

NATIONAL STRATEGIC PLAN  
PROGRAMMING PERIOD 2007 - 2013



ΕΘΝΙΚΟ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΣΧΕΔΙΟ  
Δ' ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ  
2007-2013



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE SOCIALE  
MINISTRY OF HEALTH & SOCIAL SOLIDARITY

ΑΘΗΝΑ, Μάιος 2008



## **ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**

**ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ»**

**ΜΑΪΟΣ 2008**

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>Εισαγωγή.....</b>	<b>3</b>
<b>ΕΝΟΤΗΤΑ 1. Ανάλυση του ευρύτερου περιβάλλοντος του Τομέα Υγείας.....</b>	<b>5</b>
1.1. Κοινωνικο-Οικονομικοί Δείκτες.....	5
1.2. Δημογραφικές Εξελίξεις.....	10
1.3. Επιδημιολογικές Εξελίξεις – Επίπεδο Υγείας.....	13
1.4. Αξιολόγηση – Συμπεράσματα.....	17
1.5. Ζήτηση υπηρεσιών υγείας.....	19
1.6. Το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας & κοινωνικής αλληλεγγύης.....	20
1.6.1. Δημόσια Υγεία.....	20
1.6.2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	43
1.6.3. Ψυχική Υγεία.....	59
1.6.4. Κοινωνική Αλληλεγγύη.....	69
1.6.5. Ψηφιακή Σύγκλιση.....	88
1.7. Σύνοψη δυνατών & αδυνάτων σημείων και απειλών & ευκαιριών του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.....	110
1.8. Ιεράρχηση αναγκών του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.....	121
<b>ΕΝΟΤΗΤΑ 2: Στρατηγική του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την περίοδο προγραμματισμού 2007-2013.....</b>	<b>123</b>
<b>ΕΝΟΤΗΤΑ 3: Συσχέτιση της Στρατηγικής με Εθνικές και Ευρωπαϊκές Πολιτικές.....</b>	<b>134</b>
<b>ΕΝΟΤΗΤΑ 4: Χρηματοδότηση του τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης από το Ε.Σ.Π.Α.....</b>	<b>141</b>
<b>ΕΝΟΤΗΤΑ 5: Διατάξεις Εφαρμογής.....</b>	<b>150</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....</b>	<b>151</b>

## Εισαγωγή

Η βελτίωση του επιπέδου υγείας και κοινωνικής φροντίδας του πληθυσμού της χώρας, μέσω της προώθησης του οργανωτικού, λειτουργικού και οικονομικού εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, συνιστά κεντρικό στρατηγικό στόχο και βασική προτεραιότητα πολιτικής για το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ωστόσο κύρια πρόκληση για μια προσιτή, υψηλού επιπέδου και βιώσιμη υγειονομική περίθαλψη και μακροχρόνια περίθαλψη είναι, κατ' αρχάς, η κατάρτιση ενός απόλυτα συγκεκριμένου και ολοκληρωμένου σχεδίου που προϋποθέτει τον καθορισμό ενιαίας εθνικής πολιτικής για την Υγεία, στο πλαίσιο της οποίας διαμορφώνονται συγκεκριμένοι στόχοι και λαμβάνεται μέριμνα για την υλοποίηση αντίστοιχων Μέτρων για την εξυπηρέτησή τους, καθώς και διεξοδικού προσδιορισμού των μεθόδων εφαρμογής τους. Στο πλαίσιο μίας τέτοιας στρατηγικής θα πρέπει να υποστηριχθεί, να αναδιοργανωθεί και να βελτιωθεί ποιοτικά το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Το παρόν κείμενο αποτελεί επικαιροποίηση του ισχύοντος **Γενικού Στρατηγικού Σχεδίου Δράσης**, το οποίο είχε εκδοθεί κατά την έναρξη της προγραμματικής περιόδου 2007 – 2013 και αποσκοπεί στη διαμόρφωση μίας συγκεκριμένης στρατηγικής με στοχοθετημένες προτεραιότητες στους τομείς της υγείας και της μακροχρόνιας φροντίδας.

Η αναθεώρηση του Σχεδίου Δράσης αφορά στην παρουσίαση στοιχείων που αφορούν στο επίπεδο υγείας και κοινωνικής φροντίδας του ελληνικού πληθυσμού, στην ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, στην αποτύπωση των στρατηγικών στόχων και στον προγραμματισμό των στρατηγικών πολιτικών για την χρονική περίοδο 2007 – 2013. Συντάχθηκε δε, κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να αποτελέσει ένα εύχρηστο και κατάλληλο εργαλείο για:

- την περαιτέρω εξειδίκευση της στρατηγικής ανά τομέα και επίπεδο (χωρικό, διοικητικό) παρέμβασης
- την αποτελεσματική διοίκηση και διαχείριση της υλοποίησης του Προγράμματος,
- την ευχερέστερη παρακολούθηση της προόδου υλοποίησης του Προγράμματος, και
- την αποτίμηση των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή του Προγράμματος.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την εκπόνηση του Στρατηγικού Σχεδίου Δράσης βασίζεται στα πρότυπα εφαρμογής του στρατηγικού προγραμματισμού στη Δημόσια Διοίκηση, η οποία συνίσταται στην αξιοποίηση ορθολογικών εργαλείων ανάλυσης, σχεδίασης και εμβάθυνσης της πολιτικής μέσω της τεκμηρίωσης και οριοθέτησης γενικών και μεσομακροπρόθεσμων στόχων που αντιμετωπίζουν τα κρίσιμα ζητήματα που έχουν διαγνωσθεί ανά τομέα παρέμβασης και, εν συνέχεια, την εξειδίκευση και διάχυση των στρατηγικών επιδιώξεων υπό μορφή προτεραιοτήτων πολιτικής και αξόνων παρέμβασης σε επιχειρησιακό επίπεδο.

Η τεκμηρίωση της ανάλυσης των κρίσιμων ζητημάτων και των στρατηγικών επιλογών ανά τομέα βασίζεται σε εξειδικευμένες μελέτες που ανατέθηκαν από την Ειδική Υπηρεσία Διαχείρισης Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ – ΠΡΟΝΟΙΑ» και την περαιτέρω επεξεργασία των ευρημάτων τους στα πλαίσια κατάρτισης Σχεδίων Δράσης από Διευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και διαδικασιών δημόσιας διαβούλευσης με τη συμμετοχή πολιτικών εκπροσώπων, υπηρεσιακών παραγόντων καθώς και πλειάδας εκπροσώπων κοινωνικών φορέων και άλλων εμπειρογνομόνων. Επίσης, για τον ίδιο σκοπό, αξιοποιείται πρόσφατο μελετητικό υλικό που αφορά γενικά τη κατάσταση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.

Το Σχέδιο Δράσης περιλαμβάνει τις ακόλουθες ενότητες:

- ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης: για τους πέντε τομείς υγείας και κοινωνικής φροντίδας του ελληνικού πληθυσμού παρουσιάζεται η κατάσταση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και πραγματοποιείται ανάλυση SWOT (Ενότητα 1),
- διατύπωση της Στρατηγικής δηλαδή του Οράματος, των Στρατηγικών και των Γενικών Στόχων (Ενότητα 2),
- συσχέτιση της Στρατηγικής με εθνικές ευρωπαϊκές πολιτικές (Ενότητα 3),
- χρηματοδότηση του τομέα από το Ε.Σ.Π.Α (Ενότητα 4),
- διατάξεις εφαρμογής (Ενότητα 5).

Το Παράρτημα του παρόντος τεύχους περιλαμβάνει το πλέγμα των γενικών και ειδικών στόχων στα πεδία της Δημόσιας Υγείας, Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, Ψηφιακής Σύγκλισης, Ψυχικής Υγείας Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

## ΕΝΟΤΗΤΑ 1. Ανάλυση του ευρύτερου περιβάλλοντος του Τομέα Υγείας

### 1.1. Κοινωνικο-Οικονομικοί Δείκτες

Οι συνθήκες διαβίωσης και άλλοι παράγοντες που συντελούν στη διαμόρφωση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου ενός πληθυσμού έχουν θεμελιώδη σημασία για το επίπεδο υγείας του και, κατ' επέκταση, για τις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας, πρόληψης και προαγωγής υγείας.

#### 1.1.1. Εθνικό Προϊόν, Εισόδημα και Παραγωγικότητα

Στο μακροοικονομικό πεδίο οι εξελίξεις κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας χαρακτηρίζονται από τα υψηλά ποσοστά ανάπτυξης που κατέγραψε η Ελλάδα λόγω των ανοδικών τάσεων της ιδιωτικής κατανάλωσης και της δυναμικής επενδυτικής δραστηριότητας. Οι υψηλοί ρυθμοί ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας από τις αρχές του 21ου αιώνα συνέβαλαν στην αύξηση του κατά κεφαλή Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), με αποτέλεσμα μετρημένο σε ισοδύναμες μονάδες αγοραστικής δύναμης να βρίσκεται το έτος 2008 στο 98% του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 και στο 88% του μέσου όρου της Ε.Ε. των 15. Η αύξηση του ΑΕΠ ήταν όλα τα έτη από το 2000 και μετά σημαντικά μεγαλύτερη από το μέσο όρο της ΕΕ, όμως επιβραδύνθηκε από 4,2% το πρώτο εξάμηνο σε 3,7% το δεύτερο εξάμηνο του 2007. Για το 2008 προβλέπεται να υποχωρήσει σε επίπεδα κάτω από 3,8% αλλά παρόλα αυτά θα εξακολουθήσει να υπερβαίνει το μέσο όρο της ΕΕ παρά τις δυσμενείς συνθήκες στο διεθνές οικονομικό περιβάλλον.

Η αύξηση του ΑΕΠ συνοδεύεται και από συνεχή αύξηση της παραγωγικότητας της εργασίας, σε επίπεδα αντίστοιχα των ευρωπαϊκών μέσων όρων καθώς επίσης και από αύξηση της παραγωγικότητας των συντελεστών μεγαλύτερη από το μέσο όρο της ΕΕ-15. Αναφορικά με τις μέσες ακαθάριστες αποδοχές ανά μισθωτό αυτές εξακολουθούν να υπολείπονται του μέσου όρου της Ε.Ε-15.

#### Πίνακας 1: Εθνικό προϊόν, εισόδημα και παραγωγικότητα

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (μονάδες αγοραστικής δύναμης, ΕΕ-27=100)</b>	84,3	86,7	91,0	92,2	93,9	96,0	97,1	97,8	97,7
<b>Κατά κεφαλήν ΑΕΠ (μονάδες αγοραστικής δύναμης, ΕΕ-15=100)</b>	73,2	75,5	79,7	81,1	83,0	85,2	86,6	87,6	88,1
<b>Παραγωγικότητα της εργασίας ανά άτομο που απασχολείται (ΕΕ-27=100)</b>	93,7	97,2	100,4	100,3	101,8	103,5	103,8	105,5	104,6
<b>Παραγωγικότητα της εργασίας ανά ώρα εργασίας</b>	65,5	68,0	70,4	70,5	72,7	73,7	71,9		

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>(ΕΕ-15=100)</b>									
<b>Μεταβολή ΑΕΠ</b>	4,5	4,5	3,9	5,0	4,6	3,8	4,2	4,0	3,8
<b>Μέσες ακαθάριστες αποδοχές ανά μισθωτό (μονάδες αγοραστικής δύναμης, ΕΕ-15=100)</b>	59,7	60,7	65,6	66,7	69,5	71,7	72		
<b>Παραγωγικότητα του συνόλου των συντελεστών</b>	100,0	103,2	104,7	107,1	109,1	111,3	112,3	113,8	114,8

Πηγές: ΕΣΥΕ, Υπουργείο Ανάπτυξης, ΙΝΕ/ΓΣΕΕ, Eurostat, Ameco

### 1.1.2. Αγορά Εργασίας

Η επίδοση στην αξιοποίηση του διαθέσιμου σε εργάσιμη ηλικία ανθρώπινου δυναμικού υποδηλώνει τις δυνατότητες της οικονομίας να δημιουργεί θέσεις απασχόλησης και αποτελεί έγκυρο δείκτη του αναπτυξιακού δυναμισμού σε εθνικό επίπεδο. Η σταθερή τάση ανόδου της οικονομικής δραστηριότητας στην Ελλάδα συνδέεται με την μικρή αύξηση των δεικτών απασχόλησης του ενεργού πληθυσμού η οποία επιταχύνθηκε μετά το έτος 2002. Και το ποσοστό ανεργίας, δείκτης δηλωτικός των πιθανών δυσχερειών στην απορρόφηση της προσφοράς εργασίας, παρουσιάζει σταθερή μείωση μετά το 2004.

Το σύνολο των απασχολούμενων στην Ελλάδα κατά τον Απρίλιο 2008 εκτιμάται ότι ανήλθε σε 4.572.840 άτομα. Οι άνεργοι ανήλθαν σε 380.775 άτομα ενώ ο οικονομικά μη ενεργός πληθυσμός ανήλθε σε 4.273.989 άτομα. Τα αντίστοιχα μεγέθη της αγοράς εργασίας στη χώρα κατά τον Απρίλιο των ετών 2004, 2005, 2006, 2007 και 2008 παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Οι απασχολούμενοι παρουσιάζουν σταθερή αύξηση από το 2004 μέχρι το 2008 της τάξης του 1,35% ετησίως, ενώ ο αριθμός των ανέργων μειώνεται σταθερά μεταξύ του 2004 και του 2008 με μέσο ρυθμό 6,38% ετησίως.

**Πίνακας 2: Μεγέθη Αγοράς Εργασίας κατά τον Απρίλιο των ετών 2004 – 2008**

<b>ΑΠΡΙΛΙΟΣ</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Απασχολούμενοι	4.331.345	4.350.693	4.419.463	4.512.386	4.572.840
Άνεργοι	511.171	478.578	437.539	415.047	380.775
Οικονομικά μη ενεργοί	4.210.687	4.270.487	4.288.394	4.277.743	4.273.989
Ποσοστό ανεργίας	10,6	9,9	9,0	8,4	7,7

Πηγή: ΕΣΥΕ

Η άνοδος της απασχόλησης την πενταετία έχει προέλθει κυρίως από τον ιδιωτικό μη αγροτικό τομέα και από τον δημόσιο τομέα. Αντίθετα στον αγροτικό τομέα η απασχόληση συνεχίζει την πτωτική τάση που παρουσιάζει από τις αρχές της δεκαετίας του '90. Ειδικότερα, το μερίδιο των απασχολουμένων στις υπηρεσίες στο σύνολο των απασχολουμένων αυξήθηκε σε 66% το 2007 από 65% το 2004. Η άνοδος αυτή έχει προκύψει σε βάρος του μεριδίου που κατέχουν στη συνολική απασχόληση οι απασχολούμενοι στο πρωτογενή τομέα, το οποίο υποχώρησε από 12,6% το 2004 σε 11,5%, ενώ το μερίδιο των απασχολουμένων στο δευτερογενή τομέα παραμένει περίπου σταθερό (βλ. στοιχεία Πίνακα 3).

**Πίνακας 3: Τομεακή Σύνθεση – % Μεταβολές Απασχόλησης 2004 – 2007**

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ (σε χιλ. άτομα)	2007	ΕΤΗΣΙΕΣ ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ		
		2004-2005	2005-2006	2006-2007
Πρωτογενής τομέας	522	-0,1	-1,7	-2,6
Δευτερογενής τομέας	1.011	1,0	-0,2	3,1
Τριτογενής τομέας	2.986	1,5	2,9	1,7

Πηγή: ΕΣΥΕ

Η διαχρονική υποχώρηση της απασχόλησης στον πρωτογενή τομέα συνδέεται με τον υψηλό μέσο όρο ηλικίας των απασχολουμένων σ' αυτόν και με τον περιορισμό της οικονομικής δραστηριότητας στον τομέα. Όμως σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (E-15), η Ελλάδα βρίσκεται στην πρώτη θέση όσον αφορά την απασχόληση στον πρωτογενή τομέα (με σχεδόν διπλάσιο ποσοστό απασχόλησης σε σχέση με την αμέσως επόμενη χώρα την Πορτογαλία) και στην τελευταία θέση στην απασχόληση στον δευτερογενή και τριτογενή τομέα παραγωγής.

Παρά τις θετικές εξελίξεις την περίοδο 2004-2008 όσον αφορά την απασχόληση και την ανεργία φαίνεται ότι η ελληνική οικονομία χαρακτηρίζεται ακόμη από μικρότερη δυνατότητα δημιουργίας θέσεων εργασίας σε σύγκριση με άλλες χώρες της ζώνης του ευρώ. Πιθανές εξηγήσεις για την απόκλιση αυτή είναι η συνεχιζόμενη αναδιάρθρωση της ελληνικής οικονομίας, με κυριότερο χαρακτηριστικό τη σημαντική συρρίκνωση της αγροτικής οικονομίας, η οποία έχει οδηγήσει σε απώλεια μεγάλου αριθμού θέσεων εργασίας, τα στοιχεία δυσκαμψίας στην αγορά εργασίας και όποιες αναντιστοιχίες υφίστανται μεταξύ της ζήτησης και της προσφοράς στην αγορά εργασίας.

Η υποχώρηση του ποσοστού ανεργίας δεν αναιρεί το γεγονός ότι όπου παρατηρείται ως πρόβλημα η ανεργία διαδραματίζει σοβαρό ρόλο στην υγεία του πληθυσμού, αφού συμβάλει στην γενικότερη επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης. Ιδιαίτερα έχει παρατηρηθεί ότι η μακροχρόνια ανεργία σχετίζεται με την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, νοσήματα που αφορούν κατάχρηση ουσιών (αλκοόλ, ναρκωτικές ουσίες, κ.λπ.), ενώ επιβαρύνει ιδιαίτερα την ψυχική υγεία των ανέργων και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Περιοχές σε ύφεση και με υψηλά ποσοστά ανεργίας, παρουσιάζουν χειρότερους υγειονομικούς δείκτες και υψηλή



θνησιμότητα που οφείλεται σε νεοπλάσματα, αυτοκτονίες και ατυχήματα. Παράλληλα η δυσμενής οικονομική κατάσταση επιδρά αρνητικά και στο ασφαλιστικό σύστημα, λόγω της μείωσης των εισφορών ως προς τα Ασφαλιστικά Ταμεία.

Η διάρθρωση της ανεργίας διαφοροποιείται επίσης τόσο κατά ομάδα ηλικιών όσο και κατά φύλο. Όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 4, η κατηγορία του πληθυσμού της χώρας που πλήττεται πρωτίστως από το πρόβλημα της ανεργίας, είναι οι γυναίκες και οι νέοι (ηλικιακές ομάδες 15-29). Το συνολικό ποσοστό της ανεργίας των γυναικών είναι υπερδιπλάσιο του αντίστοιχου ανδρικού, ενώ σε ό,τι αφορά τις ηλικίες, η ανεργία μέχρι και τις ηλικιακές ομάδες 30-39, υπερβαίνει τον εθνικό μέσο όρο, ενώ στη συνέχεια μειώνεται αισθητά.

**Πίνακας 4: Ποσοστιαία (%) διάρθρωση της ανεργίας κατά ηλικία και φύλο στην Ελλάδα (Α' Τρίμηνο 2004)**

Ηλικία	Άρρενες	Θηλείς	Σύνολο
15-29	16,0	28,0	21,3
30-44	5,4	16,1	10,1
45-64	4,5	8,4	5,9
65+	1,0	1,0	1,0
<b>Σύνολο</b>	<b>7,3</b>	<b>16,8</b>	<b>11,2</b>

Πηγή: ΕΣΥΕ

### 1.1.3. Ασφάλιση

Οι διακυμάνσεις στον τομέα της απασχόλησης επηρεάζουν και τις εξελίξεις στον ασφαλιστικό τομέα. Η γήρανση του πληθυσμού, η συνεχώς φθίνουσα αναλογία του πληθυσμού σε παραγωγική ηλικία, καθώς και το πρόβλημα της εισφοροδιαφυγής, επηρεάζουν αρνητικά την δυναμική του ασφαλιστικού συστήματος. Προβλέπεται μάλιστα ότι ο αριθμός των ατόμων σε ηλικία συνταξιοδότησης θα αυξηθεί μέχρι το 2040 κατά 50%, συγκριτικά με το 2000, την ίδια στιγμή που ο αριθμός των ατόμων που θα είναι σε ηλικία εργασίας προβλέπεται να μειωθεί κατά 13%. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την δραματική μείωση των εργαζομένων προς συνταξιούχους σε 1,2 έως το 2040, από 1,8 που είναι σήμερα. Οι εξελίξεις στον νευραλγικό χώρο της ασφάλισης στην χώρα μας, παρουσιάζονται στους πίνακες που ακολουθούν.

**Πίνακας 5: Αμέσως ασφαλισμένοι στους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης, κατά κλάδο ασφαλίσεως (1990-2003), σε χιλιάδες**

Κλάδος Ασφαλίσεως	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Κυρίας συντάξεως	3.511	4.184	4.256	3.864	4.011	4.030
Επικουρικής συντάξεως	2.566	2.647	2.862	2.960	3.086	3.079
Προνοίας	689	1.117	1.205	1.029	1.071	1.071
Ασθενείας	5.087	5.077	6.129	5.897	5.828	5.983
Λοιπών Παροχών	1.558	1.614	1.702	1.702	1.705	1.705

Πηγή: ΕΣΥΕ

**Πίνακας 6: Η εξέλιξη της αριθμητικής σχέσης συνταξιούχων προς ασφαλισμένους**

Ομάδα Ταμείων	1978	1988	1998	2008*
Μισθωτών ιδ. Τομέα	1:4,02	1:3,05	1:2,33	<b>1:1,78</b>
Τραπεζών	1:1,84	1:1,78	1:1,27	<b>1:0,91</b>
ΔΕΚΟ	1:6,76	1:4,57	1:1,42	<b>1:0,44</b>
Τύπου	1:2,60	1:2,64	1:3,08	<b>1:3,35</b>
Αυτοαπασχολούμενων	1:2,98	1:4,14	1:3,61	<b>1:3,15</b>
Ελευθ. επαγγελματιών	1:3,96	1:4,81	1:4,86	<b>1:4,98</b>

Πηγή: ΠΟΠΟΚΠ

\* Πρόβλεψη

#### 1.1.4. Εκπαίδευση

Ο τομέας της εκπαίδευσης στην χώρα μας, χαρακτηρίζεται την τελευταία δεκαετία, αφενός από την σταδιακή μείωση των μαθητών λόγω του προβλήματος της υπογεννητικότητας, αφετέρου από την αύξηση των ζητούμενων υπηρεσιών για ιδιωτική εκπαίδευση.

Όπως παρατηρούμε από τους Πίνακες που ακολουθούν, ο αριθμός των δημοτικών σχολείων παρουσιάζει σταδιακή μείωση, σε αντίθεση με τον αριθμό των ιδιωτικών δημοτικών σχολείων ο οποίος παραμένει σχετικά σταθερός. Παράλληλα, ο αριθμός των μαθητών των δημοτικών σχολείων ακολουθεί πτωτική τάση έως και το 2000, όπου η τάση φαίνεται να αντιστρέφεται. Όσον αφορά τον αριθμό των δημόσιων γυμνασίων - λυκείων, παρατηρείται αύξηση, η οποία δεν ακολουθείται από τον αριθμό των μαθητών που φοιτούν σε αυτά, αν και από το 2000, ο αριθμός μαθητών λυκείου, εμφανίζει αυξητικές τάσεις.

**Πίνακας 7: Εκπαίδευση στην Ελλάδα (1995-2001)**

	1995	2000	2005
Αριθμός Δημοτικών σχολείων	6.928	6.212	5.753
Μαθητές Δημοτικών Σχολείων	679.288	641.368	639.685
Αριθμός Γυμνασίων	1.893	1.925	1.969
Μαθητές Γυμνασίων	421.640	360.248	334.359
Αριθμός Λυκείων	1.597	1.933	1.858
Μαθητές Λυκείων	383.988	400.241	337.435
Αριθμός Φοιτητών ΑΕΙ-ΑΤΕΙ	374.100	478.200	653.000

Πηγή: ΕΣΥΕ (Στοιχεία Έναρξης)

### 1.2. Δημογραφικές Εξελίξεις

Σύμφωνα με την απογραφή του 2001, ο πραγματικός πληθυσμός της Ελλάδας, ανήλθε σε 10.964.020 άτομα, εμφανίζοντας αύξηση 6,9% σε σχέση με το 1991. Ωστόσο, η φαινομενική αυτή αυξητική τάση του πληθυσμού, οφείλεται αποκλειστικά στην εισροή των οικονομικών μεταναστών και όχι στην αύξηση των γεννήσεων του εγχώριου πληθυσμού, η οποία όπως και στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες, παρουσίασε πτωτική τάση. Χαρακτηριστικό επίσης ως προς τις δημογραφικές εξελίξεις στην Ελλάδα είναι η πληθυσμιακή γήρανση, η οποία συνίσταται στην αύξηση της ποσοστιαίας συμμετοχής των ατόμων της τρίτης ηλικίας στο σύνολο του πληθυσμού, σε βάρος του ποσοστού των νεώτερων ηλικιών. Στον παρακάτω Πίνακα παρουσιάζεται η εξέλιξη της κατά ηλικία δομής του ελληνικού πληθυσμού μέχρι το 2001 καθώς και οι προβλέψεις της ΕΣΥΕ για την ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού μέχρι το 2050. Στον Πίνακα 9 φαίνονται τα αντίστοιχα στοιχεία αποκλειστικά για τις ηλικίες άνω των 65 ετών. Από τον Πίνακα 8, προκύπτει ότι η αύξηση των ατόμων της τρίτης ηλικίας σταδιακά μεγαλώνει, με αποτέλεσμα το 2050 να αποτελούν πλέον του 31,5% του συνολικού πληθυσμού, έναντι 7% το 1950.

**Πίνακας 8: Ηλικιακή Δομή στην Ελλάδα και πρόβλεψη της έως το 2050**

Ηλικιακές Ομάδες	1981	1991	2001	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	23,7	19,2	15,2	14,1	13,5	12,2	11,9	12,1
15-65	63,6	67,1	68,1	67,4	66,2	64,5	60,3	56,4
65+	12,7	13,7	16,7	18,5	20,3	23,3	27,8	31,5

Πηγή: ΕΣΥΕ

Οι εξελίξεις αυτές οφείλονται σε δύο κύριες δημογραφικές παραμέτρους: (α) Τη μείωση της γεννητικότητας και (β) την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του πληθυσμού. Στις δύο πρώτες

στήλες του πίνακα 9 παρουσιάζεται η εξέλιξη της γεννητικότητας στη χώρα, από το 1970 μέχρι το 2005.

**Πίνακας 9: Ελλάδα-Φυσική κίνηση Πληθυσμού – (1970-2005)**

Έτος	Γεννήσεις Ζώντων		Θάνατοι		Φυσική Κίνηση
	Αριθμός	/1000 κατ.	Αριθμός	/1000 κατ.	(%)
1970	144.928	16,48	74.009	8,42	0,49
1975	142.273	15,73	80.077	8,85	0,44
1980	148.134	15,36	87.282	9,05	0,41
1985	116.481	11,73	92.886	9,35	0,20
1990	102.229	10,06	94.152	9,27	0,08
1995	101.495	9,54	100.158	9,42	0,01
2000	103.267	9,46	105.219	9,64	-0,01
2005	107.545	9,69	105.091	9,46	0,02

Πηγή: ΕΣΥΕ

Στο διάστημα αυτό ο αδρός δείκτης γεννητικότητας μειώθηκε από 16,5 γεννήσεις ετησίως ανά 1000 κατοίκους σε 9,7 το 2005. Στο σύνολο της χώρας, ο συνολικός αριθμός γεννήσεων μειώθηκε κατά το 1/3. Η ειδική γεννητικότητα, δηλαδή ο αριθμός των γεννήσεων ανά 1000 γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, μόνο στην εικοσαετία 1981-2001, μειώθηκε σχεδόν στο μισό και από 68,8 περιορίστηκε στο 37,4/1000 (Πίνακας 10). Ο δείκτης συνολικής αναπαραγωγής (ή γονιμότητας), δηλαδή ο αριθμός παιδιών που κατά μέσο όρο μια γυναίκα γεννά σε όλη τη διάρκεια της αναπαραγωγικής της ηλικίας, μειώθηκε από 2,1 σε μόλις 1,3. Σημειώνεται δε ότι το 2,1 είναι το ελάχιστο όριο, το οποίο εξασφαλίζει μια ομαλή ανανέωση του πληθυσμού. Την τελευταία δεκαετία, η Ελλάδα συγκαταλέγεται μεταξύ των χωρών με τους χαμηλότερους δείκτες γονιμότητας, δεδομένου ότι ο μέσος όρος των χωρών της Ε.Ε. είναι 1,9 έναντι μόλις 1,3 της χώρας μας.

**Πίνακας 10: Δείκτες γεννητικότητας στην Ελλάδα, 1981- 2001.**

Δείκτης	1981	1991	2001
Αδρή Γεννητικότητα	14,5	10,0	9,3
Ειδική Γεννητικότητα	68,8	41,9	37,4
Δείκτης Συνολ. Αναπαραγωγής	2,1	1,3	1,2

Πηγή: ΕΣΥΕ, ίδια επεξεργασία.

Οι εξελίξεις αυτές, σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης του Ελληνικού πληθυσμού (βλ. Πίνακας 11), οδηγούν σε μια ραγδαία αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών, σε βάρος του ποσοστού του νεανικού κυρίως πληθυσμού (κάτω των 15 ετών).

Ήδη από το 1998, ο αριθμός των θανάτων άρχισε να υπερβαίνει τον αριθμό των γεννήσεων, και να εκδηλώνεται το φαινόμενο της φυσικής μείωσης του πληθυσμού, το οποίο καταδεικνύεται και από τον πίνακα 1.1.2. Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες, έχει σοβαρότατες κοινωνικοοικονομικές, ασφαλιστικές, και υγειονομικές επιπτώσεις. Η φυσική κίνηση του πληθυσμού δείχνει τάσεις ανάκαμψης από το 2004, οπότε παρατηρείται και πάλι υπεροχή των γεννήσεων έναντι των θανάτων.

Από τον Πίνακα 11 διαπιστώνεται αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης για τους άνδρες και τις γυναίκες άνω των 65 ετών, γεγονός που αποδίδεται στη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου καθώς και στην παροχή περισσότερο ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας κατά την τελευταία δεκαπενταετία.

**Πίνακας 11: Σύνοψη πινάκων επιβίωσης, Ελλάδα (1960-2000).**

Έτη προσδοκώμενης ζωής σε κάθε ηλικία										
	Άρρενες					Θήλειες				
	1960	1970	1980	1990	2000	1960	1970	1980	1990	2000
Ηλικία										
0	67,30	70,13	72,15	74,60	75,42	70,42	73,64	76,55	79,40	80,54
5	67,19	68,66	69,02	70,46	71,02	70,04	71,74	73,15	75,25	76,00
10	62,40	63,81	64,13	65,54	66,07	65,23	66,86	68,24	70,31	71,04
15	57,56	58,94	59,26	60,62	61,13	60,35	61,95	63,32	65,36	66,08
20	52,77	54,09	54,48	55,84	56,33	55,50	57,05	58,43	60,44	61,16
25	47,05	49,32	49,74	51,19	51,62	50,70	52,20	53,54	55,56	56,26
30	43,36	44,58	45,01	46,44	46,90	45,92	47,38	48,66	50,68	51,35
35	38,69	39,86	40,29	41,69	42,15	41,16	42,57	43,96	45,81	46,44
40	34,02	35,14	35,58	36,97	37,46	36,42	37,77	38,95	40,95	41,57
45	29,42	30,47	30,94	32,37	32,84	31,72	32,98	34,15	36,15	36,76
50	24,97	25,92	26,42	27,82	28,36	27,14	28,26	29,46	31,44	32,01
55	20,77	21,58	22,13	23,49	24,08	22,74	23,69	24,93	26,78	27,36
60	16,88	17,54	18,17	19,41	19,98	18,59	19,33	20,63	22,27	22,77
65	13,37	13,87	14,59	15,66	16,17	14,77	15,29	16,69	17,94	18,33
70	10,29	10,64	11,48	12,25	12,67	11,35	11,66	13,17	13,88	14,15
75	7,69	7,91	8,84	9,31	9,62	8,45	8,39	10,32	10,37	10,44
80	5,62	5,78	6,68	6,93	6,98	6,16	6,19	7,58	7,45	7,35
85	4,09	4,26	4,95	5,07	5,06	4,50	4,48	5,54	5,36	5,29
90	3,05	3,20	3,60	3,74	3,88	3,36	3,32	3,95	3,92	4,04

Πηγή: ΕΣΥΕ

### 1.3. Επιδημιολογικές Εξελίξεις – Επίπεδο Υγείας

#### 1.3.1. Θνησιμότητα

Στην Ελλάδα, ο συνολικός ετήσιος αριθμός θανάτων από όλες τις αιτίες κατά το 2002 έφτασε τις 103.915. Η διαχρονική εξέλιξη του αριθμού των θανάτων από το 1980 μέχρι το 2002 παρουσιάζει ανοδική πορεία. Πιο συγκεκριμένα οι θάνατοι, από 86.261 το 1981, ανήλθαν σε 103.915 το 2002. Πρόκειται για αύξηση της τάξεως περίπου 19%, η οποία ωστόσο οφείλεται κατά βάση στην αύξηση του πληθυσμού κατά τις τελευταίες δεκαετίες.

Ο αδρός συντελεστής θνησιμότητας (θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους), κατά την τελευταία δεκαετία, παρουσιάζει μια σχετική σταθερότητα στο επίπεδο μεταξύ 9,3 ως 9,5/1000. Αντίστοιχη είναι η βραχυπρόθεσμη πρόβλεψη και για τα επόμενα χρόνια, οπότε αναμένεται να διατηρηθεί περί το 9,5/1000.

#### 1.3.2. Πρώιμη θνησιμότητα

*Βρεφική θνησιμότητα.* Η βρεφική θνησιμότητα αποτελεί ευαίσθητο δείκτη του γενικού επιπέδου των υγειονομικών συνθηκών και των υπηρεσιών πρόληψης και φροντίδας ενός πληθυσμού.

Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας (θάνατοι βρεφών ανά 1000 γεννήσεις ζώντων) κατά το 1981, ήταν στην Ελλάδα 17,94/1000. Το 1991 μειώθηκε στα 9,03 ενώ στην επόμενη δεκαετία και συγκεκριμένα μέχρι το 2006, περιορίστηκε στο 3,70/1000, δηλαδή μειώθηκε εκ νέου κατά περίπου 60%.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι η πορεία της βρεφικής θνησιμότητας παρουσιάζει στις περισσότερες χώρες έντονες πτωτικές τάσεις. Ενώ στα μέσα του 19ου αιώνα έφτανε στην Ευρώπη το 20%, σήμερα αποτελεί πλέον μονοψήφιο αριθμό. Ενδεικτικό ως προς αυτό είναι ο Πίνακας 12 στον οποίο αποτυπώνεται με σαφήνεια η ραγδαία μείωση του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας την τελευταία εικοσαετία για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (15).

**Πίνακας 12: Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα (1980-2006)**

Έτος	Θάνατοι βρεφών (κάτω του 1 έτους)	Δείκτης Βρεφικής Θνησιμότητας
1980	2.658	17,94
1985	1.647	14,14
1990	993	9,71
1995	827	8,15
2000	610	5,91
2002	530	5,12
2003	420	4,02
2004	429	1,06
2005	409	3,80
2006	415	3,70

Πηγή: ΕΣΥΕ

*Νηπιακή θνησιμότητα.* Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η πιθανότητα θανάτου σε ηλικία κάτω των 5 ετών, σε επιλεγμένες ευρωπαϊκές χώρες, την περίοδο 1970-2004. Διαπιστώνεται ότι κατά τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, η νηπιακή θνησιμότητα στην Ελλάδα σημείωσε εντυπωσιακή μείωση και έφτασε στα επίπεδα των ανεπτυγμένων χωρών της Ευρώπης.

**Πίνακας 13: Πιθανότητα θανάτου σε ηλικία κάτω των 5 ετών, (θάνατοι ανά 1000 γεννήσεις ζώντων), σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, 1970-2004.**

Έτος	1970	1980	1990	2000	2004
Αυστρία	29	17	10	6	5
Βέλγιο	25	15	10	6	5
Γαλλία	18	13	9	5	5
Γερμανία	25	15	9	5	5
Δανία	17	10	9	6	5
Ελλάδα	32	20	11	7	5
Ιταλία	33	16	9	5	5
Ισπανία	24	14	6	5	5
Μ. Βρετανία	22	14	10	6	6
Ολλανδία	16	11	9	6	5
Σουηδία	13	8	7	4	4

Πηγή: WHO Data base

### 1.3.3. Αιτίες θανάτου

Στο πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η εξέλιξη της ειδικής κατά αιτία θνησιμότητας (θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους). Πάνω από το 50% των θανάτων οφείλεται σε νοσήματα του κυκλοφορικού (καρδιοπάθειες και εγκεφαλικά) και το 24% σε νεοπλάσματα. Ειδικότερα διαπιστώνεται ότι:

- Παρατηρείται υψηλή θνησιμότητα από καρδιοπάθειες, παθήσεις των αγγείων του εγκεφάλου και κακοήθη νεοπλάσματα. Οι παραπάνω κατηγορίες ευθύνονται για τα 3/4 του συνόλου των παρατηρούμενων θανάτων σε όλη τη χώρα.
- Παρατηρείται αύξηση της θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα, παθήσεις του αναπνευστικού και του ουροποιητικού συστήματος,
- Παραμένει σε σταθερά επίπεδα η θνησιμότητα από ατυχήματα, παθήσεις του πεπτικού και του νευρικού συστήματος, καθώς και από ενδοκρινικά και ανοσολογικά νοσήματα.
- Μειώνεται η θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα.

**Πίνακας 14: Θνησιμότητα κατά αιτία θανάτου στην Ελλάδα, 1998-2002 (Θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους)**

Έτος	1998	1999	2000	2001	2002
Καρδιοπάθειες και λοιπές καρδιαγγειακές παθ.	306,2	302,7	305,4	311,8	311,4
Παθήσεις εγκεφαλικών αγγείων	172,8	168,9	171,0	169,1	168,4
Κακοήθειες νεοπλασίες	203,3	212,3	216,9	221,3	223,7
Ατυχήματα	33,4	33,2	33,3	33,3	33,2
Παθήσεις Αναπνευστικού Συστήματος	62,1	65,5	70,1	75,3	79,5
Παθήσεις Πεπτικού Συστήματος	21,2	22,0	21,9	21,9	21,5
Παθήσεις Ουροποιητικού Συστήματος	10,8	12,8	13,1	13,4	13,6
Παθήσεις Νευρικού Συστήματος	9,0	9,3	9,3	9,2	9,2
Ενδοκρινικά Ανοσολογικά Νοσήματα	8,0	9,5	9,7	10,0	10,1
Λοιμώδη νοσήματα	6,3	5,0	5,0	5,0	4,9
Άλλες αιτίες θανάτου	98,1	95,5	91,0	87,0	82,1

Πηγή: ΕΣΥΕ, ίδια επεξεργασία.

**Πίνακας 15: Προτυποποιημένη κατά ηλικία θνησιμότητα από καρδιαγγειακά, καρκίνο και κακώσεις σε ορισμένες ευρωπαϊκές χώρες, 2002. Θάνατοι από κάθε κατηγορία αιτίων ανά 100.000 πληθυσμού.**

	Καρδιαγγειακά	Καρκίνοι	Κακώσεις
Αυστρία	204,0	127,0	38,0
Βέλγιο	162,0	148,0	45,0
Γαλλία	118,0	142,0	48,0
Γερμανία	211,0	141,0	29,0
Δανία	182,0	167,0	40,0
Ελλάδα	258,0	132,0	35,0
Ιταλία	174,0	134,0	29,0
Ισπανία	137,0	131,0	31,0
Μ. Βρετανία	182,0	143,0	26,0
Ολλανδία	171,0	155,0	23,0
Σουηδία	176,0	116,0	30,0

Πηγή: WHO Data base

Σε σύγκριση με τις ευρωπαϊκές χώρες, η προτυποποιημένη θνησιμότητα από τις κύριες αιτίες θανάτου (καρδιαγγειακά, καρκίνο και κακώσεις) παρουσιάζεται στον πίνακα 1.2.4. Από τον πίνακα διαπιστώνεται ότι:

- Η προτυποποιημένη κατά ηλικία θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα στην Ελλάδα είναι πλέον η υψηλότερη της Ευρώπης, και μάλιστα με σημαντική διαφορά από τις περισσότερες άλλες χώρες. Η υπεροχή του προτυποποιημένου κατά ηλικία δείκτη υποδηλώνει την ύπαρξη υψηλότερης θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα στις νεώτερες ηλικίες.



- Η προτυποποιημένη θνησιμότητα από καρκίνο βρίσκεται σε επίπεδα αντίστοιχα των υπόλοιπων νοτιοευρωπαϊκών χωρών, ελαφρώς χαμηλότερα από εκείνα των χωρών της βόρειας και κεντρικής Ευρώπης.
- Η προτυποποιημένη θνησιμότητα από εξωτερικές κακώσεις στην Ελλάδα συγκαταλέγεται ανάμεσα στις υψηλότερες της Ευρώπης. Η θνησιμότητα από εξωτερικές κακώσεις αποτελεί την κύρια αιτία χαμένων ετών ζωής, γιατί αφορά νέους κατά κύριο λόγο ανθρώπους.

#### 1.3.4. Παράγοντες κινδύνου

Αν τα 3/4 του συνόλου των θανάτων οφείλονται σε αγγειακές παθήσεις και καρκίνους, οι κύριες αιτίες και παράγοντες κινδύνου για τα νοσήματα αυτά αναδεικνύονται στα κρισιμότερα θέματα της δημόσιας υγείας στη σύγχρονη εποχή. Το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η διατροφή, η απουσία σωματικής άσκησης, οι τρόποι ζωής, η μόλυνση του περιβάλλοντος, καθώς και μια σειρά οργανικών διαταραχών που συνδέονται με τα παραπάνω (όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερχοληστεριναιμία κλπ) αποτελούν πλέον μερικούς από τους καθοριστικότερους παράγοντες της δημόσιας υγείας. Σε σχέση με τους παράγοντες αυτούς, τα διαθέσιμα στοιχεία για τη χώρα μας είναι ιδιαίτερω ανησυχητικά:

- Η Ελλάδα παρουσιάζει την υψηλότερη αναλογία καπνιστών μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Περίπου το 45% των ανδρών και το 32% των γυναικών είναι καπνιστές. Κατά την τελευταία δεκαετία παρατηρείται βεβαίως μια μείωση, αλλά παρόλα αυτά, το ποσοστό τους παραμένει το υψηλότερο της Δυτικής Ευρώπης.
- Η χώρα μας, κατά τελευταία χρόνια, παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, τα οποία είναι σχεδόν διπλάσια από εκείνα των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών.
- Η κατανάλωση στην Ελλάδα συγκαταλέγεται ανάμεσα στις μεσαίες μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών και φαίνεται να παρουσιάζει μείωση, η οποία εντούτοις δεν διαπιστώνεται με βάση άλλες πηγές στοιχείων. Το πρόβλημα κατανάλωσης αλκοόλ φαίνεται να είναι σημαντικό στους νέους της Ελλάδας. Στον ευρωπαϊκό χώρο, έχει αρχίσει να αναπτύσσεται μεταξύ των νέων μια επικίνδυνη πρακτική κατανάλωσης, η οποία συνίσταται στη στοχευμένη και εντατική κατανάλωση αλκοόλ ("binge-drinking" – στο εξής «βαριά χρήση αλκοόλ», η οποία αντιπροσωπεύει μια νέα απειλή, που πρέπει να αντιμετωπισθεί. Τα στοιχεία που δίνει ο Π.Ο.Υ για τη «βαριά χρήση αλκοόλ» μεταξύ των νέων είναι ιδιαίτερα αποθαρρυντικά, με τη χώρα μας να καταλαμβάνει μία από τις μεσαίες θέσεις.

Παθολογικοί παράγοντες κινδύνου: Από τις διάφορες επιδημιολογικές μελέτες προκύπτει ότι κατά τελευταία χρόνια, και κυρίως εξαιτίας των σημαντικών μεταβολών που έχουν επέλθει στη διατροφή του ελληνικού πληθυσμού, έχει σημειωθεί μεγάλη αύξηση στο ποσοστό ορισμένων παθολογικών καταστάσεων που αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για τις καρδιοπάθειες. Συγκεκριμένα,

η αύξηση αφορά στον επιπολασμό της υπέρτασης, του σακχαρώδη διαβήτη και της υπερχοληστεριναιμίας.

Από τις επιδημιολογικές έρευνες φαίνεται, ότι η συχνότητα της υπέρτασης στον γενικό πληθυσμό φτάνει το 20-22% ενώ αποκλειστικά μεταξύ των υπερηλίκων ξεπερνά το 50%. Αντίστοιχα υψηλή, σε ποσοστά άνω του 50% των ενηλίκων, είναι και η συχνότητα της υπερχοληστεριναιμίας. Σε ότι αφορά τον σακχαρώδη διαβήτη, ο επιπολασμός του υπολογίζεται στις διάφορες μελέτες μεταξύ 6 και 8% του γενικού πληθυσμού, ενώ ειδικά μεταξύ των υπερηλίκων σε ποσοστό 8-10%.

#### **1.4. Αξιολόγηση - Συμπεράσματα**

Τα τελευταία έτη το επίπεδο υγείας στην Ελλάδα παρουσιάζει σταθερά τάσεις βελτίωσης και το φαινόμενο αυτό αποδίδεται κυρίως στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη και τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των Ελλήνων. Έτσι:

1. Περιορίσθηκε η βρεφική θνησιμότητα από 29,6 θανάτους ανά 1000 γεννήσεις ζώντων το 1970 σε 5,1 θανάτους το 2002.
2. Η περιγεννητική θνησιμότητα μειώθηκε δραστικά από 26,8 το 1970 σε 7,8 το 2002 και η νεογνική θνησιμότητα από 19 το 1960 σε 3,2 το 2002.
3. Το προσδόκιμο επιβίωσης κατά την γέννηση αυξήθηκε μεταξύ 1960 και 2000 από 67,3 σε 75,4 για τους άνδρες και από 70,4 σε 80,5 για τις γυναίκες.
4. Η πιθανότητα θανάτου κατά τη νηπιακή ηλικία (κάτω των 5 ετών) κατά την 35ετία 1970-2004, έχει περιορισθεί από 32 σε 5/1000, και βρίσκεται πλέον στα μέσα ευρωπαϊκά επίπεδα.
5. Η πιθανότητα θανάτου κατά την παραγωγική ηλικία (μεταξύ 15 και 60 ετών) έχει επίσης μειωθεί σημαντικά και συγκαταλέγεται ανάμεσα τις χαμηλότερες στην Ευρώπη, ιδίως στις γυναίκες.

Η πορεία των παραπάνω δεικτών συνδέεται με τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, καθώς και σε ένα βαθμό με την αποτελεσματικότερη πρόληψη ορισμένων νοσημάτων.

**Οι κύριες αιτίες θανάτου** του ελληνικού πληθυσμού είναι:

1. Οι καρδιοπάθειες, που ευθύνονται για το 32,5% του συνόλου των θανάτων. Η θνησιμότητα από καρδιοπάθειες στην Ελλάδα, σε αντίθεση με τις τάσεις που παρατηρούνται σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, παρουσιάζει ανοδική πορεία. Επιπλέον, ο προτυποποιημένος κατά ηλικία δείκτης θνησιμότητας είναι ο υψηλότερος μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών.
2. Οι παθήσεις των αγγείων του εγκεφάλου, οι οποίες ευθύνονται για το 17,6% των θανάτων, παρουσιάζουν μια σχετική σταθερότητα.

3. Ο καρκίνος αποτελεί την αιτία του 23,4% των θανάτων, η θνησιμότητα εξαιτίας αυτού παρουσιάζει επίσης αυξητικές τάσεις και μέσα σε 5 μόλις χρόνια αυξήθηκε κατά 10%.
4. Αύξηση της θνησιμότητας παρατηρείται από χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού και του ουροποιητικού συστήματος.
5. Η θνησιμότητα από εξωτερικές κακώσεις, μολονότι παραμένει σχετικά σταθερή, είναι εντούτοις από τις υψηλότερες της Ευρώπης και αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες χαμένων ετών ζωής.
6. Σε ότι αφορά τη μόλυνση HIV και τη θνησιμότητα από AIDS, με βάση τον σημερινό αριθμό και την τάση εξέλιξης του αριθμού των ασθενών και φορέων η Ελλάδα κατέχει μία από τις χαμηλότερες θέσεις στην Ε.Ε.

**Παράγοντες κινδύνου.** Το επίπεδο των διαφόρων παραγόντων κινδύνου έχει επιδεινωθεί στην Ελλάδα:

1. Το ποσοστό των καπνιστών είναι το υψηλότερο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σχεδόν το 60% των Ελλήνων 25-34 ετών είναι καπνιστές και περίπου οι μισοί άνδρες κάτω των 54 ετών καπνίζουν. Στις Ελληνίδες παρατηρούνται ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά καπνιστριών στις νεότερες ομάδες ηλικιών.
2. Η παχυσαρκία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα, με συνεχώς αυξανόμενες διαστάσεις. Πάνω από το 50% των ανδρών είναι υπέρβαροι σε όλες σχεδόν τις ομάδες ηλικιών. Υπολογίζεται ότι το 10% των θανάτων στην Ελλάδα επέρχονται πρόωρα εξαιτίας της παχυσαρκίας. Παρατηρείται προοδευτική εγκατάλειψη των διατροφικών συνθηκών της παραδοσιακής μεσογειακής διαίτας.
3. Η κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα συγκαταλέγεται ανάμεσα στις μεσαίες μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών, αλλά παρουσιάζει αύξηση, ενώ σε ορισμένες χώρες, όπως στη Γαλλία και την Ιταλία έχει σημειώσει αξιόλογη μείωση.
4. Μικρό ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού ασκείται συστηματικά και το ποσοστό των ασκούμενων μειώνεται σταθερά με την ηλικία.
5. Ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη στον ελληνικό πληθυσμό είναι υψηλός, ξεπερνώντας το 10% στις μεγάλες ηλικίες.
6. Η αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης αποτελεί σε επίπεδο πληθυσμού μια από τις υψηλές προτεραιότητες στον τομέα της Υγείας.

Εξαιτίας των παραπάνω εξελίξεων, τα συγκριτικά πλεονεκτήματα που διέθετε η Ελλάδα σε σχέση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες έχουν πλέον εξαλειφθεί.

Τα παραπάνω δεδομένα προσδιορίζουν τις κύριες προτεραιότητες για την πολιτική υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

### 1.5. Ζήτηση υπηρεσιών υγείας

Η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας εξαρτάται από ένα μεγάλο αριθμό παραμέτρων, που συνδέονται με δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά και ατομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού. Οι παράγοντες αυτοί δεν επηρεάζουν ισοβαρώς τη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας, ενώ η σημασία τους δεν μένει αναλλοίωτη διαχρονικά. Οι ισχύουσες συνθήκες και αντιλήψεις μεταβάλλουν διαρκώς το ρόλο και τη σημαντικότητα αυτών των παραγόντων.

Κοινωνικοοικονομικές παράμετροι που επηρεάζουν τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας είναι το βιοτικό επίπεδο, το μορφωτικό επίπεδο, το διαθέσιμο εισόδημα, το ποσοστό της ανεργίας κ.α. Τέλος, σημαντικές ατομικές παράμετροι είναι η αξία και η προτεραιότητα που έχει η υγεία για το κάθε άτομο, η γνώση και η πληροφόρηση γύρω από τις διάφορες ασθένειες, ο συντηρητισμός και γενικότερες προκαταλήψεις σε θέματα υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της τελευταίας Έρευνας Οικογενειακών Προϋπολογισμών όπως αυτή πραγματοποιήθηκε από την Ε.Σ.Υ.Ε. κατά την περίοδο 1998/99, βάσει δείγματος σε όλα τα νοικοκυριά της χώρας οι συνολικές μέσες μηνιαίες δαπάνες υγείας ανά νοικοκυριό σε όλες τις περιοχές της χώρας για την συγκεκριμένη περίοδο, ανήλθαν σε € 94,29 αντιπροσωπεύοντας το 6,8% του συνόλου των μηνιαίων αγορών ανά νοικοκυριό. (Επικαιροποίηση)

Η μεγαλύτερη αναλογία δαπανών υγείας στο σύνολο των αγορών αντιστοιχεί στα νοικοκυριά της περιφέρειας πρωτεύουσας (7,6%) και η μικρότερη στα νοικοκυριά των λοιπών αστικών περιοχών (5,53%). Επίσης, για όλες τις κατηγορίες των περιοχών, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας αντιστοιχεί στις οδοντιατρικές υπηρεσίες και ακολουθούν οι ιατρικές υπηρεσίες άλλων ειδικοτήτων. Οι δαπάνες για φάρμακα και νοσοκομειακή περίθαλψη είναι συγκριτικά χαμηλότερες. Με κριτήριο το μέγεθος του νοικοκυριού, η μεγαλύτερη αναλογία δαπανών υγείας στο σύνολο των μηνιαίων αγορών παρουσιάζεται στα νοικοκυριά με ένα μέλος (8,14%) και η μικρότερη στα νοικοκυριά με πέντε μέλη (5,5%) την περίοδο 1998/99, ενώ με κριτήριο τις μηνιαίες συνολικές αγορές το ύψος των δαπανών υγείας αυξάνεται όσο αυξάνουν και οι συνολικές αγορές των νοικοκυριών.

**Πίνακας 16: Μέσος όρος μηνιαίων δαπανών υγείας των νοικοκυριών κατά μέγεθος νοικοκυριού (1998/99)**

Χαρακτηριστικά Νοικοκυριών	Όλα τα νοικοκυριά	Νοικοκυριά με					
		1 μέλος	2 μέλη	3 μέλη	4 μέλη	5 μέλη	6 μέλη και άνω
<b>Σύνολο Αγορών</b>	<b>1383,24</b>	<b>761,38</b>	<b>1.112,87</b>	<b>1.594,76</b>	<b>1.810,20</b>	<b>1.781,52</b>	<b>1.849,88</b>
<b>Δαπάνες Υγείας</b>	<b>94,29</b>	<b>61,94</b>	<b>81,31</b>	<b>106,23</b>	<b>120,10</b>	<b>98,14</b>	<b>110,01</b>
Φαρμακευτικά προϊόντα	13,90	13,91	16,02	12,91	12,20	13,20	13,99
Άλλα φαρμακευτικά προϊόντα	0,99	0,71	1,00	1,04	0,99	1,02	2,11

Χαρακτηριστικά Νοικοκυριών	Όλα τα νοικοκυριά	Νοικοκυριά με					
		1 μέλος	2 μέλη	3 μέλη	4 μέλη	5 μέλη	6 μέλη και άνω
Θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμός	2,69	1,76	2,78	2,88	2,81	3,36	3,21
Υπηρεσίες ιατρών	22,38	15,56	21,27	25,68	26,60	18,74	22,61
Υπηρεσίες οδοντιάτρων	32,04	14,78	19,22	34,92	53,26	46,96	44,63
Παράϊατρικές υπηρεσίες	10,60	10,54	10,90	11,06	10,95	5,91	11,96
Νοσοκομειακή περίθαλψη	11,65	4,63	10,09	17,71	13,27	8,92	12,47
Μερίδιο δαπανών υγείας στο σύνολο των αγορών (%)	6,82	8,14	7,31	6,66	6,63	5,50	5,94

Πηγή: Ε.Σ.Υ.Ε. /Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών 1998/99, όλα τα ποσά έχουν μετατραπεί σε ευρώ βάσει της επίσημης ισοτιμίας €1=340,75 δρχ. Τυχόν αποκλίσεις σε ορισμένους λογαριασμούς οφείλονται στην προσαρμογή στο νέο νόμισμα.

## 1.6. Το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας & κοινωνικής αλληλεγγύης

### 1.6.1. Δημόσια Υγεία

Η υγειονομική δημοκρατία εκφράζεται μέσα από την λειτουργία ενός συστήματος δημόσιας υγείας που αποσυγκεντρώνει ευθύνες, εξασφαλίζει την πρόσβαση όλων στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες και κινητοποιεί την συμμετοχή όλων στη διαχείριση των πολιτικών. Σε αυτό το πλαίσιο δεν χωρούν οι αποκλεισμοί, η αδιαφάνεια, ο φόβος, και οι ολιγαρχίες των συμφερόντων. Η προάσπιση και προαγωγή της δημόσιας υγείας αποτελεί αντικείμενο ενός εκτεταμένου δικτύου υπηρεσιών σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, καθώς επίσης και εθνικών Φορέων, Ιδρυμάτων και Οργανισμών με εξειδικευμένο έργο και αποστολή:

#### ▪ Κεντρικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Με βάση τις ισχύουσες διατάξεις των Νόμων 3172/2003 και 3370/2005, οι κεντρικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας είναι:

- Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.)
- Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Οι Εθνικοί Οργανισμοί που προσφέρουν υπηρεσίες στον τομέα της δημόσιας υγείας.

#### ▪ Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας

Οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας ιδρύθηκαν για πρώτη φορά με τους Νόμους 2503 και 2517 του 1997, ως Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας ενταγμένες στον οργανισμό των αντίστοιχων Περιφερειών, ενώ με τις Υ.Α. 357/1998 και 509/1999, καθορίστηκαν οι οργανικές θέσεις προσωπικού

τους. Στη συνέχεια, με το Ν. 3172/2003 οι υπηρεσίες αυτές μετονομάστηκαν σε Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας.

Με το Ν. 3370/05, οι Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας διαιρέθηκαν σε δύο, εκ των οποίων το μεν Τμήμα Πρόνοιας παρέμεινε στις Περιφέρειες, ενώ η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας περιήλθε στην αρμοδιότητα της αντίστοιχης Δ.Υ.Π.Ε. Δεν έχει ακόμη καθοριστεί, αν μετά τη συγχώνευση των δέκα επτά (17) Δ.Υ.Π.Ε. σε έξι (6) Υγειονομικές Περιφέρειες, θα επέλθει και αντίστοιχη συγχώνευση των Περιφερειακών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας.

#### ▪ **Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων (ΝΑ)**

Οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων αποτελούν συνέχεια των νομαρχιακών Διευθύνσεων Υγιεινής, οι οποίες έχουν μακρά διαδρομή και σημαντική συμβολή στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

Με την ίδρυση της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης με το Ν. 2218/1994, όλες οι υπηρεσίες και οι αρμοδιότητες των νομαρχιακών διευθύνσεων Υγείας και Πρόνοιας περιήλθαν στη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Οι κατά νομούς ΝΑ απέκτησαν δικούς τους Οργανισμούς, στους οποίους περιέλαβαν τις προϋπάρχουσες νομαρχιακές υπηρεσίες. Στην πλειονότητά τους, οι διάφορες Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις διατήρησαν την ίδια δομή και τις ίδιες αρμοδιότητες των υφισταμένων υπηρεσιών. Για το λόγο αυτό, το προϋπάρχον ΠΔ 224/89 «Οργάνωση Νομαρχιακών υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας» προσδιόρισε σε μεγάλο βαθμό και τη εικόνα των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας μετά την ίδρυση της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης. Τέλος, με το Ν. 3172/03, θεσμοθετήθηκε ένα ενιαίο πλαίσιο οργανισμού των νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, στο οποίο θα πρέπει να προσαρμοσθούν όλες οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις.

#### ▪ **Άλλες υπηρεσίες δημόσιας υγείας σε τοπικό επίπεδο**

Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης ασκούν ορισμένες αρμοδιότητες σημαντικές για τη δημόσια υγεία, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται:

- η ύδρευση
- η αποχέτευση και η διαχείριση των υγρών αποβλήτων
- η δημόσια καθαριότητα
- η αποκομιδή και διάθεση των απορριμμάτων
- οι κολυμβητικές δεξαμενές
- οι λαϊκές αγορές
- οι βρεφονηπιακοί και παιδικοί σταθμοί
- τα γηροκομεία και τα ΚΑΠΗ
- η διενέργεια προγραμμάτων μυοκτονίας και εντομοκτονίας κ.λπ.

Σε τοπικό επίπεδο επίσης, δραστηριότητα σε κάποιους τομείς της Δημόσιας Υγείας και κυρίως στον τομέα των εμβολιασμών αναπτύσσουν τα Κέντρα Υγείας και τα υποκαταστήματα του Ι.Κ.Α.

Στο έργο της Δημόσιας Υγείας τέλος, μετέχουν και σειρά άλλων υπηρεσιών, είτε του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, είτε αρμοδιότητας άλλων Υπουργείων, όπως οι Κτηνιατρικές Υπηρεσίες (που έχουν ουσιώδη συμβολή στον έλεγχο των ζωοανθρωπονόσων και στην υγιεινή των ζωικών τροφίμων), οι Υπηρεσίες των Υπουργείων Αγροτικής Ανάπτυξης, Ανάπτυξης (έλεγχος των τροφίμων), του Υπουργείου Απασχόλησης στον τομέα της Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, του Υπουργείου Παιδείας στην αγωγή υγείας κ.λπ.

▪ **Εθνικοί Οργανισμοί Δημόσιας Υγείας**

- Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)
- Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας - Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
- Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur
- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.)
- Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.)
- Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών
- Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών "ΔΗΜΟΚΡΙΤΟΣ"
- Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)
- Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.)
- Ελληνικό Κέντρο Ελέγχου Βιολογικών Υλικών (Ε.ΚΕ.Β.ΥΛ.)
- Εθνικό Κέντρο Διαβήτη (Ε.ΚΕ.ΔΙ.)

Η αποστολή και το περιεχόμενο των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σύμφωνα με το άρθρο του Ν. 3370/2005 αφορά στα ακόλουθα:

- **Πολιτικές Δημόσιας Υγείας:** καθορισμός στόχων και χάραξη πολιτικών, προώθηση διατομεακής συνεργασίας, καθορισμός προτεραιοτήτων και παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία, περιφερειακή οργάνωση και δράση.
- **Ανάπτυξη συστημάτων επιτήρησης της υγείας:** ανάπτυξη μηχανισμών συλλογής και επεξεργασίας στοιχείων, στατιστικές υγείας, επιδημιολογική παρακολούθηση, προσδιορισμός αναγκών υγείας.
- **Πρόληψη λοιμωδών:** εμβολιασμοί, πρόληψη λοιμωδών, εντοπισμός, διερεύνηση και αντιμετώπιση επιδημιών,εργαστηριακή υποστήριξη.

- **Πρόληψη χρόνιων νοσημάτων και ατυχημάτων:** μείωση παραγόντων κινδύνου για αγγειακές και μεταβολικές παθήσεις και καρκίνο, αγωγή και προαγωγή υγείας, δευτερογενής πρόληψη καρκίνου και άλλων χρόνιων νοσημάτων, πρόληψη ατυχημάτων.
- **προαγωγή υγείας:** υγεία μητέρας-παιδιού, ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία, προγράμματα δημόσιας υγείας σε ευπαθείς και ειδικές ομάδες του πληθυσμού, προγράμματα για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, επαγγελματική υγεία, ψυχική υγεία και πρόληψη χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών, περιβαλλοντική υγιεινή, φυσική και κοινωνική αποκατάσταση.
- **Παρακολούθηση και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας:** Σχεδιασμός, προγραμματισμός και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας, Εκτίμηση των συνεπειών στη δημόσια υγεία από τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης, της βιολογίας και της γενετικής.
- **Αντιμετώπιση έκτακτων απειλών:** ανάπτυξη μηχανισμών ταχείας αντίδρασης, αντιμετώπιση απειλών, αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απρόβλεπτων καταστάσεων.
- **Επιστημονική υποστήριξη της Δημόσιας Υγείας:** εκπαίδευση και έρευνα στη Δημόσια Υγεία, επιστημονική τεκμηρίωση των δράσεων.

### Δημόσιος νοσοκομειακός τομέας

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ παρέχουν πλήρεις νοσοκομειακές υπηρεσίες, αλλά και ένα μεγάλο μέρος των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Παρά τη σημαντική πρόοδο, που έχει συντελεστεί τις τελευταίες δεκαετίες, όσον αφορά στις υποδομές, στον εξοπλισμό και στη στελέχωση των νοσοκομείων του ΕΣΥ, τα προβλήματα σε οργανωτικό και λειτουργικό επίπεδο αλλά και σε επίπεδο χρηματοδότησης δεν έχουν ακόμη επιλυθεί.

### Υποδομές

Σύμφωνα με τα στοιχεία του υπουργείου Υγείας του 2003, στα νοσοκομεία του ΕΣΥ περιλαμβάνονταν 123 γενικά και ειδικευμένα νοσοκομεία με 36.621 κρεβάτια και 9 ψυχιατρικά νοσοκομεία με 3.500 κρεβάτια (να επικαιροποιηθεί ο πίνακας με στοιχεία από το Υπουργείο).



**Πίνακας 17: Νοσοκομεία ανά ΠεΣΥ (2002)**

Περιφερειακό Σύστημα Υγείας	Πληθυσμός που καλύπτει	Νοσοκομεία	Κλίνες
Α' Αττικής	1.062.945	17	6.857
Β' Αττικής	1.509.417	9	5.170
Γ' Αττικής	1.189.448	7	3.221
Α' Κεντ. Μακεδονίας	786.963	9	3.435
Β' Κεντ. Μακεδονίας	1.074.954	10	2.973
Ανατ. Μακεδονίας-Θράκης	610.254	6	2.021
Δυτ. Μακεδονίας	302.750	5	745
Ηπείρου	352.420	5	1.706
Θεσσαλίας	754.393	5	1.903
Ιονίων Νήσων	214.274	5	502
Δυτικής Ελλάδας	739.118	11	2.160
Κεντρικής Ελλάδας	607.855	8	1.040
Πελοποννήσου	632.955	8	1.280
Βορείου Αιγαίου	204.158	5	570
Α' Νοτίου Αιγαίου	111.181	2	242
Β' Νοτίου Αιγαίου	190.564	3	456
Κρήτης	601.159	8	2.340
Σύνολο	10.944.808	123	36.621

Δημόσια νοσοκομεία εκτός του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι τα 13 Στρατιωτικά Νοσοκομεία, 5 νοσοκομεία του ΙΚΑ και 2 μικρά νοσοκομεία εκπαίδευσης υπό τη δικαιοδοσία του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, με συνολική δυναμικότητα 4.000 κρεβάτια. Επιπλέον, και άλλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί και οργανισμοί του ευρύτερου δημόσιου τομέα, όπως η ΔΕΠ, ο ΟΤΕ, ο ΟΣΕ, το ΤΥΠΕΤ, έχουν δημιουργήσει και λειτουργούν οργανωμένες μονάδες ανοιχτής και κλειστής περίθαλψης, σε μια προσπάθεια καθετοποίησης των υπηρεσιών ασφάλισης και προσφοράς υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τα περισσότερα από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είχαν το 2003 δυναμικότητα 100-200 κρεβάτια και παρείχαν δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, ενώ 32 από αυτά είχαν δυναμικότητα πάνω από 400 κρεβάτια παρέχοντας τριτοβάθμια και εξειδικευμένη φροντίδα υγείας.

Όσον αφορά στην κατανομή των κλινών των νοσοκομείων του ΕΣΥ ανά Υγειονομική Περιφέρεια, και ανάλογα με τον πληθυσμό που καλύπτουν, διαπιστώνεται ότι τις περισσότερες κλίνες ανά 1.000 κατοίκους είχε η Ήπειρος με 4,84 και ακολουθεί η Α' Κεντρική περιφέρεια Μακεδονίας με 4,36 και η περιφέρεια Πρωτευούσης με 4,05, ενώ τις λιγότερες είχε η περιφέρεια Κεντρικής Ελλάδας με 1,7 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους και η Πελοπόννησος με 2,02. Επίσης, αναφορικά με την κατανομή των νοσοκομείων διαπιστώνεται έλλειψη μεγάλων νοσοκομείων και νοσοκομείων που καλύπτουν όλες τις ειδικότητες σε συγκεκριμένες περιοχές της χώρας.

**Ανθρώπινο δυναμικό**

Τα διαθέσιμα στοιχεία συμπεριλαμβάνουν στο προσωπικό των Νοσοκομείων και το προσωπικό των Κέντρων Υγείας που υπάγονται σ' αυτά. Επομένως, ο πραγματικός αριθμός των εργαζομένων στον νοσοκομειακό τομέα μπορεί να προκύψει μόνο με έμμεσο τρόπο και κατά προσέγγιση.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του υπουργείου Υγείας 22.086 ιατροί απασχολούνται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, των οποίων η κατανομή παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί.

**Πίνακας 18: Ιατρικό δυναμικό Κεντρικών Υπηρεσιών (Κε.Υπ.), Νοσοκομείων – ΚΥ και Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας (ΜΚΦ) ανά ΔΥΠΕ**

ΔΥΠΕ	Κε. Υπ. ΔΥΠΕ	Νοσοκομεία-ΚΥ	ΜΚΦ
Α' Αττικής	2	3.925	0
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	2	2.062	3
Α' Νοτίου Αιγαίου	1	233	0
Β' Αττικής	3	2.653	5
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	2	1.976	1
Β' Νοτίου Αιγαίου	2	324	1
Γ' Αττικής	2	1.882	34
Ανατολικής Μακεδονίας - Θράκης	3	1.084	3
Βορείου Αιγαίου	0	430	1
Δυτικής Μακεδονίας	2	437	2
Ηπείρου	3	702	2
Θεσσαλίας	1	1.243	5
Ιονίων Νήσων	3	377	1
Κρήτης	3	1.569	4
Πελοποννήσου	1	1.048	0
Στερεάς Ελλάδας	0	816	0
Δυτικής Ελλάδας	1	1.325	0
Σύνολο	31	22.086	62

Πηγή: Υ.Υ.Κ.Α. 2005

Όπως προαναφέρθηκε, ένα μέρος αυτών των ιατρών εργάζονται στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, που υπάγονται διοικητικά στα νοσοκομεία. Σύμφωνα με τα στοιχεία της ίδιας μελέτης, ο αριθμός των αγροτικών ιατρών –που εργάζονται στη μεγάλη τους πλειοψηφία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη– είναι 1.922. Επιπλέον, σύμφωνα με τον Χάρτη Υγείας του Υπουργείου Υγείας του 2004, στα Κέντρα Υγείας εργάζονται 1.420 ιατροί, πλην των αγροτικών. Με βάση τα παραπάνω στοιχεία προκύπτει ότι το σύνολο των ιατρών της πρωτοβάθμιας περίθαλψης του ΕΣΥ είναι 3.342, οπότε, αν αφαιρεθεί ο αριθμός αυτός από το σύνολο των 22.086 ιατρών, προκύπτει ένας αριθμός 18.744 ιατρών που εργάζονται στον νοσοκομειακό τομέα του ΕΣΥ. Επίσης, με βάση τα στοιχεία του Χάρτη Υγείας, το σύνολο των στρατιωτικών και των πανεπιστημιακών ιατρών είναι 181 και 1.128 αντίστοιχα. Σημειώνεται ότι οι δύο αυτές ομάδες δεν ανήκουν στο ΕΣΥ αλλά στον ευρύτερο δημόσιο τομέα.

Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί εξίσου σημαντικό παράγοντα για την εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υγείας. Στη χώρα μας συνθέτει μια μεγάλη κατηγορία ατόμων με διαφορετική εκπαίδευση. Συγκεκριμένα η εκπαίδευση των νοσηλευτριών/ τών διαχωρίζεται σε τέσσερα επίπεδα εκπαίδευσης: Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης, Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και τέλος Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης. Στο νοσηλευτικό προσωπικό ανήκουν επίσης οι επισκέπτες υγείας και οι μαιευτές. Οι τελευταίες δυο ομάδες του νοσηλευτικού προσωπικού προέρχονται από την Τεχνολογική Εκπαίδευση. Στα νοσοκομεία του ΕΣΥ – συμπεριλαμβανομένων και των Κέντρων Υγείας – απασχολούνταν το 2004 41.753 νοσηλευτές, των οποίων η κατανομή φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα.

**Πίνακας 19: Νοσηλευτικό προσωπικό Κεντρικών Υπηρεσιών Νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας και Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας ανά ΔΥΠΕ**

ΔΥΠΕ	Κε.Υπ. ΔΥΠΕ	Νοσοκομεία-ΚΥ	ΜΚΦ
Α' Αττικής	4	6.454	2
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	13	3.795	132
Α' Νοτίου Αιγαίου	2	164	1
Β' Αττικής	2	4.733	114
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	4	3.772	74
Β' Νοτίου Αιγαίου	1	891	40
Γ' Αττικής	0	4.087	303
Ανατολικής Μακεδονίας - Θράκης	2	2.348	63
Βορείου Αιγαίου	3	731	36
Δυτικής Μακεδονίας	5	841	19
Ηπείρου	7	1.981	43
Θεσσαλίας	6	2.621	118
Ιονίων Νήσων	1	686	16
Κρήτης	1	2.722	92
Πελοποννήσου	5	1.830	20
Στερεάς Ελλάδας	8	1.309	67
Δυτικής Ελλάδας	6	2.788	38
Σύνολο	70	41.753	1.178

Από αυτούς, και με βάση τον Χάρτη Υγείας του 2004, στα Κέντρα Υγείας εργάζονται 1.317 νοσηλευτές και 322 μαιευτές. Το συνολικό νοσηλευτικό δυναμικό των Κέντρων Υγείας υπολογίζεται, επομένως, σε 1.639 άτομα και στα νοσοκομεία του ΕΣΥ 40.114 νοσηλευτές.

Το υπόλοιπο ανθρώπινο δυναμικό περιλαμβάνει τις ακόλουθες κατηγορίες:

- παραϊατρικό δυναμικό
- διοικητικό δυναμικό
- τεχνικό-υποστηρικτικό δυναμικό
- λοιπό δυναμικό.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται αναλυτικά η κατανομή του υπόλοιπου ανθρώπινου δυναμικού

**Πίνακας 20: Λοιπό ανθρώπινο δυναμικό των Νοσοκομείων – Κέντρων Υγείας ανά ειδικότητα και ΔΥΠΕ**

ΔΥΠΕ	Ειδικότητες εργαζομένων			
	Παραϊατρικό	Διοικητικό	Τεχνικό-υποστηρικτικό	Λοιπό
Α' Αττικής	1.753	1.690	2.157	0
Α' Κεντρικής Μακεδονίας	930	642	1.319	0
Νοτίου Αιγαίου	49	52	111	0
Β' Αττικής	1.249	1.019	1.931	3
Β' Κεντρικής Μακεδονίας	739	704	1.236	10
Β' Νοτίου Αιγαίου	150	198	491	2
Γ' Αττικής	1.077	862	1.595	1
Ανατολικής Μακεδονίας - Θράκης	492	362	772	0
Βορείου Αιγαίου	169	142	335	1
Δυτικής Μακεδονίας	170	133	329	1
Ηπείρου	365	305	785	1
Θεσσαλίας	604	435	905	0
Ιονίων Νήσων	150	152	321	5
Κρήτης	630	538	1.288	0
Πελοποννήσου	368	396	907	11
Στερεάς Ελλάδας	266	255	578	0
Δυτικής Ελλάδας	607	563	1.073	3
Σύνολο	9.768	8.448	16.133	38

Το μεγαλύτερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι οι μεγάλες ελλείψεις σε προσωπικό και κυρίως σε νοσηλευτές. Πολλά τμήματα λειτουργούν με νοσηλευτικό προσωπικό κάτω από τα όρια ασφαλείας, ενώ άλλα, μεταξύ των οποίων και ορισμένα ιδιαίτερα σημαντικά όπως οι ΜΕΘ, δεν λειτουργούν καθόλου λόγω ελλείψεως προσωπικού. Πάνω από 20.000 υπολογίζονται οι αναγκαίες νέες προσλήψεις νοσηλευτικού προσωπικού. Μεγάλα κενά παρουσιάζονται και στις διοικητικές και τεχνικές υπηρεσίες. Οι προσλήψεις στις υπηρεσίες αυτές είναι πλέον ελάχιστες και τα κενά συχνά συμπληρώνονται με μετατάξεις μη κατάλληλου προσωπικού. Σε ό,τι αφορά την ιατρική υπηρεσία, μπορεί μν να μην υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις, παρουσιάζονται όμως κενά που δυσχεραίνουν τη λειτουργία κρίσιμων τμημάτων. Οι καθυστερήσεις στην ολοκλήρωση των κρίσεων είναι πολύ μεγάλες –έως και 3 χρόνια– με αποτέλεσμα το ιατρικό προσωπικό να τείνει να μετατραπεί σε ένα «γερασμένο» και κουρασμένο σώμα λειτουργών, χωρίς ουσιαστικό όραμα και κίνητρο προσφοράς

Οι εργαζόμενοι όλων των υπηρεσιών των νοσοκομείων, πέραν του μεγάλου φόρτου εργασίας που δέχονται εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού, επιβαρύνονται και από τους ιδιαίτερα χαμηλούς μισθούς, και τις δυσμενείς συνθήκες εργασίας.

Στα παραπάνω πρέπει να προστεθεί και το πρόβλημα της ανισοκατανομής του προσωπικού στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας μεταξύ των υγειονομικών περιφερειών.

**Χρηματοδότηση - Δαπάνες**

Οι δαπάνες για την περίθαλψη παρουσιάζουν σημαντική αύξηση από 6,6 % του ΑΕΠ το 1980, σε 10,2 % το 2001 (4η θέση) και σε 9,9% το 2003 (7η θέση), αναδεικνύοντας τη χώρα σε έναν από τους «πρωταθλητές» δαπανών στην Ευρώπη και μεταξύ των πρώτων από τις χώρες του ΟΟΣΑ (Πίνακας 21). Εάν συνυπολογιστεί δε και η παραοικονομία, τότε είναι πιθανό οι δαπάνες για την περίθαλψη να προσεγγίζουν σε πραγματικό κατά κεφαλή (PPP) εισόδημα, χώρες όπως η Μ. Βρετανία, η Ιταλία.

Παρόλο που η χώρα έχει δημόσιο σύστημα υγείας στην Ελλάδα, η ιδιωτική δαπάνη (εκτιμάται στο 48% της συνολικής δαπάνης υγείας, Πίνακας 22) κρίνεται ως ιδιαίτερα υψηλή και μάλιστα προσεγγίζει μεγέθη ιδιωτικών συστημάτων υγείας, όπως αυτό των ΗΠΑ. Η υψηλή ιδιωτική δαπάνη αποτελεί επίσης ένδειξη ανισότητας στην πρόσβαση και στην χρήση υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση μη εκπλήρωσης των βασικών στόχων του ΕΣΥ.

**Πίνακας 21: Κατάλογος δαπανών για την υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ**

	Συνολική κατά κεφαλή δαπάνη για υγεία US\$ PPP		Συνολική δαπάνη για υγεία ως % του ΑΕΠ	
	2001	2003	2001	2003
Australia	2521	2699	9,1	9,3
Austria	2163	2302	7,4	7,5
Belgium	2424	2827	8,8	9,6
Canada	2709	3001	9,4	9,9
Czech Republic	1063	1298	6,9	7,5
Denmark	2556	2763	8,6	9
Finland	1857	2118	6,9	7,4
France	2617	2903	9,4	10,1
Germany	2784	2996	10,8	11,1
<b>Greece</b>	<b>1756</b>	<b>2011</b>	<b>10,2</b>	<b>9,9*</b>
Hungary	975	1269	7,4	8,4
Iceland	2742	3115	9,3	10,5
Ireland	2089	2451	6,9	7,4
Italy	2154	2258	8,2	8,4
Japan	2092	2139	7,8	7,9
Korea	932	1074	5,4	5,6
Luxembourg	3264	3705	6,5	6,9
Mexico	545	583	6,0	6,2
Netherlands	2520	2976	8,7	9,8
New Zealand	1701	1886	7,9	8,1

	Συνολική κατά κεφαλή δαπάνη για υγεία US\$ PPP		Συνολική δαπάνη για υγεία ως % του ΑΕΠ	
	2001	2003	2001	2003
Norway	3287	3807	8,9	10,3
Poland	646	744	6	6,5
Portugal	1693	1797	9,4	9,6
Slovak Republic	641	777	5,6	5,9
Spain	1618	1835	7,5	7,7
Sweden	2404	2703	8,8	9,4
Switzerland	3362	3781	10,9	11,5
Turkey	459	513	7,5	7,4
United Kingdom	2032	2231	7,5	7,7
United States	4888	5635	13,8	15

Πηγή: OECD HEALTH DATA, Οκτώβριος 2005

(\*) Η μείωση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα ως ποσοστό του ΑΕΠ οφείλεται πιθανότατα στη σημαντική μεγέθυνση του ΑΕΠ κατά το 2003.

#### Πίνακας 22: Δαπάνες Υγείας – Ελλάδα (Ευρώ)

A. ΠΟΣΟΣΤΑ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΔΑ	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
I. Ποσοστά δαπανών							
Total expenditure on health (THE) % GDP	9,4	9,6	9,9	10,2	9,8	9,9	9,8
General government expenditure on health (GGHE) %THE	52,1	53,4	52,6	54,2	51,6	51,3	51,7
Private expenditure on health (PvtHE) % THE	47,9	46,6	47,4	45,8	48,4	48,7	48,3
GGHE % General government expenditure	9,9	10,4	10,0	10,9	10,1	10,1	10,1
Social security expenditure on health % GGHE	37,5	35,4	32,3	33,2	36,6	32,0	35,9
Net out-of-pocket spending on health (OOPs) % PvtHE	71,0	69,5	94,7	95,2	95,0	95,4	95,2
Private prepaid plans expenditure on health % PvtHE	4,2	4,1	5,3	4,8	5,0	4,6	4,8
Externally funded expenditure on health % THE	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
II. Κατά κεφαλήν επίπεδα							
THE per capita at exchange rate (US\$)	1055	1114	1032	1091	1182	1556	1830
GGHE per capita at exchange rate (US\$)	549	595	543	591	610	798	946
THE per capita at international dollar rate	1365	1469	1628	1767	1847	1997	2106
GGHE per capita at international dollar rate	711	785	856	958	953	1025	1089

<b>B. ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΤΙΜΕΣ ΠΟΥ ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΟΥΝ ΣΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΠΟΣΟΣΤΑ</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Health System Expenditure & Financing (million NCU)							
I. Measured Financing Agents							
Συνολικές δαπάνες Υγείας (ΟΙ)	9 910	10 871	12 083	13 348	13 803	15 169	16 305
Δημόσιες δαπάνες υγείας (GGHE)	5 159	5 807	6 353	7 237	7 121	7 782	8 431
...of which Social security expenditure on health	1 933	2 054	2 054	2 400	2 605	2 491	3 024
Ιδιωτικές δαπάνες υγείας (PvtHE)	4 751	5 064	5 730	6 111	6 682	7 387	7 875
... of which Net out-of-pocket spending on health	3 371	3 522	5 427	5 815	6 350	7 049	7 495
... of which Private prepaid plans expenditure on health	198	209	303	296	332	338	380
II. Measured Financing Sources							
Externally funded expenditure on health	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
IV. Macro Variables							
Gross domestic product (GDP) (million NCU)	105 773	112 686	121 701	131 341	141 502	153 045	165 968
General government expenditure (million NCU)	52 310	55 783	63 393	66 097	70 727	76 864	83 270
Exchange rate (NCU per US\$)	0,87	0,90	1,07	1,12	1,06	0,89	0,81
International dollar rate (NCU per international dollar)	0,67	0,68	0,68	0,69	0,68	0,69	0,70
Total population (in thousands)	10 835	10 883	10 917	10 950	10 988	11 006	11 060

Πηγή: OECD HEALTH DATA, Απρίλιος 2006

Το παράδοξο είναι ότι, ενώ οι δαπάνες για την περίθαλψη παρουσιάζουν σημαντική αύξηση, δεν παρατηρείται ανάλογη βελτίωση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Σχετικά με τις δαπάνες που επιβαρύνουν τα δημόσια νοσοκομεία, μπορούν επιγραμματικά να αναφερθούν τα εξής:

- Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, από φόρους προέρχεται το 70% της συνολικής χρηματοδότησης των νοσοκομείων, ενώ το υπόλοιπο 30% προέρχεται από ένα μείγμα κοινωνικής ασφάλισης και άτυπων πληρωμών (out of pocket payments).
- Το σύνολο των νοσοκομειακών δαπανών ανέρχεται στο ποσό των 3,6 δις ευρώ ετησίως (μ.ο. τριετίας 2004-6).
- Το 35% των δαπανών αφορά λειτουργικές δαπάνες και το 65% δαπάνες μισθοδοσίας.

- Οι δαπάνες για μισθοδοσία και για επενδύσεις καλύπτονται εξ ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- Οι λειτουργικές δαπάνες (φάρμακα, υλικά, κ.ά.) καλύπτονται από τα ίδια έσοδα των νοσοκομείων (κοινωνική ασφάλιση και ιδιωτικές πληρωμές) κατά 90%, ενώ το υπόλοιπο 10% καλύπτεται από την κρατική επιχορήγηση.
- Η χρηματοδότηση της νοσοκομειακής περίθαλψης τυπικά γίνεται με βάση το συμβασιακό σύστημα, δηλαδή τα ταμεία υγείας καταβάλλουν νοσήλια για την περίθαλψη των ασφαλισμένων στα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα οποία όμως καλύπτουν μόλις το 20% περίπου του πραγματικού κόστους νοσηλείας. Τα έσοδα από φόρους χρησιμοποιούνται συχνά για να συμπληρώσουν το κενό μεταξύ του επίσημα καθορισμένου επιπέδου χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης και του πραγματικού κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Ο κρατικός προϋπολογισμός καλύπτει το 70% των εσόδων των νομαρχιακών νοσοκομείων, το 50% των περιφερειακών νοσοκομείων, το 25% των ψυχιατρικών και το 60% των ειδικών (π.χ. αντικαρκινικών) νοσοκομείων. Από την άλλη, στα νομαρχιακά νοσοκομεία νοσήλια καλύπτουν το 27% των εσόδων τους, στα περιφερειακά το 40%, στα ψυχιατρικά το 65% και στα ειδικά το 34%.
- Η συμμετοχή των ιδιωτικών πληρωμών (οικογενειακού προϋπολογισμού, ιδιωτικής ασφάλισης) είναι πολύ περιορισμένη, ενώ ιδιαίτερα αυξημένο είναι το φαινόμενο της παραοικονομίας (1,5% του ΑΕΠ), μέρος του οποίου αφορά τον παράνομο χρηματισμό του νοσοκομειακού προσωπικού (κυρίως ιατρών).

### **Αξιολόγηση - Συμπεράσματα**

Η αξιολόγηση του Τομέα Δημόσιας Υγείας αποτελεί συνθετική αξιολόγηση υφιστάμενης κατάστασης για τους κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα καθώς και τους βασικούς παράγοντες κινδύνου που οδηγούν σε αυτό. Συγκεκριμένα, τα συμπεράσματα για τις αδυναμίες και δυναμικές της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα, διαμορφώνονται βάσει όσων έχουν καταγραφεί σε εξειδικευμένες μελέτες για καθεμιά από τις κύριες αιτίες θανάτου και παραγόντων κινδύνου. Ωστόσο, βασικές αδυναμίες του εξωτερικού και εσωτερικού περιβάλλοντος του τομέα είναι κοινές στις περισσότερες περιπτώσεις.

Τα κύρια σημεία που αντιπροσωπεύουν τα ισχυρά σημεία και τις αδυναμίες του εσωτερικού περιβάλλοντος του συστήματος Δημόσιας Υγείας και παράλληλα τις ευκαιρίες και τους κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος συνοψίζονται ως εξής:



## **Ισχυρά σημεία**

### **1. Επαρκές νομικό πλαίσιο**

Το νομικό πλαίσιο που έχει διαμορφωθεί με τις διατάξεις των Ν. 3172/03 και 3370/05 μπορεί να θεωρηθεί ως επαρκές για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Ειδικότερα:

- Η ύπαρξη Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας και η προβλεπόμενη δομή της κεντρικής υπηρεσίας.
- Η προβλεπόμενη υπαγωγή των περιφερειακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στις Υγειονομικές Περιφέρειες και η σύνδεσή τους με το σύστημα υγείας.
- Η προβλεπόμενη σύνθεση του Περιφερειακού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας και η δι' αυτού διατομεακή συνεργασία σε περιφερειακό επίπεδο.
- Οι προβλεπόμενες διατάξεις για τη συνεργασία μεταξύ νομαρχιακών, περιφερειακών και κεντρικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και
- Η ισχύουσα νομοθεσία για τους οργανισμούς Δημόσιας Υγείας

συνθέτουν ένα νομικό πλαίσιο το οποίο μπορεί να θεωρηθεί γενικά ως επαρκές για την οργάνωση του συστήματος Δημόσιας Υγείας. Αυτό σημαίνει ότι οι απαιτήσεις νομοθετικού έργου και θεσμικών αλλαγών είναι πολύ μικρές και περιορίζονται σε δύο κυρίως σημεία: (α) στον αριθμό και τον οργανισμό των νέων περιφερειακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και (β) στη διασφάλιση της διατομεακής συνεργασίας σε περιφερειακό επίπεδο.

### **2. Διαθεσιμότητα επιστημονικού δυναμικού σε ΕΣΔΥ και ΑΕΙ**

Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ), τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και ορισμένοι από τους Οργανισμούς Δημόσιας Υγείας της χώρας διαθέτουν καλά εκπαιδευμένο και έμπειρο επιστημονικό δυναμικό, το οποίο θα μπορούσε με κατάλληλο τρόπο να αξιοποιηθεί για την αναδιοργάνωση του συστήματος Δημόσιας Υγείας. Επίσης, διαθεσιμότητα επιστημονικού δυναμικού υπάρχει και από Έλληνες επιστήμονες που εργάζονται σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες.

### **3. Επιτυχής εμπειρία επιδημιολογικής επιτήρησης Ολυμπιακών Αγώνων**

Η πρόσφατη οργάνωση της επιδημιολογικής επιτήρησης των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004 αποτελεί μια πολύτιμη θετική εμπειρία που μπορεί να αξιοποιηθεί στην προσπάθεια αναδιοργάνωσης του συστήματος Δημόσιας Υγείας. Η κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., η Ε.Σ.Δ.Υ. και ορισμένες υπηρεσίες και Οργανισμοί Δημόσιας Υγείας διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο στην οργάνωση αυτή και αποκόμισαν εμπειρία σε σχέση με μια σειρά θεμάτων, όπως:

- Την επιδημιολογική επιτήρηση,
- Την ταχεία αναγνώριση τυχόν αύξησης της νοσηρότητας, επιδημίας ή συμβάντος που μπορεί να σχετίζεται με βιοτρομοκρατική ενέργεια,

- Την ανάπτυξη δικτύου έγκαιρης προειδοποίησης και ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση ενδεχόμενων κινδύνων που απειλούν την Δημόσια Υγεία,
- Την οργάνωση κατάλληλων παρεμβάσεων για την ταχεία αντιμετώπισή τους.

#### **4. Εμπειρία και αποτελεσματικότητα ορισμένων Οργανισμών Δημόσιας Υγείας**

Ορισμένοι από τους Οργανισμούς Δημόσιας Υγείας, και ιδίως το ΚΕΕΛΠΝΟ, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, η ΕΣΔΥ, ο ΕΦΕΤ, ο ΟΚΑΝΑ κ.α. διαθέτουν πολύτιμη εμπειρία στον τομέα της δραστηριότητάς τους και έχουν αποδείξει σημαντικό βαθμό αποτελεσματικότητας. Η αξιοποίηση της εμπειρίας αυτής μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην προώθηση προγραμμάτων και δραστηριοτήτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, στην επιστημονική αναβάθμιση και υποστήριξη των νομαρχιακών και δημοτικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και στη διάχυση επιστημονικής γνώσης και τεχνογνωσίας σε ολόκληρο το σύστημα Δημόσιας Υγείας.

#### **5. Εμπειρία ορισμένων νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας**

Ορισμένες από τις νομαρχιακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, διαθέτουν μακρά και πολύτιμη εμπειρία στην «πρώτης γραμμής» άσκηση της Δημόσιας Υγείας και στα πρακτικά προβλήματα και ανάγκες που αυτή αντιμετωπίζει. Η εμπειρία των υπηρεσιών αυτών και των στελεχών τους αποτελεί μια δεξαμενή εμπειριών και πρακτικής γνώσης, που μπορεί να προσφέρει πολύτιμη βοήθεια στην κατανόηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η «πρώτης γραμμής» άσκηση της Δημόσιας Υγείας.

#### **6. Ασφαλιστική κάλυψη εμβολίων και εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου**

Η Κοινή Υπουργική Απόφαση 1624/1999 (ΦΕΚ 2053/Β/1999) με την οποία εγκρίθηκε μια δέσμη προληπτικών εξετάσεων και υπηρεσιών που παρέχονται στους ασφαλισμένους του δημοσίου και των ασφαλιστικών οργανισμών, προσφέρει τη βάση και εξασφαλίζει τους απαιτούμενους οικονομικούς πόρους για την οργάνωση μιας σειράς προληπτικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Η κατάλληλη αξιοποίηση της συγκεκριμένης ΚΥΑ μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην προώθηση και υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας.

#### **7. Ύπαρξη δομών και υπηρεσιών σε παρεμφερείς τομείς της Δημόσιας Υγείας.**

Ένα από τα πλεονεκτήματα του ευρύτερου συστήματος Δημόσιας Υγείας είναι η ύπαρξη δομών και υπηρεσιών σε παρεμφερείς προς τη Δημόσια Υγεία τομείς, όπως οι κτηνιατρικές υπηρεσίες και τα κτηνιατρικά εργαστήρια, τα εργαστήρια του Χημείου του Κράτους, οι υπηρεσίες και τα εργαστήρια περιβάλλοντος κ.λπ. Το σύστημα Δημόσιας Υγείας μπορεί να αξιοποιήσει όλες αυτές τις υποδομές και δραστηριότητες, μέσω συνεργασιών και δικτύων, και με τον τρόπο αυτό να αναβαθμίσει σημαντικά την αποτελεσματικότητά του.

## **Αδυναμίες**

### **1. Μη συγκροτημένη εθνική πολιτική για τη δημόσια υγεία**

Η έλλειψη μιας συγκροτημένης εθνικής πολιτικής με προκαθορισμένους και σαφείς εθνικούς στόχους για την υγεία αποτελεί βασική αδυναμία του συστήματος με καθοριστικές συνέπειες για τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Μια εθνική πολιτική υγείας που οικοδομείται με επίκεντρο την προστασία την υγείας, οφείλει να λαμβάνει υπόψη της και να προσανατολίζει τις δράσεις της σε όλους τους περιβαλλοντικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία στη σύγχρονη κοινωνία. Ένας τέτοιος αναπροσανατολισμός της πολιτικής υγείας έχει καταλυτικές συνέπειες στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, στις προτεραιότητες και στη χρηματοδότηση των επιμέρους δραστηριοτήτων στην υγεία. Είναι σαφές, ότι μια τέτοια προσέγγιση μεταβάλλει ριζικά τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η πολιτική υγείας και μεταφέρει τη συζήτηση και τις προτεραιότητες από το επίπεδο της περίθαλψης, στο επίπεδο της Δημόσιας Υγείας.

### **2. Ανεπαρκείς πόροι για τη Δημόσια Υγεία**

Οι δημόσιες δαπάνες υγείας περιλαμβάνουν τις δαπάνες υγείας του κρατικού προϋπολογισμού και των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης. Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία από την άλλη πλευρά περιλαμβάνουν τις δαπάνες που προέρχονται από τα νοικοκυριά για την αγορά υπηρεσιών υγείας. Μάλιστα, η Ελλάδα έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ιδιωτικών δαπανών για την υγεία ανάμεσα στις χώρες του ΟΟΣΑ. Σύμφωνα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα το 2005 οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα αποτελούσαν το 57,2% των συνολικών δαπανών υγείας. Το παράδοξο εδώ είναι το γεγονός ότι αν και στην Ελλάδα υπάρχει Εθνικό Σύστημα Υγείας, η ιδιωτική δαπάνη για την υγεία, προσεγγίζει μεγέθη ιδιωτικών συστημάτων υγείας όπως αυτό των ΗΠΑ, όπου το αντίστοιχο μέγεθος το 2005 διαμορφώθηκε στο 58,9%.

Ο προϋπολογισμός και γενικότερα οι πόροι που διατίθενται για τη Δημόσια Υγεία είναι περιορισμένοι, και δεν επαρκούν για την κάλυψη του πλήθους των αναγκών για την παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Η διασφάλιση των αναγκαίων οικονομικών και άλλων πόρων για τη Δημόσια Υγεία είναι ευθύνη της κεντρικής διοίκησης και συνδέεται με την εθνική πολιτική και τους εθνικούς στόχους για την υγεία.

Το πρόβλημα των ελλειμμάτων στα νοσοκομεία οφείλεται κυρίως:

- στη διαφορά μεταξύ πραγματικού και κλειστού νοσηλίου
- στην ετεροχρονισμένη είσπραξη των νοσηλίων
- στην εκτέλεση πράξεων και εξετάσεων που δεν είναι κοστολογημένες και δεν χρεώνονται
- στην περίθαλψη απόρων και ανασφάλιστων και σε δωρεάν παροχές, όπως μέρος των παρακλινικών εξετάσεων για ασφαλισμένους του ΟΓΑ, ξένους πολίτες στα ΚΥ, κ.ά.
- στη λειτουργία των Κέντρων Αιμοδοσίας και των Ειδικών Κέντρων (ιστοσυμβατότητας, μεταμοσχεύσεων, κ.λπ.)

- στις υπερτιμολογήσεις πολλών προμηθειών και στην έλλειψη επαρκούς ελέγχου της κατανάλωσης νοσοκομειακών προϊόντων και υπηρεσιών (Ομάδα Στελεχών Διοίκησης 2006).

Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται και από το ισχύον αναδρομικό σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων που έχει ως συνέπεια την αδυναμία ελέγχου του συνολικού ύψους των δαπανών και την ανυπαρξία κινήτρων για τη βελτίωση της αποδοτικότητας.

Πρόσθετη ιδιομορφία του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα είναι το γεγονός ότι τα αναγκαία ποσά για τις πάσης φύσης αμοιβές προσωπικού καταβάλλονται απευθείας από το δημόσιο ταμείο, χωρίς να καταγράφονται στους ετήσιους προϋπολογισμούς, καθιστώντας έτσι ανέφικτη κάθε απόπειρα προσδιορισμού του πραγματικού νοσοκομειακού κόστους.

Τέλος, στο κρίσιμο θέμα των προμηθειών, οι ισχύουσες διαδικασίες δεν επιτυγχάνουν ανταγωνιστικές τιμές, προκαλούν μεγάλες καθυστερήσεις και αυξάνουν τις εξωσυμβατικές προμήθειες για να μη δυσχεραθεί ή διακοπεί η λειτουργία τμημάτων. Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι ότι τα νοσοκομεία του ΕΣΥ λειτουργούν από νομικής, οργανωτικής και οικονομικής πλευράς ως σπάταλες και αναποτελεσματικές δημόσιες υπηρεσίες και όχι ως σύγχρονοι δημόσιοι οργανισμοί.

### **3. Ελλιπής λειτουργία περιφερειακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας**

Η ελλιπής συγκρότηση περιφερειακής οργάνωσης και η ανυπαρξία περιφερειακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας αποτελούν μια από τις σημαντικότερες αδυναμίες του συστήματος. Η ελλιπής συγκρότηση περιφερειακών υπηρεσιών αποστερεί το σύστημα από τους φορείς του περιφερειακού συντονισμού και της περιφερειακής διατομεακής συνεργασίας. Δεδομένου μάλιστα ότι οι νομαρχιακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας δεν ανήκουν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, πρακτικά το σύστημα Δημόσιας Υγείας δεν διαθέτει εκτελεστικό μηχανισμό, παρά μόνο κεντρική διοίκηση. Βασικός παράγοντας που συμβάλλει στη δημιουργία ελλειμμάτων είναι η ανεπαρκής οργάνωση των νοσοκομείων και κυρίως η έλλειψη ενός επαρκούς και ολοκληρωμένου συστήματος μηχανογράφησης.

### **4. Ανεπάρκεια προσωπικού**

Η ανεπάρκεια του προσωπικού αποτελεί την πλέον ορατή αδυναμία του συστήματος, με σημαντικές συνέπειες στη λειτουργία του:

- Η κεντρική υπηρεσία αδυνατεί να ανταποκριθεί στην αποστολή της.
- Οι Περιφερειακές υπηρεσίες δεν λειτουργούν.
- Οι νομαρχιακές υπηρεσίες λειτουργούν υποτυπωδώς.
- Τα συστήματα επιτήρησης της υγείας υπολειτουργούν και
- Τα προγράμματα δημόσιας υγείας δεν εφαρμόζονται ή εφαρμόζονται πλημμελώς.

Πολλά τμήματα λειτουργούν με νοσηλευτικό προσωπικό κάτω από τα όρια ασφαλείας, ενώ άλλα, μεταξύ των οποίων και ορισμένα ιδιαίτερα σημαντικά όπως οι ΜΕΘ, δεν λειτουργούν καθόλου λόγω ελλείψεως προσωπικού.

Πέραν των μεγάλων ελλείψεων, ένας σημαντικός αριθμός νοσηλευτών βρίσκεται αποσπασμένος σε διοικητικές θέσεις, εντός αλλά και εκτός του υγειονομικού συστήματος, παρά τις εκάστοτε κυβερνητικές εξαγγελίες περί άμεσης επιστροφής στις θέσεις του. Παράλληλα, υπάρχει μια συνεχής ροή νοσηλευτικού προσωπικού από τα μεγάλα νοσοκομεία της πρωτεύουσας προς αυτά της περιφέρειας. Μεγάλα κενά παρουσιάζονται και στις διοικητικές και τεχνικές υπηρεσίες. Οι προσλήψεις στις υπηρεσίες αυτές είναι πλέον ελάχιστες και τα κενά συχνά συμπληρώνονται με μετατάξεις μη κατάλληλου προσωπικού. Σε ό,τι αφορά την ιατρική υπηρεσία, μπορεί μιν να μην υπάρχουν μεγάλες ελλείψεις, παρουσιάζονται όμως κενά που δυσχεραίνουν τη λειτουργία κρίσιμων τμημάτων.

Οι καθυστερήσεις στην ολοκλήρωση των κρίσεων είναι πολύ μεγάλες –έως και 3 χρόνια– με αποτέλεσμα το ιατρικό προσωπικό να τείνει να μετατραπεί σε ένα «γερασμένο» και κουρασμένο σώμα λειτουργών, χωρίς ουσιαστικό όραμα και κίνητρο προσφοράς. Οι εργαζόμενοι όλων των υπηρεσιών των νοσοκομείων, πέραν του μεγάλου φόρτου εργασίας που δέχονται εξαιτίας της έλλειψης προσωπικού, επιβαρύνονται και από τους ιδιαίτερα χαμηλούς μισθούς, και τις δυσμενείς συνθήκες εργασίας. Η αντιμετώπιση της αδυναμίας αυτής αποτελεί μια θεμελιακή προϋπόθεση για την ανασυγκρότηση του συστήματος Δημόσιας Υγείας.

## **5. Ανεπαρκή συστήματα διοίκησης**

Η απουσία σύγχρονων εργαλείων και μεθόδων management (πληροφοριακά συστήματα διοίκησης, συστήματα αξιολόγησης και ελέγχου κ.λπ.) σε συνδυασμό με το πλήθος των εμπλεκόμενων φορέων, καθιστά δύσκολη και σε ορισμένες περιπτώσεις αδύνατη την επιτυχή διαχείριση και διοίκηση των διαφόρων υπηρεσιών, προγραμμάτων και δραστηριοτήτων Δημόσιας Υγείας. Αυτό δυσχεραίνει τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν και μειώνει την αποτελεσματικότητα του συστήματος.

Οι περισσότερες Δομές Δημόσιας Υγείας αποτελούν οργανισμούς με προϋπολογισμούς πολλών εκατομμυρίων ευρώ δεν έχουν ολοκληρωμένα συστήματα παρακολούθησης λογαριασμών. Οι κανονισμοί λειτουργίας των νοσοκομείων είναι απαρχαιωμένοι, ενώ η διαδικασία αναβάθμισής τους είναι ιδιαίτερα γραφειοκρατική και χρονοβόρα, με την εμπλοκή δύο τουλάχιστον υπουργείων. Πρόβλημα επίσης προκαλεί το υπάρχον θεσμικό καθεστώς των ΝΠΔΔ που καθιστά δύσκολη την άσκηση σύγχρονου μανάτζμεντ. Το ακατάλληλο νομικό και οργανωτικό πλαίσιο όμως και η πλήρης έλλειψη σύγχρονου μανάτζμεντ ακυρώνει κάθε προσπάθεια ορθολογικής διαχείρισης των νοσοκομειακών πόρων.

## **6. Ανεπαρκής εργαστηριακή υποστήριξη**

Η υπολειτουργία του ΚΕΔΥ και η μη λειτουργία των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας αποστερούν το σύστημα από την αναγκαία εργαστηριακή υποστήριξη. Επίσης, η ελλειπής συνεργασία

με τα κτηνιατρικά εργαστήρια, το Χημείο του Κράτους, τον ΕΦΕΤ, τους Οργανισμούς Δημόσιας Υγείας και τα εργαστήρια των ΑΕΙ και των δημόσιων Νοσοκομείων αποστερεί τελικά το σύστημα από κάθε δυνατότητα εργαστηριακής υποστήριξης. Ενώ υπάρχει τεχνολογικός εξοπλισμός του ΙΚΑ σε γενικές γραμμές είναι υψηλής ποιότητας και επαρκεί για να καλύψει τη ζήτηση αυτό ισχύει μόνο για την περίπτωση του ΙΚΑ. Παρ' όλα αυτά δεν είναι ορθολογικά κατανομημένοι στις περιφέρειες της επικράτειας και απουσιάζει ένα ολοκληρωμένο σχέδιο παρακολούθησης και διαχείρισής του. Επίσης, απουσιάζουν οι οργανωτικές δομές που θα αξιολογήσουν τη σκοπιμότητα αγοράς και εγκατάστασης νέων μηχανημάτων βιοϊατρικής τεχνολογίας, καθώς και ο έλεγχος ποιότητας των αποτελεσμάτων εργαστηριακών εξετάσεων.

Οι χώροι των εργαστηρίων αρκετών μονάδων χαρακτηρίζονται από ακαταλληλότητα και ανεπάρκεια. Ειδικότερα, οδοντιατρικά και μικροβιολογικά εργαστήρια ορισμένων μονάδων είναι εγκατεστημένα σε μη λειτουργικούς χώρους (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας 2001).

#### **7. Ανεπαρκής επιτήρηση της υγείας και απουσία επιδημιολογικών δεδομένων**

- Η επιτήρηση της υγείας μέσω των δεικτών θνησιμότητας και των λοιπών στοιχείων της ΕΣΥΕ είναι ανεπαρκής. Τα διαθέσιμα στοιχεία είναι λιγοστά, δυσεύρετα και συνήθως παρωχημένα, ενώ δεν υπάρχει δυνατότητα διενέργειας περαιτέρω αναλύσεων σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο.
- Η επιτήρηση της υγείας συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων και η ανάλυση των υφιστάμενων ανισοτήτων στην υγεία είναι επίσης ανύπαρκτη.
- Η επιτήρηση των καθοριστικών της υγείας κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και των παραγόντων κινδύνου είναι ανύπαρκτη. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν - παρά μόνο ευκαιρικά από μεμονωμένες μελέτες - στοιχεία για το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, τη διατροφή, την παχυσαρκία κ.λπ.
- Τα δίκτυα επιτήρησης των λοιμωδών νοσημάτων που συντονίζει ΚΕ.ΕΛ.Π.Ν.Ο. παρουσιάζουν αρκετές αδυναμίες οργάνωσης και λειτουργίας.
- Τέλος, η επιτήρηση του βαθμού υλοποίησης των προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας (εμβολιαστική κάλυψη, ποσοστό γυναικών που κάνουν μαστογραφία ή pap-test κλπ) είναι επίσης ανύπαρκτη.
- Τέλος, η προσπάθεια για τον Χάρτη Υγείας, ως εργαλείου επιτήρησης και παρακολούθησης των αναγκών υγείας του πληθυσμού, ακόμη δεν καρποφόρησε.

Εξαιτίας των ανωτέρω, τα στοιχεία που αφορούν τα επιδημιολογικά δεδομένα της χώρας είναι εξαιρετικά ανεπαρκή. Επιπλέον, δεν έχει γίνει προσπάθεια κωδικοποίησης αυτών και καταγραφής τους σε σύγχρονη και αυτοματοποιημένη βάση δεδομένων. Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία, η δημιουργία μιας τέτοιας βάσης αποτελεί σημαντικό όφελος στην προσπάθεια ελέγχου και επιτήρησης της υγείας και των επιδημιολογικών δεδομένων της χώρας και μπορεί να βοηθήσει στον υπολογισμό

δεικτών υγείας, για το σύνολο της χώρας, των Περιφερειών και των επί μέρους περιοχών και πληθυσμιακών ομάδων.

### **8. Απουσία υποστηρικτικών εκθέσεων και αναφορών**

Η απουσία επαρκών επιδημιολογικών δεδομένων συνοδεύεται και από την απουσία των αναγκαίων επιστημονικών εκθέσεων και αναφορών, που αναλύουν και αξιολογούν τα στοιχεία και οδηγούν στην εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τα κύρια προβλήματα υγείας των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων, τις τάσεις που παρουσιάζουν, τους κινδύνους που αναφύονται και τα ενδεικνυόμενα μέτρα αντιμετώπισης.

### **9. Απουσία πολιτικών πρόληψης και προαγωγής υγείας**

Η απουσία συγκεκριμένων πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, ιδίως σε ότι αφορά τα χρόνια νοσήματα και τους κύριους παράγοντες κινδύνους, αποτελεί μια σημαντική αδυναμία του συστήματος. Αυτό είναι γενική απόρροια της αποσπασματική πολιτική χωρίς στρατηγικό σχεδιασμό και ολιστικές οργανωτικές λύσεις. Αντίθετα, στους τομείς όπου αναπτύχθηκαν παρόμοιες πολιτικές, όπως π.χ. στα ανιχνευτικά προγράμματα της νεογνικής ηλικίας, τους εμβολιασμούς κ.λπ. σημειώθηκαν εντυπωσιακά αποτελέσματα.

### **10. Απουσία επιστημονικής υποστήριξης των υπηρεσιών**

Παρά την ύπαρξη αξιόλογου επιστημονικού δυναμικού στα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και τους Οργανισμούς Δημόσιας Υγείας της χώρας, παρατηρείται παντελής απουσία επιστημονικής υποστήριξης του έργου των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Η «επιστημονική τεκμηρίωση», οι «κατευθυντήριες οδηγίες», τα «πρωτόκολλα ενεργειών» και οι «καλές πρακτικές στη Δημόσια Υγεία» είναι έννοιες άγνωστες στο σύστημα Δημόσιας Υγείας της χώρας.

### **11. Ανεπαρκής συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας**

Μια εγγενής αδυναμία του συστήματος Δημόσιας Υγείας είναι η περιορισμένη δυνατότητα συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας των διαφόρων επιπέδων. Αυτό οφείλεται:

- Στο γεγονός ότι το Υπουργείο Υγείας δεν έχει καμία αρμοδιότητα πάνω στις νομαρχιακές και δημοτικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.
- Στην ελλιπή συγκρότηση των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, που έχουν την κύρια αρμοδιότητα συντονισμού και συνεργασίας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε περιφερειακό επίπεδο.
- Στη μη συγκρότηση και λειτουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων Δημόσιας Υγείας.
- Στην απουσία συγκεκριμένων διαδικασιών και λειτουργιών που να προάγουν τη συνεργασία και
- Στην απουσία κλίματος συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ των υπηρεσιών.

## 12. Απουσία διατομεακής συνεργασίας και συντονισμού

Αντίστοιχη με την παραπάνω αδυναμία αποτελεί και η απουσία διατομεακής συνεργασίας και συντονισμού με άλλους τομείς δραστηριότητας και υπηρεσίες το έργο των οποίων επηρεάζει τη Δημόσια Υγεία (κτηνιατρικές, περιβαλλοντικές, αστυνομικές, εκπαιδευτικές κ.λπ.). Οι αιτίες της αδυναμίας αυτής είναι αντίστοιχες με τις προαναφερθείσες και συγκεκριμένα:

- Η ανυπαρξία των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, που έχουν την αρμοδιότητα της διατομεακής συνεργασίας σε περιφερειακό επίπεδο,
- Η μη συγκρότηση και λειτουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων Δημόσιας Υγείας, η αποστολή των οποίων είναι ακριβώς η προώθηση της διατομεακής συνεργασίας,
- Η απουσία συγκεκριμένων θεσμοθετημένων διαδικασιών και λειτουργιών που να προάγουν τη διατομεακή συνεργασία και
- Η απουσία κλίματος συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ των διαφόρων υπηρεσιών.

## Ευκαιρίες

### 1. Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (ΕΣΠΑ) 2007-2013.

Το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013 αντιπροσωπεύει μια σημαντική ευκαιρία για την ανασυγκρότηση του συστήματος Δημόσιας Υγείας γιατί έχει καθορισμένους στόχους και δράσεις για τη Δημόσια Υγεία και μπορεί να εξασφαλίσει σημαντικούς πόρους για την χρηματοδότηση σημαντικών παρεμβάσεων στον τομέα αυτό.

### 2. Ευρωπαϊκή στρατηγική 2007-2013

Η Ευρωπαϊκή στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία 2007-2013 συνιστά μια σημαντική ευκαιρία που προέρχεται επίσης από τον ευρωπαϊκό χώρο. Η Ευρωπαϊκή στρατηγική:

- Καθορίζει στόχους και προτεραιότητες για τη Δημόσια Υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση,
- Προσφέρει τη δυνατότητα άντλησης πόρων και οικοδόμησης συμμαχιών και διεθνών συνεργασιών,
- Παρέχει επιστημονική καθοδήγηση για την υλοποίηση των πολιτικών αυτών από τα κράτη - μέλη και
- Δημιουργεί ορισμένες δεσμεύσεις προσαρμογής στα κράτη - μέλη.

Όλα τα παραπάνω διαμορφώνουν ένα κατάλληλο περιβάλλον και συνθέτουν ένα πλέγμα ευκαιριών για μια αποτελεσματική πολιτική στη Δημόσια Υγεία.



### **3. Αναδιοργάνωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με βάση τους νόμους 3172/03 και 3370/05**

Η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με βάση το Ν. 3370/2005 συνιστά μια σημαντική ευκαιρία για την ανασυγκρότηση της Δημόσιας Υγείας μέσω:

- Της ενεργοποίησης της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας και της διατομεακής συνεργασίας που αυτή μπορεί να κινητοποιήσει,
- Της ενεργοποίησης όλων των Διευθύνσεων και αρμοδιοτήτων της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας,
- Της ίδρυσης και ενεργοποίησης των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας,
- Της οργάνωσης της συνεργασίας μεταξύ όλων των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας,
- Της οργάνωσης της διατομεακής συνεργασίας σε περιφερειακό επίπεδο,
- Της αξιοποίησης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. κλπ

### **4. Σύνδεση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με τις Υπηρεσίες Υγείας**

Η διοικητική υπαγωγή των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών και η ένταξή τους μέσα στο περιβάλλον του συστήματος υγείας προσφέρει σημαντικές ευκαιρίες για εξασφάλιση πόρων, προσωπικού, τεχνογνωσίας, εργαστηριακής και επιστημονικής υποστήριξης στις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Επιπλέον, εξασφαλίζει τη δυνατότητα ανάθεσης αρμοδιοτήτων Δημόσιας Υγείας σε άλλες υπηρεσίες υγείας, συντονισμού και συνεργασίας με τα Κέντρα Υγείας κ.λπ.

### **5. Περιφερειακή αναδιοργάνωση της χώρας**

Η εξελισσόμενη περιφερειακή αναδιοργάνωση της χώρας μπορεί να αποδειχθεί επίσης μια σημαντική ευκαιρία για το σύστημα Δημόσιας Υγείας, αφού μέσω αυτής μπορεί να προωθηθούν δύο σημαντικές προτεραιότητες:

- Η οργάνωση των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και
- Η οργάνωση μιας αποτελεσματικής διατομεακής συνεργασίας σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.

### **6. Δυνατότητα μεταφοράς τεχνογνωσίας από την Ευρωπαϊκή Ένωση και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, (WHO)**

Η δυνατότητα μεταφοράς τεχνογνωσίας από την Ευρωπαϊκή Ένωση, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το CDC των ΗΠΑ και άλλους διεθνείς οργανισμούς στο πλαίσιο των οποίων δραστηριοποιείται η χώρα μας συνιστά μια σημαντική ευκαιρία, η οποία μπορεί να αξιοποιηθεί κατάλληλα. Οι δυνατότητες αξιοποίησης αυξάνονται, εάν αυτό συνδυασθεί με τη συμμετοχή στην υλοποίηση διεθνών συνεργασιών στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία και εάν η προσπάθεια μεταφοράς τεχνογνωσίας συνδυασθεί με το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς.

## **7. Διασύνδεση του Εθελοντικού Τομέα με το υγειονομικό σύστημα**

Η σύσταση Οργανισμού Εθελοντών ως φορέα που μπορεί να διαδραματίσει καθοριστικό ρόλο στην κινητοποίηση της κοινωνίας των πολιτών και της κοινής γνώμης για τον έλεγχο και τη διαχείριση σοβαρών ασθενειών.

### **Κίνδυνοι**

#### **1. Περιορισμένη ενεργοποίηση**

Η εμπειρία που συνάγεται από τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, έχει δείξει ότι ο σημαντικότερος κίνδυνος που αντιμετωπίζουν οι εκάστοτε προσπάθειες για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών είναι ο κίνδυνος αδράνειας ή περιορισμένης ενεργοποίησης των εμπλεκόμενων φορέων και των ίδιων των υπηρεσιών. Η αντιμετώπιση του κινδύνου αυτού μπορεί να επιτευχθεί με:

- Την άμεση εποπτεία και παρακολούθηση της υλοποίησης των αποφάσεων από το Υπουργείο Υγείας και τις Υγειονομικές Περιφέρειες,
- Την ανάληψη συγκεκριμένων πρωτοβουλιών και πολιτικών για τη διασφάλιση της υλοποίησης των δράσεων.

#### **2. Δημοσιονομικοί περιορισμοί**

Οι συνέπειες που μπορεί να έχουν οι υφιστάμενοι δημοσιονομικοί περιορισμοί στην εξασφάλιση των απαιτούμενων πόρων και τη στελέχωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, σε συνδυασμό με την υψηλή προτεραιότητα που παραδοσιακά αποδίδεται στις θεραπευτικές υπηρεσίες, μπορεί να αποδειχθεί σε σημαντικό κίνδυνο για την προσπάθεια αναδιοργάνωσης του συστήματος Δημόσιας Υγείας, εφόσον δεν προβλεφθεί και αντιμετωπισθεί κατάλληλα. Η αντιμετώπιση του προβλήματος προϋποθέτει:

- Την κατάρτιση ενός συγκεκριμένου προϋπολογισμού εσόδων και εξόδων για τα προγράμματα και τις δράσεις Δημόσιας Υγείας.
- Τη δέσμευση των απαιτούμενων πόρων από τον κρατικό προϋπολογισμό και τα Επιχειρησιακά Προγράμματα του ΕΣΠΑ.
- Την αναζήτηση πρόσθετων πόρων από ανταποδοτικές υπηρεσίες, τέλη κ.λπ.

#### **3. Γραφειοκρατία της δημόσιας διοίκησης**

Ο κίνδυνος της γραφειοκρατίας μπορεί να δημιουργήσει εμπόδια στην ανασυγκρότηση του συστήματος Δημόσιας Υγείας. Ο κίνδυνος είναι μεγαλύτερος όχι τόσο στους επιστημονικούς τομείς, όσο στον οργανωτικό και διοικητικό τομέα, όπου μπορεί να εγείρει εμπόδια και να οδηγήσει σε καθυστερήσεις ή ακυρώσεις δράσεων και ενεργειών.

Ο κίνδυνος αυτός πρέπει να αντιμετωπισθεί έγκαιρα και σε κάθε συγκεκριμένη δράση και πρωτοβουλία, κυρίως με την επίδειξη της κατάλληλης πολιτικής βούλησης και άμεσης εποπτείας σε όλα τα επίπεδα διοίκησης.

#### **4. Περιορισμένη ανταπόκριση για διατομεακή συνεργασία**

Η έλλειψη παράδοσης στη διατομεακή συνεργασία στη χώρα μας και θεσμών και λειτουργιών που την προάγουν, αντιπροσωπεύει έναν ιδιαίτερο κίνδυνο για το έργο της Δημόσιας Υγείας. Και αυτό γιατί η Δημόσια Υγεία προϋποθέτει κατεξοχήν τη διατομεακή συνεργασία και συντονισμό. Η αντιμετώπιση του κινδύνου αυτού μπορεί να επιτευχθεί με:

- Την αποφασιστική πολιτική βούληση για την προώθηση και εφαρμογή στην πράξη της διατομεακής συνεργασίας σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.
- Την ανάπτυξη θεσμών και λειτουργιών που προάγουν τη διατομεακή συνεργασία σε όλα τα επίπεδα.
- Την κατανομή αρμοδιοτήτων, ρόλων και ευθυνών Δημόσιας Υγείας σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και
- Την ανάληψη συγκεκριμένων πρωτοβουλιών και πολιτικών για την εφαρμογή στην πράξη της διατομεακής συνεργασίας σε επιλεγμένους τομείς προτεραιότητας.

#### **5. Απώλεια κοινοτικών πόρων**

Ο κίνδυνος απώλειας κοινοτικών πόρων για τη Δημόσια Υγεία, λόγω ανεπαρκούς προετοιμασίας, μπορεί να αντιμετωπισθεί μέσω:

- Του επαρκούς και έγκαιρου σχεδιασμού των δράσεων και παρεμβάσεων σε εθνικό και κυρίως περιφερειακό επίπεδο.
- Της προώθησης των κατάλληλων προπαρασκευαστικών ενεργειών και των απαιτούμενων μελετών.
- Της ενθάρρυνσης και ενίσχυσης για συμμετοχή σε ευρωπαϊκά προγράμματα και πρωτοβουλίες.

#### **6. Νέες απειλές για την Δημόσια Υγεία**

Παρά την σημερινή πρόοδο της βιοϊατρικής τεχνολογίας και των δράσεων πρόληψης και προαγωγής Υγείας, παραμένουν πολλές σημαντικές προκλήσεις για τη Δημόσια Υγεία. Μεταξύ άλλων, οι σημερινές προκλήσεις περιλαμβάνουν:

- Την αποτελεσματική αντιμετώπιση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία.
- Την αντιμετώπιση αναδυόμενων κινδύνων.
- Την αντιμετώπιση νέων επιδημικών νοσημάτων.
- Την αντιμετώπιση κινδύνων από αιφνίδια γεγονότα και

- Την αντιμετώπιση απειλών από την πιθανή χρήση ή τυχαία διασπορά βιολογικών και χημικών επιβλαβών παραγόντων.

### 1.6.2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου, της οικογένειας και της κοινότητας με το σύστημα υγείας και συνιστά βασική προϋπόθεση για μια συνεχιζόμενη και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας. Δεν είναι απλά και μόνο το σύνολο των υπηρεσιών και προγραμμάτων της παραδοσιακά καλούμενης ανοικτής ή εξωνοσοκομειακής φροντίδας, αλλά περιλαμβάνει ένα ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών, εξασφαλίζοντας υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας, θεραπείας, αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας» (WHO, 1978).

Η ανάγκη για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας τέθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας για την επίτευξη του στόχου «Υγεία για όλους μέχρι το 2000» (WHO, 1978).

Για την πραγματοποίηση του στόχου «Υγεία για όλους», απαιτούνται τρία βασικά βήματα:

1. Επίτευξη στοιχειωδών απαιτήσεων ώστε να είναι οι άνθρωποι υγιείς. Οι απαιτήσεις αυτές συνοψίζονται σε δύο βασικά στοιχεία, την ισότητα στην υγεία και στην ενίσχυση της υγείας μέσω δράσεων που θα οδηγήσουν σε μείωση της ασθένειας και της αναπηρίας και θα αυξήσουν το προσδόκιμο επιβίωσης.
2. Αλλαγή στον τρόπο ζωής και το περιβάλλον. Το αφετηριακό σημείο για την επίτευξη αυτής της αλλαγής είναι η αναγνώριση πως η ανθρώπινη υγεία εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το πολιτικό, οικονομικό, κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον.
3. Το τελευταίο βήμα αφορά την παροχή κατάλληλης ιατρικής φροντίδας. Προϋποθέτει το σχεδιασμό και τη δημιουργία ενός συστήματος υγείας το οποίο θα βασίζεται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και θα υποστηρίζεται από την δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί βασικό συστατικό όλων των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών του συστήματος υγείας στην Ελλάδα τα τελευταία 20 χρόνια. Η τελευταία μεταρρυθμιστική προσπάθεια για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πραγματοποιήθηκε το 2004 με το Ν. 3235/2004, ο οποίος βρίσκεται σε ισχύ μέχρι σήμερα. Ο νόμος αυτός αποτελεί το πρώτο νομοθετικό κείμενο το οποίο αναφέρεται στον σκοπό, την έννοια και το

περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας επιδιώκοντας να προσεγγίσει τις υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται κατά τρόπο σφαιρικό, μετά τον Ν. 1397/1983 ο οποίος αποτέλεσε για χρόνια το σημαντικότερο νομοθέτημα για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 3235/2004 οι υπηρεσίες που περιλαμβάνει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και που πρέπει να παρέχονται από τους αρμόδιους φορείς και τις αντίστοιχες δομές είναι:

- υπηρεσίες υγείας που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα,
- λήψη μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας,
- μέτρα σχετικά με τον οικογενειακό προγραμματισμό,
- παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική,
- παροχή υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας και αποκατάστασης,
- παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας,
- παρακολούθηση των χρόνιων πασχόντων που δε χρίζουν νοσοκομειακής νοσηλείας και
- δημιουργία απαραίτητων υποδομών για την εξασφάλιση και διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού.

#### **Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχουν:**

- Τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ και τα περιφερειακά τους ιατρεία.

Για την ίδρυση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας του ΕΣΥ αλλά και των Ο.Κ.Α. λαμβάνονται υπόψη τα πληθυσμιακά και συγκοινωνιακά δεδομένα, η ύπαρξη αντίστοιχων δομών στην περιοχή καθώς και οι ανάγκες του πληθυσμού.

Στα Κέντρα Υγείας, στα περιφερειακά ιατρεία και στα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία λειτουργεί σύστημα προγραμματισμού επισκέψεων με χρήση σύγχρονων μέσων ηλεκτρονικής και τηλεφωνικής επικοινωνίας. Σκοπός αυτού του συστήματος είναι να καταγράφει αναλυτικά δεδομένα σε σχέση με τη ζήτηση των υπηρεσιών και τις προγραμματισμένες και διενεργηθείσες πράξεις.

Στις απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές λειτουργεί σύστημα τηλεϊατρικής υποστήριξης, όπου αυτό είναι αποτελεσματικό ως προς το κόστος, καθώς και πρόσθετες υπηρεσίες για την παροχή φροντίδας στο σπίτι, φυσικής αποκατάστασης και αποθεραπείας.

Τέλος, ο Ν. 3235/2004 διευκρινίζει ότι τόσο τα Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ όσο και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση.

- Οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.) που μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας του αντίστοιχου Ο.Κ.Α.
- Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων

- Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης.
- Άλλοι φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.

Με το Ν. 3235/2004 καθιερώνεται ο θεσμός του **οικογενειακού και προσωπικού γιατρού** για όλους τους πολίτες της χώρας. Καθήκοντα οικογενειακού γιατρού μπορούν να ασκήσουν οι Γενικοί Ιατροί, οι Παθολόγοι και οι Παιδίατροι. Ο πολίτης είναι αυτός που επιλέγει τον οικογενειακό του γιατρό από τους υπάρχοντες στην περιοχή του. Κάθε ΔΥΠΕ καθορίζει τον ανώτατο αριθμό των ατόμων που μπορεί να αναλαμβάνει κάθε οικογενειακός γιατρός. Ο οικογενειακός γιατρός παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας της ειδικότητάς του, αναλαμβάνει την τήρηση και την ενημέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενή και είναι ο αρμόδιος για την παραπομπή του ασθενή σε άλλο γιατρό ειδικότητας ή σε νοσηλευτική μονάδα. Σημαντικό ρόλο στο έργο του οικογενειακού γιατρού διαδραματίζουν οι νοσηλευτές και οι επισκέπτες υγείας. Οι αρμοδιότητές τους δεν περιορίζονται στην παροχή επικουρικών υπηρεσιών στο έργο του γιατρού, αλλά προβλέπεται ένας πιο ενεργός ρόλος στο έργο της βελτίωσης της υγείας του πληθυσμού όπως για παράδειγμα, η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών στο σπίτι του ασθενούς.

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί είναι η **εισαγωγή του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου** και της **ηλεκτρονικής κάρτας υγείας**. Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος του ασθενούς περιέχει όλες τις ιατρικές πληροφορίες για αυτόν και είναι υποχρέωση του οικογενειακού γιατρού η τήρηση και η ενημέρωσή του. Ακόμα καθιερώνεται η ηλεκτρονική κάρτα υγείας, η οποία έχει ανάλογο περιεχόμενο με τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο και σκοπός της είναι να διευκολύνει την πρόσβαση των πολιτών σε διαφορετικές υπηρεσίες υγείας. Δικαίωμα πρόσβασης στο περιεχόμενο τόσο του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου όσο και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας έχει ο ίδιος ο πολίτης, ο οικογενειακός του γιατρός και οι επαγγελματίες υγείας που προσφέρουν υπηρεσίες στον πολίτη.

Σε ότι αφορά την διοικητική εποπτεία και τον έλεγχο αυτών των μονάδων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σύμφωνα με το άρθρο 2, παράγραφο 2 του Ν. 3235/2004 αρμόδιο είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μέσω των αρμοδίων ΔΥΠΕ.

Επιπλέον, για να επιτευχθεί η διασύνδεση των φορέων του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας συγκροτούνται σε κάθε ΔΥΠΕ Ειδικές Τομεακές Επιτροπές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που στόχος τους είναι ο συντονισμός των δράσεων των υπαρχουσών δομών παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η συνεργασία μεταξύ αυτών των φορέων, ώστε να επιτευχθεί η αποτελεσματική τους λειτουργία προς όφελος της υγείας των πολιτών και η γενικότερη ανάπτυξη του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιοχή ευθύνης τους.

Με το Ν. 3235/2004 η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καταλαμβάνει πρωτεύουσα θέση και ρόλο στο υγειονομικό σύστημα, με στόχο την εξασφάλιση πρόσβασης σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας. Σύμφωνα με τον ίδιο Νόμο η ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας επιμερίζεται στο Εθνικό

Σύστημα Υγείας, στους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς, στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και τέλος στον Ιδιωτικό Τομέα. Συγκεκριμένα, η παραγωγή και η διανομή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας σήμερα γίνεται κυρίως μέσω ενός δικτύου δομών, το οποίο αποτελείται από διακόσια (200) περίπου Κέντρα Υγείας στις αστικές και ημιαστικές περιοχές και περίπου τριακόσιες πενήντα (350) μονάδες υγείας του ΙΚΑ στις αστικές περιοχές. Σε αυτό το δίκτυο παροχής πρωτοβάθμιων υπηρεσιών φροντίδας υγείας θα πρέπει να προστεθούν οι ιδιωτικοί φορείς και οι ιδιώτες γιατροί, οι οποίοι συμβάλλουν με τα υπόλοιπα ασφαλιστικά ταμεία για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στους δικαιούχους τους, εφόσον τα ταμεία αυτά δεν διαθέτουν υποδομές για την παροχή τέτοιων υπηρεσιών.

### **Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Μέσω του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ)**

Η παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας πραγματοποιείται μέσω των Κέντρων Υγείας στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές καθώς και των Περιφερειακών τους Ιατρείων και των Εξωτερικών Ιατρείων των Νοσοκομείων.

Τα Κέντρα Υγείας ως δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας λειτουργούν από τα μέσα της δεκαετίας του 1980, μετά την ψήφιση του Ν.1397/1983. Αντικειμενικός τους σκοπός είναι η παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης στον πληθυσμό ευθύνης τους. Λειτουργούν επιπλέον σαν ένα σημείο διασύνδεσης της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Η χρηματοδότηση τους γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Η στελέχωσή των Κέντρων Υγείας πραγματοποιείται από γιατρούς κυρίως των ειδικοτήτων Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας, Παιδιατρικής και Ακτινολογίας, από Οδοντιάτρους, νοσηλευτικό προσωπικό και κοινωνικούς λειτουργούς. Όλοι αυτοί οι επαγγελματίες υγείας είναι υπάλληλοι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όπως καθορίζεται με το Ν. 2889/2001 άρθρο 3, παρ.11. Τα Περιφερειακά Ιατρεία στελεχώνονται κυρίως από αποφοίτους των ιατρικών σχολών, οι οποίοι μετά την ολοκλήρωση των σπουδών τους είναι υποχρεωμένοι να υπηρετήσουν ένα χρόνο σε κάποιο Περιφερειακό Ιατρείο. Σε μερικά Περιφερειακά Ιατρεία, κυρίως όσα βρίσκονται σε ακριτικές ή δυσπρόσιτες περιοχές και σε νησιά, εκτός από τον αγροτικό ιατρό υπάρχει και ιατρός του ΕΣΥ, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό. Με το Ν. 3527/2007 αποφασίστηκε ότι τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία που βρίσκονται και λειτουργούν στη χωρική αρμοδιότητα κάθε Δ.Υ.ΠΕ., μπορούν να μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες της αντίστοιχης Δ.Υ.ΠΕ., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου έχουν σκοπό να καλύψουν τις ανάγκες του πληθυσμού σε Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και Κοινωνική Φροντίδα, στα μεγάλα αστικά κέντρα. Οι δομές αυτές θα εγγυώνται την ελάχιστη και αναγκαία, πάντα όμως ολοκληρωμένη δέσμη ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, στοχεύοντας κυρίως στην προαγωγή της υγείας και στην προληπτική ιατρική. Τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία από την άλλη πλευρά παρέχουν υπηρεσίες εφάμιλλες των Κέντρων Υγείας σε μικρότερη όμως κλίμακα.

Σήμερα λειτουργούν στην Ελλάδα 195 Κέντρα Υγείας σε αγροτικές και ημιαστικές περιοχές και δορυφορικά από αυτά 1409 Περιφερειακά Ιατρεία τα οποία παρέχουν, δωρεάν σε όλους τους κατοίκους της περιοχής ευθύνης τους, υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επιπλέον, υπάρχουν και λειτουργούν 3 Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου, στον Βύρωνα, στην Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού και στα Καλύβια Αττικής, ενώ άλλα 7 βρίσκονται υπό σύσταση. Τέλος, λειτουργούν και 40 Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία στις διάφορες Υγειονομικές Περιφέρειες. Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζεται συγκεντρωτικά η κατανομή των συγκεκριμένων δομών στην επικράτεια.

**Πίνακας 23: Κατανομή των Κέντρων Υγείας, Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου, των Περιφερειακών Ιατρείων και των Πολυδύναμων Περιφερειακών Ιατρείων σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια**

Υγειονομικές Περιφέρειες	Κέντρα Υγείας	Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου	Περιφερειακά Ιατρεία	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία
<b>Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>-</b>
✓ Α' ΔΥΠΕ Αττικής	-	1	-	-
✓ Β' ΔΥΠΕ Αττικής	7	-	10	-
<b>Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>114</b>	<b>32</b>
✓ Γ' ΔΥΠΕ Αττικής	3	2	10	1
✓ ΔΥΠΕ Β. Αιγαίου	9	-	53	7
✓ Α' ΔΥΠΕ Ν. Αιγαίου	8	-	26	15
✓ Β' ΔΥΠΕ Ν. Αιγαίου	4	-	25	9
<b>Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας</b>	<b>7</b>	<b>-</b>	<b>170</b>	<b>1</b>
✓ Β' ΔΥΠΕ Κ. Μακεδονίας	11	-	81	1
✓ ΔΥΠΕ Δυτ. Μακεδονίας	6	-	89	-
<b>Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης</b>	<b>33</b>	<b>-</b>	<b>226</b>	<b>-</b>
✓ Α' ΔΥΠΕ Κ. Μακεδονίας	19	-	112	-
✓ ΔΥΠΕ Ανατ. Μακεδονίας και Θράκης	14	-	114	-
<b>Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας</b>	<b>34</b>	<b>-</b>	<b>296</b>	<b>3</b>
✓ ΔΥΠΕ Θεσσαλίας	17	-	150	2
✓ ΔΥΠΕ Στερεάς Ελλάδας	17	-	146	1
<b>Υγειονομική Περιφέρεια Ηπείρου, Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων και Δυτικής Ελλάδας</b>	<b>73</b>	<b>-</b>	<b>473</b>	<b>2</b>
✓ ΔΥΠΕ Πελοποννήσου	27	-	174	1
✓ ΔΥΠΕ Ηπείρου	17	-	108	-
✓ ΔΥΠΕ Ιονίων Νήσων	8	-	51	1
✓ ΔΥΠΕ Δυτικής Ελλάδας	21	-	140	-
<b>Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης</b>	<b>17</b>	<b>-</b>	<b>120</b>	<b>2</b>
✓ ΔΥΠΕ Κρήτης	17	-	120	2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>195</b>	<b>3</b>	<b>1409</b>	<b>40</b>

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2007



Τέλος υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχονται και στα εξωτερικά ιατρεία των εκατόν τριάντα τριών (133) νοσοκομείων που βρίσκονται σε όλη τη χώρα.

### Παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μέσω των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης

Πρόκειται κυρίως για την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω των πολυϊατρείων του ΙΚΑ, τα οποία βρίσκονται στις αστικές περιοχές. Το ΙΚΑ είναι ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός οργανισμός στη χώρα έχοντας περίπου 5,5 εκατομμύρια ασφαλισμένους, δηλαδή το μισό σχεδόν (50,3%) πληθυσμό της χώρας.

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχονται μέσω ενός δικτύου τριακοσίων (300) περίπου πολυϊατρείων στα οποία απασχολούνται σχεδόν 7.500 ιατροί όλων των ειδικοτήτων, 4.500 νοσηλευτές και άλλοι επαγγελματίες υγείας. Οι περισσότεροι ιατροί που απασχολούνται στο ΙΚΑ είναι μερικής απασχόλησης και διατηρούν παράλληλα ιδιωτικό ιατρείο στο οποίο δέχονται τους ασθενείς τους με πληρωμή. Στις περιοχές όπου οι υποδομές του ΙΚΑ δεν επαρκούν, ο ασφαλιστικός οργανισμός έχει συμβόλαια παροχής υπηρεσιών με ιδιωτικούς φορείς αν και οι περιπτώσεις αυτές είναι περιορισμένες.

Οι υπόλοιποι ασφαλιστικοί οργανισμοί καλύπτουν τις ανάγκες υγείας των ασφαλισμένων τους μέσω ενός δικτύου ιδιωτών γιατρών και ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων. Ο ιδιώτης γιατρός συνάπτουν συμβάσεις με τα ασφαλιστικά ταμεία και παρέχουν υπηρεσίες στους ασφαλισμένους τους. Ο τρόπος αμοιβής των ιατρών είναι κατά πράξη και περίπτωση.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η κατανομή των πολυϊατρείων του ΙΚΑ στις Υγειονομικές Περιφέρειες της χώρας.

**Πίνακας 24: Κατανομή των Δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας του ΙΚΑ σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια**

Υγειονομικές Περιφέρειες	Ν.Μ.Υ.	Τ.Μ.Υ.	Τοπικά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία Ιδ. Ιατρών	Ιατρεία	Υπ/μιατα	Υπ/μιατα Ιδ. Ιατρ./Κ.Υ	Παρ/μιατα	Παρ/μιατα Ιδ. Ιατρών/Κ.Υ
<b>Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής</b>	<b>2</b>	<b>21</b>	<b>18</b>	-	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
✓ Α' ΔΥΠΕ Αττικής	1	10	4	-	2	-	-	-	-
✓ Β' ΔΥΠΕ Αττικής	1	11	14	-	4	1	2	1	1
<b>Υγειονομική Περιφέρεια Πειραιώς και Αιγαίου</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>11</b>
✓ Γ' ΔΥΠΕ Αττικής	2	14	23	1	2	1	-	1	1
✓ ΔΥΠΕ Β. Αιγαίου	2	-	-	-	-	1	1	2	4
✓ Α' και Β' ΔΥΠΕ Ν. Αιγαίου	2	1	-	-	-	1	3	-	6
<b>Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	-	<b>1</b>	-	<b>10</b>
✓ Β' ΔΥΠΕ Κ. Μακεδονίας	2	7	19	-	3	-	-	-	6
✓ ΔΥΠΕ Δυτ. Μακεδονίας	3	-	1	1	-	-	1	-	4
<b>Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>8</b>

Υγειονομικές Περιφέρειες	Ν.Μ.Υ.	Τ.Μ.Υ.	Τοπικά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία Ιδ. Ιατρεία/Κ.Υ.	Ιατρεία	Υπ/μιατα	Υπ/μιατα Ιδ. Ιατρ./Κ.Υ	Παρ/μιατα	Παρ/μιατα Ιδ. Ιατρεία/Κ.Υ
✓ Α΄ ΔΥΠΕ Κ. Μακεδονίας	4	1	9	4	1	3	1	2	6
✓ ΔΥΠΕ Ανατ. Μακεδονίας και Θράκης	5	-	1	2	1	1	2	1	2
<b>Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>17</b>
✓ ΔΥΠΕ Θεσσαλίας	4	-	4	-	-	-	2	2	9
✓ ΔΥΠΕ Στερεάς Ελλάδας	3	2	5	1	1	5	4	1	8
<b>Υγειονομική Περιφέρεια Ηπείρου, Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων και Δυτικής Ελλάδας</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>23</b>
✓ ΔΥΠΕ Πελοποννήσου	4	1	1	-	2	1	4	-	11
✓ ΔΥΠΕ Ηπείρου	3	-	1	1	-	-	1	-	4
✓ ΔΥΠΕ Ιονίων Νήσων	1	-	-	-	-	3	-	1	1
✓ ΔΥΠΕ Δυτικής Ελλάδας	3	4	3	1	6	1	1	-	7
<b>Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>4</b>
✓ ΔΥΠΕ Κρήτης	3	-	3	-	1	-	3	-	4
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>43</b>	<b>52</b>	<b>87</b>	<b>10</b>	<b>23</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>74</b>

Πηγή: ΙΚΑ – ΕΤΑΜ, 2007

Οι Νομαρχιακές και Τοπικές Μονάδες Υγείας είναι αυτοτελείς μονάδες, ενώ τα τοπικά ιατρεία υπάγονται σε νομαρχιακή ή τοπική μονάδα υγείας. Στη στήλη 4 (Τοπικά Ιατρεία ΙΔ. Ιατρεία/ Κ.Υ.) απεικονίζονται οι ιδιώτες γιατροί που δέχονται τους ασφαλισμένους του ΙΚΑ στα ιδιωτικά τους ιατρεία ή συστεγάζονται σε Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ. Τα ιατρεία είναι αποκεντρωμένοι υγειονομικοί σχηματισμοί των μονάδων υγείας ενώ στη στήλη 6 (Υποκαταστήματα) παρουσιάζονται οι υγειονομικές υπηρεσίες που λειτουργούν χωρίς αυτοτέλεια ενταγμένες στα υποκαταστήματα. Η στήλη 7 του πίνακα αφορά στους γιατρούς του ΙΚΑ οι οποίοι εξυπηρετούν τους ασφαλισμένους στα ιδιωτικά τους ιατρεία ή συστεγάζονται σε κέντρα υγείας του ΕΣΥ. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι οι 58 σταθμοί προστασίας μητέρας και παιδιού όπως και τα 11 κέντρα οικογενειακού προγραμματισμού υπάγονται στις μονάδες υγείας και δεν αναφέρονται ξεχωριστά.

### **Παροχή Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από Μονάδες των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης**

Πρόκειται κυρίως για κλινικές ή μονάδες πρόνοιας οι οποίες ανήκουν και χρηματοδοτούνται από τους αντίστοιχους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Η πρόσβαση σε αυτές τις μονάδες είναι δωρεάν για όλους τους πολίτες. Βέβαια, στοιχεία από το Δήμο Αθηναίων δείχνουν ότι οι χρήστες αυτών των υπηρεσιών είναι κυρίως οι ανασφάλιστοι και οι μετανάστες.

## **Παροχή Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας από Ιδιωτικούς Φορείς**

Η παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας σε αυτή την περίπτωση δεν αναφέρεται μόνο στους ιατρούς που διατηρούν ιδιωτικό ιατρείο, αλλά περιλαμβάνει και όλες τις ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης. Ειδικά στη χώρα μας επειδή στα πρώτα βήματα ανάπτυξης του Εθνικού Συστήματος Υγείας δόθηκε μεγάλη έμφαση στην ανάπτυξη του δημόσιου νοσοκομειακού τομέα, αλλά και επειδή υπάρχει σημαντικά μεγάλος αριθμός γιατρών σε σχέση με τον πληθυσμό, η πλειονότητα των γιατρών που δεν έχουν ενταχθεί στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αναγκάζεται να βρει επαγγελματική διέξοδο στην άσκηση ιδιωτικής ιατρικής. Επιπλέον η υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία συγκεντρώθηκε σε μεγάλο βαθμό στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος προσαρμόστηκε με γοργούς ρυθμούς στις νέες τεχνολογικές εξελίξεις, με αποτέλεσμα να αναπτυχθούν πολλά ιδιωτικά κέντρα διαγνωστικής ιατρικής. Για το λόγο αυτό, ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος και συνεχίζει να αναπτύσσεται δεδομένης της συνεχούς αύξησης του αριθμού των ασφαλισμένων που καταφεύγουν σε αυτές τις δομές. Σύμφωνα μάλιστα με στοιχεία του 2000 οι ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, ξεπέρασαν τις 400.

## **Προσωπικός και Οικογενειακός Ιατρός**

Η ειδικότητα της γενικής ιατρικής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Όπως έχει ήδη αναφερθεί ο Ν. 3235/2004 καθιερώνει το θεσμό του προσωπικού και οικογενειακού γιατρού. Πρόκειται για έναν ιδιαίτερα σημαντικό θεσμό καθώς ο οικογενειακός γιατρός είναι δυνατό να δράσει ως ο διαμεσολαβητής ανάμεσα στο χρήστη – ασθενή και τις υγειονομικές υπηρεσίες και να αποτελέσει το ρυθμιστή των δαπανών υγείας, επιπλέον μπορεί να αναδειχθεί σε ηγέτη και ρυθμιστή του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και να οδηγήσει στην επίτευξη του στόχου «Υγεία για όλους».

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός των Οικογενειακών Ιατρών (WONCA) ο οικογενειακός ή γενικός ιατρός είναι ειδικευμένος ιατρός ο οποίος είναι ο κατεξοχήν υπεύθυνος για την παροχή συνεχούς φροντίδας σε κάθε άτομο που χρήζει ιατρικής βοήθειας ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία και ασθένεια. Επιπλέον είναι υπεύθυνος για την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών, τη θεραπεία και την αποκατάσταση. Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται είτε απευθείας, είτε μέσω των υφιστάμενων δομών και υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες των ασθενών και τους διαθέσιμους πόρους. Τέλος, οι οικογενειακοί γιατροί πρέπει να αναλάβουν την ευθύνη της ανάπτυξης και διατήρησης των ικανοτήτων τους, της προσωπικής τους ισορροπίας και των αξιών, ώστε τα χαρακτηριστικά αυτά να αποτελέσουν τη βάση για μια αποτελεσματική και ασφαλή παροχή φροντίδας.

Το έργο τους είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς μπορούν να προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα θεραπευτικών και προληπτικών υπηρεσιών οι οποίες περιλαμβάνουν εκτίμηση παραγόντων κινδύνου, πρόγνωση, πρόληψη και προαγωγή της υγείας, θεραπευτική αγωγή, κοινωνική μέριμνα, συμμετοχή στην αποκατάσταση και στην υποστήριξη των ασθενών σε διάφορα στάδια της ζωής και της

ασθένειας, εναλλακτικές μορφές περίθαλψης αλλά και προγράμματα δημόσιας υγείας, οικογενειακού προγραμματισμού και προστασίας της μητρότητας. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι οι οικογενειακοί γιατροί έπειτα από εκπαίδευση είναι ικανοί να παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και θεραπείας σε ασθενείς που πάσχουν από άνοια και κατάθλιψη, να εκτιμούν τις εμβολιαστικές ανάγκες του πληθυσμού και να διενεργούν τους εμβολιασμούς, να ακολουθούν πρακτικές οδηγίες για την διάγνωση και αντιμετώπιση ασθενειών και να διαχειρίζονται αποτελεσματικά επείγοντα περιστατικά.

Όπως αναφέρεται στην παρ. 3 του άρθρου 7 του Ν. 3235/2004, καθήκοντα οικογενειακού γιατρού μπορούν να ασκήσουν οι γιατροί των ειδικοτήτων γενικής ιατρικής, παιδιατρικής και παθολογίας. Στον πίνακα που ακολουθεί απεικονίζεται ο αριθμός των γιατρών των παραπάνω ειδικοτήτων στην Ελλάδα καθώς και το ποσοστό τους επί του συνόλου των ιατρών στην επικράτεια.

#### Πίνακας 25: Αριθμός των προσωπικών και οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα

Ειδικότητα	Αριθμός Γιατρών	Ποσοστό επί του συνόλου των Γιατρών
Γενική Ιατρική	1516	2,51
Παθολογία	3986	6,60
Παιδιατρική	3011	5,00

Πηγή: Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος, 2006,ΕΣΥΕ, 2004

#### Χρήση Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας και Ικανοποίηση των Ασθενών από τις Υπηρεσίες Υγείας

Η ικανοποίηση των ασθενών από τη λειτουργία των υφιστάμενων υπηρεσιών υγείας είναι ένας σημαντικός δείκτης της αποτελεσματικής ή όχι λειτουργίας του συστήματος.

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, φαίνεται ότι η ικανοποίηση των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας είναι εξαιρετικά χαμηλή (Abel Smith B. et al. 1994, Health Statistics 2002, Σουλιώτης Κ. Δόλγερας Α. Κυριόπουλος Γ. 2003), κατατάσσοντας το ελληνικό σύστημα υγείας σε μια από τις χαμηλότερες θέσεις μεταξύ των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EHCI, 2007).

Σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό πίνακα κατάταξης καταναλωτών υπηρεσιών υγείας (EHCI), το 2007 το ελληνικό σύστημα υγείας κατατάσσεται στην 22<sup>η</sup> θέση μεταξύ 29 χωρών ως προς τη φιλικότητα προς τον καταναλωτή, μαζί με χώρες όπως η Σλοβενία και η Ουγγαρία και πολύ μακριά από τα πρότυπα της Κύπρου. Τα σημεία που αφορούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και αξιολογούνται στην έρευνα αφορούν τη χρήση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, την δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στον οικογενειακό γιατρό και την δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στον ειδικευμένο γιατρό, χωρίς παραπομπή από τον οικογενειακό. Ως προς αυτά τα στοιχεία τα αποτελέσματα για την Ελλάδα είναι ιδιαίτερα απογοητευτικά, καθώς η χρήση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου χαρακτηρίζεται ως φτωχή όπως και η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στον οικογενειακό γιατρό. Από την άλλη πλευρά

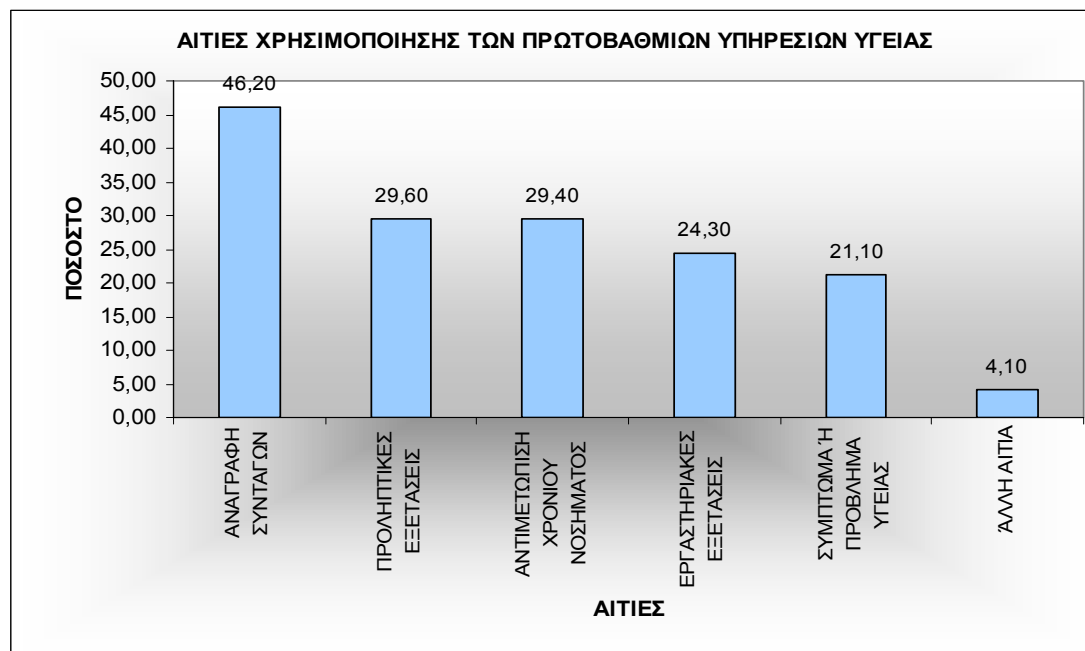
είναι πολύ εύκολο για τον χρήστη του ελληνικού συστήματος υγείας να απευθυνθεί σε ειδικευμένο γιατρό χωρίς να χρειάζεται να τον παραπέμψει σε αυτόν ο οικογενειακός γιατρός. Η δυνατότητα αυτή μπορεί να συμβάλλει στην αύξηση των δαπανών υγείας, καθώς πολλές φορές η χρήση εξειδικευμένης ιατρικής φροντίδας είναι αναίτια και πιο δαπανηρή.

Επιπλέον οι Έλληνες δηλώνουν ότι δεν έχουν εύκολη πρόσβαση σε συγκεκριμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας όπως είναι ο οικογενειακός γιατρός και τα κέντρα υγείας (Health Statistics, 2002). Ακόμα σύμφωνα με την ίδια έρευνα, οι Έλληνες χρήστες υπηρεσιών υγείας είναι οι πιο δυσαρεστημένοι από το σύστημα υγείας ανάμεσα στους πολίτες της Ευρώπης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας σχετικά με τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και την ανταποκρισιμότητα<sup>1</sup> των υπηρεσιών υγείας. Σε ότι αφορά τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οι βασικοί λόγοι χρήσης των υπηρεσιών αυτής της βαθμίδας περίθαλψης παρουσιάζονται στο παρακάτω γράφημα:

---

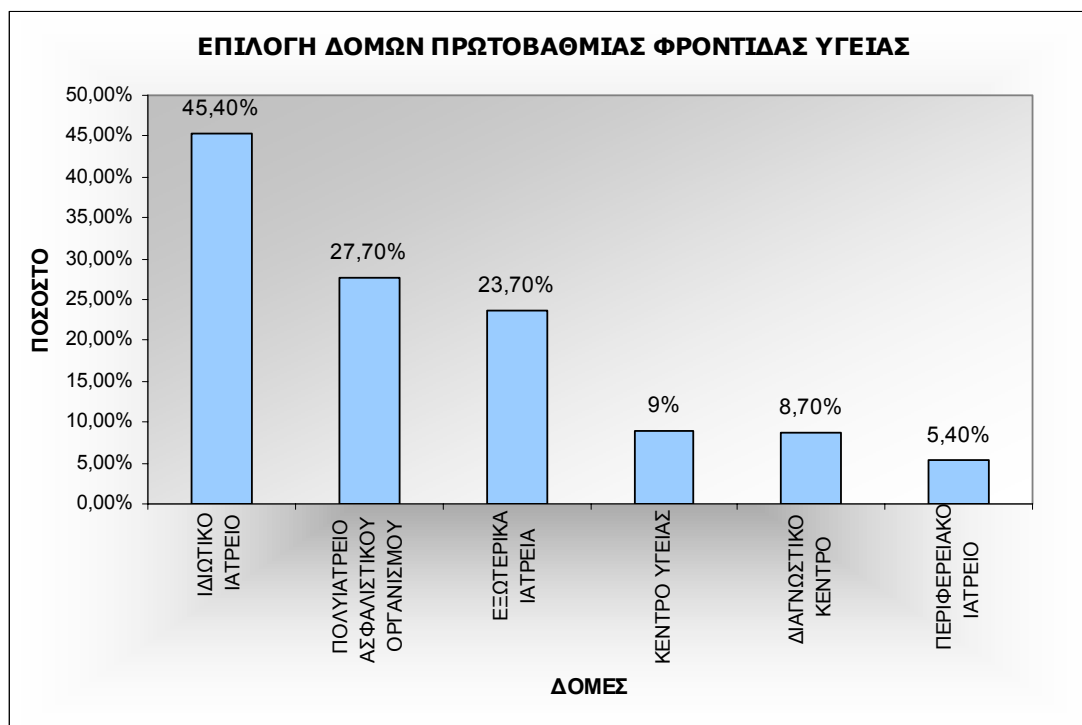
<sup>1</sup> Η έννοια της ανταποκρισιμότητας περιλαμβάνει τα στοιχεία τα οποία σχετίζονται αφενός με το σεβασμό του ατόμου – χρήστη και αφετέρου με τη διευκόλυνση του προσανατολισμού του μέσα στο σύστημα. Ειδικότερα, το στοιχείο του σεβασμού περιλαμβάνει τις έννοιες της αξιοπρέπειας, της εμπιστευτικότητας 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.

**Διάγραμμα 1: Σημαντικότερες αιτίες χρησιμοποίησης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας**

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2006

Από τα στοιχεία του παραπάνω γραφήματος είναι σαφές ότι η πλειοψηφία των πολιτών καταφεύγει στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας για την αναγραφή συνταγών, υπηρεσία που απέχει από τον πρωταρχικό στόχο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που είναι η πρόληψη και προαγωγή της υγείας, η θεραπεία και η αποκατάσταση.

Το διάγραμμα που ακολουθεί απεικονίζει τις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας στις οποίες απευθύνθηκαν οι χρήστες προκειμένου να ικανοποιήσουν τις προαναφερθείσες ανάγκες τους.

**Διάγραμμα 2: Επιλογή Δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας**

Πηγή: ΕΣΔΥ, 2006

Η πλειοψηφία των ασθενών επέλεξαν ιδιώτη γιατρό, γεγονός που συνάδει απόλυτα με την αυξητική τάση των ιδιωτικών δαπανών υγείας. Επίσης, το 92,4% όσων αναζήτησαν οδοντιατρική φροντίδα, απευθύνθηκαν στον ιδιωτικό τομέα. Ακόμα από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι είναι πολύ μικρό το ποσοστό των ασθενών που απευθύνθηκαν στα Κέντρα Υγείας ή στα Περιφερειακά Ιατρεία για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους.

Τέλος, η προσφυγή των ασφαλισμένων του ΙΚΑ σε ιδιωτικούς φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας, περιγράφει τη δυσαρέσκεια των ασθενών από τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Μάλιστα, η έκταση του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, σε περιοχές με έντονη παρουσία του ΙΚΑ στο σύνολο του πληθυσμού αποδεικνύει την παραπάνω πρόταση, όπως επίσης και οι έρευνες που δείχνουν ότι σχεδόν οι μισοί ασφαλισμένοι του ΙΚΑ επισκέφθηκαν τουλάχιστον μια φορά στη διάρκεια του έτους ιδιώτη γιατρό, αριθμός ιδιαίτερα υψηλός συγκριτικά με άλλες χώρες που έχουν εθνικό σύστημα υγείας (Κυριόπουλος Γ. Λιονής Χ. και συν. 2000, Θεοδώρου Μ. 1993).

Ωστόσο οι Έλληνες αξιολογούν την ανταποκρισιμότητα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας θετικά και συνολικά καλύτερη από την αντίστοιχη των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών. Όμως, όταν γίνεται διάκριση ανάμεσα στους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, τότε η ανταποκρισιμότητα είναι σαφώς καλύτερη στις ιδιωτικές μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, σε ότι αφορά παραμέτρους όπως η έγκαιρη προσοχή, αξιοπρέπεια, επικοινωνία με το γιατρό και δυνατότητα επιλογής (ΕΣΔΥ, 2006).

## Χρηματοδότηση και Αποζημίωση των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η επιλογή της μεθόδου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας είναι μια πολύ σημαντική οικονομική απόφαση, η οποία επηρεάζεται από πολιτικούς και ιδεολογικούς παράγοντες. Στην Ελλάδα η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας είναι διαφορετική στα διάφορα τμήματα του υγειονομικού τομέα. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα είναι η κοινωνική ασφάλιση (κυρίως εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών), ο κρατικός προϋπολογισμός (γενική φορολογία) και οι ιδιωτικές πληρωμές (διαθέσιμο ατομικό εισόδημα ή ιδιωτική ασφάλιση). Τα ποσοστά συμμετοχής της κοινωνικής ασφάλισης και του κρατικού προϋπολογισμού στη χρηματοδότηση του τομέα της υγείας διαφοροποιούνται στο πέρασμα των χρόνων.

Το ΕΣΥ χρηματοδοτείται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις πληρωμές της ασφάλισης, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, ενώ ο ιδιωτικός φορέας είτε από εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης, είτε από ίδιες πληρωμές συμπεριλαμβανομένης και της ιδιωτικής ασφάλισης. Η κυριότερη πηγή εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων είναι οι εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, το ποσοστό των οποίων διαφέρει μεταξύ των ταμείων. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και γίνεται με βάση το επάγγελμα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ελευθερία επιλογής και ανταγωνισμός μεταξύ των ταμείων.

Ειδικά στην περίπτωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μια από τις κυρίαρχες δυνάμεις του συστήματος είναι ο προσωπικός και οικογενειακός γιατρός. Για το λόγο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο τρόπος αποζημίωσης των γιατρών στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Οι σημαντικότεροι τρόποι αποζημίωσης των γιατρών είναι η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee for service), η αμοιβή με πάγιο μισθό (salary) και η κατά κεφαλήν αμοιβή (capitation payment). Στην Ελλάδα στις υπηρεσίες ανοικτής περίθαλψης συνυπάρχουν όλες οι παραδοσιακές μορφές οργάνωσης και χρηματοδότησης, με κύρια έμφαση στο σύστημα αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση και στην αμοιβή των γιατρών με πάγιο μισθό. Γενικά στον ιδιωτικό τομέα κυριαρχεί η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση, ενώ στον δημόσιο η αμοιβή με πάγιο μισθό.

Η κυριότερη πηγή εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων είναι οι εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών, το ποσοστό των οποίων διαφέρει μεταξύ των ταμείων. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και γίνεται με βάση το επάγγελμα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει ελευθερία επιλογής και ανταγωνισμός μεταξύ των ταμείων (Κυριόπουλος Γ. Οικονόμου Χ. Σουλιώτης Κ. 2003).

Ειδικά στην περίπτωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μια από τις κυρίαρχες δυνάμεις του συστήματος είναι ο προσωπικός και οικογενειακός γιατρός. Για το λόγο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο τρόπος αποζημίωσης των γιατρών στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Οι σημαντικότεροι τρόποι αποζημίωσης των γιατρών είναι η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση (fee for service), η αμοιβή με πάγιο μισθό (salary) και η κατά κεφαλήν αμοιβή (capitation payment).

Αναλυτικότερα οι τρόποι αυτοί αμοιβής παρουσιάζονται παρακάτω (Σουλιώτης Κ. 2000, Κυριόπουλος Γ. και συν 1999, Γεννηματά Α. και συν. 1992)



1. Η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση είναι ο συνηθέστερος τρόπος αποζημίωσης ο οποίος στηρίζεται στη μεμονωμένη παραγωγή και παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο χρήστης – ασθενής επιλέγει ελεύθερα τον γιατρό με βάση κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια. Στην περίπτωση αυτή οι γιατροί πληρώνονται για κάθε συγκεκριμένη υπηρεσία (πράξη) που παρέχουν. Η αμοιβή μπορεί να είναι είτε άμεση με απευθείας δηλαδή πληρωμή του γιατρού από τον ασθενή, ο οποίος εκ των υστέρων εισπράττει όλο το ποσό ή μέρος αυτού από το ασφαλιστικό ταμείο, είτε έμμεση με καταβολή δηλαδή της αμοιβής για κάθε πράξη από τον ασφαλιστικό φορέα προς το γιατρό, εφόσον έχει προηγηθεί σύμβαση του γιατρού με τον αντίστοιχο ασφαλιστικό φορέα. Αυτή η μέθοδος αποζημίωσης εξασφαλίζει στον ασθενή την δυνατότητα ελεύθερης επιλογής του γιατρού. Από την άλλη πλευρά όμως έχει ενοχοποιηθεί για τη δημιουργία του φαινομένου της προκλητής ζήτησης, καθώς δημιουργεί ισχυρά κίνητρα στον γιατρό για την παροχή περισσότερων ιατρικών υπηρεσιών από αυτές που είναι πραγματικά αναγκαίες.
2. Στην αμοιβή με πάγιο μισθό οι γιατροί πληρώνονται για τις υπηρεσίες που παρέχουν με βάση ένα μηνιαίο πάγιο μισθό. Το ποσό αυτό αντιστοιχεί σε συγκεκριμένες ώρες εργασίας ανεξάρτητα από τον όγκο των υπηρεσιών που παρέχουν. Το πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι δε δημιουργεί κίνητρα για τη δημιουργία προκλητής ζήτησης. Από την άλλη πλευρά όμως το σύστημα αυτό αποζημίωσης των γιατρών δεν παρέχει κίνητρα παραγωγικότητας στο επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται, λόγω της έλλειψης οικονομικών κινήτρων.
3. Η αμοιβή κατά κεφαλή εγγεγραμμένου είναι ένας σχετικά νέος τρόπος χρηματοδότησης, σύμφωνα με τον οποίο ο γιατρός αποζημιώνεται με ένα προκαθορισμένο ποσό το οποίο είναι ανάλογο των ασθενών προς τους οποίους έχει δεσμευθεί ότι θα παρέχει υπηρεσίες. Το θετικό στοιχείο αυτής της μεθόδου είναι ότι ο γιατρός έχει ένα ισχυρό κίνητρο βελτίωσης και αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών προκειμένου να αυξήσει τον αριθμό των εγγεγραμμένων ασθενών η οποία θα οδηγήσει με τη σειρά της σε αύξηση της αμοιβής του γιατρού. Μάλιστα ο τρόπος αυτός αποζημίωσης θεωρείται ως ο πλέον αποτελεσματικός για τη συγκράτηση των δαπανών υγείας και την ορθολογική κατανομή τους (Γείτονα Μ, 1997). Για το λόγο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί ως τρόπος αποζημίωσης σε πολλά υγειονομικά συστήματα όπως στην περίπτωση των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας (HMOs) των ΗΠΑ, στα Δίκτυα Συντονισμένων Φροντίδων στη Γαλλία και στην περίπτωση της αμοιβής του Οικογενειακού γιατρού στη Μ. Βρετανία.

Στην Ελλάδα στις υπηρεσίες ανοικτής περίθαλψης συνυπάρχουν όλες οι παραδοσιακές μορφές οργάνωσης και χρηματοδότησης, με κύρια έμφαση στο σύστημα αμοιβής κατά πράξη και περίπτωση και στην αμοιβή των γιατρών με πάγιο μισθό (Γεωργούση Ε. Κυριόπουλος Γ. 1996). Γενικά στον ιδιωτικό τομέα κυριαρχεί η αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση, ενώ στον δημόσιο η αμοιβή με πάγιο μισθό.

Σύμφωνα με την αναθεώρηση του Ν. 3329/2005 (Ν. 3527/2007) η χρηματοδότηση των Δ.Υ.ΠΕ. πραγματοποιείται από τους παρακάτω πόρους:

1. Επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό
2. Επιχορηγήσεις από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων
3. Ποσοστό 1 % επί των βεβαιωθέντων εσόδων των Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α. της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.
4. Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων, κατόπιν εγκρίσεως του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
5. Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων.
6. Έσοδα από προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων Ελληνικών ή Διεθνών Οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών Οργανισμών ή από άλλες ερευνητικές δραστηριότητες.
7. Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητα της.

### **Αξιολόγηση - Συμπεράσματα**

Τα κύρια σημεία που αντιπροσωπεύουν τα ισχυρά σημεία και τις αδυναμίες του εσωτερικού περιβάλλοντος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και παράλληλα τις ευκαιρίες και τους κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος συνοψίζονται ως εξής:

#### **Ισχυρά σημεία**

- Οι προηγούμενες προσπάθειες για τον εκσυγχρονισμό και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ήταν ιδιαίτερα επιτυχείς, δημιουργώντας ένα σύνολο καλών πρακτικών και εφαρμογής πιλοτικών προγραμμάτων βάσει των αποτελεσμάτων και του βαθμού ικανοποίησης και ανταπόκρισης των χρηστών.
- Σε ορισμένες περιπτώσεις έχουν συγκεντρωθεί στοιχεία σχετικά με την επιδημιολογία του πληθυσμού ευθύνης και των υγειονομικών του αναγκών. Η συγκέντρωση στοιχείων παίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική και αποδοτική άσκηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας και αποτελεί το πρώτο βήμα για το σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας.
- Οι δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας αποσπούν όλο και μεγαλύτερο μερίδιο στις δαπάνες υγείας.

#### **Αδυναμίες**

- Το σύστημα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας χαρακτηρίζεται από μια πληθώρα διαφορετικών δομών και φορέων που έχουν αναλάβει αυτή την αρμοδιότητα. Οι μονάδες αυτές

λειτουργούν με διαφορετικά οργανωτικά και λειτουργικά πρότυπα, προσφέρουν διαφορετικής έκτασης και ποιότητας υπηρεσίες με αποτέλεσμα να παρατηρούνται μεγάλες ανισότητες.

- Υπάρχουν ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή και στον τεχνολογικό εξοπλισμό κυρίως σε ότι αφορά τις μονάδες του δημοσίου τομέα. Η αδυναμία αυτή δικαιολογεί εν μέρει και τη συρροή των καταναλωτών στις ιδιωτικές μονάδες υγείας.
- Εκτός από τις παραπάνω ελλείψεις σημαντική αδυναμία του συστήματος είναι και η έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού σε θέματα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Επιπλέον, σε πολλές περιπτώσεις οι επαγγελματίες που στελεχώνουν τις μονάδες δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.
- Μέσα σε αυτό το κλίμα λειτουργίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι σχεδόν αδύνατο να πραγματοποιηθούν προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας και καταγραφής των επιδημιολογικών και νοσολογικών προτύπων του πληθυσμού.
- Στην αδυναμία υλοποίησης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας θα πρέπει να προστεθούν και η αδυναμία κινητοποίησης και εμπλοκής της κοινότητας καθώς και η ατελής ή σε κάποιες περιπτώσεις ανύπαρκτη λειτουργική σύνδεση και συνεργασία με τις υπόλοιπες δομές όχι μόνο της πρωτοβάθμιας φροντίδας αλλά ολόκληρου του υγειονομικού συστήματος.
- Μεγάλη πληγή για το σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι και η αδυναμία ολοκλήρωσης του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Η ασάφεια για το ρόλο του μέσα στο σύστημα σε συνδυασμό με την μη ενημέρωση του κοινού οδηγεί στην αποτυχία αυτού του θεσμού.
- Πέρα όμως από τις προαναφερθέντες αδυναμίες το πραγματικό πρόβλημα του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι το γεγονός ότι οι περισσότερες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες αγνόησαν τη δομή της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, αλλά κυρίως τα εγκατεστημένα καταναλωτικά πρότυπα των ασθενών και τις επαγγελματικές συμπεριφορές των γιατρών, υιοθετώντας πρακτικές και μεθόδους που δεν ανταποκρίνονται στα δεδομένα της ελληνικής πραγματικότητας.

### **Ευκαιρίες**

- Το σχέδιο Νόμου που προωθεί προς ψήφιση το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προβλέπει την ορθολογική αναδιοργάνωση των Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας μέσω της ενσωμάτωσης των δομών του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, τη δημιουργία νέων Αστικών Κέντρων Υγείας, την εφαρμογή του οικογενειακού γιατρού και τη σύσταση Γενικής Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στο Υπουργείο Υγείας και Διευθύνσεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στις Διοικήσεις Υγειονομικών Υπηρεσιών.
- Οι επαγγελματίες υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα είναι σε θέση να οργανώσουν επιτυχημένα προγράμματα εκπαίδευσης των πολιτών με σκοπό την πρόληψη και τη διενέργεια προγραμμάτων

προσυμπτωματικού ελέγχου. Επίσης, με τη σωστή καθοδήγηση, εκπαίδευση και οργάνωση οι επαγγελματίες στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα μπορούν να διαδραματίσουν καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και στη βελτίωση της υγείας των πολιτών.

- Υπάρχει η δυνατότητα παροχής ολιστικής και συνεχούς φροντίδας στον ασθενή και στην κοινότητα, όπως υποδεικνύουν συγκεκριμένα παραδείγματα (π.χ. Κέντρο Υγείας αστικού τύπου στον Βύρωνα Αττικής).

### **Κίνδυνοι**

- Ο ιδιωτικός τομέας παίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας καθώς επίσης αφορά έναν σημαντικό επαγγελματικό κλάδο, αλλά ικανοποιεί παράλληλα και τις προτιμήσεις των καταναλωτών και το αίσθημα της προσωπικής και ελεύθερης επιλογής. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η ρύθμιση του νομοθετικού πλαισίου βάσει του οποίου επιτρέπεται η λειτουργία των ιδιωτικών μονάδων υγείας και το οποίο θα αφορά την αναβάθμιση των υποδομών και τη θέσπιση ποιοτικών ελέγχων και θα καλύψει την ύπαρξη νομικών κενών στην υπάρχουσα νομοθεσία.
- Σκοπός οποιασδήποτε νέας μεταρρύθμισης θα πρέπει να είναι όχι η αβίαστη υιοθέτηση επιτυχημένων - σε άλλες χώρες - δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά η προσαρμογή αυτών των δομών στα ελληνικά δεδομένα και στην ελληνική υγειονομική κουλτούρα. Είναι λοιπόν απαραίτητο να αναπτυχθεί ένα σύγχρονο και ευέλικτο υπόδειγμα το οποίο θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες υγείας του πληθυσμού και να καλύπτει τα υπάρχοντα κενά στις αστικές περιοχές, να απαντά στα εγκατεστημένα καταναλωτικά πρότυπα και στις ήδη διαμορφωμένες επαγγελματικές συμπεριφορές του ιατρικού δυναμικού, ενώ παράλληλα να μην αγνοεί και τους κανόνες της αγοράς των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας.
- Τέλος, σημαντικός παράγοντας για μια επιτυχημένη μεταρρύθμιση του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποτελεί η εξασφάλιση της διαχρονικής σταθερότητας, από την πλευρά της πολιτείας στις βασικές επιλογές της υγειονομικής πολιτικής, ώστε να δοθεί το απαραίτητο χρονικό διάστημα για την κοινωνική συναίνεση όλων των φορέων και των πολιτών.

### **1.6.3. Ψυχική Υγεία**

Όσον αφορά στην επιδημιολογία των ψυχικών νόσων, από τα διαθέσιμα στοιχεία προκύπτει ότι ο πληθυσμός στη χώρα μας αντιμετωπίζει προβλήματα ψυχικής υγείας ανάλογα και στον ίδιο βαθμό, με εκείνα των αναπτυσσόμενων κοινωνιών.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αναγνωρίζοντας την μετατόπιση της έμφασης από την ψυχιατρική περίθαλψη στην πρόληψη και στη φροντίδα ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα

ανέλαβε την προώθηση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, κεντρικός σκοπός της οποίας είναι «η ανάπτυξη των υπηρεσιών στην κοινότητα, ώστε ο ασθενής να εξυπηρετείται κοντά στο οικογενειακό του περιβάλλον και να υποστηρίζεται από αυτό, διατηρώντας με όλα τα μέσα την κοινωνική του δραστηριότητα».

Η ριζική μεταρρύθμιση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ξεκίνησε με την ψήφιση του Ν. 1397/83 για το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Με την ενεργοποίηση της έκτακτης οικονομικής ενίσχυσης από την τότε ΕΟΚ (Κανονισμός 815/84 και αργότερα 4130/88) άρχισε μια διαδικασία αποϊδρυματισμού και δημιουργήθηκαν κοινοτικές δομές (Κέντρα Ψυχικής Υγείας κ.α.), και εναλλακτικές μορφές υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσα στην κοινότητα (σε αντίθεση με της προϋπάρχουσες ασυλικές δομές) για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε όλους τους πολίτες κοντά στον τόπο διαμονής τους. Ο Ν. 2716/99 για την «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας» ήρθε να καλύψει και θεσμικά τις συντελούμενες αλλαγές και να προσδώσει μια νέα δυναμική στη Μεταρρύθμιση.

Χαρακτηριστικό της αλλαγής που επήλθε με την εφαρμογή της μεταρρύθμισης είναι η αύξηση των Ψυχιατρικών Μονάδων σε Γενικά Νοσοκομεία από 1 (16 κλίνες) σε 30 (365 κλίνες) την περίοδο 1983-2001 και των Κέντρων Ψυχικής Υγείας από 6 σε 28. Επιπροσθέτως δημιουργήθηκαν άλλες 10 Ψυχιατρικές Μονάδες σε Γενικά Νοσοκομεία (χωρίς εγκαταστάσεις εσωτερικών ασθενών), προσφέροντας συμβουλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων.

**Πίνακας 26: Συνοπτική παρουσίαση αλλαγών κατά την περίοδο 1983-2001**

ΠΕΣΥ	Ψυχιατρικά Νοσοκομεία		Ξενώνες/ Διαμερίσματα	
	1983	2001	1983	2001
Αν. Μακεδονίας και Θράκης	0	1	0	7
Α΄ Κεντρικής Μακεδονίας	0	0	0	1
Β΄ Κεντρικής Μακεδονίας	0	2	0	35
Δυτικής Μακεδονίας	0	0	0	0
Ηπείρου	0	0	0	8
Θεσσαλίας	0	0	0	6
Ιονίων Νήσων	0	1	0	3
Δυτικής Ελλάδας	0	0	0	6
Στερεάς Ελλάδας	0	0	0	8
Α-Β-Γ Αττικής	0	3	15	57
Πελοποννήσου	0	1	0	9
Βόρειου Αιγαίου	0	0	0	1
Νότιου Αιγαίου	0	1	0	42
Κρήτης	0	1	0	9

Πηγή: Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

**Πίνακας 27: Ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας κατά τα έτη 1980 και 2000**

<b>Παροχές Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας</b>	<b>1980</b>	<b>2000</b>
Χρόνιοι Ασθενείς στα δημόσια ψυχιατρικά νοσοκομεία (διαθέσιμες κλίνες)	5.677	2.922
Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία (κλίνες)	16	361
Κέντρα Ψυχικής Υγείας	6	28
Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα	8	36
Κέντρα Ημέρας / Εργαστήρια / Συνεταιρισμοί / Ξενώνες / Οικοτροφεία	40	4.317

Πηγή: Σχέδιο Δράσης για τη Μεταρρύθμιση του Τομέα Ψυχικής Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

### **Μονάδες Ψυχικής Υγείας**

Κεντρικός φορέας υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και πιο συγκεκριμένα η Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας της Γενικής Διεύθυνσης Υγείας. Για να εξασφαλιστεί η οργάνωση της ψυχιατρικής φροντίδας, η χώρα έχει διαιρεθεί σε Τομείς Ψυχικής Υγείας, οι οποίοι δημιουργήθηκαν εντός των Υγειονομικών Περιφερειών με κριτήρια γεωγραφικά και πληθυσμιακά<sup>2</sup>. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας (ΜΨΥ) που λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2716/99 στο πλαίσιο των Τομέων Ψυχικής Υγείας.

Οι ΜΨΥ ανήκουν στα νοσοκομεία, σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης, σε Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή σε οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης. Τυποποιούνται σύμφωνα με την ακόλουθη διάθρωση:

- Κέντρα Ψυχικής Υγείας
- Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας: Παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον σε συγκεκριμένο Τομέα Ψυχικής Υγείας ενώ μπορεί να εξυπηρετούν περισσότερους του ενός τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Υγειονομικής Περιφέρειας.
- Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών Γενικών Νομαρχιακών ή Περιφερειακών Νοσοκομείων
- Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων
- Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία

<sup>2</sup> Κάθε νομός αποτελεί έναν Τομέα εκτός μερικών νομών με μικρό πληθυσμό, που εντάσσονται στον ίδιο Τομέα με όμορο, πολυπληθέστερο νομό. Εξάιρεση επίσης γίνεται για τους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, οι οποίοι διαιρούνται σε περισσότερους του ενός Τομείς και σε Τομείς εξειδικευμένους για παιδιά και εφήβους.

- Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας
- Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία
- Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Ιδιωτικές Κλινικές
- Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης: Μπορεί να είναι Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας, Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους.
- Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης: Είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευόμενα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες. Έχουν σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον μετά από αίτησή τους, τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυχιάτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας. Ειδικότερα:
  - Τα Οικοτροφεία και οι Ξενώνες αναπτύσσουν δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και συμμετέχουν από κοινού με άλλα νομικά πρόσωπα της περιοχής τους σε δραστηριότητες πολιτιστικές και εκπαιδευτικές, καθώς και κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.
  - Οι φιλοξενούσες οικογένειες μπορούν να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενή, υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή.
- Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης ή Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης: Πρόκειται για τις υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικο-επαγγελματικής επανένταξης που παρέχονται από ένα ή περισσότερα τμήματα ή μονάδες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των νοσοκομείων του Ν.Δ. 2592/53 και του Ν. 1397/1983.

Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης μπορεί να είναι:

- Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και Κέντρα Κοινωνικής Επανένταξης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους
- Κέντρα Προεπαγγελματικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης για ενήλικους και εφήβους.

Οι Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης είναι:

- Τα Προστατευόμενα Εργαστήρια.
- Τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες οι εφήβους ηλικίας 15 ετών και άνω με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα.

Στα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης παρέχονται υπηρεσίες για την απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα από το κατάλληλο προσωπικό με σκοπό τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη και την τοποθέτησή τους στην ελεύθερη ή προστατευόμενη αγορά εργασίας ή σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης ή άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων.

- Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.): Αποβλέπουν στην κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλουν στη θεραπεία τους και στην κατά το δυνατό οικονομική τους αυτάρκεια. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους και έχουν εμπορική ιδιότητα.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι φορείς ψυχικής υγείας ανά είδος και νομό. Κάθε στήλη του πίνακα αντιστοιχεί σε ένα νομό της χώρας ενώ ομάδες στηλών ανήκουν σε αντίστοιχες υγειονομικές περιφέρειες. Σε κάθε γραμμή του πίνακα αποτυπώνεται και ένας φορέας ψυχικής υγείας.





## Το Εθνικό Πρόγραμμα ΨΥΧΑΡΓΩΣ

Προκειμένου να διασφαλιστεί η συνέχεια της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης, μετά το πέρας της ειδικής χρηματοδοτικής στήριξης από την Ε.Ε. στα τέλη του 1995, το τότε Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας εκπόνησε ένα μακροπρόθεσμο Σχέδιο με την κωδική ονομασία ΨΥΧΑΡΓΩΣ.

Συγκεκριμένα, το 1997 καταρτίστηκε ένα δεκαετές πρόγραμμα που κάλυπτε την περίοδο 1997-2006, το οποίο στοχεύει στη συνέχιση του ρυθμού και της δυναμικής της μεταρρύθμισης με έμφαση στην ανάπτυξη κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και στην κοινωνική ένταξη και επανένταξη, καθώς και την είσοδο στον εργασιακό χώρο των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας σε όλη την επικράτεια.

Η Α΄ φάση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ ολοκληρώθηκε το 2001. Στο τέλος του 2001 το πρόγραμμα αναθεωρήθηκε για την περίοδο 2001-2010 με στόχο την επικαιροποίηση των στοιχείων και δεδομένων ώστε να διαμορφώνεται ακριβέστερα ο χρονικός προγραμματισμός, την επανιεράρχηση των προτεραιοτήτων ανά περιφέρεια και τομέα καθώς και την ενσωμάτωση τυχόν αλλαγών.

Μέρος της Α΄ Φάσης εντάχθηκε στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα (Ε.Π.) «Καταπολέμηση του αποκλεισμού από την αγορά εργασίας» ως «Ειδικό πρόγραμμα ολοκληρωμένης παρέμβασης για την κοινωνικοοικονομική ένταξη ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα». Εφαρμόστηκε σε 31 πόλεις σε όλη τη χώρα και μέσω αυτού πραγματοποιήθηκαν δράσεις που αφορούσαν τη βελτίωση των δομών (εκπαίδευση εκπαιδευτών) και των υποδομών (αναβάθμιση κτιρίων και εξοπλισμός) καθώς και την ανάπτυξη και βελτίωση των δεξιοτήτων των χρηστών. Επίσης, στο πλαίσιο του ίδιου Ε.Π. εγκρίθηκε η δημιουργία και λειτουργία της «Μονάδας Εμπύκωσης και Παρακολούθησης των Φορέων Υλοποίησης Ενεργειών και Δράσεων του ΨΥΧΑΡΓΩΣ, Α΄ φάση» η διάρκεια της οποίας ήταν 24 μήνες. Στόχος ήταν η συμβολή στην οργάνωση της υλοποίησης των δράσεων των Φορέων και η υποστήριξη της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με ψυχικά προβλήματα που επωφελήθηκαν της αποασυλοποίησης.

Τα αποτελέσματα αυτού του μέρους της Α΄ Φάσης του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ υπήρξαν τα εξής<sup>3</sup> :

- Δημιουργία 49 Ξενώνων και 6 Οικοτροφείων αποασυλοποίησης
- Δημιουργία 71 Εργαστηρίων Επαγγελματικής Κατάρτισης ψυχικά ασθενών
- Προκατάρτιση, Κατάρτιση 973 ασθενών, που διέμεναν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία
- Αποϊδρυματισμός, διαμονή σε εξωνοσοκομειακές δομές (Ξενώνες, Οικοτροφεία) 769 ασθενών
- Πρόσληψη και εκπαίδευση 630 ατόμων, στελεχών των νέων δομών
- Κατάρτιση 910 ατόμων ως στελεχών ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης

<sup>3</sup> Η Α΄ φάση του Προγράμματος "Ψυχαργός" (2000-2001), διαθέσιμο στο [<http://www.msu.gr/article.asp?actmen=Layer1&menuID=13>], (πρόσβαση την 16<sup>η</sup> Οκτωβρίου 2008).

Μέχρι το τέλος του 2001, το μεγαλύτερο βάρος του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ δόθηκε στην αποασυλοποίηση ασθενών. Συνολικά δημιουργήθηκαν 66 ξενώνες, 14 οικοτροφεία και 10 διαμερίσματα στα οποία εγκαταστάθηκαν 1.000 περίπου ασθενείς από όλα τα ψυχιατρεία της χώρας, 1 οικοτροφείο για αυτιστικά άτομα, 1 ξενώνας για πρόσφυγες ψυχικά ασθενείς και 35 εργαστήρια κατάρτισης ψυχικά ασθενών, ενώ προσελήφθησαν 1.200 άτομα για τις δομές αυτές (νέοι επαγγελματίες Ψυχικής Υγείας) που καταρτίστηκαν μέσω ειδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης

Σημειώνεται ότι εξαιτίας του σεισμού του 1999 μεγάλο μέρος του προϋπολογισμού που κατευθυνόταν προς τη δημιουργία νέων δομών διατέθηκε για την αποκατάσταση του 80% των κτιριακών υποδομών του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής. Παρ' όλα αυτά, στο ίδιο χρονικό διάστημα δημιουργήθηκε ένα Κέντρο Ημέρας για πρόσφυγες ψυχικά ασθενείς, ένα Κέντρο Ημέρας για ψυχικά ασθενείς μουσουλμανικού θρησκευματος και ένα Κέντρο Ημέρας για ψυχικά ασθενείς ενώ παράλληλα κατασκευάστηκαν έξι νέα Ψυχιατρικά Τμήματα σε νέα κτίρια Γενικών Νοσοκομείων.

Στη Β' Φάση του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ (2002-2006) η προσπάθεια επικεντρώθηκε αφενός στην αποασυλοποίηση των ασθενών που νοσηλεύονταν σε Ψυχιατρικά Νοσοκομεία της χώρας (3.500 ασθενείς), και αφετέρου στη συνέχιση της δημιουργίας και ανάπτυξης των κοινοτικών δομών της πρώτης φάσης. Η Β' Φάση συνέπεσε με την υλοποίηση του Τομεακού Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια» του Γ' Κ.Π.Σ.

Στο πλαίσιο αυτού, και μέχρι το τέλος περίπου του 2007 δημιουργήθηκαν 277 Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Πρόκειται για ανάπτυξη Ξενώνων, Οικοτροφείων, Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Κέντρων Ημέρας για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή και αυτιστικού τύπου και Κινητών Μονάδων από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου:

**Πίνακας 28: Δομές που λειτουργούν στα πλαίσια του Ε.Π. «Υγεία – Πρόνοια» (28/09/2007)**

<b>Κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας</b>	<b>68</b>
Ιατροπαιδαγωγικό Κέντρο	5
Κέντρο Ημέρας	15
Άλλα Κέντρα Ημέρας	12
Κέντρο Ημέρας για άτομα με ψυχογηριατρικά προβλήματα	3
Κέντρο για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ	1
Κέντρο Ημέρας για αυτιστικά άτομα	3
Κέντρο Ημέρας για παιδιά με σοβαρές εξελικτικές διαταραχές	1
Κέντρο Ημέρας για παιδιά και εφήβους	1
Κέντρο Ημέρας για παιδιά με ειδικές ικανότητες	1
Κέντρο Ημέρας για ψυχολογική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο	2
Κέντρο Ψυχικής Υγείας	11
Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας	11
Μονάδα αντιμετώπισης προβλημάτων της νόσου Αλτσχάιμερ και άλλων ανοιτών	2
Ολοκληρωμένο κέντρο για την αντιμετώπιση της νόσου Αλτσχάιμερ	1
Μονάδα κατ' οίκον φροντίδας	2

<b>Κοινοτικές δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας</b>	<b>68</b>
Ξενώνες	3
Ξενώνας αυτιστικών ατόμων	1
Ξενώνας Βραχείας Παραμονής	1
Ξενώνας Φιλοξενίας Εφήβων	1
Ψυχιατρικά Τμήματα	6
Παιδοψυχιατρικό Τμήμα	1
Ψυχιατρικό Τμήμα	3
Ψυχιατρικό Τμήμα (επέκταση)	1
Ψυχιατρικό τμήμα - Μονάδα Οξέων περιστατικών	1
<b>Μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης</b>	<b>209</b>
Ξενώνας Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	14
Οικοτροφείο Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	103
Προστατευμένο Διαμέρισμα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	92

Πηγή: Ψυχαργός-Β' Φάση: Δομές που λειτουργούν, διαθέσιμο στο [<http://www.msu.gr/domes.asp>], (πρόσβαση την 16<sup>η</sup> Οκτωβρίου 2008) & ίδια επεξεργασία.

Επίσης, μέχρι σήμερα έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία αποασυλοποίησης σε τέσσερα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία<sup>4</sup>, ενώ δημιουργήθηκαν 2.010 θέσεις εργασίας στις εναλλακτικές κοινοτικές δομές ψυχικής υγείας. Τέλος, ιδρύθηκαν έξι (6) Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.ΣΠΕ), ανά την επικράτεια, στο πλαίσιο της κοινωνικής οικονομίας.

### **Αξιολόγηση - Συμπεράσματα**

Τα κύρια σημεία που αντιπροσωπεύουν τα ισχυρά σημεία και τις αδυναμίες του εσωτερικού περιβάλλοντος της Ψυχικής Υγείας και παράλληλα τις ευκαιρίες και τους κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος συνοψίζονται ως εξής:

#### **Ισχυρά σημεία**

- Σημαντική πρόοδος της μεταρρύθμισης στην ψυχική υγεία
- Σημαντική αποκτηθείσα εμπειρία των φορέων και επαγγελματιών στον τομέα της ψυχικής υγείας.
- Εφαρμογή νέων θεραπευτικών μεθόδων, πέραν της φαρμακευτικής.
- Διαρκής ανανέωση και εμπλουτισμός του θεσμικού πλαισίου.

<sup>4</sup> Ψ.Ν. Πέτρας Ολύμπου τον Ιανουάριο του 2004, Ψ.Ν. Χρονίων Παθήσεων Χανίων τον Φεβρουάριο του 2006, Ψ.Ν. Κέρκυρας τον Οκτώβριο του 2006 και Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής το 2008 (απομένει η μεταφορά των παιδοψυχιατρικών τμημάτων του στα Γενικά Νοσοκομεία Παίδων Πεντέλης, Ασκληπιείο Βούλας, Σισμανόγλειο και Αγλαΐα Κυριακού).

**Αδυναμίες**

- Ανεπάρκεια υπαρχουσών δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας κοινοτικής φροντίδας για την κάλυψη των αυξανόμενων αναγκών.
- Παπαλαιωμένες υποδομές στα ψυχιατρικά νοσοκομεία που εξακολουθούν να λειτουργούν.
- Έλλειψη εξειδικευμένων στελεχών ψυχικής υγείας.
- Μικρή διείσδυση της κατάρτισης στους επαγγελματίες υγείας – ασύνδετη κατάρτιση και επαγγελματική εξέλιξη.
- Ελλιπείς μηχανισμοί ενίσχυσης της κοινωνικής αποδοχής των ανθρώπων με προβλήματα ψυχικής υγείας – χαμηλό επίπεδο πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης των πολιτών.

**Ευκαιρίες**

- Προαγωγή των υπηρεσιών του τομέα ψυχικής υγείας και ενδυνάμωση των συνθηκών ψυχικής υγείας σε διεθνές επίπεδο (Π.Ο.Υ.).
- Αναγνώριση σε διεθνές επίπεδο της ανάγκης προαγωγής της προστασίας των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας (Π.Ο.Υ.).
- Αναπτυσσόμενη διακρατική και διασυνοριακή συνεργασία (π.χ. Μ. Βρετανία), καλές σχέσεις με χώρες Ν.Α. Ευρώπης, ύπαρξη Διακρατικών συμφωνιών, εφαρμογή του Συμφώνου σταθερότητας για της χώρες της Ν.Α. Ευρώπης – Τομέας Ψυχικής Υγείας.
- Δυνατότητα αξιοποίησης νέων τεχνολογιών και θεραπευτικών μεθόδων.

**Κίνδυνοι**

- Αυξητική τάση εμφάνισης ψυχικών ασθενειών σε διεθνές επίπεδο που οφείλεται στο σύγχρονο τρόπο ζωής, τις συνθήκες διαβίωσης, την ανεργία και τις κοινωνικές και πολιτισμικές διαφορές.
- Αυξητική τάση προβλημάτων ψυχικής υγείας σε ειδικούς πληθυσμούς (παιδιά-νέοι, μετανάστες, πρόσφυγες κ.α.).
- Αυξητική τάση ψυχογηριατρικών αναγκών λόγω δημογραφικής γήρανσης.
- Αυξητική τάση της χρήσης ουσιών και της επιβάρυνσης του ψυχοπαθολογικού παράγοντα στους χρήστες ναρκωτικών και τους αλκοολικούς.
- Ύπαρξη κοινωνικών στερεότυπων και ιατρικών πρακτικών που στηρίζονται στο μοντέλο της κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης.
- Χαμηλός βαθμός κινητοποίησης των τοπικών κοινωνιών σε εθελοντικές δράσεις.

#### **1.6.4. Κοινωνική Αλληλεγγύη**

Η Κοινωνική αλληλεγγύη και οι προνοιακές πολιτικές στην Ελλάδα προωθούνται από φορείς του δημόσιου, ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα. Οι φορείς του δημόσιου τομέα σχεδιάζουν και υλοποιούν προγράμματα εισοδηματικής ενίσχυσης και κοινωνικής φροντίδας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, στο πλαίσιο της προστασίας δικαιωμάτων που προβλέπονται στο Σύνταγμα και εξειδικεύονται από τη νομοθεσία. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις λειτουργούν με αντικείμενο την παροχή υπηρεσιών φροντίδας προς άτομα που ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της αγοράς (καταβολή ανταλλάγματος για τη λήψη των υπηρεσιών) και δεν επιθυμούν (ή αδυνατούν) για διάφορους λόγους να ενταχθούν στο δημόσιο σύστημα, ενώ οι εθελοντικοί φορείς δραστηριοποιούνται για την προώθηση συλλογικών αιτημάτων των μελών τους ή για την κάλυψη των κενών προστασίας που συνεπάγεται συχνά είτε η επιλεκτική στόχευση των δημόσιων πολιτικών είτε η απουσία εξειδικευμένων προγραμμάτων κάλυψης.

##### **A. Οι προνοιακοί φορείς του δημόσιου τομέα**

Οι προνοιακοί φορείς του δημόσιου τομέα οργανώνονται και λειτουργούν σε τέσσερα επίπεδα: κεντρική διοίκηση, περιφερειακή διοίκηση, νομαρχιακή αυτοδιοίκηση και τοπική αυτοδιοίκηση. Υπηρεσίες φροντίδας παρέχονται από νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου που ιδρύονται και εποπτεύονται από φορείς της κεντρικής διοίκησης, της νομαρχιακής αυτοδιοίκησης και της τοπικής αυτοδιοίκησης.

##### **A.1. Οι φορείς της κεντρικής διοίκησης**

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος φορέας της κεντρικής διοίκησης για την οργάνωση και λειτουργία του δημόσιου συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. Παράλληλα, όμως, εντοπίζονται και σημαντικές παρεμβάσεις άλλων Υπουργείων στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας: πρόκειται για το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων (ασκεί συγκεκριμένες αρμοδιότητες στο πεδίο των κοινωνικών υπηρεσιών που επικεντρώνονται στην ανάπτυξη του θεσμού της Ειδικής Αγωγής για τα άτομα με αναπηρίες), το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας (οι δράσεις του αφορούν την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών κοινωνικής ένταξης σε συγκεκριμένες ομάδες ανεξάρτητα από το εργασιακό τους καθεστώς, την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σε άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένους και την ενίσχυση ατόμων που παραμένουν εκτός αγοράς εργασίας) και το Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Δημόσιας Διοίκησης (δράσεις κοινωνικής ένταξης μεταναστών).

##### **▪ Οι αρμοδιότητες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο αρμόδιος φορέας της κεντρικής διοίκησης στην Ελλάδα για την χάραξη και προώθηση της κυβερνητικής πολιτικής στους τομείς της υγείας και πρόνοιας και διαθέτει την πρωτογενή αρμοδιότητα ίδρυσης και εποπτείας προνοιακών φορέων, που

λειτουργούν με την μορφή ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ. Η νομική φύση των φορέων καθορίζεται από το νομοθετικό πλαίσιο ίδρυσής τους, ενώ η λειτουργία τους εξειδικεύεται με την κατάρτιση Οργανισμών και Κανονισμών (εγκρίνονται με την έκδοση Προεδρικού Διατάγματος).

Οι εποπτευόμενοι φορείς του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θεωρούνται κρατικοί φορείς του δημόσιου τομέα<sup>5</sup>, που διακρίνονται σε διαφορετικές κατηγορίες ανάλογα με τη νομική τους φύση, την χωροθέτησή τους, το περιεχόμενο των παρεχομένων υπηρεσιών και τις ομάδες στόχου που εξυπηρετούν. Από επιχειρησιακή άποψη, η βασική διάκριση των φορέων οδηγεί σε τρεις κατηγορίες:

α) **φορείς σχεδιασμού και παρακολούθησης τομεακών προνοιακών πολιτικών:** ασκούν αρμοδιότητες σχεδιασμού, παρακολούθησης και υποστήριξης τομεακών προνοιακών πολιτικών, παρέχοντας, εκτός των άλλων, γνωμοδοτικές υπηρεσίες προς την κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εδώ υπάγονται:

**Το Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης** αποτελεί εξέλιξη του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας και λειτουργεί με τη μορφή ΝΠΔΔ για την προώθηση της έρευνας στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας, εξασφαλίζοντας την παροχή γνωμοδοτικών / υποστηρικτικών υπηρεσιών προς την κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

**Το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης** παρέχει υπηρεσίες που περιλαμβάνουν επείγουσες κοινωνικές παρεμβάσεις, ενημέρωση για προνοιακά θέματα, συμβουλευτική στήριξη σε ατομικό, ομαδικό και κοινοτικό επίπεδο και ψυχολογική βοήθεια βραχείας διάρκειας. Οι πλέον καινοτόμες δράσεις του αφορούν την τηλεφωνική γραμμή κοινωνικής βοήθειας, τη μονάδα επιτόπιας παρέμβασης, τους ξενώνες σύντομης φιλοξενίας και τις συμβουλευτικές υπηρεσίες προς παιδιά και εφήβους σε κατάσταση ανάγκης.

**Το Εθνικό Παρατηρητήριο Ατόμων με Αναπηρία** λειτουργεί με παραρτήματα σε ολόκληρη τη χώρα, προκειμένου να τυγχάνουν των ευεργετικών υπηρεσιών του όλα τα άτομα με αναπηρίες (ΑμΕΑ). Πρόκειται για ένα διεπιστημονικό συντονιστικό όργανο, που θα σχεδιάζει και θα παρακολουθεί τις διαδικασίες για την εξίσωση των ευκαιριών για τα ΑμΕΑ, αποτελώντας σημείο αναφοράς μεταξύ των φορέων του αναπηρικού κινήματος και του δημόσιου, ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα.

**Το Ινστιτούτο Κοινωνικής Δημογραφίας και Έρευνας (Ι.Κ.Δ.Ε.)** με αντικείμενο την προώθηση ερευνητικού / συμβουλευτικού έργου στα πεδία της δημογραφίας και της κοινωνικής πολιτικής.

**Οι Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.Π.Ε.)** ασκούν αρμοδιότητες προγραμματισμού, συντονισμού, εποπτείας και ελέγχου όλων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας (Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας και άλλα ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ) στα πλαίσια των περιφερειών που

<sup>5</sup> Βλ. άρθρο 1 παρ.6 Ν. 1256/1982.

λειτουργούν και της πολιτικής που χαράσσεται σε κεντρικό επίπεδο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Π.Ε.) αποτελούν χωρικά ΝΠΔΔ ειδικού σκοπού που ιδρύθηκαν με το άρθρο 1 παρ.1 του Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις<sup>6</sup>», αντικαθιστώντας τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας των Ν. 2889/2001 και 3106/2003. Ασκούν αρμοδιότητες προγραμματισμού, συντονισμού, εποπτείας και ελέγχου όλων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας (Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας και άλλα ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ) στα χωρικά τους πλαίσια, παρακολουθώντας την εφαρμογή της πολιτικής που χαράσσεται σε κεντρικό επίπεδο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι φορείς αυτοί διοικούνται από το Διοικητικό Συμβούλιο και τον Διοικητή, διαθέτουν αυτοτελή προϋπολογισμό και λειτουργούν με βάση Επιχειρησιακά Σχέδια Δράσης και Οργανισμούς.

β) **Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας:** ασκούν αρμοδιότητες παροχής υπηρεσιών ανοικτής ή κλειστής φροντίδας προς ομάδες στόχου των προνοιακών πολιτικών. Το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο επιτρέπει την ίδρυση νέων Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας με την έκδοση Προεδρικού Διατάγματος που εξειδικεύει ζητήματα οργάνωσης και λειτουργίας, διάρθρωσης υπηρεσιών και στελέχωσης.

γ) **άλλα ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ κοινωνικής φροντίδας:** στην κατηγορία αυτή εντάσσονται οι φορείς εκείνοι που λειτουργούν με τη μορφή ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ και δραστηριοποιούνται στον τομέα Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπως π.χ. το Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών και το Εθνικό Ίδρυμα Κωφών.

▪ **Οι αρμοδιότητες του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων**

Το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων ασκεί συγκεκριμένες αρμοδιότητες στο πεδίο των κοινωνικών υπηρεσιών με στόχο την ανάπτυξη του θεσμού της Ειδικής Αγωγής για τα άτομα με αναπηρία. Πρόκειται για ένα σύνθετο θεσμό κοινωνικής ένταξης ο οποίος υλοποιείται από φορείς που υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων αλλά και φορείς που υπάγονται στην εποπτεία άλλων Υπουργείων.

▪ **Οι αρμοδιότητες του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας**

Το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας αποτελεί τον φορέα της κεντρικής διοίκησης που ασκεί αρμοδιότητες σε δύο βασικούς άξονες του Ελληνικού συστήματος κοινωνικής προστασίας: τον άξονα της κοινωνικής ασφάλισης και τον άξονα της προώθησης της απασχόλησης. **Οι παρεμβάσεις του Υπουργείου στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας είναι συμπληρωματικές σε σχέση με τις «πρωτογενείς αρμοδιότητες» του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης** και εντοπίζονται σε δύο θεματικά επίπεδα: παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών εργασιακής ένταξης σε συγκεκριμένες ομάδες ανεξάρτητα από το εργασιακό τους καθεστώς και

<sup>6</sup> Όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 3 παρ.1. Ν. 3527/2007 (ΦΕΚ 25<sup>Α'</sup>) «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις».



παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας σε άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένους. Η παροχή υπηρεσιών εργασιακής ένταξης σχεδιάζεται από τη Διεύθυνση Απασχόλησης και προωθείται από τον Οργανισμό Απασχόλησης Εργαστικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ). Το πεδίο των σχετικών υπηρεσιών περιλαμβάνει δράσεις κατάρτισης, προώθησης και επιδότησης της απασχόλησης ατόμων με αναπηρίες, παλιννοστούντων, αποφυλακισμένων, μακροχρόνια ανέργων, απεξαρτημένων και νεαρών παραβατικών ατόμων.

#### ▪ **Οι αρμοδιότητες του Υπουργείου Εσωτερικών**

Το Υπουργείο Εσωτερικών αποτελεί τον φορέα της κεντρικής διοίκησης που ασκεί παράλληλες αρμοδιότητες σε δύο βασικούς άξονες του Ελληνικού συστήματος κοινωνικής προστασίας: τον άξονα της ρύθμισης του καθεστώτος ένταξης των μεταναστών και τον άξονα της ένταξης των προσφύγων.

Το νομικό καθεστώς κοινωνικής ένταξης των μεταναστών και προσφύγων στην Ελλάδα ρυθμίζεται από ένα σύνθετο θεσμικό πλαίσιο, το οποίο διαμορφώνεται με βάση τις συνταγματικές εντολές για την προστασία των αλλοδαπών<sup>7</sup> και τη νομοθετική τους εξειδίκευση (αναγνωρισμένοι Πρόσφυγες, αιτούντες άσυλο, προσωρινά διαμένοντες). Παράλληλα, η εφαρμογή μηχανισμών των Διεθνών Οργανισμών συνθέτει ένα παράλληλο επίπεδο υπερνομοθετικής ισχύος που διέπει πλέον τις σχέσεις μεταξύ διοίκησης και αιτούντων άσυλο / προσφύγων σε διαφορετικά πεδία της οικονομικής και κοινωνικής ζωής.

Το Υπουργείο Εσωτερικών επεξεργάζεται την περίοδο αυτή με το συναρμόδιο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τους βασικούς άξονες του Ολοκληρωμένου Προγράμματος Δράσης, που θα ρυθμίσει για πρώτη φορά ένα πλέγμα σύνθετων πολιτικών ένταξης των αλλοδαπών και προσφύγων στο Ελληνικό σύστημα κοινωνικής προστασίας.

## **A.2. Η περιφερειακή διοίκηση**

Οι Περιφέρειες αποτελούν ενιαίες αποκεντρωμένες μονάδες διοίκησης του Κράτους που συμβάλλουν στον εθνικό σχεδιασμό μέσω του προγραμματισμού και της εφαρμογής πολιτικών οικονομικής, κοινωνικής και πολιτιστικής ανάπτυξης. Οι αρμοδιότητές τους στο πεδίο της πρόνοιας ασκούνται από τη Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας, η οποία είναι υπεύθυνη για την προστασία της δημόσιας υγείας και την οργάνωση της πρόληψης, της αγωγής και προαγωγής της υγείας στην Περιφέρεια, συντονίζει το έργο των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας της Περιφέρειας και εισηγείται μέτρα για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας στους κατοίκους της Περιφέρειας.

<sup>7</sup> Οι σχετικές διατάξεις εντοπίζονται στο άρθρο 4 παρ. 1 και στο άρθρο 5 παρ. 2 και 4 του Συντάγματος.

### A.3. Η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση

Οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις ασκούν αρμοδιότητες στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας ως αποτέλεσμα της αυτοδίκαιης μεταβίβασης αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που κατοχυρώθηκε νομοθετικά το 1994.

Οι Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας αποτελούν τους φορείς άσκησης προνοιακής πολιτικής σε επίπεδο Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης. Με βάση το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο, οι αρμοδιότητές τους καλύπτουν:

- την προστασία και αγωγή της οικογένειας και του παιδιού
- την προστασία των ηλικιωμένων
- την προστασία των ατόμων με αναπηρία
- την προστασία των οικονομικά αδυνάτων
- την προώθηση προγραμμάτων κοινωνικής κατοικίας
- την χορήγηση άδειας λειτουργίας και εποπτεία ιδρυμάτων, επιχειρήσεων και σωματείων κοινωφελούς χαρακτήρα
- την χορήγηση αδειών άσκησης επαγγελματιών του προνοιακού τομέα.

Εκτός από τις Διευθύνσεις Πρόνοιας, κοινωνικές υπηρεσίες σε επίπεδο Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης παρέχονται και από Ιδρύματα και ΝΠΔΔ που ιδρύονται από τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις και τα Νομαρχιακά Διαμερίσματα.

### A.4. Η Τοπική Αυτοδιοίκηση

Σε τοπικό επίπεδο, αρμοδιότητες στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας ασκούνται από τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οι οποίες ενισχύθηκαν σημαντικά με την **υιοθέτηση του νέου Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων**, που εγκρίθηκε με το Ν. 3463/2006 (ΦΕΚ Α' 114/8.6.2006) και περιλαμβάνουν:

- εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις που αποσκοπούν στην υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα της βρεφικής και παιδικής ηλικίας και της τρίτης ηλικίας, με την ίδρυση και λειτουργία νομικών προσώπων και ιδρυμάτων όπως παιδικών και βρεφονηπιακών σταθμών, βρεφοκομείων, ορφανοτροφείων, κέντρων ανοικτής περίθαλψης και ημερήσιας φροντίδας, ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων, γηροκομείων κ.λ.π. και τη μελέτη και εφαρμογή σχετικών κοινωνικών προγραμμάτων.
- Η εφαρμογή πολιτικών ή η συμμετοχή σε δράσεις και προγράμματα, που στοχεύουν στη μέριμνα, υποστήριξη και φροντίδα ευπαθών κοινωνικών ομάδων με την παροχή υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή ψυχικής υγείας, όπως δημιουργία δημοτικών και κοινοτικών ιατρείων, κέντρων αγωγής

υγείας, υποστήριξης και αποκατάστασης ατόμων με αναπηρία, κέντρων ψυχικής υγείας, συμβουλευτικής στήριξης των θυμάτων ενδοοικογενειακής βίας και βίας κατά συνοικούντων προσώπων και κέντρων πρόληψης κατά εξαρτησιογόνων ουσιών.

- Η μέριμνα για τη στήριξη αστέγων και οικονομικά αδυνάτων δημοτών, με την παραχώρηση δημοτικών και κοινοτικών οικοπέδων σε αυτούς ή με την παροχή χρηματικών βοηθημάτων, ειδών διαβίωσης και περίθαλψης σε κατοίκους που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα διαβίωσης κατά τις προβλέψεις αυτού του Κώδικα.
- Η σχεδίαση, η οργάνωση, ο συντονισμός και η εφαρμογή προγραμμάτων και πρωτοβουλιών για την πρόληψη της παραβατικότητας στην περιφέρεια τους καθώς και δράσεις για την ένταξη αθίγγανων, παλιννοστώντων ομογενών, μεταναστών και προσφύγων στην κοινωνική, οικονομική και πολιτιστική ζωή της τοπικής κοινωνίας.
- Η προώθηση και ανάπτυξη του εθελοντισμού και της κοινωνικής αλληλεγγύης με τη δημιουργία τοπικών δικτύων κοινωνικής αλληλεγγύης, εθελοντικών οργανώσεων και ομάδων εθελοντών που θα δραστηριοποιούνται για την επίτευξη των στόχων και την υποβοήθηση του έργου της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης του Δήμου και της Κοινότητας».

Με βάση τις νέες ρυθμίσεις, οι ΟΤΑ διαθέτουν την αρμοδιότητα ανάπτυξης δράσεων τόσο στα πεδία της ανοικτής και κλειστής φροντίδας (παρά την ρήτρα του άρθρου 3 παρ. 2 του Ν. 2646/98, που ρητώς επικεντρώνει τον ρόλο των ΟΤΑ στην παροχή υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας), όσο και στο πεδίο της επιδοματικής στήριξης ευπαθών ομάδων του πληθυσμού<sup>8</sup>. Υιοθετείται, έτσι, ένα διευρυμένο πλαίσιο παρέμβασης των ΟΤΑ στην άσκηση προνοιακών πολιτικών, που αποτελεί εδώ και δεκαετίας θεσμικό και επιχειρησιακό κεκτημένο στα περισσότερα εθνικά συστήματα κοινωνικής πρόνοιας των χωρών της Ευρωπαϊκής περιφέρειας. Όμως, οι σχετικές αρμοδιότητες των ΟΤΑ περιορίζονται αυστηρά στο επίπεδο των τοπικών υποθέσεων (πρόκειται για υποθέσεις που αφορούν τα χωρικά πλαίσια του οικείου ΟΤΑ και δεν επηρεάζουν την υπόλοιπη χώρα ή γενικότερα εθνικά συμφέροντα), με αποτέλεσμα να μην επεκτείνονται σε προνοιακές υποθέσεις κρατικού χαρακτήρα, που παραμένουν στην αποκλειστική αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (π.χ. ο σχεδιασμός προγραμμάτων επιδοματικής ενίσχυσης σε εθνικό επίπεδο ή η ρύθμιση των όρων λειτουργίας ιδιωτικών επιχειρήσεων φροντίδας).

Οι προνοιακές αρμοδιότητες «χωρικού χαρακτήρα» των ΟΤΑ ασκούνται μέσω των ακόλουθων υπηρεσιών / φορέων:

<sup>8</sup> Το άρθρο 202 παρ.3 Ν. 3463/2006 προβλέπει ρητώς ότι «Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, καθώς και για την αντιμετώπιση έκτακτης και σοβαρής ανάγκης επιτρέπεται να χορηγούνται στους οικονομικά αδύνατους κατοίκους και πολυτέκνους είδη διαβίωσης ή περιθάλψεως, κυρίως ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής, με απόφαση του δημοτικού και κοινοτικού συμβουλίου. Με τους ίδιους όρους επιτρέπεται να χορηγούνται χρηματικά βοηθήματα».

α) **Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας / Υπηρεσιών των ΟΤΑ** (αποτελούν εσωτερικές υπηρεσίες που λειτουργούν σε επίπεδο μονάδας χωρίς αυτοτελή νομική υπόσταση) που συντονίζουν τις κοινωνικές δράσεις των ΟΤΑ

β) **Δημοτικά ή Κοινοτικά Ιδρύματα** (πρόκειται για ΝΠΔΔ που συνιστώνται με την έκδοση Προεδρικού Διατάγματος<sup>9</sup> ύστερα από απόφαση του οικείου Συμβουλίου) που παρέχουν υπηρεσίες ανοικτής και κλειστής φροντίδας<sup>10</sup>

γ) **Δημοτικά ή Κοινοτικά Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου** (συνιστώνται με απόφαση του οικείου Συμβουλίου, που λαμβάνεται με την απόλυτη πλειοψηφία του συνόλου των μελών του) με αντικείμενο την οργάνωση και λειτουργία δημοτικής ή κοινοτικής υπηρεσίας<sup>11</sup>

δ) **Δημοτικές ή Κοινοτικές Κοινοφελείς Επιχειρήσεις** (συνιστώνται με απόφαση του οικείου Συμβουλίου, που λαμβάνεται με την απόλυτη πλειοψηφία του συνόλου των μελών του, και πράξη του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας) με αντικείμενο την οργάνωση λειτουργιών ή δραστηριοτήτων και την παροχή υπηρεσιών συναφών ή συνδεδεμένων με τις αρμοδιότητες των ΟΤΑ<sup>12</sup>.

### Η χωροταξική κατανομή των φορέων του δημόσιου τομέα

Οι φορείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών του δημόσιου τομέα που ιδρύονται και εποπτεύονται από τα αρμόδια επιτελικά όργανα της κεντρικής και της αποκεντρωμένης διοίκησης είναι κατανομημένοι σε όλες τις Διοικητικές Περιφέρειες της χώρας, παρουσιάζοντας τα μεγαλύτερα ποσοστά συγκέντρωσης στις Περιφέρειες με τα περισσότερα αστικά κέντρα. Από ουσιαστική άποψη, οι φορείς δραστηριοποιούνται στην παροχή υπηρεσιών ανοικτής και κλειστής φροντίδας, σύμφωνα με τους ειδικότερους όρους ίδρυσης και λειτουργίας τους.

Ειδικότερα, οι υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας παρέχονται από:

- τα Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» των ΟΤΑ
- τα Γραφεία Συνοδευτικών Υπηρεσιών των ΟΤΑ που χρηματοδοτούνται από το Μέτρο 3.1. του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Υγεία – Πρόνοια»
- τους Βρεφονηπιακούς Σταθμούς των ΟΤΑ
- τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων των ΟΤΑ
- τα Κέντρα Εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και Κατάρτισης Ατόμων με Αναπηρίες (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)

<sup>9</sup>Το Προεδρικό Διάταγμα εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (άρθρο 226 παρ.3 Ν. 3463/2006).

<sup>10</sup> Το άρθρο 226 παρ.1 Ν. 3463/2006 αναφέρεται χαρακτηριστικά σε «βρεφοκομεία, ορφανοτροφεία και γηροκομεία».

<sup>11</sup> Το άρθρο 239 παρ.1 Ν. 3463/2006 τονίζει ενδεικτικά την «σύσταση κέντρων κοινωνικής προστασίας».

<sup>12</sup> Το άρθρο 254 παρ.1 Ν. 3463/2006 περιλαμβάνει ρητώς ανάμεσα στις σχετικές αρμοδιότητες τον τομέα της κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης.

- τις Κατασκηνώσεις
- τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων
- τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών
- τα Ιατροκοινωνικά Κέντρα.

Από την άλλη πλευρά, οι υπηρεσίες κλειστής φροντίδας παρέχονται από:

- τα Θεραπευτήρια Χρονίων Παθήσεων
- τα Κέντρα Αποθεραπείας - Αποκατάστασης
- τα Κέντρα Περιθαλψής Παιδιών
- τα Κέντρα Παιδικής Μέριμνας - Παιδοπόλεις
- τα Ιδρύματα Κοινωνικής Πρόνοιας
- τα Γηροκομεία.

Οι Πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζουν τη χωροταξική κατανομή των πλέον αντιπροσωπευτικών μονάδων και προγραμμάτων ανοικτής και κλειστής φροντίδας στις Διοικητικές Περιφέρειες της χώρας.

**Πίνακας 29: Κατανομή μονάδων και προγραμμάτων κοινωνικής αλληλεγγύης ανά περιφέρεια**

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ		
Α/Α	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ
1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	52
2	ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΜΕΤΡΟ 3.1 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	7
3	ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΜΕΤΡΟ 3.2 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	2
4	ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΜΕΑ (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)	4
5	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (ΘΧΠ)	3
6	ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ - ΠΑΙΔΟΠΟΛΕΙΣ	2
7	ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)	
8	ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)	47
9	ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΚΕΠΕΠ)	
10	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΑΦΚΑ)	
11	ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (ΙΑΚ)	5
12	ΚΕΝΤΡΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΚΔΑΠ)	
13	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΑΑΜΕΑ)	1
14	ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	140
15	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ	29
16	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ	4

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ</b>		
<b>Α/Α</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ</b>
1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	45
2	ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΜΕΤΡΟ 3.1 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	38
3	ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΜΕΤΡΟ 3.2 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	7
4	ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΜΕΑ (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)	3
5	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (ΘΧΠ)	2
6	ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ - ΠΑΙΔΟΠΟΛΕΙΣ	1
7	ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)	9
8	ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)	216
9	ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΚΕΠΕΠ)	2
10	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΑΦΚΑ)	2
11	ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (ΙΑΚ)	5
12	ΚΕΝΤΡΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΔΑΠ ΚΑΙ ΚΔΑΠ-ΜΕΑ)	
13	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΑΑΜΕΑ)	1
14	ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	290
15	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ	12
16	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ	5

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ</b>		
<b>Α/Α</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ</b>
1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	44
2	ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	6
3	ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΜΕΤΡΟ 3.2 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	
4	ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΜΕΑ (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)	1
5	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (ΘΧΠ)	
6	ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ - ΠΑΙΔΟΠΟΛΕΙΣ	2
7	ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)	3
8	ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)	27
9	ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΚΕΠΕΠ)	
10	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	1
11	ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (ΙΑΚ)	3
12	ΚΕΝΤΡΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΔΑΠ ΚΑΙ ΚΔΑΠ-ΜΕΑ)	
13	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΑΑΜΕΑ)	4 <sup>13</sup>
14	ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	125
15	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ	6
16	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ	1

<sup>13</sup> Στο Νομό Καστοριάς λειτουργεί ως Κέντρο Αποθεραπείας, Αποκατάστασης και Κοινωνικής Στήριξης ΑΜΕΑ στο Άργος Ορεστικού.

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΗΠΕΙΡΟΥ</b>		
<b>Α/Α</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ</b>
1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	10
2	ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	3
3	ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ	
4	ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΜΕΑ (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)	2
5	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (ΘΧΠ)	1
6	ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ – ΠΑΙΔΟΠΟΛΕΙΣ	5
7	ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)	4
8	ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)	15
9	ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΚΕΠΕΠ)	
10	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΑΦΚΑ)	
11	ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (ΙΑΚ)	4
12	ΚΕΝΤΡΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ	
13	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΑΑΜΕΑ)	3 <sup>14</sup>
14	ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	2
15	ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	95
16	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ	5
17	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ	

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ</b>		
<b>Α/Α</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ</b>
1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	89
2	ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΜΕΤΡΟ 3.1 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	8
3	ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΜΕΤΡΟ 3.2 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	2
4	ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΜΕΑ (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)	1
5	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (ΘΧΠ)	2
6	ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ - ΠΑΙΔΟΠΟΛΕΙΣ	
7	ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)	3
8	ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)	59
9	ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΚΕΠΕΠ)	1
10	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΑΦΚΑ)	2
11	ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (ΙΑΚ)	4
12	ΚΕΝΤΡΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ	
13	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΑΑΜΕΑ)	1
14	ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	104
15	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ	5
16	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ	5

<sup>14</sup> Στο Νομό Άρτας λειτουργεί ως Κέντρο Αποθεραπείας, Αποκατάστασης και Κοινωνικής Στήριξης ΑΜΕΑ στην Άρτα.

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ</b>		
<b>Α/Α</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ</b>
1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	11
2	ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	1
3	ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΜΕΤΡΟ 3.2 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	
4	ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΜΕΑ (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)	1
5	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (ΘΧΠ)	1 <sup>15</sup>
6	ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ – ΠΑΙΔΟΠΟΛΕΙΣ	
7	ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)	1
8	ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)	
9	ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΚΕΠΕΠ)	
10	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΑΦΚΑ)	
11	ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (ΙΑΚ)	1
12	ΚΕΝΤΡΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ	
13	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΑΑΜΕΑ)	1
14	ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	27
15	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ	6
16	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ	4

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ</b>		
<b>Α/Α</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ</b>
1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	70
2	ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΜΕΤΡΟ 3.1 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	13
3	ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΜΕΤΡΟ 3.2 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	
4	ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΜΕΑ (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)	2
5	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (ΘΧΠ)	
6	ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ - ΠΑΙΔΟΠΟΛΕΙΣ	2
7	ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)	
8	ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)	16
9	ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΚΕΠΕΠ)	1
10	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΑΦΚΑ)	2
11	ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (ΙΑΚ)	4
12	ΚΕΝΤΡΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ	
13	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΑΑΜΕΑ)	8
14	ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	1
15	ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	102
16	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ	3
17	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ	1

<sup>15</sup> Στο Νομό Ζακύνθου λειτουργεί ως «Οργανισμός Δημόσιας Αντίληψης Ζακύνθου» Γηροκομείο-Θεραπευτήριο-Ορφανοτροφείο.



<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ</b>		
<b>Α/Α</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ</b>
1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	84
2	ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΜΕΤΡΟ 3.1 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	10
3	ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΜΕΤΡΟ 3.2 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	
4	ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΜΕΑ (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)	3
5	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (ΘΧΠ)	2
6	ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ – ΠΑΙΔΟΠΟΛΕΙΣ	1
7	ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)	
8	ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)	24
9	ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΚΕΠΕΠ)	
10	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΑΦΚΑ)	
11	ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (ΙΑΚ)	2
12	ΚΕΝΤΡΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ	
13	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΑΑΜΕΑ)	
14	ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	1
15	ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	77
16	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ	7
17	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ	2

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ</b>		
<b>Α/Α</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ</b>
1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	70
2	ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΜΕΤΡΟ 3.1 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	29
3	ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΜΕΤΡΟ 3.2 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	3
4	ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΜΕΑ (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)	
5	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (ΘΧΠ)	3
6	ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ - ΠΑΙΔΟΠΟΛΕΙΣ	4
7	ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)	8
8	ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)	128
9	ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΚΕΠΕΠ)	
10	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΑΦΚΑ)	2
11	ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (ΙΑΚ)	27
12	ΚΕΝΤΡΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΔΑΠ ΚΑΙ ΚΔΑΠ-ΜΕΑ)	
13	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΑΑΜΕΑ)	27
14	ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	420
15	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ	29
16	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ	7

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ</b>		
<b>Α/Α</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ</b>
1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	13
2	ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΜΕΤΡΟ 3.1 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	8
3	ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΜΕΤΡΟ 3.2 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	
4	ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΜΕΑ (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)	2
5	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (ΘΧΠ)	
6	ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ – ΠΑΙΔΟΠΟΛΕΙΣ	
7	ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)	
8	ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)	12
9	ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΚΕΠΕΠ)	
10	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΑΦΚΑ)	1
11	ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (ΙΑΚ)	1
12	ΚΕΝΤΡΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΔΑΠ ΚΑΙ ΚΔΑΠ-ΜΕΑ)	
13	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΑΑΜΕΑ)	3
14	ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	92
15	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ	9
16	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ	3

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ</b>		
<b>Α/Α</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ</b>
1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	46
2	ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΜΕΤΡΟ 3.1 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	4
3	ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΜΕΤΡΟ 3.2 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	2
4	ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΜΕΑ (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)	2
5	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (ΘΧΠ)	
6	ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ - ΠΑΙΔΟΠΟΛΕΙΣ	
7	ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)	2
8	ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)	10
9	ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΚΕΠΕΠ)	
10	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΑΦΚΑ)	
11	ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (ΙΑΚ)	2
12	ΚΕΝΤΡΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ	
13	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ	3
14	ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	1
15	ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	34
16	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ	8
17	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ	4

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ</b>		
<b>Α/Α</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ</b>
1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	35
2	ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΜΕΤΡΟ 3.1 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	8
3	ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΜΕΤΡΟ 3.2 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	
4	ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΜΕΑ (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)	2
5	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (ΘΧΠ)	1
6	ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ – ΠΑΙΔΟΠΟΛΕΙΣ	1
7	ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)	6
8	ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)	9
9	ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΚΕΠΕΠ)	
10	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΑΦΚΑ)	1
11	ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (ΙΑΚ)	
12	ΚΕΝΤΡΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΔΑΠ ΚΑΙ ΚΔΑΠ-ΜΕΑ)	
13	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΑΑΜΕΑ)	
14	ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	30
15	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ	12
16	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ	

<b>ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ</b>		
<b>Α/Α</b>	<b>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΡΟΝΟΙΑΚΗΣ ΔΟΜΗΣ</b>	<b>ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΟΜΩΝ</b>
1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»	46
2	ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ (ΜΕΤΡΟ 3.1 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	26
3	ΔΟΜΕΣ ΑΠΟΑΣΥΛΟΠΟΙΗΣΗΣ (ΜΕΤΡΟ 3.2 Ε.Π. «ΥΓΕΙΑ-ΠΡΟΝΟΙΑ 2000-2006»)	1
4	ΚΕΝΤΡΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΑΜΕΑ (ΚΕΚΥΚΑΜΕΑ)	1
5	ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ (ΘΧΠ)	2
6	ΚΕΝΤΡΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ - ΠΑΙΔΟΠΟΛΕΙΣ	2
7	ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)	15
8	ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)	31
9	ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ (ΚΕΠΕΠ)	1
10	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ (ΚΑΦΚΑ)	
11	ΙΑΤΡΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ (ΙΑΚ)	2
12	ΚΕΝΤΡΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ	
13	ΚΕΝΤΡΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ (ΚΑΑΜΕΑ)	1
14	ΙΔΡΥΜΑΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	1
15	ΒΡΕΦΟΝΗΠΙΑΚΟΙ ΣΤΑΘΜΟΙ	84
16	ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΑ	7
17	ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ	2

## **B. Οι φορείς του ιδιωτικού τομέα**

Η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα πρόνοιας στην Ελλάδα κατοχυρώνεται από θεσμική άποψη στις αρχές της δεκαετίας του 1970 και επικεντρώνεται στην κάλυψη συγκεκριμένων ομάδων του πληθυσμού (παιδιά, ηλικιωμένοι) μέσω παροχής παραδοσιακών υπηρεσιών κλειστής περιθαλψης.

Οι ιδιωτικοί φορείς που ενεργοποιούνται στην Ελλάδα αντιστοιχούν κυρίως σε μικρές επιχειρήσεις κοινωνικής φροντίδας με συμμετοχή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας και νοσηλευτικές επιχειρήσεις (συνήθως συνεργάζονται ή υπάγονται στο οργανωτικό σχήμα εταιρειών ιδιωτικής ασφάλισης ή υγείας). Αντίθετα, δεν εντοπίζονται περιπτώσεις δραστηριοποίησης φορέων που κατά κανόνα εμφανίζονται σε άλλα κράτη, όπως ξενοδοχειακές μονάδες και ιδιωτικές εταιρείες παροχής κατ' οίκον υπηρεσιών.

## **Γ. Οι φορείς του εθελοντικού τομέα**

Η λειτουργία του εθελοντικού τομέα στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται ιστορικά από την ανάπτυξη φιλανθρωπικών παρεμβάσεων και την προώθηση σχετικά αυτόνομων στρατηγικών που συμπληρώνουν τις δημόσιες πολιτικές πρόνοιας. Οι παρεμβάσεις αυτές εξελίσσονται πλέον σε νέες μορφές κοινωνικού εθελοντισμού που διαρθρώνονται με βάση τη λειτουργία των μη κυβερνητικών οργανώσεων προνοιακού τύπου.

**Η θεσμική ρύθμιση των ιδιωτικών οργανώσεων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που δραστηριοποιούνται στον τομέα της πρόνοιας** προωθήθηκε το 1998 μέσω της υιοθέτησης του Ν. 2646/98, ο οποίος προβλέπει τη συμμετοχή τους στην υλοποίηση των δράσεων του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας. Θεσπίζεται μάλιστα ως απαραίτητη προϋπόθεση ένταξής τους στο σύστημα η ειδική πιστοποίησή τους από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με την εγγραφή των ενδιαφερομένων φορέων στο Μητρώο Φορέων Ιδιωτικού Τομέα Μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα που τηρείται στην έδρα κάθε Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης. Στο Μητρώο αυτό εγγράφονται οι πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), που αποτελούν είτε ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα είτε σωματεία ή συλλόγους που δραστηριοποιούνται στον τομέα της Υγείας ή της Κοινωνικής Φροντίδας, με αντικείμενο κυρίως την εθελοντική παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας προς άτομα ή ομάδες πληθυσμού.

Οι συνέπειες ένταξης των ενδιαφερομένων φορέων στο Μητρώο αντιστοιχούν στη δυνατότητα χρηματοδότησης των δαπανών επιστημονικής, διοικητικής και τεχνικής υποστήριξης για την υλοποίηση προγραμμάτων παροχής κοινωνικών υπηρεσιών προς άτομα ή ομάδες του πληθυσμού.

## **Η εφαρμογή των προνοιακών πολιτικών**

Παρά τις αξιόλογες νομοθετικές παρεμβάσεις της περιόδου 1995 – 2005 και τις τεχνικές αναδιοργάνωσης που προωθήθηκαν σταδιακά για τον επιχειρησιακό εκσυγχρονισμό των φορέων του

δημόσιου προνοιακού τομέα (νέος Οργανισμός Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αποκεντρωμένη λειτουργία των ΔΥΠΕ, Οργανισμοί των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, υιοθέτηση του Ν.3230/2004 για την καθιέρωση Συστήματος Διοίκησης με στόχους και μέτρηση της αποδοτικότητας), η ανάπτυξη των προνοιακών πολιτικών χαρακτηρίζεται από σοβαρές **στρεβλώσεις, κενά και δυσλειτουργίες**, που εντοπίζονται σε τρία επίπεδα.

α) **Επίπεδο επιτελικού σχεδιασμού και οργάνωσης πολιτικών**, που εμφανίζει συμπτώματα:

- αδυναμίας συντονισμού μεταξύ των φορέων της κεντρικής διοίκησης που ασκούν αρμοδιότητες στο πεδίο της κοινωνικής πρόνοιας (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Υπουργείο Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Δημόσιας Διοίκησης) ή χρηματοδοτούν δράσεις προνοιακών πολιτικών (Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών)
- αδυναμίας προώθησης των διαδικασιών αποκέντρωσης και μεταβίβασης «βιώσιμων» αρμοδιοτήτων στους φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης.

β) **Επίπεδο διαχείρισης και άσκησης πολιτικών**, που εμφανίζει συμπτώματα:

- προσήλωσης στο παραδοσιακό μοντέλο οριζόντιας ανάπτυξης της ιεραρχικής πυραμίδας της προνοιακής διοίκησης, με αποτέλεσμα την πολυδιάσπαση αρμοδιοτήτων και καθηκόντων, τον πολλαπλασιασμό των θέσεων ευθύνης και τον κατακερματισμό της οργάνωσης των υπηρεσιών σε οργανικές μονάδες βάσης πολύ μικρού μεγέθους και αριθμού προσωπικού
- απουσίας μηχανισμών οργάνωσης σε θέσεις εργασίας, καθηκοντολογίου και περιγραφών εργασίας των στελεχών της κεντρικής και περιφερειακής διοίκησης
- έλλειψης εφαρμογής τεχνικών στοχοθεσίας, παρακολούθησης και μέτρησης των αποτελεσμάτων και αξιολόγησης της απόδοσης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (ιδίως στο επίπεδο των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας)
- αδυναμίας προσαρμογής των δομών και της οργάνωσης της εργασίας των υπηρεσιών στις μεταβαλλόμενες ανάγκες και αρμοδιότητες των δημόσιων οργανισμών
- σχετικά περιορισμένης αξιοποίησης των ΤΠΕ σε σχέση με την εσωτερική λειτουργία των υπηρεσιών και τις συναλλαγές τους με τους πολίτες και τους ιδιωτικούς / εθελοντικούς φορείς παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας
- περιπτωσιολογικής, έστω, εμφάνισης φαινομένων διαφθοράς και κακοδιαχείρισης (π.χ. χορήγηση προνοιακών επιδομάτων σε μη δικαιούχους / μεταχείριση εξυπηρετούμενων σε δομές κλειστής φροντίδας).

γ) **Επίπεδο χρηματοδότησης πολιτικών**<sup>16</sup>, που εμφανίζει συμπτώματα:

- έλλειψης εφαρμογής σύγχρονων τεχνικών διαχείρισης και κοστολόγησης των υπηρεσιών φροντίδας
- απουσίας διαδικασιών αξιολόγησης της οικονομικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών
- στόχευσης των παρεμβάσεων σε παραδοσιακές μορφές επιδοματικής ενίσχυσης ομάδων του πληθυσμού
- άνισης κατανομής των πόρων μεταξύ των ομάδων στόχου
- περιορισμένης κάλυψης των αναγκών ανάπτυξης νέων υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας
- αδυναμίας αξιοποίησης πόρων Διεθνών Οργανισμών και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

### **Αξιολόγηση - Συμπεράσματα**

Τα κύρια σημεία που αντιπροσωπεύουν τα ισχυρά σημεία και τις αδυναμίες του εσωτερικού περιβάλλοντος της Κοινωνικής Αλληλεγγύης και παράλληλα τις ευκαιρίες και τους κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος συνοψίζονται ως εξής:

#### **Ισχυρά σημεία**

- Ισχυρή παρέμβαση του δημόσιου τομέα στην οργάνωση και παροχή κοινωνικών υπηρεσιών
- Σταδιακή ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας
- Δραστηριοποίηση των ΟΤΑ για την άσκηση πολιτικών κοινωνικής φροντίδας
- Θεσμοθέτηση φορέων σχεδιασμού και παρακολούθησης τομεακών προνοιακών πολιτικών (Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Παρατηρητήριο Ατόμων με Αναπηρία, Ινστιτούτο Κοινωνικής Δημογραφίας και Έρευνας)
- Ενεργοποίηση μηχανισμών ελέγχου της διοικητικής δράσης (Σώμα Επιθεωρητών Υγείας και Πρόνοιας, Συνήγορος του Παιδιού, Συνήγορος για την Υγεία και την Κοινωνική Αλληλεγγύη)
- Ικανοποιητική προσβασιμότητα υπηρεσιών στα μεγάλα αστικά κέντρα
- Εκτεταμένη δομή υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας
- Αποκέντρωση των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας

<sup>16</sup> Η χρηματοδότηση των προνοιακών πολιτικών που σχεδιάζονται και υλοποιούνται από τους φορείς του δημόσιου τομέα διαφοροποιείται ανάλογα με την κατηγορία των περιεχομένων υπηρεσιών και την έκταση συμμετοχής κάθε φορέα στη λειτουργία του προνοιακού συστήματος. Σε επίπεδο κεντρικής διοίκησης (Υπουργεία) προβλέπονται συγκεκριμένοι πόροι που εξειδικεύονται ανάλογα με τις επιμέρους θεματικές παρεμβάσεις, ενώ σε επίπεδο περιφερειακής (Περιφέρειες) και αποκεντρωμένης διοίκησης (Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, ΟΤΑ) περιλαμβάνονται είτε αυτοτελείς πόροι είτε πόροι από πιστώσεις των αρμόδιων Υπουργείων.

- Αναδιοργάνωση των ΔΥΠΕ
- Σταδιακή επέκταση των προνοιακών πολιτικών στην ένταξη των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού μέσω ενεργητικών πολιτικών
- Πιλοτική εφαρμογή δράσεων αποϊδρυματοποίησης ατόμων με αναπηρίες
- Υψηλή προσήλωση των στελεχών και επαγγελματιών πρόνοιας του δημόσιου τομέα
- Ενεργοποίηση εθελοντικών και εκκλησιαστικών φορέων για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας
- Κοινωνική λειτουργία άτυπων δικτύων φροντίδας (οικογενειακοί φροντιστές που παρέχουν υπηρεσίες χωρίς αντάλλαγμα)

### **Αδυναμίες**

- Ατελής προστασία των προνοιακών δικαιωμάτων, ιδίως στο επίπεδο κατοχύρωσης αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης μέσω εισοδηματικών παροχών
- Αδυναμία συντονισμού των συστημάτων πρόνοιας, υγείας, κοινωνικής ασφάλισης και προώθησης της απασχόλησης από τους φορείς της κεντρικής διοίκησης
- Έλλειψη κεντρικού επιτελικού οργάνου για τον σχεδιασμό μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων
- Καθυστέρηση στην ενεργοποίηση νομοθετικών ρυθμίσεων από τους φορείς της κεντρικής διοίκησης
- Αδυναμία υποστήριξης των αποκεντρωτικών παρεμβάσεων από τους ΟΤΑ
- Μονοδιάστατη ανάπτυξη προγραμμάτων κλειστής φροντίδας (ιδρυματοποίηση)
- Περιορισμένη ανάπτυξη μηχανισμών δικτύωσης και συνέργειας μεταξύ των φορέων παροχής υπηρεσιών
- Έλλειψη ολοκληρωμένου συστήματος διασφάλισης ποιότητας των κοινωνικών υπηρεσιών
- Αδυναμία πλήρους στελέχωσης του συστήματος με εξειδικευμένο προσωπικό
- Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής και περιορισμένη χρήση υποστηρικτικών τεχνολογιών από τις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας
- Επικέντρωση των χρηματοδοτικών πόρων στην επιδοματική στήριξη ομάδων πίεσης
- Αδυναμία αξιοποίησης εθνικών και υπερεθνικών πηγών εξωτερικής χρηματοδότησης του συστήματος
- Αδυναμία αξιοποίησης της βασικής και εφαρμοσμένης έρευνας

- Περιορισμένη κατανόηση και ευαισθητοποίηση των συντελεστών της οικονομίας για τον αναπτυξιακό ρόλο και τις δυνατότητες του συστήματος
- Χαμηλή αξιοπιστία του συστήματος στην κοινή γνώμη και τους διαμορφωτές πολιτικών

### **Ευκαιρίες**

- Προώθηση της διαδικασίας εκσυγχρονισμού του Ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας στο πλαίσιο της Αναθεωρημένης Στρατηγικής της Λισσαβόνας
- Βούληση της Πολιτικής Ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος
- Διακομματική συναίνεση για την αναγκαιότητα μεταρρυθμίσεων στην άσκηση προνοιακών πολιτικών
- Συνεργασία και συμβολή φορέων του δημόσιου, ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα στον εκσυγχρονισμό του συστήματος
- Δυνατότητα αξιοποίησης των μηχανισμών της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής Κοινωνικής Ένταξης
- Δυνατότητα αξιοποίησης πρωτοβουλιών Διεθνών Οργανισμών για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού
- Δυνατότητα αξιοποίησης χρηματοδοτικών ευκαιριών από εθνικούς (ΣΔΙΤ) και υπερεθνικούς πόρους (Διακρατικές Συμφωνίες)
- Δυνατότητα εξασφάλισης σημαντικών οικονομιών κλίμακας λόγω της χρήσης τεχνικών διασφάλισης ποιότητας
- Δυνατότητα αξιοποίησης νέων τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας για την εξυπηρέτηση των πολιτών
- Δυνατότητα αξιοποίησης του κοινωνικού έργου της Εκκλησίας
- Δυνατότητα αξιοποίησης των εθελοντικών φορέων για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών φροντίδας

### **Κίνδυνοι**

- Εμφάνιση νέων κοινωνικών κινδύνων (εξέλιξη της δημογραφικής πυραμίδας, μετανάστευση, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός)
- Άμβλυνση του κοινωνικού ρόλου της οικογένειας και των άτυπων δικτύων φροντίδας
- Επικέντρωση της μεταρρύθμισης στην δημοσιονομική βιωσιμότητα των προνοιακών πολιτικών



- Περιορισμός των παρεμβάσεων του δημόσιου τομέα στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών εξαιτίας της ενίσχυσης των πολιτικών προνοιακού πλουραλισμού
- Έλλειψη επιτελικού οργάνου και σχεδίου για την προώθηση της μεταρρύθμισης
- Καθυστέρηση νομικής κατοχύρωσης των αρχών και του περιεχομένου της μεταρρύθμισης
- Αδυναμία ανανέωσης των ανθρώπινων πόρων του συστήματος με εξειδικευμένα στελέχη και επαγγελματίες πρόνοιας
- Αδυναμία εφαρμογής τεχνικών ολοκληρωμένης ενημέρωσης των ενδιαφερομένων για τις δράσεις φροντίδας και κοινωνικής ένταξης
- Μεταφορά διεθνούς εμπειρίας και καλών πρακτικών χωρίς την απαραίτητη προσαρμογή στις ιδιαιτερότητες της ελληνικής πραγματικότητας
- Αδυναμία αξιοποίησης πόρων από το ΕΣΠΑ
- Έλλειψη μηχανισμών υποστήριξης του ΥΥΚΑ για την διαχείριση σύνθετων διεθνών πηγών χρηματοδότησης

#### 1.6.5. Ψηφιακή Σύγκλιση

Ο κλάδος υγείας είναι ένας από τους βασικούς κλάδους στον οποίο βρίσκουν χρήση οι Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνιών (Τ.Π.Ε.). Για πολλά χρόνια αναπτύσσονταν εφαρμογές που χρησιμοποιήθηκαν σε κλινικές και διοικητικές δραστηριότητες ή είχαν σαν στόχο τη διάχυση πληροφοριών ή την εκπαίδευση. Οι περισσότερες από τις παραπάνω εφαρμογές δε συμπεριελάμβαναν τη δυνατότητα επικοινωνίας με άλλες εφαρμογές μέσω δικτύου. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, με την ανάπτυξη των τηλεπικοινωνιών και την ενσωμάτωση της τηλεματικής στις εφαρμογές αυτές άρχισε να γνωρίζει άνθηση και να αναπτύσσεται η τηλεϊατρική και η τηλεφαρμακευτική.

Η ενσωμάτωση των Τ.Π.Ε. στον τομέα της υγείας και της κοινωνικής αλληλεγγύης υποστηρίζει συνολικά τους «συντελεστές» της «ιατρικής πράξης», ήτοι:

- Δημόσια Υγεία
- Πρωτοβάθμια Φροντίδα
- Ψυχική Υγεία
- Κοινωνική Αλληλεγγύη

Η «ιατρική πράξη» προϋποθέτει εισροές και συνεπάγεται εκροές. Οι Τ.Π.Ε. οργανώνουν την συνέπεια και την ασφάλεια της ροής αυτών των πληροφοριών, σε πραγματικό χρόνο, ενώ τις αξιοποιούν για

επεξεργασία των πρωτογενών πληροφοριών και την υποστήριξη αποφάσεων. Υβρίδια των Τ.Π.Ε. με άλλες επιστήμες εξελίσσουν τις τεχνολογίες και αναβαθμίζουν την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των ιατρικών πράξεων.

### Θεσμικό πλαίσιο

Σε κανένα από τα νομοθετήματα που απαρτίζουν το Εθνικό Θεσμικό Πλαίσιο για την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη δεν υπάρχει αναφορά στις έννοιες:

1. Ηλεκτρονική υγεία
2. Ηλεκτρονικές προμήθειες
3. Προσωπικά δεδομένα

Εντούτοις, τα τελευταία 5 χρόνια διαφαίνεται μια προσπάθεια συμμόρφωσης προς τις Κοινοτικές οδηγίες ενώ ο στρατηγικός σχεδιασμός του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Υ.Υ.Κ.Α.) στην πληροφορική στηρίχθηκε στις παραπάνω έννοιες προτείνοντας τεχνικές λύσεις όπως:

- κεντρικά συστήματα σε επίπεδο ΠΕ.Σ.Υ.Π. (του Ν. 3172/2003), τα λεγόμενα Ολοκληρωμένα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας (Ο.Π.Σ.Υ.) με βάση τις τρέχουσες διεθνείς τάσεις για διακίνηση των πληροφοριών σε περιφερειακό επίπεδο,
- υπηρεσίες μέσω συμβολαίων υ949 εξασφάλισης του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Με τη συγχώνευση των Δ.Υ.ΠΕ. (του Ν. 3204/2004 με τον οποίο τροποποιήθηκαν τα ΠΕ.Σ.Υ.Π.) σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (Ν. 3527/2007), μεταβλήθηκαν ουσιαστικά τα όρια των υγειονομικών περιφερειών, με αποτέλεσμα την ανάγκη λειτουργικής και τεχνικής συνύπαρξης δύο ή και περισσότερων Ο.Π.Σ.Υ. διαφορετικής τεχνολογίας και αντίληψης. Το γεγονός αυτό ενδέχεται να δημιουργήσει προβλήματα στην επιτυχή και έγκαιρη υλοποίηση των υπό εξέλιξη έργων.

Όσον αφορά το σύστημα προμηθειών, η υφιστάμενη κατάσταση χαρακτηρίζεται από αδυναμία ορθολογικού προγραμματισμού και παρακολούθησης, πολυπλοκότητα στις διαδικασίες, ανεπαρκείς προδιαγραφές, υψηλό κόστος (τιμή ανάλωσης) και αποσπασματικό έλεγχο. Για το λόγο αυτό, το Υ.Υ.Κ.Α., στοχεύοντας στην οικονομική εξυγίανση του συστήματος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και την αναδιοργάνωση των προμηθειών προχώρησε στην οργάνωση και συγκρότηση **Επιτροπής Προμηθειών Υγείας (Ε.Π.Υ.)**<sup>17</sup>.

Η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας εντάσσεται οργανικά στο Υ.Υ.Κ.Α. με σημαντικό όμως βαθμό διοικητικής και οικονομικής αυτοτέλειας που κατοχυρώνεται από τις διατάξεις του Ν. 3580/2007 «Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 134 Α'), και θα λειτουργήσει ως κέντρο τεχνογνωσίας, γνώσης και αυθεντικότητας σε θέματα Προμηθειών Υγείας για το Δημόσιο Σύστημα Υγείας. Παράλληλα σημαντική

<sup>17</sup> Η Επιτροπή Προμηθειών Υγείας ορκίστηκε στις 30 Μαΐου 2008.

είναι η εποπτεία και ο έλεγχος που ασκεί το Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών σε ζητήματα οικονομικής διαχείρισης, εγκρίσεων και διάθεσης του δημοσίου χρήματος.

Η Επιτροπή δεν έχει όμως σκοπό μόνο συμβουλευτικό ή συντονιστικό, αλλά είναι εκτελεστικός μοχλός στην εξέλιξη και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος Προμηθειών και Υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ., δεδομένου ότι επεξεργάζεται και οριστικοποιεί το συνολικό ετήσιο Πρόγραμμα Προμηθειών και Υπηρεσιών στον τομέα αυτό, ελέγχει τα μητρώα Προμηθευτών και Προϊόντων ή Υπηρεσιών, επιβλέπει τους εκτελεστικούς φορείς και διαχειρίζεται ταμειακά τη χρηματοδότηση του Προγράμματος.

Στον πίνακα που ακολουθεί γίνεται μία συγκριτική ανάλυση του εθνικού θεσμικού πλαισίου με αυτό της Ε.Ε. ανά θεματική περιοχή καθώς και μια καταγραφή των θεσμικών εμποδίων που παρουσιάζονται.

**Πίνακας 30: Συγκριτική ανάλυση του εθνικού θεσμικού πλαισίου με αυτό της Ε.Ε. ανά θεματική περιοχή**

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ Ε.Ε.	ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	ΘΕΣΜΙΚΑ ΕΜΠΟΔΙΑ
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Δεν υπάρχει σαφή Οδηγία, υπάρχει η Ανακοίνωση 356/2004	Η Ελλάδα έχει εκδώσει έναν e-Health Roadmap τον Ιούνιο του 2006 αλλά παραμένει ανενεργός έκτοτε.	Αν εκτιμηθεί η πορεία του έργου IASYS το οποίο δεν έχει εγκριθεί από την Ε.Ε., η Ελλάδα δε συμβαδίζει με τις Κοινοτικές κατευθύνσεις.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Δεν υπάρχουν κωδικοποιήσεις δεδομένων.</li> <li>2. Δεν υπάρχει θεσμοθετημένο e-Health Competence Centre.</li> <li>3. Δεν υπάρχει θεσμοθετημένος φορέας δημόσιας διαβούλευσης.</li> <li>4. Δεν υπάρχουν θεσμοθετημένες διαδικασίες ή άλλα εθνικά σύνολα δεδομένων.</li> </ol>
ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΕΣ	Οδηγία 2002/58/ΕΚ	N. 3471/2006	Υπάρχει συμμόρφωση	Δεν καλύπτονται επαρκώς θέματα που σχετίζονται με την τηλεϊατρική.
ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	Απόφαση αριθμ. 189 της 18 <sup>ης</sup> Ιουνίου 2003	N. 3232/2004	Υπάρχει συμμόρφωση, αλλά η υλοποίηση καθυστερεί	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ενώ υπάρχει Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ) δεν καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού.</li> <li>2. Δεν υπάρχουν ηλεκτρονικές διαδικασίες απόδοσης ΑΜΚΑ.</li> </ol>
ΣΔΙΤ	Οι διαδικασίες διαφέρουν από κράτος σε κράτος αλλά ακολουθούν την Οδηγία 2004/18/ΕΚ	N 3389/2005	Υπάρχει θεσμικό πλαίσιο αλλά δεν έχει εφαρμοστεί στη χρήση ΤΠΕ	Είναι δύσκολο να προσδιοριστούν τα οφέλη για τον ιδιώτη, τα χρηματοοικονομικά μοντέλα και η κατανομή του ρίσκου.
ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ	2004/18/ΕΚ	ΠΔ 60/2007 για τη σύναψη δημοσίων συμβάσεων έργων, προμηθειών και υπηρεσιών.	Υπάρχει συμμόρφωση	Υπάρχει αναφορά στη χρήση ηλεκτρονικών πλειστηριασμών.

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ	ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ Ε.Ε.	ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	ΘΕΣΜΙΚΑ ΕΜΠΟΔΙΑ
ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗ	Δεν υπάρχει σαφές πλαίσιο	Δεν υπάρχει σαφές πλαίσιο	Κατά βάση τηρούνται οι διατάξεις του Ν. 242/97 για τις ανάγκες της τηλειατρικής.	Δεν υπάρχει πλαίσιο λειτουργίας που να καθορίζει το εύρος των ευθυνών των εξ αποστάσεως ιατρών σε περιπτώσεις παραλήψεων.

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Ψηφιακή Σύγκλιση 2007-2013 στον τομέα της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Φάση Α': Ανάλυση υφιστάμενης κατάστασης», σελ. 49 & ίδια επεξεργασία.

Σημειώνεται ότι σε γενικές γραμμές κανένα κράτος μέλος της Ε.Ε δεν έχει ξεχωριστό και συνολικό θεσμικό πλαίσιο για την Υγεία και τις Τ.Π.Ε. Τα περισσότερα κράτη μέλη έχουν το καθένα χωριστό δίκαιο για την υγειονομική περίθαλψη και την κοινωνική ασφάλιση, ενώ έχουν κατά βάση εναρμονιστεί με τις εξειδικευμένες Κοινοτικές οδηγίες. Ο χώρος της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης υπόκειται στους ίδιους κανόνες περί προσωπικών δεδομένων, ηλεκτρονικών συναλλαγών, προμηθειών, κλπ. με τους λοιπούς χώρους. Εξάλλου η Ε.Ε. δεν απαιτεί την εφαρμογή ειδικής νομοθεσίας σε αυτόν τον τομέα. Εκδίδει ωστόσο σχέδια δράσεις και αποφάσεις με τις οποίες τα κράτη μέλη εναρμονίζονται με τη θέληση τους, ακολουθώντας κυρίως τους κανόνες που έχουν τεθεί από τη στρατηγική της Λισσαβόνας και άλλων αντίστοιχων κοινοτικών κειμένων. Εξειδικευμένες νομοθεσίες υπάρχουν στη Γαλλία σχετικά με το ιατρικό απόρρητο και την τυποποίηση ιατρικών δεδομένων, στη Φιλανδία σχετικά με την θεσμοθέτηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και στην Αυστρία σχετικά με την οριοθέτηση των όρων της ιατρικής τηλεματικής. Ωστόσο η Φιλανδία, η Βουλγαρία, η Νορβηγία και Σουηδία έχουν δρομολογήσει ειδικές διαδικασίες για την ενσωμάτωση βασικών εννοιών της ηλεκτρονικής Υγείας.

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται οι βασικές νομοθεσίες των κρατών μελών που σχετίζονται με την «ηλεκτρονική υγεία» (e-Health):

**Πίνακας 31: Νομοθεσία των κρατών - μελών της Ε.Ε**

Χώρα	Σχετικά νομοθετήματα
Αυστρία	HEALTH REFORM 2005 ACT, συμπεριλαμβανομένου του "HEALTH TELEMATICS ACT", E-GOVERNMENT ACT, 2004. Συμμόρφωση με την ευρωπαϊκή πολιτική περί ευρωπαϊκής κάρτας ασθενείας.
Βέλγιο	Το Βέλγιο χωρίζεται σε τρεις διοικητικές ανεξάρτητες περιοχές, όπου δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία. Το υπουργείο Υγείας προτείνει το πρότυπο HL7 και υπάρχει πρόταση νόμου για την ηλεκτρονική Υγεία σε εκκρεμότητα από το 2005. Υπάρχει ηλεκτρονική κάρτα ασφάλισης από το 1998.
Βουλγαρία	Υπάρχει σχέδιο ειδικού νόμου από τον Απρίλιο του 2006.
Κύπρος	Δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία. Λόγω μεγέθους η Κύπρος έχει κεντριοποιήσει τις υπηρεσίες ηλεκτρονικής Υγείας και Κοινωνικής Ασφάλισης σε μεγάλους διεθνείς οργανισμούς. Ο διαγωνισμός για το ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα υγείας καρποφόρησε το 2006. Ο διαγωνισμός για τη Κοινωνική Ασφάλιση αναμένεται να ολοκληρωθεί στο τέλος του 2007.
Τσεχία	Δράση «National Action Plan Europe+ Czech Republic, 2002» το οποίο περιέχει ειδικό κεφάλαιο για ηλεκτρονική Υγεία και εκδόθηκε από το Υπουργείο Πληροφορικής.
Δανία	Δεν υπάρχει συγκεκριμένο νομοθέτημα αλλά κατανομή αρμοδιοτήτων σε διάφορους φορείς

Χώρα	Σχετικά νομοθετήματα
	οπως υπουργεία, δήμοι, νομαρχίες. Υπάρχει σε εξέλιξη ένα εθνικό σχέδιο για την ηλεκτρονική Υγεία, λειτουργεί εθνική πύλη Υγείας ( <a href="http://www.sundhed.dk">http:// http://www.sundhed.dk</a> ) και εθνικό δίκτυο δεδομένων υγείας (medcom, <a href="http://www.medcom.dk">http://www.medcom.dk</a> ).
Εσθονία	Δεν υπάρχει συγκεκριμένο νομοθέτημα αλλά κανόνες που ορίζονται από το Υπουργείο Υγείας και αφορούν στην υποχρέωση χρήσης του Διαδικτύου στην πρωτοβάθμια (99% των ιατρών έχουν Η/Υ) και στην υποχρέωση ηλεκτρονικής εκκαθάρισης ιατρικών πράξεων με τον Εθνικό Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης.
Φινλανδία	Δεν υπάρχει συγκεκριμένη νομοθεσία αλλά σύνολο οδηγιών και σχεδίων δράσης του Υπουργείου Υγείας. Το πρώτο σχέδιο δράσης εκπονήθηκε το 1996, ενώ το 2006 έγινε η πρώτη αναφορά σε Εθνικό Φάκελο Υγείας. Υπάρχει εθνικό πιλοτικό δίκτυο ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από το 2002.
Γαλλία	COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE ET LIBERTES (CNIL) 1978, νόμος για τη προστασία του ιατρικού απορρήτου. ORDONNANCES JUPPE, 1996, θεσμοθέτηση ασφαλούς δικτύου ανταλλαγής ιατρικών δεδομένων. MEDICAL PRIVACY ACT, 2002, νόμος που κατοχυρώνει τα δικαιώματα του ασθενή στον ιατρικό του φάκελο. LOI N°2004/810 SUR L'ASSURANCE MALADIE, 2004, μεταξύ άλλων καθορίζει την έννοια του προσωπικού ιατρικού φακέλου (dossier medical personnel). CPS (CARTE DE PROFESSIONNEL DE SANTE – HEALTH PROFESSIONAL CARD), 2003. Αφορά στη χρήση της έξυπνης κάρτας επαγγελματία υγείας για την απόδοση δαπανών ιατρικών πράξεων. (SESAME I) sesame-vitale system uses a microprocessor card (carte vitale). Εθνικό σύστημα ηλεκτρονικής απόδοσης δαπανών (feuilles de soins électroniques, FSE). Θεσμοθετήθηκε με τον νόμο Jurpe το 1996.
Γερμανία	Law for the modernisation of statutory health insurance (2003). Νόμος με τον οποίο εισάγεται η υποχρεωτική χρήση ηλεκτρονικής κάρτας υγείας (“gesundheitskarte”), η δημιουργία εθνικού αναγνωριστικού υγείας, και η ίδρυση φορέα ηλεκτρονικής υγείας GEMATIK -“Gesellschaft Für Telematik”.  The german ehealth strategy, 2005. Οριοθέτησε τις στρατηγικές της Γερμανίας στην ηλεκτρονική Υγεία.
Ουγγαρία	Δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία, η Ουγγαρία έχει εναρμονιστεί με την Οδηγία 95/46 περί διασφάλισης των προσωπικών δεδομένων. Υπάρχει σε εξέλιξη από τον Οκτώβριο του 2006 προσπάθεια αλλαγής στο θεσμικό πλαίσιο της υγείας γενικά. - Στρατηγική για την κοινωνία της πληροφορίας στην υγεία και την πρόνοια , 2003. - Εθνική στρατηγική ehealth, 2004. Έχει ξεκινήσει η χορήγηση έξυπνων καρτών με βάση τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασθένειας (300.000 κάρτες το 2005).
Ιρλανδία	Αλλαγή πλαισίου για την υγεία. Το 2005 θεσμοθέτησε τον φορέα Health Service Executive (HSE) ο οποίος είναι υπεύθυνος για την ηλεκτρονική υγεία.
Ιταλία	Constitutional Law No. 3 Of 18.10.2001. New National Healthcare Information System (Nsis), 02/2001.
Λετονία	Ehealth in Latvia, 2005, δεν υπάρχει συγκεκριμένη νομοθεσία.
Λιθουανία	Ehealth Strategy For 2005-2010. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη νομοθεσία για την ηλεκτρονική υγεία αλλά πλήρης συμμόρφωση με τις κοινοτικές οδηγίες για προσωπικά δεδομένα, τηλεπικοινωνίες, κλπ.
Λουξεμβούργο	Δεν υπάρχει συγκεκριμένη νομοθεσία.
Μάλτα	National Ehealth Vision And Strategy, 2006. Χρησιμοποιείται η ευρωπαϊκή κάρτα ασθενείας.
Ολλανδία	Επίσημος φορέας ηλεκτρονικής υγείας είναι το National IT Institute For Healthcare (NICTIZ),

Χώρα	Σχετικά νομοθετήματα
	το οποίο έχει θεσπίσει σε συνεργασία με τους φορείς των ιατρών της χώρας το National Infrastructure For Healthcare (AORTA).
Πολωνία	Η πολιτική ηλεκτρονικής υγείας προτείνεται από το Κέντρο για τα Πληροφοριακά Συστήματα Υγείας, του Υπουργείου Υγείας. Δεν υπάρχουν νόμοι ηλεκτρονικής υγείας αλλά στρατηγικές, όπως: «Poland – Ehealth Strategy For 2004 – 2006», 2004, «Strategy Of Information Infrastructure Development In Health Care And Introduction Of The European Health Insurance Card», 2005.
Πορτογαλία	Δεν υπάρχει συγκεκριμένος νόμος. Ρυθμιστής και φορέας στρατηγικής είναι το υπουργείο υγείας.
Ρουμανία	Ο νόμος Health Reform Law 95/2006, εισάγει την έννοια της υποχρεωτικής χρήσης της πληροφορικής στα νοσοκομεία, καθώς και της χρήσης της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά πρότυπα.
Σλοβακία	Δεν υπάρχει ειδικός νόμος. Τα θέματα ηλεκτρονικής υγείας ρυθμίζονται από το Υπουργείο Υγείας. Το 2006 εγκρίθηκε το «Ehealth Roadmap And Action Plan» και δημιουργήθηκε το Εθνικό Κέντρο Ιατρικών Πληροφοριών ως το επίσημο eHealth think-tank.
Σλοβενία	Το σχέδιο δράσης «eHealth 2010» που δημοσιεύθηκε το 2005 είναι η επίσημη θέση του Σλοβένικου Κράτους, ενώ δεν υπάρχει ειδικό νομοθέτημα. Υπάρχει ανεπτυγμένο ένα πλήρες δίκτυο εθνικής ηλεκτρονικής κάρτας υγείας.
Ισπανία	Το σχέδιο Health On Line 2010, δημοσιεύθηκε το 2005, δεν υπάρχει ειδική νομοθεσία.
Σουηδία	Ο φορέας Carelink είναι υπεύθυνος για την ηλεκτρονική υγεία στη Σουηδία. Δεν υπάρχει ειδικός νόμος και τα θέματα ρυθμίζονται με διμερείς συμφωνίες μεταξύ του κράτους και των τοπικών κοινοτήτων.
Ηνωμένο Βασίλειο	Τα 4 μέλη που απαρτίζουν το Η.Β. (Αγγλία, Σκωτία, Ουαλία, Βόρειος Ιρλανδία) έχουν τα δικά τους συστήματα υγείας. Υπάρχει πλήρης νομική κάλυψη αλλά χωρίς ειδική νομοθεσία.

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Ψηφιακή Σύγκλιση 2007-2013 στον τομέα της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Φάση Α': Ανάλυση υφιστάμενης κατάστασης», σελ. 86.

### Διοικητική οργάνωση

Για την υλοποίηση έργων πληροφορικής στο Υ.Υ.Κ.Α. αρμόδια είναι η Διεύθυνση Οργάνωσης, Ποιότητας Υπηρεσιών και Πληροφορικής η οποία υπάγεται στη Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών.

Τη Διεύθυνση Οργάνωσης, Ποιότητας Υπηρεσιών και Πληροφορικής συγκροτούν τα εξής Τμήματα:

α. Τμήμα Οργάνωσης

β. Τμήμα Ποιότητας Υπηρεσιών και Απλούστευσης Διαδικασιών

γ. Τμήμα Πληροφορικής

Στην αρμοδιότητα των ανωτέρω Τμημάτων της Διεύθυνσης υπάγεται η παρακολούθηση και ο συντονισμός των έργων πληροφορικής. Στα έργα αυτά περιλαμβάνονται η ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων σε δημόσια νοσοκομεία, ο μηχανογραφικός και δικτυακός εξοπλισμός στα νοσοκομεία, η διασύνδεση νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας σε εθνικό δίκτυο, προγράμματα τηλεϊατρικής, η μηχανοργάνωση του Ε.Κ.Α.Β. και τα δίκτυα μεταμοσχεύσεων και αιμοδοσίας.

### Παρεμβάσεις εφαρμογής Τ.Π.Ε. στον τομέα της Υγείας

Η πρώτη προσπάθεια εισαγωγής της πληροφορικής στα νοσοκομεία έγινε την περίοδο 1990 – 1992 με τα Μεσογειακά Ολοκληρωμένα Προγράμματα (Μ.Ο.Π.), από τα οποία αντλήθηκαν σημαντικά ποσά (περίπου 4 δις δρχ.) για τη μηχανοργάνωσή τους, χωρίς όμως ουσιαστικά αποτελέσματα.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Υ.Υ.Κ.Α., στα πλαίσια του Β΄ Κ.Π.Σ., οι σχετικές παρεμβάσεις στον τομέα της πληροφορικής ήταν μικρής κλίμακας και περιορίστηκαν στο επίπεδο του σχεδιασμού. Οι δαπάνες για έργα πληροφορικής την περίοδο 1994 – 1999 ανήλθαν σε 6,5 δις δρχ. και αφορούσαν:

- Αναβάθμιση Servers 9 νοσοκομείων & προμήθεια εξοπλισμού πληροφορικής 14 νοσοκομείων.
- Ολοκληρωμένο Πληροφοριακό Σύστημα Ε.Κ.Α.Β.
- Προμήθεια εξοπλισμού πληροφορικής για το πιλοτικό νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς».
- Τηλεϊατρική για απομακρυσμένες νησιωτικές περιοχές της χώρας.
- Μελέτες για αιμοδοσία και για συντονισμό – έλεγχο μεταμοσχεύσεων.
- Κωδικοποίηση νόσων – διαγνώσεων, ιατρικών πράξεων, αντιδραστηρίων, υγειονομικού υλικού.
- Αντιμετώπιση προβλήματος 2000 «Millenium Bug» σε 128 νοσοκομεία.

Σύμφωνα με το Επιχειρησιακό Σχέδιο του Υπουργείου Υγείας για τις ανάγκες του Γ΄ Κ.Π.Σ., με το τέλος του Β΄ Κ.Π.Σ. στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. υπήρχαν:

- 3.960 συστήματα πληροφορικής (Servers, PCs)
- 537 Πακέτα Λογισμικού Συστημάτων (System Software)
- 1.124 Πακέτα Λογισμικού Εφαρμογών (Applications Software)
- 35 μονάδες τηλεϊατρικής
- 8.500 τύποι εξοπλισμού βιοϊατρικής τεχνολογίας, περίπου 50.000 ιατρικά μηχανήματα

Στο πλαίσιο του Γ΄ Κ.Π.Σ. επιδιώχθηκε ο εκσυγχρονισμός του τομέα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης σε επίπεδο Δ.Υ.ΠΕ. και των εποπτευόμενων νοσοκομειακών μονάδων, όπως απεικονίζεται στον παρακάτω πίνακα:

**Πίνακας 32: Πλαίσιο Επιχειρησιακού Σχεδιασμού Δ.Υ.ΠΕ. στο Γ' Κ.Π.Σ.**

<b>ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ</b>	<b>ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ</b>
ΠΛΕΓΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	Διασφάλιση συνέργιας των Τομέων και Τμημάτων των Μονάδων Υγείας των Δ.Υ.ΠΕ. μέσω της ένταξής τους σε συναρθρωμένο δίκτυο παροχής υπηρεσιών Υγείας
ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	Στήριξη της Οργάνωσης και Λειτουργίας «Περιφερειακού Συστήματος Υγείας» με την εγκατάσταση Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων στις Μονάδες Υγείας και τις Κεντρικές Υπηρεσίες του ώστε να είναι δυνατές οι Οργανωτικές και Λειτουργικές διασυνδέσεις των Τομέων και Τμημάτων των Μονάδων Υγείας και να λειτουργούν εντεταγμένα σε Σύστημα διασυνδεδεμένων Υπηρεσιών Υγείας.
ΔΙΠΛΟΓΡΑΦΙΚΟ ΛΟΓΙΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	Εγκατάσταση και λειτουργία των Προτύπων του Διπλογραφικού Λογιστικού Συστήματος σε αυτόνομο πληροφοριακό περιβάλλον ERP για την υποστήριξη της εγκατάστασης των Ολοκληρωμένων Πληροφοριακών Συστημάτων σε Μονάδες Υγείας των Δ.Υ.ΠΕ.
ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	Εγκατάσταση Συστημάτων Διασφάλισης της Ποιότητας και Πληρότητας των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας
ΦΙΛΙΚΑ ΚΑΙ ΕΥΕΛΙΚΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ	Εγκατάσταση Μηχανισμών διευκόλυνσης και στήριξης της πρόσβασης των πολιτών σε Σύστημα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Κωδικός αριθμός ασθενούς</li> <li>- Διαδικτυακή πύλη</li> <li>- Κέντρο τηλευπηρεσιών πρόσβασης</li> </ul>
ΕΤΑΙΡΙΚΗ ΔΙΑΚΥΒΕΡΝΗΣΗ)	Εγκατάσταση Μηχανισμών Εταιρικής Διακυβέρνησης

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Ψηφιακή Σύγκλιση 2007-2013 στον τομέα της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Φάση Α': Ανάλυση υφιστάμενης κατάστασης, σελ. 22

Σημαντικές παρεμβάσεις εφαρμογής Τ.Π.Ε. υλοποιήθηκαν από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Κοινωνία της πληροφορίας - ΚτΠ» (Μέτρα 2.6 & 2.7). Στο πλαίσιο του Ε.Π. εκπονήθηκε στα τέλη του 2001 «Σχέδιο Δράσης» και προβλέφθηκαν από το Υ.Υ.Κ.Α. οι ακόλουθες δράσεις για τον τομέα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης:

*Μέτρο 2.6 «Τεχνολογίες Πληροφορικής και Επικοινωνίας στην Υγεία & Πρόνοια»*

1. Ανάπτυξη Υπηρεσιών Τ.Π.Ε. στις δομές Υγείας - Πρόνοιας
2. Υπηρεσίες Τ.Π.Ε. για τη λειτουργική διασύνδεση του συστήματος υγείας με το ασφαλιστικό σύστημα
3. Υποδομές για την ανάπτυξη υπηρεσιών Τ.Π.Ε. στην Υγεία - Πρόνοιας
4. Υπηρεσίες Τ.Π.Ε. στις δομές Πρόνοιας
5. Υπηρεσίες Τ.Π.Ε. στον τομέα της Ψυχικής Υγείας
6. Υπηρεσίες Τ.Π.Ε. στη Δημόσια Υγεία - Υγιεινή

*Μέτρο 2.7 «Κατάρτιση και Θεσμικά μέτρα στην Υγεία & Πρόνοια»*

1. Υπηρεσίες Τυποποίησης



## 2. Υποστήριξη Υλοποίησης δράσεων

Το Μέτρο 2.6 περιλαμβάνει 3 κατηγορίες πράξεων:

- Υποδομές και συστήματα διάθεσης πληροφοριών
- Δικτύωση και τηλεματικές υπηρεσίες Υγείας
- Ανάπτυξη Π.Σ. για ηλικιωμένους & ΑΜΕΑ

Το Μέτρο 2.7 περιλαμβάνει τις ακόλουθες κατηγορίες πράξεων:

- Μελέτες και κωδικοποιήσεις για τον καθορισμό θεσμικού και οργανωτικού πλαισίου
- Ευαισθητοποίηση, διαβούλευση και ενημέρωση ενδιαφερομένων (stakeholders) για ενεργή συμμετοχή στην υλοποίηση των παρεμβάσεων
- Εκπαίδευση προσωπικού φορέων – κατάρτιση χρηστών συστημάτων ΤΠΕ

Από την έναρξη του Προγράμματος και μέχρι και τα τέλη Σεπτεμβρίου 2008 είχαν ενταχθεί στο Μέτρο 2.6 τριάντα ένα (31) έργα συνολικού προϋπολογισμού (συνολικό κόστος) 94,73 εκ. € ενώ στο Μέτρο 2.7 δεκαοκτώ (18) έργα, συνολικού προϋπολογισμού 5,24 εκ. €.

Μεγάλο μέρος των έργων υλοποιείται από την «Κοινωνία της Πληροφορίας Α.Ε.» (ΚτΠ Α.Ε.). Ειδικότερα, σε συνεργασία με την ΚτΠ Α.Ε. και των Διοικήσεων των Υγειονομικών Περιφερειών της Ελλάδας, υλοποιούνται τα έργα «Ο.Π.Σ. Δ.Υ.ΠΕ.» (Μέτρο 2.6) τα οποία αφορούν:

- **στη διασύνδεση** όλων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας της περιφέρειας με ασφαλή πρόσβαση, ανταλλαγή και ολοκλήρωση της πληροφορίας μεταξύ των διαφορετικών μονάδων παροχής υγείας και ιδιαίτερα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, μέσω ασφαλούς δικτύου που θα δημιουργηθεί για το χώρο της υγείας από το ΣΥΖΕΥΞΙΣ.
- **στην ανάπτυξη** ενός ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος νοσοκομείου (Hospital Information System – HIS) που θα εγκατασταθεί, θα παραμετροποιηθεί, θα διασυνδεθεί με υφιστάμενες εφαρμογές διαχείρισης ιατρικών πληροφοριών και θα λειτουργήσει στα νοσοκομεία των Δ.Υ.ΠΕ.
- **στην εγκατάσταση** και υλοποίηση συστήματος διαχείρισης επιχειρησιακών πόρων (ERP), το οποίο θα καλύπτει τις λειτουργικές ανάγκες των Δ.Υ.ΠΕ., των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας.
- **στην υλοποίηση** και λειτουργία περιφερειακού κέντρου δεδομένων (Data centers) στις Δ.Υ.ΠΕ., υπό την έννοια ότι κάθε Δ.Υ.ΠΕ θα αποτελεί «παροχέα» ASP για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

- **στην κατάρτιση** των επαγγελματιών υγείας (ιατρο-νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό) σε όλες τις εφαρμογές και στις νέες μεθόδους εργασίας, βάσει των πληροφορικών συστημάτων σε επίπεδο κλινικής και μονάδας υπηρεσιών υγείας.

Ο πίνακας που ακολουθεί δίνει μια συνολική εικόνα των υποσυστημάτων που συνθέτουν τα Ο.Π.Σ. των Δ.Υ.ΠΕ. που βρίσκονται προς εγκατάσταση. Η εξέταση του πίνακα καταδεικνύει την ύπαρξη στο (άμεσο μέλλον) ικανών υποδομών σε Τ.Π.Ε., οι οποίες μπορούν να αποτελέσουν την αφετηρία για την επιτυχή υλοποίηση έργων που θα σχεδιαστούν στο πλαίσιο των δράσεων e-Health του Ε.Π. «Ψηφιακή Σύγκλιση 2007-2013».



ΔΥΠΕ	Β' ΑΤΤΙΚΗΣ			Γ' ΑΤΤΙΚΗΣ			Α' Ν. ΑΙΓΑΙΟΥ			Β' Ν. ΑΙΓΑΙΟΥ			Β' Κ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ			ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ			Α' Κ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ			ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ			ΣΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ			ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ			ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ			ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ			ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΟΣ			ΚΡΗΤΗΣ		
3) ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΡΑΝΤΕΒΟΥ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ-ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓				
4) ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ - ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓					
5) ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓					
6) ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΟ	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓					
<b>Ιατρικές Εφαρμογές</b>																																										
1) ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ – ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓					
2) ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΑ	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓					
3) ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓					
4) ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓					
5) ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ	✓			✓			✓	✓		✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓					
6) ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ	✓			✓			✓	✓		✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓					
7) ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ	✓			✓			✓	✓		✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓					
8) ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓			✓					
9) ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΡΑΞΗΣ	✓			✓						✓			✓																													
10) ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΟΣ ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ							✓	✓		✓																																
11) ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΡΟΦΙΛ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ							✓	✓																																		
<b>Λοιπές Εφαρμογές</b>																																										
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΙΜΟΤΗΤΑΣ HL7	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓				

ΔΥΠΕ	Β' ΑΤΤΙΚΗΣ			Γ' ΑΤΤΙΚΗΣ			Α' Ν. ΑΙΓΑΙΟΥ			Β' Ν. ΑΙΓΑΙΟΥ			Β' Κ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ			ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ			Α' Κ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ			ΑΝ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ & ΘΡΑΚΗΣ			ΣΤ. ΕΛΛΑΔΑΣ			ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ			ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ			ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ			ΔΥΤ. ΕΛΛΑΔΟΣ			ΚΡΗΤΗΣ		
MANAGEMENT INFORMATION SYSTEM (MIS), BUSINESS INTELLIGENCE	✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓				
ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΠΟΛΙΤΩΝ – ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΟΛΙΤΗ/ΑΣΘΕΝΗ	✓			✓						✓																																
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΠΥΛΗ - PORTAL	✓			✓						✓			✓						✓									✓						✓								
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ		✓			✓			✓			✓			✓						✓						✓						✓						✓				
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ	✓	✓									✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓		✓	✓					✓	✓		✓	✓			
ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΛΕΙΑΤΡΙΚΗΣ											✓	✓																														

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Ψηφιακή Σύγκλιση 2007-2013 στον τομέα της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Φάση Α': Ανάλυση υφιστάμενης κατάστασης, σελ. 77

Σημείωση: εκτός των παραπάνω, ενταγμένα στο Ε.Π. ΚιΤΠ είναι έργα Ο.Π.Σ. Δ.Υ.ΠΕ. της Α' Δ.Υ.ΠΕ. Αττικής και της Δ.Υ.ΠΕ. Ηπείρου

Σημαντική είναι επίσης η εκπόνηση οριζοντίων δράσεων διασύνδεσης και διαλειτουργικότητας, καθώς και η ανάπτυξη ανάλογης υποδομής από τις μονάδες που δεν καλύπτονται από τα εν εξελίξει Ο.Π.Σ. των Δ.Υ.ΠΕ.

Επίσης στο πλαίσιο του Γ΄ ΚΠΣ υλοποιούνται τα παρακάτω έργα:

**Πίνακας 34: Έργα (εκτός των Ο.Π.Σ. Δ.Υ.ΠΕ.) που υλοποιούνται στο πλαίσιο του Μέτρου 2.6 του Ε.Π. ΚτΠ**

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΟΥ	ΦΥΣΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ (€) (Δ.Δ.)
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. ΚΑΙ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ	3.450.784,86 €
ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΥ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ 14 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ	2.200.765,28 €
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ	692.589,88 €
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΩΝ	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ	635.793,72 €
ΔΗΛΟΣ - ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΥΚΛΑΔΩΝ (Α΄ ΦΑΣΗ)	ΚτΠ Α.Ε.	1.999.993,89 €
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΠΕ ΣΤΑ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ, "ΦΙΛΙΠΠΟΣ"	ΚτΠ Α.Ε.	8.500.000,00 €
ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΟΠΤΙΚΑ ΜΕΙΟΝΕΚΤΟΥΝΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕΣΩ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΤΠΕ ΣΤΟ ΚΕΑΤ	ΚΕΝΤΡΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ & ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΥΦΛΩΝ	427.986,00 €
ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΚΑΙ ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ	149.473,34 €
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΩΝ, ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΑΡΤΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ & ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ	289.100,00 €
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΗ ΠΥΛΗ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	Ε.Ο.Φ.	330.000,00 €
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΜΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ	ΚτΠ Α.Ε.	4.190.415,35 €
ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΥΠΟΔΟΜΩΝ ΤΠΕ ΤΟΥ ΟΚΑΝΑ	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑ ΤΩΝ ΝΑΡΚΩΤΙΚΩΝ (ΟΚΑΝΑ)	512.856,54 €
E-SCHOOL ΤΗΣ ΕΘΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (Ε-ΕΣΔΥ)	ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΣΔΥ)	1.351.569,00 €
ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ - ΑΡΧΕΙΟΘΕΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΙΚΟΝΩΝ ΤΟΥ Γ.Ν. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	3η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	1.265.040,07 €
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΦΟΡΕΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ	ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ & ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ	224.196,00 €

ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΟΥ	ΦΥΣΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ (€) (Δ.Δ.)
ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΟΙΚΟΥ ΝΑΥΤΟΥ	ΚτΠ Α.Ε.	1.647.687,09 €

Πηγή: Ε.Π. ΚτΠ, στοιχεία ΟΠΣ 01-10-2008, διαθέσιμο στο [http://www.infosoc.gr/infosoc/el-GR/epktp/proodos\\_ylopoiisis/stoixeia\\_proodou\\_ergwn/](http://www.infosoc.gr/infosoc/el-GR/epktp/proodos_ylopoiisis/stoixeia_proodou_ergwn/), (πρόσβαση την 20<sup>η</sup> Οκτωβρίου 2008)

Όλα τα παραπάνω έργα αποσκοπούν στη συνολική αναβάθμιση των υπηρεσιών προς τον πολίτη και τον επαγγελματία, αλλά και στην αναβάθμιση των διαδικασιών διαχείρισης των πόρων του Ε.Σ.Υ.

Πέραν όμως των παρεμβάσεων – εκσυγχρονισμού σε έργα πληροφορικής στην Υγεία – Πρόνοια, προκειμένου η κάθε Δ.Υ.ΠΕ. να περάσει αρχικά στην Κοινωνία της Πληροφορίας και κατόπιν στην Κοινωνία της Γνώσης (eEurope2002 και eEurope 2005, i2010) θα πρέπει να δημιουργηθεί η απαραίτητη κρίσιμη μάζα χρηστών, οι οποίοι θα κληθούν να υποστηρίξουν την πληροφοριακή υποδομή των Δ.Υ.ΠΕ. αλλά και να μεταφέρουν στο υπόλοιπο προσωπικό την αναγκαία κουλτούρα.

Έτσι, οι ενέργειες εκπαίδευσης και κατάρτισης αποτελούν ταυτόχρονα και μια υποστηρικτική δράση για την προετοιμασία των μελλοντικών χρηστών πληροφοριακών συστημάτων. Η εκπαίδευση και κατάρτιση καλύπτει όλες τις βασικές πτυχές των πληροφοριακών συστημάτων στην Υγεία, ώστε να γίνει εφικτή η κάλυψη καίριων θέσεων εργασίας που απαιτούν γνώση ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων (οικονομική και διοικητική διαχείριση, ιατρικές εφαρμογές, εργαστηριακές εφαρμογές, κλπ.)

Στο πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι ενέργειες κατάρτισης που χρηματοδοτούνται από το Μέτρο 2.7.

**Πίνακας 35: Ενταγμένα έργα κατάρτισης στο Μέτρο 2.7 του Ε.Π. ΚτΠ**

ΕΡΓΟ	ΤΕΛΙΚΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ (€) (Δ.Δ.)
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΟ Β' Πε.Σ.Υ.Π. ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΚτΠ Α.Ε.	140.000,00 €
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΟ Πε.Σ.Υ.Π. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΚτΠ Α.Ε.	150.000,00 €
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠεΣΥΠ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ	ΚτΠ Α.Ε.	205.429,00 €
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΟ Α' Πε.Σ.Υ.Π. ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ	ΚτΠ Α.Ε.	150.000,00 €
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΟ Πε.Σ.Υ.Π. ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ	ΚτΠ Α.Ε.	150.000,00 €
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΟ Πε.Σ.Υ.Π. ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ	ΚτΠ Α.Ε.	159.882,45 €
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΟ Β' Πε.Σ.Υ.Π. ΑΤΤΙΚΗΣ	ΚτΠ Α.Ε.	380.000,00 €
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΣΥΠ Β' ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΚτΠ Α.Ε.	380.000,00 €

ΕΡΓΟ	ΤΕΛΙΚΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ (€) (Δ.Δ.)
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΣΥΠ Α' ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΚτΠ Α.Ε.	310.000,00 €
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΟ Πε.Σ.Υ.Π. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ	ΚτΠ Α.Ε.	160.000,00 €
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΟ Γ' Πε.Σ.Υ.Π. ΑΤΤΙΚΗΣ	ΚτΠ Α.Ε.	250.000,00 €
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΣΥΠ ΚΡΗΤΗΣ	ΚτΠ Α.Ε.	340.000,00 €
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ & ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΠΕ ΤΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ Α' Πε.Σ.Υ.Π. ΑΤΤΙΚΗΣ	1η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ	323.001,70 €
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΟ Πε.Σ.Υ.Π. ΗΠΕΙΡΟΥ	6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ	180.000,00 €
ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΥ.ΠΕ ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ	ΚτΠ Α.Ε.	200.000,00 €

Πηγή: Ε.Π. ΚτΠ, στοιχεία ΟΠΣ 01-10-2008, διαθέσιμο στο [http://www.infosoc.gr/infosoc/el-GR/epktp/proodos\\_yloroiisis/stoixeia\\_proodou\\_ergwn/](http://www.infosoc.gr/infosoc/el-GR/epktp/proodos_yloroiisis/stoixeia_proodou_ergwn/), (πρόσβαση την 20<sup>η</sup> Οκτωβρίου 2008)

### Πίνακας 36: Λοιπά ενταγμένα έργα στο Μέτρο 2.7 του Ε.Π. ΚτΠ

ΕΡΓΟ	ΤΕΛΙΚΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΣ	ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ (€) (Δ.Δ.)
ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΑΜΕΑ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΚΑΡΤΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ	ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ & ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ	316.146,00 €
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΕΩΝ ΝΟΣΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΕΩΝ (ICD-10) / ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ	ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ	946.050,00 €
ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟ ΙΑΤΡΟΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΥΛΙΚΩΝ Α.Ε.	495.800,00 €

Πηγή: Ε.Π. ΚτΠ, στοιχεία ΟΠΣ 01-10-2008, διαθέσιμο στο [http://www.infosoc.gr/infosoc/el-GR/epktp/proodos\\_yloroiisis/stoixeia\\_proodou\\_ergwn/](http://www.infosoc.gr/infosoc/el-GR/epktp/proodos_yloroiisis/stoixeia_proodou_ergwn/), (πρόσβαση την 20<sup>η</sup> Οκτωβρίου 2008)

Αξίζει επίσης να σημειωθεί η προσπάθεια δημιουργίας **ενιαίου πληροφοριακού συστήματος** του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Σύστημα **IASYS**), το οποίο αποσκοπεί στην επιχειρησιακή αναβάθμιση του συστήματος Υγείας, μέσω της καλύτερης διαχείρισης - αξιοποίησης της επιχειρησιακής πληροφορίας που είναι σε θέση να συλλέξει και της αξιοποίησης νέων τεχνολογιών πληροφορικής.

Τέλος, ιδιαίτερη αναφορά αξίζει να γίνει για την οργάνωση της αντιμετώπισης πιθανών κρίσεων, που αποτελεί αρμοδιότητα του Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.). Το Ε.Κ.ΕΠ.Υ. δημιουργήθηκε το 2006 και αποτελεί μετεξέλιξη του Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (Σ.Ο.Τ.Υ.),



που ιδρύθηκε τον Απρίλιο του 2004 με σκοπό τον συντονισμό της λειτουργίας των εμπλεκόμενων υποσυστημάτων του Τομέα της Υγείας για την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων και συνθηκών, όπως αυτό προβλεπόταν από το Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ολυμπιακοί Αγώνες 2004 – Υγεία». Για την αποτελεσματική διαχείριση πιθανών κρίσεων στο χώρο της υγείας, προβλέπεται η διασύνδεση του Ε.Κ.ΕΠ.Υ. μέσω διαδικτύου και τηλεδιασκέψεων με τις υγειονομικές περιφέρειες και τις μονάδες υγείας της χώρας. Επιπλέον η συλλογή και η επεξεργασία των πληροφοριών από ολόκληρη την επικράτεια, αναμένεται να προσφέρει τη δυνατότητα δημιουργίας μιας εθνικής βάσης δεδομένων με σκοπό τη συνεχή βελτίωση του τρόπου διαχείρισης εκτάκτων συνθηκών.

### **Διάθεση εφαρμογών Τ.Π.Ε. στην ελληνική αγορά υγείας**

Ιστορικά, ο τομέας της ιατρικής πληροφορικής στην Ελλάδα αποτελούνταν από ανεξάρτητες και αυτόνομες μονάδες με μικρή έως ελάχιστη ανταλλαγή δεδομένων και πληροφοριών μεταξύ τους, ενώ η χρήση τεχνολογιών πληροφορικής αντιμετωπίστηκε επίσης αυτόνομα και κατά περίπτωση. Οι εφαρμογές πληροφορικής στο χώρο της υγείας, κατά την τελευταία 10ετία κάλυψαν κυρίως τους ακόλουθους τομείς:

1. Συστήματα πληροφορικής νοσοκομείων. Αυτά αφορούσαν κυρίως το διοικητικό – οικονομικό υποσύστημα και εφαρμογές του υποσυστήματος διαχείρισης ασθενών (γραφείο κίνησης, λογιστήριο ασθενών, φαρμακείο). Δευτερευόντως αναπτύχθηκαν εφαρμογές πληροφοριακού συστήματος εργαστηρίων (LIS), ενώ αισθητά λιγότερες ήταν οι ιατρικές εφαρμογές.
2. Συστήματα μηχανοργάνωσης ιατρείων. Απευθύνονταν κυρίως σε γυναικολόγους και παθολόγους, ενώ μικρότερος αριθμός εφαρμογών κάλυπτε ανάγκες οδοντοιατρείων ή αγγειολόγων. Η λειτουργικότητά τους καλύπτει κυρίως την καρτέλα ασθενούς με διαχείριση ραντεβού και ιατρικών επισκέψεων. Πολλές ενσωματώνουν δυνατότητες πολυμέσων και παρέχουν διασυνδεσιμότητα με ιατρικές συσκευές (κυρίως απεικονιστικές) μέσω ιδιωτικών ή προτύπων πρωτόκολλων επικοινωνίας.
3. Λοιπά συστήματα ή βοηθητικά εργαλεία. Αφορούν κυρίως σε εργαλεία λογισμικού για την υποστήριξη προμηθειών από νοσοκομεία ή σε συστήματα για προετοιμασία διαγνωσμών από προμηθευτές νοσοκομείων. Τα τελευταία είναι είτε αυτόνομα συστήματα, είτε – κύρια – ενσωματωμένα στα συστήματα ERP των προμηθευτών.

Σε ό,τι αφορά στα συστήματα πληροφορικής νοσοκομείων, μέχρι το 2000 αποτελούσαν κυρίως προϊόντα ελληνικών εταιρειών λογισμικού και αξιοποιούσαν τεχνολογίες client – server με διεπαφή χρήσης που βασιζόταν σε χαρακτήρες, ενώ σχετικά περιορισμένες ήταν οι εφαρμογές που αξιοποιούσαν γραφική διεπαφή χρήσης μέσω παραθύρων.

Αξίζει να σημειωθεί πως υπήρξε στήριξη σε ερευνητικό επίπεδο από ελληνικά ή ευρωπαϊκά προγράμματα (π.χ. Telematics, IST, ΠΑΒΕΤ κλπ.) σε εγχώριες εταιρίες για την ανάπτυξη καινοτόμων προϊόντων ιατρικής πληροφορικής (π.χ. ιατρικός φάκελος, συστήματα υποστήριξης διάγνωσης,

προωθημένα συστήματα επεξεργασίας και σύντηξης ιατρικών εικόνων κλπ.) ή ολοκληρωμένων υπηρεσιών, με εστίαση στα δίκτυα τηλεϊατρικής. Εντούτοις ο αριθμός έργων που κατόρθωσαν να μετεξελιχθούν σε βιώσιμα εμπορικά προϊόντα ήταν πολύ περιορισμένος.

Μετά το 2000, στην εγχώρια αγορά ιατρικής πληροφορικής εμφανίστηκαν προϊόντα πληροφοριακών συστημάτων νοσοκομείων από διεθνείς οίκους λογισμικού – κυρίως ευρωπαϊκούς. Η εισαγωγή αυτών διευκολύνθηκε από τα μεγαλύτερα εταιρικά σχήματα που προέκυψαν στον χώρο της αγοράς πληροφορικής από τις συγχωνεύσεις της περιόδου 1999 – 2001.

Όσον αφορά στα λοιπά ιατρικά συστήματα (π.χ. PACS, miniPACS, RIS κλπ.) υπάρχει κυρίως αντιπροσώπευση οίκων του εξωτερικού, συνήθως προμηθευτών και ιατρικών απεικονιστικών μηχανημάτων, ενώ περιορισμένη είναι η διαθεσιμότητα ελληνικών λύσεων, ορισμένες εκ των οποίων είναι προϊόντα ερευνητικών ινστιτούτων. Όλες οι λύσεις υποστηρίζουν το διεθνές πρωτόκολλο DICOM 3.0 για την ανταλλαγή και την αποθήκευση ιατρικών εικόνων ή βίντεο.

Η συγκριτική μελέτη των τεχνολογικών λύσεων που προκρίθηκαν στην υλοποίηση των έργων πληροφορικής στις Δ.Υ.ΠΕ. που βρίσκονται σε εξέλιξη, καταδεικνύει τα εξής:

1. Οι διοικητικο-οικονομικές εφαρμογές βασίζονται κυρίως σε συστήματα ERP διεθνών οίκων με δεσπόζουσα θέση στην παγκόσμια αγορά.
2. Οι εφαρμογές διαχείρισης ασθενών και οι ιατρικές εφαρμογές βασίζονται είτε σε πληροφοριακά συστήματα διεθνών οίκων που έχουν εξελληνιστεί και υποστηρίζονται από τοπικές εταιρίες, είτε σε προϊόντα ελληνικών εταιριών λογισμικού. Τα τελευταία βρίσκονται σε φάση τεχνολογικής εξέλιξης από την αρχιτεκτονική client server δύο βαθμίδων, σε αυτή των πολλών βαθμίδων (n-tier).
3. Η διασύνδεση των συστημάτων προβλέπεται να γίνει μέσω του προτύπου HL7, με την εφαρμογή του σχετικού λογισμικού, είτε σε επίπεδο διακομιστή μηνυμάτων, είτε ως client, ενσωματωμένων στις άλλες εφαρμογές.
4. Σημαντική διάσταση δίνεται στην εξωστρέφεια των συστημάτων, μέσω της εγκατάστασης και λειτουργίας εξειδικευμένων Διαδικτυακών Πυλών (Portals) Υγείας, τόσο σε επίπεδο Δ.Υ.ΠΕ., όσο και κεντρικά. Οι ηλεκτρονικές πύλες υγείας παράσχουν αδιαλείπτως πρόσβαση σε ενημέρωση στους πολίτες και αποτελούν ένα εργαλείο για την διάχυση γνώσης και επιστημονικής πληροφόρησης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

Συνοψίζοντας, η ελληνική αγορά πληροφορικής ενσωματώνει σε ικανοποιητικό βαθμό ώριμες τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών από τη διεθνή αγορά και υποστηρίζει τα ανάλογα τεχνολογικά πρότυπα για την ανταλλαγή δεδομένων και τη διασφάλιση της διαλειτουργικότητας (κύρια HL7 και DICOM 3.0).

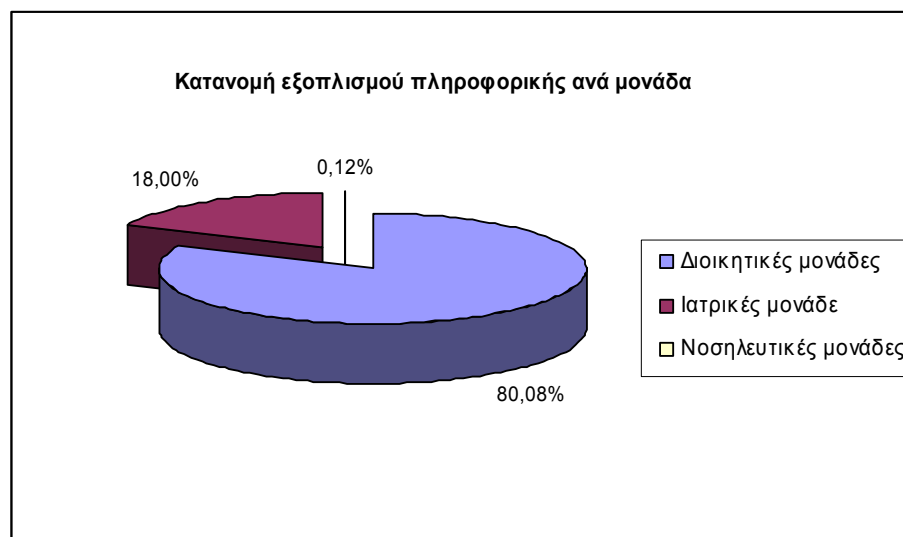
**Κατανομή εξοπλισμού Τ.Π.Ε. στα νοσοκομεία**

Σχετικά με τον εξοπλισμό πληροφορικής στα δημόσια νοσοκομεία, η κατανομή ανά μονάδα είναι άνιση όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί. Η κατανομή των εφαρμογών στις υπηρεσίες των νοσοκομείων είναι κύρια προσανατολισμένη στην εξυπηρέτηση διαχειριστικών λειτουργιών σε ποσοστό 82% των εγκατεστημένων διαχειριστικών εφαρμογών.

**Πίνακας 37: Κατανομή εξοπλισμού πληροφορικής ανά μονάδα**

Κατηγορία μονάδας	Εξοπλισμός πληροφορικής (% του συνόλου)
Διοικητικές μονάδες	80,08
Ιατρικές μονάδες	18,00
Νοσηλευτικές μονάδες	0,12

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Ψηφιακή Σύγκλιση 2007-2013 στον τομέα της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Φάση Α': Ανάλυση υφιστάμενης κατάστασης, σελ. 61



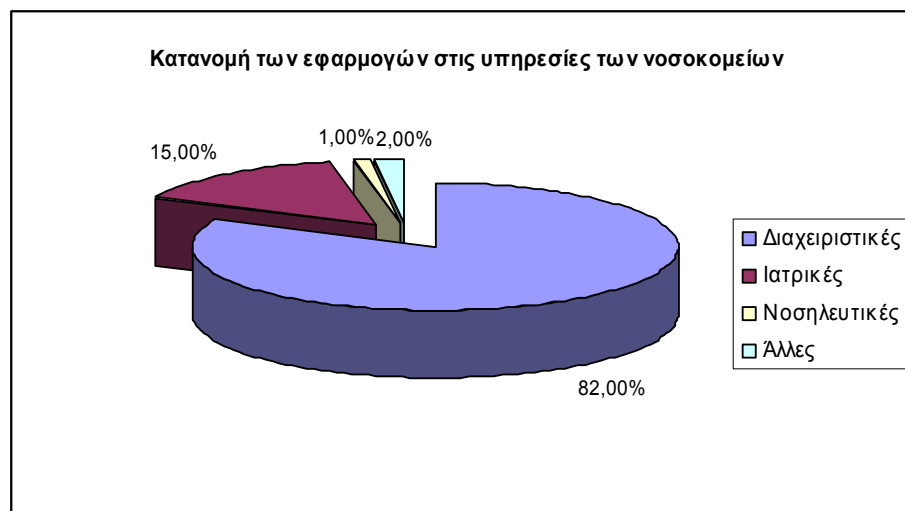
Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Ψηφιακή Σύγκλιση 2007-2013 στον τομέα της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Φάση Α': Ανάλυση υφιστάμενης κατάστασης, σελ. 62

Στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας λειτουργούν (σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό οργάνωσης και στελέχωσης) τμήματα πληροφορικής και οργάνωσης (ΤΠ&Ο) τα οποία αποτελούν και τη βασική μονάδα για την προώθηση της εισαγωγής των Τ.Π.Ε. Εξαίρεση αποτελούν μικρά νοσοκομεία (κάτω των 100 κλινών) στα περισσότερα εκ των οποίων δεν υφίσταται ουσιαστικά οργανωμένο ΤΠ&Ο λόγω έλλειψης στελέχωσης. Επίσης, ο βαθμός διείσδυσης των Τ.Π.Ε. στο χώρο των Κέντρων Υγείας και των περιφερειακών ιατρείων είναι πολύ χαμηλός.

**Πίνακας 38: Κατανομή των εφαρμογών στις υπηρεσίες των νοσοκομείων**

Υπηρεσία	Εφαρμογές πληροφορικής (% του συνόλου)
Διαχειριστικές	82
Ιατρικές	15
Νοσηλευτικές	1
Άλλες	2

Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Ψηφιακή Σύγκλιση 2007-2013 στον τομέα της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Φάση Α': Ανάλυση υφιστάμενης κατάστασης, σελ. 63



Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, «Ψηφιακή Σύγκλιση 2007-2013 στον τομέα της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Φάση Α': Ανάλυση υφιστάμενης κατάστασης, σελ. 62

Ο ρυθμός διεύθυνσης των νέων τεχνολογιών και προσαρμογής της χώρας στις διεθνείς εξελίξεις και τάσεις υπήρξε ασυνήθιστα υψηλός για τις διαγνωστικές και σχετικά ικανοποιητικός για τις επεμβατικές και τριτοβάθμιες εφαρμογές της βιοϊατρικής τεχνολογίας, εξαιρετικά όμως βραδύς για τα πληροφοριακά συστήματα. Μάλιστα, η κατά κεφαλήν αναλογία των εγκατεστημένων στη χώρα συστημάτων υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας και ιδιαίτερα της αξονικής τομογραφίας, υπερβαίνει το μέσο όρο των χωρών της Ε.Ε., γεγονός που οφείλεται κατά κύριο λόγο στην ανάληψη επενδυτικών πρωτοβουλιών εκ μέρους του ιδιωτικού τομέα. Ενδεικτικά, κατά το 1994 αναλογούσαν 12,5 αξονικοί τομογράφοι και 21,5 μηχανήματα υπερήχων ανά 1.000.000 κατοίκους, ενώ στις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. οι αντίστοιχοι δείκτες ήταν 5 και 13 αντίστοιχα.

Ο τομέας της εφαρμογής της ιατρικής πληροφορικής στην Ελλάδα είναι ακόμη στην αρχή. Είναι ενδεικτικό το γεγονός ότι οι γιατροί στην Ελλάδα χρησιμοποιούν υπολογιστή στο γραφείο τους μόνο κατά 20% τη στιγμή που στην Αγγλία το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 95%. Επίσης, σε σχέση με την εφαρμογή πληροφοριακών συστημάτων στα νοσοκομεία τα ποσοστά αυτά είναι επίσης πολύ χαμηλά σε σχέση με τα αντίστοιχα των υπολοίπων Ευρωπαϊκών χωρών.

## Ανθρώπινοι πόροι

Στο χώρο της υγείας, εκτός από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, περιλαμβάνεται ένα ευρύ φάσμα ειδικοτήτων, το οποίο μπορεί να ταξινομηθεί σε κατηγορίες όπως, το παραϊατρικό, το διοικητικό, το τεχνικό και το βοηθητικό. Στην κατηγορία «παραϊατρικό» προσωπικό, που αντιστοιχεί στο 6% του συνολικού αριθμού των επαγγελματιών υγείας, κατατάσσονται οι παρασκευαστές ή τεχνολόγοι εργαστηρίων (ακτινολογικών, μικροβιολογικών, κλπ.), οι φυσικοθεραπευτές, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί, κλπ. Όπως και στο νοσηλευτικό προσωπικό έτσι και στο «παραϊατρικό» σημειώνεται μεγάλη αριθμητική υστέρηση σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.

Η κατάσταση των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών στο χώρο της υγείας βρίσκεται εδώ και μεγάλο χρονικό διάστημα σε φάση ανάπτυξης και είναι γενικά παραδεκτό ότι:

1. Οι οργανωτικές μονάδες πληροφορικής είναι μερικώς στελεχωμένες και δεν αναπτύσσουν αλλά απλά συντηρούν τον υφιστάμενο εξοπλισμό.
2. Από την άποψη του ανθρώπινου δυναμικού το 95% ενός τμήματος πληροφορικής απασχολείται με τη συντήρηση και υποστήριξη ενώ μόνο ένα 5% είναι διαθέσιμο για:
  - Ανάπτυξη λογισμικού και νέες εφαρμογές
  - Σχεδιασμό νέων αρχιτεκτονικών hardware & software
  - Σχεδιασμό νέων τεχνικών
  - Εισαγωγή νέων μεθόδων ανάπτυξης και στρατηγικών συντήρησης
  - Επανασχεδιασμό υπάρχοντος λογισμικού
  - Συνύπαρξη και μεταβατικές στρατηγικές
  - Νέες μεθόδους εγκατάστασης και παραγωγής
  - Επιμόρφωση και εκπαίδευση

Αυτή η διαπίστωση οδηγεί σταδιακά τις μονάδες υγείας στην τάση προμήθειας ολοκληρωμένων λύσεων, σε αντίθεση με παλαιότερα όπου οι προμηθευτές παρείχαν μεμονωμένα προγράμματα ή εφαρμογές. Το πλεονέκτημα αυτής της προσέγγισης είναι ότι τα συστήματα εμπεριέχουν τη γνώση των ειδικών και την εμπειρία στις τεχνολογίες και τον ανασχεδιασμό των λειτουργιών.

## Αξιολόγηση - Συμπεράσματα

Τα κύρια σημεία που αντιπροσωπεύουν τα ισχυρά σημεία και τις αδυναμίες του εσωτερικού περιβάλλοντος της Ψηφιακής Σύγκλισης στον τομέα της υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και παράλληλα τις ευκαιρίες και τους κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος συνοψίζονται ως εξής:

**Ισχυρά σημεία**

- Μερική ενσωμάτωση σύγχρονων τεχνολογιών και αποκτηθείσα εμπειρία στην υλοποίηση έργων Τ.Π.Ε.
- Ύπαρξη στοιχειωδών συστημάτων καταγραφής δεδομένων και μεγάλος όγκος παραγωγής τους.
- Ύπαρξη προηγμένων συστημάτων σε ορισμένες περιπτώσεις, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα.
- Ικανότητα πρόβλεψης μεσοπρόθεσμων αναγκών και σχεδιασμού.
- Νέα κουλτούρα διοίκησης των μονάδων υγείας.
- Ύπαρξη υψηλού επιπέδου επιστημονικού δυναμικού.
- Μετασχηματισμός του Σ.Ο.Τ.Υ. σε Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας: αποκτηθείσα εμπειρία, διαλειτουργικότητα – συντονισμός υπηρεσιών

**Αδυναμίες**

- Ανεπαρκή, και σε πολλές περιπτώσεις απαξιωμένα, πληροφοριακά συστήματα, τόσο σε επίπεδο οργάνωσης και διαχείρισης, όσο και σε επίπεδο διαχείρισης και αξιοποίησης των ιατρικών δεδομένων και γενικά της παραγόμενης γνώσης.
- Χαμηλή εξοικείωση με την τεχνολογία και αργός ρυθμός ενσωμάτωσης αλλαγών.
- Χαμηλός βαθμός ενσωμάτωσης νέων τεχνολογιών και τεχνικών οργάνωσης και διαχείρισης των υπηρεσιών από το προσωπικό – αποσπασματικές και μη διαλειτουργικές εφαρμογές σύγχρονων συστημάτων πληροφορικής και διοίκησης.
- Ύπαρξη ανεξάρτητων και αυτόνομων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας με μικρή ανταλλαγή δεδομένων και πληροφοριών μεταξύ τους.
- Έλλειψη διασύνδεσης με υπηρεσίες που παρέχονται από ΟΤΑ, ασφαλιστικά ταμεία κλπ.
- Μικρός βαθμός επεξεργασίας δεδομένων ηλεκτρονικά - επικράτηση χειρόγραφου τρόπου επεξεργασίας ή με μικρές εφαρμογές αυτοματοποίησης ορισμένων εργασιών.
- Καθυστέρηση ανάπτυξης δομών ευρυζωνικότητας.
- Έλλειψη ψηφιακών υπηρεσιών σε πολίτες και επιχειρήσεις.
- Θεσμικό πλαίσιο - καθυστέρηση στην ενσωμάτωση Κοινωνικών οδηγιών, πολυνομία, ελλείψεις στην ύπαρξη και εφαρμογή ρυθμιστικού πλαισίου για τον ανταγωνισμό.
- Σημαντικές ελλείψεις ή και ανυπαρξία στην εκπαίδευση και τη συνεχή κατάρτιση.
- Χαμηλή παραγωγή καινοτομίας και έλλειψη συστημάτων αξιοποίησης αποτελεσμάτων έρευνας.
- Περιορισμένη συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και εσωστρέφεια του συστήματος.

- Έλλειψη παραϊατρικού προσωπικού.

### **Ευκαιρίες**

- Εισαγωγή και αξιοποίηση νέων τεχνολογιών (τηλεϊατρικής, ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας, νανοτεχνολογίες, μεταφορά πληροφοριών από ασθενείς προς ειδικούς).
- Διαθέσιμη κοινοτική χρηματοδότηση για έργα Τ.Π.Ε. για την περίοδο 2007-2013.
- Αξιοποίηση των πολιτικών και κατευθυντήριων Οδηγιών της Ε.Ε.
- Αξιοποίηση επιτυχημένων παραδειγμάτων και πολιτικών άλλων χωρών.
- Εξυγίανση αγοράς – ενίσχυση ανταγωνισμού.

### **Κίνδυνοι**

- Ιστορικά αυτόνομη και κατά περίπτωση ανάπτυξη των Τ.Π.Ε. στην Ελλάδα.
- Καθυστερήσεις στην απλοποίηση του κανονιστικού περιβάλλοντος που δυσχεραίνουν την εισαγωγή Τ.Π.Ε.
- Εμφάνιση νέων ομάδων χρηστών.
- Ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων ως προς τη δυνατότητα πρόσβασης σε ψηφιακές υπηρεσίες υγείας.
- Στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα λόγω αδυναμίας του δημόσιου να καλύψει τη ζήτηση για παροχή εξειδικευμένων διαγνωστικών υπηρεσιών σε περίπτωση μη προσαρμογής του στα νέα τεχνολογικά δεδομένα.

#### ***1.7. Σύνοψη δυνατών & αδυνάτων σημείων και απειλών & ευκαιριών του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης***

Η χρήση της τεχνικής ανάλυσης SWOT κατά τη διαδικασία στρατηγικού σχεδιασμού συνίσταται στη συστηματική, εμπειριστατωμένη και, κατά το δυνατόν, κωδικοποιημένη καταγραφή της υφιστάμενης αναπτυξιακής κατάστασης και των σχετικών τάσεων. Το αποτέλεσμα της ανάλυσης SWOT είναι δομημένη πληροφόρηση, διαμόρφωση συναντίληψης περί της αναπτυξιακής πραγματικότητας και ένα σύνολο από στρατηγικές επιλογές.

Η ανάλυση SWOT διαιρείται σε δύο επιμέρους βασικές ενότητες:

1. Στοιχεία του εσωτερικού περιβάλλοντος (εντός της χώρας και του τομέα), που αφορούν τα υφιστάμενα ισχυρά σημεία και αδυναμίες. Ειδικότερα:

- Ισχυρά σημεία είναι κάθε ενδογενής αναπτυξιακός συντελεστής που συμβάλλει στην αξιοποίηση των ευκαιριών και στην αντιμετώπιση των απειλών.
- Αδυναμίες είναι κάθε ενδογενής αναπτυξιακή συνθήκη ή έλλειμμα που υπονομεύει την ανταγωνιστική θέση της χώρας και του τομέα ή παρεμποδίζει την αξιοποίηση των ευκαιριών.

2. Στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος, που αφορούν τις υφιστάμενες απειλές και τις μη διερευνημένες ευκαιρίες. Ειδικότερα:

- Ευκαιρίες είναι κάθε εξωγενής συνθήκη ή χαρακτηριστικό που ευνοεί την τόνωση της ζήτησης στη χώρα και στον τομέα ή που συντελεί στη διαμόρφωση συγκριτικού πλεονεκτήματος.
- Απειλές είναι η πρόκληση που δημιουργείται εξαιτίας μη ευνοϊκών τάσεων ή κάθε εξωγενούς συνθήκης που ασκεί μη ευνοϊκή επίδραση στην αναπτυξιακή θέση της χώρας και του τομέα.

Στον Πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η ανάλυση SWOT που βασίζεται στην ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης του τομέα που αναπτύχθηκε στο κεφάλαιο 2. Ο πίνακας επιμερίζεται, οριζοντίως, σε έξι βασικά πεδία ανάλυσης σύμφωνα με τον θεματικό χαρακτήρα του αντικειμένου:

- Γενικό Σύστημα Υγείας
- Δημόσια Υγεία
- Πρωτοβάθμια Φροντίδα
- Ψυχική Υγεία
- Κοινωνική Αλληλεγγύη
- Ψηφιακή Σύγκλιση

Η ανάλυση SWOT για το Γενικό Σύστημα Υγείας αποτελεί συνθετική προσέγγιση των αναλύσεων των επιμέρους υποσυστημάτων, τα οποία διαθέτουν ως κάποιο βαθμό κοινά χαρακτηριστικά αλλά και σημαντικές διαφορές. Ειδικότερα, τα ισχυρά σημεία, οι αδυναμίες, οι ευκαιρίες και οι απειλές για τον τομέα της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνολικά συνοψίζονται ως εξής:

### **Ισχυρά σημεία**

- Κάλυψη συνόλου ασθενών με εκτεταμένο δίκτυο βασικών υπηρεσιών αλλά και σημαντικό αριθμό εξειδικευμένων υπηρεσιών. Η κάλυψη αυτή αφορά τις ανάγκες σε υποδομές, μεγάλο μέρος των οποίων είναι νέες και σύγχρονες.
- Σχετικά ικανοποιητική προσβασιμότητα του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας λόγω της ύπαρξης υποδομών μεταφορών στην ηπειρωτική χώρα και της διάνοιας οδικών αξόνων.
- Επαρκές νομικό πλαίσιο – ανανέωση και εμπλουτισμός του στην κατεύθυνση των υλοποιούμενων μεταρρυθμίσεων.



- Αναδιοργάνωση σε Δ.Υ.ΠΕ. του συστήματος υγείας και ανάπτυξη της περιφερειακής διάστασης στη διοίκηση του Ε.Σ.Υ. Νέα κουλτούρα διοίκησης των μονάδων υγείας.
- Ύπαρξη ικανού σε αριθμούς ιατρικού προσωπικού με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Διαθεσιμότητα επιστημονικού δυναμικού σε Α.Ε.Ι. και άλλα εκπαιδευτικά ιδρύματα.
- Δίκτυο Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης υγείας και πρόνοιας με πιστοποίηση δομών καθώς και δίκτυο Τεχνικών Επαγγελματικών Εκπαιδευτηρίων (Τ.Ε.Ε.) και Ι.Ε.Κ.
- Σημαντική αποκτηθείσα εμπειρία οργανισμών και υπηρεσιών του τομέα υγείας.
- Σημαντικοί διαθέσιμοι πόροι για τον τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Μερική ενσωμάτωση σύγχρονων τεχνολογιών και ύπαρξη στοιχειωδών συστημάτων καταγραφής δεδομένων.
- Αλλαγή πολιτικής σε εθνικό επίπεδο στην αντίληψη για την κοινωνική αλληλεγγύη.
- Ύπαρξη βασικής υποδομής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- Διεύρυνση Διασυνοριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας (ΔΙ.ΚΕ.Δ.Υ.) και σημαντικός αριθμός μελετών διάγνωσης προβλημάτων υγείας διασυνοριακού τύπου.

### **Αδυναμίες**

- Κατακερματισμένη και ανισομερώς κατανομημένη πρωτοβάθμια φροντίδα, με ελλείψεις και επικαλύψεις.
- Υπερδιογκωμένο σύστημα ιατρικών υπηρεσιών, επικεντρωμένο στη δευτεροβάθμια περίθαλψη – μειωμένη έμφαση στην πρόληψη και αδυναμία σχεδιασμού, οργάνωσης, ανάπτυξης και υλοποίησης προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας και καταγραφής των επιδημιολογικών και νοσολογικών προτύπων του πληθυσμού.
- Προβλήματα καθολικής κάλυψης και προσβασιμότητας λόγω γεωμορφολογίας της χώρας, ιδιαίτερα σε υπηρεσίες.
- Ανεπαρκής στελέχωση μονάδων υγείας, έλλειψη νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού.
- Ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή και στον τεχνολογικό εξοπλισμό των μονάδων υγείας – ελλείψεις στην ορθολογική διαχείριση ενέργειας, απορριμμάτων και επικίνδυνων αποβλήτων
- Συνολικά πολύ χαμηλή παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης των πόρων. Σημαντικά ελλείματα στα μεγάλα Ταμεία και τα νοσοκομεία, έλλειψη ελέγχου κόστους – απόδοσης, κόστους – οφέλους κλπ. Πληθώρα Ταμείων και πολυμορφία τιμολογίων.
- Σημαντικές ελλείψεις σε συστήματα διοίκησης, στην εκπαίδευση και τη συνεχή κατάρτιση.

- Αποσπασματικές και μη διαλειτουργικές εφαρμογές σύγχρονων συστημάτων πληροφορικής και διοίκησης. Αργός ρυθμός ενσωμάτωσης αλλαγών.
- Ανομοιογενής και μη διασφαλιζόμενη ποιότητα υπηρεσιών, έλλειψη ολοκληρωμένου συστήματος διασφάλισης ποιότητας & ασφάλειας υπηρεσιών, αμφίβολη ασφάλεια προϊόντων και τροφίμων και ανεπάρκεια υγειονομικών ελέγχων.
- Περιορισμένες δραστηριότητες έρευνας - περιορισμένη απορρόφηση αποτελεσμάτων. Μη αξιοποίηση της γνώσης και ανεπαρκής ενημέρωση των δεδομένων που προκύπτουν από τις μελέτες.
- Έλλειψη συνεργασίας και συντονισμού με συναρμόδια υπουργεία (Απασχόλησης, Παιδείας, Περιβάλλοντος, Ανάπτυξης, Μεταφορών, Εσωτερικών).
- Ανεπαρκής σχεδιασμός για τις μονάδες κοινωνικής αλληλεγγύης – μη επαρκής έμφαση στις ενεργητικές προνοιακές πολιτικές.
- Έλλειψη αξιολόγησης πολιτικών, προγραμμάτων, ιδρυμάτων και προσώπων σε όλο το σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της χώρας.

### **Ευκαιρίες**

- Περίοδος διεθνούς ενδιαφέροντος για την υγεία (Ο.Η.Ε., Π.Ο.Υ., Ε.Ε) και την κοινωνική αλληλεγγύη (Π.Ο.Υ., Ε.Ε.). Παράλληλα διατυπώνονται ευνοϊκές για την ανάπτυξη του τομέα πολιτικές και κατευθυντήριες οδηγίες της Ε.Ε.
- Ο τομέας έχει την δυνατότητα να επωφεληθεί από επιτυχημένα παραδείγματα και πολιτικές άλλων χωρών αλλά και εγχώριων οργανισμών.
- Αξιοποίηση του ρόλου της Ελλάδας στη ΝΑ Ευρώπη. Μετάδοση της αποκτηθείσας εμπειρίας και τεχνογνωσίας στη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας και σε θέματα αντιμετώπισης κρίσεων και εκτάκτων αναγκών στο πλαίσιο διακρατικής συνεργασίας. Ενίσχυση της φαρμακοβιομηχανίας για ικανότερη κάλυψη εγχώριων αναγκών καθώς και χωρών ΝΑ Ευρώπης.
- Αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες τουρισμού υγείας με προτίμηση τις Μεσογειακές χώρες. Αναπτύσσεται η δεύτερη κατοικία Ευρωπαίων στην Ελλάδα και ενισχύεται ο περιφερειακός ιστός, με την επαναφορά των συνταξιούχων στην ύπαιθρο.
- Ωρίμανση θεσμικού πλαισίου για τις Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού Τομέα.
- Αξιοποίηση νέων τεχνολογιών (τηλεϊατρικής, ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας, νανοτεχνολογίες, μεταφορά πληροφοριών από ασθενείς προς ειδικούς).
- Ο τομέας επωφελείται από τις δυνατότητες αξιοποίησης του εθελοντισμού και την προώθηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης.

**Κίνδυνοι**

- Δημογραφικές ανακατατάξεις (γήρανση του πληθυσμού, μετακίνηση πληθυσμών - παράνομη μετανάστευση & trafficking, κοινωνικές μεταβολές κι εμφάνιση νέων ομάδων χρηστών).
- Κοινωνικές και πολιτισμικές μεταβολές (χαλάρωση των οικογενειακών και λοιπών κοινωνικών δεσμών, αλλαγή διατροφικών συνηθειών, αύξηση του καπνίσματος και της χρήσης ουσιών).
- Κοινωνικά στερεότυπα, κοινωνικές αντιδράσεις και μη αποδοχή του «διαφορετικού». Ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων ως προς την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.
- Επιδημιολογικές μεταβολές - Αναδυόμενα λοιμώδη νοσήματα σε παγκόσμιο επίπεδο και εμφάνιση κινδύνων που δε γνωρίζουν σύνορα (SARS, Bird Flu), αύξηση νευροψυχιατρικών νοσημάτων και εμφάνιση νέων, λόγω αλλαγής των προτύπων διατροφής και διαβίωσης.
- Υποβάθμιση περιβάλλοντος με επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού.
- Έντονες κλιματικές αλλαγές – επίταση φυσικών καταστροφών.
- Σημειώνεται ότι οι αναφορές της ανάλυσης SWOT προκύπτουν και επικεντρώνονται στις πλέον σημαντικές επισημάνσεις και ευρήματα της ανάλυσης χωρίς να υποκαθιστούν την εκτενή και διεξοδική τεκμηρίωση που παρέχεται στο κείμενο.

**Πίνακας 39: Ανάλυση SWOT Τομέας Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης**

ΤΟΜΕΑΚΑ ΠΕΔΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	Ισχυρά σημεία	Αδυναμίες	Ευκαιρίες	Κίνδυνοι
<p>Γενικό Σύστημα Υγείας</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εκτεταμένο δίκτυο βασικών υπηρεσιών και σημαντικός αριθμός εξειδικευμένων υπηρεσιών.</li> <li>• Σχετικά ικανοποιητική προσβασιμότητα του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας.</li> <li>• Επαρκές νομικό πλαίσιο – ανανέωση και εμπλουτισμός του.</li> <li>• Αναδιοργάνωση σε Δ.Υ.ΠΕ. και ανάπτυξη της περιφερειακής διάστασης στη διοίκηση του Ε.Σ.Υ. -Νέα κουλτούρα διοίκησης των μονάδων υγείας.</li> <li>• Ικανοποιητικός αριθμός ιατρικού προσωπικού με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης.</li> <li>• Διαθεσιμότητα επιστημονικού δυναμικού σε Α.Ε.Ι. και άλλα εκπαιδευτικά ιδρύματα.</li> <li>• Δίκτυο Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης υγείας και πρόνοιας (Τ.Ε.Ε., Ι.Ε.Κ.)</li> <li>• Σημαντική αποκτηθείσα εμπειρία οργανισμών και υπηρεσιών του τομέα υγείας.</li> <li>• Σημαντικοί διαθέσιμοι πόροι.</li> <li>• Μερική ενσωμάτωση σύγχρονων τεχνολογιών και ύπαρξη στοιχειωδών συστημάτων καταγραφής δεδομένων.</li> <li>• Αλλαγή πολιτικής σε εθνικό επίπεδο στην αντίληψη για την κοινωνική αλληλεγγύη.</li> <li>• Ύπαρξη βασικής υποδομής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανισομερώς κατανεμημένη πρωτοβάθμια φροντίδα.</li> <li>• Επικέντρωση συστήματος ιατρικών υπηρεσιών στη δευτεροβάθμια περίθαλψη - μειωμένη έμφαση στην πρόληψη.</li> <li>• Προβλήματα καθολικής κάλυψης και προσβασιμότητας λόγω γεωμορφολογίας.</li> <li>• Ανεπαρκής στελέχωση μονάδων υγείας, έλλειψη νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού.</li> <li>• Ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή και στον τεχνολογικό εξοπλισμό - ελλείψεις στην ορθολογική διαχείριση ενέργειας, απορριμμάτων και επικίνδυνων αποβλήτων.</li> <li>• Πολύ χαμηλή παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος διαχείρισης των πόρων.</li> <li>• Σημαντικές ελλείψεις σε συστήματα διοίκησης, στην εκπαίδευση και τη συνεχή κατάρτιση.</li> <li>• Αποσπασματικές και μη διαλειτουργικές εφαρμογές σύγχρονων συστημάτων πληροφορικής και διοίκησης - αργός ρυθμός ενσωμάτωσης αλλαγών.</li> <li>• Χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών, έλλειψη ολοκληρωμένου συστήματος διασφάλισης ποιότητας &amp; ασφάλειας υπηρεσιών.</li> <li>• Περιορισμένες δραστηριότητες έρευνας – περιορισμένη απορρόφηση αποτελεσμάτων.</li> <li>• Έλλειψη διατομεακής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Περίοδος διεθνούς ενδιαφέροντος για την υγεία (ΟΗΕ, ΠΟΥ, ΕΕ) και την κοινωνική αλληλεγγύη (ΠΟΥ, ΕΕ). Παράλληλα διατυπώνονται ευνοϊκές για την ανάπτυξη του τομέα πολιτικές και κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΕ.</li> <li>• Ο τομέας έχει την δυνατότητα να επωφεληθεί από επιτυχημένα παραδείγματα και πολιτικές άλλων χωρών αλλά και εγχώριων οργανισμών.</li> <li>• Αξιοποίηση του ρόλου της Ελλάδας στη ΝΑ Ευρώπη. Μετάδοση της αποκτηθείσας εμπειρίας και τεχνογνωσίας στη μεταρρύθμιση της ψυχικής υγείας και σε θέματα αντιμετώπισης κρίσεων και εκτάκτων αναγκών στο πλαίσιο διακρατικής συνεργασίας. Ενίσχυση της φαρμακοβιομηχανίας για ικανότερη κάλυψη εγχώριων αναγκών καθώς και χωρών ΝΑ Ευρώπης.</li> <li>• Αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες τουρισμού υγείας με προτίμηση τις Μεσογειακές χώρες.</li> <li>• Ωρίμανση θεσμικού πλαισίου για τις Συμπράξεις Δημοσίου – Ιδιωτικού τομέα.</li> <li>• Αξιοποίηση νέων τεχνολογιών (τηλεϊατρικής, ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας, νανοτεχνολογίες, μεταφορά πληροφοριών από ασθενείς προς ειδικούς).</li> <li>• Ο τομέας επωφελείται από τις</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δημογραφικές ανακατατάξεις (γήρανση του πληθυσμού, μετακίνηση πληθυσμών - παράνομη μετανάστευση &amp; trafficking, κοινωνικές μεταβολές κι εμφάνιση νέων ομάδων χρηστών , κοινωνικές αντιδράσεις- μη αποδοχή «διαφορετικού» από την κοινωνία)</li> <li>• Κοινωνικές και πολιτισμικές μεταβολές (χαλάρωση των οικογενειακών και λοιπών κοινωνικών δεσμών, αλλαγή διατροφικών συνθηκών, αύξηση του καπνίσματος και της χρήσης ουσιών).</li> <li>• Κοινωνικά στερεότυπα, κοινωνικές αντιδράσεις και μη αποδοχή του «διαφορετικού». Κοινωνικές ανισότητες ως προς την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.</li> <li>• Επιδημιολογικές μεταβολές - Αναδυόμενα λοιμώδη νοσήματα σε παγκόσμιο επίπεδο και εμφάνιση κινδύνων που δε γνωρίζουν σύνορα (SARS, Bird Flu), αύξηση νευροψυχιατρικών νοσημάτων και εμφάνιση νέων, λόγω αλλαγής των προτύπων διατροφής και διαβίωσης.</li> <li>• Υποβάθμιση περιβάλλοντος με επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού.</li> <li>• Έντονες κλιματικές αλλαγές – επίταση φυσικών καταστροφών.</li> </ul>

ΤΟΜΕΑΚΑ ΠΕΔΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	Ισχυρά σημεία	Αδυναμίες	Ευκαιρίες	Κίνδυνοι
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Διεύρυνση Διασυνورياκών Κέντρων Δημόσιας Υγείας (ΔΙ.ΚΕ.Δ.Υ.) και σημαντικός αριθμός μελετών διάγνωσης προβλημάτων υγείας διασυνورياκού τύπου.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>συνεργασίας και συντονισμού με συναρμόδια υπουργεία.</li> <li>Ανεπαρκής σχεδιασμός για τις μονάδες κοινωνικής αλληλεγγύης.</li> <li>Έλλειψη αξιολόγησης πολιτικών, προγραμμάτων, ιδρυμάτων και προσώπων σε όλο το σύστημα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης της χώρας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>δυνατότητες αξιοποίησης του εθελοντισμού και την προώθηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης</li> </ul>	
Δημόσια Υγεία	<ul style="list-style-type: none"> <li>Επαρκές νομικό πλαίσιο</li> <li>Διαθεσιμότητα επιστημονικού δυναμικού σε Ε.Σ.Δ.Υ. και Α.Ε.Ι.</li> <li>Επιτυχής εμπειρία επιδημιολογικής επιτήρησης Ολυμπιακών Αγώνων</li> <li>Εμπειρία και αποτελεσματικότητα ορισμένων Οργανισμών Δημόσιας Υγείας</li> <li>Εμπειρία ορισμένων νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας</li> <li>Ασφαλιστική κάλυψη εμβολίων και εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου</li> <li>Υπαρξη δομών και υπηρεσιών σε παρεμφερείς τομείς της Δημόσιας Υγείας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μη συγκροτημένη εθνική πολιτική για τη δημόσια υγεία</li> <li>Ανεπαρκείς πόροι για τη Δημόσια Υγεία</li> <li>Ελλιπής λειτουργία περιφερειακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας</li> <li>Ανεπάρκεια προσωπικού</li> <li>Ανεπαρκή συστήματα διοίκησης</li> <li>Ανεπαρκής εργαστηριακή υποστήριξη</li> <li>Ανεπαρκής επιτήρηση της υγείας και απουσία επιδημιολογικών δεδομένων</li> <li>Απουσία υποστηρικτικών εκθέσεων και αναφορών</li> <li>Απουσία πολιτικών πρόληψης και προαγωγής υγείας</li> <li>Απουσία επιστημονικής υποστήριξης των υπηρεσιών</li> <li>Ανεπαρκής συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας</li> <li>Απουσία διατομεακής συνεργασίας και συντονισμού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (ΕΣΠΑ) 2007-2013.</li> <li>Ευρωπαϊκή στρατηγική 2007-2013</li> <li>Αναδιοργάνωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με βάση τους νόμους 3172/03 και 3370/05</li> <li>Σύνδεση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με τις Υπηρεσίες Υγείας</li> <li>Περιφερειακή αναδιοργάνωση της χώρας</li> <li>Δυνατότητα μεταφοράς τεχνογνωσίας από την Ευρωπαϊκή Ένωση και τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO)</li> <li>Διασύνδεση του Εθελοντικού Τομέα με το υγειονομικό σύστημα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Περιορισμένη ενεργοποίηση των εμπλεκόμενων φορέων και υπηρεσιών</li> <li>Δημοσιονομικοί περιορισμοί</li> <li>Γραφειοκρατία της δημόσιας διοίκησης</li> <li>Περιορισμένη ανταπόκριση για διατομεακή συνεργασία</li> <li>Απώλεια κοινωνικών πόρων</li> <li>Νέες απειλές για την Δημόσια Υγεία (νέα επιδημικά νοσήματα, αιφνίδια γεγονότα κλπ.)</li> </ul>
Πρωτοβάθμια Φροντίδα	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αποκτηθείσα εμπειρία από προσπάθειες εκσυγχρονισμού και βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών</li> <li>Συγκέντρωση στοιχείων σχετικών με την επιδημιολογία του πληθυσμού ευθύνης και των υγειονομικών του αναγκών, σε ορισμένες περιπτώσεις.</li> <li>Αυξανόμενο μερίδιο των δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας στις</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Κατακερματισμένη και ανισομερώς κατανομημένη πρωτοβάθμια φροντίδα, με ελλείψεις και επικαλύψεις</li> <li>Ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή και τον τεχνολογικό εξοπλισμό</li> <li>Έλλειψη ιατρών γενικής ιατρικής και ειδικοτήτων σχετικών με την προώθηση της πρόληψης και της κατ' οίκον παροχής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αναδιοργάνωση πρωτοβάθμιας υπηρεσιών υγείας</li> <li>Οι επαγγελματίες υγείας είναι σε θέση να οργανώσουν προγράμματα εκπαίδευσης πολιτών και προσυμπτωματικού ελέγχου.</li> <li>Δυνατότητα παροχής ολιστικής και συνεχούς φροντίδας στον ασθενή και στην κοινότητα.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Νομικά κενά ως προς τη λειτουργία ιδιωτικών μονάδων υγείας</li> <li>Κίνδυνος άκριτης υιοθέτησης επιτυχημένων - σε άλλες χώρες - δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης χωρίς προσαρμογή τους στην ελληνική πραγματικότητα.</li> <li>Κίνδυνος μη εξασφάλισης διαχρονικής σταθερότητας στις</li> </ul>

ΤΟΜΕΑΚΑ ΠΕΔΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	Ισχυρά σημεία	Αδυναμίες	Ευκαιρίες	Κίνδυνοι
	δαπάνες υγείας	<p>πρωτοβάθμιας φροντίδας. Έλλειψη νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Έλλειψη προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας</li> <li>• Έλλειψη κινητοποίησης και εμπλοκής της κοινότητας</li> <li>• Έλλειψη διαλειτουργικότητας</li> <li>• Αδυναμία ολοκλήρωσης του θεσμού του οικογενειακού ιατρού</li> </ul>		<p>βασικές επιλογές υγειονομικής πολιτικής από την πλευρά της πολιτείας.</p>
Ψυχική Υγεία	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σημαντική πρόοδος της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης</li> <li>• Σημαντική αποκτηθείσα εμπειρία</li> <li>• Εφαρμογή νέων θεραπευτικών μεθόδων</li> <li>• Διαρκής ανανέωση και εμπλουτισμός του θεσμικού πλαισίου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ανεπάρκεια δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας κοινοτικής φροντίδας</li> <li>• Πεπαλαιωμένες υποδομές στα ψυχιατρικά νοσοκομεία</li> <li>• Έλλειψη εξειδικευμένων στελεχών ψυχικής υγείας</li> <li>• Μικρή διείσδυση της κατάρτισης στους επαγγελματίες υγείας - ασύνδετη κατάρτιση και επαγγελματική εξέλιξη</li> <li>• Ελλείψεις μηχανισμοί ενίσχυσης της κοινωνικής αποδοχής των ψυχικά ασθενών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προαγωγή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας διεθνώς (Π.Ο.Υ.)</li> <li>• Αναγνώριση της ανάγκης προστασίας των ανθρώπινων δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών</li> <li>• Αναπτυσσόμενη διακρατική και διασυνοριακή συνεργασία, διακρατικές συμφωνίες</li> <li>• Δυνατότητα αξιοποίησης νέων τεχνολογιών και θεραπευτικών μεθόδων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αύξηση εμφάνισης ψυχικών ασθενειών σε διεθνές επίπεδο λόγω του τρόπου διαβίωσης, της ανεργίας και τις κοινωνικές και πολιτισμικές διαφορές.</li> <li>• Αύξηση προβλημάτων ψυχικής υγείας σε ειδικούς πληθυσμούς (παιδιά-νέοι, μετανάστες, πρόσφυγες κ.α.).</li> <li>• Αύξηση ψυχογηριατρικών αναγκών λόγω δημογραφικής γήρανσης.</li> <li>• Αύξηση χρήσης ουσιών και επιβάρυνσης του ψυχοπαθολογικού παράγοντα στους χρήστες ναρκωτικών και τους αλκοολικούς.</li> <li>• Κοινωνικά στερεότυπα και ιατρικές πρακτικές που στηρίζονται στο μοντέλο της κλειστής ιδρυματικής περίθαλψης</li> <li>• Χαμηλός βαθμός κινητοποίησης των τοπικών κοινωνιών σε εθελοντικές δράσεις</li> </ul>
Κοινωνική Αλληλεγγύη	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ισχυρή παρέμβαση του δημόσιου τομέα στην οργάνωση και παροχή κοινωνικών υπηρεσιών</li> <li>• Σταδιακή ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης και</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ατελής προστασία των προνοιακών δικαιωμάτων, ιδίως στο επίπεδο κατοχύρωσης αξιοπρεπών συνθηκών διαβίωσης μέσω εισοδηματικών παροχών</li> <li>• Αδυναμία συντονισμού των</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προώθηση της διαδικασίας εκσυγχρονισμού του Ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας στο πλαίσιο της Αναθεωρημένης Στρατηγικής της Λισσαβόνας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εμφάνιση νέων κοινωνικών κινδύνων (εξέλιξη της δημογραφικής πυραμίδας, μετανάστευση, φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός)</li> <li>• Άμβλυση του κοινωνικού</li> </ul>

ΤΟΜΕΑΚΑ ΠΕΔΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	Ισχυρά σημεία	Αδυναμίες	Ευκαιρίες	Κίνδυνοι
	<p>πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Δραστηριοποίηση των ΟΤΑ για την άσκηση πολιτικών κοινωνικής φροντίδας</li> <li>Θεσμοθέτηση φορέων σχεδιασμού και παρακολούθησης τομεακών προνοιακών πολιτικών</li> <li>Ενεργοποίηση μηχανισμών ελέγχου της διοικητικής δράσης</li> <li>Ικανοποιητική προσβασιμότητα υπηρεσιών στα μεγάλα αστικά κέντρα</li> <li>Εκτεταμένη δομή υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας</li> <li>Αποκέντρωση των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας</li> <li>Αναδιοργάνωση των ΔΥΠΕ</li> <li>Σταδιακή επέκταση των προνοιακών πολιτικών στην ένταξη των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού μέσω ενεργητικών πολιτικών</li> <li>Πιλοτική εφαρμογή δράσεων αποϊδρυματοποίησης ατόμων με αναπηρίες</li> <li>Υψηλή προσήλωση των στελεχών και επαγγελματιών πρόνοιας του δημόσιου τομέα</li> <li>Ενεργοποίηση εθελοντικών και εκκλησιαστικών φορέων για την παροχή υπηρεσιών φροντίδας</li> <li>Κοινωνική λειτουργία άτυπων δικτύων φροντίδας</li> </ul>	<p>συστημάτων πρόνοιας, υγείας, κοινωνικής ασφάλισης και προώθησης της απασχόλησης από τους φορείς της κεντρικής διοίκησης</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Έλλειψη κεντρικού επιτελικού οργάνου για τον σχεδιασμό μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων</li> <li>Καθυστέρηση στην ενεργοποίηση νομοθετικών ρυθμίσεων από τους φορείς της κεντρικής διοίκησης</li> <li>Αδυναμία υποστήριξης των αποκεντρωτικών παρεμβάσεων από τους ΟΤΑ</li> <li>Μονοδιάστατη ανάπτυξη προγραμμάτων κλειστής φροντίδας (ιδρυματοποίηση)</li> <li>Περιορισμένη ανάπτυξη μηχανισμών δικτύωσης και συνεργείας μεταξύ των φορέων παροχής υπηρεσιών</li> <li>Έλλειψη ολοκληρωμένου συστήματος διασφάλισης ποιότητας των κοινωνικών υπηρεσιών</li> <li>Αδυναμία πλήρους στελέχωσης του συστήματος με εξειδικευμένο προσωπικό</li> <li>Έλλειψη υλικοτεχνικής υποδομής και περιορισμένη χρήση υποστηρικτικών τεχνολογιών από τις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας</li> <li>Επικέντρωση των χρηματοδοτικών πόρων στην επιδοματική στήριξη ομάδων πίεσης</li> <li>Αδυναμία αξιοποίησης εθνικών και υπερεθνικών πηγών εξωτερικής χρηματοδότησης του συστήματος</li> <li>Αδυναμία αξιοποίησης της βασικής και εφαρμοσμένης έρευνας</li> <li>Περιορισμένη κατανόηση και</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Βούληση της Πολιτικής Ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος</li> <li>Διακομματική συναίνεση για την αναγκαιότητα μεταρρυθμίσεων στην άσκηση προνοιακών πολιτικών</li> <li>Συνεργασία και συμβολή φορέων του δημόσιου, ιδιωτικού και εθελοντικού τομέα στον εκσυγχρονισμό του συστήματος</li> <li>Δυνατότητα αξιοποίησης των μηχανισμών της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής Κοινωνικής Ένταξης</li> <li>Δυνατότητα αξιοποίησης πρωτοβουλιών Διεθνών Οργανισμών για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού</li> <li>Δυνατότητα αξιοποίησης χρηματοδοτικών ευκαιριών από εθνικούς (ΣΔΙΤ) και υπερεθνικούς πόρους (Διακρατικές Συμφωνίες)</li> <li>Δυνατότητα εξασφάλισης σημαντικών οικονομιών κλίμακας λόγω της χρήσης τεχνικών διασφάλισης ποιότητας</li> <li>Δυνατότητα αξιοποίησης νέων τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας για την εξυπηρέτηση των πολιτών</li> <li>Δυνατότητα αξιοποίησης του κοινωνικού έργου της Εκκλησίας</li> <li>Δυνατότητα αξιοποίησης των εθελοντικών φορέων για την παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών φροντίδας</li> </ul>	<p>ρόλου της οικογένειας και των άτυπων δικτύων φροντίδας</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Επικέντρωση της μεταρρύθμισης στην δημοσιονομική βιωσιμότητα των προνοιακών πολιτικών</li> <li>Περιορισμός των παρεμβάσεων του δημόσιου τομέα στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών εξαιτίας της ενίσχυσης των πολιτικών προνοιακού πλουραλισμού</li> <li>Έλλειψη επιτελικού οργάνου και σχεδίου για την προώθηση της μεταρρύθμισης</li> <li>Καθυστέρηση νομικής κατοχύρωσης των αρχών και του περιεχομένου της μεταρρύθμισης</li> <li>Αδυναμία ανανέωσης των ανθρωπίνων πόρων του συστήματος με εξειδικευμένα στελέχη και επαγγελματίες πρόνοιας</li> <li>Αδυναμία εφαρμογής τεχνικών ολοκληρωμένης ενημέρωσης των ενδιαφερομένων για τις δράσεις φροντίδας και κοινωνικής ένταξης</li> <li>Μεταφορά διεθνούς εμπειρίας και καλών πρακτικών χωρίς την απαραίτητη προσαρμογή στις ιδιαίτερες της ελληνικής πραγματικότητας</li> <li>Αδυναμία αξιοποίησης πόρων από το Δ΄ Κοινωνικό Πλαίσιο Στήριξης</li> <li>Έλλειψη μηχανισμών υποστήριξης του ΥΥΚΑ για την διαχείριση σύνθετων διεθνών πηγών χρηματοδότησης</li> </ul>

ΤΟΜΕΑΚΑ ΠΕΔΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	Ισχυρά σημεία	Αδυναμίες	Ευκαιρίες	Κίνδυνοι
		<p>ευαισθητοποίηση των συντελεστών της οικονομίας για τον αναπτυξιακό ρόλο και τις δυνατότητες του συστήματος</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Χαμηλή αξιοπιστία του συστήματος στην κοινή γνώμη και τους διαμορφωτές πολιτικών</li> </ul>		
Ψηφιακή Σύγκλιση	<ul style="list-style-type: none"> <li>Μερική ενσωμάτωση Τ.Π.Ε. και αποκτηθείσα εμπειρία στην υλοποίηση έργων.</li> <li>Ύπαρξη συστημάτων καταγραφής δεδομένων και μεγάλος όγκος παραγωγής τους.</li> <li>Ύπαρξη προηγμένων συστημάτων στον ιδιωτικό τομέα.</li> <li>Ικανότητα πρόβλεψης μεσοπρόθεσμων αναγκών και σχεδιασμού.</li> <li>Νέα κουλτούρα διοίκησης των μονάδων υγείας.</li> <li>Ύπαρξη υψηλού επιπέδου επιστημονικού δυναμικού.</li> <li>Αποκτηθείσα εμπειρία στο συντονισμό υπηρεσιών και τη διαλειτουργικότητα από τη λειτουργία του Σ.Ο.Τ.Υ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ανεπαρκή και απαξιωμένα πληροφοριακά συστήματα.</li> <li>Χαμηλή εξοικείωση με την τεχνολογία και αργός ρυθμός ενσωμάτωσης αλλαγών.</li> <li>Χαμηλός βαθμός ενσωμάτωσης νέων τεχνολογιών και τεχνικών οργάνωσης και διαχείρισης των υπηρεσιών από το προσωπικό - αποσπασματικές και μη διαλειτουργικές εφαρμογές σύγχρονων συστημάτων πληροφορικής και διοίκησης.</li> <li>Ύπαρξη ανεξάρτητων και αυτόνομων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας με μικρή ανταλλαγή δεδομένων και πληροφοριών μεταξύ τους.</li> <li>Έλλειψη διασύνδεσης με υπηρεσίες που παρέχονται από ΟΤΑ, ασφαλιστικά ταμεία κλπ.</li> <li>Μικρός βαθμός επεξεργασίας δεδομένων ηλεκτρονικά.</li> <li>Καθυστέρηση ανάπτυξης δομών ευρυζωνικότητας.</li> <li>Έλλειψη ψηφιακών υπηρεσιών σε πολίτες και επιχειρήσεις.</li> <li>Καθυστέρηση στην ενσωμάτωση Κοινοτικών οδηγιών, πολυνομία, ελλείψεις στην ύπαρξη και εφαρμογή ρυθμιστικού πλαισίου για τον ανταγωνισμό.</li> <li>Σημαντικές ελλείψεις ή και ανυπαρξία στην εκπαίδευση και τη συνεχή κατάρτιση.</li> <li>Χαμηλή παραγωγή καινοτομίας και έλλειψη συστημάτων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Εισαγωγή και αξιοποίηση νέων τεχνολογιών.</li> <li>Διαθέσιμη κοινοτική χρηματοδότηση για έργα Τ.Π.Ε.</li> <li>Αξιοποίηση των πολιτικών και κατευθυντήριων Οδηγιών της Ε.Ε.</li> <li>Αξιοποίηση επιτυχημένων παραδειγμάτων και πολιτικών άλλων χωρών.</li> <li>Εξυγίανση αγοράς – ενίσχυση ανταγωνισμού.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ιστορικά αυτόνομη και κατά περίπτωση ανάπτυξη των Τ.Π.Ε. στην Ελλάδα.</li> <li>Καθυστερήσεις στην απλοποίηση του κανονιστικού περιβάλλοντος που δυσχεραίνουν την εισαγωγή Τ.Π.Ε.</li> <li>Εμφάνιση νέων ομάδων χρηστών.</li> <li>Ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων ως προς τη δυνατότητα πρόσβασης σε ψηφιακές υπηρεσίες υγείας.</li> <li>Στροφή προς τον ιδιωτικό τομέα λόγω αδυναμίας του δημόσιου να καλύψει τη ζήτηση για παροχή εξειδικευμένων διαγνωστικών υπηρεσιών.</li> </ul>



ΤΟΜΕΑΚΑ ΠΕΔΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ	Ισχυρά σημεία	Αδυναμίες	Ευκαιρίες	Κίνδυνοι
		αξιοποίησης αποτελεσμάτων έρευνας. • Περιορισμένη συνεργασία δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και εσωστρέφεια του συστήματος. • Έλλειψη παραϊατρικού προσωπικού.		

### **1.8. *Ιεράρχηση αναγκών του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης***

Με βάση την ανάλυση SWOT που προηγήθηκε, οι ανάγκες του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ιεραρχούνται ως εξής:

- Μείωση κόστους και αύξηση ανταγωνιστικότητας του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Βελτίωση του συστήματος διαχείρισης πόρων και πληροφοριών. Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και αύξηση της ανταποκρισιμότητας στις ανάγκες των χρηστών. Εισαγωγή συστημάτων επίβλεψης, ελέγχου και ασφάλειας.
- Βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στην υγεία ιδίως στα αστικά κέντρα, τις δύσβατες και νησιωτικές περιοχές και τις περιοχές με τουριστική ανάπτυξη κατά την περίοδο αιχμής. Εξισορρόπηση της κατανομής υποδομών και δυναμικού και διασύνδεση με τις υπηρεσίες που παρέχονται από ΟΤΑ, ασφαλιστικά ταμεία κλπ.
- Βελτίωση του συστήματος πρόληψης και προστασίας της Δημόσιας Υγείας. Προώθηση του συντονισμού δομών και υπηρεσιών. Ανάγκη συστημικών παρεμβάσεων.
- Προσαρμογή του ανθρώπινου δυναμικού στον Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως προς τις απαιτήσεις των μεταρρυθμίσεων, βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων υγείας, αντιμετώπιση του ελλείμματος σε συγκεκριμένες ειδικότητες, δεξιότητες και κατάλληλες συμπεριφορές.
- Εισαγωγή εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας, ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών, εισαγωγή ψηφιακών υπηρεσιών.
- Προώθηση της έρευνας και της παραγωγής καινοτομίας και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων τους. Ανάγκη παραγωγής μελετών, δεδομένων και χαρτών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Δημιουργία υποδομών διαχείρισης της γνώσης.
- Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης ως προς τα συστήματα πρόληψης, πρωτοβάθμιων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κοινωνικής ενσωμάτωσης και προώθησης στην απασχόληση.
- Βελτίωση σχεδιασμού για την κοινωνική αλληλεγγύη – προώθηση και εδραίωση των ενεργητικών πολιτικών κοινωνικής ενσωμάτωσης έναντι των παθητικών πολιτικών πρόνοιας.
- Εισαγωγή συστημάτων ορθολογικής διαχείρισης ενέργειας, απορριμμάτων, επικίνδυνων αποβλήτων με σκοπό τη βελτίωση των περιβαλλοντικών επιδόσεων του συστήματος υγείας.
- Προώθηση της συνεργασίας δημοσίου – ιδιωτικού τομέα και μείωση της εσωστρέφειας του συστήματος – προώθηση της αξιοποίησης των ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων του τομέα στη βαλκανική, ευρωπαϊκή και παγκόσμια αγορά.

- Ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ Υ.Υ.Κ.Α., Μ.Κ.Ο. και Ο.Τ.Α. στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Δημιουργία συστήματος αξιοποίησης εθελοντισμού και κοινωνικής εταιρικής ευθύνης.

## **ΕΝΟΤΗΤΑ 2: Στρατηγική του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την περίοδο προγραμματισμού 2007-2013**

Παρά τις σημαντικές επενδύσεις στον τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που χρηματοδοτήθηκαν τόσο από εθνικούς όσο και από Κοινοτικούς πόρους, η βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στην Ελλάδα παραμένει μια από τις βασικές προτεραιότητες για την περίοδο προγραμματισμού 2007 – 2013.

Η περαιτέρω αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης προϋποθέτει μια σειρά συγκροτημένων μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων, τόσο σε επίπεδο υποδομών όσο κυρίως σε οργανωτικό και λειτουργικό επίπεδο.

Οι θεμελιώδεις αρχές και κατευθύνσεις, οι οποίες καθορίζουν τη φυσιογνωμία των επιχειρούμενων παρεμβάσεων και προσδιορίζουν σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία της όλης προσπάθειας είναι οι ακόλουθες:

1. **Το κράτος ως εγγυητής της ορθής λειτουργίας του συστήματος.** Η ανάδειξη του κράτους ως εγγυήτριας δύναμης αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της όλης προσπάθειας και εξασφαλίζει έναν πλουραλιστικό χαρακτήρα στη δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών, προσδιορίζει το περιεχόμενο, τον τρόπο παροχής τους και τη συνέχειά τους. Ουσιαστικά το κράτος διασφαλίζει και εγγυάται την υλοποίηση όλων των επόμενων αρχών.
2. **Ισότητα.** Η αρχή της ισότητας αναφέρεται στην πρόσβαση όλων ανεξαρτήτως των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες και στην παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας προς όλους τους πολίτες. Σε δεύτερο στάδιο, η αρχή της ισότητας περιλαμβάνει και την ισότιμη - με βάση τις οικονομικές δυνατότητες - συμμετοχή των πολιτών στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας.
3. **Συνέχεια και παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας.** Οι αρχές της συνέχειας και της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας αφορούν κυρίως στη διασύνδεση και συνεργασία μεταξύ των δομών και φορέων που δραστηριοποιούνται στο υγειονομικό σύστημα.
4. **Ικανοποίηση των αναγκών του πληθυσμού.** Η εξασφάλιση της ικανοποίησης των αναγκών του πληθυσμού αποτελεί βασική αρχή, η οποία θα κρίνει και την επιτυχία όλου του προγραμματισμού, δεδομένου ότι επηρεάζει καθοριστικά την αποδοχή ή μη του νέου συστήματος. Για το λόγο αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να ληφθούν υπόψη οι ανάγκες και οι προσδοκίες του πληθυσμού κατά το σχεδιασμό.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω το **Όραμα** του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την περίοδο 2007-2013 διατυπώνεται ως ακολούθως:

**Βελτίωση του επιπέδου υγείας και κοινωνικής φροντίδας του πληθυσμού της χώρας, μέσω της προώθησης του οργανωτικού, λειτουργικού και οικονομικού εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**

Με βάση το Όραμα του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τίθενται οι παρακάτω **Στρατηγικοί Στόχοι**:

1. **Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού** μέσω της δημιουργίας των κατάλληλων προϋποθέσεων για την προστασία και προαγωγή της υγείας ώστε να αυξηθεί το προσδόκιμο επιβίωσης και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής.
2. **Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**, ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητά του και να καταστεί περισσότερο ανταγωνιστικό.
3. **Μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος και της άσκησης προνοιακών πολιτικών** μέσω της προώθησης ενεργητικών πολιτικών κοινωνικής ενσωμάτωσης έναντι των παθητικών πολιτικών πρόνοιας.
4. **Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης – e-Health & Health Care**, ο οποίος αφορά στην ηλεκτρονική διοίκηση και την οργανωτική αναδιάρθρωση του συστήματος, στην αναβάθμιση – προώθηση σύγχρονων και ποιοτικών ιατρικών και κοινωνικών υπηρεσιών με έμφαση στις ανάγκες του πολίτη και στη διασφάλιση της διαλειτουργικότητας με άλλους συμπληρωματικούς τομείς.
5. **Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας** στην κατεύθυνση της αποασυλοποίησης και κοινωνικο-οικονομικής επανένταξης των ψυχικά ασθενών στην κοινότητα, με τη δημιουργία κατάλληλων δομών και υπηρεσιών και την ενεργοποίηση άριστα καταρτισμένου προσωπικού.
6. **Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και εκπαίδευση, συνεχής κατάρτιση** και προσαρμογή του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως προς τις απαιτήσεις των μεταρρυθμίσεων.
7. **Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας** στον τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ώστε να ενισχυθεί η παραγωγή προηγμένων προϊόντων και εφαρμογών.
8. **Προώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα καθώς και Υ.Υ.Κ.Α. με άλλους φορείς.**

**9. Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας**, ώστε να εδραιωθεί ο τουρισμός υγείας και να αναπτυχθούν νέες χρηματοδοτικές εισροές

Οι Στρατηγικοί Στόχοι του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης επιμερίζονται σε **Γενικούς Στόχους**. Οι περισσότεροι από τους γενικούς στόχους δύνανται να εξειδικευτούν στα πεδία της Δημόσιας Υγείας, Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας, Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ψυχικής Υγείας. Το πλέγμα των γενικών και ειδικών στόχων κάθε επιμέρους πεδίου περιλαμβάνεται στο **Παράρτημα**.

**1. Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού**

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το επίπεδο υγείας του πληθυσμού μιας χώρας είναι ταυτόχρονα συνέπεια και βασικός παράγοντας της αναπτυξιακής κατάστασης και προοπτικής της χώρας. Η βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σχετίζεται με την πρόληψη, την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και τον περιορισμό ή την εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου της δημόσιας υγείας. Στο πλαίσιο αυτό είναι αναγκαίο να ληφθεί υπόψη ότι στη σύγχρονη κοινωνία η ανθρώπινη υγεία επηρεάζεται και από περιβαλλοντικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες.

Ως **Γενικοί Στόχοι** τίθενται οι εξής:

- Χάραξη εθνικής πολιτικής και καθορισμός στόχων για τη Δημόσια Υγεία.
- Αναδιοργάνωση του συστήματος παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού.
- Ενίσχυση των δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε όλες τις περιφέρειες.

**2. Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**

Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα κατατάσσεται στα δαπανηρότερα και μη αποτελεσματικά συστήματα Υγείας παγκοσμίως ενώ ταυτόχρονα η ικανοποίηση ασθενών δεν αντανακλά το υψηλό κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών. Αποτελεί προτεραιότητα του τομέα ο εξορθολογισμός της λειτουργίας των μονάδων υγείας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από υψηλές δαπάνες και περιορισμένη ανταποδοτικότητα. Στην κατεύθυνση αυτή είναι αναγκαίος και ο εξορθολογισμός της γεωγραφικής κατανομής των μονάδων υγείας με σκοπό την όσο το δυνατόν καλύτερη και ταχύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών. Παράλληλα απαραίτητη κρίνεται η αναβάθμιση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών με διαδικασίες πιστοποίησης, προτυποποίησης και αξιολόγησης. Αιχμή του δόρατος στη προσπάθεια αυτή είναι η πρόσφατη μεταρρύθμιση του συστήματος προμηθειών, με το νέο νόμο προμηθειών του Υ.Υ.Κ.Α. και τις προβλεπόμενες σε αυτό παρεμβάσεις.

Επίσης, η λειτουργία των νοσοκομειακών και άλλων υγειονομικών μονάδων είναι απαραίτητο να βελτιωθεί, ώστε να παρέχουν εσωτερικές συνθήκες κλιματικής άνεσης, σε συνδυασμό με την ορθολογική χρήση ενέργειας και την ασφαλή απόθεση μολυσματικών και ραδιενεργών αποβλήτων.

Οι **Γενικοί Στόχοι** είναι οι εξής:

- Οικονομική εξυγίανση του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας.
- Βελτίωση της ποιότητας και επιστημονικής εγκυρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Βελτίωση των υποδομών και του εξοπλισμού των μονάδων υγείας.
- Ορθολογική χωροθέτηση των μονάδων υγείας.
- Βελτίωση της περιβαλλοντικής επίδοσης του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Προβολή και αναβάθμιση της επικοινωνιακής πολιτικής του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

### **3. Μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος και της άσκησης προνοιακών πολιτικών**

Η πρόληψη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των φαινομένων περιθωριοποίησης και αποκλεισμού στην ελληνική κοινωνία κρίνεται απαραίτητη ώστε να βελτιωθεί η κοινωνική συνοχή, να καταπολεμηθούν οι διακρίσεις και να αξιοποιηθούν οι ευκαιρίες οικονομικής ανάπτυξης των περιφερειών της χώρας. Πρόκειται για ένα στόχο που διαρθρώνεται επιχειρησιακά στους επιμέρους ακόλουθους στόχους:

- Βελτίωση του επιπέδου της κοινωνικής προστασίας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού μέσω μηχανισμών πρόληψης, φροντίδας, αποκατάστασης και ένταξης.
- Ενίσχυση της κοινωνικής και οικονομικής συνοχής των περιφερειών μέσω ορθολογικού χωροταξικού σχεδιασμού και αποκέντρωσης των προνοιακών υπηρεσιών.

Η προώθηση της ισότητας επιτυγχάνεται επίσης μέσω της λειτουργίας των δομών Κοινωνικής Φροντίδας (Βρεφονηπιακοί Σταθμοί, Παιδικοί Σταθμοί, Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών, Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας, κλπ.), οι οποίες επιτρέπουν την πρόσβαση και συμμετοχή των γυναικών στην αγορά εργασίας, καθώς απεμπλέκονται από τις αυξημένες κοινωνικές υποχρεώσεις που αναλαμβάνουν (ανατροφή παιδιών, φροντίδα ηλικιωμένων προσώπων).

Προγράμματα και δομές όπως το Δίκτυο Κοινωνικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών, τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.), τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (Κ.Δ.Α.Π.), οι παιδικοί / βρεφονηπιακοί σταθμοί ολοκληρωμένης φροντίδας και ΑμεΑ, οι Δομές

Ανοικτής Διαβίωσης ΑμεΑ, ή υπηρεσίες όπως η γραμμή άμεσης επικοινωνίας του Ε.Κ.Α.Κ.Β., τα οποία δημιουργήθηκαν σε προηγούμενες περιόδους, πρέπει να ενισχυθούν και να καλύψουν και άλλες ευπαθείς ομάδες, αλλά και το σύνολο της χώρας όπου αυτό αρμόζει (Εθνικό Δίκτυο Δομών Ανοικτής Διαβίωσης ΑμεΑ, Ανάπτυξη Περιφερειακών Γραφείων Υποστηρικτικών Κοινωνικών Υπηρεσιών). Επίσης κρίνεται σκόπιμη η δημιουργία νέων δομών και η υλοποίηση δράσεων κοινωνικής φροντίδας και προστασίας της οικογένειας, ιδιαίτερα σε ορεινές και απομακρυσμένες περιοχές, με σκοπό την εξυπηρέτηση των εργαζόμενων γονέων / γυναικών που εξυπηρετούν συγγενικά ηλικιωμένα άτομα και των μοναχικών ηλικιωμένων ατόμων.

Στο πλαίσιο αυτό, οι **Γενικοί Στόχοι** είναι οι εξής:

- Ενεργητική ένταξη στην αγορά εργασίας και πρόληψη του αποκλεισμού ευπαθών ατόμων και ομάδων.
- Πρόσβαση σε ποιοτικές κοινωνικές υπηρεσίες και καταπολέμηση των διακρίσεων μεταξύ χρηστών κοινωνικών υπηρεσιών.
- Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας και προώθηση της ισότητας των φύλων.

#### **4. Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης – e-Health & Health Care**

Ο ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και η ανάπτυξη ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας αποσκοπεί στη διασφάλιση της διαλειτουργικότητας με άλλους συμπληρωματικούς τομείς και στη βελτίωση της καθημερινότητας του πολίτη.

Ο ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναφέρεται στον εκσυγχρονισμό των υφισταμένων και την ανάπτυξη νέων πληροφοριακών συστημάτων που θα επιτρέψουν την ηλεκτρονική διοίκηση και την οργανωτική αναδιάρθρωση καθώς και την ανάπτυξη ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας.

Σε ότι αφορά τις υποδομές Τ.Π.Ε. των νοσοκομείων, θα πρέπει να ολοκληρωθούν στη λογική της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, της διαλειτουργικότητας μεταξύ των πληροφοριακών συστημάτων και της παροχής ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας μεταξύ των φορέων υγείας (πληροφοριακά portals, κοινές υπηρεσίες ραντεβού, κοινές δομές διαχείρισης ψηφιακών εικόνων, collocated data centers, αξιοποίηση προτύπων και οντολογιών κλπ.). Στο πλαίσιο αυτό, θα επιδιωχθεί η αξιοποίηση των βέλτιστων πρακτικών σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, προκειμένου να αναδειχθούν οι δυνατότητες που προσφέρονται από τις νέες τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνιών και να δοκιμαστούν σε πιλοτική φάση αλλά και σε πραγματικές συνθήκες, καινοτόμες τεχνολογικές προσεγγίσεις και επιχειρηματικά σχήματα.



Η εφαρμογή τεχνικών ψηφιοποίησης και τηλεϊατρικής θα επιτρέψει την εξ αποστάσεως ενημέρωση και παρακολούθηση των ατόμων που χρήζουν περίθαλψης και φροντίδας (e-health). Η αξιοποίηση της γνώσης αιχμής απαιτεί συνεργασία των ερευνητών και των παραγγελιοδοτών της έρευνας, όπως και διαρκή κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού. Ιδιαίτερα τα εντός της χώρας παραγόμενα ερευνητικά αποτελέσματα θα επιδιωχθεί να διεισδύουν ταχύτερα στην αγορά και την εφαρμογή.

Επίσης, κατά την ανάπτυξη ηλεκτρονικών υπηρεσιών υγείας ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στην υποστήριξη του πληθυσμού που συνεχώς γηράσκει και συνεπώς στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας, καθώς αυξάνεται συνεχώς το χρονικό διάστημα όπου μεγάλη μερίδα του πληθυσμού χρειάζεται προ-νοσοκομειακή φροντίδα, κατ' οίκον υπηρεσίες (τηλεϊατρική, τηλε-παρακολούθηση κλπ. ειδικά προς δύσβατες και νησιωτικές περιοχές) και υπηρεσίες αποκατάστασης.

Οι **Γενικοί Στόχοι** είναι οι εξής:

- Ενίσχυση της συνεργασίας και της διαλειτουργικότητας πληροφοριακών συστημάτων σε ευρωπαϊκό, εθνικό και περιφερειακό επίπεδο
- Δημιουργία σύγχρονων και καινοτόμων υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας βασισμένων στις Τ.Π.Ε.
- Ενιαίες υπηρεσίες e-Health προς όφελος του πολίτη χωρίς αποκλεισμούς

## **5. Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας**

Οι προσπάθειες της ελληνικής πολιτείας για τον εκσυγχρονισμό της δημόσιας ψυχιατρικής περίθαλψης και φροντίδας της ψυχικής υγείας, σύμφωνα και με τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, έχουν προσλάβει χαρακτηριστικά σημαντικής μεταρρύθμισης του συστήματος. Το πέρασμα από την ασυλική Ψυχιατρική (με τα ιδρυματικού τύπου κλειστά νοσηλευτήρια, αποκομμένα από την κοινωνία), σε μια διαφορετική συνολική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα, στην κοινωνική – κοινοτική Ψυχιατρική και στην Ψυχοκοινωνική Αποκατάσταση (με την ανάπτυξη ενός συνολικού συστήματος κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας), αποτελεί σήμερα γενικώς παραδεκτή εξέλιξη στον χώρο της ψυχικής υγείας.

Στόχος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι η περαιτέρω προώθηση ενός νέου λειτουργικού μοντέλου ανοιχτής φροντίδας των ΑμεΑ, η πρόληψη και καταπολέμηση του αποκλεισμού ομάδων του πληθυσμού από τον εργασιακό και κοινωνικό βίο λόγω σύνθετων χρόνιων προβλημάτων υγείας και η αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με τον εθνικό σχεδιασμό.

Η στοχοθεσία αξιοποιεί τις πολιτικές προτεραιότητες της κυβέρνησης για την καταπολέμηση του κοινωνικού αποκλεισμού, τους στόχους της αναθεωρημένης Στρατηγικής της Λισσαβόνας για την ανάπτυξη και την απασχόληση και τις αρχές της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής Κοινωνικής Ένταξης, λαμβάνοντας υπόψη τόσο τις κατευθυντήριες γραμμές για τη λειτουργία των Κοινοτικών

Διαρθρωτικών Ταμείων, όσο και καλές πρακτικές άλλων Κρατών Μελών της Ε.Ε. που αναδεικνύονται στο πλαίσιο εφαρμογής της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού. Ταυτόχρονα λαμβάνονται υπ' όψη οι επεξεργασίες διεθνών οργανισμών όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με προσήλωση στο στρατηγικό του στόχο έχει συστήσει Ειδική Γραμματεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Ένταξης η οποία έχει ως προτεραιότητα την προώθηση της μεταρρύθμισης στον τομέα και την εξασφάλιση της κοινωνικής ενσωμάτωσης.

Ως **Γενικοί Στόχοι** στο πεδίο της Ψυχικής Υγείας τίθενται οι εξής:

- Αποασυλοποίηση του μεγαλύτερου δυνατού αριθμού χρόνιων ψυχικά ασθενών που σήμερα διαβιούν σε κλειστές δομές.
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που εξακολουθούν να εξυπηρετούνται σε δομές ιδρυματικής περίθαλψης.
- Ανάπτυξη ανοιχτών κοινοτικών δομών πρόληψης και θεραπείας.
- Κοινωνική και οικονομική επανένταξη των ψυχικά ασθενών.
- Πρόληψη και αντιμετώπιση των διακρίσεων, των στερεοτυπικών προκαταλήψεων και του στιγματισμού των ψυχικά ασθενών και της προάσπισης των κοινωνικών και ατομικών δικαιωμάτων τους.

#### **6. Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εκπαίδευση και συνεχής κατάρτιση.**

Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού είναι ένας από τους κυριότερους συντελεστές της βελτίωσης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Στο πλαίσιο αυτό προβλέπεται η προώθηση των στρατηγικών δια βίου εκπαίδευσης αλλά και η επαγγελματική κατάρτιση των εργαζομένων, η ανάπτυξη συνεργασιών με εκπαιδευτικούς φορείς του εσωτερικού και του εξωτερικού, με εφαρμογή μεθόδων εξ' αποστάσεως εκπαίδευσης και η υλοποίηση δράσεων μεταφοράς και διάδοσης τεχνογνωσίας.

Η ικανότητα παροχής υπηρεσιών σε ευπαθείς ομάδες (συμπεριλαμβανομένων και των ηλικιωμένων) αποτελεί προτεραιότητα. Στην ίδια κατεύθυνση αναδύεται η ανάγκη κάλυψης νέων ειδικοτήτων για την αντιμετώπιση κρίσεων και εκτάκτων περιστατικών (φυσικά φαινόμενα, κλπ.), την εφαρμογή και χρήση νέων τεχνολογιών, την αποκατάσταση ασθενών, καθώς και η ανάγκη για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του κοινού. Επιπρόσθετα, απαιτείται η ανάπτυξη μηχανισμών διάχυσης της γνώσης και των ερευνητικών αποτελεσμάτων με σκοπό την αξιοποίησή τους αλλά και η παραγωγή δεικτών και η συγκριτική αξιολόγησή τους με σκοπό τη βελτίωση της διοίκησης και των υπηρεσιών του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Οι **Γενικοί Στόχοι** στον τομέα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού διαμορφώνονται ως εξής:

- Κατάρτιση προσωπικού υγείας και κοινωνικής φροντίδας.
- Πιστοποίηση δεξιοτήτων κατάρτισης.
- Αναμόρφωση και διεύρυνση προγραμμάτων ιατρικών και παραϊατρικών σπουδών.

## **7. Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας στον τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**

Το Υπουργείο Ανάπτυξης έχει ήδη αναγνωρίσει την «υγεία» ως πεδίο καινοτομίας και υψηλής έντασης κεφαλαίου και γνώσης. Στην κατεύθυνση προώθησης της εξωστρέφειας του τομέα της ιατρικής τεχνολογίας κρίνεται απαραίτητη η εισαγωγή καινοτομιών στην παραγωγική διαδικασία και η ανάπτυξη της τεχνολογίας. Για την προώθηση των παρεμβάσεων του τομέα προτείνεται η δημιουργία Ανώτατου Συμβουλίου Έρευνας και Καινοτομίας και ενισχύεται η διαρκής επιμόρφωση των ανώτερων και ανώτατων στελεχών του τομέα.

Ως **Γενικοί Στόχοι** τίθενται οι εξής:

- Ενίσχυση της παραγωγής, μεταποίησης και επενδύσεων σε προηγμένα προϊόντα και εφαρμογές
- Ενίσχυση της παραγωγής φαρμάκων και σκευασμάτων βιολογικής βάσης.

## **8. Προώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα καθώς και Υ.Υ.Κ.Α. με άλλους φορείς**

Ο στρατηγικός αυτός στόχος συντίθεται από τρεις (3) **Γενικούς Στόχους** οι οποίοι είναι:

- Επίτευξη Συμπράξεων Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ – PPP)

Η επίτευξη Συμπράξεων Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα δεν αναιρεί τον δημόσιο χαρακτήρα της εκμετάλλευσης των έργων στον τομέα της υγείας, καθώς οι υποψήφιοι επενδυτές αναμένεται να αναλάβουν τις υποστηρικτικές δραστηριότητες (ασφάλεια, σίτιση, καθαριότητα, συντήρηση εγκαταστάσεων), που σήμερα ήδη εκχωρούνται σε ιδιώτες. Το κόστος λειτουργίας των έργων αυτών αναμένεται να μειωθεί αισθητά. Ταυτόχρονα, η αναδιοργάνωση της Δημόσιας Επιχείρησης Ανέγερσης Νοσηλευτικών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ) και η σχεδιαζόμενη μετεξέλιξη σε νέο σχήμα, που να μπορεί να επεκταθεί στην αγορά της ΝΑ Ευρώπης, μπορεί να επιφέρουν μείωση του κόστους υποδομών.

- Δικτύωση φορέων του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Η δικτύωση μεταξύ των μονάδων του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αποβλέπει στη συνεργασία και τη συμπληρωματικότητα της δράσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Έμφαση δίνεται στη δικτύωση μεταξύ των μονάδων τόσο του ίδιου όσο και

διαφορετικού επιπέδου (π.χ. μεταξύ των μονάδων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας αλλά και μεταξύ αυτών της Πρωτοβάθμιας και της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας).

- Ανάπτυξη και προώθηση του κοινωνικού εθελοντισμού και της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης

Σκοπός είναι η ανάπτυξη και ενίσχυση των θεσμών κοινωνικού εθελοντισμού του συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μέσω της συνεργασίας των κρατικών και των μη κυβερνητικών δομών και την οργάνωση της κοινωνικής προσφοράς. Η κοινωνική αλληλεγγύη θα επικεντρωθεί επίσης και σε ζητήματα πρόληψης και αντιμετώπισης φυσικών και άλλων καταστροφών.

Η εταιρική κοινωνική ευθύνη ορίζεται στην Πράσινη Βίβλο της Ε.Ε. για την Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη, ως «η οικειοθελής δέσμευση των επιχειρήσεων να ενσωματώσουν στην επιχειρηματική τους λειτουργία και πρακτική και στις σχέσεις τους με τους ενδιαφερόμενους για τη δραστηριότητά τους παράγοντες, κοινωνικές και περιβαλλοντικές δράσεις».

Η προώθηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης είναι σημαντική και στις τρεις διαστάσεις της:

- σε συνάρτηση με το ανθρώπινο δυναμικό μίας επιχείρησης,
- την υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων,
- σε σχέση με το εξωτερικό περιβάλλον της επιχείρησης: συνεργάτες, πελάτες, προμηθευτές, τοπική κοινωνία, ΜΚΟ, τοπικές αρχές, περιβάλλον.

### **9. Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας**

Ο στόχος αφορά στην ανάπτυξη κατάλληλων προϋποθέσεων για την εδραίωση του Τουρισμού Υγείας και της εξωστρέφειας του συστήματος. Θα επιδιωχθεί να αναπτυχθούν νέες χρηματοδοτικές εισροές, με την προσέλκυση προσοδοφόρων περιστατικών έξω από τα σύνορα της χώρας: υπηρεσίες μπορούν να παρέχονται σε ασφαλισμένους της Βόρειας Ευρώπης, αλλά και σε ασθενείς από τις γειτονικές χώρες που χρήζουν ειδικής φροντίδας. Η επιδίωξη αυτή αναμένεται να αυξήσει την απασχόληση των ιατρών της χώρας, ο αριθμός των οποίων σε σχέση με τον πληθυσμό είναι από τους μεγαλύτερους σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Στην ίδια κατεύθυνση θα συμβάλουν η ίδρυση κέντρων αποκατάστασης υγείας στην περιφέρεια και ο εξοπλισμός υφιστάμενων τουριστικών μονάδων, που θα εξασφαλίζουν ειδικές υπηρεσίες υγείας στον τουρισμό. Ο τομέας Υγείας θα επιδιώξει να εξασφαλίσει τις υγειονομικές προϋποθέσεις που θα ενθαρρύνουν ευρωπαϊκούς πληθυσμούς τρίτης ηλικίας να αποκτήσουν δεύτερη κατοικία στην ελληνική περιφέρεια. Σε αυτό θα συμβάλλουν καθοριστικά τα Κέντρα Τουρισμού Υγείας.

Ως **Γενικοί Στόχοι** τίθενται οι εξής:

- Ενίσχυση των προϋποθέσεων για την ανάπτυξη Κέντρων Τουρισμού Υγείας.
- Ενίσχυση των Διασυνωριακών Κέντρων Υγείας σε όλες τις βαθμίδες.
- Περαιτέρω ανάπτυξη και εξορθολογισμός των Διασυνωριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας.
- Διευκόλυνση διακρατικής παροχής υπηρεσιών υγείας και φροντίδας.
- Παροχή υποστήριξης και μεταφορά τεχνογνωσίας σε δομές γειτονικών χωρών.

Το πλέγμα των Στρατηγικών και Γενικών Στόχων που διαμορφώνει τη Στρατηγική του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την περίοδο προγραμματισμού 2007-2013 ανταποκρίνεται στις ανάγκες που διαγνώστηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, όπως απεικονίζεται στον πίνακα που ακολουθεί.

**Πίνακας 40: Συσχέτιση αναγκών και στόχων του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**

Ανάγκες / Στρατηγικοί Στόχοι	Μείωση κόστους και αύξηση ανταγωνιστικότητας του συστήματος Υ.Κ.Α.	Βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στην υγεία.	Βελτίωση του συστήματος πρόληψης και προστασίας της Δημόσιας Υγείας.	Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων υγείας, αντιμετώπιση του ελλείμματος σε συγκεκριμένες ειδικότητες, δεξιότητες και κατάλληλες συμπεριφορές.	Εισαγωγή εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας, ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών, εισαγωγή ψηφιακών υπηρεσιών.	Πρωώθηση της έρευνας και της παραγωγής καινοτομίας και αξιοποίηση των αποτελεσμάτων τους	Ολοκλήρωση της ψυχιατρικής μεταρρύθμισης	Πρωώθηση των ενεργητικών πολιτικών κοινωνικής ενσωμάτωσης	Εισαγωγή συστημάτων ορθολογικής διαχείρισης ενέργειας, απορριμμάτων, επικίνδυνων αποβλήτων.	Πρωώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα - προώθηση της αξιοποίησης των ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων του τομέα στη βαλκανική, ευρωπαϊκή και παγκόσμια αγορά.	Ενίσχυση της συνεργασίας μεταξύ Υ.Υ.Κ.Α., Μ.Κ.Ο. και Ο.Τ.Α. Δημοουργία συστήματος αξιοποίησης εθελοντισμού και κοινωνικής εταιρικής ευθύνης
1 Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού			√								
2 Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υ.Κ.Α.	√	√							√		
3 Μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος και της άσκησης προνοιακών πολιτικών								√			
4 Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υ.Κ.Α. – e-Health & Health Care					√						
5 Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας							√				
6 Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων Υ.Κ.Α., εκπαίδευση, συνεχής κατάρτιση				√							
7 Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας						√					
8 Προώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα καθώς και Υ.Υ.Κ.Α. με άλλους φορείς										√	√
9 Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας										√	

### ΕΝΟΤΗΤΑ 3: Συσχέτιση της Στρατηγικής με Εθνικές και Ευρωπαϊκές Πολιτικές

Η στοχοθεσία και στρατηγική του Προγράμματος Ανάπτυξης του τομέα είναι συμβατή με το πλαίσιο και κατευθύνσεις πολιτικής σε κοινοτικό και εθνικό επίπεδο. Ειδικότερα, ενσωματώνει το μεταρρυθμιστικό προσανατολισμό της πολιτικής που προωθεί η αναθεωρημένη στρατηγική της Λισσαβόνας, επιδιώκοντας τον συνεχή και ουσιώδη εκσυγχρονισμό του Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (π.χ. μέσω της βελτίωσης των υποδομών, διάχυσης της χρήσης ψηφιακών εφαρμογών, κατάρτισης & επιμόρφωσης του προσωπικού, προώθησης Σ.Δ.Ι.Τ., κλπ.), τη βελτίωση των ποιοτικών χαρακτηριστικών, αλλά και την ποσοτική αύξηση, όπου απαιτείται (π.χ. σε νοσηλευτικό προσωπικό), των θέσεων εργασίας. Παράλληλα, συνεργεί στην ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας της εθνικής οικονομίας μέσω των παρεμβάσεων για την ορθολογικοποίηση της λειτουργίας του συστήματος υγείας που επιδιώκουν ως αποτέλεσμα τόσο τη συγκράτηση όσο και βελτίωση της ανταποδοτικότητας των δαπανών.

Η ως ανωτέρω συμβατότητα τεκμηριώνεται με τη συσχέτιση των στρατηγικών και γενικών στόχων του τομέα με τις Ολοκληρωμένες Κατευθυντήριες Γραμμές για την Ανάπτυξη και την Απασχόληση, οι οποίες αποτελούν το κοινοτικό εργαλείο εξειδίκευσης των στόχων της Στρατηγικής της Λισσαβόνας<sup>18</sup>. Παράλληλα, το Πρόγραμμα Ανάπτυξης του τομέα εναρμονίζεται σε μεγάλο βαθμό με τις Στρατηγικές Κατευθυντήριες Γραμμές για τη Συνοχή, οι οποίες περιέχουν συγκεκριμένες προτεραιότητες δράσης για τον εκσυγχρονισμό των εθνικών συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

Τέλος, διαπιστώνεται μεγάλη εννοιολογική συνέπεια μεταξύ των στόχων του τομέα και των στόχων του Ε.Σ.Π.Α. 2007-2013, δεδομένης της σχεδόν ταυτόσημης διατύπωσης των στρατηγικών επιδιώξεων στον τομέα της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ειδικότερα, ο Γενικός Στόχος 10 του Ε.Σ.Π.Α. «Θεμελίωση ενός αποδοτικού και οικονομικά βιώσιμου συστήματος Υγείας, που θα προσφέρει ποιοτικές και εξατομικευμένες υπηρεσίες στους πολίτες και θα εστιάζει στη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών πρόληψης και φροντίδας», καθώς και οι 4 ειδικοί στόχοι που τον αναλύουν λεπτομερέστερα, ενσωματώνονται πλήρως στο πλέγμα στόχων του τομέα όπως παρουσιάζεται στην Ενότητα II του παρόντος κειμένου. Επίσης, όσον αφορά την κοινωνική αλληλεγγύη, συνέπεια μεταξύ στόχων διαπιστώνεται και με τον Γενικό Στόχο 9 του ΕΣΠΑ «Πρωώθηση της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης».

Τα παραπάνω αποτυπώνονται στους πίνακες που ακολουθούν.

<sup>18</sup> Όπως επισημαίνεται και στο ΕΣΠΑ, οι ΟΚΓ για το μακροοικονομικό περιβάλλον (ΟΚΓ 1-6) καθώς και οι ΟΚΓ 12, 13, 22 εξυπηρετούνται κυρίως μέσω του Εθνικού Προγράμματος Μεταρρύθμισης και ουσιαστικά αποτελούν προϋπόθεση για την εξασφάλιση ενός πραγματικού αναπτυξιακού αποτελέσματος.

**Πίνακας 41: Συσχέτιση των Στρατηγικών Στόχων του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τις Ολοκληρωμένες Κατευθυντήριες Γραμμές για την Ανάπτυξη και την Απασχόληση**

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ  ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ								
	ΤΟΜΕΑ Υ.Κ.Α.								
	Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού	Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υ.Κ.Α.	Μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος και της άσκησης προνοιακών πολιτικών	Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υ.Κ.Α. - e-Health & Health Care	Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας	Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων Υ.Κ.Α., εκπαίδευση, συνεχής κατάρτιση	Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας	Πρωτόθρη της συνεργασίας δημόσιου - ιδιωτικού τομέα καθώς και Υ.Υ.Κ.Α. με άλλους φορείς	Πρωτόθρη της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας
<b>ΜΙΚΡΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ</b>									
(7) Να αυξηθούν και να βελτιωθούν οι επενδύσεις στον τομέα της Έρευνας & Ανάπτυξης, ιδίως στον ιδιωτικό τομέα, με σκοπό τη δημιουργία του Ευρωπαϊκού Χώρου της Γνώσης							•		
(8) Να διευκολυνθεί η καινοτομία							•		
(9) Να διευκολυνθεί η διάδοση και η πραγματική χρήση των Τεχνολογιών Πληροφορίας και Επικοινωνιών (ΤΠΕ) και να οικοδομηθεί μια Κοινωνία της Πληροφορίας χωρίς αποκλεισμούς				•			(•)		
(10) Να ενισχυθούν τα ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα της Ευρωπαϊκής βιομηχανικής βάσης									
(11) Να ενθαρρυνθεί η βιώσιμη χρήση των πόρων και να ενισχυθούν οι συνέργειες μεταξύ της προστασίας του περιβάλλοντος και ανάπτυξης		(•)							
(12) Να επεκταθεί σε έκταση και σε βάθος η Εσωτερική Αγορά									•
(13) Να εξασφαλισθούν ανοιχτές και ανταγωνιστικές αγορές εντός και εκτός της Ευρώπης και να προσκομισθούν οφέλη από την παγκοσμιοποίηση								•	•
(14) Να δημιουργηθεί ελκυστικότερο επιχειρηματικό περιβάλλον και να ενθαρρυνθεί η ιδιωτική πρωτοβουλία μέσω της βελτίωσης των κανονιστικών ρυθμίσεων								•	
(15) Να προωθηθεί μία περισσότερο επιχειρηματική νοοτροπία και να δημιουργηθεί περιβάλλον που να στηρίζει τις μικρομεσαίες επιχειρήσεις (ΜΜΕ)								(•)	
(16) Να επεκταθούν και να βελτιωθούν οι ευρωπαϊκές υποδομές και να ολοκληρωθούν τα συμφωνηθέντα διασυνοριακά έργα προτεραιότητας									(•)



ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ  ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ	ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ								
	ΤΟΜΕΑ Υ.Κ.Α.								
	Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού	Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υ.Κ.Α.	Μεταρρύθμιση του τριτογενούς συστήματος και της άσκησης προνοιακών πολιτικών	Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υ.Κ.Α. – e-Health & Health Care	Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας	Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων Υ.Κ.Α., εκπαίδευση, συνεχής κατάρτιση	Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας	Προώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα καθώς και Υ.Κ.Α. με άλλους φορείς	Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας
<b>ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ</b>									
(17) Να εφαρμοσθούν πολιτικές απασχόλησης που θα στοχεύουν στην πλήρη απασχόληση, στη βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας στην εργασία και στην ενίσχυση της κοινωνικής και εδαφικής συνοχής						•			
(18) Να προωθηθεί προσέγγιση της εργασίας βασιζόμενη στον κύκλο ζωής						(•)			
(19) Να δημιουργηθούν αγορές εργασίας χωρίς αποκλεισμούς, να ενισχυθεί η ελκυστικότητα της εργασίας και να καταστεί αποδοτική για όσους αναζητούν εργασία, συμπεριλαμβανομένων μειονεκτούντων ατόμων και των αέργων						(•)			
(20) Να βελτιωθεί η κάλυψη των αναγκών της αγοράς εργασίας						•			
(21) Να προωθηθεί η ευελιξία σε συνδυασμό με την εργασιακή ασφάλεια και να μειωθεί ο κατακερματισμός της αγοράς εργασίας, λαμβανομένου δεόντως υπόψη του ρόλου των κοινωνικών εταίρων						•			
(22) Να εξασφαλισθεί ευνοϊκή προς την απασχόληση εξέλιξη των μισθών και άλλων στοιχείων κόστους που συνδέονται με την εργασία						(•)			
(23) Να αυξηθούν και να βελτιωθούν οι επενδύσεις σε ανθρώπινο κεφάλαιο						•			
(24) Να προσαρμοσθούν τα συστήματα εκπαίδευσης και κατάρτισης στις νέες απαιτήσεις ως προς τις δεξιότητες						•			

- : Εκτιμώμενη άμεση και σημαντική συμβολή – συνέργεια
- (•) : Εκτιμώμενη έμμεση συμβολή

**Πίνακας 42: Συσχέτιση των Στρατηγικών Στόχων του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τις Κοινοτικές Στρατηγικές Κατευθυντήριες Γραμμές για τη Συνοχή 2007-2013**

ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΟΧΗ	ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ								
	ΤΟΜΕΑ Υ.Κ.Α.								
	Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού	Βελτίωση της απόδοσης του συστήματος Υ.Κ.Α.	Μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος και της άσκησης προνοιακών πολιτικών	Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του συστήματος Υ.Κ.Α. – e-Health & Health Care	Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας	Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων Υ.Κ.Α., εκπαίδευση, συνεχής κατάρτιση	Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας	Προώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα καθώς και Υ.Υ.Κ.Α. με άλλους φορείς	Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας
<b>ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΑ ΓΡΑΜΜΗ: Να γίνουν η Ευρώπη και οι περιφέρειές της πιο ελκυστικοί τόποι για επενδύσεις και απασχόληση</b>									
1.1.1 Επέκταση και βελτίωση των υποδομών μεταφορών	(•)								
1.1.2 Ενίσχυση των συνεργειών ανάμεσα στην προστασία του περιβάλλοντος και την ανάπτυξη		(•)							
1.1.3 Αντιμετώπιση του θέματος της εντατικής χρησιμοποίησης παραδοσιακών πηγών ενέργειας									
<b>ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΑ ΓΡΑΜΜΗ: Βελτίωση των γνώσεων και της καινοτομίας με στόχο την ανάπτυξη</b>									
1.2.1 Αύξηση και βελτίωση της στοχοθέτησης των επενδύσεων στην ΕΤΑ							•		
1.2.2 Διευκόλυνση της καινοτομίας και προώθηση της επιχειρηματικότητας				(•)			•	•	
1.2.3. Προώθηση της Κοινωνίας της Πληροφορίας για όλους				•					
1.2.4. Βελτίωση της πρόσβασης στην χρηματοδότηση		•							
<b>ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΑ ΓΡΑΜΜΗ: Περισσότερες και καλύτερες θέσεις εργασίας</b>									
1.3.1 Προσέλκυση και διατήρηση περισσότερων ανθρώπων στην αγορά εργασίας και εκσυγχρονισμός των συστημάτων κοινωνικής προστασίας			•		•	•			
1.3.2. Βελτίωση της προσαρμοστικότητας των εργαζομένων και των επιχειρήσεων και αύξηση της ευελιξίας της αγοράς εργασίας						•			(•)

ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΓΡΑΜΜΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΟΧΗ	ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ								
	ΤΟΜΕΑ Υ.Κ.Α.								
	Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού	Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υ.Κ.Α.	Μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος και της άσκησης προνοιακών πολιτικών	Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υ.Κ.Α. – e-Health & Health Care	Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας	Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων Υ.Κ.Α., εκπαίδευση, συνεχής κατάρτιση	Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας	Προώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα καθώς και Υ.Κ.Α. με άλλους φορείς	Προώθηση της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας
1.3.3. Αύξηση των επενδύσεων στο ανθρώπινο κεφάλαιο μέσω της βελτίωσης της εκπαίδευσης και των δεξιοτήτων						•			
1.3.4. Διοικητικές ικανότητες				(•)		•			
1.3.5. Προστασία της υγείας των εργαζομένων						(•)			

- : Εκτιμώμενη άμεση και σημαντική συμβολή – συνέργεια
- (•) : Εκτιμώμενη έμμεση συμβολή

**Πίνακας 43: Συσχέτιση των Στρατηγικών Στόχων του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους Γενικούς Στόχους των Θεματικών Προτεραιοτήτων του Ε.Σ.Π.Α.**

ΓΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΘΕΜΑΤΙΚΩΝ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ ΕΣΠΑ		ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ								
		ΤΟΜΕΑ Υ.Κ.Α.								
		Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού	Βελτίωση της απόδοσης του Συστήματος Υ.Κ.Α.	Μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος και της άσκησης προνοιακών πολιτικών	Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υ.Κ.Α. – e-Health & Health Care	Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας	Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων Υ.Κ.Α., εκπαίδευση, συνεχής κατάρτιση	Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας	Πρωτόθλη της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα καθώς και Υ.Κ.Α. με άλλους φορείς	Πρωτόθλη της Ελλάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας
1	Η αύξηση της εξωστρέφειας και των εισροών ΞΑΕ									
2	Η ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας και η αύξηση της παραγωγικότητας		(•)						(•)	
3	Η διαφοροποίηση του τουριστικού προϊόντος της χώρας									•
4	Βελτίωση της ποιότητας και της έντασης των επενδύσεων στο ανθρώπινο κεφάλαιο για την αναβάθμιση του ελληνικού εκπαιδευτικού συστήματος.									
5	Η ενίσχυση της Έρευνας, Τεχνολογίας και η προώθηση της Καινοτομίας σε όλους τους κλάδους ως βασικό παράγοντα αναδιάρθρωσης της ελληνικής οικονομίας και μετάβασης στην οικονομία της γνώσης.							•		
6	Η ψηφιακή σύγκλιση της χώρας με την ενσωμάτωση και τη συστηματική χρήση των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών (ΤΠΕ) στους τομείς κοινωνικής και οικονομικής δραστηριοποίησης.				•					
7	Ενίσχυση της προσαρμοστικότητας των εργαζόμενων και των επιχειρήσεων						•			
8	Διευκόλυνση της πρόσβασης στην απασχόληση						•			
9	Πρωτόθλη της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης			•		•				
10	Θεμελίωση ενός αποδοτικού και οικονομικά βιώσιμου συστήματος Υγείας που θα προσφέρει ποιοτικές και εξατομικευμένες υπηρεσίες στους πολίτες και θα εστιάζει στη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών πρόληψης και φροντίδας	•	•	•	•	•	•	•	•	•
11	Η ανάδειξη του οικονομικού, κοινωνικού και αναπτυξιακού χαρακτήρα των θεμάτων ισότητας των φύλων, με την άμεση σύνδεσή τους με τις κυρίαρχες εθνικές πολιτικές προτεραιότητες (ανάπτυξη – απασχόληση – κοινωνική συνοχή).			(•)						

ΓΕΝΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ ΘΕΜΑΤΙΚΩΝ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ ΕΣΠΑ		ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ								
		ΤΟΜΕΑ Υ.Κ.Α.								
		Βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού	Βελτίωση της απόδοσης του συστήματος Υ.Κ.Α.	Μεταρρύθμιση του προνοιακού συστήματος και της άσκησης προνοιακών πολιτικών	Ψηφιακός εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υ.Κ.Α. – e-Health & Health Care	Ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας	Βελτίωση του επιπέδου στελέχωσης των μονάδων Υ.Κ.Α., εκπαίδευση, συνεχής κατάρτιση	Προαγωγή της έρευνας και της καινοτομίας	Προώθηση της συνεργασίας δημόσιου – ιδιωτικού τομέα καθώς και Υ.Κ.Α. με άλλους φορείς	Προώθηση της Ελλιάδας στην παγκόσμια αγορά Υγείας
12	Η βελτίωση της ποιότητας των δημόσιων πολιτικών και η αποτελεσματική εφαρμογή τους για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των πολιτών και τη διευκόλυνση της επιχειρηματικής δράσης	(•)	(•)	(•)	(•)	(•)	(•)	(•)	(•)	(•)
13	Η ανάπτυξη και ο εκσυγχρονισμός των φυσικών υποδομών και των συναφών υπηρεσιών του συστήματος μεταφορών της χώρας	(•)								
14	Ο ασφαλής ενεργειακός εφοδιασμός της χώρας με γνώμονα την αειφορία									
15	Η αειφόρος διαχείριση του περιβάλλοντος		(•)							
16	Η άσκηση αποτελεσματικής περιβαλλοντικής πολιτικής		(•)							
17	Ανάδειξη του Πολιτισμού ως ζωτικού παράγοντα της οικονομικής ανάπτυξης της χώρας									

- : Εκτιμώμενη άμεση και σημαντική συμβολή – συνέργεια
- (•) : Εκτιμώμενη έμμεση συμβολή

#### **ΕΝΟΤΗΤΑ 4: Χρηματοδότηση του τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης από το Ε.Σ.Π.Α.**

Για την υλοποίηση της Στρατηγικής 2007-2013 του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Υ.Υ.Κ.Α. έχει προτείνει τμήμα των επενδύσεων, που απαιτούνται για την επίτευξη των στρατηγικών στόχων του τομέα, για χρηματοδότηση από τα Διαρθρωτικά Ταμεία της Ε.Ε. στο πλαίσιο του Ε.Σ.Π.Α. 2007-2013.

Οι σχεδιαζόμενες προτεραιότητες – ειδικοί στόχοι του Ε.Σ.Π.Α. που προτείνονται προς χρηματοδότηση είναι οι εξής:

##### **Γενικός Στόχος 10:**

**«Θεμελίωση ενός αποδοτικού και οικονομικά βιώσιμου συστήματος Υγείας, που θα προσφέρει ποιοτικές και εξατομικευμένες υπηρεσίες στους πολίτες και θα εστιάζει στη συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών πρόληψης και φροντίδας»**

##### **Ειδικοί στόχοι:**

##### **Ανάπτυξη του δικτύου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και της Δημόσιας Υγείας.**

Οι παρεμβάσεις για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αφορούν στην ανάπτυξη κέντρων υγείας πόλης στα μεγάλα πολεοδομικά συγκροτήματα και σε υποβαθμισμένες με χαμηλό βιοτικό επίπεδο περιοχές (σε συνέργια με την υλοποίηση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού) καθώς και στη βελτίωση εξοπλισμού και συνθηκών φροντίδας των αγροτικών κέντρων υγείας. Περιλαμβάνουν επίσης την ανάπτυξη δικτύου κινητών μονάδων κυρίως για τις νησιωτικές περιοχές και την εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού στις νέες τεχνολογίες και συνθήκες. Για την υλοποίηση της μεταρρύθμισης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αναπτύσσεται συγκεκριμένο επιχειρησιακό πλάνο ενώ καταρτίζεται συγκεκριμένο νομοθετικό πλαίσιο.

Η αναδιάρθρωση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα βασισθεί στην ενδυνάμωση της σχέσης δημοσίου / ιδιωτικού τομέα (υποστήριξη διαδικασιών Σ.Δ.Ι.Τ. στον τομέα Υγείας) και του ρόλου της αυτοδιοίκησης, στην αναθεώρηση του ρόλου των ασφαλιστικών ταμείων, στην αξιολόγηση και στον επαναπροσδιορισμό του ρόλου των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία και στην καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού και της ηλεκτρονικής κάρτας παρακολούθησης του ιατρικού ιστορικού του πληθυσμού, με πιλοτική εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων σε νομαρχιακό ή περιφερειακό επίπεδο (ανάπτυξη συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας της τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού).

Στη δημόσια υγεία αναπτύσσεται το δίκτυο δημόσιας υγείας μέσω της ενεργοποίησης των υφιστάμενων δομών (στελέχωση Π.Ε.Δ.Υ., άμεση λειτουργία του συντονιστικού κεντρικού εργαστηρίου Κ.Ε.Δ.Υ., ενεργοποίηση του νέου Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας – Ε.ΣΥ.Δ.Υ., ανάπτυξη του Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας – Ε.Κ.ΕΠ.Υ., αναβάθμιση στη λειτουργία του Εθνικού Κέντρου Αιμοδοσίας – Ε.Κ.Ε.Α.), καθώς και της εκπαίδευσης των επαγγελματιών δημόσιας υγείας. Περιλαμβάνεται η ανάπτυξη συστήματος παρακολούθησης των προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας (Health monitoring), η ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών για τον έλεγχο των πυλών εισόδου (διαμόρφωση χώρων και εξοπλισμός στα διεθνή αεροδρόμια και διαμόρφωση χώρων και εξοπλισμός επιδημιολογικού φραγμού σε λιμάνια) και η προώθηση προγραμμάτων υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων (εφαρμογή Συστήματος Διαχείρισης Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας). Τμήμα του σχεδιασμού αποτελεί η ανάπτυξη συντονιστικού κέντρου για τον εθελοντισμό και για την ενδυνάμωση της συνέργιας του δημόσιου και εθελοντικού τομέα με στοχεύμενες δράσεις κατάρτισης και επικοινωνίας στο Ε.Σ.Υ. (πρόληψη και προαγωγή, προσφορά υπηρεσιών κα).

Επιπλέον ειδικές παρεμβάσεις αποτελούν:

- Ενίσχυση και αναβάθμιση υφιστάμενων υποδομών δημόσιας υγείας (ΚΕΕΛΠΝΟ, ΕΦΕΤ, ΚΕΔΥ, ΠΕΔΥ, 57 ΔΥΝΑ, ΕΣΔΥ, ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΟΚΑΝΑ).
- Νέο Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (πρώην Σ.Ο.Τ.Υ) – Δημιουργία υποδομών για διαχείριση καταστροφών και μείζονων παραγόντων κινδύνου (Αθήνα – Θεσ/νίκη)
- Προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της δημόσιας υγείας στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικούς πληθυσμούς (π.χ μετανάστες, μαθητές) με εκστρατείες ενημέρωσης. Δημιουργία συστήματος εποπτείας σχολικού περιβάλλοντος για την τήρηση των κανόνων δημόσιας υγείας.
- Δημιουργία συστήματος παρακολούθησης της ποιότητας του πόσιμου νερού στην επικράτεια καθώς και εμφιαλωμένων νερών (εγχώριων και εισαγόμενων).

#### **Βελτίωση της ανταποκρισιμότητας της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.**

Περιλαμβάνονται στοχευμένες παρεμβάσεις στις συνθήκες νοσηλείας των μονάδων, στην ανάπτυξη ειδικών μονάδων (Μ.Τ.Ν., Μ.Ε.Θ., Μ.Α.Φ.), στην εισαγωγή μηχανημάτων υψηλής τεχνολογίας, στη διαχείριση μολυσματικών αποβλήτων (δημιουργία υποδομών για την ασφαλή συγκέντρωση, μεταφορά και τελική διάθεση μολυσματικών και ραδιενεργών νοσοκομειακών αποβλήτων, στερεά και υγρά), στη διαχείριση ενέργειας, στη συνεχιζόμενη κατάρτιση και εκπαίδευση (κατάρτιση προσωπικού υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε θέματα διασφάλισης της δημόσιας υγείας, ασφάλειας και υγείας στο χώρο εργασίας, κοινωνικής φροντίδας και ψυχικής υγείας αλλά και στη χρήση ΤΠΕ), στη στοχευμένη κάλυψη αναγκών υγείας των τουριστικών

περιοχών, στην ανάπτυξη συστήματος / μηχανισμού για την ενσωμάτωση της έρευνας και της καινοτομίας και στην ανάπτυξη συστήματος διαχείρισης της ποιότητας. Επίσης, σχεδιάζεται η κατασκευή – ενίσχυση νοσοκομειακών υποδομών για την άρση περιφερειακών ανισοτήτων και ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στην ανάπτυξη του νέου συστήματος προμηθειών, όπου απαιτούνται στοχευμένες δράσεις για την εισαγωγή νέας τεχνολογίας (διοίκησης και υποδομών) ενώ άμεσα προωθείται νομοθετικό πλαίσιο.

Αξιοποιείται το επαρκές ανθρώπινο δυναμικό επαγγελματιών υγείας και οι ιδιωτικές επενδύσεις στον τουρισμό, σχεδιάζονται δράσεις ενίσχυσης και υποστήριξης του ιατρικού τουρισμού και η ανάπτυξη κέντρων τουρισμού υγείας.

Ιδιαίτερη έμφαση αποδίδεται στην αξιολόγηση της υφιστάμενης νοσοκομειακής υποδομής της χώρας σύμφωνα με τα πληθυσμιακά δεδομένα και το επιδημιολογικό προφίλ σε επίπεδο νομού / περιφέρειας, προκειμένου να υλοποιηθούν οι αναγκαίες μεταρρυθμίσεις (π.χ. ανάπτυξη νοσοκομείων σε αυστηρά επιλεγμένες περιοχές υψηλής προτεραιότητας, ανάπτυξη νέων τμημάτων και εκσυγχρονισμός υφιστάμενων, μετασχηματισμός μη αναγκαίων παλαιών τμημάτων κλπ.). Στο πλαίσιο αυτό προωθούνται επίσης προγράμματα πιστοποίησης και διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στρατηγικής και επιχειρησιακής διοίκησης (σχεδιασμός, υλοποίηση, παρακολούθηση, αξιολόγηση), εξοικονόμησης ενέργειας στα νοσοκομεία και η ανάπτυξη συστημάτων παραγωγής ενέργειας από ήπιες πηγές (ενεργειακός εξορθολογισμός μονάδων υγείας – δίκτυα διανομής φυσικού αερίου, ηλεκτρισμού και θερμότητας (ΣΗΘ) σε μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες), καθώς και προγράμματα προστασίας του περιβάλλοντος (μέτρα για την διαχείριση υγρών και στερεών αποβλήτων και προστασία από τους αέριους ρύπους). Ειδικό στόχο αποτελεί επίσης η κατάρτιση, εξειδίκευση και μετεκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας.

Επιπλέον ειδικές παρεμβάσεις αποτελούν:

- Λειτουργική και οργανωτική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών των νοσοκομείων και των φορέων κοινωνικής φροντίδας προκειμένου να βελτιωθεί η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών προς όφελος του πολίτη.
- Ανάπτυξη εθνικής βάσης κοστολογικών δεδομένων για το σύστημα υγείας.
- Ανάπτυξη και προώθηση της τεκμηριωμένης γνώσης (Κέντρα Αναφοράς, Παρατηρητήρια)
- Κέντρα Ημέρας – Νοσοκομεία Ημέρας
- Ενίσχυση και αναβάθμιση υποδομών Ε.Κ.Α.Β. περιφέρειας και Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών.
- Ενίσχυση διασυνοριακών κέντρων υγείας και δομών καθώς και της διακρατικής παροχής υπηρεσιών.



- Ενίσχυση επιχειρηματικότητας των κοινωνικών συνεταιρισμών και των προστατευμένων παραγωγικών εργαστηρίων.

### **Πρώθηση της Πληροφορικής Τεχνολογίας και των e-υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης - Ολοκλήρωση της πολιτικής εισαγωγής ψηφιακής τεχνολογίας.**

Στην Γ΄ Προγραμματική Περίοδο, οι παρεμβάσεις των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών επικεντρώθηκαν, κατά κύριο λόγο, στην ανάπτυξη ηλεκτρονικών υποδομών και στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μονάδων υγείας, βασισμένες σε ένα μοντέλο ανάπτυξης περιφερειακής εμβέλειας, «νοσοκομειακό – κεντρικού» χαρακτήρα.

Στα πλαίσια της Ψηφιακής Σύγκλισης, γενική στρατηγική του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αποτελεί:

1. η μετάβαση σε ένα σύστημα με ανθρωποκεντρικό προσανατολισμό, και
2. η διαχείριση της πληροφορίας της υγείας.

Οι ενέργειες και δράσεις της στρατηγικής αυτής θα ενταχθούν σε τέσσερις κύριους άξονες:

1. Στον εννοιολογικό άξονα, ο οποίος περιλαμβάνει:
  - την υιοθέτηση και καθολική εφαρμογή (τόσο στο δημόσιο όσο και στο ιδιωτικό σύστημα υγείας) των ευρωπαϊκών ή / και διεθνώς αποδεκτών προτύπων, τυποποιήσεων, κωδικοποιήσεων, πρωτοκόλλων, ονοματολογιών κλπ. που ισχύουν για δραστηριότητες και διαδικασίες σχετιζόμενες με τον Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και
  - την καθιέρωση του Εθνικού Αριθμού Μητρώου Υγείας.
2. Στον τεχνολογικό άξονα ο οποίος περιλαμβάνει:
  - την σύζευξη και συνεργατική λειτουργία των ηλεκτρονικών υποδομών των μονάδων υγείας και κοινωνικής φροντίδας (διαλειτουργικότητα πληροφοριακών συστημάτων) ,
  - την εισαγωγή του ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς,
  - την καθιέρωση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας,
  - την ανάπτυξη και παροχή ηλεκτρονικών υπηρεσιών τηλεϊατρικής και τηλεφροντίδας,
  - την ανάπτυξη συστημάτων ελέγχου δαπανών υγείας,
  - την υλοποίηση υπηρεσιών ηλεκτρονικών προμηθειών στον τομέα υγείας.
3. Στον σημασιολογικό άξονα, ο οποίος περιλαμβάνει:

- το σύνολο των δράσεων και ενεργειών που διασφαλίζουν την νόμιμη, εύρυθμη και αποτελεσματική διαχείριση της πληροφορίας, όπως η θεσμοθέτηση νομικού πλαισίου για τη δημιουργία και χρήση ιατρικής πληροφορίας,
- τη συγκρότηση / πιστοποίηση φορέα (ή φορέων) συλλογής και διακίνησης ιατρικής πληροφορίας,
- την παροχή συνδυασμένης πληροφορίας με άλλους εθνικούς τομείς όπως π.χ. το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης, κ.α.

4. Στον αναπτυξιακό άξονα, ο οποίος περιλαμβάνει:

- την τεχνολογική διασύνδεση εθνικών και διεθνών δικτύων υπηρεσιών υγείας,
- την υιοθέτηση σύγχρονων τεχνολογιών πληροφόρησης και ενημέρωσης,
- την υλοποίηση δράσεων για την κατάρτιση και της αναβάθμισης της γνώσης επιστημόνων και στελεχών υγείας και κοινωνικής φροντίδας (e-learning, e-library, e-health forum), κ.α.

Επιπλέον ειδικές παρεμβάσεις αποτελούν:

- Δημιουργία υποδομών για προγράμματα αισθητηριακής αγωγής ειδικών σχολείων για νήπια και παιδιά με κινητικές αναπηρίες (λογισμικό, εξοπλισμός).
- Δημιουργία συστήματος εποπτείας του σχολικού περιβάλλοντος για την τήρηση των κανόνων δημόσιας υγείας και καταγραφής και αρχειοθέτησης των στοιχείων της ατομικής κατάστασης υγείας των μαθητών

### **Μεταρρύθμιση στην ψυχική υγεία και ανάπτυξη πολιτικών επανένταξης.**

Στόχος είναι η κάλυψη της χώρας με υπηρεσίες στην κοινότητα για πρόληψη και αποασυλοποίηση, μέσω της ανάπτυξης κέντρων ψυχικής υγείας, ιατροπαιδαγωγικών κέντρων, κέντρων ημέρας και κινητών μονάδων σε πρωτοβάθμιο επίπεδο, ψυχιατρικών τμημάτων (παιδών, εφήβων, ενηλίκων) σε δευτεροβάθμιο επίπεδο καθώς και της εκπαίδευσης προσωπικού. Περιλαμβάνεται επίσης η υποστήριξη της επιχειρηματικής δραστηριότητας των κοινωνικών συνεταιρισμών των πρώην χρονίων ασθενών. Η ολοκλήρωση του δικτύου κέντρων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης αποτελεί βασική προτεραιότητα.

Ο στρατηγικός σχεδιασμός στον τομέα αυτό περιλαμβάνει την πλήρη εφαρμογή του Νόμου για την ψυχική υγεία (Ν. 2716/99), την κατάλληλη χρησιμοποίηση και πλήρη λειτουργία όλων των δομών που δημιουργήθηκαν σε προηγούμενες περιόδους προγραμματισμού, τη συνέχιση της λειτουργίας των δομών που θα υλοποιηθούν στο πλαίσιο της περιόδου 2007-2013, των δομών που αποβλέπουν στην εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας και όλων όσων οδηγούν τελικά στην

κατάργηση των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και την κάλυψη των αναγκών περίθαλψης σε κοινοτικές υπηρεσίες.

Ειδικό στόχο αποτελεί επίσης το κλείσιμο όλων των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων έως το 2015 και η θέσπιση σχετικών νομικών διατάξεων για την κατάργηση της νομικής τους υπόστασης, η διατήρηση του προσωπικού στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, η κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών που παραμένουν στα ψυχιατρεία ή που σταδιακά αποασυλοποιούνται, η ενίσχυση πολιτικών ενημέρωσης / ευαισθητοποίησης και η αύξηση των επενδύσεων σε υλικούς και άυλους πόρους.

Ενδεικτικές ειδικές παρεμβάσεις αποτελούν:

- Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση – Πρόληψη της χρονιοποίησης νέων περιστατικών – Αποκατάσταση ατόμων με προβλήματα ψυχικής υγείας, που διαβιούν στην κοινότητα (ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα, θεσμός ανάδοχης οικογένειας).
- Εξασφάλιση του συνεχούς της φροντίδας – Μετασχηματισμός Ψυχιατρικών Νοσοκομείων – Ολοκλήρωση της κάλυψης των αναγκών περίθαλψης σε κοινοτικές δομές (Κ.Ψ.Υ., Κ.Μ.Ψ.Υ., Κ.Η.).
- Οριζόντια – διατομεακά προγράμματα πρόληψης των διαταραχών σε επιλεγμένους πληθυσμούς «υψηλού κινδύνου», προαγωγής της ψυχικής υγείας και συνηγορίας, ενημέρωσης – εκπαίδευσης του κοινού και καταπολέμησης του στίγματος και των προκαταλήψεων.
- Παρακολούθηση, προτυποποίηση, αξιολόγηση και πιστοποίηση υπηρεσιών ψυχικής υγείας και κατάρτιση επαγγελματιών και στελεχών άλλων τομέων.
- Διοικητική, λειτουργική και επιστημονική υποστήριξη των Τ.Ε.Ψ.Υ για την προώθηση του θεσμού και τη στήριξη του έργου τους.
- Επέκταση ή / και δημιουργία δομών βραχείας φιλοξενίας οικογενειών, που συνοδεύουν άτομα που νοσηλεύονται.
- Περιορισμένα οικοτροφεία και προστατευμένα διαμερίσματα.
- Κέντρα αντιμετώπισης της κρίσης από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών ή αλκοόλ.
- Εξειδικευμένα κέντρα παρέμβασης στην κρίση και την αντιμετώπιση προβλημάτων ακούσιας νοσηλείας (πilotικά).
- Ξενώνες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης.

**Γενικός Στόχος 9:****«Πρώθηση της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης»****Ειδικό Στόχοι:**

Οι ειδικοί στόχοι του ΕΣΠΑ για την κοινωνική ενσωμάτωση αναπτύσσονται ως εξής:

- **Πρόληψη και αντιμετώπιση του κοινωνικού αποκλεισμού Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων** (‘ΕΚΟ’, π.χ. Άτομα με Αναπηρίες, παλιννοστούντες, πρόσφυγες/αιτούντες άσυλο, θύματα trafficking, ομάδες με πολιτισμικές ή/και θρησκευτικές ιδιαιτερότητες, χρήστες και πρώην χρήστες ουσιών, άστεγοι, φυλακισμένοι/αποφυλακισμένοι, μονογονεϊκές / πολύτεκνες οικογένειες) **με στοχευμένες και ολοκληρωμένου χαρακτήρα παρεμβάσεις για την ένταξή τους στην αγορά εργασίας.** Έμφαση θα δοθεί επίσης στην ενίσχυση επιχειρήσεων για την καταπολέμηση διακρίσεων στην απασχόληση για άτομα προερχόμενα από ΕΚΟ.
- **Διευκόλυνση της πρόσβασης και ενσωμάτωσης στο εκπαιδευτικό σύστημα** ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, σε συνέργεια με τη στρατηγική του Γενικού Στόχου 5 ανωτέρω.
- **Προώθηση ολοκληρωμένων παρεμβάσεων κοινωνικής και επαγγελματικής ένταξης σε τοπικό επίπεδο,** με τη συμμετοχή των τοπικών κοινοτήτων, των επιχειρήσεων, ΜΚΟ, κοινωνικών και οικονομικών φορέων. Ενίσχυση του υφιστάμενου δικτύου υποστήριξης Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων και προώθηση της αποκέντρωσης στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών.
- **Ανάπτυξη της Κοινωνικής Οικονομίας και της επιχειρηματικής δραστηριότητας ευάλωτων κοινωνικά ομάδων,** με τη διαμόρφωση ενός ευνοϊκού πλαισίου (θεσμικού, κανονιστικού, φορολογικού, διοικητικού) για την ανάπτυξη του τομέα της κοινωνικής οικονομίας, με το σχεδιασμό και υλοποίηση ολοκληρωμένων σχεδίων σε τοπικό επίπεδο (ειδικά στα πεδία ποιότητας ζωής, περιβάλλοντος και πολιτισμού) για τη δημιουργία νέων θέσεων απασχόλησης. Έμφαση θα δοθεί σε σύγχρονα εργαλεία χρηματοδότησης κοινωνικών επιχειρήσεων, στη δικτύωση με τον δημόσιο/ιδιωτικό τομέα και τους ΟΤΑ, καθώς και στην υποστήριξη, δραστηριοποίηση και συμμετοχή των Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων.
- **Στοχευμένες παρεμβάσεις για τη στήριξη ατόμων που χρήζουν βοήθειας** (π.χ. ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών με ή χωρίς δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης, ΑμεΑ που δεσμεύουν άτομα του οικογενειακού τους περιβάλλοντος για την απαιτούμενη φροντίδα) με κοινωνική – ψυχολογική στήριξη υπηρεσίες πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, για την πρόληψη εμφάνισης φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού σε τοπικό επίπεδο.

- **Ενίσχυση των μηχανισμών για το συντονισμό, παρακολούθηση, αξιολόγηση των πολιτικών κοινωνικής ένταξης και κοινωνικής προστασίας** και διασφάλιση της συμπληρωματικότητας με τις αμιγώς εθνικές πολιτικές, μέσω του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Προστασίας και προώθηση του κοινωνικού διαλόγου.
- **Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των κοινωνικών μεταβιβάσεων** και της σύνδεσής τους με την απασχόληση, με προσανατολισμό τους στην ανάληψη εργασίας ή επιχειρηματικής δραστηριότητας.
- **Οριζόντια εφαρμογή της διάστασης της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης και της ισότητας ευκαιριών** (Social Inclusion Mainstreaming) σε όλες τις πτυχές της αναπτυξιακής πολιτικής, με την ενεργό συμμετοχή δημοσίων φορέων, κοινωνικών εταιριών και ΜΚΟ.

Σε όρους στόχευσης επιμέρους κοινωνικών ομάδων, λαμβάνοντας υπόψιν και τις αρχές της μη διάκρισης εξαιτίας της φυλής ή της εθνοτικής καταγωγής, της θρησκείας ή των πεποιθήσεων, της ύπαρξης αναπηρίας, της ηλικίας, βαρύτητα δίδεται:

- Α) Στην προώθηση της ομαλής εργασιακής και κοινωνικής ενσωμάτωσης των **μεταναστών**, με εξειδικευμένες υπηρεσίες υποδοχής και πληροφόρησης / συνοδευτικά μέτρα, καθιέρωση προγραμμάτων εκμάθησης της ελληνικής γλώσσας, κατάρτισης και πιστοποίησης σε βασικές δεξιότητες.
- Β) Στον αποϊδρυματισμό και την ανάπτυξη πολιτικών επανένταξης των **Ατόμων με Αναπηρία**. Θα προωθηθεί η κοινωνική ένταξη των ΑμεΑ που βρίσκονται σε προστατευτικό περιβάλλον φροντίδας και η προετοιμασία για την εργασιακή ένταξη, μέσω υλοποίησης προγραμμάτων αυτόνομης διαβίωσης, η ανάπτυξη υπηρεσιών πρόληψης ιδρυματισμού και αξιολόγησης της λειτουργικότητας ατόμων με αναπηρία, η υλοποίηση της κάρτας αναπηρίας, η αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών και των μηχανισμών εφαρμογής πολιτικών κοινωνικής αλληλεγγύης.
- Στο στόχο αυτό περιλαμβάνεται η ενίσχυση των εναλλακτικών μορφών απασχόλησης, η ενημέρωση και στήριξη των οικογενειών των ΑμεΑ για την καταπολέμηση ανισοτήτων και διακρίσεων, η διευκόλυνση της πρόσβασης των ΑμεΑ στην επαγγελματική κατάρτιση, αναβάθμιση του Εθνικού Παρατηρητηρίου για ΑμεΑ, η ενίσχυση των Δημοσίων Υπηρεσιών Απασχόλησης για την επαγγελματική ένταξη των ΑμεΑ και η ανάπτυξη δικτύου εξειδικευμένων συμβούλων κοινωνικο-επαγγελματικής ένταξης.
- Γ) Στην υποστήριξη **ατόμων με θρησκευτικές και πολιτιστικές ιδιαιτερότητες**, με παρεμβάσεις εκπαίδευσης και κατάρτισης, προώθησης της απασχόλησης και της αυτοαπασχόλησης, συμβουλευτικής υποστήριξης.
- Δ) Στην καταπολέμηση των διακρίσεων και προκαταλήψεων που βιώνουν οι **μακροχρόνια άνεργοι** στο κοινωνικό και εργασιακό πεδίο, με ενέργειες προκατάρτισης, συμβουλευτικής και υποστήριξης άμεσα ωφελουμένων και των οικογενειών τους.

**Γενικός Στόχος 11:****«Πρώθηση της Κοινωνικής Ενσωμάτωσης»****Ειδικό Στόχοι:**

Σε συνέργεια με τη στοχοθεσία του Γενικού Στόχου 9 εντάσσεται και η **στοχευμένη προσέγγιση για τη στήριξη της γυναικείας απασχολησιμότητας** και τη διασφάλιση προσβάσιμων μονάδων φροντίδας παιδιών και εξαρτώμενων ατόμων. Θα αναληφθούν συνοδευτικές δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για την εξάλειψη στερεοτύπων για το ρόλο των δύο φύλων στην οικογένεια, αξιοποίηση καλών πρακτικών της ΚΠ EQUAL, ενίσχυση σχεδίων εφαρμογής νέων ευέλικτων μορφών εργασίας για τη διευκόλυνση των εργαζομένων με υποχρεώσεις φροντίδας εξαρτημένων προσώπων, θέσπιση σχετικών κινήτρων στις επιχειρήσεις.

Στο πλαίσιο των πολιτικών **κοινωνικής ένταξης** έμφαση δίδεται στην καταπολέμηση των πολλαπλών διακρίσεων, ειδικότερα εις βάρος των μεταναστριών, των ατόμων με αναπηρία, των γυναικών που ανήκουν σε πολιτισμικές, θρησκευτικές ή εθνικές μειονότητες, καθώς και των γυναικών θυμάτων trafficking. Παράλληλα, οι **υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας** πρέπει να εκσυγχρονιστούν με κατεύθυνση τη βελτίωση της δυνατότητας πρόσβασης, της ποιότητας και της ανταπόκρισής τους στις νέες και συγκεκριμένες ανάγκες των γυναικών. Στους ειδικούς στόχους των πολιτικών ισότητας του ΕΣΠΑ εντάσσεται επίσης και η **συμβολή στην αντιμετώπιση της βίας κατά των γυναικών**, με την αναβάθμιση των δομών της Γενικής Γραμματείας Ισότητας για την πρόληψη της βίας και την υποστήριξη των γυναικών θυμάτων βίας και διακίνησης, την ανάπτυξη δικτύων, κέντρων υποδοχής και πληροφόρησης μεταναστριών, προσφύγων και ειδικών ευπαθών ομάδων γυναικών, ειδικά σε περιφερειακό επίπεδο.

## ΕΝΟΤΗΤΑ 5: Διατάξεις Εφαρμογής

Για την επιτυχή εφαρμογή του παραπάνω προτεινόμενου Εθνικού Στρατηγικού Σχεδιασμού για την υγεία περιόδου 2007 – 2013 θα συσταθούν οι κάτωθι μηχανισμοί εφαρμογής:

Συστήνεται Διυπουργική Επιτροπή για το συντονισμό της πολιτικής Υγείας, στην οποία προεδρεύει ο Γενικός Γραμματέας Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης του Υ.Υ.Κ.Α. και συμμετέχουν οι Γενικοί ή Ειδικοί Γραμματείς των Υπουργείων Οικονομίας και Οικονομικών (αναφορικά με παρεμβάσεις των Π.Ε.Π. και του Ε.Π. Ψηφιακή Σύγκλιση), Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης. Η Διυπουργική Επιτροπή συνιστά το πολιτικό όργανο που θα παρακολουθεί και θα συντονίζει την εφαρμογή της στρατηγικής υγείας στο πλαίσιο του Ε.Σ.Π.Α. 2007-2013 ή της Εθνικής Στρατηγικής για την Υγεία; και θα είναι αρμόδια για τη διασφάλιση του συντονισμού δράσεων με συγχρηματοδότηση από το Ε.Τ.Π.Α. και το Ε.Κ.Τ.

Υποστηρίζεται από Τεχνική Γραμματεία, στα πλαίσια της υφιστάμενης Ε.Υ.Δ. Ε.Π. «Υγεία - Πρόνοια» η οποία μετασχηματίζεται σε Αρχή Συντονισμού. Ενισχύεται δε ώστε να ανταποκριθεί στην παρακολούθηση / συνέργια των επενδύσεων των διαρθρωτικών ταμείων στα Ε.Π. και στα Π.Ε.Π. ώστε να παραχθεί ολοκληρωμένο αποτέλεσμα σύμφωνα με την στρατηγική και τους στόχους του τομέα και τις κατευθύνσεις της διυπουργικής επιτροπής.

Στο ίδιο πλαίσιο προτείνεται η σύσταση ομάδας κρούσης (TASK FORCE) η οποία θα αποτελέσει την μετεξέλιξη της μονάδας στρατηγικής και πολιτικών υγείας.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι: Γενικοί στόχοι και δράσεις στη Δημόσια Υγεία****Στόχος 1: Χάραξη εθνικής πολιτικής και καθορισμός στόχων για τη Δημόσια Υγεία**

- 1.1 Ενίσχυση των δυνατοτήτων της κεντρικής υπηρεσίας Δημόσιας Υγείας του Υ.Υ.Κ.Α. και του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας για τη διαμόρφωση Εθνικής Πολιτικής Δημόσιας Υγείας και για τον καθορισμό Εθνικών Στόχων.
- 1.2 Προώθηση της κοινωνικής διαβούλευσης για τη Δημόσια Υγεία.
- 1.3 Πιλοτική ανάπτυξη περιφερειακής πολιτικής Δημόσιας Υγείας σε επίπεδο μιας περιφέρειας.
- 1.4 Προώθηση της διατομεακής συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.
- 1.5 Επαναοριοθέτηση αρμοδιοτήτων και λειτουργιών των κεντρικών, περιφερειακών, νομαρχιακών και τοπικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- 1.6 Ανάπτυξη συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας της τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού.
- 1.7 Κωδικοποίηση διατάξεων για τη Δημόσια Υγεία.
- 1.8 Κωδικοποίηση υπαλληλικών διατάξεων στον τομέα της υγείας.
- 1.9 Δημιουργία παρατηρητηρίου ανισοτήτων στη Δημόσια Υγεία.
- 1.10 Παρακολούθηση της πορείας μεταρρύθμισης στη Δημόσια Υγεία.
- 1.11 Εκπόνηση μελετών ωρίμανσης του προγράμματος, εμπειρογνωμοσυών και αξιολογήσεων - Τεχνική υποστήριξη.

**Στόχος 2: Αναδιοργάνωση του συστήματος παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού**

- 2.1 Αναδιοργάνωση του εθνικού μηχανισμού συλλογής και ανάλυσης πληροφοριών για την υγεία.
- 2.2 Αναδιοργάνωση του συστήματος παρακολούθησης του καρκίνου (Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών).
- 2.3 Βελτίωση του συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης λοιμωδών νοσημάτων - Δημιουργία επιδημιολογικού κέντρου αναφοράς.
- 2.4 Ανάπτυξη δικτύων για την επιδημιολογική επιτήρηση.
- 2.5 Οργάνωση εθνικού συστήματος διατροφικής εποπτείας.
- 2.6 Ενίσχυση των δράσεων για την επιτήρηση των νοσοκομειακών λοιμώξεων στις ιδιωτικές μονάδες υγείας.
- 2.7 Ενίσχυση της επιδημιολογικής επιτήρησης των πλοίων.
- 2.8 Πιλοτική ανάπτυξη περιφερειακού μηχανισμού παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού.
- 2.9 Εκπόνηση εθνικής μελέτης για την κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

- 2.10 Εκπόνηση περιφερειακών μελετών για την κατάσταση της υγείας και τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.
- 2.11 Εκπόνηση μελετών ωρίμανσης του προγράμματος, εμπειρογνωμοσυμών και αξιολογήσεων - Τεχνική υποστήριξη.

### **Στόχος 3: Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στη Δημόσια Υγεία**

- 3.1 Αναμόρφωση και διεύρυνση προγραμμάτων ιατρικών και παραϊατρικών σπουδών στη Δημόσια Υγεία.
- 3.2 Υποστήριξη και εκσυγχρονισμός των Επαγγελματικών Σχολών του Τομέα Υγείας (ΤΕΕ, ΙΕΚ).
- 3.3 Πιλοτική λειτουργία Εθνικής Σχολής Αγροτικής Υγιεινής Θεσσαλίας.
- 3.4 Εκπόνηση σχεδίου εκπαίδευσης στελεχών Δημόσιας Υγείας ΥΥΚΑ και περιφερειακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- 3.5 Κατάρτιση των στελεχών Δημόσιας Υγείας των δημόσιων υπηρεσιών.
- 3.6 Κατάρτιση στελεχών στον τομέα της εμποτείας της αγοράς τροφίμων.
- 3.7 Κατάρτιση προσωπικού των μονάδων υγείας, ψυχικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε θέματα διασφάλισης της Δημόσιας Υγείας μέσα στις μονάδες.
- 3.8 Ειδικά προγράμματα (ημερίδες) ευαισθητοποίησης - επιμόρφωσης δασκάλων και καθηγητών σε θέματα Δημόσιας Υγείας.
- 3.9 Ενίσχυση της στελέχωσης των περιφερειακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- 3.10 Τεχνική υποστήριξη του στόχου: Μελέτη ωρίμανσης για τη δράση 3.3 και για τον καθορισμό των εκπαιδευτικών αναγκών στις δράσεις 3.5 - 3.8

### **Στόχος 4: Βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας**

- 4.1 Ενίσχυση των υποδομών και του εξοπλισμού των κεντρικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- 4.2 Ενίσχυση της οργάνωσης, των υποδομών και πιλοτική λειτουργία των περιφερειακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- 4.3 Ενίσχυση των υποδομών και της λειτουργίας των νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- 4.4 Ενίσχυση και αναβάθμιση του ΚΕΔΥ.
- 4.5 Δημιουργία ενός εθνικού Βιοεργαστηρίου Τύπου 4.
- 4.6 Ενίσχυση και αναβάθμιση των υποδομών του ΚΕΕΛΠΝΟ.
- 4.7 Ενίσχυση και αναβάθμιση των υποδομών του Ινστιτούτου Υγείας Παιδιού.
- 4.8 Μελέτη λειτουργίας, ενίσχυση και αναβάθμιση των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας.
- 4.9 Ανάπτυξη των Διασυνοριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας.
- 4.10 Τεχνική υποστήριξη του στόχου: Μελέτες ωρίμανσης για τις δράσεις 4.2 και 4.5.

**Στόχος 5: Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μηχανισμών ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απειλών**

- 5.1 Ενίσχυση υποδομών και εξοπλισμού του κεντρικού μηχανισμού επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης σε έκτακτους κινδύνους και απειλές.
- 5.2 Μελέτη για την περιφερειακή οργάνωση της ταχείας υγειονομικής αντίδρασης στις λοιπές περιφέρειες της χώρας.
- 5.3 Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας – Δημιουργία υποδομών για διαχείριση καταστροφών και μειζόνων παραγόντων κινδύνου και παραρτημάτων του στις πόλεις: Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Λάρισα και Ηράκλειο.
- 5.4 Ανάπτυξη περιφερειακού μηχανισμού ταχείας αντίδρασης στη Θεσσαλονίκη.
- 5.5 Ανάπτυξη και πιλοτική λειτουργία περιφερειακού μηχανισμού επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης, εν όψει των Μεσογειακών Αγώνων του 2013.
- 5.6 Εξοπλισμός για την αντιμετώπιση πυρηνικών, ραδιενεργών, βιολογικών και χημικών (ΠΡΒΧ) συμβάντων.
- 5.7 Αεροϋγειονομεία: Διαμόρφωση χώρων και εξοπλισμού επιδημιολογικού φραγμού στα διεθνή αεροδρόμια.
- 5.8 Διαμόρφωση χώρων και εξοπλισμού επιδημιολογικού φραγμού στα κύρια λιμάνια.

**Στόχος 6: Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των μηχανισμών περιβαλλοντικής υγείας**

- 6.1 Προώθηση συμμαχιών για τη δημιουργία υποδομών για την ασφαλή διαχείριση επικίνδυνων μολυσματικών και τοξικών νοσοκομειακών αποβλήτων.
- 6.2 Δημιουργία υποδομών και εγκαταστάσεων διαχείρισης των μολυσματικών αποβλήτων στα νοσοκομεία.
- 6.3 Δημιουργία μονάδων διαχείρισης των μολυσματικών αποβλήτων στις μονάδες υγείας του ιδιωτικού τομέα.
- 6.4 Δημιουργία συστημάτων παρακολούθησης της ποιότητας του πόσιμου ύδατος.
- 6.5 Δημιουργία εθνικής βάσης δεδομένων με "κατευθυντήριες οδηγίες" και "καλές πρακτικές" στην περιβαλλοντική υγεία.
- 6.6 Ενίσχυση του εξοπλισμού των περιφερειακών και νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας για την παρακολούθηση παραγόντων περιβαλλοντικής υγείας.

**Στόχος 7: Ενίσχυση των δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας του ελληνικού πληθυσμού σε όλες τις περιφέρειες**

- 7.1 Προγράμματα και δράσεις κατά του καπνίσματος.
- 7.2 Προγράμματα και δράσεις για την υγιεινή διατροφή.
- 7.3 Προγράμματα και δράσεις για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- 7.4 Προγράμματα και δράσεις για την πρόληψη του καρκίνου.

- 7.5 Προγράμματα και δράσεις για την πρόληψη των καρδιοπαθειών και των μεταβολικών νοσημάτων.
- 7.6 Προγράμματα και δράσεις για την πρόληψη των ατυχημάτων.
- 7.7 Προγράμματα προστασίας της μητρότητας και της υγείας του παιδιού.
- 7.8 Προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας σε ειδικούς πληθυσμούς.
- 7.9 Προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της Δημόσιας Υγείας στο μαθητικό πληθυσμό.
- 7.10 Ενίσχυση της Αγωγής Υγείας στα σχολεία.
- 7.11 Δημιουργία συστήματος εποπτείας του σχολικού περιβάλλοντος για την τήρηση των κανόνων Δημόσιας Υγείας.

#### **Στόχος 8: Βελτίωση της ποιότητας και επιστημονικής εγκυρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών**

- 8.1 Δημιουργία εθνικής βάσης δεδομένων με "κατευθυντήριες οδηγίες" και "καλές πρακτικές" στη Δημόσια Υγεία.
- 8.2 Πρόσβαση σε βιβλιοθήκες και διεθνείς βάσεις δεδομένων.
- 8.3 Προώθηση της πιστοποίησης των εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας και των Κέντρων Αναφοράς.
- 8.4 Ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών και διαδικασιών λειτουργίας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- 8.5 Ανάπτυξη οδηγιών, διαδικασιών και κανονισμών προστασίας της Δημόσιας Υγείας στις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.
- 8.6 Ενίσχυση της ερευνητικής δραστηριότητας και της διεπιστημονικής συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία.
- 8.7 Τεχνική υποστήριξη του στόχου: Μελέτη ωρίμανσης για τη δράση 8.1.

#### **Στόχος 9: Πληροφορική οργάνωση για τη Δημόσια Υγεία**

- 9.1 Πληροφορική ενδυνάμωση των κεντρικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του ΥΥΚΑ, ως φορέα άσκησης πολιτικής Δημόσιας Υγείας.
- 9.2 Πληροφορική ενδυνάμωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- 9.3 Διασύνδεση των υπηρεσιών και οργανισμών Δημόσιας Υγείας.
- 9.4 Ολοκλήρωση των ενεργειών για την υλοποίηση του Εθνικού Χάρτη Υγείας.
- 9.5 Πληροφορική υποστήριξη των δράσεων προστασίας της Δημόσιας Υγείας.
- 9.6 Ενίσχυση της αλληλεπίδρασης των φορέων δημόσιας και ιδιωτικής υγείας με σκοπό τη προστασία της Δημόσιας Υγείας.
- 9.7 Ενέργειες ηλεκτρονικής κατάρτισης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ανθρώπινου δυναμικού Δημόσιας Υγείας.
- 9.8 Ενίσχυση υποδομών και εκπαιδευτικού υλικού ειδικής εκπαίδευσης, εργαστηρίων εκπαίδευσης και εκσυγχρονισμού ΤΕΕ & ΙΕΚ του τομέα υγείας.

9.9 Τεχνική υποστήριξη του στόχου: Μελέτες ωρίμανσης των δράσεων 9.3, 9.4, 9.5 και 9.6

**Στόχος 10: Λογοδοσία και προβολή του συστήματος Δημόσιας Υγείας και αναβάθμιση της επικοινωνιακής του πολιτικής**

- 10.1 Προώθηση της δημοσιότητας και λογοδοσίας για το έργο των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- 10.2 Δημιουργία εθνικού και περιφερειακών portals για τη Δημόσια Υγεία.
- 10.3 Τεχνική υποστήριξη: Μελέτη ωρίμανσης για τη δημιουργία portal Δημόσιας Υγείας.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Γενικοί και ειδικοί στόχοι ανά πεδίο παρέμβασης για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

### **1. Οργανωτική ανασυγκρότηση ΠΦΥ**

#### **ΓΣ 1: Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού**

Μια από τις βασικότερες αδυναμίες του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως έχει ήδη αναφερθεί στην πρώτη παραδοτέα έκθεση είναι η μη επαρκής κάλυψη των μονάδων ΠΦΥ με ανθρώπινο δυναμικό. Οι κενές θέσεις στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, ειδικά σε παραμεθόριες περιοχές, η ελλιπής εκπαίδευση του υπάρχοντος προσωπικού ή και καταστάσεις όπου οι ειδικότητες δεν ανταποκρίνονται στις πραγματικές ανάγκες αποτελούν συχνά φαινόμενα. Σκοπός του στρατηγικού αυτού στόχου δεν είναι μόνο να αποκτήσουν οι επαγγελματίες υγείας τις κατάλληλες δεξιότητες για την αντιμετώπιση των καταστάσεων που προκύπτουν μέσα σε ένα σύστημα ΠΦΥ. Ο σημαντικότερος στόχος εδώ είναι να κατανοήσουν οι εργαζόμενοι στο σύστημα της ΠΦΥ το όραμα, την αποστολή και τους στόχους του εγχειρήματος αυτού προκειμένου να μπορούν στη συνέχεια να τους υποστηρίξουν. Επιμέρους στόχοι είναι:

- ΕΣ 1.1 - Η στελέχωση των μονάδων ΠΦΥ με εκπαιδευμένο προσωπικό το οποίο θα είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και στους στόχους του συστήματος της ΠΦΥ.
- ΕΣ 1.2 - Η διαμόρφωση μιας κοινής, ενιαίας δέσμης παρεχόμενων υπηρεσιών
- ΕΣ 1.3 - Η εξασφάλιση της συνέχειας στην προσπάθεια καταγραφής των αναγκών υγείας του πληθυσμού.
- ΕΣ 1.4 - Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦΥ

#### **ΓΣ 2: Ολοκλήρωση θεσμού οικογενειακού ιατρού**

Στα περισσότερα ευρωπαϊκά κράτη η κινητήριος δύναμη του συστήματος της ΠΦΥ είναι ο οικογενειακός ή προσωπικός ιατρός. Ο οικογενειακός ιατρός αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό θεσμό, καθώς μπορεί ως διαμεσολαβητής ανάμεσα στο χρήστη – ασθενή και τις υγειονομικές υπηρεσίες να αποτελέσει το ρυθμιστή των δαπανών υγείας και να αναδειχθεί σε ρυθμιστή του συστήματος ΠΦΥ. Ο οικογενειακός ιατρός είναι σε θέση να διαχειριστεί χρόνια νοσήματα και μείζονες παράγοντες κινδύνου, να διεξάγει προσυμπτωματικό και προληπτικό έλεγχο και να παρέχει υπηρεσίες θεραπείας και αποκατάστασης. Η υλοποίηση αυτού του γενικού στόχου θα ικανοποιήσει με τη σειρά της και τους ειδικότερους στόχους που είναι:

- ΕΣ 2.1 - Η απορρόφηση της αναιτίας πολλές φορές ζήτησης για δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα υγείας η οποία αυξάνει τις υγειονομικές δαπάνες

- ΕΣ 2.2 - Η βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών μέσω της αποφυγής της άσκοπης περιπλάνησής τους στο σύστημα υγείας.

### **ΓΣ 3: Δικτύωση φορέων**

Η συνέχεια του συστήματος της ΠΦΥ αναφέρεται στη δυνατότητα παροχής συνεχούς φροντίδας στον ασθενή και στην ικανότητα του συστήματος της ΠΦΥ να αποτελεί ένα αναπόσπαστο τμήμα του υπόλοιπου συστήματος υγείας. Η ΠΦΥ, όπως άλλωστε αναφέρεται και στον ορισμό του World Health Organization (WHO) αποτελεί το πρώτο σημείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας. Η δικτύωση τόσο μεταξύ των μονάδων της ΠΦΥ όσο και μεταξύ της ΠΦΥ και της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποβλέπει στη συνεργασία και τη συμπληρωματικότητα της δράσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι ειδικοί στόχοι που ικανοποιούνται εδώ αναφέρονται παρακάτω:

- ΕΣ 3.1 - Εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας και της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας
- ΕΣ 3.2 - Αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από την ανταπόκριση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στις ανάγκες και απαιτήσεις τους.

### **ΓΣ 4: Χρηματοδότηση συστήματος ΠΦΥ**

Το μεγάλο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία στο σύνολο των υγειονομικών δαπανών, η υποχρηματοδότηση στις ΠΦΥ και οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας και κυρίως για την οδοντιατρική περίθαλψη είναι διαχρονικά προβλήματα της ΠΦΥ. Για το λόγο αυτό εντοπίζονται οι παρακάτω ειδικοί στόχοι αναφορικά με την χρηματοδότηση του συστήματος ΠΦΥ:

- ΕΣ 4.1 - Ορθολογική κατανομή των δαπανών στο σύστημα στις ΠΦΥ
- ΕΣ 4.2 - Αναδιάρθρωση του συστήματος χρηματοδότησης

## **2. Λειτουργική ανασυγκρότηση ΠΦΥ.**

### **ΓΣ 5: Ανάλυση και μελέτη των αναγκών υγείας του πληθυσμού**

Η υλοποίηση αυτού του στόχου αποτελεί προϋπόθεση για τον επιτυχή σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος ΠΦΥ. Μόνο με αυτό τον τρόπο οι δράσεις θα βρουν αντίκρουσμα και θα οδηγήσουν στη μείωση των ανισοτήτων και στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Οι ειδικοί στόχοι είναι:

- ΕΣ 5.1 - Η ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού
- ΕΣ 5.2 - Η βελτίωση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος
- ΕΣ 5.3 - Η δημιουργία μιας επιδημιολογικής βάσης δεδομένων

**ΓΣ 6: Ποιοτική αναβάθμιση του συστήματος ΠΦΥ**

Η εξασφάλιση της πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας για όλους, ανεξαρτήτως οικονομικής κατάστασης ή γεωγραφικής θέσης αποτελεί πάγια και διαρκή επιδίωξη της ελληνικής πολιτείας. Η ποιοτική αναβάθμιση του συστήματος ΠΦΥ ουσιαστικά συνίσταται στην παροχή αποτελεσματικών και αποδοτικών υπηρεσιών. Με τον τρόπο αυτό θα ικανοποιηθούν και οι ειδικοί στόχοι που είναι:

- ΕΣ 6.1 - Η εξασφάλιση της ισότητας στην πρόσβαση και στην ποιοτική φροντίδα υγείας.

**ΓΣ 7: Ανάπτυξη πληροφοριακών υποδομών και ηλεκτρονικής κάρτας υγείας**

Ο στόχος αυτός αποβλέπει στην ένταξη των τεχνολογιών επικοινωνίας και πληροφορικής στην ΠΦΥ. Σκοπός αυτού του στόχου είναι ο εξοπλισμός των μονάδων ΠΦΥ με τις κατάλληλες πληροφοριακές υποδομές και την εξοικείωση του προσωπικού με τη χρήση αυτών με τους παρακάτω ειδικούς στόχους:

- ΕΣ 7.1 - Βελτίωση της διοικητικής ικανότητας των μονάδων ΠΦΥ και
- ΕΣ 7.2 - Βελτίωση των καθημερινών συναλλαγών των πολιτών με τις μονάδες ΠΦΥ

**ΓΣ 8: Προβολή συστήματος ΠΦΥ και αναβάθμιση της επικοινωνιακής του πολιτικής**

Η υλοποίηση του στόχου αυτού είναι καίριας σημασίας και ουσιαστικά από αυτόν εξαρτάται η επιτυχία του σχεδίου δράσης. Για την επιτυχία του σχεδίου δράσης και την επίτευξη των στόχων της ΠΦΥ απαιτείται η συμμετοχή των ασθενών. Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητο να είναι πλήρως ενημερωμένοι για τις επερχόμενες αλλαγές και το νέο τρόπο λειτουργίας του υγειονομικού συστήματος. Μόνο έτσι θα εξασφαλιστεί η συναίνεσή τους και θα επιτευχθούν οι στόχοι του σχεδίου δράσης. Οι ειδικοί στόχοι είναι:

- ΕΣ 8.1 - Η εξασφάλιση της συναίνεσης των πολιτών στις νέες μεταρρυθμίσεις
- ΕΣ 8.2 - Η κατανόηση της αναγκαιότητας των προτεινόμενων μεταρρυθμίσεων και η ενεργής συμμετοχή των πολιτών στη φάση των αλλαγών
- ΕΣ 8.3 - Η προβολή των θεσμών του οικογενειακού ιατρού και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας.

Στον παρακάτω πίνακα κατατάσσονται οι προαναφερθέντες ειδικοί στόχοι ανά τομέα και ανά κατηγορία παρέμβασης.



**Ειδικοί Στόχοι για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Α. ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
ΚΠ 2. ΑΝΑΛΥΣΗ - ΜΕΛΕΤΗ	ΕΣ 1.3 Η εξασφάλιση της συνέχειας της προσπάθειας καταγραφής των αναγκών υγείας του πληθυσμού
ΚΠ 3. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	ΕΣ 1.1 Η στελέχωση των μονάδων ΠΦΥ με εκπαιδευμένο προσωπικό, το οποίο θα είναι σε θέση να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και τους στόχους του συστήματος της ΠΦΥ
	ΕΣ 1.2 Η διαμόρφωση μιας κοινής, ενιαίας δέσμης παρεχόμενων υπηρεσιών
	ΕΣ 3.2 Αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών από την ανταπόκριση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας στις ανάγκες και απαιτήσεις τους
ΚΠ 4. ΔΙΚΤΥΩΣΗ ΦΟΡΕΩΝ	ΕΣ 2.1 Η απορρόφηση της αναίτιας πολλές φορές ζήτησης για δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια φροντίδα υγείας η οποία αυξάνει τις υγειονομικές δαπάνες
ΚΠ 4. ΔΙΚΤΥΩΣΗ ΦΟΡΕΩΝ	ΕΣ 2.2 Η βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών μέσω της αποφυγής της άσκοπης περιπλάνησής τους στο σύστημα υγείας
	ΕΣ 3.1 Εξασφάλιση της συνέχειας στη φροντίδα και της παροχής ολοκληρωμένης φροντίδας
ΚΠ 5. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΕΣ 1.4 Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦΥ
ΚΠ 6. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ	ΕΣ 4.1 Ορθολογική κατανομή των δαπανών στο σύστημα ΠΦΥ
	ΕΣ 4.2 Αναδιάρθρωση του συστήματος χρηματοδότησης
Β. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	
ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΤΟΧΟΙ
ΚΠ 2. ΑΝΑΛΥΣΗ - ΜΕΛΕΤΗ	ΕΣ 5.3 Η δημιουργία μιας επιδημιολογικής βάσης δεδομένων
ΚΠ 3. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ	ΕΣ 5.1 Η ικανοποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού
	ΕΣ 5.2 Η βελτίωση της ανταποκρισιμότητας του συστήματος
	ΕΣ 6.1 Η εξασφάλιση της ισότητας στην πρόσβαση και την ποιοτική φροντίδα υγείας
ΚΠ 4. ΔΙΚΤΥΩΣΗ ΦΟΡΕΩΝ	ΕΣ 7.1 Η βελτίωση της διοικητικής ικανότητας των μονάδων ΠΦΥ
	ΕΣ 7.2 Η βελτίωση των καθημερινών συναλλαγών των πολιτών με τις μονάδες ΠΦΥ
ΚΠ 7. ΠΡΟΒΟΛΗ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ	ΕΣ 8.1 Η εξασφάλιση της συναίνεσης των πολιτών στις νέες μεταρρυθμίσεις
	ΕΣ 8.2 Η κατανόηση της αναγκαιότητας των προτεινόμενων μεταρρυθμίσεων και η ενεργής συμμετοχή των πολιτών στη φάση των αλλαγών
	ΕΣ 8.3 Η προβολή των θεσμών του οικογενειακού ιατρού και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας

### **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III: Ειδικοί στόχοι για την Ψυχική Υγεία**

#### **Αποασυλοποίηση**

- Η έξοδος μεγάλου μέρους χρόνιων ασθενών των ψυχιατρείων, διαμέσου μιας διαδικασίας αποκατάστασης η οποία θα έχει ως στόχο την ισότιμη και πλήρη εργασιακή και κοινωνική ένταξη για το μεγαλύτερο αριθμό από αυτούς.
- Η ανάπτυξη ειδικών δράσεων κυρίως στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών (Ψ.Ν.Α.) στο Δαφνί και ενδεχομένως σε άλλους φορείς που παρουσιάζουν συναφή προβλήματα και συνέχιση της ειδικής δράσης στο Ψυχιατρείο της Λέρου και η ολοκληρωμένη προετοιμασία για την έξοδο των ασθενών στην κοινότητα.

#### **Υποδομές στην Κοινότητα**

- Η ανάπτυξη των κατάλληλων εξωνοσοκομειακών δομών, για την ενίσχυση της πρόληψης και τον περιορισμό των εισαγωγών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.
- Ο εκσυγχρονισμός των δομών και υποδομών ψυχιατρικών νοσοκομείων, για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ασθενών και την εξασφάλιση ποιοτικών χαρακτηριστικών και αποτελεσματικότητας κατά τη φάση της εξόδου των ασθενών στην κοινότητα, καθώς και η προετοιμασία της κατάρτισης ορισμένων από αυτά και υποκατάστασης τους από τις τομεοποιημένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας της περιοχής που καλύπτει κάθε ένα από αυτά.

#### **Κατάρτιση**

Η υποστήριξη του δικτύου δομών και υπηρεσιών απαιτεί ένα σύνθετο πλήθος ειδικοτήτων επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας αλλά και μια ανθρωποκεντρική αντίληψη των επαγγελματιών αυτών για τον ψυχικά ασθενή. Η τελευταία αυτή αναγκαιότητα επιβάλλει σημαντικές αλλαγές όσον αφορά την εκπαίδευση, και τη δια βίου κατάρτιση των επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, καθώς και τις μεθόδους και τις διαδικασίες μεταφοράς τεχνογνωσίας.

Κατά συνέπεια οι ειδικοί στόχοι στην κατάρτιση είναι:

- Η κατάρτιση ομάδας επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας, η οποία θα λειτουργήσει ως ομάδα εκπαιδευτών για την κατάρτιση του προσωπικού των νέων δομών στην κοινότητα.
- Η εκπαίδευση του συνόλου του προσωπικού των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, καθώς και του προσωπικού που πρόκειται να στελεχώσει το σύνολο των νέων δομών Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα.
- Η διαμόρφωση εναλλακτικών μεθόδων διδασκαλίας και διδακτικού υλικού για την εκπαίδευση των ατόμων με ψυχικά και νοητικά προβλήματα, αλλά και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

#### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV: Γενικοί και ειδικοί στόχοι για την Κοινωνική Αλληλεγγύη

Οι Γενικοί Στόχοι για την Κοινωνική Αλληλεγγύη, οι οποίοι είναι:

- Ενεργητική ένταξη στην αγορά εργασίας και πρόληψη του αποκλεισμού ευπαθών ατόμων και ομάδων,
- Πρόσβαση σε ποιοτικές κοινωνικές υπηρεσίες και καταπολέμηση των διακρίσεων μεταξύ χρηστών κοινωνικών υπηρεσιών,
- Ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας και προώθηση της ισότητας των φύλων,

εξυπηρετούνται από ένα πλέγμα Ειδικών Στόχων που καταγράφονται ως εξής:

- Κατοχύρωση του θεσμικού ρόλου του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως επιτελικού φορέα σχεδιασμού, παρακολούθησης και εποπτείας των προνοιακών πολιτικών στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής προστασίας.
- Εκσυγχρονισμός των τεχνικών διοίκησης και βελτίωση των προσόντων / δεξιοτήτων του ανθρώπινου δυναμικού των προνοιακών πολιτικών.
- Προσαρμογή των προνοιακών πολιτικών στις ανάγκες εργασιακής / κοινωνικής ένταξης των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.
- Χρηματοδοτική βιωσιμότητα των προνοιακών πολιτικών.
- Ενίσχυση της βασικής και εφαρμοσμένης έρευνας.
- Προώθηση του προνοιακού πλουραλισμού<sup>19</sup>.

Οι Ειδικοί Στόχοι θα υλοποιηθούν μέσα από συγκεκριμένα μέτρα, όπως:

<p><b>ΑΞΟΝΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ 1</b> « Η ΘΕΣΜΙΚΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ»</p>	<p><b>ΘΕΜΑΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ</b> A.1. Ποιότητα νομοθετικών παρεμβάσεων A.2. Επικύρωση διεθνών πολυμερών συμβάσεων A.3. Σύναψη διακρατικών συμβάσεων A.4. Προσαρμογή στο κοινοτικό κεκτημένο</p>
<p><b>ΑΞΟΝΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ 2</b> «Ο ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟΣ ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΚΩΝ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ»</p>	<p><b>ΘΕΜΑΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ</b> B.1. Όργανα παρακολούθησης και υποστήριξης της αναπτυξιακής στρατηγικής B.2. Ανοικτή διοίκηση και διακυβέρνηση του εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας B.3. Ψηφιακή προνοιακή διοίκηση B.4. Ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων του προνοιακού συστήματος</p>
<p><b>ΑΞΟΝΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ 3</b> «ΝΕΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΤΑΞΗΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ»</p>	<p><b>ΘΕΜΑΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ</b> Γ.1. Πρόληψη του κοινωνικού αποκλεισμού Γ.2. Ενεργητικές προνοιακές πολιτικές</p>

<sup>19</sup> Η προσέγγιση του προνοιακού πλουραλισμού (welfare pluralism) διακρίνεται από την ευρύτερη αντίληψη του μεικτού προνοιακού καθεστώτος (welfare mix), η οποία επικεντρώνεται στην κατανομή της παραγωγής αγαθών και υπηρεσιών μεταξύ του κράτους, των ιδιωτικών επιχειρήσεων, των μη κυβερνητικών οργανώσεων και των άτυπων δικτύων φροντίδας.

	<p>Γ.3. Ποιοτικές υπηρεσίες ανοικτής και κλειστής φροντίδας</p> <p>Γ.4. Πρόληψη και καταπολέμηση της ιδρυματοποίησης</p> <p>Γ.5. Πολιτικές ένταξης για ειδικές ομάδες στόχου</p>
<p><b>ΑΞΙΟΝΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ 4</b> «Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΙΩΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ»</p>	<p><b>ΘΕΜΑΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ</b></p> <p>Δ.1. Εθνικές πηγές ενίσχυσης των προνοιακών πολιτικών</p> <p>Δ.2. Υπερεθνικές πηγές ενίσχυσης των προνοιακών πολιτικών</p>
<p><b>ΑΞΙΟΝΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ 5</b> «Η ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΗΣ ΚΑΙΝΟΤΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑΣ»</p>	<p><b>ΘΕΜΑΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ</b></p> <p>Ε.1. Εκσυγχρονισμός των εκπαιδευτικών διαδικασιών για επαγγελματίες και στελέχη πρόνοιας</p> <p>Ε.2. Ανάπτυξη της βασικής και εφαρμοσμένης έρευνας</p>
<p><b>ΑΞΙΟΝΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ 6</b> «Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΡΟΝΟΙΑΚΟΥ ΠΛΟΥΡΑΛΙΣΜΟΥ»</p>	<p><b>ΘΕΜΑΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ</b></p> <p>ΣΤ1. Η ανάπτυξη του κοινωνικού εθελοντισμού</p> <p>ΣΤ2. Κοινωνική επενδυτικότητα του ιδιωτικού τομέα</p> <p>ΣΤ3. Η αξιοποίηση του κοινωνικού έργου της Εκκλησίας</p>
<p><b>ΑΞΙΟΝΑΣ ΠΡΟΤΕΡΑΙΟΤΗΤΩΝ 7</b> «ΟΙ ΠΟΛΙΤΕΣ ΠΡΩΤΑ»</p>	<p><b>ΘΕΜΑΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ</b></p> <p>Ζ.1. Η επικοινωνιακή στρατηγική του Προγράμματος</p>

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ V: Ειδικοί στόχοι και παρεμβάσεις για την Ψηφιακή Σύγκλιση**

Οι ειδικότεροι στόχοι του Υπουργείου Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης σε σχέση με τις παρεμβάσεις eHealth (**eHHC**) προσδιορίζονται στους εξής:

- Λειτουργικός εκσυγχρονισμός των μονάδων μέσω της εισαγωγής πληροφοριακών εργαλείων διοίκησης (dashboards, business intelligence, κλπ).
- Προσδιορισμός/ περιορισμός του κόστους περίθαλψης μέσω της κεντρικής παρακολούθησης των βασικών κέντρων κόστους (ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ηλεκτρονικές προμήθειες, ηλεκτρονικές δημοπρασίες, ηλεκτρονικοί κατάλογοι ειδών και ιατρικών πράξεων, κλπ).
- Υποστήριξη του κλινικού έργου μέσω της χρήσης συστημάτων ιατρικού φακέλου και δημιουργίας κωδικοποιημένων δεδομένων (patient summary, minimum data sets, national structured data, κλπ)
- Βελτίωση της ποιότητας εξυπηρέτησης των πολιτών μέσω της μείωσης του χρόνου αναμονής για τη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης
- Μείωση των περιστατικών που νοσηλεύονται στις νοσοκομειακές μονάδες με την ενδυνάμωση των δομών κατ' οίκον νοσηλείας (τηλεπαρακολούθηση χρόνιων ασθενών, καρδιολογική αποκατάσταση, ορθοπεδική αποκατάσταση, κλπ)
- Αναβάθμιση του τρόπου παροχής ιατρικής φροντίδας από τα κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω τηλεματικών υπηρεσιών υγείας.
- Βελτίωση της ικανότητας του Υπουργείου για άσκηση εποπτείας του δικτύου πρόνοιας.
- Δικτυώσεις παρεχομένων υπηρεσιών για βελτιωμένο αποτέλεσμα.

Οι προτεινόμενες **παρεμβάσεις e-Health** για ένταξη στο Ε.Π. «Ψηφιακή Σύγκλιση» ομαδοποιούνται λειτουργικά και οργανωτικά σε 3 κατηγορίες:

**A. Σε Στρατηγικές Δράσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως Φορέα Άσκησης Κεντρικής Πολιτικής.**

Δράση A1: Λειτουργία Δομών Εθνικού Συστήματος Πληροφοριών Υγείας (eHealth Competence Centre)

Δράση A2: Αξιοποίηση ΤΠΕ για τον εξορθολογισμό των προμηθειών (e-procurement)

Δράση A3: Ανάπτυξη του εθνικού συστήματος διαχείρισης φαρμάκου (barcoding & φαρμακοεπαγρύπνηση)

Δράση A4: Διαλειτουργικότητα με τα δημόσια ταμεία και ηλεκτρονική εκκαθάριση ιατρικών πράξεων

Δράση A5: Δράσεις προστασίας δημοσίας υγείας

Δράση Α6: Υποστήριξη του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων

Δράση Α7: Διαχείριση Αίματος

Δράση Α8: Προστασία του ιατρικού απορρήτου στη Κοινωνία της Γνώσης (θεσμοί - διαδικασίες – οδηγίες)

#### **Β. Στην προώθηση δράσεων Ηλεκτρονικής Υγείας και Δημιουργία Νέων Υπηρεσιών Υγείας.**

Δράση Β1: Βελτίωση του συστήματος προ-νοσοκομειακής φροντίδας και άμεσης βοήθειας

Δράση Β2: Ενέργειες πληροφοριακής ενδυνάμωσης της ΠΦΥ

Δράση Β3: Εισαγωγή κάρτας υγείας και κάρτα επαγγελματία υγείας

Δράση Β4: Ενέργειες για την ολοκλήρωση των υποδομών πληροφοριακών συστημάτων για βελτίωση της ανταποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος

Δράση Β5: Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Τηλεϊατρικής (ΕΣΤ)

Δράση Β6: Ενέργειες για την οργάνωση και λειτουργία της κοινωνικής αλληλεγγύης και φορέων υγείας

#### **Γ. Στη δημιουργία του κατάλληλου χώρου Αλληλεπίδρασης & Καινοτομίας.**

Δράση Γ1: Υποστήριξη διαδικασιών διαχείρισης logistics (διασύνδεση παρακολούθηση της Αγοράς)

Δράση Γ2: Ενίσχυση της αλληλεπίδρασης των φορέων δημόσιας και ιδιωτικής υγείας με σκοπό τη προστασία της δημόσιας υγείας

Δράση Γ3: Ενέργειες ηλεκτρονικής κατάρτισης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ανθρώπινου δυναμικού

Δράση Γ4: Διασύνδεση φορέων υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης με τους ΟΤΑ

Δράση Γ5: Καινοτόμες εφαρμογές για την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας

Δράση Γ6: Δημιουργία Δικτύων πληροφόρησης σε θέματα καινοτομίας, θεσμών και πιλοτικών έργων ιατρικής τεχνολογίας και ηλεκτρονικής υγείας για την οργάνωση του υγειονομικού συστήματος

Δράση Γ7: Δημιουργία Κάρτα Εθελοντή – Διαχείριση Τράπεζας Χρόνου

Δράση Γ8: Κρατικές Ενισχύσεις Ιδιωτικών Φορέων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Δράση Γ9: Δημιουργία ηλεκτρονικής αγοράς προώθησης Ελληνικών εταιριών που δραστηριοποιούνται στην Υγεία

Δράση Γ10: Ενίσχυση υποδομών και εκπαιδευτικού υλικού ειδικής εκπαίδευσης, εργαστηρίων εκπαίδευσης (π.χ. ΚΕΑΤ) και εκσυγχρονισμού ΤΕΕ & ΙΕΚ του ΤΥΚΑ.