

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αντί άλλου προλόγου αισθάνθηκα την ανάγκη να παραθέσω συνοπτικά το οδοιπορικό που ακολούθησε η εκπόνηση του θέματος της διπλωματικής μου εργασίας και το τι αποκόμισα τελικά από την εμπλοκή μου στην διαδικασία της εκπόνησης της.

Με τον τρόπο αυτό θα ήθελα να δείξω, πως η επιλογή μου να ολοκληρώσω το συγκεκριμένο πρόγραμμα αποτέλεσε εσωτερική δικαίωση για την εκτίμησή μου προς την ιδεολογική του βάση και τους συντελεστές του, καθώς και των προσδοκιών που είχα προσωπικά από αυτό. Ελπίζω και εγώ με την σειρά μου να ανταποκρίθηκα στις προσδοκίες των διδασκάλων μου ως μαθήτριά τους.

Η επιλογή του θέματος της εργασίας δεν ήταν ούτε εύκολη, ούτε προφανής από την αρχή. Έπρεπε να συνδυάσω την υποχρέωση μου να εκπονήσω την διπλωματική μου εργασία σε θέμα συναφές με τον υπηρεσιακό μου χώρο (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης), το ευρύ επιστημονικό πλαίσιο που διαπραγματεύεται το μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Περιβάλλον και Ανάπτυξη», την ειδικότητα μου ως Αρχιτέκτονα και το σημαντικότερο όλων την επί μακρόν (όχι χωρίς λόγο) απουσία μου από το πρόγραμμα.

Η συμβολή της καθηγήτριας μου Κας Ε. Παναγιωτάτου ήταν καθοριστική. Στα περισσότερο εξειδικευμένα αρχιτεκτονικά θέματα που της πρότεινα και τα οποία ευγενικά αρνήθηκε, απλώς μου είπε μία ημέρα στο τηλέφωνο: «τι θα λέγατε να ασχοληθείτε με τον Υγειονομικό Χάρτη?» και η απάντησή μου ήταν θετική χωρίς να γνωρίζω στην πραγματικότητα για τι ακριβώς επρόκειτο. Απλά της ζήτησα να μου πει πού ακριβώς το είχε ακούσει και συγκεκριμένα αν θυμόταν επί ποίας θητείας υπουργού, για να προσδιορίσω χρονικά την έναρξη της αναζήτησης πληροφοριών. Ο πρώτος ολοκληρωμένος τίτλος που άκουσα, από το στόμα της καθηγήτριας μου, ήταν «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία».

Ξεκίνησα την αναζήτησή μου από τα γραφεία των κεντρικών υπηρεσιών που είχαν την πινακίδα «Χάρτης Υγείας» (Βερανζέρου), το τμήμα Πληροφορικής του Υπουργείου (Αριστοτέλους), καθώς και το γραφείο Υγειονομικού Χάρτη της Α΄ Υ.ΠΕ. Οι πρώτες 4 επισκέψεις ήταν απογοητευτικές και η εικόνα που διαμορφώθηκε στην συνείδησή μου μάλλον ζοφερή.

Μεγάλη ενθάρρυνση αποτέλεσε η τυχαία συνάντησή μου με την προϊστάμενη του γραφείου Υγειονομικού Χάρτη της Α΄ Υ.ΠΕ κας Δοξοπούλου. Μετά από ενάμισι μήνα περίπου είχα την τύχη να έχω την πρώτη συζήτηση/ συνέντευξη με υπηρεσιακό παράγοντα. Οφείλω λοιπόν να ευχαριστήσω κατ' αρχήν την κα Δοξοπούλου για την προθυμία της να μου δώσει τις πρώτες κατευθυντήριες γραμμές, πρόσβαση στα στοιχεία που συλλέγονται στην υπηρεσία της, εφόσον τα χρειαστώ, τη διοικητική διαδικασία για τις υπηρεσιακές άδειες (έγκριση από τον φορέα μου και το

ΕΚΕΠΥ), που απαιτούνταν για να διευκολυνθεί η πρόσβασή μου στις υπηρεσίες.

Όλα αυτά υποθέτω, βλέποντας το από το τέλος πια, λόγω του συνδρόμου της μόνιμης εσωστρέφειας που χαρακτηρίζει και βασανίζει θα έλεγα, από την πλευρά μου, τους δημοσίου φορείς, όχι πάντα με σαφή αιτιολόγηση αλλά περισσότερο σαν μία αμυντική στάση απέναντι στις ατελέσφορες προσπάθειες για υλοποίηση ρυθμίσεων και προγραμμάτων, που στην πορεία της αναζήτησης τους είδα ότι στους όρους της διακήρυξης τους περιλαμβάνεται και η « δημόσια διαβούλευσή τους». Άραγε δεν πρόκειται για μία αντίφαση?

Για την αναζήτηση του «Υγειονομικού Χάρτη», τελικά, θα έπρεπε να ακολουθήσω έναν αυτοσχέδιο «οδικό χάρτη» μεταξύ των διαφόρων φορέων και υπηρεσιών και να συνθέσω την διαδρομή.

Η κύρια πηγή πληροφοριών αυτής της εργασίας, που βασιζόνταν σε μελέτες άρθρα, εργασίες και βιβλιογραφία, ήταν η βιβλιοθήκη και η ιστοσελίδα της ΕΣΔΥ (Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας), που έχει και την ακαδημαϊκή ευθύνη της έκδοσης του «Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Υγεία», καθώς και πολλών τομεακών μελετών για τον χώρο της υγείας και την δημόσια υγεία πρωτίστως. Βέβαια, η αίτηση μου για την παροχή συνέντευξης από στελέχη που έχουν άμεση σχέση με την κατάρτιση του Σχεδίου ,δεν έτυχε αποδοχής, υποθέτω για λόγους τακτικής του ακαδημαϊκού ιδρύματος. Η τυπική έγγραφη απάντηση αφορούσε στην παραπομπή μου στην ιστοσελίδα του φορέα, όπου είναι αναρτημένο το σύνολο των δραστηριοτήτων της Σχολής. Επομένως, για άλλη μία φορά, δεν είχα πρόσβαση σε εμπειρικές πληροφορίες για τις συνθήκες υλοποίησης και την εκτίμηση της πορείας που ακολούθησε η κατάρτιση του «Υγειονομικού Χάρτη» μέχρι σήμερα στην ελληνική πραγματικότητα από τους καθ' ύλην αρμοδίους.

Η δεύτερη πηγή, επίσης ιδιαίτερα σημαντική σε επίπεδο γενικών πληροφοριών, υπήρξε η διαρκής και επίμονη αναζήτηση μέσω του διαδικτύου τυχαίων ιστοσελίδων με λέξεις – κλειδιά: Υγειονομικός Χάρτης, Health Map, Ε.Σ.Υ., Δημόσια Υγεία, Υγεία.

Ο συνδυασμός των δύο πηγών πληροφορίας, δηλαδή βιβλιογραφίας και διαδικτύου, με καθοδήγησε στην στοιχειοθέτηση των κεφαλαίων της εργασίας μου με την ακριβώς αντίθετη σειρά. Δηλαδή: Υγεία, Δημόσια Υγεία, Ε.Σ.Υ, Health Map, Υγειονομικός Χάρτης.

Η κατανόηση του όρου «υγεία», η συμμετοχή της στην κοινωνική και ιστορική εξέλιξη των λαών από τη αρχαιότητα μέχρι τις μέρες μας, η μετεξέλιξή της, με την πρόοδο των κοινωνιών και των κρατών, από βιολογικό/ ιατρικό φαινόμενο σε κοινωνικό/ πολιτικό φαινόμενο με τον όρο «δημόσια υγεία», αποσαφηνίζει και εμπεριέχει, εκ προοιμίου, όλους τους όρους και παράγοντες/ παραμέτρους που καθορίζουν τον μεγάλο βαθμό πολυπλοκότητας, που χαρακτηρίζει το φαινόμενο «υγεία» και κατ' επέκταση την παροχή υπηρεσιών υγείας και την άσκηση πολιτικών στον χώρο της υγείας.

Η αλληλένδετη σχέση μεταξύ των κοινωνικών, οικονομικών, περιβαλλοντικών παραγόντων που καθορίζουν το επίπεδο της υγείας ενός

πληθυσμού σε συνδυασμό με τις επιπτώσεις από την παγκοσμιοποίηση των αγορών (που οδηγεί στην άκριτη ομογενοποίηση των κοινωνιών), των ραγδαίων τεχνολογικών εξελίξεων και επιστημονικών επιτευγμάτων, καθιστούν επιτακτική πλέον την σταδιακή αποκωδικοποίηση του όρου/κοινωνικού φαινομένου «υγεία» με επιστημονική επιμέλεια, την απλοποίηση των λειτουργικών διαδικασιών, την δέσμευση έναντι των αξιών που θα επιλεγούν στο όνομα της Ανάπτυξης και της Προόδου (ατομικής και κοινωνικής).

Η συνοπτική διερεύνηση του νομοθετικού πλαισίου πριν και μετά την καθιέρωση του ΕΣΥ επιβεβαιώνει ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της ελληνικής πολιτικής πραγματικότητας. Ότι υφίσταται ένα πλούσιο νομοθετικό έργο και μία έντονη κινητικότητα σε συμπληρωματικές ρυθμίσεις και προγράμματα, που εκφράζεται κατά διαστήματα και με έντονη κινητικότητα μεταξύ των υπηρεσιών των φορέων που εμπλέκονται, όμως η ελληνική πολιτεία δείχνει να αρνείται συστηματικά και πεισματικά την αξιοποίηση τους στα πλαίσια μιας ενιαίας πολιτικής.

Η προσέγγιση του ευρύτερου θέματος της υγείας από την σκοπιά του μελετητή/ συντάκτη της παρούσας εργασίας αποκάλυψε και αποσαφήνισε, κατ' αρχάς σε εμένα προσωπικά- και εκεί έγκειται και η ικανοποίηση από το εγχείρημα που ανέλαβα, τις προϋποθέσεις κάτω από τις οποίες ο επαγγελματίας της υγείας συμμετέχει στην παραγωγή του προϊόντος που ονομάζεται «υγεία».

Ουσιαστικά οι προϋποθέσεις είναι ανύπαρκτες, οι διοικητικές πρακτικές πρωσοποκεντρικές, το σύστημα διαβλητό και η επιμόρφωση επαφίεται εις την καλή θέληση των επαγγελματιών.

Σαν αντίφαση με τα παραπάνω, προβάλλεται το σοβαρό επιστημονικό και κοινωνικό έργο που επιτελείται στους χώρους της υγείας, καθώς και η αφοσίωση και η ειλικρινής αυταπάρνηση ενός μεγάλου ποσοστού των επαγγελματιών υγείας για την απόδοση και την προάσπιση του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος που απορρέει από τα καθήκοντά τους κάτω από αντίξοες τις περισσότερες φορές συνθήκες.

Αντιθέτως διαφαίνεται η αποσπασματικότητα και η ασυνέπεια των δράσεων της πολιτείας (χρονική και ιδεολογική). Η παραπάνω τακτική, θα ήθελα να παρατηρήσω ότι αποτελεί και από την εμπειρία μου, έναν σημαντικό δείκτη για τον μεγάλο βαθμό αποθάρρυνσης των πολιτών, την σταδιακή άρνηση της κοινωνικής συμμετοχής, την χαλάρωση των κοινωνικών δεσμών και την άκριτη απαξίωση θεσμών και κατακτήσεων με το εύρος και την κοινωνική σημασία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου (Δ.Π.Μ.Σ. Περιβάλλον & Ανάπτυξη) ή οποιουδήποτε άλλου Φορέα.

Ευχαριστώ το πρόγραμμα που μου έδωσε την ευκαιρία να συμμετάσχω σε μία εκπαιδευτική διαδικασία από την οποία αισθάνομαι ότι βγήκα «καλύτερη».

Ευχαριστώ τους νέους και παλιούς φίλους, που με τις πληροφορίες τους την κριτική και την ενθάρρυνσή τους στήριξαν την προσπάθειά μου (Παπαλέξη Κων/να, Μιλτιάδης Αθανασίου, Μενεγάκης Απόστολος, Σαλεμή Γεωργία).

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1.0 ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ- ΣΥΝΟΨΗ (σελ. 10- 21)

- 1.1 Περιλήψεις (στην Ελληνική και Αγγλική)
- 1.2 Σύνοψη

2.0 ΕΙΣΑΓΩΓΗ (σελ. 22- 29)

- 2.1 Αντικείμενο της εργασίας
- 2.2 Η επιλογή της διερεύνησης του τρόπου εφαρμογής του Χάρτη Υγείας στην Α΄ & Β΄ Υ.ΠΕ (Υγειονομική Περιφέρεια) Αττικής σαν μελέτη περίπτωσης
- 2.3 Υποθέσεις εργασίας
- 2.4 Μεθοδολογία της εργασίας

3.0 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η «ΥΓΕΙΑ» (σελ. 30- 83)

- 3.1 Σύντομη ιστορική αναφορά στο θέμα «Υγεία»
- 3.2 Κοινωνία και υγεία (πολιτισμός /κοινωνικοί παράγοντες/ κοινωνικές ανισότητες/οικονομία/εργασία/ατομική συμπεριφορά/κληρονομικότητα)
- 3.3 Περιβάλλον και υγεία (φυσικό/ δομημένο περιβάλλον)
- 3.4 Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας
- 3.5 Τι είναι το Νοσοκομείο

4.0 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ- ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ (σελ. 84- 153)

- 4.1 Συστήματα παροχής υγείας και ο προσανατολισμός της Ελληνικής πολιτικής
- 4.2 Διαχρονική Εξέλιξη της πολιτικής της Υγείας στην Ελλάδα
 - 4.2.1 Υγεία και Τρέχουσα Ελληνική Πραγματικότητα
- 4.3 Ιστορική εξέλιξη των υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα
- 4.4 Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα
- 4.5 Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα
 - 4.5.1 Δημόσια Υγεία και Εκπαίδευση. Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- 4.6 Ιστορικό και λειτουργικό πλαίσιο Διεθνών Οργανισμών
 - 4.6.1 Οι Διεθνείς Οργανισμοί Υγείας σήμερα
 - 4.6.2 Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) (Ιστορική αναδρομή- Στόχοι- Συμμετοχή- Οργάνωση- Λειτουργία- Πολιτικές Υγείας- Εξέλιξη των Στρατηγικών Υγείας)

5.0 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ (2008- 2012) (σελ. 154- 163)

- 5.1 Συνοπτική παρουσίαση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Υγεία (2008-2012)
 - 5.1.1 Δράσεις που περιλαμβάνει το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Υγεία
- 5.2 Ο Υγειονομικός Χάρτης (περιγραφή της Δράσης 8 του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Υγεία, 2008-2012)
- 5.3 Η σημασία της χαρτογραφικής οπτικοποίησης των διαφόρων δεικτών- παραμέτρων που αφορούν στην εξέλιξη του πληθυσμού (ο χάρτης ως μεθοδολογικό εργαλείο)

6.0 Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ Α΄ & Β΄ Υ.ΠΕ (Υγειονομική Περιφέρεια) ΑΤΤΙΚΗΣ (μελέτη περίπτωσης) (σελ. 164- 238)

- 6.1 Υφιστάμενη κατάσταση- Γενικά στοιχεία- Ελλάδα
 - 6.1.1 Δαπάνες Περίθαλψης
 - 6.1.2 Δημογραφικά – Στατιστικά Στοιχεία της Υγείας
 - 6.1.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ)
 - 6.1.4 Δευτεροβάθμια & Τριτοβάθμια Περίθαλψη
 - 6.1.5 Οικονομικά μεγέθη του Κλάδου Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
 - 6.1.6 Ευρωπαϊκή Ένωση- Στόχοι της Ε.Ε. σχετικά με την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη
 - 6.1.7 Νομικό πλαίσιο του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Υφιστάμενο πλαίσιο
 - 6.2 Υφιστάμενη κατάσταση- Α΄ & Β΄ Υ.ΠΕ Αττικής
 - 6.2.1. Γενικά στοιχεία- Α΄ & Β΄ Υ.ΠΕ (Υγειονομική Περιφέρεια) Αττικής
 - 6.2.2 Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ν. 3329/4-4-2005, άρθρα 1& 2)
 - 6.3 Κριτική προσέγγιση- Εξαγωγή συμπερασμάτων
 - 6.4 Η υποπερίπτωση των Παιδιατρικών Νοσοκομείων
 - 6.4.1 Τα Παιδιατρικά Νοσοκομεία της Αττικής Υφιστάμενη Κατάσταση
 - 6.4.1.1 Το Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»
 - 6.4.1.2 Το Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ»
 - 6.4.1.3 Το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Πεντέλης
 - 6.5 Οι Αρχές Λειτουργίας των δύο κεντρικών Νοσοκομείων
 - 6.6 Κριτική προσέγγιση- Εξαγωγή συμπερασμάτων
- ## 7.0 ΠΡΟΣΑΡΤΗΜΑΤΑ (σελ. 239-....)
- 7.1 Χάρτες κατανομής νοσηλευτικών μονάδων Α΄ & Β΄ ΥΠΕ Αττικής ((Νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας(Κ.Υ.), Περιφερειακών Ιατρείων (Π.Ι.), Ι.Α.Κ. (Περιφερειακά Ιατρεία τύπου ΠΙΚΠΑ))
 - 7.2 Πίνακας Νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας(Κ.Υ.), Περιφερειακών Ιατρείων (Π.Ι.), Ι.Α.Κ.(Περιφερειακά Ιατρεία τύπου ΠΙΚΠΑ) της Α΄ & Β΄ Υ.ΠΕ Αττικής
 - 7.3 Χάρτες κατανομής νοσηλευτικών μονάδων Α΄ & Β΄ ΥΠΕ Αττικής σε περιβάλλον GIS
 - 7.4 Συνοδευτικοί (ενδεικτικοί) πίνακες χαρτών
 - 7.5 Συνοδευτικοί πίνακες (ενδεικτικοί) από χρυσό οδηγό
 - 7.6 Συμπληρωμένοι πίνακες Χάρτη Υγείας ενός Νοσοκομείου για ένα έτος
 - 7.6.1(Νοσηλευτική κίνηση των νοσοκομείων της Α΄ & Β΄ ΥΠΕ Αττικής για το έτος 2008), *Δείγμα* της Α΄ & Β΄ ΥΠΕ Αττικής για το έτος 2008), *Δείγμα*
 - 7.7 Συμπληρωμένοι πίνακες Χάρτη Υγείας ενός Κέντρου Υγείας για ένα έτος, *Δείγμα- Κ. Υ. Ν. Μάκρης*

- 7.7.1 Νοσηλευτική κίνηση (κίνηση ιατρείων) του Κέντρου Υγείας, *Δείγμα*
 7.8 Κατάσταση λειτουργικών στοιχείων Περιφερειακών Ιατρείων/ Ι.Α.Κ.
 1^{ης} ΔΥΠΕ Αττικής, *Δείγμα 2008*
 7.9 Κατάσταση δεικτών Νοσοκομείων έτους 2006
 7.10 Παραπομπές (εξώφυλλα) στα Σχέδια Δράσης για την Υγεία
 7.11 Ενδεικτικά άρθρα

8.0 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ- πηγές πληροφόρησης

ΕΡΓΑΣΙΕΣ

- 1) « *ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΝΟΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ*», Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία, Άννα Βελεγράκη, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2007-2008
- 2) « *ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΝΟΜΟΥ ΗΛΕΙΑΣ*», Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία, Ευγενία Π. Πανταζή, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2006-2008
- 3) « *ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΝΟΜΟΥ ΔΡΑΜΑΣ*», Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία, Δήμητρα Παπαδοπούλου, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2005-2007
- 4) « *ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ ΝΟΜΟΥ ΞΑΝΘΗΣ*», Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία, Καϊντατζής Αντώνιος, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2006-2007
- 5) Υπόδειγμα Διοικητικής και Λειτουργικής Ικανότητας Νοσοκομείων. Μεθοδολογίες Διαχείρισης του χρόνου στις Υπηρεσίες Υγείας. (Αναστασία Μπαλασοπούλου, MSc Αθήνα, 2008 - Σεμινάριο στα πλαίσια του Μέτρου 2.5 « Κατάρτιση ανθρώπινου δυναμικού της Δημόσιας Διοίκησης»).
- 6) *Γενική Ρυθμιστική Μελέτη των Νοσοκομείων Παίδων «Αγία Σοφία» & «Αγλαΐα Κυριακού» και Εκσυγχρονισμός του Νοσοκομείου «Αγία Σοφία»,* μελετητής ΒΕΤΑΠΛΑΝ Α.Ε.Μ., Αθήνα, Σεπτέμβριος 2001, Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ).

ΒΙΒΛΙΑ

- 1) « *Ισότητα, αποτελεσματικότητα, και αποδοτικότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*», Επιμέλεια: Α. Δόλγερας- Γ. Κυριόπουλος, εκδ. Θεμέλιο, Κοινωνία και Υγεία,(2000)
- 2) « *Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΡΑΤΟΥΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ*», Σάββας Ρομπολής- Μιχάλης Χλέτσος, Παρατηρητής, (1995)
- 3) « *Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας*». Πανεπιστημιακές παραδόσεις του τμήματος νοσηλευτικής, Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Λιαρόπουλος Λ. , (1997)
- 4) « *Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα και στις Ευρωπαϊκές Κοινότητες*», Οικονόμου Χ. , εκδ. Διόνικος, Αθήνα (2004)
- 5) « *Κοινωνική Ασφάλιση*», Προβόπουλος Γ., Αθήνα:IOBE
- 6) « *Τα οικονομικά της Υγείας*», Υφαντόπουλος Γ. ,Αθήνα, Τυπωθήτω,

- (2003)
- 7) « Τα Οικονομικά και Κοινωνικά Κριτήρια Λειτουργίας του Ιδιωτικού Τομέα. Η Ιδιωτική Ασφάλιση στην Ελλάδα». Ε΄ Συνέδριο Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα με θέμα «Όρια και Σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού», Ρομπολής Σ. , (1994)
 - 8) « Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Γ. Κυριόπουλος-Χ. Λιονής- Κ. Σουλιώτης-Γ. Τσάκος, εκδ. Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία, (2003)
 - 9) « Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αρχές- Μέθοδοι & Εφαρμογές», Βίκυ Παπανικολάου. Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα (2007)
 - 10) « Κοινωνία και Υγεία», Τούντας Γ. , εκδ. Οδυσσέας/ Νέα Υγεία, Αθήνα (2009)
 - 11) « ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ, Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές», Τζένη Κουρέα-Κρεμαστινού, εκδ. Τεχνογράμμα, Αθήνα (2009)
 - 12) « ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΑ, Μία σχέση σε αδιάκοπη εξέλιξη», Κωνσταντίνα Τσαμπούκου- Σκαναβή, εκδ. Καλειδοσκόπιο, Αθήνα, (2004)
 - 13) « Η ΑΝΟΙΚΤΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΥΠΑΙΘΡΟ (1922-1983), Διδακτορική διατριβή, Χρήστος Ζηλίδης, ΑΠΘ- Θεσσαλονίκη (1988)
 - 14) «Πληροφορική στις Υπηρεσίες Υγείας», Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσ/νίκης ΑΧΕΠΑ, Εκπαιδευτικό κέντρο ΑΧΕΠΑ, 1989

ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ- ΑΡΘΡΑ

- 1) **ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΙΚΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ/ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**, ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ, 2000, Γ. ΔΟΥΜΟΥΛΑΚΗΣ, Ν. ΠΟΛΥΖΟΣ, Γ. ΧΡΥΣΟΧΟΪΔΗΣ. (σελ.)
- 2) **ΚΟΙΝΩΝΙΑ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ** Έκδοση Επιστημών των Υπηρεσιών της Υγείας, Τόμος 1, Τεύχος 1, Ιανουάριος-Μάρτιος 1992. (σελ.)
- 3) **ΙΑΤΡΙΚΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ** Συμπόσιο, Αφιέρωμα – Φθινόπωρο 1991, Αθήνα 14-15/12/1990.
- 4) **ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ** , Τεύχος 37, Ιανουάριος-Φεβρουάριος- Μάρτιος 2009.
- 5) **ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ** , Απρίλιος- Ιούνιος 1999, Τόμος 61, Τεύχος 2, Άρθρο: « Ειδικό θέμα: Οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (μερικές αυτονόητες και παράδοξες πλευρές του προβλήματος.) , Γ. Κυριόπουλος, Γ. Καραλής, Μ.Οικονόμου.
- 6) **Πολιτική Οικονομία της Υγείας: Θεωρητική Θεμελίωση και Επιστημολογική προσέγγιση** (Μαθήματα Πολιτικής Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα 18/1/2006, δημοσίευση περίληψης στο διαδίκτυο)
- 7) **Η Βιομηχανία της Ιατρικής Περίθαλψης: Η Μονοπωλιακή Βάση της Αυταρχικής Ιατρικής** (Μαθήματα Πολιτικής Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα 15/3/2006, δημοσίευση περίληψης στο διαδίκτυο)
- 8) **Ισότητα και Κοινωνική Δικαιοσύνη στην Υγεία: Η Ουτοπία των Ίσων Ευκαιριών και του Κοινωνικού Συμβολαίου** (Μαθήματα Πολιτικής Οικονομίας της Υγείας, Αθήνα 17/5/2006, δημοσίευση περίληψης στο διαδίκτυο)
- 9) **Φιλοσοφία και Θεωρία της Επιστήμης στην Υγεία**

(Μαθήματα Πολιτικής Φιλοσοφίας της Υγείας, Γ. Νικολαΐδης Ψυχίατρος, Διευθυντής Οικογενειακών Σχέσεων Ινστιτούτου Υγείας Παιδιού, Αθήνα 17/1/2007, δημοσίευση περίληψης στο διαδίκτυο)

10) *Το Παράδειγμα στην Υγεία και τις Πολιτικές Υγείας*

(Μαθήματα Πολιτικής Φιλοσοφίας της Υγείας, Αλέξης Μπένος Αν. Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Αθήνα 14/2/2007, δημοσίευση περίληψης στο διαδίκτυο)

11) *Φιλοσοφία των Κοινωνικών Επιστημών και Υγείας*

(Μαθήματα Πολιτικής Φιλοσοφίας της Υγείας, Χ. Οικονόμου Λέκτορας Κοινωνιολογίας της Υγείας Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα 18/4/2007, δημοσίευση περίληψης στο διαδίκτυο)

ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, (www.euro.who.int)
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, (www.yyka.gov.gr)
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, (www.statistics.gr)
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), (www.esddy.gr)
- Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος, (www.oenge.gr)
- E HOSPITAL EMAS,
- www.ecohospitals.gr
- www.e-tipos.com
- www.nsph.gr/old/oikonomika/nav
- www.ypan.gr, Υπουργείο Ανάπτυξης
- www.aglaiakyriakou.gr
- www.paidon-agiasofia.gr
- www.paidon-pentelis.gr

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.0 ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ - ΣΥΝΟΨΗ

1.1 Περιλήψεις (στην Ελληνική και Αγγλική)

1.2 Σύνοψη

1.1 ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Μετά από πολλές πολιτικές ανακατατάξεις η μορφή του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα φαίνεται να αποτελεί ένα υβρίδιο συνδυάζοντας στοιχεία κατά βάση από το πρότυπο Beveridge αλλά και από το πρότυπο Bismark. Οι υπηρεσίες υγείας έχουν δημόσιο χαρακτήρα και παρέχονται σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο από αρμόδια όργανα του κράτους. Το Υπουργείο Υγείας χαράζει την πολιτική υγείας με βασικό στόχο να αποτελεί η προστασία τη υγείας του κοινωνικού συνόλου και την προαγωγή καλύτερης ποιότητας ζωής. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας βασίζεται σε δημόσιες πληρωμές (φορολογία και κρατήσεις), ενώ είναι έντονη η παρουσία του ιδιωτικού τομέα μέσω της παροχής ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης.

Σε γενικές βάσεις αντιμετωπίζονται πολλαπλά προβλήματα σε όλους τους τομείς του συστήματος υγείας μεταξύ των οποίων είναι **η διοικητική οργάνωση, η χρηματοδότηση , το ανθρώπινο δυναμικό, η υλικοτεχνική υποδομή κ.α.** Προβλήματα που επηρεάζουν αρνητικά την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος τόσο σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Το κράτος μέσω της δημιουργίας προγραμμάτων εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ και την ανάπτυξη υλικοτεχνικών υποδομών και διοικητικών μηχανισμών, προσπαθεί να επιλύσει τα προβλήματα που όμως σε πολλές περιπτώσεις οι λύσεις οδηγούν σε αντίθετα αποτελέσματα.

Μια βιώσιμη υγειονομική πολιτική απαιτεί να ληφθούν υπόψη η αυξανόμενη ανεργία, η μειωμένη συμμετοχή στην παραγωγή του προϊόντος, η χρήση νέων τεχνολογιών, οι ανισότητες στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας κ.α., ενώ βασικός στόχος πρέπει να αποτελεί η μέγιστη κοινωνική και οικονομική αποδοτικότητα.

Βέβαια, η μεγαλύτερη πρόκληση ενός βιώσιμου υγειονομικού συστήματος θα παραμείνει ο «εκσυγχρονισμός» της νοοτροπίας του ανθρώπινου δυναμικού, με την ανάπτυξη επαγγελματικής λογικής και υπηρεσιακής αξιοκρατίας, έτσι ώστε οι υπηρεσίες υγείας να είναι αξιόπιστες, αποτελεσματικές και να ικανοποιούν τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών.

Με την παρούσα εργασία γίνεται προσπάθεια:

A) προσέγγισης της ιδιαίτερα πολύπλοκης κοινωνικής- οικονομικής- περιβαλλοντικής πραγματικότητας, που ορίζει το ευρύ φάσμα των παραμέτρων που λαμβάνουν χώρα στην διαμόρφωση Εθνικών πολιτικών για την Υγεία, με βάση, κατά κύριο λόγο, τις εξελίξεις των τελευταίων δεκαετιών (ιδίως μετά το τέλος των δύο παγκοσμίων πολέμων του 20^{ου} αιώνα).

ειδικότερα, γίνεται προσπάθεια κριτικής προσέγγισης, για την κατανόηση των ανωτέρω μέσω:

B) της αξιολόγησης και παράθεσης στοιχείων από την καταγραφή και την ανάλυση της χωροταξικής- γεωγραφικής, κοινωνικής, οικονομικής και περιβαλλοντικής πραγματικότητας, που έχει διαμορφωθεί τις τελευταίες

δεκαετίες στην γεωγραφική και διοικητική περιφέρεια της Αττικής, όσον αφορά στον τομέα των υποδομών παροχής υπηρεσιών υγείας, σε συνάρτηση με το σχετικό θεσμικό πλαίσιο που έχει αναπτυχθεί για την υποστήριξη αυτών.

Για την διερεύνηση του ζητήματος επελέγη ως Μελέτη περίπτωσης η χωρική και λειτουργική ενότητα των Α΄ & Β΄ Υ.ΠΕ (Υγειονομική Περιφέρεια) Αττικής.

Το μέγεθος της συγκεκριμένης ενότητας, που είναι τελικά και η μεγαλύτερη για τον ελλαδικό χώρο, μας οδήγησε στην επιλογή της Υποπερίπτωσης μελέτης των Παιδιατρικών Νοσοκομείων της Αττικής (και της Ελλάδας τελικά) για την στοιχειοθέτηση και την επαλήθευση των υποθέσεων εργασίας που ετέθησαν εξ αρχής.

Οι Υποθέσεις εργασίας κινήθηκαν γύρω από τις ακόλουθες ιδέες/ αρχές:

- **Η χρήση /αξιοποίηση σύγχρονων χωροταξικών και σχεδιαστικών εργαλείων** για τον επαναπροσδιορισμό των κριτηρίων για την χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα της υγείας, μπορεί να συμβάλλει στην βελτίωση της λειτουργίας των υφισταμένων δομών.

- **Η χάραξη Εθνικών πολιτικών** για την υγεία θα πρέπει να στηρίζεται κατά κύριο λόγο από τις **βασικές αρχές της δίκαιης κατανομής, της κοινωνικής δικαιοσύνης, της ισότιμης πρόσβασης** στις υπηρεσίες υγείας του συνόλου του εξυπηρετούμενου πληθυσμού ανεξαρτήτως κοινωνικο-οικονομικών τάξεων.

- **Η ανάπτυξη του Δημοσίου τομέα** στην υγεία, και προκειμένου να ανταποκριθεί στις αρχικές διακηρύξεις του ΕΣΥ, δεν μπορεί να μην λάβει υπόψη την παράλληλη ανάπτυξη του **Ιδιωτικού τομέα** ο οποίος γιγαντώνεται τις τελευταίες δεκαετίες.

- **Ο εκσυγχρονισμός στον τρόπο λήψης αποφάσεων από το κεντρικό κράτος** μπορεί να υποστηριχθεί- πέρα από την ξύλινη γλώσσα των αλληπάλληλων θεσμοθετήσεων, των φορέων και των διοικήσεων-αποφασιστικά από την χρήση νέων τεχνολογιών, επιστημονικών εργαλείων και ένα σχεδιασμό που θα στηρίζεται στη «βάση της κοινωνίας των πολιτών».

- **Ένας ολοκληρωμένος σχεδιασμός για την χάραξη Εθνικών πολιτικών** για την υγεία και η ανάπτυξη των υποδομών του Δημοσίου τομέα στην υγεία δεν μπορεί να γίνει χωρίς να λάβει υπόψη παράλληλα και την δυνατότητα αξιοποίησης των υπολοίπων αστικών και υπεραστικών δικτύων και υποδομών που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην προσβασιμότητα, στην βελτίωση της λειτουργικότητας και της αποδοτικότητας των δομών υγείας.

- Ένας ολοκληρωμένος σχεδιασμός μπορεί να υποβοηθήσει την **καλύτερη οργάνωση στην παροχή υπηρεσιών**, την **δίκαιη κατανομή** και την **ισότιμη πρόσβαση** και τελικώς την **κοινωνική δικαιοσύνη**.

- Ο τομέας της δημόσιας υγείας, που αφορά η παρούσα εργασία, οφείλει επίσης να γίνει **ανταγωνιστικός** και να ανταποκριθεί στις σημερινές συνθήκες ασφυκτικής πίεσης που ασκείται από **την παγκοσμιοποίηση των αγορών** στον τομέα του εμπορίου αλλά και στην παράλληλη επιθετική ανάπτυξη ενός ιδιωτικού επιχειρηματικού σκέλους στην παροχή υπηρεσιών υγείας (κυρίως βιοϊατρική τεχνολογία).

- Η **ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών** στην παροχή υπηρεσιών υγείας θα επιταχυνθεί με την **θεωρητική και πρακτική επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας**, με την αλλαγή των κριτηρίων στελέχωσης των υπηρεσιών, με τον εκσυγχρονισμό της νοσοτροπίας του ανθρώπινου δυναμικού, με την ανάπτυξη επαγγελματικής λογικής και υπηρεσιακής αξιοκρατίας.

- Η **Δημόσια υγεία** επικεντρώνεται στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από:

το φυσικό περιβάλλον, τις δραστηριότητες της κοινωνικής και παραγωγικής ζωής τους οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Για την προσέγγιση των παραπάνω και για την υποστήριξη των υποθέσεων εργασίας που ετέθησαν, επελέγη η εξέταση της χρήσης ενός σύγχρονου μεθοδολογικού εργαλείου για τη λήψη αποφάσεων που ονομάζεται «Υγειονομικός Χάρτης» ή «Χάρτης Υγείας» (Health Map).

Ο **«Υγειονομικός Χάρτης»** αποτελεί στις μέρες μας ένα παγκόσμιο υπό επεξεργασία εργαλείο που σκοπό έχει την υποστήριξη των Υπηρεσιών υγείας, των επαγγελματιών υγείας καθώς και την αποτελεσματική διαχείριση στην παροχή σύγχρονων και αποτελεσματικών υπηρεσιών στον πληθυσμό κάθε χώρας χωριστά, αλλά και του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο, μέσω των διεθνών οργανισμών, με τη χρήση σύγχρονων τεχνολογικών και υπολογιστικών εργαλείων (γρήγορη, έγκυρη και έγκαιρη πληροφόρηση, χρήση ηλεκτρονικών τραπεζών πληροφοριών, στατιστικών μοντέλων, δορυφορικών χαρτών, γεωγραφικών πληροφορικών συστημάτων (GIS) και άλλων επιχειρησιακών εργαλείων).

Η Μεθοδολογία της εργασίας βασίστηκε στην:

- Διερεύνηση μέσω της βιβλιογραφίας του ιστορικού πλαισίου για την εξέλιξη του φαινομένου «υγεία» και «δημόσια υγεία» μέχρι τις μέρες μας και του θεσμικού πλαισίου που αφορά στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών παροχής υγείας.

- Αναζήτηση μέσω του διαδικτύου θεματικών μελετών, εργασιών, ΦΕΚ σχετικών με την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, πολιτικών ανακοινώσεων και σχολίων, των ιστοσελίδων των υγειονομικών περιφερειών της Αττικής, των ιστοσελίδων τον Χάρτη Υγείας από άλλες χώρες (Βρετανία, Αυστραλία, Αμερική) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO).

Η αναζήτηση στοιχείων από την Στατιστική Υπηρεσία και τις κατά τόπους υπηρεσίες (ΥΠΕ- γραφείο υγειονομικού χάρτη, παιδιατρικά νοσοκομεία), πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν από εμπειρική έρευνα, επισκέψεις, δημοσιογραφικές έρευνες, ανακοινώσεις σε περιοδικά και συζητήσεις με αρμοδίους και επαγγελματίες υγείας, πολιτικές ανακοινώσεις και σχόλια.

- Την ενδεικτική κατάρτιση θεματικών χαρτών με την καταγραφή μέρους των υπηρεσιών υγείας στην υπό μελέτη περιφέρεια με την υποβοήθηση των GIS, με σκοπό την συλλογή πρωτογενών χωρικών πληροφοριών για υποστήριξη στην εξαγωγή συμπερασμάτων.

Για την κατανόηση των παραπάνω και την στοιχειοθέτηση των κεφαλαίων της εργασίας η σημασία της βιβλιογραφίας υπήρξε σημαντική, γιατί μας έφερε σε επαφή με το πολυδιάστατο θέμα της «υγείας», της «δημόσιας υγείας» και των «πολιτικών συστημάτων για την υγεία», το ευρύ επιστημονικό και φιλοσοφικό/ κοινωνιολογικό πεδίο, τα περιβαλλοντικά θέματα που τις καθορίζουν και το θεσμικό πλαίσιο που τις προσδιορίζει. Οι οικονομικές- τομεακές μελέτες βοήθησαν στην κατανόηση των οικονομικών μεγεθών και των παραμέτρων παραγωγής του προϊόντος «υγεία» και «υπηρεσίες υγείας». Σημαντικά όμως ερωτήματα και κριτήρια που ετέθησαν εξ αρχής απαντήθηκαν/ επιβεβαιώθηκαν/ αποσαφηνίσθηκαν από την εμπειρική έρευνα, την επαφή με τους διάφορους φορείς και την προσωπική εμπειρία/ οπτική από την μεριά του επαγγελματία υγείας.

Σε όλα τα στάδια της εργασίας δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην προσπάθεια για την κατανόηση των ουσιαστών θεμάτων και συνθηκών που διαμορφώνουν και καθορίζουν την καθημερινή πρακτική/ ροή δραστηριοτήτων για την απόδοση των «προϊόντων υγείας», ανάμεσα στις αλληλοδιαπλεκόμενες ομάδες των ανθρώπων που σχετίζονται με όλες αυτές τις δραστηριότητες (παραγωγή: επαγγελματίες υγείας, κατανάλωση: πολίτες όλων των κατηγοριών) και η κριτική προσέγγισή τους.

Η παράλληλη προσέγγιση του πλούσιου θεωρητικού υπόβαθρου σε αντιδιαστολή με τις αναπόφευκτες παγιωμένες πρακτικές και την υφιστάμενη κατάσταση, μας έδωσε τη δυνατότητα να αξιολογήσουμε και να επιβεβαιώσουμε την ουσία της προσφοράς και του σκοπού που καλείται να εκπληρώσει ένα Δημόσιο Εθνικό Σύστημα Υγείας ακόμη και κάτω από συνθήκες πλήρους απαξίωσης προκειμένου να προασπίσει ένα μεγάλο ποσοστό της ευημερίας και της ασφάλειας των πολιτών ενός κράτους ανεξαρτήτως κοινωνικής τάξης.

Συνοψίζοντας, ο τομέας υγείας αποτελεί ένα πολυδαίδαλο σύστημα φορέων και οργανισμών όπου σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο πολιτικά, κοινωνικά και τεχνολογικά περιβάλλον, απαιτείται η άρτια συνεργασία και συμφωνία των φορέων αυτών στην χάραξη πολιτικής, προκειμένου να επιτευχθούν οι εκάστοτε στόχοι προς όφελος του κοινωνικού συνόλου. Η εκσυγχρονιστική στρατηγική είναι σημαντική για την Ελλάδα, αφού θα επιτρέψει στη χώρα να ανταποκριθεί στις προοπτικές της νέας Ευρωπαϊκής κοινωνικής διεύρυνσης και να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των πολιτών της.

1.2 ΣΥΝΟΨΗ

Η εργασία δομήθηκε σε έξι κεφάλαια με σκοπό να γίνει καταρχήν κατανοητό το ευρύ φάσμα του θέματος της υγείας και κατόπιν να γίνει η προσέγγιση και η διερεύνηση των οικονομικών, κοινωνικών, χωρικών και περιβαλλοντικών αλληλεξαρτήσεων, των ουσιαστικών και πολύπλοκων θεσμικών υποχρεώσεων που απορρέουν από αυτήν και των πολύπλοκων παραμέτρων που λαμβάνουν χώρα στην διαμόρφωση και την λήψη αποφάσεων για την άσκηση εθνικών πολιτικών για την υγεία.

Οριοθετήσαμε το περιεχόμενο της εργασίας στην περιγραφή στοιχείων από τον νοσοκομειακό τομέα, ο οποίος, στη χώρα μας αλλά και διεθνώς, απασχολεί τους ερευνητές υγείας από πολλές διαφορετικές οπτικές και απόψεις. Ωστόσο όλες συγκλίνουν στην ανάγκη αξιολόγησης της λειτουργίας αυτού του τομέα, που στη Ελλάδα- ανεξαρτήτως σχεδιασμού και προθέσεων- απορροφά περίπου το 80% της δημόσιας δαπάνης υγείας και περίπου το 50% της συνολικής.

Η Αξιολόγηση προαπαιτεί την ορθή και στοχευμένη συλλογή δεδομένων και είναι η ίδια προαπαιτούμενο της ορθολογικής Λήψης Αποφάσεων, συντονισμένων και συμπληρωματικών μεταξύ τους. Η ανάγκη τεκμηρίωσης αποφάσεων σε συγκεκριμένο κάθε φορά επίπεδο διοίκησης, προσδιορίζει και την στόχευση των πληροφοριών που απαιτούνται.

Με άλλα λόγια η συγκέντρωση στοιχείων γενικά, συχνά χωρίς συνέχεια, δηλαδή χωρίς συγκεκριμένο στόχο και σύνδεση μεταξύ τους, τα οποία θα εξετασθούν πιθανόν κάποια στιγμή από όποιον εκτιμήσει την αξία τους σε όποιο επίπεδο του συστήματος, δεν μπορεί να αποτελέσει τη βάση αξιολογικής διαδικασίας ικανής να υποστηρίξει την εξαγωγή συμπερασμάτων και συνακόλουθα την λήψη αποφάσεων.

Γι αυτό σειρά μετρήσεων λαμβάνουν ή μπορούν να λάβουν χώρα παράλληλα και από διαφορετικά επίπεδα της διοίκησης του συστήματος. Βασικό πεδίο, το οποίο είναι αναγκαίο να παρακολουθείται συνεχώς λόγω της δυναμικής του εξέλιξης και της μεστής πληροφόρησης που παρέχει, είναι η λειτουργική ικανότητα των νοσοκομείων, μέρος της οποίας αποτελεί η διοικητική ικανότητα αυτών, ενώ ο χρόνος αποτελεί κρίσιμη και βασική παράμετρο όλων.

Παραμένει όμως σε σύγχυση η τρέχουσα αντίληψη σχετικά με την αξιολόγηση της τρέχουσας ικανότητας, την ανάγκη και το νόημα αυτής, καθώς και τις διαφοροποιήσεις αυτής από άλλου είδους αξιολόγηση, που οδηγεί ανάλογα και σε άλλες ομάδες δεικτών.

Επίσης παρατείνεται η σχετική απραξία σχετικά με την οργάνωση αυτής, σε διαφορετικά επίπεδα του συστήματος και σε όλα μαζί τελικά, που στερεί και την διαδικασία λήψης αποφάσεων και την επιστημονική συζήτηση από στοιχεία και ολοκληρωμένες προτάσεις.

Η επιλογή της παρουσίασης ενός σύγχρονου μεθοδολογικού εργαλείου , όπως είναι ο «Υγειονομικός Χάρτης» της χώρας και η σημασία του στην λήψη αποφάσεων για την άσκηση εθνικών πολιτικών για την υγεία,

αποτέλεσε ένα προκλητικό εγχείρημα λόγω της συνθετότητας του θέματος αλλά κυρίως λόγω της σύγχυσης σχετικά με αυτό και της δυσχέρειας εφαρμογής του.

Ο Υγειονομικός Χάρτης αφορά στη μελέτη και στην υλοποίηση ενός συστήματος οργανωτικού και θεσμικού πλαισίου και της πληροφοριακής - γεωγραφικής υποδομής για:

- τη συλλογή δεδομένων από πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα, άμεσα ή έμμεσα σχετιζόμενες με την υγεία και την πρόνοια,
- την επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων και τον προσδιορισμό συγκεκριμένου αριθμού δεικτών, που αποτελούν προτεραιότητα για το Υπουργείο και αφορούν στην κατανομή, στη χρήση και στην επάρκεια πόρων υγείας και πρόνοιας, στη χρήση των υπηρεσιών και στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, και
- την διάθεση δεικτών και δεδομένων σε διάφορες κατηγορίες χρηστών (πολίτες, ερευνητές, επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, στελέχη δημόσιων υπηρεσιών), βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων πρόσβασης.

Το έργο αντιμετωπίζει τεχνολογικά θέματα, αλλά ασχολείται και με το οργανωτικό, λειτουργικό και θεσμικό πλαίσιο και θα προτείνει ανασχεδιασμό υπαρχόντων ή δημιουργία νέων οργανωτικών και διοικητικών δομών, θεσμικών και λειτουργικών διαδικασιών.

Οι Στόχοι και η Αναγκαιότητα του Υγειονομικού Χάρτη προσδιορίζονται στην:

- Ολιστική διαχείριση δεδομένων υγείας και πρόνοιας
- Ορθολογική κατανομή πόροι
- Ορθολογική χάραξη και άσκηση στρατηγικής υγείας
- Αξιολόγηση, μέσω συγκριτικών μελετών, της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας και του κόστους του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των ενίοτε βελτιωτικών παρεμβάσεων
- Παρακολούθηση των δεικτών υγείας του πληθυσμού
- Έκδοση και δημοσιοποίηση περιοδικών αναφορών επιδημιολογικών δεδομένων

Και τα Μέσα/ Εργαλεία που χρησιμοποιεί είναι:

- Χαρτογραφία (δισδιάστατα γραφήματα, χάρτης)
- Συστήματα Γεωγραφικών Πληροφοριών (GIS) -
- Πολυμέσα
- Στατιστική Ανάλυση

(Έτσι μπορούν να οπτικοποιηθούν βασικοί δείκτες ενδεικτικοί της εξέλιξης ενός τόπου)

Η «ανάπτυξη» σε όλους τους τομείς των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να είναι ούτε αυτονόητη, ούτε μονοδιάστατη διότι -όσο σε λίγους σύγχρονους επιστημονικούς και πολιτικούς τομείς – έχει διαφανεί η ισχυρή αλληλεξάρτηση των εννοιών της φυσικής και κοινωνικοοικονομικής πραγματικότητας και οι συναφείς /συγγενείς με αυτές έννοιες:

Του φυσικού και του κοινωνικοοικονομικού χώρου, Του φυσικού και του δομημένου περιβάλλοντος, Των φυσικών και των ανθρωπίνων/ κοινωνικο / οικονομικών διαθεσίμων.

Το γεγονός αυτό δυσκολεύει έτσι κι αλλιώς τον επιγραμματικό ορισμό των όρων «υγεία» - «δημόσια υγεία».

Το μεγαλύτερο, όμως, απ' όλα τα εμπόδια για έναν κοινά αποδεκτό ορισμό της υγείας είναι η μεταβατική περίοδος που διανύουμε, σε ότι αφορά τις αντιλήψεις σχετικά με την υγεία, την αρρώστια, τον χαρακτήρα της ιατρικής επιστήμης, και τη φύση των συστημάτων υγείας.

Για την υποστήριξη των παραπάνω επιλέξαμε ως μελέτη περίπτωσης την συνοπτική παρουσίαση της Υγειονομικής Περιφέρειας της Αττικής για την στοιχειοθέτηση των υποθέσεων εργασίας που ετέθησαν εξ αρχής, ως βασικές αρχές που διέπουν την λειτουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας.

Λόγω του μεγέθους (χωρικό- ποσοτικό) και του εύρους των παρεχομένων υπηρεσιών που προσφέρονται από την συγκεκριμένη περιφέρεια (τοπικά, περιφερειακά, πανελλαδικά), προχωρήσαμε στην επιλογή της υποπερίπτωσης μελέτης των εξειδικευμένων Παιδιατρικών νοσοκομείων της Περιφέρειας, προκειμένου να γίνει εφικτή η λεπτομερέστερη καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης, των αρχών λειτουργίας τους και των προβλημάτων που προκύπτουν από αυτές, με σκοπό την επαλήθευση των υποθέσεων εργασίας που ετέθησαν εξ αρχής, την εξαγωγή συμπερασμάτων, την αποσαφήνιση των λόγων που επιβάλλουν τον εξορθολογισμό του τρόπου λειτουργίας των υποδομών υγείας και των στόχων που καλείται να πετύχει μέσα από τα διαφορετικά επίπεδα διοίκησης το σύστημα (κεντρικό κράτος/ πολιτεία).

Οι υποθέσεις εργασίας στηρίχτηκαν στις παρακάτω αρχές:

- Η χρήση /αξιοποίηση σύγχρονων χωροταξικών και σχεδιαστικών εργαλείων για τον επαναπροσδιορισμό των κριτηρίων για την χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα της υγείας, μπορεί να συμβάλλει στην βελτίωση της λειτουργίας των υφισταμένων δομών.
- Η χάραξη Εθνικών πολιτικών για την υγεία θα πρέπει να στηρίζεται κατά κύριο λόγο από τις βασικές αρχές της δίκαιης κατανομής, της κοινωνικής δικαιοσύνης, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας του συνόλου του εξυπηρετούμενου πληθυσμού ανεξαρτήτως κοινωνικο-οικονομικών τάξεων.
- Η ανάπτυξη του Δημοσίου τομέα στην υγεία, και προκειμένου να ανταποκριθεί στις αρχικές διακηρύξεις του ΕΣΥ, δεν μπορεί να μην λάβει υπόψη την παράλληλη ανάπτυξη του Ιδιωτικού τομέα ο οποίος γιγαντώνεται τις τελευταίες δεκαετίες,
- Ο εκσυγχρονισμός στον τρόπο λήψης αποφάσεων από το κεντρικό κράτος μπορεί να υποστηριχθεί- πέρα από την ξύλινη γλώσσα των αλληπάλληλων θεσμοθετήσεων, των φορέων και των διοικήσεων-αποφασιστικά από την χρήση νέων τεχνολογιών, επιστημονικών εργαλείων και ένα σχεδιασμό που θα στηρίζεται στη «βάση της κοινωνίας των πολιτών», της οποίας η αποκωδικοποίηση των διαρκώς μεταβαλλόμενων αναγκών και κοινωνικό/ οικονομικό/ πολιτισμικών χαρακτηριστικών στον χρόνο και τον χώρο θα τροφοδοτείται και θα στηρίζεται από εμπειρικές μελέτες και μελέτες πεδίου και κατόπιν κανονιστικές ή άλλες επιστημονικές ρυθμίσεις.

- Ένας ολοκληρωμένος σχεδιασμός για την χάραξη Εθνικών πολιτικών για την υγεία και η ανάπτυξη των υποδομών του Δημοσίου τομέα στην υγεία δεν μπορεί να γίνει χωρίς να λάβει υπόψη παράλληλα και την δυνατότητα αξιοποίησης των υπολοίπων αστικών και υπεραστικών δικτύων και υποδομών που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην προσβασιμότητα, στην βελτίωση της λειτουργικότητας και της αποδοτικότητας των δομών υγείας.
- Η ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας θα επιταχυνθεί με την θεωρητική και πρακτική επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, με την αλλαγή των κριτηρίων στελέχωσης των υπηρεσιών, με τον εκσυγχρονισμό της νοσοτροπίας του ανθρώπινου δυναμικού, με την ανάπτυξη επαγγελματικής λογικής και υπηρεσιακής αξιοκρατίας.
- Η Δημόσια υγεία επικεντρώνεται στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από το φυσικό περιβάλλον, τις δραστηριότητες της κοινωνικής και παραγωγικής ζωής, τους οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Για την αποσαφήνιση των στόχων που ετέθησαν η δομή της εργασίας στηρίχθηκε στην σταδιακή κατανόηση των όρων και των εννοιών που αφορούν στη θεματική της, μέσω της κριτικής επισκόπησης της βιβλιογραφίας, την ιστορική εξέλιξή τους και την συσχέτισή τους με το υφιστάμενο θεσμικό και λειτουργικό πλαίσιο τόσο της ελληνικής πραγματικότητας, όσο και της αναπόφευκτης αλληλεξάρτησης από τις διεθνείς τάσεις στον τομέα της υγείας, όπως διαμορφώνεται ραγδαία τις τελευταίες δεκαετίες. Για τον σκοπό αυτό:

Στο τρίτο κεφάλαιο: Γίνεται αναφορά στον όρο «υγεία» και τον συσχετισμό του με τους όρους, ιστορία- κοινωνία- περιβάλλον- ποιότητα με σκοπό στην εισαγωγή του αναγνώστη στην εκ προοιμίου πολύπλοκη και πολυδιάστατη υπόσταση της έννοιας της υγείας. Η έννοια της υγείας και της αρρώστιας διαμόρφωσε και διαμορφώθηκε ιστορικά στις ανθρώπινες κοινωνίες από το πολιτισμικό τους προφίλ, διότι αναφέρεται άμεσα στην έννοια της ζωής και του θανάτου.

Σήμερα στην εποχή της παγκοσμιοποίησης η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό αδιαπραγμάτευτο, αλλά ακόμη όχι αυτονόητα κατοχυρωμένο δικαίωμα των ανθρώπινων κοινωνιών, διότι η θεσμική προστασία και η παροχή υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από το επίπεδο και το είδος οικονομικής ανάπτυξης των σύγχρονων κρατών.

Η μελέτη της σύνθετης δράσης του περιβάλλοντος, της συμπεριφοράς (ατομικής/ κοινωνικής) και της κληρονομικότητας, συνήθως αντιμετωπίζονται ξεχωριστά: το φυσικό περιβάλλον από τους περιβαλλοντολόγους, οι κοινωνικοί παράγοντες από τους κοινωνιολόγους, η συμπεριφορά από τους ψυχολόγους, η κληρονομικότητα από τους βιολόγους και τους γενετιστές. Η ισχυρή αλληλεξάρτηση όμως της υγείας με την φυσική και κοινωνικοοικονομική πραγματικότητα, τις ραγδαίες εξελίξεις στον τομέα της τεχνολογίας, της έρευνας, της παγκοσμιοποίησης της οικονομίας καταδεικνύουν την ανάγκη για την ολιστική αντιμετώπιση των θεμάτων ανάπτυξης των πολιτικών για την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η υγεία είναι σύνθετο φαινόμενο, που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, οι περισσότεροι από τους οποίους σχετίζονται με τη βιολογία, τη συμπεριφορά και το περιβάλλον. Το γεγονός αυτό δυσκολεύει έτσι κι αλλιώς τον επιγραμματικό ορισμό της. Το μεγαλύτερο, όμως, απ' όλα τα εμπόδια για έναν κοινά αποδεκτό ορισμό της υγείας είναι η μεταβατική περίοδος που διανύουμε, σε ότι αφορά τις αντιλήψεις σχετικά με την υγεία, την αρρώστια, τον χαρακτήρα της ιατρικής επιστήμης, και τη φύση των συστημάτων υγείας.

Στο τέταρτο κεφάλαιο: Ακολουθεί λεπτομερής αναφορά σε πληροφορίες που αφορούν στην ιστορική εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα, την διαχρονική εξέλιξη της Πολιτικής για την Υγεία στην Ελλάδα έως την Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το κυρίαρχο νομοθετικό πλαίσιο, καθώς και αναφορά στο ιστορικό και λειτουργικό πλαίσιο των Διεθνών Οργανισμών και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Σ' αυτό το κεφάλαιο αξίζει να παρατηρήσουμε τον μεγάλο όγκο των επί δεκαετίες διαδοχικών προσπαθειών για τον καθορισμό του θεσμικού πλαισίου για την άσκηση εθνικής πολιτικής για την υγεία με κύριο χαρακτηριστικό την ασυνέχεια των διαφόρων πολιτικών, πράγμα που είχε σαν αποτέλεσμα την αργή και άλλοτε αναποτελεσματική εφαρμογή αυτών των πολιτικών σε εθνικό επίπεδο και την χρονική καθυστέρηση στην παρακολούθηση των διεθνών εξελίξεων ή την εναρμόνιση με την ευρωπαϊκή κοινότητα. Είναι χαρακτηριστικό ότι η Ελλάδα εντάσσεται στην ευρωπαϊκή ομάδα των κρατών της Μεσογείου (νότια Ισπανία, νότια Ιταλία, Ελλάδα) με κοινά χαρακτηριστικά και προβλήματα στη διαχείριση και ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας με προεξέχοντα τα θέματα της κακοδιαχείρισης, της αδιαφάνειας και της διασπάθισης των οικονομικών πόρων σε βάρος της κοινωνικής ισότητας και της δικαιοσύνης στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο: Παρουσιάζεται συνοπτικά το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Υγεία με τις επιμέρους δράσεις που περιλαμβάνει, με ιδιαίτερη περιγραφή σε αυτόνομο κεφάλαιο της Δράσης 8 του των Στρατηγικών Δράσεων για τη Υγεία, που αναφέρεται στην κατάρτιση του «Υγειονομικού Χάρτη», ως μεθοδολογικό εργαλείο για την συστηματική συλλογή, διαχείριση και επεξεργασία δεδομένων με γεωγραφική αναφορά που θα παρέχει άμεση και έγκυρη πληροφόρηση για τον επαγγελματία υγείας, τον πολίτη και τους αρμοδίους για την χάραξη και την άσκηση πολιτικής σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, βάσει των πραγματικών αναγκών υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Στο έκτο κεφάλαιο: Επελέγη ως μελέτη περίπτωσης για την υποστήριξη των υποθέσεων εργασίας, η περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης στην Α' & Β' Υ.ΠΕ Αττικής σχετικά με την πορεία υλοποίησης του έργου του «Υγειονομικού Χάρτη» στην Α' Υγειονομική Περιφέρεια της Αττικής και την εξαγωγή τόσο επιμέρους όσο και των γενικών συμπερασμάτων τα οποία συνοψίζονται ως εξής:

- Ασυνέχεια στην λειτουργία των κεντρικών υπηρεσιών και των φορέων του.

- Αποσπασματικότητα στην λήψη αποφάσεων και στην υλοποίηση ολοκληρωμένων προγραμμάτων- δράσεων.
- Σοβαρή υστέρηση των ενεργειών εκσυγχρονισμού τους.
- Ανεπαρκής και προβληματική διασύνδεση μεταξύ των φορέων του.
- Κακή αξιοποίηση του υφιστάμενου προσωπικού και έλλειψη πρόβλεψης για νέο με νέες δεξιότητες.
- Έλλειψη πολιτικής βούλησης για την εξεύρεση και υιοθέτηση νέων μεθόδων για την αναδιοργάνωση των κρίσιμων τομέων.
- Η χρήση ολοκληρωμένων μεθοδολογικών εργαλείων, όπως ο «Υγειονομικός Χάρτης» θεωρείται πλέον επιτακτική ανάγκη προς την κατεύθυνση στοιχειοθέτησης όλων των παραμέτρων λειτουργίας του συστήματος, με σκοπό την άμεση, έγκαιρη και έγκυρη ανατροφοδότησή του με νέα σύγχρονα δεδομένα.
- Είναι γνωστό ότι τα Νοσοκομεία αποτελούν ζωντανούς εξελισσόμενους οργανισμούς που μεταβάλλονται συνεχώς, σύμφωνα με τις εξελίξεις της επιστήμης, της τεχνολογίας, της κοινωνίας, αλλά και των τρεχουσών αντιλήψεων για την Υγεία. Δεν είναι δυνατόν να προβλεφθούν οι ανάγκες σε βάθος χρόνου (πάνω από μία ή δύο δεκαετίες), κάτι που λειτούργησε στο παρελθόν.
- Βέβαια η έλλειψη συντονισμού και συνέχειας του κεντρικού κράτους έχουν και σε αυτή την περίπτωση, σαν άμεση συνέπεια την διασπάθιση ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων, την δυσλειτουργία σοβαρών υποδομών και την πρόκληση σύγχυσης στο εξυπηρετούμενο πληθυσμό.

Θα μπορούσαμε να πούμε πως:

- Τα παραπάνω αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά τομέα της Δημόσιας Υγείας ακόμη σήμερα, παρά τις σοβαρές εξελίξεις στους τομείς της τεχνολογίας και του management.
- Υπάρχει ανακολουθία μεταξύ προόδου της ιατρικής επιστήμης και των δυνατοτήτων της σε έμψυχο και άψυχο υλικό και της δυνατότητας παράλληλης παροχής/ εξασφάλισης του ανάλογα σύγχρονου περιβάλλοντος για την άσκησή της.
- Τα παραπάνω αποτελούν ένα από τα ιδιότυπα χαρακτηριστικά του Δημοσίου Νοσοκομείου και κατ' επέκταση του Δημοσίου Συστήματος Υγείας.

Πολλά από τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν κατά την διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας, όπως γενικά στατιστικά στοιχεία (πίνακες) των υπηρεσιών υγείας από την στατιστική υπηρεσία, στατιστικά στοιχεία (πίνακες) από τις υγειονομικές περιφέρειες της Αττικής, τα στατιστικά δελτία (ΕΣΥΚΑ) των λειτουργικών χαρακτηριστικών των νοσοκομείων (υπομελέτη περίπτωσης), πολιτικές ανακοινώσεις (διαφόρων κομμάτων) από το διαδίκτυο, δεν συμπεριλήφθησαν ούτε στην εργασία ούτε στο παράρτημα αυτής, λόγω του ιδιαίτερου όγκου τους και της έλλειψης ενιαίας επεξεργασίας και σύνδεσής μεταξύ τους.

Αποτέλεσαν όμως αφορμή για την αποσαφήνιση των στόχων της εργασίας, την κατανόηση της υφιστάμενης κατάστασης στον τομέα της μεθοδολογίας συλλογής πληροφοριών από τις διάφορες διοικητικές μονάδες και κατ' επέκταση της αποτελεσματικότητας αυτών, την

ουσιαστική έλλειψη σοβαρών επιστημονικών μεθοδολογικών εργαλείων στις δομές των δημοσίων υπηρεσιών, την απουσία προγραμματισμού για την αξιοποίηση πόρων και ανθρωπίνων διαθεσίμων και εντέλει την επιβεβαίωση των συμπερασμάτων που προέκυψαν από την έρευνα.

Αντίθετα, ως μέρος της μεθοδολογίας της εργασίας, μεγάλο μέρος από τις πληροφορίες και πινάκες ή σχεδιαγράμματα που συλλέξαμε συμπεριλήφθηκαν αυτούσια στα κεφάλαια της εργασίας και όχι στο παράρτημα αυτής, προκειμένου να διευκολυνθεί η λογική και η συνέχεια στην κατανόηση και την σύνδεση μεταξύ της θεωρίας και της πράξης, λόγω της ιδιαίτερης πολυπλοκότητας του θέματος και των πηγών προέλευσης των πληροφοριών.

Η τελική μορφή της εργασίας προέκυψε από τον συνδυασμό και την συναξιολόγηση της πλούσιας βιβλιογραφίας και της εμπειρικής έρευνας/ περιπλάνησης στον ιδιαίτερα πολύπλοκο χώρο της «υγείας».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.0 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

2.1 Αντικείμενο της εργασίας

2.2 Η επιλογή της διερεύνησης του τρόπου εφαρμογής του Χάρτη

Υγείας στην Α΄ & Β΄ Υ.ΠΕ (Υγειονομική Περιφέρεια)
Αττικής

σαν μελέτη περίπτωσης

2.3 Υποθέσεις εργασίας

2.4 Μεθοδολογία της εργασίας

2.0 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

2.1 Αντικείμενο της εργασίας

Με την παρούσα εργασία γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης της ιδιαίτερα πολύπλοκης κοινωνικής-οικονομικής-περιβαλλοντικής πραγματικότητας, που ορίζει το ευρύ φάσμα των παραμέτρων που λαμβάνουν χώρα στην διαμόρφωση Εθνικών πολιτικών για την Υγεία, με βάση, κατά κύριο λόγο, τις εξελίξεις των τελευταίων δεκαετιών (ιδίως μετά το τέλος των δύο παγκοσμίων πολέμων του 20^{ου} αιώνα).

Ειδικότερα, γίνεται προσπάθεια κριτικής προσέγγισης, για την κατανόηση των ανωτέρω, μέσω της αξιολόγησης και παράθεσης στοιχείων από την καταγραφή και την ανάλυση της χωροταξικής-γεωγραφικής, κοινωνικής, οικονομικής και περιβαλλοντικής πραγματικότητας, που έχει διαμορφωθεί τις τελευταίες δεκαετίες στην γεωγραφική και διοικητική περιφέρεια της Αττικής, όσον αφορά στον τομέα των υποδομών παροχής υπηρεσιών υγείας, σε συνάρτηση με το σχετικό θεσμικό πλαίσιο που έχει αναπτυχθεί για την υποστήριξη αυτών.

Ως μελέτη περίπτωσης επελέγη η χωρική και λειτουργική ενότητα της Α΄ Υ.ΠΕ (Υγειονομική Περιφέρεια) Αττικής. Το μέγεθος της συγκεκριμένης ενότητας, που είναι τελικά και η μεγαλύτερη για τον ελλαδικό χώρο και η αναπόφευκτη σύνδεσή της με την Β΄ Υ.ΠΕ Αττικής, μας οδήγησε στην επιλογή της υποπερίπτωσης μελέτης των Παιδιατρικών Νοσοκομείων της Αττικής (και της Ελλάδας τελικά) για την στοιχειοθέτηση και την επαλήθευση των υποθέσεων εργασίας που ετέθησαν εξ αρχής.

Στόχος είναι μετά την διατύπωση των υποθέσεων εργασίας, η τελική επαλήθευση τους μέσω των συμπερασμάτων που θα προκύψουν από την ανάλυση, κυρίως της υφιστάμενης κατάστασης και η ενδεικτική διατύπωση προτάσεων για την βελτίωση της πραγματικότητας αυτής, όπως διαμορφώθηκε ιστορικά από τις αρχές του περασμένου αιώνα και που την χαρακτηρίζει σήμερα, η ιδιαίτερα ανορθολογική χωροθέτηση των υφισταμένων κυρίων υποδομών υγείας, που είναι οι νοσοκομειακές μονάδες, καθώς είναι συγκεντρωμένες σε μία προνομιακή γεωγραφική ενότητα στο κέντρο της Αθήνας.

Γίνεται παράλληλη αναφορά και σύγκριση με τις υποδομές υγείας του υπολοίπου πολεοδομικού συγκροτήματος της Αττικής, όπως έχει διαμορφωθεί σήμερα διοικητικά. Η αναφορά επεκτείνεται και στην απαραίτητη συσχέτιση της παράλληλης ανάπτυξης των δημοσίων με τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και γίνεται προσπάθεια εξορθολογισμού των κριτηρίων (όπου φαίνεται να υπάρχουν) που συμπαρασύρουν την ανάπτυξη των μεν σε βάρος των δε, άλλοτε ανταγωνιστικά και άλλοτε συμπληρωματικά με αποτέλεσμα η αναρχία ως προς την χωροθέτηση να συντελεί στην υποβάθμιση του κτισμένου, του φυσικού περιβάλλοντος και του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς και στην υποβάθμιση ή στον σοβαρό περιορισμό των δυνατοτήτων αναβάθμισης στον εκσυγχρονισμό της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας προς τον πληθυσμό αναφοράς και

στην κατασπατάληση φυσικών, οικονομικών και κοινωνικών πόρων, που όπως είναι γνωστό αποτελεί την «αχίλλειο πτέρνα» των δημόσιων συστημάτων υγείας.

Η περιφέρεια Αττικής αναπτύχθηκε ραγδαία και γιγαντώθηκε πληθυσμιακά και χωρικά λαμβάνοντας την μορφή μητροπολιτικού κέντρου, αλλά μαζί γιγαντώθηκαν και τα προβλήματα που προέκυψαν στην οργάνωση των κοινωνικών υποδομών, των κτιριακών υποδομών, των αστικών κοινοχρήστων υποδομών, των περιβαλλοντικών θεμάτων, της παρακολούθησης των κοινωνικών συνιστωσών που καθορίζουν τις καθημερινές πρακτικές των κατοίκων της, στην λειτουργία των πολιτικών θεσμών και την αποδοτική καθώς και αποτελεσματική άσκηση αυτών προς όφελος των πολιτών.

Στο πλαίσιο της εργασίας εξετάζονται τα παραπάνω θέματα με την δυνατότητα χρήσης ενός ολοκληρωμένου χωρικού εργαλείου λήψης αποφάσεων, που ονομάζεται «Υγειονομικός Χάρτης» και σκοπό έχει την βελτιστοποίηση της διαχείρισης των δομών της Δημόσιας υγείας πρωτίστως.

Η προσέγγιση του θέματος και των συνιστωσών του γίνεται μέσα από την αξιολόγηση και παράθεση στοιχείων που αντλήθηκαν από σχετικές με την δημόσια υγεία, τα συστήματα υγείας και τον χάρτη υγείας μελέτες, βιβλία και δημοσιεύσεις στον ελληνικό τύπο και στο διαδίκτυο και το ισχύον θεσμικό πλαίσιο. Σημαντικό ρόλο έπαιξαν στην διαμόρφωση απόψεων η ανίχνευση των αντίστοιχων ιστοσελίδων του Χάρτη Υγείας άλλων χωρών (Βρετανία, Αυστραλία, Αμερική, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), επίσης οι πληροφορίες που συγκεντρώσαμε κατά την διάρκεια συζητήσεων με επαγγελματίες και επιστήμονες του χώρου, καθώς και οι προσωπικές απόψεις που διαμορφώσαμε κατά τις επισκέψεις σε αρμόδιους φορείς και σε δημόσιες και ιδιωτικές υποδομές υγείας σε συνδυασμό με την προσωπική εμπειρία που έχουμε αποκομίσει από την σκοπιά του επαγγελματία υγείας.

Η εργασία επικεντρώνεται στα θέματα που σχετίζονται με την χωροθέτηση των υφισταμένων υποδομών υγείας, των δημοσίων κατά κύριο λόγο, της υπό μελέτη περιοχής, με παράλληλη επιλογή και δείγματος ιδιωτικών δομών με σκοπό την διερεύνηση τρόπων για την εξαγωγή νέων συμπερασμάτων, ενώ ελήφθη σοβαρά υπόψη ένα εξαιρετικά κρίσιμο για την ανάπτυξη θέμα, που είναι οι κοινόχρηστες υποδομές και η δυνατότητα συνδυασμένης χρήσης των υφισταμένων αστικών και υπεραστικών υποδομών με τον σχεδιασμό νέων και την ανάγκη θέσπισης αξιόπιστων κριτηρίων για την βέλτιστη αποδοτικότητα τους προς όφελος των πολιτών μιας πραγματικά ευνομούμενης πολιτείας, αλλά και η αναφορά στην εξίσου κρίσιμη και χαρακτηριστική αδυναμία για την ελληνική πολιτεία συντονισμού και διασύνδεσης μεταξύ των εμπλεκόμενων υπηρεσιών και φορέων.

2.2 Η επιλογή της χρήσης του «Υγειονομικού Χάρτη» ως μεθοδολογικό εργαλείο λήψης αποφάσεων για την άσκηση εθνικών πολιτικών για την υγεία και η επιλογή της Α΄ ΥΠΕ (Υγειονομικής Περιφέρειας) ως μελέτη περίπτωσης.

Για την παραπάνω προσέγγιση και για την υποστήριξη των υποθέσεων εργασίας που θα τεθούν, επελέγη η εξέταση της χρήσης ενός σύγχρονου μεθοδολογικού εργαλείου για τη λήψη αποφάσεων που ονομάζεται «Υγειονομικός Χάρτης» ή «Χάρτης Υγείας» (Health Map).

Ο «Υγειονομικός Χάρτης» αποτελεί στις μέρες μας ένα παγκόσμιο υπό επεξεργασία εργαλείο που σκοπό έχει την υποστήριξη των Υπηρεσιών υγείας, των επαγγελματιών υγείας καθώς και την αποτελεσματική διαχείριση στην παροχή σύγχρονων και αποτελεσματικών υπηρεσιών στον πληθυσμό κάθε χώρας χωριστά, αλλά και του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο, μέσω των διεθνών οργανισμών, με τη χρήση σύγχρονων τεχνολογικών και υπολογιστικών εργαλείων (γρήγορη, έγκυρη και έγκαιρη πληροφόρηση, χρήση ηλεκτρονικών τραπεζών πληροφοριών, στατιστικών μοντέλων, δορυφορικών χαρτών, γεωγραφικών πληροφορικών συστημάτων (GIS) και άλλων επιχειρησιακών εργαλείων).

Επομένως ο «Υγειονομικός Χάρτης» αποτελεί ένα μεθοδολογικό εργαλείο για την λήψη αποφάσεων τόσο τοπικής όσο και παγκόσμιας εμβέλειας, που αναπτύσσεται με κοινή λογική και εμπλουτίζεται με νέες βάσεις δεδομένων ανάλογα με τις ιδιαίτερες απαιτήσεις και προτεραιότητες των εκάστοτε κοινωνιών ή κρατικών πολιτικών.

Η ανάπτυξη του «Υγειονομικού Χάρτη» αποτελεί ευθύνη του κεντρικού κράτους κάθε χώρας, λόγω του οικονομικού, κοινωνικού και πολιτικού εύρους που αντιπροσωπεύει η εξέλιξη και η χρήση ενός τέτοιου εργαλείου. Εάν δε, για τα παραπάνω ληφθεί ως θεμελιώδες αξίωμα, ότι η «υγεία» αποτελεί το πρώτιστο αγαθό- δεδομένο για την ύπαρξη, την ανάπτυξη και κατ' επέκταση την πρόοδο των ανθρωπίνων αλλά και του συνόλου των έμβιων κοινωνιών, γίνεται καταφανής η σοβαρότητα του εγχειρήματος και η ευθύνη των οργανωμένων κρατών για την εξασφάλιση της ευημερίας των πολιτών τους.

Την τελευταία δεκαετία προκειμένου και η Ελλάδα να παρακολουθήσει τις διεθνείς τάσεις στην εξέλιξη των συστημάτων υγείας και κυρίως για να εναρμονισθεί με το ευρωπαϊκό κοινοτικό δίκαιο σύστησε επιτροπή (με κύριο ακαδημαϊκό όργανο την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας) για την κατάρτιση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Υγεία (2008-2012) με σκοπό την προαγωγή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) της χώρας, τον εκσυγχρονισμό του συστήματος και την υιοθέτηση μοντέρνων εργαλείων για την διαχείριση των πολύπλοκων παραμέτρων που εμπλέκονται στην παροχή υπηρεσιών υγείας στις μέρες μας.

Για την οριοθέτηση καθώς και την στοιχειοθέτηση του θέματος κατά την διάρκεια της έρευνας για την εργασία επιλέξαμε ως μελέτη περίπτωσης την υλοποίηση της εφαρμογής του «Υγειονομικού Χάρτη» σε μια από τις Υγειονομικές Περιφέρειες της Ελλάδος, την Α΄ ΥΠΕ Αττικής (πρώην Α΄ & Β΄ ΥΠΕ Αττικής).

Η επιλογή της Α΄ Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής επελέγη καταρχήν για λόγους πρακτικούς, όπως η δυνατότητα σχετικά εύκολης προσέγγισης των υπηρεσιών της και των υπαγομένων σε αυτήν υποδομών, αλλά στην πορεία της έρευνας απεδείχθη ότι αποτελεί ίσως το αντιπροσωπευτικότερο παράδειγμα «μητροπολιτικής καρδιάς» μίας μητροπολιτικής περιοχής, όπως αναπτύσσεται η Αττική σήμερα, και τα πρότυπα διαχείρισης των υπηρεσιών υγείας που εποπτεύει δεν μπορεί παρά να αποτελέσουν πρότυπο για την επέκταση και υλοποίηση παρόμοιων διαχειριστικών προτύπων και για τις υπόλοιπες Υγειονομικές Περιφέρειες της Ελλάδας, εμπλουτισμένες με τις γεωγραφικές, κοινωνικές, περιβαλλοντικές, επιδημιολογικές και πολιτιστικές ιδιαιτερότητες της κάθε μίας από αυτές.

Η εμβέλεια των υπηρεσιών είναι τόσο τοπική όσο και πανελλαδική και αυτή η ιδιαιτερότητα κάνει την εμπλοκή των παραμέτρων οποιασδήποτε έρευνας επιχειρείται πιο σύνθετη και την λήψη αποφάσεων κρίσιμη. Η αμεσότητα, η ευελιξία, η ορθολογική διαχείριση, το καλά και κατάλληλα δομημένο θεσμικό πλαίσιο, η διαφάνεια, η διάθεση κεντρικής τράπεζας πληροφοριών, η σωστή και απαραίτητη διασύνδεση και άλλων κρατικών υπηρεσιών και φορέων που μπορούν να υποστηρίξουν την παροχή υπηρεσιών υγείας και την αποδοτικότερη λήψη αποφάσεων τόσο σε θεσμικό όσο και σε επιτελικό και επιχειρησιακό επίπεδο, δεν πρέπει να παραβλεφθεί αλλά να συμπεριληφθεί στην ολοκληρωμένη κατάρτιση του Χάρτη Υγείας (π.χ. Τοπική Αυτοδιοίκηση, Ασφαλιστικοί φορείς, Ερευνητικά ιατρικά και περιβαλλοντικά εργαστήρια, ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας όλων των βαθμίδων, υπηρεσίες που μπορούν να δώσουν πληροφορίες χωροταξικές, κλιματολογικές κλπ μέσω δορυφορικών συστημάτων, φορείς που εμπλέκονται σε εφαρμογή σχεδίων έκτακτης ανάγκης, όπως Αστυνομία, Πυροσβεστική, δημόσια εναέρια και επίγεια μέσα μεταφοράς).

Η διαχείριση ενός σύνθετου μεθοδολογικού εργαλείου όπως ο «Υγειονομικός Χάρτης» απαιτεί ολιστική αντιμετώπιση, και στελέχωση με διεπιστημονικές ομάδες έργου κατάλληλα εκπαιδευμένες, οι οποίες σε μόνιμη βάση θα έχουν υποχρέωση να τροφοδοτούν τις βάσεις δεδομένων του συστήματος με όλες τις αναγκαίες πληροφορίες που απαιτούνται. Επίσης η ομάδα έργου θα πρέπει να διαθέτει κατάλληλα εξοπλισμένη επιχειρησιακή ομάδα για την παρατήρηση και υλοποίηση των δράσεων που προκύπτουν σε καθημερινή βάση. Σήμερα τέτοιου τύπου δράση ασκείται από το ΚΕΕΛΠΝΟ (κέντρο ελέγχου και πρόληψης νοσημάτων) και το ΕΚΕΠΥ (επιχειρησιακό κέντρο υπηρεσιών υγείας). Η ολοκλήρωση όμως του «Υγειονομικού Χάρτη» μπορεί προφανώς να συντελέσει στην αποτελεσματικότερη δράση των παραπάνω υπηρεσιών.

2.3 Υποθέσεις εργασίας

- Η χρήση /αξιοποίηση σύγχρονων χωροταξικών και σχεδιαστικών εργαλείων για τον επαναπροσδιορισμό των κριτηρίων για την χάραξη εθνικής πολιτικής στον τομέα της υγείας, μπορεί να συμβάλει στην βελτίωση της λειτουργίας των υφισταμένων δομών, στον προγραμματισμό νέων με σύγχρονα επιχειρησιακά και επιχειρηματικά κριτήρια, την ορθολογική ένταξη των υπηρεσιών στον αστικό και περιαστικό ιστό, στον εξορθολογισμό των δαπανών, στην ανάγκη προστασίας και αναβάθμισης του περιβάλλοντος και στην υποστήριξη της ανάπτυξης της κοινωνικής και οικονομικής βάσης του κράτους.
- Η χάραξη Εθνικών πολιτικών για την υγεία θα πρέπει να στηρίζεται κατά κύριο λόγο από τις βασικές αρχές της δίκαιης κατανομής, της κοινωνικής δικαιοσύνης, της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας του συνόλου του εξυπηρετούμενου πληθυσμού ανεξαρτήτως κοινωνικο-οικονομικών τάξεων. Οι παραπάνω αρχές μπορούν να προσδιορίσουν την οπτική καθορισμού των επιμέρους κριτηρίων (κατανομή πόρων, εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας, κατανομή προσωπικού, κατανομή υπαρχουσών και νέων ειδικοτήτων, συσχετισμό δημοσίων με ιδιωτικούς φορείς, κ.λ.π.) για την στοιχειοθέτηση αποφάσεων σε κεντρικό επίπεδο και την επιλογή/χρήση των κατάλληλων μεθοδολογικών εργαλείων για την έγκυρη και έγκαιρη συλλογή και επεξεργασία/ ανάλυση των πληροφοριών που απαιτούνται.
- Η ανάπτυξη του Δημοσίου τομέα στην υγεία, και προκειμένου να ανταποκριθεί στις αρχικές διακηρύξεις του ΕΣΥ, δεν μπορεί να μην λάβει υπόψη την παράλληλη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα ο οποίος γιγαντώνεται τις τελευταίες δεκαετίες, ασκώντας ανταγωνιστική και όχι συμπληρωματική δράση στις διαρκώς αυξανόμενες ανάγκες για παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Ο εκσυγχρονισμός στον τρόπο λήψης αποφάσεων από το κεντρικό κράτος μπορεί να υποστηριχθεί- πέρα από την ξύλινη γλώσσα των αλληπάλληλων θεσμοθετήσεων, των φορέων και των διοικήσεων-αποφασιστικά από την χρήση νέων τεχνολογιών, επιστημονικών εργαλείων και ένα σχεδιασμό που θα στηρίζεται στη «βάση της κοινωνίας των πολιτών», της οποίας η αποκωδικοποίηση των διαρκώς μεταβαλλόμενων αναγκών και κοινωνικό/ οικονομικό/ πολιτισμικών χαρακτηριστικών στον χρόνο και τον χώρο θα τροφοδοτείται και θα στηρίζεται από εμπειρικές μελέτες και μελέτες πεδίου και κατόπιν κανονιστικές ή άλλες επιστημονικές ρυθμίσεις. Η βιωσιμότητα ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν εξαρτάται από καθαρά οικονομικούς όρους, διότι εξ ορισμού δεν αποτελεί οικονομική επιχείρηση με στόχο την κερδοφορία, αλλά ένα σύστημα κοινωνικών παροχών προς τους πολίτες με σκοπό την διασφάλιση μέσω της υγείας του επιπέδου ευημερίας ενός λαού.

- Ένας ολοκληρωμένος σχεδιασμός για την χάραξη Εθνικών πολιτικών για την υγεία και η ανάπτυξη των υποδομών του Δημοσίου τομέα στην υγεία δεν μπορεί να γίνει χωρίς να λάβει υπόψη παράλληλα και την δυνατότητα αξιοποίησης των υπολοίπων αστικών και υπεραστικών δικτύων και υποδομών που παίζουν καθοριστικό ρόλο στην προσβασιμότητα, στην βελτίωση της λειτουργικότητας και της αποδοτικότητας των δομών υγείας (π.χ. οδικά δίκτυα, κοινόχρηστα δίκτυα υποδομών, διασύνδεση των περιοχών που εξυπηρετεί το μητροπολιτικό κέντρο, διασύνδεση με φορείς και υπηρεσίες παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, κλπ), που συνιστούν σοβαρό κριτήριο για την χωροθέτηση υποδομών κοινής ωφελείας που έχουν αναφορά το σύνολο του πληθυσμού της κάθε διοικητικής και υγειονομικής περιφέρειας. Ένας ολοκληρωμένος σχεδιασμός μπορεί να υποβοηθήσει την καλύτερη οργάνωση στην παροχή υπηρεσιών, την δίκαιη κατανομή και την ισότιμη πρόσβαση και τελικώς την κοινωνική δικαιοσύνη.
- Ο τομέας της δημόσιας υγείας , που αφορά η παρούσα εργασία, οφείλει επίσης να γίνει ανταγωνιστικός και να ανταποκριθεί στις σημερινές συνθήκες ασφυκτικής πίεσης που ασκείται από την παγκοσμιοποίηση των αγορών στον τομέα του εμπορίου αλλά και στην παράλληλη επιθετική ανάπτυξη ενός ιδιωτικού επιχειρηματικού σκέλους στην παροχή υπηρεσιών υγείας, λόγω και της αλλαγής στην συμπεριφορά, στην δυνατότητα ενημέρωσης και στις απαιτήσεις των πολιτών, αφού ένα μεγάλο κομμάτι της λειτουργικής υπόστασης του τομέα υγείας στηρίζεται στην χρήση υψηλής τεχνολογίας (κυρίως βιοϊατρική τεχνολογία).
- Η ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών στην παροχή υπηρεσιών υγείας θα επιταχυνθεί με την θεωρητική και πρακτική επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, με την αλλαγή των κριτηρίων στελέχωσης των υπηρεσιών, με τον εκσυγχρονισμό της νοοτροπίας του ανθρώπινου δυναμικού, με την ανάπτυξη επαγγελματικής λογικής και υπηρεσιακής αξιοκρατίας, δίνοντας προτεραιότητα στην παροχή και εγκατάσταση ολοκληρωμένων συστημάτων μηχανοργάνωσης με την διασύνδεση τους μεταξύ των κεντρικών και περιφερειακών μονάδων, έτσι ώστε οι υπηρεσίες να είναι αξιόπιστες, αποτελεσματικές και να ικανοποιούν τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών.
- Η Δημόσια υγεία επικεντρώνεται στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από το φυσικό περιβάλλον, τις δραστηριότητες της κοινωνικής και παραγωγικής ζωής, τους οικονομικούς παράγοντες που

επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.

Στις ανάγκες των ευπαθών ομάδων πληθυσμού (οικονομικά ασθενείς ομάδες, μετανάστες, μονογονεϊκές ομάδες, ηλικιωμένοι, παιδιά, χρήστες εξαρτισιογόνων ουσιών κλπ) και τον τρόπο ζωής που τις επηρεάζουν.

Στην αποτελεσματική αντιμετώπιση επειγόντων ή έκτακτων καταστάσεων.

Στην διαμόρφωση πολιτικών για την προαγωγή της υγείας και την βιωσιμότητα του.

Στην διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρωπίνου κεφαλαίου της χώρας.

2.4 Μεθοδολογία της εργασίας

- Η διερεύνηση της βιβλιογραφίας προκειμένου να έρθουμε σε επαφή με τα θέματα του θεσμικού πλαισίου που αφορούν στη λειτουργία των υπηρεσιών παροχής υγείας και του ιστορικού πλαισίου για την εξέλιξη του φαινομένου «υγεία» και «δημόσια υγεία» μέχρι τις μέρες μας.
- Η αναζήτηση μέσω του διαδικτύου θεματικών μελετών, εργασιών και ΦΕΚ σχετικών με την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας καθώς και πολιτικών ανακοινώσεων και σχολίων.
- Η αναζήτηση μέσω του διαδικτύου των ιστοσελίδων που προσφέρουν πληροφορίες για τον Χάρτη Υγείας κατά περιφέρεια στην Ελλάδα με έμφαση στις ιστοσελίδες των υγειονομικών περιφερειών της Αττικής.
- Η αναζήτηση μέσω του διαδικτύου των ιστοσελίδων που προσφέρουν πληροφορίες για τον Χάρτη Υγείας από άλλες χώρες (Βρετανία, Αυστραλία, Αμερική) και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.
- Η αναζήτηση και χρήση στατιστικών στοιχείων από την Στατιστική Υπηρεσία και τις κατά τόπους υπηρεσίες (ΥΠΕ-γραφείο υγειονομικού χάρτη, παιδιατρικά νοσοκομεία)
- Πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν από εμπειρική έρευνα, επισκέψεις, δημοσιογραφικές έρευνες, ανακοινώσεις σε περιοδικά και συζητήσεις με αρμοδίους και επαγγελματίες υγείας.
- Κατάρτιση θεματικών χαρτών για την καταγραφή των υπηρεσιών υγείας στην υπό μελέτη περιφέρεια με την υποβοήθηση των GIS, με σκοπό την συλλογή πρωτογενών πληροφοριών για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.0 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η «ΥΓΕΙΑ»

- 3.1 Σύντομη ιστορική αναφορά στο θέμα «Υγεία»
- 3.2 Κοινωνία και υγεία (πολιτισμός /κοινωνικοί παράγοντες/ κοινωνικές ανισότητες/ οικονομία/ εργασία/ ατομική συμπεριφορά /κληρονομικότητα)
- 3.3 Περιβάλλον και υγεία (φυσικό/ δομημένο περιβάλλον)
- 3.4 Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας
- 3.5 Τι είναι το Νοσοκομείο

3.0 ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η «ΥΓΕΙΑ»

Είναι φανερό πλέον ότι στην εποχή μας επιχειρείται μία πιο ολοκληρωμένη μελέτη των βασικών συντελεστών υγείας που επιδρούν μεταξύ τους, διαμορφώνοντας τους μηχανισμούς που «παράγουν» την υγεία και την αρρώστια και αποτελούν μέρος του «μαγικού κόσμου» του ανθρώπινου οργανισμού.

Η ερευνητές των επιστημών υγείας αρχίζουν να κατανοούν, με χρονική υστέρηση, την ανάγκη για μια διεπιστημονική προσέγγιση των ζητημάτων της υγείας, έναν τομέα που δεν έχει απαλλαγεί ακόμη από τα παρωχημένα μοντέλα των (μονο)επιστημονικών ή των πολυεπιστημονικών προσεγγίσεων στις επιστήμες της υγείας, λόγω της κυριαρχίας του ιατρικού «αυταρχισμού» και του σύγχρονου βιοϊατρικού μοντέλου στον χώρο της υγείας.

Η «ανάπτυξη» σε όλους τους τομείς των υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να είναι ούτε αυτονόητη, ούτε μονοδιάστατη, διότι -όσο σε λίγους σύγχρονους επιστημονικούς και πολιτικούς τομείς – έχει διαφανεί η ισχυρή αλληλεξάρτηση των εννοιών της φυσικής και κοινωνικοοικονομικής πραγματικότητας και οι συναφείς /συγγενείς με αυτές έννοιες:

- Του φυσικού και του κοινωνικοοικονομικού χώρου
- Του φυσικού και του δομημένου περιβάλλοντος
- Των φυσικών και των ανθρωπίνων/κοινωνικο/οικονομικών διαθεσίμων,

τα οποία μεταβάλλονται δραματικά δια μέσου του χρόνου, υφιστάμενες τις μοιραίες επιπτώσεις των ραγδαίων εξελίξεων στα πεδία της έρευνας, των τεχνολογιών αιχμής, της παγκοσμιοποίησης της οικονομίας και της μονοκρατορίας πλέον τα τελευταία χρόνια της αγοράς και της « νέας τάξης» στη διεθνή πολιτική σκηνή. (Ρόκος, 2009)

Η μελέτη της σύνθετης δράσης του περιβάλλοντος, της συμπεριφοράς (ατομικής/ κοινωνικής) και της κληρονομικότητας, συνήθως αντιμετωπίζονται ξεχωριστά: το φυσικό περιβάλλον από τους περιβαλλοντολόγους, οι κοινωνικοί παράγοντες από τους κοινωνιολόγους, η συμπεριφορά από τους ψυχολόγους, η κληρονομικότητα από τους βιολόγους και τους γενετιστές.

Η συνοπτική αναφορά μας, σ' αυτό το κεφάλαιο, της ιστορίας των αντιλήψεων για την υγεία και την αρρώστια δεν έχει άλλο σκοπό παρά να καταδείξει την αδιάρρηκτη και αλληλένδετη σχέση του φαινομένου της υγείας με την πολιτισμική, κοινωνική και πολιτική αντίληψη/οργάνωση/στάση ζωής των κοινωνιών, όπως εξελίχθηκαν μέσα στον χρόνο.

Αναπτύχθηκε πλούσια και ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα θεματογραφία (ιστορική και φιλοσοφική) που αφορά στις έννοιες της **Υγείας** και της **Ασθένειας** από την αρχαιότητα μέχρι τις μέρες μας. Η ιστορική εξέλιξη των αντιλήψεων των ανθρώπινων κοινωνιών για την υγεία - και κατ' επέκταση τη σχέση τους με

τον θάνατο, την ζωή και την δυνατότητα της βιολογικής, κοινωνικής και πολιτικής τους «Ανάπτυξης» - αποτέλεσαν σοβαρό θεωρητικό υπόβαθρο για την εξέλιξη της επιστημονικής γνώσης και την μετεξέλιξη των πολιτικών για την υγεία.

Το ευρύ πολιτισμικό φάσμα του πλανήτη μας επηρεάζει την διαφοροποίηση αυτών των αντιλήψεων και των προτύπων που διαμορφώνονται σε τοπικό, χρονικό και χωρικό επίπεδο μέχρι τις μέρες μας.

Επομένως, η υγεία αποτελεί έννοια «αυτονόητη» για τον «απλό» άνθρωπο, που σηματοδοτεί για αυτόν την ικανότητα του να ολοκληρώνεται ως βιολογική και κοινωνική οντότητα.

Όμως η υγεία αποτελεί και έννοια «χαοτική», στις μέρες μας, εποχή της παγκοσμιοποίησης, αν σκεφθεί κανείς ότι ένα από τα πολυπλοκότερα και αντιφατικότερα ζητήματα στη μελέτη της υγείας- όπως προκύπτει από την σχετική διεθνή βιβλιογραφία- είναι αυτός καθαυτός ο ορισμός της.

Ο πλέον γνωστός ορισμός είναι αυτός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), σύμφωνα με τον οποίο «*υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας*».

Η υγεία είναι σύνθετο φαινόμενο, που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, οι περισσότεροι από τους οποίους σχετίζονται με τη βιολογία, τη συμπεριφορά και το περιβάλλον. Το γεγονός αυτό δυσκολεύει έτσι κι αλλιώς τον επιγραμματικό ορισμό της. Το μεγαλύτερο, όμως, απ' όλα τα εμπόδια για έναν κοινά αποδεκτό ορισμό της υγείας είναι η μεταβατική περίοδος που διανύουμε, σε ότι αφορά τις αντιλήψεις σχετικά με την υγεία, την αρρώστια, τον χαρακτήρα της ιατρικής επιστήμης, και τη φύση των συστημάτων υγείας.

Στην διάρκεια του τελευταίου αιώνα μεγάλο μερίδιο στην προσπάθεια ορισμού πιο ολοκληρωμένων αμφισβητήσεων στον προσδιορισμό της «θετικής υγείας» έχουν οι κοινωνιολόγοι και οι οικονομολόγοι. Σκοπός είναι να αναδειχθεί η σημασία της συμμετοχής του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, καθώς και η ανθρώπινη συμπεριφορά στην διαμόρφωση του επιπέδου της υγείας των κοινωνιών.

Έτσι λοιπόν καταδεικνύεται ο «ολιστικός» χαρακτήρας του συστήματος που σήμερα αποκαλείται «υγεία». Πρόκειται για ένα σύστημα που αποτελείται από επιμέρους στοιχεία, τα οποία μαζί παράγουν το χαρακτηριστικό προϊόν του συστήματος: την υγεία, είτε πρόκειται για την ατομική υγεία, είτε για την υγεία ενός πληθυσμού. Δείκτες που εκφράζουν επιμέρους πλευρές και μετρούν μόνο μεμονωμένα φαινόμενα δίνουν ατελή, και συχνά διαστρεβλωμένα, εικόνα του συστήματος στην ολότητα του.

Με βάση τα παραπάνω κρίθηκε ενδιαφέρουσα για την στοιχειοθέτηση της εργασίας, και η περιληπτική ιστορική αναφορά σε ιδιαίτερο κεφάλαιο, της διαχρονικής εξέλιξης του όρου υγεία στις ανθρώπινες κοινωνίες.

3.1 Σύντομη ιστορική αναφορά στο θέμα «Υγεία»

(Πηγή: Τούντας, 2009)

Η ιστορία των αντιλήψεων για την υγεία και την αρρώστια μπορεί να χωριστεί σε πέντε περιόδους. Στη μεταφυσική /μαγική περίοδο, στη μεταφυσική /θρησκευτική, στην πρώιμη επιστημονική /νατουραλιστική, στη μηχανιστική /θετικιστική και στη σύγχρονη /ολιστική. Ο διαχωρισμός αυτός, που ισχύει κυρίως για τον Δυτικό κόσμο, είναι αρκετά σχηματικός, μια και σε πολλές περιπτώσεις, όπως στις μεταβατικές περιόδους, τα στάδια αυτά είτε συνυπάρχουν είτε αλληλεπικαλύπτονται.

Αρχαία Ελλάδα: Οι αρχαίοι Έλληνες ήταν οι πρώτοι που συνειδητοποίησαν ότι η διατήρηση της υγείας και η πρόκληση της αρρώστιας είναι αποτέλεσμα φυσικών διεργασιών. Η ιπποκράτεια παράδοση αποτέλεσε την αφετηρία μιας νατουραλιστικής προσέγγισης, θεμελιωμένης στην αρχαία φυσιοκρατική σκέψη, στην οποία βασίστηκε η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης.

Σύμφωνα με την παράδοση αυτή, η οποία αποτυπώνεται κυρίως στο έργο του Ιπποκράτη *Περί αέρων, υδάτων, τόπων*, η υγεία καθορίζεται με βάση την ισορροπία ανάμεσα στις δυνάμεις του περιβάλλοντος αφενός (άνεμοι, θερμοκρασία, νερό, έδαφος, τροφή) και την ατομική συμπεριφορά αφετέρου (διατροφικές συνήθειες, ποτό, σεξουαλικές δραστηριότητες, αλλά και εργασία και ψυχαγωγία). Από την «εξωτερική» ισορροπία ανάμεσα στον άνθρωπο και το περιβάλλον εξαρτάται η «εσωτερική» ισορροπία των τεσσάρων χυμών του ανθρωπίνου σώματος: του αίματος, του φλέγματος, της μαύρης χολής και της κίτρινης χολής.

Οι θεωρήσεις αυτές έχουν αφετηρία τον αριθμό 4, που κατείχε δεσπόζουσα θέση στη φιλοσοφία των Πυθαγορείων. Η ύπαρξη εξωτερικής και εσωτερικής ισορροπίας αποτελούσε, σύμφωνα με τον Πλάτωνα, το ιδεώδες της υγείας. Στο έργο του *Πολιτεία*, ο Πλάτων προσδιορίζει την υγεία ως την ισόρροπη αλληλεξάρτηση των στοιχείων, «*κρατείν τε και κρατείσθε υπ' αλλήλων*».

Στον *Τιμαίο*, εξάλλου, αναφέρεται ότι η υγεία είναι κατάσταση πλήρους αρμονίας με το «σύμπαν».

Άλλωστε, η ελληνική λέξη υγεία σημαίνει την κατάσταση της πληρότητας, υγιές είναι το ισορροπημένο, το σύμφωνο με την γενική τάξη. Στη διαμόρφωση της αρμονίας αυτής καθοριστικό ρόλο παίζουν και οι κοινωνικές συνθήκες.

Ο Ιπποκράτης συχνά αναφέρεται στην υγεία της «πόλεως». Οι αναφορές αυτές δηλώνουν τον σαφή κοινωνικό και περιβαλλοντικό προσανατολισμό της ιπποκράτειας σκέψης.

Ο Αλκμαίων ο Κροτωνιάτης μάλιστα, κορυφαίος της ιατρικής σχολής του Κρότωνα τον 6^ο π.Χ. αιώνα και για πολλούς ο μεγαλύτερος ιατρός πριν από τον Ιπποκράτη, δεν διστάζει να ορίσει την υγεία με όρους δανεισμένους από το πολιτικό λεξιλόγιο της εποχής του. Υγεία ονομάζει

την ισονομία, δηλαδή την ισορροπία των δυνάμεων «του υγρού και του ξηρού, του πικρού και του γλυκού» στο σώμα. Αυτή η ισονομία συνέχει τόσο την υγεία του πολίτη όσο και την ίδια τη δημοκρατία. Η μοναρχία, αντίθετα, γεννά την αρρώστια και καταστρέφει την «πόλιν», επιβάλλοντας την κυριαρχία ενός στοιχείου επί των άλλων και ανατρέποντας έτσι την ισονομία.

Εκτός από την ιπποκράτεια χυμοφυσιολογία, στην αρχαία Ελλάδα αναπτύχθηκε και η θεωρία της στερεοφυσιολογίας σύμφωνα με την οποία η φυσιολογία εξαρτάται από τη δομή του οργανισμού- όσο για τη φυσιολογία της πέψης, αυτή σχετίζεται με τη μηχανική τριβή των τροφών. Τις βασικές αρχές της στερεοφυσιολογίας τις ασπάζεται και ο Αριστοτέλης, αναφερόμενος στην ύλη των ζώων που αποτελείται από «ανομοιομερή» και «ομοιομερή» τμήματα.

Αρχαία Κίνα: Ανάλογες απόψεις για την σημασία του περιβάλλοντος και της συμπεριφοράς είχαν αναπτυχθεί νωρίτερα, από την παραδοσιακή κινεζική ιατρική. Σύμφωνα με την αρχαία κινεζική σκέψη, ο άνθρωπος είναι μικρογραφία του σύμπαντος. Όπως και το σύμπαν, υπόκειται στους νόμους του Ταό, που σημαίνει τρόπος ή οδός και που προκύπτει από την αλληλεπίδραση δύο ενεργειακών αρχών: Το θετικό-ενεργητικό *γιαγκ* (αρσενικό, φως) και το αρνητικό-παθητικό *γιν* (θηλυκό, σκοτάδι). Οι βασικές ταϊστικές οδηγίες για την υγεία περιλαμβάνουν συστηματικές ασκήσεις, ισορροπημένη διαίτα, έλεγχο της αναπνοής, ηλιοθεραπεία, ομαλή σεξουαλική ζωή.

Αρχαία Ινδία: Στην Ινδία, η βραχμανική ιατρική βασίζεται επίσης στο πρότυπο των «χυμών», αναγνωρίζοντας την ύπαρξη πέντε βασικών αρχών (γη, νερό, φωτιά, αέρας, ουρανός), δύο ποιότητων (θερμό, ψυχρό), τριών υγρών (χολής, φλέγματος, «αέρος»), έξι σωματικών στοιχείων (χυλός, αίμα, σάρκα, οστά, μεδούλι, σπέρμα), καθώς και την επονομαζόμενη ζωτική δύναμη. Η ισορροπία των υγρών, που επηρεάζεται από τους υπόλοιπους παράγοντες, αποτελεί την πεμπτουσία της υγείας.

Αρχαία Ρώμη: Οι απόψεις του διάσημου έλληνα γιατρού Γαληνού (130-201 μ.Χ.) από την Πέργαμο, που έζησε στην Ρώμη, σημάδεψαν την Ρωμαϊκή εποχή και διαχύθηκαν σταδιακά στον Ινδουιστικό και αργότερα στον Ισλαμικό κόσμο. Διατύπωσε ένα μεγάλο θεωρητικό σύστημα φυσιολογίας, το οποίο αναπτύσσεται στις πραγματείες του *Περί φυσικών δυνάμεων και Περί χροίας μορίων*, και η πιο γνωστή του θεωρία για τη φυσιολογία αφορά την κυκλοφορία του αίματος, η οποία παρέμεινε κυρίαρχη έως το 17^ο αιώνα. Ο Γαληνός υποστήριζε επίσης ότι η υγεία εξαρτάται από τη σωστή αναλογία τροφής, ποτού, ύπνου, ερωτικής πράξης, άσκησης, κ.α. Το έργο του επηρεάστηκε από ποικίλες σχολές, και γι' αυτό θεωρήθηκε «εκλεκτικός».

Βυζάντιο- Χριστιανισμός: Τον 4^ο αιώνα, ο Ορειβάσιος ο Περγαμηνός, πρώτος διάσημος γιατρός του Βυζαντίου, υπήρξε συστηματικός ερμηνευτής των έργων του Γαληνού. Η κυριαρχία του γαληνισμού συνεχίστηκε και με το έργο άλλων διάσημων βυζαντινών γιατρών. Ωστόσο

ο δογματισμός της χριστιανικής Εκκλησίας και η θεοκρατορία στάθηκαν εμπόδιο για την περαιτέρω εξέλιξη της γαληνικής ιατρικής. Έτσι, το ενδιαφέρον για την ιατρική επικεντρώθηκε κυρίως στα ζητήματα της δημόσιας υγείας και στην ανέγερση των πρώτων νοσοκομείων, τομείς στους οποίους η Εκκλησία συνέβαλε αποφασιστικά. Το 1116 κτίστηκε το νοσοκομείο της Μονής του Παντοκράτορα, που θεωρείται πρόπλασμα του σύγχρονου νοσοκομείου.

Μεσαίωνας-Δυτική Ευρώπη: Τον 9^ο αιώνα, μεγάλο μέρος του έργου του Γαληνού μεταφράστηκε στα αραβικά, και εν συνεχεία διαδόθηκε από άραβες εμπόρους στην περιοχή της Ινδίας. Ο Αβικένας (980-1037), που θεωρείται ο διασημότερος άραβας γιατρός του Μεσαίωνα, συνδύασε τις ισλαμικές δοξασίες με τις αριστοτελικές αντιλήψεις, υιοθετώντας τις ιπποκράτειες και γαληνικές αρχές. Έχει ενδιαφέρον ότι ο Αβικένας και εν συνεχεία ο αραβοϊσπανός ιατροφιλόσοφος Αβερόης (1126-1198) χρησιμοποιούν τον όρο «υγιάς διάθεση» για να δηλώσουν την φυσιολογική κατάσταση. Ο όρος αυτός παραπέμπει ευθέως στους σύγχρονους προβληματισμούς για τη «θετική υγεία» και την έννοια της ευεξίας.

Στη Δυτική Ευρώπη, όπως και στο Βυζάντιο, η Εκκλησία τον Μεσαίωνα στρέφεται κατά των επιστημονικών κατακτήσεων της κλασικής περιόδου και αναγορεύει τις θρησκευτικές δοξασίες σε μοναδική πηγή ερμηνείας των φυσικών φαινομένων. Η υγεία είναι επιστέγασμα του ενάρετου βίου, η αρρώστια είναι θεόπεμπτη τιμωρία για τους αμαρτωλούς ή δοκιμασία για τους πιστούς, ο θάνατος αποτελεί λύτρωση που οδηγεί σε καλύτερη ζωή. Όλα αυτά δεν συνδέονται με φυσικούς νόμους, αλλά με τον ίδιο τον προορισμό του ανθρώπου. Η αντίληψη, εξάλλου, ότι το πνεύμα δεν θα μπορούσε να πάει στον Παράδεισο αν το σώμα δεν παρέμενε ακέραιο, καθιστούσε αδύνατη την έρευνα του ανθρωπίνου σώματος και την ανάπτυξη της ανατομίας.

Σύγχρονος κόσμος: Το τέλος του Μεσαίωνα και η αναβίωση της επιστημονικής σκέψης κατά τον 16^ο αιώνα απετέλεσαν την αφετηρία του σύγχρονου κόσμου. Ανατόμοι όπως ο Andreas Vesalius (1514-1564), απελευθερωμένοι από τις απαγορεύσεις της Εκκλησίας, ανατέμνουν ανθρώπινα πτώματα και διαπιστώνουν τα λάθη της γαληνικής ανατομικής, που στηρίζονταν αποκλειστικά σε νεκροτομές ζώων. Το τέλος του γαληνισμού δεν σημαίνει και πλήρη εξάλειψη των επιρροών του, που επιβιώνουν μέχρι τον 19ο αιώνα.

Η έμφαση στη δομή του ανθρωπίνου σώματος και η επικράτηση της μηχανιστικής αντίληψης σφράγισαν τους αιώνες που ακολούθησαν. Ενώ η υγεία συσχετιζόταν κατά το παρελθόν με τις συνθήκες διαβίωσης και τον τρόπο ζωής σε αλληλεπίδραση με το φυσικό περιβάλλον, τώρα μετατρέπεται σε αντικείμενο επιστημονικής «περιέργειας» και προβληματισμού. Οι γιατροί, απελευθερωμένοι από τα δεσμά της Εκκλησίας, ανταγωνίζονται την πνευματική μοιρολατρία της χριστιανικής θρησκείας, με την εισαγωγή αρχών και μεθόδων εκλογικευμένου πραγματισμού.

Τον 16^ο αιώνα κυριαρχούσε η αντίληψη ότι ο ανθρώπινος οργανισμός είναι μια θαυμαστή «κατασκευή» που ζωογονείται από άγνωστες «ζωτικές δυνάμεις», ενώ τον 17^ο αιώνα θεωρούσαν τον οργανισμό «μηχανή» που διέπεται από μαθηματικούς νόμους. Ο Γαλιλαίος (1564-1642) είχε ήδη αποδείξει τη δυνατότητα των επιστημονικών μεθόδων να παρέχουν μια μηχανιστική ερμηνεία του φυσικού κόσμου, και ο γάλλος μαθηματικός και φιλόσοφος Καρτέσιος (1596-1650) επεξέτεινε τις αρχές αυτές και στους ζωντανούς οργανισμούς. Το ανθρώπινο σώμα γινόταν αντιληπτό σαν μια μηχανή, που διέπεται από τους νόμους της φυσικής. Η μηχανή αυτή, όπως κάθε μηχανή, θα μπορούσε να λυθεί σε επιμέρους κομμάτια και να ξανασυναμολογηθεί, εφόσον γινόταν κατανοητή η δομή και η λειτουργία της. Τα μηχανήματα του σώματος αποτελούν το αντικείμενο της ιατρικής και πρέπει να εξετάζονται με τη μέθοδο του διαμελισμού και τη συνδρομή της φιλοσοφίας και της μηχανικής. Η υγεία, λοιπόν, ταυτίστηκε σε όλη αυτή την περίοδο με την ομαλή λειτουργία της ανθρώπινης «μηχανής».

Μια άλλη σημαντική διάσταση της καρτεσιανής αντίληψης ήταν ο διαχωρισμός σώματος και πνεύματος. Το πνεύμα παρέμενε ο χώρος της ψυχής, το προνομιακό πεδίο της θρησκείας, ενώ το σώμα, η ανθρώπινη «μηχανή», μπορούσε πλέον να υπαχθεί στη δικαιοδοσία της καινούργιας θετικιστικής επιστήμης, σύμφωνα με την οποία η λογική σκέψη στηρίζεται στις εμπειρικές παρατηρήσεις.

Ο καρτεσιανός διαχωρισμός σώματος- ψυχής λειτούργησε απελευθερωτικά, λυτρώνοντας την υπόθεση της υγείας από τα δεσμά της εκκλησιαστικής δικαιοδοσίας. Από την άλλη πλευρά όμως, θεμελίωσε την ιατρική επιστήμη σε μία λαθεμένη αντίληψη, που αναιρούσε την ολιστική οντότητα της ανθρώπινης ύπαρξης.

Η μηχανιστική αντίληψη για τον ανθρώπινο οργανισμό αποτέλεσε το θεωρητικό υπόβαθρο της σύγχρονης ιατρικής. μάλιστα, η διάδοση των μεταμοσχεύσεων και πολλών προσθετικών επεμβάσεων, καθώς και η χρήση ηλεκτρονικών βοηθημάτων (βηματοδότες, κ.α.), συνέβαλαν στη διαίωνιση αυτής της αντίληψης, παρά τον διαφορετικό προβληματισμό που αναπτύσσεται τα τελευταία χρόνια ως προς τη θεωρητική ερμηνεία των φαινομένων της υγείας και της αρρώστιας.

Ο μερκαντισμός (εμποροκρατία) του 17^{ου} αιώνα και ο Διαφωτισμός του 18^{ου} αιώνα ενίσχυσαν ακόμα περισσότερο την μηχανιστική θεώρηση του ανθρώπινου σώματος, κυρίως στις δυτικές κοινωνίες. Τα δύο αυτά κινήματα που είχαν έντονο κοινωνικό και «εκσυγχρονιστικό» προσανατολισμό, αν και δεν κατάφεραν να ανανεώσουν την ιατρική με τους ταχείς ρυθμούς που κυριάρχησαν αργότερα, κατά τον 19^ο αιώνα, έθεσαν όμως για πρώτη φορά το ζήτημα του ρόλου της υγείας στη διαμόρφωση εθνικής και αναπτυξιακής πολιτικής.

Το κίνημα του Διαφωτισμού υπέθαψε τόσο την Αμερικανική όσο και την Γαλλική Επανάσταση, μετατοπίζοντας το ενδιαφέρον από τον κόσμο της ψυχής και του πνεύματος στον υλικό κόσμο- και πιο συγκεκριμένα, στη βελτίωση των συνθηκών της καθημερινής ζωής. Η βελτίωση αυτή μπορούσε να πραγματοποιηθεί με **την ορθολογική προσέγγιση όλων**

των προβλημάτων, σε συνδυασμό με τη διάδοση της γνώσης στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό.

Η Γαλλική Επανάσταση γέννησε, μεταξύ άλλων, και δύο μεγάλους μύθους. Ότι οι γιατροί θα μπορούσαν να αντικαταστήσουν τους ιερείς, και ότι με την πολιτική αλλαγή η κοινωνία θα μπορούσε να επιστρέψει σε ένα αρχικό καθεστώς «καλής υγείας». Οι εξελίξεις αυτές ενεργοποίησαν διαδικασίες που οδήγησαν σε ότι αργότερα ονομάστηκε «δημόσια υγεία» και είχαν ως αποτέλεσμα αφενός να μετατραπεί η υγεία από ιδιωτικό ζήτημα των αρρώστων σε υπόθεση της κοινωνίας, και αφετέρου να τεθεί εκ νέου η ιδέα της προστασίας της υγείας του πληθυσμού στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος. Το επίπεδο υγείας ενός λαού θεωρήθηκε σημαντικός παράγοντας για την πολιτική και οικονομική ευρωστία του κράτους, ενώ ταυτόχρονα γεννήθηκε η αισιοδοξία ότι ο άνθρωπος είναι σε θέση να καταπολεμήσει την αρρώστια- και, κυρίως, το μείζον πρόβλημα της εποχής εκείνης, τις επιδημίες.

Στην περίοδο του πρώιμου καπιταλισμού, η ταχύρυθμη εκβιομηχάνιση και αστικοποίηση οδηγούσε μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στην εξαθλίωση, σε απάνθρωπες συνθήκες εργασίας και κατοικίας. Οι συνθήκες αυτές, που έπλητταν με δραματικό τρόπο την υγεία των εργαζομένων, οδήγησαν στη γέννηση εννοιών όπως η **κοινωνική ιατρική** και η **δημόσια υγεία**. Σε καμία, όμως, περίπτωση δεν αμφισβητήθηκε ουσιαστικά το μηχανιστικό μοντέλο.

Αντίθετα, οι συνεχείς επιστημονικές κατακτήσεις της ανατομίας, της φυσιολογίας και της μικροβιολογίας, που έριχναν άπλετο φως στη δομή και τη λειτουργία των οργάνων του ανθρωπίνου σώματος, γεννούσαν αυξημένες ελπίδες για αποτελεσματική «επισκευή» του. Η δημόσια υγεία πήρε τη μορφή κινήματος και κοινωνικοί μεταρρυθμιστές, πολιτικοί, φιλελεύθεροι γιατροί απαίτησαν να αναγνωρισθεί η ευθύνη της κοινωνίας στην προστασία του περιβάλλοντος και στην εξασφάλιση της υγείας, υπογραμμίζοντας παράλληλα ότι η ιατρική είναι κυρίως κοινωνική επιστήμη. Ο Τζέρεμι Μπένθαμ (1748-1832) και ο Τζον Στιούαρτ Μιλ (1806-1873) εν συνεχεία, στο πλαίσιο της φιλοσοφίας του ωφελιμισμού, θεωρούσαν αποστολή του κράτους την εξασφάλιση της ατομικής ευδαιμονίας, και επομένως της υγείας.

Προς τα τέλη του 19^{ου} αιώνα και τις αρχές του 20^{ου}, οι μεγάλες κατακτήσεις της βιοϊατρικής, και ειδικότερα της μικροβιολογίας, οδήγησαν σε εξασθένηση του κινήματος της κοινωνικής ιατρικής και σε αποδοχή μιας μονοδιάστατης ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας, που στηρίζονταν κυρίως στα ευρήματα της εργαστηριακής και κλινικής ιατρικής. Το ανθρώπινο σώμα κατοχυρώθηκε ως «μηχανή». Η υγεία ταυτίστηκε με την απουσία αρρώστιας και η ιατρική θεωρήθηκε ο θεματοφύλακός της. Η επικράτηση της **ιατροκεντρικής αντίληψης** για την υγεία και η κυριαρχία ενός **βιοϊατρικού μοντέλου** (με θεωρητικό υπόβαθρο τον αναγωγικό υλισμό) σφράγισαν το μεγαλύτερο μέρος του 20^{ου} αιώνα.

Παρόλο που οι διαφορές ανάμεσα στην αρχαία φυσιοκρατία και το σύγχρονο αναγωγικό υλισμό δεν είναι ιδιαίτερα εμφανείς, οι αντιλήψεις στα θέματα της υγείας και της αρρώστιας έχουν ξεφύγει σημαντικά από τις μεγάλες ιστορικές καταβολές της ιατρικής σκέψης.

Σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο, η υγεία αποτελεί έκφραση της φυσιολογικής λειτουργίας που χαρακτηρίζει το ανθρώπινο είδος. Η φυσιολογική αυτή λειτουργία καθορίζεται κυρίως με βάση τους επιδημιολογικούς δείκτες και τις βιοστατιστικές μετρήσεις, οι οποίες ανιχνεύουν παθολογικές παρεκτροπές από το «φυσιολογικό». Είναι αξιοπρόσεκτο βέβαια ότι οι τιμές των βιολογικών παραμέτρων (π.χ. αρτηριακή πίεση, χοληστερόλη κλπ) διαφέρουν από λαό σε λαό.

Η προσέγγιση αυτή αφορά κυρίως τη σωματική διάσταση της υγείας, ενώ φαίνεται να αγνοεί την ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης. Όμως, ακόμα και η σωματική λειτουργία δύσκολα μπορεί να προσδιοριστεί ανεξάρτητα από το ευρύτερο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον.

Η υγεία είναι μία έννοια με πολλές διαστάσεις. Θα αποτελούσε αποπτώχευσή της ως έννοιας, αν ο ορισμός της επικεντρώνονταν μόνο στις διαστάσεις που μπορούν να προσδιοριστούν βιοϊατρικά και να μετρηθούν, όπως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα. Η υγεία εκτός από βιολογικό είναι και κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο ενσωματώνει την ποιότητα των σχέσεων που διατηρούν οι άνθρωποι με το περιβάλλον τους, καθώς και μεταξύ τους.

Επομένως, δεν θα πρέπει να ορίζεται χωρίς αναφορές στο υλικό, φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει και δρα κάθε άτομο. Δεν είναι τυχαίο, άλλωστε, ότι πολλοί αριστεροί διανοητές έχουν υποστηρίξει ότι η ιατρική αντίληψη για την υγεία αντανάκλα τις καπιταλιστικές αξίες, σύμφωνα με τις οποίες τα άτομα ορίζονται κυρίως ως παραγωγοί και η υγεία ως φυσική/ λειτουργική ικανότητα προς εργασία.

Σύγχρονες προσεγγίσεις: Η ιατρογενής αντίληψη, που προσδιορίζει αρνητικά την υγεία, ως απουσία της αρρώστιας, αμφισβητήθηκε ακόμα και όταν μεσουρανούσε. Το 1930 ο αμερικανός γιατρός J. F. Williams (1868-1944) έγραφε: *αξίζει να σκεφτόμαστε την υγεία ως την κατάσταση εκείνη που επιτρέπει στο άτομο να απολαμβάνει όσο γίνεται περισσότερο τη χαρά της ζωής, να εργάζεται δημιουργικά, να υπηρετεί με το καλύτερο δυνατό τρόπο την ανθρωπότητα. Η ταύτιση της υγείας με την απουσία της αρρώστιας αποτελεί έκφραση μετριότητας. Η υγεία είναι ποιότητα ζωής που σηματοδοτεί έμπνευση και συνεχή δημιουργικότητα.*

- Η πρώτη και πιο χαρακτηριστική προσπάθεια είναι του αμερικανού κοινωνιολόγου Τάλκοτ Πάρσονς (T. Parsons) (1902-1979), οποίος στη δεκαετία το 1950 όρισε την υγεία ως την κατάσταση εκείνη που επιτρέπει την καλύτερη δυνατή ανάληψη και εκπλήρωση των ρόλων για τους οποίους το άτομο έχει εγκοινωνιστεί. Η κοινωνιολογική αυτή προσέγγιση της υγείας, στηριγμένη στην έννοια του «ρόλου του ασθενούς» (sick role), παρά την απήχησή της, συνάντησε πολλές αντιδράσεις στο χώρο της αμερικανικής κοινωνιολογίας. Η προσέγγιση του Πάρσονς μοιάζει να στηρίζεται μόνο στην ικανότητα εκπλήρωσης ρόλων, ανεξάρτητα από το

περιεχόμενο του ίδιου του ρόλου. Πολλοί ρόλοι, όμως, μπορεί να είναι από μόνοι τους παθογόνοι, όπως σε περιπτώσεις εργαζομένων σε ανθυγιεινά επαγγέλματα. Στις περιπτώσεις αυτές η αρρώστια μπορεί να συνυπάρχει με τη συνέχιση του εργασιακού ρόλου και να μην τον διαταράσσει για μεγάλο χρονικό διάστημα.

- Από τις υπόλοιπες κοινωνιολογικές ή κοινωνιολογίζουσες προσεγγίσεις ξεχωρίζει η συνεισφορά του γάλλου Rene Dubos (1901-1982) ο οποίος ορίζει την υγεία ως *modus vivendi* που επιτρέπει στον εξ ορισμού ατελή άνθρωπο να επιτυγχάνει μια ικανοποιητική και σχετικά ανώδυνη ύπαρξη, στην προσπάθειά του να ζήσει και να επιβιώσει σε έναν επίσης ατελή κόσμο.

Ο Dubos υποστήριξε ακόμα ότι υγιής κοινωνία είναι η κοινωνία εκείνη που διευκολύνει την προσαρμογή στο αναπότρεπτο της αρρώστιας και ότι η υγεία και η αρρώστια δεν είναι έννοιες που αλληλοαποκλείονται.

- Ο Κάρλ Μάρξ (1818-1883) στα νεανικά του έργα συνέδεσε την έννοια της υγείας με την έννοια της αλλοτρίωσης του ανθρώπου κατά τη διαδικασία της κεφαλαιοκρατικής συσσώρευσης. Η υγεία στη διαδικασία αυτή αποκτά μονοσήμαντη διάσταση, που σχετίζεται με την ικανότητα για εργασία, τα κέρδη από την οποία τα καρπούνται άλλοι. Ο τρόπος παραγωγής και οι σχέσεις που αυτός διαμορφώνει παίζουν καθοριστικό ρόλο στην υγεία των εργαζομένων. Οι απόψεις αυτές, που κυριάρχησαν σε πολλές χώρες και κινήματα του 20^{ου} αιώνα, αν και κατηγορήθηκαν ως εγκλωβισμένες σε έναν ξεπερασμένο οικονομισμό που δεν μπορεί να αγκαλιάσει τις ιστορικές, πολιτισμικές, περιβαλλοντικές ή και υπαρξιακές ακόμη διαστάσεις της υγείας και της αρρώστιας, συνέβαλαν σημαντικά στην ανάπτυξη της ιατρικής της εργασίας και στην προστασία της υγείας των εργαζομένων.

- Μια άλλη εκδοχή της οικονομικής θεώρησης της υγείας αποτελεί η προσέγγιση ορισμένων νεοκλασικών οικονομολόγων, οι οποίοι, στις αρχές της δεκαετίας του 1950, ερευνώντας τις δυνάμεις της οικονομικής ανάπτυξης, διαμόρφωσαν την έννοια του «ανθρωπίνου κεφαλαίου». Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η ποιότητα του ανθρωπίνου κεφαλαίου εξαρτάται σημαντικά από την εκπαίδευση και το επίπεδο υγείας, ενώ παράλληλα η βελτίωση της υγείας αυξάνει ποσοτικά αλλά και ποιοτικά το αποτέλεσμα της εργασίας.

Οικονομική είναι επίσης κατά βάση, παρά την ιδεολογική της φόρτιση, και η διαμάχη για το αν η υγεία είναι καταναλωτικό εμπόρευμα ή δημόσιο αγαθό. Οι υπηρεσίες υγείας, ως εμπόρευμα, πωλούνται και αγοράζονται. Όμως, αν η υγεία θεωρηθεί αγαθό, το κράτος ή η κοινωνία πρέπει να έχει την ευθύνη για τη δωρεάν εξασφάλισή τους, σύμφωνα με τις ανάγκες κάθε πολίτη. Ανάμεσα στις δύο αυτές αντιμαχόμενες απόψεις, κινείται μια πληθώρα ενδιάμεσων ή μικτών προσεγγίσεων.

3.2 Κοινωνία και υγεία (πολιτισμός/ κοινωνικοί παράγοντες/ κοινωνικές ανισότητες/ οικονομία/ εργασία/ ατομική συμπεριφορά/ κληρονομικότητα)

Όπως αναφέρθηκε και στην προηγούμενη παράγραφο, η υγεία είναι μία έννοια με πολλές διαστάσεις. Θα αποτελούσε αποπτώχευσή της ως έννοιας, αν ο ορισμός της επικεντρώνονταν μόνο στις διαστάσεις που μπορούν να προσδιοριστούν βιοϊατρικά και να μετρηθούν, όπως η νοσηρότητα και η θνησιμότητα. Η υγεία εκτός από βιολογικό είναι και κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο ενσωματώνει την ποιότητα των σχέσεων που διατηρούν οι άνθρωποι με το περιβάλλον τους, καθώς και μεταξύ τους. Επομένως, δεν θα πρέπει να ορίζεται χωρίς αναφορές στο υλικό, φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει και δρα κάθε άτομο.

Από την κλασική αρχαιότητα έως τη νεωτερική φιλοσοφία του εικοστού αιώνα, η πολιτική φιλοσοφία αποτέλεσε διαχρονικά την ενδεδειγμένη διερεύνηση της φύσης του κράτους και των σχέσεων του με άλλους κοινωνικούς θεσμούς.

Παράλληλα στη διάρκεια των τελευταίων αιώνων, η οικονομική θεωρία επιχειρεί την ανάλυση και την ερμηνεία της φύσης της αγοράς και του χαρακτήρα των ανταλλαγών.

Κράτος και αγορά συναποτελούν μείζονες λειτουργίες της ανθρώπινης ιστορίας και της κοινωνίας και συναντιούνται στις μεγάλες ιδεολογικές, φιλοσοφικές και πολιτικές σχολές, οι οποίες επέδρασαν στο σύνολο των εκφάνσεων του κοινωνικού βίου.

Με την έννοια αυτή, τα μεγάλα ρεύματα της οικονομικής θεωρίας εμπεριέχουν θέσεις πολιτικής θεωρίας και διαμορφώνουν-πλην των άλλων- τους όρους των αντιλήψεων και των πολιτικών για την υγεία. Για παράδειγμα με βάση την πολιτική φιλοσοφία των Karl Marx και Friedrich Engels, αλλά και της ωφελιμιστικής σχολής των Jeremy Bentham, James Mill, και John Stuart Mill διαμορφώνεται το κίνημα της δημόσιας υγείας στη Βρετανία, τη Γαλλία και τη Γερμανία κατά το δέκατο ένατο αιώνα. Ακόμη, στον εικοστό αιώνα η σύνδεση της οικονομίας με τους πολιτικούς θεσμούς στο έργο του John Maynard Keynes, ώθησε τον William Beveridge και τον Aneurys Bevan στη συγκρότηση κρατικής υπηρεσίας υγείας στη Βρετανία, εξέλιξη η οποία επέδρασε σε σημαντικό βαθμό σε πολλές χώρες.

Στην πρόσφατη περίοδο η αναβίωση της κλασικής οικονομικής σχολής (Adam Smith, David Ricardo, Karl Marx), η θεωρία του ανταγωνισμού της νεοκλασικής σχολής σε συνδυασμό με τη θεωρία της χρησιμότητας έχει διαμορφώσει ένα νέο πλαίσιο για την παραγωγή της υγείας και την φύση των υγειονομικών αγορών, στις οποίες η συνάντηση του κράτους και της αγοράς παράγει νέα δεδομένα, για τη φύση και το χαρακτήρα της υγείας και της ιατρικής περίθαλψης και ακόμη των υγειονομικών αγορών.

Στη Δυτική Ευρώπη οι ρίζες της κοινωνιολογίας της υγείας μπορούν να ανιχνευτούν στη φιλοσοφία του διαφωτισμού και ειδικότερα στη μελέτη των κοινωνικών διαστάσεων της αρρώστιας, στο πλαίσιο ανάπτυξης της

κοινωνικής ιατρικής και του κινήματος της δημόσιας υγείας κατά τον 19ο αιώνα.

Ωστόσο, η ανάπτυξη της κοινωνιολογίας της υγείας ως διακριτού επιστημονικού κλάδου είναι προϊόν του δεύτερου μισού του 20^{ου} αιώνα.

Σταθμό στην πορεία αυτή συνιστά η έκδοση το 1951 του βιβλίου του T. Parsons με τίτλο «The social system», το οποίο αποτέλεσε το έναυσμα για τις πρώτες ουσιαστικές προσπάθειες θεωρητικού προσανατολισμού του νέου επιστημονικού πεδίου. Η κατανόηση των μετέπειτα εξελίξεων που σημειώθηκαν στις κοινωνικές θεωρίες για την υγεία, προϋποθέτει τη γνώση της κληρονομιάς των θεμελιωτών της κοινωνιολογικής σκέψης. Οι θέσεις που διατύπωσαν αυτοί στην προσπάθεια εννοιολογικής θεμελίωσης της επιστήμης της κοινωνιολογίας άσκησαν σημαντική επίδραση στην προβληματική που αναπτύχθηκε αργότερα για την ανάγκη θεωρητικής γενίκευσης των ευρημάτων της εμπειρικής έρευνας στον τομέα της υγείας.

Οι θέσεις του Durkheim για τους κανόνες της κοινωνιολογικής μεθόδου και η ανάλυση για τις αιτίες της αυτοκτονίας λειτούργησαν ως πρότυπο για τη διεξαγωγή ερευνών σχετικά με τους προσδιοριστικούς παράγοντες που επιδρούν πάνω στην υγεία ενός πληθυσμού.

Η ανάδειξη από τον Weber του ορθολογισμού ως βασικού στοιχείου των δυτικών κοινωνιών επηρέασε την προβληματική σχετικά με την παραγωγή και εφαρμογή της ιατρικής γνώσης καθώς και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας.

Ο δομολειτουργισμός του Parsons ανέδειξε τη σημασία της σχέσης γιατρού- ασθενή. Η θεωρία της συμβολικής αλληλεπίδρασης και ο Goffman μετάθεσαν το ενδιαφέρον στο μικροκοινωνιολογικό επίπεδο και στη διαχείριση της ταυτότητας του εαυτού σε καταστάσεις στιγματισμού όπως στην περίπτωση κάποιας αναπηρίας, καθώς και στη λειτουργία των ολοκληρωτικών ιδρυμάτων όπως τα ψυχιατρεία.

Ο Foucault έθεσε ως αντικείμενο διαπραγμάτευσης της ανάλυσης του τον ιατρικό λόγο, τόσο ως προς τους μετασχηματισμούς στην ιατρική γνώση οι οποίοι σηματοδότησαν την τροποποίηση των κανόνων διαμόρφωσης των αποφάνσεων που θεωρούνται επιστημονικά έγκυρες, όσο και ως προς την άσκηση εξουσίας για την πειθάρχηση του σώματος.

Η μαρξιστική προσέγγιση με κύριο εκπρόσωπο τον Navarro επικεντρώθηκε στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ υγείας, αρρώστιας και καπιταλισμού.

Η κριτική θεωρία και ο Habermas έθεσαν το ζήτημα της αποικιοποίησης του βιόκοσμου από το σύστημα και το επικοινωνιακό πράττειν στη σχέση γιατρού και ασθενή, αποτελώντας τη βάση μιας από τις ερμηνείες ανάπτυξης των κοινωνικών κινημάτων για την υγεία.

Επιπροσθέτως, προσεγγίσεις όπως του Elias, του Douglas, της φαινομενολογίας του Merleau- Ponty και της δομοποίησης του Bourdieu θέτουν το ζήτημα της πρόσληψης και της διαχείρισης του σώματος, ως έκφρασης της πολυδιάστατης σχέσης του βιολογικού με το κοινωνικό.

Το κυρίαρχο σήμερα επιστημολογικό παράδειγμα στην Υγεία εδραιώθηκε στις αρχές του προηγούμενου αιώνα και καθόρισε τόσο τα πεδία της βιο-ιατρικής έρευνας και της ιατρικής πράξης όσο και τις επιλογές στην πολιτική υγείας μέχρι σήμερα.

Βασικό χαρακτηριστικό του είναι η μηχανιστική ερμηνεία της δομής του ανθρώπινου οργανισμού και των παθοφυσιολογικών μηχανισμών. Απόρροια της κυριαρχίας του ήταν η επικέντρωση της έρευνας στη μηχανιστική αποδόμηση του οργανισμού και των μηχανισμών απορύθμισης του με άμεση συνέπεια την εκρηκτική ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας και των εφαρμογών της στη διάγνωση και τη θεραπεία. Η νοσοκεντρική αυτή προσέγγιση η οποία στοχεύει στο άτομο- άρρωστο, επικαθόρισε και την ανάπτυξη νοσοκομειοκεντρικών και ιατροκεντρικών υπηρεσιών υγείας, την κυριαρχία δηλαδή του ιατροβιομηχανικού συμπλέγματος στις εφαρμοζόμενες πολιτικές υγείας.

Ο ορισμός της υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1946 αποτελεί την πρώτη έκφραση αμφισβήτησης του μηχανιστικού νοσοκομειοκεντρικού παραδείγματος και ανάδυσης ενός νέου επιστημολογικού παραδείγματος το οποίο επικεντρώνει στην υγεία και την προάσπισή της. Παράδειγμα το οποίο εμφανίζεται ολοκληρωμένο με την πρόταση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τα τέλη της δεκαετίας του 1970 παράλληλα με τα κινήματα αμφισβήτησης της περιόδου αυτής. Το παράδειγμα αυτό επικεντρώνει στην προάσπιση της υγείας την οποία προσεγγίζει ως κοινωνικό αγαθό, χαρακτηριστικό το οποίο επικαθόριζε αντίστοιχες κατευθύνσεις στην έρευνα καθώς και στην πολιτική υγείας.

Σε πολλές σύγχρονες οικονομικο- φιλοσοφικές θεωρίες επιχειρείται ο εννοιολογικός προσδιορισμός θεμελιωδών όρων όπως για παράδειγμα, οι έννοιες της υγείας και της ιατρικής περίθαλψης και οριοθετείται το πεδίο εφαρμογής της πολιτικής οικονομίας της υγείας. Ειδικότερα, γίνεται διάκριση ανάμεσα στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη υπό το πρίσμα της θεωρίας του ανθρώπινου κεφαλαίου **και αναλύεται η λειτουργική και βιωματική προσέγγιση της υγείας, καθώς επίσης και οι επιπτώσεις τους στον προσδιορισμό των αναγκών υγείας και κατά συνέπεια των πολιτικών υγείας.**

Επίσης στις νεώτερες θεωρίες παρουσιάζεται **το ζήτημα της ισότητας στην υγεία και στις υπηρεσίες υγείας** και προσδιορίζονται οι έννοιες της οριζόντιας και κάθετης ισότητας. Ακόμη επιχειρούνται αναφορές σε εμπειρικά ευρήματα τα οποία θεμελιώνουν την ύπαρξη γεωγραφικών και κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και την φροντίδα για την υγεία. Το κριτήριο της ισότητας συνιστά βασική επιδίωξη των υγειονομικών συστημάτων σε συνδυασμό με τα κριτήρια της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας και αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα στη διανομή της υγειονομικής φροντίδας.

Ενώ στη μαρξιστική παράδοση η ισότητα αποτελεί δομικό στοιχείο της διανομής σύμφωνα με τις ανάγκες και τη δίκαιη κατανομή των βαρών ανάλογα με τις δυνατότητες, στη νεοκλασική προσέγγιση και στην ανάλυση χρησιμότητας η ισότητα και η δικαιοσύνη προσδιορίζονται ως κοινωνικές ή αλτρουιστικές εξωτερικότητες ή ακόμη ως δέσμευση και συμμετοχή για την άντληση ατομικής ή συλλογικής ωφελιμότητας. Δεδομένου ότι υπάρχει αντιστάθμιση μεταξύ ισότητας και αποδοτικότητας η εισαγωγή του κριτηρίου της ισότητας ενδεχομένως προκαλεί μείωση της ατομικής

χρησιμότητας η οποία όμως ως συνειδητή επιλογή αποτελεί δέσμευση σύμφωνα με την προσέγγιση του Amartya Sen.

Η δικαιοσύνη ως δικαιοκρατία αναφέρεται σε βασικά αγαθά στα οποία, παρά το γεγονός ότι δεν περιλαμβάνεται η υγεία, εν τούτοις αυτή οφείλει να βασίζεται στην ιδέα της *maximum* προσέγγισης δηλαδή στη μεγιστοποίηση του οφέλους στα ελάχιστα προνομίουχα στρώματα.

Είναι προφανές ότι σημαντικός αριθμός προσεγγίσεων ηθικού, κοινωνικού και οικονομικού χαρακτήρα επιχειρούν τη θεμελίωση της ισότητας και της δικαιοσύνης στην υγεία και τις υπηρεσίες υγείας, στη μεταπολεμική περίοδο και τη συγκρότηση ενός κοινωνικού συμβολαίου. Στην πραγματικότητα όμως οι ανισότητες υφίστανται και διευρύνονται και οι θεωρητικές προσεγγίσεις υπηρετούν κυρίως τους μηχανισμούς νομιμοποίησης παρά αυτή καθ' εαυτή την έννοια της ισότητας.

Εν κατακλείδι λοιπόν η κοινωνική διάσταση της υγείας παρουσιάζεται στην εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος από την εποχή της βιομηχανικής επανάστασης μέχρι σήμερα με:

- Την συμβολή των μέτρων δημόσιας υγείας στον έλεγχο των δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας στην διάρκεια του δεκάτου ενάτου και των αρχών του εικοστού αιώνα υπό την επίδραση του κινήματος των υγιεινιστών στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης.
- Τις εξελίξεις στην κοινωνική ασφάλιση με αφορμή τις μεταρρυθμίσεις του Otto Bismark στη Γερμανία και την εμπλοκή του κράτους στην παραγωγή υγειονομικής περίθαλψης στο πλαίσιο της παρέμβασης του William Beveridge στη Μεγάλη Βρετανία.
- Υπό την επίδραση των κοινωνικών εξελίξεων στη μεταπολεμική περίοδο καθώς επίσης και την πρόοδο στις βιολογικές επιστήμες και στη βιοϊατρική τεχνολογία εξετάζεται η συγκρότηση της βιομηχανίας ιατρικής περίθαλψης στις αναπτυσσόμενες χώρες.
- Την ανάλυση της φύσης και του χαρακτήρα της υγειονομικής αγοράς και τις ιδιαιτερότητες και τις στρεβλώσεις που αναδύονται από την ασυμμετρία της πληροφόρησης, την έλλειψη κυριαρχίας του καταναλωτή και την ύπαρξη κοινωνικών εξωτερικοτήτων από την παρουσία της ασφάλισης. Στο πλαίσιο αυτό επιχειρείται η ερμηνεία της ανάπτυξης μονοπωλιακών τάσεων στην αγορά υπηρεσιών υγείας και την εμφάνιση φαινομένων άσκησης εξουσιαστικής κλινικής ιατρικής.
- Συζητείται η σχέση των δομικών χαρακτηριστικών της υγειονομικής αγοράς αφ' ενός με την απουσία επιλογών και ελευθεριών από μέρους των χρηστών και αφ' ετέρου με την αυταρχική-πατερναλιστική φύση της παρεμβατικής κλινικής ιατρικής, η οποία αναπαράγει το καθεστώς της ιατρικής εξουσίας και περιορίζει την επιθυμητή κυριαρχία του καταναλωτή. Ο φαύλος κύκλος, ο οποίος παρατηρείται επανατροφοδοτεί τις μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά

υπηρεσιών υγείας και εκμηδενίζει τις δυνατότητες κοινωνικού ελέγχου στην κατανομή των πόρων και στην ιεράρχηση των προτεραιοτήτων.

3.3 Περιβάλλον και Υγεία (φυσικό/ δομημένο περιβάλλον)

Για τα θέματα του «Περιβάλλοντος» ισχύει ότι ακριβώς και για τα θέματα της «Υγείας». Ότι, δηλαδή, πρέπει να δίνουμε προτεραιότητα σε πολιτικές που θεμελιώδη αρχή τους θα είναι η υιοθέτηση συμπεριφορών κοινωνικών και ατομικών καθώς και πολιτικών θεσμών, που πρωταρχικό τους σκοπό θα έχουν τα να προλαμβάνουμε (πρόληψη- παρέμβαση και έγκαιρη διάγνωση) παρά να θεραπεύουμε ή να αποκαθιστούμε τις βλάβες ή τα προβλήματα που προκύπτουν ή θα προκύψουν από την αλόγιστη και καταχρηστική συμπεριφορά των ανθρωπίνων δραστηριοτήτων πάνω στη φύση και την ανθρώπινη ύπαρξη.

Η σχέση μεταξύ περιβάλλοντος και υγείας είναι στενή και πολύπλοκη. Η σύνθετη, μακροχρόνια και αθροιστική έκθεση σε φυσικούς, μικροβιακούς και χημικούς ρυπαντές στο νερό, στον αέρα, στα απόβλητα, στο έδαφος, στα διάφορα καταναλωτικά προϊόντα καθώς και στα κτίρια, μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία. Η προστασία της Δημόσιας Υγείας, από την απειλή περιβαλλοντικών παραγόντων, συνδέεται άμεσα με τη διασφάλιση των συνθηκών υγιεινής του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και την ενίσχυση των περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν θετικά την υγεία. Οι περιβαλλοντικές απειλές κατά της υγείας αφορούν στις παθογόνες επιδράσεις βιολογικών, χημικών και φυσικών παραγόντων. Η ρύπανση του αέρα έχει βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες βλαπτικές επιδράσεις στην υγεία. Η ποιότητα του νερού είναι επίσης εξαιρετικά σημαντική για την υγεία, προκαλώντας επιδράσεις τόσο μέσω της άμεσης κατανάλωσης πόσιμου νερού, όσο και μέσω της διατροφικής αλυσίδας. Άλλοι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για επιδράσεις στην υγεία είναι η ύπαρξη και διασπορά στο περιβάλλον τοξικών και ραδιενεργών ουσιών, καθώς και η κακή διαχείριση μολυσματικών αποβλήτων, η οποία οδηγεί σε διασπορά και ανάπτυξη εστιών μόλυνσης του πληθυσμού. Τα ειδικά νοσοκομειακά απόβλητα δημιουργούν μία σειρά προβλημάτων και απειλών κατά της υγείας, γιατί μπορεί να περιλαμβάνουν τοξικά, μολυσματικά και ραδιενεργά στοιχεία.

Υπάρχουν δεδομένα για την επίπτωση στην υγεία περιβαλλοντικών κινδύνων σε σχέση με 85 από τα 102 νοσήματα ή τραυματισμούς (από το World Health Report το 2004, WHO 2006). Τα δεδομένα αυτά έχουν ιδιαίτερη σημασία στους σχεδιαστές των πολιτικών υγείας, αλλά και σε αυτούς που υλοποιούν αυτές τις πολιτικές.

Έχει προσδιοριστεί ότι το 23% όλων των θανάτων μπορούν να αποδοθούν σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Παγκοσμίως, ιδίως όσον αφορά στα παιδιά 0-14 ετών, το ποσοστό των θανάτων που αποδίδονται στο περιβάλλον είναι 34%. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα δεδομένα αυτά αποτελούν πιθανόν συντηρητικές εκτιμήσεις, καθώς δεν υπάρχουν ακόμη

αποδείξεις για πολλά νοσήματα. Επίσης θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι σε πολλές περιπτώσεις το παθογενετικό μονοπάτι ανάμεσα στον περιβαλλοντικό κίνδυνο και στη νόσο μπορεί να είναι πολύ σύνθετο.

Για παράδειγμα, έμμεση σχέση κακής θρέψης- υδατογενών νοσημάτων ή απουσίας φυσικής δραστηριότητας- πολεοδομικού σχεδιασμού. Υπάρχουν ασφαλώς και περιπτώσεις όπου ενώ οι επιπτώσεις στην υγεία είναι εύκολο να γίνουν αντιληπτές, δεν είναι δυνατόν να ποσοτικοποιηθεί η επίδραση του περιβάλλοντος στην ανθρώπινη υγεία, όπως π.χ. η περίπτωση των οικοσυστημάτων που έχουν μεταβληθεί ή εξαλειφθεί. Επίσης οι επιπτώσεις στην δημόσια υγεία από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες καταγράφουν διαφορετικές συνέπειες στις αναπτυσσόμενες από τις ανεπτυγμένες χώρες.

Επί παραδείγματι, η απουσία φυσικής δραστηριότητας είναι παράγοντας κινδύνου για διάφορα μη μεταδιδόμενα νοσήματα, περιλαμβανομένης της ισχαιμικής καρδιοπάθειας, του καρκίνου του στήθους, του παχέος εντέρου και του ορθού, καθώς και του σακχαρώδους διαβήτη. Έχει εκτιμηθεί ότι σε ορισμένες ανεπτυγμένες περιοχές του κόσμου, όπως η Β. Αμερική, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας μπορεί να μειωθεί κατά 31% μέσω περιβαλλοντικών παρεμβάσεων, όπως δημιουργίας πεζόδρομων (τεχνητό/δομημένο περιβάλλον) και φιλικές για το ποδήλατο χρήσεις γης και μέσα μεταφοράς, καθώς και δημιουργία κατάλληλων χώρων ανάπαυσης και εργασίας, αλλά και εφαρμογή πολιτικών που υποστηρίζουν περισσότερο ενεργητικούς τρόπους ζωής.

Αντίθετα, οι αναπτυσσόμενες χώρες εμφανίζουν βαρύτερο νοσολογικό φορτίο από μη ηθελημένους τραυματισμούς και τραυματισμούς από τροχαία ατυχήματα οφειλόμενα σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Συνοπτικά οι επίσημα καταγεγραμμένοι και υπό μελέτη (και από τον ΠΟΥ) περιβαλλοντικοί παράγοντες είναι οι παρακάτω:

(Πηγή: *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων, Αθήνα 2008, Κεφάλαιο 1*)

1. Ρύπανση/ Μόλυνση του Αέρα (Ατμόσφαιρας) Εσωτερικών Χώρων
 - Μη βιολογικοί Ρύποι
 - 1.1 Κάπνισμα
 - 1.2 Ραδόνιο και Κατοικίες
 - 1.3 Αμίαντος
 - 1.4 Άλλοι Ρυπαντές (Η συγκέντρωση πτητικών οργανικών ενώσεων (VOCs) που μετρούνται στον αέρα εσωτερικών χώρων είναι σημαντικά υψηλότερη από εκείνη των εξωτερικών χώρων).
 - 1.5 Βιολογικοί Παράγοντες (έχουν εκτιμηθεί οι βιολογικοί παράγοντες στο εσωτερικό περιβάλλον της κατοικίας που επηρεάζουν τον αέρα του εσωτερικού χώρου, π.χ. βακτήρια, τοξίνες μικροβίων, αλλεργιογόνα από κατοικίδια ή παρασιτικούς οργανισμούς, μύκητες, εξασρισμός, υγρασία, χημική υποβάθμιση, καθαριότητα, κακή χρήση απορρυπαντικών, σπρέι).
2. Εξωτερική Ατμοσφαιρική Ρύπανση
3. Χημική Ασφάλεια
 - 1.1 Μόλυβδος
 - 1.2 Κάδμιο

- 1.3 Υδράργυρος
2. Ηλεκτρομαγνητικά Πεδία (Η.Μ.Π.)
3. Ηλεκτρομαγνητική Ακτινοβολία Κινητών Τηλεφώνων και Επιπτώσεις στην Υγεία
4. Ιονίζουσα Ακτινοβολία
5. Υπεριώδης Ακτινοβολία
6. Διατροφή και Ασφάλεια Τροφίμων
7. Ασφάλεια Ύδρευσης και Διάθεσης Αποβλήτων
8. Θόρυβος
9. Παγκόσμιες Περιβαλλοντικές Αλλαγές (Οι μεγάλης κλίμακας και παγκόσμιοι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι για την ανθρώπινη υγεία, περιλαμβάνουν την αλλαγή κλίματος, τη μείωση του όζοντος στην Ατμόσφαιρα, την απώλεια βιοποικιλότητας, τις αλλαγές στα υδρολογικά συστήματα και στις προμήθειες του γλυκού νερού, την υποβάθμιση της ποιότητας της γης και τις εντάσεις- κρίσεις στα συστήματα παραγωγής των τροφίμων. Η εκτίμηση της κλίμακας και τύπου επιρροής στην ανθρώπινη υγεία απαιτεί μία νέα προοπτική που εστιάζει στα οικοσυστήματα και στην αναγνώριση ότι τα θεμέλια της μακροπρόθεσμης διατήρησης της υγείας στους πληθυσμούς στηρίζονται κατά μεγάλο μέρος στη συνεχή σταθερότητα και στη λειτουργία των βιο- υποστηρικτικών συστημάτων της βίωσης).
- Οι κλιματικές αλλαγές έχουν αποκτήσει τεράστια σημασία, και όχι μόνο περιβαλλοντική. Έχουν σημασία οικονομική, κοινωνική και πολιτική. Έχουν σημασία στον τομέα της υγείας, της εξωτερικής πολιτικής και της διεθνούς ασφάλειας και απασχολεί τις πολιτικές ηγεσίες σε επίπεδο κορυφής).
10. Καταστροφές και Έκτακτες Ανάγκες
11. Κατοικία (Ο χώρος της κατοικίας αποτελεί το πιο σημαντικό, ίσως, συστατικό κάθε πόλης. Οι περισσότερες κατοικίες που δημιουργήθηκαν στις πόλεις βιαστικά και φθηνά, μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, αποτελούν κατά κανόνα άρρωστα και όχι υγιή κτίρια. Το υψηλότερο ποσοστό ατυχημάτων μετά τα τροχαία συμβαίνει μέσα στο σπίτι. Έχει αναφερθεί, από έρευνες στην Αγγλία, ότι καθυστερεί η έξοδος από τα νοσοκομεία ασθενών που ζουν σε υποβαθμισμένες κατοικίες (λόγω και υψηλότερης σωματικής και ψυχικής νοσηρότητας), μειώνοντας έτσι κατά 10% περίπου τη δυναμικότητα των νοσοκομείων σε κλίνες).

3.3.1 Μοντέλα Περιβάλλοντος Υγείας

Μέχρι σήμερα έχουν προταθεί διάφοροι τρόποι για να ενσωματωθούν οι σύγχρονοι προβληματισμοί για τη σχέση της υγείας με το ευρύτερο φυσικό και κοινωνικό οικονομικό περιβάλλον σε λειτουργικά πρότυπα/ μοντέλα. Από όλες τις προσεγγίσεις ξεχωρίζουν τρία μοντέλα που εντάσσονται στο πλαίσιο ενός οικολογικού/ οικοσυστηματικού τρόπου κατανόησης της υγείας.

Το πρώτο οικολογικό πρότυπο γνωστό ως Μαντάλα της Υγείας (Mandala of Health) αποτελεί ένα μοντέλο ανθρώπινου οικοσυστήματος που αναδεικνύει τους βασικούς παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την υγεία. Στο κέντρο του οικολογικού μοντέλου βρίσκεται ο άνθρωπος. Η

ανθρώπινη ύπαρξη χαρακτηρίζεται από τρεις βασικές διαστάσεις: τη σωματική, την πνευματική και τη νοητική. Ο πιο άμεσος παράγοντας που επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία είναι η οικογένεια, ενώ το άτομο και η οικογένεια καθορίζονται από την βιολογία, το φυσικό περιβάλλον, το ψυχο- κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η αλληλεπίδραση του φυσικού περιβάλλοντος με το ψυχο- κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον καθορίζει την οργάνωση της εργασίας. Η αλληλεπίδραση του ψυχο- κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος με την συμπεριφορά, καθορίζει τον τρόπο ζωής, ενώ η αλληλεπίδραση της συμπεριφοράς με την ανθρώπινη βιολογία καθορίζουν το περιεχόμενο των αναγκαίων υπηρεσιών περίθαλψης. Η εργασία, ο τρόπος ζωής και οι υπηρεσίες περίθαλψης αποτελούν με τη σειρά τους σημαντικούς παράγοντες που επιδρούν στην ανθρώπινη υγεία. **Όλο αυτό το πλέγμα των αλληλεπιδρώντων παραγόντων τοποθετείται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο, που το διαμορφώνει η γενικότερη σχέση του πολιτισμού με τη βιόσφαιρα και πιο άμεσα η οργάνωση της κοινότητας και του δομημένου περιβάλλοντος.**

Το δεύτερο οικολογικό πρότυπο αποτελεί ένα μοντέλο της ανθρώπινης ανάπτυξης που στηρίζεται σε θεμελιώδεις αρχές της Δημόσιας Υγείας, όπως είναι η οικολογική ισορροπία και η κοινωνική δικαιοσύνη. Η υγεία αλληλεπιδρά με το περιβάλλον και την οικονομία. Για να εξασφαλισθεί η ανθρώπινη ανάπτυξη, η οικονομία πρέπει να είναι περιβαλλοντικά αειφόρος και κοινωνικά δίκαιη. Θα πρέπει, δηλαδή, η οικονομική ανάπτυξη να σέβεται το περιβάλλον και να μην οδηγεί σε εξάντληση των φυσικών πόρων του πλανήτη. Η αειφόρος ανάπτυξη επιδιώκει ικανοποίηση των αναγκών του παρόντος χωρίς παράλληλα να υπονομεύει τη δυνατότητα των μελλοντικών γενεών να ικανοποιήσουν τις δικές τους ανάγκες. Θα πρέπει, επίσης ο πλούτος να κατανέμεται με τρόπο δίκαιο, αφού η υγεία ενός πληθυσμού δεν επηρεάζεται μόνο από τον πλούτο μιας χώρας αλλά και από τον τρόπο που αυτός κατανέμεται. Όσο για το περιβάλλον, εκτός από την εξασφάλιση της προστασίας του από την αλόγιστη οικονομική ανάπτυξη, θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από συνθήκες βιωσιμότητας, ώστε η ανθρώπινη υγεία να προφυλάσσεται από τους κινδύνους που γεννά η φύση και η σύγχρονη κοινωνική οργάνωση. **Η ανθρώπινη υγεία εξαρτάται τόσο από την παραγωγή και διανομή του πλούτου, όσο και από την ύπαρξη βιώσιμου περιβάλλοντος.**

Το τρίτο οικολογικό πρότυπο επιχειρεί να ενσωματώσει την υγεία και την αειφόρο ανάπτυξη στην έννοια της κοινότητας. Για τη μεγιστοποίηση της υγείας και της ανθρώπινης ανάπτυξης, το μοντέλο προκρίνει ορισμένες ιδιότητες που θα πρέπει να χαρακτηρίζουν την κοινότητα, το περιβάλλον, την οικονομία. Η κοινότητα πρέπει να είναι συμβιωτική, κατοικήσιμη και κοινωνικά δίκαιη. Θα πρέπει δηλαδή να μπορούν τα μέλη της να ζουν αρμονικά μαζί, να συμμετέχουν ενεργά στη ζωή της κοινότητας, να απολαμβάνουν δικαιοσύνη και κοινωνική υποστήριξη, σε περιβάλλον που να εξασφαλίζει βιώσιμες συνθήκες κατοικίας. Η οικονομία πρέπει να είναι επαρκής και περιβαλλοντικά αειφόρος, ο πλούτος να διανέμεται δίκαια. **Τέλος, το περιβάλλον**

πρέπει να αντιμετωπίζεται μακροπρόθεσμα μέσα από το πρίσμα της αειφορίας και να είναι ατομικά και κοινωνικά βιώσιμο. Όσο περισσότερο εξασφαλίζονται τα χαρακτηριστικά αυτά της κοινότητας, του περιβάλλοντος και της οικονομίας, τόσο περισσότερο διασφαλίζεται η προστασία και η προαγωγή της υγείας.

3.3.2 Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που απειλούν Υγεία (2008-2012)

Βασικός στόχος του «Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών κινδύνων που απειλούν την Υγεία 2008-2012» είναι η ελαχιστοποίηση του νοσολογικού φορτίου υγείας που σχετίζεται με περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, μειώνοντας έτσι την παράπλευρη οικονομική απώλεια και εξοικονομώντας πόρους του συστήματος.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου που προκαλούν ασθένειες επιβαρύνουν το σύστημα υγείας. Αυτοί είναι πολλοί αλλά δεν είναι όλοι μετρήσιμοι, γεγονός που καθιστά τον ακριβή προσδιορισμό του συνολικού οικονομικού φορτίου για το κράτος αδύνατο. Παρόλα αυτά, μόνο για τον καρκίνο, τα καρδιαγγειακά και τα ατυχήματα, παθήσεις για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα οικονομικά στοιχεία από τα αντίστοιχα Εθνικά Σχέδια Δράσης 2008-2013, η ελαχιστοποίηση του νοσολογικού φορτίου που αποδίδεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου είναι δυνατόν να έχει τις ακόλουθες οικονομικές επιπτώσεις:

- **Καρκίνος:** Το κόστος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας από τον καρκίνο ανέρχεται στα 1.112.000.000 € (ΟΟΣΑ, 2003-2004). Παράλληλα, εφόσον οι νοσήσεις από καρκίνο που αποδίδονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου είναι περίπου 14% (16% για τους άνδρες και 13% για τις γυναίκες), μια μείωση του νοσολογικού φορτίου κατά 14% θα μπορούσε να αποφέρει όφελος στο σύστημα υγείας της τάξης των 155.680.000 €.
- **Καρδιαγγειακά:** Το κόστος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας από τα καρδιαγγειακά νοσήματα ανέρχεται στα 1.921.700.000 € (Health Economics Research, 2006). Ταυτόχρονα, τα καρδιαγγειακά νοσήματα που αποδίδονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου είναι περίπου 16%. Μία μείωση επομένως του νοσολογικού φορτίου κατά 16% θα αποφέρει όφελος στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της τάξης των 307.472.000 €.
- **Ατυχήματα:** Το κόστος για το κράτος από τα ατυχήματα προσεγγίζει τα 3 δις ευρώ (Χάνδανος, 2007). Το κόστος αυτό συμπεριλαμβάνει μια ευρεία γκάμα ατυχημάτων και τραυματισμών, όπως τα τροχαία, πτώσεις και ατυχήματα στο χώρο εργασίας, τραυματισμούς που σχετίζονται με φωτιές, λοιπούς μη ηθελημένους τραυματισμούς κλπ. Όσον αφορά στα ατυχήματα, τα οποία κατά ένα μέρος αποδίδονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου, μπορούμε να υποθέσουμε ότι περίπου το 21% του συνόλου των ατυχημάτων αποδίδονται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου (μέσος όρος από τροχαία 25%, πτώσεις 25%, τραυματισμούς από φωτιές 7%, πνιγμούς 30%, μη ηθελημένους τραυματισμούς 20%). Συνεπώς εκτιμάται ότι με την ελαχιστοποίηση του νοσολογικού φορτίου των

ατυχημάτων που αποδίδεται στο περιβάλλον, το όφελος για το κράτος θα προσεγγίσει τα 630.000.000 €.

Επιπλέον των παραπάνω, αναμένεται σημαντική βελτίωση των εργασιακών συνθηκών που σχετίζονται με περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου. Λαμβάνοντας υπόψη μόνο το νοσολογικό φορτίο σε εργασιακούς χώρους που σχετίζεται με το περιβάλλον, σύμφωνα με εκτιμήσεις του Ευρωπαϊκού Παραρτήματος του Π.Ο.Υ, το φορτίο αυτό οδηγεί σε οικονομική απώλεια της τάξης των 4 ποσοστιαίων μονάδων του Ακαθάριστου Εγχωρίου Προϊόντος ολόκληρης της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συνεπώς, αν εφαρμόσουμε τους υπολογισμούς του Π.Ο.Υ. στην Ελλάδα και υποθέσουμε ότι έχουμε βελτίωση των δεικτών που θα μπορούσε να οδηγήσει σε μείωση του νοσολογικού φορτίου και άρα επίπτωση στην οικονομική απώλεια από 4% του ΑΕΠ σε 3 ποσοστιαίες μονάδες του ΑΕΠ, τότε ο περιορισμός της επίπτωσης στην οικονομία, δηλαδή 1% του ΑΕΠ, θα είναι περίπου 2 δις ευρώ ετησίως, δηλαδή 10 δις ευρώ σε βάθος πενταετίας.

Από οποιοδήποτε πρίσμα και να δούμε την επένδυση στο περιβάλλον, μέσω της εφαρμογής του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το Περιβάλλον 2008-2013, το όφελος για την οικονομία αλλά και το κοινωνικό σύνολο εκτιμάται μεγάλο και πιθανότατα ξεπερνά κατά πολύ το κόστος επένδυσης για το κράτος, και σε χρηματικές μονάδες, αλλά και σε επίπεδο μείωσης των ασθενειών, των θανάτων και των δαπανών της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης πασχόντων από νόσους που μεταφέρουν μαζί τους το τεράστιο και περιττό νοσολογικό φορτίο υγείας που αποδίδεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου.

Εκτιμάται εξάλλου, ως πολύ σημαντικό το οικονομικό και κοινωνικό όφελος από τις άμεσες και παράπλευρες ωφέλειες από την ανάσχεση της περιβαλλοντικής έκπτωσης, της μη εμφάνισης νέων ή επανεμφάνισης περιβαλλοντικών κινδύνων για την υγεία και την αθροιστική και πολλαπλασιαστική απόδοση των αρχικών και εν συνεχεία επενδύσεων για την περιβαλλοντική υγεία στο μέλλον.

Για την εκπλήρωση του οράματος και την υλοποίηση των στόχων της πολιτικής για την αντιμετώπιση των περιβαλλοντικών κινδύνων, εκπονήθηκε το «Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών κινδύνων που απειλούν την Υγεία 2008-2012», το οποίο περιλαμβάνει 24 συνολικά δράσεις που επιμερίζονται σε 4 γενικότερους άξονες.

Άξονας 1: Ενίσχυση της έρευνας- τεκμηρίωσης- εκπαίδευσης

Δράση 1: Παρατηρητήριο Περιβαλλοντικής Υγείας

Σκοπός της συγκεκριμένης Δράσης είναι η δημιουργία παρατηρητηρίου με αντικείμενο τη συστηματική καταγραφή και διαχρονική παρακολούθηση των δεικτών περιβαλλοντικής υγείας, καθώς και τον αποτελεσματικό

συντονισμό της έρευνας, αλλά και την ερευνητική δραστηριότητα στον τομέα της περιβαλλοντικής υγείας.

Επιδιώκεται επίσης ο καθορισμός του βαθμού πρόληψης των περιβαλλοντικά επηρεαζόμενων νοσημάτων, η οριοθέτηση των μεθόδων παρέμβασης στο περιβάλλον για τη μείωση ή την εξάλειψη των παραπάνω νοσημάτων, η συλλογή και τήρηση των στοιχείων που αφορούν στην κατά αιτία θνησιμότητα και νοσηρότητα από περιβαλλοντικά νοσήματα και η παρακολούθηση των εξελίξεων αναφορικά με περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως τα ηλεκτρομαγνητικά πεδία.

Δράση 2: Οργανωτική και λειτουργική διασύνδεση περιβαλλοντικών Υπηρεσιών

Σκοπός της συγκεκριμένης Δράσης είναι η οργανωτική, λειτουργική και ηλεκτρονική διασύνδεση των υφισταμένων υπηρεσιών, ερευνητικών κέντρων, ερευνητικών ομάδων, εργαστηρίων και κέντρων αναφοράς στον τομέα της περιβαλλοντικής υγείας.

Ορισμένες από τις προτεραιότητες της εν λόγω Δράσης είναι η ανάπτυξη οργανωτικού πρωτοκόλλου και επικοινωνίας όλων των εμπλεκόμενων φορέων, η ενίσχυση της διατομεακής συνεργασίας, ο συντονισμός των υφισταμένων μέτρων για την μείωση των κινδύνων με προσανατολισμό προς τις βασικές ασθένειες και τέλος η πληροφορική διασύνδεση των υπηρεσιών.

Δράση 3: Ανασυγκρότηση και ενίσχυση της λειτουργίας του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (ΚΕΔΥ) και η ενεργοποίηση Περιφερειακών εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (ΠΕΔΥ)

Σκοπός της συγκεκριμένης δράσης είναι η ανασυγκρότηση της τεχνολογικής και εργαστηριακής υποστήριξης, η επέκταση των δραστηριοτήτων του ΚΕΔΥ και η ενεργοποίηση της λειτουργίας των ΠΕΔΥ με σκοπό την αποτελεσματική διαχείριση έλεγχο και παρακολούθηση των περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου.

Ορισμένες από τις προτεραιότητες της εν λόγω δράσης είναι η Εργαστηριακή Υποστήριξη των Περιβαλλοντικών Ελέγχων και συγκεκριμένα ο Υγειονομικός έλεγχος τροφίμων και ποτών, υδάτων ανθρώπινης κατανάλωσης, κολυμβητικών δεξαμενών, θαλάσσιων υδάτων και άλλων σχετικών. Επίσης ο έλεγχος περιβάλλοντος για *Legionella* όπως και υγειονομικοί έλεγχοι τροφίμων, υδάτων και άλλων στοιχείων του περιβάλλοντος στα πλαίσια της διευκρίνησης συγκεκριμένων επιδημικών επεισοδίων (λοιμώξεων από *Listeria*, που ενδεχομένως συνδέεται με την κατανάλωση τροφίμων, νοσοκομειακών λοιμώξεων από *P. Aeruginosa* ασθενών μιας ΜΕΘ από μολυσμένες συσκευές, κλπ).

Προτεραιότητα αποτελεί ο έλεγχος ποιότητας επιφανειακών υδάτων (γλυκών και θαλασσίων) σε εφαρμογή των διεθνών συμβάσεων και σε συνάρτηση πιθανών επεισοδίων ρύπανσης. Ακόμη ο έλεγχος απόδοσης λειτουργίας μονάδων βιολογικών καθαρισμών, ο έλεγχος παρασιτικών και τροπικών νοσημάτων και ζωοανθρωπονόσων, η εργαστηριακή υποστήριξη της Επιδημιολογικής Διερεύνησης των Λοιμωδών Νοσημάτων, η επιβεβαίωση εργαστηριακής διάγνωσης κυρίως σπανίων ή επανεμφανιζόμενων λοιμωδών νοσημάτων ή νοσημάτων με ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την Δημόσια Υγεία και η εργαστηριακή τεκμηρίωση του

τρόπου διασποράς των μικροοργανισμών αιτιών των λοιμωδών νοσημάτων μεταξύ των κρουσμάτων, τεκμηρίωση της κλωνικότητας και μικροβιακή τυποποίηση.

Δράση 4: Διερεύνηση των επιπτώσεων των κλιματολογικών αλλαγών στην υγεία.

Στόχος της συγκεκριμένης Δράσης είναι η συστηματική και διαχρονική διερεύνηση των επιπτώσεων των κλιματολογικών αλλαγών στην υγεία. Προτεραιότητα της εν λόγω Δράσης είναι ο προσδιορισμός των επιπτώσεων των παραπάνω μεταβολών στη χώρα μας, σε σχέση με την επίδρασή τους στην υγεία.

Δράση 5: Διερεύνηση της επίδρασης της ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας στην υγεία.

Στόχος της συγκεκριμένης Δράσης είναι η συστηματική και διαχρονική διερεύνηση της επίδρασης της ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας στην υγεία. Είναι η διενέργεια μελέτης για τα αποτελέσματα της ηλεκτρομαγνητικής ακτινοβολίας στη λειτουργία του ανθρώπινου εγκεφάλου και άλλων οργάνων και τους πιθανούς παθογενετικούς μηχανισμούς, η θέσπιση πλαισίου βασικών περιορισμών και επίπεδα αναφοράς της εκπομπής, καθώς και η εφαρμογή μέτρων όσον αφορά πηγές ή πρακτικές που έχουν σαν αποτέλεσμα την ηλεκτρομαγνητική έκθεση του κοινού, όταν ο χρόνος έκθεσης είναι σημαντικός, πλην της έκθεσης για ιατρικούς λόγους.

Κύριο μέλημα της παρούσας δράσης είναι επίσης η δημοσιοποίηση αποτελεσμάτων στο ευρύ κοινό, η χρήση δεδομένων για χάραξη πολιτικής υγείας και συγκρότηση θεσμικού πλαισίου, η διασύνδεση των δεδομένων με την πληροφοριακή- γεωγραφική βάση δεδομένων του Υγειονομικού Χάρτη και τέλος προτάσεις για δημιουργία συστήματος διαχρονικής παρακολούθησης αντίστοιχων δεικτών.

Δράση 6: Εκπαίδευση- εξειδίκευση ειδικών επαγγελματικών ομάδων.

Στόχος της συγκεκριμένης Δράσης είναι να βρεθούν ειδικές επαγγελματικές ομάδες μπροστά σε ειδικές προκλήσεις, όσον αφορά στα νοσήματα που προκαλούνται κυρίως από περιβαλλοντικούς παράγοντες. Πολλές επαγγελματικές ομάδες έχουν ταυτόχρονα την υποχρέωση να εκπαιδευτούν με βάση τις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις, αλλά και να εκπαιδεύουν εργαζόμενους σε χώρους εργασίας σε σύγχρονα θέματα περιβαλλοντικής υγείας. Μεγάλη βαρύτητα δίνεται στην βελτίωση της γνωστικής και επιστημονικής υποδομής των στελεχών υγείας, η βελτίωση των δεξιοτήτων και της εκτελεστικής ικανότητας των στελεχών υγείας στην αποτελεσματική διαχείριση και πρόληψη των περιβαλλοντικών κινδύνων που απειλούν την υγεία και η διασφάλιση της ποιότητας των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων.

Δράση 7: Εκπαίδευση στελεχών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στην υλοποίηση προγραμμάτων περιβαλλοντικής εκπαίδευσης.

Στόχος της συγκεκριμένης Δράσης είναι η Εκπαίδευση στελεχών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για την υλοποίηση των δράσεων περιβαλλοντικής υγείας, στο πλαίσιο διενέργειας προαιρετικών

προγραμμάτων περιβαλλοντικής εκπαίδευσης στα σχολεία της χώρας. Προτεραιότητα αποτελεί επίσης η ουσιαστική και μετρήσιμη αύξηση του αριθμού των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και τέλος η αξιολογημένη και μετρήσιμη βελτίωση των γνώσεων και δεξιοτήτων των εκπαιδευτικών που εργάζονται στον τομέα της περιβαλλοντικής αγωγής υγείας.

Άξονας 2: Ενίσχυση της πληροφόρησης & συνειδητοποίησης για την επίδραση των περιβαλλοντικών κινδύνων στην υγεία.

Δράση 1: Εβδομάδα περιβαλλοντικής συνειδητοποίησης πολιτών:
« Ευ περιβάλλον».

Σκοπός της συγκεκριμένης Δράσης είναι η καθιέρωση παγκόσμιας ημέρας Περιβάλλοντος (5 Ιουνίου) που θα σηματοδοτεί την έναρξη εργασιών εβδομάδας αφιερωμένης στην ενημέρωση- συνειδητοποίηση των πολιτών για την επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία.

Δράση 2: Εθνική εκστρατεία ενημέρωσης.

Σκοπός της συγκεκριμένης Δράσης είναι ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη και η υλοποίηση ετήσιας εκστρατείας ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του πληθυσμού για την επίδραση των περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία και συγκεκριμένα για τις πηγές έκθεσης, τις οριακές τιμές και τις επιπτώσεις στην υγεία, που προκαλούνται από τους χημικούς, φυσικούς και βιολογικούς παράγοντες, ανάπτυξη προγραμμάτων ενημέρωσης, με τη χρήση του διαδικτύου και των νέων τεχνολογιών και με την δημιουργία βάσης δεδομένων επιστημονικής τεκμηρίωσης και καλών πρακτικών.

Δράση 3: Αγωγή υγείας στα σχολεία.

Σκοπός της συγκεκριμένης Δράσης είναι η συγκροτημένη ενημέρωση, συνειδητοποίηση ότι η εκπαιδευτική δραστηριότητα αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι στην ανάπτυξη μηχανισμών προστασίας και προαγωγής της υγείας. Η συμμετοχή των παιδιών και των γονιών τους σε εκπαιδευτικά προγράμματα δημιουργεί μεγάλα περιθώρια και σημαντικά οφέλη για την προφύλαξη των παιδιών από επικίνδυνους περιβαλλοντικούς παράγοντες που απειλούν την υγεία τους βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Το πρόγραμμα θα πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο του προγράμματος «Η ζωή έχει χρώμα».

Δράση 4: Έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών- προτύπων για βασικούς Περιβαλλοντικούς παράγοντες που απειλούν την υγεία.

Σκοπός της συγκεκριμένης Δράσης είναι η ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών υπό μορφή προτύπων (standards) με σκοπό την επιστημονικά τεκμηριωμένη και έγκυρη άποψη για την επικινδυνότητα χημικών ρυπαντών.

Δράση 5: Μείωση της έκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία (UV)

Σκοπός της συγκεκριμένης Δράσης είναι η ενημέρωση- ευαισθητοποίηση του γενικού πληθυσμού για τις βλαπτικές επιδράσεις της ηλιακής ακτινοβολίας στην υγεία του (καρκίνος του δέρματος και μελανώματα).

Άξονας 3: Μέτρα πρόληψης- παρέμβασης και έγκαιρης διάγνωσης Περιβαλλοντικών κινδύνων.

Δράση 1: Επέκταση της απαγόρευσης καπνίσματος σε δημόσιους χώρους & βελτίωση της εποπτείας εφαρμογής.

Σκοπός της συγκεκριμένης Δράσης είναι η επέκταση της απαγόρευσης καπνίσματος σε δημόσιους χώρους καθώς και η βελτίωση της εποπτείας εφαρμογής και επιβολή κυρώσεων. Προτεραιότητα είναι η προστασία των μη καπνιστών από το παθητικό κάπνισμα, η δημιουργία χώρων ελεύθερων καπνίσματος με την σταδιακή απαγόρευση του, όπως και η διαμόρφωση περιβάλλοντος που δρα αποτρεπτικά στην έναρξη και υποστηρικτικά στη διακοπή του καπνίσματος.

Δράση 2: Εναρμόνιση των Ευρωπαϊκών οδηγιών και συστάσεων και Αναθεώρηση θεσμικού πλαισίου για την πρόληψη των Περιβαλλοντικών κινδύνων που απειλούν την υγεία.

Ορισμένες από τις προτεραιότητες της εν λόγω Δράσης είναι η ενσωμάτωση των Ευρωπαϊκών οδηγιών στην Ελληνική νομοθεσία, καθώς και η Θεσμική θωράκιση με σκοπό την προστασία της υγείας του γενικού πληθυσμού και ειδικών ευπαθών ομάδων (παιδιά, έγκυες, ηλικιωμένοι) από περιβαλλοντικούς κινδύνους.

Δράση 3: Χημική ασφάλεια

Σκοπός της συγκεκριμένης Δράσης είναι η εκτίμηση για το ποιοι παράγοντες βλάπτουν την υγεία των πολιτών και ειδικότερα έχουν επιπτώσεις στις αναπαραγωγικές λειτουργίες, στις διαταραχές της ανάπτυξης, σε διαταραχές του νευρικού συστήματος, στα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο κλπ. Τέτοια παραδείγματα ουσιών συνιστούν ο υδράργυρος, τα βαρέα μέταλλα, τα παρασιτοκτόνα και ενδεχόμενα έκτακτα συμβάντα έκθεσης σε χημικούς κινδύνους κ.α. Προτεραιότητα της εν λόγω Δράσης είναι η μείωση της έκθεσης σε επικίνδυνες χημικές ουσίες, τόσο στο περιβάλλον της κατοικίας, όσο και στο περιβάλλον της εργασίας και των υπολοίπων δραστηριοτήτων του πολίτη.

Δράση 4: Θόρυβος και υγεία.

Σκοπός της συγκεκριμένης Δράσης είναι η εκτίμηση για το ποιοι παράγοντες βλάπτουν την υγεία των πολιτών και ειδικότερα παρεμποδίζουν τις καθημερινές δραστηριότητες του ανθρώπου στο σχολείο, την εργασία, στο σπίτι και κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου. Ο θόρυβος της κυκλοφορίας των αυτοκινήτων υπολογίζεται ότι βλάπτει σήμερα την υγεία σχεδόν του ενός τρίτου των Ευρωπαίων. Για τους παραπάνω λόγους η οδηγία της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την αξιολόγηση και τη διαχείριση του περιβαλλοντικού θορύβου (οδηγία 2002/49/EC 2002) απαιτεί τα κράτη μέλη της ΕΕ να καθιερώσουν τα σχέδια δράσης, να ελέγξουν και να μειώσουν τα επιβλαβή αποτελέσματα της έκθεσης στον θόρυβο.

Δράση 5: Ασφάλεια ύδρευσης.

Σκοπός της συγκεκριμένης Δράσης είναι η εκτίμηση των παραγόντων που βλάπτουν την υγεία των πολιτών με άμεση επίπτωση σε υδατογενή νοσήματα όπως διαρροϊκά νοσήματα, Ηπατίτιδα Α κλπ (170.000 περιστατικά το 2006). Ο μικροβιακός κίνδυνος έχει αναδειχθεί ως πρωταρχικό κίνδυνο στην Ευρώπη. Η χημική μόλυνση παρόλο που

εμφανίζεται σε γεωγραφικά εντοπισμένες περιοχές, μπορεί επίσης να προκαλέσει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία. Τα ακραία καιρικά φαινόμενα, όπως οι πλημμύρες, η αύξηση της στάθμης της θάλασσας και η αυξανόμενη έλλειψη νερού, η ύπαρξη και διασπορά στο περιβάλλον τοξικών και ραδιενεργών ουσιών θέτουν τις προκλήσεις μεσοπρόθεσμα (προτεραιότητα αποτελεί η παρακολούθηση της ποιότητας του πόσιμου νερού για την προστασία του πληθυσμού και της Δημόσιας Υγείας).

Δράση 6: Ενίσχυση του εξοπλισμού των περιφερειακών και νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας για την παρακολούθηση περιβαλλοντικών παραγόντων.

Στόχος της συγκεκριμένης Δράσης είναι η ενίσχυση του εξοπλισμού των περιφερειακών και νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας για την αποτελεσματική παρακολούθηση περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία.

Δράση 7: Προστασία της παιδικής ηλικίας.

Στόχος της συγκεκριμένης Δράσης είναι η λήψη μέτρων με σκοπό την προάσπιση της υγείας των βρεφών και των παιδιών από τους περιβαλλοντικούς κινδύνους, οι οποίοι μπορούν άμεσα, έμμεσα, μακροπρόθεσμα και αθροιστικά να επιβαρύνουν και να βλάψουν την υγεία τους (π.χ. η μείωση της συχνότητας εμφάνισης αναπνευστικών δυσλειτουργιών σε βρέφη και παιδιά λόγω της μόλυνσης εσωτερικών χώρων).

Δράση 8: Προστασία της υγείας των εργαζομένων (έμφαση στις υπηρεσίες υγείας).

Σκοπός της συγκεκριμένης Δράσης είναι η εκτίμηση των μολυσματικών ασθενειών που προκαλούνται από βιολογικούς κινδύνους και που βλάπτουν την υγεία των εργαζομένων. Μολυσματικές ασθένειες που σχετίζονται με ιούς, βακτήρια, έντομα και ζώα. Αν και η μεγάλη πλειονότητα των θανάτων καταγράφεται στις αναπτυσσόμενες χώρες περίπου 5.000 είναι θύματα στην ΕΕ. Επιπλέον οι εργαζόμενοι σε νοσοκομειακούς χώρους που διαχειρίζονται φάρμακα κατά την προετοιμασία ή την χορήγησή τους ή εκτίθενται σε αυτά μετά από τη διαχείριση αποβλήτων είναι δυνητικά εκτεθειμένοι σε μεταλλαξιογόνους παράγοντες. Τέλος οι εργαζόμενοι σε διαγνωστικά, ερευνητικά και μικροβιολογικά εργαστήρια εκτίθενται σε χημικούς και βιολογικούς παράγοντες που μπορούν να βλάψουν την υγεία και την ασφάλειά τους (καθορισμός επιπέδων βιοασφάλειας στα εργαστήρια, διαδικασίες διακίνησης μολυσματικών αποβλήτων, ανάπτυξη οδηγού αξιολόγησης επαγγελματικών κινδύνων στους εργασιακούς χώρους, οδηγίες χρήσης ατομικών μέτρων προστασίας).

Άξονας 4: Διαχείριση νοσοκομειακών αποβλήτων

Δράση 1: Προώθηση συμμαχιών για τη δημιουργία υποδομών για την ασφαλή διαχείριση επικίνδυνων μολυσματικών και τοξικών νοσοκομειακών αποβλήτων.

Η δράση αποβλέπει στην ανάπτυξη των αναγκαίων συμμαχιών και συνεργασιών για την προώθηση της δημιουργίας υποδομών για την ασφαλή τελική διάθεση επικινδύνων μολυσματικών και τοξικών νοσοκομειακών αποβλήτων, όλων των κατηγοριών (ΕΙΑ- ΜΤΧ, ΕΙΑ- ΤΧ, ΕΙΑ- ΜΧ). Η σκοπιμότητα της δράσης καθορίζεται από το γεγονός, ότι η δημιουργία υποδομών τελικής διάθεσης και αδρανοποίησης των επικινδύνων αποβλήτων δεν εμπίπτει στο πεδίο των αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας και των υπηρεσιών του, αλλά στην αρμοδιότητα των Περιφερειών και των φορέων της αυτοδιοίκησης. Η αναρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας να ιδρύσει και να διαχειριστεί μεγάλες περιφερειακές μονάδες αποτέφρωσης ή αποστείρωσης των μολυσματικών αποβλήτων, που είναι η ενδεδειγμένη λύση του προβλήματος, δημιουργεί την ανάγκη να αναλάβει το Υπουργείο Υγείας δράσεις και πρωτοβουλίες που θα αποσκοπούν στη δημιουργία του κατάλληλου κλίματος και των κατάλληλων συνεργασιών για την προώθηση των δραστηριοτήτων αυτών.

Κύρια αποστολή της δράσης είναι η διασφάλιση της προστασίας του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος από τον κίνδυνο των μολυσματικών και τοξικών νοσοκομειακών αποβλήτων (Πρόγραμμα πρωτοβουλιών κοινωνικής διαβούλευσης για την επίλυση του προβλήματος διαχείρισης των επικινδύνων αποβλήτων με την δημιουργία περιφερειακών υποδομών ασφαλούς μεταφοράς και αδρανοποίησης των μολυσματικών και τοξικών νοσοκομειακών αποβλήτων σε μονάδες αποτέφρωσης και αποστείρωσης στους ΧΥΤΑ, σύνταξη μελετών τεχνικών προδιαγραφών και χωροθέτησης περιφερειακών Μονάδων Αποτέφρωσης και Κέντρων Επεξεργασίας Μολυσματικών Αποβλήτων).

Δράση 2: Δημιουργία υποδομών και εγκαταστάσεων διαχείρισης των μολυσματικών αποβλήτων στα νοσοκομεία.

Η δράση αποβλέπει στη δημιουργία υποδομών για την ασφαλή συγκέντρωση, προσωρινή αποθήκευση και αδρανοποίηση των επικινδύνων μολυσματικών και τοξικών νοσοκομειακών αποβλήτων, μέσα στα νοσοκομεία.

Κύρια αποστολή της δράσης είναι η διασφάλιση του νοσοκομειακού, φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος από τον κίνδυνο διασποράς των επικινδύνων νοσοκομειακών αποβλήτων και η διευκόλυνση της ασφαλούς απομάκρυνσης και αδρανοποίησης αυτών (προτείνεται η προμήθεια και εγκατάσταση του απαιτούμενου εξοπλισμού προσωρινής αποθήκευσης επικινδύνων ιατρικών αποβλήτων σε 52 νοσοκομεία, καθώς και η εγκατάσταση αποστειρωτικών κλιβάνων μολυσματικών αποβλήτων σε 71 νοσοκομεία).

Δράση 3: Δημιουργία μονάδων διαχείρισης των μολυσματικών αποβλήτων στις μονάδες υγείας του ιδιωτικού τομέα.

Η δράση αποβλέπει στη δημιουργία ιδιωτικών μονάδων για την ασφαλή συγκέντρωση, αποθήκευση και αδρανοποίηση των επικινδύνων μολυσματικών και τοξικών νοσοκομειακών αποβλήτων, που παράγονται από τις ιδιωτικές μονάδες υγείας. Η σκοπιμότητα της δράσης υπογραμμίζεται από το γεγονός ότι σήμερα καμία μέριμνα και καμία δυνατότητα ασφαλούς διαχείρισης των ιδιωτικών ιατρικών και νοσοκομειακών αποβλήτων, και είναι άγνωστος ο τρόπος διαχείρισης.

Κύρια αποστολή της δράσης είναι η διασφάλιση του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος από τον κίνδυνο διασποράς των επικινδύνων νοσοκομειακών αποβλήτων και η διευκόλυνση της ασφαλούς απομάκρυνσης και αδρανοποίησης αυτών (προβλέπονται οικονομοτεχνικές μελέτες για την ίδρυση των ιδιωτικών μονάδων επικινδύνων ιατρικών αποβλήτων, ίδρυση και εξοπλισμός τουλάχιστον 10 μονάδων διαχείρισης μολυσματικών αποβλήτων ιδιωτικών μονάδων υγείας, προμήθεια εξοπλισμού συλλογής και μεταφοράς των μολυσματικών αποβλήτων των ιδιωτικών μονάδων υγείας).

Δράση 4: Δημιουργία πιλοτικού δικτύου περισυλλογής και διαχείρισης μολυσματικών αποβλήτων και απορριμμάτων που προέρχονται από οδοντιατρικές πράξεις, στα νοσοκομεία της περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας.

Σκοπός της συγκεκριμένης Δράσης είναι η δημιουργία στην περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας υποδομών και δικτύου για την ασφαλή περισυλλογή, συγκέντρωση και αποθήκευση των επικινδύνων και τοξικών αποβλήτων, τα οποία προέρχονται από οδοντιατρικές πράξεις. Στην αποστολή της δράσης περιλαμβάνεται η διασφάλιση του νοσοκομειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος από τον κίνδυνο νοσοκομειακών αποβλήτων και η διευκόλυνση της ασφαλούς απομάκρυνσης και αδρανοποίησης αυτών (μελέτη τεχνικών προδιαγραφών για τις υποδομές και τη δημιουργία δικτύου περισυλλογής, μεταφοράς και αποθήκευσης ιατρικών αποβλήτων από οδοντιατρικές πράξεις, Διαμόρφωση υποδομών Προσωρινής αποθήκευσης και Διαλογής Επικινδύνων αποβλήτων στο σύνολο των νοσοκομείων της περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας, Προμήθεια και εγκατάσταση του απαιτούμενου εξοπλισμού περισυλλογής και μεταφοράς των παραπάνω αποβλήτων στα νοσοκομεία της περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας) .

3.3.3 Διαχείριση Νοσοκομειακών Αποβλήτων

Ιδιαίτερη σημασία- και αυτός είναι και ο λόγος που κρίναμε ότι πρέπει να αφιερώσουμε ένα επιπλέον κεφάλαιο στην εργασία- έχει το καθεστώς που διέπει την παραγωγή και διαχείριση των ιατρικών/ νοσοκομειακών αποβλήτων και ιδιαίτερα του μολυσματικού και τοξικού κλάσματος αυτών. Σε επίπεδο Ελλάδας προέκυψε ότι τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες για ανάδειξη της σημασίας αυτού του είδους των αποβλήτων και εφαρμογή ορθών διαχειριστικών πρακτικών. Ωστόσο οι προσπάθειες αυτές βρίσκονται ακόμη σε αρχικό επίπεδο με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ακόμη κατοχυρωμένο πλαίσιο ολοκληρωμένου σχεδιασμού σχετικά με την διαχείριση τέτοιου είδους αποβλήτων στην Ελλάδα.

Έτσι λοιπόν, αν και η ανάληψη πρωτοβουλίας σχετικά με την επιτυχή διαχείριση των νοσοκομειακών αποβλήτων βρίσκεται σε αρχικό στάδιο, ωστόσο θεωρείται εξαιρετικά επιθυμητή για το λόγο ότι τα νοσοκομειακά απόβλητα αποτελούν μια ειδική κατηγορία αποβλήτων, η διαχείριση των οποίων θα έπρεπε να χρήζει ιδιαίτερης προσοχής εξαιτίας του μολυσματικού και τοξικού τους χαρακτήρα. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε

αρκετές χώρες του εξωτερικού, ένα μεγάλο ποσοστό των δηλωθέντων κρουσμάτων λοιμωδών νόσων οφείλονται στην επαφή του ατόμου – φορέα με απόβλητα που έχουν απορριφθεί ανεξέλεγκτα στο περιβάλλον. Ανησυχητικό είναι ότι στην Ελλάδα τέτοιες έρευνες δεν έχουν αναφερθεί, με αποτέλεσμα η αύξηση των κρουσμάτων λοιμωδών νόσων που παρατηρείται τελευταία, σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της ΕΣΥΕ, να έχει ως πιθανή αιτία και την ανεξέλεγκτη διάθεση πολλών ειδών νοσοκομειακών αποβλήτων στο περιβάλλον.

Είναι χαρακτηριστικό ότι αρκετά μεγάλα νοσοκομεία στην Ελλάδα διαχειρίζονταν μέχρι πολύ πρόσφατα τα απόβλητα τους με τρόπους και μεθόδους που μας παραπέμπουν σε προηγούμενες δεκαετίες (απλός μαζικός καυστήρας ή απευθείας διάθεση στο περιβάλλον). Τελευταία όμως, άρχισαν να γίνονται κάποια βήματα προς μια βιώσιμη διαχείριση των νοσοκομειακών αποβλήτων, ιδιαίτερα μετά το νομοθετικό πλαίσιο, το οποίο τέθηκε σε ισχύ από το 2003 και εφεξής θέτει τις βασικές προδιαγραφές διαχείρισης των νοσοκομειακών αποβλήτων στην Ελλάδα.

Ωστόσο βασικό πρόβλημα παραμένουν τα απόβλητα που προκύπτουν από τις υπόλοιπες υποδομές υγείας (ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία, μικρές κλινικές κ.λ.π.), τα οποία καταλήγουν δυστυχώς στους ίδιους κάδους απορριμμάτων μαζί με τα οικιακά απορρίμματα.

Οι πιο ενδεδειγμένες μέθοδοι επεξεργασίας των μολυσματικών αποβλήτων, βάσει των όσων αναφέρει και η σχετική νομοθεσία, είναι η αποστείρωση και η αποτέφρωση. Ωστόσο το μεγάλο πρόβλημα σχετίζεται με τις περιβαλλοντικές επιπτώσεις των μεθόδων αυτών, παρά το γεγονός ότι αυτές εγκρίνονται από τη νομοθεσία. Σε σχέση με την αποτέφρωση, θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι εκπομπές διοξινών και φουρανίων, αλλά και άλλων ατμοσφαιρικών ρύπων μπορεί να είναι ιδιαίτερα σημαντικές, ενώ η εγκατάσταση κατάλληλου συστήματος μετρήσεων και αντιρρυπαντικής τεχνολογίας θεωρείται ως ιδιαίτερα ακριβή για τα νοσοκομεία. Ωστόσο είναι απαραίτητη στις περιπτώσεις που χρησιμοποιείται η αποτέφρωση ως μέθοδος επεξεργασίας. Όσον αφορά την αποστείρωση, εκφράζονται φόβοι σχετικά με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου για την εξουγίανση των συγκεκριμένων ειδών μολυσματικών αποβλήτων (π.χ. σύριγγες), ενώ κρίνεται και αναποτελεσματική για την διαχείριση κάποιων ειδών αποβλήτων, όπως τα παθολογικά και τα κυτταροτοξικά.

Με βάσει όλα τα ανωτέρω, θα λέγαμε ότι βασική προϋπόθεση για μια αποτελεσματική διαχείριση των νοσοκομειακών αποβλήτων στην Ελλάδα, αποτελεί σίγουρα η κατάρτιση ενός εξειδικευμένου σχεδίου δράσης σε κεντρικό επίπεδο, το οποίο θα καθορίζει όλες τις τεχνικές προδιαγραφές διαχείρισης αυτού του είδους των αποβλήτων.

Άμεση προτεραιότητα θα πρέπει να δοθεί στην αντιμετώπιση του προβλήματος **του διαχωρισμού των μολυσματικών αποβλήτων από τα μη στην πηγή** παραγωγής τους έτσι ώστε να μην οδηγείται προς επεξεργασία πολύ μεγαλύτερος όγκος αποβλήτων από αυτόν που θα

έπρεπε, επιδεινώνοντας ακόμη περισσότερο την ήδη επιβαρημένη κατάσταση του περιβάλλοντος.

Επίσης βασικό άξονα θα πρέπει να αποτελεί η εκπόνηση ανάλυσης οικονομικής βιωσιμότητας, προκειμένου να επιλεγθεί το βέλτιστο δυνατό σενάριο διαχείρισης των αποβλήτων, μέσα από μία σειρά εφικτών σεναρίων. Η συγκεκριμένη ανάλυση πέρα από τους καθαρά οικονομικούς όρους, οφείλει να συμπεριλάβει και τα βασικότερα περιβαλλοντικά κριτήρια και ιδιότητες, οι οποίες μπορούν να εκφραστούν έμμεσα με χρηματικούς όρους και να συγκριθούν με τα πραγματικά οικονομικά κόστη σε μια ειδικά σχεδιασμένη ανάλυση κόστους- οφέλους.

Η συγκεκριμένη ανάλυση, πέρα από την επιλογή του βέλτιστου συστήματος επεξεργασίας των μολυσματικών αποβλήτων μιας συγκεκριμένης μονάδας, οφείλει να επεκταθεί έτσι ώστε να αποτελεί βασικό εργαλείο κεντρικού ή αποκεντρωμένου σχεδιασμού για τη διαχείριση των ιατρικών και νοσοκομειακών αποβλήτων εντός μιας δεδομένης χωρικής ενότητας.

Μέσα στο ανωτέρω πλαίσιο, ο καθένας θα πρέπει να αναλάβει συγκεκριμένες ευθύνες και αρμοδιότητες προκειμένου να μπορέσει να συνεισφέρει, όσο το δυνατόν καλύτερα, από την πλευρά του. Η συνεργασία και η συνάρθρωση των αρμοδιοτήτων, όχι μόνο σε επίπεδο συγκεκριμένης νοσηλευτικής μονάδας, αλλά και σε κεντρικό διοικητικό επίπεδο (αρμόδια υπουργεία, Περιφέρειες, κ.λ.π.) αποτελεί ένα ευαίσθητο και κρίσιμο ζήτημα, στο οποίο θα πρέπει να επιδειχθεί η ανάλογη προσοχή προκειμένου να έχουμε τα βέλτιστα δυνατά αποτελέσματα, δεδομένου και των δυσκολιών που υπάρχουν στην Ελλάδα στον τομέα αυτό.

Πάνω από όλα όμως, για την επίτευξη των ανωτέρω θα πρέπει να οργανωθούν κατάλληλα σεμινάρια εκπαίδευσης και εκστρατείες ενημέρωσης έτσι ώστε να πεισθούν (άραγε βρισκόμαστε ακόμη στο επίπεδο του να πρέπει να πεισθούν οι καθ' ύλη αρμόδιοι καθώς και οι πολίτες για την αναγκαιότητα αλλαγής νοοτροπίας σε τόσο σημαντικά επιστημονικά και πολιτικά- πολιτιστικά θέματα?) όχι μόνο οι εμπλεκόμενοι στον τομέα της υγείας, αλλά και οι απλοί πολίτες (βλέπε, ανάγκη για ενέργειες κοινωνικής διαβούλευσης) για την αξία της επιτυχούς διαχείρισης των ιατρικών και νοσοκομειακών αποβλήτων, από τη φάση παραγωγής τους μέχρι την τελική τους διάθεση.

Η κατανόηση της επιτυχούς διαχείρισης των ιατρικών αποβλήτων στην σύγχρονη εποχή αποτελεί ένα θέμα μείζονος σημασίας, στο οποίο θα πρέπει να επιδειχθεί η ανάλογη προσοχή τόσο από τους άμεσα εμπλεκόμενους στον τομέα της υγείας, όσο και από τα διοικητικά όργανα και τους απλούς πολίτες, ενόψει των μεγάλων αλλαγών που συντελούνται τα τελευταία χρόνια σε σχέση τόσο με τη διαχείριση της περιβαλλοντικής ποιότητας όσο και με την επιτυχή πρόληψη πολλών ασθενειών, νέων ή και παλαιών, οι οποίες απειλούν όλο και περισσότερο τη δημόσια υγεία.

Πέρα όμως από αυτό, η διαχείριση των αποβλήτων μιας κοινωνίας αποτελεί δείγμα πολιτισμού και ως τέτοιο θα πρέπει να αντιμετωπίζεται στις σύγχρονες κοινωνίες.

3.3.4 Ενεργειακά χαρακτηριστικά των ελληνικών νοσοκομείων

Τα νοσοκομεία έχουν μία από τις υψηλότερες καταναλώσεις ενέργειας στον τριτογενή τομέα. Αυτή η κατανάλωση ενέργειας προορίζεται για την κάλυψη των θερμικών αναγκών όπως θέρμανση χώρων, παραγωγή ζεστού νερού χρήσης, παραγωγή ατμού για θέρμανση, αποστείρωση, μαγείρεμα, κεντρικά πλυντήρια και των ηλεκτρικών αναγκών όπως φωτισμός, λειτουργία ιατρικών μηχανημάτων κλπ.

Οι βασικότεροι λόγοι, για τους οποίους η κατανάλωση ενέργειας των νοσοκομείων είναι τόσο υψηλή, είναι η συνεχής λειτουργία τους όλο το εικοσιτετράωρο καθ' όλη τη διάρκεια του έτους και τα ειδικά επίπεδα άνεσης τα οποία απαιτούνται για την υγεία των ασθενών καθώς επίσης και οι ιδιαίτερες συνθήκες λειτουργίας διαφόρων χώρων π.χ. χειρουργεία.

Η σημερινή κατάσταση σήμερα λοιπόν εμφανίζει:

(σύμφωνα με ΚΑΠΕ, Δ/ση Ενεργειακής Πολιτικής και Σχεδιασμού)

- Υψηλούς δείκτες κατανάλωσης ενέργειας- Αυξητική τάση
- Η κατανάλωση ενέργειας για το 1994 είναι της τάξης των 650 GWh
- Υψηλό κόστος κατανάλωσης ενέργειας- 30 εκατομμύρια € περίπου ετησίως
- Υψηλή ζήτηση ηλεκτρικής ισχύος και ενέργειας- Αυξητική τάση
- Ανομοιομορφία στις καταναλώσεις ενέργειας
- Ανομοιομορφία στις κατασκευές
- Κατανομή εγκατεστημένης ηλεκτρικής ισχύος των νοσοκομείων είναι: φωτισμός 17%, βασικός μηχανολογικός εξοπλισμός 6%, άλλες ιατρικές χρήσεις 15%, κλιματισμός 62%
- Κατανομή εγκατεστημένης ψυκτικής ισχύος των νοσοκομείων είναι: Σύστημα κεντρικού κλιματισμού 33%, αντλίες θερμότητας 2%, διαιρούμενες κλιματιστικές μονάδες 65%

Συμπερασματικά λοιπόν προκύπτει, ότι τα νοσοκομεία αποτελούν ιδιαίτερα ενεργιοβόρα κτίρια και θα πρέπει να αποτελέσουν ιδιαίτερο πεδίο για την έρευνα και την θεσμοθέτηση πολιτικών για την εξοικονόμηση ενέργειας σε εθνικό επίπεδο. Μέχρι τώρα εκπονούνται πιλοτικά και με την εθελοντική συμμετοχή των συμμετεχόντων φορέων μελέτες, είτε από το ΚΑΠΕ (Κέντρο Ανανεώσιμων Πηγών Ενέργειας) είτε από εκπαιδευτικά ιδρύματα σε ερευνητικό επίπεδο, σε 1- 4 νοσοκομεία κατά περίπτωση. Είναι προφανές ότι η σχετική εμπειρία θα έπρεπε να ενταχθεί στην γενικότερη πολιτική του Υπουργείου Υγείας σε συνεργασία με τους αντίστοιχους φορείς του δημοσίου τομέα και να μην αποτελεί ακόμη και σήμερα ακαδημαϊκή ενασχόληση μόνο ή πρωτοβουλία και καλή θέληση των διοικήσεων και των υπηρεσιών κάποιων πιο ευαίσθητοποιημένων φορέων.

Λαμβανομένου υπόψη, ότι η στροφή της εθνικής μας περιβαλλοντικής και ενεργειακής πολιτικής τα τελευταία χρόνια σε δράσεις που σκοπό έχουν την προστασία του περιβάλλοντος, στην ορθολογική χρήση και διαχείριση των φυσικών πόρων, στην χρήση των ανανεώσιμων πηγών ενέργειας, κ.ά. αποτελεί καθοριστική δικλείδα προς ένα «πράσινο»- αειφόρο μέλλον! Ιδιαίτερα όταν γνωρίζουμε ότι στην Ελλάδα η ενεργειακή ένταση από το 1990 (εκφραζόμενη σαν λόγος της κατανάλωσης πρωτογενούς ενέργειας προς το ΑΕΠ) ήταν κατά 60% μεγαλύτερη από ότι στην Κοινότητα των 12 χωρών, κατά μέσο όρο, ενώ στην περίοδο 1980-1990 ο δείκτης ενεργειακής έντασης αυξήθηκε με μέσο ρυθμό 1,1%.

Με δεδομένο ότι η παραγωγή και κατανάλωση ενέργειας για τις μεταφορές, τη βιομηχανία και τον οικιακό, εμπορικό και τριτογενή τομέα είναι υπεύθυνες για τις κλιματικές αλλαγές του πλανήτη, το ΥΠΕΧΩΔΕ προώθησε το 1995 το «Ελληνικό Πρόγραμμα» για την «Κλιματική Μεταβολή» που αφορά στη λήψη μέτρων για τη σταθεροποίηση των εκπομπών των αερίων που ευθύνονται για το φαινόμενο του θερμοκηπίου, ιδιαίτερα του διοξειδίου του άνθρακα. Παράλληλα εξειδικεύτηκαν τα μέτρα που αφορούν στον κτιριακό τομέα που συμβάλλει στην παραγωγή του 30% περίπου της τελικής κατανάλωσης ενέργειας σε εθνικό επίπεδο και ως εκ τούτου είναι υπεύθυνος για την παραγωγή του 40% του διοξειδίου του άνθρακα, ώστε να περιοριστούν οι περιβαλλοντικές επιπτώσεις.

Οι ήπιες κλιματικές συνθήκες και η υψηλή ηλιοφάνεια που επικρατούν στη χώρα μας δεν δικαιολογούν τέτοιο υψηλό ποσοστό ενεργειακής κατανάλωσης. Με τη λήψη κατάλληλων επεμβάσεων τόσο στο ίδιο το κτίριο, όσο και στα οικιστικά σύνολα η κατάσταση μπορεί να είναι αναστρέψιμη, αρκεί να ισχύσουν νέοι περιβαλλοντικοί και ενεργειακοί δείκτες, κριτήρια και παράμετροι που θα επιτρέπουν ευνοϊκές σχέσεις δομημένου –ακάλυπτου χώρου, ελαχιστοποίηση των δυσμενών επιπτώσεων στην πόλη και των δραστηριοτήτων που αναπτύσσονται σ' αυτήν, ελαχιστοποίηση των περιβαλλοντικών επιπτώσεων από τα ίδια τα κτίρια.

Η νομοθεσία και τα κανονιστικά μέτρα που ισχύουν σήμερα, παρά τις πρόσφατες σημαντικές βελτιώσεις, δεν καλύπτουν ακόμη επαρκώς το φάσμα των ελλείψεων. Τονίζεται έτσι όλο και με περισσότερη έμφαση η ανάγκη να αμβλυνθούν οι αδυναμίες, κύρια σε θέματα πιστοποίησης αλλά και μηχανισμών ελέγχου της εφαρμογής των κανονισμών.

Ειδικότερα, για τα νοσοκομεία θα έπρεπε να εκπονηθούν συνολικές μελέτες για το σύνολο της επικράτειας, με σκοπό τη συλλογή και επεξεργασία όλων των ενεργειακών καταναλώσεων σε σύγκριση και με αυτές του υπόλοιπου τριτογενούς και οικιστικού φορτίου και τη θεσμοθέτηση στοχευμένων μέτρων και οικονομικών επενδύσεων για την εξοικονόμηση ενέργειας και τον εκσυγχρονισμό των τρόπων δόμησης και των οικοδομικών παρεμβάσεων στα υφιστάμενα κτίρια.

Στην σημερινή συγκυρία εξακολουθούν να υφίστανται οργανωτικές και θεσμικές ελλείψεις όπως:

- Ενεργειακή πολιτική Φορέα/ Νοσοκομείου
- Οργάνωση και Επένδρωση Γραφείου Ενεργειακής Διαχείρισης
- Συλλογή στοιχείων, Γνώση τεχνολογίας- δυνατοτήτων- διαρκής ενημέρωση
- Δημιουργία ενεργειακής συνείδησης
- Ύπαρξη κινήτρων
- Θέσπιση ρεαλιστικών στόχων εξοικονόμησης ενέργειας
- Εφαρμογή δράσεων Ε.Ε. (Ευρωπαϊκή Ένωση) και πραγματοποίηση ενεργειακών επενδύσεων
- Αξιολόγηση αποτελεσμάτων

3.4 Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα και ο ποιοτικός έλεγχος των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, τόσο από τον κρατικό όσο και από τον ιδιωτικό τομέα, δεν έχει ακόμα αποτελέσει τομέα ουσιαστικού ενδιαφέροντος από το κράτος.

Στα συστήματα υγείας των ανεπτυγμένων χωρών η ανάγκη για υπηρεσίες υγείας υψηλότερης ποιότητας οι οποίες να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας είναι έντονη και υψηλής προτεραιότητας. Τέτοια συστήματα υιοθετούν όλο και περισσότερο οδηγίες, οι οποίες βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία δίνοντας προσοχή στη μείωση των ιατρικών λαθών και την ενίσχυση της ασφάλειας των ασθενών. Το ενδιαφέρον για την ποιότητα συνίσταται επίσης στις προσπάθειες περιορισμού της σπατάλης και της μη αποδοτικότητας για να διασφαλισθεί ότι οι πόροι χρησιμοποιούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να αποκομίζουμε πλήρως τα οφέλη τους.

Νέα κριτήρια προσδιορίζονται με κύριο γνώμονα τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας οι οποίοι σήμερα διαφοροποιούν τη συμπεριφορά τους στην υγεία, έχουν καλύτερη πρόσβαση στη γνώση και την πληροφορία, και διατυπώνουν υψηλότερες προσδοκίες και αιτήματα τα οποία δεν περιορίζονται πλέον στην επάρκεια και την προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας και του συστήματος υγείας.

Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνεται στις προτεραιότητες και τους προσανατολισμούς των συστημάτων υγείας και των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών που βρίσκονται σε εξέλιξη στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες. Η συζήτηση περιλαμβάνει τον εντοπισμό των παραγόντων και των τεχνικών που θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν την ενσωμάτωση της ποιότητας τόσο στη διαδικασία λειτουργίας του συστήματος υγείας όσο και στο αποτέλεσμα αυτής.

Η Υγεία αποτελεί αναμφισβήτητα τον κύριο δείκτη ποιότητας της Ζωής. Άλλωστε στους καθημερινούς μας χαιρετισμούς δεν ανταλλάσσουμε τη φράση «...υγεία πάνω απ' όλα !...»? , που δείχνει ότι στην συνείδηση μας ως απλών ανθρώπων (και όχι επιστημόνων ή κάτι άλλο...!) η υγεία αποτελεί την αρχή και το τέλος των δραστηριοτήτων μας. Από την «αρχή»,

όμως, μέχρι το «τέλος» περιλαμβάνεται ο ουσιαστικός προσδιορισμός της «ποιότητας» και ο προβληματισμός που αυτή συμπαρασύρει. Έτσι για την ποιότητα στην υγεία, και κατ' επέκταση στις υπηρεσίες υγείας, η ποιότητα εξετάζεται από διαφορετικές σκοπιές.

Η πρώτη σκοπιά η οποία είναι και θεμελιώδης πραγματεύεται ή επαναδιαπραγματεύεται την έννοια της ποιότητας της ζωής σε σχέση με την ποσότητα, σε μία σοβαρή προσπάθεια επαναδιατύπωσης του ορισμού της ποιότητας ως συνάρτηση του χρόνου και της ζωής, ως παράγωγο προϊόν δύο διαστάσεων- της διάρκειας και της ποιότητας. Παραδοσιακοί όροι όπως μέση διάρκεια ζωής, προσδόκιμο επιβίωσης, αμφισβητούνται και η ζωή εξετάζεται μέσα από την ποιότητα που βιώνεται στη διάρκεια της.

Η ποιότητα (ισότητα, ζωή , υγεία) έχει ιεραρχηθεί υψηλότερα από την ποσότητα (χρόνια).

Ο ίδιος ο ΠΟΥ (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας), ενώ στις αρχές της δεκαετίας του '80 σημείωνε ότι «είναι αναγκαίο να σκεφτούμε και τέτοια θέματα όπως η ποιότητα ζωής των βαριά ασθενών και το πώς θα επιτρέψουμε στους ανθρώπους να πεθαίνουν με αξιοπρέπεια. (The need for terminal care has grown, and it is becoming increasingly necessary to consider such issues as the quality of life of the seriously ill and how to let people die with dignity WHO, 1986), πρόσφατα φαίνεται ότι προχώρησε ένα βήμα παραπέρα: «σε πολλές χώρες το να πεθάνεις είναι όλο και περισσότερο μια μη φυσική φάση της ζωής και ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών έχει τώρα αρχίσει ν' αναζητά θεραπείες χαμηλής τεχνολογίας ώστε να είναι σε θέση να πεθάνει με αξιοπρέπεια», και κάλεσε τους επαγγελματίες υγείας να σέβονται τις πνευματικές όψεις της ζωής και των τελικών της σταδίων , ώστε να μπορούν να αποδέχονται το θάνατο ως ένα φυσικό μέρος της ανθρώπινης ύπαρξης (WHO, 1999).

Φαίνεται ότι μετά το μεταπολεμικό τεχνοκρατικό μπουύμ και την εξάντληση των όσων (θετικών) είχε να προσφέρει, ξανασανακαλύψαμε τον τροχό: αυτό που για αιώνες ψάλλεται στις εκκλησίες: «Χριστιανά τα τέλη της ζωής ημών, ανώδυνα, ανεπαίσχυντα, ειρηνικά.....» (Θεία Λειτουργία), (Γιάννης Δημολιότης, Επικ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων).

Ο καθηγητής συνεχίζει σχολιάζοντας:

«...Η παγκόσμια υγειακή κοινότητα έχει για τα καλά συνειδητοποίηση , ότι ο τρέχων μονοδιάστατος τρόπος αποτίμησης της ζωής με μέτρο το προσδόκιμο διάρκειας ζωής (life expectancy), δηλαδή την ποσότητα, είναι το λιγότερο ανεπαρκής- αν όχι και παραπλανητικός. Την τελευταία εικοσαετία γίνεται όλο και συχνότερα λόγος για ποιότητα ζωής. Και για ποιότητα θανάτου (dying in dignity).

Δεν είναι περίεργο που πρωτοστατούν οι οικονομολόγοι της υγείας σ' αυτή την κίνηση, μεταξύ άλλων και με την διατύπωση των περίφημων QALY (Quality Adjusted Life Years= ποιοτικά σταθμισμένα έτη ζωής= έτη ποιοτικής ζωής, μια προσπάθεια ποσοτικής αποτίμησης της ποιότητας ζωής). Τούτο γιατί οι οικονομολόγοι είναι εξοικειωμένοι με τις έννοιες της

«σπανιότητας πόρων» και των «εξωτερικών οικονομιών και αντι-οικονομιών», εξοικείωση χωρίς την οποία δεν είναι δυνατόν όχι μόνο να επιλυθούν μα ούτε καν απλώς να κατανοηθούν τα συναφή προβλήματα. Ίσως είναι αλήθεια, ότι όπου μπλέχτηκαν οι οικονομολόγοι δεν έγινε ομορφότερη η ζωή». Ατυχώς, οι οικονομολόγοι εμπλέκονται μόνο όταν η ζωή έχει ήδη γίνει άσχημη, όταν δηλαδή η σπανιότητα των πόρων έχει ήδη κάνει έκδηλη την παρουσία της, και η μόνη της δυνατότητα είναι να μη γίνει ακόμη χειρότερη ή να γίνει χειρότερη με βραδύτερους ρυθμούς. Έργο των οικονομολόγων δεν είναι παρά η διαχείριση της σπανιότητας πόρων, η Οικονομία δεν θα υπήρχε καν, ούτε ως έννοια ούτε ως λέξη (και προφανώς ούτε ως επιστήμη), αν δεν υπήρχε σπανιότητα πόρων».

Το πρόβλημα γίνεται οξύ στη σημερινή «προηγμένη» (τουλάχιστον τεχνολογικά) δυτική κοινωνία και το πρόβλημα της ποιότητας ζωής έχει απασχολήσει και τους γιατρούς, τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και από νομικούς (σε ότι συναρτάται από τα ατομικά και συλλογικά δικαιώματα, ευθανασία κλπ), θεολόγους, κοινωνιολόγους, ιστορικούς, κλπ.

Θεωρούμε ενδιαφέρουσα την εν κατακλείδι τοποθέτηση του καθηγητή Δημολιάτη στο αντίστοιχο άρθρο του («ΝΥΝ ΑΠΟΛΥΕΙΣ ΤΟΝ ΔΟΥΛΟΝ ΣΟΥ ΔΕΣΠΟΤΑ- ΠΡΑΓΜΑΤΕΙΑ ΠΕΡΙ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ: ΕΝΑ ΠΕΙΡΑΜΑ ΣΚΕΨΗΣ ΚΑΙ ΕΝΑ ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΠΟΣΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ», Επεξεργασμένα πρακτικά του Forum για την υγεία με τίτλο: Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, εκδ. Θεμέλιο/ Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2003) και την παραθέτουμε αυτούσια, διότι πρώτον, δεν έχουμε το θεωρητικό υπόβαθρο για να τοποθετηθούμε με την σαφήνεια και την ρητορική του, αλλά κυρίως διότι αποτελεί ευθεία τοποθέτηση στην στυγνή αντιπαράθεση των πολιτικών συστημάτων διεθνώς με τον καθορισμό της έννοιας της ποιότητας στις διάφορες παραγωγικές δραστηριότητες των ανθρωπίνων κοινωνιών και ειδικά των δυτικών που κατέχουν στις μέρες μας τον έλεγχο αυτών των συστημάτων (οικονομικών και κοινωνικών):

«Η ρητορική και πολιτική κατάχρηση της έννοιας της ποιότητας είχε ως κύριο αποτέλεσμα το καμουφλάρισμα νεοφιλελεύθερων πολιτικών λιτότητας και όχι τη βελτιστοποίηση της παραγωγής στον τομέα της υγείας, δημόσιο ή ιδιωτικό.

Στην εποχή της παγκοσμιοποίησης, κατ' εντολήν των πολυεθνικών και της διακυβέρνησης (του ελάχιστου κράτους) καμιά λογική δεν μπορεί να περιορίσει πειστικά τη συζήτηση της καθεμιάς ποιότητας μέσα στα στενά πλαίσια του κόστους ενός τομέα παραγωγής, ενός κράτους, μιας επιστήμης και πρακτικής, μιας οικονομικής μονάδας ή υπηρεσίας, ενός τμήματος νοσοκομείου, κλπ.

Αυτό το αξίωμα δεν αποκλείει απόλυτα τη θεωρητική (ιδανική) δυνατότητα παροχής υπηρεσιών υψηλότερης ποιότητας σε χαμηλότερο κόστος. Το ιδανικό όραμα της Άλμα- Άτα δεν μπορεί να επιτευχθεί με το βασικό μέσο της Διακήρυξης (πειθώ των ισχυρών) και με την στρατηγική του ΠΟΥ και των κρατών- μελών του.

Η βασική αρχή της διαχείρισης ολικής ποιότητας «σωστό από την αρχή» (right first time) είναι απραγματοποίητη σε έναν τομέα όπου όλα είναι εσφαλμένα από την αρχή. Και δεν μπορούν να διορθωθούν με απλές τεχνικές μέσα στο ίδιο κοινωνικό πλαίσιο, το οποίο δημιούργησε, διατηρεί

και μάλιστα ενισχύει τους βασικούς κερδοσκοπικούς παράγοντες που οδήγησαν στην κρίση των υπηρεσιών υγείας. Είναι αδιανόητο, το πώς το «ελάχιστο κράτος» «της διακυβέρνησης» θα βρει λύσεις για τα προβλήματα που δημιουργήσε το «κράτος του παρεμβατισμού», ιδίως με την επάνοδο της κεϋνσιανής λογικής (αύξηση και της ζήτησης και των δημοσίων επενδύσεων) που διαδίδεται σήμερα από τους νεοφιλελεύθερους.

Η δεύτερη σκοπιά αφορά την διαφορετική διάσταση της ποιότητας όπως παρουσιάζεται από την οπτική των οικονομολόγων, η «οπτική των οικονομικών της υγείας».

Οι έννοιες του ελέγχου και τις διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες και τα αγαθά, εισήχθησαν πρωτίστως στην ιαπωνική βιομηχανία στη δεκαετία του '50 με βάση τις ιδέες του αμερικανού στατιστικού Edward Deming, ενώ ο Avedis Donabedian καθιέρωσε την έννοια της ποιότητας στη δεκαετία του '70, στις υγειονομικές υπηρεσίες. Το ενδιαφέρον για την υπερβολική ποιότητα εμφανίζεται ταυτόχρονα στην αρχή της δεκαετίας του '70 από τον Newhouse, ο οποίος ενδιαφέρθηκε για ένα μεμονωμένο νοσοκομείο, και τον Lee (1971) ο οποίος έλαβε υπόψη τις σχέσεις αλληλεξάρτησης ανάμεσα στα νοσοκομεία.

Ο προσδιορισμός του ακριβούς σημείου της σχέσης ποιότητας- ποσότητας στην καμπύλη παραγωγικών δυνατοτήτων είναι δυσχερής και εξαρτάται από ένα πλήθος παραγόντων, οι οποίοι συνδέονται με τις προτιμήσεις των χρηστών, με την κατανομή των πόρων και με την τεχνολογία παραγωγής. Σε κάθε περίπτωση, η επιλογή οφείλει να υπακούει στις απαιτήσεις της οικονομικής ανάλυσης και στη σχέση κόστους- οφέλους, ενώ δεν πρέπει να παραβλέπονται οι πολιτικές προτεραιότητες και η ανάγκη διασφάλισης της ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας υπόκεινται, όπως είναι γνωστό, σε προϋπολογιστικούς περιορισμούς, δεδομένου ότι η διαχείριση οφείλει να είναι ισορροπημένη. Υπό την έννοια αυτή, η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και την προσφερόμενη ποσότητα είναι αναγκαίο να διευκρινιστεί, δεδομένου ότι αποτελεί κρίσιμο στοιχείο για την ακολουθητέα πολιτική των υγειονομικών ιδρυμάτων. Έτσι, αποτελεί πρώτιστο ζήτημα –σε συνθήκες σπανιότητας των πόρων- η απόφαση για τον συνδυασμό ποιότητας και ποσότητας που πρόκειται να προσφερθεί.

Οι διαχειριστές των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων επιδιώκουν την μεγιστοποίηση της ικανοποίησης και είναι προφανές ότι η επιδίωξη αυτή είναι συνάρτηση δύο μεταβλητών. Η πρώτη είναι η ποσότητα των προσφερομένων υπηρεσιών, δεδομένου η αυξημένη παροχή περίθαλψης συμβάλλει στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού, και η δεύτερη είναι η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, η οποία συνδέεται με την επαγγελματική κατάρτιση, την τεχνολογία και το επίπεδο των αμοιβών του προσωπικού. Οι γιατροί και γενικά οι επαγγελματίες υγείας είναι ευαίσθητοι στο στοιχείο της ποιότητας για λόγους επαγγελματικού γοήτρου. Γενικότερα όμως, η ποιότητα με την έννοια της

τοποθέτησης επιπλέον πόρων και άντλησης κύρους εμφανίζεται ως υποκατάστατο του κέρδους, ιδιαίτερα στο δημόσιο και μη κερδοσκοπικό σκέλος του υγειονομικού τομέα.

Επομένως οι οικονομολόγοι με τα μεθοδολογικά εργαλεία που διαθέτουν (διαγράμματα, μαθηματικά μοντέλα, εμπειρικές στατιστικές μελέτες κλπ), σκοπό έχουν να παράγουν αποτελέσματα με τον συνδυασμό διαφορετικών κριτηρίων. Βέβαια άλλα από αυτά τα αποτελέσματα μπορούν να αφορούν τους οργανισμούς του δημοσίου τομέα και άλλα τους οργανισμούς του ιδιωτικού τομέα, όπως για παράδειγμα η αναζήτηση της σχέσης αριθμού νοσηλευομένων σε σχέση με το μέγιστο δυνατό κάθε φορά, με την ποιότητα νοσηλείας, την αύξηση του κόστους νοσηλείας, η συμμετοχή της βιοϊατρικής τεχνολογίας στο κόστος και την ποιότητα, την δυνατότητα ή μη της μετακύλισης του κόστους στον χρήστη κλπ. Σε όλες τις υποθέσεις όμως, συνήθως το κόστος της μονάδος είναι αυξημένο και υπερβαίνει το ελάχιστο κόστος και η αναντιστοιχία επιβαρύνεται δεδομένου ότι υπάρχει αλληλεξάρτηση ανάμεσα στα υγειονομικά ιδρύματα.

Τα απλά υποδείγματα καταλήγουν σε απλά αποτελέσματα τα οποία συνήθως δεν ερμηνεύουν ολοκληρωμένα τα φαινόμενα. Συνεπώς χρειάζεται η ανάπτυξη ενός υποδείγματος περισσότερο πολύπλοκου, το οποίο να σέβεται την πολυδιάστατη φύση του υγειονομικού αποτελέσματος, να λαμβάνει υπόψη του δείκτες όπως η ανικανότητα, η κατάσταση των συμπτωμάτων και η θνησιμότητα και όχι απλά τον όρο ιατρογενή ατυχήματα που μπορεί να προκληθούν π.χ. από την επέκταση της ιατρικής φροντίδας με εντατικό ρυθμό και να συσχετίζει το αποτέλεσμα με το κόστος φροντίδας.

Οι Donabedian και συνεργάτες (1982) παρουσίασαν ένα ολοκληρωμένο πλαίσιο, το οποίο συσχετίζει την ποιότητα, το κόστος και τα υγειονομικά αποτελέσματα, και επίσης ένα τεχνικό υπόστρωμα για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, η ευρεία διάχυση των καινοτομιών και της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας είναι εξαιρετικά ταχεία και η παρουσία υποδειγμάτων στον τομέα αυτόν έκαναν προσιτές στις μικρές μονάδες περίθαλψης τις πολύπλοκες επενδύσεις. Είναι φυσικό, τα νοσηλευτικά ιδρύματα μεγάλου μεγέθους να θέλουν να παραμείνουν στην αιχμή της προόδου. Αυτή η στάση αντανακλά, προφανώς, την συμπεριφορά των γιατρών οι οποίοι θέλουν να προτείνουν στους ασθενείς περισσότερες εξειδικευμένες θεραπευτικές μεθόδους από αυτές που παρέχονται αλλού. Η προσφυγή σε εξοπλισμούς υψηλής τεχνολογίας και σε πολυάριθμες εξετάσεις υπακούει σε μια λογική ιδιαίτερης σημασίας για την επιστημονική διαδικασία και κατά συνέπεια τη θέση των ιθυνόντων στην ιατρική ιεραρχία.

Οι διευθυντές των νοσοκομείων, οι οποίοι εμπνέονται από από τεχνικές διαχείρισης της επιχείρησης, επενδύουν και επιδιώκουν μια γρήγορη εναλλαγή των ασθενών. Αυτή η διαδικασία εξασφαλίζει την απόσβεση των επενδύσεων, τον έλεγχο του πληθωρισμού και την μείωση της διάρκειας

νοσηλείας. Παρά ταύτα αυξάνει το ημερήσιο κόστος νοσηλείας και χωρίς αμφιβολία, πέρα από ένα ορισμένο όριο, το κόστος θεραπείας. Άλλωστε όλοι γνωρίζουν ότι η απόκτηση νέων υλικών και τεχνολογίας έχει ως προϋπόθεση και μερικές φορές αποτέλεσμα τον κορεσμό των προηγούμενων. Σε πολλές φορές έχει δοθεί προτεραιότητα για υπερβολική χρήση, χωρίς να προηγείται έλεγχος της χρησιμότητας των ιατρικών πράξεων και ακόμα χωρίς οι ασθενείς, οι οποίοι καλύπτονται από μία, σχεδόν συνολική κοινωνική προστασία, να υποστούν οι ίδιοι τις χρηματικές συνέπειες. Και έτσι η κοινή γνώμη αποδέχεται την αξία της βιοϊατρικής τεχνολογίας ως την λύση για την επιμήκυνση της ζωής η οποία θα προκύψει από την πρόοδο της επιστήμης.

Η αποδοτικότητα στη φροντίδα υγείας αναφέρεται στην ποσότητα- υπό δεδομένη ποιότητα- για συγκεκριμένο κόστος και εφαρμόζεται ως καθαρό αποτέλεσμα ανά μονάδα κόστους. Η αύξηση των δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ έχει ενδυναμώσει το ενδιαφέρον για την ανάλυση και διερεύνηση της μη αποδοτικής χρήσης των πόρων και σχετίζεται με ακατάλληλες εισαγωγές στα νοσοκομεία, μη αναγκαίες χειρουργικές επεμβάσεις και γενικά την αμυντική ιατρική.

Η ποιότητα στη φροντίδα υγείας έχει αναδειχθεί σε κεντρικό άξονα της υγειονομικής πολιτικής και επιδρά στην οικονομία των συστημάτων υγείας. Είναι πιθανό, ότι η επίκληση της ποιότητας συνιστά μια διαδικασία ανακατανομής των πόρων και η τάση για υπερβολική ποιότητα αποτελεί υποκατάστατο του κέρδους.

Προς την κατεύθυνση αυτή, η οικονομική ανάλυση μπορεί να προσφέρει τη θεωρητική βάση και τα εμπειρικά παραδείγματα για την εκτίμηση της άριστης σχέσης συνδυασμού ποσότητας και ποιότητας. Η κατεύθυνση αυτή οφείλει να αντιλαμβάνεται ότι η ποιότητα δεν είναι αυτοσκοπός, αλλά πρέπει αποδεδειγμένα να συμβάλλει στη βελτίωση της ζωής των πολιτών.

Η τρίτη σκοπιά αφορά στην συζήτηση για την εφαρμογή των σύγχρονων συστημάτων management και πιστοποίησης των διαφόρων τμημάτων των υγειονομικών ιδρυμάτων και γενικά των υπηρεσιών υγείας.

Η έννοια της Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) σε οποιοδήποτε σύστημα «παραγωγής» προϊόντων ή υπηρεσιών συνοψίζεται σε τρία σημεία:

(α) στη δημιουργία εργασιακού «περιβάλλοντος καθορισμένων κριτηρίων και προδιαγραφών ποιότητας», με κοινά αποδεκτό από όλους τους συμμετέχοντες (δηλαδή κοινή γλώσσα επικοινωνίας),

(β) στην υιοθέτηση πρότυπων τρόπων εργασίας/ παροχή υπηρεσιών, και

(γ) στην πιστοποίηση του επιπέδου- στόχου απόδοσης της διαχείρισης των όποιων εισροών/ πόρων με εγκεκριμένα πρότυπα και προϋποθέσεις.

Στην περίπτωση, και ιδιαίτερα τη Νοσοκομειακή, τα ανωτέρω αποτελούν προϋπόθεση λειτουργίας. Η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών εμπίπτει στην κατηγορία του λειτουργήματος που προϋποθέτει την άριστη δυνατή απόδοση ποιοτικά όλων των εργαζομένων στα νοσοκομεία, επειδή το

διακύβευμα είναι η ίδια η ζωή του «πελάτη- ασθενούς». (Μιχαήλ-Μέριανου, 1996, Πολύζος, 1999).

Η Διαχείριση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) εμπεριέχει ως βασικές συνιστώσες:
(α) τη Διοίκηση- Διαχείριση Ποιοτικού Ελέγχου και Ποιότητας Διασφάλισης (ΠΕ-ΠΔ) και
(β) την οικονομία, που μαζί με το ανθρώπινο κεφάλαιο, την εκπαίδευση, την πληροφορική και την τεχνική υποδομή τη συναποτελούν και την πραγματοποιούν.

Σε κάθε σύστημα όπου εφαρμόζεται ΔΟΠ, επομένως και στα νοσοκομειακά τμήματα οι ορισμοί των κύριων εννοιών ποιότητας είναι κατά σταδιακή σειρά εφαρμογής:

A) Ποιοτικός έλεγχος (ΠΕ- QC): Αποτελεί το πρώτο βήμα εφαρμοσμένης ποιότητας και ορίζεται ως το σύνολο των τεχνικών με τις οποίες αποδεικνύεται η συμφωνία με τα αποδεκτά πρότυπα κάθε διαγνωστικής διαδικασίας (μέθοδοι, υλικά, εξοπλισμός, εκτελεστές).

Έχει σκοπό την σύγκριση και εναρμόνιση των υπο εξέταση αποτελεσμάτων με συγκεκριμένα πρότυπα, όπως ISO 9000 ECCLS, CAP, και την αναγνώριση του ελάχιστου αποδεκτού ποιοτικού επιπέδου ως πιστοποίηση ποιότητας προϊόντων ή υπηρεσιών. Στις ανεπτυγμένες χώρες η υποχρέωση διαρκούς ποιοτικής βελτίωσης αποτελεί προϋπόθεση της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

Η παγκοσμιοποίηση των μετακινήσεων του πληθυσμού και η ταχύτητα στις επικοινωνίες, επιβάλλει την ανάγκη προσδιορισμού ενιαίων κριτηρίων και προτύπων ποιότητας διεθνώς. Στην Ευρώπη, η Ευρωπαϊκή Ένωση και η υποχρέωση σύγκλισης καθιστά επιτακτικότερο τον καθορισμό πλαισίου πιστοποίησης για όλους. Ένα τέτοιο σύστημα πιστοποίησης και αξιολόγησης της ποιότητας ως αποτέλεσμα του Ποιοτικού Ελέγχου είναι το σύστημα ISO 9000.

B) Ποιοτική Διασφάλιση (ΠΔ-QA): Ορίζεται ως το σύνολο προγραμματισμένων και συστηματικά εφαρμοζόμενων ενεργειών που αποδεικνύουν την ποιότητα και την ύπαρξη διαδικασιών και μεθόδων αποτύπωσης, διόρθωσης και πρόληψης λαθών και στοχεύουν, επιπλέον, στην ικανοποίηση δεδομένων προδιαγραφών- απαιτήσεων ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Το Σύστημα ISO 9000, που εκπορεύεται από έναν Οργανισμό Διεθνών Προτύπων που εδρεύει στη Γενεύη, καθορίζει με συγκεκριμένες οδηγίες το σύστημα πιστοποίησης της αποδεκτής ποιότητας σε σχέση με τα διεθνή πρότυπα οποιουδήποτε οργανισμού ή συστήματος που διακινεί προϊόντα ή υπηρεσίες, όπως το σύστημα Υγείας. Ο καθορισμός γίνεται με πέντε βασικά έγγραφα οδηγιών του Οργανισμού Διεθνών Προτύπων:

A. Το ISO 9000 είναι το έγγραφο- ομπρέλα όπου καταγράφεται και ορίζεται το πλαίσιο των βασικών αρχών που διέπουν το σύστημα διεθνούς προτυποποίησης και κάτω από την οποία αναφέρονται όλα τα υπόλοιπα τμήματα ή τομείς που περιλαμβάνει.

Οι αρχές δράσης ή εφαρμογής του συμπυκνώνονται στις εξής λέξεις:

(α) Καταγραφή (ή ακόμα ειδικότερα χαρτογράφηση) και ανάδειξη των κρίσιμων σημείων ελέγχου των διαδικασιών και προϊόντων που υπόκεινται στην αξιολόγηση.

(β) Ανάλυση των δεδομένων, που φυσικά στηρίζεται σε ειδικές μετρήσεις και στατιστική επεξεργασία όλων των παραμέτρων λειτουργίας του μηχανογραφημένου συστήματος.

(γ) Απλούστευση των διαδικασιών, με στόχο την άμεση προσπέλαση κρίσιμων σημείων του ποιοτικού ελέγχου για επίτευξη σύγκρισης και συμφωνίας με τα διεθνή πρότυπα, η οποία γίνεται εφικτή με την ενσωμάτωση δικτύου πληροφορικής, και

(δ) Επανάληψη, η οποία περιλαμβάνει τη δυνατότητα επιβεβαίωσης των αποτελεσμάτων.

Το αρχικό αυτό τμήμα συνοδεύεται από τα ειδικότερα εδάφια:

B. ISO-9001. Αποτελεί το έγγραφο γενικής, κατεύθυνσης, με το οποίο καθορίζονται οι αρχές προσαρμογής των διαδικασιών του υπό εξέταση προϊόντος και υπηρεσίας, από την αρχική εγκατάσταση, παραγωγή, έλεγχο και συντήρηση μέχρι την τρέχουσα φάση.

Γ. ISO-9002. Το έγγραφο ασχολείται με τα στοιχεία που αφορούν την εγκατάσταση, πρώτες ύλες και παραγωγική διαδικασία ενός προϊόντος ή υπηρεσίας.

Δ. ISO-9003. Αναφέρεται αποκλειστικά στους κανόνες που διέπουν την παραγωγική διαδικασία.

E. ISO-9004. Το έγγραφο αυτό υποδιαιρείται σε τέσσερα τμήματα:

Το ISO-9004-1 το οποίο στοχεύει στην κατανόηση των στοιχείων και των κύριων απαιτήσεων των συστημάτων ποιότητας.

Το ISO-9004-2 που καλύπτει την παροχή υπηρεσιών.

Το ISO-9004-3 που αναφέρεται στα επεξεργαζόμενα υλικά και

Το ISO-9004-4 που ασχολείται με την ποιοτική βελτίωση των υπό εξέταση στοιχείων.

Η προσέγγιση αυτής της αξιολόγησης προϊόντων και υπηρεσιών αποτελεί σχεδόν και τον μοναδικό τρόπο αξιολόγησης για πολλούς τομείς, με κυριότεροι παράδειγμα τη φαρμακευτική βιομηχανία.

Στη Νοσοκομειακή Ιατρική, αρχίζει να γίνεται κατανοητό, ότι η εφαρμογή αξιολόγησης υπηρεσιών, πράξεων και θεραπευτικών παρεμβάσεων αποτελεί αναγκαιότητα, και σε πολλά ευρωπαϊκά κράτη αυτό επιτυγχάνεται με τη θέσπιση εξελεγκτικών διαδικασιών της Ιατρικής Πράξης με κυριότερο το **Σύστημα Εξωτερικής Αξιολόγησης (EQAS)** στα εργαστήρια. Στην Ελλάδα υπάρχει μόνο για τα Βιοχημικά Εργαστήρια. Η αξιολόγηση γίνεται από ειδικά επιφορτισμένο εξωτερικό, αναγνωρισμένο και αποδεκτό θεσμικό φορέα, συνήθως οριζόμενο από την ίδια την επιστημονική κοινότητα ή κατόπιν εισήγησης στην πολιτεία.

Γ) Διαχείριση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ- TQM): Αποτελεί ένα σύνολο διαχειριστικής πολιτικής και πράξης ή , αλλιώς, ένα σύστημα καλλιέργειας ολικής «εργασιακής κουλτούρας» ποιότητας, ενώ επιπλέον συνίσταται σε ενδεδειγμένη περαιτέρω ανάπτυξη Πολιτικής Ποιότητας βάσει σχεδιασμού και εφαρμογής προγράμματος που επικεντρώνεται σε:

- «*εσωτερική συνεργασία*» όλων των εργαζομένων του τμήματος ή του τομέα. Αυτή υλοποιείται με τη δέσμευση, συμμετοχή, διαρκή ενημέρωση και επιμόρφωση με τη συνεχή διοικητική επίβλεψη, υποστήριξη και έλεγχο.
- «*εξωτερική συνεργασία*» με όλο το υπόλοιπο νοσοκομειακό και νοσηλευτικό προσωπικό- και ιδιαίτερα τους κλινικούς γιατρούς- βασισμένη στις αρχές της τεκμηριωμένης ιατρικής.

Στόχος αυτής της διαρκώς εξελισσόμενης προσπάθειας είναι η Ολική Διαγνωστική Αξιοπιστία, η ταχύτητα, η ασφάλεια, η εγκυρότητα των διαγνωστικών αποτελεσμάτων, των ιατρικών τακτικών κλπ. Έτσι επιτυγχάνεται η τελική αναγνώριση της ποιότητας στην παροχή των υπηρεσιών υγείας και των αποτελεσμάτων αυτής και επιτρέπει την αντίστοιχη πιστοποίηση ή και διαπίστευση προς όφελος του τελικού «πελάτη» που είναι ο πάσχων συνάνθρωπος.

Στην Ελλάδα, η εφαρμογή των τελευταίων δεν έχει αρχίσει σε κανέναν τομέα της περίθαλψης, εκτός από την θεσμοθετημένη ήδη δυνατότητα (όμως μόνο θεωρητική, αφού δεν έχουν ακόμη χαραχτεί οι προδιαγραφές) στο Νοσοκομειακό Εργαστηριακό Τομέα για άσκηση Επιθεώρησης και Ελέγχου από τη νεοεισαχθείσα Νοσοκομειακή Επιτροπή Ιατρικής των Μεταγγίσεων (ΝΕΙΜ).

Η ύπαρξη δικτύου πληροφορικής θεωρείται σήμερα παντού σημαντική προϋπόθεση της δυνατότητας εφαρμογής ιατρικής επιθεώρησης και συνδυάζεται αποτελεσματικά με την ύπαρξη Νοσοκομειακού Δικτύου Πληροφορικής.

Η Ελλάδα καθυστέρησε σημαντικά στην ανάπτυξη ολικών συστημάτων πληροφορικής στη δημόσια περίθαλψη, όμως η καθυστέρηση μπορεί να αποβεί πλεονέκτημα γιατί, υπερπηδώντας τα ενδιάμεσα στάδια, μπορεί να εφαρμοστούν οι πιο σύγχρονες μέθοδοι. Η εφαρμογή της πληροφορικής αποτελεί την απαραίτητη υποδομή ανάπτυξης ΔΟΠ, συνιστώντας την «εκ των ων ουκ άνευ» προϋπόθεση έναρξής της. Η εγκατάσταση πληροφοριακού ενδοδικτύου, όπου έχει εφαρμοστεί, έχει ως πρώτα αποτελέσματα τη βελτίωση της επικοινωνίας ενδοτμηματικά, την καλύτερη οργάνωση της ροής της εργασίας, τη δυνατότητα άμεσης ενημέρωσης για οποιοδήποτε αποτέλεσμα σε βάθος χρόνου και , προ παντός, τη δυνατότητα άμεσης προσπελάσιμης «μνήμης».

Άλλωστε, η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων και η εγκατάσταση μιας ρεαλιστικής, αναπαραγώγιμης εικόνας διαχείρισης του όγκου των πληροφοριών και των δραστηριοτήτων του τμήματος αποτελεί εξαιρετική βελτίωση, η έλλειψη της οποίας συνιστά σήμερα το «μεγάλο ασθενή» της ελληνικής περίθαλψης.

Το κύριο πλεονέκτημα ως προς τη ΔΟΠ πηγάζει από τη δυνατότητα ενσωμάτωσης του λεγόμενου **Στατιστικού Ελέγχου Ποιότητας** στον έλεγχο των διαδικασιών και την αποφυγή των αποκλίσεων από το πρότυπο, δηλαδή την πρόληψη της μεταβλητότητας αφ' ενός στη

λειτουργία και αφ' ετέρου στην άμεση εγρήγορση για το πραγματικά διαφορετικό από τα φυσιολογικά εύρημα (διαχείριση του κινδύνου λαθών). Επομένως βοηθά στην εδραίωση της «**ποιότητας μνήμης**» στην καθημερινότητα του συστήματος και σε συνδυασμό με τον Εσωτερικό Έλεγχο Ποιότητας εγκαθιστά Γνωστικό Σύστημα Τεκμηριωμένης Ιατρικής, απαλλάσσοντας από την ανεπάρκεια και γραφειοκρατία του χαρτοβασιλείου.

Αν αυτή η μετεξέλιξη είναι εφικτή στην Ελλάδα, κρίνεται σε τοπικό επίπεδο νοσοκομείου από τη δυνατότητα ή μη άμεσης ενεργοποίησης των υπευθύνων ή αρμοδίων διευθυντικών στελεχών να προγραμματίσουν και να επιβάλλουν την ποιοτική αναγέννηση της ΔΟΠ.

Τα μέσα είναι η ουσιαστική διοικητική υποστήριξη, η παροχή ανάλογης των περιστάσεων επένδυσης και , προ παντός, η αλλαγή νοοτροπίας στη χρήση των «διατιθέμενων πόρων», έμψυχων και υλικών.

Αν είναι δυνατή και σε εθνικό επίπεδο θα κριθεί από την ικανότητα και τη διορατικότητα των κυβερνώντων να ληφθούν οι πολιτικές αποφάσεις και να δρομολογηθούν οι αναγκαίες αλλαγές της δικής τους νοοτροπίας, αρχίζοντας ίσως από τη θεσμοθέτηση και πειστική λειτουργία των αντιστοίχων φορέων ελέγχου Ποιότητας και προχωρώντας με σταθερή επιμονή στην επιβολή της «**κουλτούρας**» της Διοίκησης και Διαχείρισης Ολικής Ποιότητας.

Πολύς λόγος γίνεται παράλληλα από τους οικονομολόγους για την υιοθέτηση των κατάλληλων τύπων **managment στις υπηρεσίες υγείας**, που κύριο σκοπό θα έχουν την υποστήριξη την επιτυχημένη εφαρμογή των αρχών της διοίκησης ολικής ποιότητας. Μπορούμε μόνο επιγραμματικά να σχολιάσουμε, διότι το θέμα είναι μεγάλο και ανοιχτό και δεν εμπίπτει στο παρόν πόνημα.

Ενδεικτικά, θα αναφέρουμε τις έννοιες που αναφέρονται όλο και πιο συχνά στα διάφορα forum για τις υπηρεσίες υγείας, καθώς και στις διακηρύξεις των σχεδίων νόμων για τα θέματα των υγειονομικών υπηρεσιών, που είναι συνήθως πιο πολλά από όσο προλαβαίνουν να εφαρμοσθούν, διότι ένα άλλο και το θεμελιακό κατά τη γνώμη μας πρόβλημα της δημόσιας πολιτικής για την υγεία είναι η **ασυνέχεια** και η **ασυνέπεια** με την οποία ασκείται, όπως και σε άλλους τομείς κρίσιμους για την πρόοδο και την ασφάλεια της ελληνικής κοινωνίας.

Η συζήτηση για τα διαθέσιμα επιστημονικά μοντέλα και τα μεθοδολογικά εργαλεία και οι θεματικές εργασίες αναφέρονται λοιπόν:

- **Στη διαδικασία εξυπηρέτησης του χρήστη υπηρεσιών υγείας καθώς και**
- **τη μεθοδολογία μέτρησης της ικανοποίησης του,**
- **στα οφέλη της κλινικής διακυβέρνησης ως όχημα για τη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας,**
- **αξιολόγηση και μέτρηση στην υγειονομική φροντίδα,**
- **η λειτουργία του στρατηγικού σχεδιασμού όσον αφορά την αποστολή , τους στόχους και τα σχέδια δράσης του οργανισμού καθώς και**
- **ο ρόλος της ηγεσίας σε περιβάλλον ολικής ποιότητας,**

- η σημασία της διαπίστευσης των υπηρεσιών υγείας,
- τα βασικά διεθνή συστήματα ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας,
- εργαλεία συλλογής και ανάλυσης δεδομένων έρευνας για τη βελτίωση της ποιότητας ,
- μεθοδολογία επίλυσης προβλημάτων και λήψης αποφάσεων ώστε ο οργανισμός να επιδεικνύει μεγαλύτερη δημιουργικότητα και συγκριτικά πλεονεκτήματα στη μάχη του ανταγωνισμού και τον προσδιορισμό των συγκριτικών πλεονεκτημάτων του,
- εργαλεία και τεχνικές για τον ανασχεδιασμό των επιχειρησιακών διαδικασιών ,
- η σημασία της διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού και της εμπλοκής του στην προσπάθεια βελτίωσης του οργανισμού.

Η θεωρητική συζήτηση λοιπόν, μπορούμε να υποθέσουμε ότι έχει ολοκληρωθεί ή ακόμη και κορεσθεί και δεν μένει παρά να αναλωθούμε στο εφεξής στην αναζήτηση των μεθόδων υλοποίησης της επιδίωξης για την πολυπόθητη «ποιότητα».

3.5 Τι είναι το Νοσοκομείο

Η εμφάνιση και ο σταδιακός μετασχηματισμός του Νοσοκομείου

Στις προηγμένες πολιτισμικά κοινωνίες από πολύ νωρίς άρχισαν να ιδρύονται χώροι (ολόκληρα κτιριακά σύνολα) με σκοπό να δεχθούν τον πάσχοντα .

α) Ο σεβασμός για το ανθρώπινο σώμα

β) Η συνειδητοποίηση της ανθρώπινης ζωής

γ) Η σημασία του υγιούς πνεύματος μέσα σε ένα υγιές σώμα για την προαγωγή του πολιτισμού και για την ανάπτυξη υγιούς και κραταιάς πολιτισμικά και πολιτικά κοινωνίας,

ήταν μερικοί από τους σημαντικότερους λόγους, που από τα αρχαία ακόμα χρόνια οδήγησαν τα οργανωμένα κοινωνικά και πολιτικά κράτη να ενδιαφέρονται για την οργάνωση χώρων για την ανακούφιση και την περίθαλψη των πολιτών με προβλήματα υγείας πάσης φύσεως.

Όλοι γνωρίζουμε τα περίφημα «**Ασκληπιεία**» που, παγκόσμια αναγνωρισμένα, είναι τα πρώτα οργανωμένα θεραπευτήρια ανά τον κόσμο. Με επίκεντρο τον ναό του θεού Ασκληπιού, οργανώνονταν σε μικρές αποστάσεις μεταξύ των, συγκροτήματα κτιρίων, όπου σύμφωνα με την ιστορική έρευνα, προσφέρονταν για την εποχή εκείνη υψηλού επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες, και δεν ήταν απλώς χώροι προσέλευσης πιστών, οι οποίοι προσκόμιζαν τα αναθήματα (δηλ. προσφορές καθώς και αντικείμενα σε σχήμα ποδιού, χεριού ή ολόκληρα αγαλματίδια), για να προκαλέσουν το έλεος του θεού για αποθεραπεία.

Αυτό αφορά βέβαια το σκέλος της μεταφυσικής αγωνίας του ανθρώπου σε αδυναμία, που συναισθάνεται ότι μειονεκτεί μέσα στην απεραντοσύνη του σύμπαντος ή της φύσης που τον περιβάλλει.

Οι ίδιες τακτικές διαιωνίζονται μέχρι σήμερα μέσω των διαφόρων μορφών θρησκευτικής λατρείας, όπως όλοι γνωρίζουμε. Ακόμη σήμερα ο άνθρωπος, ένα μέρος της θεραπείας του, πιστεύει ότι αποτελεί αρμοδιότητα του Θεού, στον οποίο ενδόμυχα απευθύνεται.

Από αρχιτεκτονική άποψη το «Ασκληπιείο» οργανώνεται με αυλές με περίβολο, όπου εκτός από τα αναθήματα που εναποθέτουν όσοι προσέρχονται, ενώνονται δωμάτια τετράγωνα με λίθινους πάγκους γύρω-γύρω, μπροστά στους οποίους υπήρχαν τραπέζια (επομένως τα δωμάτια χρησίμευαν ως εστιατόρια- που σημαίνει ότι προσφέρονταν φιλοξενία και άλλες παροχές όπως τροφή, διότι όσοι προσέρχονταν, συνήθως καθόντουσαν για ημέρες, έως να επιτευχθεί η θεραπεία τους ή επανέρχονταν, όποτε ήταν ανάγκη).

Επίσης στην μέση κάθε δωματίου υπήρχε «Εστία» (δηλαδή, προσφέρονταν θέρμανση- ζεστασιά παράλληλα με την παρασκευή του φαγητού).

Είναι αξιοσημείωτο ότι το Ιερό του Ασκληπιού (όπως και κάθε Ασκληπιείο) διέθετε σύστημα δεξαμενών, όπου το νερό έρχονταν από μακριά με αγωγή και αντλούνταν « από την παρά τη στοά άκρη κάθε δεξαμενής». Η δεξαμενή λέγονταν «Λέρνα» και διέθετε τετράγωνη- περίστυλη αυλή, με καθίσματα, όπου έμενε κανείς ευχάριστα το καλοκαίρι (κλιματισμός). Το νερό της Λέρνας εγκωμιάζονταν ως «ήδιστον», όπως και της Πειρήνης, αναφέρει ο Πausanias.

Το νερό επομένως παρέχονταν άφθονο. Και ποιος δεν γνωρίζει ότι, εκτός από μέσον θρησκευτικού καθαρμού για να πλησιάσεις το Ιερόν, δεν είναι και απαραίτητο μέσον για την καθαριότητα των χώρων, την εκτέλεση των ιατρικών πράξεων, την καθαριότητας του ασθενούς.

Πιο ψηλά από το επίπεδο του Ναού και της Λέρνας, υπήρχε ευρύς στεγασμένος χώρος, ο οποίος θα πρέπει να ήταν το «Εγκοιμητήριο» (άβατο), εκεί όπου γίνονταν η διαδικασία της εγκοίμησης, όπου ο θεός μέσα από όνειρο υποδείκνυε την θεραπεία.

Όλα τα παραπάνω συμπληρώνονταν από μία αξιοθαύμαστη κτιριακή υποδομή, που περιελάμβανε γυμνάσιο (γυμναστήριο), αυλές για συζήτηση και περιπάτους, τα λιτά δωμάτια των ιατρών, όπου ο ασθενής μπορούσε να τους συναντήσει για να τους μιλήσει και πιο μακριά το θέατρο.

Το αρχαίο Ασκληπιείο δεν ήταν απομονωμένο από τις κεντρικές λειτουργίες, αλλά ήταν τοποθετημένο, όχι τυχαία, σε επιλεγμένο προσεκτικά φυσικό περιβάλλον ώστε η θετική ενέργεια της φύσης να συμβάλλει στην όσο το δυνατόν συντομότερη αποθεραπεία από το βάσανο της ασθένειας.

Έτσι και σήμερα λοιπόν, πολλή συζήτηση γίνεται για το ποιος είναι ο καταλληλότερος χώρος- τόπος για την χωροθέτηση ενός Νοσοκομείου, καθώς και το πώς ο ασθενής δεν θα αποκόβεται από το κοινωνικό περιβάλλον από το οποίο προέρχεται.

Πολλές συνιστώσες του μεσαιωνικού πολιτισμού και της Ελληνικής Ανατολής και της Λατινικής Δύσεως είχαν βαθιά ρίζες στον κόσμο της κλασικής αρχαιότητας. Επομένως δεν εκπλήσσει ότι οι επαγγελματίες γιατροί των «Βυζαντινών νοσοκομείων», όπως του Παντοκράτορα, όφειλαν πολλά στους αρχαίους ιατρούς. Η εξέταση της κλασικής ιατρικής και των θεραπόντων της θα δείξει ότι η αρχαία Ελληνο- Ρωμαϊκή κοινωνία εφοδίασε τα μεσαιωνικά νοσοκομεία με τις παραδόσεις ενός υψηλών κινήτρων επαγγέλματος, με την βασική ιατρική θεωρία, και με πολλές ειδικές θεραπείες. Οι βυζαντινοί γιατροί, εργαζόμενοι στα νοσοκομειακά τμήματα, είχαν συνείδηση της στενής σχέσης τους με τους κλασικούς ιατρούς και ουδέποτε είδαν διακοπή της συνέχειας από την αρχαιότητα έως την χριστιανική εποχή.

Ενώ ιδρύματα πασχόντων όπως οι «Βυζαντινού Ξενώνες» ήταν άγνωστα πριν το Δ΄ αιώνα, η Ελληνική Ιατρική, όπως είχε αναπτυχθεί από τον Ιπποκράτη έως τον Γαληνό, επηρέασε ποικιλοτρόπως την ανάπτυξη των μεσαιωνικών νοσοκομείων.

Τα βυζαντινά ιατρικά κείμενα, οι αυτοκρατορικοί νόμοι, οι βίοι των αγίων, οι μοναστηριακοί κανονισμοί, οι αφηγηματικές ιστορίες, τα ποιήματα και οι επίσημες δημόσιες ομιλίες, όλα αυτά προσέφεραν πληροφορίες για να αντιληφθούμε τον τρόπο λειτουργίας των βυζαντινών νοσοκομείων. Τα στοιχεία που προέκυψαν από τις ανωτέρω πηγές αποκάλυψαν ότι τα βυζαντινά νοσοκομεία (ξενώνες) είχαν αρχίσει να στοχεύουν αποκλειστικώς στην φροντίδα και την θεραπεία των ασθενών ήδη από τον Δ΄ αιώνα μ.Χ., ότι αυτά τα κέντρα φιλανθρωπίας συνέχισαν να επεκτείνουν τις ιατρικές υπηρεσίες, ιδιαιτέρως επί της βασιλείας του Ιουστινιανού (527-65), και ότι έως τον ΙΑ΄ και ΙΒ΄ αιώνα έγιναν ο κατ' εξοχήν χώρος ασκήσεως της Βυζαντινής ιατρικής παρέχοντας εξειδικευμένη θεραπεία στους νοσοκομειακούς ασθενείς και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες στον γενικό πληθυσμό.

Επιπλέον, μέχρι εκείνη την εποχή οι ξενώνες δίδασκαν την θεωρία και την πρακτική της ιατρικής σε όσους επιθυμούσαν να γίνουν ιατροί. Αυτά τα βυζαντινά νοσοκομεία, που είχαν στενούς δεσμούς με την Ελληνική Ιατρική των μέσων χρόνων και αποσκοπούσαν στην θεραπεία των ασθενών, δεν ταιριάζουν στην εικόνα των νοσοκομείων της προβιομηχανικής εποχής που μας παρουσιάζουν οι ιστορικοί της ιατρικής του Κ΄ αιώνα και οι μεσαιωνολόγοι – μία εικόνα ανεπαρκώς εφοδιασμένων οίκων ελέους με κύριο ενδιαφέρον την ανακούφιση των ασθενών από τα βάσανά τους παρά την παροχή ιατρικών θεραπειών.

Πράγματι από την εποχή του Διαφωτισμού, οι διανοούμενοι αγνόησαν τα επιτεύγματα των μεσαιωνικών ευαγών ιδρυμάτων και έκτισαν ένα τείχος μεταξύ της πεφωτισμένης επιστήμης και των επιταγών της χριστιανικής ηθικής

Η ιστορία των Βυζαντινών νοσοκομείων, όμως, αποκαλύπτει καθαρά ότι η χριστιανική φιλανθρωπία και η επιστημονική ιατρική είχαν τω όντι συζευχθεί, τουλάχιστον στην Ανατολική Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία, όπου καθ'

όλη την διάρκεια των Μέσων Χρόνων τι ιατρικό επάγγελμα διατήρησε την ισχύ του.

Το νοσοκομείο – τόσο ως χώρος, όσο και ως θεσμός- υπήρξε καθοριστικό για τον αστικό βίο της Δύσης από τον μεσαίωνα και εξής. Εμφανίστηκε στη Γαλλία το 17^ο αιώνα, εξαπλώθηκε, όμως σύντομα και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, ενώ απέκτησε ποικίλες μορφές και λειτουργίες μέχρι να καταλήξει στη σημερινή του σημασία και σκοπιμότητα.

Το νοσοκομείο του 17^{ου} αιώνα δεν είναι σε καμία περίπτωση ιατρικό ίδρυμα. Είναι ίδρυμα εγκάθειρξης στο οποίο εγκλείονται όχι μόνο οι ασθενείς, αλλά και οι φτωχοί, οι άνεργοι, οι άστεγοι.

Το κράτος αναλαμβάνει «δημοσία δαπάνη» να θρέψει και να στεγάσει αυτές τις ετερόκλητες ομάδες του πληθυσμού με αντάλλαγμα την προσωπική τους ελευθερία. Ο εγκλεισμός αυτών των ομάδων στο νοσοκομείο έχει διπλή σκοπιμότητα. Από τη μία πλευρά συνιστά μία μορφή τιμωρίας, καθώς συνδέεται με τις αντιλήψεις της εποχής για το σώμα, τις ασθένειες, την εργασία.

Το να είσαι άρρωστος ή να μην εργάζεσαι δηλώνει ηθική κατάπτωση.

Μέχρι το Μεσαίωνα το σώμα παρουσιάζεται ως «σπίτι», «φρούριο», «οικοδόμημα», «κελί» με τη μήτρα ως το μοναδικό κατοικήσιμο μέρος με σκοπό να προσφέρει καταφύγιο στο έμβρυο. Είναι εύθραυστο, καθώς απειλείται συνεχώς απ' έξω, από τη φύση και ελέγχεται από τον άνθρωπο.

Όμως, από το 17^ο αιώνα και μετά, το σώμα αποτελεί δημιούργημα του Θεού, είναι ένας "ναός" που πρέπει να κρατηθεί αγνός, καθαρός και σε τάξη. Η υγεία και η σωτηρία εδώ είναι ταυτόσημες. Η ασθένεια αποτελεί μία διορθωτική πράξη ή μία τιμωρία από το Θεό και προκαλεί αίσθημα ενοχής και αμαρτίας, ενώ η ανάρρωση από την ασθένεια και η ιατρική θεραπεία αποτελούν σημάδι της χάρης του Θεού ή θεικό δώρο.

Από την άλλη «απορροφά» την αθλιότητα (προκειμένου να μην προσβάλλεται η αισθητική της αστικής τάξης) και αποφεύγονται οι κοινωνικές και πολιτικές ταραχές που θα προκαλούσε ένα ενδεχόμενο ξεσήκωμα αυτών των ομάδων. Σε κάθε περίπτωση, αυτήν την εποχή, το νοσοκομείο εγκλείοντας τις ομάδες αυτές στο εσωτερικό του και αποκλείοντας τες από την κοινωνία, εξυπηρετεί την προστασία του υγιούς κοινωνικού συνόλου.

Οι συνθήκες, όμως που επικρατούν μέσα στο νοσοκομείο μετατρέπουν το ίδιο το ίδρυμα σε μίσημα για την πόλη και την κοινωνία (θεωρία του Μιάσματος). Η κατάσταση αυτή οδηγεί στα μέσα του 18^{ου} αιώνα σε μία μεταρρυθμιστική κίνηση (η κίνηση αυτή δεν αποσκοπεί στο να έχει το νοσοκομείο μία θετική δράση πάνω στον άρρωστο, άλλα να εξαλειφθούν οι αρνητικές συνέπειες του νοσοκομείου, δηλ. οι αρρώστιες που μπορεί το άτομο να μεταδώσει στα άτομα που είναι ήδη εκεί και στην πόλη), το αποτέλεσμα της οποίας είναι η ιατρικοποίηση του νοσοκομείου και η εισαγωγή των πειθαρχικών μηχανισμών στους κόλπους του (τέλη 18^{ου}- αρχές 19^{ου} αιώνα).

Ταυτόχρονα η φτώχεια και η ανεργία παύουν να είναι ηθικές καταστάσεις και γίνονται κατανοητές ως οικονομικά φαινόμενα, επομένως δεν υπάρχει κανένας λόγος να καταργηθούν οι φτωχοί και οι άνεργοι, γι' αυτό και απελευθερώνονται από το νοσοκομείο.

Στις αρχές του 19^{ου} αιώνα και σύμφωνα με τις επιταγές της βιομηχανικής επανάστασης, τα νοσοκομεία αναπτύσσουν θεραπευτική δραστηριότητα και από τα μέσα του ίδιου αιώνα εργαστηριακή-ερευνητική. Έτσι από τόποι όπου ένας αμαρτωλός πήγαινε για να πεθάνει, τα νοσοκομεία μετασχηματίζονται σταδιακά σε θεραπευτικά και ερευνητικά ιδρύματα-σε αυτό, δηλαδή που όλοι ξέρουμε ότι είναι σήμερα.

Το Νοσοκομείο σε σχέση με την πόλη

Στα μέσα του 18^{ου} αιώνα, το νοσοκομείο χωροθετείται εκτός αστικού ιστού, στις παρυφές της πόλης ή στην ύπαιθρο. Η επιλογή αυτής της θέσης προφυλάσσει τους κατοίκους της πόλης από τις μεταδιδόμενες νόσους και εξασφαλίζει την καλύτερη περίθαλψη των ασθενών στον υγιεινό αέρα της εξοχής. Σε αυτήν την περίπτωση ισχύει το δίπολο:

πόλη= ασθένεια / ύπαιθρος= υγεία.

Την ίδια στιγμή, όμως οι παρυφές της πόλης συμβολίζουν το μεταίχμιο μεταξύ του να βρίσκεται κάποιος εντός και εκτός πόλης/ κοινωνίας, μεταξύ ζωής και θανάτου. Άρα η θέση του νοσοκομείου λειτουργεί και συμβολικά.

Με την ολοένα και μεγαλύτερη πληθυσμιακή διόγκωση, την γεωγραφική εξάπλωση και προαστιοποίηση των σύγχρονων πόλεων, το νοσοκομείο φτάνει να βρίσκεται στο κέντρο τους. Η μεταβολή αυτή, σε συνδυασμό με την ολοένα και μεγαλύτερη ερήμωση του αγροτικού χώρου και την έλλειψη υποδομών υγείας οδηγεί μερικές φορές (όταν πρέπει να αντιμετωπιστεί μία νόσος) στην αντιστροφή του δίπολου:

πόλη= υγεία / ύπαιθρος= ασθένεια.

Όμως, η σημερινή σχέση του νοσοκομείου με την πόλη δεν φαίνεται να εξαρτάται από τις αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια. Στο βαθμό που πρόκειται για ένα σύστημα μεγάλου μεγέθους και πολυπλοκότητας, αλλά και στο βαθμό που οι υπηρεσίες υγείας ιδιωτικοποιούνται- άρα αυτό που ενδιαφέρει είναι η μεγιστοποίηση του κέρδους- η θέση ενός νοσοκομείου εξαρτάται από την ύπαρξη μεγάλων κενών χώρων στην πόλη, αλλά και την αξία γης. Τα κριτήρια αυτά επιβάλλουν πολλές φορές την χωροθέτηση των νέων νοσοκομείων στην περιφέρεια των πόλεων χωρίς περαιτέρω πρόβλεψη για την διασύνδεση, τις υποδομές κλπ. Παράλληλα η στροφή προς την εργαστηριακή ιατρική και την πρόληψη έχουν οδηγήσει στην εμφάνιση πολλών μικρότερων χώρων σχετικά με την υγεία εντός του κέντρου των πόλεων (διαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια, ιατρεία, παραιϊατρικά επαγγέλματα).

Το Νοσοκομείο ως αρχιτεκτονικός χώρος

Από τον 18^ο αιώνα, έχει γίνει ήδη σαφές ότι το νοσοκομείο ασκεί δράση πάνω στις ασθένειες και μπορεί καμιά φορά να τις επιδεινώσει, να τις πολλαπλασιάσει ή αντίθετα να τις κάνει να υποχωρήσουν. Ωστόσο, σπάνια λαμβάνεται υπόψη η σχέση της αρχιτεκτονικής ενός νοσοκομείου με τη θεραπεία των ασθενειών.

Αυτό που, συνήθως ενδιαφέρει είναι η λειτουργικότητα και η καθαρά χρηστική λογική της γρήγορης μετακίνησης και εξυπηρέτησης του προσωπικού και των επειγόντων περιστατικών. Ο φυσικός φωτισμός, η κλιματική άνεση, η οπτική επαφή με το εξωτερικό περιβάλλον και το εσωτερικό του κτιρίου, η πρόβλεψη ενδιάμεσων και ημιυπαίθριων χώρων, η κιναισθητική ευχαρίστηση θεωρούνται δευτερεύοντα και συνήθως θυσιάζονται στον βωμό της μέγιστης χωροταξικής εκμετάλλευσης των διαθέσιμων τετραγωνικών επιφανείας ωφέλιμου χώρου.

Το άσπρο χρώμα στο εσωτερικό του νοσοκομείου συμβολίζει την καθαριότητα, την αποστείρωση και την ουδετερότητα. Άσπρο είναι και το χρώμα της στολής του προσωπικού και οι ιεραρχίες είναι ξεκάθαρες: οι ιατροί ξεχωρίζουν από τους νοσηλευτές και παλαιότερα φέροντας στο λαιμό τους το στηθοσκόπιο σύμβολο του επαγγέλματος αλλά και της εξουσίας που απορρέει από αυτό στο χώρο του νοσοκομείου. Ο ασθενής συνήθως χαρακτηρίζεται από παθητικότητα και ταπείνωση.

Σήμερα γίνονται σοβαρές προσπάθειες μέσω σύγχρονων θεωριών για την θεραπευτική δράση του νοσοκομειακού περιβάλλοντος και την διασύνδεση νοσοκομείου και κοινωνίας, ώστε να αναιρεθεί η παγιωμένη αισθητική αντίληψη περί νοσοκομειακού περιβάλλοντος με σκοπό την μεταφορά του ασθενούς σε οικείο περιβάλλον, όσο πιο κοντά στο περιβάλλον που ζούσε πριν εισαχθεί στο νοσοκομείο (π.χ. νοσοκομειακός θάλαμος να μοιάζει με δωμάτιο, σαλόνι για διάλειμμα κλπ), μετριάζοντας το ψυχολογικό σοκ από τον επικείμενο κίνδυνο της ασθένειας του.

Κάποια νοσοκομεία αποτελούν αξιόλογα κτήρια είτε παρουσιάζουν αρχιτεκτονικές καινοτομίες άλλοτε επιδεικνύοντας την ισχύ τους ως δημόσια κτήρια και άλλοτε διαφημίζοντας τις υπηρεσίες τους (κατά κύριο λόγο ιδιωτικά κτήρια, όπου το καταναλωτικό αγαθό επενδύεται με χλιδή και πλούτο ώστε να πωληθεί πιο ακριβά και όχι για να λειτουργήσει προς το καλό και την επιτυχή θεραπεία του πελάτη. Και πάλι, δηλ. ο ασθενής πρέπει να αισθανθεί δέος και όχι απαξίωση για το κόστος που θα καταθέσει), π.χ. Ευαγγελισμός, Σωτηρία (που για την εποχή του η αρχιτεκτονική του ήταν πρωτοποριακή και καινοτόμος), το Ωνάσειο, το Ερρίκος Ντυνάν.

Παρόλα αυτά αν και τα νοσοκομεία είναι πλέον μέρος του αστικού ιστού μέσα στον οποίο κυκλοφορούμε σπάνια κάποιος θα σταθεί για να τα παρατηρήσει ως περαστικός, ίσως διότι είναι συνδεδεμένα στην συνείδησή

μας με την ασθένεια και αυτό ίσως προκαλεί ασυνείδητα την αυθόρμητη αποστροφή μας.

Η Λειτουργική Συγκρότηση του Νοσοκομείου

(πηγή: *Οργάνωση- Σχεδιασμός Νοσοκομείων, Χρήστος Φλώρος, Αρχιτέκτων, εκδ. Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα 2007*)

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφονται συνοπτικά οι λειτουργίες του νοσοκομείου και των επιμέρους τμημάτων τους.

Περιγράφονται επίσης οι διάφοροι τύποι νοσοκομείων, δημοσίων και ιδιωτικών, ανάλογα με την εξειδίκευση της λειτουργίας τους.

Οι βασικές λειτουργίες του νοσοκομείου είναι η Διάγνωση, η Νοσηλεία και η Θεραπεία. Παράλληλα συνυπάρχουν και οι Υποστηρικτικές Λειτουργίες που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία του νοσοκομείου.

Η **Διάγνωση** γίνεται στα εξής τμήματα:

- Εξωτερικά Ιατρεία
- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)
- Διαγνωστικά Εργαστήρια Βιολογικών Υλικών
- Διαγνωστικά Εργαστήρια Απεικονίσεων
- Τμήμα Ενδοσκοπήσεων
- Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής
- Νοσηλευτικές Μονάδες

Η **Νοσηλεία** γίνεται στις νοσηλευτικές μονάδες, οι οποίες διακρίνονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Γενικές Νοσηλευτικές Μονάδες
- Ειδικές Νοσηλευτικές Μονάδες
- Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ)
- Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας
- Μονάδες Ημερήσιας Διαμονής

Η **Θεραπεία** παρέχεται στα εξής τμήματα:

- Τμήμα Χειρουργικών Επεμβάσεων
- Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)
- Τμήμα Ακτινοθεραπείας
- Τμήμα Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης
- Νοσηλευτικές Μονάδες
- Επεμβατική Ακτινολογία
- Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής
- Εξωτερικά Ιατρεία

Οι Γενικές Νοσηλευτικές Μονάδες διακρίνονται σε αυτές του Παθολογικού Τομέα και σε αυτές του Χειρουργικού Τομέα.

Παθολογικός Τομέας: παθολογικός, καρδιολογικό, αιματολογικό, γαστρεντερολογικό, νευρολογικό, νεφρολογικός, ρευματολογικός, ενδοκρινολογικός- αφροδισιολογικός, πνευμονολογικός, αλλεργιολογικός.

Χειρουργικός Τομέας: Γενική χειρουργική, ουρολογικός, χειρουργικής θώρακα, ορθοπαιδικός, ΩΡΛ, οφθαλμολογικός, πλαστικής χειρουργικής, νευροχειρουργικής, χειρουργικής αγγείων.

Οι Ειδικές Νοσηλευτικές Μονάδες είναι:

Παιδιατρική Νοσηλευτική Μονάδα: Είναι ειδική νοσηλευτική μονάδα των τμημάτων του Παθολογικού ή του Χειρουργικού Τομέα, στην οποία νοσηλεύονται παιδιά ηλικίας ως 14 ετών.

Νεογνική Νοσηλευτική Μονάδα: Είναι η μονάδα όπου παρέχεται απλή ή ενδιάμεση νοσηλεία σε βρέφη. Εντατική θεραπεία παρέχεται στη ΜΕΘ Νεογνική η οποία μπορεί να αποτελεί τμήμα ενιαίας Νεογνικής Νοσηλευτικής Μονάδας.

Μαιευτική Νοσηλευτική Μονάδα,

Γυναικολογική Νοσηλευτική Μονάδα,

Ψυχιατρική Νοσηλευτική Μονάδα,

Μονάδα Συνεχούς Φορητής Περιτοναϊκής Κάθαρσης,

Νοσηλευτική Μονάδα Παθολογικής Ογκολογίας (Χημειοθεραπείας),

Νοσηλευτική Μονάδα Λοιμωδών,

Νοσηλευτική Μονάδα AIDS,

Νοσηλευτική Μονάδα Κρατουμένων.

Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ): ΜΕΘ Πολυδύναμη, ΜΕΘ Μετεγχειρητική, ΜΕΘ Εμφραγμάτων, ΜΕΘ Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, ΜΕΘ Παιδιατρική, ΜΕΘ Νεογνική, ΜΕΘ Εγκαυμάτων.

Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας: Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας ΤΕΠ (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών), Μονάδα Οξέων Ψυχιατρικών Περιστατικών.

Ειδικές Μονάδες Ημερήσιας Διαμονής: Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Μονάδα Λιθοτριψίας, Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Μονάδα Αναπαραγωγής.

Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία: Στα μεγάλα Γενικά Νοσοκομεία προβλέπονται εξωτερικά ιατρεία όλων των ιατρικών ειδικοτήτων.

Διαγνωστικά Εργαστήρια Βιολογικών Υλικών (είναι το τμήμα όπου πραγματοποιείται in vitro διάγνωση σε εξωτερικούς και εσωτερικούς ασθενείς καθώς και σε επείγοντα περιστατικά): Μικροβιολογικό, Βιοχημικό, Αιματολογικό, Παθολογοανατομικό, κυταρολογικό, ανοσολογικό, ορμονολογικό.

Διαγνωστικά Εργαστήρια Απεικονίσεων (είναι το τμήμα όπου πραγματοποιείται διάγνωση με τη χρήση ειδικών απεικονιστικών μηχανημάτων):

Ακτινοδιαγνωστικά (ακτινογραφικά και ακτινοσκοπικά), μαστογράφοι, υπερηχογράφοι, μέτρησης οστικής πυκνότητας, αγγειογραφικά-αιμοδυναμικά, αξονικής τομογραφίας, μαγνητικής τομογραφίας.

Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής: Το τμήμα κατατάσσεται σε μία από τις τέσσερις κατηγορίες ραδιοϊσοτόπων ανοικτών πηγών ,τις Α-1, Α-2, Α-3 και Α-4 αναλόγως του είδους, της ποσότητας, της ραδιοτοξικότητας και της εφαρμογής των ραδιοϊσοτόπων. Η γ- camera είναι βασικό διαγνωστικό μηχάνημα αυτού του τμήματος. Πρόσφατα χρησιμοποιείται και η υπερσύγχρονη τεχνολογία PET και SPECT με χρήση ποζιτρονίων και φωτονίων, αντίστοιχα.

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)

Τμήμα Χειρουργικών Επεμβάσεων

Τμήμα Ενδοσκοπήσεων

Συγκρότημα Μαίευσης

Τμήμα Ακτινοθεραπείας: Είναι το τμήμα όπου πραγματοποιούνται θεραπευτικές δραστηριότητες με ακτινοβολίες που παράγονται από:

- Μηχανήματα ακτίνων Χ

- Κλειστές ή μερικώς κλειστές πηγές βραχυθεραπείας
- Κλειστές πηγές σε μηχανήματα τηλεθεραπείας
- Γραμμικό επιταχυντή
- Κυκλότροπο πρωτονίων

Λειτουργεί σε συνδυασμό με νοσηλευτική μονάδα παθολογικής ογκολογίας.

Τμήμα Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης

Τμήμα Παρακολούθησης Εγκύων

Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής

Υποστηρικτικά τμήματα: Τμήμα εισαγωγής ασθενών, διοικητικές υπηρεσίες, τμήμα αιμοδοσίας, φαρμακείο, ιατρικό αρχείο, μαγειρείο, συγκρότημα πλυντηρίου, κεντρική αποστείρωση, φύλαξη νεκρών- νεκροτομείο, συνεργεία- συντήρηση, τμήμα πληροφορικής, κεντρικές ηλεκτρομηχανολογικές εγκαταστάσεις, εστιατόριο προσωπικού, διανυκτέρευση ιατρών κεντρικά αποδυτήρια, ναΐσκος, αμφιθέατρο, κεντρικές αποθήκες, διαχείριση απορριμμάτων, απολύμανση κλινών και στρωμάτων, εγκαταστάσεις πειραματόζων.

Νέα Τμήματα: Επειδή στα νοσοκομεία τίποτε δεν παραμένει σταθερό και γίνεται συνέχεια η προσθήκη νέων τμημάτων αναφέρουμε δύο από αυτά:

- Μονάδα Κλινικής Απόφασης (επινοήθηκε πρόσφατα στις ΗΠΑ).
- Ολοκληρωμένο Ψυχιατρικό Τμήμα Ανηλίκων.

Τύποι Νοσοκομείων

Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε Δημόσια και Ιδιωτικά.

Δημόσια Νοσοκομεία

Είναι τα κρατικά και τα νοσοκομεία του ευρύτερου δημόσιου τομέα (συμπεριλαμβανομένων των στρατιωτικών, του ΙΚΑ, κλπ). Το 1999 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 128 νοσοκομεία του ΕΣΥ με 32.682 κλίνες.

Με λειτουργικά κριτήρια διακρίνονται σε **Γενικά** (αποτελούν τον πλέον διαδεδομένο τύπο νοσοκομείων, καθώς είναι σχεδιασμένα να αντιμετωπίζουν διαφορετικών ειδών ασθένειες και τραύματα, ενώ διαθέτουν τουλάχιστον μία μονάδα επειγόντων περιστατικών για την αντιμετώπιση άμεσων απειλών για την υγεία, αλλά και τη δυνατότητα αποστολής μέσων άμεσης βοήθειας. Το γενικό νοσοκομείο αποτελεί συνήθως το κύριο νοσηλευτικό ίδρυμα μίας περιοχής, έχοντας μεγάλο αριθμό κλινών για εντατική ή μακροχρόνια θεραπεία και εξειδικευμένες εγκαταστάσεις χειρουργείων, ιατρείων, ακτινολογικών και μικροβιολογικών εργαστηρίων κλπ. Οι μεγάλες πόλεις συνήθως έχουν περισσότερα νοσοκομεία, διαφορετικών μεγεθών και εγκαταστάσεων), **Ειδικά** και **Πανεπιστημιακά** (συνδυάζουν την περίθαλψη των ασθενών με τη διδασκαλία των φοιτητών).

Ειδικά νοσοκομεία είναι τα Παιδιατρικά, Αντικαρκινικά, Ατυχημάτων, Μαιευτήρια, Ψυχιατρικά, Χρόνιων Παθήσεων, Νοσημάτων Θώρακος, Δερματολογικά, Οφθαλμιατρικά κλπ. (Σήμερα δεν σχεδιάζονται ειδικά νοσοκομεία νοσημάτων θώρακος, όπως «Η Σωτηρία» που προέκυψαν από σανατόρια, ούτε δερματολογικά και οφθαλμιατρικά, καθώς οι αντίστοιχες ειδικότητες εντάσσονται σε γενικά ή πανεπιστημιακά νοσοκομεία).

Με κριτήριο τη γεωγραφική περιοχή που εξυπηρετούν διακρίνονται σε **Τοπικά, Νομαρχιακά και Περιφερειακά.**

Το λειτουργικό περιεχόμενό τους και κατ' επέκταση το κτιριολογικό τους πρόγραμμα καθορίζονται από το Υπουργείο Υγείας ή και από άλλους δημόσιους ή δημοσίου ενδιαφέροντος φορείς (Υπουργείο Άμυνας, Υπουργείο Παιδείας, ΙΚΑ, κλπ).

Μόνο μεγάλα Περιφερειακά ή Πανεπιστημιακά νοσοκομεία μπορεί να περιέχουν το σύνολο των επιμέρους τμημάτων που αναφέρονται στο προηγούμενο κεφάλαιο. Τα περισσότερα περιέχουν μέρος μόνο από αυτά τα επιμέρους τμήματα και μάλιστα έκαστο αποτελείται από διαφορετική σύνθεση τμημάτων.

Ιδιωτικά Νοσοκομεία

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία ονομάζονται συνήθως ιδιωτικές κλινικές.

Το 2000 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 218 ιδιωτικά νοσοκομεία με 15.806 κλίνες. Οι όροι, οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών καθορίζονται στο Π.Δ. 247 (ΦΕΚ 93^Α/ 21-6-1991). Οι τεχνικές προδιαγραφές, ο απαραίτητος ιατρικός εξοπλισμός και η σύνθεση του προσωπικού, καθορίζονται στο Π.Δ. 517 (ΦΕΚ 202^Α/ 24-12-1991).

Σύμφωνα με τα ανωτέρω, οι ιδιωτικές κλινικές διακρίνονται σε Γενικές, Μικτές και Ειδικές. Ως Γενικές θεωρούνται όσες διαθέτουν οπωσδήποτε τμήματα νοσηλείας παθολογικού και χειρουργικού τομέα, ως Ειδικές όσες διαθέτουν τμήματα νοσηλείας κυρίως μιας μόνα ειδικότητας και ως Μικτές όσες διαθέτουν τμήματα αμιγώς παθολογικού και αμιγώς χειρουργικού τομέα.

Δυστυχώς, οι τεχνικές προδιαγραφές του Π.Δ. 517 είναι υποχρεωτικές αν και παρωχημένες, διότι βασίζονται σε αντίστοιχα βρετανικά πρότυπα της δεκαετίας του 1960 και τις αρχές του 1970 (Βρετανικά Hospital Building Notes (H.B.N.)).

Είναι αξιοσημείωτο ότι δεν υπάρχουν αντίστοιχες τεχνικές προδιαγραφές (δεσμεύσεις) στο σχεδιασμό δημόσιων νοσοκομείων.

Κλάδος/ Χαρακτηριστικά

Ο κλάδος της Υγείας στην Ελλάδα χωρίζεται σε δύο κύριους τομείς παροχής υπηρεσιών περίθαλψης:

Πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες εκείνες που δεν απαιτούν την παραμονή του ατόμου στα νοσοκομεία (εξωνοσοκομειακή περίθαλψη). Ασκείται με τα Αγροτικά ιατρεία και υγειονομικούς σταθμούς που ιδρύθηκαν με το νόμο 3487/55, καθώς και τα κέντρα υγείας αγροτικού τύπου που ιδρύθηκαν με το νόμο 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σήμερα η Πρωτοβάθμια περίθαλψη ασκείται κυρίως από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς (π.χ. ΙΚΑ) , την ιδιωτική πρωτοβουλία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Η ιδιωτική πρωτοβουλία εμπλέκεται στον τομέα αυτό με τους εξής τρόπους:

- Μικροβιολογικά εργαστήρια, λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας με περιορισμένες δυνατότητες
- Διαγνωστικά κέντρα που προσφέρουν διαγνωστικές υπηρεσίες
- Εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων, προσφέρουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες με σύγχρονο εξοπλισμό και ουσιαστικά αποτελούν πλήρη διαγνωστικά κέντρα που λειτουργούν ως τμήματα ιδιωτικών νοσοκομείων.

Δευτεροβάθμια περίθαλψη, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς που νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία, παρέχονται δε με τις εξής μορφές θεραπευτηρίων:

- Δημόσια νοσοκομεία, που καλύπτουν το 70% των συνολικών νοσοκομειακών κλινών και χρηματοδοτούνται από το κράτος
- Ολιγάριθμα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος
- Ιδιωτικές κλινικές που λειτουργούν ως ανεξάρτητες οικονομικές μονάδες και καλύπτουν ένα ποσοστό της τάξεως του 30% περίπου.

Ενδεικτική κατανομή κλινών:

Σύνολο		Ιδιωτικά	Δημόσια
Νοσοκομεία:	(340)	60%	40%
Στην Αττική:	(110)	62,5%	37,5%
Κλίνες Ασθενών:	(50.000)	30%	70%
Στην Αττική:	(23.000)	34%	66%

Δημόσια Νοσοκομεία

Σήμερα τα Δημόσια νοσοκομεία διαθέτουν το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Παρόλα αυτά ο αριθμός αυτός δεν είναι σε θέση να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση, δεδομένου ότι η σημαντική μείωση των νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων και των ΝΠΙΔ στην δεκαετία του 1980 δεν ήταν δυνατόν να αντισταθμιστούν από την αύξηση των κλινών των Δημοσίων Μονάδων. Ο αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκους έπεσε από 5,26 το 1986 σε 5,08 το 1990, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες ενώ το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90%.

Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός, κυρίως περιφερειακών, νοσοκομείων λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και ελλιπούς στελέχωσης με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών με αποτέλεσμα να λειτουργούν με χαμηλή πληρότητα (40%- 60%) όταν τα νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως τα πανεπιστημιακά, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των μεγάλων λιστών αναμονής.

Ιδιωτικές Κλινικές

Οι ιδιωτικές κλινικές είναι κατά κανόνα μικρές νοσηλευτικές μονάδες που στη μεγάλη πλειοψηφία τους διαθέτουν περιορισμένο αριθμό κλινών.

Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική ανέρχεται σε 77.

Οι περισσότερες κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές ενώ δύσκολα προχωρούν στη σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς λόγω του ότι δεν μπορούν τις περισσότερες φορές να ανταποκριθούν στην ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.

Στην πρώτη κατηγορία ανήκει το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κλινικών. Ειδικότερα υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός μικρών νοσηλευτικών μονάδων που η βιωσιμότητα τους είναι αμφίβολη λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για άρτιες και ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας.

Οι κλινικές αυτές εξαρτώνται κυρίως από τα διάφορα δημόσια ταμεία που η τιμολόγηση των υπηρεσιών είναι χαμηλότερη του κόστους. Επίσης λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι πόροι ώστε να αναβαθμιστεί ο ξενοδοχειακός, ιατρικός και μηχανολογικός εξοπλισμός τους, ενώ λόγω των παραπάνω, αναμένεται να είναι δύσκολη η προσαρμογή τους στους κοινοτικούς κανονισμούς.

Όμως υπάρχουν, πολύ λιγότερες στον αριθμό, και μεγάλες πολυδύναμες κλινικές που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη. Οι μονάδες αυτές είναι άρτια οργανωμένες με σύγχρονο εξοπλισμό εφάμιλλο με αυτών του εξωτερικού και προσφέρουν το σύνολο των υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Τα πρώτα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια έκαναν την εμφάνισή τους επίσημα πριν από περίπου 30 χρόνια, ενώ τα διαγνωστικά κέντρα, προϊόν της μετεξέλιξης των εργαστηρίων, κάνουν την εμφάνισή τους από το 1980 και μετά, κυρίως ως αποτέλεσμα της απαγόρευσης της δημιουργίας ιδιωτικών κλινικών, καθώς οι επιχειρηματίες γιατροί έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στη δημιουργία διαγνωστικών κέντρων.

Ιδιαίτερα ραγδαία ήταν η ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και πιο συγκεκριμένα στην περίοδο 1990-1995.

- Η γήρανση του πληθυσμού, η εμφάνιση νέων ασθενειών, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η αυξανόμενη συνειδητοποίηση σχετικά με την αξία της προληπτικής ιατρικής, οδηγούν σε αύξηση της ζήτησης για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και σε ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγείας.
- Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας ακολουθεί τη συγκέντρωση του πληθυσμού στις μεγαλουπόλεις και κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη.
- Η αύξηση του ποσοστού των οικονομικών μεταναστών (εκτιμάται στο 10% του πληθυσμού) αλλάζει σημαντικά την σύνθεση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας.

Συγκεκριμένα, η στρατηγική ανάπτυξης των ιδιωτικών νοσοκομείων στηρίζεται σε τρία ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα έναντι των δημοσίων:

- Υψηλού επιπέδου υπηρεσίες φροντίδας
- Μικροί χρόνοι αναμονής
- Μηχανήματα σύγχρονης τεχνολογίας

Είναι χαρακτηριστικό ότι το 90% των ιδιωτικών επενδύσεων στοχεύουν στην ιατρική τεχνολογία, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό του ΕΣΥ (το οποίο εστιάζει στην κατασκευή υποδομών) δεν ξεπερνά το 30%. Συγκεκριμένα, τα ιδιωτικά εστιάζουν τις επενδύσεις τους σε μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας που σχετίζονται με συχνές και προσοδοφόρες θεραπείες (όπως εγχειρίσεις καρδιάς, ορθοπεδικές ή ογκολογικές).

Είναι αντιληπτό λοιπόν, ότι ο ρόλος και η συμβολή του αρχιτέκτονα στην διαδικασία του σχεδιασμού ενός νοσοκομείου μπορεί και οφείλει να είναι πολύτιμη από την αρχική σύλληψη για την ανοικοδόμησή του έως την τελευταία του κατασκευαστική λεπτομέρεια (χωροταξικές επιλογές- λειτουργική διάταξη όλων των εμπλεκόμενων χρήσεων- σωστή χρήση και χωροθέτηση της διαθέσιμης τεχνολογίας- επεξεργασία του εξωτερικού κελύφους που θα υποδεχθεί την λειτουργία του Νοσοκομείου- επεξεργασία των εσωτερικών χώρων – αισθητική επεξεργασία όλων των επιμέρους εξαρτημάτων και επενδύσεων ενός τόσο εκτεταμένου σε κλίμακα και πολυπλοκότητα τεχνικού αντικειμένου).

Φυσικά, ο αρχιτέκτονας λειτουργεί σαν συνδεδετικός κρίκος σε μια ομάδα εργασίας πιο σύνθετης, που έχει συσταθεί με στόχο να παράξει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα και λειτουργεί άλλοτε συντονιστικά, άλλοτε συμβουλευτικά και άλλοτε αποφασιστικά σε όλη τη διάρκεια υλοποίησης του έργου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.0 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ- ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

- 4.1 Συστήματα παροχής υγείας και ο προσανατολισμός της Ελληνικής πολιτικής
- 4.2 Διαχρονική Εξέλιξη της πολιτικής της Υγείας στην Ελλάδα
 - 4.2.1 Υγεία και Τρέχουσα Ελληνική Πραγματικότητα
- 4.3 Ιστορική εξέλιξη των υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα
- 4.4 Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα
- 4.5 Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα
 - 4.5.1 Δημόσια Υγεία και Εκπαίδευση. Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- 4.6 Ιστορικό και λειτουργικό πλαίσιο Διεθνών Οργανισμών
 - 4.6.1 Οι Διεθνείς Οργανισμοί Υγείας σήμερα
 - 4.6.2 Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) (Ιστορική αναδρομή- Στόχοι- Συμμετοχή- Οργάνωση- Λειτουργία- Πολιτικές Υγείας- Εξέλιξη των Στρατηγικών Υγείας)

4.0 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ- ΥΦΙΣΤΑΜΕΝΟ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

4.1 Συστήματα παροχής υγείας και ο προσανατολισμός της Ελληνικής πολιτικής

Είδη Υγειονομικών Συστημάτων

Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας βασισμένο στο αξίωμα του Laissez-Faire ακολουθεί το νόμο προσφοράς και ζήτησης, ενώ οι χρήστες με την ελευθερία της οικονομικής επιλογής ζητούν υπηρεσίες υγείας σε τιμές που διαμορφώνονται μέσω ισορροπίας σε τρεις αγορές (Υφαντόπουλος, 2003): νοσοκομειακής περίθαλψης, εξω-νοσοκομειακής περίθαλψης και φαρμακευτικής περίθαλψης.

Οι βασικές αρχές του φιλελεύθερου συστήματος είναι πως οι παροχές υγείας δίνονται μέσω του συστήματος ιδιωτικής ασφάλισης. Κατά συνέπεια οι η χρηματοδότηση του ατόμου προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές σε ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία ενώ το είδος των παροχών διαφοροποιείται ανάλογα με τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και τις επιλογές του ατόμου. Με βάση, όμως τη διαφοροποίηση του εισοδήματος των καταναλωτών και της προσωπικής επιλογής, τίθεται το ερώτημα κατά πόσο το σύστημα αυτό διέπεται από τις αρχές της ισότητας και της προσβασιμότητας από όλους τους χρήστες.

Βασικός εκπρόσωπος του φιλελεύθερου συστήματος είναι οι ΗΠΑ αφού μόνο το 74% είναι του πληθυσμού είναι ασφαλισμένο σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, υπάρχει συγκέντρωση των μονάδων παροχής υγείας στα αστικά κέντρα, το σύστημα χαρακτηρίζεται από κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες (Οικονόμου, 2004).

Τα τελευταία χρόνια, σημαντικά μεταρρυθμιστικά μέτρα λαμβάνουν οι ΗΠΑ με στόχο τη μέγιστη αποδοτικότητα και την ελαχιστοποίηση του κόστους του υγειονομικού συστήματος. Τα μέτρα αυτά είναι « Οι Οργανισμοί Προστασίας της Υγείας» και « Οι Οργανισμοί Επιλεγμένων Προμηθευτών» (Υφαντόπουλος, 2003).

Μεικτό Σύστημα Υγείας – Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης

Στα πλαίσια της κοινωνικής δικαιοσύνης, ο Γερμανός καγκελάριος Bismark θέσπισε το πρώτο σύστημα ασφάλισης το 1880. Οι υπηρεσίες υγείας προσφέρονται τόσο από τον ιδιωτικό όσο και από τον δημόσιο τομέα, ενώ η χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος προέρχεται από τα μέλη του, λόγω του υποχρεωτικού του χαρακτήρα.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του μεικτού συστήματος είναι : η ολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού με βάση την αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης, η χρηματοδότηση μέσω εισφορών των πολιτών με κριτήριο το εισόδημα και η υποχρεωτική μορφή της ασφαλιστικής κάλυψης.

Επίσης, άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό αποτελεί η έντονη κρατική παρέμβαση που έχει στόχο την μέγιστη αποδοτικότητα του ασφαλιστικού φορέα (Λιαρόπουλος, 1997).

Με βασικούς εκπροσώπους τη Γαλλία και τη Γερμανία το μεικτό σύστημα διαχωρίζεται ως προς το «συμβολαϊκό σύστημα» (Γερμανία ,Αυστρία, Ολλανδία) και το «σύστημα αποζημίωσης» (Γαλλία , Βέλγιο, Λουξεμβούργο). Στο συμβολαϊκό σύστημα (contractual) , η χρηματοδότηση προέρχεται από ασφαλιστικές εισφορές και από τον κρατικό προϋπολογισμό ενώ υπάρχει ασφαλιστικός φορέας.

Επίσης, η παραγωγή υγειονομικής φροντίδας έχει δημόσιο χαρακτήρα και η αμοιβή των προμηθευτών των υπηρεσιών υγείας, προέρχεται βάση συμβάσεων με τον ασφαλιστικό φορέα. Στο σύστημα αποζημίωσης (reimbursement), ομοίως με το συμβολαϊκό, η χρηματοδότηση προέρχεται από ασφαλιστικές εισφορές και τον κρατικό προϋπολογισμό ενώ υφίσταται ασφαλιστικός φορέας. Οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας είναι ιδιωτικού χαρακτήρα και αμείβονται από τους χρήστες, οι οποίοι στη συνέχεια αποζημιώνονται από το ασφαλιστικό σύστημα (Οικονόμου, 2004).

Εθνικό Σύστημα Υγείας – Πρότυπο Beveridge

Το υπουργείο υγείας της Βρετανίας εφαρμόζει για πρώτη φορά το Εθνικό Σύστημα Υγείας, το 1942, το οποίο χαρακτηρίζεται ως «ολοκληρωμένο σύστημα» με κρατική χρηματοδότηση, με οργάνωση και διοίκηση κάθετης ιεραρχικής δομής, μονάδες υγείας δημόσιου χαρακτήρα και μισθοδοσία των προμηθευτών υγείας (Οικονόμου, 2004).

Πιο συγκεκριμένα, με βάση τις αρχές της κοινωνικής πρόνοιας, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στο σύνολο του πληθυσμού με αντίτιμο που καταβάλλεται μέσω της φορολογίας.

Λαμβάνοντας υπόψη τις εκάστοτε ανάγκες του πληθυσμού, χαράσσεται υγειονομική πολιτική από το κράτος.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τις ανάγκες των πολιτών του αστικού, ημιαστικού και αγροτικού χώρου, το σύστημα υγείας διαχωρίζεται σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, προκειμένου να ανταποκριθεί και να καλύψει σε μεγαλύτερο βαθμό αυτές τις ανάγκες.

Βασικό μειονέκτημα αποτελούν οι αυξημένες δαπάνες υγείας (βραχυχρόνια) σε σχέση με το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν. Το παράδειγμα της Βρετανίας ακολούθησαν η Σουηδία, η Ιταλία και η Ελλάδα (Υφαντόπουλος, 2003).

4.2 Διαχρονική Εξέλιξη της πολιτικής της Υγείας στην Ελλάδα

Το πρώτο μισό του 19^{ου} αιώνα ο ελληνικός πληθυσμός πλήττονταν από επιδημίες και με σκοπό την αντιμετώπιση αυτών ιδρύονται από το κράτος υγειονομεία και λοιμοκαθατήρια. Μετέπειτα η εποπτεία της δημόσιας υγείας ανατίθεται στο Υπουργείο Εσωτερικών, το οποίο θα λάβει μέτρα

ελέγχου και επιτήρησης της υγείας, ενώ παράλληλα ιδρύονται η ιατρική σχολή στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και σχολή για μαίες. Κατά το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα ιδρύονται και τίθενται σε λειτουργία, μέσω ιδιωτικής πρωτοβουλίας και χρηματοδότησης, νοσοκομειακές μονάδες όπως ο Ευαγγελισμός (1881), το Ζάνειο του Πειραιά (1873) κ.α. Το υγειονομικό σύστημα του 19^{ου} αιώνα γενικότερα χαρακτηρίζεται από την μικρή παρέμβαση του κράτους και την ισχυρή ιδιωτική πρωτοβουλία (δωρητές των ιδρυμάτων που πολλά από αυτά είναι τα σημερινά Νοσοκομεία του ΕΣΥ).

Η πρώτη ουσιαστική προσπάθεια του κράτους για έλεγχο και προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας γίνεται με την ίδρυση του Υπουργείου Περιθάλψεως (Ν.748/1917) και με την εμφάνιση υποτυπώδους κοινωνικής ασφάλισης υγείας εργαζομένων με την ίδρυση ταμείων ανά επιχείρηση. Τον 20^ο αιώνα το υγειονομικό σύστημα δεν ανταποκρινόταν σε μεγάλο βαθμό στις ανάγκες του πληθυσμού (Υφαντόπουλος, 2003).

Η κοινωνική ασφάλιση ήταν ελλιπής σε πολλά επίπεδα, δεν υπήρχε ίση πρόσβαση των κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων και η υλικοτεχνική υποδομή ανεπαρκής για να καλύψει τις εκάστοτε ανάγκες. Η οικονομική κρίση του 1930 εντείνει την ανάγκη δημιουργίας ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα με σκοπό την καλύτερη οργάνωση, την κάλυψη όλων των εργαζομένων και την προστασία του εισοδήματός τους.

Επί κυβέρνησης Βενιζέλου ψηφίζεται ο νόμος Ν.5733/1932 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων», ο οποίος τέθηκε σε λειτουργία το 1937 λόγω πτώσης της κυβέρνησης Βενιζέλου.

Μετά το τέλος του Δεύτερου Παγκόσμιου Πολέμου, η Ευρώπη οργανώνεται και επεκτείνεται, στο πνεύμα της κοινωνικής ισότητας και αλληλεγγύης, κατοχυρώνοντας συνταγματικά το δικαίωμα του ευρωπαίου πολίτη στο αγαθό «υγεία». Σε αντίθεση, η Ελλάδα αδυνατεί να ακολουθήσει τις Ευρωπαϊκές εξελίξεις λόγω εσωτερικών ιδεολογικών αντιπαραθέσεων και πολιτικών αλλαγών με πιο σημαντική την δικτατορία.

Την περίοδο της δικτατορίας, γίνεται μία προσπάθεια καθιέρωσης της υγείας ως δημόσιο αγαθό το 1970 μέσω του «Σχεδίου Πάτρας» με σκοπό την δημιουργία ενιαίου φορέα υγείας και περίθαλψης, μεταρρύθμιση όμως που δεν επετράπη από την πολιτική εξουσία. Με την πτώση της δικτατορίας, η Ελλάδα ξεκινά την αναπτυξιακή της πορεία με αλλαγές και σημαντικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας. Στο πλαίσιο του αναπτυξιακού προγράμματος 1976-1980 παρουσιάζεται η έκθεση του ΚΕΠΕ και το «Σχέδιο Δοξιάδη».

Έχοντας ως βασικό στόχο την κοινωνική ευημερία της Ελλάδας, η έκθεση του ΚΕΠΕ (1976) ορίζει και μελετά ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες (φύλο, ηλικία, γεωγραφικό διαμέρισμα κ.α.) της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.

Επίσης, μελετάται το υγειονομικό σύστημα, σε επίπεδα ιατροφαρμακευτικών και νοσοκομειακών παροχών, ανά ασφαλιστικό φορέα και αναφέρονται τα προβλήματα που αντιμετωπίζει, όπως η

ανεπαρκής χρηματοδότηση των ασφαλιστικών φορέων, η ανισότητα στην παροχή υπηρεσιών και η διασπορά των διοικητικών οργάνων με συνέπεια την έλλειψη συντονισμού και οργάνωσης. Τέλος, με απώτερο σκοπό τη δημιουργία ενός ορθολογικού και καλά οργανωμένου συστήματος υγείας παρουσιάζονται τρεις βασικές προτάσεις:

- **Δημιουργία μιας ενιαίας εθνικής υπηρεσίας υγείας.**
- **Ενοποίηση βασικών φορέων προστασίας υγείας και ειδικότερα κλάδων ασθένειας ΙΚΑ, ΤΕΒΕ και ΟΓΑ, εφόσον επιθυμείται να προσχωρήσουν.**
- **Με οργανωτικό χαρακτήρα προτάσεις παρέμβασης του κράτους για χάραξη ουσιαστικής πολιτικής υγείας.**

Έτσι το 1976 μέσω της έκθεσης ΚΕΠΕ ο επιστημονικός προγραμματισμός της υγείας γίνεται πραγματικότητα. Την ίδια περίοδο άλλο ένα νομοσχέδιο, σύγχρονο για την εποχή του, παρουσιάζεται, το «Σχέδιο Δοξιάδη». Ο Σπύρος Δοξιάδης με όραμα τη δημιουργία νομοθετικών ρυθμίσεων, βασιζόμενων σε επιστημονικές προτάσεις, στον τομέα της υγείας δημιουργεί την Ομάδα Προγραμματισμού Υγείας (ΟΠΥ).

Υπό την επίβλεψη του Δοξιάδη η ΟΠΥ α) συνέλεξε στοιχεία των υγειονομικών συστημάτων της Ευρώπης, β) ανέλυσε σε χρηματοοικονομικό επίπεδο τους πόρους και τις ροές από τους πόρους και τις ροές από το κράτος και τον ιδιωτικό τομέα στα ασφαλιστικά ταμεία, γ) ενώ μελέτησε θέματα εκπαίδευσης και οργάνωσης του ανθρώπινου κεφαλαίου στο σύστημα υγείας με αποτέλεσμα της προσπάθειας την δημιουργία νομοσχεδίου με τίτλο «**Μέτρα προστασίας της υγείας**».

Το νομοσχέδιο Δοξιάδη πολεμήθηκε από πολλές πολιτικές παρατάξεις και με αναστολή κάθε φορά της εισαγωγής του στο κοινοβούλιο δεν ψηφίστηκε ποτέ (Υφαντόπουλος, 2003). Παρ' όλα αυτά, αποτέλεσε βάση για μεταγενέστερες μεταρρυθμίσεις των δεκαετιών 1980 και 1990.

Το 1982 ο νόμος Ν. 1278 απέβλεπε στη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) που είχε συμβουλευτικό χαρακτήρα σε θέματα προγραμμάτων του Υπουργείου Υγείας.

Το 1983 ψηφίστηκε ο νόμος «Περί Εθνικού Συστήματος Υγείας» όπου δηλώνεται ότι η παροχή υπηρεσιών

υγείας είναι ευθύνη του κράτους και ότι το σύστημα έχει δημόσιο χαρακτήρα. Η νοσοκομειακή περίθαλψη διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή.

Η εξωνοσοκομειακή έχει ως βασικό στόχο την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας κοντά στον τόπο διαμονής των χρηστών και την αποφυγή εισαγωγών σε νοσοκομεία.

Έτσι, περιφερειακά ιατρεία και εξωτερικά ιατρεία, πρωτοβάθμιο σύστημα, συνδέεται διοικητικά και λειτουργικά με το δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο σύστημα.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη αφορά νοσοκομειακά ιδρύματα του δημοσίου τομέα που διακρίνονται σε Γενικά (Περιφερικά και Νομαρχιακά) και σε Ειδικά.

Η χρηματοδότηση των νοσοκομειακών μονάδων βασίστηκε στο « κλειστό νοσήλιο», ρύθμιση κατά την οποία η αποζημίωση του χρήστη είναι πάγια, ανεξάρτητα από το είδος της νοσηλείας ή την παροχή υπηρεσιών με αποτέλεσμα βέβαια την εξάρτηση των νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό αφού τα έσοδα ήταν μόνιμα λιγότερα από τα έξοδα. Επίσης, άλλα προβλήματα που δημιουργήθηκαν στον τομέα της υγείας την δεκαετία του '80 ήταν η δημιουργία μονοπωλίων σε νοσοκομειακές μονάδες του ιδιωτικού τομέα και η παραοικονομία, άτυπες αμοιβές ιατρών που αποτέλεσαν τελικά θεσμό μέχρι τις μέρες μας.

Η δεκαετία του '90 χαρακτηρίζεται από πολιτική αστάθεια επηρεάζοντας παράλληλα και το σύστημα υγείας της Ελλάδας.

Το 1992 επιδιώκεται αλλαγή της φιλοσοφίας του υγειονομικού συστήματος. Οι παροχές υγείας αναλαμβάνονται τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα ενώ το ΚΕΣΥ εξακολουθεί να κατέχει συμβουλευτικό ρόλο στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η πρωτοβάθμια υγεία ανεξαρτητοποιείται διοικητικά από τα κέντρα υγείας, ιδρύεται το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) με σκοπό την κάλυψη επειγόντων περιστατικών, παρέχεται ατομικό βιβλιάριο υγείας και το βασικότερο η ελεύθερη επιλογή από τον χρήστη, νοσοκομείου και ιατρού (δημόσιου και ιδιωτικού).

Το 1994 με αλλαγή της κυβέρνησης η υγεία επανέρχεται στην αρχική της φιλοσοφία και τίθενται πάλι οι αρχικοί στόχοι του ΕΣΥ όπως αυτοί είχαν ψηφιστεί το 1983.

Δεν υπήρχαν ουσιαστικές αλλαγές τα επόμενα χρόνια παρ' ότι το 1997 έγινε προσπάθεια εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ (Ν.2519/1997), διατάξεις που ποτέ δεν εφαρμόστηκαν.

Το 2000 δίνεται ένα νέο σχέδιο μεταρρύθμισης, «Υγεία για τον Πολίτη» όπου επιδιώκεται εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ με στόχο την βελτίωση υπηρεσιών υγείας που ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού. Ειδικότεροι στόχοι αποτέλεσαν η ίση πρόσβαση των χρηστών, η πρόληψη, η φροντίδα και η περίθαλψη αυτών. Επίσης, βασική ήταν η διοικητική αποκέντρωση των μονάδων υγείας, η ορθολογική κατανομή των ανθρωπίνων πόρων και ο έλεγχος των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στο σύνολό τους.

4.2.1 Υγεία και Τρέχουσα Ελληνική Πραγματικότητα.

Ως «Πολιτική Υγείας» σύμφωνα με τον WHO (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) ορίζεται το σύνολο των προσπαθειών που αποβλέπουν στην επίτευξη πλήρους φυσικής, κοινωνικής και πνευματικής ευεξίας. Εντάσσεται στην κοινωνική πολιτική και αποτελεί τμήμα της κρατικής πολιτικής κάθε χώρας, ενώ εξαρτάται από την οικονομική της κατάσταση και από παραμέτρους όπως η κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι συνθήκες ζωής κ.α. (World Health Organization, www.euro.who.int).

Το όργανο που είναι υπεύθυνο για την χάραξη υγειονομικής πολιτικής είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας.

Η ηγεσία αποτελείται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, δύο Υφυπουργούς Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας, τον Γενικό Γραμματέα Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας και τον Γενικό Γραμματέα Κοινωνικής Πρόνοιας και τον Ειδικό Γραμματέα Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας.

Μέσω σχεδιασμού, προγραμματισμού και έλεγχου αποστολή του Υπουργείου είναι: η προστασία και διατήρηση σωματικής και ψυχικής υγείας του κοινωνικού συνόλου, η ίση πρόσβαση των πολιτών σε παροχή υπηρεσιών υγείας, η προστασία του φυσικού περιβάλλοντος, μέτρα που προάγουν καλύτερη ποιότητα ζωής, έλεγχος και εκπαίδευση στον τομέα επαγγελματιών υγείας αλλά και στον τομέα παροχής αγαθών και υπηρεσιών με σκοπό την κάλυψη αναγκών, πρόληψη της υγείας μέσω ενημέρωσης του κοινωνικού συνόλου και τέλος επανένταξη ατόμων με αναπηρία στο κοινωνικό σύνολο.

Για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης η υπηρεσία είναι αρμόδια για την εισήγηση μέτρων στην Κυβέρνηση, την εκπροσώπηση της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε άλλα κράτη και σε διεθνείς οργανώσεις και τέλος με βάση συνεργασία της με άλλα Υπουργεία, υπηρεσίες και οργανισμούς έχει σαν στόχο την χάραξη κοινής πολιτικής υγείας.

Το ΚΕΣΥ διατηρεί τον συμβουλευτικό του χαρακτήρα στο υπουργείο υγείας μέλη του οποίου είμαι εκπρόσωποι του Υπουργείου Υγείας, των επαγγελματιών υγείας, των εργαζομένων και εργοδοτών και της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Βασική αρμοδιότητα του είναι ο έλεγχος και η δημιουργία προγραμμάτων υγείας σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο.

Επίσης, συμβουλευτικό χαρακτήρα έχουν επιτροπές των οργανισμών: ΟΚΑΝΑ (Οργανισμός Καταπολέμησης των Ναρκωτικών), ΚΕΕΛ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων), ΕΟΜ (Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων) και ΕΟΦ (Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων) (Οικονόμου, 2004).

Σε πρωτοβάθμιο επίπεδο οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από φορείς κυρίως του δημοσίου αλλά και του ιδιωτικού τομέα. Το σύστημα των φορέων αποτελείται από το ΕΣΥ, το ΕΚΑΒ, τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, τους φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης και τον ιδιωτικό τομέα.

Τα Κέντρα Υγείας, ως ανεξάρτητες διοικητικά υπηρεσίες, στελεχωμένα από ιατρούς, νοσηλευτικό διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό παρέχουν υπηρεσίες κυρίως στον αγροτικό χώρο.

Ωστόσο αντιμετωπίζουν ουσιαστικά προβλήματα σε επίπεδο αποδοτικότητας και λειτουργικότητας.

Το ΕΚΑΒ με κεντρική υπηρεσία στην Αθήνα και παραρτήματα σε πόλεις της Ελλάδας (Θεσσαλονίκη, Ηράκλειο, Λάρισα, Καβάλα κ.λ.π.) αναλαμβάνει επείγοντα περιστατικά με κινητές μονάδες παροχής υπηρεσιών (ασθενοφόρα, μοτοσικλέτες, αεροπορικά μέσα).

Και αυτός ο φορέας, όμως, αντιμετωπίζει προβλήματα υλικοτεχνικής υποδομής και εξειδικευμένου προσωπικού.

Τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης με βασικότερο το ΙΚΑ, που διαθέτει δική του υγειονομική υποδομή, παρέχουν ιατροφαρμακευτικές υπηρεσίες μέσα από συμβεβλημένους ιατρούς που αμείβονται σε προκαθορισμένες από το κράτος τιμές, επίσης,

Φορείς τοπικής αυτοδιοίκησης έχουν ιδρύσει τοπικές ιατρικές μονάδες με παροχή ιατρικής φροντίδας σε δημότες από εθελοντές κατά βάση ιατρούς. Τέλος, ιδιωτικά ιατρεία, διαγνωστικά κέντρα παρέχουν υπηρεσίας υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο (Οικονόμου, 2004).

Η δευτεροβάθμια υγεία αφορά την νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται από δημόσια νοσοκομεία εντός και εκτός πλαισίου ΕΣΥ και από ιδιωτικά νοσοκομεία ενώ η τριτοβάθμια παρέχεται από πανεπιστημιακές κλινικές.

Ενώ η δευτεροβάθμια υγεία έχει παρουσιάσει βελτίωση τις τελευταίες δεκαετίες ωστόσο εμφανίζει σημαντικά προβλήματα μειώνοντας την λειτουργικότητα και αποδοτικότητά της σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα είναι η άνιση περιφερειακή κατανομή των νοσοκομειακών μονάδων επιβαρύνοντας έτσι τις μονάδες των μεγάλων αστικών κέντρων της Ελλάδας.

Επίσης:

1) Η διοικητική οργάνωση και στελέχωση αντιμετωπίζει προβλήματα καθιστώντας δύσκολο τον προγραμματισμό και έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών (Οικονόμου, 2004).

2) Η υλικοτεχνική υποδομή χαρακτηρίζεται ως ανεπαρκής και πετπαιωμένη βάσει των σύγχρονων δεδομένων ενώ

3) Η οικονομική διαχείριση περιορίζεται στα αυξανόμενα ελλείμματα των μονάδων υγείας. Το ανθρώπινο δυναμικό του υγειονομικού τομέα απορροφά το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας, πάνω από το 60% (Λιαρόπουλος , 1997).

Η σύνθεση και το μέγεθος του βασικότερου παραγωγικού συντελεστή παίζουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών και στην κάλυψη υφισταμένων αναγκών.

Παρόλο που τις τελευταίες δεκαετίες ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού έχει υπερδιπλασιαστεί οι ειδικότητες που επιλέγονται και η διασπορά τους στον γεωγραφικό χώρο είναι ασύμμετρες.

Επίσης, παρουσιάζονται ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό αλλά και προσωπικό τεχνικών ειδικοτήτων (στελέχη πληροφορικής, ηλεκτρονικοί ιατρικών μηχανημάτων) με επιπτώσεις στον εκσυγχρονισμό, σε επίπεδο τεχνολογίας, της δευτεροβάθμιας υγείας.

Γίνεται προσπάθεια μέσω σχεδίου του Υπουργείου Υγείας για ορθολογικότερη κατανομή ανθρώπινου δυναμικού και προγραμματισμού σε νοσοκομειακές μονάδες. Το σχέδιο ονομάζεται «Χάρτης Υγείας» και σκοπός του είναι: « Η ανάπτυξη της απαιτούμενης οργανωτικής, θεσμικής και πληροφοριακής υποδομής για την συστηματική συλλογή, διαχείριση και

επεξεργασία δεδομένων με γεωγραφική αναφορά που θα παρέχει άμεση, έγκυρη και χαμηλού κόστους πληροφόρηση, ώστε να εξασφαλίζεται η τεκμηριωμένη χάραξη και άσκηση πολιτικής σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο με γνώμονα την κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας των κατοίκων και επισκεπτών της Ελλάδας, καθώς και την έγκυρη ενημέρωση των πολιτών σχετικά με τις υπηρεσίες και προγράμματα υγείας».

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας αποτελεί αντικείμενο κοινωνικής και πολιτικής διαμάχης ανάμεσα στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

Η αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών της κοινωνικής ασφάλισης τίθεται υπό αμφισβήτηση λόγω του δημόσιου χαρακτήρα της επιτρέποντας τη διείσδυση του ιδιωτικού τομέα στον χώρο της ασφάλισης (Οικονόμου, 2004).

Οι δαπάνες της υγείας στην Ελλάδα τα έτη 1995 μέχρι 2000 είναι αυξανόμενες. Το 1995 το 4,8% του συνόλου των δαπανών υγείας (8,3%) ανήκει στον δημόσιο τομέα, ενώ το 3,4% στον ιδιωτικό, το 1997 είναι 4,9% και 3,6% αντίστοιχα και το 2000 είναι 5,2% (δημόσιες) και 3,9% (ιδιωτικές) στο 9,1% των συνολικών δαπανών. Βάση των στοιχείων λοιπόν του Υπουργείου Υγείας από το 1995 μέχρι το 2000 με ενδιάμεσες μικρές αυξομειώσεις τελικά υπάρχει μία σχεδόν παράλληλη αύξηση του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα (Οικονόμου, 2004).

Τα βασικότερα προβλήματα που εμφανίζονται στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας (Λιαρόπουλος, 1997):

- **Η έλλειψη οικονομικών πόρων.**
- **Η κατανομή των πόρων.**
- **Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος υπηρεσιών.**
- **Η έλλειψη συντονισμού.**
- **Αντιπαραγωγικές δαπάνες.**

ΠΙΝΑΚΑΣ

Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ως % του ΑΕΠ σύμφωνα με Υπουργείο Υγείας, 1995-2000

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Δημόσιες Δαπάνες	4,8	4,9	4,9	4,7	5,2	5,2
Ιδιωτικές δαπάνες	3,4	3,4	3,6	3,6	3,8	3,9
Σύνολο	8,3	8,3	8,5	8,3	9,0	9,1

(Πηγή: Υπουργείο Υγείας, 2003, Οικονόμου,2004)

Πηγή χρηματοδότησης του δημοσίου τομέα αποτελεί, μέσω φορολογίας και εισφορών, ο κρατικός προϋπολογισμός και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Πλεονεκτήματα της κοινωνικής ασφάλισης είναι η μείωση του χάσματος ανάμεσα σε εισοδηματικές κατηγορίες και η ασφαλιστική κάλυψη σχεδόν όλων των χρηστών με χαμηλό κόστος υπηρεσιών. Παρ' όλα αυτά, η κοινωνική ασφάλιση εμφανίζει χαμηλή αποδοτικότητα λόγω της αναχρονιστικής της δομής και λειτουργίας (Προβόπουλος, 1987).

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών και αγαθών, που η κοινωνική ασφάλιση αδυνατεί να προσφέρει. Με βασικά πλεονεκτήματα την αυξημένη αποδοτικότητα και την δυνατότητα επιλογής τόσο ασφαλιστικής εταιρείας όσο και πακέτων υπηρεσιών, οι χρήστες συχνά επιλέγουν παράλληλα μαζί με τη δημόσια ασφάλιση και ιδιωτική λόγω μεγαλύτερης ικανοποίησης. Υπάρχουν, όμως, και μειονεκτήματα όπως η ένταση του φαινομένου του κοινωνικού ρατσισμού αλλά και η πιθανή παραπλάνηση των χρηστών με σκοπό την κερδοσκοπία, αφού οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες δεν παύουν να λειτουργούν ως επιχειρήσεις στα πλαίσια μιας ανταγωνιστικής αγοράς με βασικό στόχο την αύξηση του κέρδους (Ρομπολής, 1994).

Υπάρχει σύγκρουση περί οφέλους ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης τόσο στο οικονομικό όσο και στο κοινωνικό επίπεδο.

Για παράδειγμα, το χαρακτηριστικό της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης οδηγεί σε μείωση κοινωνικής αποδοτικότητας, διότι σχετίζεται άμεσα με τις προτιμήσεις και την ικανοποίηση των χρηστών.

Οι διαφορετικές προτιμήσεις των καταναλωτών οδηγούν σε διαφοροποίηση του ρίσκου που θέλουν να πάρουν ή το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης που επιθυμούν.

Αν η ασφαλιστική κάλυψη είναι προαιρετική (ιδιωτική) υπάρχει η δυνατότητα επιλογής του βαθμού και του είδους ασφάλισης, ενώ στην περίπτωση της κοινωνικής ασφάλισης, που είναι υποχρεωτική, ο βαθμός κάλυψης δεν διαφοροποιείται ανάλογα με τις ανάγκες (χαμηλή ικανοποίηση καταναλωτών) και δεδομένου ότι συνοδεύεται με φορολογία του εισοδήματος, η κοινωνική αποδοτικότητα μειώνεται (Μπεαζόγλου, 1993).

Γενικά, ο τομέας της ασφάλισης αποτελεί ένα ευρύ φάσμα μελετών και συζητήσεων που δεν δύναται να αναπτυχθεί πλήρως.

4.3 Ιστορική εξέλιξη των υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα

(Πηγή: Τζένη Κουρέα – Κρεμαστινού, 2009)

Από την απελευθέρωση του Ελληνικού κράτους το 1821 και μέχρι το 1832 στη χώρα μας ουδεμία πρόοδος σημειώθηκε στον τομέα της δημόσιας υγείας και υγιεινής. Το 1833 και συγκεκριμένα μετά την άφιξη του Όθωνα, οργανώθηκε η πρώτη υγειονομική υπηρεσία από τους Βαυαρούς.

Η πρώτη υγειονομική υπηρεσία ονομάστηκε «Υγειονομικό Τμήμα ή Υγειονομική Αστυνομία» και ανήκε στη Γραμματεία του Υπουργείου Εσωτερικών με το Διάταγμα της 3.4.1833. Ο πρώτος οργανωτής της υγειονομικής υπηρεσίας ήταν ο Βαυαρός ιατρός του βασιλιά Όθωνα Dr. Witmer.

Μέχρι το 1896 τη θέση του προϊσταμένου της υγειονομικής υπηρεσίας κατείχε άλλοτε ιατρός, άλλοτε διοικητικός υπάλληλος. Το 1896 για την κατάληψη της θέσης αυτής ορίστηκε ως προσόν το δίπλωμα του Διδάκτορα της Ιατρικής και συνεχής επί δέκα χρόνια άσκηση του ιατρικού

επαγγέλματος (Ν. 2306/1895). Αργότερα, το 1910, για την κατάληψη της θέσης του προϊσταμένου της υγειονομικής υπηρεσίας ορίστηκε ως προσόν το δίπλωμα της Νομικής Σχολής.

Το ανωτέρω Υγειονομικό Τμήμα το 1914 έγινε *Διεύθυνση Δημοσίας Υγιεινής και Δημοσίας Αντιλήψεως* (Ν. 516/1914) πάντοτε όμως στο Υπουργείο Εσωτερικών μέχρι το 1917, οπότε αποσπάστηκε στο συγκροτηθέν *Υπουργείο Περιθάψεως και Δημόσιας Αντιλήψεως* (Β.Δ. 8/7/1917).

Το 1922 για την αντιμετώπιση των δυσμενών επιπτώσεων στη δημόσια υγεία που προκάλεσε η Μικρασιατική καταστροφή, συνεστήθη το *Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως* (Ν.Δ. 13.12.1922). Στο Υπουργείο αυτό συγκροτήθηκε *Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής*, η οποία είχε ως προϊστάμενο ιατρό - υγεινολόγο. Στο ίδιο Υπουργείο στις 25-8-1928 με νομοθετικό διάταγμα ιδρύθηκε *Υφυπουργείο Υγιεινής* το οποίο αργότερα με το Ν. 4172/1929, απετέλεσε αυτοτελές *Υπουργείο Υγιεινής*. Το Υπουργείο Υγιεινής διατηρήθηκε μέχρι το 1932 και καταργήθηκε με το από 1.12.1932 διάταγμα, σύμφωνα με το οποίο συγχωνεύθηκε ως *Γενική Διεύθυνση Υγιεινής* στο *Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως* μέχρι το 1934. Το Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως το 1935 μετονομάστηκε σε *Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως* και τον επόμενο χρόνο, το 1936, εκ νέου σε *Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως*.

Στη συνέχεια το Υπουργείο Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως, με τον Αναγκαστικό Νόμο 2588/1940, μετονομάστηκε σε *Υπουργείο Εθνικής Πρόνοιας*.

Ακολουθώντας με τον Ν. 8/6.11.1944 έγινε η ανασυγκρότηση του *Υπουργείου Υγιεινής*, το οποίο με τον Α.Ν. 183/1945 συγχωνεύθηκε και πάλι με το Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας για να διαχωριστεί ύστερα από τρεις μήνες με τον Α.Ν. 363/1945. Έτσι δημιουργήθηκαν δύο ανεξάρτητα Υπουργεία, δηλαδή το *Υπουργείο Υγιεινής* και το *Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας*.

Το Υπουργείο Υγιεινής το 1952 συγχωνεύθηκε για άλλη μια φορά με το *Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας*, ως *Γενική Διεύθυνση*, και υπό τη μορφή αυτή λειτούργησε μέχρι το 1964.

Το 1964 με το Ν.Δ. 4372/1964 δημιουργήθηκε ανεξάρτητο *Υπουργείο Υγιεινής*, το οποίο λίγο αργότερα με τον Α.Ν.7/1967 συγχωνεύθηκε και πάλι ως *Γενική Διεύθυνση Υγιεινής* στο *Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας*, το οποίο με το Ν.Δ. 1/1968 μετονομάστηκε σε *Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών*.

Το 1982 το Υπουργείο έγινε *Υπουργείο Υγείας - Πρόνοιας* ενώ το 1989 ονομάστηκε *Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων*. Το 1995 οι κοινωνικές ασφαλίσεις μεταφέρθηκαν στο Υπουργείο Εργασίας και το υπουργείο ονομάστηκε *Υπουργείο Υγείας - Πρόνοιας*. Το 2004 χωρίς αλλαγή αρμοδιοτήτων ονομάστηκε *Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ)*.

Καθ' όλη τη διάρκεια του 19ου αιώνα καθώς και στις αρχές του 20ου οι υγειονομικές υπηρεσίες ασχολήθηκαν με τα σοβαρά υγειονομικά προβλήματα εκείνης της περιόδου και κατ' εξοχήν με τη λήψη των μέτρων τα οποία ήταν απαραίτητα στην καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων.

Στα χρόνια 1833-1856 συνετάγησαν και δημοσιεύθηκαν πολλοί νόμοι και νομοθετικά διατάγματα με τα οποία καταβλήθηκε προσπάθεια για τη δημιουργία μιας πλήρους υγειονομικής υπηρεσίας, ενώ στα επόμενα χρόνια (1856-1907) δεν πραγματοποιήθηκαν αξιόλογοι πρόοδοι στον τομέα αυτό.

Από το 1908 το κρατικό ενδιαφέρον για την προστασία και προαγωγή της δημόσιας υγείας άρχισε και πάλι να αναζωπυρώνεται, πράγμα το οποίο αποδεικνύεται από τα νομοθετήματα που δημοσιεύθηκαν στη χρονική περίοδο 1900-1930.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός της πρόσληψης Υγιεινολόγων επί επιδημίας χολέρας, κατόπιν νόμου που ψηφίστηκε το 1911.

Επίσης με άλλο νόμο που ψηφίστηκε το 1914, «περί επιβλέψεως της Δημόσιας Υγείας» (Ν. 346/1914) συγκροτήθηκαν οι θέσεις των Νομιάτρων και Εμβολιαστών σε κάθε νομό

Η Κεντρική Υγειονομική Υπηρεσία, για την αντιμετώπιση των σοβαρών και πολλαπλών υγειονομικών προβλημάτων της χώρας, προχώρησε στη σύνταξη αξιόλογης νομοθετικής εργασίας, με την οποία κατέστη δυνατή η ίδρυση διαφόρων ιδρυμάτων και υπηρεσιών. Έτσι ιδρύθηκαν ιδρύματα Επανορθωτικά, Προληπτικά, και Προστατευτικά.

Στην κατηγορία των Επανορθωτικών ιδρυμάτων περιελήφθησαν:

- Τα Φρενοκομεία, που ιδρύθηκαν με νόμο του 1862. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κερκύρας και το Αιγινήτειο Νοσοκομείο.
- Τα Λωβοκομεία ή Λεπροκομεία, που ιδρύθηκαν με τον Νόμο 6/7/1872. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται το Λεπροκομείο της Σάμου και το Λεπροκομείο της Σπιναλόγκα.
- Τα Οφθαλμιατρεία, όπως το Οφθαλμιατρείο του Πανεπιστημίου Αθηνών, το οποίο ιδρύθηκε με το από 14.8.1843 διάταγμα.
- Τα Ιδρύματα κατά της Φυματίωσης, όπως το θεραπευτήριο «Η ΣΩΤΗΡΙΑ» το οποίο ιδρύθηκε με το από 7.11.1902 διάταγμα.
- Τα Ιδρύματα κατά των Αφροδισίων Νόσων, όπως το Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», το οποίο ιδρύθηκε με το νόμο 3354/1909.
- Τα Νοσοκομεία, όπως το θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός» (Δ.20.3.1881), το Αρεταίειο (1906), η Πολυκλινική Αθηνών (1914), το Νοσοκομείο του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (1917) και το Νοσοκομείο Λοιμωδών Νόσων (Ν. 2297/20.6.1920).

Στην κατηγορία των Προληπτικών ιδρυμάτων περιλήφθησαν:

- Τα Λοιμοκαθατήρια και τα Υγειονομεία (1845), τα Απολυμαντήρια, το Λυσοιατρείο και Δαμαλιδοκομείο Αθηνών (Ν. 384/1914).

Στην κατηγορία των Προστατευτικών Ιδρυμάτων περιελήφθησαν:

- Τα Βρεφοκομεία, τα Ορφανοτροφεία και τα Γηροκομεία.
Παράλληλα με διάφορες νομοθετικές διατάξεις, ρυθμίστηκαν ποικίλα υγειονομικά θέματα καθώς και θέματα σχετικά με την κατάρτιση του προσωπικού των υπηρεσιών.

Τα κυριότερα από τα εκδοθέντα διατάγματα είναι:

- Το «περί των Νεκροταφείων και του ενταφιασμού των νεκρών» (Δ. 28.3.1834), το «περί των Φαρμακείων και του επαγγέλλεσθαι την Ιατρική» (Δ. 1834), το «περί Νεκροσκοπίας» (Δ. 1835), το «περί των Μαιών (Δ. 1836), το «περί του εμποδισμού της μεταδόσεως των μολυσματικών (κολλητικών) αρρωστιών» (Δ. 1836) και ο «περί καταπολεμήσεως αφροδισίων νοσημάτων και περί ασέμνων γυναικών» Νόμος (Ν. 3032/1922). Επίσης ελήφθησαν ειδικά νομοθετικά μέτρα:
- Για τη φυματίωση (ίδρυση αντιφυματικών ιατρείων, αντικειμενικός σκοπός των οποίων ήταν η έγκαιρη ανίχνευση, διάγνωση και θεραπεία της φυματίωσης), για τη λέπρα, για το τράχωμα, για το αφροδίσια νοσήματα (ίδρυση αντιαφροδισιακών συνεργείων), για την τοξικομανία, για τα ψυχικά νοσήματα, για τα νοσήματα καθάρσεως, για την αναπηρία, για την προστασία της μητρότητας και του παιδιού και για την παροχή ιατρικής και δημόσιας μέριμνας.

Από τα νεότερα νομοθετήματα κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν:

- Το «περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως» (Ν. 2592/53).
- Το «περί υποχρεωτικής θητείας Ιατρών εις την Ύπαιθρον» (Α.Ν. 1429/2.3.1960).
- Το «περί ιδρύσεως της Πειραματικής Υγειονομικής Μονάδας Θεσσαλίας» κατόπιν συμφωνίας της Ελληνικής Κυβέρνησης, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και της UNICEF (Ν. 4241/1962).

Κοινωνικές Ασφαλίσεις - Ίδρυση του ΙΚΑ

Ένα σημαντικό κεφάλαιο στην εξέλιξη της δημόσιας υγείας και του Ελληνικού Συστήματος Υγείας κατέχουν οι κοινωνικές ασφαλίσεις οι οποίες καλύπτουν με ιατρικές, προνοιακές και άλλες παροχές, μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Κατά την περίοδο 1836-1935 η απουσία συστήματος κοινωνικής ασφάλισης οδήγησε ορισμένες επαγγελματικές κατηγορίες στη δημιουργία των δικών τους αυτοδιοικούμενων και αυτοχρηματοδοτούμενων ασφαλιστικών μονάδων που παρείχαν κάλυψη για ατυχήματα και ασθένεια. Σύμφωνα με την απογραφή του 1861 μόνο το 7-8% του οικονομικά ενεργού πληθυσμού απολάμβανε ασφαλιστικής κάλυψης από κάποιον ασφαλιστικό φορέα.

Στη συνέχεια η περίοδος μεταξύ του 1914-1935 χαρακτηρίζεται από τη ραγδαία ανάπτυξη μικρών και αυτόνομων διοικητικά ασφαλιστικών ταμείων. Η εισροή 1.220.000 Ελλήνων προσφύγων από τη Μικρά Ασία ανάγκασε τις κυβερνήσεις να διαθέσουν κάποιους πόρους για τη βελτίωση των συνθηκών υγιεινής και κατοικίας και όχι για την ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης υγειονομικής πολιτικής. Το ποσοστό ανεργίας στις αστικές περιοχές ήταν 28-30%. Με την οικονομική κρίση της δεκαετίας του '30 μεγάλες μάζες του πληθυσμού ζούσαν κάτω από το

όριο της φτώχειας. Τα περιορισμένα οικονομικά και κοινωνικά προγράμματα σε ένα ασταθές πολιτικό περιβάλλον οδήγησαν πολλές πληθυσμιακές ομάδες να δημιουργήσουν τους δικούς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Ο κύριος στόχος των ασφαλιστικών αυτών ταμείων ήταν η καταβολή επιδομάτων ανεργίας και κάποιων ιατρικών παροχών, όπως επίσης και η κάλυψη για σύνταξη.

Η πρώτη προσπάθεια για τη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης ασφαλιστικής πολιτικής υγείας έγινε στις αρχές του '30 από την κυβέρνηση Ε. Βενιζέλου. Μετά από διάφορες πολιτικές αντιπαραθέσεις συστήθηκε το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) με το Ν. 6298/1934 με σκοπό να καλύπτει υποχρεωτικά τους εργάτες και υπαλλήλους του ιδιωτικού τομέα στα αστικά κέντρα και ειδικότερα σε βιομηχανίες που απασχολούσαν πάνω από 70 εργαζόμενους. Έτσι μόνο το 1/3 του πληθυσμού είχε ασφαλιστική κάλυψη. Το ΙΚΑ άρχισε να λειτουργεί 3 χρόνια αργότερα (1937) εξ' αιτίας οικονομικών προβλημάτων και κάλυπτε δύο τομείς: α) ασφάλιση για υγεία και ιατρικές παροχές και β) σύνταξη και ανεργία.

Το δεύτερο μεγάλο ορόσημο στην κοινωνική ασφάλιση ήταν ο Ν. 4169/61 σύμφωνα με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) για να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό (τότε περίπου 51% του συνολικού πληθυσμού).

Στα χρόνια που ακολούθησαν και ειδικότερα στις δεκαετίες '60 και '70, σημειώθηκε ραγδαία οικονομική ανάπτυξη (με ρυθμό 8% ετησίως σε σταθερές τιμές). Από την οικονομική αυτή ανάπτυξη γεννήθηκαν μια σειρά επιχειρήσεων και τραπεζών που δημιούργησαν τους δικούς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Η χρηματοδότηση τους βασιζόταν κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών (π.χ. κέρδη των τραπεζών) και παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη. Πάντως όχι περισσότερο από 3% του συνολικού πληθυσμού είχε κάλυψη από αυτά τα προνομιούχα «ευγενή» ταμεία.

Σ' αυτή την περίοδο ο ιδιωτικός τομέας αναπτύχθηκε έντονα. Ο ερχομός όμως της δικτατορίας (1967-1974) πρόσθεσε αρκετά προβλήματα στην ανάπτυξη μιας συνεκτικότερης πολιτικής, αν και υπήρχε πρόσφορο έδαφος για την εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας.

Τα βασικά μέτρα που συνέβαλαν αρχικά στην εξέλιξη της Δημόσιας Υγιεινής στη χώρα μας:

- Η σύσταση αυτοτελούς Υπουργείου Υγιεινής το 1929.
- Η ίδρυση της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών το 1929.
- Η ίδρυση του Υγειονομικού Κέντρου Αθηνών το 1929.
- Η ίδρυση Υγειονομικών Κέντρων κατά περιφέρεια από το 1931.
- Η δημιουργία του ΙΚΑ το 1934.
- Η ίδρυση της Σχολής Επισκεπτριών Κοινωνικής Υγιεινής και αργότερα η ίδρυση της Σχολής Επισκεπτριών και Αδελφών Νοσοκόμων (Α.Ν.613/9.4.1937).

(Πηγή: Ζαβιτσιάνος, 1977)

4.4 Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα

(Πηγή: Τζένη Κουρέα – Κρεμαστινού, 2009)

4.4.1 Εισαγωγή

Στον Ελλαδικό χώρο η θεώρηση της υγείας ως κοινωνικό αγαθό παρουσίασε σημαντική χρονική υστέρηση σε σύγκριση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η υστέρηση αυτή δεν αποδίδεται σε οικονομικές διαφορές, όπως αυτές καταγράφονται σε επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής ανάπτυξης, αλλά κυρίως σε διαρθρωτικούς και πολιτισμικούς λόγους. Στην Ευρώπη οι μεταρρυθμίσεις στα συστήματα υγείας αρχίζουν αμέσως μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο.

Στην Ελλάδα ο εμφύλιος πόλεμος και η δικτατορία εμπόδισαν τη διαμόρφωση της συγκεκριμένης πολιτικής για την υγεία, με αποτέλεσμα την υπανάπτυξη του χώρου και τη δημιουργία ενός «μη συστήματος». Το κύριο πρόβλημα δεν ήταν τόσο η ανισόρροπη ανάπτυξη μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, αλλά η ίδια η μεταξύ τους σχέση και λειτουργία. Μια σχέση που υπάκουε, όχι σε προκαθορισμένες ρυθμίσεις και κανόνες, αλλά, αντίθετα, σε ένα πλέγμα καταστρατηγήσεων και ανεξέλεγκτων διαδικασιών παροχής υπηρεσιών και χρηματοδότησης.

Τα σχέδια για ουσιαστική μεταρρύθμιση των υγειονομικών υπηρεσιών δεν έχουν λείψει ιδιαίτερα κατά τα τελευταία σαράντα χρόνια. Ακόμη και κατά τη διάρκεια της στρατιωτικής δικτατορίας, ο τότε Υπουργός Υγείας είχε προτείνει τη θέσπιση ενός Εθνικού Συμβουλίου Υγείας, το οποίο θα σχεδίαζε την οργάνωση όλου του τομέα υγείας, θα εναρμόνιζε τους κανονισμούς των ασφαλιστικών ταμείων, θα άλλαζε την κατανομή των πόρων και θα αποκέντρωνε τις υγειονομικές υπηρεσίες. Σχεδιαζόταν επίσης η καθιέρωση συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με οικογενειακούς ιατρούς που θα αμείβονταν με βάση τον αριθμό των ασθενών τους. Καμία από τις προτάσεις αυτού του σχεδίου δεν πραγματοποιήθηκε.

Αργότερα, το 1976, μια ομάδα εργασίας του Κέντρου Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ) έθιξε το ζήτημα της παραοικονομίας στις υπηρεσίες υγείας και πρότεινε την ενοποίηση των τριών βασικών ασφαλιστικών ταμείων. Το 1980, ο τότε Υπουργός Υγείας (Σ. Δοξιάδης) είχε προτείνει την ίδρυση ενός οργανισμού για τον συντονισμό της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας, τη δημιουργία δικτύου ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με οικογενειακούς ιατρούς, τη μεταρρύθμιση του Υπουργείου και τον περιορισμό του αριθμού των ιατρών. Η πρόταση δεν υλοποιήθηκε ποτέ νομοθετικά.

Μετά το 1980 πολλοί νόμοι ψηφίσθηκαν που προσπάθησαν αρχικά να θεσπίσουν και στη συνέχεια να βελτιώσουν και να εκσυγχρονίσουν ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Οι περισσότεροι νόμοι αφορούσαν κυρίως τις υπηρεσίες «περίθαλψης». Σε λίγους νόμους βρίσκονται στοιχεία που

αφορούν τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, με εξαίρεση δύο νόμους (3172/2003, 3370/2005) που ασχολήθηκαν κυρίως με τη δημόσια υγεία.

Ένα μείζον πρόβλημα στη λειτουργία του ΕΣΥ είναι η ύπαρξη ανεξάρτητων υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, ιατρεία, κ.α.) σχεδόν σε όλα τα ασφαλιστικά ταμεία, που συνήθως ελέγχονται από άλλα Υπουργεία και κατά συνέπεια δεν μπορεί ακόμα να σχεδιασθεί ενιαία πολιτική.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το ΙΚΑ που ανήκει στο Υπουργείο Απασχόλησης & Κοινωνικής Προστασίας ενώ καλύπτει με τις υπηρεσίες υγείας περισσότερο από το ήμισυ του πληθυσμού της Ελλάδας και είναι εκτός συστήματος ΕΣΥ.

Έτσι μέχρι σήμερα το λεγόμενο «Εθνικό Σύστημα Υγείας» αφορά κυρίως δομές που εποπτεύονται μόνο από το Υπουργείο Υγείας όπως τα κρατικά νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, τα περιφερειακά ιατρεία και ορισμένες άλλες υπηρεσίες και φορείς (π.χ. υπηρεσίες Πρόνοιας, κ.α.).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι ακόμα έντονα προσανατολισμένο στη θεραπεία και βασίζεται υπερβολικά στη χρήση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, χωρίς συστηματική ανάπτυξη δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Τις βασικές ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας και περίθαλψης στα αστικά κέντρα καλύπτουν κυρίως τα ιατρεία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων.

Επί πλέον στη χώρα μας λειτουργεί με μεγάλη δραστηριότητα ο ιδιωτικός τομέας υγείας με ποικιλία δομών (κλινικές, νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, ασφαλιστικές εταιρείες, ιδιωτικά ιατρεία κ.α.).

Η λειτουργία των φορέων αυτών είναι σχεδόν ανεξέλεγκτη από την πολιτεία, δεν υπάρχει προγραμματισμός για την ανάπτυξη τους και δεν εντάσσονται θεωρητικά σε κανένα σύστημα υγείας, μολονότι και οι υπηρεσίες αυτές υπό την ευρεία έννοια συμμετέχουν και απαρτίζουν το συνολικό σύστημα υγείας της χώρας.

Ομοίως η ποιότητα και ο ποιοτικός έλεγχος των παρεχομένων υπηρεσιών, τόσο από τον κρατικό όσο και από τον ιδιωτικό τομέα, δεν έχει ακόμα αποτελέσει τομέα ουσιαστικού ενδιαφέροντος από το κράτος.

Αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και ανάλυση της δομής του όλου συστήματος έγινε κατά το 1994 από το Υπουργείο Υγείας σε μια νέα προσπάθεια για τεκμηριωμένη αναμόρφωση και μεταρρύθμιση του όλου συστήματος.

Την ίδια εποχή (1994) συγκροτήθηκε επιτροπή ξένων εμπειρογνομόνων με πρόεδρο τον αείμνηστο Abel Smith οι οποίοι μετά από «επιτόπια» μελέτη του Ελληνικού Συστήματος Υγείας παρουσίασαν «Έκθεση» για την υπάρχουσα κατάσταση όλων των δομών του συστήματος υγείας της χώρας και προτάσεις για τη μεταρρύθμιση του.

Οι διαπιστώσεις της Έκθεσης μπορεί να συνοψισθούν στα εξής:

- **Αδυναμία στη δημόσια υγεία**
- **Ύπαρξη αντιδεοντολογικών συμπεριφορών**
- **Έλλειψη ικανοποίησης και εμπιστοσύνης από το κοινό**
- **Μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες**
- **Υπερσυγκεντρωτισμός και γραφειοκρατική διοίκηση**
- **Έλλειψη κινήτρων στις δημόσιες υπηρεσίες**
- **Έλλειψη ιατρικών αρχείων ή ενός αποτελεσματικού συστήματος ιατρικής πληροφόρησης**
- **Έλλειψη οικονομικής αποδοτικότητας**
- **Ασύμμετρη σύνθεση του προσωπικού**
- **Έλλειψη εγγυήσεων ποιότητας**

Δυστυχώς ουσιαστική μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας δεν έγινε μολονότι αρκετοί νόμοι που επακολούθησαν έλαβαν περιστασιακά υπόψη τα συμπεράσματα και τις προτάσεις της επιτροπής εμπειρογνομόνων. Έτσι οι περισσότερες διαπιστώσεις της επιτροπής ισχύουν μέχρι σήμερα.

Βασική Νομοθεσία του ΕΣΥ

Οι βασικότεροι νόμοι που αφορούν την οργάνωση και τη δομή του ΕΣΥ μετά το 1980 είναι οι εξής:

1) Νόμος 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις» (Υπουργός Π. Αυγερινός)

Είναι ο βασικός νόμος που θέσπισε τη λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, το οποίο απέβλεπε στην καθολική κάλυψη του πληθυσμού και στη δικαιότερη κατανομή των υγειονομικών πόρων.

Η φιλοσοφία του νόμου είχε ως βάση τις εξής θεμελιώδεις αρχές:

- Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους
- Κάθε πολίτης έχει το ίδιο δικαίωμα για ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα
- Η προστασία της υγείας είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους και υλοποιείται από ένα ενιαίο, αποκεντρωμένο και δημοκρατικό σύστημα υγείας.

Το Κράτος θα ήταν υπεύθυνο για την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, η χρηματοδότηση θα έπρεπε να διενεργείται από ενιαία πηγή και οι διάφορες υπηρεσίες θα όφειλαν να ενοποιηθούν και να αποκεντρωθούν με τοπική συμμετοχή. Ο νόμος προέβλεπε ακόμη την απαγόρευση ίδρυσης νέων ιδιωτικών νοσηλευτηρίων. Τα κύρια χαρακτηριστικά του ήταν η δημιουργία του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ), η μετατροπή των ΝΠΙΔ νοσοκομείων σε ΝΠΔΔ, και η ίδρυση Κέντρων Υγείας (αστικού και μη αστικού τύπου) και Περιφερειακών Ιατρείων ως δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Τα κέντρα υγείας σήμερα ανέρχονται σε 214 από τα οποία 7 δεν λειτουργούν. Υπάρχουν επίσης και 8 κέντρα υγείας αστικού τύπου από τα οποία το 1 δεν λειτουργεί και 4 από αυτά είναι υπό σύσταση. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν κυρίως σε ημιαστικές και αγροτικές περιοχές

και προσφέρουν σημαντική βοήθεια στην υγεία των αντίστοιχων πληθυσμών με δραστηριότητες κυρίως πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας (περίθαλψη) και λιγότερο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μολονότι στις αρμοδιότητες τους ανήκει και η προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Με τον ίδιο νόμο καθορίσθηκαν οι εργασιακές σχέσεις των γιατρών που εργάζονται στα κρατικά νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ως «πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης». Οι μισθοί των ιατρών του ΕΣΥ αυξήθηκαν σημαντικά, ενώ τους απαγορεύθηκε νομοθετικά η άσκηση ιδιωτικής ιατρικής. Εν τούτοις και στο θέμα αυτό η ύπαρξη νοσοκομείων και άλλων δομών υγείας που ανήκουν σε άλλους φορείς και υπουργεία (Πανεπιστήμιο, Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, Ασφαλιστικά Ταμεία, κ.α.) δημιούργησε διάφορες κατηγορίες εργασιακών σχέσεων, κυρίως των γιατρών, με αποτέλεσμα την ύπαρξη ανομοιογένειας και τριβών.

Ο ανωτέρω νόμος εισήγαγε επίσης την έννοια των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ) τα οποία όμως δεν λειτούργησαν κατά την περίοδο εκείνη ούτε και μέχρι σήμερα. Ο ανωτέρω νόμος υλοποιήθηκε από τον Γ. Γεννηματά Υπουργό Υγείας την περίοδο 1984-1989.

2) Νόμος 2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»

(Υπουργός Δ. Κρεμαστινός)

Με το νόμο αυτό ετέθησαν οι βάσεις για τη σύγχρονη οργάνωση του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), με στόχο τη λειτουργία του ως φορέα επείγουσας προνοσοκομειακής νοσηλείας με εξειδικευμένες μονάδες, εκπαίδευση του προσωπικού και συμμετοχή γιατρών στη λειτουργία του.

Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών μετονομάσθηκε σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) και από αποκεντρωμένη υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας μετατράπηκε σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) με πλήρη διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Η ΕΣΔΥ αποτελεί Εκπαιδευτικό και Ερευνητικό Ίδρυμα με μεταπτυχιακό χαρακτήρα. Η αναβάθμιση της ΕΣΔΥ είχε ως σκοπό την παραγωγή υψηλού επιπέδου στελεχών δημόσιας υγείας και διοίκησης υπηρεσιών υγείας για τις ανάγκες των υπηρεσιών υγείας και δημόσιας υγείας της χώρας.

Θεσπίσθηκε η συστηματική μετεκπαίδευση των ιατρών του ΕΣΥ. Υπήρξαν επίσης διατάξεις για τον περιορισμό της ιατρικής διαφήμισης, οι οποίες εφαρμόσθηκαν αρχικά και αργότερα εγκαταλείφθηκαν.

3) Νόμος 2519/1997 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, Ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις»

(Υπουργός Κ. Γείτονας)

Ο νόμος αυτός, σε συνδυασμό με τον νόμο για τις Περιφέρειες και την Τοπική Αυτοδιοίκηση (2503/1997), προέβλεπε τη σύσταση Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας - Πρόνοιας ως τμήμα της Γενικής Διεύθυνσης κάθε Διοικητικής Περιφέρειας. Οι Περιφέρειες είναι 13 και προϊστάμενος είναι ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας (Περιφερειάρχης) (Παράρτημα 1). Οι Περιφέρειες ανήκουν διοικητικά στο Υπουργείο Εσωτερικών. Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας - Πρόνοιας της Περιφέρειας προέβλεπε τρία τμήματα :

Δημόσιας Υγείας, Υπηρεσιών Υγείας και Υπηρεσιών Πρόνοιας. Οι Διευθύνσεις αυτές δεν λειτούργησαν μέχρι σήμερα, παρά σε ελάχιστες περιφέρειες.

Με το νόμο αυτό ψηφίσθηκαν επίσης ορισμένα άρθρα (κεφάλαιο Β) που αφορούσαν τη «Δημόσια Υγεία», όπως η σύσταση *Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας* (άρθρο 4) στο Υπουργείο Υγείας και δημιουργήθηκε ο θεσμός των *Ιατρών Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ* (άρθρο 6). Ο θεσμός αυτός έδωσε τη δυνατότητα για ειδικό μισθολόγιο στους γιατρούς δημόσιας υγείας ΕΣΥ με σκοπό την προσέλκυση νέου ιατρικού δυναμικού για τη στελέχωση του Υπουργείου Υγείας και άλλων φορέων της δημόσιας υγείας των περιφερειών και νομαρχιών. Ο ίδιος νόμος προέβλεπε την ίδρυση στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας 13 Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (ΠΕΔΥ) ως αποκεντρωμένες δομές του Υπουργείου Υγείας (άρθρο 8).

4) Νόμος 2889/2001 «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας»

(Υπουργός Α. Παπαδόπουλος)

Ο νόμος αυτός εισήγαγε τη λειτουργία των *Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας* (ΠΕΣΥ) με σκοπό την αποκέντρωση της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας. Τα ΠΕΣΥ αντιπροσώπευαν περιφερειακές δομές του Υπουργείου Υγείας. Κάθε ένα ήταν υπεύθυνο για την αντίστοιχη υγειονομική περιφέρεια. Οι υγειονομικές περιφέρειες είναι 13 (ταυτίζονται με τις διοικητικές) αλλά για καλύτερη εξυπηρέτηση ορισμένων γεωγραφικών περιοχών ιδρύθηκαν 17 ΠΕΣΥ (3 στην περιοχή Αττικής, 2 στην Κεντρική Μακεδονία και 2 στο Αιγαίο).

Τα 17 ΠΕΣΥ ήταν: Α' Αττικής, Β' Αττικής, Γ' Αττικής, Α' Κεντρικής Μακεδονίας, Β' Κεντρικής Μακεδονίας, Α' Νοτίου Αιγαίου (Κυκλάδες), Β' Νοτίου Αιγαίου (Δωδεκανήσου), Θεσσαλίας, Στερεάς Ελλάδας, Ηπείρου, Ιονίων νήσων, Δυτικής Ελλάδας, Πελοποννήσου, Κρήτης, Δυτικής Μακεδονίας, Ανατολικής Μακεδονίας - Θράκης, Βορείου Αιγαίου.

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και τα κέντρα υγείας μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες μονάδες των αντίστοιχων ΠΕΣΥ. Τα ΠΕΣΥ υπάγονταν κατ' ευθείαν στον Υπουργό Υγείας. Σκοπός της ίδρυσης των ΠΕΣΥ ήταν η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας, που θα εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας σε όλους τους τομείς όπως: Πρόληψη και Προαγωγή της Υγείας, Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, Νοσοκομειακή Περίθαλψη, Μετανοσοκομειακή Φροντίδα, Αποκατάσταση, Κατ' οίκον Νοσηλεία, Ανάπτυξη Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Με τον ανωτέρω νόμο υπήρξε επίσης αλλαγή στη σύνθεση των Διοικητικών Συμβουλίων των νοσοκομείων και τοποθετήθηκαν «managers» ως διοικητές των νοσοκομείων.

5) Νόμος 2920/2001 «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις»

(Υπουργός Α. Παπαδόπουλος)

Με τον ανωτέρω νόμο δημιουργήθηκε το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας (ΣΕΥΥΠ), του οποίου ο σκοπός είναι η διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και φορείς

αρμοδιοτήτων ή εποπτείας του ΥΥΚΑ και των υπηρεσιών υγείας των Ασφαλιστικών Φορέων σε όλη την Ελλάδα. Το ΣΕΥΥΠ έχει αρμοδιότητα και στους φορείς δημόσιας υγείας. Το ΣΕΥΥΠ διαρθρώνεται σε τρεις τομείς: α) Υγειονομικού - Φαρμακευτικού Ελέγχου, β) Διοικητικού - Οικονομικού Ελέγχου, γ) Ελέγχου Φορέων Πρόνοιας.

6) Νόμος 3106/2003 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις»

(Υπουργός Κ. Στεφανής)

Ο νόμος αυτός είχε ως στόχο κυρίως την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών Πρόνοιας. Ο νόμος αναφέρεται στην Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας με στόχο τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών πρόνοιας σε επίπεδο Περιφέρειας. Έτσι τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ) μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ). Το άρθρο 2 αναφέρει ότι: «Τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) και οι υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας (ΕΟΚΦ) καταργούνται και μετατρέπονται σε υπηρεσίες του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας (ΠΕΣΥ) στην περιφέρεια του οποίου λειτουργούν. Οι υπηρεσίες αυτές αποτελούν αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του ΠΕΣΥΠ με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια και εφεξής θα αναφέρονται ως *Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας*». Σε κάθε ΠΕΣΥΠ συνεστήθη αυτοτελές τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών υπεύθυνο για τις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας. Στις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας υπάγονται πολλοί «κοινωνικοί - προνοιακοί φορείς» σε όλη την Ελλάδα όπως π.χ. Χρόνια θεραπευτήρια, Παιδοπόλεις, το Κέντρο Βρεφών Μητέρα, Κέντρα Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Υποστήριξης, κ.α. Σήμερα οι υπηρεσίες αυτές ανήκουν στις αντίστοιχες ΔΥΠΕ.

7) Νόμος 33297 2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»

(Υπουργός Ν. Κακλαμάνης)

Ο νόμος αυτός επέφερε αλλαγές στη λειτουργία κυρίως των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας:

- Στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας καταργήθηκαν τα ΠΕΣΥΠ και συνεστήθη Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ)» που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Σκοπός των ΔΥΠΕ είναι ο προγραμματισμός, συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος (στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας), της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ως φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας ορίζονται οι ακόλουθοι:

12. Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας.
13. Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης.
14. Λοιπά Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου του δημοσίου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Σε κάθε ΔΥΠΕ δημιουργήθηκαν οι ακόλουθες Διευθύνσεις από τις οποίες

απορρέουν και οι αντίστοιχες αρμοδιότητες:

- α. Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,
- β. Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης,
- γ. Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,
- δ. Διεύθυνση Πληροφορικής.

Με επόμενο νόμο (3370/2005) προσετέθη και η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας σε κάθε ΔΥΠΕ, με μεταφορά της από την αντίστοιχη διοικητική Περιφέρεια.

Για τον συντονισμό του έργου των Διοικητών των ΔΥΠΕ και την εναρμόνιση των πολιτικών τους συστήθηκε το «Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών» (ΚΕΣΥΥΠΕ).

Με τον ίδιο νόμο σε κάθε υγειονομική περιφέρεια συστήνεται Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας (ΣΥΠΕ) που έχει γνωμοδοτικό χαρακτήρα προς τον Υπουργό ΥΚΑ για θέματα της αντίστοιχης περιφέρειας (Παράρτημα 2).

Στο κεφάλαιο Β' του ίδιου νόμου (3329/2005) αναφέρονται διατάξεις για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ όπως:

- Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ που είχαν μετατραπεί σε αποκεντρωμένες μονάδες των ΠΕΣΥΠ με τη διάταξη της παρ. 4 του άρθρου 1 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α') μετατρέπονται (πάλι) σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ).
- Τα όργανα διοίκησης των νοσοκομείων του ΕΣΥ είναι:
 - α) Ο Διοικητής του νοσοκομείου
 - β) Το Διοικητικό Συμβούλιο (ΔΣ) (7μελές έως 399 κλίνες, 9μελές >400 κλίνες) Το ΔΣ των νοσοκομείων απαρτίζεται από:
 - Το Διοικητή του νοσοκομείου ως πρόεδρο
 - 3 ή 4 μέλη οριζόμενα από τον Υπουργό Υγείας
 - Τον αναπληρωτή Διοικητή του νοσοκομείου (>400 κλίνες)
 - 1 Εκπρόσωπο των ιατρών (εκλογή) του νοσοκομείου
 - Τον Διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας
 - 1 Εκπρόσωπο λοιπού (πλην ιατρών) προσωπικού του νοσοκομείου.

Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται επίσης «Επιστημονικό Συμβούλιο» με διετή θητεία που έχει εισηγητικό και γνωμοδοτικό χαρακτήρα. Στο Συμβούλιο αυτό ανήκουν επίσης οι αρμοδιότητες της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας κάθε νοσοκομείου.

Στο κεφάλαιο Γ' γίνεται αναμόρφωση των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας οι οποίες μετατρέπονται (πάλι) σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ).

Το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποτελεί το κεντρικό επίπεδο διοίκησης όλου του συστήματος. Επίσημη αξιολόγηση των υπηρεσιών των ΠΕΣΥΠ και νυν ΔΥΠΕ δεν έχει ακόμα (2007) ανακοινωθεί από το Υπουργείο Υγείας.

8) Νόμος 3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ Νομικών Προσώπων Εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»

(Υπουργός Δ. Αβραμόπουλος)

Το 2007 με το νόμο 3527/2007 τρίτο άρθρο, § 1 (κεφάλαιο Β') η επικράτεια του ελληνικού κράτους διαιρείται σε **7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠ)** με 7 αντίστοιχες ΔΥΠΕ: την 1^η ΥΠ Αττικής με έδρα την Αθήνα, τη 2^η ΥΠ Πειραιώς και Αιγαίου με έδρα τον Πειραιά, την 3^η ΥΠ Μακεδονίας με έδρα τη Θεσσαλονίκη, την 4^η ΥΠ Μακεδονίας - Θράκης (Ανατολική Μακεδονία, Θράκη, Α' Κεντρική Μακεδονία) με έδρα τη Θεσσαλονίκη, την 5^η ΥΠ Θεσσαλίας, Στερεάς Ελλάδας με έδρα τη Λάρισα, την 6^η ΥΠ Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου, Δυτικής Ελλάδας με έδρα την Πάτρα, την 7^η ΥΠ Κρήτης με έδρα το Ηράκλειο.

Με το νόμο αυτό όργανα διοίκησης της κάθε ΔΥΠΕ είναι: α) ο διοικητής της ΥΠΕ και β) δύο υποδιοικητές. Ο διοικητής και οι υποδιοικητές είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και έχουν διετή θητεία.

Με το ίδιο άρθρο (§ 18) το αρκτικόλεξο του Συμβουλίου Υγειονομικών Περιφερειών αντικαθίσταται ως ΚΕΣΥΠΕ.

Με το όγδοο άρθρο § 3 το Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (ΚΕΠΙΧΣΟΤΥ) μετονομάζεται σε Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ), το οποίο υπάγεται απευθείας στον Υπουργό, συντονίζεται από το Γενικό Γραμματέα του ΥΥΚΑ και διοικείται από διοικητή και υποδιοικητή πλήρους και όχι αποκλειστικής απασχόλησης, οι οποίοι ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας.

4.4.2 Δαπάνες Υγείας

Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, ακολουθώντας τους νόμους της αγοράς, επηρεάζει άμεσα και τη χρηματοδότηση τους. Από την άλλη πλευρά η ζήτηση αυτή είναι στενά συνυφασμένη και διαμορφώνεται άμεσα και από άλλους παράγοντες όπως: δημογραφικούς (ηλικία, φύλο, κ.λπ.), κοινωνικούς (εκπαίδευση, επάγγελμα κ.λπ.), οικονομικούς (εισόδημα, κοινωνική ασφάλιση), επιδημιολογικούς (νοσηρότητα, θνησιμότητα και άλλοι δείκτες), γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού (αστικοποίηση) και τέλος την ενημέρωση των χρηστών-ασθενών και την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.

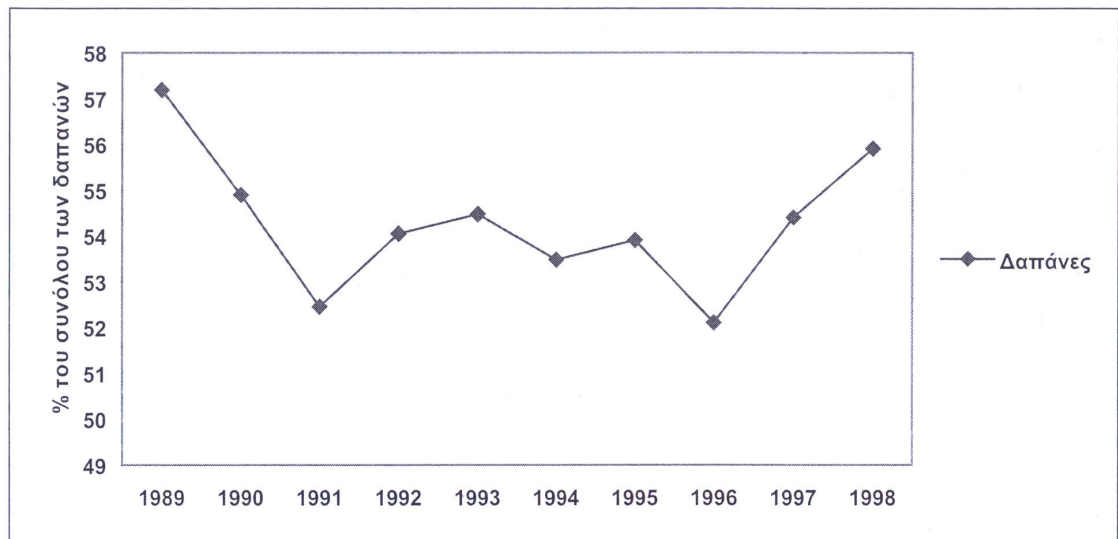
Είναι εύκολα κατανοητό ότι η γήρανση του πληθυσμού είναι αλληλένδετη με τη συχνότερη ζήτηση υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένου επιπολασμού νοσημάτων φθοράς. Η αστικοποίηση επιβαρύνει τις υπηρεσίες υγείας των κρατών, επειδή η διαβίωση σε αστικά κέντρα μαζί με την αναβάθμιση πολιτιστικών παραμέτρων αυξάνει και τις προσδοκίες για κοινωνικές παροχές.

Ακόμη, η επιδημιολογική μετάβαση των νοσολογικών προτύπων διεθνώς, με τη μείωση των λοιμωδών νόσων (και κατά κάποια έννοια «οξέων» νοσημάτων με σχετικά μικρό χρόνο νόσησης) και την υπεροχή των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων (NCD's) που έχουν χρονιότερο χαρακτήρα, συνεπάγεται άμεσα την αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Για τους λόγους αυτούς τα κράτη διεθνώς προσπαθούν με οργανωτικές μεταρρυθμίσεις στα Συστήματα Υγείας τους να διατηρούν την ισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών.

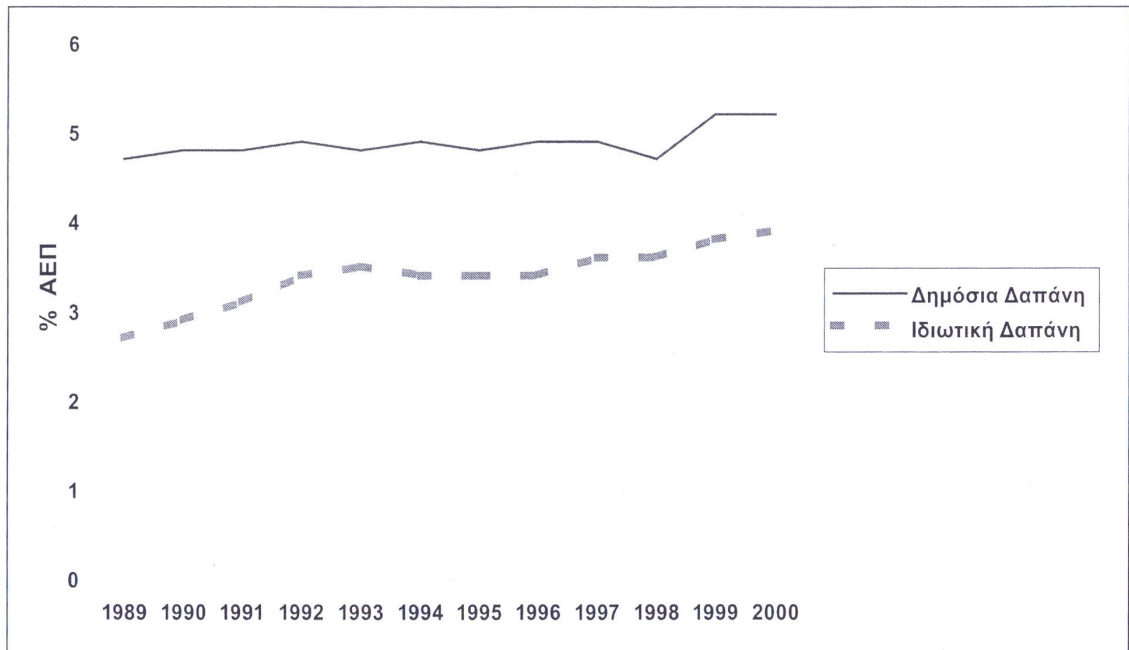
Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα δημιουργήθηκε το 1983 για να προσφέρει ενιαία κάλυψη του πληθυσμού και λειτουργεί στη βάση της ισότητας των πολιτών και της κοινωνικής συνοχής. Το 97% του πληθυσμού καλύπτεται όσον αφορά στην περίθαλψη από 35 διαφορετικούς ασφαλιστικούς φορείς (υποχρεωτική ασφάλιση) ενώ το 8% του πληθυσμού είναι ασφαλισμένο στην ιδιωτική αγορά που δραστηριοποιείται στον χώρο της υγείας.

Η μελέτη της κατανομής των δαπανών υγείας είναι απαραίτητη για την οργάνωση των συστημάτων υγείας και την επιλογή πολιτικών αποφάσεων (Σχήμα 1 και 2). Ο προϋπολογισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποφασίζεται ετησίως από το Υπουργείο Οικονομικών και βασίζεται σε οικονομικά δεδομένα προηγούμενων ετών. Το 70% των προϋπολογισμών των δημόσιων νοσοκομείων προέρχεται από τη φορολογία των πολιτών, ενώ το υπόλοιπο 30% μοιράζεται μεταξύ των εισφορών από τα ασφαλιστικά ταμεία και των απ' ευθείας πληρωμών από τους ασθενείς.

Ένα πρώτο συμπέρασμα που προκύπτει από τη μελέτη των δημόσιων δαπανών υγείας είναι η υποχρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η επικράτηση ενός νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα δαπανών.



Σχήμα 1. Διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού των δημοσίων δαπανών υγείας για νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα (% του συνόλου των δαπανών).



Σχήμα 2. Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας, % επί του ΑΕΠ, 1989-2000.

Η υποχρηματοδότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από δημόσιους φορείς καλύπτεται κυρίως από ιδιωτικές δαπάνες ιδιαίτερα από τα μέσα της δεκαετίας του 1990. Η εθελοντική ιδιωτική δαπάνη αντιπροσωπεύει ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία (πάνω από 42%), γεγονός που καθιστά την Ελλάδα την πιο «ιδιωτικοποιημένη», όσο αφορά στην υγεία, χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η κατάσταση αυτή ήταν η συνισταμένη μιας σειράς παραμέτρων όπως η αύξηση του εισοδήματος, η αλλαγή καταναλωτικών προτύπων, η ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας η οποία εκφράστηκε με τη δημιουργία μεγάλων επιχειρηματικών σχημάτων με προϊόν την παροχή ιατρικής περίθαλψης.

Σύμφωνα όμως με προτυποποιημένους δείκτες του ΟΟΣΑ, η Ελλάδα, με 9,5% (2002) του ΑΕΠ να δαπανάται για την υγεία, κατέχει την 20η θέση στην Ευρώπη. Υποστηρίζεται όμως ότι το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάσει το 10-15,5% του ΑΕΠ εάν θα μπορούσαν να συνυπολογιστούν οι αφανείς δαπάνες. Ένα μεγάλο πρόβλημα του προϋπολογισμού για την υγεία αποτελεί στην Ελλάδα η εκτός ελέγχου κατανάλωση φαρμάκων που επιβαρύνει με υπέρογκο κόστος τα ασφαλιστικά ταμεία (www.oecd.com).

Οι συγκρίσεις σε διεθνές επίπεδο αναφορικά με τους οικονομικούς δείκτες της υγείας είναι αρκετά δύσκολες γιατί ο λογιστικός τρόπος καταγραφής διαφέρει από χώρα σε χώρα.

Ωστόσο, τα πιο υγιή συστήματα υγείας έχουν από καιρό αποδεσμεύσει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από τα νοσοκομεία δημιουργώντας δομές παρακολούθησης και περίθαλψης στην κοινότητα.

Όλο το ανθρώπινο δυναμικό που υπηρετεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας πληρώνεται με μηνιαία αποζημίωση όπως και οι δημόσιοι υπάλληλοι. Ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας είναι το ΙΚΑ, το οποίο είναι υπεύθυνο

για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε 5,5 εκατομμύρια ασφαλισμένους διαμέσου ενός δικτύου 350 ιατρείων, νοσοκομείων και εργαστηρίων σε όλη τη χώρα. Πρόσφατα, γίνονται προσπάθειες να ενσωματωθούν και να αναλάβουν κυρίαρχο ρόλο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οι γενικοί γιατροί.

4.4.3 Ανθρώπινο Δυναμικό

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο δημόσιο τομέα μοιράζεται μεταξύ ενός διπλού συστήματος. Αυτό αποτελείται από τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και τα ιατρεία του ΙΚΑ που ανήκουν στο ΙΚΑ καθώς και άλλους ασφαλιστικούς φορείς.

Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως από 123 Γενικά και Ειδικά νοσοκομεία με 36.621 κλίνες και 9 Ψυχιατρικά νοσοκομεία με 3.500 συνολικό αριθμό κλινών.

Ακόμη, υπάρχουν 13 στρατιωτικά νοσοκομεία που δεν ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αλλά χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας, 5 νοσοκομεία του ΙΚΑ και 2 αμιγώς Πανεπιστημιακά νοσοκομεία (το Αρεταίειο και το Αιγινήτειο). Η Ελλάδα διαθέτει 4 κρεβάτια Εντατικής Θεραπείας ανά 1000 κατοίκους το 2000.

Με περίπου 47.944 γιατρούς (30% γυναίκες) και 11.000 οδοντίατρους (47% γυναίκες) η Ελλάδα το 2002 κατείχε την πρώτη θέση στην Ευρώπη όσο αφορά τον αριθμό των γιατρών με αναλογία 4,4/1000 κατοίκους (Πίνακας Ι). Ωστόσο, ο αριθμός των νοσηλευτών (3,9/1000 κατοίκους) είναι εξαιρετικά μικρός και την κατατάσσει στην προτελευταία θέση στην Ευρώπη.

Πίνακας 1. Κάτοικοι ανά ιατρό σε 20 χώρες της Ευρώπης, 2002.

ΧΩΡΑ	ΚΑΤΟΙΚΟΙ ΑΝΑ ΙΑΤΡΟ
Ελλάδα	222
Ιταλία	227
Βέλγιο	256
Ελβετία	278
Ισλανδία	278
Σλοβακία	278
Τσεχία	286
Αυστρία	303
Γαλλία	303
Γερμανία	303
Δανία	303
Ουγγαρία	313
Πορτογαλία	313
Ολλανδία	323
Φινλανδία	323

Νορβηγία	333
Σουηδία	333
Ισπανία	345
Λουξεμβούργο	385
Μ. Βρετανία	476

Στη διεθνή βιβλιογραφία, η αναλογία γιατρών ανά κάτοικο είναι μια κυμαινόμενη μεταβλητή που εξαρτάται από την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος, τη δημογραφική εξέλιξη και το βαθμό αστικοποίησης του πληθυσμού.

Η ποσοτική ανισορροπία που υφίσταται στο υγειονομικό δυναμικό στην Ελλάδα έχει σαν αποτέλεσμα την ανομοιογενή κατανομή του, με τις επαρχιακές πόλεις να μην καλύπτονται επαρκώς και την περιοχή της Αθήνας να είναι υπερκορεσμένη. Εντούτοις η διαχρονική εξέλιξη της περιφερειακής κατανομής των ιατρών στην Ελλάδα και της διαμορφούμενης αναλογίας κατοίκων ανά ιατρό στις γεωγραφικές περιφέρειες καταδεικνύει βελτίωση της κατανομής ιατρών στην ελληνική ύπαιθρο, ιδιαίτερα κατά την περίοδο 1980-2001 (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Διαχρονική εξέλιξη αναλογίας κατοίκων ανά ιατρό στις γεωγραφικές περιφέρειες στην Ελλάδα.

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ	1960	1970	1980	1990	2001
Σύνολο της Ελλάδας	805	615	394	265	229
Πρωτεύουσα	500	338	226	172	174
Στερεά Ελλάδα-Εύβοια	2000	1290	1330	656	286
Πελοπόννησος	1301	1010	853	391	305
Ιόνια νησιά	1436	1175	1009	452	324
Ήπειρος	1959	1116	846	359	235
Θεσσαλία	1497	1176	760	483	333
Μακεδονία	1106	672	424	270	242
Θράκη	2764	1263	809	481	325
Νησιά Αιγαίου	1197	878	875	577	373
Κρήτη	1252	988	779	318	223

Πηγές: www.statistics.gr (ΕΣΥΕ)

Στο γεγονός αυτό συνέβαλε η δημιουργία του ΕΣΥ και η στελέχωση των επαρχιακών νοσοκομείων και των νεοσύστατων κέντρων υγείας.

Στην Ελλάδα αναγνωρίζονται 38 ιατρικές ειδικότητες για την απόκτηση των οποίων απαιτείται άσκηση 3-7 ετών. Όσον αφορά στην επιλογή της ειδικότητας φαίνεται ότι οι παραδοσιακές ειδικότητες (παθολογίας, παιδιατρικής και καρδιολογίας) συνεχίζουν να ελκύουν την πλειοψηφία των νέων γιατρών παρά τον μεγάλο χρόνο αναμονής για την απόκτηση τους, που ίσως υποδεικνύει ελλιπή πληροφόρηση των φοιτητών της ιατρικής για τις υγειονομικές ανάγκες της χώρας.

Διοικητικές Περιφέρειες Ελλάδας*

Περιφέρειες	Έδρες
1. Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης	Κομοτηνή
2. Κεντρικής Μακεδονίας	Θεσσαλονίκη
3. Δυτικής Μακεδονίας	Κοζάνη
4. Ηπείρου	Ιωάννινα
5. Θεσσαλίας	Καρδίτσα
6. Ιονίων Νήσων	Κέρκυρα
7. Δυτικής Ελλάδας	Πάτρα
8. Στερεάς Ελλάδας	Λαμία
9. Αττικής	Αθήνα
10. Πελοποννήσου	Τρίπολη
11. Βορείου Αιγαίου	Μυτιλήνη
12. Νοτίου Αιγαίου	Ερμούπολη Σύρου
13. Κρήτης	Ηράκλειο

**Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης*

Ολομέλεια του Συμβουλίου Υγειονομικής Περιφέρειας (ΣΥΠΕ):

- 1 ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας
- 2 οι Διοικητές των Νοσοκομείων της Υγειονομικής Περιφέρειας
- 3 εκπρόσωπος της Διοικητικής Περιφέρειας
- 4 εκπρόσωπος από κάθε Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση
- 5 εκπρόσωπος του Πανεπιστημιακού Ιατρικού τμήματος
- 6 εκπρόσωπος των ιατρών της Περιφέρειας
- 7 εκπρόσωπος των οδοντιάτρων της Περιφέρειας
- 8 εκπρόσωπος των νοσηλευτών της Περιφέρειας
- 9 εκπρόσωπος των φαρμακοποιών της Περιφέρειας
- 10 εκπρόσωπος των μαιών μαιευτών της Περιφέρειας
- 11 εκπρόσωπος των γενικών ιατρών της Περιφέρειας
- 12 εκπρόσωπος των κοινωνικών λειτουργών της Περιφέρειας
- 13 εκπρόσωπος της ΓΣΕΕ
- 14 εκπρόσωπος της ΑΔΕΔΥ

Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας:*

- 1 ο Διοικητής της ΔΥΠΕ (Πρόεδρος)
- 2 ο Γενικός Διευθυντής της Περιφέρειας (Αντιπρόεδρος)
- 3 ο Προϊστάμενος της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της ΔΥΠΕ
- 4 οι Διευθυντές των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας των οικείων Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων
- 5 ο εκπρόσωπος του Ιατρικού Τμήματος της Περιφέρειας (αν υπάρχει)
- 6 ο Διευθυντής του Εργαστηρίου Βιοπαθολογίας του μεγαλύτερου νοσοκομείου της περιφέρειας
- 7 ο Διευθυντής του ΠΕΔΥ
- 8 ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου του μεγαλύτερου νοσοκομείου της Περιφέρειας
- 9 ο Διευθυντής Κτηνιατρικής Υπηρεσίας μιας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης της οικείας Περιφέρειας
- 10 ο Διευθυντής Περιβάλλοντος μιας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης της οικείας Περιφέρειας
- 11 ο Διευθυντής Γεωργίας μιας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης της οικείας Περιφέρειας
12. ο Προϊστάμενος της περιφερειακής υπηρεσίας του Γενικού Χημείου του Κράτους
13. ο Προϊστάμενος της περιφερειακής διεύθυνσης του ΕΦΕΤ
14. ο Προϊστάμενος αρμόδιος για τη δημόσια υγεία ενός δήμου της Περιφέρειας

**Νόμος 3370/2005*

4.5 Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα

(Πηγή: Τζένη Κουρέα – Κρεμαστινού)

Εισαγωγή

Από την ίδρυση του Ελληνικού κράτους μετά την επανάσταση του 1821, έγιναν αρκετές προσπάθειες για την οργάνωση υπηρεσιών Δημόσιας Υγιεινής (όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο), οι οποίες υπήρξαν επιτυχημένες και αποδοτικές για την εποχή τους. Παρόλα όμως τα χρόνια που πέρασαν, οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δεν έχουν ενστερνισθεί την έννοια της Νέας Δημόσιας Υγείας ή της Προαγωγής της Υγείας και παραμένουν καθηλωμένες κυρίως στον τομέα της υγιεινής χωρίς να έχουν να επιδείξουν, τουλάχιστον σ' αυτό τον τομέα, υψηλά επίπεδα υπηρεσιών από πλευράς ποιότητας και αποδοτικότητας.

Την τελευταία δεκαετία έχει επανέλθει στο προσκήνιο και υπό την πίεση της Ευρωπαϊκής Ένωσης η ανάγκη για τη σωστή οργάνωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Εν τούτοις και παρά τις προσπάθειες και τις νομοθετικές ρυθμίσεις ο χώρος της δημόσιας υγείας αντιμετωπίζει αρκετά προβλήματα:

- Όσον αφορά τις νομοθετικές ρυθμίσεις, είναι τόσες πολλές και αλληλέγγυες ιδίως τα τελευταία χρόνια (μετά το 1997) ώστε δεν προλαβαίνουν καν να ιδρυθούν και να λειτουργήσουν υπηρεσίες που προβλέπονται από τους διαφόρους νόμους.

- Ένα άλλο βασικό πρόβλημα είναι ότι πολλές αρμοδιότητες «Δημόσιας Υγείας» ασκούνται από φορείς που δεν ανήκουν στο Υπουργείο Υγείας ενώ δεν λειτουργεί ακόμα ένα Κεντρικό Κυβερνητικό Συντονιστικό Όργανο για να χαράσσει τουλάχιστον την Πολιτική Δημόσιας Υγείας.

- Πρόβλημα επίσης δημιουργεί η μεγάλη έλλειψη επιστημονικού, τεχνικού και διοικητικού προσωπικού στις υπηρεσίες δημόσιας υγείας και η έλλειψη «κύρους» των επαγγελματιών δημόσιας υγείας που προέρχεται κυρίως από τη μη ευαισθητοποίηση τόσο του πληθυσμού όσο και των κυβερνήσεων για το σημαντικό ρόλο που καλούνται να παίξουν στην προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των νόσων.

- Οι μειωμένες επίσης οικονομικές απολαβές των γιατρών που απασχολούνται στη δημόσια υγεία σε σύγκριση με αντίστοιχους γιατρούς του ΕΣΥ ή του ιδιωτικού τομέα, δρουν ανασταλτικά για την προσέλευση ικανών επιστημόνων στο χώρο της δημόσιας υγείας.

- Τέλος η διάθεση «πόρων» για την άσκηση των δραστηριοτήτων της δημόσιας υγείας είναι μειωμένη κατά πολύ σε σύγκριση με κονδύλια που διατίθενται ακόμα και στο Υπουργείο Υγείας για άλλους τομείς όπως π.χ. η περίθαλψη, οι νέες τεχνολογίες κ.α.

Τα ανωτέρω «μειονεκτήματα» της δημόσιας υγείας μπορεί να εξηγηθούν από την ίδια τη φυσιογνωμία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας που χαρακτηρίζεται από δύο στοιχεία:

- α) Είναι *τομέας κρατικής δραστηριότητας*, είναι δηλαδή ένα δημόσιο σύστημα στο οποίο δεν υπάρχει χώρος για τον ιδιωτικό τομέα πλην ελαχίστων εξαιρέσεων (π.χ. ειδικά εργαστήρια που ασχολούνται με εξετάσεις νερών, τροφίμων, κ.α.)
- β) Δεν υπάρχει συνήθως *αυτόματη ζήτηση υπηρεσιών* από τον πολίτη.

Σε λίγες περιπτώσεις (π.χ. ναρκωτικά, AIDS) οι πολίτες (κοινωνία) ζητούν παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας και πάλι οι υπηρεσίες που ζητούνται είναι συνήθως νοσηλευτικού ή προνοιακού χαρακτήρα.

Οι ανάγκες δημόσιας υγείας σπάνια βιώνονται ως προσωπικές ανάγκες και συνεπώς δεν εκφράζονται ως «συνειδητή» ζήτηση κάποιων υπηρεσιών σε ατομικό επίπεδο. Η έλλειψη πρωτογενούς ζήτησης υπηρεσιών δημόσιας υγείας καταργεί συγχρόνως και την κοινωνική πίεση, η οποία θα μπορούσε να συμπαρασύρει τη διάθεση πόρων και δραστηριοτήτων.

Έτσι, οι πόροι που θα διατεθούν στη δημόσια υγεία και τα προγράμματα που θα αναπτυχθούν, είναι καθαρά προϊόν, πολιτικής απόφασης και κυβερνητικής επιλογής. Αν η δημόσια υγεία δεν είναι «πολιτική προτεραιότητα» της κάθε κυβέρνησης είναι αναπόφευκτο και η χρηματοδότηση της να είναι μειωμένη.

Στην «Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής των Ξένων Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας» τα προβλήματα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας της χώρας συνοψίζονται στα ακόλουθα σημεία:

- α) ανεπαρκής αριθμός ειδικευμένων γιατρών δημόσιας υγείας,
- β) χαμηλό γόητρο της κοινωνικής θέσης των γιατρών δημόσιας υγείας σε σχέση με τους νοσοκομειακούς γιατρούς,
- γ) ανεπαρκής προπτυχιακή εκπαίδευση στη δημόσια υγεία,
- δ) ξεπερασμένες αντιλήψεις οι οποίες διέπουν το ρόλο της δημόσιας υγείας, με έμφαση στο γραφειοκρατικό και διεκπεραιωτικό χαρακτήρα της,
- ε) απουσία ουσιαστικών αρμοδιοτήτων των υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες,
- στ) ανεπαρκής λειτουργική και επιχειρησιακή διασύνδεση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας,
- ζ) ελλείψεις σε εργαστηριακή και υλικοτεχνική υποδομή,
- η) αδυναμία επαρκούς παρακολούθησης της φυσικής κίνησης, ελέγχου των μειζόνων κινδύνων δημόσιας υγείας και εκτίμησης των αναγκών υγείας του πληθυσμού και
- θ) απουσία σαφούς και συστηματικής πολιτικής δημόσιας υγείας.

Νομοθετικό Πλαίσιο

Τα «προβλήματα» της δημόσιας υγείας προσπάθησαν μετά το 1994 να επιλύσουν επιλεκτικά διάφοροι νόμοι με τελευταίους δύο νόμους επικεντρωμένους στη δημόσια υγεία: ο ν. 3172/2003 και ο ν. 3329/2005. Θεωρήθηκε σκόπιμο να αναφερθούν ορισμένες από τις διατάξεις του 3172/2003 γιατί αρκετές από τις ρυθμίσεις του επόμενου νόμου στηρίζονται σε θέματα που είχαν τεθεί στον ν. 3172/2003.

1) Νόμος 3172/2003 «Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας & άλλες διατάξεις»

(Υπουργός Κ. Στεφανής)

Ο νόμος αυτός είναι ο πρώτος που ασχολήθηκε κυρίως με δομές που αφορούν τη δημόσια υγεία, όπως καθορίζει και ο τίτλος του.

Με τον ανωτέρω νόμο καθορίστηκε ότι «*Δημόσια Υγεία είναι το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της Πολιτείας και της Κοινωνίας που αποβλέπουν στην προαγωγή της υγείας, στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής και στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης όλου του πληθυσμού της χώρας*».

Οι διατάξεις του νόμου αυτού προέβλεπαν κυρίως τα εξής:

1. Επανακαθορισμό του ρόλου των υπηρεσιών δημόσιας υγείας με μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους, στα πλαίσια της *Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία (αναδιαμόρφωση με τον 3329/2005)*.
2. Σύσταση του *Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ)* ως επιστημονικό, γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό όργανο της Πολιτείας σε θέματα δημόσιας υγείας (*αναδιαμόρφωση με τον ν. 3329/2005*).
3. Σύσταση της *Διαγραμματειακής Συντονιστικής Δημόσιας Υγείας (ΔΙΑΣΥΔΥ)* με σκοπό το συντονισμό πολιτικών και δράσεων δημόσιας υγείας διατομεακού χαρακτήρα μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και άλλων Υπουργείων που έχουν αρμοδιότητες σε θέματα δημόσιας υγείας π.χ. Ανάπτυξης, Γεωργίας, ΠΕΧΩΔΕ κ. α. Στο όργανο αυτό θα συμμετείχαν οι Γενικοί Γραμματείς των Υπουργείων υπό την Προεδρεία του Γενικού Γραμματέα Υγείας (*κατάργηση με τον ν. 3329/2005*).
4. Σύσταση *Συντονιστικής Οργανισμών Δημόσιας Υγείας (ΣΥΝΟΔΥ)* με σκοπό τον συντονισμό των δράσεων φορέων της δημόσιας υγείας. Στη ΣΥΝΟΔΥ θα συμμετείχαν εκπρόσωποι των εξής φορέων: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), Εθνικό Κέντρο Ερευνών Υγείας, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών, Εθνικό Κέντρο για το Διαβήτη, Εθνικό Κέντρο Φυσικών Επιστημών Δημόκριτος (ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος), Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ), Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (ΕΦΕΤ), Ινστιτούτο Θώρακος Υγείας και Ασφάλειας Εργαζομένων, Ινστιτούτο PASTEUR, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ), Οργανισμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), Γενικό Χημείο του Κράτους, Ελληνική Επιτροπή Ατομικής Ενέργειας (*κατάργηση με τον ν. 3329/2005*).
5. Σύσταση *Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας* στο Υπουργείο Υγείας για τη διαμόρφωση του λειτουργικού πλαισίου, το σχεδιασμό, την εποπτεία, την αξιολόγηση και την επιστημονική στήριξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας (*αναδιαμόρφωση με τον ν. 3329/2005*).
6. Αναβάθμιση του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (ΚΕΔΥ) από αποκεντρωμένη υπηρεσία σε Διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας με διευρυμένες αρμοδιότητες, ενταγμένη στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας (*με τον ν. 3329/2005 έγινε Διεύθυνση του ΚΕΕΛΠΝΟ*).
7. Μετονομασία της Διεύθυνσης Υγείας και Πρόνοιας κάθε Διοικητικής Περιφέρειας σε Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας με διευρυμένες αρμοδιότητες στον τομέα προστασίας και προαγωγής της δημόσιας υγείας (*με τον ν. 3329/2005 μεταφέρθηκε στις Δ ΥΠΕ*).

8. Τα Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας (ΠΕΔΥ) μετατράπηκαν σε τμήματα των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της αντίστοιχης Διοικητικής Περιφέρειας (με τον ν. 3329/2005 ανήκουν στο ΚΕΕΛΠΝΟ).
9. Σύσταση Περιφερειακού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας για τον καλύτερο συντονισμό των φορέων και υπηρεσιών δημόσιας υγείας της Περιφέρειας (αναδιαμόρφωση με τον ν. 3329/2005).
10. Σύσταση στον οργανισμό κάθε νομαρχίας, Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας για την άσκηση των αρμοδιοτήτων που αφορούν τη δημόσια υγεία στην περιοχή αρμοδιότητας της.
11. Καθορισμός των αρμοδιοτήτων των ΟΤΑ Β' βαθμού (Δήμοι) σε θέματα δημόσιας υγείας.
13. Προσδιορισμό των πληροφοριών και των δεδομένων που θα περιλαμβάνει ο Χάρτης Υγείας της χώρας ο οποίος συντάσσεται από το Υπουργείο Υγείας με σκοπό την εναρμόνιση των υπηρεσιών υγείας στις ανάγκες υγείας των πολιτών.
14. Αναβάθμιση του ρόλου της Κοινωνικής Ιατρικής ως επιστημονικού κλάδου (με τον 3329/2005 μετονομάστηκε σε ειδικότητα Ιατρικής της Δημόσιας Υγείας)
15. Καθορισμός των μέτρων που πρέπει να ληφθούν σε περίπτωση εμφάνισης κινδύνου διάδοσης μεταδοτικού νοσήματος, που ενδέχεται να έχει επιπτώσεις στη δημόσια υγεία.
16. Καθορισμός των υπηρεσιών και φορέων που θεωρούνται σχετικοί με τη δημόσια υγεία (αναδιαμόρφωση με τον 3329/2005).

Αξίζει να σημειωθεί ότι με το νόμο αυτό (3172/2003, Άρθρο 3, παρ. 3) φορείς της δημόσιας υγείας μπορούν να είναι και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις ΜΚΟ - (NGO - Non Governmental Organizations) στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, οι οποίες πληρούν τα κάτωθι κριτήρια:

- Έχουν καταστατική αρμοδιότητα να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας της υγείας και του προσδόκιμου επιβίωσης όλου του πληθυσμού, κυρίως μέσα από την κινητοποίηση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού.
- Ασκούν δραστηριότητες σύμφωνα με τις οδηγίες των κρατικών υπηρεσιών ή οργάνων της δημόσιας υγείας ή υποστηρίζονται υλικά ή και με άλλον τρόπο μέσα από κρατικά προγράμματα δημόσιας υγείας και
- Έχουν εγγραφεί στο Ειδικό Μητρώο Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων που τηρείται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.2 του άρθρου 12 του Ν. 2464/1998 (ΦΕΚ 236/Α').

2) Νόμος 3370/11.7.2005 «Οργάνωση και Λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις

(Υπουργός Ν. Κακλαμάνης)

Με το νόμο αυτό, προβλέπεται αντικατάσταση, αναδιαμόρφωση και κατάργηση αρκετών διατάξεων του προηγούμενου νόμου (3172/2003) και νέες νομοθετικές ρυθμίσεις για τον συντονισμό και οργάνωση των υπηρεσιών που εμπλέκονται στη «λειτουργία» της δημόσιας υγείας.

Στα εισαγωγικά άρθρα και του νόμου αυτού αναφέρονται η έννοια, οι ορισμοί, οι λειτουργίες και οι δράσεις της δημόσιας υγείας, σε μια προσπάθεια κατανόησης του εύρους, της διεπιστημονικότητας και της διατομεακής υπόστασης της δημόσιας υγείας.

Στο άρθρο 3 περιγράφονται οι Λειτουργίες και Δράσεις της Δημόσιας Υγείας ως ακολούθως:

- α) Η παρακολούθηση και εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού και των βιολογικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που την επηρεάζουν.
- β) Η προστασία και προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των νοσημάτων.
- γ) Ο έλεγχος και η αποτελεσματική διαχείριση των λοιμωδών νοσημάτων και των άλλων νοσημάτων υψηλού κινδύνου και επιπολασμού.
- δ) Η προάσπιση των αναγκών υγείας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.
- ε) Η αντιμετώπιση των έκτακτων και αναδυόμενων κινδύνων και των απρόβλεπτων συνθηκών και συμβάντων από φυσικά άλλα αίτια.
- στ) Η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων και των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία.
- ζ) Η εκτίμηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και η ανάπτυξη μέτρων βελτίωσης τους.
- η) Η εκτίμηση των συνεπειών στη δημόσια υγεία από τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης, της βιολογίας και της γενετικής.
- θ) Η ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία, τη βιωσιμότητα, τη διατήρηση, τη βελτίωση και την ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας.

Σύμφωνα με το άρθρο 9 καθορίζονται ως βασικές οργανωτικές δομές της δημόσιας υγείας οι εξής:

- α) Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- β) Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- γ) Οι Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας.
- δ) Οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας της Τοπικής Αυτοδιοίκησης πρώτου και δεύτερου βαθμού.
- ε) Οι Υπηρεσίες, οι Οργανισμοί και οι άλλοι φορείς που προσφέρουν υπηρεσίες στον τομέα της δημόσιας υγείας.

Οι κυριότερες διατάξεις που προβλέπονται για τη δημόσια υγεία στον ανωτέρω νόμο είναι:

- Στο πλαίσιο της εθνικής στρατηγικής για τη δημόσια υγεία προβλέπεται η εκπόνηση 4ετούς Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία με ιεράρχηση των προτεραιοτήτων για την πολιτική δημόσιας υγείας που θα υποβάλλεται στο Κοινοβούλιο. Η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας.
Η εφαρμογή των δράσεων και των προγραμμάτων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι υποχρεωτική για την περιφερειακή διοίκηση και την αυτοδιοίκηση.
- Η σύσταση Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας στο ΥΥΚΑ (Γενικός Γραμματέας Δημόσιας Υγείας).
- Ο επανακαθορισμός αρμοδιοτήτων και τμημάτων της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας του ΥΥΚΑ.
- Η ένταξη της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας (πλην ΠΕΔΥ και Τμήματος Πρόνοιας) στην οργανωτική δομή της οικείας ΔΥΠΕ και η μετονομασία της σε Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της

αντίστοιχης ΔΥΠΕ. Στην ουσία πρόκειται για μεταφορά της Διεύθυνσης από την αρμοδιότητα της Περιφέρειας (Υπουργείο Εσωτερικών) στη ΔΥΠΕ (Υπουργείο Υγείας).

- Η Συγκρότηση σε κάθε ΔΥΠΕ, Περιφερειακού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας με συμμετοχή πολλών φορέων δημόσιας υγείας της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας. Πρόεδρος του Συμβουλίου αυτού είναι ο Διοικητής της ΔΥΠΕ. Η θητεία του Συμβουλίου είναι 3ετής και έχει συντονιστικό και γνωμοδοτικό χαρακτήρα (βλ. Παράρτημα 2 προηγούμενου κεφαλαίου).
- Ο καθορισμός της σχέσης της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας των ΔΥΠΕ με τις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των νομαρχιών, δήμων και κοινοτήτων (αναφέρονται παρακάτω στην ενότητα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης).
- Η σύσταση και λειτουργία Κέντρου Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (ΚΕΠΙΧ - ΣΟΤΥ) στο Υπουργείο Υγείας. Το κέντρο αυτό υπάγεται διοικητικά κατ' ευθείαν στον Υπουργό Υγείας. Αποστολή του κέντρου είναι ο συντονισμός των φορέων που έχουν ευθύνη για την υλοποίηση δράσεων εκτάκτων καταστάσεων στο χώρο της δημόσιας υγείας, της υγείας γενικότερα και ο συντονισμός των συστημάτων εφημερίων των νοσοκομείων.
- Μετατροπή του ΕΣΥΔΥ (Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας) σε ανεξάρτητη αρχή με αποστολή την εποπτεία της εφαρμογής του νόμου 3370/2005 και την άσκηση αρμοδιοτήτων που της ανατίθενται κάθε φορά. Το ΕΣΥΔΥ καθορίζεται ως εποπτική, επιστημονική, συντονιστική, γνωμοδοτική και διαιτητική αρχή. Συγκροτείται από τον Πρόεδρο και έξι μέλη. Συνεπικουρείται από 15μελή επιστημονική επιτροπή.
- Ανασυγκρότηση και διεύρυνση αρμοδιοτήτων του ΚΕΕΛ, το οποίο μετονομάζεται σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ). Το ΚΕΕΛΠΝΟ εξακολουθεί να λειτουργεί ως ΝΠΙΔ και υπάγεται κατ' ευθείαν στον Υπουργό Υγείας. Οι νέες αρμοδιότητες του κέντρου καλύπτουν τα λοιμώδη νοσήματα, τα χρόνια νοσήματα, τα ατυχήματα, την περιβαλλοντική υγιεινή. Στο ΚΕΕΛΠΝΟ εντάσσονται το ΚΕΔΥ, τα ΠΕΔΥ και το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών με μεταφορά του από τη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας. Το ΚΕΕΛΠΝΟ μπορεί να διαθέτει προσωπικό σε φορείς του ευρύτερου Δημόσιου Τομέα για τις ανάγκες της δημόσιας υγείας.
- Οι τομείς Κοινωνικής Ιατρικής των νοσοκομείων του ΕΣΥ μετονομάζονται σε Τομείς Δημόσιας Υγείας. Στον τομέα αυτό εντάσσονται και τα τμήματα επισκεπτών υγείας των νοσοκομείων.
- Η ειδικότητα της Κοινωνικής Ιατρικής μετονομάζεται σε ειδικότητα Ιατρικής της Δημόσιας Υγείας.
- Σύσταση Σώματος Λειτουργών Δημόσιας Υγείας με χαρακτήρα διεπιστημονικό. Τα μέλη του πρέπει να διαθέτουν ειδικές σπουδές και προϋπηρεσία στη δημόσια υγεία. Με υπουργική απόφαση θα καθορισθούν τα κριτήρια και οι διαδικασίες ένταξης. Στο σώμα αυτό μπορεί να εντάσσονται επιστήμονες πολλών «ειδικοτήτων» και μετά από αίτηση τους, οι γιατροί, οδοντίατροι και φαρμακοποιοί δημόσιας υγείας ΕΣΥ.

Διάρθρωση Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

Οι κλασσικές Υπηρεσίες δημόσιας υγείας διαρθρώνονται σχηματικά σε 3 επίπεδα:

- *Κεντρικό Επίπεδο,*
- *Περιφερειακό Επίπεδο*
- *Επίπεδο Τοπικής Αυτοδιοίκησης Α ' και Β ' βαθμού*

Οι διάφοροι φορείς δημόσιας υγείας, ανάλογα με τη φύση τους, κατατάσσονται σε αντίστοιχα επίπεδα.

1) Κεντρικό επίπεδο - Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΥΥΚΑ)

Οι υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας (Κεντρικό επίπεδο) έχουν επιτελικό και οργανωτικό ρόλο στο σχεδιασμό της πολιτικής της δημόσιας υγείας, στην παραγωγή νομοθετικού έργου, στην κατάρτιση προγραμμάτων, στη συλλογή και επεξεργασία στατιστικών και επιδημιολογικών στοιχείων, στο συντονισμό υπηρεσιών, στην ανάπτυξη ανθρωπίνου δυναμικού και στην προώθηση πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του ΠΟΥ και άλλων διεθνών οργανισμών (Π.Δ. 95/2000). Σήμερα οι «υπηρεσίες» που εκπροσωπούν τυπικά τη δημόσια υγεία στο Κεντρικό επίπεδο (υπουργείο) είναι

- α) ο Γενικός Γραμματέας Δημόσιας Υγείας,
- β) η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας (με τις διευθύνσεις που υπάγονται σ' αυτή) και
- γ) το ΕΣΥΔΥ.

Στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας υπάγονται οι εξής Διευθύνσεις:

- Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής
- Διεύθυνση Υγειονομικής Μηχανικής & Υγιεινής Περιβάλλοντος
- Διεύθυνση Φαρμάκων & Φαρμακείων
- Διεύθυνση Συντονισμού και Συνεργασίας με Περιφέρειες και Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις
- Διεύθυνση Στοματικής Υγείας
- Τμήμα Εξαρτησιογόνων Ουσιών
- Τμήμα Χάρτη Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Είναι όμως προφανές ότι και άλλες Διευθύνσεις του υπουργείου επεξεργάζονται θέματα που έχουν σχέση με τη δημόσια υγεία όπως π.χ. η Διεύθυνση Διεθνών Σχέσεων (Διεθνείς Οργανισμοί), το ΣΟΤΥ, η Διεύθυνση Εκπαίδευσης και Έρευνας, η Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης κ.α. Στα περισσότερα θέματα δημόσιας υγείας απαιτείται στενή συνεργασία όλων σχεδόν των Διευθύνσεων του Υπουργείου Υγείας. Η παρουσία γιατρών δημόσιας υγείας όχι μόνο στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, αλλά και στις υπόλοιπες Διευθύνσεις του ΥΥΚΑ θα είχε ευεργετικό αποτέλεσμα στην κατανόηση και το συντονισμό των δράσεων.

Αυτό που πρέπει επίσης να γίνει κατανοητό είναι ότι κλασσικές δραστηριότητες της δημόσιας υγείας υπάρχουν και σε άλλα υπουργεία πλην του ΥΥΚΑ, όπως στο Υπουργείο Οικονομικών (Γενικό Χρημείο Κράτους) στο Υπουργείο Ανάπτυξης (ΕΦΕΤ), στο Υπουργείο Εργασίας, Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης, Δημοσίας Τάξεως, Παιδείας, ΥΠΕΧΩΔΕ κ.α. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει κάποιο «Πολιτικό όργανο» που να συντονίζει τις δραστηριότητες αυτές. Έτσι παρατηρούνται επικαλύψεις αρμοδιοτήτων, επανάληψη ίδιων δράσεων, τριβές μεταξύ οργανισμών κ.α. Ο ρόλος του Γενικού Γραμματέα

Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει τον συντονισμό ενεργειών μεταξύ ΥΥΚΑ και άλλων υπουργείων.

2) Περιφερειακό επίπεδο -ΔΥΠΕ

Όπως προαναφέρθηκε, με τους νόμους 2503/1997, 2519/1997 και 3106/2003 ιδρύθηκαν Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας & Πρόνοιας στη Γενική Διεύθυνση της κάθε Διοικητικής περιφέρειας. Πρέπει να σημειωθεί ότι ελάχιστες Περιφέρειες είχαν αναπτύξει τις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας - Πρόνοιας με ανάλογες δράσεις και με πρόσληψη ή τοποθέτηση και του ανάλογου επιστημονικού, διοικητικού, τεχνικού προσωπικού.

Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας - Πρόνοιας κάθε περιφέρειας, σύμφωνα με το νόμο 3172/2003 συγκροτείται από τα εξής τμήματα:

- α) Τμήμα Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και Επαγγελματιών Υγείας
- β) Τμήμα Προστασίας & Προαγωγής του Περιβάλλοντος
- γ) Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας
- δ) Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης
- ε) Τμήμα Περιφερειακού Εργαστηρίου δημόσιας υγείας (ΠΕΔΥ) στ) Τμήμα Πρόνοιας.

Στη συνέχεια με το νόμο 3370/2005 οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας με το προσωπικό τους μεταφέρθηκαν στις αντίστοιχες ΔΥΠΕ και ονομάστηκαν Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας της αντίστοιχης ΔΥΠΕ. Το τμήμα Πρόνοιας παρέμεινε στην Περιφέρεια, ενώ το ΠΕΔΥ μεταφέρθηκε στο ΚΕΕΛΠΝΟ. Προϊστάμενος της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας σε κάθε ΔΥΠΕ πρέπει να είναι ιατρός διευθυντής δημόσιας υγείας ΕΣΥ.

Σημείωση: Σε επίπεδο Γενικής Γραμματείας κάθε Διοικητικής Περιφέρειας υπάρχουν υπηρεσίες υπό την ευρεία έννοια της «Δημόσιας Υγείας» που ανήκουν σε άλλα υπουργεία όπως π.χ υπηρεσίες του υπουργείου Γεωργικής Ανάπτυξης, του Υπουργείου Εργασίας, (Υγιεινή & Ασφάλεια της Εργασίας), του Υπουργείου Ανάπτυξης (ΕΦΕΤ), του Υπουργείου Παιδείας (Αγωγή Υγείας) κ.α. **Πολλά θέματα δημόσιας υγείας απαιτούν τον συντονισμό πολλών υπηρεσιών.** Χαρακτηριστικό πρόσφατο παράδειγμα είναι η εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη της γρίπης των πτηνών. Η επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου συνεργασίας όλων των φορέων είναι μία μεγάλη πρόκληση για τη νέα οργανωτική δομή της δημόσιας υγείας.

3) Επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης Α' και Β' βαθμού

Οι υπηρεσίες της *Νομαρχίας* (Τοπική Αυτοδιοίκηση Α' βαθμού) έχουν την κύρια ευθύνη για την εφαρμογή των περισσότερων διατάξεων και ασκούν πολλές αρμοδιότητες του τομέα δημόσιας υγείας.

Οι Δήμοι και οι Κοινότητες (Τοπική Αυτοδιοίκηση Β' βαθμού) δεν έχουν ακόμα αναπτύξει στην πλειοψηφία τους οργανωμένες υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

Παλαιότερα οι νομαρχιακές υπηρεσίες δημόσιας υγείας «ανήκαν» στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας. Σήμερα οι υπηρεσίες αυτές με τον θεσμό της Τοπικής Αυτοδιοίκησης είναι ενταγμένες στους οργανισμούς των αντιστοίχων νομαρχιών (νόμος 2503/1997, 2519/1997). Οι νομαρχίες είναι μεν ανεξάρτητες αλλά χρηματοδοτούνται και ελέγχονται από το Υπουργείο Εσωτερικών.

Γενικός προϊστάμενος των νομαρχιακών υπηρεσιών δημόσιας υγείας είναι ο αντίστοιχος Νομάρχης (αιρετό πρόσωπο). Στις περισσότερες νομαρχίες

ορίζεται βοηθός Νομάρχη για θέματα υγείας (αντινομάρχης υγείας - αιρετό πρόσωπο) υπεύθυνος για τις αρμοδιότητες της δημόσιας υγείας. Επειδή το θεσμικό πλαίσιο είναι σχετικά νέο οι νομαρχίες δεν έχουν ακόμα πλήρως «ενστερνισθεί» όλες τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων πρέπει να συνεργάζονται για θέματα της αρμοδιότητάς τους με τις αρμόδιες κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες. Με το νόμο 3370/2005 έγινε προσπάθεια να τεθεί θεσμικό πλαίσιο στη σχέση τους με το ΥΥΚΑ και τις Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των ΔΥΠΕ.

Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας των νομαρχιών και των ΟΤΑ υποχρεούνται:

- α) να εφαρμόζουν τις αποφάσεις και τις εγκυκλίους του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας,
- β) να διευκολύνουν τον έλεγχο που ασκείται από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, του ΕΣΥΔΥ ή της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας,
- γ) να παρέχουν κάθε στοιχείο ή πληροφορία που ζητείται από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, του ΕΣΥΔΥ ή της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας,
- δ) να υποβάλλουν στην Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, εντός του πρώτου διμήνου κάθε έτους, έκθεση πεπραγμένων και αποτελεσμάτων για το αντικείμενο των αρμοδιοτήτων τους κατά το προηγούμενο έτος, εκτίμηση της κατάστασης της δημόσιας υγείας και ετήσιο προγραμματισμό δράσης.
- ε) να διενεργούν υγειονομικούς και περιβαλλοντικούς ελέγχους και να αποστέλλουν τα αποτελέσματά τους, σε ηλεκτρονική μορφή, στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Όλοι οι φορείς άσκησης περιφερειακής, νομαρχιακής και τοπικής δράσης στη δημόσια υγεία υποχρεούνται σε ετήσια αναφορά για την υγεία του πληθυσμού και τις υπηρεσίες υγείας της εμβέλειάς τους, η οποία υποβάλλεται στον Υπουργό Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

4) Διάρθρωση Νομαρχιακών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας

Η Ελλάδα διαιρείται διοικητικά σε 13 διοικητικές περιφέρειες και 51 νομούς. Οι νομαρχίες είναι 54 δεδομένου ότι ο νομός Αττικής έχει 4 νομαρχίες (Αθήνας, Πειραιά, Δυτικής Αττικής, Ανατολικής Αττικής). Οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των νομαρχιών είναι συνολικά 57, γιατί στη νομαρχία Αθήνας λειτουργούν 4 Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας (Κεντρική Αθήνα, Καλλιθέα, Αιγάλεω, Αγ. Παρασκευή).

Οι Νομαρχιακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας του Νομού Αττικής είναι:

- Νομαρχία Αθήνας: Κεντρική Αθήνα: Έδρα Αμπελόκηποι
- Νομαρχία Αθήνας: Ανατολική Αθήνα: Έδρα Αγία Παρασκευή
- Νομαρχία Αθήνας: Δυτική Αθήνα: Έδρα Αιγάλεω
- Νομαρχία Αθήνας: Νότια Αθήνα: Έδρα Καλλιθέα
- Νομαρχία Πειραιά: Έδρα Πειραιάς
- Νομαρχία Ανατολικής Αττικής: Έδρα Παλλήνη
- Νομαρχία Δυτικής Αττικής: Έδρα Ελευσίνα

Με το νόμο της τοπικής αυτοδιοίκησης (2503/1997) κάθε νομαρχία έχει δικό της οργανισμό που αφορά και τις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας. Σε πολλούς νομούς υπάρχουν ενιαίες Διευθύνσεις Υγείας - Πρόνοιας. Με το νόμο 3172/2003, άρθρο 14, προβλέπεται ότι κάθε νομαρχία υποχρεούται να συνιστά στον οργανισμό της Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας με τα εξής τμήματα:

1. Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής
2. Τμήμα Περιβαλλοντικής Υγιεινής και Υγειονομικού Ελέγχου
3. Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας
4. Τμήμα Υπηρεσιών και Επαγγελματιών Υγείας
5. Τμήμα Φαρμάκων και Φαρμακείων

Σε ορισμένες νομαρχίες λειτουργούν επίσης διάφορες άλλες υπηρεσίες σε επίπεδο τμήματος όπως:

- Αεροϋγειονομία (αεροδρόμια).
- Υγειονομία (λιμάνια)
- Λυσοιατρείο (Ν. Αθήνας)
- Αντιαφροδισιακό ιατρείο (Ν. Αθήνας)
- Απολυμαντήριο (Ν. Αθήνας, Θεσ/νίκης, Πειραιά)

Κατ' εξαίρεση το αεροϋγειονομείο της Αθήνας (στο αεροδρόμιο Ελ. Βενιζέλος) υπάγεται στην ΔΥΠΕ Αττικής

Προϊστάμενος της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας είναι ο Νομιάτρος, ο οποίος πρέπει να έχει πτυχίο Υγιεινολόγου ή Μεταπτυχιακό τίτλο στη δημόσια υγεία. Οι περισσότεροι νομιάτροι είναι γιατροί δημόσιας υγείας ΕΣΥ. Σε περίπτωση έλλειψης νομιάτρου μπορεί να ανατεθούν καθήκοντα Διευθυντού - Προϊσταμένου σε άλλο γιατρό (π.χ. ΠΕ ή με απόσπαση από το ΕΣΥ).

Αξίζει να σημειωθεί ότι στις νομαρχίες λειτουργούν και άλλες διευθύνσεις οι οποίες εμπλέκονται στην άσκηση της δημόσιας υγείας όπως π.χ. οι κτηνιατρικές υπηρεσίες, αγροτικής ανάπτυξης, εμπορίου κ.α.

5) Αρμοδιότητες των νομαρχιακών υπηρεσιών δημόσιας υγείας

Τα Τμήματα Δημόσιας Υγιεινής και Περιβαλλοντικής Υγιεινής των νομαρχιακών υπηρεσιών είναι επιφορτισμένα με την εφαρμογή των Υγειονομικών Κανονισμών και τον έλεγχο της υγιεινής της ύδρευσης, της αποχέτευσης, των τροφίμων, των καταστημάτων και επιχειρήσεων υγειονομικού ενδιαφέροντος (π.χ. καταστημάτων και επιχειρήσεων τροφίμων), την εξασφάλιση των όρων υγιεινής σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους, την περιβαλλοντική, αστική και αγροτική υγιεινή, όπως τον έλεγχο της διάθεσης των υγρών αποβλήτων από βιοτεχνικές και βιομηχανικές εγκαταστάσεις, το έλεγχο των συνθηκών σταυ-λισμού κ.λπ. Οι αρμοδιότητες ελέγχου έχουν στην πλειονότητα τους νομική κατοχύρωση. Για τη λειτουργία όλων των «υγειονομικών καταστημάτων» προβλέπεται συνήθως η έκδοση άδειας από τη Διεύθυνση Υγιεινής ή από το Δήμο.

Τα Τμήματα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας είναι επιφορτισμένα με την εφαρμογή των προγραμμάτων εμβολιασμών, τη δήλωση, καταγραφή και επιδημιολογική έρευνα των κρουσμάτων λοιμωδών νοσημάτων, τη διερεύνηση και αντιμετώπιση επιδημιών, την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, την αγωγή υγείας, και τη δευτερογενή πρόληψη.

Τα Τμήματα Υπηρεσιών και Επαγγελματιών Υγείας έχουν την ευθύνη της εποπτείας της καλής λειτουργίας των δημόσιων αλλά κυρίως των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, κλινικών, εργαστηρίων, φαρμακείων, οδοντιατρείων, φυσικοθεραπευτηρίων, καθώς και μιας μακράς σειράς επαγγελματιών που σχετίζονται με την υγεία, όπως ψυχολόγους, νοσηλευτές, οδοντοτεχνίτες,

αισθητικούς, οπτικούς, κομμωτές και κέντρα αδυνατίσματος. Οι αρμοδιότητες αυτές έχουν σχεδόν στο σύνολο τους νομική και θεσμική κατοχύρωση, δεδομένου ότι τα Τμήματα Επαγγελματιών Υγείας εκδίδουν τις σχετικές άδειες άσκησης επαγγέλματος, τις άδειες ίδρυσης και λειτουργίας των αντίστοιχων επαγγελματικών μονάδων, τις βεβαιώσεις καλής λειτουργίας κ.λπ.

Τα Τμήματα Υγειονομικής Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου που ανήκαν στις νομαρχίες και λειτουργούσαν ως κλάδος υγείας του ασφαλιστικού φορέα του Δημοσίου, μετά από σχετική νομοθετική ρύθμιση (νόμος 2768/1999) εντάχθηκαν σε αυτοτελή και αυτόνομο ασφαλιστικό οργανισμό, τον *Οργανισμό Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ)*. Ο ΟΠΑΔ διαθέτει σήμερα δικό του προσωπικό και περιφερειακά/νομαρχιακά γραφεία.

6) Ανθρώπινο Δυναμικό των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

Το μεγαλύτερο ίσως πρόβλημα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας σε Κεντρικό, Περιφερειακό και Τοπικό επίπεδο είναι η μεγάλη έλλειψη ανθρώπινων πόρων. Στις νομαρχιακές υπηρεσίες, από μελέτη η οποία έγινε το 2001 από την ΕΣΔΥ για την προετοιμασία των Ολυμπιακών Αγώνων, το συνολικό υγειονομικό δυναμικό (Νομιάτροι, ΠΕ γιατροί, ΠΕ λοιπών ειδικοτήτων, ΤΕ επόπτες δημόσιας υγείας, ΤΕ επισκεπτριών) όπως προβλέπεται από τους αντίστοιχους οργανισμούς ανέρχεται σε 938 άτομα (οργανικές θέσεις) από τις οποίες οι 690 για επόπτες δημόσιας υγείας.⁸ Οι υπηρετούντες ήταν μόνον 383 (απ' αυτούς 23 νομιάτροι και 261 επόπτες δημόσιας υγείας).⁸ Το 2006 με στοιχεία της Πανελλήνιας Ένωσης Εποπτών Δημόσιας Υγείας υπηρετούν 505 επόπτες δημόσιας υγείας στις νομαρχίες (η διεθνώς προβλεπόμενη αναλογία είναι 1/100.000 πληθ.), 10 στον ΕΦΕΤ και 40 σε δήμους και νοσοκομεία. Στην κεντρική υπηρεσία (ΥΥΚΑ και ΣΕΥΠ) το 2006 υπηρετούσαν 16 γιατροί δημόσιας υγείας ΕΣΥ, 6 γιατροί ΠΕ, 13 φαρμακοποιοί δημόσιας υγείας, 3 υγιεινολόγοι μηχανικοί και 6 επόπτες δημόσιας υγείας.

7) Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας

Σημαντικό ρόλο στη λειτουργία της δημόσιας υγείας έχουν τα «Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας» τα οποία ασχολούνται κυρίως με θέματα περιβαλλοντικής υγιεινής, έλεγχο εμβολίων, υποστήριξη δράσεων της δημόσιας υγείας κ.α.

7.1 Κεντρικό και περιφερειακά εργαστήρια δημόσιας υγείας

Το *Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας (ΚΕΔΥ)* λειτουργούσε από πολλές δεκαετίες ως αποκεντρωμένη υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας. Με το νόμο 3172/2003 το ΚΕΔΥ έγινε Διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας υπαγόμενο στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας. Στη συνέχεια με το νόμο 3370/2005 το ΚΕΔΥ μεταφέρθηκε από το ΥΥΚΑ και έγινε Διεύθυνση του ΚΕΕΛΠΝΟ (πρώην ΚΕΕΛ). Το ΚΕΔΥ αντιμετωπίζει επίσης τα ίδια προβλήματα στελέχωσης και πόρων όπως και οι υπόλοιπες υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Σύντομα πρόκειται να εγκατασταθεί σε νέο κτίριο στη Βάρη Αττικής χωρίς όμως να έχουν επιλυθεί τα οργανωτικά και οικονομικά του προβλήματα. Θεωρείται ότι με την ένταξη του στο ΚΕΕΛΠΝΟ θα αναπτυχθεί και θα λειτουργήσει με πιο ευέλικτο τρόπο.

Τα *Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας (ΠΕΔΥ)* ιδρύθηκαν με το νόμο 2519/1997 άρθρο 8, ο οποίος προέβλεπε την ίδρυση 13 Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (ΠΕΔΥ) στην έδρα κάθε Περιφέρειας ως αποκεντρωμένες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας - Πρόνοιας. Με το νόμο 3172/2003 τα ΠΕΔΥ από αποκεντρωμένες μονάδες του Υπουργείου Υγείας εντάχθηκαν στην αντίστοιχη Περιφέρεια ως τμήμα της Διεύθυνσης Δημόσιας

Υγείας. Με το νόμο 3370/2005 τα ΠΕΔΥ μεταφέρθηκαν διοικητικά στο ΚΕ-ΕΛΠΝΟ ως αποκεντρωμένες υπηρεσίες του και θα βρίσκονται σε λειτουργική διασύνδεση με το ΚΕΔΥ. Από τα 13 ΠΕΔΥ που προέβλεπε ο νόμος ελάχιστα λειτουργούν μέχρι σήμερα (Αλεξανδρούπολης, Αχαΐας, Ιωαννίνων).

Οι αρμοδιότητες του ΚΕΔΥ και των ΠΕΔΥ είναι περίπου ίδιες και είναι οι εξής:

1. Ο υγειονομικός έλεγχος της ποιότητας των θαλάσσιων και χερσαίων υδάτων και ο υγειονομικός έλεγχος των επεξεργασμένων λυμάτων.
2. Ο υγειονομικός έλεγχος των τροφίμων και των ποτών και ο έλεγχος των πρόσθετων ουσιών σε τρόφιμα και ποτά.
3. Η έγκαιρη απομόνωση, ταυτοποίηση και τυποποίηση παθογόνων μικροοργανισμών σε περιπτώσεις επιδημιών.
4. Ο ποιοτικός έλεγχος των εμβολίων και ορών.
5. Η εργαστηριακή και τεχνολογική υποστήριξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.
6. Η τήρηση των στοιχείων που προκύπτουν από τους υγειονομικούς ελέγχους και η συστηματική αξιολόγηση.
7. Η υποβολή αναφορών και διαβίβαση στοιχείων σε αρμόδιες δικαστικές ή ελεγκτικές αρχές, όταν προκύπτουν ενδείξεις παράβασης διατάξεων για την προστασία της δημόσιας υγείας.
8. Η έκδοση πιστοποιητικών ή βεβαιώσεων για θέματα αρμοδιότητας τους.

7.2 Άλλα εργαστήρια δημόσιας υγείας

Στο δίκτυο των εργαστηρίων δημόσιας υγείας συμμετέχουν και άλλα εργαστήρια του Υπουργείου Υγείας ή άλλων φορέων.

Τα κυριότερα είναι:

- Τα εργαστήρια της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Υπουργείο Υγείας)
- Τα εργαστήρια του Ινστιτούτου Pasteur (Υπουργείο Υγείας, Υπουργείο Ανάπτυξης)
- Τα εργαστήρια του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού (Υπουργείο Υγείας)
- Το Γενικό Χημείο του Κράτους με τα περιφερειακά παραρτήματα (Υπουργείο Οικονομικών)
- Το Κεντρικό & Περιφερειακά Κτηνιατρικά Εργαστήρια (Υπουργείο Γεωργίας)
- Τα εργαστήρια του Υπουργείου Περιβάλλοντος (ΥΠΕΧΩΔΕ)
- Το εργαστήριο Υγιεινής & Ασφάλειας Εργασίας (Υπουργείο Εργασίας)
- Ορισμένα εργαστήρια Ιατρικών Σχολών (Υπουργείο Παιδείας)
- Σε ορισμένους δήμους λειτουργούν εργαστήρια κυρίως για τον έλεγχο του πόσιμου νερού (ύδρευση). Η ΕΥΔΑΠ διαθέτει οργανωμένο και υψηλού επιπέδου εργαστήριο ελέγχου όλου του συστήματος ύδρευσης της πρωτεύουσας.

7.3 Κέντρα αναφοράς

Στην Ελλάδα λειτουργούν περίπου σαράντα (40) κέντρα αναφοράς διάφορων νόσων ή λοιμογόνων παραγόντων όπως ηπατιτίδων, AIDS, σαλμονελλώσεων, χολέρας, λεγιονέλλας, μηνιγγίτιδας, εντεροϊών, ελονοσίας, τροπικών νόσων, γρίπης, ερυθράς κ.α. Τα κέντρα αναφοράς λειτουργούν σε εργαστήρια της ΕΣΔΥ, του Ινστιτούτου Pasteur, των Πανεπιστημίων, Νοσοκομείων κ.α.

Τα κέντρα αναφοράς για να ανταποκρίνονται στο ρόλο τους δεν πρέπει να εξαντλούν τις αρμοδιότητες τους σε απλή διαγνωστική προσέγγιση αλλά σε περαιτέρω εν τω βάθει έρευνα των προβλημάτων, όπως μοριακή επιδημιολογική επιτήρηση, προαγωγή της γνώσης και έρευνας, πληθυσμιακές μελέτες κ.α. Τα κέντρα αναφοράς θεωρούνται ότι παρέχουν υπηρεσίες στον

ευρύτερο τομέα της δημόσιας υγείας. Τα περισσότερα χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, από το ΚΕΕΛΠΝΟ ή από άλλους φορείς. Μεγάλη βοήθεια στην οικονομική ενίσχυση τους και στη βελτίωση της απόδοσης τους έχει η συμμετοχή τους σε διάφορα ερευνητικά προγράμματα. Τα περισσότερα κέντρα αναφοράς συνεργάζονται με το ΚΕΕΛΠΝΟ, στο οποίο δίδουν τα δεδομένα τους για την καλύτερη επιτήρηση των λοιμωδών νόσων.

7.4 Πιστοποίηση εργαστηρίων

Σύμφωνα και με τις απαιτήσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης όλα τα εργαστήρια πρέπει να λειτουργούν με διεθνώς αποδεκτούς κανόνες τόσο στην κτιριακή τους υποδομή όσο και στη λειτουργία τους (μεθοδολογία κ.α.). Το Ευρωπαϊκό Πρότυπο καθορίζεται στο Ε.Ν. 45001. Στην Ελλάδα αρκετά εργαστήρια έχουν ήδη διαπιστευθεί από αντίστοιχους φορείς διαπίστευσης, πολλά έχουν υποβάλλει ήδη αίτηση και άλλα βρίσκονται στις διαδικασίες προετοιμασίας για υποβολή αίτησης προς διαπίστευση. Ο κρατικός φορέας διαπίστευσης είναι το ΕΣΥΔ (Εθνικό Συμβούλιο Διαπίστευσης).

Επειδή, όπως αναφέρθηκε, οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών δημόσιας υγείας είναι «ελεγκτικές», τα αποτελέσματα των κρατικών εργαστηρίων έχουν «βάρος» στην απόφαση των υπηρεσιών και των δικαστηρίων για επιβολή νομίμων κυρώσεων σε περιπτώσεις που απαιτούνται από τη νομοθεσία (π.χ. αναστολή λειτουργίας κάποιας μονάδας, επιβολή προστίμου κ.α.). Τα κρατικά εργαστήρια πρέπει να διαπιστευτούν για να εναρμονισθούν με τις διατάξεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

8) Δημιουργία Δικτύων (Network)

Η Ευρωπαϊκή Ένωση στα πλαίσια της δημόσιας υγείας έχει δημιουργήσει «Δίκτυα» για τη συνεργασία των κρατών - μελών σε ειδικά θέματα που απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή. Τα πιο γνωστά δίκτυα είναι: το Βασικό Επιδημιολογικό Δίκτυο (Basic Epidemiological Surveillance), το δίκτυο για τη βιοτρομοκρατία - βιολογικό πόλεμο, τη Λεγιονέλλωση (EWGLI), τη Μηνιγγίτιδα (EMGM), το AIDS (Euro-HIV), για τις Σαλμονελλώσεις (Enter-net), για τη Φυματίωση (Euro-TB), για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Euro-STD) κ.α. Στα δίκτυα αυτά συμμετέχουν και τα αντίστοιχα Ελληνικά εργαστήρια δημόσιας υγείας ή τα κέντρα αναφοράς. Τα περισσότερα δίκτυα συντονίζονται στην Ελλάδα από το ΚΕΕΛΠΝΟ.

Μετά την ίδρυση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης Νόσων στη Στοκ-χόλμη, Σουηδία (ECDC), όλα τα δίκτυα υπάγονται στη λειτουργία του κέντρου αυτού.

9) Άλλοι Φορείς «Δημόσιας Υγείας»

Υπό τη σύγχρονη έννοια της δημόσιας υγείας πολλοί φορείς υπαγόμενοι στο Υπουργείο Υγείας ή άλλα Υπουργεία προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στον ευρύτερο χώρο της δημόσιας υγείας όπως είναι: Η ΕΣΔΥ, ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ), ο Οργανισμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), το Εθνικό Κέντρο Ελέγχου Διαβήτη (ΕΚΕΔΙ), το Ινστιτούτο Υγείας Παιδιού, το Ινστιτούτο Pasteur, το Γενικό Χημείο του Κράτους, τα Κτηνιατρικά Εργαστήρια, το ΠΕΡΠΑ κ. α.

Στο σημείο αυτό θεωρούμε σημαντικό να γίνει ιδιαίτερη μνεία σε δύο φορείς, το ΚΕΕΛΠΝΟ και ο ΕΦΕΤ, που συμβάλλουν σημαντικά στη λειτουργία της δημόσιας υγείας.

9.1 ΚΕΕΛΠΝΟ: Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νόσων

Το ΚΕΕΛΠΝΟ ιδρύθηκε με την επωνυμία ΚΕΕΛ (Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων) το 1992 με το νόμο 2071/92 άρθρο 26 και το ΠΛ. 358/1992. 11 Αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου υπό την εποπτεία του Υπουργού Υγείας. Το ΚΕΕΛΠΝΟ διοικείται από 9μελές ΔΣ με τριετή θητεία.

Ο αρχικός σκοπός της ίδρυσης του ΚΕΕΛ το 1992 ήταν η αντιμετώπιση του AIDS και κατ' επέκταση των Σεξουαλικά Μεταδιδόμενων Νόσων. Έτσι οι αρχικές δραστηριότητες ήταν αποκλειστικά στραμμένες στον έλεγχο και την πρόληψη των νόσων αυτών.

Αργότερα, το 2001, εντάχθηκε στο ΚΕΕΛ το Κέντρο Παρεμβατικής Επιδημιολογίας το οποίο είχε ιδρυθεί το 1998 ως ανεξάρτητο τμήμα στα πλαίσια του ΚΕΕΛ. Με την ενσωμάτωση αυτού του τμήματος, το ΚΕΕΛ διεύρυνε τις δραστηριότητες του και στον τομέα της επιδημιολογικής επιτήρησης (surveil lance) των λοιμωδών νόσων. Με την ευκαιρία των Ολυμπιακών Αγώνων το ΚΕΕΛ ανέπτυξε επιτυχώς πολλά προγράμματα και συστήματα Επιδημιολογικής Επιτήρησης τα οποία συνεχίζουν τη λειτουργία τους.

Οι κύριοι τομείς δραστηριότητας του αφορούν:

1. την επιτήρηση και έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας των νομαρχιών, των ΔΥΠΕ, και τους λοιπούς φορείς δημόσιας υγείας, με έμφαση στα υποχρεωτικώς δηλούμενα νοσήματα. Για ορισμένα λοιμώδη νοσήματα εκτός της επιτήρησης λειτουργούν ιδιαίτερα δίκτυα ως ειδικά κλινικά - εργαστηριακά τμήματα.
2. την αντιμετώπιση οξέων συμβαμάτων δημόσιας υγείας, όπως αντιμετώπιση επιδημιών και οξέων συμβάντων από παθογόνα αίτια, με στόχο τη γρήγορη εργαστηριακή διάγνωση και την άμεση εφαρμογή μέτρων ελέγχου.
3. την αντιμετώπιση επειγόντων προβλημάτων σε μετακινούμενους πληθυσμούς με κινητές μονάδες ιατρικής παρέμβασης.
4. την ψυχοκοινωνική στήριξη ασθενών με λοιμώξεις, επίλυση κοινωνικών προβλημάτων, ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης.

Το 2005 με το νόμο 3370/2005 το ΚΕΕΛ μετονομάσθηκε σε ΚΕΕΛΠΝΟ, επεκτείνοντας τις αρμοδιότητες του και στον έλεγχο και την πρόληψη όλων των νόσων. Οι νέες αρμοδιότητες του φαίνονται από τις διευθύνσεις που προβλέπει ο νόμος 3370/2005:

- α) Διεύθυνση Λοιμωδών Νόσων και Επείγοντων Συμβάντων
- β) Διεύθυνση Πρόληψης Χρόνιων - μη λοιμωδών νόσων (καρκίνοι - καρδιαγγειακά)
- γ) Διεύθυνση Πρόληψης και Ελέγχου Ατυχημάτων
- δ) Διεύθυνση Περιβαλλοντικής Υγιεινής
- ε) Διεύθυνση Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας
- στ) Διεύθυνση Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας
- ζ) Διεύθυνση Διοικητικού Συντονισμού και Στήριξης.

Με τον ίδιο νόμο εντάσσεται στο ΚΕΕΛΠΝΟ το Εθνικό Αρχείο των Νεοπλασιών. Μία επίσης σημαντική αρμοδιότητα προκύπτει από την ένταξη στο ΚΕΕΛΠΝΟ του ΚΕΔΥ και των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (ΠΕΔΥ) ως αποκεντρωμένων μονάδων του ΚΕΕΛΠΝΟ.

Το ΚΕΕΛΠΝΟ συνεργάζεται και χρηματοδοτεί αρκετά κέντρα αναφοράς λοιμωδών νόσων στην Ελλάδα, καθώς επίσης επιτηρεί και χρηματοδοτεί

διάφορα «δίκτυα νόσων». Αναπτύσσει επίσης δραστηριότητες σε προγράμματα παρέμβασης στην κοινότητα ή σε ευαίσθητους πληθυσμούς και εξειδικευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα.

Συνεργάζεται επίσης και αποτελεί (ως εκπρόσωπος της Ελλάδας) δομικό κομμάτι του Ευρωπαϊκού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νόσων (ECDC).

Σε γενικές γραμμές το ΚΕΕΛΠΝΟ αποτελεί, ιδιαίτερα μετά την ψήφιση του νόμου 3370/2005, έναν από τους βασικότερους φορείς δημόσιας υγείας στην Ελλάδα.

9.2 ΕΦΕΤ: Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων

Μία από τις κυριότερες αρμοδιότητες της δημόσιας υγείας είναι η ασφάλεια των τροφίμων, η οποία έχει αποκτήσει ιδιαίτερη σημασία με την απεριόριστη χρήση φυτοφαρμάκων, ορμονών, γενετικά μεταλλαγμένων τροφίμων κ.α. Η εμφάνιση επίσης της σπογγώδους εγκεφαλοπάθειας των βοοειδών και της γρίπης των πτηνών έχει αναγάγει την ασφάλεια τροφίμων σε θέμα πολιτικής προτεραιότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Στην Ελλάδα στον έλεγχο της ασφάλειας τροφίμων δραστηριοποιούνται πολλοί φορείς. (Υπουργείο Υγείας, Αγροτικής Ανάπτυξης, Αγορανομία, Νομαρχιακές Υπηρεσίες, Γενικό Χημείο του Κράτους, Κτηνιατρικές Υπηρεσίες κ.α.)

Σε μία προσπάθεια συντονισμού και οργάνωσης του τομέα ελέγχου τροφίμων ιδρύθηκε με τον νόμο 2741/1999 ως ΝΠΔΔ ο ΕΦΕΤ, ο οποίος ανήκει στο Υπουργείο Ανάπτυξης. Σκοπός του ΕΦΕΤ είναι η προστασία του καταναλωτή με τη διασφάλιση της εισαγωγής, παραγωγής, διακίνησης υγιεινών τροφίμων, την πιστοποίηση της καταλληλότητας, τον έλεγχο της ποιότητας και την ποιοτική αναβάθμιση των τροφίμων. Επίσης σκοπό του αποτελεί η προστασία οικονομικών συμφερόντων του καταναλωτή και η μέριμνα για την αποφυγή παραπλάνησης του σε σχέση με την υγιεινή, τη σύσταση, την επισήμανση και την τιμή των τροφίμων. Ο ΕΦΕΤ έχει όλες τις αρμοδιότητες των προανακριτικών αρχών και ενεργεί κάθε αναγκαία κατά την κρίση του έρευνα σύμφωνα με τις διαταγές του Κώδικα Ποινικής Δικονομίας.

Ο ΕΦΕΤ διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο και προβλέπεται Εθνικό Συμβούλιο Πολιτικής Ελέγχου Τροφίμων (ΕΣΠΕΤ) και Επιστημονικό Συμβούλιο Ελέγχου Τροφίμων (ΕΣΕΠ).

Ο ΕΦΕΤ οργανώνεται σε α) Κεντρική Υπηρεσία και β) Περιφερειακές Υπηρεσίες (παραρτήματα ή γραφεία ΕΦΕΤ). Έχουν συσταθεί 550 θέσεις τακτικού προσωπικού και 20 θέσεις δικηγόρων. Με απόφαση (ΦΕΚ 14/12.1.2001) του Υπουργού Ανάπτυξης, όλες οι υπηρεσίες ή φορείς που διενεργούν ελέγχους τροφίμων είναι *υποχρεωμένες* να συνεργάζονται και να ενημερώνουν τον ΕΦΕΤ. Το ίδιο ισχύει και για τις νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις, οι οποίες υποχρεούνται να εφαρμόζουν τις σχετικές οδηγίες του ΕΦΕΤ.

Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ξεκάθαρο και αποδεκτό πλαίσιο αρμοδιοτήτων μεταξύ ΕΦΕΤ και νομαρχιακών υπηρεσιών με συνέπεια τις επικαλύψεις δράσεων τη δημιουργία τριβών μεταξύ των υπηρεσιών και τη δυσκολία συντονισμού και αποτελεσματικότητας.

4.5.1 Δημόσια Υγεία και Εκπαίδευση. Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Παραδοσιακά από το 1931 και μετά, οι επαγγελματίες δημόσιας υγείας εκπαιδεύονταν στην Υγειονομική Σχολή Αθηνών (ΥΣΑ). Η ΥΣΑ ήταν το

μοναδικό ίδρυμα για το σκοπό αυτό στην Ελλάδα. Οι σπουδαστές, μετά φοίτηση ενός έτους, ελάμβαναν Πτυχίο Υγιεινολόγου.

Το 1994 ο νόμος 2194/94 μετονομάζει την ΥΣΑ σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) και τη μετατρέπει σε ΝΠΔΔ με πλήρη αυτοτέλεια. Με το νόμο αυτό δίδεται έμφαση στη Μεταπτυχιακή Εκπαίδευση στελεχών Δημόσιας Υγείας & Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας. Ο τίτλος που χορηγείται είναι «μεταπτυχιακός τίτλος ειδίκευσης στη Δημόσια Υγεία ή στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας». Προπτυχιακή εκπαίδευση στη δημόσια υγεία - υγιεινή γίνεται μόνο από τα αντίστοιχα τμήματα των ΤΕΙ, ενώ καμία άλλη πανεπιστημιακή σχολή δεν παρέχει επαρκή προπτυχιακή εκπαίδευση σε θέματα δημόσιας υγείας.

Ορισμένα πανεπιστημιακά τμήματα λειτουργούν ήδη μεταπτυχιακά προγράμματα σε παρεμφερή θέματα (Βιοστατιστικής, Προληπτικής Ιατρικής, Προαγωγής της Υγείας κ.λπ.). Κάθε χρόνο στην Ελλάδα οργανώνονται αρκετά σεμινάρια, συνέδρια, ομιλίες κ.α. με θέματα σχετικά με τη δημόσια υγεία.

Στον τομέα της έρευνας για τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα οι περισσότερες μελέτες είναι μελέτες επιπολασμού διαφόρων λοιμωδών ή άλλων νόσων. Ουσιαστική έρευνα για τη δημόσια υγεία δεν υπάρχει. Η πιο επικεντρωμένη έρευνα για τη δημόσια υγεία γίνεται από την ΕΣΔΥ. Τελευταία γίνονται προσπάθειες για μελέτες «υγείας» και αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας κυρίως από την ΕΣΔΥ και ορισμένα πανεπιστημιακά τμήματα Κοινωνικής Ιατρικής.

Αξιολόγηση Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

Δυστυχώς δεν υπάρχουν επιστημονικά τεκμηριωμένα δεδομένα για την αξιολόγηση του έργου των υπηρεσιών δημόσιας υγείας στην Ελλάδα. Οπωσδήποτε η αποτελεσματικότητα τους επηρεάζεται από όλους τους παράγοντες που ήδη έχουν αναφερθεί (προσωπικό, πόροι, πολιτική κ.α.). Μια αδρή περιγραφή αξιολόγησης των δραστηριοτήτων ορισμένων τομέων της δημόσιας υγείας παρατίθεται στη συνέχεια.

Στοιχεία για την υγεία του πληθυσμού

Η συστηματική συλλογή και επεξεργασία στοιχείων που έχουν σχέση με την υγεία του Ελληνικού πληθυσμού είναι πρακτικά ανύπαρκτη. Δεν εκδίδεται κανένα επίσημο «Δελτίο Υγείας Ελληνικού πληθυσμού» (Health of the Nation). Υπάρχουν μεμονωμένες εκδόσεις του Υπουργείου Υγείας, ερευνητικές μελέτες ενώ τα πιο αξιόπιστα στοιχεία για την Ελλάδα εμπεριέχονται στις εκδόσεις του ΠΟΥ, της Ευρωπαϊκής Ένωσης, των Ηνωμένων Εθνών κ.α.

Επιδημιολογική επιτήρηση

Τα στοιχεία από τις νομαρχίες είναι ελλιπή και ανακριβή. Η διερεύνηση τοπικών επιδημιών περιορίζεται σε ελάχιστες περιπτώσεις. Η λειτουργία του αντίστοιχου τμήματος του ΚΕΕΛΠΝΟ προσπαθεί να καλύψει το κενό. Το ΚΕΕΛΠΝΟ όμως είναι Κεντρική Υπηρεσία και πρέπει να δέχεται στοιχεία από περιφέρειες - νομαρχίες. Επομένως απαιτείται η ενεργητική συμμετοχή των τοπικών υπηρεσιών. Ένα μεγάλο μέρος του προβλήματος οφείλεται στην «άρνηση» ή μη εκπαίδευση των γιατρών να δηλώσουν περιστατικά νόσων. Με την προετοιμασία για τους Ολυμπιακούς Αγώνες το ΚΕΕΛΠΝΟ ανέπτυξε αρκετά συστήματα επιδημιολογικής επιτήρησης σε ικανοποιητικό και αποτελεσματικό επίπεδο.

Περιβαλλοντική Υγιεινή - Δημόσια Υγιεινή

Στον βασικό αυτό τομέα οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας δρουν σχεδόν μόνο γραφειοκρατικά για την έκδοση αδειών, ενώ υπολείπεται η επιστημονική παρουσία για τη σωστή λειτουργία των διαφόρων υπηρεσιών (υγρά απόβλητα, υγιεινό νερό, καταστήματα υγειονομικού ενδιαφέροντος κ.α.). Η αριθμητική ανεπάρκεια του προσωπικού και η έλλειψη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης μεταξύ άλλων, ίσως είναι ένας από τους λόγους. Για την προετοιμασία για τους Ολυμπιακούς Αγώνες Αθήνα 2004, δημιουργήθηκε προτυποποιημένο και μηχανογραφημένο σύστημα υγειονομικής επιτήρησης από την ΕΣΔΥ, το οποίο λειτούργησε άψογα. Η συνέχιση του στην καθημερινή πρακτική μετά τη λήξη των αγώνων δεν κατέστη δυνατή.

Εμβολιασμοί

Στην Ελλάδα >70% των εμβολιασμών γίνεται από τον ιδιωτικό τομέα. Αυτό το ποσοστό αυξάνεται μετά την εφαρμογή νόμου με τον οποίο τα εμβόλια του εθνικού προγράμματος εμβολιασμών συνταγογραφούνται από ιδιώτες ιατρούς και παρέχονται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Θεωρητικά και από ορισμένες μελέτες πιστεύεται ότι ο γηγενής πληθυσμός είναι επαρκώς εμβολιασμένος. Παρ' όλα αυτά υπάρχουν «πληθυσμοί» για τους οποίους απαιτούνται ειδικά προγράμματα εμβολιασμών (π.χ. άποροι, πρόσφυγες, μετανάστες, αθίγγανοι). Παρ' όλες τις προσπάθειες δεν είναι γνωστά συγκεντρωτικά στοιχεία για τους εμβολιασμούς των πληθυσμών αυτών. Μία επίσης βασική ανάγκη είναι η γνώση της «εμβολιαστικής κάλυψης» της χώρας. Αυτά τα στοιχεία είναι αδύνατον να συλλέγουν από τις υπηρεσίες της νομαρχίας ή από ιδιώτες ιατρούς. Πολλές φορές απαιτείται «κεντρική επιδημιολογική μελέτη» για προσδιορισμό της εμβολιαστικής κάλυψης. Η ΕΣΔΥ και άλλοι φορείς σε συνεργασία με το ΚΕΕΛΠΝΟ προσπαθούν με ειδικές μελέτες να καλύψουν αυτό το κενό.

Πρόληψη νόσων

Η αγωγή υγείας δεν ασκείται συστηματικά και οργανωμένα από τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Πολλοί «φορείς» ασχολούνται με προγράμματα αγωγής υγείας περιστασιακά και συνήθως εν αγνοία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Μεγάλη δραστηριότητα στο θέμα αυτό έχει δείξει τα τελευταία χρόνια το Υπουργείο Παιδείας ή άλλοι φορείς (π.χ. ΟΚΑΝΑ - ΕΠΙΨΥ - ΕΣΔΥ). Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας των νομαρχιών έχουν σχεδόν αποκοπεί από την αγωγή υγείας. Όσον αφορά τα προγράμματα προσυμπρωματικού ελέγχου έχουν αφηθεί σε δραστηριότητες επιστημονικών εταιρειών ή στα πλαίσια ερευνητικών προγραμμάτων. Καμμία υπηρεσία δημόσιας υγείας σε κεντρικό ή περιφερειακό επίπεδο έχει αναπτύξει οργανωμένα προγράμματα πρόληψης «χρονίων νόσων».

Έλεγχος επαγγελματιών υγείας και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Είναι μία αρμοδιότητα που ασκείται αποκλειστικά από τις διευθύνσεις υγιεινής των νομαρχιών. Και στην περίπτωση αυτή ο έλεγχος είναι πολλές φορές γραφειοκρατικός χωρίς να εξετάζεται η ουσιαστική καλή οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών αυτών (π.χ. κλινικές, ιδιωτικά εργαστήρια, φαρμακεία). Δεν ελέγχεται επίσης συστηματικά η εφαρμογή της νομοθεσίας (στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα) για την Υγιεινή και Ασφάλεια των εργαζομένων.

Ποιοτικός έλεγχος

Η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα της ΕΕ στην οποία δεν γίνεται συστηματικός ποιοτικός έλεγχος των παρεχομένων υπηρεσιών, κλινικών ή παρακλινικών, στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα (πλην ελαχίστων εξαιρέσεων). Δεν έχει ακόμα αναπτυχθεί από το Υπουργείο Υγείας φορέας ποιοτικού ελέγχου των αντιστοιχών υπηρεσιών. Σε γενικές γραμμές οι ανάγκες δημόσιας υγείας στην Ελλάδα είναι ακόμα μεγάλες.

Υγειονομική Σχολή Αθηνών Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

(Πηγή: Τζένη Κουρέα – Κρεμαστινού)

1. Υγειονομική Σχολή Αθηνών (ΥΣΑ)

Η δεκαετία του 1920, από πλευράς δημόσιας υγείας για την Ελλάδα, διαγράφεται με ιδιαίτερη πολυπλοκότητα προβλημάτων. Επιδημικές νόσοι που είχαν εξαφανισθεί πρώιμα στη χώρα μας, (αν λάβει κανείς υπόψη του τη γεωγραφική της θέση που την καθιστά ευπρόσβλητη σε «εισαγωγή» επιδημιών), επανέρχονται στην περίοδο αυτή. Η πανώλης ενσκήπτει πάλι και μόλις το 1930 εξαφανίζεται. Η χολέρα επίσης. Ο εξανθηματικός τύφος, οφειλόμενος στις μετακινήσεις πληθυσμών από Βουλγαρία και Ρωσία αλλά και στη Μικρασιατική καταστροφή, παρουσιάζεται με έξαρση μετά το 1922. Ο δάγκειος πυρετός εμφανίζεται με μορφή πανδημίας το 1927-1928, προσβάλλοντας 1.300.000 άτομα μεταξύ των οποίων και τον πρωθυπουργό Ε. Βενιζέλο. Μάστιγα επίσης αποτελούσε η φυματίωση, τα αφροδίσια νοσήματα, ενώ η ελονοσία κατείχε την πρώτη θέση μεταξύ των ενδημικών νόσων.

Με δεδομένη αυτή την κατάσταση, το 1928 η κυβέρνηση *Ελευθερίου Βενιζέλου* με Υπουργό Υγείας τον γιατρό-ουρολόγο *Αλ. Παππά* και Υφυπουργό Υγιεινής τον *Απόστολο Δοξιάδη* αποφασίζει τη ριζική αναδιοργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και απευθύνεται στην Κοινωνία των Εθνών, Τμήμα Διεθνούς Υγείας. Επιτροπή από ξένους εμπειρογνώμονες (*Leon Bernard* και *Sir George Buchanan*) επισκέπτεται τη χώρα μας και στις αρχές του 1929 παραδίδει την έκθεση της (με στοιχεία S.L. 62 M 1929 H 789, Γενεύη) στην Ελληνική κυβέρνηση. Η επιτροπή διεξήγαγε μια εκτεταμένη έρευνα σε επιλεγμένες περιοχές από τον Έβρο ως την Κρήτη, η οποία ολοκληρώθηκε τον Απρίλιο του 1929 με την υποβολή 148 εκθέσεων. **Οι εκθέσεις αυτές (οι οποίες φυλάσσονται τώρα στο αρχείο της Κοινωνίας των Εθνών στη Γενεύη), συνέδεαν τις συνθήκες υγιεινής με τις δημογραφικές, οικονομικές και οικιστικές συνθήκες κάθε περιοχής, αποτελώντας μια ακτινογραφία της Ελληνικής κοινωνίας του Μεσοπολέμου.** Τα συμπεράσματα είχαν διεθνές αντίκτυπο καθώς έγιναν αντικείμενο διπλωματικής αλληλογραφίας στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. «*Η Ελλάδα είναι επικίνδυνη χώρα από άποψη υγιεινής... για την Ευρώπη γενικότερα. Οι συστάσεις των ειδικών δεν θα πρέπει να αγνοηθούν από την Ελληνική κυβέρνηση χωρίς να ρεζιλευτεί η Ελλάδα μπρος στα άλλα ευρωπαϊκά έθνη*» έγραφε ο Βρετανός πρεσβευτής στην Αθήνα στον πρωθυπουργό του.

Σύμφωνα με μία από τις προτάσεις της Επιτροπής, ιδρύεται η Υγειονομική Σχολή Αθηνών (ΥΣΑ), με τον ιδρυτικό Νόμο 4069/5.3.29 «*περί ιδρύσεως και λειτουργίας εν Αθήναις Υγειονομικής Σχολής*». Τον Αύγουστο του 1929,

σύμφωνα με τις υποδείξεις, ιδρύθηκε επίσης το προπαρασκευαστικό Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών, «το οποίο όμως εξ' αρχής αντιμετώπισε την εχθρότητα άλλων υγειονομικών υπηρεσιών, του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών και της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών» (Ζαβιτσάνος 1977).

Η διεύθυνση της Υγειονομικής Σχολής και του Υγειονομικού Κέντρου Αθηνών ανατέθηκαν από της ιδρύσεως τους στον διαπρεπή Άγγλο Υγιεινολόγο Δρα *Norman White*, ο οποίος εκπροσωπούσε την Ελλάδα στην Κοινωνία των Εθνών. Ο *Norman White* απεχώρησε από την Ελλάδα το 1934.

Στις 24/3/1930 ο Υπουργός Υγείας Αλ. Παππάς, για την εγκατάσταση της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών και έναντι τιμήματος 7.000.000 δρχ., προέβη στην αγορά ακινήτου «εις θέσιν Αμπελόκηποι και επί της Λεωφόρου Αλεξάνδρας» γνωστόν υπό το όνομα «*Ηραίον*» όπου και στεγάζεται η Σχολή μέχρι σήμερα. Τον Μάιο του 1930 η ΥΣΑ άρχισε τη λειτουργία της.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το έτος αυτό, η Ιατρική Σχολή Αθηνών είχε ήδη ζωή 92 χρόνων* χωρίς εμπλοκή της σε θέματα υγειονομικής οργάνωσης. Όμως η κρατούσα άποψη τότε και σήμερα είναι ότι η υγειονομική οργάνωση μιας χώρας προϋποθέτει Υγειονομική Σχολή - Σχολή Δημόσιας Υγείας. Η άποψη αυτή έχει γίνει αποδεκτή και από τη Παγκόσμια Συνέλευση του ΠΟΥ (Συνεδρίαση αρ. 22/1969).

**Το Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο, αρχικά Πανεπιστήμιο του Όθωνα, άρχισε να λειτουργεί στις 3.5.1837, με τέσσερα τμήματα: Θεολογία, Αίκαιο, Ιατρική και Τέχνες.*

Μετά τον ιδρυτικό νόμο ακολουθούν πολλά νομοθετήματα που διαμορφώνουν τον ρόλο της Σχολής ως *Ανώτατο Ίδρυμα*, με εκπαιδευτικό, ερευνητικό και συμβουλευτικό χαρακτήρα. Επίσης ιδρύονται τα τμήματα, καθορίζονται ο τρόπος εκλογής των καθηγητών, η εισαγωγή των σπουδαστών και τα απονεμόμενα πτυχία και ενδεικτικά.

Το 1936 η ΥΣΑ περιελάμβανε τα εξής τμήματα:

- α) Μικροβιολογίας και Ορολογίας,
- β) Επιδημιολογίας και Στατιστικής,
- γ) Δημόσιας και Εφηρμοσμένης Υγιεινής,
- δ) Ελονοσιολογίας,
- ε) Υγειονομικής Μηχανικής,
- στ) Βιοχημείας και Υγιεινής της Θρέψεως,
- ζ) Παιδολογίας και Σχολικής Υγιεινής,
- η) Μετεωρολογίας και Κλιματολογίας.

Λίγους μήνες μετά την ίδρυση της Σχολής καλείται και εγκαθίσταται στην ΥΣΑ κλιμάκιο του Αμερικανικού Ίδρυματος Ροκφέλερ (*Rockefeller Foundation*) υπό την τεχνική διεύθυνση του ελονοσιολόγου γιατρού *M.C. Baalfour*. Κατά τα χρόνια παραμονής του Ίδρυματος Ροκφέλερ υπηρέτησαν πολλοί γνωστοί αμερικανοί επιστήμονες όπως οι γιατροί *M.C. Barber* και *J.B. Rice*, ο εντομολόγος *R.C. Shannon*, ο υγιεινολόγος μηχανικός *D.E. Wright*. Θα ήταν σημαντική παράλειψη να μην αναφερθεί η γενναία επιχορήγηση της ΥΣΑ από το Ίδρυμα Ροκφέλερ κατά τα έτη 1930-1940.

Η ΥΣΑ είναι μία από τις αρχαιότερες Σχολές της Ευρώπης και του Κόσμου και σύγχρονη της Σχολής Υγιεινής και Τροπικών Νόσων της Αγγλίας (*London School of Hygiene and Tropical Medicine*) η οποία ιδρύθηκε το 1924 και της

Υγειονομικής Σχολής «Andrija Stampar» του Ζάγκρεμπ (έτος ιδρύσεως 1928). Η Σχολή άρχισε τη λειτουργία της το Ακαδημαϊκό έτος 1931-1932 και λειτουργεί μέχρι σήμερα, με αναστολή της λειτουργίας της για 12 ακαδημαϊκά έτη: Το έτος 1935-36, τα έτη 1939-41 λόγω του Ελληνοϊταλικού πολέμου, τα μεταπολεμικά έτη 1945-47 και 1948-49 λόγω του συμμαχοπολέμου, το έτος 1964-65 και κατά την περίοδο της δικτατορίας τα έτη 1968-70 και 1973-76. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η Σχολή λειτούργησε κατά την περίοδο της κατοχής (1941-44). Η Σχολή συνεχίζει τη λειτουργία της ανελλιπώς μετά το 1977 έως σήμερα.

Το έργο της ΥΣΑ

Από τα πρώτα χρόνια λειτουργίας της η ΥΣΑ εκπαιδεύει το υγειονομικό προσωπικό της χώρας, διεξάγει έρευνες και μελέτες και προσφέρει υπηρεσίες με εξειδικευμένες εξετάσεις και αναλύσεις. Επίσης παρέχει γνωματεύσεις αυτεπάγγελτα ή κατόπιν αιτήσεως.

Εκπαιδευτικό έργο - Τίτλοι σπουδών - Πτυχία

Η ΥΣΑ από την έναρξη της λειτουργίας της απονέμει πτυχία ανάλογα με τα τμήματα που λειτουργεί. Με Β.Δ. της 3.11.50 προστίθεται στους τίτλους τους οποίους απονέμει και το δίπλωμα του Διδάκτορα της Υγιεινής.

Το τμήμα των υγιεινολόγων λειτούργησε για πρώτη φορά το ακαδημαϊκό έτος 1931-1932. Η δωδεκάμηνη φοίτηση περιλάμβανε μαθήματα θεωρητικά, εργαστηριακά καθώς και επισκέψεις («θητεία, ασκήσεις εν υπαίθρω, διερευνήσεις»). Ως το τέλος της δεκαετίας του '60 ένα ποσοστό γύρω στο 10% των εγγραφόμενων στο Κλάδο των Υγιεινολόγων ήταν υγειονομικοί αξιωματικοί του Στρατού Ξηράς, του Ναυτικού και της Αεροπορίας. Οι απόφοιτοι του κλάδου Υγιεινολόγων, γιατροί, χημικοί και μηχανικοί, και άλλοι κάτοχοι πτυχίου Πανεπιστημίου ή Πολυτεχνείου, στελέχωναν τις κρατικές υγειονομικές υπηρεσίες, εξοπλισμένοι με εξειδικευμένες και σύγχρονες γνώσεις Δημόσιας Υγείας.

Με το Ν.Δ. 3895/1958 (ΦΕΚ 194) *ιδρύεται Τμήμα Διοικήσεως Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.* Κατά τα έτη 1960 ως 1967 λειτούργησαν οκτώ σειρές Διοικητικών Διευθυντών και λοιπού προσωπικού Κρατικών Νοσοκομείων όπου εφοίτησαν 134 και απεφοίτησαν 126 σπουδαστές. Το τμήμα αυτό επαναλειτούργησε το 1985.

Η ΥΣΑ, από την έναρξη λειτουργίας της (1931-1932) συμπεριέλαβε και τους Κλάδους των Εποπτών Εξυγιάνσεως (ΕΕ), των Εποπτών Δημόσιας Υγείας (ΕΔΥ)

** Οι Υγιεινολόγοι Μηχανικοί από το έτος 1985 διαχωρίζονται των λοιπών Υγιεινολόγων και αποτελούν ξεχωριστό Τμήμα έως το 1990, οπότε έπαυσε να λειτουργεί.*

και των Επισκεπτριών Δημόσιας και Κοινωνικής Υγιεινής (ΕΔΚΥ). Η εκπαίδευση των κλάδων αυτών ανετέθη αργότερα στα ΚΑΤΕΕ και μετέπειτα στα ΤΕΛ.

Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι η ΥΣΑ, ως Υγειονομική Μονάδα, μετείχε στην εκπαίδευση και μετεκπαίδευση υγειονομικού προσωπικού και άλλων κατηγοριών. Όλο το εκπαιδευτικό προσωπικό της συμμετείχε επί σειρά ετών, στη διδασκαλία των σπουδαστών της Σχολής Επισκεπτριών Αδελφών Νοσοκόμων (ΣΕΑΝ). Ένας μεγάλος αριθμός του εκπαιδευτικού της προσωπικού συμμετείχε στη λειτουργία της Σχολής Αγροτικής Υγιεινής Φαρσάλων, στη μετεκπαίδευση του ιατρικού δυναμικού των Υγειονομικών Σταθμών, των Κοινοτικών και Αγροτικών Ιατρείων καθώς και των

Επισκεπτριών Αδελφών, Μαιών, Εποπτών Εξυγιάνσεως. Επίσης συνεχής ήταν η οργάνωση φροντιστηρίων μετεκπαιδύσεως αγροτικών γιατρών καθώς και εξειδικευμένων εκπαιδευτικών σεμιναρίων όπως μικροσκοπιστών, βοηθών εντομολόγων κ.λπ. Είναι ενδιαφέρον ότι μέσα από τη μεταβαλλόμενη μορφή του γνωστικού αντικείμενου αναδεικνύεται ο μετασχηματισμός των υγειονομικών προβλημάτων κατά τη διάρκεια όλων των δεκαετιών λειτουργίας της Σχολής.

Τεχνική υποστήριξη

Η ΥΣΑ πλην του εκπαιδευτικού της έργου σαν Σχολή, λειτουργούσε και ως βασική οργανωτική μονάδα καταπολέμησης των λοιμωδών νόσων (ως παράδειγμα αναφέρεται η ελονοσία, χολέρα, σαλμονελώσεις) με αντίστοιχη εργαστηριακή υποστήριξη. Στα εργαστήρια της εκτελούντο επίσης αναλύσεις ύδατος, γάλακτος κ.α. μετά από αίτημα των υγειονομικών υπηρεσιών. Παραδείγματος χάριν, ο έλεγχος της κίνησης και των ναρκωτικών του μονοπωλίου του κράτους, γίνονταν στα εργαστήρια της Σχολής. Επίσης το τμήμα Υγειονομικής Μηχανικής έπαιξε ένα πολύ θετικό ρόλο στην εξυγίανση της χώρας με την εφαρμογή προγραμμάτων και μελετών για υποδειγματικά έργα ύδρευσης, αποχέτευσης και αποξήρανσης. Το τμήμα Κοινωνικής Υγιεινής είχε μια πολύ θετική συμβολή στη μελέτη και αναδιοργάνωση της υπηρεσίας αφροδισίων νόσων, της περιφερειακής υγειονομικής οργάνωσης και της οργάνωσης των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Ειδικά για την ελονοσία πρέπει να λεχθεί, όπως περιγράφεται στο βιβλίο «*Ελονοσία εν Ελλάδι*» (1930-40) των Γ. Λιβαδά και Ι. Σφάγγου Διευθυντού-Καθηγητού και Επιμελητού αντίστοιχα της ΥΣΑ, ότι «*ως το 1930 ουδεμία οργανωμένη προσπάθεια είχε γίνει για τη μελέτη και ιδίως την αντιμετώπιση τον σπουδαιότατου αυτού προβλήματος της Δημόσιας Υγείας*». Οι γνώσεις για τα είδη των ανωφελών κωνώπων ήσαν τελείως περιορισμένες, ελάχιστα ήσαν γνωστά για τη βιολογία τους, για τη σημασία των διαφόρων ειδών στη μετάδοση της νόσου, για τις εστίες εκκόλαψης, επίσης για τη γεωγραφική και εποχιακή κατανομή. Έρευνες με επιδημιολογικές παρατηρήσεις για τη δράση ανθελονοσιακών μεθόδων δεν είχαν γίνει, υπήρχε δε πλήρης ανυπαρξία εξειδικευμένου προσωπικού. Γι' αυτό όταν το 1930 ιδρύθηκε το *Τμήμα Ελονοσιολογίας*, είχε να αντιμετωπίσει ένα βαρύ έργο. Έκτοτε αρχίζει η οργάνωση ενός εκτεταμένου ανθελονοσιακού προγράμματος με έρευνα των ανωφελών κωνώπων, των παρασίτων της ελονοσίας και της επιδημιολογίας της νόσου, καθώς και μεθοδευμένη κατά περιφέρειες οργάνωση καταπολέμησης της νόσου.

Χάρης στο ερευνητικό αλλά και οργανωτικό έργο της ΥΣΑ σε πανελλήνια προσπάθεια *εκκρίστηκε η ελονοσία το 1956*, ένα σημαντικό επίτευγμα στο χώρο της δημόσιας υγείας, διότι αποτελεί την πρώτη σε παγκόσμιο επίπεδο εκκρίωση από μια χώρα ενός σημαντικού λοιμώδους νοσήματος. Είναι σημαντικό να λεχθεί ότι η Σχολή είναι το μόνο ίδρυμα μέχρι σήμερα με συσσωρευμένη εμπειρία στην εντομολογία και παρασιτολογία.

Παρά το γεγονός ότι στα χρόνια 1967-76 το εκπαιδευτικό έργο της ΥΣΑ αναστέλλεται, οι δραστηριότητες οι οποίες αναπτύχθηκαν ήταν πρωτοποριακές στους τομείς περιβάλλοντος (μόλυνση νερών, ρύπανση

αέρα) και στην ανάπτυξη νέων τεχνικών και εφαρμογή νέων αντιλήψεων για σύγχρονα προβλήματα όπως υγειονομικός έλεγχος τροφίμων, πόσιμων νερών, καταλληλότητας θαλάσσιων νερών για κολύμβηση κ.α. Χαρακτηριστικό είναι ότι η λειτουργία και ανάπτυξη του Εθνικού Κέντρου Αναφοράς Σαλμονελλών-Σιγκελλών και Δονακίων Χολέρας άρχισε την εποχή εκείνη (1965) και με τη συμβολή του τότε Καθηγητού Μικροβιολογίας της ΥΣΑ και αργότερα Ακαδημαϊκού *Πέτρου Βασιλειάδη*, οργανώθηκε σε όλη τη χώρα ο *αντιχολερικός αγώνας* (ταχεία διάγνωση, θεραπεία, πρόληψη) και θωρακίστηκε η χώρα για την αντιμετώπιση τυχόν επιδημίας χολέρας.

Επιπλέον η λειτουργία των κέντρων αναφοράς Σαλμονελλών, Σιγγελών, Χολέρας και Ελονοσίας, συνέβαλαν σημαντικά στη μελέτη των προβλημάτων αυτών στη χώρα μας και στην ανάπτυξη σύγχρονων εργαστηριακών μεθόδων. Εργασίες και τεχνικές, οι οποίες αναπτύχθηκαν στα κέντρα αναφοράς της Σχολής έχουν τύχει διεθνούς αναγνώρισης και έχουν υιοθετηθεί σαν πρότυποι μέθοδοι από την International Standardization Organization και από Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας (π.χ. Υλικό Rapport -Βασιλειάδης για την απομόνωση σαλμονελλών).

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ)

Ως νεότερη περίοδος στη λειτουργία της Σχολής καθορίζεται η περίοδος μετά το 1980, με την έκδοση του Π.Δ 1233/81 από τον τότε υπουργό υγείας Σπύρο Δοξιάδη και κυρίως η ψήφιση του νόμου 2194/1994 από τον υπουργό Υγείας Δ. Κρεμαστινό με τον οποίο η ΥΣΑ μετονομάστηκε σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), με πλήρη διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Με το νόμο αυτό η ΕΣΔΥ απονέμει μεταπτυχιακούς τίτλους σπουδών στη Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

Η ΕΣΔΥ έχει αναπτύξει νέες εκπαιδευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες στις επιστήμες της υγείας και έχει δώσει έμφαση στη διατομεακή και διεπιστημονική συνεργασία με την ανάπτυξη προγραμμάτων στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Οικονομία της Υγείας, Κοινωνιολογία της Υγείας, Επαγγελματική Υγιεινή, Υγιεινή Περιβάλλοντος, Προαγωγή της Υγείας και Δικαίου της Υγείας & Βιοηθικής.

Με τον τρόπο αυτό έχει γίνει εφικτή η πολύπλευρη και διεπιστημονική προσέγγιση σύγχρονων προβλημάτων υγείας χάρις στις πολλές επιστημονικές ειδικότητες (ιατρών, κτηνιάτρων, υγεινολόγων μηχανικών, κοινωνιολόγων, οικονομολόγων, ειδικών οργάνωσης-διοίκησης) τις οποίες πρώτη στον Ελληνικό χώρο, δημιούργησε η Σχολή.

Η ΕΣΔΥ, σχεδόν σε όλους τους τομείς έρευνας, προσπαθεί να εντοπίσει και να μελετήσει τα υγειονομικά προβλήματα του ελληνικού χώρου και να συνεισφέρει, με βάση τις σύγχρονες αντιλήψεις, στις στρατηγικές και τους στόχους της Εθνικής Πολιτικής για την Υγεία, στην προσπάθεια να καταστούν οι υπηρεσίες υγείας όσο γίνεται πιο παραγωγικές και επαρκείς και στα τρία επίπεδα φροντίδας της υγείας, δηλαδή την πρόληψη, περίθαλψη και αποκατάσταση και στον περιορισμό του σύγχρονου φάσματος ασθενειών.

Σημαντική συνεισφορά είχε η ΕΣΔΥ στον τομέα της δημόσιας υγείας στους Ολυμπιακούς Αγώνες «Αθήνα 2004», με μελέτες αναγκών και ανάπτυξη εφαρμοσμένων προγραμμάτων σε πολλούς τομείς (υγειονομική επιτήρηση, προτυποποιημένοι υγειονομικοί έλεγχοι, έλεγχος περιβαλλοντικής υγιεινής, έλεγχος υποδοχών, κωνώπων, προτυποποιημένος έλεγχος

κρουαζιερόπλοιων, λεγιονέλλας, κ.α.). Η ΕΣΔΥ συμμετείχε επίσης στο δίκτυο των εργαστηρίων για την αντιμετώπιση τυχόν συμβάματος «βιολογικού πολέμου» με ειδικό εργαστήριο επιπέδου βιοασφαλείας 3.

Το έργο της Σχολής, σύμφωνα με την παράδοση που έχει, συνεχίζει να είναι προσανατολισμένο προς την:

1. *Μεταπτυχιακή και συνεχιζόμενη εκπαίδευση και ειδίκευση των επαγγελματιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του Ελληνικού πληθυσμού και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.*
2. *Έρευνα σε τομείς σχετικούς με τη δημόσια υγεία, την προληπτική ιατρική, την προστασία του περιβάλλοντος, τις κοινωνικές και πολιτιστικές διαστάσεις της υγείας, την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας*
3. *Εργαστηριακή μελέτη πεδίου σε προβλήματα δημόσιας υγείας.*
4. *Προσφορά ειδικών συμβουλών στο Υπουργείο Υγείας καθώς επίσης και σε άλλες δημόσιες υπηρεσίες και τον ιδιωτικό τομέα που σχετίζονται με την Υγεία.*

Η Σχολή συμμετέχει επίσης στην εκπαίδευση για την *ειδικότητα* της Ιατρικής της Εργασίας, της Κοινωνικής Ιατρικής και της Γενικής Ιατρικής.

Προγράμματα σπουδών

Σήμερα λειτουργούν στην ΕΣΔΥ μεταπτυχιακά προγράμματα Δημόσιας Υγείας (με δύο κατευθύνσεις) και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας. Από το ακαδημαϊκό έτος 2004-2005 η Σχολή σε συνεργασία με το ΤΕΙ Αθήνας λειτουργεί μεταπτυχιακό τμήμα Εφαρμοσμένης Δημόσιας Υγείας.

Μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Δημόσιας Υγείας»

Το πρόγραμμα έχει σχεδιασθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτει και να εμβαθύνει με διεπιστημονικότητα σε εκείνα τα πεδία γνώσεων και δεξιοτήτων που απαιτούνται σήμερα από τους επαγγελματίες της υγείας. Το πρόγραμμα, που έχει διεπιστημονική βάση, επικεντρώνεται στη δημόσια υγεία και την επιδημιολογία όπως και στους τομείς ειδίκευσης της δημόσιας υγείας (μικροβιολογία, παρασιτολογία, κτηνιατρική, ευγονική, διατροφή, επαγγελματική υγιεινή, υγειονομική μηχανική), αλλά παράλληλα διέρχεται και τα γνωστικά αντικείμενα των τομέων της διοίκησης υπηρεσιών υγείας, οικονομικών της υγείας, κοινωνιολογίας της υγείας, πληροφορικής, δικαίου της δημόσιας υγείας, κ.α.

Μεταπτυχιακό πρόγραμμα «Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας»

Το πρόγραμμα έχει ως στόχο την εξειδίκευση στελεχών σε θέματα Διοίκησης και Οικονομικών της Υγείας. Το πρόγραμμα έχει διεπιστημονική βάση, επικεντρώνεται στη διοίκηση και οικονομία της υγείας (διοίκηση νοσοκομείων, διαχείριση ανθρώπινων πόρων, διοίκηση ολικής ποιότητας, χρηματοδότηση και προγραμματισμό υπηρεσιών υγείας, οικονομική αξιολόγηση) αλλά παράλληλα διαπραγματεύεται και τα βασικά γνωστικά αντικείμενα των τομέων της δημόσιας υγείας, της επιδημιολογίας και της κοινωνιολογίας της υγείας.

Δομή & λειτουργία της ΕΣΔΥ

Οι τομείς που απαρτίζουν σήμερα την ΕΣΔΥ είναι οι εξής: 1) Επιδημιολογίας & Βιοστατιστικής, 2) Παρασιτολογίας, Εντομολογίας & Τροπικών Νόσων, 3) Δημόσιας & Διοικητικής Υγιεινής, 4) Γενικής & Εφαρμοσμένης Μικροβιολογίας & Ανοσοβιολογίας, 5) Υγιεινής της Διατροφής & Βιοχημείας, 6) Υγιεινής του περιβάλλοντος & Υγειονομικής Μηχανικής, 7) Ευγονικής & Υγιεινής

Μητρότητας & Παιδικής Ηλικίας, 8) Επαγγελματικής & Βιομηχανικής Υγιεινής, 9) Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγιεινής, 10) Κοινωνιολογίας της Υγείας, 11) Οικονομικών της Υγείας, 12) Αρχών Διοίκησης & Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας. Οι τομείς οι οποίοι απαρτίζουν την ΕΣΔΥ αντανακλούν τη σύγχρονη αντίληψη για τη δημόσια υγεία.

Εργαστήρια

Σήμερα στη Σχολή λειτουργούν αρκετά Εθνικά Κέντρα Αναφοράς και εξειδικευμένα εργαστήρια με εξαιρετική συμβολή στη λειτουργία της Δημόσιας Υγείας και την έρευνα:

- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Σαλμονελλών - Σιγκελλών και Δονακίων Χολέρας
- Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Μηνιγγίτιδας
- Κέντρο Αναφοράς AIDS
- Κέντρο Αναφοράς Ελονοσίας
- Κέντρο Αναφοράς Ευκαιριακών Λοιμώξεων
- Κέντρο Μελετών Εξυγίανσης Περιβάλλοντος
- Κέντρο Μελέτης Επιδημιολογίας Μικροβιακής Αντοχής
- Εργαστήριο Διάγνωσης HIV Λοιμώξεων και Ηπατίτιδας
- Εργαστήριο Παρασιτολογίας
- Εργαστήριο Ιατρικής Εντομολογίας
- Εργαστήριο Μικροβιολογίας Δημόσιας Υγείας
- Εργαστήριο Υγειονομικής Μηχανικής
- Εργαστήριο Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας
- Εργαστήριο Σπογγώδους Εγκεφαλοπάθειας
- Εργαστήριο Ζωοανθρωπονόσων.
-

Νομικό καθεστώς

Ο νόμος 2517/1997 προβλέπει τη διπλή εποπτεία της ΕΣΔΥ από το Υπουργείο Παιδείας όσον αφορά τα ακαδημαϊκά θέματα και το Υπουργείο Υγείας όσον αφορά τη λειτουργία και χρηματοδότηση. Από πλευράς οργάνωσης η Σχολή εξακολουθεί να λειτουργεί μέχρι σήμερα με το Π.Δ. 1233/81.

Η ΕΣΔΥ είναι μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης Σχολών Δημόσιας Υγείας (Association of Schools of Public Health in the European Region - ASPHER) και έχει διεθνή αναγνώριση από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, την Ευρωπαϊκή Ένωση, την Ευρωπαϊκή Ένωση Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και άλλους διεθνείς οργανισμούς.

4.6 Ιστορικό και λειτουργικό πλαίσιο Διεθνών Οργανισμών

(Πηγή: *Τίνα Γκαράνη - Παπαδάτου, Τζένη Κουρέα – Κρεμαστινού*)

Εισαγωγή

Η δημιουργία όλων των διεθνών σχημάτων οφείλεται σε δύο βασικούς λόγους: πρώτον σε έναν λόγο που έχει σχέση με τις ιδεαλιστικές εκείνες αντιλήψεις που πρεσβεύουν ότι η ένωση και η συνεργασία των κρατών σε διεθνές επίπεδο είναι ο μόνος τρόπος ειρηνικής συνύπαρξης και προόδου. Δεύτερον και κυριότερο σε έναν λόγο που έχει σχέση με τις καθαρά πρακτικές ανάγκες των κρατών. Η διπλωματία με την παλιά κλασική της μορφή και οι διμερείς σχέσεις μεταξύ των κρατών έπαψαν κάποια στιγμή να επαρκούν μπροστά στα τεράστια προβλήματα που εμφανιζόντουσαν καθημερινά. Έγινε γρήγορα αντιληπτό ότι έπρεπε να βρεθεί κάποιος πιο αποτελεσματικός τρόπος επικοινωνίας μεταξύ περισσότερων κρατών ώστε οι λύσεις στα διάφορα προβλήματα και να προκύπτουν από πολλά κράτη αλλά και να καλύπτουν πολλά κράτη. Έτσι γεννήθηκε ο θεσμός της *Διεθνούς Συνδιάσκεψης*, την οποία συγκαλούσαν με πρωτοβουλία τους οι διάφοροι ηγεμόνες.

Εξέλιξη Διεθνών Οργανισμών Διεθνής συνδιάσκεψη

Η Διεθνής Συνδιάσκεψη θεωρείται ο «πρόγονος» των Διεθνών Οργανισμών, οι οποίοι αναπτύχθηκαν κυρίως στην περίοδο μεταξύ του Α' και του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Στα πλαίσια της διεθνούς συνεργασίας δεν μετέχουν μόνο αντιπρόσωποι των κυβερνήσεων αλλά και μη-κυβερνητικοί οργανισμοί (Non-Governmental Organizations), όπως η Διεθνής Αμνηστία, η Διεθνής Επιτροπή του Ερυθρού Σταυρού κλπ. Η λήψη αποφάσεων γίνεται με πλειοψηφία (απλή ή ενισχυμένη) ή μειοψηφία. Παρατηρείται επίσης η πρακτική της συναίνεσης (consensus) που συνεπάγεται τη λήψη αποφάσεων χωρίς προηγούμενη ψηφοφορία, γεγονός που συνήθως οδηγεί σε ασάφειες στο τελικό κείμενο.

Χαρακτηριστικά διεθνών οργανισμών

Σύμφωνα με τον Ρούκουνα (1983), τα κυριότερα χαρακτηριστικά των Διεθνών Οργανισμών είναι τα ακόλουθα:

- α) *Ιδρυτική συνθήκη*: η συνθήκη αυτή καθορίζει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των κρατών-μελών, το πλαίσιο μέσα στο οποίο ο διεθνής οργανισμός αναπτύσσει τις δραστηριότητές του, την έναρξη ισχύος και τη διάρκεια του, τη θεσμική του δομή, τη λειτουργία των οργάνων του κλπ.
- β) *Μονιμότητα*: το στοιχείο αυτό εξασφαλίζει στο διεθνή οργανισμό τη δυνατότητα μιας ανεξάρτητης δράσης. Έτσι ο διεθνής οργανισμός δεν χρειάζεται την έγκριση των κρατών για να προβεί σε οποιαδήποτε πράξη. Η διαδικασία μιας τέτοιας έγκρισης θα αποτελούσε ανασταλτικό παράγοντα στη σωστή και αποτελεσματική λειτουργία του οργανισμού.
- γ) *Κοινοί σκοποί διεθνούς συνεργασίας*, λιγότερο ή περισσότερο χαλαροί.
- δ) *Ιδιαίτερα όργανα*: ο οργανισμός διαθέτει ιδιαίτερα όργανα τα οποία διαφέρουν από τα εσωτερικά όργανα των κρατών μελών και δεν υπάγονται στη συνταγματική τους δομή. Τα όργανα αυτά εκφράζουν τη

δική τους βούληση και όχι όπως συμβαίνει στις διεθνείς συνδιασκέψεις τη βούληση των κρατών από τα οποία προέρχονται.

- ε) *Διεθνής νομιμότητα*: ο οργανισμός πρέπει να κινείται μέσα στα πλαίσια που καθορίζονται από το Διεθνές Δίκαιο.
- στ) *Νομική προσωπικότητα*: ο διεθνής οργανισμός έχει ιδιαίτερη νομική προσωπικότητα, γεγονός που του προσδίδει την ικανότητα να έχει δικαιώματα και υποχρεώσεις. Συνήθως η νομική προσωπικότητα απονέμεται από την ιδρυτική συνθήκη.

Οι διεθνείς οργανισμοί επιδρούν στην άσκηση της εσωτερικής και εξωτερικής πολιτικής των κρατών αναγκάζοντας τα κράτη, άμεσα ή έμμεσα, να συμμορφώνονται σε ορισμένους κανονισμούς. Ιδιαίτερα η διεθνής προσωπικότητα των διεθνών οργανισμών έχει τις ακόλουθες συνέπειες:

- α) ο διεθνής οργανισμός έχει τη δυνατότητα να συνάπτει συμβάσεις με τα κράτη μέλη, με τρίτα κράτη ή με άλλους διεθνείς οργανισμούς, αρκεί να μην υπερβαίνει τα όρια των αρμοδιοτήτων του,
- β) ο διεθνής οργανισμός απολαμβάνει ορισμένα προνόμια και ασυλίες, τα οποία δεν προβλέπονται από το εθνικό δίκαιο αλλά καθορίζονται στη συγκεκριμένη περίπτωση, στο μέτρο που είναι απαραίτητα για τη διευκόλυνση της λειτουργίας του οργανισμού,
- γ) ο διεθνής οργανισμός είναι υποκείμενο διεθνούς ευθύνης όταν τα όργανα του παραβιάζουν κάποιο κανόνα διεθνούς δικαίου,
- δ) ο διεθνής οργανισμός έχει την ικανότητα να εγείρει απαιτήσεις σε διεθνές επίπεδο.

Είδη Διεθνών Οργανισμών

Οι διεθνείς οργανισμοί διακρίνονται: α) σε παγκόσμιους και περιφερειακούς, β) σε γενικούς και ειδικούς (ανάλογα με τον τομέα τον οποίο καλύπτουν) και γ) σε απλής συνεργασίας και δεσμευτικής αρμοδιότητας.

Παγκόσμιοι και περιφερειακοί

Οι παγκόσμιοι οργανισμοί έχουν τη δυνατότητα να δεχθούν όλα τα κράτη ως μέλη τους (π.χ. ΟΗΕ, ΠΟΥ, UNESCO, FAO). Οι περιφερειακοί οργανισμοί αναπτύσσουν δραστηριότητα σε κάποιο περιφερειακό επίπεδο, είναι ανοιχτοί σε όλα τα κράτη της περιφέρειας, τα οποία όμως δεν έχουν υποχρέωση να γίνουν μέλη των οργανισμών αυτών (π.χ. NATO, ΕΕ, Συμβούλιο της Ευρώπης).

Γενικοί και ειδικοί

Οι γενικοί διεθνείς οργανισμοί αφορούν το σύνολο των ειρηνικών σχέσεων και την επίλυση των διαφορών μεταξύ των κρατών (π.χ. ΟΗΕ) ενώ οι ειδικοί αφορούν συγκεκριμένα θέματα όπως οικονομική δραστηριότητα (π.χ. ΟΟΣΑ, Διεθνές Νομισματικό Ταμείο), τεχνολογική δραστηριότητα (π.χ. Διεθνής Ένωση Τηλεπικοινωνιών), κοινωνική και ανθρωπιστική δραστηριότητα (π.χ. ΠΟΥ, ΔΟΕ), πολιτιστική δραστηριότητα (π.χ. UNESCO), ή στρατιωτική δραστηριότητα (π.χ. NATO).

Οι κυριότεροι διεθνείς οργανισμοί υγείας**Οργανισμοί των Ηνωμένων Εθνών**

WHO - Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization)

WFP - Παγκόσμιο Πρόγραμμα Τροφίμων (World Food Programme)

UNICEF - (United Nations Children's Fund)

FAO - Οργανισμός Τροφίμων και Γεωργίας (Food and Agriculture Organization)

UNDP - Πρόγραμμα Ανάπτυξης (United Nations Development Programme)

Μη Κυβερνητικοί Οργανισμοί

Project Hope

Oxfam

Γιατροί χωρίς Σύνορα - (Médecins Sans Frontières)

Διεθνής Επιτροπή Ερυθρού Σταυρού - (International Committee of the Red Cross)

Διεθνής Κίνηση Ερυθρού Σταυρού και Ερυθράς Ημισελήνου - (International

Red Cross and Red Crescent Movement)

Άλλοι Οργανισμοί

PAHO - Παναμερικανικός Οργανισμός Υγείας - (PanAmerican Health Organization)

USAID - Γραφείο Ηνωμένων Εθνών για τη Διεθνή Ανάπτυξη - (United States Agency for International Development)

Απλής συνεργασίας και δεσμευτικής αρμοδιότητας

Η διάκριση αυτή γίνεται με βάση το κριτήριο της αποφασιστικής αρμοδιότητας των διεθνών οργανισμών.

Οι *Οργανισμοί απλής συνεργασίας* (π.χ. ΟΟΣΑ) έχουν ως αντικείμενο τη συνεργασία για τη μελέτη ή επισήμανση διαφόρων προβλημάτων καθώς και την παροχή βοήθειας ή τεχνογνωσίας.

Οι *Οργανισμοί δεσμευτικής αρμοδιότητας* επιβάλλουν στα κράτη μέλη τους συγκεκριμένους κανόνες συμπεριφοράς αλλά μπορούν να εκδίδουν και απλές συστάσεις-οδηγίες τις οποίες τα κράτη-μέλη υιοθετούν στην αντιμετώπιση κάποιου συγκεκριμένου θέματος (π.χ. Συστάσεις του Συμβουλίου της Ευρώπης). Οι αποφάσεις δεσμευτικού χαρακτήρα προβλέπονται κυρίως από τις ιδρυτικές συνθήκες των Οργανισμών και η εφαρμογή τους είναι υποχρεωτική για τα κράτη που οι συνθήκες αυτές δεσμεύουν. Άλλες φορές οι αποφάσεις έχουν άμεση και καθολική ισχύ στα κράτη μέλη χωρίς να χρειάζονται ειδικά νομοθετικά μέτρα και άλλες φορές το κράτος δεσμεύεται ως προς τον επιδιωκόμενο σκοπό αλλά επιλέγει το ίδιο τον τρόπο και το μέσο υλοποίησης.

Τα κράτη μπορούν να συμμετέχουν στους διεθνείς οργανισμούς είτε ως *πλήρη μέλη*, οπότε έχουν δικαίωμα ψήφου, είτε ως *παρατηρητές* χωρίς δικαίωμα ψήφου. Οι λεπτομέρειες που αφορούν τη συμμετοχή προβλέπονται συνήθως στο Καταστατικό των Οργανισμών.

Οι αποφάσεις των Διεθνών Οργανισμών, σύμφωνα με την πρακτική που έχει δημιουργηθεί, διακρίνονται σύμφωνα με τον Μπρεδέμα, σε:

- α) *Αποφάσεις με δεσμευτική ισχύ (decisions)* που αφορούν θέματα λειτουργίας του διεθνούς οργανισμού, υιοθέτησης κανονισμών κ.λ.π. Τέτοιες αποφάσεις είναι οι *κατευθυντήριες* οδηγίες (directives) που περιλαμβάνονται στις ιδρυτικές συνθήκες των κρατών - μελών της Ε.Ε και οι οποίες δεσμεύουν μόνον ως προς το περιεχόμενο αλλά όχι ως προς τον τρόπο εφαρμογής τους.
- β) *Διεθνείς Συμβάσεις*: Οι διεθνείς οργανισμοί συχνά συντάσσουν διεθνείς συμβάσεις (συμφωνίες ή συνθήκες) το κείμενο των οποίων υποβάλλεται στις κυβερνήσεις για επικύρωση, η οποία όμως δεν είναι υποχρεωτική. Συνήθως τα κράτη μέλη οφείλουν να ενημερώνουν τον διεθνή οργανισμό για τη νομοθεσία και την πρακτική που σχετίζεται με το αντικείμενο της σύμβασης.
- γ) *Ενστάσεις (recommendations)*: Συνιστούν υποδείξεις προς τα κράτη - μέλη. Αν και οι συστάσεις δεν έχουν νομική δεσμευτικότητα, η σύγχρονη πραγματικότητα δείχνει ότι σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν μεγάλη «ηθική» και ενίοτε πολιτική βαρύτητα, καθ' όσον μάλιστα παρατηρείται αναποτελεσματικότητα των δεσμευτικών αποφάσεων και των αντίστοιχων κυρώσεων.
- δ) «*Άγουρο*» *δίκαιο* (soft law): Πρόκειται για μια μορφή κανόνων δικαίου η οποία προέρχεται από αποφάσεις διεθνών οργανισμών, δεν έχει πάρει ακόμη τελική μορφή αλλά, όπως αναφέρει ο Μπρεδέμας (1990), «*δείχνει την κατεύθυνση που θα πάρει στο μέλλον το θετικό δίκαιο με τη μορφή διεθνούς σύμβασης ή εθιμικού κανόνα*».

Ιστορική Εξέλιξη Διεθνών Οργανισμών Υγείας

Οι διεθνείς οργανισμοί δημιουργήθηκαν για να επιλύσουν συγκεκριμένα προβλήματα (όπως π.χ. η Επιτροπή Ναυσιπλοΐας του Ρήνου που ιδρύθηκε το 1815 για να αντιμετωπίσει πρακτικά προβλήματα τα οποία συναντούσαν τα ενδιαφερόμενα κράτη).

Στο χώρο της υγείας, το πιο σημαντικό πρόβλημα που έκανε επιτακτική την ανάγκη μιας διεθνούς συνεργασίας, ήταν οι αλληπάλληλες επιδημίες *χολέρας*. Κοιτίδες της χολέρας ήταν από την αρχαιότητα η Ινδία και το ανατολικό Πακιστάν. Μέχρι το 1816-17, οπότε σημειώθηκε η πρώτη μεγάλη επιδημία, η χολέρα ήταν περιορισμένη σε αυτόν τον γεωγραφικό χώρο. Οι επόμενες επιδημίες όμως, έφτασαν μέχρι τη Μόσχα, διέσχισαν όλη την Ευρώπη, άγγιξαν τα ανατολικά παράλια της Αφρικής και έφτασαν μέχρι την Αμερική. Από το 1925 και μετά η χολέρα εξαφανίστηκε από την Ευρώπη μέχρι τη δεκαετία του '60 που έκανε και πάλι την εμφάνιση της, όμως η βελτίωση των συνθηκών ζωής και υγιεινής απέτρεψαν μία επιδημία του μεγέθους των προηγούμενων (Παράρτημα).

4.6.1 Οι Διεθνείς Οργανισμοί Υγείας σήμερα

Η απειλή των νεοεμφανιζόμενων λοιμωδών νόσων και της βιολογικής τρομοκρατίας αναγκάζει σήμερα τα κράτη αφενός να επανεκτιμήσουν την υποδομή της δημόσιας υγείας και την παροχή γενικότερων υπηρεσιών υγείας

αφετέρου να αναθεωρήσουν ισχύουσες διεθνείς συμβάσεις έτσι ώστε αυτές να είναι *συμβατές με τις νέες αντιλήψεις της δημόσιας υγείας*.

Έτσι, η γενικότερη πολιτική των διεθνών οργανώσεων υγείας στρέφεται προς αυτήν την κατεύθυνση, λαμβάνοντας υπόψη την πολυπαραγοντική φύση της υγείας.

Όσον αφορά ειδικότερα τα λοιμώδη νοσήματα, η αντιμετώπιση τους επιβάλλει τη διεθνή συνεργασία και εικάζεται πως το Διεθνές Δίκαιο θα παίξει σημαντικό ρόλο στην παγκόσμια στρατηγική για τον έλεγχο τους, καθώς η εξάπλωση των μικροβίων δεν γνωρίζει γεωγραφικά ή νομοθετικά σύνορα.

Αυτό σημαίνει πως οι παραδοσιακές διακρίσεις μεταξύ εθνικών και διεθνών πολιτικών και μεταξύ κοινωνικών και οικονομικών δραστηριοτήτων χάνουν σιγά-σιγά τη σημασία τους.

Στη δημόσια υγεία παρατηρείται σήμερα μια συνύπαρξη παλαιών και νέων στοιχείων.

Τα παλαιά στοιχεία αφορούν κυρίως την ιστορική συνεργασία και επικοινωνία μεταξύ των κρατών: τα κράτη πάντοτε συνεργάζονταν προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα λοιμώδη νοσήματα, αρχικά μέσω διεθνών συμβάσεων και αργότερα μέσω των δραστηριοτήτων του ΠΟΥ.

Το καινούργιο στοιχείο αφορά την εντατικοποίηση αυτής της επικοινωνίας και συνεργασίας σε παγκόσμιο επίπεδο, γεγονός που επηρεάζει τη δημόσια υγεία με τρεις τρόπους:

- **Πρώτον, η τεχνολογία και η οικονομική αλληλεξάρτηση** επιτρέπουν στα μικρόβια να εξαπλώνονται παγκοσμίως με μεγάλη ταχύτητα, κυρίως λόγω της **αύξης των ταξιδιών και της διεθνούς φύσης της επεξεργασίας, εμπορίας και πώλησης των τροφών**. Επίσης η **ραγδαία αύξηση του πληθυσμού** δημιουργεί ευνοϊκές συνθήκες για την εξάπλωση των μικροβίων ενώ αρνητικές επιπτώσεις έχει **η αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών**.
- **Δεύτερον, ο οικονομικός ανταγωνισμός** έχει οδηγήσει τις κυβερνήσεις στη **μείωση της χρηματοδότησης προγραμμάτων δημόσιας υγείας** και
- **Τρίτον, τα προγράμματα δημόσιας υγείας** έχουν αποκτήσει **παγκοσμιοποιημένο χαρακτήρα μέσω του ΠΟΥ αλλά και διαφόρων μη κυβερνητικών οργανώσεων υγείας**.

Στη συνάντηση κορυφής στο Halifax το 1996, οι μεγαλύτερες βιομηχανικές χώρες υιοθέτησαν ένα πιλοτικό πρόγραμμα με τον τίτλο «Προς ένα Παγκόσμιο Δίκτυο Υγείας»,* σχεδιασμένο να βοηθά τις κυβερνήσεις να αντιμετωπίζουν νεοεμφανιζόμενα λοιμώδη νοσήματα και άλλα προβλήματα υγείας. Τα βασικά σημεία αυτού του προγράμματος, τα οποία δείχνουν τις τάσεις διεθνούς συνεργασίας, ήταν τα ακόλουθα:

- ενδυνάμωση δικτύων διεθνούς παρακολούθησης,
- βελτίωση της διεθνούς υποδομής δημόσιας υγείας,
- ανάπτυξη καλύτερων κριτηρίων, συστάσεων κλπ,
- βελτίωση διεθνών δυνατοτήτων ανταπόκρισης σε επιδημίες με επαρκείς υλικούς και ανθρώπινους πόρους,

- ενδυνάμωση διεθνών ερευνητικών προσπάθειών στα λοιμώδη νοσήματα και στην αντίσταση στα αντιβιοτικά, επικέντρωση στην εκπαίδευση και υποστήριξη ιατρικής και επιστημονικής εμπειρίας,
- ενθάρρυνση των εθνικών κυβερνήσεων να βελτιώσουν το σύστημα Δημόσιας Υγείας, να επενδύσουν πόρους και να συντονίσουν τις ενέργειες τους με τον ΠΟΥ και τη διεθνή κοινότητα.

Επί πλέον, η τελευταία αναθεώρηση του Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού (International Health Regulation) από την 58η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας του ΠΟΥ, διεύρυνε το πεδίο εφαρμογής του Κανονισμού σε όλα τα γεγονότα τα οποία μπορούν να αποτελέσουν πρόβλημα δημόσιας, υγείας διεθνούς ενδιαφέροντος.

*«Towards a global Health Network»

Παράρτημα	
<u>Σημεία ορόσημα στη δημιουργία των Διεθνών Οργανισμών Υγείας</u>	
Σύντομος χρονολογικός πίνακας	
1816-1817:	1 ^η επιδημία χολέρας: (Ινδία - ΝΑ και Κεντρική Ασία – Μ. Ανατολή - Ρωσία)
1829- 1851:	2 ^η επιδημία χολέρας: (Ινδία - Ευρώπη - Ιαπωνία - Η.Π.Α.)
1852 - 1860:	3 ^η επιδημία χολέρας
1863 - 1879:	4 ^η επιδημία χολέρας (κυρίως Ευρώπη και Αφρική)
1881 --1896:	5 ^η επιδημία χολέρας (κυρίως Ευρώπη)
1899 - 1923:	6 ^η επιδημία χολέρας
1961 --1970:	7 ^η επιδημία χολέρας (Ινδονησία, Ινδία, Ρωσία, Ευρώπη)
<u>Οι κυριότερες Υγειονομικές Συνδιασκέψεις</u>	
1851 Παρίσι:	1η Συνδιάσκεψη για την Υγιεινή (χολέρα)
1859 Παρίσι:	2η Συνδιάσκεψη για την Υγιεινή (χολέρα)
1866 Κων/λη:	3η Συνδιάσκεψη για την Υγιεινή (χολέρα)
1877 Βιέννη:	4η Συνδιάσκεψη για την Υγιεινή (χολέρα)
1903 Παρίσι:	11η Συνδιάσκεψη για την Υγιεινή: Κωδικοποίηση των τεσσάρων Υγειονομικών Συμβάσεων που είχαν συναφθεί μέχρι τότε
1907 Παρίσι:	Ίδρυση Διεθνούς Υγειονομικού Γραφείου (Office International d'Hygiène Publique)
1912 Παρίσι:	Διεθνής Υγειονομική Σύμβαση (τροποποίηση το 1926 και προσθήκη διατάξεων για τον τύφο και την ευλογιά)
1919 :	Δημιουργία της Ένωσης Εταιρειών του Ερυθρού Σταυρού (League of Red Cross Societies)
1920:	Γενεύη: Ίδρυση Οργανισμού Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών
1938:	Παρίσι: Τελευταία Συνδιάσκεψη για την Υγιεινή
1943:	Ίδρυση της UNRRA - ανάληψη ευθύνης του ΟΙΗΡ το 1945
	1946: Σύγκληση από το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο του ΟΗΕ (ECOSOC) Διεθνούς Διάσκεψης Υγείας στο San Fransisco - Προετοιμασία Καταστατικού του ΠΟΥ
1946:	Επίσημη λήξη εργασιών της UNRRA Μεταφορά των δραστηριοτήτων του Οργανισμού Υγείας της ΚΤΕ στα Ηνωμένα Έθνη.
1948:	Τίθεται σε ισχύ το Καταστατικό του ΠΟΥ

4.6.2 Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) (Ιστορική αναδρομή- Στόχοι- Συμμετοχή- Οργάνωση- Λειτουργία- Πολιτικές Υγείας- Εξέλιξη των Στρατηγικών Υγείας)

(Πηγή: Τζένη Κουρέα – Κρεμαστινού)

Εισαγωγή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) - World Health Organization (WHO), είναι ένας Διακυβερνητικός Οργανισμός με παγκόσμιο προσανατολισμό. Είναι ένας από τους δεκαέξι Ειδικευμένους Οργανισμούς των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) και συνδέεται με αυτόν με επίσημη Συμφωνία. Συγκαταλέγεται ανάμεσα στους τέσσερις «μεγάλους» Ειδικευμένους Οργανισμούς μαζί με τη Διεθνή Οργάνωση Εργασίας (ΔΟΕ-International Labor Organization), τον Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών για τα Τρόφιμα και τη Γεωργία (Food and Agriculture Organization) και τον Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών για την Εκπαίδευση, την Επιστήμη και τον Πολιτισμό (UNESCO).

Ο ΠΟΥ έχει ως πρωταρχική ευθύνη τη διεθνή δημόσια υγεία, προωθεί την τεχνική συνεργασία στον τομέα της υγείας, αναπτύσσει προγράμματα ελέγχου και εξάλειψης των ασθενειών και καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια για τη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας.

Ιστορική Αναδρομή - Στόχοι - Συμμετοχή Ιστορική αναδρομή

Η διεθνής συνεργασία στον τομέα της υγείας ξεκίνησε το δεύτερο μισό του 19^{ου} αιώνα και υλοποιήθηκε αφενός μέσω των Διεθνών Υγειονομικών Διασκέψεων και των Διεθνών Υγειονομικών Συμβάσεων και αφετέρου με τη δημιουργία Διεθνών Οργάνων Δημόσιας Υγείας.

Η συνεργασία αυτή υπαγορεύτηκε από τη ραγδαία εξάπλωση επιδημικών ασθενειών, (όπως η χολέρα, η πανώλης και ο κίτρινος πυρετός) άμεσα συνδεομένων με τη διεύρυνση των διεθνών σχέσεων και των εμπορικών συναλλαγών που οδήγησαν στην ανάπτυξη των μέσων μεταφοράς και επικοινωνίας.

Εξαιτίας της έλλειψης ιατρικών γνώσεων και της απουσίας αποτελεσματικών θεραπευτικών μεθόδων, σε πρώτο στάδιο δόθηκε έμφαση στην προστασία των Ευρωπαϊκών πληθυσμών με τη λήψη μέτρων καραντίνας.

Η πρώτη γνωστή προσπάθεια για τη δημιουργία ενός διεθνούς μηχανισμού για τη δημόσια υγεία με στόχο τη μάχη κατά των επιδημιών και των λοιμωδών νόσων έγινε το 1851, όταν πραγματοποιήθηκε η *πρώτη Διεθνής Υγειονομική Διάσκεψη* στο Παρίσι, η οποία φιλοδοξούσε να καταλήξει σε μία Διεθνή Υγειονομική Σύμβαση.

Ωθηση σε αυτή την πρωτοβουλία έδωσαν οι επιδημίες χολέρας που είχαν πλήξει και την Ευρώπη και στις οποίες χιλιάδες άνθρωποι είχαν χάσει τη ζωή τους. Η πρώτη αυτή προσπάθεια δεν στέφθηκε με επιτυχία, η προετοιμασία όμως για την υπογραφή της Σύμβασης συνεχίστηκε και τελικά, μετά από την

πραγματοποίηση εννέα συνολικά Διασκέψεων ανάμεσα στα έτη 1881 και 1897, υιοθετήθηκε το 1903 η *Νέα Διεθνής Υγειονομική Σύμβαση* που αναφερόταν τόσο στη χολέρα όσο και στη λήψη προληπτικών μέτρων ενάντια στην πανώλη.

Η Σύμβαση αυτή αναθεωρήθηκε και συμπληρώθηκε το 1926 με διατάξεις σχετικές με την ευλογιά και τον τύφο. Το 1935 τέθηκε σε ισχύ η Διεθνής Υγειονομική Σύμβαση για τις εναέριες μεταφορές, ενώ η τελευταία Διεθνής Υγειονομική Διάσκεψη έγινε το 1938 στο Παρίσι.

Σχετικά με τη δημιουργία των πρώτων Διεθνών Οργανισμών Υγείας το 1907, 12 ευρωπαϊκά κράτη υπέγραψαν τη *Συμφωνία της Ρώμης* για την ίδρυση ενός *Διεθνούς Γραφείου Δημόσιας Υγείας* (L' Office International d' Hygiene Public) με έδρα το Παρίσι, το οποίο διέθετε μόνιμη Γραμματεία και Επιτροπή. Αρμοδιότητα του ήταν η παροχή γενικής ενημέρωσης σε θέματα δημόσιας υγείας, κυρίως στις μεταδιδόμενες ασθένειες, συμβάλλοντας σημαντικά στον έλεγχο των κυριότερων μεταδιδόμενων νόσων συμπεριλαμβανομένου του κίτρινου πυρετού, της χολέρας, της ελονοσίας και της φυματίωσης.

Το 1919, ιδρύθηκε η *Κοινωνία των Εθνών* (ΚΤΕ) και ανάμεσα στις άλλες αρμοδιότητες, της ανατέθηκε η ευθύνη για την πρόληψη και τον έλεγχο των ασθενειών. Η πρόταση να υπαχθεί το Διεθνές Γραφείο Δημόσιας Υγείας στην Κοινωνία των Εθνών δεν έγινε αποδεκτή και η συνέχεια ήταν να ιδρυθεί στη Γενεύη ο *Οργανισμός Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών*, ως ανεξάρτητο όργανο. Μόνο μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο τα δύο αυτά διεθνή όργανα ενσωματώθηκαν για να δημιουργήσουν ένα νέο Οργανισμό Υγείας.

Στο μεσοδιάστημα είχαν δημιουργηθεί κάποια περιφερειακά υγειονομικά όργανα:

Το 1902 ιδρύθηκε στην Ουάσιγκτον το Διεθνές Υγειονομικό Γραφείο που το 1923 μετατράπηκε σε *Παν-Αμερικανικό Υγειονομικό Γραφείο* και σήμερα αποτελεί τον *Παν-Αμερικανικό Οργανισμό Υγείας (ΡΑΗΟ)*, που είναι το Περιφερειακό Γραφείο της ΠΟΥ για την Αμερική.

Το 1938, ιδρύθηκε το *Συμβούλιο Υγείας στην Αλεξάνδρεια* της Αιγύπτου με διεθνή σύνθεση αποτελώντας ένα Περιφερειακό Οργανισμό Υγείας και

Το 1949 οι αρμοδιότητες του μεταφέρθηκαν στον ΠΟΥ. Σήμερα αποτελεί το Περιφερειακό Γραφείο του ΠΟΥ για την Ανατολική Μεσόγειο.

Το 1946, η Διάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών για τους Διεθνείς Οργανισμούς που έγινε στο *San Francisco*, ενέκρινε την πρόταση της Βραζιλίας και της Κίνας για τη δημιουργία ενός νέου αυτόνομου Διεθνούς Οργανισμού Υγείας. Στις 22 Ιουλίου του 1946 το Οικονομικό και Κοινωνικό Συμβούλιο του Ο.Η.Ε. (ECOSOC) συγκάλεσε στη Νέα Υόρκη τη *Διεθνή Διάσκεψη Υγείας*, στο πλαίσιο της οποίας υιοθετήθηκε το Καταστατικό του νέου Οργανισμού, το οποίο τέθηκε σε ισχύ στις 7 Απριλίου του 1948 όταν και το 26^ο μέλος του ΟΗΕ επικύρωσε το καταστατικό.

Η 7^η Απριλίου θεωρείται ως η ημέρα ίδρυσης του Οργανισμού και αυτός είναι ο λόγος που κάθε χρόνο στις 7 Απριλίου εορτάζεται η *Παγκόσμια Ημέρα Υγείας*.

Η Ελλάδα ήταν από τα πρώτα κράτη που επικύρωσαν το Καταστατικό του Οργανισμού, στις 12 Μαρτίου του 1948, συγκαταλεγόμενη έτσι στα ιδρυτικά του μέλη.

Στόχοι του ΠΟΥ

Αποστολή και στόχος του ΠΟΥ, σύμφωνα με το άρθρο 1 του Καταστατικού του, είναι η επίτευξη για όλους του ανθρώπους του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας.

«Η υγεία, όπως ορίζεται στο προοίμιο του καταστατικού, είναι η κατάσταση της πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας».

Οι πιο βασικές λειτουργίες του ΠΟΥ είναι:

- Η διαμόρφωση και προάσπιση πολιτικών για την υγεία που βασίζονται σε ηθικές αξίες και επιστημονική τεκμηρίωση
- Η παρακολούθηση και ανάλυση των διεθνών τάσεων στην υγεία και η διαμόρφωση προτεραιοτήτων για ανάπτυξη, έρευνα και παρεμβάσεις
- Η παροχή τεχνικής και επιστημονικής βοήθειας στις κυβερνήσεις των κρατών μελών του,
- Η διαπραγμάτευση παγκοσμίων συμβάσεων και συνεργασιών για την υγεία
- Η ανάπτυξη, παρακολούθηση και επιδίωξη της εφαρμογής παγκόσμιων κανόνων και προτύπων
- Η προώθηση, ανάπτυξη και εφαρμογή νέων τεχνολογιών, εργαλείων και κατευθυντηρίων οδηγιών.

Συμμετοχή -Λήξη συμμετοχής στον οργανισμό

Ο ΠΟΥ είναι ένας ανοικτός Οργανισμός υπό την έννοια ότι οποιοδήποτε κράτος μπορεί να γίνει μέλος του σύμφωνα με το άρθρο 5 του καταστατικού του. Οι προϋποθέσεις για να γίνει κάποιο κράτος πλήρες ή συνδεδεμένο μέλος είναι αυτές που αναφέρονται στο κεφάλαιο ΙΙΙ του καταστατικού (άρθρα 3-8).

Έτσι, σύμφωνα με το άρθρο 4 προβλέπεται ότι κάθε κράτος - μέλος του ΟΗΕ μπορεί να γίνει μέλος του ΠΟΥ αποδεχόμενο το καταστατικό του. Μέλη του Οργανισμού μπορούν επίσης να γίνουν τα κράτη μέλη που είχαν προσκληθεί να στείλουν παρατηρητές στη Διεθνή Διάσκεψη Υγείας και αυτό γιατί υπάρχουν κράτη που δεν είναι μέλη του ΟΗΕ, είναι όμως μέλη του ΠΟΥ, π.χ. η Ελβετία προς χάριν της διατήρησης της ουδετερότητας της. Υπάρχει και μία τρίτη περίπτωση σύμφωνα με την οποία κράτη που δεν πληρούν τις παραπάνω προϋποθέσεις μπορούν, σύμφωνα με το άρθρο 6, να καταστούν πλήρη μέλη του Οργανισμού όταν η αίτησή τους για εισδοχή γίνει αποδεκτή από την πλειοψηφία της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας.

Σχετικά με τη λήξη της συμμετοχής στον Οργανισμό, δεν υπάρχει καμία πρόβλεψη τόσο για την αποχώρηση με τη θέληση του μέλους όσο και για τον αποκλεισμό ή την

αποβολή. Υπάρχει όμως η δυνατότητα διακοπής της συμμετοχής με πρωτοβουλία εκ μέρους του Οργανισμού που γίνεται κυρίως για οικονομικούς λόγους, δηλαδή τη μη τακτοποίηση της συνεισφοράς στον προϋπολογισμό του Οργανισμού. Η διακοπή αυτή έχει συνήθως αυτόματο χαρακτήρα με διακοπή του δικαιώματος ψήφου εάν το κράτος μέλος δεν έχει τακτοποιήσει τις οικονομικές του υποχρεώσεις για δύο συνεχόμενα έτη. Επίσης μπορεί να υπάρξει διακοπή για τη μη τήρηση της Καταστατικής Πράξης του Οργανισμού, όπως π.χ. με την πρώην Γιουγκοσλαβία.

Το 2007 τα κράτη μέλη του Οργανισμού ανέρχονται σε 193 περιλαμβάνοντας έτσι το σύνολο σχεδόν των κρατών του πλανήτη μας.

Εκτός από την ιδιότητα του πλήρους μέλους το καταστατικό δίνει τη δυνατότητα στις περιοχές που δεν έχουν την ευθύνη των διεθνών τους σχέσεων να γίνουν συνδεδεμένα μέλη (associate members). Σήμερα υπάρχουν δύο τέτοια συνδεδεμένα μέλη το Πουέρτο Ρίκο και το Τοκαλού.

Οργάνωση - Λειτουργία

Τα όργανα διοίκησης του ΠΟΥ είναι:

- α) η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας (World Health Assembly),
 - β) το Εκτελεστικό Συμβούλιο (Executive Board) και
 - γ) η Γραμματεία με επικεφαλής τον Γενικό Διευθυντή (Director General)
- Οι κεντρικές υπηρεσίες βρίσκονται στη *Γενεύη*, όπου είναι και η έδρα του Οργανισμού. Για την καλύτερη οργάνωση και λειτουργία του οργανισμού έχουν ιδρυθεί 6 Περιφερειακοί Οργανισμοί.

Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας (World Health Assembly)

Η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας είναι το αποφασιστικό όργανο του οργανισμού. Αποτελείται από τους αντιπροσώπους των κρατών μελών και συνέρχεται *μία φορά το χρόνο κάθε Μάιο στη Γενεύη*. Την πρώτη ημέρα κάθε ετήσιας συνόδου εκλέγεται ο Πρόεδρος της Συνέλευσης και τα υπόλοιπα μέλη που απαρτίζουν το Προεδρείο.

Οι αποφάσεις της σε σημαντικά θέματα όπως η υιοθέτηση Συμβάσεων ή Συμφωνιών και οι τροποποιήσεις του καταστατικού λαμβάνονται με την πλειοψηφία των 2/3 των παρόντων που έχουν δικαίωμα ψήφου ενώ για τα άλλα θέματα αρκεί η απλή πλειοψηφία. Κάθε κράτος έχει μία ψήφο.

Έργο της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας είναι:

- να αποφασίζει για τις πολιτικές του Οργανισμού,
- να εκλέγει τον Γενικό Διευθυντή,
- να εξετάζει και να εγκρίνει τις δραστηριότητες του Εκτελεστικού Συμβουλίου, να συστήνει τις απαραίτητες για το έργο του Οργανισμού επιτροπές,
- να επιβλέπει την οικονομική πολιτική του Οργανισμού,
- να εξετάζει και να εγκρίνει τον προϋπολογισμό,
- να προάγει και να διευθύνει την έρευνα μέσω του προσωπικού του Οργανισμού, με τη δημιουργία ιδρυμάτων ή με τη συνεργασία ιδρυμάτων των Κρατών μελών.

Εκτελεστικό συμβούλιο (Executive Board)

Είναι το εκτελεστικό όργανο του οργανισμού και από το 1992 αποτελείται από 34 μέλη (*έδρες*) που εκλέγονται για *θητεία τριών ετών* και κατανέμονται ανά περιφέρεια ανάλογα με τον αριθμό των κρατών που απαρτίζουν τον αντίστοιχο Περιφερειακό Οργανισμό. Καμία όμως περιφέρεια δεν μπορεί να διαθέτει λιγότερο από 3 αντιπροσώπους. Έτσι σύμφωνα με τα παραπάνω, η

κατανομή των θέσεων είναι η ακόλουθη: Αφρική 7, Ευρώπη 8, Αμερική 6, Ανατολική Μεσόγειος 5, Νοτιοανατολική Ασία 3, Δυτικός Ειρηνικός 5.

Οι αρμοδιότητες του Εκτελεστικού Συμβουλίου είναι:

- να λειτουργεί ως εκτελεστικό όργανο της Παγκόσμιας Συνέλευσης και να υλοποιεί τις αποφάσεις και τις πολιτικές της,
- να υποβάλλει προτάσεις στην Παγκόσμια Συνέλευση,
- να προετοιμάζει το πρόγραμμα εργασίας της Παγκόσμιας Συνέλευσης,
- να παίρνει όλα τα απαραίτητα μέτρα για επείγουσες περιπτώσεις και
- να εξουσιοδοτεί τον Γενικό Διευθυντή να προβαίνει στις απαραίτητες ενέργειες π.χ. για την περίπτωση επιδημιών ή άλλων θεμάτων.

Το Εκτελεστικό Συμβούλιο συνέρχεται κανονικά τον Ιανουάριο και στο τέλος της ετήσιας Συνόδου της Παγκόσμιας Συνέλευσης Υγείας κάθε Μάιο στη Γενεύη.

Γραμματεία (Secretariat)

Η Γραμματεία αποτελείται από:

- τον Γενικό Διευθυντή του Οργανισμού (Director General). Εκλέγεται από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας και έχει θητεία 5 ετών,
- τους 6 Περιφερειακούς Διευθυντές των αντίστοιχων Περιφερειακών Γραφείων,
- το απαιτούμενο επιστημονικό, τεχνικό και διοικητικό προσωπικό.

Ο Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ είναι μια εξαιρετικά υψηλή θέση στους διεθνείς κύκλους. Από άποψη εθιμοτυπίας απολαμβάνει τιμές αρχηγού κράτους.

Η Γραμματεία αποτελεί το μόνιμο όργανο του οργανισμού το οποίο είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξη και την κατάρτιση των προγραμμάτων καθώς και για την υλοποίησή τους, αφού πρώτα υιοθετηθούν από την Παγκόσμια ή τις περιφερειακές Συνελεύσεις.

Περιφερειακοί οργανισμοί ΠΟΥ

Όπως αναφέρθηκε υπάρχουν 6 περιφερειακοί οργανισμοί - γραφεία (Regional offices) σε κάθε περιοχή:

- | | | |
|-------------------------------|-------|-------------|
| • Ευρώπης (EURO) | έδρα: | Κοπεγχάγη |
| • Αμερικής (AMRO) | έδρα: | Ουάσιγκτον |
| • Αφρικής (AFRO) | έδρα: | Μπραζαβίλ |
| • Ασίας (SEARO) | έδρα: | Νέο Δελχί |
| • Ανατολικής Μεσογείου (EMRO) | έδρα: | Αλεξάνδρεια |
| • Δυτικού Ειρηνικού (WPRO) | έδρα: | Μανίλα |

Τα όργανα διοίκησης των περιφερειακών οργανισμών είναι παρόμοια με αυτά του Κεντρικού Οργανισμού:

α) *Περιφερειακή Επιτροπή (Regional Committee)*, η οποία συνέρχεται μια φορά το χρόνο με συμμετοχή αντιπροσώπων όλων των κρατών - μελών της περιφέρειας. Έργο της Περιφερειακής Επιτροπής είναι:

- να αποφασίζει την περιφερειακή πολιτική υγείας,
- να επιβλέπει τις δραστηριότητες του αντίστοιχου Περιφερειακού Γραφείου,
- να προτείνει την ανάπτυξη δράσεων σε διάφορα θέματα υγείας που απασχολούν την περιοχή και να εγκρίνει τον προϋπολογισμό.

β) *Διαρκής Επιτροπή (Standing Committee)* που είναι αντίστοιχη του Εκτελεστικού Συμβουλίου του κεντρικού οργανισμού.

Έργο της Διαρκούς Επιτροπής είναι:

- να δρα για λογαριασμό της Περιφερειακής Επιτροπής, να την εκπροσωπεί και να παρακολουθεί την υλοποίηση των αποφάσεων της,
 - να συμβουλεύει την Περιφερειακή Επιτροπή για θέματα που της υποβάλλει και να συμβουλεύει τον Περιφερειακό Διευθυντή,
 - να υποβάλλει προτάσεις και γνώμες στην Περιφερειακή Επιτροπή και στον Περιφερειακό Διευθυντή,
 - να γνωμοδοτεί για το περιφερειακό πρόγραμμα και
 - να εκτελεί κάθε δράση που του αναθέτει η Περιφερειακή Επιτροπή.
- γ) *Γραμματεία με επικεφαλής τον Περιφερειακό Διευθυντή (Regional Director)* και το Επιστημονικό και Διοικητικό προσωπικό. Ο Περιφερειακός Διευθυντής εκλέγεται από την Περιφερειακή Επιτροπή και έχει θητεία 5 ετών που μπορεί να ανανεωθεί άλλη μια φορά.

Περιφερειακό γραφείο Ευρώπης

Ιδιαίτερη αναφορά θα πρέπει να γίνει στο *Περιφερειακό Γραφείο Ευρώπης*, στο οποίο ανήκει και η Ελλάδα. Σήμερα το Ευρωπαϊκό Γραφείο περιλαμβάνει 53 Κράτη με έναν πληθυσμό περίπου 850 εκατομμυρίων. Κυρίαρχο όργανο και εδώ είναι η Περιφερειακή Επιτροπή (Regional Committee) που συνέρχεται κάθε Σεπτέμβριο. Κάθε δύο χρόνια η σύνοδος γίνεται στην έδρα του Οργανισμού στην Κοπεγχάγη ενώ ενδιάμεσα φιλοξενείται από διάφορα κράτη μέλη.

Στο πλαίσιο της Περιφερειακής Επιτροπής λειτουργεί η Διαρκής Επιτροπή (Standing Committee). Αποτελείται από 9 μέλη στη βάση ισομερούς γεωγραφικής κατανομής που εκλέγονται για θητεία 3 ετών και συνέρχεται τουλάχιστον δύο φορές το χρόνο.

Πολιτικές υγείας - Εξέλιξη των στρατηγικών υγείας

1948-1959: Οι πρώτοι προσανατολισμοί

Η πρώτη Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας αποφάσισε για το μελλοντικό προσανατολισμό των δραστηριοτήτων του Οργανισμού στη βάση των συστάσεων της Προσωρινής Επιτροπής με προτεραιότητα την αντιμετώπιση της ελονοσίας, την υγεία της μητέρας και του παιδιού, τη φυματίωση, τα αφροδίσια νοσήματα, τη διατροφή.

Επίσης αποφασίστηκε οι επόμενες δράσεις να εστιαστούν στη διοίκηση της δημόσιας υγείας, στις παρασιτικές και ιογενείς νόσους και στην ψυχική υγεία. Με την ανάπτυξη του Οργανισμού έγινε αντιληπτό ότι οι παραπάνω προτεραιότητες δεν ανταποκρίνονταν στις ανάγκες υγείας των πληθυσμών του συνόλου των κρατών και γι' αυτό αποφασίστηκε η υιοθέτηση περισσότερο ελαστικών μεθόδων που θα επέτρεπαν την προσαρμογή των δράσεων στο βαθμό ανάπτυξης και στα ιδιαίτερα προβλήματα του κάθε κράτους μέλους.

Το 1950, ο πρώτος Γενικός Διευθυντής του ΠΟΥ (1948-1953) Brock Chisholm, εξέφρασε την ανησυχία του Οργανισμού για τους κοινωνικούς παράγοντες της υγείας και της ασθένειας και για τον προσανατολισμό του ΠΟΥ.

«Οι ομάδες δεν θα επιβιώνουν στο μέλλον σε βάρος της ζωής άλλων ομάδων.»

Ή θα επιβιώσουμε όλοι σαν ανθρώπινο είδος ή κανένας. Τα μικρόβια δεν είναι πλέον ο κύριος εχθρός: η επιστήμη εξελίχθηκε αρκετά ώστε να μπορεί να τα αντιμετωπίζει επιτυχώς, αν δεν υπήρχαν φραγμοί όπως η δεισιδαιμονία, η αμάθεια, η θρησκευτική μισαλλοδοξία, η δυστυχία και η φτώχεια.

Ο θεμελιώδης σκοπός του ΠΟΥ θα είναι να παρακινεί και να διευκολύνει με κάθε πρόσφορο τρόπο την ανάπτυξη εθνικών συστημάτων υγείας σε κάθε χώρα».

Το 1951 η 4^η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας υιοθέτησε το πρώτο γενικό πρόγραμμα δράσης για μία συγκεκριμένη περίοδο. Το πρόγραμμα αυτό αποσκοπούσε στην ανάπτυξη δράσεων σε πέντε βασικούς άξονες:

- προώθηση των εθνικών υγειονομικών αρχών,
- επαγγελματική και τεχνική εκπαίδευση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού,
- δημιουργία μόνιμων υπηρεσιών παγκόσμιου ενδιαφέροντος, όπως στατιστικά δεδομένα υγείας, ενημέρωση για την επιδημιολογία, ενθάρρυνση της έρευνας,
- συνεργασία με άλλους Διεθνείς Οργανισμούς,
- συντονισμός και έλεγχος των δραστηριοτήτων των άλλων Οργανισμών στον τομέα της υγείας.

Από το 1953 ενθαρρύνονται ιδιαίτερα τα προγράμματα διεθνούς ή διαπεριφερειακής εμβέλειας, γεγονός που αποτελεί ένδειξη της βούλησης για διεθνή συνεργασία στον τομέα της υγείας.

Για τις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες οι συστάσεις του ΠΟΥ αναφέρονται στις αποδεδειγμένες μεθόδους εξυγίανσης και στο να διδάξουν στους πληθυσμούς τους την εφαρμογή απλών καθημερινών υγειονομικών πρακτικών. Σ' αυτό το πλαίσιο ο ΠΟΥ στηρίζει τις προσπάθειες των κρατών να εξασφαλίσουν τις κατάλληλες συνθήκες για ύδρευση και πόσιμο νερό.

Από το 1955, τα προβλήματα ρύπανσης του αέρα και του νερού από ραδιενέργεια αποτελούν τομείς δράσεις του Οργανισμού. Την ίδια χρονιά προωθείται το φιλόδοξο πρόγραμμα εξάλειψης της ελονοσίας τα αποτελέσματα του οποίου αναγνωρίστηκαν στο τέλος της δεκαετίας του 1970.

1960-1972: Από-αποικισμός και ανάπτυξη

Στη δεκαετία του 1960 συναντάμε τους κύριους προσανατολισμούς της προηγούμενης δεκαετίας: μάχη ενάντια στις κυριότερες μεταδιδόμενες ασθένειες, βελτίωση των βασικών υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευση και κατάρτιση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, διατροφή και υγιεινή περιβάλλοντος.

Η εισδοχή στον Οργανισμό νέων κρατών που πρόσφατα είχαν αποκτήσει την ανεξαρτησία τους, θέτει νέα προβλήματα και δίνει στον Οργανισμό μία νέα αποστολή. Οι νέες χώρες δεν διαθέτουν δομές υγείας, το εξειδικευμένο προσωπικό είναι ελάχιστο και απουσιάζουν τα ιδρύματα εκπαίδευσης.

Σε δεκατέσσερις χώρες της Αφρικής δεν υπάρχει καμία ιατρική σχολή. Στο πλαίσιο της καταδίκης της αποικιοκρατίας από τα Ηνωμένα Έθνη το 1961 και την κήρυξη της πρώτης δεκαετίας του ΟΗΕ για την ανάπτυξη, η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας υιοθέτησε αντίστοιχη στάση με στόχο τη βελτίωση του επιπέδου φυσικής και ψυχικής υγείας των λαών αυτών των χωρών,

αναλαμβάνοντας να βοηθήσει τις χώρες με την ανάπτυξη προγραμμάτων εκπαίδευσης του προσωπικού και βελτίωσης των εθνικών υπηρεσιών υγείας. Το 1962 η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας εξουσιοδότησε τον Γενικό Διευθυντή να καταρτίσει ένα ταχύρυθμο πρόγραμμα βοήθειας στις χώρες, κυρίως της Αφρικής, που είχαν πρόσφατα απελευθερωθεί. Το πρόγραμμα βοήθειας συμπεριλάμβανε την ανάπτυξη εθνικών υγειονομικών σχεδίων, την ανάπτυξη και επιτάχυνση της εκπαίδευσης και κατάρτισης του προσωπικού και την αποστολή εμπειρογνομόνων και άλλου προσωπικού στις κυβερνήσεις που το επιθυμούσαν. Τέλος, το 1967 ξεκίνησε το πρόγραμμα εκρίζωσης της ευλογιάς.

1973 - 2000: Στρατηγική «Υγεία για Όλους μέχρι το 2000»

Η δεκαετία του 1970 σημαδεύτηκε από επιτυχίες αλλά και αποτυχίες. Η μεγάλη επιτυχία του Οργανισμού ήταν η *εκρίζωση της ευλογιάς το 1980 (Σήμερα βρίσκονται υπό εκρίζωση η πολιομυελίτιδα και άλλες ασθένειες)*

Σημαντική πρόοδος σημειώθηκε στη μάχη κατά της φυματίωσης, στην έρευνα για τις καρδιοαγγειακές παθήσεις, τον καρκίνο και την ψυχική υγεία. Οι διεθνείς συλλογικές έρευνες αναπτύχθηκαν κυρίως στους τομείς της βιολογίας και της ανθρώπινης αναπαραγωγής, της γενετικής και των εμβολιασμών. Αντίθετα το πρόγραμμα εξάλειψης της ελονοσίας συναντούσε δυσκολίες κυρίως στην Αφρική, το ίδιο και η μάχη κατά της χολέρας, της πανώλης και των αφροδίσιων νοσημάτων.

Το 1974, μετά την πρώτη πετρελαϊκή κρίση, η οποία υπογράμμισε τα οικονομικά προβλήματα της διεθνούς δράσης στον τομέα της υγείας, η Γενική Συνέλευση των Η.Ε. υιοθέτησε με ομοφωνία τη Διακήρυξη για την ανάπτυξη της «*Νέας Διεθνούς Οικονομικής Τάξης*» (Res. 3201 S-VI). Η Διακήρυξη αυτή η οποία αποσκοπούσε στο να αποκαταστήσει τις ανισότητες και τις αδικίες, θα επέτρεπε να μειωθεί το χάσμα ανάμεσα στις αναπτυσσόμενες και τις αναπτυσσόμενες χώρες και θα εξασφάλιζε με ειρήνη και δικαιοσύνη στις παρούσες και μελλοντικές γενεές μία οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη.

Οι επιπτώσεις αυτής της απόφασης ήταν ποικίλες για τις δραστηριότητες του ΠΟΥ. Ο τότε Γενικός Διευθυντής του Οργανισμού *H. Mahler*, πεπεισμένος ότι ο ΠΟΥ θα έπρεπε να προωθήσει τη δική του δράση ενάντια στην υπανάπτυξη και για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των κατατρεγμένων, ήταν ο εμπνευστής της νέας στρατηγικής «*Υγεία για Όλους μέχρι το 2000*».

Αυτός ο στόχος, γνωστός ως «*Υγεία για Όλους*» (*Health for All - HFA*), ήταν η συνέχεια της Διακήρυξης που υιοθετήθηκε στη *Διάσκεψη της Alma - Ata το 1978 για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* στην οποία υπογραμμίζεται ότι η *πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί μέρος τόσο του εθνικού συστήματος υγείας όσο και της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και είναι το μέσο για την καθιέρωση ενός επιπέδου υγείας αποδεκτό από όλους*.

Η στρατηγική «**Υγεία για Όλους**» βασίσθηκε στις πέντε ακόλουθες αρχές που προσδιορίστηκαν **στην Alma-Ata**:

- στην ισότητα στην παροχή και κατανομή της φροντίδας υγείας
- στην ενεργό συμμετοχή του πληθυσμού στην υγειονομική ανάπτυξη
- στο ότι η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των ασθενειών πρέπει να

- έχουν την ίδια βαρύτητα και αναγνώριση όπως η θεραπεία
- στο ότι η τεχνολογία θα πρέπει να βασίζεται σε στέρεες επιστημονικές βάσεις και το κόστος της να είναι προσιτό
- στο ότι όλοι οι τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας έχουν άμεση επίδραση στην υγεία.

Στο Ευρωπαϊκό γραφείο του ΠΟΥ η νέα στρατηγική «Υγεία για Όλους μέχρι το 2000» εγκρίθηκε το 1980 στην 34^η Περιφερειακή Επιτροπή για την Ευρώπη και το 1984 υιοθετήθηκαν 38 ειδικοί στόχοι μαζί με ένα κατάλογο δεικτών ως κριτήρια αξιολόγησης της προόδου. Το 1991, (41^η Περιφερειακή Σύνοδος), οι στόχοι και οι δείκτες αναθεωρήθηκαν ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της εποχής.

Οι 38 στόχοι κάλυπταν πέντε τομείς: 12 από αυτούς αναφέρονται άμεσα στην υγεία με στόχο την ισότητα, την αποτελεσματικότητα του υγειονομικού δυναμικού, την υγεία συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού και τη μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας (1-12), πέντε στον υγιεινό τρόπο ζωής (13-17), οκτώ στο υγιεινό περιβάλλον (18-25), έξι στην κατάλληλη φροντίδα υγείας μέσα από τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας (26-31) και επτά στη στρατηγική ανάπτυξη (32-38).

Για την εξασφάλιση της εφαρμογής των στόχων αποφασίστηκε η συστηματική παρακολούθηση και αξιολόγηση των στόχων κάθε τρία χρόνια. Από την υιοθέτηση των Ευρωπαϊκών στόχων πραγματοποιήθηκαν τρεις αξιολογήσεις (1984-1985, 1990-1991 και 1996-1997) και δύο παρακολουθήσεις (1987-1988, 1993-1994).

Η τρίτη αξιολόγηση (1997) είναι η σημαντικότερη από όλες γιατί, αφενός αποτελούσε την τελευταία πριν το 2000 που ήταν η καταληκτική ημερομηνία του «Υγεία για Όλους» αφετέρου, συνδεόταν άμεσα με τη διαδικασία ανανέωσης των στόχων για την πολιτική «Υγεία για Όλους στον 21^ο αιώνα». Στην ουσία η αξιολόγηση αυτή αποτέλεσε τη βάση για το σχεδιασμό και την ανάπτυξη των μελλοντικών στρατηγικών δηλαδή την «Υγεία για Όλους στον 21^ο αιώνα». Τα αποτελέσματα της τρίτης αξιολόγησης έδειξαν ότι δεν επιτεύχθηκαν πλήρως οι στόχοι των προηγούμενων αξιολογήσεων.

Οι στόχοι που είχαν τεθεί ίσως ήταν περισσότερο φιλόδοξοι απ' ό,τι θα έπρεπε, ενώ πολλοί από αυτούς δεν ανταποκρινόντουσαν στις ιδιαίτερες ανάγκες των χωρών, δεδομένου ότι πολλές από τις χώρες είχαν επιτύχει καλύτερα αποτελέσματα πολύ πριν την υιοθέτησή τους, ενώ για άλλες χώρες οι στόχοι ήταν πολύ πέρα από τα προβλήματα που έπρεπε άμεσα να αντιμετωπίσουν.

Σε όλα τα παραπάνω θα πρέπει επίσης να προστεθούν και τα προβλήματα που δημιουργήθηκαν από την οικονομική κατάσταση των χωρών που προήλθαν από τη διάλυση της πρώην Σοβιετικής Ένωσης και της πρώην Γιουγκοσλαβίας αλλά και από την κατάρρευση των κεντρικά ελεγχόμενων οικονομιών καθώς και τις εμπόλεμες συγκρούσεις με δραματικά αποτελέσματα για τον τομέα της υγείας, τόσο σε επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και διάλυσης των συστημάτων υγείας και των υποδομών τους.

Υγεία για όλους στον 21^ο αιώνα - «Υγεία 21»

Η λήξη του «Υγεία για Όλους το 2000» και η ανάγκη για προσαρμογή της παγκόσμιας πολιτικής υγείας στη σημερινή κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την παγκοσμιοποίηση και τις κοινωνικο-οικονομικές και περιβαλλοντικές αλλαγές που επιδρούν άμεσα στην υγεία του πληθυσμού, οδήγησαν την 48η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας το 1995 να υιοθετήσει την απόφαση WHA48.16 με στόχο την ανάπτυξη μίας νέας Παγκόσμιας Πολιτικής Υγείας που να ανταποκρίνεται στις αλλαγές και τις προκλήσεις του 21^{ου} αιώνα.

Την πρωτοβουλία αυτή ακολούθησε μία διαδικασία διαβούλευσης και προσδιορισμού της νέας παγκόσμιας στρατηγικής για την υγεία στον 21ο αιώνα, που αποτελεί την πρώτη αναθεώρηση της πολιτικής υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο και τη δεύτερη σε ευρωπαϊκό, εμπλέκοντας τα κράτη μέλη αλλά και άλλους κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας.

Η πολιτική «Υγεία για Όλους στον 21^ο αιώνα» ή «Υγεία 21» όπως διαμορφώθηκε από την παγκόσμια κοινότητα το Μάιο του 1998 στην 51^η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, είχε στόχο την πραγματοποίηση του οράματος «Υγεία για Όλους». Η νέα πολιτική υγείας θέτει προτεραιότητες και στόχους (10 στόχοι) για την επίτευξη και διατήρηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

Οι στόχοι της νέας πολιτικής «Υγεία για Όλους στον 21ο αιώνα» αποβλέπουν:

- Στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής για όλους,
- Στην παγκόσμια πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και
- Στην ισότητα στην υγεία τόσο μεταξύ των χωρών όσο και μέσα στις ίδιες τις χώρες.

Στόχοι χιλιετίας για την ανάπτυξη

Οι στόχοι του ΠΟΥ ενισχύονται ακόμα περισσότερο από την πρωτοβουλία των Ηνωμένων Εθνών το 2000 για τη θέσπιση των «Στόχων της Χιλιετίας για την Ανάπτυξη» (Millennium Development Goals - MDGs). Η βάση γι' αυτούς τους στόχους είχε τεθεί από το 1990 και ο χρονικός ορίζοντας για την επίτευξη τους τέθηκε το 2015.

Στόχοι χιλιετίας για την ανάπτυξη

- Η εξάλειψη της φτώχειας και της πείνας
- Η επίτευξη παγκόσμιας πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης
- Η προαγωγή της ισότητας των φύλων και ενδυνάμωση των γυναικών
- Η μείωση της παιδικής θνησιμότητας
- Η βελτίωση της υγείας της μητέρας
- Η μάχη ενάντια στο HIV/AIDS, την ελονοσία και άλλα νοσήματα
- Η διασφάλιση ανεκτού περιβάλλοντος
- Η διαμόρφωση μιας παγκόσμιας συνεργασίας για την ανάπτυξη
-

Αρκετοί από τους στόχους αυτούς έχουν άμεση σχέση με την υγεία, αλλά πέρα από αυτό επιβεβαιώνουν τη σημασία της υγείας για την ανάπτυξη. Ακόμα και στόχοι που δεν αφορούν άμεσα την υγεία, την ενισχύουν μέσα από δράσεις για τη φτώχεια, την εκπαίδευση, την ισότητα, το περιβάλλον, κ.α. Τέλος ιδιαίτερη αναφορά πρέπει να γίνει για την ανάπτυξη από τον ΠΟΥ του

Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού (ΔΥΚ) που δίνει συγκεκριμένες οδηγίες σε παγκόσμιο επίπεδο για την πρόληψη εξάπλωσης των νόσων μεταξύ των κρατών χωρίς όμως να παρεμποδίζεται το διεθνές εμπόριο. Ο ΔΥΚ διαμορφώθηκε το 1951 και αναθεωρήθηκε αρκετές φορές. Η τελευταία αναθεώρηση έγινε το 2005.

Μια άλλη σημαντική πρωτοβουλία του ΠΟΥ είναι η έκδοση της «**Διεθνούς Ταξινόμησης Νόσων**» (ICD) για την προτυποποίηση των πληροφοριών για τα διάφορα νοσήματα ώστε να είναι δυνατές οι διεθνείς συγκρίσεις.

Πληροφορίες για όλες τις δραστηριότητες του ΠΟΥ μπορεί να αναζητηθούν σήμερα στο διαδίκτυο (www.who.int/).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.0 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ (2008- 2012)

- 5.1 Συνοπτική παρουσίαση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Υγεία (2008-2012)
 - 5.1.1 Δράσεις που περιλαμβάνει το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Υγεία
- 5.2 Ο Υγειονομικός Χάρτης (περιγραφή της Δράσης 8 του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Υγεία, 2008-2012)
- 5.3 Η σημασία της χαρτογραφικής οπτικοποίησης των διαφόρων δεικτών- παραμέτρων που αφορούν στην εξέλιξη του πληθυσμού (ο χάρτης ως μεθοδολογικό εργαλείο)

5.0 ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ ΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ (2008- 2012)

Εισαγωγή

Μετά από πολλές πολιτικές ανακατατάξεις η μορφή του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα φαίνεται να αποτελεί ένα υβρίδιο συνδυάζοντας στοιχεία κατά βάση από το πρότυπο Beveridge αλλά και από το πρότυπο Bismark. Οι υπηρεσίες υγείας έχουν δημόσιο χαρακτήρα και παρέχονται σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο από αρμόδια όργανα του κράτους. Το Υπουργείο Υγείας χαράζει την πολιτική υγείας με βασικό στόχο να αποτελεί η προστασία τη υγείας του κοινωνικού συνόλου και την προαγωγή καλύτερης ποιότητας ζωής. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας βασίζεται σε δημόσιες πληρωμές (φορολογία και κρατήσεις), ενώ είναι έντονη η παρουσία του ιδιωτικού τομέα μέσω της παροχής ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης.

Σε γενικές βάσεις αντιμετωπίζονται πολλαπλά προβλήματα σε όλους τους τομείς του συστήματος υγείας μεταξύ των οποίων είναι **η διοικητική οργάνωση, η χρηματοδότηση , το ανθρώπινο δυναμικό, η υλικοτεχνική υποδομή κ.α.** Προβλήματα που επηρεάζουν αρνητικά την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα του συστήματος τόσο σε οικονομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Το κράτος μέσω της δημιουργίας προγραμμάτων εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ και την ανάπτυξη υλικοτεχνικών υποδομών και διοικητικών μηχανισμών, προσπαθεί να επιλύσει τα προβλήματα που όμως σε πολλές περιπτώσεις οι λύσεις οδηγούν σε αντίθετα αποτελέσματα.

Μια βιώσιμη υγειονομική πολιτική απαιτεί να ληφθούν υπόψη η αυξανόμενη ανεργία, η μειωμένη συμμετοχή στην παραγωγή του προϊόντος, η χρήση νέων τεχνολογιών, οι ανισότητες στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας κ.α., ενώ βασικός στόχος πρέπει να αποτελεί η μέγιστη κοινωνική και οικονομική αποδοτικότητα. Βέβαια, η μεγαλύτερη πρόκληση ενός βιώσιμου υγειονομικού συστήματος θα παραμείνει ο «εκσυγχρονισμός» της νοοτροπίας του ανθρώπινου δυναμικού, με την ανάπτυξη επαγγελματικής λογικής και υπηρεσιακής αξιοκρατίας, έτσι ώστε οι υπηρεσίες υγείας να είναι αξιόπιστες, αποτελεσματικές και να ικανοποιούν τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών.

Συνοψίζοντας, ο τομέας υγείας αποτελεί ένα πολυδαίδαλο σύστημα φορέων και οργανισμών όπου σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο πολιτικά, κοινωνικά και τεχνολογικά περιβάλλον, απαιτείται η άρτια συνεργασία και συμφωνία των φορέων αυτών στην χάραξη πολιτικής, προκειμένου να επιτευχθούν οι εκάστοτε στόχοι προς όφελος του κοινωνικού συνόλου. Η εκσυγχρονιστική στρατηγική είναι σημαντική για την Ελλάδα, αφού θα επιτρέψει στη χώρα να ανταποκριθεί στις προοπτικές της νέας Ευρωπαϊκής κοινωνικής διεύρυνσης και να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των πολιτών της.

(Ο βασικός στόχος ακόμη και αν δεν υπήρχε η πρώτη παράμετρος).

5.1 Συνοπτική παρουσίαση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Υγεία (2008-2012)

(Πηγή: ΕΣΔΥ, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Υγεία)

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία είναι το πρώτο σχέδιο εθνικής στρατηγικής στην υγειονομική ιστορία της χώρας, το οποίο θέτει ξεκάθαρα τους στόχους της πολιτείας για την προαγωγή και προάσπιση της υγείας των κατοίκων της.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Δημόσια Υγεία σχεδιάστηκε μετά από ανάλυση των διαθέσιμων επιδημιολογικών δεδομένων, τις κατευθύνσεις της πολιτικής και διοικητικής ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας και Αλληλεγγύης και τη γνωμοδότηση και συναίνεση της επιστημονικής κοινότητας και της Κοινωνίας των Πολιτών, και είναι προϊόν εκτεταμένης δημόσιας διαβούλευσης με όλα τα συμβαλλόμενα μέρη.

Επιπλέον ο σχεδιασμός βασίστηκε στις κατευθυντήριες οδηγίες , στους στόχους και στη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αναφορικά με τη Δημόσια Υγεία.

5.1.1 Δράσεις που περιλαμβάνει το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Υγεία (2008-2012)

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Υγεία (2008-2012) περιλαμβάνει τα ακόλουθα 16 Σχέδια Δράσης:

- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των βλαπτικών συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε Χώρους Παροχής Υγείας
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία

5.2 Ο Υγειονομικός Χάρτης (περιγραφή της Δράσης 8 του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Υγεία, 2008-2012)

(Πηγή: ΕΣΔΥ, Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Υγεία)

Σκοπός της υλοποίησης του Υγειονομικού Χάρτη είναι η ανάπτυξη της απαιτούμενης οργανωτικής, θεσμικής και πληροφοριακής υποδομής για την συστηματική συλλογή, διαχείριση και επεξεργασία δεδομένων με γεωγραφική αναφορά που θα παρέχει άμεση, έγκυρη και χαμηλού κόστους πληροφόρηση για τον πολίτη και για τη χάραξη και την άσκηση πολιτικής σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, βάσει των πραγματικών αναγκών υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Ο Υγειονομικός Χάρτης αφορά στη μελέτη και στην υλοποίηση ενός συστήματος οργανωτικού και θεσμικού πλαισίου και της πληροφοριακής - γεωγραφικής υποδομής για:

1. τη συλλογή δεδομένων από πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα, άμεσα ή έμμεσα σχετιζόμενες με την υγεία και την πρόνοια,
2. την επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων και τον προσδιορισμό συγκεκριμένου αριθμού δεικτών, που αποτελούν προτεραιότητα για το Υπουργείο και αφορούν στην κατανομή, στη χρήση και στην επάρκεια πόρων υγείας και πρόνοιας, στη χρήση των υπηρεσιών και στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, και
3. τη διάθεση δεικτών και δεδομένων σε διάφορες κατηγορίες χρηστών (πολίτες, ερευνητές, επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, στελέχη δημόσιων υπηρεσιών), βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων πρόσβασης.

Το έργο αντιμετωπίζει τεχνολογικά θέματα, αλλά ασχολείται και με το οργανωτικό, λειτουργικό και θεσμικό πλαίσιο και θα προτείνει ανασχεδιασμό υπάρχοντων ή δημιουργία νέων οργανωτικών και διοικητικών δομών, θεσμικών και λειτουργικών διαδικασιών.

Οι βασικές ενότητες πληροφοριών που θα περιλαμβάνονται στον Υγειονομικό Χάρτη είναι οι ακόλουθες:

- **Δομές υγείας και πρόνοιας του δημοσίου, ιδιωτικού τομέα και των μη-κυβερνητικών οργανώσεων:** δομές υγείας και πρόνοιας, οργανωτική διάρθρωση και υποδομή, παρεχόμενες υπηρεσίες, βιοϊατρικός και λοιπός εξοπλισμός, κλάδος και ειδικότητες ανθρώπινου δυναμικού κ.λπ
- **Χρήση υπηρεσιών:** υπηρεσίες ανά είδος επιλεγμένων περιστατικών, φορέα παροχής, έκβαση, όγκο παραγόμενων υπηρεσιών και κόστος αυτών, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και καταλληλότητα σε σχέση με τις προσδιορισμένες ανάγκες κ.λπ.
- **Επιδημιολογικά στοιχεία:** θνησιμότητα, νοσηρότητα, προσδόκιμο επιβίωσης, τρόπος ζωής και συμπεριφοράς, όπως το κάπνισμα, η

χρήση τοξικών ουσιών, η σεξουαλική συμπεριφορά, οι διατροφικές συνήθειες, η φυσική δραστηριότητα κ.λπ.

- **Στοιχεία περιβάλλοντος:** στοιχεία που αφορούν στην υγιεινή του περιβάλλοντος, όπως οι μορφές και οι πηγές μόλυνσης του αέρα, του ύδατος, του εδάφους κ.λπ.
- **Δημογραφικά στοιχεία:** φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εισόδημα, οικογενειακές δαπάνες, επάγγελμα, τομέας απασχόλησης, ασφάλιση, ηλικία, εκπαίδευση, εθνικότητα κ.λπ.

Στόχοι

- Ολιστική διαχείριση δεδομένων υγείας και πρόνοιας.
- Ορθολογική κατανομή πόρων.
- Ορθολογική χάραξη και άσκηση στρατηγικής υγείας.
- Η αξιολόγηση, μέσω συγκριτικών μελετών, της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας και του κόστους του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των ενίοτε βελτιωτικών παρεμβάσεων.
- Η παρακολούθηση των δεικτών υγείας του πληθυσμού.
- Η έκδοση και δημοσιοποίηση περιοδικών αναφορών επιδημιολογικών δεδομένων.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Οργανωτικό - Θεσμικό Πλαίσιο

1. Μελέτη οργανωτικού - θεσμικού πλαισίου.
2. Η μελέτη θα πρέπει να προχωρήσει στον προσδιορισμό του κατάλληλου οργανωτικού σχήματος που θα εξασφαλίσει την απρόσκοπτη αναπαραγωγή και ανανέωση του έργου και την εύκολη και γρήγορη διάθεση του πληροφοριακού υλικού του.

Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη θα πρέπει να αναδείξει και να προσδιορίσει:

1. Το είδος των συνδιαλλαγών και των σχέσεων των μελών του δικτύου.
2. Τους όρους πρόσβασης στις βάσεις πληροφοριών του κεντρικού ή των κεντρικών φορέων, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των μελών του δικτύου, τους όρους ανταλλαγής και τα συναφή.
3. Τα πεδία πιθανών συνεργασιών που θα προωθήσουν τους στόχους του δικτύου και θα διευκολύνουν τη λειτουργία των συμμετεχόντων φορέων και οργανισμών.

- Ανάπτυξη βασικής οργανωτικής υποδομής για άμεση συλλογή δεδομένων βάσει κοινών προτύπων.

- Ενεργοποίηση και ευαισθητοποίηση ατόμων και φορέων, τόσο στη συστηματική - ομοιογενή συλλογή και επικαιροποίηση στοιχείων υγείας και κοινωνικής φροντίδας, όσο και στη χρήση στοιχείων στη λήψη αποφάσεων.

1. Στρατηγικός Σχεδιασμός

- Δημιουργία μηχανισμού αξιολόγησης της μεθοδολογίας συλλογής δεδομένων (αλληλεπίδραση περιφέρειας - κέντρου) αποτελούμενο από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη.

- Αναζήτηση μηχανισμών αξιολόγησης της αξιοπιστίας των δεδομένων που συλλέγονται από διάφορες πηγές.
- Δημιουργία συνεργασιών, με στόχο την ανάλυση και κατανόηση της υφιστάμενης κατάστασης, καθώς και τη διαμόρφωση κατάλληλου περιβάλλοντος για την υλοποίηση και αξιοποίηση του έργου.
- Σύσταση Συντονιστικού Γραφείου Υγειονομικού Χάρτη.

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, με την επιστημονική εποπτεία της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, θεσμοθετεί το Συντονιστικό Γραφείο Υγειονομικού Χάρτη, το οποίο θα αποτελέσει τον κρίκο της αξιόπιστης διάθεσης πληροφοριών του τομέα υγείας και της επικοινωνίας ανάμεσα στις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες και στις μονάδες υγείας.

Ο στόχος του Συντονιστικού Γραφείου Υγειονομικού Χάρτη είναι να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις ανάγκες των κάτωθι ομάδων:

α. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και οι διοικήσεις των Δ.Υ.Π.Ε., και λοιπών εποπτευόμενων από αυτό φορέων: η πληροφορία πρέπει να υποστηρίζει την ανάπτυξη πολιτικών και τη λήψη αποφάσεων, καθιστώντας διαθέσιμα, επικαιροποιημένα και αξιόπιστα στοιχεία που αφορούν στην υγεία του πληθυσμού και στη λειτουργία του Ε.Σ.Υ. και των μονάδων του.

β. Επαγγελματίες υγείας: η πληροφορία πρέπει να στοχεύει στην υποστήριξη του κλινικού τους έργου. Η πληροφορία πρέπει επίσης να υποστηρίζει τις διαδικασίες κλινικών αποφάσεων και τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, καθιστώντας διαθέσιμους οδηγούς, αποτελέσματα αξιολόγησης ιατρικής τεχνολογίας, βάσεις δεδομένων, υλικό κλινικής τεκμηρίωσης της φροντίδας, βέλτιστες πρακτικές, κλινικές οδηγίες και συστάσεις.

γ. Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, ασφαλιστικοί οργανισμοί και λοιποί φορείς χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας:

η πληροφορία πρέπει να υποστηρίζει την ανάπτυξη πολιτικών και τη λήψη αποφάσεων, καθιστώντας διαθέσιμα επικαιροποιημένα και αξιόπιστα στοιχεία που αφορούν στις ανάγκες κάλυψης και στο κόστος της περίθαλψης του πληθυσμού, καθώς και στοιχεία μέσω των οποίων μπορεί να ελέγχεται η χρήση των υπηρεσιών του τομέα υγείας και των πόρων Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας.

δ. Πολίτες: η πληροφορία πρέπει να υποστηρίζει τους πολίτες στις αποφάσεις που αφορούν στη διαχείριση της προσωπικής υγείας και να παρέχει αντικειμενικά στοιχεία για τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών. Η πληροφορία πρέπει επίσης να υποστηρίζει τις πολιτικές αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και να διαμορφώνει το βέλτιστο πλαίσιο για την ατομική φροντίδα.

ε. Διεθνείς και ευρωπαϊκοί οργανισμοί: η πληροφορία πρέπει να καλύπτει όλες τις απαιτήσεις για ανταλλαγή πληροφοριών του τομέα υγείας με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς.

Το Σύστημα του Υγειονομικού Χάρτη καθίσταται προσβάσιμο από τις προαναφερθείσες ομάδες χρηστών, σύμφωνα με τα θεσμοθετημένα επίπεδα διαβάθμισης της πληροφορίας και των πολιτικών πρόσβασης και δημοσιότητας.

Η τροφοδότηση του συστήματος, με την πληροφορία που απαιτείται για την ανάπτυξη και διαρκή ενημέρωσή του, από τους φορείς παροχής υπηρεσιών του τομέα υγείας είναι υποχρεωτική. Η συλλογή της πληροφορίας, γίνεται σύμφωνα με εθνικά πρότυπα κωδικοποίησης και ταξινόμησης και συνόλων πληροφορίας που προκύπτουν από τυποποιημένες ροές εργασίας.

Τα συστήματα συλλογής δεδομένων που θα συνεισφέρουν στη συνεχή τροφοδότηση και επικαιροποίηση του Συντονιστικού Γραφείου του Υγειονομικού Χάρτη είναι:

- Το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών.
- Τα δίκτυα επιδημιολογικής επιτήρησης του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.
- Ηλεκτρονικός φάκελος και κάρτα υγείας.
- Οι βάσεις δεδομένων των πανεπιστημιακών ερευνητικών κέντρων.
- Το Εθνικό Κέντρο Ιατροβιοτεχνολογικού Εξοπλισμού.
- Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.
- Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ.
- Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος.
- Τα ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων και άλλων εποπτευόμενων φορέων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Εποπτευόμενοι από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης φορείς παραγωγής πρωτογενών δεδομένων.

Η διαβίβαση πληροφορίας προς το Συντονιστικό Γραφείο Υγειονομικού Χάρτη, συμπεριλαμβανομένης αυτής που αφορά σε προσωπικά στοιχεία πολιτών, υπόκειται στη νομοθεσία περί Προσωπικών Δεδομένων και τους περιορισμούς που τίθενται με βάση τα επίπεδα πρόσβασης και τους κανονισμούς δημοσιότητας.

Το περιεχόμενο της πληροφορίας, τα επίπεδα διαβάθμισης, οι πολιτικές και οι κανονισμοί πρόσβασης και δημοσιότητας, αποτελούν αντικείμενο Στρατηγικού Σχεδιασμού που καθορίζονται από ειδική μελέτη.

2. Πληροφοριακό - Γεωγραφικό Σύστημα

- Σχεδιασμός, ανάπτυξη και υλοποίηση πληροφοριακών και γεωγραφικών συστημάτων.
- Διασύνδεση βάσεων δεδομένων και αυτοματοποίηση διαδικασίας παραγωγής δεικτών υγείας και υπηρεσιών υγείας.

3. Δημιουργία Ιστοσελίδας - Help Desk

Φορείς Υλοποίησης:

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστημιακές Σχολές.

Στρατηγικός Σχεδιασμός :

Χρονοδιάγραμμα:

2008 - 2009: Θεσμικό - Οργανωτικό.

2008 - 2012: Γεωγραφικά - πληροφοριακά συστήματα.

2008 - 2012: Συλλογή δεδομένων.

2009 - 2012: Παραγωγή δεικτών.

5.3 Η σημασία της χαρτογραφικής οπτικοποίησης των διαφόρων δεικτών- παραμέτρων που αφορούν στην εξέλιξη του πληθυσμού. (ο χάρτης ως μεθοδολογικό εργαλείο)

Ο πληθυσμός είναι το σημείο αναφοράς από το οποίο παρατηρούνται όλα τα στοιχεία του φυσικού και ανθρωπογενούς χώρου και από το οποίο όλα αντλούν τη σημασία και την έννοιά τους.

Ένας βασικός τρόπος (ίσως ο μοναδικός) εξέτασης των χωρικών μεταβολών- εξελίξεων σε εθνικό επίπεδο, είναι μέσα από την οπτικοποίηση των δεικτών που αφορούν στις κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους που χαρακτηρίζουν τον τρόπο εξέλιξης ενός τόπου, μιας και η απλή παράθεση αριθμών και πινάκων δεν είναι αρκετή για την ολοκληρωμένη μελέτη του φαινομένου αλλά και την εύκολη κατανόηση αυτού. Ο όρος οπτικοποίηση έχει μία διεισδυτικότερη, εννοιολογικά, διάσταση, δεδομένου ότι ο χάρτης λειτουργεί ως μέσο δημιουργίας νοητικών αναπαραστάσεων του γεωγραφικού χώρου.

Έτσι μπορούν να οπτικοποιηθούν βασικοί δείκτες ενδεικτικοί της εξέλιξης ενός τόπου:

- Κατανομή πληθυσμού (πυκνότητες, δυναμικά)
- Φυσική κίνηση πληθυσμού (δείκτες γεννητικότητας, θνησιμότητας)
- Μετακινήσεις πληθυσμού (φαινομενική μετακίνηση, μετανάστευση)
- Δομή πληθυσμού (κοινωνική, κατά φύλο, κατά ηλικία, κατά εκπαίδευση)
- Δομές του δημοσίου, ιδιωτικού τομέα
- Στοιχεία περιβάλλοντος
- Χρήση υπηρεσιών
- Επιδημιολογικά στοιχεία

Μέσα που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τις παραπάνω εργασίες είναι:

- Χαρτογραφία (δισδιάστατα γραφήματα, χάρτης)
- Συστήματα Γεωγραφικών Πληροφοριών (GIS)
- Πολυμέσα
- Στατιστική Ανάλυση

Τα παραπάνω γνωστικά εργαλεία μπορούν να αποτελέσουν το μέσο για την ανάπτυξη μεθοδολογιών με σκοπό την σύνθεση και την απόδοση χωρικών, κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών φαινομένων με αξιοποίηση της τεχνολογίας.

Σκοπός είναι η δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος αλληλοεπιδρούσης επικοινωνίας που θα καλύπτει **δύο σαφώς διακριτές χρήσεις**: αυτήν της απλής επισκόπησης και εκείνη της ανάλυσης, επίσης θα απευθύνεται σε **δύο ειδών χρήστες**: τους απλούς προς ενημέρωση και τους

εξειδικευμένους ερευνητές- αναλυτές της χωρικής διάστασης των φαινομένων με σκοπό την λήψη αποφάσεων.

Για τον σκοπό αυτό απαιτείται η συνύπαρξη διαφορετικών τεχνολογιών καθώς και η διεπιστημονική συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων ειδικοτήτων- γνωστικών αντικειμένων.

- Η εκάστοτε προτεινόμενη μεθοδολογία θα πρέπει να έχει βασικό στόχο την συλλογή και επεξεργασία- ανάλυση των διαθέσιμων στοιχείων προκειμένου να είναι δυνατή:

- 1) η αξιολόγηση της υφιστάμενης δυναμικής,
- 2) η πρόβλεψη των αναμενόμενων εξελίξεων και, κατά συνέπεια ,
- 3) η διαμόρφωση αναπτυξιακής πολιτικής.

Σημαντική διαπίστωση αποτελεί το γεγονός, ότι τα διαθέσιμα στοιχεία ακόμη και από επίσημες πηγές δεν είναι πάντα αντικειμενικά, επαρκή ή αξιόπιστα, οπότε και τα συμπεράσματα αντίστοιχα.

Είναι, επομένως, εθνική προτεραιότητα η συνδυασμένη αξιοποίηση τεχνικών χωρικής ανάλυσης με αντικειμενικό στόχο:

- 1) Την διερεύνηση της χωρικής διάστασης της σύγκλισης και της απόκλισης συγκεκριμένων ποσοτικών δεικτών , που αντανakλούν χωρικές διαφοροποιήσεις στα επίπεδα εξυπηρέτησης.
- 2) Τον προσδιορισμό των βέλτιστων στρατηγικών επίλυσης του συγκεκριμένου χωροθετικού προβλήματος σε μεταγενέστερο χρόνο.

Το εκάστοτε πληροφορικό σύστημα μπορεί να συγκροτείται από στοιχεία που αφορούν :

- 1) Την διαχρονική εξέλιξη
- 2) Την υφιστάμενη κατάσταση

Από την πλευρά της προσφοράς και της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, αφού καθορισθούν τα κριτήρια καθορισμού της γεωγραφικής περιφέρειας στην οποία αναφέρονται (Δήμος, Νομός, Καποδιστριακός δήμος, άλλη υποδιαίρεση της επικράτειας).

Τα εν λόγω στοιχεία χρησιμοποιούνται για την σύνταξη προβολών ώστε να προσδιορισθεί ο μελλοντικός βαθμός χωρικής και χωροθετικής επάρκειας των σημερινών προτύπων εξυπηρέτησης. Τέλος, προσδιορίζονται τα βέλτιστα χωροθετικά πρότυπα (χωροθέτηση κέντρων- κατανομή πληθυσμού) με δεδομένο τον σημερινό αριθμό μονάδων και διερευνάται το ποσοστό βελτίωσης των δεικτών εξυπηρέτησης των αντιστοίχων πληθυσμών.

Ο γεωγραφικός προσανατολισμός για την ανάλυση και το σχεδιασμό των παροχών ιατρικής φροντίδας απασχολεί την διεθνή επιστημονική κοινότητα εδώ και χρόνια. Πολλές εργασίες που έχουν εκπονηθεί από γεωγράφους κάτω από την ομπρέλα της «Ιατρικής Γεωγραφίας», έχουν συνεισφέρει ποικιλοτρόπως, εστιαζόμενες κυρίως σε τέσσερις κατευθύνσεις:

- 1) Τη χωρική (γεωγραφική) επιδημιολογία,
- 2) Τον επηρεασμό των μηχανισμών μετάδοσης των ασθενειών με το γεωγραφικό χώρο,

- 3) Τη σχέση μεταξύ ασθενειών και φτώχειας (αποστέρησης) και
4) Τη σχέση ανάμεσα στη δυνατότητα πρόσβασης του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας και στο πως αυτές είναι οργανωμένες ώστε να ανταποκρίνονται σ' αυτήν.

Μία πρόσθετη διάσταση στο παραπάνω ζήτημα είναι το κατά πόσον είναι εφικτή σήμερα όχι απλώς η διαπίστωση του, αλλά η δυνατότητα μιας προβλεπόμενης προσέγγισης του, μέσα από τη δημιουργία γεωγραφικών μοντέλων πρόβλεψης, με βάση τις δυνατότητες που μας δίνουν τα γεωγραφικά πληροφορικά συστήματα.

Είναι δε σαφές, ότι στην περίπτωση αυτή, είναι ουσιώδης ο ρόλος που καλείται να διαδραματίσει ο κλάδος της δημογραφίας, που ασχολείται με τα βιοτικά γεγονότα που συνδέονται με τη γέννηση τη ζωή και το θάνατο (ιατρική δημογραφία ή βιοστατιστική).

Λέξεις κλειδιά: Ιατρική Δημογραφία, Συστήματα Υγείας, Γεωγραφικά Συστήματα Πληροφοριών, Medical Geography, Spatial Epidemiology

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.0 Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ Α΄ & Β΄ Υ.ΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ (μελέτη περίπτωσης)

- 6.1 Υφιστάμενη κατάσταση- Γενικά στοιχεία- Ελλάδα
 - 6.1.1 Δαπάνες Περίθαλψης
 - 6.1.2 Δημογραφικά – Στατιστικά Στοιχεία της Υγείας
 - 6.1.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)
 - 6.1.4 Δευτεροβάθμια & Τριτοβάθμια Περίθαλψη
 - 6.1.5 Οικονομικά μεγέθη του Κλάδου Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
 - 6.1.6 Ευρωπαϊκή Ένωση- Στόχοι της Ε.Ε. σχετικά με την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη
 - 6.1.7 Νομικό πλαίσιο του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης- Υφιστάμενο πλαίσιο
- 6.2 Υφιστάμενη κατάσταση- Α΄ & Β΄ Υ.ΠΕ Αττικής
 - 6.2.1. Γενικά στοιχεία- Α΄ & Β΄ Υ.ΠΕ (Υγειονομική Περιφέρεια) Αττικής
 - 6.2.2 Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ν. 3329/4-4-2005, άρθρα 1 & 2)
- 6.3 Κριτική προσέγγιση- Εξαγωγή συμπερασμάτων
- 7.8 Η υποπερίπτωση των Παιδιατρικών Νοσοκομείων
 - 7.8.1 Τα Παιδιατρικά Νοσοκομεία της Αττικής Υφιστάμενη Κατάσταση
 - 7.8.1.1 Το Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»
 - 6.4.1.2 Το Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ»
 - 6.4.1.3 Το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Πεντέλης
 - 6.5 Οι Αρχές Λειτουργίας των δύο κεντρικών Νοσοκομείων
 - 6.6 Κριτική προσέγγιση- Εξαγωγή συμπερασμάτων

6.0 Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ Α΄ & Β΄ Υ.ΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ (μελέτη περίπτωσης)

6.1 Υφιστάμενη κατάσταση- Γενικά στοιχεία- Ελλάδα

6.1.1 Δαπάνες Περίθαλψης

Οι δαπάνες για την περίθαλψη παρουσιάζουν σημαντική αύξηση από 6,6 % του ΑΕΠ το 1980, σε 10,2 % το 2001 (4^η θέση) και σε 9,9% το 2003 (7^η θέση), αναδεικνύοντας τη χώρα σε έναν από τους «πρωταθλητές» δαπανών στην Ευρώπη και μεταξύ των πρώτων από τις χώρες του ΟΟΣΑ (Πίνακας 1). Εάν συνυπολογιστεί δε και η παραοικονομία, τότε είναι πιθανό οι δαπάνες για την περίθαλψη να προσεγγίζουν σε πραγματικό κατά κεφαλή (PPP) εισόδημα, χώρες όπως η Μ. Βρετανία, η Ιταλία κ.α.

Παρότι τα τελευταία 20 χρόνια υπάρχει ένα δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα, η ιδιωτική δαπάνη (47% της συνολικής δαπάνης υγείας) κρίνεται ιδιαίτερα υψηλή και μάλιστα προσεγγίζει μεγέθη ιδιωτικών συστημάτων υγείας, όπως αυτό των ΗΠΑ. Η υψηλή ιδιωτική δαπάνη αποτελεί επίσης ένδειξη ανισότητας στην πρόσβαση και στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση μη εκπλήρωσης των αρχικών στόχων του ΕΣΥ.

Πίνακας 1: Κατάλογος δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ

Συνολική κατά κεφαλή δαπάνη για υγεία US\$ PPP	Συνολική δαπάνη για υγεία ως % του ΑΕΠ	
	2001	2003
Australia	2521	2699
Austria	2163	2302
Belgium	2424	2827
Canada	2709	3001
Czech Republic	1063	1298
Denmark	2556	2763
Finland	1857	2118
France	2617	2903
Germany	2784	2996
Greece	1756	2011
Hungary	975	1269
Iceland	2742	3115
Ireland	2089	2451
Italy	2154	2258
Japan	2092	2139
Korea	932	1074
Luxembourg	3264	3705
Mexico	545	583
Netherlands	2520	2976
New Zealand	1701	1886
Norway	3287	3807
Poland	646	744
Portugal	1693	1797
Slovak Republic	641	777

Spain	1618	1835	7,5	7,7
Sweden	2404	2703	8,8	9,4
Switzerland	3362	3781	10,9	11,5
Turkey	459	513	7,5	7,4
United Kingdom	2032	2231	7,5	7,7
United States	4888	5635	13,8	15

ΠΗΓΗ: OECD HEALTH DATA, Οκτώβριος 2005

(*) Η μείωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ οφείλεται πιθανότατα στη σημαντική μεγέθυνση του ΑΕΠ κατά το 2003.

Το Ελληνικό παράδοξο έγκειται επίσης στο γεγονός ότι, ενώ οι δαπάνες για την περίθαλψη παρουσιάζουν σημαντική αύξηση, δεν παρατηρείται ανάλογη βελτίωση στους βασικούς δείκτες σε σχέση με το προσδόκιμο ζωής αλλά και τις παθολογίες και εν δυνάμει παθολογικές καταστάσεις του πληθυσμού.

Το γεγονός αυτό όχι μόνο αποδεικνύει τη μειωμένη αποτελεσματικότητα του συστήματος περίθαλψης της χώρας αλλά και κρούει τον κώδωνα του κινδύνου για τη μελλοντική κατάσταση του πληθυσμού και της χώρας γενικότερα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: NATIONAL EXPENDITURE ON HEALTH - GREECE (EUROS)

A. RATIOS AND LEVELS	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
I. Expenditure ratios							
Total expenditure on health (THE) % GDP	9,4	9,6	9,9	10,2	9,8	9,9	9,8
General government expenditure on health (GGHE) %THE	52,1	53,4	52,6	54,2	51,6	51,3	51,7
Private expenditure on health (PvtHE) % THE	47,9	46,6	47,4	45,8	48,4	48,7	48,3
GGHE % General government expenditure	9,9	10,4	10,0	10,9	10,1	10,1	10,1
Social security expenditure on health % GGHE	37,5	35,4	32,3	33,2	36,6	32,0	35,9
Net out-of-pocket spending on health (OOPs) % PvtHE	71,0	69,5	94,7	95,2	95,0	95,4	95,2
Private prepaid plans expenditure on health % PvtHE	4,2	4,1	5,3	4,8	5,0	4,6	4,8
Externally funded expenditure on health % THE	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
II. Per capita levels							
THE per capita at exchange rate (US\$)	1 055	1 114	1 032	1 091	1 182	1 556	1 830
GGHE per capita at exchange rate (US\$)	549	595	543	591	610	798	946
THE per capita at international dollar rate	1 365	1 469	1 628	1 767	1 847	1 997	2 106
GGHE per capita at international dollar rate	711	785	856	958	953	1 025	1 089
B. VALUES UNDERLYING RATIOS AND LEVELS	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Health System Expenditure & Financing (million NCU)							
I. Measured Financing Agents							
Total expenditure on health (THE)	9 910	10 871	12 083	13 348	13 803	15 169	16 305
General government expenditure on health (GGHE)	5 159	5 807	6 353	7 237	7 121	7 782	8 431
...of which Social security expenditure on health	1 933	2 054	2 054	2 400	2 605	2 491	3 024
Private expenditure on health (PvtHE)	4 751	5 064	5 730	6 111	6 682	7 387	7 875
... of which Net out-of-pocket spending on health	3 371	3 522	5 427	5 815	6 350	7 049	7 495
... of which Private prepaid plans expenditure on health	198	209	303	296	332	338	380
II. Measured Financing Sources							
Externally funded expenditure on health	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
IV. Macro Variables							
Gross domestic product (GDP) (million NCU)	105 773	112 686	121 701	131 341	141 502	153 045	165 968

General government expenditure (million NCU)	52 310	55 783	63 393	66 097	70 727	76 864	83 270
Exchange rate (NCU per US\$)	0,87	0,90	1,07	1,12	1,06	0,89	0,81
International dollar rate (NCU per international dollar)	0,67	0,68	0,68	0,69	0,68	0,69	0,70
Total population (in thousands)	10 835	10 883	10 917	10 950	10 988	11 006	11 060

ΠΗΓΗ: OECD HEALTH DATA, Οκτώβριος 2005
Last updated : 6th April 2006

6.1.2 Δημογραφικά – Στατιστικά Στοιχεία της Υγείας

Τα δημογραφικά στοιχεία που αφορούν το χώρο της υγείας παρουσιάζονται παρακάτω διαχωρισμένα σε Υγειονομικές Περιφέρειες από τα στοιχεία όπως προκύπτουν από τον Υγειονομικό Χάρτη της Ελλάδας.

Πίνακας 3: Καλυπτόμενος πληθυσμός ανά ΔΥΠΕ

	Καλυπτόμενος Πληθυσμός
A' Αττικής	1.062.945
B' Αττικής	1.509.417
Γ' Αττικής	1.189.448
A' Κεντρικής Μακεδονίας	786.963
B' Κεντρικής Μακεδονίας	1.074.954
Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης	610.254
Δυτικής Μακεδονίας	302.750
Ηπείρου	352.420
Θεσσαλίας	754.393
Ιονίων Νήσων	214.274
Δυτικής Ελλάδας	739.118
Στερεάς Ελλάδας	607.855
Πελοποννήσου	632.955
Βορείου Αιγαίου	204.158
A' Νοτίου Αιγαίου	111.181
B' Νοτίου Αιγαίου	190.564
Κρήτης	601.159
ΣΥΝΟΛΑ	10.944.808

Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004)

6.1.3 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)

Πίνακας 4: Δομές ΠΦΥ ΕΣΥ ανά Δ.Υ.ΠΕ.

ΔΥΠΕ	Νοσοκομεία ¹ με Εξωτερικά Ιατρεία	Νοσοκομεία – Κ.Υ.	Κέντρα Υγείας	Περιφ/κά Ιατρεία	ΣΥΝΟΛΟ
Α' Αττικής	17				17
Β' Αττικής	10		9	6	25
Γ' Αττικής	8	1	5	14	28
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	8	1	20	110	139
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	12		11	80	103
Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης	6		14	119	139
Δυτικής Μακεδονίας	5		7	88	100
Ηπείρου	4	1	16	109	130
Θεσσαλίας	5		20	153	178
Ιονίων Νήσων	6		8	49	63
Δυτικής Ελλάδας	9	2	18	146	175
Στερεάς Ελλάδας	6	2	15	148	171
Πελοποννήσου	7	2	26	176	211
Βορείου Αιγαίου	3	2	7	65	77
Α' Νοτίου Αιγαίου	1	1	7	35	44
Β' Νοτίου Αιγαίου	1	3	4	40	48
Κρήτης	6	3	14	120	143
ΣΥΝΟΛΟ	114	18	201	1458	1791

Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004)

¹ Δεν περιλαμβάνονται τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

Με βάση στοιχεία του 2003, στα Κέντρα Υγείας και στα Περιφερειακά Ιατρεία του ΕΣΥ απασχολούνται μόνιμα 3.500 γιατροί (από τους οποίους οι 2.500 αγροτικοί), 2.000 νοσηλευτές και 3.000 λοιπό προσωπικό. Αν εξαιρέσει κανείς τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία απομακρυσμένων περιοχών, τα οποία ενισχύθηκαν για να καλυφθούν οι ελλείψεις τους, το προσωπικό των υπόλοιπων φορέων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέμεινε σχεδόν σταθερό κατά τη δεκαετία 1993-2003.

Σήμερα στη χώρα λειτουργούν περί τα 400 διαγνωστικά κέντρα, με πολλά από τα οποία συνάπτουν συμβάσεις δημόσιοι φορείς, όπως τα ασφαλιστικά ταμεία. Η κατανομή των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων ανά Πε.Σ.Υ.Π. παρουσιάζεται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5: Κατανομή ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων ανά ΔΥΠΕ

ΔΥΠΕ	Διαγνωστικά Κέντρα
Α' Αττικής	134
Β' Αττικής	100
Γ' Αττικής	44
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	19
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	4
Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης	13
Δυτικής Μακεδονίας	5
Ηπείρου	5
Θεσσαλίας	14
Ιονίων Νήσων	1
Δυτικής Ελλάδας	19
Στερεάς Ελλάδας	15
Πελοποννήσου	7
Βορείου Αιγαίου	2
Α' Νοτίου Αιγαίου	4
Β' Νοτίου Αιγαίου	2
Κρήτης	13
ΣΥΝΟΛΟ	401

Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004)

Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι στον ιδιωτικό τομέα λειτουργούν 20.000 ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια και 9.000 οδοντιατρεία, στα οποία απασχολούνται περίπου 20.000 ιδιώτες γιατροί ειδικότητας και 13.744 οδοντίατροι.

6.1.4 Δευτεροβάθμια & Τριτοβάθμια Περίθαλψη

Οι δημόσιες δομές δευτεροβάθμιας / τριτοβάθμιας περίθαλψης που υπάγονται στο ΕΣΥ περιλαμβάνουν 84 Γενικά Νοσοκομεία, 23 Ειδικά Νοσοκομεία, 7 Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και 18 Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας με συνολικό αριθμό κλινών 36.621. Τα περισσότερα από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ έχουν δυναμικότητα 100 – 200 κλινών, παρέχοντας κυρίως δευτεροβάθμιες υπηρεσίες περίθαλψης και 32 από αυτά έχουν δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες, παρέχοντας τριτοβάθμιες και μεγάλης εξειδίκευσης υπηρεσίες περίθαλψης. Η κατανομή των νοσοκομείων ΕΣΥ ανά ΔΥΠΕ φαίνεται στον Πίνακα 6.

Πίνακας 6: Κατανομή Νοσοκομείων ΕΣΥ ανά ΔΥΠΕ

ΔΥΠΕ	Νοσοκομεία ΕΣΥ				ΣΥΝΟΛΟ
	Γενικά	Ειδικά	Πανεπ/κά	Νοσ/μεία - Κ.Υ.	
Α' Αττικής	10	7			17
Β' Αττικής	7	3			10
Γ' Αττικής	4	3	1	1	9
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	5	2	1	1	9
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	9	3			12
Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης	5		1		6
Δυτικής Μακεδονίας	5				5
Ηπείρου	3		1	1	5
Θεσσαλίας	4		1		5
Ιονίων Νήσων	5	1			6
Δυτικής Ελλάδας	6	2	1	2	11
Στερεάς Ελλάδας	6			2	8
Πελοποννήσου	6	1		2	9
Βορείου Αιγαίου	3			2	5
Α' Νοτίου Αιγαίου	1			1	2
Β' Νοτίου Αιγαίου	1			3	4
Κρήτης	4	1	1	3	9
ΣΥΝΟΛΟ	84	23	7	18	132

Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004)

Πίνακας 7: Δυναμικότητα νοσοκομείων ΕΣΥ ανά ΔΥΠΕ

	Αριθμός κλινών	Κλίνες / 1.000 κατοίκους
Α' Αττικής	6.857	6,45
Β' Αττικής	5.170	3,43
Γ' Αττικής	3.221	2,71
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	3.435	4,36
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	2.973	2,77
Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης	2.021	3,31
Δυτικής Μακεδονίας	745	2,46
Ηπείρου	1.706	4,84
Θεσσαλίας	1.903	2,52
Ιονίων Νήσων	502	2,34
Δυτικής Ελλάδας	2.160	2,92
Κεντρικής Ελλάδας	1.040	1,71
Πελοποννήσου	1.280	2,02
Βορείου Αιγαίου	570	2,79
Α' Νοτίου Αιγαίου	242	2,18
Β' Νοτίου Αιγαίου	456	2,39
Κρήτης	2.340	3,89
ΣΥΝΟΛΟ	36.621	3,12

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2003)

Από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα, προκύπτει η αναλογία κλινών / 1.000 κατοίκους σε κάθε ΔΥΠΕ. Ο μέσος όρος είναι περίπου 3,12 κλίνες / 1.000 κατοίκους, με τη μικρότερη αναλογία (1,71) να παρουσιάζεται στην ΔΥΠΕ Κεντρικής Ελλάδας και τη μεγαλύτερη (6,45) στην Α' ΔΥΠΕ Αττικής.

Πίνακας 8: Κατανομή Νοσοκομείων εκτός ΕΣΥ ανά ΔΥΠΕ

	Λοιπά Νοσοκομεία Ν.Π.Δ.Δ.			ΣΥΝΟΛΟ
	Πανεπ/κά	Στρατιωτικά	ΙΚΑ	
Α' Αττικής	2	4	3	9
Β' Αττικής		1	1	2
Γ' Αττικής		1		1
Α' Κεντρικής Μακεδονίας			1	1
Β' Κεντρικής Μακεδονίας				0
Ανατολικής Μακεδονίας & Θράκης		3		3
Δυτικής Μακεδονίας		1		1
Ηπείρου		1		1
Θεσσαλίας		1		1
Ιονίων Νήσων				0
Δυτικής Ελλάδας				0
Στερεάς Ελλάδας				0
Πελοποννήσου				0
Βορείου Αιγαίου				0
Α' Νοτίου Αιγαίου				0
Β' Νοτίου Αιγαίου				0
Κρήτης		1		1
ΣΥΝΟΛΟ	2	13	5	20

Πηγή: Υγειονομικός Χάρτης, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004)

Οι πίνακες που ακολουθούν δίνουν ορισμένα πληροφοριακά στοιχεία ενδεικτικά της άνισης κατανομής των υποδομών υγείας στις ελληνικές περιφέρειες, τόσο σε απόλυτα μεγέθη για τις νεότευκτες μείζονες υπερπεριφέρειες της χώρας, όσο και σε εκατοστιαία ποσοστά σε σχέση με το μέσο όρο της ΕΕ-25.

Βέβαια, οι δείκτες κατανομής των υποδομών είναι μόνο ενδεικτικοί των περιφερειακών διαφορών, δεδομένου ότι το θέμα είναι περισσότερο πολύπλοκο.

Πίνακας 9: Υποδομές υγείας σε επίπεδο των 5 υπερ-περιφερειών και της χώρας

	ΑΜΘ, Κ. Μακεδ. Δ. Μακεδ.	Ήπειρο ς, Θεσσα λία Στ. Ελλ.	Ιόνια, Δυτ. Ελλ., Πελ/σο ς	Βόρ.– Νότ. Αιγαίο, Κρήτη	Αττική	ΕΛΛΑΔ Α
Νοσοκομεία δημόσια 2002	32	18	26	19	46	141
Νοσοκομειακές κλίνες / 1000 κατοίκους 2000	6	4	4	5	8	6

Πηγές: Eurostat, επεξεργασία BCS. ΕΣΥΕ, πρώτη επεξεργασία Allmedia, δευτερογενής επεξεργασία BCS. ΤΜΧΠΠΑ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας: Βάση Δεδομένων, επεξεργασία BCS.

Πίνακας 10: Νοσοκομειακές κλίνες ως εκατοστιαίο ποσοστό του κοινοτικού μέσου όρου

<i>ΕΕ25=100</i>	<i>Νοσ. Κλίνες/100χιλ.κατ. 2000</i>
ΑΜΘ, Κ. Μακ, Δ. Μακεδονία	83,2
Ηπειρος, Θεσσαλία, Στρ. Ελλάδα	59,1
Ιόνια, Δ. Ελλάδα, Πελ/νησος	58,2
Βόρειο - Νότιο Αιγαίο, Κρήτη	66,3
Αττική	113,2

ΠΗΓΗ: Eurostat, επεξεργασία BCS

6.1.5 Οικονομικά μεγέθη του Κλάδου Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Σε συνεχή ανοδική πορεία βρίσκεται ο τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές επιχειρήσεις τα τελευταία χρόνια, εμφανίζοντας μέσο ρυθμό ανάπτυξης ύψους 12,5% ετησίως.

Μια σειρά από ρυθμιστικούς, τεχνολογικούς, δημογραφικούς αλλά και αμιγώς επιχειρηματικούς παράγοντες διαμόρφωσαν το κατάλληλο πεδίο ανάπτυξης του συγκεκριμένου κλάδου.

Ειδικότερα:

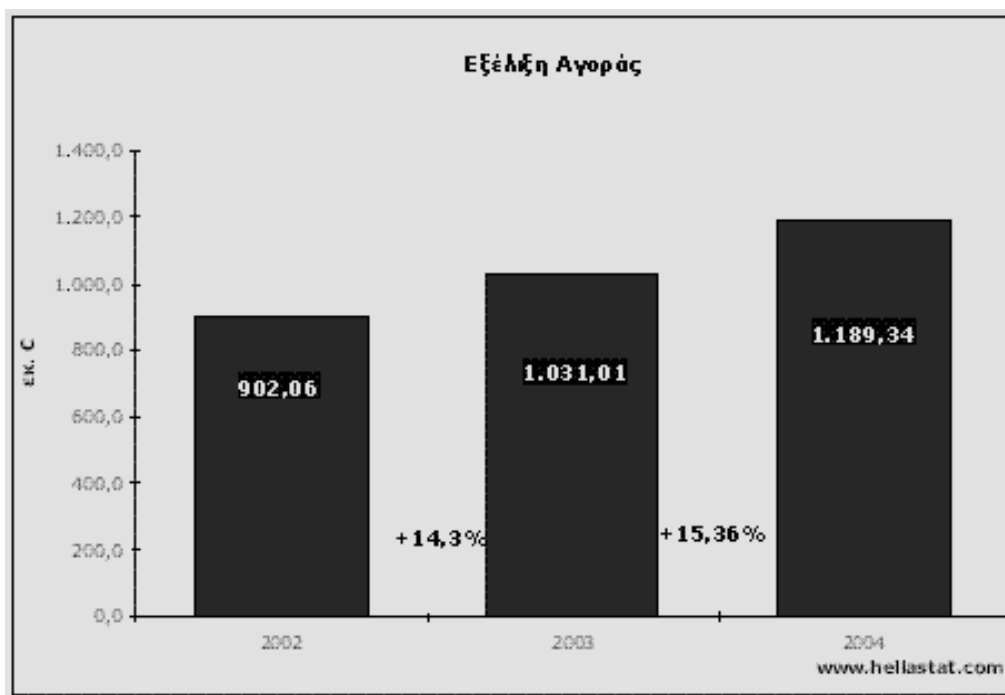
- Η αδυναμία του ΕΣΥ να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις των πολιτών, εξαιτίας των ελλείψεων σε υλικοτεχνική υποδομή αλλά και των καταγγελιών των ασθενών που αφορούν στην ανταπόκριση του ανθρώπινου παράγοντα,
- Η συνακόλουθη ρύθμιση-απελευθέρωση της αγοράς παροχής υπηρεσιών ανθρώπινης υγείας που έθεσε τους όρους της επιχειρηματικής δραστηριοποίησης
- Η διάδοση των ιδιωτικών ασφαλιστήριων συμβολαίων ιατροφαρμακευτικής κάλυψης
- Η άνοδος του βιοτικού επιπέδου
- Η γήρανση του πληθυσμού
- Η εισαγωγή νέων ιατρικών μεθόδων στην διάγνωση, τη χειρουργική και την περίθαλψη

ενώ η ανελαστική φύση των δαπανών που αφορούν στην ανθρώπινη υγεία και τα πλούσια περιθώρια καθαρού κέρδους που χαρακτηρίζουν τον κλάδο –σχεδόν 4/πλάσια σε σύγκριση με την μέση επίδοση στην ελληνική οικονομία- αποτέλεσαν το δέλεαρ για την προσέλκυση των τεράστιων απαιτούμενων επιχειρηματικών κεφαλαίων.

Οι πρώτες μεγάλης κλίμακας ιδιωτικές επενδύσεις υλοποιήθηκαν ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του '70, με την «μαιευτική κλινική Μητέρα» και το «Διαγνωστικό Θεραπευτικό Κέντρο Υγεία», ενώ ακολούθησαν τα «Εργαστήρια της Βιοϊατρικής», το «Ιατρικό Κέντρο Αθηνών», η «Euromedica» και το «ΙΑΣΩ».

Παράλληλα, ολιγομελείς ομάδες ιατρών συνάπτουν μεταξύ τους συνεργασίες για τη δημιουργία πολύ-ιατρείων, με στόχο την προσέλκυση και ανταλλαγή πελατείας μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων, την προσφορά υπηρεσιών τύπου one-stop-shop αλλά και την εξοικονόμηση πόρων μέσω του επιμερισμού των γενικών εξόδων (στέγαση, αναλώσιμα, γραμματειακή υποστήριξη).

Από τα μέσα της δεκαετίας του '90 παρατηρείται έντονη αναπτυξιακή δράση από τα μεγαλύτερα επιχειρηματικά σχήματα, τα οποία γιγαντώνονται στο εσωτερικό μέσω εξαγορών αλλά και ανάπτυξης δικτύου στην πρωτεύουσα, τα μεγάλα αστικά κέντρα και την περιφέρεια.



Η συνεργασία με τις εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης λειτούργησε καταλυτικά στην ανάπτυξη του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, σε όλη τη διάρκεια της δεκαετίας του 1990.

Η δημόσια δαπάνη για την υγεία την τελευταία δεκαετία κυμαίνεται μεταξύ 5-5,5% του ΑΕΠ (με την ιδιωτική να ανέρχεται σταθερά στο 4,5% του ΑΕΠ). Η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας αντιστοιχεί στο 47% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στην υψηλότερη θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ των 15, τη στιγμή που ο μέσος όρος των 15 χωρών είναι μόλις 22,8%. Η απόκλιση αυτή υποδεικνύει τη δυναμική του κλάδου και υπογραμμίζει τα χρόνια προβλήματα λειτουργίας που παρουσιάζει το ΕΣΥ.

Τα μεγάλα επιχειρηματικά σχήματα στήριξαν τη στρατηγική τους σε τρεις βασικούς άξονες:

- Γεωγραφική Κάλυψη: Είτε πρόκειται για ιδιωτικές κλινικές όπως το Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, είτε πρόκειται για Διαγνωστικά Κέντρα όπως η Βιοϊατρική, η οργανική ανάπτυξη εξασφαλίστηκε με την επέκταση του δικτύου εντός και εκτός Αττικής, κεφαλαιοποιώντας αποτελεσματικά το brand name που είχε δημιουργηθεί.
- Διεύρυνση Χαρτοφυλακίου Υπηρεσιών: Επέκταση των δραστηριοτήτων με στόχο την παροχή πλήρους φάσματος υπηρεσιών διάγνωσης & θεραπείας, (ενδεικτικά στους τομείς της οφθαλμολογικής, της παιδιατρικής, της μαιευτικής, της γυναικολογίας).

- Τεχνολογική & Επιστημονική Εξέλιξη: Η απόκτηση υπερσύγχρονου εξοπλισμού, η σύναψη στρατηγικών συμμαχιών με ερευνητικούς φορείς του εξωτερικού, η εφαρμογή πρωτοποριακών μεθόδων πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας δημιουργούν συγκριτικό πλεονέκτημα στα επιχειρηματικά σχήματα.

Σύνοψη Αριθμοδεικτών Κλάδου	2004	2003	2002	2001
Κεφαλαιακή Διάρθρωση				
Βραχ. υποχρεώσεις / Πωλήσεις	46,9%	44,5%	41,7%	39,9%
Βραχ. τραπεζικές υποχρ. / Πωλήσεις	15,5%	13,6%	11,5%	
Ξένα προς ίδια κεφάλαια	1,1	1,1	1,1	1,0
Κάλυψη τόκων από λειτουργικά κέρδη	12,8	13,7	11,7	9,3
Βραχ. Υποχρεώσεις προς Ενεργητικά	53,2%	50,8%	48,6%	46,9%
Ρευστότητα				
Γενική ρευστότητα	1,24	1,22	1,25	1,32
Άμεση ρευστότητα	1,24	1,19	1,21	1,27
Εμπορικός Κύκλος	-28	-23	-20	-13
Ημέρες αποπλήσεων	134	124	123	116
Ημέρες απαιτημάτων	7	8	7	7
Ημέρες πίστωσης από προμηθευτές	170	155	151	136
Κερδοφορία & Αποδοτικότητα				
Περιθώριο μικτού κέρδους	38,0%	37,4%	38,7%	34,7%
Περιθώριο ΚΠΤΦΑ	16,9%	18,5%	18,4%	18,1%
Περιθώριο καθαρού κέρδους (προ φόρων)	8,3%	10,4%	9,3%	11,8%
Απόδοση συνολικού ενεργητικού προ φόρων	10,2%	12,3%	9,6%	10,1%
Απόδοση ιδίων κεφαλαίων προ φόρων	24,4%	27,5%	23,6%	24,4%
<i>Διάμεσο</i>				
Επεξεργασία : www.heiostat.com				

Επιπρόσθετα, ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι κατεξοχήν πελατοκεντρικός, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις και τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες, στους τομείς δηλαδή όπου οι Δημόσιες Υπηρεσίες κατά γενική ομολογία πάσχουν.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες πραγματοποιούν επιθετική είσοδο στον κλάδο της υγείας, είτε μέσω συνεργασιών με ιδιωτικές κλινικές, είτε ιδρύοντας δικά τους ιατρικά και διαγνωστικά κέντρα. Πρωτοπόρος στον τομέα αυτό είναι η INTERAMERICAN, η οποία επένδυσε σημαντικά κονδύλια για την ανακαίνιση της Αθηναϊκής Κλινικής, ενώ εγκαινίασε την έναρξη λειτουργίας της Ευρωκλινικής Παίδων. Παράλληλα, σύναψε συνεργασία με τα ιατρικά κέντρα Medifirst και σχεδιάζει επέκταση σε βαλκανικές χώρες, καθώς και στην Κεντρική Ευρώπη.

Η Δημόσια Υγεία βρίσκεται τα τελευταία χρόνια σε τροχιά βελτίωσης, καθώς με αφορμή τους Ολυμπιακούς Αγώνες υλοποιήθηκαν πολυάριθμα έργα δημιουργίας, επέκτασης και αναβάθμισης των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων.

Στα πλαίσια του Ν. 3329/2005 «Εθνικό σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» προβλέπεται η εφαρμογή του θεσμού «Σύμπραξη Ιδιωτικών & Δημοσίων Κεφαλαίων» (ΣΔΙΤ) για την ανάληψη επενδύσεων στο χώρο της δημόσιας υγείας και ανάθεσης μέρους των υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ιδιωτικούς φορείς. Η –έστω και με χαμηλούς ρυθμούς- σύγκλιση του επιπέδου προσφερόμενων υπηρεσιών από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς λειτουργεί για τους επιχειρηματίες του τομέα υγείας ως μοχλός πίεσης για διαρκή βελτίωση και αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Κατανομή Μεταβολής Κύκλου Εργασιών 2004		
Γρήθορ εταιρειών	292	
Αύξηση	180	61,6%
Μείωση	100	34,2%
Κατανομή Κερδών προ τόκων, φόρων & αποσβέσεων 2004		
Κερδοφόρες	240	82,2%
Αύξηση	120	41,1%
Μείωση	94	32,2%
Από ζημιές	21	7,2%
Ζημιογόνες	52	17,8%
Αύξηση	13	4,5%
Μείωση	18	6,2%
Από κέρδη	21	7,2%
Κατανομή Αποτελεσμάτων προ φόρων 2004		
Κερδοφόρες	218	74,7%
Αύξηση	105	36,0%
Μείωση	86	29,5%
Από ζημιές	24	8,2%
Ζημιογόνες	74	25,3%
Αύξηση	17	5,8%
Μείωση	25	8,6%
Από κέρδη	32	11,0%
Επεξεργασία : www.hellastat.com		

Μία νέα για τα ελληνικά δεδομένα επιχειρηματική κίνηση υλοποιήθηκε από την MARFIN FG η οποία τον Ιανουάριο του 2006 απέκτησε το 49% των μετοχών της εισηγμένης στο ΧΑ «ΥΓΕΙΑ». Σκοπός του χρηματοπιστωτικού ιδρύματος είναι η δημιουργία υπεραξίας μέσω κινήσεων αναδιοργάνωσης και υλοποίησης αναπτυξιακού επιχειρηματικού πλάνου.

Ένας κλάδος με υγιή οικονομικά δεδομένα

Χαρακτηριστικό του κλάδου είναι η επίτευξη υψηλών αποδόσεων επί των επενδυμένων κεφαλαίων, η οποία προκύπτει από τα πλούσια περιθώρια λειτουργικού και καθαρού κέρδους, καθώς η κεφαλαιακή δομή (1 προς 1 τα ξένα προς τα ίδια κεφάλαια) είναι στα αντίστοιχα επίπεδα με το σύνολο της Ελληνικής οικονομίας.

Οι επιχειρήσεις του κλάδου απολαμβάνουν υψηλό δείκτη ρευστότητας και πλεόνασμα κεφαλαίου κίνησης το οποίο διαχρονικά επεκτείνεται, με τον

εμπορικό κύκλο να εκτιμάται αρνητικός (εισπράττει δηλαδή ταχύτερα από ότι πληρώνει) στις 28 ημέρες.

Υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης πέτυχαν στο πρώτο 9μηνο του 2005 οι εισηγμένοι στο ΧΑ Όμιλοι υπηρεσιών Υγείας βάσει των αποτελεσμάτων που συντάχθηκαν με τα ΔΠΧΠ, με εξαίρεση την οριακή άνοδο που εμφάνισε το Υγεία. Σε επίπεδο καθαρής προ φόρων κερδοφορίας τις καλύτερες επιδόσεις εμφάνισε το Ιατρικό Αθηνών, με αύξηση ύψους 30%, στα € 12,8 εκ.

Στοιχεία Ομίλου	Κύκλος Εργασιών			ΚΤΠΦΑ			ΚΠΦ		
	2005	2004	Δ	2005	2004	Δ	2005	2004	Δ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ	155,72	137,73	13,1%	24,31	21,47	13,2%	12,84	9,88	30,0%
EUROMEDICA A.E.	98,77	80,24	23,1%	13,36	12,79	4,5%	4,50	6,17	-27,0%
ΙΑΣΩ	84,99	70,02	21,4%	14,22	13,00	9,4%	5,96	5,66	5,3%
ΥΓΕΙΑ	47,12	46,11	2,2%	5,93	7,32	-19,0%	-0,99	0,54	

Ενοποιημένα στοιχεία Εννεαμήνου 1/1-30/9, σε εκ. €
www.hellastat.com

Ο Οικονομικός Χώρος των Δημόσιων νοσοκομείων

Η έλλειψη προσωπικού και η καθυστέρηση στην εξόφληση των προμηθευτών έχει οδηγήσει τα Ελληνικά Δημόσια νοσοκομεία στη συσσώρευση τεράστιων χρεών προς του προμηθευτές τους. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι:

- Τα δημόσια νοσοκομεία δεν λαμβάνουν έγκαιρα τα έσοδα από τις υπηρεσίες που παρέχουν έστω και στο υποκοστολογημένο πλαίσιο τιμών που καθορίζεται σε εξαμηνία βάση από τα ΦΕΚ του δημοσίου και αφορούν τις τιμές μονάδος ανά πράξη που εισπράττονται από τα Δημόσια Ταμεία.
- Η έλλειψη προσωπικού και οι αυξημένες γραφειοκρατικές διαδικασίες δημιουργούν καθυστερήσεις στους διαγωνισμούς προμηθειών αλλά και στην αποπληρωμή των προμηθευτών.
- Η δυνατότητες που δίνονται από το υφιστάμενο πλαίσιο έχουν στην ουσία μετατρέψει όλες τις συμβάσεις σε επείγουσες με συνέπεια την υπερκοστολόγηση των ειδών αφού γίνονται προμήθειες με απ' ευθείας αναθέσεις απαλείφοντας τα οφέλη του ανοικτού ανταγωνισμού της ελεύθερης αγοράς.
- Οι προδιαγραφές είναι συνήθως φωτογραφικές σε συγκεκριμένα είδη γεγονός που δεν οφείλεται κατ ανάγκη σε προσπάθεια κατασπατάλησης του δημοσίου χρήματος και σε διαφθορά στελεχών του δημοσίου αλλά και σε άγνοια των μεσαίων στελεχών τη συγγραφή έγκυρων προδιαγραφών. Το αποτέλεσμα είναι οι αδικημένοι προμηθευτές να ασκούν τα νόμιμα δικαιώματα τους περί προσφυγών και ενστάσεων επί της διαδικασίας στα ελληνικά αλλά και τα ευρωπαϊκά δικαστήρια.

Όλα τα ανωτέρω δημιουργούν μια δυσοίωνη κατάσταση η οποία μειώνει κατά κόρον την ανταγωνιστικότητα του δημοσίου συστήματος υγείας καθώς δεν επενδύονται χρήματα στις σωστές δράσεις. Στο παρακάτω πίνακα φαίνονται τα συνολικά χρέη των νοσοκομείων μέχρι το έτος 2004 τα οποία ρυθμίστηκαν συνολικά με θεσμικές και διοικητικές ενέργειες του ΥΓΚΑ. Σήμερα τα νοσοκομεία εξακολουθούν να συσσωρεύουν χρέη και η λύση της συνολικής ρύθμισης χρεών σε εύλογα χρονικά διαστήματα δεν είναι προς όφελος ούτε του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αλλά ούτε και των προμηθευτών.

ΔΥΠΕ	Δ.Υ.Π.Ε.	ΧΡΕΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	2002	2003	Μεταβολή 02-03	2004	Μεταβολή 03-04
1	Α' Δ.Υ.Π.Ε. Αττικής	512.126.709,52 €	181.731.230,84 €	358.806.772,22 €	97%	549.245.608,38 €	53%
2	Β' Δ.Υ.Π.Ε. Αττικής	349.934.584,25 €	87.537.552,42 €	200.275.338,05 €	129%	377.989.295,14 €	89%
3	Γ' Δ.Υ.Π.Ε. Αττικής	194.604.713,71 €	63.780.069,65 €	129.650.120,21 €	103%	228.600.102,48 €	76%
4	Δ.Υ.Π.Ε. Ανατολικής Μακεδονίας Θράκης	156.990.374,16 €	37.815.551,31 €	101.029.012,43 €	167%	164.041.369,84 €	62%
5	Α' Δ.Υ.Π.Ε. Κεντρικής Μακεδονίας	243.945.188,15 €	96.710.707,88 €	172.794.867,57 €	79%	254.187.789,52 €	47%
6	Β' Δ.Υ.Π.Ε. Κεντρικής Μακεδονίας	156.879.998,36 €	91.692.020,04 €	130.585.961,48 €	42%	223.854.243,81 €	71%
7	Δ.Υ.Π.Ε. Δυτικής Μακεδονίας	36.068.773,14 €	10.674.282,88 €	22.754.730,16 €	113%	39.100.671,38 €	72%
8	Δ.Υ.Π.Ε. Ηπείρου	180.406.410,54 €	34.587.496,46 €	117.665.245,36 €	240%	184.262.833,39 €	57%
9	Δ.Υ.Π.Ε. Θεσσαλίας	185.989.670,39 €	35.337.773,34 €	122.862.339,69 €	248%	195.432.675,32 €	59%
10	Δ.Υ.Π.Ε. Στερεάς Ελλάδας	64.712.408,05 €	15.098.897,46 €	35.842.951,82 €	137%	69.403.011,95 €	94%
11	Δ.Υ.Π.Ε. Δυτικής Ελλάδος	231.555.763,87 €	56.489.026,52 €	144.469.137,57 €	156%	247.120.301,70 €	71%
12	Δ.Υ.Π.Ε. Πελοποννήσου	93.103.698,34 €	34.561.355,63 €	63.142.337,16 €	83%	97.624.198,81 €	55%
13	Δ.Υ.Π.Ε. Ιονίων Νήσων	31.511.907,34 €	13.890.065,15 €	19.470.901,96 €	40%	33.759.957,66 €	73%
14	Δ.Υ.Π.Ε. Βορείου Αιγαίου	46.979.572,14 €	11.983.394,55 €	34.775.127,35 €	190%	54.086.351,93 €	56%
15	Α' Δ.Υ.Π.Ε. Νοτίου Αιγαίου	5.264.323,55 €	1.088.272,23 €	3.395.759,32 €	212%	5.954.950,14 €	75%
16	Β' Δ.Υ.Π.Ε. Νοτίου Αιγαίου	33.237.543,00 €	9.682.397,62 €	23.847.991,32 €	146%	36.688.943,78 €	54%
17	Δ.Υ.Π.Ε. Κρήτης	212.642.340,54 €	48.004.574,92 €	155.198.426,73 €	223%	231.518.447,64 €	49%
	Σύνολο	2.735.953.979,05 €	830.664.668,90 €	1.836.567.020,40 €	121%	2.992.870.752,87 €	63%

ΠΗΓΗ: www.mohaw.gr

6.1.6 Ευρωπαϊκή Ένωση- Στόχοι της Ε.Ε. σχετικά με την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) «Υγεία δεν είναι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας αλλά και η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία». Από την άποψη αυτή ο ευρύτερος τομέας αναφοράς περιλαμβάνει όχι μόνο τα θέματα της υγείας όπως ορίζονται με τη στενότερη έννοια, αλλά και αυτά της ποιότητας ζωής, της κοινωνικής αλληλεγγύης καθώς και των προσδιοριστικών παραγόντων που επιδρούν σε αυτά.

Η σημασία της υγείας των πολιτών για την οικονομική ανάπτυξη αναδεικνύεται ρητά στην **απόφαση** του του **ευρωπαϊκού κοινοβουλίου** και του **συμβουλίου** για τη θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών¹, όπου θεσπίζεται πρόγραμμα κοινής δράσης στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2007 – 2013. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρεται στην παραπάνω απόφαση «Ο τομέας της υγείας χαρακτηρίζεται αφενός από το σημαντικό δυναμικό του για οικονομική αύξηση, καινοτομία και δυναμισμό και αφετέρου από τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει από την άποψη της οικονομικής και κοινωνικής αειφορίας και αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγειονομικής μέριμνας, μεταξύ άλλων λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και των προόδων που σημειώνει η ιατρική».

(COM(2006) 234 τελικό 2005/0042 (COD)

6.4.2005. Σημειώνεται ότι το κείμενο αφορά στη διαμόρφωση της στρατηγικής της Επιτροπής, η οποία λειτουργεί συμπληρωματικά προς τις στρατηγικές των κρατών-μελών. Η Επιτροπή εστιάζει σε θέματα που απαιτούν συντονισμό και συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών καθώς και στην ανάληψη κεντρικών ενεργειών).

Στα άρθρα 152 και 153 της Συνθήκης της Ευρωπαϊκής Ένωσης καταγράφονται ως στόχοι η προώθηση της προστασίας της υγείας, η ενημέρωση και η εκπαίδευση, η ασφάλεια αλλά και η ένταξη των θεμάτων της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών σε όλες τις κοινοτικές πολιτικές.

Οι προκλήσεις που αντιμετωπίζει σήμερα η ΕΕ είναι κυρίως:

- η τάση γήρανσης του πληθυσμού των κρατών μελών και οι συνέπειές της,
- οι αυξημένες ανισότητες από την είσοδο των νέων κρατών – μελών,
- η συστηματική υστέρηση σε τομείς ανταγωνιστικότητας.

Οι παραπάνω προκλήσεις αναβάθμισαν σημαντικά τους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στις πολιτικές προτεραιότητες της ΕΕ. Αποτέλεσμα των εξελίξεων αυτών είναι η άμεση και έντονη διασύνδεση των θεμάτων υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης με τις πολιτικές της συνοχής και της ανταγωνιστικότητας. Η στρατηγική της **Λισσαβόνας** επισημαίνει ότι «σημαντική πρόκληση θα είναι η μείωση των σημαντικών διαφορών που υπάρχουν μεταξύ των κρατών μελών όσον αφορά την προσδοκώμενη διάρκεια ζωής, την επίπτωση σημαντικών νόσων και την κατάσταση υγείας. Ο εκσυγχρονισμός του τομέα της υγείας (...) μπορεί να συμβάλει ουσιαστικά στη βιωσιμότητα της προσφοράς εργατικού δυναμικού».

Η Στρατηγική της Λισσαβόνας αποτυπώνει τις προτεραιότητες και προτείνει τις κατευθύνσεις στις οποίες θα πρέπει να κινηθούν οι μεταρρυθμίσεις, σύμφωνα με τις ανάγκες και τα ειδικότερα προβλήματα του κάθε κράτους μέλους της ΕΕ. Στο πλαίσιο της πρόσφατης αναθεώρησης της Στρατηγικής, η ελληνική κυβέρνηση υπέβαλε στις 17/10/05 το **Εθνικό Πρόγραμμα**

Μεταρρυθμίσεων (ΕΠΜ) για το διάστημα 2005-2008 , που συζητήθηκε στην Economic Policy Committee στις 16/11/05.

Στόχος του ΕΠΜ είναι η ενίσχυση της Απασχόλησης, της Ανάπτυξης και της Κοινωνικής Συνοχής. Το πρόγραμμα συγκεντρώνει σε ένα ενιαίο κείμενο τις μεταρρυθμίσεις που σχεδιάζει και υλοποιεί η Κυβέρνηση τα επόμενα τρία χρόνια (με απώτερο ορίζοντα το 2010) στους τομείς των Δημοσίων Οικονομικών, των Διαρθρωτικών (μικροοικονομικών) Αλλαγών, καθώς και στην Απασχόληση, Κατάρτιση και Εκπαίδευση. Η εκπόνηση του ΕΠΜ στηρίχθηκε σε ένα νέο μοντέλο ανάπτυξης, που προσβλέπει στην ανάπτυξη της υγιούς ιδιωτικής επιχειρηματικής πρωτοβουλίας, της ανταγωνιστικότητας και της εξωστρέφειας.

Οι κρίσιμοι παράγοντες του προγράμματος είναι η αύξηση της παραγωγικότητας, η συγκράτηση του πληθωρισμού και η τόνωση της απασχόλησης.

Πιο συγκεκριμένα, οι προτεραιότητες του ΕΠΜ είναι:

(α) **Η αποκατάσταση της δημοσιονομικής ισορροπίας και η εξασφάλιση της μακροχρόνιας βιωσιμότητας των δημόσιων οικονομικών**, με άμεση προτεραιότητα τον περιορισμό του ελλείμματος κάτω από το 3% μέχρι το τέλος του 2006 και περαιτέρω περιορισμό του τα επόμενα χρόνια.

(β) **Η αύξηση της παραγωγικότητας**, μέσα από την αντιμετώπιση των διαρθρωτικών προβλημάτων στη λειτουργία των αγορών, τις επενδύσεις σε ανθρώπινο κεφάλαιο και την προώθηση της Κοινωνίας της Γνώσης.

(γ) **Η βελτίωση του επιχειρηματικού περιβάλλοντος**, η ενίσχυση του ανταγωνισμού, το άνοιγμα των αγορών, η αύξηση της εξωστρέφειας και η αξιοποίηση της γεωπολιτικής θέσης της χώρας ως πόλου έλξης επενδυτικών δραστηριοτήτων με προοπτικές επέκτασης στην ευρύτερη περιοχή της Νοτιοανατολικής Ευρώπης.

(δ) **Η αύξηση της απασχόλησης**, η μείωση της ανεργίας, καθώς και η αποτελεσματικότερη λειτουργία των συστημάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης με μια σειρά από στοχευμένες δράσεις που περιορίζουν παράλληλα τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού.

Τέλος, πυρήνας της στρατηγικής της Λισσαβόνας είναι η προώθηση της ιδέας μιας θετικής αλληλεπίδρασης μεταξύ της οικονομικής πολιτικής, της πολιτικής για την απασχόληση και της κοινωνικής πολιτικής.

Σκοπός της είναι να προωθήσει ένα μοντέλο αειφόρου ανάπτυξης για την Ένωση με σκοπό τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου όλων των ευρωπαϊκών πολιτών· στο μοντέλο αυτό συνδυάζεται η οικονομική μεγέθυνση με την ιδιαίτερη έμφαση που δίνεται στην κοινωνική συνοχή και στην προστασία του περιβάλλοντος.

Έτσι γίνεται εντονότερη η ανάγκη να βελτιωθούν οι συντονιστικοί μηχανισμοί σε επίπεδο Ε.Ε., ώστε να διαμορφωθούν συνεπείς και αλληλοενισχυόμενες πολιτικές στους τομείς της οικονομίας, της απασχόλησης και της κοινωνίας.

Η «Κοινή έκθεση για την απασχόληση» και την «Έκθεση εφαρμογής των ΓΠΟΠ» σκοπό έχουν να παρουσιάσουν μια ισορροπημένη μια και ολοκληρωμένη άποψη των κύριων προκλήσεων που πρέπει να αντιμετωπίσουν τα κράτη μέλη προκειμένου να επιτύχουν τους φιλόδοξους στόχους της Λισσαβόνας. Αντικατοπτρίζει τις συστάσεις της έκθεσης της ομάδας υψηλού επιπέδου των ανεξάρτητων εμπειρογνομόνων (ομάδα ΚοΚ) όσον αφορά την ανάγκη να υπάρξει μεγαλύτερη εστίαση στην υλοποίηση των στόχων της Λισσαβόνας και ισχυρότερη πολιτική δέσμευση σε όλα τα επίπεδα.

Ένα θετικό αποτέλεσμα της διαδικασίας κοινωνικής ενσωμάτωσης ήταν η αποσαφήνιση των κύριων προτεραιοτήτων της πολιτικής για την αντιμετώπιση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, όπως φαίνεται από τις προσεγγίσεις πολιτικής που εγκρίθηκαν από τα κράτη μέλη.

Σε όλη την Ένωση ξεχωρίζουν **επτά κύριες προτεραιότητες πολιτικής:**

1. **Αύξηση της συμμετοχής στην αγορά εργασίας:** Τα περισσότερα κράτη μέλη θεωρούν ότι αυτή είναι η σημαντικότερη προτεραιότητα, η οποία σημαίνει επέκταση των ενεργών πολιτικών για την αγορά εργασίας και εξασφάλιση καλύτερης σύνδεσης μεταξύ κοινωνικής προστασίας, δια βίου μάθησης και μεταρρυθμίσεων στην αγορά εργασίας ώστε να αλληλοενισχύονται.
2. **Εκσυγχρονισμός των συστημάτων κοινωνικής προστασίας:** Εξασφάλιση, δηλαδή, βιώσιμων συστημάτων κοινωνικής προστασίας τα οποία να είναι επαρκή και στα οποία να έχουν πρόσβαση όλοι και οι παροχές που προορίζονται για όσους είναι ικανοί να εργαστούν να προσφέρουν αποτελεσματικά κίνητρα εργασίας καθώς και ικανοποιητική ασφάλεια ώστε τα άτομα να μπορούν να προσαρμόζονται στις αλλαγές.
3. **Αντιμετώπιση των προβλημάτων στην εκπαίδευση και στην κατάρτιση:** Δίνεται κυρίως έμφαση στην αποφυγή της πρόωρης εγκατάλειψης της επίσημης εκπαίδευσης και κατάρτισης· στη διευκόλυνση της μετάβασης από το σχολείο στην εργασία, ιδίως για όσους εγκαταλείπουν νωρίς το σχολείο με περιορισμένα προσόντα· στη βελτίωση της πρόσβασης στην εκπαίδευση και στην κατάρτιση για τις μειονεκτούσες ομάδες και την ενσωμάτωσή τους στο παραδοσιακό σύστημα· στην προαγωγή της δια βίου μάθησης, συμπεριλαμβανομένης της ηλεκτρονικής μάθησης (e-learning) για όλους. Γενικά αναγνωρίζεται η ανάγκη για περισσότερες και αποτελεσματικότερες επενδύσεις στο ανθρώπινο κεφάλαιο όλων των ηλικιών.
4. **Εξάλειψη της παιδικής φτώχειας:** Το στάδιο αυτό θεωρείται βασικό για την εξάλειψη του φαινομένου της κληρονομικής μεταβίβασης της φτώχειας από γενεά σε γενεά. Ιδιαίτερο βάρος δίνεται στην έγκαιρη παρέμβαση και στην αρχική εκπαίδευση των παιδιών που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση, καθώς και στην καλύτερη υποστήριξη του εισοδήματος και στη βοήθεια προς τις οικογένειες και τους μόνους γονείς. Πολλές χώρες δίνουν επίσης ιδιαίτερη έμφαση στην προώθηση των δικαιωμάτων του παιδιού κατά τη χάραξη της πολιτικής.

5. **Εξασφάλιση αξιοπρεπούς κατοικίας:** Ορισμένα κράτη μέλη αποδίδουν ιδιαίτερη προσοχή στη βελτίωση των συνθηκών στέγασης· άλλα, στην ανάγκη αντιμετώπισης της έλλειψης κοινωνικής κατοικίας για τις ευάλωτες ομάδες. Πολλά κράτη μέλη αναπτύσσουν πιο ολοκληρωμένες προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του προβλήματος των αστέγων.
6. **Καλύτερη πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες:** Βελτίωση δηλαδή της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας, στις κοινωνικές υπηρεσίες και στα μέσα μεταφοράς, βελτίωση του τοπικού περιβάλλοντος, καθώς και επενδύσεις σε επαρκείς υποδομές και αξιοποίηση των δυνατοτήτων των νέων, με πρόσβαση για όλους, τεχνολογιών της πληροφορίας και της επικοινωνίας.
7. **Καταπολέμηση των διακρίσεων και αύξηση της ενσωμάτωσης των ατόμων με αναπηρίες, των εθνικών μειονοτήτων και των μεταναστών:** Η καταπολέμηση των υψηλών επιπέδων αποκλεισμού που αντιμετωπίζουν αυτές οι ομάδες απαιτεί συνδυασμό αύξησης της πρόσβασης στις παραδοσιακές υπηρεσίες και ευκαιρίες, εφαρμογή της νομοθεσίας για την καταπολέμηση των διακρίσεων και ανάπτυξη στοχοθετημένων προσεγγίσεων.

6.1.7 Νομικό πλαίσιο του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης - Υφιστάμενο πλαίσιο

ΓΙΑ ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ	N. 1278/ΦΕΚ 105 ^Α /31.8.82
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	N. 1397/Φ. 143 ^Α /7.10.83
ΙΔΡΥΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (ΕΟΦ) ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ (ΕΦ) ΤΗΣ ΚΡΑΤΙΚΗΣ ΦΑΡΜΑΚΑΠΟΘΗΚΗΣ (Κ.Φ.) ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 1316/Φ. 3 ^Α /11.1.83
ΑΦΑΙΡΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ	N. 1383/Φ. 106 ^Α /5.8.83
ΠΕΡΙ ΡΥΘΜΙΣΕΩΣ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΙΔΡΥΜΑΤΩΝ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΣΤΑΘΜΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΣΥΝΑΦΩΝ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ	N. 1471/Φ. 112 ^Α /6.8.84
ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΘΕΜΑΤΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	N. 1431/Φ. 46 ^Α /16.4.84
ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 1579/Φ.217 ^Α /23.12.85
ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΔΟΣΗΣ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ, ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 1729/Φ. 44 ^Α /7.8.87
ΠΕΡΙ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	N. 1820/Φ. 261 ^Α /17.11.88
ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	N. 2071/Φ. 123 ^Α /15.7.92
ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΘΙΕΡΩΣΗ ΝΕΩΝ ΘΕΣΜΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ	N. 2082/Φ. 158 ^Α /21.9.92
ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 2194/Φ. 34 ^Α /16.3.94
ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΑΠΟ ΦΟΡΕΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	N. 2345/Φ. 213 ^Α /12.10.95
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ, ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 2519/Φ. 165 ^Α /21.8.97
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	N. 2646/Φ. 236 ^Α /20.10.98
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	N. 2716/Φ. 96 ^Α /17.4.99
ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΙΣΤΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 2737/Φ. 174 ^Α /27.8.99

ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	N. 2889/Φ. 37 ^Α /2.3.01
ΣΩΜΑ ΕΠΙΘΕΩΡΗΤΩΝ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.)	N. 2920/Φ. 131 ^Α /27.6.01
ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 2955/Φ. 256 ^Α /1.11.01
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 3172/Φ. 197 ^Α /6.8.03
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΑΛΛΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	N. 3204/Φ. 296 ^Α /23.12.04
ΑΝΑΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 3106/Φ. 30 ^Α /10.2.03
ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΘΕΜΑΤΩΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	N. 3209/Φ. 304 ^Α /24.12.03
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΑΛΛΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	N. 3204/Φ. 296 ^Α /23.12.04
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	N. 3235/Φ. 53 ^Α /18.2.04
ΣΥΣΤΑΣΗ ΕΝΩΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ-ΤΡΙΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 3252/Φ. 132 ^Α /16.7.04
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΟΛΥΜΠΙΑΚΟΥ ΧΩΡΙΟΥ, ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 3293/Φ. 231 ^Α /26.11.04
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ	N. 3329/Φ. 81 ^Α /4.4.05
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	N. 3305/Φ. 17 ^Α /27.1.05
.....	
.....	

Σήμερα, οι προμήθειες του υπουργείου γίνονται είτε κεντρικά στις ΥΠΕ είτε κεντρικά ανά ΥΠΕ σε κάποιο νοσοκομείο είτε ακόμα ανά νοσοκομείο χωριστά με βάση τις διατάξεις του νόμου N. 2955/Φ. 256^Α/1.11.01, «ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΚΑΙ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ».

6.2 Υφιστάμενη κατάσταση- Α΄ & Β΄ Υ.ΠΕ Αττικής

6.2.1. Γενικά στοιχεία- Α΄ & Β΄ Υ.ΠΕ (Υγειονομική Περιφέρεια) Αττικής

Αττική

Με τον όρο **Αττική** εννοούμε την περιφέρεια Αττικής, που βρίσκεται στην κεντρική Ελλάδα και ειδικότερα καταλαμβάνει το νοτιοανατολικό τμήμα της Στερεάς Ελλάδας. Έχει έκταση 3.808 χλμ² και καλύπτει το 2,9% της συνολικής έκτασης της χώρας. Έχει έδρα την Αθήνα, την διοικητική πρωτεύουσα της Ελλάδας και περιλαμβάνει ουσιαστικά μόνο τον νομό Αττικής.

Γεωγραφικά Δεδομένα

Ο νομός Αττικής αποτελεί τον πιο πυκνοκατοικημένο νομό της Ελλάδος, εφόσον σε αυτόν ανήκουν η πρωτεύουσα Αθήνα, και το μεγαλύτερο λιμάνι της Ελλάδας, το λιμάνι της πόλης του Πειραιά.

Γεωγραφικά ο Νομός Αττικής χωρίζεται σε δύο μεγάλες υποενοότητες, την περιφέρεια πρωτεύουσας και το υπόλοιπο Αττικής. Η περιφέρεια πρωτεύουσας περιλαμβάνει το πολεοδομικό συγκρότημα της Αθήνας (μαζί με τον Πειραιά) και οριοθετείται από τον Σαρωνικό κόλπο και τα βουνά της Πάρνηθας, του Υμηττού και της Πεντέλης, που ορίζουν το λεκανοπέδιο της Αττικής. Η έκταση της περιφέρειας πρωτεύουσας είναι 427 χλμ² καλύπτει το 11,2% της συνολικής έκτασης της Περιφέρειας Αττικής και διαρκώς αυξάνει τα τυπικά της όρια εκτός λεκανοπεδίου.

Το υπόλοιπο Αττικής καλύπτει το μεγαλύτερο μέρος της έκτασης της Περιφέρειας Αττικής. Ειδικότερα, έχει έκταση 3.381 χλμ² και καλύπτει το 88,8% της συνολικής έκτασης της Περιφέρειας. Χωρίζεται στην δυτική, βόρεια και ανατολική Αττική και το υπόλοιπο της νομαρχίας Πειραιά όπου ανήκουν από διοικητικής άποψης η Σαλαμίνα, η Αίγινα, η Ύδρα, ο Πόρος, οι Σπέτσες, τα Κύθηρα και τα Αντικύθηρα, καθώς και η επαρχία Τροιζηνίας που βρίσκεται στην Πελοπόννησο.

Διοικητική Διαίρεση

Ο Νομός Αττικής διασπάται σε τέσσερις νομαρχίες που προστίθενται αυτόνομα στον αριθμό των λοιπών νομών της Ελλάδας, τη Νομαρχία Αθηνών, τη Νομαρχία Πειραιώς, τη Νομαρχία Ανατολικής Αττικής και τη Νομαρχία Δυτικής Αττικής.

Στη Νομαρχία Αθηνών εντοπίζεται το αστικό κομμάτι της πρωτεύουσας μαζί με τα προάστια της σε ύψος πιο ήπιας δόμησης, συγκεντρώνοντας αρκετά υψηλές αξίες σε σύγκριση με το κέντρο, σε αντίθεση με άλλες ευρωπαϊκές πόλεις.

Στη Νομαρχία Πειραιώς εντοπίζεται η ναυτιλιακή πόλη του Πειραιά, μαζί με τις χερσαίες εργατοπόλεις και προάστιά του, αλλά και τις νήσους του Αργοσαρωνικού Κόλπου.

Η Νομαρχία Ανατολικής Αττικής καταλαμβάνει το βορειοανατολικό και το νοτιοανατολικό χερσαίο άκρο του Νομού, όπισθεν των ορέων που τη χωρίζουν από το «κλεινόν άστυ».

Στη Νομαρχία Δυτικής Αττικής εντοπίζεται το σύγχρονο δυτικό άκρο του νομού, από τα δυτικά όρη του άστεως και περίπου έως τον Ισθμό της Κορίνθου που τη χωρίζουν από την Πελοπόννησο.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Η Περιφέρεια Αττικής συγκεντρώνει ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού της χώρας. Σύμφωνα με την επίσημη απογραφή του 2001 της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας ο πληθυσμός της Περιφέρειας ανέρχεται σε 3.761.810 κατοίκους και καλύπτει το 1/3 (36%) του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού της Αττικής άρχισε να φθίνει σταδιακά. Κατά τη δεκαετία '90 όμως και κυρίως χάρη στην μετανάστευση ανακόπηκε η πτώση. Ο σημερινός πληθυσμός ετεροδημοτών στην Περιφέρεια υπολογίστηκε στις 1.142.056 και ο αριθμός των αλλοδαπών στις 376.732. Πιθανότατα ο πραγματικός αριθμός των αλλοδαπών είναι μεγαλύτερος όμως, καθώς υπάρχει σημαντικό ποσοστό παράνομων μεταναστών που ίσως ήθελαν να αποφύγουν την απογραφή τους.

Η Αττική είναι μία από τις τέσσερις περιφέρειες της χώρας στις οποίες σημειώνεται φυσική αύξηση του πληθυσμού, με αυξανόμενο μάλιστα ρυθμό από το 1999 και το 2001 ο πληθυσμός αυξήθηκε 6,8%, αύξηση σχεδόν ίση με του συνόλου της χώρας (6,9%).

Υποδιαίρεση Νομού Αττικής σε 4 Νομαρχίες - βλέπε Χάρτη 1

α/α	Νομαρχία	Πληθυσμός
1	Αθηνών	2.664.776
2	Πειραιώς	541.504
3	Ανατολικής Αττικής	403.918
4	Δυτικής Αττικής	151.612
	<i>Σύνολο Νομού Αττικής</i>	<i>3.761.810</i>

Δήμοι και Κοινότητες Νομού Αττικής κατά Νομαρχίες

(Πληθυσμός Απογραφής της 18^{ης} Μαρτίου 2001)

α/α	Α) Νομαρχία Αθηνών	Πληθυσμός
1	Δήμος Αγίας Βαρβάρας	30.562
2	Δήμος Αγίας Παρασκευής	56.836
3	Δήμος Αγίου Δημητρίου	65.173
4	Δήμος Αγίων Αναργύρων	32.957
5	Δήμος Αθηναίων	745.514
6	Δήμος Αιγάλεω	74.046
7	Δήμος Αλίμου	38.047
8	Δήμος Αμαρουσίου	69.470
9	Δήμος Αργυρουπόλεως	33.158
10	Δήμος Βριλησίων	25.582
11	Δήμος Βύρωνος	61.102
12	Δήμος Γαλασίου	58.042
13	Δήμος Γλυφάδας	80.409
14	Δήμος Δάφνης	23.674
15	Δήμος Εκάλης	5.190
16	Δήμος Ελληνικού	16.740
17	Δήμος Ζωγράφου	76.115
18	Δήμος Ηλιουπόλεως	75.904

19	Δήμος Ηρακλείου	45.926
20	Δήμος Ιλίου	78.122
21	Δήμος Καισαριανής	26.419
22	Δήμος Καλλιθέας	109.609
23	Δήμος Καματερού	22.234
24	Δήμος Κηφισιάς	43.929
25	Δήμος Λυκοβρύσεως	8.116
26	Δήμος Μελισσίων	19.526
27	Δήμος Μεταμορφώσεως	26.448
28	Δήμος Μοσχάτου	23.153
29	Δήμος Νέας Ερυθραίας	15.439
30	Δήμος Νέας Ιωνίας	66.017
31	Δήμος Νέας Πεντέλης	6.156
32	Δήμος Νέας Σμύρνης	73.986
33	Δήμος Νέας Φιλαδέλφειας	24.112
34	Δήμος Νέας Χαλκηδόνος	10.112
35	Δήμος Νέου Ψυχικού	10.848
36	Δήμος Παλαιού Φαλήρου	64.759
37	Δήμος Παπάγου	13.207
38	Δήμος Πεντέλης	4.829
39	Δήμος Περιστερίου	137.918
40	Δήμος Πετρούπολης	51.064
41	Δήμος Πεύκης	19.887
42	Δήμος Ταύρου	14.963
43	Δήμος Υμηττού	11.139
44	Δήμος Φιλοθέης	7.310
45	Δήμος Χαϊδαρίου	46.276
46	Δήμος Χαλανδρίου	71.684
47	Δήμος Χολαργού	32.166
48	Δήμος Ψυχικού	10.901
-	Σύνολο Νομαρχίας	2.664.776

α/α	Β) Νομαρχία Ανατολικής Αττικής (Δήμοι)	Πληθυσμός
1	Δήμος Αγίου Στεφάνου	9.451
2	Δήμος Αναβύσσου	7.189
3	Δήμος Ανοιξέως	5.397
4	Δήμος Αρτέμιδος (Λούτσας)	17.391
5	Δήμος Αυλώνας	5.184
6	Δήμος Αχαρνών	75.341
7	Δήμος Βάρης	10.998
8	Δήμος Βούλας	25.532
9	Δήμος Βουλιαγμένης	6.442
10	Δήμος Γέρακα	13.921
11	Δήμος Γλυκών Νερών	6.623

12	Δήμος Διονύσου	4.987
13	Δήμος Δροσιάς	5.865
14	Δήμος Θρακομακεδόνων	4.780
15	Δήμος Καλάμου	5.468
16	Δήμος Καλυβίων Θορικού	12.202
17	Δήμος Κερατέας	13.246
18	Δήμος Κρωπίας	25.325
19	Δήμος Λαυρεωτικής	10.612
20	Δήμος Μαραθώνος	8.882
21	Δήμος Μαρκόπουλου Μεσογαίας	15.608
22	Δήμος Νέας Μάκρης	14.809
23	Δήμος Παιανίας	13.013
24	Δήμος Παλλήνης	16.679
25	Δήμος Ραφήνας	11.909
26	Δήμος Σπάτων -Λούτσας	10.203
27	Δήμος Ωρωπίων	8.674
-	σύνολο δήμων Νομαρχίας	365.731
α/α	Νομαρχία Ανατολικής Αττικής (Κοινότητες)	Πληθυσμός
1	Κοινότητα Αγίου Κωνσταντίνου	687
2	Κοινότητα Ανθούσης	3.024
3	Κοινότητα Αφιδνών	2.543
4	Κοινότητα Βαρνάβα	1.722
5	Κοινότητα Γραμματικού	1.486
6	Κοινότητα Καπανδριτίου	2.937
7	Κοινότητα Κουβαρά	1.704
8	Κοινότητα Κρυονερίου	2.721
9	Κοινότητα Μαλακάσας	1.788
10	Κοινότητα Μαρκοπούλου Ωρωπού	3.894
11	Κοινότητα Παλαιάς Φωκαίας	3.123
12	Κοινότητα Πικερμίου	2.931
13	Κοινότητα Πολυδενδρίου	1.438
14	Κοινότητα Ροδοπόλεως	2.090
15	Κοινότητα Σαρωνίδος	2.102
16	Κοινότητα Σταμάτας	2.475
17	Κοινότητα Συκαμίνου	1.522
-	σύνολο κοινοτήτων Νομαρχίας	38.187
-	Σύνολο Νομαρχίας	403.918

α/α	Γ) Νομαρχία Δυτικής Αττικής (Δήμοι)	Πληθυσμός
1	Δήμος Άνω Λιοσίων	26.423
2	Δήμος Ασπρόπυργου	27.741
3	Δήμος Βιλίων	3.215
4	Δήμος Ελευσίνας	25.863
5	Δήμος Ερυθρών	3.326
6	Δήμος Ζεφυρίου	8.860
7	Δήμος Μαγούλας	4.005
8	Δήμος Μάνδρας	12.792
9	Δήμος Μεγαρέων	28.195
10	Δήμος Νέας Περάμου	7.480
11	Δήμος Φυλής	2.947
α/α	Νομαρχία Δυτικής Αττικής (Κοινότητες)	Πληθυσμός
1	Κοινότητα Οινόης	765
-	Σύνολο Νομαρχίας	151.612

α/α	Δ) Νομαρχία Πειραιώς (Δήμοι)	Πληθυσμός
1	Δήμος Αγίου Ιωάννη Ρέντη	15.060
2	Δήμος Αίγινας	13.552
3	Δήμος Αμπελακίων	7.060
4	Δήμος Δραπετσώνας	12.944
5	Δήμος Κερατσινίου	76.102
6	Δήμος Κορυδαλλού	67.456
7	Δήμος Κυθήρων	3.354
8	Δήμος Μεθάνων	2.057
9	Δήμος Νικαίας	93.086
10	Δήμος Πειραιώς	175.697
11	Δήμος Περάματος	25.720
12	Δήμος Πόρου	4.348
13	Δήμος Σαλαμίνας	30.962
14	Δήμος Σπετσών	3.916
15	Δήμος Τροιζήνος	6.507
16	Δήμος Ύδρας	2.719
α/α	Νομαρχία Πειραιώς (Κοινότητες)	Πληθυσμός
1	Κοινότητα Αγκιστρίου	920
2	Κοινότητα Αντικυθήρων	44
-	Σύνολο Νομαρχίας	541.504

6.2.2 Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ν. 3329/4-4-2005, άρθρα 1& 2)

Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Έδρα της κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας ορίζεται η έδρα της αντίστοιχης Διοικητικής Περιφέρειας. Κατ' εξαίρεση, η Περιφέρεια Αττικής διαιρείται σε τρεις Υγειονομικές Περιφέρειες (Δ.Υ.ΠΕ = Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας) και σήμερα αποκαλούνται Υ.ΠΕ (Υγειονομικές Περιφέρειες).

Σκοπός της Υ.ΠΕ είναι:

α) Ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (εφεξής ΦΠΥΥΚΑ).

Ως φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται οι ακόλουθοι:

- 1) Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας,
- 2) Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης,
- 3) Λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του δημοσίου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

β) Η υποβολή, προς τον Υπουργό, εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της Περιφέρειας τους.

γ) Η παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευομένων ΦΠΥΥΚΑ, της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Πίνακας 2.1- βλέπε Χάρτη

α/α	Α΄ Υγειονομική Περιφέρεια (Δήμοι)	εξυπηρετούμενος Πληθυσμός ανά Υ.ΠΕ
1	Δήμος Αθηναίων (πλην της περιοχής που περικλείεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και συνορεύει με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού)	745.514
2	Δήμος Γαλατσίου	58.042
3	Δήμος Ζωγράφου	76.115
4	Δήμος Καισαριανής	26.419
5	Δήμος Καλλιθέας	109.609
6	Δήμος Νέας Φιλαδέλφειας	24.112
7	Δήμος Νέας Χαλκηδόνας	10.112
8	Δήμος Νέου Ψυχικού	10.848
9	Δήμος Ταύρου	14.963
10	Δήμος Φιλοθέης	7.310
11	Δήμος Ψυχικού	10.901
-	Σύνολο Α΄ Υ.ΠΕ	1.093.945
	Ποσοστό 29,08% κάτοικοι (Αττική)	

Πίνακας 2.2- βλέπε Χάρτη

α/α	Β΄ Υγειονομική Περιφέρεια (Δήμοι)	εξυπηρετούμενος Πληθυσμός ανά Υ.ΠΕ
1	Δήμος Αγίας Παρασκευής	56.836
2	Δήμος Αγίου Δημητρίου	65.173
3	Δήμος Αλίμου	38.047
4	Δήμος Αμαρουσίου	69.470
5	Δήμος Αργυρουπόλεως	33.158
6	Δήμος Βριλησσιών	25.582
7	Δήμος Βύρωνα	61.102
8	Δήμος Γλυφάδας	80.409
9	Δήμος Δάφνης	23.674
10	Δήμος Εκάλης	5.190
11	Δήμος Ελληνικού	16.740
12	Δήμος Ηλιουπόλεως	75.904
13	Δήμος Ηρακλείου	45.926
14	Δήμος Κηφισιάς	43.929
15	Δήμος Λυκόβρυσης	8.116
16	Δήμος Μελισσίων	19.526
17	Δήμος Μεταμόρφωσης	26.448
18	Δήμος Νέας Ερυθραίας	15.439
19	Δήμος Νέας Ιωνίας	66.017
20	Δήμος Νέας Πεντέλης	6.156
21	Δήμος Νέας Σμύρνης	73.986
23	Δήμος Παλαιού Φαλήρου	64.759
24	Δήμος Παπάγου	13.207
25	Δήμος Πεντέλης	4.829
26	Δήμος Πεύκης	19.887
27	Δήμος Υμηττού	11.139
28	Δήμος Χαλανδρίου	71.684
29	Δήμος Χολαργού	32.166
30	Η περιοχή που περικλείεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και συνορεύει με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού	Η περιοχή θεωρητικά δεν διαχωρίζεται από τον πληθυσμό του Δήμου Αθηναίων
31	Δήμοι και κοινότητες της Νομαρχίας Ανατολικής Αττικής	403.918
-	Σύνολο Β΄ Υ.ΠΕ	1.478.417
	Ποσοστό 39,30% κάτοικοι (Αττική)	

Πίνακας 2.3

α/α	Γ΄ Υγειονομική Περιφέρεια (Δήμοι)	εξυπηρετούμενος Πληθυσμός ανά ΥΠΕ
1	Δήμος Αγίας Βαρβάρας	30.562
2	Δήμος Αγίων Αναργύρων	32.957
3	Δήμος Αιγάλεω	74.046
4	Δήμος Ιλίου	78.122
5	Δήμος Καματερού	22.234
6	Δήμος Μοσχάτου	23.153
7	Δήμος Περιστερίου	137.918
8	Δήμος Πετρούπολης	51.064
9	Δήμος Χαϊδαρίου	46.276
10	Δήμοι και κοινότητες της Νομαρχίας Δυτικής Αττικής	151.612
11	Δήμοι και κοινότητες της Νομαρχίας Πειραιά	541.504
-	Σύνολο Γ΄ ΥΠΕ	1.189.448
	Ποσοστό 31,62% κάτοικοι (Αττική)	

Σύνολο Α΄ Υ.ΠΕ + Β΄ Υ.ΠΕ + Γ΄ Υ.ΠΕ = 1.093.945+ 1.478.417+ 1.189.448= 3.761.810 κάτοικοι, ως εξυπηρετούμενος πληθυσμός στην Περιφέρεια Αττικής.

Σημείωση: Με τον Ν. 3527/ 2007 η συγκρότηση των Υγειονομικών Περιφερειών άλλαξε και η Α΄ Υ.ΠΕ και Β΄ Υ.ΠΕ συγχωνεύθηκαν σε μία.

Επομένως η Περιφέρεια Αττικής υποδιαιρείται πλέον σε δύο (2) Υ.ΠΕ (Υγειονομικές Περιφέρειες) με την ίδια κατανομή των Δήμων αρμοδιότητας τους και η επικράτεια σε επτά (7) Υ.ΠΕ (την 1^η ΥΠΕ Αττικής με έδρα την Αθήνα, τη 2^η ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου με έδρα τον Πειραιά, την 3^η ΥΠΕ Μακεδονίας με έδρα τη Θεσσαλονίκη, την 4^η ΥΠΕ Μακεδονίας - Θράκης (Ανατολική Μακεδονία, Θράκη, Κεντρική Μακεδονία) με έδρα τη Θεσσαλονίκη, την 5^η ΥΠΕ Θεσσαλίας, Στερεάς Ελλάδας με έδρα τη Λάρισα, την 6^η ΥΠΕ Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου, Δυτικής Ελλάδας με έδρα την Πάτρα, την 7^η ΥΠΕ Κρήτης με έδρα το Ηράκλειο).

Η αναφορά σε αναλογίες πληθυσμού ανά είδος παροχής θα υπολογίζεται εφεξής με αυτή την κατανομή πληθυσμού. Δηλαδή:

- 1) Α΄ Υ.ΠΕ (πρών Α΄ ΔΥΠΕ+ Β΄ ΔΥΠΕ):2.572.362 κάτοικοι
- 2) Β΄ Υ.ΠΕ (πρών Γ΄ ΔΥΠΕ):1.189.448 κάτοικοι

Εξυπηρετούμενος Πληθυσμός ανά ΥΠΕ σε σύνολο χώρας:

- 1) Α΄ Υ.ΠΕ (πρών Α΄ ΔΥΠΕ+ Β΄ ΔΥΠΕ):23,53% κάτοικοι
- 2) Β΄ Υ.ΠΕ (πρών Γ΄ ΔΥΠΕ):10,88% κάτοικοι

Εξυπηρετούμενος Πληθυσμός ανά ΥΠΕ σε σύνολο Περιφέρειας Αττικής:

- 1) Α΄ Υ.ΠΕ (πρών Α΄ ΔΥΠΕ+ Β΄ ΔΥΠΕ):68,38% κάτοικοι

2) Β΄ Υ.ΠΕ (πρών Γ΄ ΔΥΠΕ):31,62% κάτοικοι

Η κάθε μία από τις τρεις Υ.ΠΕ επομένως, εξυπηρετεί περίπου το 1/3 του πληθυσμού της Περιφέρειας Αττικής.

ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ Υ.ΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΠΙΝΑΚΑΣ 1. (Α΄ Υ.ΠΕ Αττικής- βλέπε Χάρτη)

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ
1. Γ.Ν.Α. "Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ"	Κ.Υ. ΚΟΡΩΠΙΟΥ	
	Κ.Υ. ΛΑΥΡΙΟΥ	
	Κ.Υ. ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ	ΕΠΙΣΚΕΨΙΜΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΟΥΒΑΡΑ (είναι στο κτίριο της Κοινότητας, το επισκέπτεται ιατρός 1 φορά την εβδομάδα)
		ΕΠΙΣΚΕΨΙΜΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΕΡΑΤΕΑΣ (είναι στο ΚΗΦΗ Κερατέας, υπάρχει ιατρός κάθε μέρα) ΚΗΦΗ=Κέντρο Ημερίσας Προστασίας Ηλικιωμένων
		ΙΑΚ ΑΓΙΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ
		ΙΑΚ ΑΡΓΥΡΟΥΠΟΛΗΣ
		ΙΑΚ ΑΝΩ ΗΛΙΟΥΠΟΛΗΣ
		ΙΑΚ ΝΕΑΣ ΣΜΥΡΝΗΣ
	ΙΑΚ ΣΟΥΡΜΕΝΩΝ	
Κ.Ψ.Υ. ΧΑΛΑΝΔΡΙΟΥ		
2. Γ.Ν.Α. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"	ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΥΡΩΝΑ	Π.Ι ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ
		Π.Ι. ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ
		Π.Ι. Ν.ΣΦΑΓΕΙΑ(ΤΑΥΡΟΣ)
		Π.Ι. ΑΝΩ ΠΑΤΗΣΙΩΝ
		Π.Ι ΠΛ.ΑΜΕΡΙΚΗΣ
		Π.Ι. ΑΣΥΡΜΑΤΟΥ (δεν λειτουργεί)
		Π.Ι ΖΩΓΡΑΦΟΥ
		Π.Ι ΚΑΙΣΑΡΙΑΝΗΣ
		ΚΕΝΤΡΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ
		ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ
		ΕΙΔΙΚΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ (Ε.Π.Ι.) ΣΤΟ ΔΙΚΑΣΤΙΚΟ ΜΕΓΑΡΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΔΙΚΑΣΤΗΡΙΩΝ ΑΘΗΝΑΣ (ΦΕΚ τα.Β 54 /24-1-07)
3. Γ.Ν.Ν.Ι "ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ"	Κ.Υ. ΚΑΠΑΝΔΡΙΤΙΟΥ	Π.Ι. ΑΥΛΩΝΟΣ

		Π.Ι. ΑΦΙΔΝΩΝ
		Π.Ι. ΚΑΛΑΜΟΥ
		Π.Ι. ΣΚΑΛΑΣ ΟΡΩΠΟΥ
		ΙΑΚ ΜΕΝΙΔΙΟΥ
		ΙΑΚ ΜΕΤΑΜΟΡΦΩΣΗΣ
		ΙΑΚ ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ
4. Γ.Ν.Α. "ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ"	Κ.Υ. ΣΠΑΤΩΝ	
	Κ.Υ. ΝΕΑΣ ΜΑΚΡΗΣ	Π.Ι. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΥ
5. Γ.Ν.Ν.Θ.Α. "Η ΣΩΤΗΡΙΑ"	Κ.Υ. ΚΑΛΥΒΙΩΝ	ΠΙ ΑΝΑΒΥΣΣΟΥ
	Κ.Ψ.Υ. ΑΘΗΝΩΝ (ΕΧΕΙ ΣΤΕΛΕΧΩΘΕΙ- ΔΕΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ)	
6. Γ.Ν.Α. "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ"	Κ.Υ. ΒΑΡΗΣ	
	-	
7. Γ.Α.Ν.Α "ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ"		
8. Γ.Ν. ΠΑΙΔΩΝ ΠΕΝΤΕΛΗΣ		
9. Γ.Ν.Α ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ		
10.Γ.Ν.Α. "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ"		
11.Γ.Ν.Α. "ΚΑΤ"		
12. Γ.Ν.Α. "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" ΝΕΕΣ		
13. Γ.Ν.Α. Η ΕΛΠΙΣ		
14. Γ.Ν.Μ. "ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ"		
15. Γ.Ν.Μ.Α. "ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ"		
16. Γ.Ν.Π.Α. "ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ"		
17. Γ.Ν.Π.Α. "Π&Α ΚΥΡΙΑΚΟΥ"		
18. Γ.Ο.Ν.Κ. "ΟΙ ΑΓΙΟΙ ΑΝΑΡΓΥΡΟΙ"		
19. Ν.Α.& Δ.Ν.Α. "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ"		
20. ΠΑΘ.Ν.Α "ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΕΙΟ - ΑΓ.ΕΛΕΝΗ"		
21. ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣ. ΑΤΤΙΚΗΣ		
22. Γ.Ν.Α. "ΛΑΪΚΟ"		

23. ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ		
24. Ν.Θ.Π. Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ		
25. Γ.Ν.Α. ΠΑΤΗΣΙΩΝ		
26. Γ.Ν.Α. ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ		

ΥΠΟΔΟΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑ ΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. (Β΄ ΥΠΕ, Αττικής- βλέπε Χάρτη)

A/A	ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΥ)	ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ (ΠΙ)		
1	ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ "ΜΕΤΑΞΑ"				
2	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ "ΘΡΙΑΣΙΟ"	ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ	ΕΡΥΘΡΩΝ ΒΙΛΙΩΝ ΜΑΝΤΡΑΣ ΑΣΠΡΟΠΥΡΓΟΥ		
		ΜΕΓΑΡΩΝ			
3	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ "ΑΓΙΑ ΒΑΡΒΑΡΑ"				
4	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΝΙΚΑΙΑΣ "Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ"	ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ	ΑΜΠΕΛΑΚΙΩΝ ΑΙΑΝΤΕΙΟΥ ΣΕΛΗΝΙΩΝ ΚΑΚΗΣ ΒΙΓΛΑΣ		
			ΑΙΓΙΝΑΣ	ΜΕΣΑΓΡΟΥ ΜΑΡΑΘΩΝΑ ΑΓΚΙΣΤΡΙΟΥ	
				ΓΑΛΑΤΑ	ΠΟΡΟΥ ΚΑΛΛΟΝΗΣ ΜΕΘΑΝΩΝ ΠΟΛΥΔΥΝΑΜΟ ΥΔΡΑΣ
6	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΨΥ) ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ			
7	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ- ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΘΗΡΩΝ "ΤΡΙΦΥΛΛΕΙΟ"				
8	ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΙΟ"				
9	ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ "ΑΤΤΙΚΟΝ"				

6.3 Κριτική προσέγγιση- Εξαγωγή συμπερασμάτων

Ενώ η κάθε μία από τις τρεις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ) είχε υποδιαιρεθεί για να εξυπηρετεί περίπου το 1/3 του γενικού πληθυσμού της Περιφέρειας Αττικής, δεν παρουσιάζεται, προφανώς (μετά την πρώτη καταγραφή των υφισταμένων υποδομών) και ανάλογη ισοκατανομή του αριθμού των υποδομών υγείας.

Δηλαδή, σαν πρώτη παρατήρηση θα είχαμε να πούμε πως 26 καταγεγραμμένες κύριες νοσηλευτικές μονάδες εξυπηρετούν 2.572.362 κατοίκους στην Α΄ ΥΠΕ (πρώην Α΄ ΔΥΠΕ+ Β΄ ΔΥΠΕ), ενώ 9 κύριες νοσηλευτικές μονάδες εξυπηρετούν 1.189.448 κάτοικους στην Β΄ ΥΠΕ (πρώην Γ΄ ΔΥΠΕ).

Τηρουμένης της αναλογίας του 1/3 και λαμβάνοντας ως δεδομένο ότι οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού είναι περίπου οι ίδιες, θα έπρεπε να αναλογούν περίπου 11-12 μονάδες υγείας (νοσοκομεία) ανά υγειονομική περιφέρεια.

Επίσης, όσον αφορά την κατανομή τους πάνω στον χάρτη, γίνεται προφανής η συγκέντρωση μεγάλου αριθμού νοσηλευτικών μονάδων στην περιοχή του κέντρου των Αθηνών (δήμος Αθηναίων και των όμορων δήμων), πάνω στους κεντρικούς οδικούς άξονες Κηφισίας-Συγγρού- Μεσογείων, προσθέτοντας στο κριτήριο της ισοκατανομής όχι μόνο την ποσότητα αλλά και την προσβασιμότητα στις υποδομές υγείας από το σύνολο του εξυπηρετούμενου πληθυσμού.

Το παραπάνω φαινόμενο που είναι και ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της υφιστάμενης κατάστασης για τον νομό Αττικής οφείλεται κυρίως σε ιστορικούς λόγους.

Τα περισσότερα από τα υφιστάμενα και ταυτόχρονα από τα μεγαλύτερα νοσηλευτικά ιδρύματα της Αττικής αλλά και της επικράτειας (Ευαγγελισμός, Σωτηρία, Σισμανόγλειο, Αγία Σοφία, Αγλαΐα Κυριακού, Τζάνειο, Έλενας Βενιζέλου κλπ) ιδρύθηκαν στα τέλη του 19^{ου} και αρχές του 20^{ου} αιώνα με δωρεές σε χρήματα και γη είτε ανταλλαγή δημοσίας γης για κοινωφελείς σκοπούς από επιφανείς Έλληνες αριστοκρατικών οικογενειών με την τότε ελληνική πολιτεία, η οποία δεν διέθετε ούτε τα μέσα ούτε την δημοσιονομική συγκρότηση για την παροχή κοινωνικών και ιατρικών υπηρεσιών στον πληθυσμό της μεταπολεμικής Ελλάδος.

Οι ευεργέτες ,λοιπόν αυτοί, υποκατέστησαν το κράτος επί δεκαετίες παρέχοντας και συντηρώντας οικονομικά με προσωπική τους ευθύνη και μετά θάνατον μέσω των διαθηκών τους, κοινωνικές υπηρεσίες σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού στο νεοσύστατο μεταπολεμικό ελληνικό κράτος, στο οποίο ουδεμία κοινωνική πρόβλεψη υπήρχε.

Σε αυτά τα ιδρύματα στεγάσθηκαν οι πρώτες σχολές αδελφών νοσοκόμων (Ευαγγελισμός, Αγλαΐα Κυριακού) και οι πρώτες κλινικές για την εκπαίδευση ιατρών.

Επίσης, εκτός από λοιμοκαθαρθήρια λειτουργούσαν και ως φορείς κοινωνικών υπηρεσιών, όπως η υποδοχή εγκαταλελειμμένων νεογνών και η εκπαίδευση

απόρων κορασίδων, που λόγω των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών της εποχής οποιαδήποτε κοινωνική μέριμνα ήταν αδύνατη για να μην πούμε αδιανόητη για τις ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού.

Το συγκρότημα των Αθηνών εκείνης της εποχής βέβαια, ουδεμία σχέση είχε με το σημερινό και επομένως η επιλογή των οικοπεδικών χώρων πολλών στρεμμάτων, για την ανέγερση τόσο μεγάλων συγκροτημάτων γινόταν στις παρυφές του τότε πολεοδομικού συγκροτήματος της πρωτεύουσας (Σισμανόγλειο, Σωτηρία, Αγία Σοφία- Γουδί), είτε ακόμη και κεντρικότερα (Ευαγγελισμός) για λόγους καλής εξυπηρέτησης, υγείας, πρόσβασης και προβολής του έργου, παρέχοντας με γενναιοδωρία αστική γη υψηλής και τότε αξίας, όπως χρήματα και δια βίου υπηρεσίες για κοινωνικό όφελος.

Θα ήταν άξιο λοιπόν να επισημάνουμε, ότι η ιδιωτική πρωτοβουλία των ευεργετών κατά τους δύο περασμένους αιώνες, έβαλε τα θεμέλια του σημερινού εθνικού συστήματος υγείας, παρέχοντας υποδομές και υπηρεσίες που ακόμη μέχρι σήμερα επιτελούν τον σκοπό για τον οποίο δημιουργήθηκαν. Αντίθετα, ο ιδιωτικός τομέας στις μέρες μας δρα ανταγωνιστικά με κύριο κριτήριο το οικονομικό όφελος και μόνο ο συνδυασμός της έννοιας του εθελοντισμού και της κοινωνικής εταιρικής ευθύνης μεγάλων οικονομικών οργανισμών δρουν συμπληρωματικά στην κρατική παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, υποκρύπτοντας στις περισσότερες των περιπτώσεων (πλην των ατομικών πρωτοβουλιών) και πάλι οικονομοτεχνικά κριτήρια, χαρακτηριστικό της αλλαγής των αξιών της εποχής μας, προδίδοντας την αδυναμία του κράτους ή των κρατών να προσφέρουν, ακόμη και στις μέρες μας, ολοκληρωμένη προστασία σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού τους.

6.4 Η υποπερίπτωση των Παιδιατρικών νοσοκομείων

Γενικά

Τα Παιδιατρικά Νοσοκομεία ανήκουν στην κατηγορία των «Εδικών» νοσοκομείων. Προσφέρονται ιατρικές υπηρεσίες και νοσηλεία όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών (πρωτοβάθμια- δευτεροβάθμια- τριτοβάθμια) στην ηλικιακή ομάδα του πληθυσμού από 0-14 ετών.

Η διαφορετική βιο-παθο-φυσιολογία των παιδιών από εκείνη των ενηλίκων καθορίζουν καταρχήν, την ανάγκη για την εξειδίκευση της νοσηλείας του παιδικού πληθυσμού. Αλλά δεν μπορεί να παραβλεφθεί και ο εξίσου σημαντικός παράγοντας του εξειδικευμένου περιβάλλοντος χώρου για την βέλτιστη και επιτυχή παροχή ιατρικών υπηρεσιών στα παιδιά.

Η επιμέλεια και ο σχεδιασμός του αρχιτεκτονικού χώρου για την υποδοχή και παραμονή των παιδιών και των συνοδών τους σε ένα άγνωστο περιβάλλον (σε σχέση με εκείνο του σπιτιού τους) και πολλές φορές, θεωρητικά εχθρικό, λόγω του πόνου ή των αρνητικών συναισθημάτων από την παρουσία της ασθένειας και των καθόλου ευχάριστων ιατρικών πράξεων, για μεγάλο σε πολλές περιπτώσεις χρονικό διάστημα, η διαμόρφωση των συνθηκών εξοικείωσης τους τόσο με τον χώρο του νοσοκομείου όσο και του συνόλου του προσωπικού που εμπλέκεται στη νοσηλεία των παιδιών αποτελεί από μόνο του προϊόν επαγγελματικής εξειδίκευσης.

Αρκεί να φανταστούμε την ποιότητα της νοσηλείας ενός παιδιού σε ένα νοσοκομείο ενηλίκων, όπου ούτε η επιμέλεια των χώρων έχει τις απαιτήσεις και τις αναφορές στην καθημερινότητα ενός παιδιού , αλλά ούτε και η ετοιμότητα και η καθημερινές πρακτικές του προσωπικού έχουν αναπτύξει τις απαραίτητες δεξιότητες για την ομαλή , ευχάριστη και αποτελεσματική έκβαση της συνεργασίας του παιδιού αλλά και των συνοδών του για τους οποίους απαιτείται είτε ταυτόχρονη είτε παράλληλη προσέγγιση και συνεργασία με το προσωπικό.

« Το περιβάλλον δεν είναι ποτέ ουδέτερο »

Οι επιλογές κατά τον σχεδιασμό ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος για παιδιά θα πρέπει να εξασφαλίζει την αλληλεπίδρασή του με την διαδικασία της ίασης του μικρού ασθενούς, είτε αυτός προσέρχεται στον χώρο του Νοσοκομείου για ένα μικρό τραύμα, είτε για μια μακρόχρονη και συνήθως επώδυνη, παροχή ιατρικής φροντίδας για σοβαρότερα προβλήματα υγείας.

Στην διαδικασία αυτή το παιδί εμπλέκεται μαζί με την οικογένειά του, γι' αυτό και το θεραπευτικό περιβάλλον πρέπει να λαμβάνει υπόψη όχι απλά το παιδί και τις ανάγκες του αλλά να υποδέχεται και να φροντίζει και την οικογένειά του.

Ένα καλά σχεδιασμένο θεραπευτικό περιβάλλον σκοπό έχει να απορροφήσει ένα ποσοστό από το «στρές» της ασθένειας, να υποσχεθεί και να ενθαρρύνει το παιδί και την οικογένειά του ότι κάποιος ενδιαφέρεται για την ανάπτυξη του μυαλού, του σώματος και του πνεύματός του, μέσα από την κοινωνική

υποστήριξη του, τον σχεδιασμό της ατομικότητας του και την φροντίδα για την ασφάλειά του.

Κτίζοντας ένα Παιδικό Νοσοκομείο δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν να πρόκειται για μια απλή κατασκευή, αλλά σαν να είναι ένα μέρος όπου η φροντίδα για την παιδική υγεία θα είναι προφανής και θα αποπνέει τα αισθήματα της φιλόξενης υποδοχής, της ασφάλειας, της σαφούς και ξεκάθαρης καθοδήγησης (χώροι εύκολα αναγνωρίσιμοι και όχι λαβυρινθώδεις), χώροι με ταυτότητα, χώροι που υπόσχονται φροντίδα και προστασία.

Ένας τρόπος, για παράδειγμα, είναι η ενσωμάτωση διαφόρων μορφών τέχνης στην τελική διαδικασία παραγωγής του περιβάλλοντος ενός Παιδιατρικού Νοσοκομείου που σκοπό έχει να εξασφαλίσει την καλή σχέση και διάθεση όχι μόνο του παιδιού και της οικογενείας του αλλά και του συνόλου του προσωπικού που δραστηριοποιείται μόνιμα εντός του Νοσοκομείου βελτιώνοντας τη στάση του απέναντι στην δουλειά του και την καθημερινή του ψυχολογική διάθεση.

Είναι πλέον πάγια τακτική στο εξωτερικό, αλλά και εδώ πλέον, οι καλλιτεχνικές δραστηριότητες εντός των νοσοκομείων- και κατά προτεραιότητα των Παιδικών. Πρόκειται για κοινωνική δραστηριότητα η οποία οργανώνεται κυρίως από εθελοντικές ομάδες από όλα τα κοινωνικά στρώματα στις οποίες εμπλέκονται ακόμη και οι ίδιοι οι γονείς και το προσωπικό, και έτσι ο χώρος του Νοσοκομείου με τις διαρκείς ανάγκες του, μετατρέπεται σε ένα ενεργό κοινωνικό κύτταρο με σοβαρή ακτινοβολία πλέον προς τα έξω, κάνοντας όσους εμπλέκονται στις δραστηριότητες του ενεργά κοινωνικά μέλη αποδεικνύοντας έτσι ότι η ασθένεια (ή το να είσαι ασθενής) δεν είναι λόγος για αποκοπή από την υπόλοιπη κοινωνική δραστηριότητα.

Μέσα από αυτές τις δράσεις, το Παιδικό Νοσοκομείο τονίζεται σαν χώρος όπου το επίκεντρο του ενδιαφέροντος για κάθε πράξη έχει στόχο την φροντίδα για την προαγωγή της ευεξίας , της καλής υγείας, της οικογενειακής φροντίδας, της παροχής ερεθισμάτων και μέσων στα μάτια του παιδιού για μια υγιή ανάπτυξη ατομική και κοινωνική αργότερα.

Όλες οι μορφές τέχνης (ζωγραφική- μουσική- χορός- πλαστική- θέατρο) βρίσκουν τρόπους να εμπνέουν και να εμπνέονται από τα μάτια των παιδιών, γιατί Τέχνη και Παιδί διαθέτουν το ίδιο ακαταμάχητο εργαλείο: την « ΦΑΝΤΑΣΙΑ».

Και όπως είπαμε παραπάνω για να παραχθεί ως καλό αποτέλεσμα ένα μεγάλης κλίμακας έργο (χωρικά και οικονομικά) πρέπει να συνεργασθούν όλες οι εμπλεκόμενες ομάδες:

- Οι επαγγελματίες επί του σχεδιασμού
- Οι διοικήσεις με την αποδοχή και την έμπρακτη υποστήριξη των ενεργειών
- Το προσωπικό και οι επαγγελματίες της υγείας
- Οι γονείς
- Οι εθελοντές
- Οι χορηγοί

6.4.1 Τα Παιδιατρικά Νοσοκομεία της Αττικής Υφιστάμενη Κατάσταση

Τα δύο Νοσοκομεία Παιδών της χώρας (Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού» και Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών « ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ») αποτελούν μαζί με το μικρό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης τα μόνα εξειδικευμένα για Παιδιά Νοσοκομεία Παίδων στη χώρα, αν εξαιρεθεί το Νοσοκομείο Νταού Πεντέλης που παρέχει αποκλειστικά Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Ειδικά για τα δύο υπό μελέτη Νοσοκομεία ισχύουν τα παρακάτω δεδομένα:

- Βρίσκονται σε όμορα οικόπεδα, στην ουσία μοιράζονται τον χώρο ενός ενιαίου τετραγώνου της Κεντρικής περιοχής της Αθήνας και ανήκουν στο ίδιο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (Α΄ Υ.ΠΕ Αττικής , Πίνακας 1, κεφάλαιο 6.2.2).
- Εξυπηρετούν τον ίδιο παιδικό πληθυσμό, που εκτός από τον πληθυσμό της ιδιαίτερης αλλά και ευρύτερης περιοχής τους, ταυτίζεται με τον συνολικό παιδικό πληθυσμό ολόκληρης της χώρας, τουλάχιστον ως Νοσοκομεία αναφοράς (Περιφερειακά), εφόσον κανένα άλλο παιδικό Νοσοκομείο δεν υφίσταται σ΄ ολόκληρη την χώρα εκτός από μεμονωμένες παιδιατρικές Νοσηλευτικές Μονάδες σε διάφορα περιφερειακά νοσοκομεία (π.χ. Νίκαιας, Τμήματα στα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία, Τζάνειο Πειραιά κλπ) και το μικρό προαναφερθέν Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης.
- Αποτελούν λόγω της γειτονίας τους και του πολύ μεγάλου αριθμού κλινών που στεγάζουν (περίπου 1180), το μεγαλύτερο παιδιατρικό κλινικό Συγκρότημα της Ευρώπης (παιδιατρικό Campus).
- Έχουν εγκαινιάσει από την δεκαετία του '90 πολιτική συνεργασίας και συντονισμού δράσης, γεγονός που ήδη κατέδειξε ενθαρρυντικά αποτελέσματα στην κατεύθυνση της βελτίωσης της παροχής Υπηρεσιών Υγείας στον παιδικό πληθυσμό της χώρας.

Διαχρονικά και ως συνέπεια της ανάγκης για τον εκσυγχρονισμό και την αρτιότερη οργάνωση των δύο νοσοκομείων προέκυψε η ανάγκη εκπόνησης ρυθμιστικής μελέτης (υλοποιήθηκε το 2001 από το αρχιτεκτονικό γραφείο ΒΕΤΑΠΛΑΝ Α.Ε.Μ. σε συνεργασία με το Υπουργείο και τις Διοικήσεις των δύο Νοσοκομείων), με στόχο:

- Η περαιτέρω οργάνωση και συστηματοποίηση του Συντονισμού Δράσης των δύο Νοσοκομείων ώστε αφενός να βελτιστοποιηθούν οι προσφερόμενες Υπηρεσίες Υγείας στον συνολικό πληθυσμό της χώρας, αφετέρου να εδραιώσουν τα δύο Νοσοκομεία θεσμικά και οργανωτικά την θέση τους ως το μεγαλύτερο Παιδιατρικό Campus της Ευρώπης.
- Να επανεξετασθεί η θέση του συνολικού Νοσηλευτικού Παιδιατρικού Συγκροτήματος στον Χάρτη και το ολοκληρωμένο Σύστημα προσφοράς Υπηρεσιών Υγείας της Χώρας.

6.4.1.1 Το Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»

Βρίσκεται στην τοποθεσία Γουδί του δήμου Αθηναίων και πολύ κοντά στον κεντρικό άξονα των Λεωφόρων Μεσογείων και Κηφισίας.

Αποτελεί ένα από τα παλαιότερα νοσοκομειακά συγκροτήματα του πολεοδομικού συγκροτήματος των Αθηνών.

Το Νοσοκομείο Παιδών Αθηνών «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» ιδρύθηκε το 1896 και τέθηκε σε λειτουργία το 1901. Είναι το μεγαλύτερο παιδιατρικό νοσοκομείο της χώρας και ένα από τα μεγαλύτερα παιδιατρικά νοσοκομεία της Ευρώπης με 750 (επτακόσιες πενήντα κλίνες) νοσηλείας. Δέχεται παιδιά ηλικίας μέχρι 14 χρόνων και σε ειδικές περιπτώσεις παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας.

Το Νοσοκομείο διαθέτει συνολικά 44.700 m² επιφανείας περίπου, ενώ σύμφωνα με τον αριθμό των κλινών αντιστοιχούν 59,60 m² ανά κλίνη. Ο προκύπτων δείκτης κρίνεται υπερβολικά μικρός για Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο.

Διαθέτει σημαντικής έκτασης οικόπεδο (47.730 m²), αν και βρίσκεται στο κέντρο της πόλης. Το οικόπεδο έχει πρόσβαση (και εισόδους) σε τρεις δρόμους (οδός Θηβών, Παπαδιαμαντοπούλου και Λεβαδείας). Στην γωνία Λεβαδείας και Θηβών βρίσκεται το Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού», με το οποίο το Νοσοκομείο «Η Αγία Σοφία» έχει κοινά όρια επί δυο πλευρών. Στην τέταρτη πλευρά του οικοπέδου υπάρχει κοινό όριο με πρώην στρατοπεδικό χώρο ιδιοκτησίας του ΥΠΕΘΑ, που διαθέτει τεράστια έκταση επιφανείας και γεινιάζει με τους ελεύθερους χώρους πρασίνου της ανατολικής πλευράς του Λεκανοπεδίου (πάρκο Ενόπλων Δυνάμεων, Στρατιωτικά και Πολιτικά Νοσοκομεία περιοχής οδού Μεσογείων, Πολυτεχνειούπολη, Πανεπιστημιούπολη, περιαστικό πράσινο Υμηττού).

Η εικόνα του οικοπέδου χαρακτηρίζεται από την διασπορά πολύ μεγάλου αριθμού κτιρίων και βοηθητικών κτισμάτων, που έχουν κατακερματίσει την σημαντική αυτή έκταση, τυχαία, χωρίς λογική, ειρμό και συνέπεια. Έτσι ούτε επιφάνεια επεκτάσεων φαίνεται να υπάρχει, ούτε όμως και σημαντικής έκτασης πνεύμονες πρασίνου.

Μεγάλο τμήμα της οικοπεδικής έκτασης της πλευράς της οδού Παπαδιαμαντοπούλου έγινε πρόταση να καταληφθεί από υπόγειο χώρο Στάθμευσης αυτοκινήτων που θα ανεγερθεί με πρωτοβουλία του ΥΠΕΧΩΔΕ (το έργο δεν έχει υλοποιηθεί μέχρι σήμερα).

Είναι προφανής ότι η ύπαρξη του υπογείου αυτού χώρου θα δώσει μερική λύση στο μεγάλο πρόβλημα της στάθμευσης της περιοχής που δημιουργείται κυρίως από την ύπαρξη των δύο Νοσοκομείων Παιδών (προσωπικό, συνοδοί ασθενών, συναλλασσόμενοι). Το πρόβλημα αυτό είναι εύκολα αντιληπτό εφόσον στο οικόπεδο του «Αγία Σοφία» δεν υπάρχει ελεύθερος χώρος που να μην έχει καταληφθεί από σταθμευμένα ΙΧ κατά τις ώρες αιχμής λειτουργίας του νοσοκομείου.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι η καταλαμβανόμενη επιφάνεια του οικοπέδου από τον μελλοντικό αυτό χώρο Στάθμευσης είναι σημαντική και ουσιαστική δυνατότητα μελλοντικών επεκτάσεων χάνεται για το νοσοκομείο. Δεν είναι γνωστό αν το Νοσοκομείο ως αντάλλαγμα της παραχώρησης του θα γίνει δυνατό να βελτιώσει τους όρους δόμησης του γηπέδου του.

Σημερινό υπόλοιπο δόμησης είναι 11.265m² και το υπόλοιπο κάλυψης του γηπέδου του 1.847 m² των οποίων η χρήση και η σχετική εξάντληση συναρτάται άμεσα από τις μελλοντικές αποφάσεις και ανάγκες μετά την έκδοση των αντιστοιχών Π.Δ.

Το Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» διαθέτει τμήματα όλων των ειδικοτήτων, παθολογικών και χειρουργικών. Λειτουργούν 110 (εκατόν δέκα) κλίνες εντατικής θεραπείας και αυξημένης φροντίδας παιδιών και νεογνών και εξειδικευμένα και ειδικά τμήματα, όπως η Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών, τα Τμήματα Αιματολογίας/ Ογκολογίας, το Παιδοκαρδιολογικό Τμήμα, το Αιμοδυναμικό Εργαστήριο και τα Παιδοκαρδιοχειρουργικά Τμήματα και η Μονάδα Νευρομυϊκών Παθήσεων. Ο Εργαστηριακός Τομέας περιλαμβάνει εργαστήρια ορισμένα εκ των οποίων είναι μοναδικά και πραγματοποιούν άκρως εξειδικευμένες και πρωτοποριακές εξετάσεις.

Στο νοσοκομείο λειτουργεί η Α΄ Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, το Χωρέμιο Ερευνητικό Εργαστήριο της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, το Εργαστήριο της Ιατρικής Γενετικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και η παιδοψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Επίσης στις εγκαταστάσεις του Νοσοκομείου φιλοξενείται το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Το Νοσοκομείο περιλαμβάνει συνοπτικά, τα παρακάτω Τμήματα & Κλινικές:

- Α΄ Παθολογικός Τομέας
- Β΄ Παθολογικός Τομέας
- Χειρουργικός Τομέας
- Εργαστηριακός Τομέας
- Παιδοψυχιατρικός τομέας
- Διατομεακά τμήματα
- Φαρμακείο
- Α΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών
 - ο -ΠΚ1
 - ο -ΠΚ2
 - ο -ΠΚ3
 - ο -ΠΚ4
 - ο -Κέντρο Ειδικών Θεραπειών (ΚΕΘ) Αιματολογίας- Ογκολογίας
 - ο -Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (Α΄ ΜΑΦ) Νεογνών
 - ο -Μονάδα μεσογειακής αναιμίας
 - ο -Τμήμα ειδικών λοιμώξεων (ΜΑΚΚΑ)
- Καρδιολογικό
- Μονάδες

- Μονάδα Μεταμοσχεύσεων Μυελού των Οστών (ΜΜΜΟ)
- Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Α΄ ΜΕΝ)
- Β΄ Παθολογικός Τομέας
 - Α΄. Παιδιατρικό τμήμα Ε.Σ.Υ
 - Β΄ Παιδιατρικό τμήμα Ε.Σ.Υ
 - Παιδιατρικής Αιματολογίας- Ογκολογίας (ΤΑΟ)
 - Κυστικής Ινώδους Νόσου
 - Νευρολογικό
 - Δερματολογικό
 - Νεφρολογικό
- Μονάδες
 - Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (Β΄ ΜΑΦ) Νεογνών
 - Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Α΄ ΜΕΝ)
 - Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Παίδων (ΜΕΘ)
 - Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας Ε.Σ.Υ.
 - Μονάδα Αιμορραγικών Διαθέσεων
- Α΄ Παιδοχειρουργικό Τμήμα
- Β΄ Παιδοχειρουργικό Τμήμα
- Α΄ Ορθοπαιδικό Τμήμα
- Β΄ Ορθοπαιδικό Τμήμα
- Ουρολογικό
- Οφθαλμολογικό
- Ωτορυνολαριγγολογικό- Ακουσολογικό
- Νευροχειρουργικό
- Πλαστικής Χειρουργικής
- Α΄+ Β΄ Χειρουργικής Καρδιάς- Θώρακα
- Αναισθησιολογικό
- Οδοντιατρικό
- Μονάδες
 - Εντατικής Θεραπείας (ΚΕΜ)
 - Μονάδα Ανάνηψης
- Εργαστηριακός Τομέας
 - Αιματολογικό
 - Αιμοδοσία
 - Αιμοδυναμικό
 - Ακτινοδιαγνωστικό- Υπέρηχοι
 - Ανοσολογίας- Ιστοσυμβατότητας
 - Απεικονιστικής Ιατρικής (Αξονικός & Μαγνητικός Τομογράφος)
 - Βιοχημικό
 - Ιατρικής Γενετικής Πανεπιστημίου Αθηνών
 - Μικροβιολογικό
 - Φαρμακείο (Μονάδα Ενδοφλέβιων Διαλυμάτων)
 - Νευροφυσιολογία
 - Παθολογοανατομικό
- Χωρέμειο Ερευνητικό Κέντρο
 - Εργαστήριο Μεταβολισμού Ασβεστίου
 - Ερευνητικό Τμήμα Αναπτυξιακής Παιδιατρικής
 - Ερευνητικό Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού & Διαβήτη
 - Ερευνητικό Τμήμα Λοιμώξεων & Χημειοθεραπείας

- Ερευνητικό Τμήμα Μεταβολικών Νοσημάτων
- Ερευνητικό Τμήμα Ογκολογίας
- Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Υγείας των Εφήβων
- Παιδοψυχιατρικός Τομέας
 - Παιδοψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών (Τμήμα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας, TEN)
- Διατομεακά Τμήματα
 - Χειρουργεία
 - Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας
 - Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
- Υπηρεσίες Υποστήριξης
 - Βιβλιοθήκη
 - Διαιτολόγοι
 - Εθελοντισμός (Σύλλογοι & Ιδιώτες)
 - Θεατρικές Παραστάσεις
 - Κοινωνικού Λειτουργοί
 - Μουσικοθεραπεία
 - Παιγνιοθεραπεία
 - Σχολείο για νοσηλευόμενα παιδιά
 - Φυσιοθεραπεία
 - Ψυχολόγοι
- Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (χρόνια, εξειδικευμένα νοσήματα, ραντεβού)
 - Αιμορραγικών Διαθέσεων
 - Αιμοσφαιρινοπαθειών
 - Ακουολογικό
 - Αναπνευστικό- Πνευμονολογικό
 - Ανοσολογικό 1^{ης} Εξέτασης
 - Ανοσολογικό Επανεξέτασης
 - Αντιφυματικό
 - Γαστρεντερολογικό Α΄ Παιδιατρικού Τομέα
 - Γενετικής- προγενετικού Ελέγχου
 - Γενετικής Συμβουλευτικής- Δυσμορφολογίας
 - Δερματολογικό
 - Διαβητολογικό Α΄ Παιδιατρικού Τομέα
 - Διαβητολογικό Β΄ Παιδιατρικού Τομέα
 - Ειδικών Παθήσεων (Αυτισμού)
 - Ενδοκρινολογικό 1^{ης} Εξέτασης Α΄ Παιδιατρικού Τομέα
 - Ενδοκρινολογικό Απαντήσεων Εξετάσεων Α΄ Παιδιατρικού Τομέα
 - Ενδοκρινολογικό Επανεξέτασης Α΄ Παιδιατρικού Τομέα
 - Ενδοκρινολογικό Β΄ Παιδιατρικού Τομέα
 - Ηπατολογικό Πανεπιστημιακής
 - Ηπατολογικό Β΄ Παιδιατρικού Τομέα
 - Καρδιολογικό
 - Κολίτιδας- Νόσου Κρόν
 - Λοιμώξεων
 - Μεταβολικών Νοσημάτων Επανεξέτασης
 - Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας Νεογνών Α΄ Παιδιατρικού Τομέα
 - Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Α΄
 - Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών Β΄

- Νευρολογικό 1^{ης} Εξέτασης- Επανεξέτασης
- Νευρολογικό Ημικρανιών- Κεφαλαλγιών
- Νευρολογικό (Σπασμών) Νευρολογικού Τμήματος
- Νευροχειρουργικό
- Νεφρολογικό Α΄ Παιδιατρικού Τομέα
- Νεφρολογικό Β΄ Παιδιατρικού Τομέα
- Νεφρολογικό Νεφρολογικού Τμήματος
- Ορθοπαιδικό Α΄ Ορθοπαιδικού Τμήματος
- Ορθοπαιδικό Β΄ Ορθοπαιδικού Τμήματος
- Ορθοπαιδικό Ειδικών Παθήσεων
- Ορθοπτικό
- Ουρολογικό 1^{ης} Εξέτασης
- Ουρολογικό Επανεξέτασης
- Οφθαλμολογικό Προώρων Νεογνών
- Οφθαλμολογικό
- Παιδιατρικής Παχυσαρκίας
- Παιδιατρικό Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών
- Παιδιατρικό Α΄ και Β΄ Παιδιατρικών Τμημάτων
- Παιδοψυχιατρικό
- Πλαστικής Χειρουργικής
- Ιατρείο συγγενούς υπερπλασίας επινεφριδίων
- Λογοπεδικό
- Σκολιώσεως Α΄ Ορθοπαιδικού Τμήματος
- Σκολιώσεως Β΄ Ορθοπαιδικού Τμήματος
- Συνεδρίες Γονέων Παιδοψυχιατρικής
- Υπερήχων Οργάνων
- Υποθυρεοειδισμού Β΄ Παιδιατρικού Τομέα
- Χειρουργικό Α΄ Χειρουργικού Τμήματος
- Χειρουργικό Β΄ Χειρουργικού Τμήματος
- Χοληστεριναιμία 1^{ης} Εξέτασης
- ΩΡΛ

Σημείωση: Ο τρόπος παράθεσης έγινε σύμφωνα με την αναρτημένη ιστοσελίδα του κάθε Νοσοκομείου και παρατηρούνται αλληλοεπικαλύψεις Τμημάτων (π.χ. Σκολιώσεως Ορθοπαιδικού Τμήματος) που δεν είναι δυνατόν να γίνουν αντιληπτές από τον απλό αναγνώστη, λόγω της μη ενιαίας αντίληψης για την ανακοίνωση της σύνθεσης και της λειτουργίας των Νοσοκομείων. Το παραπάνω μπορεί να θεωρηθεί μικρό παράδειγμα για την απουσία της εφαρμογής του Υγειονομικού Χάρτη ως εργαλείο των υγειονομικών μονάδων για την ενιαία και έγκυρη ενημέρωση των λειτουργικών διαγραμμάτων τους.

Έτσι δεν διακρίνονται τα Τμήματα που αποτελούν μοναδικά κέντρα αναφοράς (πανελλαδικά ή για την περιφέρεια της Αττικής), καθώς και οι αλληλοεπικαλύψεις τμημάτων, αν αναλογιστεί κανείς ότι τα δύο μεγαλύτερα από αυτά καλύπτουν ισότιμα σε χρόνο και κατανομή ασθενών τις ανάγκες του πληθυσμού κατά τις ευημερίες ή τις τακτικές συνεδρίες των ασθενών παρά των υπερδιπλάσιο όγκο του ενός από το άλλο.

Το Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» εφημερεύει μέρα- παρα- μέρα εναλλάξ με το Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ». Για τον λόγο

οι ημέρες και οι ώρες πραγματοποίησης των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων και Απογευματινών Ιατρείων μεταβάλλονται ανά τετράμηνο σύμφωνα με την αλλαγή των ημερών εφημερίας των δύο Παιδιατρικών Νοσοκομείων και εξυπηρετούνται από το τηλεφωνικό κέντρο των νοσοκομείων.

Μετά την καθιέρωση του θεσμού των Απογευματινών Ιατρείων (2002), για την ενίσχυση του ιατρικού επαγγέλματος εντός των νοσοκομείων και των οικονομικών πόρων του νοσοκομείου (λογαριασμός που από ένα ποσοστό του αποζημιώνονται οι ιατροί και νοσηλευτές που παρέχουν τις σχετικές υπηρεσίες και το υπόλοιπο διατίθεται για τις λειτουργικές ανάγκες του νοσοκομείου), οι ιατρικές επισκέψεις χρεώνονται ανάλογα με τον βαθμό του γιατρού, από 60€- 90€.

6.4.1.2 Το Νοσοκομείο Παίδων Αθηνών «ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ»

Βρίσκεται επίσης στην τοποθεσία Γουδί του δήμου Αθηναίων και πολύ κοντά στον κεντρικό άξονα των Λεωφόρων Μεσογείων και Κηφισίας.

Αποτελεί και αυτό ένα από τα παλαιότερα νοσοκομειακά συγκροτήματα του πολεοδομικού συγκροτήματος του Κέντρου των Αθηνών.

Το Νοσοκομείο λειτουργεί μέχρι σήμερα με ιδιαίτερο νομικό καθεστώς, ως κληροδότημα υπό την αιγίδα του Ε.Σ.Υ. και η αξιοσημείωτη ιστορία του έχει ως εξής (πληροφορίες από το αρχείο του Νοσοκομείου – ιστοσελίδα του Νοσοκομείου):

«Σταθμός εκκίνησης για την ίδρυση του θεωρείται η χρονιά του 1933. Η Ελλάδα επουλώνει τις πληγές της Μικρασιατικής καταστροφής και τα επίπεδα της παιδικής θνησιμότητας είναι πολύ υψηλά. Η παιδιατρική στη χώρα μας βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, παρά το γεγονός ότι είχε ήδη ιδρυθεί το μοναδικό Παιδιατρικό Νοσοκομείο της χώρας «Αγία Σοφία» το έτος 1901. Η ίδρυσή του οφείλεται σε μία εύπορη Ελληνίδα της εποχής που είχε τρυφερά αισθήματα για τα πάσχοντα και άπορα παιδιά.

Η ευεργέτιδα δεν είναι άλλη από την Αγλαΐα Κυριακού, θυγατέρα του λογίου Σπυρίδωνος Αντωνιάδη, και το νοσοκομείο που οραματίστηκε δεν είναι άλλο από το «Νοσοκομείο Παίδων Παναγιώτη & Αγλαΐας Κυριακού».

Το οικόπεδο, περίπου 8 στρέμματα, για την ανέγερση της κλινικής, παραχωρήθηκε από το Νοσοκομείο «Αγία Σοφία».

Η εκπόνηση των σχεδίων ανατέθηκε σε τριμελή επιτροπή, που αποτελούνταν από τους Φωκίωνα Κοπανάρη, Γεώργιο Μακκά και Ιωάννη Αντωνιάδη αρχιτέκτονα και ανιψιό της Αγλαΐας Κυριακού. Το Τεχνικό Επιμελητήριο της εποχής έδωσε στον αρχιτέκτονα Ιωάννη Αντωνιάδη το «Τεχνικό Αριστείο» για την τεχνική και αισθητική αρτιότητα των εκπονηθέντων σχεδίων του κτιρίου. Επειδή για την ολοκλήρωση των οικοδομικών εργασιών και τον εξοπλισμό του δεν επαρκούσε το κληροδοτημένο ποσό, ο τότε Υπουργός Υγιεινής Αλ. Κορύζης φρόντισε για την εξεύρεση του υπολοίπου ποσού που απαιτείτο για την ολοκλήρωση του έργου και εξασφάλισε δια νόμου την ετήσια επιχορήγηση του ιδρύματος από τον κρατικό προϋπολογισμό με ποσό της τάξης του 1.500.000 δρχ.

Τους πρώτους μήνες του 1938 ολοκληρώθηκαν οι εργασίες και ο πλήρης εξοπλισμός του και εγκαινιάστηκε με την παρουσία του τότε Βασιλέα

Γεωργίου Β΄, του Υπουργού Υγιεινής Αλ. Κορύζη και του Αρχιεπισκόπου Αθηνών Χρυσοστόμου.

Στις 15 Αυγούστου 1938 άρχισε η πλήρης λειτουργία του με δύναμη 20 κλινών, εκ των οποίων οι 10 στην Α΄ Παιδιατρική κλινική και 10 στην Β΄ Παιδιατρική κλινική. Μέσα σε διάστημα λίγων μηνών η δύναμη των κλινών διπλασιάστηκε. Ως πρώτος ασθενής είναι καταγεγραμμένος ο μικρός Ιωάννης Νικ. Θειακούλης, ηλικίας 7,5 μηνών με από 3ημέρου διάρροια. Ως αναφέρεται στα πεπραγμένα του αρχείου των κλινικών μέσα σε ένα 5μηνο λειτουργίας (Αύγουστος- Δεκέμβριος 1938) νοσηλεύτηκαν στην Α΄ Παιδιατρική κλινική 139 παιδιά.

Εκ τούτων είχομεν 89 ιάσεις, 27 βελτιώσεις, 11εξιτήρια, 12 θανάτους. Στο εξωτερικό ιατρείο εξετάσθηκαν 782 παιδιά. Στην Β΄ Παιδιατρική κλινική νοσηλεύτηκαν 164 παιδιά, εκ των οποίων 86 ιάθησαν, 31 βελτιώθηκαν, 10 παρέμειναν στην ίδια κατάσταση και 7 απέθαναν, 30 ασθενείς δε παραμένουν κατά την 31^η Δεκεμβρίου 1938.

Δυστυχώς, την εποχή εκείνη ο Β΄ Παγκόσμιος Πόλεμος αποτελεί την σκληρή πραγματικότητα. Στις πολεμικές επιχειρήσεις οι πιο ευάλωτες ομάδες είναι οι γέροι και τα παιδιά. Στις 31 Νοεμβρίου 1940 μεταφέρεται το Νοσοκομείο, για μεγαλύτερη ασφάλεια, στα κτίρια των παιδικών κατασκηνώσεων του ΠΙΚΠΑ στην Πεντέλη, όπου και παραμένει μέχρι της 25 Αυγούστου 1943 ενώ λειτουργούν Ιατρεία καθημερινά στον χώρο της Υγειονομικής Σχολής στους Αμπελοκήπους. Οι κατακτητές όμως επιτάσσουν τις εγκαταστάσεις της Πεντέλης και το ίδρυμα υποβάλλεται σε δεύτερη μεταφορά στα κτίρια της Ριζαρείου Σχολής. Το νοσοκομείο αντιμετωπίζει τεράστιες δυσκολίες στην κάλυψη του μεγάλου αριθμού ασθενών παιδιών και αναγκάζεται να περιορίζει την ηλικία των νοσηλευομένων παιδιών στα 6 έτη. Το αρχικό κτίριο αφού επισκευάζεται επανέρχεται σε κανονική λειτουργία τον Νοέμβριο του 1945 με την προσθήκη και Ακτινολογικού Εργαστηρίου. Ένα χρόνο αργότερα γίνεται σημαντική επέκταση με προσθήκη 100 νέων κλινών. Το 1947 το ίδρυμα αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα, προκειμένου να καλύψει τις οικονομικές του ανάγκες, αποφασίζει να διαθέτει 100-110 κλίνες νοσηλευομένων παιδιών επί πληρωμή. Τον Ιανουάριο του 1948 αρχίζει η λειτουργία ΩΡΛ κλινικής με 15 Κλίνες. Το 1949 οργανώνεται Μικροβιολογικό Εργαστήριο που έχει την ευθύνη των γενομένων μεταγγίσεων.

Η πορεία του ιδρύματος μέχρι την χρονική αυτή περίοδο ικανοποίησε πλήρως τον σκοπό του. Έδωσε σάρκα και οστά στο όραμα της ευεργετίδας προσφέροντας Επιστημονικό, Νοσηλευτικό και Ανθρωπιστικό έργο στον παιδικό πληθυσμό. Η αγωνία ωστόσο και η σκέψη για περαιτέρω αναβάθμιση των υπηρεσιών του, οδηγεί στη χάραξη νέων στόχων και προοπτικών μέχρι το 1960.

Η Αγλαΐα Κυριακού απεβίωσε αφήνοντας μία ακλόνητη διαθήκη με όρο την συνέχιση παροχής υπηρεσιών που προέβλεπε ο σκοπός ίδρυσης του νοσοκομείου της.

Την δεκαετία 1950- 1960 προγραμματίζονται:

Ανέγερση πτέρυγας για Ορθοπαιδικές παθήσεις,

Ανέγερση πτέρυγας για Λοιμώδη νοσήματα,

Καλύτερη οργάνωση των Εξωτερικών Ιατρείων,

Ανάπτυξη σύγχρονων εργαστηρίων,

Το διάστημα 1950-1954 συνάπτει συμβάσεις για την νοσηλεία των παιδιών των Δημοσίων Υπαλλήλων και των ασφαλισμένων στο ΙΚΑ.

Το 1954 εφημερεύει τρεις φορές την εβδομάδα, δεχόμενο άπαντα τα περιστατικά, πλην των λοιμωδών.

Το 1955 αρχίζει η λειτουργία του Καρδιολογικού και του Νευροψυχιατρικού Τμήματος. Την ίδια χρονιά το Νοσοκομείο αποφασίζει να ιδρύσει την Ιατρική Βιβλιοθήκη και την πρόσληψη διπλωματούχων Αδελφών τριετούς φοιτήσεως, καθώς και μερικών μονοετούς.

Από το 1954 εφημερεύει τρεις φορές την εβδομάδα και μία Κυριακή ανά 15 ημέρες.

Την επόμενη δεκαετία 1960- 1970 επεκτείνεται το Νοσοκομείο κατά 180% με προσθήκη νέων ορόφων και της Γ΄ Πτέρυγας και η δυναμικότητα του αυξάνεται από 250 σε 450 κλίνες.

Το 1965 ιδρύεται στι Νοσοκομείο Ανωτέρα Σχολή Αδελφών Νοσοκόμων Ζετούς φοίτησης και το 1968 αποφοίτησαν 410 νοσηλεύτριες. Η ίδρυση της αναβάθμισε την παρεχόμενη Νοσηλευτική φροντίδα και έδωσε ανάσα πνοής καλύπτοντας τις σοβαρές ελλείψεις του Νοσοκομείου σε Νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης οργανώνεται η υπηρεσία των Ιατρικών Αρχείων του Νοσοκομείου.

Το 1974 αρχίζει η λειτουργία της Β΄ Παιδιατρικής Πανεπιστημιακής Κλινικής το κύρος και το επιστημονικό έργο των λειτουργών της προσέθεσαν αντίστοιχο κύρος και στο Ίδρυμα διότι παράλληλα αυξήθηκε και η παροχή εκπαιδευτικού έργου προς τους νέους ιατρούς.

Στην δεκαετία 1970-1980, γίνονται πολλές αλλαγές Διοικητικής φύσεως, ιδρύονται νέα Νοσηλευτικά Τμήματα και το μοναδικό μέχρι σήμερα Κέντρο Δηλητηριάσεων της χώρας. Το Ίδρυμα γίνεται Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου.

Το 1979 λειτουργούν τα Τμήματα Προώρων Νεογέννητων και η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Αιμοκάθαρσης.

Την δεκαετία του 1980-1990 γίνεται η ένταξη του Νοσοκομείου στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και συνοδεύεται και από προσθήκη νέων Νοσηλευτικών Τμημάτων.

Το 1986 αρχίζει η λειτουργία της Οφθαλμολογικής Κλινικής και της Μονάδας Βραχείας Νοσηλείας που συνέβαλε σημαντικά στην εξοικονόμηση κλινών και στην μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας.

Το νέο Ογκολογικό Τμήμα έδωσε νέες ελπίδες στην μάχη των παιδιών με νεοπλασματικές νόσους, για τον έλεγχο των λοιμώξεων δημιουργείται η Επιτροπή Λοιμώξεων. Σημαντικότατο γεγονός για να συμπληρωθεί το πλαίσιο της περίθαλψης παιδιών αποτελεί η λειτουργία Μονάδας Εντατικής Θεραπείας για βαριά παιδιατρικά περιστατικά.

Την δεκαετία 1990- σήμερα, γίνεται σοβαρή προσπάθεια για την αναβάθμιση των Ιατρείων και των Εργαστηρίων, καθώς και του ξενοδοχειακού εκσυγχρονισμού των Νοσηλευτικών Τμημάτων (π.χ. μετατροπή των 10/ κλινών θαλάμων κοινόχρηστα WC αντίστοιχους με 1,2,3,4 κλίνες και ιδιαίτερο WC.

Το νοσοκομείο απέκτησε και Νέα Πτέρυγα με σύγχρονες υποδομές στα κρίσιμα Τμήματα των Χειρουργείων, της Κεντρικής Αποστείρωσης, των Εργαστηρίων, Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα για παιδιά, συγκρότημα Η/Μ εγκαταστάσεων για την απόκτηση επάρκειας σε ενέργεια.

Συνεχίζει να παρέχει σοβαρό εκπαιδευτικό έργο στην απόκτηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής ειδικότητας (συνεργασία ΤΕΙ και ΑΕΙ) και γίνονται σοβαρές προσπάθειες παράλληλα με την αναβάθμιση των υπηρεσιών του να

ανταποκριθεί στις ραγδαίες εξελίξεις που συντελούνται στον τομέα παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Σημείωση: Η αναλυτική παράθεση της ιστορίας ενός από τα τρία ιστορικά Παιδιατρικά Νοσοκομεία της Ελλάδος, έγινε για να καταδειχθεί η συνέπεια και το πάθος (όραμα) των εμπλεκομένων προσώπων της εποχής για την σταδιακή υλοποίηση ενός έργου που σκοπό είχε την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής προστασίας του πληθυσμού της χώρας, σε μία εξαιρετικά δύσκολη περίοδο της χώρας.

Η σημερινή κατάσταση του Νοσοκομείου έχει ως παρακάτω:
Το Νοσοκομείο διαθέτει συνολικά 20.000 m² (1/2 περίπου του Αγία Σοφία) επιφανείας περίπου, ενώ σύμφωνα με τον αριθμό των κλινών (417 κατά το 2001, που έγιναν 385 (1/2 περίπου του Αγία Σοφία) μετά από σειρά αρχιτεκτονικών παρεμβάσεων μέχρι σήμερα και αντιστοιχούν περίπου 47,70 m² ανά κλίνη με ελαφρά βελτίωση μετά την μείωση των κλινών. Ο προκύπτων δείκτης κρίνεται απαράδεκτα μικρός για Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο.

Διαθέτει μικρής έκτασης γωνιακό οικόπεδο (8.382 m², 5,5 φορές μικρότερο από το αντίστοιχο του Αγία Σοφία), το οποίο παραχωρήθηκε όπως προαναφέρθηκε από το γειτονικό Νοσοκομείο, που ιστορικά προϋπήρχε. Το οικόπεδο έχει πρόσβαση και εισόδους προς δύο δρόμους (Θηβών & Λεβαδείας). Κοινό όριο προς τις άλλες δύο πλευρές έχει με το Νοσοκομείο «Αγία Σοφία».

Η εικόνα του οικοπέδου χαρακτηρίζεται από την αποπνικτική δόμηση και υπερεκμετάλλευση, καθώς και από παντελή έλλειψη ελεύθερου χώρου και πρασίνου, οι δε εναπομείναντες χώροι των προκηπίων καταλαμβάνονται από βοηθητικά προσκτίσματα (Κυλικεία, αποθήκη ιατρικών αερίων, αντλιοστάσια, δεξαμενές πόσιμου νερού και νερού πυρόσβεσης) .

Σημερινό υπόλοιπο δόμησης είναι περίπου 5.000 m² και το υπόλοιπο κάλυψης του γηπέδου του 1.103 m² των οποίων η χρήση και η σχετική εξάντληση συναρτάται άμεσα από τις μελλοντικές αποφάσεις και την έκδοση των αντιστοιχών Π.Δ. Η μοναδική εφικτή δυνατότητα για το συγκεκριμένο Νοσοκομείο φαίνεται να είναι η επέκταση του καθ' ύψος κατά παρέκκλιση των υφισταμένων για την περιοχή όρων δόμησης, ενώ η εξάντληση της υπολειπόμενης κάλυψης είναι αδύνατη, λόγω της εξάντλησης των δυνατοτήτων ανάπτυξης του στο έδαφος μετά από τις επεκτάσεις που δέχθηκε κατά την πάροδο των ετών.

Έτσι κύρια χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου είναι:

- Η μεγάλη έλλειψη ωφέλιμου χώρου,
- Η ανορθολογική χωροταξική κατανομή των χώρων του (γραφεία, ιατρεία, διοικητικές υπηρεσίες), εφόσον λόγω παντελούς έλλειψης ωφέλιμης επιφάνειας, η χρησιμοποίηση του τυχόν ευρεθέντος ελεύθερου χώρου ήταν σχεδόν πάντα υποχρεωτική και μονοσήμαντη και έτσι βρίθει μειονεκτημάτων.

- Το σύμπλεγμα των παλαιών κτιρίων χαρακτηρίζεται από απλοϊκή αρχιτεκτονική διάταξη τύπου Π (πί), κατάλληλη για την εποχή που κτίσθηκε, με αποτέλεσμα μετά την γιγάντωση του (προσθήκη πολλαπλών ειδικοτήτων) το μεγαλύτερο μέρος της γενικής κυκλοφορίας να γίνεται μέσω των Τμημάτων του (κλινικές), εφόσον τα Τμήματά του παρατίθενται το ένα παραπλεύρως του άλλο στα συνεχόμενα σκέλη του Π (πί).
- Σύγχρονα Νοσηλευτικά Τμήματα με ζωτική σημασία για την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας στους μικρούς ασθενείς, παρουσιάζουν δείκτες επιφανείας/ κλίνη απαράδεκτους για τα σημερινά διεθνή δεδομένα.

Για παράδειγμα:

- Η ΜΕΘ (Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας) διαθέτει 231 m² για 8 κλίνες, δηλ. 28,8 m²/ κλίνη έναντι 40-50 m²/ κλίνη (σήμερα αποδεκτός δείκτης), Η Μονάδα έχει ανακαινισθεί πρόσφατα (2007) με υποδειγματικό τρόπο, χωρίς αύξηση της επιφανείας της. Προβλέπεται όμως η επέκτασή της με την δημιουργία ΜΑΦ μετά την μετεγκατάσταση του γεινιάζοντος Ογκολογικού Τμήματος (200 m²) στο νέο κτίριο «ΕΛΠΙΔΑ».

- Το συγκρότημα των Χειρουργείων διαθέτει επιφάνεια 634 m² για 8 τραπέζια χειρουργικά, δηλ. αντιστοιχούν 80 m²/ αίθουσα, όταν η αναλογία για ένα σωστά μελετημένο συγκρότημα Χειρουργείων ο αποδεκτός δείκτης κυμαίνεται μεταξύ 200-250 m²/ αίθουσα γι αυτό και δεν υπάρχει ΜΑΦ (Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας), που παρεμβάλλεται λειτουργικά μεταξύ του Χειρουργείου και της Εντατικής Νοσηλείας. Σήμερα η αντίστοιχη νοσηλεία παρέχεται εντός της Εντατικής Μονάδος, όταν υφίσταται ανάγκη.

Σήμερα έχει περατωθεί το έργο της Νέας Πτέρυγας που θα περιλαμβάνει σύγχρονα Χειρουργεία (13 αίθουσες) με χώρο Κεντρικής Αποστείρωσης και Ανάνηψης, πολλαπλής επιφανείας (2000 m² περίπου) και χώρους προσωπικού όπου και αναμένεται η μετεγκατάσταση τους.

- Είναι και πάλι αξιοσημείωτο να επισημανθεί ότι οι καθυστερήσεις οφείλονται στην έλλειψη μεγάλου μέρους του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, ο οποίος δεν χρηματοδοτήθηκε ταυτόχρονα με την υλοποίηση των οικοδομικών εργασιών (ασυνέχεια στην λειτουργία του Κεντρικού Κράτους και των συναρμοδίων Φορέων του), με αποτέλεσμα την εμπλοκή νέων γραφειοκρατικών διαδικασιών για την προμήθειά του. Τα παραπάνω αποτελούν ιδιαίτερο πονοκέφαλο για τις Διοικήσεις των Νοσοκομείων αλλά κυρίως χάσιμο πολύτιμου χρόνου από την δυνατότητα αναβάθμισης του επιπέδου νοσηλείας των μικρών ασθενών σε Ευρωπαϊκό πραγματικά επίπεδο.

- Επίσης η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών βρίσκεται σε κακή χωροταξική θέση και το εμβαδόν της (316 m²) είναι εξαιρετικά περιορισμένο για την δυναμικότητα του Τμήματος (30 νεογνά). Ο δείκτης 10, 5 m²/ κλίνη αποδεικνύει το απαράδεκτο της αρχιτεκτονικής διάταξης του Τμήματος. Μέρος της Μονάδος (γραφεία ιατρών, νοσηλευτών, παρασκευής γάλακτος, πολύωρης αναμονής των γονέων) ευρίσκεται

εκτός ελέγχου ασηψίας, εφόσον αυτό το κομμάτι αποτελεί και διάδρομο γενικής κυκλοφορίας.

Για την Μονάδα προβλέπεται η μετεγκατάσταση της αφού τεθούν σε λειτουργία τα νέα Χειρουργεία στην αντίστοιχη επιφάνεια που θα εκκενωθεί (634 m²) με τις προβλέψεις σύγχρονης μελέτης, που έχει εκπονηθεί σχετικά και θα αναβαθμίσει σημαντικά λειτουργικά και ιατρικά το κρίσιμο αυτό Τμήμα .

- Η Μονάδα Τεχνητού Νεφρού διαθέτει ελάχιστη έκταση ακόμη και για τις 7 θέσεις μηχανημάτων που εξυπηρετεί. Παρόλα αυτά φαίνεται πως η λειτουργία του επαρκεί, εφόσον δεν παρίσταται συχνά η ανάγκη δεύτερης βάρδιας (απογευματινής).

Η Μονάδα έχει ανακαινισθεί πρόσφατα (2006) με υποδειγματικό τρόπο χωρίς να αυξηθεί η ωφέλιμη επιφάνειά της.

Θα θέλαμε να επισημάνουμε ότι η ζοφερή εικόνα που εμφανίζεται στην παραπάνω ενδεικτική περιγραφή, δεν συνάδει με το επίπεδο υψηλής ποιότητας νοσηλείας, που προσφέρεται από πλευράς προσωπικού, έστω κάτω και από συνθήκες έλλειψης ουσιαστικής άνεσης.

Το παραπάνω αποτελεί ένα από τα ιδιότυπα χαρακτηριστικά του Δημοσίου Νοσοκομείου και κατ' επέκταση του Δημοσίου Συστήματος Υγείας. Δηλαδή, η ανακόλουθη πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και των δυνατοτήτων της σε έμψυχο και άψυχο υλικό με την δυνατότητα παράλληλης παροχής – εξασφάλισης του ανάλογα σύγχρονου περιβάλλοντος για την άσκησή της.

Η ραγδαία ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα και η έμφαση που προέβαλε στην ξενοδοχειακή υποδομή του και στην παροχή ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας, έθεσε νέα κριτήρια και ανάγκες-απαιτήσεις από τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό για την παροχή υπηρεσιών υγείας. Σε πολλές των περιπτώσεων παρατηρείται ότι, το κριτήριο των κατάλληλων χώρων νοσηλείας προέχει του κριτηρίου επιλογής ιατρού.

Βέβαια, η προβολή των νέων απαιτήσεων δεν αφορούσε και εξακολουθεί να μην αφορά τα χαμηλά οικονομικά κοινωνικά στρώματα, ενώ αποτελούν πιεστική σε μερικές περιπτώσεις απαίτηση των μεσαίων και φυσικά υψηλών οικονομικά κοινωνικών στρωμάτων που έχουν την δυνατότητα περισσότερων επιλογών (συνδυασμό ιδιωτικών με δημόσιες υπηρεσίες). Τούτο κατέληξε να προβάλλεται και ως ένας προφανής και εύκολος στην δημόσια κριτική λόγος για την «απαξίωση» του Δημοσίου Συστήματος Υγείας.

Καθημερινά σχόλια του τύπου: «.....είμαστε νοσοκομεία γύφτων και μεταναστών....», προδίδουν απογοήτευση και απαξίωση των εργαζομένων οι οποίοι κάτω από πιεστικές και αντίξοες συνθήκες παρέχουν ανυπολόγιστης αξίας ιατρικό και κοινωνικό έργο που προφανώς απευθύνεται στο σύνολο του πληθυσμού χωρίς, εξαιρέσεις.

Επομένως η, στο σύνολό τους αναθεώρηση των κριτηρίων λειτουργίας των Δημόσιων Νοσοκομείων είναι επιτακτική ανάγκη και η λήψη αποφάσεων με βάση το κριτήριο «ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας» αναπόφευκτη.

Το Νοσοκομείο Παιδών «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ» διαθέτει τμήματα όλων των ειδικοτήτων, παθολογικών και χειρουργικών.
Ο Εργαστηριακός Τομέας περιλαμβάνει εργαστήρια ορισμένα εκ των οποίων είναι μοναδικά και πραγματοποιούν άκρως εξειδικευμένες και πρωτοποριακές εξετάσεις.

Το Νοσοκομείο περιλαμβάνει συνοπτικά, τα παρακάτω Τμήματα & Κλινικές:

Παθολογικός Τομέας

Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Αλλεργιολογικό

Μονάδα Νεογγενήτων (ΜΕΘΝ)

Τακτικά Ιατρεία

Ερευνητικά Εργαστήρια

Παιδιατρική Κλινική Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Παιδιατρικές Κλινικές Ε.Σ.Υ.

Α' Παιδιατρική Κλινική

Β' Παιδιατρική Κλινική

Γ' Παιδιατρική Κλινική Παραρτήματος Καλλιθέας

Ειδικά Τμήματα

Τμήμα Αύξησης και Ανάπτυξης- Ενδοκρινολογικό

Νεφρολογικό Τμήμα

Καρδιολογικό Τμήμα

Νευρολογικό Τμήμα

Ογκολογικό Τμήμα

Παιδιατρικό Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο

Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής

Τμήμα Ακτινοθεραπείας

Χειρουργικός Τομέας

Αναισθησιολογικό Τμήμα

Α' Παιδοχειρουργικό Τμήμα

Β' Παιδοχειρουργικό Τμήμα

Νευροχειρουργικό Τμήμα

Οδοντιατρικό Τμήμα

Α' Ορθοπαιδικό Τμήμα

Β' Ορθοπαιδικό Τμήμα

Β' Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα

Β' Οφθαλμολογικό Τμήμα

Γναθοχειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών

Τμήμα Θέσεων

Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας

Τμήμα Λοιμωδών νόσων

Τμήμα Ογκολογικό

Εργαστηριακός Τομέας

Μικροβιολογικό Τμήμα

Μικροβιολογικό Τμήμα Παραρτήματος Καλλιθέας

Βιοχημικό Ορμονολογικό Τμήμα

Αιματολογικό Τμήμα, Αιμοδοσία- Μονάδα Πλασμαφαίρεσης

Ακτινοδιαγνωστικό Ακτινολογικό Τμήμα Απεικονιστικής Ιατρικής

Παθολογοανατομικό Τμήμα

Φαρμακευτικό Τμήμα

Ειδικές Μονάδες

Τοξικολογική

Υπερήχων

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων (ΜΕΘ)

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας νεογνών (ΜΕΘΝ)

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού (ΜΤΝ)

Μονάδα Ειδικών Θεραπειών

Μονάδα Διαταραχών και Διαφοροποίησης Φύλλου

6.4.1.3 Το Παιδιατρικό Νοσοκομείο Πεντέλης

Το Νομαρχιακό Νοσοκομείο των Παίδων Πεντέλης διαθέτει ονομαστικά 200 κλίνες στην πραγματικότητα λιγότερες (περίπου 140) και αντιμετωπίζει ως δευτεροβάθμια Υπηρεσία Υγείας τα προβλήματα της περιοχής του (Πεντέλη, Μελίσσια, Βριλήσσια), για την οποία παίζει τον ρόλο του Νοσοκομείου Κοινότητας (Community Hospital), καθώς και της ευρύτερης περιοχής των Βορείων και Ανατολικών περιοχών της Αττικής.

Βρίσκεται σε πλεονεκτική θέση, κοντά στο αεροδρόμιο Ε. Βενιζέλος, το λιμάνι της Ραφήνας και το μετρό (Δουκίσσης Πλακεντίας) με σχετικά εύκολη πρόσβαση από τα μέσα μαζικής κυκλοφορίας.

Το 1937 το ΠΙΚΠΑ Πεντέλης μίσθωσε από την Ιερά Μονή Πεντέλης έκταση 400 στρεμμάτων στην περιοχή της Κοινότητας Πεντέλης. Η έκταση αυτή έχει κτηματογραφηθεί ως δημόσια διακατεχόμενη με ΚΑ 115575-9016. Στις αρχές της δεκαετίας του 1940 δημιουργήθηκαν οι κτιριακές εγκαταστάσεις του ΠΙΚΠΑ στις οποίες λειτουργούν με την σημερινή τους μορφή το Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης και το Αναρρωτήριο Πεντέλης. Το Νοσοκομείο ιδρύεται το 1981 όταν με το ΦΕΚ 220/20-8-81 Ν. 1193 ΑΡΘΡ. 20 μετατρέπεται από ΠΙΚΠΑ σε Παιδικό Νοσοκομείο Πεντέλης αποκτώντας τη μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου και διέπεται από τις διατάξεις του Ν. Δ. 2592/53. Με το Π.Δ. 260 αριθ. ΦΕΚ 102/16-7-1984 μετονομάζεται σε Γενικό Νοσοκομείο Βόρειας Αττικής και σε συνέχεια με το αριθ. ΦΕΚ 221/6-4-1990 μετονομάζεται εκ νέου σε Γενικό Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης ονομασία με την οποία λειτουργεί μέχρι σήμερα.

Το Νοσοκομείο εξυπηρετεί τα Βόρεια προάστια λόγω γειτονίας, εφόσον βρίσκεται πολύ κοντά στους οδικούς άξονες των λεωφόρων Πεντέλης και Κηφισίας, ενώ συγχρόνως εξυπηρετεί και τα Ανατολικά προάστια λόγω καλής

κυκλοφοριακής εξυπηρέτησης που γίνεται συνεχώς καλύτερη, λόγω των οδικών προσβάσεων του νέου αεροδρομίου και της Αττικής οδού.

Επισημαίνεται ακόμη ότι η σημασία της Υγειονομικής εξυπηρέτησης των περιοχών αυτών γίνεται συνεχώς και μεγαλύτερη, εφόσον :

- Η πρόσβαση των περιοχών αυτών προς το Κέντρο, δυσχεραίνεται συνεχώς, λόγω της συνεχούς κυκλοφοριακής επιβάρυνσης των βασικών αξόνων κυκλοφορίας (λεωφόρος Μεσογείων, λεωφόρος Κηφισίας).
- Η οικιστική ανάπτυξη των περιοχών των προαστίων της Βόρειας και Ανατολικής Αττικής παρουσιάζει αυξητικές τάσεις ως χώρος μόνιμης κατοικίας, κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες.
Επομένως σχετικές χωροταξικές μελέτες θα πρέπει να ληφθούν υπόψη ώστε τόσο στις υφιστάμενες αλλά κυρίως στις διαφαινόμενες στο μέλλον τάσεις ανάπτυξης των περιοχών αυτών του λεκανοπεδίου να συμπεριληφθούν και οι ανάγκες που θα προκύψουν σε Υγειονομικές Υπηρεσίες για τον πληθυσμό, με βάση πάντα τις αρχές του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Θα πρέπει να επισημανθεί ότι το Νοσοκομείο λόγω του μεγέθους του και του οικείου χαρακτήρα του ανταποκρίνεται με εξαιρετική επιτυχία στον ρόλο του ως Νοσοκομείο Κοινότητας. Η οικειότητα της σχέσης μεταξύ Νοσοκομείου και ασθενών – γονέων είναι εμφανής και στον απλό επισκέπτη.

Είναι σημαντικό επίσης, ότι το Παιδικό Νοσοκομείο Πεντέλης διαθέτει ένα προνομιακό περιβάλλον, τόσο ως κτίριο, όσο και ως οικόπεδο, ακόμη και σήμερα μετά την μεγάλη πυρκαγιά της Πεντέλης. Το Νοσοκομείο έχει άμεση γειτονία με άρτιο συγκρότημα λιθόκτιστων εγκαταλελειμμένων σήμερα κτιρίων του Π.Ι.Κ.ΠΑ., που θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν άμεσα, χωρίς μεγάλη αρχική επένδυση.

Λόγω του μεγέθους του και των ιατρικών Υπηρεσιών (medical facilities) που παρέχει, αντιμετωπίζει ικανοποιητικά τον μεγάλο αριθμό των μικρών ασθενών (παιδιατρικές, Ω.Ρ.Λ., ορθοπεδικές περιπτώσεις) της περιοχής, ενώ για τις ειδικές περιπτώσεις ασθενών είναι σε συνεχή επαφή με τα δύο Περιφερειακά Νοσοκομεία Αναφοράς , το «Αγία Σοφία» και το « Π.& Α. Κυριακού», π.χ. Ογκολογικοί, Αιματολογικοί ασθενείς, πλαστικής χειρουργικής, ουρολογικοί ασθενείς, καρδιοχειρουργικοί ασθενείς, ειδικές εξετάσεις Ιατρικής Απεικόνισης (C.T. Scanning- M.R.I, χρήση αξονικών, μαγνητικών τομογράφων, ακτινοθεραπευτικών μηχανημάτων), κλπ.

Συγχρόνως, το Νοσοκομείο αυτό εφημερεύει τις ίδιες ημέρες με το μικρότερο από τα δύο Περιφερειακά Νοσοκομεία (Π.& Α. Κυριακού), ώστε οι διατιθέμενες αθροιστικά από τα δύο Νοσοκομεία δυνατότητες εφημερίας (διαθέσιμες κλίνες για εισαγωγή επειγουσών περιπτώσεων, ιατρικό προσωπικό κλπ) κατά τις ημέρες αυτές, να μην διαφέρουν πολύ από τις δυνατότητες των λοιπών ημερών εφημερίας, εναλλάξ, με το μεγαλύτερο Νοσοκομείο «Αγία Σοφία».

Σε ότι αφορά τις Πρωτοβάθμιες φροντίδες Υγείας, το Παιδικό Νοσοκομείο Πεντέλης ανταποκρίνεται άριστα στον ρόλο του, διευκολύνοντας το κοινό της περιοχής του (catchment area) ώστε να μειώνεται η πρόσβαση εξωτερικών ασθενών στα δύο Περιφερειακά Νοσοκομεία του Κέντρου.

Περιλαμβάνει συνοπτικά τα παρακάτω Τμήματα και Κλινικές:

Παθολογικός Τομέας

Α' Παιδιατρικό

Β' Παιδιατρικό

Αλλεργικών και Αναπνευστικών Νοσημάτων

Τμήμα Κοινωνικής Ιατρικής- Αναπτυξιολογίας

Καρδιολογικό Τμήμα

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Παίδων

Δερματολογικό Τμήμα

Χειρουργικός Τομέας

Παιδοχειρουργικό

Ορθοπεδικό

Οφθαλμολογικό

Ωτορινολαρυγγολογικό

Οδοντιατρικό

Αναισθησιολογικό

Τομέας Ψυχικής Υγείας

Παιδιψυχιατρικό

Ιατρεία Ψυχικής Υγείας

Ψυχολόγος

Εργαστηριακός Τομέας

Μικροβιολογικό- Βιοχημικό

Ακτινοδιαγνωστικό

Αιματολογικό- Αιμοδοσίας

Φαρμακευτικό

Παραϊατρικών Επαγγελματιών

Μικροβιολογικό- Βιοχημικό- Αιματολογικό- Αιμοδοσία

Ακτινολογικό

Φυσικοθεραπεία

6.5 Οι Αρχές Λειτουργίας των Δύο κεντρικών Νοσοκομείων

Λόγω του μεγάλου κτιριακού μεγέθους, όπως προαναφέραμε, και του εύρους των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών στα δύο Νοσοκομεία, ως βασική προϋπόθεση, τέθηκε η **Αυτάρκεια** και η **Αυτονομία** λειτουργίας του συνολικού συγκροτήματος των δύο Νοσοκομείων, σ' ότι αφορά την πλήρη κάλυψη των αναγκών του παιδικού πληθυσμού που εξυπηρετείται.

Δηλαδή, θα πρέπει το συγκρότημα των δύο Νοσοκομείων να προσφέρει πλήρες φάσμα υπηρεσιών υγείας στον παιδικό πληθυσμό χωρίς να υπάρχει ανάγκη συμπληρωματικής κάλυψης, ακόμη και τελείως εξειδικευμένων, από άλλα Νοσοκομεία (ελληνικά νοσοκομεία ενηλίκων ή παιδικά νοσοκομεία του εξωτερικού). Αυτό προκύπτει από την διαπιστωμένη ανάγκη παροχής όλων των υπηρεσιών υγείας στις αντίστοιχες ηλικίες (πρόωρα, νεογνά, βρέφη, νήπια, παιδιά, έφηβοι) και ακόμη από την διαπιστωμένη δυσκολία και συχνά αδυναμία παροχής υπηρεσιών υγείας στις ευαίσθητες ηλικίες από προσωπικό μη εξειδικευμένο (ιατρικό, νοσηλευτικό, βοηθητικό παραϊατρικό).

Στα πλαίσια του εξορθολογισμού του τρόπου και του κόστους λειτουργίας του συγκροτήματος των δύο Νοσοκομείων εκπονήθηκε Ρυθμιστική μελέτη (2001). Η μελέτη αφού έλαβε υπόψη:

- A)** το νομικό καθεστώς λειτουργίας των παιδικών νοσοκομείων της Αττικής
- B)** την καταγραφή του συνόλου των παρεχομένων ιατρικών Υπηρεσιών (τμήματα, κλινικές)
- Γ)** τα βασικά στατικά στοιχεία των παρεχομένων υπηρεσιών στα διάφορα τμήματα
- Δ)** την καταγραφή των συνοδών υπηρεσιών (διοικητικές, τεχνικές, ανάγκη σε Η/Μ εγκαταστάσεις, μαγειρεία, πλυντήρια, κλπ)
- Ε)** τα πολεοδομικά χαρακτηριστικά των οικοπέδων τους και την κτιριακή κατανομή των υπηρεσιών μέχρι σήμερα
- ΣΤ)** τα Ευρωπαϊκά πρότυπα για υποδομές υγείας, την υφιστάμενη κατάσταση και τις διαφαινόμενες μελλοντικές ανάγκες

διαπιστώθηκαν τα παρακάτω τα οποία παραμένουν μέχρι σήμερα ως τα βασικά χαρακτηριστικά των συνθηκών λειτουργίας του συγκροτήματος των δύο Νοσοκομείων:

α) και τα δύο Νοσοκομεία αντιμετωπίζουν σημαντική έλλειψη επιφανείας σε πολλά τμήματά τους αλλά και στο σύνολό τους που γίνεται προφανής από την παρουσίαση των βασικών δεικτών (επιφάνεια/ κλίνη) για κάθε νοσοκομείο. Οι δείκτες αυτοί, 47,7 τμ/ κλίνη για το Νοσοκομείο «Π. & Α. Κυριακού» και 59,6 τμ/ κλίνη για το Νοσοκομείο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», είναι πολύ χαμηλοί σε σχέση με τα παραδεκτά διεθνή πρότυπα. Και ενώ το Νοσοκομείο «Π. & Α. Κυριακού» παρουσιάζει απαράδεκτα μικρό δείκτη, καταφαίνεται πως και για το κατά πολύ μεγαλύτερο σε έκταση Νοσοκομείο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» ο δείκτης είναι αρκετά χαμηλός, γεγονός που καταρρίπτει την εντύπωση ότι το Νοσοκομείο αυτό δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα επάρκειας επιφανείας.

β) και τα δύο Νοσοκομεία ανοικοδομήθηκαν στις αρχές του προηγούμενου αιώνα και ανήκουν στο ιστορικό αρχιτεκτονικό απόθεμα των νεώτερων Αθηνών (παρόμοιες είναι οι περιπτώσεις του Ευαγγελισμού, του Αρεταίειου, του μικρού κτιρίου έμπροσθεν του Ιπποκράτειου κλπ) και τα κτίρια αυτά εξακολουθούν να στεγάζουν ιστορικά τις λειτουργίες για τις οποίες εξαρχής προορίζονταν (ιστορική συνέχεια χρήσεων εντός του ευρύτερου ιστορικού κέντρου της πόλης).

Επομένως η αντιμετώπισή τους από αρχιτεκτονική σκοπιά πρέπει να μην παραβλέπει τον ιστορικό τους ρόλο εντός του πολεοδομικού συγκροτήματος της πόλης των Αθηνών. Είναι προφανής ο ρόλος που διαδραμάτισαν στην εξέλιξη παροχών δημόσιας υγείας για τον πληθυσμό της τότε Ελλάδας, αλλά και στην εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης.

Σήμερα, μετά από δύο περίπου αιώνες, το άμεσα γειτνιάζον και το ευρύτερο πολεοδομικό περιβάλλον έχει διευρυνθεί ασφυκτικά γύρω από τα Νοσοκομεία του κέντρου, με αποτέλεσμα να είναι αναπόφευκτος ο επανακαθορισμός των κριτηρίων λειτουργίας τους υπό το πρίσμα των ραγδαίων επιστημονικών εξελίξεων και των ζωτικής σημασίας των λειτουργιών που στεγάζουν για τον πληθυσμό της χώρας.

Για τα δύο Νοσοκομεία έχουν εκδοθεί σχετικά ΦΕΚ με ειδικούς όρους δόμησης (σχετικά με την γύρω περιοχή) προκειμένου να είναι δυνατή η επέκταση των κτιριακών υποδομών τους, ο εκσυγχρονισμός τους και η ομαλή ένταξή τους στον πολεοδομικό ιστό της πόλης.

γ) η φέρουσα κτιριακή ικανότητα των παλαιών κτιρίων των δύο Νοσοκομείων βέβαια μπορεί να θεωρηθεί οριακή και θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στην μελλοντική δυνατότητα οικοδομικής αξιοποίησης τους. Η φέρουσα κτιριακή ικανότητα των δύο Νοσοκομείων είναι σημαντικό κριτήριο και για την αποτροπή περαιτέρω μεγέθυνσης τους σε σχέση με την εναλλακτική επιλογή για την ίδρυση νέων υποδομών με σύγχρονα κριτήρια και προδιαγραφές. Σε πολλές περιπτώσεις προέχει η αντιμετώπιση των προβληματικών κτιριακών επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν μετά από αποσπασματικές και αυθαίρετες αποφάσεις των παρελθουσών δεκαετιών σε συνθήκες ανεπαρκούς χρηματοδότησης και προγραμματισμού.

δ) εκτός από το πρόβλημα της επάρκειας των λειτουργικών επιφανειών χρήσης, είναι πλέον εμφανές και δυσεπίλυτο το πρόβλημα της κυκλοφοριακής προσέγγισης και της έλλειψης χώρων στάθμευσης στο κέντρο της πόλης. Τα ίδια κτιριακά συγκροτήματα που πριν από μερικές δεκαετίες δέσποζαν σε οικόπεδα πολλών στρεμμάτων φαίνονται να ασφυκτιούν εντός του πυκνοδομημένου πλέον πολεοδομικού ιστού, δύσκολο και να τα εντοπίσει κανείς όταν έρχεται για πρώτη φορά.

Το πρόβλημα της στάθμευσης των οχημάτων δεν έχει λυθεί μέχρι σήμερα και καθιστά πλέον προβληματική την χωροθέτηση του συγκροτήματος. Αν λάβει υπόψη κανείς, ότι στα νοσοκομεία δεν προσέρχονται περιπατητικοί χρήστες, ότι στα παιδιατρικά νοσοκομεία η παρουσία των συνοδών είναι απαραίτητη, και συνήθως πρόκειται για περισσότερους από έναν για να διευκολυνθεί η

είσοδος του παιδιού στο νοσοκομείο ενώ ο δεύτερος ή τρίτος συνοδός θα αναζητήσουν χώρους στάθμευσης στα γύρω πολεοδομικά τετράγωνα, επιτείνεται η σύγχυση και η αγωνία των εξυπηρετούμενων και δημιουργείται καθημερινή και αθέμιτη ένταση με το προσωπικό.

Επίσης δυσχεραίνεται η προσέλευση του μεγάλου αριθμού μόνιμου προσωπικού που απαιτείται για την εικοσιτετράωρη λειτουργία των νοσοκομείων (1000-2000 άτομα) και του μεγάλου πλήθους επισκεπτών που εξυπηρετούν καθημερινά συμπεριλαμβανομένων και των προμηθευτών αναλωσίμων υλικών επιβαρύνοντας και οικονομικά τον κάθε κατηγορίας χρήστη (π.χ. το ημερήσιο κόστος στάθμευσης ενός Ι.Χ. είναι απαγορευτικό για πολυήμερη χρήση, ενώ για το μόνιμο προσωπικό σημαίνει αναγκαία μηνιαία επιβάρυνση).

- Το Νοσοκομείο «Π. & Α. Κυριακού» μετά και την ανέγερση της Νέας Πτέρυγας του (επιφανείας 5.000 τμ, με κάλυψη 1.000 τμ στον μοναδικό ακάλυπτο χώρο που διέθετε, το 2000-2007), έχει μηδενίσει κυριολεκτικά τις δυνατότητες στάθμευσης εντός του Νοσοκομείου, πλην της θέσης των ασθενοφόρων και 25 θέσεων στάθμευσης που διαμορφώθηκαν κοντά στην κυρία είσοδο για επείγοντα και χρόνια περιστατικά, αιμοδότες και την διοίκηση του νοσοκομείου.
- Στο Νοσοκομείο « ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» σταθμεύουν καθημερινά 250 ιδιωτικά αυτοκίνητα τουλάχιστον, που ανήκουν στο προσωπικό του νοσοκομείου. Τα σταθμεύοντα αυτοκίνητα κατακλύζουν κυριολεκτικά όλους τους δυνατούς χώρους εναπόθεσης αυτοκινήτων, πέραν των προκαθορισμένων θέσεων στάθμευσης, σε τέτοιο βαθμό ώστε εκφράζονται φόβοι για την ευχέρεια κίνησης υπηρεσιακών οχημάτων σε περίπτωση επείγουσας ανάγκης όπως φωτιά, σεισμός.
- Τα προβλήματα στάθμευσης εντοπίζονται στα ιδιωτικά αυτοκίνητα που προσκομίζουν επείγουσες περιπτώσεις ασθενών, όπως προείπαμε. Το 90% των Επειγουσών περιπτώσεων προσέρχεται στο Νοσοκομείο με ιδιωτικά αυτοκίνητα, αντί με ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ, δημιουργώντας προβλήματα στην είσοδο των Τ.Ε.Π. (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) προκειμένου να φθάσει γρήγορα ο ασθενής στο εξεταστήριο. Σε ανάλογες περιπτώσεις του εξωτερικού (Ευρώπη) ο ασθενής παραλαμβάνεται από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό στην είσοδο χωρίς την παρέμβαση του συνοδού, πράγμα που δεν ανταποκρίνεται στην ελληνική πραγματικότητα, όπου η εκπαίδευση και ο αριθμός του προσωπικού δεν προβλέπουν παρόμοιες πρακτικές με αποτέλεσμα η εμπλοκή και η παρουσία του συνοδού ή των συνοδών να είναι αναπόσπαστο στοιχείο της νοσηλείας του ασθενούς πέραν των χρόνιων και στα απλά περιστατικά.
- Κατά τον ίδιο τρόπο τα νοσοκομεία κατακλύζονται και από τα αυτοκίνητα των προσερχόμενων στα Τ.Ε.Ι. (Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, προγραμματισμένα ραντεβού, Απογευματινά Ιατρεία).

- Είναι γνωστό ότι στη χώρα μας ο αριθμός επισκεπτών ανά κλίνη ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντικός και ότι ο αριθμός αυτός είναι προσαυξημένος στις περιπτώσεις ασθενών- παιδιών.
- Στο πιο πάνω πρόβλημα θα πρέπει να προστεθεί ο αριθμός των αυτοκινήτων των συναλλασσομένων με το Νοσοκομείο, που λόγω της συνολικής δυναμικότητας είναι ευμεγέθης.
- Είναι προφανές ότι από το πρόβλημα στάθμευσης τόσο μεγάλου αριθμού αυτοκινήτων επιβαρύνεται και η ευρύτερη περιοχή (κυκλοφοριακός φόρτος, παράνομη στάθμευση, συγκρούσεις με τους μόνιμους κατοίκους των γύρω δήμων, διαρκής παρουσία της Δημοτικής Αστυνομίας).
- Η παρουσία του αστικού σιδηροδρόμου (Metro), με πλησιέστερους σταθμούς εκείνους των Αμπελοκήπων και της Πανόρμου δεν συνέφερε ουσιαστικά στην ελάφρυνση του προβλήματος, εφόσον οι σταθμοί βρίσκονται μάλλον σε μεγάλη απόσταση από τα δύο Νοσοκομεία.
- Παράλληλα η Διοίκηση του Νοσοκομείου « ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», που κατέχει και την μεγαλύτερη οικοπεδική έκταση, εδώ και μία δεκαετία περίπου εισηγήθηκε στο ΥΠΕΧΩΔΕ την δημιουργία δύο υπογείων σταθμών στάθμευσης 5.000 τμ ο καθένας περίπου. Ο ένας προτάθηκε να γίνει εντός των ορίων του οικοπέδου του Νοσοκομείου και ο άλλος σε υπαίθριο χώρο του δήμου Αθηναίων απέναντι από την έσοδο του Νοσοκομείου (Πλατεία Παίδων, σήμερα). Η χωροθέτηση των υπογείων έχει γίνει επιτρεπτή με βάση σχετικά Π.Δ. Τα εκδοθέντα Π.Δ. δεν καθορίζουν, ούτε τον αριθμό των θέσεων στάθμευσης, ούτε την διαδικασία υλοποίησης, ούτε τις δυνατότητες και υποχρεώσεις κάλυψης των σημαντικών αναγκών στάθμευσης για τα δύο Νοσοκομεία, ούτε χρονική πρόβλεψη υλοποίησης τους.
- Σήμερα η υφιστάμενη κατάσταση έχει ως εξής:
 - Η υλοποίηση των παραπάνω έργων δεν προσδιορίσθηκε ποτέ χρονικά και δεν εντάχθηκαν στις 4 φάσεις υλοποίησης των προτεινομένων έργων από την Ρυθμιστική μελέτη και για τα δύο Νοσοκομεία.
 - Ο ένας εκ των δύο χώρων στάθμευσης στην Πλατεία Παίδων, έχει υλοποιηθεί με την μέθοδο ΣΔΙΤ (συγχρηματοδότηση ιδιωτικού-δημόσιου τομέα) και λειτουργεί ως POLIS PARK. Βέβαια τα νοσοκομεία μέσω των σωματείων των εργαζομένων κάνανε συμβάσεις για την παροχή υπηρεσιών προς τους εργαζομένους με έκπτωση. Το κόστος αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για την χρήση από τους επισκέπτες με αποτέλεσμα η εικόνα της περιοχής να εξακολουθεί να είναι άναρχη και υπερφορτωμένη. Είναι προφανές ότι οι ιδιωτικές επενδύσεις δεν γίνονται με σκοπό να επιλυθούν τα προβλήματα του δημοσίου φορέα και του πληθυσμού εξυπηρέτησής τους.

- ο Για την επίλυση των προβλημάτων στάθμευσης θα έπρεπε να προβλέπεται η προσθήκη υπόγειων ορόφων με σχετική πρόβλεψη στις φάσεις εργασιών επέκτασης των δύο νοσοκομείων. Για παράδειγμα η πρόβλεψη υπογείων ορόφων στάθμευσης στο μικρότερο νοσοκομείο «Π. & Α. Κυριακού» θεωρήθηκε οικονομικά ασύμφορη για την ένταξη στον σχετικό προϋπολογισμό του έργου, που εντάχθηκε στο Β' και Γ' ΚΠΣ σε δύο φάσεις (διότι τότε όπως και τώρα θεωρήθηκε ότι διανύουμε δυσχερείς οικονομικά εποχές και η κατανομή των πόρων από τα δύο ΚΠΣ ανεπιτυχής αφού με τέτοιου τύπου περικοπές δεν ανταποκρίθηκαν στο επιθυμητό ποσοστό απορρόφησή τους). Βέβαια η απόρριψη μίας τέτοιας πρόβλεψης κατέστησε δια παντός αδύνατη την υλοποίηση της στο μέλλον, εφόσον η νέα πτέρυγα υλοποιήθηκε χωρίς τα σχετικά υπόγεια. Πρόκειται για ένα παράδειγμα, για το πώς οι αποφάσεις με μονοδιάστατα οικονομικά κριτήρια για μακροπρόθεσμες ή μεσοπρόθεσμες επενδύσεις μπορούν να επηρεάσουν την πορεία και τις δυνατότητες ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού ενός δημόσιου φορέα με τεράστιας εμβέλειας κοινωνική δραστηριότητα, την απαξίωση του κοινωνικού ιστού που τον περιβάλλει και την μελλοντική διαρροή πόρων προς τον ιδιωτικό τομέα (χώροι ιδιωτικής στάθμευσης, ιδιωτικά ιατρικά κέντρα με καλύτερη εξυπηρέτηση σε υποδομές).
- ο Η υλοποίηση του νέου Ογκολογικού κτιρίου «ΕΛΠΙΔΑ» συντηρεί κάποιες ελπίδες για εξυπηρέτηση, καθώς και η αναμονή έγκρισης παραχώρησης από το ΥΠΕΘΑ οικοπεδικής επιφανείας 10.000 τ.μ. περίπου για την διαμόρφωσή του ως χώροι στάθμευσης επίγειοι και υπόγειοι με παράλληλη πρόβλεψη για την όσο το δυνατόν λιγότερη επιβάρυνση του περιβάλλοντος χώρου και την διατήρηση των επιφανειών πρασίνου.

ε) Το έργο της συλλειτουργίας που προβλέπεται από την Ρυθμιστική μελέτη έβαλε ως πρωταρχικό στόχο τον εξορθολογισμό στην κατανομή των παρεχομένων υπηρεσιών με παράλληλη αξιοποίηση και ανακατανομή των υφισταμένων υποδομών και τις χωροταξικές προτάσεις για νέα έργα στα πλαίσια των πολεοδομικών δυνατοτήτων των δύο νοσοκομείων, την ενσωμάτωση σύγχρονων πολεοδομικών διατάξεων και ρυθμίσεων για την βελτιστοποίηση της κτιριακής εξυπηρέτησης και της ασφάλειας των χρηστών.

Η επιλογή της συλλειτουργίας αποτελεί απαιτητική και χρονοβόρα διαδικασία μεταξύ των δύο Νοσοκομείων. Αλλά κρίθηκε ως η βέλτιστη εναλλακτική λύση έναντι της ριζικής λύσης της «κατάργησης» του ενός από τους δύο ανεξάρτητους φορείς και της ίδρυσης του στην θέση τους ενός ενιαίου διοικητικά φορέα με την ίδια δυναμικότητα (περίπου 1000 κλινών) και το σύνολο των παρεχομένων υπηρεσιών ως τριτοβάθμιου Νοσοκομείου με πανελλαδική εμβέλεια (σοβαρό κώλυμα θεωρείται και το διαφορετικό νομικό καθεστώς λειτουργίας των δύο Νοσοκομείων).

Ως συλλειτουργία νοείται η συνεργασία των δύο Νοσοκομείων σε εξειδικευμένους τομείς Υπηρεσιών άλλοτε με οικονομοτεχνικά και άλλοτε με

λειτουργικά κριτήρια. Για τους τομείς αυτούς κρίθηκε ότι ο υφιστάμενος διπλασιασμός της λειτουργίας προξενεί υπερβολική επιβάρυνση του κοινωνικού συνόλου, χωρίς να δικαιώνεται από τις εξυπηρετούμενες ανάγκες, ούτε από την διπλή επένδυση, ούτε την διπλή ανεξάρτητη λειτουργία (προσωπικό, τρέχοντα έξοδα, συντήρηση κλπ).

Οι τομείς που εξετάστηκαν ανήκουν τόσο στις καθαρά Νοσηλευτικές και Ιατρικές Υπηρεσίες (Νοσηλεία, Διάγνωση, Θεραπεία), όσο και στις Υπηρεσίες Υποδομής με στόχο την εξασφάλιση ωφέλιμων επιφανειών που είναι επιτακτική και για τα δύο Νοσοκομεία, η εξοικονόμηση πόρων και προσωπικού, να τεθούν οι βασικές αρχές του εκσυγχρονισμού των παρεχομένων υπηρεσιών και του υφιστάμενου εξοπλισμού των φορέων.

Συνοπτικά, και με σκοπό την κατανόηση του τρόπου επιλογής των κριτηρίων που θεσπίστηκαν, παρουσιάζονται οι τομείς που επελέγησαν ως τομείς συλλειτουργίας των δύο Νοσοκομείων:

- **Το Καρδιοχειρουργικό Τμήμα:** Υφίσταται στο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» και μαζί με το Παιδοκαρδιοχειρουργικό Τμήμα του ΩΝΑΣΕΙΟΥ εξυπηρετούν σήμερα τον παιδικό πληθυσμό της χώρας ως πλήρως εξειδικευμένα τμήματα χειρουργικά και νοσηλευτικά. Είναι προφανές ότι η ανάπτυξη μίας ακόμη μονάδας θα ήταν πρακτικά αδύνατη στο γειτονικό Νοσοκομείο λόγω παντελούς έλλειψης της αναγκαίας επιφάνειας για την ανάπτυξη αλλά και λειτουργικά ασύμφορη (εγκατάσταση εξειδικευμένου εξοπλισμού, πρόσληψη απαιτούμενου προσωπικού, ποσοστιαία αναλογία εξυπηρετούμενου πληθυσμού που θα δικαιολογεί την σχετική επένδυση). Επίσης, θα δικαιολογούνταν από την ποσοτική αύξηση της ζήτησης για παρόμοια περιστατικά στο γενικό ποσοστό του πληθυσμού της περιφέρειας και της χώρας κατ' επέκταση.
- **Το Αιμοδυναμικό Τμήμα:** Υφίσταται μόνο ένα στο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» και θεωρείται ότι καλύπτει τις ανάγκες του πληθυσμού των δύο Νοσοκομείων.
- **Μονάδα Τεχνητού Νεφρού:** Υφίσταται ουσιαστικά μόνο ένα στο «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ» ενώ στο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» παρέχονται υπηρεσίες αιμοκάθαρσης μόνο στους εσωτερικούς ασθενείς καθώς και υπηρεσίες Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων σε εξωτερικούς ασθενείς (το Τμήμα έχει ανακαινισθεί πλήρως την τελευταία πενταετία χωρίς να αυξηθεί η ωφέλιμη επιφάνειά του).
- **Τμήμα Αξονικής και Μαγνητικής Τομογραφίας:** Υφίστατο μόνο ένα στο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» μέχρι σήμερα, οπότε μετά από προσπάθειες πολλών ετών από την εκπόνηση της εν λόγω Ρυθμιστικής μελέτης, βρίσκεται σε φάση υλοποίησης και το νέο Τμήμα Αξονικής Τομογραφίας του δεύτερου νοσοκομείου «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ», σε ειδικά διαμορφωμένο και οικοδομικά εξοπλισμένο χώρο, όπως προβλέπονταν από την μελέτη της νέας πτέρυγας του Νοσοκομείου.
Οι αυξητικές τάσεις σε παρόμοιες υπηρεσίες (ιατρικές πράξεις με υψηλού κόστους βιοϊατρικό εξοπλισμό), επέβαλαν την διασπορά προς τον ιδιωτικό τομέα. Ως αποτέλεσμα ήταν η γιγάντωση του ιδιωτικού φορέα εις βάρος του δημοσίου χωρίς κοινωνικά κριτήρια (ατομικές και όχι ασφαλιστικές δαπάνες) και η διασπάθιση πόρων για την υγεία.

- **Τμήμα Ακτινοθεραπείας:** Υφίσταται ουσιαστικά μόνο ένα στο «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ». Προβλέπονταν επίσης στο κτιριολογικό πρόγραμμα της νέας πτέρυγας του Νοσοκομείου (2000) και μόλις σήμερα βρίσκεται σε φάση υλοποίησης μαζί με το νέο Τμήμα Αξονικής Τομογραφίας. Ενώ είχε γίνει η οικοδομική πρόβλεψη του Τμήματος, ο βαρύς ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός (δύο γραμμικοί επιταχυντές και ο συνοδός εξοπλισμός, καθώς και το σύνολο του εξειδικευμένου προσωπικού που απαιτείται για την απρόσκοπτη λειτουργία του) ουδέποτε δημοπρατήθηκε ούτε εναλλακτικά εντάχθηκε στα υπό εξέλιξη Κοινοτικά Πλαίσια Στήριξης την περασμένη δεκαετία. Η ανακαίνιση του τμήματος και η προμήθεια του αναγκαίου εξοπλισμού έγινε με την τελική συνδρομή ιδιωτικών φορέων- χορηγών (του ΟΠΑΠ, ο οποίος προσέφερε τον υπερσύγχρονο γραμμικό επιταχυντή και του σωματείου ΦΛΟΓΑ που δραστηριοποιείται στην παροχή υπηρεσιών σε ογκολογικούς ασθενείς και προσέφερε τον υπόλοιπο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και τις οικοδομικές εργασίες αποκατάστασης που απαιτήθηκαν).

Πρώτα Συμπεράσματα

Τα παραπάνω αποτελούν απτό παράδειγμα της σοβαρής ανακολουθίας:

- α) στην λήψη αποφάσεων από το κεντρικό κράτος,
- β) στην παντελή έλλειψη στοιχειοθέτησης κριτηρίων για σοβαρές επενδύσεις για την υγεία,
- γ) την ανεξέλεγκτη χρονική υστέρηση (έλλειψη χρονοδιαγραμμάτων και μελετών κόστους – οφέλους) στην υλοποίηση ολοκληρωμένων δράσεων (οικονομικών και κοινωνικών),
- δ) της ασυνέχειας του κεντρικού κράτους, διότι η ολοκλήρωση ενός μόνο έργου υπερβαίνει τον χρονικό ορίζοντα μίας κυβερνητικής τετραετίας. Οπότε η έκβαση των ενεργειών γίνεται με καθαρούς όρους γραφειοκρατίας λόγω της κατάτμησης των αρμοδιοτήτων μεταξύ των υπηρεσιών (ΥΠΕΧΩΔΕ, Νομαρχίες, ειδικές αδειοδοτήσεις(π.χ. Δημόκριτος), πολεοδομίες, επιτροπές και όροι συνεργασίας μεταξύ των ανωτέρων υπαλλήλων για εγκρίσεις σκοπιμότητας των αρμοδίων υπουργείων, πολυπρόσωπες, συνήθως, επιτροπές προμηθειών οι οποίες τελικά δεν βρίσκουν κοινούς τόπους συνεργασίας, έλλειψη πολιτικής βούλησης και η συνεπακόλουθη μη ανάληψη του πολιτικού κόστους),
- ε) έχουν σαν άμεσο αποτέλεσμα, για παράδειγμα, την επί σειρά ετών εγκατάλειψη σοβαρών επενδύσεων, την ανάγκη για αναπροσαρμογή των μελλοντικών αποφάσεων λόγω της γρήγορης εξέλιξης της τεχνολογίας και των επιστημονικών δεδομένων, την μη έγκαιρη εγκατάλειψη παρωχημένων τεχνικών και τεχνολογιών, την μη καθιέρωση επιστημονικών μεθόδων αποτίμησης των οικονομικών συνεπειών της χρονικής υστέρησης από την έλλειψη υποδομών και υπηρεσιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία, την ανεξέλεγκτη διαρροή υπηρεσιών και κόστους προς το ιδιωτικό τομέα, την απαξίωση των αναγκών των μεσαίων και χαμηλών οικονομικών στρωμάτων σε τομείς που αφορούν υπηρεσίες

υψηλού κόστους και εντέλει την κοινωνική ανισότητα που έρχεται σε αντίθεση με τις αρχικές διακηρύξεις της ίδρυσης του ΕΣΥ .

Για παράδειγμα προτάθηκαν:

- **Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής:** Η ίδρυση κοινού Τμήματος Πυρηνικής Ιατρικής στο συγκρότημα των δύο Νοσοκομείων αποτελούσε σημαντικό στόχο των δύο Νοσοκομείων και του Υπουργείου Υγείας. Και τούτο διότι η απόκτηση του Τμήματος αυτού θα δημιουργούσε ουσιαστικές προϋποθέσεις αυτονομίας και ανεξαρτησίας των Νοσοκομείων Παιδών (απεξάρτηση από τα νοσοκομεία ενηλίκων και τους ιδιωτικούς φορείς), εφόσον έτσι θα καλύπτονταν όλοι οι τομείς παροχής Ιατρικών Υπηρεσιών στον παιδικό πληθυσμό του Λεκανοπεδίου.
Η χωροθέτηση του Τμήματος είχε αποφασισθεί μετά την παρέλευση μερικών ετών στο υπόγειο της νέας πτέρυγας του «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ», διότι η σύγχρονη κτιριακή υποδομή ήταν κατάλληλη και σε γειτνίαση με το Τμήμα Ακτινοθεραπειών. Η υλοποίηση του τμήματος και η χρηματοδότηση του ακυρώθηκε (παρά το γεγονός, ότι της υλοποίησης προηγήθηκε ο διορισμός του διευθυντή του τμήματος με σκοπό να επιμεληθεί των κατευθυντήριων γραμμών για την υλοποίηση του). Το τμήμα δεν πραγματοποιήθηκε μέχρι σήμερα και είναι άγνωστο το εάν έχει προγραμματιστεί για το μέλλον και σε πιο χώρο. Το νέο κτίριο «ΕΛΠΙΔΑ» φαίνεται να αποτελεί τον κατάλληλο χώρο.
 - **Ανοσολογικό Εργαστήριο:** Υφίσταται μόνο ένα στο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»
 - **Κυτταρολογικό Εργαστήριο:** Υφίσταται μόνο ένα στο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ».
- Είναι χρήσιμο να σημειωθεί ότι οι εργαστηριακές εξετάσεις και μάλιστα οι εξειδικευμένες απορροφούν σημαντικό μερίδιο του προϋπολογισμού των Νοσοκομείων, πρώτον λόγω των εξαιρετικά ακριβών πρώτων υλών – αναλωσίμων και κατά δεύτερο λόγο εξαιτίας της ακριβής αρχικής επένδυσης σε πάγιο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας και των μονοπωλίων που έχουν κυριαρχήσει στην αγορά των ιατρικών υπηρεσιών .
- **Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών:** Υφίσταται μόνο στο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ»
 - **Κέντρο Δηλητηριάσεων:** Στο Νοσοκομείο «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ» στεγάζεται το μοναδικό Κέντρο Δηλητηριάσεων του Ελληνικού Χώρου. Το τμήμα χρήζει αναβάθμισης των χώρων του και ενώ μπορεί να στεγασθεί σε ημιανεξάρτητο χώρο σε σχέση με το Νοσοκομείο (π.χ. στο παράρτημά του επί της Μεσογείων που βρίσκεται αρκετά κοντά του, λόγω κυρίως της παντελούς έλλειψης σε ωφέλιμες επιφάνειες που είναι το ουσιαστικό πρόβλημα του Νοσοκομείου), ουδέποτε ελήφθη παρόμοια πρωτοβουλία. Σημειωτέον ότι οι υπηρεσίες που παρέχει στον πληθυσμό θεωρούνται σημαντικές για την πρόληψη και την έγκαιρη διαλογή περιστατικών που χρήζουν νοσοκομειακής φροντίδας.
 - **Χώρος Φύλαξης Νεκρών:** Υφίσταται μόνο ένα στο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ». Θεωρείται ανεπαρκής κτιριολογικά καθώς και λειτουργικά, διότι η διασύνδεση- συνεργασία με τα δυο Νοσοκομεία είναι κακής ποιότητας. Αρχικά υπήρχε χώρος και πρόβλεψη σε καθένα από τα δύο Νοσοκομεία. Δικαίως κρίθηκε ασύμφορη η κατάληψη ωφέλιμων επιφανειών για παρόμοιες χρήσεις, αλλά ουδέποτε συνοδεύτηκε από μία μελέτη για την δημιουργία ενός κατάλληλου και σύγχρονου κτιριακά χώρου, κάτι που αποτελεί αρμοδιότητα των Διοικήσεων των Νοσοκομείων. Έτσι αυτού του είδους η υπηρεσία χαρακτηρίζεται από προχειρότητα και έλλειψη

ευαισθησίας απέναντι όχι μόνο στον νεκρό, αλλά κυρίως στην οικογένεια του. Η αντίστοιχη πρακτική από το εξωτερικό μας διδάσκει πως οι χώροι των νεκροθαλάμων και της αναμονής των συγγενών αντιμετωπίζονται με ευαισθησία και ιδιαίτερη αισθητική επιμέλεια, προκειμένου να αναδειχθεί συμβολικά το θέμα της συμπαράστασης και του σεβασμού των κοινωνικών φορέων απέναντι στο δυσβάσταχτο φορτίο του θανάτου του προσφιλέστερου όλων των προσώπων, του παιδιού.

- **Κτίριο Ογκολογικών- Αιματολογικών Τμημάτων και Μονάδα Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών (κτίριο «ΕΛΠΙΔΑ»)**

Αποτελεί για ιδιαίτερο κτίριο στο οποίο θα στεγασθεί ο απαραίτητος αριθμός Ιατρικών Υπηρεσιών για την Διάγνωση, την νοσηλεία και την Θεραπεία των Νεοπλασιών.

Το προβλεπόμενο κτίριο που θα ανεγερθεί με δαπάνες του συλλόγου «ΕΛΠΙΔΑ» και σήμερα βρίσκεται σε φάση ολοκλήρωσης των οικοδομικών του εργασιών, θα συμπεριλάβει τα αντίστοιχα τμήματα και των δύο Νοσοκομείων τα οποία θα ενισχυθούν σε χώρους και δυναμικότητα ώστε να καλύψουν όλες τις υφιστάμενες ανάγκες. Ακόμη στο κτίριο θα συμπεριληφθούν και άλλα μη υφιστάμενα σήμερα τμήματα για να ολοκληρωθεί το φάσμα παροχής ιατρικών υπηρεσιών στα παιδιά της χώρας μας με Νεοπλασία. Πάντα βέβαια με την αναγκαία συνεργασία και διασύνδεση και με τις υπάρχουσες και εξειδικευμένες Υπηρεσίες των δύο Νοσοκομείων, όπως το Συγκρότημα των Χειρουργείων, τα Ακτινοδιαγνωστικά Τμήματα, το Ακτινοθεραπευτικό Τμήμα, Κοινωνικές Υπηρεσίες και υποστηρικτικές υπηρεσίες όπως σίτιση, ιματισμός, αποστειρωμένο υλικό, παροχή ιατρικών αερίων, κλπ. Το κτίριο «ΕΛΠΙΔΑ» θα υπάγεται διοικητικά στο Νοσοκομείο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ».

- **Τα Μαγειρεία και τα Πλυντήρια**

Σήμερα κάθε ένα από τα Νοσοκομεία διαθέτει το δικό του Μαγειρείο και Πλυντήριο ιματισμού σύμφωνα με τις αρχές και αντιλήψεις λειτουργίας τους την εποχή που ιδρύθηκαν. Από τότε ουδεμία αλλαγή στον τρόπο λειτουργίας τους είχε προκύψει ή επιχειρηθεί.

Τα συγκροτήματα Μαγειρείων αντιμετώπιζαν σήμερα τα παρακάτω προβλήματα:

- Οικοδομική ποιότητα χώρου πολύ χαμηλή
- Προβληματικός κλιματισμός των χώρων
- Απαρχαιωμένος εξοπλισμός (π.χ. οι βραστήρες θα μπορούσαν να θεωρηθούν μουσειακοί εξαιρετικής ποιότητας κατά τα άλλα για την εποχή τους)
- Απαρχαιωμένη λειτουργική τακτική (συστήματα ετοιμασίας γευμάτων, μεριδοποίησης, διανομής), που δεν είναι δυνατόν να συνεχίζεται για λόγους υγιεινής, οικονομίας και ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων.

Για την επίλυση των παραπάνω προβλημάτων προτάθηκε η χρήση των επισήμων διεθνώς τακτικών για την ποιοτική αναβάθμιση και την εξοικονόμηση πόρων στην παροχή παρόμοιων υποστηρικτικών υπηρεσιών. Δηλαδή, η συνένωση των δύο υπηρεσιών σε μία, υπό το πρίσμα της συλλειτουργίας των δύο Νοσοκομείων και της μελλοντικής λειτουργίας και του νέου Ογκολογικού Νοσοκομείου σε άμεση γειτνίαση με τα δύο παλαιότερα.

Πρόκειται για μία τοπικής εμβέλειας περιορισμένη εφαρμογή της διεθνούς τάσης των προηγμένων κρατών για δημιουργία αποκεντρωμένων εγκαταστάσεων που η λειτουργία τους αποσκοπεί στην εξυπηρέτηση ενός

βέλτιστου αριθμού συναφών φορέων σε συνεργασία με επιχειρήσεις που εξειδικεύονται στην οργάνωση χώρων εστίασης.

Ο τελικός σκοπός είναι ο κεντρικός έλεγχος του λειτουργικού τους κόστους, την προτυποποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών, την απαλλαγή των νοσοκομείων και του περιβάλλοντος χώρου από την χωρική, οικονομική (ανάγκη συντήρησης και εκσυγχρονισμού) και ενεργειακή επιβάρυνση από αυτές τις λειτουργίες.

Σήμερα τα δύο Μαγειρεία έχουν συνενωθεί σε έναν ενιαίο χώρο με σύγχρονες προδιαγραφές λειτουργίας (σύστημα HACCP), ανήκουν διοικητικά στο Νοσοκομείο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» και αντιμετωπίζουν ακόμη προβλήματα κατανομής και επάρκειας του προσωπικού και προσωρινή δυσχέρεια στην διακίνηση των νέων τροχήλατων λόγω της οικοδομικής παλαιότητας των κτιρίων και της περιορισμένης φέρουσας ικανότητας τους και αδυναμίας πλήρους προσαρμογής στους σύγχρονους οικοδομικούς συντελεστές.

Τα συγκροτήματα Πλυντηρίων αντιμετώπιζαν σήμερα τα παρακάτω προβλήματα:

- Οικοδομική ποιότητα χώρου πολύ χαμηλή
- Προβληματικός κλιματισμός των χώρων και ηχομόνωσης
- Απαρχαιωμένος εξοπλισμός
- Απαρχαιωμένη λειτουργική τακτική
- Τα δύο Πλυντήρια σήμερα επεξεργάζονται χαμηλή ποσότητα ιματισμού σε σχέση με την απαιτούμενη για αντίστοιχα Νοσοκομεία. Οι ποσότητες του επεξεργασμένου ιματισμού θα πρέπει να αυξηθούν σταδιακά μέχρι υπερδιπλασιασμού, ανάγκη στην οποία δεν είναι δυνατή η προσαρμογή των υφισταμένων πλυντηρίων με τον υφιστάμενο εξοπλισμό και το διατιθέμενο προσωπικό.

Οι σύγχρονες διεθνείς τάσεις για την λειτουργία των μαγειρείων και των πλυντηρίων υιοθετούν την συγκρότησή τους σε κεντρικές ανεξάρτητες επιχειρήσεις για την εξυπηρέτηση περισσότερου αριθμού νοσοκομειακών μονάδων στα πλαίσια της ίδιας Υ.ΠΕ. Με τις ίδιες αρχές λειτουργίας μία τέτοια λύση θα απάλλασσε το κάθε Νοσοκομείο από την λειτουργική ευθύνη, την οικονομική και την οικοδομική επιβάρυνση, προς όφελος ανάπτυξης των υποστηρικτικών υπηρεσιών νοσηλείας, όπως για παράδειγμα την αξιόπιστη φύλαξη και σωστή αρχειοθέτηση των ιατρικών αρχείων των οποίων η συντήρηση γίνεται μέχρι σήμερα με παρωχημένες τακτικές του παρελθόντος (μη ψηφιοποίηση, στοίβαγμα των φακέλων σε τμήματα ή υπόγεια γειτονικών κτιρίων για τα οποία δαπανώνται σοβαρά ποσά ετησίως) .

Σήμερα τα δύο Πλυντήρια δεν έγινε δυνατόν να συνενωθούν σε ενιαίο συγκρότημα και τα δύο Νοσοκομεία εξακολουθούν να εξυπηρετούνται με τον παραδοσιακό τρόπο.

- Το Κέντρο Αιμοδοσίας

Τα δύο Νοσοκομεία διαθέτουν ιδιαίτερα Τμήματα Αιμοδοσίας.

Το Κέντρο Αιμοδοσίας του Νοσοκομείου «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» αν και αντιμετωπίζει πρόβλημα επάρκειας επιφανείας, χαρακτηρίζεται από πληρότητα και μεγάλη δυνατότητα επεξεργασίας Μονάδων Αίματος.

Ο Σταθμός Αιμοδοσίας του «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ» αποτελεί μικρότερη μονάδα που όμως εξυπηρετεί ικανοποιητικά τις ανάγκες του Νοσοκομείου.

Οι τάσεις στον διεθνή χώρο σήμερα οδηγούν στην εξυπηρέτηση περισσότερων Νοσοκομείων από μία Υπηρεσία Αιμοδοσίας. Η περίπτωση αυτή ταιριάζει απόλυτα στα δύο όμορα Νοσοκομεία Παίδων.

Η Ρυθμιστική μελέτη πρότεινε την συνένωση των δύο Υπηρεσιών Αιμοδοσίας, κάτι που δεν έγινε αποδεκτό από αντίστοιχο προσωπικό και τις Διοικήσεις των Νοσοκομείων υπό το επιχείρημα ότι στα δύο Νοσοκομεία λειτουργούν δύο ανεξάρτητα συγκροτήματα Χειρουργείων τα οποία εφημερεύουν εναλλάξ και η ύπαρξη του Σταθμού Αιμοδοσίας όσο το δυνατόν πιο κοντά θα μείωνε τους χρόνους ανταπόκρισης σε συνθήκες κατεπείγοντος περιστατικού.

- Η Μονάδα Μεσογειακής αναιμίας

Το Κέντρο Αιμοδοσίας του κάθε Νοσοκομείου βρίσκεται σε άμεση λειτουργική συνάφεια με την Μονάδα της Μεσογειακής Αναιμίας. Η αντίστοιχη Μονάδα του «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ» θεωρείται για τις σημερινές συνθήκες παροχής ιατρικών υπηρεσιών απαράδεκτη και δεν τηρεί καμία προδιαγραφή πλην της άριστης δουλειάς που κάνουν το ιατρικό και νοσηλευτικό της προσωπικό. Η αντίστοιχη Μονάδα του «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» είναι πιο ολοκληρωμένη αλλά υπερφορτωμένη.

Η αδυναμία εκσυγχρονισμού τουλάχιστον του ενός από τα δύο οφείλετε στην αδυναμία εξεύρεσης νέων χώρων στην διοικητική διάρθρωση των δύο νοσοκομείων, στις σοβαρές παρεμβάσεις των Σωματείων Μεσογειακής Αναιμίας Παιδιών. Το τελευταίο αναδεικνύει μία άλλη πτυχή της λειτουργίας των Νοσοκομείων, που είναι η ανάπτυξη ιδιαίτερης σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς και η οικειοποίηση του νοσηλευτικού χώρου και του προσωπικού του ως ασφαλής προέκταση του οικογενειακού χώρου των χρόνιων ασθενών. Το φαινόμενο αυτό επιτείνεται στην παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών στα παιδιά – τα οποία σε πολλές περιπτώσεις αρνούνται την αποδέσμευσή τους από το τμήμα και μετά την ενηλικίωσή τους- με αποτέλεσμα την υπερφόρτωσή του.

Η παράμετρος αυτή είναι ουσιαστική και δεσμευτική για τον τρόπο ανάπτυξης των Παιδιατρικών Νοσοκομείων δεδομένου ότι εξυπηρετούν μεγάλο αριθμό χρόνιων ασθενών και άλλων κατηγοριών όπως οι ψυχιατρικοί ασθενείς (ο χρόνιος ασθενής-παιδί/ έφηβος ακολουθεί μόνο τον ιατρό του και τον νοσηλευτή του και δεν προσαρμόζεται/ εμπιστεύεται εύκολα άγνωστα περιβάλλοντα. Άλλωστε ένα από τα μέτρα επίτευξης αποτελεσματικής νοσηλείας δεν είναι και η εμπιστοσύνη που αναπτύσσεται μεταξύ νοσηλευόμενου και παρέχοντος την νοσηλεία?) .

- Η Επιστημονική Βιβλιοθήκη

Τα δύο Νοσοκομεία διαθέτουν ιδιαίτερη Επιστημονική Βιβλιοθήκη το καθένα σχετικά πλούσια σε συγγράμματα, φροντισμένη και λειτουργική εμφάνιση. Το ταυτόσημο σχεδόν περιεχόμενο, τα κοινού ενδιαφέροντος συγγράμματα λόγω του παρόμοιου χαρακτήρα των δύο Νοσοκομείων, το διπλό κόστος για την προμήθειά τους, η επιτακτική ανάγκη για εξεύρεση ωφέλιμου χώρου στο Νοσοκομείο «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ», ο καλύτερος και επαρκέστερος χώρος που διαθέτει το «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» οδήγησαν στην συνένωση των δύο Βιβλιοθηκών σε μία, παρά το γεγονός ότι η μεγαλύτερη απόσταση για τους γιατρούς του ενός νοσοκομείου δεν ενθαρρύνει την συχνή χρήση της παρά το

ότι τα δύο Νοσοκομεία συνδέονται μέσω συνδετήριου διαδρόμου που εξασφάλισε από την κατασκευή του την εσωτερική επικοινωνία τους.

Σήμερα οι δύο Βιβλιοθήκες έχουν συνενωθεί σε μία που λειτουργεί στο Νοσοκομείο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» και στον αντίστοιχο χώρο του «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ», διαμορφώθηκε Αίθουσα του Διοικητικού Συμβουλίου για 15 άτομα που δεν υπήρχε και χώρος Αναγνωστηρίου Ιατρικού προσωπικού με ηλεκτρονικού υπολογιστές και υπηρεσίες διαδικτύου.

- **Η/Μ Εγκαταστάσεις**

Οι τεράστιες καταναλώσεις των νοσοκομειακών κτιρίων αποτελούν ένα πεδίο σοβαρού επιστημονικού προβληματισμού για την μελέτη κοινών συγκροτημάτων Η/Μ Εγκαταστάσεων με δυνατότητα εγκατάστασης σύγχρονων μηχανών και τρόπων παραγωγής ενέργειας.

Το Νοσοκομείο «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ» είχε ήδη από δεκαετίας δρομολογήσει την αναβάθμιση των Η/Μ Εγκαταστάσεων του στα πλαίσια της ανέγερσης νέας πτέρυγας 5.000 τμ με εξειδικευμένα τμήματα (νέα χειρουργεία, ακτινοθεραπευτικό τμήμα, μετεγκατάσταση των εργαστηρίων, κεντρική αποστείρωση), των οποίων η ενεργειακή κάλυψη ήταν αδύνατη από τις μη σύγχρονες εγκαταστάσεις του παλαιού Νοσοκομείου (ηλεκτρική ενέργεια, Εφεδρική ηλεκτρική ενέργεια με Η/Ζ Ατμός, Θερμό νερό χρήσης, Θέρμανση). Παρέμειναν τομείς υπό συζήτηση, όπως το Κέντρο Ιατρικών Αερίων το οποίο τελικά χωροθετήθηκε σε καταλληλότερο χώρο του οικοπέδου του μεγαλύτερου εκ των δύο νοσοκομείων με παράλληλη εγκατάσταση συστήματος ηλεκτρονικής παρακολούθησης (των καταναλώσεων, της στάθμης, πιθανών ενδείξεων βλάβης) και από τα δύο νοσοκομεία ξεχωριστά.

Η υπερβολική κατανάλωση ηλεκτρικής ενέργειας και από τα δύο νοσοκομεία για κλιματισμό αποτελεί ένα ακόμη πεδίο προβληματισμού, το οποίο δεν φαίνεται να έχει ληφθεί σοβαρά υπόψη μέχρι σήμερα, αν σκεφτούμε και την πρόοδο που έχει επέλθει στον τομέα των ανανεώσιμων πηγών ενέργειας και την προσπάθεια εκπόνησης πιλοτικών μελετών για τις δυνατότητες εφαρμογής τους σε νοσοκομεία και κτίρια του δημόσιου τομέα εν γένει.

Τα συμπεράσματα της Ρυθμιστικής μελέτης, μετά από λεπτομερή καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης των Η/Μ Εγκαταστάσεων και των δύο Νοσοκομείων, κάθε άλλο παρά ενθαρρυντικά θα μπορούσαν να χαρακτηρισθούν. Πλην των προβλεπόμενων νέων τμημάτων της νέας πτέρυγας του «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ», τα δίκτυα χαρακτηρίζονται από απηρχαιωμένα έως ανεπαρκή για τα σημερινά δεδομένα και χρήζουν σταδιακής αντικατάστασης με σύγχρονα νέας τεχνολογίας

Ενέργειες εκσυγχρονισμού σε παρόμοια επιστημονικά και τεχνικά πεδία, που έχουν σοβαρές συνέπειες στην εξοικονόμηση πόρων, στην αναβάθμιση του περιβάλλοντος, στην παροχή πρόσθετης επιστημονικής γνώσης και επιμόρφωσης, λόγω και του μεγέθους της αρχικής επένδυσης που απαιτείται, θα διευκολύνονταν από την ανάληψη της σχετικής ευθύνης και τον συντονισμό από τις κεντρικές υπηρεσίες του Υπουργείου με την συνδρομή εξειδικευμένων φορέων (π.χ. ΚΑΠΕ, ΥΠΕΧΩΔΕ) και ομάδων εργασίας.

Η πολιτική για την «ενέργεια» αποτελεί προφανώς έναν απαιτητικό και κρίσιμο τομέα «λήψης αποφάσεων για την άσκηση εθνικών πολιτικών» και για την Υγεία, το Περιβάλλον και την προστασία του Κοινωνικού συνόλου.

- **Διαχείριση Μολυσματικών Αποβλήτων**

Τα δύο Νοσοκομεία διέθεταν εντός των οικοπέδων τους μέχρι περίπου 10- 15 χρόνια πριν Αποτεφρωτικό Κλιβάνους για την αποτέφρωση των μολυσματικών τους αποβλήτων. Ο Αποτεφρωτικός Κλίβανος του «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ» γκρεμίσθηκε με τις εργασίες της νέας πτέρυγας στα πλαίσια του εκσυγχρονισμού του, ενώ διατηρήθηκε για ιστορικούς λόγους (ίσως και για την περίπτωση προβλήματος στις κεντρικές εγκαταστάσεις του δήμου Αθηναίων?, δεν το γνωρίζουμε) εκείνος του «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ».

Βέβαια τα δύο Νοσοκομεία έχουν συνάψει συμβάσεις σε μηνιαία βάση με τον Χ.Υ.Τ.Α. των άνω Λιοσίων και χρησιμοποιούν τις εγκαταστάσεις του δήμου Αθηναίων.

Το θέμα της διαχείρισης των νοσοκομειακών αποβλήτων δεν έχει λυθεί ακόμη αξιόπιστα από το Υπουργείο Υγείας και τα συναρμόδια Υπουργεία και φορείς (δήμοι). Θα έπρεπε να απαιτηθεί (από νοσοκομεία και Υ.ΠΕ) η κατασκευή αξιόπιστων κεντρικών εγκαταστάσεων υποδοχής και επεξεργασίας των αποβλήτων κάθε περιφέρειας, ώστε να περιληφθούν και τα ιδιωτικά κέντρα και να ελεγχθεί το επίπεδο μόλυνσης της ατμόσφαιρας που προκαλείται από αυτές τις λειτουργίες.

Διότι εδώ διαφαίνεται άλλο ένα παράδοξο της ελληνικής πραγματικότητας:

Να μελετάται επί σειρά ετών η λειτουργική, ξενοδοχειακή, κλπ αναβάθμιση των φορέων Υγείας ώστε να προσφέρουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες στον πολίτη με σκοπό την «προστασία της υγείας του» και της κοινωνικής του ένταξης και από την άλλη να ανατροφοδοτούμε το σύστημα με το αντίπολο της «ασθένειας», με τον κίνδυνο πρόκλησης ατυχημάτων, επιδημιών (σε κοινότητες που γειτνιάζουν στους ΧΥΤΑ, εργαζόμενους κλπ), επανεμφάνισης κρουσμάτων ίσμιων ασθενειών (ηπατίτιδα, τέτανος, φυματίωση κλπ), επιδείνωσης του αριθμού των κρουσμάτων καρδιαγγειακών και ογκολογικών περιστατικών λόγω της έλλειψης σοβαρών υποδομών και ολοκληρωμένων πολιτικών στους τομείς αυτούς που άπτονται του συνόλου της κοινωνίας.

- **Το Τμήμα Επειγουσών Περιπτώσεων (Τ.Ε.Π.)**

Το Τμήμα Επειγουσών Περιπτώσεων (Τ.Ε.Π.) είναι προφανές ότι αποτελεί από τα ζωτικής σημασίας τμήματα οποιουδήποτε νοσοκομείου. Η οργάνωση και οι αρχές λειτουργίας του διέπονται πλέον από διεθνείς κανόνες.

Η προσαρμογή αυτών των κανόνων λειτουργίας στα ήδη υφιστάμενα και ιδιαίτερα βεβαρημένα κτιριακά συγκροτήματα των δύο Κεντρικών Νοσοκομείων αποτέλεσε αντικείμενο διερεύνησης της Ρυθμιστικής μελέτης που εκπονήθηκε.

Στο Νοσοκομείο «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» υφίσταται ιδιαίτερο Τ.Ε.Π. στο ισόγειο του κυρίως κτιρίου που σε κάποια ιατρεία όμως συγχέεται με το συγκρότημα των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων με το οποίο γειτνιάζει. Εν γένει οι επείγουσες περιπτώσεις εξυπηρετούνται ικανοποιητικά και με σχετική απομόνωση από τις εξετάσεις των χρόνιων ασθενών.

Στο Νοσοκομείο «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ» δεν υφίσταται ιδιαίτερο Τ.Ε.Π. και η υποδοχή των επειγουσών περιπτώσεων γίνεται στο συγκρότημα των Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου. Η αυτπαρξία ωφέλιμων χώρων για την ανάπτυξη ξεχωριστού Τ.Ε.Π. καθιστά την ανάγκη λειτουργίας κοινού Τ.Ε.Π. μονόδρομο.

Η πρόταση αφορούσε στην δημιουργία κοινού Τ.Ε.Π. εντός του οικοπέδου του μεγαλύτερου εξ αυτών, του «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» με σκοπό η λύση αυτή να εξασφαλίσει τα πιο κάτω πλεονεκτήματα στα δύο Νοσοκομεία:

- Δυνατότητα Συστηματοποίησης (μερικής τουλάχιστον) των τρόπων αντιμετώπισης των επειγουσών περιπτώσεων ασθενών. Είναι γνωστό ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των προερχομένων και εισαγομένων για νοσηλεία περιπτώσεων, δεν αποτελούν στην πραγματικότητα επείγουσες περιπτώσεις. Τούτο ελπίζεται ότι θα λυθεί με καθορισμό πρωτοκόλλων αντιμετώπισης των ασθενών, κοινά αποδεκτών και από τα δύο Νοσοκομεία.

Εδώ φαίνεται η ανεπαρκής λειτουργική διάρθρωση των υποδομών που θα λειτουργήσουν ως φίλτρα στην πορεία του ασθενούς προς το Νοσοκομείο (πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα), η πλημμυλής διασύνδεση αλλά και λειτουργία των υποδομών υγείας όλων των βαθμίδων μεταξύ τους (σημαντικός λόγος για την υπερφόρτωση των εξωτερικών ιατρείων).

Στην αδυναμία εξεύρεσης λύσης και οριστικής βελτίωσης των συνθηκών λειτουργίας των νοσηλευτικών υπηρεσιών συντελούν παράλληλα οι παγιωμένες πλέον στην ελληνική πραγματικότητα νοοτροπίες του ιατροκεντρικού κράτους.

Για παράδειγμα, συνήθως οι κοινότητες των ιατρών δεν βρίσκουν κοινούς τόπους συνεργασίας μεταξύ των (δεν αφορά βέβαια το σύνολο του ιατρικού κόσμου, στον οποίο φωτεινές εξαιρέσεις επιβεβαιώνουν τον κανόνα των αρχών παροχής του ιατρικού επαγγέλματος), λειτουργώντας άλλοτε ως αυθεντίες και άλλοτε με πελατοκεντρικά κριτήρια.

Το γεγονός ότι τα νοσηλευτικά συγκροτήματα λειτουργούν υπό ανεξάρτητες διοικήσεις λειτουργεί ως αποτρεπτικό επιχείρημα για την εξεύρεση κοινών λύσεων (π.χ. το προσωπικό θεωρεί καταχρηστική και αφιλόξενη την εμπλοκή του στις δραστηριότητες του άλλου φορέα, κάτι που αναδεικνύει μία άλλη πτυχή της ελληνικής πραγματικότητας, όπου οι εργαζόμενοι οικειοποιούνται τον χώρο τους και τον διαχειρίζονται ως αν να είναι προσωπικός τους και όχι κοινωνικού οφέλους).

Το κάθε Νοσοκομείο δε, αναπτύσσει πολιτικές και δραστηριότητες τοπικά, δίνοντας πολλές φορές την εντύπωση ότι η ανάπτυξη των τομέων δράσης του δεν διασυνδέονται με τον κεντρικό προγραμματισμό του Υπουργείου, αλλά σε αποφάσεις που αφορούν την προαγωγή του συγκεκριμένου αποκλειστικά χώρου παροχής υπηρεσιών).

- Εξοικονόμηση ωφέλιμων χώρων για τα δύο Νοσοκομεία και κυρίως για το «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ», αποφυγή του συνωστισμού και της εντατικής χρήσης στα εν λόγω τμήματα.

- Η λειτουργία του Τμήματος αυτού θα εξασφαλίζεται με προσωπικό που θα ανήκει εναλλάξ, σε ένα από τα δύο Νοσοκομεία, αυτό που εφημερεύει την δεδομένη ημέρα. Έτσι το προσωπικό των δύο Νοσοκομείων θα εναλλάσσεται στον ενιαίο χώρο του Τ.Ε.Π. , ενώ οι απαιτούμενες κάθε ημέρα εισαγωγές ασθενών, που έχουν προσέλθει ως επείγουσες περιπτώσεις, θα γίνονται στο αντίστοιχα εφημερεύον από τα δύο Νοσοκομεία. Η χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών στο ενιαίο – κοινό Γραφείο Κίνησης του Τ.Ε.Π. θα διευκολύνει τον συντονισμό του Τμήματος με τα αντίστοιχα Νοσηλευτικά Τμήματα των δύο Νοσοκομείων.

Σήμερα τα Τ.Ε.Π. στα δύο Νοσοκομεία λειτουργούν ανεξάρτητα, όπως και στο παρελθόν, χωρίς να διαφαίνεται διάθεση για από κοινού συντονισμό του συγκεκριμένου Τμήματος. Σοβαροί λόγοι για την δυσκολία στον συντονισμό παρόμοιων δράσεων αποτελούν η διαφορά στην διοικητική διάρθρωση των υπηρεσιών των δύο Νοσοκομείων.

Είναι γνωστό, πως τα ελληνικά νοσοκομεία αποτελούν Ν.Π.Δ.Δ. (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου) με ανεξάρτητες και διοικήσεις και διοικητικά συμβούλια και σχετική αυτονομία στην λήψη αποφάσεων σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας τους και την προώθηση των αναπτυξιακών τους δράσεων.

Έτσι για παράδειγμα, η μηχανοργάνωση των τμημάτων (που αποτελεί πλέον επιτακτική ανάγκη και δεδομένο για την ανάπτυξη και οργάνωση του ευρύτερου δημόσιου τομέα με όρους εκσυγχρονισμού και διαφάνειας) αφορά το κάθε νοσοκομείο χωριστά και δεν αποτελεί ενιαία δράση που εκπορεύεται από τις κεντρικές υπηρεσίες. Το «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» εισήγαγε το πρόγραμμα της «Κάρτας Ασθενούς» σε πιλοτικό πρόγραμμα σε συνεργασία με την «Κοινωνία της Πληροφορίας», ενώ το «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ» παραχώρησε το πρόγραμμα και την συντήρησή του σε ιδιωτική εταιρεία.

Το εύρος του προγράμματος προβλέπει την ηλεκτρονική διασύνδεσή του με όλες τις νοσηλευτικές, ιατρικές και εργαστηριακές υπηρεσίες του κάθε Νοσοκομείου ξεχωριστά, πράγμα το οποίο δεν υφίσταται.

- Τα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα

Η μεταρρύθμιση για την Ψυχική Υγεία έγινε με στόχο την αναδιάρθρωση των ψυχιατρικών Υπηρεσιών Υγείας και πρωτίστως των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και την παράλληλη δημιουργία συνθηκών κοινωνικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών.

Στα πλαίσια της παραπάνω ενέργειας προγραμματίστηκε η μεταφορά μιας εκ των 4 Παιδοψυχιατρικών κλινικών του Νταού Πεντέλης στο Νοσοκομείο «ΑΓΛΑΪΑ ΚΥΡΙΑΚΟΥ», μιας και το γειτονικό Νοσοκομείο διαθέτει ήδη Παιδοψυχιατρικό Τμήμα.

Μετά από 4 χρόνια η εγκατάσταση του νέου τμήματος αποτελεί σοβαρό πονοκέφαλο για την Διοίκηση του Νοσοκομείου. Προφανής έλλειψη ωφέλιμης επιφάνειας για την ανάπτυξη του προγράμματος σύμφωνα με τις συνταχθείσες κτιριολογικές προδιαγραφές, από τις αρμόδιες υπηρεσίες του ίδιου του Υπουργείου, η πλημμελής πρόβλεψη χρηματοδότησης του προγράμματος (αποτυχημένη προσπάθεια ένταξης στο Γ΄ ΚΠΣ και κατόπιν στο ΕΣΠΑ), η γραφειοκρατικές υστερήσεις στην υποβοήθηση της ομαλής

χρονικής εξέλιξης των απαιτούμενων ενεργειών, αποτελούν τους βασικότερους λόγους της μη υλοποίησης του εν λόγω έργου.

Συμπεράσματα

- Βέβαια η έλλειψη συντονισμού και συνέχειας του κεντρικού κράτους έχουν και σε αυτή την περίπτωση, σαν άμεση συνέπεια την διασπάθιση ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων, την δυσλειτουργία σοβαρών υποδομών και την πρόκληση σύγχυσης στο εξυπηρετούμενο πληθυσμό.
- Τα δύο Νοσοκομεία χρήζουν άμεσης ανακαίνισης- ξενοδοχειακής αναβάθμισης και διαφόρων άλλων Τμημάτων, όπως τα Φαρμακεία και οι Νοσηλευτικές Μονάδες (κλινικές), τα περιβλήματα των παλαιών κτιρίων. Ένα μεγάλο μέρος εργασιών προς αυτή την κατεύθυνση (δεδομένου ότι το «ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» επελέγη και ως Ολυμπιακό νοσοκομείο το 2004) προγραμματίσθηκε την τελευταία πενταετία.
- Είναι άξιοι να σημειωθεί, ότι το μεγαλύτερο μέρος των έργων ανακαίνισεων υλοποιήθηκαν με την προσωπική πρωτοβουλία σημειόντων στελεχών για εξεύρεση χορηγιών (η ανταπόκριση των ιδιωτών –χορηγών υπήρξε πλούσια λόγω κυρίως της προσφοράς υπηρεσιών σε παιδιά), γεγονός που αποτελεί σημαντική ανακούφιση στον αναιμικό υφιστάμενο προϋπολογισμό έργων του Υπουργείου.
- Η αναβάθμιση του αρχιτεκτονικού περιβάλλοντος επιδρά καταλυτικά στην ψυχολογική διάθεση ασθενών και προσωπικού και στην διευκόλυνση του καθημερινού τους έργου. Και ενώ σε παραδείγματα αντιστοίχου λειτουργίας κτιρίων του εξωτερικού η αισθητική επιμέλεια των χώρων αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του έργου, στην ελληνική πραγματικότητα αποτελεί δευτερεύουσα παρέμβαση και προϊόν προσωπικής πρωτοβουλίας με προβληματική πολλές φορές αποδοχή.
- Είναι γνωστό ότι τα Νοσοκομεία αποτελούν ζωντανούς εξελισσόμενους οργανισμούς που μεταβάλλονται συνεχώς, σύμφωνα με τις εξελίξεις της επιστήμης, της τεχνολογίας, της κοινωνίας, αλλά και των τρεχουσών αντιλήψεων για την Υγεία. Δεν είναι δυνατόν να προβλεφθούν οι ανάγκες σε βάθος χρόνου (πάνω από μία ή δύο δεκαετίες), κάτι που λειτούργησε στο παρελθόν.
- Γι' αυτό η χρήση ολοκληρωμένων μεθοδολογικών εργαλείων, όπως ο «Υγειονομικός Χάρτης» θεωρείται πλέον επιτακτική ανάγκη προς την κατεύθυνση στοιχειοθέτησης όλων των παραμέτρων λειτουργίας του συστήματος, με σκοπό την άμεση, έγκαιρη και έγκυρη ανατροφοδότησή του με νέα σύγχρονα δεδομένα.
- Σε αντίθετη περίπτωση θα παραμένουμε, και ως χώρα, θιασώτες των εξελίξεων, υπηρέτες των αδυναμιών και των ασαφειών ενός παρωχημένου διοικητικά συστήματος, καθημερινοί ήρωες ή καθημερινοί θύτες σε μια καθημερινότητα που χωρίς νόημα και λόγο

γίνεται αδυσώπητη για τον πολίτη (είτε εξυπηρετούμενου είτε εργαζόμενου) σε ένα κράτος με «Χλωμή Υγεία» και «Χαστική Ψυχολογία».

Εν κατακλείδι λοιπόν, θα μπορούσαμε να πούμε πως ο τομέας της Δημόσιας Υγείας χαρακτηρίζεται ακόμη σήμερα, παρά τις σοβαρές εξελίξεις στους τομείς της τεχνολογίας και του management από:

- Ασυνέχεια στην λειτουργία των κεντρικών υπηρεσιών και των φορέων του,
- Αποσπασματικότητα στην λήψη αποφάσεων και στην υλοποίηση ολοκληρωμένων προγραμμάτων- δράσεων,
- Σοβαρή υστέρηση των ενεργειών εκσυγχρονισμού τους,
- Ανεπαρκή και προβληματική διασύνδεση μεταξύ των φορέων του,
- Κακή αξιοποίηση του υφιστάμενου προσωπικού και έλλειψη πρόβλεψης για νέο με νέες δεξιότητες,
- Έλλειψη πολιτικής βούλησης για την εξεύρεση και υιοθέτηση νέων μεθόδων για την αναδιοργάνωση των κρίσιμων τομέων.

6.6 Κριτική προσέγγιση – Εξαγωγή συμπερασμάτων (Γενικά Συμπεράσματα από την μελέτη περίπτωσης)

Έχοντας ήδη γίνει μία λεπτομερής καταγραφή με αντικείμενο την μέχρι σήμερα λειτουργία και αλληλεξάρτηση στον τρόπο λειτουργίας των τριών Παιδιατρικών Νοσοκομείων της Αττικής (αλλά και της χώρας όπως έχουμε και παραπάνω πει) και τον ρόλο που μέχρι σήμερα έχουν στην παροχή υπηρεσιών υγείας για τον παιδικό πληθυσμό της χώρας φαίνεται ότι:

1. Η παροχή Υπηρεσιών Υγείας σε ορισμένες ηλικίες είναι δυσχερές έργο για μη εξειδικευμένο προσωπικό και είναι επόμενο να υπάρχουν αμφιβολίες για το ουσιαστικό έργο που μπορούν να παράγουν μεμονωμένα Παιδιατρικά Νοσηλευτικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία (πρόκειται για ηλικίες όπως, πρόωρα, νεογνά, βρέφη, νήπια). Η κατάσταση ενδεχομένως είναι ευχερέστερη σε ηλικίες παιδιών που μπορούν να συνεργάζονται κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας, δηλ. παιδιών και εφήβων.

Για παράδειγμα, η παροχή αναισθησίας σε παιδιά απαιτεί την παρουσία εξειδικευμένου αναισθησιολόγου, του οποίου όμως η ειδικότητα λείπει από τα Γενικά Νοσοκομεία, ακόμη και αν περιλαμβάνουν Παιδιατρικά Τμήματα. Επίσης το πολύ δύσκολο και απαιτητικό κομμάτι της ιατρικής απεικόνισης ασθενούς με χρήση μηχανημάτων υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας δεν μπορεί να παρασχεθεί σε Γενικά Νοσοκομεία και λόγω της σπανιότητας της συγκεκριμένης ειδικότητας σε συνδυασμό με την ανάπτυξη των απαραίτητων τεχνικών για την συνεργασία με τον μικρό ασθενή προκειμένου να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα.

Όπως είναι επόμενο, τα Παιδιατρικά τμήματα λειτουργούν στις περισσότερες των περιπτώσεων ως χώροι παροχής πρώτων βοηθειών, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας σε μη απαιτητικά περιστατικά και τελικώς ως σταθμοί διακομιδής των περιστατικών στο Συγκρότημα των Παιδικών Νοσοκομείων του Κέντρου.

Θα πρέπει επομένως να εξετάζεται με επιφύλαξη η δημιουργία Παιδιατρικών Μονάδων στα Γενικά Νοσοκομεία.

Αντιθέτως θα πρέπει να γίνουν νέες μελέτες που αφού λάβουν υπόψη:

- Την εμπειρία από τον τρόπο λειτουργίας των Παιδιατρικών Νοσοκομείων της χώρας την τελευταία τουλάχιστον εικοσαετία,
- Το επίπεδο (ποιότητα- ποσότητα) της παροχής υπηρεσιών, την ανάγκη για τον εκσυγχρονισμό και την επικαιροποίηση των ιατρικών τμημάτων και ειδικοτήτων,
- Την χωροταξική κατανομή των υποδομών και το επίπεδο εμβέλειας των ιατρικών υπηρεσιών (τοπική, περιφερειακή, πανελλαδική),

- Τα στατιστικά στοιχεία διακίνησης όλων των τύπων ιατρικών περιστατικών και των διαφαινομένων ιατρικών αναγκών και κοινωνικών μεταβολών,
- Την χωροταξική κατανομή του διατιθέμενου ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού (βιοϊατρική τεχνολογία) και τον βαθμό επάρκειάς του για τον πληθυσμό αναφοράς του,
- Την κατανομή των απαραίτητων ειδικοτήτων και της επαρκούς στελέχωσης των υπό λειτουργία τμημάτων, ώστε να μπορεί να γίνεται ουσιαστική και όχι ονομαστική απαρτίθμηση αυτών καθώς και του παρεχομένου σε αυτά έργου,
- Την οικονομική αποτίμηση του φάσματος των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών, του απαιτούμενου συνοδού εξοπλισμού, των συνεπειών της επαρκούς ή ανεπαρκούς στελέχωσης των υπηρεσιών ως κριτήριο για την ισότιμη και αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Την οικονομική αποτίμηση της διοχέτευσης/ διαρροής των ιατρικών υπηρεσιών προς τον ιδιωτικό τομέα, τα αίτια και τα αποτελέσματα στον κοινωνικό ιστό.

Βέβαια, το φαινόμενο αυτό αφορά το σύνολο της χώρας, αλλά οι τομεακές μελέτες και κυρίως η καθημερινή εμπειρία των λειτουργών στις υπηρεσίες υγείας (μελέτες για την ικανοποίηση των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας) και των εξυπηρετούμενων πολιτών- των οποίων οι γνώμες δίστανται, όχι αδίκως, λόγω κυρίως της ανορθολογικής κατανομής των υπηρεσιών υγείας- δείχνουν ότι η ισοκατανομή και η ολοκληρωμένη παροχή των υπηρεσιών υγείας δεν έχει λυθεί, μέχρι σήμερα, ούτε εντός των ορίων του Λεκανοπεδίου της Αττικής.

Κατά την γνώμη μας εάν ετίθετο οι βασικές αρχές της επίλυσης του προβλήματος για την Αττική (όπου βρίσκεται και το κεντρικό κράτος το οποίο έχει άμεση εποπτεία του «χώρου» και των προβλημάτων του, αλλά στις περισσότερες των περιπτώσεων τηρεί στάση αμήχανου θεατή ή ευαισθητοποιημένου επισκέπτη, ενώ στην χειρότερη περίπτωση ομολογεί ότι γνωρίζει κάποιο πρόβλημα και προθυμοποιείται να το λύσει με συνοπτικές διαδικασίες), όπου και αριθμητικά λειτουργεί το μεγαλύτερο ποσοστό υποδομών υγείας της χώρας, θα αποτελούσε πυλώνα για την κατανομή των υπηρεσιών υγείας και στις υπόλοιπες περιφέρειες με την προσθήκη των ιδιαίτερων κοινωνικών παραμέτρων τις κάθε μίας χωριστά.

2. Τα Νοσοκομεία του Κέντρου πάσχουν από υπερβολική πίεση στις πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας , δηλαδή στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (δηλαδή, προσφέρουν και τα τρία επίπεδα νοσηλευτικής φροντίδας).
3. Ο συναισθηματικός χαρακτήρας των Νοτίων (Μεσόγειος, κλπ), που διακρίνει την πλειοψηφία των γονέων, ευνοεί την κατάργηση των ορίων

μεταξύ επείγουσας και χρόνιας περίπτωσης, έτσι ώστε η πίεση των Τ. Ε. Π. (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) των Νοσοκομείων να είναι αφόρητη, αλλά και επίπλαστη. Η πίεση αυτή, σε συνδυασμό με την κατανομή των εφημεριών σε μεγάλο ποσοστό ειδικευμένων ιατρών που υποδέχονται τα περιστατικά, αλλά και τις σύγχρονες αντιλήψεις για τα όρια της ιατρικής ευθύνης σε συνδυασμό με την αυξημένη ευθύνη-στρες που συνεπάγεται η περίπτωση ενός παιδιού (προσωπική και κοινωνική) και η πιεστική αγωνία του γονιού του για την επιβεβαίωση της καλής του υγείας, προξενεί ως αποτέλεσμα τον κατακλυσμό των νοσηλευτικών τμημάτων των Νοσοκομείων με ασθενείς που πραγματικότητα δεν χρειάζονται εισαγωγή και στην υπερφόρτωση του εργαστηριακού τομέα με περιπτώσεις, πολλές φορές, αριθμό προληπτικών εξετάσεων. Επίσης στα Τ. Ε. Π. των Νοσοκομείων καταλήγουν και τα ραντεβού για τυπικές εξετάσεις των παιδιών για τις σχολικές τους δραστηριότητες, ενώ η συγκεκριμένη δράση θα έπρεπε να παρέχεται από τις πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας.

4. Είναι αναγκαία η ελάφρυνση της πίεσης, που αφορά στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας των δύο Νοσοκομείων του Κέντρου, ώστε να γίνει ευχερέστερη η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας (ελαφρείς τραυματισμοί, εμπύρετες καταστάσεις, κλπ) και η βέλτιστη διαλογή των εισαγομένων ασθενών. Έτσι θα απαλλαγούν από τον περιπτώ φόρτο των εσωτερικών ασθενών και θα διατηρήσουν μόνο τον απαραίτητο αριθμό δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας νοσηλείας. Προς αυτή την κατεύθυνση είναι πολύτιμη η λειτουργία ως φίλτρου του μικρού παιδιατρικού Νοσοκομείου της Πεντέλης (για τα βόρεια προάστια) καθώς και του παραρτήματος του νοσοκομείου «Π.& Α. Κυριακού» στην Καλλιθέα (για τα νότια και νοτιοανατολικά προάστια) το οποίο έχει το μειονέκτημα ότι κτιριακά δεν έχει εκσυγχρονιστεί επαρκώς, με αποτέλεσμα να δίνει την εντύπωση μικρής αθηναϊκής κλινικής με όλους τους αρνητικούς συνειρμούς που μπορεί να προκαλεί στους χρήστες, απαξιώνοντας έμμεσα τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες .
5. Βέβαια, εάν κρίνουμε από τον διαρκώς αυξανόμενο συνωστισμό στα Τ.Ε.Π. των Κεντρικών Νοσοκομείων, φαίνεται ότι τα δύο μικρά παιδιατρικά νοσοκομεία δεν επαρκούν για να φιλτράρουν τα περιστατικά και συνεχίζεται, χωρίς ουσιαστική επίλυση, η κεντρομόλος κίνηση με τα συνακόλουθα προβλήματα από την ταλαιπωρία για την πρόσβαση προς το δυσπρόσιτο κυκλοφοριακά κέντρο της πόλης.
6. Είναι ανάγκη να μελετηθεί η δημιουργία ενός δικτύου συμπληρωματικών υποδομών για την παροχή ιατρικής φροντίδας στον παιδικό πληθυσμό, είτε με την χωροθέτηση παραρτημάτων-Κέντρων Υγείας με προσωπικό εξειδικευμένο στην παροχή υπηρεσιών σε μικρούς ασθενείς, σε τέτοιες θέσεις, ώστε να καλύψουν τις περιφέρειες της Αττικής (των Α΄ και Β΄ Υ.ΠΕ ως ολοκληρωμένη παρέμβαση).

7. Είναι ανάγκη να μελετηθεί παράλληλα και να αξιολογηθεί επαρκώς η συμβολή και οι συνθήκες των ιατρικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας για τα παιδιά, εκ μέρους άλλων φορέων, όπως του ΙΚΑ και των ασφαλιστικών ταμείων καθώς και των ιδιωτών γιατρών, διότι ενώ διαθέτουν μεγάλο δίκτυο υποδομών με αυτόνομες ιατρικές και εργαστηριακές εξετάσεις δεν αποτελούν επαρκές φίλτρο (να αξιολογηθεί εάν γίνεται αδικαιολόγητα) για την αναχαίτιση της εισροής μικρών ασθενών στα κεντρικά Νοσοκομεία (π.χ. μικροτραυματισμοί, έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση- διαλογή σοβαρών περιστατικών ,εμβολιασμοί, ιατρεία λίγων ωρών για παροχή φαρμακευτικής αγωγής, επέκταση ωραρίου λειτουργίας, κλπ) .
8. Χωροταξικά τέτοιοι θύλακες είναι οι πυκνοκατοικημένοι από μεσαία και χαμηλά κοινωνικά στρώματα βορειοδυτικοί δήμοι (Περιστέρι, Λιόσια, Ν. Φιλαδέλφεια, Πετρούπολη, κλπ), οι δυτικοί δήμοι (Χαϊδάρη, Αγία Βαρβάρα, Ελευσίνα, κλπ), τα νοτιοδυτικά προάστια.

Τα παραπάνω μπορούν να υπαχθούν στον έλεγχο των κεντρικών νοσοκομείων και να διοικούνται από αυτά με το πρότυπο των Κέντρων Υγείας, που σημαίνει περαιτέρω διεύρυνση των υπηρεσιών τους ,επομένως και αντίστοιχη διεύρυνση, αναδιάταξη, ενίσχυση (σε προσωπικό και υλικοτεχνική υποδομή) και εκσυγχρονισμό των υποστηρικτικών υπηρεσιών τους, κάτι που θα έπρεπε να συνοδεύεται από μία μελέτη κόστους- οφέλους και ανάλυση της φέρουσας ικανότητας με τον τρόπο που είναι οργανωμένοι μέχρι σήμερα.

Η λεπτομερής καταγραφή της ακίνητης περιουσίας των νοσοκομείων του Λεκανοπεδίου θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την ανακατανομή συνοδευτικών υπηρεσιών και την εξοικονόμηση πόρων για την δημιουργία νέων όπου απαιτείται.

Επίσης, υπάρχει και το – ακόμη πιο δύσκολο από διοικητική άποψη και υπό το βάρος των προσωποκεντρικών απόψεων που επικρατεί στην ελληνική παραδοσιακή νοοτροπία- ενδεχόμενο συνεργασίας των δύο Νοσοκομείων Παίδων του Κέντρου με τα υφιστάμενα Νοσοκομεία των περιοχών αυτών (π.χ. Θριάσιου, Χαϊδαρίου, Ασκληπιείο) με προσωπικό από τα δύο Νοσοκομεία Παίδων για την έγκυρη και απρόσκοπτη διαλογή των περιστατικών και διακομιδή των εξειδικευμένων περιστατικών προς το κέντρο.

Ακόμη και η ουσιαστική συμβολή του ΕΚΑΒ θα μπορούσε να μελετηθεί για την έγκαιρη διακομιδή των σοβαρών περιστατικών, αν λάβει κανείς υπόψη ότι σε πολλές περιπτώσεις, δικαίως διαμαρτύρονται, ότι εκτελούν χρέη ταξί εις βάρος σοβαρότερων περιστατικών που εξελίσσονται σχεδόν ταυτόχρονα πολλές φορές.

9. Το Νοσοκομείο Παίδων Πεντέλης:

- Εξυπηρετεί αξιόπιστα τις υγειονομικές ανάγκες, τόσο ως Νοσοκομείο Κοινότητας για τις κοντινές του περιοχές και ως Νομαρχιακό Νοσοκομείο για την ευρύτερη περιοχή των Βορείων και Ανατολικών προαστίων του λεκανοπεδίου , που αποτελούν αξιοσημείωτο

ποσοστό του συνολικού πληθυσμού, το οποίο υπερδιπλασιάζεται κατά τους θερινούς μήνες.

- Θα πρέπει να συνεχίσει να αποκρίνεται στον ρόλο του ως ουσιαστική ενίσχυση των αναγκών εφημερίας των Νοσοκομείων του Κέντρου εφόσον επιταχύνει την πρόσβαση σε Υπηρεσίες Εφημερίας για ένα μεγάλο αριθμό κατοίκων του Λεκανοπεδίου.
- Θα πρέπει να συνεχίσει να λειτουργεί ως φίλτρο ασθενών για τα δύο μεγάλα Νοσοκομεία του Κέντρου επιτρέποντας μόνο ειδικές περιπτώσεις ασθενών της περιοχής εξυπηρέτησης του να καταλήγουν ή να απευθύνονται σε αυτά, όταν πρόκειται για πρωτοβάθμιες ή δευτεροβάθμιες φροντίδες υγείας.
- Αποτελεί ένα παράδειγμα για το πώς το Ε.Σ.Υ. θα μπορούσε να εκμεταλλευτεί τα χαρακτηριστικά του Νοσοκομείου αυτού για να του δώσει επιπλέον συμπληρωματικό ρόλο για την ενίσχυση των Υπηρεσιών Υγείας ακόμη και με νέες υπηρεσίες πανελλαδικής εμβέλειας.

Για παράδειγμα, η ρυθμιστική μελέτη για τα δύο νοσοκομεία του Κέντρου πρότεινε (από το 2001 περίπου) έναν τρόπο αξιοποίησης των μη χρησιμοποιούμενων από δεκαετίας κτισμάτων του Π.Ι.Κ.ΠΑ για την δημιουργία Μονάδας Φυσικής Ιατρικής Αποκατάστασης, η οποία σε συνδυασμό με την καλή φήμη της υφιστάμενης Ορθοπαιδικής Μονάδας του Νοσοκομείου θα μπορούσε να καλύψει την παντελή έλλειψη της Υγειονομικής Κάλυψης του παιδικού πληθυσμού του Λεκανοπεδίου σε παρόμοιες υπηρεσίες, με προφανή τα κοινωνικά και οικονομικά πλεονεκτήματα για τον παιδικό πληθυσμό της χώρας και των οικογενειών τους.

Σήμερα, μετά από μία δεκαετία, συμβαίνει η ίδρυση μίας παρόμοιας Μονάδας με τίτλο «Κέντρο Πρώιμης Παρέμβασης και Φυσικής Αποκατάστασης Παιδιών» με την έγκριση του Υπουργείου Υγείας (εισήγηση στο ΚΕΣΥ και προσθήκη του νέου τμήματος στον οργανισμό του Νοσοκομείου με 23 νέες θέσεις εργασίας από κατάλληλες ειδικότητες), στο Παράρτημα του Νοσοκομείου Παιδιών «Π. & Α. Κυριακού» επί της Συγγρού (Νότια Προάστια), όπου μέχρι σήμερα στεγάζεται μία Παιδιατρική κλινική 20 κλινών, που και αυτή λειτουργεί μέχρι σήμερα, ως φίλτρο για την γύρω περιοχή (Καλλιθέα, Νέα Σμύρνη, κλπ) και ως συμπληρωματικές κλίνες κατά τις ημέρες των εφημεριών.

Η χρηματοδότηση της λειτουργίας του Κέντρου (αρχιτεκτονικές μελέτες, οικοδομικές εργασίες, προμήθεια ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού) έγιναν από ιδιωτικό φορέα (ίδρυμα «Σταύρος Νιάρχος»), καταδεικνύοντας έτσι τον συμπληρωματικό ρόλο της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην ίδρυση και λειτουργία σύγχρονων και ζωτικών ιατρικών τμημάτων για την ολοκληρωμένη ιατρική φροντίδα των χρονίως πασχόντων μικρών ασθενών.

Η νέα Μονάδα προτάθηκε από τον διευθυντή της ΜΕΘ (Εντατική Μονάδα Θεραπείας) προκειμένου να καλύψει το κενό των ελληνικών νοσοκομείων στην εξειδικευμένη φροντίδα δύσκολων περιστατικών, όπως αποκατάσταση παιδιών με νευρολογικές βλάβες μετά από

βαρύ τραυματισμό και νοσηλεία στην Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, χρόνιων ορθοπεδικών προβλημάτων, καθώς και το πολύ απαιτητικό κομμάτι της νοσηλείας και παροχής ιατρικής φροντίδας σε πρόωρα (βρέφη) με εγκεφαλική παράλυση.

Η παραμονή χρόνιων περιστατικών (που χρήζουν θεραπείας για ημέρες ή μήνες) με τον συνοδό τους προβλέπεται εντός της μονάδας σε τμήμα 4 κλινών.

Το τμήμα καλύπτεται από το Εθνικό Σύστημα Υγείας μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και προφανώς προβλέπεται να αποτελέσει ένα Τμήμα αναφοράς για όλη την χώρα.

Η πλήρης ανάπτυξη του νέου τμήματος θα καταδείξει στο μέλλον τις ανάγκες για παρόμοιες εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και τα στοιχεία που θα προκύψουν θα έπρεπε να αποτελέσουν την βάση για την μελλοντική λήψη αποφάσεων των κεντρικών υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας σχετικά με τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών του.

Το παραπάνω παράδειγμα είναι ένα μικρό δείγμα της αποσπασματικότητας στον τρόπο λήψης αποφάσεων για σημαντικές Υγειονομικές Υπηρεσίες σε εξειδικευμένες υπηρεσίες και σύγχρονες αναδυόμενες ανάγκες και ιατρικές-κοινωνικές υπηρεσίες, καθώς επίσης και η απουσία τομεακών μελετών για τις πραγματικές ανάγκες του συνόλου του πληθυσμού τόσο του Λεκανοπεδίου όπου κατοικεί ο μισός πληθυσμός της χώρας καθώς και του συνόλου της χώρας.

Τέτοιου τύπου μελέτες θα καταδείκνυαν και το σύνολο των συνοδών υπηρεσιών που θα συμπαρασύρει η άρτια λειτουργία ενός τέτοιου κέντρου για χρόνια και σοβαρά συνήθως περιστατικά. Π.χ. η καλύτερη εξυπηρέτηση κοντά σε νοσοκομείο με παράλληλες ιατρικές υπηρεσίες και εργαστηριακά τμήματα, η δυνατότητα φιλοξενίας των οικογενειών των πασχόντων παιδιών κοντά στα κέντρα θεραπείας, λαμβανομένου υπόψη ότι πολλοί από αυτούς προέρχονται από την επαρχία και χρειάζεται να μείνουν περισσότερο από μία ημέρα και προφανώς να επανέρχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα, διότι πρέπει να γίνει σαφές πως στην χρόνια νοσηλεία του μικρού ασθενούς στο κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών προστίθεται και το κόστος (κατά βάση ιδιωτικό) της διαβίωσης των συνοδών του, των οποίων η παρουσία κοντά στα παιδιά θεωρείται αυτονόητη σε όλη την διάρκεια της θεραπευτικής του αγωγής.

Επίσης το Υπουργείο με βάση αυτές τις μελέτες θα έπρεπε να έχει εξαρχής την εικόνα του κόστους λειτουργίας και του κοινωνικού οφέλους σε σχέση με τα ασφαλιστικά ταμεία και την διασπάθιση πόρων προς τον ιδιωτικό τομέα.

ΠΡΟΣΑΡΤΗΜΑΤΑ