην φοροδοτική ικανότητα των πολιτών και στην κοινωνική δικαιοσύνη
- αδυναμία εφαρμογής πολιτικής συγκράτησης του κόστους

Τέλος το σύστημα που χρησιμοποιείται κυρίως στην Αμερική μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

Κύριο χαρακτηριστικό είναι ανταγωνισμός ανάμεσα σε ένα πλήθος εταιρειών, που προσφέρει εναλλακτικές λύσεις διαφορετικών προϊόντων ασφάλισης και δυνατότητες επιλογής.

Μειονεκτήματα:

- το πρόβλημα της αντίστροφης επιλογής
- ο αυξημένος αριθμός ανασφάλιστων ατόμων
- το υψηλό διοικητικό κόστος (20%)
- η αδυναμία πραγματοποίησης οικονομιών κλίμακας

Το ελληνικό σύστημα υγείας με αντιμετωπίζει σε σχέση με τη χρηματοδότησης της υγείας μέσα από την κοινωνική ασφάλιση κάποια ουσιαστικά προβλήματα τα οποία και παρουσιάζονται στο σχήμα 5.

ΣΧΗΜΑ 5 Χρηματοδότηση Ελληνικού Συστήματος Υγείας.


Οι εισφορές υπολογίζονται βάσει του εισοδήματος και της δυνατότητας πληρωμής, ανεξάρτητα από τον κίνδυνο εκδήλωσης ασθένειας, είναι
υποχρεωτικές και καταβάλλονται από κοινού από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, προσαγόντας έτσι τις έννοιες της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Οι ιδιωτικές την έτσι χρηματοδότησης από την άλλη είναι οι ακόλουθες (Υφαντόπουλος Ι., 2006):

1. Οι δωρεές από φιλανθρωπικές οργανώσεις και οι εργοδοτικές υγειονομικές δαπάνες: Οι περισσότερες χώρες του τρίτου κόσμου με πολύ χαμηλό ΑΕΠ στηρίζονται σε σημαντικό βαθμό στην εξωτερική βοήθεια (δωρεές από μη κυβερνητικούς οργανισμούς) για να χρηματοδοτήσουν τον τομέα της υγείας. Στην Αφρική για παράδειγμα το 20% των συνολικών δαπανών υγείας προέρχεται από εξωτερική βοήθεια, ενώ σε κάποιες άλλες χώρες το αντίστοιχο ποσοστό αγγίζει το 50%. Τα σημεία προβληματισμού είναι τα ακόλουθα:

i. Αυξάνουν οι δωρεές την καθαρή δαπάνη υγείας ή αν απλώς υποκαθιστούν μέρος της κρατικής χρηματοδότησης.

ii. Όταν τα έσοδα της εξωτερικής βοήθειας δεν διοχετεύονται κεντρικά προς τα ταμεία του κράτους, τότε ανακύπτουν προβλήματα, καθώς αναπτύσσονται αποπομπαματικά και μη συντονισμένα υγειονομικά προγράμματα διατηρώντας ύψη χιλιάδες την απόδοση του συστήματος υγείας.

iii. Η εξωτερική βοήθεια είναι επιρρεπής στις προτεραιότητες των δωρητών και ως εκ τούτου δεν μπορεί να θεωρηθεί ως πάγια πηγή χρηματοδότησης με μακροχρόνιο ορίζοντα.

2. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας απευθύνεται σε άτομα με υψηλό εισόδημα και ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να
υποκαθιστά την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ σε άλλες να έχει πρόσθετη ή συμπληρωματικό χαρακτήρα. Η κατάσταση της ιδιωτικής ασφάλειας σε παγκόσμιο επίπεδο είναι η ακόλουθη (Υφαντόπουλος Ι., 2006): Σε λίγες χώρες όπως η Γερμανία και η Ολλανδία, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελεί εναλλακτική λύση προς την κοινωνική ασφάλιση καθώς οι πολίτες έχουν το δικαίωμα επιλογής της εξαίρεσης (opt out) - λύση την οποία συνήθως επιλέγουν άτομα με υψηλά εισοδήματα. Στις περιπτώσεις που η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί ως πρόσθετη της κοινωνικής, οι ασφαλισμένοι έχουν ευχερεστέρη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αποζημιώνονται για τα έξοδα της οδοντιατρικής περίθαλψης και της αγοράς θεραπευτικού εξοπλισμού (καθώς αυτές οι υπηρεσίες συνήθως δεν καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα) και τυχάνουν αναβαθμισμένης ξενοδοχειακής νοσηλείας στο δημόσιο τομέα. Η συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση παρέχει μερική ή πλήρη κάλυψη για τις καταβαλλόμενες από τους πολίτες θεσμοθετημένες συμπληρωμένες κατά τη λήψη δημοσίων υπηρεσιών υγείας, αναιρώντας έτσι, την επίδραση του μέτρου της συμμετοχής των χρηστών στο κόστος, στον περιορισμό της άσκοπης χρήσης των υγειονομικών υπηρεσιών. Το 92% του πληθυσμού στη Γαλλία διέθετε το 2006 ιδιωτικά συμβόλαια υγείας, τα οποία στην πλειοψηφία τους είχαν τη μορφή της συμπληρωματικής ασφάλισης (για την κάλυψη των δαπανών της θεσμοθετημένης συμμετοχής). Σε εξίσου υψηλά επίπεδα κυμαίνονταν το 2006 η αγορά των ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας στην Ελβετία και τον Καναδά όπου το 80% και το 65% του πληθυσμού αντίστοιχα, χρησιμοποιούν την ιδιωτική ασφάλιση.
ως συμπληρωματικό μέσο (ως προς την υποχρεωτική κοινωνική) για την αντιμετώπιση των οικονομικών συνεπειών λόγω ασθενείας. Στον αντίποδα, βρίσκονται χώρες όπως η Ιταλία (15,6% το 1999), η Πορτογαλία (14,8% το 2000), η Ισπανία (13% το 2000) καθώς και η Φιλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, και η Ελλάδα όπου τα ποσοστά του καλυπτόμενου πληθυσμού ανήλθαν το 2000 σε 10%. Στην Ελλάδα το ποσοστό του καλυπτόμενου πληθυσμού – αν και χαμηλό συγκριτικά με άλλες χώρες – εντούτοις κατέγραψε σημαντική αύξηση την τελευταία εκατοστία. Έτσι, ενώ στα μέσα της δεκαετίας του 1980 ήταν το χαμηλότερο στην Ευρώπη αγγίζοντας μόλις το 2% στις μέρες μας υπολογίζεται περίπου στο 10%.

3. Οι πληρωμές των χρηστών: Πρόκειται για τη λιγότερο ισότιμη ως προς την οικονομική επιβάρυνση πηγή χρηματοδότησης καθώς βασίζεται στο ατομικό ή το οικογενειακό διαθέσιμο εισόδημα και ως εκ τούτου δεν προάγει την κοινωνική αλληλεγγύη και δημιουργεί προβλήματα ανισότητας στην πρόσβαση (Βλέπε Πίνακα 3 και 4).
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Πληρωμές των χρηστών

<table>
<thead>
<tr>
<th>Είδος</th>
<th>Ορισμός</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Άμεσες Πληρωμές</td>
<td>Πληρωμές για αγαθά και υπηρεσίες που παρέχονται από τον ιδιωτικό τομέα και δεν καλύπτονται από κανένα άλλο είδος προπληρωμή ή ασφάλιση (αυτές είναι συνήθως προαιρετικές)</td>
</tr>
<tr>
<td>Άτυπες Πληρωμές</td>
<td>Ανεπίσημες πληρωμές για αγαθά και υπηρεσίες που θεωρητικά προσφέρονται δωρεάν. Επίσης, αναφέρονται και ως «φακελάκι» ή «πληρωμές κάτω από το τραπέζι»</td>
</tr>
<tr>
<td>Συμμετοχή στο κόστος</td>
<td>Αναφέρεται στη θεσμοθετημένη ανάληψη μέρους του κόστους των παρεχόμενων φροντίδων από τους ασφαλισμένους πολίτες. Συχνά απαντάται και ως «χρεώσεις των χρηστών»</td>
</tr>
</tbody>
</table>
ΤΑ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΧΡΗΣΤΩΝ

<table>
<thead>
<tr>
<th>Είδος</th>
<th>Ορισμός</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Συμπληρωμή (copayment)</td>
<td>Οι χρήστες πληρώνουν ένα προκαθορισμένο ποσό ανά υγειονομικό προϊόν ή υπηρεσία, ανεξάρτητα από το συνολικό κόστος (π.χ. € 5 για κάθε φάρμακο ή για κάθε ιατρική επίσκεψη).</td>
</tr>
<tr>
<td>Συναφόλατη (co-insurance)</td>
<td>Οι χρήστες πληρώνουν ένα προκαθορισμένο ποσοστό από το συνολικό κόστος, ενώ το υπόλοιπο καλύπτεται από τον ασφαλιστικό φορέα (π.χ. το 20% του συνολικού κόστους κάθε φαρμάκου ή κάθε αυτοκοινωνικής εξέτασης).</td>
</tr>
<tr>
<td>Αφαιρέτεο ποσό (Deductible)</td>
<td>Αποτελεί ποσό που πληρώνεται από τον ασθενή πριν ενεργοποιηθεί η ασφαλιστική κάλυψη (π.χ. τα πρώτα €50 του κόστους διαμονής σε ένα νοσοκομείο). Το αφαιρέτεο ποσό μπορεί να αφαιρέζεται ανά υπηρεσία ή στο σύνολο των δαπανών που εκτελέστηκαν κατά τη διάρκεια μιας ασφαλιστικής περιόδου. Υπηλό (προκαθορισμένο) αφαιρέτεο ποσό συνήθως συνεπάγεται χωρητικότητα ασφαλιστρα.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Παρακάτω κατατάσσονται τα διάφορα συστήματα υγείας ανάλογα με τον τρόπο χρηματοδότησής τους. Συγκεκριμένα:

**ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Συστήματα Χρηματοδότησης**

<table>
<thead>
<tr>
<th>ΟΛΛΑΝΔΙΑ</th>
<th>ΜΙΚΤΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΑΠΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ΑΥΣΤΡΙΑ, ΒΕΛΓΙΟ, ΓΑΛΛΙΑ, ΓΕΡΜΑΝΙΑ, ΙΑΠΩΝΙΑ, ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ</td>
<td>ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ</td>
</tr>
<tr>
<td>ΔΑΝΙΑ, ΕΛΛΑΔΑ, ΙΡΛΑΝΔΙΑ, ΙΣΛΑΝΔΙΑ, ΙΣΠΑΝΙΑ, ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ, ΝΟΡΒΗΓΙΑ, ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ, ΣΟΥΗΔΙΑ</td>
<td>ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ</td>
</tr>
<tr>
<td>ΚΑΝΑΔΑΣ</td>
<td>ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΚΥΡΙΩΣ ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ</td>
</tr>
<tr>
<td>ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ, Ν. ΖΗΛΑΝΔΙΑ</td>
<td>ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΔΗΜΟΣΙΟΥΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ</td>
</tr>
<tr>
<td>ΕΛΒΕΤΙΑ, Η.Π.Α.</td>
<td>ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ, ΚΥΡΙΩΣ, ΑΠΟ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Πηγή: ΑΔΕΔΥ/ΓΣΕΕ/ΙΝΕ.2008

Η ποσοστιαία συμμετοχή των δημοσίων και ιδιωτικών πηγών στη χρηματοδότηση της συνολικής υγειονομικής δαπάνης στις χώρες του ΟΟΣΑ σε επιλεγμένα έτη.
ΣΧΗΜΑ 6 Δαπάνες Υγείας χωρών ΟΟΣΑ.

Πηγή: OECD, Health Data, 2008

Η ποσοστιαία συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα και ο μέσος όρος των υπολοίπων χωρών του ΟΟΣΑ, σε επιλεγμένα έτη είναι η ακόλουθη:
Σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών ανάλογα με το εκάστοτε σύστημα χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα. Στην Ελλάδα η κατάσταση είναι μικτή με την έννοια ότι δεν υπάρχει υπεροχή του ενός τρόπου χρηματοδότησης απέναντι στον άλλο. Αντίθετα, το κύριο σημείο διαφοράς σε σχέση με τις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ είναι η υψηλή ιδιωτική δαπάνη. Το σύστημα χρηματοδότησης που έχει επιλέξει η Ελλάδα παρουσιάζει τα ακόλουθα προβλήματα. Συγκεκριμένα: (Μανιφέστο, 2008)

1. Εμποδίζει τον έλεγχο των δαπανών του Νοσοκομείου και έχει ως συνέπεια τη διαρκή αναζήτηση συμπλήρωματικών προοπτυγμογισμών θεωρετικά ανεπαρκής δείκτης παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, γιατί ταυτίζεται περισσότερο με τις ημέρες νοσηλείας, με αποτέλεσμα να κυριαρχεί ο παράγοντας «φιλοξενία».
2. Η τιμή ημέρας έχει αποδειχθεί πληθωριστική, με την έννοια ότι τα Νοσοκομεία απορροφούν πλασματικά έσοδα αυξάνοντας τις ημέρες νοσηλείας.

3. Τα ελλείμματα ισοσκελίζονται με κρατική επιχορήγηση και η κάλυψη αυτή έχει πληθωριστικό, επίσης, χαρακτήρα (Πίνακας 6).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Χρηματοδοτήσεις Νοσοκομείων.

<table>
<thead>
<tr>
<th>XΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (ΕΚΑΤ. €)</th>
<th>2000</th>
<th>2001</th>
<th>2002</th>
<th>2003</th>
<th>2004</th>
<th>2005</th>
<th>2006</th>
<th>2007</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Φορολογία %</td>
<td>1015</td>
<td>63</td>
<td>1112</td>
<td>64</td>
<td>1512</td>
<td>70</td>
<td>1722</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>Κοινωνική Ασφάλιση %</td>
<td>557</td>
<td>35</td>
<td>571</td>
<td>33</td>
<td>600</td>
<td>27</td>
<td>650</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Πληρωμές Χρηστών %</td>
<td>32</td>
<td>2</td>
<td>43</td>
<td>3</td>
<td>60</td>
<td>3</td>
<td>50</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total %</strong></td>
<td><strong>1604</strong></td>
<td><strong>1726</strong></td>
<td><strong>2172</strong></td>
<td><strong>2422</strong></td>
<td><strong>2757</strong></td>
<td><strong>2838</strong></td>
<td><strong>3195</strong></td>
<td><strong>3590</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Πηγή: European Observatory on Health Care Systems

Τα προβλήματα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι τα ακόλουθα:

- Η έλλειψη οικονομικών πόρων. Απαιτείται είναι η συνεχής επανεξέταση του τρόπου διάθεσης των κονδυλίων που διατίθενται σε σχέση με την αποτελεσματικότητά τους στην αντιμετώπιση των πραγματικών προβλημάτων.
υγείας του λαού. Η κατανομή των πόρων, ισως το σοβαρότερο και
dυσκολότερο πρόβλημα χρηματοδότησης είναι η άνιση κατανομή των πόρων
tόσο γεωγραφικά όσο και μεταξύ κοινωνικοοικονομικών ομάδων του
πληθυσμού και μορφών υπηρεσιών υγείας

- Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών. Οι πρωταρχικές
αιτίες των αυξήσεων αυτών βρίσκονται στην αυξημένη χρήση των
υπηρεσιών που με τη σειρά της απορρέει από αυξημένη ζήτηση λόγω
ανόδου του βιοτικού επιπέδου, του επιπέδου εκπαίδευσης, των
συγκοινωνιών, την αύξηση των πόρων του τομέα υγείας, κ.λπ. Η
αύξηση του κόστους επίσης συνδέεται με την ανάπτυξη των
συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης που διευκολύνει την πρόσβαση
στις υπηρεσίες υγείας και φυσικά στην αλματώδη άνοδο της ιατρικής
technology.

- Έλλειψη Συντονισμού Αλληλοσυγκρουόμενα ή επικαλυπτόμενα
προγράμματα πολλών φορέων λειτουργούν χωρίς συντονισμό. Η πιο
συνηθισμένη και σοβαρή περίπτωση έλλειψης συντονισμού είναι
μεταξύ των προγραμμάτων του κεντρικού υπουργείου ή του εθνικού
φορέα υγείας και των άλλων ασφαλιστικών φορέων. Ένα πολύ
χαρακτηριστικό παράδειγμα στην Ελλάδα είναι η ταυτόχρονη ύπαρξη
των κέντρων υγείας, των ιατρείων του Ι.Κ.Α. και των εξωτερικών
ιατρείων των νοσοκομείων που συχνά χρησιμοποιούνται από
ασφαλισμένους του Ι.Κ.Α. και μη. Αντιπαραγωγικές δαπάνες - Κακή
χρησιμοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού: ειδικευμένο προσωπικό
συχνά χρησιμοποιείται σε θέσεις κατώτερες από ότι η εκπαίδευσή του
dikaiologeitai.
• Νοσοκομειακός τομέας: ανέγερση μεγάλων και δαπανηρών μονάδων στα αστικά κέντρα, συχνά σε βάρος κονδυλίων που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν πιο παραγωγικά στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας ή νοσοκομειών σε επαρχιακά αστικά κέντρα με πολύ αμεσότερο αποτέλεσμα στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Τα μέτρα που έχουν παρθεί κατά καιρούς στην Ελλάδα αλλά και σε πολλές χώρες της Ευρώπης είναι τα ακόλουθα:

1. Συμμετοχή των χρηστών στο κόστος (cost-sharing) Το μέτρο στοχεύει στον περιορισμό της ζήτησης υπηρεσιών που καλύπτονται από το δημόσιο σύστημα, δηλαδή στον περιορισμό του φαινομένου του ηθικού κινδύνου (moral hazard).

2. Η επιλογή της μη-συμμετοχής (Opting out): είναι η επιλογή της μη-κάλυψης από την υποχρεωτική ασφάλιση (κοινωνική ασφάλιση). Η επιλογή αυτή συνήθως προσφέρεται σε άτομα με υψηλό εισόδημα ή σε αυτοαπασχολούμενους. Το μέτρο δεν εφαρμόζεται σε κράτη όπου υπάρχει υποχρεωτική καθολική κάλυψη του πληθυσμού (δηλαδή σε κράτη με Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο χρηματοδοτείται κύρια μέσω της φορολογίας). Δικαίωμα πληρωμής πολύ χαμηλής εισφοράς στην κοινωνική ασφάλιση (No-claim bonuses) Προσφέρεται σε άτομα που κάνουν περιορισμένη χρήση του δημοσίου συστήματος υγείας, π.χ. σε άτομα των οποίων η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας περιορίζεται μόνο στους ετήσιους ελέγχους- check-ups, οπότε σε αυτή την περίπτωση καταβάλλουν μόνον τις ασφαλιστικές εισφορές ενός μήνα. Είναι προφανές ότι το μέτρο εφαρμόζεται σε συστήματα οργανωμένα κατά το πρότυπο της κοινωνικής ασφάλισης και
στοχεύει στην παροχή ελευθεριών επιλογής στους ασφαλισμένους, αλλά προσφέρει μειωμένη προστασία σε άτομα που λόγω χαμηλού εισοδήματος αδυνατούν να συνεισφέρουν στην ασφάλιση με αποτέλεσμα τη μείωση της ασφαλιστικής τους προστασίας.

3. Ανώτατο όριο στις δαπάνες (expenditure ceilings) Σύμφωνα με αυτό το μέτρο τίθεται ανώτατο όριο στο σύνολο των καλυπτόμενων δαπανών υγείας.

4. Περιορισμό της υπερπροσφοράς των γιατρών. Αρκετές χώρες έχουν περιορίσει τον αριθμό των εισακτέων φοιτητών στις ιατρικές σχολές, λαμβάνοντας υπόψη τις μελλοντικές ανάγκες. Άλλες πάλι χώρες, δεν χορηγούν αδειες οικήσεως επαγγέλματος σε γιατρούς, στις περιοχές που ο πλεονάζον αριθμός γιατρών ανά ειδικότητα υπερβαίνει το 50%.

5. Περιορισμό στον αριθμό των νοσοκομειακών κρεβατιών.

6. Πολιτικές αντικατάστασης (Substitution Policies) Αυτές συνίστανται στην αντικατάσταση μιας δαπανηρής υγειονομικής φροντίδας με μια λιγότερο δαπανηρή. Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερη έμφαση δίδεται για παράδειγμα στην ανάπτυξη των «χειρουργείων μιας ημέρας-day surgery» και στην αύξηση των προγραμμάτων κατ' οίκον νοσηλείας σε αντικατάσταση της νοσοκομειακής περίθαλψης όπου αυτό είναι εφικτό και, γενικά, στην ενίσχυση της Π.Φ.Υ.

2.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ.

Η εφαρμογή της ολικής ποιότητας σε νοσοκομεία δημιουργεί κάποιες προκλήσεις. Η πρώτη πρόκληση είναι η εμπέδωση στους εργαζόμενους πως η ποιότητα δε δημιουργεί επιπλέον δουλειά, αλλά ότι αποτελεί αναπόσπαστο
κομμάτι της ίδιας της εργασίας τους, καθώς και τρόπος εργασίας. Δεύτερον, οι εργαζόμενοι, πρέπει να παρακινηθούν σε βελτίωση της εξυπηρέτησης- σε σχέση πάντα με την αντίληψη των πελατών - και αυτή να βελτιώνεται συνεχώς.

Η προσέγγιση είναι η ενθάρρυνση της δημιουργικότητας των εργαζομένων, της ικανότητας τους να αντιλαμβάνονται τα προβλήματα, και να βρίσκουν λύσεις.

Το επόμενο εμπόδιο στην επίτευξη της κουλτούρας ολικής ποιότητας είναι το πώς ο συνδυασμός των βελτιωτικών κινήσεων των ομάδων εργαζομένων θα αντιληφθεί αυτή η πελατευτική συνεχώς.

Έντονη είναι η ανάγκη της επιτύχησης των προτεραιοτήτων του οργανισμού στους στόχους που θέλει να πετύχει. Αυτούς τους στόχους θέλει να εξυπηρετούν οι ομάδες εργαζομένων στον τελικό επιδιωκόμενο στόχο.

Η προσέγγιση της ιεράρχησης των προτεραιοτήτων του οργανισμού στους στόχους που θέλει να πετύχει. Αυτούς τους στόχους κατά την ειραρχία που θέλει να εξυπηρετούν οι ομάδες στον τελικό επιδιωκόμενο στόχο, και στην επιτύχηση της κουλτούρας ολικής ποιότητας.

Χρησιμοποιείται για την ιεράρχηση των στόχων της επιχείρησης και την ποσοτικοποίηση τους. Για παράδειγμα λόγω οιονομοτήριο θέση ως στόχο της μείωσης του κόστους, τότε αυτός τίθεται ως γενικός στόχος, που θα μεταφραστεί σε επιμέρους στόχους, όπως μείωση της κατανάλωσης ρεύματος, δημιουργία περισσότερων εσόδων, κ.ά. κάθε τμήμα δημιουργεί τη δική του στρατηγική για την επίτευξη αυτών των στόχων, μέσω υιοθέτησης μικρότερων ακόμη στοχων.
Αυτή η μέθοδος αποτελεί παράλληλα μια μέτρηση προόδου ανάλογα με το ποσοστό των επιμέρους στόχων που εκπληρωύνται και τον βαθμό εκπλήρωσης.

Αλλη μέθοδος που χρησιμοποιείται κατά τη διοίκηση ολικής ποιότητας είναι η ομάδα βελτίωσης ποιότητας.

Ομάδα βελτίωσης ποιότητας.

Η ομάδα βελτίωσης ποιότητας συγκροτείται συνήθως από εργαζόμενων διαφορετικών λειτουργιών με σκοπό την αντιμετώπιση χρόνιων προβλημάτων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των πελατών. Πολλά από αυτά τα προβλήματα είτε δεν είναι εμφανή, είτε είχαν κρατηθεί στην αφάνεια για πολύ καιρό.

Στόχος της ομάδας είναι ο προσδιορισμός του προβλήματος, η ανάλυση του και η καταστάλαξή σε μια λύση αποδεκτή από όλους. Σε περίπτωση που το πρόβλημα αφορά πολλές λειτουργίες, μια σύνθετη ομάδα εξασφαλίζει πως η επίλυση θα οδηγήσει σε ωφέλεια όλων των εμπλεκόμενων τμημάτων.

Για παράδειγμα, ένα παράπονο των ασθενών σε ένα νοσοκομείο ήταν ο αυξημένος χρόνος αναμονής, ενώ από την άλλη πλευρά, πρόβλημα αντιμετώπιζαν και οι γιατροί που οδηγούσαν σε λάθη λόγω του λίγου χρόνου που διέθεταν για την διενέργεια επεμβάσεων σε κάποιους ασθενείς. Η ρίζα του προβλήματος ήταν κοινή: πολλοί ασθενείς κατέφθασαν για το ραντεβού τους την ίδια ώρα. Η λύση ήταν η δημιουργία ενός συστήματος κλεισίματος και διαχείρισης ραντεβού, που ρύθμιζε τη διάρκεια κάθε ραντεβού, άρα και τη χρονική απόσταση με το επόμενο, ανάλογα με το είδος και τον λόγο της επίσκεψης κάθε ασθενή.
Με αυτή τη λύση επιτεύχθηκε ο στόχος της μείωσης των αποτυχημένων επεμβάσεων στο καρδιολογικό τμήμα, και παράλληλα επιτεύχθηκε ο γενικός στόχος του νοσοκομείου για καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, μέσω μειωμένου χρόνου αναμονής. Η λύση αυτή βελτίωσε την εξυπηρέτηση σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου.

Μια Τρίτη μέθοδος είναι η μελέτη μείωσης του κόστους.

Μελέτη μείωσης κόστους.

Η μελέτη μείωσης κόστους έχει ως στόχο τη μείωση των περιπτών εξόδων, που αποτελεί επιτακτική ανάγκη για κάθε οργανισμό. Οι ομάδες χρησιμοποιούν τη δημιουργικότητα και την καινοτομία για να καταλήξουν σε εναλλακτικές που μπορεί να είναι πιο οικονομικές, που μειώνουν το κόστος, ή που προσθέτουν αξία στις προσφερόμενες υπηρεσίες. Ενα παράδειγμα είναι η μείωση των δαπανών για πάνες. Ανεξάρτητα από το μέγεθος στις πάνες που χρειάζονταν τα μωρά, χρησιμοποιούνταν οι μικρότερες πάνες, που ήταν πιο ακριβείς, και πιο άβολες για τους πελάτες- τα μωρά. Με την κατάλληλη έρευνα, οι γιατροί και οι νοσοκόμες κατέληξαν πως το μέγεθος θα πρέπει να μειωθεί κατά ένα τέταρτο.

Αυτή η διευθέτηση οδήγησε σε οφέλη για το νοσοκομείο και για τους μικρούς πελάτες.

Η τέταρτη μέθοδος είναι ο κύκλος ποιότητας.

Κύκλος ποιότητας.

Είναι μια ομάδα εργαζομένων από το ίδιο τμήμα που συναντιούνται με δική τους βούληση με στόχο τον προσδιορισμό, την ανάλυση και την επίλυση των προβλημάτων. Αυτή η διαδικασία δε βελτιώνει μόνο την απόδοση του οργανισμού, αλλά και εμπλουτίζει την εργασιακή ρουτίνα των εργαζομένων.
Με τον κύκλο ποιότητας αντιμετωπίζονται μικρά προβλήματα μέσω της ομαδικής εργασίας. Στις συναντήσεις χρησιμοποιούνται στατιστικά εργαλεία, ενώ τα εμπλεκόμενα άτομα καταλήγουν με ομοφωνία σε μια λύση που την εφαρμόζει ο καθένας ατομικά. Αυτή η διαδικασία προσδίδει δύναμη και λόγο στους εργαζόμενους. Αυτές οι ομάδες είναι μόνιμες και αφορούν όλες τις λειτουργίες του νοσοκομείου ακόμη και αν φαίνονται ασήμαντες, π.χ. λειτουργία καθαρισμού νοσοκομείου, catering, υποδοχής και φιλοξενίας. Για παράδειγμα η βελτίωση της ποιότητας του φαγητού, σε περίπτωση μη ικανοποίησης ασθενών, (είδος, γεύση, θερμοκρασία, εναλλαγή, ώρες σερβιρίσματος, κ.α.) οδηγεί στην κατανόηση των αναγκών τους, αρα στη βελτίωση της απόδοσης του νοσοκομείου, οπότε είναι και αυτό ένα θέμα προς επίλυση. (Chee1998).

Η ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι πολύπλοκη έννοια, η οποία είναι δύσκολο να προσδιοριστεί ποσοτικά. Υπάρχει σημαντικός βαθμός διαφοροποίησης στην ερμηνεία που δίνεται από τους επαγγελματίες της υγείας (γιατροί, νοσηλευτές και διοικητικοί), αλλά και από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.

Ιδιαίτερα ο ασθενής δεν έχει τις απαραίτητες πληροφορίες, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αξιολογήσει την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών που λαμβάνει.

Έτσι, λοιπόν, πολλοί υποστηρίζουν ότι όσο περισσότερα κεφαλαιουχικά αγαθά (σύγχρονη τεχνολογία και ξενοδοχειακός εξοπλισμός) παρέχονται στον ασθενή σε συνδυασμό με τις ιατρικές υπηρεσίες, τόσο περισσότερο «ποιοτική» θεωρεί ο ασθενής ότι είναι η φροντίδα που λαμβάνει. Η εκτίμηση-πεποίθηση αυτή ίσως οδηγεί σε μεγαλύτερο νοσοκομειακό
κόστος, αλλά, όπως έχει αποδειχθεί, ακριβότερη νοσοκομειακή περίθαλψη
dεν σημαίνει και καλύτερη ποιοτικά ή κλινικά αποτελεσματική.

Τα τελευταία χρόνια, η ερευνητική δραστηριότητα στον ποιοτικό έλεγχο
tων υπηρεσιών υγείας είναι διαδεδομένη. Στη χώρα μας αναφέρονται κατά
καιρούς μεμονωμένες περιπτώσεις, ιδιαίτερα σε νοσοκομεία (Ωνάσειο
Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, «Υγεία», «Αττικόν », Νοσοκομείο Κυπαρισσίας,
Νοσοκομείο Καρπενησιού κ.λπ.), με έμφαση στη δημιουργία και την
αξιολόγηση κανόνων ή διαδικασιών τυποποίησης των υπηρεσιών υγείας και
στόχο κυρίως την πιστοποίηση και όχι τη διαπίστευση.

Μεγαλύτερο είναι το ερευνητικό πεδίο σε ελληνικά νοσοκομεία σχετικά
με τις μελέτες ικανοποίησης («Ευαγγελισμός», προσαναφερθέντα νοσοκομεία,
άλλα ιδιωτικά ή και δημόσια), ξεκινώντας και από σχετική δημιουργία και
έρευνα το 1990.

Σε συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία
στην Αττική, που διεξάχθηκε με τη μέθοδο της στρωματοποιημένης
dειγματοληψίας και με τη χρήση ερωτηματολογίων σε δύο νοσοκομεία: ένα
eξειδικευμένο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείο (378
erωτηματολόγια) και ένα νεοσύστατο δημόσιο νοσοκομείο (108
erωτηματολόγια εσωτερικών ασθενών και 412 ερωτηματολόγια εξωτερικών
ασθενών), προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα: ο βαθμός ικανοποίησης των
ασθενών και στα δύο νοσοκομεία (μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και δημόσιο)
ήταν σχετικά μεγάλος. Γενικές εντυπώσεις από τη νοσηλεία ήταν θετικές κατά
91,1% και 75,2%, αντίστοιχα. Επίσης, θετικές ήταν οι εντυπώσεις για το
ιατρικό προσωπικό σε ποσοστό 92,7% και 71,3%, αντίστοιχα, ενώ για το
νοσηλευτικό 92,7% και 84,4%, αντίστοιχα.
Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλή και ειδικότερα στο νοσοκομείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, όπου το σύστημα ποιότητας χρησιμοποιείται για περισσότερο χρονικό διάστημα.

Γενικά προκύπτει πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στη χρήση του συστήματος διαχείρισης της ποιότητας και της ικανοποίησης των ασθενών. Όσο το σύστημα διαχείρισης ποιότητας χρησιμοποιείται και από τους εργαζόμενους, τόσο αυξάνεται και η ικανοποίηση των ασθενών (Ν. Πολύζος, κά 2004).

2.3.1. ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Τα δημόσια νοσοκομεία δεν ακολουθούν κάποιο σύστημα ποιότητας. Παρόλα αυτά γίνονται προσπάθειες για εξυγίανση του χώρου και εισαγωγή της διοίκησης ποιότητας στη διαχείρισή τους.

Αυτό προϋποθέτει βέβαια πολλές αλλαγές: πρόσληψη διοικητών με γνώσεις διοίκησης ποιότητας, δυνατότητα των διοικητών να λαμβάνουν αποφάσεις για το απαιτούμενο προσωπικό, τις γνώσεις του προσωπικού, την εκπαίδευση που πρέπει να ακολουθήσει, τον εξοπλισμό που απαιτείται, τα πληροφοριακά συστήματα που απαιτούνται, το ύψος των προμηθειών, και την επιλογή των προμηθευτών. Απαιτείται η τήρηση αρχείων, γραπτών οδηγιών, και εγχειριδίου για κάθε εργασία.

Επίσης απαιτείται η διενέργεια ελέγχων ανά τακτά χρονικά διαστήματα για να εξασφαλίζεται η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών του, των εργαζομένων, των προμηθευτών, της κοινωνίας, και γενικά όλων των εμπλεκόμενων μερών. Ακόμη πρέπει να τεθούν κριτήρια απόδοσης για κάθε διαδικασία. Θα γίνονται μετρήσεις από τις οποίες θα προκύπτει η
συμμόρφωση με τα κριτήρια και θα μπορεί να γίνει εύρεση και διόρθωση τυχόν παρεκκλίσεων.

Σε καμία περίπτωση δεν είναι αυτή η κυρίαρχη εικόνα στα δημόσια νοσοκομεία. Η αύξηση του κόστους λειτουργίας τους είναι πλέον ανησυχητική. Σπάταλες παραγγελίες, αδιαφανείς διαδικασίες και περιττές εξετάσεις έχουν εκτινάξει το έλλειμμα τους σε επίπεδα μεγαλύτερα από ολόκληρο το ΑΕΠ της Κύπρου, την ίδια ώρα που η νοσηλεία ενός ασθενούς κοστίζει στα δημόσια νοσοκομεία σχεδόν διπλά απ’ ότι στα ιδιωτικά.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με ρεπορτάζ του ΣΚΑΪ, το έλλειμμα του ΕΣΥ από 3.1 δισ. ευρώ που ήταν τον Σεπτέμβριο του 2007 έφτασε τον Νοέμβριο στο 3.6 δισ. ευρώ.

Το Νοσοκομείο Γεννηματάς ενώ το Σεπτέμβριο του 2005 έστω και λογιστικά είχε κέρδος 11 εκατομμύρια ευρώ, τον Σεπτέμβριο του 2007 έφτασε να χρωστά περισσότερα από 111 εκ ευρώ. Ο Ευαγγελισμός τον Σεπτέμβριο του 2005 είχε έλλειμμα περίπου 22 εκατομμύρια ευρώ, 2 χρόνια μετά, το χρέος του έφτασε τα 38 εκατομμύρια.

Ο τρόπος που τα δημόσια νοσοκομεία σήμερα προμηθεύονται τα υλικά τους αναλώσιμα και μη είναι μια από τις βασικές αιτίες αυτής της κατάστασης.

Από την άλλη η οικονομικά των νοσοκομείων δεν μπορούν να νοικοκυρευτούν όταν καθένα από αυτά ξοδεύει όσα θέλει χωρίς όριο.

Τρίτη αιτία η υπερσυνταγογράφηση ακριβών ιατρικών εξετάσεων η οποία οδηγεί σε κατάχρηση ιατρικών μηχανημάτων (http://www.skai.gr/articles/news/finance)
2.3.2. ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία που ενδιαφέρονται σαφώς περισσότερο από τα δημόσια για τη βιωσιμότητα, την ανταγωνιστικότητα, και την αύξηση της κερδοφορίας τους, ακολουθούν κάποιου είδους διοίκηση ποιότητας, και πολλές φορές πιστοποιούνται μέσω διεθνώς αναγνωρισμένων συστημάτων.
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3° ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Εθελοντισμός όπως προαναφέρθηκε στο 1° κεφάλαιο είναι η μη αμειβόμενη και δίχως επαγγελματική εξέλιξη δραστηριοποίηση των πολιτών που αποβλέπει στην ευημερία του συνανθρώπου, της κοινότητας και της κοινωνίας γενικότερα. Δεν περιορίζεται μόνο στην παροχή ανιδιοτελούς κοινωνικού έργου, αλλά περισσότερο αφορά μια στάση ζωής με ιδιαίτερες αξίες, όπως η φιλανθρωπία, η αλληλεγγύη, η κοινωνική δικαιοσύνη και η κοινωνική συμμετοχή.

3.1 ΜΟΡΦΕΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.

3.1.1 ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

Η εθελοντική προσφορά αίματος, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους κρίκους του κοινωνικού εθελοντισμού. Η εθελοντική αιμοδοσία δεν είναι απλά φιλανθρωπία, είναι βασικός πυλώνας του Δημοσίου Συστήματος Υγείας. Μια έμπρακτη έκφραση Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η διασφάλιση της ποιότητας και η εξασφάλιση της επάρκειας αίματος σε όλες τις γωνίες του τόπου μας είναι μια από τις βασικές προτεραιότητες του Υπουργείου μας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας, προσφέρει πλέον στην αιμοδοτική κοινότητα τη δυνατότητα Μοριακού Ελέγχου του Αίματος, του πιο σύγχρονου συστήματος ανάλυσης του αίματος.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στηρίζει έμπρακτα τον καθημερινό αγώνα των εθελοντών και ενισχύει με κάθε δυνατό τρόπο τις
προσπάθειες ενημέρωσης του πληθυσμού για την σημασία της αιμοδοσίας και του εθελοντισμού (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2010).

Όπως προκύπτει από πανελλαδική έρευνα που διεξήχθη για λογαριασμό της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων Εθελοντών Αιμοδοτών (ΠΟΣΕΑ) μέσω της εταιρείας MRB και αυτές τις μέρες συμπλήρωσε ένα χρόνο από τη δημοσίευσή της, η συντριπτική πλειονότητα των Ελλήνων στηρίζει μεν τον θεσμό της εθελοντικής αιμοδοσίας, αλλά μόνο στα λόγια, καθώς ουδέποτε έχει (σκεφθεί να) προσφέρει αυτοβούλως και ανιδιοτελώς, δηλαδή όχι για φίλο ή συγγενή, αίμα.

Ειδικότερα, οκτώ στους δέκα Έλληνες έχουν καλή εικόνα για την εθελοντική αιμοδοσία και επτά στους δέκα θεωρούν ότι είναι θεσμός απαραίτητος για το δημόσιο σύστημα υγείας. Επίσης, σημαντικό ποσοστό (57,9%) πιστεύει ότι πρόκειται για μια απολύτως ασφαλή αλλά και μη χρονοβόρα ιατρική πράξη. Την ίδια στιγμή, όμως, επτά στους δέκα παραδέχονται ότι δεν έχουν μπει ποτέ στη διαδικασία της εθελοντικής προσφοράς αίματος, χωρίς δηλαδή να συντρέχει ο κλασικός λόγος της ανάγκης εξασφάλισης μιας φιάλης αίματος για κάποιο φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο.

Σχετική σύγχυση διακρίνει τους ερωτώμενους ως προς τους λόγους της μη συμμετοχής τους στον θεσμό της εθελοντικής αιμοδοσίας. Καλούμενοι να δώσουν αυθορμήτως πολλαπλές απαντήσεις / εξηγήσεις που να αποσαφηνίζουν τη στάση τους, δεν... ξέρουν ούτε κι οι ίδιοι ποιο θα αποδώσουν την έμπρακτη αρνητική στάση τους. Σημαντικό ποσοστό (40,3%) αναφέρει ως λόγο τα προβλήματα υγείας, ενώ ποσοστό 23,6% επικαλείται φοβίες για τις σύριγγες, τις ζαλάδες και τις μολύνσεις. Οι περισσότερες
ωστόσο απαντήσεις αφορούν τις προτάσεις «δεν το έχω σκεφτεί» και «από αμέλεια», που συγκεντρώνουν ποσοστό 82,9%.

Πρόκειται κατά τους εκπροσώπους της ΠΟΣΕΑ για ένα απολύτως αναμενόμενο ερευνητικό εύρημα, που αντανακλά την έλλειψη ενημέρωσης και ως εκ τούτου την οριακή ευαισθητοποίηση των Ελλήνων στο θέμα της εθελοντικής αιμοδοσίας. Το επιβεβαιώνει και η εικόνα που προκύπτει από τις απαντήσεις στο ερώτημα «πόσο πιθανό είναι να δώσετε εθελοντικά αίμα στο μέλλον;»: οι έξι στους δέκα Έλληνες το αποκλείουν κατηγορηματικά ως πιθανότητα! Εκτός εάν ανακύψει θέμα αιμοδοσίας για συγγενείς/ φίλους/ γνωστούς. Στις περιπτώσεις αυτές οι Έλληνες σπεύδουν να προσφέρουν αίμα, αναγορεύοντας ακολούθως εαυτούς σε... εθελοντές αιμοδότες. Οι πραγματικοί αιμοδότες ωστόσο όπως διαφαίνεται από την έρευνα είναι ισχνή μειοψηφία: μόλις το 9% δηλώνει ότι προσέφερε αίμα «για να βοηθήσω τους συνανθρώπους μου που ενδεχομένως το χρειάζονται» και ακόμη πιο μικρό ποσοστό, 7,7% δηλώνει ότι δίνει αίμα γιατί «μου αρέσει να προσφέρω» (Παπαχρόνης, 2010).

3.1.2 ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΟΜΟΙΟΠΑΘΗΤΙΚΗ

Η Ομοιοπαθητική, αποτελεί κλάδο της ιατρικής εδώ και 200 χρόνια. Στην Ελλάδα εφαρμόζεται τα τελευταία 40 χρόνια, αλλά δυστυχώς δεν είναι εύκολα προσβάσιμη σε μεγάλο τμήμα του πληθυσμού, δεδομένου ότι τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν μόνο ένα μικρό ποσό για το συγκεκριμένο κλάδο. Λόγω λοιπόν του αποκλεισμού της Ομοιοπαθητικής από το δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα και το Ε.Σ.Υ. αλλά και λόγω της οικονομικής κρίσης, o
Βυθούλκας, καθηγητής της Ομοιοπαθητικής, σε συνεργασία με τη Διεθνή Ακαδημία Κλασσικής Ομοιοπαθητικής (ΔΑΚΟ) και την Ελληνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής (ΕΕΟΙ) προχώρησε στη σύσταση Εθελοντικής Ομάδας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής, με στόχο την παροχή υψηλού επιπέδου ομοιοπαθητικής θεραπείας στους πάσχοντες πολίτες, που αδυνατούν να επισκεφθούν κάτοικο ιδιωτικού ιατρείου.

Στόχος της Εθελοντικής Ομάδας είναι μέσα από επαφές με το Υπουργείο Υγείας, τους κατά τόπους ιατρικούς συλλόγους και τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο, αλλά και τους φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και των εργατικών κέντρων, να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους αφιλοκερδώς είτε σε εξωτερικά ιατρεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων, είτε σε δημοτικά ιατρεία, είτε μέσω κάποιας τηλεφωνικής γραμμής στήριξης, όπως το 179, και οι ομοιοπαθητικοί φαρμακοποιοί να στηρίζουν την προσπάθεια χορηγώντας δωρεάν τα φάρμακα.

Οι εθελοντές ιατροί και φαρμακοποιοί είναι μέλη της Ελληνικής Εταιρείας Ομοιοπαθητικής Ιατρικής και της Ελληνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικών Φαρμακοποιών (ΕΕΟΦ), και έχουν ολοκληρώσει επιτυχώς την εκπαίδευση στη Διεθνή Ακαδημία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής (όπου εκπαιδεύονται ιατροί από 32 χώρες) και στην Ελληνική Εταιρεία Ομοιοπαθητικής Ιατρικής (ΕΕΟΙ), είτε στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα του Πανεπιστημίου Αιγαίου, κάτι που αποτελεί εξένος για την άρτια εκπαίδευσή τους σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές προδιαγραφές.

Ιατροί με μακροχρόνια πείρα στην εφαρμογή της Ομοιοπαθητικής, επιβλέπουν τη συνταγογράφηση των φαρμάκων και τη σωστή εφαρμογή της Ομοιοπαθητικής. Το μητρώο των εθελοντών είναι ανοιχτό για την εγγραφή
νέων μελών που πληρούν τα αυστηρά κριτήρια (προσόντα, εθελοντισμός, ιατρική δεοντολογία) της ΕΕΟΙ και ΔΑΚΟ (Παπαμεθοδίου, 2010).

3.1.3 ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ ΣΕ ΔΟΜΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ανάπτυξη του εθελοντισμού στον τομέα των υπηρεσιών ψυχικής υγείας αποτελεί σημαντικό πυλώνα της μεταρρύθμισης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που συντελείται στη χώρα μας. Επιπρόσθετα ο νόμος 2716/1999 περί εκσυγχρονισμού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, προβλέπει τη συμμετοχή Μη Κερδοσκοπικών Ενώσεων στη διαδικασία αποϊδρυματοποίησης ασθενών που διέμεναν χρόνια σε μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

Μία τέτοια εταιρία είναι και η Ε.Ψ.Υ.Π.Ε., Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου η οποία ιδρύθηκε το 1991 και αποτελεί ένα από τους πρώτους φορείς που δραστηριοποιήθηκαν στην Ελλάδα, με σκοπό την προώθηση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης και την ανάπτυξή του μοντέλου της κοινοτικής φροντίδας της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου.

Ένας από τους βασικούς σκοπούς της Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. είναι η ενεργοποίηση των εθελοντών στο έργο της, διότι θεωρεί ότι οι εθελοντές είναι πολύτιμοι συνεργάτες για την προαγωγή της ψυχικής υγείας, τη μεταρρύθμιση του συστήματος των υπηρεσιών και την ανάπτυξη του μοντέλου της φροντίδας της ψυχικής υγείας στην κοινότητα. Με τη δράση τους είναι δυνατόν να προωθούν στον ευρύτερο πληθυσμό θετικές στάσεις και αντιλήψεις για τα προβλήματα ψυχικής υγείας, να συνδέουν τις υπηρεσίες με την κοινοτική ζωή και να λειτουργούν ως άτυπο υποστηρικτικό δίκτυο στις προσπάθειες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής ενσωμάτωσης.
Σε όλη τη διάρκεια της 12χρονης πορείας της Ε.Ψ.Υ.Π.Ε., η ενεργοποίηση εθελοντών στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων και των προγραμμάτων της προσεγγίσθηκε και αναπτύχθηκε με τρόπο σταθερό, συστηματικό, οργανωμένο και εποπτευόμενο. Ειδικότερα, εξελίχθηκε και συνεχίζει να εξελίσσεται στα εξής στάδια (Εθελοντισμός στην ψυχική υγεία, 2010):

Προσέλκυση εθελοντών

Η προσέλκυση εθελοντών πραγματοποιείται τόσο με ανεπίσημους όσο και με επίσημους τρόπους. Ατομα αλλά και φορείς από την κοινότητα ενθαρρύνονται κατά τις επαφές μαζί τους να γνωρίσουν τις δραστηριότητες και το έργο της Ε.Ψ.Υ.Π.Ε., να επισκεφθούν τις υπηρεσίες και τις μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και να παράσχουν την ενεργή υποστήριξη τους. Επίσης, οργανωμένα μέσω ανακοινώσεων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης και αποστολής φυλλάδιων και επιστολών προβάλλονται οι αξίες της κοινωνικής αλληλεγγύης και τα οφέλη από τη συμμετοχή στην εθελοντική κοινωνική δράση και δηλώνεται το ενδιαφέρον της Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. για την ανάπτυξη συνεργασίας με εθελοντές. Στις διαδικασίες αυτές συμμετέχουν και οι ίδιοι οι εθελοντές, καθώς αποτελούν τους πλέον αποτελεσματικούς κοινωνικούς της ιδέας της προώθησης του εθελοντισμού στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Γνωριμία με εθελοντές

Οι εθελοντές προσεγγίζονται και θεωρούνται περισσότερο συνεργάτες παρά φιλάνθρωποι. Εντάσσονται στη λειτουργία των υπηρεσιών και των
προγραμμάτων, αναλαμβάνουν εξειδικευμένους ρόλους, συναλλάσσονται με τα μέλη του προσωπικού και τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας που εντάσσονται στα προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επιτελούν συγκεκριμένες δραστηριότητες. Στο πλαίσιο αυτό, η συνεργασία με τους εθελοντές εξελίσσεται δημιουργικά. Αρχικά πραγματοποιείται η γνωριμία μαζί τους, προκειμένου να προσδιοριστεί το κίνητρο και η διαθεσιμότητα, οι τρόποι επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης με τους άλλους, οι στάσεις και οι αντιλήψεις προς την ψυχική ασθένεια και ο σεβασμός των ατομικών δικαιωμάτων.

Εκπαίδευση εθελοντών

Η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση των εθελοντών σε θέματα ψυχικής υγείας αποτελούν βασικούς παράγοντες, ώστε να ανταποκριθούν αποτελεσματικά στο ρόλο και το έργο τους. Η Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. πραγματοποιεί περιοδικά ειδικά σχεδιασμένα εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε εθελοντές. Τα θέματα που παρουσιάζονται και αναλύονται στις εκπαιδευτικές αυτές δραστηριότητες αφορούν τα προβλήματα ψυχικής υγείας, την ιστορία της ανάπτυξης του συστήματος των ψυχιατρικών υπηρεσιών, την ψυχιατρική μεταρρύθμιση, τον αποϊδρυματισμό, το μοντέλο της κοινωνικού τύπου φροντίδας της ψυχικής ασθένειας, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, τις κοινωνικές στάσεις προς την ψυχική ασθένεια και τα δικαιώματα των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας.

Συνεργασία με εθελοντές
Οι εθελοντές στην Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. λειτουργούν τόσο ομαδικά όσο και ατομικά. Ως ομάδα πραγματοποιούν περιοδικές συναντήσεις όπου με τη συνεργασία υπευθύνων από το προσωπικό της Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. συντονίζουν και οργανώνουν τις ενέργειες τους και υποστηρίζουν κεντρικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες της Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. Ως άτομα εντάσσονται στη λειτουργία των υπηρεσιών και των μονάδων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης της Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. και συνεργάζονται με τους υπευθύνους και τα μέλη του προσωπικού σε σχέση με το ρόλο και το έργο που αναλαμβάνουν να διεκπεραιώσουν.

Σήμερα στο πλαίσιο της Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. δραστηριοποιείται μεγάλος αριθμός εθελοντών, υποστηρίζοντας ενεργά το έργο της. Είναι πολίτες που προέρχονται από όλα τα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα της κοινότητας, κάθε εκπαιδευτικού επιπέδου, με διάθεση ανθρωπιστικής αλληλεγγύης, κοινωνικής υποστήριξης και υπεράσπισης των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Το ενδιαφέρον της εθελοντικής τους προσφοράς μπορεί να εμφανίζεται περιοδικά ή και σε μόνιμη βάση. Καλύπτει ευρύ φάσμα των αναγκών λειτουργίας των υπηρεσιών της Ε.Ψ.Υ.Π.Ε. και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης των χρηστών τους. Ειδικότερα, οι εθελοντές παρέχουν οικονομική υποστήριξη, χρηματική και εμπράγματη, εξειδικευμένες εργασίες και τεχνικές υπηρεσίες προς τους Ξενώνες και τις άλλες υπηρεσίες, επισκέψεις, συντροφιά, συσχέτιση, συνοδεία, απασχόληση και φιλοξενία των ενοίκων των Ξενώνων στο σπίτι τους.
3.2 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.

3.2.1 ΕΠΙΔΟΤΟΥΜΕΝΑ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΓΙΑ ΝΕΟΥΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ «ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ» - EEY

Η «ΕΔΡΑ» αντιλαμβάνεται τον εθελοντισμό ως μέσο έκφρασης, αλληλεγγύης και παροχής υποστήριξης, και την αναγκαιότητα της πολιτισμικής ανταλλαγής ως μέσο προσωπικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Σκοπός του φορέα είναι η προώθηση μιας νέας αντίληψης για τη ζωή που στηρίζεται στην κοινοτική εθελοντική προσφορά για τον νέο-ενήλικα, σε θέματα κοινωνικής ζωής και υγείας.

Η «ΕΔΡΑ» λειτουργεί ως φορέας αποστολής και υποδοχής Ελλήνων και ξένων εθελοντών στο πλαίσιο του Προγράμματος «Ευρωπαϊκή Εθελοντική Υπηρεσία» - EEY (European Voluntary Service – EVS).

Ως φορέας υποδοχής, από το 2005 έως σήμερα, η ΕΔΡΑ έχει φιλοξενήσει 22 νέους από διαφορετικές χώρες και διαφορετικά περιβάλλοντα, και ταυτόχρονα έχει λειτουργήσει ως φορέας αποστολής για 12 Έλληνες εθελοντές.

Η Ευρωπαϊκή Εθελοντική Υπηρεσία (EEY) εντάσσεται στο ευρύτερο Πρόγραμμα της E.E. «Νέα Γενιά σε Δράση» (Youth in Action) και παρέχει την ευκαιρία για εθελοντισμό σε νέους και νέες, έως 30 χρόνων, που θέλουν να συμμετέχουν σε διάφορες μορφές επιδοτούμενων εθελοντικών δραστηριοτήτων, τόσο εντός όσο και εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το πρόγραμμα «Νέα Γενιά σε Δράση» εποπτεύεται στην Ελλάδα από το Ινστιτούτο Νεολαίας της Γενικής Γραμματείας Νέας Γενιάς.
Στο πλαίσιο της ΕΕΥ, οι νέοι συμμετέχουν σε εθελοντική βάση, μεμονωμένα ή ομαδικά, σε μη κερδοσκοπικές δραστηριότητες και έχουν την ευκαιρία να αποκτήσουν δεξιότητες και ικανότητες σε ένα πλαίσιο μη-τυπικής μάθησης.

Η μη τυπική μάθηση αφορά τη μάθηση μέσω πράξεων σε καθημερινές δραστηριότητες, είναι εθελοντική, προάγει την κοινωνική και ατομική ανάπτυξη των συμμετεχόντων και λαμβάνει χώρα εκτός του επίσημου προγράμματος σπουδών.

3.3 ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες πιο έντονα και οργανωμένα, τόσο στις ΗΠΑ όσο και στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, ανάμεσα τους και στην Ελλάδα, συντελείται το μεγάλο έργο της αποασυλοποίησης και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης ατόμων με ψυχικές διαταραχές, τα οποία για καιρό αντιμετωπίζονταν σχεδόν σε ένα καθεστώς καταδίκης, χωρίς δεύτερη ευκαιρία, αν όχι για μια ελπίδα ενσωμάτωσης στην ευρύτερη κοινότητα, τουλάχιστον για την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Το κίνημα που έχει προκύψει και γίνει γνωστό ως Recovery and Rehabilitation Movement, στον χώρο της ψυχικής υγείας εστιάζει και έχει ως επιτομή την διαρκή και γνήσια προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας ζωής μέσω της κατανόησης της ξεχωριστής ταυτότητας του ατόμου και της διαταραχής, καθώς και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας.

Η κάθε προσπάθεια που συνάδει με τον σκοπό της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και που πρωταρχικά αποβλέπει στην βελτίωση της ποιότητας
ζωής, πρέπει να κατανοηθεί από όλους τους εμπλεκόμενους στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, και ασφαλώς σ' αυτούς ανήκουν και οι προσφέροντες εθελοντική εργασία.

Αποκατάσταση δεν συνεπάγεται ασφαλώς θεραπεία ή πλήρη επαναφορά «φυσιολογικών» ικανοτήτων, αλλά υποστήριξη στην ανάκτηση ελέγχου, ανάπτυξη δεξιοτήτων και ευθυνών που οδηγούν προοδευτικά στην αυτο-ανάπτυξη και αυτο-διαχείριση, δηλαδή σε νέες διόδους για έναν τρόπο ζωής ικανοποιητικό και επιθυμητό, σχετικά με τους περιορισμούς που θέτει η «διαταραχή» ή «πάθηση». Αυτοί οι στόχοι και αυτές οι αρχές αποκατάστασης υπογραμμίζονται από τα σύγχρονα μοντέλα αγωγής, ως απαραίτητου μεταβολισμούς που θέτει η «διαταραχή» ή «πάθηση». Αυτοί οι στόχοι και αυτές οι αρχές αποκατάστασης υπογραμμίζονται από τα σύγχρονα μοντέλα αγωγής, ως απαραίτητου μεταβολισμούς που θέτει η «διαταραχή» ή «πάθηση».

μερικά από τα κυριότερα στοιχεία τα οποία μοιράζονται τα σύγχρονα μοντέλα αποκατάστασης και βάσει των οποίων οι εθελοντές με εφαρμοσμένη προσφορά ευαισθητοποιούνται και εκπαιδεύονται σε φορείς ψυχικής υγείας της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης, σύμφωνα με τον Wallace et al. (2004)

είναι τα εξής:

- Αυτό-ενδυνάμωση

Αρωγή στην διαδικασία αποκατάστασης για υγιή ταυτότητα, χτίσιμο αυτό-εκτίμησης και αυτοσεβασμού, ανάκτηση ελέγχου και συνειδητοποίηση επιλογών και δικαιωμάτων του ατόμου για να έχει ουσιαστικό λόγο και ρόλο στην κοινωνία.

- Ανάληψη Ευθυνών

Η οποία αποσκοπεί στην θετική αντιμετώπιση των προβλημάτων και περιορισμών, στην ικανή στάση αντιμετώπισης αλλαγών των αδρανών.
πλαίσιών σκέψης και συμπεριφοράς, στην δημιουργία ενός υποστηρικτικού συστήματος πληροφορίας και γνώσης.

- Ενστάλαξη Ελπίδας

Απόδοση νοήματος και στόχων που μπορούν να επιτευχθούν.

- Απόδοση ρόλου με ουσία και ευθύνη

Για την λειτουργία του ατόμου με υγιή κίνητρα κατά την κοινωνικοποίησή του, καθώς και για την ανάληψη ενεργών στάσεων και επιλογών που επηρεάζουν ουσιαστικά την πορεία και τον τρόπο ζωής του ατόμου.

Τα ανωτέρω αποτελούν επίσης αυτά που ορίζονται ως ενθαρρυντικοί και προστατευτικοί παράγοντες για την ορθή δράση των εθελοντών σε χώρους υπηρεσιών ψυχικής υγείας και από την ουσιαστική αντίληψη τους μπορεί να προκύψει εθελοντική προσφορά, που χαρακτηρίζεται ως υγιής και, αθροιστικά με οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία, αποτελεσματική για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

3.4 ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΟΥ ΕΘΕΛΟΝΤΙΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.

Το μέλλον του εθελοντισμού στην υγεία, προβλέπεται ευοίωνο, δεδομένου ότι αποτελεί έναν από τους στόχους για την αναβάθμιση του ΕΣΥ. Ήδη η διοίκηση του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Αγιος Δημήτριος», στοχεύει στη δημιουργία ομάδας εθελοντών, οι οποίοι θα παρέχουν τις υπηρεσίες τους στην περίθαλψη των ασθενών (π.χ. συνταξιούχοι γιατροί) ή στην ομαλότερη λειτουργία του νοσοκομείου (διοικητική υποστήριξη), με συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις. Οι διοικητικές υπηρεσίες του
νοσοκομείου έχουν λάβει αρκετές αιτήσεις ενδιαφερομένων, με τους οποίους γίνονται ενημερωτικές συζητήσεις για το πλαίσιο της συνεργασίας.

Κίνητρο της διοίκησης του νοσοκομείου, αποτελεί η παροχή ιατρικών υπηρεσιών και συγκεκριμένα εξετάσεις, άμεση πρόσβαση στα εξωτερικά ιατρεία κ.λπ. στους εθελοντές και στις οικογένειές τους. Σκοπός της διοίκησης του νοσοκομείου, είναι η εφαρμογή ενός προγράμματος, του «Συνταξιούχοι εν Δράσει», στόχος του οποίου είναι η προσφορά υπηρεσιών με συγκεκριμένους όρους και προϋποθέσεις. Ωστόσο στον τομέα της παροχής ιατρικών υπηρεσιών, υπάρχουν νομικές δυσκολίες, όπως για παράδειγμα, ότι ένας εθελοντής συνταξιούχος γιατρός δεν έχει το δικαίωμα να γράψει μια συνταγή.

Παρόλα αυτά, η διοίκηση του νοσοκομείου έχει στείλει στο υπουργείο έγγραφο για το θέμα, ζητώντας να γίνει ρύθμιση. Οι εθελοντές γιατροί, μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι το νοσοκομείο «Αγιος Δημήτριος» δέχεται την εθελοντική προσφορά ατόμων του Ερυθρού Σταυρού. Συγκεκριμένα στις γενικές εφημερίες οκτώ άτομα παρέχουν νοσηλευτικές και υπηρεσίες στήριξης σε ασθενείς. Σύμφωνα με την κ. Τριανταφυλλίδου, στον Ερυθρό Σταυρό υπάρχουν εγγεγραμμένοι 2.800 εθελοντές, από τους οποίους οι 350 ενεργοποιούνται επηρείς όπου επιθυμούν, αλλά κυρίως προσφέρουν ψυχολογική στήριξη και απασχόληση σε παιδιά και ηλικιωμένους που δεν έχουν πόρους.

Ωστόσο η πορεία του εθελοντισμού στην Ελλάδα, προβλέπεται ακόμα μακρά, δεδομένου ότι βάσει της ευρωπαϊκής κοινωνικής έρευνας, η συμμετοχή των Ελλήνων σε ΕΚ Κυβερνητικές Οργανώσεις ανέρχεται μόλις στο 15,3%.
Ήδη ένα σημαντικό βήμα αποτελεί η δημιουργία του «Εθελοντών Κοινωνία», ενός νέου εθνικού φορέα, που αναλαμβάνει το συντονισμό, την έμπρακτη στήριξη αλλά και την προβολή του έργου της κοινωνίας των πολιτών στην υγεία και την κοινωνική φροντίδα.

Αποστολή του φορέα είναι:

Ως προς την Οργάνωση

1. Η παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης στις Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις.

2. Η διασύνδεση της δράσης του Κοινωνικού Εθελοντισμού.

Ως προς τη Χρηματοδότηση

1. Η εξασφάλιση βιώσιμου, σταθερού και διάφανου χρηματοδοτικού πλαισίου.

Ως προς την Επικοινωνία

2. Η προβολή της Εθελοντικής δράσης με στόχο την κινητοποίηση της κοινής γνώμης και την προσέλκυση νέων εθελοντών.

Ως προς την Πιστοποίηση

1. Η δημιουργία σταθερών κανόνων και διαδικασιών για την πιστοποίηση των Μη-Κυβερνητικών Οργανώσεων στην υγεία και στην κοινωνική αλληλεγγύη.

Τέλος, ως προς την Εκπαίδευση

1. Η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την καλύτερη κατάρτιση των εθελοντικών και των οργανώσεων.
ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία μελέτησε τον εθελοντισμό στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα. Σε παγκόσμιο επίπεδο, μπορούμε να πούμε ότι ο εθελοντισμός αποτελεί μέρος του ταχύτατα αναπτυσσόμενου τρίτου τομέα της οικονομίας και της κοινωνίας. Σε πολλές χώρες του αναπτυγμένου κόσμου, η εθελοντική εργασία συμβάλει καθοριστικά στην ανάπτυξη του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος και στην θεμελίωση του νέου κοινωνικού κράτους. Στην εποχή μας, οι εθελοντές είναι οι πρώτοι στην προσφορά ποιοτικών εθελοντικών υπηρεσιών, στην κινητοποίηση της κοινής γνώμης, στην οργάνωση συλλογικών εγχειρημάτων, στην οικοδόμηση της διεθνούς αλληλοκατανόησης. Ο εθελοντισμός δεν είναι φιλανθρωπία. Ο εθελοντισμός διαμορφώνει στην πράξη την κοινωνία και την πολιτεία του αύριο.

Στην Ελλάδα, όπως παρουσιάστηκε στην παρούσα εργασία, ο εθελοντισμός στο χώρο της υγείας έχει κάνει σημαντικά βήματα ανάπτυξης. Χρειάζονται ακόμη αρκετές συγκροτημένες προσπάθειες για την περαιτέρω ανάπτυξή του, οι οποίες βέβαια αποτελούν στόχο της ελληνικής κυβέρνησης για την γενικότερη αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση


Leontidou, L., Afouxenidis, A. & Kouriouros, E. (2002), *Causes of Urban 92*


OECD, (2008), Health Data, Ανακτήθηκε στις 10-4-2009 από http://oecd.com


Ελληνική


Βασιλόπουλος Π., 2005 «Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση και ΜΚΟ (Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις), Συστήματα πολιτικής διαφάνειας σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό και τοπικό επίπεδο»


Γιάννης Ν., 2007 «Ορισμοί και εννοιολογική κατηγοριοποίηση των ΜΚΟ, ομιλία στο Πολιτιστικό Κέντρο «Ελληνικός Κόσμος», 13/3/07

Δαρβίρη Χ., (2009), Μεθοδολογία της έρευνας στο χώρο της υγείας, Εκδόσεις Πασχαλίδη Ε.Π.Ε., Αθήνα


Ζιώμας Δ., (2001): Ο τομέας της κοινωνικής οικονομίας στην Ελλάδα υπό το πρίσμα των σύγχρονων διεθνών εξελίξεων, το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας, ΕΚΚΕ.

Καζάκος Π., (2005): Κοινωνικό Κεφάλαιο και συλλογική δράση εναντίον των
μεταρρυθμίσεων, Κοινωνία Πολιτών. Έκδοση της Ένωσης Πολιτών για την
Παρέμβαση, Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ, τ.11.

Κονιόρδος Σ., (2004): Κοινωνικό Κεφάλαιο και Κοινωνία Πολιτών, Κοινωνία
Πολιτών. Έκδοση της Ένωσης Πολιτών για την Παρέμβαση, Εκδόσεις
ΠΑΠΑΖΗΣΗ, τ.10.

Μεταμεσονύκτιες Εκδόσεις, Αθήνα.

Μανιφέστο., (2008), Συστήματα Περίθαλψης Που Εστιάζουν στον Ασθενή,
Ανάκτηση στις 12-4-2009 από http://www.healthcare-
manifesto.org/Greek_Manifesto.pdf

Ματζάνα Β., Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας 2008, Ανάκτηση στις 12-4-
2009 από http://dtps.unipi.gr/files/notes/2007-
2008/eksamino_7/plhroforiaka_systhmata_ygeias/diafaneies_1oy_mathh
matos.pdf

Μουζέλης Ν., (1998): Νεωτερικότητα, ύστερη ανάπτυξη και κοινωνία των
πολιτών, Κοινωνία Πολιτών, Έκδοση της Ένωσης Πολιτών για την
Παρέμβαση, Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ, τ.1.

Μουζέλης Ν., (2002): Το νόημα της κοινωνίας των πολιτών στο Κράτος και
Κοινωνία των Πολιτών. Μεταμεσονύκτιες Εκδόσεις, Αθήνα.

Μπουμπούκα, Α., (2007), «Εθελοντές με το σταγονόμετρο», online άρθρο
στην ιστοσελίδα ΥΛΗ,
http://www.forest.gr/portal/index.php?option=com_content
&task=view&id=252 (πρόσβαση 3/2/2008)
Παναγιωτίδου, Ε. (2002), 'Πού Πότε και Γιατί αναπτύσσεται η Κοινωνία των Πολιτών', Κοινωνία Πολιτών, 8: 17-23.


Παπαχρόνης Ι., (2010) Συμπεράσματα έρευνας για την Εθελοντική Αιμοδοσία, ανακτημένο από:


Πολυνείκης Α.,(2007), Εθνικό Σύστημα Υγείας, Ανάκτηση στις 12-4-2009 από http://www.moh.gov.cy/moh/moh.nsf/All/2385DE5C03937114C2256E220409A0E/$file/%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C%20%CE%A3%CF%87%CE%AD%CE%B4%CE%B9%CE%BF%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%


