



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ  
ΥΓΕΙΑΣ»

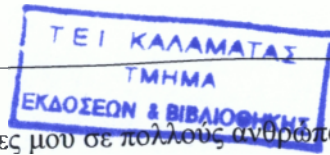
ΤΣΑΝΤΗΛΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ (Α.Μ.2002222)

ΚΩΤΟΥΛΑ ΣΤΥΛΙΑΝΗ (Α.Μ. 2002206)

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΜΑΝΙΑΤΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ  
2008

## Ευχαριστίες



Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου σε πολλούς ανθρώπους οι οποίοι με βοήθησαν ώστε να πραγματοποιήσω της εργασία αυτή. Αρχικά την για την αμέριστη συμπαράσταση όλων των εργαζομένων στις βιβλιοθήκες της του Τ.Ε.Ι. Πειραιά, της κα. Σακκιώτου Μαρία του Τ.Ε.Ι. Αθηνών, που με καθοδήγησαν στην συλλογή σωστών βιβλίων, τους εργαζόμενους στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας και ιδιαίτερα τον καθηγητή του τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας κ. Κυριόπουλο Ι. Επίσης της διευθύντριες της Διεύθυνσης Πληροφορικής και Δημοσίων Σχέσεων κα. Γιωνάκη Ι. και της Διεύθυνσης Φαρμακευτικών Μελετών και Έρευνας του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων και τέλος τον υπεύθυνο καθηγητή μου κ. Μανιάτη Α. για την καθοδήγηση και την παροχή αναρίθμητων προτάσεων ώστε η εργασία μου να είναι όσο το δυνατό πιο ολοκληρωμένη. Ειλικρινά τους ευχαριστώ όλους.

## Πίνακας Περιεχομένων

Εισαγωγή .....	7
Μέρος 1 <sup>ο</sup> . Θεωρητικό Πλαίσιο .....	12
Α. Οι θεσμοί της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα .....	12
1. Νομική προσέγγιση της δημόσιας υγείας .....	12
2. Λειτουργίες και δράσεις δημόσιας υγείας .....	15
3. Πολιτικές και στρατηγικές δημόσιας υγείας .....	17
4. Όργανα και δομές της δημόσιας υγείας .....	18
4.1. Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.....	18
4.2. Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης..	18
4.3. Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας .....	19
4.4. Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης.....	20
4.5. Άλλες Υπηρεσίες που προσφέρουν υπηρεσίες στον τομέα της δημόσιας υγείας.....	21
4.5.1. Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας.....	21
4.5.2. Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας .....	22
4.5.3. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων .....	24
4.5.4. Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας .....	26
4.5.5. Εθνικό Κέντρο Παρακολούθησης και Παρέμβασης .....	27
4.5.6. Λοιποί φορείς ως Κέντρα Αναφοράς δημόσιας υγείας .....	27
4.6. Εκπαίδευση και έρευνα στη δημόσια υγεία.....	31
5. Μονάδες παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας .....	32
5.1. Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα .....	32
5.2. Ανάλυση μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας .....	38
5.2.1. Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας .....	39
5.2.2. Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας .....	44
6. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της δημόσιας υγείας.....	49
Β. Μελέτη περιπτώσεων υπηρεσιών της δημόσιας υγείας .....	54
1. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων .....	54
1.1. Επισκόπηση Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων .....	54
1.2. Στρατηγικοί στόχοι ανάπτυξης Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων .....	56
1.3 Λειτουργία – Πόροι Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων .....	57
1.4. Δραστηριότητες Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων .....	57

1.4.1. Προεγκριτικοί έλεγχοι .....	58
1.4.2. Μετεγκριτικοί έλεγχοι .....	59
1.4.3. Εργαστηριακοί έλεγχοι.....	60
1.5. Διαπίστευση εργαστηρίων – καθιέρωση ενιαίου συστήματος ποιότητας ISO 17025.....	60
1.6. Έρευνα και Ανάπτυξη Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων.....	61
1.7. Μελέτες περιπτώσεων διαφύλαξης δημόσιας υγείας από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων .	62
1.7.1. Αντιβιοτικά και λοιμώξεις.....	62
1.7.2. Χρήση απαγορευμένων ουσιών από αθλητές.....	63
1.7.3. Ανάκληση καλλυντικού προϊόντος για τα μαλλιά .....	65
1.7.4. Επιστροφές ληξιπρόθεσμων καλλυντικών .....	65
1.7.5. Πανδημία .....	66
2. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.....	68
2.1. Επισκόπηση Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.....	68
2.2. Δομή, διάρθρωση και διοίκηση Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.....	69
2.2.1. Κεντρική διοίκηση Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας .....	70
2.2.2. Ακαδημαϊκά όργανα και επιτροπές Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.....	70
2.2.3. Επιμέρους τομείς Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.....	71
2.3 Διοικητική, οικονομική και τεχνική υποστήριξη Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.....	79
2.4 Διεθνείς συνεργασίες.....	80
2.5. Έρευνα.....	80
2.6. Μεταπτυχιακά προγράμματα.....	81
2.6.1. Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.....	81
2.6.2. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας.....	82
2.7. E – School.....	82
2.8. E – Learning .....	84
2.9. Μελέτες Περιπτώσεων ερευνών από τους επιμέρους τομείς της ΕΣΔΥ.....	86
2.9.1. Μελέτη Τομέα Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής ΕΣΔΥ - Εξεύρεση μεθόδου ανίχνευσης χημικών ουσιών στα νεφρά .....	86
2.9.2. Μελέτη Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ - Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.....	88
2.9.3. Έρευνα Τομέα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής της ΕΣΔΥ- Καύσωνας κατά την διάρκεια των Ολυμπιακών Αγώνων 2004 .....	89
2.9.4. Μελέτες Τομέα Κοινωνιολογίας της ΕΣΔΥ .....	90
Μέρος 2 <sup>ο</sup> . Ερευνητικό πλαίσιο .....	91
A. Μεθοδολογία και ερευνητικό πλαίσιο .....	91

1. Περιγραφή πληθυσμού έρευνας .....	91
2. Δείγμα έρευνας .....	91
3. Η μέθοδος συλλογής στοιχείων και παρουσίαση ερωτηματολογίου.....	91
B. Ανάλυση έρευνας.....	93
Επίλογος.....	101
Βιβλιογραφία .....	104
Σύνοψη.....	107
Παράρτημα .....	109
Παράρτημα I. Λίστα πινάκων – διαγραμμάτων .....	109
Παράρτημα II. Φόρμα ερωτηματολογίου.....	110
Παράρτημα III. Η νομοθεσία που διέπει οποιαδήποτε δραστηριότητα του Ε.Ο.Φ.....	113
Παράρτημα IV. Οργανόγραμμα Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας – Δίκτυα Δημόσιας Υγείας (Δ.Δ.Υ.) .....	116
Παράρτημα V. Οργανόγραμμα Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας (Ν.3370/2005) .....	117

## Κατάλογος Αρκτικόλεξων

---

Αρ.: Άρθρο

Α.Π.Δ.Π.Χ.: Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

Γ.Γ.Δ.Υ.: Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας

Γ.Δ.Δ.Υ.: Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας

ΔΙ.Κ.Δ.Υ.: Διασυνοριακά Κέντρα Δημόσιας Υγείας

Δ.Υ. ή δ.υ.: Δημόσια υγεία

Ε.Κ.ΕΠ.Υ.: Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας

Ε.Ο.Φ.: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων

Ε.Σ.Δ.Υ.: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Ε.Σ.Ρ.: Εθνικό Συμβούλιο Ραδιοτηλεόρασης

Ε.Σ.Υ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας

Ε.ΣΥ.Δ.Υ.: Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας

ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.: Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων

Κ.Ε.Δ.Υ.: Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας

Ν. ή ν.: Νόμος

Ν.Δ.: Νομικό Διάταγμα

Ν.Π.Δ.Δ.: Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου

Ν.Π.Ι.Δ.: Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου

Ο.Τ.Α.: Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης

Π.Δ.: Προεδρικό Διάταγμα

ΠΕ.Δ.Δ.Υ.: Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας

Π.Ε.Δ.Υ.: Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας

ΠΕ.Σ.Υ.Π.: Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας

Υ.Υ.Κ.Α.: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Φ.Ε.Κ.: Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως

## Εισαγωγή

---

Είναι αυτονόητη η σημασία που έχει η διασφάλιση της δημόσιας υγείας σε μία χώρα, και μάλιστα σε μία εποχή που για πολλούς λόγους δημιουργούνται νέες μορφές κίνδυνου («νέο επιδημιολογικό πρότυπο») για τη δημόσια υγεία. Στην Ελλάδα, η πολιτική δημόσιας υγείας δεν ήταν συντονισμένη και ασκείται αποσπασματικά. Παράλληλα, δεν παρακολουθούσε στον επιθυμητό βαθμό τις εξελίξεις στον τομέα της υγείας του πληθυσμού, των διατροφικών και επαγγελματικών του συνηθειών και εν γένει του νέου τρόπου ζωής. Η πρώτη συστηματική προσπάθεια σε νομοθετικό επίπεδο δημιουργίας ενός πλαισίου χάραξης και υλοποίησης ενιαίας πολιτικής στο χώρο της δημόσιας υγείας έγινε με το ν. 3172/2003 πλην όμως κατά το μικρό διάστημα που μεσολάβησε από τότε δεν έγιναν ορατά τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα.

Η δύσκολη αυτή σημερινή κατάσταση στον τομέα της δημόσιας υγείας είναι εκείνη που μας ώθησε στην προσπάθεια δημιουργίας αυτής της εργασίας με κύριο σκοπό την απεικόνιση του νομικού πλαισίου της δημόσιας υγείας τόσο σε θεωρητικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο, πιστεύουμε πως οι φορείς της δημόσιας υγείας είναι ικανοί να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις της σύγχρονης εποχής και ειδικότερα θα εξετάσομε την συμβολή της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας και του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων.

Η παραδοσιακή αντίληψη θεωρεί την υγεία ως απουσία νόσου ή αναπηρίας, προορισμός επομένως της ιατρικής επιστήμης είναι η διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας<sup>1</sup>. Σύμφωνα με αυτήν την θεώρηση το θέμα της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας εξαντλείται στην μελέτη της νοσηρότητας. Ωστόσο κοινωνικές, οικονομικές και πολιτικές εξελίξεις μετά την λήξη του 2<sup>ου</sup> παγκόσμιου πολέμου οδήγησαν στην σύγχρονη αντίληψη που θεωρεί την υγεία όχι μονάχα ως απουσία νόσου ή αναπηρίας αλλά ως μια κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας<sup>2</sup>.

Αυτή η κατάσταση είναι που επιτρέπει στο άτομο να διάγει μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική, εξαρτάται δε από ένα πλήθος παραγόντων που έχουν σχέση με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον και φυσικά από την ιατρική περίθαλψη<sup>3</sup>. Η άποψη που είχε διατυπωθεί από τον P. Frank<sup>4</sup> στα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα περί συσχέτισεως της ασθένειας με κοινωνικούς παράγοντες όχι μόνο υιοθετήθηκε από τον σύγχρονο κόσμο αλλά επικυρώθηκε από το σύνθημα «υγεία για όλους το 2000»<sup>5</sup> που προέτρεπε τις κεντρικές διοικήσεις των κρατών στην λήψη μέτρων με σκοπό την άρση των ανισοτήτων στην υγεία. Οι ανισότητες στην υγεία διακρίνονται σε ανισότητες ως προς

---

<sup>1</sup> Δοξιάδης Σ., (1988). *Προτάσεις για το Μέλλον*, Οικονομικός Ταχυδρόμος, 25 Φεβρ., 29-30.

<sup>2</sup> WHO, (1958). *The First Ten Years of WHO*, Annex Constitution of the WHO, WHO, Geneve.

<sup>3</sup> WHO, (1978). *Alma-Ata. Primary Health Care. Health Care for All*, Series 1, WHO, Geneve.

<sup>4</sup> Turshen M., (1977). *The Political Ecology of Disease*, Review of Radical Political Economics, 9, 45-60.

<sup>5</sup> WHO, (1978). *Alma-Ata. Primary Health Care. Health Care for All*, Series 1, WHO, Geneve.

την νόσο και την θνησιμότητα και σε ανισότητες που αφορούν την χρηματοδότηση, πρόσβαση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας<sup>6</sup>.

Οι ανισότητες ως προς την νόσο και την θνησιμότητα οφείλονται κυρίως σε κοινωνικοοικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού<sup>7</sup>. Είναι χαρακτηριστικό πως στις ανώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις η γενική νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι μικρότερη από αυτή των κατώτερων τάξεων<sup>8</sup>. Σύμφωνα με έκθεση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για τη υγεία στην Ελλάδα<sup>9</sup> το επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού βρίσκεται σε μια από τις υψηλότερες θέσεις στον κόσμο. Το προσδόκιμο επιβίωσης ανέρχεται στα 75,3 έτη για τους άντρες και στα 80,6 έτη για τις γυναίκες κατατάσσοντας την χώρα μας 8<sup>η</sup> στην Ευρώπη. Κύριες αιτίες θανάτων είναι κατά σειρά τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα κακοήθη νεοπλασμάτα, τα ατυχήματα και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, ενώ κύριες αιτίες νοσηλείας είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού και του πεπτικού συστήματος, τα νεοπλασμάτα και τα ατυχήματα.

Η υγεία δεν είναι η αρρώστια με αρνητικό πρόσημο αλλά μια πρόκληση για κάθε κοινωνία και συνυφίνεται με την ικανότητα της υγείας να εφευρίσκει τρόπους για τη συνεχή και βέλτιστη «παραγωγή» της. Με μια απλοποίηση είναι θεμιτό να λεχθεί, ότι η υγεία δεν είναι μόνο μια προϋπόθεση αλλά και ένα αποτέλεσμα σε οιονεί μορφοποίηση και επίτευξη. Σ' αυτό το πνεύμα, η υγεία σε συλλογικό επίπεδο σχετίζεται περισσότερο με την ικανότητα της κοινωνίας να οργανώσει τον «κοινό βίο», την παραγωγή της τροφής, την μετακίνηση των ατόμων, τη διασφάλιση συνθηκών εργασίας, τη διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων και την επίτευξη δημιουργικότητας των πολιτών σ' ένα κλίμα πολιτιστικής συναίνεσης, και όχι μόνο να αντιμετωπίζει τις απειλές και τις ασθένειες, όταν αυτές αναδύονται. Με μια άλλη έκφραση, η συμβολή της αντιμετώπισης της ασθένειας συνεισφέρει μόνο κατά μικρό μέρος στην υγεία, ενώ οι μεταβολές στο οικονομικό-βιομηχανικό σύστημα μιας κοινωνίας έχει καίρια επίδραση στην υγεία του πληθυσμού (π.χ. εκβιομηχανιοποίηση ή αποβιομηχανιοποίηση περιοχών). Είναι σαφές ότι όταν η συζήτηση γίνεται σε ατομικό επίπεδο, ο άρρωστος αναζητάει την ίασή του και σ' αυτή την περίπτωση απαιτεί και πρέπει να έχει το 100% των δυνατοτήτων περίθαλψης και φροντίδας, το ποσοστό όμως των μελών που ασθενεί σε μια δεδομένη περίοδο είναι κατά μέσο όρο 15% του πληθυσμού.

Η προηγούμενη διαπίστωση οδηγεί και στο γενικό ορισμό της Δημόσιας Υγείας ως του κοινωνικού πεδίου παρέμβασης, φροντίδας, αλληλεγγύης - εξαιρούμενης της διαπροσωπικής

<sup>6</sup> Kohler L., Martin J., (1986). *Inequalities in Health and Health Care*, Gothenberg. WHO/Nordic School of Public Health.

<sup>7</sup> De Graeve D., Duchesne I., (1997). *Socioeconomic Health in Equalities in Belgium in an International Perspective*, Arch Public Health, 55, 119-138.

<sup>8</sup> Antonovsky A., (1972). *Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality*, in JAGO EG.(ed.), *Patients, Physicians and Illness*, New York Free Press.

<sup>9</sup> Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών, (2000), *Η Υγεία στην Ελλάδα*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα.



σχέσης «θεραπευτή / αρρώστου» - για την εξασφάλιση της ευεξίας και της ικανότητας αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον<sup>10</sup>.

Ο γενικευμένος αυτός ορισμός της Δημόσιας Υγείας επιτρέπει να αναδειχθούν όχι μόνο η πολυπλοκότητα του πεδίου της υγείας αλλά και το πλήθος των συζευξεων με άλλους τομείς της συλλογικής ζωής:

- ✓ Πολιτιστική. Νόρμες ή γνώμονες σε μια κοινωνία σε σχέση με τι είναι «ατομικό» και τι είναι «συλλογικό», ποια είναι η σφαίρα της «ατομικής ευθύνης» και ποια η σφαίρα της «συλλογικής υποχρέωσης», η σημασία του χρόνου δράσης και προμοδότηση ή μη της συλλογικότητας, τρόποι ζωής.
- ✓ Κοινωνική. Η μορφή της κοινωνικής οργάνωσης, η σημασία των κοινωνικών σχέσεων / δεσμών, ο συνδυασμός της κοινότητας και της μαζικής κοινωνίας, η ανισότητα, η κοινωνική διαστρωμάτωση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η διαίρεση εργασίας.
- ✓ Πολιτική. Ο τρόπος λήψης αποφάσεων και νομιμοποίησής τους: διάλογος, εθνικές συναντήσεις για την υγεία, πληροφόρηση, διαφάνεια, έλεγχος της παραοικονομίας.
- ✓ Θεσμικό – νομική. Η ανάπτυξη νόμων και κανονισμών, η ύπαρξη θεσμών πραγμάτωσης και ελέγχων (π.χ. ύπαρξη ειδικευμένων αρχών - υπηρεσιών για τρόφιμα, τεχνολογίες, ποιότητα και ασφάλεια προϊόντων ηλεκτρονικών και μη, επιτροπές δεοντολογίας).
- ✓ Οικονομική μορφή και ανάπτυξη του παραγωγικού συστήματος, ύπαρξη συστημάτων μεταφοράς και επικοινωνίας (π.χ. ζητήματα πόρων, πρόσβασης κλπ), απασχόληση.
- ✓ Δημογραφική – ηλικιακή κατατομή του πληθυσμού, το ποσοστό της τρίτης και τέταρτης ηλικίας – γηράσκουσα ή μη κοινωνία, γηράσκουσα Ευρώπη.
- ✓ Γεωφυσική μορφολογία εδάφους, κλίματος, γεωγραφική θέση.

Βεβαίως δεν αναφέρονται οι βιολογικές συνθήκες, αλλά διαφαίνεται ότι η υγεία είναι πολυπαραμετρική και σε άμεση σύμπλέξη με ένα πλήθος πρακτικών και δομών. Αυτό επιτρέπει να λεχθεί ότι η διαχείριση της υγείας δεν είναι παρά η ικανότητα μιας κοινωνίας να αντιμετωπίσει την πολυπλοκότητα και την αβεβαιότητα και εντέλει την ίδια την αναπαραγωγή της ως κοινωνίας.

Η έμφαση στις υπηρεσίες της δημόσιας υγείας έχει μετατοπιστεί από την αντιμετώπιση της ασθένειας προς την κατεύθυνση της προαγωγής υγείας και πρόληψης της ασθένειας, είτε σωματικής είτε ψυχικής. Οι δομές των συστημάτων περίθαλψης σε αρκετές χώρες της Ε.Ε. έχουν ήδη προσανατολιστεί σε προληπτική αγωγή υγείας και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Η τελευταία αποκτά πρωταρχικό ρόλο στο συνολικό σύστημα υγείας αυτών των χωρών. Ένα τμήμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας που αποκτά ιδιαίτερη σημασία είναι η παροχή εύκολα προσβάσιμων υπηρεσιών υγείας και συνεχιζόμενης φροντίδας, σε όλες τις ομάδες πληθυσμού, με την αξιοποίηση

<sup>10</sup> Αγραφιώτης Δ. (2002). *Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία. Τόποι και τρόποι σύμπλεξης*, Δαρδανός, Αθήνα.

ομάδων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας (π.χ. νοσοκόμες, φυσιοθεραπευτές, ιατρικών επισκεπτών, κ.λπ.).

Είναι προφανής η τάση μείωσης των δαπανών στο νοσοκομειακό τομέα, τόσο στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ, όσο και κυρίως στις χώρες με προηγμένα συστήματα στην οργάνωση και παροχή περίθαλψης κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Τα συστήματα περίθαλψης θα πρέπει να προσαρμοστούν και να λειτουργούν προληπτικά και να βρίσκονται στην πρωτοπορία των κοινωνικών και τεχνολογικών αλλαγών. Οι τομείς της πρόληψης, της καινοτομίας και της πληροφορίας θα αποτελούν τις περιοχές κλειδιά για το μέλλον της περίθαλψης<sup>11</sup>.

Από τις εξελίξεις σε σημαντικούς τομείς της κοινωνίας, της οικονομίας, της ζήτησης υπηρεσιών, της τεχνολογίας και των μελλοντικών τάσεων στις πολιτικές της Ε.Ε. και των επιμέρους χωρών, φαίνεται ότι οι επιδεινούμενες δημογραφικές τάσεις και το αυξανόμενο κόστος της περίθαλψης (με σημαντική παράμετρο το κόστος της νέας τεχνολογίας) αποτελούν τις κύριες απειλές για τις επόμενες δεκαετίες<sup>12</sup>.

Από την άλλη πλευρά, φαίνεται ότι με την υλοποίηση κατάλληλων και συντονισμένων στρατηγικών και αναδιαρθρώσεων<sup>13</sup> στους τομείς υγείας – ποιότητας ζωής – τεχνολογίας και καινοτομίας, είναι εφικτή η αξιοποίηση των ευκαιριών που παρουσιάζονται από την ανάπτυξη φθηνών και αποτελεσματικών τεχνολογιών, καθώς και από τη μεταφορά επιτυχημένων παραδειγμάτων<sup>14</sup> και πολιτικών άλλων χωρών. Με τον τρόπο αυτό μπορούν να ελαχιστοποιηθούν ή και να ανατραπούν οι αρνητικές επιπτώσεις φαινομένων, όπως είναι η γήρανση του πληθυσμού, η αναποτελεσματικότητα, η έλλειψη καινοτομικής ικανότητας στους οργανισμούς κ.α. Η ασφάλεια των ιατρικών περιστατικών έχει περιθώριο να βελτιωθεί<sup>15</sup>.

Η κατάσταση της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα έχει πολλές εκφάνσεις, οι ανάγκες ενίσχυσης της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, τόσο στον αγροτικό όσο και στον αστικό χώρο, καθώς και της διοικητικής της αυτοτέλειας, σε συνδυασμό με την προώθηση της πρόληψης / προαγωγής τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας θεωρείται επιτακτική.

Η σύγχρονη θεώρηση των θεμάτων δημόσιας υγείας συνιστά αλλαγή υποδείγματος, σε σχέση με την ως σήμερα κυρίαρχη αντίληψη και πρακτική στη χώρα μας, που διέπεται ακόμα από ένα «ασθενο-κεντρικό» μοντέλο (το 1907, η κλινική Mayo υιοθέτησε έναν ξεχωριστό φάκελο για κάθε

<sup>11</sup> The UK Foresight Programme: Healthcare 2020, Final report, 2000 <http://www.foresight.gov.uk/> ως αναφορά στο Κουκουμάς, Ν., (2005), *Βελτίωση της Ποιότητας και Πρόσβασης των Πολιτών στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες*, Εισήγηση στη Δημερίδα Εργασίας για το Εθνικό Σχέδιο Ανάπτυξης του τομέα «Υγεία και Κοινωνική Αλληλεγγύη 2007-2013», Αθήνα, 25-26 Νοεμβρίου 2005.

<sup>12</sup> OECD, *Health Project*. 2001.

<sup>13</sup> Edwards, N., McKee, M. (2002), *The future role of the hospital*. J Health Policy, 7(1):1-2.

<sup>14</sup> R. Saltman, A. Rico, W. Boerma (ed.), *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health Care Systems (in progress).

<sup>15</sup> Ζ. Κολίτση (2006), *Οι προκλήσεις και ο σχεδιασμός για την ποιότητα, ασφάλεια και ανταποδοτικότητα των υπηρεσιών Υγείας*, Αναπτυξιακό συνέδριο «Υγεία και Κοιν. Αλληλεγγύη 2007-13», Θεσ/νίκη.

ασθενή, από αυτήν την καινοτομία προέκυψε το ασθενοκεντρικό ιατρικό ιστορικό)<sup>16</sup>. Σύμφωνα με αυτό, το σύνολο του χώρου (επαγγέλματα, τεχνικές, στόχοι, μέσα, οργάνωση, ιδρύματα, θεσμοί, κ.α.) είναι προσανατολισμένο προς την καταπολέμηση της ασθένειας, αντί προς την προαγωγή της υγείας. Η διαδικασία μετατόπισης του συστήματος προς ένα «υγείο-κεντρικό» μοντέλο έχει δρομολογηθεί, απέχει όμως από το βαθμό ωρίμανσης που χαρακτηρίζει άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, ιδιαίτερα τις Σκανδιναβικές. Η μετατόπιση αυτή αποτυπώθηκε στη στοχοθέτηση των Επιχειρησιακών Προγραμμάτων (ΕΠ) του ευρύτερου τομέα της δημόσιας υγείας του Β' και του Γ' Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης (ΚΠΣ), η περιορισμένη, όμως, αποτελεσματικότητα των σχετικών παρεμβάσεων είναι δηλωτική του μικρού βαθμού ωρίμανσής της.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε δύο κύρια μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο θεωρητικό μέρος θα απεικονίσουμε την νομική προσέγγιση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας με κύριες αναφορές στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, αναλύοντάς τους διεξοδικά. Στο ερευνητικό μέρος της εργασίας θα αναλύσουμε ένα ερωτηματολόγιο που θα συσχετίζεται με την δημόσια υγεία σε ατομικό επίπεδο αλλά και τις απόψεις των ερωτώμενων για τους εξεταζόμενους φορείς καθώς και τις σκέψεις τους για το μέλλον της δημόσιας υγείας.

Πιθανολογούμε ότι οι δύο εξεταζόμενοι φορείς, ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων και η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, παράγουν έργο ώστε να προσφέρουν επιστημονική κάλυψη στον τομέα της δημόσιας υγείας. Βέβαια η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας πρέπει να αναβαθμιστεί σε ένα επιτελικό όργανο μελετών και ερευνών που οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας της Ελλάδας να μπορούν να λάβουν υπόψη.

---

<sup>16</sup> Κουτσούρης Δ. (2002), *Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος – Τεχνολογίες για την υλοποίησή του*, Επιμέλεια έκδοσης Εργαστήριο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Αθήνα.

## Μέρος 1<sup>ο</sup>. Θεωρητικό Πλαίσιο

---

### A. Οι θεσμοί της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα

---

Στο κεφάλαιο A θα αναφερθούμε στη δημόσια υγεία της χώρας μας. Θα παραθέσουμε τη νομική προσέγγιση της δημόσιας υγείας, μία σύντομη ιστορική αναδρομή, τις λειτουργίες και δράσεις αυτής καθώς επίσης πολιτικές και στρατηγικές που ακολουθούνται από όργανα και δομές.

#### 1. Νομική προσέγγιση της δημόσιας υγείας

---

Η δημόσια υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ως δημόσια υγεία ορίζεται (Ν. 3370, ΦΕΚ 176/2005) το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η δημόσια υγεία έχει χαρακτήρα πολυτομεακό, απευθύνεται κυρίως σε πληθυσμούς και κοινότητες και, ως έννοια, είναι ευρύτερη της υγιεινής και της πρόληψης ή της κοινωνικής ιατρικής ή της ιατρικής στη δημόσια υγεία. Η δημόσια υγεία περιλαμβάνει διατομεακές δραστηριότητες και ασκείται με διεπιστημονική μεθοδολογία και προσέγγιση. Η δημόσια υγεία είναι, πρωτίστως, άσκηση δημόσιας πολιτικής και γίνεται με την ευθύνη του κράτους.

Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της δημόσιας υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία. Στην ευρύτερη έννοια της δημόσιας υγείας περιλαμβάνονται, επίσης, ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κοινωνικο-οικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων. Δράσεις που σχετίζονται με την κοινωνική φροντίδα και τις ειδικές ανάγκες ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, που ζουν σε μειονεκτικές, κοινωνικά, συνθήκες, όπως η φτώχεια, η ανεργία, το γήρας, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η απουσία

εισοδήματος, και η προσπάθεια άμβλυνσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία, περιέχονται στην ευρύτερη έννοια της δημόσιας υγείας<sup>17</sup>

Η δημόσια υγεία αφορά την ανθρώπινη συμβίωση<sup>18</sup>. Η προστασία της συνιστά προστασία του δημόσιου συμφέροντος. Σύμφωνα με συνταγματικές ρυθμίσεις η προστασία της δημόσιας υγείας συνεπάγεται περιορισμούς συνταγματικών δικαιωμάτων. Έτσι στην κατά το άρθρο 5 παρ. 4 απαγόρευση ατομικών διοικητικών μέτρων δεν περιλαμβάνεται κατά την ερμηνευτική δήλωση του ίδιου άρθρου η λήψη μέτρων που επιβάλλονται για την προστασία της δημόσιας υγείας ή της υγείας ασθενών, όπως ο νόμος ορίζει. Επίσης κατά το άρθρο 18 παρ. 3 Σ είναι δυνατή η επίταξη πράγματος για την θεραπεία άμεσης κοινωνικής ανάγκης, που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο την δημόσια υγεία. Ακόμα κατά το άρθρο 22 παρ. 4 Σ ειδικοί νόμοι ρυθμίζουν τα σχετικά με την επίταξη προσωπικών υπηρεσιών για την αντιμετώπιση ανάγκης, που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία. Παρατηρούμε ότι αν προσεγγίσουμε την δημόσια υγεία θα κατανοήσουμε πως είναι ένα κατεξοχήν κοινωνικό δικαίωμα του οποιουδήποτε όμως πάντοτε υπάρχει μια «λεπτή» διαχωριστική γραμμή μεταξύ της υγείας και της δημόσιας υγείας, ίσως υπάρξουν περιπτώσεις όπου η δημόσια υγεία μπαίνει σε δεύτερη προτεραιότητα για την αντιμετώπιση μιας άμεσης ανάγκης.

Αρχικά, ο όρος Δημόσια Υγεία περιορίζονταν σε μέτρα εξυγίανσης και κινδύνους υγείας, τους οποίους το άτομο μόνο του ήταν αδύνατον να τους αντιμετωπίσει, με αποτέλεσμα ο παραπάνω όρος να εμπλουτιστεί με τις έννοιες «ανθυγιεινότητα» και αργότερα «μεταδοτικότητα». Στο τέλος όμως, του 19<sup>ου</sup> και στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα έγιναν μεγάλες ανακαλύψεις στη βακτηριολογία και την ανοσολογία με αποτέλεσμα να μιλάμε για πρόληψη σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. Ο Wilslow το 1920 διατύπωσε τον πιο αποδεκτό μέχρι σήμερα ορισμό της Δημόσιας Υγείας: «Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης της ασθένειας, της αύξησης της διάρκειας της ζωής και της προαγωγής της υγείας μέσω οργανωμένων ενεργειών της κοινωνίας». Ο Mustard συνόψισε τον παραπάνω ορισμό ως εξής: «Ένα πρόβλημα υγείας γίνεται πρόβλημα δημόσιας υγείας εάν έχει τέτοιο χαρακτήρα, ώστε να λύνεται μόνο με συστηματική και οργανωμένη δράση της κοινωνίας. Το ενδιαφέρον για το «πρόβλημα» κυμαίνεται ανάλογα με τον κίνδυνο που αντιπροσωπεύει για τον πληθυσμό. Ο κίνδυνος μπορεί να είναι ποιοτικός ή ποσοτικός. Έτσι, η δημόσια υγεία χαρακτηρίζεται περισσότερο από τις έννοιες «οργανωμένη κοινωνική προσπάθεια» και «συστηματική κοινωνική δράση» που υπονοούν ότι η κοινωνία πρέπει να είναι υπεύθυνη για θέματα υγείας για τα οποία τα ίδια τα άτομα δεν έχουν τη δυνατότητα να παρέμβουν μόνα τους».

Επιχειρώντας τώρα τη σύνδεση του παρόντος με το παρελθόν βλέπουμε ότι τα πρώτα ίχνη της επιστήμης που αναλύουμε, εμφανίζονται κατά τον 17<sup>ο</sup> αιώνα στην περιοχή του Λονδίνου την

<sup>17</sup> Ν. 3370, ΦΕΚ 176/11/07/2005, *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*, Εθνικό Τυπογραφείο.

<sup>18</sup> Δημητροπούλου – Θεοδώρου, Ε. (2008), *Στοιχεία δικαίου δημόσιας υγιεινής*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.

εποχή της επιδημίας «πανώλης», όπου έχουμε τα πρώτα συστήματα καταγραφής των θανάτων και των αιτιών θανάτου στην συγκεκριμένη περιοχή.

Ο Άγγλος επιδημιολόγος John Snow το 1854 διερεύνησε την επιδημία χολέρας στο Λονδίνο και θεωρήθηκε ο πατέρας της επιδημιολογίας. Το 1874 στη Μασαχουσέτη των Η.Π.Α. δημιουργήθηκε το πρώτο σύστημα επιτήρησης των λοιμωδών νοσημάτων. Το 1883 στο Μίσιγκαν των Η.Π.Α. θεσπίστηκε δια νόμου η υποχρεωτική δήλωση των λοιμωδών νοσημάτων.

Όσον αφορά στη χώρα μας, από την απελευθέρωση του Ελληνικού κράτους το 1821 και μέχρι το 1832 ουδεμία πρόοδος σημειώθηκε στον τομέα της Δημόσιας Υγείας και Υγιεινής. Η πρώτη προσπάθεια οργάνωσης υγειονομικής υπηρεσίας έγινε από τους Βαναρούς του Όθωνα το 1833. Η πρώτη σχετική υπηρεσία ονομάστηκε «Υγειονομικό τμήμα» ή «Υγειονομική Αστυνομία» και ανήκε στο Υπουργείο Εσωτερικών με οργανωτή τον γιατρό του Όθωνα Βίτμερ. Το ανωτέρω υγειονομικό τμήμα, το 1914 μετονομάστηκε σε «Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής και Δημόσιας Αντιλήψεως», πάντοτε, όμως, στο Υπουργείο Εσωτερικών μέχρι το 1917, οπότε αποσπάστηκε στο συγκροτηθέν Υπουργείο Περιθάλψεως και Δημόσιας Αντιλήψεως.

Στις πρώτες προσπάθειες Δημόσιας Υγείας εντάσσονται οι προσλήψεις Υγεινολόγων επί επιδημίας χολέρας το 1911 και Νομιάτρων και Εμβολιαστών το 1914. Σε αυτές τις προσπάθειες, μπορούμε να εντάξουμε την ίδρυση και λειτουργία φρενοκομείων, λεπροκομείων, οφθαλμιατρείων, σανατορίων και νοσοκομείων λοιμωδών νόσων. Επίσης, μπορούμε να αναφέρουμε τα Λοιμοκαθαρητήρια, τα απολυμαντήρια, το Λυσοιατρείο και Δαμαλιδοκομείο Αθηνών.

Το 1922 για την αντιμετώπιση των δυσμενών επιπτώσεων στη Δημόσια Υγεία, που προκάλεσε η Μικρασιατική καταστροφή, συνεστήθη το Υπουργείο Υγιεινής, Πρόνοιας και Αντιλήψεως, το οποίο περιλάμβανε Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής. Η ίδρυση Υγειονομικών Κέντρων κατά περιφέρειες έγινε το 1931, ενώ η ίδρυση της σχολής Επισκεπτριών και Αδελφών Νοσοκόμων, το 1937.

Μετά το 1980 πολλοί νόμοι προσπάθησαν να εκσυγχρονίσουν το σύστημα Δημόσιας Υγείας. Οι σημαντικότεροι αυτών είναι ο νόμος Δοξιάδη του 1980 «Μέτρα Πρόληψης και Υγείας» και ο νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) το 1983<sup>19</sup>. Σήμερα, το πλέγμα των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας είναι διαρθρωμένο σε εθνικό, περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο.

<sup>19</sup> Φιλιππάτου Β. (2007), *Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα*, Διευθύντρια Γενικού Νοσοκομείου Πατησίων, <http://www.parliament.gr/papakosta/deltia/omilfilip.htm>.

## 2. Λειτουργίες και δράσεις δημόσιας υγείας

---

Η δημόσια υγεία περιλαμβάνει ευρύτερες λειτουργίες και δράσεις, οι κυριότερες των οποίων είναι<sup>20</sup>:

1. Η παρακολούθηση και εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού και των βιολογικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που την επηρεάζουν.
2. Η προστασία και προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των νοσημάτων.
3. Ο έλεγχος και η αποτελεσματική διαχείριση των λοιμωδών νοσημάτων και των άλλων νοσημάτων υψηλού κινδύνου και επιπολασμού.
4. Η προάσπιση των αναγκών υγείας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.
5. Η αντιμετώπιση των έκτακτων και αναδυόμενων κινδύνων και των απρόβλεπτων συνθηκών και συμβάντων από φυσικά ή άλλα αίτια.
6. Η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων και των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία.
7. Η εκτίμηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και η ανάπτυξη μέτρων βελτίωσής τους.
8. Η εκτίμηση των συνεπειών στη δημόσια υγεία από τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης, της βιολογίας και της γενετικής.
9. Η ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα και η διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας.

Η δημόσια υγεία ασκείται από την κεντρική και την περιφερειακή διοίκηση, την αυτοδιοίκηση, τις μονάδες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, στην κοινότητα και στους χώρους ομαδικής διαβίωσης και εργασίας και, γενικά, σε κάθε χώρο κοινωνικής δραστηριότητας. Οι παρεμβάσεις της δημόσιας υγείας είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και ασκούνται με βάση τους κανόνες της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας.

Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας παρέχονται από ειδικούς επιστήμονες που ανήκουν στο Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας και έχουν την απαιτούμενη εκπαίδευση και εμπειρία. Στο Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας συμμετέχουν επιστήμονες από τον ευρύτερο χώρο των επιστημών της υγείας, του περιβάλλοντος, της επικοινωνίας, της εκπαίδευσης, των κοινωνικών και οικονομικών επιστημών.

---

<sup>20</sup> Ν. 3370, ΦΕΚ 176/11/07/2005, *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.

### 3. Πολιτικές και στρατηγικές δημόσιας υγείας

---

Οι πολιτικές και οι στρατηγικές δημόσιας υγείας διαμορφώνονται σύμφωνα με τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας και βασίζονται σε πολλές ακόλουθες προϋποθέσεις<sup>21</sup>, όπως στη διατομεακή συνεργασία σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, στο σχεδιασμό και στις εφαρμογές σε πληθυσμιακή βάση, στη δημιουργία ενιαίων διατομεακών πολιτικών και προγραμμάτων, στην διεπιστημονική προσέγγιση και στις παρεμβάσεις στους καθημερινούς χώρους ζωής και εργασίας και στην ενεργό συμμετοχή του πολίτη, στην χρησιμοποίηση επιστημονικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων με καθορισμένους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους, στην αντιμετώπιση των κοινωνικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και στον αποτελεσματικό έλεγχο και στη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου και στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, στην άρση των ανισοτήτων, στην ικανοποίηση των αναγκών των φτωχών και των ευπαθών ομάδων και στην προαγωγή υγιών τρόπων ζωής.

Η Εθνική Στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία διαμορφώνεται σύμφωνα με όσα ορίζονται στο άρθρο 6 του ν. 3370/2005 και αποβλέπει στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού.

Ειδικότερα, η Εθνική Στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία καθορίζει τους μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους της δημόσιας υγείας, τις δράσεις και τις παρεμβάσεις σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής, προσδιορίζει τους φορείς, τους τομείς και τα επίπεδα της διοίκησης που έχουν την ευθύνη για την πολυτομεακή και διατομεακή εφαρμογή αυτής και τη διεπιστημονική και τεκμηριωμένη προσέγγιση και δεσμεύει όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς της δημόσιας υγείας.

Στο πλαίσιο της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από εισήγηση του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας, ιεραρχούνται οι προτεραιότητες για την πολιτική δημόσιας υγείας και διαμορφώνεται τετραετές Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη δημόσια υγεία, το οποίο υποβάλλεται στο Κοινοβούλιο. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη δημόσια υγεία καθορίζει τις δράσεις και τα προγράμματα, η εφαρμογή των οποίων είναι υποχρεωτική για την περιφερειακή διοίκηση και την αυτοδιοίκηση. Οι απαιτούμενες πιστώσεις για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης εγγράφονται κατ' έτος σε ειδικό φορέα του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

---

<sup>21</sup> Ν. 3370, ΦΕΚ 176/11/07/2005, *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.



Επίσης καθιερώνεται η αξιολόγηση των επιπτώσεων στην υγεία για πολιτικές και προγράμματα μείζονος έκτασης, όταν ζητηθεί από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. προτείνει τις προϋποθέσεις για την απόκτηση της ικανότητας και της τεχνογνωσίας για τη δημιουργία μηχανισμού στον τομέα της αξιολόγησης των επιπτώσεων στην υγεία. Οι υπηρεσίες και οι παρεμβάσεις δημόσιας υγείας που χαρακτηρίζονται ως Εθνικά Προγράμματα Δημόσιας Υγείας, μετά από εισήγηση του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. και απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, παρέχονται δωρεάν από τους αρμόδιους ιατροασφαλιστικούς φορείς ή άλλες εντεταλμένες δημόσιες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των μέτρων ενεργητικής ανοσοποίησης του πληθυσμού, του προσυμπτωματικού ελέγχου κατά φύλο και ηλικία, καθώς και των προγραμμάτων ελέγχου μειζόνων παραγόντων κινδύνου.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από εισήγηση του Ε.ΣΥ.Δ.Υ., καθορίζονται, στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, οι πολιτικές και οι παρεμβάσεις δημόσιας υγείας, των οποίων η εφαρμογή είναι υποχρεωτική για τις περιφέρειες και τις αυτοδιοικήσεις πρώτου και δεύτερου βαθμού. Οι Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και οι Νομαρχιακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας υποχρεούνται σε ετήσια αναφορά πεπραγμένων, η οποία υποβάλλεται στη Διεύθυνση Συντονισμού και Συνεργασίας με τις Περιφέρειες και τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και 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 και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις υποχρεούνται να διενεργούν υγειονομικούς και περιβαλλοντικούς ελέγχους και να αποστέλλουν τα αποτελέσματά τους, σε ηλεκτρονική μορφή, στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Τέλος στο πλαίσιο της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία προωθούνται και υποστηρίζονται δράσεις, στο επίπεδο της κοινότητας, και παρέχονται κίνητρα σε δίκτυα δημόσιας υγείας και οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών για την υλοποίησή τους.

#### 4. Όργανα και δομές της δημόσιας υγείας

---

Οι βασικές οργανωτικές δομές της δημόσιας υγείας παρουσιάζονται στις παρακάτω υποενότητες.

##### 4.1. Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

---

Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης λειτουργεί η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, η οποία υπάγεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και έχει ως αποστολή την προάσπιση της δημόσιας υγείας<sup>22</sup>. Έχει την αποστολή της καθοδήγησης και υποστήριξης του συστήματος δημόσιας υγείας, τη διαμόρφωση των κατάλληλων προϋποθέσεων για τη δημιουργία ενός ισχυρού και αποτελεσματικού συστήματος δημόσιας υγείας, την επίβλεψη και την καθοδήγηση δημιουργίας νέων οργανισμών ή επέκτασης των υφιστάμενων οργανισμών και υπηρεσιών στη δημόσια υγεία, την ανάπτυξη στενής συνεργασίας με τις υπηρεσίες περίθαλψης και φροντίδας για θέματα δημόσιας υγείας και τέλος την συνεργασία με τους Γενικούς Γραμματείς της Περιφέρειας για την προώθηση και βελτίωση των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία<sup>23</sup>.

##### 4.2. Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

---

Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι αρμόδια για την υλοποίηση μέτρων στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, τον έλεγχο των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και την παρακολούθηση και εποπτεία της εφαρμογής των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Προστασία της Δημόσιας Υγείας<sup>24</sup>.

Ειδικότερα, η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας έχει αρμοδιότητες ώστε να καταρτίζει εισηγήσεις για τη δημιουργία πολιτικών και στρατηγικών δημόσιας υγείας, συνεργάζεται στενά με το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. για την ανάπτυξη του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, συντονίζει τους φορείς που είναι αρμόδιοι για την εφαρμογή των πολιτικών δημόσιας υγείας. Επίσης συνεργάζεται με το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. και το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.) στη διαχείριση του κινδύνου και στη λήψη αποφάσεων ταχείας αντίδρασης και εφαρμογής κατάλληλων

---

<sup>22</sup> Δημητροπούλου – Θεοδώρου, Ε. (2008), *Στοιχεία δικαίου δημόσιας υγιεινής*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.

<sup>23</sup> Ν. 3370, ΦΕΚ 176/11/07/2005, *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.

<sup>24</sup> Δημητροπούλου – Θεοδώρου, Ε. (2008), *Στοιχεία δικαίου δημόσιας υγιεινής*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.

μέτρων, με βάση την επιστημονική τεκμηρίωση και τα αποτελέσματα αξιολόγησης του κινδύνου από τους αρμόδιους φορείς. Ακόμη τηρεί Μητρώο Λειτουργιών Δημόσιας Υγείας και Μητρώο Εμπειρογνομόνων Δημόσιας Υγείας, εφοδιάζει τους υπαλλήλους που ασκούν υγειονομικούς ελέγχους με τα απαραίτητα έγγραφα για την απρόσκοπτη εκτέλεση των καθηκόντων τους. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται η διαδικασία έκδοσης, το περιεχόμενο και ο τύπος των ανωτέρω εγγράφων.

Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας συγκροτείται από την Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής, την Διεύθυνση Υγειονομικής Μηχανικής και Υγιεινής Περιβάλλοντος, την Διεύθυνση Φαρμάκων και Φαρμακείων, την Διεύθυνση Συντονισμού και Συνεργασίας με Περιφέρειες και Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, την Διεύθυνση Στοματικής Υγείας, το Αυτοτελές Τμήμα Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το Αυτοτελές Τμήμα Εξαρτησιογόνων Ουσιών. Οι αρμοδιότητες των ανωτέρω Διευθύνσεων και Αυτοτελών Τμημάτων και τα θέματα στελέχωσης τους καθορίζονται από τον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ( Παράρτημα IV).

Τέλος η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας συντονίζει και εποπτεύει τα Δίκτυα Δημόσιας Υγείας (Δ.Δ.Υ.) τα οποία αποτελούν μια από τις καινοτομίες του Ν. 3370/2005 και έχουν ως αντικείμενο, την επιστημονική παρακολούθηση, τον έλεγχο και την αντιμετώπιση ενός νοσήματος ή παράγοντα κινδύνου ή απειλής με υψηλή προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία. Τα Δ.Δ.Υ. είναι τα εργαστήρια, οι κλινικές και οι άλλες μονάδες υγειονομικού ενδιαφέροντος. Οι ανωτέρω φορείς αναγνωρίζονται ως Δ.Δ.Υ. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που εκδίδεται μετά από αιτιολογημένη πρόταση του Δ.Σ. του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων<sup>25</sup> ( Παράρτημα V).

#### **4.3. Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας**

Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας, η οποία προβλέπεται στην παρ. Ι του άρθρου ΙΙ του ν. 3172/2003 μετονομάστηκε σε Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, εντάσσεται στην οργανωτική δομή της οικείας Δ.Υ.ΠΕ. (νυν Υγειονομικής Περιφέρειας) και διατηρεί τις αρμοδιότητες που περιγράφονται στην παρ. 2 του άρθρου 6 του ν. 2503/1997, καθώς και τη διάρθρωση της σε Τμήματα. Εξαιρείται το Τμήμα Πρόνοιας που προβλέπεται στην παράγραφο 4.6 του άρθρου ΙΙ του ν. 3172/2003, το οποίο παραμένει στην οργανωτική δομή της αντίστοιχης Περιφέρειας. Στις Περιφέρειες όπου λειτουργούν περισσότερες από μία Δ.Υ.ΠΕ., η

<sup>25</sup> Ν. 3370, ΦΕΚ 176/11/07/2005, *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.

Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας εντάσσεται στη μεγαλύτερη από αυτές. Οι οργανικές θέσεις της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της κάθε Περιφέρειας μεταφέρονται αυτοδικαίως στην αντίστοιχη Δ.Υ.ΠΕ.. Οι μόνιμοι υπάλληλοι που υπηρετούν στις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Περιφερειών, καθώς και όσοι υπηρετούν με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου μεταφέρονται στις Δ.Υ.ΠΕ. με την ίδια σχέση εργασίας. Η μεταφορά του προσωπικού διενεργείται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Στις οργανικές μονάδες της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας τοποθετούνται ως προϊστάμενοι μέλη του Σώματος Λειτουργών Δημόσιας Υγείας. Το προσωπικό αυτών των Διευθύνσεων υπάγεται στα Υπηρεσιακά Συμβούλια, στα οποία υπάγονται και οι υπόλοιποι υπάλληλοι των Δ.Υ.ΠΕ., με εξαίρεση τον Προϊστάμενο της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και το λοιπό ιατρικό προσωπικό του κλάδου ΠΕ Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., το οποίο, για όλα τα θέματα της υπηρεσιακής του κατάστασης, υπάγεται στο Συμβούλιο Επιλογής Ιατρών Δημόσιας Υγείας και, για τα πειθαρχικά του παραπτώματα, υπάγεται στο Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο του κλάδου Ιατρών Ε.Σ.Υ..

Η Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας υλοποιεί, στη γεωγραφική περιοχή της περιφέρειας, τις πολιτικές και τις παρεμβάσεις Δημόσιας Υγείας του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, ενώ οργανώνει, μόνη της ή σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες δημόσιας υγείας, ειδικά προγράμματα για την προστασία και προαγωγή της δημόσιας υγείας, είτε στο σύνολο της Περιφέρειας αρμοδιότητας της είτε σε συγκεκριμένα τμήματα, περιοχές ή ομάδες του πληθυσμού<sup>26</sup>. Για καθένα από τα προγράμματα αυτά η Διεύθυνση συντάσσει το σύμφωνα με παρ. 1 του άρθρου 12 του ν. 3172/2003 τεχνικό δελτίο, το οποίο υποβάλλεται προς έγκριση στο Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας<sup>27</sup>.

#### **4.4. Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης**

Οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) υποχρεούνται να εφαρμόζουν τις αποφάσεις και τις εγκυκλίους του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας, να διευκολύνουν τον έλεγχο που ασκείται από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, του Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. ή της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας

<sup>26</sup> Δημητροπούλου – Θεοδώρου, Ε. (2008), *Στοιχεία δικαίου δημόσιας υγιεινής*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.

<sup>27</sup> Ν. 3370, ΦΕΚ 176/11/07/2005, *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.

Υγείας, να παρέχουν κάθε στοιχείο ή πληροφορία που ζητείται από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. και 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.

Σε περίπτωση εμφάνισης κινδύνου για τη δημόσια υγεία, ο Διοικητής της Υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) μπορεί να εκδίδει περιφερειακές υγειονομικές διατάξεις για την προστασία της δημόσιας υγείας, μετά από εισήγηση του Διευθυντή Δημόσιας Υγείας και γνώμη του Περιφερειακού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας. Οι περιφερειακές υγειονομικές διατάξεις μπορούν να έχουν ισχύ είτε στο σύνολο είτε σε μέρος της συγκεκριμένης Περιφέρειας<sup>28</sup>. Είναι αξιοσημείωτο ότι κατά τη θέσπιση του νόμου 3370/2005 στις μισές Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις δεν υπηρετούσε νομιάτρος με αποτέλεσμα σε ορισμένες περιοχές να ασκούν περιστασιακά χρέη νομιάτρου αγροτικοί ιατροί Κέντρων Υγείας της εκάστοτε περιοχής<sup>29</sup>.

#### **4.5. Άλλες Υπηρεσίες που προσφέρουν υπηρεσίες στον τομέα της δημόσιας υγείας**

---

Ο νόμος δεν αναφέρεται ρητά σε αυτή την κατηγορία νομικών προσώπων, όπως είναι ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.). Αυτό το εξειδικευμένο σε χώρο του φαρμάκου και συναφών προϊόντων Ν.Π.Δ.Δ. το οποίο λειτουργεί κάτω από την εποπτεία του κράτους ασκούμενη από τον υπουργό υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, έχει ως πρώτιστο σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας. Μπορεί οποτεδήποτε να παρεμβαίνει στην εισαγωγή οποιουδήποτε φαρμακευτικού προϊόντος αν οι ανάγκες της δημόσιας υγείας το επιβάλλουν.

Παρακάτω θα αναλύσουμε τους επιμέρους φορείς που μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες στον τομέα της δημόσιας υγείας αποτελώντας ένα δίκτυο ικανό να περιφρουρήσει την δημόσια υγεία.

##### **4.5.1. Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας**

---

Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει συσταθεί Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.) όπως μετονομάστηκε με το άρ. 8 του Νόμου 3527/2007 το

<sup>28</sup> Ν. 3370, ΦΕΚ 176/11/07/2005, *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.

<sup>29</sup> Μανιάτης, Α. (2007), *Νομοθεσία μονάδων υγείας και πρόνοιας*, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Καλαμάτα.

Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (Κ.ΕΠΙΧ.- Σ.Ο.Τ.Υ.), το οποίο υπαγόταν απευθείας στον υπουργό υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

Αποστολή του Κέντρου είναι ο συντονισμός των φορέων που έχουν την ευθύνη για την υλοποίηση δράσεων σχετικών με την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων που αφορούν στη δημόσια υγεία και στο χώρο της υγείας γενικότερα, η παρακολούθηση και ο συντονισμός των συστημάτων εφημερίας των νοσοκομείων, με σκοπό τη βελτίωση και την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη. Ο συντονισμός αναφέρεται, ιδίως, στην αντιμετώπιση εκτάκτων συνθηκών, συνίσταται δε στον ακριβή καθορισμό αρμοδιοτήτων των εμπλεκόμενων φορέων σε καταστάσεις κρίσης<sup>30</sup>.

Επίσης το Κέντρο σε συνεργασία με το Ε.ΣΥ.Δ.Υ., τις Γενικές Διευθύνσεις και τους εποπτευόμενους φορείς του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εκπονεί επιχειρησιακά σχέδια αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών. Οι υποστηρικτικές δομές του Κέντρου λειτουργούν καθημερινά και σε εικοσιτετράωρη βάση. Επίσης οι λεπτομέρειες οργάνωσης, στελέχωσης και λειτουργίας, καθώς και οι προϋποθέσεις ενεργοποίησής του καθορίζονται με απόφαση του υπουργού, χωρίς αύξηση του συνόλου των οργανικών θέσεων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το πεδίο παρέμβασης και συντονισμού του Κέντρου περιλαμβάνει τον συντονισμό, για την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων, των υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, των υπηρεσιών των Δ.Υ.ΠΕ., των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Ο.Τ.Α. Α' βαθμού, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και των Ν.Π.Ι.Δ. που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης του ιδιωτικού τομέα που εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης<sup>31</sup>.

#### 4.5.2. Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας

Με το νόμο 3172/2003 συστάθηκε το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.). Στοχεύει στον σχεδιασμό της παροχής άριστων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες και σε συνδυασμό με τη βούληση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης να αναβαθμίσει τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, με ένα νέο προσδιορισμό δράσης για τη βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου την Ελλάδα. Σύμφωνα με το νόμο 3370/2005 το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. αποτέλεσε μια ανεξάρτητη αρχή, με

<sup>30</sup> Μανιάτης, Α. (2007), *Νομοθεσία μονάδων υγείας και πρόνοιας*, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Καλαμάτα.

<sup>31</sup> Ν. 3370, ΦΕΚ 176/11/07/2005, *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.

έδρα την Αθήνα, έχει δικό του προϋπολογισμό και γραμματεία και δεν υπόκειται σε οποιονδήποτε διοικητικό έλεγχο. Ο νόμος 3370 ακολούθησε το παράδειγμα άλλων ανεξάρτητων αρχών στην χώρα μας όπως για παράδειγμα η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Α.Π.Δ.Π.Χ.) που είναι συνταγματικά κατοχυρωμένη ανεξάρτητη αρχή που θέτει κανόνες για την προστασία των προσωπικών δεδομένων<sup>32</sup>. Ακόμα το Εθνικό Συμβούλιο Ραδιοτηλεόρασης (Ε.Σ.Ρ.), μία από τις πρώτες ανεξάρτητες αρχές στην Ελλάδα, ιδρύθηκε με το Ν. 1866/1989, κομβικό σημείο στη θεσμική ιστορία της αρχής αποτελεί η συνταγματική κατοχύρωση τόσο των αρμοδιοτήτων της (άρθρο 15 παρ. 2), όσο και του ιδιαίτερου νομικού καθεστώτος των μελών της (άρθρο 101Α) κατά την αναθεώρηση του Απριλίου 2001 και με τις ίδιες διατάξεις κατοχυρώθηκε η ανεξάρτησία του έναντι της εκτελεστικής εξουσίας και η άμεση σύνδεσή του με το Κοινοβούλιο, το οποίο ασκεί έλεγχο στην εν γένει δραστηριότητά του<sup>33</sup>.

Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. έχει αρμοδιότητα να ασκεί την επιστημονική εποπτεία των φορέων δημόσιας υγείας που εποπτεύονται διοικητικά από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με βάση επιστημονικώς τεκμηριωμένα κριτήρια αξιολόγησης και εναρμονίζει, επιστημονικά, το προγραμματικό έργο όλων των φορέων που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία μέσα στο πλαίσιο και τις προτεραιότητες που θέτει ο εθνικός στρατηγικός σχεδιασμός για τη δημόσια υγεία. Επίσης μπορεί να συντάσσει Ετήσια Αναφορά για την Κατάσταση της Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού, η οποία υποβάλλεται στη Βουλή, και εκπονεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία σε συνεργασία με τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ακόμη σε περίπτωση έγερσης αμφισβητήσεων σχετικά με θέματα δημόσιας υγείας, διευθετεί προβλήματα που προκύπτουν από την επικάλυψη αρμοδιοτήτων φορέων δημόσιας υγείας, αξιολογεί την ποιότητα των αντιδράσεων διαχείρισης κρίσεων από τους εκάστοτε εμπλεκόμενους φορείς και αποτιμά τη συμμόρφωση τους με συστάσεις και κατευθυντήριες οδηγίες.

Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. συνεργάζεται με αντίστοιχες Αρχές άλλων Κρατών, Οργανισμούς και Ιδρύματα, σε ζητήματα που άπτονται των αρμοδιοτήτων της και εισηγείται, σχετικά, στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθορίζει επίσης, σε συνεργασία με το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, τα στοιχεία και τους δείκτες που συλλέγονται από το Χάρτη Υγείας σχετικά με την υγεία των πολιτών και τη χρήση και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ενώ, παράλληλα, ελέγχει και διασφαλίζει την ποιότητα τους. Τέλος συντάσσει ετήσια έκθεση πεπραγμένων, η οποία υποβάλλεται στη Βουλή των Ελλήνων και δεν πρέπει να λησμονούμε ότι γνωμοδοτεί για θέματα δημόσιας υγείας είτε αυτεπαγγέλτως είτε κατόπιν ερωτήματος του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

<sup>32</sup> Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, (2008), *Το προφίλ της αρχής*, [www.dpa.gr/portal/page?\\_pageid=33,14957&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://www.dpa.gr/portal/page?_pageid=33,14957&_dad=portal&_schema=PORTAL).

<sup>33</sup> Εθνικό Συμβούλιο Ραδιοτηλεόρασης, (2008), *Προφίλ Συμβουλίου*, [www.esr.gr/history.php](http://www.esr.gr/history.php).

Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. συνεπικουρείται στο έργο του από την Επιστημονική Επιτροπή, η οποία συγκροτείται από δεκαπέντε επιστήμονες που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και καλύπτουν τα παρακάτω γνωστικά αντικείμενα: βιοηθική, γενετική, διατροφή, επιδημιολογία, ιατρική εργασίας, στοματική φροντίδα, έλεγχος λοιμωδών νοσημάτων, χρόνια νοσήματα, ψυχική υγεία, παιδιατρική, βιοπαθολογία ή εργαστηριακή δημόσια υγεία, οικονομικά και πολιτικές της υγείας, προαγωγή υγείας, υγιεινή του φυσικού περιβάλλοντος και κλινική φαρμακολογία.

Στην Επιστημονική Επιτροπή συμμετέχουν ο Γενικός Διευθυντής Υγείας και ο Γενικός Διευθυντής Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και οι Διευθυντές των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγιεινής και Υγειονομικής Μηχανικής και Υγιεινής του Περιβάλλοντος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επίσης μπορεί να συμμετέχουν και άλλοι υπηρεσιακοί παράγοντες, εκπρόσωποι φορέων και, κατά περίπτωση, ειδικοί σε διάφορους τομείς, ανάλογα με το θέμα συζήτησης. Η Επιστημονική Επιτροπή έχει ρόλο γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό και η συμμετοχή των μελών της είναι άμισθη. Συγκαλείται τακτικά τουλάχιστον μία φορά κάθε τρίμηνο και έκτακτα όταν κριθεί αναγκαίο από τον Πρόεδρο του Ε.ΣΥ.Δ.Υ.

Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. συγκροτείται από το Γραφείο του Προέδρου, το Γραφείο Αναφοράς Υγείας του Πληθυσμού και Στρατηγικού Σχεδιασμού, το Γραφείο Επιστημονικής Εποπτείας και Συντονισμού Φορέων Δημόσιας Υγείας και Δικτύων Δημόσιας Υγείας, το Γραφείο Εκπαίδευσης και Έρευνας, το Γραφείο Διεθνούς συνεργασίας και το Γραφείο Δικαιωμάτων Πολίτη, το οποίο επιλαμβάνεται περιπτώσεων παραβίασης του δικαιώματος πρόσβασης σε υπηρεσίες δημόσιας υγείας<sup>34</sup>.

#### 4.5.3. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων

Το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.), το οποίο ιδρύθηκε με το άρθρο 26 του ν. 2071/1992, μετονομάζεται σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), διατηρεί τη μορφή του ως Ν.Π.Ι.Δ., εποπτευόμενο απευθείας από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το Κέντρο συγκροτείται από τις ακόλουθες Διευθύνσεις:

1. Διεύθυνση Λοιμωδών Νοσημάτων και Επειγόντων Συμβάντων
2. Διεύθυνση Πρόληψης Χρόνιων μη-Λοιμωδών Νοσημάτων
3. Διεύθυνση Πρόληψης και ελέγχου ατυχημάτων

<sup>34</sup> Ν. 3370, ΦΕΚ 176/11/07/2005, *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.



4. Διεύθυνση Περιβαλλοντικής Υγιεινής
5. Διεύθυνση Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.)
6. Διεύθυνση Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας
7. Διοικητικού Συντονισμού και Στήριξης.

Το Κέντρο σε περιπτώσεις επιδημιών ή απελευθέρωσης βιολογικών ή χημικών παραγόντων, εισόδου λαθρομεταναστών και κάθε έκτακτης ανάγκης που δημιουργεί κίνδυνο για τη δημόσια υγεία, επεμβαίνει άμεσα με κινητές μονάδες, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και κάθε πρόσφορο μέσο για την προστασία της δημόσιας υγείας<sup>35</sup>. Επίσης το Κέντρο σύμφωνα με το ν. 3370/2005 αναλαμβάνει νέες αυξημένες αρμοδιότητες όπως πρόληψη μη λοιμωδών νοσημάτων, περιβαλλοντική υγιεινή, αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας, ένταξη Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας του οποίου το Κέντρο αναλαμβάνει την ευθύνη και την ανάπτυξη, έτσι με τη νέα οργάνωση να ανταποκρίνεται στο πρότυπο λειτουργίας αντίστοιχων κέντρων του εξωτερικού, όπως το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων<sup>36</sup>.

Συγκεκριμένα οι βασικές λειτουργίες και προτεραιότητες του οργανισμού είναι η πρόληψη των μεταδοτικών νοσημάτων και των χρόνιων παθήσεων, η επιδημιολογική επιτήρηση λοιμωδών νοσημάτων καθώς και νοσημάτων υψηλού επιπολασμού, η προστασία και η προαγωγή της υγείας όλων, η αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων ή απειλών υψηλής προτεραιότητας για την Δημόσια Υγεία, η μελέτη των αναγκών των ευπαθών κοινωνικών ομάδων, συμπεριλαμβανομένου του τρόπου ζωής και των συνθηκών που τις επηρεάζουν και ο σχεδιασμός και υλοποίηση δράσεων που στοχεύουν στη κοινωνική φροντίδα και την κάλυψη των ειδικών αναγκών των ομάδων αυτών. Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. υποστηρίζει και ενδυναμώνει δίκτυα συνεχούς παρακολούθησης και καταγραφής των μεταδοτικών νοσημάτων. Αυτά αποτελούνται από το δίκτυο των κλινικών (Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων και Παθολογικές Κλινικές δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) και το δίκτυο των εργαστηρίων (Κέντρα Αναφοράς και Ελέγχου AIDS καθώς και τα εργαστήρια νοσηλευτικών και διαγνωστικών κέντρων)<sup>37</sup>.

Επίσης αναλύοντας την σπουδαιότητα του Κέντρου θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ένα εμπλεκόμενο φορέα με εκείνο που αναλαμβάνει ρόλους, ευθύνες και ανταποκρίνεται σε περιπτώσεις προβλημάτων που υπάρχουν και διαταράσσουν την ισορροπία της δημόσιας υγείας, το Κέντρο Αναφοράς Γρίπης. Έχει ως κύριες δραστηριότητες την ανίχνευση ιών σε κλινικά δείγματα, την τυποποίηση των στελεχών ιών γρίπης που απομονώνονται από κλινικά δείγματα, την ανίχνευση αντισωμάτων σε δείγματα ορού και τον έλεγχο της ευαισθησίας του ιού στα αντιϊκά φάρμακα. Η προσφορά του Κέντρου είναι σημαντική καθώς μπορεί να ανταποκριθεί στο ρόλο του

<sup>35</sup> Ν. 3370, ΦΕΚ 176/11/07/2005, *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.

<sup>36</sup> Μανιάτης, Α. (2007), *Νομοθεσία μονάδων υγείας και πρόνοιας*, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Καλαμάτα.

<sup>37</sup> Άγνωστος 01/05/2008, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. για και λοιμώδη νοσήματα, <http://www.satie.gr/index.php?inc=pr&lid=1&etos=&rec>.

σε περίπτωση πανδημίας. Σε συνεργασία με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, τον ΕΟΦ, τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας σε νομαρχιακό και περιφερειακό επίπεδο, τα νοσοκομεία, μπορεί να αποτελέσει έναν ακόμα φορέα μελετών και ερευνών χρήσιμο για την δημόσια υγεία και τις λοιπές υπηρεσίες υγείας που χρειάζονται τα αποτελέσματα ερευνών τις οποίες διεξάγουν τα Κέντρα. Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. σήμερα, έχοντας κεφαλοποιήσει την επιστημονική γνώση και την εμπειρία έχει την δυνατότητα να αντεπεξέλθει με επιτυχία στις σύγχρονες και ταχύτατα μεταβαλλόμενες απαιτήσεις και προκλήσεις της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη.

#### *4.5.4. Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας*

---

Το Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας έχει χαρακτήρα διεπιστημονικό, του οποίου τα μέλη πρέπει να διαθέτουν ειδικές σπουδές ή και προϋπηρεσία στο χώρο της δημόσιας υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται τα κριτήρια και η διαδικασία ένταξης στο Σώμα των διαφόρων επαγγελματιών υγείας (ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, κτηνίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι, υγιεινολόγοι μηχανικοί, νοσηλευτές, μαίες, τεχνολόγοι τροφίμων, διατροφολόγοι, επιδημιολόγοι, βιοστατιστικοί διοίκησης υπηρεσιών υγείας και άλλοι επιστήμονες που διαθέτουν τίτλους σπουδών στον τομέα της δημόσιας υγείας). Στο Σώμα μπορούν να ενταχθούν οι επόπτες δημόσιας υγείας και οι επισκέπτες υγείας που κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στη δημόσια υγεία ή πενταετή προϋπηρεσία.

Στο προσωπικό που εντάσσεται στο Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας χορηγείται μηνιαίο επίδομα αυξημένης ευθύνης. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται το ύψος του επιδόματος για κάθε κατηγορία προσωπικού του Σώματος και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια για την καταβολή του.

Επίσης επιτρέπεται η μετάταξη ιατρών που υπηρετούν σε εποπτευόμενους από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης φορείς και οργανισμούς, καθώς και σε άλλα Υπουργεία, προς την Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και προς τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων. Η μετάταξη διενεργείται, μετά από αίτηση του ιατρού, με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, κατά παρέκκλιση κάθε άλλης διατάξεως

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από γνώμη του Ε.ΣΥ.Δ.Υ., καθορίζεται ο αναγκαίος αριθμός Ιατρών Δημόσιας Υγείας ανά περιφέρεια. Οι κενές θέσεις Ιατρών Δημόσιας Υγείας προκηρύσσονται και στους τρεις βαθμούς. Οι θέσεις με

βαθμό Διευθυντή και με βαθμό Α' καταλαμβάνονται, κατά 60%, από υπηρετούντες σε θέση αμέσως κατώτερου βαθμού που προάγονται βαθμολογικά κατά τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 16 του ν. 3172/2003 και, κατά 40 %, ύστερα από προκήρυξη. Ακόμη για την κατάληψη θέσης Διευθυντή απαιτείται δεκαετής κατοχή τίτλου ειδικότητας ή μεταπτυχιακού τίτλου και αντίστοιχη προϋπηρεσία, ενώ για την κατάληψη θέσης στο βαθμό Β' και στο βαθμό Α' απαιτούνται τα προβλεπόμενα στην παρ. 6 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997<sup>38</sup>.

Στο νόμο 3370/2005 η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας δημιούργησε, μόλις τρεις θέσεις, πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, μόνιμων Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ.. Μπορούμε να αντιληφθούμε ότι προσλήφθηκαν τρεις μόνο ιατροί στη Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας με αποτέλεσμα αυτής της ρύθμισης να είναι η έλλειψη εξειδικευμένου προσωπικού που υπηρετεί σε θέσεις ευθύνης.

#### 4.5.5. Εθνικό Κέντρο Παρακολούθησης και Παρέμβασης

---

Στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της Πολιτείας εντάσσεται το Εθνικό Κέντρο Παρακολούθησης και Παρέμβασης (Ε.ΚΕ.ΠΑ.Π.). Αρμοδιότητες του είναι η συγκέντρωση, επεξεργασία, καταχώρηση, ανάλυση και διάχυση πληροφοριών τόσο προς το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης όσο και προς το κοινωνικό σύνολο. Άμεσα συνδεδεμένα με το Κέντρο είναι τα νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, οι ιδιωτικές κλινικές και οι ιδιώτες γιατροί, με ενδιάμεσο σταθμό τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση<sup>39</sup>. Η πολιτεία αναπτύσσει το σύστημα επιτήρησης Δημόσιας Υγείας με το:

- ✓ Σύστημα Υποχρεωτικώς Δηλούμενων Νοσημάτων
- ✓ Σύστημα Εργαστηριακής Καταγραφής
- ✓ Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

#### 4.5.6. Λοιποί φορείς ως Κέντρα Αναφοράς δημόσιας υγείας

---

Μια ακόμα καινοτομία του ν.3370/2005 αποτελούν τα εργαστήρια, τα Τμήματα των Α.Ε.Ι. και της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας και Μονάδες Νοσοκομείων ή άλλων φορέων του ευρύτερου δημόσιου τομέα που μπορούν να αναγνωρίζονται ως Κέντρα Αναφοράς για συγκεκριμένα θέματα

<sup>38</sup> Ν. 3370, ΦΕΚ 176/11/07/2005, *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.

<sup>39</sup> Φιλίπππου Β. (2007), *Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα*, Διευθύντρια Γενικού Νοσοκομείου Πατησίων <http://www.parliament.gr/papakosta/deltia/omilfilip.htm>.

δημόσιας υγείας και να τους ανατίθενται αντίστοιχα ερευνητικά προγράμματα ή μελέτες ή και παροχή εξειδικευμένων σχετικών υπηρεσιών με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Οι όροι και οι προϋποθέσεις της συνεργασίας του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. με τα Κέντρα Αναφοράς καθορίζονται με προγραμματική σύμβαση μεταξύ αυτού και του φορέα στον οποίο υπάγονται τα Τμήματα και οι Μονάδες.

Τα Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και βρίσκονται σε λειτουργική διασύνδεση με το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας<sup>40</sup> (Κ.Ε.Δ.Υ.). Έχει υιοθετηθεί ο θεσμός των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και ιδρυθεί τέτοια στη Θεσσαλονίκη, στην Αχαΐα, στην Αλεξανδρούπολη και στα Ιωάννινα, ενώ έχει προγραμματιστεί η ίδρυση και λειτουργία στην Κρήτη και στη Μυτιλήνη. Δυστυχώς κανένα από τα Π.Ε.Δ.Υ. που έχουν ιδρυθεί δεν βρίσκεται σε πλήρη λειτουργία. Το Π.Ε.Δ.Υ. Θεσσαλονίκης δεν λειτουργεί λόγω έλλειψης προσωπικού, το Π.Ε.Δ.Υ. Αχαΐας υπολειτουργεί λόγω θέσης εγκατάστασής του (Ναύπακτος), ενώ στην Αλεξανδρούπολη και τα Ιωάννινα λόγω ελλιπούς στελέχωσης.

Το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, κατά τις διατάξεις του άρθρου 10 του Π.Δ. 95/2000 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» αποτελούσε Τμήμα της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας του Υπουργείου Υγείας, ενώ σε μεταγενέστερο ν. 3172/2003 μετατράπηκε σε Διεύθυνση Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας και εντάχθηκε στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. σαν μία από τις διευθύνσεις του<sup>41</sup>.

Αναλυτικότερα το Κ.Ε.Δ.Υ συντονίζει, εποπτεύει και ελέγχει το επιστημονικό έργο των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ), αναπτύσσει διατομεακή συνεργασία και δράση με άλλες υπηρεσίες του δημοσίου τομέα στα αντικείμενα της δραστηριότητάς του και συμβάλλει στη διάγνωση, επισήμανση και λύση των σημαντικών υγειονομικών προβλημάτων της χώρας. Αναλαμβάνει η ίδια Διεύθυνση την εκτέλεση προγραμμάτων εργαστηριακού ελέγχου νερών, τροφίμων και ποτών ή άλλων εργαστηριακών εξετάσεων, είτε στα πλαίσια του προγραμματισμού των δραστηριοτήτων του είτε της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας των Περιφερειών είτε για λογαριασμό φορέων της τοπικής ή νομαρχιακής αυτοδιοίκησης Α και Β βαθμού και σε άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα, έναντι ανταποδοτικού τέλους.

Αντικείμενο της δραστηριότητας της Διεύθυνσης του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας είναι κυρίως ο υγειονομικός έλεγχος της ποιότητας των θαλασσιών και χερσαίων υδάτων και ο υγειονομικός έλεγχος των επεξεργασμένων λυμάτων, των τροφίμων και ποτών, των πρόσθετων ουσιών σε τρόφιμα και ποτά, η έγκαιρη απομόνωση, ταυτοποίηση και τυποποίηση παθογόνων μικροοργανισμών σε περίπτωση επιδημιών, η εργαστηριακή και τεχνολογική

<sup>40</sup> Μανιάτης, Α. (2007), *Νομοθεσία μονάδων υγείας και πρόνοιας*, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Καλαμάτα.

<sup>41</sup> Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, *Τα Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα - Το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας*, Διαθέσιμο: [http://epidem.med.uth.gr/gr/info\\_more.html](http://epidem.med.uth.gr/gr/info_more.html).

υποστήριξη των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, η τήρηση και η επεξεργασία των στοιχείων που προκύπτουν από τους υγειονομικούς ελέγχους, η υποβολή αναφορών και διαβίβαση στοιχείων σε αρμόδιες δικαστικές ή ελεγκτικές αρχές, όταν προκύπτουν ενδείξεις ή παράβασης διατάξεων για την προστασία της Δημόσιας Υγείας, η έκδοση πιστοποιητικών ή βεβαιώσεων για θέματα αρμοδιότητάς του, η εκπαίδευση, μετεκπαίδευση ή ειδίκευση του υγειονομικού προσωπικού, επιστημονικού και τεχνικού, και η άσκηση ιατρών για απόκτηση της ειδικότητας βιοπαθολογίας, η εκτέλεση επιστημονικής έρευνας σε όλους του τομείς υγιεινής, καθώς και σε θέματα διεθνούς επιδημιολογικού ενδιαφέροντος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και άλλων διεθνών οργανισμών, η συνδρομή στα Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας, στις κινητές μονάδες και τα κέντρα αναφοράς.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα της σπουδαιότητας του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας αποτέλεσε η παρουσία του τόσο κατά την προετοιμασία όσο και κατά τη διάρκεια των Ολυμπιακών αγώνων του 2004, η οποία συνέβαλε ουσιαστικά στο πρόγραμμα των προληπτικών ελέγχων για την προστασία της Δημόσιας Υγείας. Συνολικά στο Κ.Ε.Δ.Υ. πραγματοποιήθηκαν 690 εργαστηριακοί έλεγχοι τροφίμων, 1870 εργαστηριακοί έλεγχοι πόσιμων υδάτων δικτύων ύδρευσης και 530 εργαστηριακοί έλεγχοι υδάτων αναψυχής. Στο πρόγραμμα ελέγχου περιλήφθηκαν όλα τα νοσοκομεία των ολυμπιακών πόλεων<sup>42</sup>.

Οι Τομείς Κοινωνικής Ιατρικής των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. μετονομάζονται σε Τομείς Δημόσιας Υγείας οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής και προστασίας της υγείας, ελέγχου και αντιμετώπισης των νοσοκομειακών λοιμώξεων σε συνεργασία με τις Επιτροπές Νοσοκομειακών Λοιμώξεων των Νοσοκομείων, διαχείρισης των νοσοκομειακών αποβλήτων, ελέγχου της ποιότητας τροφίμων, υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας των εργαζομένων στο νοσοκομείο, καθώς και σε παραγωγικές μονάδες και επιχειρήσεις της περιοχής του. Επίσης, συμβάλλουν στον αποτελεσματικό σχεδιασμό και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου, αναπτύσσουν την κλινική επιδημιολογία και τη βιοστατιστική και αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του και στον καλύτερο συντονισμό με τις υπηρεσίες υγείας και φροντίδας άλλων μονάδων και φορέων. Οι τομείς Δημόσιας Υγείας αναπτύσσονται στα Νοσοκομεία Ε.Σ.Υ. που διαθέτουν πάνω από 100 κλίνες και τροποποιούνται οι οργανισμοί των μονάδων ώστε να ενσωματώνουν τον παραπάνω τομέα και τα τμήματα που σχετίζονται με τις αντίστοιχες δραστηριότητες, όπως τα Τμήματα Επισκεπτών Υγείας των Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. εντάσσονται στους Τομείς Δημόσιας Υγείας των Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.<sup>43</sup>.

<sup>42</sup> Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, *Τα Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα - Το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας*, Διαθέσιμο: [http://epidem.med.uth.gr/gr/info\\_more.html](http://epidem.med.uth.gr/gr/info_more.html).

<sup>43</sup> Ν. 3370, ΦΕΚ 176/11/07/2005, *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις*, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.

Επίσης μεγάλης σημασίας είναι η ύπαρξη και η διασύνδεση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας με τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και η έμφαση που δίνεται στην εκπαίδευση και την έρευνα<sup>44</sup>. Έτσι στην προσπάθεια για την προαγωγή στελεχών δημόσιας υγείας με επιστημονική επάρκεια και κατάρτιση και λαμβάνοντας υπόψη αφενός τα διεθνώς ισχύοντα σε άλλες αναπτυγμένες χώρες, όπως η Μεγάλη Βρετανία, οι Η.Π.Α., αλλά και τη μικρή συμμετοχή της ειδικότητας της Κοινωνικής Ιατρικής στις δραστηριότητες της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα, μετονομάζεται η ειδικότητα της Κοινωνικής Ιατρικής σε ειδικότητα Ιατρικής της Δημόσιας Υγείας, με απόφαση του υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που εκδίδεται με γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζεται το αντικείμενο της εκπαίδευσης στην ειδικότητα, οι προϋποθέσεις απόκτησής της καθώς και η κατανομή των θέσεων ειδικευομένων ανά Δ.Υ.ΠΕ.. Έτσι ορίστηκε ότι εντός τριών ετών από την ημερομηνία δημοσίευσης του ν. 3370/2005 θα προκηρύσσονται οι κενές οργανικές θέσεις ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. και στα τρία επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια), για τις κεντρικές υπηρεσίες του Υ.Υ.Κ.Α. και τις υπηρεσίες των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων από το Νομάρχη. Η κάλυψη των κενών θέσεων αποτελεί βασική προτεραιότητα στην αντιμετώπιση του προβλήματος στελέχωσης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.

Επίσης οι δραστηριότητες προαγωγής της υγείας και πρόληψης νόσων, αναπτύσσονται και από τα Κέντρα Υγείας, δηλαδή σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σχεδιάζονται σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας σε νομαρχιακό ή και περιφερειακό επίπεδο και εντάσσονται στο στρατηγικό σχεδιασμό και στις προτεραιότητες της περιφέρειας. Όσον αφορά το επίπεδο δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας τα Νοσοκομεία Ε.Σ.Υ. συνεργάζονται με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας του Νομού ή της Περιφέρειας, συμμετέχοντας στη σύνταξη της αναφοράς υγείας και στο σχεδιασμό παρεμβάσεων δημόσιας υγείας. Τονίζεται ότι τα βασικότερα εγχειρήματα του νόμου 3370 έγκεινται στη στενή διασύνδεση των Υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ. με τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η διάχυση αυτών των πολιτικών στο σύνολο του υγειονομικού συστήματος.

Εξάλλου τα Διασυνοριακά Κέντρα Δημόσιας Υγείας (ΔΙ.ΚΕ.Δ.Υ.) εντάσσονται ως διακριτές υπηρεσίες υγείας στα πλησιέστερα Κέντρα Υγείας ή Νοσοκομεία της περιοχής στη οποία δραστηριοποιούνται. Οι οργανικές θέσεις που έχουν συσταθεί με την πράξη ίδρυσής τους μεταφέρονται στα αντίστοιχα Κέντρα Υγείας ή Νοσοκομεία<sup>45</sup>.

Τέλος δεν πρέπει να λησμονούμε ότι στην χώρα μας δραστηριοποιείται ένας ακόμη φορέας περιφρούρησης της δημόσιας υγείας, η Διεύθυνση Υγειονομικού των Ενόπλων Δυνάμεων. Αποστολή της Διεύθυνσης Υγειονομικού είναι η εξασφάλιση της υγείας και της επιχειρησιακής

<sup>44</sup> Φίλιππου Β. (2007), *Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα*, Διευθύντρια Γενικού Νοσοκομείου Πατρών <http://www.parliament.gr/papakosta/deltia/omilfilip.htm>.

<sup>45</sup> Μανιάτης, Α. (2007), *Νομοθεσία μονάδων υγείας και πρόνοιας*, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Καλαμάτα.

ικανότητας του προσωπικού των Ενόπλων Δυνάμεων στην ειρήνη και στον πόλεμο και η συνδρομή του στην πολιτεία για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών. Η Δ/ση Υγειονομικού παρέχει ολοκληρωμένη υγειονομική υποστήριξη και φροντίδα υγείας για το Ένστολο προσωπικό (αξιωματικούς, υπαξιωματικούς και οπλίτες), τα μέλη των οικογενειών αυτών, τους αποστράτους και τα μέλη των οικογενειών τους, το προσωπικό Σωμάτων Ασφαλείας, λοιπούς δικαιούχους και μη. Η Διεύθυνση Υγειονομικού των Ενόπλων Δυνάμεων δραστηριοποιείται στην υγειονομική υποστήριξη των διακλαδικών επιχειρήσεων και ειρηνευτικών αποστολών, στην εξασφάλιση ετοιμότητας και τακτικών πλεονεκτημάτων στον πόλεμο, στη συνολική αντιμετώπιση των ασθενών ανεξαρτήτως κλάδου, στην επίτευξη μέγιστου επιστημονικού οφέλους στην εξοικονόμηση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε κρίσιμες ειδικότητες, στην αξιοποίηση και στην εκμετάλλευση των υπαρχόντων μέσων υψηλής τεχνολογίας και στην υλοποίηση των προτάσεων για αντιμετώπιση μαζικών απωλειών υγείας.

Η Δ/ση Υγειονομικού προσελκύει προσωπικό ιατρικό και νοσηλευτικό από Υγειονομικούς Αξιωματικούς προερχόμενους από τις Παραγωγικές Σχολές ΣΣΑΣ (Στρατιωτική Σχολή Αξιωματικών Σωμάτων) και ΣΑΝ (Σώμα Αξιωματικών Νοσηλευτικής), το διοικητικό και λοιπό προσωπικό αποτελείται από στελέχη προερχόμενα από τις παραγωγικές σχολές μόνιμων υπαξιωματικών του εκάστοτε κλάδου ΣΜΥ (Σχολή Μόνιμων Υπαξιωματικών), ΣΜΥΝ (Σχολή Μόνιμων Υπαξιωματικών Ναυτικού) και ΣΤΥΑ (Σχολή Τεχνικών Υπαξιωματικών Αεροπορίας), και λοιπούς αξιωματικούς, ανθυπασιπιστές και υπαξιωματικούς (Ε.Μ.Θ. – Εθελοντές Μακράς Θητείας, Ε.Π.Υ. Εθελοντής Πενταετούς Υποχρέωσης, ΕΠ.ΟΠ. – Επαγγελματίες Οπλίτες)<sup>46</sup>.

#### 4.6. Εκπαίδευση και έρευνα στη δημόσια υγεία

Ο νόμος 3370/2005 περιέχει ειδικές διατάξεις για το ζήτημα της εκπαίδευσης και της έρευνας στο πεδίο της δημόσιας υγείας. Η βασική ρύθμιση είναι ότι οι επαγγελματίες και οι επιστήμονες δημόσιας υγείας που εντάσσονται στο Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας υποχρεούνται σε διαβίου επαγγελματική εκπαίδευση, η ελάχιστη ετήσια διάρκεια της οποίας προσδιορίζεται από το Ε.ΣΥ.Δ.Υ.. Η επιμόρφωση αντιστοιχεί σε εγκεκριμένα προγράμματα κατάρτισης Α.Ε.Ι και Τ.Ε.Ι., της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας ή άλλων αναγνωρισμένων δημόσιων φορέων.

Οι βασικοί κλάδοι εξειδίκευσης στη δημόσια υγεία περιλαμβάνουν την επιδημιολογία, την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας, το σχεδιασμό και την αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας και παρεμβάσεων, την πολιτική υγείας και την περιβαλλοντική υγιεινή. Στην Ε.Σ.Δ.Υ δίδεται έμφαση στην εκπαίδευση και την έρευνα για την δημόσια υγεία σε δώδεκα τομείς αυτής

<sup>46</sup> Γενικό Επιτελείο Εθνικής Άμυνας, Δ/ση Υγειονομικού, Διαθέσιμο: [http://www.geetha.mil.gr/index.asp?a\\_id=1495](http://www.geetha.mil.gr/index.asp?a_id=1495).

στην οποία δραστηριοποιείται με αποτέλεσμα να αποτελεί επιτελικό όργανο που οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να απευθύνονται (για την Ε.Σ.Δ.Υ. θα αναφερθούμε σε παρακάτω ενότητα με περισσότερες λεπτομέρειες).

Εξάλλου ρυθμίζονται και μισθολογικά θέματα των διδασκόντων στην Ε.Σ.Δ.Υ., πρόκειται για μια πολιτική επιδομάτων (διδασκτικής προετοιμασίας, βιβλιοθήκης, ερευνητικό) η οποία οφείλεται στο γεγονός ότι οι εκπαιδευτικοί αυτοί είναι υψηλού επιστημονικού επιπέδου αλλά εξαιτίας της απουσίας κινήτρων διαρρέουν προς ιδρύματα της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης<sup>47</sup>.

## 5. Μονάδες παροχής υπηρεσιών δημόσιας υγείας

---

Η ανάλυση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας κρίνεται απαραίτητη, έτσι θα παρατεθεί σε αυτή την ενότητα.

### 5.1. Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

---

Η πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι στενά συνδεδεμένη με τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις που επικράτησαν στην χώρα μας ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της. Η Μικρασιατική καταστροφή, οι δυο παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος, οι δικτατορίες και πολλοί άλλοι παράγοντες καθόρισαν την πορεία ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους και των υπηρεσιών υγείας. Παρά τα σημαντικά αυτά προβλήματα που άφησαν την Ελλάδα τουλάχιστον είκοσι χρόνια πίσω, σε σύγκριση με άλλες Δυτικές χώρες, συγκροτήθηκε ένας υγειονομικός τομέας που απορροφά το 8,3% του Α.Ε.Π. και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού<sup>48</sup>.

Μετά τη σύσταση του ελληνικού κράτους δεν εφαρμόστηκε σαφής υγειονομική πολιτική. Το κράτος και διάφοροι φιλανθρωπικοί φορείς παρεμβαίνουν περιστασιακά και ασυντόνιστα, δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση των επιδημιών και σε ρυθμίσεις σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη κυριαρχεί η ιδέα της φιλανθρωπίας και ιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία με ατομική πρωτοβουλία ευεργετών, ενώ ιδρύονται ταμεία αλληλοβοήθειας που παρείχαν κάλυψη για ατυχήματα και ασθένεια. Η απουσία εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού συντείνει στην αδυναμία υλοποίησης υγειονομικών προγραμμάτων.

---

<sup>47</sup> Μανιάτης, Α. (2007), *Νομοθεσία μονάδων υγείας και πρόνοιας*, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Καλαμάτα.

<sup>48</sup> Μαστρογιάννης Ι., (1960), *Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 1821 – 1960*, Αθήνα.



Η πρώτη κρατική ενέργεια καταγράφεται το 1833, όταν η Γραμματεία Εσωτερικών επιφορτίζεται και με καθήκοντα της «υγειονομικής αστυνομίας» και αναλαμβάνει να συγκροτήσει την πρώτη κεντρική υγειονομική οργάνωση της χώρας, εξουσιοδοτημένη να ρυθμίζει όλα τα σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος θέματα, την ίδρυση υγειονομικών καταστημάτων και την καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων. Την ίδια χρονιά εισάγεται ο θεσμός του νομίατρου, που ήταν υπεύθυνος για όλα τα θέματα υγείας του νομού. Στο χώρο της εκπαίδευσης, ιδρύεται το 1837, η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και ένα χρόνο αργότερα συστήνεται η μαιευτική σχολή. Το 1864 με πρώτη υγειονομική νομοθετική πράξη συστήνεται ο «Οργανισμός του Φρενοκομείου της Κέρκυρας». Τα πρώτα αλληλοβοηθητικά ταμεία (του ΝΑΤ, των Μεταλλωρύχων, και των Δημοσίων Υπαλλήλων) άρχισαν να ιδρύονται από το 1861 και έπειτα. Το 1875 ιδρύεται το σώμα νοσοκόμων γυναικών του Ευαγγελισμού και το 1911 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύει μια σειρά νοσηλευτικών σχολών.

Το 1917 συστήνεται το Υπουργείο Περιθαλψης και εκδίδονται οι πρώτοι νόμοι για τη δημόσια υγεία, ενώ παράλληλα θεσπίζονται μέτρα ασφάλισης υγείας και προστασίας στους χώρους εργασίας. Το 1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης και με τον νόμο 2868 προβλέπονται για πρώτη φορά ενιαίοι και υποχρεωτικοί κανόνες για την σύσταση ταμείων ασφάλισης μισθωτών και καθιερώνεται η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδότη και εργαζόμενου.

Η οικονομική κρίση του 1929 σε συνδυασμό με την συσσώρευση προσφύγων της μικρασιατικής καταστροφής κάνουν επιτακτική την κρατική παρέμβαση στους τομείς στέγασης, συνθηκών υγιεινής και κοινωνικής ασφάλισης. Δημιουργούνται 35 νέα προσωρινά νοσοκομεία με 2.630 κλίνες για την αντιμετώπιση αυτών των πιεστικών αναγκών που δημιουργήθηκαν. Τα περιορισμένα οικονομικά και κοινωνικά προγράμματα οδήγησαν πολλές επαγγελματικές κατηγορίες να δημιουργήσουν τα δικά τους ασφαλιστικά ταμεία. Κύριος στόχος των ταμείων ήταν η κάλυψη των κινδύνων γήρατος, ανεργίας και ασθένειας. Το 1934 ιδρύεται το ΙΚΑ (νόμος 6298), με σκοπό την ασφάλιση υγείας των μισθωτών των αστικών κέντρων και την παροχή συντάξεων. Το ΙΚΑ άρχισε να λειτουργεί τρία χρόνια αργότερα (1937) εξαιτίας οικονομικών προβλημάτων και κάλυπτε τους κινδύνους ασθένειας, γήρατος και ανεργίας των εργαζομένων στα αστικά κέντρα και ειδικότερα σε βιομηχανίες με πάνω από 70 εργαζόμενους. Την περίοδο αυτή μόνο το 1/3 του πληθυσμού είχε ασφαλιστική κάλυψη.

Από το 1935 και έπειτα εκδίδονται διατάγματα για την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και με κρατική χρηματοδότηση συστήνονται κρατικά νοσοκομεία. Με τον νόμο 965/37 δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση και λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων. Από την στατιστική επετηρίδα της εποχής εκείνης φαίνεται ότι το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με 13.000 κλίνες, ενώ πέντε χρόνια αργότερα οι

κλίνες έφθασαν τις 16.000 και ο αριθμός των νοσοκομείων τα 117. Η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη την περίοδο αυτή διαθέτει 209 κλινικές με 2.300 κλίνες.

Με τον Ν. 965/37 οργανώθηκε η δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα, ενώ με τον Ν 2769/1941 δόθηκε η δυνατότητα στον εκάστοτε υπουργό υγείας και υπουργό οικονομικών να ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των αναγκών του Β' Παγκοσμίου πολέμου<sup>49</sup>. Τα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν με τον νόμο αυτό παρέμειναν σε λειτουργία και μετά το τέλος του πολέμου για να καλύψουν τις σημαντικές ανάγκες νοσοκομειακής περίθαλψης.

Είναι φανερό ότι οι χρονολογίες – ορόσημα για την έναρξη υπηρεσιών υγείας ή ασφαλιστικής κάλυψης συνδέονται με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συγκυρίες, όπως με το τέλος του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, τη Μικρασιατική καταστροφή, την Παγκόσμια οικονομική κατάρρευση του 1929, αλλά και με τους κοινωνικούς αγώνες διάφορων κοινωνικών ομάδων για το δικαίωμα στην εργασία και την κοινωνική ασφάλιση.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, οι υποδομές του τομέα υγείας σε ειδικευμένο προσωπικό και εγκαταστάσεις παρουσίαζαν σημαντικές ελλείψεις. Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό παρουσίαζε υψηλό βαθμό συγκέντρωσης, αφού για παράδειγμα και οι 405 διπλωματούχες νοσοκόμες εργαζόντουσαν στην Αθήνα, ενώ στα επαρχιακά νοσοκομεία εργαζόντουσαν πρακτικές νοσοκόμες.

Σύμφωνα με τα πρακτικά των συζητήσεων της Βουλής του 1953, υπήρχαν 3.456 νοσοκόμες και μαιές ενώ οι απαιτούμενες ανάγκες για την κάλυψη θέσεων εργασίας ήταν 8.676 νοσοκόμες. Σε πολλά μαιευτήρια χρησιμοποιούταν πρακτικές μαιές, ενώ η αναγνώριση της αξίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν χαμηλή.

Με τον Ν. 2592/53 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», αναδιοργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας και εφαρμόζεται διοικητική αποκέντρωση στον τομέα της υγείας με βάση τον πληθυσμό και την νοσηρότητα. Δίνεται έμφαση στον κοινωφελή χαρακτήρα της νοσοκομειακής περίθαλψης και επιχειρείται η ορθολογική γεωγραφική κατανομή των υλικών και των ανθρώπινων πόρων υγείας. Ο νόμος όμως εφαρμόστηκε μερικώς ή με κάποιες τροποποιήσεις. Τα χρόνια που ακολούθησαν ιδρύονται αρκετά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί για τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού, ενώ το Ι.Κ.Α. και άλλοι φορείς συνεχίζουν ασυντόνιστα και απρογραμματίστα να δημιουργούν νέες μονάδες υγείας. Στην δεκαετία του 1960 επεκτείνεται η κοινωνική ασφάλιση στους αγρότες, τους αυτοαπασχολούμενους και τους δημόσιους υπαλλήλους με κύριο χαρακτηριστικό την κατάτμηση του συστήματος σε πολλούς φορείς με διαφορετικά νομικά καθεστάτα λειτουργίας και διαφορετικά επίπεδα παροχών. Ως εκ' τούτου εμφανίστηκαν ανισότητες και διαφοροποιήσεις ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ως προς τη χρηματοδότηση του συστήματος.

<sup>49</sup> Αλεξιάδης, Δ. (1999). *Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας*, Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη.

Το ύψος των δαπανών υγείας δεν ξεπερνούσε το 2,5% του ΑΕΠ, τη στιγμή που οι ετήσιοι ρυθμοί ανάπτυξης της οικονομίας ήταν γύρω στο 8%, μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν είχε ιατρική περίθαλψη, ενώ η απουσία κεντρικού συντονιστικού οργάνου συνέτεινε στην έντονη γεωγραφική κατανομή των υλικών και ανθρώπινων πόρων.

Το 1961 ψηφίζεται ο νόμος 4169/61 με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) για να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό. Ο νόμος αυτός, μαζί με εκείνο για την ίδρυση του Ι.Κ.Α. αποτελούν τους δυο σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Στις δεκαετίες του '60 και '70 η ελληνική οικονομία σημειώνει ραγδαία ανάπτυξη (κυρίως στον κατασκευαστικό τομέα) και η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών βασιζόταν κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών και παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη.

Η δικτατορία της περιόδου εκείνης εμπόδισε την διαμόρφωση συγκεκριμένης πολιτικής για την υγεία<sup>50</sup>, με αποτέλεσμα την υπανάπτυξη του χώρου. Το κύριο πρόβλημα δεν ήταν τόσο η ανισόρροπη ανάπτυξη μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, αλλά η ίδια η μεταξύ τους σχέση και λειτουργία. Μια σχέση που υπάκουε όχι σε προκαθορισμένες ρυθμίσεις και κανόνες, αλλά αντίθετα βασιζόταν σε ένα πλέγμα καταστρατηγήσεων και ανεξέλεγκτων διαδικασιών παροχής υπηρεσιών και χρηματοδότησης. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό εκείνης της εποχής ήταν οι έντονες ανισότητες στην πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας, έτσι όπως αυτές εκφράζονται μέσα από την ανισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών, του ιατρικού δυναμικού και των οικονομικών πόρων μεταξύ κέντρου και περιφέρειας

Για την αντιμετώπιση των οξύτατων προβλημάτων του υγειονομικού τομέα διατυπώθηκαν προτάσεις για την αναδιοργάνωση του συστήματος, σημαντικότερες από τις οποίες είναι οι ακόλουθες:

Το σχέδιο Πάτρα (1968), που πρότεινε τη δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας, τη σύσταση ενός συντονιστικού υγειονομικού οργάνου, την εισαγωγή του θεσμού των γενικών γιατρών, τη σύσταση περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων και τη σύνταξη εθνικού συνταγολογίου.

Η έκθεση του Κ.Ε.Π.Ε. (1976) που πρότεινε τη θέσπιση μηχανισμού συντονισμού και συνεργασίας των υφιστάμενων φορέων με την ίδρυση ενιαίου ταμείου υγείας και την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών. Το νομοσχέδιο Δοξιάδη (1980) που πρότεινε τη δημιουργία εθνικού φορέα υγείας, το θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών και την ίδρυση αγροτικών κέντρων υγείας. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80 τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα παρέμεναν σημαντικά και οι πιέσεις για μια δραστική κρατική παρέμβαση που θα περιόριζε την εμπορευματοποίηση και την παραοικονομία στο χώρο της υγείας γινόντουσαν

<sup>50</sup> Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1994), *Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος*, Αθήνα.

ολοένα και μεγαλύτερες. Οι πρώτες ενέργειες της σοσιαλιστικής κυβέρνησης του Πανελληνίου Σοσιαλιστικού Κινήματος (ΠΑΣΟΚ) ήταν η ψήφιση του νόμου 1278/82 για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και του νόμου 1316/83 για τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης.

Ο Ν. 1397/1983 θεσμοθέτησε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.), το οποίο αποτέλεσε τη μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Για πρώτη φορά έμπαιναν τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας στο οποίο θα είχαν δωρεάν πρόσβαση όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως πνευματικού, οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου τους, απολαμβάνοντας με αυτό τον τρόπο το ύψιστο κοινωνικό αγαθό της υγείας. Οι αρχές στις οποίες στηρίζονταν ο νέος νόμος είναι αυτές της αναγνώρισης της υγείας ως κοινωνικού αγαθού, της ισότητας στην παροχή των υπηρεσιών και στην κατανομή των πόρων, της αποκέντρωσης, της εφαρμογής ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης, λειτουργίας, προγραμματισμού και σχεδιασμού των υπηρεσιών. Βασικός κατευθυντήριος άξονας ήταν το ευρύτερο κοινωνικό και λαϊκό συμφέρον στο ενιαίο πλαίσιο της ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης δόθηκε έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, (με τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας, τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και προληπτικής υγιεινής), στη δευτεροβάθμια περίθαλψη (νομαρχιακά νοσοκομεία) και στην τριτοβάθμια περίθαλψη που υλοποιούνταν μέσα από τα περιφερειακά νοσοκομεία, τα ειδικά νοσοκομεία, τις ερευνητικές μονάδες και τα ειδικά επιστημονικά κέντρα. Το 1985 ψηφίστηκε ο νόμος 1579/1985, συμπληρωματικός του νόμου του ΕΣΥ, με τον οποίο ρυθμίστηκαν τόσο θέματα ειδίκευσης ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού, όσο και εκπαίδευσης νοσηλευτών. Στη συνέχεια εκδόθηκε ο Νόμος 1759/1988 όπου γινόταν αναφορά και στον διορισμό των γιατρών του ΕΣΥ. Αν και ο Ν. 1397/83 θεωρείται ως η σημαντικότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ στην χώρα μας στον τομέα ανάπτυξης μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, εντούτοις του καταλογίζονται και ελλείψεις και παραλείψεις. Αυτές συμπυκνώνονται στην αδυναμία να αφομοιώσει και αξιοποιήσει την εμπειρία άλλων χωρών αλλά και τα κριτικά συμπεράσματα της ΠΟΥ πάνω στις διαδικασίες ανάπτυξης εθνικών συστημάτων υγείας, στη μη πρόβλεψη ενός μηχανισμού διαχείρισης και χρηματοδότησης που θα ελάμβανε υπόψη την εξελισσόμενη οικονομική κρίση και θα οδηγούσε σε περιορισμό του κόστους και στον ιατροκεντρικό χαρακτήρα των περισσότερων ρυθμίσεων<sup>51</sup>.

Ο Ν. 2071/1992 αναδιοργάνωσε το σύστημα υγείας και προέβλεπε την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις νομαρχίες. Επίσης έδινε την δυνατότητα στους νοσοκομειακούς γιατρούς να επιλέξουν μεταξύ της πλήρους και μερικής απασχόλησης με το δικαίωμα της παράλληλης άσκησης ιδιωτικής

<sup>51</sup> Κυριόπουλος Γ., (1990), *Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση*. Στο βιβλίο «Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση, Διοίκηση, Προγραμματισμός. European Institute of Social Security», Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

ιατρικής. Με τον νόμο αυτό παρέχονταν η δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών θεραπευτηρίων, ενώ με μια σειρά μέτρων αυξάνονταν η συμμετοχή του χρήστη στην αγορά φαρμάκων, θεσπίζονταν εισιτήριο για τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αυξάνονταν τα ημερήσια νοσήλια.

Όσον αφορά την δομή και οργάνωση των νοσοκομείων, καθίστατο ενιαία η σύνθεση των ΔΣ όλων των νοσοκομείων της χώρας ανεξαρτήτως του αριθμού των κλινών τους. Παράλληλα θεσπίστηκε για πρώτη φορά ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή, ρυθμίστηκαν θέματα προγραμματισμού και ελέγχου των λειτουργικών δαπανών των δημοσίων φορέων και προβλέφθηκε η δημιουργία νέων επιστημονικών φορέων και η αναδιάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας.

Με τον Ν. 2194/1994 για την «αποκατάσταση του εθνικού συστήματος υγείας» καταργήθηκαν μια σειρά άρθρων του Ν.2071/1992 και επανατέθηκαν σε ισχύ τόσο η φιλοσοφία, όσο και ειδικότερες διατάξεις του Ν. 1397/83. Η απουσία επαρκών μηχανισμών σχεδιασμού, προγραμματισμού και διαχείρισης καθώς και οι πιέσεις από εξωγενείς προς το σύστημα παράγοντες, όπως η αλλαγή του διεθνούς περιβάλλοντος και τα δημοσιονομικά προβλήματα της χώρας, οδήγησαν στη διατύπωση νέων προτάσεων μεταρρύθμισης του ΕΣΥ.

Ο Ν. 2519/97 ενσωμάτωσε μερικές από αυτές τις προτάσεις και θέσπισε κανόνες για την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις αστικές περιοχές. Η φιλοσοφία αυτού του νόμου ήταν παρόμοια με αυτή του νόμου για το ΕΣΥ, διευρύνοντας τον δημόσιο και κοινωνικό χαρακτήρα του ΕΣΥ και παρέχοντας στους πολίτες ίσες ευκαιρίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά τη νομική μορφή των νοσοκομείων, αυτά συστήνονταν, όπως προέβλεπε ο νόμος, ως ΝΠΔΔ και υπάγονταν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.

Με την διάταξη του άρθρου 21 του Ν. 2703/1999 επέρχονταν κάποιες αλλαγές στην σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου των Νοσοκομείων και κυρίως στα πρόσωπα που διορίζει ο Υπουργός και ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας ανάλογα με τον αριθμό των κλινών του νοσοκομείου. Οι διατάξεις αυτές αφορούσαν περισσότερο τον Πρόεδρο των νοσοκομείων, οι αρμοδιότητες, η αξιολόγηση του.

Όμως το ΕΣΥ που ικανοποίησε ένα πάγιο και βασικό αίτημα της κοινωνίας μας, υγεία στον πολίτη, δέχθηκε νομοθετικές παρεμβάσεις που αλλοίωσαν εν μέρει τον βασικό χαρακτήρα του δημόσιου συστήματος υγείας στην χώρα μας. Μέχρι σήμερα ο υγειονομικός τομέας της χώρας συνίσταται από τρεις αυτόνομες και ενδεχομένως αλληλοαναιρούμενες αγορές, το ΕΣΥ και τα ασφαλιστικά ταμεία και τον ιδιωτικό τομέα. Στα πλαίσια αυτά τίθεται το ζήτημα του συντονισμού μεταξύ των τριών αυτών δομών και ιδιαίτερα μεταξύ ΕΣΥ και ασφαλιστικού συστήματος και της δημιουργίας ενός λειτουργικά ολοκληρωμένου και λογικά συνεκτικού συστήματος υγείας.

Την κάλυψη αυτής της ανάγκης ήρθαν να εκπληρώσουν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας, που ιδρύθηκαν με το Ν 2889/2001, και αποτέλεσαν διοικητικές μονάδες για τον συντονισμό των δράσεων και πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας. Πρέπει στο σημείο αυτό να τονίσουμε ότι η ανάγκη αυτών των νέων ρυθμίσεων συνίσταται στην αποκέντρωση που θα οδηγήσει στην κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας των περιφερειών και στην καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων.

Τέλος, με την ψήφιση του νομοσχεδίου για την υγεία, τον Νοέμβριο του 2003, γίνονται κάποιες τροποποιήσεις, του Ν. 2889/2001 οι οποίες αφορούν την σύσταση του Συμβουλίου Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας, τις αρμοδιότητες του Διοικητή των νοσοκομείων, τους πανεπιστημιακούς γιατρούς, τους γιατρούς άνευ ειδικότητας καθώς και την καθαριότητα και φύλαξη των χώρων του ΠΕ.Σ.Υ.Π.. Μετά τις βουλευτικές εκλογές του Μαρτίου 2004, ανακοινώθηκε η πρόθεση της νέας κυβέρνησης, να καταργήσει τον θεσμό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας αφού κατά την άποψη των στελεχών τους δεν επιτυγχάνουν τους στόχους για τους οποίους δημιουργήθηκαν.

Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕ.Σ.Υ.Π.) ιδρύθηκαν με το Νόμο 2889/2.3.2001 (ΦΕΚ 37, ΤΑ.Α΄) και αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Η ελληνική επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Περιφερειακό Σύστημα Υγείας», που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας.

Κάθε ΠΕ.Σ.Υ.Π. έχει έδρα την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας ο οποίος ορίζει και τους αντίστοιχους Πρόεδρος και Αναπληρωτές Διευθυντές. Συνολικά υπάρχουν δεκαεπτά (17) ΠΕ.Σ.Υ.Π.. Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) ΠΕ.Σ.Υ.Π. και στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) ΠΕ.Σ.Υ.Π.. Στη συνέχεια τα ΠΕ.Σ.Υ.Π. μετεξελίχθηκαν σε Δ.Υ.ΠΕ. και αυτές, το 2007, σε ένα μικρότερο ορισμό Υγειονομικών Περιφερειών.

## ***5.2. Ανάλυση μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας***

---

Ο όρος «προσφορά υπηρεσιών υγείας» εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (ιατρούς, νοσοκομεία κ.ά.). Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι: α) η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, β) η ποσότητα των διαθέσιμων

υλικών πόρων, γ) το επιδημιολογικό πρότυπο και δ) η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη<sup>52</sup>. Όπως είναι γνωστό, οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε τρία επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.

### 5.2.1. Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας

Με τον όρο Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδος<sup>53</sup>. Η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει δύο βαθμίδες υπηρεσιών, οι οποίες δεν είναι πάντα διακριτές μεταξύ τους, την πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών ή πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη είναι σαφώς αποδοτικότερη και οικονομικότερη από τη διαχείριση της ασθένειας. Το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας - Πρόληψης καλύπτει κυρίως<sup>54</sup> την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας (που αποτελεί πρωτογενή πρόληψη) καθώς και την πρόωπη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας (δευτερογενής πρόληψη). Επίσης αναλαμβάνει την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού, την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα, την ιατρική της εργασίας, με στόχο συγκεκριμένα τη βελτίωση των όρων υγιεινής και την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων. Επίσης καλύπτει την παροχή Υπηρεσιών Προσχολικής και Σχολικής Υγιεινής, την ενημέρωση του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και ευγονικής, καθώς επίσης και για ασθένειες-απειλές της ανθρωπότητας, όπως το AIDS.

Ακόμη ασχολείται με τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος την γενικότερη αγωγή της Υγείας και την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας με στόχο την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρατηρούνται σε άτομα ή ομάδες και παράλληλα την προστασία των ατόμων που ανήκουν στις καλούμενες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (υπερήλικες, άτομα με χρόνιες παθήσεις, μειονεκτικά άτομα, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών κ.λπ.). Τέλος ενσωματώνει και την αγωγή στοματικής υγείας και την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής μέσα από την τακτική εξέταση του πληθυσμού, δεδομένου ότι με αυτό θα

<sup>52</sup> Κυριόπουλος Γ., (1995), *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.

<sup>53</sup> Ζηλίδης Χ., (1988), *Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού*, ΑΤΕ, Αθήνα.

<sup>54</sup> Υφαντόπουλος Ι., (1986), *Κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Περιοδικό Ιατρική, Τεύχος 5, Αθήνα.

αποτραπούν σημαντικές επιπλοκές για την υγεία, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικίες, και φυσικά θα αποφευχθούν πολυέξοδες θεραπείες που επιβαρύνουν σημαντικά το ασφαλιστικό σύστημα.

Σύμφωνα με το νόμο 3235/2004<sup>55</sup> η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτέλεσε ύψιστη προτεραιότητα, με έμφαση στην αρχή της πρόληψης, ώστε να επιτευχθεί αποτελεσματική θεραπεία. Με αυτόν τον τρόπο, θα διασφαλιζόνταν η αμεσότερη και αποτελεσματικότερη φροντίδα στον άνθρωπο, αλλά και η αποσυμφόρηση των νοσοκομείων, τα οποία θα βελτίωναν τις υπηρεσίες τους και θα περιορίσουν το κόστος τους.

Επίσης η παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σύμφωνα με το νόμο 3235 παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία, τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.), που μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας του οικείου Ο.Κ.Α, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και από άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.

Τα Κέντρα Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης εποπτεύονται και ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διαμέσου των αρμόδιων Πε.Σ.Υ.Π. ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους και την ποιότητα τους, όπως αυτή προσδιορίζεται κατά τη διαδικασία της πιστοποίησης των άρθρων 12 έως 14 του νόμου 3235/2004. Η πιο πάνω εποπτεία ασκείται και στις μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης και Περιθαλψης μπορούν να συμβάλλονται μεταξύ τους για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους τους. Το περιεχόμενο και οι όροι των συμβάσεων υποβάλλονται προς έγκριση και έλεγχο στο αρμόδιο Πε.Σ.Υ.Π.. Για την άσκηση της εποπτείας και του ελέγχου ιδρύεται σε κάθε Πε.Σ.Υ.Π. Γραφείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που υπάγεται στον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή και στελεχώνεται από: δύο ιατρούς εκ των οποίων ο ένας έχει την ειδικότητα της γενικής ή κοινωνικής ιατρικής, έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ειδικό σε θέματα οικονομικών της υγείας, έναν νοσηλευτή ή επισκέπτη υγείας. Η διοικητική υποστήριξη του Γραφείου εξασφαλίζεται από τις λοιπές υπηρεσίες του Πε.Σ.Υ.Π. με αρμοδιότητες τον σχεδιασμό και ο συντονισμό της παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιοχή ευθύνης των Πε.Σ.Υ.Π., τον έλεγχο της τήρησης του περιεχομένου και των προδιαγραφών λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, την παρακολούθηση, υποστήριξη και αξιολόγηση της δέσμης παροχής φροντίδας υγείας, των υπηρεσιών του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού, την σύνταξη προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την οργανωτική υποστήριξη του ηλεκτρονικού ιατρικού

<sup>55</sup> Νόμος 3235/2004. ΦΕΚ 53/Α/18.02.2004, Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Εθνικό Τυπογραφείο, Αθήνα.



φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, την συνολική εποπτεία στο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και, γενικά, κάθε ενέργεια που συμβάλλει στην αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Σύμφωνα με το νόμο 3235/2004 καθιερώθηκε ο θεσμός του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού για όλους τους πολίτες της χώρας, στη βάση της τομεοποίησης του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ο κάθε πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό, από εκείνους που υπηρετούν ή εργάζονται στο Κέντρο Υγείας της περιοχής του. Επίσης, δύναται να επιλέξει ιατρό που υπηρετεί ή εργάζεται σε άλλη περιοχή του ίδιου Πε.Σ.Υ.Π. μετά από έγκριση του ασφαλιστικού του φορέα. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ.Π., καθορίζεται ο ανώτατος αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ή προσωπικό ιατρό.

Τα καθήκοντα οικογενειακού ιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής. Ο ασφαλιστικός φορέας του δικαιούχου, μετά από εισήγηση του οικογενειακού ιατρού, μπορεί να επιτρέψει την επιλογή και προσωπικού ιατρού, κατόχου τίτλου άλλης ειδικότητας, για την αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων του δικαιούχου. Σε περίπτωση που ο ασφαλιστικός οργανισμός του δικαιούχου έχει συμβληθεί με ιδιώτες ιατρούς οι οποίοι ασκούν καθήκοντα οικογενειακού ή προσωπικού ιατρού, τότε η επιλογή του ασφαλισμένου γίνεται μεταξύ των ιατρών αυτών που υποδεικνύονται από τον ασφαλιστικό του οργανισμό και παρέχουν τις υπηρεσίες τους στη συγκεκριμένη περιοχή.

Η αλλαγή του προσώπου του οικογενειακού ή του προσωπικού ιατρού του δικαιούχου είναι δυνατή μόνο μία φορά στη διάρκεια του έτους, όπως επίσης και κάθε άλλη φορά που συμφωνούν ο δικαιούχος και ο οικογενειακός ή ο προσωπικός ιατρός. Ο ιατρός που έχει επιλεγεί από δικαιούχο, ως οικογενειακός ή προσωπικός ιατρός του, έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την επιλογή για σοβαρούς προσωπικούς ή επαγγελματικούς λόγους.

Επίσης σύμφωνα με το νόμο 3235/2004 καθιερώθηκε ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος κάθε πολίτη της χώρας αποτελείται από ιατρικές πληροφορίες που παράγονται γι' αυτόν, σε οποιονδήποτε φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Σε κάθε Κέντρο Υγείας εγκαθίσταται πλήρης υποδομή για την τήρηση και ενημέρωση στοιχείων του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και για την πρόσβαση σε στοιχεία τα οποία τηρούνται σε άλλους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας όλων των κατοίκων που υπάγονται σε αυτό. Αντίστοιχη υποδομή οφείλουν να διαθέτουν και τα ιατρεία των ιδιωτών οικογενειακών ή και προσωπικών ιατρών, που έχουν σχετική σύμβαση με ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Ο οικογενειακός και ο προσωπικός ιατρός υποχρεούται να ενημερώνει τους ηλεκτρονικούς ιατρικούς φακέλους των ασφαλισμένων που τον έχουν επιλέξει με τις πληροφορίες οι οποίες παράγονται από τον ίδιο.

Εισάγεται έτσι η ηλεκτρονική κάρτα υγείας του πολίτη για τη διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και την άμεση εξασφάλιση παροχής αναγκαίων πληροφοριών και δεδομένων σχετικών με την υγεία που αφορούν στον κάτοχο της κάρτας. Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας μπορεί να περιέχει και άλλες πληροφορίες που διευκολύνουν την πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται τα αναγκαία στοιχεία υποδομής, ο τύπος και το περιεχόμενο του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου ασφαλισμένου, οι συνθήκες ασφάλειας του συστήματος, οι βασικές πληροφορίες που θα περιέχονται στην ηλεκτρονική κάρτα υγείας, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Βέβαια στις μέρες μας ο εκσυγχρονισμός πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο του σχετικού με την υγεία Επιχειρησιακού Προγράμματος (Ε.Π.) είναι γεγονός, το οποίο συγχρηματοδοτήθηκε αρχικά από το Β' Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης (Κ.Π.Σ.) 1994 – 1999. Η προώθηση της πρόληψης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας επικεντρώθηκε στην ανάπτυξη υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και συναφούς έρευνας με αποτέλεσμα τη δημιουργία τεσσάρων Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας καθώς και στην επέκταση και στον εκσυγχρονισμό των υποδομών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

Στο πλαίσιο του Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια 2000 – 2006», που χρηματοδοτείται από το Γ' Κ.Π.Σ., η πρόληψη και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας απέσπασε το 1/10 περίπου 62 εκατ. € του συνολικού προϋπολογισμού του Ε.Π.. Τα Μέτρα που επικεντρώθηκαν σε αυτά τα θέματα ήταν το 1.1 «Ανάπτυξη πρωτοβάθμιων υπηρεσιών» και το Μέτρο 1.4 «Ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας», που προωθούσε την ανάπτυξη σύγχρονων πολιτικών προαγωγής και διασφάλισης της Δημόσιας Υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στις ανάγκες ευπαθών ομάδων πληθυσμού, και τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας καθώς των φορέων που εξυπηρετούν ανάγκες ευπαθών ομάδων.

Σε επίπεδο δράσεων, στο πλαίσιο του Μέρου 1.1 προωθήθηκε η δημιουργία δομών Αστικών Κέντρων Υγείας και η βελτίωση / αναβάθμιση της υφιστάμενης κτιριακής υποδομής των Κέντρων Υγείας ή των Περιφερειακών Ιατρείων, και στο πλαίσιο του Μέρου 1.4 προωθήθηκε η κατάρτιση εργαζόμενων που απασχολούνται σε υπηρεσίες υγείας, πρόνοιας και προώθησης στην απασχόληση σε ειδικά θέματα Δημόσιας Υγείας, τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό επίπεδο, η ανάπτυξη ενεργειών πρόληψης και αγωγής υγείας σε άτομα που βιώνουν σε συνθήκες αποκλεισμού ή διατρέχουν κίνδυνο αποκλεισμού από την αγορά εργασίας και οι ενέργειες κατάρτισης εργαζόμενων που εξυπηρετούνται από το Ε.Π. «Απασχόληση και Επαγγελματική Κατάρτιση».

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί το γεγονός ότι το Μέτρο 1.3 «Ανάπτυξη και ολοκλήρωση υπηρεσιών Επείγουσας Νοσοκομειακής φροντίδας» καταργήθηκε με την αναθεώρηση του Ε.Π. Το

εν λόγω Μέτρο αφορούσε στην προμήθεια μονάδων βασικής υποστήριξης ζωής (ασθενοφόρα) και κινητών μονάδων εξειδικευμένης επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής φροντίδας, καθώς και την ολοκλήρωση των κτιριακών υποδομών των περιφερειακών παραρτημάτων του ΕΚΑΒ. Οι λόγοι κατάργησης του Μέρους ήταν χρηματοοικονομικοί αλλά και λόγοι χαμηλής ωρίμανσης των εν λόγω έργων.

Η πορεία υλοποίησης των ενεργειών πρόληψης και προώθησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας στο πλαίσιο του Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια 2000 – 2006» έχουν αποτιμηθεί μέχρι τον Ιούνιο του 2005 και τα σχετικά αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα 1.

**Πίνακας 1: Δείκτες αποτίμησης Γ' Κ.Π.Σ. σε πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα**

<b>Δείκτης</b>	<b>Στόχος του 2008</b>	<b>Υλοποίηση ως Ιούνιο 2005</b>	<b>Επίτευξη στόχου ως Ιούνιο 2005</b>
<i>Δημιουργία Δομών Αστικών Κέντρων Υγείας (ΑΚΥ)</i>	8	1	12,50%
<i>Νέα κτιριακή υποδομή Κέντρων Υγείας ή Περιφερειακών Ιατρείων</i>	27.000 m <sup>2</sup>	5.000 m <sup>2</sup>	18,50%
<i>Δημιουργία εξωνοσοκομειακών δομών πρόληψης Ψυχικής Υγείας</i>	50	22	44,00%
<i>Παροχή υπηρεσιών πρόληψης ψυχικής υγείας (σε δομές Μέρους 2.3)</i>	600	177	29,50%

*Πηγή: Σύνθεσις & Β. Φισσάμπερ, Έκθεση Πρώτου Απολογισμού του Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια» 2000 – 2006*

Μολονότι ο βαθμός εφαρμογής των δράσεων του Ε.Π. παραμένει σε σχετικά καλά επίπεδα, απαιτείται κοινή διαχείριση και συντονισμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε όλη τη χώρα. Οι κυριότεροι παροχείς πρωτοβάθμιας φροντίδας (το Ι.Κ.Α. και τα λοιπά βασικά ασφαλιστικά ταμεία) πρέπει να αναβαθμισθούν και να συνενωθούν σε ένα ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας μαζί με τα Αστικά και τα Αγροτικά Κέντρα Υγείας. Προϋπόθεση αποτελεί η κάλυψη ειδικοτήτων σχετικά με την προώθηση της πρόληψης και την υλοποίηση σχετικών ενεργειών για την κατ' οίκον παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ευπαθείς ομάδες αλλά και της έλλειψης ιατρών γενικής ιατρικής.

Το δίκτυο των Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων) που αποτελείται από περίπου 900 Κέντρα πανελλαδικά, συνεισφέρει σημαντικά στην πρόληψη και στην προώθηση της υγείας, της ευημερίας και της αυτονομίας των ηλικιωμένων Ελλήνων. Από το 1979, που δημιουργήθηκαν τα πρώτα Κ.Α.Π.Η. σε συνεργασία με Μ.Κ.Ο. (Ομίλος Εθελοντών και Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός), τα κέντρα αναπτύχθηκαν συστηματικά, προσφέροντας υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (συχνά σε συνεργασία με το τοπικό Ι.Κ.Α. ή Κέντρο Υγείας), μαζί με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και τα τελευταία χρόνια με τις ομάδες του προγράμματος

«Βοήθεια στο Σπίτι». Μια αξιολόγηση των Κ.Α.Π.Η. από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας<sup>56</sup> κατέληξε σε συγκεκριμένες προτάσεις για την βελτίωση των υπηρεσιών των Κ.Α.Π.Η. και την ενσωμάτωσή τους στα ευρύτερα προγράμματα Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Επίσης, μια πρόσφατη αξιολόγηση του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»<sup>57</sup> καταλήγει σε συγκεκριμένες προτάσεις για την επέκταση και την συνέχεια του προγράμματος ως απαραίτητη υποστήριξη των εξαρτημένων ηλικιωμένων στο σπίτι τους. Για αυτές τις υπηρεσίες (των Κ.Α.Π.Η. και του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι) θεωρείται σκόπιμο να γίνεται συστηματικός έλεγχος και αξιολόγηση ως προς τις επιπτώσεις τους στην υγεία και ευημερία των ηλικιωμένων<sup>58</sup>.

Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας θεωρείται σημαντική ώστε να αντιμετωπισθούν διαφαινόμενες τάσεις, όπως η αύξηση του όγκου και της πολυπλοκότητας των περιστατικών λόγω γήρανσης πληθυσμού, μετανάστευσης, επιπολασμού ψυχικών νόσων, αλλαγών των επιδημιολογικών προτύπων, κ.λπ. Επιπρόσθετα η προώθηση της πρόληψης απαιτεί την εξοικείωση του κοινού με θέματα υγείας, διακίνηση της πληροφορίας προς τα ευπαθή άτομα και τον γενικό πληθυσμό, καθώς και κατάλληλη και έγκαιρη προειδοποίηση για την αποτελεσματικότητα ενεργειών σχετικών με τη διατήρηση της υγείας, σωματικής αλλά και ψυχικής. Βάσει των παραπάνω εκτιμάται ότι το μελλοντικό αλλά και το σημερινό επίπεδο υγείας εξαρτάται από ένα σημαντικό αριθμό παραγόντων και τομέων, εκ των οποίων ένα τμήμα είναι και το σύστημα περίθαλψης. Το ερώτημα που τίθεται, συνεπώς, είναι κατά πόσο το σύστημα περίθαλψης στη χώρα μας θα είναι προσανατολισμένο και ικανό να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις για προστασία και προώθηση της ποιότητας ζωής και του επιπέδου υγείας του πληθυσμού ή θα παραμένει εγκλωβισμένο στη θεραπεία της συγκεκριμένης ασθένειας, όταν αυτή εκδηλωθεί, και με το νοσοκομείο ως προνομιακό χώρο θεραπείας<sup>59</sup>.

### 5.2.2. Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας

Με τον όρο Δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία των

<sup>56</sup> Κυριόπουλος Γ. (2000), *Μελέτη για την Βελτίωση και την Ποιοτική Αναβάθμιση του Ρόλου και των Παρεχομένων Υπηρεσιών από τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)*, στο βιβλίο Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ., (2002), *Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα*, Θεμέλιο, Αθήνα.

<sup>57</sup> Αμηρά Α, Μαλικούτη Μ, Χαλασάνη Β. (2002), *Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι». Έκθεση Εφαρμογής*, Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος και Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής συμμετοχής, ΚΕΔΚΕ Αθήνα.

<sup>58</sup> Sissouras A, Ketssetzopoulou M., Bouzas N, Fagadaki E, Papaliou O, Fakoura A. (2002). *Providing integrated health and social care for older persons in Greece, ProCare-National Report Greece*, National Centre for Social Research, ΕΚΚΕ, Athens.

<sup>59</sup> Έκθεση Ομάδας Εργασίας, *Υγεία και Ποιότητα Ζωής, Τεχνολογική Προοπτική Διερεύνησης στην Ελλάδα*, Αθήνα 2004 ([www.foresight-gsr.gr](http://www.foresight-gsr.gr)).

ασθενών εντός του νοσοκομείου - χωρίς να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση στην λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας που είναι το Νοσοκομείο<sup>60</sup>.

Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλη τη χώρα από νοσοκομεία:

- ✓ Κρατικά του Ε.Σ.Υ., στα οποία υπηρετούν ιατροί του Ε.Σ.Υ.
- ✓ Πανεπιστημιακά, στα οποία υπηρετούν πανεπιστημιακοί αλλά και γιατροί του Ε.Σ.Υ. Όμως, ο Πρόεδρος του νοσοκομείου, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου και οι Διευθυντές των κλινικών και των εργαστηρίων, απαιτείται να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής σχολής.
- ✓ Στρατιωτικά, που υπάρχουν στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία υπηρετούν μόνιμοι και στρατεύσιμοι ιατροί ως και πολίτες γιατροί, με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.
- ✓ Ειδικού καθεστώτος στο οποίο υπάρχουν όσα δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα. Σε αυτά υπηρετούν ιατροί με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου.
- ✓ Ιδιωτικά θεραπευτήρια

Η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής που γίνεται από το Υπουργείο Υγείας περιλαμβάνει γενικότερα τον σχεδιασμό, προγραμματισμό, εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση του έργου με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου.

Η δευτεροβάθμια περίθαλψη επικεντρώνεται σε πολλούς άξονες οργάνωσης των Νοσοκομείων, ώστε να λειτουργούν με βάση τις σύγχρονες διεθνείς προδιαγραφές, με αποτέλεσμα το ιατρικό προσωπικό να έχει στη διάθεσή του όλα τα σύγχρονα μέσα και, παράλληλα, ο ασθενής να βρίσκει την καλύτερη δυνατή φροντίδα. Σκοπός είναι ο περιορισμός της σπατάλης και ο εξοστρακισμός των φαινομένων κακοδιοίκησης, η βελτίωση των όρων και των συνθηκών εργασίας και προσφοράς του ανθρώπινου προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού) και, κυρίως, η διασφάλιση επιστημονικά άρτιου, λειτουργικά ανθρώπινου και καθαρού περιβάλλοντος για τους ασθενείς. Ακόμη, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην αναπροσαρμογή και εκλογίκευση των νοσηλίων που καταβάλλονται προς τα Νοσοκομεία<sup>61</sup>.

Επίσης η μετατροπή κάθε νοσοκομείου σε ίδρυμα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, ώστε να αποτελεί αυτοδύναμη, λειτουργική και οικονομική μονάδα. Με αυτήν την κίνηση, αφενός ενισχύεται ο υγιής ανταγωνισμός, που είναι απαραίτητος για τη βελτίωση των υπηρεσιών των νοσοκομείων προς τους πολίτες και αφετέρου παρέχεται η δυνατότητα για τον εξορθολογισμό του

<sup>60</sup> Μωραϊτης Ε. (2002). *Ιστορική Οργάνωση Νοσοκομείων*, Σημειώσεις και διδακτικό υλικό, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.

<sup>61</sup> Πολύζος Ν. (1994), *Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια περίθαλψη, Μελέτη για την οργάνωση και το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας*, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.

συστήματος και την αποφυγή της κατασπατάλησης του δημοσίου χρήματος και της κακοδιαχείρισης.

Η καθιέρωση του Γενικού Διευθυντή με θητεία (Manager), ο οποίος θα έχει την ευθύνη της εύρυθμης και αποτελεσματικής λειτουργίας του νοσοκομείου με αποτέλεσμα την κατάργηση των κομματικών διοικήσεων, στη θέση των οποίων ορίζονται, με απολύτως αξιοκρατικά κριτήρια, πρόσωπα καταξιωμένα κοινωνικά, επιστημονικά και επαγγελματικά. Ακόμη η δευτεροβάθμια περίθαλψη προσπαθεί για την σύνδεση όλου του ιατρικού δυναμικού της χώρας με τα νοσοκομεία κάθε περιοχής, ώστε να αποτελούν κέντρα συνεχούς επιστημονικής άσκησης, αλλά και επιμόρφωσης και την καθιέρωση Ανεξάρτητης Διοικητικής Αρχής, που θα ελέγχει τις προμήθειες των νοσοκομείων σε επίπεδο περιφέρειας. Έτσι εξασφαλίζονται η ταχύτητα, η οικονομία πόρων και η διαφάνεια.

Ως Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που αποσκοπούν:

- ✓ Στη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών
- ✓ Στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας
- ✓ Στη μόνιμη δια βίου εκπαίδευση των γιατρών και των επαγγελματιών Υγείας
- ✓ Στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών Υγείας.

Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό υψηλής στάθμης, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας<sup>62</sup>. Σήμερα υπάρχουν αρκετές μονάδες, με διάφορα αντικείμενα εργασιών (εξειδικευμένα Ινστιτούτα, Κλινικές και Εργαστήρια) τα οποία λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς ή υποχρηματοδοτούνται.

Σύμφωνα με το νόμο 2091/1992 τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά είναι όσα διαθέτουν τουλάχιστον δύο τομείς, χειρουργικό και παθολογικό και ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα.

Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά. Τα περιφερειακά νοσοκομεία της οικείας υγειονομικής περιφέρειας καλύπτουν κυρίως τις ανάγκες της, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας. Τα νομαρχιακά λειτουργούν σε κάθε νομό, καλύπτουν ανάγκες κυρίως του πληθυσμού του νομού, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τα ειδικά νοσοκομεία μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσότερων υγειονομικών περιφερειών.

<sup>62</sup> Ανδριώτη, Δ. (1998), *Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Εξάντας. Αθήνα.

Τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας διασυνδέονται μεταξύ τους νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό και την εποπτεία της περιφερειακής διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας, όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η πιο πάνω διασύνδεση είναι και λειτουργική, επιτρέπεται δε και μεταξύ νοσοκομείων δύο ή περισσότερων υγειονομικών περιφερειών, εφόσον το επιβάλλουν οι ανάγκες περίθαλψης των ασθενών και η καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων.

Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες: α) ιατρική β) νοσηλευτική γ) διοικητική και δ) τεχνική. Στην ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου υπάγονται εκτός από τους ιατρούς, οδοντίατρους και φαρμακοποιούς του νοσοκομείου και οι υπόλοιποι επιστήμονες που δικαιούνται να παρέχουν υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης.

Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται ιδίως η νομική του μορφή, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, η διάρθρωση της νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητες τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους.

Κατά το Β' Κ.Π.Σ. (1994 – 1999), οι παρεμβάσεις στον τομέα της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας επικεντρώθηκαν στη δημιουργία δομών και υπηρεσιών που στόχευαν στην άμβλυνση των περιφερειακών ανισοτήτων, δίνοντας βάρος στην ανάπτυξη των νοσηλευτικών υποδομών στην περιφέρεια, στον εκσυγχρονισμό κεντρικών και περιφερειακών νοσοκομείων, στην ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων και στην ανάπτυξη δομών για τη στήριξη της αιμοδοσίας.

Αν και υπήρξαν σημαντικές καθυστερήσεις κατά το σχεδιασμό και την υλοποίηση των δράσεων, επιτεύχθηκαν σημαντικά αποτελέσματα, μεταξύ των οποίων συγκαταλέγονται και τα εξής:

- ✓ Δημιουργία 12 νέων περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων (οι κτιριακές υποδομές χρηματοδοτήθηκαν από τα ΠΕΠ ενώ οι εξοπλισμοί από το Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια 1994 – 1999»).
- ✓ Δημιουργία 31 Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης σε όλη την Ελλάδα, με συνολική δυναμικότητα μεγαλύτερη των 2000 εκπαιδευτικών θέσεων.
- ✓ Δημιουργία του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας.

Κατά τη Γ' προγραμματική περίοδο, δόθηκε μεγαλύτερο βάρος στην ποιοτική αναβάθμιση και στον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας Υγείας, θέτοντας ως στόχους τη λειτουργική και οργανωτική μεταρρύθμιση των μονάδων υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητάς τους και την προσαρμογή

τους στις νέες σύγχρονες και στις ολοκληρωμένες μορφές παροχής υπηρεσιών υγείας, την αναδιάρθρωση και ολοκλήρωση των δομών και υποδομών του Ε.Σ.Υ., ώστε να καταστεί εφικτή η εφαρμογή της Εθνικής Πολιτικής Υγείας και η επίτευξη των στόχων της μεταρρύθμισης, την περιφερειακή συγκρότηση και λειτουργική ολοκλήρωση του Ε.Σ.Υ. στα διαφορετικά επίπεδα φροντίδας υγείας, περίθαλψης και αποκατάστασης, την αξιοποίηση της νέας βιοϊατρικής τεχνολογίας για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού για την αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την προώθηση των στρατηγικών στόχων της εθνικής πολιτικής στον τομέα της υγείας.

Οι δράσεις που προωθήθηκαν στο Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια 2000 – 2006», αναφορικά με τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, αφορούσαν στον «Λειτουργικό Εκσυγχρονισμό Νοσοκομειακών Μονάδων» (Μέτρο 1.2), με προϋπολογισμό 154 εκατ. €, ο οποίος ήταν και ο μεγαλύτερος σε βαρύτητα μεταξύ των υπολοίπων Μέτρων και στην «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού του τομέα Υγείας» (Μέτρο 4.1), με προϋπολογισμό 31 εκατ. €. Η πορεία υλοποίησης των δράσεων του Ε.Π. "Υγεία – Πρόνοια" 2000 – 2006 που αφορούν στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα απεικονίζεται με δείκτες, όπως δείχνει ο Πίνακας 2.

**Πίνακας 2: Δείκτες αποτίμησης Γ' Κ.Π.Σ. για τον εκσυγχρονισμό Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας φροντίδας**

Δείκτης	Στόχος του 2008	Υλοποίηση ως Ιούνιο '05	Επίτευξη ως Ιούνιο '05
1. Αναβάθμιση των γενικών κλινών νοσηλευτικών μονάδων	2.717	1026	38%
2. Δημιουργία νέων ειδικών κλινών νοσοκομείων	177	95	54%
3. Ποιοτική και λειτουργική αναβάθμιση υπαρχόντων ειδικών κλινών	288	183	64%
4. Τεχνολογικός και λειτουργικός εκσυγχρονισμός των υπαρχόντων εργαστηρίων	52	21	40%
5. Λειτουργική και τεχνολογική αναβάθμιση χειρουργείων	69	29	42%
6. Αύξηση δυναμικότητας ψυχιατρικών τμημάτων Γενικών Νοσοκομείων	200	20	10%
7. Βελτίωση (αναμόρφωση) κλινών σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, που θα συνεχίσουν να λειτουργούν	100%	0	0%
8. Βελτίωση / Επέκταση κτιριακής υποδομής Νοσοκομείων	50.000 m <sup>2</sup>	36.779 m <sup>2</sup>	74%
9. Ιατρικός εξοπλισμός Υψηλής Βιοϊατρικής Τεχνολογίας	21 σετ	12 σετ	57%
10. Εξοπλισμός νέων Ειδικών Μονάδων	98 σετ	62 σετ	63%
11. Εξοπλισμός αναβαθμισμένων υφιστάμενων Ειδικών Μονάδων	77 σετ	31 σετ	40%
12. Αριθμός νέων Ειδικών Μονάδων	+24 μονάδες	+15 μονάδες	63%
13. Αριθμός αναβαθμιζόμενων Ειδικών Μονάδων	34 μονάδες	19 μονάδες	53%
14. Βελτίωση / Αναβάθμιση υφιστάμενης κτιριακής υποδομής Κέντρων Υγείας ή Περιφερειακών Ιατρείων	7.500 m <sup>2</sup>	5.061 m <sup>2</sup>	67%
15. Μείωση κλινών σε ψυχιατρικά νοσοκομεία	- 57% (3.500 ανεπτυγμένων κλινών)	- 35,5%	62%

Πηγή: Σύνθεσις & Β. Φισσάμπερ, Έκθεση Πρώτου Απολογισμού του Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια 2000 – 2006»



Σε γενικές γραμμές οι περισσότεροι δείκτες κινούνται σε ικανοποιητικά επίπεδα υλοποίησης, κοντά στο μέσο όρο υλοποίησης και του ίδιου του Ε.Π. (45%), με εξαίρεση αυτούς που αφορούν στη βελτίωση (αναμόρφωση) κλινών σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία που θα συνεχίσουν να λειτουργούν και στην αύξηση της δυναμικότητας των ψυχιατρικών τμημάτων Γενικών Νοσοκομείων, που η πορεία επίτευξης τους κυμαίνεται μεταξύ 0% και 10%.

## 6. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της δημόσιας υγείας

Το Σύνταγμα στο άρθρο 21 παράγραφος 3 ορίζει ότι «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων». Ιδρύεται, δηλαδή, ευθεία υποχρέωση του κράτους για τη λήψη θετικών μέτρων για την προστασία της Υγείας των πολιτών (ΣτΕ 3292/1998). Η κρατική υποχρέωση που συνάγεται από την εν λόγω συνταγματική διάταξη για την παροχή υπηρεσιών Υγείας υψηλού επιπέδου συνοδεύεται επίσης από το δικαίωμα των πολιτών να απαιτήσουν την πραγμάτωση αυτής της υποχρέωσης (ΣτΕ 400/1986, ΤοΣ 1986. 433 επ.). Τούτο ωστόσο δε συνεπάγεται τον αποκλεισμό της ιδιωτικής πρωτοβουλίας από την παροχή υπηρεσιών Υγείας και την επιβολή κρατικού μονοπωλίου, όπως δέχεται και η σχετική νομολογία (ΣτΕ 1374/1997, ΕλλΔνη 1997. 1383 επ.). Εν πάση όμως περιπτώσει, το κοινωνικό δικαίωμα του άρθρου 21 παρ. 3 του Συντάγματος, στα πλαίσια της «ήπιας» κανονιστικότητας που του αναγνωρίζεται, αφαιρεί από το νομοθέτη τη δυνατότητα υπαναχώρησης από το υγειονομικό κεκτημένο, υπό την έννοια της κατάργησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Σε μια εποχή παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης και δημοσιονομικής στενότητας, η Σύμπραξη Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα αποτελεί το αναγκαίο - αλλά συμπληρωματικό - εργαλείο για την ενίσχυση του Συστήματος Υγείας σε ρεαλιστική βάση, με την εξεύρεση και διάθεση πόρων από τον Ιδιωτικό Τομέα για τη βελτίωση των υποδομών και των εν γένει υπηρεσιών.

Σύμφωνα με το νόμο 2091/1992 ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θεωρούνται τα ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία, ιδιωτικά πολυιατρεία, ιδιωτικά οδοντιατρικά κέντρα, ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια, πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά εργαστήρια φυσιοθεραπείας. Οι όροι, οι προϋποθέσεις και οι προδιαγραφές της ίδρυσης και λειτουργίας των παραπάνω ιδιωτικών φορέων, η εποπτεία αυτών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Επιτρέπεται επίσης να ιδρύονται και να λειτουργούν, υπό μορφή ν.π.ι.δ. νοσηλευτικά ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία μπορεί και να επιχορηγούνται από το Κράτος, εφόσον το

καταβαλλόμενο σε αυτά νοσήλιο είναι αποδεδειγμένα μικρότερο του 1/2 του πραγματικού κόστους λειτουργίας των αντίστοιχων κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και εφόσον είναι ισοδύναμα σε απόδοση με τα αντίστοιχα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα, σύμφωνα με το νόμο 2091/1992. Τα νοσηλευτικά αυτά ιδρύματα λειτουργούν με τους κανόνες της ιδιωτικής οικονομίας, ισχύουν δε και για αυτά οι διατάξεις του άρθρου 49 του νόμου 2091/1992, εφόσον επιχορηγούνται. Για την ίδρυση και τη λειτουργία των νοσηλευτικών αυτών ιδρυμάτων απαιτείται άδεια, που χορηγείται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εφαρμοζόμενων αναλόγως των σχετικών διατάξεων περί ιδρύσεως και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών. Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ασκεί εποπτεία στις συνθήκες λειτουργίας των ανωτέρω νοσηλευτικών ιδρυμάτων, καθώς και διοικητικό και οικονομικό έλεγχο, εφόσον τα επιχορηγεί.

Με το νόμο Ν. 3389/2005, όχι μόνο δεν θίγεται η συνταγματική επιταγή του άρθρου 21, αφού οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες θα συνεχίσουν να παρέχονται από το Δημόσιο και μάλιστα αναβαθμισμένες, αλλά αντιθέτως αποκτά ουσιαστικό περιεχόμενο ο επανορθωτικός και αναδιανεμητικός χαρακτήρας του δικαιώματος στην Υγεία, μέσα στο πλαίσιο της ανταγωνιστικής οικονομίας της αγοράς. Στην ίδια κατεύθυνση, προβλέπεται ρητώς ότι εξαιρούνται από το αντικείμενο των Συμπράξεων μόνον οι δραστηριότητες που ανήκουν σύμφωνα με το Σύνταγμα «άμεσα και αποκλειστικά στο Κράτος», όπως η Εθνική Άμυνα, η Δικαιοσύνη, η Αστυνόμευση και η ευθύνη εκτέλεσης ποινών που επιβάλλονται από τα ποινικά δικαστήρια. Συγχρόνως, καθορίζεται τόσο το ευρύτερο πλαίσιο όσο και οι επιμέρους ρυθμίσεις που αφορούν στις «Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (Σ.Δ.Ι.Τ.)» για την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών. Ειδικότερα, προσδιορίζονται οι δημόσιοι φορείς που περιλαμβάνονται στην έννοια «Δημόσιος Τομέας» και στους οποίους επιτρέπεται να προβαίνουν στη σύναψη συμβάσεων Σ.Δ.Ι.Τ.. Από την άλλη, οι ιδιωτικοί φορείς συμμετέχουν στις εν λόγω συμβάσεις μέσω εταιρειών ειδικού σκοπού, οι οποίες συνιστώνται αποκλειστικά για τους σκοπούς της Σύμπραξης, έχουν έδρα την Ελλάδα και λειτουργούν σύμφωνα με την οικεία νομοθεσία περί ανωνύμων εταιρειών.

Στην πορεία των συμπράξεων αυτών υπήρξαν σοβαρές αντιρρήσεις ακόμη και από την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή (Ο.Κ.Ε.) και το Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος. Η Ο.Κ.Ε., εξέφρασε την ένστασή της υποστηρίζοντας μεταξύ άλλων ότι στον τομέα της παροχής υπηρεσιών ο προβληματισμός γίνεται ακόμη πιο έντονος, καθώς από τη μία δεν υπάρχει η εμπειρία που υπάρχει στα δημόσια έργα και από την άλλη υπάρχει ο κίνδυνος ανάθεσης υπηρεσιών που ανήκουν στη λειτουργία του κράτους σε ιδιωτικούς φορείς. Η παραχώρηση π.χ. των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας (υγεία, παιδεία, υπηρεσίες σε άτομα με ειδικές ανάγκες, στην Τρίτη ηλικία, περιθωριακές ομάδες κλπ) στην ουσία ακυρώνει την έννοια της κοινωνικής παροχής, αφού παρέχονται με χρέωση των πολιτών που κάνουν χρήση αυτών των υπηρεσιών, αναιρώντας την ίδια την ουσία της κοινωνικής πολιτικής.

Όσοι κάνουν αναφορά στο θεσμό των Σ.Δ.Ι.Τ. χρησιμοποιούν ως σημείο αναφοράς τη Μ. Βρετανία, παραλείποντας επιμελώς να πουν ότι ουδόλως εφαρμόστηκε στη Σουηδία και τη Νορβηγία, χώρες οι οποίες διαθέτουν τα καλύτερα συστήματα υγείας. Τουναντίον, το πάλοι ποτέ πρότυπο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας (NHS) ψυχωρραγεί και στέλνει τους ασθενείς του σε άλλες χώρες για εξέταση και νοσηλεία.

Με την ψήφιση του Ν. 3389/2005, το κράτος προσπάθησε να εκμεταλλευτεί την εμπειρία, την τεχνογνωσία, τους πόρους και τις εν γένει δυνατότητες των ιδιωτικών φορέων μέσω συνεργασιών με δημόσιους φορείς, ως μια πρόσφορη συμπληρωματική λύση για την εκτέλεση έργων και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πολίτες.

Από τη διεθνή, αλλά και την εγχώρια εμπειρία, προκύπτουν ποικίλα και σημαντικά οφέλη από τις Συμπράξεις, όπως:

- ✓ η έγκαιρη και προσήκουσα ολοκλήρωση των απαιτούμενων έργων με συγκράτηση του κόστους τους,
- ✓ η καλύτερη και αποτελεσματικότερη εποπτεία της εκτέλεσης των έργων ή της παροχής των υπηρεσιών, λόγω εμπλοκής των ιδιωτικών φορέων, με ευνόητο συμφέρον για την έγκαιρη καταγραφή και αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων,
- ✓ η μετάθεση της υποχρέωσης καταβολής του τιμήματος σε μεταγενέστερο χρόνο,
- ✓ η τμηματική καταβολή του και, ως εκ τούτου, η δυνατότητα εκτέλεσης περισσότερων έργων ταυτόχρονα,
- ✓ η μεταβίβαση στους ιδιωτικούς φορείς ενός μεγάλου μέρους των κινδύνων (επιχειρηματικού, χρηματοδοτικού, κατασκευαστικού, κ.λπ.) που συνδέονται με το αντικείμενο της Σύμπραξης,
- ✓ η αποφυγή της επιβάρυνσης του Δημόσιου Χρέους,
- ✓ η μεταφορά της εμπειρίας και τεχνογνωσίας των ιδιωτικών φορέων στο Δημόσιο,
- ✓ η αξιοποίηση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων των δημοσίων φορέων.

Ο νόμος για τις Συμπράξεις Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα δημιούργησε το αναγκαίο θεσμικό πλαίσιο που θα ενθαρρύνει την εκτέλεση έργων και την παροχή υπηρεσιών, μέσω Συμπράξεων. Σύμφωνα με το θεσμικό αυτό πλαίσιο επιτρέπονταν η σύσταση συλλογικού κυβερνητικού οργάνου που θα εξειδικεύει την κυβερνητική πολιτική και θα λαμβάνει τις σχετικές αποφάσεις, καθώς και διοικητική υπηρεσία, Ειδική Γραμματεία, που έχει την ευθύνη υποστήριξης των εμπλεκόμενων κάθε φορά δημοσίων και ιδιωτικών φορέων κατά την ανάθεση και υλοποίηση των συμβάσεων Σύμπραξης. Επίσης επιτρέπονταν η παροχή κίνητρων τόσο στους δημόσιους όσο και στους ιδιωτικούς φορείς, ώστε να επιλέγουν τη μέθοδο Συμπράξεων για τα έργα ή τις υπηρεσίες που επιθυμούν να εκτελέσουν ή να παράσχουν, ενώ προβλέπεται και η διαδικασία για την άρση

νομικών και πρακτικών προβλημάτων που ενδέχεται να προκύψουν κατά την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών μέσω Συμπράξεων.

Η εμπειρία που υπάρχει, από την εκτέλεση έργων με το σύστημα παραχώρησης της εκμετάλλευσης, όπως στη Ζεύξη Ρίου - Αντιρρίου, στην Αττική Οδό, στο αεροδρόμιο Ελευθέριος Βενιζέλος, αλλά και από την παροχή υπηρεσιών και στον Τομέα της Υγείας, όπως η φύλαξη και η καθαριότητα Νοσοκομείων από ιδιώτες, συνηγορεί στο ότι η μέθοδος των Συμπράξεων, πέρα από το οικονομικό όφελος, θα συμβάλει και στην επίτευξη ευρύτερων στόχων ανάπτυξης, απασχόλησης και κοινωνικής συνοχής<sup>63</sup>.

Ουσιαστικά αρκετοί είναι οι λόγοι που η υγεία απέκτησε και ιδιωτικό χαρακτήρα, όπως<sup>64</sup>:

- ✓ 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 την 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 σε υπηρεσιών υγείας.
- ✓ Ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη σε συνδυασμό με τη χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία του δημοσίου συστήματος υγείας.
- ✓ Αύξηση των ατομικών εισοδημάτων

Όπως είναι φανερό, ήταν αναγκαία η ύπαρξη και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην υγεία βέβαια υπάρχουν αρνητικά και θετικά αυτής της προσπάθειας. Αρχικά στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη η ιδιωτική πρωτοβουλία περιλαμβάνει λιγοστές «εταιρίες» παροχής υπηρεσιών υγείας με ετήσιο τζίρο που φτάνει τα 270 εκ. ευρώ. Επίσης ο κλάδος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μεγαλώνει 5% - 7% κατά έτος. Τα περιθώρια κερδοφορίας είναι υψηλότερα από την δευτεροβάθμια περίθαλψη, υπάρχει πολύ μεγάλος αριθμός μικρών μονάδων και τέλος η ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών είναι πολλές φορές χαμηλή.

Όσον αφορά την δευτεροβάθμια περίθαλψη παρουσιάζει και εκείνη ορισμένα μειονεκτήματα, όπως ότι αποτελεί μια μορφή αγοράς με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, το σύστημα δημόσιας υγείας είναι ανεπαρκές με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλο περιθώριο για την ιδιωτική πρωτοβουλία με μεγάλο ανταγωνισμό στο χώρο, το νομοθετικό πλαίσιο που διέπει την κατασκευή νέων ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων είναι πολύ αυστηρό, η έλλειψη τεχνογνωσίας παρά τη δυνατότητα

<sup>63</sup> Χατζητόλιος Α., Ζαμπίδης Π., Σανιδάς Θ., Ζαφειρόπουλος Α., Ασλανίδης Ι. (2007), *Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της Υγείας*, Ιατρικό Βήμα 02-03/2007.

<sup>64</sup> Υφαντόπουλος Ι. (1986), *Κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Περιοδικό Ιατρική, Τεύχος 5, Αθήνα.

απόκτησης τεχνολογία αιχμής και τέλος ο πληθυσμός ο οποίος αδυνατεί να δαπανήσει τα μεγάλα ποσά που απαιτούνται για παροχή υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικά θεραπευτήρια.

Βέβαια τα πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι αρκετά και ικανά να δώσουν ώθηση για περαιτέρω ιδιωτική πρωτοβουλία στον χώρο της υγείας, επιγραμματικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε για την πρωτοβάθμια περίθαλψη:

- ✓ Ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα
- ✓ 24ωρη λειτουργία
- ✓ Ανταγωνιστική τιμολογιακή πολιτική
- ✓ Ποιότητα υπηρεσιών

Επίσης τα πλεονεκτήματα ύπαρξης και ιδιωτικής πρωτοβουλίας στη δευτεροβάθμια περίθαλψη μπορούν να θεωρηθούν τα εξής:

- ✓ Μεγάλο μερίδιο αγοράς
- ✓ Προσφορά του συνόλου των ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας
- ✓ Δίκτυο νοσοκομείων υψηλών προδιαγραφών
- ✓ Έμπειρο Management
- ✓ Τεχνολογία υψηλών προδιαγραφών

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι οι μονάδες που καλύπτουν το σύνολο των περιπτώσεων διάγνωσης και νοσηλείας είναι περιορισμένες και αυτό οφείλεται στο υψηλό κόστος των επενδύσεων που απαιτείται. Από αυτές ελάχιστες είναι εκείνες που προσφέρουν πληρότητα και ποιότητα υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα οι μονάδες αυτές να αδυνατούν να καλύψουν τη υφιστάμενη ζήτηση. Η δυσκολία εισόδου νέων μονάδων στον κλάδο λόγω του υψηλού κόστους των επενδύσεων και του χρόνου υλοποίησης μιας τέτοιας επένδυσης που ξεπερνά τα 3 χρόνια, θέτουν σε πλεονεκτική θέση τις νοσοκομειακές μονάδες που ήδη ανήκουν στο κλάδο με την προϋπόθεση ότι θα διατηρήσουν την ικανότητα τους στο διαρκή εκσυγχρονισμό και στην παροχή υπηρεσιών με υψηλές προδιαγραφές.

## **B. Μελέτη περιπτώσεων υπηρεσιών της δημόσιας υγείας**

---

### **1. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων**

---

Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) αποτελεί μία από τις δύο εξεταζόμενες περιπτώσεις, φορέα που περιφρουρεί τη δημόσια υγεία. Στις παρακάτω ενότητες θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε το προφίλ του αλλά και την ανάμειξή του στην προάσπιση της δημόσιας υγείας<sup>65</sup>.

#### **1.1. Επισκόπηση Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων**

---

Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων ιδρύθηκε το 1983 με το Ν. 1316 και είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η θεσμοθετημένη αποστολή του Ε.Ο.Φ. είναι η προώθηση και κατοχύρωση της δημόσιας υγείας μέσω της εξασφάλισης καταλλήλων προτύπων ασφάλειας, ποιότητας και αποτελεσματικότητας για όλα τα προϊόντα αρμοδιότητας Ε.Ο.Φ. (φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης και κτηνιατρικής χρήσης, φαρμακούχων ζωοτροφών και προσθετικών ζωοτροφών, τροφίμων ειδικής διατροφής και συμπληρωμάτων διατροφής, βιοκτόνων, ιατρικών βοηθημάτων και καλλυντικών) που κυκλοφορούν στην Ελληνική αγορά. Επίσης, η εφαρμογή σχετικών ελέγχων, η επιθεώρηση και επιτήρηση της αγοράς και η παροχή πληροφοριών που θα συμβάλουν στη ασφαλή και αποτελεσματική χρήση των προϊόντων αυτών από τους πολίτες. Κύρια αποστολή του Ε.Ο.Φ. είναι η προστασία της Δημόσιας Υγείας.

Στα πλαίσια της αποστολής αυτής ο Ε.Ο.Φ. με απόλυτη διαφάνεια και σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Ένωση αξιολογεί και εγκρίνει νέα ασφαλή και αποτελεσματικά προϊόντα, παρακολουθεί μετεγκριτικά την ποιότητα, την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των προϊόντων κατά την κυκλοφορία τους στη χώρα. Επίσης ελέγχει την παραγωγή, τις κλινικές μελέτες και την κυκλοφορία στην ελληνική αγορά των προϊόντων προκειμένου να τηρούνται οι κανόνες ορθής παραγωγής, εργαστηριακής και κλινικής πρακτικής και να εφαρμόζεται η νομοθεσία όσον αφορά στη διακίνηση, διάθεση, εμπορία και διαφήμισή τους. Η ανάπτυξη και η προώθηση της ιατρικής και φαρμακευτικής έρευνας αποτελεί κύρια αποστολή του Ε.Ο.Φ. καθώς επίσης να ενημερώνει τους επιστήμονες υγείας, τους αρμόδιους φορείς και το κοινό με αντικειμενικές και χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τα φαρμακευτικά προϊόντα (ανθρώπινης και

---

<sup>65</sup> Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, *Εταιρικό προφίλ του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων*, Αθήνα, 08/2006.

κτηνιατρικής χρήσης) και τα λοιπά προϊόντα με σκοπό την ορθολογική τους χρήση και την αντικειμενική εκτίμηση της φαρμοκοοικονομικής διάστασής της.

Ο Ε.Ο.Φ. διοικείται από Δεκαμελές Διοικητικό Συμβούλιο. Η σημερινή δομή του Ε.Ο.Φ. καθορίστηκε με το Π.Δ. 142/89 και την αποτελούν 9 Δ/σεις. Για την υλοποίηση της αποστολής του ο Ε.Ο.Φ. απασχολεί 238 υπαλλήλους, εκ των οποίων 80 είναι φαρμακοποιοί, χημικοί, ιατροί, κτηνίατροι, βιολόγοι και 26 νομικοί, οικονομολόγοι, μαθηματικοί, επιστήμονες πληροφορικής. Παράλληλα συνεργάζεται με εξωτερικούς επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων (χημικοί, βιολόγοι, ιατροί κ.α.), συμμετέχει στις επιτροπές και ομάδες εργασίας των αρμοδίων οργάνων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Συμβουλίου της Ευρώπης με 45 εκπροσώπους του και έχει συγκροτήσει 24 επιστημονικές Επιτροπές και Συμβούλια, που αποτελούνται από ειδικούς επιστήμονες, οι κυριότερες από τις οποίες είναι:

- ✓ Επιστημονικό Συμβούλιο Εγκρίσεων. Γνωμοδοτεί για την έγκριση, τροποποίηση, ανανέωση, ανάκληση και αναστολή της άδειας κυκλοφορίας των προϊόντων αρμοδιότητας Ε.Ο.Φ.. Λειτουργούν διάφορα τμήματα (συμβατικά φάρμακα, βιολογικά, προϊόντα αίματος, ραδιοφάρμακα, προϊόντα ειδικής διατροφής, κτηνιατρικά φάρμακα και κτηνιατρικά εμβόλια).
- ✓ Επιτροπή Φαρμακοεπαγρύπνησης. Αξιολογεί τις ανεπιθύμητες ενέργειες και συνιστά την λήψη μέτρων ή την τροποποίηση της Περιλήψης των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος (Π.Χ.Π.) και του Φύλλου Οδηγιών Χρήσης (Φ.Ο.Χ.).
- ✓ Επιστημονική και Δεοντολογική Επιτροπή Εγκρίσεων Κλινικών Δοκιμών. Εξασφαλίζει την προστασία των δικαιωμάτων, την ασφάλεια και την υγεία των ατόμων που μετέχουν στην κλινική δοκιμή.
- ✓ Πρωτοβάθμια Επιτροπή για τη Διαφάνεια της Αποζημίωσης Φαρμάκων (Ε.Δ.Α.Φ.) και Δευτεροβάθμια Επιτροπή για τη Διαφάνεια της Αποζημίωσης Φαρμάκων (Δ.Ε.Δ.Α.Φ.). Η Ε.Δ.Α.Φ. είναι επταμελής. Μέλη της Επιτροπής είναι επιστήμονες με εμπειρία στο γνωστικό αντικείμενο του φαρμάκου, της πολιτικής και των οικονομικών της υγείας. Η Δ.Ε.Δ.Α.Φ. είναι πενταμελής και μέλη της είναι επιστήμονες του ίδιου γνωστικού αντικείμενου με αυτούς της Ε.Δ.Α.Φ.. Η Ε.Δ.Α.Φ. είναι αρμόδια για τον προσδιορισμό και την κατάρτιση θεραπευτικών ομάδων.
- ✓ Επιτροπή Φαρμακοποιίας η οποία συντάσσει την Ελληνική Φαρμακοποιία. Το 3<sup>ο</sup> Συμπλήρωμα της πέμπτης έκδοσης της Ελληνικής Φαρμακοποιίας (Ε.Φ. V) σε ηλεκτρονική μορφή, κυκλοφόρησε το 2006 και περιέχει την ύλη της Ευρωπαϊκής Φαρμακοποιίας που ετέθη σε ισχύ τον Ιανουάριο του 2006.
- ✓ Επιτροπή Εθνικού Συνταγολογίου. Συντάσσει το Εθνικό Συνταγολόγιο. Αντίστοιχη Επιτροπή λειτουργεί και για το Κτηνιατρικό Συνταγολόγιο.

- ✓ Επιτροπή Καλλυντικών. Αποτελείται από ειδικούς επιστήμονες και έχει ως έργο την εισήγηση και επεξεργασία θεμάτων που αφορούν στην κυκλοφορία των καλλυντικών προϊόντων.
- ✓ Επιτροπή Ιατρικών Βοηθημάτων. Εισηγείται για τον χαρακτηρισμό των προϊόντων ως ιατρικών βοηθημάτων ή όχι, την κατάταξή τους σε κατηγορίες, τον ορισμό και έλεγχο των Κοινοποιημένων Οργανισμών και για ειδικές ρυθμίσεις σχετικές με την εφαρμογή της νομοθεσίας.
- ✓ Δευτεροβάθμιο Επιστημονικό Συμβούλιο. Εξετάζει τις προσφυγές κατά των πρωτοβάθμιων αποφάσεων του Ε.Ο.Φ..

### 1.2. Στρατηγικοί στόχοι ανάπτυξης Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων

Ο καθορισμός των στόχων του ΕΟΦ διέπεται από τη γενικότερη κατεύθυνση της Ευρωπαϊκής Ένωσης και έχει σαν σκοπό τη σταδιακή μετάβαση κάθε Δημόσιου Φορέα και Οργανισμού από το γραφειοκρατικό μοντέλο της διοίκησης σε διοίκηση προσανατολισμένη στην εξυπηρέτηση του πολίτη και των εμπλεκόμενων φορέων. Ο ΕΟΦ με την εκπόνηση Επιχειρησιακού Σχεδίου για την περίοδο 2006 - 2010 έχει ιεραρχήσει τις δράσεις εκείνες οι οποίες απαιτούνται ώστε να εκσυγχρονίσει τη διοικητική του λειτουργία βελτιώνοντας ταυτόχρονα τις παρεχόμενες υπηρεσίες του.

Ο στρατηγικός σχεδιασμός του ΕΟΦ διέπεται από τις ακόλουθες αρχές:

- ✓ Συμβατότητα με την αποστολή του Οργανισμού
- ✓ Αξιοποίηση και ενίσχυση των δυνατών σημείων και αντιμετώπιση των αδύνατων σημείων
- ✓ Έγκαιρη και ορθολογιστική εκμετάλλευση των ευκαιριών που παρουσιάζονται
- ✓ Πρόληψη, πρόβλεψη και έγκαιρη προετοιμασία για την αντιμετώπιση κινδύνων και απειλών
- ✓ Ανάλυση ρόλου ως Κράτους – Μέλους Αναφοράς στη διαδικασία αμοιβαίας και αποκεντρωμένης αναγνώρισης
- ✓ Σχεδιασμός και υλοποίηση σύγχρονου Οργανισμού (Οργανόγραμμα)
- ✓ Ολική ποιότητα – έμφαση στη συνεχή βελτίωση
- ✓ Υιοθέτηση πρακτικών ηλεκτρονικής και εταιρικής διακυβέρνησης
- ✓ Εφαρμογή συστήματος συγκριτικής αξιολόγησης
- ✓ Ποιοτική και ποσοτική ανανέωση του ανθρώπινου δυναμικού

Η υλοποίηση των επιχειρησιακών και στρατηγικών στόχων θα έχει ως αποτέλεσμα, μέχρι το τέλος της επόμενης δετίας η εικόνα και λειτουργία του ΕΟΦ να έχει ριζικά μεταμορφωθεί.



Ο προσεκτικός σχεδιασμός υλοποίησης των στόχων διασφαλίζει την ομαλή λειτουργία του ΕΟΦ ενώ το προγραμματισμένο και αιτιολογημένο χρονοδιάγραμμα υλοποίησης ταυτίζεται απόλυτα με τους στόχους της κυβέρνησης στον τομέα του φαρμάκου.

### *1.3. Λειτουργία – Πόροι Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων*

---

Τέλος ο ΕΟΦ επικουρείται στο έργο του από τις θυγατρικές του εταιρίες κυρίως σε θέματα φαρμακοοικονομικά, ερευνητικά και κάλυψης ελλείψεων της αγοράς, όπως λεπτομερέστερα αναφέρεται παρακάτω:

1. Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (Ι.Φ.Ε.Τ.) Α.Ε. Υποβοηθά το έργο του ΕΟΦ με την εκπόνηση στατιστικών και οικονομετρικών αναλύσεων, μελετών, ερευνητικών προγραμμάτων και εφαρμογών οργανώσεων και μηχανοργάνωσης. Επίσης το Ι.Φ.Ε.Τ. έχει αναλάβει τη διακίνηση προϊόντων αρμοδιότητας ΕΟΦ για δικό του λογαριασμό ή για λογαριασμό τρίτων για κάλυψη παγίων ή εκτάκτων ελλείψεων της αγοράς.
2. Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών (Ε.ΚΕ.Β.ΥΛ.) Α.Ε.. Κύρια δραστηριότητά του είναι η πιστοποίηση, ο ποιοτικός έλεγχος και η έρευνα γύρω από τα ιατρικά βοηθήματα. Είναι κοινοποιημένος οργανισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης από το 1997 στον τομέα των ιατρικών βοηθημάτων.

Τους πόρους του Οργανισμού αποτελούν η κρατική επιχορήγηση, τα παράβολα για διάφορες υπηρεσίες που προσφέρει (εγκρίσεις, ανανεώσεις, τροποποιήσεις αδειών κυκλοφορίας, άδειες παραγωγής, βεβαιώσεις, θεωρήσεις τιμολογίων) σχετικά με προϊόντα αρμοδιότητάς του και το ετήσιο πάγιο τέλος που καταβάλλεται από τους υπεύθυνους κυκλοφορίας των προϊόντων (ανταποδοτικό τέλος).

### *1.4. Δραστηριότητες Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων*

---

Οι δραστηριότητες του ΕΟΦ αναφέρονται σε ελέγχους οι οποίοι διακρίνονται σε προεγκριτικούς, μετεγκριτικούς και εργαστηριακούς, οι οποίοι αναλύονται διεξοδικότερα στις παρακάτω υποενότητες.

#### 1.4.1. Προεγκριτικοί έλεγχοι

Οι προεγκριτικοί έλεγχοι περιλαμβάνουν αρχικά την έγκριση άδειας κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης και κτηνιατρικής χρήσης. Ισχύουν τρεις διαδικασίες εγκρίσεων η Εθνική η οποία αφορά στη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας μόνο στην Ελλάδα, η Αμοιβαία αναγνώριση, όταν για παράδειγμα ένα φαρμακευτικό ιδιοσκευάσμα έχει εγκριθεί σε ένα κράτος - μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μπορεί να υποβληθεί για έγκριση σε άλλα κράτη - μέλη με την ίδια ακριβώς φαρμακευτική και κλινική τεκμηρίωση. Σε περίπτωση διαφωνίας, παραπέμπεται σε διαιτησία για τελική απόφαση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και τέλος η Κεντρική διαδικασία όπου άδεια εκδίδεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή μετά από αίτηση στον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Μ.Ε.Α.), αξιολόγηση από τους εμπειρογνώμονες και γνωμάτευση της θεσμοθετημένης Επιτροπής Φαρμακευτικών Ιδιοσκευασμάτων (CPMP: Committee for Proprietary Medicinal Products), όπου συμμετέχουν δύο εκπρόσωποι του κάθε κράτους-μέλους, ή της Επιτροπής Φαρμακευτικών Ιδιοσκευασμάτων για κτηνιατρική χρήση (CVMP: Committee for Veterinary Medicinal Products), όπου επίσης συμμετέχουν δύο εκπρόσωποι του κάθε κράτους-μέλους.

Επίσης οι προεγκριτικοί έλεγχοι περιλαμβάνουν την παρακολούθηση κλινικών δοκιμών. Ο ΕΟΦ εγκρίνει τη διεξαγωγή κλινικών δοκιμών και παρακολουθεί και επιθεωρεί την τήρηση της νόμιμης εκτέλεσής τους σύμφωνα με τις Εθνικές ρυθμίσεις, τις κοινοτικές Κατευθυντήριες Γραμμές και τη Διακήρυξη του Ελσίνκι.

Τέλος οι προεγκριτικοί έλεγχοι περιλαμβάνουν την διαδικασία έγκρισης και κυκλοφορίας λοιπών προϊόντων αρμοδιότητας ΕΟΦ για πολλά προϊόντα. Αρχικά για τα καλλυντικά ακολουθείται απλουστευμένη διαδικασία. Γνωστοποιείται η κυκλοφορία τους στον ΕΟΦ και οι υπεύθυνοι είναι υποχρεωμένοι να τηρούν φάκελο με στοιχεία για την παραγωγή, τον έλεγχο και την ασφάλεια των προϊόντων τους, ο οποίος είναι στη διάθεση του ΕΟΦ σύμφωνα με τις σχετικές οδηγίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής. Για τα τρόφιμα ειδικής διατροφής και για ορισμένα συμπληρώματα διατροφής χορηγείται άδεια κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ, με κριτήρια την ασφάλεια της χρήσης τους και την τεκμηρίωση των ενδείξεών τους. Για τα βιοκτόνα ακολουθούνται οι εθνικές ρυθμίσεις όπου απαιτούνται και χορηγείται άδεια κυκλοφορίας, ενώ η σχετική οδηγία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής πρόκειται να ενσωματωθεί σύντομα στην Ελληνική νομοθεσία και τέλος για τα ιατρικά βοηθήματα κυκλοφορούν ελεύθερα, εφόσον τηρούνται ορισμένες διαδικασίες σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές Οδηγίες (σήμανση CE κλπ.).

#### 1.4.2. Μετεγκριτικοί έλεγχοι

Οι μετεγκριτικοί έλεγχοι περιλαμβάνουν την φαρμακοεπαγρύπνηση και τους ελέγχους μονάδων παραγωγής και κυκλοφορίας. Το σύστημα φαρμακοεπαγρύπνησης συνίσταται στην συνεχή παρακολούθηση της ασφάλειας των φαρμάκων που κυκλοφορούν και είναι ενιαίο για όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Βασίζεται στη συλλογή και αξιολόγηση των ανεπιθύμητων ενεργειών και αλληλεπιδράσεων που καταγράφουν στο ειδικό εμπιστευτικό έντυπο της Κίτρινης Κάρτας οι υγειονομικοί (γιατροί, φαρμακοποιοί, οδοντίατροι, νοσηλευτές) καθώς και οι φαρμακευτικές εταιρίες μέσω των υπευθύνων φαρμακοεπαγρύπνησης που απασχολούν. Η αξιολόγηση των ανεπιθύμητων ενεργειών γίνεται από την Επιτροπή Φαρμακοεπαγρύπνησης του Ε.Ο.Φ. και τα στοιχεία που προκύπτουν αποστέλλονται στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και συζητούνται στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή Φαρμακοεπαγρύπνησης, όπου λαμβάνονται αποφάσεις δεσμευτικές για όλα τα κράτη μέλη (π.χ. περιορισμός των ενδείξεων, προσθήκη νέων ανεπιθύμητων ενεργειών, αναστολή κυκλοφορίας).

Οι έλεγχοι μονάδων παραγωγής και κυκλοφορίας περιλαμβάνουν τις εξής διαδικασίες:

- ✓ Έλεγχος μονάδων παραγωγής (Επιθεωρήσεις). Στην Ελλάδα οι παραγωγικές μονάδες ανθρωπίνων και κτηνιατρικών φαρμάκων είναι περίπου 60, των καλλυντικών 100, των ζωοτροφών 200, των ιατρικών αερίων 15. Ο έλεγχος γίνεται σύμφωνα με τους κανόνες καλής παραγωγής που ισχύουν σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση (Good Manufacturing Practice-GMP). Ήδη έχει ξεκινήσει η διαδικασία διαπίστευσης σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Πρότυπο EN 45004. Με την διαπίστευση αποδεικνύεται η τεχνική ικανότητα των επιθεωρητών να ενεργούν σύμφωνα με συγκεκριμένες διαδικασίες, που περιγράφονται στο ως άνω Πρότυπο. Η διαδικασία διαπίστευσης ξεκίνησε τον Απρίλιο του 1997 και ευρίσκεται στη φάση της πρακτικής εφαρμογής. Η διαπίστευση είναι απαραίτητη μέσα στο κοινοτικό πλαίσιο, ώστε τα αποτελέσματα των διενεργούμενων ελέγχων να είναι αποδεκτά σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση.
- ✓ Έλεγχος κυκλοφορίας. Συλλέγονται δείγματα από την αγορά με σκοπό τον εργαστηριακό έλεγχο ή τον έλεγχο της νομιμότητας της κυκλοφορίας τους. Εξετάζονται όλες οι καταγγελίες, που υποβάλλουν υγειονομικοί, νοσοκομεία ή καταναλωτές και αφορούν στην ποιότητα και την νόμιμη κυκλοφορία των προϊόντων.
- ✓ Παρακολούθηση κατανάλωσης - Κάλυψη ελλείψεων - Ταινία γνησιότητας. Παρακολουθείται σε μηνιαία βάση η παραγωγή, εισαγωγή και οι πωλήσεις των φαρμακευτικών προϊόντων. Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν ανιχνεύονται οι τάσεις της συνταγογράφησης και η επίδραση του ύψους των τιμών στην κατανάλωση. Ο ΕΟΦ διανέμει την ταινία γνησιότητας στις εταιρίες. Η ταινία γνησιότητας επικολλάται σε

κάθε συσκευασία φαρμάκου και έτσι εξασφαλίζεται η αυθεντικότητα του κάθε φαρμάκου και η καλή λειτουργία του συστήματος οικονομικής απόδοσης των ταμείων.

Τέλος, σημαντική κοινωνική προσφορά του ΕΟΦ είναι η κάλυψη των βασικών ελλείψεων της αγοράς σε φάρμακα.

#### *1.4.3. Εργαστηριακοί έλεγχοι*

---

Με σκοπό την προάσπιση της Δημόσιας Υγείας και την εξασφάλιση του Δημόσιου Συμφέροντος, γενικότερα, στο χώρο του Φαρμάκου και των λοιπών συναφών Προϊόντων, ο ΕΟΦ εκτελεί – μέσω των Εργαστηρίων του – πλήθος Φυσικοχημικών, Μικροβιολογικών, Φαρμακοτεχνικών και λοιπών Ελέγχων σε Φαρμακευτικές Πρώτες Ύλες, Φαρμακευτικά Προϊόντα για Ανθρώπινη και Κτηνιατρική χρήση, καθώς και σε Καλλυντικά, Φαρμακούχες Ζωοτροφές, Συμπληρώματα Διατροφής και Ιατρικά Βοηθήματα.

Αυτοί οι Εργαστηριακοί Έλεγχοι εντάσσονται στο ετήσιο τακτικό πρόγραμμα Μετεγκριτικού Ελέγχου της Εσωτερικής Αγοράς από τον ΕΟΦ ή της Ευρωπαϊκής Αγοράς από την Ευρωπαϊκή Διεύθυνση για την Ποιότητα των Φαρμάκων (EDQM: European Department Quality Medicines), που λειτουργεί υπό την αιγίδα του Συμβουλίου της Ευρώπης) με την οποία συνεργάζεται ο ΕΟΦ. Παράλληλα πραγματοποιούνται Εργαστηριακοί Έλεγχοι σε Προϊόντα αρμοδιότητας ΕΟΦ επί τη βάση Καταγγελιών προερχομένων κατά κύριο λόγο από τα Στελέχη του Υγειονομικού Συστήματος της χώρας (Ιατρούς, Φαρμακοποιούς κ.λπ.).

#### *1.5. Διαπίστευση εργαστηρίων – καθιέρωση ενιαίου συστήματος ποιότητας ISO 17025*

---

Τα εργαστήρια του ΕΟΦ προκειμένου να τεκμηριώσουν την τεχνική τους επάρκεια και να κατοχυρώσουν την αδιαμφισβήτητη αξιοπιστία των αποτελεσμάτων - συμπερασμάτων των εργαστηριακών ελέγχων που εκτελούν, είχαν ξεκινήσει από το 1997 τη σχεδίαση και εφαρμογή κατάλληλου συστήματος ποιότητας. Μετά από πολύχρονη και επίπονη προετοιμασία, υπέβαλαν, το Νοέμβριο του 2003, αίτηση στο Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ.) προκειμένου να επιτευχθεί η διαπίστευση, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του προτύπου ΕΛΟΤ EN ISO/IEC 17025, των σημαντικότερων από τις εργαστηριακές δοκιμές που πραγματοποιούν. Το Μάρτιο του 2004 συντάχθηκε από την ορισθείσα ομάδα αξιολόγησης του Ε.ΣΥ.Δ. η προκαταρκτική έκθεση και τον Ιούνιο του 2004 έλαβε χώρα η προαξιολόγηση των εργαστηρίων. Η τελική αξιολόγηση

πραγματοποιήθηκε στις αρχές Μαρτίου 2005 και το σχετικό Πιστοποιητικό Διαπίστευσης κατά ΕΛΟΤ EN ISO/IEC 17025 χορηγήθηκε το Μάρτιο του 2006.

Επιπλέον, η συνεχής και συνεπής τήρηση υψηλών απαιτήσεων ποιότητας ελέγχεται μεταξύ άλλων με τη συμμετοχή των εργαστηρίων σε διεθνή διεργασιολογικά προγράμματα αξιολόγησης της τεχνικής τους επάρκειας καθώς και με την ετήσια επιτήρηση του συστήματος ποιότητας από το Ε.ΣΥ.Δ.. Τα εργαστήρια του ΕΟΦ συμμετέχουν στο δίκτυο των επισήμων Ευρωπαϊκών Εργαστηρίων Ελέγχου Φαρμάκων (OMCL: Official Medicines Control Laboratories), το οποίο συντονίζεται από την Ευρωπαϊκή Διεύθυνση για την Ποιότητα των Φαρμάκων (EDQM). Η συνεργασία αυτή καλύπτει τον μετεγκριτικό έλεγχο προϊόντων τα οποία κυκλοφορούν στην ευρωπαϊκή αγορά και έχουν εγκριθεί με την κεντρική ή την αμοιβαία διαδικασία. Επίσης καλύπτει διεργασιολογικές μελέτες απόδειξης της τεχνικής επάρκειας του εργαστηρίου καθώς και άλλες μελέτες σχετικές με την ευρωπαϊκή φαρμακοποιία.

Τόσο η επίτευξη της διαπίστευσης των εργαστηρίων του ΕΟΦ όσο και η διατήρηση και συνεχής ικανοποίηση των αυστηρών απαιτήσεων του Συστήματος Ποιότητας που συνεπάγεται, απαιτούν δέσμευση αυξημένων ανθρωπίνων και υλικών πόρων. Ωστόσο, οι όποιες αυξημένες απαιτήσεις αντισταθμίζονται πλήρως από την αποτελεσματική και φερέγγυα προώθηση της Δημόσιας Υγείας.

### ***1.6. Έρευνα και Ανάπτυξη Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων***

---

Μέσα από τον τομέα υγείας ο ΕΟΦ υπηρετεί τη διαφάνεια και την ενημέρωση για την ορθολογική χρήση των φαρμάκων και τη φαρμακοεπαγρύπνηση. Στις εκδόσεις του Οργανισμού περιλαμβάνονται το Εθνικό Συνταγολόγιο, το Κτηνιατρικό Συνταγολόγιο, η Ελληνική Φαρμακοποιία και η περιοδική έκδοση Φάρμακα και Συνταγογραφία. Από το 2000 σε συνεννόηση με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.) ο Οργανισμός δημοσιεύει στο «Ιατρικό Βήμα», επίσημο όργανο του Π.Ι.Σ., τα «Νέα του ΕΟΦ», ενημερωτική σελίδα με σύγχρονες πληροφορίες για τη λειτουργία του Οργανισμού και τα επείγοντα νέα για προϊόντα της αρμοδιότητάς του.

Η έρευνα και ανάπτυξη του ΕΟΦ πραγματοποιείται από τη διεύθυνση Φαρμακευτικών Μελετών από τα επιμέρους τμήματα, Κλινικών Μελετών, Ανεπιθύμητων Ενεργειών, Ερευνών, Συνταγογραφίας και Εθνικού Συνταγολογίου. Επίσης ο ΕΟΦ έχει στη διάθεσή του πολλά εργαστήρια στα οποία λαμβάνουν χώρα πολλές έρευνες με σκοπό την περαιτέρω ανάπτυξη του φαρμάκου στην Ελλάδα, όπως το Εργαστήριο Χημικών Αναλύσεων Φαρμάκων, το Εργαστήριο Χημικών Αναλύσεων Ζωοτροφών, Διαιτητικών, Δρογών, το Εργαστήριο Χημικών Αναλύσεων Καλλυντικών και Λοιπών Προϊόντων, το Μικροβιολογικό Εργαστήριο, το Βιολογικό και

Τοξικολογικό Εργαστήριο, καθώς τη Γραμματεία Προγραμματισμού Φαρμακοποιίας και Λοιπών Προτύπων Εργαστηριακού Ελέγχου και το Γραφείο Διοικητικής Μέριμνας Εργαστηρίων.

Ο ΕΟΦ πραγματοποιεί πολλές μελέτες οι οποίες χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες σχετικά με τα ανθρώπινα φάρμακα και τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα. Για τα ανθρώπινα φάρμακα στην Ελλάδα οι κλινικές μελέτες για φάρμακα ανθρώπινης χρήσης διεξάγονται μετά από έγκριση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων. Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ3/89292,ΦΕΚ Β1973/31-12-2003 (εναρμόνιση με την Directive 2001/20/EC) οι κλινικές μελέτες διακρίνονται σε δύο κατηγορίες, στις Κλινικές Μελέτες (Δοκιμές) – Παρεμβατικές και στις Μη Παρεμβατικές Μελέτες. Οι αιτήσεις για έγκριση κλινικών μελετών κατατίθενται προς το Τμήμα Κλινικών Δοκιμών, της Διεύθυνσης Φαρμακευτικών Μελετών και Έρευνας, μαζί με τα απαραίτητα Δικαιολογητικά. Για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα πραγματοποιούνται σύμφωνα με την Εγκύκλιο 33523/17-05-2007 «Κλινική Έρευνα με Ιατροτεχνολογικά Προϊόντα».

### *1.7. Μελέτες περιπτώσεων διαφύλαξης δημόσιας υγείας από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων*

---

Θεωρήσαμε σημαντικό να εντάξουμε στο σημείο αυτό ορισμένα παραδείγματα ικανά για να αποδείξουν την προσφορά του Ε.Ο.Φ. στην ελληνική πραγματικότητα αναφορικά με την διαφύλαξη της δημόσιας υγείας. Παρακάτω αναλύουμε ορισμένες περιπτώσεις.

#### *1.7.1. Αντιβιοτικά και λοιμώξεις*

---

Τα αντιβιοτικά παρασκευάστηκαν για πρώτη φορά πριν από 50 περίπου χρόνια για να καταπολεμήσουν τις μικροβιακές λοιμώξεις. Μέχρι τότε, πολλές λοιμώξεις ήταν θανατηφόρες. Σήμερα, μια νέα απειλή εμφανίζεται, πολλές λοιμώξεις θα μπορούσαν να ξαναγίνουν θανατηφόρες, γιατί τα μικρόβια που τις προκαλούν έχουν γίνει ανθεκτικά στα αντιβιοτικά που χρησιμοποιούμε.

Πώς γίνεται αυτό; Αυτό τι σημαίνει; Τα αντιβιοτικά πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο για τις σοβαρές μικροβιακές λοιμώξεις, γιατί; Μήπως όμως, πρέπει να χορηγούνται αντιβιοτικά σε κάθε μικροβιακή λοίμωξη; Τα παιδιά χρειάζονται περισσότερο τα αντιβιοτικά από ότι οι ενήλικες;

Οι απαντήσεις του Ε.Ο.Φ.<sup>66</sup> σε αυτές τις σημαντικές ερωτήσεις που έχουν να κάνουν άμεσα με την δημόσια υγεία είναι ότι οι λοιμώξεις στον άνθρωπο προκαλούνται από ιούς και μικρόβια. Τα αντιβιοτικά δεν ασκούν καμία απολύτως επίδραση στους ιούς. Είναι αποτελεσματικά μόνο στις μικροβιακές λοιμώξεις. Ότι δεν πρέπει ποτέ να λαμβάνονται αντιβιοτικά για λοιμώξεις που

---

<sup>66</sup> Ε.Ο.Φ. (2008). *Ορθή χρήση αντιβιοτικών*, <http://www.eof.gr/antibiotics>.

οφείλονται σε ιούς. Βέβαια τα αντιβιοτικά δεν πρέπει να χορηγούνται σε κάθε μικροβιακή λοίμωξη γιατί οι περισσότερες από τις λοιμώξεις που συμβαίνουν (π.χ. οξείες διάρροιες, ωτίτιδες, βρογχίτιδες, ιγμορίτιδες καθώς και ιώσεις με συμπτώματα όπως συνάχι, πονόλαιμος, πόνος στα οστά και στους μύες, πυρετός), θεραπεύονται από μόνες τους μέσα σε διάστημα μικρότερο ή μεγαλύτερο των τριών ημερών. Έτσι αν κάποιος έχει πάρει ένα αντιβιοτικό για να θεραπευτεί από μια τέτοια λοίμωξη, θα μπορούσε να αποδώσει την θεραπεία του στην χρήση του αντιβιοτικού, ενώ κάτι τέτοιο δεν αληθεύει. Όμως κάπως έτσι γεννήθηκε η ψευδαίσθηση και ο μύθος για τις μαγικές ιδιότητες των αντιβιοτικών. Επίσης τα αντιβιοτικά δεν θα βοηθήσουν στο να αναρρώσει κάποιος πιο γρήγορα.

Η άμυνα του κάθε οργανισμού είναι επαρκής για την ίαση της πλειοψηφίας των απλών λοιμώξεων που συμβαίνουν. Επίσης τα παιδιά δεν χρειάζονται περισσότερο και συχνότερα τα αντιβιοτικά. Στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι λοιμώξεις στα παιδιά οφείλονται σε ιούς. Και τα αντιβιοτικά δεν έχουν καμία απολύτως δράση στους ιούς. Ούτε θα βοηθήσουν στα αλήθεια το παιδί να απαλλαγεί γρηγορότερα από τα συμπτώματα της λοίμωξής του. Ο παιδίατρος, είναι ο μοναδικός αρμόδιος να αποφασίσει τη χορήγηση αντιβιοτικού για μια αποδεδειγμένη μικροβιακή λοίμωξη.

Όπως παρατηρούμε ο ΕΟΦ έχει εκδώσει σημαντικές οδηγίες για τους καταναλωτές των αντιβιοτικών τα οποία είναι και τα συνηθέστερα φαρμακευτικά προϊόντα που αποδίδουν πολλά εκατομμύρια ευρώ σε κάθε φαρμακευτική εταιρία κάθε έτος.

### 1.7.2. Χρήση απαγορευμένων ουσιών από αθλητές

Η χρήση απαγορευμένων ουσιών είναι στην δικαιοδοσία του ΕΟΦ; Η χρήση αναβολικών ουσιών από αθλητές είναι μια νέα «κατάσταση» για την ελληνική πραγματικότητα; Μετά την επίσημη ενημέρωση του ΕΟΦ τον Απρίλιο του 2008 από τα αρμόδια πολιτειακά όργανα για την καταγγελθείσα χρήση απαγορευμένων ουσιών από αθλητές της άρσης βαρών διεξάγονται ήδη ενδελεχείς έλεγχοι που αφορούν τις συνθήκες εισαγωγής, παραγωγής, διακίνησης και χρήσης των εν λόγω ουσιών<sup>67</sup>.

Σε ελέγχους που πραγματοποιεί ο ΕΟΦ μόνο το 2006 είχαν εντοπίσει φαρμακεία στην Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, την Κέρκυρα και τη Ρόδο που εξήγαγαν χωρίς τα απαιτούμενα έγγραφα (συνταγές, έγκριση ΕΟΦ) παρανόμως την ουσία. Οι ποσότητες που είχαν εξαχθεί ανά φαρμακείο ξεκινούσαν από 100 τεμάχια και έφθαναν έως και τα 300.000 σε φαρμακείο της Ρόδου, στο οποίο και μπήκε λουκέτο για ένα διάστημα.

<sup>67</sup> Ε.Ο.Φ. (2008), Σχετικά με την καταγγελθείσα χρήση απαγορευμένων ουσιών από αθλητές της άρσης βαρών, <http://www.eof.gr/html/press9989.html>.

Όπως αποκαλύπτει Ο ΕΟΦ οι φάκελοι της υπόθεσης παραδόθηκαν στις δικαστικές αρχές, αλλά για το αδίκημα προβλέπονται μόνο διοικητικές ποινές, επιβλήθηκαν πρόστιμα κατά μέσον όρο 20.000 ευρώ σε καθέναν από τους εμπλεκόμενους. Επρόκειτο ουσιαστικά για μια αλυσίδα διακίνησης. Βέβαια οι φαρμακοποιοί είχαν ισχυριστεί ότι δεν γνώριζαν πως ήταν παράνομη γι' αυτούς η εξαγωγή της «ναδρολόνης».

Ο ΕΟΦ σε συνέχεια της 39600/17-20-2000 Εγκυκλίου σχετικά με τη διαφήμιση των φαρμακευτικών προϊόντων μέσω διαδικτύου, το ΔΣ/ΕΟΦ (με τις υπ' αριθμ. 0-734 και 0-735/12/16/7/01 αποφάσεις του) προχωρεί στην αυστηρή εφαρμογή των παρακάτω μέτρων προκειμένου να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα της κατάχρησης των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, και ειδικότερα των αναβολικών ουσιών, καθώς και να αποτραπεί η χρήση τους εκτός των εγκεκριμένων θεραπευτικών ενδείξεων. Συγκεκριμένα, ο ΕΟΦ εφιστά την προσοχή στα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα πωλούνται μόνο από τα φαρμακεία, με ή χωρίς ιατρική συνταγή, σύμφωνα με τους εγκεκριμένους από τον ΕΟΦ τρόπους διάθεσης.

Επίσης η διαφήμιση και η πώληση μέσω των ιστοσελίδων του διαδικτύου των αναβολικών στεροειδών καθώς και γενικά όλων των φαρμακευτικών προϊόντων απαγορεύεται αυστηρά. Η παράβαση της απαγόρευσης αυτής επιφέρει την επιβολή των κυρώσεων που προβλέπονται από την ισχύουσα νομοθεσία. Όλα τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα που περιέχουν αναβολικά στεροειδή πρέπει να χορηγούνται με συνταγή φυλασσομένη επί dietia ανεξαρτήτως της περιεκτικότητάς τους, όπως προβλέπεται στις ισχύουσες άδειες κυκλοφορίας του ΕΟΦ. Οι υπεύθυνοι κυκλοφορίας των φαρμακευτικών σκευασμάτων να φροντίσουν ώστε ο τρόπος διάθεσης που προβλέπεται στην άδεια κυκλοφορίας των προϊόντων τους να αναγράφεται ευκρινώς στην εξωτερική συσκευασία.

Συγχρόνως, εφιστάται η προσοχή στους επαγγελματίες της υγείας (ιατρούς, φαρμακοποιούς) να ακολουθούν τις διατάξεις του ισχύοντος νομοθετικού πλαισίου που αφορούν την ορθή συνταγογράφηση και τη διάθεση των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων. Ιδιαίτερα επισημαίνεται ότι εκτός από τα αναβολικά στεροειδή οι ακόλουθες κατηγορίες προϊόντων και δραστικών ουσιών θα πρέπει να χορηγούνται αυστηρά και μόνο στις εγκεκριμένες ενδείξεις τους και υπό τις προϋποθέσεις της άδειας τους Αντιβιοτικά (γ' γενεάς κεφαλοσπορίνες, κινολόνες), αυξητική ορμόνη, ψυχοδιεγερτικές ουσίες, χοριακή γοναδοτροφίνη, ερυθροποιητίνη, αλλαντοτοξίνη Τύπου Α (*Clostridium Botulinum Toxin Type A*).

Τέλος οι αρμόδιοι ελεγκτικοί φορείς (Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Ε.Ο.Φ., Νομαρχίες, Γενική Γραμματεία Αθλητισμού, κλπ) καλούνται να εποπτεύουν τη διακίνηση των φαρμάκων και να ενεργούν αναλόγως, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις και τις αρμοδιότητές τους.



### 1.7.3. Ανάκληση καλλυντικού προϊόντος για τα μαλλιά

---

Άλλο ένα παράδειγμα του εντατικού έργου του ΕΟΦ αποτελεί η ανάκληση του καλλυντικού προϊόντος για τα μαλλιά «Procede» της εταιρείας Ι. Μαρνέρης. Σύμφωνα με απόφαση και λαμβάνοντας υπόψη το άρθρο 6, παρ. ΙΙ, εδ. 9 του Ν.1316/83, το άρθρο 23 της Κ.Υ.Α. ΔΥΓ 3α/ΓΠ 132979/18-03-2005, την υπ' αριθμ. 6/13-2007 έκθεση αναλύσεων της Δ/νσης Εργαστηρίων ΕΟΦ, αποφασίστηκε η ανάκληση του καλλυντικού προϊόντος για τα μαλλιά «Procede», γιατί σύμφωνα με την ανωτέρω έκθεση της Δ/νσης Εργαστηρίων του ΕΟΦ η περιεκτικότητά του σε θειογλυκολικό οξύ υπερέβαινε το μέγιστο επιτρεπόμενο όριο για τα καλλυντικά προϊόντα και επειδή η σύνθεσή του δεν δικαιολογεί την ένδειξη του προϊόντος «αντιμετώπιση αδύναμων μαλλιών και αύξηση της πυκνότητάς τους»<sup>68</sup>.

Η παρούσα απόφαση αποτελεί μέτρο για την προάσπιση της δημόσιας υγείας. Ο υπεύθυνος κυκλοφορίας οφείλει να επικοινωνήσει με τους αποδέκτες του προϊόντος για την διακοπή της εφαρμογής του προϊόντος και να ολοκληρώσει την απόσυρσή του από την αγορά μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, πρέπει να τηρεί τα παραστατικά της απόσυρσης για διάστημα τουλάχιστον πέντε (5) ετών και να τα θέτει υπόψη του ΕΟΦ, εφόσον ζητηθούν. Το καλλυντικό προϊόν παρουσιάζονταν στην αγορά ως ένα σκεύασμα σημαντικό το οποίο εγγυούνταν την αντιμετώπιση προβλημάτων, σχετικά με τα μαλλιά, γεγονός ψευδές όπως ανακάλυψε ο ΕΟΦ, ο οποίος έλεγξε εξονυχιστικά το «Procede» και εντόπισε προβλήματα τόσο στην σύστασή του, διότι περιελάμβανε στοιχεία που μπορούσαν να θέσουν σε κίνδυνο την υγεία όσων το χρησιμοποιούσαν, όσο και στην αναληθή υπόσχεση ότι το προϊόν μπορεί να βοηθήσει σε προβλήματα τριχόπτωσης. Η κίνηση του ΕΟΦ ήταν τόσο σημαντική καθώς μπόρεσε να αποβάλει από την αγορά ένα προϊόν αμφιβόλων αποτελεσμάτων για τη υγεία των πολιτών, καθώς ετίθετο σε κίνδυνο η δημόσια υγεία.

### 1.7.4. Επιστροφές ληξιπρόθεσμων καλλυντικών

---

Οι επιστροφές που αφορούν ληξιπρόθεσμα προϊόντα του φαρμακείου, ισχύουν μόνο για τα φάρμακα. Οι παραγωγοί, εισαγωγείς, αντιπρόσωποι και παρασκευαστές γενικά φαρμακευτικών προϊόντων, τα οποία φέρουν επί της συσκευασίας τους ημερομηνία λήξεως χρησιμοποίησής τους και έχουν λήξει ή λήγουν εντός του τρέχοντος κάθε φορά Α' ή Β' εξαμήνου κάθε έτους, υποχρεούνται να τα αποσύρουν από τα φαρμακεία μέχρι την 30<sup>η</sup> Ιουνίου και την 31<sup>η</sup> Δεκεμβρίου του ίδιου έτους και να εκδίδουν υποχρεωτικά πιστωτικό τιμολόγιο. Σε όσους παραβιάζουν την

---

<sup>68</sup> Ε.Ο.Φ. (2007), Δελτίο τύπου: Ανάκληση του καλλυντικού προϊόντος για τα μαλλιά "Procede" της εταιρείας Ιωάννης Μαρνέρης, [http://www.eof.gr/html/body\\_press.html](http://www.eof.gr/html/body_press.html).

παραπάνω υποχρέωση επιβάλλονται οι κυρώσεις που προβλέπονται από το πρώτο εδάφιο της παρ. 1 του άρθρου 19 του ν.δ. 96/1973. Σε περίπτωση υποτροπής, το πρόστιμο που προβλέπεται στο πρώτο εδάφιο της παρ. 1 του άρθρου 19 του ν.δ. 96/1973 διπλασιάζεται.

Τα καλλυντικά προϊόντα δεν εμπίπτουν στα φάρμακα και ως εκ τούτου οι εταιρείες παραγωγής ή διάθεσής τους, δύνανται εάν το επιθυμούν να μην δεχθούν ληξιπρόθεσμα προϊόντα, ή (όπως συνήθως κάνουν) να τα δέχονται με μειωμένη τιμή. Ο ΕΟΦ λοιπόν επιστά την προσοχή σε αγορές που αφορούν καλλυντικά προϊόντα, όπως επίσης και στις συμφωνίες που κάνετε κάθε ένας χωριστά με τις εταιρείες εισαγωγής και διάθεσης<sup>69</sup>. Σε περίπτωση μεγάλης παραγγελίας έγγραφο από εν λόγω εταιρείες πρέπει να ορίζεται ο τρόπος επιστροφής των ληξιπρόθεσμων ώστε να μην δημιουργούνται προστριβές και παρεξηγήσεις.

### 1.7.5. Πανδημία

---

Οι ιοί γρίπης τύπου Α προκαλούν περιοδικά επιδημίες ή πανδημίες, με αποτέλεσμα υψηλό ποσοστό νοσηρότητας και θνησιμότητας. Μια πανδημία μπορεί να εμφανιστεί οποιαδήποτε στιγμή και να προκαλέσει σημαντικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία αλλά και σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες. Οι ειδικοί στα θέματα της γρίπης συμφωνούν ότι οι μελλοντικές πανδημίες γρίπης είναι αναπόφευκτες αλλά δεν μπορεί να προβλεφθεί ο χρόνος εμφάνισής τους. Ιστορικά στοιχεία δείχνουν ότι οι πανδημίες εμφανίζονται από τρεις έως τέσσερις φορές στη διάρκεια ενός αιώνα.

Η τελευταία πανδημία σημειώθηκε το 1968, ενώ το 1998 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εξέδωσε παγκόσμια προειδοποίηση για πιθανότητα εμφάνισης νέας πανδημίας γρίπης μετά την πρόκληση επιδημίας από το υψηλής παθογονικότητας στέλεχος H5N1 ιού γρίπης των πτηνών, στην περιοχή της Νοτιοανατολικής Ασίας.

Με βάση τα δεδομένα των τελευταίων πανδημιών, υπολογίζεται ότι ένας νέος πανδημικός ιός χρειάζεται δύο με τρεις μήνες για να μεταφερθεί από τη χώρα που θα πρωτοεμφανιστεί σε κάποια άλλη χώρα και έξι μήνες για να εξαπλωθεί σε παγκόσμιο επίπεδο. Με τα σημερινά όμως δεδομένα, δηλαδή την εύκολη και γρήγορη μετακίνηση πληθυσμού από χώρα σε χώρα (π.χ αερομεταφορές), ο χρόνος αυτός μπορεί να είναι πολύ μικρότερος.

Επομένως, ο σχεδιασμός των δράσεων που θα απαιτηθούν για να ελαχιστοποιήσουν τις συνέπειες της επόμενης πανδημίας, κρίνεται ως απαραίτητος. Σε περίπτωση πανδημίας υπάρχει ένα σχέδιο δράσης κάθε εμπλεκόμενος φορέας θα πρέπει να γνωρίζει καλά τους ρόλους και τις

---

<sup>69</sup> Ε.Ο.Φ. (2008), *Δελτίο τύπου: Επιστροφές ληξιπρόθεσμων καλλυντικών*, [http://www.eof.gr/html/body\\_press.html](http://www.eof.gr/html/body_press.html).

ευθύνες, τόσο τις δικές του όσο και των άλλων, ούτως ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί στο ρόλο του σε κάθε φάση της πανδημίας.

Οι φορείς είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.), Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ), τα Κέντρα Αναφοράς Γρίπης, ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ) με κύριο μέλημα την προμήθεια και διάθεση των νέων αντιγριπικών εμβολίων και των αντιϊκών φαρμάκων βάσει των σχεδίων του Υ.Υ.Κ.Α., την παρακολούθηση και καταγραφή των παρενεργειών του νέου αντιγριπικού εμβολίου και των αντιϊκών φαρμάκων, οι Διευθύνσεις Υγείας Νομαρχιών - Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας και τα νοσοκομεία και άλλες μονάδες υγείας.

Το σχέδιο διακρίνεται σε φάσεις σε κάθε μια θα εξετάσουμε την συμμετοχή του ΕΟΦ. Σε περίοδο μεταξύ πανδημιών στην Φάση 1 όπου δεν υπάρχουν αναφορές για ανίχνευση νέου υποτύπου ιού γρίπης σε ανθρώπους. Ένας υπότυπος ο οποίος έχει προκαλέσει λοίμωξη σε άνθρωπο μπορεί να κυκλοφορεί σε ζώα σε χώρες εκτός Ελλάδας (Φάση 1 εκτός Ελλάδας) ή/και στην Ελλάδα (Φάση 1 στην Ελλάδα) και να προκαλεί νόσο (επιζωοτία), αλλά ο κίνδυνος μετάδοσης στον άνθρωπο είναι μικρός, ο ΕΟΦ κινεί την διαδικασία για την προμήθεια, αποθήκευση, διάθεση αντιϊκών φαρμάκων και εμβολίων.

Στην Φάση 2 όπου δεν υπάρχουν αναφορές για ανίχνευση νέου υποτύπου ιού γρίπης σε ανθρώπους. Ο υπότυπος κυκλοφορεί σε ζώα σε χώρες εκτός Ελλάδας (φάση 2 εκτός Ελλάδας) ή/και στην Ελλάδα (φάση 2 στην Ελλάδα) και υπάρχει σημαντικός κίνδυνος για μετάδοση στον άνθρωπο, ο ΕΟΦ συνεχίζει την διαδικασία για την προμήθεια, αποθήκευση, διάθεση αντιϊκών εμβολίων και εμβολίων.

Στη συνέχεια ακολουθεί η περίοδος εγρήγορσης για πανδημία όπου στην Φάση 3 υπάρχουν αναφορές για λοίμωξη ανθρώπων από ένα νέο υπότυπο του ιού γρίπης, σε χώρες εκτός Ελλάδας (φάση 3 εκτός Ελλάδας), ή/και στην Ελλάδα (φάση 3 στην Ελλάδα) αλλά δεν υπάρχει μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο, ή υπάρχει σπανιότητα, μετά από πολύ στενή επαφή, ο ΕΟΦ καταγράφει τον αριθμό των διαθέσιμων αντιϊκών φαρμάκων και συνεχίζει την διαδικασία εξασφάλισης επάρκειας σε φάρμακα – εμβόλια. Στην Φάση 4 μικρές συρροές κρουσμάτων γρίπης από το νέο υπότυπο, με περιορισμένη μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο, σε χώρες εκτός Ελλάδας (φάση 4 εκτός Ελλάδας) ή/και στην Ελλάδα (φάση 4 για την Ελλάδα). Έτσι ο ΕΟΦ διαθέτει αντιϊκά φάρμακα βάσει των σχεδίων του Υ.Υ.Κ.Α για εκτεθέντες και περιστατικά. Στην Φάση 5 μεγαλύτερες συρροές κρουσμάτων γρίπης από το νέο υπότυπο με περιορισμένη ακόμη μετάδοση από άνθρωπο σε άνθρωπο, σε χώρες εκτός Ελλάδας (φάση 5 εκτός Ελλάδας) ή/και στην Ελλάδα (φάση 5 στην Ελλάδα). Εδώ ο ΕΟΦ κινεί διαδικασίες για την προμήθεια του πανδημικού εμβολίου εφόσον έχει αρχίσει η παραγωγή του, εφαρμόζει διαδικασίες για την διακοπή της εισαγωγής του εποχικού και αυξάνει τα αποθέματα σε αντιϊκά.

Στην τελευταία περίοδο της πανδημίας στην Φάση 6 όπου και παρουσιάζεται αυξημένη και συνεχιζόμενη μετάδοση του νέου υποτύπου του ιού στον γενικό πληθυσμό. Επιδημίες από το νέο υπότυπο σε χώρες εκτός Ελλάδας (Φάση 6 εκτός Ελλάδας) ή/και στην Ελλάδα (φάση 6α – φάση 6ε στην Ελλάδα), ο ΕΟΦ παρακολουθεί την διαδικασία παρασκευής των νέων εμβολίων και εξασφαλίζει τρόπο για την παραλαβή τους. Επίσης έχουμε την έναρξη της διαδικασίας χορήγησης άδειας κυκλοφορίας των νέων εμβολίων στην Ελλάδα, αρχίζει η συνεργασία με κατασκευάστριες εταιρίες και τον Π.Ο.Υ. σχετικά με κλινικές μελέτες για την ανοσοεπάρκεια του εμβολίου και παρακολουθούνται και καταγράφονται οι παρενέργειες των νέων εμβολίων και των αντιϊκών φαρμάκων.

Μια πανδημία θεωρείται ότι έχει τελειώσει όταν τα επιδημιολογικά δεδομένα επιστρέφουν στο προ της πανδημίας επίπεδο. Κάθε φορέας εκπονεί συνολική έκθεση όπου παρουσιάζονται όλα τα δεδομένα που συνέλεξε κατά την διάρκεια της πανδημίας και όλες οι δράσεις που έλαβαν χώρα στις διάφορες φάσεις και επίπεδα αυτής. Η Επιτροπή Αντιμετώπισης Πανδημίας εκπονεί έκθεση με τη συνολική αποτίμηση της αντιμετώπισης της πανδημίας και της αποτελεσματικότητας των σχεδίων δράσης. Επίσης κάνει εκτίμηση της εμπειρίας που αποκτήθηκε καθ' όλη την διάρκεια της πανδημίας<sup>70</sup>.

## 2. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

---

Η δεύτερη μελέτη περίπτωσης που θα εξετάσουμε είναι αυτή της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, θα αναφερθούμε στην ανάλυση των δραστηριοτήτων, των τομέων που την απαρτίζουν αλλά και σε παραδείγματα μέσα από τα οποία διαφαίνεται η προσφορά της στην διαφύλαξη της δημόσιας υγείας.

### 2.1. Επισκόπηση Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

---

Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών (Υ.Σ.Α.) ιδρύθηκε από τον Ελευθέριο Βενιζέλο το 1929 στην Αθήνα με στόχο τη μετεκπαίδευση επιστημόνων ικανών να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της δημόσιας υγείας. Η απόφαση αυτή βρισκόταν σε αρμονία με την κυρίαρχη άποψη της Ειδικής Επιτροπής διακεκριμένων Υγιεινολόγων της Κοινωνίας των Εθνών που προέβλεπε ότι οι απασχολούμενοι με τη Δημόσια Υγεία πρέπει να έχουν εκπαιδευθεί σε μια Υγειονομική Σχολή της

---

<sup>70</sup> Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ), *Εθνικό σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση πανδημίας γρίπης*, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Β΄ Έκδοση, 10/2005.

χώρας τους για να μελετούν επιτόπου τα εγγενή υγειονομικά προβλήματα. Η Σχολή στεγάζεται από τη σύστασή της στο ιδιόκτητο κτίριο της Λεωφόρου Αλεξάνδρας 196, το οποίο πρόσφατα κρίθηκε διατηρητέο και αναπαλαιώθηκε.

Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών, με το Νόμο Ν. 2194/94, Άρθρο 3 που συμπληρώθηκε με τις διατάξεις του Ν. 2517/97 και του Ν. 2920/2001 (ΦΕΚ 131 τεύχος Α') μετονομάστηκε σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) και αποτελεί εκπαιδευτικό και ερευνητικό Ίδρυμα με τη μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου με πλήρη διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Οι τίτλοι σπουδών που απονέμει αποτελούν μεταπτυχιακούς τίτλους ειδίκευσης στη Δημόσια Υγεία και στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

Σκοπός της Ε.Σ.Δ.Υ. είναι η μεταπτυχιακή εκπαίδευση και μετεκπαίδευση αποφοίτων Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι., η επιστημονική έρευνα και η παροχή υπηρεσιών σχετικά με τη δημόσια υγεία, την προαγωγή υγείας, τη διοίκηση υπηρεσιών υγείας και την κοινωνική πολιτική<sup>71</sup>.

## 2.2. Δομή, διάρθρωση και διοίκηση Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας με τη σημερινή οργανωτική της δομή και τα γνωστικά αντικείμενα των τομέων της ανταποκρίνεται δυναμικά στα σύγχρονα προβλήματα που αντιμετωπίζει η δημόσια υγεία λόγω της διαρκούς εξέλιξης τόσο των προκλήσεων όσο και των υπηρεσιών της.

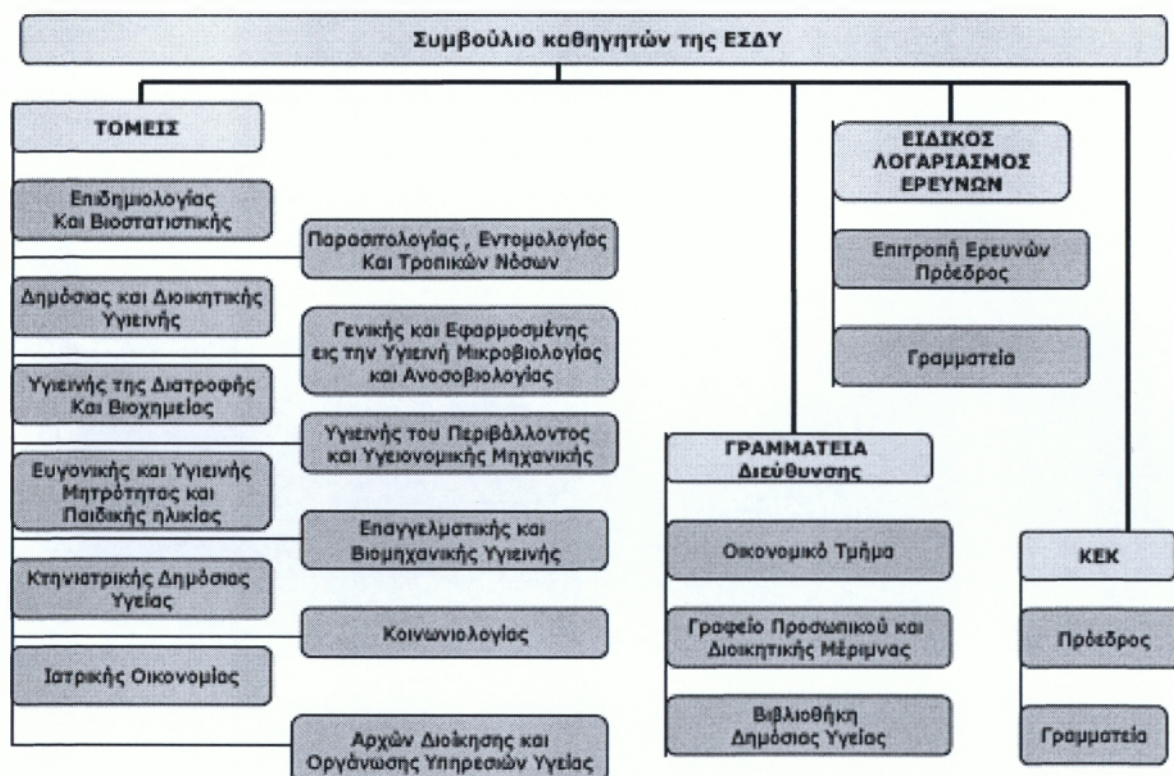
Δεδομένου ότι, σήμερα, τα προβλήματα που συνδέονται με τη δημόσια υγεία είναι διαφορετικά από αυτά που αντιμετώπιζε η χώρα στις αρχές του εικοστού αιώνα, καθώς ήδη αποκτούν δεσπόμενη θέση οι «ασθένειες του πολιτισμού» και οι «ασθένειες της ανασφάλειας» σαν αποτέλεσμα της αλλαγής του τρόπου της διατροφής, της εντατικοποίησης του ρυθμού ζωής και της υποβάθμισης του περιβάλλοντος λόγω των οικονομικό - κοινωνικών ανακατατάξεων στον εθνικό και διεθνή ορίζοντα, η «Δημόσια Υγεία» - χωρίς να απορρίπτει την κλασσική της έννοια και το στόχο της εξυγίανσης των χώρων διαβίωσης του ανθρώπου και την καταπολέμηση των λοιμωδών και παρασιτικών νοσημάτων - ενσωματώνει νέους τομείς γνώσεων με αντίστοιχες παρεμβάσεις.

<sup>71</sup> Για την δημιουργία της 2<sup>ης</sup> υποενότητας του κεφαλαίου Β χρησιμοποιήθηκε βοηθητικά το ενημερωτικό φυλλάδιο «Κατάρτιση Επαγγελματιών Υγείας σε Καινοτόμες Πρακτικές και Μεθόδους με τη Χρήση Ψηφιακών εργαλείων» της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας – Ειδικός Λογαριασμός Κονδυλίων Έρευνας, 16/7/2007.

### 2.2.1. Κεντρική διοίκηση Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

Κύριο διοικητικό όργανο της Σχολής είναι το Συμβούλιο των Καθηγητών. Πρόεδρος του Συμβουλίου είναι ο Κοσμήτορας ή ο Αναπληρωτής Κοσμήτορας. Ο Κοσμήτορας και ο Αναπληρωτής Κοσμήτορας εκλέγονται από το Σώμα των Καθηγητών με διετή θητεία. Η Σχολή επικουρείται διοικητικά από τη Γραμματεία, ο Διευθυντής της οποίας διευθύνει τις διοικητικές και οικονομικές υπηρεσίες της. Η οργάνωση και διοίκηση της Σχολής παρουσιάζεται στο παρακάτω οργανόγραμμα.

**Διάγραμμα 1. Δομή, διάρθρωση και διοίκηση της ΕΣΔΥ**



Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

### 2.2.2. Ακαδημαϊκά όργανα και επιτροπές Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

Στη Σχολή συγκροτούνται και λειτουργούν τα ακόλουθα ακαδημαϊκά όργανα και επιτροπές:

- ✓ Το Συμβούλιο των Καθηγητών
- ✓ Η Διεύθυνση Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσιας Υγείας
- ✓ Η Διεύθυνση Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας
- ✓ Η Επιτροπή Επιλογής Υποψηφίων για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας.

- ✓ Η Επιτροπή Επιλογής Υποψηφίων για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας.

### 2.2.3. Επιμέρους τομείς Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

---

Η ΕΣΔΥ, στη βάση του Π.Δ. 1233/81, είναι διαρθρωμένη στους ακόλουθους 12 Τομείς που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα γνωστικών αντικειμένων.

#### 1. Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής

Η επιδημιολογία ιστορικά υπήρξε από τους πρώτους κλάδους της Ιατρικής. Την έννοια και τη σημασία της καθόρισε ο Ιπποκράτης που περιέγραψε με λεπτομέρεια αρκετές επιδημίες. Σήμερα η επιδημιολογία δεν περιορίζεται στη μελέτη των κλασικών εκρηκτικών επιδημιών, οι οποίες είναι ούτως ή άλλως σπανιότερες στην εμφάνιση και την ένταση από ό,τι στο παρελθόν, αλλά μελετά και άλλες νοσηρές καταστάσεις, η επιδημική εμφάνιση των οποίων μπορεί να αποκαλυφθεί δύσκολα και με ειδικές μόνο τεχνικές. Στα πλαίσια αυτά, ο τομέας μελετά την κατανομή της νόσου στο χώρο, στο χρόνο και ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των προσβαλλόμενων και επιχειρεί τον καθορισμό των αιτίων που είναι υπεύθυνα για τη νόσο με τελικό αντικειμενικό σκοπό τον έλεγχο και την πρόληψη της, με το σχεδιασμό, την υλοποίηση και αξιολόγηση προγραμμάτων πρόληψης.

Ο Τομέας δραστηριοποιείται στο σχεδιασμό, οργάνωση και παρακολούθηση λοιμωδών νοσημάτων, στη διαχείριση και παρέμβαση επιδημιολογικών και δημογραφικών προβλημάτων και στο σχεδιασμό, υλοποίηση και αξιολόγηση προγραμμάτων με στόχο τη γνώση της υπάρχουσας κατάστασης και την προαγωγή και προστασία της Δημόσιας Υγείας. Αναλυτικότερα ο Τομέας επικεντρώνεται στη συλλογή, ανάλυση, παρουσίαση και ερμηνεία δεδομένων επιδημιολογικής έρευνας, στην επιδημιολογική διερεύνηση λοιμωδών νοσημάτων, στην ανεύρεση υπεύθυνων μηχανισμών διασποράς της νόσου από την πηγή στον ευαίσθητο πληθυσμό με σκοπό τη λήψη μέτρων για τον έλεγχο της επέκτασής της, στη χρησιμοποίηση και αξιοποίηση δημογραφικών δεδομένων με στόχο την αξιοποίησή τους στο καθορισμό προτεραιοτήτων παρέμβασης και πρόληψης, και στην τεκμηρίωση και στήριξη της λογικής των επιχειρημάτων κατά τη σύνταξη μελέτης που εκθέτει τα αποτελέσματα, τα συμπεράσματα και τα πιθανά προτεινόμενα μέτρα για την επίλυση προβλημάτων υγείας.

#### 2. Τομέας Παρασιτολογίας, Εντομολογίας και Τροπικών Νοσημάτων

Ο Τομέας Παρασιτολογίας, Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων ιδρύθηκε το 1931 με δύο χωριστές έδρες: α) Παρασιτολογίας και β) Ελονοσιολογίας και Τροπικών Νόσων. Το 1970-71, και

προκειμένου να εξυπηρετηθούν οι ανάγκες της διδασκαλίας, διαμορφώθηκε στο Εκπαιδευτικό πρόγραμμα ενιαία θεματική «Τροπική Ιατρική και Υγιεινή, Παρασιτολογία και Ιατρική Εντομολογία» και με το Προεδρικό Διάταγμα 1233/81 καθιερώθηκε η Έδρα «Παρασιτολογίας, Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων».

Στόχος της έδρας κατ' αρχήν ήταν η συμβολή στην αντιμετώπιση των μεγάλων επιδημιών της ελονοσίας και του δαγγείου και στη μελέτη της επιδημιολογίας, ανοσολογίας, καταπολέμησης και εκρίζωσης των μεταδιδόμενων με αρθρόποδα νοσημάτων, καθώς και τη διερεύνηση των κυριότερων παρασιτώσεων της χώρας μας. Σήμερα ο Τομέας δραστηριοποιείται σε θέματα έγκαιρης ανίχνευσης παρασίτων στον αυτόχθονα πληθυσμό και στους αλλοδαπούς, λοιμογόνων παραγόντων που ενοχοποιούνται για τροπικά νοσήματα, και μελέτης του πληθυσμού των αρθροπόδων, κυρίως κουνουπιών.

Η ενοχοποίηση νέων παρασίτων για πρόκληση νοσημάτων σε ανθρώπους, το μεταβαλλόμενο φάσμα παρασιτικών νοσημάτων, η βελτίωση της εργαστηριακής διάγνωσης, τα προβλήματα εισαγομένων κρουσμάτων και οι εύκολες επικοινωνίες με χώρες όπου ενδημούν παρασιτικά και τροπικά νοσήματα συνθέτουν το πλαίσιο των ενδιαφερόντων του Τομέα σήμερα.

Το γνωστικό αντικείμενο του Τομέα καλύπτει την ανίχνευση παρασίτων (πρωτοζώων και ελμίνθων) σε βιολογικά δείγματα με συμβατικές εργαστηριακές μεθόδους, την αναζήτηση παρασίτων στο περιβάλλον (χώμα-νερό), τη μελέτη του πληθυσμού των κουνουπιών και την εκτίμηση της συμμετοχής τους ως διαβιβαστών λοιμογόνων παραγόντων, την εφαρμογή σύγχρονης μεθοδολογίας (ανοσολογικές μέθοδοι-μέθοδοι Μοριακής Βιολογίας) στη διάγνωση παρασίτων, και την παρακολούθηση του επιπολασμού παρασιτικών και τροπικών νοσημάτων

### 3. Τομέας Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής

Ο Τομέας Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής ιδρύθηκε το 1931 με στόχο την εφαρμογή μέτρων εξυγίανσης, πρόληψης ασθενειών και την παροχή εξειδικευμένης επιστημονικής γνώσης για τη διατήρηση της υγείας, τόσο σε ατομικό όσο και σε πληθυσμιακό επίπεδο, καθώς και τη δημιουργία νομικού πλαισίου για την ανάπτυξη των σχετικών δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

Σήμερα, ο Τομέας – σε συνεργασία με Διεθνείς Οργανισμούς (Π.Ο.Υ., Ε.Ε., Συμβούλιο Ευρώπης) – δραστηριοποιείται σε θέματα πολιτικής υγείας, προστασίας της υγείας του πληθυσμού από ασθένειες που σχετίζονται με την συμπεριφορά, με λοιμώδη νοσήματα, με τις επιδημιολογικές εξελίξεις σε ειδικά θέματα Δημόσιας Υγείας, καθώς επίσης και με την επιστημονική έρευνα σε σχετικά θέματα Δημόσιας Υγείας και την οργάνωση σεμιναρίων για ενημέρωση και εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας.

Το 1990 ο Τομέας, επιθυμώντας να συμβαδίζει με τις σύγχρονες επιστημονικές εξελίξεις, εισήγαγε σε συστηματική βάση τη διδασκαλία του Δικαίου Υγείας και Βιοηθικής. Εκτός από την



εκπαίδευση στο χώρο της Βιοηθικής, ο Τομέας έχει επίσης δραστήρια παρουσία σε ελληνικά και κυρίως διεθνή ερευνητικά προγράμματα. Εκπροσωπείται ακόμη σε ελληνικές και διεθνείς Επιτροπές Βιοηθικής και αντίστοιχες Ομάδες Εργασίας.

Το γνωστικό αντικείμενο του Τομέα καλύπτει την Δημόσια Υγεία αναφορικά με Δομές και Νομικό πλαίσιο Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα και Διεθνώς αλλά και δείκτες υγείας. Επίσης η επιστημονική έρευνα και μελέτη ειδικών θεμάτων Δημόσιας Υγείας, όπως: μηνιγγίτιδα, φυματίωση, AIDS, άλλα λοιμώδη, τρίτη ηλικία, μαζικές καταστροφές, ατυχήματα. Επίσης ασχολείται με την αγωγή και προαγωγή της Υγείας μέσω μεθοδολογία πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Ακόμη αντικείμενό του είναι το Δίκαιο Υγείας και η Βιοηθική. Βασικές έννοιες του Δικαίου Υγείας που μελετώνται είναι η ιατρική ευθύνη και ιατρικό απόρρητο, τα δικαιώματα ασθενών, τα ανθρώπινα δικαιώματα και η δημόσια υγεία, άλλα θέματα όπως η ευθανασία, η άμβλωση, οι μεταμοσχεύσεις, η γενετική. Τέλος ένα ακόμα αντικείμενο έρευνας του Τομέα Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής αποτελεί η μεθοδολογία στην βιοηθική ανάλυση με επιστημονική έρευνα σε ειδικά θέματα όπως νέες αναπαραγωγικές τεχνολογίες και η ψυχιατρική ηθική.

#### 4. Τομέας Γενικής και Εφαρμοσμένης στην Υγιεινή Μικροβιολογίας και Ανοσολογίας

Ο Τομέας Γενικής και Εφαρμοσμένης στην Υγιεινή Μικροβιολογίας και Ανοσολογίας ιδρύθηκε το 1931 με στόχο την εξειδικευμένη συνδρομή της Ιατρικής Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας – Ειδικός Λογαριασμός Κονδυλίων Έρευνας Μικροβιολογίας στα προβλήματα της Δημόσιας Υγείας που αντιμετώπιζε ο ελληνικός πληθυσμός. Ο Τομέας έχει ποικιλία συνεργασιών με άλλους φορείς, ΑΕΙ, ΤΕΙ κ.λπ. αλλά και μεμονωμένους επιστήμονες που εργάζονται σε αυτά ή και στον ευρύτερο Δημόσιο και Ιδιωτικό Τομέα.

Σήμερα ο Τομέας μετά από μακρόχρονη πρωτοπορία, δραστηριοποιείται σε θέματα εκπαίδευσης, έρευνας αλλά και υπηρεσιών προς τρίτους με γνωστικά αντικείμενα την μικροβιολογία νερού, τροφίμων, οικιστικού και εργασιακού περιβάλλοντος, την υγιεινή και την μικροβιολογία στο νοσοκομείο και σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, τον ποιοτικό έλεγχο εργαστηρίων, την αντοχή στα αντιβιοτικά και απολυμαντικά – αντισηπτικά των μικροβιακών στελεχών από ανθρώπους και περιβάλλον.

Ο Τομέας διαθέτει οργανωμένο Μικροβιολογικό Εργαστήριο. Στον Τομέα ανήκει το Εθνικό Κέντρο Αναφοράς Σαλμονέλων – Σιγκελλών και Δονακίων Χολέρας.

#### 5. Τομέας Υγιεινής της Διατροφής και Βιοχημείας

Ο Τομέας Υγιεινής της Διατροφής και Βιοχημείας δημιουργήθηκε στην Υγειονομική Σχολή Αθηνών (ΥΣΑ) το 1977. Η ένταξη του συγκεκριμένου τομέα στην ΥΣΑ ήταν συνέπεια της

αναγνώρισης του ρόλου της διατροφής στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας του ελληνικού πληθυσμού, καθώς και της ανάγκης για εκπαίδευση και δράση στο χώρο της δημόσιας υγείας.

Οι δραστηριότητες του Τομέα είναι κατά κύριο λόγο εκπαιδευτικές και ερευνητικές. Το ερευνητικό ενδιαφέρον του Τομέα επικεντρώνεται σε θέματα που αφορούν στην καταγραφή των διατροφικών συνηθειών του ελληνικού πληθυσμού και στη διερεύνηση των συσχετίσεων διατροφικών (και άλλων παραμέτρων) με χρόνια κυρίως νοσήματα που διαμορφώνουν το σύγχρονο νοσολογικό φάσμα.

Επισημαίνεται ότι στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων στον ευρύτερο χώρο της δημόσιας υγείας, ο Τομέας έχει δραστηριοποιηθεί στη διατροφική αγωγή με τη δημιουργία και διανομή εκπαιδευτικού υλικού αλλά και τη διοργάνωση σειράς σεμιναρίων και διαλέξεων με θέμα την Υγιεινή Διατροφή και την προώθηση της Μεσογειακής Δίαιτας. Το γνωστικό αντικείμενο του Τομέα καλύπτει γενικές αρχές διατροφής, κλινική διατροφή, διατροφή στη δημόσια υγεία, διατροφική επιδημιολογία, διατροφική αγωγή και διατροφική πολιτική.

#### 6. Τομέας Υγειονομικής Μηχανικής και Υγιεινής Περιβάλλοντος

Ο Τομέας της Υγειονομικής Μηχανικής και Υγιεινής Περιβάλλοντος ιδρύθηκε το 1931 με στόχο την εξασφάλιση υγιεινών συνθηκών ύδρευσης και αποχέτευσης των οικιστικών περιοχών και την πρόληψη των επιδημιών υδρικής προέλευσης. Σήμερα ο Τομέας δραστηριοποιείται στα θέματα προστασίας της Δημόσιας Υγείας από τις επιπτώσεις της μόλυνσης και ρύπανσης στο ανθρωπογενές και φυσικό περιβάλλον χρησιμοποιώντας τις αρχές της Υγειονομικής Μηχανικής. Το αντικείμενο της Υγειονομικής Μηχανικής έχει εμπλουτισθεί και εξελιχθεί διεθνώς και καλύπτει ένα ευρύτερο φάσμα θεμάτων όπως η προστασία και διατήρηση των υδατικών πόρων, η προστασία των οικοσυστημάτων από τοξικές και επικίνδυνες ουσίες, η επαναχρησιμοποίηση και ανακύκλωση υλικών, θέματα που έχουν άμεση σχέση με τη Δημόσια Υγεία, δεδομένου ότι το 90% των ασθενειών έχει περιβαλλοντική προέλευση.

Το γνωστικό αντικείμενο του Τομέα καλύπτει πολλά αντικείμενα αναφορικά με την προστασία έργων υδροληψίας, τις διεργασίες επεξεργασίας πόσιμου νερού και έλεγχος της ποιότητας, τις διεργασίες επεξεργασίας λυμάτων, τις τοξικές και επικίνδυνες ουσίες στο περιβάλλον, τον έλεγχο ρύπανσης υδάτινων αποδεκτών, την διαχείριση στερεών και ειδικών απορριμμάτων με εφαρμογή σύγχρονων τεχνολογιών ανακύκλωσης και επαναχρησιμοποίησης, την αντιμετώπιση της ατμοσφαιρικής ρύπανσης και ηχορύπανσης και την υγιεινή του οικιστικού περιβάλλοντος. Ο Τομέας διαθέτει οργανωμένο και πλήρως εξοπλισμένο χημικό εργαστήριο Υγειονομικής Μηχανικής. Στον Τομέα υπάγεται το Κέντρο Μελετών Εξυγίανσης Περιβάλλοντος.

### 7. Τομέας Ευγονικής και Υγιεινής Μητρότητας και Παιδικής Ηλικίας

Ο Τομέας Ευγονικής και Υγιεινής Μητρότητας και Παιδικής Ηλικίας ιδρύθηκε το 1976 κατά την επαναλειτουργία της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών. Σκοπός του Τομέα είναι η εξοικείωση και η προσαρμογή του σύγχρονου λειτουργού Δημόσιας Υγείας στα ευγονικά μέτρα, τη μητρότητα και τις κοινωνικές, εκπαιδευτικές και ψυχολογικές προεκτάσεις των βιολογικών προβλημάτων του παιδιού. Η θεματολογία του τομέα εστιάζεται στην πρόληψη (πρωτογενή, δευτερογενή, τριτογενή) και τις παρεμβάσεις από την περίοδο πριν τη γέννηση του παιδιού μέχρι την ενηλικίωσή του.

Το γνωστικό αντικείμενο του Τομέα καλύπτει πολλά αντικείμενα έρευνας όπως τα γενετικά νοσήματα του ελληνικού πληθυσμού, τη γενετική καθοδήγηση, τον προγεννητικό έλεγχο, τα ανιχνευτικά προγράμματα νεογέννητων, την πρόληψη και παρεμβάσεις κατά την προγεννητική περίοδο, τα παιδιά με ειδικές ανάγκες, τους εμβολιασμούς, τον οικογενειακό προγραμματισμό, την υιοθεσία, την κακοποίηση και παραμέληση του παιδιού, τα παιδικά ατυχήματα και την προληπτική στοματική υγιεινή στα παιδιά.

Από το Ακαδημαϊκό Έτος 1988-1989 ο Τομέας συντονίζει το μάθημα της Κοινωνικής Οδοντιατρικής που απευθύνεται μόνο στους οδοντιάτρους – σπουδαστές του τμήματος και γίνεται από μέλη ΔΕΠ του Τομέα Κοινωνικής Οδοντιατρικής της Οδοντιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Στον Τομέα υπάγεται το Πρότυπο Εκπαιδευτικό Κέντρο Προστασίας και Προαγωγής της Υγείας Μητέρας και Παιδιού.

### 8. Τομέας Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής

Ο Τομέας Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής δημιουργήθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1970 με στόχο την εκπαίδευση ιατρών στα θέματα της Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής και την παροχή συμβουλών προς το Υπουργείο Υγείας και άλλους φορείς στα συναφή αντικείμενα. Σήμερα ο Τομέας δραστηριοποιείται στην επιστημονική διερεύνηση όλων των παραμέτρων, οι οποίες μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα υγείας στον εργαζόμενο στο χώρο της εργασίας του και να οδηγήσουν σε επαγγελματική νόσο. Το αντικείμενο της Επαγγελματικής Υγιεινής εμπλουτίζεται και διευρύνεται καθημερινά σε διεθνές επίπεδο με την αναζήτηση των συσχετίσεων μεταξύ εργασιακών και περιβαλλοντικών παραγόντων, δεδομένου ότι πολλές από τις επαγγελματικές νόσους είναι πολυπαραγοντικές.

Το γνωστικό αντικείμενο του Τομέα καλύπτει πολλές ενότητες όπως η γενική και ειδική παθολογία της εργασίας, η φυσιολογία της εργασίας, η επαγγελματική τοξικολογία και η βιολογική παρακολούθηση, η επαγγελματική επιδημιολογία, η οργάνωση εργασίας και εργονομία. Η καταλληλότητα για εργασία, οι φυσικοί, χημικοί και βιολογικοί παράγοντες στο χώρο εργασίας, η μεθοδολογία πρόληψης επαγγελματικού κινδύνου, η παροχή πρώτων βοηθειών, το ευρύτερο περιβάλλον και Ιατρική Εργασίας και τέλος η ασφάλεια κατά την εργασία.

Ο Τομέας προτίθεται να προχωρήσει στην οργάνωση βιοχημικού εργαστηρίου με σκοπό τον προσδιορισμό χημικών βλαπτικών ουσιών στα βιολογικά υγρά εργαζομένων τόσο σε ερευνητικό, όσο και σε επίπεδο εξετάσεων ρουτίνας. Η οργάνωση του εργαστηρίου συνδέεται και με την πρόθεση δημιουργίας Κέντρου Αναφοράς Επαγγελματικών Παθήσεων.

#### 9. Τομέας Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας

Με την διεύρυνση των αντικειμένων της Σχολής που έγινε με το Προεδρικό Διάταγμα 1233/81 και το νόμο 2194/94 θεσμοθετήθηκε και ο Τομέας της Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας με στόχο την εκπαίδευση των στελεχών Δημόσιας Υγείας και την έρευνα σε θέματα που σχετίζονται με παθογόνους παράγοντες, οι οποίοι εκπορεύονται από τα ζώα ή τα ζωοκομικά προϊόντα.

Τα τελευταία χρόνια προκλήθηκαν αλληπάλληλες διατροφικές κρίσεις που σχετίζονται όχι με την ποσότητα ή την οργανοληπτική ποιότητα των προϊόντων ζωικής προέλευσης αλλά με μία σειρά μειζόνων παραγόντων κινδύνου για τη Δημόσια Υγεία, όπως οι διοξίνες, (Νόσος των Τρελών Αγελάδων BSE) οι οποίοι κατέστησαν επίκαιρο το αντικείμενο της Κτηνιατρικής Δημόσιας Υγείας. Εξάλλου, η βιομηχανικού τύπου εκτροφή των παραγωγικών ζώων, η αύξηση των ζώων συντροφιάς (Pet) αλλά και η σύγχρονη διακίνηση ανθρώπων, ζώων και προϊόντων έφερε στην επιφάνεια παθογόνους παράγοντες, των οποίων ο κίνδυνος είχε θεωρητικά υποτιμηθεί.

Το γνωστικό αντικείμενο του Τομέα περιλαμβάνει την εξοικείωση με την Κτηνιατρική Δημόσια Υγιεινή, τις συνθήκες εκτροφής, ζωοστάσια, λύματα, την αιτιολογία, επιζωοτιολογία και πρόληψη των ζωοανθρωπονόσων, την συχνότητα και προγράμματα ελέγχου-εκρίζωσης των ζωοανθρωπονόσων, κόστος – όφελος, τις σπουδαιότερες κατηγορίες τροφίμων ζωικής προέλευσης, παραγωγή-διακίνηση αυτών, τις νοσολογικές καταστάσεις που απορρέουν από τα τρόφιμα και τα συστήματα ελέγχου και αρμόδιες υπηρεσίες. Ο Τομέας διαθέτει πλήρως εξοπλισμένο εργαστήριο για τις ζωνοδόσους και τα τροφιμογενή νοσήματα.

#### 10. Τομέας Κοινωνιολογίας

Στις σύγχρονες Σχολές Δημόσιας Υγείας τείνει να καθιερωθεί ο «κανόνας» του «1/3 + 1/3 + 1/3» που σημαίνει ότι το 1/3 της γνώσης ανήκει στις Ιατρικές και Βιολογικές επιστήμες, το 1/3 στις Τεχνολογικές (engineering) και το 1/3 ανήκει στις Κοινωνικές Επιστήμες. Ο Τομέας Κοινωνιολογίας ως μέρος του «1/3» είναι αφιερωμένος στη μελέτη, έρευνα και ανάλυση του πως και γιατί οι κοινωνίες αντιμετωπίζουν το «κακό – mal – evil». Πιο συγκεκριμένα, ο Τομέας αναπτύσσει τις δραστηριότητες διδασκαλίας, έρευνας, συμβουλών και εφαρμογών σε θέματα υγείας και αρρώστιας με μια θεώρηση κοινωνιολογική, ανθρωπολογική και ψυχολογική, ενώ ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στο AIDS, τη σεξουαλικότητα, τις ειδικές κοινωνικές ομάδες ή τις ειδικές καταστάσεις.

Επίσης ενδιαφέρεται για τις σχέσεις επιστήμης, τεχνολογίας και κοινωνίας με αφορμή ζητήματα Δημόσιας Υγείας (π.χ. διατροφή, αναπηρία, νέες ιατρικές τεχνολογίες). Τέλος, ενεργοποιείται για τη διαμόρφωση εφαρμογών πολυμέσων (Multimedia) και πρότυπων μορφών επέμβασης για ζητήματα αγωγής υγείας.

Το προσωπικό του Τομέα αναπτύσσει τις δραστηριότητές του σε δύο ευρείες περιοχές επιστημονικών ενδιαφερόντων αρχικά την Κοινωνιολογία της Υγείας και της Αρρώστιας, με έμφαση στις ψυχολογικές και κοινωνικό-πολιτιστικές διαστάσεις της υγείας και της αρρώστιας, και ειδικότερα το AIDS ως απειλή για το γενικό πληθυσμό, την πρόσληψη του AIDS από τους νέους που περιλαμβάνουν έρευνες με ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους σχετικά με τις σεξουαλικές σχέσεις και η επιδημία του HIV/AIDS, το HIV/AIDS σε ειδικούς χώρους (π.χ. ψυχολογικοί παράγοντες που προσδιορίζουν την επικίνδυνη συμπεριφορά για μόλυνση με HIV στις φυλακές), τις σύγχρονες μεθόδους αγωγής υγείας στα σχολεία για το HIV/AIDS (π.χ. αμοιβαία ομοταγής επιρροή (Peer's education)), την ενδυνάμωση ατόμων που ζουν με HIV/AIDS με πληροφοριακά συστήματα / τηλεματική (π.χ. προγράμματα SEAHORSE I & II, HERO). Οι εργασίες αυτές στηρίζουν και στηρίζονται από το Παρατηρητήριο AIDS και σεξουαλικότητας.

Η δεύτερη δραστηριότητα ενσωματώνει τις έννοιες Επιστήμη, Τεχνολογία και Κοινωνία με κύριες επιμέρους διαδικασίες τη διαχείριση περιβαλλοντικών προβλημάτων με τη μεθοδολογία της τεχνολογικής στάθμισης, την τεχνολογική αποτίμηση, την καινοτομία των ελληνικών επιχειρήσεων, την βιώσιμη αστική ανάπτυξη στην Ελλάδα, την τεχνολογική στάθμιση της ιατρικής τεχνολογίας, την κοινωνική πρόσληψη των τεχνολογικών αλλαγών και κινδύνων, τις πρακτικές και πολιτικές της επιστημονικής και τεχνολογικής έρευνας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη, τις μελλοντικές επιπτώσεις της βιοτεχνολογίας στη γεωργία και στα τρόφιμα στην Ελλάδα και στην Ευρώπη. Οι εργασίες αυτές στηρίζουν και στηρίζονται από το Εστιακό Σημείο Τεχνολογικής Στάθμισης.

### 11. Τομέας Οικονομικών της Υγείας

Ο Τομέας Οικονομικών της Υγείας ιδρύθηκε το 1981 και άρχισε να λειτουργεί το 1984 με στόχο την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στα οικονομικά και τις πολιτικές υγείας, την εξοικείωση με τις βασικές οικονομικές αρχές της οικονομικής ανάλυσης όπως εφαρμόζονται στο υγειονομικό σύστημα και την παρουσίαση των σύγχρονων και έγκυρων θεωριών που σχετίζονται με τα οικονομικά της υγείας. Παράλληλα, ο τομέας δραστηριοποιείται στην διερεύνηση των στρατηγικών, των μέτρων και των δράσεων που αποσκοπούν στην προώθηση και την ανάπτυξη του τομέα της υγείας στην χώρα μας, μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο άσκησης κοινωνικής πολιτικής.

Το γνωστικό αντικείμενο του Τομέα καλύπτει τις βασικές έννοιες και αρχές οικονομικών της υγείας, τους παράγοντες που επιδρούν στην ζήτηση υπηρεσιών υγείας, τους μηχανισμούς

προσφοράς και παραγωγής των υπηρεσιών υγείας, την ανάλυση των μηχανισμών ισορροπίας της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, την αξιολόγηση των υπηρεσιών και προγραμμάτων υγείας, τις βασικές έννοιες της οικονομικής ανταποδοτικότητας, αποτελεσματικότητας και ισότητας, την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, τις μεθόδους αποζημίωσης των επαγγελματιών υγείας, τις βασικές τεχνικές κοινωνικοοικονομικής αξιολόγησης, την μεθοδολογία έρευνας υπηρεσιών υγείας και τα συστήματα ασφάλισης υγείας.

### 12. Τομέας Αρχών Διοίκησης και Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας

Ο Τομέας Αρχών Διοίκησης και Οργάνωσης Υπηρεσιών Υγείας ιδρύθηκε το 1981 και λειτούργησε το 1984 με στόχο την εξειδίκευση στελεχών σε θέματα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Οργανισμών (Δημόσιων, Ιδιωτικών), την εξοικείωση με τις βασικές και ουσιαστικές αρχές καθώς και τις έννοιες του σύγχρονου ορθολογικού Management, και την παρουσίαση των σύγχρονων και έγκυρων γνώσεων που σχετίζονται με το χώρο της υγείας και τη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

Σήμερα, ο Τομέας δραστηριοποιείται στην εφαρμογή διαδικασιών βελτίωσης της διοίκησης, στα σύγχρονα μοντέλα Διοίκησης, στις μεθόδους διασφάλισης ποιότητας στην υγεία και στην ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων στον υγειονομικό τομέα. Ο Τομέας αναπτύσσει δραστηριότητες σε δύο περιοχές, αρχικά στη Νέα Διοίκηση με αντικείμενα τις βασικές αρχές οργάνωσης και διοίκησης υπηρεσιών υγείας, τα σύγχρονα μοντέλα διοίκησης- ανάπτυξη δεξιοτήτων διοίκησης, τις μορφές συστημάτων υγείας διεθνώς, την διαχείριση μεταβολών, την ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων, τον επαγγελματισμό και τα επαγγέλματα υγείας, τις σύγχρονες τάσεις, τον προγραμματισμό του ανθρώπινου δυναμικού, την ολική ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, τις βασικές αρχές και εργαλεία μέτρησης και αξιολόγησης της ποιότητας, τις εφαρμογές συνεχούς βελτίωσης υπηρεσιών, την προσωπική ποιότητα, τις στατιστικές τεχνικές διοίκησης ολικής ποιότητας, την διοίκηση και διαχείριση των Υπηρεσιών Υγείας.

Η δεύτερη περιοχή αναφέρεται στην Διαβαλκανική Συνεργασία, με αντικείμενο τα προβλήματα των συστημάτων υγείας στα Βαλκάνια. Οι σχετικές εργασίες έχουν στηριχθεί από το πρόγραμμα PHARE μέσω του Βαλκανικού Κέντρου και την ASPHER (Ενωση Σχολών Δημόσιας Υγείας στην Ευρώπη), η οποία έχει προχωρήσει στην έκδοση σχετικού περιοδικού στο διαδίκτυο. Επίσης, με την υποστήριξη του προγράμματος PHARE δημιουργήθηκε το Βαλκανικό Κέντρο Δημόσιας Υγείας, το οποίο συνεργάζεται με Σχολές Δημόσιας Υγείας (Ζάγκρεμπ, κ.α.), το Ευρωπαϊκό Κέντρο Ανάπτυξης και Ειρήνης Βελιγραδίου και το SEE. PH Network. Το Κέντρο δραστηριοποιείται σε θέματα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Ιατρικής Οικονομίας και γενικά σε περιφερειακά και διασυνοριακά προβλήματα Δημόσιας Υγείας.

### 2.3. Διοικητική, οικονομική και τεχνική υποστήριξη Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

Η διοικητική, οικονομική και τεχνική υποστήριξη της Ε.Σ.Δ.Υ. για την εκπλήρωση της αποστολής της παρέχεται από τις παρακάτω διευθύνσεις:

- ✓ Διεύθυνση Εκπαίδευσης. Το Γραφείο Εκπαίδευσης είναι αρμόδιο για τη διοικητική υποστήριξη, οργάνωση και λειτουργία των μεταπτυχιακών σπουδών καθώς και για τη διεκπεραίωση των θεμάτων εγγραφής, εξετάσεων, βαθμολογίας, πιστοποιητικών και απονομής μεταπτυχιακών τίτλων στους σπουδαστές της Σχολής.
- ✓ Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών. Το Τμήμα Οικονομικών είναι αρμόδιο για την κατάρτιση, παρακολούθηση και εκτέλεση του προϋπολογισμού της Σχολής, τη διαχείριση της μισθοδοσίας του προσωπικού, την εκτέλεση και διαχείριση του προγράμματος δημοσίων επενδύσεων και την τήρηση των αναγκαίων βιβλίων και στοιχείων.
- ✓ Διεύθυνση Προσωπικού και Διοικητικής Μέριμνας. Το Γραφείο Προσωπικού και Διοικητικής Μέριμνας είναι αρμόδιο για το χειρισμό των θεμάτων προσωπικού της ΕΣΔΥ, όπως τήρηση μητρώου, επίλυση θεμάτων υπηρεσιακής κατάστασης, άδειες, αναπαραγωγή εγγράφων και διακίνηση αλληλογραφίας.
- ✓ Βιβλιοθήκη Δημόσιας Υγείας. Η βιβλιοθήκη διαθέτει πλούσια συλλογή ελληνικών και ξένων βιβλίων και περιοδικών που καλύπτουν το χώρο της Δημόσιας Υγείας. Επίσης, διατηρεί αρχείο των διπλωματικών εργασιών των σπουδαστών. Η βιβλιοθήκη χρησιμοποιείται από τους σπουδαστές και ως χώρος μελέτης και πρόσβασης στο Διαδίκτυο.
- ✓ Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ). Στην ΕΣΔΥ λειτουργεί Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης που έχει πιστοποιηθεί ως θεματικό ΚΕΚ Περιφερειακής Εμβέλειας Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης με βάση την Υπουργική Απόφαση 111232/12-12-97. Τα βασικά πεδία εξειδίκευσης του ΚΕΚ είναι Επαγγέλματα Υγείας και Πρόνοιας, Επαγγέλματα Οικονομίας και Διοίκησης, Επαγγέλματα Περιβάλλοντος, Επαγγέλματα Πολιτισμού και Αθλητισμού.
- ✓ Εργαστήριο Πληροφορικής. Το εργαστήριο πληροφορικής λειτουργεί στις εγκαταστάσεις του ΚΕΚ. Οι σπουδαστές του μεταπτυχιακού τμήματος Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας παρακολουθούν ειδικό σεμινάριο εξοικείωσης με τη χρήση των Η/Υ, προγραμμάτων αυτοματισμού γραφείου (Word, Access) και ηλεκτρονικής επικοινωνίας και πλοήγησης.

#### 2.4. Διεθνείς συνεργασίες

---

Η ΕΣΔΥ συνεργάζεται στενά με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), το Συμβούλιο της Ευρώπης και την Ευρωπαϊκή Ένωση. Είναι μέλος των κυριότερων οργανώσεων μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, όπως είναι η Ένωση Σχολών Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Περιοχής (ASPHER), την προεδρία της οποίας είχε η ΕΣΔΥ την περίοδο 1991-1993, η Ευρωπαϊκή Ένωση Προγραμμάτων Σπουδών στις Υπηρεσίες Υγείας (EAPHSS), η Ευρωπαϊκή Ένωση Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας (EHMA) και η Ομοσπονδία για τη Διεθνή Συνεργασία Ερευνητικών Κέντρων Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας (FICOSSER), την προεδρία της οποίας είχε η ΕΣΔΥ για την περίοδο 2002-2006. Επιπροσθέτως, η ΕΣΔΥ έχει σταθερούς και μόνιμους δεσμούς συνεργασίας με μεγάλο αριθμό Σχολών Δημόσιας Υγείας και Πανεπιστημιακών Ιδρυμάτων στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής.

#### 2.5. Έρευνα - Ανάπτυξη

---

Η ΕΣΔΥ επιδεικνύει έντονη ερευνητική δραστηριότητα στο χώρο της Δημόσιας Υγείας και των Υπηρεσιών Υγείας. Η ερευνητική συνεργασία των 12 Τομέων της Σχολής έχει δημιουργήσει μια βάση δεδομένων με ευρήματα, αναλύσεις και συμπεράσματα πολυπαραγοντικής προσέγγισης της Δημόσιας Υγείας, τα οποία ανακοινώνονται σε συνέδρια και ημερίδες και συγχρόνως είναι στη διάθεση των μεταπτυχιακών φοιτητών για την ενημέρωση και διευκόλυνσή τους στις εργασίες που εκπονούν στο πλαίσιο των Μεταπτυχιακών Προγραμμάτων. Την έρευνα της Σχολής υποστηρίζουν τα Υπουργεία Υγείας, Παιδείας, Εσωτερικών, Οικονομίας και Ανάπτυξης, καθώς και Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Οργανισμοί Έρευνας του Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα, του εσωτερικού και του εξωτερικού.

Η ερευνητική δραστηριότητα της ΕΣΔΥ πραγματοποιείται μέσω του Ειδικού Λογαριασμού Ερευνών που έχει συσταθεί από το 1985 με την υπ' αριθμ.2077/6.12.85 κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Βιομηχανίας, Ενέργειας και Τεχνολογίας, και Οικονομικών και τροποποιήθηκε με την υπ' αριθμόν 2/67211/Α0024/29.9.00, με σκοπό την αξιοποίηση των κονδυλίων επιστημονικής και τεχνολογικής έρευνας και διέπεται από τις διατάξεις του Ν.1514/85 «για την ανάπτυξη της επιστημονικής και τεχνολογικής έρευνας». Η διοίκηση και διαχείριση του Ειδικού Λογαριασμού Ερευνών ασκείται από την Επιτροπή Ερευνών που απαρτίζεται από τον Πρόεδρο, τον Αντιπρόεδρο και τρία μέλη που ορίζονται με απόφαση του Συμβουλίου των Καθηγητών της Σχολής για τριετή θητεία.



Η Επιτροπή Ερευνών επικουρείται στο έργο της από τη Γραμματεία του Λογαριασμού. Οι βασικοί φορείς χρηματοδότησης του Ειδικού Λογαριασμού είναι από το εξωτερικό η Ευρωπαϊκή Ένωση και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) και από το εσωτερικό τα Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας, ΥΠΕΧΩΔΕ, Πολιτισμού, Εσωτερικών, η Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας, καθώς και ιδιωτικοί φορείς. Από το 1985 μέχρι σήμερα ο Ειδικός Λογαριασμός Ερευνών έχει διαχειριστεί 400 ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα. Τα προγράμματα αυτά καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα αντικειμένων που αφορούν σε σημαντικούς τομείς της Δημόσιας Υγείας και των Υπηρεσιών Υγείας. Οι δραστηριότητες του Ειδικού Λογαριασμού παρουσιάζονται σε ειδικές περιοδικές εκδόσεις ανά τριετία, οι οποίες είναι διαθέσιμες από τη Γραμματεία του Λογαριασμού.

## 2.6. Μεταπτυχιακά προγράμματα

---

Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας προσφέρει τα παρακάτω μεταπτυχιακά προγράμματα (ΜΠ) στη Δημόσια Υγεία και στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας Μονοετές ΜΠ Δημόσιας Υγείας, Μονοετές ΜΠ Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Διετές ΜΠ Δημόσιας Υγείας Νοτίου Ελλάδος, Διετές ΜΠ Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας Νοτίου Ελλάδος, Διετές ΜΠ Δημόσιας Υγείας Βορείου Ελλάδος, Διετές ΜΠ Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας Βορείου Ελλάδος και Μονοετές ΜΠ στην «Εφηρμοσμένη Δημόσια Υγεία» σε σύμπραξη με το ΤΕΙ Αθήνας.

### 2.6.1. Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας

---

Τα Προγράμματα Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας έχουν ως στόχο την εξειδίκευση στελεχών σε θέματα Διοίκησης και Οικονομικών της Υγείας. Συγκεκριμένα, καλύπτουν ένα ευρύ πεδίο γνώσεων για την απόκτηση δεξιοτήτων, οι οποίες θεωρούνται σήμερα απαραίτητες από τους επαγγελματίες της υγείας για την αντιμετώπιση των σύγχρονων προβλημάτων διοίκησης και οικονομίας τόσο στο σχεδιασμό και προγραμματισμό όσο και στη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας. Η εκπαίδευση προσφέρει εξειδικευμένες γνώσεις και τεχνικές και προωθεί τις δεξιότητες στην ανάλυση των στρατηγικών, μέτρων και δράσεων που αποσκοπούν στην ανάπτυξη του τομέα υγείας μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο άσκησης κοινωνικής πολιτικής.

Τα προγράμματα έχουν διεπιστημονική βάση, επικεντρώνονται στη διοίκηση και οικονομία της υγείας (διοίκηση νοσοκομείων, διαχείριση ανθρωπίνων πόρων, διαχείριση ολικής ποιότητας, χρηματοδότηση και προγραμματισμό υπηρεσιών υγείας, οικονομική αξιολόγηση) αλλά παράλληλα

διαπραγματεύονται και τα βασικά γνωστικά αντικείμενα των τομέων της δημόσιας υγείας, της επιδημιολογίας, κοινωνιολογίας της υγείας και της υγειονομικής μηχανικής.

Προϋπόθεση για την απονομή του μεταπτυχιακού τίτλου ειδίκευσης στη «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» είναι η φοίτηση των σπουδαστών σε τέσσερα υποχρεωτικά μαθήματα και σε δύο κατ' επιλογήν υποχρεωτικά (η επιλογή μπορεί να γίνει μεταξύ των κατ' επιλογήν υποχρεωτικών μαθημάτων, σύμφωνα με το αντικείμενο ενδιαφέροντος του φοιτητή) για κάθε εξάμηνο σπουδών. Επιπλέον του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, στους σπουδαστές οι οποίοι ενδιαφέρονται να παρακολουθήσουν τα μαθήματα κατεύθυνσης που προσφέρονται από τους Τομείς Κοινωνιολογίας και Οικονομίας της Υγείας, μετά από σχετική έγκριση του Συμβουλίου των καθηγητών, η Σχολή απονέμει πιστοποιητικά ειδικών σπουδών στην Κοινωνιολογία της Υγείας και την Φαρμακοοικονομία.

### 2.6.2. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας

---

Τα Μεταπτυχιακά Προγράμματα Δημόσιας Υγείας έχουν σχεδιασθεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να καλύπτουν και να εμβαθύνουν με διεπιστημονικότητα σε εκείνα τα πεδία γνώσεων και δεξιοτήτων που απαιτούνται σήμερα από τους επαγγελματίες της υγείας. Η εκπαίδευση στα Μεταπτυχιακά Προγράμματα Δημόσιας Υγείας παρέχει τα εφόδια της γνώσης της δημόσιας υγείας στα επίπεδα της κατάρτισης, της ειδίκευσης και της έρευνας και προωθεί τη δεξιότητα στην ανάλυση του προβλήματος, την παρέμβαση στην κοινότητα και την εκτίμηση του αποτελέσματος σε εθνική και διεθνή κλίμακα. Ως περιοχές δράσης θεωρούνται η βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, η προαγωγή της υγείας και ο έλεγχος ή η ελαχιστοποίηση της περιβαλλοντικής απειλής της υγείας. Το πρόγραμμα έχει διεπιστημονική βάση και επικεντρώνεται στη δημόσια υγεία και την επιδημιολογία όπως και στους τομείς ειδίκευσης της δημόσιας υγείας (μικροβιολογία, παρασιτολογία, κτηνιατρική, ευγονική, διατροφή, επαγγελματική υγιεινή, υγειονομική μηχανική). Παράλληλα, διατρέχει και τα γνωστικά αντικείμενα των τομέων της διοίκησης υπηρεσιών υγείας, οικονομικών της υγείας, κοινωνιολογίας της υγείας, πληροφορικής, δικαίου της δημόσιας υγείας κ.α.

### 2.7. E – School

---

Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, αναδεικνύοντας τη σημασία και συμβολή των πληροφοριακών συστημάτων στη βελτίωση των επιμέρους δεικτών υγείας, έχει ήδη ξεκινήσει την

ανάπτυξη «e - School» για τη Δημόσια Υγεία και τις Υπηρεσίες Υγείας, με σκοπό να παρέχει στον Έλληνα σπουδαστή επίκαιρες, χρήσιμες και έγκυρες πληροφορίες σε θέματα Δημόσιας Υγείας. Το e-school, το οποίο αναπτύσσεται στα πρότυπα αντίστοιχων προγραμμάτων μεγάλων ευρωπαϊκών σχολών, επιδιώκει να διασφαλίσει μια εναλλακτική δίοδο μάθησης, η οποία βελτιστοποιεί τα εργαλεία των νέων τεχνολογιών και την αμεσότητα στην πρόσβαση στη ζητούμενη πληροφορία «upon request».

Στο πλαίσιο του έργου προβλέπεται η ανάπτυξη ολοκληρωμένης πλατφόρμας δικτυακού τόπου τύπου «Portal», δηλαδή κόμβου εισόδου, διαχείρισης πλοήγησης και παροχής υπηρεσιών στο internet, ο οποίος αποτελεί τη βασική υποδομή για την παροχή υπηρεσιών ενημέρωσης, επικοινωνίας, ηλεκτρονικής μάθησης και υποστήριξης διοικητικών εργασιών στα πλαίσια της ολοκληρωμένης λειτουργίας ενός e-school. Μέσα από την υποστήριξη εξειδικευμένου λογισμικού, η πλατφόρμα του e-school επιτελεί τις ακόλουθες λειτουργίες:

- ✓ Διαχείρισης Βάσεων Δεδομένων
- ✓ Εξυπηρετητή διαδικτύου / εφαρμογών (application server)
- ✓ Διαχείρισης και διάθεσης περιεχομένου πάνω από το internet, επικοινωνίας, και διαχείρισης διοικητικών εργασιών (CMS, e-admin)
- ✓ Διαχείρισης ασύγχρονης ηλεκτρονικής εκπαίδευσης που περιλαμβάνει διαχείριση της εκπαιδευτικής διαδικασίας (LMS - Learning Management System), διαχείριση εκπαιδευτικού περιεχομένου (LCMS - Learning Content Management System), καθώς και τη συγγραφή εκπαιδευτικού περιεχομένου (Authoring tool).
- ✓ Διαχείρισης σύγχρονης εκπαίδευσης - ηλεκτρονικής συμμετοχής σε εικονική αίθουσα εκπαίδευσης (Virtual Classroom) η οποία συνεργάζεται και αξιοποιεί τις υπηρεσίες του λογισμικού LMS/LCMS.

Η ανάπτυξη και λειτουργία της πλατφόρμας επικοινωνίας υποστηρίζεται από ολοκληρωμένες υπηρεσίες μελετών για την ένταξη και εφαρμογή του e-learning στην εκπαιδευτική πρακτική της ΕΣΔΥ αλλά και δημιουργίας εκπαιδευτικού υλικού με τη μορφή εκπαιδευτικών αντικειμένων που υποστηρίζονται από το σύστημα LCMS για 20 μαθήματα της ΕΣΔΥ. Στο πλαίσιο των τελευταίων δράσεων, θα ολοκληρωθεί και η ψηφιοποίηση υπάρχοντος εκπαιδευτικού υλικού, το οποίο έχει ήδη αναπτυχθεί από το εκπαιδευτικό προσωπικό της ΕΣΔΥ ως υλικό αναφοράς για όλες τις μορφές εκπαίδευσης (κλασικής, ηλεκτρονικής).

Από την ολοκληρωμένη ανάπτυξη και εφαρμογή του προγράμματος του e-school η ΕΣΔΥ αναμένει τη δημιουργία εναλλακτικών συμπληρωματικών μοντέλων διεξαγωγής μεταπτυχιακών σπουδών (e-Learning) που θα υλοποιούνται τόσο ασύγχρονα, όσο και σύγχρονα και θα βασίζονται στο μοντέλο μικτής (blended) εκπαίδευσης. Επιπλέον, στοχεύει στην απόκτηση τεχνογνωσίας σε θέματα δημιουργίας ηλεκτρονικών μαθημάτων και ένταξης - ενοποίησης με τις υπάρχουσες

εκπαιδευτικές δομές και διαδικασίες, με τελικό στόχο το διοικητικό, λειτουργικό και οργανωτικό εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών της Σχολής που είναι υπεύθυνες για την εξυπηρέτηση των σπουδαστών και των πολιτών με αυτοματοποίηση των διαδικασιών επικοινωνίας και τη δημιουργία «one stop shop» για την ηλεκτρονική διοικητική υποστήριξη της.

## **2.8. E – Learning**

---

Η συνεχής επαγγελματική κατάρτιση, αποτελεί μία διαρκή διαδικασία, που έχει σκοπό να διασφαλίσει ότι οι γνώσεις και οι δεξιότητες του ατόμου προσαρμόζονται συνεχώς και ανταποκρίνονται στις εξελισσόμενες απαιτήσεις της θέσης εργασίας του και των αναγκών της αγοράς εργασίας. Η κατάρτιση είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί και εξ αποστάσεως με διαδικασίες ηλεκτρονικής μάθησης (e-learning), υπό τις προϋποθέσεις ότι οι εκπαιδευτές και οι εκπαιδευόμενοι να συνδέονται ταυτόχρονα και με ηλεκτρονικό τρόπο με εικόνα και ήχο, οι ώρες θεωρητικής και πρακτικής διδασκαλίας να γίνονται σε κάθε περίπτωση με την «ηλεκτρονική παρουσία» εκπαιδευτή, να υπάρχει ηλεκτρονική πιστοποίηση της παρουσίας των εκπαιδευομένων, κατά την πρακτική εξάσκηση, οι απαντήσεις-λύσεις των ασκήσεων να αποστέλλονται ηλεκτρονικά στον εκπαιδευτή, ο οποίος να τις επιστρέφει αργότερα διορθωμένες και αξιολογημένες και να δίνεται η δυνατότητα στην αρμόδια επιτροπή ελέγχου του τελικού δικαιούχου της ηλεκτρονικής εποπτείας της εξ αποστάσεως κατάρτισης.

Σύμφωνα με την 23626/2001 απόφαση «Κριτήρια Πιστοποίησης Κέντρων Υλοποίησης Ενεργειών Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης στον τομέα της Υγείας», στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια» 2000 – 2006 του Γ' Κ.Π.Σ. (ΦΕΚ 1497/7.11.2001) λαμβάνοντας υπόψη τη δεδομένη σύνδεση των αγορών εκπαίδευσης και απασχόλησης του τομέα της υγείας αλλά και της άνισης γεωγραφικής κατανομής και δημογραφίας των επαγγελματιών υγείας, η απόκτηση και αναβάθμιση εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων των ήδη εργαζομένων, των νεοπροσλαμβανομένων αλλά και των άνεργων επαγγελματιών του υγειονομικού τομέα, αναμένεται ότι το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα να συμβάλει ουσιαστικά στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με κεντρικό στόχο του Άξονα Προτεραιότητας 4 να αποτελεί η περαιτέρω ανάπτυξη και η ποιοτική βελτίωση των δεξιοτήτων και της γνώσης κυρίως των εργαζομένων και δευτερευόντως των ανέργων των τομέων υγείας και πρόνοιας.

Ως Τελικός Δικαιούχος οριζόταν η Διεύθυνση Εκπαίδευσης και Έρευνας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ανάδοχοι φορείς υλοποίησης ενεργειών επαγγελματικής κατάρτισης για το Μέτρο 4.1 του Επιχειρησιακού Προγράμματος ήταν τα πιστοποιημένα Κέντρα

Επαγγελματικής Κατάρτισης των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., του Ε.Κ.Α.Β. και της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.) που περιλαμβάνονται στην με αρ. πρωτ. 23619/31.10.2001. Οι Φορείς αυτοί διέθεταν συγκεκριμένους πιστοποιημένους χώρους στους οποίους και μόνο επιτρέπονταν να πραγματοποιηθεί η θεωρητική κατάρτιση, με μόνη εξαίρεση τις ενέργειες που εμπεριέχουν ηλεκτρονική μάθηση (e-learning).

Έτσι υλοποιήθηκε το έργο «Παροχή υπηρεσιών εκπαίδευσης (blended μορφής) και ψηφιακών υπηρεσιών οργάνωσης-συντονισμού και υποστήριξης εκπαιδευτικών ενεργειών εξ αποστάσεως εκπαίδευσης (e-learning)» που αφορά την εκπαίδευση μεγάλου αριθμού εργαζομένων προερχόμενων από τον ευαίσθητο χώρο της δημόσιας υγείας πάνω στους τρόπους αξιοποίησης σύγχρονων ψηφιακών προγραμμάτων (Software) και προγραμμάτων μοντελοποίησης πρακτικών και μεθόδων, για την πρακτική και άμεση εφαρμογή καινοτόμων αντιλήψεων, πρακτικών διαδικασιών και γνώσεων που οδηγούν στη βελτιστοποίηση και εκσυγχρονισμό της ποιότητας, ποσότητας και τρόπου με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας.

Ειδικότερα, στο πλαίσιο του εκπαιδευτικού προγράμματος της ΕΣΔΥ προβλέπεται η διεξαγωγή τετρακοσίων δώδεκα (412) σεμιναρίων, για σαράντα δύο (42) εκπαιδευτικά αντικείμενα. Μέσω των προβλεπόμενων αντικειμένων κατάρτισης αναμένεται να καλυφθούν ευαίσθητοι κοινωνικά τομείς (έλεγχος λοιμώξεων, διαχείριση νοσοκομειακών κλινών, Ιατρικός Φάκελος, κ.α.), διοικητικές και οικονομικές πρακτικές και θεωρίες (Οργάνωση υπηρεσιών, Διαχείριση διαθέσιμων, διαχείριση προσωπικού, διαχείριση χρόνου, εφαρμογές αναλυτικής λογιστικής, κοστολόγηση υπηρεσιών κ.α), θέματα υγειονομικού ενδιαφέροντος (Ανάλυση επικινδυνότητας εργασιών, αξιοποίηση επιδημιολογικών δεδομένων, ασφαλής διαχείριση υδάτινων πόρων) κ.α.

Το έργο, μέσα από την ανάδειξη της αναγκαιότητας και σπουδαιότητας ενσωμάτωσης των πληροφοριακών συστημάτων και μοντέλων προσομοίωσης ως εργαλείων εφαρμογής και αξιοποίησης ιδεών, τεχνικών και πρακτικών στο χώρο της υγείας, επιδιώκει την προαγωγή της εξοικείωσης των εργαζομένων του χώρου με σύγχρονες διοικητικές, οργανωτικές, λειτουργικές και ιατρικές πρακτικές, οι οποίες απαιτούν την εξειδικευμένη χρήση πληροφοριακών συστημάτων και προγραμμάτων. Τελικός στόχος είναι η παροχή στην πράξη της δυνατότητας εφαρμογής τεχνικών και εξελιγμένων μεθόδων παραγωγής υπηρεσιών υγείας και η βελτιστοποίηση της ποιότητας των παρεχόμενων προς τον πολίτη υπηρεσιών υγείας στο σύνολο τους.

Το έργο προβλέπει την κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού του χώρου της υγείας σε δύο βασικούς άξονες :

1. Μεταφορά καινοτόμων ιδεών, αντιλήψεων και γνώσεων γενικότερα πάνω σε ένα ευρύ φάσμα σύγχρονων αντικειμένων στον ευρύτερο χώρο της δημόσιας υγείας.

2. Εξοικείωση με την αξιοποίηση νέων σύγχρονων τεχνικών, προγραμμάτων και μοντέλων διαχείρισης, διάδοσης και αξιοποίησης της γνώσης.

Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στην εισαγωγή ψηφιακών μεθόδων και πρακτικών τόσο στη θεματολογία των προτεινόμενων σεμιναρίων, όσο και στις καθαυτές διαδικασίες κατάρτισης, για τις οποίες προτείνεται η χρησιμοποίηση ηλεκτρονικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων, προγραμμάτων προσομοίωσης (Simulation Programs), και σύγχρονων τεχνικών εξ' αποστάσεως εκπαίδευσης (e-learning), προκειμένου να διασφαλιστεί η μείωση έμμεσων δαπανών, η αποτελεσματική εξοικείωση των συμμετεχόντων με τα σύγχρονα πληροφοριακά συστήματα και τις εφαρμογές αυτών, και συγκέντρωση και ψηφιακή παραγωγή καινοτόμων εκπαιδευτικών τίτλων προστιθέμενης αξίας, οι οποίοι συνιστούν έτοιμο εκπαιδευτικό υλικό για αξιοποίηση και πέρα από τα στενά πλαίσια εφαρμογής του συγκεκριμένου προγράμματος<sup>72</sup>.

## 2.9. Μελέτες Περιπτώσεων ερευνών από τους επιμέρους τομείς της ΕΣΔΥ

### 2.9.1. Μελέτη Τομέα Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής ΕΣΔΥ - Εξεύρεση μεθόδου ανίχνευσης χημικών ουσιών στα νεφρά

Παραδειγματικά αναφέρουμε μια έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη συνεργασία του Τομέα Επαγγελματικής και Βιομηχανικής Υγιεινής ΕΣΔΥ (Καθηγ. Β. Μακρόπουλος, πρόεδρος του Ελληνικού Ινστιτούτου Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας «ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε.» και καθηγητής της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας), της υποψήφιας διδάκτορας Α. Κρικέλα, του ΕΚΕΦΕ Δημόκριτος (Δρ Ε. Λιβανίου), της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Καθηγ. Ι. Στεφανίδης) και του ΕΛ.ΙΝ.Υ.Α.Ε. για την εξεύρεση μεθόδου ανίχνευσης χημικών ουσιών στα νεφρά. Σύμφωνα με αυτή αποκαλύπτεται το ένζυμο «GΡx» στα ούρα όσων εργαζομένων έχουν εκτεθεί σε ουσίες που προκαλούν νεφρικές βλάβες. Το αποτέλεσμα της έρευνας ήταν ότι αυξάνονται οι νεφρικές βλάβες στους εργαζόμενους. Σήμερα στο περιβάλλον και κυρίως στον εργασιακό χώρο υπάρχουν πάρα πολλές νεφροτοξικές χημικές ουσίες, δηλαδή ουσίες που έχουν αποδεδειγμένα νεφροτοξική δράση.

Για τον λόγο αυτό θεωρείται πιθανό ότι οι νεφροτοξικές επιδράσεις παίζουν σημαντικό ρόλο στη δραματική αύξηση αρρώστων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ) τελικού σταδίου. Ο ακριβής αριθμός των περιστατικών με τοξικής αιτιολογίας νεφροπάθεια δεν είναι γνωστός. Λόγω της σημαντικότητας του προβλήματος των νεφροπαθών, οι οποίοι οδηγούνται στην αιμοκάθαρση ή μεταμόσχευση νεφρών, με μεγάλο κοινωνικό και οικονομικό κόστος, υλοποιήθηκε μια μελέτη

<sup>72</sup> Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2008, Παροχή υπηρεσιών εκπαίδευσης (blended μορφής) και ψηφιακών υπηρεσιών οργάνωσης-συντονισμού και υποστήριξης εκπαιδευτικών ενεργειών εξ' αποστάσεως εκπαίδευσης (e-learning), <http://www.esdy.gr/perigrafi.htm>. 22/09/2008

εκτίμησης των νεφρικών βλαβών σε εργαζόμενους με έκθεση σε τριχλωροαιθυλένιο, ένα διαλύτη, ο οποίος έχει ευρεία χρήση στην απομάκρυνση λαδιών και γράσων από μεταλλικά μέρη. Στο πλαίσιο της μελέτης αυτής αναπτύχθηκε μια καινούργια μέθοδος μέτρησης ενός ενζύμου της GPx στα ούρα. Το ένζυμο αυτό προστατεύει τα κύτταρα του εγγύς σωληναρίου (πρόκειται για ένα λειτουργικό τμήμα του νεφρού, το οποίο είναι υπεύθυνο για τη συγκέντρωση των ούρων από τα 18 λίτρα σε 2 λίτρα) και ιδιαίτερα το DNA τους από οξειδωτικές βλάβες, λόγω της ισχυρής αντιοξειδωτικής δράσης του. «Οι μεταβολίτες του διαλύτη αυτού (του τριχλωροαιθυλενίου) προκαλούν βλάβες σ' αυτά τα κύτταρα με αποτέλεσμα την εμφάνιση αυτού του ενζύμου στα ούρα», επισημαίνει ο κ. Βασίλης Μακρόπουλος.

«Η μελέτη έδειξε ότι σε εργαζόμενους με άμεση έκθεση σε τριχλωροαιθυλένιο το ένζυμο GPx ανιχνεύεται στα ούρα, ενώ δεν ανιχνεύεται σε υγιείς μη εκτεθειμένους εργαζομένους και σε εργαζόμενους με παλαιότερη έκθεση. Τα μέχρι τώρα αποτελέσματα δείχνουν ότι η μέθοδος αυτή που αναπτύχθηκε για πρώτη φορά μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην έγκαιρη διάγνωση βλάβης των νεφρών και σε αποτελεσματικότερη πρόληψη της υγείας των εργαζομένων με έκθεση σ' αυτή την ουσία ή σε άλλες ουσίες με ανάλογη δράση, π.χ. το εξασθενές χρώμιο», αναφέρει ο καθηγητής.

Στη χώρα μας δεν υπάρχουν συστηματικές μελέτες για την εκτίμηση του αριθμού των εργαζομένων που εκτίθενται σε νεφροτοξικές ουσίες και για την εκτίμηση του βαθμού της βλάβης, καθώς και για την εξέλιξη και πρόγνωση των τοξικών νεφροπαθειών. Η σημασία τέτοιων μελετών για τη Δημόσια Υγεία είναι σημαντική γιατί η χρόνια έκθεση οδηγεί σε νεφροπάθειες και πολλές φορές σε καρκίνους των νεφρών. Οι νεφρικές βλάβες που προϋπάρχουν σε ασθενείς με υπέρταση ή διαβήτη μπορούν να επιδεινωθούν από τη χρόνια έκθεση σε νεφροτοξικές ουσίες, ενώ η ύπαρξη νεφροτοξικών βλαβών δημιουργεί προϋποθέσεις μεγαλύτερης επιβάρυνσης των νεφρών από αυτές τις ασθένειες. Η πιθανή εξέλιξη μιας νεφροτοξικής βλάβης σε οξεία νεφρική ανεπάρκεια (ΟΝΑ) αυξάνει τη θνητότητα των ασθενών των μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) σε 60%», προσθέτει ο καθηγητής.

Τοξική νεφροπάθεια ονομάζεται κάθε βλάβη των νεφρών η οποία προκαλείται από την άμεση επίδραση χημικών ουσιών, χωρίς δηλαδή τη συμμετοχή ανοσολογικών μηχανισμών. Νεφροτοξική δράση αποδίδεται σε μια μεγάλη σειρά ουσιών, που περιλαμβάνει τα βαριά μέταλλα, φάρμακα, περιβαλλοντικά και βιομηχανικά δηλητήρια και ενδογενείς νεφροτοξίνες. Ένας μεγάλος αριθμός εργαζομένων (7,5 εκατ.) εκτίθεται σε γνωστές ή ύποπτες νεφροτοξικές ουσίες, σύμφωνα με μελέτη του (NIOSH) Εθνικού Ινστιτούτου για την Επαγγελματική Υγεία και Ασφάλεια των ΗΠΑ<sup>73</sup>.

<sup>73</sup> Ζιώζου Μ. (2008), Το ένζυμο «GPx» στα ούρα των εργαζομένων, Εφημερίδα Καθημερινή, 06/04/2008.

### 2.9.2. Μελέτη Τομέα Οικονομικών της Υγείας της ΕΣΔΥ - Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

---

Υψηλό παραμένει το επίπεδο υγείας των Ελλήνων, σύμφωνα με τα πρώτα συμπεράσματα πανελλαδικής έρευνας, που πραγματοποιείται από τον τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας από τον καθηγητή κ. Γιάννης Κυριόπουλος, με τη συνδρομή της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Η έρευνα έδειξε ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού (70%) αξιολογεί το επίπεδο υγείας του ως καλό ή και πολύ καλό και μόλις το 8,4% ως κακό ή πολύ κακό.

Η αυτοαξιολόγηση του επιπέδου υγείας είναι μια μέθοδος που επιλέγεται σήμερα, διότι δίνει στους ερευνητές και σε εκείνους που αποφασίζουν για τις πολιτικές υγείας περισσότερες πληροφορίες. Όχι μόνο στοιχεία για τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα του πληθυσμού, αλλά και για την ευεξία και την ποιότητα ζωής. Διότι δεν αρκεί κάποιος να είναι σωματικά υγιής, πρέπει να είναι και ψυχοπνευματικά καλά. Η ποιότητα ζωής δεν είναι κάποια φιλολογική παράμετρος, έχει άμεση σχέση με το επίπεδο της υγείας όλων.

Από την έρευνα για τη «διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα», η οποία συνεχίζεται σε δείγμα 4.500 Ελλήνων σε όλες τις περιφέρειες της χώρας προκύπτουν ωστόσο στοιχεία που προδιαγράφουν δυσμενείς επιπτώσεις για τη μελλοντική υγεία, λόγω των αλλαγών που έγιναν τα τελευταία είκοσι - τριάντα χρόνια στον τρόπο ζωής.

Ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού της χώρας άνω των δεκαοκτώ ετών (36,7%) κάνει μόνιμα ή τακτικά χρήση φαρμάκων εξαιτίας συγκεκριμένου προβλήματος υγείας. «Είναι μεγάλο αυτό το ποσοστό», σημειώνει ο καθηγητής κος. Κυριόπουλος. Οι περισσότεροι (51,4%) παίρνουν φάρμακα για το καρδιακό-κυκλοφορικό σύστημα (έμφραγμα, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμίες κ.λπ.) και το 25,9% για το μεταβολικό ενδοκρινολογικό (σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία κ.λπ.). Ακολουθούν οι παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος (χρόνια αρθρίτιδα, δισκοπάθειες, ισχιαλγία) με 15,9% και οι πνευμονολογικές παθήσεις (χρόνια βρογχίτιδα, άσθμα, εμφύσημα, φυματίωση) με 9,4%. Οι παθήσεις αυτές συνδέονται στενά με την επιδημία καπνίσματος που πλήττει τη χώρα, την υπερβολική κατανάλωση κρέατος, την απουσία φυσικής άσκησης, την κατάχρηση αλκοόλ και το χρόνια στρες.

Τα ευρήματα της έρευνας είναι εξαιρετικά ανησυχητικά. Ένα ακραία υψηλό ποσοστό (46,8%) των ερωτώμενων δήλωσαν ότι είναι καπνιστές και 6,9% ότι έχουν κόψει το κάπνισμα. Η έρευνα έδειξε ότι το 5% των συμμετεχόντων ασκείται λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα, δηλαδή πρακτικά καθόλου, ενώ το καθημερινό στρες που σχετίζεται με τις εργασιακές, οικογενειακές και κοινωνικές συνθήκες μάς επηρεάζει καθοριστικά. Περίπου το 35% των ερωτώμενων αναφέρουν ότι νιώθουν πολύ αγχωμένοι την περισσότερη ή και όλη την ώρα. Επιπλέον, ένας στους τρεις



δήλωσε ότι μέσα στον τελευταίο μήνα ένιωθε αγχωμένος για κάποιο διάστημα ή για αρκετές ώρες. Πολύ συχνή είναι και η υπερκατανάλωση αλκοολούχων ποτών (το 12,4% των ερωτώμενων αναφέρουν ότι πίνουν κάθε μέρα και το 10,6% τρεις ή τέσσερις φορές την εβδομάδα). Μπορεί να μην πρόκειται για κλινικό αλκοολισμό.

Επίσης η έρευνα απέδειξε τάσεις ανάκαμψης να εμφανίζουν τα τελευταία χρόνια ορισμένα νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, το μεταβολικό σύνδρομο και η υπέρταση. «Αυτό συμβαίνει», σημειώνει ο καθηγητής, «έπειτα από μια καλή περίοδο κατά την οποία μειώθηκε η νοσηρότητα και η πρόωγη θνησιμότητα από τις αιτίες αυτές. Είναι το τίμημα της ευημερίας των τελευταίων δεκαετιών και κυρίως των αλλαγών στην κοινωνία, στη δομή της οικογένειας, τον τρόπο ζωής, που έχουν προκαλέσει μεταβολές τις οποίες θα μετρήσουμε έπειτα από μερικά χρόνια. Διότι τα νοσήματα του πολιτισμού έχουν μακρύ χρόνο επώασης».

Ήδη η έρευνα της ΕΣΔΥ για την αποτρεπτή (πρόωρη και άδικη) θνησιμότητα δείχνει ότι σημειώνεται αύξηση του αριθμού των θανάτων από ισχαιμική καρδιοπάθεια κατά 10,8%. Το 1980 καταγράφηκαν 53,39 θάνατοι σε πληθυσμό 100.000 και το 2003 59,17. Μεγαλύτερη αύξηση της θνησιμότητας (28,5%) παρατηρήθηκε στα κακοήθη νεοπλάσματα. Σε αυτή την κατηγορία το 1980 καταγράφηκαν 26,78 θάνατοι σε πληθυσμό 100.000, ενώ το 2003 ο αριθμός των θανάτων άγγιξε τους 34,41 για τον ίδιο αριθμό κατοίκων.

Τα αποτελέσματα της μεταβολής του τρόπου ζωής θα τα βλέπουμε τα προσεχή χρόνια σε όλους τους δείκτες κυρίως αυτούς που σχετίζονται με τα νοσήματα του καρδιαγγειακού και του κυκλοφοριακού, τα νεοπλάσματα ή το μεταβολικό σύνδρομο. Αυτό επιβάλλει στην πολιτική υγείας να είναι προληπτική και προγνωστική. Να λαμβάνουν μέτρα σήμερα<sup>74</sup>.

### *2.9.3. Έρευνα Τομέα Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής της ΕΣΔΥ- Καύσωνας κατά την διάρκεια των Ολυμπιακών Αγώνων 2004*

Κατά την διάρκεια των Ολυμπιακών Αγώνων της Αθήνας 2004 ο τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής edέξωσε μια έρευνα σχετικά με τον καύσωνα, σύμφωνα με την οποία ενημέρωνε και παρείχε σημαντικές πληροφορίες σχετικά<sup>75</sup>. Έτσι προειδοποιούσε τους γονείς να μην αφήνουν ποτέ βρέφη, παιδιά ή κατοικίδια ζώα μέσα σε παρκαρισμένα αυτοκίνητα γιατί η θερμοκρασία μπορεί να ξεπεράσει τους 50 βαθμούς Κελσίου σε λίγα δευτερόλεπτα. Επίσης εφόσον λαμβάνονται κάποια φάρμακα, η συμβουλή από τον ιατρό ή το φαρμακοποιό για κάθε διατροφολογική ή

<sup>74</sup> Κυριόπουλος Ι. (2006), *Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα*, Τομέας Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

<sup>75</sup> Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής (2004), *Επιχειρησιακό πρόγραμμα Ολυμπιακοί Αγώνες 2004 – Καύσωνας*, [http://www.nsph.gr/esdy\\_basic2/omeis\\_epid\\_biostat\\_2004.htm](http://www.nsph.gr/esdy_basic2/omeis_epid_biostat_2004.htm).

φαρμακευτική αλλαγή είναι απαραίτητη. Εάν υπάρξουν συμπτώματα ζάλης, ναυτίας, ταχυσφυγμίας, κεφαλαλγίας ή ελαφρύς πυρετός, τότε η μετάβαση σε δροσερό μέρος ή σε υγειονομικές υπηρεσίες των σταδίων είναι επιτακτική. Για όσους βρίσκονταν εκτός ολυμπιακών εγκαταστάσεων και τα συμπτώματα επέμεναν, τότε η οδηγία συμβούλευε την κλήση στον τηλεφωνικό αριθμό 166 του Ε.Κ.Α.Β..

#### 2.9.4. Μελέτες Τομέα Κοινωνιολογίας της ΕΣΔΥ

Οι έρευνες που έχει πραγματοποιήσει ο Τομέας Κοινωνιολογίας της ΕΣΔΥ είναι πολλές. Αρχικά αναφέρουμε την μελέτη «Γνώσεις, Στάσεις, Πιστεύω και Πρακτικές των Αθηναίων σχετικά με το AIDS (ΚΑΒΡ)» με συνεργαζόμενο φορέα την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ), η έρευνα ξεκίνησε το 1989 και έλιξε το 1990<sup>76</sup>. Με τη διανομή ερωτηματολογίου της ΠΟΥ σε 1200 Αθηναίους φάνηκε ότι οι περισσότεροι ήταν καλά πληροφορημένοι, όμως υπήρχαν περιπτώσεις απαντήσεων που χαρακτηρίζονταν από αμφιβολίες και αντιφάσεις. Οι Αθηναίοι δείχνουν ανοχή στους ασθενείς με AIDS και δεν δέχονται η αντιμετώπιση να γίνεται με περιοριστικά μέτρα. Διαπιστώνονται αλλαγές στη σεξουαλική συμπεριφορά, κυρίως στους νέους, σ' αυτούς που γνωρίζουν ασθενείς με AIDS και σ' αυτούς χωρίς μόνιμο σύντροφο. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης αποτελούν τις κυριότερες πηγές πληροφόρησης για το AIDS. Αν και οι περισσότεροι θεωρούσαν το προφυλακτικό σαν το πρωταρχικό μέσο προστασίας ενάντια στο AIDS, διαπιστώθηκε μια αντίσταση ως προς τη χρήση του.

Επίσης η μελέτη «Daily Dose: Ζώντας με την καθημερινή Χρήση» με συνεργαζόμενο φορέα την μη κυβερνητική οργάνωση Stichting Mainline και την χρηματοδότηση της ΕΕ και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Διεύθυνση Εκπαίδευσης και έρευνας), η έρευνα ξεκίνησε στις 01/01/2003 και έλιξε στις 31/12/2004. Το πρόγραμμα αυτό διεξάγεται σε συνεργασία με τη Μ.Κ.Ο. Stichting Mainline της Ολλανδίας, που είναι και οι συντονιστές του Ευρωπαϊκού έργου. Πρόκειται για Ευρωπαϊκό πρόγραμμα στα πλαίσια του Προγράμματος AIDS και άλλα μεταδοτικά νοσήματα (Programme of AIDS and other communicable diseases). Στόχος του έργου ήταν να γίνει μια σύγκριση μεταξύ της πολιτικής και των πρακτικών που ισχύουν στις 12 Ευρωπαϊκές χώρες που συμμετείχαν στο πρόγραμμα, σε σχέση με την πρόσβαση και τη συμμόρφωση σε αντιρετροϊκή θεραπεία των οροθετικών ατόμων που είναι χρήστες ναρκωτικών ουσιών.

<sup>76</sup> Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Κοινωνιολογίας, Έρευνες, [http://www.nsph.gr/esdy\\_basic2/tomeis\\_koinoniolog.htm](http://www.nsph.gr/esdy_basic2/tomeis_koinoniolog.htm).

---

## Μέρος 2<sup>ο</sup>. Ερευνητικό πλαίσιο

---

### A. Μεθοδολογία και ερευνητικό πλαίσιο

---

#### 1. Περιγραφή πληθυσμού έρευνας

---

Ο πληθυσμός από τον οποίο επιλέχθηκε το δείγμα, αποτελείται από εκατό (100) άτομα στα οποία δόθηκε το ερωτηματολόγιο στο Νοσοκομείο Αρεταίειον, στο Γενικό Νοσοκομείο Αλεξάνδρας, στο Αιγινήτειο και στην πλατεία Συντάγματος κατά την χρονική περίοδο Απριλίου – Ιουνίου 2008.

#### 2. Δείγμα έρευνας

---

Η συγκεκριμένη έρευνα βασίστηκε σε ένα συμβατικό δείγμα εκατό (100) ατόμων. Τα άτομα που δέχτηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιό μας ήταν αρχικά ασθενείς που νοσηλεύονταν στο νοσοκομείο Αρεταίειον (γυναικολογικές κλινικές «Φωκάς», «Ελένης» και χειρουργική κλινική «Μαγγίνας»), ασθενείς που βρίσκονταν στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Αλεξάνδρας και του Αιγινήτειου Νοσοκομείου αλλά και εργαζόμενοι όλων των παραπάνω νοσοκομειακών μονάδων. Τέλος, το δείγμα των ατόμων συμπληρώνουν και απλοί πολίτες τους οποίους συναντήσαμε στην κεντρικότερη πλατεία της χώρας μας, δηλαδή στο Σύνταγμα.

Ο στόχος της έρευνάς μας ήταν να πραγματοποιηθεί η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από ασθενείς, εργαζόμενους στον τομέα της υγείας αλλά και απλούς πολίτες έτσι να επιτευχθεί άντληση όσο το δυνατό εγκυρότερης πληροφόρησης. Συμπερασματικά, έγινε προσπάθεια επιλογής ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος, ώστε τα συμπεράσματα που θα προέκυπταν, να μπορούσαν να γενικευτούν και στον πληθυσμό.

#### 3. Η μέθοδος συλλογής στοιχείων και παρουσίαση ερωτηματολογίου

---

Για τις ανάγκες της έρευνας επιλέχθηκε η δομημένη και άμεση μέθοδος, δηλαδή τυποποιημένες ερωτήσεις και απαντήσεις που κάνουν ευκολότερη τη συμπλήρωση, ανάλυση και επεξεργασία των

στοιχείων. Ο τρόπος συλλογής των στοιχείων έγινε με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου. Ο λόγος που επελέγη το ερωτηματολόγιο, ήταν διότι αποτελεί μια άμεση και ταχύτατη διαδικασία μέσω της οποίας κατορθώσαμε να συλλέξουμε σημαντικά στοιχεία για τις δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τον ΕΟΦ και την ΕΣΔΥ.

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται στο παράρτημα ΙΙ της παρούσας εργασίας. Οι ερωτήσεις που αυτό περιλαμβάνει καλύπτουν μια πλειάδα ερωτημάτων σχετικά με δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τον ΕΟΦ και την ΕΣΔΥ. Για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου τηρήθηκε απόλυτη εχεμύθεια καθώς επίσης δόθηκε ένα διάστημα χρόνου είκοσι (20) λεπτών σε κάθε ερωτώμενο για να το συμπληρώσει.

## Β. Ανάλυση έρευνας

Με την έρευνά μας προσπαθήσαμε να ελέγξουμε την προσωπική γνώμη κάθε ερωτώμενου σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας που του προσφέρονται σε δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικά θεραπευτήρια καθώς επίσης κατά πόσο οι ερωτώμενοι του δείγματος ήταν ικανοποιημένοι από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους προσφερόταν, αλλά και που προσέφεραν εφόσον το δείγμα περιελάμβανε και δέκα (20) ιατρούς, αν τα στελέχη μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας ακολουθούσαν τους κανόνες δεοντολογίας του επαγγέλματός τους αναφορικά με δωροδοκίες και χρηματισμούς. Επίσης σε επίπεδο ατομικής υγείας, αν οι ασθενείς και οι πολίτες αντιμετώπιζονταν από τις υπηρεσίες υγείας (κρατικές και ιδιωτικές) με την πρέπουσα συμπεριφορά ή αν υπήρξε περίπτωση ρατσιστικής συμπεριφοράς από κάποιο εργαζόμενο (ιατρό ή διοικητικό προσωπικό), καθώς επίσης θέλαμε να δούμε κατά πόσο το δείγμα γνώριζε την ύπαρξη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας και του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου αλλά και του τρόπου με τον οποίο αυτοί δραστηριοποιούνται στον τομέα της Δημόσιας υγείας. Τέλος θεωρήσαμε σημαντικό να αποκομίσουμε από τους ερωτώμενους τις δικές τους αντιλήψεις σχετικά με τη βελτίωση των κρατικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Οι τρεις πρώτες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είχαν δομηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να μας δώσουν τα περιγραφικά στοιχεία του δείγματος μας. Έτσι στην πρώτη απάντηση σχετικά με το φίλο του ερωτώμενου, ογδόντα (80) από τους εκατό (100) ερωτώμενους ήταν γυναίκες και είκοσι (20) άνδρες. Επίσης η ηλικία τους κυμαίνονταν από τα δεκαεπτά (17) έως τα εβδομήντα οκτώ (78) έτη. Τα επαγγέλματα των ερωτώμενων διέφεραν και το δείγμα μας αποτελούνταν από είκοσι (20) επαγγελματίες ιατρούς, τρεις (3) διοικητικούς υπαλλήλους, (7) νοσηλεύτριες και εξήντα (60) ασθενείς των νοσοκομείων Αρεταίειον, Αλεξάνδρας και Αιγινήτειου και τέλος δέκα (10) πολίτες με διάφορα επαγγέλματα.

Τα επαγγέλματα των ατόμων του δείγματος των ασθενών, αναλυτικότερα, ήταν: ιδιωτικοί και δημόσιοι υπάλληλοι, αλλά και ελεύθεροι επαγγελματίες όπως: λογιστές, αρτοποιοί, πωλήτριες καταστήματος, καθηγήτριες ξένων γλωσσών, υπάλληλοι γραφείου, εκπαιδευτικοί, καθαριστές, δημοτικοί υπάλληλοι, συνταξιούχοι και άτομα που ασχολούνταν με τα οικιακά. Επίσης τα δείγμα από τους ιατρούς κάλυπτε διάφορες ειδικότητες όπως: γυναικολόγοι, χειρουργοί, παθολόγοι, καρδιολόγοι, αναισθησιολόγοι, παιδίατροι και μαστολόγοι. Τέλος, το πλήθος των απλών πολιτών περιελάμβανε μαθητές, φοιτητές, τεχνικούς δικτύων και ηλεκτρονικών υπολογιστών, ελαιοχρωματιστές, διακοσμητές και συνταξιούχους. Από την πληθώρα των επαγγελματιών του δείγματος μας μπορούμε να συμπεράνουμε ότι και τα αποτελέσματα θα είναι πολύ σημαντικά και ίσως να μπορούν να γενικευτούν στο σύνολο του πληθυσμού. Το πλήθος των ερωτώμενων καλύπτει ένα ευρύ φάσμα της σύγχρονης κοινωνίας το οποίο εκφράζεται μέσα από τα επαγγέλματα

τους τα οποία ουσιαστικά είναι από τα κατώτερα αμειβόμενα έως και τα υψηλότερα. Οπότε και τα συμπεράσματα της έρευνάς μας θα προέρχονται από άτομα διαφόρων κοινωνικών και μορφωτικών επιπέδων τα οποία θα είναι και πιο αντικειμενικά.

Η ερώτηση 4 είχε σκοπό να μας δώσει πληροφορίες σχετικά με τα περιγραφικά στοιχεία των ερωτώμενων. Ζητήσαμε από το δείγμα να μας εκφράσει τη γνώμη του σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που του προσφέρεται στα δημόσια νοσοκομεία. Στην ερώτηση αυτή το 53% του δείγματος απάντησε πως θεωρεί την ποιότητα κακή, το 27% τη θεωρεί μέτρια, το 17% την θεωρεί καλή και μόλις το 3% του δείγματος την θεωρεί πολύ καλή. Μετά από αυτές τις απαντήσεις μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας από δημόσιες μονάδες δεν είναι τόσο καλή.

Στην επόμενη ερώτηση 5, θέσαμε την ίδια ερώτηση αλλά ζητήσαμε να χαρακτηριστεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχεται στα ιδιωτικά θεραπευτήρια. Οι απαντήσεις ήταν εντελώς διαφορετικές, μόλις το 10% του δείγματος θεώρησε την ποιότητα μέτρια, το 39% την θεώρησε καλή και το 51% πολύ καλή. Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η νοοτροπία και η αντίληψη για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας καταλαμβάνουν διαφορετική αντιμετώπιση από κάθε ερωτώμενο και αυτό γιατί θεωρείται το επίπεδο της ιδιωτικής υγείας υψηλότερο από εκείνο της δημόσιας.

Στην ερώτηση 6 ζητήσαμε από το δείγμα να απαντήσει κατά πόσο πιστεύει ότι οι υπηρεσίες υγείας που του προσφέρονται σε κρατικές μονάδες υγείας είναι ανεπαρκείς και αν τυγχάνει της μεταχείρισης που θα έπρεπε. Το 81% του δείγματος απάντησε πως η παραπάνω πρόταση δεν ισχύει ενώ μόλις το 19% θεώρησε τις κρατικές μονάδες ανεπαρκείς. Έτσι και από την προσωπική επαφή μας με τους ερωτώμενους αντιληφθήκαμε ότι στις κρατικές μονάδες υγείας πολλοί ασθενείς δεν τυγχάνουν των υπηρεσιών υγείας, τις οποίες εκείνοι πληρώνουν μέσω της φορολογίας τους. Μπορεί οι υπηρεσίες να είναι επαρκείς αλλά η μεταχείριση διαφέρει, πολλοί από κείνους πιστεύουν ότι οφείλεται κυρίως στην έλλειψη προσωπικού, στην κακή νοοτροπία κάποιων εργαζομένων στο τομέα της υγείας, στην πληθώρα των ασθενών που πρέπει να καλύψουν ορισμένες κρατικές μονάδες υγείας αλλά βέβαια οι αρνητικές αυτές παράμετροι δεν μπόρεσαν να επισκιάσουν άλλες θετικές όπως η ύπαρξη ενός σωστά καταρτισμένου επαγγελματικού προσωπικού κυρίως ιατρών.

Στην ερώτηση 7 θέσαμε στο δείγμα το δίλημμα αν τυγχάνουν καλύτερης ιατρικής φροντίδας σε ιδιωτικές μονάδες υγείας από στις κρατικές. Το 74% του δείγματος απάντησε καταφατικά ενώ το 26 % του δείγματος απάντησε αρνητικά. Οι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρονται είναι υψηλότερου επιπέδου από εκείνες των κρατικών μονάδων υγείας, θεωρούν ότι οι ιδιωτικές προσφέρονται με μεγαλύτερη ευχαρίστηση, σε διαφορετική

ποσότητα, με διαφορετική ποιότητα, με σαφώς καλύτερη και αμεσότερη εξυπηρετική διάθεση του εκάστοτε ασθενούς χωρίς προβλήματα γραφειοκρατίας και χρονοβόρων διαδικασιών.

Ουσιαστικά οι ιδιωτικές μονάδες υγείας αποτελούν κατά κύριο λόγο κερδοσκοπικές επιχειρήσεις οι οποίες στην προσπάθειά τους να αποκομίσουν κέρδη προσφέρουν τις υπηρεσίες υγείας πλαισιωμένες με ξενοδοχειακού τύπου παροχές οι οποίες δεν δύνανται να χορηγηθούν στις κρατικές. Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας στο μυαλό του κάθε ασθενούς βρίσκονται σε υψηλότερο επίπεδο από ό,τι οι κρατικές με αποτέλεσμα να προτιμούν τις ιδιωτικές αλλά πολλές φορές δεν μπορούν να τις απολαύσουν εξαιτίας του υψηλού κόστους τους.

Στην επόμενη ερώτηση 8 ζητήσαμε από το δείγμα να μας απαντήσει με ειλικρίνεια αν υπήρξε ποτέ περίπτωση να προσφέρει χρήματα σε κάποιο στέλεχος κρατικής μονάδας παροχής υγείας ώστε να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης με αποτέλεσμα να εξυπηρετηθεί αμεσότερα, ή να τύχει κάποιος ξενοδοχειακού τύπου υπηρεσίας. Το 74% του δείγματος απάντησε καταφατικά ενώ μόλις το 26% του δείγματος απάντησε αρνητικά.

Αποτέλεσμα της απάντησης αυτής ουσιαστικά είναι αυτό που όλοι γνωρίζουμε για τις κρατικές μονάδες παροχής υγείας. Οι πρακτικές στον τομέα της κρατικής υγείας είναι συνηθισμένες. Ο πολίτης στην προσπάθειά του να πετύχει την μέγιστη φροντίδα υγείας φτάνει σε ακραίες καταστάσεις και πολλές φορές σε πρακτικές χωρίς ηθικό δισταγμό, προσφέροντας χρήματα με αντάλλαγμα την υγεία. Η εμπορευματοποίηση της υγείας είναι γεγονός και πολλοί από τους ερωτώμενους όπως και πολλοί άλλοι πολίτες δεν διστάζουν να προσφέρουν χρήματα σε εργαζομένους κρατικών μονάδων παροχής υγείας για διάφορες υπηρεσίες. Αυτή η κακή νοοτροπία είναι εκείνη που ενισχύει και τους κακούς επαγγελματίες σε κρατικές μονάδες παροχής υγείας οι οποίοι δέχονται τα χρήματα αυτά δημιουργώντας μία κακή εντύπωση για το σύνολο του κρατικού μηχανισμού της υγείας.

Οι πρακτικές αυτές είναι πολλές και καλύπτουν μεγάλο φάσμα όπως οι πληρωμές σε «φακελάκια». Επίσης είναι γεγονός ότι μερικές εταιρίες φαρμάκων είναι διατεθειμένες να δώσουν μηνιαία αμοιβή σε μετρητά σε όσους ιατρούς συστήνουν στους ασθενείς τους τα προϊόντα τους. Εναλλακτικά, οι ιατροί μπορεί να έχουν κάλυψη του κόστους συμμετοχής τους σε «συνέδρια» που διοργανώνουν αυτές οι εταιρίες σε απόμακρες και ακριβές τοποθεσίες, αρκεί να προωθούν συχνά τα προϊόντα τους. Επίσης, οι προμήθειες μπορεί να πληρώνονται για την παραπομπή ασθενών σε κάποιο συγκεκριμένο διαγνωστικό κέντρο ή την εισαγωγή τους σε ένα ιδιωτικό νοσοκομείο. Συμβαίνει επίσης ο ιατρός να είναι εκ των ιδιοκτητών του νοσοκομείου ή του διαγνωστικού κέντρου στο οποίο οι ασθενείς παραπέμπονται. Ακόμη υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες ιατροί του Ε.Σ.Υ. παίρνουν προμήθειες από τα φαρμακεία. Δεν είναι καθόλου ασύνηθες το φαινόμενο ιατρών να χρησιμοποιούν τις θέσεις τους για να αποκτήσουν «πελατεία» στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Τέλος, δεν πρέπει να λησμονούμε το σύστημα παροχής ιατρικών υπηρεσιών, όπου υπάρχουν ιατροί

οι οποίοι ζητούν αμοιβή για πολλαπλές επισκέψεις ασθενών όταν στην πραγματικότητα έχει υπάρξει μία μόνο επίσκεψη. Συμπεραίνουμε πως το θέμα του χρηματισμού είναι πολύ μεγάλο αλλά υπαίτιοι είναι τόσο εκείνοι που δίνουν χρήματα αλλά και εκείνοι που τα αποδέχονται.

Στην επόμενη ερώτηση 9 δώσαμε στους ερωτώμενους τη δυνατότητα να μας πουν αν αντιμετωπίστηκαν ποτέ με κακό τρόπο από κάποια κρατική υπηρεσία υγείας στη χώρα μας εξαιτίας: του χρώματος του δέρματός τους, του θρησκευματός τους, της έλλειψης χρημάτων, της υπηκοότητάς τους, της κοινωνικής τάξης τους και τέλος της έλλειψης ασφάλισης. Στην ερώτηση αυτή απάντησαν συνολικά δεκατέσσερα (14) άτομα από το δείγμα των εκατό (100). Έτσι το 8% του δείγματος μας πληροφόρησε ότι αντιμετώπισε άσχημη συμπεριφορά σε κάποια κρατική υπηρεσία υγείας αρχικά εξαιτίας της έλλειψης ασφάλισης και δευτερευόντος λόγω της έλλειψης χρημάτων που το κατέστησε μη ικανό να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του κόστους των υπηρεσιών που του προσφέρθηκε. Στη συνέχεια υπήρξε ένα 4% το οποίο αντιμετώπισε μια αρνητική στάση από κρατικές υπηρεσίες υγείας εξαιτίας της κοινωνικής τάξης καθώς και ένα 2% εξαιτίας του χρώματος του δέρματός του. Παρατηρούμε ότι στις κρατικές υπηρεσίες υγείας οι οικονομικές απολαβές παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο και σε δεύτερη μοίρα έρχονται αιτίες προβλημάτων ρατσιστικού περιεχομένου.

Στην ερώτηση 10 ζητήσαμε να μας απαντήσουν αν γνώριζαν την ύπαρξη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας υγείας. Εξήντα δύο (62) από τα εκατό (100) άτομα μας απάντησαν θετικά ενώ μόλις τριάντα οκτώ (38) απάντησαν αρνητικά, δηλαδή ένα ποσοστό του δείγματος 62% γνώριζε την ύπαρξη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

Στην ερώτηση 11 ζήσαμε από το δείγμα να μας αναφέρει τουλάχιστον δύο τομείς στους οποίους εξειδικεύεται η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Εδώ οι απαντήσεις ήταν πολύ διαφορετικές, μόλις δώδεκα (12) άτομα δηλαδή το 12% των ερωτηθέντων απάντησε σωστά στην ερώτηση αυτή. Δημοφιλέστερος τομέας ήταν εκείνος της Ευγονικής και Υγιεινής Μητρότητας και Παιδικής Ηλικίας, αυτό δεν πρέπει να μας κάνει εντύπωση εφόσον το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε ένα γυναικολογικό νοσοκομείο (Αρεταίειον), στη συνέχεια τη δεύτερη θέση κατέλαβε ο τομέας των Οικονομικών της Υγείας, την τρίτη θέση ο τομέας της Κοινωνιολογίας, την τέταρτη θέση ο τομέας της Δημόσιας και Διοικητικής Υγιεινής και στην πέμπτη θέση ο τομέας της Υγιεινής Διατροφής και Βιοχημείας. Υπήρξαν και άλλες απαντήσεις οι οποίες όμως δεν ήταν σωστές διότι είτε συμπληρώνονταν περιγραφικά είτε γιατί υπήρξε εντελώς λανθασμένη απάντηση.

Επίσης στην ερώτηση 12 ζητήσαμε από το δείγμα να μας απαντήσει αν η εκπαίδευση των μεταπτυχιακών προγραμμάτων της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας θεωρεί ότι βρίσκεται σε υψηλό επίπεδο ώστε να παρέχει εφόδια κατάρτισης και εξειδίκευσης στους σπουδαστές της. Από το 62% των ατόμων που απάντησαν ότι γνώριζαν την ύπαρξη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, δηλαδή από εξήντα δύο (62) άτομα, τα τριάντα οκτώ (38), ήτοι 61,3%, απάντησαν θετικά



ενώ μόλις τα λοιπά είκοσι τέσσερα (24), 38,7% του δείγματος, απάντησαν αρνητικά. Εδώ βλέπουμε ότι πολλοί είναι εκείνοι οι οποίοι θεωρούν τα μεταπτυχιακά προγράμματα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας σημαντικά εφόσον ασχολούνται με την διοίκηση των μονάδων δημόσιας υγείας ή με την ίδια τη δημόσια υγεία.

Στην ερώτηση 13 απευθύναμε τα άτομα του δείγματος το δίλημμα αν θα επέτρεπαν ποτέ ο ιατρικός φάκελός τους να αποτελέσει εκπαιδευτικό περιεχόμενο στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας. Το 88% των ερωτώμενων απάντησε αρνητικά ενώ το 12% θετικά μόλις έντεκα άτομα θα επέτρεπαν τα προσωπικά τους δεδομένα να αποτελέσουν αντικείμενο εκπαιδευτικού περιεχομένου. Αυτό μας αποδεικνύει την έλλειψη εμπιστοσύνης που έχουν κατά κύριο λόγο οι Έλληνες ασθενείς στο σύστημα της δημόσιας υγείας.

Στην ερώτηση 14 ζητήσαμε από το δείγμα να μας απαντήσει αν γνώριζε την ύπαρξη του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων. Στο σύνολο του δείγματος τα ογδόντα (80) άτομα γνώριζαν την ύπαρξη του ενώ τα υπόλοιπα είκοσι (20) όχι. Εκείνοι που δεν γνώριζαν ήταν οι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας όπως συνταξιούχοι, άτομα μικρότερης ηλικίας όπως μαθητές, φοιτητές και άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου όπως ελαιοχρωματιστές.

Στην επόμενη ερώτηση 15 ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας δώσουν τη γνώμη τους σχετικά με το που θα πρέπει να εστιάζει ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων όσον αφορά την υποστήριξη που παρέχει προς τους πολίτες αλλά και στις δημόσιες και ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας όταν του ζητείται. Θεωρήσαμε σωστό να υπάρχουν διάφορες προτάσεις τις οποίες θα επιλέξουν οι ερωτώμενοι. Αυτές ήταν: οι νομοθετικές διατάξεις, οι κοινοτικές διατάξεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι εσωτερικές διαδικασίες και κανονισμοί του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων. Στην πρώτη θέση κατατάχθηκαν οι νομοθετικές διατάξεις, δηλαδή τα νομοθετήματα και οι διάφοροι εγκύκλιοι, στη δεύτερη θέση οι κοινοτικές διατάξεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στο τέλος οι εσωτερικές διαδικασίες και οι κανονισμοί του Ε.Ο.Φ..

Αντιλαμβανόμαστε ότι οι νομοθετικές διατάξεις αποτελούν και την κύρια πηγή πάνω στην οποία πρέπει να στηρίζεται ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων σε περιπτώσεις που του ζητείται να παρέχει υπηρεσίες προς τους πολίτες.

Στην ερώτηση 16 εξετάσαμε αν οι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι πρέπει ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων να έχει μία πιο σημαντική θέση, για παράδειγμα να του επιτρέπεται από το ελληνικό κράτος να είναι η ανώτατη αρχή και να επιβάλλει επώδυνες κυρώσεις σε επιχειρήσεις που μπορούν να βλάψουν τη δημόσια υγεία κάθε πολίτη, όπως για παράδειγμα, σε φαρμακευτικές εταιρείες και εταιρείες καλλυντικών. Τα εβδομήντα οχτώ (78) άτομα από το σύνολο των ερωτώμενων απάντησαν καταφατικά ενώ μόλις δύο (2) άτομα αρνητικά. Εδώ παρατηρούμε πως το 78% του συνόλου του δείγματος επιθυμεί ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων να είναι μία αρχή με

μεγαλύτερη ανεξαρτησία, να είναι σε θέση να επιβάλλει σημαντικές κυρώσεις έτσι ώστε να σταματήσουν ορισμένες επιχειρήσεις να δρουν με αποτέλεσμα βλαπτικό της δημόσιας υγείας.

Στην επόμενη ερώτηση 17 αναρωτηθήκαμε αν κάποιος από τους ερωτώμενους έχει κάνει καταγγελία στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων για κάποιο προβληματικό προϊόν που αγόρασε όπως για παράδειγμα κάποιο φάρμακο ή καλλυντικό σκεύασμα. Μας απάντησαν δύο (2) άτομα θετικά, δηλαδή μόλις το 2%. Αυτό το αποτέλεσμα προκύπτει εξαιτίας του ότι μία καταγγελία στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων για κάποιο προβληματικό προϊόν μπορεί να αποβεί χρονοβόρα διαδικασία για το κάθε άτομο που μπορεί να προβεί σε μια καταγγελία, με γραφειοκρατία, την οποία πολλοί θέλουν να αποφύγουν εξάλλου ότι οι μεγάλες αυτές εταιρείες θα στραφούν απέναντί τους έχοντας ισχυρή νομική κάλυψη από έγκριτους δικηγόρους. Έτσι καταφεύγουν στην απλή λύση να μην αγοράσουν ξανά το προβληματικό αυτό προϊόν παρά να το καταγγείλουν στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων.

Στην ερώτηση 18 ζητήσαμε από το δείγμα να μας πει αν οι δύο παραπάνω φορείς για τους οποίους ερωτήθηκαν, δηλαδή ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων και η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, εξυπηρετούν την προάσπιση του κατοχυρωμένου από το ελληνικό Σύνταγμα δικαιώματος της δημόσιας υγείας. Το 84% του δείγματος μας απάντησε καταφατικά ενώ το 16% αρνητικά. Από την προσωπική μας επαφή με τους ερωτώμενους διερωτηθήκαμε για ποιο λόγο μας απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση αυτή, έτσι πολλοί θεώρησαν ότι οι δύο παραπάνω φορείς βρίσκονται ακόμα σε μία προσπάθεια να περιφρουρήσουν τη δημόσια υγεία, προσπαθούν να την εξυπηρετήσουν αλλά έχουν περιθώρια βελτίωσης.

Στην ερώτηση 19 θέσαμε στους ερωτώμενους το δίλημμα σχετικά με το αν πιστεύουν ότι το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας αποτελεί μία ανεξάρτητη διοικητική αρχή. Μόλις το 16% των ερωτώμενων απάντησαν θετικά ενώ το 84% του δείγματος απάντησε αρνητικά. Εφόσον το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, υπόκειται απευθείας στην εποπτεία του ίδιου του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ίσως αυτή η εποπτεία να αποτελεί έναν από τους λόγους που κατά την άποψη των ερωτώμενων το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας δεν θεωρείται μια ανεξάρτητη αρχή.

Στην ερώτηση 20 θέλαμε το δείγμα να απαντήσει αν πιστεύει ότι το μέλλον των κρατικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, δηλαδή των νοσοκομείων, των ιατρείων και των εργαστηριακών κέντρων, είναι ευοίωνο. Η αισιοδοξία είναι και εδώ συγκρατημένη, μόλις το 26% του δείγματος θεωρεί ότι το μέλλον των κρατικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ευοίωνο ενώ το 74% του δείγματος είναι αρνητικό σε μια πιο αισιόδοξη προοπτική. Αυτό ουσιαστικά είναι αποτέλεσμα της γενικότερης δυσπιστίας που υπάρχει για τις κρατικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και αυτό γιατί η σύγχρονη εποχή ανάγκασε τον κάθε πολίτη να αναζητά

σημαντικές βελτιώσεις από τις μονάδες υγείας ώστε να φτάσουν σε ένα υψηλότερο επίπεδο και να παρέχουν εκσυγχρονισμένες και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας.

Στην επόμενη ερώτηση 21 ζητήσαμε από τους ερωτώμενους να μας πουν εάν πιστεύουν ότι ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, μπορούν να παράγουν κοινωνικό έργο. Για να κατανοηθεί το πνεύμα της ερώτησης αυτής θέσαμε το παράδειγμα ότι ίσως υπάρξει περίπτωση ένα ιδιωτικό νοσοκομείο να παρέχει αφιλοκερδώς τις υπηρεσίες του στο ευρύ κοινό, όπως να προσφέρονται υπηρεσίες αποκατάστασης εγκαυμάτων από πλαστικούς χειρουργούς. Μόλις το 14% του δείγματος απάντησε θετικά και το 86% αρνητικά. Οι απαντήσεις αυτές έχουν ένα σαφές μήνυμα, οι περισσότεροι ερωτώμενοι του δείγματος θεώρησαν ότι αυτό δεν μπορεί να γίνει πραγματικότητα εξαιτίας του υψηλού κόστους, μόνο αν υπήρξε υψηλή δημοσιότητα μιας τέτοιας ιδιωτικής «επιχείρησης» παροχής υπηρεσιών υγείας θα μπορούσε να συμβεί κάτι τέτοιο αλλά και πάλι σε πολύ περιορισμένο αριθμό ασθενών. Έτσι κατανοούμε ότι το κοινωνικό έργο των ιδιωτικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας περιορίζεται και μειώνεται εξαιτίας του ότι για να υπάρξει κοινωνικό έργο δεν παράγεται οικονομικό κέρδος.

Στην τελευταία ερώτηση 22 θέσαμε μία ερώτηση ανοικτού τύπου στο δείγμα και δώσαμε την δυνατότητα να εκφραστούν σκέψεις για τη βελτίωση των κρατικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι απαντήσεις ήταν πολλές και διαφορετικές, υποστηρίχθηκε ότι πρέπει να υπάρχουν υψηλότερα κονδύλια προς την υγεία με αποτέλεσμα να παρέχονται ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας. Επίσης να υπάρχει καλύτερη εξειδίκευση του ιατρικού προσωπικού, σημαντικότερη κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού. Διατυπώθηκαν και διάφορες άλλες προτάσεις που αφορούσαν κυρίως στην ύπαρξη αξιοκρατίας, αυστηρότερου και αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου και αξιολόγησης τόσο των υπηρεσιών που παρέχονται από ιατρούς και νοσηλευτές, καθώς επίσης και την περαιτέρω απόκτηση επαρκούς τεχνολογικού εξοπλισμού και τεχνολογιών αιχμής οι οποίες θα οδηγήσουν σε μία βελτίωση των ήδη παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, οι οποίες με την σειρά τους θα βελτιωθούν και θα εξοικειωθούν σύμφωνα με τις νέες επιταγές της κοινωνίας στην οποία είναι έκδηλη η τάση προς την πληροφορική και την τεχνολογία.

Βέβαια συνολικά από το ερωτηματολόγιο μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι κρατικές και ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας δεν ανταποκρίνονται κατά πολύ στις προσδοκίες τόσο των εργαζομένων όσο και των ασθενών που φιλοξενούν. Και οι δύο αυτές ομάδες πολιτών είναι δυσαρεστημένες κατά κύριο λόγο από τις κρατικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας ενώ ενισχύεται η ελληνική νοοτροπία ότι οι ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας προσφέρουν υψηλότερου επιπέδου υπηρεσίες οι οποίες όμως είναι υπερκοστολογημένες.

Επίσης δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι δύο κύριοι φορείς τους οποίους αναφέραμε στο ερωτηματολόγιο δηλαδή ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων και η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, ήταν γνωστοί από το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος όμως υπήρξε μία γενική συγκράτηση για το

ρόλο που αυτοί παίζουν, το τι ακριβώς προσφέρουν και κατά πόσο υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης αυτών. Σύμφωνα πάντα με τα συμπεράσματα από το ερωτηματολόγιο που θέσαμε, οι δύο αυτοί φορείς πρέπει να βελτιωθούν, να εξοικειωθούν περισσότερο με τις νέες τεχνολογίες και με τις επιταγές της σημερινής πραγματικότητας ούτως ώστε να μπορούν να είναι ανεξάρτητες και να μπορούν να υποστηρίζουν πρώτα τους πολίτες και την δημόσια υγεία, περιορίζοντας τις χρονοβόρες διαδικασίες.

Η παροχή υπηρεσιών υγείας με σκοπό το κοινωνικό έργο είναι για πολλούς αδιανόητο με αποτέλεσμα να μην μπορούν να δουν θετικά και το μέλλον της δημόσιας υγείας, όμως αυτό μπορεί και πρέπει να αλλάξει. Η δημόσια υγεία είναι ένα αγαθό πολύ σημαντικό, είναι ένα εθνικό και κοινωνικό αγαθό το οποίο πρέπει στο μέλλον να περιφρουρηθεί με μεγαλύτερη προσπάθεια από όλους τους κρατικούς φορείς με αποτέλεσμα η υγεία να αποτελεί υπέρτατο αγαθό πάνω από κάθε οικονομικό συμφέρον.

## Επίλογος

---

Στην παρούσα εργασία μέσω του θεωρητικού και ερευνητικού μέρους προσπαθήσαμε να απεικονίσουμε την δημόσια υγεία, αρχικά μέσω παρουσίασης της υφιστάμενης κατάστασης και της διάστασης αυτής στην χώρα μας, σε ένα δεύτερο επίπεδο αναλύσαμε τους θεσμούς της δημόσιας υγείας με αναλυτικό τρόπο και μέσω των περιπτώσεων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) και της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), κατανοήσαμε την σπουδαιότητα της περιφρούρησης της δημόσιας υγείας και πόσο σημαντικό είναι να υπάρχουν τέτοιου είδους οργανισμοί.

Αρχικά η φαρμακευτική αγορά στην Ελλάδα είναι πολύπλοκη, καθιστά δύσκολη την ικανότητα του ΕΟΦ να ανταποκριθεί στο ρόλο που καλείται να διαδραματίσει στο πλαίσιο αυτό, απαιτείται η ανασυγκρότηση και ο εκσυγχρονισμός του κατά τα ευρωπαϊκά πρότυπα καθώς επίσης η ενεργός εκπροσώπηση και συμμετοχή σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Η συμβολή του ΕΟΦ είναι πολύ σημαντική καθώς συμβουλεύει έγκαιρα και υπεύθυνα τα αρμόδια υπουργεία για την ακολουθούμενη φαρμακευτική πολιτική καθώς επίσης συνεργάζεται και ανταλλάσσει απόψεις με φορείς σε θέματα που αφορούν το κανονιστικό πλαίσιο λειτουργίας της αγοράς και παρέχει επιστημονικές συμβουλές ώστε να επιτυγχάνονται οι υψηλοί στόχοι στα θέματα δημόσιας υγείας.

Βασικοί παράγοντες στρατηγικής επιτυχίας του ΕΟΦ πρέπει να είναι η προσκόλληση σε μια αποστολή και σε ένα όραμα του Οργανισμού, δηλαδή στην παροχή επίκαιρης, υπεύθυνης και αποτελεσματικής ενημέρωσης σε θέματα φαρμακευτικής πολιτικής. Πρέπει να αποφύγει ορισμένες απειλές όπως η μη έγκαιρη αντικατάσταση και συμπλήρωση του υπάρχοντος προσωπικού με νεότερο, νέες προσλήψεις ατόμων με προσόντα και εξειδίκευση σύμφωνα με τις νέες απαιτήσεις για την ομαλή παροχή των υπηρεσιών του. Οι κυριότερες ευκαιρίες ανάπτυξης του ΕΟΦ θα μπορούσαν για παράδειγμα να είναι η παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής προς εταιρείες και οργανισμούς – αρχές των βαλκανικών και άλλων χωρών εκτός της Ευρωπαϊκής Ένωσης που επιθυμούν να εισάγουν προϊόντα στην ευρωπαϊκή αγορά ή ακόμα την λειτουργία του Οργανισμού ως κέντρο συγκέντρωσης και μετάδοσης της γνώσης, παροχής τεχνογνωσίας και τεχνικής βοήθειας σε επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται, παραγωγικά και εμπορικά, στον κλάδο των προϊόντων αρμοδιότητας ΕΟΦ.

Επίσης θέλουμε να υπογραμμίσουμε το σημαντικό ρόλο που διαδραματίζει η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, ο οποίος παραμένει σημαντικός και στο μελλοντικό τοπίο της δημόσιας υγείας. Η Σχολή προσφέρει στους τομείς της εκπαίδευσης, της έρευνας, της οργάνωσης και της διοίκησης των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και είναι κοινή πεποίθηση ότι οι μελλοντικοί απόφοιτοί της θα αποτελούν μια μεγάλη δεξαμενή άντλησης στελεχιακού δυναμικού για τις ανάγκες του συστήματος της υγείας.

Η Σχολή μπορεί να βελτιωθεί, για παράδειγμα μέσω πολιτικών για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας μέσω της εκπαίδευσης, της έρευνας και της ανάπτυξης με σημαντικά αποτελέσματα. Αναφορικά προτείνουμε εκτός των μεταπτυχιακών προγραμμάτων, προγράμματα που να απευθύνονται σε στελέχη του δημοσίου ή του ευρύτερου ιδιωτικού τομέα, που εργάζονται σε υπηρεσίες δημόσιας υγείας και κατέχουν μέσες και ανώτερες θέσεις στην ιεραρχία της υπηρεσίας τους, οι οποίοι επιθυμούν να λειτουργήσουν ως εκπαιδευτές, πέρα από την ανάπτυξη των προσωπικών τους γνώσεων και δεξιοτήτων.

Η Σχολή προσφέρει στους απόφοιτους της και κατ' επέκταση στην δημόσια υγεία. Η εκπαίδευση σε γνωστικά αντικείμενα και σε θεματολογία των πολιτικών ανάπτυξης και της προαγωγής της δημόσιας υγείας είναι πολύ σημαντική, όπως για παράδειγμα οι μετρήσεις των κοινωνικών ανισοτήτων υγείας, που πραγματοποιούνται σε έρευνες που πραγματοποιούνται στο πλαίσιο της Σχολής, ώστε κατά τη λήψη αποφάσεων από τα «κέντρα αποφάσεων» – κράτος, υπουργεία – οι ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού να αντιμετωπίζονται ισότιμα με βάση τις ανάγκες τους.

Επίσης η ενασχόληση της Σχολής με εξειδικευμένα θέματα δημόσιας υγείας είναι σημαντική. Η έρευνα και η προσπάθεια για την επαλήθευση των ευρημάτων, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη και την βελτίωση, μπορούν να ενσωματωθούν στην καθημερινότητα κάθε πολίτη καθώς οι διάφορες μελέτες που εκδίδονται προσφέρουν περαιτέρω γνώση για πολλά αντικείμενα της δημόσιας ζωής που μπορεί να ποικίλλουν αναλόγως από τον τομέα της κτηνιατρικής, της δημόσιας υγιεινής, της κοινωνιολογίας, της υγιεινής του περιβάλλοντος, της επιδημιολογίας και πολλών άλλων που καλύπτουν το ευρύ φάσμα της δημόσιας υγείας.

Οι δυο παραπάνω φορείς προάσπισης της δημόσιας υγείας μπορούν να βοηθήσουν για ένα καλύτερο μέλλον αυτής. Έτσι μπορούμε να απαντήσουμε καταφατικά στην αρχική υπόθεση εργασίας την οποία θέσαμε ότι ο ΕΟΦ και η ΕΣΔΥ παράγουν έργο, και κατά κύριο λόγο ερευνητικό με πολλαπλά θετικά αποτελέσματα στην έρευνα και την ανάπτυξη στον τομέα της δημόσιας υγείας, μπορούν να βρίσκονται στο επίκεντρο, και ιδιαίτερα η ΕΣΔΥ, του ερευνητικού ενδιαφέροντος και να αποτελούν όργανα ερευνών και μελετών που έχουν ως στόχο την διασφάλιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας. Βέβαια πάντα υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης και είναι απαιτητά από όλους τους πολίτες.

Όμως στην χώρα μας πρέπει να αισθανόμαστε τυχεροί λόγω της ύπαρξης αυτών των φορέων δημόσιας υγείας, αλλά και των ανθρώπων που τους απαρτίζουν, με την απαίτηση για μεγαλύτερες βελτιώσεις σε επίπεδο αναγνώρισης από την ελληνική πολιτεία και εκσυγχρονισμού των τεχνολογικών μεθόδων που αυτοί χρησιμοποιούν. Αυτό όμως μπορεί να γίνει μέσω της αμέριστης προσήλωσης του κράτους το οποίο πρέπει να βρίσκεται πιο κοντά σε τέτοιους φορείς και να προσπαθήσει να κατευνάσει την γενική αρνητική άποψη των πολιτών για τις υπηρεσίες υγείας που

του προσφέρονται από κρατικές μονάδες υγείας, η οποία διαφάνηκε και από την έρευνα που πραγματοποιήσαμε.

Επίσης θα θέλαμε να αναφέρουμε ότι η μεγιστοποίηση του έργου αυτών των φορέων θα επιτευχθεί όταν αποκτήσουν μεγαλύτερη ανεξαρτησία από το κράτος έτσι ώστε να μπορούν να αποφασίζουν αυτόβουλα για πολλές δραστηριότητές τους, όπως για παράδειγμα ο ΕΟΦ να είναι σε θέση να επιβάλλει κυρώσεις σε φαρμακοβιομηχανίες ή η ΕΣΔΥ να διαθέτει περισσότερα μεταπτυχιακά αλλά και ερευνητικά προγράμματα αναφορικά με την δημόσια υγεία. Έτσι θα υπάρξει μια υπερκέραση των αντιλήψεων, τις οποίες είδαμε και στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε, σχετικά με τα περιθώρια βελτίωσης των φορέων αυτών αλλά και του ρόλου που παίζουν στην δημόσια υγεία. Η ΕΣΔΥ πρέπει να εμπλουτίσει την ερευνητική της δραστηριότητα όσο το δυνατό περισσότερο ώστε να είναι σε θέση να δίνει απαντήσεις σε θέματα σημαντικά για την δημόσια υγεία και να αποτελέσει ένα κύριο φορέα μελετών και ερευνών που οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας της Ελλάδας να μπορούν να λάβουν υπόψη.

Όσον αφορά στο περιεχόμενο των προτάσεών μας θεωρούμε σημαντικό να διατηρούνται οι βασικές αρχές της ισότιμης διάθεσης των υπηρεσιών υγείας, συνοδευόμενες από καλύτερη ποιότητα και αποτελεσματικότητα ώστε να αποφευχθεί η αίσθηση των Ελλήνων πολιτών ότι η δημόσια υγεία βρίσκεται σε δυσώιωνη θέση. Οι βελτιώσεις της δημόσιας υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνουν την περιφερειακή ανάπτυξη και αποκέντρωση του συστήματος υγείας με επίκεντρο την πρόληψη και την προαγωγή υγείας, με την χρήση πληροφοριακών συστημάτων διοίκησης και την ολοκλήρωση της μηχανοργάνωσης των υπηρεσιών υγείας, την δημιουργία ασφαλούς δικτύου διασύνδεσης των υπηρεσιών υγείας και χρήσης του διαδικτύου για την αποτελεσματικότερη παροχή φροντίδας υγείας ειδικά στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας.

Επίσης διάφορες άλλες κινήσεις όπως η καλύτερη αξιοποίηση των υλικών πόρων, η ταχύτερη και ποιοτικότερη παροχή υπηρεσιών στον πολίτη είναι επιθυμητές. Επίσης κρίνεται αναγκαίος ο εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και η ανάπτυξη βάσης δεδομένων της δημόσιας υγείας, δημιουργία σύγχρονων εργαλείων σχεδιασμού και προγραμματισμού, προσδιορισμός του επιδημιολογικού προφίλ της χώρας και χάραξη εθνικής πολιτικής ανάπτυξης της δημόσιας υγείας.

Το μέλλον της δημόσιας υγείας στην Ελλάδα θέλουμε να πιστεύουμε ότι θα είναι ευοίωνο σε αντίθεση με το εύρημα της έρευνά μας.

## Βιβλιογραφία

---

- Antonovsky, A., (1972), Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality, in JAGO EG.(ed.), Patients, Physicians and Illness, New York Free Press.
- Αγραφιώτης, Δ., (2002), Υγεία, Αρρώστια, Κοινωνία. Τόποι και τρόποι σύμπλεξης, Δαρδανός, Αθήνα.
- Αλεξιάδης, Δ., (1999), Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας, Εκδόσεις Μ. Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη.
- Αμηνά, Α, Μαλικούτη, Μ, Χαλαστάνη, Β., (2002), Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», Έκθεση Εφαρμογής. Επιτροπή Παρακολούθησης του Προγράμματος και Ελληνική Εταιρεία Κοινωνικής συμμετοχής, ΚΕΔΚΕ Αθήνα.
- Ανδριώτης, Δ., (1998), Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Εξάντας, Αθήνα.
- Ανώνυμοι, 01/05/2008, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. για και λοιμώδη νοσήματα, <http://www.satte.gr/index.php?inc=pr&lid=1&etos=&rec>.
- Ανώνυμοι, Γενικό Επιτελείο Εθνικής Άμυνας, Δ/ση Υγειονομικού, <http://www.geetha.mil.gr/index.asp?>.
- Ανώνυμοι, Έκθεση Ομάδας Εργασίας, Υγεία και Ποιότητα Ζωής, Τεχνολογική Προοπτική Διερεύνησης στην Ελλάδα, Αθήνα 2004 ([www.foresight-gsrt.gr](http://www.foresight-gsrt.gr)).
- Ανώνυμοι, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Τα Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα - Το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας, [http://epidem.med.uth.gr/gr/info\\_more.html](http://epidem.med.uth.gr/gr/info_more.html).
- Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, (2008), Το προφίλ της αρχής, [www.dpa.gr/portal/page?\\_pageid=33,14957&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://www.dpa.gr/portal/page?_pageid=33,14957&_dad=portal&_schema=PORTAL).
- De Graeve D., Duchesne I., (1997), Socioeconomic Health in Equalities in Belgium in an International Perspective, Arch Public Health, 55, 119-138.
- Δημητροπούλου – Θεοδώρου, Ε., (2008), Στοιχεία δικαίου δημόσιας υγιεινής, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα.
- Δοξιάδης, Σ., (1988). Προτάσεις για το Μέλλον, Οικονομικός Ταχυδρόμος, 25 Φεβρ., 29-30.
- Edwards, N., McKee, M., (2002), The future role of the hospital. J Health Policy, 7(1):1-2.
- Ε.Ο.Φ. (2007), Δελτίο τύπου: Ανάκληση του καλλυντικού προϊόντος για τα μαλλιά "Procede" της εταιρείας Ιωάννης Μαρνέρης, [http://www.eof.gr/html/body\\_press.html](http://www.eof.gr/html/body_press.html).
- Ε.Ο.Φ.. (2008), Δελτίο τύπου: Επιστροφές ληξιπρόθεσμων καλλυντικών, [http://www.eof.gr/html/body\\_press.html](http://www.eof.gr/html/body_press.html).
- Ε.Ο.Φ., (2008), Ορθή χρήση αντιβιοτικών, <http://www.eof.gr/antibiotics>.
- Ε.Ο.Φ., (2008), Σχετικά με την καταγγελλθείσα χρήση απαγορευμένων ουσιών από αθλητές της άρσης βαρών, <http://www.eof.gr/html/press9989.html>.



- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας – Ειδικός Λογαριασμός Κονδυλίων Έρευνας, (16/7/2007), Κατάρτιση Επαγγελματιών Υγείας σε Καινοτόμες Πρακτικές και Μεθόδους με τη Χρήση Ψηφιακών εργαλείων, Αθήνα.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2008, Παροχή υπηρεσιών εκπαίδευσης (blended μορφής) και ψηφιακών υπηρεσιών οργάνωσης-συντονισμού και υποστήριξης εκπαιδευτικών ενεργειών εξ' αποστάσεως εκπαίδευσης (e-learning), <http://www.e-esdy.gr/perigrafia.htm>.
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής (2004), Επιχειρησιακό πρόγραμμα Ολυμπιακοί Αγώνες 2004 – Καύσωνα, [http://www.nsph.gr/esdy\\_basic2/tomeis\\_epid\\_biostat\\_2004.htm](http://www.nsph.gr/esdy_basic2/tomeis_epid_biostat_2004.htm).
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Κοινωνιολογίας, Έρευνες, [http://www.nsph.gr/esdy\\_basic2/tomeis\\_koinoniolog.htm](http://www.nsph.gr/esdy_basic2/tomeis_koinoniolog.htm).
- Εθνικό Συμβούλιο Ραδιοτηλεόρασης, (2008), Προφίλ Συμβουλίου, [www.esr.gr/history.php](http://www.esr.gr/history.php).
- Ζηλίδης, Χ., (1988), Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού, ΑΤΕ, Αθήνα.
- Ζιώζου, Μ., (06/04/2008), Το ένζυμο «GPR» στα ούρα των εργαζομένων, Εφημερίδα Καθημερινή. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνικό σχέδιο δράσης για την αντιμετώπιση πανδημίας γρίπης, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Β' Έκδοση, 10/2005.
- Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών, (2000), Η Υγεία στην Ελλάδα, Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, Αθήνα.
- Κολίτση, Ζ. (2006), Οι προκλήσεις και ο σχεδιασμός για την ποιότητα, ασφάλεια και ανταποδοτικότητα των υπηρεσιών Υγείας, Αναπτυξιακό συνέδριο «Υγεία και Κοιν. Αλληλεγγύη 2007-13», Θεσ/νίκη, 30/1/06.
- Kohler, L., Martin, J., (1986), Inequalities in Health and Health Care, Gothenberg, WHO/Nordic School of Public Health.
- Κουτσούρης, Δ. (2002), Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος – Τεχνολογίες για την υλοποίησή του, Επιμέλεια έκδοσης Εργαστήριο Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ. (2000), Μελέτη για την Βελτίωση και την Ποιοτική Αναβάθμιση του Ρόλου και των Παρεχομένων Υπηρεσιών από τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), στο βιβλίο Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ., (2002), Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα, Θεμέλιο, Αθήνα.
- Κυριόπουλος Γ., (1990), Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση. Στο βιβλίο «Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση, Διοίκηση, Προγραμματισμός. European Institute of Social Security», Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ., (1995), Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών, Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.

- Κυριόπουλος, Ι. (2006), Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Τομέας Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.
- Μανιάτης, Α. (2007), Νομοθεσία μονάδων υγείας και πρόνοιας, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Καλαμάτα.
- Μαστρογιάννης, Ι., (1960), Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 1821 – 1960, Αθήνα.
- Μωραΐτης, Ε., (2002), Ιστορική Οργάνωση Νοσοκομείων, Σημειώσεις και διδακτικό υλικό, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, Αθήνα.
- OECD, Health Project. 2001.
- Πολύζος, Ν., (1994), Δευτεροβάθμια - Τριτοβάθμια περίθαλψη, Μελέτη για την οργάνωση και το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα.
- Saltman, R., Rico, A. Boerma, W., Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care, European Observatory on Health Care Systems (in progress).
- Sissouras, A, Ketsetzopoulou, M., Bouzas, N, Fagadaki, E, Papaliou, O, Fakoura, A., (2002), Providing integrated health and social care for older persons in Greece, ProCare-National Report Greece, National Centre for Social Research, EKKE, Athens.
- The UK Foresight Programme: Healthcare 2020, Final report, 2000, <http://www.foresight.gov.uk/>
- ως αναφορά στο Κουκουμάς, Ν., (2005), Βελτίωση της Ποιότητας και Πρόσβασης των Πολιτών στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες, Εισήγηση στη Διημερίδα Εργασίας για το Εθνικό Σχέδιο Ανάπτυξης του τομέα «Υγεία και Κοινωνική Αλληλεγγύη 2007-2013», Αθήνα, 25-26 Νοεμβρίου 2005.
- Turshen, M., (1977), The Political Ecology of Disease, Review of Radical Political Economics, 9, 45-60.
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 08/2006, Εταιρικό προφίλ του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (1994), Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος Ι., (1986), Κοινωνικό - οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Περιοδικό Ιατρική, Τεύχος 5, Αθήνα.
- Φιλιππάτου, Β., (2007), Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα, Διευθύντρια Γενικού Νοσοκομείου Πατησίων, <http://www.parliament.gr/papakosta/deltia/omilifilip.htm>.
- Χατζητόλιος, Α., Ζαμπίδης, Π., Σανιδάς, Θ., Ζαφειρόπουλος, Α., Ασλανίδης, Ι. (2007), Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της Υγείας, Ιατρικό Βήμα 02-03/2007.
- WHO, (1958), The First Ten Years of WHO, Annex Constitution of the WHO, WHO, Geneve.
- WHO, (1978), Alma-Ata. Primary Health Care, Health Care for All, Series 1, WHO, Geneve.

## Σύνοψη

---

Στην παρούσα εργασία προσπαθήσαμε μέσα από δύο κύρια μέρη το θεωρητικό και το ερευνητικό, να παρουσιάσουμε όσο το δυνατόν πληρέστερα την δημόσια υγεία στη χώρα μας, μελετήσαμε επίσης τις περιπτώσεις δύο κύριων φορέων προάσπισης του δικαιώματος της δημόσιας υγείας, δηλαδή του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων και της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

Αρχικά στο εισαγωγικό μέρος της εργασίας μας προσπαθήσαμε να δώσουμε την έννοια της υγείας και κατ' επέκταση της δημόσιας υγείας, η διάσταση των οποίων είναι πάρα πολύ σημαντική. Η δημόσια υγεία ουσιαστικά αποτελεί την εξασφάλιση της ευελιξίας και της ικανότητας αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του, αποτελεί ουσιαστικά ένα κοινωνικό αγαθό το οποίο περιλαμβάνει τις έννοιες της φροντίδας, της αλληλεγγύης, της αξιοπρέπειας και του δικαιώματος στην υγεία όλων των ανθρώπων. Αυτό μας επιτρέπει να γενικεύουμε τον όρο της δημόσιας υγείας και να θεωρούμε ότι αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της ζωής όλων των ανθρώπων καθώς εμπλέκεται σε όλες τις δραστηριότητές του.

Στη συνέχεια του κυρίου θέματος της εργασίας προσπαθήσαμε να δώσουμε μέσω του θεωρητικού μέρους την ανάλυση των θεσμών της δημόσιας υγείας στη χώρα μας, τη νομική προσέγγιση αυτών, τις λειτουργίες και δράσεις, τις πολιτικές και στρατηγικές, τα όργανα και τις δομές οι οποίες δραστηριοποιούνται στον τομέα της δημόσιας υγείας. Επίσης δεν πρέπει να λησμονούμε ότι και ο τομέας της υγείας διαχωρίζεται και εξελίχτηκε μέσα από σημαντικά προβλήματα φτάνοντας σήμερα να διαχωρίζεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια παροχή υπηρεσιών από μονάδες υγείας δημόσιου και ιδιωτικού χαρακτήρα. Ακόμη μέσω της μελέτης περιπτώσεων των δύο κύριων οργανισμών οι οποίοι περιφρουρούν το δικαίωμα της δημόσιας υγείας στη χώρα μας δηλαδή του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων και της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας προσπαθήσαμε να αποδείξουμε ότι αυτοί οι δύο φορείς μπορούν και είναι σε θέση να παράγουν έργο.

Όσον αφορά τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων το προφίλ του μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι πρόκειται για έναν υπερδραστήριο οργανισμό ο οποίος προσπαθεί μέσω σημαντικών δραστηριοτήτων και διαπιστευμένων εργαστηρίων να πληροφορήσει και να εκδώσει μελέτες με κύριο σκοπό την διαφύλαξη της δημόσιας υγείας.

Εξάλλου η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας διαθέτει πολλούς επιμέρους τομείς σύμφωνα με τους οποίους μπορεί να διαφυλάξει στο έπακρο την δημόσια υγεία αν συμμαριστούμε το γεγονός ότι οι τομείς δραστηριοτήτων της ξεκινούν από τον τομέα της Κτηνιατρικής και καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα μέχρι και τον τομέα των Οικονομικών της υγείας, από τον τομέα της Δημόσιας Υγιεινής του Περιβάλλοντος μέχρι τον τομέα της Κοινωνιολογίας. Η ενσωμάτωση νέων

τεχνολογιών κυρίως από το Γ' Κοινωνικό Πλαίσιο Στήριξης βοήθησαν στην εκπαίδευση, όπως για παράδειγμα το ηλεκτρονικό σχολείο και η ηλεκτρονική μάθηση.

Στα επόμενο μέρος της εργασίας, το ερευνητικό, προσπαθήσαμε μέσω ενός ερωτηματολογίου να απευθυνθούμε σε ασθενείς αλλά και εργαζόμενους στον τομέα δημόσιας υγείας με κύριο σκοπό την ανάλυση των σκέψεών τους για την δημόσια υγεία, πώς αυτή παρέχεται στους πολίτες μέσω δημόσιων ή ιδιωτικών φορέων καθώς και για τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Καταγράφηκαν σημαντικές απόψεις στην έρευνά μας, η πλειοψηφία των ερωτώμενων, που άνηκαν σε όλα τα κοινωνικά στρώματα, θεώρησαν τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται από κρατικές μονάδες υγείας χαμηλότερου επιπέδου από αυτές των ιδιωτικών. Αναφορικά με τους δύο εξεταζόμενους φορείς δημόσιας υγείας οι ερωτώμενοι επιθυμούν μια πιο αναβαθμισμένη και ανεξάρτητη θέση αυτών ώστε αναπόσπαστοι στην περιφρούρηση της δημόσιας υγείας να παράγουν κοινωνικό και «πραγματικό» έργο.

Βέβαια ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων και η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας είναι πολύ σημαντικοί φορείς για την διασφάλιση της δημόσιας υγείας στην χώρα μας. Τα περιθώρια βελτίωσης αυτών είναι μεγάλα και απαιτητά από την ελληνική κοινωνία.

## **Παράρτημα**

---

### **Παράρτημα Ι. Λίστα πινάκων – διαγραμμάτων**

---

Πίνακας 1: Δείκτες αποτίμησης Γ' Κ.Π.Σ. σε πρόληψη και πρωτοβάθμια φροντίδα.....	43
Πίνακας 2: Δείκτες αποτίμησης Γ' Κ.Π.Σ. για τον εκσυγχρονισμό Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας φροντίδας.....	48
Διάγραμμα 1. Δομή, διάρθρωση και διοίκηση της Ε.Σ.Δ.Υ.....	70

## Παράρτημα II. Φόρμα ερωτηματολογίου

<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</b>			
1. Φύλο	<i>Ανδρας</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/>	<i>Γυναίκα</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/>	
2. Ηλικία	<input style="width: 80px;" type="checkbox"/>		
3. Επάγγελμα	<input style="width: 650px; height: 20px;" type="text"/>		
<i>Απαντήστε σημειώνοντας Χ σε μια από τις απαντήσεις κάθε ερώτησης σύμφωνα με την άποψή σας.</i>			
4. Πώς θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που σας παρέχεται στα δημόσια νοσοκομεία;	<i>ΚΑΚΗ</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/> <i>ΜΕΤΡΙΑ</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/> <i>ΚΑΛΗ</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/> <i>ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/>		
5. Πώς θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που σας παρέχεται στα ιδιωτικά θεραπευτήρια;	<i>ΚΑΚΗ</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/> <i>ΜΕΤΡΙΑ</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/> <i>ΚΑΛΗ</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/> <i>ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/>		
6. Πιστεύετε ότι οι υπηρεσίες υγείας που σας προσφέρονται σε κρατικές μονάδες υγείας (νοσοκομεία, ιατρεία, εργαστηριακά κέντρα) είναι ανεπαρκείς και ότι δεν τυγχάνετε της μεταχείρισης που θα έπρεπε;	<i>ΝΑΙ</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/>		<i>ΟΧΙ</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/>
7. Τυγχάνετε καλύτερης ιατρικής φροντίδας σε ιδιωτικές μονάδες υγείας (θεραπευτήρια, ιατρεία, εργαστηριακά κέντρα) από ό,τι σε κρατικές;	<i>ΝΑΙ</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/>		<i>ΟΧΙ</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/>
8. Υπήρξε περίπτωση που προτείνατε να προσφέρετε χρήματα σε κάποιο στέλεχος κρατικής μονάδας παροχής υγείας (νοσοκομεία, ιατρεία, εργαστηριακά κέντρα);	<i>ΝΑΙ</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/>		<i>ΟΧΙ</i> <input style="width: 50px;" type="checkbox"/>
9. Αντιμετωπιστήκατε ποτέ άσχημα από κρατικές υπηρεσίες υγείας (νοσοκομεία, ιατρεία, εργαστηριακά κέντρα, διοικητική υπηρεσία) της χώρας μας, εξαιτίας:			
	Χρώματος του δέρματος		
	Θρησκευματος		
	Έλλειψης χρημάτων		
	Υπηκοότητας		

		Κοινωνικής Τάξης
		Έλλειψης ασφάλισης

10. Γνωρίζετε την ύπαρξη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας;

*ΝΑΙ* 
*ΟΧΙ*

11. Αναφέρατε τουλάχιστον δύο τομείς στους οποίους εξειδικεύεται η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

12. Θεωρείτε ότι η εκπαίδευση στα Μεταπτυχιακά Πρόγραμμα της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας είναι υψηλού επιπέδου ώστε να παρέχει εφόδια κατάρτισης και εξειδίκευσης στους σπουδαστές της;

*ΝΑΙ* 
*ΟΧΙ*

13. Πιστεύετε ότι για την δημόσια υγεία επιτρέπεται η καταστρατήγηση των προσωπικών δεδομένων σας; Για παράδειγμα θα επιτρέπατε ο ιατρικός σας φάκελος να αποτελέσει αντικείμενο εκπαιδευτικού περιεχομένου από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ);

*ΝΑΙ* 
*ΟΧΙ*

14. Γνωρίζετε την ύπαρξη του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ);

*ΝΑΙ* 
*ΟΧΙ*

15. Πού θα πρέπει, κατά την γνώμη σας, να εστιάζει ο ΕΟΦ όσον αφορά στην υποστήριξη που παρέχει προς τους πολίτες αλλά και τις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες μονάδες υγείας (νοσοκομεία, ιατρεία, εργαστηριακά κέντρα, διοικητική υπηρεσία) όταν του ζητείται;

Νομοθετικές διατάξεις (νομοθετήματα, εγκύκλιοι)	
Κοινοτικές διατάξεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης)	
Εσωτερικές διαδικασίες και κανονισμοί του ΕΟΦ	

16. Πιστεύετε ότι πρέπει ο ΕΟΦ να έχει μια πιο σημαντική θέση, για παράδειγμα να του επιτρέπεται από το Ελληνικό κράτος να είναι η ανώτερη αρχή και να επιβάλλει επώδυνες κυρώσεις σε επιχειρήσεις που μπορούν να βλάψουν την δημόσια υγεία κάθε πολίτη, όπως φαρμακοβιομηχανίες, εταιρίες καλλυντικών;

*ΝΑΙ* 
*ΟΧΙ*

17. Έχετε κάνει ποτέ καταγγελία στον ΕΟΦ για κάποιο προβληματικό προϊόν που αγοράσατε, για παράδειγμα φάρμακο, καλλυντικό, ιατρικό βοήθημα;

*ΝΑΙ* 
*ΟΧΙ*

18. Πιστεύετε ότι οι δύο παραπάνω φορείς (ΕΟΦ, ΕΣΔΥ) εξυπηρετούν την προάσπιση του κατοχυρωμένου από το ελληνικό Σύνταγμα δικαιώματος της δημόσιας υγείας;

ΝΑΙ 

19. Πιστεύετε ότι το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.) αποτελεί μια ανεξάρτητη διοικητική αρχή;

ΝΑΙ ΟΧΙ 

20. Πιστεύετε ότι το μέλλον των κρατικών μονάδων παροχής υγείας (νοσοκομεία, ιατρεία, εργαστηριακά κέντρα) είναι ευοίωνο;

ΝΑΙ ΟΧΙ 

21. Πιστεύετε ότι οι ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας (θεραπευτήρια, ιατρεία, εργαστηριακά κέντρα) μπορούν να παράγουν κοινωνικό έργο; Δηλαδή κάποιο ιδιωτικό νοσοκομείο να παρέχει αμιλοκερδώς τις υπηρεσίες του στο ευρύ κοινό, για παράδειγμα να προσφέρονται από ένα ιδιωτικό νοσοκομείο υπηρεσίες αποκατάστασης εγκαυμάτων από πλαστικούς χειρουργούς.

ΝΑΙ ΟΧΙ 

22. Αναφέρετε τις δικές σκέψεις ή λύσεις για την βελτίωση των κρατικών μονάδων παροχής υγείας (νοσοκομεία, ιατρεία, εργαστηριακά κέντρα).



## Παράρτημα ΙΙΙ. Η νομοθεσία που διέπει οποιαδήποτε δραστηριότητα του Ε.Ο.Φ.

	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 68962/22-10-2007</b>
<b>24.10.2007</b>	Διαδικτυακή εφαρμογή καθορισμού ημέρας/ώρας για άσκηση αμέσου διοικητικού ελέγχου των υποβαλλόμενων στοιχείων για χορήγηση / ανανέωση τροποποίηση αδειών κυκλοφορίας
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 33523/17-05-2007</b>
<b>18.06.07</b>	Κλινική Έρευνα με Ιατροτεχνολογικά Προϊόντα
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 39934/13-06-2007</b>
<b>14.06.07</b>	Αιτήσεις ανανέωσης αδειών κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης χρήσης, βιολογικών προϊόντων και φαρμακευτικών προϊόντων φυτικής προέλευσης (δρόγες και μίγματα δρογών) λήξεως 31-12-2007
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 16238/07-03-2007</b>
<b>08.03.07</b>	Εισαγωγή και Διάθεση φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων, από χώρες της Ε.Ε. ή τρίτες χώρες, αποκλειστικά για ατομική χρήση, όμοια των οποίων δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 81465/21-12-2006</b>
<b>17.01.07</b>	Διαδικτυακή εφαρμογή καθορισμού ημέρας / ώρας για άσκηση αμέσου διοικητικού ελέγχου των υποβαλλόμενων στοιχείων για χορήγηση / ανανέωση / τροποποίηση αδειών κυκλοφορίας
<b>26.10.06</b>	Διεκπεραίωση τροποποιήσεων αδειών κυκλοφορίας, ήσσονος σημασίας (τύπου ΙΑ & ΙΒ), οι οποίες κατατίθενται με Αμοιβαία ή/και Αποκεντρωμένη Διαδικασία
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 55480/6-9-2006</b>
<b>07.09.06</b>	ΜΗ Παρεμβατικές Μελέτες Φαρμάκων για Ανθρώπινη Χρήση
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 38351/14-6-2006</b>
<b>31.07.06</b>	Απαιτούμενα δικαιολογητικά για τη χορήγηση άδειας δυνατότητας παραγωγής ή συσκευασίας ή διενέργειας ελέγχων σε φαρμακευτικά προϊόντα ανθρώπινης ή κτηνιατρικής χρήσης
<b>19.04.06</b>	Περί τροποποίησης του Κεφαλαίου ΙΙΙ της υπ' αριθμ. 9585/15-2-2006 εγκυκλίου του ΕΟΦ: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΑΣ ΕΟΦ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΧΡΗΣΗ
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 26195/19-04-2006</b>
<b>19.04.06</b>	Μη κατάθεση Μηνιαίων Δελτίων Πωλήσεων και Αποθεμάτων σε έντυπη μορφή
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 11430/17-02-2006</b>
<b>29.03.06</b>	Αιτήσεις ανανέωσης αδειών κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης χρήσης, βιολογικών προϊόντων και φαρμακευτικών προϊόντων φυτικής προέλευσης (δρόγες και μίγματα δρογών) λήξεως 31-12-2006
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 18624/20.03.2006</b>
<b>20.03.06</b>	Εγγραφή ή επανεγγραφή στο μητρώο κατασκευαστών Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων κατηγορίας Ι.: Περιήληση των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
<b>08.03.06</b>	Συμπλήρωση της Εγκυκλίου με αρ. 58308/5 Οκτ. 2005, σχετικής με οδηγίες για την εφαρμογή του άρθρου 48 παρ. 3 του Ν.3370/11-7-05 (ΦΕΚ 176 Α'), που αφορά στην πληρωμή του «Τέλους Ετοιμότητας Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων»
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 13153/24-02-2006</b>
<b>24.02.06</b>	Τεχνικές Προδιαγραφές Σήμανσης με γραμμωτό κώδικα (Bar Code) των Νέων Ταινιών Γνησιότητας
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 9585/15-02-2006</b>
<b>31.01.06</b>	Κλινικές και ερευνητικές μελέτες αρμοδιότητας ΕΟΦ Φάρμακα για ανθρώπινη χρήση
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ - ΑΠΟΦΑΣΗ 66429/08.11.2005</b>
<b>08.11.05</b>	Σύστημα διασφάλισης επάρκειας εθνικής αγοράς όσον αφορά τα φάρμακα για ανθρώπινη χρήση
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 60985/14.10.2005</b>
<b>19.10.05</b>	Αναγραφή στοιχείων σε γραφή Braille στην εξωτερική συσκευασία των φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης χρήσης
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 58308/05.10.2005</b>
<b>11.10.05</b>	Οδηγίες για εφαρμογή του άρθρου 48 παρ. 3 του Ν.3370/11-7-05 (ΦΕΚ 176 Α') σχετικά με την πληρωμή του «Τέλους Ετοιμότητας Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων»
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 54674/20.09.2005</b>
<b>20.09.05</b>	Οδηγίες για την υποβολή φακέλων Βιοκτόνων-Απολυμαντικών προϊόντων
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 49571/24.08.2005</b>
<b>09.09.05</b>	Προϋποθέσεις και δικαιολογητικά για την χορήγηση Άδειας Δυνατότητας Παραγωγής Φαρμακούχων Ζωοτροφών

	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 49570/24.08.2005</b>
<b>09.09.05</b>	Προϋποθέσεις για χορήγηση άδειας μεταφοράς μέρους ή του συνόλου της παραγωγικής διαδικασίας ή και των ελέγχων προϊόντων αρμοδιότητας ΕΟΦ (πλην καλλυντικών)
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 45273/21.07.2005</b>
<b>09.09.05</b>	Έγκριση διαδικασίας χορήγησης α)Άδειας δυνατότητας εισαγωγής και β)Άδειας εισαγωγής φαρμακευτικού προϊόντος το οποίο προέρχεται από τρίτη χώρα
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 63764/11.11.2004</b>
<b>09.09.05</b>	Έγκριση νέας διαδικασίας χορήγησης της άδειας παραγωγής ή συσκευασίας φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης και κτηνιατρικής χρήσης
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 58446/20.10.04</b>
<b>09.09.05</b>	Περιεχόμενο Πιστοποιητικού Παρτίδας Φαρμακευτικού Προϊόντος που εκδίδεται από τους παρασκευαστές φαρμακευτικών προϊόντων στα πλαίσια των Συμφωνιών Αμοιβαίας Αναγνώρισης (Mutual Recognition Agreements)
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ αρ. πρωτ. 47392/1-8-2005</b>
<b>11.08.05</b>	Διαδικασία έγκρισης παρεμβατικών κλινικών δοκιμών
<b>13.07.05</b>	Διευκρινίσεις σχετικά με την ταινία γνησιότητας
<b>23.06.05</b>	Συμπλήρωση της Εγκυκλίου 68862/3.12.2004 περί «Καθιέρωσης Συστήματος Ηλεκτρονικής Υποβολής των στοιχείων των Απογραφικών Δελτίων Ταινίας Γνησιότητας των Φαρμακευτικών εταιρειών» (Ορθή ελιανανοποίηση)
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 38833/22-6-2005</b>
<b>22.06.05</b>	Εγγραφή στο μητρώο κατασκευαστών Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων και in vitro διαγνωστικών Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων - Στοιχεία «αυτότητας» μιας εταιρείας
<b>04.05.05</b>	Συμπλήρωση της Εγκυκλίου 68862/3.12.2004 περί «Καθιέρωσης Συστήματος Ηλεκτρονικής Υποβολής των στοιχείων των Απογραφικών Δελτίων Ταινίας Γνησιότητας των Φαρμακευτικών εταιρειών»
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 27414/4/5/2005</b>
<b>04.05.05</b>	Καθιέρωση Ηλεκτρονικής Υποβολής των στοιχείων Εξαγωγών των Φαρμακαποθηκών, δια μέσου της Διαδικτυακής Εφαρμογής του ΕΟΦ
<b>03.03.05</b>	Διευκρινίσεις επί της εγκυκλίου «Περί τροποποίησης των εγκυκλίων ΕΟΦ που αφορούν στον τρόπο διάθεσης των φαρμακευτικών ιδ/σμάτων, που περιέχουν δραστικό συστατικό, κεφαλοσπορίνες τρίτης γενεάς (από του στόματος χορηγούμενες), νεώτερες κινολόνες (από του στόματος χορηγούμενες), νεώτερες κινολόνες (για τοπική οφθαλμική χρήση) και νεώτερες κινολόνες (για τοπική ωτική χρήση) ως προς τον τρόπο διάθεσης & το υπόδειγμα της αιτιολογημένης συνταγής»
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ αρ. πρωτ. ΕΟΦ 6826/02.02.05</b>
<b>22.02.05</b>	Τροποποίηση των εγκυκλίων ΕΟΦ που αφορούν στον τρόπο διάθεσης των φαρμακευτικών ιδ/σμάτων, που περιέχουν δραστικό συστατικό, κεφαλοσπορίνες τρίτης γενεάς (από του στόματος χορηγούμενες), νεώτερες κινολόνες (από του στόματος χορηγούμενες), νεώτερες κινολόνες (για τοπική οφθαλμική χρήση) και νεώτερες κινολόνες (για τοπική ωτική χρήση) ως προς τον τρόπο διάθεσης & το υπόδειγμα της αιτιολογημένης συνταγής
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ αρ. πρωτ. ΕΟΦ 68862/03.12.04</b>
<b>06.12.04</b>	Ηλεκτρονική υποβολή των στοιχείων των Απογραφικών Δελτίων Ταινίας Γνησιότητας των Φαρμακευτικών εταιρειών
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ αρ. πρωτ. ΕΟΦ 68127/01.12.04</b>
<b>01.12.04</b>	Ηλεκτρονική υποβολή των στοιχείων των Μηνιαίων Δελτίων Πωλήσεων και Αποθεμάτων των Φαρμακευτικών εταιρειών. Τροποποίηση των Μηνιαίων Δελτίων Πωλήσεων και Αποθεμάτων των Φαρμακευτικών εταιρειών
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ αρ. πρωτ. ΕΟΦ 67988/30.11.04</b>
<b>01.12.04</b>	Ταινία γνησιότητας σε μορφή Barcode με τον κωδικό αριθμό ΕΟΦ στα φαρμακευτικά προϊόντα
<b>20.10.04</b>	Αρ. Εγκυκλίου 53395/30.9.04 Εκτελωνισμός μικροδεμάτων με φάρμακα για προσωπική χρήση
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ αρ. πρωτ.ΕΟΦ 55362/08.10.04</b>
<b>12.10.04</b>	Τροποποίηση της υπ' αρ. 50201/17.9.04 Εγκυκλίου σχετικά με τις τεχνικές προδιαγραφές γραμμωτού κώδικα (bar code) στην ταινία γνησιότητας των φαρμακευτικών προϊόντων
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ αρ. πρωτ.ΕΟΦ 50201/17.09.04</b>
<b>01.10.04</b>	Τεχνικές προδιαγραφές γραμμωτού κώδικα (bar code) στην ταινία γνησιότητας των φαρμακευτικών προϊόντων
<b>21.09.04</b>	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ αρ. πρωτ.ΕΟΦ 28215/19.05.04</b>

	Καθορισμός των στοιχείων για εναρμονισμένη Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος (ΠΧΠ) για τα αντιγριπικά εμβόλια
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ αρ. πρωτ.ΕΟΦ 47447/08.09.04</b>
<b>17.09.04</b>	Βελτίωση του Συστήματος Υποβολής Στοιχείων Εξαγωγών στον ΕΟΦ από τις Φαρμακαποθήκες - Ηλεκτρονική υποβολή στοιχείων
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ αρ. πρωτ.ΕΟΦ 45441/30.8.04</b>
<b>13.09.04</b>	Θέμα: Εφαρμογή του Αναθεωρημένου Παραρτήματος 13 των GMP περί "Παραγωγής των υπό έρευνα φαρμ/κών προϊόντων (G.M.P. Annex 13, revision)"
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 31055 /27.05.2004</b>
<b>27.05.04</b>	Ανανεώσεις και Τροποποιήσεις αδειών κυκλοφορίας απολυμαντικών προϊόντων
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ αρ. πρωτ.ΕΟΦ 14771/10.3.04</b>
<b>10.03.04</b>	Θέμα: «Έλεγχος δαπανών προώθησης φαρμακευτικών προϊόντων ανθρώπινης χρήσης από τον ΕΟΦ»
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ με αρ. πρωτ. 12047/1.3.04</b>
<b>01.03.04</b>	ΘΕΜΑ:Χορήγηση βεβαίωσης για χρήση αιθυλικής αλκοόλης & λοιπών διαλυτών κατά την παραγωγή φαρ/κών ιδ/σμάτων
<b>09.01.04</b>	Εγκύκλιος 69188: Θέση σε ισχύ των Συμπληρωμάτων 4.6 και 4.7 της Τέταρτης Έκδοσης της Ευρωπαϊκής Φαρμακοποιίας (2002)
<b>10.12.03</b>	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ 65512: Εμφυτεύματα στήθους</b>
<b>02.12.03</b>	In Vitro Διαγνωστικά Ιατροτεχνολογικά Προϊόντα: Οδηγίες για την εγγραφή στα μητρώα κατασκευαστών του ΕΟΦ
<b>27.11.03</b>	In Vitro Διαγνωστικά Ιατροτεχνολογικά Προϊόντα: Εφαρμογή της Υπ. Απόφασης ΔΥ88/οικ/3607/892, ΦΕΚ 1060/Β/10-8-2001
<b>18.11.03</b>	Σχετικά με τις δαπάνες προώθησης φαρμακευτικών προϊόντων
<b>14.11.03</b>	Χαρακτηρισμός καυή ταξινόμηση Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων
<b>13.10.03</b>	Χαρακτηρισμός προϊόντων για λεύκανση δοντιών με αρ. πρ.52884/13/10/03
<b>20.08.03</b>	Διευκρινίσεις επί της εγκυκλίου 38892/24-7-2003
<b>13.10.03</b>	Εγγραφή σε μητρώο υπευθύνων για διάθεση στο εμπόριο ιατροτεχνολογικών προϊόντων "Κατηγορία Ι" με αρ. πρ. 52880/13.10.03
<b>20.08.03</b>	Παράταση της μερικής αναστολής εφαρμογής της 40118/31-20-2002 εγκυκλίου
	<b>ΝΕΑ ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ Κινολόνες-</b>
<b>24.07.03</b>	Κεφαλοσπορίνες 38892
<b>18.03.03</b>	Μετάφραση μέρους του Notice to applicants στην Ελληνική γλώσσα
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ Κινολόνες-</b>
<b>31.10.02</b>	Κεφαλοσπορίνες 40118
	<b>ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ Κινολόνες-</b>
<b>30.05.02</b>	Κεφαλοσπορίνες 27190
<b>24.05.02</b>	Καθορισμός των στοιχείων για εναρμονισμένη Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος (ΠΧΠ) για τα αντιγριπικά εμβόλια
<b>16.05.02</b>	Μετάφραση εκδόχων που χρησιμοποιούνται σε φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα
<b>10.04.02</b>	Έντυπα ιατρικής ενημέρωσης και διαφήμισης φαρμακευτικών προϊόντων - δικαιολογητικά
<b>12.03.02</b>	Ενημέρωση φακέλων ως προς το φαρμακοχημικό μέρος
<b>25.02.02</b>	Επισημάνση φαρμακευτικών προϊόντων προοριζόμενων και για την αγορά της Κύπρου
<b>30.01.02</b>	Σύνταξη και υποβολή στον ΕΟΦ κύριων φακέλων εγκατάστασης (ΚΦΕ)
<b>30.01.02</b>	Εφαρμογή του αναθεωρημένου παραρτήματος 6 (GMP - Annex 6)
<b>30.01.02</b>	Άδειες δυνατότητας παραγωγής εργοστασίων φαρμακευτικών προϊόντων
<b>18.12.01</b>	Αντιμετώπιση της κατάχρησης αναβολικών
<b>13.12.01</b>	Χαρακτηρισμός νέων φαρμάκων
<b>17.10.01</b>	Διακίνηση φαρμακευτικών προϊόντων μέσω internet
<b>03.10.01</b>	Καθιέρωση συστήματος υποβολής στοιχείων εξαγωγών στον ΕΟΦ από τις φαρμακαποθήκες
<b>25.07.01</b>	Αποστείρωση προϊόντων με ατμό
<b>13.10.98</b>	Βελτίωση του συστήματος διακίνησης της ταινίας γνησιότητας
<b>29.06.94</b>	Υποβολή καταστάσεων παρτίδων ταινιών γνησιότητας
<b>18.12.86</b>	Μηνιαίο δελτίο παραγωγής πωλήσεων και αποθεμάτων προϊόντων αρμοδιότητας ΕΟΦ
<b>20.10.83</b>	Παροχή στοιχείων

Πηγή: Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων

Παράρτημα IV. Οργανόγραμμα Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας – Δίκτυα Δημόσιας Υγείας (Δ.Δ.Υ.)

<b>ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΔΙΚΤΥΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (Δ.Δ.Υ.)</b>						
<b>Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ</b>	<b>Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΜΗΧΑΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ</b>	<b>Δ/ΝΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΙΩΝ</b>	<b>Δ/ΝΣΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΕΣ ΚΑΙ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΕΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΕΙΣ (ΥΠΟ ΣΥΣΤΑΣΗ)</b>	<b>Δ/ΝΣΗ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ</b>	<b>ΤΜΗΜΑ ΕΞΑΡΤΗΣΙΟΓΟΝΩΝ ΟΥΣΙΩΝ</b>	<b>ΤΜΗΜΑ ΧΑΡΤΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ</b>
<i>ΤΜΗΜΑΤΑ</i>						
<i>Επιδημιολογίας Νοσημάτων</i>	<i>Υγειονομικού Ελέγχου Υδάτων και Αποβλήτων</i>	<i>Φαρμακευτικών Φορέων Φαρμάκων και Καλλυντικών</i>	<i>N.3370/2005</i>	<i>N.3370/2005</i>	.	.
<i>Προστασίας και Προαγωγής της Δημόσιας Υγείας</i>	<i>Ατμοσφαιρικής Ρύπανσης, Ραδιενέργειας, Ιοντιζουσών και μη Ακτινοβολιών</i>	<i>Φαρμακείων και Φαρμακαποθηκών</i>	.	.	.	.
<i>Υγειονομικών Κανονισμών Δημόσιας Υγείας</i>	<i>Περιβαντολογικής Υγιεινής Μονάδων Υγείας και Οικισμών</i>	<i>Ναρκοτικών</i>	.	.	.	.
<i>Ιατρικής Εργασίας</i>	.	.	.	.	.	.
<i>Σχολικής Υγείας</i>	.	.	.	.	.	.

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

## Παράρτημα V. Οργανόγραμμα Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας (Ν.3370/2005)

<b>ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΟ Ν.3370/2005</b>		
<b>Δ/ΝΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ</b>	<b>Δ/ΝΣΗ ΑΓΩΓΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ</b>	<b>Δ/ΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ</b>
<i>ΤΜΗΜΑΤΑ</i>		
<i>Ιατρικού και λοιπού Επιστημονικού Προσωπικού</i>	<i>Προγραμματισμού, μελετών και αξιολόγησης</i>	<i>Περίθαλψη</i>
<i>Νοσηλευτικού Προσωπικού</i>	<i>Πληροφόρησης</i>	<i>Μητρώου Ασφαλισμένων, Παρακολούθησης, Πιστώσεων και Ελέγχου</i>
<i>Λοιπών Επαγγελματιών</i>	<i>Τεχνικής Υποστήριξης Προγραμμάτων</i>	-

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης