

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

---

**«Η ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ  
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΗ ΚΥΡΙΑΚΗ**

**ΑΘΗΝΑ 2021**

## Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

|                                |                                    |                              |                 |
|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------|
| <b>Επιβλέπων<br/>Καθηγητής</b> | <b>Καθηγητής</b>                   | <b>ΓΙΩΡΓΟΣ<br/>ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ</b> | <b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b> |
| <b>Μέλος</b>                   | <b>Αναπληρώτρια<br/>Καθηγήτρια</b> | <b>ΑΣΠΑΣΙΑ<br/>ΓΟΥΛΑ</b>     | <b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b> |
| <b>Μέλος</b>                   | <b>Επίκουρος<br/>Καθηγητής</b>     | <b>ΜΑΡΚΟΣ<br/>ΣΑΡΡΗΣ</b>     | <b>ΥΠΟΓΡΑΦΗ</b> |

### 1.1 ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Αλεξανδρή Κυριακή του Δημητρίου, με αριθμό μητρώου 19042 φοιτητής/τρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Μονάδων Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοικητικών και Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών της Σχολής ΣΔΟ/ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα





## ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*«Η ΣΥΝΔΕΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ»*



1 Εικόνα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : ΑΛΕΞΑΝΔΡΗ ΚΥΡΙΑΚΗ**

**ΑΜ: 19042**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ : ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

**ΑΘΗΝΑ, 2020**

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) αποτελεί βασικό πυλώνα όλων των συστημάτων υγείας, καθώς συνιστά την πρώτη επαφή του πολίτη με τις μονάδες υγείας. Παρέχει το πρώτο στάδιο αντιμετώπισης και θεραπείας και διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη. Η σωστή λειτουργία της συμβάλλει, τόσο στην ορθολογική χρήση των υπηρεσιών υγείας, όσο και στην ομαλή λειτουργία των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων μονάδων υγείας. Επίσης με τις παρεμβάσεις της συμβάλλει και στην αποτροπή εμφάνισης και επέκτασης νέων κρουσμάτων λοιμώξεων και ασθενειών στο γενικό πληθυσμό. Αν και η ΠΦΥ είναι δομικό στοιχείο των συστημάτων υγείας στη διεθνή κοινότητα στη Χώρα μας αποτελεί διαχρονικά αντικείμενο κυβερνητικών μεταρρυθμίσεων. Στην παρούσα εργασία περιγράφεται η εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των τελευταίων χρόνων και η σύνδεση της με τη δημόσια Υγεία, οι στρατηγικές από το Υπουργείο υγείας για τον εκσυγχρονισμό της ΠΦΥ καθώς συστάσεις για αναδιοργάνωση και αναθεώρηση.

**Σκοπός:** Αντικείμενο της εργασίας θα αποτελέσει η εννοιολογική προσέγγιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, η εξέλιξη της και η σχέση της με την δημόσια Υγεία, η διεξοδική ανάλυση της στην Ελλάδα των τελευταίων χρόνων, η υπάρχουσα κατάσταση και οι μελλοντικές προοπτικές σε συνδυασμό με τις αντίστοιχες ερωπαϊκές χώρες.

**Μεθοδολογία:** Στο πλαίσιο της εργασίας μελετήθηκαν τα κείμενα των Διακηρύξεων των διεθνών διασκέψεων της Άλμα Άτα<sup>1</sup> και της Ασάνα<sup>2</sup>, το σχετικό εθνικό θεσμικό πλαίσιο με έμφαση στον ν. 4675/2020<sup>3</sup> και η διεθνής βιβλιογραφία.

**Συμπεράσματα-Προτάσεις:** Στην εποχή μας η κοινωνική συνοχή και η οικονομική πρόοδος είναι συνδεδεμένα στοιχεία με την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων με στήριγμα την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, σημαντική προϋπόθεση να υπάρχουν κατάλληλες συνθήκες για την δημοσία υγεία. Η πολιτεία προσπάθησε να προβάλλει την σημασία της δημόσιας υγείας και να αναβαθμίσει τη σχέση της ΠΦΥ αλλά δεν απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Παρόλο τις προκλήσεις στην ΠΦΥ η προσπάθεια θα πρέπει να ενταθεί. Αντίστοιχες ευρωπαϊκές καλές πρακτικές δίνουν την κατεύθυνση για εφαρμόσιμες μεθόδους ώστε να βελτιωθεί η ΠΦΥ στην Ελλάδα.

**Λέξεις-Κλειδιά:** Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Δημόσια Υγεία, Προαγωγή Υγείας, μεταρρυθμίσεις υγείας, πρόληψη, πολίτες, στρατηγικές από το Υπουργείο Υγείας

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Primary Health Care (PHC) is the key pillar of health systems, as it represents the first contact of the citizen with the health system, it provides the first line of treatment while having an important role in prevention. Its proper functioning contributes to the rational use of health services as well as to a better function of secondary and tertiary units, while it helps to prevent infectious diseases among the

---

<sup>1</sup> WHO, Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

<sup>2</sup> WHO, (2018). Declaration of Astana, Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan: WHO. Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> [Πρόσβαση 13-11-2020].

Νόμος 4675/2020 (ΦΕΚ 54/Α/11-3-2020) « Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις»

general population. Although PHC is a structural component of health systems globally, in Greece remains the main point of government reforms over time.

**Purpose of the research:** The object of the paper will be the conceptualization of public health, its historical development, its relationship with Primary Health Care (PHC) and its thorough analysis in Greece. The current situation and future prospects, combined with the corresponding European developments.

**Methodology:** In the framework of the paper, the texts of the Declarations of the international conferences of Alma Ata and Astana, the relevant national institutional framework with emphasis on law 4675/2020 and the international bibliography were studied.

**Conclusions-Proposals:** In our time, where public health, social cohesion and economic progress are more than ever inextricably linked, the promotion of health and the prevention of chronic diseases is based on PHC with the contribution of Local Government to be highly essential provided that the existing conditions are suitable, as evidenced by the corresponding European experience.

Although the state has pursued this objective in order to highlight the significance of public health and improve its relationship with the local government, unfortunately the effort did not bring about the expected results. However, given the current and emerging challenges in the field of public health, this effort needs to be intensified. Accordingly, it is important to study the respective European good practices for the extraction of practically applicable methods for the improvement of public health in Greece.

**Keywords:** Public Health, Local Government, Primary Health Care, Epidemiological Transition, citizens, Strategies of Ministry of Health

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θεωρώ ηθική υποχρέωση μου να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Πιερράκο Γεώργιο, Καθηγητή στο Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων και Διευθυντή του Τομέα Κοινωνικής Πολιτικής στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής για την αδιάκοπη και πολύτιμη καθοδήγηση του κατά την διαδικασία εκπόνησης της παρούσας εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή και ολόψυχη ευγνωμοσύνη μου στην οικογένεια μου για την συνεχή, αμέριστη και πολύπλευρη στήριξη της κατά την διάρκεια των σπουδών μου στην Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας στο Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής.



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

|      |  |    |
|------|--|----|
| 1.1  | ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....   | 3  |
|      | Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ( ΠΦΥ).....  | 14 |
| 1.2  | Σε τρία επίπεδα χωρίζεται η παρεχόμενη φροντίδα : .....  | 14 |
| 1.3  | Μερικά εμπόδια για τον σχεδιασμό και την λειτουργία της ΠΦΥ είναι: .....   | 17 |
| 1.4  | Προϋποθέσεις βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της ομάδας ΠΦΥ .....   | 17 |
|      | ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η έννοια της πρόληψης και η αναγκαιότητα για μια αποτελεσματική ομάδα υγείας, προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητα της ομάδας της ΠΦΥ..... | 19 |
| 1.5  | Εκπαίδευση και πρόληψη.....  | 20 |
| 1.6  | Παράγοντες για τη δημιουργία συνεργαζόμενων επαγγελματιών υγείας: .....  | 22 |
|      | ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Η Σύνδεση της δημόσιας υγείας με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....   | 24 |
| 1.7  | Βασική φροντίδα προσδιορίστηκε η ΠΦΥ:.....   | 24 |
| 1.8  | Αναγκαιότητα της ΠΦΥ ως επίκεντρο του συστήματος υγείας:.....  | 25 |
| 1.9  | Η εκπαίδευση στην δημόσια υγεία:.....  | 26 |
|      | Κεφάλαιο 4: Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) .....  | 28 |
| 1.10 | Εθνική νομοθεσία στη Μεγάλη Βρετανία:.....   | 28 |
|      | ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Η ΠΦΥ στο Ελληνικό κράτος, ο ρόλος του γενικού ιατρού και ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας.....       | 38 |
| 1.11 | Τα πρώτα νομοσχέδια: .....   | 39 |
| 1.12 | Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού: .....   | 41 |
| 1.13 | Ο ρόλος του νοσηλευτή:.....  | 44 |
| 1.14 | Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα:.....   | 47 |
| 1.15 | Ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας: .....  | 48 |
|      | ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : Η πρόσφατη νομοθετική μεταρρύθμιση της ΠΦΥ.....   | 49 |
| 1.16 | Επαναφορά του θεσμού του οικογενειακού γιατρού:.....   | 50 |
|      | ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Μελέτες για την ΠΦΥ στην Ελλάδα.....   | 52 |
| 1.17 | Πρώτη μελέτη στον ελληνικό ερευνητικό χώρο: .....  | 55 |
| 1.18 | Εθνική Στρατηγική Υγείας στην Ελλάδα.....  | 55 |
| 1.19 | Εθνικό Σχέδιο δράσης για την Δημόσια Υγεία 2019-2022.....  | 56 |
| 1.20 | Κύριοι Άξονες : .....  | 59 |
| 1.21 | Πρώτος άξονας.....   | 59 |

|      |                      |    |
|------|----------------------|----|
| 1.22 | Δεύτερος άξονας..... | 60 |
| 1.23 | Άξονας τρίτος.....   | 69 |
| 1.24 | Τέταρτος Άξονας..... | 71 |
| 1.25 | Πέμπτος Άξονας.....  | 80 |
| 1.26 | Έκτος Άξονας.....    | 84 |
| 1.27 | Έβδομος Άξονας ..... | 93 |
|      | Συμπεράσματα.....    | 97 |

## **ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

|           |  |
|-----------|--|
| ΓΓΔΥ      | Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας                              |
| ΕΕ        | Ευρωπαϊκή Ένωση  |
| ΕΟΔΥ      | Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας                             |
| Ε.ΣΥ.Δ.Υ. | Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας                               |
| ΕΣΥ       | Εθνικό Σύστημα Υγείας  |
| ΕΦΚΑ      | Ηλεκτρονικός Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης               |
| ΚΕΕΛΠΝΟ   | Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων                          |
| ΚΥ        | Κέντρο Υγείας  |
| ΠΟΥ       | Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας                                   |
| ΠΕΔΥ      | Πρωτοβάθμιο Εθνικό Σύστημα Υγείας                              |
| ΠΔ        | Προεδρικό Διάταγμα   |
| ΠΠ        | Περιφερειακών Ιατρείων   |
| ΠΦΥ       | Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας                                    |
| ΣΛΥ       | Σύστημα Λογαριασμών Υγείας                                     |
| ΤΟΜΥ      | Τοπική Μονάδα Υγείας   |
| ΦΕΚ       | Φύλλο Εφημερίδας Κυβέρνησης                                    |
| ASPHER    | Association of Schools of Public Health in the European Region |
| EVIPNet   | Evidence-Informed Policy Network                               |

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Θεμέλιο για κάθε οργανωμένο σύστημα υγείας αποτελεί η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ), ο σκοπός της είναι να διατηρήσει την καλή υγεία με την ενημέρωση του πληθυσμού, να εκπαιδεύσει για τα μέτρα πρόληψη τους πολίτες, να διεξάγει την καταγραφή των ασθενειών που εμφανίζονται στους πολίτες και να διεκπεραιώσει τα προβλήματα που φέρουν και να ληφθούν μέτρα ώστε να μην ξαναεμφανιστούν. Η πρώτη επαφή του ασθενή με την πρόληψη και το σύστημα υγείας είναι η ΠΦΥ.

Το 2008 το Παγκόσμιος Οργανισμός υγείας<sup>4</sup> συνέταξε τους βασικούς πυλώνες για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας όπου υπάγονται : κάλυψη όλου του πληθυσμού, με κέντρο τον ασθενή, ηγεσία και δημόσιες υπηρεσίες. Η μεγαλύτερη επίτευξη της ΠΦΥ στην Ελλάδα ήταν η ανάπτυξη κέντρων υγείας, βέβαια ο σχεδιασμός και η υλοποίηση τους ήταν ατελής με αποτέλεσμα να οδηγηθεί το σύστημα υγείας στην ιδιωτικοποίηση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτό έγινε πράξη με τα ιδιωτικά ιατρεία, τα διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, από τις πολυκλινικές και τις ιδιωτικές μονάδες (ODC). Με αποτέλεσμα να γίνει ένταξη στον ιδιωτικό τομέα όλη η αντιμετώπιση των περιστατικών που χρήζουν πρωτοβάθμια φροντίδα ώστε στο τέλος να γίνει μεγάλη χρήση της συνταγογράφησης φαρμάκων καθώς και διαγνωστικών εξετάσεων και να ζημιωθεί το δημόσιο. Το αποτέλεσμα ήταν να μην γίνεται σωστή ενημέρωση των πολιτών για την πρόληψη και την υγιεινή και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας μειώθηκε αισθητά εξαιτίας της αλόγιστης χρήσης των εξετάσεων και των φαρμάκων.

Οι ατελέσφορες προσπάθειες οφείλονται στη διαχρονική έλλειψη πολιτικής βούλησης για τομές στο ασφαλιστικό σύστημα και για ανασχεδιασμό των υγειονομικών υποδομών και η έλλειψη επαρκούς γνώσης και κουλτούρας από όλους όσους εμπλέκονται στον σχεδιασμό και την υλοποίηση των δράσεων ΠΦΥ. Οι προσδοκίες για το μέλλον είναι δυσοίωνες καθώς δεν υλοποιούνται τα ψηφισμένα νομοσχέδια και ούτε υπάρχουν καλύτερες οικονομικές συνθήκες, επίσης οι μεταρρυθμίσεις όπως ο ηλεκτρονικός φάκελος και η ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς δεν εφαρμόζονται. Η μη

---

<sup>4</sup> World Health Organization (WHO)

<https://www.who.int/>

τήρηση ακόμα και των πιο στοιχειωδών μεταρρυθμίσεων παρεμποδίζουν τα θεραπευτικά πλάνα για την αντιμετώπιση των ασθενών.

Υπό την πίεση των κοινωνικών και οικονομικών συγκυριών των τελευταίων ετών η ύπαρξη λειτουργικής διασύνδεσης στα συστήματα υπηρεσιών υγείας κατέστη επιτακτική ανάγκη. Οι πολιτικές υγείας στράφηκαν στη μείωση των δαπανών και την αποδοτικότερη λειτουργία του συστήματος υγείας. Στόχος όλων των κρατών αποτελεί η αποσυμφόρηση του νοσοκομειακού τομέα και ο προσανατολισμός σε εξω-νοσοκομειακές μονάδες καθώς την ενίσχυση και ανάπτυξη της ΠΦΥ. Πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν έχουν αναπτύξει ένα βιώσιμο σύστημα υγείας όπως και η χώρα μας, έτσι θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην προαγωγή υγείας του γενικού πληθυσμού και στη δημιουργία λειτουργικών και ολοκληρωμένων συστημάτων και πολιτικών υγείας.

Στην περίπτωση της χώρας μας η δημιουργία ενός λειτουργικού συστήματος διασύνδεσης και παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ είναι ζωτικής σημασίας και στην γενικότερη εξυγίανση του Εθνικού Συστήματος Υγείας καθώς πλήττεται από την οικονομική, την κοινωνική και προσφυγική κρίση (Μ. Καραγιάννη, 2016)<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Μ. Καραγιάννη και Δ. Σηφάκη -Πιστόλλα. (2016) Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα

## **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ( ΠΦΥ)**

Το σύνολο των παρεμβάσεων της πολιτείας ορίζεται μέσω από ένα σύστημα περίθαλψης μέσω των οποίων ρυθμίζεται ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών, οι σχέσεις μεταξύ των φορέων κάλυψης, το ανθρώπινο δυναμικό, ο πληθυσμός που καλύπτεται και οι υλικοί πόροι (Ιωαννίδη και Μάντη, 1999)<sup>6</sup>. Το σημαντικότερο ρόλο στα στάδια της περίθαλψης διαδραματίζει η πρόληψη και αν αποτύχει ακολουθεί η έγκαιρη διάγνωση.

### **1.2 Σε τρία επίπεδα χωρίζεται η παρεχόμενη φροντίδα :**

Το πρωτοβάθμιο επίπεδο της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης όπου αποτελεί την πρώτη μορφή επαφής μεταξύ του ασθενή και του συστήματος υγείας με σκοπό τη διάγνωση και τη θεραπεία νοσημάτων για τα οποία δεν χρειάζεται να νοσηλευτεί στο νοσοκομείο. Διεκπεραιώνεται επίσης η αγωγή υγείας, ο οικογενειακός προγραμματισμός, οι μέθοδοι πρόληψης και ο έλεγχος της υγιεινής διατροφής. Το επίπεδο της δευτεροβάθμιας νοσοκομειακής φροντίδας στοχεύει να θεραπεύσει και να αποκαταστήσει τους ασθενείς και το τελευταίο επίπεδο η τριτοβάθμια περίθαλψη προσφέρει υπηρεσίες που εξειδικεύονται είτε με νοσοκομεία ή κέντρα υγείας.

Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως έννοια καθορίστηκε το 1978 στο συνέδριο της Άλμα Άτα στη Ρωσία. Η ΠΦΥ είναι κεντρικός μοχλός του συστήματος υγείας και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι του υγειονομικού συστήματος της χώρας καθώς και της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Αποτελεί την πρώτη δίοδο επικοινωνίας της οικογένειας, της κοινότητας και του ατόμου με το εθνικό σύστημα υγείας. Αποτελεί το πρώτο στοιχείο ενός ολοκληρωμένου προγράμματος υγειονομικής φροντίδας. Είναι αναγκαία η συνεχόμενη εκπαίδευση στη ΠΦΥ σε σχέση με τα προβλήματα υγείας που εμφανίζονται, την υγιεινή διατροφή, τους μεθόδους πρόληψης, τα μέτρα υγιεινής, τον οικογενειακό προγραμματισμό, τον εμβολιασμό, την πρόσβαση

---

<sup>6</sup> Ιωαννίδης Ε., Ασπατζίδης Δ., Μάντη Υγεία : Οριοθετήσεις και προοπτικές εκδόσεις ΕΑΠ , Αθήνα 1999

στα τοπικά φάρμακα, την ενημέρωση των πολιτών για τα μεταδιδόμενα νοσήματα και ενημέρωση για τις τοπικές πανδημίες ( WHO,1978).<sup>7</sup>

Η ΠΦΥ έχει τους ίδιους στόχους με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) για την πλήρη υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού. Τα περιστατικά που αντιμετωπίζει έχουν σχέση με την πρόληψη και αγωγή της υγείας, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την περίθαλψη επειγόντων περιστατικών (Σιγάλας, 1999).<sup>8</sup> Στόχος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας είναι η αντιμετώπιση του ασθενή ώστε να μην χρειαστεί νοσηλεία. Η ΠΦΥ στην χώρα μας παρέχεται μέσω των Κέντρων Υγείας (ΚΥ), των πολυιατρείων του ΠΕΔΥ, των περιφερειακών Ιατρείων (ΠΙ), των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, από μονάδες ημερήσιας νοσηλείας και από ιδιώτες γιατρούς. Περιλαμβάνεται στην ΠΦΥ η οδοντιατρική κάλυψη και η πρωτοβάθμια ψυχιατρική κάλυψη.

Κάθε κεντρικός υγειονομικός σχεδιασμός εντάσσει στα πλαίσια του τον σχεδιασμό και προγραμματισμό της κάθε μονάδας ώστε να είναι εναρμονισμένοι με τους σκοπούς και τους στόχους του. Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας είναι η δυνατότητα προσπέλασης των πολιτών, η διαθεσιμότητα τους στον πληθυσμό, η συνέχεια του έργου και η αποδοχή από τους πολίτες (Δίκαιος, 1999).<sup>9</sup>

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου ως προς την χρήση των υπηρεσιών της ΠΦΥ είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου, η ηλικία, το φύλο και η εκπαίδευση (Τσελέπη, 1999)<sup>10</sup>. Οι χρήστες της ΠΦΥ είναι κυρίως γυναίκες και ηλικιωμένοι που αντιμετωπίζουν αρκετά θέματα υγείας. (Γεωργούση και συν., 1994, Παπανικολάου και Σιγάλας, 1994, Παυλίδου, 2016, Κατσαούνου, 2017).<sup>11</sup> Η αγωγή της υγείας επισημαίνεται ως το άθροισμα των επιρροών που καθορίζουν τη γνώση, τη συμπεριφορά και τα πιστεύω που αφορούν την διατήρηση, προαγωγή και τη φροντίδα υγείας των ατόμων και κοινωνιών.

---

<sup>7</sup> WHO, Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

<sup>8</sup> Σιγάλας Ι. , Οργανισμοί και υπηρεσίες Υγείας, εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα 1999

<sup>9</sup> Δίκαιος Κ., Κουτουζής Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ., Πολιτική Υγείας/ Κοινωνική πολιτική, εκδ. ΕΑΠ , Πάτρα 1999

<sup>10</sup> Τσελέπη Χ., Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα 1999

<sup>11</sup> Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., Δρίζη Λ., Κυριόπουλος Γ., Η ικανοποίηση των χρηστών στις υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας υγείας, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994

Οι επιρροές αυτές περικλείουν την κοινωνία, την οικογένεια, το σχολείο και τις διάφορες μορφές υπηρεσίες υγείας (Smith, 1979).<sup>12</sup> Ο ρόλος της αγωγής υγείας είναι η διαδικασία της επικοινωνίας με σκοπό την αύξηση της θετικής υγείας στα άτομα και σε κάθε κοινωνική ομάδα διαμέσου των αντιλήψεων και των συμπεριφορών σε κάθε μορφή εξουσίας (Downie, 1996).<sup>13</sup> Πολιτιστικοί παράγοντες κυρίως διαπλάθουν την αγωγή της υγείας (Naidoo and Wills, 1994).<sup>14</sup>

Υπάρχουν τρεις μορφές αγωγής : Ότι έχει σχέση με το σώμα του κάθε ασθενή, η εκπαίδευση ώστε να γίνεται σωστή χρήση των υπηρεσιών και η ενημέρωση σε ότι αφορά τις δομές υγείας σε επίπεδο τοπικό και εθνικό (Draper, 1980).<sup>15</sup>

Η ΠΦΥ δεν έχει στόχο μόνο την φροντίδα των πιο ευάλωτων ομάδων ή των αγροτικών πληθυσμών, καθώς δεν αποσκοπεί μόνο στο πρώτο βήμα επαφής του ατόμου με το σύστημα περίθαλψης (Κυριακόπουλος, 1996)<sup>16</sup>. Η ΠΦΥ επωμίζεται τα ζητήματα υγιεινής διαβίωσης και την πρόληψη νοσημάτων ολόκληρου του πληθυσμού (Σολωμός, 1996).<sup>17</sup> Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται διαφορετικά τα ερεθίσματα όσον αφορά την υγεία τους και ερμηνεύουν τα συμπτώματα διαφορετικά για το πότε πρέπει να απευθυνθούν σε κάποιο επαγγελματία υγείας. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζονται από το κοινωνικό σύνολο καθώς αναφέρονται σε στοιχεία πολιτισμού και παράδοσης και επιδέχονται παρέμβαση από την πολιτεία. Η ευκολία ή η συχνότητα με την οποία τα άτομα χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες καθορίζεται από την παρεμβολή της πολιτείας στη διαμόρφωση των όρων στις δομές υγείας.

---

<sup>12</sup> Smith R.W., More support for practice-oriented education, New England Journal of medicine, 1979

<sup>13</sup> Downie R.S., Tannahil C., Tannahil A., Health promotion: models and values, εκδ. Oxford University press, Oxford 1996

<sup>14</sup> Naidoo J., Wills J., Health promotion. Foundations for practice, εκδ. Bailliere Tindall, Λονδίνο 1994

<sup>15</sup> Draper P., Griffiths J., Dennis J., Popay J., Three types of health education, British Medical Journey, 1980

<sup>16</sup> Κυριόπουλος Γ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα 1996

<sup>17</sup> Σολωμός Γ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η γενική ιατρική στην Ελλάδα, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα 1996



### 1.3 Μερικά εμπόδια για τον σχεδιασμό και την λειτουργία της ΠΦΥ είναι:

Ασαφής παραμένει ο ρόλος της ΠΦΥ παρά ότι οι σχετικές νομοθετικές πρωτοβουλίες έχουν προβλέψει τη συνεργασία των επαγγελματιών υγείας στην κοινότητα. Τα συστήματα διαχείρισης της πληροφορίας απαιτούν ολοκλήρωση και δράσεις συντονισμού. Υπάρχει χρονική υστέρηση στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τις ανάγκες των ατόμων στην κοινότητα. Δυσανάλογη είναι η επιβάρυνση των ατομικών εισοδημάτων σε σχέση με τις ανάγκες που καλύπτονται μέσω της ΠΦΥ αλλά και τις οικονομικές δυνατότητες των νοικοκυριών.

Οι υπηρεσίες της ΠΦΥ είναι πτωχά συνδεδεμένες και δεν αποτελούν το πρώτο σημείο επαφής με το σύστημα υγείας, με βασικές λειτουργίες την περίθαλψη και τη συνταγογράφηση. Δεν λαμβάνεται υπόψιν οι ανάγκες υγείας του ασθενούς για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών ΠΦΥ και απουσιάζει ο έλεγχος ασφάλειας τους και η αξιολόγηση τους. Στον σχεδιασμό της ΠΦΥ ο ασθενής δεν συμμετέχει ενεργά (Λιόνης,2000).<sup>18</sup>

### 1.4 Προϋποθέσεις βελτίωσης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της ομάδας ΠΦΥ

Σίγουρα η αποτελεσματική ομαδική εργασία μόνο εάν η οργάνωση δεν βασίζεται στο ιεραρχικό μοντέλο που δημιουργεί προβλήματα στις θετικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Η ομάδα ΠΦΥ δεν πρέπει να περιορίζεται στους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στις δομές ΠΦΥ. Οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται με τους ασθενείς, οικογένειες και κοινότητα εφόσον τα όρια είναι ασαφή μεταξύ αναγκών υγείας και κοινωνικών αναγκών.

---

<sup>18</sup> Λιόνης, Χ. & Μερκούρης, Μ. (2000). Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12, σσ. 7-9.

Για να διασφαλιστεί η φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να διεξάγεται ολοκληρωμένη και ολιστική προσέγγιση για τις ανάγκες του ατόμου και της οικογένειάς του. Να αναγνωρίζεται ο ρόλος του ατόμου σε κάθε διαδικασία υγειονομικής περίθαλψης. Να αναγνωρίζεται η συμμετοχή του ατόμου, της οικογένειάς ως τα πιο σημαντικά μέλη της ομάδας στα πλαίσια της αυτοφροντίδας.

Να εφαρμόζονται οι κανόνες επικοινωνίας και να διαθέτουν ηγετικές ικανότητες που απαιτούνται για να οργανωθεί μια ομάδα από διαφορετικούς επαγγελματίες. Η ΠΦΥ να διερευνηθεί με προσανατολισμό στην κοινότητα και να ανατροφοδοτούν τους άλλους επαγγελματίες υγείας σχετικά με τις επιδόσεις και προοπτικές καλύτερης πρακτικής στην κοινότητα. Να εφαρμόζονται εργαλεία για καταγραφή και παρακολούθηση αναφορικά με στόχους που τέθηκαν από όλη την ομάδα ΠΦΥ (Jurgutis,2013).<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Jurgutis, A., Kummel, M., Mort, S. & Grinevicius, K. (2013). *Multi professional teamwork to gain better community health. Developing the potential of high quality PHC*. ImPrim Work Package 4. Baltik Sea Region. Imprim Report#6.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η έννοια της πρόληψης και η αναγκαιότητα για μια αποτελεσματική ομάδα υγείας, προϋποθέσεις για την αποτελεσματικότητα της ομάδας της ΠΦΥ**

Το θεμέλιο της κοινωνικής ιατρικής είναι η πρόληψη, για να δομούνται λειτουργικά συστήματα υγείας θα πρέπει να είναι γνωστά το μέγεθος του πληθυσμού και τα χαρακτηριστικά του, η γεωγραφική κατανομή, το φύλο και η ηλικία (Κατσογιαννόπουλος, 2004). <sup>20</sup>Η πρόληψη χωρίζεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή (Ioannidi and Haeder, 1998).<sup>21</sup>

### **Πρωτογενής πρόληψη :**

Η πρωτογενής πρόληψη ενσωματώνει όλες τις δραστηριότητες που χρειάζονται ώστε να αποφευχθεί η ασθένεια. Μορφές πρόληψης πρωτογενούς πρόληψης είναι ο εμβολιασμός, η αγωγή υγείας και ο έλεγχος του περιβάλλοντος. Περιλαμβάνονται επίσης στην αγωγή υγείας εκστρατείες κατά των ναρκωτικών και του αλκοόλ, αντικαπνιστικές εκστρατείες και ενημέρωση για την ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά. Αναφέρεται η πρωτογενής πρόληψη στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την αναθεώρηση κοινωνικών θεσμών.

### **Δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη:**

Στην δευτερογενή πρόληψη η έγκαιρη διάγνωση σχετίζεται με το προσυμπτωματικό έλεγχο και έχει ως στόχο να εμποδίσει να εξαπλωθεί μια ασθένεια ποσοτικά και χρονικά στον πληθυσμό. Η τριτογενής πρόληψη ενσωματώνει όλες τις διαδικασίες που συμβάλλουν στην αποκατάσταση και επανένταξη του ατόμου όταν νοσεί.

Ο ρόλος της πρόληψης στηρίζεται στις αλλαγές στον τρόπο ζωής με στόχο τη προώθηση της υγείας και την ποιοτική διαβίωση. Καθοριστικό ρόλο στη θνησιμότητα του πληθυσμού έχουν οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες καθώς υπολογίζεται ότι η θνησιμότητα στη χαμηλότερη διαστρωμάτωση είναι διπλάσια από τους υπολοίπους

---

<sup>20</sup> Κατσογιαννόπουλος Β., Κοινωνική Ιατρική, εκδ. Κυριακίδης, Αθήνα 2004

<sup>21</sup> Ioannidi E., Haeder M., Attitudes towards people with HIV/AIDS, εκδ. UCL press, London 1998

(Ιωαννίδης, 1999).<sup>22</sup> Κυρίως η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στην πλήρους σωματική και ψυχική ευεξία και δεν αναφέρεται στην αποφυγή ασθενειών. Επιδιώκει να εμφυσήσει την υγιεινή συμπεριφοράς και τον υγιεινό τρόπο ζωής.

### **1.5 Εκπαίδευση και πρόληψη**

Εκπαίδευση για τα μέτρα προστασίας και ασφάλειας καθώς για κυρίως τους νέους ο σημαντικότερος λόγος θανάτου είναι τα τροχαία ατυχήματα. Με μέτρο πρόληψης τη ζώνη ασφαλείας και τον αερόσακο. Ενημέρωση των πολιτών για τη χρήση εμβολίων με σκοπό την πρόληψη καθώς αρκετά μεγάλο μέρος του πληθυσμού δεν εμβολιάζεται (Rosenstock,1974).<sup>23</sup> Ενημέρωση των πολιτών για την σεξουαλική υγεία και τις επιπτώσεις των σεξουαλικών μεταδιδόμενων νοσημάτων (Cates and Cates,1999).<sup>24</sup> Ενθάρρυνση των πολιτών για ελεγχόμενη διατροφή και δίαιτα καθώς συμβάλει στη σωστή λειτουργία του οργανισμού και παίζει ρόλο στην αποφυγή καρδιαγγειακών παθήσεων.

Προώθηση της σωματικής άσκησης στο εύρος των πολιτών εφόσον επιφέρει σημαντικά οφέλη ως προς το να καλυτερεύει τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης. Με αυτόν τον τρόπο ελέγχεται και η παχυσαρκία, η οποία επηρεάζει την υπέρταση, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το διαβήτη, τα εγκεφαλικά επεισόδια, χολολιθίαση, κάποιες μορφές καρκίνου και οστεοαρθρίτιδες. Απαραίτητος συνδυασμός ισορροπημένης διατροφής και σωματικής άσκησης για την διατήρηση του σωματικού βάρους σε ένα επιθυμητό επίπεδο (Straw, 1983).<sup>25</sup>

Προώθηση και στήριξη των πολιτών για την αποφυγή καπνίσματος εφόσον έχει αποδειχτεί ότι είναι από τις πιο επικίνδυνες συνήθειες και μειώνει το προσδόκιμο ζωής εξαιτίας των σοβαρών δυσλειτουργιών που επιφέρει στον οργανισμό.

Ενημέρωση πολιτών για την αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ και ουσιών γιατί εξαιτίας της μέθης μπορεί να οδηγήσει σε επικίνδυνες καταστάσεις της υγείας όπως η κίρρωση του ήπατος.

---

<sup>22</sup> Ιωαννίδης Ε., Ασπατζίδης Δ., Μάντη Υγεία : Οριοθετήσεις και προοπτικές εκδόσεις ΕΑΠ , Αθήνα 1999

<sup>23</sup> Rosenstock I., Historical origins of the health belief model, Health Education Monographs, 1974

<sup>24</sup> Cates J. And Cates W., STD prevention in the united states: lessons from history for the new millennium, American Journal of Preventive Medicine, 1999

<sup>25</sup> Straw M., Coping with obesity, Academic Press, New York 1983

Ωστόσο η εκδήλωση και η αντιμετώπιση μιας νόσου εξαρτάται εκτός από το άτομο που σχετίζεται αλλά και το περιβάλλον του. Ο στόχος της δευτερογενής και τριτογενής πρόληψης είναι η αποφυγή εξέλιξης μιας ασθένειας και ο περιορισμός των συνεπειών της.

Σε κάθε απαραίτητη παρέμβαση είναι ωφέλιμο να λαμβάνεται υπόψιν τα χαρακτηριστικά κάθε πληθυσμού και το σύστημα υγείας της κάθε κοινωνίας. Εάν ακούγονται οι γνώμες των πολιτών μιας κοινωνίας σίγουρα τα προγράμματα που σχεδιάζονται είναι πολύ πιο αποτελεσματικά και βασίζονται στις ανάγκες των πολιτών (Wang and Abbot,1998).<sup>26</sup>

Το κρίσιμο ερώτημα που προβάλλεται είναι αν οποιαδήποτε μορφή εξέτασης είναι υποχρέωση ή επιλογή του πολίτη, εφόσον ο άνθρωπος είναι ελεύθερος να διαχειριστεί το σώμα του σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής το ίδιο ισχύει και στην πρόληψη. Στις σύγχρονες κοινωνίες το άτομο μπορεί να επιλέξει τον τρόπο πρόληψής του χωρίς να του επιβάλλονται παρεμβάσεις.

Είναι δικαίωμα του πολίτη να εξαιρείται από την εκτέλεση των κοινωνικών ρόλων ακόμα και του αρρώστου να αποφύγει τις ευθύνες για την κατάσταση της υγείας του (Parsons ,1951).<sup>27</sup>

Στο διεθνές χώρο η ανάγκη για αποτελεσματικές ομάδες υγείας της ΠΦΥ θέτουν προϋπόθεση την διεξαγωγή ενός συστήματος υγείας που στοχεύει στον ασθενή με υψηλές προδιαγραφές για την ποιότητα των υπηρεσιών. Με ποσοστό 55% βελτιώνεται η ικανοποίηση του ασθενή όταν διεκπεραιώνεται από ομάδες των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με την εξυπηρέτηση και την φροντίδα του.

Η κάλυψη των αναγκών του ασθενή από διεπιστημονικές ομάδες διαφορετικών κλάδων είναι απαραίτητη καθώς και η συνεργασία τους για την κοινή διαχείριση των αναγκών, με ιδιαίτερη προσοχή στους ασθενείς που δυσκολεύονται στην μετακίνηση τους στις μονάδες υγείας όπως με χρόνια νοσήματα και με ψυχικά νοσήματα.

Η συμμετοχή των μελών της ομάδας ΠΦΥ στη διαχείριση κυρίως των ηλικιωμένων διασφαλίζει ένα ιδανικό συνεργατικό μοντέλο επικοινωνίας στα πλαίσια ΠΦΥ που θα

---

<sup>26</sup> Wang C., Abbott L., Development of a community based diabetes and hypertension preventive program, Public Health Nursing, 1998

<sup>27</sup> Parsons T., The social system, εκδ Free Press, Glencoe 1951

διέπεται από εμπιστοσύνη για τον κοινό σχεδιασμό και λήψη της κλινικής απόφασης. Ένα τέτοιο μοντέλο είναι ικανό να προωθήσει ένα σύστημα ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας και να επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία των ασθενών αυτών (Baird,2014).<sup>28</sup>

### 1.6 Παράγοντες για τη δημιουργία συνεργαζόμενων επαγγελματιών υγείας:

Το κλειδί της επιτυχίας αποτελεί η εμπιστοσύνη και οι δεξιότητες που πρέπει να αναπτυχθούν μεταξύ των συνεργαζόμενων επαγγελματιών υγείας. Οι ομάδες υγείας για να δημιουργηθούν χρειάζεται εκβάσεις που μπορούν να μετρηθούν όπως η εκπαίδευση όλων των μελών, η εργασία να καταμεριστεί δίκαια, η επικοινωνία και τέλος η ηγεσία.

Υπάρχουν φραγμοί στην ανάπτυξη των ομάδων αυτοί είναι οι ανεπαρκείς δομές, η έλλειψη εμπειρίας, η ανεπάρκεια πόρων και οι πολιτισμικές διαφορές. Καθώς επίσης η έλλειψη στόχου, η ανεπαρκής ηγεσία, έλλειψη της εκπαίδευσης και στη μη εξουσιοδότηση των καθηκόντων.

Στους τέσσερις βασικούς πυλώνες για αποτελεσματική διεπιστημονική εργασία συγκαταλέγεται η φροντίδα υγείας που στηρίζεται στη συνεργασία διαφορετικών επιστημόνων μαζί με τις αξίες, ηθικές και την επικοινωνία. Οι αξίες που προσδιορίζουν αποδοτικά τα μέλη των ομάδων είναι : η δημιουργία, η πειθαρχία, η ειλικρίνεια, η τιμιότητα, η περιέργεια και η μετριοφροσύνη.

Η οικογένεια του ασθενή θα πρέπει να εντάξει τους επαγγελματίες υγείας ενεργά σε όλες τις αποφάσεις που έχουν να κάνουν με τις ανάγκες του ασθενή. Ωστόσο θα πρέπει να έχουν οριστεί και οι ρόλοι και οι λειτουργίες για κάθε μέλος της ομάδας με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας και η επικοινωνία να διέπεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ των μελών της ομάδας και στους κανόνες (Mitchell, 2008).<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> Baird, M., Blount, A., Brungardt, S. et al. (2014). The development of joint principles: Integrating behavioral health care into the patient-centered medical home. *Annals of Family Medicine*, pp. 183-185.

<sup>29</sup> Mitchell, G.K., Tieman, J.J. & Shelby-James, T.M. (2008). Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care. *MJA Medical Journal of Australia*, 188(8), pp. S61-S64.

Η δημιουργία ενός πλαισίου διευκολύνει την ανάλυση και συζήτηση για την ομάδα υγείας και επηρεάζει θετικά την επιτυχία της συνεργασίας των μελών ακόμα και όταν η ανάπτυξη μιας συνεργασίας είναι δύσκολη.

Στην ΠΦΥ όλοι οι επαγγελματίες υγείας επιβάλλεται να συνεργαστούν και αυτή η προσέγγιση να ενισχύσει τον αυτοπροσδιορισμό και την αυτοδυναμία τους ενώ βασικός αποδέκτης με πολλά οφέλη είναι ο ίδιος ο χρήστης και το σύστημα υγείας. Η ανάγκη για δημιουργία και διατήρηση αποτελεσματικών ομάδων στην ΠΦΥ προάγεται από την εκπαίδευση των μελών και την μεγιστοποίηση των δεξιοτήτων τους.

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Η Σύνδεση της δημόσιας υγείας με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας**

Η δημόσια υγεία έχει κοινό πεδίο ενδιαφέροντος με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες με την διαφορά ότι δεν εστιάζει μόνο στους πάσχοντες αλλά και στους υγιείς και ευάλωτους πληθυσμούς που πρόκειται να εκδηλώσουν ασθένειες (Φιλαλήθης, Φωτόπουλος και Τρομπούκης, 2020)<sup>30</sup>. Η σχέση της δημόσιας υγείας και της ΠΦΥ στελεχώνεται μέσω των κέντρων υγείας με συγκεκριμένο πληθυσμό και οριοθετημένη περιοχή ευθύνης.

Εκεί υπάρχει δυνατότητα να αναπτυχθεί καταγραφή των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού ευθύνης και σχεδιασμού, καθώς και της αποτίμησης των προγραμμάτων παρέμβασης σε σχέση με την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών και την εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας (Φιλαλήθης, Φωτόπουλος και Τρομπούκης, 2020).

#### **1.7 Βασική φροντίδα προσδιορίστηκε η ΠΦΥ:**

Με την Διακήρυξη της Άλμα-Άτα το 1978 προσδιορίστηκε η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ως βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πρόβαλε και αναγνώρισε την σημαντικότητα της ΠΦΥ με ανάδειξη την ανάγκη για συνεργασία της δημόσιας υγείας και ΠΦΥ με αποτέλεσμα σαράντα χρόνια μετά να ανανεώνεται (WHO,2018).<sup>31</sup>

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο του συστήματος υγείας μιας χώρας του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς αλλά και του γενικού κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος. Η ΠΦΥ φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο πιο κοντά στους χώρους που ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι και αποτελεί πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών.

---

<sup>30</sup> Φιλαλήθης, Α. Φωτόπουλος, Α. Τρομπούκης, Κ. (2020). Δημόσια Υγεία-Κοινωνική Ιατρική. Η ιστορία και η σημειολογία του όρου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 37(3):395-405. Διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2020-3/pdf/395.pdf> [Πρόσβαση 13-11-2020].

<sup>31</sup> WHO, (2018). Declaration of Astana, Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan: WHO. Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> [Πρόσβαση 13-11-2020].



Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1983) η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι: Μια φιλοσοφία βασισμένη στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, ισότητας και ανάπτυξης. Μια στρατηγική που έχει ως κεντρική ιδέα τον ολιστικό σχεδιασμό για την υγεία και βασίζεται στις ανάγκες του πληθυσμού.

Ένα επίπεδο φροντιστών κοντά στο άτομο και στους τόπους δραστηριοποίησης τους και ένα σύνολο δραστηριοτήτων όπου η πρόληψη και η προαγωγή υγείας του πληθυσμού έχουν πρωτεύουσα θέση (WHO,1983).<sup>32</sup>

### **1.8 Αναγκαιότητα της ΠΦΥ ως επίκεντρο του συστήματος υγείας:**

Η διεθνής εμπειρία επιδεικνύει την ανάγκη της ΠΦΥ να βρίσκεται στο σύστημα υγείας το επίκεντρο. Στην καθημερινότητα των ανθρώπων η ΠΦΥ βρίσκεται αποκεντρωμένη και κατέχει ηγετική θέση σε σχέση με την ροή της σχέσης των πολιτών με το σύστημα υγείας.

Για ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας αποτελεί βασικό ρόλο στην φροντίδα των ασθενών και συνεργάζεται με το νοσοκομειακό σύστημα υγείας για να προωθηθεί με αποτέλεσμα να μειωθεί κάθε άσκοπη υπηρεσία.

Η διακήρυξη της Άλμα-Άτα το 1978 συγκρότησε τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης του συστήματος υγείας προς την ΠΦΥ, πυξίδα αναδείχθηκε ο επαναπροσανατολισμός των συστημάτων υγείας των χωρών καθώς αναδείχθηκε η σημασία της αντιμετώπισης της ασθένειας από τον ίδιο τον πολίτη και την κοινότητα και την διεξαγωγή της πρόληψης και της αγωγής της υγείας.

Η ΠΦΥ ασχολείται με τα προβλήματα υγείας της κοινότητας και την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας και βασίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες πρακτικές και οικονομικά προσιτές μεθόδους και τεχνολογίες.

Η έννοια της υπερβαίνει το συμβατικό πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει δραστηριότητες που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, το περιβάλλον, τη διατροφή και την προσφορά βασικής φαρμακευτικής αγωγής ( Λάγιου, 2008).<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> WHO (1983). *Handbook of resolutions and decisions of the world Health Assembly and the Executive Board* 1973-1982. Vol. 2, 5th Edition, Geneva

<sup>33</sup> Λάγιου, Α. & Στοϊκίδου, Μ. (2008). Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στη Δημόσια Υγεία. *Τεχνολογικά Χρονικά*, 15, σσ. 50-54.

## 1.9 Η εκπαίδευση στην δημόσια υγεία:

Η εκπαίδευση στην δημόσια υγεία εξελίχθηκε στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, τότε υπήρχαν μονοετούς διάρκειας προγράμματα εκπαίδευσης, στον μεσοπόλεμο δημιουργήθηκαν σχολές δημόσιας υγείας με ερευνητικό και εκπαιδευτικό χαρακτήρα.

Από την δεκαετία του 70 και μετά άρχισαν τα μεταπτυχιακά και διδακτορικά προγράμματα οι σχολές και την δεκαετία του 2000 ακολούθησαν οι ιατρικές σχολές στην Ελλάδα (Φιλαλήθης, Φωτόπουλος και Τρομπούκης, 2020).

Οι σχολές δημόσιας υγείας της Ευρώπης και της Αμερικής ανέπτυξαν δίκτυα συνεργασίας με την καθοδήγηση του ΠΟΥ σχετικά με την αναβάθμιση της εκπαίδευσης και την καθιέρωση κοινών προτύπων σε αυτήν.

Οργανώθηκαν προπτυχιακά προγράμματα δημόσιας υγείας με το επίκεντρό τους στους περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς προσδιοριστές υγείας, στις πολιτικές προαγωγής υγείας, στην ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και στην διπλωματία υγείας (Φιλαλήθης, Φωτόπουλος και Τρομπούκης, 2020).

Η άσκηση της δημόσιας υγείας δεν μπορούσε να καλυφθεί από την απόκτηση διπλώματος ή Μεταπτυχιακού στην δημόσια υγεία έτσι προχώρησε η αναγνώριση της ως αυθύπαρκτης ιατρικής ειδικότητας με εξειδικευμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης με αποτέλεσμα να οδηγηθεί στην συμπερίληψη της Δημόσιας Υγείας ή Κοινωνικής Ιατρικής στην Οδηγία 2005/36ΕΚ<sup>34</sup> της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) για την αμοιβαία αναγνώριση επαγγελματιών προσόντων.

Από τα ευρωπαϊκά κράτη τα 24 αναγνώρισαν την ειδικότητα ως << Δημόσια Υγεία >>, <<Υγιεινή >> ή <<Κοινωνική Ιατρική >> συνδυαστικά ή μεμονωμένα μεταξύ τους και με όρους όπως <<Προληπτική Ιατρική >>, <<Διοίκηση/διαχείριση >> ή <<Επιδημιολογία >> αυτό είχε την διαφοροποίηση ανάλογα με το ιστορικό υπόβαθρο, το μοντέλο οργάνωσης και την πολιτικοκοινωνική πραγματικότητα κάθε χώρας (Φιλαλήθης, Φωτόπουλος και Τρομπούκης, 2020). Στόχος της Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης Ιατρικών Ειδικοτήτων( European Union of Medical Specialists-UEMS) είναι η εναρμόνιση του περιεχομένου εκπαίδευσης σε όλη την ΕΕ (Westerling,

---

<sup>34</sup> ΟΔΗΓΙΑ 2005/36/ΕΚ ΤΟΥ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΥ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ της 7ης Σεπτεμβρίου 2005 σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματιών προσόντων

2009).<sup>35</sup>Ο όρος της Κοινωνικής Ιατρικής στην Ελλάδα εισήχθη από τον ιδρυτικό νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) (ν.1397/1983)<sup>36</sup> διαμέσου της δημιουργίας τομέων Κοινωνικής Ιατρικής στα νοσοκομεία, όμως ο θεσμός έπεσε σε αχρηστία για τον λόγο της μη εξειδίκευσης των αρμοδιοτήτων.

Για την θεσμοθέτηση της ειδικότητας ακολούθησε η έκδοση του Προεδρικού Διατάγματος (ΠΔ) 521/1988 και για την τροποποίηση του περιεχομένου της και την εκκίνηση της διαδικασίας χορήγησης η έκδοση του Προεδρικού Διατάγματος (ΠΔ) 451/1994 αλλά δεν ενεργοποιήθηκαν οι σχετικές διατάξεις.

Το άρθρο 17 του Ν. 3172/2003<sup>37</sup> που δεν εφαρμόστηκε τροποποίησε το πρόγραμμα εκπαίδευσης και το άρθρο 21, παρ.3 του Ν. 3370/2005<sup>38</sup> που έκανε την μετονομασία την ειδικότητα σε <<Ιατρική της Δημόσιας Υγείας>> δεν τέθηκε σε εφαρμογή για τον λόγο της μη έκδοσης της σχετικής με την χορήγηση της υπουργικής απόφασης (ΥΑ).

Πρόσφατα έγινε εισήγηση της Ειδικής Ομάδας Εργασίας του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και έγινε έκδοση η υπ' αριθμ 64843 ΥΑ (ΦΕΚ 4138/Β/2018)<sup>39</sup> και έγινε μετονομασία της ειδικότητας σε Δημόσια Υγεία-Κοινωνική Ιατρική, προβλέποντας για τους ιατρούς πρόγραμμα εκπαίδευσης πενταετές και για τους οδοντιάτρους εξαετές υπ' αριθμ 45725 ΥΑ (ΦΕΚ 2503/Β/2019)<sup>40</sup> για την οργάνωση και την εξειδίκευση του προγράμματος σπουδών (Φιλαλήθης, Φωτόπουλος και Τρομπούκης, 2020).

---

<sup>35</sup> Westerling, R. (2009). The harmonization of the medical speciality in public health in the EU countries – a challenge for the profession. *European Journal of Public Health*, 19:230–232. Διαθέσιμο στο <https://academic.oup.com/eurpub/article/19/3/230/937100> [Πρόσβαση 14-11-2020].

<sup>36</sup> Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/Α/7-10-1983) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»

<sup>37</sup> Νόμος 3172/2003 (ΦΕΚ 197/Α/6-8-2003) «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις».

<sup>38</sup> Νόμος 3370/2005 (ΦΕΚ 176/Α/11-7-2005) «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις».

<sup>39</sup> ΥΑ υπ' αρ. Γ5α/Γ.Π. οικ. 64843/2018 (ΦΕΚ 4138/Β/20-9-2018) «Σύσταση, μετονομασία ιατρικών ειδικοτήτων, καθορισμός χρόνου και περιεχομένου άσκησης για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας».

<sup>40</sup> ΥΑ υπ' αρ. Γ5α/Γ.Π. οικ. 45725/2019 (ΦΕΚ 2503/Β/25-6-2019) «Εκπαίδευση στην ιατρική ειδικότητα της Δημόσιας Υγείας - Κοινωνικής Ιατρικής».

## **Κεφάλαιο 4: Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ) στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ)**

Μελετώντας τα συστήματα υγείας των υπολοίπων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) αναδεικνύεται η ύπαρξη οριοθετημένων πλαισίων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα αλλά και μεταξύ των δομών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας.

Στην δεκαετία του 90 η Σουηδία μεταρρύθμισε το σύστημα υγείας της σε μικρά νοσοκομεία που μετατράπηκαν σε κοινοτικές μονάδες ΠΦΥ με παροχή βραχείας νοσηλείας και χειρουργεία και σε μεγάλα νοσοκομεία όπου συγκεντρώθηκαν οι μονάδες εντατικής θεραπείας (Harrison and Calltorp, 2000).<sup>41</sup> Τα κοινοτικά συμβούλια πήραν την αρμοδιότητα της κατανομής των πόρων με μικρή λήψη ενίσχυσης από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Τα κοινοτικά συμβούλια θεσμοθέτησαν το 1994 την ύπαρξη οικογενειακού γιατρού, ο πολίτης μπορούσε να επιλέξει τον γιατρό του καθώς μπορούσε να έχει και πρόσβαση στον ιδιωτικό τομέα. Το 2000 η κεντρική κυβέρνηση έδωσε κονδύλια για ανάπτυξη της ΠΦΥ στοχεύοντας στην προληπτική ιατρική και γηριατρική (National Board of Health and Welfare, 2003a). Ωστόσο η περιορισμένη δομή της ΠΦΥ καθώς και οι νομοθετικές αλλαγές οδήγησαν σε ανισότητες μεταξύ του πληθυσμού (WHO, 2010).

### **1.10 Εθνική νομοθεσία στη Μεγάλη Βρετανία:**

Η εθνική νομοθεσία στη Μεγάλη Βρετανία καθιερώνει εθνικό σύστημα υγείας με το διάταγμα 1946/1948 όπου οι υπηρεσίες κρατικοποιήθηκαν και ο δημόσιος τομέας ανέλαβε την χρηματοδότηση τους. Η ΠΦΥ έχει ως φιλοσοφία την προληπτική ιατρική ώστε να μην συσσωρεύονται τα περιστατικά στα νοσοκομεία. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού ακολουθεί την ίδια φιλοσοφία καθώς παρέχει συμβουλές και διαχειρίζεται τραυματισμούς και απλά περιστατικά και κάνει διαλογή ασθενών στις δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές (Boyle, 2011).<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Harrison MI, Calltorp J., The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care, Health Policy 2000

<sup>42</sup> Boyle, S. (2011). United Kingdom (England). Health System Review. *Health Systems in Transition*, Vol 13, (1). Brussels : WHO - European Observatory on Health Systems and Policies. Διαθέσιμο στο [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0004/135148/e94836.pdf](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf) [Πρόσβαση 09-09-2020].

Εκτός από τον οικογενειακό γιατρό, οι νοσηλευτές και οι φυσικοθεραπευτές συμμετέχουν στο δυναμικό της ΠΦΥ με τη βοήθεια στο σπίτι. Οι γενικοί ιατροί λειτουργούν εντός του συστήματος υγείας και της λίστας από τους ασθενείς τους. Τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της υποστελέχωσης οι ασθενείς επισκέπτονται τα έκτακτα περιστατικά χωρίς παραπομπή από τον γενικό γιατρό (Coleman, Irons and Nicholl, 2001)<sup>43</sup>. Το Βρετανικό σύστημα καταγράφει την γνώμη των πολιτών όσον αφορά την ικανοποίηση της υπηρεσίας του οικογενειακού γιατρού και πόσο συνεισφέρουν οι φόροι που αποδίδονται στην υγεία (Boyle, 2011).

Αντίστοιχο σύστημα ΠΦΥ με της Μεγάλης Βρετανίας υπάρχει και στην Ιρλανδία με επίκεντρο τον οικογενειακό γιατρό (McDaid et al.,2009)<sup>44</sup>. Μέσω του δημοσίου μόνο το 47% έχει δικαίωμα πρόσβασης στο σύστημα της ΠΦΥ και για το υπόλοιπο 53% διαφοροποιούνται οι παροχές ανάλογα την ασφαλιστική κάλυψη. Ο χρόνος αναμονής στις ιδιωτικές συμβάσεις είναι αρκετά μεγάλος έτσι ουσιαστικά να μην έχουν πρόσβαση στις δομές ( WHO,2017).

Το σύστημα ΠΦΥ της Ολλανδίας εναρμονίζεται πλήρως με τον οικογενειακό γιατρό χωρίς την παραπομπή του δεν μπορεί να υπάρξει επιπλέον παρακολούθηση του ασθενούς. Παρέχεται η δυνατότητα στον πολίτη να επιλέξει τον οικογενειακό γιατρό με άμεση πρόσβαση σε αυτόν μέσα σε 15 λεπτά όσο για τις αργίες και τις νύχτες υπάρχει πρόβλεψη για κάλυψη οικογενειακών γιατρών από τα κέντρα. Το 2000 μεταβιβάστηκαν οι αρμοδιότητες των οικογενειακών γιατρών σε νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές, αναλαμβάνοντας μεγάλο κομμάτι της πρόληψης και της συνταγογράφησης.

Δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων από ένα δίκτυο εξειδικευμένων γιατρών και γίνεται παρακολούθηση λοιμώξεων στο παιδικό και ενήλικο πληθυσμό (Schäffer et al, 2010)<sup>45</sup>. Η χρηματοδότηση αντλείται από τρεις πυλώνες κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό, για τις ανάγκες που δεν καλύπτονται

---

<sup>43</sup> Coleman P., Irons R., Nicholl J., Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? Emergency Medicine Journal 2001

<sup>44</sup> McDaid D., Willey M., Maresco A., Mossialos E., Health Systems in Transition: Ireland, WHO 2009

<sup>45</sup> Schäffer W., Kroneman M., Boerma W., Westert G., Ginneken W., Netherlands Report, European Observatory on health systems and policies 2010

από την βασική υγειονομική κάλυψη υπάρχει μια συμμετοχή μεταξύ ιδιωτών και ιδιωτικών ασφαλιστικών (Van de Ven and Schut, 2007).<sup>46</sup>

Η ΠΦΥ έχει έκταση από τα παιδιά μέχρι τους πρόσφυγες και τους μετανάστες. Η ορθολογική χρήση των νοσοκομειακών δομών αποτυπώνει και την αποτελεσματικότητα της ΠΦΥ και την αποφυγή χρήσης άσκοπων νοσηλείων (WHO,2017).

Ο πυλώνας του συστήματος υγείας της Νορβηγίας είναι ο οικογενειακός γιατρός, οι τοπικές κοινότητες έχουν την ευθύνη λειτουργίας και κατανομής της δομής των ΠΦΥ, όπου έχουν ευθύνη είτε να προσλάβουν οικογενειακούς γιατρούς είτε να συνάψουν συμβάσεις με ιδιώτες.

Ο ρόλος των οικογενειακών γιατρών είναι η παραπομπή ασθενών στα νοσοκομεία και την εξυπηρέτηση των επειγόντων περιστατικών (Ringard et al.,2013)<sup>47</sup>. Έρευνα πραγματοποιήθηκε για την ικανοποίηση των πολιτών το 2010 σχετικά με τις υπηρεσίες ΠΦΥ, όπου βάση αυτής το 2011 πραγματοποιήθηκαν νομοθετικές παρεμβάσεις όπως για τον χρόνο αναμονής στην επίσκεψη του οικογενειακού γιατρού γιατί αναλογούσε από δύο έως πέντε ημέρες (Skudal, 2010).<sup>48</sup>

Η ΠΦΥ στη Δανία στηρίζεται στο θεσμό του οικογενειακού γιατρού, οι νομοθετικές παρεμβάσεις της κυβέρνησης παρέχει κίνητρα στους οικογενειακούς γιατρούς για να λειτουργήσουν σε ομάδες. Στον ιδιωτικό τομέα ανήκουν οι οικογενειακοί γιατροί και οι λοιπές ειδικότητες που ασχολούνται με την ΠΦΥ, στην κάλυψη περιλαμβάνονται και οι μετανάστες ενώ οι πρόσφυγες έχουν το δικαίωμα περίθαλψης μόνο στα έκτακτα περιστατικά (Olejaz et al., 2012).<sup>49</sup>

Η τακτική παρακολούθηση στη Γερμανία παρέχεται από την επιλογή γιατρού του πολίτη, καθώς η χρηματοδότηση των υπηρεσιών προκύπτουν από τις ασφαλιστικές εισφορές. Στα κρατίδια ανήκει η βάση του ελέγχου και οι υπηρεσίες πρόληψης παρά

---

<sup>46</sup> Van de Ven WPM, Schut FT., Risk equalization in an individual health insurance market: the only escape from the trade-off between affordability, efficiency and selection, εκδ. Erasmus University Rotterdam, Rotterdam 2007

<sup>47</sup> Ringard A., Sagan A., Saunes I., Lindahl A., Health systems in transition: Norway, WHO 2013

<sup>48</sup> Skudal K., Commonwealth Fund 2010: results from a comparative survey among citizens in 11 countries, Oslo, Nationalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010

<sup>49</sup> Olejaz M., Nielen A., Rudkjøbing A., Birk H., Krasnik A., Hernández C., Health Systems in Transition:Denmark, WHO 2012

τις προσπάθειες της κυβέρνησης να ανακτήσει τον έλεγχο στις ΠΦΥ υπηρεσίες, όπου δεν απέδωσε η προσπάθεια.

Το σύστημα ΠΦΥ στηρίζεται στην πρόληψη και στην παρακολούθηση της εξέλιξης των ασθενειών παρά στον οικογενειακό γιατρό. Γενικοί γιατροί καλύπτουν τα έκτακτα περιστατικά όπου λειτουργούν μέσω τηλεφωνικών κέντρων (Busse and Blumel, 2014).<sup>50</sup>

Το σύστημα ΠΦΥ στην Ισπανία στηρίζεται στον οικογενειακό γιατρό καθώς επίσης στις πολιτικές ελέγχου, καταγραφής και πρόληψης νοσημάτων. Το σύστημα αυτό έχει δύο πυλώνες, την επιμόρφωση των διαφορετικών ομάδων πληθυσμού σύμφωνα με τις ανάγκες και τους κινδύνους που αναπτύσσουν και την παρέμβαση στον τρόπο ζωής ώστε να μειωθεί η επίδραση των παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση ασθενειών.

Μεγάλη αντιπαλότητα υπάρχει ανάμεσα στην κυβέρνηση και των περιφερειών σχετικά με την χρηματοδότηση και τον έλεγχο των τοπικών δομών. Με νομοθετικές παρεμβάσεις προσπαθούν να εναρμονίσουν τις δομές ΠΦΥ με τους στόχους του Π.Ο.Υ. (Armesto et al., 2010).<sup>51</sup>

Το καθεστώς στη Γαλλία είναι ιδιότυπο σχετικά με την ΠΦΥ, ο οικογενειακός γιατρός έχει την ευθύνη για την κατανομή των ασθενών στα νοσοκομεία αλλά έχει και το δικαίωμα ο ασθενής να επισκεφτεί χωρίς παραπομπή κάποια ειδικότητα εφόσον αναλάβει να καλύψει ένα μέρος των εξόδων.

Οι κοινότητες και οι τοπικοί δήμοι δέχονται επιφόρτισή καθώς έχουν την διαχείριση του τμήματος της πολιτικής υγείας και πρόληψης. Ξεκίνησε μια προσπάθεια το 2004 να γίνει ενοποίηση των υπηρεσιών ΠΦΥ (Chevreul et al., 2010).<sup>52</sup>

Ευθύνη των υγειονομικών περιφερειών είναι στην Ιταλία η ΠΦΥ. Έγινε προσπάθεια εκσυγχρονισμού του συστήματος πρωτοβάθμιας και μετάβασης από το μοντέλο του οικογενειακού γιατρού σε ένα σύστημα διασύνδεσης επαγγελματιών και πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Δίνοντας στους πολίτες το δικαίωμα της άμεσης πρόσβασης στον οικογενειακό γιατρό και αν θελήσουν να τον παρακάμψουν να χρεωθούν 20 ευρώ.

---

<sup>50</sup> Busse R., Blumel M., Germany Health Report, European Observatory on health systems and policies, 2014

<sup>51</sup> Armesto R., Abadia M, Duran A., Hernandez C., Bernal C., Health Systems in transition, WHO 2010

<sup>52</sup> Chevreul K., Berg K., Durand I., Hernandez C., Health Systems in Transition: France, WHO 2010

Η γεωγραφική ανισότητα μεταξύ βορρά και νότου είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα κάλυψης, η οποία υποδηλώνεται με οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες. Οι μετανάστες και οι πρόσφυγες είτε εντάσσονται κανονικά στο σύστημα της ΠΦΥ είτε έχουν νόμιμα έγγραφα είτε όχι (Ferre et al., 2014).<sup>53</sup>

Το σύστημα ΠΦΥ στη Μάλτα όπως δείχνει η ετήσια καταγραφή που οργανώνει το ινστιτούτο υγείας αφορά το 70% τον ιδιωτικό τομέα. Με βάση τις καταγραφές γίνεται προσπάθεια κατανομής πόρων ως προς τις επιθυμίες και τις ελλείψεις των πολιτών. Υπάρχουν οχτώ δημόσια κέντρα ΠΦΥ εκτός από τον ιδιωτικό τομέα, όπου διαχειρίζονται την πρόληψη, καταγραφή και την παροχή υπηρεσιών στους πολίτες. Με επικεφαλή στην κατανομή των πολιτών στο σύστημα τον οικογενειακό γιατρό (Azzopardi et al., 2017).<sup>54</sup>

Το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Κύπρο πάσχει από την έλλειψη σύνδεσης των δομών που την παρέχουν (WHO,2017). Το σύστημα συνυπάρχει ανάμεσα σε δημόσιο και ιδιωτικού τομέα και ενώ υπάρχει οικογενειακός γιατρός δεν υπάρχει σύνδεση των δομών ή στο σύστημα παραπομπής.

Σε έρευνες ικανοποίησης που πραγματοποιήθηκαν αντικατοπτρίζουν νέες σύγχρονες δομές και επαρκώς εξοπλισμένες. Καθώς στην τελευταία έρευνα ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών παρουσίασε μείωση (Theodorou, 2009)<sup>55</sup>. Το 11% επισκέπτεται τον οικογενειακό γιατρό ενώ το 70% των ασθενών επισκέπτεται τουλάχιστον μια φορά το χρόνο κάποιον ειδικό γιατρό, γεγονός που αποδεικνύει την έλλειψη διασύνδεσης (Theodorou et al., 2015).<sup>56</sup>

Στο Βέλγιο η πρόσβαση στον οικογενειακό γιατρό δεν γίνεται μέσω δημοσίου αλλά μέσω ιδιωτικού τομέα έτσι ο οικογενειακός γιατρός δεν έχει το ρόλο κατανομής των ασθενών σε άλλες ειδικότητες ή νοσοκομεία. Το αποτέλεσμα είναι η αλόγιστη χρήση της δευτεροβάθμιας περίθαλψης κυρίως για χρόνια νοσήματα (WHO, 2017)<sup>57</sup>.

Ο πολίτης έχει ελεύθερη πρόσβαση στους οικογενειακούς γιατρούς καθώς είναι ελεύθεροι επαγγελματίες όπως και οι διάφορες άλλες ειδικότητες. Η ΠΦΥ δεν έχει

---

<sup>53</sup> Ferre F., De Belvis A., Valerio L., Longhi S., Lazare A., Fatore G., Ricardi W., Maresso A., Health in transition: Italy, Who 2014

<sup>54</sup> Azzopardi N., Buttigieg M., Calleja N., Merkur S., Health Systems in Transition: Malta, WHO 2016

<sup>55</sup> Theodorou M., Patient satisfaction from services provided by outpatient departments of public hospitals in Cyprus: findings report, Nicosia, May 2009

<sup>56</sup> Theodorou M., Charalambus C., Petrou C., Cylus J., Health Systems in transition: Cyprus, WHO 2015



ξεκάθαρο πλαίσιο καθώς οι πολίτες μπορούν να αναφερθούν στις ιατρικές ειδικότητες χωρίς να χρειάζεται η παραπομπή του οικογενειακού γιατρού για ζήτημα πρωτοβάθμιας κάλυψης. Προσφάτως έχει γίνει μεταρρύθμιση για την επέκταση της ημερήσιας λειτουργίας των οικογενειακών γιατρών με καταγραφή της γνώμης των πολιτών από το κράτος (Gerkems and Merkur, 2010).<sup>58</sup>

Η ΠΦΥ στην Πορτογαλία από το 2006 δεν περιορίζεται στον οικογενειακό γιατρό καθώς υπάρχουν μια σειρά κρατικών προγραμμάτων με επίκεντρο την ενημέρωση και την πρόληψη. Υπάρχει ειδικότητα δημόσιας υγείας η οποία μετά από 4 χρόνια εργασίας μπορεί να αποκτηθεί και έχει ως αντικείμενο την καταγραφή περιστατικών που αφορούν την δημόσια υγεία και την επιδημιολογία.

Επιπλέον υπάρχουν δύο διαδικτυακές κρατικές σελίδες όπου ο πολίτης μπορεί να ενημερωθεί με ασφαλή και έγκυρο τρόπο. Εκτός τις διαδικτυακές σελίδες υπάρχει πρόγραμμα εκπαίδευσης και ενημέρωσης για την ΠΦΥ. Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού είναι η κατανομή ασθενών μέσα από ένα δίκτυο δομών που περιλαμβάνουν κέντρα υγείας, αγροτικά και περιφερειακά ιατρεία. Σε έρευνες που έγιναν έδειξαν χαμηλό επίπεδο γνώσης γύρω από την πρόληψη (Simoes et al., 2017).<sup>59</sup>

Στην Αυστρία οι πολίτες έχουν το δικαίωμα απεριόριστης πρόσβασης στις δομές του εθνικού συστήματος υγείας, αλλά δεν υπάρχει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Για αυτό το λόγο γίνεται και υπερβολική χρήση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων (WHO,2017).<sup>60</sup> Το αξιοσημείωτο πρόβλημα της χώρας είναι η αρκετά μεγάλη αποχή του πληθυσμού από τον εμβολιασμό.

Το υπουργείο υγείας προσπάθησε να απαντήσει σε αυτό το πρόβλημα με ένα πρόγραμμα παρακολούθησης των λοιμώξεων, την ανθεκτικότητα των αντιβιοτικών και την χρήση εμβολίων και στη συνέχεια να επιμορφώσει τους πολίτες για τα οφέλη του εμβολιασμού και τον κίνδυνο των λοιμώξεων (Hofmarcher, 2013).<sup>61</sup>

Ο βασικός πάροχος υπηρεσιών ΠΦΥ στη Βουλγαρία είναι ο οικογενειακός γιατρός, όπου κατανέμει στις υπόλοιπες δομές τους ασθενείς. Το μεγαλύτερο πρόβλημα του συστήματος ΠΦΥ είναι η άνιση γεωγραφική κατανομή των οικογενειακών γιατρών και

---

<sup>58</sup> Gerkems S., Merkur S., Health Systems in Transition: Belgium, WHO, 2010

<sup>59</sup> Simoes J., Augusto G., Fronteira I., Hernandez C., Health Systems in Transition: Portugal, WHO 2017

<sup>60</sup> WHO, Country Health Profile: Austria, WHO 2017

<sup>61</sup> Hofmarcher M., Health systems in transition: Austria, WHO 2013

την δυσκολία της παροχής κατ' οίκον νοσηλείας με αποτέλεσμα να μειώνεται ο αριθμός των οικογενειακών γιατρών (Dimova et al., 2012).<sup>62</sup> Ωστόσο οι πολίτες έχουν θετική αξιολόγηση για τις υπηρεσίες της ΠΦΥ (Dimova et al., 2007).<sup>63</sup>

Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού υπάρχει στην Κροατία με βασικό ρόλο την παρακολούθηση και παρέμβαση σε οικογένειες. Ο οικογενειακός γιατρός στο σύστημα της ΠΦΥ είναι θεωρητικά επιφορτισμένος με την κατανομή των ασθενών στις υπόλοιπες δομές αλλά στην πράξη εφόσον άτυπα δεν εφαρμόζεται στον ιδιωτικό τομέα οι ασθενείς παρακάμπτουν την διαδικασία (Džakula et al., 2014).<sup>64</sup>

Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού στην Τσεχία υφίσταται αλλά δεν έχει το ρόλο της κατανομής των ασθενών στις υπόλοιπες δομές, καθώς οι ασθενείς μπορούν να επιλέγουν ελεύθερα οποιαδήποτε δομή και ειδικότητα θελήσουν. Οι περισσότερες παροχές της ΠΦΥ είναι ιδιωτικού δικαίου (Alexa et al., 2015).<sup>65</sup> Με αποτέλεσμα να υπάρχει αυξημένο ποσοστό ιδιωτικών πληρωμών (WHO, 2017).<sup>66</sup>

Ο οικογενειακός γιατρός στην Λετονία περικλείει εξειδικευμένες ειδικότητες γιατρών οι οποίοι κάνουν κατανομή τους ασθενείς στις υπόλοιπες δομές του συστήματος υγείας.

Υπάρχει καταγραφή και παρακολούθηση των λοιμώξεων και των τοπικών επιδημιών καθώς επίσης υπάρχει εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό όπου συμβάλει στα αγροτικά ιατρεία. Από το 2000 και μετά υπάρχει αξιολόγηση και έλεγχος της ποιότητας του συστήματος υγείας (Mitenbergs, 2012).<sup>67</sup>

Η διαχείριση της ΠΦΥ στην Ουγγαρία ανήκει στις τοπικές κοινότητες, εξαιτίας του συστήματος Shemanko η πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι σε πολύ καλά επίπεδα καθώς και η παιδεία και η πρόληψη σε αντίθεση με την διαχείριση των χρόνιων παθήσεων.

---

<sup>62</sup> Dimova A., Robova M., Moutafova E., Atanasova E., Koeva S., Panteli D., Ginneken E., Health Systems in Transition: Bulgaria, WHO 2012

<sup>63</sup> Dimova A., Popov M., Robova M., The health care reform in Bulgaria: analysis, Sofia, Open Society Institute 2007

<sup>64</sup> Džakula A., Sagan A., Pavic K., Loncarek K, Kauzlaric S., Health Systems in Transition: Croatia, WHO 2014

<sup>65</sup> Alexa J., Recka L., Votápková J., Ginneken E., Spranger A., Wittenbecher F., Health Systems in Transition: Czech Republic, WHO 2015

<sup>66</sup> WHO, Country Health Profile: Czech Republic, WHO 2017

<sup>67</sup> Mitenbergs U., Taube M., Misins J., Mikitis E., Martinsons A., Rurane A., Quentin A., Health Systems in Transition: Latvia, WHO 2012

Το σοβιετικό μοντέλο υγείας με το όνομα του τότε Υπουργού ήταν κρατικό και είχε ιδιαίτερη έμφαση στην ΠΦΥ και στα αγροτικά ιατρεία. Στον οικογενειακό γιατρό στηρίζεται το σύστημα της ΠΦΥ το οποίο έχει αυξανόμενο αριθμό επισκεπτών μετά τις νομοθετικές αλλαγές (Gaál et al., 2011).<sup>68</sup>

Το σύστημα ΠΦΥ στη Σλοβενία έχει τις βάσεις της στην τοπική κοινότητα και εμπεριέχει οικογενειακούς γιατρούς, γυναικολόγους, παιδίατρους, φυσικοθεραπευτές και εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

Το 43% από τους επαγγελματίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας ανήκει στις δομές των τοπικών κοινοτήτων όπου περιλαμβάνουν νοσοκομεία, κέντρα υγείας και αγροτικά ιατρεία. Επίσης τα χρόνια νοσήματα εμπεριέχονται στην ΠΦΥ. Υπάρχει σύστημα πρόληψης και καταγραφής μεταδοτικών ασθενειών (Albreht et al., 2016).<sup>69</sup>

Εξαιτίας της μετανάστευσης οι γιατροί και οι παιδίατροι δεν φτάνουν για να καλύψουν τις υπηρεσίες ΠΦΥ, έτσι δημιουργείται άσκοπη χρήση των υπόλοιπων ειδικοτήτων (WHO, 2017).<sup>70</sup>

Το σύστημα ΠΦΥ στη Σλοβακία είναι ημιιδιωτικοποιημένο, οι δομές πρόληψης, υγιεινής και καταγραφής νοσημάτων ανήκουν στο δημόσιο ενώ στον ιδιωτικό τομέα ανήκουν οι δομές παροχής ΠΦΥ.

Ο οικογενειακός γιατρός συνάπτει συμφωνία με ασφαλιστική εταιρία και έχει την ευθύνη για την κατανομή ασθενή στο σύστημα υγείας (Smatana et al., 2016).<sup>71</sup> Λόγω της αδυναμίας της πρόσβασης στην ΠΦΥ ένα μεγάλο μέρος των ασθενών, 74% προσφεύγει στα επείγοντα (WHO, 2017).

Η δομή της ΠΦΥ στο Λουξεμβούργο κυρίως βασίζεται στο επίπεδο της πρόληψης ακόμα και αν το βιοτικό επίπεδο είναι ιδιαίτερο υψηλό και τα ο εμβολιασμός στη χώρα είναι αρκετά διαδεδομένος παρουσιάστηκαν προβληματισμοί σχετικά με την άνοδο του ποσοστού παχυσαρκίας και χρήσης καπνού.

---

<sup>68</sup> Gaál P., Szigeti S., Csere M., Gaskins M., Panteli D., Health Systems in Transition: Hungary, WHO 2011

<sup>69</sup> Albreht T., Brinovec R., Jošar D., Kostnapfel M., Zaletel M., Panteli D., Maresso A., Health Systems in Transition: Slovenia, WHO 2016

<sup>70</sup> WHO, Country Health Profile: Slovenia, WHO 2017

<sup>71</sup> Smatana M., Pažitný P., Kandilaki D., Laktišová M., Sedláková D., Palušková M., Spranger A., Health Systems in Transition: Slovakia, WHO 2016

Έγιναν μεταρρυθμίσεις με στόχο την αύξηση της ενημέρωσης και αντιμετώπισης των χρόνιων νοσημάτων. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού υπάρχει χωρίς να περιορίζεται στην κατανομή των ασθενών στις υπόλοιπες δομές (Berthet, 2015).<sup>72</sup>

Η κεντρική αρχή της Φιλανδίας είναι υπεύθυνη για το σχεδιασμό και καταγραφή των ζητημάτων πρόληψης και οι τοπικές αρχές έχουν την ευθύνη για την προσαρμογή και εξειδίκευση των ζητημάτων στον τοπικό πληθυσμό.

Η κεντρική αρχή έχει ως αρμοδιότητες την παρακολούθηση των λοιμώξεων, το εμβολιαστικό πλάνο και τα μέτρα υγιεινής. Οι τοπικές κοινότητες έχουν ως αρμοδιότητα την εφαρμογή των πλάνων εμβολιασμού, τον οικογενειακό προγραμματισμό και ορισμένα μέτρα υγιεινής.

Η χρέωση των ασθενών στις τοπικές κοινότητες γίνεται από τα κέντρα υγείας και όχι από τους γιατρούς έτσι δεν υπάρχει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού. Τα κέντρα υγείας εξυπηρετούν με παροχές όπως, μικροβιολογικό έλεγχο και ακτινοδιαγνωστικό, πλήρες εργαστηριακό εξοπλισμό και στελεχώνεται από γενικούς ιατρούς, παιδίατρος, γυναικολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς.

Όσο για το προσωπικό υπάρχει αλληλοκάλυψη μεταξύ των κέντρων υγείας και των νοσοκομείων (Vuorenkoski, 2008).<sup>73</sup>

Το σύστημα ΠΦΥ στην Πολωνία διεκπεραιώνεται με την πολιτική υγιεινής και την πρόληψη. Στόχος του τομέα της εμβολιαστικής κάλυψης και των λοιμωδών νοσημάτων είναι να εναρμονιστεί η Πολωνία με τους στόχους του Π.Ο.Υ. . Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού λειτουργεί ως διανομέας στο σύστημα υγείας (Panteli, 2011).<sup>74</sup>

Μετά την αυτονόμησή της η Εσθονία έγινε μετάβαση από ένα σύστημα υγείας δημοσίου δικαίου με έμφαση τη δευτεροβάθμια κάλυψη σε ένα μεικτό σύστημα δημοσίου και ιδιωτικού όπου επιχειρείται να δοθεί έμφαση στην ΠΦΥ.

Στο επίπεδο της πολιτικής υγείας μεταφέρεται η έμφαση από τον έλεγχο και καταγραφή στην πρόληψη και τα μέτρα υγιεινής. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού

---

<sup>72</sup> Berthet F., Health Systems in Transition: Luxemburg, WHO 2015

<sup>73</sup> Vuorenkoski L., Health systems in transition: Finland, WHO 2008

<sup>74</sup> Panteli D., Sagan A., Busse R., Health Systems in Transition: Poland, WHO 2011

και της οικογενειακής νοσηλεύτριας θεσμοθετήθηκε, οι οποίοι εργάζονται ως ιδιώτες με μερική δυνατότητα κατανομής στο σύστημα υγείας (Lai et al., 2013).<sup>75</sup>

Το σύστημα ΠΦΥ στη Λιθουανία έχει δύο επίπεδα, το κεντρικό που αποτελείται από κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία που είναι στην περιοχή ευθύνη τους και το αποκεντρωμένο επίπεδο που λειτουργεί με ιδιώτες και οικογενειακούς γιατρούς.

Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού λειτουργεί με την αρμοδιότητα της κατανομής των ασθενών στο σύστημα υγείας (Murauskiene et al., 2013).<sup>76</sup>

Το σύστημα ΠΦΥ στη Ρουμανία έχει ως βάση τους οικογενειακούς γιατρούς οι οποίοι λειτουργούν ως διανομείς προς τους ασθενείς και τους κατατάσσουν σε δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες δομές υγείας (Vladescu et al., 2016).<sup>77</sup>

Η πρόκληση του συστήματος είναι η εναρμόνιση των δεικτών της Ρουμανίας με το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ όπως για παράδειγμα ο μειωμένος ρυθμός των εμβολιασμών που έχει παρατηρηθεί (WHO, 2017).<sup>78</sup>

---

<sup>75</sup> Lai T., Habicht T., Kahur K., Reinap M., Kiivet R., van Ginneken M., Health Systems in Transition: Estonia, WHO 2013

<sup>76</sup> Murauskiene L., Janoniene M., Veniute M., van Ginneken E., Karanikolos M., Health Systems in Transition: Lithuania, WHO 2013

<sup>77</sup> Vladescu C., Scîntee G., Olsavszky V., Hernández-Quevedo C., Sagan A., Health Systems in Transition: Romania, WHO 2016

<sup>78</sup> WHO, Country Health Profile: Romania, WHO 2017

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Η ΠΦΥ στο Ελληνικό κράτος, ο ρόλος του γενικού ιατρού και ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας**

Στην Ελλάδα η ΠΦΥ παρέχεται από τα κέντρα υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα περιφερειακά ιατρεία, τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) οι οποίες περιλαμβάνουν τα ιατρεία του ΕΟΠΥΥ, τους ιδιώτες γιατρούς και τα πρώην ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων. Η πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας είναι ο οικογενειακός γιατρός που προσανατολίζει τον ασθενή σε ενέργειες εάν απαιτείται (Λιαρόπουλος, 2007).<sup>79</sup> Έχει διαθεσιμότητα όλες τις ώρες και προσφέρει και κατ'οικον επίσκεψη για να εξυπηρετήσει τον ασθενή (Boerma, 2006).<sup>80</sup>

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή σε σχέση με τη δημόσια υγεία στην Ευρώπη εστιάζει στα ζητήματα πρόληψης και της προαγωγής της υγείας για την αντιμετώπιση των ασθενειών που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής (για παράδειγμα ο καρκίνος και τα καρδιαγγειακά νοσήματα) παρά σε ζητήματα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας.

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα μεταρρυθμίζεται με νομοσχέδια χωρίς βέβαια πρακτικό αποτέλεσμα, υπάρχει νομοθεσία για την κάρτα υγείας ασθενούς, κέντρα υγείας αστικού τύπου χωρίς να μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην καθημερινότητα.

Για αυτό το λόγο κυρίως ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα έχουν αναλάβει την παροχή της ΠΦΥ βέβαια με αρκετά υψηλό κόστος για το δημόσιο και τα ταμεία ασφάλισης (Υφαντόπουλος, 2005).<sup>81</sup> Εξαιτίας της απουσίας ελέγχου ροής εξετάσεων και φαρμακευτικής κάλυψης καθώς και την έλλειψη πρόληψης και οικογενειακού προγραμματισμού επιβαρύνονται τα νοσηλευτικά ιδρύματα με αποτέλεσμα να αυξάνεται το κόστος (Fortney et al, 2005).<sup>82</sup>

---

<sup>79</sup> Λιαρόπουλος, Α., Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2007

<sup>80</sup> Boerma, W.G.W., Coordination and integration in European primary care, εκδ. Open University Press, UK 2006

<sup>81</sup> Υφαντόπουλος, Γ., Τα Οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική, Εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα 2005

<sup>82</sup> Fortney, J.C., Stec D.E., Burgess Jr J.F., Maciejewski, M.L., Petersen, L. A., Are Primar Care Services a Substitute or Complement for Specialty and Inpatient Services. Health Services Research 40, 2005

### 1.11 Τα πρώτα νομοσχέδια:

Τα πρώτα νομοσχέδια για την ΠΦΥ αφορούσαν το 2592/53 και το 3487/55, αφήνοντας κληρονομιά τα κέντρα υγείας σε αγροτικές περιοχές και τον θεσμό του αγροτικού γιατρού. Ενώ τα υπόλοιπα νομοσχέδια αφορούσαν την αντιστοίχιση σε συστήματα υγείας τα οποία ήταν προσαρμοσμένα σε άλλες περιόδους.

Ο νόμος 2592/53 για πρώτη φορά θεσμοθετεί τους κοινοτικούς υγειονομικούς σταθμούς που εμπεριέχαν λίγες κλίνες για τις απομακρυσμένες περιοχές. Με εξαίρεση την πρόταση του υπουργού υγείας Πάτρα που εγκατέστησε το θεσμό του οικογενειακού γιατρού (Πάτρας, 1969)<sup>83</sup> και την εισαγωγή των πρώιμων κέντρων υγείας αστικού τύπου με το προσχέδιο νόμου του Δοξιάδη το 1980 (Δοξιάδης, 1981).<sup>84</sup>

Με το νόμο 1397/1983<sup>85</sup> έγινε η πρώτη προσπάθεια για εναρμόνιση με σύγχρονα δεδομένα βέβαια περιορίζεται στην πρωτοβάθμια αντιμετώπιση και περίθαλψη χωρίς να έχει ιδιαίτερη επέκταση στην έννοια της πρόληψης.

Οι τομείς αυτοί ήταν εκτός εμβέλειας του νεοσύστατου ΕΣΥ και έτσι καλύπτονταν από παρόχους του ιδιωτικού τομέα (Ελληνας, 2002).<sup>86</sup> Εκείνη την περίοδο το περιβάλλον ήταν ευνοϊκό για ριζοσπαστικές αλλαγές με τη δημιουργία ενός κοινωνικοποιημένου δημοσίου συστήματος υγείας όπου δεν θα συγκρίνεται με το κράτος ούτε με τον ιδιωτικό τομέα.

Ο όρος κοινωνικοποίηση αναφέρεται σε μια μορφή εθνικοποίησης και παραπέμπει σε ένα ειδικό τρόπο αφαίρεσης της ιδιοκτησίας όταν ένα αγαθό ή υπηρεσία αποκτά χαρακτήρα δημόσιας υπηρεσίας (Τάχος, 1993). Η κοινωνικοποίηση στον τομέα της υγείας με το τότε Σύνταγμα ήταν συμβατή στο βαθμό που οι υπηρεσίες και η κατανομή των μονάδων υγείας μπορούσαν να συνυπάρξουν με την ατομική (Νικολακοπούλου, 1990).

---

<sup>83</sup> Πάτρας Λ., Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής, εκδ. Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός, Αθήνα 1969

<sup>84</sup> Δοξιάδης Σ., Μέτρα προστασίας για την υγεία, Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, Αθήνα 1981

<sup>85</sup> Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/Α/7-10-1983) «Εθνικό Σύστημα Υγείας».

<sup>86</sup> Έλληνας Α., Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας, Ι.Θ. τεύχος 48, Αθήνα 2002

Δημιουργήθηκε ένα μοντέλο λειτουργίας με επίκεντρο το νοσοκομείο έτσι εξαιτίας της λειτουργίας αυτού του μοντέλο υποβαθμίστηκε ο ρόλος των κέντρων υγείας, με αποτέλεσμα το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών να είναι από τα χαμηλότερα στην Ευρώπη (Abel-Smith et al., 1994).

Η πρόληψη κρίθηκε από τον τότε τύπο οργάνωσης ότι παρέχεται καλύτερα μέσω του φορέα όπου ανήκουν τα κέντρα υγείας και πραγματοποιείται καλύτερα από υπηρεσίες που έχουν τοποθετηθεί στο μεταίχμιο του συγκεντρωτικού συστήματος (Τάχος, 1993).<sup>87</sup> Στην ίδια νομοθεσία εμφανίζεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και παρόλο που κρίνεται απαραίτητο πρόσωπο για την στελέχωση των κέντρων υγείας δεν ιδρύεται νέα ειδικότητα βάση των διεθνών δεδομένων.

Ο νόμος που έδρασε συμπληρωματικά προς τον προηγούμενο είναι ο 1579/1985<sup>88</sup> και δημιούργησε την ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής ενώ κατάργησε την χρήση της επωνυμίας << Κέντρο Υγείας-Ιατρικό κέντρο >> από ιδιώτες. Ακόμα ιδρύεται το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) με βασικές αρμοδιότητες την επείγουσα ιατρική αρωγή, την άμεση φροντίδα σε έκτακτα περιστατικά και μεταφορά των έκτακτων περιστατικών στις μονάδες υγείας.

Με τον νόμο 2701/1992 δόθηκε η δυνατότητα σε ιδιωτικούς φορείς για να καλύψουν την πρωτοβάθμια φροντίδα να συνάψουν συμβάσεις με ασφαλιστικούς οργανισμούς. Διευρύνθηκε η έννοια της πρωτοβάθμιας υγείας και εμπεριείχε ενέργειες πρόληψης και περίθαλψης και έγινε εισαγωγή του θεσμού της κατ'οίκον νοσηλείας. Έτσι ο νόμος 2194/94<sup>89</sup> ακύρωσε τον παραπάνω νόμο. Με τον νόμο 2519/1997<sup>90</sup> θεσμοθετούνται πάλι τα κέντρα υγείας αστικού τύπου με τη μορφή των δικτύων της ΠΦΥ και επανέρχεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού.

---

<sup>87</sup> Τάχος Α., Ελληνικό διοικητικό δίκαιο, εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1993

<sup>88</sup> Νόμος 1579/1985 (ΦΕΚ 217/Α/23-12-1985) «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις

<sup>89</sup> Νόμος 2194/1994 (ΦΕΚ 34/Α/16-3-1994) «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»

<sup>90</sup> Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ 165/Α/21-8-1997) «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις».



Επιπροσθέτως ο νόμος 3235/2004 <sup>91</sup> κάνει εισαγωγή τον οικογενειακό γιατρό, την ηλεκτρονική κάρτα υγείας καθώς πλέον οι μονάδες ΠΦΥ υπάγονται στις υγειονομικές περιφέρειες. Με το νόμο 3370/2005<sup>92</sup> ιδρύεται το Κέντρο Ελέγχου Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ).

Κατατίθενται νομοσχέδια τα οποία μεταρρυθμίζουν τις ονομασίες των δομών που ήδη υπάρχουν ή εμφανίζουν ρυθμίσεις οι οποίες δεν εφαρμόζονται. Παρόλο που έχουν θεσμοθετηθεί τα κέντρα υγείας αστικού τύπου, ο οικογενειακός γιατρός, ο ηλεκτρονικός φάκελος, η πολιτική πρόληψης, η ηλεκτρονική κάρτα το μόνο ουσιαστικά που χρησιμοποιείται είναι ο αγροτικός γιατρός και τα κέντρα υγείας μη αστικού τύπου.

### 1.12 Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού:

Η πρώτη επαφή του ασθενή με το σύστημα υγείας είναι ο γενικός ιατρός, ο ρόλος του είναι κομβικός καθώς πρέπει να αναπτυχθεί εμπιστοσύνη και ασφάλεια προς τον ασθενή. Έχει αρμοδιότητες την διαχείριση των αναγκών του πολίτη και να παρέχει ποιότητα σε κάθε υπηρεσία φροντίδας. Θα πρέπει να διασφαλίσει με την βοήθεια της ομάδας υγείας την πρόσβαση του ασθενή σε όλες τις υπηρεσίες φροντίδας (Pullon, 2008).

Ακόμα ο γενικός ιατρός συνεργάζεται με τους επαγγελματίες υγείας ενεργά ώστε να δώσει στους ασθενείς την κατάλληλη φροντίδα και να δημιουργηθεί ένα κλίμα ικανοποίησης από όλους τους επαγγελματίες υγείας που συμβάλλουν στην ομάδα για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Αρκετούς και διαφορετικούς ρόλους έχει ο γενικός ιατρός καθώς έχει ως αρμοδιότητες την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, τις προκλήσεις των ψυχικών νοσημάτων, τους ηλικιωμένους, την νοσηρότητα και την αντιμετώπιση της ψυχοκοινωνικής ευεξίας (Royal College of General Practitioners, 2013).<sup>93</sup>

---

<sup>91</sup> Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/Α/18-2-2004) « Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»

<sup>92</sup> Νόμος 3370/2005 (ΦΕΚ 176/Α/11-7-2005) «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις».

<sup>93</sup> Royal College of General Practitioners (2013). *The 2022 GP: A Vision for General Practice in the future* NHS. London: Royal College of General Practitioners.

Εξειδικευμένες γνώσεις χρειάζεται να έχει ο γενικός ιατρός για να διαχειριστεί τις προκλήσεις της Πρωτοβάθμιας φροντίδας ώστε να μπορεί να παρέμβει άμεσα στη λήψη αποφάσεων για την υγεία του ασθενή. Επίσης χρειάζεται να θεραπεύσει πολίτες με ψυχικά νοσήματα, με εξαρτήσεις, αναπηρίες και τραυματισμούς (Pullon,2008).

Ο γενικός ιατρός θα πρέπει να συμβάλλει ως μέλος της ομάδας υγείας της ΠΦΥ με ηγετικό ρόλο και να συμβάλλει στον συντονισμό και στη συνέχεια της φροντίδας ειδικότερα όταν απαιτείται εμπλοκή επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων και μάλιστα από δομές εκτός ΠΦΥ.

Τα πληροφοριακά συστήματα ηλεκτρονικής καταγραφής του ιστορικού υγείας αναμένεται να προσφέρουν τα πληροφοριακά συστήματα ηλεκτρονικής καταγραφής του ιστορικού υγείας. Βέβαια ανεκπλήρωτη ανάγκη παραμένει η συστηματική ανασκόπηση αναφορικά με το ζήτημα αυτό στην ΠΦΥ όπως αυτή υφίσταται στην Ελλάδα. Ενώ η ανάπτυξη και η χρήση ενός ηλεκτρονικού συστήματος καταγραφής του ιστορικού υγείας έχει ακόμα αρκετό δρόμο για την ολοκληρωμένη εφαρμογή του παρά την πρόοδο που έχει παρατηρηθεί.

Οφείλει ο γενικός γιατρός με διορατικότητα να προβλέπει και να αναγνωρίζει τις ανάγκες υγείας και φροντίδας του πληθυσμού στο οποίο η ομάδα υγείας απευθύνεται για να συμβάλλει στην εκτίμηση τους καθώς και στον σχεδιασμό στρατηγικών βέλτιστης αξιοποίησης των πόρων και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού με σκοπό την καλύτερη παροχή ποιότητας υπηρεσιών υγείας.

Θα πρέπει να εμφυσήσει ένα κοινό όραμα και φιλοσοφία στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ συμβάλλοντας στη διεύρυνση του προκαθορισμένου ρόλου της. Ωστόσο θα πρέπει να δημιουργήσει κανάλια επικοινωνίας και να βελτιώσει την αλληλεπίδραση μεταξύ των μελών της ομάδας υγείας στην ΠΦΥ. Η ανάθεση ευθυνών στους επαγγελματίες υγείας μπορεί να βελτιώσει τη διαχείριση των ασθενών με χρόνια νοσήματα και την προαγωγή υγείας βέβαια αυτό είναι μακριά ακόμα από την ελληνική πραγματικότητα (Pullon,2008).

Οι ασθενείς με αρκετές ανάγκες υγείας και φροντίδας απαιτούν μεγάλης διάρκειας επισκέψεις στον γενικό ιατρό και συναντήσεις με την ομάδα υγείας στην ΠΦΥ ώστε να μπορούν να συζητηθούν τα θέματα υγείας τους και να επιτευχθεί ολοκληρωμένη ποιότητα στην φροντίδα τους όπου αναμένεται να εμπλακούν άτομα εκτός ομάδας όπως οικιακοί φροντιστές.

Ο γενικός ιατρός σύμφωνα με το παραδοσιακό μοντέλο έχει μεγαλύτερη αυτονομία και αναλαμβάνει το κυριότερο μέρος της ευθύνης από την άλλη μεριά καθώς μετακινούμαστε προς το μοντέλο της διεπιστημονικής συνεργασίας αυξάνεται η συνεργατικότητα και οι ευθύνες μοιράζονται σε όλα τα μέλη της ομάδας έτσι ο γενικός ιατρός προσαρμόζεται πολύ πιο εύκολα στο ρόλο του για την επίτευξη της εστιασμένης φροντίδας στον ασθενή (Pullon, 2008).<sup>94</sup>

Η οικονομική κρίση που ακολούθησε είχε αρκετές συνέπειες στο χώρο της υγείας, αρχικά να ενοποιηθούν τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ και των ασφαλιστικών φορέων υπό την ομπρέλα του ΕΟΠΥΥ. Το ΠΕΔΥ και τα ΤΟΜΥ να λειτουργεί με προσωπικό αποκλειστικής απασχόλησης, να θεσμοθετηθεί η ηλεκτρονική συνταγογράφηση με βάση την δραστική ουσία και όχι την εμπορική καθώς επίσης να είναι υποχρεωτικό να αναγράφεται το ICD-10 με την αναγραφή των ασθενειών. Επιπρόσθετα δόθηκε η δυνατότητα χρήσης των γεννόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων και αυξήθηκε η συμμετοχή του ασφαλισμένου εάν εφόσον διαλέξει το πρωτότυπο σκεύασμα.

Θεσπίστηκε clawback (επιστροφή) και rebate (έκπτωση) όπου έχει ισχύ από το 1991, επιστροφή των δαπανών που υπερβαίνουν ένα όριο με ταυτόχρονη περικοπή επί της αμοιβής.

Οι αλλαγές που έγιναν δεν οδήγησαν στον εκσυγχρονισμό των οικονομικών εφόσον η σχέση που αναπτύχθηκε στην πληρωμή των δαπανών από τους συμβεβλημένους, τους χρήστες και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς δημιούργησε επιπρόσθετες επιβαρύνσεις (Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ., 2001)<sup>95</sup>. Με τελικό αποτέλεσμα να επιβαρυνθούν οι επαγγελματίες υγείας (ΙΣΑ,2014) και οι πολίτες, με την έλλειψη δημόσιων υποδομών έτσι εξηγείται η εμφάνιση και εξάπλωση δομών αλληλεγγύης στη χώρα και την μείωση των πόρων μετά το 2010 να εντείνει την ανισορροπία ανάμεσα προσφοράς και ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Με αποτέλεσμα οι πολίτες να διαθέσουν χρήματα για ιδιωτικές δαπάνες.

Στην υγεία η ιδιωτική δαπάνη αποτελεί ένα αξιοσημείωτη εύκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Βέβαια για τα πιο ευπαθή τμήματα του πληθυσμού η αποσύνθεση

---

<sup>94</sup> Pullon, S. (2008). What is the place of general practice within primary health care in the Aotearoa New Zealand context? *New Zealand Family Physician*, 35(5).

<sup>95</sup> Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ., Η επίδραση του ασφαλιστικού μονοψωνίου στην αφορά υπηρεσιών υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2000

αυτού του μηχανισμού κατέστησε αδύνατο την πρόσβαση στην ΠΦΥ (Κυριόπουλος, 2013).<sup>96</sup> Με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν τα κοινωνικά ιατρεία και φαρμακεία και να αποτελούν μια άτυπη μορφή παροχής ΠΦΥ.

### 1.13 Ο ρόλος του νοσηλευτή:

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ομάδα υγείας της ΠΦΥ αποτελεί αναπόσπαστο και αναντικατάστατο μέλος της. Έχει καθοριστικό ρόλο ως διαχειριστής της φροντίδας και διαχειριστής περίπτωσης με διπλούς αποδέκτες: το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα και την ομάδα, την υπηρεσία και το σύστημα υγείας.

Ο ρόλος του είναι η προαγωγή υγείας και η αξιολόγηση και η παροχή φροντίδας και της ποιότητας ζωής του χρήστη. Επίσης συμμετέχει στον συντονισμό της φροντίδας και στη διασφάλιση της συνέχειας στο δίκτυο των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας καθώς και στη βελτίωση της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τον ορισμό της νοσηλευτικής τον αποδίδει το Διεθνές Συμβούλιο Νοσηλευτικής (International Council of Nurses – ICN)<sup>97</sup> για τον πολυδιάστατο ρόλο του νοσηλευτή. Η νοσηλευτική ενσωματώνει την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της αρρώστιας, τη φροντίδα των αρρώστων σε όλα τα επίπεδα φροντίδας όπως πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια, κέντρο υγείας, κοινότητα, σπίτι, χώρο εργασίας και σχολείο.

Η προαγωγή της υγείας, η φροντίδα και η πρόληψη του ασθενή είναι νοσηλευτικές αρμοδιότητες. Η έρευνα έχει αξιοσημείωτο ρόλο στο να διαμορφωθούν οι πολιτικές υγείας μαζί με την επεξεργασία των συστημάτων υγείας.

Μέριμνα του νοσηλευτή αποτελεί η προαγωγή της αυτοφροντίδας των ατόμων και η συνεργασία με άλλους κλάδους και υπηρεσίες. Η ειδικότητα της Κοινωνικής Νοσηλευτικής προετοιμάζει κατάλληλα εκπαιδευμένους νοσηλευτές όπου μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της προαγωγής της υγείας και της φροντίδας του πληθυσμού στην κοινότητα και στην ΠΦΥ.

---

<sup>96</sup> Κυριόπουλος Γ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα ως πύλη εισόδου των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία, εκδ. ΕΣΔΥ, Αθήνα 2013

<sup>97</sup> International Council of Nurses (ICN) (1988). *Nursing and Primary Health Care: A unified force*. Geneva: Author.

Η κοινοτική νοσηλευτική ορίζεται ως σύνθεση της άσκησης της νοσηλευτικής και της άσκησης της δημόσιας υγείας που έχει στο επίκεντρο της τα άτομα, τις οικογένειες και συμβάλλει στην καλή υγεία του πληθυσμού. Μπορεί να θεωρηθεί ως μια ομπρέλα που περιλαμβάνει την κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα, σχολική νοσηλευτική, νοσηλευτική της οικογένειας, νοσηλευτική επαγγελματικής υγείας, διαπολιτισμική νοσηλευτική (Ραγιά, 1996).<sup>98</sup>

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας πρεσβεύει ότι η εκπαίδευση στην κοινοτική υγεία πρέπει να προετοιμάζει τους νοσηλευτές για τον προσδιορισμό, την αξιολόγηση, τον σχεδιασμό, εφαρμογή και επανεκτίμηση του πληθυσμού σε κίνδυνο (WHO, 1985).<sup>99</sup>

Για την διεξαγόμενη μεταρρύθμιση στην ΠΦΥ η ακαδημαϊκή κοινότητα για να ανταποκριθεί στην πρόκληση της κατάλληλης προετοιμασίας του νοσηλευτικού προσωπικού η οποία είναι προϊόν διεθνών επιταγών για την αναμόρφωση των συστημάτων υγείας προήγαγε μεταπτυχιακά προγράμματα με εξειδικεύσεις όπως: Δημόσια Υγεία, Κοινοτική Νοσηλευτική, Διαπολιτισμική Νοσηλευτική, Νοσηλευτική Μαζικών Καταστροφών, η ΠΦΥ επίσης πρόσθεσε εξειδίκευση στην απόκτηση διδακτορικού διπλώματος στην κοινοτική νοσηλευτική, στη δημόσια υγεία, σχολική νοσηλευτική, στην κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα και στην ΠΦΥ γενικότερα.

Η εκπαίδευση του ειδικευμένου κοινοτικού νοσηλευτή είναι ιδιαίτερη απαιτητική στο εξωτερικό, προαπαιτείτε απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών στην Κοινοτική Νοσηλευτική ή τη Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας, επαγγελματική πρακτική στην κοινότητα συγκεκριμένων ωρών και της ευρείας γνώσης του νοσηλευτή σε επιδημιολογία, έρευνα, περιβαλλοντική υγεία και κοινοτική ανάπτυξη.

Για την κοινοτική Νοσηλευτική υπάρχουν συγκεκριμένες συστάσεις εκπαίδευσης όπως για παράδειγμα η κατ'οίκον νοσηλευτική φροντίδα, η γηριατρική φροντίδα και οικογενειακή νοσηλευτική απαιτεί κατάλληλη εκπαίδευση (WHO, 2001).<sup>100</sup> Για τις αυξημένες απαιτήσεις των συστημάτων υγείας και ανάπτυξη πολιτικών υπάρχει

---

<sup>98</sup> Ραγιά, Α. (1996). *Βασική Νοσηλευτική: θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές*. Αθήνα: εκδότης η συγγραφέας.

<sup>99</sup> World Health Organization (1985). *A guide to curriculum review for basic nursing education: orientation to primary health care and community health*. Geneva: WHO.

<sup>100</sup> World Health Organization (2001). *Community nursing for countries in transition*. Copenhagen: World Health Organization.

αναγκαιότητα για απόκτηση διδακτορικού διπλώματος για την απόκτηση ηγετικών δεξιοτήτων και για να την βελτίωση των υπηρεσιών και προβλημάτων στην ΠΦΥ.

Σε πολλές χώρες διεθνώς έχουν το δικαίωμα οι νοσηλευτές να συνταγογραφούν μετά από κατάλληλη εκπαίδευση και διακρίνονται σε νοσηλευτές που μπορούν να συνταγογραφούν ανεξάρτητα όπως οι κοινοτικοί νοσηλευτές και οι νοσηλευτές που μπορούν να συνταγογραφήσουν συμπληρωματικά εφόσον έχει προηγηθεί διάγνωση από τον ιατρό (RCN,2012).<sup>101</sup>

Στην Ελλάδα με τον νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) 1397/1983<sup>102</sup> γίνεται αναφορά στους σκοπούς των κέντρων υγείας όπου μπορούν να διορίζονται νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και μαίες ενώ μέχρι τότε αυτοί που ασχολούνταν με τα θέματα υγείας ήταν οι επισκέπτες υγείας.

Επίσης στον νόμο 3235/2004<sup>103</sup> γίνεται αναφορά στην παροχή κατ'οίκον νοσηλευτικής φροντίδας και ο σχετικά πρόσφατος νόμος του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας 4238/2014<sup>104</sup> αναφέρει τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη στελέχωση των υπηρεσιών ΠΕΔΥ. Το νομοθετικό καθεστώς που διέπει το νοσηλευτικό επάγγελμα στην Ελλάδα έχει διάσπαρτες διατάξεις, οι παραπομπές σε αποφάσεις και η απουσία εκσυγχρονισμού του για τη δημιουργία ασφάλειας δικαίου στους ασκούντες τη νοσηλευτική στα διάφορα επίπεδα περίθαλψης.

Υπάρχει αναγκαιότητα της θέσπισης της ειδικότητας της Κοινοτικής Νοσηλευτικής αρχικά για την κατάλληλη εκπαίδευση των ενδιαφερόμενων και για την ανταπόκριση τους σε απαιτήσεις της κοινότητας και για την ασφάλεια δικαίου στην άσκηση της.

Για τον κοινοτικό νοσηλευτή το όραμα είναι η προάσπιση και η φροντίδα της υγείας των ατόμων σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους μέσα από την αναγνώριση της διαφορετικότητας τους. Οι στρατηγικοί στόχοι της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι προαγωγή και προστασία του περιβάλλοντος, πρόληψη της αρρώστιας, συμμετοχή και προάσπιση της αρρώστιας, συμμετοχή στη δημόσια υγεία, σεβασμός στην διαφορετικότητα των ατόμων, καθοδήγηση και ενίσχυση των ικανοτήτων των ατόμων,

<sup>101</sup> Royal College of Nursing (RCN) (2012). *RCN Fact sheet: prescribing in the UK*. London: RCN.

<sup>102</sup> Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/τ. Α'/07-10-1983). «Εθνικό Σύστημα Υγείας».

<sup>103</sup> Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ. Α'/18-02-2004, άρθρο 8). «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

<sup>104</sup> Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ. Α'/17/02/2014). «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις».

παροχή τεκμηριωμένης φροντίδας στην κοινότητα, συνεργασία και συντονισμός με διαφορετικούς συνεργάτες, δέσμευση πόρων για την υγεία, εργασία με υψηλά επίπεδα αυτονομίας που συμβάλλει στον προσδιορισμό καθοριστικών για την υγεία παραγόντων και επηρεάζει θετικά τα άτομα και κοινότητες (Καλοκαιρινού, Α. & Σούρτζη, 2005).<sup>105</sup>

#### 1.14 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κοινότητα:

Ο νοσηλευτής ως μέλος της ΠΦΥ λειτουργεί με σεβασμό προς τις αξίες και τα ενδιαφέροντα του ασθενούς και της οικογένειάς του, κινητοποιεί και ενδυναμώνει την ενεργητική συμμετοχή τους στον σχεδιασμό του σχεδίου φροντίδας και αναγνωρίζει και σέβεται την πολιτισμική διαφορετικότητά τους.

Οι στόχοι του νοσηλευτή στην κοινότητα είναι δύο, ο υγιής πληθυσμός και ο πληθυσμός που νοσεί από τα χρόνια νοσήματα. Καθένας χρειάζεται διαφορετική φροντίδα και επομένως ο ρόλος του νοσηλευτή είναι διαφορετικός στην φροντίδα συνεπώς παροχή φροντίδας και εκπαίδευση του ασθενή και αφετέρου παροχή κλινικής φροντίδας στην κοινότητα μέσα από τις εξωνοσοκομειακές δομές φροντίδας υγείας.

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές σήμερα καλούνται να υποστηρίξουν τους ασθενείς, τις οικογένειες και τους φροντιστές τους ώστε να αυτοδιαχειρίζονται την κατάσταση υγείας τους στο περιβάλλον του σπιτιού τους. Βέβαια τέτοιες παρεμβάσεις χρειάζονται εντοπισμό και διασύνδεση με τα κατάλληλα υποστηρικτικά δίκτυα και διαμεσολάβηση στην παροχή πληροφοριών και υπηρεσιών με σκοπό να ενδυναμωθεί και να αναπτυχθεί η δεξιότητα των χρηστών (Καλοκαιρινού, Α. & Αδαμακίδου, 2014).<sup>106</sup>

Ουσιαστική τη συμβολή τους καθιστούν οι νοσηλευτές και οι κοινοτικοί νοσηλευτές στο πλαίσιο της εκπαίδευσης τους καθώς αποκτούν γνώσεις, δεξιότητες, αξίες για την σωστή ομάδα της ΠΦΥ και τη λειτουργία της. Στην κοινότητα η δύναμη της νοσηλευτικής πρακτικής έγκειται στην ολιστική προσέγγιση των ατόμων σε επίπεδο πρόληψης, προαγωγή της υγείας και αποκατάστασης.

Ακόμα ενδυναμώνει τον χρήστη στην κοινότητα και καθιστά τις παρεμβάσεις των νοσηλευτών στο ευρύτερο πλαίσιο της λειτουργίας της ομάδας με ηγετικό ρόλο και

<sup>105</sup> Καλοκαιρινού, Α. & Σουρτζή, Π. (2005). *Κοινοτική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Βήτα.

<sup>106</sup> Καλοκαιρινού, Α. & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα: Έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα: Βήτα.

βελτιώνει την ποιότητα ζωής του χρήστη και την ποιότητα αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

### 1.15 Ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας:

Ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας περιέχει το συνοπτικό ιστορικό υγείας κάθε πολίτη και όλα τα έγγραφα που περιέχουν δεδομένα, πληροφορίες σχετικά με την κλινική εξέλιξη του ασθενούς κατά τη διαδικασία της περίθαλψης και μια από τις υποχρεώσεις που έχει ο οικογενειακός γιατρός αποτελεί η κατάρτιση ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας με τον νόμο 4238/2014.<sup>107</sup>

Εκτός από τον οικογενειακό ιατρό καταρτίζεται ο φάκελος και από το ιατρικό προσωπικό της μονάδας υγείας, καθώς οι γιατροί είναι υποχρεωμένοι να ενημερώνουν τους φακέλους των ασθενών. Εκτός από τον ίδιο τον ασθενή και τον οικογενειακό γιατρό πρόσβαση στις πληροφορίες έχει και ο θεράπων επαγγελματίας υγείας κατά την επίσκεψη του ασθενή σε δημόσια ή ιδιωτική μονάδα παροχής υγείας.

Με την καθιέρωση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας θεωρείται εφικτή η αξιοποίηση ιατρικών πληροφοριών τόσο για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των πολιτών όσο και για την ακριβή αποτύπωση των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού. Θεωρείται ιδιοκτησία του πολίτη τα δεδομένα του ηλεκτρονικού φακέλου και υπόκεινται στις αρχές του απορρήτου και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων και τηρούνται υπό την ευθύνη του Υπουργείου Υγείας.

---

<sup>107</sup> Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ. Α' /17-2-2014). «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις».



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : Η πρόσφατη νομοθετική μεταρρύθμιση της ΠΦΥ

Για την ΠΦΥ εμφανίστηκαν 9 νομοθετικές πρωτοβουλίες από τις οποίες καμία δεν εφαρμόστηκε στην πράξη με το βασικότερο πρόβλημα της εκάστοτε κυβέρνησης να οριοθετήσει το ρόλο του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Πρακτικά δεν υπάρχει οικογενειακός γιατρός ούτε η λογική κατανομής των ασθενών μέσω ΠΦΥ στις υπόλοιπες δομές του συστήματος.

Στην Ελλάδα δεν έχει αναπτυχθεί η πρόληψη ούτε η ΠΦΥ και ευνοείται μόνο η δευτεροβάθμια κάλυψη. Η Ελλάδα δαπανά 25% λιγότερα χρήματα από το μέσο όρο των χωρών της ΕΕ εν τούτοις οι πολίτες ενώ το εισόδημα τους έχει μειωθεί σε αρκετά ξοδεύουν υπερδιπλάσια χρήματα για την υγεία τους σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ (WHO, 2017).

Μόλις το 2.6% των γιατρών της χώρας έχει την ειδικότητα της γενικής ιατρικής με στοιχεία του 2006 (Τούντας, 2006).<sup>108</sup> Στα 201 κέντρα υγείας οι ιατρικές θέσεις καλύπτονται 47% και το παραϊατρικό προσωπικό στο 54%.

Στα κέντρα υγείας σε αστικές περιοχές το προσωπικό κάλυψης φτάνει στο 71% ενώ σε πιο απομακρυσμένες περιοχές μόλις το 31%. Από την άλλη μεριά στον ιδιωτικό τομέα υπάρχουν 25000 ιδιωτικά ιατρεία και 400 διαγνωστικά και εργαστηριακά κέντρα.

Οι πολίτες επισκέπτονται δομές που ανήκουν ή είναι συμβεβλημένες με τα ταμεία του στο 50% , το 25% των πολιτών δομές ιδιωτικές και το 25% δομές του ΕΣΥ.

Για την ΠΦΥ στοιχεία του υπουργείου υγείας έδειξαν ότι το 12.5% επισκέπτεται αγροτικά ιατρεία, το 34.4% ιδιώτες γιατρούς και το 11.2% ιδιωτικά εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα ενώ το 41.3% συμβεβλημένες δομές των ταμείων.

Το διάστημα 2009-2015 περίπου 8000 γιατροί εγκατέλειψαν την Ελλάδα για το εξωτερικό. Εξαιτίας της έλλειψης δομών ηλεκτρονικής καταγραφής δυσκολεύουν την προσπάθεια καταγραφής και μελέτης στοιχείων όπως πραγματοποιείται στις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ (Economou, 2010).<sup>109</sup>

<sup>108</sup> Τούντας Ι., Η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού 1986-2006, εκδ. Νέα Υγεία, Αθήνα 2006

<sup>109</sup> Economou C., Health Systems In Transition: Greece, WHO 2010

Στο νομοσχέδιο του 2017 ο ορισμός του Π.Ο.Υ. στο πρώτο άρθρο για την ΠΦΥ αναφέρεται στις γενικές υπηρεσίες ΠΦΥ με αξιοσημείωτη την παράλειψη στην αναφορά για την παρακολούθηση των λοιμώξεων στον πληθυσμό.

Έτσι αναπτύσσονται αυτή τη φορά οι ορισμοί που αφορούν την ΠΦΥ και ενσωματώνουν στην ομάδα υγεία τους γενικούς ιατρούς, παιδίατρος και παθολόγους.

#### **1.16 Επαναφορά του θεσμού του οικογενειακού γιατρού:**

Το νομοσχέδιο επαναφέρει το θεσμό του οικογενειακού γιατρού χωρίς να τοποθετείται σαφές αν είναι δημόσιος ή ιδιωτικός λειτουργός. Δημιουργείται μια κατάσταση όπου θα υπάρχουν απασχολούμενοι στο δημόσιο και συμβεβλημένοι ιδιώτες αλλά χωρίς να υπάρχει οριοθέτηση της λειτουργίας των δύο τομέων.

Η αμοιβή των συμβεβλημένων θα γίνεται με τις πλέον ακριβές μεθόδους πληρωμών δηλαδή κατά κεφαλή όπου έχουν αρχίσει να εγκαταλείπονται διεθνώς υπέρ της αμοιβής ανά περιστατικό και επίσης που δεν συμπεριλαμβάνεται πουθενά στο νομοσχέδιο (Drummond,2000).<sup>110</sup>

Για πρώτη φορά θεσπίζεται η χρήση των κεντρικών διαγνωστικών εργαστηρίων χωρίς να γίνεται καταγραφή λοιμώξεων, ούτε παρακολούθηση της χρήσης φαρμάκων μέσω αντιβιογραμμάτων και δεν γίνεται ενημέρωση για την υγιεινή στους πολίτες.

Αντίθετα τα καθήκοντα των γιατρών στις δομές αναφέρονται με γενικό τρόπο, γίνεται αναφορά στην αντιμετώπιση της πολυφαρμακίας χωρίς να υπάρχει σύνδεση με τα νεοσύστατα διαγνωστικά κέντρα.

Αναφέρονται οι ηλικιωμένοι χωρίς να αποδίδεται σε εξειδικευμένους επιστήμονες υγείας. Γίνεται αναφορά στους εμβολιασμούς χωρίς να συνδέεται με βιοπαθολόγους, παιδίατρος ή διαγνωστικά κέντρα και χωρίς την πρόνοια ευάλωτων ομάδων.

Γίνεται διακήρυξη για αναβάθμιση το ρόλου των νοσηλευτών χωρίς να γίνεται διασύνδεση με τα εκπαιδευτικά προγράμματα των σχολών. Υπάρχει αναφορά συγκρότησης μαιών για μια αποκομμένη αναφορά επίσκεψης στα Κέντρα Φιλοξενίας προσφύγων όπου δεν γίνεται άλλη αναφορά στο νομοσχέδιο.

---

<sup>110</sup> Drummond M., Methods For the economic evaluation of health care programmes, 2000

Το κράτος αρνείται να αποκτήσει συμμετοχή στην υγειονομική κάλυψη των προσφυγών και μεταναστών με αποτέλεσμα η ΠΦΥ να εκχωρείται στις ΜΚΟ παρόλο που τις περισσότερες φορές καταλήγουν σε δευτεροβάθμια ή και τριτοβάθμια ιδρύματα για την περίθαλψη τους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Μελέτες για την ΠΦΥ στην Ελλάδα**

Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα παρατεθεί ερευνητικό έργο ώστε να πραγματοποιηθεί η γνώμη και η γνώση των πολιτών στην Ελλάδα για την ΠΦΥ. Στόχος των ερευνών είναι να προκύψουν συμπεράσματα γύρω από την άποψη των πολιτών.

Στην έρευνα των Mariolis et al. το 2008<sup>111</sup> εμπλέκεται με την σύγκριση των περιστατικών σε ένα κέντρο υγείας σε αγροτική περιοχή και σε κέντρα υγείας αστικού τύπου στο Βύρωνα. Το συμπέρασμα που προκύπτει από την έρευνα είναι ότι οι πολίτες επισκέπτονται το κέντρο για την εύκολη και γρήγορη πρόσβαση σε αυτή και όχι για τη φιλοσοφία της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Στην έρευνα των Lionis et al. το 2009,<sup>112</sup> εκτός από την επαλήθευση του προηγούμενου συμπεράσματος, επιβεβαιώνεται ο ισχυρισμός για ανεπάρκεια βιβλιογραφίας σε σχέση με την ΠΦΥ στην Ελλάδα. Οι μελέτες επικεντρώνονται στην ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων και μόνο ένα μικρό κομμάτι ασχολείται με το ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην ΠΦΥ. Εκτός από λίγα άρθρα που αφορούν προτάσεις ΠΦΥ δεν υφίσταται κάποια ποιοτική ή ποσοτική καταγραφή της αποδοτικότητας του συστήματος.

Στην έρευνα του Sbarouni το 2012<sup>113</sup> δίνεται έμφαση στην αντίληψη των επαγγελματιών υγείας για τα κέντρα υγείας και την ποιότητα των παροχών που προσφέρουν. Η έρευνα παραθέτει την άποψη 21 ιατρών από τα κέντρα υγείας της Ηπείρου και της Κρήτης πάνω σε ζητήματα που αφορούν τις δομές που εργάζονται. Η έρευνα καταγράφει κυρίως την ελλιπή γνώση του κόσμου για τον ρόλο των γενικών γιατρών αλλά και την έλλειψη προσωπικού και υποδομών των κέντρων υγείας.

---

<sup>111</sup> Mariolis A., Mihas C., Alevizos A., Mariolis-Sapsakos T., Marayiannis K., Papathanasiou M., Gizlis V., Karanasios D., Merkouris B., Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece, BMC Health Services Research 2008, 8:12

<sup>112</sup> Lionis C., Symvoulakis E., Markaki A., Vardavas C., Papadaki M., Daniilidou N., Souliotis K., Kyriopoulos I., Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review, International Journal of Integrated Care – Vol. 9, 30 July 2009

<sup>113</sup> Sbarouni V., Tsimitsiou Z., Symvoulakis E., Kamekis A., Petelos A., Saridaki A., Papadakis N., Lionis C., Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study, Rural Remote Health 12, 2156, 2012

Στην έρευνα των Smyrnakis et al. το 2013<sup>114</sup> αναδείχθηκε το έλλειμμα των κέντρων υγείας στην εκπαίδευση των φοιτητών και των νέων αγροτικών ιατρών σε μια ολιστική θεώρηση της ΠΦΥ, συμβάν που παρουσιάζεται στις υπηρεσίες παροχής μετέπειτα.

Μια ολοκληρωμένη καταγραφή της κατάστασης των δομών ΠΦΥ γίνεται από την πρόταση των Σουλιώτης et al. το 2013 προς το Υπουργείο Υγείας όπου καταλήγει σε μια δέσμη προτάσεων. Οι στόχοι του Π.Ο.Υ. σε συνάρτηση με τις ελλείψεις βρίσκονται στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, στην κατ'οίκον φροντίδα, στη συνέχεια θεραπείας, στη διασύνδεση με τις υπόλοιπες δομές του ΕΣΥ και στον τρόπο αποζημίωσης των ιατρικών πράξεων.

Το συμπέρασμα της έρευνας είναι πως για τις περισσότερες αλλαγές που χρειάζονται εκτός από την μέθοδο αποζημίωσης του προσωπικού, το νομικό πλαίσιο υφίσταται απλά δεν εφαρμόζεται. Η λύση δεν είναι η επανομοθέτηση μέτρων σχετικά με την ΠΦΥ αλλά η επεξεργασία ενός συγκροτημένου σχεδίου λειτουργία της.

Το πλάνο αυτό έχει στόχο στην δημιουργία αυτόνομων δομών ΠΦΥ όπου θα δίνεται αναφορά στις περιφέρειες, όπου θα γίνεται στελέχωση με οικογενειακούς γιατρούς ώστε να εκπονείται ένα σχέδιο προληπτικών μέτρων που θα απαντούν στα σύγχρονα προβλήματα του τρόπου ζωής.

Προτείνεται οι δομές να έχουν 24ωρη λειτουργία με μόνιμο προσωπικό και να συνδέονται με τις δομές του συστήματος με την ηλεκτρονική βάση δεδομένων και την ηλεκτρονική κάρτα υγείας.

Στην ανασκόπηση του Γαβρηλίδου το 2015<sup>115</sup> παρουσιάζεται σε σύγχρονη μελέτη χρηστών του ΚΥ Νιγρίτας του Νομού Σερρών η χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών από την δομή. Επιπροσθέτως η διπλωματική εργασία της Σπανού το 2015<sup>116</sup> αναδεικνύει το μέτριο βαθμό ικανοποίησης των πολιτών σε σχέση με τα τρία κέντρα υγείας της Αττικής.

---

<sup>114</sup> Smyrnakis E., Gavana M., Kondilis E., Giannakopoulos S., Panos A., Chainoglou A., Stardeli T., Kavaka N., Benos A., Primary health care and general practice attachment: establishing an undergraduate teaching network in rural Greek health centers, Rural Remote

<sup>115</sup> Γαβρηλίδου Π.Σ., Ο Βαθμός ικανοποίησης των πολιτών από την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας Νιγρίτας, Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ 201

<sup>116</sup> Σπανού Μ., Αξιολόγηση της Παροχής Υπηρεσιών Υγείας σε τρία Κέντρα Υγείας της Ανατολικής Αττικής στο πλαίσιο της Π.Φ.Υ. (Κέντρο Υγείας Νέας Μάκρης, Κέντρο Υγείας Ραφήνας - Πικερμίου, Κέντρο Υγείας Σπάτων), από την οπτική γωνία των χρηστών Υγείας, Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ 2015

Στην ανασκόπηση των Simou et al. το 2015<sup>117</sup> δίνεται έμφαση στην κατάσταση που επικρατεί στην ΠΦΥ μετά την εφαρμογή των δανειακών συμφωνιών το 2010. Τα στοιχεία της έρευνας συγκρίθηκαν με την καταγραφή της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας για τα 202 Κέντρα Υγείας.

Τα στοιχεία έδειξαν ότι σε επίπεδο δομών και προσωπικού υπάρχει μείωση μεταξύ του επιπέδου και του δυναμικού. Εξαιτίας της λανθασμένης διοίκησης και τη χρήση δομών παρατηρείται μετάπτωση στο επίπεδο των αποτελεσμάτων και συνεπειών.

Στην ανασκόπηση των Schaffer et al. το 2015<sup>118</sup> παρατηρεί την αντίδραση των πολιτών στο σύστημα ΠΦΥ στα σημεία όπου οι πολίτες κάθε χώρας θεωρούν ότι μπορούν τα πράγματα να βελτιωθούν.

Συμμετείχαν στην ανασκόπηση αυτή και πολίτες από την Ελλάδα μέσω από μια τυχαιοποιημένη επιλογή από γενικούς γιατρούς που συμμετείχαν στην έρευνα. Η ανάγκη της βελτίωσης της θεραπείας αποτυπώνεται όσον αφορά την Ελλάδα, η οποία είναι παρούσα σε ισχυρά συστήματα ΠΦΥ.

Στην έρευνα των Οικονομου et al. το 2016<sup>119</sup>, στην Δυτική και Νότια Ελλάδα γίνεται μέτρηση σε 42 κέντρα υγείας πάνω σε τυποποιημένα κριτήρια και ερωτηματολόγια της αποδοτικότητας ( η συλλογή στοιχείων έγινε για τα 16 από τα συνολικά 42 κέντρα υγείας). Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι διαφέρει η αποδοτικότητα των κέντρων υγείας με κύριο υστέρημα την λήψη προληπτικών μέτρων και τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων.

Με την ανασκόπηση σε 22 κέντρα υγείας των Sifaki-Pistolla et al. το 2017<sup>120</sup> τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η έλλειψη ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγειονομικής κάλυψης μειώνει την ποιότητα των υπηρεσιών και δυσκολεύει το έργο των επαγγελματιών υγείας. Ξεκινά από την ΠΦΥ το πρόβλημα της ασυνέχειας της

---

<sup>117</sup> Simou E., Karamagioli E., Roumeliotou A., Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers, *Prim Health Care Res Dev.* 2015 Jan;16

<sup>118</sup> Schäffer W., Boerma W., Murante A., Sixma H., Schellevis F., Groenewegen P., Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey, *Bull World Health Organ* 2015;93:161–168

<sup>119</sup> Oikonomou N., Tountas Y., Mariolis A., Souliotis K., Athanasakis K., Kyriopoulos J., Measuring the efficiency of the Greek rural primary health care using a restricted DEA model; the case of southern and western Greece, *Health Care Manag Sci.* 2016 Dec;19

<sup>120</sup> Sifaki P., Chatzea V., Markaki A., Kritikos K., Petrelou E., Lionis C., Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows, *BMC Health Serv Res.* 2017 Nov 29

παρακολούθησης και επίσης με την έλλειψη ηλεκτρονικής κάρτας ασθενούς και συστημάτων καταγραφής.

### **1.17 Πρώτη μελέτη στον ελληνικό ερευνητικό χώρο:**

Η πρώτη μελέτη στον ελληνικό ερευνητικό χώρο έγινε από τους Lionis et. Al. το 2017<sup>121</sup> όπου γίνεται διερεύνηση στο τι αξιολογούν οι πολίτες ως σημαντικό στην επαφή τους με τα κέντρα υγείας. Σε συνεργασία με 220 γενικούς ιατρούς από ισάριθμα κέντρα υγείας έγινε έρευνα σε 1964 ασθενείς με τελικά συμπεράσματα οι πολίτες να είναι ικανοποιημένοι με τους γιατρούς αλλά όχι από το δίκτυο κάλυψης.

Από τις έρευνες γίνεται καταγραφή για το τι επιθυμούν οι πολίτες από την ΠΦΥ αλλά όχι σχετικά με το τι γνωρίζουν σχετικά με το τι συνιστά η ΠΦΥ. Κυρίως οι πολίτες επικεντρώνονται σε ζητήματα παροχών, πρόληψης και δικαιωμάτων.

Από την ανασκόπηση αναδεικνύεται ότι η Ελλάδα υστερεί αρκετά στον τομέα της ΠΦΥ σε σχέση με τις υπόλοιπες ΕΕ χώρες καθώς υπάρχει και έλλειμμα στον τομέα της έρευνας. Δεν υπάρχει ικανός αριθμός μελετών για τις απόψεις των χρηστών με τις υπηρεσίες ΠΦΥ καθώς οι περισσότερες μελέτες ασχολούνται με νομοθετικά εγχειρήματα και για την οργάνωση των υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

### **1.18 Εθνική Στρατηγική Υγείας στην Ελλάδα**

Οι προτεραιότητες της δημόσιας υγείας σύμφωνα με την Εθνική Στρατηγική Υγείας 2014-2020 είναι : η πρόληψη λοιμωδών και χρόνιων μη μεταδοτικών νοσημάτων καθώς και η διαχείριση και ο περιορισμός των σχετικών με αυτά παραγόντων κινδύνου, η παρακολούθηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και ο έλεγχος των παραγόντων που το καθορίζουν, η αντιμετώπιση έκτακτων απειλών και η μείωση των εξαρτήσεων και ανισοτήτων.

Οι σχεδιαζόμενες δράσεις σε εθνικό επίπεδο περιλαμβάνουν την επιδημιολογική καταγραφή και αξιολόγηση των σημαντικότερων ασθενειών, την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού καθώς και των παραγόντων κινδύνου που την διαμορφώνουν, την βελτίωση του τρόπου ζωής των πολιτών και την συνεχή ενημέρωση για τα θέματα δημόσιας υγείας.

---

<sup>121</sup> Lionis C., Papadaki S., Tatsi C., Bertsiias A., Duijker G., Mekouris P., Boerma W. , Schäfer W., Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study), BMC Health Services Research 2017 17:255

Ωστόσο προσδοκάτε ο συντονισμός, η αναδιάρθρωση και η αξιολόγηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο. Η αξιολόγηση, καταγραφή και κάλυψη των βασικών αναγκών υγείας του πληθυσμού καθώς ο έλεγχος των μολυσματικών ασθενειών, η ορθή διαχείριση των φυσικών πόρων, της ατμοσφαιρικής ρύπανσης και των αποβλήτων.

Ακόμα η δικτύωση των κεντρικών και περιφερειακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με τις υπηρεσίες ΠΦΥ, ο συστηματικός υγειονομικός έλεγχος στις πύλες εισόδου της χώρας, τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) και επίσης η πρόληψη των εξαρτήσεων ( Υπουργείο Υγείας, 2020).<sup>122</sup>

### **1.19 Εθνικό Σχέδιο δράσης για την Δημόσια Υγεία 2019-2022**

Η Υγεία είναι από τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου και για κάθε πολίτη θα πρέπει να εξασφαλιστεί το δικαίωμα να απολαμβάνει από τα συστήματα υγείας κάθε φροντίδα είτε είναι σωματική είτε ψυχική. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσω εφαρμογής σύγχρονων πολιτικών δημόσιας υγείας με την αντιμετώπιση του σύγχρονου νοσολογικού φάσματος και των παραγόντων που το διαμορφώνουν και με την καθολική πρόσβαση όλων των πολιτών και καταπολέμηση των ανισοτήτων όπου επιδεινώνονται εξαιτίας των παγκόσμιων πολιτικών συγκυριών.

Συνεχείς προκλήσεις δημιουργούνται από το παγκοσμιοποιημένο περιβάλλον στο χώρο της δημόσιας υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) καλείτε να αντιμετωπίσει τις εξής προκλήσεις : οικονομική κρίση, κοινωνικές ανισότητες, γήρανση του πληθυσμού, χρόνια νοσήματα, μεταναστευτικές και προσφυγικές ροές και τις περιβαλλοντικές αλλαγές.

Πολιτική δέσμευση πρέπει να διεξαχθεί για να παραχθεί υψηλή ποιότητα υγείας και φροντίδας σε συνεργασία με την διατομεακή παρέμβαση. Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια έγιναν αρκετές περικοπές στον προϋπολογισμό του συστήματος υγείας και

---

<sup>122</sup> Υπουργείο Υγείας. (2019). *Εθνικό Σχέδιο δράσης για την Δημόσια Υγεία 2019-2022*. Αθήνα : Υπουργείο Υγείας. Διαθέσιμο στο <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/6237-ethniko-sxedio-drashs-gia-thn-dhmosia-ygeia> [Πρόσβαση 24-11-2020].



μειώθηκαν σημαντικά οι δαπάνες για τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, καθώς οι δείκτες φτώχειας αυξήθηκαν σημαντικά.

Οι ανάγκες του συστήματος υγείας αυξήθηκαν καθώς μεγάλο μεταναστευτικό κύμα εισχώρησε στη χώρα όπου είχαν ιδιαίτερες πολιτισμικές ανάγκες. Παρόλο τις μεγάλες προκλήσεις στην Ελλάδα, η χώρα παρέμεινε υγειονομικά ασφαλής χώρα. Τα προβλήματα έγιναν ευκαιρία να συνειδητοποιήσουν οι πολιτικές για την Δημόσια Υγεία ότι η περίθαλψη του πληθυσμού και οι αποσπασματικές δράσεις προστασίας δεν επαρκούν. Στόχος των πολιτικών υγείας είναι για την πρόληψη των ασθενειών, τη βέλτιστη ποιότητα ζωής και την μακροζωία να συσπειρώσει όλες τις δράσεις.

Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης του συστήματος Υγείας και σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έχει αναλάβει έργο κομβικής σημασίας όπου αφορά την εκσυγχρονισμό των δομών καθώς και των πολιτικών Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας.

Το πρόγραμμα μεταρρύθμισης πρόκειται να βελτιώσει την υγεία του ελληνικού πληθυσμού και με τρόπο διαρκή να καλύψει τις ανάγκες και με ιδιαίτερη έμφαση στις ευάλωτες ομάδες. Προτεραιότητα αποτελεί για το σύστημα υγείας ώστε να είναι υψηλής ποιότητας να διασφαλιστεί ο ανθρωποκεντρικός χαρακτήρας.

Ως αναπόσπαστο ανθρώπινο κοινωνικό δικαίωμα αναγνωρίζεται η προαγωγή της Υγείας και είναι ζήτημα συνολικού σχεδιασμού δημοσίων πολιτικών και της διεπιστημονικής προσέγγισης των προβλημάτων υγείας των ανθρώπων.

Για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα πρέπει να διεξαχθούν αλλαγές σχετικά με την αγωγή υγείας, την εκπαίδευση της πρόληψης, την φροντίδα και να τροποποιηθεί ο προσδιορισμός της ασθένειας σε κοινωνικό επίπεδο.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εναρμονίζει το όραμα για την ‘‘Υγεία’’ 2020 μαζί με τους στόχους της ‘‘Βιώσιμης Ανάπτυξης το 2030’’ του ΟΗΕ.<sup>123</sup> Οι παγκόσμιοι

---

<sup>123</sup> Ηνωμένα Έθνη, (2015) Στόχοι βιώσιμης Ανάπτυξης <https://unric.org/el/17-%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%87%CE%BF%CE%B9-%CE%B2%CE%B9%CF%89%CF%83%CE%B9%CE%BC%CE%B7%CF%83-%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%80%CF%84%CF%85%CE%BE%CE%B7%CF%83/>  
[Πρόσβαση 01-12-2020].

ηγέτες ενέκριναν 17 στόχους για να μας οδηγήσουν σε ένα κόσμο δικαιότερο, ειρηνικό, με αλληλεγγύη και υγιή πλανήτη. Θεωρώντας την ευημερία των νέων ως την μεγαλύτερη επένδυση.

Το Υπουργείο Υγείας αποτυπώνει πενταετές Πρόγραμμα Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων και 100 σημεία Δράσης για την καθολική κάλυψη. Υιοθετώντας τους βασικότερους στρατηγικούς στόχους του ΠΟΥ ώστε να προσφέρει τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων, να βελτιώσει την υγεία όλων και να γίνει υπέρτατη ανάγκη η διακυβέρνηση ώστε να ενισχυθούν οι υπηρεσίες της δημόσιας υγείας.

Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας (ΓΓΔΥ) δημιούργησε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία (ΕΣΔΔΥ). Για την επίτευξη των βασικών στρατηγικών στόχων το ΕΣΔ-ΔΥ υιοθετεί τις ίδιες προτεραιότητες του ΠΟΥ όπου αναφέρθηκαν προηγουμένως. Στο Σχέδιο Δράσης του Ευρωπαϊκού Γραφείου του ΠΟΥ αναγνωρίζεται η αναγκαιότητα της ενίσχυσης των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας όπως η μεταρρύθμιση της ΠΦΥ και η σύνδεση της με τη Δημόσια Υγεία.

Το μεταναστευτικό κύμα καθώς και η εξασφάλιση της υγείας τους, η διαχείριση των παραγόντων κινδύνου που επηρεάζουν το νοσολογικό φάσμα, οι πόροι και η εκπαίδευση των επαγγελματιών Δημόσιας Υγείας. Για να γίνουν όλες αυτές οι στρατηγικές προϋποθέτει αλλαγή νοοτροπίας και αντίληψης σχετικά με την λογική της Δημόσιας Υγείας και ένα πλαίσιο που θα συνιστά κοινές στρατηγικές και ορθές πρακτικές.

Το ΕΣΔΥ-ΔΥ έχει στόχο την προαγωγή της υγείας και την προστασία των πολιτών για αυτό και εφαρμόστηκε μετά από διεξοδική ανάλυση της επιστημονικής έρευνας. Μετά από την συμβολή διακεκριμένων επιστημόνων αναπτύχθηκε από πολλούς φορείς. Από τις σημαντικότερες συμβολές ήταν το Μάρτιο του 2017 η διημερίδα που διοργανώθηκε από τη Γενική Γραμματεία ΔΥ-Υπουργείο Υγείας και το Ευρωπαϊκό Γραφείο του ΠΟΥ.

Κύριο πυλώνα στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία αποτελεί το ΕΣΔΥ-ΔΥ και ενσωματώνει επιμέρους δραστηριότητες εθνικών επιτροπών. Αποβλέπει στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και ποιότητας ζωής του πληθυσμού καθώς και στην αντιμετώπιση νοσολογικών καταστάσεων. Οι στόχοι που θέτονται είναι μακροπρόθεσμοι, καθορίζει όλους τους φορείς και την διοίκηση που έχουν αρμοδιότητες σε σχέση με την πολυτομεακή υλοποίηση τους.

## 1.20 Κύριοι Άξονες :

Οι κύριοι άξονες που αναπτύσσει το ΕΣΔΥ-ΔΥ είναι 7, τα σημαντικότερα κριτήρια επιλογής είναι οι οικονομικές δυνατότητες, η νοσοεπιβάρυνση, οι πόροι του συστήματος υγείας και οι επείγουσες καταστάσεις που δημιουργούνται από τις διεθνείς οικονομίες. Οι άξονες δράσης διαπερνούν τη διαχείριση παραγόντων κινδύνου με μια σύγχρονη αντίληψη για τη δημόσια υγεία και την ενίσχυση των επαγγελματιών Δημόσιας Υγείας. Προτεραιότητα είναι να αναδειχθεί η εφαρμογή αποτελεσματικών και βιώσιμων πολιτικών.

## 1.21 Πρώτος άξονας

Οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας συνδέονται με τις μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιούνται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και υλοποιούνται στις υπηρεσίες για την εξωνοσοκομειακή φροντίδα.

Οι νέες μονάδες (TOMY) Τοπικές Μονάδες Υγείας<sup>124</sup> αποτελούν το νέο στοιχείο αναβάθμισης του συστήματος υγείας. Οι μονάδες αποσκοπούν στην πρόληψη και προαγωγή όλων των πολιτών και εξασφαλίζουν την ισότιμη πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες ΠΦΥ.

Οι πολίτες που ανήκουν στον πληθυσμό ευθύνης της TOMY εγγράφονται στη σχετική λίστα και οι μονάδες έχουν ευθύνη για τη διασφάλιση προσβασιμότητας, παροχή φροντίδας και ανθρωποκεντρική φροντίδα. Οι μονάδες TOMY δίνουν βαρύτητα στην αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων και υπηρεσίες που άπτονται της δημόσιας υγείας όπως εμβολιασμοί και κατ'οίκον φροντίδα.

Πυλώνα του ενιαίου συστήματος υγείας που έχει δικαίωμα κάθε άνθρωπος αποτελούν οι πολιτικές δημόσιας υγείας και μαζί με ένα ολοκληρωμένο σύστημα ΠΦΥ υψηλών προδιαγραφών νοσοκομειακής περίθαλψης. Βασική προϋπόθεση για να επιβιώσει το δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο νοσοκομειακό σύστημα υγείας είναι η αναβάθμιση και η επέκταση της Δημόσιας Υγείας και της ΠΦΥ.

Κοινός στόχος της Δημόσιας Υγείας και της ΠΦΥ είναι η προστασία και η προαγωγή της υγείας των πολιτών. Στο πληροφοριακό σύστημα της ΠΦΥ ενσωματώνονται οι

---

<sup>124</sup> Τοπικές μονάδες υγείας (TOMY), 2018 <https://government.gov.gr/topikes-monades-igias-igia-gia-olous/>[Πρόσβαση 13-11-2020].

λειτουργίες του ηλεκτρονικού φακέλου, ο οικογενειακός γιατρός (η εγγραφή), το σύστημα παραπομπών, το μητρώο επαγγελματιών υγείας του ΠΦΥ, δράσεις εμβολιασμού και προσυμπτωματικού ελέγχου και ενημέρωσης των πολιτών. Επιπροσθέτως στην πλατφόρμα της ΗΔΙΚΑ<sup>125</sup> ο πολίτης μπορεί να ενημερωθεί για τις εξετάσεις και τα φάρμακα που του έχουν χορηγηθεί, καθώς μπορεί να κλείσει και ηλεκτρονικό ραντεβού στις υπηρεσίες ΠΦΥ.

## **1.22 Δεύτερος άξονας**

Η πλειοψηφία των θανάτων στις χώρες της Ευρώπης και στην Ελλάδα αποδίδεται στα ΜΜΝ. Το 77% του νοσολογικού φορτίου οφείλεται σε καρδιαγγειακές παθήσεις, στον καρκίνο, σε ΧΑΠ και σε διαβήτη, με πρόωρους θανάτους ευθύνονται με 85%. Οι παράγοντες κινδύνου είναι έλλειψη εκπαίδευσης της ισορροπημένης διατροφής, το κάπνισμα, η ανεπάρκεια άσκησης.

Πρέπει να ενσωματωθούν ολοκληρωμένα προγράμματα πρόληψης από τις πολιτικές δημόσιας υγείας ώστε να αποκρουστούν τα νοσήματα που υπάγονται στα χρόνια και να ελεγχθούν οι παράγοντες κινδύνου. Καθώς πρέπει να συνυπολογίζονται οι πραγματικές ανάγκες των πολιτών και με σεβασμό στα δικαιώματα των χρηστών να εφαρμόζονται τα προγράμματα.

Οι στρατηγικές που προτείνονται είναι παρεμβάσεις στην δημόσια υγεία όσον αφορά τις δραστηριότητες προαγωγής της υγείας, όπως παχυσαρκία, κάπνισμα, προαγωγή της σωματικής δραστηριότητας στους νέους. Απαραίτητο μέτρο η εκπαίδευση των μαθητών για τις συνέπειες του καπνίσματος μέσω διαλέξεων καθώς μπορούν να περαστούν μηνύματα και να βοηθήσουν την κοινή γνώμη.

Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) παρουσιάζει ερευνητικά δεδομένα όπου δείχνουν μείωση 14% στους καπνιστές μεταξύ 2009 και 2014. Στις νεότερες ηλικίες (16-24 ετών) παρουσιάζεται μείωση κατά 33.3% στη χρήση καπνού σε αντίθεση με τις μεγαλύτερες ηλικίες 25-54 που το ποσοστό παραμένει υψηλό 36,7%. Η Ελλάδα έχει το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ στο ποσοστό των ατόμων που καπνίζουν καθημερινά.

---

<sup>125</sup> ΗΔΙΚΑ, Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης, 2012 <http://www.idika.gr//>  
[Πρόσβαση 13-11-2020].

Παρόλο που ο νόμος έχει θεσπιστεί στην Ελλάδα από την 1<sup>η</sup> Ιουλίου 2009 (Νόμος 3730/2008(ΦΕΚ262/23-12-2008/ΤΑ')<sup>126</sup> και οι διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών είναι υπεύθυνες για την εφαρμογή του να απαγορεύεται σε όλους τους δημόσιους χώρους δεν τηρείται. Στη συμμόρφωση όλων των επιχειρήσεων με ελέγχους θα πρέπει να πραγματοποιούν οι Επόπτες Δημόσιας Υγείας και να εμπεριέχονται στις αρμοδιότητες τους για να συμμορφώσουν.

Οι επόπτες Δημόσιας Υγείας για να διεκπεραιώσουν τους ελέγχους πιο άμεσα προτείνεται να αποκτήσουν μια ηλεκτρονική συσκευή όπου όλα τα στοιχεία που ορίζει η νομοθεσία θα είναι διαθέσιμα σε λίστα. Με αυτό τον τρόπο θα μπορέσουν να επιβληθούν κυρώσεις στις επιχειρήσεις όσον αφορά τον έλεγχο καπνίσματος.

Είναι απαραίτητη η εκπαίδευση των Εποπτών Δημόσιας Υγείας από τις Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας με σκοπό να υπάρξει εξοικείωση με το νέο σύστημα. Η συνεργασία με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης κρίνεται απαραίτητη ώστε να αυξηθεί η εφαρμογή του νόμου περί απαγόρευσης του καπνίσματος. Η Ελλάδα σύμφωνα με την οδηγία της ΕΕ χρησιμοποιεί εικονογραφικές προειδοποιήσεις στα προϊόντα καπνού, βέβαια χρειάζεται αξιολόγηση για την αποτελεσματικότητα αυτής της μεθόδου.

Οι καπνιστές θα πρέπει να έχουν προσβασιμότητα σε υπηρεσίες διακοπής καπνίσματος, που να βασίζονται σε επιστημονικά τεκμήρια και η παροχή να είναι οικονομικά αποδοτικότερη. Η διαθεσιμότητα των Ιατρείων διακοπής καπνίσματος πρέπει να ισχυροποιηθεί και να ενισχυθεί σε περισσότερα άτομα που επιθυμούν να διακόψουν το κάπνισμα.

Όσον αφορά το κάπνισμα ένα ακόμα ζήτημα είναι τα ηλεκτρονικά τσιγάρα καθώς η ασφάλεια τους δεν έχει αποδειχθεί. Βάση θα πρέπει να αποτελέσει η απόφαση για τον έλεγχο του καπνού του ΠΟΥ καθώς και για τα προϊόντα καπνού σύμφωνα με την οδηγία της ΕΕ.

Ο τρόπος ζωής των πολιτών συνδέεται άμεσα με το κάπνισμα και είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για διάφορα μη μεταδοτικά νοσήματα. Με την

---

<sup>126</sup> Νόμος 3730/2008 (ΦΕΚ 262/Α/23-12-2008) «Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις».

χρήση διεπιστημονικών προσεγγίσεων που εμπλέκονται κρατικές αρχές μπορεί να μειωθεί το κάπνισμα.

Αν τα προϊόντα καπνού γίνουν λιγότερα προσιτά στους νέους θα μπορούσε να επιτευχθεί μείωση του ποσοστού καπνίσματος. Καθώς επίσης και με την αυξημένη φορολογία καπνού, βέβαια αυτό το μέτρο χρειάζεται την συνεργασία πολλών υπουργείων και οργανισμών.

Οι Διευθύνσεις Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας των Περιφερειακών Ενοτήτων μαζί με το Λιμενικό και την Δημοτική Αστυνομία θα πρέπει να δημιουργήσουν ένα δίκτυο ελέγχου υγιεινής και χρήσεως των προϊόντων καπνού ώστε να αυξηθεί η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας. Μια μορφή επιβράβευσης θα μπορούσε να χορηγηθεί στις επιχειρήσεις που συμμορφώνονται στους κανονισμούς υγείας με μορφή προνομίων ή εκπτώσεων στην καταβολή δημοτικών φορών.

Σε αντίθεση με τις επιχειρήσεις που δεν συμμορφώνονται με τους κανόνες πρέπει να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες από την νομοθεσία. Οι επιχειρήσεις αυτές θα πρέπει να γίνονται γνωστές στο κοινό. Καθώς για να επιτευχθεί η δημόσια στήριξη θα πρέπει να γίνει μέρος της επιχειρησιακής προσέγγισης συνεργασία με τα ΜΜΕ και να απαγορευτεί το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους.

Οι δράσεις που θα μπορούσαν να επιτευχθούν είναι να απαγορευτούν οι διαφημίσεις από τα προϊόντα καπνού, να αυξηθεί ο φόρος για την αγορά καπνού και να ελεγχθούν οι τιμές των τσιγάρων ώστε να μπορέσει να γίνει αύξηση του ποσοστού συμμορφώσεως των πολιτών.

Μια ακόμα δράση είναι η μείωση της παχυσαρκίας, καθώς τα στοιχεία δείχνουν ότι η Ελλάδα βρίσκεται σε υψηλή θέση σε σύγκριση με το μέσο όρο της ΕΕ (17%) και οι μαθητές ηλικίας 15 ετών είναι υπέρβαροι στο 25%. Τα ποσοστά αυτά κατατάσσουν στην δεύτερη θέση την Ελλάδα εντός της ΕΕ. Στρατηγικές που προτείνονται είναι εκπαίδευση στα παιδιά της σχολικής ηλικίας σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες.

<<Ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού>> είναι το πρόγραμμα που υλοποιήθηκε υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας την περίοδο 2007-2013<sup>127</sup> με χρηματοδότηση από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο καθώς και εθνικούς πόρους. Από τις 3 ενότητες αποτελούνται οι Εθνικοί Διατροφικοί Οδηγοί που έχουν ανταποκριθεί από το Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Είναι κυρίως οδηγίες για την διατροφή των παιδιών, τους ηλικιωμένους και το ευρύ πληθυσμό. Προτείνονται στρατηγικές για υγιεινή διατροφή, κανόνες σήμανσης τροφίμων και κατευθυντήριες οδηγίες για παρασκευή τροφίμων.

Οι δραστηριότητες προαγωγής της υγείας και η εκπαίδευση εμπεριέχουν ομιλίες σε σχέση με την διατροφή δωρεάν διανομή φρούτων στο σχολείο, συνταγές και γευσιγνωσία, απαγόρευση πώλησης ανθρακούχων ποτών, διαγωνισμούς καλύτερης υγιεινής συνταγής. Τα τρόφιμα διαχέονται στα σχολεία διαμέσου της συμμετοχής τους στο δίκτυο των σχολείων για την Υγεία στην Ευρώπη, το πρώτο είναι από το ίδρυμα Σταύρος Νιάρχος και από το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης.

Επίσης μια ακόμα δράση είναι η παρακολούθηση επιπέδων άσκησης και αθλητικών δραστηριοτήτων των μαθητών και των αθλητών. Τα οφέλη της άσκησης έχουν χαρακτηριστεί να είναι από τους παράγοντες της προαγωγής της υγείας και της ευεξίας στα παιδιά και στους ενήλικες καθώς έχει αποδειχθεί σε πολλούς πληθυσμούς η μείωση της παχυσαρκίας, των καρδιαγγειακών νοσημάτων, διαβήτη και μεταβολικού συνδρόμου μέσω της άσκησης.

Για να διεξαχθεί η προαγωγή της υγείας στοχεύοντας στην σωματική άσκηση πρέπει να περιλαμβάνουν δραστηριότητες οι στρατηγικές δημόσιας υγείας. Σημαντικό εξίσου είναι να αναφερθεί η εφαρμογή σωματικής άσκησης με την κατάλληλη ιατρική εξέταση και επίβλεψη φυσικής κατάστασης των παιδιών. Εννέα εθελοντικοί στόχοι για την αντιμετώπιση των MMN έχει αναπτύξει ο ΠΟΥ με μια σειρά από οδηγίες σωματικών δραστηριοτήτων.

---

<sup>127</sup>Ειδική Υπηρεσία Εφαρμογής (EYE) [http://www.eye-ekt.gr/\(S\(151fcwjrkazfdz55o3ncunn3\)\)/EYE/StaticPage.aspx?pagenb=51928](http://www.eye-ekt.gr/(S(151fcwjrkazfdz55o3ncunn3))/EYE/StaticPage.aspx?pagenb=51928)[Πρόσβαση 13-11-2020].

Ένα διεθνές δίκτυο είναι η Παγκόσμια Συμμαχία για Δραστήρια και Υγιή Παιδιά<sup>128</sup> και ο ρόλος της είναι να κατευθύνει τα παιδιά ως προς την προαγωγή των σωματικών δραστηριοτήτων και να εφαρμοστεί να μητρώο που θα είναι παγκόσμιο με αποστολή δελτίων αναφοράς για 38 χώρες από όλο τον κόσμο όπου αντιπροσωπεύει το 60% του παγκόσμιου πληθυσμού.

Συλλέγονται τα δεδομένα 9 κοινών δεικτών με αυτή την μέθοδο και είναι οι εξής: το σύνολο των σωματικών δραστηριοτήτων, συμμετοχές στα οργανωμένα αθλητικά ενεργητικά παιχνίδια, η καθιστική ζωή, το δίκτυο σε κοινωνικό και οικογενειακό επίπεδο, ο περίγυρος στο σχολείο, οι εγκαταστάσεις αθλητικού περιεχομένου και οι επενδύσεις στην άσκηση από τις κυβερνήσεις. Δημιουργείται ένα πλαίσιο αξιολόγησης με την συλλογή όλων των δεδομένων που επιτρέπει τη σύγκριση των αποτελεσμάτων από όλες τις χώρες, για την Ελλάδα αυτή η εφαρμογή συνιστά σημαντική δράση προαγωγής της υγείας.

Η δημιουργία της Εθνικής Αρχής<sup>129</sup> ιδρύθηκε με το στόχο την αλλαγή προτύπων και αντιλήψεων για τη δημόσια ηθική και ακεραιότητα. Αποστολή της είναι ο σχεδιασμός και η υλοποίηση ενός πλαισίου συνεκτικών πολιτικών για τον εντοπισμό και καταστολή της διαφθοράς. Αφορά το δημόσιο ήθος, τις κοινωνικές αξίες και την ποιότητα της δημοκρατίας.

Ο πυρήνας των αρμοδιοτήτων βασίζεται στην ανάγκη αποκατάστασης της εμπιστοσύνης των πολιτών στους θεσμούς. Είναι ύψιστης σημασίας για τη δημόσια υγεία και ελέγχει τα παιδιά πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης στο αθλητικό τους επίπεδο. Στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας εντάσσεται η Εθνική Αρχή, όπου θα παρακολουθεί την κατανάλωση στα προϊόντα βελτίωσης αθλητικών επιδόσεων χωρίς άδεια και έλεγχος για ντόπικ στους αθλητές που δεν είναι επαγγελματίες.

---

<sup>128</sup> WWF, Παγκόσμια Συμμαχία για Δραστήρια και Υγιή Παιδιά <https://food.wwf.gr/about> [Πρόσβαση 13-11-2020].

<sup>129</sup> Εθνική Αρχή Διαφάνειας, 2019 <https://aead.gr/> [Πρόσβαση 13-12-2020].



Το Υπουργείο Υγείας πρέπει να εντάξει την Εθνική Αρχή και την ένταξη της Ελλάδας και η υποβολή φακέλου ως μέλους του Δικτύου της Παγκόσμιας Συμμαχίας για Δραστήρια και Υγιή παιδιά είναι πρωταρχικός στόχος. Εάν ενταχθεί η Ελλάδα σε αυτό το δίκτυο θα ενισχύσει τις αντίστοιχες αρχές να στηρίζουν και να συμμετέχουν σε οργανωμένες δραστηριότητες για παιδιά και ενήλικες. Η πιλοτική αυτή δράση είναι προγραμματισμένη για το σχολικό έτος 2019-2020.

Στρατηγικές όπως η χορήγηση <<κάρτα υγείας αθλητή>><sup>130</sup> σε παιδιά και ενήλικες είναι άμεσος στόχος όπου θα ασκούν αθλητική δραστηριότητα μέσω του σχολείου ή σε αναγνωρισμένο σύλλογο. Υπάρχει πρόταση για την εφαρμογή της <<κάρτας υγείας αθλητή>> να γίνει αρχικά στις περιοχές του Πειραιά και της Θεσσαλονίκης καθώς έχουν μεγαλύτερη αναλογία αθλητικών συλλόγων. Πολύτιμα δεδομένα θα παρέχει αυτή η πιλοτική εφαρμογή σε παιδιά και σε ενήλικες.

Συλλογή δεδομένων για τους εξής δείκτες θα πραγματοποιήσει το πρόγραμμα όπως : ανάλογα την ηλικία θα κατατάσσει τις δραστηριότητες σε επίπεδο και είδος, και θα υπάρχουν συμμετοχές για οργανωμένες αθλητικές δραστηριότητες, καθώς θα αξιολογείται και η φυσική κατάσταση των νέων.

Ακόμα το BMI σώματος, η διαθεσιμότητα αθλητικών εγκαταστάσεων κοντά στην περιοχή κατοικίας και ενθαρρυντικοί παράγοντες για σωματικές δραστηριότητες. Ακόμα υπάρχει η πρόταση για τον έλεγχο υγείας των παιδιών από ιατρούς σε σχέση με την καταλληλότητα της συμμετοχής τους σε αθλητικές δραστηριότητες. Στόχος είναι η δημιουργία έκδοσης ιατρικών πιστοποιητικών όπου απαιτούνται από το Υπουργείο Παιδείας για να μπορούν οι μαθητές να συμμετέχουν σε σχολικές δραστηριότητες.

Υπάρχει πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος για σχεδιασμό, δημιουργία, υλοποίηση και αξιολόγηση των πιλοτικών προγραμμάτων από ακαδημαϊκά και ερευνητικά ιδρύματα και επαγγελματικούς φορείς. Με το να συλλέξουν τα δεδομένα δεικτών για σωματική άσκηση και τις αθλητικές δραστηριότητες ώστε να υλοποιηθεί πρόγραμμα κατάρτισης.

---

<sup>130</sup> Κάρτα υγείας Αθλητή <http://www.pok.gr/wp-content/uploads/2018/10/%CE%91%CF%80%CF%8C%CF%86%CE%B1%CF%83%CE%B7-%CE%B3%CE%B9%CE%B1-%CE%9A%CE%AC%CF%81%CF%84%CE%B1-%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82-%CE%91%CE%B8%CE%BB%CE%B7%CF%84%CE%AE.pdf>

Όσον αφορά τον τομέα της επαγγελματικής υγείας τα δεδομένα από την ΕΛΣΤΑΤ, τον Ε.Φ.Κ.Α<sup>131</sup> και το Σώμα Επιθεώρησης Εργασίας την περίοδο 2011-2014 παρουσιάζουν μείωση των εργατικών ατυχημάτων όπου το ίδιο παρατηρείται και στην υπόλοιπη Ευρώπη.

Βέβαια όσον αφορά την καταγραφή των επαγγελματιών ασθενειών το σύστημα είναι ανεπαρκές με την αξιολόγηση όπως και με την διάγνωση και καταγραφή για τις επαγγελματικές ασθένειες και στο πλαίσιο των ασφαλιστικών παροχών, αυτό οδηγεί σε μειωμένες αναφορές.

Είναι ιδιαίτερα συχνό σε πολλά κράτη-μέλη το πρόβλημα της υποαναφοράς και της υποδιάγνωσης των επαγγελματικών ασθενειών και υφίσταται σε ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο. Ανάλυση των παραγόντων σε σχέση με τα κενά μπορούν να οδηγήσουν σε υποαναφορά καθώς θα πρέπει να περιλαμβάνει η συστηματική προσέγγιση σύστημα για την καταγραφή, ορισμό των επαγγελματικών ασθενειών, επιτήρηση υγείας, μηχανισμούς αποζημίωσης, διαδικασίες αναγνώρισης, αλλαγές στις διαδικασίες, θέσεις εργασίας και εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας.

Το Κέντρο Διάγνωσης και Ιατρικής της Εργασίας λειτουργεί ως εσωτερική υπηρεσία για την πρόληψη των επαγγελματικών προβλημάτων υγείας και για την πρόληψη επαγγελματικών κινδύνων. Σκοπός του Κέντρου Διάγνωσης είναι οι άδειες της Εσωτερικής Υπηρεσίας Επαγγελματικών Κινδύνων για την Υγεία και την Πρόληψη και τον πλήρη έλεγχο ιατρικών εξετάσεων σε επίπεδο καταλληλότητας εργασίας με ένα σύστημα παρακολούθησης επαγγελματικών ασθενειών.

Στον δημόσιο τομέα όσοι εργάζονται από τους επαγγελματίες υγείας είναι οι ομάδες στόχοι, για την καταγραφή των παραγόντων κινδύνου απαιτείται ολοκληρωμένη προσέγγιση καθώς οι συγκεκριμένες ομάδες εργαζομένων εκτίθενται σε διάφορους τύπους κινδύνους. Ακριβώς για αυτό η ανάγκη αξιολόγησης και διαχείρισης επαγγελματικού κινδύνου με κατάλληλες διαδικασίες είναι απαραίτητη. Μέρος της στρατηγικής διαχείρισης κινδύνου εξετάζονται οι αναμειξίες των λοιμωδών νοσημάτων σε σχέση με το πριν και το μετά.

---

<sup>131</sup> Ηλεκτρονικός Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) <https://www.efka.gov.gr/el/genika-gia-ton-e-ephka> [Πρόσβαση 13-12-2020].

Για να επικεντρωθεί στα διάφορα επαγγέλματα και στις ιδιαίτερες ανάγκες τους θα πρέπει να ενταχθούν στρατηγικές για την επαγγελματική υγεία πολύ ανώτεροι από κάθε άλλη φορά. Όταν δεν υπάρχουν άλλοι πόροι, οι ΤΟΜΟΙ<sup>132</sup> θα προσφέρουν εναλλακτική λύση μέσω της επαγγελματικής πλατφόρμας δημόσιας υγείας.

Το εθνικό σχέδιο δράσης για να προστατέψει τους εργαζόμενους θα προσαρμοστεί συμπληρωματικά και η υλοποίηση της κατευθυντήριας αρχής και το έγγραφο μπορεί να είναι το ψήφισμα 60.26 στη Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας για τους εργαζόμενους.

Η Διυπουργική Επιτροπή θα συντονίζει ενεργά αυτό το έργο και θα αποτελείται από το Υπουργείο Υγείας το Υπουργείο Εσωτερικών και Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (WHO,2007).

Για να εφαρμοστεί το ειδικό εκπαιδευτικό πρόγραμμα για τους γιατρούς εργασίας και για τους τεχνικούς υγιεινής θα πρέπει να καταγραφούν τα ατυχήματα στους φορείς του δημοσίου. Μέσω των Διοικήσεων των Υγειονομικών Περιφερειών σε συνεργασία με το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θα υλοποιηθεί αυτή η πρόταση. Με αυτό τον τρόπο να επωφεληθούν όλοι οι εργαζόμενοι στην υγεία και εκπαίδευση και θα μπορέσει να προωθηθεί και στους άλλους τομείς εργασίας.

Μια ακόμα δράση είναι η μείωση των τροχαίων ατυχημάτων, καθώς στην Ελλάδα μειώθηκε το ποσοστό από το 2009 (1% όλων των θανάτων το 2014) παρόλα αυτά ιδιαίτερα στις νέους τα ποσοστά παραμένουν υψηλά επιβαρύνοντας την κοινωνία με μεγάλο φορτίο αναπηρίας.

Μέχρι το 2020 έχει αναπτυχθεί ένα Εθνικό Πρόγραμμα Οδικής Ασφάλειας<sup>133</sup> για την μείωση των θανατηφόρων ατυχημάτων καθώς έχει ενσωματώσει τον ευρωπαϊκό στόχο.

---

<sup>132</sup> Η Το.Μ.Υ. (Τοπική Μονάδα Υγείας) είναι η βάση του συστήματος υγείας και το πρώτο σημείο επαφής στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Στελεχώνεται από ομάδα υγείας (Τ.ΟΜ.Υ.) της οποίας έργο της είναι η παροχή δωρεάν, καθολικής και ποιοτικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον εγγεγραμμένο πληθυσμό, καθώς και οι δράσεις πρόληψης και αγωγής υγείας στην κοινότητα.

<sup>133</sup> ΤΕΧΝΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΕΛΛΑΔΑΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

[http://portal.tee.gr/portal/page/portal/SCIENTIFIC\\_WORK/poa/actions/diavoul/%C5%C8%CD%C9%](http://portal.tee.gr/portal/page/portal/SCIENTIFIC_WORK/poa/actions/diavoul/%C5%C8%CD%C9%)

Στα καθήκοντα της Επιτροπής Οδικής Ασφάλειας θα πρέπει να αντιπροσωπεύεται και το Υπουργείο Εσωτερικών, το Υπουργείο Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων, το Υπουργείο Υγείας και η Ελληνική Αστυνομία όπου θα πρέπει να γίνεται ενδελεχής έλεγχος του νομικού πλαισίου, των χορηγήσεων αδειών, η ασφαλής οδήγηση, προστασία των πεζών, κυκλοφοριακή συμπεριφορά και οικολογική οδήγηση. Καθώς στενή παρακολούθηση χρειάζεται ο έλεγχος για την υπερβολική ταχύτητα και την οδήγηση υπό την επήρεια οινοπνεύματος.

Ακόμα μια δράση είναι η προώθηση της περιβαλλοντικής προστασίας και η συγκέντρωση βαρέων μετάλλων, καθώς το 1/5 της ετήσιας θνησιμότητας παγκοσμίως, το ¼ ετήσιας παιδικής θνησιμότητας και το ¼ της ετήσιας νοσηρότητας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οδηγό Υγείας οφείλεται σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στόχος βιωσιμότητας του ΟΗΕ για το 2030 είναι ο έλεγχος των δυσμενών συνθηκών περιβάλλοντος. Το Σεπτέμβριο του 2017 στον Σαρωνικό κόλπο Αττικής πραγματοποιήθηκε ατύχημα στη θάλασσα με αποτέλεσμα να διοχετευθεί πετρελαιοκηλίδα στα θαλάσσια ύδατα έτσι αποδείχθηκε πόσο σημαντικό είναι να γίνεται παρακολούθηση της περιβαλλοντικής υγιεινής και η διαχείριση των περιβαλλοντικών επιπτώσεων.

Εξαιτίας της ρύπανσης του περιβάλλοντος 1,4 εκατομμύρια Ευρωπαίοι σύμφωνα με τον ΠΟΥ πεθαίνουν πρόωρα. Στο 15% του συνόλου των θανάτων στην Ευρώπη ανέρχεται από την επιβάρυνση της περιβαλλοντικής υγείας και από την ατμοσφαιρική ρύπανση το 50% των πρόωρων θανάτων.

Στρατηγικές που προτείνονται είναι διαμέσου πρόληψης και σχεδιασμού η παρακολούθηση των δυσμενών περιβαλλοντικών επιπτώσεων, να ελέγχεται η συγκέντρωση από τα βαρέα μέταλλα στο νερό, στο έδαφος και στον αέρα. Επίσης η επεξεργασία λυμάτων να εναρμονιστεί με τις οδηγίες της ΕΕ. για την επεξεργασία των αστικών λυμάτων. Συστήνεται παρατηρητήριο στην Δυτική Αττική για να παρακολουθείτε η περιβαλλοντική υγιεινή και να εκτιμάται ο κίνδυνος.

---

[CA%CF%20%D3%D7%C5%C4%C9%CF%20%CF%C4%C9%CA%C7%D3%20%C1%D3%D6%C1%CB%C5%C9%C1%D3.pdf](#) [Πρόσβαση 13-12-2020].

Οι δράσεις πρωτογενούς πρόληψης εστιάζουν στους νέους και στα παιδιά, δύο δράσεις που πραγματοποιήθηκαν είναι το εκσυγχρονισμένο Βιβλιάριο Υγείας παιδιού καθώς τέθηκε υπό το νομικό πλαίσιο για την ανάπτυξη και προώθηση του Μητρικού Θηλασμού. Προγράμματα αγωγής υγείας στο σχολικό περιβάλλον τέθηκαν σε ανάπτυξη και προγράμματα για την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων ατόμων αναπτύχθηκαν όπως το πρόγραμμα ‘‘Ηπιόνη’’<sup>134</sup>.

Απευθύνεται σε άτομα ηλικίας 55 ετών και άνω ώστε να ενημερωθούν και να ευαισθητοποιούν πέραν τα ηλικιωμένα άτομα για να επιτευχθεί η έγκαιρη ανίχνευση και διάγνωση περιστατικών, συνηθειών και συμπεριφορών καθώς και η ενίσχυση του ρόλου της διαχείρισης των χρονίων παθήσεων και αυτοφροντίδας. Επίσης διαμέσου του σχεδιασμού και της ανάπτυξης στρατηγικών για την επαγγελματική εμπειρία δίνεται προτεραιότητα στον ενεργό πληθυσμό.

Το Εθνικό Πρόγραμμα Προσυμπτωματικού Ελέγχου σε επίπεδο δευτερογενούς πρόληψης υλοποιεί την συνεργασία του συνόλου με τους εμπλεκόμενους φορείς και την Κοινωνία των πολιτών. Για την παρακολούθηση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων σχεδιάζεται το μητρώο επιτήρησης νοσημάτων από Ιατρικές Εταιρείες και για τα ζητήματα Νεοπλασιών δημιουργείται ένα νέο Εθνικός Οργανισμός Νεοπλασιών.

Πραγματοποιείται ψυχιατρική μεταρρύθμιση και αναπτύσσονται νέες στρατηγικές με ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα. Με στόχους την προστασία του πληθυσμού υψηλού κινδύνου, αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου και δημόσιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

### **1.23 Άξονας τρίτος**

Στις έρευνες που έχουν γίνει σε ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, φαίνεται ότι δεν υπάρχει ισότητα των ανθρώπων στην ασθένεια και στον θάνατο. Οι

---

<sup>134</sup> Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Πρόγραμμα πρόληψης Ηπιόνη <https://www.gerontology.gr/%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CE%BC%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%85%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%B5%CF%82/%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%B3%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%B1-%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%BB%CE%B7%CF%88%CE%B7%CF%82-%CE%B7%CF%80%CE%B9%CF%8C%CE%BD%CE%B7/> [Πρόσβαση 13-12-2020].

σημαντικότεροι παράγοντες ανισοτήτων είναι η εκπαίδευση, το εισόδημα, η εργασιακή και κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Σήμερα περισσότερο από ποτέ ο κίνδυνος για επιδείνωση των ανισοτήτων είναι μεγαλύτερος από ποτέ εξαιτίας της τρέχουσας οικονομικής κρίσης.

Οι ανισότητες προσδιορίζονται από το επίπεδο υγείας αλλά και την προσβασιμότητα των πολιτών στις υπηρεσίες. Οι διαθέσιμοι πόροι θα πρέπει να μοιράζονται δίκαια στον πληθυσμό από τα συστήματα υγείας. Με τον νόμο Ν.4368 (άρθρο 33)<sup>135</sup> εξασφαλίζετε η προστασία των ανασφάλιστων και παρέχει ολική προσβασιμότητα στις δημόσιες υπηρεσίες φροντίδας. Η καθολική κάλυψη είναι ζήτημα ζωτικών αναγκών υγείας χωρίς κανέναν αποκλεισμό.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στα κριτήρια του για την ποιότητα έχει την προσβασιμότητα και στην έγκριση της φροντίδας που προσκομίζεται στις ομάδες πληθυσμού ώστε να καθορίζεται η ισότητα στις μονάδες υγείας ως ίση ανάγκη και να παρέχει ισότιμη προσβασιμότητα στις μονάδες φροντίδας για όλο τον πληθυσμό. Στόχος του <<Υγεία 2020>> είναι η Ελλάδα να προσφέρει ποιοτική φροντίδα σε όλους.

Οι ανισότητες για να αφανιστούν θα πρέπει να γίνει εντοπισμός, αξιολόγηση και μέτρηση . Με τη χρησιμοποίηση δεικτών μπορεί να γίνει η αξιολόγηση, βέβαια καθώς οι ανισότητες δεν είναι στατικές για να ακολουθήσουμε τους δείκτες θα πρέπει να προσαρμοστούν στις επικρατούσες συνθήκες και οι παρακολούθηση των δεικτών θα πρέπει να τηρεί το περιφερειακό επίπεδο επειδή ανάμεσα στις γεωγραφικές περιοχές διαφοροποιούνται οι ανισότητες.

Η ίδρυση ενός παρατηρητηρίου κρίνεται απαραίτητο καθώς θα βελτιώσει την υγεία των πολιτών με σκοπό να διασφαλίσει προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και οικουμενική κάλυψη. Το παρατηρητήριο θα πρέπει να διασφαλίσει πληροφορίες, δεδομένα με την πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας ώστε να εφαρμοστούν οι πολιτικές υγείας για να κατευνάσουν τις ανισότητες στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας.

---

<sup>135</sup> Νόμος 4368/2016 (ΦΕΚ Α21/21-2-2016) «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις»

Τα οικονομικά της Δημόσιας Υγείας είναι εξίσου σημαντικό σημείο για τις δαπάνες και τους πόρους που διατέθηκαν στην πρόληψη και την φροντίδα για την υγεία όλων. Το σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) αναλαμβάνει τις δράσεις που υπάγονται στην δημόσια υγεία. Στο 1,2% αυξήθηκαν οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα σε σύγκριση με το 2,7% των δαπανών του ευρωπαϊκού μέσου όρου.

Καθώς οι δαπάνες για την Ελλάδα δεν είναι ρεαλιστικές επειδή δεν εμπεριέχονται στην ΣΛΥ οι υπηρεσίες για την πρόληψη και την δημόσια υγεία. Οι συγκεκριμένες δαπάνες σχετίζονται με την πρόληψη και τις δράσεις της δημόσιας υγείας στα σχολεία και με την επαγγελματική φροντίδα της υγείας.

Στρατηγική προτεινόμενη είναι μεθοδολογικός στρατηγικός για να υπολογιστούν οι δαπάνες σε σχέση με την πρόληψη και την δημόσια υγεία.

Για να υλοποιηθεί γίνεται σύσταση των επαγγελματιών υγείας για να δημιουργήσουν έναν οδηγό ώστε να υπολογίσουν τις δαπάνες.

Να γίνει νομοθέτηση του μεθοδολογικού οδηγού για να υπολογιστούν οι δαπάνες της πρόληψης και της δημόσιας υγείας ώστε να συμμορφωθούν όλες οι δομές που διαχειρίζονται τις δαπάνες για την πρόληψη της υγείας. Να γίνει κοινοποίηση του οδηγού στις δομές που διαχειρίζονται δαπάνες καθώς και στην Ελληνική Στατιστική Αρχή με επιδίωξη την προληπτική φροντίδα δημόσιας υγείας.

Τα καθήκοντα της ομάδας εργασίας είναι να καταγράψουν τις δράσεις της πρόληψης και της δημόσιας υγείας με την καθοδήγηση του ΣΛΥ και να αξιολογούνται οι τρέχων δράσεις και να δημιουργηθούν κωδικοί δαπανών για τις δράσεις της πρόληψης.

#### **1.24 Τέταρτος Άξονας**

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναγνωρίσει την Μικροβιακή Αντοχή (ΜΑ) ως την μεγαλύτερη πρόκληση στην σύγχρονη ιατρική.

Καθώς διαχέεται από την τροφική αλυσίδα στους ανθρώπους και στα ζώα και στο περιβάλλον παγκοσμίως. Η περίοδος που διανύουμε είναι Παν-Αντοχής και το τέλος των αντιβιοτικών. Η αλόγιστη χρήση των αντιβιοτικών έχει αυξήσει την ανθεκτικότητα των μικροοργανισμών καθώς η πρόληψη για τις λοιμώξεις έχει άμεση σχέση με την ασφάλεια των πολιτών σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

Στη διεθνή κοινότητα το σημαντικότερο πρόβλημα είναι η διασπορά από τους μικροοργανισμούς Gram καθώς σε ποσοστό είναι ανθεκτικά στα περισσότερα αντιβιοτικά που αποτελούν νοσοκομειακές λοιμώξεις. Αυτά είναι *Acinetobacter baumannii*, η *Klebsiella pneumoniae* και η *Pseudomonas aeruginosa*.

Η Ελλάδα υπάγεται στις ευρωπαϊκές χώρες με υψηλό επίπεδο πολυαντοχής και αντιμετωπίζει διασπορά στα νοσοκομεία στα ανθεκτικά GRAM αρνητικών παθογόνων. Το 2010 τον Νοέμβριο το ΚΕΕΛΠΝΟ υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας υλοποίησε ένα σχέδιο δράσης για τα ελληνικά νοσοκομεία με στόχο να αξιολογηθούν οι επιπτώσεις των λοιμώξεων από τα αρνητικά παθογόνα Gram, καθώς και να γίνει παρακολούθηση της εφαρμογής των μέτρων λοιμώξεων για τον περιορισμό της ενδονοσομειακής μετάδοσης.

Το εθνικό σύστημα επιτήρησης συγκέντρωσε τα στοιχεία από το σχέδιο δράσης και τις εκθέσεις του EARS-NET<sup>136</sup> ([www.mednet.gr/whonet](http://www.mednet.gr/whonet)) έτσι η πολιτική ηγεσία οδηγήθηκε στην αναγνώριση του προβλήματος και προχώρησε σε νομοθεσία για ελεγχθεί η ΜΑ καθώς και για την πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων στα νοσοκομεία τον Φεβρουάριο του 2014 (ΦΕΚ 388/18-2-2014).

Οι κατευθυντήριες οδηγίες βασίζονται στη νέα νομοθεσία του ΕΟΔΥ (πρώην ΚΕΕΛΠΝΟ) και στόχος είναι η ευαισθητοποίηση των εργαζομένων στα νοσοκομεία για την ορθή χρήση αντιβιοτικών και ο αγώνας του διοικητικού στη μάχη για τις νοσοκομειακές λοιμώξεις.

Βασικός στόχος κάθε εθνικής στρατηγικής είναι η πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων και ο έλεγχος της Μικροβιακής Αντοχής στο νοσοκομειακό περιβάλλον και ο περιορισμός κατανάλωσης των αντιβιοτικών στην κοινότητα. Το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Επιτήρησης Κατανάλωσης Αντιβιοτικών ( Δίκτυο ESAC) σύμφωνα με την έκθεση το 2016 στην Ελλάδα η κατανάλωση αντιβιοτικών για συστηματική χρήση ήταν 36,3 DDD ανά 1000 κατοίκους ανά ημέρα ενώ στην Ευρώπη ο μέσος όρος κατανάλωσης σταθμισμένος βάσει πληθυσμού σε ΕΕ/ΕΟΧ ήταν 21,9 DDD<sup>137</sup> ανά 1000 κατοίκους ανά ημέρα.

---

<sup>136</sup> European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)  
<https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/partnerships-and-networks/disease-and-laboratory-networks/ears-net> [Πρόσβαση 13-12-2020].

<sup>137</sup> Η Ημερήσια Καθορισμένη Δόση (Daily Defined Dose - DDD) ανά 100 ασθενείς-ημέρες. Η DDD για κάθε φάρμακο εκφράζει τη μέση ημερήσια δόση συντήρησης σε γραμμάρια που χορηγείται, βάσει



Το σύνολο των αντιβιοτικών που καταναλώνονται συστηματικά συγκριτικά με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο ήταν διαφορετική. Η Ελλάδα στη χρήση των αντιβιοτικών κατακτά την πρώτη θέση και ιδιαίτερα στα αντιβιοτικά όπως οι καρβαπενέμες και οι πολυμυξίνες.

Οι πιο σημαντικές στρατηγικές για να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις σχετικά με την Μικροβιακή Αντοχή και των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων είναι: Δημιουργία Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής με μετρήσιμους στόχους και χρονικό πλαίσιο υλοποίησης στα πλαίσια της προσέγγισης <<Ενιαίας Υγείας>>. Επιτήρηση και κατανάλωση της ορθής χρήσης αντιβιοτικών μαζί με την υποστήριξη από τα νοσοκομεία να υλοποιήσουν πρόληψη των λοιμώξεων και να βελτιωθεί η συνταγογράφηση και η αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών.

Σύμφωνα με την προσέγγιση της <<Ενιαίας Υγείας>> η προτεινόμενη στρατηγική είναι να δημιουργηθεί ένα διυπουργικό συντονιστικό όργανο διαμόρφωσης και υλοποίησης Εθνικού Σχεδίου Δράσης (ΕΣΔ) με μετρήσιμους στόχους.

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για να αντιμετωπιστεί η απειλή της ΜΑ καθώς αναγνωρίζει ότι η κτηνιατρική και το περιβάλλον συμβάλλουν στην επιδημιολογία και αιτούνται να διαμορφωθεί η ΕΣΔ από το διεθνές σύνολο σε ένα προσεγγίσιμο πλαίσιο της <<Ενιαία Υγεία>>. Είναι απαραίτητο να συντονιστούν αρκετοί τομείς, όπως ανθρώπινης ιατρικής, κτηνιατρικής και της γεωργίας, περιβάλλοντος, οικονομίας και να γίνει ενημέρωση των πολιτών και της κοινωνίας.

Για την καταπολέμηση της μικροβιακής αντοχής, ο μηχανισμός διακυβέρνησης για τον συντονισμό των εθνικών προσπαθειών θα πρέπει να περιλάβει εθνική διατομεακή ομάδα συντονισμού. Με στόχο να εφαρμοστεί η εθνική στρατηγική καθώς και να υλοποιηθεί και να αναπτυχθεί και ώστε να αντιμετωπιστεί η μικροβιακή αντοχή.<sup>138</sup>

Η Εθνική Διυπουργική Επιτροπή έχει συγκροτηθεί για την Ενιαία Υγεία στην Ελλάδα και περιλαμβάνει εκπροσώπους από όλους τους τομείς. Για την αντιμετώπιση της

---

επίσημων ενδείξεων του φαρμάκου, σε ένα ενήλικα ασθενή σωματικού βάρους 70 κιλών. Η Ημερήσια Καθορισμένη Δόση φαρμάκου δεν εκφράζει πάντα την ενδεικνυόμενη δόση ή την ημερήσια δόση που συνταγογραφείται στην καθ' ημέρα κλινική πρακτική. Επιπλέον η DDD είναι ανεξάρτητη από την προσαρμογή της δοσολογίας στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών καθώς και σε άλλες φαρμακολογικές παραμέτρους.

<sup>138</sup> Η Μικροβιακή Αντοχή είναι η μη θανάτωση των μικροοργανισμών από τα αντιβιοτικά. Είναι ένα φαινόμενο που εκφράζεται τόσο σε κλινικό (in vivo) όσο και σε εργαστηριακό επίπεδο (in vitro).

Μικροβιακής Αντοχής<sup>139</sup>, η διυπουργική επιτροπή έχει προχωρήσει στην εκπόνηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης (ΕΣΔ) στο πλαίσιο της Ενιαίας Υγείας.

Βασικοί στόχοι για την Μικροβιακή αντοχή από το Εθνικό Σχέδιο Δράσης είναι να βελτιωθεί η επιτήρηση των λοιμώξεων της μικροβιακής αντοχής και η χρήση αντιβιοτικών με τη χρήση σύγχρονων εργαλείων. Κοινές βάσεις θα πρέπει να αναπτυχθούν για να επιτευχθεί επικοινωνία ανάμεσα στο ανθρώπινο, το ζωικό βασίλειο και το περιβάλλον.

Καθοριστικός παράγοντας πρόληψης των λοιμώξεων η ασφάλεια ασθενών και υγεία των ζώων. Για την χρήση των αντιβιοτικών σε όλους τους τομείς και βελτίωση της συνταγογράφησης. Εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και ενημέρωση των πολιτών στα σχετικά αντικείμενα. Ανάπτυξη επικοινωνίας σε επίπεδο εθνικό και διεθνές και ανάπτυξη της έρευνας σε όλα τα επίπεδα για να βελτιωθούν οι πρακτικές που μπορούν να εφαρμοστούν στη χώρα μας.

Για την ενίσχυση στρατηγικής για την Ενιαία Υγεία υλοποιήθηκαν δράσεις όπως: Καθορίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας εθνικό σημείο επαφής για την Μικροβιακή Αντοχή για να συντονιστούν οι δραστηριότητες σχετικά με την Μικροβιακή Αντοχή στην χώρα μας.

Το Υπουργείο Υγείας Εθνικής Επιτροπής Αντιβιοτικών (ΕΕΑ) συστήνει το Αντιβιόγραμμα - European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST)<sup>140</sup> όπου συμμετέχουν ιατροί και κτηνίατροι. Το Σεπτέμβριο του 2017 ιδρύεται η Ελληνική Επιστημονική Εταιρεία για την Ενιαία Υγεία ως φόρουμ συζήτησης για επιστήμονες. Μελέτες εκτίμησης κινδύνου για την διασπορά της μικροβιακής αντοχής από το περιβάλλον (λύματα). Για την αποτελεσματική εφαρμογή της πρόληψης των λοιμώξεων συμμετέχει η χώρα σε ευρωπαϊκές δράσεις για τις νοσοκομειακές λοιμώξεις (EU JAMRAI).<sup>141</sup>

---

<sup>139</sup> Η ανθεκτικότητα των μικροβίων στα αντιβιοτικά θεωρείται ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα της δημόσιας υγείας. Οι αριθμοί των ανθεκτικών βακτηρίων που είναι ανθεκτικά στα αντιβιοτικά έχει αυξηθεί την τελευταία δεκαετία. Πολλές βακτηριακές λοιμώξεις έχουν γίνει ανθεκτικές στις θεραπείες των πιο συχνών συνταγογραφούμενων αντιβιοτικών.

<sup>140</sup> European Committee on antimicrobial susceptibility testing (EUCAST) <https://www.eucast.org/>  
[Πρόσβαση 13-12-2020].

<sup>141</sup> Joint Action Antimicrobial Resistance and Healthcare- Associated infections <https://eu-jamrai.eu/>  
[Πρόσβαση 13-12-2020].

Μια ακόμα στρατηγική είναι να αναβαθμιστούν τα συστήματα πληροφορικής σε όλα τα επίπεδα υγείας. Για την εξαγωγή δεικτών η χρήση δεδομένων που συλλέγεται στα νοσοκομεία και το πληροφοριακό σύστημα το εργαστηρίου δείχνουν τα ποσοστά μικροβιακής αντοχής καθώς και πόσο καταναλώνονται. Για να επιτηρηθούν οι δείκτες θα γίνει ενίσχυση του έργου των θεσμικών οργάνων για την μικροβιακής αντοχής καθώς και της κατανάλωσης των αντιβιοτικών παρέχοντας πιο αξιόπιστα δεδομένα.

Τα συστήματα πληροφορικής χρειάζονται να ευθυγραμμιστούν και να τεθούν κάτω από το πρίσμα του ΥΥ και να συντονίσουν την πρωτοβουλία για ανάπτυξη και λειτουργείας του e-health. Ακόμα μια δράση είναι να επιταχυνθεί η διοικητική διαδικασία με νομοθεσία για να εγκριθούν τα προγράμματα ΠΕΛ όσον αφορά την πρόληψη και να γίνει ενίσχυση των νοσοκομείων κατά την εφαρμογή του.

Εσωτερικούς Κανονισμούς Ελέγχου έχουν καταθέσει τα νοσοκομεία προς έγκριση στις αρμόδιες ΥΠΕ, για να αρχίσει αξιολόγηση των Σχεδίων Δράσης θα πρέπει να ολοκληρωθεί η διαδικασία σε ετήσια βάση. Από το 2015 ο ΕΟΔΥ παρακολουθεί υποχρεωτικούς δείκτες επιτήρησης σε συνεργασία με τα νοσοκομεία. Σε πολλά νοσοκομεία οι Ομάδες Επιτήρησης Κατανάλωσης και Ορθής Χρήσης Αντιβιοτικών (ΟΕΚΟΧΑ)<sup>142</sup> έχει ενισχυθεί από την Επιτροπή Ελέγχου λοιμώξεων (ΕΕΛ) καθώς προσπαθούν να εφαρμόσουν Προγράμματα Ορθής Διαχείρισης Αντιβιοτικών.

Η ΕΕΛ έχει στόχους την πρόληψη και τον έλεγχο των λοιμώξεων στα νοσοκομεία, στους χώρους υγείας και την κοινότητα. Την προαγωγή των υπηρεσιών υγείας με πρωτοβουλίες για την ανάπτυξη προγραμμάτων και πολιτικής υγείας στον τομέα ελέγχου λοιμώξεων. Επίσης την προαγωγή της ποιότητας ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και τη μείωση των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων. Εκπαίδευση και εξειδίκευση στον έλεγχο λοιμώξεων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού των νοσοκομείων της Ελλάδας.

Για να γίνει αποτελεσματική η εθνική στρατηγική πρέπει να υλοποιηθούν οι παρακάτω δράσεις: Με ανεξάρτητο προϋπολογισμό να δημιουργηθεί τμήμα ελέγχου λοιμώξεων (ΤΕΛ) και να αναβαθμιστεί της θέσης νοσηλεύτριας/νοσηλευτή από Υπεύθυνου

---

<sup>142</sup> Άμεση συγκρότηση και έναρξη λειτουργίας της ΟΕΚΟΧΑ σε κάθε νοσοκομείο βάσει του ΦΕΚ τ. 388 Β'/2014 (άρθρο 8) στο οποίο αναλύονται το έργο, οι αρμοδιότητες και ο ιδιαίτερος θεσμικός ρόλος της ομάδας αυτής.

Λοιμώξεων σε Διευθυντή/Διευθύντρια Τμήματος. Να ενισχυθεί ο ρόλος της Επιτροπής Ελέγχου Λοιμώξεων (ΕΕΛ) με την παροχή διοικητικής υποστήριξης για να καταφέρουν να ανταποκριθούν στις ευθύνες και τον ρόλο τους.

Με την αναβάθμιση των ΕΕΛ σε ανεξάρτητα νοσοκομειακά τμήματα μπορεί να επιτευχθεί καθώς και με την αποκλειστική απασχόληση των επαγγελματιών υγείας στα ελληνικά νοσοκομεία με προοπτικής εξέλιξης σε προϊστάμενους και διευθυντές τμήματος. Ακόμα στην υλοποίηση των Προγραμμάτων Ελέγχου Λοιμώξεων θα συμβάλει η επένδυση σε εξειδικευμένο προσωπικό με την διασφάλιση της διαχρονικής αποτελεσματικότητά τους.

Για να αξιολογηθούν τα νοσοκομεία και οι διοικήσεις τους έγινε η χρήση δεικτών υποχρεωτική και αυτό αποτέλεσε κριτήριο ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας και για να δημοσιοποιηθούν οι δείκτες.

Για να περιοριστεί η μικροβιακή αντοχή αυξήθηκε η κινητοποίηση από τους επαγγελματίες υγείας και οι διοικήσεις δεσμεύτηκαν για στρατηγικές στοχευμένες στην καταπολέμηση της ΜΑ. Με βάση τους δείκτες επιτήρησης η αξιολόγηση των νοσοκομείων είναι μια δράση που προβλέπεται από το νομοθετικό πλαίσιο και αποτελεί συστηματική διαδικασία με την εμπλοκή του ΕΟΔΥ, ΥΠΕ και ΥΥ. Στοχεύει η δράση αυτή να κινητοποιήσει τις Διοικήσεις για την ενίσχυση του τομέα πρόληψης των λοιμώξεων και να γίνει κατάρτιση Σχεδίων Δράσης με συγκεκριμένη στοχοθεσία ανά νοσοκομείο.

Για την παρακολούθηση των ανθεκτικών παθογόνων προτάθηκε να δημιουργηθεί μια βάση δεδομένων από τους ασθενείς φορείς. Καθώς τα ελληνικά νοσοκομεία αντιμετωπίζουν επιβάρυνση από πάσχοντες ασθενείς χρειάζονται νοσηλείες όπου αυξάνεται ο κίνδυνος λοιμώξεων ή αποικισμού με Gram αρνητικά παθογόνα ανθεκτικά στις καρβαπενέμες και αυξάνεται η διασπορά τους.

Η πιο αποτελεσματική στρατηγική της διασποράς τους είναι η ανίχνευση ασθενών υψηλού κινδύνου για αποικισμό και η ταχεία εφαρμογή των απαραίτητων μέτρων. Για να γίνει αυτή η πρακτική εφαρμόσιμη θα πρέπει να δημιουργηθεί μια κοινή ηλεκτρονική βάση δεδομένων ασθενών Gram αρνητικών παθογόνων ανθεκτικών στις

καρβαπενέμες<sup>143</sup> όπου θα έχουν πρόσβαση μέλη των ΕΝΛ εξουσιοδοτημένα. Σε όλο το εύρος των υπηρεσιών φροντίδα υγείας θα μπορούσε να αναπτυχθεί αυτή η βάση δεδομένων.

Στρατηγική επίσης προτεινόμενη είναι η σύσταση και η λειτουργία των Ομάδων Επιτήρησης της Κατανάλωσης και Ορθής Χρήσης των Αντιβιοτικών (ΟΕΚΟΧΑ) και προσδιορισμός του πλαισίου εργασίας τους. Ομάδες Επιτήρησης της Κατανάλωσης και Ορθής Χρήσης των Αντιβιοτικών (ΟΕΚΟΧΑ) έχουν ήδη δημιουργηθεί στα ελληνικά νοσοκομεία βέβαια θα πρέπει να τεθεί καθηκοντολόγιο, να δοθούν πόροι και να στηριχτούν από την διοίκηση.

Η ΟΕΚΟΧΑ θα πρέπει να εμπεριέχει στην επιτήρηση τις εξής ειδικότητες: λοιμωξιολόγο, φαρμακοποιό και μικροβιολόγο. Η εφαρμογή στοχεύει να βελτιωθεί η συνταγογράφηση των αντιβιοτικών και να περιοριστεί η χρήση των αντιμικροβιακών. Πολύτιμο εργαλείο για την ΟΕΚΟΧΑ είναι η χρήσης ηλεκτρονικής συνταγογράφησης για να αξιολογηθεί με ποσοτικό και ποιοτικό τρόπο κατανάλωσης σε σχέση με τις επιλογές φαρμάκων, δόσεων και χορηγήσεων.

Στρατηγική για υποχρεωτική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας, προ-και μεταπτυχιακό για να ελεγχθούν οι λοιμώξεις καθώς και η σωστή χρήση των αντιβιοτικών. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας είναι υψίστης σημασίας για να εξασφαλιστεί η επάρκεια και να συμμορφωθούν οι επαγγελματίες υγείας. Για να διασφαλιστεί η αποτελεσματικότητα της δράσης αυτής χρειάζεται κατάρτιση και εφαρμογή πιστοποιημένων εκπαιδευτικών προγραμμάτων με την εμπλοκή όλων των σχετικών φορέων. Στα προγράμματα σπουδών των σχολών Ιατρικής, Φαρμακευτικής και Νοσηλευτικής θα πρέπει να ενσωματωθεί εκπαίδευση για την πρόληψη των ασθενειών και στην σωστή χρήση των αντιβιοτικών.

Επιβάλλεται προαγωγή της κατανάλωσης των αντιβιοτικών καθώς είναι ένα σύνθετο φαινόμενο και η απεριόριστη χρήση των αντιβιοτικών χωρίς να συστήνεται από ιατρό. Έλλειψη ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας και πολιτών και πίεση από τους ασθενείς για συνταγογράφηση όπως και η αυτοθεραπεία από τους πολίτες είναι αιτίες για την αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών.

---

<sup>143</sup> Δραστικές έναντι gram (+) και gram (-) / αεροβίων και αναεροβίων .Μικρότερα των κεφαλοσπορινών μόρια  $\text{AE}$  ταχεία διείσδυση μέσω της μεμβράνης των Gram (-).Ταχέως βακτηριοκτόνα / time-dependent dependent killing

Το νομοθετικό πλαίσιο στην χώρα μας όπως και στις υπόλοιπες χώρες εξουσιοδοτεί την χρήση αντιβιοτικών μόνο με συνταγογράφηση από τον ιατρό. (Νόμος 4675/2020).<sup>144</sup> Βέβαια δεδομένα από το Ευρωβαρόμετρο για το 2013 και το 2016 και παρόλο το νομοθετικό πλαίσιο έδειξαν ότι το 16% και το 20% από τους χρήστες των αντιβιοτικών ανέφεραν τη χρήση αντιβιοτικών τον τελευταίο χρόνο χωρίς να είναι συνταγογραφημένη από ιατρό.

Έχοντας πρώτη πηγή το φαρμακείο και δεύτερη τα αντιβιοτικά που είχαν στο σπίτι από προηγούμενες χρήσεις καθώς οι λόγοι που τα χρησιμοποίησαν ήταν για πονόλαιμο και συμπτώματα γρίπης.

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος για να προωθηθεί να μην γίνεται υπερκατανάλωση των αντιβιοτικών φαρμάκων είναι απαραίτητη η παρέμβαση από την κοινότητα και όλο τον πληθυσμό. Για να εξαλειφθεί η αλόγιστη χρήση αντιβιοτικών κρίνεται απαραίτητο να μην χορηγούνται αντιβιοτικά στους πολίτες χωρίς να έχει δοθεί συνταγογράφηση από ιατρό και να δηλώνονται οι πωλήσεις ετησίως από τα φαρμακεία. Η ανάγκη για εφαρμογή της ισχύουσας νομοθεσίας στη χώρα από το Ευρωβαρόμετρο καταδεικνύουν απαραίτητο να εξασφαλίσουμε την χρήση αντιβιοτικών με συνταγογράφηση από τον θεράπων.

Κρίσιμη σημασία στο να εφαρμοστεί ο νόμος είναι η στάση των φαρμακοποιών στα νέα δεδομένα και να γίνει κατανοητό από τους πολίτες ότι η ασφάλεια τους είναι πάνω από όλα. Ο αυστηρός έλεγχος είναι απαραίτητο μέτρο για να μην πωλούνται τα αντιβιοτικά χωρίς ιατρική συνταγή. Όπως και οι ηλεκτρονικές καταγραφές για να αξιολογηθούν οι πωλήσεις των αντιβιοτικών ετήσια στα φαρμακεία.

Παρακολούθηση της συνταγογράφησης αντιβιοτικών χρησιμοποιώντας το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Στην Ελλάδα από το 2010 χρησιμοποιείται το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης<sup>145</sup> τόσο για τις πρακτικές συνταγογράφησης όσο και για την κατανάλωση αντιβιοτικών.

---

<sup>144</sup> Νόμος 4675/2020 (ΦΕΚ 54/Α/11-3-2020) « Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις»

<sup>145</sup> Νόμος 3892/2010 (ΦΕΚ 189/Α/4-11-2010) « Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων»

Η παρακολούθηση του συστήματος κρίνεται απαραίτητη ώστε τα αναλυθούν τα δεδομένα και προτείνεται οι φαρμακοποιοί να έχουν πρόσβαση σε καταγραφή ηλεκτρονική βάση δεδομένων για να γίνεται έλεγχος των εκτελούμενων συνταγών.

Προώθηση της εφαρμογής αμέσων διαγνωστικών δοκιμασιών στην κλινική πρακτική στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Όπως η εξέταση για αντιγόνο στρεπτόκοκκο (Strep test) είναι μια γρήγορη φθηνή δοκιμασία και η εφαρμογή αυτής της εξέτασης σε ενήλικές και παιδιά οδήγησε σε 35-45% και 62-65% μείωση κόστους από την αποφυγή της ακατάλληλης χρήσης των αντιβιοτικών.

Με στόχο την ευαισθητοποίηση του κοινού δημιουργούνται καμπάνιες ενημέρωσης για την ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών.

Η χορήγηση των αντιβιοτικών πρέπει να γίνεται με συνταγογράφηση από τον θεράπων ιατρό και αυτό θα πρέπει να γίνει αποδεκτό από όλους τους επαγγελματίες υγείας και από τους πολίτες. Ο ΕΟΔΥ<sup>146</sup> θα οργανώνει εκστρατείες εκπαίδευσης<sup>147</sup> και ευαισθητοποίησης σε εθνικό επίπεδο για την ορθολογική χρήση των αντιβιοτικών.

Η σωστή χρήση αντιβιοτικών έχει υλοποιηθεί και στην εκπαίδευση με στόχο την εξάλειψη των λοιμώξεων με κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΣΔΥ και με σκοπό να γίνει η εφαρμογή της σε όλα τα σχολεία της χώρας.

Ο ΕΟΔΥ και η Ελληνική Εταιρεία Χημειοθεραπείας υλοποιούν προγράμματα εκπαίδευσης για ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας σε εθνικό επίπεδο. Βασικοί στόχοι για τον έλεγχο κατανάλωσης αντιβιοτικών στην κοινότητα είναι να ενισχυθεί η εκπαίδευση των γιατρών και να διαδοθούν οι κατευθυντήριες οδηγίες στην πλατφόρμα του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης.

Σημαντικό ρόλο έχουν και οι φαρμακοποιοί εκτός από την ευθύνη της επιβολής του νόμου αλλά και στην εκπαίδευση των ασθενών για την ορθή χρήση των αντιβιοτικών.

Μηχανισμοί αξιολόγησης πρέπει να ανατροφοδοτηθούν των δεδομένων επιτήρησης

---

<sup>146</sup> Ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ) είναι Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ), που ιδρύθηκε με το Ν. 4633/2019 και υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας. Ο ΕΟΔΥ είναι καθολικός διάδοχος του προϋφιστάμενου Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, το οποίο καταργήθηκε από τον Ν.4600/9.3.2019 .

<sup>147</sup> Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης στην Επιδημιολογία Πεδίου (European Programme for Intervention Epidemiology Training-EPIET) και το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης στη Μικροβιολογία Δημόσιας Υγείας (European Public Health Microbiology Training Programme-EURHEM).

για τους φαρμακοποιούς και γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η τροφοδότηση από τον ΕΟΠΠΥ με δεδομένα σε συστηματική βάση κρίνεται απαραίτητη με σκοπό την ανάλυση τους. Μια νέα ευκαιρία να δοκιμαστούν μοντέλα ανταλλαγής και παρακολούθησης παρέχεται από το νέο δίκτυο ΠΦΥ/TOMY με σκοπό την παρακολούθηση πληροφοριών προς τους επαγγελματίες υγείας.

### **1.25 Πέμπτος Άξονας**

Το Υπουργείο Υγείας και οι συστάσεις της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών προσδιορίζουν το Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (ΕΠΕ). Σε όσους διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα τα εμβόλια του ΕΠΕ παρέχονται δωρεάν καθώς συμπεριλαμβάνονται και οι μετανάστες. Δωρεάν εμβολιασμοί παρέχονται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και στον ιδιωτικό τομέα. Καθώς τα ποσοστά εμβολιασμού στους πολίτες είναι υψηλά και εμπεριέχονται στο ΕΠΕ.

Το 95% υπερβαίνει στις ηλικίες 2-3 ετών η εμβολιαστική κάλυψη για τις περισσότερες δόσεις των παραδοσιακών εμβολίων που περιλαμβάνονται στο ΕΠΕ. Προβλήματα με συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού εξακολουθούν να έχουν χαμηλή κάλυψη όπως οικογένειες των Ρομά. Για παράδειγμα η δεύτερη δόση του εμβολίου MMR<sup>148</sup> όπως προβλήματα παρατηρούνται κυρίως της λήψης των επαναληπτικών δόσεων. Στην Ελλάδα βέβαια δεν υπάρχει εθνικό ηλεκτρονικό μητρώο και σύστημα υπενθύμισης των εμβολίων.

Στρατηγική προτεινόμενη είναι η εκπόνηση και υλοποίηση ενός Εθνικού Μητρώου Εμβολιασμών, θεωρείται και εθνική ανάγκη η υλοποίηση ενός πληροφοριακού συστήματος εμβολιασμών.

Η χορήγηση των εμβολίων θα καταγράφεται από το Εθνικό Μητρώο Εμβολιασμών με απόλυτη εχεμύθεια και θα μπορεί να παρέχει συγκεντρωτικά στοιχεία για την εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού για λόγους επιτήρησης και σε επίπεδο Δημόσιας Υγείας να διοργανώσει εκστρατείες για να καταπολεμήσει τα νοσήματα που μπορούν να προληφθούν με τον εμβολιασμό.

Παγκόσμιο πρόβλημα είναι ο δισταγμός απέναντι στα εμβόλια από τον πληθυσμό καθώς είναι ένα πολύπλοκο πρόβλημα που απαιτεί συνεχή παρακολούθηση.

---

<sup>148</sup> Η ΕΕΕ αποφάσισε να άρει τις έκτακτες συστάσεις εμβολιασμού (ΑΔΑ: Ω893465ΦΥΟ8ΘΝ, 21/09/2017) που έγιναν λόγω της επιδημικής έξαρσης ιλαράς στη χώρα μας το 2017–2018 (εμβολιασμός με την 1η δόση MMR σε ηλικία 12 μηνών και με τη 2η τρεις μήνες μετά).



Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εστιάζει στην καθυστέρηση του πληθυσμού να αποδεχτεί τα εμβόλια ή ακόμα και να τα απορρίψει παρόλο ότι υπάρχουν διαθέσιμα. Σύνθετο φαινόμενο αποτελεί ο δισταγμός προς τον εμβολιασμό καθώς οι πιο σημαντικοί παράγοντες απέναντι στον εμβολιασμό είναι ο εφησυχασμός, η πρακτικότητα και η έλλειψη εμπιστοσύνης.

Διευκρινήσεις χρειάζονται σχετικά με τα εμβόλια στα παιδιά εάν θα πρέπει να είναι υποχρεωτικά. Σύμφωνα με τις προτάσεις της Εθνικής Επιτροπής Εμβολιασμών υπογραμμίζεται η ανάγκη για υλοποίηση με νομοθετικό πλαίσιο όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας εξαιτίας της έκθεσης του κινδύνου με αρρώστιες που μπορούν να προληφθούν με τα εμβόλια.

Η ανάγκη για την προστασία τους βασίζεται στην ανοσοποίησή τους ωστόσο προστατεύονται οι ασθενείς από λοιμώξεις που μπορούν να προληφθούν με τα εμβόλια σε όλα τα συστήματα υγείας. Για τους επαγγελματίες υγείας μόνο συστάσεις ανοσοποίησης υπάρχουν στην Ελλάδα αλλά και στις περισσότερες χώρες.

Κρίνεται όμως απαραίτητο από την Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών να φέρει πολιτική ώστε να υποχρεώνει την ανοσοποίηση για αρρώστιες που μπορεί να προληφθούν με τα εμβόλια και μπορεί να φέρουν θνησιμότητα στον ευάλωτο πληθυσμό.

Σε περίπτωση επιδημίας ή πανδημίας υπάρχει νομοθεσία από το ΥΥ που υποχρεώνει τον εμβολιασμό καθώς είναι μέρος μιας στρατηγικής διαχείρισης κινδύνου που θεωρείται η ανοσοποίηση τόσο πριν όσο και μετά από την έκθεση σε παράγοντα κινδύνου.

Η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών συνεργάζεται με τους νομικούς συμβούλους για να εξελιχθούν οι τομείς της δημόσιας, βιοηθικής και της κοινωνίας των πολιτών. Ο υποχρεωτικός εμβολιασμός ως προϋπόθεση για μπορούσε να είναι μια πρόταση να μπορέσουν να εγγραφούν οι φοιτητές σε σχολές με επαγγέλματα υγείας ή για να απασχοληθούν στα συστήματα υγείας. Καθώς γίνεται επισήμανση για την ανάπτυξη νοσοκομειακών μητρώων και οι διαδικασίες παρακολούθησης και συστήματα υπενθύμισης.

Ύψιστης σημασίας είναι μια εθνική επικοινωνία όλων των επιπέδων ώστε οι πολίτες να ενημερωθούν και να ευαισθητοποιηθούν ως προς τον εμβολιασμό. Ιδιαίτερη στήριξη θα πρέπει να εμπεριέχετε από οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών και να υπάρχει κοινωνική κινητοποίηση.

Έρευνα<sup>149</sup> που διεξάχθηκε στην χώρα μας για να αναγνωριστούν οι βασικοί παράγοντες διαταγμού στον εμβολιασμό και να υλοποιηθούν παρεμβάσεις ώστε να αντιμετωπιστεί αυτό το σύνθετο φαινόμενο, ερμηνεύτηκε κυρίως ως έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών στην ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων. Στην Ευρώπη στις αρχές του 2020 η πλειονότητα των χωρών εμφανίζει αυξημένη εμπιστοσύνη στα εμβόλια σε σχέση με πέντε χρόνια πριν.

Στην Ελλάδα το ποσοστό όσων είναι σύμφωνοι ότι τα εμβόλια είναι ασφαλή εμφανίζει θεαματική αύξηση από 26% στο τέλος του 2015 σε 62% στο τέλος του 2019 αλλά τα τελευταία πέντε χρόνια κινήθηκε πτωτικά η αντίληψη του ελληνικού κοινού για τη σημασία του εμβολιασμού. Κρίθηκε απαραίτητο να συμμετάσχουν οι επαγγελματίες υγείας στα προγράμματα Δημόσιας υγείας και σε εκστρατείες, όπως και αναγκαία η παρέμβαση από τα ΜΜΕ.

Ένα συνεργατικό σύστημα θα εμπεριέχει την ανακάλυψη και επεξεργασία για οποιαδήποτε ανησυχία για την ασφάλεια των εμβολίων και θα περιλαμβάνει τις παροχές από τις υπηρεσίες του εμβολιασμού.

Για την ασφάλεια των εμβολιασμών κρίνεται αναγκαίο η ύπαρξη ενός συστήματος που θα περιλαμβάνει οποιοδήποτε πάροχο για τις υπηρεσίες εμβολιασμού και τις εθνικές ρυθμιστικές αρχές φαρμάκων. Υπάρχει η πρόταση για διεπιστημονική επιτροπή ώστε να εξεταστούν και να γνωμοδοτήσουν τα συμβάντα με ανεπιθύμητες ενέργειες.

Καθώς η Ελλάδα δέχεται μεγάλο μεταναστευτικό κύμα, το κράτος και οι ΜΚΟ το 2015 έπρεπε να διαχειριστούν 870.000 νέες αφίξεις μεταναστών που θα έπρεπε να παρέχουν τροφή, στέγη και ιατρική περίθαλψη. Το 2016 με το κλείσιμο των συνόρων στα Βαλκάνια διέμειναν στην Ελλάδα παραπάνω από 62000 άτομα.

Υλοποιήθηκαν περισσότεροι από 55.000 εμβολιασμοί σε όλες τις μονάδες διαμονής υπό την αιγίδα της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου μας. Το ΚΕΕΛΠΝΟ, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις και κάποιες υπηρεσίες του ΕΣΥ πραγματοποίησαν τον εμβολιασμό καθώς διαθέτουν εμπειρία και τεχνογνωσία στη διεξαγωγή μαζικών εμβολιασμών.

---

<sup>149</sup> Κέντρο Κλινικής Επιδημιολογίας και Έκβασης Νοσημάτων (CLE)  
<http://www.cleoresearch.org/el/news/35-2020/384-covid-21>

Για την διαφύλαξη της δημόσιας υγείας απαρτίζεται από το μέγιστο μέτρο για την προστασία των πολιτών, για αυτό και έγινε μέριμνα από το Υπουργείο υγείας για τις ανάγκες σε φάρμακα και υγειονομικού υλικού στις ευάλωτες ομάδες.

Σημαντική δράση για να αντιμετωπιστούν οι ανάγκες του προσφυγικού απαρτίζεται από το πρόγραμμα <<PHILOS>><sup>150</sup>, μια ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση που παίρνει την χρηματοδότησή του από το Ταμείο Ασύλου, Μετανάστευσης και Ένταξης της Γενικής Διεύθυνσης Μετανάστευσης και Εσωτερικών Υποθέσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης και υλοποιείται από το ΚΕ.ΕΛ.ΠΝΟ.

Η Εθνική Συμβουλευτική Επιτροπή Εμβολιασμών προτείνει άμεσες παρεμβάσεις για τη διατήρηση εμβολιαστικής κάλυψης του παιδικού πληθυσμού. Τα εμβόλια που έχουν καθοριστεί ως προτεραιότητα είναι έναντι της Ιλαράς, Ερυθράς, Παρωτίτιδας και DTap-IPV/Tdap-IPV (Διφθερίτιδας, Τετάνου, Κοκκύτη / Πολιομυελίτιδας), PCV (πνευμονιόκοκκου), BCG (φυματίωσης) για νεογνά και βρέφη μέχρι την ηλικία των 2 μηνών.

Το εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών στοχεύει στην προσβασιμότητα όλων των παιδιών στα εμβόλια. Για να διεξαχθεί ο σκοπός αυτός επιβάλλεται να τηρηθεί το μητρώο εμβολίων και να παρακολουθηθεί η εμβολιαστική κάλυψη, διοργάνωση και διεξαγωγή εκστρατειών μαζικού εμβολιασμού, προμήθειες εμβολίων και διασύνδεση του πληθυσμού με τις υπηρεσίες υγείας για τακτικό εμβολιασμό.

Να εντατικοποιηθεί η καταγραφή εμβολιαστικής κατάστασης και οι εμβολιασμοί σε χώρους φιλοξενίας σε αστικά καταλύματα και κέντρα φιλοξενίας ανηλίκων.

Σε παγκόσμιο επίπεδο έχει παρατηρηθεί να υπάρχει έλλειψη από τα εμβόλια του κοκκύτη και της πολιομυελίτιδας. Γίνεται προσπάθεια αντιμετώπισης από τις διεθνείς οργανώσεις βέβαια στην χώρα μας δεν υφίσταται μηχανισμός για την συστηματική προμήθεια των εμβολίων.

Η προμήθεια εμβολίων σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας διαχειρίζεται τις αγορές εμβολίων με συγκεκριμένες διαδικασίες προμήθειας από εγχώριες ή διεθνείς δέκτες. Προκειμένου να βελτιστοποιηθεί η απόδοση ανοσοποίησης του προγράμματος

---

<sup>150</sup> Η υλοποίηση του προγράμματος «Ολοκληρωμένη επείγουσα παρέμβαση υγείας για την προσφυγική κρίση» έχει ως αντικείμενο τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας και την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών των προσφύγων και μεταναστών.

στοχεύει στην ποιότητα και στον έγκαιρο εμβολιασμό καθώς και σε χαμηλή τιμή. Δεν υφίσταται στην Ελλάδα μηχανισμός για αυτή τη διαδικασία με αποτέλεσμα οι δημόσιοι φορείς να παρέχουν μικρή δυνατότητα εμβολιασμού έτσι αναπόφευκτα οι εμβολιασμοί προμηθεύονται από τα φαρμακεία και την ελεύθερη αγορά.

Η έλλειψη εμβολίων για να αντιμετωπιστεί θα πρέπει να δημιουργηθεί δημόσιος οργανισμός προμήθειας και παράδοσης εμβολίων, να ενισχυθεί η προβλεψιμότητα ζήτησης εμβολίων, να βελτιωθεί η πρόβλεψη των αναγκών και να γίνει μακροπρόθεσμα πολιτική σχεδίαση. Ακόμα να ενισχυθεί η διαχείριση εφοδιασμού εμβολίων.

Ωστόσο χρειάζεται η συμμετοχή της χώρας μας στα διεθνή δρώμενα για να αντιμετωπιστεί το έλλειμμα στα εμβόλια καθώς και να συνεργαστεί με τις χώρες που χρήζουν ίδια προβλήματα. Σε περιόδους κρίσης θα πρέπει να διασφαλίζονται προσιτές τιμές αγοράς εμβολίων διαμέσου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

### **1.26 Έκτος Άξονας**

Η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας τον Μάιο του 2005 (ψήφισμα ΠΣΥ 58.3) ενέκρινε τους Διεθνείς Κανονισμούς Υγείας 2005, μια διεθνής νομική δεσμευτική συμφωνία για 196 συμβαλλόμενα κράτη όπου συμπεριλαμβάνει και τα 194 κράτη-μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Τέθηκαν σε ισχύ στις 15 Ιουνίου 2007 και έχουν εγκριθεί από την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας τον Μάιο του 2005. Τα κράτη-μέλη που έχουν συνυπογράψει τους Διεθνείς Κανονισμούς Υγείας έχουν υποχρέωση την εφαρμογή τους.

Η Ελλάδα ως μέλος του ΠΟΥ επικύρωσε τους αναθεωρημένους Διεθνείς Κανονισμούς Υγείας (2005) με τον νόμο 3991/11<sup>151</sup> << Κύρωση των αναθεωρημένων Διεθνών Κανονισμών Υγείας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας>>. Σύμφωνα με το άρθρο 10, παράγραφος 12, του προεδρικού διατάγματος 95/2000<sup>152</sup>, το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για την εφαρμογή των διατάξεων των ΔΚΥ.

---

<sup>151</sup> Νόμος 3991/2011 (ΦΕΚ 162/Α/25-7-2011) « Κύρωση του αναθεωρημένου Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας»

<sup>152</sup> Προεδρικό Διάταγμα 95/2000 (ΦΕΚ 76/Α/10-3-2000) Οργανισμός Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

Η Ελλάδα σε εθνικό επίπεδο προκειμένου να αντιμετωπίσει τις κρίσεις δημόσιας υγείας έχει θεσπίσει δύο οργανισμούς και συμπεριλαμβάνει τις μεταδοτικές ασθένειες, τις φυσικές καταστροφές και σε γεγονότα που αφορούν το κλίμα και την παρανομία στο μεταναστευτικό.

Το 2004 υπο την αιγίδα του ΥΥ έγινε ίδρυση κατά την διάρκεια προετοιμασίας της χώρα μας για τους Ολυμπιακούς Αγώνες το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ).<sup>153</sup> Η αποστολή είναι να βοηθάει το πληθυσμό σε μεταδοτικές ασθένειες, φυσικές καταστροφές και συμβάντα μπορούν να συσχετισθούν με το κλίμα και την διαχείριση της φροντίδας της υγείας.

Το 1992 ιδρύθηκε το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) με αρμοδιότητες που καθορίζονται από το Διάταγμα Αρ. 358/1992<sup>154</sup> όπως έλεγχος και πρόληψη των λοιμωδών και μη λοιμωδών νοσημάτων καθώς και όπου δύναται η θεραπεία τους. Εκπαίδευση του πληθυσμού και εξάπλωση της πληροφορία σε ομάδες υψηλού κινδύνου λοίμωξης και υποβολή προτάσεων όσον αφορά την εθνική πολιτική στο Υπουργείο Υγείας όσον αφορά τις ασθένειες.

Διάστημα πέντε ετών είχαν να κράτη για να <<αναπτύξουν, ενισχύσουν και διατηρήσουν>> (άρθ. 13.1 των ΔΚΥ) τις ελάχιστες εθνικές δυνατότητες δημόσιας υγείας. Τους τυπικούς δείκτες του ΠΟΥ θα πρέπει να χρησιμοποιούν τα κράτη-μέλη για διεξάγουν αξιολόγηση για τις βασικές παροχές δημόσιας υγείας, την ανάπτυξη της προόδου και να αξιολογηθούν οι ανάγκες.

Τα κράτη- μέλη στην Παγκόσμια συνέλευση Υγείας του ΠΟΥ χρειάζεται να κάνουν αξιολόγηση των βασικών ικανοτήτων των ΔΥΚ και να κάνουν υποβολή ετήσιας έκθεσης. Για να καλυφθεί κάθε κίνδυνος σχέδια δράσης θα πρέπει να υλοποιηθούν σχετικά με την πρόληψη και τον περιορισμό των απειλών της δημόσιας υγείας. Για να εξαλειφθούν οι απειλές της δημόσιας υγείας πρέπει να διεξαχθούν διεπιστημονικές δράσεις διαμέσου της ανάπτυξης των ΔΚΥ όπως περιγράφεται στο Παράρτημα 1 των

---

<sup>153</sup> Το Ε.Κ.ΕΠ.Υ. είναι το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας. Αποστολή του είναι ο συντονισμός των φορέων που έχουν την ευθύνη για την υλοποίηση δράσεων σχετικών με την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων που αφορούν στη δημόσια υγεία και στο χώρο της υγείας γενικότερα, η παρακολούθηση και ο συντονισμός των συστημάτων εφημερίας των νοσοκομείων, με σκοπό τη βελτίωση και την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη.

<sup>154</sup> Προεδρικό Διάταγμα 358/1992 (ΦΕΚ 179/Α/24-11-1992) Οργάνωση -Λειτουργία -Αρμοδιότητες του Κέντρου Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.).

ΔΚΥ (2005). Για να διευκολυνθεί ο διακλαδικός συντονισμός θα πρέπει να υπάρχει εγγυημένη χρηματοδότηση για την εφαρμογή των βασικών παρόχων και να συνταχθούν τεχνικοί οδηγοί.

Η εκπαίδευση του προσωπικού είναι απαραίτητη όπως και οι ετήσιες υποχρεωτικές εκθέσεις που πρέπει να υποβάλλονται όπως να αξιολογούνται οι ανάγκες παρακολούθησης. Επίσης να περιλαμβάνονται ασκήσεις προσομοίωσης και κοινή εξωτερική αξιολόγηση.

Τεχνική υποστήριξη παρέχει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διαμέσου της υλοποίησης εθελοντικών εργαλείων και από τα αιτήματα από τα κράτη μέλη. Υψίστης σημασίας είναι να προσληφθεί μόνιμο προσωπικό με έδρα το ΥΓ και να αναπτυχθούν οι ΔΚΥ. Για τον συντονισμό και την παρακολούθηση της υλοποίησης θα μπορούσε να οριστεί αυτή η ειδική μονάδα.

Ρυθμίσεις που θα είναι νομοθετικές, κανονιστικές, πολιτικές και διοικητικές θα πρέπει να διευκολύνουν την υλοποίηση των ΔΚΥ καθώς να δημιουργηθεί και ένα πλαίσιο για την κάλυψη των οικονομικών απαιτήσεων.

Για την υλοποίηση συστήνεται αξιολόγηση των συναφών νομικών μέσων με την διεξαγωγή μιας επιτροπής ώστε να προσδιορίζεται εάν διευκολύνεται η υλοποίηση των ΔΚΥ. Για την εξασφάλιση του συντονισμού του νομοθετικού και κανονιστικού πλαισίου υπάρχει ανάγκη για κοινά επιχειρησιακά πρωτόκολλα με διάφορα υπουργεία και λοιπούς φορείς.

Για τις έκτακτες ανάγκες της δημόσιας υγείας μαζί με Υπουργείο Εξωτερικών να ενταχθούν συζητήσεις για τις διασυνοριακές συμφωνίες. Για την εφαρμογή των ΔΚΥ υπάρχει ανάγκη για νομικό πλαίσιο για την εξασφάλιση βιώσιμης χρηματοδότησης όχι μόνο μέσω τακτικού προϋπολογισμού αλλά και από την αξιολόγηση των δυνατοτήτων για πηγές χρηματοδότησης.

Αντιμετωπίζονται δυσκολίες σχετικά με την ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με τη σημασία των ΔΚΥ σε τοπικό και πολιτικό επίπεδο ενώ η γνώση σχετικά με τις ειδικές απαιτήσεις των ΔΚΥ είναι συνήθως ανεπαρκής εντός και εκτός του Υπουργείου Υγείας. Υψίστης σημασίας είναι η ευαισθητοποίηση της εφαρμογής των ΔΚΥ και η ενίσχυση των μηχανισμών συντονισμού καθώς και η αποσαφήνιση των ρόλων και ευθυνών.

Για να υλοποιηθούν οι ενέργειες από το ΥΥ καθώς έχει υποχρεώσεις για να εφαρμοστούν οι ΔΚΥ σε όλα τα επίπεδα και εκπαίδευση από όλους τους φορείς ώστε να ευαισθητοποιηθούν για τις ΔΚΥ. Να γίνεται ενεργοποίηση σε έκτακτη ανάγκη μια διυπουργική επιτροπή εκτάκτων αναγκών υψηλού επιπέδου. Για την αξιολόγηση του τεχνικού επιπέδου σε τεχνικό επίπεδο η εφαρμογή σχεδίων δράσης να θεσπιστεί από ομάδα εμπειρογνομώνων.

Ενίσχυση των βασικών ικανοτήτων στις ΔΚΥ που θα διοργανώνονται από τις εντεταλμένες Αρχές και συντονισμός σεμιναρίων και ασκήσεων προσομοίωσης προσωπικού. Για την ανάπτυξη νομικών μέσων και τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας να συντονιστεί συγκρότηση ομάδας εργασίας σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο καθώς θα αποσαφηνιστεί ο ρόλος των ιδρυμάτων που συμμετέχει στη διαδικασία υλοποίησης και θα κοινοποιεί στους εμπλεκόμενους φορείς.

Σχετικά με τους ΔΚΥ να γίνει εντατικοποίηση της διατομεακής συνεργασίας και επικοινωνίας για τη δημόσια υγεία για όλες τις βασικές ικανότητες. Τέλος να ενισχυθεί η ικανότητα εθνικού σημείου επαφής ΔΚΥ.

Ακόμα μια στρατηγική είναι να διασφαλιστεί ότι οι εργαστηριακές υπηρεσίες είναι διαθέσιμες για έλεγχο απειλών υψηλής προτεραιότητας. Για τη διαπίστευση επίσημων εργαστηρίων να ενισχυθεί η εργαστηριακή ικανότητα με τον καθορισμό δημόσιας υγείας για τις ασθένειες προτεραιότητας και να εξασφαλιστεί σταθερή χρηματοδότηση για ανθρώπινους και τεχνικούς πόρους. Το ΚΕΕΛΠΙΝΟ θα πρέπει να συζητήσει αυτή την πρόταση και ωστόσο να χρειάζεται πιστοποίηση από τα εργαστήρια για ένα εύλογο διάστημα.

Για να προσδιοριστούν τα κεντρικά και περιφερειακά εργαστήρια της δημόσιας υγείας η δημιουργία μιας διακλαδικής επιτροπής και ο σχεδιασμός ενός δικτύου εργαστηρίων δημόσιας υγείας είναι απαραίτητο και κυρίως εκείνων με βελτιωμένη ετοιμότητα για τη διάγνωση ασθενειών έκτακτης ανάγκης στην υγεία.

Για την έγκαιρη ανίχνευση ενός συμβάντος δημόσιας υγείας πρέπει να διασφαλιστεί η επιτήρηση βάσει δεικτών που να περιλαμβάνει έγκαιρη προειδοποίηση. Σε περίπτωση ανάγκης ο εντοπισμός και η κινητοποίηση εκπαιδευμένου προσωπικού είναι απαραίτητη.

Για να υλοποιηθεί το Υπουργείο Υγείας πρέπει να ενισχύσει τα συστήματα επιτήρησης με νομικό πλαίσιο και να αυξήσει τη χρήση του e-health και να διευθετηθούν τα προβλήματα που χρήζει το GDPR.

Σε περιφερειακό επίπεδο να εκκινήσει διαδικασία θέσπισης μιας μονάδας επιτήρησης και απόκρισης και να τεθεί λίστα προτεραιότητας. Να γίνεται αξιολόγηση, να ενημερώνει το σύστημα αναφοράς και να προσδιορίζει στρατηγικές καθώς και να αναθεωρεί τις διαδικασίες λήψεως αποφάσεων σε σχέση με την επιτήρηση αντλώντας από την εμπειρία του παρελθόντος.

Ωστόσο να διαμορφωθεί η ενίσχυση των αναφορών των εργαστηρίων σε εθνικό επίπεδο και να υλοποιηθεί για να υποστηριχθεί η επιτήρηση της δημόσιας υγείας ένα εργαλείο ηλεκτρονικό που θα αναλύει τα δεδομένα. Ακόμα σε περιπτώσεις που χρήζουν κοινοποίησης σε τοπικό επίπεδο να θεσπιστεί ηλεκτρονική αναφορά κρουσμάτων και να εναρμονιστεί κάθε πρότυπο αναφοράς που χρησιμοποιείται από όλους τους τομείς και να ενισχυθεί η συνεργασία με τους υπόλοιπους φορείς.

Να σχεδιαστεί ένα σχέδιο αναφορικά με τον απαιτούμενο εξοπλισμό, να βελτιωθούν οι ανθρώπινοι πόροι για την συλλογή και κοινοποίηση των δεδομένων επιτήρησης υγείας από μια ομάδα με μέλη από το Υπουργείο Υγείας, το ΕΚΕΠΥ και το ΚΕΕΛΠΟ καθώς και η κατάρτιση του προσωπικού περιφέρειας θα ήταν επωφελής.

Ακόμα για την διευθέτηση των πολιτών με μεταδιδόμενες ασθένειες να προσδιοριστεί ένα κέντρο και να κοινοποιηθεί στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Ωστόσο να αναπτυχθεί διεπιστημονική ομάδα για να στηρίζει τις υποχρεώσεις του εθνικού σημείου επαφής και το σύστημα προειδοποίησης.

Η επικοινωνία να εξασφαλιστεί και να γίνει συλλογή πληροφοριών από τους τομείς για αποστολή στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας υπό ΔΚΥ καθώς έχει την ικανότητα να αποστέλλει επείγουσες ανακοινώσεις σχετικά με τους ΔΚΥ στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Επίσης να υφίσταται επικοινωνία με τις αρμόδιες αρχές για τα μέτρα υγείας και να εξασφαλίζει την άμεση διάχυση πληροφοριών ΔΚΥ από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στον αρμόδιο τομέα της κυβέρνησης. Ακόμα να αναπτύξει κατευθυντήριες γραμμές για τον συντονισμό μεταξύ εθνικού σημείου επαφής και λοιπούς τομείς και να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα των ενεργειών του εθνικού σημείου επαφής ΔΚΥ.



Να υλοποιηθεί το e-mail όπου θα μπορεί να καταδείξει τη συνεργασία με τους ΔΚΥ και να γίνει επιβεβαίωση στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μέχρι την 1<sup>η</sup> Μαρτίου. Σε όλους τους εμπλεκόμενους φορείς να διαδώσει το βιβλίο των ΔΚΥ και να αναπτύξει σχέδιο που θα προσδιορίζει τις διαδικασίες που σχετίζονται με την τοποθέτηση υγειονομικού προσωπικού για μια έκτακτη ανάγκη δημόσιας υγείας.

Το Υπουργείο Υγείας συντονίζει την εφαρμογή των ΔΚΥ όπου έχει σχέση με την εγρήγορση και την διασφάλιση της επικοινωνίας με το εθνικό σημείο επαφής. Να διασφαλιστεί ότι υπάρχουν σχέδια ετοιμότητας για απειλές, φυσικές καταστροφές και ασθένειες και ότι επικαιροποιούνται όταν χρειάζεται. Τέλος για τις καταστάσεις έκτακτης ανάγκης στην Ελλάδα να εξασφαλιστεί εναρμόνιση με το ΕΚΕΠΥ τον πολυτομεάκο μηχανισμό συντονισμού και να γίνει αξιολόγηση αποθεμάτων έκτακτης ανάγκης.

Δράσεις για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών, οι αναφορές είναι ελλειπείς για την μη ύπαρξη διεπιστημονικής και διατομεακής προσέγγισης στην απόκριση.

Οι τομείς και οι οργανισμοί θα πρέπει να επικοινωνήσουν και να δικτυωθούν και χρήζουν βελτίωση και για να εξασφαλίσουν τη συνεπή ενεργοποίηση της απόκρισης και απαιτείται να αξιολογούνται οι απαιτούμενοι πόροι σε όλα τα επίπεδα. Σε περίπτωση επείγοντος θα πρέπει να υλοποιηθεί δίκτυο απόκρισης για τις ανάγκες δημόσιας υγείας.

Για τα ζητήματα δημόσιας υγείας πρέπει να αναπτυχθεί εθνικό σχέδιο ετοιμότητας και απόκρισης και να ενσωματώσει τους κινδύνους των ΔΚΥ, όπου θα γίνεται εξασφάλιση σε εθνικό ή διεθνές ενδιαφέρον η πρόσβαση των πόρων για να αντιμετωπιστούν έκτακτα περιστατικά καθώς θα πρέπει να γίνονται ασκήσεις προσομοίωσης.

Η Ελλάδα το 2014 θέσπισε ένα διατομεακό εθνικό σχέδιο<sup>155</sup> για την αντιμετώπιση ιού Έμπολα και συμφώνησε με διάφορα υπουργεία και υλοποίησε έναν αλγόριθμο για τις διαδικασίες που πρέπει να πραγματοποιηθούν αν υπάρξει περίπτωση συμβάντος Έμπολα. Ο αλγόριθμος θα μπορεί να προσαρμοστεί σε περίπτωση πανδημίας σε όλες τις ασθένειες και σε συναφείς κινδύνους. Η δημιουργία ενός αλγορίθμου θα βοηθούσε

---

<sup>155</sup> Το σχέδιο καταρτίστηκε με ευθύνη της Εθνικής Επιτροπής Ιογενών Αιμορραγικών Πυρετών και την καθοριστική επιστημονική και διαχειριστική συμβολή της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας & Υπηρεσιών Υγείας του Υπουργείου Υγείας, του Κέντρου Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων και του Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας. Υιοθετήθηκε από την Επιτροπή στις 19/12/2014 και ενσωματώνει τη δυνατότητα επικαιροποίησης και προσαρμογής του στην εξέλιξη της επιδημίας και σε νέα επιδημιολογικά, επιστημονικά και άλλα δεδομένα

κάθε έκτακτη ανάγκη και τη δημόσια υγεία να εξασφαλίσει να ανιχνευθούν οι επιχειρήσεις. Για την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης να εξασφαλιστεί διαμέσου σωστού συντονισμού με το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ) και το ΕΚΕΠΥ.

Για τον καθορισμό των ρόλων και λειτουργιών να βελτιωθεί η ανάπτυξη κατευθυντήριων γραμμών και υλικού τεκμηρίωσης σε εθνικό σημείο επαφής. Το Υπουργείο Υγείας να παρακολουθήσει τους πόρους για απόκριση έκτακτης ανάγκης και να εξασφαλίσει την εκπαίδευση και την ανταλλαγή των βέλτιστων πρακτικών ανάμεσα στα κέντρα των επιχειρήσεων.

Υλοποίηση ηλεκτρονικής πλατφόρμας και τυποποίηση εκθέσεων για την ανάλυση των δεδομένων όπου θα βοηθήσουν στον συντονισμό των δραστηριοτήτων απόκρισης. Για την υποστήριξη της δράσης σε επίπεδο τοπικής απόκρισης έγινε υλοποίηση των σχεδίων για να την αναζήτηση χρηματοδότησης και να μεταφερθεί από εθνικό επίπεδο σε περιφερειακό.

Οι ρόλοι δεν έχουν καθοριστεί με τους αρμόδιους φορείς όσον αφορά την κοινοποίηση κινδύνου σε μια κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Ένας επίσημος μηχανισμός θα πρέπει να αναπτυχθεί για την επικοινωνία στους φορείς και θα πραγματοποιηθεί διαμέσου άσκησης προσομοίωσης.

Όλοι οι σχετικοί τομείς ενισχύονται συμπεριλαμβανομένων των φορέων ιδιωτικού και δημόσιου φορέα για να συναινέσουν για τις προτεραιότητες των κινδύνων υγείας. Υπό την επίβλεψη του Υπουργείου Υγείας δημιουργείται μια ομάδα εργασίας που θα υιοθετήσει στρατηγικές επικοινωνίας και θα υλοποιήσει το εθνικό πλαίσιο κοινοποίησης κινδύνου.

Προσδιορισμός των εμπλεκόμενων φορέων και των εταίρων κοινοποίησης κινδύνου για το σχέδιο απόκρισης. Αναπτύσσονται προγράμματα επικοινωνίας και λειτουργίας ανάμεσα στους φορείς απόκρισης. Και με στόχο την κατανόηση και ανάλυση των μεσών μαζικής επικοινωνίας σχετικά με τον τρόπο που λαμβάνει και χρησιμοποιεί της πληροφορίες.

Τρόποι υλοποίησης είναι να δημιουργηθεί διεπιστημονική ομάδα για να στηρίξει την απόκριση σε κινδύνους ΔΚΥ με καθήκοντα όπως: για όλους τους κινδύνους της δημόσιας υγείας να αναπτυχθεί σχέδιο ετοιμότητας απόκρισης που θα χρήζει όλες τις μεθόδους αντιμετώπισης έκτακτης ανάγκης.

Διενεργείται γεωγραφική χαρτογράφηση των κινδύνων για να προσδιοριστούν συμβάντα ύψιστης προτεραιότητας. Το εθνικό σχέδιο ετοιμότητας για έκτακτες καταστάσεις εξασφαλίζει ένα ισχυρό στοιχείο κοινοποίησης κινδύνου με την παροχή εργαλείων για την αντιμετώπιση εκτάκτων συμβάντων δημόσιας υγείας.

Για συμβάντα προτεραιότητας βιολογικής, ραδιολογικής και πυρηνικής φύσης αναπτύσσεται και προωθείται πλάνο στρατηγικών αποθεμάτων και ΤΔΛ σε όλα τα επίπεδα . Για την δοκιμή ενός σχεδίου κοινοποίησης κινδύνου για όλους τους κινδύνους να γίνει διεξαγωγή σεμιναρίων και ασκήσεων προσομοίωσης.

Τρόποι υλοποίησης είναι : ανάμεσα στους φορείς δημοσίου και εθνικού επιπέδου να υπάρχει η ανάγκη μνημονίου συνεργασίας ή άλλης συμφωνίας. Συνεργασία με διεθνείς εταίρους ανάλογα με την περίπτωση όπως ΠΟΥ, Ιντερπόλ, Μηχανισμός του Γενικού Γραμματέα των Ηνωμένων Εθνών για τη Διερεύνηση Περιπτώσεων Καταγγελλόμενης Χρήσης Χημικών και Βιολογικών Όπλων και Παγκόσμιος Οργανισμός για την Υγεία των Ζώων.

Για να ανιχνευθούν ζητήματα ασφαλείας για την παγκόσμια υγεία, το ΥΥ μαζί με το ΕΚΕΠΥ και ΕΟΔΥ θα συνεργαστούν για ενισχύσουν την παρακολούθηση και θα διεξάγουν εκπαιδευτικά σεμινάρια για όλους τους φορείς για τους τομείς με απειλές χημικές και βιολογικές. Η δημόσια υγεία μαζί με την κυβέρνηση θα πρέπει να καταρτιστούν και να οργανωθούν σε περίπτωση εκτάκτου ανάγκης για να προστατέψουν τον άμαχο πληθυσμό.

Τα κράτη μέλη πρέπει να εφαρμόσουν τα μέτρα για την δημόσια υγεία σε καθορισμένα ΣΕ και να προσδιορίζουν τις αρμόδιες Αρχές σε κάθε ΣΕ για να προστατεύσουν της υγείας των πληθυσμών και των ταξιδιωτών, να εξασφαλίσουν την τήρηση των υγειονομικών όρων από τα λιμάνια, αεροδρόμια, πλοία και αεροσκάφη.

Κάθε κράτος-μέλος κατά το άρθρο 19 των ΔΚΥ στις έκτακτες ανάγκες υγείας και πρέπει να εφαρμόσει συστάσεις δημόσιας υγείας με στόχο να μειώσει τον περιορισμό σε θέματα υγείας στις διεθνείς μετακινήσεις και σε σχέση με το εμπόριο.

Υφίσταται αναγκαιότητα για την υλοποίηση για καθορισμένα ΣΕ για βασικές ικανότητες και ευαισθητοποίηση για την εφαρμογή των ΔΚΥ για να διασφαλιστούν όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς στη διαδικασία εφαρμογής. Στα ΣΕ θα πρέπει να υπάρχει αποτελεσματική επιτήρηση και αποτελεσματική απόκριση. Ωστόσο ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας όρισε το Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας του

Πανεπιστημίου Θεσσαλίας ως συνεργαζόμενο κέντρο του ΠΟΥ για να υποστηρίξει τη διαχείριση συμβάντων δημόσιας υγείας στα σημεία εισόδου.

Για να διεξαχθεί συνεδρίαση απολογισμού για τον καθορισμό ΣΕ και να γίνει προσδιορισμός των αρμόδιων αρχών θα πρέπει να υλοποιηθούν τα εξής.

Για την δημόσια υγεία να υλοποιηθεί σχεδιασμός έκτακτης ανάγκης που θα δοθεί σε διαθεσιμότητα σε όλες τις χώρες.

Στο σχέδιο απόκρισης υπάρχει σύσταση μιας συμβουλευτικής ομάδας εμπειρογνομόνων όπου θα θέσει επιτήρηση και θα επισημοποιήσει τη συνεργασία με τον εθνικό σύνδεσμο επικοινωνίας μεταξύ εθνικού σημείου επαφής ΔΚΥ, των ιατρικών εγκαταστάσεων και της αρμόδιας αρχής ΣΕ ακόμα και όταν δεν υπάρχει έκτακτη ανάγκη δημόσιας υγείας.

Για μαζικά συμβάντα να διασφαλιστούν κατευθυντήριες γραμμές και να ελέγχονται κάθε χρόνο και στις γενικές κατευθυντήριες γραμμές να συμπεριλαμβάνεται η κοινοποίηση του κινδύνου. Για τη διαχείριση μεγάλου αριθμού επιβατών να εξασφαλιστεί προϋπολογισμός για ανθρώπινους πόρους.

Να ενσωματωθούν υπηρεσίες επιθεώρησης στο κοινό σχέδιο να ελέγχονται οι λειτουργικές ικανότητες σε τακτική βάση με ασκήσεις. Να οργανώνεται από το ΕΚΕΠΥ και το ΚΕΕΛΠΝΟ εκπαίδευση του προσωπικού σε σχέση με τις έκτακτες καταστάσεις.

Πρότυπο Ναυτιλιακής Δήλωσης Υγείας (άρθρο 37 και Παράρτημα 8 των ΔΚΥ) υποχρεώνει για την διεξαγωγή των ελέγχων ασφαλείας στα λιμάνια η αρμόδια Αρχή. Για να περιοριστεί η μεταδοτικότητα των ασθενειών και να αποφευχθεί η διεθνής εξάπλωση των νοσημάτων. Είναι απαραίτητα η έκδοση των Πιστοποιητικών Απαλλαγής Υγειονομικού Ελέγχου Πλοίων και Πιστοποιητικών Υγειονομικού Ελέγχου Πλοίων<sup>24</sup> (Άρθρα 20 και 39 των ΔΚΥ) για να ελεγχτεί η κατάσταση υγείας στο πλοίο.

Οποιαδήποτε χρέωση πρέπει να δημοσιεύεται 10 μέρες πριν όπως ορίζει η νομοθεσία με το άρθρο 41. Στην Ελλάδα η έκδοση αυτών των πιστοποιητικών γίνεται ατελώς σε αντίθεση με τις περισσότερες χώρες της ΕΕ. Για να ξεκινήσει την οικοδόμηση συνεργειών το Υπουργείο Υγείας ανέλαβε την πρωτοβουλία μαζί με το Υπουργείο Ναυτιλίας και Νησιωτικής Πολιτικής και με το Αρχηγείο Λιμενικού Σώματος -

Ελληνική Ακτοφυλακή να συζητήσει την τροποποίηση του νόμου 3991/2011<sup>156</sup> ώστε να προβλέπει τη δυνατότητα επιβολής τελών για την εφαρμογή των μέτρων ελέγχου και την έκδοση πιστοποιητικών.

Για να υλοποιηθεί θα πρέπει να γίνει παρουσίαση σχεδίου αναθεώρησης στο Κοινοβούλιο. Η συνεργασία του Υπουργείου Υγείας και του Υπουργείου Ναυτιλίας και Νησιωτικής Πολιτικής, της Ελληνικής Ακτοφυλακής και των περιφερειακών αρχών συνεργάζεται για να ορίσουν την έκδοση των τελών ΠΥΕΠ για τον κάθε τύπο πλοίου.

### **1.27 Έβδομος Άξονας**

Από το πλαίσιο του Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν περιορίζεται η δημόσια υγεία και υπερβαίνει κάθε στενό όριο από το σύστημα υγείας. Έχει επιρροή από οικονομικούς, κοινωνικοπολιτισμικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες του πληθυσμού.

Σημαντικό κριτήριο αξιολόγησης αποτελεί η στελέχωση από το διαθέσιμο ανθρώπινο δυναμικό και η εκπλήρωση της αποστολής από τις υπηρεσίες υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση απαρτίζουν οι επενδύσεις και η επέκταση του εργατικού δυναμικού δημόσιας υγείας και η επαρκής υλοποίηση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας. Ο σημαντικότερος πόρος για την παροχή υπηρεσιών δημόσιας υγείας αποτελεί το ανθρώπινο δυναμικό, στην Ελλάδα απαιτείται εκπαίδευση, ανάπτυξη και κατάρτιση του εργατικού δυναμικού της δημόσιας υγείας.

Στον τομέα της δημόσιας υγείας προτείνεται προώθηση της πρακτικής και ερευνητικής επάρκειας. Η εκπαίδευση στους τομείς της δημόσιας υγείας είναι απαραίτητη για την ποιότητα και θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστη κατάρτιση σε θέματα δημόσιας υγείας και έρευνας.

Στην ερμηνεία των ερευνητικών αποτελεσμάτων χρειάζεται να διαθέσει ανεπτυγμένες δεξιότητες σε ερευνητικές μεθόδους καθώς η έρευνα θα συνδράμει την επίλυση προβλημάτων της δημόσιας υγείας και θα ενισχύσει την παραγωγή γνώσης. Επίσης για να εξασφαλιστεί χρηματοδότηση θα πρέπει να γίνει προαγωγή της εκπαίδευσης τα δημόσιας υγείας σε όλη την Ευρώπη. Με συγκεκριμένα κριτήρια θα αναπτυχθούν τα

---

<sup>156</sup> Νόμος 3991/2011 (ΦΕΚ 162/Α/25-7-2011) «Κύρωση του αναθεωρημένου Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας»

προγράμματα κατάρτισης πανεπιστημιακών σπουδών. Προωθείται η εναρμόνιση των προγραμμάτων για διδακτορικό στην δημόσια υγεία στην Ευρώπη και γίνεται ενθάρρυνση κινητικότητας όλων των φοιτητών που συμμετέχουν σε διδακτορικό στην Ευρώπη. Διασφαλίζονται τα διδακτορικά προγράμματα και γίνεται προώθηση συνεργασίας στην έρευνα και ανάπτυξη κοινών διδακτορικών προγραμμάτων. Συνεργασία στην έρευνα μεταξύ μελών του ASPHER.<sup>157</sup>

Για να προωθηθεί η έρευνα ενθαρρύνεται η ποιοτική έρευνα δημόσιας υγείας καθώς και η αξιολόγηση, γνώση και να κοινοποιούνται τα ερευνητικά πορίσματα στους χρήστες.

Σε επίπεδο περιφέρειας ο συντονισμός της δημόσιας υγείας θα πρέπει να ενισχύεται και να εκτιμάται η ευθύνη του εργατικού δυναμικού. Να καταγράφονται οι υποχρεώσεις των δήμων και της περιφέρειας και να αποσαφηνίζονται τα σημεία. Αρχικά η κατανομή των αρμοδιοτήτων θα πρέπει να γίνεται με σαφή και λεπτομερή καταγραφή και με έλεγχο όπως ορίζει η νομοθεσία.

Εάν δεν γίνεται άσκηση των αρμοδιοτήτων θα πρέπει να αξιολογούνται ώστε να επιλύνονται. Όταν καταχωρηθούν οι αρμοδιότητες θα πρέπει να ολοκληρώνονται ώστε να ανοίγουν νέες για την κάλυψη των τομέων. Ενίσχυση με πρόσληψη εξειδικευμένου προσωπικού ή μετάθεση από άλλες υπηρεσίες. Σωστή κατανομή προσωπικού και κατανομή ανθρώπινων πόρων.

Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελείται από γιατρούς, μηχανικούς επόπτες και περιβαλλοντολόγους. Για να διασφαλιστεί η εφαρμογή των πολιτικών και να αναπτυχθεί η ικανότητα του προσωπικού φροντίδας υγείας προτείνεται η μάθηση μέσα από την πράξη με έμφαση στην ανάλυση των αιτιών που δεν έγιναν επιθυμητές οι εκβάσεις.

Τα περιφερειακά εργαστήρια δημόσιας υγείας υπάρχουν στις περιοχές : Θεσσαλονίκη, Ναύπακτος, Ιωάννινα, Θεσσαλία, Αλεξανδρούπολη, Ρόδο και Κρήτη. Με υποχρεώσεις όπως ο έλεγχος, η επίβλεψη, η πρόληψη, η διάγνωση και επίλυση προβλημάτων υγείας διαμέσου μικροβιολογικών ελέγχων πόσιμων υδάτων, τροφίμων, ποτών, βιολογικών προϊόντων και περιβαλλοντικών παραγόντων. Ακόμα για την υγεία των πολιτών

---

<sup>157</sup> The association of schools of Public Health in the European Region  
<https://www.aspher.org/>

βελτιωμένη επιδημιολογική επιτήρηση της νόσου, ερευνητική δραστηριότητα και εκπαίδευση του προσωπικού. Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας να συνεργαστούν και να οργανωθούν με την κοινωνία των πολιτών. Για να προωθηθεί η δημόσια υγεία πρέπει να πραγματοποιηθεί λίστα με τις αναλύσεις των περιφερειακών εργαστηρίων της δημόσιας υγείας.

Η εκάστοτε περιφέρεια θα χρηματοδοτεί τα περιφερειακά εργαστήρια δημόσιας υγείας και ο ΕΟΔΥ θα έχει εποπτικό ρόλο μόνο. Σχετικά με τη λειτουργία των εργαστηρίων προτείνεται η συνεργασία των περιφερειών με τα πανεπιστήμια ώστε να συμβάλλουν στην ενημέρωση.

Να αναβαθμιστεί η κατάρτιση στην ειδικότητα της δημόσιας διοίκησης και να αναπτυχθούν προγράμματα εκπαίδευσης όσον αφορά τη δημόσια υγεία. Υποστήριξη και εφαρμογή προτύπων δημόσιας υγείας και ανάπτυξη προγραμμάτων σπουδών και αξιολόγηση εκπαίδευσης και κατάρτισης για τη δημόσια υγεία.

Στην κατάρτιση των σπουδών θα πρέπει να εμπεριέχονται όλοι οι μελλοντικοί ερευνητές και όλοι οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών για να γίνεται αξιολόγηση πληροφορίας και έρευνας. Μέσω συνδυασμένων μαθημάτων εκπαίδευσης να γίνεται βελτίωση της συνεχούς επαγγελματικής εξέλιξης των επαγγελματιών της δημόσιας υγείας από την Ευρωπαϊκή σχολή δημόσιας Υγείας. Να αναπτύσσονται κοινά πρότυπα για την κατάρτιση και να αυξάνεται η κινητικότητα στην ευρωπαϊκή σχολή εκπαίδευσης.

Μέρος της στρατηγικής Συναπισμού Εταίρων του ΠΟΥ είναι ο συντονισμός ενέργειας ASPHER και η επαγγελματοποίηση της δημόσιας υγείας. Επίσης η Δημιουργία ενός μητρώου εργαζομένων στον τομέα της δημόσιας υγείας, καθώς στο εργατικό τομέα της δημόσιας υγείας περιλαμβάνονται ιατροί, επισκέπτες υγείας και επόπτες δημόσιας υγείας.

Στοχεύετε η δημιουργία Μητρώου Επαγγελματιών Δημόσιας Υγείας στις εξειδικευμένες πρακτικές δημόσιας υγείας. Επιδιώκοντας να δημοσιοποιήσει το μητρώο εμπειρογνομόνων στον τομέα της δημόσιας υγείας, να εξασφαλίσει την επανεξέταση ειδικών επαγγελματιών της δημόσιας υγείας και να διατηρήσουν τις επαγγελματικές ικανότητες.

Να παρέχεται η δυνατότητα ενημέρωσης των επαγγελματιών δημόσιας υγείας και να εφοδιάζονται με γνώσεις και δεξιότητες για ανάλυση στην καθημερινή τους εργασία. Συμμόρφωση των καταχωρημένων επαγγελματιών και αξιολόγηση των προσόντων σύμφωνα με τα πρότυπα που έχουν προταθεί.

Για την εξασφάλιση της δημόσιας ασφάλειας θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα μητρώο Δημόσιας υγείας που θα παρέχει υψηλή ποιότητα για τις υπηρεσίες υγείας. Το μητρώο θα χρησιμοποιείται ως εργαλείο για την επικοινωνία του εργατικού δυναμικού. Για να δημιουργηθεί το Μητρώο χρειάζεται να εγκριθεί με νόμο για τους επόπτες υγείας και τα επαγγελματικά μητρώα να ενοποιηθούν για να δημιουργήσουν πανελλήνιο μητρώο επαγγελματιών δημόσιας υγείας.

Για να ενισχυθεί η λήψη αποφάσεων για την πολιτική της δημόσιας υγείας που να βασίζεται σε τεκμήρια σύμφωνα με το EVIPNet<sup>158</sup> Ευρώπης θα πρέπει να δημιουργηθεί και να θεσμοθετηθεί ένα πολυτομεακό και διεπιστημονικό σώμα εμπειρογνομόνων μεταγραφής γνώσης. Βάση των ευρημάτων θα αξιολογείται η εθνική πολιτική με προσδιορισμό βάση της έρευνας τους θεσμικούς χώρους για να αναπτυχθούν δομές.

Θα πρέπει το σώμα των εμπειρογνομόνων να προωθεί εθνικές δραστηριότητες για την αύξηση των ικανοτήτων μεταγραφής γνώσης και να καθορίζει τα τεκμήρια όπως:

Για την πολιτική ανάπτυξη τεκμηρίων EVIPNet<sup>159</sup> με σκοπό την αξιολόγηση και συγκέντρωση τοπικών τεκμηρίων και παροχή επιλογών πολιτικής δημόσιας υγείας.

Για να δημιουργηθούν διασυνδέσεις να οργανωθεί διάλογος πολιτικής EVIPNet και να δημιουργηθεί ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με την γνώμη και τις εμπειρίες από τους τομείς της δημόσιας υγείας. Ωστόσο να γίνει ανάπτυξη του μηχανισμού για την ανταλλαγή των πληροφοριών και να εδραιωθούν τα ερευνητικά τεκμήρια της δημόσιας υγείας. Να εφαρμοστούν πλαίσια αξιολόγησης και μηχανισμοί λογοδοσίας καθώς να συμπεριλαμβάνονται οι επιπτώσεις των μέτρων μεταγραφής γνώσης στην πολιτική.

---

<sup>158</sup> The Evidence-Informed Policy Network (EVIPNet) is a network established by the World Health Organization to promote the systematic use of research evidence in health policy-making in order to strengthen health systems and get the right programs, services and drugs to those who need them.

<sup>159</sup> Evidence-Informed Policy Network  
<https://www.who.int/evidence/en/>



### **Συμπεράσματα**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θεμελιώνεται από τις στοιχειώδεις αρχές της συνεργασίας της διεπιστημονικής ομάδας της ΠΦΥ και εμπεριέχουν προσέγγιση σε κέντρο τον ασθενή, ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, επάρκεια στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών, επικοινωνία και διέπτετε μεταξύ των επαγγελματιών εμπιστοσύνη. Η διαμόρφωση της διεπιστημονικής ομάδας της ΠΦΥ έχει σημαντικό ρόλο για να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του πληθυσμού.

Η λειτουργικότητα της ομάδας συχνά υποθάλπεται από παράγοντες όπως η απουσία συγκεκριμένου σκοπού και στόχων, η απουσία προσδιορισμού και αναγνώρισης του ρόλου των μελών, η έλλειψη ειλικρινούς σεβασμού στον ρόλο των άλλων επαγγελματιών και η απουσία επαρκούς χρόνου για ομαδική συνεργασία. Απαραίτητες προϋποθέσεις για την αποτελεσματική λειτουργία της ομάδας της ΠΦΥ είναι η διεπιστημονική εκπαίδευση, η οργανωτική, λειτουργική και οικονομική υποστήριξη της και η αποτελεσματική ηγεσία

Η συνεργασία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με την Δημόσια Υγεία αποτελεί θεμελιώδη προϋπόθεση για τον σχεδιασμό και υλοποίηση επιτυχών πολιτικών και δράσεων όπως αποδεικνύεται από την ευρωπαϊκή εμπειρία. Χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Σουηδία και η Ιταλία αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτής της συνεργασίας και βρίσκονται στην κατάταξη στις υψηλότερες θέσεις μεταξύ των χωρών της ΕΕ στις εκθέσεις διεθνών Οργανισμών με σχετικούς δείκτες με την υγεία.

Η Ελλάδα παρακολουθώντας τις μεταρρυθμίσεις στην ΠΦΥ στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες επιχείρησε να αναδιοργανώσει και να εκσυγχρονίσει τις υπηρεσίες υγείας διαμέσου της συμβολής της ΠΦΥ στην υλοποίηση πολιτικών δράσεων για πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Το νομοθετικό πλαίσιο της ΠΦΥ αποτελείται από διατάξεις που δεν έχουν εφαρμοστεί ή δεν υπάρχει σαφήνεια ποιες διατάξεις έχουν καταργηθεί ή έχουν συμπληρωθεί με προγενέστερες.

Ωστόσο οι δράσεις που δεν μετουσιώθηκαν σε πράξη λόγω της μη εφαρμογή των σχετικών διατάξεων των νόμων είναι οι 2519/1997<sup>160</sup>, και 3852/1010<sup>161</sup>, ενώ οι μόνες σημειωθείσες ουσιαστικές αλλαγές μέχρι την ψήφιση του νόμου 4675/2020<sup>162</sup> ως προς την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας ήταν η θέσπιση του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.) (ν. 3172/2003)<sup>163</sup> και της θέσης του Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας (ΓΓΔΥ) (ν. 3370/2005).<sup>164</sup>

Παρόλο που ο νόμος 4675/2020<sup>165</sup> κινείται στην σωστή κατεύθυνση και στοχεύει στον σχεδιασμό διαμόρφωσης πολιτικών δημόσιας υγείας όπου στο παρελθόν αποτελούσε αδυναμία της χώρας, δίνει έμφαση στην οργανωτική αναδιάρθρωση και λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών υγείας. Όπως επίσης δημιουργεί κατάλληλο θεσμικό πλαίσιο για τον σχεδιασμό και εφαρμογή σε κεντρικό, τοπικό και περιφερειακό επίπεδο προγραμμάτων και δράσεων με έμφαση στην προαγωγή και πρόληψη.

Σημαντικοί παράγοντες που συνέλαβαν στη σημερινή εικόνα της ΠΦΥ είναι το έλλειμμα κουλτούρας, η απουσία διεπιστημονικής κατάρτισης και η έλλειψη ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα προσέγγιση. Η ΠΦΥ δεν αποτελεί την πρώτη επαφή του ασθενή με τον φορέα υγείας και η λειτουργικότητα της είναι κυρίως η περίθαλψη και η συνταγογράφηση (Kousoulis, Angelopoulou & Lionis 2013).<sup>166</sup>

---

<sup>160</sup> Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ Α-165/21-8-1997) « Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις

<sup>161</sup> Νόμος 3852/2010 (ΦΕΚ Α'87/7.6.2010) «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης-Πρόγραμμα Καλλικράτης»

<sup>162</sup> Νόμος 4675/2020 (ΦΕΚ 54/Α/11-3-2020) « Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις»

<sup>163</sup> Νόμος 3172/2003 (ΦΕΚ 197/Α/6-8-2003) «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις»

<sup>164</sup> Νόμος 3370/2005 (ΦΕΚ 176/Α/11-7-2005) «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις»

<sup>165</sup> Νόμος 4675/2020 (ΦΕΚ 54/Α/11-3-2020) « Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις»

<sup>166</sup> Kousoulis, A.A., Angelopoulou, K.-E. & Lionis, C. (2013). Exploring health care reform in a changing

Οι σύγχρονες προκλήσεις της δημόσιας υγείας απαιτούν μακρόπνοες πολιτικές και σταθερότητα στην υλοποίηση των στόχων. Συνδυαστικά με την αποδοχή τους από τα πολιτικά κόμματα, την επιστημονική κοινότητα και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η πολιτεία θα πρέπει να αναγνωρίζει το θεσμικό πλαίσιο και το κομβικό ρόλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας καθώς οφείλει να επιλύει προβλήματα και πολιτικές αγκυλώσεις και να τηρεί την πλήρη εφαρμογή αρμοδιοτήτων της ΠΦΥ και τους αντίστοιχους πόρους.

## **Συστάσεις**

Για την αναδιοργάνωση και αναθεώρηση του συστήματος ΠΦΥ στην χώρα μας θα πρέπει να εξεταστούν οι παρακάτω παράγοντες. Θα πρέπει να υποστηρίζονται όλοι οι φορείς του Εθνικού συστήματος υγείας ώστε να επέλθει ανάπτυξη των ομάδων υγείας, των δομών, κουλτούρας και διοίκησης. Για την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας θα πρέπει να προωθηθούν μηχανισμοί για να μπορέσουν να αναπτύξουν προγράμματα για την εκπαίδευση, χρηματοδότηση και παράδοση.

Για να πραγματοποιηθεί το πρόγραμμα χρειάζεται στήριξη από πολιτικές που υποστηρίζουν την επικοινωνία ανάμεσα στους συμμετέχοντες και διαθέτουν όραμα για την εργασία τους. Να προσφέρεται κατάρτιση στους επαγγελματίες υγείας ώστε να λειτουργούν ως ομάδες και καθώς το διοικητικό προσωπικό να εκπαιδεύεται στην διευθέτηση των φρέων ανάλογα με την ομάδα υγείας.

Για την διεξαγωγή της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας χρίζεται να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον ανταλλαγής καλών πρακτικών που αναφέρονται στην υλοποίηση, χρηματοδότηση και την οικονομική διευθέτηση. Καθώς θα πρέπει να αμείβεται το προσωπικό για την υποστήριξη του μηχανισμού ενός μοντέλου διεπαγγελματικής συνεργασίας.

Ωστόσο απαιτείται παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ χωρίς οικονομική συμμετοχή από τους πολίτες και χωρίς προαπαιτούμενη ασφαλιστική κάλυψη. Δημιουργία Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας ενιαίου με τις υπηρεσίες του ΕΣΥ. Συνεργασία με εθελοντικές δομές υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Διαρκή ενημέρωση του πληθυσμού για το Εθνικό Δίκτυο ΠΦΥ και την χρήση του. Συνεχιζόμενη αγωγή υγείας και εκπαίδευση του πληθυσμού για τα χρόνια νοσήματα και την αυτοφροντίδα τους.

Προσλήψεις για κάλυψη απαραίτητων κενών θέσεων πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και σε περιπτώσεις έκτακτων αναγκών και αδυναμίας κάλυψης απαραίτητων κενών θέσεων να προκηρύσσονται θέσεις με συμβάσεις απασχόλησης ορισμένου χρόνου.

### Εικόνες :

Πρώτη Εικόνα Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Διαθέσιμο στο:

<https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/48098/oi-tomy-kai-i-thesi-tis-elladas-ston-evrwpako-xarti-tis-prwtovathmias-frontidas-ygeias.html>

[Πρόσβαση 10-12-2020].

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλετράς Βασίλης, Ματσαγγάνης Μάνος, Νιάκας Δημήτρης, Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση υπηρεσιών υγείας, Αθήνα 2002
- Γαβρηλίδου Π.Σ., Ο Βαθμός ικανοποίησης των πολιτών από την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην περιοχή ευθύνης του Κέντρου Υγείας Νιγρίτας, Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ 2015
- Γεωργούση Ε., Γεννηματά Α., Δρίζη Λ., Κυριόπουλος Γ., Η ικανοποίηση των χρηστών στις υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας υγείας, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 1994
- Δίκαιος Κ., Κουτουζής Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ., Πολιτική Υγείας/ Κοινωνική πολιτική, εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα 1999
- Δοξιάδης Σ., Μέτρα προστασίας για την υγεία, Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών, Αθήνα 1981
- Ειδική Υπηρεσία Εφαρμογής (ΕΥΕ) [http://www.eye-ekt.gr/\(S\(151fcwjrkazfdz55o3ncunn3\)\)/EYE/StaticPage.aspx?pagenb=51928](http://www.eye-ekt.gr/(S(151fcwjrkazfdz55o3ncunn3))/EYE/StaticPage.aspx?pagenb=51928)[ Πρόσβαση 13-11-2020].
- Εθνική Αρχή Διαφάνειας, 2019 <https://aead.gr/> [Πρόσβαση 13-12-2020].
- Έλληνας Α., Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: το κλειδί για να μετατραπεί το ΕΣΥ από σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας, Ι.Θ. τεύχος 48, Αθήνα 2002
- Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Πρόγραμμα πρόληψης Ηπιόνη <https://www.gerontology.gr/%CF%80%CF%81%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%AC%CE%BC%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1-%CE%BA%CE%B1%CE%B9-%CF%85%CF%80%CE%B7%CF%81%CE%B5%CF%83%CE%AF%CE%>

[B5%CF%82/%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%B3%CF%81%CE%B1%CE%BC%CE%BC%CE%B1-%CF%80%CF%81%CF%8C%CE%BB%CE%B7%CF%88%CE%B7%CF%82-%CE%B7%CF%80%CE%B9%CF%8C%CE%BD%CE%B7/](#) [Πρόσβαση 13-12-2020].

- ΗΔΙΚΑ, Ηλεκτρονική Διακυβέρνηση Κοινωνικής Ασφάλισης, 2012 <http://www.idika.gr/> [Πρόσβαση 13-11-2020].
- Ηλεκτρονικός Εθνικός Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) <https://www.efka.gov.gr/el/genika-gia-ton-e-ephka> [Πρόσβαση 13-12-2020].

#### ΤΕΧΝΙΚΟ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΕΛΛΑΔΑΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΔΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

- Ηνωμένα Έθνη, (2015) Στόχοι βιώσιμης Ανάπτυξης <https://unric.org/el/17-%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%87%CE%BF%CE%B9-%CE%B2%CE%B9%CF%89%CF%83%CE%B9%CE%BC%CE%B7%CF%83-%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CF%80%CF%84%CF%85%CE%BE%CE%B7%CF%83/> [Πρόσβαση 01-12-2020].
- ΙΣΑ, <http://www.aftodioikisi.gr/ergasiaka-ypallilwn-ota/isa-katoteros-ton-peristaseon-o-eorpii-zita-tin-paraitisi-kontou>, Ιούνιος 2014
- Ιωαννίδης Ε., Ασπατζίδης Δ., Μάντη Υγεία : Οριοθετήσεις και προοπτικές εκδόσεις ΕΑΠ , Αθήνα 1999
- Ιωαννίδη Ε., Μάντη Π., Υγεία και περίθαλψη, εκδόσεις ΕΑΠ, Αθήνα 1999
- Καλοκαιρινού, Α. & Σουρτζή, Π. (2005). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Βήτα.
- Καλοκαιρινού, Α. & Αδαμακίδου, Θ. (2014). *Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα: Έννοιες, δεξιότητες, εφαρμογές*. Αθήνα: Βήτα.
- Κατσουγιαννόπουλος Β., Κοινωνική Ιατρική, εκδ. Κυριακίδης, Αθήνα 2004
- Καμέκης, Α. και Σπυριδάκης, Μ. (2020). Μετανάστες και σχεδιασμός πολιτικών υγείας στην Ελλάδα της κρίσης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 37

(Συμπλ. 1):17-27. Διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2020-sup/pdf/17.pdf> [Πρόσβαση 24-11-2020].

- Κυριόπουλος Γ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα 1996
- Κυριόπουλος Γ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα ως πύλη εισόδου των διαρθρωτικών αλλαγών στην υγεία, εκδ. ΕΣΔΥ, Αθήνα 2013
- Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ., Η επίδραση του ασφαλιστικού μονοφωνίου στην αφορά υπηρεσιών υγείας, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2000
- Λάγιου, Α. & Στοϊκίδου, Μ. (2008). Ο ρόλος του Επισκέπτη Υγείας στη Δημόσια Υγεία. *Τεχνολογικά Χρονικά*, 15, σσ. 50-54.
- Λιαρόπουλος, Λ., Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2007
- Λιονής, Χ. & Μερκούρης, Μ. (2000). Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα
- Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 12, σσ. 7-9.
- Μ. Καραγιάννη και Δ. Σηφάκη -Πιστόλλα. (2016) Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα
- Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η., Κράτος πρόνοιας και ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, εκδ. The european institute of social security, Αθήνα 1990
- Πάτρας Λ., Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής, εκδ. Ελληνικός Εκδοτικός Οργανισμός, Αθήνα 1969
- Ραγιά, Α. (1996). *Βασική Νοσηλευτική: θεωρητικές και δεοντολογικές αρχές*. Αθήνα: εκδότης η συγγραφέας.
- Σιγάλας Ι. , Οργανισμοί και υπηρεσίες Υγείας, εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα 1999
- Σολωμός Γ., Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η γενική ιατρική στην Ελλάδα, εκδ. Θεμέλιο, Αθήνα 1996
- Σουλιώτης Κ., Θηραίος Ε., Καϊτελίδου Δ., Παπαδακάκη Μ., Τσαντίλας Π., Τσιρώνη Μ., Ψαλτοπούλου Θ., Βασικά σημεία πρότασης για τη μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Αθήνα 2013
- Σπανού Μ., Αξιολόγηση της Παροχής Υπηρεσιών Υγείας σε τρία Κέντρα Υγείας της Ανατολικής Αττικής στο πλαίσιο της Π.Φ.Υ. (Κέντρο Υγείας Νέας

Μάκρης, Κέντρο Υγείας Ραφήνας - Πικερμίου, Κέντρο Υγείας Σπάτων), από την οπτική γωνία των χρηστών Υγείας, Διπλωματική Εργασία ΕΑΠ 2015

- Τάχος Α., Ελληνικό διοικητικό δίκαιο, εκδ. Σάκκουλα, Θεσσαλονίκη 1993
- Σ. Τερζούδης, Σ., Μπογιατζίδης, Π. και Κωσταγιόλας, Π. (2017). Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους μετανάστες κατά την υποδοχή τους στην Ελλάδα. Σχεδιασμός αυτής σε πολυϊατρείο μη κυβερνητικής οργάνωσης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 34 (1):113-122. Διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2017-1/pdf/113.pdf> [Πρόσβαση 24-011-2020].
- Τοπικές μονάδες υγείας (TOMY), 2018 <https://government.gov.gr/topikes-monades-igias-igia-gia-olous/> [Πρόσβαση 13-11-2020].
- Τούντας Ι., Η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού 1986-2006, εκδ. Νέα Υγεία, Αθήνα 2006
- Τσελέπη Χ., Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, εκδ. ΕΑΠ, Πάτρα 1999
- Υπουργείο Υγείας. (2016). *Εθνική Στρατηγική Υγείας 2014-2020*. Αθήνα : Υπουργείο Υγείας. Διαθέσιμο στο <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/3948-ethnikh-strathgikh-ygeias-kai-drasesis-toy-tomea-ygeias-sto-esp-2014-2020> [Πρόσβαση 23-11-2020]
- Υπουργείο Υγείας. (2019). *Εθνικό Σχέδιο δράσης για την Δημόσια Υγεία 2019-2022*. Αθήνα : Υπουργείο Υγείας. Διαθέσιμο στο <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/6237-ethniko-sxedio-drashs-gia-thn-dhmosia-ygeia> [Πρόσβαση 24-11-2020]
- Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2008). *Εθνικό Σχέδιο δράσης για το Κάπνισμα 2008-2012*. Αθήνα : Υπουργείο Υγείας. Διαθέσιμο στο <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/95-ethnika-sxedia-drashs> [Πρόσβαση 25-11-2020].
- Υφαντόπουλος, Γ., Τα Οικονομικά της Υγείας – Θεωρία και Πολιτική, Εκδόσεις τυπωθήτω, Αθήνα 2005
- Φιλαλήθης, Α. Φωτόπουλος, Α. Τρομπούκης, Κ. (2020). Δημόσια Υγεία-Κοινωνική Ιατρική. Η ιστορία και η σημειολογία του όρου. *Αρχαία Ελληνικής*



Ιατρική, 37(3):395-405. Διαθέσιμο στο <http://www.mednet.gr/archives/2020-3/pdf/395.pdf> [Πρόσβαση 13-11-2020].

### ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abel-Smith, B., J. Calltorp, M. Dixon, A. Dunning, R. Evans, W. Holland, B. Jarman and E. Mossialos, Report on the Greek Health Services, εκδ. Pharmetrica S.A., Athens 1994
- Albrecht T., Brinovec R., Jošar D., Kostnapfel M., Zaletel M., Panteli D., Maresso A., Health Systems in Transition: Slovenia, WHO 2016
- Alexa J., Recka L., Votápková J., Ginneken E., Spranger A., Wittenbecher F., Health Systems in Transition: Czech Republic, WHO 2015
- Armesto R., Abadia M, Duran A., Hernandez C., Bernal C., Health Systems in transition, WHO 2010
- Azzopardi N., Buttigieg M., Calleja N., Merkur S., Health Systems in Transition: Malta, WHO 2016
- Berthet F., Health Systems in Transition: Luxemburg, WHO 2015
- Boerma, W.G.W., Coordination and integration in European primary care, εκδ. Open University Press, UK 2006
- Boyle S., United Kingdom Health System Review, European Observatory on Health Systems and policies, 2011
- Busse R., Blumel M., Germany Health Report, European Observatory on health systems and policies, 2014
- Cates J. And Cates W., STD prevention in the united states: lessons from history for the new millennium, American Journal of Preventive Medicine, 1999
- Chevreul K., Berg K., Durand I., Hernandez C., Health Systems in Transition: France, WHO 2010
- Coleman P., Irons R., Nicholl J., Will alternative immediate care services reduce demands for non-urgent treatment at accident and emergency? Emergency Medicine Journal 2001
- Dimova A., Popov M., Robova M., The health care reform in Bulgaria: analysis, Sofia, Open Society Institute 2007

- Dimova A., Robova M., Moutafova E., Atanasova E., Koeva S., Panteli D., Ginneken E., Health Systems in Transition: Bulgaria, WHO 2012
- Downie R.S., Tannahil C., Tannahil A., Health promotion: models and values, εκδ. Oxford University press, Oxford 1996
- Draper P., Griffiths J., Dennis J., Popay J., Three types of health education, British Medical Journal, 1980
- Drummond M., Methods For the economic evaluation of health care programmes, 2000
- Džakula A., Sagan A., Pavic K., Loncarek K, Kauzlaric S., Health Systems in Transition: Croatia, WHO 2014
- Economou C., Health Systems In Transition: Greece, WHO 2010
- Ferre F., De Belvis A., Valerio L., Longhi S., Lazare A., Fatore G., Ricardi W., Maresso A., Health in transition: Italy, WHO 2014
- Fortney, J.C., Steg D.E., Burgess Jr J.F., Maciejewski, M.L., Petersen, L. A., Are Primary Care Services a Substitute or Complement for Specialty and Inpatient Services. Health Services Research 40, 2005
- Gaál P., Szigeti S., Csere M., Gaskins M., Panteli D., Health Systems in Transition: Hungary, WHO 2011
- Gerkens S., Merkur S., Health Systems in Transition: Belgium, WHO, 2010
- Harrison MI, Calltorp J., The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care, Health Policy 2000
- Hofmarcher M., Health systems in transition: Austria, WHO 2013
- Ioannidi E., Haeder M., Attitudes towards people with HIV/AIDS, εκδ. UCL press, London 1998
- International Council of Nurses (ICN) (1988). *Nursing and Primary Health Care: A unified force*. Geneva: Author.
- Jurgutis, A., Kummel, M., Mort, S. & Grinevicius, K. (2013). *Multi professional teamwork to gain better community health. Developing the potential of high quality PHC*. ImPrim Work Package 4. Baltic Sea Region. Imprim Report#6
- Kousoulis, A.A., Angelopoulou, K.-E. & Lionis, C. (2013). Exploring health care reform in a changing Europe: Lessons from Greece. *European Journal of General Practice*, 19, pp.194-199

- Lai T., Habicht T., Kahur K., Reinap M., Kiivet R., van Ginneken M., Health Systems in Transition: Estonia, WHO 2013
- Lionis C., Symvoulakis E., Markaki A., Vardavas C., Papadaki M., Daniilidou N., Souliotis K., Kyriopoulos I., Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review, *International Journal of Integrated Care* – Vol. 9, 30 July 2009
- Lionis C., Papadaki S., Tatsi C., Bertsiaris A., Duijker G., Mekouris P., Boerma W., Schäfer W., Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study), *BMC Health Services Research* 2017 17:25
- Mariolis A., Mihas C., Alevizos A., Mariolis-Sapsakos T., Marayiannis K., Papathanasiou M., Gizlis V., Karanasios D., Merkouris B., Comparison of primary health care services between urban and rural settings after the introduction of the first urban health centre in Vyronas, Greece, *BMC Health Services Research* 2008, 8:124
- McDaid D., Willey M., Maresco A., Mossialos E., Health Systems in Transition: Ireland, WHO 2009
- Mitchell, G.K., Tieman, J.J. & Shelby-James, T.M. (2008). Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care. *MJA Medical Journal of Australia*, 188(8), pp. S61-S64.
- Mitenbergs U., Taube M., Misins J., Mikitis E., Martinsons A., Rurane A., Quentin A., Health Systems in Transition: Latvia, WHO 2012
- Murauskiene L., Janoniene M., Veniute M., van Ginneken E., Karanikolos M., Health Systems in Transition: Lithuania, WHO 2013
- Naidoo J., Wills J., Health promotion. Foundations for practice, εκδ. Bailliere Tindall, Λονδίνο 1994
- National Board of Health and Welfare, Kartläggning av närsjukvård [Survey of community care initiatives], εκδ. Socialstyrelsen, Stockholm 2003a
- Oikonomou N., Tountas Y., Mariolis A., Souliotis K., Athanasakis K., Kyriopoulos J., Measuring the efficiency of the Greek rural primary health care using a restricted DEA model; the case of southern and western Greece, *Health Care Manag Sci.* 2016 Dec;19

- Olejaz M., Nielen A., Rudkjøbing A., Birk H., Krasnik A., Hernández C., Health Systems in Transition:Denmark, WHO 2012
- Panteli D., Sagan A., Busse R., Health Systems in Transition: Poland, WHO 2011
- Parsons T., The social system, εκδ Free Press, Glencoe 1951
- Pullon, S. (2008). What is the place of general practice within primary health care in the Aotearoa New Zealand context? *New Zealand Family Physician*, 35(5).
- Ringard A., Sagan A., Saunes I., Lindahl A., Health systems in transition: Norway, WHO 2013
- Rosenstock I., Historical origins of the health belief model, Health Education Monographs, 1974
- Royal College of General Practitioners (2013). *The 2022 GP: A Vision for General Practice in the future* NHS. London: Royal College of General Practitioners.
- Royal College of Nursing (RCN) (2012). *RCN Fact sheet: prescribing in the UK*. London: RCN.
- Sbarouni V., Tsimitsiou Z., Symvoulakis E., Kamekis A., Petelos A., Saridaki A., Papadakis N., Lionis C., Perceptions of primary care professionals on quality of services in rural Greece: a qualitative study, *Rural Remote Health* 12, 2156, 2012
- Schäffer W., Kroneman M., Boerma W., Westert G., Ginneken W., Netherlands Report, European Observatory on health systems and policies 2010
- Schäffer W., Boerma W., Murante A., Sixma H., Schellevis F., Groenewegen P., Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey, *Bull World Health Organ* 2015;93:161–168
- Sifaki P., Chatzea V., Markaki A., Kritikos K., Petrellos E., Lionis C., Operational integration in primary health care: patient encounters and workflows, *BMC Health Serv Res.* 2017 Nov 29
- Simoes J., Augusto G., Fronteira I., Hernandez C., Health Systems in Transition: Portugal, WHO 2017

- Simou E., Karamagioli E., Roumeliotou A., Reinventing primary health care in the Greece of austerity: the role of health-care workers, *Prim Health Care Res Dev.* 2015 Jan;16
- Skudal K., Commonwealth Fund 2010: results from a comparative survey among citizens in 11 countries, Oslo, Nationalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010
- Smatana M., Pažitný P., Kandilaki D., Laktišová M., Sedláková D., Palušková M., Spranger A., Health Systems in Transition: Slovakia, WHO 2016
- Smith R.W., More support for practice oriented education, *New England Journal of medicine*, 1979
- Smyrnakis E., Gavana M., Kondilis E., Giannakopoulos S., Panos A., Chainoglou A., Stardeli T., Kavaka N., Benos A., Primary health care and general practice attachment: establishing an undergraduate teaching network in rural Greek health centers, *Rural Remote Health.* 2013 Jan-Mar
- Straw M., *Coping with obesity*, Academic Press, New York 1983
- Theodorou M., Patient satisfaction from services provided by outpatient departments of public hospitals in Cyprus: findings report, Nicosia, May 2009
- Theodorou M., Charalambus C., Petrou C., Cylus J., Health Systems in transition: Cyprus, WHO 2015
- Van de Ven WPMM, Schut FT., Risk equalization in an individual health insurance market: the only escape from the trade-off between affordability, efficiency and selection, εκδ. Erasmus University Rotterdam, Rotterdam 2007
- Vladescu C., Scîntee G., Olsavszky V., Hernández-Quevedo C., Sagan A., Health Systems in Transition: Romania, WHO 2016
- Vuorenkoski L., Health systems in transition: Finland, WHO 2008
- Wang C., Abbott L., Development of a community based diabetes and hypertension preventive program, *Public Health Nursing*, 1998
- Westerling, R. (2009). The harmonization of the medical speciality in public health in the EU countries – a challenge for the profession. *European Journal of Public Health*, 19:230–232. Διαθέσιμο στο <https://academic.oup.com/eurpub/article/19/3/230/937100> [Πρόσβαση 14-11-2020].

- World Health Organization (WHO) <https://www.who.int/> [Πρόσβαση 14-11-2020].
- WHO, Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
- WHO (1983). *Handbook of resolutions and decisions of the world Health Assembly and the Executive Board 1973-1982*. Vol. 2, 5th Edition, Geneva
- World Health Organization (1985). *A guide to curriculum review for basic nursing education: orientation to primary health care and community health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2001). *Community nursing for countries in transition*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO, Country Health Profile: Ireland, WHO 2017
- WHO, Country Health Profile: Cyprus, WHO 2017
- WHO, Country Health Profile: Czech Republic, WHO 2017
- WHO, Country Health Profile: Netherlands, WHO 2017
- WHO, Country Health Profile: Romania, WHO 2017
- WHO, Country Health Profile: Austria, WHO 2017
- WHO, Country Health Profile: Slovenia, WHO 2017
- WHO, Country Health Profile: Slovenia, WHO 2017
- WHO, (2018). Declaration of Astana, Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan: WHO. Διαθέσιμο στο <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> [Πρόσβαση 13-11-2020].
- WHO, Country Health Profile: Sweden, WHO 2010
- WHO, (2007) Workers' health: global plan of action Διαθέσιμο στο [https://www.who.int/occupational\\_health/publications/global\\_plan/en/](https://www.who.int/occupational_health/publications/global_plan/en/) [Πρόσβαση 01-12-2020].

Θεσμικά, Νομικά και Κανονιστικά

- Προεδρικό Διάταγμα 95/2000 (ΦΕΚ 76/Α/10-3-2000) Οργανισμός Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
- Προεδρικό Διάταγμα 358/1992 (ΦΕΚ 179/Α/24-11-1992) Οργάνωση - Λειτουργία - Αρμοδιότητες του Κέντρου Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.).
- Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/τ. Α΄/07-10-1983) «Εθνικό Σύστημα Υγείας».
- Νόμος 2194/1994 (ΦΕΚ 34/Α/16-3-1994) «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»
- Νόμος 2519/1997 (ΦΕΚ Α-165/21-8-1997) « Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις
- Νόμος 1579/1985 (ΦΕΚ 217/Α/23-12-1985) «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»
- Νόμος 1397/1983 (ΦΕΚ 143/Α/7-10-1983) «Εθνικό Σύστημα Υγείας»
- Νόμος 3172/2003 (ΦΕΚ 197/Α/6-8-2003) «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις»
- Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/τ. Α΄/18-02-2004, άρθρο 8) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».
- Νόμος 3370/2005 (ΦΕΚ 176/Α/11-7-2005) «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις»
- Νόμος 3235/2004 (ΦΕΚ 53/Α/18-2-2004) « Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»
- Νόμος 3730/2008 (ΦΕΚ 262/Α/23-12-2008) «Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις»
- Νόμος 3852/2010 (ΦΕΚ Α΄87/7.6.2010) «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης-Πρόγραμμα Καλλικράτης»

- Νόμος 3868/2010 (ΦΕΚ 129/A/03-08-2010) «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης»
- Νόμος 3892/2010 (ΦΕΚ 189/A/4-11-2010) « Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων»
- Νόμος 3991/2011 (ΦΕΚ 162/A/25-7-2011) « Κύρωση του αναθεωρημένου Διεθνούς Υγειονομικού Κανονισμού του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας»
- Νόμος 4238/2014 (ΦΕΚ 38/τ. Α΄/17/02/2014). «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις».
- Νόμος 4368/2016 (ΦΕΚ Α21/21-2-2016) «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις»
- ΥΑ υπ' αρ. Γ5α/Γ.Π. οικ. 45725/2019 (ΦΕΚ 2503/B/25-6-2019) «Εκπαίδευση στην ιατρική ειδικότητα της Δημόσιας Υγείας - Κοινωνικής Ιατρικής»
- Νόμος 4633/2019 (ΦΕΚ 161/A/16-10-2019) «Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας (ΕΟΔΥ), ρυθμίσεις για τα προϊόντα καπνού, άλλα ζητήματα του Υπουργείου Υγείας και λοιπές διατάξεις».
- Νόμος 4675/2020 (ΦΕΚ 54/A/11-3-2020) « Πρόληψη, προστασία και προαγωγή της υγείας ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις»
- ΥΑ υπ' αρ. Γ5α/Γ.Π. οικ. 64843/2018 (ΦΕΚ 4138/B/20-9-2018) «Σύσταση, μετονομασία ιατρικών ειδικοτήτων, καθορισμός χρόνου και περιεχομένου άσκησης για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας»
- Οδηγία 2005/36/εκ του ευρωπαϊκού κοινοβουλίου και του συμβουλίου της 7<sup>HS</sup> Σεπτεμβρίου 2005 σχετικά με την αναγνώριση των επαγγελματικών προσόντων. Διαθέσιμο στο <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/?uri=CELEX:32005L0036>[Πρόσβαση 13-11-2020].
- WWF, Παγκόσμια Συμμαχία για Δραστήρια και Υγιή Παιδιά <https://food.wwf.gr/about> [Πρόσβαση 13-11-2020].
- [http://portal.tee.gr/portal/page/portal/SCIENTIFIC\\_WORK/poa/actions/diavoul/%C5%C8%CD%C9%CA%CF%20%D3%D7%C5%C4%C9%CF%20%CF%C4%C9%CA%C7%D3%20%C1%D3%D6%C1%CB%C5%C9%C1%D3.pdf](http://portal.tee.gr/portal/page/portal/SCIENTIFIC_WORK/poa/actions/diavoul/%C5%C8%CD%C9%CA%CF%20%D3%D7%C5%C4%C9%CF%20%CF%C4%C9%CA%C7%D3%20%C1%D3%D6%C1%CB%C5%C9%C1%D3.pdf) [Πρόσβαση 13-12-2020].



- European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)  
<https://www.ecdc.europa.eu/en/about-us/partnerships-and-networks/disease-and-laboratory-networks/ears-net> [Πρόσβαση 13-12-2020].
- Joint Action Antimicrobial Resistance and Healthcare- Associated infections  
<https://eu-jamrai.eu/> [Πρόσβαση 13-12-2020].
- European Committee on antimicrobial susceptibility testing (EUCAST)  
<https://www.eucast.org/> [Πρόσβαση 13-12-2020].