



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

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

***ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ  
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ- Η ΑΝΑΓΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕ ΤΟ  
ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ***

Σπουδαστές: ΠΟΛΙΟΥ ΧΡΥΣΑΥΓΗ

---

Επιβλέπουσα: ΚΩΣΤΙΚΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ

Καλαμάτα 2011

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	7
1.1. Πολιτικές για τη ποιότητα ζωής στα συστήματα υγείας.....	7
1.2. Το ελληνικό σύστημα υγείας.....	17
1.3. Τα χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας σήμερα.....	20
1.4. Πολιτικές για τους επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (WHO).....	30
2.1. Γενικά.....	30
2.2. Ιστορική αναδρομή.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ.....	36
3.1. Η σύσταση του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Υγείας.....	36
3.2. Χώρες που συμμετέχουν.....	39
3.3. Δράσεις και προγράμματα.....	40
3.3.1. Προφίλ Συστημάτων Υγείας.....	40
3.3.2. Θεματολογία.....	42
3.3.3. Εκδόσεις.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ.....	44
4.1. Η συμμετοχή της Ελλάδας στο Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Υγείας.....	44
4.2. Ελλάδα και Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.....	47
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	51

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	51
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	52
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	54
Παράρτημα 1.....	54
Παράρτημα 2.....	58

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

*Οι πολιτικές υγείας στην Ελλάδα μεταβάλλονται συνεχόμενα σε μία προσπάθεια να επιλύσουν μία σωρεία προβλημάτων που υπάρχουν σε όλους τους τομείς του ελληνικού συστήματος υγείας και να αναβαθμίσουν την ποιότητα αυτού.*

*Προς αυτή την κατεύθυνση κινείται σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας αναπτύσσοντας εκθέσεις για κάθε χώρα της Ευρώπης αλλά και αναπτύσσοντας άλλες δραστηριότητες που θα συμβάλουν στην επίλυση των προβλημάτων και στη βελτίωση των συνθηκών στο χώρο της υγείας.*

*Παρόλο που η Ελλάδα μέχρι και το 2004 συμμετείχε σε αυτή την συνεργασία, σήμερα δεν ισχύει το ίδιο. Η κατάσταση όμως στο ελληνικό σύστημα υγείας δεν έχει μεταβληθεί αισθητά και η ανάγκη συνεργασίας με το Παρατηρητήριο σήμερα φαντάζει επιτακτική.*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα της παρούσας μελέτης είναι οι πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας και η ανάγκη συνεργασίας που υπάρχει με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας.

Με σκοπό την καλύτερη προσέγγιση του θέματος μας, η μελέτη χωρίζεται σε τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο θα μας απασχολήσει το θέμα των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα και ποιο συγκεκριμένα αυτές που αφορούν την ποιότητα ζωής καθώς και τους επαγγελματίες υγείας. Παράλληλα, στο ίδιο κεφάλαιο θα παρατεθούν πληροφορίες για το ελληνικό σύστημα υγείας και τα χαρακτηριστικά που αυτό φέρει.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αφορά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (W.H.O.) λόγω του ότι το Παρατηρητήριο ανήκει σε αυτό. Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρατεθούν κάποια γενικά στοιχεία για τον οργανισμό και θα γίνει και μία ιστορική αναδρομή της πορείας του και της δράσης του.

Θέμα του τρίτου κεφαλαίου αποτελεί το ίδιο το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο. Πιο συγκεκριμένα, θα εξεταστούν θέματα όπως η σύσταση του, οι χώρες που συμμετέχουν σε αυτό καθώς και οι δράσεις του και τα προγράμματα του.

Στο τέταρτο κεφάλαιο θα εξεταστεί η σχέση της Ελλάδας με το Παρατηρητήριο στο παρελθόν και σήμερα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 1.1. Πολιτικές για τη ποιότητα ζωής στα συστήματα υγείας

Τα συστήματα υγείας σ' όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν την τελευταία εικοσαετία μια τριπλή πρόκληση<sup>1</sup>:

- την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας, των κοινωνιών και των οργανισμών για ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας και περίθαλψη σ' όλους.
- Το αυξανόμενο κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας.
- Την ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής νέων τεχνολογιών.

Η τριπλή αυτή πρόκληση βρίσκει απαντήσεις στην εφαρμογή πολιτικών οι οποίες αναφέρονται:

- Στην εφαρμογή κατάλληλης περιφερειακής πολιτικής για την υγείας.
- Στην εφαρμογή πολιτικών συγκράτησης των δαπανών υγείας
- Στη θέσπιση πιστοποιητικών αναγκαιότητας και ορίων για επιπρόσθετες επενδύσεις.

Σημαντικός ρόλος κατά την εφαρμογή των πολιτικών αυτών δόθηκε στη ποιότητα υπηρεσιών υγείας, η οποία αποτελεί τη τελευταία δεκαετία περίπου στην Ελλάδα αυτοσκοπό. Πολλές κυβερνήσεις προσπάθησαν να επιτύχουν να την ορίσουν αλλά και την εφαρμόσουν με επιτυχία. Προτού προχωρήσουμε στην ανασκόπηση της ποιότητας της υγείας στην Ελλάδα προκειμένου να δούμε τα διάφορα βήματα προόδου που έχουν γίνει, θα προσπαθήσουμε να ορίσουμε ιστορικά τη ποιότητα αλλά και τις ρυθμίσεις σε σχέση μ' αυτήν διεθνώς.

---

<sup>1</sup> Σιγάλας Ι. (2000), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, ΕΑΠ, Πάτρα, σελ. 15-20.

Η άσκηση της παραδοσιακής ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας στα νοσοκομεία εξακολουθεί ν' αποτελεί τη ραχοκοκαλιά της φροντίδας υγείας. Όμως η βελτίωση του επιπέδου υγείας που παρουσιάζεται στη διάρκεια του αιώνα μας, κυρίως μεταπολεμικά, παράλληλα με την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη που αρχικά οδήγησε σε καλύτερη περίθαλψη, μεταξύ άλλων οδήγησαν και στην αλλαγή της αντίληψης ότι υγεία είναι μόνο η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Η ανάγκη για επαναπροσανατολισμό των συστημάτων φροντίδας, ήταν φυσικό επακόλουθο αυτής της αλλαγής αντιλήψεων.

Επιπρόσθετα, η αναγνώριση ότι η πρόληψη είναι προτιμότερη της θεραπείας, αφού συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, αλλά και οικονομικότερη επιλογή στην παροχή φροντίδων υγείας, αφού δεν απαιτεί πολυδάπανες παρεμβάσεις και μακροχρόνια φροντίδα, ειδικά για τα χρόνια νοσήματα, οδήγησε στην παραδοχή ότι η νοσοκομειακή φροντίδα είναι μεν απαραίτητη αλλά όχι πανάκεια. Επομένως θα έπρεπε να δοθεί προτεραιότητα σε άλλες μορφές φροντίδων υγείας που θα είναι συγχρόνως χρήσιμες και οικονομικότερες<sup>2</sup>.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί αυτή τη νέα κατεύθυνση και σύμφωνα με τη διακήρυξη της Αλμα-Ατα είναι "βασική παροχή φροντίδας υγείας προσιτή σ' όλους - άτομα και οικογένειες στην κοινότητα - με μέσα αποδεκτά σ' αυτούς, μέσα από την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμιστούν"<sup>3</sup>. Αυτή η εξέλιξη έχει επίσης οδηγήσει στη διαφορετική αντιμετώπιση του πολίτη

---

<sup>2</sup> Μωραϊτης Ε., Κουρή-Ζαραφωνίτη Τ., Μερκούρης Μ.Π., (1990), *Κέντρα Υγείας: Ο νέος θεσμός για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 1, σελ. 5-23.

<sup>3</sup> Green L.W., Reaburn L. (1990), *Contemporary developments in health promotion. Definitions and challenges*, in Bracht N., *Health Promotion at the community level*, Newbury Park, Sage Publications, σελ. 33, 39, 43.

από απλό αποδέκτη των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας σε ενεργό συμμετέχο. Συγχρόνως έδωσε το έναυσμα για εστίαση σε φροντίδες υγείας που βελτιώνουν το επίπεδο υγείας και ζωής και που σ' αυτές συμπεριλαμβάνονται η πρόληψη, η πληροφόρηση - αγωγή υγείας και η προστασία της υγείας.

Ο όρος Ποιότητα της Υγείας είναι σχετικά πρόσφατος. Χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στον Καναδά το 1974, αν και ως έννοια μπορεί ν' ανιχνευθεί σε διάφορα κείμενα νωρίτερα. Έκτοτε έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορα κείμενα διεθνών και εθνικών οργανισμών αλλά έγινε δημοφιλής στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Η Ποιότητα της Υγείας συχνά αναφέρεται ότι αποτελεί νέο κίνημα. Παρ' όλα αυτά, είναι γενικά παραδεκτό ότι κατάγεται από το κίνημα της Δημόσιας Υγείας που στη σύγχρονη μορφή του διαμορφώθηκε το 19ο αιώνα.

Η άποψη ότι το κίνημα Ποιότητας Υγείας έχει τις ρίζες του στη Δημόσια Υγεία και ότι αναπτύχθηκε ως αποτέλεσμα των μεταπολεμικών εξελίξεων, έχει συζητηθεί από τη Herberg η οποία θεωρεί τη μελέτη του Framingham που ξεκίνησε το 1947<sup>4</sup> - και ως σκοπό είχε να εξετάσει τη συσχέτιση νόσου και παραγόντων κινδύνου -, ως μία από τις βασικές επιρροές στην ανάπτυξή του. Η ίδια συγγραφέας αναφέρεται επίσης την έκθεση του υπουργού υγείας των Η.Π.Α. του 1964, που προειδοποιούσε για τους κινδύνους για την υγεία από το κάπνισμα και η οποία είχε ως αποτέλεσμα την απαγόρευση της διαφήμισης τσιγάρων από την τηλεόραση.

Θεωρεί επίσης ότι σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Ποιότητας Υγείας έπαιξαν τα μεταπολεμικά κινήματα που σχετίζονται με τη γυναικεία απελευθέρωση, την αυτοβοήθεια, την προστασία του καταναλωτή και τα δικαιώματα του πολίτη. Το

---

<sup>4</sup> Herberg P.L. (1990), *A critical analysis of the health promotion movement and implications for nursing*, Unpublished Ph.D. Thesis, Univ. of Utah.



αποτέλεσμα ήταν η ανάπτυξη του κινήματος Ποιότητας Υγείας, που συμπεριλαμβάνει τις έννοιες της Αγωγής Υγείας και της Πρόληψης της νόσου, αλλά επίσης τη θετική έννοια της υγείας που εκφράζεται από την κίνηση για ευεξία και αυτοτελή ανάπτυξη του ατόμου και βασίζεται στην αυτοφροντίδα, την ατομική υπευθυνότητα και την ελεύθερη επιλογή.

Ο Lalonde εισήγαγε την ιδέα ότι τέσσερα αλληλοεπιδρώντα στοιχεία συνδέονται με όλες τις αιτίες νόσου και θανάτου. Αυτά τα στοιχεία είναι<sup>5</sup>:

- α) οι ανεπάρκειες των υπάρχοντων συστημάτων υγείας,
- β) ο μη υγιεινός τρόπος ζωής,
- γ) οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι και,
- δ) οι ανθρωπίνιοι βιολογικοί παράγοντες.

Αυτό το κείμενο θεωρείται το σημαντικότερο στην ανάπτυξη του κινήματος Ποιότητας Υγείας, διότι ήταν το πρώτο επίσημο έγγραφο στις μέρες μας, που αποδέχτηκε τους κοινωνικοοικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες ως συνυπεύθυνους για την κατάσταση της υγείας του ανθρώπου, επιπλέον των ήδη αποδεκτών από τη βιοϊατρική και ψυχοκοινωνική θεώρηση.

Αντίθετα, η έκθεση του υπουργού υγείας των ΗΠΑ, κατέληγε στο συμπέρασμα ότι ο τρόπος ζωής αποτελούσε τον πρωταρχικό και σημαντικότερο παράγοντα στην πρόκληση της νόσου και επομένως προτεραιότητα θα έπρεπε να δοθεί στην πρόληψή της. Αυτή η αναφορά διέκρινε την ποιότητα υγείας από τη θεραπεία και την πρόληψη της νόσου και εξακολουθεί έως σήμερα να επηρεάζει την επιστημονική σκέψη στις ΗΠΑ. Η ποιότητα υγείας, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έκθεση αναφέρεται

---

<sup>5</sup> Lalonde M., (1980), *A New perspective on the Health of Canadians*, Ottawa, Information Canada.

σε υγιείς ανθρώπους που επιδιώκουν να διατηρήσουν και να βελτιώσουν το επίπεδο υγείας τους, πράγμα που έρχεται σε αντίθεση με την αντίληψη ότι κάθε υπηρεσία που στοχεύει σε καλύτερη υγεία πρέπει να αποτελεί πανανθρώπινο δικαίωμα.

Κατά τη δεκαετία του 1980, η ποιότητα υγείας έγινε το αντικείμενο εθνικών και διεθνών πολιτικών καθώς και διεθνών συνεδρίων. Κείμενα όπως το "στόχοι για υγεία για όλους το 2000" από το Ευρωπαϊκό Γραφείο του Π.Ο.Υ. και ο Χάρτης της Ottawa για την ποιότητα υγείας, ήταν το αποτέλεσμα αυτής της πολιτικής. Σ' όλα αυτά τα κείμενα η ποιότητα της υγείας δεν εξετάζεται μόνον ως υπηρεσία υγείας, ως μία ευρύτερη κίνηση που εμπεριέχει ένα σύνολο δραστηριοτήτων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν θετικά την ανθρώπινη υγεία και ζωή. Συγκεκριμένα<sup>6</sup>:

1. Ως το έτος 2000, προωθήθηκε σε όλα τα κράτη-μέλη ευρεία και αποτελεσματική εκπαίδευση και πρακτική πάνω στην Ποιότητα της Υγείας με σκοπό τη βελτίωση του δημόσιου και επαγγελματικού επιπέδου υγείας και την ενίσχυση της ενημέρωσης πάνω στην υγεία σε άλλους τομείς.

2. Ως το έτος 2000, σε όλα τα κράτη-μέλη υπήρξε μια συνεχής προσπάθεια να προαχθούν δραστικά και να στηριχθούν υγιείς τρόποι ζωής με τη σωστή διατροφή, κατάλληλη φυσική άσκηση, υγιή σεξουαλική ζωή, συγκράτηση του άγχους και άλλων θεωρήσεων για μια υγιή συμπεριφορά. Ο ορισμός που δόθηκε στο συνέδριο της Ottawa "ποιότητα υγείας είναι η διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν την υγεία τους", δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους αλλά και στις φυσικές δυνατότητες του ατόμου και

---

<sup>6</sup> McKie U., Al-Bashir M., Anagnostopoulou T., Csepe P., El-Asfahani A., Fonseca H. et al (1993), *Defining and assessing risky health behaviours*, Journal of Advanced Nursing, 18, σελ.1911-1916.

θεωρείται ως πηγή για την καθημερινή ζωή, όχι ο κύριος σκοπός της.

Βασική φιλοσοφία του χάρτη της Ottawa είναι να<sup>7</sup>:

- “- το να προστίθενται χρόνια στη ζωή,
- να προστίθεται ζωή στα χρόνια”.

Για να γίνει πραγματικότητα αυτή η φιλοσοφία απαιτείται όλες οι χώρες να λάβουν μέτρα που στοχεύουν σε:

“- δημόσια πολιτική: από τους υπεύθυνους για την υιοθέτηση πολιτικών σε όλα τα επίπεδα, όχι μόνο στην κυβέρνηση αλλά και άλλες δημόσιες αρχές και τη βιομηχανία, να λαμβάνεται υπόψη η υγεία κατά το σχεδιασμό αυτών των πολιτικών,

1.υγιές περιβάλλον: με τη συνεχή βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος -στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο εργασίας, στο δρόμο, στις διακοπές και στον ελεύθερο χρόνο, σε δημόσιους χώρους- ώστε να συμβάλει στην ποιότητα της υγείας,

2.υγιή τρόπο ζωής: με την αύξηση της γνώσης και κατανόησης για τον τρόπο που οι συνήθειες της ζωής επηρεάζουν την υγεία οικογενειών και ατόμων, ώστε να τους δοθεί η δυνατότητα να το επιτύχουν,

3.υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας: με την αναγνώριση και κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού και την εξασφάλιση της κατάλληλης ισορροπίας μεταξύ ποιότητας της υγείας, πρόληψης της αρρώστιας, θεραπείας, φροντίδας και αποκατάστασης”.

Η πολιτική ποιότητας της υγείας του Π.Ο.Υ. συνεχίζεται αδιάκοπα και επιβεβαιώθηκε πρόσφατα στο Διεθνές Συνέδριο της Jacarta.

---

<sup>7</sup> WHO (1999), *The Ottawa Charter for Health Promotion*, in Kaplun A (ed.), *Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a New Quality of Health*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, European Series No: 44, σελ.2.

Είναι επομένως φανερό ότι το κίνημα ποιότητας υγείας έχει αρχίσει να ριζώνει βαθιά, τουλάχιστο στις χώρες που έχουν λύσει τα προβλήματα που σχετίζονται με τις βασικές ανάγκες της ζωής και όλο και με μεγαλύτερη συχνότητα βλέπουμε την υιοθέτηση εθνικών και διεθνών πολιτικών που βασίζονται στα προαναφερόμενα.

Τα τελευταία χρόνια τα συστήματα υγείας στις χώρες της Ευρώπης δέχονται πιέσεις για αλλαγή. Οι λόγοι άσκησης των πιέσεων αναφέρονται στη γήρανση του Ευρωπαϊκού πληθυσμού και στην αλλαγή του νοσολογικού προτύπου.

Συγχρόνως βασικός λόγος είναι η ανάπτυξη νέων διαγνωστικών θεραπευτικών τεχνολογιών αλλά και η ανάπτυξη της πληροφορικής σε συνδυασμό με τις αυξημένες απαιτήσεις των πολιτών, οι οποίες λειτουργούν καταλυτικά στη δρομολόγηση σημαντικών αλλαγών και στην αύξηση των δαπανών για την υγεία, σε ένα όμως περιβάλλον περιορισμένων πόρων.

Τα συστήματα υγείας αντιδρούν σε αυτές τις πιέσεις με διάφορους τρόπους. Οι αντιδράσεις αυτές, σε ορισμένες χώρες, συχνά συνιστούν ολοκληρωμένες προσπάθειες μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας τους. Υπάρχει αυξανόμενη υποστήριξη της άποψης ότι η μεταρρύθμιση αυτή είναι απαραίτητη αλλά πολιτικά δύσκολη να γίνει. Κοινός στόχος είναι η επίτευξη αποδεκτών επιπέδων κόστους, ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών και πρόσβασης στο σύστημα, προκειμένου να ικανοποιηθούν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο τα κριτήρια της ισότητας, που αφορά την άρση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία, της ποιότητας που αποτελεί αίτημα των καιρών και ολοένα και μεγαλύτερη απαίτηση των χρηστών και της αποτελεσματικότητας-αποδοτικότητας προκειμένου να ελεγχθούν οι διογκούμενες δαπάνες στον τομέα της υγείας.

Τα παράλληλα φαινόμενα των αυξανόμενων δαπανών και της φθίνουσας αποτελεσματικότητας που συνιστούν την κρίση της σύγχρονης ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση νέων πολιτικών υγείας και στην αναβάθμιση άλλων, σε μια προσπάθεια να απαντηθούν αποτελεσματικά και να αντιμετωπιστούν οικονομικά τα σύγχρονα προβλήματα υγείας.

Κυρίως, έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη της «Νέας» Δημόσιας Υγείας με έμφαση στην Πρόληψη και την Προαγωγή Υγείας, στο βαθμό που η σχέση της υγείας με τον σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο περιβάλλον δημιουργεί μεγάλες δυνατότητες παρέμβασης και καταπολέμησης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας.

Ανάλογες πρωτοβουλίες αναπτύσσονται και από την πλευρά της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η συνθήκη του Μάαστριχ, με το άρθρο 129, έθεσε τα θεμέλια για την ανάπτυξη της δημόσιας υγείας υιοθετώντας τους στόχους για την πρόληψη της αρρώστιας, την καταπολέμηση της σύγχρονης νοσηρότητας και την προαγωγή της υγείας.

Το 1999, η συνθήκη του Άμστερνταμ, με το άρθρο 153 που αντικατέστησε το άρθρο 129, κατοχύρωσε την υπόθεση της προστασίας της υγείας στο επίκεντρο κάθε ασκούμενης ευρωπαϊκής πολιτικής. Η εξέλιξη αυτή θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική γιατί για πρώτη φορά, η ΕΕ δεσμεύτηκε να λαμβάνει υπόψη της την προστασία της υγείας στους κρίσιμους τομείς του περιβάλλοντος, των μεταφορών, της γεωργίας, της εργασίας, της εκπαίδευσης κ.τ.λ.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του 21ου αιώνα για πολλούς θεωρητικούς θα πρέπει να εστιάζει όχι μόνο σ' όλες τις σημερινές μονάδες και υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας, δημόσιας υγείας, προστασίας μητέρας και παιδιού, προληπτικής ιατρικής και αγωγής υγείας, σχολικής υγιεινής,

ιατρικής της εργασίας, κλπ., αλλά και όσες παραδοσιακά αποκαλούνται «προνοιακές δράσεις»

Πιο συγκεκριμένα, οι μεταρρυθμίσεις της Π.Φ.Υ. στην Ευρώπη περιλαμβάνουν ορισμένα σημαντικά μέτρα ευρύτερης αποδοχής:

1. Την αποκέντρωση και τη μεταβίβαση της ευθύνης στο χαμηλότερο επίπεδο.
2. Τη δυνατότητα των καταναλωτών για μεγαλύτερη επιλογή.
3. Τον διαχωρισμό της παροχής των υπηρεσιών από τη χρηματοδότηση.
4. τη χρήση του προϋπολογισμού ως συστήματος ελέγχου με πλαφόν δαπανών

Ο θεσμός του νοσοκομείου χρειάζεται ένα συνολικό επαναπροσδιορισμό. Πρώτα από όλα, για να μπορέσει να συμβάλει αποτελεσματικά στην προάσπιση της υγείας, το νοσοκομείο πρέπει να αλλάξει ριζικά, να γίνει πιο ανθρώπινο και πιο ευχάριστο και κυρίως πρέπει να αποκατασταθεί μια ουσιαστική επικοινωνία του ασθενή με το επιστημονικό, οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον, που του δίνει τη δυνατότητα να συμμετάσχει ενεργητικά και αποφασιστικά στη μάχη για την υγεία του και τη ζωή του.

Στην προσπάθεια αυτή θα συμβάλλουν αποφασιστικά οι μεγάλες αλλαγές που συντελούνε ήδη σήμερα στα νοσοκομειακά συστήματα των προηγμένων χωρών, με την ανάπτυξη νέων εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών, που οδηγούν σταδιακά στην αποδόμηση των νοσοκομειακών μονάδων.

Η περιφερειακή συγκρότηση των συστημάτων υγείας αποτελεί πλέον κατάκτηση όλων των ευρωπαϊκών χωρών. Μετά τις βορειοευρωπαϊκές χώρες, όπως τη Σουηδία, τη Δανία, τη Μεγάλη Βρετανία, κ.α. τα τελευταία 20 χρόνια όλες οι μεσογειακές χώρες

της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Ισπανία, Γαλλία, Ιταλία και πρόσφατα η Ελλάδα, καθιερώνουν τα περιφερειακά συστήματα υγείας, ως αναγκαίο θεσμό για τη λειτουργία του δημόσιου τομέα υγείας.

Η ανάγκη αυτή προέκυψε πρώτα απ' όλα ως μέρος της γενικότερης προσπάθειας διοικητικής αποκέντρωσης και οργάνωσης περιφερειακών διοικήσεων. Οι εκατοντάδες υπηρεσίες υγείας κάθε χώρας και οι δεκάδες χιλιάδες εργαζόμενοι σ' αυτές, δεν μπορούν να διοικούνται και να ελέγχονται από μια και μόνη κεντρική αρχή. Πολύ περισσότερο μάλιστα όταν έχει γίνει πλέον συνείδηση σε όλους ότι τα νοσοκομεία, δεν αποτελούν απομονωμένες υπηρεσίες, αλλά ότι πρέπει να εντάσσονται σε επιμέρους συστήματα μαζί με άλλα νοσοκομεία (οριζόντια ανάπτυξη) και μαζί με άλλες εξωνοσοκομειακές και Πρωτοβάθμιες Υπηρεσίες υγείας (κάθετη ανάπτυξη), προκειμένου να είναι αποτελεσματικά και αποδοτικά.

Μόνο έτσι μπορεί να υπάρχει ενιαίος σχεδιασμός με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού κάθε περιφέρειας, συμπληρωματικότητα και όχι αλληλοεπικάλυψη των υπηρεσιών, ορθολογική κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού, οικονομίες κλίμακος με την δημιουργία κοινών διανοσοκομειακών υποδομών, π.χ. σίτιση, ιματισμός, διαχείριση απορριμμάτων, κ.ά., εξοικονόμηση πόρων με τη διενέργεια ενιαίων περιφερειακών διαγωνισμών, καθώς και αποτελεσματικός συντονισμός σε κρίσιμους τομείς, όπως εφημερίες και επείγοντα.



## 1.2. Το ελληνικό σύστημα υγείας

Το 1983, με τον νόμο 1379 έγινε η πρώτη καθιέρωση του ΕΣΥ (Εθνικό Σύστημα Υγείας) στην Ελλάδα. Η ίδρυση όμως των νοσοκομείων στην Ελλάδα είχε ξεκινήσει πολύ πριν. Το 1825 στην Ελλάδα για πρώτη φορά και σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές τάσεις, έγινε νομοθετική απόπειρα για την ίδρυση και την λειτουργία των νοσοκομείων. Την ίδια χρονιά έγινε και η ίδρυση του πρώτου κρατικού νοσοκομείο καθώς και άλλων υπηρεσιών σχετικές με την δημόσια και κοινωνική υγιεινή. Ακολούθησε το 1836 η ίδρυση του Πανεπιστημίου Αθηνών και το 1881 ιδρύθηκε ο «Ευαγγελισμός». Το 1928 ακολούθησε η ίδρυση του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.

Ο νόμος 965 για τα «Δημόσια Νοσηλευτικά και Υγειονομικά Ιδρύματα», το 1937, όριζε την οργάνωση, την εποπτεία καθώς και την διοίκηση των νοσοκομείων και περαιτέρω, όριζε την δημιουργία τόσο πανεπιστημιακών κλινικών όσο και εργαστηρίων. Αυτή ήταν η πρώτη ουσιαστική απόπειρα για την δημιουργία κρατικής υποδομής για τα νοσοκομεία. Με τον ίδιο νόμο καθορίστηκε ότι τα νοσοκομεία του κράτους θα χρηματοδοτούνταν από τον προϋπολογισμό του κράτους.<sup>8</sup>

Ένας νέος νόμος το 1941, ο 2764 για την προσωρινή ίδρυση νοσοκομείων, δημιουργήθηκε για να καλύψει τις ανάγκες που υπήρχαν σε νοσοκομειακή περίθαλψη. Το 1953, με το νομοθετικό διάταγμα 2592 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως» έγινε νομοθετική απόπειρα για μία από τις σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Αυτός ο νόμος διαίρεσε την Ελλάδα σε 113 υγειονομικές περιφέρειες και οι υπηρεσίες υγείας των νοσοκομείων καθώς και αυτές που παρέχονταν έξω από αυτά, οργανώθηκαν σε κεντρικό αλλά και σε

---

<sup>8</sup> Κουτουλογένης Δημήτρης (2002), *Νομοθετικό και λειτουργικό πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα*, στο [http://www.rotaryclubzante.gr/gr/news/2006-02-08\\_1.pdf](http://www.rotaryclubzante.gr/gr/news/2006-02-08_1.pdf).



περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο. Ο νόμος αυτός επίσης καθόρισε ότι οι υπηρεσίες υγείας θα χρηματοδοτούνταν από τον κρατικό προϋπολογισμό αλλά και από τα νοσήλια των ασφαλιστικών οργανισμών.

Η ανάπτυξη των ιδιωτικών κλινικών επιτελέστηκε κατά την δεκαετία 1950-1960, σε τέτοιο βαθμό που από το σύνολο των νοσοκομειακών κλινών, στον ιδιωτικό τομέα ανήκε το 45%. Μετά την καθιέρωση του ΕΣΥ, ακολούθησε το 1992 ο νόμος 2071 που εκσυγχρόνισε το υπάρχον ΕΣΥ και σύμφωνα με τον οποίο δημιουργήθηκαν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ).<sup>9</sup>

Την δεκαετία του 1980, στην προσπάθεια να περιοριστεί ο εκφυλισμός του ΕΣΥ αλλά και η ανάπτυξη των υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα υγείας, με τον νόμο του 1983 για το ΕΣΥ που προαναφέραμε, έγινε απόπειρα εκ μέρους του κράτους ώστε να έχουν οι πολίτες αυτά που επισημαίνονται στο πρώτο άρθρο του συγκεκριμένου νόμου: *«το κράτος έχει την ευθύνη να παράσχει ιατρική φροντίδα σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική τους κατάσταση»*.<sup>10</sup>

Σύμφωνα με αυτόν τον νόμο δημιουργήθηκαν 400 κέντρα υγείας από τα οποία τα 200 κάλυπταν τις ανάγκες της επαρχίας και τα υπόλοιπα τις ανάγκες των αστικών κέντρων. Διοικητικά αναπτύχθηκε ένα ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας υπό την κεντρική επίβλεψη του αρμόδιου

---

<sup>9</sup> Κουτουλογένης Δημήτρης (2002), *Νομοθετικό και λειτουργικό πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα*, στο [http://www.rotaryclubzante.gr/gr/news/2006-02-08\\_1.pdf](http://www.rotaryclubzante.gr/gr/news/2006-02-08_1.pdf).

<sup>10</sup> Κουτουλογένης Δημήτρης (2002), *Νομοθετικό και λειτουργικό πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα*, στο [http://www.rotaryclubzante.gr/gr/news/2006-02-08\\_1.pdf](http://www.rotaryclubzante.gr/gr/news/2006-02-08_1.pdf).

υπουργείο και περιφερειακό προγραμματισμό από 8-10 περιφέρειες.<sup>11</sup>

Ο κύριος στόχος της θέσπισης του ΕΣΥ το 1983 ήταν να καλύψει υγειονομικά όλο τον ελληνικό πληθυσμό. Οι υπηρεσίες που σκόπευε να παρέχει στους Έλληνες θα ήταν υψηλής ποιότητας αλλά με χαμηλή συμμετοχή των ασθενών στα έξοδα.<sup>12</sup>

Την δεκαετία του 1990 με τον νόμο 2071 του 1992 επιτράπηκε η σύσταση νοσοκομείων με μορφή Νομικών Προσώπων Ιδιωτικού Δικαίου καθώς και ιδιωτικών κλινικών υπό την προϋπόθεση ότι θα τηρούν συγκεκριμένες προδιαγραφές. Με τον ίδιο νόμο έγινε πρόβλεψη για την σύσταση κινητών μονάδων υγείας καθώς επίσης και τα κέντρα υγείας και οι υγειονομικοί σταθμοί ανεξαρτητοποιήθηκαν διοικητικά και οικονομικά από τα νοσοκομεία και εντάχθηκαν στις νομαρχίες. Επίσης κάθε υγειονομική περιφέρεια απέκτησε Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Κουτουλογένης Δημήτρης (2002), *Νομοθετικό και λειτουργικό πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα*, στο [http://www.rotaryclubzante.gr/gr/news/2006-02-08\\_1.pdf](http://www.rotaryclubzante.gr/gr/news/2006-02-08_1.pdf).

<sup>12</sup> Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ. (2008), *Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα- Το ελληνικό παράδοξο*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25 (5), σελ. 663.

<sup>13</sup> Κουτουλογένης Δημήτρης (2002), *Νομοθετικό και λειτουργικό πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα*, στο [http://www.rotaryclubzante.gr/gr/news/2006-02-08\\_1.pdf](http://www.rotaryclubzante.gr/gr/news/2006-02-08_1.pdf).

### **1.3. Τα χαρακτηριστικά του ελληνικού συστήματος υγείας σήμερα**

Το ελληνικό σύστημα υγείας σήμερα χαρακτηρίζεται από μεγάλο ποσοστό ιδιωτικοποίησης, σε σημείο που να θεωρείται το πιο ιδιωτικοποιημένο ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σε θεωρητικό επίπεδο, το ΕΣΥ θεωρείται ως μοντέλο που προέκυψε από τον συνδυασμό δύο άλλων μοντέλων. Στην παροχή υπηρεσιών έχει οργανωθεί με το μοντέλο του Beveridge, δηλαδή την νοσοκομειακή περίθαλψη την παρέχουν στους ασθενείς τα νοσοκομεία που είναι ενταγμένα στο ΕΣΥ και την περίθαλψη που είναι εξωνοσοκομειακή την παρέχουν τα περιφερειακά κέντρα υγείας τα οποία φθάνουν για να καλύψουν τις ανάγκες του 1/3 του ελληνικού πληθυσμού.<sup>14</sup>

Η πλευρά της ζήτησης οργανώθηκε σύμφωνα με το μοντέλο Bismarck σύμφωνα με το οποίο τις ανάγκες του ΕΣΥ τις καλύπτουν τα 39 ταμεία κοινωνικής ασφάλισης που υπάρχουν στην Ελλάδα. Στην πραγματικότητα όμως τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι το 30 με 50% των ασθενών της Ελλάδος απευθύνονται στον ιδιωτικό τομέα υγείας τόσο σε επίπεδο νοσοκομείων όσο και σε επίπεδο γιατρών. Και στην ζήτηση όμως σύμφωνα με ευρήματα μελετών το ΕΣΥ χρηματοδοτείται περίπου στο 50% του συνόλου του από ιδιώτες.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ. (2008), *Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα- Το ελληνικό παράδοξο*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25 (5), σελ. 663.

<sup>15</sup> Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ. (2008), *Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα- Το ελληνικό παράδοξο*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25 (5), σελ. 663.

#### **1.4. Πολιτικές για τους επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα**

Οι επαγγελματίες υγείας στην Ελλάδα, και ειδικότερα οι γιατροί, είναι εξαιρετικά πολλοί αριθμητικά. Ενώ για την Ελλάδα, δεν θεωρείται παράδοξο να υπάρχει μεγάλος αριθμός γιατρών, στην Ευρώπη κάτι τέτοιο είναι αδιανόητο. Ο λόγος που οι υπόλοιποι Ευρωπαίοι έχουν πολύ μικρό αριθμό γιατρών και επιστημονικού προσωπικού γενικότερα, είναι ότι οι σπουδές που απαιτούνται διαρκούν πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα και απαιτούν μεγάλη προσπάθεια εκ μέρους των φοιτητών.

Οι γιατροί που υπάρχουν στην Ελλάδα είναι περίπου 28.000. Το ιατρικό δυναμικό όμως είναι πολύ περισσότερο αφού σύμφωνα με στοιχεία της προηγούμενης δεκαετίας, έφτανε τις 60.000, άρα κατά συνέπεια σήμερα πρέπει να φτάνει περίπου τις 70.000.<sup>16</sup>

Σύμφωνα με μελέτη του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών, φαινόμενα ανεργίας έχουν παρουσιαστεί και στον ιατρικό κλάδο λόγω του μεγάλου αριθμού των μελών του. Μεγαλύτερα ποσοστά ανεργίας όμως παρουσιάζονται στους νεότερους γιατρούς που δεν οφείλονται όμως στην εκπαίδευση τους αφού και νέες γνώσεις έχουν, και μετεκπαιδευτική εμπειρία αλλά και μεγαλύτερη διάθεση για έρευνα από τους παλαιότερους γιατρούς.

Τα φαινόμενα ανεργίας έχουν ως κύριο λόγο προέλευσης των μεγάλο αριθμό των γιατρών που παράγεται ετησίως στην Ελλάδα αφού αποφοιτούν από τις Ιατρικές Σχολές χωρίς προγραμματισμό και χωρίς καμία απολύτως μέριμνα για την ενσωμάτωση τους. Εάν σε αυτούς προστεθούν και οι γιατροί που αποφοιτούν ετησίως από τις Ιατρικές Σχολές της Ανατολικής Ευρώπης, τότε είναι εύλογο να έχει δημιουργηθεί ένα κλίμα ανασφάλειας και αβεβαιότητας στο ιατρικό σώμα αφού πλέον δεν

---

<sup>16</sup> Κεραμάρης Ν. (2008), *Στρατηγική της Λισσαβόνας στην Υγεία*, στο [www.medtime.gr](http://www.medtime.gr).

είναι εγγυημένη όχι μόνο η επιστημονική έρευνα αλλά ούτε και η επαγγελματική επιβίωση τους.<sup>17</sup>

Όλη αυτή η παραγωγή ιατρών χωρίς κανέναν προγραμματισμό και έλεγχο οδηγεί σε δύο αρνητικά φαινόμενα. Το ένα από αυτά είναι η πλημμυρή εκπαίδευση αυτού του μεγάλου αριθμού που σταδιακά οδηγεί και σε χειρότερη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Το άλλο αρνητικό φαινόμενο είναι ότι ο μεγάλος αριθμός παραγωγής γιατρών επιδεινώνει και τις δαπάνες, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Για να μπορέσουν δηλαδή να απασχοληθούν περισσότεροι γιατροί δημιουργείται μία τεχνητή ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Το αποτέλεσμα είναι πολλοί ασθενείς να υποβάλλονται σε θεραπείες, φάρμακα και εξετάσεις που δεν είναι σίγουρο ότι χρειάζονται προκειμένου να υπάρχουν θέσεις εργασίας αλλά μεγαλώνοντας αισθητά τις δαπάνες στον τομέα υγείας. Έτσι, πέρα από τα προβλήματα που δημιουργεί η υπερπληθώρα των γιατρών στις υπηρεσίες υγείας, δημιουργεί πρόβλημα και στην εθνική οικονομία.

Πέρα από την ανεργία και την υποαπασχόληση των γιατρών, τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, ο μεγάλος αριθμός τους οδηγεί και σε υποβάθμιση του επιστημονικού επιπέδου τους. Οι νέοι γιατροί είναι τόσοι πολλοί που πρέπει να αναμένουν περισσότερο από τριάνμισι χρόνια προκειμένου να πάρουν ειδικότητα και αυτό στην καλύτερη περίπτωση αφού η αναμονή πολλές φορές φτάνει τα πέντε, τα εφτά ακόμα και τα εννιά χρόνια όπως στην περίπτωση της οφθαλμολογίας στο ΠΕΠΑΓΝΗ ή της δερματολογίας στο νοσοκομείο Συγγρού.

Ενώ όμως οι γιατροί είναι υπερβολικά πολλοί στην Ελλάδα, ο αριθμός των νοσηλευτών που υπάρχει είναι εξαιρετικά μικρός.

---

<sup>17</sup> Κεραμάρης Ν. (2008), *Στρατηγική της Λισσαβόνας στην Υγεία*, στο [www.medtime.gr](http://www.medtime.gr).

Μάλιστα είναι πολύ έντονη η αντίστροφη τάση που υπάρχει ανάμεσα στα δύο επαγγέλματα που έχει διατηρηθεί για παραπάνω από είκοσι χρόνια αφού το φαινόμενο αυτό υπήρχε από την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983. Το φαινόμενο της έλλειψης νοσηλευτών έχει και μία άλλη διάσταση αφού η έλλειψη αυτή είναι ιδιαίτερα μεγάλη στους πτυχιούχους νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης κάτι που δημιουργεί μεγάλες αμφιβολίες για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς (ΟΚΕ).<sup>18</sup>

Η στρατηγική της Λισσαβόνας γενικότερα αναφέρεται ως προς την δημιουργία γνώσης που απαιτείται σε επίπεδο όλης της Ευρώπης. Έχει ως κύριο σκοπό την αύξηση της ευημερίας της κοινωνίας μέσα από την απασχόληση και την αντιμετώπιση της ανεργίας. Σε σχέση με την υγεία, ενώ φαινομενικά μπορεί να θεωρείται άσχετη μία σύνδεση με την συγκεκριμένη στρατηγική, τα προβλήματα που υπάρχουν στο Σύστημα Υγείας της Ελλάδος την επιβάλλουν και καθορίζουν ως κύριους στόχους της:

*1. Την βελτίωση της απασχολησιμότητας του Ιατρικού και Υγειονομικού Δυναμικού μέσα από μηχανισμούς κατάρτισης, εκπαίδευσης και προσανατολισμού, οι οποίοι θα εγγυώνται τη διαφάνεια, τον κοινωνικό έλεγχο και την ανταγωνιστικότητα αντι της προκλητής ζήτησης και της σχέσης αντιπροσώπευσης.*

*2. Την ανάπτυξη του ανθρώπινου και κοινωνικού κεφαλαίου στην Υγεία ως όρου απαραίτου για την ικανοποίηση των χρηστών μέσα από την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, αλλά και ως θεμελιώδους λίθου για τη δημιουργία υγιών, ανταγωνιστικών αγορών στο χώρο της υγείας, οι οποίες θα*

---

<sup>18</sup> Γνώμη της ΟΚΕ επί του Σχεδίου Νόμου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, *Δημιουργία Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος και άλλες διατάξεις.*



*διακρίνονται από σεβασμό στις κοινωνικές ιδιαιτερότητες και προτεραιότητες και θα έχουν ως στόχο την αποτελεσματική διαχείριση των κοινωνικών και ασφαλιστικών πόρων.*

*3. Την ανάπτυξη του ιατρο-φαρμακο-βιοτεχνολογικού κλάδου στην Ελλάδα μέσα από την αгаστή συνεργασία του Δημοσίου (Πανεπιστήμια - Κρατικοί Φορείς Χρηματοδότησης και Έρευνας), παραγωγής (χρηματοδότηση - ανταγωνιστική λειτουργία) και κοινωνικού τομέα (φορείς επιστημονικών κλάδων π.χ. Ιατρικές Εταιρείες Επιστημονικό Δυναμικό) πολλαπλάσια εκείνων που διατίθεντο σε προηγούμενα Κοινοτικά Πλαίσια Στήριξης (ΚΠΣ).<sup>19</sup>*

Στο Ελληνικό Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» 1994-1999 υλοποιήθηκε το μέτρο συνεχιζόμενης κατάρτισης για τους επαγγελματίες υγείας. Ανάλογο μέτρο υλοποιήθηκε και στο Ελληνικό Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Υγεία-Πρόνοια» 2000-2006. Αυτά τα προγράμματα κατάρτισης στόχευαν κυρίως:

- Να αυξηθεί η παραγωγικότητα και η αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας και κατά συνέπεια και των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας.
- Να εκπαιδευτεί το προσωπικό υγείας με τέτοιο τρόπο ώστε να συμβάλει και αυτό στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες.
- Να στηριχτεί ο τομέας απασχόλησης της των επαγγελματιών υγείας και να δημιουργηθούν νέες ευκαιρίες και δυνατότητες εργασιακής ένταξης.

Και τα δύο επιχειρησιακά προγράμματα μαζί κατάφεραν να καταρτίσουν περίπου 15.420 άτομα που εργάζονταν στον τομέα της υγείας και 1300 άτομα που ήταν άνεργοι. Αυτά τα άτομα

---

<sup>19</sup> Κεραμάρης Ν. (2008), *Στρατηγική της Λισσαβόνας στην Υγεία*, στο [www.medtime.gr](http://www.medtime.gr).

αποτελούν περίπου το 10% του συνολικού αριθμού των εργαζομένων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και ο τελικός στόχος είναι να φτάσουν το 17%.<sup>20</sup>

Τα επιχειρησιακά αυτά προγράμματα που αποτελούν τις κύριες πολιτικές που έγιναν στην Ελλάδα για τους επαγγελματίες υγείας την περίοδο 2000-2009, καθώς και κάποιοι νόμοι που αναφέρονται παρακάτω, είχαν μεν κάποια δυνατά σημεία που δημιουργούσαν ευκαιρίες για τους επαγγελματίες υγείας αλλά και κάποιες αδυναμίες και κινδύνους.

Πιο συγκεκριμένα, στα δυνατά σημεία των επιχειρησιακών προγραμμάτων αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνονται τα εξής:

- Τα επιχειρησιακά προγράμματα προσπάθησαν να εστιάσουν στην εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας. Η συμμετοχή όμως αυτών όχι μόνο δεν ήταν η αναμενόμενη αλλά αντίθετα ήταν πολύ μικρή. Επίσης, παρά τους αρχικούς στόχους και τις προβλέψεις των προγραμμάτων, στην εφαρμογή ανακαλύφθηκε ότι τελικώς δεν υπήρχαν αρκετά εκπαιδευτικά προγράμματα για να καλύψουν αυτή την εξειδίκευση. Σε αυτό το σημείο του προγράμματος δόθηκε ιδιαίτερη εστίαση και προσοχή διότι θεωρήθηκε ότι μέσω της εξειδίκευσης το προσωπικό του τομέα υγείας θα μπορούσε να βελτιώσει την αποδοτικότητα του και την αποτελεσματικότητά του. Ένας από τους κινδύνους που εντοπίστηκαν στο συγκεκριμένο στάδιο ήταν ότι οι επαγγελματίες υγείας γενικότερα υστερούν αναφορικά με τις τρέχουσες εξελίξεις που υπάρχουν στην τεχνολογία.

---

<sup>20</sup> Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2005), *Προτάσεις Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την Σύνταξη των Κατευθύνσεων Εθνικής Στρατηγικής Ανάπτυξης 2007-2013*.



- Το δεύτερο δυνατό σημείο των προγραμμάτων στο οποίο δόθηκε ιδιαίτερη εστίαση ήταν η προσπάθεια συνεχιζόμενης κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας που ήδη εργάζονταν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σε αυτό το σημείο παρατηρήθηκε ότι υπάρχει μεγάλη έλλειψη ειδικά σε νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν ήδη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας είχαν δύο σημαντικές ελλείψεις. Η πρώτη από αυτές ήταν ότι οι πιο πολλοί δεν είχαν ενσωματώσει τα θέματα νέας τεχνολογίας που υπήρχαν και η δεύτερη, ότι αναφορικά με τα θέματα ποιότητας υπηρεσιών, η εκπαίδευση που είχαν οι επαγγελματίες υγείας δεν ήταν επαρκής. Οι προοπτικές αυτού του σημείου ήταν να καλύψουν την ζήτηση για εξειδικευμένο προσωπικό που είχε προκύψει από τους νόμους 2889/2001 και 3106/2003. Ο πρώτος νόμος, ο 2889/2001, αναφερόταν στην βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας και προέκυπταν θέσεις λόγω της ίδρυσης της Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΦΕΚ 37Α/2.3.2001). Ο δεύτερος νόμος, ο 3106/2003, αναφερόταν στην οργάνωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και προέκυπταν και από αυτόν θέσεις λόγω της δημιουργίας διαφόρων υπηρεσιών και φορέων δημόσιας υγείας όπως το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, την Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, το Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, την Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας, τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση καθώς και τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού (ΦΕΚ 30Α/10.2.2003). Μία άλλη προοπτική αυτού του σημείου ήταν να καλύψει τα κενά που υπήρχαν στους επαγγελματίες υγείας σε συγκεκριμένους τομείς. Ο πρώτος από αυτούς

τους τομείς ήταν οι νέες τεχνολογίες που διαφάνηκε η ανεπάρκεια ενσωμάτωσης τους. Ο δεύτερος ήταν οι σύγχρονες επαγγελματικές μέθοδοι που κάποιοι επαγγελματίες υγείας λόγω της παλαιότερης εκπαίδευσης τους δεν μπορούν να είναι εξοικειωμένοι μαζί τους. Και ο τρίτος τομέας ήταν να μπορέσουν οι επαγγελματίες να αντιμετωπίσουν τις λειτουργικές, οργανωτικές μεταρρυθμίσεις που γίνονται και που όπως είδαμε στην χρονική περίοδο που μελετάμε έγιναν τουλάχιστον δύο σε χρονικό διάστημα τριών ετών, δηλαδή μία το 2001 και μία το 2003. Παρόλα αυτά όμως στο θέμα της κατάρτισης των επαγγελματιών υγείας υπάρχει ένας πολύ σημαντικό κίνδυνος. Η κατάρτιση αυτή πρέπει να γίνεται γρήγορα και να λαμβάνεται υπόψη από τους θεσμικούς παράγοντες. Αυτό σημαίνει ότι εάν γίνει μία θεσμική μεταρρύθμιση για πολιτικούς κυρίως λόγους, και δεν ληφθεί υπόψη η εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας τότε αυτή απαξιώνεται αν δεν συμπεριλαμβάνεται στις νέες αλλαγές. Επιπλέον, εάν η κατάρτιση έχει αργούς ρυθμούς, τότε είναι πιθανόν στο θέμα των νέων τεχνολογιών, όταν αυτή τελειώσει, η τεχνολογία στην οποία έχουν καταρτιστεί οι επαγγελματίες υγείας να έχει ξεπεραστεί και να έχει αντικατασταθεί από μία νέα που αυτοί δεν θα γνωρίζουν τίποτε και θα πρέπει πάλι να καταρτιστούν δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο.

- Ένα άλλο σημείο στο οποίο εστιάζουν και τα δύο επιχειρησιακά προγράμματα είναι αυτό του υψηλού επιπέδου των αρχικών σπουδών των επαγγελματιών υγείας. Σε αυτό το σημείο πρέπει να γίνει μία διευκρίνιση. Οι σπουδές των επαγγελματιών υγείας έχουν συνήθως ως αντικείμενο αποκλειστικά θέματα της ειδικότητάς τους, για παράδειγμα μία νοσηλεύτρια εκπαιδεύεται σε θέματα της επιστήμης της

και όχι σε οργανωτικά ή διοικητικά. Αυτό σημαίνει ότι ενώ μπορεί να είναι εξαιρετική στο αντικείμενο της, η αποδοτικότητα της και η αποτελεσματικότητα της να μειώνεται γιατί δεν έχει οργανωτικές και διαχειριστικές δεξιότητες, τις οποίες δεν έχει διδαχθεί, και λόγω αυτής της έλλειψης να δημιουργούνται προβλήματα. Επιπλέον, οι ελλείψεις αυτές μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα με τους υπόλοιπους συναδέλφους της καταστρέφοντας το κλίμα ομαδικότητας και συλλογικότητας που πρέπει να έχει ένας οργανισμός και στερώντας της την προοπτική επαγγελματικής εξέλιξης σε διοικητικές θέσεις που απαιτούν τέτοιου είδους δεξιότητες και ικανότητες. Η εστίαση σε αυτό το σημείο των προγραμμάτων πέρα από το ότι επιχειρεί να επιλύσει, ως κάποιο βαθμό βέβαια, τέτοιου είδους προβλήματα και ελλείψεις, αποσκοπεί και στην εδραίωση της ανάπτυξης μίας κουλτούρας δια βίου μάθησης στους επαγγελματίες υγείας. Βέβαια, η κατάρτιση δεν πρέπει να συνδέεται απόλυτα με την επαγγελματική εξέλιξη και αποκατάσταση διότι τότε υπάρχει ο κίνδυνος οι επαγγελματίες υγείας να αγνοούν κάθε νέα δεξιότητα που αποκτούν κατά την διάρκεια της κατάρτισης τους και δεν συνδέεται με αυτή την προοπτική.<sup>21</sup>

Σε επίπεδο νομοθεσίας οι περισσότεροι νόμοι και προεδρικά διατάγματα της περιόδου 2000-2009 για τα επαγγέλματα υγείας ήταν ρυθμιστικά και δεν προωθούσαν καμία είδους πολιτικής για τα προβλήματα που υπάρχουν στους κλάδους αυτούς. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ο πιο πρόσφατος νόμος, ο 3754 που ψηφίστηκε τον Μάρτιο του 2009 και αφορά την «*Ρύθμιση*

---

<sup>21</sup> Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2005), *Προτάσεις Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την Σύνταξη των Κατευθύνσεων Εθνικής Στρατηγικής Ανάπτυξης 2007-2013*.

*όρων απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών του ΕΣΥ, σύμφωνα με το Π.Δ./ 76/2005 και άλλες διατάξεις». Ο νόμος αυτός αναφέρεται κυρίως στις έκτακτες προσλήψεις γιατρών και νοσηλευτών των νοσοκομείων (Παράρτημα 1), και περιορίζεται στο τι θέση μπορούν να διεκδικήσουν καθώς και στην χρονική ισχύ των προκηρύξεων.*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ο ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ (WHO)

### 2.1. Γενικά

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι ένας οργανισμός του οποίου έχει δραστηριότητες επεκτείνονται σε όλο τον κόσμο και απευθύνονται σε χιλιάδες ανθρώπους στο πλανήτη. Η επέκταση αυτή δεν οφείλεται μόνο στη διάθεση και στη θέληση του οργανισμού αλλά επιβάλλεται ως ένα βαθμό λόγω των συνθηκών που επικρατούν σήμερα.

Αυτές είναι που έχουν καταστήσει τις χώρες πλέον, όσο ισχυρές και αν είναι, αδύναμες στο να αντιμετωπίσουν μόνες του ενδεχόμενα προβλήματα υγείας που μπορεί να προκύψουν αφού σήμερα για παράδειγμα, μία μεταδιδόμενη ασθένεια μπορεί να μεταφερθεί σε ολόκληρο το πλανήτη σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα.<sup>22</sup>

Η κατάσταση είναι ακόμα χειρότερη όταν προβλήματα που συνδέονται με θέματα υγείας λαμβάνουν χώρα όχι σε χώρες ισχυρές και ανεπτυγμένες αλλά σε χώρες που αποκαλούνται ως «τρίτοκοσμικές» λόγω των προβλημάτων που υπάρχουν εκεί όπως η φτώχεια, η έλλειψη υποδομών, κα.

Αυτός είναι ένας από τους λόγους που επιβάλλεται κατά κάποιο τρόπο, να υπάρχει μία μέριμνα εκ μέρους των χωρών που έχουν μεγαλύτερες δυνατότητες και προσβάσεις στα συστήματα υγείας, προς ενίσχυση των χωρών που αδυνατούν να κάνουν κάτι τέτοιο. Επιπλέον, το κενό που ήδη υπήρχε έχει επιδεινωθεί λόγω του φαινομένου της παγκοσμιοποίησης που δυσχεραίνει ακόμα περισσότερο την επικοινωνία ανάμεσα σε χώρες που έχουν πρόσβαση σε παροχές υγείας και σε αυτές που δεν έχουν.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> [www.who.int](http://www.who.int)

<sup>23</sup> [www.who.int](http://www.who.int)

Όλα τα παραπάνω συνιστούν στο ότι όλες οι χώρες, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας, θα πρέπει να συνεργαστούν ουσιαστικά και αποτελεσματικά μεταξύ τους. Σε αυτό τον τομέα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας μπορεί να συμβάλλει ουσιαστικά λόγω των τεσσάρων βασικών προτεραιοτήτων που έχει θέσει και οι οποίες είναι οι εξής:

1. Ένας από τους στόχους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι να μπορέσει να ενισχύσει την υγεία παγκοσμίως ενώ παράλληλα να εξαφανίσει κάθε κίνδυνο που υπάρχει αναφορικά με αυτή για το καλό της ανθρωπότητας γενικότερα. Για να μπορέσει όμως αυτός ο στόχος να είναι εφικτός και πραγματοποιήσιμος, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει δημιουργήσει ένα παγκόσμιο δίκτυο προκειμένου να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει, να περιορίσει ή ακόμα και να σταματήσει κάθε ασθένεια που μπορεί να ξεσπάσει και που αναμένεται οι συνέπειες της να είναι άσχημες για όλο τον κόσμο.
2. Ένας δεύτερος στόχος είναι η ενημέρωση και η προσπάθεια ώστε παγκοσμίως να υπάρχει μείωση της κατανάλωσης των συνηθειών που μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα υγείας όπως για παράδειγμα του καπνίσματος. Επίσης, εργάζεται για την προώθηση της υγιεινής διατροφής ώστε να μειωθούν και να αποφευχθούν όλες οι χρόνιες ασθένειες που οφείλονται στη κακή διατροφή όπως ο διαβήτης, οι καρδιακές ασθένειες, κα.<sup>24</sup>
3. Μία άλλη προτεραιότητα που θέτει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας είναι η προσπάθεια που κάνει προκειμένου να επιτύχει τα προγράμματα υποστήριξης που έχει αναπτύξει σε διάφορες χώρες για ασθένειες όπως το AIDS, η ελονοσία και η φυματίωση. Εκτός όμως από τις

---

<sup>24</sup> [www.who.int](http://www.who.int)

θανατηφόρες ασθένειες, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στοχεύσει και στη βελτίωση των συνθηκών ζωής ειδικά των γυναικών και των παιδιών, θεωρώντας τις ως ευαίσθητες ομάδες ανθρώπων.

4. Η τελευταία προτεραιότητα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας είναι η προσπάθεια να βελτιωθούν τα εθνικά συστήματα υγείας καθώς επίσης και η απόκτηση ισότιμης πρόσβασης σε αυτά όλων των ανθρώπων χωρίς διακρίσεις ώστε σε όλες τις χώρες να επικρατεί ίδιες συνθήκες στις παροχές υγείας.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> [www.who.int](http://www.who.int)



## 2.2. Ιστορική αναδρομή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σήμερα έχει ως μέλη 192 χώρες και αριθμεί 8000 μέλη. Οι συναντήσεις αυτών γίνονται στη Γενεύη όπου και κάθε πέντε χρόνια εκλέγει ένα Διευθύνων Σύμβουλο, μέσω ψηφοφορίας που γίνεται ανάμεσα στα 34 μέλη που αριθμεί το Διοικητικό του Συμβούλιο. Τα περισσότερα από τα μέλη του Δ.Σ. φέρουν επιστημονικές ιδιότητες όπως επιδημιολόγοι, γιατροί, αλλά και οικονομολόγοι, κα.<sup>26</sup>

Η αφορμή για τη δημιουργία του οργανισμού δόθηκε όταν το 1945 διπλωμάτες από όλο τον κόσμο συγκεντρώθηκαν στο San Francisco για να δημιουργήσουν τότε τα Ηνωμένα Έθνη. Ένα από τα θέματα που συζητήθηκε σε αυτή τη συγκέντρωση ήταν και αυτό της δημιουργίας ενός παγκόσμιου οργανισμού υγείας, όπως και έγινε με επίσημη ημερομηνία λειτουργίας του, τις 7 Απριλίου του 1948. Από τότε μέχρι και σήμερα, η συγκεκριμένη ημέρα γιορτάζεται και ως Παγκόσμια Ημέρα Υγείας.

Οι πρώτες προτεραιότητες που τέθηκαν από τον οργανισμό με τη δημιουργία του ήταν η αντιμετώπιση ασθενειών όπως η ελονοσία, η φυματίωση, κα., που οδηγούσαν μεγάλο αριθμό γυναικών και παιδιών στο θάνατο. Παράλληλα, ο οργανισμός προσπαθούσε να αναπτύξει και το ερευνητικό του τομέα για να ασχοληθεί με ασθένειες που εκείνη την εποχή δεν ήταν γνωστές, όπως το AIDS.<sup>27</sup>

Τα βασικότερα σημεία στη πορεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας ήταν τα κάτωθι:

- Το 1948 ήταν ο πρώτος που χρησιμοποίησε ένα σύστημα καταχώρησης και κατάταξης των ασθενειών ανάλογα με τη σημασία που αυτές έχουν. Το σύστημα αυτό που έγινε

---

<sup>26</sup> [www.who.int](http://www.who.int)

<sup>27</sup> [www.who.int](http://www.who.int)



γνωστό με το όνομα ICD (International Classification of Disease) αποτελεί σήμερα παγκόσμιο πρότυπο και χρησιμοποιείται τόσο για κλινικούς όσο και για επιδημιολογικούς λόγους.

- Το 1958, στα πλαίσια της λειτουργίας του οργανισμού, κατασκευάστηκε το πρώτο επιτυχημένο εμβόλιο για τη πολιομυελίτιδα, από τον Αμερικάνο Dr. Jonas Salk.
- Τη περίοδο 1952-1964, ο οργανισμός ανέπτυξε ένα πρόγραμμα για τη καταπολέμηση της ασθένειας τροπική μόρωση, μία ασθένεια που μέχρι το 1950 είχε σκοτώσει περίπου 50 εκατομμύρια ανθρώπους. Το πρόγραμμα του οργανισμού εστίαζε στη χορήγηση πενικιλίνης μέσω ενέσιμης μορφής και είχε πολύ καλά αποτελέσματα αφού μέσω κατάφεραν να εξετασθούν περισσότεροι από 300 εκατομμύρια ανθρώπους προερχόμενοι από 46 χώρες σε όλο τον κόσμο, και το φαινόμενο να μειωθεί σε ποσοστό που έφτανε μέχρι και το 95%.<sup>28</sup>
- Το 1974 ο οργανισμός ασχολήθηκε με το θέμα παραγωγής και εισαγωγής εμβολίων για να βοηθηθούν κυρίως παιδιά από όλο τον κόσμο.
- Το 1977 ασχολήθηκε με το θέμα της εισαγωγής της χρήσης ναρκωτικών σε συγκεκριμένες περιπτώσεις αναπτύσσοντας με αυτό τον τρόπο μία εθνική πολιτική σύμφωνα με την οποία 156 χώρες έχουν διαμορφώσει σήμερα ένα κατάλογο που περιέχει τα αναγκαία ναρκωτικά, δηλαδή αυτά που είναι απαραίτητα για τη καταπολέμηση ασθενειών και την ανακούφιση των προβλημάτων που αυτές δημιουργούν.
- Το 1978 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διοργάνωσε το πρώτο «Διεθνές Συνέδριο για την Πρώιμη Φροντίδα Υγείας»

---

<sup>28</sup> [www.who.int](http://www.who.int)

στη περιοχή Alma-Ata στο Καζακστάν όπου και τέθηκε ο στόχος της υγείας για όλους, δημιουργώντας μία αντίληψη η οποία αποτελεί έμπνευση για όλα τα μέλη του οργανισμού.

- Το 1979 οι προσπάθειες του οργανισμού για την αντιμετώπιση της ραδιενεργούς ακτινοβολίας και των θανατηφόρων επιπτώσεων που αυτή έχει, άρχισαν να έχουν αποτελέσματα που ενθάρρυναν τη συνέχεια της προσπάθειας και ειδικά στις χώρες του τρίτου κόσμου όπου οι συνθήκες διαβίωσης έτσι και αλλιώς δεν είναι όπως στις χώρες του δυτικού κόσμου.
- Το 1983, το Ινστιτούτο του Παστέρ στη Γαλλία, με τη βοήθεια του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, έκανε ταυτοποίηση του ιού HIV.
- Μέχρι και το 1988, 20 εκατομμύρια εθελοντές ιατροί που συμμετείχαν στον οργανισμό κατάφεραν να θεραπεύσουν 350.000 παιδιά που έπασχαν από πολιομυελίτιδα καθώς και άλλων ανθρώπων. Μέχρι σήμερα ο αριθμός αυτός έχει φτάσει τα πέντε εκατομμύρια.
- Το 2003, με τη βοήθεια του οργανισμού, έγινε αναγνώριση και ταυτοποίηση του συνδρόμου SARS.
- Το 2005, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θέσπισε κάποιους κανόνες υγείας που σήμερα θεωρούνται παγκόσμιοι.<sup>29</sup>

Τα παραπάνω σημεία έχουν επιλεγεί ως σημαντικότερα από τον ίδιο τον οργανισμό και το καθένα από αυτά αποτελούσε την δεκαετία που επιλέχτηκε ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα όπως αυτό των ναρκωτικών τη δεκαετία του 1970.

---

<sup>29</sup> [www.who.int](http://www.who.int)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

### **3.1. Η σύσταση του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Υγείας**

Το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, έχει ως σκοπό την υποστήριξη και τη προαγωγή των πολιτικών υγείας μέσω της συνολικής και αυστηρής ανάλυσης της δυναμικής των συστημάτων υγείας της Ευρώπης.

Το Παρατηρητήριο αποτελεί τη πρώτη γραμμή της έρευνας των παγκοσμίων συστημάτων υγείας και σαν οργανισμός υφίσταται για το όφελος του κοινού και έχει θέσει υψηλά ηθικά πρότυπα.<sup>30</sup>

Το Παρατηρητήριο έχει δεσμευτεί ως προς τα κάτωθι:

- Να εργάζεται σε συνεργασία με ερευνητές, ερευνητικά κέντρα, κυβερνήσεις και διεθνείς οργανισμούς ώστε να περιγράφει και να αναλύει τα συστήματα υγείας και τις αλλαγές που αυτά υφίστανται.
- Να χρησιμοποιεί την εμπειρία που συγκεντρώνει απ' όλη την Ευρώπη ώστε να διαφωτίζει θέματα που σχετίζονται με τη πολιτική των συστημάτων υγείας.
- Να εξετάσει επιλεγμένες ανεπτυγμένες χώρες εκτός Ευρώπης και από τις συγκρίσεις που θα κάνει και την εξειδίκευση που θα κερδίσει από αυτές, να υποστηρίξει τις χώρες της Ευρώπης.
- Να συνενώνει τους ακαδημαϊκούς, αυτούς που χαράσσουν πολιτική και αυτούς που την εφαρμόζουν και να αναλύει τις τάσεις που υπάρχουν στις πολιτικές υγείας και στις μεταρρυθμίσεις.
- Να επικοινωνεί αποτελεσματικά με αυτούς που χαράσσουν τις πολιτικές μέσω των πρακτικών διάδοσης.

---

<sup>30</sup> [http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524\\_23](http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524_23).

- Να ενθαρρύνει τη συζήτηση για τα ζητήματα που προκύπτουν από την ανάπτυξη της έρευνας.
- Να σχεδιάζει, βάση της δύναμης των οργανισμών και των δικτύων που συνεργάζονται με αυτό, ώστε να μπορεί να παρέχει τις σωστές συμβουλές σε αυτούς που χαράσσουν τις εθνικές πολιτικές.<sup>31</sup>

Το ίδιο το Παρατηρητήριο δηλώνει ότι η αποστολή του είναι να αντιδρά με ευελιξία στις ανάγκες που υπάρχουν στις πολιτικές υγείας καθώς και στις ευκαιρίες που προκύπτουν από το ερευνητικό πεδίο.

Αυτό όμως καθώς και όλες οι παραπάνω υποχρεώσεις, βασίζονται πάνω σε συγκεκριμένες αξίες που έχει υιοθετήσει το Παρατηρητήριο και αυτές είναι:

1. Έρευνα για το δημόσιο καλό. Το Παρατηρητήριο έχει δεσμευτεί να διεξάγει έρευνες που θα αποδώσουν στοιχεία χρήσιμα για τη χάραξη πολιτικών.
2. Υπεροχή. Το Παρατηρητήριο έχει δεσμευτεί επίσης να επιδιώκει την υπεροχή στην έρευνα, στις συμβουλές για τις πολιτικές, στις εκδόσεις και στις δραστηριότητες διάδοσης.
3. Ακεραιότητα. Το Παρατηρητήριο έχει δεσμευτεί να έχει ακεραιότητα, τιμιότητα και υψηλά πρότυπα και επίπεδα σε όλες τις διαπραγματεύσεις του, τόσο εντός όσο και εκτός του Παρατηρητηρίου.
4. Ευθύνη. Το Παρατηρητήριο θεωρεί ότι έχει ευθύνη για τις δράσεις του με το κοινό αλλά και με τους συνεργάτες του και είναι προετοιμασμένο να δεχτεί οποιοδήποτε έλεγχο.
5. Αμεροληψία. Το Παρατηρητήριο είναι πρόθυμο να εξασφαλίσει ότι οι πολιτικές του και οι πρακτικές του δεν θα

<sup>31</sup> [http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524\\_23](http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524_23).

εμπεριέχουν καμία μορφής διάκρισης και ότι θα προωθεί ενεργά με ισοτιμία τους ανθρώπους όλων των φύλων και όλων των φυλών.<sup>32</sup>

---

<sup>32</sup> [http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524\\_23](http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524_23)

### 3.2. Χώρες που συμμετέχουν

Το Παρατηρητήριο αποτελεί μία συνεργασία ανάμεσα στο Ευρωπαϊκό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τις κυβερνήσεις του Βελγίου, της Φιλανδίας, της Ιρλανδίας, της Ολλανδίας, της Νορβηγίας, της Σλοβενίας, της Ισπανίας, της Σουηδίας και επαρχίας της Βενετίας της Ιταλίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, της Ευρωπαϊκής Επενδυτικής Τράπεζας, της Παγκόσμιας Τράπεζας, της UNCAM που είναι μία Γαλλική Εθνική Ένωση για τους Πόρους της Ασφάλειας Υγείας, της Σχολής Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών του Λονδίνου και της Σχολής της Υγιεινής και Τροπικής Ιατρικής του Λονδίνου.<sup>33</sup>

Το Παρατηρητήριο αποτελείται από μία συντονιστική επιτροπή, τη βασική διοικητική ομάδα, την ομάδα έρευνας των πολιτικών και το προσωπικό. Η γραμματεία του Παρατηρητηρίου εδρεύει στις Βρυξέλλες αλλά έχει γραφεία στο Λονδίνο και το Βερολίνο.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> [http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524\\_23](http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524_23).

<sup>34</sup> [http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524\\_23](http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524_23).

### **3.3. Δράσεις και προγράμματα**

#### **3.3.1. Προφίλ Συστημάτων Υγείας**

Μία από τις δραστηριότητες του Παρατηρητηρίου είναι να δημιουργεί Προφίλ Συστημάτων Υγείας. Τα προφίλ αυτά είναι αναφορές σε χώρες τα οποία παρέχουν μία λεπτομερή περιγραφή του κάθε συστήματος υγείας και τις μεταρρυθμίσεις καθώς και εξελίξεις που έχουν συμβεί σε αυτό.

Το κάθε Προφίλ παράγεται από ειδικούς της κάθε χώρας σε συνεργασία με τους διευθυντές και το προσωπικό έρευνας του Παρατηρητηρίου και για να μπορούν να γίνονται συγκρίσεις, τα Προφίλ αυτά είναι βασισμένα σε ένα πρότυπο το οποίο ανανεώνεται κατά διαστήματα.<sup>35</sup>

Με τη δημιουργία ενός Προφίλ επιδιώκεται η παρουσίαση πληροφοριών που μπορεί να στηρίξει αυτούς που αναλύουν και δημιουργούν πολικές στην ανάπτυξη των συστημάτων υγείας της Ευρώπης. Υπό αυτή την οπτική θεωρείται ότι μπορούν να χρησιμεύσουν στα κάτωθι:

- Να μάθουν λεπτομερώς για διαφορετικές προσεγγίσεις στον οργανισμό, και στον τρόπο που αυτός χρηματοδοτεί και παρέχει στις υπηρεσίες υγείας και το ρόλο των βασικών παραγόντων στα συστήματα υγείας.
- Να περιγράψουν το θεσμικό πλαίσιο, τη διαδικασία, το περιεχόμενο και την εκτέλεση των προγραμμάτων μεταρρύθμισης των συστημάτων υγείας.
- Να τονίσουν τις προκλήσεις και τα πεδία που απαιτούν μεγαλύτερη ανάλυση και να παρέχουν το εργαλείο διάδοσης των πληροφοριών στα συστήματα υγείας, καθώς επίσης και

---

<sup>35</sup> [http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524\\_23](http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524_23).

την ανταλλαγή εμπειριών των στρατηγικών μεταρρύθμισης σε διάφορες χώρες.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> [http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524\\_23](http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524_23).



### 3.3.2. Θεματολογία

Τα θέματα με τα οποία ασχολείται το Παρατηρητήριο είναι τα κάτωθι:

- Χρόνιες ασθένειες
- Δίκαιο Ευρωπαϊκής Ένωσης και διεύρυνση του
- Χρηματοδότηση της φροντίδας υγείας
- Μεταρρύθμιση της φροντίδας υγείας, πολιτικές της και εφαρμογή της
- Εκτίμηση της επίδρασης υγείας
- Η κινητικότητα των επαγγελματιών υγείας
- Ανθρώπινοι πόροι για την υγεία
- Νοσοκομεία
- Διαμεσολάβηση γνώσης για τη δημιουργία των πολιτικών υγείας
- Πολιτική για την πνευματική υγεία
- Φαρμακευτική
- Βασική φροντίδα υγείας
- Δημόσια πολιτική υγείας
- Αγορές
- Κανονισμοί
- Περιφερειακές μελέτες
- Στόχοι για την υγεία.<sup>37</sup>

---

<sup>37</sup> [http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524\\_23](http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524_23).

### 3.3.3. Εκδόσεις

Μία άλλη ενασχόληση του Παρατηρητηρίου είναι οι εκδόσεις σε θέματα σχετικά με την Υγεία και αναφέρουμε ενδεικτικά κάποιους τίτλους: ανεφερε πιο συγκεκριμενα πραγματα, γιατι μονο ενδεικτικα, κανε αναφορα στις μελετες των χωρων και το ρολο τους κ.λ.π.

1. Διοίκηση Συστημάτων Υγείας στην Ευρώπη: Ο ρόλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του Δικαίου του και της Πολιτικής του
2. Μέτρηση της βελτίωσης της επίδοσης των συστημάτων υγείας: εμπειρίες, προκλήσεις και προοπτικές
3. Η υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση: Τάσεις και αναλύσεις
4. Επενδύσεις κεφαλαίο στην υγεία: Μελέτη περιπτώσεων από την Ευρώπη
5. Επενδύοντας στα νοσοκομεία του μέλλοντος.<sup>38</sup>

---

<sup>38</sup> [http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524\\_23](http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524_23).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

### 4.1. Η συμμετοχή της Ελλάδας στο Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Υγείας

Όπως ήδη αναφέρθηκε, το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Υγείας, έχει την βάση του στις Βρυξέλλες και σήμερα έχει δύο γραφεία, ένα στο Λονδίνο και ένα στο Βερολίνο.

Αυτό σημαίνει ότι στη παρούσα φάση, η Ελλάδα δεν συμμετέχει στο Παρατηρητήριο. Εντούτοις, στην ιστοσελίδα του Eurofound, που αποτελεί έναν Ευρωπαϊκό Οργανισμό για τη βελτίωση της διαβίωσης και των εργασιακών συνθηκών, εντοπίσαμε τα κάτωθι:

*Το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, είναι μία συνεργασία ανάμεσα στο Ευρωπαϊκό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, της Ευρωπαϊκής Επενδυτικής Τράπεζας, της Παγκόσμιας Τράπεζας, το ίδρυμα της Ανοιχτής Κοινωνίας, τις κυβερνήσεις της Ελλάδας, Ισπανίας και Νορβηγίας, της Σχολής της Υγιεινής και Τροπικής Ιατρικής του Λονδίνου, και της Σχολής Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών του Λονδίνου.....*

*Εκτός από τα κεντρικά γραφεία που έχουν έδρα στην Κοπεγχάγη της Δανίας, το Παρατηρητήριο έχει επίσης γραφεία στις Βρυξέλλες, την Αθήνα, το Βερολίνο, το Λονδίνο και την Μαδρίτη.<sup>39</sup>*

Το παραπάνω απόσπασμα έχει ημερομηνία τελευταίας ενημέρωσης της ιστοσελίδας 17 Ιουνίου 2004. Αυτό σημαίνει ότι μέχρι τότε, η κυβέρνηση της Ελλάδας και συμμετείχε στο Παρατηρητήριο αλλά υπήρχαν και γραφεία στην Αθήνα.

---

<sup>39</sup> <http://www.eurofound.europa.eu/>.

Αυτό σημαίνει ότι η Ελλάδα απεχώρησε από το Παρατηρητήριο αλλά παρ' όλες τις απόπειρες επικοινωνίας και την έρευνα μας, δεν κατέστη εφικτό να εντοπίσουμε τους λόγους αποχώρησης της, κάτι που σήμανε προφανώς και το κλείσιμο του γραφείου στην Αθήνα.

Σήμερα, με το Παρατηρητήριο συνεργάζονται κάποιοι μεμονωμένοι ερευνητές και επιστήμονες αλλά και η ελληνική κυβέρνηση, μέσω όμως κάποιων συνεργασιών που έχει κάνει με το Παρατηρητήριο για τη δημιουργία του προφίλ του συστήματος υγείας της.

Μία από αυτές τις περιπτώσεις είναι αυτή του Χρυσόστομου Γούναρη ο οποίος είναι αναλυτής συστημάτων υγείας και είναι υπεύθυνος έρευνας στο Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο των Συστημάτων Υγείας.<sup>40</sup>

Μία άλλη περίπτωση, η οποία είναι και ιδιαίτερα σημαντική είναι αυτή του Ηλία Μόσιαλου. Ο Ηλίας Μόσιαλος είναι καθηγητής πολιτικής της υγείας και διευθυντής του Κέντρου Οικονομικών της Υγείας στο London School of Economics (του μεγαλύτερου ερευνητικού κέντρου στο LSE). Είναι επίσης επίτιμος καθηγητής στο Πανεπιστήμιο της Κοπεγχάγης, στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας στο Παρίσι, και στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Λονδίνου και σύμβουλος του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η ίδρυση του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου για τη Μελέτη των Συστημάτων της Υγείας ήταν μία δική του πρωτοβουλία το 1998 και το συνδιευθύνει μέχρι και σήμερα.<sup>41</sup>

Επίσης, με την ομάδα που δημιούργησε το προφίλ του ελληνικού συστήματος υγείας το 1996, συνεργάστηκαν οι Ηλίας

---

<sup>40</sup> [http://www.e-logos.gr/par-ygeia/t002\\_271103.html](http://www.e-logos.gr/par-ygeia/t002_271103.html).

<sup>41</sup> [http://www.pitsilidis.gr/magazine\\_gr.asp?id=1023&category=22](http://www.pitsilidis.gr/magazine_gr.asp?id=1023&category=22).

Τραγάκης και Νικόλαος Πολύζος από το ελληνικό Υπουργείο Υγείας.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> [http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524\\_23](http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524_23).

## 4.2. Ελλάδα και Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνεργάζεται στην Ελλάδα με τους εξής φορείς:

1. Το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) που βρίσκεται στην Αθήνα. Το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ) ιδρύθηκε αρχικά ως Ακαδημαϊκό Ερευνητικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΑΕΙΨΥ) με το Π.Δ. 268/89. Με την απόφαση (Υ.Α. Β2/752/90) του τότε Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, διορίστηκε Δ/ντής του Ινστιτούτου ο Καθηγητής Κ. Στεφανής. Ο Ν. 2083/92 για τον Εκσυγχρονισμό της Ανώτατης Εκπαίδευσης ρύθμισε ενιαία στο άρθρο 17 θέματα που αφορούσαν στο σύνολό τους τα ΕΠΙ. Η Υ.Α. Β1/742 /92 ρύθμισε προσωρινά θέματα διοίκησης και λειτουργίας του ΑΕΙΨΥ, ενώ με το Π.Δ. 217/96 προσαρμόστηκε το Ινστιτούτο στις διατάξεις του άρθρου 17 του Ν. 2083/92. Μέχρι τον Ιούλιο του 2010 το ΕΠΙΨΥ, όπως και όλα τα λειτουργούντα ΕΠΙ, θα προσαρμοστούν στις διατάξεις του Ν. 3685/2008 «Θεσμικό πλαίσιο για τις μεταπτυχιακές σπουδές», όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 32 του Ν. 3794/2009 «Ρύθμιση θεμάτων του πανεπιστημιακού και τεχνολογικού τομέα της ανώτατης εκπαίδευσης και άλλες διατάξεις».<sup>43</sup>

Σκοποί του συγκεκριμένου φορέα είναι οι κάτωθι:

(α) Η διεξαγωγή και προώθηση της έρευνας στους βασικούς άξονες του τομέα της Ψυχικής Υγιεινής (βιολογικό, ψυχολογικό, κοινωνικό) σε Εθνικό, Ευρωπαϊκό και Διεθνές επίπεδο και η συνεργασία με ανάλογης δραστηριότητας φορείς στο εσωτερικό και το εξωτερικό.

---

<sup>43</sup> [www.epipsi.gr](http://www.epipsi.gr).

(β) Η παροχή συμβουλευτικής συνδρομής και ιατρικών πληροφοριών σε θέματα του αντικειμένου του προς το Κράτος, τα ημεδαπά ή αλλοδαπά Α.Ε.Ι., Σχολές ή τμήματά τους, φυσικά και νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, καθώς και προς τις οργανώσεις γιατρών και γενικότερα των φορέων ιατρικής δραστηριότητας.

(γ) Ο σχεδιασμός και η ανάπτυξη εκπαιδευτικών προγραμμάτων στην ψυχική υγιεινή που ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις προοπτικές λειτουργούντων προγραμμάτων των μεταπτυχιακών σπουδών της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η εκτέλεση μέρους ή του συνόλου της διδακτορικής διατριβής των μεταπτυχιακών φοιτητών.

(δ) Η λειτουργία μονάδων σχετιζομένων με την κατάρτιση επαγγελματιών και φροντιστών ψυχικής υγείας, αλλά και ψυχικά πασχόντων καθώς και η υλοποίηση μετεκπαιδευτικών και λοιπών προγραμμάτων, με στόχο την παροχή ειδικών γνώσεων σε επιμέρους τομείς ψυχικής υγείας. Ενδεικτικά αναφέρονται, το Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης και το Εξειδικευμένο Κέντρο Κοινωνικής και Επαγγελματικής Ένταξης ΑμΕΑ, πιστοποιημένα από τον Εθνικό Φορέα Πιστοποίησης του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, τα Αυτοχρηματοδοτούμενα μεταπτυχιακά προγράμματα κλπ.

(ε) Η παροχή υπηρεσιών υγείας με την λειτουργία ειδικών μονάδων διάγνωσης και θεραπείας ψυχιατρικών παθήσεων καθώς και δομών αποκατάστασης.<sup>44</sup>

Το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής είναι συνεργαζόμενο κέντρο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την έρευνα και την εκπαίδευση (WHO Collaborating centre for research and training in mental health).

---

<sup>44</sup> [www.epipsi.gr](http://www.epipsi.gr).



2. Το εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής. Η Μονάδα Διατροφής στη Δημόσια Υγεία και Διατροφικής Επιδημιολογίας δημιουργήθηκε στο Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών το 1999. Πυρήνα της αποτελέσαν μέλη της ερευνητικής ομάδας που εργάστηκε στην Έδρα Διατροφής και Βιοχημείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας από το 1977. Σήμερα, η Μονάδα στελεχώνεται από επιστημονικό και τεχνικό προσωπικό που περιλαμβάνει ιατρούς, βιολόγους, χημικούς, διατροφολόγους, τεχνολόγους τροφίμων, επισκέπτες υγείας, στατιστικούς, προγραμματιστή ηλεκτρονικών υπολογιστών και παρασκευαστές. Στη Μονάδα εργάζονται επίσης τρεις διοικητικοί υπάλληλοι.

Οι δραστηριότητες της Μονάδας Διατροφής στη Δημόσια Υγεία και Διατροφικής Επιδημιολογίας είναι εκπαιδευτικές και ερευνητικές. Οι εκπαιδευτικές δραστηριότητες αναφέρονται στην προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση των ιατρών, τόσο στο πλαίσιο της διδασκαλίας των μαθημάτων της Επιδημιολογίας και της Προληπτικής Ιατρικής, όσο και με την επίβλεψη διπλωματικών εργασιών και διδακτορικών διατριβών.

Οι ερευνητικές δραστηριότητες της Μονάδας περιλαμβάνουν τη συμμετοχή της στη μεγαλύτερη προοπτική έρευνα που οργανώθηκε ποτέ σε Ευρωπαϊκό επίπεδο για τη διερεύνηση των σχέσεων διατροφικών και βιολογικών παραμέτρων με κακοήθεις νεοπλασίες και άλλα χρόνια νοσήματα, την έρευνα EPIC (European Prospective Investigation into Cancer). Η Μονάδα συντονίζει το Ευρωπαϊκό πρόγραμμα ΕΠΙΚ- Τρίτη Ηλικία (EPIC - Elderly) που έχει ως στόχο την αξιολόγηση του ρόλου της διατροφής στην υγεία και μακροζωία Ευρωπαίων, ηλικίας άνω των 60 ετών. Το πρόγραμμα αυτό αποτελεί έρευνα εμφυτευμένη στο Ευρωπαϊκό πρόγραμμα ΕΠΙΚ. Η Μονάδα συντονίζει επίσης την

προσπάθεια για τη δημιουργία Ευρωπαϊκής βάσης συγκρίσιμων διατροφικών δεδομένων, που ξεκίνησε στο πλαίσιο των Ευρωπαϊκών προγραμμάτων DAFNE (DATA Food Networking). Παράλληλα, με χρηματοδότηση της Γενικής Γραμματείας Έρευνας και Τεχνολογίας, έχει αναλάβει το συντονισμό προγραμμάτων για την καταγραφή και χημική ανάλυση παραδοσιακών ελληνικών τροφίμων, καθώς και την ενημέρωση και επέκταση των ελληνικών πινάκων συνθέσεων τροφίμων.

Στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων της στον ευρύτερο χώρο της δημόσιας υγείας και της αγωγής υγείας, η Μονάδα ανέλαβε τη σύνταξη του προσχεδίου των Διατροφικών Οδηγών για Ενήλικες στην Ελλάδα που εκδόθηκαν από το Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας το 1999.<sup>45</sup>

Το εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας αλλά και άλλους ευρωπαϊκούς φορείς έχει διεξάγει διάφορα ερευνητικά προγράμματα τα οποία εστιάζουν κυρίως στην διατροφή. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η έρευνα που έγινε και αφορούσε 25 χώρες της Ευρώπης αναφορικά με την επιδημιολογία της διατροφής και τη μορφή που αυτή πρέπει να έχει σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες (Παράρτημα 2).

---

<sup>45</sup> <http://www.nut.uoa.gr/greek/index.asp>.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι πολιτικές υγείας στην Ελλάδα σήμερα βρίσκονται σε ένα κρίσιμο σημείο στο οποίο απαιτείται εναρμόνιση με τις ευρωπαϊκές πολιτικές λόγω των μεγάλων προβλημάτων που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας και οι επιμέρους κλάδοι του.

Αυτό δεν πρέπει να περιορίζεται στο να ακολουθούνται οι ευρωπαϊκές πολιτικές που υπαγορεύονται στις χώρες αλλά και με την ενεργή συμμετοχή τους σε διαφόρων μορφών δράσεις.

Μία από αυτές είναι και το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας στο οποίο πλέον η Ελλάδα δεν συμμετέχει.

Παρόλα αυτά, η βοήθεια που λαμβάνει από αυτό είναι σημαντική διότι τα προφίλ που κατασκευάζει για κάθε χώρα, απεικονίζουν τις συνθήκες και τα προβλήματα που υπάρχουν στα συστήματα υγείας.

Βάση αυτών των υποδείξεων και των εντοπισμών θα πρέπει να κινηθεί και η ελληνική κυβέρνηση προκειμένου να βελτιώσει την υπάρχουσα κατάσταση.

Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι θα πρέπει να περιμένει άλλοι να χαράζουν πολιτική για την ίδια αλλά να συμμετέχει ενεργά εξασφαλίζονται και ότι την κατάλληλη βοήθεια θα λάβει αλλά και ότι θα είναι σε θέση να διατυπώνει τις ιδιαιτερότητες του δικού της συστήματος ώστε πλέον οι δραστηριότητες που θα αφορούν την ίδια να είναι πιο εξειδικευμένες.

Αυτό μπορεί να γίνει με την συμμόρφωση της ελληνικής κυβέρνησης και του ελληνικού συστήματος υγείας προς τα προβλήματα που έχει ήδη διατυπωθεί η ύπαρξη τους από το Παρατηρητήριο αλλά και με την συμμετοχή εκ νέου της Ελλάδας σε αυτό.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γνώμη της ΟΚΕ επί του Σχεδίου Νόμου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2004), *Δημιουργία Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος και άλλες διατάξεις*
- Herberg P.L. (1990), *A critical analysis of the health promotion movement and implications for nursing*, Unpublished Ph.D. Thesis, Univ. of Utah
- Green L.W., Reaburn L. (1990), *Contemporary developments in health promotion. Definitions and challenges*, in Bracht N., *Health Promotion at the community level*, Newbury Park, Sage Publications
- Κεραμάρης Ν. (2008), *Στρατηγική της Λισσαβόνας στην Υγεία*, στο [www.medtime.gr](http://www.medtime.gr).
- Κουτουλογένης Δημήτρης (2002), *Νομοθετικό και λειτουργικό πλαίσιο λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα*, στο [http://www.rotaryclubzante.gr/gr/news/2006-02-08\\_1.pdf](http://www.rotaryclubzante.gr/gr/news/2006-02-08_1.pdf).
- Lalonde M., (1980), *A New perspective on the Health of Canadians*, Ottawa, Information Canada
- McKie U., Al-Bashir M., Anagnostopoulou T., Csepe P., El-Asfahani A., Fonseca H. et al (1993), *Defining and assessing risky health behaviours*, Journal of Advanced Nursing, 18
- Μωραΐτης Ε., Κουρή-Ζαραφωνίτη Τ., Μερκούρης Μ.Π., (1990), *Κέντρα Υγείας: Ο νέος θεσμός για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 1
- Ν. 3754/2009, ΦΕΚ43/11.03.2009
- Σιγάλας Ι. (2000), Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, ΕΑΠ, Πάτρα

- Σίσκου Ο., Καϊτελίδου Δ., Θεοδώρου Μ., Λιαρόπουλος Λ. (2008), *Η δαπάνη υγείας στην Ελλάδα- Το ελληνικό παράδοξο*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής , 25 (5)
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2005), *Προτάσεις Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την Σύνταξη των Κατευθύνσεων Εθνικής Στρατηγικής Ανάπτυξης 2007-2013*
- WHO (1999), *The Ottawa Charter for Health Promotion*, in Kaplun A (ed.), *Health Promotion and Chronic Illness. Discovering a New Quality of Health*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, European Series No: 44
- [www.who.int](http://www.who.int)
- [http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524\\_23](http://www.euro.who.int/observatory/about/20020524_23).
- <http://www.eurofound.europa.eu/>.
- [http://www.e-logos.gr/par-vaeia/t002\\_271103.html](http://www.e-logos.gr/par-vaeia/t002_271103.html).
- [http://www.pitsilidis.gr/magazine\\_gr.asp?id=1023&category=22](http://www.pitsilidis.gr/magazine_gr.asp?id=1023&category=22).
- [www.epipsi.gr](http://www.epipsi.gr).
- <http://www.nut.uoa.gr/areek/index.asp>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### Παράρτημα 1

#### **Άρθρο 4**

*Αναδιαρθρώνεται η ιατρική υπηρεσία στη βάση οργανωμένης εξέλιξης των νοσοκομειακών ιατρών μέσα στο σύστημα από τον εισαγωγικό βαθμό του Επιμελητή Β' (πύλη εισόδου) μέχρι το βαθμό του Διευθυντή, σε πολυδιευθυντικό σύστημα. Από την 1η Ιανουαρίου 2009 οι οργανικές θέσεις των ιατρών κλάδου ΕΣΥ μετονομάζονται σε θέσεις ειδικευμένων ιατρών. Οι υπηρετούντες την 1η Ιανουαρίου 2009 ιατροί διατηρούν το βαθμό τους.*

*Η ένταξη και η εξέλιξη των νοσοκομειακών ιατρών στο ΕΣΥ γίνεται εφεξής ως ακολούθως:*

*A) Κάθε ειδικευμένος ιατρός του ΕΣΥ εξελίσσεται μέχρι το βαθμό του Διευθυντή, υπό προϋποθέσεις χρόνου προϋπηρεσίας στον κάθε βαθμό, καθώς και σύμφωνα με τα εκπαιδευτικά και επιστημονικά κριτήρια που προβλέπει το άρθρο 35 παρ. 6 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'), όπως εκάστοτε ισχύει. Η αξιολόγηση είναι ατομική και γίνεται κατόπιν αιτήσεως του ενδιαφερομένου.*

*B) Κάθε θέση που κενώνεται προκηρύσσεται από το Νοσοκομείο εντός ενός μηνός υποχρεωτικά. Η διαδικασία για την κάλυψη των κενών ή κενούμενων θέσεων είναι ανοικτή και ενεργείται με τα κριτήρια της παραγράφου 7 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997, όπως εκάστοτε ισχύει. Ο επιλεγόμενος ιατρός προσλαμβάνεται, με την επιφύλαξη του επόμενου εδαφίου της παρούσας παραγράφου, στον εισαγωγικό βαθμό του Επιμελητή και ακολούθως, εξελίσσεται βαθμολογικά μέσα στο σύστημα. Με απόφαση της διοίκησης του Νοσοκομείου, έως και το 20% των κενούμενων ή των νέων θέσεων που συστήνονται προκηρύσσονται στο βαθμό της κενωθείσας ή νεοσυσταθείσας θέσης.*



Γ) Οι θέσεις που έχουν προκηρυχθεί κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, καλύπτονται σύμφωνα με την ισχύουσα κατά την προκήρυξή τους διαδικασία. Τα αρμόδια συμβούλια επιλογής υποχρεούνται εντός τριών μηνών από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου να ολοκληρώσουν τις διαδικασίες για την πλήρωση των θέσεων αυτών. Μετά την πάροδο της προθεσμίας αυτής η ευθύνη ολοκλήρωσης των διαδικασιών για την πλήρωση των πιο πάνω θέσεων περιέρχεται στα αρμόδια συμβούλια της περιπτώσεως Ι του παρόντος.....

Ε) Ιατροί που υπηρετούν στο ΕΣΥ δύνανται να διεκδικήσουν προκηρυσσόμενη θέση σε άλλο Νοσοκομείο και, αν επιλεγούν, διατηρούν το βαθμό τους.

Ιατροί οι οποίοι υπηρετούν σε Νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ ή σε πανεπιστημιακές κλινικές και προσλαμβάνονται σε θέσεις άλλων Νοσοκομείων ή Κέντρων Υγείας, εξελίσσονται στον επόμενο βαθμό με καθυστέρηση δύο ετών πέραν των προβλεπομένων, σε ό,τι αφορά τους Επιμελητές Β' και με καθυστέρηση τεσσάρων ετών, σε ό,τι αφορά τους Επιμελητές Α'. Τα ανωτέρω δεν ισχύουν για ιατρούς που υπηρετούν σε Νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας άγονων περιοχών και προσλαμβάνονται σε οποιοδήποτε Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας της χώρας. Ομοίως, δεν εφαρμόζονται για τους ιατρούς που προσλαμβάνονται σε οποιοδήποτε Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας άγονων περιοχών. Οι άγονες περιοχές για τις ανάγκες εφαρμογής και ερμηνείας του παρόντος νόμου καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κατόπιν εισήγησης του Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας και της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.....

Εντός του πρώτου εξαμήνου από την έναρξη ισχύος του παρόντος προγραμματίζεται να προσληφθούν δύο χιλιάδες (2.000) νέοι ιατροί σε οργανικές θέσεις. Εξ αυτών τουλάχιστον χίλιοι



πεντακόσιοι (1.500) ειδικευμένοι, σε οργανικές θέσεις Επιμελητών Β'. Στις θέσεις αυτές δεν περιλαμβάνονται όσες έχουν προκηρυχθεί μέχρι την έναρξη ισχύος του παρόντος ή θα κενωθούν λόγω συνταξιοδότησεως.

### **Άρθρο 10**

*Διατάξεις για το νοσηλευτικό προσωπικό*

1. Το νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων και των λοιπών νοσηλευτικών μονάδων του ΕΣΥ προσλαμβάνεται κατόπιν ενιαίων προκηρύξεων σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 18 του ν. 2190/1994, όπως εκάστοτε ισχύει.

2. Η προκήρυξη και η διεξαγωγή των διαγωνισμών πρόσληψης μέχρι και την έκδοση των οριστικών αποτελεσμάτων γίνεται από το ΑΣΕΠ. Οι υποψήφιοι έχουν δικαίωμα να υποβάλουν αίτηση σε δύο μόνο μονάδες του ΕΣΥ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, στο πλαίσιο του ίδιου διαγωνισμού. Για το σκοπό αυτόν, καταθέτουν σχετική δήλωση κατά την υποβολή της υποψηφιότητάς τους. Αν υποβάλουν υποψηφιότητα σε περισσότερες από δύο νοσηλευτικές μονάδες της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, εκπίπτουν από τη θέση τους, εφόσον επιλεγούν, και αποκλείονται για μία διετία από κάθε διαγωνισμό πρόσληψης προσωπικού του ΕΣΥ οποιασδήποτε κατηγορίας και ανεξάρτητα από τον φορέα που διενεργεί το διαγωνισμό.

3. Οι προσλαμβανόμενοι κατά τη διαδικασία της παραγράφου 1 καλύπτουν αποκλειστικά κενές οργανικές θέσεις. Εξομοιώνονται μισθολογικά, ασφαλιστικά και ως προς την εξέλιξή τους, με το προσωπικό που υπηρετεί στις αντίστοιχες θέσεις.

4. Από την ημερομηνία πρόσληψής τους και για μία πενταετία, οι υπάλληλοι που προσλαμβάνονται με την εξαιρετική διαδικασία του παρόντος άρθρου δεν επιτρέπεται να μετακινηθούν από τη θέση για την οποία προσλήφθηκαν, για οποιονδήποτε λόγο, και με

*οποιαδήποτε διαδικασία, όπως απόσπαση, μετάταξη, μετάθεση.....*

*5. Η διαδικασία πρόσληψης των προηγούμενων παραγράφων ισχύει, κατ' εξαίρεση, για μία τριετία από τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Με την εξαιρετική διαδικασία θα προσληφθούν πέντε χιλιάδες πεντακόσιοι (5.500) νοσηλευτές. Η διαδικασία αυτή εφαρμόζεται συμπληρωματικά προς την εκκρεμή διαδικασία πρόσληψης μέσω Α.Σ.Ε.Π. και μέχρι να συμπληρωθούν οι κενές οργανικές θέσεις της νοσηλευτικής μονάδας που προκηρύσσει το διαγωνισμό.<sup>46</sup>*

---

<sup>46</sup> Ν. 3754/2009, ΦΕΚ43/11.03.2009

## Παράρτημα 2

*ΕΠΙΚ: Η Ελλάδα έχει το προνόμιο να συμμετέχει στην μεγαλύτερη και μεθοδολογικά αρτιότερη διατροφική επιδημιολογική έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα στην Ευρώπη. Πρόκειται για το πρόγραμμα EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and nutrition) ή, στον Ελληνικό του τίτλο, Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας (ΕΠΙΚ). Στο πρόγραμμα ΕΠΙΚ συμμετέχουν 10 Ευρωπαϊκές χώρες: Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, Δανία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Νορβηγία, Ολλανδία, Σουηδία. Το πρόγραμμα συντονίζεται από το Διεθνές Ινστιτούτο Έρευνας για τον Καρκίνο (International Agency for Research on Cancer, IARC) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και χρηματοδοτείται από το Πρόγραμμα "Ευρώπη κατά του Καρκίνου" της Ευρωπαϊκής Ένωσης και από εθνικές πηγές των συμμετεχόντων χωρών. Για την Ελλάδα κύρια εθνική πηγή χρηματοδότησης αποτελεί το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Το ΕΠΙΚ δημιουργήθηκε από την επιτακτική ανάγκη να αποσαφηνιστεί και να αξιολογηθεί ο ρόλος της διατροφής στην αιτιολογία των κακόηθων νεοπλασιών και άλλων χρόνιων νοσημάτων. Η υπόθεση ότι η διατροφή μπορεί να ευθύνεται για σημαντικό ποσοστό νέων περιπτώσεων καρκίνου είχε ήδη διατυπωθεί από τη δεκαετία του 1980. Ωστόσο, σε αντιδιαστολή με τις αρχικές προσδοκίες, οι ανευρεθείσες μέχρι σήμερα ισχυρές και ταυτόχρονα σταθερές συσχετίσεις είναι λίγες. Το ΕΠΙΚ ανήκει σε μία καινούρια γενιά πολυκεντρικών προοπτικών επιδημιολογικών ερευνών. Η γενιά αυτή, πέρα από τα μεθοδολογικά προβλήματα των αναδρομικών ερευνών, ξεπερνά, σε μεγάλο βαθμό, και προβλήματα όπως αυτά που δημιουργούν οι εγγενείς περιορισμοί των μεθόδων καταγραφής των διατροφικών συνηθειών, ο μικρός αριθμός των παρατηρήσεων, η μη συλλογή βιολογικού υλικού, και η περιορισμένη διακύμανση των διατροφικών συνηθειών στους πληθυσμούς που συνήθως μελετώνται. Το ΕΠΙΚ μελετά ένα*

μεγάλο και ετερογενή πληθυσμό, με ευρεία διακύμανση τόσο στις διατροφικές συνήθειες όσο και στην επίπτωση των κακώθων νεοπλασιών, συλλέγει πλήθος κοινωνικο-δημογραφικών και ιατρικών πληροφοριών και εισάγει ένα επιπλέον στοιχείο, τη συλλογή και διατήρηση βιολογικών δειγμάτων. Τα δείγματα διατηρούνται σε υγρό άζωτο στους -196 οC. Το πρόγραμμα ΕΠΙΚ ξεκίνησε στην Ελλάδα τον Φεβρουάριο του 1994, μετά την επιτυχή ολοκλήρωση της προκαταρκτικής φάσης-πιλότου (1991-1992). Η στρατολόγηση των εθελοντών ολοκληρώθηκε το 1999 με την συμμετοχή 28.572 ατόμων, 16.619 γυναικών και 11.953 ανδρών, ηλικίας 20 έως- 86 ετών, από όλη την Ελλάδα και όλα τα κοινωνικο-οικονομικά επίπεδα. Η συλλογή των δεδομένων έγινε, με την μέθοδο της συνέντευξης, κατά την διάρκεια βασικής εξέτασης κατά την οποία κατεγράφησαν πληροφορίες σχετικά με: το ιατρικό και αναπαραγωγικό ιστορικό, τον τρόπο ζωής και τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, και τις διατροφικές συνήθειες. Τα στοιχεία που συνελέγησαν αποτυπώνουν τις διατροφικές συνήθειες του πληθυσμού, τα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής αλλά και άλλες παραμέτρους. Έτσι, για παράδειγμα, από προκαταρκτικές αναλύσεις δεδομένων: Σε υποσύνολο 9.500 ατόμων, ηλικίας 25-75 ετών, ποσοστό ίσο με το 18% βρέθηκε να καταναλώνει συμπληρώματα διατροφής. Τα υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης διατροφικών συμπληρωμάτων παρατηρήθηκαν στην ηλικία 25-34 ετών. Στο ίδιο υποσύνολο, ποσοστό 46% των ανδρών και 51% των γυναικών, ηλικίας 55-64 ετών, ήταν παχύσαρκα. Σε ανάλυση δειγμάτων 13.640 ατόμων, 5.281 ανδρών και 8.359 γυναικών, μέσης ηλικίας 54,5 ετών, η μέση τιμή ολικής χοληστερόλης ήταν 221 mg/dl στο σύνολο του πληθυσμού - 223 mg/dl στις γυναίκες και 218 mg/dl στους άνδρες. Υψηλότερα επίπεδα ολικής χοληστερόλης εμφάνισαν οι άνδρες μέχρι την ηλικία των 45 ετών, ενώ μετά την ηλικία αυτή οι γυναίκες. Στον ίδιο πληθυσμό, η μέση τιμή της HDL-χοληστερόλης ήταν 46,9

mg/dl, 50,3 mg/dl στις γυναίκες και 41,7 mg/dl στους άνδρες. Τον Ιανουάριο του 1997 ξεκίνησε η φάση της διαχρονικής παρακολούθησης της υγείας των εθελοντών (follow-up). Η φάση αυτή έχει ως στόχο την εντόπιση και πιστοποίηση όλων των νέων περιστατικών καρκίνου αλλά και όλων των θανάτων που προέκυψαν μετά την συμμετοχή των εθελοντών στο πρόγραμμα ΕΠΙΚ. Η συλλογή των στοιχείων αυτών αποσκοπεί στη διερεύνηση αιτιολογικών συσχετίσεων μεταξύ διατροφής και καρκίνου ή άλλων χρόνιων νοσημάτων.

*ΕΠΙΚ- Τρίτη ηλικία:* Το πρόγραμμα ΕΠΙΚ-Τρίτη Ηλικία αναφέρεται σε μελέτη εμφυτευμένη (nested) στο Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας (ΕΠΙΚ). Το πρόγραμμα ΕΠΙΚ αφορά Ευρωπαϊκή, πολυκεντρική, προοπτική μελέτη με στόχο την εξέταση του ρόλου της διατροφής στην αιτιολογία του καρκίνου και άλλων χρόνιων νοσημάτων. Σκοπός του προγράμματος ΕΠΙΚ-Τρίτη Ηλικία είναι: η αξιολόγηση του ρόλου της διατροφής στην υγεία και μακροζωία των ηλικιωμένων και η εξέταση κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες και μέσω αυτών, την υγεία των ηλικιωμένων, η επισήμανση των διατροφικών συνηθειών που συμβάλλουν στη μακροζωία των Ευρωπαίων ηλικιωμένων, δίχως όμως να υποβαθμίζεται η ποιότητα ζωής τους, και η δημιουργία διατροφικής βαθμολόγησης (nutrition score) για τα ηλικιωμένα άτομα, η οποία θα επιτρέπει την αξιολόγηση της τρέχουσας διατροφής τους με το κατά τεκμήριο πρότυπο σωστής διατροφής, καθώς και τη διερεύνηση της δυνατότητας μετάβασης από τις τρέχουσες διατροφικές συνήθειες σε εκείνες που αναγνωρίζονται ως άριστες. Στο πρόγραμμα ΕΠΙΚ συμμετέχουν εθελοντές άνω των 30 ετών. Η μελέτη ΕΠΙΚ-Τρίτη ηλικία επικεντρώνεται σε άτομα άνω των 60 ετών. Τα διαθέσιμα στοιχεία προέρχονται από εννέα Ευρωπαϊκά κράτη που συμμετέχουν στο ΕΠΙΚ, και συγκεκριμένα από την Αγγλία, Γαλλία, Γερμανία, Δανία, Ελλάδα, Ιταλία, Ισπανία,



Ολλανδία και Σουηδία. Τα στοιχεία από τις παραπάνω χώρες έχουν ήδη συλλεχθεί και βρίσκονται αποθηκευμένα σε κεντρική βάση δεδομένων στο Διεθνές Ινστιτούτο Έρευνας για τον Καρκίνο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (International Agency for Research on Cancer, IARC, Lyon, France) και αναφέρονται στη διατροφή, στο ιατρικό ιστορικό, στα σωματομετρικά και κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και στον τρόπο ζωής των συμμετεχόντων. Παρότι περισσότερα από 30.000 άτομα από τις χώρες αυτές ήταν άνω των 60 ετών κατά το ξεκίνημα του προγράμματος ΕΠΙΚ, στη μελέτη ΕΠΙΚ-Τρίτη ηλικία δείγμα τουλάχιστον 4.000 ανδρών και γυναικών θα επιλεγούν κατάλληλα, ώστε να αντιπροσωπεύονται οι διάφορες Ευρωπαϊκές περιοχές. Το πρόγραμμα ΕΠΙΚ-Τρίτη ηλικία έχει ως στόχο τη δημιουργία βάσης δεδομένων επικεντρωμένης σε Ευρωπαίους πολίτες άνω των 60 ετών, με αναφορά σε συγκρίσιμα διατροφικά, δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά, και ιατρικά δεδομένα. Στο πλαίσιο αυτό η διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών που συμβάλλουν στη μακροζωία θα οδηγήσει στην ανάπτυξη διατροφικής βαθμολόγησης, που θα χρησιμεύσει ως εργαλείο για την άμεση παρακολούθηση της διατροφής των Ευρωπαίων τρίτης ηλικίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να αποτελέσουν εργαλείο για τις Υπηρεσίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και των διαφόρων κρατών, στην εκτίμηση της κατάστασης υγείας ατόμων άνω των 60 ετών και στη διαμόρφωση διατροφικής πολιτικής, βασισμένη σε επιστημονικά και συγκρίσιμα δεδομένα.<sup>47</sup>

*Dafne:* Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, η Ελλάδα συντονίζει το χρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Ένωση πρόγραμμα DAFNE (Data Food Networking), που στοχεύει στη διαχρονική παρακολούθηση και σύγκριση των διατροφικών συνηθειών Ευρωπαϊκών πληθυσμών με τη δημιουργία μίας

<sup>47</sup> <http://www.nut.uoa.gr/greek/index.asp?page=204>.

δυναμικής και διαρκώς εμπλουτιζόμενης βάσης δεδομένων. Η βάση δεδομένων DAFNE περιλαμβάνει επεξεργασμένα στοιχεία των Ερευνών Οικογενειακών Προϋπολογισμών (ΕΟΠ). Οι ΕΟΠ διενεργούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα από τις Εθνικές Στατιστικές Υπηρεσίες των περισσότερων Ευρωπαϊκών χωρών, ακολουθώντας παραπλήσια μεθοδολογία, επιτρέποντας έτσι διακρατικές συγκρίσεις. Οι ΕΟΠ δεν έχουν ως πρωταρχικό στόχο τη συλλογή διατροφικών πληροφοριών, αλλά την καταγραφή των αγαθών και υπηρεσιών, που διατίθενται στα μέλη αντιπροσωπευτικού δείγματος νοικοκυριών κάθε χώρας. Συλλέγοντας, επομένως, πληροφορίες για τις ποσότητες και αξίες των τροφίμων που είναι διαθέσιμα στο νοικοκυριό, αποτυπώνουν ικανοποιητικά τις διατροφικές επιλογές ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος του πληθυσμού. Παράλληλα, η ταυτόχρονη καταγραφή δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών επιτρέπει τη συνεκτίμηση της επίδρασης των χαρακτηριστικών αυτών στη διαμόρφωση των διατροφικών επιλογών. Καθώς η διεξαγωγή ειδικών διατροφικών ερευνών σε τακτά χρονικά διαστήματα συνεπάγεται σημαντική οικονομική επιβάρυνση για μια χώρα, οι περιοδικά επαναλαμβανόμενες ΕΟΠ αποτελούν μία ικανοποιητική εναλλακτική λύση για τη διαχρονική παρακολούθηση των διατροφικών συνηθειών ενός πληθυσμού και τη σύγκριση τους με αυτές άλλων Ευρωπαϊκών πληθυσμών. Η βάση DAFNE περιλαμβάνει στοιχεία των ΕΟΠ 24 Ευρωπαϊκών κρατών (Αυστρία, Βέλγιο, Φιλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ουγγαρία, Ιρλανδία, Ιταλία, Κροατία, Κύπρος, Λετονία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Μαυροβούνιο, Νορβηγία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ισπανία, Σερβία, Σλοβακία, Σλοβενία, Σουηδία και Ηνωμένο Βασίλειο), ενώ προετοιμάζεται η ενσωμάτωση πρόσφατων δεδομένων από την Ουγγαρία, την Πολωνία και την Πορτογαλία και στοιχείων από τέσσερα νέα κράτη: την Αλβανία, την Αρμενία, την Εσθονία και τη Λιθουανία. Η ημερήσια ατομική



διαθεσιμότητα τροφίμων υπολογίζεται σε διάφορα, κοινά μεταξύ των χωρών, επίπεδα εκτίμησης που κυμαίνονται από 15 συγκεντρωτικές μέχρι 56 αναλυτικές ομάδες τροφίμων. Η μέση διαθεσιμότητα υπολογίζεται περαιτέρω χρησιμοποιώντας κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η αστικότητα της περιοχής διαμονής, η σύνθεση του νοικοκυριού, το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα του αρχηγού του νοικοκυριού. Στοιχεία της βάσης DAFNE φανερώνουν σημαντικές διαφοροποιήσεις στη διατροφική συμπεριφορά των Ευρωπαϊκών πληθυσμών. Μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών, οι Έλληνες κατατάσσονται πρώτοι στην κατανάλωση κόκκινου κρέατος (101 γραμ/άτομο/ημέρα), και ελαιολάδου (64 γραμ/άτομο/ημέρα). Στην περίπτωση των λαχανικών, τροφίμων με γνωστή προστατευτική δράση έναντι χρόνιων νοσημάτων, η Κύπρος και η Ελλάδα καταγράφουν τις υψηλότερες τιμές ημερήσιας διαθεσιμότητας (284 και 283 γραμ/άτομο/ημέρα, αντίστοιχα). Σημαντικές διαφοροποιήσεις παρατηρούνται και στις διατροφικές επιλογές διαφορετικών κοινωνικο-οικονομικών ομάδων. Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες, με εξαίρεση τη Μάλτα, η συνολική διαθεσιμότητα προστιθέμενων λιπιδίων είναι μεγαλύτερη μεταξύ νοικοκυριών αγροτικών περιοχών. Στη χώρα μας και το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί παράγοντα διαφοροποίησης, καθώς οι μορφωμένοι Έλληνες, πιθανόν ως καλύτεροι αποδέκτες μηνυμάτων υγείας, προτιμούν μεγαλύτερες ποσότητες φρούτων και μικρότερες κόκκινου κρέατος. Η διαθεσιμότητα όμως λαχανικών, οσπρίων και ελαιολάδου, συστατικών χαρακτηριστικών της παραδοσιακής Μεσογειακής διατροφής, είναι μεγαλύτερη μεταξύ ατόμων χαμηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης. Η προσέγγιση της βάσης DAFNE δίνει επίσης τη δυνατότητα να μελετώνται διαχρονικές μεταβολές και να συγκρίνονται, σε επίπεδο οικολογικών συσχετίσεων, οι διατροφικές συνήθειες ενός πληθυσμού με το νοσολογικό του φάσμα. Τα στοιχεία της βάσης DAFNE μπορούν να

αποτελέσουν σημαντικό εργαλείο τόσο για το σχεδιασμό διατροφικής πολιτικής σε τοπικό, εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, όσο και για την παρακολούθηση της επίτευξης των στόχων αυτής. Μετά τη διατύπωση από το Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας των διατροφικών οδηγιών για ενήλικες Έλληνες, τα στοιχεία της βάσης DAFNE αποκτούν ιδιαίτερη σημασία καθώς, μέσω της περιοδικής καταγραφής, επιτρέπουν την παρακολούθηση της αποδοχής των οδηγιών αυτών από το γενικότερο πληθυσμό.<sup>48</sup>

*EUROFIR: Τη σημερινή εποχή που η υγιεινή διατροφή είναι θέμα μείζονος σημασίας, υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τα παραδοσιακά τρόφιμα καθώς αυτά συχνά θεωρούνται υγιεινά. Για παράδειγμα, πρόσφατες έρευνες έχουν καταλήξει ότι ορισμένα άγρια βρώσιμα χόρτα τα οποία χρησιμοποιούνται στην παρασκευή της παραδοσιακής Κρητικής χορτόπιτας περιέχουν σημαντικές ποσότητες αντιοξειδωτικών ουσιών οι οποίες, υποστηρίζεται ότι είναι πολύτιμες για την εύρυθμη λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Λόγω της σύνδεσης αυτής των παραδοσιακών τροφίμων με θετικές επιδράσεις στην υγεία, αρκετές και σημαντικές είναι οι προσπάθειες για την επαναφορά τους στο καθημερινό διαιτολόγιο τόσο σε εθνικό όσο και σε Ευρωπαϊκό επίπεδο. Οι προσπάθειες αυτές επικεντρώνονται στη μελέτη εκείνων των παραδοσιακών τροφίμων που τεκμηριώνεται, μέσω χημικών αναλύσεων η διατροφική τους αξία. Σε Ευρωπαϊκό ερευνητικό επίπεδο από τον Ιανουάριο 2005 πραγματοποιείται το ερευνητικό πρόγραμμα European Food Information Resource (EuroFIR). Το EuroFIR είναι Δίκτυο Αριστείας, το οποίο χρηματοδοτείται από το 6ο Κοινοτικό Πλαίσιο, Πρόγραμμα Ποιότητας και Ασφάλειας Τροφίμων και συντονίζεται από το Institute of Food Research, Norwich, U.K (IFR). Συγκεκριμένα, το EuroFIR συνιστά πρωτοποριακή συνεργασία 47 πανεπιστημίων,*

---

<sup>48</sup> <http://www.nut.uoa.gr/greek/index.asp?page=202>.

ερευνητικών ινστιτούτων και μικρομεσαίων επιχειρήσεων από 25 Ευρωπαϊκές χώρες με σκοπό τη δημιουργία εκτενούς πανευρωπαϊκής πηγής δεδομένων σύνθεσης τροφίμων. Στην Ευρώπη θεωρείται επιτακτική η ανάγκη δημιουργίας εναρμονισμένης, αξιόπιστης και προσβάσιμης πηγής δεδομένων της διατροφικής σύνθεσης των τροφίμων, για 2 κύριους λόγους: Την επιστημονική αξιολόγηση και αξιοποίηση της σχέσης των διατροφικών συνηθειών και της συχνότητας εμφάνισης διατροφο-εξαρτόμενων χρόνιων νοσημάτων. Η σχέση αυτή συνδέεται άμεσα με το κόστος της ιατρικής και κοινωνικής περίθαλψης. Την ερμηνεία και αξιοποίηση των σχετικών επιστημονικών ευρημάτων πανευρωπαϊκών μελετών και τη διάχυση αυτών στους διάφορους εμπλεκόμενους φορείς, όπως καταναλωτές, βιομηχανία τροφίμων, Ευρωπαϊκοί φορείς διαμόρφωσης πολιτικής, καθώς και σε όλους τους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας. Παρά το γεγονός ότι κατά τα τελευταία 20 χρόνια, ορισμένες πρωτοβουλίες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (όπως η δράση COST και τα προγράμματα FLAIR και INFOODS) οδήγησαν σε εκτενέστερη συνεργασία μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών στον τομέα αυτόν, η έλλειψη μόνιμων υποδομών που να υποστηρίζουν τις απαιτούμενες εργασίες για τη διαμόρφωση και ανάπτυξη μιας εναρμονισμένης και τεκμηριωμένης πηγής της σύνθεσης των τροφίμων είναι εμφανής. Η συνεργασία επίσης των συντακτών των εθνικών πινάκων σύνθεσης τροφίμων και των χρηστών των δεδομένων (π.χ. βιομηχανία, εργαζόμενοι στον τομέα της διατροφής και δημόσιας υγείας, Ευρωπαίοι καταναλωτές και νομοθετικοί φορείς) χρειάζεται να ενδυναμωθεί. Η δημιουργία ενός Ευρωπαϊκού Δικτύου Αριστείας που να επικεντρώνεται σε βάσεις δεδομένων διατροφικής σύνθεσης (EuroFIR), βασίζετε στις προηγούμενες εμπειρίες ώστε να δημιουργήσει μόνιμες υποδομές, που θα μεγιστοποιήσουν τη επιστημονική συνεισφορά της Ευρώπης στον τομέα αυτόν. Το Δίκτυο έχει τους παρακάτω 5 στρατηγικούς στόχους, που θα

πραγματοποιηθούν χρησιμοποιώντας συνεχώς αναβαθμιζόμενες και ενημερωμένες βάσεις δεδομένων οι οποίες θα που επιτρέπουν τη διαχείριση, αναπροσαρμογή και διεύρυνση πληροφοριών σχετικών με την περιεκτικότητα των τροφίμων σε θρεπτικά συστατικά και άλλα βιοενεργά συστατικά, για τα οποία πρόσφατα αναφέρεται θετική επίδραση στην υγεία: να εντοπίσει και να επιλύσει τεχνικές δυσκολίες που σχετίζονται με τη δημιουργία μιας αξιόπιστης, εκτενούς, πανευρωπαϊκής «πηγής» δεδομένων σύνθεσης τροφίμων, να εντοπίσει και να παρέχει πληροφορίες για ελλιπή δεδομένα σχετικά με τα θρεπτικά και «βιολογικά ενεργά» συστατικά των τροφίμων, Στην προσέγγιση αυτή θα μελετηθούν και συγκεκριμένες ομάδες τροφίμων όπως, τα παραδοσιακά τρόφιμα, τα τρόφιμα εθνικών μειονοτήτων, τα νεοφανή και προπαρασκευασμένα προϊόντα και τρόφιμα υψηλής προστιθέμενης αξίας, να εντοπίσει τις ανάγκες των χρηστών και των εμπλεκόμενων φορέων (επιστήμονες στον τομέα της υγείας και της διατροφής, καταναλωτές, βιομηχανία αγροτικών προϊόντων, λιανικό εμπόριο, νομοθετικές αρχές και φορέων διαμόρφωσης πολιτικής) σχετικά με την προσβασιμότητα και τη χρήση της «πηγής» δεδομένων σύνθεσης τροφίμων, να επεκτείνει και να ενισχύσει την επίδραση του Δικτύου Αριστείας, εκτός των συγκεκριμένων ορίων συνεργασίας. Στο πλαίσιο του προγράμματος δίαυλοι επικοινωνίας θα αναπτυχθούν για (α) τη διάδοση των αποτελεσμάτων του Δικτύου Αριστείας EuroFIR (β) την παροχή εκπαίδευσης στη χρήση της βάσης δεδομένων σύνθεσης τροφίμων στους μεμονωμένους χρήστες και εμπλεκόμενους φορείς και (γ) την παροχή εκπαίδευσης στους νέους επιστήμονες που θα απασχοληθούν σε αυτόν τον τομέα, να εντοπίσει τις κοινωνικό-οικονομικές και τις διαχρονικές επιδράσεις των καινοτομιών των Δικτύων Αριστείας και να σχεδιάσει και εφαρμόσει επιχειρηματικό πρόγραμμα που θα εξασφαλίσει τη



διαχρονικότητα της βάσης δεδομένων (με συστηματική ενημέρωση και συντήρηση) μετά το πέρας της Κοινοτικής χρηματοδότησης.<sup>49</sup>

*Eurreca:* Στόχος του δικτύου Αριστείας EURRECA είναι να υπερβεί τον κατακερματισμό των πληροφοριών οι οποίες αναφέρονται στις διατροφικές συστάσεις δημιουργώντας ένα δίκτυο αποτελούμενο από διακεκριμένων στο χώρο της Διατροφής Ερευνητικών Μονάδων. Το δίκτυο αυτό, θα συμβάλλει στη δημιουργία εναρμονισμένων συστάσεων σε επίπεδο μικρό-διατροφικών συστατικών. Με την επισήμανση των μικρό-διατροφικών συστατικών που έχουν ιδιαίτερη σημασία σε ευάλωτες ομάδες του γενικού πληθυσμού (π.χ. παιδιά, έγκυες, ηλικιωμένοι) το EURRECA θα συμβάλλει στη διαμόρφωση εθνικών διατροφικών οδηγιών σε επίπεδο τροφίμων. Το δίκτυο απαρτίζουν 34 οργανισμοί από 17 χώρες και συντονίζεται από το ILSI Europe και χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (αρ. συμβολαίου FP6 036196-2 ).<sup>50</sup>

*Eurhoric:* Το πολυδιάστατο αυτό πρόγραμμα στοχεύει στην δημιουργία δικτύου συνεργασίας των κρατών που συμμετέχουν στο πρόγραμμα, το οποίο θα αξιολογήσει επιλεγμένες δράσεις σε συγκεκριμένους τομείς υγείας ώστε να ευαισθητοποιηθούν αντίστοιχα οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας. Ο στόχος αυτός θα επιτευχθεί με την ανταλλαγή πληροφοριών σχετικών με τον έλεγχο ποιότητας, την καλύτερη πρακτική και την αποτελεσματικότητα δράσεων που αφορούν στη δημόσια υγεία και στον προσδιορισμό κοινών χαρακτηριστικών σε Ευρωπαϊκό επίπεδο που θα μπορούσαν να διαμορφώσουν μία ενιαία πολιτική Ευρωπαϊκή πλατφόρμα προσανατολισμένη στο να εγγυηθεί την καλύτερη δυνατή πρακτική για τους Ευρωπαίους πολίτες.<sup>51</sup>

<sup>49</sup> <http://www.nut.uoa.gr/greek/index.asp?page=207>.

<sup>50</sup> <http://www.nut.uoa.gr/greek/index.asp?page=206>.

<sup>51</sup> <http://www.nut.uoa.gr/greek/index.asp?page=210>.

*Μητρικός θηλασμός: Η Μονάδα Διατροφής στη Δημόσια Υγεία και Διατροφικής Επιδημιολογίας του Εργαστήριου Υγιεινής και Επιδημιολογίας συμμετείχε και εκπροσώπησε την Ελλάδα στο Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα "Promotion of Breastfeeding in Europe" ( EU Project Contract N . SPC 2002359). Το Πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε τον Οκτώβριο του 2002, με τη συμμετοχή ειδικών ερευνητών από 29 Ευρωπαϊκές χώρες (της Ευρωπαϊκής Ένωσης, των υπό ένταξη και άλλων χωρών) υπό τον συντονισμό του Adriano Cattaneo και των συνεργατών του, στο τμήμα Unit for Health Services Research and International Health , Istituto di Ricovero e Cura a carattere Scientifico ( IRCCS ) "Burlo Garofolo", στην Τεργέστη της Ιταλίας. Το πρόγραμμα αυτό δημιουργήθηκε για να ανταποκριθεί στη σύσταση ενός προηγούμενου Ευρωπαϊκού προγράμματος του EURODIET : "να δημιουργηθεί ένα Σχέδιο Δράσης για την Προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη". Ο τελικός στόχος του προγράμματος ήταν η δημιουργία ενός «μοντέλου» Σχεδίου Δράσης για την προστασία, προαγωγή και προστασία του μητρικού θηλασμού, το οποίο θα χρησιμοποιηθεί στη συνέχεια ανάλογα με τις τοπικές ανάγκες και συνθήκες που επικρατούν σε κάθε χώρα. Πριν τη δημιουργία του Σχεδίου Δράσης, η ομάδα των ειδικών κατέγραψε και ανέλυσε την κατάσταση που υπάρχει όσον αφορά τα ποσοστά και τις πρακτικές του μητρικού θηλασμού σε όλες τις χώρες που πήραν μέρος. Στη συνέχεια, έγινε λεπτομερής ανασκόπηση των παρεμβάσεων ( interventions ) που έχουν γίνει για την προαγωγή του μητρικού θηλασμού και των επιστημονικών στοιχείων που τις υποστηρίζουν, έτσι ώστε να εντοπιστεί το χάσμα μεταξύ του τι γίνεται και τι θα πρέπει να γίνει. Το πρόγραμμα ολοκληρώθηκε τον Σεπτέμβριο του 2004 με τη δημοσίευση του τελικού κειμένου του " Blueprint for Action " (Σχέδιο Δράσης) το οποίο παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στο Συνέδριο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Προαγωγή του Μητρικού Θηλασμού στην Ευρώπη,*

στις 18 Ιουνίου 2004, στο Κάστρο του Δουβλίνου, στην Ιρλανδία. Πρόκειται για ένα Σχέδιο Δράσης που περιέχει τα μέτρα και τις δραστηριότητες που θα πρέπει να διαθέτει ένα τοπικό ή εθνικό σχέδιο πολιτικής υγείας για να προστατεύει, προάγει και υποστηρίζει το μητρικό θηλασμό. Στοχεύει στην ενημέρωση των αρμοδίων που διαμορφώνουν πολιτική δημόσιας υγείας και των εργαζόμενων σε κυβερνητικούς οργανισμούς που σχετίζονται με τα θέματα των γυναικών, την υγεία των παιδιών καθώς και την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τις υπό ένταξη χώρες. Στοχεύει επίσης στην ευαισθητοποίηση και συνεργασία όλων των ατόμων που εργάζονται στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα και στους μη κυβερνητικούς οργανισμούς και παίζουν βασικό ρόλο για την προστασία, προαγωγή και υποστήριξη του μητρικού θηλασμού.<sup>52</sup>

---

<sup>52</sup> <http://www.nut.uoa.gr/greek/index.asp?page=201>.