



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΕΟΥ ΘΕΣΜΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ:

ΜΠΟΥΚΟΒΑΛΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗ 2010251

ΝΤΑΝΑΒΑΡΑ ΓΛΥΚΕΡΙΑ 2010089

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :ΛΙΑΠΟΥΤΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Καλαμάτα Δεκέμβριος, 2014



**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΝΕΟΥ ΘΕΣΜΙΚΟΥ ΠΛΑΙΣΙΟΥ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΩΝ:

ΜΠΟΥΚΟΒΑΛΑ ΑΦΡΟΔΙΤΗ 2010251

ΝΤΑΝΑΒΑΡΑ ΓΛΥΚΕΡΙΑ 2010089

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :ΠΑΠΟΥΤΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

1172

Καλαμάτα Δεκέμβριος, 2014

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η συγκεκριμένη πτυχιακή εργασία αποτέλεσε το αντικείμενο μελέτης μας εδώ και ένα αρκετά μεγάλο διάστημα και θεωρούμε ότι λόγω της σπουδαιότητας του θέματος, θα είναι ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για την μετέπειτα πορεία μας στον κλάδο.

Στα κεφάλαια που ακολουθούν, αναλύεται εκτενώς η έννοια της δημόσιας υγείας και γίνεται αναφορά στους φορείς δημόσιας υγείας. Επικεντρωνόμαστε ωστόσο περισσότερο στο θέμα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο εξής Π.Φ.Υ., ορίζεται το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Έχοντας αναλύσει δεδομένα που αναφέρονται στην Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα και στις αντίστοιχες δομές της, εξετάζουμε το θέμα των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη με σκοπό στην ουσία να παραχθεί μια σύγκριση σε σχέση με τα Ελληνικά Δεδομένα. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι δομές που εξετάζονται αφορούν χώρες της Ευρωπαϊκής Ηπείρου που παρουσιάζουν πολύ μεγαλύτερα επίπεδα ανάπτυξης σε σχέση με τα ελληνικά δεδομένα, όπου και υπάρχουν πολλές δωρεάν παροχές υγείας ή με κάποια συμβολή των πολιτών αρκετά μικρότερη σε σχέση με ότι ισχύει στην χώρα μας. Προχωρούμε τέλος στο κομμάτι της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Εδώ αξίζει να αναφέρουμε ορισμένα από τα σπουδαιότερα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα. Αρχικά η μείωση του προσωπικού στο Γενικό Νοσοκομείο οδήγησε σε μεγαλύτερους χρόνους αναμονής, και μεγαλύτερη ταλαιπωρία των ασθενών, όσο αφορά το τηλεφωνικό σύστημα για ραντεβού βελτιώθηκε αρκετά η ικανοποίησή τους. Επίσης, παραμένει εμφανές το γεγονός της έλλειψης τεχνολογικών μέσω στις δημόσιες δομές υγείας. Τέλος, οι περισσότεροι θεωρούν ότι με το νέο καθεστώς συνεργασίας που επιβάλλει ο ΕΟΠΥΥ δεν θα μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά αφού πληρώνουν με δυσκολία την συμμετοχή στα φάρμακά τους, παρά μόνο παίρνουν τα απαραίτητα.

Ευελπιστούμε η εργασία μας να αποτελέσει ένα χρήσιμο εγχειρίδιο στα χέρια κάθε μελετητή της Δημόσιας Υγείας.

ABSTRACT

This thesis was the subject of our study for quite a long time and we believe that given the importance of the matter, it will be a very important stepping stone for our subsequent development in the industry.

In the following sections, we extensively analyze the concept of public health and refer to the public health community. However we focus more on the issue of Primary Health Care. Primary Health Care, hereinafter PHC, means a comprehensive system offering outpatient health care services, to ensure equal access of all people, at individual and family level, with the Primary Health Care services.

Having analyzed the data relating to primary care in Greece and the corresponding structures, we examine the issue of health systems in Europe to actually produce a comparison against the Greek facts. It is worth mentioning that the structures under consideration are the countries of the European continent that show much higher levels of development in relation to the Greek facts, where there are many free health benefits or with a contribution of citizens rather smaller than it is the case in our country..Thus, it is worth mentioning some of the most important results obtained from the investigation. Originally staff reductions in the General Hospital led to longer waiting times, and greater suffering of patients, as much reference telephone recommend for appointment improved quite the satisfaction Also, the fact remains evident lack of technology through public health facilities. Finally, most believe that the new regime of cooperation imposed EOPYY not be able to afford it after paying with difficulty participating in their medication, only take the essentials.

We hope that our project can be a useful guide in the hands of every student of Public Health.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Στο σημείο αυτό, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους καθηγητές μας, Κ. Παπουτσή Ιωάννη και Κ.Καστανιώτη Αικατερίνη για την εμπιστοσύνη και το ενδιαφέρον που μας έδειξαν κατά την ανάθεση της εργασίας, την πολύτιμη βοήθεια και συνεργασία αλλά και τη δυνατότητα που μας έδωσαν να ασχοληθούμε με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα το οποίο έχει προεκτάσεις στην καθημερινή ζωή του ατόμου αλλά και κατ' επέκταση στη χώρας μας. Τους ευχαριστούμε καθώς με την συγκεκριμένη ανάθεση, πιστεύουμε ότι θα μας βοηθήσει στην μετέπειτα πορεία μας στον κλάδο.Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε και τον Κ.Μαυριδόγλου Γεώργιο ο οποίος μας βοήθησε στην εξαγωγή των αποτελεσμάτων της ερευνας μας.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για την υποστήριξη καθ' όλη τη διάρκεια των ακαδημαϊκών μας σπουδών αλλά και την ηθική συμπαράσταση κατά τη διάρκεια της συγγραφής της πτυχιακής αυτής εργασίας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ABSTRACT	3
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	11
Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΑΓΑΘΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	11
1.1. Ιστορική Αναδρομή και λοιπές πληροφορίες.....	11
1.2. Φορείς.....	133
1.2.1. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)	13
1.2.2. Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας	15
1.2.3. Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας.....	166
1.2.4. Κέντρα Αναφοράς.....	177
1.2.5. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.....	188
1.2.6. Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur	20
1.2.7. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.)	21
1.2.8. Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.)	222
1.2.9. Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών	255
1.2.10. Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος».....	266
1.2.11. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)	277
1.2.12. Ελληνικό Κέντρο Ελέγχου Βιολογικών Υλικών (Ε.Κ.Ε.Β.ΥΛ.)	298
1.2.13. Εθνικό Κέντρο Διαβήτη (Ε.ΚΕ.ΔΙ.)	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	320
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	320
2.1. Ορισμός και περιεχόμενα της Π.Φ.Υ.	322
2.2. Μελέτη ικανοποίησης πολιτών σχετικά με την Π.Φ.Υ.....	344
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	366
ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	366
3.1. Σύγκριση συστημάτων υγείας ευρωπαϊκών χωρών.....	366
3.1.1. Το αγγλοσαξονικό σύστημα υγείας.....	366
3.1.2. Κοινωνικής Ασφάλισης Bismark.....	377
3.1.3. Το σκανδιναβικό μοντέλο.....	388

3.2. Δαπάνες Υγείας	399
3.3. Κοστολόγια φαρμάκων.....	422
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	444
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	444
4.2. Έρευνες στο θέμα της Δημόσιας Υγείας	444
4.2.1. Διερεύνηση Του Επίπεδου Υγείας Και Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Ελλάδα	444
4.2.2. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας.....	50
4.2.3. Επιλογή Υπηρεσιών Υγείας.....	53
4.2.4. Ανταποκρισιμότητα Υπηρεσιών Υγείας.....	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	60
ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	60
5.1. Σκοπός έρευνας.....	600
5.2. Μεθοδολογία της έρευνας	60
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	62
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	62
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	94
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ	96
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ	98
ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ	99
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1	1000
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2	10808
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3	11259

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

Γράφημα 1. Φύλο ερωτηθέντων _____	62
Γράφημα 2. Ηλικιακές ομάδες ερωτηθέντων _____	62
Γράφημα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο ερωτηθέντων _____	63
Γράφημα 4. Ασφαλιστικό Ταμείο ερωτηθέντων _____	64
Γράφημα 5. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις στο Γενικό Νοσοκομείο _____	64
Γράφημα 6. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις σε Ιδιωτική κλινική _____	65
Γράφημα 7. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις σε Ιδιώτη Ιατρό _____	65
Γράφημα 8. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις σε πολυιατρεία _____	66
Γράφημα 9. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη στο Γενικό Νοσοκομείο _____	66
Γράφημα 10. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε Ιδιωτική κλινική _____	67
Γράφημα 11. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό _____	67
Γράφημα 12. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε πολυιατρεία _____	68
Γράφημα 13. Χρόνος αναμονής για αποδοχή στο Γενικό Νοσοκομείο _____	68
Γράφημα 14. Χρόνος αναμονής για αποδοχή σε ιδιωτική κλινική _____	69
Γράφημα 15. Χρόνος αναμονής για αποδοχή σε ιδιώτη ιατρό _____	69
Γράφημα 16. Χρόνος αναμονής για αποδοχή σε πολυιατρεία _____	70
Γράφημα 17. Ικανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για το Γενικό Νοσοκομείο _____	70
Γράφημα 18. Ικανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για ιδιωτική κλινική _____	71
Γράφημα 19. Ικανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για ιδιώτη ιατρό _____	71
Γράφημα 20. Ικανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για πολυιατρεία _____	72
Γράφημα 21. Ικανοποίηση από επάρκεια χρόνου των ασθενών με τον αρμόδιο γιατρό _____	72
Γράφημα 22. Ικανοποίηση από την ύπαρξη ανάλογης ιατρικής ειδικότητας _____	73
Γράφημα 23. Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την συμπεριφορά ιατρικού προσωπικού _____	73
Γράφημα 24. Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την συμπεριφορά νοσηλευτικού προσωπικού _____	74
Γράφημα 25. Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού _____	74
Γράφημα 26. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις στο Γενικό Νοσοκομείο _____	75
Γράφημα 27. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις σε Ιδιωτική κλινική _____	75
Γράφημα 28. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις σε Ιδιώτη Ιατρό _____	76
Γράφημα 29. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις σε πολυιατρεία _____	76
Γράφημα 30. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη στο Γενικό Νοσοκομείο _____	77
Γράφημα 31. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε Ιδιωτική κλινική _____	77
Γράφημα 32. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό _____	78
Γράφημα 33. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε πολυιατρεία _____	78
Γράφημα 34. Χρόνος αναμονής για αποδοχή στο Γενικό Νοσοκομείο _____	79
Γράφημα 35. Χρόνος αναμονής για αποδοχή σε ιδιωτική κλινική _____	79
Γράφημα 36. Χρόνος αναμονής για αποδοχή σε ιδιώτη ιατρό _____	80
Γράφημα 37. Χρόνος αναμονής για αποδοχή σε πολυιατρεία _____	80
Γράφημα 38. Βελτίωση χρόνου αναμονής με την αλλαγή του συστήματος υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο _____	81
Γράφημα 39. Βελτίωση χρόνου αναμονής με την αλλαγή του συστήματος υγείας σε ιδιωτική κλινική _____	81
Γράφημα 40. Βελτίωση χρόνου αναμονής με την αλλαγή του συστήματος υγείας σε ιδιώτη ιατρό _____	82
Γράφημα 41. Βελτίωση χρόνου αναμονής με την αλλαγή του συστήματος υγείας σε πολυιατρεία _____	82
Γράφημα 42. Ικανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για το Γενικό Νοσοκομείο _____	83

Γράφημα 43. Ικανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για ιδιωτική κλινική	83
Γράφημα 44. Ικανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για ιδιώτη ιατρό	84
Γράφημα 45. Ικανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για πολυιατρεία	84
Γράφημα 46. Απόψεις για αλλαγή καταστάσεων με την αλλαγή του συστήματος υγείας	85
Γράφημα 47. Ικανοποίηση από επάρκεια χρόνου των ασθενών με τον αρμόδιο γιατρό	85
Γράφημα 48. Ικανοποίηση από την ύπαρξη ανάλογης ιατρικής ειδικότητας	86
Γράφημα 49. Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την συμπεριφορά ιατρικού προσωπικού	86
Γράφημα 50. Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την συμπεριφορά νοσηλευτικού προσωπικού	87
Γράφημα 51. Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού	87
Γράφημα 52. Παρεχόμενες υπηρεσίες κατά το παρελθόν	88
Γράφημα 53. Παρεχόμενες υπηρεσίες σήμερα	89
Γράφημα 54. Απόψεις για πρόσθετες συνταγογραφούμενες εξετάσεις με το νέο σύστημα	89
Γράφημα 55. Πόσο έχουν επηρεάσει οι αλλαγές στην Π.Φ.Υ.	90
Γράφημα 56. Δυνατότητα εξέτασης από ιατρό όταν ήταν αναγκαίο	90
Γράφημα 57. Ικανοποίηση από επιλογές και αριθμό ιατρικού προσωπικού	91
Γράφημα 58. Ανάγκη πληρωμής αντιτίμου για εξέταση ή επέμβαση	91
Γράφημα 59. Πρόταση από ιατρό σε δημόσια δομή για επίσκεψη εξωτερικού ιατρείου λόγω έλλειψης εξοπλισμού	92
Γράφημα 60. Ικανοποίηση από εξοπλισμό σε δομές Π.Φ.Υ.	93

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μία από τις κύριες ανησυχίες των ευρωπαϊών πολιτών είναι να ζουν σε κατάσταση καλής υγείας. Επομένως, η Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) επιδιώκει να πετύχει υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας μέσα από όλες τις ευρωπαϊκές πολιτικές και δραστηριότητες, σύμφωνα με το άρθρο 168 της συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΣΛΕΕ). Η κοινοτική πολιτική σε θέματα υγείας έχει ως κύριο στόχο να βελτιώνει τη δημόσια υγεία, να προλαμβάνει ασθένειες και τους κινδύνους κατά της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των κινδύνων που συνδέονται με τον τρόπο ζωής των Ευρωπαίων, καθώς και να καταπολεμά τις μεγάλες μαστίγες, ευνοώντας την έρευνα. (Farmer, et al, 2010) [18]

Ωστόσο, η χάραξη των εθνικών πολιτικών υγείας παραμένει αποκλειστική αρμοδιότητα των κρατών μελών. Επομένως, η δράση της ΕΕ δεν πρέπει να περιλαμβάνει τη χάραξη των πολιτικών υγείας ούτε την οργάνωση και την παροχή υπηρεσιών υγείας και ιατρικής περίθαλψης.

Συνεπώς, η ευρωπαϊκή πολιτική υγείας στοχεύει στη δημιουργία συντρέχουσας αρμοδιότητας με τα κράτη μέλη, και στη συμπλήρωση των εθνικών πολιτικών. Εξάλλου, η ΕΕ και τα κράτη μέλη έχουν τη δυνατότητα να συνεργάζονται με τρίτες χώρες και με τις αρμόδιες διεθνείς οργανώσεις (Ανδριώτη & Ρουμελιώτη, 2007) [1]

Το Σύστημα λογαριασμών υγείας, που καλύπτει τόσο τις δημόσιες όσο και τις ιδιωτικές υγειονομικές δαπάνες, έχει εκπονηθεί και εφαρμόζεται από κοινού από τον ΟΟΣΑ, τον ΠΟΥ και την Επιτροπή. Χάρη στο σύστημα αυτό, τα εθνικά στοιχεία των κρατών μελών για τις υγειονομικές δαπάνες είναι συγκρίσιμα σε όλη την ΕΕ. Επίσης, το σύστημα δείχνει τον τρόπο διάθεσης των πόρων και αποτελεί εργαλείο παρακολούθησης των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας (Χατζηπανταζή, 2010) [12]

Η ευρωπαϊκή στρατηγική για θέματα υγείας θέτει την υγεία στο επίκεντρο όλων των κοινοτικών πολιτικών, προκειμένου να προστατεύσει καλύτερα του ευρωπαίους πολίτες και να βελτιώσει την υγεία τους. Πιο συγκεκριμένα, αφορά την αντιμετώπιση προβλημάτων όλο και πιο έντονων καθώς και σοβαρών κινδύνων για την υγεία, όπως οι πανδημίες και η βιοτρομοκρατία.

Έτσι, η στρατηγική ορίζει στόχους και προτεραιότητες, δίνοντας απάντηση στις σημαντικότερες προκλήσεις σε θέματα υγείας. Επίσης, ενισχύει την κοινοτική συνεργασία σε τομείς όπου τα κράτη μέλη δεν μπορούν να δράσουν μόνα τους, και συμβάλλει στη διάδοση γνώσεων και πληροφοριών επί του θέματος. Τέλος, υποστηρίζει την έρευνα, κυρίως μέσω των νέων τεχνολογιών, με σκοπό τη βελτίωση της πρόληψης των ασθενειών και της ασφάλειας των ασθενών(Αγραφιώτης, et al, 2009)[15]

Η δράση της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει ως στόχο την πρόληψη και την καταπολέμηση των κινδύνων που απειλούν την υγεία των ευρωπαϊών πολιτών. Περιλαμβάνει μέτρα προστασίας σε διάφορους τομείς ενίσχυσης της ασφάλειας και παρακολούθησης της υγείας. Ακριβώς όπως ο ιός HIV, οι λοιμώδεις ασθένειες βρίσκονται σε ανοδική πορεία. Επομένως, ο έλεγχος, η πρόληψη και η παρακολούθηση των μεταδοτικών ασθενειών και των πανδημιών βρίσκονται μεταξύ των στόχων προτεραιότητας.(Friis & Sellers, 2008)[17]

Η Ευρωπαϊκή Ένωση ασκεί ενεργό πολιτική ενάντια στους εξωτερικούς παράγοντες που ενδέχεται να επιδράσουν στην υγεία των ευρωπαϊών πολιτών. Έτσι, σκοπεύει να προσφέρει πρόσβαση στην περίθαλψη για όλους, υψηλό επίπεδο ποιότητας όσον αφορά την περίθαλψη και αποτελεσματικά εθνικά συστήματα υγείας.(Ζηλίδης, 1995)[13]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ ΩΣ ΑΓΑΘΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1. Ιστορική Αναδρομή και λοιπές πληροφορίες

Σύμφωνα με τον Ν.3370/2005 άρθρο 1 και 2 "Η Δημόσια Υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ως Δημόσια Υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής"(Ανδριώτη & Ρουμελιώτη, 2007)[1]

«Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της Δημόσιας Υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία.

Στην ευρύτερη έννοια της Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνονται, επίσης, ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων»(Χατζηπανταζή, 2010)[12]

Σε γενικές γραμμές, η Δημόσια Υγεία αναφέρεται στην «υγεία του πληθυσμού», και η εφαρμογή της είναι θέμα κυρίως «πολιτικής επιλογής» (Νικολαΐδης, 2008)[4]. Διαχρονικά έχουν καταγραφεί πολλοί ορισμοί για τη Δημόσια Υγεία, οι κυριότεροι εκ των οποίων παρατίθενται στη συνέχεια του κειμένου.

Το 1923, ο Winslow διατύπωσε έναν ορισμό της Δημόσιας Υγείας που ακόμα και στις μέρες μας είναι σύγχρονος: "Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να επιμηκύνεται η ζωή, να προάγεται η φυσική υγεία και η αποδοτικότητα του ανθρώπου, μέσα από την οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας για την εξυγίανση του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των λοιμωδών νόσων, την εκπαίδευση κάθε ατόμου στην ατομική υγιεινή, την οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας για την πρόωμη

διάγνωση και προληπτική θεραπεία των νόσων και την ανάπτυξη μιας «κοινωνικής μηχανής» που να εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα επίπεδο ζωής ικανό για τη διατήρηση της υγείας του"(Μπαρούτης, 2010)[3]

Το 1968, ο Mustard διατύπωσε ότι: "πρόβλημα Δημόσιας Υγείας είναι αυτό που έχει τέτοιο χαρακτήρα ή έκταση (ανικανότητα - θάνατος - αριθμός προσβαλλόμενων ατόμων), ώστε να επιλύεται μόνο με συστηματική και οργανωμένη κοινωνική δράση."(Πολυχρονίδης, 2010)[6]

Το 1998 στην Αγγλία, στο Acheson Report, επαναδιατυπώθηκε ο ορισμός ως εξής: "Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να προάγεται η υγεία και να επιμηκύνεται η ζωή, μέσα από οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας" (Σεπέτης, 2010)[8]

Το 2004, οι Bearglehole & Bonita αναφέρουν ότι: "Δημόσια Υγεία είναι η συλλογική δράση για αειφόρο ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού." Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι το αντικείμενο της Δημόσιας Υγείας συνίσταται στην ολιστική βελτίωση της υγείας του πληθυσμού(Χατζηπανταζή, 2010)[12]

Αποτελεί ένα σύνολο γνώσεων και πρακτικών, που τοποθετείται ανάμεσα στο διοικητικό μηχανισμό και την άσκηση των επαγγελματιών υγείας. Το αντικείμενό της αφορά επίσης στην κατάκτηση της γνώσης μέσω της έρευνας.

Η Δημόσια Υγεία στηρίζεται σε διάφορες επιστήμες και τεχνικές όπως η ιατρική, η επιδημιολογία και η βιο-στατιστική, η δημογραφία και οι κοινωνικές επιστήμες, οι οποίες συντελούν στο να διερευνηθεί το επίπεδο υγείας και νοσηρότητας του πληθυσμού και να παραχθούν και να αξιολογηθούν μέτρα που προτείνονται από τους ειδικούς, με σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Οι βασικές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας συνίστανται ιδίως(Χατζηπανταζή, 2010)[12]

- Στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.

- Στην προστασία και προαγωγή της υγείας, καθώς και στην πρόληψη ασθενειών.
- Στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.
- Στην προάσπιση των αναγκών υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.
- Στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων, και στην αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών.

Τέλος, οι δράσεις της Δημόσιας Υγείας επικεντρώνονται (Friis & Sellers, 2008) [17]:

- Στην εκτίμηση και αντιμετώπιση των επιπτώσεων στην υγεία από το φυσικό περιβάλλον από δραστηριότητες της κοινωνικής και παραγωγικής ζωής.
- Στους κοινωνικούς περιβαλλοντικούς και οικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας.
- Στις ανάγκες των ευπαθών πληθυσμών και στους τρόπους ζωής και τις συνθήκες που τις επηρεάζουν.
- Στην αποτελεσματική αντιμετώπιση επειγόντων ή έκτακτων καταστάσεων και γεγονότων.
- Στη διαμόρφωση πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα.
- Στη διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας.

1.2. Φορείς

Παρακάτω παρουσιάζονται οι φορείς Π.Φ.Υ.

1.2.1. Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων ιδρύθηκε το 1992, ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, με την επωνυμία «Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων

(Κ.Ε.Ε.Λ.)», αποτελώντας τον εθνικό φορέα για την πρόληψη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων, με έμφαση στο σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS), τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τις ιογενείς ηπατίτιδες(Αγραφιώτης, et al, 2009)[15].

Σταδιακά το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. επέκτεινε τη δραστηριότητά του στην αντιμετώπιση και άλλων λοιμωδών νοσημάτων (φυματίωση, νόσος των τρελών αγελάδων, νοσοκομειακές λοιμώξεις κ.λπ.), οξέων συμβάντων Δημόσιας Υγείας από βιολογικά, τοξικά και χημικά αίτια και στην επιδημιολογική επιτήρηση.

Από το 2005, το Κ.Ε.Ε.Λ. μετονομάζεται σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.) επεκτείνει τις δραστηριότητές του σε όλους τους τομείς της Δημόσιας Υγείας, συμπεριλαμβανομένων των χρόνιων μη λοιμωδών νοσημάτων, των ατυχημάτων, της περιβαλλοντικής υγιεινής κ.λπ., ενώ ενσωματώνονται σε αυτό το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.), τα Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) όπως επίσης και το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών. Επίσης, έχει την αρμοδιότητα αναγνώρισης Εργαστηρίων, Τμημάτων Α.Ε.Ι., Ε.Σ.Δ.Υ. και Μονάδων Νοσοκομείων ή άλλων φορέων του ευρύτερου δημόσιου τομέα ως Κέντρα Αναφοράς, για συγκεκριμένα θέματα Δημόσιας Υγείας. Στις αρμοδιότητες του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. συμπεριλαμβάνονται(Αγραφιώτης, et al, 2009):

- Η επιδημιολογική επιτήρηση και έλεγχος λοιμωδών νόσων.
- Η λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση του HIV/AIDS.
- Η λήψη δράσεων για την καταπολέμηση ιογενών ηπατίτιδων.
- Η αντιμετώπιση των βιολογικών και τοξικών κινδύνων.
- Η ανάπτυξη δράσεων για τη διασφάλιση της υγείας, όσον αφορά στους μετακινούμενους πληθυσμούς.
- Η αντιμετώπιση φυματίωσης και ζωοανθρωπονόσων.
- Η ανάληψη δράσεων για την επιτήρηση και πρόληψη λοιμώξεων σε χώρους παροχής υγείας.

- Σχεδιασμός και υλοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης του πληθυσμού.

1.2.2. Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας

Το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.) ιδρύθηκε το 1920. Μέχρι το 2005, λειτουργούσε υπό την άμεση ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, ως οργανική μονάδα αυτού, υπαγόμενη στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας. Από το 2005, με το 3370/2005, η αρμοδιότητά του περιήλθε στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Σκοπός του εργαστηρίου είναι(Χούκλη, 2007)[14]:

- Η βοήθεια στη διάγνωση, επισήμανση και λύση σημαντικών υγειονομικών και επιδημιολογικών προβλημάτων της χώρας, με εργαστηριακή υποστήριξη κρατικών φορέων (Δ/νσεις Δημ. Υγιεινής, Ε.Φ.Ε.Τ., ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., Νοσοκομεία, στρατιωτικές μονάδες, κ.λπ.) για μικροβιολογικούς ελέγχους ποσίμων νερών, εμφιαλωμένων νερών, νερών αναψυχής, τροφίμων, βιολογικών προϊόντων.
- Η ερευνητική δραστηριότητα για την εφαρμογή νέων μεθόδων μικροβιολογικών αναλύσεων σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.
- Η εκπαίδευση προσωπικού άλλων συναφών υπηρεσιών.
- Η συνεργασία με Εθνικά Κέντρα Αναφοράς, εργαστήρια πανεπιστημιακών σχολών, Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Γενικό Χημείο του Κράτους, κ.λπ.

Το Κ.Ε.Δ.Υ. είναι μέλος της Ελληνικής Ένωσης Εργαστηρίων και της Συμβουλευτικής Ομάδας Ευρωπαϊών Μικροβιολόγων της Ε.Ε. (EMAG) για θέματα μικροβιολογικής ποιότητας νερού. Στο πλαίσιο αυτής της αποστολής του, οι αρμοδιότητες του Κ.Ε.Δ.Υ. είναι οι ακόλουθες:

- Η άσκηση προληπτικού και κατασταλτικού υγειονομικού ελέγχου στα πόσιμα νερά, αναψυκτικά, γάλα, τρόφιμα, που πραγματοποιείται με τη μικροβιολογική εξέταση στα είδη αυτά.

- Ο μικροβιολογικός έλεγχος θαλάσσιων νερών για το χαρακτηρισμό της καταλληλότητάς τους για κολύμβηση.
- Οι μικροβιολογικές, βιολογικές και λοιπές εξετάσεις βιολογικών προϊόντων προς διαπίστωση της στειρότητάς τους, της έλλειψης τοξικότητας ή πυρετογόνου δράσης.
- Η εκτέλεση διαγνωστικών και λοιπών εξετάσεων που εξυπηρετούν στην προάσπιση της Δημόσιας Υγείας (Διαγνωστικό Κέντρο Χολέρας).
- Η εξασφάλιση της ικανότητας άμεσης και ακριβούς διαχείρισης μεγάλου αριθμού αναλύσεων σε περιπτώσεις φυσικών καταστροφών, βιοτρομοκρατίας και κάθε άλλης κατάστασης ανάγκης.
- Η συντήρηση, διακίνηση προς όλες τις υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας και διάθεση εμβολίων, ορών και συναφών βιολογικών προϊόντων που προμηθεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος του επιστημονικού έργου των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και η ανάπτυξη διατομεακής συνεργασίας και δράσης με άλλες υπηρεσίες του δημόσιου τομέα.
- Η συμμετοχή σε διυπουργικές ομάδες και επιτροπές, ομάδες εργασίας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Δίκτυο Μικροβιολογικών Εργαστηρίων Νερού κ.λπ.(Χούκλη, 2007)[14]

1.2.3. Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας

Η ίδρυση των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) προβλέπεται από το Ν. 2519/1997. Σκοπός των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας είναι(Μπαρούτης, 2010)[3]:

- Η εργαστηριακή υποστήριξη του έργου των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην περιφέρειά του.
- Ο εργαστηριακός έλεγχος της επεξεργασίας των λυμάτων.

- Ο έλεγχος της λειτουργίας κάθε δημόσιου ή ιδιωτικού εργαστηρίου της περιφέρειας, του οποίου η δραστηριότητα σχετίζεται με τη Δημόσια Υγεία.
- Η τήρηση, επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων που προκύπτουν από τους εργαστηριακούς ελέγχους που πραγματοποιούνται στην περιφέρεια.
- Η συνεργασία με το Κ.Ε.Δ.Υ., το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., τους άλλους Οργανισμούς Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και κάθε άλλο φορέα αρμόδιο για τη συλλογή, ανάλυση ή περαιτέρω διερεύνηση αντίστοιχων στοιχείων.
- Η τήρηση, επεξεργασία και αξιολόγηση των στοιχείων που προκύπτουν από τους εργαστηριακούς ελέγχους που πραγματοποιούνται στην περιφέρεια.
- Η υποβολή αναφορών και η τακτική διαβίβαση στοιχείων στις αρμόδιες ελεγκτικές αρχές ή υπηρεσίες επιδημιολογικής επιτήρησης και σε δικαστικές αρχές, όταν προκύπτουν ενδείξεις παράβασης διατάξεων για την προστασία της Δημόσιας Υγείας.

Τα Π.Ε.Δ.Υ. που προβλέπεται να ιδρυθούν είναι συνολικά 9, παρ' όλα αυτά, μόνο σε 5 από αυτά έχουν προχωρήσει οι εργασίες κατασκευής των υποδομών (Αλεξανδρούπολης, Θεσσαλονίκης, Μυτιλήνης, Ιωαννίνων και Ρόδου) και μόνο ένα από αυτά (της Θεσσαλονίκης) έχει εισέλθει σε φάση έναρξης μιας υποτυπώδους λειτουργίας. Τα υπόλοιπα 4 που έχουν κατασκευασθεί δεν διαθέτουν προσωπικό και δεν έχουν ξεκινήσει ακόμη να λειτουργούν(Μπαρούτης, 2010)[3].

1.2.4. Κέντρα Αναφοράς

Λειτουργούν περίπου 40 κέντρα αναφοράς διάφορων νόσων ή λοιμογόνων παραγόντων όπως μηνιγγίτιδα, ηπατίτιδα, λεγιονέλλα, ελονοσία, τροπικές νόσοι, γρίπη, ερυθρά κ.λπ. Τα περισσότερα κέντρα αναφοράς χρηματοδοτούνται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.(Μπαρούτης, 2010)[3]

Άλλα Εργαστήρια

Στο δίκτυο εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας συμμετέχουν και άλλα εργαστήρια που εποπτεύονται από άλλα υπουργεία, όπως:

- Το Γενικό Χημείο του Κράτους με τα περιφερειακά του παραρτήματα.
- Το κεντρικό και τα περιφερειακά κτηνιατρικά εργαστήρια.
- Τα εργαστήρια του Υπουργείου Περιβάλλοντος Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων.
- Το εργαστήριο υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας.
- Εργαστήρια ιατρικών σχολών.
- Τα εργαστήρια της Ε.Υ.Δ.Α.Π. για τον έλεγχο του πόσιμου νερού.(Μπαρούτης, 2010)

1.2.5. Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (Ι.Υ.Π.) ιδρύθηκε το 1965. Είναι Ν.Π.Ι.Δ. εποπτευόμενο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο διοικείται από διοικούσα επιτροπή, που ορίζεται από τον υπουργό.

Στο ινστιτούτο λειτουργεί επίσης και το επιστημονικό συμβούλιο, το οποίο αποτελείται από τους διευθυντές των διευθύνσεων και τομέων του. Σκοπός του Ι.Υ.Π. είναι να παρέχει εξειδικευμένο έργο πρόληψης και Δημόσιας Υγείας και να αναπτύξει ερευνητική και εκπαιδευτική δραστηριότητα στο πεδίο της υγείας του παιδιού(Σουλιώτης, et al, 2010)[7].

Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού είναι ο φορέας που υλοποιεί τα τρία εθνικά ανιχνευτικά προγράμματα κληρονομικών νοσημάτων της νεογνικής ηλικίας, για ολόκληρη τη χώρα. Ειδικότερα, η δραστηριότητά του περιλαμβάνει:

1. Εξειδικευμένο κλινικό-εργαστηριακό έργο με έμφαση στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, αντιμετώπιση και γενετική συμβουλευτική νοσημάτων με σοβαρές συνέπειες:

- Προληπτικός έλεγχος των νεογέννητων όλης της χώρας.
- Κληρονομικά μεταβολικά νοσήματα.
- Άλλες γενετικές παθήσεις.
- Διαταραχές μεταβολισμού των οστών.
- Ενδοκρινικά νοσήματα.

2. Εξειδικευμένο έργο κοινωνικής και αναπτυξιακής παιδιατρικής, ψυχικής υγείας, πρωτοβάθμιας φροντίδας, προαγωγής της υγείας και της ποιότητας ζωής του παιδιού και της οικογένειας:

- Εκτίμηση και καταγραφή του επιπέδου υγείας των παιδιών στην Ελλάδα.
- Μελέτη και υποστήριξη Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.
- Μελέτη περιβαλλοντικών και κοινωνικών επιδράσεων στη σωματική και ψυχική υγεία και στην ανάπτυξη του παιδιού.
- Αγωγή και προαγωγή υγείας του παιδιού και της οικογενειακής υγείας.
- Μελέτη και πρόληψη της κακοποίησης - παραμέλησης του παιδιού.
- Αναπτυξιακή παιδιατρική.
- Σχολική υγεία και προαγωγή υγείας στα σχολεία.
- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κοινοτική ανάπτυξη.
- Παιδική προστασία και προώθηση των δικαιωμάτων του παιδιού.(Σουλιώτης, et al, 2010)[7]

1.2.6. Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur

Η σύλληψη της ιδέας για την ίδρυση του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur (E.I.P.) ανήκει στον Dr. O. Arnaud, διευθυντή της Υγειονομικής Υπηρεσίας του Γαλλικού Στρατού το 1915. Οι προσπάθειες καρποφόρησαν το 1919, με την οικονομική συμβολή του Sir Basil Zaharoff και την επιστημονική καθοδήγηση του Dr. Edmond Sergent, ενώ το Ινστιτούτο Pasteur Παρισίων έθεσε υπό την προστασία του την προσπάθεια αυτή. Η ενεργή δραστηριότητα του ινστιτούτου άρχισε το Φεβρουάριο του 1920.

Το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur αποτελεί Ανεξάρτητο Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, το οποίο εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τη Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας, και από το Γαλλικό Ινστιτούτο Pasteur(Κυριόπουλος, et al, 2010)[16].

Το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur διοικείται από εννεαμελές διοικητικό συμβούλιο, με συμβουλευτικό όργανο το Επιστημονικό Συμβούλιο του Ινστιτούτου, πού αποτελείται από 6 μέλη. Σύμφωνα με το πρώτο καταστατικό λειτουργίας του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur, όπως αυτό καθορίστηκε με Β.Δ. της 26/4/1919, οι σκοποί του ινστιτούτου είναι οι εξής:

- Η μελέτη και καταπολέμηση των λοιμωδών και παρασιτικών νόσων.
- Η συμμετοχή στον αγώνα κατά της ελονοσίας και της φυματίωσης.
- Η παρασκευή εμβολίων και άλλων βιολογικών ή θεραπευτικών προϊόντων.
- Η διδασκαλία σε θέματα μικροβιολογίας.

Η σύγχρονη λειτουργία του ινστιτούτου βασίζεται στο Ν. 390/1976, με τον οποίο κυρώνεται η σύμβαση της 24/10/1975 μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του Γαλλικού Ινστιτούτου Pasteur. Η μελέτη λοιμωδών νόσων παραμένει ένας από τους βασικούς άξονες των ερευνητικών δραστηριοτήτων του ινστιτούτου. Ταυτόχρονα έχουν αναπτυχθεί και οι τομείς της ανοσοβιολογίας και της νευροβιολογίας, όπου υπάρχει σημαντική συμβολή στην κατανόηση της παθογένειας και της θεραπευτικής αντιμετώπισης αυτοάνοσων ή νευροεκφυλιστικών νοσημάτων. Βασική επιδίωξη για το ινστιτούτο αποτελεί η αξιοποίηση των ευρημάτων της βασικής έρευνας προς την

ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων, εμβολίων νέας γενιάς και αξιόπιστων διαγνωστικών μεθόδων(Κυριόπουλος, et al, 2010)[16].

Παράλληλα, το ινστιτούτο προσφέρει μια ευρεία κλίμακα υπηρεσιών, μέσω των Εθνικών Κέντρων Αναφοράς, του Τμήματος Διάγνωσης, της Μονάδας Εμβολίων, του Εργαστηρίου Ποιοτικού Ελέγχου, καθώς και εκπαιδευτικές δραστηριότητες και συμβάλλει σημαντικά στην προώθηση της Δημόσιας Υγείας και στη διάδοση της επιστημονικής γνώσης στον τομέα της βιοϊατρικής.

1.2.7. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.)

Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών (Υ.Σ.Α.) ιδρύθηκε το 1929 με το νόμο 4069, με στόχο τη μετεκπαίδευση επιστημόνων, ικανών να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα της Δημόσιας Υγείας. Η διεύθυνση της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών ανατέθηκε στο διαπρεπή Άγγλο Υγεινολόγο Norman White, ο οποίος εκπροσωπούσε την Ελλάδα στην Κοινωνία των Εθνών και αποχώρησε από την Ελλάδα το 1934.

Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών, με το Νόμο Ν. 2194/1994, άρθ. 3 που συμπληρώθηκε με τις διατάξεις του Ν. 2517/1997 και του Ν. 2920/2001 (ΦΕΚ 131 τεύχος Α΄) μετονομάζεται σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.), αποτελεί εκπαιδευτικό και ερευνητικό ίδρυμα με τη μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου, με πλήρη διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Οι τίτλοι σπουδών που απονέμει αποτελούν μεταπτυχιακούς τίτλους ειδίκευσης διάρκειας ενός έτους στη Δημόσια Υγεία και στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας(Κυριόπουλος, et al, 2010)[16]

Επιπλέον, η σχολή υλοποιεί για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δύο ακόμη εκπαιδευτικά προγράμματα και συγκεκριμένα:

- α) ειδικό πρόγραμμα θεωρητικής κατάρτισης διάρκειας 1 έτους στην ειδικότητα της Ιατρικής της Εργασίας και
- β) ειδικό πρόγραμμα Επιδημιολογίας, Στατιστικής και Μεθοδολογίας Έρευνας διάρκειας 1 έτους για την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής.

Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας με τη σημερινή οργανωτική της δομή και τα γνωστικά αντικείμενα των τομέων της, έχει ως αποστολή να ανταποκριθεί εκπαιδευτικά και ερευνητικά στα σύγχρονα προβλήματα που αντιμετωπίζει η Δημόσια Υγεία. Σκοπός της είναι:

- Η μεταπτυχιακή εκπαίδευση και μετεκπαίδευση αποφοίτων Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι.
- Η επιστημονική έρευνα.
- Η παροχή υπηρεσιών σχετικά με τη Δημόσια Υγεία, την προαγωγή υγείας, τη διοίκηση υπηρεσιών υγείας και την κοινωνική πολιτική.

Κύριο διοικητικό όργανο της Σχολής είναι το Συμβούλιο των Καθηγητών, πρόεδρος του οποίου είναι ο Κοσμήτορας της Σχολής. Από το 1985 η Ε.Σ.Δ.Υ. διαθέτει Ειδικό Λογαριασμό Κονδυλίων Έρευνας, μέσω του οποίου υλοποιεί μια σειρά ερευνητικών προγραμμάτων, μελετών και εφαρμοσμένων προγραμμάτων στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας.

Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας έχει διαδραματίσει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στη Δημόσια Υγεία στη χώρα μας. Η δραστηριότητά της είναι ταυτόχρονα εκπαιδευτική, ερευνητική και συμβουλευτική. Είναι η μοναδική σχολή Δημόσιας Υγείας της χώρας και αντιπροσωπεύει τη σημαντικότερη «δεξαμενή» ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της Δημόσιας Υγείας(Σεπέτης, 2010)[8].

1.2.8. Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.)

Ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.) ιδρύθηκε με το Ν. 2741/1999. Είναι Ν.Π.Δ.Δ. που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Ανάπτυξης. Ο Ε.Φ.Ε.Τ. αποτελεί τον κύριο φορέα ελέγχου τροφίμων στον Ελλαδικό χώρο. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, η αποστολή του Ε.Φ.Ε.Τ. είναι(Σουλιώτης, et al. 2010):

- Η προστασία του καταναλωτή με τη διασφάλιση της εισαγωγής, της παραγωγής και της διακίνησης υγιεινών τροφίμων.

- Η πιστοποίηση της ποιότητας και η ποιοτική αναβάθμιση των τροφίμων. Η αποτροπή φαινομένων νοθείας, καθώς και η μέριμνα για την αποτροπή της παραπλάνησης και η προστασία των οικονομικών συμφερόντων του καταναλωτή.

Στη συνέχεια, με την ενσωμάτωση στην Ελληνική Νομοθεσία της οδηγίας 93/43/Ε.Ο.Κ. σχετικά με την υγιεινή των τροφίμων, [Κ.Υ.Α. 487 «Υγιεινή των τροφίμων σε συμμόρφωση με την Οδηγία 93/43/ΕΚ του Συμβουλίου» (ΦΕΚ 1219/Β/04.10.00)], ορίστηκε ο Ε.Φ.Ε.Τ. ως ο επίσημος οργανισμός ο οποίος θα ελέγχει τη σωστή ανάπτυξη, εφαρμογή και τήρηση των συστημάτων διασφάλισης υγιεινής των τροφίμων (H.A.C.C.P.), υποχρεωτικών σε όλες τις επιχειρήσεις που ασχολούνται με τον τομέα των τροφίμων.

Επιπλέον, με την Κ.Υ.Α. 588/2000 (ΦΕΚ 1375/2000), συγκροτήθηκε στον Ε.Φ.Ε.Τ. Επιστημονική Επιτροπή για τη διαμόρφωση και παρακολούθηση προγράμματος ελέγχου και παρουσίας Γενετικά Τροποποιημένων Οργανισμών (Γ.Τ.Ο.) στα διάφορα τρόφιμα και συστατικά τροφίμων. Η αποστολή του Ε.Φ.Ε.Τ. σε ότι αφορά στην προστασία του καταναλωτή, στην πιστοποίηση της ποιότητας και στην αποτροπή φαινομένων νοθείας και παραπλάνησης του καταναλωτή περιλαμβάνει τα ακόλουθα(Ξηρουχάκη, 2000) [5]:

- Τη διεξαγωγή συστηματικών επιθεωρήσεων σε επιχειρήσεις τροφίμων για τον έλεγχο της τήρησης των κανόνων Ορθής Υγιεινής Πρακτικής και Ορθής Βιομηχανικής Πρακτικής, καθώς και των συστημάτων διασφάλισης υγιεινής των τροφίμων (H.A.C.C.P.).
- Το συστηματικό έλεγχο των τροφίμων κατά τη διακίνηση, εμπορία και διάθεσή τους.
- Την παροχή τεχνικής βοήθειας προς τους παραγωγικούς κλάδους, μέσω της έκδοσης οδηγιών υγιεινής και σεμιναρίων.
- Την αντιμετώπιση των διάφορων διατροφικών κρίσεων.
- Τη διαμόρφωση ελληνικών θέσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.

- Την εισήγηση για τη διαμόρφωση εθνικής νομοθεσίας σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την επικοινωνία με τον καταναλωτή με σκοπό την πληροφόρησή του και την εκπαίδευσή του σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την προστασία του καταναλωτή από παραπλανητικές εμπορικές πρακτικές ή από τη νόθευση τροφίμων.
- Το συντονισμό των νομαρχιακών υπηρεσιών που ασκούν έλεγχο σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την εγκατάσταση περισσότερο αποτελεσματικών συστημάτων αξιολόγησης, παρακολούθησης και διαχείρισης διατροφικών κινδύνων.

Οι έλεγχοι του Ε.Φ.Ε.Τ. περιλαμβάνουν(Τσαλίκης, et al, 2000)[11]:

- Ελέγχους που αφορούν στα οργανοληπτικά χαρακτηριστικά.
- Ελέγχους που αφορούν στα συστατικά και στις πρόσθετες ουσίες.
- Ελέγχους των σημάτων καταλληλότητας.
- Ελέγχους που αφορούν στις μικροβιολογικές προδιαγραφές.
- Ελέγχους που αφορούν στην παρουσία χημικών και φυσικών ρυπαντών και ραδιενέργειας.
- Ελέγχους που αφορούν στην ποιότητα ή/και νοθεία.
- Ελέγχους που αφορούν στη σωστή επισήμανση.
- Ελέγχους που αφορούν στην παραπλανητική διαφήμιση, παρουσίαση.
- Ελέγχους υλικών που έρχονται σε επαφή με τα τρόφιμα.

1.2.9. Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

Το Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών ιδρύθηκε το 1996, με το Π.Δ. 372/1996, με σκοπό τη διασύνδεση της βασικής με την εφαρμοσμένη βιοϊατρική έρευνα, στο πλαίσιο των σύγχρονων ευρωπαϊκών αντιλήψεων. Είναι διαρθρωμένο σε 8 μείζονα ερευνητικά κέντρα βασικής και κλινικής έρευνας, τα οποία από διετίας αναπτύσσουν σημαντική ερευνητική δραστηριότητα. Η δραστηριότητα του Ιδρύματος Ιατροβιολογικών Ερευνών στη Δημόσια Υγεία αναπτύσσεται γύρω από τους εξής ερευνητικούς τομείς(Ανδριώτη & Ρουmeliώτη, 2007) [1]:

1. Κέντρο Προληπτικής Ιατρικής, Νευροεπιστημών και Κοινωνικής Ψυχιατρικής. Το κέντρο ασχολείται ερευνητικά με τον τομέα της Προληπτικής Ιατρικής, αποτυπώνει τα προβλήματα Δημόσιας Υγείας και εφαρμόζει μέτρα προστασίας και προαγωγής της υγείας.
2. Κέντρο Περιβαλλοντικής Υγείας. Το κέντρο έχει αντικείμενο τη μελέτη των στοιχείων και καταστάσεων που δημιουργούν περιβαλλοντική ρύπανση και μόλυνση και τη μελέτη των προβλημάτων Δημόσιας Υγείας από αυτήν.
3. Κέντρο Κλινικής Έρευνας. Το Κέντρο Κλινικής Έρευνας έχει ως αντικείμενο τη διερεύνηση της παθοφυσιολογίας των νοσημάτων και την αξιολόγηση των θεραπευτικών μεθόδων. Το κέντρο αναπτύσσει ερευνητική δραστηριότητα στην πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση των παθήσεων του καρδιαγγειακού, των παθήσεων του αναπνευστικού, των νεοπλασιών και των μεταβολικών νοσημάτων.
4. Βασική Έρευνα Σχετιζόμενη με Συχνά Νοσήματα. Πέραν της αμιγούς κλινικής έρευνας, το ίδρυμα αναπτύσσει δραστηριότητα στο επίπεδο της βασικής έρευνας για νοσήματα σημαντικά για τη Δημόσια Υγεία, όπως η νόσος του Parkinson, το Alzheimer κ.λπ.
5. Τράπεζες Βιολογικών Υλικών. Το ίδρυμα διατηρεί: (α) τη Δημόσια Τράπεζα Αρχέγονων Αιμοποιητικών Κυττάρων και (β) την Εθνική Τράπεζα Βιολογικού Υλικού για τη διερεύνηση των σημαντικότερων νοσημάτων.

Το Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών μολονότι άρχισε να λειτουργεί σε πλήρη ανάπτυξη πρόσφατα, έχει ήδη να επιδείξει ένα αξιόλογο ερευνητικό έργο(Νικολαΐδης, 2008)[4].

1.2.10. Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος»

Το Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος» (Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. «Δημόκριτος») ιδρύθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 50, ως αποκεντρωμένη δημόσια υπηρεσία και αρχικά ονομάστηκε Πυρηνικό Ερευνητικό Κέντρο «Δημόκριτος».

Ο αρχικός σκοπός του νεοϊδρυθέντος κέντρου ήταν η χρησιμοποίηση των πλεονεκτημάτων της πυρηνικής ενέργειας για ειρηνικούς σκοπούς. Το 1985, το κέντρο μετονομάστηκε σε Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος» (Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. «Δ») και έγινε αυτοδιοικούμενο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), υπό την εποπτεία της Γενικής Γραμματείας Έρευνας και Τεχνολογίας του Υπουργείου Ανάπτυξης(Σεπέτης, 2010)[8].

Οι επιστημονικές δραστηριότητες του κέντρου υλοποιούνται μέσω οκτώ διοικητικά αυτόνομων ινστιτούτων, τα οποία είναι(Πολυχρονίδης, 2010)[6]:

- Το Ινστιτούτο Πυρηνικής Φυσικής (Ι.Π.Φ.).
- Το Ινστιτούτο Πυρηνικής Τεχνολογίας και Ακτινοπροστασίας (Ι.Π.Τ.Α.).
- Το Ινστιτούτο Επιστήμης Υλικών (Ι.Ε.Υ.).
- Το Ινστιτούτο Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών (Ι.Π.Τ.).
- Το Ινστιτούτο Μικροηλεκτρονικής (Ι.ΜΕΛ.).
- Το Ινστιτούτο Φυσικοχημείας (Ι.ΦΧ.).
- Το Ινστιτούτο Βιολογίας (Ι.Β.).
- Το Ινστιτούτο Ραδιοϊσοτόπων και Ραδιοδιαγνωστικών Προϊόντων (Ι.Ρ.Ρ.Π.).

Οι δραστηριότητες των ινστιτούτων αυτών αφορούν τομείς όπως: νανοτεχνολογία, μικροσυστήματα, ολοκληρωμένα συστήματα τηλεπικοινωνιών και πληροφορικής, έλεγχος περιβαλλοντικών ρύπων, πυρηνική τεχνολογία και ακτινοπροστασία, τεχνολογίες επιταχυντικών συστημάτων και ανιχνευτικών διατάξεων, παρασκευή και χαρακτηρισμός καινοτόμων υλικών, βιοδραστικά μόρια, φυσικά προϊόντα και βιοτεχνολογία, τεχνολογίες φαρμάκων.

Από το σύνολο των προαναφερθέντων δραστηριοτήτων, αυτές που έχουν άμεση σχέση με τη Δημόσια Υγεία είναι οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την εφαρμογή των εθνικών και διεθνών κανονισμών ακτινοπροστασίας. Ο «Δημόκριτος» είναι ο μοναδικός και αποκλειστικός φορέας που είναι εξουσιοδοτημένος για την επιστημονική και τεχνική υποστήριξη της τήρησης των κανονισμών ακτινοπροστασίας σε όλη τη χώρα. Οι δραστηριότητες αυτές αναφέρονται στους παρακάτω τομείς(Πολυχρονίδης, 2010)[6]:

- Τήρηση κανονισμών ακτινοπροστασίας των ιατρικών και οδοντιατρικών ακτινολογικών εργαστηρίων και εργαστηρίων ραδιοϊσοτόπων.
- Έλεγχος ραδιοφαρμάκων και ραδιοανοσοαντιδραστηρίων.
- Έλεγχος ραδιενεργών ρύπων στο περιβάλλον και στα τρόφιμα.
- Έλεγχος ασφάλειας και καλής λειτουργίας εγκαταστάσεων.

1.2.11. Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.) ιδρύθηκε με το Νόμο 2161/1993 και η λειτουργία του ξεκίνησε το 1995. Είναι ένα Αυτοδιοικούμενο Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει ως κύριους σκοπούς(Πολυχρονίδης, 2010)[6]:

- Το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.

- Τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού.
- Την ίδρυση και αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Δηλαδή, η αποστολή του Ο.ΚΑ.ΝΑ. είναι διττή: αφενός ως εθνικός συντονιστικός φορέας και αφετέρου ως φορέας ανάπτυξης υπηρεσιών και προγραμμάτων πρόληψης, θεραπείας και επανένταξης.

Σε ότι αφορά στην πρώτη του αποστολή, ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. συνεργάζεται με φορείς της χώρας (συναρμόδια υπουργεία, θεραπευτικά προγράμματα, τοπική αυτοδιοίκηση, πανεπιστημιακά ιδρύματα, κ.ά.) καθώς και με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς (Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας EMCDDA, Ομάδα Ρομπρίδου του Συμβουλίου της Ευρώπης, Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, κ.ά.), ενώ για τη μελέτη του προβλήματος των ναρκωτικών σε εθνικό επίπεδο, συνεργάζεται στενά με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία(Σεπέτης, 2010)[8].

Στον τομέα της πρόληψης ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., σε συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση, έχει αναπτύξει ένα εκτεταμένο δίκτυο Κέντρων Πρόληψης σε όλη την Ελλάδα, ενώ παράλληλα, αναπτύσσει ποικίλα προγράμματα θεραπείας και κοινωνικής επανένταξης που καλύπτουν τις διαφορετικές ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων.

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει αναπτύξει ένα δίκτυο υπηρεσιών, το οποίο διευρύνεται συνεχώς, ώστε να καλυφθούν κατά το δυνατόν οι πολύπλευρες ανάγκες σε θέματα πρόληψης, θεραπείας, κοινωνικής και επαγγελματικής ενσωμάτωσης και μείωσης της βλάβης. Το δίκτυο υπηρεσιών του Ο.ΚΑ.ΝΑ. περιλαμβάνει υπηρεσίες, προγράμματα και δράσεις στους τομείς: πρόληψης, θεραπείας, κοινωνικής επανένταξης, άμεσης πρόσβασης και υποστηρικτικές υπηρεσίες(Λιαρόπουλος, 2007)[2]

1.2.12. Ελληνικό Κέντρο Ελέγχου Βιολογικών Υλικών (Ε.Κ.Ε.Β.ΥΛ.)

Το Ερευνητικό Κέντρο Ελέγχου Βιολογικών Υλικών (Ε.Κ.Ε.Β.ΥΛ. Α.Ε.) ιδρύθηκε το 1988. Είναι Ανώνυμη Εταιρία που σε ποσοστό 88% ανήκει στον Ε.Ο.Φ. και 12% στον Ε.Ο.Μ.ΜΕ.Χ., και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το Ε.Κ.Ε.Β.ΥΛ. δραστηριοποιείται στη διενέργεια των εργαστηριακών δοκιμών και ελέγχων σε ιατροτεχνολογικά προϊόντα, για λογαριασμό του Ε.Ο.Φ., με βάση ευρωπαϊκά και διεθνή πρότυπα, ενώ από το 1998 το κέντρο πιστοποιεί ιατροτεχνολογικά προϊόντα και χορηγεί τη σήμανση CE. Το Ε.Κ.Ε.Β.ΥΛ. έχει διαπιστευτεί από το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (Ε.Σ.Υ.Δ.), ως προς το πρότυπο EN 45012, για την πιστοποίηση Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας Εταιριών, με Πεδίο Εφαρμογής και τον Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας, και ως προς το πρότυπο EN 45011, για τη πιστοποίηση ιατροτεχνολογικών προϊόντων (Λιαρόπουλος, 2007)[2]

Το Ε.Κ.Ε.Β.ΥΛ. δραστηριοποιείται στο χώρο της υγείας και εστιάζει στην ιατρική τεχνολογία. Λειτουργεί ως (Σαπουνάκη – Δρακάκη, 2005)[9]:

- Οργανισμός Πιστοποίησης. Πιστοποιεί φορείς (εταιρίες και οργανισμούς) ως προς τα πρότυπα EN ISO 9001/2000, EN ISO 13485, ΥΑ 2480.
- Κοινοποιημένος Οργανισμός. Πιστοποιεί ιατροτεχνολογικά προϊόντα (σήμανση CE Mark).
- Εργαστήριο Ελέγχου και Δοκιμών. Εφαρμόζοντας εναρμονισμένα πρότυπα ελέγχει προϊόντα ως προς τη συμμόρφωσή τους.
- Ερευνητικό Κέντρο. Εκπονεί Εθνικά και Ευρωπαϊκά έργα Έρευνας και Ανάπτυξης.
- Κέντρο Παροχής Εκπαίδευσης. Διοργανώνει εκπαιδευτικές διαδικασίες με αποδέκτες κυρίως νοσοκομεία.

Από τις δραστηριότητες αυτές, εκείνες που σχετίζονται κατά κύριο λόγο με τη Δημόσια Υγεία είναι ο Ποιοτικός Έλεγχος Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων. Το Ε.Κ.Ε.Β.ΥΛ. διαθέτει σύγχρονα εργαστήρια ποιοτικού ελέγχου ιατροτεχνολογικών

προϊόντων στα οποία διεξάγονται εργαστηριακοί έλεγχοι με βάση ευρωπαϊκά και διεθνή πρότυπα (EN, EurPh, ISO κ.ά.).

1.2.13. Εθνικό Κέντρο Διαβήτη (Ε.ΚΕ.ΔΙ.)

Το «Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του» (Ε.ΚΕ.ΔΙ.) είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, το οποίο ιδρύθηκε το 1993. Το Ε.ΚΕ.ΔΙ. είναι εποπτευόμενο και επιχορηγούμενο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης(Σαπουνάκη – Δρακάκη, 2005)[9].

Το Ε.ΚΕ.ΔΙ. επιδιώκει, σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) και τη Διεθνή Ομοσπονδία για το Διαβήτη (IDF), να συμβάλλει στην αντιμετώπιση της νόσου και να δώσει ώθηση στην επιστημονική γνώση γύρω από αυτή.

Όπως ορίζεται στο καταστατικό του, το Ε.ΚΕ.ΔΙ. έχει ως σκοπό τη συστηματική αντιμετώπιση και παρακολούθηση, το συντονισμό και την υποβοήθηση των ενεργειών για την έρευνα, την πρόληψη και τη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη και των επιπλοκών του. Στο πλαίσιο αυτό, η αποστολή του κέντρου αναφέρεται στα εξής(Αγραφιώτης, et al, 2009)[15]:

- Στην υποστήριξη και στο συντονισμό της παροχής πρωτοβάθμιων και νοσοκομειακών υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης και νοσηλείας στους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη.
- Στην υποβοήθηση και στο συντονισμό των Εξωτερικών Διαβητολογικών Ιατρείων και Διαβητολογικών Κέντρων που λειτουργούν σε όλη τη χώρα.
- Στην παρακολούθηση της πορείας των επιπλοκών της νόσου, καθώς και στην αξιολόγηση των επιδημιολογικών στοιχείων.
- Στη διεξαγωγή και συντονισμό ερευνητικών προγραμμάτων στο πεδίο του σακχαρώδη διαβήτη.

- Στην υποβολή εισηγήσεων στο Υπουργείο Υγείας για ερευνητικά προγράμματα και διαμόρφωση πολιτικών με σκοπό την αντιμετώπιση του διαβήτη.
- Στην παροχή ενημέρωσης στους γιατρούς και στο νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, σε θέματα γύρω από το σακχαρώδη διαβήτη και τη διαφώτιση του κοινού με στόχο την καλύτερη πρόληψη της νόσου.
- Στη συνεργασία με τις κρατικές υπηρεσίες, ερευνητικά ιδρύματα, διεθνείς οργανισμούς και επιστημονικές εταιρίες, που έχουν δραστηριότητες συναφείς προς τους σκοπούς του κέντρου.
- Στην οργάνωση συνεδρίων, διαλέξεων, ανακοινώσεων καθώς και κάθε είδους επιστημονικής και ερευνητικής δραστηριότητας σχετικής με το αντικείμενο του.
- Στην ίδρυση και λειτουργία Πρότυπου Εργαστηρίου Μοριακής Βιολογίας με ερευνητικό αντικείμενο σχετικό με το διαβήτη.
- Στη χορηγία υποτροφιών για τη μετεκπαίδευση σε ερευνητικά κέντρα του εσωτερικού ή εξωτερικού.
- Στην έκδοση βιβλίων ή περιοδικών εκδόσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Ορισμός και περιεχόμενα της Π.Φ.Υ.

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ΠΦΥ, ορίζεται το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας, που εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο, στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Το σύστημα αυτό αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας όλων των πολιτών, με την παροχή πιστοποιημένων ιατρικών υπηρεσιών, εξετάσεων και φαρμάκων και την υιοθέτηση και εφαρμογή κοινών κανόνων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης για τη δημόσια υγεία.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει:

- (α) τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση βλαβών της υγείας που δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο,
- (β) τη διεξαγωγή ιατρικών και οδοντιατρικών πράξεων και εξετάσεων και τη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής σύμφωνα με τα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων του άρθρου 3 του παρόντος,
- (γ) τη φροντίδα και παρακολούθηση των ασθενών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο,
- (δ) τις υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας και φροντίδας στο σπίτι,
- (ε) τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας,
- (στ) την επείγουσα προνοσοκομειακή παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω ιδίως της μεταφοράς ασθενών από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.) ή άλλους

πιστοποιημένους για τον σκοπό αυτό, από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Οργανισμούς,

(ζ) την παροχή υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής, σύμφωνα με την πολιτική Δημόσιας Υγείας και τα Εθνικά Σχέδια Δράσης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στον πρωτογενή και τον δευτερογενή τομέα. Οι υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής εστιάζουν ιδίως στα κρίσιμα προβλήματα των επιδημιών και των παραγόντων κινδύνου της υγείας, όπως είναι η παχυσαρκία, η χρήση αλκοόλ, εξαρτησιογόνων ουσιών και καπνού από ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού. Υλοποιούνται και με την ιατρική της εργασίας, την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας, την ενημέρωση σε θέματα κοινωνικού προγραμματισμού και κοινωνικής φροντίδας, καθώς και κάθε άλλη δράση που συνδέεται με μέτρα πρόληψης στο πλαίσιο της Εθνικής Πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία,

(η) την παροχή εξ αποστάσεως ιατρικών συμβουλών και υπηρεσιών με τη χρήση προηγμένων τεχνολογιών και υποδομών, ιδίως μέσω ειδικού συστήματος τηλεϊατρικής και της ανοικτής γραμμής επικοινωνίας,

(θ) την παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας,

(ι) τον σχεδιασμό και την υλοποίηση παρεμβάσεων για τη βελτίωση της συνολικής υγείας των τοπικών κοινωνιών,

(ια) τη μέριμνα και την παροχή ιατρικών υπηρεσιών, ορισμένων ειδικοτήτων, για την αντιμετώπιση χρόνιων προβλημάτων υγείας, που εμφανίζονται σε τοπικό επίπεδο και

(ιβ) την παροχή υπηρεσιών οικογενειακού προγραμματισμού.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς που εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υπό τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται από τον αντίστοιχο νόμο.

2.2. Μελέτη ικανοποίησης πολιτών σχετικά με την Π.Φ.Υ.

Επιπλέον κάλυψη για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη αναζητούν στην ιδιωτική ασφάλιση δύο στους πέντε Έλληνες, είτε πρόκειται για πλήρες «πακέτο» υπηρεσιών είτε για περιορισμένες παροχές (π.χ. τσεκ απ). Τα τελευταία δύο χρόνια, το ποσοστό των Ελλήνων που επιλέγει ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει αυξηθεί κατά 60% και συγκεκριμένα από 23,8% που ήταν το 2012 έφτασε το 2014 σε 38,7%. Άλλωστε, τρεις στους πέντε πολίτες δηλώνουν καθόλου ή λίγο ικανοποιημένοι από τον ΕΟΠΥΥ, στάση που μπορεί να αποδοθεί εν μέρει και στο ότι, ανεξάρτητα από την ασφαλιστική τους κάλυψη, το τελευταίο εξάμηνο πλήρωσαν από τη τσέπη τους κατά μέσον όρο 265,15 ευρώ για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας.

Ειδικότερα, ένας στους δύο συμμετέχοντες στην έρευνα (50,2%) δηλώνει ότι έχει χρόνιο πρόβλημα υγείας. Από αυτούς το 93,7% καλύπτεται για υγειονομική περίθαλψη από κάποιον φορέα κοινωνικής ασφάλισης.

Στην ερώτηση, «καλύπτεσθε εσείς προσωπικά, από κάποια ιδιωτική ασφάλεια ως προς τη νοσοκομειακή και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη;», το 21,8% δήλωσε ότι έχει μερική κάλυψη με κάποιες παροχές και το 16,9% ότι έχει πλήρη κάλυψη.

Τα ποσοστά αυτά είναι σαφώς αυξημένα σε σχέση με το 2012, όταν σε αντίστοιχη πανελλαδική έρευνα, μερική κάλυψη από ιδιωτική ασφάλεια δήλωνε το 8,9% και πλήρη κάλυψη το 14,9%.

Το τελευταίο εξάμηνο οι συμμετέχοντες στην έρευνα επισκέφθηκαν κατά μέσον όρο 3,26 φορές κάποιον γιατρό, με σειρά «προτίμησης», ιδιώτη συμβεβλημένο γιατρό, ιδιώτη μη συμβεβλημένο γιατρό και γιατρό μονάδας υγείας ΕΟΠΥΥ/ΠΕΔΥ. Το 70,8% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι έκανε το τελευταίο εξάμηνο εργαστηριακές εξετάσεις. Οι περισσότεροι (δύο στους τρεις) έκαναν τις εξετάσεις σε ιδιωτικό διαγνωστικό κέντρο με παραπεμπτικό γιατρού του Ταμείου τους και το 20% σε διαγνωστικό και πλήρωσαν οι ίδιοι ή η ιδιωτική ασφάλεια.

Ανεξάρτητα από την ασφαλιστική τους κάλυψη, οι συμμετέχοντες το τελευταίο εξάμηνο πλήρωσαν από τη τσέπη τους κατά μέσον όρο 265,15 ευρώ για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η μεγαλύτερη ιδιωτική δαπάνη αφορά στα φάρμακα, για τα οποία

πλήρωσαν 103,35 ευρώ κατά μέσον όρο. Ακολουθούν οι επισκέψεις σε γιατρούς –εκτός οδοντιάτρων– που κόστισαν στους συμμετέχοντες κατά μέσον όρο 74,77 ευρώ, οι εργαστηριακές εξετάσεις (61,68 ευρώ) και οι ιατρικές συσκ-ε-υές/υγειονομικό υλικό (25,35 ευρώ). Ένας στους δύο δήλωσε ότι την τελευταία τριετία έχει αυξηθεί η συμμετοχή του για την αγορά φαρμάκων και μόλις το 15,3% ότι έχει μειωθεί. Αύξηση της ιδιωτικής του δαπάνης για εργαστηριακές εξετάσεις παρατήρησε το ίδιο διάστημα το 36,9% των συμμετεχόντων στην έρευνα και για επισκέψεις σε γιατρούς το 35,5%. Τέσσερις στους δέκα έχουν μειώσει τη χρήση των υπηρεσιών υγείας για πρωτοβάθμια περίθαλψη σε σχέση με την περίοδο πριν από τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ και του ΠΕΔΥ, κυρίως λόγω του μεγάλου χρόνου αναμονής για να βρουν γιατρό.

Αρνητική γνώμη για τις ασκούμενες πολιτικές των τελευταίων πέντε ετών στην Υγεία έχουν δύο στους τρεις ερωτηθέντες (63,7% έναντι του 21% που έχει θετική γνώμη). Το 44% αξιολογεί αρνητικά την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ, έναντι 21,4% θετικών γνώμών και το 64% είναι καθόλου ή λίγο ικανοποιημένο από τον Οργανισμό. Αντίστοιχα, αρνητική θεωρεί το 41,4% την ίδρυση και λειτουργία του ΠΕΔΥ.

Η έρευνα διενεργήθηκε σε δείγμα 1.285 ατόμων το διάστημα από 8 έως 12 Σεπτεμβρίου 2014 από την ΚΑΠΑ Research, υπό την επιστημονική επιμέλεια του Τομέα Οικονομικών της Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας (Γ. Κυριόπουλος, Δ. Ζάβρας, Ελευθ. Καραμπλή, Βασιλική Τσιάντου) για λογαριασμό του Ελληνοαμερικανικού Επιμελητηρίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΥΡΩΠΑΪΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Σύγκριση συστημάτων υγείας ευρωπαϊκών χωρών

Σύμφωνα με μελέτη των Αρχείων Ελληνικής Ιατρικής, στην Ε.Ε. διακρίνονται τέσσερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των Συστημάτων Υγείας. Πρόκειται για -το αγγλοσαξονικό μοντέλο -το ηπειρωτικό (κεντρικοευρωπαϊκό) πρότυπο -το σκανδιναβικό μοντέλο -τα συστήματα νοτιοευρωπαϊκού τύπου. Το τελευταίο, το γνωρίζουμε πολύ καλά: Πρόκειται για προσέγγιση με βάση το αγγλοσαξονικό σύστημα, αλλά με ανοργάνωτη διαχείριση πόρων που καταλήγει σε αναποτελεσματική περίθαλψη για τα περισσότερα νοτιοευρωπαϊκά κράτη, όπως το δικό μας. Παρακάτω, συγκεντρώνουμε τα χαρακτηριστικά του καθενός από τα υπόλοιπα συστήματα και ενδεικτικά τις παροχές ανά κράτος(Farmer, et al, 2010)[18]

3.1.1. Το αγγλοσαξονικό σύστημα υγείας

Το αγγλοσαξονικό σύστημα αναπτύχθηκε αρχικά στην Αγγλία, με πρωτεργάτη τον Sir William Beveridge και εστιάζει στην διασφάλιση ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας από κάθε κοινωνικό αλλά και κάθε γεωγραφικό κομμάτι της χώρας. Το «καμάρι» της Αγγλίας είναι το National Healthcare System, το περίφημο δημόσιο NHS που αποτέλεσε μέχρι και βασικό«νούμερο» στην τελετή έναρξης της Ολυμπιάδας του Λονδίνου. Στο NHS έχουν πρόσβαση όλοι οι μόνιμοι κάτοικοι Αγγλίας. Δημόσια ή Ιδιωτική Υγεία: Στο NHS προστρέχει το 92% του πληθυσμού, ενώ το 8% που κατέχει η ιδιωτική υγεία αποτελεί στις περισσότερες περιπτώσεις «συμπλήρωμα» του πρώτου. Νοσοκομειακή περίθαλψη: Δωρεάν. Η διαδικασία έχει ως εξής: Κάθε κάτοικος διαλέγει έναν GP (γιατρό γενικής Ιατρικής – general practitioner) στην περιοχή του, «εγγράφεται» σε αυτόν, και όποτε συντρέχει θέμα υγείας κλείνει ραντεβού με εκείνον – η επίσκεψη είναι δωρεάν, και εκείνος αντίστοιχα αν χρειαστεί τον παραπέμπει σε άλλη ειδικότητα, που θα τον δει επίσης δωρεάν, λαμβάνοντας όλο το ιστορικό του από τον GP. Η επίσκεψη σε ιδιωτικά κέντρα περίθαλψης στοιχίζει αρκετά ακριβά, αλλά σε αρκετές περιπτώσεις το NHS καλύπτει μέρος των εξόδων.

Φαρμακευτική περίθαλψη: Η συνταγή (και τα φάρμακά της από τα συμβεβλημένα φαρμακεία) στοιχίζει περίπου 8 λίρες (ανεξαρτήτως ποσότητας και είδος φαρμάκου). Υπάρχει επίσης η δυνατότητα λήψης τριμηνιαίου ή ετήσιου δελτίου συνταγογράφησης με 29,10 και 104 λίρες αντίστοιχα. Οι άνω των 60 και κάτω των 16, καθώς και ειδικές κατηγορίες ασθενών λαμβάνουν φάρμακα δωρεάν(Friis & Sellers, 2008)[17]

3.1.2. Το ηπειρωτικό (κεντρικοευρωπαϊκό) πρότυπο

Το ηπειρωτικό μοντέλο «χτίστηκε» από τον Βίσμαρκ στη Γερμανία το 1883 και υιοθετήθηκε από τις περισσότερες χώρες της κεντρικής Ευρώπης. Η κύρια αρχή του είναι ένα ασφαλιστικό σύστημα που βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Παρακάτω, αναφέρουμε τα χαρακτηριστικά και τις παροχές υγείας στην Γερμανία. Δημόσια ή Ιδιωτική Υγεία: Στην Γερμανία, κάθε εργαζόμενος είναι υποχρεωμένος από τον νόμο να εγγραφεί σε κάποιο ασφαλιστικό ταμείο. Τα ασφαλιστικά ταμεία του Δημοσίου Συστήματος Υγείας είναι ιδιωτικά αλλά «συμβεβλημένα» με το κράτος. Αυτό σημαίνει ότι: Όσοι έχουν εισόδημα κάτω των 49.500€, πρέπει να διαλέξουν ένα από αυτά τα «ταμεία ασθενείας» (ελεύθερα, όποιο από αυτά θέλουν). Αυτά λειτουργούν μέσω των εισφορών που γίνονται από κοινού από τους εργαζόμενους και τους εργοδότες τους (περί το 2% του μισθού). Οι μόνιμοι κάτοικοι με εισόδημα άνω των 49.500€, έχουν την δυνατότητα επιλογής ιδιωτικής ασφάλισης, παρ' όλα αυτά, το 85% επιλέγει την δημόσια. Νοσοκομειακή περίθαλψη: Οι κάτοικοι Γερμανίας, όταν χρειαστεί, επισκέπτονται τον γιατρό γενικής Ιατρικής/τον παθολόγο που επιλέγουν να είναι ο «οικογενειακός» τους γιατρός (τα έμμεσα μέλη της οικογένειας ενός ασφαλισμένου καλύπτονται από την ασφάλιση), τον οποίο μπορούν να αλλάζουν ανά τρίμηνο. Οι επισκέψεις σε γιατρό, η παραμονή σε νοσοκομείο, οι προληπτικές εξετάσεις και οι θεραπείες καλύπτονται από την ασφάλιση ασθενείας, ενώ ο ασφαλισμένος σε κάποιες περιπτώσεις απλώς πρέπει να καταβάλλει μία «προμήθεια» (ονομάζεται *eigenanteil*) από 5 έως 10€. Επίσης, η παραμονή στο νοσοκομείο στοιχίζει το ανώτερο 10€ ανά ημέρα. Φαρμακευτική περίθαλψη: Η νομοθεσία περί αυτής είναι ιδιαίτερα αυστηρή – πολλά «απλά, καθημερινά» για τα δικά μας δεδομένα φάρμακα χρειάζονται στην Γερμανία συνταγή γιατρού. Για συνταγή ταμείου ασθενείας, ο ασφαλισμένος καταβάλλει πρόσθετη συμμετοχή ύψους 5 έως 10€ ανά σκεύασμα (ανάλογα το είδος του), ενώ υπάρχει και η επιλογή φαρμάκων χωρίς πρόσθετη χρέωση. Η χρέωση ποικίλλει ανάλογα με το εισόδημα του ασφαλισμένου. Από τις

οδοντιατρικές δαπάνες, το δημόσιο καλύπτει περί το 20-70% των εξόδων, ανάλογα με την περίπτωση(Κυριόπουλος, et al, 2010)[16].

3.1.3. Το σκανδιναβικό μοντέλο

Το σκανδιναβικό μοντέλο μεταθέτει την αρμοδιότητα της οικονομικής διαχείρισης και της αξιολόγησης του συστήματος υγείας στην κεντρική και κυρίως την τοπική αυτοδιοίκηση. Χώρες όπως η Σουηδία και η Δανία εμφανίζονται ως πρότυπα περίθαλψης, με αποτέλεσμα να έχει επικρατήσει η ιδέα πως πρόκειται για την τέλεια και κυρίως, δωρεάν φαρμακευτική περίθαλψη. Είναι όμως ο «σουηδικός παράδεισος» αλήθεια ή μύθος; Ιδιωτική η δημόσια υγεία: Το σύστημα είναι κατά βάση κρατικό, αφού η κεντρική διοίκηση φροντίζει να χρηματοδοτεί το 97% των ιατρικών εξόδων, και οι ασθενείς πληρώνουν ένα μικρό ποσό για την εξέταση. Οι πόροι του δημοσίου συστήματος προέρχονται κυρίως από την φορολογία, την οποία εισπράττει η τοπική αυτοδιοίκηση. Νοσοκομειακή περίθαλψη: Κάθε φορολογούμενος στην Σουηδία έχει τις εξής δύο επιλογές: Να επισκεφθεί τον γιατρό ή ένα νοσοκομείο πληρώνοντας 18€, στα οποία συμπεριλαμβάνονται και τα έξτρα κόστη (ακτινογραφίες, παρακλινικές εξετάσεις κλπ) ή να καταβάλει 95€ τον χρόνο και να έχει το κεφάλι – και το πορτοφόλι- του ήσυχο για όλο αυτό το διάστημα, καθώς έτσι καλύπτονται τα πάντα πλην των οδοντιατρικών δαπανών. Εφόσον τα έξοδα ενός ατόμου για περίθαλψη φτάσουν τα 126€, από εκεί και έπειτα τα αναλαμβάνει πλήρως το κράτος. Η οδοντιατρική περίθαλψη είναι δωρεάν για όλους ως τα 19 τους χρόνια. Επίσης, όταν ο γιατρός κρίνει κάποιον «ασθενή», ο εργοδότης του είναι αναγκασμένος να του πληρώνει ένα σημαντικό μέρος του ημερομισθίου του για τις πρώτες 14 ημέρες, και από εκεί και πέρα συνεχίζει να το πληρώνει το κράτος, μέχρι ο γιατρός να κρίνει πως είναι πλέον υγιής. Φαρμακευτική περίθαλψη: Η ετήσια συνδρομή για φάρμακα στοιχίζει κάτι παραπάνω από 200€ και καλύπτει όποια ανάγκη προκύψει μέσα στους 12 μήνες(Χούκλη, 2007)[14].

3.2. Δαπάνες Υγείας

Παρά το γεγονός, ότι το πρωτογενές πλεόνασμα της Γενικής Κυβέρνησης εκτιμάται ότι θα διαμορφωθεί στα 5,4 δισ. ευρώ ή στο 2,9% του ΑΕΠ, περίπου στο στόχο του Προγράμματος, και όσο διαβάσαμε προσεκτικά το προσχέδιο του προϋπολογισμού, οι δαπάνες δυστυχώς δεν φαίνεται να αυξάνονται, στο κομμάτι της περίθαλψης, της ασφάλισης και της κοινωνικής πρόνοιας. Για να μην αναφέρουμε το θέμα της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, για το οποίο δεν υπάρχει ούτε μία λέξη στο προσχέδιο, ενώ όπως τόνισε για ακόμη μία φορά ο υπουργός Υγείας στην ημερίδα "Υγεία: Σχεδιάζοντας το Μέλλον" που διοργάνωσε η Direction Business Network και το MED & HEALTH BUSINESS, η δαπάνη και το 2015 θα ανέλθει τα 2 δισ ευρώ.

Και όλοι γνωρίζουν βέβαια, περισσότερο δε οι εκπρόσωποι της φαρμακοβιομηχανίας- οι οποίοι ζητούν διόρθωση με επιπλέον 300 εκατ. ευρώ- τι σημαίνει για την δημόσια υγεία, μία φαρμακευτική δαπάνη γαντζωμένη στα 2 δισ ευρώ, η οποία περιλαμβάνει επιπλέον, τους ανασφάλιστους, τα εμβόλια και τα παράγωγα αίματος.

Αναλυτικά, οι πραγματοποιηθείσες δαπάνες για την κοινωνική ασφάλιση και περίθαλψη το 2013, ανήλθαν σε 15.922 δισ ευρώ, ενώ η εκτίμηση για το 2014 είναι ότι θα ανέλθει σε 14.390 δισ ευρώ και για το 2015 εκτιμάται ότι θα αγγίξει τα 13.931 δισ ευρώ. Δηλαδή η δαπάνη βαίνει διαρκώς μειούμενη.

Σύμφωνα με το προσχέδιο, οι δαπάνες για την ασφάλιση, περίθαλψη και κοινωνική προστασία, εκτιμάται ότι θα διαμορφωθούν σε 14.390 εκατ. ευρώ, αυξημένες κατά 635 εκατ. ευρώ έναντι στόχου ΜΠΔΣ 2015-2018 η οποία αποδίδεται κυρίως:

- στην ανάγκη πρόσθετης χρηματοδότησης των νοσοκομείων ως αντιστάθμισμα της μειωμένης χρηματοδότησης από τον ΕΟΠΥΥ.

- στις μειωμένες μεταβιβάσεις του Τακτικού Προϋπολογισμού κυρίως προς τον ΕΟΠΥΥ λόγω των μειωμένων δαπανών μισθοδοσίας του από την εφαρμογή του μέτρου της κινητικότητας του ιατρικού κυρίως προσωπικού

- στην αύξηση των επιχορηγήσεων του ΟΓΑ και του ΟΑΕΕ με ταυτόχρονη ισόποση μείωση των αποδιδόμενων πόρων προς αυτούς και

Αναφορικά με τις ασφαλιστικές εισφορές του ΕΟΠΥΥ, σύμφωνα με το προσχέδιο, αναμένεται να μείνουν εντός στόχων ενώ η μείωση της επιχορήγησής του κατά 140 εκατ. ευρώ οφείλεται στην εφαρμογή του προγράμματος διαθεσιμότητας- κινητικότητας του προσωπικού του.

Όσον αφορά τα νοσοκομεία, ο προϋπολογισμός τους στο σκέλος των εσόδων, εκτελείται σύμφωνα με το αρχικό σχεδιασμό πλην των μεταβιβάσεων από τον ΕΟΠΥΥ όπου παρατηρείται σημαντική υστέρηση. Το συγκεκριμένο πρόβλημα, θα αντιμετωπιστεί με περαιτέρω μεταβιβάσεις πιστώσεων από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Αναφορικά τέλος με την χρηματοδότηση φορέων από το πρόγραμμα εξόφλησης ληξιπρόθεσμων οφειλών, για την περίθαλψη – ΕΟΠΥΥ υπολογίζεται το ποσό του 1.526 δις ευρώ και τα νοσοκομεία το ποσό του 1.294 δις ευρώ. Αξίζει να σημειωθεί, ότι το συνολικό ύψος των ληξιπρόθεσμων οφειλών των φορέων της Γενικής Κυβέρνησης στις 31 Δεκεμβρίου 2012 ανέρχονταν σε 9,5 δις ευρώ στις 31 Αυγούστου 2014, το ποσό αυτό, περιορίστηκε στα 4,7 δις ευρώ.

Σύμφωνα με την τελευταία έκθεση του ΟΟΣΑ:

Τα πόσα χρήματα δαπανούν για την υγεία οι χώρες του ΟΟΣΑ και ο ρυθμός με τον οποίο αναπτύσσεται η δαπάνη αντανακλά ένα ευρύ φάσμα της αγοράς και των κοινωνικών παραγόντων, καθώς και τους διάφορους τύπους χρηματοδότησης και τις οργανωτικές δομές των συστημάτων υγείας τους.

Το 2011, οι Ηνωμένες Πολιτείες συνέχισαν να ξοδεύουν περισσότερα από όλες τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ με μεγάλη διαφορά, με το ισοδύναμο των **USD 8.508** για κάθε άτομο. Αυτό το επίπεδο των δαπανών για την υγεία είναι τα δύομισα φορές μεγαλύτερο του μέσου όρου των χωρών του ΟΟΣΑ και 50% υψηλότερο από τη Νορβηγία και την Ελβετία, οι οποίες ήταν οι επόμενες χώρες με τις μεγαλύτερες δαπάνες. Σε σύγκριση με τις μεγάλες ευρωπαϊκές οικονομίες, όπως η Γαλλία και η -Γερμανία, οι Ηνωμένες Πολιτείες δαπανούν περίπου το διπλάσιο για την υγειονομική περίθαλψη ανά άτομο. Περίπου το ήμισυ των

χωρών του ΟΟΣΑ εμπίπτουν στην κατά κεφαλήν δαπάνη των μεταξύ 3.000 δολαρίων και 4.500 δολαρίων (προσαρμοσμένο ανάλογα με την διαφορετική αγοραστική δύναμη των χωρών). Στις χώρες που ξεοδεύουν κάτω από 3.000 USD περιλαμβάνονται περισσότερες από τα νότιες και κεντρικές ευρωπαϊκές χώρες - μέλη του ΟΟΣΑ, μαζί με την Κορέα και τη Χιλή. Τα χαμηλότερα επίπεδα κατά κεφαλήν δαπάνης για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ παρουσίασε το Μεξικό και η Τουρκία, με τα επίπεδα τους λιγότερο από το ένα τρίτο του μέσου όρου του ΟΟΣΑ. Έξω από τον ΟΟΣΑ, μεταξύ των βασικών αναδυόμενων οικονομιών, η Κίνα και η Ινδία πέρασαν το 13% και 4% του μέσου όρου του ΟΟΣΑ για τις κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας το 2011.

Σε γενικές γραμμές, η κατάταξη σύμφωνα με τις κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες παραμένει συγκρίσιμη με εκείνη των συνολικών δαπανών. Ακόμη και εάν ο ιδιωτικός τομέας στις Ηνωμένες Πολιτείες εξακολουθεί να παίζει τον κυρίαρχο ρόλο στη χρηματοδότηση, οι κατά κεφαλήν δημόσιες δαπάνες για την υγεία εξακολουθούν να είναι μεγαλύτερες από ότι σε όλες τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ, με εξαίρεση τη Νορβηγία και την Ολλανδία.

Από το 2009, οι δαπάνες για την υγεία έχουν επιβραδυνθεί σημαντικά ή πέσει σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ μετά από χρόνια συνεχούς ανάπτυξης. Ωστόσο, τα σχέδια δαπανών για την υγεία σε όλες τις 34 χώρες του ΟΟΣΑ έχουν επηρεαστεί σε διάφορους βαθμούς. Κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία κατά την περίοδο 2000-09 εκτιμάται ότι έχουν αυξηθεί, σε πραγματικούς όρους, κατά 4,1% σε ετήσια βάση. Σε πλήρη αντίθεση, κατά τα επόμενα δύο έτη (2009-11), ο μέσος όρος των δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ αυξήθηκε μόνο κατά 0,2%, καθώς οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης επηρέασαν τις καταστάσεις της καθημερινότητας.

Η έκταση της επιβράδυνσης διέφερε σημαντικά στις χώρες του ΟΟΣΑ. Ενώ ένας αριθμός ευρωπαϊκών χωρών έχουν βιώσει δραστικές περικοπές στις δαπάνες, άλλες χώρες εκτός της Ευρώπης συνέχισαν να βλέπουν τις δαπάνες υγείας να αυξάνονται αν και σε πολλές περιπτώσεις σε μειωμένο ρυθμό.

Μερικές από τις ευρωπαϊκές χώρες που έχουν πληγεί περισσότερο από την οικονομική ύφεση είδαν δραματικές ανατροπές στις δαπάνες για την υγεία σε σχέση με την περίοδο πριν από την κρίση. Η Ελλάδα, για παράδειγμα, είδε τις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία να μειώνονται κατά 11% το 2010 και το 2011 μετά από ένα ετήσιο ρυθμό

ανάπτυξης άνω του 5% μεταξύ του 2000 και του 2009. Η Ιρλανδία και η Εσθονία υπέστησαν επίσης σημαντικές μειώσεις στις κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία μετά από μια προηγούμενη ισχυρή ανάπτυξη.

Εκτός από την Ευρώπη, η αύξηση των δαπανών για την υγεία μειώθηκε επίσης σημαντικά στις περισσότερες χώρες μεταξύ των ετών 2009 και 2011, κυρίως στον Καναδά (0,8%) και τις Ηνωμένες Πολιτείες (1,3%). Μόνο δύο χώρες του ΟΟΣΑ –το Ισραήλ και η Ιαπωνία - είδαν το ποσοστό της αύξησης των δαπανών για την υγεία να αναπτύσσεται από το 2009 σε σύγκριση με την περίοδο πριν. Οι δαπάνες για την υγεία στην Κορέα συνέχισαν να αυξάνονται κατά περισσότερο από 6% ετησίως από το 2009, αν και με βραδύτερο ρυθμό από ό, τι τα προηγούμενα χρόνια.

3.3. Κοστολόγια φαρμάκων

Οι δαπάνες για τα φαρμακευτικά προϊόντα αντιπροσώπευαν περισσότερο από το ένα έκτο (17%) του συνόλου των δαπανών για την υγεία κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2011, καθιστώντας την, την τρίτη μεγαλύτερη συνιστώσα των δαπανών μετά από την ενδονοσοκομειακή και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.

Η συνολική φαρμακευτική αποτίμηση μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ ήταν περίπου 800 δισεκατομμύρια δολάρια το 2011. Ωστόσο, υπάρχουν μεγάλες διαφορές στη φαρμακευτική δαπάνη ανά κάτοικο μεταξύ των χωρών, αντιστακώνοντας τις διαφορές στον όγκο, τη δομή της κατανάλωσης και τις τιμές των φαρμακευτικών προϊόντων. Με δαπάνες σχεδόν 1.000 δολάρια ΗΠΑ το 2011, οι Ηνωμένες Πολιτείες δαπάνησαν πολύ περισσότερο για τα φαρμακευτικά προϊόντα από ό, τι σε οποιαδήποτε άλλη χώρα του ΟΟΣΑ σε κατά κεφαλήν βάση. Ο Καναδάς (USD 701) και η Ελλάδα (USD 673) δαπάνησαν επίσης σημαντικά περισσότερο για φάρμακα από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Στο άλλο άκρο της κλίμακας, η Χιλή και το Μεξικό είχαν σχετικά χαμηλά επίπεδα δαπανών.

Οι φαρμακευτικές δαπάνες αντιπροσώπευαν το 1,5% του ΑΕΠ κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ, με περίπου 0,8% του ΑΕΠ να χρηματοδοτείται από το δημόσιο και το υπόλοιπο από ιδιωτικές πηγές. Στις χώρες του ΟΟΣΑ, το μερίδιο των φαρμακευτικών δαπανών στο ΑΕΠ κυμαίνεται σε λιγότερο από 1% στο Λουξεμβούργο, τη Νορβηγία, τη Δανία και τη Χιλή, με περισσότερο από 2,5% στην Ουγγαρία και την Ελλάδα.

Η οικονομική κρίση είχε σημαντική επίδραση στην αύξηση της φαρμακευτικής δαπάνης σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ. Μεταξύ του 2000 και του 2009, η ετήσια φαρμακευτική δαπάνη ανά κάτοικο αυξήθηκε κατά 3,5% σε πραγματικούς όρους, κατά μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ, αλλά και κατά τα δύο έτη από το 2009, ο μέσος ρυθμός αύξησης έγινε αρνητικός (-0.9%). Οι ετήσιοι ρυθμοί αύξησης των φαρμακευτικών δαπανών ήταν χαμηλότεροι μεταξύ του 2009 και του 2011 σε σχέση με την περίοδο 2000-09 σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, εκτός από τη Χιλή και την Αυστραλία. Η μείωση ήταν ιδιαίτερα έντονη στις χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την ύφεση. Στην Ελλάδα, οι φαρμακευτικές δαπάνες ανά κάτοικο μειώθηκαν κατά 10% τόσο το 2010 όσο και το 2011, -σύμφωνα με τους υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης κατά τα προηγούμενα έτη. Η Εσθονία (-7,2%), η Πορτογαλία (-5.9%), η Ισλανδία (-4,7%) και η Ιρλανδία (-4,4%) παρουσίασαν επίσης σημαντικές μειώσεις των φαρμακευτικών δαπανών μεταξύ του 2009 και του 2011. Σε ορισμένες από τις μεγαλύτερες οικονομίες του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες ανάπτυξης ανά κάτοικο ήταν επίσης αρνητικές: οι ετήσιοι ρυθμοί ανάπτυξης μειώθηκαν κατά μέσο όρο στη Γερμανία - (-0,7%), την Γαλλία (-0,6%), τις Ηνωμένες Πολιτείες (-0,5%) και τον Καναδά (-0,3%) μεταξύ του 2009 και του 2011.

Οι χώρες του ΟΟΣΑ έχουν θεσπίσει μια σειρά από μέτρα για τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών, συμπεριλαμβανομένων: περικοπών τιμών (μέσω διαπραγματεύσεων με παρασκευαστές φαρμακευτικών προϊόντων, την εισαγωγή των τιμών αναφοράς, την εφαρμογή των υποχρεωτικών εκπτώσεων, τις μειώσεις του φόρου προστιθέμενης αξίας που ισχύει για τα φαρμακευτικά προϊόντα), κεντρικών δημοσίων συμβάσεων των φαρμακευτικών προϊόντων, την προώθηση της χρήσης των φαρμάκων κοινής ονομασίας, μείωση της κάλυψης και αυξήσεις σε συνδρομές από τα νοικοκυριά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

4.2. Έρευνες στο θέμα της Δημόσιας Υγείας

Στο σημείο αυτό θα παρουσιάσουμε ορισμένες από τις έρευνες και τα αποτελέσματά τους που πραγματοποιήθηκαν στο θέμα της Δημόσιας Υγείας:

4.2.1. Διερεύνηση Του Επίπεδου Υγείας Και Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Υγείας Στη Ελλάδα

Η σύγχρονη προσέγγιση της υγείας ως η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευζωία (και όχι απλά η απουσία της ασθένειας), θέτει την υγεία και την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής στο κέντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος. Επίσης, θέτει το άτομο και τις ανάγκες του στο προσκήνιο. Ανάγκες οι οποίες εκφράζονται από το ίδιο, και όχι από τους ειδικούς (π.χ. επαγγελματίες υγείας). Η κατανόηση των υποκειμενικών αναγκών υγείας (επίπεδο υγείας και ποιότητα ζωής, και συμπεριφορές υγείας) δίνει τη δυνατότητα ορθολογικού σχεδιασμού κατά την ανάπτυξη πολιτικών και στρατηγικών υγείας.

Το παρόν τμήμα της μελέτης διερευνά το υποκειμενικό επίπεδο της υγείας (συμπεριλαμβανομένων της ψυχικής και στοματικής υγείας), την τακτική λήψη φαρμάκων, την ποιότητα της ζωής (δυσκολίες και αδυναμία που επηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητες), την κοινωνική υποστήριξη και τις συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, αλκοόλ, διατροφή και φυσική δραστηριότητα).

A. Επίπεδο υγείας

Σύμφωνα με τα ευρήματα, πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην έρευνα χαρακτηρίζουν την υγεία τους ως «πολύ καλή ή καλή» σε ποσοστό 71%. Ένα άλλο 20,6% χαρακτηρίζουν την υγεία τους «μέτρια», και 8,4% την χαρακτηρίζουν «κακή ή πολύ κακή». Φαίνεται ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο και το οικογενειακό εισόδημα, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα να δηλώνουν οι ερωτώμενοι «πολύ καλή ή καλή» υγεία. Σε κλίμακα 0 (= θάνατος) έως 100 (= άριστη κατάσταση υγείας), οι ερωτώμενοι

βαθμολόγησαν την υγεία τους με έναν μέσο όρο 76,7. Ειδικότερα, 36,3% βαθμολόγησαν την υγεία τους από 61 έως 80, ενώ 42,7% την βαθμολόγησαν από 81 έως 100.

B. Ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία του πληθυσμού αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της υγείας, και συμπεριλαμβάνει την απουσία παθολογίας αλλά και τη «θετική» ψυχική υγεία ή ευεξία. Η ψυχική υγεία του πληθυσμού μίας χώρας θεωρείται απαραίτητη προϋπόθεση για οικονομική ανάπτυξή της.

Η μέτρηση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού συμπεριλαμβάνει τρεις άξονες, ήτοι τη μέτρηση της ψυχολογικής συμπτωματολογίας, τη μέτρηση της ψυχικής ευεξίας και τη μέτρηση της κοινωνικής συνοχής.

Β1. Ψυχολογική συμπτωματολογία

Όσον αφορά στην εμφάνιση ψυχολογικών συμπτωμάτων στο γενικό ενήλικο πληθυσμό, το άγχος παρουσιάζεται αυξημένο, ιδιαίτερα στις γυναίκες. Το 33,6% νιώθει πολύ αγχωμένο όλη ή την περισσότερη ώρα, ενώ το 30,9% νιώθει πολύ αγχωμένο για αρκετή ή κάποια ώρα. Για τους άνδρες τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 30,6% και 29,3%, ενώ για τις γυναίκες 37,8% και 33,4%. Παρατηρούμε επίσης ότι το ποσοστό που νιώθει πολύ αγχωμένο όλη ή την περισσότερη ώρα αυξάνεται με την ηλικία, και φτάνει στο ποσοστό 44,6% στην ηλικιακή ομάδα 56-65, μετά από την οποία σημειώνεται απότομη πτώση του ποσοστού στο 29,3%.

Στην ερώτηση νιώθετε πολύ λυπημένος/θλιμμένος και τίποτε δεν μπορεί να σας φτιάξει το κέφι; το 12,4% απαντά ότι νιώθει λυπημένο όλη ή την περισσότερη ώρα, ενώ το 22,7% για αρκετή ώρα ή και κάποιο καιρό. Τα επίπεδα θλίψης είναι ψηλότερα στις γυναίκες όπου τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 15,6% και 26,9%, ενώ στους άνδρες είναι 9,5% και 19,4%. Η αύξηση που παρατηρείται με την ηλικία συνεχίζεται μέχρι και την τελευταία ηλικιακή ομάδα (>76) όπου τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 32,6% και 27,7%.

Το 11,4% αντιμετωπίζει προβλήματα στη δουλειά ή τις καθημερινές δραστηριότητες λόγω των παραπάνω συμπτωμάτων άγχους ή θλίψης για όλη ή την περισσότερη ώρα, ενώ το 23,5% για αρκετή ώρα ή για κάποιο καιρό.

Η εικόνα της ψυχολογικής συμπτωματολογίας του πληθυσμού συμπληρώνεται με τις πληροφορίες σχετικά με τη χρήση οινοπνεύματος, η οποία καλύπτεται στην ενότητα Η.

B2. Ψυχική ευεξία

Όπως αναμένεται από τα αποτελέσματα στην ενότητα της ψυχολογικής συμπτωματολογίας, το 23,5% νιώθει ήρεμο για λίγη ώρα ή καθόλου, ενώ το 19,1% νιώθει ευτυχισμένο για λίγη ώρα ή καθόλου. Η εικόνα της ψυχικής ευεξίας δίνεται από τα ποσοστά τα οποία νιώθουν ήρεμο ή ευτυχισμένο για όλη ή την περισσότερη ώρα – 29,9% και 35,6% αντίστοιχα. Η έλλειψη της ηρεμίας φαίνεται να συναντάται πιο συχνά από την έλλειψη της ευτυχίας.

B3. Κοινωνική συνοχή

Ο βαθμός στον οποίο ο άνθρωπος νιώθει κοινωνική υποστήριξη από τους γύρω του ανθρώπους μας δίνει μία εικόνα των κοινωνικών διασυνδέσεων του και τη λειτουργία του κοινωνικού ιστού. Το 78,5% νιώθει ότι οι γύρω τους νοιάζονται ή δείχνουν πολύ ή αρκετό ενδιαφέρον για τις δραστηριότητές του, ενώ το 19,4% πιστεύει ότι υπάρχει λίγο ή καθόλου ενδιαφέρον από τους γύρω τους, κάτι που αυξάνεται με την ηλικία. Για το 37,1% είναι εύκολο ή πολύ εύκολο να έχει πρακτική βοήθεια από τους γείτονές του αν χρειαστεί, αλλά για το 39,6% είναι δύσκολο ή πολύ δύσκολο. Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο πρόβλημα.

Γ. Στοματική υγεία

«Πολύ καλή ή καλή» στοματική υγεία αναφέρει το 63% των ερωτώμενων. Ένα άλλο 25,4% χαρακτηρίζουν τη στοματική τους υγεία ως «μέτρια», και 11,6% την χαρακτηρίζουν «κακή ή πολύ κακή». Όπως για τη γενική υγεία, έτσι και για τη στοματική υγεία φαίνεται ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο και το οικογενειακό εισόδημα, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα να δηλώνουν οι ερωτώμενοι «πολύ καλή ή καλή» στοματική υγεία.

Δ. Τακτική λήψη φαρμάκων

Σε ποσοστό 36,7% οι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι έχουν κάποιο πρόβλημα υγείας για το οποίο είναι απαραίτητα να κάνουν τακτική λήψη φαρμάκων. Οι γυναίκες (40,7%) δήλωσαν

αυτό σε υψηλότερο ποσοστό από τους άνδρες (32,4%), και όπως ήταν αναμενόμενο, το ποσοστό αυτών που κάνουν τακτική λήψη φαρμάκων αυξάνεται προϊούσης της ηλικίας, με τους άνω των 76 ετών να παίρνουν φάρμακα σε ποσοστό 82,7%.

Ενδιαφέρον και σε επίρρωση των προαναφερθέντων ευρημάτων υγείας, είναι ότι όσο υψηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο και το οικογενειακό εισόδημα, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα να ΜΗΝ κάνουν τακτική λήψη φαρμάκων. Κατά τη διερεύνηση των νοσημάτων τα οποία ευθύνονται για την τακτική λήψη φαρμάκων, οι ερωτώμενοι δήλωσαν ότι σε 51,4% το πρόβλημα είναι καρδιολογικό/κυκλοφορικού συστήματος, σε 25,9% είναι μεταβολικό/ενδοκρινολογικό, σε 15,9% είναι ορθοπεδικό, σε 9,4% είναι πνευμονολογικό και σε 5% είναι γαστρεντερολογικό/ήπατος. Τα υπόλοιπα νοσήματα ευθύνονται για τακτική λήψη φαρμάκων σε ποσοστά μικρότερα του 5%.

Ε. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα της ζωής

Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν αν τον τελευταίο μήνα αντιμετώπισαν διάφορες δυσκολίες στην καθημερινή τους δραστηριότητα που να σχετίζονται με την υγεία. Η λύπη ή η στενοχώρια δημιούργησε «σοβαρό ή εξαιρετικά σοβαρό» πρόβλημα στην καθημερινή δραστηριότητα σε 6,9% των ερωτωμένων. Το αντίστοιχο ποσοστό για τον πόνο ή τη δυσφορία ήταν 4,9%, και για τις δυσκολίες με την εργασία ή τις δουλειές του σπιτιού ήταν 3,9%. «Σοβαρή ή εξαιρετικά σοβαρή» δυσκολία στη μετακίνηση ανέφερε το 3,8% των ερωτωμένων, ενώ ίδια δυσκολία αντιμετώπισε το 3,7% για να συγκεντρωθεί ή να θυμηθεί κάτι, και επίσης 3,7% αντιμετώπισαν ίδια δυσκολία στις καθημερινές τους δραστηριότητες λόγω προβλημάτων στις προσωπικές σχέσεις. Τέλος, ένα 2,9% των ερωτωμένων δήλωσαν «σοβαρή ή εξαιρετικά σοβαρή» δυσκολία στην αυτοεξυπηρέτησή τους (π.χ. πλύσιμο, ντύσιμο).

Ακολούθως οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν αν τον τελευταίο μήνα τους παρουσιάστηκε κάποιο πρόβλημα αδυναμίας που να ΜΗΝ τους επέτρεψε να κάνουν οποιαδήποτε δουλειά, και πόσες μέρες διήρκεσε αυτό. Τέτοιο πρόβλημα αδυναμίας/ανικανότητας κατά τον τελευταίο μήνα δήλωσε το 10,2% των ερωτωμένων, με μέσο όρο διάρκειας τις 7,4 ημέρες. Σημειώνεται ότι όσο μεγαλύτερη η ηλικία τόσο μεγαλύτερη η πιθανότητα ύπαρξης του προβλήματος αυτού, ενώ όσο υψηλότερο το

μορφωτικό επίπεδο και το οικογενειακό εισόδημα, τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα υπαρξής αυτού του προβλήματος.

Στ. Κοινωνική συνοχή

Στην ερώτηση «πόσο νοιάζονται ή δείχνουν ενδιαφέρον οι γύρω σας για τις δραστηριότητές σας», 79% των ερωτώμενων απάντησαν «πολύ ή αρκετά», 19,5% απάντησαν «λίγο και καθόλου», και 1,5% απάντησαν «δεν ξέρω/δεν είμαι σίγουρος. Ουσιαστικά, δηλαδή, 1 στους 5 έχει έλλειμμα ενδιαφέροντος από τον κοινωνικό του περίγυρο. Είναι ενδιαφέρον και ανησυχητικό, ότι όσο μεγαλύτερη η ηλικία τόσο μεγαλύτερο το πρόβλημα έλλειψης ενδιαφέροντος από τον κοινωνικό περίγυρο, με τους άνω των 76 ετών να αντιμετωπίζουν αυτό το πρόβλημα σε ποσοστό 35%. Στην ερώτηση «κατά πόσο είναι εύκολο να έχετε πρακτική βοήθεια από τους γείτονες αν χρειαστεί», 40,3% δήλωσαν «δύσκολο ή πολύ δύσκολο», 22% δήλωσαν «εφικτό» και 37,7% δήλωσαν «εύκολο ή πολύ εύκολο». Κια εδώ, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο πρόβλημα το αντιμετωπίζουν οι άνω των 76 ετών (46% αυτών δήλωσαν «δύσκολο ή πολύ δύσκολο»).

Ζ. Κάπνισμα

Από τους ερωτώμενους, 46,8% δήλωσαν ότι είναι καπνιστές, 6,9% δήλωσαν πρώην καπνιστές, και 46,3% δήλωσαν ότι δεν καπνίζουν. Από του καπνιστές, 55,4% ήταν άνδρες, και 44,6% ήταν γυναίκες. Οι καπνιστές δήλωσαν ότι κατά μέσο όρο καπνίζουν 24 τσιγάρα την ημέρα. Οι άνδρες καπνιστές καπνίζουν 27,3 τσιγάρα την ημέρα, ενώ οι γυναίκες καπνίστριες καπνίζουν 19,8 τσιγάρα την ημέρα. Τα στοιχεία δείχνουν όσο υψηλότερο το μορφωτικό επίπεδο, τόσο μικρότερος ο αριθμός των τσιγάρων την ημέρα που καπνίζουν οι καπνιστές.

Η. Κατανάλωση οινοπνεύματος

Η κατανάλωση οινοπνεύματος στη βιβλιογραφία καταγράφεται ως συχνότητα κατανάλωσης, και ποσότητα κατανάλωσης (1 ποτό = 1 ποτήρι κρασί, ή 1 μικρό ποτήρι μύρας, ή 1 μικρό ποτήρι αποστάγματος). Στην ερώτηση «πόσες φορές την εβδομάδα συνήθως πίνετε αλκοόλ», 12,4% απάντησαν «κάθε μέρα», 10,6% απάντησαν «3 με 4 φορές», 25% απάντησαν «1 με 2 φορές», 27,2% απάντησαν ότι συνήθως δεν πίνουν εκτός

εξαιρέσεων (έξοδοι, γιορτές, κλπ) και τέλος 24,8% δήλωσαν ότι δεν πίνουν ποτέ. Στην ερώτηση «πόσα ποτά καταναλώνετε κατά μέσο όρο κάθε φορά, όταν πίνετε» 19,8% των ανδρών πίνουν πάνω από 3 ποτά και 18,1 % πίνουν 3 ποτά. Οι υπόλοιποι πίνουν λιγότερο από 3 ποτά. Οι γυναίκες, σε ποσοστό 8,7% πίνουν περισσότερα από 2 ποτά, 17,6% πίνουν 2 ποτά, και το υπόλοιπο 73,7 των γυναικών πίνουν λιγότερα από 2 ποτά. Σημειώνεται ότι τα επιστημονικώς συνιστώμενα όρια των επιτρεπόμενων ποτών διαφέρουν σε σχέση με το φύλο, με τις γυναίκες να συνιστάται να καταναλώνουν λιγότερα ποτά. Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι συνήθως οι ερωτώμενοι υποεκτιμούν την ποσότητα του αλκοόλ που καταναλώνουν. Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι γυναίκες πίνουν λιγότερο συχνά και λιγότερα ποτά.

Θ. Διατροφή

Σε σχέση με τις διεθνείς συστάσεις υγιεινής διατροφής για κατανάλωση 5 μερίδων φρούτων και λαχανικών την ημέρα, 74,3% των ερωτωμένων απάντησαν ότι καταναλώνουν λιγότερες από 5 μερίδες. Αντίστοιχα, 84,5% δήλωσαν ότι καταναλώνουν λιγότερο από 2 φορές την εβδομάδα κάποιο λιπαρό ψάρι (π.χ. σαρδέλες, σκουμπρί, κολιό, σολομό, κλπ). Οι γυναίκες καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά σε μεγαλύτερη συχνότητα από τους άνδρες, ενώ οι άνδρες καταναλώνουν κάπως περισσότερο συχνά ψάρι. Κόκκινο κρέας δήλωσαν ότι καταναλώνουν 3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα οι 31,8% των ερωτωμένων, ένα άλλο 35,9% δήλωσαν ότι καταναλώνουν 2 φορές την εβδομάδα, 23,9% καταναλώνουν κόκκινο κρέας 1 φορά την εβδομάδα, και 8,4% καταναλώνουν κρέας λιγότερο συχνά από 1 φορά την εβδομάδα. Οι άνδρες καταναλώνουν περισσότερο συχνά κόκκινο κρέας σε σχέση με τις γυναίκες.

Ι. Φυσική δραστηριότητα

Σε σχέση με τις διεθνείς συστάσεις για έντονη φυσική δραστηριότητα ή άσκηση διάρκειας μισής ώρας κατά τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, 16,6% των ερωτωμένων δήλωσαν ότι έχουν έντονη φυσική δραστηριότητα μισής ώρας 5 με 7 φορές την εβδομάδα, με τους άνδρες (19,4%) να υπερτερούν των γυναικών (13,8%).

(Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2006), Διερεύνηση Του Επίπεδου Υγείας Και Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Ελλάδα, Επίπεδο Υγείας, Συνήθειες Σχετιζόμενες Με Την Υγεία)

4.2.2. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Η μελέτη της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας αποτελεί έναν από τους βασικούς άξονες της έρευνας υπηρεσιών υγείας και μελετά τη συχνότητα και ένταση της χρήσης υγειονομικών πόρων σε μία δεδομένη χρονική περίοδο. Πέρα από το καθορισμό των παραγόντων οι οποίοι επιδρούν στη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη αφενός της επιλογής μεταξύ εναλλακτικών υπηρεσιών υγείας κι αφετέρου των λόγων οι οποίοι οδηγούν τα άτομα στις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 35,6% των ερωτώμενων χρησιμοποίησε το τελευταίο μήνα κάποια πρωτοβάθμια υπηρεσία υγείας (ιδιωτικό ιατρείο, πολυϊατρείο ασφαλιστικού οργανισμού, εξωτερικά ιατρεία, κέντρο υγείας, διαγνωστικό κέντρο ή περιφερειακό ιατρείο). Σε σχέση με το επίπεδο υγείας των χρηστών, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιήθηκαν από:

- το 76,4% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ κακό
- το 63,1% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως κακό
- το 55,7% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως μέτριο
- το 31,4% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως καλό και
- το 19,9% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ καλό,

Η χρήση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας αφορά σε ποσοστό:

- 46,2% την αναγραφή συνταγών
- 29,6% προληπτικές εξετάσεις

- 29,4% την αντιμετώπιση χρόνιου προβλήματος υγείας
- 24,3% εργαστηριακές εξετάσεις
- 21,1% συμπτώματα ή κάποιο πρόβλημα υγείας και
- 4,1% άλλη αιτία.

Όσον αφορά τον τύπο των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών που επιλέχθηκαν από τους χρήστες:

- το 45,4% των χρηστών επισκέφτηκε ιδιωτικό ιατρείο
- το 27,7% πολυϊατρείο ασφαλιστικού οργανισμού
- το 23,7% εξωτερικά ιατρεία
- το 9% κέντρο υγείας
- το 8,7% διαγνωστικό κέντρο και
- το 5,4% περιφερειακό ιατρείο.

Σε σχέση με την ειδικότητα του γιατρού τον οποίον επισκέφτηκαν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, η χρήση αφορά σε ποσοστό:

- 31% επισκέψεις σε παθολόγο
- 12,9% επισκέψεις σε καρδιολόγο
- 9,5% επισκέψεις σε ορθοπαιδικό
- 7,5% επισκέψεις σε γυναικολόγο
- 5,6% επισκέψεις σε οφθαλμίατρο

ενώ οι λοιπές ιατρικές ειδικότητες εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά χρησιμοποίησης.

Όσον αφορά την χρησιμοποίηση οδοντιάτρων, το 39,3% των ερωτώμενων δήλωσε ότι το τελευταίο χρόνο επισκέφτηκε οδοντίατρο. Οι επισκέψεις αυτές αφορούσαν σχεδόν στο σύνολό τους ιδιωτικά οδοντιατρεία (92,4%). Σχετικά με τις εισαγωγές σε νοσοκομείο κατά τη διάρκεια του τελευταίου χρόνου:

- το 9,6% των ερωτώμενων εισήχθη σε δημόσιο ενώ
- το 1,8% σε ιδιωτικό νοσοκομείο.

Σε σχέση με το επίπεδο υγείας των χρηστών, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι δημόσιες (ιδιωτικές) νοσηλευτικές υπηρεσίες υγείας (κλειστή περίθαλψη) χρησιμοποιήθηκαν από:

- το 31,8% (2,6%) των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ κακό
- το 34,3% (4,7%) των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως κακό
- το 15% (3,1%) των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως μέτριο
- το 7,4% (1,7%) των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως καλό και
- το 3,4% (1%) των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ καλό.

Τα άτομα τα οποία νοσηλεύτηκαν είτε σε δημόσιο είτε σε ιδιωτικό νοσοκομείο δήλωσαν σε ποσοστό 82,4%, ότι όλες τις φορές τις οποίες νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους αντιμετώπιζαν σοβαρό πρόβλημα υγείας, ενώ ένα ποσοστό 4,9% δήλωσε ότι η σοβαρότητα του προβλήματος υγείας που είχε ως αποτέλεσμα την νοσηλεία τους σε νοσοκομείο δεν ήταν υψηλή.

Όσον αφορά τη χρήση υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους μόνο ένα ποσοστό 8,6% δήλωσε ότι επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία κοινωνικής πρόνοιας. Το 39,6% δήλωσε ότι αυτή η υπηρεσία ήταν η κοινωνική υπηρεσία του δήμου, ενώ ένα ποσοστό 36,3% δήλωσε ότι ήταν η κοινωνική υπηρεσία κέντρου υγείας ή νοσοκομείου.

(Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2006), Διερεύνηση Του Επίπεδου Υγείας Και Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Ελλάδα, Επιλογή Υπηρεσιών Υγείας)

4.2.3. Επιλογή Υπηρεσιών Υγείας

Σύμφωνα με το υπόδειγμα πεποιθήσεων για την υγεία, η κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, εξαρτάται εκτός από τα χαρακτηριστικά των χρηστών (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, εισόδημα, ασφαλιστική κάλυψη κλπ.) και από τις προσωπικές αντιλήψεις, δηλαδή τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται: (α) τη σοβαρότητα της νόσου, (β) την ευαισθησία στα συμπτώματα, (γ) τον κίνδυνο από τη νόσο και (δ) το όφελος από την ιατρική περίθαλψη.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας:

- το 28% των ερωτώμενων δήλωσε ότι η σοβαρότητα του προβλήματος υγείας ήταν υψηλή όλες τις φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας
- το 12,9% των ερωτώμενων δήλωσε ότι η σοβαρότητα του προβλήματος υγείας ήταν υψηλή τις περισσότερες φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας
- το 7,4% των ερωτώμενων δήλωσε ότι η σοβαρότητα του προβλήματος υγείας ήταν υψηλή τις λιγότερες φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας και
- το 24,4% των ερωτώμενων δήλωσε ότι η σοβαρότητα του προβλήματος υγείας ήταν μέτρια ή χαμηλή όλες τις φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας.

Σε σχέση με το επίπεδο υγείας, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η σοβαρότητα του προβλήματος υγείας θεωρήθηκε υψηλή όλες τις φορές που έγινε χρήση υπηρεσιών υγείας για:

- το 82,9% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ κακό
- το 62,7% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως κακό
- το 44,3% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως μέτριο
- το 29,1% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως καλό και
- το 34,3% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ καλό

Όσον αφορά την ευαισθησία στα συμπτώματα:

- το 30,6% των ερωτώμενων δήλωσε ότι ήταν υψηλή όλες τις φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας
- το 14% των ερωτώμενων δήλωσε ότι ήταν υψηλή τις περισσότερες φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας
- το 7,5% των ερωτώμενων δήλωσε ότι ήταν υψηλή τις λιγότερες φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας και
- το 20,1% των ερωτώμενων δήλωσε ότι ήταν μέτρια ή χαμηλή όλες τις φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας.

Σε σχέση με το επίπεδο υγείας, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ευαισθησία στα συμπτώματα θεωρήθηκε υψηλή όλες τις φορές που έγινε χρήση υπηρεσιών υγείας για:

- το 77,4% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ κακό
- το 64,2% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως κακό
- το 44,2% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως μέτριο
- το 33,1% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως καλό και

- το 42,9% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ καλό

Σχετικά με το όφελος από την ιατρική περίθαλψη:

- το 35,2% των ερωτώμενων δήλωσε ότι ήταν υψηλό όλες τις φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας
- το 17,4% των ερωτώμενων δήλωσε ότι ήταν υψηλό τις περισσότερες φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας
- το 5,6% των ερωτώμενων δήλωσε ότι ήταν υψηλό τις λιγότερες φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας και
- το 13,6% των ερωτώμενων δήλωσε ότι ήταν μέτριο ή χαμηλό όλες τις φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας.

Σε σχέση με το επίπεδο υγείας, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το όφελος από την ιατρική περίθαλψη θεωρήθηκε υψηλό όλες τις φορές που έγινε χρήση υπηρεσιών υγείας από:

- το 80,7% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ κακό
- το 68,9% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως κακό
- το 53,7% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως μέτριο
- το 41,4% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως καλό και
- το 45,4% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ καλό

Τέλος, όσον αφορά τον κίνδυνο από την νόσο:

- το 20,9% των ερωτώμενων δήλωσε ότι ήταν υψηλός όλες τις φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας

- το 14,6% των ερωτώμενων δήλωσε ότι ήταν υψηλός τις περισσότερες φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας
- το 9% των ερωτώμενων δήλωσε ότι ήταν υψηλός τις λιγότερες φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας και
- το 27,1% των ερωτώμενων δήλωσε ότι ήταν μέτριος ή χαμηλός όλες τις φορές που επισκέφτηκε κάποια υπηρεσία υγείας.

Σε σχέση με το επίπεδο υγείας, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ο κίνδυνος από την νόσο θεωρήθηκε υψηλός όλες τις φορές που έγινε χρήση υπηρεσιών υγείας από:

- το 73,9% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ κακό
- το 60,4% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως κακό
- το 35,3% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως μέτριο
- το 20,7% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως καλό και
- το 20,5% των ατόμων τα οποία αξιολόγησαν το επίπεδο υγείας τους ως πολύ καλό

Στο μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία, ο χρόνος θεωρείται παράγοντας ο οποίος διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στις αποφάσεις των χρηστών. Πράγματι, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, το 58,4% των ερωτώμενων δήλωσε ότι προτιμά υπηρεσίες υγείας στις οποίες χρειάζεται να περιμένει λιγότερο στη λίστα αναμονής, το 58,4% ότι επιλέγει υπηρεσίες υγείας στις οποίες έχει πιο γρήγορη πρόσβαση και το 61,9% ότι επιλέγει υπηρεσίες υγείας στις οποίες χρειάζεται να περιμένει λιγότερο στην «ουρά αναμονής».

(Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2006), Διερεύνηση Του Επίπεδου Υγείας Και Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Ελλάδα, Επιλογή Υπηρεσιών Υγείας)

4.2.4. Ανταποκρισιμότητα Υπηρεσιών Υγείας

Όπως είναι γνωστό, η έννοια της ανταποκρισιμότητας περιλαμβάνει τα στοιχεία τα οποία σχετίζονται αφενός με το σεβασμό του ατόμου – χρήστη και αφετέρου με τη διευκόλυνση του προσανατολισμού του μέσα στο σύστημα. Ειδικότερα, το στοιχείο του σεβασμού περιλαμβάνει τις έννοιες της αξιοπρέπειας, της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών, της αυτονομίας στη λήψη των αποφάσεων για θεραπεία και της επικοινωνίας, ενώ το στοιχείο του προσανατολισμού περιλαμβάνει την έγκαιρη προσοχή, την ποιότητα των βασικών παροχών, την πρόσβαση σε κοινωνική υποστήριξη (εφόσον μεσολαβεί νοσηλεία) και τη δυνατότητα επιλογής προμηθευτή.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων αξιολογεί τη λήψη έγκαιρης προσοχής από το υγειονομικό προσωπικό ως το σημαντικότερο υποστοιχείο της ανταποκρισιμότητας των υπηρεσιών υγείας (27,3%). Έπεται σε σημαντικότητα το στοιχείο της αξιοπρέπειας (22,8%) και η δυνατότητα ουσιαστικής επικοινωνίας με το προσωπικό (19,6%). Ακολουθεί η δυνατότητα επιλογής της υγειονομικής μονάδας περίθαλψης ή/και του ιατρού (14,2%), το καθαρό περιβάλλον (6,8%), η αυτονομία του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, υπό την έννοια της δυνατότητας συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων (5,8%), η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών οι οποίες αφορούν την κατάσταση της υγείας του (2,9%), ενώ η κοινωνική υποστήριξη αξιολογείται τελευταία στη λίστα με τα σπουδαιότερα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας (0,4%).

Η ανταποκρισιμότητα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης συνολικά είναι καλύτερη από την αντίστοιχη των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών (Διάγραμμα 1). Συγκεκριμένα, το ποσοστό των ατόμων τα οποία δηλώνουν «πολύ καλή και καλή» ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας ανέρχεται στο 62,1%, σε αντίθεση με 51,4% όσων δηλώνουν «πολύ καλή και καλή» ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών.

Μάλιστα, αυτές οι δέκα ποσοστιαίες μονάδες της διαφοράς, δηλαδή όσοι δεν δηλώνουν «καλή και πολύ καλή» ανταποκρισιμότητα των δευτεροβάθμιων, φαίνεται ότι δηλώνουν «κακή και πολύ κακή» ανταποκρισιμότητα στη δευτεροβάθμια, και όχι «μέτρια».

Στα επιμέρους στοιχεία της ανταποκρισιμότητας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, σχεδόν 79% των χρηστών βαθμολογεί την εμπειρία του ως προς την εμπιστευτικότητα των

πληροφοριών «καλή και πολύ καλή». Το αντίστοιχο ποσοστό ατόμων το οποίο δηλώνει «καλή και πολύ καλή» είναι 69% για την αξιοπρέπεια, 65,5% για τη λήψη έγκαιρης προσοχής και 64,6% για την επικοινωνία. Η πτωτική τάση στα ποσοστά όσων αξιολογούν τα υπόλοιπα στοιχεία ως «καλά και πολύ καλά» συνεχίζεται, με 59,6% μόνο των χρηστών να δηλώνει ότι η δυνατότητα επιλογής μονάδας ή γιατρού είναι «καλή και πολύ καλή».

Αντίστοιχα, στην αξιολόγηση της ανταποκρισιμότητας των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας, το στοιχείο της κοινωνικής υποστήριξης συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό χρηστών στην απάντηση «καλή και πολύ καλή». Επισημαίνεται όμως ότι το στοιχείο αυτό αξιολογείται, όπως ήδη ειπώθηκε, ως το λιγότερο σημαντικό από την πλειοψηφία των χρηστών. Η εμπειρία των χρηστών ως προς την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών φαίνεται να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους, καθώς 76% την αξιολογεί ως «καλή και πολύ καλή». Δεν συμβαίνει κάτι ανάλογο με την έγκαιρη προσοχή και την αξιοπρέπεια, όπου μόλις το 59,6% και το 59,3% των χρηστών αντίστοιχα κρίνει τη σχετική εμπειρία του από τα δύο αυτά στοιχεία ως «καλή και πολύ καλή». Το ποσοστό όσων δηλώνουν ότι είχαν «καλή και πολύ καλή» εμπειρία στον τομέα της επικοινωνίας με το υγειονομικό προσωπικό πέφτει στο 54,5%.

Στο σημείο αυτό, είναι σκόπιμο να τονιστεί ότι η έγκαιρη προσοχή, η αξιοπρέπεια και η επικοινωνία αξιολογούνται ως τα τρία σημαντικότερα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας. Τα στοιχεία της επιλογής και της αυτονομίας συγκεντρώνουν ακόμα χαμηλότερα ποσοστά χρηστών οι οποίοι δηλώνουν ότι είχαν «καλή και πολύ καλή» εμπειρία και συγκεκριμένα 53,8% και 51,5% αντίστοιχα.

Γίνεται αντιληπτό ότι όλα τα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας αξιολογούνται χειρότερα όταν αφορούν τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η σύγκριση των στοιχείων αυτών μεταξύ όσων νοσηλεύτηκαν σε δημόσιο νοσοκομείο (10% του δείγματος) και όσων νοσηλεύτηκαν σε ιδιωτική μονάδα υγείας (2% του δείγματος).

Στα στοιχεία της έγκαιρης προσοχής, της αξιοπρέπειας, της επικοινωνίας και της επιλογής, δηλαδή στα τέσσερα σημαντικότερα στοιχεία της ανταποκρισιμότητας, η ποσοστιαία διαφορά ανάμεσα σε όσους δηλώνουν «καλή και πολύ καλή» εμπειρία από τον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα είναι μεγάλη και κυμαίνεται από 17 έως 25 περίπου ποσοστιαίες μονάδες. Μάλιστα, ειδικά στην αξιολόγηση της αξιοπρέπειας και της

επικοινωνίας από όσους νοσηλεύτηκαν στο δημόσιο τομέα, το μεγαλύτερο μέρος αυτής της διαφοράς διοχετεύεται στην απάντηση «κακή και πολύ κακή» και όχι στην απάντηση «μέτρια», όπως θα ήταν ίσως αναμενόμενο.

(Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2006), Διερεύνηση Του Επίπεδου Υγείας Και Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Ελλάδα, Ανταποκρισιμότητα Υπηρεσιών Υγείας)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Σκοπός έρευνας

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες το ενδιαφέρον του Εθνικού Συστήματος Υγείας πολλών χωρών έχει στραφεί προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), η οποία έχει ως επίκεντρο τον άνθρωπο και αποτελεί το βασικό πυλώνα για την προαγωγή της υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τις ανάγκες υγείας των Ελλήνων πολιτών, αλλά και την γενικότερη ικανοποίηση από τις συνθήκες και την εξυπηρέτηση τους, ως προς την παρεχόμενη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την κάλυψη αυτών.

Η εκτίμηση των αναγκών των πολιτών ως προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι σημαντική, διότι επιτρέπει όχι μόνο την αναγνώριση του μεγέθους των αναγκών αλλά και την ιεράρχηση αυτών συμβάλλοντας στην πρόληψη διαμέσου της κατάλληλης και πρώιμης παρέμβασης, στην βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και στη μείωση της νοσηρότητας. Η λεπτομερής εκτίμηση των αναγκών θα συμβάλλει στην καλύτερη πληροφόρηση και ταυτόχρονα θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

5.2. Μεθοδολογία της έρευνας

Προκειμένου να επιτευχθεί ο στόχος της παρούσας έρευνας, προχωρήσαμε στην μελέτη των δεδομένων που προέκυψαν από ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε με συγκεκριμένες ερωτήσεις που αφορούσαν κυρίως την κατάσταση των συνθηκών και της ικανοποίησης των πολιτών από την Π.Φ.Υ., πώς εκείνοι αντιδρούν στις συνθήκες και στις παρεχόμενες υπηρεσίες και τι πιστεύουν ότι θα έδινε λύση στα προβλήματα που έχουν προκύψει. Ακριβώς για τον λόγο ότι μιλάμε γενικότερα για πολίτες, το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε έτσι ώστε να μην περιορίζει τις ηλικίες σε αυτές που περιλαμβάνουν τους νέους

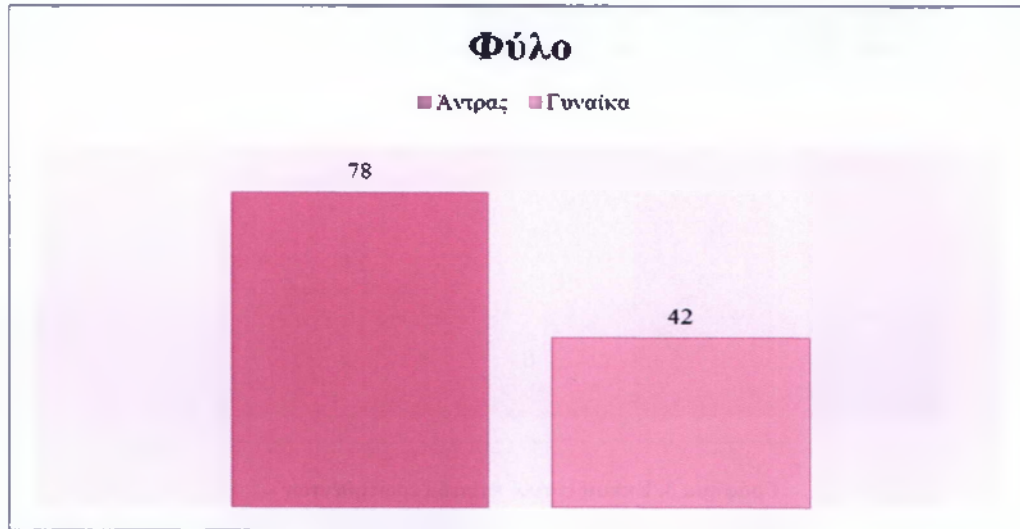
ή τους ηλικιωμένους και μόνο. Το πλήθος των απαντήσεων που συγκεντρώθηκαν στο σύνολο του, ανέρχεται στις 120, για να μπορέσουν να προκύψουν τα γραφήματα και μια σαφέστερη ανάλυση που θα μπορέσει να αποφέρει αποτελέσματα που έχουν μια συγκεκριμένη ισχύ. Ας αναφερθεί εδώ, ότι δεν υπήρχε κριτήριο επιλογής των ατόμων καθώς προσπαθήσαμε να καλύψουμε τις προϋποθέσεις, λαμβάνοντας απαντήσεις από άτομα όλων των ηλικιών που θεωρήσαμε απαραίτητες και από όλα τα εκπαιδευτικά επίπεδα για να αναλύσουμε την συμπεριφορά των ατόμων με μεγαλύτερη ευκολία. Μια γενική πρώτη άποψη, φαίνεται να είναι πως το θέμα ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον και τα αποτελέσματα συγκεντρώθηκαν αρκετά σύντομα για να μπορέσουμε να προχωρήσουμε σε ανάλυση. Επίσης, στο ερωτηματολόγιο, δεχθήκαμε απαντήσεις τόσο από γυναίκες όσο και από άνδρες (με ελαφριά υπερέρρηση των ανδρών). Το ερωτηματολόγιο παραχωρήθηκε στα άτομα προς απάντηση την περίοδο από 15/9/2014 έως και 15/10/2014 και για συνολικό διάστημα ενός μήνα.

Για τη συλλογή δεδομένων, σχεδιάστηκε ένα ερωτηματολόγιο, σχετικά σύντομο και ευχάριστο, ώστε να δεχθούμε σαφέστερες απαντήσεις και να μην κουραστούν όσοι ανταποκριθούν σε αυτό. Συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο περιείχε 25 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο προωθήθηκε δε, σε κέντρα Π.Φ.Υ. της περιοχής μελέτης. Ας αναφέρουμε τέλος, ότι η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με συλλογή των δεδομένων και εκκαθάριση τους, όπου τροποποιήθηκαν οι λίστες για να μπορέσουμε να εξάγουμε τα αποτελέσματα με σωστό τρόπο. Τα δεδομένα εισήχθησαν στο λογισμικό πακέτο SPSS, όπου και ακολούθησε η παραγωγή μέσω αυτού, γραφημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

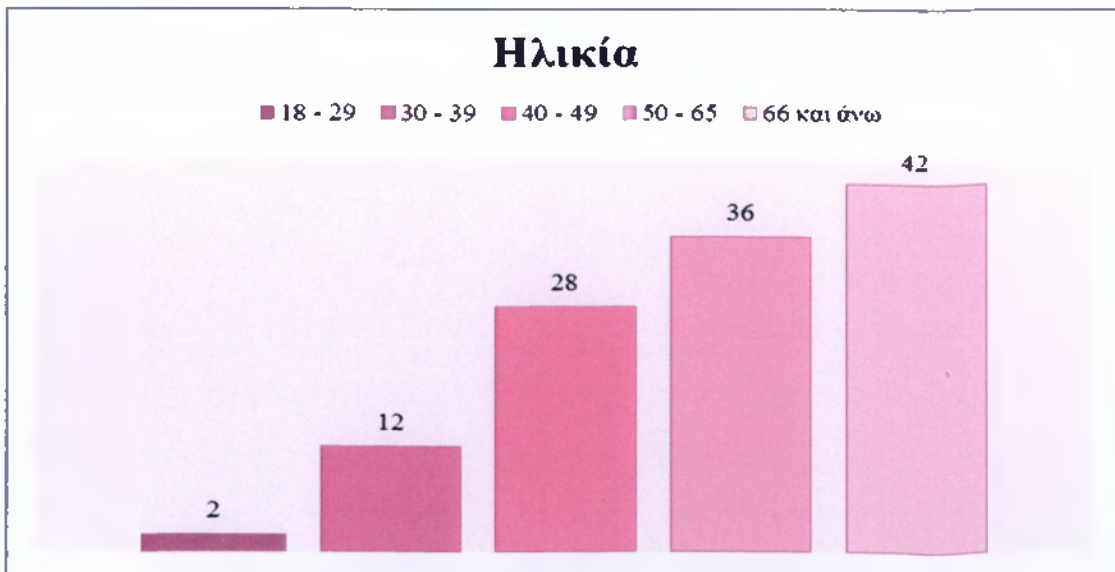
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Έχοντας πραγματοποιήσει την έρευνα σας παρουσιάζουμε τα αποτελέσματά της σε γραφήματα με την αντίστοιχη ανάλυση.



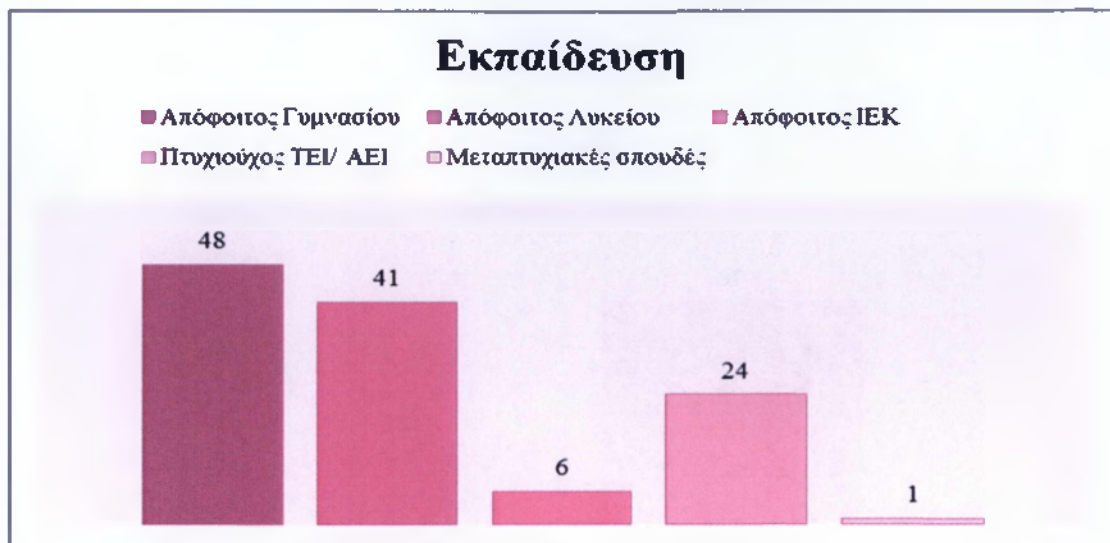
Γράφημα 1. Φύλο ερωτηθέντων

Στο Γράφημα 1, παρατηρούμε το φύλο των ερωτηθέντων. Από τα 120 τα οποία ανταποκρίθηκαν στην έρευνα μας οι 78 ήταν άνδρες και οι 42 γυναίκες. Φυσικά, το ποσοστό υπερτερεί, υπέρ των ανδρών αν και το ποσοστό των γυναικών είναι αρκετά ασφαλές για την εξαγωγή συγκεκριμένων συμπερασμάτων.



Γράφημα 2. Ηλικιακές ομάδες ερωτηθέντων

Στο Γράφημα 2, παρατηρούμε τις ηλικιακές ομάδες στις οποίες ανήκουν οι ερωτηθέντες. Εδώ βλέπουμε ότι το ανώτατο ποσοστό, σημειώνει η ομάδα από 66 ετών και άνω, γεγονός απόλυτα φυσιολογικό αν κρίνει κανείς από το γεγονός ότι με την πάροδο των ετών, ιδίως τα ηλικιωμένα άτομα, χρήζουν περισσότερης ιατρικής υποστήριξης από τους κατά πολύ νεότερους. Αμέσως μετά, ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 50 – 65 με αριθμό ανταποκριθέντων 36, αναφορικά με τους 42 που ανταποκρίθηκαν στην κυρίαρχη ηλικιακή ομάδα.



Γράφημα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο ερωτηθέντων

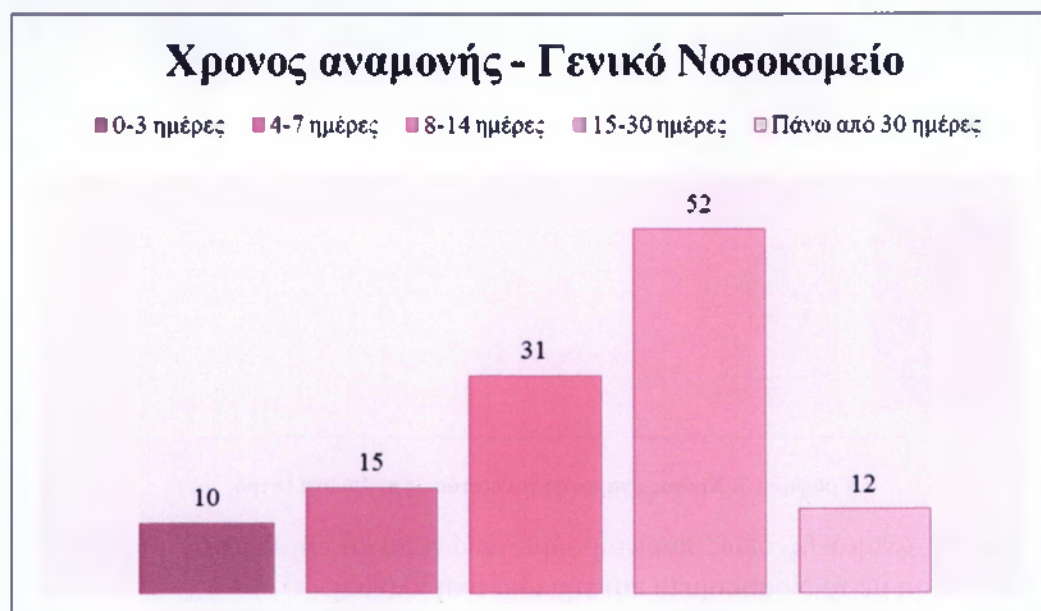
Προχωρούμε στο Γράφημα 3, όπου παρατηρούμε το εκπαιδευτικό επίπεδο των ερωτηθέντων. Εδώ κυρίαρχη είναι η ομάδα των αποφοίτων γυμνασίου, κρίνοντας από το γεγονός ότι οι περισσότεροι που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα είναι ηλικιωμένοι, επομένως λόγω της διαφορετικότητας των εκπαιδευτικών συνθηκών στο παρελθόν, δεν τους δόθηκε η δυνατότητα να συνεχίσουν την εκπαίδευσή τους. Αμέσως επόμενη, έρχεται η ομάδα των αποφοίτων λυκείου.



Γράφημα 4. Ασφαλιστικό Ταμείο ερωτηθέντων

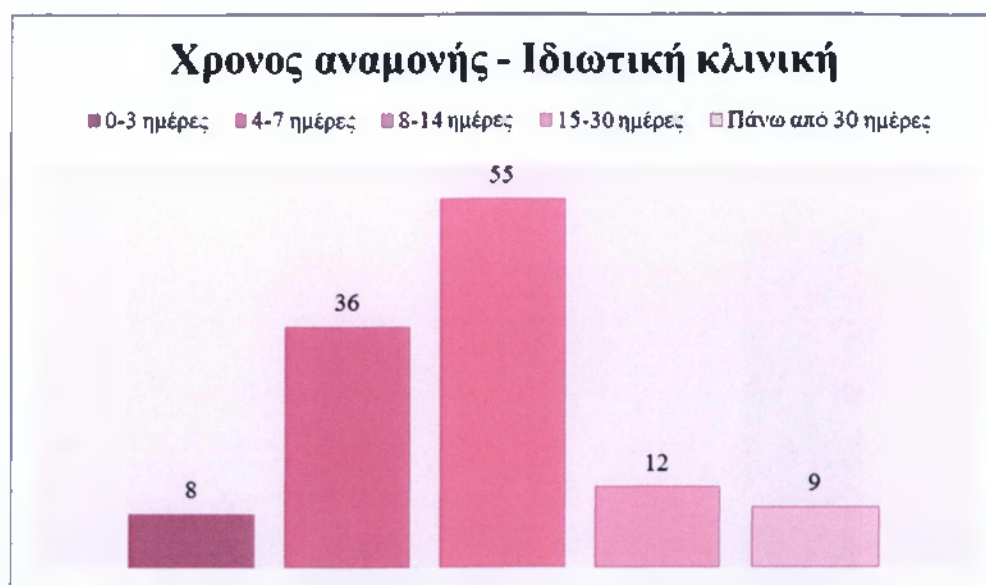
Συνεχίζουμε με την ερώτηση σχετικά με το Ασφαλιστικό Ταμείο στο οποίο είναι εγγεγραμμένοι. Εδώ μπορούμε να δούμε στο Γράφημα 4, ότι κατά κράτος επικρατεί το ΕΟΠΥΥ καθώς, πρόκειται για πολλά ταμεία που συγκέντρωναν μάλιστα το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού και ενοποιήθηκαν. Λιγότερα κατά πολύ, είναι τα άτομα που ανήκουν στα Ασφαλιστικά ταμεία ΕΤΥΑΠ/ΚΥΥΑΠ, ΕΤΑΑ, ΟΑΕΕ και ΤΥΠΕΤ.

10 ΜΗΝΕΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΣΕ Π.Ε.Δ.Υ.



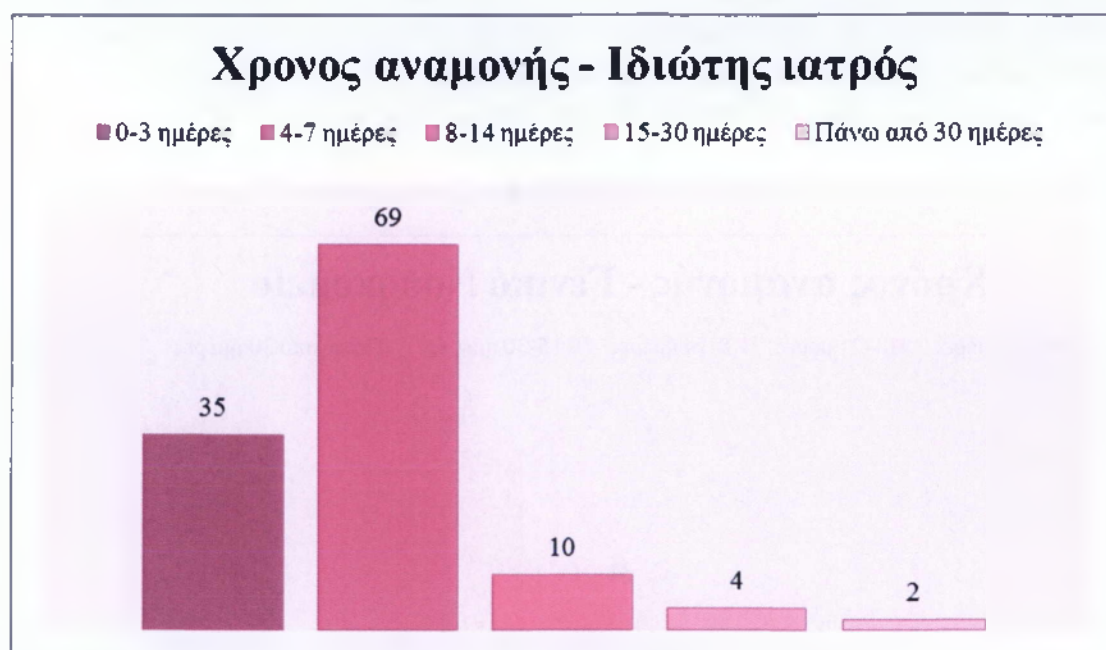
Γράφημα 5. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις στο Γενικό Νοσοκομείο

Ειδικότερα παρατηρούμε ότι 52 στους 120 δήλωσαν ότι περιμένουν για εξετάσεις στο Γ.Ν 15-30 ημέρες. Μόλις 31 δήλωσαν ότι 8-14 ημέρες χρειάστηκαν για να κάνουν τις εξετάσεις τους και 12 στους 120 περιμένουν πάνω από 30 ημέρες



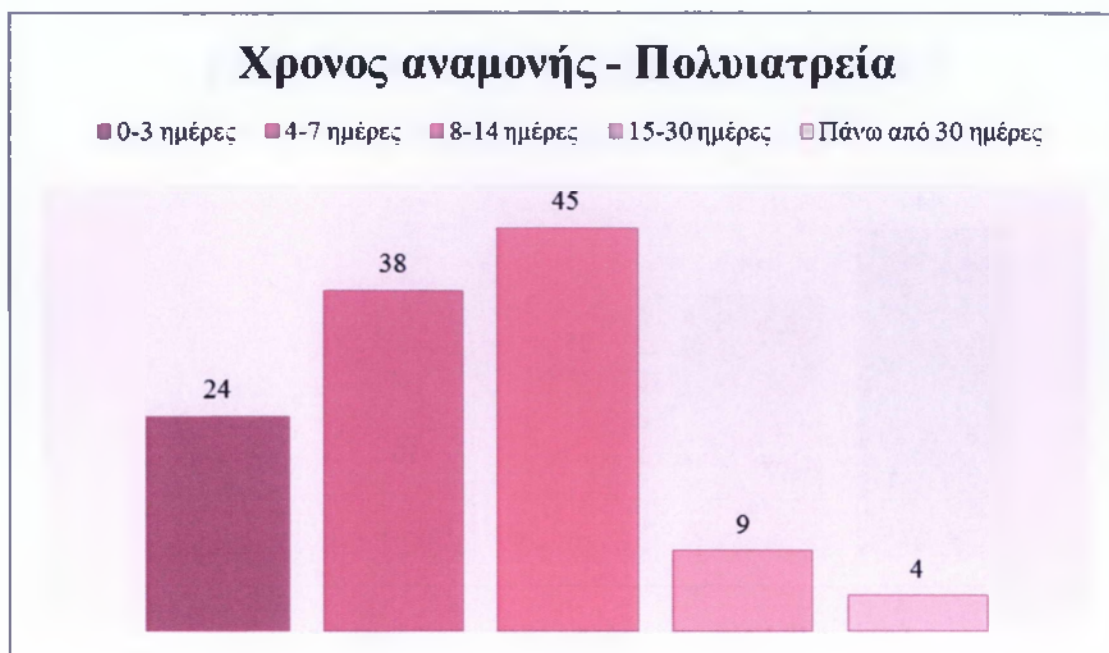
Γράφημα 6. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις σε Ιδιωτική κλινική

Στο γράφημα 6 απεικονίζεται ο χρόνος αναμονής για εξετάσεις σε ιδιωτική κλινική όπου φαίνεται ξεκάθαρα ότι ο χρόνος αναμονής είναι λιγότερος απ ότι στο Γενικό Νοσοκομείο .



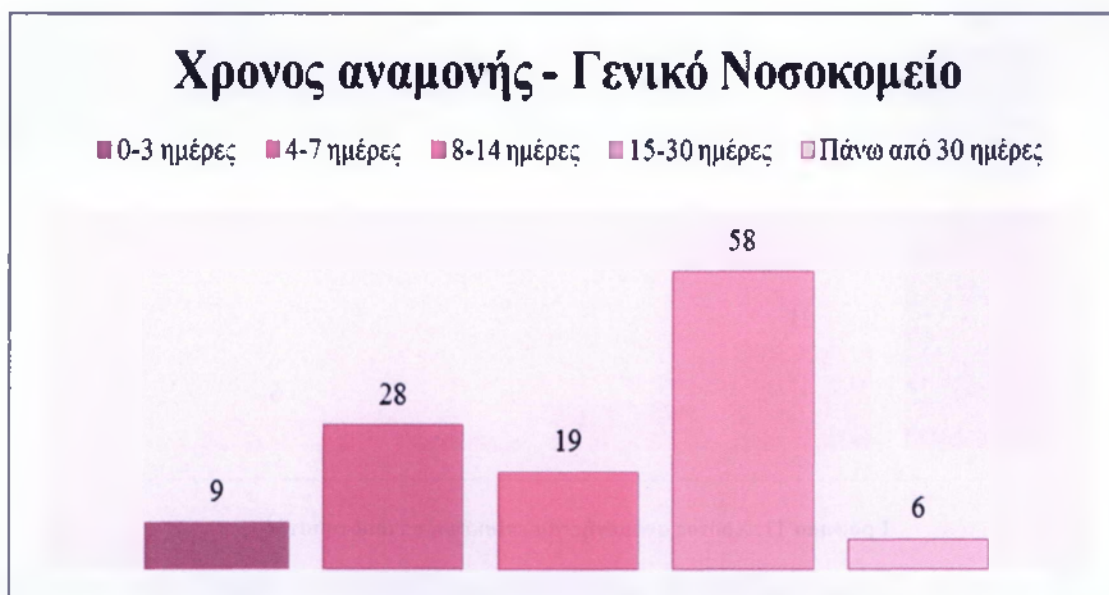
Γράφημα 7. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις σε Ιδιώτη Ιατρό

Ο χρόνος αναμονής όπως παρατηρούμε μειώνεται αισθητά αφού κυμαίνεται σε 4-7 ημέρες σε αντίθεση με το Νοσοκομείο και την ιδιωτική κλινική.



Γράφημα 8. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις σε πολυιατρεία

Σύμφωνα με τον πίνακα 8 ο χρόνος για εξετάσεις σε πολυιατρεία κυμαίνεται από 8-14 ημέρες , στη συνέχεια 4-7 και τέλος σε 0-3 .



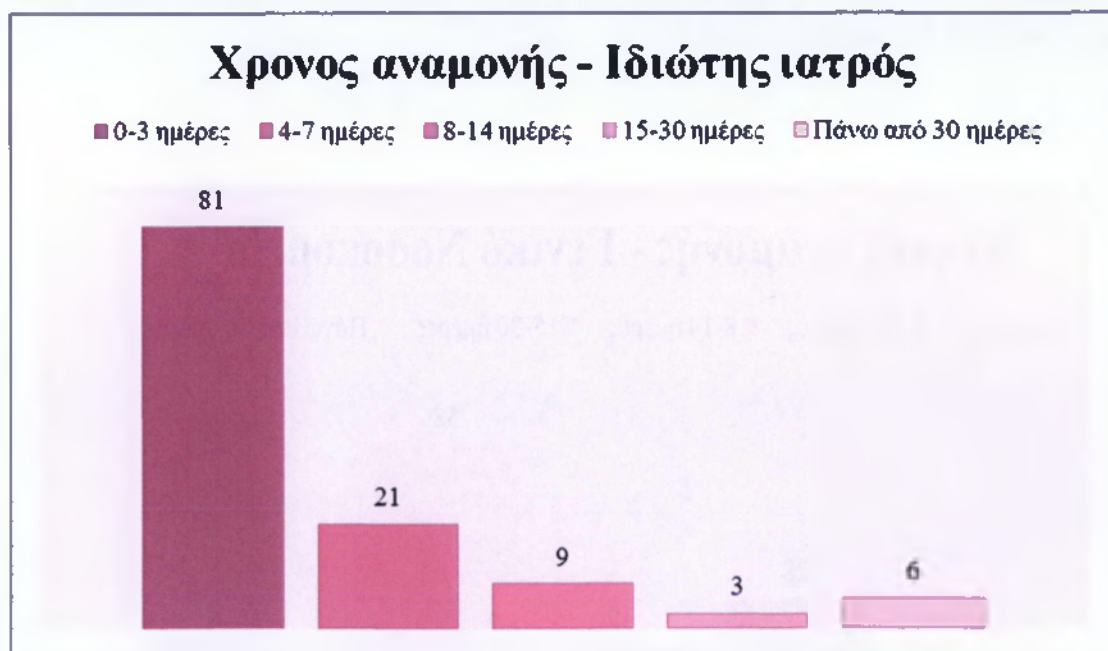
Γράφημα 9. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη στο Γενικό Νοσοκομείο

Στο διάγραμμα αυτό βλέπουμε ότι 58 άτομα στους 120 περίμεναν 15-30 ημέρες για να επισκευτούν τον ιατρό στο γενικό νοσοκομείο ενώ 6 άτομα περιμένανε πάνω από 30 ημέρες.



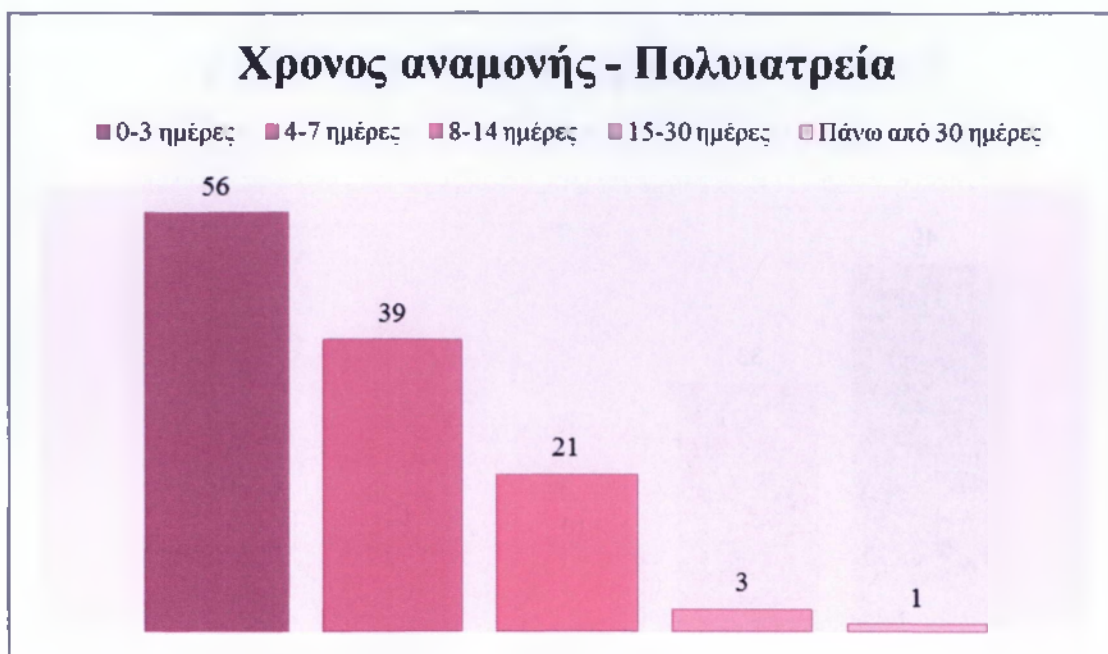
Γράφημα 10. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε Ιδιωτική κλινική

Σε αυτό το γράφημα παρατηρούμε ότι ο χρόνος αναμονής στην ιδιωτική κλινική κυμαίνεται από 0-3 ημέρες ενώ σπάνια πάνω από 30 ημέρες.



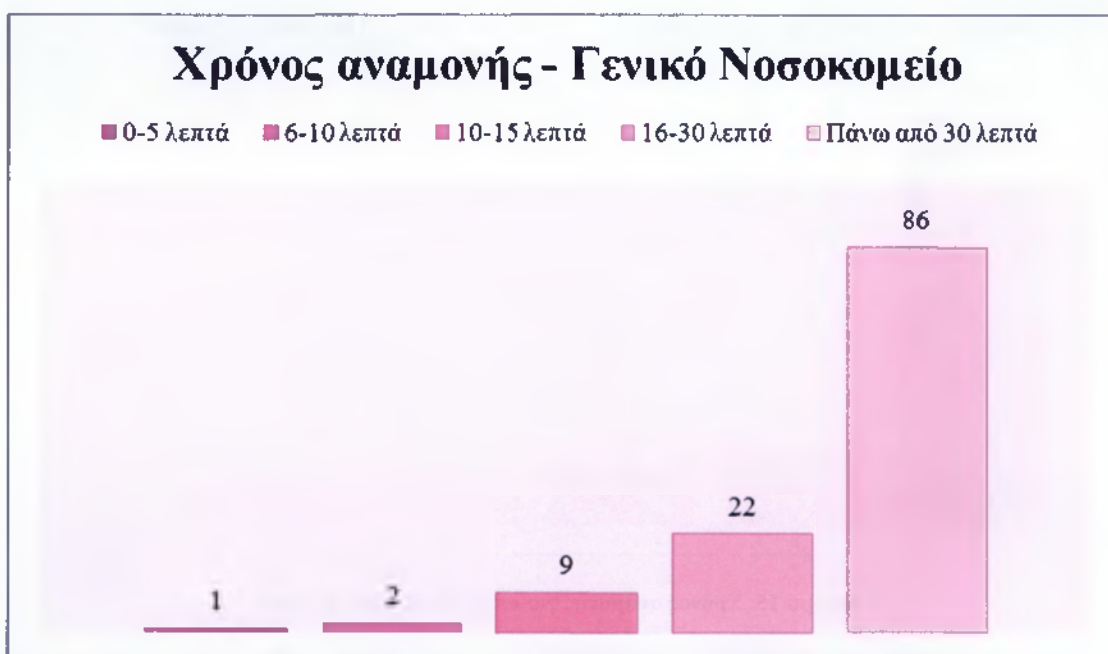
Γράφημα 11. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό

Το γράφημα 11 περιλαμβάνει τον χρόνο αναμονής σε ιδιώτη γιατρό πριν την αλλαγή σε ΠΕΔΥ. Αυτό που διακρίνουμε είναι ότι 0-3 ημέρες απαιτούνται για επίσκεψη σε ιδιώτη .



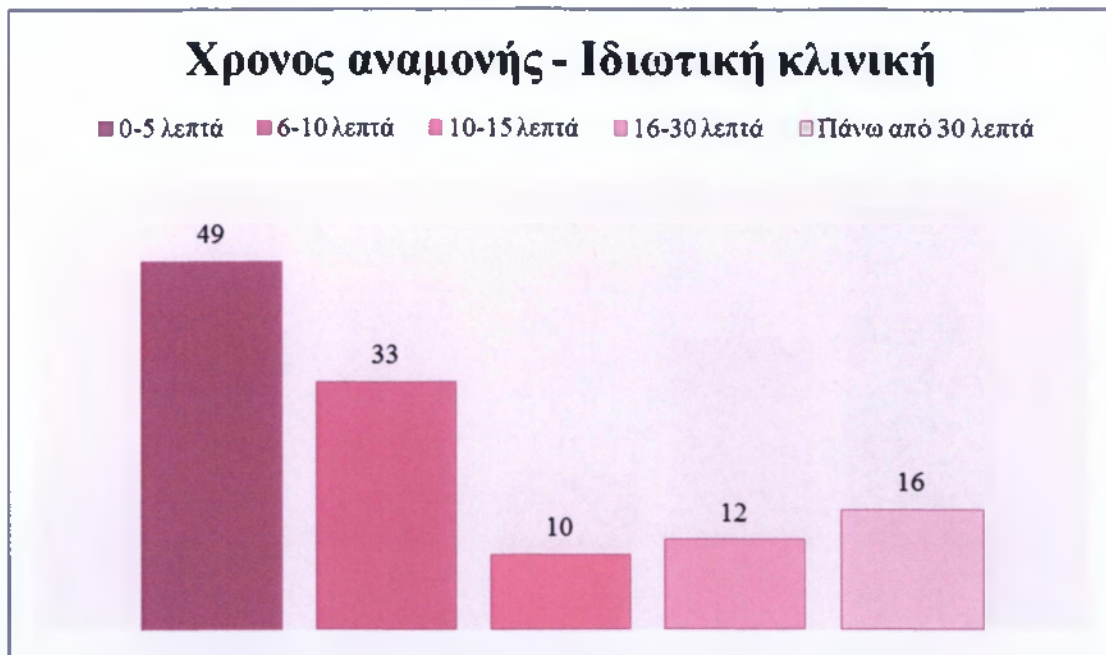
Γράφημα 12. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε πολυιατρεία

Απο το γράφημα 12 συμπαιρένουμε ότι ο χρόνος αναμονής για επίσκεψη στα πολυιατρεία κυμαίνεται σε 0-3 ημέρες και στη συνέχεια 4-7 ενώ πάνω απο 30 ημέρες σχεδόν καθόλου.



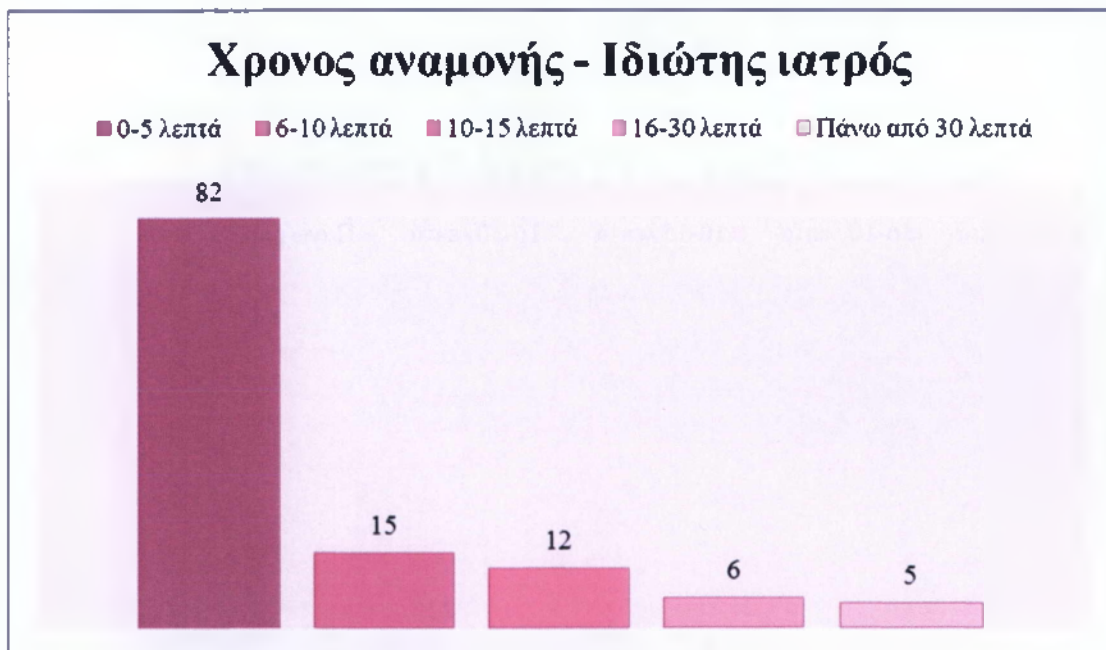
Γράφημα 13. Χρόνος αναμονής για αποδοχή στο Γενικό Νοσοκομείο

Αυτό που παρατηρούμε στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι ότι και πάλι στο Γενικό Νοσοκομείο παρουσιάζεται μεγάλη καθυστέρηση αφού θα πρέπει να περιμένουν πάνω από τριάντα λεπτά για να γίνουν αποδεκτοί από τον αρμόδιο ιατρό.



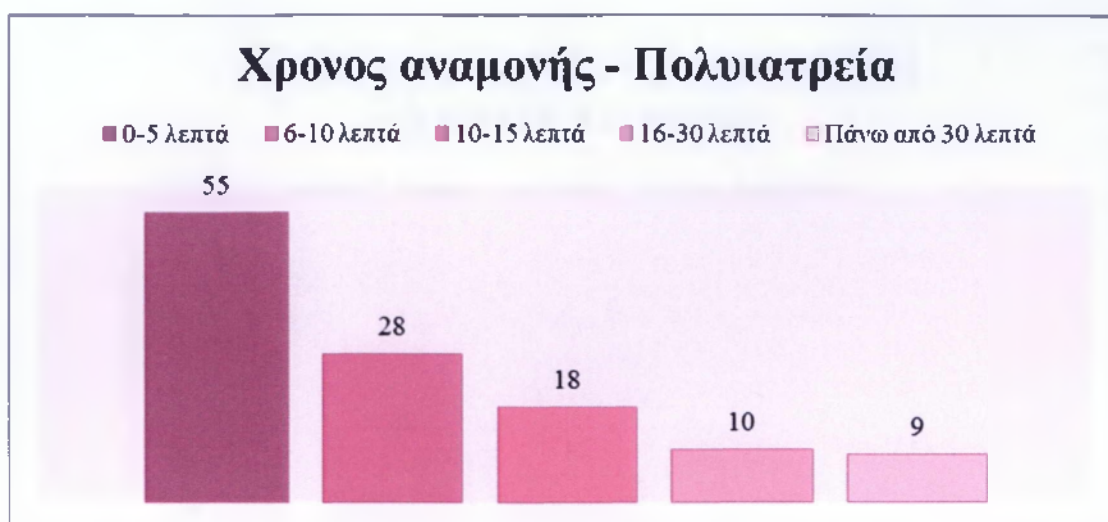
Γράφημα 14. Χρόνος αναμονής για αποδοχή σε ιδιωτική κλινική

Αυτό που παρατηρούμε σε αντίθεση με τις δομές του γενικού νοσοκομείου είναι ότι ο χρόνος αναμονής κυμαίνεται από 0-5 λεπτά και ενίοτε από 6-10 λεπτά σπάνια και σε ειδικές περιπτώσεις.



Γράφημα 15. Χρόνος αναμονής για αποδοχή σε ιδιώτη ιατρό

Από το γράφημα 15 φαίνεται ότι ο χρόνος αναμονής στον ιδιώτη γιατρό είναι ίδιος με τον χρόνο αναμονής στην ιδιωτική κλινική και σπανίως ξεπερνά τα 30 λεπτά.



Γράφημα 16. Χρόνος αναμονής για αποδοχή σε πολυιατρεία

Ο χρόνος αναμονής για αποδοχή απο τον αρμόδιο ιατρό σε πολυιατρεία παρατηρούμε οτι είναι 0-5 λεπτά και στη συνέχεια 6-10 λεπτά

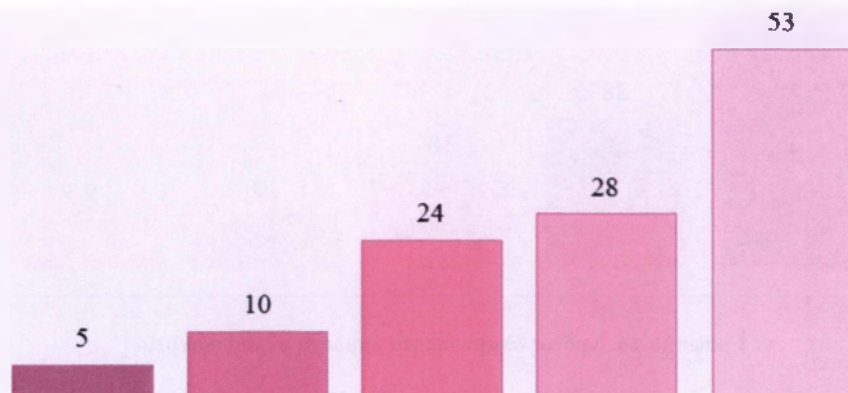


Γράφημα 17. Ικανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για το Γενικό Νοσοκομείο

Όπως φαίνεται στο Γενικό Νοσοκομείο η ικανοποίησή τους είναι σχετικά μικρή αφού δηλώνουν οι 40 στους 120 είναι μετρίως ικανοποιημένοι.

Ικανοποίηση σύστημα ραντεβού - Ιδιωτική κλινική

■ Καθόλου ■ Λίγο ■ Μέτρια ■ Αρκετά ■ Πολύ



Γράφημα 18. Ικανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για ιδιωτική κλινική

Η κατάσταση τροποποιείται και πάλι στις ιδιωτικές δομές όπου οι περισσότεροι δηλώνουν ότι είναι πολύ ή αρκετά ικανοποιημένοι. Τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης συγκεντρώνει το τηλεφωνικό σύστημα ραντεβού για ιδιωτική κλινική όπου 53 στους 120 δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι.

Ικανοποίηση σύστημα ραντεβού - Ιδιώτης ιατρός

■ Καθόλου ■ Λίγο ■ Μέτρια ■ Αρκετά ■ Πολύ



Γράφημα 19. Ικανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για ιδιώτη ιατρό

Στο γράφημα 19 παρατηρούμε την ικανοποίηση από το σύστημα για ραντεβού στον ιδιώτη ιατρό όπου φυσικά η διαφορά είναι εμφανής αφού 42 στους 120 δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι και σπάνια δηλώνουν καθόλου ικανοποιημένοι.



Γράφημα 20. Ικανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για πολυιατρεία

Όπως και στα πολυιατρεία 42 άτομα δηλώνουν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι σε αντίθεση με την ικανοποίηση που προσφέρει το γενικό νοσοκομείο.

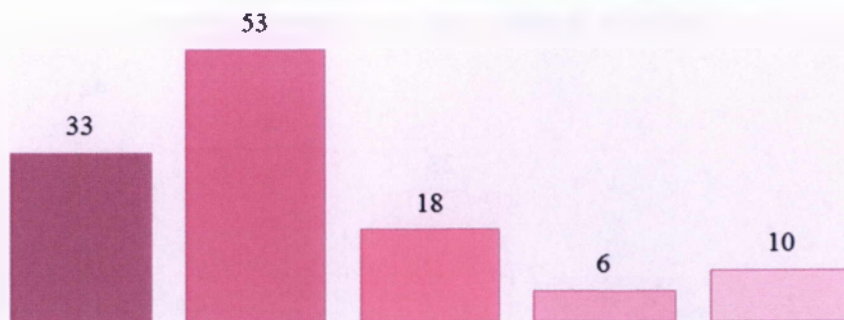


Γράφημα 21. Ικανοποίηση από επάρκεια χρόνου των ασθενών με τον αρμόδιο γιατρό

Στο Γράφημα 21, αποτυπώνεται η ικανοποίηση από την επάρκεια χρόνου για συζήτηση με τον γιατρό. Εδώ παρατηρείται ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων δήλωσε λίγο ικανοποιημένη σχετικά με την επάρκεια χρόνου με τον ιατρό στις διάφορες δομές υγείας της Π.Φ.Υ.

Ύπαρξη ανάλογης ιατρικής ειδικότητας

■ Καθόλου ■ Λίγο ■ Μέτρια ■ Αρκετά ■ Πολύ

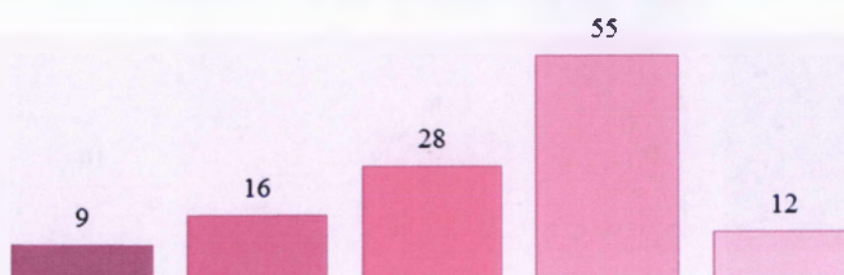


Γράφημα 22. Ικανοποίηση από την ύπαρξη ανάλογης ιατρικής ειδικότητας

Στο Γράφημα 22 αποτυπώνεται η άποψη των ασθενών σχετικά με την ικανοποίηση από την ύπαρξη της ανάλογης ιατρικής ειδικότητας όταν αυτοί το είχαν ανάγκη. Εδώ παρατηρούμε ένα αρκετά μεγάλο πρόβλημα, καθώς οι 53 στους 120 είναι λίγο ικανοποιημένοι. Παράλληλα, και στο Γενικό Νοσοκομείο, δεν υπάρχουν όλες ειδικότητες ιατρών με αποτέλεσμα να υπάρχει ανεπάρκεια, και οι ασθενείς να μην εξυπηρετούνται όπως θα έπρεπε.

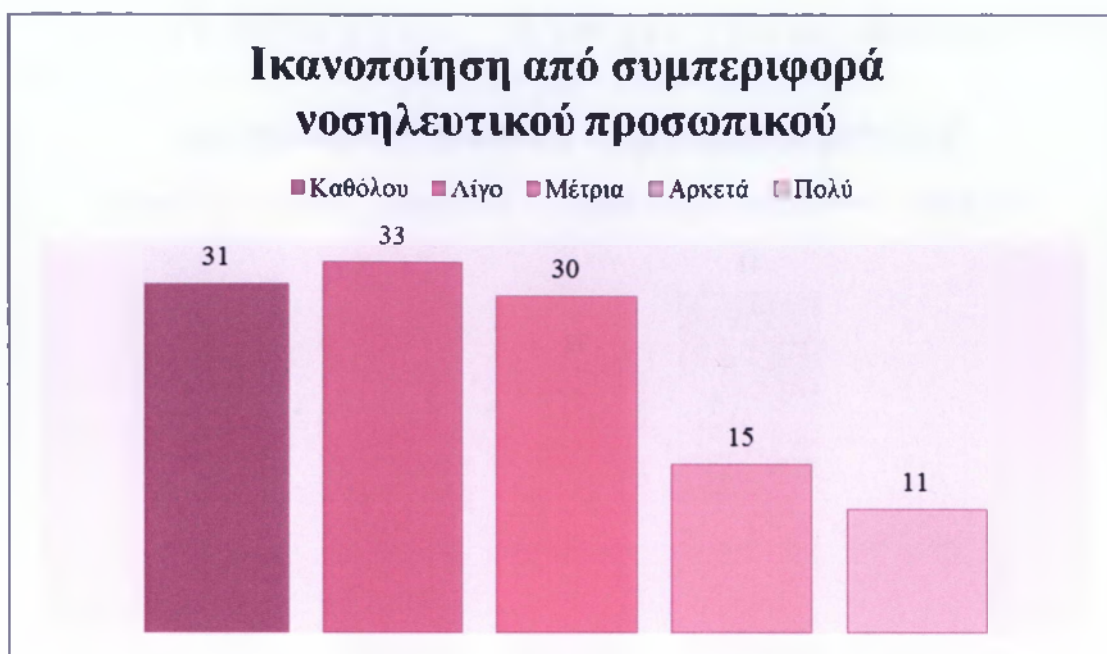
Ικανοποίηση από συμπεριφορά ιατρικού προσωπικού

■ Καθόλου ■ Λίγο ■ Μέτρια ■ Αρκετά ■ Πολύ



Γράφημα 23. Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την συμπεριφορά ιατρικού προσωπικού

Στο γράφημα 23 παρουσιάζεται η ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού. Συγκρίνοντας λοιπόν ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης παρουσιάζεται όσο αφορά το ιατρικό αφού οι 55 στους 120 αρκετά ικανοποιημένοι.



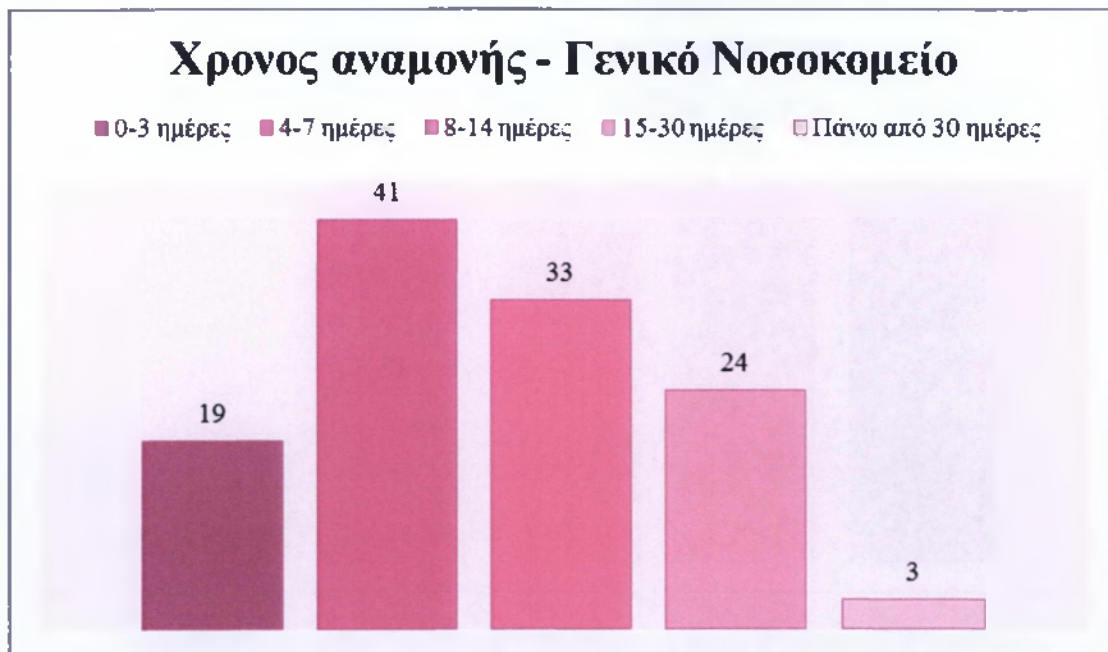
Γράφημα 24. Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την συμπεριφορά νοσηλευτικού προσωπικού

Όσο αφορά την ικανοποίηση απο το νοσηλευτικό προσωπικό παρατηρούμε ότι οι ερωτηθέντες είναι λίγο ικανοποιημένοι .



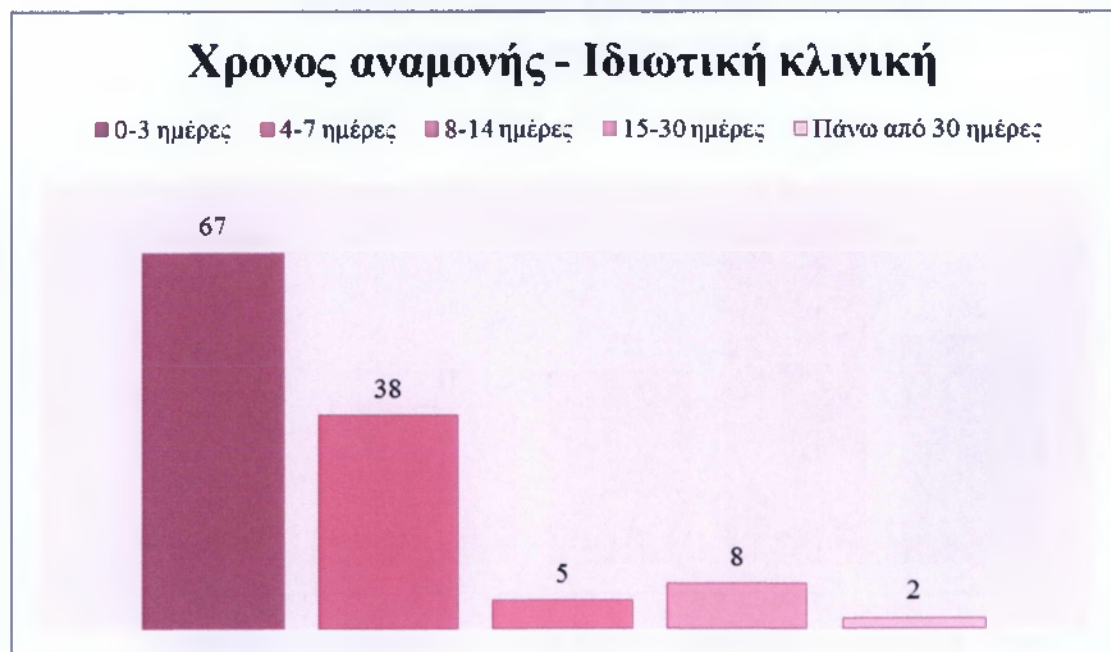
Γράφημα 25. Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού

Σε αυτή την περίπτωση παρουσιάζετε η ικανοποίηση του διοικητικού προσωπικού όπου οι 39 στους 120 και 22 στους 120 δηλώνουν οτι είναι λίγο ή καθόλου ικανοποιημένοι αντίστοιχα



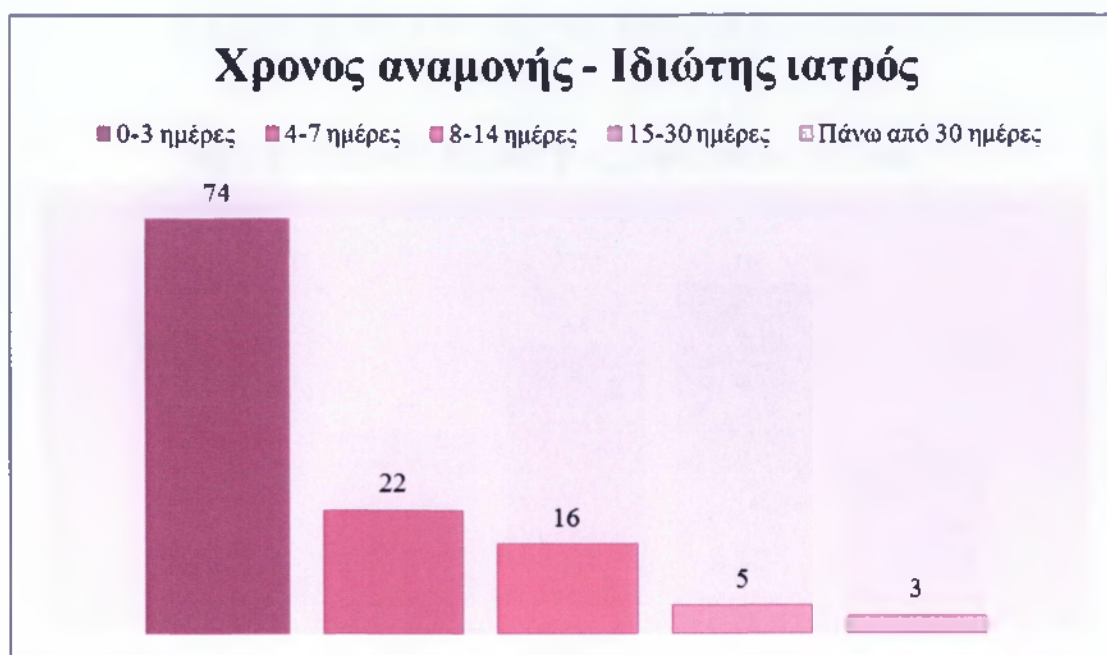
Γράφημα 26. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις στο Γενικό Νοσοκομείο

Στο γράφημα 26 παρατηρούμε ότι ο χρόνος αναμονής με την αλλαγή σε ΠΕΔΥ έχει μειωθεί από 15-30 ημέρες που ήταν αρχικά σε 4-7 ημέρες .



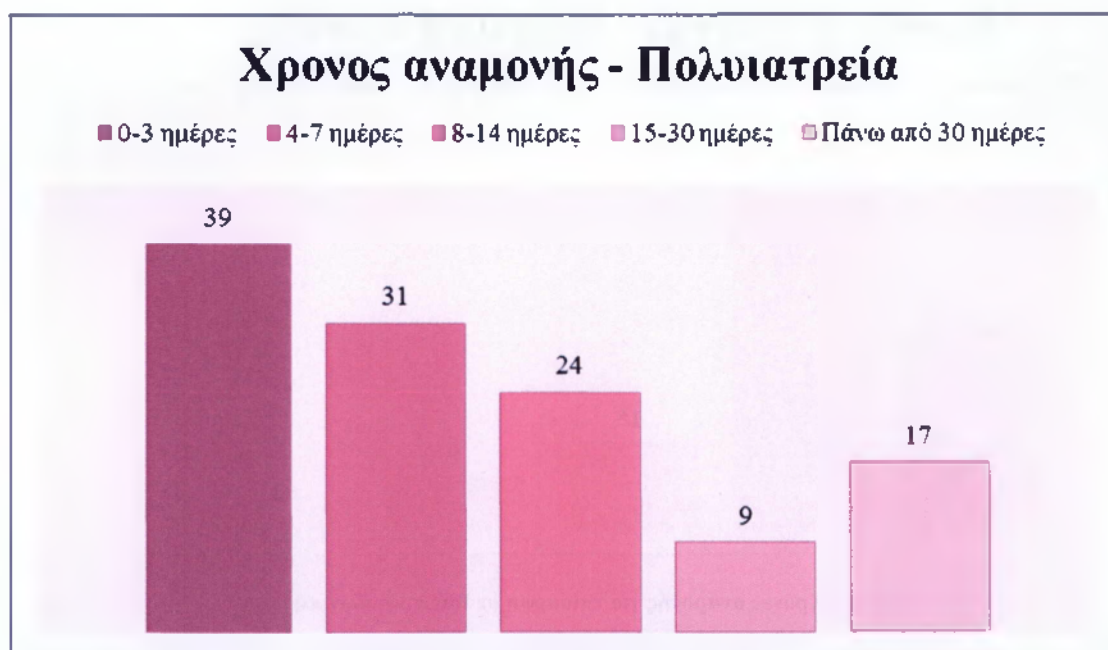
Γράφημα 27. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις σε Ιδιωτική κλινική

Ο απαιτούμενος χρόνος αναμονής για εξετάσεις στην ιδιωτική κλινική μειώνετε εξίσου αφού από 8-14 ημέρες που ήταν αρχικά τώρα αλλάζει σε 0-3 ημέρες.



Γράφημα 28. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις σε Ιδιώτη Ιατρό

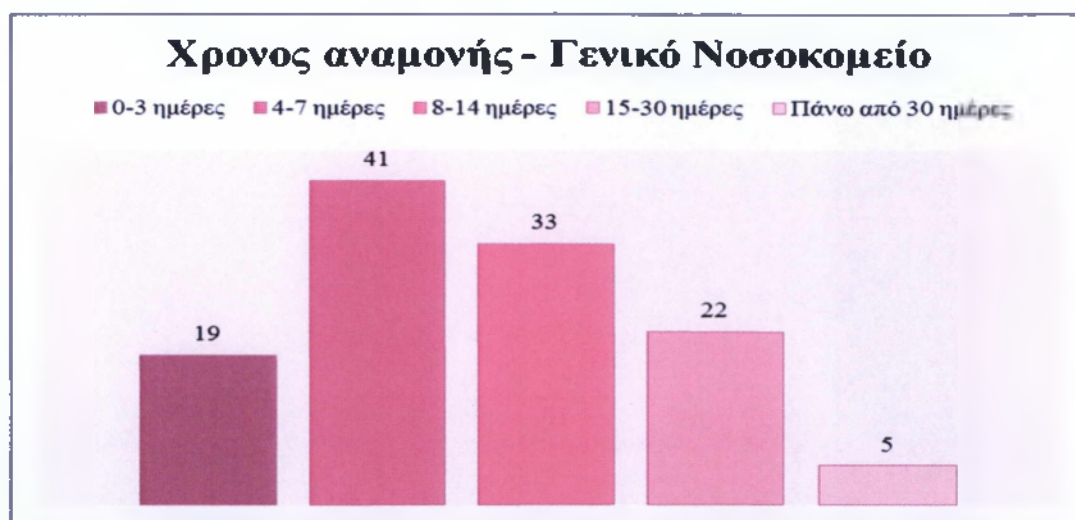
Όσο αναφορά τον χρόνο αναμονής για τις εξετάσεις σε ιδιώτη γιατρό 74 στους 120 μας απάντησαν ότι χρειάζεται να περιμένουν 0-3 ημέρες ενώ μόνο 3 απο τους ερωτηθέντες απάντησαν πάνω απο 30 ημέρες



Γράφημα 29. Χρόνος αναμονής για εξετάσεις σε πολυιατρεία

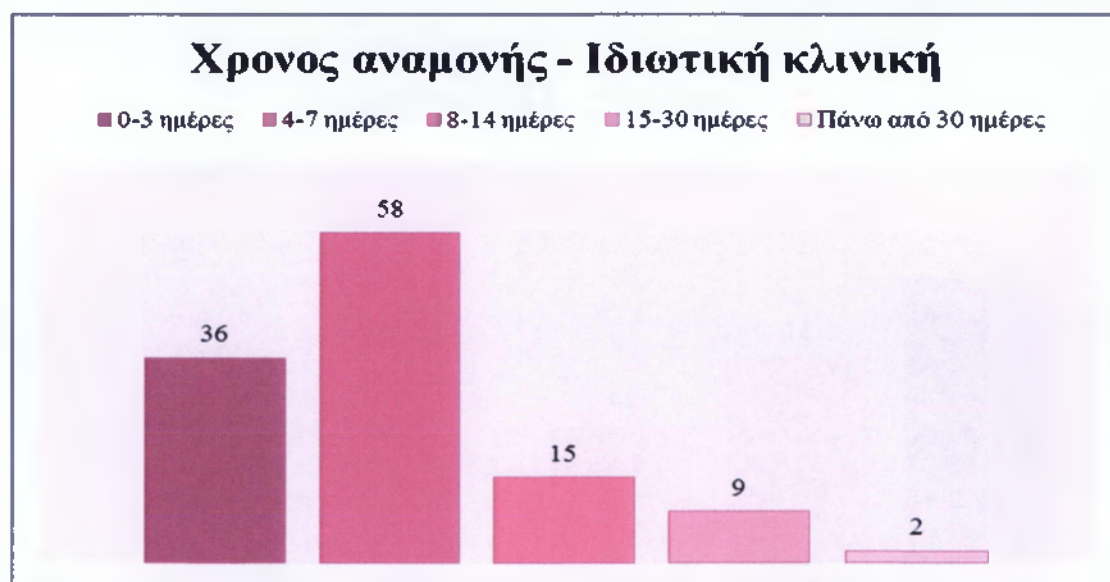
Στο παραπάνω διάγραμμα μπορούμε να διακρίνουμε τον χρόνο αναμονής για εξετάσεις στα πολυιατρεία. Αυτό που με βεβαιότητα συμπαιρνούμε είναι ότι ο χρόνος αναμονής δεν ξεπερνά τις 3 ημέρες.

ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΣΕ Π.Ε.Δ.Υ.



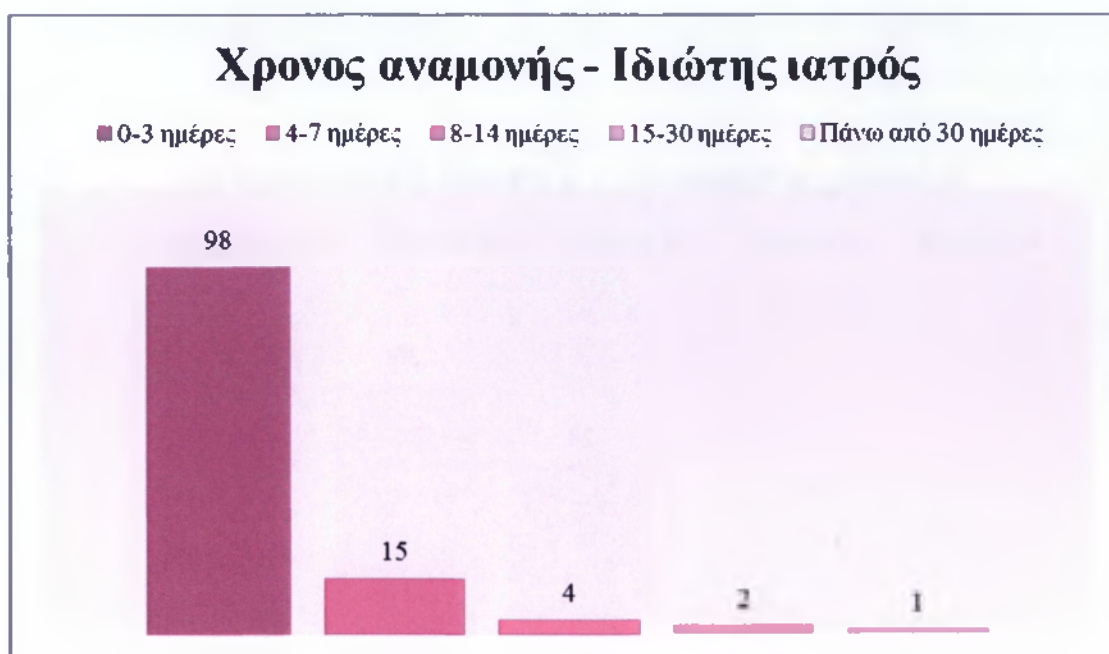
Γράφημα 30. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη στο Γενικό Νοσοκομείο

Στο γράφημα 30 παρουσιάζονται οι ημέρες αναμονής για επίσκεψη στο Γενικό Νοσοκομείο με την αλλαγή σε ΠΕΔΥ είναι φανερό ότι ο χρόνος αναμονής είναι 4-7 ημέρες .Στη συνέχεια ακολουθούν 15-30 ημέρες και τέλος πάνω απο 30 ημέρες.



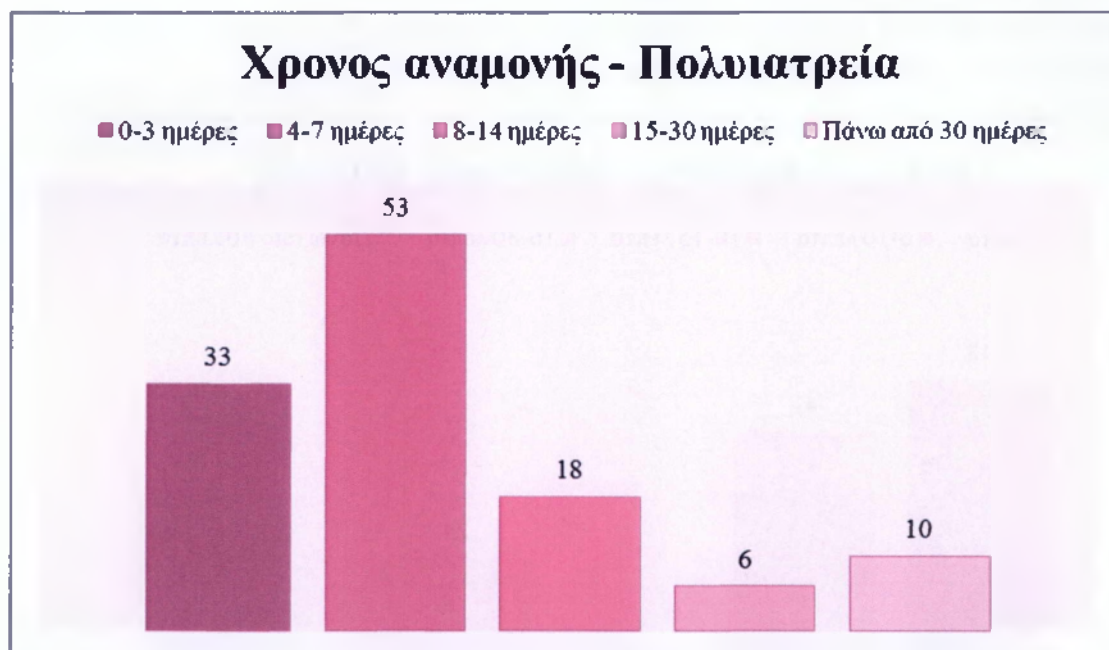
Γράφημα 31. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε Ιδιωτική κλινική

Και σε αυτή την περίπτωση η οποία αφορά την ιδιωτική κλινική ο χρόνος αναμονής είναι ακριβώς το ίδιο δηλαδή 4-7 ημέρες , έπειτα 0-3 ημέρες και πολύ σπάνια πάνω απο 30 .



Γράφημα 32. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε ιδιώτη ιατρό

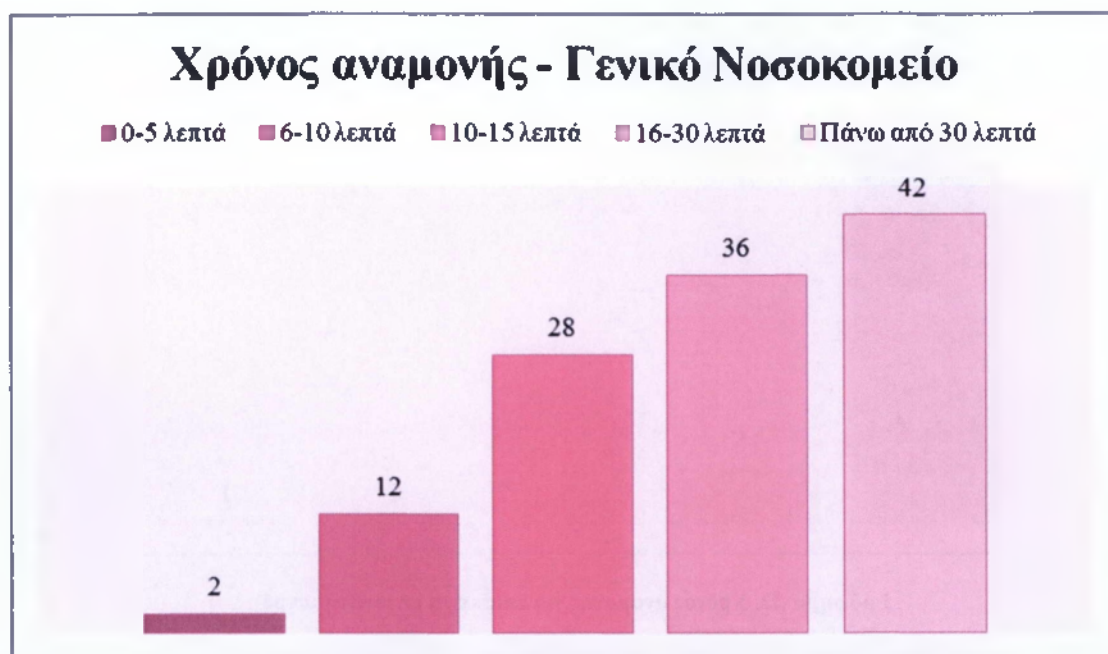
Ο χρόνος αναμονής σε αυτή την περίπτωση αλλάζει κατά πολύ αφού οι ημέρες αναμονής για επίσκεψη στον ιδιώτη γιατρό κυμαίνονται μεταξύ 0-3 ημέρες μόνο και η περίπτωση των πάνω απο 30 ημερών θα μπορούσαμε να πούμε οτι είναι μηδαμινή.



Γράφημα 33. Χρόνος αναμονής για επίσκεψη σε πολυιατρεία

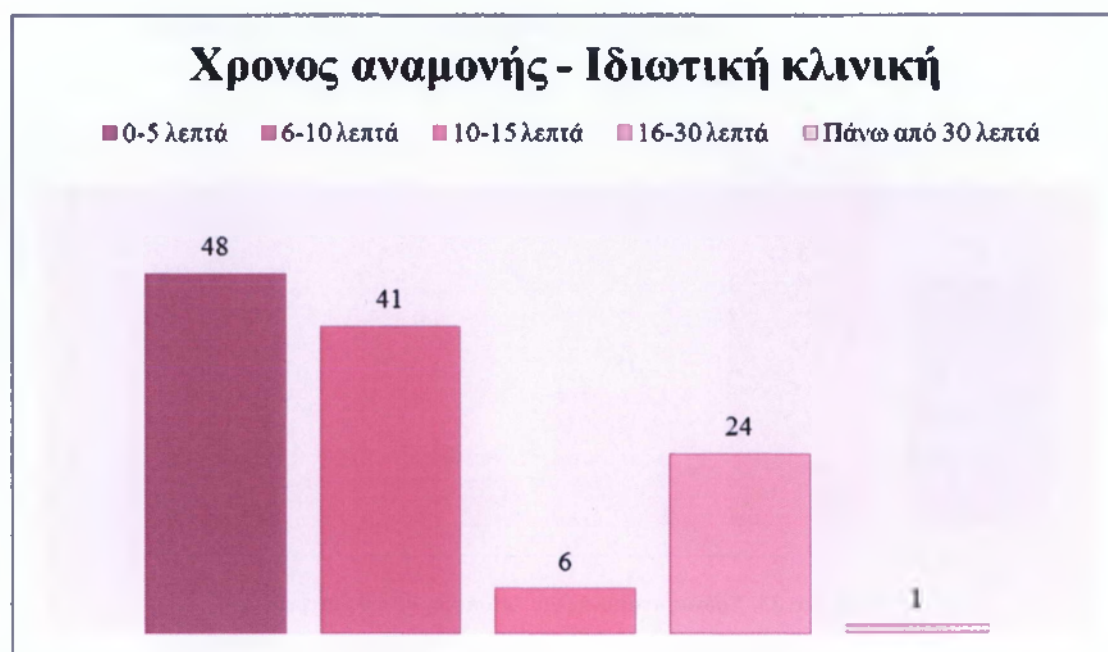
Από το γράφημα 33 μπορούμε να διακρίνουμε οτι ο χρόνος αναμονής για επίσκεψη στα πολυιατρεία μετά την αλλαγή σε ΠΕΔΥ είναι μεγαλύτερος απ ότι στις ιδιωτικές δομές αφού ο χρόνος αναμονής είναι 4-7 ημέρες , το μικρότερο ποσοστό συγκεντρώνεται στις 15 – 30 ημέρες.

ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΑΠΟΔΟΧΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΡΜΟΔΙΟ ΙΑΤΡΟ ΜΕ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΣΕ Π.Ε.Δ.Υ.



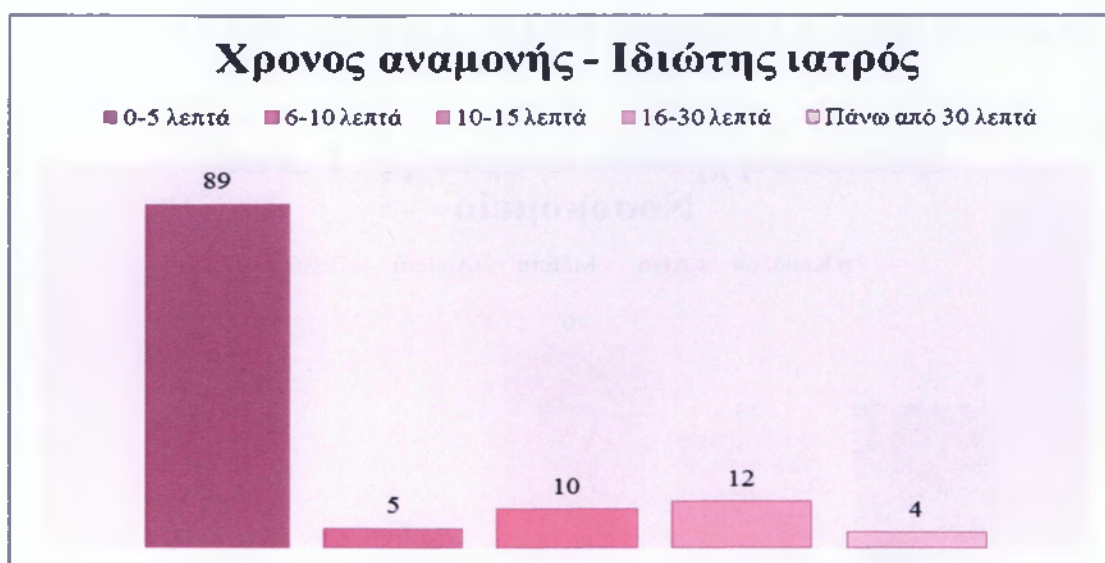
Γράφημα 34. Χρόνος αναμονής για αποδοχή στο Γενικό Νοσοκομείο

Αυτό που παρατηρούμε στην συγκεκριμένη περίπτωση είναι ότι και πάλι στο Γενικό Νοσοκομείο παρουσιάζεται μεγάλη καθυστέρηση αφού θα πρέπει να περιμένουν πάνω από τριάντα λεπτά για να γίνουν αποδεκτοί από τον αρμόδιο ιατρό.



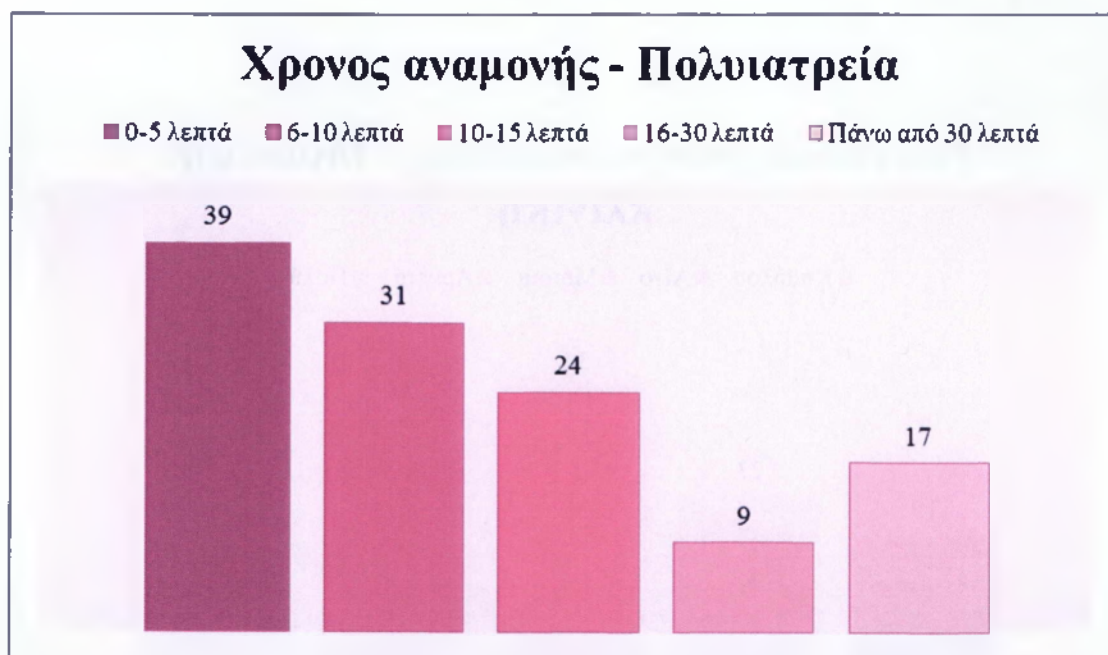
Γράφημα 35. Χρόνος αναμονής για αποδοχή σε ιδιωτική κλινική

Το γράφημα 35 δηλώνει ότι ο χρόνος αναμονής για αποδοχή από τον αρμόδιο ιατρό σε ιδιωτική κλινική με την αλλαγή σε ΠΕΔΥ είναι πολύ μικρότερος απ ότι στο γενικό νοσοκομείο .



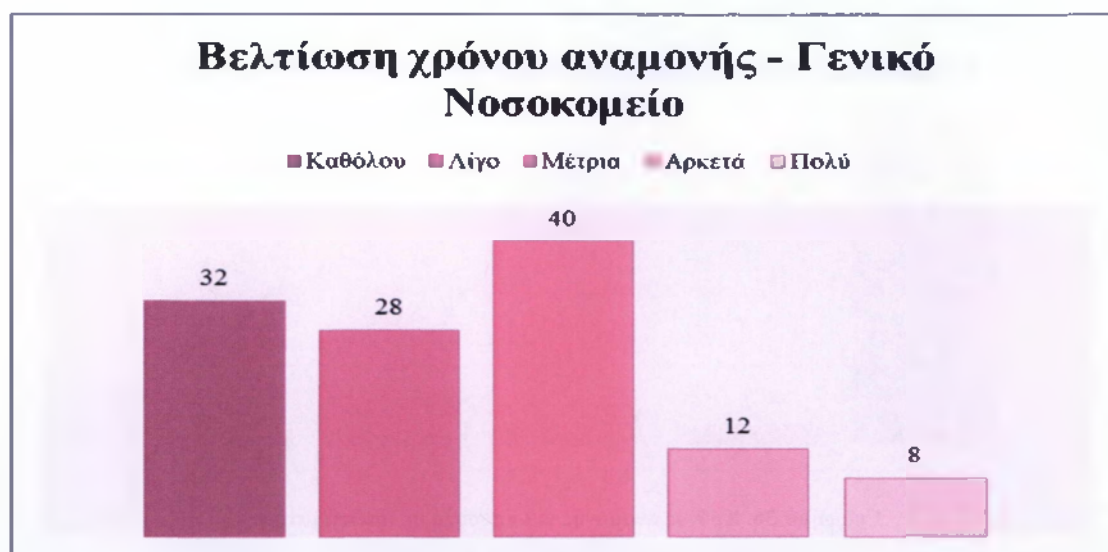
Γράφημα 36. Χρόνος αναμονής για αποδοχή σε ιδιώτη ιατρό

Όπως παρατηρούμε και στο γράφημα 36 το ίδιο ισχυεί και για τον χρόνο αναμονής στον ιδιώτη ιατρό. Βλέπουμε ότι στις ιδιωτικές δομές υπάρχει καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών.



Γράφημα 37. Χρόνος αναμονής για αποδοχή σε πολυιατρεία

Στο γράφημα 37 παρουσιάζετε ο χρόνος αναμονής στα πολυιατρεία. Παρατηρούμε ότι 39 στα 120 άτομα δηλώνουν ότι ο χρόνος αναμονής κυμαίνεται σε 0-5 λεπτά, και στη συνέχεια σε 6-10 λεπτά.



Γράφημα 38. Βελτίωση χρόνου αναμονής με την αλλαγή του συστήματος υγείας στο Γενικό Νοσοκομείο

Αυτό που παρατηρούμε και πάλι είναι ότι σε δομές στις οποίες εμπλέκονται πολλοί ιατροί – ασθενείς όπως το Γενικό Νοσοκομείο και η ιδιωτική κλινική, ο χρόνος βελτιώθηκε μετρίως, δηλαδή μπορεί κανείς να υποθέσει ότι έμεινε παρόμοιος η βελτιώθηκε ελάχιστα.



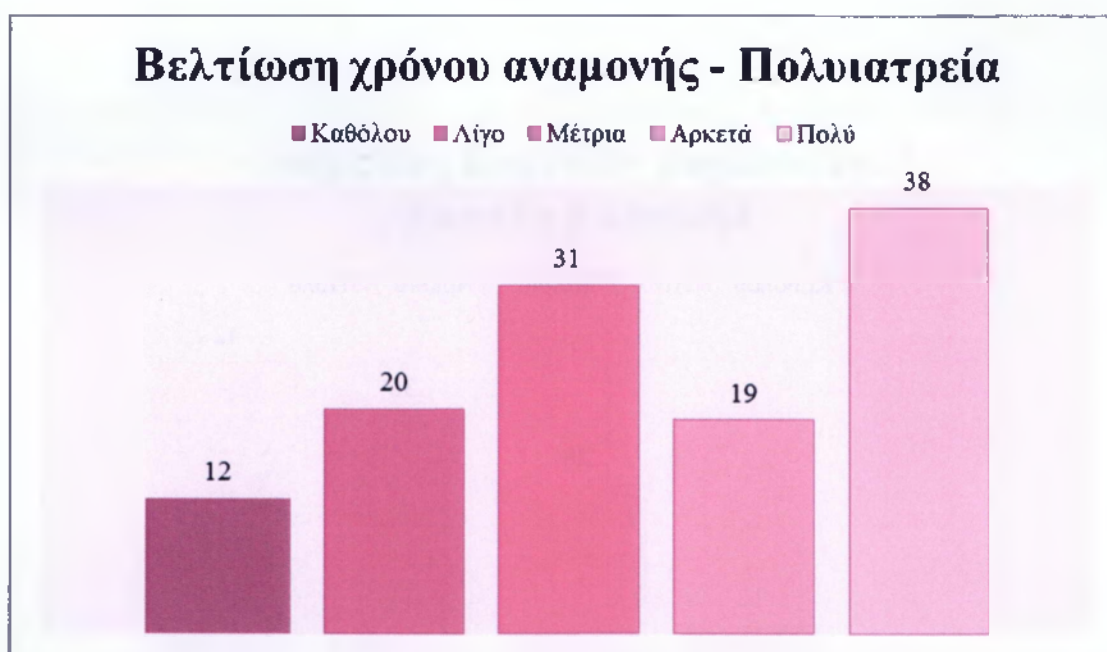
Γράφημα 39. Βελτίωση χρόνου αναμονής με την αλλαγή του συστήματος υγείας σε ιδιωτική κλινική

Στο γράφημα 39 απεικονίζεται η βελτίωση του χρόνου αναμονής στην ιδιωτική κλινική με την αλλαγή του συστήματος υγείας. Αυτό που παρατηρούμε είναι ότι τόσο στο γενικό νοσοκομείο όσο και στην ιδιωτική κλινική ο χρόνος βελτιώθηκε ελάχιστα.



Γράφημα 40. Βελτίωση χρόνου αναμονής με την αλλαγή του συστήματος υγείας σε ιδιώτη ιατρό

Όπως φαίνεται και από το διάγραμμα 40 ο χρόνος αναμονής με την αλλαγή του συστήματος συγκέντρωσε το υψηλότερο ποσοστό διότι 53 στους 120 δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι. Βέβαια είναι απόλυτα λογικό αφού ο ιδιώτης ιατρός και τα πολυιατρεία δίνεται περισσότερη προσοχή στους ασθενείς λόγω των πολύ λιγότερων επισκέψεων σε σχέση με τις άλλες δύο δομές.



Γράφημα 41. Βελτίωση χρόνου αναμονής με την αλλαγή του συστήματος υγείας σε πολυιατρεία

Όπως παρουσιάζεται και από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων οι περισσότεροι θεωρούν ότι ο χρόνος αναμονής στα πολυιατρεία βελτιώθηκε εξίσου πολύ.



Γράφημα 42. Ίκανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για το Γενικό Νοσοκομείο

Όπως φαίνεται στο Γενικό Νοσοκομείο η ικανοποίηση τους είναι σχετικά μικρή αφού δηλώνουν οι 53 στους 120 ότι είναι λίγο ικανοποιημένοι, ενώ οι 33 καθόλου ικανοποιημένοι.

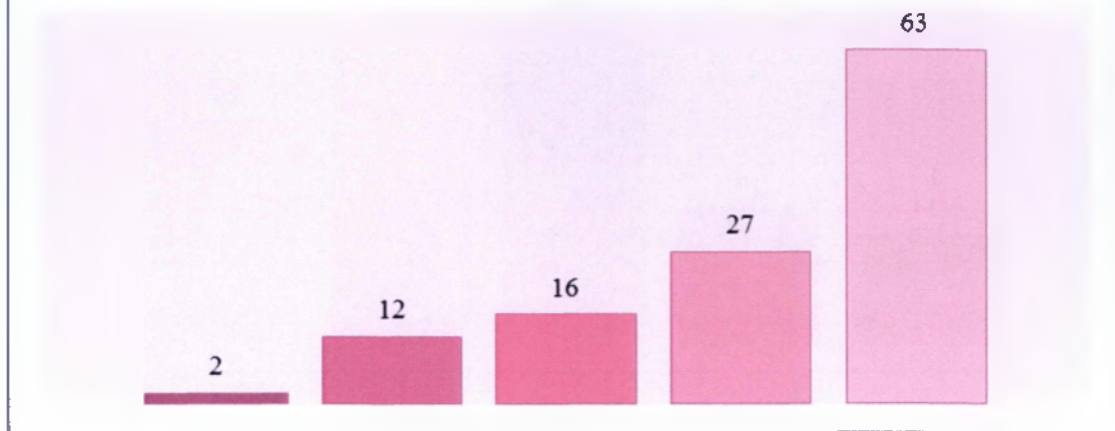


Γράφημα 43. Ίκανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για ιδιωτική κλινική

Η κατάσταση τροποποιείται και πάλι στις ιδιωτικές δομές όπου οι περισσότεροι δηλώνουν ότι είναι πολύ ή αρκετά ικανοποιημένοι.

Ικανοποίηση σύστημα ραντεβού - Ιδιώτης ιατρός

■ Καθόλου ■ Λίγο ■ Μέτρια ■ Αρκετά ■ Πολύ

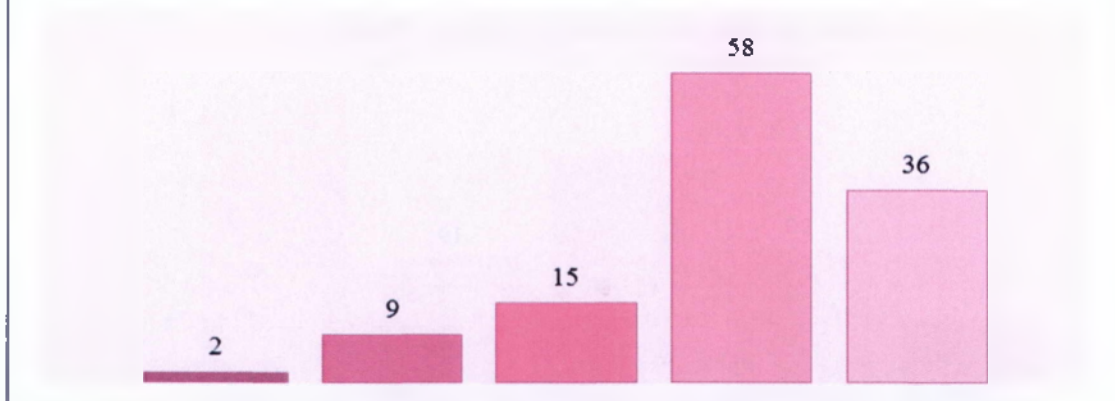


Γράφημα 44. Ικανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για ιδιώτη ιατρό

Τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης συγκεντρώνει το τηλεφωνικό σύστημα ραντεβού για ιδιώτη ιατρό όπου 63 στους 120 δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι.

Ικανοποίηση σύστημα ραντεβού - Πολυιατρεία

■ Καθόλου ■ Λίγο ■ Μέτρια ■ Αρκετά ■ Πολύ

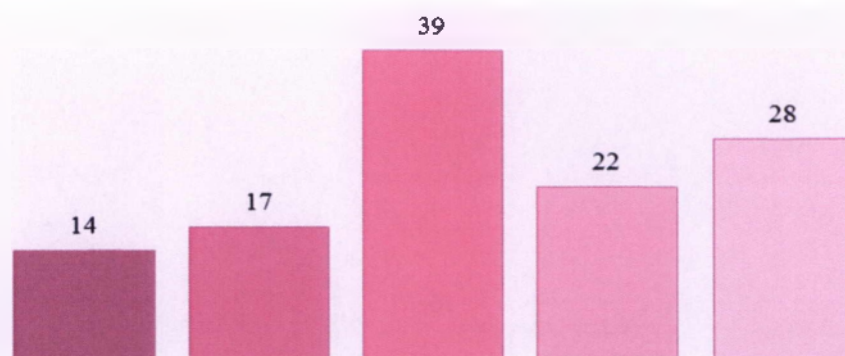


Γράφημα 45. Ικανοποίηση από το σύστημα τηλεφωνικών ραντεβού για πολυιατρεία

Στο παραπάνω γράφημα εξετάζετε η ικανοποίηση απο το τηλεφωνικό σύστημα για ραντεβού στα πολυιατρεία. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το αποτέλεσμα της ικανοποίησης, αφού 58 στους 120 δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι.

Αλλαγή καταστάσεων με αλλαγή συστήματος υγείας

■ Καθόλου ■ Λίγο ■ Μέτρια ■ Αρκετά ■ Πολύ



Γράφημα 46. Απόψεις για αλλαγή καταστάσεων με την αλλαγή του συστήματος υγείας

Στο Γράφημα 46 παρατηρούμε τις απόψεις των ερωτηθέντων – ασθενών σχετικά με το κατά πόσο θεωρούν ότι τροποποιήθηκαν οι καταστάσεις με την αλλαγή του συστήματος υγείας. Παρατηρούμε ότι οι 39 στους 120 θεωρούν ότι άλλαξε μέτρια, δηλαδή δεν πραγματοποιήθηκαν σπουδαίες αλλαγές, και κατά δεύτερο λόγο οι 28 θεωρούν ότι άλλαξαν πολύ.

Επάρκεια χρόνου για συζήτηση με τον γιατρό

■ Καθόλου ■ Λίγο ■ Μέτρια ■ Αρκετά ■ Πολύ



Γράφημα 47. Ικανοποίηση από επάρκεια χρόνου των ασθενών με τον αρμόδιο γιατρό

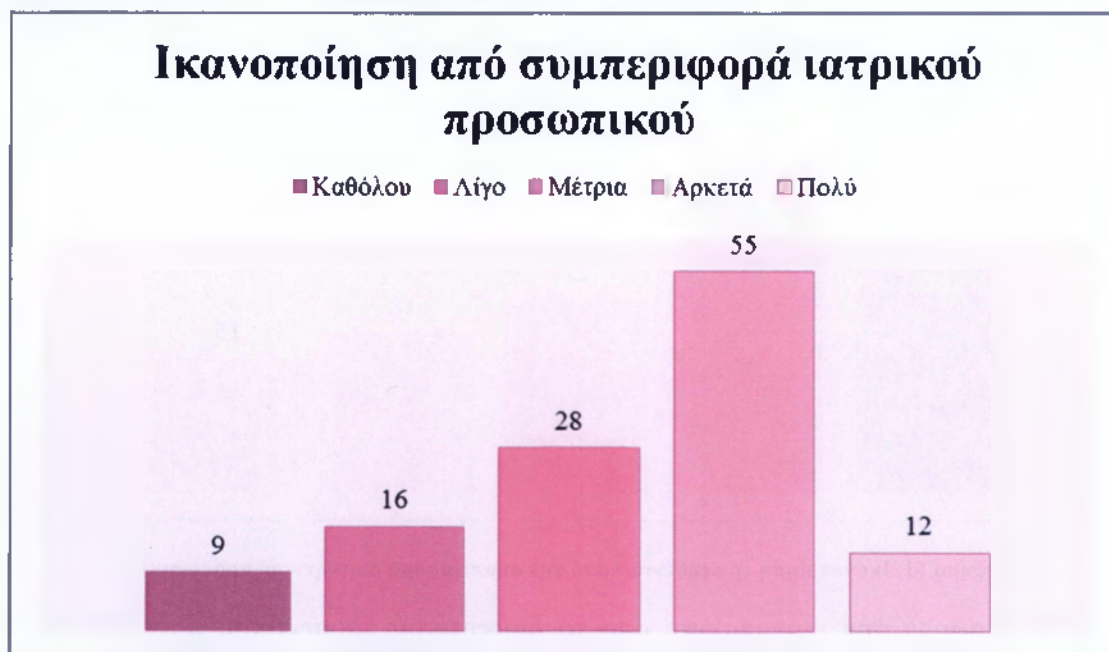
Στο Γράφημα 47, αποτυπώνεται η ικανοποίηση από την επάρκεια χρόνου για συζήτηση με τον γιατρό. Εδώ παρατηρείται ότι η πλειονότητα των ερωτηθέντων δήλωσε πολύ ικανοποιημένη σχετικά με την επάρκεια χρόνου με τον ιατρό στις διάφορες δομές υγείας της Π.Φ.Υ., γεγονός που υποδηλώνει την σοβαρότητα στο έργο των γιατρών αλλά και τις ευγενείς προθέσεις τους για να εξυπηρετήσουν το κοινό. Παρόλα αυτά, συγκεντρώνοντας

τις αρνητικές απαντήσεις, αυτές δηλαδή που δηλώνουν ότι είναι λίγο ή και καθόλου ικανοποιημένοι από την επάρκεια χρόνου, παρατηρούμε ότι 32 άτομα δεν είναι ικανοποιημένα στο σύνολο. Αυτός είναι ένας αρκετά σοβαρός αριθμός, ώστε να κρίνουμε ότι υπάρχει ακόμη ανάγκη για βελτίωση.



Γράφημα 48. Ικανοποίηση από την ύπαρξη ανάλογης ιατρικής ειδικότητας

Στο Γράφημα 48 αποτυπώνεται η άποψη των ασθενών σχετικά με την ικανοποίηση από την ύπαρξη της ανάλογης ιατρικής ειδικότητας όταν αυτοί το είχαν ανάγκη. Εδώ παρατηρούμε ένα αρκετά μεγάλο πρόβλημα, καθώς οι 53 στους 120 είναι λίγο ικανοποιημένοι. Όπως μάλιστα δηλώσανε, το ασφαλιστικό τους ταμείο δεν τους καλύπτει για επισκέψεις ή εξετάσεις από όλες τις ειδικότητες γιατρών. Παράλληλα, και στο Γενικό Νοσοκομείο, δεν υπάρχουν όλες ειδικότητες ιατρών με αποτέλεσμα να υπάρχει ανεπάρκεια, και οι ασθενείς να μην εξυπηρετούνται όπως θα έπρεπε.



Γράφημα 49. Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την συμπεριφορά ιατρικού προσωπικού

Στο παραπάνω γράφημα παρουσιάζεται η ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού. Βλέπουμε ότι ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης συγκεντρώνετε στο ιατρικό προσωπικό αφού 55 στους 120 δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι.



Γράφημα 50. Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την συμπεριφορά νοσηλευτικού προσωπικού

Στη συνέχεια διακρίνουμε την ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό όπου οι ερωτώμενοι δηλώνουν καθόλου και λίγο ικανοποιημένοι.



Γράφημα 51. Ικανοποίηση ερωτηθέντων από την συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού

Όσο αναφορά την ικανοποίηση απο το διοικητικού προσωπικού παρατηρούμε τον χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης όπου 26 στους 120 και 39 στους 120 δηλώνουν καθόλου ή λίγο ικανοποιημένοι.

Στην επόμενη ομάδα ερωτήσεων κρίνεται το κατά πόσο αυξήθηκαν οι μειώθηκαν οι υπηρεσίες που παρέχονται στις δομές Π.Φ.Υ. με την αλλαγή στο σύστημα υγείας. Αυτό που παρατηρείται είναι ότι τόσο πριν όσο και μετά την αλλαγή, οι συχνότερα προσφερόμενη υπηρεσία είναι οι αιματολογικές εξετάσεις.

Παρόλα αυτά, όλες οι υπόλοιπες εξεταζόμενες υπηρεσίες, δηλαδή οι ορμονικές εξετάσεις, οι γυναικολογικές εξετάσεις, οι οδοντιατρικές υπηρεσίες και οι οφθαλμιατρικές υπηρεσίες, έχουν σημειώσει σημαντική πτώση. Η μεγαλύτερη πτώση δε παρουσιάζεται στις ορμονικές εξετάσεις, καθώς όπως δήλωσαν και οι ερωτηθέντες, πλέον οι σχετικοί ιατρικοί κλάδοι, όπως οι ενδοκρινολόγοι, έχουν μειωθεί αρκετά στις δημόσιες δομές, αλλά και σε ιδιωτικές δομές πολλές φορές δεν καλύπτονται ιατρικά.

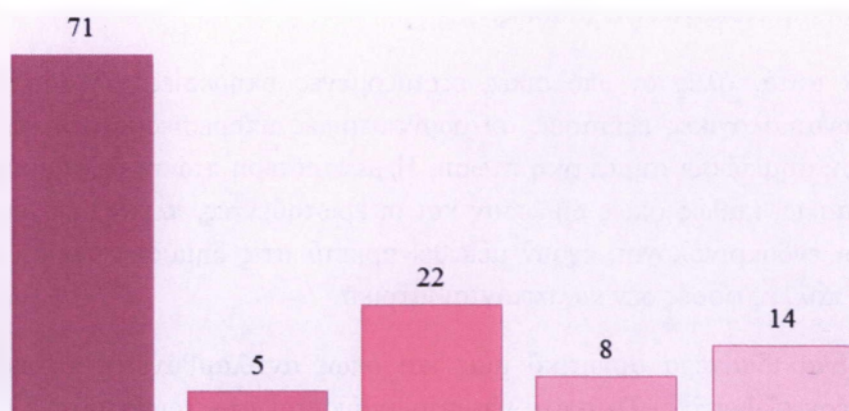
Αυτό είναι ιδιαίτερα αρνητικό μιας και όπως αντιλαμβάνεται κανείς οι παροχές υγείας είναι πλέον ελάχιστες. Τα αποτελέσματα φαίνονται στα γραφήματα 52-53, ενώ στο γράφημα 54 παρουσιάζεται το αρνητικό και πάλι γεγονός, ότι δεν γνωρίζουν οι περισσότεροι σχετικά με το αν προστέθηκαν νέες εξετάσεις. Και είναι αρνητικό, λόγω του γεγονότος ότι οι παροχές υγείας μειώθηκαν, ενώ στο ευρύτερο κοινό δεν υπάρχει κατάλληλη ενημέρωση σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες.



Γράφημα 52. Παρεχόμενες υπηρεσίες κατά το παρελθόν

Υπηρεσίες σήμερα

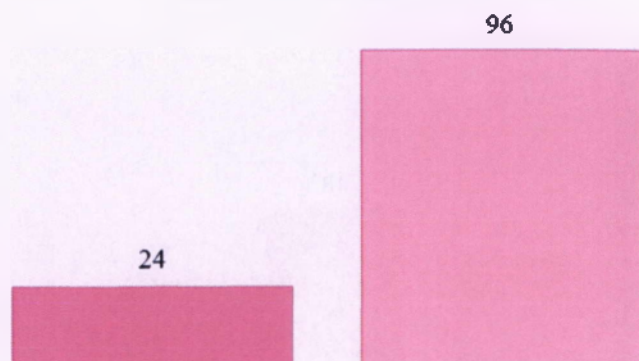
- Αιματολογικές εξετάσεις
- Ορμονικές εξετάσεις
- Γυναικολογικές Εξετάσεις
- Οδοντιατρικές Υπηρεσίες
- Οφθαλμιατρικές Υπηρεσίες



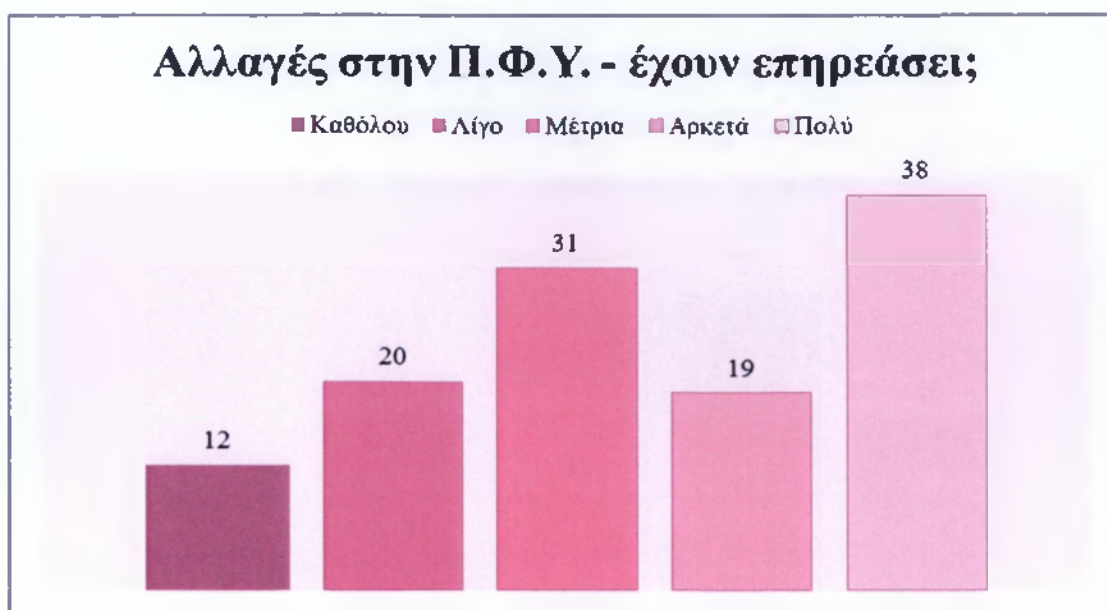
Γράφημα 53. Παρεχόμενες υπηρεσίες σήμερα

Πρόσθετες εξετάσεις συνταγογραφούνται στο νέο σύστημα

- Καμία
- Δεν γνωρίζω

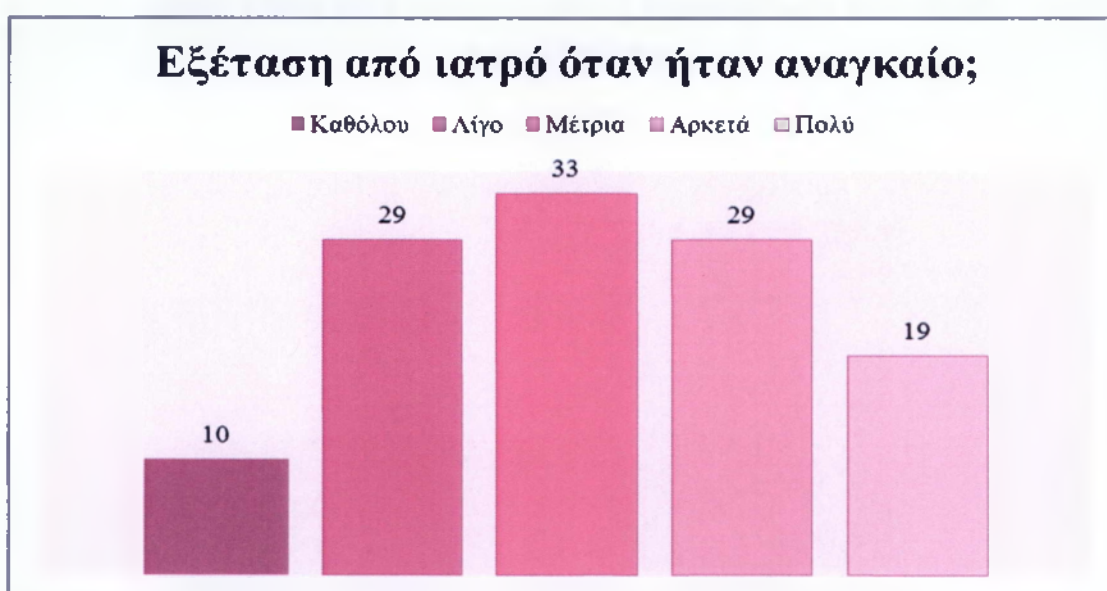


Γράφημα 54. Απόψεις για πρόσθετες συνταγογραφούμενες εξετάσεις με το νέο σύστημα



Γράφημα 55. Πόσο έχουν επηρεάσει οι αλλαγές στην Π.Φ.Υ.

Στο γράφημα 55, θεωρούν οι περισσότεροι ερωτηθέντες ότι οι αλλαγές με την νέα νομοθεσία στην Π.Φ.Υ. έχουν επηρεάσει πολύ τόσο τους ίδιους όσο και τις υφιστάμενες καταστάσεις. Πιο συγκεκριμένα οι 38 στους 120 δηλώνουν ότι έχουν επηρεαστεί πολύ, ενώ 19 και 31 στους 120 δηλώνουν ότι έχουν επηρεαστεί αρκετά και μέτρια αντίστοιχα.

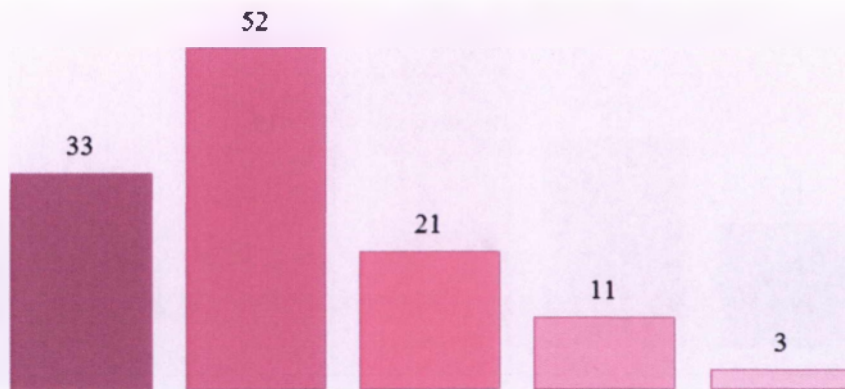


Γράφημα 56. Δυνατότητα εξέτασης από ιατρό όταν ήταν αναγκαίο

Στο γράφημα 56, ομοίως και με την παραπάνω ερώτηση, ο βαθμός στον οποίο οι ασθενείς εξυπηρετήθηκαν από ιατρούς της ειδικότητας της οποίας είχαν την ανάγκη, οι 33 στους 120 δήλωσαν μέτρια ικανοποίηση, ενώ 29 και επιπλέον 29 στους 120 δήλωσαν λίγη ή αρκετή ικανοποίηση.

Ικανοποίηση από επιλογές και αριθμό ιατρικού προσωπικού

■ Καθόλου ■ Λίγο ■ Μέτρια ■ Αρκετά ■ Πολύ

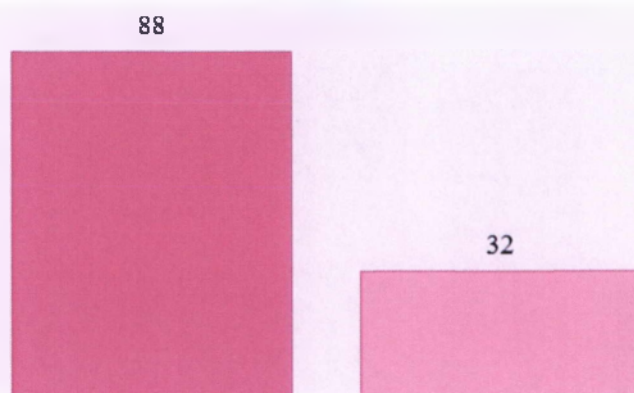


Γράφημα 57. Ικανοποίηση από επιλογές και αριθμό ιατρικού προσωπικού

Παράλληλα με αυτή την απάντηση στο Γράφημα 57, οι 52 στους 120 δηλώνουν ελάχιστη ικανοποίηση από τις επιλογές και τον αριθμό του ιατρικού προσωπικού.

Ανάγκη πληρωμής αντίτιμου για εξέταση - επέμβαση

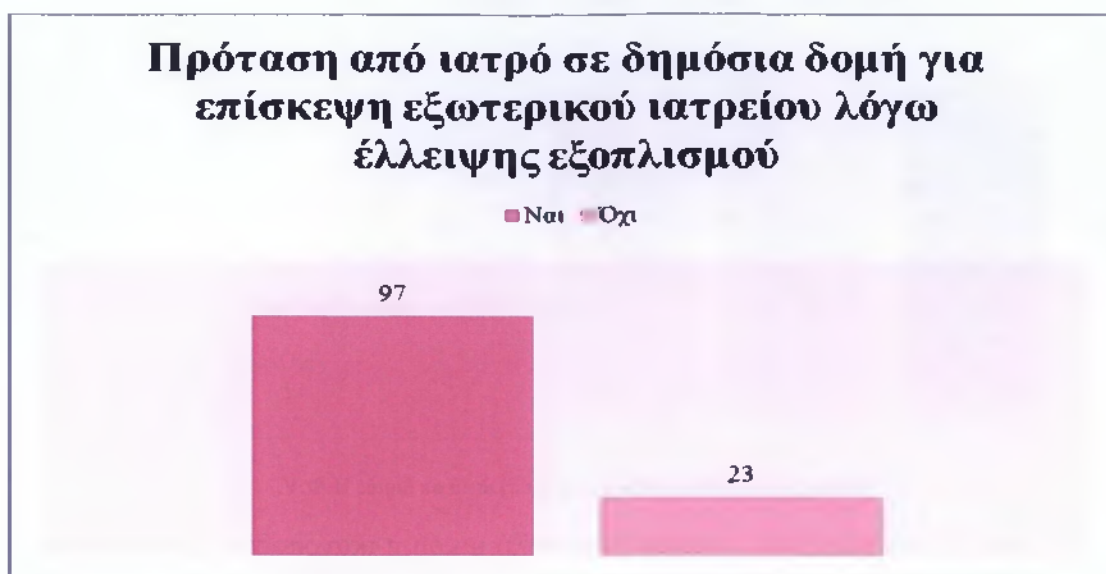
■ Ναι ■ Όχι



Γράφημα 58. Ανάγκη πληρωμής αντίτιμου για εξέταση ή επέμβαση

Στο γράφημα 58 παρουσιάζεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησαν ότι τους ζητήθηκε σε αρκετές περιπτώσεις να πληρώσουν κάποιο αντίτιμο για

εξέταση ή για πραγματοποίηση επέμβασης. Πιο συγκεκριμένα οι 88 στους 120 απάντησαν ότι τους τέθηκε ανάγκη πληρωμής.

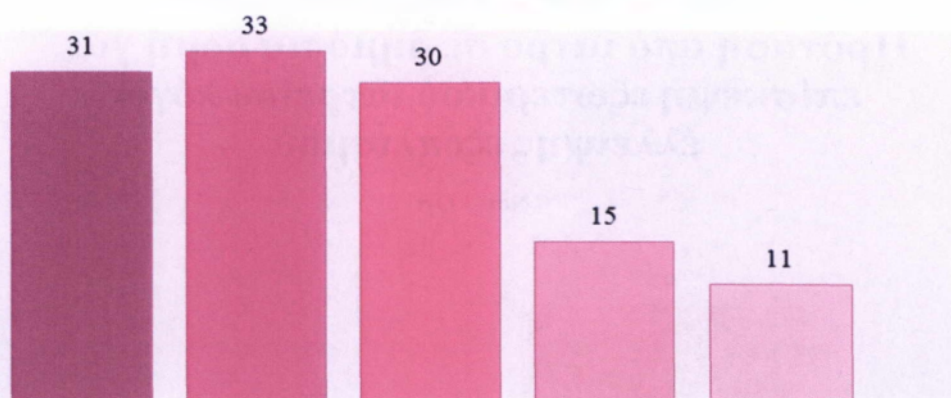


Γράφημα 59. Πρόταση από ιατρό σε δημόσια δομή για επίσκεψη εξωτερικού ιατρείου λόγω έλλειψης εξοπλισμού

Δεδομένη είναι επίσης η προσφορά από γιατρό που εργάζεται σε δημόσια δομή, για επίσκεψη του ασθενή στο εξωτερικό του ιατρείου λόγω έλλειψης εξοπλισμού στην δημόσια δομή. Όπως φαίνεται στο γράφημα 59, οι 99 στους 120 ερωτηθέντες ανταποκρίθηκαν θετικά, γεγονός ιδιαίτερα αρνητικό τόσο για τις δημόσιες δομές, όσο και για το γεγονός ότι στην ουσία οι ασθενείς αναγκάζονται να επισκεφτούν ιδιωτική δομή όπου δεν καλύπτονται συνήθως από το ασφαλιστικό τους ταμείο.

Ικανοποίηση από εξοπλισμό σε δομές Π.Φ.Υ.

■ Καθόλου ■ Λίγο ■ Μέτρια ■ Αρκετά ■ Πολύ



Γράφημα 60. Ικανοποίηση από εξοπλισμό σε δομές Π.Φ.Υ.

Ομοίως με προηγουμένως, τελικά είναι πολύ μικρή η ικανοποίηση των ερωτηθέντων από τον εξοπλισμό σε δομές Π.Φ.Υ., μιας και στο σύνολο 31 άτομα δηλώνουν καθόλου ικανοποιημένοι, 33 δηλώνουν λίγο ικανοποιημένοι και 30 μέτρια ικανοποιημένοι, όπως φαίνεται στο γράφημα 60.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πολλές φορές οι ασθενείς διαμαρτύρονται για το επίπεδο υγείας που προσφέρεται στις διάφορες δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έπειτα και από την αλλαγή του συστήματος υγείας. Τα σπουδαιότερα αποτελέσματα που εξήχθησαν έπειτα από τις συνεντεύξεις με τους ιατρούς είναι τα ακόλουθα:

Είναι ξεκάθαρο ότι η ανεπαρκής ενημέρωση και η αδιαφορία εξοργίζουν τον ασθενή και το περιβάλλον του πολύ περισσότερο από το ίδιο το ιατρικό λάθος. Το όλο ζήτημα ανάγεται στο σημαντικό έλλειμμα που υπάρχει στην εκπαίδευση των γιατρών (και γενικότερα των στελεχών υγείας) στον τομέα της επικοινωνίας. Μάλιστα παραμένει αντιφατικό το πώς πεπειραμένοι και έμπειροι κλινικοί γιατροί, χειριστές υπερσύγχρονης τεχνολογίας, αδυνατούν να συνομιλήσουν με τους ασθενείς και να εξηγήσουν με σαφήνεια σε απλή καθημερινή διάλεκτο το πώς, το γιατί, την πιθανότητα επιπλοκών και τη μελλοντική πρόγνωση έπειτα από ιατρική παρέμβαση.

Το πρόβλημα ξεκινάει από την απουσία εκπαίδευσης στην επικοινωνία σε επίπεδο Ιατρικών Σχολών, αφενός επειδή το μάθημα Επικοινωνίας θεωρείται πολύ λιγότερο απαραίτητο σε σχέση π.χ. με την Ανατομία, τη Φυσιολογία και τη Φαρμακολογία, αφετέρου διότι πολλοί -εντελώς αβάσιμα- θεωρούν ότι η ικανότητα της επικοινωνίας εμπεριέχεται αυτονόητα στην περίοπτη ιδιότητα του γιατρού. Όμως η μάχιμη κλινική εμπειρία αποδεικνύει ότι η ικανότητα επικοινωνίας με τον πάσχοντα και τους συγγενείς του μπορεί να είναι σε πρακτικό επίπεδο πολύ πιο απαραίτητη από εξειδικευμένες γνώσεις και τεχνικές. Μάλιστα φαίνεται ότι εκείνο το συστατικό της επικοινωνίας που πάσχει ιδιαίτερα είναι το συστατικό της ακρόασης, διότι πολύ σπανιότερα βρίσκει κανείς καλούς ακροατές σε σχέση με καλούς ομιλητές. Στο σημείο αυτό και πάλι οι διεθνείς στατιστικές δείχνουν ότι οι γιατροί συχνά είναι κακοί ακροατές των ασθενών τους, πρώτον, επειδή περισπώνται σε πολλά παράλληλα καθήκοντα και, δεύτερον, επειδή θεωρούν αυτονόητες τις ερωτήσεις και τις απαιτήσεις των ασθενών τους. Ακόμη, η ευαισθησία των ασθενών στο να ανιχνεύουν άμεσα την ανικανότητα του θεράποντος ιατρού να ακούει προκαλεί το πρώτο ρήγμα στη σχέση γιατρού - ασθενούς.

Το δεύτερο και ίσως βαθύτερο ρήγμα επέρχεται όταν ο ασθενής έχει να αντιμετωπίσει την αδιαφορία και την έλλειψη συμπαράστασης μετά την εμφάνιση κάποιας επιπλοκής στην πορεία της ασθένειάς του. Θα πρέπει οπωσδήποτε να λαμβάνουν υπόψη οι γιατροί ότι οι ασθενείς είναι σήμερα πολύ περισσότερο ενημερωμένοι, ιδιαίτερα μέσω του Διαδικτύου, σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία των προβλημάτων τους και έτσι αυξάνονται δικαιολογημένα οι απαιτήσεις τους. Επιπλέον η παραδοσιακή αποδοχή της ιατρικής αυθεντίας έχει αρχίσει να κλονίζεται σήμερα και σε αυτό έχει συμβάλει βέβαια η τεράστια ανάπτυξη του ιατρονομικού κλάδου δικηγόρων που ζει από τις μηνύσεις εναντίον των γιατρών.

Διαβλέποντας τις συνηθέστερες καταστάσεις για τους ασθενείς στο Γενικό Νοσοκομείο παρατηρούν τα ακόλουθα:

- πληρώνουν με δυσκολία τη συμμετοχή στα φάρμακά τους
- δεν παίρνουν κάποια φάρμακα γιατί δεν έχουν χρήματα
- παρέλειψαν κάποια θεραπεία γιατί δεν μπορούσαν να αγοράσουν τα φάρμακά τους
- παίρνουν μόνο όσα φάρμακα κρίνουν απολύτως απαραίτητα
- διέκοψαν τη θεραπεία γιατί δεν μπορούσαν να αγοράσει τα φάρμακά

Οι ελλείψεις γιατρών που καταγράφονται σε πολλές πρώην μονάδες του ΕΟΠΥΥ, ωστόσο, έχουν δυσκολέψει την λειτουργία του ΠΕΔΥ. Όταν κάποιος που ζει σε μία απομακρυσμένη περιοχή πρέπει να διανύσει μεγάλη απόσταση για να πάει σε μία μονάδα όπου η μία από τις δύο ειδικότητες που χρειάζεται δεν υπάρχει, θα προτιμήσει να δώσει δέκα ευρώ επίσκεψη σε ιδιώτη γιατρό..

Το πρόβλημα ξεκινά πριν από τη λειτουργία του ΠΕΔΥ και οφείλεται στην επί πολλά έτη καθυστέρηση στην ολοκλήρωση ενός παλιού διαγωνισμού του ΙΚΑ για την τροφοδοσία των εργαστηρίων των μονάδων που ήταν και παραμένει απαραίτητη. Έως το τέλος του έτους το ΙΚΑ παραμένει τυπικά υπεύθυνο για τις προμήθειες των μονάδων (αυτό ίσχυε και όταν οι μονάδες ήταν του ΕΟΠΥΥ), και εν συνεχεία -με βάση το ισχύον θεσμικό πλαίσιο- η ευθύνη περνάει στις Υγειονομικές Περιφέρειες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

1. Ανδριώτη, Δ., Ρουμελιώτη, Α., (2007), Δημογραφία, δημόσια υγεία και πολιτική υγείας, Εκδόσεις: Παπαζήσης
2. Λιαρόπουλος, Λ., (2007), Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις
3. Μπαρούτης, Σ., (2010), Συστήματα Υγείας και η υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση, Εκδόσεις: Σάκκουλας
4. Νικολαΐδης, Γ., (2008), Ιστορία των επιστημών της δημόσιας υγείας, Εκδόσεις: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου
5. Ξηρουχάκη, Ε., (2000), Υγιεινή και επιδημιολογία στο χώρο του νοσοκομείου, Εκδόσεις: Συμμετρία
6. Πολυχρονίδης, Ι., (2010), Δημόσια υγεία, κοινωνική πρόνοια και υγειονομική πολιτική στην Κρητική πολιτεία (1898-1913), Εκδόσεις: Παπαζήσης
7. Σουλιώτης, Κ., Λιονής, Χ., Κυριόπουλος, Ι., Καραμπλή, Ε., Αθανασάκης, Κ., Καρέλα, Α., Μυλωνά, Κ., Τριτάκη, Γ., Τσιάντου, Β., (2010), Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη δημόσια υγεία, Εκδόσεις: Παπαζήσης
8. Σεπέτης, Α., (2010), Περιβαλλοντική και αειφόρος διαχείριση στη δημόσια υγεία, Εκδόσεις: Παπαζήσης
9. Σαπουνάκη – Δρακάκη, Λ., (2005), Οικονομική ανάπτυξη και κοινωνική προστασία - Η γέννηση των υπηρεσιών υγείας στον Πειραιά και το Τζάνειο νοσοκομείο, Εκδόσεις: Διόνικος
10. Σουλιώτης, Κ., Χατζηανδρέου, Ε., (2005), Μεταρρυθμίσεις συστημάτων υγείας - Διεθνής εμπειρία και ελληνική πραγματικότητα: Βασισμένο στα πρακτικά του 3ου συνεδρίου του Ελληνο-αμερικανικού επιμελητηρίου Healthworld, Εκδόσεις: Παπαζήσης

11. Τσαλίκης, Γ., Πολύζος, Ν., Μπουρσανίδης, Χ., Κυριόπουλος, Ι., Οικονόμου, Χ., (2000), Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης - διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας, Εκδόσεις: Θεμέλιο
12. Χατζηπανταζή, Π., (2010), Ζητήματα υγείας ταξιδεύοντας στον κόσμο, Εκδόσεις: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις
13. Ζηλίδης, Χ., (1995), Διατροφή και δημόσια υγεία, Εκδόσεις: University Studio Press
14. Χούκλη, Μ., (2007), Ευρωπαϊκή Ένωση και δημόσια υγεία - Αρμοδιότητες και πολιτικές, Εκδόσεις: Mediforce

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

15. Αγραφιώτης, Δ., Loizos, P., Ιωαννίδη - Καπόλου, Ε., Μαγουλάς, Χ., Αποστολίδης, Θ., Θεοχάρους, Α., Καρεκλά, Μ., Καψού, Μ., Κούτα, Χ., Κωνσταντίνου, Κ., Κωνσταντίνου, Μ., Λοΐζου, Χ., Μάινα, Α., Μουστάκα - Playbell, Σ., (2009), Κοινωνία και υγεία - Ψυχοκοινωνικές και πολιτισμικές προσεγγίσεις στον κυπριακό και στον ελλαδικό χώρο, Εκδόσεις: Κριτική
16. Κυριόπουλος, Ι., Κωνσταντινίδης, Θ., Shipkovenska, E., Hristov, J., (2010), Public Health and Health Care in Greece and Bulgaria - The Challenge of the Cross-border Collaboration, Εκδόσεις: Παπαζήσης
17. Friis, R., Sellers, T., (2008), Επιδημιολογία και δημόσια υγεία, Εκδόσεις: Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης
18. Farmer, R., Lavrenson, R., Miller, D., (2010), Επιδημιολογία και ιατρική δημόσιας υγείας, Εκδόσεις: Παρισιάνου

ΠΗΓΕΣ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟΥ

- ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ - Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και λοιπές διατάξεις, (2014), Επισκέψιμο στην ιστοσελίδα: <http://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/c8827c35-4399-4fbb-8ea6-ae6dc768f4f7/8324408.pdf>
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2006), Διερεύνηση Του Επίπεδου Υγείας Και Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Ελλάδα, Επίπεδο Υγείας, Συνήθειες Σχετιζόμενες Με Την Υγεία, Επισκέψιμο στην ιστοσελίδα: http://ygeiama.gov.gr/wp-content/uploads/2012/08/Epipedo_Ygeias.pdf
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2006), Διερεύνηση Του Επίπεδου Υγείας Και Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Ελλάδα, Επιλογή Υπηρεσιών Υγείας, Επισκέψιμο στην ιστοσελίδα: http://ygeiama.gov.gr/wp-content/uploads/2012/08/Epilogi_Ypiresiwn_Ygeias.pdf
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2006), Διερεύνηση Του Επίπεδου Υγείας Και Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Ελλάδα, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας, Επισκέψιμο στην ιστοσελίδα: http://ygeiama.gov.gr/wp-content/uploads/2012/08/Xrisi_Ypiresiwn_Ygeias.pdf
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, (2006), Διερεύνηση Του Επίπεδου Υγείας Και Αξιολόγηση Των Υπηρεσιών Υγείας Στην Ελλάδα, Ανταποκρισιμότητα Υπηρεσιών Υγείας, Επισκέψιμο στην ιστοσελίδα: http://ygeiama.gov.gr/wp-content/uploads/2012/08/Antapokrisimotita_Ypiresiwn_Ygeias.pdf

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Ερωτηματολόγιο πολιτών

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ (σημειώσατε με X)

1. Φύλο:

Άντρας	
Γυναίκα	

2. Ηλικία:

18 - 29	
30 - 39	
40 - 49	
50 - 65	
66 και άνω	

3. Μορφωτικό επίπεδο:

Απόφοιτος Γυμνασίου	
Απόφοιτος Λυκείου	
Απόφοιτος ΙΕΚ	
Πτυχιούχος ΤΕΙ/ ΑΕΙ	
Μεταπτυχιακές σπουδές	

4. Σε ποιο ασφαλιστικό ταμείο είστε ασφαλισμένοι;

.....

.....

ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΑΛΛΑΓΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

5. Πόσες ημέρες αναμονής είχατε ώστε να κάνετε τις εξετάσεις σας;

10 μήνες πριν την αλλαγή (10/4/2014)	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΙΔΙΩΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ	ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ
0-3 ημέρες				
4-7 ημέρες				
8-14 ημέρες				
15-30 ημέρες				
Πάνω από 30 ημέρες				
10 μήνες μετά την αλλαγή (10/10/2014)				
0-3 ημέρες				
4-7 ημέρες				
8-14 ημέρες				
15-30 ημέρες				
Πάνω από 30 ημέρες				

6. Πόσες ημέρες περιμένατε για επίσκεψη στον γιατρό σας ;

10 μήνες πριν την αλλαγή (10/4/2014)	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΙΔΙΩΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ	ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ
0-3 ημέρες				
4-7 ημέρες				
8-14 ημέρες				
15-30 ημέρες				
Πάνω από 30 ημέρες				
10 μήνες μετά την αλλαγή (10/10/2014)				
0-3 ημέρες				
4-7 ημέρες				
8-14 ημέρες				
15-30 ημέρες				
Πάνω από 30 ημέρες				

7. Πόσα λεπτά περιμένετε στην αναμονή μέχρι να σας δεχτεί ο ιατρός;

10 μήνες πριν την αλλαγή (10/4/2014)	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΙΔΙΩΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ	ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ
0-3 ημέρες				
4-7 ημέρες				
8-14 ημέρες				
15-30 ημέρες				
Πάνω από 30 ημέρες				
10 μήνες μετά την αλλαγή (10/10/2014)				
0-3 ημέρες				
4-7 ημέρες				
8-14 ημέρες				
15-30 ημέρες				
Πάνω από 30 ημέρες				

8. Είστε ικανοποιημένοι από το τηλεφωνικό σύστημα για ραντεβού;

10 μήνες πριν την αλλαγή (10/4/2014)	ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΙΔΙΩΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ	ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ
0-3 ημέρες				
4-7 ημέρες				
8-14 ημέρες				
15-30 ημέρες				
Πάνω από 30 ημέρες				
10 μήνες μετά την αλλαγή (10/10/2014)				
0-3 ημέρες				
4-7 ημέρες				
8-14 ημέρες				
15-30 ημέρες				
Πάνω από 30 ημέρες				

9. Ήταν επαρκής ο χρόνος που είχατε στη διάθεση σας για να συζητήσετε με τον γιατρό ;

10 μήνες πριν την αλλαγή (10/4/2014)	
Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	
10 μήνες μετά την αλλαγή (10/10/2014)	
Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	

10. Υπήρχε η κατάλληλη η ιατρική ειδικότητα ανάλογα με την περίπτωση σας;

10 μήνες πριν την αλλαγή (10/4/2014)	
Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	
10 μήνες μετά την αλλαγή (10/10/2014)	
Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	

11. Είστε ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού;

10 μήνες πριν την αλλαγή (10/4/2014)	
Καθόλου	
Λίγο	

Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	
10 μήνες μετά την αλλαγή (10/10/2014)	
Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	

12. Είστε ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού;

10 μήνες πριν την αλλαγή (10/4/2014)	
Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	
10 μήνες μετά την αλλαγή (10/10/2014)	
Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	

13. Είστε ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού;

10 μήνες πριν την αλλαγή (10/4/2014)	
Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	
10 μήνες μετά την αλλαγή (10/10/2014)	
Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	

14. Μπορέσατε να εξυπηρετηθείτε από τον αντίστοιχο ιατρό όταν το είχατε ανάγκη;

10 μήνες πριν την αλλαγή (10/4/2014)	
Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	
10 μήνες μετά την αλλαγή (10/10/2014)	
Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	

15. Παρουσιάστηκε η ανάγκη να πληρώσετε κάποιο χρηματικό αντίτιμο για να εξεταστείτε από ιατρό ή για κάποια επέμβαση;

10 μήνες πριν την αλλαγή (10/4/2014)	
Ναι	
Όχι	
10 μήνες μετά την αλλαγή (10/10/2014)	
Ναι	
Όχι	

16. Είστε ικανοποιημένοι από τον αριθμό του ιατρικού προσωπικού και τις επιλογές σας;

10 μήνες πριν την αλλαγή (10/4/2014)	
Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	
10 μήνες μετά την αλλαγή (10/10/2014)	
Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	

Αρκετά	
Πολύ	

17. Θεωρείτε ότι με την αλλαγή του συστήματος υγείας βελτιώθηκαν οι εσωτερικές καταστάσεις;

Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	

18. Εάν είχατε στο παρελθόν λάβει πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας ποιες ήταν αυτές σε σύγκριση με το νέο θεσμικό πλαίσιο;

19. Έχετε παρατηρήσει ποιες κατηγορίες εξετάσεων μπορείτε να συνταγογραφήσετε σε σύγκριση με το παλιό και το νέο θεσμικό πλαίσιο.;

20. Οι αλλαγές που έχουν γίνει κατά τα τελευταία χρόνια σχετικά με την ΠΦΥ σας έχουν επηρεάσει;

Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	

21. Δεχθήκατε τώρα ή κατά το παρελθόν πρόταση από κάποιον ιατρό να επισκεφτείτε το εξωτερικό του ιατρείου λόγω έλλειψης εξοπλισμού στις δομές ΠΦΥ;

Ναι	
Όχι	

22. Είστε ικανοποιημένοι από τον εξοπλισμό εξετάσεων στις δομές ΠΦΥ;

Καθόλου	
Λίγο	
Μέτρια	
Αρκετά	
Πολύ	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Ερωτηματολόγια ιατρών

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ (σημειώσατε με X)

1. Φύλο:

Άντρας	
Γυναίκα	

2. Ηλικία:

30 - 39	
40 - 49	
50 - 65	
66 και άνω	

3. Πόσα χρόνια εργάζεστε ως γιατρός;

.....
.....

4. Ειδικότητα:

.....
.....

5. Πως αντιμετωπίζετε τις αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στην υγεία;

Θετικά	
Αρνητικά	
Επιφυλακτικά	
Ουδέτερα	

6. Θεωρείτε ότι οι ασθενείς μετά και τις αλλαγές στο σύστημα υγείας έχουν περισσότερες απαιτήσεις;

Ναι	
Όχι	

7. Θεωρείτε ότι οι ασθενείς καλύπτονται επαρκώς ιατροφαρμακευτικά;

Ναι	
Όχι	

8. Δέχετε παράπονα από ασθενείς;

Ναι	
Όχι	

9. Δεχθήκατε μείωση στον μισθό σας μετά την πρόσφατη αλλαγή του συστήματος υγείας;

Ναι	
Όχι	

10. Η μείωση αυτή σας επηρέασε στον τρόπο με τον οποίο παρέχετε τις υπηρεσίες σας;

Ναι	
Όχι	

11. Οι ασθενείς συνεργάζονται μαζί σας;

Ναι	
Όχι	

12. Θεωρείτε ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης στις παρεχόμενες υπηρεσίες;

Ναι	
Όχι	

13. Θεωρείτε ότι η δομή υγείας στην οποία εργάζεστε διαθέτει επαρκή ιατρικό εξοπλισμό;

Ναι	
Όχι	

14. Θεωρείτε ότι παρέχετε τον απαραίτητο χρόνο σε κάθε επίσκεψη;

Ναι	
Όχι	

15. Αν όχι γιατί;

Μεγάλος αριθμός ασθενών	
Μειωμένος χρόνος εργασίας	
Λοιπές υποχρεώσεις	

16. Θεωρείτε ότι ο χρόνος αναμονής πριν την επίσκεψη είναι αρκετά μεγάλος για τους ασθενείς;

Ναι	
Όχι	

17. Θεωρείτε ότι ο χρόνος αναμονής πριν την εξέταση - επέμβαση είναι αρκετά μεγάλος για τους ασθενείς;

Ναι	
Όχι	

18.Θεωρείτε ότι στις δημόσιες δομές δεν παρέχονται με τον σωστό τρόπο οι υπηρεσίες;

Ναι	
Όχι	

19.Ποια είναι η άποψη σας για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση;

.....
.....

Σας ευχαριστούμε για τον χρόνο σας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

Σχέδιο Νομού Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας - 2013

Άρθρο 1

Γενικές Αρχές

1. Το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στο σύνολο των πολιτών, οι οποίες είναι αναγκαίες και ικανές να διασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία.
2. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) δημιουργείται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας.
3. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), που οργανώνεται και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος.
4. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:
 - α) Αποτελεί την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας, το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας.
 - β) Παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.
 - γ) Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας που απαιτείται για τον πολίτη και την ιατρική πράξη σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας.
 - δ) Ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πολιτών, σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους, στα πλαίσια των κανόνων της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας.

5. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν:

α) Όλες τις σχετικές υπηρεσίες με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση - που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσοκομείο.

β) την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα.

γ) την παροχή πρώτων βοηθειών.

δ) την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.

ε) την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.

στ) την τακτική παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα.

ζ) τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας, και φροντίδας στο σπίτι.

η) τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας - παιδιού.

θ) την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.

ι) τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

ια) την πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική.

ιβ) την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

Άρθρο 2

Δημόσιες Δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ.

1. Τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε. αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ..
2. Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. και αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους.
3. Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.Πε. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, εξαιρουμένων των Φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ, τα οποία παραμένουν και λειτουργούν στον Οργανισμό.
4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται ο τρόπος και οι λεπτομέρειες της άμεσης επιστημονικής, νοσηλευτικής, και εκπαιδευτικής διασύνδεσης όλων των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ που αποτελούν το Π.Ε.Δ.Υ., με τα Νοσοκομεία της Δ.Υ.Πε. στην οποία υπάγονται.

Άρθρο 3

Κέντρα Υγείας

1. Για την ίδρυση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας των Δ.Υ.Πε. απαιτείται έγκριση σκοπιμότητας από τον Υπουργό Υγείας, έπειτα από εισήγηση της οικείας Δ.Υ.Πε..
2. Για την έγκριση σκοπιμότητας λαμβάνονται υπόψη ιδίως η αναγκαιότητα της ίδρυσης, τα πληθυσμιακά δεδομένα, η γειτνίαση με υφιστάμενες Μονάδες Υγείας, οι συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της περιοχής, η προσβασιμότητα των πολιτών και οι συγκοινωνιακές συνθήκες.
3. Η έδρα κάθε Κέντρου Υγείας ορίζεται με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής.
4. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας σχεδιάζεται και αποφασίζεται από την Δ.Υ.Πε. και βασίζεται σε κριτήρια που συνδέονται ιδίως με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, την ύπαρξη άλλων δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, τη μορφολογία της κάθε περιοχής και τις υφιστάμενες συγκοινωνιακές συνθήκες.
5. Η περιοχή ευθύνης κάθε Κέντρου Υγείας ονομάζεται τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.) της οικείας Δ.Υ.Πε.. Οι Δ.Υ.Πε. διαιρούνται σε τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οι οποίοι ταυτίζονται με τους τομείς ψυχικής υγείας (Το.Ψ.Υ.) ως προς την περιοχή ευθύνης τους. Ο αριθμός των τομέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κάθε Δ.Υ.Πε. καθορίζεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση της οικείας Δ.Υ.Πε. και σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.ΣΥ.Πε. από τις Δ.Υ.Πε..
6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από εισήγηση του ΚΕΣΥΠΕ εκδίδεται ενιαίος Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των λοιπών δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία λειτουργίας των υπηρεσιών τους, η στελέχωση κατά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού τους και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

7. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Υγείας, Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και Οικονομικών εκδίδονται οι Οργανισμοί των Κέντρων Υγείας, κατόπιν εισηγήσεων των οικείων Δ.Υ.ΠΕ. και απόφαση του ΚΕ.ΣΥ.Πε.. Με τον Οργανισμό καθορίζονται οι θέσεις του προσωπικού κατά κατηγορία και ειδικότητα, οι οργανικές Μονάδες και οι αρμοδιότητες καθεμίας, το περιεχόμενο και η διαδικασία τήρησης προσωπικού φακέλου ασθενών, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

8. Τα Κέντρα Υγείας δύναται να λειτουργούν σε 24ωρη βάση και 7 ημέρες την εβδομάδα.

Άρθρο 4

Οικογενειακός Ιατρός

1. Υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται και από οικογενειακούς ιατρούς στα ιατρεία τους και κατ'οίκον.
2. Ο οικογενειακός ιατρός παρέχει όλες τις βασικές υπηρεσίες υγείας ώστε να διασφαλίζει τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος Π.Φ.Υ.. Ειδικότερα:
 - α. Αναλαμβάνει τη διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και των εμβολιασμών, καθώς και των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης.
 - β. Συμβουλεύει, υποστηρίζει, προσανατολίζει και καθοδηγεί υπεύθυνα τον ασθενή και την οικογένεια μέσα στο σύστημα υγείας,
 - γ. Επιμελείται της παραπομπής των χρηστών στα άλλα επίπεδα περίθαλψης. Ο αριθμός και το είδος των παραπομπών, καθώς και το είδος των εξετάσεων αλλά και των δοκιμασιών που εξυπηρετούν προληπτικές δραστηριότητες οφείλουν να ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές με βάση τα διεθνή πρότυπα.
3. Καθήκοντα οικογενειακού ιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής.
4. Ο πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό από το σύνολο των οικογενειακών ιατρών της οικείας Δ.Υ.Πε.. Η αλλαγή του προσώπου του οικογενειακού ιατρού του δικαιούχου είναι δυνατή μόνο μία φορά στη διάρκεια του έτους, όπως επίσης και κάθε άλλη φορά που συμφωνούν ο δικαιούχος και ο οικογενειακός ιατρός. Ο ιατρός που έχει επιλεγεί από δικαιούχο, ως οικογενειακός Ιατρός του, έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την επιλογή για σοβαρούς προσωπικούς ή επαγγελματικούς λόγους. Η επιλογή του οικογενειακού ιατρού των ανηλίκων και όσων τελούν υπό δικαστική συμπαράσταση γίνεται από τα πρόσωπα που ορίζονται από τις σχετικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα.

5. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας καθορίζονται ο αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ιατρό, ο αναγκαίος αριθμός των οικογενειακών ιατρών ανά Δ.Υ.Πε., ο τρόπος και η διαδικασία επιλογής τους, η διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων οικογενειακού ιατρού σε ιατρούς των Κέντρων Υγείας, ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενό τους, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οικογενειακών ιατρών, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

6. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και Οικονομικών καθορίζονται τα ζητήματα που διέπουν έννομες σχέσεις των οικογενειακών ιατρών με τις Δ.Υ.Πε. και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Άρθρο 5

Επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ.

1. Επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ. αποτελούν ο οικογενειακός ιατρός και ιατροί άλλων ειδικοτήτων, καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως οι μαιές, οι επισκέπτες υγείας, οι νοσηλευτές, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι φυσικοθεραπευτές, οι διαιτολόγοι-διατροφολόγοι, οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές, και το λοιπό υγειονομικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό.

2. Οι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα Π.Φ.Υ. έχουν διακριτούς ρόλους στην όλη διαδικασία προσφοράς υπηρεσιών υγείας και πρέπει να αποδεικνύεται ότι είναι κατάλληλα και επαρκώς εκπαιδευμένοι ώστε να είναι σε θέση να εργαστούν σε επίπεδο κοινότητας.

Άρθρο 6

Σχεδιασμός, Ανάπτυξη και Αξιολόγηση Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στις Δ.Υ.Πε.

1. Στις αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπως αυτές ρυθμίζονται στο άρθρο 4 του ν.3329/2005 (Α' 81) προστίθενται τα ακόλουθα: * ο σχεδιασμός, η ανάπτυξη του δικτύου της Π.Φ.Υ. καθώς και η κατάρτιση στρατηγικού σχεδίου δράσης για την Π.Φ.Υ. σε συνεργασία με τη Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης της ΔΥΠΕ'.

Στο Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας της ως άνω Διεύθυνσης, προστίθενται τα ακόλουθα: “Η αξιολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών ΠΦΥ του ΠΕΔΥ βάση κριτηρίων ποιότητας, αποτελεσματικότητας και ασφάλειας. Έργο του είναι η συλλογή και επεξεργασία, όλων των εκθέσεων και αναφορών για τις Μονάδες ΠΦΥ και η τελική αξιολόγηση των Μονάδων αυτών συνοδευόμενη από προτάσεις για τη βελτίωσή τους. Η αξιολόγηση βασίζεται σε πρωτόκολλα και δελτία βέλτιστης πρακτικής που δημοσιεύονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και αφορούν σε κριτήρια ποιότητας, αποτελεσματικότητας, επίτευξης στόχων και ασφάλειας των παρεχομένων υπηρεσιών στις Μονάδες ΠΦΥ του ΠΕΔΥ”.

Άρθρο 7

Μεταβατική Διάταξη

Όπου στις διατάξεις του παρόντος Κεφαλαίου γίνεται μνεία σε Κέντρο Υγείας διαλαμβάνονται και οι Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας, οι οποίες σύμφωνα με τον παρόντα νόμο μεταφέρονται ως μονάδες παροχής Π.Φ.Υ. από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στις Δ.Υ.Πε..

Ρυθμίσεις σχετικά με το νέο χαρακτήρα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Άρθρο 8

Σκοπός

1. Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας είναι:

α. Η αγορά υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους, τους συνταξιούχους, καθώς και για τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερθέντων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του Οργανισμού.

β. Η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

γ. Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για αγορά υπηρεσιών υγείας με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβαλλόμενους

ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και η τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται.

δ. Η διαπραγμάτευση με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους των αμοιβών τους, των όρων των συμβάσεων του Οργανισμού, των τιμών των ιατροτεχνολογικών υλικών και φαρμάκων.

2. Πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι εκτός των οριζομένων στην παράγραφο 1 του άρθρου 19 του ν. 3918/2011 (Α 31) και τα ποσά των διατάξεων του άρθρου 100 του ν. 4172/2013 (Α 167), όπως αυτές ισχύουν.

Άρθρο 9

Διοικητικό Συμβούλιο

1. Η παράγραφος 1 του άρθρου 20 του ν. 3918/2011, όπως ισχύει, αντικαθίσταται, ως ακολούθως: «Ο Οργανισμός διοικείται από Πρόεδρο, Αντιπρόεδρο και το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.).».

2. Το πρώτο και το δεύτερο εδάφιο της παραγράφου 2 του άρθρου 20 του ν. 3918/2011, όπως ισχύει, αντικαθίστανται, ως ακολούθως: «Ο Πρόεδρος επιλέγεται για θητεία πέντε ετών κατόπιν προκήρυξης θέσης και με τη διαδικασία του άρθρου 49Α του Κανονισμού της Βουλής. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται τα προσόντα, τα κριτήρια, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της παρούσας. Είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και πρέπει να έχει πτυχίο Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο της αλλοδαπής, καθώς και διοικητική εμπειρία και κατάρτιση σε διοικητικά ή οικονομικά θέματα υγείας».

3. Το τέταρτο εδάφιο της παραγράφου 2 του άρθρου 20 του ν. 3918/2011, όπως αυτό ισχύει, αντικαθίσταται ως ακολούθως: « δ. Από την έναρξη ισχύος του παρόντος, κάθε διάταξη που ρυθμίζει διαφορετικά το θέμα της επιλογής του Προέδρου στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καταργείται».

4. Η παράγραφος 3 του άρθρου 20 του ν. 3918/2011, όπως ισχύει, αντικαθίσταται ως ακολούθως: «Ο Αντιπρόεδρος διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και πρέπει να έχει πτυχίο Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος της ημεδαπής ή ισότιμο πτυχίο της

αλλοδαπής, καθώς και διοικητική εμπειρία και κατάρτιση σε διοικητικά και οικονομικά θέματα. Με την ίδια υπουργική απόφαση καθορίζονται οι αρμοδιότητες του Αντιπροέδρου».

4. Η περίπτωση α της παραγράφου 4 του άρθρου 20 του ν. 3918/2011, όπως ισχύει, αντικαθίσταται ως ακολούθως: «α. Τον Πρόεδρο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο οποίος αναπληρώνεται από τον Αντιπρόεδρο.»

5. Η περίπτωση ζ της παραγράφου 4 του άρθρου 20 του ν. 3918/2011, όπως ισχύει, αντικαθίσταται ως ακολούθως: «ζ. Στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. συμμετέχει, με δικαίωμα ψήφου, ο Αντιπρόεδρος του Οργανισμού, καθώς και εκπρόσωπος του προσωπικού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., όταν συζητούνται θέματα προσωπικού ή οργάνωσης και λειτουργίας του Οργανισμού και ανάλογα με τη φύση των θεμάτων που συζητούνται».

6. Η παράγραφος 8 του άρθρου 20 του ν. 3918/2011, όπως ισχύει, αντικαθίσταται ως ακολούθως: «Η θητεία του Αντιπροέδρου και των μελών του Δ.Σ. είναι τριετής και παρατείνεται αυτοδικαίως μέχρι το διορισμό νέων μελών, όχι όμως περισσότερο από τρεις μήνες από τη λήξη της».

7. Η παράγραφος 9 του άρθρου 20 του ν. 3918/2011, όπως ισχύει, αντικαθίσταται ως ακολούθως: «Οι αποδοχές του Προέδρου και του Αντιπροέδρου καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και με όμοια απόφαση καθορίζεται η μηνιαία αποζημίωση των λοιπών προσώπων που συμμετέχουν στο Δ.Σ.».

8. Μέχρι την ολοκλήρωση της διαδικασίας του ορισμού νέου Προέδρου, Αντιπροέδρου και Δ.Σ., η διοίκηση εξακολουθεί να ασκείται από τους υφιστάμενους Πρόεδρο, Αντιπροέδρους και Διοικητικό Συμβούλιο.

Άρθρο 10

Αρμοδιότητες Προέδρου

α) Η περίπτωση ι του άρθρου 21 του ν. 3918/2011, όπως ισχύει, καταργείται.

β) Η περίπτωση ια του άρθρου 21 του ν. 3918/2011, όπως ισχύει, αντικαθίσταται ως ακολούθως: «Ο Πρόεδρος μπορεί με αποφάσεις του να αναθέτει στον Αντιπρόεδρο,

καθώς και σε Προϊσταμένους Γενικών Διευθύνσεων, ειδικά καθήκοντα ή να τους μεταβιβάζει αρμοδιότητες».

Άρθρο 11

Αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου

1. Στην παράγραφο 1 του άρθρου 22 του ν. 3918/2011, όπως ισχύει, προστίθενται εδάφια ια, ιβ, ιγ και ιδ, ως ακολούθως:

ια. Μεριμνά για την είσπραξη των εσόδων του Οργανισμού.

ιβ. Ελέγχει τις δαπάνες.

ιγ. Εγκρίνει τον Οργανισμό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που καταρτίζει η αρμόδια υπηρεσία και εισηγείται στον Υπουργό Υγείας σχετικά με την έγκριση του απαιτούμενου Προεδρικού Διατάγματος.

ιδ. Μεριμνά για τη στέγαση των υπηρεσιών του Οργανισμού.».

2. Η παράγραφος 2 του άρθρου 22 του ν.3918/2011, όπως ισχύει, αντικαθίσταται, ως ακολούθως: «Με απόφαση του Δ.Σ., μετά από εισήγηση του Προέδρου, μπορεί να μεταβιβάζονται αρμοδιότητες του στον Πρόεδρο, στον Αντιπρόεδρο ή σε άλλα μέλη του Δ.Σ., καθώς και σε προϊσταμένους Γενικών Διευθύνσεων ή Περιφερειακών Υπηρεσιών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.»

Άρθρο 12

Διοικητική Οργάνωση

1. Οι υπηρεσίες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. διακρίνονται σε Κεντρική και Περιφερειακές. Η Κεντρική Υπηρεσία του Οργανισμού διαρθρώνεται ως εξής:

α) Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων.

β) Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Σχεδιασμού.

γ) Υπηρεσίες υπαγόμενες στον Πρόεδρο.

δ) ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α.

2. Η Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων είναι αρμόδια για τον προγραμματισμό της δραστηριότητας και το συντονισμό της λειτουργίας των επιμέρους οργανικών μονάδων από τις οποίες συγκροτείται, με σκοπό τη μεθοδικότερη, ουσιαδέστερη και αποτελεσματικότερη εκτέλεση του έργου τους. Η Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων συγκροτείται από τις ακόλουθες υπηρεσιακές μονάδες:

α) Διεύθυνση Οικονομικών

β) Διεύθυνση Συμβάσεων

γ) Διεύθυνση Ελέγχου και Εκκαθάρισης

δ) Διεύθυνση Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων

3. Η Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Σχεδιασμού είναι αρμόδια για τον προγραμματισμό της δραστηριότητας και το συντονισμό της λειτουργίας των επί μέρους οργανικών μονάδων από τις οποίες συγκροτείται, με σκοπό τη μεθοδικότερη, ουσιαδέστερη και αποτελεσματικότερη εκτέλεση του έργου τους.

Η Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Σχεδιασμού συγκροτείται από τις ακόλουθες υπηρεσιακές μονάδες:

α. Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης

β. Διεύθυνση Πληροφορικής

γ. Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού

δ. Διεύθυνση Φαρμάκου

4. Στον Πρόεδρο υπάγονται οι υπηρεσίες:

α. Τμήμα Νομικών Υποθέσεων

β. Γραφείο Γραμματείας Προέδρου και Διοικητικού Συμβουλίου

γ. Αυτοτελές Γραφείο Τύπου και Επικοινωνίας

δ. Τμήμα Εσωτερικού Ελέγχου

ε. Γραφείο Διαχείρισης Παραπόνων και Καταγγελιών

5. Τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται στις Περιφερειακές Διευθύνσεις, όπου υφίστανται, ως αυτοτελή τμήματα με αρμοδιότητα την προμήθεια, διαχείριση και διάθεση φαρμάκων και συναφών ειδών περίθαλψης.

6. Με προεδρικό διάταγμα σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 20 του ν. 2503/1997 (Α' 157) σε συνδυασμό με τις διατάξεις του άρθρου 54 παρ. 6γ του ν. 4178/2013 (Α' 174), καταρτίζεται Οργανισμός μετά τη γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Άρθρο 13

Η απόσπαση του ιατρικού, υγειονομικού και διοικητικού προσωπικού της ΔΕΗ Α.Ε. που υπηρετεί στις υγειονομικές μονάδες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. λήγει από της ισχύος του παρόντος. Το ανωτέρω προσωπικό αποσπάται στις Δ.Υ.ΠΕ., με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Διοικητικής Μεταρρύθμισης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και Περιβάλλοντος, Ενέργειας & Κλιματικής Αλλαγής και τοποθετείται με απόφαση του αρμόδιου Διοικητή Δ.Υ.Πε. ανάλογα με τις ανάγκες του Π.Ε.Δ.Υ..

Άρθρο 14

Στις υγειονομικές επιτροπές και το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. της παραγράφου 2 του άρθρου 54 του ν. 4223/2013 (Α' 287) μετέχουν ιατροί είτε με διάθεση από τις Δ.Υ.ΠΕ, είτε συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. με σύμβαση ορισμένου χρόνου

ιδιωτικού δικαίου. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας καθορίζεται η αμοιβή των συμβαλλόμενων ιατρών, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Άρθρο 15

Οποιαδήποτε γενική ή ειδική διάταξη που είναι αντίθετη ή ρυθμίζει διαφορετικά θέματα του νόμου αυτού, καταργείται. Ρυθμίσεις σχετικά με τη διαθεσιμότητα/κινητικότητα υπαλλήλων του ΕΟΠΥΥ, οικονομικά και θέματα προσωπικού.

Άρθρο 16

Διαθεσιμότητα υπαλλήλων ΕΟΠΥΥ

1. Το σύνολο του μόνιμου και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου (Ι.Δ.Α.Χ.) ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού, παραϊατρικού, τεχνικού, διοικητικού προσωπικού των Μονάδων Υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. τίθεται, αυτοδικαίως, από την ισχύ του παρόντος, σε καθεστώς διαθεσιμότητας. Οι ανωτέρω υπάλληλοι παραμένουν σε καθεστώς διαθεσιμότητας επί ένα (1) μήνα και εν συνεχεία, μετατάσσονται / μεταφέρονται, μετά από αίτησή τους, με τους όρους και τις προϋποθέσεις του επόμενου άρθρου, σε οργανικές θέσεις που συστήνονται για τον σκοπό αυτό στις Διοικήσεις των αντίστοιχων, χωροταξικά, Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε). Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζεται η χωροταξική κατανομή, ανά Υγειονομική Περιφέρεια, των υφιστάμενων Μονάδων Υγείας του ΕΟΠΥΥ. Στους υπαλλήλους που τίθενται σε καθεστώς διαθεσιμότητας καταβάλλονται τα τρία τέταρτα (3/4) των αποδοχών τους, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Κατά τη διάρκεια της διαθεσιμότητας, εξακολουθούν να καταβάλλονται από τον φορέα οι προβλεπόμενες ασφαλιστικές εισφορές εργοδότη και ασφαλισμένου που αναλογούν για κύρια σύνταξη, επικουρική ασφάλιση, πρόνοια και υγειονομική περίθαλψη. Οι εισφορές αυτές από τη θέση του υπαλλήλου σε διαθεσιμότητα και για το χρονικό διάστημα που αυτή διαρκεί προσδιορίζονται στο 75% των αποδοχών αυτού.

2. Κατ' εξαίρεση των διατάξεων της παραγράφου 1, τίθενται σε καθεστώς διαθεσιμότητας δέκα πέντε (15) ημερών όσοι εκ των ανωτέρω περιγραφομένων υπαλλήλων εμπίπτουν στις ακόλουθες κοινωνικές κατηγορίες:

α) υπάλληλος που τελεί σε αναπηρία, σε ποσοστό 67% και άνω.

β) πολύτεκνος, κατά την έννοια των παρ. 1 έως 3, του άρθρου πρώτου, του Ν. 1910/1944 (ΦΕΚ 229 α 1999), όπως τροποποιήθηκε με το άρθρο 6, του Ν. 3454/2006 (ΦΕΚ 75 Α 2006) εφόσον τα τέκνα αυτού συνοικούν με αυτόν και ανήκουν στην κατηγορία των εξαρτώμενων μελών σύμφωνα με τον ΚΦΕ, όπως αυτός ισχύει σήμερα.

γ) υπάλληλος του οποίου ο σύζυγος ή η σύζυγος ή τέκνο τελεί σε αναπηρία, σε ποσοστό 67% και άνω και ανήκει στην κατηγορία των εξαρτώμενων μελών, σύμφωνα με τον ΚΦΕ, όπως αυτός ισχύει σήμερα και του οποίου το ετήσιο συνολικό εισόδημα του εξαρτώμενου δεν ξεπερνά τις 12.000 €.

δ) υπάλληλος, ο οποίος δυνάμει νόμου ή δικαστικής αποφάσεως, ασκεί, κατ' αποκλειστικότητα, τη γονική μέριμνα τέκνου, συνοικεί με αυτό και αυτό ανήκει στην κατηγορία των εξαρτώμενων μελών, σύμφωνα με τον ΚΦΕ, όπως αυτός ισχύει σήμερα, εφόσον το συνολικό ετήσιο εισόδημα του εξαρτώμενου τέκνου δεν ξεπερνά τις 12.000 €.

ε) υπάλληλος, ο οποίος έχει οριστεί δικαστικός συμπαραστάτης, δυνάμει δικαστικής απόφασης, συνοικεί με τον συμπαραστατούμενο και το συνολικό ετήσιο εισόδημα του συμπαραστατούμενου δεν ξεπερνά τις 12.000 €.

στ) υπάλληλος, του οποίου ο σύζυγος ή η σύζυγος τίθεται, δυνάμει του παρόντος, σε καθεστώς διαθεσιμότητας. Στην περίπτωση αυτή, με κοινή αίτηση των συζύγων προς την υπηρεσία προέλευσής τους δηλώνεται η προτίμηση υπαγωγής στις ευνοϊκότερες ρυθμίσεις της παρούσας παραγράφου υπέρ του ενός εκ των δύο συζύγων.

ζ) υπάλληλος, του οποίου ο σύζυγος ή η σύζυγος τελεί ήδη σε καθεστώς διαθεσιμότητας ή έχει απολυθεί, κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 4, του άρθρου 90, του Ν. 4172/2013. Το γεγονός αυτό, κοινοποιείται προς την υπηρεσία προέλευσης του υπαλλήλου που πρόκειται να τεθεί, δυνάμει του παρόντος, σε καθεστώς διαθεσιμότητας, με ευθύνη του και προκειμένου αυτός να υπαχθεί στις ευνοϊκότερες ρυθμίσεις της παρούσας παραγράφου.

3. Οι διαπιστωτικές πράξεις για τη θέση σε καθεστώς διαθεσιμότητας των ανωτέρω υπαλλήλων εκδίδονται από το όργανο διοίκησης του φορέα προέλευσης.

Άρθρο 17

Κινητικότητα υπαλλήλων Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προς Δ.Υ.Πε.

1. Εκ των υπαλλήλων των παραγράφων 1 και 2 του προηγούμενου άρθρου, που έχουν τεθεί σε καθεστώς διαθεσιμότητας οι ιατροί, μόνιμοι και ΙΔΑΧ, μετατάσσονται / μεταφέρονται, με την ίδια εργασιακή σχέση, σε οργανικές θέσεις πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που συστήνονται για τον σκοπό αυτό, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παράγραφο 1 του προηγούμενου άρθρου, κατόπιν δηλώσεώς τους, περί αποδοχής της εν λόγω θέσης. Το λοιπό προσωπικό των παραγράφων 1 και 2 μετατάσσεται / μεταφέρεται, επίσης, με την ίδια εργασιακή σχέση, κατόπιν σχετικής δηλώσεως αποδοχής. Οι ανωτέρω δηλώσεις υποβάλλονται από τους ενδιαφερομένους, εντός επτά (7) εργάσιμων ημερών από την ημερομηνία έκδοσης των διαπιστωτικών πράξεων της ως άνω παραγράφου 3 του προηγούμενου άρθρου. Οι εν λόγω δηλώσεις, οι οποίες υπέχουν θέση υπεύθυνης δήλωσης του Ν. 1599/1986 (Α 75), υποβάλλονται από τους ενδιαφερομένους στις αρμόδιες υπηρεσίες των κατά τόπους περιφερειακών διοικητικών μονάδων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., οι οποίες με ευθύνη τους τις διαβιβάζουν στις αντίστοιχες υπηρεσίες των Δ.Υ.Πε υποδοχής, εντός τριών ημερών. Το ιατρικό προσωπικό που ασκεί, παράλληλα, ελευθέριο επάγγελμα και το οποίο έχει υποβάλει αίτηση αποδοχής θέσης πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης σε Δ.Υ.Πε, οφείλει, κατά τον χρόνο ανάληψης υπηρεσίας και προκειμένου να αναλάβει να προσκομίσει στην αρμόδια υπηρεσία της Δ.Υ.Πε υποδοχής βεβαίωση διακοπής δραστηριότητας ή εναλλακτικά, στην περίπτωση που χωρίς δική του υπαιτιότητα είναι αδύνατη η άμεση λήψη αντίστοιχης βεβαίωσης, επικυρωμένο αντίγραφο της αίτησης διακοπής δραστηριότητας προς την αρμόδια Δημόσια Οικονομική Υπηρεσία (Δ.Ο.Υ.). Στην τελευταία αυτή περίπτωση, η βεβαίωση διακοπής δραστηριότητας κατατίθεται στην αρμόδια υπηρεσία υποδοχής, από τον υπόχρεο, αμέσως μετά την λήψη της, το αργότερο εντός μηνός από την ανάληψη υπηρεσίας, επί ποινή απολύσεως.

2. Στην περίπτωση που ο μετατασσόμενος / μεταφερόμενος υπάλληλος δεν παρουσιαστεί στην αρμόδια υπηρεσία του φορέα υποδοχής, προκειμένου να αναλάβει υπηρεσία, απολύεται αυτοδικαίως.

3. Σε περίπτωση μη εμπρόθεσμης υποβολής της σχετικής αίτησης αποδοχής ο υπάλληλος που έχει τεθεί σε καθεστώς διαθεσιμότητας απολύεται, αυτοδικαίως, μετά την πάροδο του προκαθορισμένου χρόνου των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 16 του παρόντος.

4. Οι πράξεις μετάταξης / μεταφοράς των εν λόγω υπαλλήλων εκδίδονται από το αρμόδιο όργανο διοίκησης του Φορέα υποδοχής.

Άρθρο 18

Ένταξη και κατάταξη ιατρικού προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

Εντός 8μήνου από την ολοκλήρωση της μετάταξης / μεταφοράς, το ως άνω ιατρικό προσωπικό αξιολογείται και κατατάσσεται, αυτοδικαίως, σε θέσεις κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., του Π.Ε.Δ.Υ., σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 25 του παρόντος.

Άρθρο 19

Αυτοδίκαιη λήξη προγενέστερων συμβατικών υποχρεώσεων

Συμβάσεις ιατρών, οδοντιάτρων και λοιπού προσωπικού, οι οποίοι δεν εμπίπτουν στις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 16 και οι οποίοι διατηρούν οποιασδήποτε μορφής εργασιακή σχέση με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., πλην μονίμων και Ι.Δ.Α.Χ., οι οποίες συνήφθησαν οποτεδήποτε πριν από τη δημοσίευση του παρόντος, παύουν, αυτοδικαίως, να ισχύουν, αζημίως για τον Οργανισμό.

Άρθρο 20

Παροχή Π.Φ.Υ. κατά το χρόνο της διαθεσιμότητας/κινητικότητας

Κατά τη διάρκεια και έως την ολοκλήρωση της εν λόγω διαδικασίας κινητικότητας προσωπικού του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προς τις Δ.Υ.Πε. η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ανατίθεται στα κατά τόπους αρμόδια Κέντρα Υγείας, το δίκτυο συμβεβλημένων ιατρών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και επικουρικά, στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ..

Άρθρο 21

Μισθοδοσία Προσωπικού, Οικονομική Διαχείριση και Μεταβίβαση Κινητής και Ακίνητης Περιουσίας

1. Το πάσης φύσεως ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό που μετατάσσεται ή μεταφέρεται, επί τη βάση των διατάξεων του άρθρου 16 του παρόντος νόμου, σε θέσεις που συστήνονται για το σκοπό αυτό, σε κάθε Διοικητική Υγειονομική Περιφέρεια (ΔΥΠΕ), σε εφαρμογή της παραγράφου 4, του άρθρου 17 του Ν.4224/2013 (Α'288), μετά την έκδοση της οριζόμενης απόφασης, μισθοδοτείται από τους Φορείς αυτούς και οι σχετικές πιστώσεις εγγράφονται στους οικείους ΚΑΕ του ειδικού φορέα 210 του Προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας. Για τη μισθοδοσία του προσωπικού αυτού, καθώς και τις πρόσθετες αμοιβές και αποζημιώσεις έχουν εφαρμογή οι διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 16 του ν. 2592/98 (Α'57) και του π.δ. 412/98 (Α'288), όπως ισχύουν. Η εκκαθάριση των αποδοχών του ανωτέρω προσωπικού διενεργείται από τις αρμόδιες υπηρεσίες της οικείας ΔΥΠΕ.

2. Το ιατρικό προσωπικό της ανωτέρω παραγράφου 1, μόνιμοι και Ι.Δ.Α.Χ., διατηρεί το σύνολο των αποδοχών και αποζημιώσεων που λαμβάνουν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος, σύμφωνα με την παράγραφο 3 του άρθρου 17 του ν.4224/2013 (Α'288) και μέχρι την ολοκλήρωση των διαδικασιών αξιολόγησης και κατάταξης αυτού, όπως προβλέπονται με τις διατάξεις του άρθρου 18 του παρόντος. Μετά την ένταξή τους σε θέσεις κλάδους ιατρών ΕΣΥ, λαμβάνουν τις αποδοχές που προβλέπονται από τις οικίες μισθολογικές διατάξεις.

3. Ειδικά για το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό που υπηρετεί και κατέχει θέσεις στα Κέντρα Υγείας και τις αποκεντρωμένες μονάδες τους, τα οποία μεταφέρονται και αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Δ.Υ.Πε., σύμφωνα με το την παράγραφο 2 του άρθρου 2 του παρόντος, η εκκαθάριση των τακτικών και προσθέτων αμοιβών και αποζημιώσεων εξακολουθεί έως και 30-6-2014 να διενεργείται κανονικά από τα νοσοκομεία, των οποίων αποτελούσαν αποκεντρωμένες μονάδες αυτών. Από 1-7-2014, οι αποδοχές του προσωπικού αυτού εκκαθαρίζονται από τις αρμόδιες υπηρεσίες των Δ.Υ.Πε..

4. Οι πάσης φύσεως λειτουργικές δαπάνες των Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων αυτών, καθώς και των Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που εντάσσονται στις Δ.Υ.Πε.

και αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες αυτών, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού των Δ.Υ.Πε.. Οι αντίστοιχες πιστώσεις που είναι εγγεγραμμένες στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας καθώς και στον Προϋπολογισμό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για τον σκοπό αυτό, από 1/1/2015 μεταφέρονται και εγγράφονται στους προϋπολογισμούς των Δ.Υ.Πε.. Οι αρμόδιες υπηρεσίες των Δ.Υ.Πε. αναλαμβάνουν τη σύνταξη και εκτέλεση του Προϋπολογισμού, την κατάρτιση του ετήσιου προγράμματος προμηθειών και υπηρεσιών, τη διενέργεια των σχετικών διαγωνιστικών διαδικασιών για τη σύναψη των σχετικών συμβάσεων, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις και την ευθύνη ενταλματοποίησης και εκκαθάρισης των δαπανών αυτών.

5. Για λόγους εύρυθμης λειτουργίας και διασφάλισης του δημοσίου συμφέροντος τα Κέντρα Υγείας, τα περιφερειακά Ιατρεία, καθώς και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που μεταφέρονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος και αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Δ.Υ.Πε., εξακολουθούν με την υφιστάμενη διαδικασία έως και την 31/12/2014, να τροφοδοτούνται, με πάσης φύσεως φαρμακευτικό, υγειονομικό και λοιπό υλικό καθώς και κάθε είδους παροχής υπηρεσιών, αντιστοίχως από τα νοσοκομεία διασύνδεσης και τις υπηρεσίες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και των λοιπών Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (Φ.Κ.Α.) των οποίων οι κλάδοι υγείας εντάχθηκαν στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Οι δαπάνες αυτές, επιβαρύνουν τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., από τα οποία συνεχίζεται να διενεργείται η ενταλματοποίηση και εκκαθάριση των δαπανών αυτών, σύμφωνα με τα σχετικά παραστατικά, που θα εκδοθούν έως την ως άνω αναφερόμενη ημερομηνία. Μετά από γνώμη των Δ.Υ.Πε., εκτελούνται κανονικά, υφιστάμενες συμβάσεις, καθώς επίσης και τυχόν διαγωνιστικές διαδικασίες, που βρίσκονται σε εξέλιξη, οι οποίες συνεχίζουν έως της ολοκλήρωσής τους.

6. Τα ακίνητα του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, στα οποία στεγάζονται ή συστεγάζονται Υγειονομικές Υπηρεσίες, Μονάδες Υγείας, το Κέντρο Διάγνωσης Ιατρικής της Εργασίας και τυχόν λοιπές υπηρεσίες υγείας του Ιδρύματος, καθώς και ο μηχανολογικός, μηχανογραφικός και λοιπός εξοπλισμός, ο οποίος χρησιμοποιείται για την οργάνωση και παροχή των υπηρεσιών υγείας, από την ολοκλήρωση της ένταξης των μονάδων, παραχωρούνται προς χρήση άνευ ανταλλάγματος στις οικίες Δ.Υ.Πε, στις οποίες κατανέμονται οι μονάδες υγείας και το Κέντρο Διάγνωσης Ιατρικής της Εργασίας, οι οποίες αναλαμβάνουν κατά αναλογία της χρήσης, την υποχρέωση της πληρωμής των αναλογούντων φόρων, τελών, λογαριασμών

κοινής ωφέλειας, εξόδων συντήρησης, καθώς και των αναλογούντων εξόδων για τυχόν απαιτούμενη λειτουργική αναβάθμιση.

7. Συμβάσεις μίσθωσης ακινήτων που έχουν συναφθεί από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και τους φορείς των οποίων ο κλάδος εντάχθηκε στον Οργανισμό στα οποία στεγάζονται Υγειονομικές Μονάδες ισχύουν έναντι των Δ.Υ.Πε στις οποίες εντάσσονται οι Μονάδες. Εντός τριών μηνών από την ισχύ του νόμου, ο Διοικητής της οικείας Δ.Υ.Πε. μετά από έγγραφη δήλωση επαναδιαπραγματεύεται το καταβαλλόμενο μηνιαίο μίσθωμα. Σε περίπτωση μη συμφωνίας μεταξύ των δυο μερών, παρέχεται η δυνατότητα στις Δ.Υ.Πε. της μονομερούς καταγγελίας. Σε περίπτωση συγχώνευσης ή κατάργησης υγειονομικών μονάδων που μεταφέρονται στις ΔΥΠΕ η μίσθωση καταγγέλεται αυτοδίκαια και αζημίως.

8. Το πάσης φύσεως υγειονομικό, φαρμακευτικό και λοιπό αναλώσιμο υλικό των υγειονομικών μονάδων του ΕΟΠΥΥ που εντάσσονται στις Δ.Υ.Πε, περιέρχεται κατά κυριότητα σε αυτές, με έκδοση διαπιστωτικής πράξης, μετά τη διενέργεια σχετικής απογράφης από τις οικείες Περιφερειακές Διευθύνσεις του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Οι Περιφερειακές Διευθύνσεις του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. έχουν την πλήρη ευθύνη για τη διαφύλαξη της κινητής και ακίνητης περιουσίας μέχρι την οριστική παράδοσή της στις οικείες Δ.Υ.Πε..

9. Η νόμιμη εκπροσώπηση των μονάδων που μεταφέρονται, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, δικαστική και εξώδικη ανήκει στους διοικητές των οικείων Υγειονομικών Περιφερειών. Εκκρεμείς δίκες που αφορούν διαφορές ή υποθέσεις των εντασσομένων μονάδων, του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού που μετατάσσεται ή μεταφέρεται, συνεχίζονται από τις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ), χωρίς να επέρχεται διακοπή δίκης. Δικαστικές αποφάσεις που εκδίδονται ισχύουν έναντι των Δ.Υ.Πε.. Εκκρεμείς δίκες που αφορούν διαφορές ή υποθέσεις του πάσης φύσεως προσωπικού των ανωτέρω μονάδων που δεν μεταφέρεται ή μετατάσσεται στις ΔΥΠΕ, συνεχίζονται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., χωρίς να επέρχεται διακοπή και οι δικαστικές αποφάσεις ισχύουν έναντι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Εκκρεμείς πειθαρχικές υποθέσεις του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού που μεταφέρεται ή μετατάσσεται συνεχίζονται από τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα των Δ.Υ.ΠΕ. Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής έχουν ανάλογη εφαρμογή και για το προσωπικό των Κέντρων Υγείας, και των αποκεντρωμένων μονάδων που εντάσσονται στις Δ.Υ.Πε..

10. Στις Δ.Υ.Πε., περιέρχεται αυτοδικαίως, κατά κυριότητα, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου, το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας των Κέντρων Υγείας, και των αποκεντρωμένων μονάδων που εντάσσονται στις Δ.Υ.Πε..

11. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ρυθμίζεται κάθε επιμέρους θέμα και αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 22

Σύσταση κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Στο άρθρο 25 του ν. 1397/83 (Α 143), όπως ισχύει, προστίθεται παρ. 2 ως εξής:

“2. Οι θέσεις του κλάδου ειδικευμένων ιατρών ΕΣΥ, συνιστώνται με κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Υγείας και Οικονομικών κατά Νοσοκομείο, Κέντρο Υγείας, Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο, ή και Δ.Υ.Πε., ύστερα από εισήγηση των οικείων Διοικητών των ΥΠΕ και έγκριση από το ΚΕ.ΣΥ.Πε.».

2. Η παράγραφος 4 του άρθρου 34 του ν. 2519/97 (Α¹ 165) αντικαθίσταται ως εξής: «Οι θέσεις ειδικευμένων ιατρών ΕΣΥ, προκηρύσσονται κατά ειδικότητα κατά Νοσοκομείο, Κέντρο Υγείας, Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία ή και Δ.Υ.Πε.».

Άρθρο 23

Μεταφορά Προσωπικού Κέντρων Υγείας

Όλες οι θέσεις των Κέντρων Υγείας της χώρας και των αποκεντρωμένων μονάδων τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία), όπως αυτές είχαν συσταθεί, μεταφέρονται αυτοδικαίως στις αντίστοιχες Δ.Υ.Πε.. Το πάσης φύσεως προσωπικό που υπηρετεί στις προαναφερόμενες δομές, εξακολουθεί να παρέχει τις υπηρεσίες του στις θέσεις που κατέχει με την ίδια εργασιακή σχέση, βαθμό και ειδικότητα. Οι σχετικές διαπιστωτικές πράξεις εκδίδονται από τους Διοικητές των οικείων Υ.Π.Ε..

Μετατροπή Θέσεων Κλάδου ΠΕ Ιατρών Πλήρους και Αποκλειστικής

1. Οι τυχόν θέσεις του κλάδου ΠΕ Ιατρών – Οδοντιάτρων πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης που θα παραμείνουν κενές μετά τηνολοκλήρωση της διαδικασίας μετάταξης/μετακίνησης σύμφωνα με τον παρόντα νόμο μετατρέπονται σε θέσεις ειδικευμένων ιατρών Ε.Σ.Υ. με Κ.Υ.Α. των Υπουργών Υγείας και Οικονομικών, μετά από πρόταση του Διοικητή της οικείας Υ.Π.Ε.. Η κάλυψη των εν λόγω θέσεων γίνεται με ανοικτή προκήρυξη στον εισαγωγικό βαθμό κατά ειδικότητα, και για συγκεκριμένη Μονάδα Π.Φ.Υ., η οποία διενεργείται από τον Διοικητή της οικείας Υ.Π.Ε..

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας σε κάθε Δ.Υ.Πε. συγκροτούνται ανά ειδικότητα συμβούλια προσλήψεων - κρίσεων, αρμόδια για την κρίση των υποψηφίων ιατρών. Τα Συμβούλια προσλήψεων κρίσεων με ανοιχτές προκηρύξεις (στις Δ.Υ.Πε.) αποτελούνται από:

α) το Διοικητή, ως Πρόεδρο, ο οποίος αναπληρώνεται από τον αρμόδιο Αναπληρωτή Διοικητή της Δ.Υ.Πε.

β) Τέσσερα ιατρούς ως μέλη, Διευθυντές ή Επιμελητές Α' και έχουν την ίδια με την κρινόμενη θέση ειδικότητα και εκλέγονται με κλήρωση για κάθε κρίση από σχετικό κατάλογο, που συντάσσει και διατηρεί η οικεία Δ.Υ.Πε. και επικαιροποιείται σε ετήσια βάση.

Ο κατάλογος αυτός αποτελείται από ιατρούς των Νοσοκομείων και των Δομών του Π.Ε.Δ.Υ. αρμοδιότητας της οικείας Δ.Υ.Πε. Για κάθε επιλογή τα Συμβούλια ορίζουν δυο από τα μέλη τους ως εισηγητές. Τα συμβούλια λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 3754/2009 (ΦΕΚ , όπως ισχύει. Η τοποθέτηση των ιατρών στους στις δομές του Π.Ε.Δ.Υ. γίνεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Δ.Υ.Πε.».

Άρθρο 25

Αξιολόγηση και Κατάταξη στον Κλάδο Ιατρών ΕΣΥ

1. Η αίτηση των ιατρών που έχουν μεταταχθεί με την ανωτέρω διαδικασία, για ένταξη τους στον κλάδο ειδικευμένων ιατρών ΕΣΥ και κατάταξη τους στους βαθμούς Διευθυντή, Επιμελητή Α' ή Επιμελητή Β' πρέπει να γίνει εντός ενός (1) μηνός από την ανάληψη των καθηκόντων τους. Όσοι δεν επιθυμούν να υποβάλλουν αίτηση ή δεν αξιολογηθούν θετικά για ένταξη τον κλάδο ειδικευμένων γιατρών ΕΣΥ, παραμένουν υπηρετούντες στον κλάδο ΠΕ ιατρών – οδοντιάτρων

2. Συστήνεται σε κάθε Δ.Υ.Πε. πενταμελές Συμβούλιο Αξιολόγησης Ιατρών το οποίο αποτελείται από το Διοικητή της Δ.Υ.Πε. ως Πρόεδρο με αναπληρωτή τον αρμόδιο Αναπληρωτή Διοικητή της Δ.Υ.Πε. και 4 μέλη, Διευθυντές ή Επιμελητές Α', ένας από κάθε τομέα ιατρικής υπηρεσίας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, το Συμβούλιο συγκροτείται μετά από εισήγηση του ΚΕΣΥ. Το Συμβούλιο είναι αρμόδιο για τον έλεγχο των ουσιαστικών κριτηρίων των αιτούντων προς ένταξη στον κλάδο ειδικευμένων ιατρών ΕΣΥ. Τα προσόντα κάθε υποψήφιου αξιολογούνται επί τη βάσει των τεσσάρων κριτηρίων αξιολόγησης που προβλέπονται στην ΔΥ13α/οικ.39832/1997 (Β' 1088).

Η κατάταξη των υποψηφίων σε βαθμό γίνεται σύμφωνα με τα χρόνια προϋπηρεσίας τους. Με συνολική υπηρεσία μέχρι 10 έτη στο εισαγωγικό βαθμό του Επιμελητή Β'. Με συνολική υπηρεσία άνω των 10 ετών και μέχρι τα 25 στο βαθμό του Επιμελητή Α' . Με συνολική υπηρεσία άνω των 25 ετών στο βαθμό του Διευθυντή. Ως υπηρεσία νοείται η υπηρεσία σε δομές του Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης από τον οποίο προέρχεται.

Κατά την πρώτη εφαρμογή της παρούσας διαδικασίας, τα όρια ηλικίας που τίθενται για τους ειδικευμένους ιατρούς ΕΣΥ δεν ισχύουν, αλλά αρκεί οι υποψήφιοι να μην έχουν υπερβεί το 67ο έτος της ηλικίας τους.

Άρθρο 26

Συμβούλια Εξέλιξης

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζεται η σύνθεση και ο τρόπος λειτουργίας των Συμβουλίων εξέλιξης που συγκροτούνται ανά ειδικότητα, σε κάθε Δ.Υ.Πε, για την εξέλιξη των υπηρετούντων ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ..

Λοιπές Διατάξεις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Άρθρο 27

Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Το άρθρο 14 του Νόμου 2071/92 (ΦΕΚ 123/Α/1992) αντικαθίσταται ως εξής: «1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Διοικητικής Μεταρρύθμισης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, αρμόδιου Υπουργού, δύναται να συνιστώνται Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ως μονάδες των Υγειονομικών περιφερειών ή των Νοσοκομείων, για την εξυπηρέτηση των αναγκών Υγείας σε περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μπορεί να εξυπηρετούν περιοχές ευθύνης πέραν των διοικητικών ορίων του ενός νομού και πέραν της μίας Υγειονομικής Περιφέρειας.

Με όμοιο τρόπο δύναται να συνιστώνται και να λειτουργούν Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και από λοιπά ΝΠΔΔ και ΟΤΑ.

2. Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δύναται να συνιστώνται και να λειτουργούν και από ΝΠΔΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, μετά από εισήγηση της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και σχετική απόφαση του Υπουργού Υγείας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και κάθε άλλου συναρμόδιου Υπουργού, καθορίζονται ο τρόπος λειτουργίας, ο πάσης φύσεως εξοπλισμός, οι ειδικότητες του προσωπικού, οι

παρεχόμενες υπηρεσίες των Κινητών Μονάδων Π.Φ.Υ. καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος, μετά από σχετική γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.»

Άρθρο 28

Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ιδιωτικού Τομέα

1. Στις διατάξεις του άρθρου 35 του Ν. 4025/11 (ΦΕΚ Α' 228) όπου αναφέρονται οι λέξεις «Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» αντικαθίστανται από τις λέξεις «Υπουργός Υγείας»

Το δεύτερο εδάφιο της παρ. 3 του άρθρου 35 του Ν. 4025/2011 αντικαθίσταται ως εξής «Ομοίως, οι κατά τύπους ιατρικοί και οδοντιατρικοί σύλλογοι υποχρεούνται να δηλώνουν τα ιατρεία, οδοντιατρεία, πολυιατρεία, πολυοδοντιατρεία, διαγνωστικά εργαστήρια και εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης που λαμβάνουν βεβαίωση λειτουργίας». Το τρίτο και τέταρτο εδάφιο της παρ. 4 του άρθρου 35 του Ν. 4025/2011 καταργείται και αντικαθίσταται ως εξής: «Ειδικότερα, οι διαπιστωτικές πράξεις που αφορούν στη λειτουργία των ιατρείων, πολυιατρείων, οδοντιατρείων, πολυοδοντιατρείων, διαγνωστικών εργαστηρίων και εργαστηρίων φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης εκδίδονται μέσα σε προθεσμία τριών (3) μηνών από την κατάθεση σε αυτούς (στους ιατρικούς/οδοντιατρικούς συλλόγους) των σχετικών εγγράφων».

Στο άρθρο 35 του Ν. 4025/2011 (ΦΕΚ Α' 228) προστίθεται νέα παράγραφος ως εξής:

«5. Αρμόδια αρχή για τη χορήγηση, αναστολή, ανάκληση και ακύρωση βεβαίωσης λειτουργίας διαγνωστικού εργαστηρίου και εργαστηρίου φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης ορίζεται ο κατά τύπους ιατρικός σύλλογος. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, η διαδικασία και οι λοιποί όροι και προϋποθέσεις για τη χορήγηση βεβαίωσης λειτουργίας των παραπάνω ιδιωτικών φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η αρμοδιότητα χορήγησης, αναστολής, ανάκλησης και ακύρωσης βεβαίωσης λειτουργίας διαγνωστικού εργαστηρίου και εργαστηρίου φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, περιέρχεται στον κατά τόπο ιατρικό σύλλογο από 01-01-2014. Αιτήσεις που υποβάλλονται στις οικείες Περιφέρειες έως 31-12-2013 εξετάζονται από αυτές».

Άρθρο 29

Εθνικό Πρόγραμμα Προληπτικού Ελέγχου Νεογνών

1. Καθιερώνεται η ανάπτυξη Εθνικού Προγράμματος Προληπτικού Ελέγχου Νεογνών.
2. Με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Υγείας, Εσωτερικών και Οικονομικών και ύστερα από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις ανάπτυξης του Εθνικού Προγράμματος Προληπτικού Ελέγχου Νεογνών, οι διαδικασίες ανάθεσης αυτού σε φορέα υλοποίησης, η περιγραφή των διαδικασιών συλλογής βιολογικού υλικού, το περιεχόμενο του προληπτικού ελέγχου, οι διοικητικές και εργαστηριακές διαδικασίες, η οργάνωση και μηχανοργάνωση του σχετικού αρχείου, η αξιοποίηση των ερευνητικών δεδομένων, η εποπτεία και ο έλεγχος καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια που αφορά το επιτελούμενο έργο του προγράμματος και τις διαδικασίες υλοποίησης αυτού».

Άρθρο 30

Πρόγραμμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

1. Η κάθε είδους ανάπτυξη, οργάνωση και υλοποίηση προγραμμάτων, δράσεων, ενεργειών, συνεργασιών στους τομείς της πρόληψης, της διάγνωσης, της προαγωγής και της προάσπισης της υγείας σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο γενικό πληθυσμό, σε ειδικές ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο, απαιτεί σχετική έγκριση σκοπιμότητας και εποπτεία από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας. Στο πλαίσιο των εν λόγω προγραμμάτων, δράσεων, ενεργειών και συνεργασιών που αναπτύσσονται σε δομές και μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Ε.Σ.Υ. και του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δύνανται μεταξύ άλλων να παρέχουν τις υπηρεσίες τους επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν σχέση εργασίας με το Ε.Σ.Υ. και τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., να αξιοποιείται ο χώρος και οι εγκαταστάσεις των προαναφερομένων μονάδων για συγκεκριμένη χρονική περίοδο καθώς και να χρησιμοποιείται ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, που δεν ανήκει στις υποδομές αυτές. Η εκάστοτε έγκριση σκοπιμότητας εκδίδεται με Απόφαση του Υπουργού Υγείας, μέχρις ότου ρυθμισθούν ειδικότερα θέματα με την έκδοση της κ.υ.α. της επομένης παραγράφου.

2. Με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Υγείας και κάθε άλλου συναρμόδιου κατά περίπτωση Υπουργού, καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις, το περιεχόμενο, οι διαδικασίες καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια για την οργάνωση, ανάπτυξη εφαρμογή, αξιολόγηση και αξιοποίηση προγραμμάτων πρόληψης, προαγωγής και προάσπισης της υγείας, σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στον γενικό πληθυσμό, σε ειδικές ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο».

Άρθρο 31

Ατομικά Δελτία Υγείας

Καθιερώνονται Ατομικά Δελτία Υγείας για διάφορες κατηγορίες πληθυσμού, ενδεικτικά αναφερόμενων των ηλικιωμένων, αγροτών, γυναικών, μεταναστών και άτομα με αναπηρία. Με κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Υγείας και των κατά περίπτωση συναρμόδιων Υπουργών, καθορίζονται ο χαρακτήρας, ο τύπος, το περιεχόμενο, οι όροι και οι προϋποθέσεις κατάρτισης και συμπλήρωσης, χορήγησης, φύλαξης και αξιοποίησης του Ατομικού Δελτίου Υγείας, των κατά περίπτωση γενικών κατηγοριών πληθυσμού καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Άρθρο 32

Ιατρεία Διακοπής Καπνίσματος (ΙΑ.ΔΙ.ΚΑ.)

«1. Καθιερώνεται η ίδρυση και οργάνωση Ιατρείων Διακοπής Καπνίσματος (ΙΑ.ΔΙ.ΚΑ.) σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

2. Με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Υγείας και Εσωτερικών και ύστερα από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας, οι αρμοδιότητες, η στελέχωση, ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, η εποπτεία και ο έλεγχος καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια που αφορά το επιτελούμενο έργο και τις διαδικασίες υλοποίησης αυτού, για τη συγκρότηση των Ιατρείων Διακοπής Καπνίσματος (ΙΑ.ΔΙ.ΚΑ.) που λειτουργούν κατά περίπτωση στο πλαίσιο μονάδων και υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ),

του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), σε θεραπευτήρια – κλινικές του ιδιωτικού τομέα, καθώς και σε ιατρεία ή πολυιατρεία του ιδιωτικού τομέα».

Άρθρο 34

Σκύλοι Οδηγοί Τυφλών

Στην περίπτωση γ) της παραγράφου 7 του άρθρου 16 του ν.3868/2010 (129 Α΄) προστίθεται εδάφιο ως εξής: «Η δυνατότητα πρόσβασης στις εγκαταστάσεις και τις υπηρεσίες που αναφέρονται στις περιπτώσεις α) και β) της παρούσας παραγράφου ισχύουν και για τους σκύλους που βρίσκονται στη διαδικασία εκπαίδευσης, ως σκύλοι βοήθειας – σκύλοι οδηγοί τυφλών ή σκύλοι βοηθοί ατόμων με αναπηρίες».

Άρθρο 35

Αξιοποίηση Ζώων σε Προγράμματα Πρόληψης, Θεραπείας και Αποκατάστασης

1. Αναγνωρίζεται η συμμετοχή και αξιοποίηση ζώων συντροφιάς και κατοικίδιων ζώων καθώς και σκύλων βοήθειας, σε προγράμματα και δράσεις πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης προβλημάτων σωματικής, ψυχικής και νοητικής υγείας σε επίπεδο παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

2. Με Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Υγείας, Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας και Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων, καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις, ο εξυπηρετούμενος πληθυσμός, το είδος των προγραμμάτων, τα είδη και τα κριτήρια επιλογής των διαφόρων τύπων των διαφόρων ζώων που συμμετέχουν στα προγράμματα, οι διαδικασίες έγκρισης, οργάνωσης, λειτουργίας καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια που σχετίζεται με τα προγράμματα, τις υπηρεσίες και τους φορείς που τα αναπτύσσουν.

Άρθρο 36

Τροποποίηση της παρ. 2 του αρ. 17 του ν. 4224/2013

Στην παράγραφο 2 του άρθρου 17 του ν. 4224/13 (Α' 288) επαναριθμούνται ορθώς συγκεκριμένοι εκ των συστημένων κλάδων των κατηγοριών ΤΕ και ΔΕ ως εξής:

Α/Α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΚΛΑΔΟΣ
Β9)	ΤΕ	Κοινωνικής Εργασίας
Β10)		Επισκεπτών/τριων Υγείας
Β11)		Δημόσιας Υγιεινής
Β12)		Λογοθεραπείας
Β13)		Εργοθεραπείας
Β14)		Οικιακής Οικονομίας
Β15)		Τεχνολογίας Τροφίμων
Β16)		Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας
Γ9)	ΔΕ	Βοηθών Οδοντοτεχνιτών
Γ10)		Τεχνικού

Άρθρο 37

Δυνατότητα επαναλειτουργίας ιδιωτικών κλινικών

1. Επιτρέπεται η επαναλειτουργία ιδιωτικών κλινικών που λειτουργούσαν προ της έναρξης ισχύος των Π.Δ. 247/91 και 517/91 και υπήχθησαν στις διατάξεις του Π.Δ. 235/2000 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το Π.Δ. 198/2007 και των οποίων οι ιδιοκτήτες για λόγους ανωτέρας βίας δεν έχουν επαναλειτουργήσει έως την ημερομηνία ισχύος του παρόντος ή δεν υπέβαλαν την απαιτούμενη αίτηση επαναλειτουργίας ή αναθεώρησης της αδειάς στις αρμόδιες αρχές σύμφωνα με τις σχετικές διατάξεις του Π.Δ. 235/2000 όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σήμερα. Από τις διατάξεις της παρούσας εξαιρούνται οι ιδιοκτήτες των κλινικών οι οποίοι, ενώ είχαν το δικαίωμα, δεν έχουν υποβάλλει σχετική αίτηση αναθεώρησης της αδειάς της κλινικής σύμφωνα με τις ανωτέρω διατάξεις.

2. Η έκδοση της νέας αδειάς λειτουργίας των κλινικών αυτών, θα γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 41 παρ. 1,2 & 3 του Ν. 3918/2011 .

3. Η σχετική αίτηση προς τις αρμόδιες αρχές για την έκδοση της νέας άδειας κλινικής και υπαγωγής στην παρούσα διάταξη για τις ανωτέρω περιπτώσεις, θα γίνει εντός προθεσμίας 12 μηνών από την έναρξη ισχύος της παρούσας διάταξης.

4. Σε όλες τις ιδιωτικές κλινικές που υπάγονται στις διατάξεις του π.δ. 235/2000 επιτρέπεται περισσότερες από μία φορά η αναθεώρηση της άδειας λειτουργίας τους εντός των ορίων δυναμικότητας κλινών που ορίζονται στο άρθρο 41 του Ν. 3918/2011.»

Άρθρο 38

Ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις Νοσοκομείων

Η ισχύς των προβλεπομένων στο άρθρο 69 νόμου 4174/2013 (Α'170) παρατείνεται έως τη δημοσίευση του παρόντος.

Άρθρο 39

Ρυθμίσεις για την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.)

Καταργούνται οι ειδικότερες διατάξεις των παραγράφων 1,2 και 3 του άρθρου 136 του ν. 4052/2012 και επανέρχονται σε ισχύ όλες οι καταργηθείσες από αυτές διατάξεις του άρθρου 3 του ν. 2194/1994, όπως ίσχυαν πριν την κατάργησή τους.

Άρθρο 40

Ίδρυση Φαρμακείων σε Φορείς Κοινωνικής Αφάλισης (Φ.Κ.Α.)

Παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης φαρμακείων σε Φορείς Κοινωνικής Αφάλισης (Φ.Κ.Α.), που λειτουργούν με τη μορφή Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού - σωματειακού χαρακτήρα, αυτοδιαχειριζόμενοι που δε λαμβάνουν κρατική επιχορήγηση, είτε ο καθένας ξεχωριστά είτε υπό τη μορφή Ομοσπονδίας. Η ίδρυση διέπεται από τους ίδιους κανόνες και προϋποθέσεις που ισχύουν για τη δημιουργία φαρμακείων από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., όπως προβλέπονται στον Ενιαίο Οργανισμό Υγείας του Οργανισμού και τη σχετική νομοθεσία.

Άρθρο 41

Ιδιωτικές Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας

Τροποποιείται η παράγραφος 2 του άρθρου 33 του ν. 4025/2011 (Α'228) ως εξής: «Με απόφαση του Υπουργού Υγείας που εκδίδεται με πρόταση του ΚΕΣΥ ορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και οι τεχνικές προδιαγραφές για τη λήψη άδειας λειτουργίας, καθώς και ο απαραίτητος επιστημονικός και λοιπός εξοπλισμός, η διαδικασία, τα απαιτούμενα δικαιολογητικά και οι έλεγχοι για τη χορήγηση άδειας και λειτουργίας. Επίσης, καθορίζεται το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό που απαιτείται για τη λειτουργία της ιδιωτικής μονάδας ημερήσιας νοσηλείας».

Άρθρο 42

Κέντρα ιαματικού τουρισμού-θερμαλισμού και θαλασσοθεραπείας

Οι μονάδες ιαματικής θεραπείας, τα κέντρα ιαματικού τουρισμού-θερμαλισμού και τα κέντρα θαλασσοθεραπείας όπως αυτά ορίζονται στο άρθρο 1 του ν.3498/2006(ΦΕΚ 230, τ.Α'),για τα οποία προβλέπεται η χορήγηση ειδικού σήματος λειτουργίας σύμφωνα με το άρθρο 17 του ίδιου νόμου και των οποίων οι όροι και προϋποθέσεις λειτουργίας καθορίζονται από την Υ.Α 9833/09(ΦΕΚ 1055,τ.Β'), όπως αυτή τροποποιείται και ισχύει κάθε φορά, δύνανται να αναγνωρίζονται ως μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Με κοινή Απόφαση των Υπουργών Υγείας και Τουρισμού καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις λειτουργίας των μονάδων ιαματικής θεραπείας, των κέντρων ιαματικού τουρισμού – θερμαλισμού και των κέντρων θαλασσοθεραπείας ως μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

(ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ - Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και λοιπές διατάξεις, 2014)

Σχέδιο Νόμου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας – 2009

Άρθρο 2

Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

1. Η λειτουργούσα στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Διεύθυνση (Υ3) της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της Α΄ Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας μετατρέπεται σε Δ΄ Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΕΥ), με σκοπό την ανάπτυξη και εφαρμογή των δραστηριοτήτων που υλοποιούν το γενικό σύστημα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως αυτό ορίζεται στον παρόντα νόμο.

Η Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας διαρθρώνεται στις ακόλουθες Διευθύνσεις:

(α) Διεύθυνση Οργάνωσης και Λειτουργίας Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΕΥ 1), στην οποία μεταφέρονται, από της ενάρξεως ισχύος του παρόντος, όλες οι αρμοδιότητες της Διεύθυνσης (Υ3) Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (άρθρο 12 ΠΔ 95/2000, όπως αυτό εκάστοτε ισχύει), πλην των αρμοδιοτήτων του Τμήματος Κατάρτισης Προγραμμάτων (Υ3γ).

(β) Διεύθυνση Φαρμάκων (ΕΥ 2), στην οποία μεταφέρονται, από της ενάρξεως ισχύος του παρόντος, οι αρμοδιότητες του Τμήματος Υ6α (Φαρμακευτικών φορέων, Φαρμάκων και Φαρμακαποθηκών) και του Τμήματος Υ6γ (Ναρκωτικών) της Διεύθυνσης (Υ6) Φαρμάκων και Φαρμακείων της Α΄ Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που περιγράφονται στο πδ 95/2000, όπως αυτό εκάστοτε ισχύει.

(γ) Διεύθυνση Οργάνωσης και Λειτουργίας Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ψυχικής Υγείας (ΕΥ 3), στην οποία μεταφέρονται, από της ενάρξεως ισχύος του παρόντος, οι αρμοδιότητες του Τμήματος Υ5β (Εξωνοσοκομειακής Προστασίας) της Διεύθυνσης (Υ5) της Α Γενικής Διεύθυνσης

Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (άρθρο 14 παρ. 1 περ. β του πδ 95/2000, όπως αυτό εκάστοτε ισχύει).

(δ) Διεύθυνση Πρόληψης (ΕΥ 4), στην οποία μεταφέρονται, από της ενάρξεως ισχύος του παρόντος, οι αρμοδιότητες του Τμήματος Υ1β (Προστασίας και Προαγωγής της Δημόσιας Υγείας) της Διεύθυνσης (Υ1) Δημόσιας Υγιεινής της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (άρθρο 10 του ΠΔ 95/2000, όπως αυτό εκάστοτε ισχύει), οι αρμοδιότητες του Τμήματος Κατάρτισης Προγραμμάτων (Υ3γ) της Διεύθυνσης (Υ3) Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (άρθρο 12 ΠΔ 95/2000, όπως αυτό εκάστοτε ισχύει), καθώς και το σύνολο των αρμοδιοτήτων της Διεύθυνσης Υ8 (Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης) της Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (άρθρο 17 του ΠΔ 95/2000 σε συνδυασμό με το άρθρο 49 του Ν.3370/2005, όπως αυτά εκάστοτε ισχύουν).

(ε) Διεύθυνση Περιβαλλοντικής Προστασίας (ΕΥ 5) στην οποία μεταφέρονται από της ενάρξεως ισχύος του παρόντος οι αρμοδιότητες του Τμήματος Υ2β (Ατμοσφαιρικής Ρύπανσης, Ραδιενέργειας, Ιονιζουσών και μη Ακτινοβολιών) της Διεύθυνσης Υ2 Υγειονομικής Μηχανικής και Υγιεινής Περιβάλλοντος της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (άρθρο 11 παρ. 2 περ.β του ΠΔ 95/2000, όπως αυτό εκάστοτε ισχύει).

2. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια, ΥΠΕ, . συνιστώνται, με το παρόν, Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που ασκούν, εντός των ορίων της περιοχής αρμοδιότητας της ΥΠΕ, παράλληλα με τη Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τις αρμοδιότητες της Διεύθυνσης αυτής στα θέματα της λειτουργίας και ελέγχου των κέντρων υγείας πόλης και των κέντρων υγείας περιφέρειας, όπως αυτά ορίζονται από τις διατάξεις του παρόντος.

3. Στη Διεύθυνση Οργάνωσης και Λειτουργίας Φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, (ΕΥ 1), πέραν των αρμοδιοτήτων που προβλέπονται στην παρ. 1 περ. α του παρόντος άρθρου, ανήκουν και οι ακόλουθες αρμοδιότητες:

α. Ο συντονισμός των αναγκαίων ενεργειών για τη σύνταξη και την έγκριση, από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, των πρωτοκόλλων ιατρικών πράξεων και φαρμάκων του παρόντος νόμου,

β. η εισήγηση προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τον καθορισμό των αμοιβών των ιατρικών πράξεων και των τιμών των φαρμάκων των πρωτοκόλλων,

γ. η δημιουργία και η τήρηση του μητρώου των Φορέων του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η κοινοποίηση προς αυτούς, των εγκεκριμένων Πρωτοκόλλων Ιατρικών Πράξεων και Φαρμάκων, ως και η παροχή της αναγκαίας υποστήριξης προς τους Φορείς για την εφαρμογή τους,

δ. η συνεργασία με τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, κατά την διαδικασία ένταξής τους στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας, ο συντονισμός του ελέγχου της λειτουργίας του συστήματος από τις αρμόδιες υπηρεσίες, ως και άσκηση των πειθαρχικών ελέγχων στους παραβάτες και η παραπομπή των σχετικών υποθέσεων στους αρμόδιους, κατά περίπτωση, φορείς άσκησης πειθαρχικού ελέγχου.

Άρθρο 3

Πρωτόκολλα Ιατρικών Πράξεων και Φαρμάκων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

1. Τα Πρωτόκολλα Ιατρικών Πράξεων και Φαρμάκων για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας συντάσσονται με βάση τις Θεραπευτικές Ομάδες Φαρμάκων που καταρτίζει ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου, ΕΟΦ, και τα Διαγνωστικά-Θεραπευτικά Πρωτόκολλα που καταρτίζει το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, ΚΕΣΥ, δυνάμει του άρθρου 35 του ν.3697, όπως εκάστοτε ισχύει. Στα Πρωτόκολλα προσδιορίζονται και οι αμοιβές των ιατρικών πράξεων και των τιμών των Φαρμάκων, που αφορούν την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας.

2. Τα Πρωτόκολλα και κάθε τροποποίησή τους εγκρίνονται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, οι οποίες δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

3. Τα Πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων συντάσσονται, συμπληρώνονται και αναθεωρούνται από το ΚΕΣΥ, μετά από προηγούμενη διαβούλευση με τους αρμόδιους κατά περίπτωση επιστημονικούς φορείς. Ειδικότερα από την αρμόδια επιτροπή του ΚΕΣΥ του α. 11 του παρόντος νόμου, καλούνται σε διαβούλευση ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, ΠΙΣ, ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, ΙΣΑ, ο Ιατρικός Σύλλογος Πειραιά, ΙΣΠ, ο Ιατρικός Σύλλογος Θεσσαλονίκης, ΙΣΘ, η Πανελλήνια Οδοντιατρική Ομοσπονδία, ΠΟΟ, η Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος, ΟΕΝΓΕ, η Ένωση Νοσοκομειακών Ιατρών Αθηνών Πειραιώς, ΕΙΝΑΠ, ο Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος, ΠΦΣ, και κάθε άλλος επιστημονικός φορέας, προκειμένου να καταθέσουν τις θέσεις τους για τα προτεινόμενα από το ΚΕΣΥ πρωτόκολλα, το ύψος των αμοιβών των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών, και κάθε άλλο σχετικό με τη σύνταξη των πρωτοκόλλων ζήτημα. Μετά το πέρας της διαβούλευσης, συντάσσεται πρακτικό, στο οποίο καταχωρούνται οι τυχόν διαφωνίες των φορέων. Το πρακτικό αυτό συνυποβάλλεται με την πρόταση του ΚΕΣΥ στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η σχετική διαδικασία ολοκληρώνεται εντός μηνός από την επίδοση της πρόσκλησης του ΚΕΣΥ προς τους φορείς για διαβούλευση.

4. Τα πρωτόκολλα των προηγούμενων παραγράφων είναι ενιαία για όλους τους ασφαλιστικούς οργανισμούς που εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας του παρόντος νόμου και ισχύουν ενιαία για κάθε φορέα, δημόσιο ή ιδιωτικό, του άρθρου 4 του παρόντος.

5. Τα πρωτόκολλα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας έχουν σκοπό να ρυθμίσουν τη συνεργασία των φορέων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των ασφαλιστικών οργανισμών και δε συνιστούν περιορισμό του ιατρού, στην παροχή των υπηρεσιών του και τη θεραπεία του ασφαλισμένου, καθώς και την εν γένει άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος.

6. Στα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα, προσδιορίζονται οι ιατρικές πράξεις πρόληψης, οι διαγνωστικές εξετάσεις και τα αναγκαία φάρμακα κατά κατηγορία πληθυσμού, ηλικία, φύλο, ειδικές συνθήκες, ως και η χρονική περίοδος επανάληψής τους, οι οποίες ενεργούνται υποχρεωτικά με φροντίδα του προσωπικού

ιατρού. Πέραν των ανωτέρω, στα πρωτόκολλα προσδιορίζονται και άλλες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες κρίνονται αναγκαίες για την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και τη θεραπεία των ασφαλισμένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β

ΦΟΡΕΙΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 4

Φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

1. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται από τους δημόσιους και τους ιδιωτικούς φορείς, που ορίζονται στο παρόν άρθρο.
2. Δημόσιοι φορείς που εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι οι ακόλουθοι:

(α) τα κέντρα υγείας πόλης, όπως ονομάζονται εφ' εξής τα κέντρα υγείας αστικού τύπου. Από τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, τα κέντρα υγείας πόλης συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σε αστικά κέντρα πληθυσμού άνω των πενήντα χιλιάδων κατοίκων. Με την ίδια απόφαση ρυθμίζονται ο οργανισμός και η λειτουργία τους, συνιστώνται οι θέσεις προσωπικού που απαιτούνται για τη στελέχωσή τους και η διαδικασία κάλυψής τους. Η Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας συντάσσει πρόταση για την ίδρυση των κέντρων υγείας πόλης σε κάθε περιφέρεια της χώρας. Στην πρόταση περιλαμβάνονται οι ειδικότητες των ιατρών και το νοσηλευτικό προσωπικό που στελεχώνει τα κέντρα υγείας πόλης, το χρονοδιάγραμμα υλοποίησής της και κάθε άλλη αναγκαία ρύθμιση για τη λειτουργία τους. Η πρόταση εγκρίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τα κέντρα υγείας πόλης είναι αυτόνομες και αυτοδιοικούμενες υπηρεσίες και υπάγονται στην ΥΠΕ, στη χωρική αρμοδιότητα της οποίας λειτουργούν,

(β) τα κέντρα υγείας περιφέρειας, όπως ονομάζονται εφ' εξής τα κέντρα υγείας των αγροτικών και των ημιαστικών περιοχών. Από τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, τα κέντρα υγείας περιφέρειας συνιστώνται σε κάθε νομό, με απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες υπηρεσίες, υπαγόμενες διοικητικά στην Υπηρεσία Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της ΥΠΕ, στη χωρική αρμοδιότητα της οποίας λειτουργούν. Η επιστημονική εποπτεία τους και η ρύθμιση των ζητημάτων της στελέχωσης και της λειτουργίας τους γίνεται από το πλησιέστερο νοσοκομείο του ΕΣΥ, που ορίζεται με την Κοινή Υπουργική Απόφαση, σύστασής τους. Με την ίδια απόφαση ορίζονται η έδρα και η περιοχή ευθύνης του κέντρου υγείας περιφέρειας και συνιστώνται οι θέσεις του αναγκαίου προσωπικού. Ειδικά σε περιόδους εκτάκτων κρίσεων, όπως πυρκαϊές, σεισμοί, επιδημίες και λοιμώδεις νόσοι, τα κέντρα υγείας περιφέρειας υπάγονται επιχειρησιακά στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ),

(γ) τα περιφερειακά πολυϊατρεία, όπως ονομάζονται εφ' εξής τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία, καθώς και τα περιφερειακά ιατρεία, στα οποία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες υπαίθρου. Από τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, τα περιφερειακά πολυϊατρεία και τα περιφερειακά ιατρεία συνιστώνται ως αποκεντρωμένες υπηρεσίες των κέντρων υγείας περιφέρειας, με απόφαση των Υπουργών της προηγούμενης παραγράφου. Με την ίδια απόφαση ορίζονται η έδρα και η περιοχή ευθύνης των περιφερειακών πολυϊατρείων και των περιφερειακών ιατρείων και συνιστώνται οι θέσεις του προσωπικού,

(δ) οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και οι υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οι οποίες δύνανται να διενεργούν τις ετήσιες ιατρικές πράξεις πρόληψης, εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μετά από προγραμματικές συμβάσεις του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους αντίστοιχους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης και την έκδοση κοινών υπουργικών αποφάσεων των Υπουργών Εσωτερικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,

(ε) οι πρωτοβάθμιες μονάδες ψυχικής υγείας του άρθρου 4 του ν. 2716/1999, όπως αυτό εκάστοτε ισχύει, ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες υπηρεσίες, υπαγόμενες στη Γενική Διεύθυνση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας,

(στ) οι κινητές μονάδες: αα) πρόληψης, ββ) ψυχικής υγείας, γγ) πρωτοβάθμιας υγείας, οι υπηρεσίες επείγουσας εξωνοσοκομειακής ιατρικής

(ζ) τα κέντρα πρόληψης και απεξάρτησης κατά των ναρκωτικών και των εξαρτησιογόνων ουσιών, τα οποία εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μετά από κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών και Απασχόλησης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,

(η) τα κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού,

(θ) τα αντικαπνιστικά κέντρα, όπως ορίζονται στην κείμενη νομοθεσία,

(ι) η ανοικτή γραμμή επικοινωνίας, η οποία συνιστάται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ως αυτοτελής υπηρεσία της Γενικής Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.Ε.Π.Υ.), με σκοπό την παροχή ιατρικών συμβουλών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω του τηλεφώνου και του διαδικτύου. Η οργάνωση και λειτουργία της ανοικτής γραμμής επικοινωνίας καθορίζονται με απόφαση της Γενικής Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μετά από εισήγηση του ΕΚΕΠΥ.

(ια) Οι μονάδες του ΕΣΥ και οι εποπτευόμενες από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μονάδες, οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κατά τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

(ιβ) οι μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης.

3. Από την ένταξη των δημοσίων φορέων της παραγράφου 2 του παρόντος στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δεν επέρχεται οποιαδήποτε μεταβολή στο εργασιακό καθεστώς των υπηρετούντων ιατρών και των λοιπών κατηγοριών εργαζομένων.

4. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται επίσης από τους ακόλουθους ιδιωτικούς φορείς υπό τους όρους και τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις διατάξεις του παρόντος νόμου:

(α) ιδιωτικά ιατρεία και πολυϊατρεία στις ειδικότητες παθολογίας, φυσιολογίας, παιδιατρικής, οδοντιατρικής, καρδιολογίας, ορθοπαιδικής, δερματολογίας, οφθαλμιατρικής, γυναικολογίας, ουρολογίας, ψυχιατρικής, νευρολογίας, γενικής ιατρικής, παιδοχειρουργικής, ωτορινολαρυγγολογίας, ρευματολογίας, ενδοκρινολογίας και γενικής χειρουργικής και κάθε άλλη ειδικότητα που ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από εισήγηση του ΚΕΣΥ,

(β) ιδιωτικά πολυοδοντιατρεία και οδοντιατρεία,

(γ) ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια,

(δ) ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης,

(ε) ιδιωτικά κέντρα που παρέχουν υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας, διαιτολογίας

(στ) φαρμακεία και καταστήματα οπτικών,

(ζ) ιδιωτικές μονάδες χρόνιας αιμοκάθαρσης,

(η) ιδιωτικές μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας,

(θ) ειδικά τμήματα ιδιωτικών κλινικών και πολυκλινικών, τα οποία πιστοποιημένα παρέχουν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου

(ι) ιδιωτικές κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

(ια) ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας

5. Η ένταξη των ιδιωτικών φορέων στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, γίνεται με:

(α) την υποβολή δήλωσης του ενδιαφερομένου φορέα στη Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με την οποία ο φορέας δηλώνει ότι προσχωρεί στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και αποδέχεται τους όρους και τις προϋποθέσεις για την ένταξή του και τα ισχύοντα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων,

(β) την ανάρτηση της σχετικής ένδειξης στην είσοδο της επαγγελματικής εγκατάστασής του και (γ) την εγκατάσταση, του απαιτούμενου ηλεκτρονικού και λογισμικού εξοπλισμού για τη λειτουργία του συστήματος του ηλεκτρονικού βιβλιαρίου υγείας του άρθρου 7 του παρόντος.

6. Οι εντασσόμενοι, με τη διαδικασία της προηγούμενης παραγράφου, στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ιδιωτικοί φορείς υποχρεούνται:

(α) εντός δώδεκα (12) μηνών από την ένταξή τους, να πιστοποιούνται ως προς την επάρκεια και την ποιότητα της επαγγελματικής τους εγκατάστασης, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, σε μια από τις ισχύουσες διεθνώς για τις ιατρικές ειδικότητες κατηγορίες ISO. Η απαιτούμενη κατηγορία θα ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κατόπιν εισήγησης του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, ή της Πανελλήνιας Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, ή του αντιπροσωπευτικότερου σε σχέση με τον πιστοποιούμενο φορέα επιστημονικού οργανισμού.

(β) να εφαρμόζουν τα εκάστοτε ισχύοντα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, του άρθρου 3 του παρόντος νόμου,

(γ) να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε όλους τους ασφαλισμένους, χωρίς διάκριση ασφαλιστικού οργανισμού, εφόσον ο Ασφαλιστικός Οργανισμός έχει ενταχθεί στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

7. Οι εντασσόμενοι στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ιδιωτικοί φορείς υπάγονται στον έλεγχο και την εποπτεία της Γενικής Διεύθυνσης της Πρωτοβάθμιας

Φροντίδας Υγείας, ως προς την τήρηση των πρωτοκόλλων ιατρικών πράξεων και φαρμάκων και τη διαδικασία της παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους ασφαλισμένους, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος. Ειδικά σε περιόδους εκτάκτων κρίσεων, όπως πυρκαγιές, σεισμοί, επιδημίες και λοιμώδεις νόσοι, υπάγονται επιχειρησιακά στο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ).

8. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δύνανται να υπαχθούν, πέραν όσων ορίζονται στις παραγράφους 2 και 4 του παρόντος άρθρου και άλλοι φορείς, δημόσιοι και ιδιωτικοί, στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

9. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνιστάται ειδικός τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και στελεχώνεται σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από την κείμενη νομοθεσία.

Άρθρο 5

Δικαίωμα ελεύθερης επιλογής φορέα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και Προσωπικός Ιατρός

1. Ως προσωπικός ιατρός, σε αντικατάσταση του όρου οικογενειακός ιατρός, για την εφαρμογή του παρόντος νόμου, ορίζεται ο ιατρός που επιλέγει εκάστοτε ο ασφαλισμένος και κάθε προστατευόμενο μέλος του, από τους δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και από τις ειδικότητες της παραγράφου 4 του άρθρου 4 του παρόντος νόμου. Από τους ιδιωτικούς φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ως προσωπικοί ιατροί επιλέγονται οι ιατροί των αναφερόμενων στο άρθρο του παρόντος νόμου ειδικοτήτων, εφ' όσον ασκούν το επάγγελμά τους ατομικά ή σε πολυϊατρεία ή σε νομικό προσωπικό ιδιωτικού δικαίου, που ανήκει αποκλειστικά σε ιατρούς. Η συνδρομή των προϋποθέσεων αυτών βεβαιώνεται από τον κατά τόπο αρμόδιο ιατρικό ή οδοντιατρικό σύλλογο και συνυποβάλλεται στη Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τη δήλωση της παραγράφου 5 του άρθρου 4 του παρόντος νόμου. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ, μεταβάλλονται οι ειδικότητες των ιατρών που ορίζονται ως προσωπικοί ιατροί.

2. Για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κάθε ασφαλισμένος και προστατευόμενο μέλος δικαιούται να επιλέξει ελεύθερα και για κάθε περίπτωση, χωρίς οποιονδήποτε περιορισμό, τον ιατρό του από τους ιατρούς των ειδικοτήτων της παραγράφου 4 του άρθρου 4 του παρόντος νόμου, ανεξαρτήτως αν ανήκουν στους δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

3. Η διεξαγωγή ιατρικών εξετάσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως και η παροχή άλλων υπηρεσιών, που περιλαμβάνονται στα πρωτόκολλα του άρθρου 3 του παρόντος νόμου, γίνεται κατόπιν γνωμάτευσης και παραπομπής από τον προσωπικό ιατρό.

4. Η συνταγογράφηση των φαρμάκων, σύμφωνα με τα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων, επιτρέπεται σε όλους τους φορείς, δημόσιους και ιδιωτικούς, που έχουν ενταχθεί στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

5. Εντός πενταετίας, από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ολοκληρώνεται από τη Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ο Χάρτης Φορέων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Στον Χάρτη καταγράφεται το σύνολο των φορέων, δημοσίων και ιδιωτικών, που έχουν ενταχθεί στο Γενικό Σύστημα του παρόντος νόμου και αποτελεί τμήμα του Εθνικού Χάρτη Υγείας.

Άρθρο 6

Εισαγωγή των ασφαλισμένων στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

1. Η τακτική εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας του Ε.Σ.Υ. γίνεται: α) με παραλεμπτικό σημείωμα του προσωπικού ιατρού, όπως αυτός ορίζεται από τον παρόντα νόμο και β) με τη σύμφωνη γνώμη του νοσοκομειακού ιατρού της υπηρεσίας.

2. Η επείγουσα εισαγωγή του ασθενούς στα νοσοκομεία γίνεται άμεσα με τη μεταφορά του, μετά από παραλεμπτικό του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, του εφημερεύοντος νοσοκομείου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 7

Σύστημα Ηλεκτρονικό Βιβλιάριο Υγείας

1. Εντός δώδεκα (12) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, η Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υποχρεούται να θέσει σε λειτουργία το σύστημα του ηλεκτρονικού βιβλιαρίου υγείας, στο οποίο καταχωρούνται με ορισμένο κωδικό:

(α) οι ασφαλισμένοι και τα προστατευόμενα μέλη τους, από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς που υπάγονται στις διατάξεις του παρόντος νόμου, σύμφωνα με το άρθρο 9,

(β) οι δημόσιοι και οι ιδιωτικοί φορείς του άρθρου 4 του παρόντος νόμου, που εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, (γ) οι ιατρικές υπηρεσίες, εξετάσεις και φάρμακα των πρωτοκόλλων ιατρικών πράξεων και φαρμάκων με τις εγκεκριμένες αμοιβές και τιμές, σύμφωνα με το άρθρο 3 του παρόντος νόμου.

2. Σε κάθε ασφαλισμένο και προστατευόμενο μέλος του, χορηγείται ηλεκτρονικό βιβλιάριο υγείας υγείας, ετήσιας δαπάνης, η οποία προεγκρίνεται και πιστώνεται, στην αρχή κάθε ημερολογιακού έτους, από τον αντίστοιχο ασφαλιστικό οργανισμό.

3. Το πιστωτικό όριο για κάθε ασφαλισμένο και τα προστατευόμενα μέλη ορίζεται για κάθε μια από τις κατηγορίες ιατρικών επισκέψεων, διαγνωστικών εξετάσεων και αγοράς φαρμάκων, με αποφάσεις του ασφαλιστικού οργανισμού και καλύπτει υποχρεωτικά το σύνολο των περιλαμβανομένων στα πρωτόκολλα, ιατρικών πράξεων και φαρμάκων, χωρίς εξαιρέσεις.

4. Το πιστωτικό όριο για το πρώτο έτος εφαρμογής του παρόντος νόμου ορίζεται με βάση:

(α) τις γενικές ατομικές παραμέτρους του ασφαλισμένου ή του προστατευόμενου μέλους του, όπως ιδίως ηλικία, φύλο, μόνιμες αναπηρίες, χρόνιες παθήσεις και ειδικές ανάγκες,

(β) την πολιτική που εφαρμόζει κάθε ασφαλιστικός οργανισμός, αναφορικά με τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στις δαπάνες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και

(γ) την ιστορική μέση δαπάνη για τις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας του ασφαλιστικού οργανισμού, που περιλαμβάνονται στα πρωτόκολλα ιατρικών πράξεων και φαρμάκων, κατά κατηγορία ασφαλισμένων, σύμφωνα με την ενδεικτική απαρίθμηση της παραγράφου 4 εδ α' του παρόντος άρθρου.

5.Κάθε παροχή ιατρικής υπηρεσίας και κάθε αγορά φαρμάκου καταχωρούνται, με ευθύνη των παρόχων των υπηρεσιών αυτών, μετά από έλεγχο της ταυτότητας του δικαιούχου του ηλεκτρονικού βιβλιαρίου υγείας, στο σύστημα του ηλεκτρονικού βιβλιαρίου υγείας. Η καταχώριση αυτή γίνεται με την εισαγωγή των κωδικών: (α) του ασφαλισμένου, (β) του φορέα παροχής (γ) της ιατρικής υπηρεσίας που παρεσχέθη και (δ) του φαρμάκου που χορηγήθηκε.

6.Μετά την καταχώρηση της προηγούμενης παραγράφου, εκδίδεται από τον πάροχο των υπηρεσιών ή το φαρμακείο διπλότυπη μηχανογραφημένη βεβαίωση, η οποία υπογράφεται από τον δικαιούχο του βιβλιαρίου. Στη βεβαίωση αναγράφονται το ποσό της αμοιβής για τις παρασχεθείσες ιατρικές υπηρεσίες ή η αξία των πωληθέντων φαρμάκων και οι αντίστοιχοι κωδικοί αριθμοί, σύμφωνα με τα σχετικά πρωτόκολλα.Η απόδειξη αυτή αποτελεί βεβαίωση για την παρασχεθείσα ιατρική υπηρεσία ή τα χορηγηθέντα φάρμακα και βάση αυτής διενεργείται η εξόφλησή τους από τον ασφαλιστικό οργανισμό.

7. Εντός πενταετίας από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, το ηλεκτρονικό βιβλιάριο υγείας θα περιλαμβάνει τα απαραίτητα στοιχεία του ιατρικού φακέλου του ασφαλισμένου, ώστε να έχει άμεση πρόσβαση σε αυτά ο προσωπικός ιατρός και κάθε άλλος πάροχος υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τηρουμένων των γενικών και των ειδικών διατάξεων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Άρθρο 8

Σχέσεις φορέων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς

1. Οι αμοιβές των φορέων, δημόσιων και ιδιωτικών, που εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και το τίμημα των φαρμάκων που χορηγούνται από αυτούς, εισπράττονται, με ευθύνη τους, από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς που υπάγονται στις διατάξεις του παρόντος νόμου, με την υποβολή των μηχανογραφημένων βεβαιώσεων του άρθρου 7 παρ. 6 του παρόντος νόμου.

2. Ο ασφαλιστικός οργανισμός που υπάγεται στο σύστημα του παρόντος νόμου, επιτρέπεται να συνάπτει συμβάσεις με εμπορικές τράπεζες, προκειμένου οι τελευταίες να προεξοφλούν τις αμοιβές των φορέων που έχουν ενταχθεί στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για τις παρασχεθείσες υπηρεσίες και τα χορηγηθέντα φάρμακα, κατόπιν υποβολής των ως άνω μηχανογραφημένων βεβαιώσεων.

3. Για τη παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, τη διενέργεια των ιατρικών εξετάσεων, την καταβολή των αμοιβών των φορέων, την αγορά φαρμάκων και την εν γένει παροχή των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δεν απαιτείται οποιαδήποτε προηγούμενη έγκριση ή θεώρηση οποιασδήποτε υπηρεσίας, ασφαλιστικού οργανισμού ή οργάνου προληπτικού ελέγχου. Οι ελεγκτές των ασφαλιστικών οργανισμών και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ασκούν συνεχώς έλεγχο για την πιστή εφαρμογή του Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας και επιβάλλουν στους παραβάτες τις προβλεπόμενες κυρώσεις σύμφωνα με τους όρους του παρόντος νόμου και τους ειδικότερους κανόνες κάθε ασφαλιστικού οργανισμού.

4. Οι υφιστάμενες συμβάσεις των ασφαλιστικών οργανισμών με τους ιδιωτικούς φορείς, που εντάσσονται στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ισχύουν μέχρι τη λήξη τους και δεν ανανεώνονται. Οι συμβάσεις αυτές αντικαθίστανται από την προσχώρηση του Φορέα στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 4 του παρόντος νόμου.

Άρθρο 9

Υπαγόμενοι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί

1. Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.), από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, υπάγεται στις διατάξεις αυτού, καταργουμένων αναλόγως όλων των διατάξεων, που ρυθμίζουν διαφορετικά τα θέματα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους ασφαλισμένους του.

2 Με κοινές αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας ή κάθε άλλου αρμόδιου Υπουργού, η εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επεκτείνεται στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.) και στους λοιπούς, κατά περίπτωση, ασφαλιστικούς οργανισμούς, με την ένταξη των υπηρεσιών τους υγείας στο Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας. Οι εντασσόμενες στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, υπηρεσίες υγείας του Ι.Κ.Α. και των λοιπών ασφαλιστικών οργανισμών, εποπτεύονται από τη Γενική Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τις ανάγκες εφαρμογής του παρόντος νόμου.

3.Οι διαδικασίες ένταξης του Ι.Κ.Α. και των λοιπών ασφαλιστικών οργανισμών, θα ολοκληρωθούν το αργότερο εντός πενταετίας από την δημοσίευση του παρόντος νόμου στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

4.Η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, οι εργασιακές σχέσεις, η διαχείριση των ακινήτων και κάθε άλλο σχετικό ζήτημα, παραμένουν στην αποκλειστική αρμοδιότητα της διοίκησης του ασφαλιστικού οργανισμού και του εποπτεύοντος Υπουργείου.

5.Με κοινές αποφάσεις των αρμοδίων Υπουργών της παραγράφου 2 του παρόντος άρθρου, ρυθμίζεται κάθε ζήτημα που δημιουργείται από την ένταξη των ασφαλιστικών οργανισμών στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ

ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 10

Πειθαρχικές και Ποινικές Διατάξεις

1. Η παράβαση οποιουδήποτε όρου των πρωτοκόλλων του άρθρου 3 του παρόντος νόμου, η είσπραξη χρημάτων από τον ασθενή ή η χρέωση υπηρεσιών, πέραν των προβλεπομένων και πράγματι παρασχεθεισών υπηρεσιών, διώκονται ποινικά και πειθαρχικά. Ποινικά συνιστούν πράξη παράβασης καθήκοντος κατά την διάταξη του άρθρου 259 Π.Κ. αναλόγως εφαρμοζομένης και για τους ιδιώτες, που παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Πειθαρχικά ελέγχονται από τα αρμόδια όργανα των οικείων Ιατρικών ή Οδοντιατρικών Συλλόγων.

2. Μετά την έκδοση τελεσίδικης καταδικαστικής, ποινικής ή και πειθαρχικής απόφασης σε βάρος των παραβατών, απαγορεύεται η παροχή υπηρεσιών στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέχρι την έκτιση της ποινής και την άρση οποιωνδήποτε άλλων διοικητικών μέτρων.

3. Σε περιπτώσεις μικρότερων παραβάσεων, προβλεπομένων από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, πέραν των προβλεπομένων πειθαρχικών κυρώσεων, επιβάλλονται και πρόστιμα μέχρι € 5.000 για κάθε παράβαση ή ορισμένου χρόνου απαγόρευση παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με αποφάσεις του Γενικού Διευθυντή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Άρθρο 11

Μεταβατικές και Καταργούμενες διατάξεις

1. Στο άρθρο 2 του ν. 1278/1982 προστίθεται η ακόλουθη παράγραφος:

ΙΔ) Τρία τακτικά και τρία αναπληρωματικά μέλη, που ορίζονται από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο με κριτήριο την εξειδικευμένη γνώση τους σε θέματα πρωτοβάθμιας φροντίδας

υγείας, σύνταξης των πρωτοκόλλων ιατρικών πράξεων, πρόληψης, ψυχικής υγείας και εν γένει των θεμάτων, για τα οποία το ΚΕΣΥ είναι αρμόδιο στην λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συγκροτείται στο ΚΕΣΥ, πενταμελής Επιτροπή. Στην Επιτροπή μετέχουν δύο από τα μέλη που ορίζει ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος για τις ανάγκες της περιπτώσεως ΙΔ του ν.1278/ 1982, καθώς και τρία μέλη του ΚΕΣΥ, που ορίζονται με απόφαση της εκτελεστικής Επιτροπής του. Η Επιτροπή υποβάλλει εισηγήσεις στην Ολομέλεια του ΚΕΣΥ, για όλα τα θέματα αρμοδιότητας του ΚΕΣΥ, σύμφωνα με τον νόμο για το Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

2. Εντός έξι μηνών από τη σύστασή της, η Γενική Διεύθυνση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα εκπονήσει και θα υποβάλλει προς έγκριση στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το πρώτο πλήρες στρατηγικό σχέδιο ανάπτυξης των δημοσίων φορέων παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, περιλαμβανομένων και όσων ορίζονται στο άρθρο 4 του παρόντος νόμου, κατά περιοχή και αριθμό κατοίκων. Στο σχέδιο θα καταγράφονται και οι ανάγκες για την ίδρυση, τη στελέχωση και το χρονοδιάγραμμα ένταξης των νέων φορέων στο Γενικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζεται η υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή ο φορέας που εποπτεύεται απ' αυτό, που θα αναλάβει την υλοποίηση των αναγκαίων προγραμμάτων και την προμήθεια του εξοπλισμού για την εφαρμογή του συστήματος του ηλεκτρονικού βιβλιαρίου υγείας, στο πρώτο στάδιο εφαρμογής του.

4. Από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, καταργείται κάθε αντίθετη διάταξη, εκτός αν ορίζεται διαφορετικά στις επιμέρους ειδικές διατάξεις του.

Άρθρο 12

Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως εκτός αν ορίζεται διαφορετικά στις επιμέρους διατάξεις του.