



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ.
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΑΛΛΗΛΩΝ ΤΟΥ
ΝΟΜΟΥ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ»**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΑΓΓΕΛΙΚΗ ΚΑΡΒΟΥΝΙΑΡΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

Καλαμάτα, 2009

Πάντα στον νου σου να 'χεις την Ιθάκη,

Το φθάσιμον εκεί ειν ο προορισμός σου..

Κωνσταντίνος Καβάφης

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ιατρικό πρόβλημα περίπου εδώ και 3500 χρόνια. Η ιστορία αυτής της νόσου είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα της ασταμάτητης, επίμονης και επίπονης προσπάθειας της επιστήμης, για την ανακάλυψη της αλήθειας, την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και την αποκατάσταση της υγείας του. Πέρα από την ιατρική προσπάθεια, την επιστημονική κοινότητα την απασχολεί όλο και περισσότερο η ποιότητα ζωής και η μέτρηση της σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, όπως είναι και ο διαβήτης. Στα πλαίσια της παρούσας εργασίας διεξήχθη έρευνα, για την μέτρηση της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από το σακχαρώδη διαβήτη στον φορέα κοινωνικής ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων στην Καλαμάτα, την Υπηρεσία Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΥΠΑΔ).

Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του γνωστού ψυχομετρικού οργάνου μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής SF-36. Συνολικά εξετάστηκαν 45 άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη μέσα σε διάστημα 6 μηνών από 15-05-2008 έως 20-10-2008. Στο δείγμα που εξετάστηκε διαπιστώθηκε πως η ποιότητα ζωής των διαβητικών χαρακτηρίζεται από μέτρια έως κακή, με αναλυτική επεξήγηση των αποτελεσμάτων στις κλίμακες μέτρησης. Ενώ τα συμπεράσματα από την έρευνα δίνουν ουσιώδης πληροφορίες για τη ζωή των διαβητικών.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για την πολύτιμη βοήθεια και την αμέριστη συμπαράσταση σε όλους εκείνους που κατέστησαν δυνατή την εκπόνηση της εργασίας αυτής:

- Στον κ. Λεωνίδα Παρασκευόπουλο, Επίκουρο Καθηγητή του ΤΕΙ Καλαμάτας, του τμήματος Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας και εισηγητή του θέματος.
- Στον κ. Θεόδωρο Πισιμίση, Επίκουρο Καθηγητή του ΤΕΙ Καλαμάτας.
- Στον κ. Ανδρέα Κουτσαντωνάκη, προϊστάμενο της Υπηρεσίας Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου, για τα πολύτιμα στοιχεία σχετικά με τον οργανισμό και για την κατανόηση σχετικά με την ενασχόληση μου με τα υποκείμενα της έρευνας την ώρα της εργασίας.
- Στους συναδέλφους στην Υπηρεσία Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου, Κάτσου Χαρά και Καλέκα Βασίλειο, για την βοήθεια τους κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.
- Στους ασφαλισμένους του Δημοσίου για τη συνεργασία τους όσον αφορά τη διεκπεραίωση της έρευνας, καθώς τόσο η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων όσο και οι ουσιαστικές συζητήσεις μαζί τους ήταν ένα μάθημα ζωής. Και τέλος,
- Στην οικογένεια μου, τους γονείς και τα αδέρφια μου και τους φίλους μου (στους οποίους χρωστάω την ύπαρξη και την πορεία μου) που συνέβαλαν με την ηθική τους συμπαράσταση ουσιαστικά στην εκπόνηση της εργασίας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ Ο.Π.Α.Δ. ΚΑΙ Ο ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗ- ΤΗΣ ΩΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	3
1.1 Οργανισμός περίθαλψης ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)	3
1.2 Οι στόχοι του Ο.Π.Α.Δ.	4
1.3 Οι άξονες προτεραιότητας του Ο.Π.Α.Δ.	5
1.4 Η χρηματοδότηση του Ο.Π.Α.Δ.	8
1.5 Ιστορική αναδρομή του σακχαρώδη διαβήτη	9
1.5.1 Η Εποχή της Κλινικής Αναγνώρισης του Σακχαρώδη Διαβήτη	9
1.5.2 Η Εποχή της Βιομηχανικής Αναγνώρισης του Σακχαρώδη Διαβήτη	10
1.5.3 Η Εποχή της Ανακάλυψης της Ινσουλίνης «Η Ηρωική Εποχή»	10
1.5.4 Η Εποχή των Υπογλυκαιμικών Δισκίων	10
1.5.5 Η Εποχή της Πραγματοποίησης των Μεγάλων Προσδοκιών	11
1.6 Ορισμός και τύποι του σακχαρώδη διαβήτη	11
1.6.1 Ορισμός του Σακχαρώδη Διαβήτη	11
1.6.2 Οι τύποι του σακχαρώδη διαβήτη	11
1.7 Οι αιτίες του σακχαρώδη διαβήτη	13
1.8 Οι επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη	14
1.8.1 Ασθένειες των ματιών	15
1.8.2 Ασθένειες των νεφρών	16
1.8.3 Ασθένειες των νεύρων	16
1.8.4 Δερματολογικές παθήσεις	17
1.8.5 Διαβητικό κώμα και κετοξέωση	17
1.9 Το κόστος του σακχαρώδη διαβήτη	18
1.9.1 Τρόποι μείωσης του οικονομικού βάρους του Διαβήτη από αρμόδια όργανα	20
1.10 Ο παιδικός διαβήτης	20
1.11 Σακχαρώδης διαβήτης και εγκυμοσύνη	23

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	24
2.1 Εισαγωγή στον όρο «ποιότητα ζωής»	24
2.1.1 Στοιχεία για την ιστορική διαδρομή του όρου	25
2.1.2 Οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής	26
2.2 Παράμετροι που επηρεάζουν τους δείκτες υγείας και την ποιότητα ζωής	27
2.2.1 Η ηλικία	27
2.2.2 Το φύλο	28
2.2.3 Φυλή, εθνικότητα, θρησκεία	28
2.2.4 Οικογενειακή κατάσταση	28
2.2.5 Κοινωνικά – οικονομικά χαρακτηριστικά	28
2.2.6 Το φυσικό περιβάλλον	29
2.3 Δείκτες μέτρησης ποιότητας ζωής	29
2.3.1 Οι βαθμοί ευεξίας	29
2.3.2 Τα ποιοτικώς προσαρμοσμένα έτη ζωής (QALYS)	30
2.3.3 Τα προσαρμοσμένα στην ανικανότητα έτη ζωής και το συνολικό φορτίο της νόσου	31
2.4 Κλίμακες μέτρησης της ποιότητας του ατόμου στα πλαίσια των γενικών χαρακτηριστικών της υγείας	31
2.4.1 Υγειονομική απεικόνιση του Νότινγκαμ, προφίλ υγείας (Nottingham health profile)	32
2.4.2 Απεικόνιση επιπτώσεων της αρρώστιας (Sickness impact profile)	32
2.4.3 Γενικοί πίνακες κατάταξης της υγείας (General health ratings index)	32
2.4.4 Το ερωτηματολόγιο Euro- quality of life (Euroqol)	33
2.4.5 Τα μεθοδολογικά εργαλεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization Quality of Life 100)	34
2.4.6 Η βραχεία μορφή 36 (Short- form 36)	34
2.5 Ποιοτικές έρευνες στο χώρο της υγείας	34
2.5.1 Χρησιμότητα ποιοτικών ερευνών στις επιστήμες υγείας	35
2.5.2 Κριτήρια αξιολόγησης ποιοτικών ερευνών	35
2.5.2.1 Το κριτήριο της Εγκυρότητας	36
2.5.2.2 Το κριτήριο της Αξιοπιστίας	37
2.5.3 Τρόποι διασφάλισης των κριτηρίων	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ(Ο.Π.Α.Δ.) ΣΤΗ ΜΕΣΣΗΝΙΑ	40
3.1 Η μεθοδολογία της έρευνας	40
3.2 Η μέθοδος επιλογής του δείγματος	41
3.3 Περιγραφή του δείγματος	42
3.3.1 Συμπεράσματα της ανάλυσης των δεδομένων της έρευνας	62
 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	 63
 ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	 66
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	 68

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελ.	
Πίνακας 1.1	Η χρηματοδότηση του Ο.Π.Α.Δ. βασιζόμενη στους άξονες	8
Πίνακας 1.2	Διαφορές ανάμεσα στο διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2	13
Πίνακας 2.1	Διαστάσεις και πλευρές της ποιότητας ζωής	26
Πίνακας 2.2	Κριτήρια αξιολόγησης ποιοτικών ερευνών	36
Πίνακας 3.1	Σωματική λειτουργικότητα στις γυναίκες	45
Πίνακας 3.2	Σωματική λειτουργικότητα στους άνδρες	46
Πίνακας 3.3	Σωματικός ρόλος στις γυναίκες	47
Πίνακας 3.4	Σωματικός ρόλος στους άνδρες	48
Πίνακας 3.5	Σωματικός πόνος στις γυναίκες	50
Πίνακας 3.6	Σωματικός πόνος στους άνδρες	51
Πίνακας 3.7	Γενική υγεία στις γυναίκες	52
Πίνακας 3.8	Γενική υγεία στους άνδρες	53
Πίνακας 3.9	Ζωτικότητα στις γυναίκες	54
Πίνακας 3.10	Ζωτικότητα στους άνδρες	55
Πίνακας 3.11	Κοινωνική λειτουργικότητα στις γυναίκες	56
Πίνακας 3.12	Κοινωνική λειτουργικότητα στους άνδρες	57
Πίνακας 3.13	Συναισθηματικός ρόλος στις γυναίκες	58
Πίνακας 3.14	Συναισθηματικός ρόλος στους άνδρες	59
Πίνακας 3.15	Ψυχική υγεία στις γυναίκες	60
Πίνακας 3.16	Ψυχική υγεία στους άνδρες	61

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

		Σελ.
Διάγραμμα 3.1	Κατανομή φύλου	43
Διάγραμμα 3.2	Κατανομή ανά ηλικία	43
Διάγραμμα 3.3	Μορφωτικό επίπεδο	44
Διάγραμμα 3.4	Σωματική λειτουργικότητα στις γυναίκες	45
Διάγραμμα 3.5	Σωματική λειτουργικότητα στους άνδρες	46
Διάγραμμα 3.6	Σωματικός ρόλος στις γυναίκες	48
Διάγραμμα 3.7	Σωματικός ρόλος στους άνδρες	49
Διάγραμμα 3.8	Σωματικός πόνος στις γυναίκες	50
Διάγραμμα 3.9	Σωματικός πόνος στους άνδρες	51
Διάγραμμα 3.10	Γενική υγεία στις γυναίκες	52
Διάγραμμα 3.11	Γενική υγεία στους άνδρες	53
Διάγραμμα 3.12	Ζωτικότητα στις γυναίκες	54
Διάγραμμα 3.13	Ζωτικότητα στους άνδρες	55
Διάγραμμα 3.14	Κοινωνική λειτουργικότητα στις γυναίκες	56
Διάγραμμα 3.15	Κοινωνική λειτουργικότητα στους άνδρες	57
Διάγραμμα 3.16	Συναισθηματικός ρόλος στις γυναίκες	58
Διάγραμμα 3.17	Συναισθηματικός ρόλος στους άνδρες	59
Διάγραμμα 3.18	Ψυχική υγεία στις γυναίκες	60
Διάγραμμα 3.19	Ψυχική υγεία στους άνδρες	61

ΟΡΟΛΟΓΙΑ

Αιμοφόρα αγγεία : είναι το τμήμα του κυκλοφορικού συστήματος που μεταφέρει αίμα σε όλο το σώμα.

Αμφιβληστροειδοπάθεια : διαταραχή του αμφιβληστροειδή (νευρικός ιστός μέσα στο μάτι) που συμβαίνει στους διαβητικούς.

Γλυκόζη : βασικό σάκχαρο που χρησιμοποιείται για καύσιμο στα κύτταρα του σώματος.

Διαβητική κετοξέωση : είναι η παθολογική κατάσταση που επέρχεται ένας διαβητικός όταν συσσωρεύουν μεγάλες ποσότητες κετόνων στο αίμα του ασθενούς.

Ινσουλίνη : είναι μια ορμόνη που παράγεται από τον οργανισμό για τη ρύθμιση της γλυκόζης στο αίμα.

Κετόνες : είναι οξέα ή τοξίνες που παράγονται όταν το σάκχαρο στο αίμα αυξάνεται κατά την απουσία της ινσουλίνης.

Κυκλοφορική καταπληξία : περιλαμβάνει όλες εκείνες τις καταστάσεις στις οποίες παρατηρείται ελλιπής ιστική οξυγόνωση λόγω διαταραχής της αιμάτωσης των ιστών(ΣΟΚ)

Κύτταρα βήτα : κύτταρα που παράγουν γλουκαγόνο

Κώμα : απώλεια των αισθήσεων

Λιπιδιής νεκροβίωση : είναι η εκφύλιση κολλαγόνου ως αποτέλεσμα της διαβητικής μικροαγγειοπάθειας.

Νευροπάθεια : ανωμαλία των νεύρων που προκαλεί απώλεια της αισθητικότητας και των αντανακλαστικών.

Νεφροπάθεια : εκφυλιστική ασθένεια των νεφρών.

Ουροποιητικό σύστημα : είναι ένα σύστημα οργάνων του ανθρώπινου οργανισμού που σκοπό έχει την παραγωγή και αποβολή των ούρων και μαζί με αυτά μια σειρά «άχρηστων» συστατικών που παράγονται στον οργανισμό από τις καύσεις.

Πάγκρεας : όργανο του σώματος που βρίσκεται βαθιά στην κοιλιακή χώρα, πίσω από το στομάχι και παράγει ορμόνες (ινσουλίνη, γλουκαγόνο) και πεπτικά ένζυμα.

Υπογλυκαιμία : είναι μια αντίδραση στην ινσουλίνη, .όταν το σάκχαρο στο αίμα πέσει βαθμιαία από ένα ψηλότερο σε ένα χαμηλότερο επίπεδο ή απλά πέσει πιο κάτω από τα συνηθισμένα του επίπεδα.

Υπεργλυκαιμία : υψηλή συγκέντρωση σακχάρου στο αίμα.

Υπόταση : ορίζεται η χαμηλή αρτηριακή πίεση

Φλύκταινες : είναι εντοπισμένα εξογκώματα της άνω στοιβάδας του δέρματος.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

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

Ο.Π.Α.Δ. : Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

Υ.Π.Α.Δ. : Υπηρεσία Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

Ν.Α. : Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις

Ε.Μ.Α.Δ. : Ενιαίο Μητρώο Ασφαλισμένων Δημοσίου

Σ.Δ.Τ.1 : Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1

Σ.Δ.Τ.2 : Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 2

I.D.F. : (International Diabetes Federation) Παγκόσμιος Οργανισμός Διαβήτη

Π.Ο.Υ. : Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Q.A.L.Y.S. : (Ελληνική μετάφραση), Ποιοτικώς Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής

D.A.L.Y.S. : (Ελληνική μετάφραση), Προσαρμοσμένα στην Ανικανότητα Έτη Ζωής

SF-36 (Short-form 36) : Βραχεία μορφή 36

Ο.π : Όπως προηγουμένως

Σ.Δ. : Σακχαρώδης Διαβήτης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του ΤΕΙ Καλαμάτας.

Αντικείμενο της εργασίας αυτής είναι η ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του Σακχαρώδους Διαβήτη.

Η υπόθεση της εργασίας στηρίζεται στο μέτριο επίπεδο ποιότητας ζωής των πασχόντων από Σακχαρώδη Διαβήτη.

Σκοπός της εργασίας είναι να παρουσιάσει ενημερωτικά ιατρικά στοιχεία για το σακχαρώδη διαβήτη και να διερευνήσει την ποιότητα ζωής των πασχόντων από αυτή τη νόσο.

Για την επίτευξη του σκοπού τέθηκαν τρεις (3) στόχοι. Ο πρώτος στόχος αφορά τόσο την παρουσίαση ιατρικών στοιχείων για το σακχαρώδη διαβήτη, ως μια προσπάθεια πρώτης επαφής με τη νόσο αυτή όσο και την περιγραφή του αρμόδιου φορέα ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων, του Οργανισμού Περιθαλψής Ασφαλισμένων Δημοσίου, που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Ο δεύτερος στόχος ήταν η διερεύνηση της έννοιας ποιότητα ζωής και των δεικτών μέτρησης της ποιότητας ζωής. Τρίτος και τελευταίος στόχος ήταν η πραγματοποίηση σχετικής έρευνας για τον εντοπισμό του επιπέδου της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.

Για την επίτευξη του πρώτου και του δευτέρου στόχου μελετήσαμε σχετική βιβλιογραφία (δευτερογενής πηγές). Για τον τρίτο στόχο οργανώσαμε και υλοποιήσαμε έρευνα πεδίου. Χρησιμοποιήσαμε την ελληνική εκδοχή του γνωστού ψυχομετρικού οργάνου μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής SF-36, το οποίο και περιλαμβάνει οκτώ (8) κλίμακες μέτρησης στις οποίες αντιστοιχούν συνολικά τριάντα έξι (36) ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι από τα πλέον γνωστά ψυχομετρικά όργανα που χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής. Συνολικά ερωτήθησαν σαράντα πέντε (45) άτομα τα οποία πάσχουν από τη νόσο του σακχαρώδους διαβήτη.

Τα προβλήματα κατά την υλοποίηση των στόχων δεν έλειψαν. Στην κάλυψη του πρώτου και δευτέρου στόχου η δυσκολία αφορούσε την ανεύρεση σχετικής βιβλιογραφίας. Η απουσία ελληνικής βιβλιογραφίας τόσο για το σακχαρώδη διαβήτη όσο και για την ποιότητα ζωής δυσκόλεψε το έργο μου. Κατά τον τρίτο στόχο η σημαντικότερη δυσκολία έγκειται κυρίως στην βαθμολόγηση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου, καθώς ήταν μια διαδικασία χρονοβόρα και λεπτομερή.

Η εργασία, εκτός της παρούσας εισαγωγής, είναι δομημένη σε τρία (3) κεφάλαια και ένα συμπερασματικό τμήμα.

Στο πρώτο κεφάλαιο αρχικά πραγματοποιείται η περιγραφή του αρμόδιου φορέα κοινωνικής ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.), εφόσον αυτών την περίπτωση εξετάζουμε για να αναδείξουμε το επίπεδο ποιότητας ζωής των διαβητικών. Η περιγραφή αυτή αφορά την οργάνωση και τη δομή του φορέα. Εν συνεχεία, παρατίθενται ενημερωτικά ιατρικά στοιχεία για το Σακχαρώδη Διαβήτη, οι διαχωρισμοί του, οι αιτίες του, οι επιπλοκές και άλλα βασικά ζητήματα για να γνωρίσουμε καλύτερα τη νόσο.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται ανάλυση των όρων ποιότητα ζωής, δείκτες και κλίμακες μέτρησης της ποιότητας ζωής.

Στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, το υλικό, η περιγραφή του δείγματος, παρουσίαση αποτελεσμάτων της έρευνας, ανάλυση αυτών και συμπεράσματα στηριζόμενα στα αποτελέσματα.

Εν κατακλείδι, στο συμπερασματικό τμήμα γίνεται μια μικρή σύνοψη των κεφαλαίων και παρατίθενται τα συμπεράσματα της έρευνας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ Ο.Π.Α.Δ ΚΑΙ Ο ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΩΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Οργανισμός περίθαλψης ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)

Στις 22 Φεβρουαρίου 2001, ο τότε Πρόεδρος της Δημοκρατίας Κωνσταντίνος Στεφανόπουλος με τη συναίνεση του Υπουργού Οικονομικών κ. Παπαντωνίου Γιάννη και των Υφυπουργών Υγείας και Πρόνοιας κ. Θάνο Δημήτριο, Οικονομικών κ. Δρυ Γεώργιο και Υφυπουργό Εσωτερικών Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης κ. Τζάνη Λεωνίδα, υπογράφει το Προεδρικό Διάταγμα 52 «Περί οργάνωσης και λειτουργίας του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)».¹

Αποστολή του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) είναι η οργάνωση, η παρακολούθηση και ο έλεγχος του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους του Δημοσίου, η βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας αυτής, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησής της, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων των πόρων του Δημοσίου.²

Ο Ο.Π.Α.Δ. αναπτύχθηκε βάσει ενός επιχειρησιακού σχεδίου, το οποίο και ονόμασε «Βελτίωση ποιότητας και Αξία στα χρήματα». Το σχέδιο αυτό αναφέρει, μεταξύ άλλων, τη μεταβίβαση στον Ο.Π.Α.Δ. της περίθαλψης ασφαλισμένων δημοσίου. Συγκεκριμένα μεταβιβάζεται το αντικείμενο του υγειονομικού σκέλους, που μέχρι τότε ασκούσαν από τις νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις, οι αρμοδιότητες δαπανών περίθαλψης στο εξωτερικό, επιδομάτων τοκετού και εξόδων κηδείας, το μητρώο ασφαλισμένων, η διάθεση βιβλιαρίων νοσηλείας κ.λπ., η επεξεργασία-εισήγηση κανονισμού παροχών προς τους ασφαλισμένους, καθώς επίσης και το αντικείμενο του οικονομικού σκέλους, το οποίο αφορά την παρακολούθηση της διαμόρφωσης δαπανών περίθαλψης, της κατανομής του κόστους ανά μονάδα προσφοράς και της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, την τήρηση μητρώου δαπανών και εισηγήσεις μέτρων εξορθολογισμού του συστήματος. Ο Ο.Π.Α.Δ. ασκεί τις αρμοδιότητές του μέσω αφενός της κεντρικής υπηρεσίας και αφετέρου των περιφερειακών υπηρεσιών, οι οποίες εδρεύουν στις πρωτεύουσες των νομών. Οι νομαρχιακές Υπηρεσίες Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Υ.Π.Α.Δ.) θα είναι αυτές που θα υποκαταστήσουν τις μέχρι

¹ ΦΕΚ 41/08-03-2001, τεύχος Α, αρ. φύλλου 41, σελ. 1136

² ΦΕΚ 41/08-03-2001, ό.π., σελ. 1122.

τότε υπηρεσίες περίθαλψης των Δ/νσεων Υγιεινής Νομαρχιών.³

Οι πόροι του Ο.Π.Α.Δ. προέρχονται από την επιχορήγηση από τον Τακτικό Προϋπολογισμό. Οι επιχορηγήσεις αυτές βασίζονται στις εισφορές των ασφαλισμένων (2,55 % επί των αποδοχών) και τη διπλάσια συνεισφορά του Δημοσίου. Άλλα έσοδα του Ο.Π.Α.Δ. είναι επιχορηγήσεις από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, δωρεές, κληροδοσίες, επιχορηγήσεις, εισφορές νομικών ή φυσικών προσώπων, τόκοι από τα κεφάλαιά του κ.λπ. Ο Οργανισμός μπορεί να συστήσει λογαριασμό διαχείρισης πλεονασμάτων για τη βελτίωση των παροχών περίθαλψης. Ο Ο.Π.Α.Δ. είναι Ν.Π.Δ.Δ. εποπτευόμενο από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας (ως προς το σκέλος των υπηρεσιών περίθαλψης) και Οικονομικών (ως προς το σκέλος των δαπανών και της οικονομικής διαχείρισης). Ο Οργανισμός άρχισε να λειτουργεί από την 1-7-2001 αναλαμβάνοντας, αφενός την κεντρική υπηρεσία, αφετέρου την υπηρεσία νοσηλίων του εξωτερικού. Ανακαινίζει την κεντρική κτιριακή του υποδομή και βρίσκεται σε προσπάθεια περαιτέρω στελέχωσης, μέσω μετατάξεων, αποσπάσεων και προσλήψεων, ώστε να γίνει δυνατή η πλήρης ανάληψη της περίθαλψης των ασφαλισμένων.⁴

1.2 Οι στόχοι του Ο.Π.Α.Δ.

Στόχος του Επιχειρησιακού προγράμματος του Ο.Π.Α.Δ. είναι η βελτίωση της Ποιότητας και της Αποτελεσματικότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, η συγκράτηση της αύξησης των δαπανών περίθαλψης. Δηλαδή τα χρήματα τα οποία δαπανώνται πρέπει να αποκτήσουν ανταποδοτική αξία σε ποιοτικά υψηλές υπηρεσίες περίθαλψης και πρόληψης. Ειδικότερα για την επίτευξη των ανωτέρω ενδιάμεσοι στόχοι του Οργανισμού είναι:

- Η διοικητική ολοκλήρωση του οργανισμού έτσι ώστε να μπορεί να ανταποκρίνεται στις νέες ανάγκες.
- Η ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού.
- Η ανάπτυξη των νέων τεχνολογιών της πληροφορικής και των υποδομών, ιδιαίτερα αυτών οι οποίοι καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους.
- Η ανάπτυξη ελεγκτικής πολιτικής και αντίστοιχων μηχανισμών.
- Η εισαγωγή σύγχρονων μορφών οικονομικής διαχείρισης καθώς και η απλούστευση των σχετικών διαδικασιών.
- Η ανάπτυξη νέων πολιτικών συγκράτησης των δαπανών και δημιουργίας κινήτρων για

³ www.opad.gr. Επιχειρησιακό Σχέδιο.

⁴ www.opad.gr.

την αποτελεσματική χρήση των πόρων.

- Η ανάπτυξη νέων πολιτικών συμβάσεων με τους προμηθευτές.
- Η ενίσχυση της ασφαλιστικής συνείδησης των χρηστών και η βοήθεια τους για τον περιορισμό της σπατάλης και της αλόγιστης χρήσης.

1.3 Οι άξονες προτεραιότητας του Ο.Π.Α.Δ.

Για την υλοποίηση των γενικών και ειδικών στόχων του το επιχειρησιακό πρόγραμμα του ΟΠΑΔ "βελτίωση της ποιότητας - αξία στα χρήματα" εξειδικεύεται σε έξι άξονες⁵ προτεραιότητας:

- Άξονας 1: Διοικητική ολοκλήρωση - Ένταξη των Διευθύνσεων υγείας των Ν.Α. στον Ο.Π.Α.Δ. - ανάληψη της περίθαλψης των ασφαλισμένων από τον Ο.Π.Α.Δ.
- Άξονας 2: Υποδομές
- Άξονας 3: Ανθρώπινοι Πόροι
- Άξονας 4: Πληροφορική
- Άξονας 5: Νέα πολιτική παροχών και συμβάσεων
- Άξονας 6: Τεχνική Βοήθεια

ΑΞΟΝΑΣ 1

Ο πρώτος Άξονας Προτεραιότητας του επιχειρησιακού σχεδίου του Ο.Π.Α.Δ. "βελτίωση της ποιότητας - αξία στα χρήματα" αφορά τη Διοικητική ολοκλήρωση - Ένταξη των Διευθύνσεων υγείας των Ν.Α. στον Ο.Π.Α.Δ. Ο Ο.Π.Α.Δ. προγραμματίζει αφενός την πλήρη ανάληψη της ευθύνης της περίθαλψης σταδιακά κατά τη διάρκεια του Β εξάμηνου του 2002 και αφετέρου την ανάπτυξη του σε ένα σύγχρονο ασφαλιστικό οργανισμό περίθαλψης που θα περιφρουρεί την αποδοτικότητα των χρημάτων των ασφαλισμένων και θα παρέχει αποτελεσματική υψηλής ποιότητας περίθαλψη. Για την αντιμετώπιση αυτών των στόχων, η διοικητική ολοκλήρωση του οργανισμού και η ομαλή μετάβαση των τμημάτων περίθαλψης των διευθύνσεων υγείας στις νομαρχιακές Υ.Π.Α.Δ. είναι μείζονος και καθοριστικής σημασίας για την σωστή λειτουργία του οργανισμού. Ο άξονας αυτός αφορά τα μέτρα:

- Μέτρο 1.1.: Διοικητική ολοκλήρωση της κεντρικής υπηρεσίας του Ο.Π.Α.Δ.
- Μέτρο 1.2.: Ολοκλήρωση των περιφερικών υπηρεσιών.

⁵ www.opad.gr.

ΑΞΟΝΑΣ 2

Ο δεύτερος άξονας Προτεραιότητας του επιχειρησιακού σχεδίου του Ο.Π.Α.Δ. αφορά τις Υποδομές. Η ανάπτυξη των υποδομών θα δημιουργήσει τις απαραίτητες συνθήκες για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών, την αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας των υπαλλήλων του οργανισμού. Ο άξονας αυτός αφορά τα μέτρα:

- Μέτρο 2.1.: Βελτίωση κτιριακών υποδομών.
- Μέτρο 2.2.: Βελτίωση των υποδομών εκτύπωσης, αποθήκευσης και μεταφοράς έντυπων.
- Μέτρο 2.3.: Μηχανογραφική υποδομή.
- Μέτρο 2.4.: Τηλεπικοινωνιακές υποδομές.
- Μέτρο 2.5.: Εξοπλισμός γραφείων.

ΑΞΟΝΑΣ 3

Ο τρίτος Άξονας Προτεραιότητας του επιχειρησιακού σχεδίου του Ο.Π.Α.Δ. αφορά τους Ανθρώπινους Πόρους. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού είναι κύριος παράγοντας για την επίτευξη των στόχων και του Επιχειρησιακού Προγράμματος του Ο.Π.Α.Δ. Η επένδυση αυτή είναι σημαντική προτεραιότητα για τον Ο.Π.Α.Δ. Μέσω προσλήψεων, μετατάξεων, αποσπάσεων πρέπει να αποκτηθεί επαρκές έμπειρο και κατάλληλο προσωπικό. Η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση μπορεί να κινητοποιήσει, ισχυροποιήσει και βελτιώσει τις γνώσεις και τη διαθεσιμότητα του προσωπικού με στόχο την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη εργασία του εργατικού δυναμικού.

Ο άξονας αυτός αφορά τα μέτρα:

- Μέτρο 3.1.: Προσλήψεις.
- Μέτρο 3.2.: Εκπαίδευση- Κατάρτιση.

ΑΞΟΝΑΣ 4

Ο τέταρτος Άξονας Προτεραιότητας του επιχειρησιακού σχεδίου του Ο.Π.Α.Δ. "βελτίωση της ποιότητας - αξία στα χρήματα" αφορά την πληροφορική. Ο Ο.Π.Α.Δ. προκειμένου να διευκολυνθεί στην επίτευξη των στόχων του σε σχέση με τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους του και την καλύτερη και αποδοτικότερη χρήση των πόρων έχει ανάγκη ολοκληρωμένου προγράμματος πληροφορικής. Έως ότου ολοκληρωθεί αυτό το πληροφοριακό σύστημα θα πρέπει, τα προϋπάρχοντα σήμερα συστήματα πληροφορικής να επεκταθούν (software) και να γίνει προμήθεια μηχανογραφικών μηχανημάτων (hardware) καθώς και δικτύου.

- α) Η πρώτη φάση αφορούσε τη δημιουργία Ενιαίου Μητρώου Ασφαλισμένων Δημοσίου ΕΜΑΔ. Αυτό ήδη έχει δημιουργηθεί και συντηρείται, παρέχοντας ουσιαστική βοήθεια.
- β) Η δεύτερη φάση, αφορά τη δημιουργία μητρώων προμηθευτών.
- γ) Η τρίτη, την πλήρη μηχανογραφημένη ροή όλων των οικονομικών πληροφοριών και των πληροφοριών περίθαλψης, τη δυνατότητα άμεσων διασταυρώσεων και ελέγχων.

Ο άξονας αυτός αφορά τα εξής μέτρα:

- Μέτρο 4.1.: Προμήθεια λογισμικού και μηχανογραφικού εξοπλισμού πληρωμών.
- Μέτρο 4.2.: Συντήρηση του ΕΜΑΔ.
- Μέτρο 4.3.: Μηχανογράφηση των νοσηλίων του εξωτερικού.
- Μέτρο 4.4.: Ολοκληρωμένο Πληροφορικό Σύστημα του Ο.Π.Α.Δ.

ΑΞΟΝΑΣ 5

Ο πέμπτος Άξονας Προτεραιότητας του επιχειρησιακού σχεδίου του Ο.Π.Α.Δ. αφορά τη νέα πολιτική παροχών και συμβάσεων. Ο εκσυγχρονισμός του τρόπου παροχών, η συγκράτηση δαπανών, η αξία στα χρήματα επιτρέπει την ουσιαστική βελτίωση των παροχών. Παράλληλα, ο νέος κανονισμός παροχών, η ανάπτυξη νέου τύπου συμβάσεων, η εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών, ο νέος τρόπος κάλυψης των ασφαλισμένων που υπηρετούν ή διαμένουν μόνιμα στο εξωτερικό, η συμπληρωματική ασφάλιση καθώς και η δημιουργία πολιτικής πρόληψης των νόσων, προαγωγής της υγείας και υγιεινής και ασφάλειας κατά την εργασία θα βελτιώσουν σημαντικά τις παροχές στην κατεύθυνση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας. Ο άξονας αυτός αφορά τα μέτρα:

- Μέτρο 5.1.: Πολιτική παροχών-Νέος Κανονισμός.
- Μέτρο 5.2.: Νέες συμβάσεις.
- Μέτρο 5.3.: Πολιτική ορθολογικής χρήσης των πόρων.
- Μέτρο 5.4.: Επικουρικές παροχές με πρόσθετη εθελοντική εισφορά.
- Μέτρο 5.5.: Δημιουργία Κέντρου πρόληψης και προαγωγής της υγείας, υγιεινής και ασφάλειας.

ΑΞΟΝΑΣ 6

Ο έκτος Άξονας Προτεραιότητας του επιχειρησιακού σχεδίου του Ο.Π.Α.Δ. αφορά την Τεχνική Βοήθεια. Πληροφόρηση-Επικοινωνία. Τα μέτρα που προβλέπονται αφορούν:

- Μέτρο 6.1.: Ιστοσελίδα Ο.Π.Α.Δ.
- Μέτρο 6.2.: Έκδοση Οδηγών.
- Μέτρο 6.3.: Παρουσίαση Επιχειρησιακού προγράμματος και των στόχων.

- Μέτρο 6.4.: Μονάδα Διοικητικής Υποστήριξης.

1.4 Η χρηματοδότηση του Ο.Π.Α.Δ.

Με βάσει τους άξονες που προαναφέρθηκαν, πάνω στους οποίους θα κινηθεί η λειτουργία του οργανισμού και οι δραστηριότητες αυτού, παρατίθεται ένας πίνακας (πίνακας 1.1) στον οποίο αναφέρεται το κόστος του οργανισμού για όλες τις δαπάνες που χρειάζεται να πραγματοποιήσει.

Πίνακας 1.1: Η χρηματοδότηση του Ο.Π.Α.Δ. βασιζόμενη στους άξονες

Άξονας	Μέτρο	Χρηματοδότηση σε ΕΥΡΩ
Άξονας 1		<i>Κοινοτική και κρατική συμμετοχή: 0</i>
		<i>Δαπάνη του ΟΠΑΔ: 600.000</i>
		Συνολικό κόστος : 600.000
Άξονας 2		<i>Κοινοτική και κρατική συμμετοχή:0</i>
		<i>Δαπάνη ΟΠΑΔ : 4.270.000</i>
		Συνολικό κόστος : 4.270.000
Άξονας 3		<i>Κοινοτική κρατική συμμετοχή : 900.000</i>
		<i>Δαπάνη του ΟΠΑΔ: 100.000</i>
		Συνολικό κόστος : 1.000.000
Άξονας 4		<i>Κοινοτική κρατική συμμετοχή : 4.400.000</i>
		<i>Δαπάνη του ΟΠΑΔ : 1.220.000</i>
		Συνολικό κόστος : 5.620.000
Άξονας 5		<i>Συνολική δαπάνη κρατικής συμμετοχής : 300.000</i>
		<i>Συνολική δαπάνη ΟΠΑΔ : 110.000</i>
		Συνολικό κόστος : 410.000
Άξονας 6		<i>Κοινοτική και κρατική δαπάνη : 0</i>
		<i>Δαπάνη ΟΠΑΔ: 265.000</i>
		Συνολικό κόστος : 265.000
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΑΞΟΝΩΝ		12.165.000

Πηγή: www.opad.gr

1.5 Ιστορική αναδρομή του σακχαρώδη διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ιατρικό πρόβλημα περίπου εδώ και 3500 χρόνια. Η ιστορία αυτής της νόσου είναι χαρακτηριστικό παράδειγμα της ασταμάτητης, επίμονης και επίπονης προσπάθειας της επιστήμης, για την ανακάλυψη της αλήθειας, την ανακούφιση του αρρώστου από τον πόνο και την αποκατάσταση της υγείας του. Αν σήμερα οι διαβητικοί ζουν μια σχεδόν πλήρη φυσιολογική ζωή, τούτο είναι αποτέλεσμα του πτόνιου αυτού αγώνα που συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Η ιστορία του διαβήτη θα μπορούσε να χωριστεί σε τέσσερις μεγάλες εποχές ή περιόδους.⁶

Σαν πρώτη εποχή θα μπορούσε να θεωρηθεί η **"Εποχή της Κλινικής Αναγνώρισης"** του διαβήτη. Η δεύτερη εποχή συνδυάζεται με τη **"Βιοχημική Αναγνώριση"** της νόσου, δηλ. τη διαπίστωση πρώτα της σακχαρουρίας και ύστερα της υπεργλυκαιμίας. Η τρίτη εποχή ταυτίζεται με την **"Ανακάλυψη της Ινσουλίνης"** και θα μπορούσε να ονομαστεί και **"Ηρωική Εποχή"**⁷. Η τέταρτη εποχή είναι η **"Εποχή των Υπογλυκαιμικών δισκίων"**⁸. Τέλος, θα μπορούσε κανείς οραματιζόμενος, να προβλέψει και μια "πέμπτη" μελλοντική εποχή. Η εποχή αυτή είναι η **"Εποχή της Πραγματοποίησης των Μεγάλων Προσδοκιών"**.

1.5.1 Η Εποχή της Κλινικής Αναγνώρισης του Σακχαρώδη Διαβήτη

Ο πρώτος που ονομάζει τη νόσο "Διαβήτη" είναι ο μεγάλος Έλληνας γιατρός της αρχαιότητας Αρεταίος (περίπου 120-200 μ.Χ.), τρίτη στη σειρά μεγάλη ιατρική μορφή της αρχαιότητας, μετά τον Ιπποκράτη και το Γαληνό. Ο Γαληνός στο 2ο μ.Χ. αιώνα αναπτύσσει την άποψη ότι ο διαβήτης προκαλείται από κάποια νεφρική "αδυναμία". Κατά τον P.M. Allen - στην ιστορική ανασκόπησή του για το Διαβήτη - η εσφαλμένη αυτή αντίληψη του Γαληνού, κορυφαίας προσωπικότητας της εποχής του, καθυστέρησε την πρόοδο για την κατανόηση του αιτιολογικού υποστρώματος του διαβήτη, κάπου 1.500 χρόνια. Στον 6ο μ.Χ. αιώνα αναγνωρίζεται ο κληρονομικός χαρακτήρας της νόσου. Περίπου μετά 3 αιώνες περιγράφεται για πρώτη φορά η διαβητική γάγγραινα από τον Άραβα γιατρό Avicenna (980-1037 μ.Χ.).

⁶ www.sugarFree.gr/The-Diabetes-Portal/Ιστορικά-στοιχεία.

⁷ www.inCardiology.gr.

⁸ www.Μπιτσής-Σπύρος.gr/Η-ιστορική-αναδρομή-του-διαβήτη.

1.5.2 Η Εποχή της Βιομηχανικής Αναγνώρισης του Σακχαρώδη Διαβήτη

Ύστερα από έξι περίπου αιώνες αδράνειας ο Άγγλος γιατρός Thomas Willis (1621-1675) προσθέτει το όνομα "Σακχαρώδης" στο Διαβήτη (Diabetes Mellitus). Εκείνος που αποδεικνύει ότι το σάκχαρο των ούρων είναι γλυκόζη είναι ο M. Chelreul (1815). Οπωσδήποτε, η πρώτη περιγραφή διάγνωσης του "Σακχαρώδη Διαβήτη" με βάση τη διαπίστωση σακχαρουρίας, γίνεται το 1783 από έναν Άγγλο γιατρό, τον Thomas Cawley.

1.5.3 Η Εποχή της Ανακάλυψης της Ινσουλίνης «Η Ηρωική Εποχή»

Από τα τέλη του 18ου αιώνα είχαν αρχίσει να εμφανίζονται κάποιες ενδείξεις ότι ενδεχομένως το πάγκρεας να έχει κάποια σχέση με το διαβήτη. Μέχρι τότε, κατά καιρούς, είχαν προταθεί διάφορες θεωρίες σύμφωνα με τις οποίες ο διαβήτης ήταν νόσος του αίματος, νόσος του στομάχου, νόσος των πνευμόνων, πάθηση του ήπατος ή ακόμη και του νευρικού συστήματος.

Τις πρώτες μέρες του 1922, οι Καναδοί Frederick Banting και Charles Best, ύστερα από μια πυρετώδη πειραματική εργασία περίπου 9 μηνών και με την υποστήριξη του J.J.R. Macleod και τη βοήθεια του J.B. Collip, χρησιμοποίησαν το εκχύλισμά τους, την "ινσουλίνη", στον Leonard Thompson, ένα διαβητικό παιδί 14 χρόνων που κυριολεκτικά με την ένεση της ινσουλίνης αναστήθηκε. Από εκείνη τη μέρα αρχίζει η Εποχή της ινσουλίνης. Μέσα σε δυο χρόνια από την ανακάλυψη της ινσουλίνης, ο ινσουλινοεξαρτώμενος διαβήτης, έπαψε να θεωρεί τη νόσο του θανατηφόρο.

1.5.4 Η Εποχή των Υπογλυκαιμικών Δισκίων

Η εποχή αυτή ανήκει αποκλειστικά στα άτομα με Διαβήτη τύπου 2. Το πρώτο δισκίο που χρησιμοποιήθηκε για την αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη παρασκευάστηκε στη Γερμανία το 1920 και πήρε το όνομα Synthalin. Η χρησιμοποίηση του φαρμάκου αυτού όμως σταμάτησε πολύ γρήγορα, λόγω τοξικότητας.

Από εκεί και έπειτα ακολουθήθηκε μια σειρά από έρευνες, διαπιστώσεις και κατά συνέπεια ανακαλύψεις φαρμάκων. Από το 1920 έως και το 1997 ανακαλύφθηκαν 22 φάρμακα. Αυτά κατανεμήθηκαν σε 4 κατηγορίες : α) Σουλφονλουρίες β) Διγουανίδια, γ) Ακαρβόζη, δ) Θειαζολιδινεδιόνες. Μερικά από αυτά αποσύρθηκαν από την αγορά λόγω διάφορων αρνητικών συνεπειών και παρενεργειών που δημιουργούσαν, όπως ηπατοτοξικότητας και εμφάνιση γαλακτικής οξέωσης. Παρόλα αυτά έγιναν σημαντικές κινήσεις και ανακαλύψεις από φάρμακα ιδιαίτερος χρήσιμα και ευεργετικά για τη γενικότερη υγεία των διαβητικών.

1.5.5 Η Εποχή της Πραγματοποίησης των Μεγάλων Προσδοκιών

Όπως διαφαίνεται στον ορίζοντα της καλύτερης και ανώδυνης θεραπευτικής αντιμετώπισης του Σακχαρώδη Διαβήτη, νέες μορφές χορήγησης ινσουλίνης αναμένονται, όπως το ρινικό σπρέι, το επικαλυμμένο δισκίο που θα διαπερνά ανέπαφο το όξινο περιβάλλον του στομάχου και θα απορροφάται στο έντερο, όπως επίσης και η δυνατότητα χορήγησης της ινσουλίνης με δερματικά επιθέματα. Τεχνικές όπως η χορήγηση ινσουλίνης με κλειστό σύστημα σταδιακής χορήγησης μετά από ανίχνευση του εκάστοτε επιπέδου γλυκόζης, το λεγόμενο «τεχνητό πάγκρεας» αναμένονται να δώσουν μια αισιόδοξη νότα στη χρονιότητα του προβλήματος και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής. Ερευνητικές μέθοδοι που σήμερα εφαρμόζονται και στους ανθρώπους, όπως η μεταμόσχευση νησιδίων του παγκρέατος και η ανάλυση του γονιδιώματος με τη βοήθεια σήμερα της υψηλής βιοτεχνολογίας και της γενετικής μηχανικής θα συμβάλουν στα επόμενα χρόνια στην οριστική λύση αυτού του "γλυκού μυστηρίου" και στην πρόληψη του διαβήτη.⁹

1.6 Ορισμός και τύποι του σακχαρώδη διαβήτη

1.6.1 Ορισμός του Σακχαρώδη Διαβήτη

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης¹⁰ είναι μια χρόνια νόσος που χαρακτηρίζεται κυρίως από ανεπάρκεια του μεταβολισμού των υδατανθράκων, αλλά και των λιπιδίων και των πρωτεϊνών, λόγω ανεπαρκούς παραγωγής ινσουλίνης από το πάγκρεας. Η ινσουλίνη παράγεται κανονικά από συγκεκριμένα κύτταρα στο πάγκρεας- ένα όργανο του σώματος που είναι υπεύθυνο για την παραγωγή ινσουλίνης και άλλων ορμονών που προάγουν το μεταβολισμό των τροφών. Η ινσουλίνη είναι η πιο σημαντική ορμόνη που παράγεται από τον οργανισμό για την ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος. Οι ρίζες της λέξης «σακχαρώδης διαβήτης» είναι ελληνικές και προέρχεται από το ρήμα «διαβαίνω», ενώ σημαίνει, αποβολή μεγάλων ποσοτήτων ούρων που περιέχουν σάκχαρο.

1.6.2 Οι τύποι του σακχαρώδη διαβήτη

Υπάρχουν διάφορα είδη διαβήτη, διαφορετικά το ένα από το άλλο, και όσον αφορά τις αιτίες που μπορούν να τον προκαλέσουν ή τη θεραπεία που απαιτείται. Οι κατηγορίες του

⁹ [www.ΜπιτσήςΣπύρος.gr/Η ιστορική αναδρομή του διαβήτη](http://www.ΜπιτσήςΣπύρος.gr/Η_ιστορική_αναδρομή_του_διαβήτη).

¹⁰ «Το βιβλίο μου για το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1», επιμέλεια Β' Παθολογικής Κλινικής Μονάδας Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικού Κέντρου Π.Γ.Ν.Α «Ευαγγελισμός» και υπό την αιγίδα του Εθνικού Κέντρου Έρευνας, πρόληψης και θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των επιπλοκών του(Ε.Κ.Ε.Δ.Ι), σελ. 1.

διαβήτη, σύμφωνα με τους διάφορους επιστήμονες, διαφέρουν σημαντικά η μία από την άλλη, αφού, δεδομένων των αμφιβολιών που υπάρχουν γι' αυτό το θέμα, είναι εξαιρετικά ελεύθερος ο χώρος για τη διατύπωση προσωπικών απόψεων. Πάντως, τα κύρια είδη διαβήτη είναι δύο:

A. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔΤ1) είναι συνήθως νεαρής ηλικίας και εκδηλώνεται σε ηλικίες μικρότερες των 40 ετών. Τα β-κύτταρα του παγκρέατος παράγουν πολύ λιγότερη ινσουλίνη από αυτή που χρειάζεται ο οργανισμός ή και καθόλου. Στην Ελλάδα ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη τύπου 1, υπολογίζεται στις 30.000. γενετικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στη δημιουργία της νόσου, η πιθανότητα κληρονομικής μετάδοσης της νόσου μέσα σε μια οικογένεια είναι μικρή, δηλαδή, εάν ένας από τους δύο γονείς είναι διαβητικός τύπου 1, η πιθανότητα να προσβληθεί το παιδί του από το διαβήτη τύπου 1 είναι κάτω από το ποσοστό της τάξεως του 5%.¹¹

B. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2) είναι συνήθως υπέρβαροι και κάπως μεγαλύτερης ηλικίας, κυρίως άνω των 40 ετών. Μπορούν να αντιμετωπιστούν συχνά για μακρύ χρονικό διάστημα μόνο με δίαιτα. Αρχικά παράγουν πολύ ενδογενή ινσουλίνη. Όμως, εάν χάσουν βάρος είναι δυνατόν να αντιμετωπίζονται για μεγάλα χρονικά διαστήματα χωρίς ενέσεις ινσουλίνης. Εκτιμάται ότι πάνω από 700.000 άτομα πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, από τα οποία μόνο 500.000 έχουν διαγνωστεί και βρίσκονται υπό θεραπεία. Η πραγματική αιτία του ΣΔΤ2 -πολύ πιθανόν προέρχεται από διάφορες κληρονομικές διαταραχές-, είναι ακόμα άγνωστη. Υπάρχει, πάντως, σημαντική κληρονομική προδιάθεση. Συμπερασματικά θα καταλήγαμε πως το 10% του ελληνικού πληθυσμού πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2, όμως, μόνο το 70% από αυτούς το γνωρίζει.¹²

¹¹ «Για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, πως θα αντιμετωπίσετε το διαβήτη σας», επιμέλεια της Β' Παθολογικής Κλινικής Μονάδας Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικού Κέντρου Π.Γ.Ν.Α «Ευαγγελισμός» και υπό την αιγίδα του Εθνικού Κέντρου Έρευνας, πρόληψης και θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των επιπλοκών του(Ε.Κ.Ε.Δ.1), σελ. 3.

¹² «Για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, πως θα αντιμετωπίσετε το διαβήτη σας», ό.π., σελ. 4.

Πίνακας 1.2: Διαφορές ανάμεσα στο διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2

	ΤΥΠΟΣ 1	ΤΥΠΟΣ 2
Ηλικία εμφάνισης	Συνήθως κάτω από 25 ετών	Συνήθως πάνω από 40 ετών
Βάρος σώματος	Χαμηλό/ κανονικό βάρος	Συνήθως υπέρβαροι
Συμπτώματα	Εμφανίζεται ξαφνικά	Εμφανίζονται με αργό ρυθμό
Παραγωγή ινσουλίνης	Μηδενική	Πολύ λίγη
Ινσουλίνη που απαιτείται	Χρειάζεται ινσουλίνη	Ίσως χρειάζεται ινσουλίνη
Προηγούμενες ονομασίες νόσου	Νεανικός διαβήτης, ινσουλινοεξαρτώμενος	Διαβήτης της ωριμότητας, μη ινσουλινοεξαρτώμενος

Πηγή: Βασική ιατρική εγκυκλοπαίδεια 11 «τι πρέπει να ξέρω για το διαβήτη» σελ.24

Άλλοι τύποι διαβήτη¹³

Σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να εμφανιστεί και στις ακόλουθες περιπτώσεις :

- Γενετικά ελαττώματα των β-κυττάρων του παγκρέατος
- Γενετικό ελάττωμα της δράσης της ινσουλίνης
- Νόσοι του παγκρέατος
- Ορμονικές διαταραχές και ενδοκρινικά νοσήματα
- Διαβήτης λόγω λήψης φαρμάκων

1.7 Οι αιτίες του σακχαρώδη διαβήτη

Αν η ανεπάρκεια ινσουλίνης αποτελεί πράγματι την κύρια αιτία όλων των παθολογικών εκδηλώσεων που χαρακτηρίζουν το διαβήτη, οι παράγοντες δεν είναι ακόμα γνωστοί.

Οι κυριότερες αιτίες¹⁴ είναι :

1. Η κληρονομικότητα: εντελώς άοριστα, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αν και οι δύο γονείς είναι διαβητικοί, τα παιδιά τους έχουν πιθανότητες 30% με 40% να είναι και αυτά διαβητικά, ενώ το ποσοστό αυτό κατεβαίνει στο 20% με 25%, αν ένας από τους δυο γονείς είναι διαβητικός. Το γεγονός, όμως, ότι στους διδύμους (ομοζυγωτικούς) κάτω των 40 ετών, ο διαβήτης εκδηλώνεται και στους δύο μόνον σε ποσοστό 50%, αντί σε 100% όπως θα έπρεπε αν η νόσος ήταν καθαρά κληρονομική, αποδεικνύει τη μεγάλη σημασία που έχουν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες στην εκδήλωση της νόσου.

¹³ Lundstrom, R., Rossini A., *Τι πρέπει να ξέρω για το διαβήτη*, Βασική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια 11, σελ. 23.

¹⁴ Lundstrom, R., Rossini A., *ό.π.*, σελ. 26-28.

2. Η παχυσαρκία: το 80% των ασθενών με διαβήτη τύπου 2 είναι υπέρβαροι όταν γίνεται η διάγνωση. Η παχυσαρκία δε βοηθά την παραγωγή αρκετής ποσότητας ινσουλίνης, προκείμενου να ελεγχθεί το επίπεδο του σακχάρου στο αίμα. Τα συμπτώματα του διαβήτη εξαφανίζονται ή μειώνονται αισθητά σε πολλούς παχύσαρκους ασθενείς όταν χάνουν βάρος.
3. Η ηλικία: όσο οι άνθρωποι μεγαλώνουν, το σώμα τους δεν έχει πα τόσα πολλά κύτταρα βήτα που παράγουν ινσουλίνη.
4. Ιοί: συγκεκριμένοι ιοί μπορούν να καταστρέψουν τα κύτταρα βήτα ή να ωθήσουν το ανοσοποιητικό σύστημα να καταστρέψει τα κύτταρα βήτα σε ευαίσθητα άτομα.
5. Σωματικό τραύμα: ένα ατύχημα ή ένας τραυματισμός μπορεί να καταστρέψουν το πάγκρεας, όπου παράγεται η ινσουλίνη.
6. Φάρμακα: φάρμακα που ενδείκνυται για άλλες καταστάσεις μπορούν ενδεχομένως να «αποκαλύψουν» το διαβήτη, αναπτύσσοντας αντίσταση στην ινσουλίνη ή καταστρέφοντας τα κύτταρα βήτα.
7. Στρες: οι ορμόνες που απελευθερώνονται στη διάρκεια περιόδων στρες, όπως οξείες ασθένειες ή επεμβάσεις μπορούν να μειώσουν τη δράση της ινσουλίνης.
8. Εγκυμοσύνη: οι ορμόνες που παράγονται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μπορούν να μειώσουν τη δράση της ινσουλίνης.

1.8 Οι επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη

Το γεγονός ότι έχει κάποιος διαβήτη δεν σημαίνει ότι αναπόφευκτα θα αναπτύξει επιπλοκές. Μελέτες έχουν δείξει ότι όσο καλύτερα ρυθμίζετε το σάκχαρό σας τόσο λιγότερες πιθανότητες έχετε να αντιμετωπίσετε οποιοδήποτε πρόβλημα. Μία μεγάλη αμερικανική μελέτη για τον διαβήτη (που ονομάστηκε Μελέτη για τη Ρύθμιση και τις Επιπλοκές του Διαβήτη) έδειξε ότι κάθε βελτίωση του ελέγχου των επιπέδων σακχάρου στο αίμα μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης επιπλοκών. Η γνώση αυτή βοηθά πολλά άτομα να προσπαθούν περισσότερο για τη ρύθμιση του διαβήτη τους, όταν μπαίνουν στον πειρασμό να χαλαρώσουν την προσπάθεια.

Οι τρεις βασικές επιπλοκές του διαβήτη επικεντρώνονται στα έξης σημεία :

1. Στα μάτια, γνωστή ως διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.
2. Στα νεφρά, γνωστή ως διαβητική νεφροπάθεια.
3. Στα πόδια, διαβητική νευροπάθεια.

1.8.1 Ασθένειες των ματιών

Ο διαβήτης μπορεί να επηρεάσει τα μάτια με διάφορους τρόπους, προκαλώντας από μια προσωρινή διαταραχή της όρασης μέχρι αμφιβληστροειδοπάθεια.¹⁵

Όταν αρχίζει για πρώτη φορά, ο ασθενής, μία αγωγή με ινσουλίνη ή δισκία, μπορεί να διαπιστώσετε ότι η όρασή σας είναι λίγο θολή. Αυτό συμβαίνει διότι οι φακοί στα μάτια σας αφυδατώθηκαν όταν αναπτυσσόταν ο διαβήτης και με την ταχεία μείωση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα σας, η αγωγή επιφέρει αλλαγή στην ύγρανση των ματιών, με συνέπεια θόλωση.

Τόσο ο τύπου 1 όσο και ο τύπου 2 διαβήτης μπορεί να επηρεάσουν μία ιδιαίτερα εξειδικευμένη δομή στο οπίσθιο τμήμα του ματιού που ονομάζεται αμφιβληστροειδής χιτώνας. Αυτό οφείλεται πιθανώς στη συσσώρευση γλυκόζης και άλλων σακχάρων στα τοιχώματα των αιμοφόρων αγγείων, με αποτέλεσμα να γίνονται αυτά πιο αδύναμα. Μπορεί να σχηματιστούν μικρές φλύκταινες, που ενδέχεται να «σκάσουν» και να προκαλέσουν μικρές αιμορραγίες. Όταν η αμφιβληστροειδοπάθεια φτάσει σε προχωρημένο στάδιο, μπορεί να αναπτυχθούν νέα αιμοφόρα αγγεία, καθώς το σώμα προσπαθεί να βελτιώσει την αιμάτωση. Τα νέα αυτά αγγεία είναι εύθραυστα και μπορεί να σπάσουν και να προκαλέσουν μεγάλη αιμορραγία. Η κατάσταση αυτή που είναι γνωστή ως αιμορραγία μπορεί να βλάψει σοβαρά την όραση.

1.8.2 Ασθένειες των νεφρών

Οι νεφροί λειτουργούν ως μεγάλα φίλτρα και ένας από τους ρόλους τους είναι να αποβάλουν το περίσσιο νερό και τα υποπροϊόντα του μεταβολισμού. Ο διαβήτης μπορεί να βλάψει αυτά τα φίλτρα λόγω της συσσώρευσης γλυκόζης στα μικροσκοπικά αιμοφόρα αγγεία που τα αποτελούν. Έτσι απαραίτητες χημικές ουσίες, πρωτεΐνες, ερυθρά και λευκά αιμοσφαίρια παραμένουν μέσα στο αίμα. Οι νεφροί παράγουν μια ποσότητα ούρων κάθε μέρα για να διατηρήσουν την ισορροπία των υγρών του σώματος.¹⁶

Η διαβητική νεφροπάθεια είναι μια επιπλοκή του μακροχρόνιου διαβήτη και αναπτύσσεται σε στάδια για πολλά χρόνια. Μεταγενέστερα σημάδια συμπεριλαμβάνουν υψηλή πίεση αίματος, αύξηση βάρους εξαιτίας της συσσώρευσης υγρών, κόπωση και αίσθημα αδιαθεσίας. Ο έλεγχος για τη λειτουργία των νεφρών βοηθά στον προσδιορισμό του βαθμού κα-

¹⁵ www.google.gr/http.healthin.gr/diabetes.

¹⁶ Lundstrom, R., Rossini, A., *Τι πρέπει να ξέρω για το διαβήτη*. Βασική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια 11, σελ. 213.

ταστροφής τους.¹⁷

Οι μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος μπορούν να αναπτυχθούν σε άτομα με ελεγχόμενο ή μη ελεγχόμενο διαβήτη. Τα συμπτώματα περιέχουν υπερβολική διούρηση, ένα αίσθημα καύσης κατά την ούρηση, πόνους στο κάτω και πίσω και πίσω μέρος του σώματος και πυρετός. Εάν δεν αντιμετωπιστεί, η μόλυνση μεταφέρεται μέσα από τους ουρητήρες προς τους νεφρούς, προκαλώντας πιθανότατα μόνιμη βλάβη. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος.¹⁸

1.8.3 Ασθένειες των νεύρων

Ο διαβήτης μπορεί να επηρεάσει το νευρικό σύστημα με δύο τρόπους: μπορεί να επηρεάσει την αιμάτωσή του ή να προκαλέσει άμεση βλάβη στα νεύρα λόγω των υψηλών επιπέδων σακχάρου στο αίμα. Οποιασδήποτε μορφής βλάβη των νεύρων είναι γνωστή στην Ιατρική με τον όρο νευροπάθεια. Σχεδόν το 70% των ατόμων με διαβήτη παθαίνουν, σε κάποιο βαθμό, καταστροφή των νεύρων (νευροπάθεια).¹⁹

Μπορεί να παρουσιαστεί σε άτομα τόσο με διαβήτη τύπου 1 όσο και τύπου 2. Οι συνέπειες θα εξαρτηθούν από το ποιος από τους τρεις τύπους νεύρων επηρεάζεται.²⁰

Κινητικά νεύρα. Τα νεύρα αυτά μεταφέρουν μηνύματα στους μυς από τον εγκέφαλο, παρακινώντας τα να συσπαστούν. Η βλάβη σε αυτό τον τύπο νεύρων είναι γνωστή ως κινητική νευροπάθεια και μπορεί να οδηγήσει σε μερική απώλεια της μυϊκής δραστηριότητας στα πόδια ή στα χέρια. Ως αποτέλεσμα, τα δάχτυλα των ποδιών μπορεί να γίνουν γαμψά και να γυρίσουν προς τα πάνω και τα δάχτυλα των χεριών να γίνουν αδύναμα.

Αισθητήρια νεύρα. Αυτά ανιχνεύουν τον πόνο, την αφή, τη ζέστη και άλλες αισθήσεις και στέλνουν μηνύματα πίσω στον εγκέφαλο. Η αισθητήρια νευροπάθεια μπορεί να κάνει τα πόδια πολύ ευαίσθητα, ακόμα και να πονούν στην αρχή, αλλά στο τέλος μουδιάζουν και δεν μπορούν να αισθανθούν τίποτα, ούτε πόνο.

Αυτόνομα νεύρα. Τα νεύρα αυτά είναι υπεύθυνα για τον έλεγχο των αυτόματων σωματικών λειτουργιών, όπως η λειτουργία του εντέρου και της ουροδόχου κύστης. Η αυτόνο-

¹⁷ Lundstrom, R., Rossini, A., *Τι πρέπει να ξέρω για το διαβήτη*. Βασική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια 11, σελ. 214.

¹⁸ Lundstrom, R., Rossini, A., *ό.π.*, σελ. 215.

¹⁹ Lundstrom, R., Rossini, A., *ό.π.*, σελ. 215.

²⁰ www.google.gr/http://health.in.gr/diabetes.

μη νευροπάθεια είναι σχετικά σπάνια και επηρεάζει συνήθως τα έντερα και την ουροδόχο κύστη. Μπορεί να οδηγήσει σε παροδική δυσκοιλιότητα ή διάρροια και καμιά φορά το άτομο μπορεί να υποφέρει από επίμονους εμετούς. Στους άνδρες, μπορεί επίσης να επιφέρει μείωση της σεξουαλικής ικανότητας. Ωστόσο, τα περισσότερα από αυτά τα προβλήματα μπορεί να αντιμετωπιστούν με φαρμακευτική αγωγή. Παρακάτω ακολουθούν παραδείγματα αυτόνομων νεύρων που επηρεάζονται και τις συνέπειες που έχει αυτή η επιρροή:²¹

- Η καταστροφή των καρδιακών νεύρων προκαλεί ταχυκαρδία
- Η καταστροφή των νεύρων της ουροδόχου κύστης προκαλεί δυσκολίες στην ούρηση οδηγώντας σε μόλυνση της.
- Όταν τα νεύρα στο δέρμα καταστραφούν, έχουμε μη κανονική εφίδρωση και αγγειοσύσπαση.
- Οι άνδρες μπορεί να έχουν διαταραχή της στυτικής λειτουργίας εξαιτίας της καταστροφής των νεύρων που ελέγχουν τη στύση.
- Απώλεια της φυσιολογικής προειδοποίησης για χαμηλό σάκχαρο του αίματος (υπογλυκαιμίας χωρίς προειδοποίηση).

1.8.4 Δερματολογικές παθήσεις

Μικρή μειονότητα των ατόμων που πάσχουν από διαβήτη μπορεί να αντιμετωπίσουν προβλήματα στο δέρμα λόγω της φθοράς των μικρών αιμοφόρων αγγείων. Όταν συμβεί αυτό, το αποτέλεσμα είναι ερυθρότητα και λέπτυνση της επιδερμίδας πάνω από το κάτω μέρος των κνημιαίων οστών - μία πάθηση που είναι γνωστή ως λιποειδής νεκροβίωση. Δυστυχώς, δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία.

1.8.5 Διαβητικό κώμα και κετοξέωση

Στο διαβήτη, και ιδιαίτερα σε ορισμένες μορφές του, υπάρχει τάση προς κέτωση, δηλαδή στην υπερπαραγωγή και συγκέντρωση κετονικών σωματιδίων στο αίμα. Είναι μια επικίνδυνη επιπλοκή, θεωρείται επείγον περιστατικό και απαιτεί την άμεση διακομιδή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Ο ασθενής εμφανίζει σημεία αφυδάτωσης. Το επίπεδο συνείδησης δεν επηρεάζεται αρχικά, στη συνέχεια όμως μπορεί να εμφανιστούν σταδιακά πτώση του επιπέδου συνείδησης, υπνηλία, λήθαργος και τελικά κώμα. Σε σοβαρότερες περιπτώσεις παρατηρούνται υπόταση και κυκλοφορική καταπληξία (shock). Με την κατάλληλη και έγκαιρη θεραπεία, η διαβητική κετοξέωση αποτελεί κατάσταση πλήρως αναστρέψιμη. Εί-

²¹ Lundstrom, R., Rossini, A., *Τι πρέπει να ξέρω για το διαβήτη*. Βασική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια 11, σελ. 217.

ναι πιο συχνή στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.²²

1.9 Το κόστος του σακχαρώδη διαβήτη

Ο διαβήτης αποτελεί μια ασθένεια που δεν θεραπεύεται, απλά αντιμετωπίζεται με καθημερινές ιατρικές πράξεις για όλη τη ζωή του πάσχοντα. Αποτελεί μια από δαπανηρότερες χρόνιες παθήσεις. Καταναλώνει αδηφάγα τις δημόσιες και τις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία. Αποτελεί απώλεια υγείας και αρτιμέλειας, δημιουργώντας κοινωνική ανισότητα και υποβάθμιση των ζωών των πασχόντων.

Η αντιμετώπιση του διαβήτη απαιτεί οπωσδήποτε τη συμμετοχή του πάσχοντα για έχει επιτυχία. Η εκπαίδευση του ατόμου με διαβήτη, οπότε, από την μια στην σωστή χρήση των φαρμάκων και από την άλλη στην υιοθέτηση ειδικού διαιτολογίου, θα έπρεπε να θεωρείται ως η βασική προτεραιότητα από τα θεσμικά όργανα του κάθε κράτους. Για να καταλάβει κανείς την ιδιάζουσα σημασία της εκπαίδευσης στην πάθηση αυτή αρκεί να πούμε ότι είναι τόσο απαραίτητη όσο η ινσουλίνη και τα φάρμακα.

Στη χώρα μας το άμεσο οικονομικό κόστος του διαβήτη εκτιμάται στα 3,5 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως. Το 15% όλων των δημοσίων δαπανών για την υγεία κατευθύνεται στο διαβήτη. Το 60% από αυτές τις δαπάνες (το μεγαλύτερο κομμάτι δηλαδή) αφορά τις επιπλοκές του διαβήτη. Παράλληλα οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας ξεπερνούν το 50% των δημοσίων δαπανών. Κατά προσέγγιση ο αριθμός των διαγνωσθέντων Ελλήνων πολιτών με σακχαρώδη διαβήτη, φτάνουν τις 800.000. σύμφωνα με διεθνείς μελέτες για κάθε ένα διαγνωσμένο άτομο με διαβήτη υπάρχει άλλο ένα, που δεν έχει ακόμη διαγνωστεί. Ακόμη και σήμερα κάποιες διαγνώσεις γίνονται τυχαία και μετά από την εμφάνιση μιας ή περισσότερων επιπλοκών του διαβήτη. Οι επιπλοκές αυτές θα μπορούσαν να αποφευχθούν σε μεγάλο βαθμό αν υπήρχε έγκαιρη διάγνωση.²³

Αξίζει, δε, να αναφερθεί πως τουλάχιστον 30.000 παιδιά και νέοι κάτω των 30 ετών, στη χώρα μας, πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, ενώ κάθε χρόνο, προστίθενται στον αριθμό αυτό 500 νέοι διαβητικοί ασθενείς, ηλικίας κάτω των 16 ετών. Στους αριθμούς αυτούς, αξίζει να προστεθεί και το ποσοστό 5% αυτών που δεν γνωρίζουν ότι πάσχουν από την ασθένεια, ενώ 10.000 άτομα με νεανικό διαβήτη δεν παρακολουθούνται για τη νόσο τους, με όλες τις επιπλοκές που συνεπάγεται αυτό για την υγεία τους. Τα στοιχεία αυτά δόθηκαν στη δημοσιότητα με αφορμή την ενημερωτική συνάντηση με θέμα «Νεανικός Διαβή-

²² www.google.gr/http://www.Βικιπαιδεία/Διαβήτης.

²³ www.google.gr/http://www.sweetedition.

της «Αλλάζει τη ζωή μου», που διοργάνωσε η Αντινομαρχία Υγείας της Νομαρχίας της Θεσσαλονίκης.²⁴

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α, χρηματοδοτούμενη από τη φαρμακοβιομηχανία νοσο Nordisk A/S, διαπίστωσε πως το 2007 δαπανήθηκαν στις Η.Π.Α 218 δισεκατομμύρια δολάρια για την κάλυψη διαφόρων δαπανών, από ινσουλίνη και χάπια για τον έλεγχο της νόσου, μέχρι τους ακρωτηριασμούς και τη νοσηλεία σε νοσοκομεία.²⁵

Σύμφωνα, δε, με εκτιμήσεις της IDF, τα ιατρικά έξοδα που σχετίζονται με τον διαβήτη τύπου 2 ανέρχονται στο ποσό των 232 δισεκατομμυρίων δολαρίων παγκοσμίως. Μέχρι το 2025 το ποσό αυτό αναμένεται να φτάσει τα 305,5 δισεκατομμύρια δολάρια, παρουσιάζοντας αύξηση της τάξης του 30%-35%, εάν επαναληφθούν τα προβλεπόμενα ποσοστά αύξησης του αριθμού των διαβητικών ασθενών. Κάποια στοιχεία που μας δίνει η IDF συνοψίζονται στα εξής:

- Η IDF εκτιμά ότι 7% - 13% του προϋπολογισμού υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως θα έχει δαπανηθεί για το διαβήτη μέχρι το έτος 2025.
- Περίπου το 25% των δαπανών για την αντιμετώπιση του διαβήτη αφορά τον έλεγχο των αυξημένων επιπέδων σακχάρου στο αίμα στις ανεπτυγμένες χώρες, ενώ ένα επιπλέον ποσοστό της τάξης του 25% δαπανάται στις μακροπρόθεσμες επιπλοκές της ασθένειας, όπως είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Το υπόλοιπο 50% αφορά γενικά έξοδα ιατρικής περίθαλψης σχετιζόμενα με το διαβήτη (όπως η πρόληψη καρδιαγγειακών και μικροαγγειακών επιπλοκών)
- Οι ασθενείς που εμφανίζουν σοβαρές διαβητικές επιπλοκές απαιτούν πολύ περισσότερα έξοδα ιατρικής περίθαλψης από εκείνους που δεν εμφανίζουν επιπλοκές
- Το άμεσο κόστος ιατρικής περίθαλψης (ανικανότητα προς εργασία, πρόωρη συνταξιοδότηση και νοσηρότητα λόγω διάγνωσης του διαβήτη) μπορεί συχνά να αγγίζει το άμεσο κόστος αντιμετώπισης του διαβήτη. Στη Γερμανία, για παράδειγμα, το άμεσο κόστος ανά ασθενή εκτιμάται ότι φτάνει τα 5.262 Ευρώ κατά μέσο όρο, ενώ το αντίστοιχο άμεσο κόστος αγγίζει το ποσό των 5.019 Ευρώ.
- Τέλος, εκτιμάται ότι το ένα τέταρτο των δαπανών για την αντιμετώπιση του διαβήτη παγκοσμίως αντιστοιχεί στον Ευρωπαϊκό χώρο.²⁶

²⁴ www.google.gr/http://sugarfree-the Greek diabetes portal, υπογράφει η Κατερίνα Μαστροσταμάτη.

²⁵ www.google.gr/http://sugarfree, ό.π.

²⁶ www.google.gr/http://etΗΣιο συνέδριο Ευρωπαϊκής Εταιρείας για τη μελέτη του διαβήτη, European-στη μελέτη Iacc.

1.9.1 Τρόποι μείωσης του οικονομικού βάρους του Διαβήτη από αρμόδια όργανα

Η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών αναγνωρίζοντας ότι ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί πλέον μια παγκόσμια απειλή για την ανθρωπότητα, υιοθέτησε πρόσφατα ένα σημαντικό ψήφισμα (A/res/61/225/2007) με το οποίο καλεί όλα τα μέλη κράτη να διαθέσουν τις δυνάμεις τους τόσο στην ευαισθητοποίηση του κοινού για τον επερχόμενο κίνδυνο, όπως επίσης και να ενδυναμώσουν τα προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης της νόσου.²⁷

Συγκεκριμένα τονίζοντας την ανάγκη για συγκροτημένες θεσμικές παρεμβάσεις στην παροχή υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας προτείνεται²⁸ :

- Η αύξηση και η σωστή κατανομή των χορηγούμενων πόρων με σκοπό την πρόληψη και την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη και των επιπλοκών του
- Τη χρηματοδότηση έρευνας επιδημιολογίας στη χώρα μας
- Τη βελτίωση της υπάρχουσας δομής και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών
- Την αύξηση των υπαρχόντων διαβητολογικών ιατρείων, με τουλάχιστον ένα ανά πρωτεύουσα νόμου
- Τη βελτίωση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και την αναγνώριση εξειδίκευσης των γιατρών που ασχολούνται με το σακχαρώδη διαβήτη
- Την εφαρμογή της βασισμένης σε ενδείξεις θεραπευτικής προσέγγισης σε όλα τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη

Συνοπτικά, οι κατάλληλες γνώσεις, τα κατάλληλα άτομα μαζί με εφαρμογή εύστοχων προγραμμάτων μπορούν να επιβεβαιώσουν καλύτερη διαβητική φροντίδα, να βελτιώσουν τα αποτελέσματα των προβλημάτων των ατόμων με διαβήτη και να χρησιμοποιούν πιο αποτελεσματικά τους διάφορους πόρους που υπάρχουν. Λαμβάνοντας υπόψη τα πολύ ψηλά κόστη των επιπλοκών και τα χαμηλά κόστη που χρειάζονται για να επανδρώσουν την κατάλληλη διαβητική φροντίδα είναι σίγουρα πολύ πιο οικονομικό για το κράτος να υπάρξει αυτή η φροντίδα.

1.10 Ο παιδικός διαβήτης

Τα όρια της εμφάνισης της νόσου μετατοπίζονται όλο και περισσότερο προς τις νεότερες ηλικιακά ομάδες. Κατ' αυτό τον τρόπο, όλο και περισσότερα παιδιά και έφηβοι από 14

²⁷ www.iatronet.gr:http://news.disabled.gr.

²⁸ www.inhealth.gr.

ετών και πάνω, εμφανίζουν σακχαρώδη διαβήτη, εξαιτίας, κυρίως της παχυσαρκίας.

Ο διαβήτης παιδιών και εφήβων σχετίζεται άμεσα με την παιδική παχυσαρκία, καθώς κάθε επιπλέον κιλό του φυσιολογικού βάρους αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης του διαβήτη κατά 8%. Παράλληλα, η παχυσαρκία μειώνει έως και 8 χρόνια το προσδόκιμο επιβίωσης των διαβητικών ατόμων.²⁹

Η Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη, το 2007, είχε θέμα «Ο διαβήτης στα παιδιά και στους εφήβους». Ο διαβήτης αποτελεί μία από τις πιο συχνές χρόνιες παιδικές παθήσεις και προσβάλλει παιδιά κάθε ηλικίας, συμπεριλαμβανομένων των βρεφών και των νηπίων. Συχνά, ο διαβήτης στα παιδιά διαγιγνώσκεται αργά, όταν δηλαδή τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα είναι πολύ υψηλά, γεγονός το οποίο μπορεί να θεωρηθεί επικίνδυνο ακόμα και για τη ζωή ενός παιδιού. Πολλές φορές ο διαβήτης δεν γίνεται αντιληπτός ή τα συμπτώματά του παραβλέπονται ως κάτι το επουσιώδες, όπως, για παράδειγμα, μία συνηθισμένη γρίπη.

Ο διαβήτης είναι μία επιδημία παγκόσμιας εμβέλειας, που αποφέρει φθορές στον ανθρώπινο οργανισμό, θέτοντας σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία. Τα παιδιά και οι έφηβοι βρίσκονται ήδη στο στόχαστρο αυτής της νόσου και ο διαβήτης τύπου 1 αλλά και ο τύπου 2 είναι το ίδιο σοβαροί και το ποσοστό σε αυτές τις δύο ηλικιακές κατηγορίες, δυστυχώς, αυξάνεται.

Ο διαβήτης τύπου 1 αυξάνεται κατά 3% κάθε χρόνο στα παιδιά και στους εφήβους. Ένα ανησυχητικό ποσοστό 5% παρατηρείται στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, ενώ, σύμφωνα με εκτιμήσεις, περίπου 70.000 παιδιά κάτω των 15 ετών παρουσιάζουν κάθε χρόνο διαβήτη τύπου 1 σε παγκόσμια κλίμακα (περίπου 200 παιδιά ημερησίως). Σύμφωνα με στατιστικές, ο διαβήτης τύπου 1 έχει ήδη προσβάλλει περίπου 440.000 παιδιά που βρίσκονται κάτω από την ηλικία των 14 ετών, παγκοσμίως. Εξ αυτών, υπολογίζεται ότι το 20% είναι στην Ευρώπη. Ο νέος αιώνας παρόλα αυτά προσφέρει περισσότερη ελπίδα παρά ποτέ.

Ο διαβήτης τύπου 2 κάποτε θεωρείτο νόσος που πρόσβαλλε ενηλίκους, ειδικά όσους έχουν ξεπεράσει το 40ό έτος της ηλικίας. Όπως αναφέρθηκε σήμερα, ο Σ.Δ. τύπου 2 άλλαξε πρόσωπο και προσβάλλει μικρότερες ηλικίες, νέους και παιδιά. Η ιλιγγιώδης αύξησή του τύπου 2 οφείλεται, σε υψηλό ποσοστό, στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών. Ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού σε παγκόσμια κλίμακα καταναλώνει τροφές πλούσιες σε λίπη (διασπώνται δύσκολα) και χαμηλές σε φυτικές ίνες. Επιπλέον, όλο και περισσότερες οικογένειες στρέφονται στην κατανάλωση προετοιμασμένων φαγητών, όπως στα ταχυφαγεία (fast food). Επομένως, η παχυσαρκία, η μειωμένη άσκηση, η αστικοποίηση και άλλες αλ-

²⁹ www.google.gr <http://rnet.gr> παγκόσμια ημέρα διαβήτη.

λαγές στον τρόπο ζωής φαίνεται ότι αποτελούν τους πλέον σημαντικούς παράγοντες στην επιδημιολογία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Τα παιδιά με διαβήτη τύπου 2 έχουν συνήθως ένα ισχυρό οικογενειακό ιστορικό διαβήτη. Μελέτες έδειξαν ότι τα παιδιά γυναικών που ανέπτυξαν διαβήτη κατά την κύηση έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης διαβήτη τύπου 2. Επιπλέον, η πλειονότητα των παιδιών με διαβήτη τύπου 2 (περίπου το 85%) είναι ήδη υπέρβαρα και παχύσαρκα τη στιγμή της διάγνωσης. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, 1 στα 10 παιδιά παγκοσμίως είναι υπέρβαρο. Αυτό σημαίνει ότι 30-45 εκατομμύρια παιδιά και έφηβοι παγκοσμίως είναι παχύσαρκοι, ενώ από αυτούς τα 22 εκατομμύρια είναι παιδιά κάτω των πέντε ετών. Συνεπώς, η νέα γενιά εμφανίζει σαφέστατα αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη. Υπολογίζεται ότι το ποσοστό των περιστατικών με διαβήτη τύπου 2 στα παιδιά θα ξεπεράσει το 50% παγκοσμίως την επόμενη δεκαπενταετία. Τα επόμενα 10-20 χρόνια, εάν δεν υπάρξουν σημαντικές παρεμβάσεις, εκτιμάται ότι το 40% των νέων περιπτώσεων διαβήτη σε παιδιά θα είναι τύπου 2. Σύμφωνα με ερευνητές, η διάγνωση του διαβήτη τύπου 2 γίνεται στα παιδιά συνήθως μεταξύ 12 και 14 ετών και συμπίπτει με την εφηβεία.

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 αναπτύσσεται συνήθως αργά στα παιδιά και εκδηλώνεται κατά την περίοδο της εφηβείας, όταν η ευαισθησία της ινσουλίνης μπορεί να μειωθεί κατά 30% λόγω των αλλαγών που εμφανίζονται στο σώμα. Τα συμπτώματα του διαβήτη τύπου 2 μοιάζουν με αυτά του τύπου 1, με τη διαφορά ότι είναι λιγότερο εμφανή. Μερικά παιδιά και έφηβοι με διαβήτη τύπου 2 δεν εμφανίζουν κανένα απολύτως σύμπτωμα, διατρέχοντας τον κίνδυνο καθυστέρησης της διάγνωσης. Κάτι τέτοιο μπορεί να επιφέρει σοβαρές συνέπειες στην υγεία ενός παιδιού, αφού οι επιπλοκές του διαβήτη μπορεί να έχουν ήδη ξεκινήσει. Και ο κίνδυνος σοβαρών μακροχρόνιων επιπλοκών σε ζωτικά όργανα που αρχίζουν από την παιδική ηλικία είναι μεγάλος. Είναι επιτακτική πλέον η ανάγκη να δοθεί βάρος στην πρόληψη από την παιδική ηλικία, μέσα από την αγωγή υγείας και τη σωστή διατροφή. Επιβάλλει τη λήψη μέτρων πρόληψης και ανάπτυξη καλύτερων μεθόδων αντιμετώπισης της ασθένειας.

Η νόσος, όμως αυτή, έχει μεγάλο αντίκτυπο στην οικογένεια. Μεγάλο μέρος του αυθορμητισμού της καθημερινής ζωής χάνεται στη ρουτίνα των προκαθορισμένων γευμάτων, των εξετάσεων αίματος και των ενέσεων για διατήρηση των επιπέδων του σακχάρου εντός των επιθυμητών ορίων. Ειδικά όμως, τα επαναστατικά εφηβικά χρόνια είναι ιδιαίτερα δύσκολα. Οι περισσότεροι έφηβοι προτιμούν να ξεχνούν ότι πάσχουν από διαβήτη, με αποτέλεσμα να έχουν συχνές κρίσεις. Το διαβητικό παιδί δεν είναι διαφορετικό από τα άλλα παιδιά σχετικά με όσα μπορεί να πετύχει και για αυτό τόσο οι εκπαιδευτικοί όσο και το

οικογενειακό του περιβάλλον πρέπει να φροντίζουν να το αντιμετωπίζουν αναλόγως.

1.11 Σακχαρώδης διαβήτης και εγκυμοσύνη

Ο αριθμός των γυναικών με σακχαρώδη διαβήτη κατά την εγκυμοσύνη παρουσιάζει αύξηση. Ο διαβήτης δημιουργεί προβλήματα τόσο για την εγκυμονούσα μητέρα όσο και για το παιδί της. Υπάρχουν δύο περιπτώσεις διαβητικών εγκυμονουσών, στην μεν πρώτη ο διαβήτης να προϋπάρχει της εγκυμοσύνης και στη δε δεύτερη εμφανίζεται ο λεγόμενος διαβήτης κύησης ο οποίος και εκδηλώνεται σε γυναίκα που πριν από την εγκυμοσύνη δεν είχε διαβήτη.

Η αύξηση του σωματικού βάρους και οι ορμονικές αλλαγές που παρατηρούνται στη γυναίκα που εγκυμονεί, συμβάλλουν στη γένεση του διαβήτη κύησης ή στην επιδείνωση προϋπάρχοντος διαβήτη. Υπολογίζεται ότι ο διαβήτης κύησης εκδηλώνεται στο 5% των γυναικών που εγκυμονούν. Οι έγκυες γυναίκες που δεν ελέγχουν σωστά το διαβήτη τους, διατρέχουν σοβαρούς κινδύνους τόσο για τις ίδιες όσο και για το παιδί που κυοφορούν.

Ο σωστός έλεγχος και ρύθμιση του διαβήτη πριν και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης βοηθούν αποτελεσματικά στην πρόληψη των κινδύνων που απειλούν την εγκυμονούσα μητέρα με διαβήτη και το παιδί της. Στις περισσότερες περιπτώσεις ο διαβήτης στην εγκυμοσύνη μπορεί να ρυθμιστεί με κατάλληλη διατροφή και τακτική σωματική άσκηση ήπιας έντασης σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού. Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως για τη διατήρηση της γλυκόζης αίματος σε επιθυμητά επίπεδα απαιτείται χορήγηση ινσουλίνης. Συνήθως ο διαβήτης κύησης φεύγει μετά τη γέννηση του παιδιού. Ωστόσο πολλές γυναίκες, περίπου 50%, που παρουσίασαν διαβήτη κύησης παρουσιάζουν αργότερα στη ζωή τους σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Επισημαίνεται ότι παιδιά των οποίων η μητέρα είχε διαβήτη κύησης έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν παχυσαρκία, ανωμαλίες στην ανεκτικότητα της γλυκόζης και διαβήτη.³⁰

³⁰ www.google.gr/medlook/εγκυμοσύνη και διαβήτης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ: ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

2.1 Εισαγωγή στον όρο «ποιότητα ζωής»

Πολλοί συγγραφείς ασχολούνται με την εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου «ποιότητα ζωής», που, ενώ φαίνεται να είναι απλός και αυτονόητος, είναι πολυδιάστατος και δύσκολα οριοθετείται. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα ενδιαφέρον για την διερεύνηση και αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, τόσο του σακχαρώδη διαβήτη, όσο και σε άλλα χρόνια νοσήματα. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι παραπομπές για τον όρο «ποιότητα ζωής» στην ιατρική βιβλιογραφία για την οκταετία 1966-1974 ήταν περίπου 40, ενώ για την οκταετία 1986-1994 ήταν πάνω από 10.000. Αναμφισβήτητα, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί ένα επίκαιρο θέμα, που συγκεντρώνει το αυξανόμενο ενδιαφέρον ερευνητών και κλινικών γιατρών.³¹

Εξίσου σημαντική είναι και η ανάπτυξη ειδικών εργαλείων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής στο σακχαρώδη διαβήτη τα τελευταία χρόνια. Παράλληλα, όμως, με τον αριθμό των ειδικών εργαλείων, αυξάνεται και η δυσκολία επιλογής του κατάλληλου κάθε φορά εργαλείου για τον υπό μελέτη πληθυσμό. Γι' αυτό είναι και εμφανής η δυσκολία στην κατηγοριοποίηση και στο χαρακτηρισμό πολλών ερωτηματολογίων αναφορικά με την ποιότητα ζωής.

Η έννοια της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει τις παραμέτρους της καλής ψυχικής, κοινωνικής και σωματικής κατάστασης και εκφράζει την υποκειμενική εκτίμηση του ίδιου του ασθενούς και όχι την άποψη του θεράποντα ιατρού. Τα εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας ζωής έχουν σχεδιαστεί ειδικά, με στόχο να ανιχνεύσουν διαφορετικούς τομείς το καθένα.³²

Η ανάπτυξη του αριθμού των ειδικών εργαλείων για το σακχαρώδη διαβήτη τα τελευταία χρόνια γίνεται με γρήγορους ρυθμούς και συχνά υπάρχουν προβλήματα που αφορούν στην τυποποίηση των εργαλείων και στην ευαισθησία τους στις αλλαγές της ποιότητας ζωής.

Η ανάπτυξη αυτών των εργαλείων μπορούν να προσφέρουν αξιόλογες επιπλέον πληροφορίες για τους ασθενείς και να αποτελέσουν σημαντικό μέσο για την εκτίμηση της απο-

³¹ Παπαθανασίου, Φιλαλήθη, Λιονή, *Εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2005,22(4), σελ.336.

³² Παπαθανασίου, Φιλαλήθη, Λιονή, *ό.π.*, σελ.338.

τελεσματικότητας μιας θεραπείας. Στην Ελλάδα, όμως, δεν έχει δημιουργηθεί ούτε έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί κάποια ειδική κλίμακα μέτρησης της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι γνωστό ότι αποτελεί ένα συχνό νόσημα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και οι γιατροί που εργάζονται σε αυτήν έχουν ανάγκη από ειδικά εργαλεία, τα οποία θα μπορούν να τους παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και της καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας.

Στηριζόμενη, λοιπόν, σε αυτό το άρθρο των Χ. Λιονή, Α. Παπαθανασίου και Α. Φιλαλή-θη μας επιτρέπεται να συμπεράνουμε πως η ποιότητα ζωής δεν μετριέται –τουλάχιστον όχι εύκολα και με βάση τα εργαλεία που υπάρχουν σήμερα στη χώρα μας-, γι' αυτό θα χρησιμοποιήσουμε, στην έρευνα που θα παρατεθεί στο 4 κεφάλαιο ένα γενικό εργαλείο το sf-36 το οποίο μετράει προσεγγιστικά την ποιότητα ζωής. Παράλληλα, λοιπόν, με αυτή τη λογική θα συσχετίσουμε τον όρο «επίπεδο υγείας» με τον όρο «ποιότητα ζωής» και θα αναφερόμαστε με τον όρο αυτό, δηλαδή «ποιότητα ζωής» σε όλη την εργασία.

2.1.1 Στοιχεία για την ιστορική διαδρομή του όρου

Οι ιστορικές ρίζες του όρου της ποιότητας ζωής βρίσκονται στο έργο του Αριστοτέλη «Ηθικά Νικομάχεια» : «Οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν, διότι τόσο το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι λένε ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής και η ευημερία είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία». Στο σύγχρονο κόσμο ο όρος αυτός αναφέρθηκε για πρώτη φορά από τον Ρίγου (1920), σε ένα βιβλίο σχετικά με την οικονομία και το Κράτος Πρόνοιας, όπου είχε τονίσει την ανάγκη κυβερνητικής υποστήριξης των κατώτερων κοινωνικών τάξεων και είχε επιχειρήσει να μελετήσει τον αντίκτυπο αυτής της υποστήριξης τόσο στη ζωή τους όσο και στην οικονομία.³³

Μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο ο ορισμός της ποιότητας ζωής περιέχεται εν σπέρματι στον ορισμό της υγείας που έδωσε στο καταστατικό του ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) και επαναβεβαίωσε η Συνδιάσκεψη της Άλμα Άτα το 1978: «Υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους φυσικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλώς η απουσία της νόσου...». Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε την ποιότητα ζωής ως «την αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών, μέσα στο οποίο ζουν και σε σχέση με τους στόχους τους, τις προσδοκίες τους, τα

³³ Ραχιώτη, Γ. Μπεράκη, Π.Κ., Ποιότητα ζωής. εννοιολογική εξειδίκευση, κλίμακες μέτρησης και βιοηθικά προβλήματα. Ιατρική 2006, 89(2), σελ. 185.

πρότυπά τους και τις ανησυχίες τους»³⁴.

2.1.2 Οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Η έννοια της ποιότητας ζωής, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, αποτελείται από έξι διαστάσεις³⁵, που αναλύονται σε περισσότερες πλευρές (πίνακας 2.1):

- α. Τη σωματική υγεία
- β. Την ψυχική υγεία
- γ. Το επίπεδο ανεξαρτησίας (π.χ. κινητικότητα, καθημερινές δραστηριότητες)
- δ. Τις κοινωνικές σχέσεις
- ε. Το περιβάλλον
- στ. Τις προσωπικές πεποιθήσεις

Πίνακας 2.1: Διαστάσεις και πλευρές της ποιότητας ζωής

Διάσταση	Πλευρές που περιέχονται στη διάσταση
α. Σωματική υγεία	- Ενεργητικότητα και κόπωση - Πόνος και ενόχληση - Ύπνος και ανάπαυση
β. Ψυχική υγεία	- Σωματική εικόνα και εμφάνιση - Αρνητικά συναισθήματα - Θετικά συναισθήματα - Αυτοεκτίμηση - Σκέψη, μάθηση, μνήμη και συγκέντρωση
γ. Επίπεδο ανεξαρτησίας	- Κινητικότητα - Καθημερινές δραστηριότητες - Εξάρτηση από ιατρικές ουσίες και βοήθεια - Ικανότητα εργασίας
δ. Κοινωνικές σχέσεις	- Προσωπικές σχέσεις - Κοινωνική υποστήριξη - Σεξουαλική δραστηριότητα
ε. Περιβάλλον	- Χρηματικοί πόροι - Ελευθερία, φυσική ασφάλεια και προστασία - Υγεία και κοινωνική φροντίδα : πρόσβαση και ποιότητα - Οικιακό περιβάλλον

³⁴ Ραχιώτη, Γ. Μπεχράκη, Π.Κ., *Ποιότητα ζωής. εννοιολογική εξειδίκευση. κλίμακες μέτρησης και βιοηθικά προβλήματα*, Ιατρική 2006, 89(2), σελ. 185.

³⁵ Ραχιώτη, Γ. Μπεχράκη, Π.Κ., *ό.π.*, σελ. 185.

Διάσταση	Πλευρές που περιέχονται στη διάσταση
	- Ευκαιρίες για απόκτηση νέων πληροφοριών και δεξιοτήτων
	- Συμμετοχή και δραστηριότητες για αναψυχή/ελεύθερος χρόνος
	- Φυσικό περιβάλλον (Ρύπανση/θόρυβος/κυκλοφορία/κλίμα)
	- Συγκοινωνίες
στ. Προσωπικές αξίες	- Θρησκεία/ πνευματικότητα/ προσωπικές πεποιθήσεις

Πηγή Περιοδικό Ιατρική 2006, 89 σελ.185.

Από τον παραπάνω πίνακα, λοιπόν, γίνεται σαφές ότι το επίπεδο υγείας συνδέεται άρρηκτα με το επίπεδο ποιότητας ζωής, και επομένως η μέτρηση του επιπέδου υγείας είναι αλληλένδετη με τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Παρά το γεγονός ότι το επίπεδο ποιότητας ζωής δεν μπορεί να εκτιμηθεί άμεσα με τη χρήση των παραδοσιακών δεικτών υγείας, οι δείκτες αυτοί παραμένουν χρήσιμοι και ο συνδυασμός τους είναι απαραίτητος για τη συγκρότηση των δεικτών ποιότητας ζωής. Παραδοσιακοί δείκτες υγείας είναι οι δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας.³⁶

Οι δείκτες υγείας πέρα από την εφαρμογή τους στην ιατρική εφαρμόζονται ευρέως και στην οικονομική θεωρία της ανάπτυξης και στο πλαίσιο αυτό αποτελούν αναγκαία μεθοδολογικά βοηθήματα για την εκτίμηση του επιπέδου και βαθμού ανάπτυξης κάθε χώρας(κοινωνικοί δείκτες). Το στοιχείο αυτό υποδεικνύει τη διαλεκτική σχέση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού μιας χώρας και του βαθμού της οικονομικής της ανάπτυξης.

2.2 Παράμετροι που επηρεάζουν τους δείκτες υγείας και την ποιότητα ζωής

Θα αναφερθούν στη συνέχεια ορισμένα χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τους προαναφερθέντες δείκτες υγείας, όπως είναι:

2.2.1 Η ηλικία

Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση της ηλικίας με τη συχνότητα σχεδόν όλων των νοσημάτων. Ένα παράδειγμα σχέσης της ηλικίας με μια νόσο, έχουμε στην ηπατίτιδα Β. σε μια μελέτη που διεξήχθη στην Αθήνα, παρατηρήθηκε ότι όσο αυξάνει η ηλικία, τόσο αυξάνει παράλληλα ο επιπολασμός των εργαστηριακών ενδείξεων προγενέστερης έκθεσης στον ιό της ηπατίτιδας Β.

³⁶ Ραχιώτη, Γ. Μπεχράκη, Π.Κ., Ποιότητα ζωής. εννοιολογική εξειδίκευση, κλίμακες μέτρησης και βιοηθικά προβλήματα. Ιατρική 2006, 89(2), σελ. 186.

2.2.2 Το φύλο

Είναι πλέον αποδεκτό σε παγκόσμια κλίμακα πως η θνησιμότητα των ανδρών είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των γυναικών. Διαφορετικά, όμως, είναι τα συγκριτικά δεδομένα στον τομέα νοσηρότητας. Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα συγκριτικά με τους άνδρες. Για την εξήγηση της διάστασης ανάμεσα στην αυξημένη νοσηρότητα των γυναικών και στη μειωμένη θνησιμότητά τους, έχουν διατυπωθεί δύο υποθέσεις: α) η νοσηρότητα των γυναικών έχει χαρακτηριστικά που τις προσδίδουν καλύτερη πρόγνωση και β) οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευκολία μετατροπής των ιατρικών τους αναγκών σε ζήτηση αλλά και χρησιμοποίηση των ιατρικών υπηρεσιών.

2.2.3 Φυλή, εθνικότητα, θρησκεία

Οι φυλετικές διαφοροποιήσεις συνήθως συνδέονται με κοινωνικό-οικονομικές διαφοροποιήσεις. Για παράδειγμα οι μαύροι στις Η.Π.Α. εμφανίζουν περίπου τριπλάσια θνησιμότητα σε σχέση με τους λευκούς.

Το γεγονός αυτό αποδόθηκε στην υποδεέστερη κοινωνική θέση των μαύρων, που προσδιόρισε και την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας. Σήμερα θεωρείται ότι η κοινωνικό-οικονομική τάξη, η φυλή, η εθνικότητα αποτελούν συγχυτές της νοσηρότητας και της θνησιμότητας.

Σχετικά με τη θρησκεία μια από τις πιο διαδεδομένες συσχετίσεις της με τις νόσους είναι η χαμηλή συχνότητα καρκίνου του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες του Ισραήλ.

2.2.4 Οικογενειακή κατάσταση

Διακρατικές μελέτες δείχνουν ότι ειδικοί δείκτες θνησιμότητας (κατά φύλο και ηλικία) είναι μεγαλύτεροι στον άγαμο πληθυσμό απ' ό τι στον έγγαμο, και αυτό ισχύει για όλες τις αιτίες θανάτου. Για την ερμηνεία αυτού του φαινομένου έχουν προταθεί δύο υποθέσεις : α) αυτοί που έχουν χειρότερο επίπεδο υγείας είναι πιθανότερο να μη νυμφευθούν ή να μη ξανανυμφευθούν (μετά από θάνατο συζύγου ή διαζύγιο) συγκριτικά με αυτούς που έχουν καλό επίπεδο υγείας και β) το φυσικό, κοινωνικό, συναισθηματικό περιβάλλον των άγαμων είναι περισσότερο επιβλαβές στην υγεία τους απ' ό τι αυτό των εγγάμων. Οι παραπάνω τάσεις έχουν παρατηρηθεί και στην Ελλάδα.

2.2.5 Κοινωνικά – οικονομικά χαρακτηριστικά

Το επίπεδο υγείας των πληθυσμών χαρακτηρίζεται από υγειονομικές διαφορές και ανι-

σότητες, οι οποίες εντοπίζονται τόσο μεταξύ χωρών με διαφορετικά επίπεδα ανάπτυξης και ποικίλα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά, όσο στο εσωτερικό της κοινωνίας κάθε χώρας. Είναι ευρέως αποδεκτό πως σε παγκόσμιο επίπεδο, η γενική νοσηρότητα και θνησιμότητα είναι μεγαλύτερη στις κατώτερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις. Για την ερμηνεία αυτών των διαφοροποιήσεων έχουν διατυπωθεί δυο υποθέσεις. Η πρώτη είναι υπόθεση της κοινωνικής αιτιότητας, σύμφωνα με την οποία το επίπεδο υγείας σχετίζεται με κοινωνικούς παράγοντες όπως το εργασιακό περιβάλλον. Η δεύτερη είναι αυτή της επιλογής της υγείας, η οποία υποστηρίζει ότι η κοινωνική κινητικότητα επηρεάζεται από την υγεία, με αποτέλεσμα οι υγείς να ανέρχονται κοινωνικά, ενώ οι μη υγιείς να κατέρχονται.

2.2.6 Το φυσικό περιβάλλον

Το φυσικό περιβάλλον είναι μια πλευρά της ποιότητας ζωής στο πλαίσιο της ευρύτερης περιβαλλοντικής διάστασης. Η ρύπανση του φυσικού περιβάλλοντος είναι ένα ζήτημα ιδιαίτερης σημασίας για την εποχή μας και έχει πολυπαραγοντικό χαρακτήρα. Στο πλαίσιο αυτής της πολυπαραγοντικής έκθεσης σε τοξικούς παράγοντες, μελέτη στην Ολλανδία υπολόγισε τη συμβολή της ρύπανσης του περιβάλλοντος στην πρόκληση βλαβών στην υγεία σε ποσοστό περίπου 5%.

2.3 Δείκτες μέτρησης ποιότητας ζωής

Οι δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής³⁷ που θα αναφερθούν έχουν έντονο οικονομικό χαρακτήρα, αφού χρησιμοποιούνται μεταξύ άλλων για την εκτίμηση της σχέσης κόστους – αποτελεσματικότητας ορισμένων θεραπειών, και κατά συνέπεια αποτελούν ένα κριτήριο κατανομής πόρων. Η φόρτιση των δεικτών αυτών με οικονομικό περιεχόμενο έχει προκαλέσει ποικίλες αντιπαραθέσεις για την επιστημονική αλλά και ηθική τους αξιοπιστία.

Από τους δείκτες αυτούς θα αναφερθούν οι βαθμοί ευεξίας (quality of well-being, QWB), τα ποιοτικώς προσδιορισμένα έτη ζωής (quality adjusted life years, QALYS) και τα προσαρμοσμένα στην ανικανότητα έτη ζωής (disability adjusted life years, DALY).

2.3.1 Οι βαθμοί ευεξίας

Οι βαθμοί ευεξίας παράγονται από την εφαρμογή της κλίμακας ευεξίας, η οποία εκπονήθηκε για να διευκολύνει την εκτίμηση του κόστους- οφέλους και κατά συνέπεια να

³⁷ Ραχιώτη, Γ. Μπεχράκη, Π.Κ., *Ποιότητα ζωής, εννοιολογική εξειδίκευση, κλίμακες μέτρησης και βιοηθικά προβλήματα*. Ιατρική 2006, 89(2), σελ. 191.

δίνει κατευθύνσεις για την κατανομή και τη διάθεση των υγειονομικών πόρων. Πυρήνας της κλίμακας ευεξίας είναι η απόπειρα ποσοτικής έκφρασης σε έτη ζωής των αποτελεσμάτων των ιατρικών παρεμβάσεων. Το αν τα έτη ζωής θα κερδισθούν ή θα απωλεσθούν εξαρτάται από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Ως χρόνος ευεξίας θεωρείται ένα έτος χωρίς ασθένεια και βαθμολογείται στη κλίμακα ευεξίας με άριστα το 1,00. Όταν κάποια ασθένεια μεσολαβήσει και επέλθει μείωση της ποιότητας ζωής κατά μισό έτος, τότε η ετήσια βαθμολογία είναι 0,5. Η διαίρεση του συνόλου των βαθμών ευεξίας με το συνολικό κόστος της θεραπείας μας παρέχει τον δείκτη κόστους- αποτελεσματικότητας.

2.3.2 Τα ποιοτικώς προσαρμοσμένα έτη ζωής (QALYS)

Η μέθοδος των QALYS³⁸ έχει ως βάση της την κλίμακα ευεξίας, αλλά ταυτόχρονα είναι πιο απλουστευμένη, με επικέντρωση στην αξιολόγηση διαφορετικών καταστάσεων υγείας και ιδιαίτερα της κινητικότητας και του πόνου.

Θα ήταν χρήσιμο να παρατεθεί ο ορισμός του QALY: «Η ουσία ενός QALY θεωρεί ένα “προσδόκιμο έτος μη υγιούς ζωής” μικρότερο του 1. Η ακριβής τιμή του είναι τόσο μικρότερη, όσο χειρότερη είναι η ποιότητα ζωής ενός μη υγιούς ατόμου (και αυτό είναι το περιεχόμενο του μέρους “Ποιοτικώς Προσαρμοσμένο”). Εάν ο θάνατος εξισωθεί με μηδέν, είναι καταρχήν πιθανό ένα QALY να είναι αρνητικό, δηλαδή η ποιότητα ζωής κάποιου να είναι χειρότερη από το θάνατο». Από τον παραπάνω ορισμό αναδύονται προβλήματα βιοηθικής, τα οποία επιτείνονται λόγω της επίδρασης των οικονομικών στόχων της έννοιας των QALYS.

Στη δεκαετία του '80 στις Η.Π.Α, στην πολιτεία του Όρεγκον, προκειμένου να γίνει πενταετής ανασχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας στο πρόγραμμα Medicaid (πρόγραμμα για τις ασθενέστερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις), τα QALYS χρησιμοποιήθηκαν ως εργαλείο του ανασχεδιασμού. Αποτέλεσμα ήταν οι πάσχοντες από νοσήματα όπως AIDS ή νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου να έχουν ελάχιστες πιθανότητες ικανοποιητικής φροντίδας υγείας. Στο πλαίσιο αυτό τα QALYS δέχτηκαν κριτική ότι προωθούν διακρίσεις εναντίον υποδεέστερων κοινωνικών τάξεων και σε τελική ανάλυση συνιστούν μια απειλή εναντίον της ποιότητας ζωής. Στον πυρήνα της κριτικής των QALYS είναι η θέση ότι η έννοια των QALYS αντιτίθενται στην αρχή ότι η ζωή όλων των ανθρώπων έχει την ίδια αξία.

Οι υποστηρικτές των QALYS, από την άλλη πλευρά, δίνουν προτεραιότητα στη χρήση

³⁸ Ραχιώτη, Γ. Μπεχράκη, Π.Κ., Ποιότητα ζωής, εννοιολογική εξειδίκευση, κλίμακες μέτρησης και βιοηθικά προβλήματα. Ιατρική 2006, 89(2), σελ. 192.

τους ως εργαλείων ανακατανομής των υγειονομικών πόρων και καθορισμού προτεραιοτήτων στον τομέα της υγείας. Οι αντιπαραθέσεις σχετικά με τα QALYS οδήγησαν ορισμένους ερευνητικούς κύκλους ενός δείκτη ποιότητας ζωής.

2.3.3 Τα προσαρμοσμένα στην ανικανότητα έτη ζωής και το συνολικό φορτίο της νόσου

Το 1993 η Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank) χρησιμοποίησε ένα νέο δείκτη, τα προσαρμοσμένα στην ανικανότητα έτη ζωής, disability adjusted life years (DALYS) με στόχο αφενός τη μέτρηση του επιπέδου υγείας των πληθυσμών και αφετέρου τον καθορισμό προτεραιοτήτων στις υγειονομικές παρεμβάσεις στο πλαίσιο της λογικής: κόστος – αποτελεσματικότητα (cost-effectiveness). Τα DALYS (τα οποία έγιναν αποδεκτά και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) συνδυάζουν πληροφορίες σχετικές με τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα, τις οποίες εκφράζουν ποσοτικά σε «χαμένα χρόνια υγείας» (Healthy years lost).³⁹

Ένα DALY εκφράζει τα χαμένα χρόνια ζωής από πρώιμο θάνατο, καθώς και τα χρόνια που ζει ο ασθενής με ανικανότητα συγκεκριμένης βαρύτητας και διάρκειας. Κατ' αυτόν τον τρόπο, 1 DALY αντιστοιχεί σε ένα χαμένο έτος υγιούς ζωής (Lost year of healthy life). Το DALY είναι ο μόνος ποσοτικός δείκτης μιας νέας έννοιας, του «συνολικού φορτίου της νόσου» (Global Burden of Disease). Το συνολικό φορτίο της νόσου είναι μια προσέγγιση στην επιδημιολογική έρευνα, που χρησιμοποιεί μια πρότυπη μονάδα, τα «προσαρμοσμένα στην ανικανότητα έτη ζωής» (DALYS) προκειμένου να πραγματοποιηθούν συγκρίσεις (μεταξύ γεωγραφικών περιφερειών) για 107 νοσήματα.

Οι συγκρίσεις αυτές περιλαμβάνουν τις εκτιμήσεις της ειδικής κατά αιτία θνησιμότητας, της συχνότητας, της μέσης ηλικίας έναρξης της νόσου, της διάρκειας και τη σοβαρότητα της ανικανότητας. Επίσης, στο πλαίσιο του συνολικού φορτίου της νόσου ελέγχονται παράγοντες όπως η κακή διατροφή, η κακή ποιότητα του νερού, το επίπεδο ατομικής και δημοσίας υγιεινής, οι επισφαλές σεξουαλικές επαφές, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και το επαγγελματικό ιστορικό.

2.4 Κλίμακες μέτρησης της ποιότητας του ατόμου στα πλαίσια των γενικών χαρακτηριστικών της υγείας

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια εκθετική αύξηση των μελετών που αφορούν στην

³⁹ Ραχιώτη, Γ. Μπεχράκη, Π.Κ., *Ποιότητα ζωής. εννοιολογική εξειδίκευση, κλίμακες μέτρησης και βιοηθικά προβλήματα*. Ιατρική 2006, 89(2), σελ. 192.

ποιότητα ζωής στην ιατρική έρευνα. Ανάλογη ανάπτυξη παρουσιάστηκε και στον αριθμό των μεθοδολογικών εργαλείων που στοχεύουν στη μέτρηση διαφόρων διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Τα εργαλεία αυτά έχουν εφαρμογή είτε σε γενικό πληθυσμό, είτε σε ειδικούς πληθυσμούς. Στη συνέχεια θα αναφερθούν ορισμένα μεθοδολογικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής.⁴⁰

2.4.1 Υγειονομική απεικόνιση του Νότινγκαμ, προφίλ υγείας (*Nottingham health profile*)

Περιέχει 6 ενότητες με συνολικές 38 ερωτήσεις (η κάθε μια χαρακτηρίζεται από ειδικό βαθμολογικό συντελεστή), που αναφέρονται στο επίπεδο ενεργητικότητας του ατόμου, τη συναισθηματική του κατάσταση, την κοινωνικότητα, τον ύπνο, τη σεξουαλική δραστηριότητα και άλλες παραμέτρους όπως δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.

2.4.2 Απεικόνιση επιπτώσεων της αρρώστιας (*Sickness impact profile*)

Στο εργαλείο αυτό περιέχονται 136 ερωτήσεις που αφορούν στην επίπτωση της αρρώστιας στη σωματική και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Όπως ισχύει και στο προφίλ υγείας του Νότινγκαμ, το άτομο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο έχει τη δυνατότητα να απαντήσει Ναι ή Όχι σε κάθε ερώτηση, η οποία έχει ειδικό συντελεστή βαθμολογίας. Η τελική βαθμολογία υπολογίζεται αφού ληφθεί υπόψη ο ειδικός συντελεστής κάθε επιμέρους ερώτησης. Παρά το γεγονός της ευρύτατης χρήσης του, ο μεγάλος αριθμός ερωτήσεων που περιέχει καθιστά τη χρήση του δυσχερή.

2.4.3 Γενικοί πίνακες κατάταξης της υγείας (*General health ratings index*)

Με τη χρησιμοποίηση της κλίμακας αυτής επιχειρείται η μελέτη της ποιότητας ζωής στα πλαίσια των γενικότερων χαρακτηριστικών της υγείας, με συνεκτίμηση της προηγούμενης, της παρούσας, αλλά και της μελλοντικής κατάστασης της υγείας.

Κοινό χαρακτηριστικό των τριών κλιμάκων που προαναφέρθηκαν είναι το γεγονός ότι σημαντική θέση στην προσπάθεια μέτρησης της ποιότητας ζωής, κατέχει η αποτύπωση του βαθμού πραγματοποίησης των καθημερινών του δραστηριοτήτων, καθώς και η κοινωνικότητα του ατόμου. Για τη μέτρηση της ποιότητας στο πλαίσιο των γενικών χαρακτηριστικών της υγείας αναπτύχθηκαν διάφορα υποδείγματα κλιμάκων. Η πλέον διαδεδομένη αναπτύχθηκε τη δεκαετία του 1970 από τη Rosser, και περιλάμβανε 29 «καταστάσεις υγείας» με 4 βαθμούς δυσανεξίας και 8 βαθμούς ανικανότητας. Στην κλίμακα αυτή η τέλεια

⁴⁰ Ραχιώτη, Γ. Μπεχράκη, Π.Κ., *Ποιότητα ζωής, εννοιολογική εξειδίκευση, κλίμακες μέτρησης και βιοηθικά προβλήματα*. Ιατρική 2006, 89(2), σελ. 188.

υγεία βαθμολογείται με 1 και ο θάνατος με 0. Έτσι προκύπτει ότι η μέτρηση της ποιότητας στα πλαίσια των γενικών χαρακτηριστικών της υγείας σχετίζεται με μια ευρύτερη «θετική» θεώρηση της υγείας. Το γεγονός αυτό κατέστη ιδιαίτερα σημαντικό διότι συνδέεται με τη διεύρυνση των στόχων της φροντίδας της υγείας, πέρα από την επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής, με στόχους την πρόληψη και τη θεραπεία της ασθένειας

Τρία ακόμη σημαντικά μεθοδολογικά εργαλεία για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής είναι : α) το ερωτηματολόγιο του Euroqol, β) το μεθοδολογικό εργαλείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization Quality of Life 100) και τελευταίο εργαλείο, με τη βοήθεια του οποίου θα ολοκληρωθεί η παρούσα έρευνα, είναι η «βραχεία μορφή 36» (Short- form 36).

2.4.4 Το ερωτηματολόγιο Euro- quality of life (Euroqol)

Εμφανίστηκε το 1987, με πρωτοβουλία μεταξύ άλλων του καθηγητή A. Williams, από το πανεπιστήμιο του York στην Αγγλία. Στόχος της πρωτοβουλίας ήταν η δημιουργία ενός κοινού εργαλείου για την περιγραφή και την εκτίμηση της υγείας και της ποιότητας ζωής. Το εργαλείο αυτό αναπτύχθηκε από έναν πολυκεντρικό, πολυεθνικό, διεπιστημονικό οργανισμό, την ομάδα Euroqol (Euroqol group).

Το άτομο, που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο αυτό, καλείται να αυτοεκτιμήσει την υγεία του επιλέγοντας ένα από τα 3 επίπεδα σοβαρότητας (κανένα πρόβλημα, μέτρια προβλήματα, σοβαρά προβλήματα) σε κάθε μια από τις 5 διαστάσεις του Euroqol., α) κινητικότητα, β) αυτοεξυπηρέτηση, γ) συνήθειες δραστηριότητες, δ) πόνος ή δυσφορία, ε) άγχος και κατάθλιψη. Ο συνδυασμός διαφορετικών επιπέδων κάθε διάστασης δίνει ένα σύνολο 243 καταστάσεων υγείας.

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι το ερωτηματολόγιο των 5 διαστάσεων (EQ-5D) είναι ένα εργαλείο για τη μέτρηση της υγείας και τη φροντίδα υγείας. Παρέχει μια απλή μορφή απεικόνισης και εκτίμησης της κατάστασης της υγείας, στην οποία η πλήρη υγεία βαθμολογείται με 1 και ο θάνατος με 0. σχεδιάστηκε ειδικά για να συμπληρώσει άλλα εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, όπως η βραχεία μορφή 36, το προφίλ υγείας του Νότιγγαμ, καθώς και εργαλεία ειδικά για συγκεκριμένες παθήσεις. Έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, στην Ελλάδα έχει σταθεροποιηθεί από την ομάδα του κ. Υφαντόπουλου στο Πανεπιστήμιο Αθηνών.

2.4.5 Τα μεθοδολογικά εργαλεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (World Health Organization Quality of Life 100)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας με τη βοήθεια 15 συνεργαζόμενων κέντρων από όλο τον κόσμο, εκπόνησε δύο εργαλεία για τη μέτρηση ποιότητας ζωής, το World Health Organization Quality of Life 100 και τη βραχεία μορφή του. Τα εργαλεία αυτά, αφενός μπορούν να εφαρμοστούν σε μια ποικιλία πολιτισμικών δεδομένων, γεγονός που επιτρέπει να συγκριθούν αποτελέσματα από πληθυσμούς διαφορετικών χωρών και αφετέρου μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε πολλούς τομείς, όπως η ιατρική πρακτική, η έρευνα και σχεδιασμός πολιτικής υγείας. Μια ακόμα σημαντική διάσταση της χρήσης των εργαλείων αυτών είναι η βελτίωση της σχέσης ιατρού – ασθενή, η οποία επιτυγχάνεται μέσω του επιπέδου κατανόησης –εκ μέρους του ιατρού- του τρόπου με τον οποίο η νόσος επηρεάζει τη ποιότητα ζωής του ασθενούς.

Η δομή του εργαλείου του Π.Ο.Υ.(WHOQOL-100) ανταναικλά τα θέματα που επεξεργάστηκε μια ομάδα ειδικών επιστημόνων, θέματα που θεωρήθηκαν σημαντικά για την ποιότητα ζωής. Στο παραπάνω εργαλείο περιλαμβάνονται 6 ευρείες διαστάσεις: α) φυσική υγεία, β) ψυχική υγεία, γ) επίπεδο ανεξαρτησίας, δ) κοινωνικές σχέσεις, ε) περιβάλλον, στ) προσωπικές πεποιθήσεις και 24 πλευρές των διαστάσεων αυτών.

2.4.6 Η βραχεία μορφή 36 (Short-form 36)

Το ερωτηματολόγιο με την επωνυμία SF-36 περιέχει 8 διαστάσεις. Οι 4 αναφέρονται στη σωματική και οι υπόλοιπες 4 στην πνευματική υγεία. Η πρώτη διάσταση αναφέρεται στη συνολική κατάσταση της υγείας, η δεύτερη σχετίζεται με τις αλλαγές στην κατάσταση υγείας, σε χρονικό ορίζοντα ενός έτους. Η Τρίτη και η τέταρτη διάσταση αναφέρονται στους περιορισμούς των σωματικών και συνήθων δραστηριοτήτων. Ο πόνος και οι συνέπειές του αποτελούν το κεντρικό στοιχείο της πέμπτης διάστασης. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα και οι περιορισμοί που προκαλούνται από την κατάσταση της συναισθηματικής υγείας αποτελούν την έκτη και έβδομη διάσταση. Και τέλος, η όγδοη διάσταση συνδέεται με την εκτίμηση του επιπέδου ζωτικότητας.

2.5 Ποιοτικές έρευνες στο χώρο της υγείας

Μέχρι πριν λίγες δεκαετίες, οι ερευνητές από το χώρο των επιστημών υγείας υποστήριζαν με δογματική προσήλωση ότι αντικειμενικά και αξιόπιστα θεωρούνται μόνο τα αποτελέσματα των ερευνών που είναι ποσοτικά εκφρασμένα, έχουν προκύψει μέσα από αυστη-

ρές διαδικασίες στατιστικού ελέγχου και ανάλυσης. Κατά συνέπεια, η ποιοτική προσέγγιση στη έρευνα δέχτηκε οξύτατη κριτική, τόσο για τον τρόπο σχεδιασμού/τεχνικές συλλογής και ανάλυσης δεδομένων που εφαρμόζει.

Παραδοσιακά, υποστηρίζεται ότι για να θεωρούνται τα δεδομένα και τα αποτελέσματα μιας έρευνας επιστημονικά αληθή, θα πρέπει να είναι έγκυρα και αξιόπιστα. Οι έννοιες αυτές υιοθετήθηκαν, τόσο από τη μεθοδολογία των ποσοτικών ερευνών, ως απαραίτητες συνθήκες για να αναδεικνύεται η αξία των ερευνητικών αποτελεσμάτων, όσο και από την ποιοτική μεθοδολογία, με τη διαφορά ότι σε αυτή εκτιμώνται με διαφορετικά κριτήρια, αφού η φύση, οι στόχοι και η διατύπωση των ερευνητικών προβλημάτων που μελετώνται με ποιοτικό τρόπο διαφέρουν.⁴¹

2.5.1 Χρησιμότητα ποιοτικών ερευνών στις επιστήμες υγείας

Η επιλογή του είδους της μεθοδολογίας που θα επιλέξει ο ερευνητής κατά την εκπόνηση μιας μελέτης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο. Η ποιοτική μεθοδολογία θεωρείται περισσότερο κατάλληλη για την προσέγγιση νέων ή σχετικά άγνωστων γνωστικών περιοχών, αντικειμένων, γεγονότων και φαινομένων, όπως για παράδειγμα ο τρόπος ζωής των ανθρώπων, οι βιωμένες εμπειρίες τους, διάφορες απλές και σύνθετες συμπεριφορές, ευρύτερα κοινωνικά και πολιτιστικά φαινόμενα, αλληλεπιδράσεις μεταξύ λαών κ.λ.π. ειδικά σε ότι αφορά τις εμπειρίες, τα συναισθήματα, τα κίνητρα και τις αντιλήψεις – στάσεις των ατόμων, για τα οποία είναι δύσκολο κάποιος να εξάγει συμπεράσματα διαμέσου περισσότερο «συμβατικών» ποσοτικών μεθόδων έρευνας, η ποιοτική μεθοδολογία αποδεικνύεται ιδιαίτερα χρήσιμη.⁴²

2.5.2 Κριτήρια αξιολόγησης ποιοτικών ερευνών

Οι περισσότεροι ερευνητές που χρησιμοποιούν ποιοτικές μεθόδους στις μελέτες τους, έχουν την πεποίθηση ότι οι συνηθισμένοι κανόνες και τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται στις ποσοτικές έρευνες για τη διασφάλιση της «επιστημονικότητας» τους πρέπει να τροποποιηθούν ή να ορισθούν διαφορετικά, ώστε να ταιριάζουν με τη φύση, τους στόχους και τη διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων της ποιοτικής έρευνας.

Ειδικότερα, ενώ στην ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση αναφέρονται συχνά οι έννοιες «εσωτερική και εξωτερική εγκυρότητα», καθώς και «αξιοπιστία» μια έρευνας, στην

⁴¹ Μπελλάλη, Θ., *«Κριτήρια και διαδικασία αξιολόγησης των ποιοτικών ερευνών στο χώρο της υγείας»*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(3), σελ. 298.

⁴² Μπελλάλη, Θ., ό.π., σελ. 299.

ποιοτική μεθοδολογία οι περισσότεροι ερευνητές δεν υιοθετούν τη θετικιστική ταξινόμηση και αντί για «εσωτερική εγκυρότητα» μιλούν για «πιστότητα» και «αυθεντικότητα», ενώ την «εξωτερική εγκυρότητα» την ορίζουν ως «εφαρμοσιμότητα» στο φαινόμενο που μελετάται, σε παρόμοιες ομάδες και στη μελετώμενη ομάδα. Επίσης, αντί του όρου «αξιοπιστία» χρησιμοποιούν τον ποιοτικό όρο «σταθερότητα» και «δυνατότητα αναπαραγωγής» (πίνακας 2.2).⁴³

Πίνακας 2.2: Κριτήρια αξιολόγησης ποιοτικών ερευνών

Α. Εγκυρότητα	- Εσωτερική	<ul style="list-style-type: none"> • Πιστότητα • Αυθεντικότητα
	- Εξωτερική	<ul style="list-style-type: none"> • Εφαρμοσιμότητα στο φαινόμενο • Εφαρμοσιμότητα σε παρόμοιες ομάδες • Εφαρμοσιμότητα στη μελετώμενη ομάδα
Β. Αξιοπιστία		<ul style="list-style-type: none"> • Σταθερότητα • Δυνατότητα αναπαραγωγής

2.5.2.1 Το κριτήριο της Εγκυρότητας

Στις έρευνες των κοινωνικών επιστημών είναι δύσκολο και αρκετά περίπλοκο να οριστεί, να ελεγχθεί και να εκτιμηθεί η έννοια της εγκυρότητας, αφού η φύση της πραγματικότητας είναι διυποκειμενική και η τέλεια εγκυρότητα δεν είναι καν θεωρητικά εφικτή. Το θέμα της εγκυρότητας είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το πρόβλημα της θεωρίας. Τόσο σε ποσοτικό επίπεδο όσο και σε ποιοτικό, το ερώτημα είναι κατά πόσο ο ερευνητής αξιολογεί αυτό που νομίζει ότι αξιολογεί και κατά πόσο η ερμηνεία των δεδομένων έχει αξία και μπορεί να γενικευτεί. Με άλλα λόγια, κατά πόσο τα φαινόμενα μετρώνται (ποσοτικά) ή περιγράφονται και διερευνώνται (ποιοτικά) με το σωστό τρόπο.

Όπως προαναφέρθηκε στις ποιοτικές έρευνες, η εγκυρότητα εκφράζεται με τις έννοιες της πιστότητας και της αυθεντικότητας, οι οποίες και αφορούν στον εντοπισμό, στο θεωρητικό προσδιορισμό και τον τρόπο δόμησης των κατηγοριών του υπό μελέτη φαινομένου. Και ενώ στις ποσοτικές έρευνες η εγκυρότητα εξαρτάται από την επιλογή του σωστού «εργαλείου» μέτρησης των δεδομένων, σύμφωνα με του Lincoln και Cuba, στην ποιοτική έρευνα «εργαλείο» είναι ο ίδιος ο ερευνητής, ο οποίος καλείται –βάσει της δικής του αντίληψης- να ανακαλύψει τη «σχετική» αλήθεια στα φαινόμενα που μελετά. Το κριτήριο της

⁴³ Μπελλάλη, Θ., «Κριτήρια και διαδικασία αξιολόγησης των ποιοτικών ερευνών στο γώρο της υγείας». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(3), σελ. 301.

εφαρμοσιμότητας στη μελετώμενη ομάδα θεωρείται πολύ βασικό, για το λόγο ότι το θεωρητικό μοντέλο που διατυπώνεται πρέπει να αναδύεται από τα ίδια τα δεδομένα και να «εφαρμόζει» άμεσα σε αυτά.

Διαπιστώνει, λοιπόν, κάποιος ότι οι ποιοτικές έρευνες δεν ενδιαφέρονται τόσο για τη γενίκευση των αποτελεσμάτων, διότι σε αυτές τις μελέτες κάθε γενίκευση αποτελεί μια υπόθεση υπό διαρκή έλεγχο και όχι ένα διαχρονικό συμπέρασμα.

2.5.2.2 Το κριτήριο της Αξιοπιστίας

Όσον αφορά στην εκτίμηση της αξιοπιστίας μιας ερευνητικής διαδικασίας και των αποτελεσμάτων της, αυτή αναφέρεται σε διάφορες όψεις της σταθερότητας των δεδομένων και συνίσταται στον προσδιορισμό με ακρίβεια και συνέπεια του βαθμού στον οποίο οι ατομικές διαφορές των υποκειμένων οφείλονται σε πραγματικές διαφορές και όχι σε τυχαία σφάλματα (συνθήκες, παράγοντες κ.λπ). Συνεπώς, εάν επαναληφθεί η έρευνα από τον ίδιο ερευνητή σε διαφορετικό χρόνο ή το αντίστροφο, θα πρέπει να αποφέρει τα ίδια ή σχεδόν τα ίδια αποτελέσματα κάτω από ίδιες συνθήκες.⁴⁴

Στην ποιοτική έρευνα, η έννοια της αξιοπιστίας αποδίδεται κυρίως με τους όρους σταθερότητα και δυνατότητα αναπαραγωγής των δεδομένων και συνεπώς των αποτελεσμάτων. Όσον αφορά στη σταθερότητα, τα αποτελέσματα στην ποιοτική έρευνα είναι αποδεκτό να μην είναι ακριβώς ίδια (ποτέ όμως αντίθετα), τόσο γιατί είναι ανέφικτο να διατηρηθούν σταθερές οι αμετάβλητες οι συνθήκες κατά τη μελέτη των κοινωνικών φαινομένων, όσο και επειδή μπορεί να υπάρξουν αλλαγές στο γνωστικό επίπεδο του ερευνητή. Δηλαδή, μπορεί ο ερευνητής να δει τα πράγματα από διαφορετικό γνωστικό πρίσμα, χωρίς αυτό να σημαίνει προβληματική ανάλυση και ερμηνεία.

Η έλλειψη δυνατότητας αναπαραγωγής των αποτελεσμάτων μιας ποιοτικής μελέτης μεταξύ δυο διαφορετικών, ανεξάρτητων ερευνητών, οι οποίοι χρησιμοποιούν την ίδια ή διαφορετική προσέγγιση (ποιοτική ή ποσοτική), είναι αυτή που έχει κυρίως κατηγορηθεί για την αδυναμία διασφάλισης της αξιοπιστίας στην ποιοτική μεθοδολογία. Ο λόγος που δεν υπάρχει ακριβής επαλήθευση μεταξύ των ευρημάτων δυο ερευνητών στον ίδιο χρόνο, αφορά στο ότι τα ευρήματα του καθενός βασιστήκαν στη καλύτερη δυνατή ανάλυση και ερμηνεία βάσει προσωπικών δεξιοτήτων, χαρακτηριστικών και άλλων συνθηκών (διαθέσιμος χρόνος, πηγές κ.λπ.). Δύο αναλύσεις δεν μπορεί ποτέ να είναι ίδιες ακριβώς, αφού δύο ερευνητές δεν είναι ποτέ ίδιοι.

⁴⁴ Μπελλάλη, Θ., *«Κριτήρια και διαδικασία αξιολόγησης των ποιοτικών ερευνών στο γώσο της υγείας»*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(3), σελ. 302.

2.5.3 Τρόποι διασφάλισης των κριτηρίων

Πολλές φορές σε όλα τα στάδια της ερευνητικής διαδικασίας παρεμβάλλονται διάφορες μεροληψίες ή συστηματικές προκαταλήψεις, που απειλούν την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Οι όποιοι κίνδυνοι, όμως, που παρουσιάζονται είναι δυνατόν να προβλέπονται, να ελέγχονται και να μειώνονται στο ελάχιστο με διάφορους τρόπους.⁴⁵

Συχνά, τόσο η πιστότητα όσο και η σταθερότητα των δεδομένων μιας ποιοτικής έρευνας, απειλούνται από :

α) Τον ίδιο τον ερευνητή και τα ερευνητικά υποκείμενα. Αυτοί οι δύο ενδέχεται να έχουν διαφορετικές προσδοκίες, αντιλήψεις και πεποιθήσεις. Επηρεάζοντας τον ερευνητή πως θα ερμηνεύσει τις απαντήσεις και τους συμμετέχοντες στην έρευνα πως θα απαντήσουν.

β) Οι μεροληπτικές τάσεις που μπορεί να επικρατήσουν καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας της έρευνας. Μεροληψίες ως προς:

— Την επιλογή του δείγματος

— Τη συλλογή δεδομένων

Για τη διασφάλιση των κριτηρίων αξιολόγησης των ποιοτικών δεδομένων και των αποτελεσμάτων εφαρμόζονται διάφορες μέθοδοι, οι βασικότερες από τις οποίες είναι οι έξης :

— Έλεγχος του τρόπου δειγματοληψίας: Η δειγματοληψία στις ποιοτικές έρευνες πραγματοποιείται βάσει συγκεκριμένων στόχων που θέτει ο ερευνητής, προκειμένου να εξασφαλίσει περιπτώσεις πλούσιες σε πληροφόρηση. Κριτήριο επιλογής του δείγματος αποτελεί η δυνατότητα συλλογής επαρκών δεδομένων σχετικά με το αντικείμενο μελέτης, έτσι ώστε να περιγράφεται η ποικιλία του εύρους των διαφόρων διαστάσεων του υπό μελέτη φαινομένου. Όσον αφορά το ιδανικό μέγεθος του δείγματος δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι κανόνες. Εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως το σκοπό της έρευνας, το χρόνο και την ενέργεια του ερευνητή, τις διαθέσιμες πηγές και τη φύση των ερευνητικών ερωτημάτων που έχουν διατυπωθεί.

— «Τριγωνοποίηση ή διασταύρωση»: είναι μια μέθοδος που υλοποιείται με διάφορες τεχνικές, ώστε να εξασφαλίζεται η πιστότητα και η εγκυρότητα.

— Έλεγχος των εναλλακτικών εννοιών, κατηγοριών, ερμηνειών κ.λπ.: ο ερευνητής αναφέρει τις εναλλακτικές ταξινομήσεις που ανέπτυξε, καθώς και τις εναλλακτικές ερμηνείες που δοκίμασε κατά τη διάρκεια της ανάλυσης δεδομένων, έτσι ώστε να αποδεικνύεται η

⁴⁵ Μπελλάλη, Θ., ό.π., σελ. 302-303.

αμεροληψία και η πιστότητα των ερευνητικών συμπερασμάτων.

— Ανάλυση των αρνητικών περιπτώσεων: Αφορά στην παρουσίαση των περιπτώσεων, γεγονότων που φαίνεται να είναι ασύμφωνες και δε γίνονται κατανοητές από το επεξηγηματικό μοντέλο ή τη θεωρία που ανέπτυξε ο ερευνητής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΟΥ(Ο.Π.Α.Δ.) ΣΤΗ ΜΕΣΣΗΝΙΑ

3.1 Η μεθοδολογία της έρευνας

Η έρευνα, που θα παρατεθεί και θα αναλυθεί παρακάτω, πραγματοποιήθηκε, το δεύτερο εξάμηνο του 2008, ξεκίνησε, δηλαδή, 15 Μαΐου και ολοκληρώθηκε 20 Οκτωβρίου του 2008. Για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή ενός ψυχομετρικού οργάνου μέτρησης, της σχετιζόμενης με την υγεία, ποιότητα ζωής, η επισκόπηση υγείας SF-36 (SF-36 health survey). Στο ψυχομετρικό αυτό όργανο έχει ήδη γίνει μια συνοπτική αναφορά στο κεφάλαιο 2 στην υποενότητα 2.4.6.

Το ψυχομετρικό αυτό όργανο χρησιμοποιείται από αρκετές χώρες για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, τις οποίες συνέλλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικά επέλεξαν οι ερευνητές της μελέτης των ιατρικών αποτελεσμάτων (medical outcomes study, MOS) από ένα σύνολο 149 ερωτήσεων, που σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση διαφόρων οργάνων μέτρησης τα οποία χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Το SF-36 περιλαμβάνει οκτώ κλίμακες μέτρησης, αποτελούμενες από 2-10 ερωτήσεις η καθεμία και οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις συχνότερα μετρούμενες διαστάσεις υγείας, στα γνωστότερα όργανα μέτρησης. Συγκεκριμένα, οι κλίμακες μέτρησης είναι οι εξής:

- Σωματική Λειτουργικότητα, ΣΛ (physical functioning), με 10 ερωτήσεις
- Ρόλος Σωματικός, ΡΣ (role physical), με 4 ερωτήσεις
- Σωματικός Πόνος, ΣΠ (bodily pain), με 2 ερωτήσεις
- Γενική Υγεία, ΓΥ (general health), με 5 ερωτήσεις
- Ζωτικότητα, ΖΤ (vitality), με 4 ερωτήσεις
- Κοινωνική Λειτουργικότητα, ΚΛ (social functioning), με 2 ερωτήσεις
- Ρόλος Συναισθηματικός, ΡΣ (role emotional), με 3 ερωτήσεις
- Ψυχική Υγεία, ΨΥ (mental health), με 5 ερωτήσεις

Υπάρχει μια ακόμη ερώτηση, που αναφέρεται στη μεταβολή της υγείας και δεν συμπεριλαμβάνεται στην κατασκευή κάποιας κλίμακας. Οι οκτώ επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δυο γενικότερες κλίμακες, της σωματικής και της ψυχικής υγείας.

Παράλληλα με την ανάπτυξη του SF-36, ξεκίνησε προσπάθεια, μέσω του έργου IQOLA (international quality of life assessment project), να μεταφραστεί σε άλλες γλώσσες, να γίνουν οι απαιτούμενοι έλεγχοι εγκυρότητας και να τυποποιηθεί, ώστε να επιτρέπεται η σύγκριση ατομικών και ομαδικών αποτελεσμάτων.

Τα τρία αυτά στάδια συνιστούν την προτεινόμενη διαδικασία για τη χρήση του SF-36 σε άλλη γλώσσα, μέσω της οποίας συγκρίνονται τα αποτελέσματα που προκύπτουν μεταξύ διαφορετικών χωρών. Το έργο IQOLA ουσιαστικά καθιέρωσε και τεκμηρίωσε, μέσα από εμπειρικές μελέτες σε πολλές χώρες, τις συγκεκριμένες διαδικασίες για τη μετάφραση του SF-36, τον έλεγχο υποθέσεων για τη βαθμολόγηση των ερωτήσεων και την κατασκευή των κλιμάκων πολλαπλών ερωτήσεων (multi-item-scales) και, τέλος, για την τυποποίηση των αποτελεσμάτων.⁴⁶

Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου είναι κωδικοποιημένες, αθροίζονται και ανάγονται σε κλίμακα από το μηδέν (0) που είναι το χειρότερο επίπεδο υγείας έως και το εκατό (100) που είναι το καλύτερο επίπεδο υγείας.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων περιείχε την ελληνική μετάφραση του SF-36 καθώς και πρόσθετες ερωτήσεις για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων.

3.2 Η μέθοδος επιλογής του δείγματος

Για την πραγματοποίηση της ερευνάς μου επιλέχθηκε ένας ασφαλιστικός φορέας παροχής υπηρεσιών υγείας, ο Οργανισμός Περιθαλψής Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ) και συγκεκριμένα η αρμόδια υπηρεσία του φορέα αυτού στο νομό της Μεσσηνίας.

Για τον καθορισμό του δείγματος επιλέχθηκε η τεχνική της δειγματοληψίας κατά αναλογία, βάση του αριθμού προσέλευσης ασφαλισμένων στην ΥΠΙΑΔ Μεσσηνίας. Θεωρώντας αυτόν τον τρόπο πιο αντιπροσωπευτικό για μια έρευνα μικρής κλίμακας όπως αυτή που θα παρατεθεί παρακάτω, χρησιμοποίησα την τεχνική της επιλογής, από ένα συγκεκριμένο

⁴⁶ Περιοδικό «Αρχαία Ελληνική Ιατρική», τεύχος 23 (2), άρθρο των Παππά, Ε., Κοντοδημόπουλου, Ν., Νιάκα, Δ., *Εγκυμοποίηση και ποσοτικοποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του Ελληνικού αστικού πληθυσμού*, σελ. 159-165.

δείγμα, κατά δεύτερο άνδρα και κατά δεύτερη γυναίκα από αυτό το δείγμα⁴⁷.

Δηλαδή, πιο συγκεκριμένα, οι ασφαλισμένοι του δημοσίου, που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και επισκέφτηκαν την υπηρεσία δημοσίου στη Μεσσηνία το τελευταίο εξάμηνο του 2008, από 15 Μαΐου έως 20 Οκτωβρίου, ανέρχεται στον αριθμό των 100 ασφαλισμένων-ασθενών. Από το συνολικό αυτό αριθμό επιλέχθηκε το δείγμα των 45 ατόμων-ασθενών, το οποίο και κατανεμήθηκε σε 23 άνδρες και 22 γυναίκες με τεχνική, που προαναφέρθηκε, κατά δεύτερο άνδρα και κατά δεύτερη γυναίκα.

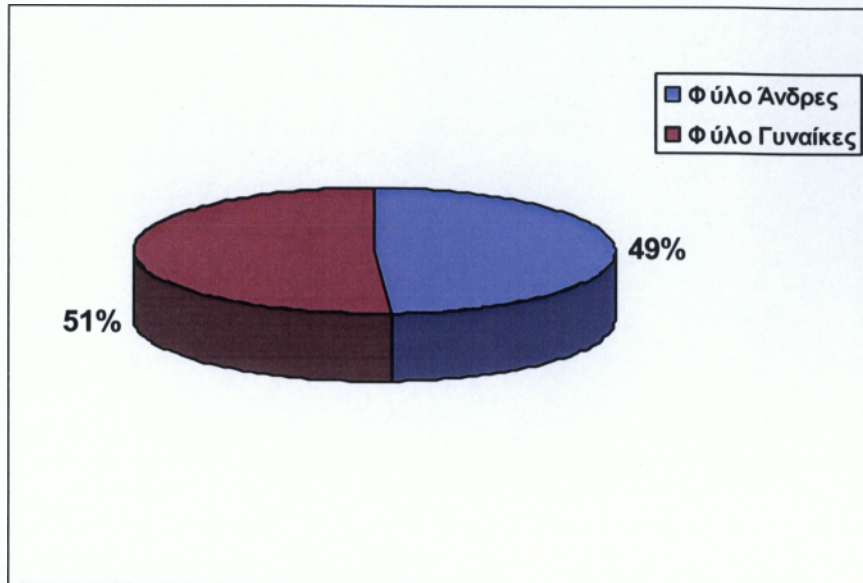
Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν το διάστημα 15-05-2008 έως 20-11-2008 είτε ενώπιον μου είτε μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης κατά το ίδιο διάστημα. Τυγχάνει εκείνο το διάστημα να ασκώ, στο συγκεκριμένο φορέα, την πρακτική μου άσκηση από το Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας όπου και φοιτώ.

Αυτή η συγκυρία με βοήθησε αρκετά, καθώς είχα την ευκαιρία να βρίσκομαι μπροστά στη συμπλήρωση των περισσότερων ερωτηματολογίων. Έτσι, είχα τη δυνατότητα να παρέχω διευκρινιστικές απαντήσεις στις τυχόν απορίες των υποκειμένων της έρευνας, διασφαλίζοντάς τους το απόρρητο των προσωπικών τους στοιχείων και ενημερώνοντάς τους για το σκοπό που έχει αυτή η έρευνα. Και οι 45 συμμετέχοντες βοήθησαν ενεργά στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Άλλοι συμπληρώνοντάς τα μόνοι τους και άλλοι με τη βοήθεια τη δική μου, δίχως κανέναν από αυτούς να αρνηθεί να συμμετάσχει στην έρευνα αυτή.

3.3 Περιγραφή του δείγματος

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά θα παρουσιαστούν παρακάτω υπό τη μορφή διαγραμμάτων προς διευκόλυνση των αναγνωστών με τη συνοδευτική παρουσία σχολιασμού. Το διάγραμμα 3.1 απεικονίζουν το ποσοστό συμμετοχής των γυναικών και των ανδρών.

⁴⁷ Bell, J., (1993), «*Doing Your Research Project*», Gutenberg, Απόδοση στην Ελλάδα από την Βαλεντίνη-Αναστασία Ρήγα «Μεθοδολογικός Σχεδιασμός Παιδαγωγικής και Κοινωνικής Έρευνας, οδηγός για φοιτητές και υποψήφιους διδάκτορες», Gutenberg - Αθήνα 2001, σελίδα 132-133

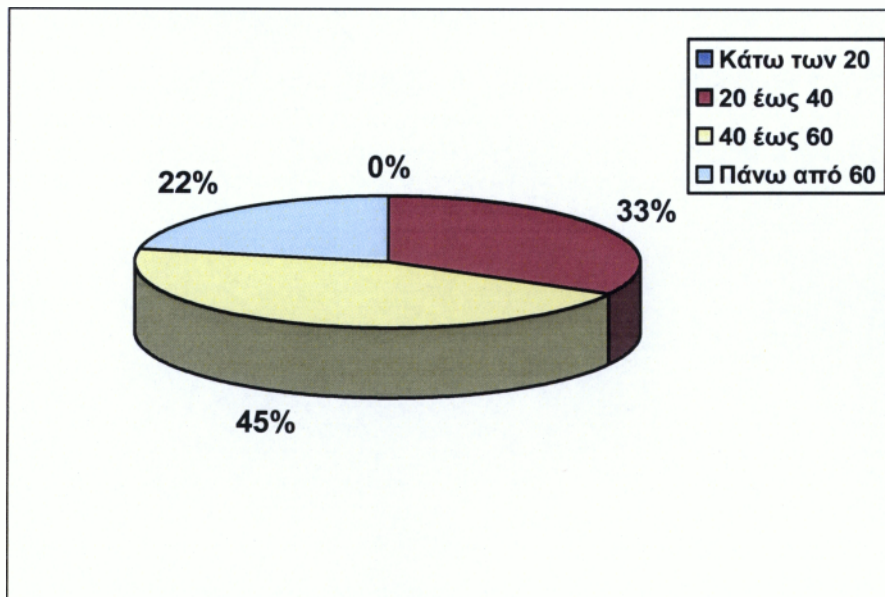


Διάγραμμα 3.1 Κατανομή φύλου

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα το 51% του δείγματος είναι άνδρες και το 49% είναι γυναίκες.

Στο διάγραμμα 3.2 βλέπουμε την κατανομή του δείγματος ανά ηλικία.

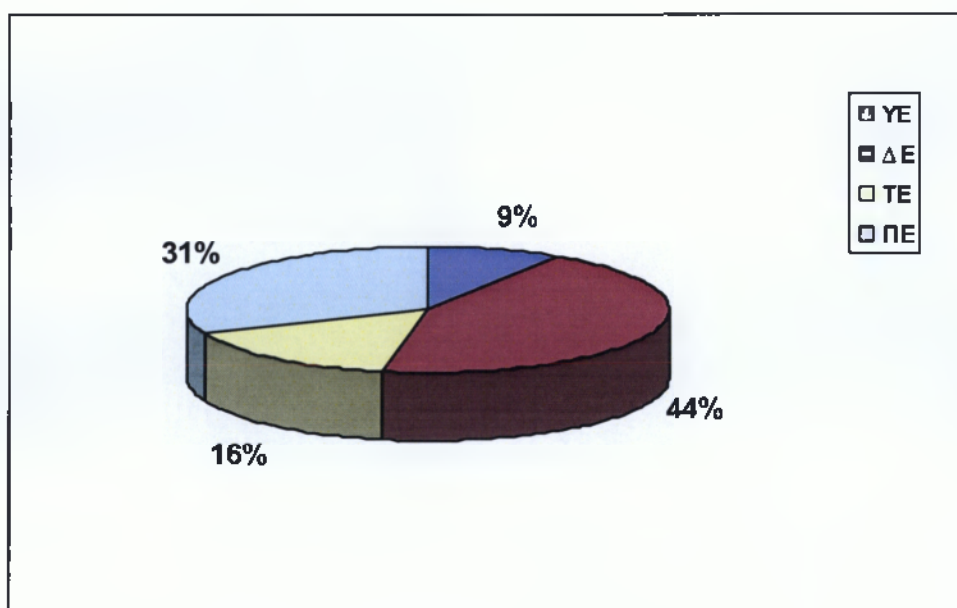


Διάγραμμα 3.2 Κατανομή ανά ηλικία

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Στο παραπάνω διάγραμμα διαπιστώνουμε πως στην ηλικία κάτω των 20 ετών δεν βρέθηκε κανένας διαβητικός, αντίθετα στην ηλικιακή ομάδα των 20 έως 40 ετών το ποσοστό που παρατηρήθηκε φτάνει το 33%, στην επόμενη ηλικιακή ομάδα το ποσοστό ανεβαίνει στο 45% και είναι αυτή των 40 έως 60 ετών η οποία φέρει και το μεγαλύτερο ποσοστό, γεγονός το οποίο δικαιολογείται απόλυτα καθώς ο ΣΔΤ2 εκδηλώνεται σε αυτή την ηλικία και φέρει μεγαλύτερη συχνότητα από τον ΣΔΤ1 ο οποίος και προσβάλλει μικρότερες ηλικίες.⁴⁷ Τέλος, η ομάδα των 60 ετών και άνω κατέχει το ποσοστό της τάξεως του 22%.

Στο διάγραμμα 3.3 παρουσιάζεται το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα, ανάλογα με τη βαθμίδα που ανήκει ο καθένας, δηλαδή Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης (ΥΕ), Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης (ΔΕ), Τριτοβάθμιας Ανώτατης Εκπαίδευσης (ΤΕ), και τέλος, Τριτοβάθμια Ανώτερη Εκπαίδευση (ΠΕ).



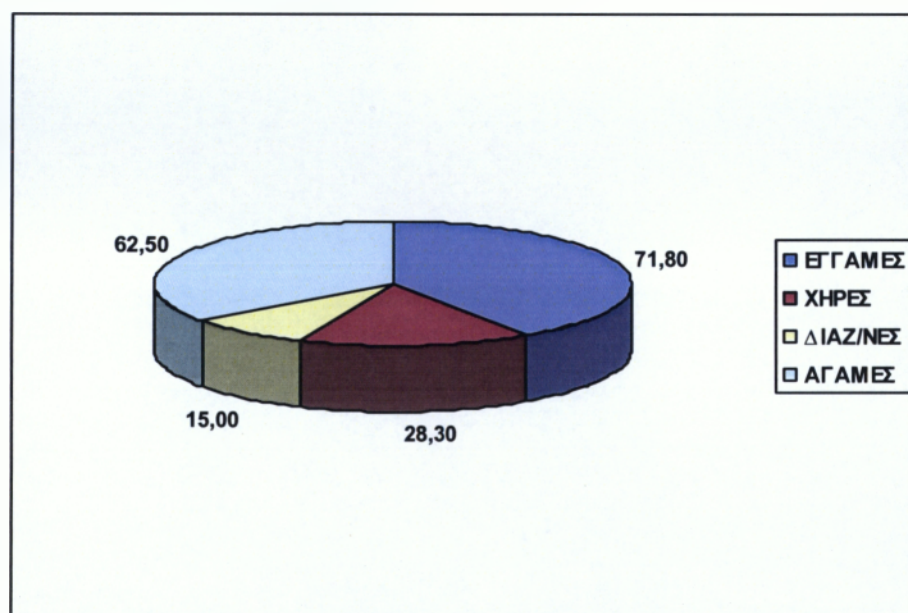
Διάγραμμα 3.3 Μορφωτικό επίπεδο

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

⁴⁷ Σύμφωνα και με το βιβλίο «Τι πρέπει να ξέρω για το διαβήτη», γραμμένο από εξειδικευμένους γιατρούς στη σελίδα 23 αναφέρει πως το 85% των ασθενών με διαβήτη νοσούν από ΣΔΤ2

Πίνακας 3.1: Σωματική λειτουργικότητα στις γυναίκες

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ	ΧΗΡΕΣ	ΔΙΑΖ/ΝΕΣ	ΑΓΑΜΕΣ
	75	35	15	65
	70	10		70
	90	40		75
	65			40
	40			
	85			
	85			
	75			
	55			
	70			
	70			
	45			
	90			
	90			
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ	71,80	28,3	15	62,5
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 44,40				

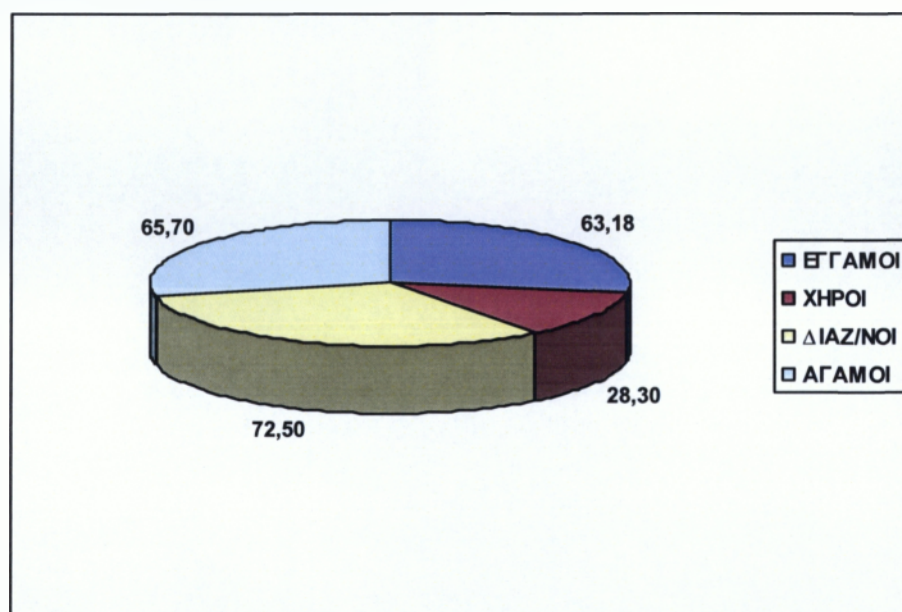


Διάγραμμα 3.4 Σωματική λειτουργικότητα στις γυναίκες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Πίνακας 3.2: Σωματική λειτουργικότητα στους άνδρες

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ- ΤΗΤΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ	ΕΓΓΑΜΟΙ	ΧΗΡΟΙ	ΔΙΑΖ/ΝΟΙ	ΑΓΑΜΟΙ
	75	20	90	55
	70	30	55	70
	75	25		80
	85			90
	45			70
	55			50
	65			45
	60			
	65			
	25			
	75			
ΜΕΣΟΣ Ο- ΡΟΣ ΒΑΘΜ.	63,18	28,3	72,5	65,7
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ: 57,42				



Διάγραμμα 3.5 Σωματική λειτουργικότητα στους άνδρες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

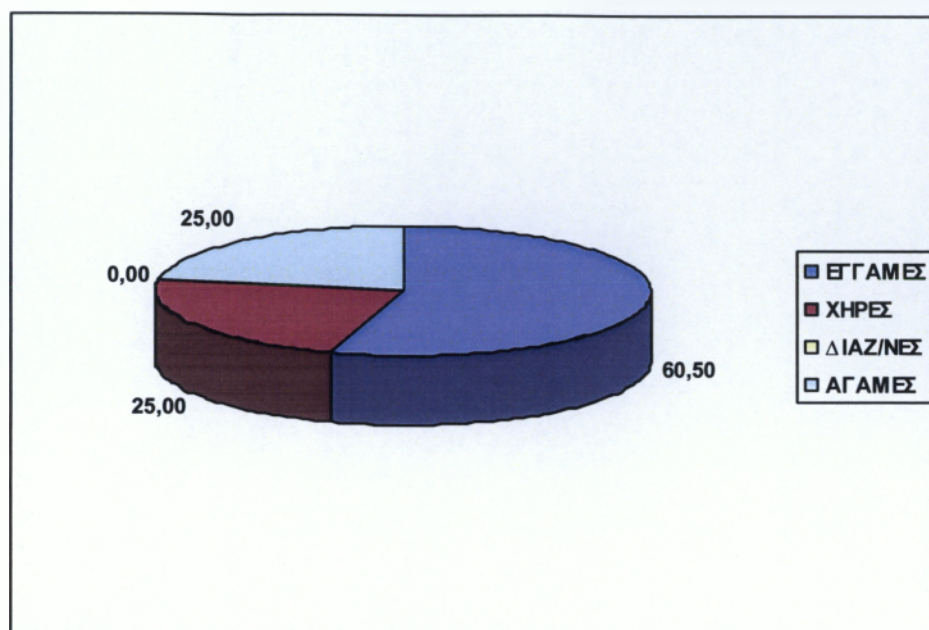
Σωματική λειτουργικότητα (ΣΛ): η κλίμακα αυτή αφορά την ανάδειξη της σωματικής δύναμης, της ευελιξίας των κινήσεων και της αντοχής των πασχόντων.

Οι γυναίκες, σε αυτή την κλίμακα εμφανίζονται με συνολικό μέσο όρο 44,4 μονάδες. Το ύψος του μέσου όρου καθορίζει και το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους, όπως έχουμε αναφέρει και σε άλλη ενότητα η κλίμακα μέτρα από το 0 έως το 100, όπου το 0 αφορά το χειρότερο επίπεδο ποιότητας ζωής και το 100 το μέγιστο επίπεδο. Έτσι γίνεται αντιληπτό πως η λειτουργία του σώματος των γυναικών βρίσκεται κάτω από τη μέση, κάτι το οποίο δικαιολογείται εξ' αιτίας της ασθένειας από την οποία πάσχουν, καθώς η ασθένεια αυτή καταπονεί αρκετά το σώμα όπως έχουμε αναφέρει στο πρώτο κεφάλαιο. Περιορίζει, λοιπόν, αρκετά την καθημερινότητα τους καθώς σε αυτή αναφέρεται και η ερώτηση της κλίμακας.

Αντίθετα με τις γυναίκες οι άνδρες εμφανίζουν πιο υψηλό μέσο όρο όσον αφορά τη λειτουργικότητα του σώματος τους. Ο μέσος όρος του ανδρικού δείγματος φτάνει το 57,42, 14 μονάδες πιο πάνω. Εύλογο αποτέλεσμα καθώς οι γυναίκες υστερούν μυϊκής δύναμης σε σχέση με τους άνδρες και κουράζονται πολύ πιο εύκολα.

Πίνακας 3.3: Σωματικός ρόλος στις γυναίκες

ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ	ΧΗΡΕΣ	ΔΙΑΖ/ΝΕΣ	ΑΓΑΜΕΣ
	99	0	0	50
	75	0		0
	50	75		25
	0			25
	99			
	50			
	75			
	50			
	50			
	50			
	99			
	25			
	50			
	75			
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΒΑΘΜ.	60,5	25	0	25
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ : 27,63				

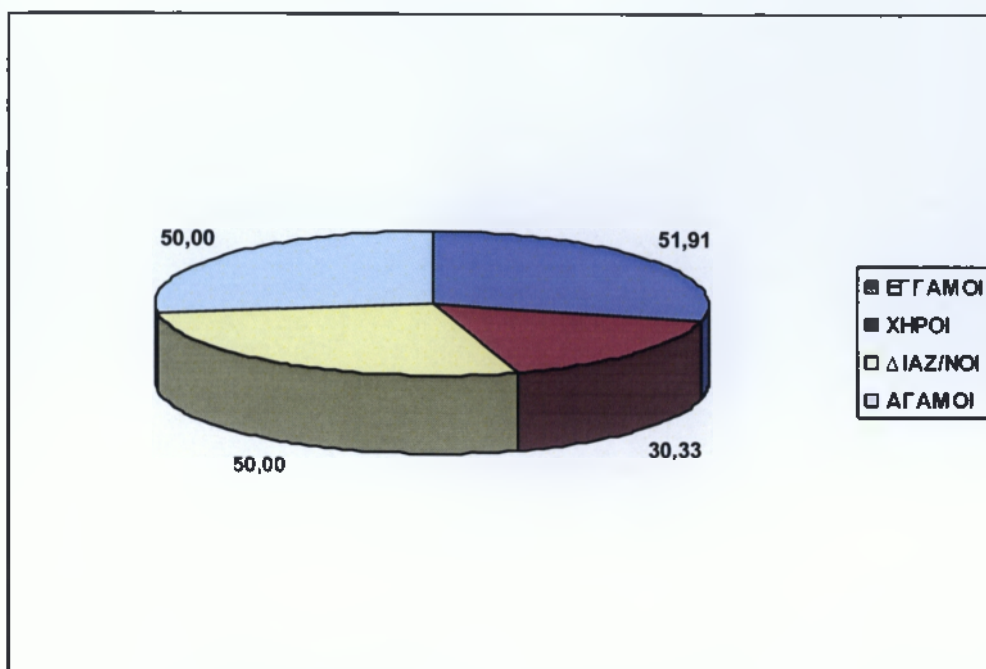


Διάγραμμα 3.6 Σωματικός ρόλος στις γυναίκες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Πίνακας 3.4: Σωματικός ρόλος στους άνδρες

ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ	ΕΓΓΑΜΟΙ	ΧΗΡΟΙ	ΔΙΑΖ/ΝΟΙ	ΑΓΑΜΟΙ
	0	0	75	75
	99	50	25	50
	0	50		50
	25			50
	99			50
	50			50
	99			25
	99			
	25			
	25			
	50			
	ΜΕΣΟΣ Ο-ΡΟΣ ΒΑΘΜ.	51,91	30,33	50
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ : 45,56				



Διάγραμμα 3.7 Σωματικός ρόλος στους άνδρες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

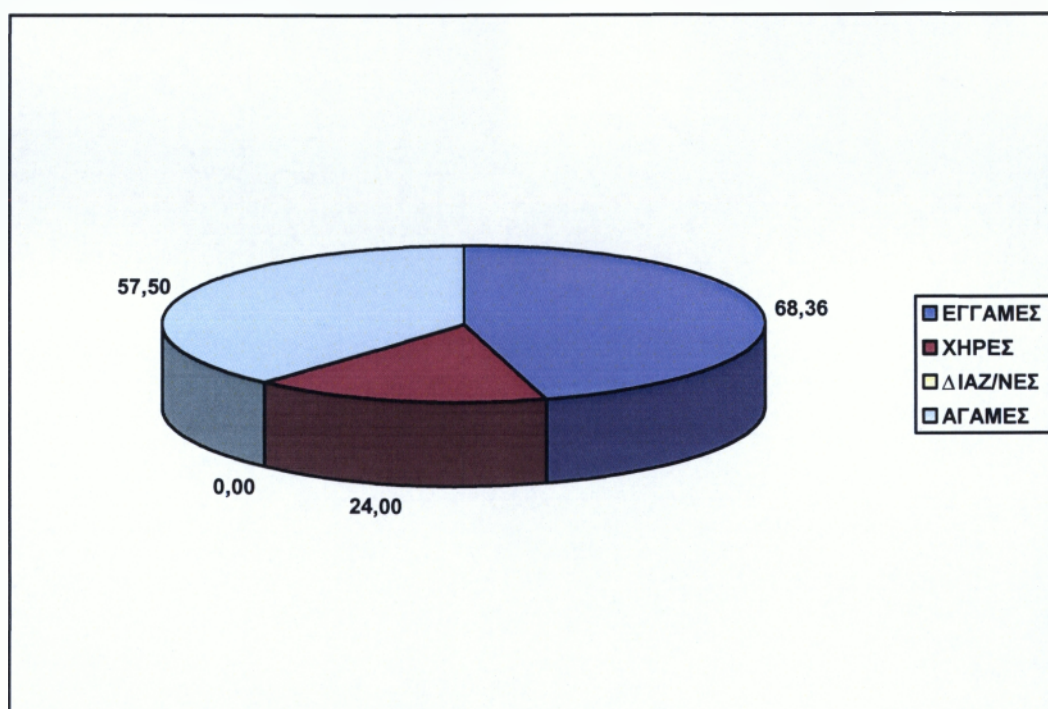
Σωματικός ρόλος (ΣΡ): στην κλίμακα αυτή βλέπουμε πιο ρόλο παίζει η σωματική μας κατάσταση και σε ποιο βαθμό μας επηρεάζει.

Τις γυναίκες φαίνεται να τις επηρεάζει αρκετά καθώς ο μέσος όρος φτάνει μόλις το 27,63. Στο σημείο αυτό αξίζει να γίνει ένας διαχωρισμός ιδιαίτερα ουσιαστικός, οι έγγαμες γυναίκες έχουν μέσο όρο 60,5, ενώ οι χήρες και οι άγαμες 25 και η διαζευγμένη 0, οι τρεις τελευταίες κατηγορίες είναι που κατεβάζουν το μέσο όρο των γυναικών. Για δεύτερη φορά επιβραβεύεται ο έγγαμος βίος.

Στους άνδρες ο σωματικός ρόλος είναι πιο ανεβασμένος σε σχέση με τις γυναίκες, με το μέσο όρο τους να φτάνει στις 45,5 μονάδες. Είναι ένας μέσος όρος που ενώ ξεπερνά αυτό των γυναικών εξακολουθεί να παραμένει σε χαμηλό επίπεδο. Φαίνεται, λοιπόν, πως λόγω της ασθένειας και οι άνδρες επηρεάζονται αρκετά.

Πίνακας 3.5: Σωματικός πόνος στις γυναίκες

ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ	ΧΗΡΕΣ	ΔΙΑΖ/ΝΕΣ	ΑΓΑΜΕΣ
	84	41	0	74
	84	0		31
	62	31		74
	41			51
	100			
	74			
	74			
	84			
	41			
	62			
	74			
	41			
	52			
	84			
ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ ΒΑΘΜ.	68,36	24	0	57,5
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ : 37,47				

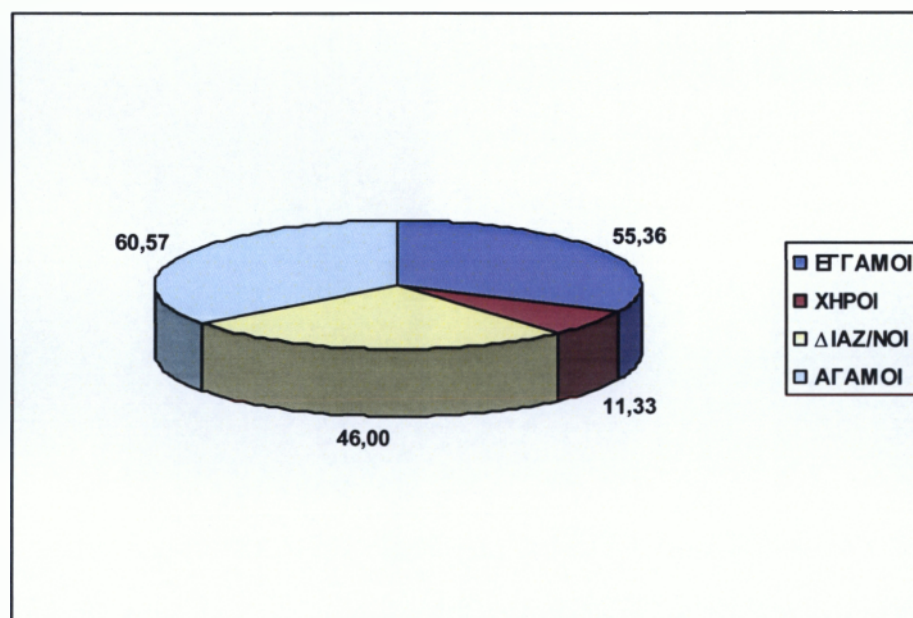


Διάγραμμα 3.8 Σωματικός πόνος στις γυναίκες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Πίνακας 3.6: Σωματικός πόνος στους άνδρες

ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ	ΕΓΓΑΜΟΙ	ΧΗΡΟΙ	ΔΙΑΖ/ΝΟΙ	ΑΓΑΜΟΙ
	62	0	41	62
	84	22	51	52
	22	12		100
	72			74
	100			74
	51			31
	41			31
	74			
	31			
	31			
	41			
	ΜΕΣΟΣ Ο-ΡΟΣ ΒΑΘΜ.	55,36	11,33	46
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ : 43,32				



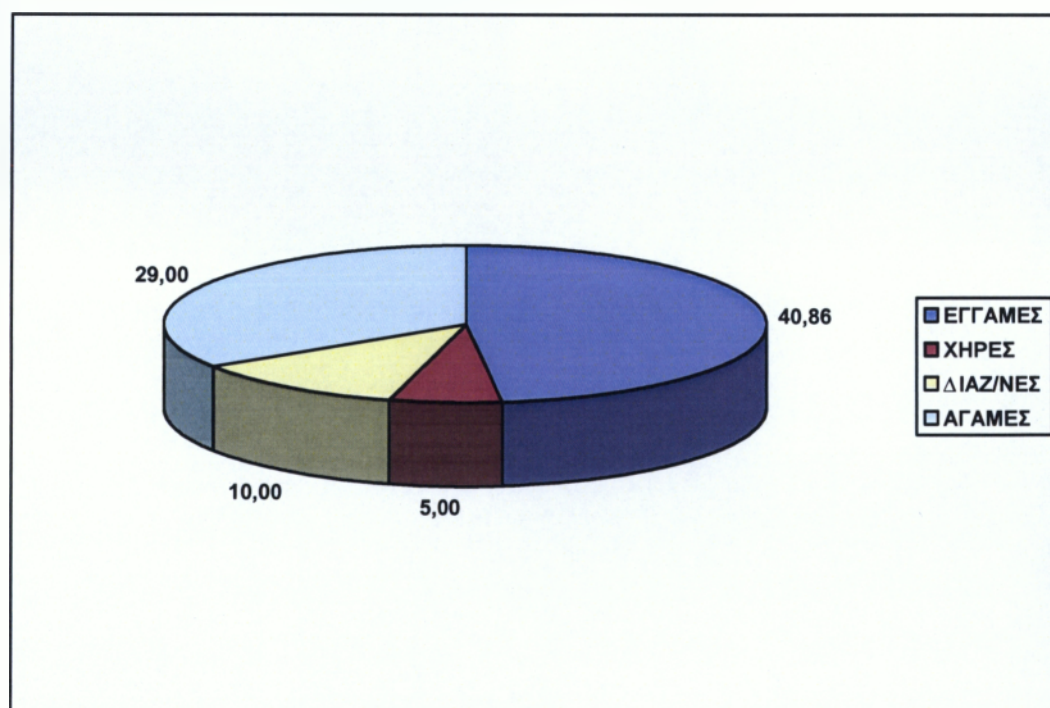
Διάγραμμα 3.9 Σωματικός πόνος στους άνδρες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Σωματικός πόνος (ΣΠ): ο βαθμός του σωματικού πόνου, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας οδηγεί τις γυναίκες σε χαμηλό επίπεδο, ο μέσος όρος ανέρχεται στις 37,47 μονάδες, ενώ για τους άνδρες στο 43,32. Οι δυο μέσοι όροι και για τις δυο κατηγορίες είναι ιδιαίτερα χαμηλοί, με δεδομένο πως ο σακχαρώδης διαβήτης έχει πολλές επιπλοκές όπως έχουμε αναλύσει στο πρώτο κεφάλαιο, είναι λογικό ο πόνος να κάνει αισθητή την παρουσία του στους διαβητικούς.

Πίνακας 3.7: Γενική υγεία στις γυναίκες

ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ	ΧΗΡΕΣ	ΔΙΑΖ/ΝΕΣ	ΑΓΑΜΕΣ
	40	5	10	10
	27	0		25
	30	10		35
	32			35
	47			40
	67			
	47			
	57			
	22			
	27			
	57			
	20			
	47			
	52			
ΜΕΣΟΣ Ο-ΡΟΣ ΒΑΘΜ.	40,86	5	10	29
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ : 21,22				

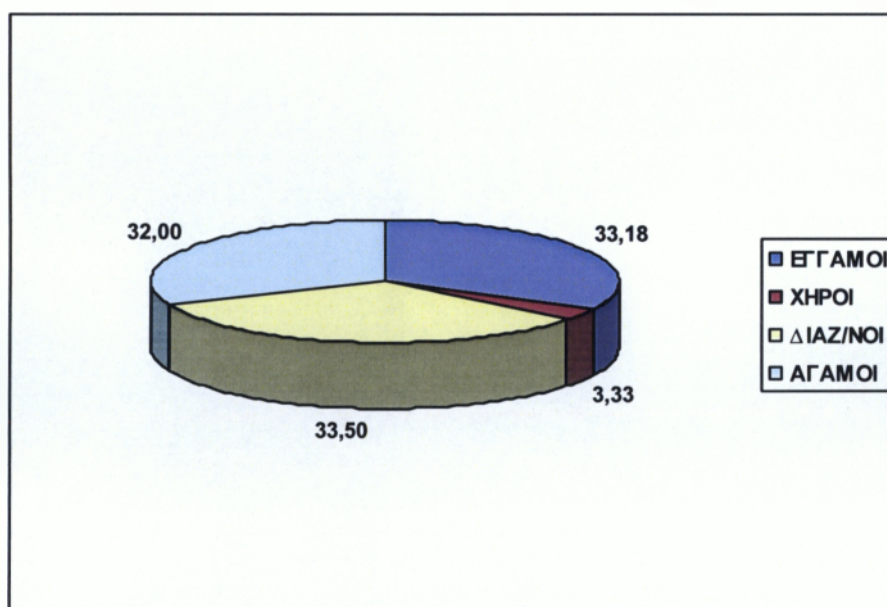


Διάγραμμα 3.10 Γενική υγεία στις γυναίκες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Πίνακας 3.8: Γενική υγεία στους άνδρες

ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝ-ΔΡΕΣ	ΕΓΓΑΜΟΙ	ΧΗΡΟΙ	ΔΙΑΖ/ΝΟΙ	ΑΓΑΜΟΙ
	10	5	37	25
	20	5	30	35
	47	0		37
	27			52
	37			35
	25			25
	60			15
	62			
	22			
	20			
	35			
	Μ.Ο. ΒΑΘΜ.	33,18	3,33	33,5
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ : 25,50				



Διάγραμμα 3.11 Γενική υγεία στους άνδρες

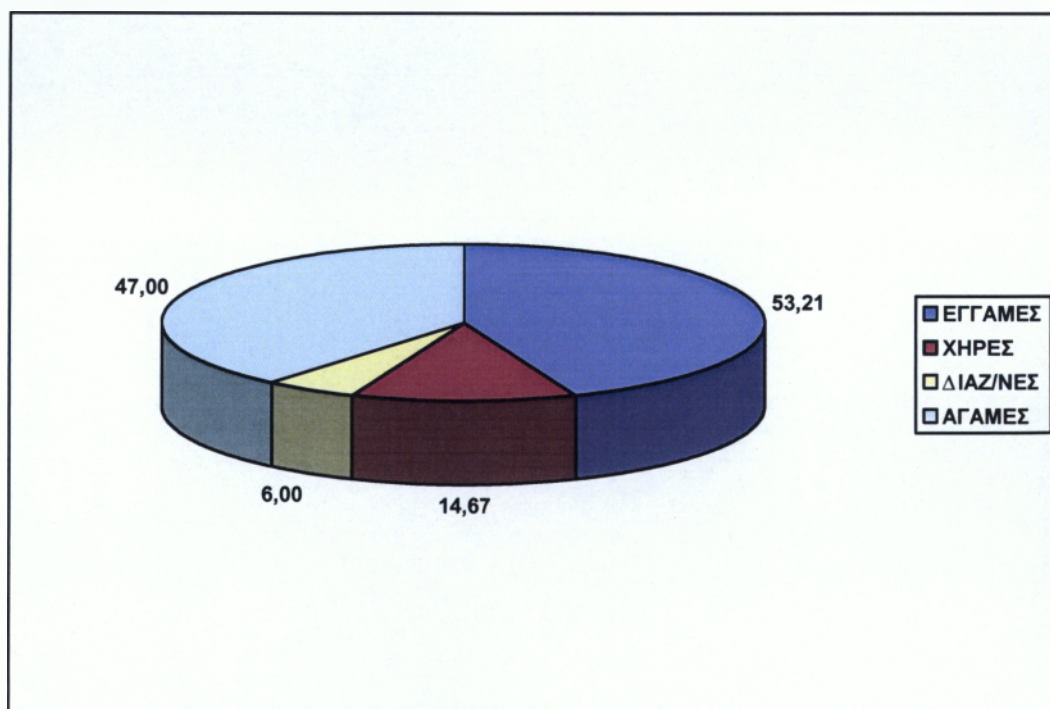
Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Γενική υγεία (ΓΥ): οι γυναίκες φαίνονται ιδιαίτερες απαισιόδοξες χαρακτηρίζοντας τη γενική υγεία τους και οδηγούν το μέσο όρο στις 21,22 μονάδες. Οι άνδρες ανεβαίνουν ελάχιστες μονάδες πιο πάνω στις 25,50. Τα αποτελέσματα σε αυτή την κατηγορία επαβεβαιώνουν την υπόθεση ότι οι γυναίκες αναφέρουν χειρότερη υγεία σε σχέση με τους άνδρες, γεγονός το οποίο περιγράφεται και επιβεβαιώνεται σε πολλές έρευνες⁴⁸.

⁴⁸ Περιοδικό «Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής»: Μάρτιος- Απρίλιος 2006, τόμος 23, τεύχος 2, «Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας sf-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού», σελ 163.

Πίνακας 3.9: Ζωτικότητα στις γυναίκες

ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ	ΧΗΡΕΣ	ΔΙΑΖ/ΝΕΣ	ΑΓΑΜΕΣ
	50	19	6	31
	50	6		50
	50	19		44
	50			63
	75			
	56			
	50			
	56			
	38			
	44			
	63			
	25			
	63			
	75			
ΜΕΣΟΣ Ο-ΡΟΣ ΒΑΘΜ.	53,21	14,67	6	47
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ : 30,22				

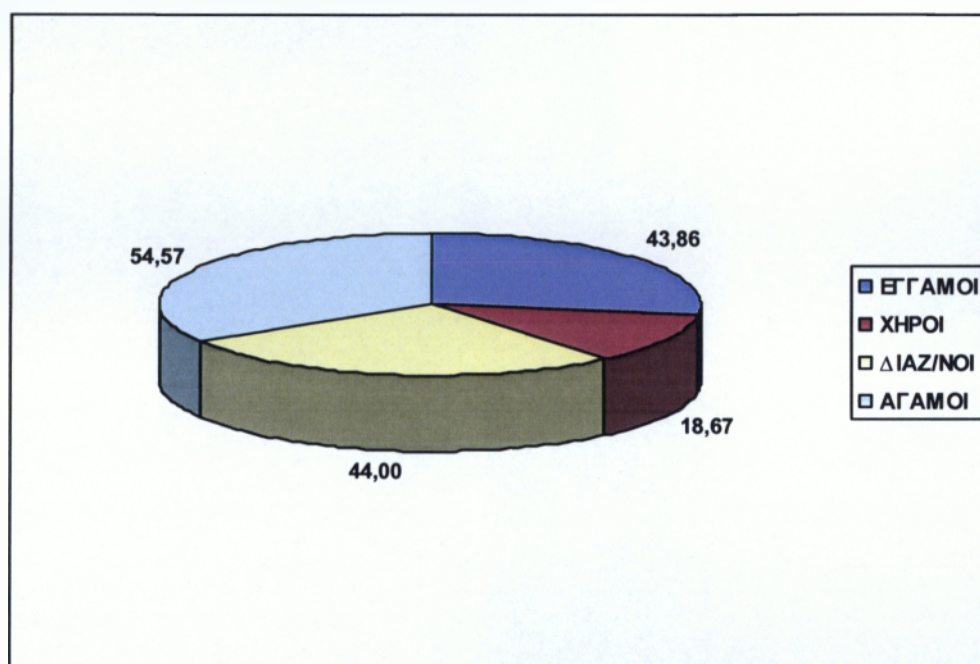


Διάγραμμα 3.12 Ζωτικότητα στις γυναίκες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Πίνακας 3.10: Ζωτικότητα στους άνδρες

ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝ-ΔΡΕΣ	ΕΓΓΑΜΟΙ	ΧΗΡΟΙ	ΔΙΑΖ/ΝΟΙ	ΑΓΑΜΟΙ
	31	0	50	69
	50	31	38	63
	12,5	25		56
	63			56
	63			63
	31			31
	56			44
	63			
	63			
	19			
	31			
ΜΕΣΟΣ Ο-ΡΟΣ ΒΑΘΜ.	43,86	18,67	44	54,57
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ : 40,28				



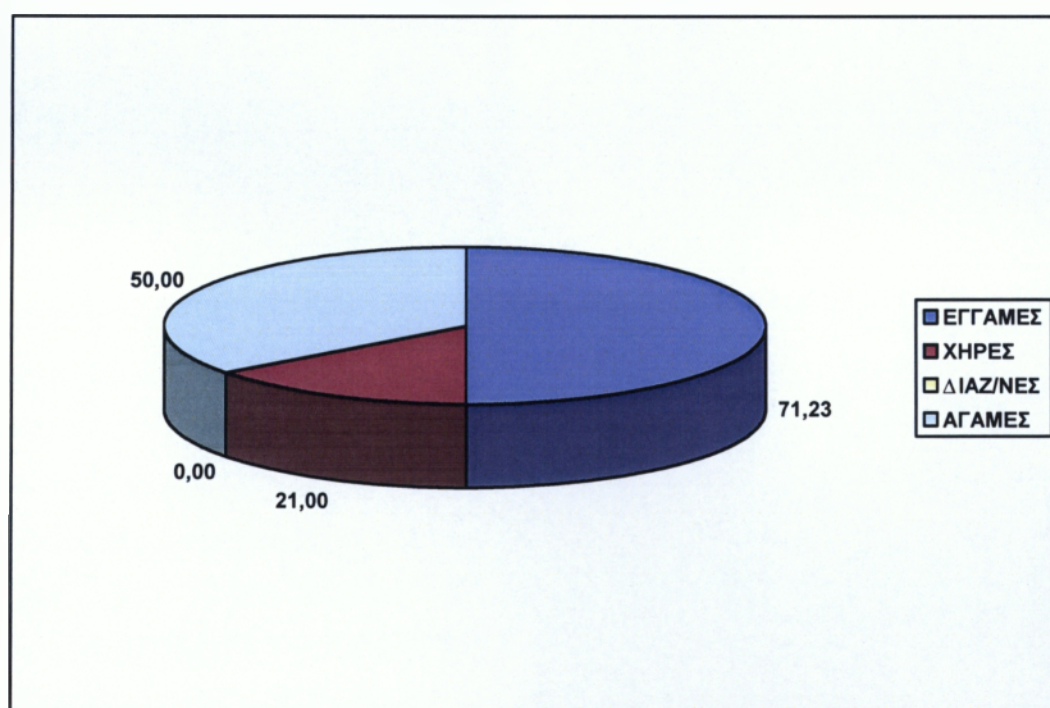
Διάγραμμα 3.13 Ζωτικότητα στους άνδρες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Ζωτικότητα (Z): η κλίμακα αυτή δίνει στις γυναίκες συνολικά ένα μέσο όρο της τάξεως των 30,22 μονάδων. Το 40,28, ως μέσο όρο των ανδρών δίνει και αυτό την εντύπωση πως οι άνδρες υστερούν ενέργειας.

Πίνακας 3.11: Κοινωνική λειτουργικότητα στις γυναίκες

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ	ΧΗΡΕΣ	ΔΙΑΖ/ΝΕΣ	ΑΓΑΜΕΣ
	75	25	0	50
	50	0		75
	50	38		25
	50			50
	75			
	75			
	75			
	75			
	38			
	63			
	75			
	50			
	75			
	100			
ΜΕΣΟΣ Ο-ΡΟΣ ΒΑΘΜ.	71,23	21	0	50
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ : 35,56				

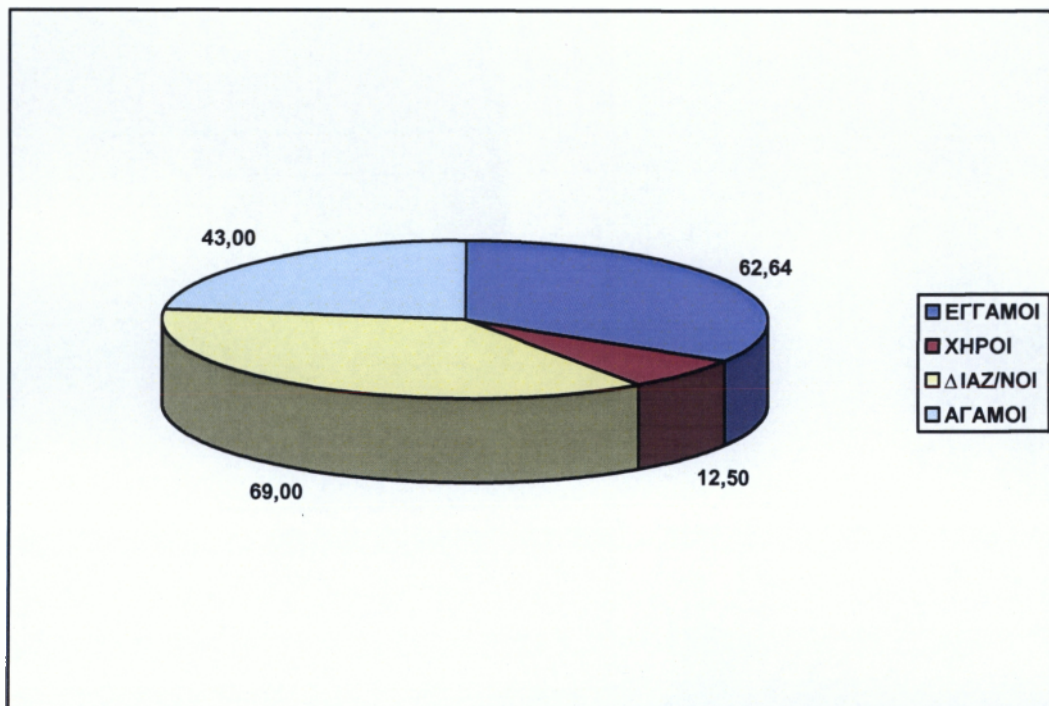


Διάγραμμα 3.14 Κοινωνική λειτουργικότητα στις γυναίκες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Πίνακας 3.12: Κοινωνική λειτουργικότητα στους άνδρες

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ- ΤΗΤΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ	ΕΓΓΑΜΟΙ	ΧΗΡΟΙ	ΔΙΑΖ/ΝΟΙ	ΑΓΑΜΟΙ
	25	12,5	63	75
	50	0	75	50
	75	25		38
	100			50
	75			25
	38			38
	75			25
	88			
	63			
	50			
	50			
ΜΕΣΟΣ Ο- ΡΟΣ ΒΑΘΜ.	62,64	12,5	69	43
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ : 46,79				



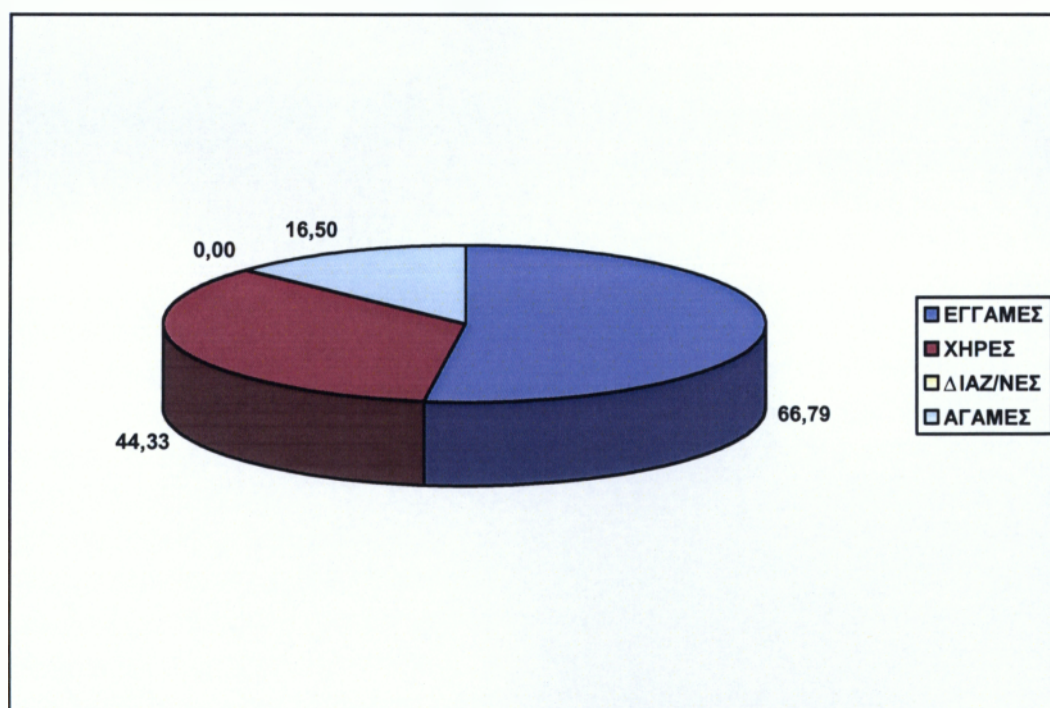
Διάγραμμα 3.15 Κοινωνική λειτουργικότητα στους άνδρες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Κοινωνική λειτουργικότητα (ΚΛ): η ένταξη ενός ατόμου στην κοινωνία διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο τόσο στην ψυχολογία του ατόμου όσο και στη γενικότερη ψυχοσύνθεση του. Οι γυναίκες διαβητικοί, σύμφωνα με την έρευνα, εμφανίζουν χαμηλό δείκτη κοινωνικότητας, με το μέσο όρο τους να φτάνει μόλις τις 36 μονάδες. Οι άνδρες είναι 10 μονάδες πιο ψηλά, 46 μονάδες ο μέσος όρος.

Πίνακας 3.13: Συναισθηματικός ρόλος στις γυναίκες

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ	ΧΗΡΕΣ	ΔΙΑΖ/ΝΕΣ	ΑΓΑΜΕΣ
	33	33	0	0
	67	33	0	33
	67	67		33
	33			0
	67			
	100			
	67			
	67			
	67			
	67			
	100			
	33			
	100			
	ΜΕΣΟΣ Ο-ΡΟΣ ΒΑΘΜ.	66,79	44,33	0
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ : 31,91				

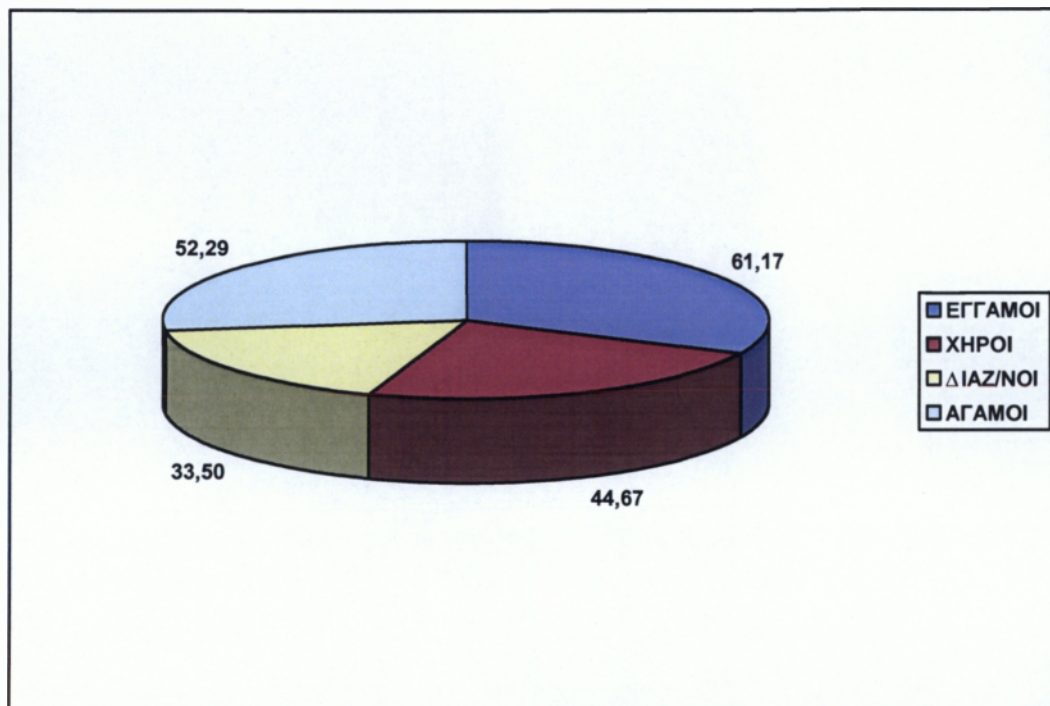


Διάγραμμα 3.16 Συναισθηματικός ρόλος στις γυναίκες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Πίνακας 3.14: Συναισθηματικός ρόλος στους άνδρες

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ	ΕΓΓΑΜΟΙ	ΧΗΡΟΙ	ΔΙΑΖ/ΝΟΙ	ΑΓΑΜΟΙ
	0	0	0	33
	33	67	67	67
	0	67		33
	100			33
	100			100
	67			67
	100			33
	100			
	100			
	67			
	67			
	ΜΕΣΟΣ Ο-ΡΟΣ ΒΑΘΜ.	61,17	44,67	33,5
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ : 47,91				



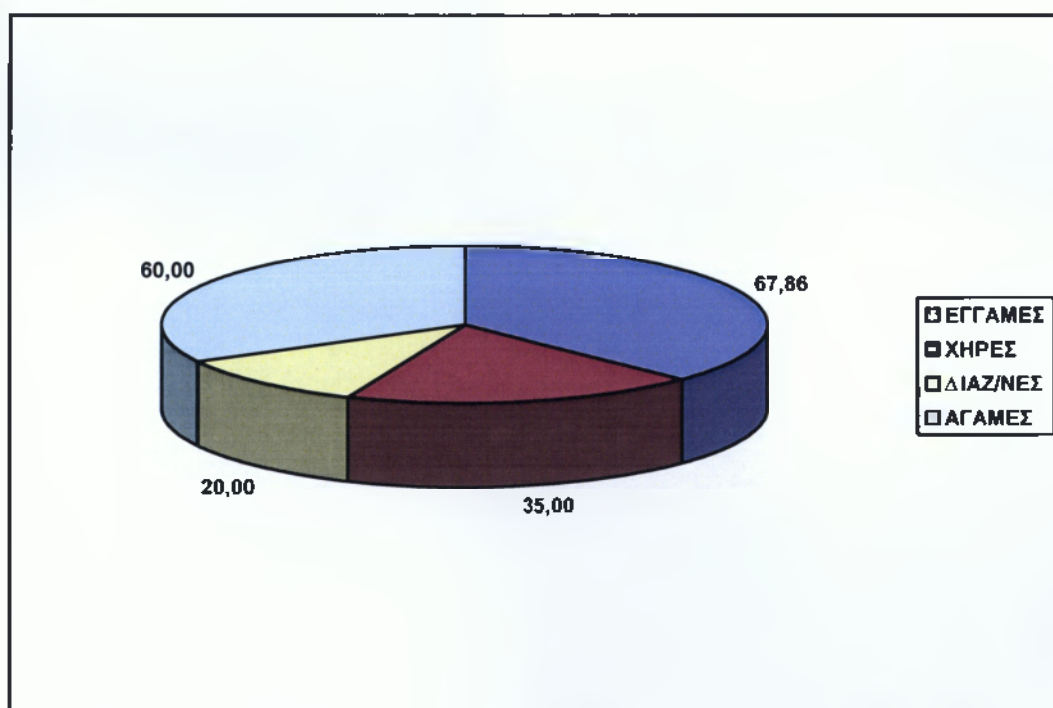
Διάγραμμα 3.17 Συναισθηματικός ρόλος στους άνδρες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Συναισθηματικός ρόλος (ΣΡ): οι γυναίκες ως πιο συναισθηματικά όντα είναι επιρρεπής στις μεταβολές που συμβαίνουν γύρω τους. Εύλογα, λοιπόν, και ο μέσος όρος σε αυτή την κλίμακα είναι χαμηλός, στις 31,91 μονάδες. Αντίθετα, οι άνδρες στο συναισθηματικό τομέα φαίνεται να μην επηρεάζονται έντονα από την κατάσταση της υγείας τους εφόσον ο μέσος όρος τους είναι στις 47,91 μονάδες.

Πίνακας 3.15: Ψυχική υγεία στις γυναίκες

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΕΓΓΑΜΕΣ	ΧΗΡΕΣ	ΔΙΑΖ/ΝΕΣ	ΑΓΑΜΕΣ
	65	35	20	55
	75	30		70
	75	40		45
	80			70
	65			
	70			
	85			
	75			
	55			
	60			
	60			
	50			
	65			
	70			
ΜΕΣΟΣ Ο- ΡΟΣ ΒΑΘΜ.	67,86	35	20	60
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ : 45,72				

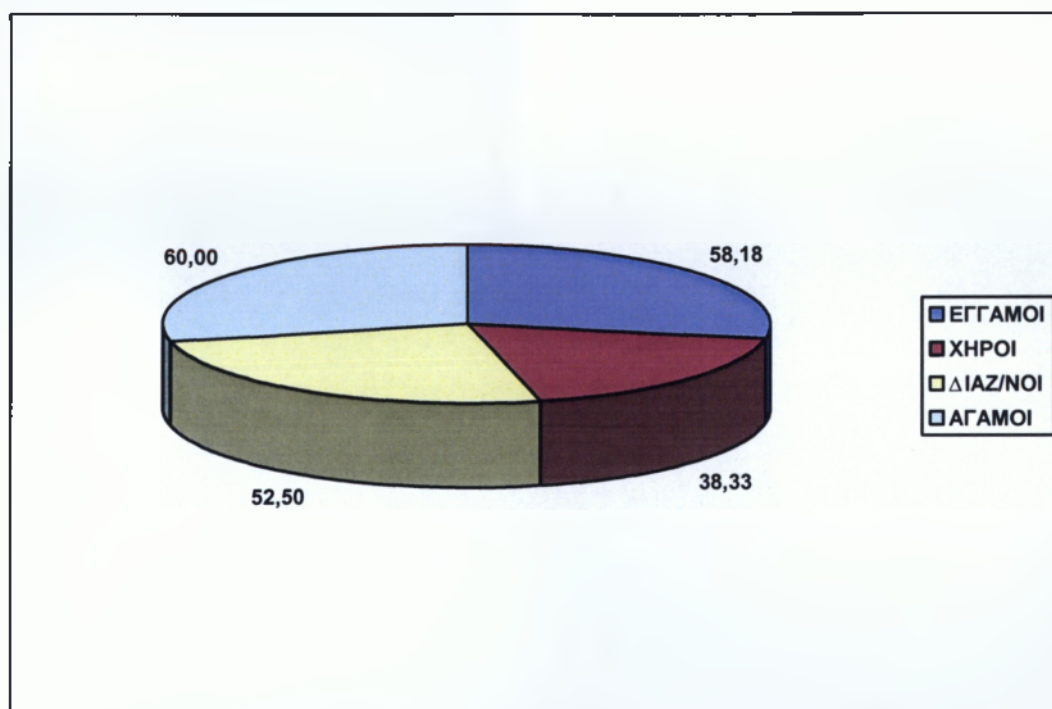


Διάγραμμα 3.18 Ψυχική υγεία στις γυναίκες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Πίνακας 3.16: Ψυχική υγεία στους άνδρες

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝ-ΔΡΕΣ	ΕΓΓΑΜΟΙ	ΧΗΡΟΙ	ΔΙΑΖ/ΝΟΙ	ΑΓΑΜΟΙ
	25	10	55	70
	65	50	50	60
	40	55		60
	85			65
	75			65
	50			45
	55			55
	85			
	55			
	50			
	55			
ΜΕΣΟΣ Ο-ΡΟΣ ΒΑΘΜ.	58,18	38,33	52,5	60
ΣΥΝΟΛΙΚΟΣ ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ : 52,25				



Διάγραμμα 3.19 Ψυχική υγεία στους άνδρες

Πηγή: επεξεργασία δεδομένων

Ψυχική υγεία (ΨΥ): η τελευταία αυτή κλίμακα του ερωτηματολογίου είναι μια ιδιαίτερη κλίμακα η οποία για τις γυναίκες δίνει μέσο όρο 45,72, ενώ στους άνδρες 52,25 μονάδες.

3.3.1 Συμπεράσματα της ανάλυσης των δεδομένων της έρευνας

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα λίγο πιο αναλυτικά διαπιστώνεται το έξης πρώτο συμπέρασμα ότι και στις 8 κλίμακες οι έγγαμες γυναίκες εμφανίζουν ιδιαίτερος υψηλούς μέσους όρους σε όλες τις κλίμακες. Πιο συγκεκριμένα, στη κλίμακα ΣΛ έχουν 71,80, στο ΣΡ 60,5 μονάδες, στο ΣΠ 68,36, στη ΓΥ 40,86, στη Ζ 53,21, στη ΚΛ 71,23, στο ΣΡ 66,79 και στη ΨΥ 67,86. Με εξαίρεση, λοιπόν, τη γενική υγεία η οποία σύμφωνα και με το γενικότερο μέσο όρο είναι υψηλή, σε όλες τις άλλες κλίμακες είναι πάνω από τη μέση, αυτή η απεικόνιση μας δείχνει πως ο έγγαμος βίος βοηθά αρκετά στην αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των διαβητικών γυναικών το ίδιο ισχύει και για τους άνδρες σε μικρότερο, όμως, βαθμό.

Παίρνοντας μια τυχαία κλίμακα θα την αναλύσουμε σύμφωνα με τις υποκατηγορίες τις. Λαμβάνουμε υπόψη μας την κλίμακα της κοινωνικής λειτουργικότητας, σε αυτή την κλίμακα οι έγγαμες γυναίκες έχουν μέσο όρο 71,23, οι χήρες 21, η διαζευγμένη 0 και οι άγαμες 50 μονάδες. Τα αποτελέσματα στις χήρες και τη διαζευγμένη είναι δικαιολογημένα καθώς ο συνδυασμός της ηλικιακής τους κατάστασης με τη χρόνια νόσο και την οικογενειακή κατάσταση είναι προφανές πως τις έχει καταβάλει τόσο σωματικά όσο και ψυχικά, γι' αυτό και είναι τόσο χαμηλά. Οι άγαμες, όμως, γυναίκες βρίσκονται σε μικρή ηλικιακή κατάσταση και η νόσος δεν έχει διαγράψει ακόμα μεγάλη πορεία, όπως στις άλλες δυο κατηγορίες, για να δίνουν τόσο χαμηλό μέσο όρο σε σχέση με τις έγγαμες. Για την ερμηνεία αυτού του φαινομένου υπάρχει η υπόθεση που λέει πως το φυσικό, κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον των άγαμων είναι περισσότερο επιβλαβές στην υγεία τους απ' ότι αυτό των έγγαμων⁴⁹.

Ένα δεύτερο συμπέρασμα της έρευνας μας προτρέπει να παρατηρήσουμε το έξης: συνολικά οι μέσοι όροι των γυναικών σε κάθε μια κλίμακα χωριστά τείνουν να είναι χαμηλότεροι από τους μέσους όρους των ανδρών. Αυτή η διαπίστωση εξηγείται επιστημονικά. Είναι πλέον αποδεκτό σε παγκόσμια κλίμακα πως η θνησιμότητα των ανδρών είναι στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των γυναικών. Διαφορετικά, όμως, είναι τα συγκριτικά δεδομένα στον τομέα της νοσηρότητας. Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα συγκριτικά με τους άνδρες. Για την εξήγηση της διάστασης ανάμεσα στην αυξημένη νοσηρότητα των γυναικών και στη μειωμένη θνησιμότητα τους, έχουν διατυπωθεί δυο υποθέσεις : (α) η νοσηρότητα των γυναικών έχει χαρακτηριστικά που της προσδίδουν καλύτερη πρόγνωση και (β) οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευκολία μετατροπής των ιατρικών τους αναγκών σε ζήτηση άλλα και χρησιμοποίηση των ιατρικών τους υπηρεσιών⁵⁰.

⁴⁹ Ραχιώτη, Γ., Μπεχράκη, Π.Κ., *Ποιότητα ζωής εννοιολογική εξειδίκευση, κλίμακες μέτρησης και βιοηθικά προβλήματα*. Περιοδικό Ιατρική:2006 τεύχος 89(2), σελ. 186.

⁵⁰ Ραχιώτη, Γ., Μπεχράκη, Π.Κ., ό.π., σελ. 186.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Προκειμένου να διερευνησω την ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο του σακχαρώδους διαβήτη, οργανώθηκε και πραγματοποιήθηκε μια έρευνα στον φορέα κοινωνικής ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων στο νομό Μεσσηνίας και συγκεκριμένα στην Υπηρεσία Περιθαλψής Ασφαλισμένων Δημοσίου (Υ.Π.Α.Δ.), στην πρωτεύουσα του Νομού, την Καλαμάτα.

Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του γνωστού ψυχομετρικού οργάνου μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής SF-36. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι από τα πλέον γνωστά ψυχομετρικά όργανα που χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής, έγκυρο και αξιόπιστο για τα αποτελέσματά του.

Έπειτα από προσωπικές συζητήσεις με τους ασφαλισμένους-ασθενείς, κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, και μέσα από τα αποτελέσματα, της έρευνας κατέληξα στα εξής συμπεράσματα :

A. Οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη, χαρακτηρίζοντας την υγεία τους, φαίνονται ιδιαίτερα απαισιόδοξοι. Οι περισσότεροι αξιολογούν την τωρινή κατάσταση της υγείας τους από μέτρια έως κακή, ενώ αξίζει να σημειωθεί πως κανείς από τους ερωτηθέντες δε χαρακτήρισε την υγεία του ως εξαιρετική.

B. Η κατάσταση της σωματικής τους υγείας περιορίζει αισθητά της καθημερινές τους δραστηριότητες. Ο σακχαρώδης διαβήτης, όπως έχουμε προαναφέρει, είναι μια ασθένεια η οποία συνοδεύεται από σοβαρές επιπλοκές, σε βασικά όργανα του σώματος, όπως τα νεύρα (στα άκρα κυρίως), την όραση και σε άλλες βασικές λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού.

- i. Σύμφωνα και με τα παραπάνω είναι απόλυτα εύλογο γιατί ο σωματικός πόνος είναι εμφανής στην καθημερινότητα ενός διαβητικού. Ο μέσος όρος που δίνει η έρευνα για αυτή την κλίμακα και για τα δυο φύλα είναι 40,39 μονάδες βρίσκεται δηλαδή κάτω από τη μέση και τείνει προς τη χειρότερη κατάσταση υγείας.
- ii. Παρεμφερή τα αποτελέσματα και στη σωματική λειτουργικότητα με το μέσο όρο και για τα δυο φύλα να φτάνει τις 51 μονάδες, αξιολογώντας τις δυνατότητες του σώματος τους σε μέτριο επίπεδο.
- iii. Τα αποτελέσματα της έρευνας για το σωματικό ρόλο ανέρχονται στις 36,6 μονάδες. Είναι ένας μέσος όρος ο οποίος μας επιβεβαιώνει τις δυο προηγούμενες κλίμακες.

Γ. Οι κλίμακες της ευημερίας (γενική υγεία, ζωτικότητα, ψυχική υγεία) έχουν τους χαμηλότερους μέσους όρους. Η ζωτικότητα και για τα δυο φύλα δίνει μέσο όρο 35,25 μονάδες, η γενική υγεία μόλις 23,36 μέσο όρο και η ψυχική υγεία 49 μέσο όρο. Και οι τρεις μέσοι όροι τείνουν προς τη χειρότερη υγεία, εάν σκεφτεί κανείς πως οι κλίμακες βαθμολογούνται από το 0 έως το 100, όπου το 0 χαρακτηρίζεται η χειρότερη υγεία και το 100 η καλύτερη υγεία.

- i. Στον τομέα της γενικής υγείας, οι περισσότεροι χαρακτηρίζουν την υγεία τους από μέτρια έως κακή, ένα μικρό ποσοστό τη χαρακτήρισε ως καλή ενώ κανείς ως εξαιρετική.
- ii. Στον τομέα της ζωτικότητας, η ζωντάνια και η ενεργητικότητα εξαλείφονται χάρη της έντονης παρουσίας της κούρασης και της εξάντλησης.
- iii. Όσον αφορά την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας, τους διακατέχει ένα αίσθημα απαισιοδοξίας, εκνευρισμού και μελαγχολίας.

Δ. Εξ' αιτίας της ψυχικής υγείας των διαβητικών στην έρευνα, επηρεάζεται ανάλογα η κοινωνική τους δραστηριότητα και ο συναισθηματικός ρόλος στη ζωή τους. Ο μέσος όρος για την έρευνα της κοινωνικής λειτουργικότητας είναι 41,17 και για τα δυο φύλα και του συναισθηματικού ρόλου 39,91.

- i. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες, σύμφωνα με την έρευνα, αφιερώνουν λιγότερο χρόνο στις επαφές τους με τους συνανθρώπους τους. Έτσι, η κοινωνική τους δραστηριότητα περιορίζεται αισθητά.
- ii. Ο συναισθηματικός ρόλος τους οδηγεί στην απόφαση είτε να μειώσουν το χρόνο που διαθέτουν για να επιτελέσουν μια δραστηριότητα, είτε να είναι πιο προσεκτικοί κατά την υλοποίηση της.

Ε. Ένα άλλο συμπέρασμα που απορρέει από την παρατήρηση όλων των κλιμάκων έγκειται στη διαφορά των αποτελεσμάτων στις ερωτηθείσες γυναίκες μεταξύ των υποκατηγοριών τους. Οι έγγαμες γυναίκες σε όλες τις κλίμακες εμφανίζουν σημαντικές ανώτερες βαθμολογίες σε σχέση με τις χήρες, τις διαζευγμένες και τις άγαμες. Για την ερμηνεία αυτού του φαινομένου υπάρχει η υπόθεση που λέει πως το φυσικό, κοινωνικό και συναισθηματικό περιβάλλον των άγαμων, των χήρων και των διαζευγμένων είναι περισσότερο επιβλαβές στην υγεία τους από αυτό των έγγαμων. Ίδια είναι τα αποτελέσματα και στους έγγαμους άνδρες.

ΣΤ. Η μελέτη των διαφοροποιήσεων των δυο φύλων ανέδειξε ένα ακόμη συμπέρασμα. Οι συνολικοί μέσοι όροι των γυναικών, για κάθε κλίμακα χωριστά παρουσιάζουν κατώτερες βαθμολογίες σε σχέση με αυτούς των ανδρών. Είναι πλέον αποδεκτό σε παγκόσμια

κλίμακα πως η θνησιμότητα των ανδρών είναι σημαντικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των γυναικών. Διαφορετικά, όμως, είναι τα συγκριτικά δεδομένα στον τομέα της νοσηρότητας. Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα συγκριτικά με τους άνδρες. Στη διαπίστωση αυτή υπάρχουν δυο υποθέσεις (α) η νοσηρότητα των γυναικών έχει χαρακτηριστικά που τις προσδίδουν καλύτερη πρόγνωση και (β) οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευκολία μετατροπής των ιατρικών τους αναγκών σε ζήτηση αλλά και χρησιμοποίηση των ιατρικών τους υπηρεσιών.

Η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια με ευρύτατο βεληνεκές, που επηρεάζεται με ένα πολύπλοκο τρόπο από τη φυσική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, τις προσωπικές πεποιθήσεις, τις κοινωνικές του σχέσεις και τις σχέσεις όλων αυτών με τις προεξάρχουσες όψεις του περιβάλλοντος τους.

Τα τελευταία χρόνια σημειώνεται αυξανόμενο ενδιαφέρον για την έννοια της ποιότητας ζωής. Οι βιοϊατρικές και κοινωνικές επιστήμες απασχολούνται όλο και περισσότερο με τον ορισμό και την μέτρηση της ποιότητας ζωής και με την πρακτική αξία των διαφόρων δεικτών της με σκοπό την εισαγωγή εκείνων των θεραπευτικών παρεμβάσεων που θα εξασφαλίσουν τις κατά το δυνατό καλύτερες συνθήκες για τον ασθενή.

Μέσα από την έρευνα που διεξήχθη αποδεικνύεται ότι το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών που πάσχουν από το διαβήτη είναι μέτριο, όπως αρχικά υποθέσαμε.

Εν κατακλείδι, η ποιότητα ζωής των διαβητικών έχει αξία, καθώς ενώ το επίπεδο της ποιότητας ζωής τους είναι χαμηλό μπορεί να θεωρηθεί αναστρέψιμο, με την κατάλληλη βοήθεια τόσο από πλευράς ιατρικής στήριξης όσο και από πλευράς κοινωνικής στήριξης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΑ

«Το βιβλίο μου για το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1», επιμέλεια Β΄ Παθολογικής Κλινικής Μονάδας Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικού Κέντρου Π.Γ.Ν.Α «Ευαγγελισμός» και υπό την αιγίδα του Εθνικού Κέντρου Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των επιπλοκών του (Ε.Κ.Ε.Δ.Ι.).

«Για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, πως θα αντιμετωπίσετε τον διαβήτη σας», επιμέλεια Β΄ Παθολογικής Κλινικής Μονάδας Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικού Κέντρου Π.Γ.Ν.Α «Ευαγγελισμός» και υπό την αιγίδα του Εθνικού Κέντρου Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των επιπλοκών του (Ε.Κ.Ε.Δ.Ι.).

Lundstrom, R., Rossini, A., *Τι πρέπει να ξέρω για το διαβήτη*, Βασική Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια 11, εκδόσεις Παιδεία/Μαλλιάρης 2008, σελ.9-210.

Bell, J., (1993), *Doing Your Research Project*, Gutenberg, απόδοση στην Ελλάδα από την Βαλεντίνη-Αναστασία Ρήγα, «Μεθοδολογικός Σχεδιασμός Παιδαγωγικής και Κοινωνικής Έρευνας», Αθήνα 2001, σελ. 132-133.

ΑΡΘΡΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΩΝ

Παπαθανασίου, Α., Φιλαλήθη, Α., Λιονή, Χ. *Εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2005, τόμος 22, τεύχος 4, σελ. 336-343.

Ραχιώτη, Γ., Μπεχράκη, Π. Κ., *Ποιότητα ζωής, εννοιολογική εξειδίκευση, κλίμακες μέτρησης και βιοηθικά προβλήματα*, Ιατρική, 2006, τόμος 89, τεύχος 2, σελ.184-194.

Μπελλάλη, Θ., 2006, *Κριτήρια και διαδικασία αξιολόγησης των ποιοτικών ερευνών στο χώρο της υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 23, τεύχος 3, σελ. 298-303.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Παππά, Ε., Κοντοδημόπουλου, Ν., Νιάκα, Δ., 2006, *Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τόμος 23, τεύχος 2, σελ.159-166.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- Μηχανή αναζήτησης : w.w.w.google.gr
- Εγκυμοσύνη και διαβήτη, [http:// w.w.w.medlook.gr](http://w.w.w.medlook.gr)
- Ηλεκτρονικό ιατρικό περιοδικό, [http://: w.w.w.iatronet.gr](http://w.w.w.iatronet.gr)
- Ηλεκτρονικό ιατρικό περιοδικό, [http://: w.w.w.inhealth.gr](http://w.w.w.inhealth.gr)
- Ηλεκτρονικό ιατρικό περιοδικό, [http://: w.w.w.medlook.gr](http://w.w.w.medlook.gr)
- Ετήσιο Συνέδριο Ευρωπαϊκής Εταιρείας για τη μελέτη του διαβήτη, [w.w.w.Europeanlace .gr](http://w.w.w.Europeanlace.gr)
- Παγκόσμια Ήμερα Διαβήτη, [http://: w.w.w.diabetes day.gr](http://w.w.w.diabetesday.gr)
- Εφημερίδα Καθημερινή, [http://: kathimerini.gr](http://kathimerini.gr)
- Παγκόσμιος Οργανισμός Διαβήτη, [http://: w.w.w.I.D.F.gr](http://w.w.w.I.D.F.gr)
- The Greek Diabetes Portal, [http://: w.w.w.sugarfree.gr](http://w.w.w.sugarfree.gr)
- Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου, [http://: w.w.w.opad.gr](http://w.w.w.opad.gr)
- [http://:w.w.w.cardiology.gr](http://w.w.w.cardiology.gr)

ΆΛΛΕΣ ΠΗΓΕΣ

- ΦΕΚ 41/08-03-2001, Τεύχος Α, αρ. φύλλου 41, σελ. 1122 και 1136

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Η έρευνα αυτή πραγματοποιείται από μια σπουδάστρια του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας με θέμα « ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΑΠΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ».

Το sf-36 είναι ένα ψυχομετρικό όργανο μέτρησης που χρησιμοποιείται για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Στόχος της πτυχιακής είναι να διερευνήσει την ποιότητα ζωής ατόμων τα οποία πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.

Κατά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, παρακαλώ να έχετε υπόψιν σας τα εξής :

1. Δώστε τις απαντήσεις που σας εκφράζουν.
2. Μη σπαταλάτε πολύ χρόνο σκεπτόμενοι την κάθε ερώτηση. Δώστε την πρώτη απάντηση που έρχεται στο μυαλό σας.
3. Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις.
4. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.
5. Σε καμία περίπτωση δεν θα ζητηθούν προσωπικές πληροφορίες και η συμμετοχή σας στην έρευνα γίνεται ανώνυμα.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

Η σπουδάστρια : Αγγελική Καρβουιάρη

Σημειώστε (X) στο κουτάκι που σας αφορά :

1. ΦΥΛΟ : ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

2. ΗΛΙΚΙΑ: ΚΑΤΩ ΤΩΝ 20 20 ΕΩΣ 40 40 ΕΩΣ 60 ΠΑΝΩ ΑΠΟ 60

3. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ : ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ: ΑΝΩΤΑΤΗ (ΤΕΙ) ΑΝΩΤΕΡΗ (ΑΕΙ)

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ : ΕΓΓΑΜΟΣ

ΑΓΑΜΟΣ

ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ

ΧΗΡΟΣ

SF-36 ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας.

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

(βάλτε έναν κύκλο)

- Εξαιρετική 1
Πολύ καλή 2
Καλή 3
Μέτρια 4
Κακή 5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα:

(βάλτε έναν κύκλο)

- Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 1
Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 2
Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν 3
Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 4
Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν 5

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

<u>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ</u>	Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
α. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπόρ	1	2	3
β. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία	1	2	3
γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	1	2	3
δ. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες	1	2	3
ε. Όταν ανεβαίνετε μία σκάλα	1	2	3
στ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	1	2	3
ζ. Όταν περπατάτε περίπου ένα χιλιόμετρο	1	2	3
η. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα	1	2	3
θ. Όταν περπατάτε περίπου εκατό μέτρα	1	2	3
ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1	2	3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2
δ. Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε έμμεγαλύτερη προσπάθεια)	1	2

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος):

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. Επιτελέσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ότι συνήθως	1	2

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές και δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1
 Ελάχιστα2
 Μέτρια3
 Αρκετά4
 Πέρα πολύ5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1
 Πολύ ήπιο2
 Ήπιο3
 Μέτριο4
 Εντονο5
 Πολύ έντονο6

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου1
 Λίγο2
 Μέτρια3
 Αρκετά4
 Πάρα πολύ5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα -

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε

σειρά)

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
α. Αισθανόσαστε κούραση/γεμάτη ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	1	2	3	4	5	6
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	1	2	3	4	5	6
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	1	2	3	4	5	6
ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	1	2	3	4	5	6
η. Ησαστε ευτυχισμένος/ευτυχισμένη;	1	2	3	4	5	6
θ. Αισθανόσαστε κούραση;	1	2	3	4	5	6

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα:

(βάλτε έναν κύκλο)

- Συνεχώς1
 Το μεγαλύτερο διάστημα2
 Μερικές φορές3
 Μικρό διάστημα4
 Καθόλου5

11. ΠΟΣΟ ΑΝΗΘΙΣΤΕ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι προσωπικοί σας ιδεώδεις στη δική σας περίπτωση:

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε

σειρά)

	Εντελώς Αλήθεια	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψεμα	Εντελώς Ψεμα
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	1	2	3	4	5
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	1	2	3	4	5
δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5



02002 13 1702050012



2841

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 213

17 Φεβρουαρίου 2005

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. οικ.2/7029/0094

Νέος Κανονισμός Παροχών του Οργανισμού Περιθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.).

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ -
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 7 του Ν. 2768/ 1999 «Ρύθμιση συνταξιοδοτικών θεμάτων, σύσταση νομικού προσώπου κ.λπ.» (ΦΕΚ Α.273).
2. Την υπ' αριθμ. 2/190/0094/28.1.2004 κοινή απόφαση των Υφυπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας «Κανονισμός Παροχών του Οργανισμού Περιθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)» (ΦΕΚ Β.323/Β'/11.2.2004).
3. Τις διατάξεις του Π. Δ/τος Β1/2002 «Συγχώνευση των Υπουργείων Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών στο Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών» (ΦΕΚ Α.57).
4. Το καταρτισθέν σχέδιο τροποποίησης και συμπλήρωσης της υπ' αριθμ. 2/190/0094/28.1.2004 κοινής υπουργικής απόφασης (Κανονισμός Παροχών Ασφαλισμένων του Δημοσίου / ΦΕΚ Β.323/11.2.2004) από τα Διοικητικά Συμβούλια του Ο.Π.Α.Δ. (πρακτικά συνεδριάσεως 137/17.11.2004, 138/22.11.2004, 139/24.11.2004 και 140/29.11.2004).
5. Τις διατάξεις του Π. Δ/τος 121/2004 (ΦΕΚ Α.84).
6. Το άρθρο 29Α του Ν. 1558/1985 (ΦΕΚ Α.137), όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/1992 (ΦΕΚ Α.154) και τροποποιήθηκε με το άρθρο 1 παρ. 2α του Ν. 2469/1997 (ΦΕΚ Α.38).
7. Την υπ' αριθμ. 14650/ΔΙΟΕ85/17.3.2004 απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών: «Καθορισμός αρμοδιοτήτων των Υφυπουργών Οικονομίας και Οικονομικών» (ΦΕΚ Β.519/17.3.2004).
8. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της απόφασης αυτής δεν προκαλείται νέα δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού του Ο.Π.Α.Δ. επειδή δαπάνες οι οποίες προκαλούνται από την επέκταση των παροχών αντισταθμίζονται από δαπάνες οι οποίες περικόπτονται από αντίστοιχη μείωση δαπανών, αποφασίζουμε:

Εγκρίνουμε τον καταρτισθέντα από το Διοικητικό Συμβούλιο του Ο.Π.Α.Δ. νέο Κανονισμό Παροχών του Οργανισμού Περιθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου, κατά τροποποίηση και συμπλήρωση της κοινής υπουργικής απόφα-

σης των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας υπ' αριθμ. 2/190/0094/28.1.2004 «Κανονισμός Παροχών του Οργανισμού Περιθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου» (ΦΕΚ Β.323/11.2.2004) που έχει ως ακολούθως:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' -
ΣΚΟΠΙΩΣ - ΟΡΙΣΜΟΙ - ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ

Άρθρο 1
Σκοπός

1. Με τον παρόντα κανονισμό καθορίζονται οι παροχές που χορηγεί ο Ο.Π.Α.Δ. στους ασφαλισμένους του Δημοσίου και προσδιορίζονται οι δικαιούχοι αυτών καθώς και οι προϋποθέσεις παροχής τους.
2. Οι παροχές περιλαμβάνουν:
 - Α.1. Την ιατρική περίθαλψη και τις διαγνωστικές ιατρικές πράξεις.
 - Α.2. Τις παρακλινικές εξετάσεις.
 - Α.3. Την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας.
 - Α.4. Την φυσικοθεραπεία - εργοθεραπεία - λογοθεραπεία - ψυχοθεραπεία.
 - Α.5. Τη φαρμακευτική περίθαλψη.
 - Α.6. Την οδοντιατρική περίθαλψη.
 - Α.7. Την ειδική αγωγή.
 - Α.8. Τη λοιπή περίθαλψη.
 - Α.9. Τη νοσοκομειακή περίθαλψη.
 - Α.10. Τις χρήσεις αποκλειστικής νοσοκόμας.
 - Α.11. Τις δαπάνες μετακίνησης ασθενών.
 - Α.12. Το επίδομα τοκετού.
 - Α.13. Την αποκατάσταση της υγείας.
 - Α.14. Τη νοσηλεία στο εξωτερικό.
 - Α.15. Την παροχή θεραπευτικών μέσων και προθέσεων.
- Β. Την καταβολή εξόδων κηδείας των ασφαλισμένων, που περιλαμβάνουν περιπτώσεις θανάτου:
 - Β1. τακτικού δημοσίου υπαλλήλου,
 - Β2. συζύγου και τέκνων τακτικού δημοσίου υπαλλήλου που προστατεύονται από αυτόν,
 - Β3. πολιτικού συνταξιούχου και πολιτικού συνταξιούχου εκ μεταβίβασης,
 - Β4. συζύγου και τέκνων πολιτικού συνταξιούχου που προστατεύονται από αυτόν,
 - Β5. συνταξιούχου Ελληνικής Αστυνομίας ο οποίος συνταξιοδοτήθηκε πριν από την ενοποίηση των Σωμάτων Ασφαλείας,
 - Β6. συζύγου και τέκνων συνταξιούχου Ελληνικής Αστυνομίας, ο οποίος συνταξιοδοτήθηκε πριν από την ενοποίηση των Σωμάτων Ασφαλείας, και που προστατεύονται από αυτόν,

ανά διετία (2 έτη) και για άμεσα ασφαλισμένους και συνταξιοδοτούμενες χήρες ανά πενταετία (5 έτη), με βαρείας μορφής νευροαισθητήριο βαρηκοίας, μετά από εμπειροστατωμένη γνωμάτευση ιατρού Κρατικού ή Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ειδικότητας ΩΡΛ και έγκριση ελεγκτή ιατρού. Στους ενήλικες χορηγείται ένα (1) ακουστικό, ενώ στα παιδιά δύνανται να χορηγηθούν δύο (2). Η δαπάνη δεν δύναται να υπερβαίνει τα τριακόσια ευρώ (300 €) για το ακουστικό των ενηλίκων, και τα τετρακόσια ευρώ (400 €) για κάθε ακουστικό παιδιών.

δ. Προϊόντα και σκευάσματα ειδικής διατροφής που είναι απαραίτητα για τη διαιτητική αγωγή και για την αντιμετώπιση ή τη θεραπεία μεταβολικών νοσημάτων, κολλοκάκης, νόσου του Crohn, αλλεργίας στο γάλα αγελάδας (μέχρι 2 ετών), κυστικής ίνωσης σε ασθενείς που σπίζονται μέσω γαστροστομίας και ασθενών που έχουν υποβληθεί σε μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις, χορηγούνται ύστερα από γνωμάτευση Κρατικού ή Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου και έγκριση της ειδικής επιτροπής του Ο.Π.Α.Δ.

ε. Ορθοπεδικά είδη μετά την πάροδο διετίας (2 έτη) από την προηγούμενη προμήθεια. Εξαιρούνται τα παιδικά υποδήματα, οι κηδεμόνες σκολίωσης και κύφωσης, για παιδιά και εφήβους μέχρι δέκα οκτώ (18) ετών, τα οποία χορηγούνται μετά την πάροδο ενός (1) έτους από την προηγούμενη προμήθεια αυτών.

ζ. Στρώματα κατακλίσεως κάθε τριετία (3 έτη) σε μακροχρόνια κατάκοιτους ασθενείς μετά από σχετική γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού και έγκριση του ελεγκτή ιατρού μέχρι εκατόν είκοσι ευρώ (120 €).

η. Χειροκίνητο απλό αμαξίδιο ή αμαξίδιο ελαφρού τύπου στους πάσχοντες από ακρωτηριασμό των κάτω άκρων ή παραπληγία ή από βαρείες νευρολογικές παθήσεις με κινητική αναπηρία ογδόντα τοις εκατό (80%) και άνω, ανά πενταετία (5 έτη) μετά από γνωμάτευση ειδικευμένου ιατρού Κρατικού ή Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου αντίστοιχης κλινικής και έγκριση ελεγκτή ιατρού. Για το απλό αμαξίδιο εγκρίνεται δαπάνη μέχρι τετρακόσια ευρώ (400 €), ενώ για το αμαξίδιο ελαφρού τύπου χίλια εκατό ευρώ (1.100 €). Ηλεκτροκίνητο αμαξίδιο εφόπαξ για τους ενήλικες και ανά πενταετία (5 έτη) για παιδιά που πάσχουν από τετραπληγία ή από ασθενείς οι οποίες έχουν το ίδιο αποτέλεσμα με την τετραπληγία μετά από γνωμάτευση ιατρού αντίστοιχης κλινικής Κρατικού ή Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου, έγκριση δύο (2) ελεγκτών ιατρών του Ο.Π.Α.Δ. καθώς και του Δ.Σ. του Ο.Π.Α.Δ. μέχρι του ποσού των τεσσάρων χιλιάδων ευρώ (4.000 €).

θ. Συσκευές CPAP και BIPAP ανά πενταετία (5 έτη) μετά από γνωματεύσεις διευθυντών πνευμονολογικού και ΩΡΛ τμημάτων Κρατικού ή Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου μετά από αξονική τομογραφία του ανώτερου αναπνευστικού και έγκριση του ελεγκτή ιατρού και μέχρι του ποσού των χιλίων διακοσίων ευρώ (1.200 €) για την CPAP και χιλίων τετρακοσίων ευρώ (1.400 €) για την BIPAP.

θα. Ηλεκτροκίνητο ποδήλατο ενεργητικής και παθητικής κινησιοθεραπείας σε τετραπληγικούς ασθενείς εφόπαξ μετά από γνωμάτευση διευθυντή Νοσοκομείου (Κρατικού ή Πανεπιστημιακού) αντίστοιχου τμήματος, έγκριση ελεγκτή ιατρού και μέχρι του ποσού των χιλίων επτακοσίων ευρώ (1.700 €).

ββ. Δαπάνη προμήθειας οξυγόνου ή ενοικίαση συμπυκνωτή μέχρι εκατό ευρώ (100 €), ύστερα από γνωμάτευση ιατρού πνευμονολόγου, η οποία θα συνοδεύεται από αέρια αίματος πριν και μετά τη χορήγηση οξυγόνου. Δεν χορηγούνται φιάλες οξυγόνου, υγραντήρες, ροόμετρα και δαπάνες μεταφοράς αερίου οξυγόνου.

βγ. Απλά διαγνωστικά μέσα δηλαδή συσκευή μέτρησης σακχάρου κάθε πέντε (5) χρόνια, καθώς και τα αναλώσιμα κατά μήνα απαραίτητα υλικά, δηλαδή:

- πενήντα (50) ταινίες και πενήντα (50) βελόνες σε ινσουλινοθεραπευόμενους ασθενείς,

- εκατό (100) ταινίες και εκατό (100) βελόνες σε ινσουλινοεξαρτούμενους ασθενείς και

- εκατό (100) σκαρφιστήρες ανά τρίμηνο (3 μήνες) στους ασθενείς με ινσουλινοθεραπευόμενο και ινσουλινοεξαρτούμενο διαβήτη μετά από σχετική έγκριση από τον ελεγκτή ιατρό.

Α.8.4. Σε όλα τα χορηγούμενα θεραπευτικά και διαγνωστικά μέσα και προθέσεις ο άμεσος ή έμμεσος ασφαλισμένος έχει συμμετοχή στη δαπάνη εικοσιπέντε τοις εκατό (25%).

Χωρίς συμμετοχή χορηγούνται:

1. Το οξυγόνο.

2. Η τοποθέτηση και αντικατάσταση βηματοδοτών, απινιδωτών.

3. Οι συσκευές CPAP και BIPAP.

4. Τα ορθοπεδικά στους τετραπληγικούς και παραπληγικούς ασθενείς.

5. Γυαλιά, για οποιαδήποτε οφθαλμολογική πάθηση, παρέχονται κάθε τρία (3) χρόνια, κρύσταλλα και σκελετός έως το ποσό των πενήντα ευρώ (50 €). Για το έτος 2005 ισχύει μόνο για τους συνταξιούχους και τα παιδιά ηλικίας μέχρι δέκα (10) ετών. Από το έτος 2006 ισχύει για όλους.

Επίσης, παρέχονται εφόπαξ τα μετεγχειρητικά χρησιμοποιούμενα γυαλιά, στην έννοια των οποίων περιλαμβάνονται ο σκελετός και οι φακοί. Το σύνολο της δαπάνης που αναγνωρίζεται δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερο των εκατό ευρώ (100 €).

6. Τεχνητά βοηθήματα τυφλών και κωφών εφόπαξ και ως εξής: στους τυφλούς ένα (1) μπαστούνι και στους κωφούς ένα (1) αναλογικό ρολόι.

7. Στους ινσουλινοεξαρτούμενους ασθενείς: αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης ανά πέντε έτη (5 έτη), ένα (1) κουτί ελέγχου κατόπιν το χρόνο (1 έτος) και αναλώσιμα υλικά αξίας μέχρι διακοσίων ευρώ (200 €) ανά μήνα (1 μήνα), τα οποία θα χορηγούνται με βάση την εξής διαδικασία (σύμφωνα με την απόφαση του Δ.Σ. του Ο.Π.Α.Δ. στις 2.6.2004 αρ. πρακτικού 123):

α) Γνωμάτευση για την ανάγκη τοποθέτησης της φορητής αντλίας, αιτιολογημένη και τεκμηριωμένη επαρκώς από διαβητολογικό ιατρείο ή κέντρο Κρατικού ή Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της χώρας στο οποίο υπηρετεί εξειδικευμένο προσωπικό στην τοποθέτηση και παρακολούθηση των ασθενών με αντλία ινσουλίνης και βεβαίωση για την αδυναμία ρύθμισης του σακχαρώδη διαβήτη μετά από νοσηλεία του στο νοσοκομείο.

β) Έκδοση απόφασης χορήγησης από τη Δ2 Δ/νση Υγειονομικής Περιθαλψής του Ο.Π.Α.Δ. ύστερα από έγκριση της επιτροπής αντλιών έγχυσης ινσουλίνης του ΚΕΣΥ.

γ) Ανώτερο ποσό απόδοσης στον δικαιούχο ασφαλισμένο να οριστούν τα δύο χιλιάδες ευρώ (2.000 €) μαζί με το ΦΠΑ κάθε πέντε (5) χρόνια και χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου.

δ) Χορήγηση επίσης των υλικών τα οποία είναι απαραίτητα για τη λειτουργία της αντλίας (αναλώσιμα) και μέχρι του ποσού των διακοσίων ευρώ (200 €) με Φ.Π.Α. μηνιαίως και χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου.

Για την απόδοση της σχετικής δαπάνης είναι απαραίτητη η αναγραφή της στο βιβλιόριο υγείας του ασθενούς και

8. Ειδικά γυαλιά στους ασφαλισμένους του Δημοσίου ειδικότητων ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ Πληροφορικής, οι οποίοι:

α) εργάζονται σε υπηρεσιακές μονάδες, που σύμφωνα με τον οργανισμό τους έχουν αρμοδιότητες ανάπτυξης ή υποστήριξης συστημάτων πληροφορικής, και



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 41

8 Μαρτίου 2001

Το παρόν ΦΕΚ επανατυπώθηκε λόγω λαθών κατά την αρχική εκτύπωση.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**ΠΡΟΕΔΡΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ**

51. Σύσταση, οργάνωση και λειτουργία του Οργανισμού Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ (ΟΑΠ/ΔΕΗ) ... 1
52. Οργάνωση και λειτουργία του Οργανισμού Πρίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) . 2

ΠΡΟΕΔΡΙΚΑ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΑ**ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 51**

Σύσταση, οργάνωση και λειτουργία του Οργανισμού Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ (ΟΑΠ/ΔΕΗ).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Το άρθρο 34 του ν. 2773/1999 "Απελευθέρωση της αγοράς ηλεκτρικής ενέργειας-Ρύθμιση θεμάτων ενεργειακής πολιτικής και λοιπές διατάξεις (Φ.Ε.Κ. Α' 286).
2. Την παρ. 1 του άρθρου 32 του ν. 1539/1985 (Φ.Ε.Κ. Α' 64) "Ένταξη επαναπατριζόμενων πολιτικών προσφύγων στους ασφαλιστικούς οργανισμούς και άλλες διατάξεις".
3. Το άρθρο 29Α παρ.2 εδ. α' του Ν. 1558/1985 "Κυβέρνηση και Κυβερνητικά Όργανα" (Φ.Ε.Κ. Α' 137), όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του Ν. 2081/1992 (Φ.Ε.Κ. Α' 154) και αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 παρ.2 α) του Ν. 2469/1997 (Φ.Ε.Κ. Α' 38) και το γεγονός ότι δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού και του Προϋπολογισμού του Ο.Α.Π. ΔΕΗ.
4. Το Π.Δ.27/1996 "Συγχώνευση των Υπουργείων Τουρισμού, Βιομηχανίας-Ενέργειας και Τεχνολογίας και Εμπορίου στο Υπουργείο Ανάπτυξης" (Φ.Ε.Κ. Α' 19).
5. Την αριθμ. 1039386/441/Α0006/21.4.2000 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών "Ανάθεση αρμοδιοτήτων Υπουργού Οικονομικών στους Υφυπουργούς".
6. Την με αριθμό 54/2001 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας, έπειτα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Ανάπτυξης και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αποφασίζουμε:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α**Άρθρο 1****Σύσταση - Έδρα**

1. Ο Οργανισμός με την επωνυμία "Οργανισμός Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ (ΟΑΠ - ΔΕΗ)", που ιδρύθηκε με την παρ. 1 του άρθρου 34 του ν. 2773/1999 (ΦΕΚ Α' 286) είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με έδρα την Αθήνα και υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Όπου στις επόμενες διατάξεις αναφέρονται οι όροι α) "Οργανισμός", β) "Εταιρεία", γ) "Εργοδότης", νοούνται αντίστοιχα:

α) Ο Οργανισμός Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ (ΟΑΠ/ΔΕΗ).

β) Η Δημόσια Επιχείρηση Ηλεκτρισμού (ΔΕΗ), όπως αυτή υφίσταται κατά την έναρξη της ισχύος του παρόντος και οι θυγατρικές της εταιρείες, καθώς και τυχόν διάδοχοί της, ως προς την επιχειρηματική δραστηριότητα που αυτή ασκεί, σε περίπτωση μεταβολής με οποιοδήποτε τρόπο της νομικής της μορφής ή της σύνθεσης του μετοχικού της κεφαλαίου.

γ) Οι Επιχειρήσεις που αναφέρονται παραπάνω υπό στοιχείο β', όπου απασχολούνται οι ασφαλισμένοι του Οργανισμού και ο ίδιος ο Οργανισμός για το δικό του προσωπικό.

3. Ο Οργανισμός χρησιμοποιεί στρογγυλή σφραγίδα που φέρει σε εσωτερική περίμετρο τις ενδείξεις "ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ- ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΔΕΗ" και στο κέντρο την ένδειξη "ΟΑΠ - ΔΕΗ".

Άρθρο 2**Σκοπός**

1. Σκοπός του Οργανισμού είναι η σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 34 του ν. 2773/99 (ΦΕΚ Α' 286) υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση α) του προσωπικού και των συνταξιούχων της Δημόσιας Επιχείρησης Ηλεκτρισμού (ΔΕΗ), των θυγατρικών της Εταιρειών, καθώς και των τυχόν διαδόχων της ως προς την επιχειρηματική δραστηριότητα που αυτή ασκεί, σε περίπτωση μεταβολής με οποιονδήποτε τρόπο της νομικής της μορφής ή της σύνθεσης του μετοχικού της κεφαλαίου και β) του προσωπικού του ίδιου του Οργανισμού.

2. Η υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση που παρέχει ο Οργανισμός στους κατά την προηγούμενη παράγραφο ασφαλισμένους του περιλαμβάνει την κύρια ασφάλιση, που καλύπτει τους Κλάδους Συντάξεων, Υγείας και Πρόνοιας, όπως αυτή προβλέπεται στις ισχύουσες, κατά την έναρξη ισχύος του ν. 2773/1999 (ΦΕΚ Α' 286) διατάξεις του ν. 4491/1966

ότου οργανωθούν και στελεχωθούν όλες οι υπηρεσίες του Οργανισμού η διεκπεραίωση των εργασιών του Οργανισμού γίνεται από τις υπηρεσίες της Διεύθυνσης Ασφαλίσεως Προσωπικού ΔΕΗ, οι οποίες εξακολουθούν να υπάρχουν με την οργανωτική μορφή που έχουν κατά τη δημοσίευση του παρόντος, εξακολουθεί δε να ισχύει και ο Κανονισμός Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ (ΦΕΚ Β' 118), σύμφωνα με τον οποίο θα εκδοθεί ο Κανονισμός Ασφάλισης κατά την παρ. 9 του άρθρου 34 του ν.2773/1999 (ΦΕΚ Α' 286).

2. Όπου στις διατάξεις του ν.4491/1966 (ΦΕΚ Α' 1) αναφέρεται η ΔΕΗ υπό την ιδιότητα του φορέα κοινωνικής ασφάλισης του προσωπικού της ή "Υπηρεσία Ασφαλίσεως" ή "Υπηρεσία" νοείται εφεξής ο Οργανισμός.

3. Κατά την πρώτη εφαρμογή του παρόντος ο Γραμματέας του Διοικητικού Συμβουλίου ορίζεται με την πράξη συγκρότησης του Διοικητικού Συμβουλίου.

4. Ο ΟΑΠ θα παρέχει στον εργοδότη και μετά την έναρξη ισχύος του παρόντος τις υγειονομικές του υπηρεσίες που αφορούν στον έλεγχο των ημερασθενειών του προσωπικού ΔΕΗ, την κρίση της ικανότητας προς πρόσληψη αυτού ως και την κρίση της ικανότητας μισθωτών που αφορά στις αλλαγές ειδικότητας ή μεταθέσεις ή μετατάξεις για λόγους υγείας, με συμφωνούμενο από το Δ.Σ. του Οργανισμού και του Εργοδότη ετήσιο τίμημα.

5. Ο εργοδότης θα εξακολουθήσει να παρέχει στον ΟΑΠ τουλάχιστον μέχρι την 31.12.2002, τις υποστηρικτικές υπηρεσίες που παρέχει κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος στην Διεύθυνση Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ όπως υπηρεσίες μηχανογραφικής και νομικής υποστήριξης τεχνικές υπηρεσίες συντήρησης και εξοπλισμού κτιρίων και εγκαταστάσεων, με συμφωνούμενο από το Δ.Σ. του ΟΑΠ και του εργοδότη ετήσιο τίμημα.

6. Μέχρι το άνοιγμα σχετικής πίστωσης του Κράτους, η οποία θα καλύπτει πλήρως τη διαφορά μεταξύ των εσόδων και των δαπανών του Οργανισμού η ΔΕΗ θα εξακολουθήσει να καταβάλλει τις δαπάνες ασφαλίσεως σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις. Το Δημόσιο θα καταβάλει στη ΔΕΗ, σύμφωνα με το άρθρο 6 της παραγρ. 12 του άρθρου 34 του Ν. 2773/1999 (ΦΕΚ Α' 286), το ποσό της διαφοράς μεταξύ εσόδων και δαπανών, καθώς και των εν γένει υποχρεώσεων, από 1.01.2000 μέχρι το άνοιγμα της σχετικής πίστωσης του Κράτους.

7. Κατά την πρώτη εφαρμογή του παρόντος το υπό στοιχείο δ' της παραγράφου 1 του άρθρου 4 του παρόντος μέλος του Δ.Σ. και ο αναπληρωτής του ορίζονται από τον Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων από πίνακα προσώπων διπλάσιου αριθμού τουλάχιστο που υποδεικνύονται με συμφωνία του προέδρου του Δ.Σ. της ΔΕΗ και του προέδρου της πλέον αντιπροσωπευτικής ΑΣΟΠ.

Άρθρο 12

1. Η ισχύς του παρόντος Προεδρικού Διατάγματος αρχίζει από την δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Στον Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων αναθέτουμε τη δημοσίευση και την εκτέλεση του παρόντος.-

Αθήνα, 27 Φεβρουαρίου 2001

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΔΗΜ. ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Β. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗΣ

ΥΦΥΠ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Γ. ΔΡΥΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ & ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Α. ΓΙΑΝΝΙΤΣΗΣ

(2)

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. 52

Οργάνωση και λειτουργία του Οργανισμού Περιθάλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις:

α) Της παρ. 1 του άρθρου 10 του ν. 2768/1999 "Ρύθμιση συνταξιοδοτικών θεμάτων, σύσταση νομικού προσώπου κ.λπ." (Α.273), β) Του άρθρου 20 του ν. 2503/1997 "Διοίκηση, οργάνωση, στελέχωση της Περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων για την τοπική αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις" (Α. 107).

2. Τις αποφάσεις:

α) Αριθ. ΔΙΔΚ/Φ1/2/1187/12-5-2000 του Πρωθυπουργού και της Υπουργού Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης" (Β.630).

β) Αριθ. 2850/18-4-2000 του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Υγείας και Πρόνοιας" (Β.565).

γ) Αριθ. 1039386/441/Α0006/21-4-2000 του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Οικονομικών "Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Οικονομικών" (Β.571).

3. Το άρθρο 29Α του ν. 1558/1985 (Α. 137), όπως προστέθηκε με το άρθρο 27 του ν.2081/1992 (Α. 154) και τροποποιήθηκε με το άρθρο 1 παρ.2 του ν.2469/1997 (Α.38).

4. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις του διατάγματος αυτού προκαλείται ετήσια δαπάνη σε βάρος του προϋπολογισμού του Οργανισμού Περιθάλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) ύψους 170.000 εκατ. δρχ. περίπου από το έτος 2002 και εφεξής, η οποία θα αντιμετωπίζεται από επιχορήγηση του κρατικού προϋπολογισμού που θα εγγράφεται σε ειδικό κωδικό αριθμό εξόδου (Κ.Α.Ε.) και η οποία θα βασιζέται στις εισφορές των ασφαλισμένων και τη διπλάσια συνεισφορά του Δημοσίου στο πλαίσιο της παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 2768/1999. Για το τρέχον οικονομικό έτος 2001 και κατά την έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού, θα μεταφερθούν οι οικείες πιστώσεις του Κ.Α.Ε. 0549 του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και του Κ.Α.Ε. 2271 των προϋπολογισμών των Περιφερειών, από τις οποίες καλύπτονται σήμερα οι δαπάνες περίθαλψης, σε ειδικό κατά τα ανωτέρω Κ.Α.Ε. επιχορήγησης του Οργανισμού.

5. Την αριθ. 7/2001 γνωμοδότηση του Συμβουλίου της Επικρατείας.

Με πρόταση του Υπουργού Οικονομικών και των Υφυπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομικών αποφασίζουμε:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΑΠΟΣΤΟΛΗ -ΔΙΟΙΚΗΣΗ

Άρθρο 1

Αποστολή

Αποστολή του Οργανισμού Περιθάλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (εφεξής Ο.Π.Α.Δ.) είναι η οργάνωση, η παρακολούθηση και ο έλεγχος του συστήματος παροχής υγειονομικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους του Δημοσίου, η βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας αυτής, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης της, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων του Δημοσίου πόρων.

Άρθρο 2

Σύνθεση Διοικητικού Συμβουλίου (άρθρο 8 ν. 2768/99)

1. Ο Ο.Π.Α.Δ. διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) το οποίο αποτελείται από:

α) Έναν πτυχιούχο ανωτάτου εκπαιδευτικού ιδρύματος με ιδιαίτερες γνώσεις και αποδεδειγμένη εμπειρία στη διαχείριση και διοίκηση της υγειονομικής ασφάλισης ως Πρόεδρος, ο οποίος ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομικών.

β) Έναν προϊστάμενο διευθύνσης ή τμήματος του Υπουργείου Οικονομικών (Γενικό Λογιστήριο του Κράτους) που ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Οικονομικών.

γ) Έναν προϊστάμενο διευθύνσης ή τμήματος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

δ) Δύο ειδικούς σε θέματα υγειονομικής ασφάλισης και διαχείρισης οικονομικών υγείας.

ε) Έναν εκπρόσωπο της Α.Δ.Ε.Δ.Υ., που υποδεικνύεται με τον αναπληρωτή του από αυτήν.

στ) Έναν εκπρόσωπο της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Πολιτικών Συνταξιούχων που υποδεικνύεται με τον αναπληρωτή του από αυτήν.

2. Το Διοικητικό Συμβούλιο διορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομικών. Με την ίδια απόφαση ορίζεται ένα από τα μέλη ως αναπληρωτής του Προέδρου.

3. Η θητεία των μελών του Δ.Σ. είναι τριετής. Τα μέλη του Δ.Σ. ασκούν τα καθήκοντα τους και μετά τη λήξη της θητείας τους και μέχρι τρεις το πολύ μήνες, ωστόσο αναλάβουν καθήκοντα τα νέα μέλη που τα αντικαθιστούν.

4. Το Δ.Σ. ορίζει το γραμματέα του και τον αναπληρωτή του, από υπαλλήλους του Οργανισμού ή των εποπτευόμενων υπουργείων.

Άρθρο 3

Αρμοδιότητες Δ.Σ.

1. Το Δ.Σ. είναι το ανώτατο όργανο της Διοίκησης του Οργανισμού. Έχει τη γενική αρμοδιότητα για όλα τα θέματα που αφορούν τον Οργανισμό εκτός από εκείνα που ανατίθενται σε άλλο όργανο και ιδίως:

α) Καθορίζει και διαμορφώνει τους στρατηγικούς στόχους του Οργανισμού, στο πλαίσιο πάντοτε του σκοπού αυτού.

β) Εγκρίνει τα επιχειρησιακά σχέδια δράσης και αναλογιστικές μελέτες που καταρτίζονται τουλάχιστον ανά πενταετία.

γ) Εισηγείται στους εποπτεύοντες υπουργούς τη λήψη μέτρων εξορθολογισμού του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης των ασφαλισμένων του Δημοσίου.

δ) Προτείνει στους Υπουργούς Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και στον κατά περίπτωση αρμόδιο υπουργό, την ανάθεση καθηκόντων ελεγκτή ιατρού των παροχών περίθαλψης των ασφαλισμένων του Δημοσίου σε ελεγκτικά όργανα άλλων ασφαλιστικών φορέων ή σε ιατρούς με βαθμό Επιμελητή Α' και Β' του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

ε) Καταρτίζει τον κανονισμό παροχών προς τους ασφαλισμένους του Δημοσίου και υποβάλλει αυτόν στους εποπτεύοντες υπουργούς.

στ) Διαχειρίζεται την ακίνητη περιουσία του Οργανισμού και αποφασίζει για την προσφορότερη τοποθέτηση ή επένδυση των διαθέσιμων κεφαλαίων του.

ζ) Αποφασίζει τη διενέργεια προμηθειών, τη μίσθωση ακινήτων απαραίτητων για τη λειτουργία των υπηρεσιών του Οργανισμού, την εκτέλεση έργων και την εκπόνηση εργασιακών μελετών και θέτει τους όρους διενέργειας των διαγωνι-

σμών και της διακήρυξης αυτών, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις.

η) Καταρτίζει τον προϋπολογισμό και τις τροποποιήσεις του, τον απολογισμό και τον ισολογισμό του Οργανισμού και τον υποβάλλει προς έγκριση στους εποπτεύοντες υπουργούς.

θ) Διαθέτει, ως κύριος διατάκτης, τις αναγραφόμενες στον προϋπολογισμό πιστώσεις, τις οποίες δύναται να μεταβιβάζει με επιτροπικά εντάλματα σε περιφερειακά όργανα (δευτερεύοντες διατάκτες).

ι) Καταρτίζει τους κανονισμούς λειτουργίας της ταμιακής και λογιστικής υπηρεσίας, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις και εισηγείται στον Υπουργό των Οικονομικών την ταμιακή εξυπηρέτηση του Οργανισμού από τις Δ.Ο.Υ., εφόσον το κρίνει αναγκαίο.

ια) Συνιστά, κατά τις κείμενες διατάξεις, Ειδικό Λογαριασμό για την αξιοποίηση των πλεονασμάτων και εισηγείται στους εποπτεύοντες υπουργούς το πλαίσιο διαχείρισης του λογαριασμού αυτού.

ιβ) Τοποθετεί τους Προϊσταμένους διευθύνσεων και τμημάτων.

ιγ) Επιβάλλει τις προβλεπόμενες από την ισχύουσα νομοθεσία κυρώσεις στους ασφαλισμένους, καθώς και στα συμβεβλημένα με τον Ο.Π.Α.Δ. φυσικά ή νομικά πρόσωπα.

ιδ) Εγκρίνει τον τύπο των συμβάσεων στο πλαίσιο του κανονισμού παροχών και καθορίζει τα κριτήρια βάσει των οποίων προσδιορίζεται ο απαιτούμενος αριθμός συμβάσεων παροχής υγειονομικής περίθαλψης ανά νομό νομαρχία ή νομαρχιακό τομέα.

ιε) Ασκει επί του προσωπικού του Οργανισμού τις προβλεπόμενες από τον Υπαλληλικό Κώδικα αρμοδιότητες.

ιστ) Αποφασίζει για κάθε υπηρεσιακό θέμα που παραπέμπεται, λόγω της σπουδαιότητας σε αυτό από το Γενικό Διευθυντή του Οργανισμού.

2. Το Δ.Σ. προτείνει στους εποπτεύοντες υπουργούς σύμφωνα με την παρ.2 του άρθρου 29 ν. 1199/1981 (Α.237), τη μεταβίβαση άσκησης αρμοδιοτήτων του, πέραν εκείνων που μεταβιβάζονται με τον παρόντα Οργανισμό, στον Πρόεδρο, το Γενικό Διευθυντή και τους Προϊσταμένους Διευθύνσεων και Τμημάτων της κεντρικής υπηρεσίας και των περιφερειακών υπηρεσιών του Οργανισμού.

Άρθρο 4

Λειτουργία Δ.Σ.

1. Το Δ.Σ. συγκαλείται από τον Πρόεδρο και, όταν αυτός ελλείπει ή απουσιάζει ή κωλύεται, από τον αναπληρωτή του σε τακτικές συνεδριάσεις δύο τουλάχιστον φορές το μήνα και σε έκτακτες, όταν κρίνεται αναγκαίο από τον Πρόεδρο ή το ζητήσουν τρία τουλάχιστον μέλη του Δ.Σ. Στην τελευταία περίπτωση ο Πρόεδρος συγκαλεί υποχρεωτικά τα μέλη του Δ.Σ. μέσα σε τρεις ημέρες από την έγγραφη γνωστοποίηση του αιτήματος. Στη γνωστοποίηση αναγράφονται και τα θέματα για τα οποία ζητείται η έκτακτη σύγκληση του Δ.Σ.

2. Τόπος συνεδρίασεως είναι η έδρα του Οργανισμού.

3. Στις συνεδριάσεις μετέχει ως εισηγητής, χωρίς δικαίωμα ψήφου, ο Γενικός Διευθυντής. Σε περίπτωση έλλειψης, απουσίας ή κωλύματος του Γενικού Διευθυντή, χρέη εισηγητή ασκεί ο κατά περίπτωση αρμόδιος Διευθυντής ή ο αναπληρωτής του. Αν κρίνεται αναγκαίο από τον Πρόεδρο ή το Γενικό Διευθυντή ή από δύο τουλάχιστον μέλη του Δ.Σ., είναι δυνατό να καλούνται στη συνεδρίαση ο νομικός σύμβουλος του Οργανισμού και οι αρμόδιοι Διευθυντές ή οι αναπληρωτές τους προκειμένου να δώσουν τις απαραίτητες διευκρινήσεις ή πληροφορίες επί των συζητούμενων θεμάτων της αρμοδιότητάς τους.

4. Το Δ.Σ. βρίσκεται σε απαρτία όταν παρίστανται τέσσερα

(4) τουλάχιστον μέλη του, μεταξύ των οποίων απαραίτητα ο Πρόεδρος ή ο αναπληρωτής του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται κατά πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση ισοψηφίας επικρατεί η ψήφος του Προέδρου ή του προεδρευόντος αναπληρωτή του.

5. Οι συζητήσεις και οι αποφάσεις που λαμβάνονται από το Δ.Σ. διατυπώνονται σε πρακτικά που τηρούνται από το Γραμματέα. Τα πρακτικά υπογράφονται από τον Πρόεδρο, τα παριστάμενα μέλη και το Γραμματέα. Στα πρακτικά καταγράφονται υποχρεωτικά οι γνώμες των μελών που μειοψήφησαν.

Άρθρο 5

Αρμοδιότητες του Προέδρου του Δ.Σ.

1. Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:
 - α) Εκπροσωπεί τον Οργανισμό στα δικαστήρια και τις διοικητικές αρχές.
 - β) Συγκαλεί το Δ.Σ.
 - γ) Καθορίζει τα θέματα της ημερήσιας διάταξης με την επιφύλαξη του τελευταίου εδαφίου της παρ. 1 του προηγούμενου άρθρου.
 - δ) Προεδρεύει των συνεδριάσεων του Δ.Σ.
 - ε) Εποπτεύει την ορθή τήρηση των πρακτικών των συνεδριάσεων του Δ.Σ. από το Γραμματέα.
 - στ) Ασκεί τις αρμοδιότητες του Γενικού Διευθυντή κατά την έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού και μέχρι το διορισμό Γενικού Διευθυντή, καθώς και στην περίπτωση απουσίας ή κωλύματος τούτου.
 - ζ) Έχει επιπλέον όσα καθήκοντα του ανατίθενται από το Δ.Σ. με τις αποφάσεις της παρ. 2 του άρθρου 29 του ν. 1199/1981.
2. Όταν ο Πρόεδρος ελλείπει ή απουσιάζει ή κωλύεται, αναπληρώνεται από το μέλος του Δ.Σ. που έχει οριστεί με την απόφαση συγκρότησης του Συμβουλίου.

Άρθρο 6

Αρμοδιότητες Γενικού Διευθυντή

1. Ο Γενικός Διευθυντής προϊστάται των υπηρεσιών του Οργανισμού και ειδικότερα:
 - α) Εποπτεύει και ελέγχει την όλη διεξαγωγή των εργασιών του Οργανισμού και τη λειτουργία των υπηρεσιών του.
 - β) Υλοποιεί, μέσω των υπηρεσιών του Οργανισμού, τις αποφάσεις του Δ.Σ.
 - γ) Καταρτίζει με τις υπηρεσίες του Οργανισμού τα επιχειρησιακά σχέδια δράσης, τις αναλογιστικές μελέτες και εισιγείται αυτά στο Δ.Σ.
 - δ) Εισηγείται στο Δ.Σ. όλα τα προς συζήτηση θέματα, χωρίς δικαίωμα ψήφου, και προτείνει τη λήψη μέτρων για τη βελτίωση της λειτουργίας των υπηρεσιών, τον εξορθολογισμό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης των ασφαλισμένων του Δημοσίου, την ανάθεση καθηκόντων ελεγκτή ιατρού των παροχών περίθαλψης σε ελεγκτικά όργανα άλλων ασφαλιστικών φορέων ή σε γιατρούς με βαθμό επιμελητή Α' ή Β' του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), καθώς και τη διαχείριση της κινητής και ακίνητης περιουσίας του Οργανισμού.
 - ε) Εισηγείται στο Δ.Σ. τον προϋπολογισμό, ισολογισμό και τον απολογισμό του Οργανισμού. Επίσης εισηγείται τις τροποποιήσεις του προϋπολογισμού κατά τη διάρκεια εκτέλεσής του.
 - στ) Εγκρίνει τις πληρωμές των εξόδων της κεντρικής υπηρεσίας του Οργανισμού στα πλαίσια των νόμων, των κανονιστικών διοικητικών πράξεων, του εγκεκριμένου προϋπολογισμού και των σχετικών αποφάσεων του Δ.Σ.
 - ζ) Προσυπογράφει όλα τα έγγραφα που υπογράφονται από τον Πρόεδρο του Δ.Σ. και υπογράφει όλα τα λοιπά έγγραφα και πιστοποιητικά που συντάσσουν οι υπηρεσίες του

Οργανισμού, πλην εκείνων η υπογραφή των οποίων ανατίθεται από το Δ.Σ. στους Προϊσταμένους των Διευθύνσεων και των Τμημάτων.

η) Εισηγείται στο Δ.Σ. την τοποθέτηση των Προϊσταμένων Διευθύνσεων και Τμημάτων.

θ) Τοποθετεί τους υπαλλήλους της κεντρικής υπηρεσίας του Οργανισμού, καθώς επίσης και τους υπαλλήλους των υπηρεσιών που βρίσκονται στην περιοχή τέρως Διοικήσεως Πρωτεύουσας.

ι) Μετακινεί τους υπαλλήλους εντός της κεντρικής υπηρεσίας, καθώς επίσης και τους υπαλλήλους από και προς τις υπηρεσίες που βρίσκονται στην περιοχή τέρως Διοικήσεως Πρωτεύουσας.

ια) Αναθέτει και αφαιρεί τη διαχείριση υπολόγων διαχειριστών του Οργανισμού.

ιβ) Παραπέμπει για γνωμοδότηση στο Γραφείο Νομικών Υποθέσεων τα θέματα για τα οποία ανακύπτουν νομικές αμφισβητήσεις.

ιγ) Έχει επιπλέον όσα καθήκοντα του ανατίθενται από το Δ.Σ. με τις αποφάσεις της παρ. 2 του άρθρου 29 του ν. 1199/1981.

2. Μέχρι το διορισμό του Γενικού Διευθυντή, καθώς και σε περίπτωση απουσίας ή κωλύματός του, οι αρμοδιότητες αυτού ασκούνται από τον Πρόεδρο του Δ.Σ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

ΟΡΓΑΝΩΣΗ

Άρθρο 7

Βασική Διάρθρωση

1. Οι υπηρεσίες του Οργανισμού διακρίνονται:
 - α) Στην κεντρική υπηρεσία β) Στις περιφερειακές υπηρεσίες.
2. Την κεντρική υπηρεσία συγκροτούν:
 - α) Η Διεύθυνση 1η (Δ1) Διοικητικού - Οικονομικού
 - β) Η Διεύθυνση 2α (Δ2) Υγειονομικής Περίθαλψης γ) Η Διεύθυνση 3η (Δ3) Πληροφορικής και Μελετών δ) Το Γραφείο Νομικών Υποθέσεων
3. Τις περιφερειακές υπηρεσίες συγκροτούν οι Υπηρεσίες Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Υ.Π.Α.Δ.) που λειτουργούν σύμφωνα με όσα ορίζονται στα άρθρα 12-16.

Άρθρο 8

Διάρθρωση - αρμοδιότητες της Δ1 Διοικητικού - Οικονομικού

1. Η Διεύθυνση Διοικητικού - Οικονομικού είναι αρμόδια για το χειρισμό όλων των θεμάτων υπηρεσιακής κατάστασης του προσωπικού του Οργανισμού και της στελέχωσης του, καταρτίζει τα σχέδια του προϋπολογισμού, απολογισμού καθώς και ισολογισμού, μεριμνά για την εκτέλεση του προϋπολογισμού, προγραμματίζει, παρακολουθεί και υλοποιεί τις προμήθειες, εποπτεύει την εκτέλεση των έργων και των μελετών, αναλαμβάνει τις δαπάνες του φορέα, καταρτίζει τις καταστάσεις αποδοχών του προσωπικού και ασκεί την ταμιακή διαχείριση.
2. Η Δ1 Διεύθυνση Διοικητικού - Οικονομικού συγκροτείται από τα εξής τμήματα:
 - α) Τμήμα Α Προσωπικού
 - β) Τμήμα Β Οικονομικού
 - γ) Τμήμα Γ Διοικητικής Υποστήριξης
3. Οι αρμοδιότητες της Διεύθυνσης μεταξύ των τμημάτων κατανέμονται ως ακολούθως:
 - α) Τμήμα Α Προσωπικού:
 - αα) Χειρισμός όλων των θεμάτων υπηρεσιακής κατάστασης του προσωπικού.

ββ) Κατανομή, μετά από αξιολόγηση, του προσωπικού στις υπηρεσιακές μονάδες.

γγ) Κατάρτιση και επεξεργασία σχεδίων κανονιστικών διοικητικών πράξεων που αφορούν τον Οργανισμό και μέριμνα για την προώθησή τους.

δδ) Μέριμνα για τη συγκρότηση των συμβουλίων (διοικητικού, υπηρεσιακού και πειθαρχικού).

εε) Μέριμνα για τη μεταβίβαση αρμοδιοτήτων του Δ.Σ. σε άλλα όργανα και για την παροχή εξουσιοδοτήσεων σε υπηρεσιακά όργανα υπογραφής επιταγών, εντολών, πιστοποιητικών, βεβαιώσεων και διάφορων εγγράφων και πράξεων.

στστ) Παρακολούθηση της πιστής εφαρμογής του ωραρίου εργασίας του προσωπικού.

ζζ) Επεξεργασία στοιχείων για την εκτίμηση των αναγκών του Οργανισμού σε θέσεις προσωπικού και την κατανομή τους σε κλάδους, βαθμούς και ειδικότητες.

ηη) Διακρίβωση των αναγκών εκπαίδευσης του προσωπικού και εισήγηση για την επιμόρφωσή τους.

θθ) Μέριμνα αξιοποίησης των επιμορφούμενων υπαλλήλων.

ιι) Χειρισμός όλων των θεμάτων σύστασης, οργάνωσης και κατάργησης υφισταμένων υπηρεσιών του Οργανισμού.

ιαια) Μέριμνα για την ασφάλεια κτιρίων και υλικού της κεντρικής υπηρεσίας του Οργανισμού, καθώς και εκπαίδευσης του προσωπικού σε θέματα ασφαλείας.

ιβιβ) Κάθε εργασία σχετική με την πολιτική σχεδίαση έκτακτης ανάγκης.

ιγιγ) Διοικητική υποστήριξη λειτουργίας του Δ.Σ.

ιδιδ) Μέριμνα για την καταβολή των αποδοχών στο προσωπικό του Οργανισμού.

ιειε) Συγκέντρωση, έλεγχος των δικαιολογητικών των πρόσθετων αποδοχών (υπερωρίες, συμβούλια, αποζημίωση μελών Δ.Σ., επιτροπές και ομάδες εργασίας) και διαβίβαση αυτών στην Υ.Δ.Ε. του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την εκκαθάριση και εντολή πληρωμής.

ισισι) Παραλαβή, ταξινόμηση και έλεγχος των πράξεων μεταβολών της υπηρεσιακής και οικογενειακής κατάστασης των υπαλλήλων.

ιζιζ) Παρακολούθηση της νομοθεσίας που αφορά τις αποδοχές και τα επιδόματα του προσωπικού των ν.π.δ.δ.

ιηιη) Τήρηση μητρώου του πάσης φύσεως προσωπικού.

ιθιθ) Απόδοση των κρατήσεων που διενεργούνται επί των αποδοχών στο Δημόσιο και τρίτους και τήρηση των σχετικών λογαριασμών.

ικικ) Διακίνηση της πάσης φύσεως εισερχόμενης και εξερχόμενης αλληλογραφίας.

ικακα) Οργάνωση, ταξινόμηση και τήρηση του γενικού αρχείου του Οργανισμού.

ικββ) Τήρηση του γενικού πρωτοκόλλου και επιμέλεια εκτύπωσης εγκυκλίων και εντύπων εν γένει.

ικγγ) Δακτυλογράφηση και παραβολή των εξερχόμενων εγγράφων και κάθε αντιγραφική εργασία.

ικδδ) Βεβαίωση της ακρίβειας αντιγράφων και φωτοαντιγράφων οικώνδηποτε εγγράφων, καθώς και του γνησίου της υπογραφής των πολιτών και του προσωπικού του Οργανισμού.

ικεε) Συγκέντρωση, έλεγχος και διαβίβαση στο Ελεγκτικό Συνέδριο των υποβληθέντων ανά εξάμηνο δηλώσεων του άρθρου 2 ν. 1256/1982 (Α.65) από υπαλλήλους του Οργανισμού.

β) Τμήμα Β Οικονομικό

αα) Κατάρτιση σχεδίου του προϋπολογισμού του Οργανισμού και των τροποποιήσεων αυτού κατά την διάρκεια της εκτέλεσής του, καθώς και παρακολούθηση της εξέλιξης των σχετικών κονδυλίων.

ββ) Κατάρτιση του σχεδίου απολογισμού και του ισολογισμού.

γγ) Τήρηση των προβλεπόμενων λογιστικών βιβλίων, στοιχείων και λογαριασμών.

δδ) Μέριμνα για την ανάληψη υποχρέωσης δαπάνης από τα αρμόδια όργανα του κυρίου διατάκτη.

εε) Συγκέντρωση και έλεγχος των δικαιολογητικών των λειτουργικών δαπανών της κεντρικής υπηρεσίας, αναγνώριση των δαπανών αυτών και διαβίβαση τους στην Υπηρεσία Δημοσιονομικού Ελέγχου (Υ.Δ.Ε.) στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας για τον περαιτέρω έλεγχο, την εκκαθάριση και την έκδοση εντολής πληρωμής.

στστ) Μέριμνα για την έκδοση επιτροπικών ενταλαμάτων με τα οποία μεταβιβάζονται πιστώσεις στις περιφερειακές υπηρεσίες (δευτερεύοντες διατάκτες).

ζζ) Κατάρτιση σχεδίου κανονισμού λειτουργίας της λογιστικής υπηρεσίας και μέριμνα για την έγκριση του από το Δ.Σ. και την προώθηση του αρμοδίως για υπογραφή.

ηη) Εισήγηση στο Δ.Σ. και το Γενικό Διευθυντή για τον τρόπο διαχείρισης της ακίνητης περιουσίας του Οργανισμού.

θθ) Μέριμνα για τη σύσταση Ειδικού Λογαριασμού αξιοποίησης των πλεονασμάτων του Οργανισμού και εισήγηση για το πλαίσιο διαχείρισης του λογαριασμού αυτού.

ιι) Κατάρτιση προσχεδίων κανονισμών οικονομικής και ταμιακής λειτουργίας του Οργανισμού και μέριμνα για την έγκρισή τους από το Δ.Σ. και την προώθησή τους για υπογραφή από τους εποπτεύοντες υπουργούς.

ιαια) Διενέργεια των πάσης φύσεως πληρωμών της κεντρικής υπηρεσίας, καθώς και των νοσηλίων εξωτερικού.

ιβιβ) Επιμέλεια για την είσπραξη των εσόδων.

ιγγ) Τήρηση βιβλίου ημερήσιων εισπράξεων, πληρωμών και επιταγών.

ιδιδ) Διαχείριση του Ειδικού Λογαριασμού πλεονασμάτων της υγειονομικής περιθαλψής και εισήγηση για την προσφορότερη τοποθέτηση ή επένδυση των διαθέσιμων κεφαλαίων του, καθώς και των κεφαλαίων του Ειδικού Λογαριασμού αξιοποίησης πλεονασμάτων της περίθαλψης.

γ) Τμήμα Γ Διοικητικής Υποστήριξης

αα) Κατάρτιση ετήσιου προγράμματος προμηθειών και μέριμνα για την έγκριση του από τα αρμόδια όργανα.

ββ) Μέριμνα για την κατάρτιση των όρων διενέργειας των διαγωνισμών (προμηθειών υπηρεσιών, έργων και μελετών), της διακήρυξης αυτών και τη δημοσίευσή τους στον ημερήσιο τύπο.

γγ) Συγκρότηση των επιτροπών διεξαγωγής των διαγωνισμών και εισήγηση στο Δ.Σ. ή τα εξουσιοδοτημένα όργανα για τη λήψη των σχετικών αποφάσεων.

δδ) Κατάρτιση των συμβάσεων, αναθέσεις προμηθειών, έργων και μελετών παρακολούθηση της καλής εκτέλεσής τους, εισήγηση για την επιβολή ή όχι κυρώσεων αντισυμβατικής εκτέλεσης, καθώς και παραλαβή του συμβατικού αντικείμενου.

εε) Εκτέλεση μικροπρομηθειών, εργασιών και παροχή υπηρεσιών για τις οποίες δεν απαιτείται διαγωνισμός.

στστ) Προμήθεια του αναγκαίου υλικού για τις ανάγκες της υγειονομικής περίθαλψης.

ζζ) Μέριμνα για την εκτύπωση των βιβλιαρίων νοσηλείας και εφοδιασμός με αυτά των περιφερειακών υπηρεσιών του Οργανισμού.

ηη) Μέριμνα για τον καθαρισμό, ευπρεπισμό, φωτισμό, ύδρευση, κλιματισμό, τηλεπικοινωνίες και την αντιμετώπιση των εν γένει λειτουργικών αναγκών.

θθ) Κατάρτιση και υλοποίηση του ετήσιου προγράμματος αγοράς ή μίσθωσης ακινήτων για τη στέγαση των υπηρεσιών του Οργανισμού.

ιι) Ποσοτική παραλαβή του υλικού και ταξινόμηση του στους αποθηκευτικούς χώρους. Διάθεση του υλικού σύμφωνα με τις ανάγκες της υπηρεσίας. Κάθε ενέργεια που σχετί-

ζεται με την εκποίηση και καταστροφή υλικών του Οργανισμού, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά. ια) Υποστήριξη του Συστήματος Αριθμού Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης - Εθνικού Μητρώου Ασφαλισμένων, Εργοδοτών, Συνταξιούχων (ΑΜΚΑ-ΕΜΑΕΣ).

Άρθρο 9

Διάρθρωση - αρμοδιότητες της Δ2 Υγειονομικής Περιθαλψης

1. Η Διεύθυνση Υγειονομικής Περιθαλψης παρακολουθεί και ελέγχει το όλο σύστημα περιθαλψης, συντονίζει τη δράση των περιφερειακών υπηρεσιών και συγκεντρώνει και ελέγχει τα δικαιολογητικά πληρωμής νοσηλίων εξωτερικού.

2. Η Δ2- Υγειονομικής Περιθαλψης συγκροτείται από τα εξής τμήματα:

α) Τμήμα Α' Περιθαλψης - Παροχών. β) Τμήμα Β' Περιθαλψης στο Εξωτερικό. γ) Τμήμα Γ' Ελέγχων.

3. Οι αρμοδιότητες της Διεύθυνσης μεταξύ των τμημάτων κατανέμονται ως ακολούθως:

α) Τμήμα Α Περιθαλψης

αα) Αξιολόγηση του όλου συστήματος υγειονομικής περιθαλψης και εξαγωγή συμπερασμάτων αναφορικά με τη λειτουργικότητα και την αποτελεσματικότητα του.

ββ) Αξιοποίηση και εκμετάλλευση των πληροφοριών που αντλούνται από τη βάση δεδομένων και τις μελέτες της Δ3.

γγ) Κατάρτιση, τροποποίηση ή συμπλήρωση σχεδίου κανονισμού παροχών προς τους ασφαλισμένους του Δημοσίου.

δδ) Εκπόνηση προτύπων συμβάσεων με ιατρούς, νοσοκομεία, εργαστήρια, φαρμακεία και κλινικές και αποστολή τους στις περιφερειακές υπηρεσίες του Οργανισμού.

εε) Κατάρτιση εγκυκλίων και οδηγιών προς τις περιφερειακές υπηρεσίες για την ορθή εφαρμογή της νομοθεσίας που διέπει την περιθαλψη του Δημοσίου και των μέτρων που λαμβάνονται κάθε φορά, καθώς και παραπομπή υγειονομικών θεμάτων στα αρμόδια όργανα για γνωμοδότηση.

στστ) Ενημέρωση των ασφαλισμένων για τα δικαιώματά τους και λήψη μέτρων για την καλύτερη εξυπηρέτησή τους.

ζζ) Κατάρτιση και παρακολούθηση της εφαρμογής προγραμμάτων παροχής υγειονομικής περιθαλψης.

ηη) Καθορισμός των δικαιολογητικών και κατάρτιση των σχετικών εντύπων που απαιτούνται.

θθ) Παρακολούθηση της διαμόρφωσης των τιμών της αγοράς αγαθών και υπηρεσιών υγείας και αξιοποίηση τους για τους σκοπούς του Οργανισμού.

ιι) Παρακολούθηση της διαμόρφωσης των δαπανών και της κατανομής του κόστους ανά μονάδα προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών υγείας σε συνεργασία με τη Δ3 Πληροφορικής και Μελετών.

ιαια) Εισήγηση για την ανάθεση καθηκόντων ελεγκτή ιατρού σε ελεγκτικά όργανα άλλων ασφαλιστικών φορέων ή σε ιατρούς με βαθμό Επιμελητή Α' και Β' του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.).

ιβιβ) Αξιολόγηση της δυνατότητας των ιδιωτικών κλινικών να συνάπτουν συμβάσεις με τον Οργανισμό.

ιγγ) Εισήγηση στο Δ.Σ. για την επιβολή κυρώσεων επί παραβάσεων της νομοθεσίας.

ιδιδ) Αντιμετώπιση οποιουδήποτε άλλου θέματος που σχετίζεται με παροχές υγειονομικής περιθαλψης.

β) Τμήμα Β Περιθαλψης στο Εξωτερικό

αα) Μέριμνα για την παροχή υγειονομικής περιθαλψης στο εξωτερικό των ασφαλισμένων του Δημοσίου.

ββ) Εισήγηση για τον καθορισμό των όρων και προϋποθέσεων παροχής υγειονομικής περιθαλψης στο εξωτερικό των ασφαλισμένων του Δημοσίου και μέριμνα για την ένταξη τους στον κανονισμό παροχών.

γγ) Συγκέντρωση και έλεγχοι δικαιολογητικών δαπανών νοσηλείας στο εξωτερικό.

δδ) Αναγνώριση των δαπανών νοσηλείας που έγινε στο εξωτερικό.

εε) Αποστολή των δικαιολογητικών στην Υ.Δ.Ε. στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας για την εκκαθάριση και την εντολή πληρωμής των δαπανών.

στστ) Άσκηση όλων των αρμοδιοτήτων ως οργανισμού σύνδεσης με Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) και Ευρύτερου Οικονομικού Χώρου (Ε.Ο.Χ.).

ζζ) Έκδοση και διεκπεραίωση εντύπων της Ε.Ε. για νοσηλεία ή κάλυψη υγειονομικής περιθαλψης ασφαλισμένων του Δημοσίου σε χώρες της Ε.Ε.

ηη) Συνεργασία με αρμόδιους φορείς σχετικά με την εφαρμογή των οδηγιών της Ε.Ε. για τους ασφαλισμένους του Δημοσίου.

θθ) Συνεργασία με την Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων σχετικά με μεταμοσχεύσεις οργάνων σε ασφαλισμένους του Δημοσίου.

γ) Τμήμα Γ Ελέγχων

αα) Έλεγχος της πιστής εφαρμογής από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, φυσικά και νομικά πρόσωπα, των νόμων, των κανονιστικών πράξεων και των οδηγιών που διέπουν κάθε φορά το όλο σύστημα παροχής περιθαλψης στους ασφαλισμένους του Δημοσίου.

ββ) Έλεγχος γενικά της χρήσης υπηρεσιών υγείας, καθώς και της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

γγ) Διενέργεια επιθεωρήσεων και ελέγχων της διοικητικής, οικονομικής και διαχειριστικής δραστηριότητας και λειτουργίας όλων των υπηρεσιών του Οργανισμού.

δδ) Έλεγχος των κοινοποιούμενων συμβάσεων που συνάπτουν οι περιφερειακές υπηρεσίες περιθαλψης με τα φυσικά ή νομικά πρόσωπα παροχής υπηρεσιών περιθαλψης. Ο έλεγχος περιλαμβάνει τη νομιμοποίηση των αντισυμβαλλομένων, τη συνδρομή των απαιτούμενων όρων και προϋποθέσεων, την τήρηση των σχετικών οδηγιών του Οργανισμού και γενικά κάθε στοιχείο που μπορεί να προκαλέσει αμφισβήτηση αναφορικά με τη νομιμότητα της σύμβασης.

εε) Έλεγχος της πιστής τήρησης των συνομολογούμενων συμβάσεων και των όρων τους.

στστ) Εντοπισμός και έλεγχος των περιπτώσεων ασυνήθους, από απόψεως δαπάνης ή συχνότητας, συνταγογράφησης φαρμάκων, παρακλινικών εξετάσεων, ιατρικών επισκέψεων και λοιπών ιατρικών πράξεων σε συγκεκριμένο άτομο ή από συγκεκριμένο ιατρό, νοσοκομείο, εργαστήριο ή κλινική και εισήγηση προς το Δ.Σ. για τη λήψη των νόμιμων μέτρων.

ζζ) Κατάρτιση εκθέσεων για τα αποτελέσματα των πραγματοποιούμενων ελέγχων και εισήγηση για την τυχόν λήψη σε βάρος των παραβατών των προβλεπόμενων διοικητικών, οικονομικών και πειθαρχικών κυρώσεων και διαβίβαση του σχετικού φακέλου στα αρμόδια εισαγγελικά όργανα.

ηη) Εισήγηση προς το Δ.Σ. για τη λήψη μέτρων αποφυγής καταδολίευσης του θεσμού από τους εμπλεκόμενους στο σύστημα.

Άρθρο 10

Διάρθρωση - αρμοδιότητες της Δ3 Πληροφορικής και Μελετών

1. Η Διεύθυνση Πληροφορικής και Μελετών είναι αρμόδια για την εισαγωγή και εφαρμογή της πληροφορικής στον Οργανισμό καθώς και την κατάρτιση μελετών αναφορικά με την εξέλιξη, βελτίωση και ανάπτυξη του θεσμού της περιθαλψης των ασφαλισμένων του Δημοσίου.

2. Η Δ3-Πληροφορικής και Μελετών συγκροτείται από τα εξής τμήματα:

α) Τμήμα Α Πληροφορικής β) Τμήμα Β Σχεδιασμού και Μελετών

3. Οι αρμοδιότητες της Διεύθυνσης μεταξύ των τμημάτων κατανέμονται ως ακολούθως:

α) Τμήμα Α Πληροφορικής

αα) Μέριμα, σε συνεργασία με τη Δ2, για την ανάπτυξη ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων παρακολούθησης και ελέγχου του συστήματος υγειονομικής περιθαλψης.

ββ) Ανάπτυξη βάσης δεδομένων για τον έλεγχο:

- της συχνότητας συνταγογράφησης ανά ασφαλισμένο.
- της χρήσης φαρμάκων.
- του χρόνου παραμονής των ασθενών στα νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές.

- της συχνότητας πραγματοποίησης των ιατρικών πράξεων και ιατρικών επισκέψεων.

- του κόστους παροχής των υπηρεσιών ανά ασφαλισμένο, κατά νομό και όλη την επικράτεια,

- της συγκριτικής αξιολόγησης του κόστους των παρεχόμενων αγαθών των υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα και

- της εκμετάλλευσης γενικά του συστήματος.

γγ) Εκπόνηση των τεχνικών προδιαγραφών προμήθειας εξοπλισμού, προγραμμάτων και υπηρεσιών πληροφορικής.

δδ) Μέριμα για την ασφάλιση και προστασία των δικτύων Η/Υ και των πληροφοριών (υπηρεσιακών-ατομικών).

εε) Συνδρομή στην εκπαίδευση του προσωπικού του Οργανισμού στη χρήση Η/Υ.

στστ) Τήρηση, μέσω ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος, μητρώου ασφαλισμένων του Δημοσίου κατά άτομο, κατηγορία, νομό και όλη την επικράτεια. Μέχρι την εγκατάσταση και λειτουργία του συστήματος το μητρώο τηρείται με όποιο τρόπο κρίνεται πρόσφορος από τον Οργανισμό.

ζζ) Τήρηση, μέσω ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος, μητρώου συμβεβλημένων με τον Οργανισμό φυσικών και νομικών προσώπων παροχής υγειονομικής περίθαλψης κατά κατηγορία, ειδικότητα, νομό και όλη την επικράτεια. Μέχρι την εγκατάσταση και λειτουργία του συστήματος, το μητρώο τηρείται με όποιον τρόπο κρίνεται πρόσφορος από τον Οργανισμό.

ηη) Παρακολούθηση της καταχώρισης σε ημερήσια βάση, μέσω ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος, των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης ασφαλισμένων του Δημοσίου κατά ασφαλισμένο, ιατρό, φαρμακείο, δημόσιο νοσοκομείο, θεραπευτήριο, ιδιωτική κλινική, εργαστήριο, κατηγορία, νομό και όλη την επικράτεια. Μέχρι την εγκατάσταση και την πλήρη ανάπτυξη του πληροφοριακού συστήματος η παρακολούθηση των δαπανών κατά κατηγορία, νομό και όλη την επικράτεια, γίνεται με όποιο τρόπο κρίνεται πρόσφορος από τον Οργανισμό. Στην περίπτωση αυτή η ενημέρωση του αρχείου γίνεται από τις περιφερειακές υπηρεσίες και το Τμήμα Β (Περίθαλψη στο Εξωτερικό) της Δ2, τουλάχιστον ανά διήμερο.

θθ) Μηχανογραφική υποστήριξη του ΑΜΚΑ - ΕΜΑΕΣ.

β) Τμήμα Β Σχεδιασμού και Μελετών

αα) Μέριμα για την κατάρτιση, τουλάχιστον ανά πενταετία, επιχειρησιακών σχεδίων και προγραμμάτων δράσης του Οργανισμού.

ββ) Μέριμα για την εκπόνηση αναλογιστικών και άλλων μελετών και εκθέσεων σχετικά με την οικονομική πορεία του Οργανισμού και την αναμενόμενη εξέλιξη του διαχρονικά. Βασικός σκοπός των μελετών και των εκθέσεων αυτών είναι η βελτίωση των παροχών και η κάλυψη πρόσθετων παροχών που δεν καλύπτονται.

γγ) Μελέτη και παρακολούθηση των αντίστοιχων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης των κρατών της Ε.Ε., του Ο.Ο.Σ.Α., καθώς και άλλων κρατών των οποίων το σύστημα παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον.

δδ) Εκπόνηση μελετών απόδοσης του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, σε σχέση με τους διατιθέμενους πόρους.

εε) Εκπόνηση μελετών ελέγχου του συστήματος και ιδιαίτερα σε σχέση με τα στοιχεία της βάσης δεδομένων του Τμήματος Πληροφορικής.

στστ) Συγκέντρωση στοιχείων και πληροφοριών όλων των δραστηριοτήτων του Οργανισμού, καθώς και μεθοδική ταξινόμησή τους.

ζζ) Κατάρτιση στατιστικών πινάκων, διαγραμμάτων, χρονολογικών σειρών, δεικτών, συντελεστών συσχετίσεων και γενικά ανάλυση και συστηματική επεξεργασία των στοιχείων σε συνεργασία με το Τμήμα Πληροφορικής.

ηη) Σύνταξη γενικών και ειδικών εκθέσεων πεπραγμένων, κατά τομείς δράσης του Οργανισμού.

θθ) Μέριμα για την αξιολόγηση της τεχνολογίας της υγείας και αποτίμηση του κόστους της.

ιι) Επιμέλεια της σύνταξης, έκδοσης και διακίνησης δελτίου στατιστικών στοιχείων.

ιαια) Κατάρτιση οποιασδήποτε μελέτης ανατίθεται στο τμήμα από το Δ.Σ.

Άρθρο 11

Γραφείο Νομικών Υποθέσεων

1. Το Γραφείο Νομικών Υποθέσεων έχει τις εξής αρμοδιότητες:

α) Νομική υποστήριξη και εκπροσώπηση του Οργανισμού ενώπιον των δικαστικών ή άλλων αρχών. β) Γνωμοδότηση επί θεμάτων που παραπέμπονται σ' αυτό από Δ.Σ. ή από το Γενικό Διευθυντή.

2. Ο Οργανισμός, μετά από εισήγηση του Γραφείου Νομικών Υποθέσεων και απόφαση του Δ.Σ., δύναται να αναθέτει σε δικηγόρους την εκπροσώπηση του ενώπιον δικαστικών αρχών.

Άρθρο 12

Διάκριση περιφερειακών υπηρεσιών

1. Οι περιφερειακές υπηρεσίες του Οργανισμού διακρίνονται σε:

α. Υπηρεσίες Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Υ.Π.Α.Δ.) επιπέδου διεύθυνσης.

β. Υπηρεσίες Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Υ.Π.Α.Δ.) επιπέδου αυτοτελούς τμήματος.

2. Οι Υ.Π.Α.Δ. επιπέδου διεύθυνσης και η έδρα αυτών καθορίζονται ως εξής:

α. Υ.Π.Α.Δ. Κεντρικής Αθήνας με έδρα την Αθήνα και χωρική αρμοδιότητα εκείνη των Δήμων Αθηναίων, Βύρωνα, Γαλατσίου, Δάφνης, Ζωγράφου, Ηλιούπολης, Καισαριανής, Νέας Φιλαδέλφειας, Νέας Χαλκηδόνας, Ταύρου και Υμηττού (Κεντρικός Τομέας του Νομαρχιακού Διαμερισματος Αθήνας της Ενιαίας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Αθηνών-Πειραιώς).

β. Υ.Π.Α.Δ. Ανατολικής Αθήνας με έδρα την Αγία Παρασκευή και χωρική αρμοδιότητα εκείνη των Δήμων Αγίας Παρασκευής, Αμαρουσίου, Βριλησίων, Ηρακλείου, Κηφισιάς, Μελισσίων, Μεταμόρφωσης, Νέας Ερυθραίας, Νέας Ιωνίας, Νέου Ψυχικού, Παπάγου, Πεύκης, Φιλοθέης, Χαλανδρίου, Χολαργού και Ψυχικού, καθώς και των Κοινοτήτων Εκάλης, Λυκόβρυσης, Νέας Πεντέλης και Πεντέλης (Ανατολικός Τομέας του Νομαρχιακού Διαμερισματος Αθήνας της Ενιαίας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Αθηνών-Πειραιώς).

γ. Υ.Π.Α.Δ. Δυτικής Αθήνας, με έδρα το Αιγάλεω και χωρική αρμοδιότητα εκείνη των Δήμων Αγίας Βαρβάρας, Αγίων Αναργύρων, Αιγάλεω, Καματερού, Νέων Λιοσίων, Περιστερίου, Πετρούπολης και Χαϊδαρίου (Δυτικός Τομέας του Νομαρχιακού Διαμερίσματος Αθήνας της Ενιαίας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Αθηνών - Πειραιώς).

δ. Υ.Π.Α.Δ. Νότιας Αθήνας, με έδρα την Καλλιθέα και χωρική αρμοδιότητα εκείνη των Δήμων Αγίου Δημητρίου, Αλτίου, Αργυρούπολης, Γλυφάδας, Ελληνικού, Καλλιθέας, Μοσχάτου Νέας Σμύρνης και Παλαιού Φαλήρου (Νότιος Τομέας του Νομαρχιακού Διαμερίσματος Αθήνας της Ενιαίας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Αθηνών - Πειραιώς).

ε. Υ.Π.Α.Δ. Πειραιώς με έδρα τον Πειραιά και χωρική αρμοδιότητα εκείνη των Δήμων Πειραιώς, Σπετσών, Αγίου Ιωάννη Ρέντη, Δραπετσώνας, Κερατσινίου, Κορυδαλλού, Νίκαιας, Περάματος, των επαρχιών Αίγινας, Κυθήρων, Τροιζηνίας και Ύδρας, καθώς και της νήσου Σαλαμίνας (Νομαρχιακό Διαμέρισμα Πειραιά της Ενιαίας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Αθηνών-Πειραιώς).

στ. Υ.Π.Α.Δ. Θεσσαλονίκης με έδρα τη Θεσσαλονίκη και χωρική αρμοδιότητα τα όρια του νομού Θεσσαλονίκης.

ζ. Υ.Π.Α.Δ. Αχαΐας με έδρα την Πάτρα και χωρική αρμοδιότητα τα όρια του νομού Αχαΐας.

η. Υ.Π.Α.Δ. Ηρακλείου Κρήτης με έδρα το Ηράκλειο και χωρική αρμοδιότητα τα όρια του νομού Ηρακλείου.

θ. Υ.Π.Α.Δ. Ιωαννίνων με έδρα τα Ιωάννινα και χωρική αρμοδιότητα τα όρια του νομού Ιωαννίνων.

ι. Υ.Π.Α.Δ. Λάρισας με έδρα τη Λάρισα και χωρική αρμοδιότητα τα όρια του νομού Λάρισας.

3. Οι Υ.Π.Α.Δ. επιπέδου αποτελούς τμήματος λειτουργούν στους λοιπούς νομούς και νομαρχίες με έδρα, χωρική αρμοδιότητα και ονομασία την αντίστοιχη των νομών ή των νομαρχιών.

4. Ο προϊστάμενος της Υ.Π.Α.Δ. ή ο νόμιμος αναπληρωτής του είναι δευτερεύων διατάκτης των πιστώσεων οι οποίες μεταβιβάζονται από τον κύριο διατάκτη.

Άρθρο 13

Διάρθρωση - αρμοδιότητες της Υ.Π.Α.Δ. Κεντρικής Αθήνας

1. Η Υ.Π.Α.Δ. Κεντρικής Αθήνας συνάπτει και καταγγέλλει τις συμβάσεις παροχής περίθαλψης στους ασφαλισμένους που ανήκουν στη χωρική αρμοδιότητά της, ενημερώνει τα αρχεία και τα μητρώα, διαθέτει τις πιστώσεις που μεταβιβάζονται με επιτροπικά εντάλματα, συγκεντρώνει τα δικαιολογητικά, αναγνωρίζει και πληρώνει τις δαπάνες, πραγματοποιεί ελέγχους στους φορείς και τα φυσικά πρόσωπα που εμπλέκονται στο σύστημα, εισηγείται μέτρα για την αποτελεσματικότερη λειτουργία της υπηρεσίας και γενικά εφαρμόζει, υλοποιεί και παρακολουθεί το σύστημα περίθαλψης στα όρια της χωρικής αρμοδιότητάς της.

2. Η Υ.Π.Α.Δ. Κεντρικής Αθήνας συγκροτείται από τα εξής τμήματα:

- α) Τμήμα Α Περίθαλψης - Μητρώων
- β) Τμήμα Β Αναγνώρισης Ιατροφαρμακευτικών Δαπανών - Ελέγχων
- γ) Τμήμα Γ Αναγνώρισης Νοσοκομειακών και Λοιπών Δαπανών - Ελέγχων

3. Οι αρμοδιότητες της Υ.Π.Α.Δ. Κεντρικής Αθήνας κατανομούνται μεταξύ των τμημάτων ως ακολούθως:

- α) Τμήμα Α Περίθαλψης - Μητρώων
 - αα) Σύναψη συμβάσεων με φυσικά ή νομικά πρόσωπα για την παροχή περίθαλψης στους ασφαλισμένους του Δημοσίου.
 - ββ) Έκδοση βιβλιαρίων ασθενείας των ασφαλισμένων του Δημοσίου χωρικής αρμοδιότητάς της Υ.Π.Α.Δ.

- γγ) Θεώρηση ιατρικών επισκέψεων, ιατρικών και οδοντιατρικών πράξεων, εντολών για παρακλινικές εξετάσεις και ειδικές θεραπείες, συνταγών φαρμάκων και ειδικών παροχών.

- δδ) Έκδοση πράξεων εισαγωγής στα νοσηλευτικά ιδρύματα, θεραπευτήρια και ιδιωτικές κλινικές των ασφαλισμένων.

- εε) Παραπομπή θεμάτων υγειονομικής περίθαλψης σε πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και ειδικές υγειονομικές επιτροπές για την έκδοση των κατά νόμο γνωματεύσεων.

- στστ) Άσκηση ένστασης κατά γνωματεύσεων πρωτοβαθμίων ενώπιον δευτεροβαθμίων επιτροπών.

- ζζ) Καταγγελία, μετά από απόφαση του Δ.Σ., των συμβάσεων.

- ηη) Αποστολή αντιγράφων των συνομολογούμενων με φυσικά και νομικά πρόσωπα συμβάσεων στη Δ2.

- θθ) Τήρηση και ενημέρωση των αρχείων, βιβλίων και μητρώων κατά το μέρος που αυτά αφορούν θέματα του τμήματος.

- ιι) Έκδοση των προβλεπόμενων από την Ε.Ε. εντύπων με τα οποία εφοδιάζονται οι ασφαλισμένοι του Δημοσίου για τη δυνατότητα κάλυψης της τυχόν περίθαλψής τους σε χώρα-μέλος της οποίας επισκέπτονται ή διαμένουν.

- ιαια) Υποβολή προτάσεων στα αρμόδια όργανα για την αποτελεσματικότερη λειτουργία της υπηρεσίας και παροχή των αιτούμενων απ' αυτά πληροφοριών.

- ιββ) Πληρωμή των δαπανών.

- ιγγ) Διοικητική υποστήριξη της υπηρεσίας.

- β) Τμήμα Β Αναγνώρισης Ιατροφαρμακευτικών Δαπανών - Ελέγχων

- αα) Διάθεση των πιστώσεων ιατρικής, φαρμακευτικής και οδοντιατρικής περίθαλψης, καθώς και των λειτουργικών δαπανών της διεύθυνσης που μεταβιβάζονται με επιτροπικά εντάλματα, ανάληψη υποχρεώσεων, συγκέντρωση και έλεγχος της πληρότητας των δικαιολογητικών των δαπανών, αναγνώριση αυτών και αποστολή στην αρμόδια Υ.Δ.Ε. για την εκκαθάριση και εντολή πληρωμής.

- ββ) Τήρηση και ενημέρωση των αρχείων και βιβλίων κατά το μέρος που αυτά αφορούν θέματα του τμήματος.

- γγ) Πραγματοποίηση ελέγχων σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, φυσικά και νομικά πρόσωπα για τυχόν παραβάσεις των νόμων, κανονιστικών πράξεων και οδηγιών που διέπουν κάθε φορά το όλο σύστημα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους του Δημοσίου.

- δδ) Εισηγηση στην κεντρική υπηρεσία για επιβολή κυρώσεων επί παραβάσεων της νομοθεσίας και των όρων των συμβάσεων.

- εε) Παραπομπή στο Τμήμα Ελέγχων της Δ2 καταγγελιών ή υποθέσεων για τις οποίες ανακύπτουν αμφιβολίες ή υπόνοιες παράβασης της νομοθεσίας ή καταδολίευσης του θεσμού.

- γ) Τμήμα Γ Αναγνώρισης Νοσοκομειακών και Λοιπών Δαπανών - Ελέγχων

Οι αντίστοιχες αρμοδιότητες του Β Τμήματος όσον αφορά την περίθαλψη των ασφαλισμένων του Δημοσίου σε νοσοκομεία ή ιδιωτικές κλινικές, τα επιδόματα φυσιολογικού τοκετού, τα έξοδα κηδείας και τις λοιπές πάσης φύσεως παροχές που δεν ανήκουν στην αρμοδιότητα του Β Τμήματος.

Άρθρο 14

Διάρθρωση - αρμοδιότητες των λοιπών Υ.Π.Α.Δ. επιπέδου Διεύθυνσης, πλην της Υ.Π.Α.Δ. Κεντρικής Αθήνας

1. Οι Υ.Π.Α.Δ. Ανατολικής Αθήνας, Δυτικής Αθήνας, Νότιας Αθήνας, Πειραιώς, Θεσσαλονίκης, Αχαΐας, Ηρακλείου, Ιωαννίνων και Λάρισας έχουν τις αρμοδιότητες της παρ. 1 του άρθρου 13 και διαρθρώνονται στα ακόλουθα τμήματα:

- α. Τμήμα Α Περίθαλψης - Μητρώων β. Τμήμα Β Αναγνώρισης Δαπανών και Ελέγχων.

2. Οι αρμοδιότητες των Υ.Π.Α.Δ. της προηγούμενης παραγράφου κατανέμονται μεταξύ των τμημάτων ως εξής:

α) Τμήμα Α Περιθαλψής - Μητρώων
αα) Σύναψη συμβάσεων με φυσικά ή νομικά πρόσωπα για την παροχή περίθαλψης στους ασφαλισμένους του Δημοσίου.

ββ) Έκδοση βιβλιαρίων ασθενείας των ασφαλισμένων του Δημοσίου χωρικής αρμοδιότητας της Υ.Π.Α.Δ.

γγ) Θεώρηση ιατρικών επισκέψεων, ιατρικών πράξεων, εντολών για παρακλινικές εξετάσεις και ειδικές θεραπείες, συνταγών φαρμάκων και ειδικών παροχών.

δδ) Έκδοση πράξεων εισαγωγής στα νοσηλευτικά ιδρύματα, θεραπευτήρια και ιδιωτικές κλινικές των ασφαλισμένων.

εε) Παραπομπή θεμάτων υγειονομικής περίθαλψης σε πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και ειδικές υγειονομικές επιτροπές για την έκδοση των κατά νόμο γνωματεύσεων.

στστ) Άσκηση ένστασης κατά γνωματεύσεων πρωτοβαθμίων ενώπιον δευτεροβαθμίων επιτροπών.

ζζ) Καταγγελία, μετά από απόφαση του Δ.Σ. των συμβάσεων.

ηη) Αποστολή αντιγράφων των συνομολογούμενων με φυσικά και νομικά πρόσωπα συμβάσεων στη Δ2.

θθ) Τήρηση και ενημέρωση των αρχείων, βιβλίων και μητρώων κατά το μέρος που αυτά αφορούν θέματα του τμήματος.

ιι) Έκδοση των προβλεπομένων από την Ε.Ε. εντύπων με τα οποία εφοδιάζονται οι ασφαλισμένοι του Δημοσίου για τη δυνατότητα κάλυψης της τυχόν περίθαλψης τους σε χώρα-μέλος την οποία επισκέπτονται ή διαμένουν.

ιαια) Υποβολή προτάσεων στα αρμόδια όργανα για την αποτελεσματικότερη λειτουργία της υπηρεσίας και παροχή αιτουμένων πληροφοριών.

ιβιβ) Πληρωμή των δαπανών.

ιγγ) Διοικητική υποστήριξη της υπηρεσίας.

β) Τμήμα Β Αναγνώρισης Δαπανών και Ελέγχων

αα) Διάθεση των πιστώσεων που μεταβιβάζονται με επιτροπικά εντάλματα, ανάληψη υποχρεώσεων, συγκέντρωση και έλεγχος της πληρότητας των δικαιολογητικών των δαπανών, αναγνώριση αυτών και αποστολή στην αρμόδια Υ.Δ.Ε. για την εκκαθάριση και εντολή πληρωμής.

ββ) Τήρηση και ενημέρωση των αρχείων και βιβλίων κατά το μέρος που αυτά αφορούν θέματα του τμήματος.

γγ) Πραγματοποίηση ελέγχων σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, φυσικά και νομικά πρόσωπα για τυχόν παραβάσεις των νόμων, κανονιστικών πράξεων και οδηγιών που δίδονται κάθε φορά το όλο σύστημα παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους του Δημοσίου.

δδ) Εισήγηση στην κεντρική υπηρεσία για επιβολή κυρώσεων επί παραβάσεων της νομοθεσίας και των όρων των συμβάσεων.

εε) Παραπομπή στο Τμήμα Ελέγχων της Δ2 καταγγελιών ή υποθέσεων για τις οποίες ανακύπτουν αμφιβολίες ή υπόνοιες παράβασης της νομοθεσίας ή καταδολίευσης του θεσμού.

Άρθρο 15

Αρμοδιότητες των Υ.Π.Α.Δ. επιπέδου τμήματος

Οι αρμοδιότητες των Υ.Π.Α.Δ. επιπέδου αυτοτελούς τμήματος είναι:

α) Σύναψη συμβάσεων με φυσικά ή νομικά πρόσωπα για την παροχή περίθαλψης στους ασφαλισμένους του Δημοσίου.

β) Έκδοση βιβλιαρίων ασθενείας των ασφαλισμένων του Δημοσίου χωρικής αρμοδιότητας κάθε Υ.Π.Α.Δ.

γ) Θεώρηση ιατρικών επισκέψεων, ιατρικών πράξεων, εντολών για παρακλινικές εξετάσεις και ειδικές θεραπείες, συνταγών φαρμάκων και ειδικών παροχών.

δ) Έκδοση πράξεων εισαγωγής στα νοσηλευτικά ιδρύματα, θεραπευτήρια και ιδιωτικές κλινικές των ασφαλισμένων.

ε) Παραπομπή θεμάτων υγειονομικής περίθαλψης σε πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και ειδικές υγειονομικές επιτροπές για την έκδοση των κατά νόμο γνωματεύσεων.

στ) Άσκηση ένστασης κατά γνωματεύσεων πρωτοβαθμίων ενώπιον δευτεροβαθμίων επιτροπών.

ζ) Πραγματοποίηση ελέγχων σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, φυσικά και νομικά πρόσωπα, για τυχόν παραβάσεις των νόμων, των κανονιστικών πράξεων και των οδηγιών που δίδονται κάθε φορά το όλο σύστημα παροχής περίθαλψης στους ασφαλισμένους του Δημοσίου.

η) Εισήγηση για επιβολή κυρώσεων επί παραβάσεων της νομοθεσίας και των όρων των συμβάσεων.

θ) Καταγγελία, μετά από απόφαση του Δ.Σ. των συμβάσεων.

ι) Αποστολή αντιγράφων των συνομολογούμενων με φυσικά και νομικά πρόσωπα συμβάσεων στη Δ2.

ια) Ενημέρωση των τηρούμενων αρχείων, βιβλίων, στοιχείων και της βάσης δεδομένων με τα αναγκαία πληροφοριακά στοιχεία.

ιβ) Παραπομπή στο Τμήμα Ελέγχων της Δ2 καταγγελιών ή υποθέσεων για τις οποίες ανακύπτουν αμφιβολίες ή υπόνοιες παράβασης της νομοθεσίας ή καταδολίευσης του θεσμού.

ιγ) Διάθεση των πιστώσεων που μεταβιβάζονται με επιτροπικά εντάλματα, ανάληψη υποχρεώσεων, συγκέντρωση και έλεγχος της πληρότητας των δικαιολογητικών των δαπανών, αναγνώριση αυτών, αποστολή στην αρμόδια Υ.Δ.Ε. για την εκκαθάριση και εντολή πληρωμής και πληρωμή των δαπανών στους δικαιούχους.

ιδ) Έκδοση των προβλεπομένων από την Ε.Ε. εντύπων με τα οποία εφοδιάζονται οι ασφαλισμένοι του Δημοσίου για τη δυνατότητα κάλυψης της τυχόν περίθαλψης τους σε χώρα-μέλος την οποία επισκέπτονται ή διαμένουν.

ιε) Υποβολή προτάσεων στα αρμόδια όργανα για την αποτελεσματικότερη λειτουργία της υπηρεσίας και παροχή πληροφοριών.

Άρθρο 16

Προϊστάμενοι

1. Των Διευθύνσεων Δ1, Δ2 και των Υ.Π.Α.Δ. προϊστάνται υπάλληλοι ΠΕ κατηγορίας του κλάδου Διοικητικού-Οικονομικού. Της Δ3 προϊστάται υπάλληλος της ΠΕ κατηγορίας των κλάδων Διοικητικού-Οικονομικού ή Πληροφορικής.

2. Των τμημάτων της κεντρικής υπηρεσίας, πλην του Β Τμήματος της Δ3, και των τμημάτων των Υ.Π.Α.Δ. προϊστάνται υπάλληλοι ΠΕ-κατηγορίας του κλάδου Διοικητικού-Οικονομικού.

3. Του Τμήματος Β Σχεδιασμού και Μελετών της Δ3 προϊστάται υπάλληλος ΠΕ κατηγορίας του κλάδου Διοικητικού - Οικονομικού ή του κλάδου Πληροφορικής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Άρθρο 17

Μόνιμο προσωπικό

Συνιστώνται στον Ο.Π.Α.Δ. πεντακόσιες δώδεκα (512) οργανικές θέσεις μόνιμου προσωπικού, οι οποίες ορίζονται κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα ως εξής:

α/α	Κατηγορία - Κλάδος	θέσεις
1	ΠΕ1 -Διοικητικού - Οικονομικού	174
2	ΠΕ2-Πληροφορικής με ειδικότητα επιστήμης των υπολογιστών	6
3	ΠΕ3-Φαρμακοποιών	43
4	ΤΕ1-Πληροφορικής με ειδικότητα πληροφορικής	4
5	ΔΕ1-Διοικητικού-Λογιστικού	243
6	ΔΕ2- Χειριστών Η/Υ	36
7	ΔΕ3-Οδηγών	2
8	ΥΕ1 - Επιμελητών	4
	Σύνολο	512

Άρθρο 18

Προσόντα διορισμού μονίμου προσωπικού

Ως προσόντα διορισμού στον εισαγωγικό βαθμό των κλάδων μονίμου προσωπικού ορίζονται τα ακόλουθα:

α) Στον κλάδο ΠΕ1 Διοικητικού-Οικονομικού, τα οριζόμενα στο άρθρο 3 του π.δ. 194/1988 (Α.84). Πέραν των προσόντων αυτών, απαιτείται και εξειδίκευση στα εξής γνωστικά αντικείμενα:

αα) Κατάρτιση αναλογιστικών μελετών για την κάλυψη δύο (2) θέσεων.

ββ) Λογιστική (Γενική και Αναλυτική Λογιστική) για την κάλυψη τριών (3) θέσεων.

γγ) Οικονομικά της υγείας για την κάλυψη δύο (2) θέσεων.

δδ) Οργάνωση και διοίκηση υπηρεσιών υγείας για την κάλυψη δύο (2) θέσεων.

εε) Ελεγκτική για την κάλυψη δύο (2) θέσεων.

στστ) Αξιολόγηση χαρτοφυλακίου και επενδύσεων (αξιολόγηση επενδύσεων υπό καθεστώς βεβαιότητας και αβεβαιότητας, ανάλυση νεκρού σημείου, ανάλυση και προεξόφληση ροών, μεσοσταθμικό κόστος κεφαλαίου, πραγματική παρούσα αξία, υπολειμματική αξία, συντελεστής εσωτερικής απόδοσης, εκτίμηση της αγοραίας αξίας μετοχών και ομολογιών, δείκτες κόστους-ωφέλειας, ανάλυση ευαισθησίας-εκτιμήσεως) για την κάλυψη μιας (1) θέσης.

β) Στον κλάδο ΠΕ2-Πληροφορικής, τα οριζόμενα στο άρθρο 4 παρ. 1α του π.δ. 194/1988, όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα.

γ) Στον κλάδο ΠΕ3-Φαρμακοποιών πτυχίο φαρμακευτικής σχολής Α.Ε.Ι. της ημεδαπής ή ισότιμο της αλλοδαπής.

δ) Στον κλάδο ΤΕ1-Πληροφορικής με ειδικότητα πληροφορικής, τα οριζόμενα στο άρθρο 11 παρ. 1α του π.δ. 194/1988.

ε) Στον κλάδο ΔΕ1-Διοικητικού-Λογιστικού, τα οριζόμενα στο άρθρο 15 του π.δ. 194/1988.

στ) Στον κλάδο ΔΕ2-Χειριστών ηλεκτρονικών υπολογιστών, τα οριζόμενα στην παρ. 1 του άρθρου 14 του π.δ. 194/1988.

ζ) Στον κλάδο ΔΕ3-Οδηγών απαιτείται επαγγελματικό δίπλωμα οδήγησης τουλάχιστον Β κατηγορίας, καθώς και απολυτήριο λυκείου ή ισότιμης σχολής.

η) Στον κλάδο ΥΕ1-Επιμελητών, τα οριζόμενα στα άρθρα 22 και 23 του π.δ. 194/1988.

Άρθρο 19

Προσωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου

1. Συνιστώνται εκατόν εβδομήντα εννέα (179) θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού (Ε.Ε.Π.) με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου έως τρία χρόνια, η οποία μπορεί να ανανεώνεται. Οι θέσεις αυτές ορίζονται ως εξής:

α/α	Γνωστικό αντικείμενο	θέσεις
1	Ιατροί παθολόγοι(Π)	110
2	Ιατροί καρδιολόγοι (Κ)	7
3	Ιατροί γυναικολόγοι (Γ)	6
4	Ιατροί ορθοπεδικοί (Ο)	5
5	Ιατροί ωτορινολαρυγγολόγοι (Ω)	1
6	Ιατροί νευρολόγοι (Ν)	1
7	Οδοντίατροι	49
	Σύνολο	179

Προσόντα διορισμού του προσωπικού αυτού είναι τα οριζόμενα από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 25 του ν. 1943/1991 (Α50).

2. Πέραν των κατά την προηγούμενη παράγραφο θέσεων, συνιστάται στο Τμήμα Β της Δ3 Διεύθυνσης Πληροφορικής και Μελετών μία (1) θέση Ειδικού Επιστημονικού Προσωπικού (Ε. Ε. Π.) με γνωστικό αντικείμενο την κατάρτιση επιχειρησιακών σχεδίων δράσης. Προσόντα διορισμού στην ανωτέρω θέση ειδικού επιστημονικού προσωπικού είναι τα οριζόμενα από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 25 του ν. 1943/1991.

3. Συνιστάται στο Γραφείο Νομικών Υποθέσεων μία θέση νομικού συμβούλου με σχέση έμμισθης εντολής. Προσόντα διορισμού είναι η άδεια άσκησης δικηγορικού επαγγέλματος στον Αρειο Πάγο.

Άρθρο 20

Κατανομή θέσεων προσωπικού μεταξύ της κεντρικής υπηρεσίας και των περιφερειακών υπηρεσιών

1. Οι θέσεις μονίμου προσωπικού του Οργανισμού κατανέμονται μεταξύ της κεντρικής υπηρεσίας και των περιφερειακών υπηρεσιών ως ακολούθως:

α/α	Κλάδος	Κεντρική υπηρεσία	Περιφερειακές υπηρεσίες	Σύνολο
1	ΠΕ1-Διοικητικού-Οικονομικού	28	146	174
2	ΠΕ2-Πληροφορικής	6	-	6
3	ΠΕ3-Φαρμακοποιών	3	40	43
4	ΤΕ1-Πληροφορικής	4	-	4
5	ΔΕ1-Διοικητικός-Λογιστικός	18	225	243
6	ΔΕ2-Χειριστών Η/Υ	8	28	36
7	ΔΕ3-Οδηγών	2	-	2
8	ΥΕ1-Επιμελητών	2	2	4
	Σύνολο	71	441	512

2. Οι θέσεις τον προσωπικού του άρθρου 19 κατανέμονται μεταξύ της κεντρικής υπηρεσίας και των περιφερειακών υπηρεσιών ως ακολούθως:

α/α	Κλάδος	Κεντρική υπηρεσία	Περιφερειακές υπηρεσίες	Σύνολο
1.	Ιατροί παθολόγοι (Π)	1	109	110
2.	Ιατροί καρδιολόγοι (Κ)	1	6	7
3.	Ιατροί γυναικολόγοι (Γ)	-	6	6
4.	Ιατροί ορθοπεδικοί (Ο)	1	4	5
5.	Ιατροί ωτορινολαρυγγολόγοι (Ω)	-	1	1
6.	Ιατροί νευρολόγοι (Ν)	-	1	1
7.	Οδοντίατροι	1	48	49
8.	Ε.Ε.Π.	1	-	1
9.	Νομικός σύμβουλος	1	-	1
	Σύνολο	6	175	181

Άρθρο 21

Κατανομή θέσεων προσωπικού του Οργανισμού κατά υπηρεσία

1. Η σύνθεση των διευθύνσεων της κεντρικής υπηρεσίας σε προσωπικό ορίζεται ως ακολούθως:

Δ/νσεις	Θέσεις													Σύνολο
	ΠΕ1	ΠΕ2	ΠΕ3	ΤΕ1	ΔΕ1	ΔΕ2	ΔΕ3	ΥΕ1	Ιατροί Π Κ Ο	Ε.Ε.Π. Οδοντίατροι	Λοιποί	Νομικός Σύμβουλος		
Δ1	11	-	-	2	8	3	2	2	-	-	-	-	-	28
Δ2	12	-	3	-	10	3	-	-	1	1	1	-	-	32
Δ3	5	6	-	2	-	2	-	-	-	-	-	1	-	16
Γραφ. Νομ. Υποθέσεων	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Σύνολα	28	6	3	4	18	8	2	2	1	1	1	1	77	

2. Η σύνθεση των Υ.Π.Α.Δ. σε προσωπικό, ορίζεται ως ακολούθως:

α/α	Περιφερειακές υπηρεσίες	Θέσεις													Σύνολο
		ΠΕ1	ΠΕ3	ΔΕ1	ΔΕ2	ΥΕ1	Π	Κ	Ε.Ε.Π. Ιατροί Γ	Ο	Ω	Ν	Οδοντ/τροι		
1.	ΑΙΤΩΛ/ΝΙΑΣ	2	1	6				3						1	13
2.	ΑΝΑΤΟΛ. ΑΘΗΝΑΣ	6	1	8	2			2	1	1				2	23
3.	ΑΝΑΤΟΛ. ΑΤΤΙΚΗΣ	2	1	4				2			1			1	11
4.	ΑΡΓΟΛΙΔΑΣ	2	1	3				2						1	9
5.	ΑΡΚΑΔΙΑΣ	2	1	4				2				1		10	
6.	ΑΡΤΑΣ	2		2				1						1	6
7.	ΑΧΑΪΑΣ	5	1	5	2			3						1	17
8.	ΒΟΙΩΤΙΑΣ	2		2				1						1	6
9.	ΓΡΕΒΕΝΩΝ	1		2				1							4
10.	ΔΡΑΜΑΣ	2	1	3				2						1	9
11.	ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	4	1	6	2			2	1	1				1	18
12.	ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	2	1	4				2						1	10
13.	ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ	2	1	5				2						1	11
14.	ΕΒΡΟΥ	2	1	5				3						1	12
15.	ΕΥΒΟΙΑΣ	2	1	4				2						1	10
16.	ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ	1		2				1							4
17.	ΖΑΚΥΝΘΟΥ	1		2				1							4
18.	ΗΛΕΙΑΣ	2	1	4				2						1	10
19.	ΗΜΑΘΙΑΣ	2	1	3				2						1	9
20.	ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ	5	1	5	2			3						1	17
21.	ΘΕΣΠΡΩΤΙΑΣ	2		2				1							5
22.	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	7	2	10	3	1		4	1	1	1			2	32
23.	ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	5	1	5	2			3						1	17
24.	ΚΑΒΑΛΑΣ	2	1	4				2						1	10
25.	ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	2	1	4				2						1	10
26.	ΚΑΣΤΟΡΙΑΣ	1		2				1							4
27.	ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ	14	3	19	9	1		8	2	2	2	1	1	4	66
28.	ΚΕΡΚΥΡΑΣ	2	1	4				2						1	10
29.	ΚΕΦΑΛΛΗΝ.-ΙΘΑΚΗΣ	1		2				1							4
30.	ΚΙΛΚΙΣ	2		2				1							5
31.	ΚΟΖΑΝΗΣ	2	1	4				2						1	10
32.	ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ	2	1	4				2						1	10

33.	ΚΥΚΛΑΔΩΝ	2		2						1				1		6	
34.	ΛΑΚΩΝΙΑΣ	2		2						1				1		6	
35.	ΛΑΡΙΣΑΣ	5	1	5	2					3				1		17	
36.	ΛΑΣΙΘΙΟΥ	2	1	3						2				1		9	
37.	ΛΕΣΒΟΥ	2	1	4						2				1		10	
38.	ΛΕΥΚΑΔΑΣ	1		2						1						4	
39.	ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ	2	1	5						2				1		11	
40.	ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ	2	1	5						2				1		11	
41.	ΝΟΤΙΑΣ ΑΘΗΝΑΣ	5	1	6	2					2	1	1		1		19	
42.	ΞΑΝΘΗΣ	2		2						1				1		6	
43.	ΠΕΙΡΑΙΑ	5	1	5	2					3				1		17	
44.	ΠΕΛΛΑΣ	2	1	4						2				1		10	
45.	ΠΙΕΡΙΑΣ	2	1	3						2				1		9	
46.	ΠΡΕΒΕΖΑΣ	2		2						1						5	
47.	ΡΕΘΥΜΝΟΥ	2		2						1				1		6	
48.	ΡΟΔΟΠΗΣ	2	1	4						2				1		10	
49.	ΣΑΜΟΥ	1		2						1						4	
50.	ΣΕΡΡΩΝ	2	1	4						2				1		10	
51.	ΤΡΙΚΑΛΩΝ	2	1	4						2				1		10	
52.	ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ	2	1	5						2				1		11	
53.	ΦΛΩΡΙΝΑΣ	2		2						1						5	
54.	ΦΩΚΙΔΑΣ	1		2						1						4	
55.	ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ	2		2						1						5	
56.	ΧΑΝΙΩΝ	2	1	5						2				1		11	
57.	ΧΙΟΥ	1		2						1						4	
	ΣΥΝΟΛΑ	146	40	225	28	2				109	6	6	4	1	1	48	616

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΘΕΣΕΩΝ ΕΥΘΥΝΗΣ

Άρθρο 22

Γενικά καθήκοντα Προϊσταμένων Διευθύνσεων

1. Τα γενικά καθήκοντα των προϊσταμένων διευθύνσεων της κεντρικής υπηρεσίας, καθώς και των προϊσταμένων Υ.Π.Α.Δ. επιπέδου διεύθυνσης του Οργανισμού συνίστανται στα εξής:

α) Άσκηση διευθυντικών καθηκόντων:

- Ενημέρωση των υπαλλήλων για τις μεταβολές που συντελούνται στη διεύθυνση.

- Ανάπτυξη πνεύματος αμοιβαίας κατανόησης μεταξύ του προσωπικού.

- Λήψη μέτρων για την εξασφάλιση της ομαδικής εργασίας και της αρμονικής συνεργασίας μεταξύ του προσωπικού της διεύθυνσης.

- Αύξηση του γοήτρου της μονάδας σε συνδυασμό με την ανάπτυξη του ηθικού των μελών της.

- Λήψη έγκαιρων, ακριβών και δυναμένων να εκτελεστούν σε συνεργασία με τους υφισταμένους μετά τη συλλογή δεδομένων και εκτίμηση εναλλακτικών τρόπων δράσης της υπηρεσίας αποφάσεων.

- Υποστήριξη προσπαθειών υφισταμένων κατά την εκτέλεση της εργασίας.

- Παρακίνηση-ενδυνάμωση των υπαλλήλων με διάφορους τρόπους και αναγνώρισης-επιβράβευσης της θετικής συμπεριφοράς τους.

- Ενθάρρυνση στην ανάληψη πρωτοβουλίας και ευθυνών.

- Επιβολή κυρώσεων για πειθαρχικά αδικήματα.

- Ακριβής γνώση αρμοδιοτήτων και ορίων εξουσίας.

β) Αξιολόγηση προσωπικού:

- Καθορισμός απαιτήσεων εργασίας και επιπέδου απόδοσης υπαλλήλων και ανάλυση αυτών στο προσωπικό.

- Παρακολούθηση της εργασίας που εκτελείτο προσωπικό.

- Αξιολόγηση απόδοσης σε σύγκριση με τα πρότυπα που τίθενται κάθε φορά.

- Συζήτηση αποτελεσμάτων αξιολόγησης με το προσωπικό.

γ) Συντονισμός ενεργειών των τμημάτων και εναρμόνιση προσπαθειών τους μέσα στο ευρύτερο πλαίσιο των σκοπών της διεύθυνσης.

δ) Προγραμματισμός της εργασίας:

- Συμμετοχή στην καθιέρωση αντικειμενικών σκοπών της διεύθυνσης.

- Ιεράρχηση των εργασιών της διεύθυνσης.

- Κατανόηση και γνώση της εργασίας που ανατίθεται στη διεύθυνση.

- Ανάλυση στο προσωπικό των μέτρων πολιτικής της διεύθυνσης.

- Βελτίωση μεθόδων εργασίας.

- Ενημέρωση επί των τεχνολογικών εξελίξεων.

- Πρόβλεψη, αξιολόγηση μελλοντικών εξελίξεων και λήψη μέτρων για υλοποίηση των προβλέψεων. Κατάρτιση σχετικών προγραμμάτων δράσης.

ε) Άσκηση ελέγχου επί των δραστηριοτήτων που αναπίπτει στη διεύθυνση:

- Παρακολούθηση των μεθόδων και των διαδικασιών που εφαρμόζονται κατά την εκτέλεση της εργασίας.

- Έλεγχος χρήσεως των καθιερωμένων προτύπων εργασίας.

- Αξιολόγηση αποτελεσμάτων από την άποψη του κόστους.

- Έλεγχος ακρίβειας της παραγόμενης ποσότητας εργασίας.

- Διαπίστωση συμφωνίας αποτελεσμάτων και στόχων προγραμματισμού δραστηριοτήτων. Προσαρμογή του προγράμματος της οργανικής μονάδας στις περιπτώσεις αποκλίσεων.

- Έλεγχος απόδοσης υφισταμένων και επίβλεψη εκτέλεσης εργασιών, σύμφωνα με το πρόγραμμα της διεύθυνσης.

στ) Οργάνωση δραστηριοτήτων:

- Ορθός καταμερισμός του όγκου εργασίας που πρέπει να εκτελεστεί στους υπαλλήλους της. Σωστή μεταβίβαση εξουσίας στους υπαλλήλους για την άσκηση ορισμένων αρμοδιοτήτων.

- Συνένωση συναφών εργασιών.

- Καλλιέργεια καλών σχέσεων των υπαλλήλων της διεύθυνσης.

- Ελαχιστοποίηση περιόδων αιχμής κατά την άσκηση της εργασίας.

- Σαφής καθορισμός της εξουσίας, της ευθύνης και των καθηκόντων κάθε υπαλλήλου.

- Μέριμνα για τη δημιουργία κατάλληλου εργασιακού περιβάλλοντος.

- Καταστολή υπερβολών στη γραφειοκρατία και τους τύπους.

ζ) Υπογραφή αποφάσεων, εγγράφων, εντολών ή άλλων διοικητικών πράξεων για τα οποία έχει μεταβιβασθεί νομίμως σ' αυτούς η εξουσία υπογραφής.

2. Πέρα από τα καθήκοντα της προηγούμενης παραγράφου, οι προϊστάμενοι ασκούν και ειδικά καθήκοντα, όπως αυτά εξειδικεύονται κατά διεύθυνση στα άρθρα 23-26 του παρόντος.

Άρθρο 23

Ειδικά καθήκοντα Προϊσταμένου της Δ1 Διοικητικού-Οικονομικού

Ο Προϊστάμενος της Δ1 Διοικητικού-Οικονομικού:

- Ενημερώνει το Γενικό Διευθυντή για τα θέματα που αφορούν το προσωπικό του Οργανισμού.

- Παρέχει στο Δ.Σ. τις διευκρινήσεις και πληροφορίες που του ζητούνται επί θεμάτων αρμοδιότητας της Διεύθυνσης.

- Συνεργάζεται με τις υπηρεσίες των εποπτευόμενων υπηρεσιών ή άλλων υπηρεσιών για την αντιμετώπιση οργανωτικών, λειτουργικών και διοικητικών θεμάτων που αφορούν τον Οργανισμό και τηρεί ενήμερο το Γενικό Διευθυντή και το Δ.Σ. για τα αποτελέσματα των επαφών αυτών.

- Μεριμνά για την υπογραφή των σχεδίων διοικητικών κανονιστικών πράξεων που αφορούν τον Οργανισμό.

- Εποπτεύει των εργασιών κατάρτισης του προϋπολογισμού, του απολογισμού και του ισολογισμού του Οργανισμού, μεριμνά για τη στέγαση των υπηρεσιών και τον εφοδιασμό της υπηρεσίας με τα απαραίτητα υλικά, εφόδια και εξοπλισμό και ενημερώνει σχετικά το Γενικό Διευθυντή και το Δ.Σ.

- Έχει πλήρη γνώση των βασικών οικονομικών μεγεθών του Οργανισμού και της διαγραφόμενης πορείας τους, παρακολουθεί και ελέγχει το βαθμό υλοποίησης των ποσοτικών στόχων του επιχειρησιακού σχεδίου δράσης και εισιγείται κάθε φορά τη λήψη των ενδεικνυόμενων διορθωτικών μέτρων.

- Εποπτεύει την ορθή τήρηση των λογιστικών βιβλίων και μεριμνά γενικά για την εξασφάλιση σύννομης, ορθής και χρηστής διαχείρισης των πόρων του Οργανισμού.

- Εποπτεύει τη λειτουργία του ειδικού λογαριασμού πλεονασμάτων περιθάλψης και εισιγείται τρόπους προσφορότερης τοποθέτησης ή επένδυσης των κεφαλαίων του. Υπογράφει τις μισθοδοτικές καταστάσεις του προσωπικού.

Άρθρο 24

Ειδικά καθήκοντα Προϊσταμένου της Δ2 Υγειονομικής Περιθάλψης

Ο Προϊστάμενος της Δ2 Υγειονομικής Περιθάλψης:

- Παρακολουθεί και ελέγχει το όλο σύστημα περιθάλψης των ασφαλισμένων του Δημοσίου και ενημερώνει σχετικά το Γενικό Διευθυντή και το Δ.Σ.

- Παρίσταται όταν καλείται στο Δ.Σ. προκειμένου να δώσει τις αναγκαίες διευκρινήσεις και πληροφορίες για θέματα της αρμοδιότητας της διεύθυνσης.

- Δίνει εντολή στους υπαλλήλους του Τμήματος Ελέγχων για την πραγματοποίηση ελέγχων.

- Εισιγείται στο Γενικό Διευθυντή και το Δ.Σ. μέτρα βελτίωσης της περιθάλψης και αντιμετώπισης των αδυναμιών που επισημαίνονται στο όλο σύστημα.

Άρθρο 25

Ειδικά καθήκοντα Προϊσταμένου Δ3 Πληροφορικής και Μελετών

Ο Προϊστάμενος της Δ3 Πληροφορικής και Μελετών:

- Παρέχει στο Δ.Σ. τις απαραίτητες διευκρινήσεις ή πληροφορίες επί των συζητούμενων θεμάτων αρμοδιότητας της διεύθυνσης.

- Παρακολουθεί και συντονίζει το έργο κατάρτισης των αναλογιστικών μελετών και του επιχειρησιακού σχεδίου δράσης και ενημερώνει σχετικά το Γενικό Διευθυντή και το Δ.Σ.

- Εποπτεύει και παρακολουθεί την ορθή λειτουργία των πληροφοριακών συστημάτων και μεριμνά για την κανονική τροφοδότηση τους με τα απαιτούμενα πληροφοριακά στοιχεία.

Άρθρο 26

Ειδικά καθήκοντα προϊσταμένων Υ.Π.Α.Δ. επιπέδου διεύθυνσης

Οι προϊστάμενοι των Υ.Π.Α.Δ. επιπέδου διεύθυνσης:

- Εκπροσωπούν τον Οργανισμό στις υπηρεσίες νομαρχιακού επιπέδου ή τομέα. Αναγνωρίζουν τις δαπάνες περιθάλψης των ασφαλισμένων στο νομό ή τον τομέα.

- Υπογράφουν τις συμβάσεις με ιατρούς, δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, εργαστήρια και φαρμακεία και προβαίνουν στην καταγγελία τους σε περίπτωση αντισυμβατικής συμπεριφοράς.

- Αναφέρουν στη Δ2 Υγειονομικής Περιθάλψης τις περιπτώσεις πιθανής καταστρατήγησης των νόμων ή κανονισμών παροχής της περίθαλψης.

- Είναι οι δευτερεύοντες διατάκτες των πιστώσεων, οι οποίες μεταβιβάζονται στην υπηρεσία από τον κύριο διατάκτη.

Άρθρο 27

Καθήκοντα Προϊσταμένων Τμημάτων

1. Τα καθήκοντα των προϊσταμένων τμημάτων των διευθύνσεων της κεντρικής υπηρεσίας, καθώς και των προϊσταμένων των τμημάτων των Υ.Π.Α.Δ. επιπέδου διεύθυνσης συστάονται στα εξής:

- Κατανομή της εργασίας του τμήματος ανάλογα με τις αρμοδιότητες, την ειδικευση, τις γνώσεις και τις ικανότητες κάθε υπαλλήλου, καθώς και τις υπηρεσιακές ανάγκες.

- Παροχή οδηγιών στους υπαλλήλους για την εκτέλεση των καθημερινών εργασιών και ενεργός συμμετοχή σ' αυτές, όταν χρειάζεται, με σκοπό την υποβοήθηση των υπαλλήλων.

- Έλεγχος της εργασίας των υπαλλήλων, τόσο ως προς την ποιότητα όσο και ως προς την ποσότητα.

- Παρακολούθηση της πορείας των υποθέσεων του τμήματος και ενημέρωση του προϊσταμένου της διεύθυνσης.

- Υποβολή προτάσεων στον προϊστάμενο της διεύθυνσης για τη λήψη των αναγκαίων νομοθετικών και διοικητικών μέτρων για την αποτελεσματικότερη λειτουργία της υπηρεσίας.

- Τήρηση αρχείου νόμων, διαταγμάτων, αποφάσεων, εγκυκλίων και άλλων υπηρεσιακών εγγράφων σχετικών με τις αρμοδιότητες του τμήματος.

- Αξιολόγηση των υπαλλήλων του τμήματος.

- Μέριμνα για την ασφάλεια του χώρου εργασίας και τη διασφάλιση και συντήρηση των μηχανημάτων, των κάθε μορφής αρχείων και κάθε άλλου υπηρεσιακού υλικού του τμήματος.

- Σύνταξη του πρωτοκόλλου παράδοσης και παραλαβής εκκρεμών υποθέσεων, του αρχείου και του εξοπλισμού του τμήματος, σε περίπτωση αντικατάστασης αυτού.

Παροχή στατιστικών στοιχείων ή άλλων πληροφοριών (πλην των εμπιστευτικών).

- Έκδοση πιστοποιητικών ή αντιγράφων γενικά, καθώς και

βεβαιώσεων για θέματα που είναι δυνατό να βεβαιωθούν από στοιχεία που τηρούνται στην υπηρεσία.

– Απαντήσεις σε αναφορές πολιτών και έγγραφα υπηρεσιών και νομικών προσώπων σε θέματα για τα οποία έχει λάβει θέση η υπηρεσία, πλην αναφορών και παραπόνων.

– Υπογραφή των εγγράφων για τα οποία του έχει μεταβιβασθεί η αρμοδιότητα υπογραφής.

Άρθρο 28

Ειδικά καθήκοντα προϊσταμένων των Υ.Π.Α.Δ. επιπέδου τμήματος

Οι προϊστάμενοι των Υ.Π.Α.Δ. επιπέδου τμήματος, πέρα από τα οριζόμενα στα προηγούμενα άρθρα, ασκούν και τα ακόλουθα ειδικά καθήκοντα:

Εκπροσωπούν τον Οργανισμό στις υπηρεσίες νομαρχιακού επιπέδου. Αναγνωρίζουν τις δαπάνες περιθαλψής των ασφαλισμένων αρμοδιότητάς τους.

Υπογράφουν τις συμβάσεις με ιατρούς, δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, εργαστήρια και φαρμακεία και προβαίνουν στην καταγγελία τους σε περίπτωση αντισυμβατικής συμπεριφοράς.

Αναφέρουν στη Δ2 Υγειονομικής Περιθαλψής τις περιπτώσεις πιθανής καταστροφής των νόμων ή κανονισμών παροχής της περίθαλψης.

Είναι οι δευτερεύοντες διατάκτες των πιστώσεων οι οποίες μεταβιβάζονται στην υπηρεσία από τον κύριο διατάκτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ - ΕΝΑΡΞΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Άρθρο 29

Πρώτη λειτουργία του Οργανισμού

1. Κατά την πρώτη λειτουργία του ο Οργανισμός στελεχώνεται με προσωπικό το οποίο αποσπάται αυτοδίκαια σε αυτόν, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 10 του ν. 2768/1999.

2. Με απόφαση του Δ.Σ., κατά την έναρξη λειτουργίας και μέχρι τη στελέχωση των διευθύνσεων της κεντρικής υπηρε-

σίας, οι αρμοδιότητες αυτής μπορεί να ασκούνται από αριθμό οργανικών διευθύνσεων και τμημάτων μικρότερο των προβλεπομένων από τα άρθρα 7-15 του παρόντος. Με την ίδια απόφαση ανακατανέμονται μεταξύ των διευθύνσεων και των τμημάτων που λειτουργούν οι αρμοδιότητες των οργανικών μονάδων που δεν έχουν ακόμη τεθεί σε λειτουργία. Οι διατάξεις των προηγούμενων εδαφίων ισχύουν ανάλογα και για τις Υ.Π.Α.Δ. επιπέδου διεύθυνσης.

3. Το προσωπικό που αποσπάται στον Οργανισμό μπορεί να μεταταγεί και να καταλάβει σε αυτόν αντίστοιχη κενή οργανική θέση με τη διαδικασία, τους όρους και τις προϋποθέσεις του άρθρου 10 του ν. 2768/1999. Ο μετασασσόμενος, εάν δεν υπάρχει κενή οργανική θέση της κατηγορίας ή του κλάδου ή της ειδικότητας του, καταλαμβάνει αντίστοιχη προσωπαγή θέση που συνιστάται με την πράξη μετάταξης, η οποία καταργείται αυτοδίκαια με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση του από την υπηρεσία.

Άρθρο 30

Έναρξη ισχύος

Οι διατάξεις του παρόντος που αφορούν στην παροχή περίθαλψης και στην πληρωμή των δαπανών περίθαλψης τίθενται σε ισχύ από 1ης Ιουλίου 2001. Οι λοιπές διατάξεις ισχύουν από τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Στον Υφυπουργό Υγείας-Πρόνοιας αναθέτουμε τη δημοσίευση και εκτέλεση του παρόντος διατάγματος.

Αθήνα 22 Φεβρουαρίου 2001

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΥΦΥΠ. ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜ. ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

ΛΕΩΝΙΔΑΣ ΤΖΑΝΗΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΓΙΑΝΝΟΣ ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ

ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΔΡΥΣ

ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΥΓΕΙΑΣ - ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΘΑΝΟΣ