



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

**ΒΑΣΙΛΙΚΗ Γ. ΜΥΛΩΝΑ**

*Υπότροφος Ιδρύματος Κρατικών Υποτροφιών*



**ΟΔΗΓΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ  
ΓΙΑ ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ**

*Διπλωματική εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
Στη «Διοίκηση της Υγείας»*

*Πειραιάς, 2008*



UNIVERSITY  
OF PIRAEUS

MASTER IN HEALTH MANAGEMENT



TEI  
OF PIRAEUS

**VASELEKE G. MILONA**

*Scolar of Government Institution of Scholarships*



***STRATEGIC FRAMEWORK FOR PRIMARY CARE IN  
COMMUNITY CLINICS***

***Graduate thesis Submitted for the Degree  
“Master of Science in Health Management”***

***Supervisor Professor: Dr. Irene Fafaliou***

***Piraeus, 2008***



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

**ΒΑΣΙΛΙΚΗ Γ. ΜΥΛΩΝΑ**



**ΟΔΗΓΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ  
ΓΙΑ ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ**

*Διπλωματική εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
Στη «Διοίκηση της Υγείας»*

*Επόπτης Καθηγητής: Φαφαλιού Ειρήνη, Λέκτορας Πανεπιστημίου Πειραιά*

*Πειραιάς, 2008*

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ιδιαίτερος αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κυρία Ειρήνη Φαφαλιού για την ουσιαστική καθοδήγηση και την άρτια συνεργασία καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Χαίρομαι πολύ που συνεργάστηκα με την κυρία Φαφαλιού, κυρίως διότι με δίδαξε να σκέφτομαι με βάση την πολύτιμη έννοια της στρατηγικής.

Δε θα παραλείψω να ευχαριστήσω το Δήμαρχο Άργους, Βασίλειο Μπούρη, για την ευκαιρία που μου προσέφερε να γνωρίσω τον Τομέα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και να συνδύσω τις ανάγκες και τις δυνατότητές της, με την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επίσης τον ευχαριστώ για την ουσιαστική συνεργασία και υποστήριξη του.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη θεία μου Σωτηρία Σωτηροπούλου, Προϊσταμένη της Δ.Ε.Υ.Α. Άργους για την αξιόλογη βοήθεια στο να κατανοήσω τον τρόπο λειτουργίας των Δημοτικών Επιχειρήσεων και την αξία και εφαρμογή του στρατηγικού σχεδιασμού σε αυτές.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στη φίλη και συνάδελφο Δήμητρα Οικονόμου, Οικονομολόγο του Δήμου Άργους, για την αξιόλογη βοήθεια που μου προσέφερε, ώστε να κατανοήσω τη διαδικασία σύστασης και λειτουργίας των Νομικών Προσώπων στην Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Επίσης, ευχαριστώ το Ίδρυμα Κρατικών Υποτροφιών, διότι αποτέλεσε το έναυσμα ώστε να ακολουθήσω το δρόμο των Μεταπτυχιακών Σπουδών.

Τέλος, το πιο μεγάλο ευχαριστώ αξίζουν τα άτομα που με στηρίζουν και στέκονται πάντα δίπλα μου, σε κάθε βήμα της ζωής μου, με αγάπη και υπομονή.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία έχει στόχο τη διαμόρφωση οδηγού στρατηγικής ανάπτυξης που θα αποτελέσει αφενός κίνητρο, αφετέρου απαραίτητο εργαλείο στη δημιουργία, αλλά και στην εξέλιξη των Δημοτικών Ιατρείων.

Έναυσμα για την παρούσα εργασία αποτέλεσαν αφενός οι διαλέξεις της κυρίας Φαφαλιού στο μάθημα της «Επιχειρησιακής Στρατηγικής», αφετέρου η σύγχρονη τάση παγκοσμίως για ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η δημιουργία Δημοτικών Ιατρείων είναι το πρώτο βήμα για την Πόλη του Άργους προκειμένου ο Δήμος να συμβάλλει στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας των Δημοτών, με την εξυπηρέτησή τους κοντά στο τόπο διαμονής τους και στο τόπο εργασίας τους, την κάλυψη των οικονομικά αδυνάτων (καθότι οι υπηρεσίες που θα παρέχονται θα είναι δωρεάν για τους οικονομικά αδυνάτους και με πολύ μικρή συμμετοχή για τους υπόλοιπους) και την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης στον πληθυσμό, κάτω από τη γενική φιλοσοφία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) "Υγεία για Όλους".

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν η εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση και η έρευνα στοιχείων, άρθρων και υποδειγμάτων στρατηγικών σχεδιασμών μέσω του διαδικτύου. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αν και θεωρείται πλέον το σημαντικότερο στάδιο για το Σύστημα Υγείας, στην Ελλάδα είναι ιδιαίτερα υποβαθμισμένο. Το Υπουργείο Υγείας κατευθύνεται στην αναβάθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διότι σύμφωνα με τις δηλώσεις του Υπουργού Υγείας σε πρόσφατη συνέντευξή του, «Η πρόληψη κοστίζει πολύ λιγότερο από τη θεραπεία».

Τα ευρήματα που προέκυψαν είναι ενθαρρυντικά, ο Τομέας της Τοπικής Αυτοδιοίκησης έχει αρκετές δυνατότητες για την κάλυψη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των πολιτών και μπορεί να αποτελέσει το εφαλτήριο για την ανάπτυξη και στήριξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας στη χώρας μας.

Το στρατηγικό αυτό σχέδιο απευθύνεται τόσο στους μελλοντικούς εργαζόμενους των Δημοτικών Ιατρείων της πόλης του Άργους, όσο και στους Αιρετούς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με στόχο την υιοθέτησή του και την προσαρμογή του στις εκάστοτε συνθήκες.

*Λέξεις Κλειδιά: Δημοτικά Ιατρεία, Στρατηγικός Σχεδιασμός, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Σύστημα Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην τοπική Αυτοδιοίκηση, Στρατηγικός Σχεδιασμός για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.*

## ABSTRACT

The target of the present project is the configuration of a guide of strategic framework in Community Clinics, which will be constituted as a motive and as an essential tool to the creation and development of Community Clinics.

The sparks for this project were the lectures of Dr. Fafalioty in the course of "Operational Strategy", and the international tendency for the development of primary health care.

The creation of community clinics is the first step for the city of Argos, in order to provide a range of primary health care services to the citizens. The Municipality has the advantage to offer these services near to the people's spaces of work and living. The citizens are going to pay a small fee for the services (but the people who are in need are not going to pay any fee). The Community Clinics are going to put into practice prevention programs, under the general philosophy of World Organism of Health "Health for All".

The methodology that was followed was the extensive bibliographic examination and the research of elements, articles and models of strategic plans threw Internet. The primary health care even if is considered as the more important stage of the health care system, in Greece seems to be downgraded. The ministry of Health is directed to upgrading the primary health care system, because according to the statements of Minister of Health in his recent interview, "the prevention costs less than the therapy".

The findings that arise are encouraging, the Sector of Local Self-government has a lot of capacities and it can constitute the vaulting horse for the development and support of primary health care in our country.

This strategic project is addressed to the future operators of the Community Clinics in Argos, and also to the Elected Deputies of Local Government, having as a target the adoption and the adaptation to every case.

**Keywords:** *Community clinics, Strategic Plan, Primary Care services, Health Care System, Primary Care of Health in the local government, Strategic Plan for Primary Care, healthy cities.*

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Π.Φ.Υ.	Σελ. 1
1.1 ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	Σελ. 1
1.2 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	Σελ. 2
1.3 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	Σελ. 4
1.3.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	Σελ. 5
1.3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	Σελ. 8
1.3.3 ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ Π.Φ.Υ.	Σελ. 9
1.4 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ Ο.Τ.Α.	Σελ. 10
1.5 ΣΥΝΗΘΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	Σελ. 12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΟΤΑ	Σελ. 14
2.1 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ	Σελ. 14
2.2 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	Σελ. 15
2.3 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ Ο.Τ.Α.	Σελ. 19

	ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	Σελ. 22
3.1	ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ	Σελ. 22
3.2	ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	Σελ. 22
3.3	ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	Σελ. 24
3.4	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ	Σελ. 30
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΤΑΔΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ	Σελ. 36
4.1	ΑΠΟΣΤΟΛΗ, ΟΡΑΜΑ	Σελ. 36
4.2	ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΤΟΥΣ	Σελ. 38
4.3	ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	Σελ. 40
4.4	ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	Σελ. 41
4.5	ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ	Σελ. 59
4.5	ΑΝΑΛΥΣΗ S.W.O.T.	Σελ. 61
4.6	ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ	Σελ. 63
4.7	ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ	Σελ. 64

4.8	ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ	Σελ.68
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	Σελ.70
5.1	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	Σελ.70
5.2	ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	Σελ.72
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΙ ΠΗΓΕΣ	Σελ.74
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	Σελ.79

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
1.1	<i>Οι οκτώ κύριες συνιστώσες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Πηγή: Θεοδωράκης και Σουλιώτης (2006)</i>	10
2.1	<i>Τι παρέχει ο στρατηγικός σχεδιασμός για τα Δημοτικά Ιατρεία. Πηγή: Σουλιώτης (2006)</i>	20
3.1	<i>Φάσμα παροχής υπηρεσιών των Δημοτικών Ιατρείων. Πηγή: Θεοδωράκης και Σουλιώτης (2006)</i>	36
4.1	<i>Υλικοί και Άυλοι Πόροι Δημοτικών Ιατρείων. Πηγή: Παπαδάκης (2002), προσαρμοσμένο.</i>	62
4.2	<i>Ανάλυση S.W.O.T. , Επεξεργασμένα στοιχεία</i>	63
4.3	<i>Προβλεπόμενες δυνατότητες για τα έσοδα και τις δαπάνες των Δημοτικών Ιατρείων. Επεξεργασμένα – προσωρινά στοιχεία (σε € και τρέχοντες τιμές).</i>	68

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
1.1	<p style="text-align: center;"><i>Περιφερειακή Διάρθρωση Ελληνικού Συστήματος Υγείας</i></p> <p style="text-align: center;">Πηγή: Σουλιώτης, 2006</p>	3
4.1	<p style="text-align: center;"><i>Προβολές Πληθυσμού 2005 – 2050 σε 3 εκδοχές.</i></p> <p style="text-align: center;">Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία</p>	52



## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Κ.Δ.Κ.	Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων
ΟΑΕΔ	Οργανισμός Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού
ΟΚΑΝΑ	Οργανισμός κατά των Ναρκωτικών
ΟΟΣΑ & ΟΕCD	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης
Ο.Τ.Α.	Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Π.Ο.Υ. & W.H.O.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στο σύγχρονο κόσμο, η κλινική ιατρική και η περίθαλψη, χαρακτηρίζονται από υψηλή ειδικευση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και την εκτεταμένη χρήση της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας και των νέων τεχνολογιών, συχνά χωρίς τεκμηρίωση και χρήση κατευθυντήριων οδηγιών. Το φαινόμενο αυτό, το οποίο χαρακτηρίζει και τη χώρα μας, προκαλεί δυσκολίες όχι μόνο στους κλινικούς γιατρούς για την ολοκληρωμένη και συνεχή διαχείριση των ασθενών, αλλά και στους πολίτες – χρήστες των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στον προσανατολισμό τους σε ένα τόσο σύνθετο και πολύπλοκο σύστημα υγείας.

Τα προβλήματα αυτά έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα της υγειονομικής φροντίδας και προκαλούν επίσης μεγάλο οικονομικό κόστος στο κράτος, στα ασφαλιστικά ταμεία και κυρίως στα νοικοκυριά. Κατά συνέπεια, η ανασυγκρότηση των υγειονομικών υπηρεσιών ώστε να διασφαλίζουν τη συνέχεια των υπηρεσιών και την ολοκλήρωση της φροντίδας, είναι επιτακτική και αναγκαία. Η πρόταση του Υπουργείου Υγείας για την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την ολοκλήρωση των υπηρεσιών υγείας, έχει ως στόχο να φέρει το χρήστη στο επίκεντρο της υγειονομικής φροντίδας (Υπουργείο Υγείας, 2006).

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τα τελευταία χρόνια το κύριο θέμα συζήτησης και προβληματισμού των κυβερνήσεων όλου του κόσμου, αλλά και αντικείμενο μελέτης και πειραματισμού των υγειονομικών υπηρεσιών κάθε χώρας, με πρωταγωνιστή τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) (Ταβλαντά Μ., 2006).

Ο ΠΟΥ απήχθη στις κυβερνήσεις όλου του κόσμου μέσα στη δεκαετία του 1970, το δυναμικό σύνθημα «Υγεία για όλους το 2000». Το ιστορικό, πλέον Διεθνές Συνέδριο του ΠΟΥ και της UNICEF στην πρωτεύουσα του Καζακιστάν Alma Ata, το 1978, όπου συντάχθη η περίφημη διακήρυξη της Alma Ata, είχε ως συμπέρασμα ότι το κλειδί για την επιτυχία του σκοπού του ΠΟΥ «Υγεία για όλους το 2000» θα είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Κυριακίδου, 1998).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο επίπεδο επικοινωνίας των ατόμων και των οικογενειών της κοινότητας με το σύστημα της Υγείας. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε το κίνητρο που κατεύθυνε τον ΠΟΥ στην προώθηση του Προγράμματος «Υγεία Πόλεις». Το πρόγραμμα αυτό διασυνδέει τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με σκοπό την ανάπτυξη της Υγείας, μέσα από μια διαδικασία πολιτικής δέσμευσης, αλλαγής των καθιερωμένων ιδεών, ανάπτυξης νέων ικανοτήτων, συνεργασίας

που να βασίζεται σε προγραμματισμό και καινοτόμες ιδέες. Προωθεί την περιεκτική και συστηματική πολιτική και σχεδιάζει με έμφαση στην άμβλυση των κοινωνικών ανισοτήτων και της αστικής φτώχειας. Πάνω από 1200 πόλεις σε περισσότερες από 30 χώρες μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι «Υγιείς Πόλεις» (ΠΟΥ, 2007).

Η Τοπική Αυτοδιοίκηση παρεμβαίνει και επηρεάζει τη συμμετοχή των πολιτών στην κοινή ζωή της τοπικής κοινότητας, τις δραστηριότητες, την αλληλεγγύη που αναπτύσσεται στο τοπικό επίπεδο και βέβαια το περιβάλλον και τελικά την προστασία και την προαγωγή της υγείας. Σε τοπικό επίπεδο είναι λογικό να λειτουργούν μηχανισμοί πρωτοβάθμιας αντιμετώπισης, όπως στο πεδίο της προστασίας της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας, ενισχύοντας την κοινωνική συνοχή (Σουλιώτης, 2006).

Το γεγονός ότι υπάρχουν ήδη Δήμοι με σοβαρή εμπειρία και προσφορά στα θέματα πρόληψης και παροχής πρωτοβάθμιας περιθαλψης υγείας μέσω των Δημοτικών Ιατρείων και του Διαδημοτικού Δικτύου είναι στοιχείο που δηλώνει ότι οι φορείς Τοπικής Αυτοδιοίκησης έχουν αντιληφθεί ότι η παροχή Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης σε Τοπικό επίπεδο είναι αποτελεσματικότερη από ότι σε Εθνικό επίπεδο. Και αυτό γιατί οι ΟΤΑ έχουν πολλαπλές δυνατότητες εντοπισμού των αναγκών της τοπικής κοινωνίας, δημιουργίας ορθολογικά σχεδιασμένων υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο πρόληψης, και διενέργειας αξιολόγησης του έργου πρόληψης (feed-back).

Η Πρωτοβάθμια περιθαλψη αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της υγείας και της παροχής κοινωνικής φροντίδας. Οι περισσότεροι άνθρωποι αναζητούν βοήθεια για πρωτοβάθμια περιθαλψη σε τοπικό περιβάλλον, κοντά στον τόπο όπου διαμένουν. Όσοι χρειάζονται περισσότερη εξειδικευμένη φροντίδα, κατευθύνονται στο νοσοκομείο. Η κατεύθυνση των πολιτών-ασθενών είναι μία πολύ σημαντική διαδικασία, η οποία προκαλεί δυσκολίες, λόγω της πολυπλοκότητας του Συστήματος Υγείας της χώρας μας. Τα Δημοτικά ιατρεία είναι ο φορέας που μπορεί να προσανατολίζει τους πολίτες και να τους κατευθύνει για την καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματός τους (Department of Health, Northern Ireland, 2005).

Όμως για την ομαλή, σωστή και βιώσιμη λειτουργία των Δημοτικών ιατρείων απαιτείται ένας σωστά μελετημένος στρατηγικός σχεδιασμός. Στην παρούσα εργασία, γίνεται μία παρουσίαση όλων των φάσεων που προαπαιτούνται για ανάπτυξη ενός Στρατηγικού Σχεδίου για δημιουργία Δημοτικών Ιατρείων στην πόλη του Άργους. Η ανάπτυξη επιχειρηματικού σχεδίου δεν αποτελεί αντικείμενο της παρούσας εργασίας. Παρουσιάζονται όμως οι διεργασίες που απαιτούνται για την διαμόρφωση των επί μέρους σχεδίων δράσης που περιγράφουν τους επιχειρησιακούς στόχους και τις δραστηριότητες

των οργανωτικών μονάδων των Δημοτικών Ιατρείων καθώς και μία εισαγωγή για την ανάπτυξη Επιχειρησιακού Σχεδίου. Προτείνεται μάλιστα αυτό να αποτελέσει αντικείμενο ολοκληρωμένης μελλοντικής εργασίας.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Π.Φ.Υ.

#### 1.1 ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το ελληνικό σύστημα υγείας, με βάση τη χρηματοδότησή του θεωρείται «μεικτό σύστημα», διότι στηρίζεται τόσο στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης όσο και στο κράτος. Το 1983, με το νόμο 1397 θεσπίστηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Η δωρεάν παροχή ποιοτικής φροντίδας για όλους τους πολίτες, η άρση της εμπορευματοποίησης της υγείας και των ανισοτήτων στην πρόσβαση, η ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του συστήματος μέσω της δημιουργίας αγροτικών ιατρείων και κέντρων υγείας στην περιφέρεια, η βελτίωση της εκπαίδευσης και η θεσμοθέτηση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών, αποτέλεσαν από τους κύριους στόχους του Ε.Σ.Υ. Κύρια χαρακτηριστικά του Ε.Σ.Υ. είναι τα παρακάτω.

Οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται α) σε υπηρεσίες ανοιχτής ή πρωτοβάθμιας περίθαλψης και β) σε υπηρεσίες κλειστής ή νοσοκομειακής περίθαλψης (δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας). Οι παραγωγοί των υπηρεσιών υγείας είναι α) ο δημόσιος τομέας (νοσοκομεία του ΕΣΥ ή νοσοκομεία άλλου δημόσιου χαρακτήρα, κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία αυτών, πολυιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, Δημοτικά Ιατρεία). Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, γίνεται από α) τον κρατικό προϋπολογισμό, β) τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης, την ιδιωτική ασφάλιση και γ) τις ιδιωτικές δαπάνες οι οποίες ανέρχονται στο 42% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας, ενώ οι δημόσιες δαπάνες αναλογούν στο 68% (Σουλιώτης και Μπαρδής, 2006).

Τα βασικά προβλήματα που απασχολούν το σύστημα υγείας είναι οι ανισότητες στην πρόσβαση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, οι περιφερειακές ανισότητες στην κατανομή υπηρεσιών και πόρων, οι οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες και οι γεωγραφικές ιδιομορφίες.

Μία σημαντική διαφορά, η οποία προκύπτει από τη μελέτη ανάπτυξης του Ελληνικού συστήματος υγείας σε σύγκριση με τα άλλα Ευρωπαϊκά, αφορά στην έλλειψη συνέπειας στην εφαρμογή των αποφάσεων και στην τήρηση των νόμων. Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που ευθύνονται για την μη εφαρμογή σημαντικών προβλεπόμενων ρυθμίσεων αλλά και τις συχνές τροποποιήσεις τους είναι η έλλειψη

σχεδιασμού, οργάνωσης, συντονισμού, αποτελεσματικής διαχείρισης και κατανομής των υφιστάμενων πόρων (Σουλιώτης, 2006).

## 1.2 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Με την τελευταία μεγάλη μεταρρυθμιστική προσπάθεια του νόμου 2889/2001, τέθηκαν στόχοι της πολιτικής της υγείας, οι οποίοι είναι α) η περιφερειακή συγκρότηση του Ε.Σ.Υ., β) η ανασυγκρότηση των νοσοκομείων και γ) η αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού. Οι περισσότεροι από τους παραπάνω στόχους υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο της εν λόγω μεταρρύθμισης, εντούτοις, αρκετοί δεν προχώρησαν σε νομοθετική ρύθμιση και κατ' επέκταση σε εφαρμογή. Συγκεκριμένα, δεν υλοποιήθηκε η μεταρρύθμιση αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, αν και θεσμικά, ο σχετικός σχεδιασμός είναι διαθέσιμος (Ν. 3235/2004).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση και οι περιφερειακές πολιτικές της έχουν επιτρέψει σε μη κεντρικές αρχές να είναι λιγότερο εξαρτημένες από την κεντρική κυβέρνηση και περισσότερο ικανές να σφυρηλατήσουν τις δικές τους αναπτυξιακές πολιτικές. Την πρώτη αναφορά στην περιφερειακοποίηση και αποκεντρωτική διοίκηση των συστημάτων υγείας τη συναντάμε στο Dawson Report το 1920, ενώ στην Ελλάδα, η πρώτη αναφορά εντοπίζεται το 1979 στην Έκθεση της ΚΕΠΕ. Περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας χωρίς πολιτικές αποκεντρωτικής διοίκησης δεν μπορεί να υπάρξει, γιατί δεν μπορούν να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις μιας σταθερής αναπτυξιακής πορείας, στα πλαίσια της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας.

Η αναγκαιότητα ενδυνάμωσης της περιφερειακής ανάπτυξης συνεπάγεται και την ταυτόχρονη αναδιοργάνωση της δομής των δημόσιων διοικητικών συστημάτων που ακολουθούνται, ώστε το πολύπλοκο πεδίο της πολιτικής υγείας να μπορεί να υλοποιήσει τον οριζοντιο συντονισμό των δημόσιων υπηρεσιών και φορέων, με τις αντίστοιχες δομές της κρατικής διοίκησης σε περιφερειακό επίπεδο. Η περιφερειακή ανάπτυξη μέσω των συγκεκριμένων στρατηγικών, απαιτεί μία συνεχή βελτιούμενη προσπάθεια στο χρόνο, καθώς και μία γενναία απόφαση της κεντρικής εξουσίας για αποκέντρωση στη διαδικασία λήψης απόφασης και διαχείρισης. Απαιτεί τον αντικειμενικό έλεγχο και αξιολόγηση της προσπάθειας μέσω στόχων, κριτηρίων και τήρησης χρονοδιαγραμμάτων.

Η αναγκαιότητα ύπαρξης εθνικής πολιτικής για την υγεία γίνεται εμφανής, όμως εμφανής είναι και η εξειδίκευση αυτής σε περιφερειακό επίπεδο μέσω περιφερειακών

σχεδιασμού, οργάνωσης, συντονισμού, αποτελεσματικής διαχείρισης και κατανομής των υφιστάμενων πόρων (Σουλιώτης, 2006).

## 1.2 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Με την τελευταία μεγάλη μεταρρυθμιστική προσπάθεια του νόμου 2889/2001, τέθηκαν στόχοι της πολιτικής της υγείας, οι οποίοι είναι α) η περιφερειακή συγκρότηση του Ε.Σ.Υ. , β) η ανασυγκρότηση των νοσοκομείων και γ) η αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού. Οι περισσότεροι από τους παραπάνω στόχους υλοποιήθηκαν στο πλαίσιο της εν λόγω μεταρρύθμισης, εντούτοις, αρκετοί δεν προχώρησαν σε νομοθετική ρύθμιση και κατ' επέκταση σε εφαρμογή. Συγκεκριμένα, δεν υλοποιήθηκε η μεταρρύθμιση αναφορικά με την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, αν και θεσμικά, ο σχετικός σχεδιασμός είναι διαθέσιμος (Ν. 3235/2004).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση και οι περιφερειακές πολιτικές της έχουν επιτρέψει σε μη κεντρικές αρχές να είναι λιγότερο εξαρτημένες από την κεντρική κυβέρνηση και περισσότερο ικανές να σφυρηλατήσουν τις δικές τους αναπτυξιακές πολιτικές. Την πρώτη αναφορά στην περιφερειακοποίηση και αποκεντρωτική διοίκηση των συστημάτων υγείας τη συναντάμε στο Dawson Report το 1920, ενώ στην Ελλάδα, η πρώτη αναφορά εντοπίζεται το 1979 στην Έκθεση της ΚΕΠΕ. Περιφερειακοποίηση των υπηρεσιών υγείας χωρίς πολιτικές αποκεντρωτικής διοίκησης δεν μπορεί να υπάρξει, γιατί δεν μπορούν να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις μιας σταθερής αναπτυξιακής πορείας, στα πλαίσια της ανταποκρισιμότητας του συστήματος υγείας.

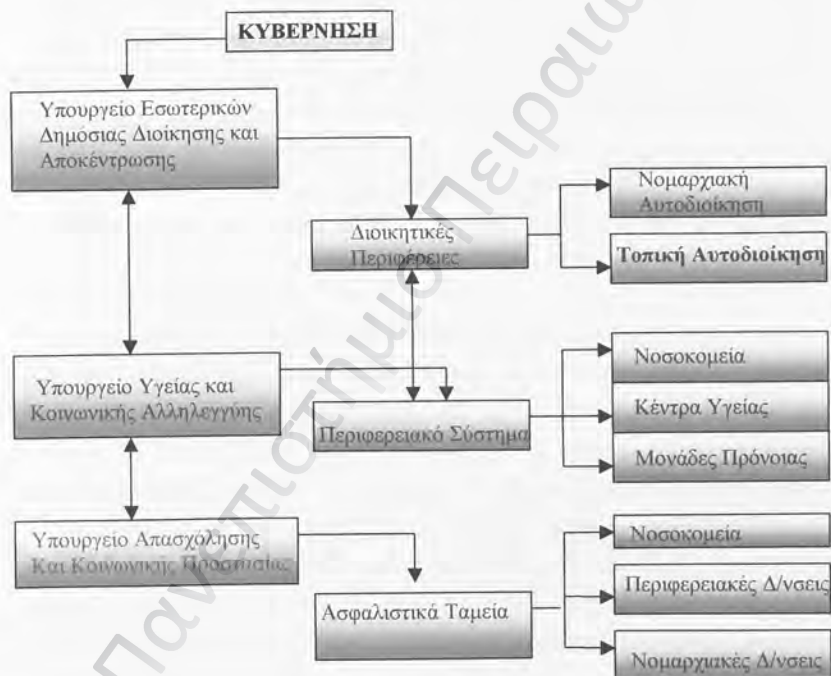
Η αναγκαιότητα ενδυνάμωσης της περιφερειακής ανάπτυξης συνεπάγεται και την ταυτόχρονη αναδιοργάνωση της δομής των δημόσιων διοικητικών συστημάτων που ακολουθούνται, ώστε το πολύπλοκο πεδίο της πολιτικής υγείας να μπορεί να υλοποιήσει τον οριζόντιο συντονισμό των δημόσιων υπηρεσιών και φορέων, με τις αντίστοιχες δομές της κρατικής διοίκησης σε περιφερειακό επίπεδο. Η περιφερειακή ανάπτυξη μέσω των συγκεκριμένων στρατηγικών, απαιτεί μία συνεχή βελτιούμενη προσπάθεια στο χρόνο, καθώς και μία γενναία απόφαση της κεντρικής εξουσίας για αποκέντρωση στη διαδικασία λήψης απόφασης και διαχείρισης. Απαιτεί τον αντικειμενικό έλεγχο και αξιολόγηση της προσπάθειας μέσω στόχων, κριτηρίων και τήρησης χρονοδιαγραμμάτων.

Η αναγκαιότητα ύπαρξης εθνικής πολιτικής για την υγεία γίνεται εμφανής, όμως εμφανής είναι και η εξειδίκευση αυτής σε περιφερειακό επίπεδο μέσω περιφερειακών



υπηρεσιών οι οποίες έχουν την άμεση εικόνα των περιφερειακών αναγκών για υπηρεσίες υγείας – πρόνοιας.

Στο Διάγραμμα 1.1 παρουσιάζεται η περιφερειακή διάρθρωση του ελληνικού συστήματος υγείας και ασφάλισης, όπως αυτή υλοποιήθηκε με τις διατάξεις του Νόμου 2889/2001, ο οποίος, όπως προαναφέρθηκε, αποτέλεσε την τελευταία απόπειρα ενίσχυσης της αποκέντρωσης και της περιφερειακής ανάπτυξης του υγειονομικού τομέα στη χώρα.



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1 Περιφερειακή Διάρθρωση Ελληνικού Συστήματος Υγείας  
Σουλιώτης, 2006)

### 1.3 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Η υγεία είναι ένα θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και ένας παγκόσμιος κοινωνικός στόχος. Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τη θεμέλια βάση της. Στη διεθνή πρακτική έχει επικρατήσει μια πληθώρα ορισμών για τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ). Μία προσπάθεια αναζήτησης των ορισμών που έχουν καταγραφεί για την ΠΦΥ ανέδειξε πολλές και διαφορετικές προσεγγίσεις. Η Π.Φ.Υ είχε κατά καιρούς διαφορετικό περιεχόμενο, ως αποτέλεσμα των διαφορετικών κοινωνικών αρχών και αξιών, αλλά και του διαφορετικού επιδημιολογικού προτύπου που καθόριζε τις υγειονομικές ανάγκες (Σουλιώτης, 2006). Δια μέσου της ΠΦΥ παρέχονται υπηρεσίες σχετικές με την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση, με στόχο τη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας και την επίτευξη κοινωνικής ευημερίας.

Παρά το γεγονός ότι πολλές φορές στην ΠΦΥ αποδίδεται ο ρόλος του ρυθμιστή ροής των ασθενών (gatekeeper), εντούτοις στο σύστημα υγείας επιτελεί πιο διευρυνόμενο έργο και αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του (Department of Health, Northern Ireland, 2005).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εκφράζει μία ευρεία έννοια, η οποία αναφέρεται σε μία συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίες προσφέρονται και σε υγιή άτομα, είτε στο σύνολο του πληθυσμού, είτε σε επίπεδο τοπικής κοινότητας. Σε αντιδιαστολή, η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη έχει στενότερη έννοια και αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας, οι οποίες προσφέρονται σε άτομα που έχουν νοσήσει και έχουν εκδηλώσει, υποκειμενικά ή αντικειμενικά, τα συμπτώματα της νόσου (WHO, 1978). Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αποτελεί έκφραση μία στρατηγικής, η οποία δίνει μεγαλύτερη έμφαση στον εξωνοσοκομειακό τομέα ενός συστήματος υγείας και αποτελεί το πρώτο επίπεδο του συστήματος, εκεί δηλαδή που ο ασθενής έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με τις επίσημες υπηρεσίες υγείας.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στηρίζεται στη σφαιρική αντίληψη ότι η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη (Σουλιώτης, 2006).

Η Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί τα τελευταία χρόνια, το κύριο θέμα συζήτησης και προβληματισμού των κυβερνήσεων όλου του κόσμου, αλλά και

αντικείμενο μελέτης και πειραματισμού των υγειονομικών υπηρεσιών κάθε χώρας με πρωταγωνιστή τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αποτελεί διεθνή Οργανισμό με 183 χώρες μέλη. Ο ΠΟΥ ιδρύθηκε το 1948 με μοναδικό σκοπό την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα και έχει έδρα στη Γενεύη. Ο ΠΟΥ διακήρυξε στις κυβερνήσεις όλου του κόσμου, μέσα στη δεκαετία του 1970, το δυναμικό σύνθημα «Υγεία για όλους το 2000». Το 1978 στο ιστορικό Διεθνές Συνέδριο του ΠΟΥ και της UNICEF στην πρωτεύουσα του Καζακιστάν Alma-Ata προέκυψε το συμπέρασμα ότι κλειδί για την επιτυχία του σκοπού του ΠΟΥ «Υγεία για όλους το 2000» θα είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας (Κυριακίδου, 1998).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στις αρχές της δεκαετίας του '80 παρουσίασε το σχέδιο «Healthy cities», δηλαδή «Υγιείς Πόλεις» ώστε να παρέχει έναν οργανωτικό φορέα παροχής πληροφοριών, διασυνδέσεων και δυνατοτήτων σε συνέχεια του σχεδίου «Υγεία για όλους», σε τοπικό επίπεδο. Το 1986 έντεκα πόλεις έγιναν μέλη του δικτύου υγιείς πόλεις. Το Πρόγραμμα αυτό δεσμεύει τους οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης για ανάπτυξη στον τομέα της υγείας, μέσω μίας διαδικασίας πολιτικής δέσμευσης, θεσμικών αλλαγών και πλάνου που βασίζεται στη συνεργασία και τις καινοτόμες μελέτες. Η πολιτική και ο σχεδιασμός του Προγράμματος αυτού, γίνεται με ιδιαίτερη έμφαση στις ανισότητες στον τομέα της υγείας, στην φτώχεια και στις ανάγκες ευπαθών ομάδων με συμμετοχή της Διοίκησης και της κοινωνίας σε τοπικό επίπεδο (ΠΟΥ, 2007).

### 1.3.1 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο πλαίσιο εφαρμογής του νόμου 3235 του 2004, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους του. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει: α) τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, β) την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας, γ) τον οικογενειακό προγραμματισμό, δ) τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού, ε) την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική, στ) τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες



αποκατάστασης, ζ) την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο, η. τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Με βάση ταξινομήσης τον φορέα παροχής των υπηρεσιών, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα προσφέρονται σήμερα από τους παρακάτω:

1. το κράτος, μέσω των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων (για τις αγροτικές περιοχές) και των εξωνοσοκομειακών ιατρείων των νοσοκομείων (για τις αστικές περιοχές).
2. τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, μέσω των μονάδων υγείας και των πολυιατρείων κυρίως του ΙΚΑ, αλλά και συμβεβλημένα ιδιωτικά ιατρεία και εργαστήρια για τα υπόλοιπα ταμεία.
3. την τοπική αυτοδιοίκηση, που προσφέρει περιορισμένου όγκου και εύρους υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μέσα από μικρό αριθμό δημοτικών ιατρείων.
4. τον ιδιωτικό τομέα, που αποτελεί σημαντικό τμήμα του ευρύτερου τομέα υγείας στην Ελλάδα (Σουλιώτης, 2006).

Το Κράτος, με στόχο την κοινωνική ανάπτυξη και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής, εξασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Το σύστημα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών: α) της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας, β) της ισότητας στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών διαχρονικά, γ) της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερομένου, δ) του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένεια του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων, ε) της διαχείρισης ιατρό - ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και την εμπιστευτικότητα τους, στ. της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας (Ν.3235/04).

Η ζήτηση για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς δεν έχει υλοποιηθεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού, κατευθύνεται κυρίως στους γιατρούς ειδικότητας. Αυτοί υποτελούν συνήθως το σημείο πρώτης επαφής των ασθενών και

υπάρχει η δυνατότητα απευθείας παραπομπής των ασθενών στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Οι λίστες μακροχρόνιας αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία ή τα εργαστηριακά κέντρα, αναγκάζουν τους ασφαλισμένους να βρίσκουν διέξοδο, είτε μέσω των τμημάτων επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων, είτε μέσω της χρησιμοποίησης υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα. Επιπλέον, με δεδομένο ότι πολλές φορές τα περισσότερα προβλήματα υγείας δεν έχουν τα χαρακτηριστικά του επειγόντος, ακριβοί πόροι του συστήματος απασχολούνται για να αντιμετωπίσουν ασήμαντα προβλήματα υγείας ή απλές ενοχλήσεις, οδηγώντας σε σημαντικές αποκλίσεις την τεχνική αποτελεσματικότητα και οικονομική αποδοτικότητα του συστήματος.

Επίσης, η έλλειψη καθολικής κάλυψης από υπηρεσίες γενικού / οικογενειακού ιατρού ως «κυματοθραύστη» στην καταιγιστική ζήτηση για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά και ως μέσου για την αποτελεσματικότερη κατεύθυνση κάθε ασθενούς ξεχωριστά μέσα στο σύστημα υγείας, έχει ως αποτέλεσμα τη διάσπαση της συνέχειας μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης και της ελλιπούς διακίνησης της ιατρικής πληροφορίας. Η έλλειψη πληροφοριών σχετικά με την κατάσταση του ασθενή και οι ανύπαρκτοι ιατρικοί φάκελοι σε επίπεδο πρωτοβάθμιας και περίθαλψης, συχνά οδηγούν σε αναίτιες επισκέψεις, επαναλαμβανόμενες ομοειδείς εξετάσεις και συνταγογραφίες. Αυτό δεν είναι απλά αναποτελεσματικό, αλλά και ιατρικά περιττό και απαράδεκτο και μπορεί να βλάψει τον ασθενή. Το πρόβλημα επιτείνεται καθώς μεγάλο μέρος των διαγνωστικών και εργαστηριακών εξετάσεων πραγματοποιείται από τον ιδιωτικό τομέα και αρκετοί ιατροί επηρεάζονται με διάφορους τρόπους για να κατευθύνουν τους ασθενείς προς τα εκεί (Υπουργείο Υγείας, 2006).

Άλλος σημαντικός παράγοντας που φανερώνει την ανεπάρκεια του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη χώρα μας είναι η γεωγραφική κατανομή των κέντρων υγείας, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι η πρόσβαση σε αυτά επηρεάζεται από την απόσταση και τη δυνατότητα πρόσβασης. Υπάρχει ιδιαίτερη ανάγκη δημιουργίας μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας κοντά στο χώρο εργασίας και διαμονής των ατόμων.

Δημοσιευμένα στοιχεία αξιολόγησης της παρεχόμενης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα είναι περιορισμένα, ενώ για παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Τοπική Αυτοδιοίκηση δεν υπάρχουν.

Τα σημαντικότερα προβλήματα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα που έχουν προκύψει είναι:

1. μεγάλος κερματισμός των φορέων, με διαφορετικά σχήματα, μεγάλες ανισότητες, στις εισφορές και τις παροχές, πολυσύνθετες διαδικασίες και επικαλύψεις.

2. σοβαρές ελλείψεις ιατρών γενικής ιατρικής και νοσηλευτικού προσωπικού
3. σοβαρές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα.
4. ακατάλληλη μεθοδολογία αμοιβών του ιατρικού προσωπικού και έλλειψη κινήτρων για υψηλή παραγωγικότητα και εργαλείων μέτρησής της.
5. απουσία οικογενειακού γιατρού, καθώς και συστήματος ελέγχου διακίνησης των ασθενών στο σύστημα.
6. περιορισμένη διαθεσιμότητα του συστήματος κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες, καθώς και κατά τα Σαββατοκύριακα και αργίες, με αποτέλεσμα την προσφυγή των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή σε ιδιώτες γιατρούς.
7. χαμηλή αξιοπιστία του συστήματος της δημόσιας υγείας
8. ανυπαρξία μηχανισμών ελέγχου, πιστοποίησης και αξιολόγησης του συστήματος (Υπουργείο Υγείας, 2006).

### 1.3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ο όρος πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας απέκτησε μία συγκροτημένη έκφραση μόλις το 1978 (WHO, 1978). Ιστορικά η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας περιορίστηκε κυρίως στο διαγνωστικό και θεραπευτικό επίπεδο, χωρίς αυτό βέβαια να σημαίνει ότι δεν αναπτύχθηκε αντίστοιχα και προληπτική δραστηριότητα.

Η έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας ανευρίσκεται ακόμη από το 3000 π.Χ., κατά την Ινδουιστική περίοδο, όπου υπάρχουν στοιχεία εφαρμογής καλά οργανωμένων προγραμμάτων δημόσιας και ατομικής υγιεινής. Η υγεία στην καθημερινή ζωή αποτελούσε υψηλή προτεραιότητα και περιλάμβανε τη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία.

Τα κέντρα υγείας, ως βασικότεροι φορείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, έχουν εμφανιστεί από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Στην Αγγλία και αργότερα στις Η.Π.Α. και στην πρώην Σοβιετική Ένωση εμφανίζεται, για πρώτη φορά, ο θεσμός του κέντρου υγείας. Η στροφή της πολιτικής υγείας προς την κατεύθυνση της παροχής υπηρεσιών υγείας άρχισε ουσιαστικά να εφαρμόζεται μόνο τις τελευταίες τρεις δεκαετίες.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, ακολούθησε διαχρονικά την πορεία ανάπτυξης του συστήματος υγείας, όντας υποσύστημά του. Από την ίδρυση του ελληνικού κράτους και μέχρι το τέλος του Β' Παγκόσμιου Πολέμου, η παρουσία του κράτους στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ήταν περιορισμένη και αποσπασματική, κυρίως δε αναφέρονται περιστασιακές παρεμβάσεις για την καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων



και επιδημιών. Αντίθετα σημαντικό ρόλο είχαν η φιλανθρωπία και η εκκλησία καθώς και τα διάφορα ταμεία αλληλοβοήθειας που άρχισαν να δημιουργούνται (Θεοδώρου et al, 1997).

### 1.3.3 ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ Π.Φ.Υ.

Μέσα από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας γίνεται προσπάθεια να δοθεί απάντηση στις σύγχρονες ανάγκες υγείας, έτσι όπως αυτές σήμερα εκδηλώνονται. Η αναβάθμιση και διερεύνηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας τα τελευταία χρόνια μπορεί να θεωρηθεί ότι αποτέλεσε το αντίδοτο στην υγειονομική κρίση της δεκαετίας του 1970, όταν οι υπηρεσίες υγείας απορροφούσαν υπέρογκα ποσά χωρίς να έχουν τα ανάλογα αποτελέσματα σε όρους ανθρώπινης ευημερίας (Θεοδώρου et al, 1997).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος, τόσο του συστήματος υγείας κάθε χώρας, όσο και της ευρύτερης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης. Απευθύνεται στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας και εξασφαλίζει υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας. Στον πίνακα 1.1. παρουσιάζονται οι οκτώ κύριες συνιστώσες, στις οποίες οφείλει να δίνει έμφαση κάθε σύστημα που στηρίζεται στις αρχές και τη φιλοσοφία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (WHO, 1979).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εκφράζει μία στρατηγική που δίνει μεγαλύτερη έμφαση στον εξωνοσοκομειακό τομέα του συστήματος υγείας. Η έμφαση αυτή δε σημαίνει υποτίμηση της νοσοκομειακής και εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης. Επιδρά όμως στο νοσοκομείο-κεντρικό σύστημα υγείας το οποίο είναι προσανατολισμένο περισσότερο στο «πάσχον όργανο» παρά στο άτομο, την κοινότητα και την κοινωνία συνολικά. Η συνειδητοποίηση των ορίων του νοσοκομείου καθώς και της περιορισμένης αποτελεσματικότητάς του, οδηγεί στην παραδοχή ότι η Π.Φ.Υ. μπορεί να αποτελέσει τον άξονα γύρω στον οποίο είναι δυνατή η συνεχής και συστηματική παρακολούθηση του ατόμου. Με βάση αυτήν την παραδοχή, οι πρωτοβάθμιες μονάδες αποτελούν το επίκεντρο του όλου συστήματος. Η δημιουργία των κέντρων υγείας, χωρίς ταυτόχρονα την οργάνωση κατάλληλων υποστηρικτικών συστημάτων στο επίπεδο της διοίκησης, της οικονομικής διαχείρισης, της τεχνολογίας, της εκπαίδευσης και της έρευνας θα οδηγήσει σε μη επίτευξη των στόχων (Σουλιώτης, 2006).



ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1
ΟΙ ΟΚΤΩ ΚΥΡΙΕΣ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
1. Εκπαίδευση πάνω στα κύρια προβλήματα υγείας και στις μεθόδους πρόληψης και ελέγχου τους.
2. Διαφώτιση σε θέματα διατροφής
3. Εξασφάλιση επαρκούς και υγιεινής ύδρευσης και βασικών εγκαταστάσεων υγιεινής
4. Εξασφάλιση φροντίδας υγείας της μητέρας και του παιδιού
5. Πραγματοποίηση εμβολιασμών για τα σοβαρότερα λοιμώδη νοσήματα
6. Πρόληψη και καταπολέμηση των τοπικών ενδημικών νοσημάτων
7. Θεραπεία των κοινών νοσημάτων και των τραυματισμών
8. Παροχή των απαραίτητων φαρμάκων

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1: Οι οκτώ κύριες συνιστώσες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Πηγή: Θεοδωράκης και Σουλιάτης (2006)

#### 1.4 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ Ο.Τ.Α.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται και από τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, και εποπτεύεται και ελέγχεται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διαμέσου των αρμόδιων Πε.Σ.Υ.Π. ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους και την ποιότητα τους (Ν.3235/04).

Η συμμετοχή της κοινότητας στην Υγεία δεν είναι κάτι καινούριο. Η εφαρμογή της έχει εμφανιστεί με διάφορους τρόπους, για αρκετά χρόνια σε θέματα υγείας και ανάπτυξης της κοινωνικής ευεξίας. Υπάρχουν ήδη Δήμοι με σοβαρή εμπειρία και προσφορά στα θέματα της πρόληψης υγείας μέσω των Δημοτικών τους Ιατρείων και των Κέντρων Κοινωνικής Μέριμνας. Δυστυχώς όμως δεν υπάρχει οργανωμένη προληπτική φροντίδα υγείας στη χώρα μας. Υπάρχει ανάγκη για λειτουργία σε όλους τους Δήμους Δομών υγείας, που θα καλύπτουν ζητήματα ενημέρωσης, πρόληψης και αγωγής υγείας. Η λειτουργία τους θα πρέπει να εφαρμόζεται μέσα σε ένα πλαίσιο κανόνων και αρχών πρόληψης με ένα οργανωμένο εποπτικό και συντονιστικό σχήμα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

Η εμπειρία από τις ήδη λειτουργούσες Δομές Υγείας στους ΟΤΑ, αλλά και η γνώση από τις ευρωπαϊκές χώρες, αποδεικνύουν ότι, καμία άλλη υπηρεσία δεν έχει τη δυνατότητα να αφουγκραστεί τα προβλήματα της κοινωνίας στον τομέα της υγείας, παρά μόνο αυτές που βρίσκονται μέσα στην κοινωνία. Οι ΟΤΑ έχουν δυνατότητα στον εντοπισμό των αναγκών της τοπικής κοινωνίας, στη δημιουργία ορθολογικά σχεδιασμένων υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο πρόληψης και στη διενέργεια αξιολόγησης του έργου της πρόληψης (Η Πρόληψη υγείας στους ΟΤΑ, 2007).

Η πολυπλοκότητα όμως της λειτουργίας των Δομών Υγείας στα πλαίσια των ΟΤΑ καθώς και η έλλειψη θεσμικού πλαισίου, δυσχεραίνει την ομαλή λειτουργία τους, κάτι που ανέδειξε την ανάγκη για δημιουργία ενός Διαδημοτικού Δικτύου (Παράρτημα 1). Η δραστηριότητα του Δικτύου αυτού έγκειται στη συνένωση των δυνάμεων των Δήμων στον τομέα της πρόληψης για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους, για ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας των Δομών Υγείας στους ΟΤΑ, για διαδημοτική συνεργασία για διεκδίκηση πόρων, Κρατικών και Ευρωπαϊκών καθώς και για την πραγματοποίηση συνεδρίων (Διαδημοτικό Δίκτυο, 2007).

Η αυτοδιοίκηση είναι προνομακός χώρος έκφρασης της βούλησης των τοπικών ή ευρύτερων τοπικών κοινωνιών. Η αμεσότητα της σχέσης που δομείται μεταξύ της κοινότητας και της τοπικής εξουσίας έχει ως αποτέλεσμα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και αιτήματα της τοπικής εξουσίας να διατυπώνονται σαφέστερα και να γίνονται αντικείμενο τοπικού χαρακτήρα ρυθμίσεων. Γίνεται με τον τρόπο αυτό προσφορότερη η απάντηση σε προβλήματα και η διατύπωση λύσεων με όρους και μέσα προσαρμοσμένα στα επιμέρους στοιχεία κάθε κοινότητας.

Το ζήτημα της προστασίας και προώθησης του επιπέδου υγείας του τοπικού πληθυσμού και της εξασφάλισης της συνοχής της κοινότητας αφορά ένα ευρύ φάσμα δράσεων που μπορούν να έχουν ως επίκεντρο τους φορείς της αυτοδιοίκησης. Ο στόχος της προώθησης της υγείας της τοπικής προστασίας και πρόνοιας εντοπισμένων στις ιδιαίτερες συνθήκες και ανάγκες. Η αντιμετώπιση των ιδιαίτερων προβλημάτων που αντιμετωπίζουν ειδικές ομάδες του πληθυσμού όπως οι ηλικιωμένοι, οι μονογενεϊκές οικογένειες, οι χρήστες τοξικών ουσιών, οι εργαζόμενες μητέρες κλπ. και που αποτελούν δυνάμει απειλές για τη συνοχή της κοινότητας μπορούν να αντιμετωπίζονται με πολιτικές που οργανώνονται και υλοποιούνται στο τοπικό επίπεδο με ευθύνη των φορέων της αυτοδιοίκησης.

Οι δομές κοινωνικής προστασίας και προστασίας της υγείας στο υποεθνικό επίπεδο στοχεύουν ταυτόχρονα στην ενεργοποίηση της συμμετοχής της τοπικής

κοινότητας σε επίπεδο γειτονιάς ή πόλης. Είναι δε προφανές ότι αποτελούν προνομιακό πεδίο για την αυτοδιοίκηση και μπορούν να λειτουργήσουν προς όφελος της συνοχής της τοπικής κοινωνίας.

Το επίπεδο υγείας των κατοίκων και η εξασφάλιση των μέσων για τη βελτίωσή του μπορούν να είναι αντικείμενο και τοπικού χαρακτήρα ρυθμίσεων. Η συνεργασία των τοπικών δυνάμεων βρίσκεται στο επίκεντρο αυτής της προσπάθειας ώστε να επιτυγχάνεται τελικά «υγιής ζωή» της ίδιας της κοινωνίας.

Είναι σαφές ότι τα Δημοτικά Ιατρεία, καθώς και κάθε φορέας παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, θα πρέπει να προσφέρουν ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών υγείας που περιλαμβάνει την πρόληψη, τη διάγνωση, την αποκατάσταση και την κοινωνική φροντίδα. Πρέπει να υπογραμμιστεί ότι αυτό που διαφοροποιεί τη σύγχρονη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας από την παραδοσιακή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, είναι ακριβώς η ανάπτυξη όλων των παραπάνω δραστηριοτήτων και όχι μόνο των διαγνωστικών και θεραπευτικών λειτουργιών (Σουλιώτης, 2006).

Τα Δημοτικά Ιατρεία αποτελούν το πρώτο και ουσιαστικό βήμα του Δήμου του Άργους, καθώς και κάθε Δήμου, που θέλει να συμβάλλει ενεργά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας των Δημωτών. Η παροχή υπηρεσιών υγείας πλησίον του τόπου εργασίας και κατοικίας των πολιτών, καθώς και η κάλυψη των οικονομικά αδυνάτων θα γίνεται κάτω από τη φιλοσοφία του ΠΟΥ «Υγεία για Όλους». Η προσπάθεια για ένταξη της πόλης του Άργους στο Πρόγραμμα «Υγιείς Πόλεις» του ΠΟΥ έχει ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την προαγωγή της υγείας των πολιτών.

## 1.5 ΣΥΝΗΘΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη στην Ελλάδα εμφανίζει μία σειρά αδυναμιών που δυσκολεύουν το εγχείρημα ανάπτυξής και εδραίωσής της.

Η ανακολουθία μεταξύ της μεταρρυθμιστικής νομοθεσίας στις αρχές της δεκαετίας του 1980 και της πρακτικής εφαρμογής στο σύστημα φροντίδας υγείας αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα που παρουσιάζει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σήμερα και βρίσκεται σε μία ιδιαίτερα κρίσιμη καμπή.

Η αδυναμία ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις αστικές περιοχές, με τη δημιουργία κέντρων υγείας αστικού τύπου ή δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έχει εμποδίσει το σύστημα υγείας στις αστικές περιοχές, με τη

δημιουργία κέντρων υγείας αστικού τύπου ή δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έχει εμποδίσει το σύστημα υγείας στην καθιέρωση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού (Λιόνης et al., 2000).

Η απουσία οικογενειακού γιατρού και η έλλειψη συστήματος παραπομπών έχουν σα συνέπεια ο ασθενής να μην έχει σταθερό σημείο αναφοράς, ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα. Παράλληλα υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στα περισσότερα κέντρα υγείας. Πέρα από το πρόβλημα της στελέχωσης, σημαντικός χρόνος έχει μέχρι σήμερα δαπανηθεί για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, χωρίς να έχει προσδιοριστεί το επιστημονικό πλαίσιο στο οποίο θα πρέπει να κινηθούν και να αναπτυχθούν οι λειτουργοί υγείας και κοινωνικής φροντίδας (Σουλιώτης, 2006).

Ταυτόχρονα, το υγειονομικό δυναμικό της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα μας απασχολείται σχεδόν αποκλειστικά με την περιθαλψη καταναλώνοντας μεγάλο βαθμό του χρόνου του στη συνταγογράφηση. Απουσιάζουν οι συστηματικές και διαχρονικές παρεμβάσεις με στόχο την πρόληψη χρόνιων νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Επίσης η έλλειψη κατάλληλα εκπαιδευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού αποτελεί επίσης ένα σημαντικό πρόβλημα (Σουλιώτης, 2006). Τέλος, η γήρανση του πληθυσμού, η έλλειψη διαθέσιμων πόρων για την υγεία και οι Νομοθετικές Μεταρρυθμίσεις είναι προβλήματα που πρέπει να ληφθούν υπόψη από κάθε προσπάθεια διοίκησης, οργάνωσης ή στρατηγικού σχεδιασμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

#### ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΟΤΑ

##### 2.1 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ

Η λέξη Στρατηγική προέρχεται από την αρχαία Ελληνική, όπου σήμαινε την τέχνη του σχεδιασμού και της διεξαγωγής ενός πολέμου. Βέβαια, από την εποχή εκείνη ο όρος έχει επεκταθεί, και στις μέρες μας καλύπτει τόσο το χώρο της πολιτικής όσο και αυτόν των επιχειρήσεων, ως η τέχνη της προετοιμασίας και της υλοποίησης μιας πολιτικής εκστρατείας ή ενός επιχειρηματικού σχεδίου (business plan) (Hindle T, 2003).

Ο Alfred Chandler ορίζει τη στρατηγική ως «τον καθορισμό των βασικών μακροχρόνιων στόχων και σκοπών μιας επιχείρησης και την υιοθέτηση μιας σειράς πράξεων και τον προσδιορισμό των αναγκαίων μέσων για επίτευξη αυτών των στόχων». (Ο καθηγητής του Harvard Michael Porter σε άρθρο του θεωρεί ότι η στρατηγική είναι κατά κύριο λόγο «τοποθέτηση της επιχείρησης στο περιβάλλον της»). Η στρατηγική σύμφωνα με αρκετούς ακαδημαϊκούς ακολουθεί τα εξής τρία διακριτά στάδια: Α) διαμόρφωση, β) Υλοποίηση και γ) Αξιολόγηση και Έλεγχο. Το πρώτο στάδιο δε θεωρείται αποτελεσματικό χωρίς το δεύτερο και το τρίτο (Παπαδάκης, 2002).

Στρατηγική σύμφωνα με τον Sun Tzu (ο οποίος θεωρήθηκε αυθεντία στον στρατηγικό σχεδιασμό πολέμων) είναι η «θεωρία» για το πώς ένας οργανισμός θα πετύχει τους σκοπούς του. Η στρατηγική συνίσταται στην αναζήτηση του ιδανικού τρόπου χρησιμοποίησης όλων των διαθέσιμων μέσων για την επιτυχία ιεραρχημένων στόχων. Η ορθότητα αυτής της στρατηγικής προσέγγισης κάθε οργανισμού ελέγχεται εμπειρικά και έτσι αποδεικνύεται κατά πόσο είναι κατάλληλη και αποδοτική. Κύριο μέλημα κάθε σχεδιασμού στρατηγικής είναι α) η διάγνωση του περιβάλλοντος (κίνδυνοι και ευκαιρίες), β) η συγκεκριμενοποίηση των στόχων και η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων, γ) το «πλάνο» των στόχων με όλα τα μέσα που έχει ο οργανισμός στη διάθεσή του και δ) ο καθορισμός του αποτελεσματικότερου συνδυασμού μέσων (strategic mix) για την προώθηση ιεραρχημένων στόχων, ώστε να αποφεύγονται σπατάλες πόρων και προσπάθειας.

Στόχος της στρατηγικής είναι «μέγιστο όφελος με το ελάχιστο κόστος και τον ελάχιστο κίνδυνο (ρίσκο)» (Krause D., 1998).

Αξίζει να επισημανθεί ότι σύμφωνα με τον Hamel και Prahalad (1993) η στρατηγική αν και δε μπορούμε να ισχυριστούμε ότι εξασφαλίζει πάντα την επιτυχία, ωστόσο βοηθάει σίγουρα στην επίτευξή της. Οι βασικότεροι λόγοι εξ' αιτίας των οποίων συμβαίνει είναι το γεγονός ότι α) η στρατηγική θέτει κατευθύνσεις, β) η στρατηγική υποστηρίζει τη λήψη ομοιόμορφων αποφάσεων, γ) η στρατηγική συγκεντρώνει την προσπάθεια και συντονίζει δραστηριότητες, δ) η στρατηγική ορίζει την επιχείρηση και τη θέση της απέναντι στον ανταγωνισμό, ε) η στρατηγική μειώνει την αβεβαιότητα και στ) η στρατηγική μπορεί να προσδώσει ένα βιώσιμο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα (Σημειώσεις Φαφαλιού, 2007).

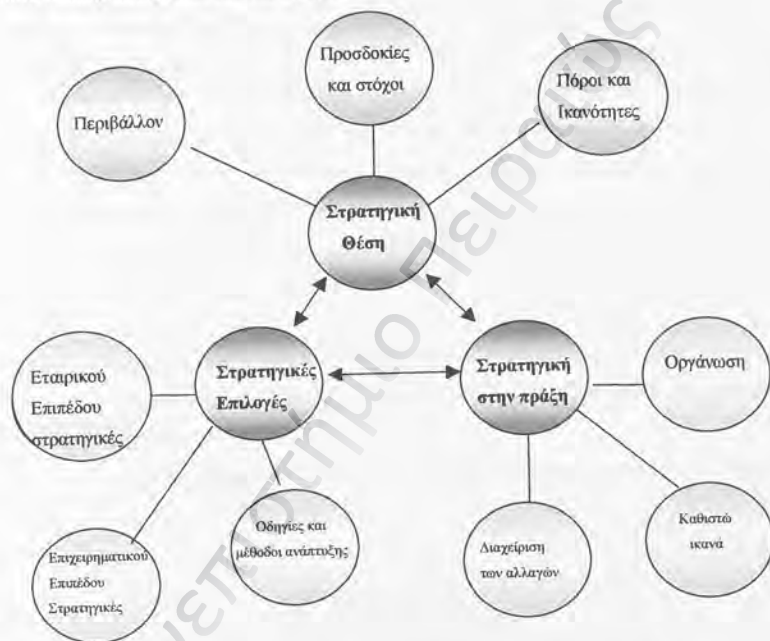
Η στρατηγική, σύμφωνα με τον Porter, είναι αυτή η οποία μπορεί και τον ανταγωνισμό να αμβλύνει και να δώσει στους εμπνευστές της μακροπρόθεσμα ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα. Ο ορισμός λοιπόν, που έδωσε ο Porter στην έννοια της στρατηγικής είναι: «Στρατηγική είναι η κατεύθυνση και το εύρος των δραστηριοτήτων μιας επιχείρησης μακροπρόθεσμα, η οποία εξασφαλίζει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για την επιχείρηση, μέσω της διάταξης των πόρων της μέσα σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον, με στόχο να ανταποκριθεί στις ανάγκες των αγορών και να ικανοποιήσει τις προσδοκίες των βασικών ομάδων ενδιαφερομένων.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της στρατηγικής είναι α) η προσαρμογή σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον, β) η δημιουργία ανταγωνιστικών πλεονεκτημάτων μέσω της διάταξης των πόρων, γ) ο καθορισμός του εύρους δραστηριοτήτων αλλά και της κατεύθυνσης της επιχείρησης μακροπρόθεσμα και δ) η ανταπόκριση στις ανάγκες των αγορών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των βασικών ομάδων ενδιαφερομένων (Παπαδάκης, 2002).

## 2.2 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Το στρατηγικό μάντζμεντ εξελίχθηκε με την πάροδο των ετών, εξαιτίας κυρίως των αλλαγών του εξωτερικού περιβάλλοντος. Δεδομένου ότι η διαμόρφωση κυρίως, αλλά και η υλοποίηση της στρατηγικής των επιχειρήσεων επηρεάζεται τόσο από το εξωτερικό όσο και από το εσωτερικό περιβάλλον, οι παρατηρούμενες με την πάροδο των ετών αλλαγές στο εξωτερικό περιβάλλον, οδήγησαν στην υιοθέτηση μεθόδων και τεχνικών για την ανίχνευση και παρακολούθησή του, με αποτέλεσμα να τροποποιηθούν και οι ανάγκες της επιχείρησης για στρατηγικό σχεδιασμό (Σούλης Σ, 1999).

Το στρατηγικό μανάτζμεντ διαφέρει από τη φύση του με άλλες μορφές μανάτζμεντ. Δεν είναι αρκετό να πούμε ότι είναι η διοίκηση της διαδικασίας της λήψης στρατηγικών αποφάσεων. Το στρατηγικό μανάτζμεντ χαρακτηρίζεται ως φιλόδοξο, ευέλικτο, οργανωτικό με διορατικότητα. Επίσης περιλαμβάνει τη στρατηγική θέση του οργανισμού (strategic position), τις στρατηγικές επιλογές για το μέλλον (strategic choices) και την προσαρμοστικότητα στις συνθήκες με αλλαγή στρατηγικής (strategy into action) όπως φαίνεται στο Σχήμα 2.1



ΣΧΗΜΑ 2.1 Μοντέλο στοιχείων του Στρατηγικού Μανάτζμεντ.

Πηγή: Johnson & Scholes (2002)

Η στρατηγική θέση των Δημοτικών Ιατρείων, διαμορφώνεται σύμφωνα με το εξωτερικό περιβάλλον, τους εσωτερικούς πόρους και ικανοτήτων και τις απαιτήσεις και την επιρροή των στελεχών. Το είδος των ερωτήσεων που θα προκύψουν, αφορά τη μελλοντική στρατηγική. Οι στρατηγικές επιλογές περιλαμβάνουν τις βάσεις της μελλοντικής στρατηγικής σε επίπεδο τόσο επιχειρηματικό όσο και εταιρικό, καθώς και τις επιλογές για ανάπτυξη της στρατηγικής και τις μεθόδους που θα ακολουθηθούν.



Μεταφράζοντας τη στρατηγική στην πράξη, γίνεται αναφορά στην εξασφάλιση ότι οι στρατηγικές εφαρμόζονται στην πράξη (Johnson, 2007).

Το στρατηγικό μάντζμεντ αναφέρεται στην πιο δύσκολη και σημαντική πρόκληση που αντιμετωπίζει οποιοσδήποτε οργανισμός, δημόσιος ή ιδιωτικός, στο πως μέσα από τον ανταγωνισμό για επιβίωση και επικράτηση στο παρόν, θα τεθούν τα θεμέλια για την επιτυχή πορεία στο μέλλον. Το να είναι μία επιχείρηση επιτυχημένη στο παρόν δεν είναι αρκετό, γιατί απαιτούνται ουσιαστικές προϋποθέσεις για να είναι επιτυχημένη και στο μέλλον. Διάφοροι παράγοντες προκαλούν συνεχείς μεταβολές στο περιβάλλον και τα Δημοτικά Ιατρεία θα βρίσκονται αντιμέτωπα σε μία διαρκή διαδικασία αλλαγής και προσαρμογής. Σε αυτή τη διαδικασία το Στρατηγικό Μάντζμεντ αποτελεί σημαντικό «όπλο» για τα Δημοτικά Ιατρεία (Παπαδάκης, 2002).

Σύμφωνα με τους συγγραφείς, το στρατηγικό μάντζμεντ περιλαμβάνει τρεις επιμέρους διαδικασίες ( Σχήμα 2.2 ):

- τη στρατηγική ανάλυση, κατά την οποία οι υπεύθυνοι για τη διαμόρφωση της στρατηγικής προσπαθούν να κατανοήσουν τη στρατηγική θέση του οργανισμού,
- τη στρατηγική επιλογή, κατά την οποία σχεδιάζονται οι πιθανές στρατηγικές κινήσεις, εκτιμώνται και επιλέγονται οι πλέον αρμόζουσες στρατηγικές αποφάσεις,
- στρατηγική εφαρμογή ή υλοποίηση, κατά την οποία η επιλεγείσα στρατηγική εφαρμόζεται στην πράξη.



ΣΧΗΜΑ 2.2 Υπόδειγμα Στοιχείων της Στρατηγικής Διοίκησης.

Πηγή: Johnson & Scholes (2002).

Σε ένα πολυτάραχο, ευμετάβλητο περιβάλλον, όπως είναι ο χώρος της Υγείας, αλλά και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, γεγονότα μπορούν να καταστήσουν τις προβλέψεις για την αγορά, γρήγορα ξεπερασμένες. Τα στελέχη έχοντας κατ' επανάληψη βιώσει παρόμοιες διαφεύσεις, χάνουν την πίστη τους στις προβλέψεις και προσπαθούν να αντιληφθούν τα βασικά φαινόμενα που επικρατούν στην αγορά και προκαλούν τις αλλαγές. Το αποτέλεσμα είναι μία νέα θεώρηση των κύριων καθοριστικών παραγόντων της επιχειρηματικής επιτυχίας και ένα νέον επίπεδο αποτελεσματικού σχεδιασμού, το στρατηγικό σχεδιασμό (Σούλης, 1999).

Ο στρατηγικός προγραμματισμός δεν είναι στρατηγική. Αντίθετα, μερικές φορές δυσχεραίνει τη σκέψη αποπροσανατολίζοντας τα στελέχη από το πραγματικό όραμα. Ο στρατηγικός προγραμματισμός σε μεγάλο βαθμό ασχολείται με την εφαρμογή της στρατηγικής με τα προϊόντα που προϋπάρχουν, με τα τμήματα που προϋπάρχουν. Ο ρόλος του στρατηγικού προγραμματισμού είναι να εφαρμόζει τις στρατηγικές, να τις προγραμματίζει και να τις κάνει λειτουργικές (Παπαδάκης, 2002).

Η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού οδηγεί, σύμφωνα με τον Sun Tzu, μαθηματικά σε ήττα, και η επιτυχία του στρατηγικού σχεδιασμού σχετίζεται με την επιλογή σωστής στρατηγικής (Krause D., 1998).

Ο αποτελεσματικός στρατηγικός σχεδιασμός στο μέλλον απαιτεί στελέχη με πολύ καλές επιχειρηματικές γνώσεις. Απαιτεί επίσης την υιοθέτηση μιας δυναμικής παρά στατικής προσέγγισης του σχεδιασμού. Η διαμόρφωση στρατηγικής στο χώρο των Δημοτικών Ιατρείων αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη βιωσιμότητά τους, με γνώμονα όμως την ύπαρξη στελεχών που θα μπορούν να εφαρμόσουν το στρατηγικό σχεδιασμό και να αντιλαμβάνονται τις αλλαγές και τις ανάγκες του περιβάλλοντός τους.

Για να ληφθούν αποτελεσματικές στρατηγικές αποφάσεις θα πρέπει τα Διοικητικά στελέχη των Δημοτικών Ιατρείων να έχουν τη δυνατότητα και ικανότητα να σκέφτονται, να ενεργούν στρατηγικά και να εκπαιδεύουν το προσωπικό για την καλύτερη δυνατή εφαρμογή της. Θα πρέπει δηλαδή, να αναλύουν κάθε παρουσιαζόμενη κατάσταση, όσο το δυνατόν καλύτερα και στη συνέχεια με βάση τη διαίσθηση, η οποία τις περισσότερες φορές είναι αποτέλεσμα κυρίως συσσωρευμένης εμπειρίας, να προσπαθούν να λάβουν την πλέον κατάλληλη στρατηγική απόφαση που θα οδηγήσει την επιχείρηση στους στόχους της.

### 2.3 ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της παροχής φροντίδας και υπηρεσιών υγείας. Κάθε μέρα λαμβάνουν χώρα σε κάθε πόλη, εκατοντάδες επαφές πολιτών και επαγγελματιών υγείας είτε σε κλινικές, είτε σε ιατρεία, είτε στο δρόμο. Η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται είτε από Κρατικούς, είναι από Ιδιωτικούς Φορείς είτε από Εθελοντικούς Οργανισμούς. Συνήθως οι επαφές μεταξύ επαγγελματιών υγείας και πολιτών γίνονται σε τοπική εμβέλεια, κοντά στον τόπο διαμονής και εργασίας των πολιτών. Σε εξειδικευμένες και δύσκολες περιπτώσεις οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας απευθύνονται στη Δευτεροβάθμια Περίθαλψη Υγείας.

Η Π.Φ.Υ. είναι ο πυρήνας μίας σειράς υπηρεσιών υγείας και φροντίδας που παρέχονται σε τοπικό επίπεδο. Επίσης αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με τις υπηρεσίες υγείας, και την εισοδη σε μία μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών (όπως είναι η αγωγή υγείας και το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»). Η Π.Φ.Υ. έχει ρόλο κλειδί στην προστασία των ευπαθών ομάδων παιδιών και ενηλίκων, υποστηρίζει την ανάπτυξη κοινωνικών δραστηριοτήτων, παρέχει εκπαίδευση και πληροφορίες σε θέματα υγείας, βοηθάει ενεργά στην πρόληψη των ασθενειών και στην έγκαιρη αντιμετώπισή τους όταν εμφανιστούν.

Οι υπηρεσίες και οι δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας έχουν εξελιχθεί βαθμιαία κατά τη διάρκεια των ετών και έχουν υπηρετήσει την τοπική κοινωνία αρκετά καλά. Η εμφάνιση νέων θεραπειών, νέων τεχνολογιών και αρκετά καινοτόμων υπηρεσιών, έχουν φέρει και συνεχίζουν να φέρνουν εντυπωσιακά πλεονεκτήματα για τους πολίτες, τις οικογένειες και τις κοινωνίες. Οι προκλήσεις του μέλλοντος φανερώνουν ότι πρέπει να γίνουν αρκετές αλλαγές στον τομέα των υπηρεσιών υγείας (Department of Health, Northern Ireland, 2005).

Κοιτάζοντας το μέλλον είναι απαραίτητο να υπάρχει μία ξεκάθαρη αίσθηση της κατεύθυνσης, και οι κύριες προτεραιότητες μέσα στις υπηρεσίες να είναι καθορισμένες. Η σαφήνεια του οράματος και της αποστολής θα εξασφαλίσει ότι και οι Αρμόδιοι Φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και οι επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα ή θεραπεία γνωρίζουν πως μπορούν να συμβάλουν στη μέγιστη εξασφάλιση της επίδρασης και των πλεονεκτημάτων που συνεπάγονται. Επίσης βοηθάει τους ανθρώπους που χρησιμοποιούν και επωφελούνται από τις υπηρεσίες αυτές, να είναι ενήμεροι για όλες τις διαθέσιμες υπηρεσίες και για το πώς μπορούν να επηρεάζουν το πλάνο της φροντίδας ή θεραπείας τους (Department of Health, Northern Ireland, 2005).



Ο σκελετός έχει σχεδιαστεί για να καθοδηγεί μία σειρά αλληλοεξαρτώμενων πράξεων και στρατηγικών κάτω από μία «ομπρέλα», με τέτοιο τρόπο ώστε να βοηθήσει στην παράδοση του συνολικού στρατηγικού οράματος και των σχετικών στόχων. Δεν υπάρχει τάση να σχεδιαστούν λεπτομερή πλάνα για όλες τις παραμέτρους της Πρωτοβάθμιας φροντίδας σε τοπικό επίπεδο (Πίνακας 2.1).

Το στρατηγικό σχέδιο για τα Δημοτικά Ιατρεία παρέχει:

- 1) Ένα όραμα για την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Τοπική Αυτοδιοίκηση
- 2) Ένα σχέδιο αξιών, κανόνων και υψηλού επιπέδου στόχων που θα δείξουν ξεκάθαρα τη φύση του μελλοντικού συστήματος Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον Τομέα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης που ευχόμαστε να δούμε να αναπτύσσεται, και
- 3) Ένα σκελετό πολιτικής που θα οδηγήσει και θα επηρεάσει τη μελλοντική ανάπτυξη και παροχή υπηρεσιών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1

*Τι παρέχει ο στρατηγικός σχεδιασμός για τα Δημοτικά Ιατρεία.  
Πηγή: Σουλιώτης (2006)*

Ο σχεδιασμός αυτός σκοπεύει να εξασφαλίσει ότι τα τρέχοντα και τα μελλοντικά πλάνα για τις διάφορες μορφές της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, μπορούν να οργανωθούν και να αναπτυχθούν με τέτοιο σταθερό τρόπο και κοινό όραμα, ώστε να παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες (Department of Health, Northern Ireland, 2005).

Η Στρατηγική Διοίκηση και κατ' επέκταση ο στρατηγικός σχεδιασμός έχει εμφανιστεί στους Οργανισμούς παροχή φροντίδας υγείας τα τελευταία 25 με 30 χρόνια. Πράγματι, αρκετές από τις μεθόδους έχουν υιοθετηθεί από τους Οργανισμούς υγείας, τόσο στο Δημόσιο, όσο και στον Ιδιωτικό τομέα, έχουν αναπτυχθεί στον τομέα των επιχειρήσεων και από αρκετές απόψεις η φροντίδα υγείας έχει μεταμορφωθεί σε πολύπλοκη επιχείρηση χρησιμοποιώντας αρκετές από τις ίδιες διαδικασίες και την ίδια ορολογία που χρησιμοποιούνται από τις πιο απαιτητικές εταιρείες.

Πριν το 1970 στην Αμερική, οι μεμονωμένοι οργανισμοί είχαν ελάχιστα κίνητρα για να χρησιμοποιήσουν στρατηγική διοίκηση, εξαιτίας του ότι οι περισσότεροι οργανισμοί υγείας μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί και η αποζημίωση για υπηρεσίες στρατηγικού σχεδιασμού και εφαρμογής του θεωρείτο ένα επιπλέον έξοδο. Στις μέρες μας, στην Αμερική θεωρείται ότι, ο στρατηγικός σχεδιασμός βοηθάει έναν οργανισμό υγείας να ανταποκριθεί στις προκλήσεις του εσωτερικού και εξωτερικού του περιβάλλοντος. Οι μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ του απλού σχεδιασμού και του στρατηγικού σχεδιασμού είναι ότι ο στρατηγικός σχεδιασμός καθορίζει κατευθείαν τη σχέση οργανισμού και του περιβάλλοντός του, μελετά τον οργανισμό υγείας ως μονάδα στην ανάλυσή του, αποτελεί προσέγγιση ενός οδηγού της αγοράς και μιας βάσης της αγοράς, τοποθετεί την ανάπτυξη των στρατηγικών σχεδιασμών κάτω από απευθείας έλεγχο, απαιτεί η στρατηγική να διατυπώνεται ξεκάθαρα και να είναι αντιληπτή και κατανοητή σε όλο τον οργανισμό, δημιουργεί σχεδιασμό των στόχων και απαιτεί το Διοικητικό προσωπικό να είναι εκπαιδευμένο και προετοιμασμένο να υιοθετήσει και να εφαρμόσει στρατηγικό σχεδιασμό (Institute for the future, 2003).

Μπορεί να φαίνεται ότι οι στρατηγικές δεν απευθύνονται σε μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, όπως είναι τα Δημοτικά Ιατρεία, όμως ο καλός στρατηγικός σχεδιασμός στους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς μπορεί να ενισχύσει την εξωτερική εμπιστοσύνη (μέσω καλύτερης κατανόησης, της μέτρησης απόδοσης και της λογοδοσίας) και να υποστηρίξει αιτήσεις για χρηματοδότηση και άλλους πόρους (Stutely R., 2003).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ, ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

#### 3.1 ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

Η Επιχείρηση θα ονομάζεται Δημοτικά Ιατρεία Δήμου Άργους και η θέση της θα βρίσκεται σε κτίριο του Δήμου σε κεντρικό σημείο της πόλης. Σύμφωνα με τις διατάξεις του Νόμου 3235/2004 η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται και από μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Παράρτημα 2). Η εποπτεία και ο έλεγχος γίνονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διαμέσου των αρμόδιων Πε.Σ.Υ.Π. ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους και την ποιότητά τους.

#### 3.2 ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ

Τη νομοθετική βάση του υφιστάμενου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα αποτελεί ο νόμος 3235/04. Οι διατάξεις του νόμου αυτού αποδίδουν ιδιαίτερη σημασία στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, στον οποίο επιχειρεί να εναρμονίσει την ελληνική πραγματικότητα με τη σύγχρονη φιλοσοφία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως αυτή προσδιορίστηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας στη συνδιάσκεψη της Άλμα-Άτα το 1978.

Τα Δημοτικά Ιατρεία είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και η Νομοθεσία για τη σύσταση και διοίκηση των Δημοτικών Ιατρείων εκτελούνται σύμφωνα με τον Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων του υπουργείου εσωτερικών (Παράρτημα 4).

##### 3.2.1 ΣΥΣΤΑΣΗ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ

Σύμφωνα με το άρθρο 226 του Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων, Δημοτικά Ιατρεία, συνιστώνται, ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ύστερα από απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, με προεδρικό διάταγμα, που ορίζει το σκοπό, τα όργανα της διοίκησης, τους πόρους, την περιουσία, που αφερώνεται σε αυτό και το όνομα του ιδρύματος.

Το προεδρικό διάταγμα εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Εσωτερικών,



Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και του αρμόδιου καθ' ύλην Υπουργού, αφού τηρηθούν και οι ειδικές, για κάθε κατηγορία ιδρυμάτων, διατάξεις.

### 3.2.2 ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΜΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ

Τα Δημοτικά Ιατρεία πρέπει βάση του ΚΔΚ να διοικούνται από διοικητικό συμβούλιο που απαρτίζεται από τον δήμαρχο ή τον πρόεδρο της Κοινότητας ή άλλο αιρετό ή μη πρόσωπο που ορίζεται από αυτούς ως πρόεδρος και από έξι (6) έως δέκα (10) μέλη που εκλέγονται από το δημοτικό συμβούλιο. Ένα από τα μέλη αυτά εκλέγεται από το διοικητικό συμβούλιο ως αντιπρόεδρος του.

Μέλη του διοικητικού συμβουλίου του ιδρύματος πρέπει να εκλέγονται δύο τουλάχιστον δημοτικοί σύμβουλοι, εκ των οποίων ο ένας ορίζεται από τη μειοψηφία του δημοτικού συμβουλίου και ένας εκπρόσωπος των εργαζομένων του ιδρύματος, εφόσον απασχολούνται περισσότεροι από δέκα (10) εργαζόμενοι. Μέλη του διοικητικού συμβουλίου των Δημοτικών Ιατρείων εκλέγονται και πρόσωπα που έχουν ανάλογη επαγγελματική ή κοινωνική δράση ή ειδικές γνώσεις ανάλογα με το σκοπό του ιδρύματος ή και πρόσωπα που είναι χρήστες των υπηρεσιών του ιδρύματος. Τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου απαιτείται να είναι Έλληνες πολίτες ή πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το υφιστάμενο διοικητικό συμβούλιο θα συνεχίσει να λειτουργεί με την ίδια σύνθεση έως ότου προσαρμοστούν οι συστατικές τους πράξεις προς τις διατάξεις του παρόντος και πάντως όχι πέραν της λήξης της θητείας των μελών τους.

### 3.2.3 ΕΞΟΛΑ ΠΑΡΑΣΤΑΣΗΣ – ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ ΜΕΛΩΝ

Το αξίωμα του μέλους του διοικητικού συμβουλίου είναι τιμητικό και άμισθο. Απαγορεύεται να παρέχεται αμοιβή στα μέλη του διοικητικού συμβουλίου για οποιαδήποτε υπηρεσία τους προς το ίδρυμα.

### 3.2.4 ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Σε κάθε ίδρυμα υπάρχει τριμελής εκτελεστική επιτροπή που αποτελείται από τον πρόεδρο ή τον αντιπρόεδρο και δύο μέλη του διοικητικού συμβουλίου.

### 3.2.5 ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ

Το διοικητικό συμβούλιο, ο πρόεδρός του και η εκτελεστική επιτροπή έχουν, ως προς τη διοίκηση του ιδρύματος, τις αρμοδιότητες δημοτικού συμβουλίου, δημάρχου και δημορχιακής επιτροπής, αντιστοίχως (Υπουργείο Εσωτερικών, 2006).

## 3.3 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ – ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ

Η ομάδα της ΠΦΥ αποτελείται και από ειδικούς γιατρούς και άλλους επιστήμονες υγείας. Το προσωπικό που απαρτίζει την ομάδα ΠΦΥ έχει διακριτούς ρόλους στην όλη διαδικασία προσφοράς υπηρεσιών υγείας και πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο και διαπιστευμένο ώστε να είναι σε θέση να εργαστεί σε επίπεδο κοινότητας.

Στη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας των Δημοτικών Ιατρείων ορίζεται Διευθυντής και Αναπληρωτής ως επιστημονικοί συντονιστές και διοικητικοί υπεύθυνοι με διαδικασία η οποία προβλέπεται και ρυθμίζεται με απόφαση του ΥΥΚΑ. Το οργανόγραμμα καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια σχετικά με την Περιφερειακή Διεύθυνση ΠΦΥ, ορίζονται επίσης με απόφαση του ΥΥΚΑ. Με την ίδια απόφαση καθορίζονται τα απαιτούμενα προσόντα και η διαδικασία αξιολόγησης αναφορικά με την κάλυψη όλων των διευθυντικών θέσεων.

Οι γενικοί γιατροί, παιδίατροι, οδοντίατροι, εργαστηριακοί γιατροί και οι άλλες βασικές ιατρικές ειδικότητες αποτελούν το ιατρικό δυναμικό των Δημοτικών Ιατρείων. Η σύνθεση σε ιατρικό προσωπικό των Δημοτικών Ιατρείων ρυθμίζεται με αποφάσεις του ΥΥΚΑ, με κριτήρια το μέγεθος του καλυπτόμενου πληθυσμού και άλλα ειδικά δημογραφικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά.

Στα Δημοτικά Ιατρεία προσφέρουν επίσης υπηρεσίες υγείας άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλεύτες, μαιευτές, επισκέπτες υγείας, παρασκευαστές, χειριστές-εμφανιστές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι και φυσικοθεραπευτές. Η διοικητική υπηρεσία του αστικού κέντρου υγείας περιλαμβάνει διοικητικούς, χειριστές Η/Υ, συντηρητές, καθαριστές, οδηγό και φύλακες. Η πυκνότητα του προσωπικού αυτού ρυθμίζεται επίσης με σχετικές αποφάσεις του ΥΥΚΑ, έπειτα από πρόταση των οικείων Περιφερειακών Διευθύνσεων ΠΦΥ.

Η κεντρική μονάδα ΠΦΥ παρέχει το σύνολο των υπηρεσιών της σε τακτικό πρωινό ή/και απογευματινό ωράριο και βρίσκεται σε ετοιμότητα όλο το 24ωρο για έκτακτα περιστατικά του πληθυσμού ευθύνης της, ο οποίος αποτελεί το άθροισμα των καταλόγων των οικογενειακών γιατρών και του υπόλοιπου πληθυσμού της περιοχής αυτής.

Οι οικογενειακοί γιατροί παραπέμπουν, εφ' όσον το κρίνουν απαραίτητο, ασθενείς σε υπηρεσίες της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Επίσης, παραπέμπουν τους ασθενείς σε ειδικό γιατρό του ΑσΚΥ ή άλλο ειδικό γιατρό που είναι συμβεβλημένος με τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς και τα ειδικά εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων.

Η απ' ευθείας επίσκεψη σε ειδικό γιατρό επιτρέπεται χωρίς τη μεσολάβηση του οικογενειακού γιατρού, αλλά θεσπίζονται αντικίνητρα που αποθαρρύνουν αυτή τη συμπεριφορά των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Εάν ο ασθενής παραπέμπεται από τον οικογενειακό γιατρό του στον ειδικό γιατρό, τότε η επίσκεψη αυτή και οι εξετάσεις καλύπτονται πλήρως από τον ασφαλιστικό του φορέα. Αντίθετα, σε περίπτωση που ο ασθενής αυτοπαραπεμφθεί σε ειδικό γιατρό επιβαρύνεται με συμμετοχή στο κόστος, το ύψος της οποίας θα καθοριστεί με κοινή υπουργική απόφαση των .

Για την εκτέλεση ιδιαίτερα δαπανηρών διαγνωστικών εξετάσεων, που κρίνονται από την Περιφερειακή Διεύθυνση ΠΦΥ και τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς, απαραίτητη είναι η προέγκριση από ειδική επιτροπή του ασφαλιστικού φορέα στην οποία αποστέλλεται το παραπεμπτικό (Υπουργείο Υγείας, 2006).

Το Οργανόγραμμα των Δημοτικών Ιατρείων παρουσιάζεται στο Σχήμα 3.1 και αποτελείται από τους παρακάτω:

### 3.3.1 Πρόεδρος Διοικητικού Συμβουλίου

Ο Πρόεδρος των Δημοτικών Ιατρείων είναι συνήθως αιρετός και έχει εκλεγεί από το Δημοτικό Συμβούλιο. Είναι πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου, αντικαθιστάτε μόνο από τον Αντιπρόεδρο, και είναι μέλος της τριμελούς εκτελεστικής επιτροπής. Επίσης εκπροσωπεί τα Δημοτικά Ιατρεία στα Δημοτικά Συμβούλια, στο Δήμαρχο και στη Δημαρχιακή Επιτροπή. Ο Πρόεδρος είναι υπεύθυνος για τα Διοικητικά Συμβούλια και για την εποπτεία σωστής λειτουργίας του Ιδρύματος.

### 3.3.2 Αντιπρόεδρος

Ο Αντιπρόεδρος είναι αιρετός ή μη και έχει εκλεγεί ως μέλος Διοικητικού Συμβουλίου από το Δημοτικό Συμβούλιο. Ο Αντιπρόεδρος αντικαθιστά τον Πρόεδρο σε περίπτωση απουσίας του.

### 3.3.3 Μέλη Διοικητικού Συμβουλίου

Το Διοικητικό Συμβούλιο μπορεί να έχει από 6 έως 10 μέλη. Τα μέλη εκλέγονται από το Δημοτικό Συμβούλιο. Το Διοικητικό Συμβούλιο υποχρεούται να έχει ένα μέλος ως εκπρόσωπο των εργαζομένων. Επίσης δύο μέλη του Συμβουλίου πρέπει να είναι Δημοτικοί Σύμβουλοι, ο ένας εκ των οποίων να είναι από Αντιπολίτευση.

### 3.3.4 Διευθυντής

Ο Διευθυντής συντονίζει και έχει την ευθύνη διοίκησης των Δημοτικών Ιατρείων. Ο Διευθυντής θα διαμορφώσει το στρατηγικό μάνατζμεντ που θα ακολουθήσει, θα το εφαρμόσει και θα το ελέγχει. Επίσης αρμοδιότητες του Διευθυντή είναι η Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, η αξιολόγηση και ο έλεγχος της λειτουργίας των υπηρεσιών του Ιδρύματος (και από την οπτική γωνία των πολιτών και από την οπτική γωνία των επαγγελματιών υγείας), η εκπαίδευση του προσωπικού, η συγκέντρωση των στατιστικών στοιχείων των Δημοτικών Ιατρείων ανά τακτά χρονικά διαστήματα, η έρευνα και η συνεργασία με τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου.

### 3.3.5 Προϊστάμενος Διοικητικών Υπηρεσιών

Έργο του προϊσταμένου είναι η οργάνωση και ο έλεγχος του Ιδρύματος για τη λειτουργία του σύμφωνα με το όραμα και το στρατηγικό σχέδιο του. Επίσης είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση του προσωπικού και οφείλει να συνεργάζεται με τον Διευθυντή και τον Πρόεδρο για τη διεκπεραίωση των υποθέσεων του Ιδρύματος.

### 3.3.6 Οικονομολόγος

Αρμοδιότητες του Οικονομολόγου είναι η χρησιμοποίηση του λογιστικού λογισμικού στον υπολογιστή, η καταγραφή των δεδομένων, η συνεργασία με το λογιστήριο του Δήμου και η εύρεση πόρων και Δωρητών για το Ίδρυμα.

### 3.3.7 Γραμματείς – Διοικητικοί (τουλάχιστον 2)

Αρμοδιότητες του Διοικητικού Υπαλλήλου είναι η Γραμματειακή υποστήριξη του Ιδρύματος και του Διευθυντή ειδικότερα, το τηλεφωνικό κέντρο του Ιδρύματος, η οργάνωση των Διοικητικών Συμβουλίων, η διαχείριση της ιστοσελίδας του Ιδρύματος, η οργάνωση των ραντεβού και η ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας, η οργάνωση ημερίδων και συνεδρίων, η ενημέρωση των πολιτών. Επίσης ο Διοικητικός Υπάλληλος είναι ο συνδετικός κρίκος του Προέδρου και του Διευθυντή με του επαγγελματίες υγείας και είναι υπεύθυνος για ενημέρωση του



Διευθυντή για οποιοδήποτε πρόβλημα παρουσιαστεί, καθώς επίσης και ενημέρωση του Οικονομολόγου για τα λειτουργικά έξοδα που απαιτούνται.

### 3.3.8 Προϊστάμενος Ιατρικής Υπηρεσίας

Αρμοδιότητες του Προϊσταμένου της Ιατρικής Υπηρεσίας είναι η οργάνωση, έλεγχος και οι ενέργειες στον τομέα της ιατρικής έτσι ώστε η παροχή υπηρεσιών στους πολίτες να είναι η βέλτιστη δυνατή. Επίσης θα είναι υπεύθυνος για τις βάρδιες των ιατρών, για τη σχέση των ιατρών μεταξύ τους και με τους πολίτες, θα ενημερώνεται για ότι νεότερο στον τομέα της ιατρικής και ότι κρίνει απαραίτητο θα το εφαρμόσει, αφού πρώτα έχει ενημερώσει τον Πρόεδρο του Ιδρύματος. Τέλος θα είναι υπεύθυνος για τη διεκπεραίωση μελετών στον τομέα της ιατρικής που θα λαμβάνουν χώρα στο Ίδρυμα, θα φέρει την ευθύνη να επικοινωνεί με τον Οικονομολόγο για τα λειτουργικά έξοδα και θα εκπροσωπεί τους ιατρούς στο Διοικητικό Συμβούλιο. Ο Προϊστάμενος θα λαμβάνει τη θέση αυτή με βάση τις σπουδές του, την προσωπικότητά του και τις οργανωτικές ικανότητές του.

### 3.3.9 Ιατροί

Έργο των ιατρών είναι η ενημέρωση των πολιτών σε θέματα υγείας, η λήψη ιατρικού ιστορικού, η διατήρηση ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς και η παροχή Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σεβασμό προς τον πολίτη. Οι ιατροί θα πρέπει να είναι καταξιωμένοι επιστήμονες και επαγγελματίες στο χώρο τους. Το ωράριό τους θα είναι ευέλικτο και θα διαμορφώνεται σε συνεργασία με το Διοικητικό υπόλληλο του Ιδρύματος. Οι ειδικότητες ιατρών που θα πρέπει να αποτελούν μέρος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας σε Τοπικό επίπεδο είναι της Γενικής Ιατρικής, της Οδοντιατρικής, της Καρδιολογίας, της Παιδιατρικής, της Χειρουργικής, της Γυναικολογίας, της Ψυχιατρικής, της Ωτορινολαρυγγολογίας, της Οφθαλμολογίας, της Γαστρεντερολογίας και της Ορθοπαιδικής.

### 3.3.10 Προϊστάμενος Παραϊατρικών επαγγελματιών

Αρμοδιότητες του Προϊσταμένου Παραϊατρικών επαγγελματιών είναι η οργάνωση, ο έλεγχος έτσι ώστε η παροχή υπηρεσιών στους πολίτες να είναι η βέλτιστη δυνατή. Επίσης είναι υπεύθυνος για τις βάρδιες των επαγγελματιών υγείας, για τις εργασιακές σχέσεις και για την εξασφάλιση ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών. Τέλος, έργο του είναι ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας για νέες μελέτες και για ότι αφορά τον τρόπο λειτουργίας του Ιδρύματος.



### 3.3.11 Νοσηλευτές

Έργο των Νοσηλευτών είναι η ενημέρωση των πολιτών σε θέματα υγείας, η λήψη Νοσηλευτικού ιστορικού και η διαχείριση του Ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενούς σε συνεργασία με το θεράποντα ιατρό, η ψυχολογική στήριξη ασθενών και συγγενών, η χορήγηση φαρμάκων κατόπιν ιατρικής οδηγίας και η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατ' οίκον σε όσους χρειάζονται. Οι Νοσηλευτές θα είναι τουλάχιστον τρεις.

### 3.3.12 Φυσιοθεραπευτής

Ο Φυσιοθεραπευτής παρέχει φροντίδα υγείας στο Ίδρυμα και κατ' οίκον σε όσους χρειάζονται κατόπιν ιατρικής οδηγίας. Επίσης παρέχει ενημέρωση των πολιτών σε θέματα υγείας.

### 3.3.13 Κοινωνικός Λειτουργός

Θα παρέχει υπηρεσίες κοινωνικής και ψυχολογικής στήριξης στις αδύναμες ομάδες πολιτών και θα επικοινωνεί για θέματα του αντικειμένου με πολίτες στην ιστοσελίδα των Ιατρείων.

### 3.3.14 Ψυχολόγος

Συμβάλλει στην ψυχολογική υποστήριξη των πολιτών, των ασθενών και των συγγενών των ασθενών. Έργο του Ψυχολόγου είναι επίσης η οργάνωση ομάδων ψυχολογικής θεραπείας, η ενημέρωση των πολιτών σε θέματα υγείας και η επικοινωνία με πολίτες μέσω της ιστοσελίδας του Ίδρυματος.

### 3.3.15 Διαιτολόγος

Ο Διαιτολόγος θα προσφέρει διατροφικές συμβουλές στους πολίτες και στους ασθενείς, χορήγηση διαιτολογίου κατόπιν λήψης ιστορικού, ψυχολογική υποστήριξη για απώλεια βάρους και επικοινωνία με τους πολίτες μέσω της ιστοσελίδας των Ιατρείων.

### 3.3.16 Εθελοντές

Είναι σημαντική η στήριξη των Δημοτικών Ιατρείων και η κοινωνική προσφορά των πολιτών από όλα τα επαγγέλματα υγείας. Η στήριξη του Δήμου στα άτομα αυτά θα είναι μεγάλη, θα γίνεται μία φορά το χρόνο τελετή για τιμητική διάκριση των εθελοντών και της προσφοράς τους. Επίσης μετά από απόφαση Δημοτικού Συμβουλίου προτείνεται σημαντική μείωση των Δημοτικών Τελών στους Εθελοντές. Εθελοντές μπορεί να είναι και ιατροί και επαγγελματίες παραϊατρικών επαγγελμάτων και γραμματειακής υποστήριξης άτομα και βοηθητικό προσωπικό.

Μέσω του Διαδημοτικού Δικτύου θα γίνει σημαντική προώθηση του εθελοντισμού στις Δομές Υγείας των Δήμων και θα γίνεται ευκολότερη εύρεση εθελοντών. Τέλος θα υπάρχει προτίμηση ατόμων που θα έχουν συμμετάσχει στο Εκπαιδευτικό Πρόγραμμα Εθελοντικής Δράσης για την αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών.

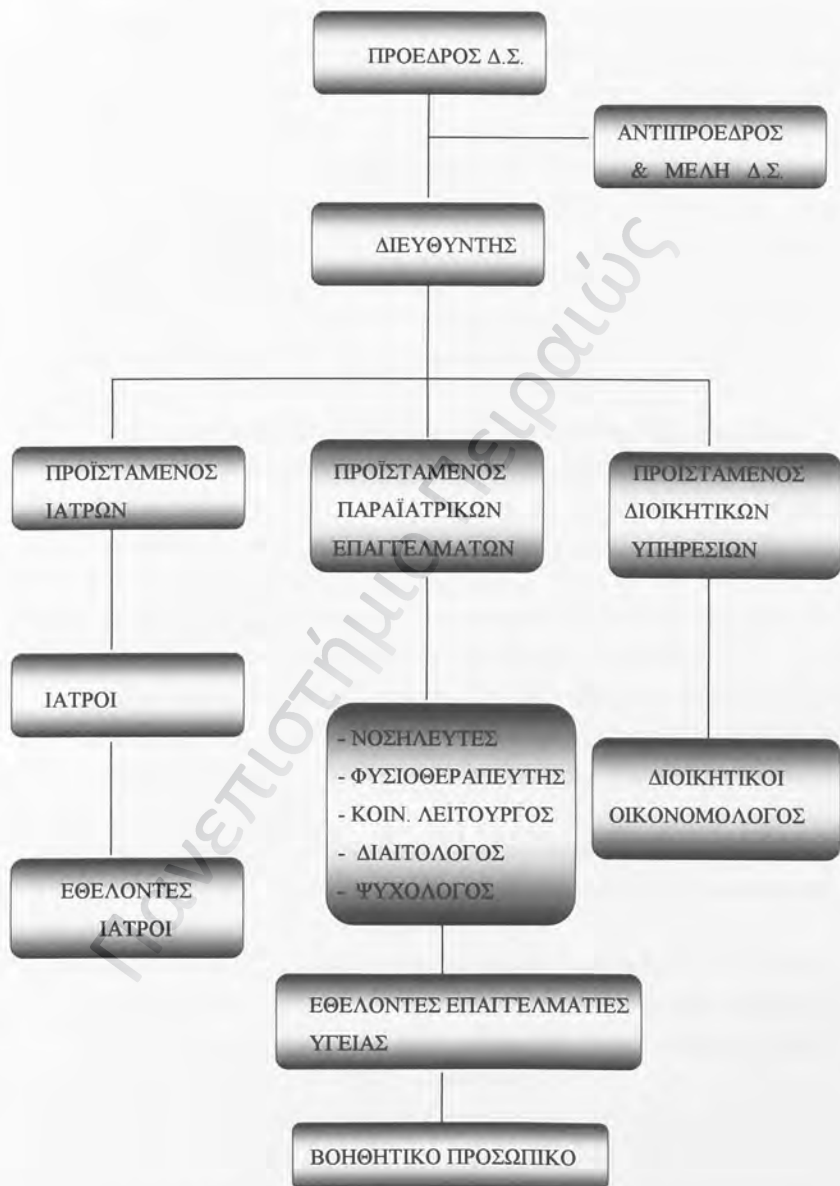
#### 3.3.17 Εξωτερικοί Συνεργάτες

Ως εξωτερικός συνεργάτης με σύμβαση έργου θα μπορούσε να προσληφθεί Νομικός Σύμβουλος και Σύμβουλος για το Πρόγραμμα της Ηλεκτρονικής Υγείας.

#### 3.3.18 Βοηθητικό Προσωπικό

Το βοηθητικό προσωπικό θα αποτελείται από καθαρίστριες και κλητήρα.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



ΣΧΗΜΑ 3.1 Οργανόγραμμα Δημοτικών Ιατρείων. Στοιχεία επεξεργασμένα

### 3.4 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Οι λειτουργίες των Δημοτικών Ιατρείων διακρίνονται σε κύριες και υποστηρικτικές. Με τον όρο κύριες εννοούμε το εύρος των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στο Ίδρυμα από εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό. Τα Δημοτικά Ιατρεία, ως φορέας παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αποτελούν «πύλη εισόδου» στο σύστημα υγείας, δηλαδή είναι το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας. Κατ' επέκταση τα Δημοτικά Ιατρεία θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας (πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση), να παρέχουν συντονισμό και εξασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας όπου απαιτείται και να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ατόμου, τη στιγμή που αυτός έχει ανάγκη κοντά στον τόπο διαμονής και εργασίας του.

Η δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών των Δημοτικών Ιατρείων περιλαμβάνει:

- 3.4.1 Διάγνωση και πρωτοβάθμια περίθαλψη, που παρέχετε τόσο από του γενικούς οικογενειακούς γιατρούς, όσο και από γιατρούς ειδικότητων ανάλογα με την περίπτωση. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται σε χρόνια νοσήματα και νοσήματα που συνδέονται με υψηλή νοσηρότητα και αναπηρία.
- 3.4.2 Παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη. Η διαδικασία αυτή αφορά εξειδικευμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες που παρέχονται από τα συμβεβλημένα νοσοκομεία. Η πρόσβαση των χρηστών σε αυτό το επίπεδο περίθαλψης γίνεται μέσω παραπομπής, κυρίως από το γενικό οικογενειακό γιατρό αλλά και από γιατρούς ειδικότητας, στους οποίους έχει απευθείας χωρίς παραπομπή, σε περιπτώσεις επειγόντων περιστατικών, που χρήζουν άμεσης αντιμετώπισης.
- 3.4.3 Εμβολιασμούς οι οποίοι πραγματοποιούνται με τη συνεργασία διαφόρων επαγγελματιών της υγείας. Εκτός των γενικών οικογενειακών γιατρών και των παιδιάτρων, κρίσιμος είναι ο ρόλος του υγειονομικού προσωπικού (νοσηλεύτες/τριες, επισκέπτες/τριες υγείας κ.α).
- 3.4.4 Αγωγή και προαγωγή της υγείας, στις δράσεις των οποίων εμπλέκεται το σύνολο της ομάδας επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την ΠΦΥ. Μπορεί να αφορούν είτε το σύνολο του καλυπτόμενου πληθυσμού ή συγκεκριμένες ευπαθείς ομάδες. Ειδική θέση για την άσκηση αυτών των

δραστηριοτήτων έχει το σχολείο με αποδέκτες το σύνολο της σχολικής κοινότητας.

- 3.4.5 Διαχείριση μειζόνων παραγόντων κινδύνου, που επιτελείται κυρίως από το γενικό οικογενειακό γιατρό. Η διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου καλύπτει την εκτίμηση του κινδύνου (risk assessment), την παροχή πληροφόρησης και γνώσης σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, οινόπνευμα, έλλειψη σωματικής άσκησης, κακή διατροφή, οδική συμπεριφορά κ.α), που σχετίζονται αιτιολογικά με βασικές αιτίες θανάτου της εποχής μας (καρδιοαγγειακά νοσήματα, υπέρταση, παχυσαρκία, νεοπλάσματα, ατυχήματα κλπ).
- 3.4.6 Προσυμπτωματικό και προληπτικό έλεγχο (screening) που αφορά στον έλεγχο ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού με σκοπό την έγκαιρη και προσυμπτωματική διάγνωση καταστάσεων ή νοσημάτων που επιλέγεται με βάση την μαρτυρία και τις αποδείξεις, (π.χ. Pap-test).
- 3.4.7 Κατ' οίκον νοσηλεία και φροντίδα που αφορά στην παροχή περίθαλψης σε άτομα που δεν μπορούν να μεταβούν στα Δημοτικά Ιατρεία ή στο Νοσοκομείο (ηλικιωμένοι, άτομα με αναπηρίες κλπ). Η υπηρεσία αυτή παρέχεται από ιατρούς και επαγγελματίες υγείας ειδικότητας ανάλογης με το περιστατικό, σε συνεργασία με το Πρόγραμμα του Δήμου «Βοήθεια στο σπίτι» (στόχος είναι η συγχώνευση των Νομικών αυτών προσώπων).
- 3.4.8 Κάλυψη αναγκών σε 24ωρη βάση έτσι ώστε εκτός των συνήθων ιατρικών υπηρεσιών, ο χρήστης να μπορεί να λαμβάνει ιατρικές υπηρεσίες και εκτός ωραρίου κανονικής λειτουργίας. Αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη εφημερεύοντος ιατρού και Νοσηλευτή στα Δημοτικά Ιατρεία ή εναλλακτικά την εξασφάλιση της δυνατότητας άμεσης τηλεφωνικής επικοινωνίας.
- 3.4.9 Τηλεφωνική και συμβουλευτική υπηρεσία που αφορά στην παροχή ιατρικών συμβουλών και οδηγιών από τηλεφώνου. Στη λειτουργία της εμπλέκονται το ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό και το διοικητικό προσωπικό. Η υπηρεσία αυτή προτείνεται να λειτουργεί σε 24ωρη βάση.
- 3.4.10 Υπηρεσία προ-συνεννόησης που αποσκοπεί στη βελτίωση της εξυπηρέτησης των χρηστών και του περιορισμού δραστηκά του χρόνου αναμονής στα ιατρεία.



- 3.4.11 Γραφείο πληροφοριών που στελεχώνεται από διοικητικό προσωπικό και ο ρόλος του εστιάζεται στην παροχή πληροφοριών προς τους χρήστες κατά την προσέλευσή τους και στη συλλογή παραπόνων και υποδείξεων ή απόψεων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- 3.4.12 Συμβουλευτικές υπηρεσίες μητέρας-παιδιού σχετικές με την εγκυμοσύνη, τον ανώδυνο τοκετό, την πρώτη μεταγεννητική περίοδο, βρεφικούς εμβολιασμούς κλπ. Αποτελεί αρμοδιότητα συγκεκριμένων ειδικοτήτων του ιατρικού (γενικοί οικογενειακοί γιατροί, γυναικολόγοι, παιδίατροι) και του άλλου υγειονομικού προσωπικού (μαίες).
- 3.4.13 Υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής φροντίδας που απαιτούν κυρίως τη δραστηριοποίηση των κοινωνικών λειτουργών, αλλά συμμετέχει και το νοσηλευτικό και κατά περίπτωση το ιατρικό προσωπικό για τη φυσική και ιατρική αποκατάσταση των χρηστών και τη διαδικασία της κοινωνικής επανένταξης. Δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην αντιμετώπιση και πρόληψη κατά των ναρκωτικών ουσιών με τη δημιουργία ομάδων ενημέρωσης, θεραπείας, αποκατάστασης, στήριξης και των χρηστών και των οικογενειών τους. Παράλληλα υπάρχει η συνεργασία με Πανεπιστημιακούς και Κυβερνητικούς φορείς κατά των ναρκωτικών με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση της κατάστασης.
- 3.4.14 Υπηρεσίες ψυχολογικής και ψυχιατρικής υποστήριξης ατόμων με ψυχιατρικές νόσους καθώς και ατόμων και οικογενειών με μακροχρόνια προβλήματα υγείας. Οι υπηρεσίες θα παρέχονται από εξειδικευμένο προσωπικό και θα αντιμετωπίζονται η κάθε περίπτωση μεμονωμένα με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ατόμου.
- 3.4.15 Υπηρεσία ηλεκτρονικού ατομικού ιατρικού φακέλου, που δίνει τη δυνατότητα στους ιατρούς αλλά και στον ασθενή να έχει πρόσβαση στη διάγνωση και στις διαγνωστικές εξετάσεις του, σε ηλεκτρονική μορφή. Θα χορηγείται στον ασθενή ιατρική ηλεκτρονική κάρτα, η οποία θα είναι στην πραγματικότητα ο ιατρικός φάκελός του, ώστε να έχει πάντα στη διάθεσή του το ιατρικό του ιστορικό και τις εξετάσεις του. Η γνώση και οι πληροφορίες είναι ελεύθερες, ενώ οι αποφάσεις που παίρνονται είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες. Η ιατρική πληροφορία του πολίτη ανήκει σε αυτόν.

είναι διαθέσιμη μέσω του διαδικτύου συνεχώς, και ο πολίτης αποφασίζει για τη διάθεση ευαίσθητων πληροφοριών που τον αφορούν.

- 3.4.16 Σελίδα στο διαδίκτυο με πληροφορίες για τη λειτουργία των Δημοτικών Ιατρείων, με δυνατότητα επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας για θέματα υγείας, με επικέντρωση στην ηλεκτρονική υγεία e-health που θα παρέχει συμβουλές και υπηρεσίες υγείας μέσω διαδικτύου.
- 3.4.17 Οργάνωση ενημερωτικών Ημερίδων για θέματα υγείας σε παιδιά, εφήβους, ενήλικες και υπερήλικες. Το τμήμα αυτό οργανώνει και Επιστημονικές Ημερίδες και Συνέδρια για τους Επαγγελματίες υγείας σε συνεργασία με το Διαδημοτικό Δίκτυο.
- 3.4.18 Συνεργασία με Πανεπιστημιακούς φορείς, ερευνητικά κέντρα, Κρατικούς και μη Κρατικούς φορείς, όπως είναι ο «ΟΚΑΝΑ», «το χαμόγελο του παιδιού», η Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, το Κέντρο Στήριξης Γυναικών «Ελλη Λαμπέτη» κλπ, ώστε να εξυπηρετούνται δωρεάν ασθενείς που χρειάζονται στήριξη αλλά και να παρέχετε υποστήριξη στους φορείς αυτούς μέσω των Δημοτικών Ιατρείων. Συνεργασία επίσης με το εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών για την πρόληψη τροχαίων ατυχημάτων, καθώς και με τα τοπικά ΜΜΕ προκειμένου να προβληθούν θέματα πρόληψης και προαγωγής της Υγείας. (Υπουργείο Υγείας, 2006)
- 3.4.19 Συνταγογράφηση ασφαλιστικών ταμείων για διευκόλυνση των πολιτών.

Πιο συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας στα Δημοτικά Ιατρεία θα θεραπεύουν και θα φροντίζουν τους ανθρώπους στο πρώτο σημείο επαφής τους με το σύστημα υγείας. Η όλη διαδικασία θα χαρακτηρίζεται από υψηλή ευαισθησία, άμεση ανταπόκριση και πρόσβαση σε πλήθος υπηρεσιών, μέρα και νύχτα. Για να πραγματοποιηθεί αυτό, θα χρειαστεί νέα τεχνολογία και συστήματα πληροφοριών προσβάσιμα τόσο για τους επαγγελματίες υγείας, όσο και για τους πολίτες.

Στα Δημοτικά Ιατρεία θα παρέχονται υψηλής ποιότητας και ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας, με έμφαση στην πρόληψη, την ασφάλεια και τη συνέχεια της φροντίδας. Οι υπηρεσίες που θα παρέχονται, θα βασίζονται στη συνεργασία διαμέσου του πληθυσμού, στο δημόσιο και εθελοντικό τομέα. Οι υπηρεσίες θα είναι υπερδραστικές και ευαίσθητες στις ανάγκες των πολιτών, με χρόνιες καταστάσεις που επικρατούν στην οργάνωση της κοινότητας, και που υποστηρίζονται από εξειδικευμένες

υπηρεσίες στα νοσοκομεία. Το φάσμα παροχής υπηρεσιών των Δημοτικών Ιατρείων μπορούν να διακριθούν σε τρεις τομείς, στην πρόληψη, τη διάγνωση και θεραπεία και στην αποκατάσταση και κοινωνική φροντίδα ( Πίνακας 3.1 ).

Οι υπηρεσίες θα παρέχονται από εργαζόμενους με υψηλές ικανότητες, που παρακινούνται και αμείβονται ελάχιστα, και που εργάζονται σε ομάδες. Θα εκμισθώνουν το πιο μοντέρνο και ανεπτυγμένο τεχνολογικό εξοπλισμό, που παλιότερα υπήρχε μόνο στα νοσοκομεία.

Η πρωτοβάθμια φροντίδα θα παρέχει υπηρεσίες που θα είναι εύκολα κατανοητές και θα χρησιμοποιούνται εύκολα από τους πολίτες. Το σύστημα θα παρέχει στους πολίτες τη δυνατότητα να συνεργάζονται με τους επαγγελματίες υγείας στη σχεδίαση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών που θα τους παρέχονται (Department of Health, *Northern Ireland*, 2005).

Τέλος η Πρωτοβάθμια φροντίδα που θα παρέχετε στα Δημοτικά Ιατρεία θα δημιουργεί υπερηφάνεια για όσους εργάζονται για αυτήν και σεβασμό για όσους τη χρησιμοποιούν.

Οι υποστηρικτικές λειτουργίες των Δημοτικών Ιατρείων είναι η μισθοδοσία, η υποστηρικτική υπηρεσία Ιατρικών υπηρεσιών (υγειονομικό υλικό, φαρμακείο, γραφική ύλη), οι Διοικητικές Λειτουργίες, η επεξεργασία ταμειακών ροών, λειτουργία Ποιοτικού ελέγχου, η βελτίωση κτιριακής υποδομής, η προμήθεια φαρμακευτικού – υγειονομικού υλικού και η Οικονομική Διαχείριση.

Πρόληψη
▪ αγωγή υγείας
▪ συμβουλευτική ιατρική
▪ γενετική συμβουλευτική
▪ περιγεννητική φροντίδα
▪ εμβολιασμοί παιδιών και ενηλίκων
▪ μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος παιδιών και εφήβων
▪ μαζικός προσυμπτωματικός έλεγχος χρόνιων νοσημάτων
▪ οικογενειακός προγραμματισμός
▪ πρόληψη σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων
▪ δημόσια και περιβαλλοντική υγιεινή
▪ επαγγελματική υγιεινή
▪ οδοντιατρική πρόληψη
Διάγνωση - Θεραπεία
▪ διάγνωση
▪ θεραπεία
▪ παρακολούθηση των χρόνιων ασθενών
▪ πρώτες βοήθειες
▪ διακομιδή ασθενών σε νοσοκομεία
▪ βραχεία νοσηλεία
▪ σύστημα παραπομπών σε ειδικές υπηρεσίες
▪ οδοντιατρική φροντίδα
Αποκατάσταση – Κοινωνική φροντίδα
▪ κατ' οίκον νοσηλεία
▪ τελική φροντίδα
▪ φυσικοθεραπεία και αποκατάσταση
▪ κοινωνική εργασία

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1 Φάσμα παροχής υπηρεσιών των Δημοτικών Ιατρείων.  
 Πηγή: Θεοδωράκης και Σουλιώτης (2006)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΣΤΑΔΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΟΥ

#### 4.1 ΑΠΟΣΤΟΛΗ ΚΑΙ ΟΡΑΜΑ

##### 4.1.1 ΑΠΟΣΤΟΛΗ

Βασικός σκοπός της επιχείρησης μας είναι να προσφέρει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα οικονομικής δυνατότητας τους, μείωση των ανισοτήτων στο τομέα της υγείας, να στηρίζει τους αδύναμους πολίτες και να συμβάλλει στην άνοδο της ποιότητας ζωής των πολιτών μας,

Αποστολή της επιχείρησης είναι η παροχή υψηλής ποιότητας και καινοτόμων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες με πολύ χαμηλό κόστος, διασφαλίζοντας:

- την προσαρμογή των διαθέσιμων υπηρεσιών στις εξελισσόμενες ανάγκες των πολιτών,
- τη δημιουργία σχέσεων με φορείς παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας της χώρας,
- Το χαμηλό κόστος και την άμεση διαθεσιμότητα των υπηρεσιών χωρίς λίστες αναμονής,
- την αποσυμφόρηση του Γενικού Νοσοκομείου Άργους,
- δημιουργία μακροχρόνιας αξίας προς τους αιρετούς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης,
- τη δημιουργία και διατήρηση ενός πιστού, καλά εκπαιδευμένου και παρακινούμενου – προσωπικού (HRM),
- δημιουργικό και ευχάριστο κλίμα εργασίας για το προσωπικό καθώς και νέες θέσεις εργασίας,
- Είσοδο του εθελοντισμού στην προσφορά υπηρεσιών υγείας,
- Υιοθέτηση στρατηγικής και Διοίκησης Ολικής Ποιότητας,

*Βασικός στόχος των Δημοτικών Ιατρείων είναι η απόλυτη ικανοποίηση των πολιτών, των εργαζομένων και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης.*

##### 4.1.2 ΣΥΝΑΝΤΩΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΡΟΚΛΗΣΗ – ΕΝΑ ΟΡΑΜΑ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Τα Δημοτικά Ιατρεία δεσμεύονται να προωθήσουν και να βελτιώσουν την υγεία και την κοινωνική ευεξία των ανθρώπων, εξασφαλίζοντας την παροχή κατάλληλων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Κλειδί στην πραγματοποίηση της δέσμευσης αυτής είναι η συνάντηση των προκλήσεων που είναι πιθανό να συμβούν στο μέλλον. Μερικές από τις προκλήσεις θα σημάνουν αλλαγές στον τρόπο δόμησης των

υπηρεσιών, και άλλες θα σημάνουν αλλαγές στον τρόπο εργασίας των επαγγελματιών υγείας μεταξύ τους και με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Αν αυτές οι αλλαγές δεν πραγματοποιηθούν μέσα στο γενικό όραμα των υπηρεσιών για το μέλλον, υπάρχει ένα μεγάλο ρίσκο ασυνέπειας στην ποιότητα, της έκτασης και της ανταπόκρισης των Δημοτικών Ιατρείων στις υπηρεσίες που θα παρέχονται στους ανθρώπους.

Για να αποφευχθεί αυτό πρέπει πρώτα να περιγράψουμε εκτενώς τα παρακάτω κλειδιά- χαρακτηριστικά του τύπου των Δημοτικών Ιατρείων που όλοι νιώθουμε ότι θέλουμε να επιτύχει. Αυτά είναι:

- Υπηρεσίες που να επικεντρώνονται στην παροχή μεγάλου εύρους Πελατο-κεντρικής φροντίδας
- Η πρώτη επαφή με τις υπηρεσίες να δηλώνει ότι είναι άμεσα προσβάσιμες και ότι είναι έτοιμες για να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των πολιτών μέρα και νύχτα.
- Η ομάδα των επαγγελματιών υγείας να χαρακτηρίζεται από συνεργασία, ενότητα και να συνδέεται με πολλαπλούς δεσμούς ενεργειών.
- Έμφαση στην υπόσχεση των πολιτών και της κοινότητας για την ΠΦΥ και τον τρόπο που οι υπηρεσίες σχεδιάζονται και παρέχονται.

Χτίζοντας πάνω σε αυτά τα χαρακτηριστικά, πρέπει να περιγράψουμε το όραμά των Δημοτικών Ιατρείων για τα επόμενα δέκα χρόνια. Αυτό το όραμα σκοπεύει να παρέχει κατεύθυνση και μία συνηθισμένη αίσθηση του σκοπού των Δημοτικών Ιατρείων και των επαγγελματιών που παρέχουν ή συμμετέχουν στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Επίσης διευκρινίζει στους πολίτες τι πρέπει να αναμένουν από τις υπηρεσίες και τους επαγγελματίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο μέλλον στα Δημοτικά Ιατρεία. Την ίδια ώρα δε θα πρέπει να μείνουμε αδιάφοροι στην αξίωση ότι πέρα από το πέρας των δέκα ετών ότι δε θα εμφανιστούν άλλες προκλήσεις. Το όραμα είναι ένα απλό εργαλείο που μας βοηθάει να σχεδιάσουμε και να αναπτύξουμε παρέχοντας εστία συγκέντρωσης των δυνάμεων και των σκέψεών μας (Department of Health, Northern Ireland, 2005).

#### **Το όραμά μας για μετά από 10 χρόνια είναι:**

Όραμά μας είναι τα Δημοτικά Ιατρεία να επιτύχουν **πολύ υψηλά επίπεδα υγείας και κοινωνικής ευεξίας**, μεγιστοποιώντας τη θεραπεία και τη φροντίδα στην κοινότητα, κάτι βολικό για τους πολίτες, να λαμβάνουν τις υπηρεσίες κοντά στο τόπο διαμονής και κατοικίας τους, ελαττώνοντας την ανάγκη για νοσοκομειακή περίθαλψη.

Αυτό το όραμα σκιαγραφεί μία εικόνα του πώς η πρωτοβάθμια περίθαλψη στα Δημοτικά Ιατρεία, με όλες τις αξιόλογες παραμέτρους της, χρειάζεται να αναπτυχθεί για να ωφελήσει τους πολίτες, τις οικογένειες και τις κοινωνίες και να διασφαλίσει την υγεία και την ευεξία τους. Είναι προκλητικό και αναγκαίο. Δεν τείνει να περιγράψει όλες τις λεπτομέρειες κατασκευής και λειτουργίας των Δημοτικών Ιατρείων, αλλά θέλει να δώσει μία καθαρή εστίαση της ουσίας του πώς τα Δημοτικά Ιατρεία θα πρέπει να είναι και από τις δύο οπτικές γωνίες, τόσο των επαγγελματιών υγείας, όσο και των πολιτών (Department of Health, Northern Ireland, 2005).

#### 4.2 ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΙΤΕΥΞΗΣ ΤΟΥΣ

Οι στρατηγικοί στόχοι για τα Δημοτικά Ιατρεία είναι:

- Η Παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Η Άσκηση προληπτικής ιατρικής και φροντίδας
- Η προαγωγή της υγείας
- Η Κοινωνική συμμετοχή στις αποφάσεις που επηρεάζουν την υγεία
- Η Ποιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη στον τόπο όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και από καλά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας.
- Η Διεθνής συνεργασία για την επίλυση των προβλημάτων υγείας.
- Η επιβίωση των Δημοτικών Ιατρείων
- Η υιοθέτηση του θεσμού των Δημοτικών Ιατρείων από τους πολίτες
- Η αποφυγή περιθωριοποίησης από την Τοπική Αυτοδιοίκηση
- Η ένταξη της πόλης του Άργους στο Πρόγραμμα «Υγείες Πόλεις» του ΠΟΥ και στο Διαδημοτικό Δίκτυο της Ελλάδας.
- Η συγχώνευση των Νομικών Προσώπων του Δήμου, δηλαδή των Δημοτικών Ιατρείων με το ΚΑΠΗ, την Κοινωνική Πρόνοια και το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι».
- Υιοθέτηση και εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας (e-health).
- Δημιουργία ιστοσελίδας που να παρέχει πληροφορίες σε θέματα υγείας αλλά και επικοινωνία με τα Δημοτικά Ιατρεία και τους συνεργαζόμενους φορείς τους.

Τέλος, υπάρχουν τέσσερις υψηλού επιπέδου στόχοι (*high - level goals*) ιδιαίτερης σημασίας για την επίτευξη παροχής υψηλού επιπέδου υπηρεσίες στους πολίτες, και αυτοί είναι:

1. Παροχή υπηρεσιών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών, να είναι προσβάσιμες από όλους ανεξαρτήτως οικονομικής δυνατότητας και να περιλαμβάνουν ένα ευρύτερο πεδίο υπηρεσιών στην κοινότητα.
2. Ανάπτυξη ουσιαστικής – αποτελεσματικής συνεργασίας της διοίκησης και των επαγγελματιών υγείας, εντός ορίων, για παροχή αποτελεσματικότερης και ολοκληρωμένης ομαδικής εργασίας.
3. Ενδυνάμωση των σχέσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των πολιτών, δηλαδή καλύτερη επικοινωνία, ενημέρωση, αλληλοσεβασμός και ουσιαστική συνεργασία στην πράξη, σχεδιάζοντας και παρέχοντας υπηρεσίες υγείας.
4. Δημιουργία υποδομής υγείας που να ταιριάζει στους αντίστοιχους σκοπούς των ολοκληρωμένων σύγχρονων υπηρεσιών υγείας  
(Department of Health, *Northern Ireland*, 2005).

Οι βασικές αρχές για την επίτευξη των στρατηγικών στόχων είναι η κινητοποίηση όλων των διαθέσιμων δυνάμεων, η σύναψη συμμαχιών με τους αιρετούς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης αλλά και με τους προμηθευτές, η μεγιστοποίηση των πλεονεκτημάτων και η ελαχιστοποίηση των μειονεκτημάτων, η εκμετάλλευση των ευκαιριών, η αποφυγή λαθών, η αποφυγή υπέρβασης δυνατοτήτων και κατασπατάλησης πόρων, η προσαρμοστικότητα, η ευελιξία, η αναζήτηση πολλαπλασιαστών ισχύος και η διερεύνηση των μέσων που διαθέτουν (Krause D. . 1998).



### 4.3 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Ένα ορθολογικό μοντέλο του Στρατηγικού Μάνατζμεντ είναι το μοντέλο περιβαλλοντικής ανάλυσης. Το εν λόγω μοντέλο αποτελείται από τέσσερα βασικά βήματα: α) την ανάλυση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος, β) το σχηματισμό της στρατηγικής, γ) την εφαρμογή της στρατηγικής, δ) την αξιολόγηση και έλεγχο των αποτελεσμάτων (Παπαδάκης, 2002).

Η στρατηγική ανάλυση αφορά την κατανόηση της στρατηγικής θέσης μιας επιχείρησης. Η στρατηγική ανάλυση εστιάζεται τόσο με τις αλλαγές που επέρχονται στο περιβάλλον των Δημοτικών Ιατρείων και πως αυτές θα επηρεάσουν την επιχείρηση και τις δραστηριότητές της (ευκαιρίες και απειλές), όσο και με τους πόρους (άνους και υλικούς) που διαθέτουν τα Δημοτικά Ιατρεία για να ανταποκριθούν στις αλλαγές αυτές (δυνάμεις, αδυναμίες) (Σχήμα 4.1) (Krause D., 1998).

Σκοπός της στρατηγικής ανάλυσης είναι να διαμορφωθεί μία σαφής άποψη των βασικών παραγόντων, που επηρεάζουν την παρούσα και μελλοντική δράση των Δημοτικών Ιατρείων και κατά συνέπεια την επιλογή της κατάλληλης στρατηγικής (Krause D., 1998).



ΣΧΗΜΑ 4.1 Περιεχόμενα Στρατηγικής Ανάλυσης.

Πηγή: Johnson and Scholes (2002)

#### 4.4 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Οι μάνατζερ έχουν να αντιμετωπίσουν ένα περιβάλλον αβέβαιο γύρω από την επιχειρησή τους. Η διαδικασία αυτή είναι δύσκολη για αρκετούς λόγους. Οι λόγοι αυτοί είναι η ποικιλομορφία του περιβάλλοντος, η ταχύτητα των αλλαγών και η πολυπλοκότητα του περιβάλλοντος (Jonson, 2007).

Το εξωτερικό περιβάλλον περιλαμβάνει μεταβλητές και παράγοντες, που σχετικά δύσκολα μπορούν να επηρεαστούν από τη διοίκηση της επιχείρησης, στην συγκεκριμένη περίπτωση των Δημοτικών Ιατρείων τουλάχιστον βραχυχρόνια και άμεσα. Επίσης είναι ο χώρος όπου η διοίκηση της επιχείρησης πρέπει να αναζητά ευκαιρίες και πιθανές απειλές. Το εξωτερικό περιβάλλον διαχωρίζεται σε δύο επιμέρους συνιστώσες, το ευρύτερο μάκρο- περιβάλλον (το οποίο επηρεάζει την επιχείρηση αλλά και κάθε άλλη επιχείρηση που λειτουργεί πχ στην ίδια χώρα) και το μικρό περιβάλλον (δηλαδή το άμεσα κλαδικό περιβάλλον της επιχείρησης) (Παπαδάκης, 2002).

Σύμφωνα με τον Benjamin Disraeli *«Το μυστικό της επιτυχίας είναι να είσαι προετοιμασμένος να αρπάξεις την ευκαιρία όταν αυτή εμφανιστεί»* (Παπαδάκης, 2002).

##### 4.4.1 ΜΑΚΡΟ- ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ

Το ευρύτερο μάκρο- περιβάλλον έχει επίδραση στις λειτουργίες της επιχείρησης. Αυτό θα μπορούσε να διαχωριστεί σε έξι επιμέρους διαστάσεις α) το οικονομικό περιβάλλον, β) το τεχνολογικό περιβάλλον, γ) το πολιτικό – νομικό περιβάλλον, δ) το κοινωνικό – πολιτιστικό περιβάλλον, ε) το δημογραφικό περιβάλλον και στ) το παγκόσμιο περιβάλλον. Για τη μελέτη αυτών, μία ιδιαίτερη αποτελεσματική μέθοδος είναι η PEST-DG ανάλυση (προέρχεται από τα αρχικά των λέξεων Political, Economic, Social, Technological, Demographic και Global). Η ανάλυση αυτή εστιάζει σε συγκεκριμένα στοιχεία που συνθέτουν τα επιμέρους χαρακτηριστικά του ευρύτερου μάκρο-περιβάλλοντος (Παπαδάκης, 2002).

Μέσα από την επεξεργασία των στοιχείων αυτών, η Διοίκηση των Δημοτικών Ιατρείων μπορεί να προβλέψει τις μελλοντικές τάσεις στο ευρύτερο περιβάλλον της, και με τον τρόπο αυτό να προετοιμαστεί καλύτερα για τις προκλήσεις του μέλλοντος (Παπαδάκης, 2002).

#### 4.3.1.1 Πολιτική - Νομική Διάσταση

Τη νομοθετική βάση του υφιστάμενου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα αποτελεί ο νόμος 1397/83 για το «Εθνικό Σύστημα Υγείας». Ο νόμος αυτός, στη μεγαλύτερη έκτασή του ισχύει και σήμερα. Αποδίδει ιδιαίτερη σημασία στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας, στον οποίο επιχειρεί να εναρμονίσει την ελληνική πραγματικότητα με τη σύγχρονη φιλοσοφία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως αυτή προσδιορίστηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας στη συνδιάσκεψη της Άλμα-Άτα το 1978. Επεδίωξε να θεμελιώσει το Εθνικό Σύστημα Υγείας πάνω ακριβώς στην αποδοχή της φιλοσοφίας της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της ιδέας των κέντρων υγείας. Η επιδίωξη αυτή αντανακλάται τόσο στους σκοπούς των κέντρων υγείας, όσο και στο οργανωτικό και λειτουργικό τους πλαίσιο (Σουλιάτης, 2006).

Το πολιτικό περιβάλλον περιλαμβάνει τη γενική πολιτική κατάσταση της χώρας μας, όπου δραστηριοποιούνται τα Δημοτικά Ιατρεία και τη στάση της Κυβέρνησης έναντι αυτών. Είναι φυσικό κάθε είδος επιχείρησης να επηρεάζεται από την υφιστάμενη πολιτική κατάσταση. Οι πολιτικές συνθήκες δηλαδή, που επικρατούν στο χώρο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας θα επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό τα Δημοτικά Ιατρεία. Η πολιτική κατάσταση που επικρατεί τόσο στην Τοπική Αυτοδιοίκηση όσο και στην Εθνική, είναι δυνατόν να οδηγήσει σε σημαντικές αλλαγές έναντι στη στάση και την προσέγγιση του κράτους έναντι των Δημοτικών Ιατρείων. Η μεγαλύτερη αμφιβολία είναι το αποτέλεσμα των εκλογών, καθώς και η πιθανότητα μεταβολής της κατάστασης από διάφορα πολιτικά περιστατικά.

Γίνεται αντιληπτό ότι σταθερότητα στον τομέα της Τοπικής Αυτοδιοίκησης δεν υπάρχει. Οι αιρετοί και κατ' επέκταση ο Πρόεδρος του Ιδρύματος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη του Δ.Σ. αλλάζουν κάθε τέσσερα χρόνια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μία σειρά αλλαγών στο τρόπο λειτουργίας των Δημοτικών Ιατρείων. Το στρατηγικό σχέδιο για τα Δημοτικά Ιατρεία δίνει το πλεονέκτημα ώστε να μην υπάρχει η δυνατότητα παρεκκλίσεων από το όραμα, τον τρόπο λειτουργίας και τους στόχους των Δημοτικών Ιατρείων.

Για να αποφευχθεί ο κίνδυνος αυτός πρέπει να εξεταστούν και να μελετηθούν οι αντιλήψεις, πεποιθήσεις και πολιτικές συμφωνίες των πολιτικών κομμάτων τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο. Σύμφωνα με την πρόταση του Υπουργού Υγείας το 2006, τα Δημοτικά Ιατρεία θα μετατραπούν σε Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου, με τις κατάλληλες υποδομές και προϋποθέσεις για την άριστη παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας



υγείας. Παράλληλα, αναμένεται να προκληθούν σημαντικές αλλαγές που λογικά θα επηρεαστούν τα Νομικά Πρόσωπα και οι Επιχειρήσεις στους Δήμους με το σχέδιο εφαρμογής της Διοικητικής μεταρρύθμισης, «Καποδιστριας 2» που προωθεί το υπουργείο Εσωτερικών σε μία προσπάθεια η αυτοδιοίκηση να καταστεί ευέλικτη, στα πρότυπα ευρωπαϊκών χωρών (Οι Δήμοι από 1034 προτείνεται να γίνουν 400) (Υπουργείο Εσωτερικών, 2007).

Η προσθήκη ή η αφαίρεση ενός νομοθετικού ή ρυθμιστικού περιορισμού από την κυβέρνηση είναι δυνατόν να δημιουργήσει σημαντικές στρατηγικές απειλές όσο και ευκαιρίες για τα Δημοτικά Ιατρεία. Νόμοι για το Πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι, για την πρόληψη και αντιμετώπιση των ναρκωτικών, καθώς επίσης και νόμοι για προσλήψεις, ειδικά κίνητρα και προαγωγές είναι δεδομένα που πρέπει να γνωρίζει και να ενημερώνεται κάθε Διοίκηση. Ο Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων που περιλαμβάνει όλο το Νομοθετικό Πλαίσιο λειτουργίας των Νομικών Προσώπων των Δήμων, τροποποιείται κάθε τέσσερα χρόνια, και η Διοίκηση των Ιατρείων πρέπει να ενημερώνεται για κάθε αλλαγή που αφορά τη λειτουργία των Δημοτικών Ιατρείων είτε άμεσα είτε έμμεσα.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά των Ναρκωτικών 2007-2009, δίνει έμφαση στο Στρατηγικό Σχεδιασμό, στην πρόληψη και είναι η πρώτη συγκροτημένη προσπάθεια του κράτους μας για να αποκτήσει η χώρα μας εθνική πολιτική κατά των ναρκωτικών. Πρόκειται για ένα κοινωνικό πρόβλημα που απαιτεί πολυδιάστατη Εθνική στρατηγική. (Υπουργείο Υγείας, 2007)

Η Παροχή Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης αναφέρεται στο Νόμο 3235 του 2004, στο Άρθρο 2 και ο έλεγχος λειτουργίας τους γίνεται από το Αρμόδιο Πε.Σ.Υ.Π. Αργολίδας (Παράρτημα 2). Στον Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων περιέχεται η Νομοθεσία για την ίδρυση Ιδρύματος – Νομικού Προσώπου όσον αφορά τη σύσταση, την οργάνωση, τη διοίκηση και ότι άλλο απαιτείται στο Κεφάλαιο Α' (Παράρτημα 3).

Η Γενική Συνδιάσκεψη των Ηνωμένων Εθνών το Δεκέμβριο του 1948 είχε ως αποτέλεσμα την Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων. Είναι αναμφισβήτητο ένα από τα πιο σημαντικά κείμενα στην παγκόσμια διάδοση και αναγνώριση των ανθρώπινων δικαιωμάτων. Αναφέρεται στην ισότητα των πολιτών απέναντι στο Νόμο, στην ισότιμη πρόσβαση σε υπηρεσίες του Δημόσιου Τομέα, και στο δικαίωμα των πολιτών στην ασφάλιση. Διαμορφώνεται έτσι ένα πλαίσιο υποχρεώσεων της πολιτείας και των λειτουργών της απέναντι στον πολίτη-χρήστη των υπηρεσιών (μεταξύ των άλλων και της υγείας) του δημόσιου Τομέα.



Η Διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών στην Ευρώπη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έλαβε χώρα στο Άμστερνταμ το 1994. η Διακήρυξη αναφέρεται μόνο στα ατομικά δικαιώματα που έχουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας και στόχευε να συνειδητοποιήσουν οι ασθενείς τα δικαιώματά τους και επακόλουθα το ρόλο τους στη διαμόρφωση και τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας στη χώρα τους. Σύμφωνα με τη Διακήρυξη ο ασθενής έχει δικαίωμα στην πληροφόρηση για τις υπηρεσίες υγείας που μπορεί να χρησιμοποιήσει στον τόπο διαμονής του. Επίσης ο ασθενής έχει δικαίωμα στη συναίνεση, η οποία θα πρέπει να λαμβάνεται μετά από πλήρη ενημέρωσή του για τα θέματα υγείας που τον απασχολούν. Παράλληλα, ο ασθενής έχει δικαίωμα στο ιατρικό απόρρητο και προστασία των προσωπικών δεδομένων. Οι ασθενείς μπορούν να έχουν πρόσβαση σε όλα τα ιατρικά τους δεδομένα και να λαμβάνουν αντίγραφο των ιατρικών τους αρχείων και εξετάσεων. Τέλος, σύμφωνα με τη Διακήρυξη αυτή, ο ασθενής έχει δικαίωμα στη φροντίδα υγείας και τη νοσηλεία. Ο καθένας έχει δικαίωμα, χωρίς διακρίσεις, στην κατάλληλη για τις ανάγκες του φροντίδα υγείας (Σουλιώτης, 2006).

Τα τελευταία 30 χρόνια το σύστημα κοινωνικής υγείας χειρίζεται κάτω από πίεση την έλλειψη πόρων, τον περιορισμό στη διοίκηση και το θρυσματισμό των οργανισμών. Ταυτόχρονα η εμφάνιση νέων δυσμενών προκλήσεων όπως η έξαρση της ασθένειας του HIV/AIDS, και οι τάσεις του πληθυσμού, είναι αυτά που απαιτούν ισχυρή ηγεσία και διοίκηση που να έρχεται σε επιψη και να αντιλαμβάνεται τις ανάγκες των πολιτών.

#### 4.3.1.2 Οικονομική Διάσταση

Το μέγεθος και η σπουδαιότητα των συστημάτων υγείας αυξάνονται σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ. Η πρόοδος στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και η ανάπτυξη νέων φαρμάκων συνέβαλαν στη σταθερή βελτίωση της κατάστασης της υγείας στις χώρες του Οργανισμού κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Παράλληλα, οι δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης δεν υπήρξαν ποτέ τόσο υψηλές απορροφώντας αυξανόμενο μερίδιο του εθνικού εισοδήματος.

Οι αιτιολογικοί παράγοντες της αναγκαιότητας μελέτης της οικονομικής της υγείας είναι το μέγεθος του συστήματος υγείας, η στενότητα των πόρων, οι ανάγκες υγείας, το επίπεδο πολιτικής παρέμβασης, οι ανισότητες στον τομέα της υγείας, οι ανισότητες στην υγεία μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, οι ανισότητες στις χώρες με υψηλό δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης, η κατανάλωση υπηρεσιών και αγαθών υγείας, το κόστος ιατρικής περίθαλψης, το οικολογικό περιβάλλον, το κοινωνικό

περιβάλλον, το εκπαιδευτικό σύστημα και η αγορά εργασίας του τομέα της υγείας, οι απαιτήσεις των εργαζομένων και τέλος το επίπεδο οργάνωσης, διοίκησης και διαχείρισης του συστήματος υγείας (Σούλης, 1999).

Το αγαθό υγεία διαφέρει από τα οικονομικά αγαθά στο ότι υπάρχει απουσία ανταγωνισμού μεταξύ των καταναλωτών και έλλειψη δυνατότητας αποκλεισμού, γεγονός που πιστοποιεί ότι έχουμε να κάνουμε με αγαθά και υπηρεσίες που προορίζονται για συλλογική κατανάλωση. Το «αγαθό υγεία» συνήθως κατατάσσεται στην κατηγορία εκείνη των αγαθών για τα οποία το κράτος οφείλει να μεριμνήσει ώστε τόσο οι διαδικασίες παραγωγής τους, όσο και αυτές της διάθεσης στους πολίτες, να ανταποκρίνονται σε κοινωνικά κριτήρια, τα οποία συνήθως ισχύουν για τα λεγόμενα «δημόσια αγαθά» (Σούλης, 1999).

Οι δαπάνες για την υγεία συνεχίζουν να ξεπερνούν την ανάπτυξη του ΑΕΠ του πλανήτη και στις περισσότερες χώρες οι δαπάνες ως ποσοστό επί του εθνικού προϊόντος έχουν σχεδόν διπλασιαστεί κατά τα τελευταία 25 χρόνια, σύμφωνα με νέα έκθεση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης. Στην Ελλάδα το ποσοστό του ΑΕΠ που δαπανάται για την υγεία προσεγγίζει το 10%, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 8% (Timmins N., 2007).

Η εστίαση στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας υγείας είναι η απάντηση του πώς θα μειωθεί η οικονομική πίεση που ασκείται στο σύστημα υγείας της Ελλάδας. Είναι σημαντικό επίσης το γεγονός ότι όταν η παροχή Πρωτοβάθμιας περιθαλψης προσφέρεται σε τοπικό επίπεδο που από τους αντίστοιχους τοπικούς φορείς, τα αποτελέσματα είναι σαφώς σε καλύτερη θέση από όταν παρέχονται από το ΕΣΥ.. (OECD, 2007)

Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί αποτελούν το 65% της περιθαλψης υγείας στη χώρα μας δηλαδή, ένα σημαντικό μερίδιο στον τομέα της φροντίδας υγείας (Στατιστική Υπηρεσία, 2005). Το 2000 το ποσοστό των μη κερδοσκοπικών οργανισμών παροχής φροντίδας υγείας στη χώρα μας ήταν 62%. Παρατηρούμε μία αύξηση της παροχής φροντίδας υγείας από κρατικούς μη κερδοσκοπικούς φορείς της τάξης του 3%.

Το σύνολο των θεραπευτηρίων στην Ελλάδα το 2000 ήταν 337, ενώ το 2005 ο αριθμός του έχει πέσει στο 317. Παράλληλα το ποσοστό των παροχών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας το 2000 ήταν 35%, ενώ το 2005 παρατηρείτε άνοδος του ποσοστού στο 37.5%. Σύμφωνα με τα παραπάνω προκύπτει ότι το κράτος τείνει στην ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και στην σταδιακή μείωση των νοσοκομείων και κλινικών.

Η Οικονομία της Υγείας είναι ένας κλάδος που γνωρίζει μεγάλη ανάπτυξη σε οικονομία με μεγάλα προβλήματα. Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι η κατάλληλη διαχείριση και οργάνωση των Δημοτικών Ιατρείων μπορεί να προσφέρει πολλαπλά οφέλη τόσο στην Δημοτική Αρχή όσο και στους πολίτες της πόλης του Άργους.

#### 4.3.1.3 Κοινωνικοπολιτική Διάσταση

Η αυτοδιοίκηση στην ελληνική περίπτωση δεν διεκδικεί αυτόνομο ρόλο στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής. Οι δομές προστασίας της υγείας και της συνοχής της τοπικής κοινωνίας, σε μεγάλο βαθμό εντάσσονται σε ευρύτερες ρυθμίσεις στο εθνικό αλλά και στο υπερεθνικό επίπεδο (Ευρωπαϊκή Ένωση). Η αυτοδιοίκηση στην Ελλάδα βρίσκεται σε μία διαδικασία διεύρυνσης των λειτουργιών και των αρμοδιοτήτων της και παρότι η παρουσία του κράτους παραμένει ισχυρή, αναλαμβάνει ολοένα και περισσότερους ρόλους, ειδικότερα στο πεδίο της κοινωνικής πολιτικής.

Η οργάνωση δημοτικών ιατρείων από την αυτοδιοίκηση πρώτου βαθμού (Δήμοι) είναι μία σημαντική ένδειξη της ανάγκης για εφαρμογή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας στο τοπικό επίπεδο. Η αξιοποίηση της δυνατότητας ίδρυσης και λειτουργίας σταθμών προληπτικής ιατρικής που καλύπτουν ευρύ φάσμα εξετάσεων και εξειδικευμένης ενημέρωσης μπορεί να λειτουργήσει ως κρίκος μεταξύ των προνοιακών υπηρεσιών και των υπηρεσιών υγείας της τοπικής κοινωνίας. Η σύνδεση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας με υπηρεσίες προνοιακού τύπου καταδεικνύουν τη στενή σχέση μεταξύ των υπηρεσιών ειδικά στο τοπικό επίπεδο και τον κοινό στόχο τους που είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η κοινωνική συνοχή (Σουλιώτης,2006).

Η κοινωνικοπολιτική διάσταση αναφέρεται στο ευρύτερο κοινωνικό και πολιτιστικό περιβάλλον των Δημοτικών Ιατρείων. Η διάσταση αυτή αντιπροσωπεύει το σύνολο των αξιών, πιστεύω, ιδανικών και άλλων χαρακτηριστικών των ιατρείων. Η διάσταση αυτή έχει μεγάλη σημασία για τα Δημοτικά ιατρεία και τον τρόπο με τον οποίο θα οργανωθούν και θα δραστηριοποιηθούν, καθότι μία μικρή απόκλιση από το κοινωνικά και πολιτισμικά αποδεκτό μπορεί να τους δημιουργήσει σημαντικά προβλήματα.

Η υγειονομική περιθαλψη και οι συναφείς δαπάνες δεν είναι τα μοναδικά χαρακτηριστικά της υγείας. Ένα σημαντικό μέρος των στατιστικών στοιχείων υποδεικνύει ότι οι υφιστάμενοι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και ο τρόπος ζωής διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση της υγείας του πληθυσμού απ' ό,τι αυτή καθ' αυτή η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περιθαλψης. Ο σχεδιασμός άρτιων προγραμμάτων για τη δημόσια υγεία πιθανόν να διευκολύνει την πρόληψη των



ασθενειών και να αμβλύνει την οικονομική πίεση που ασκείται στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, οι κίνδυνοι για την υγεία μεταβάλλονται εξίσου (OECD, 2007).

Το Άργος είναι η μεγαλύτερη πόλη, το οικονομικό και εμπορικό κέντρο του νομού Αργολίδας, με μεγάλη αγροτική παραγωγή και ανεπτυγμένη βιομηχανία, ειδικευμένη στην τυλοποίηση αγροτικών προϊόντων. Η Αργολίδα είναι μία εύπορη περιοχή που μοιάζει με πολλές περιοχές της Μεσογείου. Ο κάμπος είναι γεμάτος με πλούσια χωράφια, αμπελώνες και πορτοκαλιές.

Τα τελευταία χρόνια όμως, από τότε που η εντατική γεωργία σε συνδυασμό με τις ανάγκες του τουρισμού και τις νέες οικονομικές προσεγγίσεις υπονομεύουν την οικονομία και το περιβάλλον της περιοχής. Το περιβάλλον μολύνεται ολοένα και περισσότερο κάθε μέρα, η στάθμη του υδροφόρου ορίζονται άρχισε να πέφτει με ρυθμό επτά μέτρα το χρόνο και τα ποσοστά καρκίνου αναμένεται να αυξηθούν δραματικά. Τα ποσοστά αυτά πρέπει να είναι ιδιαίτερα υψηλά, κυρίως για λευχαιμία σε νεαρές ηλικίες, δυστυχώς όμως δε μπορούμε να τα στατικοποιήσουμε, διότι κανένας φορέας δεν κρατάει στοιχεία (Γαλάνης, Καραγιάννης, 2007).

Στην πόλη του Άργους βρίσκεται το Νομαρχιακό Νοσοκομείο του Άργους, που καλύπτει την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας των πολιτών. Πλησίον του Άργους βρίσκεται το Ναύπλιο, όπου εδρεύει το Νοσοκομείο Ναυπλίου, το οποίο εφημερεύει εναλλάξ με το Νοσοκομείο του Άργους. Σε περίπτωση περιστατικών που χρήζουν εξειδικευμένης φροντίδας γίνονται διακομιδές είτε στην Τρίπολη, είτε σε Νοσοκομεία της Αθήνας. Πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται κυρίως στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου καθώς επίσης και στα ιατρεία των Ασφαλιστικών Φορέων, όσον αφορά την κρατική μέριμνα.

Σύμφωνα με τη Στατιστική Υπηρεσία το 25,4% του πληθυσμού της πόλης του Άργους είναι απόφοιτοι λυκείου ή τεχνικών σχολών, το 12% είναι απόφοιτοι γυμνασίου, το 2,6% είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, το 6,8% είναι απόφοιτοι Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και μόλις το 0,1% έχουν διδακτορικό. Τα ποσοστά δείχνουν ότι το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού είναι απόφοιτοι λυκείου. Η καλλιέργεια των ατόμων σε θέματα υγείας είναι κάτι που απουσιάζει, αν και πολλοί ενδιαφέρονται να ενημερωθούν για αυτά. Το συμπέρασμα αυτό απορρέει από τη συχνότητα των ομιλιών και ημεριδών που διοργανώνονται από τον Πολιτιστικό Σύλλογο Άργους «Δαναός», καθώς επίσης και από το «ΚΑΠΗ» (περίπου 2-3 ομιλίες και μία τουλάχιστον ημερίδα το μήνα). Τα ποσοστά της εκπαίδευσης του πληθυσμού αναμένεται



να αυξηθούν τα επόμενα έτη, καθώς όλο και περισσότεροι ακολουθούν την οδό της Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

Τα τελευταία 20 χρόνια, και περισσότερο έχει σημειωθεί πολύ μεγάλη ανάπτυξη στην υγεία μας και στο κοινωνικό σύστημα υγείας. Το σύστημα αντιμετωπίζει επιτυχώς αρκετές προκλήσεις και συνεχίζει να παρέχει υπηρεσίες στην κοινότητα κατά τη διάρκεια δύσκολων καιρών στην ιστορία μας. Οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν γίνει λιγότερο επεμβατικές και οι περισσότερες μπορούν να γίνουν σε μία βάση μίας μέρας περίπτωση. Η διάρκεια της διαμονής στο νοσοκομείο έχει ελαττωθεί. Περισσότεροι άνθρωποι θεραπεύονται όσο ποτέ θεραπεύονται στο νοσοκομειακό μας σύστημα, και για αρκετούς, η βελτίωση των φαρμάκων και περισσότερο η καλύτερη παροχή φροντίδας υγείας στην κοινότητα έχει βοηθήσει να αποφεύγεται ο «hospitalization» όλοι μαζί. Τάσεις τα τελευταία χρόνια έχουν δείξει ότι υπάρχει μετακίνηση του φόρτου εργασίας από τον εξειδικευμένο τομέα εργασίας του νοσοκομείου, στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Ψυχιατρικές νόσοι, πλέον αντιμετωπίζονται καλύτερα στην κοινότητα. Η υποστήριξη των ανθρώπων με ψυχιατρική νόσο ή δυσκολία στη μάθηση στην κοινότητα και όχι στο νοσοκομείο, βοηθάει τους ίδιους και τις οικογένειές τους στην καλύτερη και πιο θετική αντιμετώπιση του προβλήματος.

Η ανάπτυξη νέων υπηρεσιών για τα παιδιά με ανικανότητα στην κοινότητα, έχει μειώσει την παραμονή των παιδιών και γονιών στα νοσοκομεία, όπου δεν ήταν για ιατρικούς λόγους.

Νέες συνεργασίες που περιλαμβάνουν την κοινότητα, ιδιωτικούς και εθελοντικούς φορείς, και αλλαγές στις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας, και η χρησιμοποίηση νέων εξοπλισμών και τεχνολογιών, σημαίνει ότι ένας αυξανόμενος αριθμός ανθρώπων που παλιότερα έπρεπε να νοσηλεύονται στο νοσοκομείο, τώρα δέχονται τις υπηρεσίες υγείας στο σπίτι τους.

Αυτές οι αλλαγές έχουν φέρει απάντηση, σε έναν αριθμό ενεργειών όπως η ανάπτυξη στις καλύτερες κλινικές και επαγγελματικές πράξεις, στις τάσεις των κατοίκων, σε νέες προωθήσεις φαρμάκων, και στην επιθυμία για ανταπόκριση και ελαστικότητα στη συνάντηση των αναγκών των ανθρώπων στην κοινωνία.

Πέρα από σημαντικές αυξήσεις σε πόρους τα τελευταία χρόνια και τη σταθερότητα των δυνάμεων του προσωπικού, οι υπηρεσίες μας παραμένουν κάτω από τεράστια πίεση. Πλήθος δραστηριοτήτων έχουν αυξηθεί ουσιαστικά, αλλά το επίπεδο της ζήτησης συνεχίζει να ξεπερνά τις ικανότητες και δυνατότητες του συστήματος.

Την ίδια ώρα περισσότεροι άνθρωποι συνεχίζουν να κατατάσσουν τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας πολύ υψηλά. Σημαντικό ωστόσο είναι και το γεγονός ότι ένα σημαντικό πρόβλημα που παρουσιάζει το σύστημα είναι ότι υπάρχει δυσκολία στην προσβασιμότητα για τις υπηρεσίες αυτές. Μεγαλύτερες δυσκολίες αντιμετωπίζουν οι ευπαθείς ομάδες της κοινότητας.

Είναι γεγονός ότι έχουν γίνει βελτιώσεις στην εκτέλεση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας για ικανοποίηση και ανταπόκριση των αναγκών των πολιτών. Επίσης σημειώνεται ότι, ο αυξανόμενος ρόλος που θα μπορούσε να παίξει από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σε σχέση με την άμεση και κρίσιμη ανάγκη, μπορεί να παρέχει μεγαλύτερο εύρος επιλογών φροντίδας υγείας. Η ανάγκη για επιπλέον ενδιαφέρον στην προώθηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της καλύτερης ποιότητας ζωής είναι επίσης σημαντικό. Ταυτόχρονα, δίνεται έμφαση στη σημασία της ανάγκης για εύρεση της ισορροπίας μεταξύ της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και του νοσοκομειακού τομέα, σύμφωνα με τις μελλοντικές ανάγκες του πληθυσμού και του τρόπου αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας.

Οι στρατηγικές για το μέλλον είναι σίγουρο ότι χρειάζεται να λάβουν υπόψη τέτοια θέματα. Κοιτάζοντας μπροστά 10 χρόνια, προσπαθώντας να προβλέψουμε τις ανάγκες και την ζήτηση των υπηρεσιών, δε μπορεί να είναι ακριβώς επιστημη. Ωστόσο, μπορούμε να αναμένουμε ότι η κοινωνία της Ελλάδας, θα αλλάξει και θα βελτιωθεί με αρκετούς τρόπους. Αυτές οι αλλαγές θα φέρουν μαζί τους νέες προσδοκίες για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Οι τάσεις του πληθυσμού, οι εξελίξεις στα φάρμακα και στην τεχνολογία των υπολογιστών, οι νέες πρακτικές εργασίας, η καλύτερη πρόσβαση στην πληροφορία, τα θέματα του τρόπου ζωής, και οι αυξημένες απαιτήσεις των ανθρώπων θα έχουν αντίκτυπο (Department of health, Northern Ireland, 2005).

#### 4.3.1.4 Δημογραφική Διάσταση

Ο πρώτος κανόνας των μελλοντολόγων είναι: δε μπορείς να καταλάβεις το μέλλον χωρίς δημογραφικά στοιχεία. Η κατανομή μίας κοινωνίας, το αν οι πολίτες είναι μεγάλοι σε ηλικία, ή νέοι, κλπ επηρεάζει κάθε μορφή της ζωής, από την πολιτική, την οικονομία, και την κουλτούρα όλων των ειδών των προϊόντων, υπηρεσιών, και εργασιών, οι οποίες είναι δυνατόν να επιτύχουν ή να αποτύχουν. Η δημογραφία δεν είναι πεπρωμένο, είναι η πραγματικότητα. Οι ηγέτες μας, κατά κύριο λόγο, ολοκληρωτικά ξεχνούν το πλοίο της δημογραφίας και το πώς αυτή επηρεάζει τους οργανισμούς, τους πελάτες.

Η Δημογραφική διάσταση της περιβαλλοντικής ανάλυσης αφορά, μεταξύ άλλων, το μέγεθος πληθυσμού, τη γεωγραφική του κατανομή, την ηλικιακή του δομή, και τη διανομή του εισοδήματος.

Ο πληθυσμός της Ελλάδας σύμφωνα με την απογραφή του 2001 είναι 10.934.097, του Νομού Αργολίδας είναι 102.392 και του Άργους είναι 26877. Από τα στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας προκύπτει ότι ο πληθυσμός του Δήμου Άργους κατανέμεται ως εξής: το 85% του πληθυσμού στο Δ.Δ. Άργους και το 15% του πληθυσμού στα υπόλοιπα 8 διαμερίσματα του Δήμου.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Στατιστικής Υπηρεσίας παρατηρούμε ότι το 9% του πληθυσμού της πόλης του Άργους δεν έχουν Ελληνική υπηκοότητα, κάτι που δηλώνει ότι το ποσοστό των μεταναστών είναι σημαντικό και θα πρέπει να υπολογιστεί στο πλάνο δράσης των Δημοτικών Ιατρείων. Η μετανάστευση συνεπάγεται μεταφορά ιογενών, λοιμωδών και μικροβιακών νοσημάτων, οπότε η πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση θα έχει τη δυνατότητα να προλάβει πιθανότητα επιδημίας.

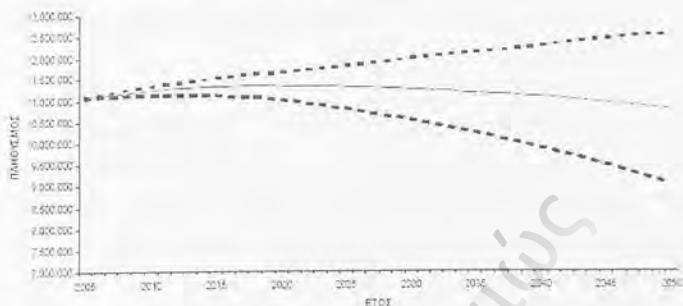
Παράλληλα, τα δηλωθέντα κρούσματα λοιμωδών νοσημάτων στην Ελλάδα (δυστυχώς δεν υπάρχουν στοιχεία για Δημοτικά Διαμερίσματα) το 2000 ήταν 6.325, το 2002 ήταν 6779, το 2004 ήταν 3417 ενώ το 2005 ήταν 3.717. Παρατηρείται μείωση των κρουσμάτων, κάτι που δηλώνει ότι η πρόληψη και η ενημέρωση των πολιτών έχει ζωτική σημασία και αποτελεί αποτελεσματική μέθοδο για τη μείωση της νοσηρότητας (Στατιστική Υπηρεσία, 2007).

Οι εκτιμήσεις της Στατιστικής Υπηρεσίας για τον πληθυσμό της Ελλάδας έως το 2050 αφορούν τρία σενάρια (χαμηλό, ενδιάμεσο και υψηλό). Οι προβολές πληθυσμού καταρτίστηκαν με βάση τον εκτιμώμενο πληθυσμό της 1<sup>ης</sup> Ιανουαρίου 2004. Ο εν λόγω πληθυσμός κρίνεται αρκετά αξιόπιστος λόγω της σχετικά μικρής απόστασης από την τελευταία Απογραφή Πληθυσμού και της μη ύπαρξης απρόβλεπτων μεταναστευτικών ρευμάτων στο διάστημα που μεσολάβησε.

Στο χαμηλό σενάριο προβλέπεται περαιτέρω μείωση της γονιμότητας των μικρών αναπαραγωγικών ηλικιών, μικρή αύξηση του προσδόκιμου ζωής και χαμηλότερη ροή μεταναστών. Στο υψηλό σενάριο αντίθετα προβλέπεται αύξηση της γονιμότητας (μεγαλύτερη στις ηλικίες πάνω από 29 ετών), μεγαλύτερη αύξηση του προσδόκιμου ζωής και μεγάλη ροή μεταναστών. Το ενδιάμεσο σενάριο προβλέπει συγκρατημένη αύξηση της γονιμότητας (ιδίως στις ηλικίες πάνω από 29 ετών), αύξηση του προσδόκιμου ζωής και διατήρηση της ροής μεταναστών στα σημερινά επίπεδα. (Διάγραμμα 4.1)



## ΠΡΟΒΟΛΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ 2005-2050 ΣΕ 3 ΕΚΔΟΧΕΣ



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.1 Προβολές Πληθυσμού 2005 – 2050 σε 3 εκδοχές.

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία

Παρατηρούμε ότι και στα τρία σενάρια αναμένεται αύξηση του πληθυσμού και αύξηση του μέσου όρου ηλικίας. Το μεγαλύτερο μέσο όρο ηλικίας δηλώνει όμως και ύπαρξη χρόνιων ασθενειών, που σχετίζονται με την ηλικία (πχ άνοια, νοσήματα του αναπνευστικού και της καρδιάς, διαβήτης). Επίσης αναμένεται να αυξηθεί η εμφάνιση νόσων όπως η παχυσαρκία, ο διαβήτης, που οφείλονται στο σύγχρονο τρόπο ζωής, ο οποίος αποτελείται από κάπνισμα, αυξημένη χρήση αλκοόλ, και κακές συνήθειες διατροφής.

Οι πολίτες στο μέλλον θα είναι καλύτερα ενημερωμένοι και εκπαιδευμένοι σε θέματα υγείας, θα έχουν καλύτερη πρόσβαση στην πληροφόρηση, θα έχουν έναν ενεργό ρόλο στη διατήρηση της υγείας τους και της φυσικής τους κατάστασης, και θα είναι πιο απαιτητικοί στις υπηρεσίες υγείας,

Ταυτόχρονα, λόγω της αύξησης του ποσοστού των μεταναστών είναι πιθανό οι πολίτες της χώρας μας να είναι κοινωνικά και εθνικά διαφορετικοί, ως αποτέλεσμα της ισότητας των ευκαιριών και των στόχων των αναγκών, με συνέπειες για τον τρόπο παροχής της φροντίδας υγείας.

Η Δημογραφία και ο τρόπος ζωής, έχουν μία έντονη επιρροή για τη μελλοντική ζήτηση για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού, θα φέρει σημαντικές προκλήσεις. Ο πληθυσμός με ηλικία πάνω από 85 σχεδόν θα διπλασιαστεί τα επόμενα 20 χρόνια. Μεγάλη αλλαγή θα χρειαστεί από τους φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης αν είναι διατεθειμένοι να ανταποκριθούν επαρκώς



στις ανάγκες αυτής της ομάδας των ηλικιωμένων, αυξάνοντας στο μέγιστο την ανεξαρτησία διαβίωσης και μειώνοντας στο ελάχιστο την εξάρτηση από το νοσοκομείο και την ανάγκη για περίθαλψη στο νοσοκομείο.

#### 4.3.1.5 Τεχνολογική Διάσταση

Ο ρυθμός διείσδυσης των νέων τεχνολογιών και προσαρμογής της χώρας στις διεθνείς εξελίξεις και τάσεις υπήρξε ασυνήθιστα υψηλός για τις διαγνωστικές και σχετικά ικανοποιητικός για τις επεμβατικές και τριτοβάθμιες εφαρμογές της βιοϊατρικής τεχνολογίας, εξαιρετικά όμως βραδύς για τα πληροφοριακά συστήματα. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας, στο πλαίσιο του Β' ΚΠΣ στον τομέα της πληροφορικής οι σχετικές παρεμβάσεις ήταν μικρής κλίμακας και περιορίστηκαν στο επίπεδο του σχεδιασμού. Γι αυτό το λόγο, στο πλαίσιο του Γ' ΚΠΣ, και κυρίως μέσω του Επιχειρησιακού προγράμματος «Κοινωνία της Πληροφορίας», δόθηκε έμφαση στην ενίσχυση της εισαγωγής ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων στο σύνολο των φορέων της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της χώρας.

Στο ιατρικό ηλεκτρονικό σύστημα, πρέπει να υπάρχουν πληροφορίες τόσο διοικητικού-οικονομικού όσο και κλινικού, εργαστηριακού και φαρμακευτικού ενδιαφέροντος δομημένες με τέτοιο τρόπο ώστε να επιτρέπεται η γρήγορη, ακριβής και ασφαλής ενημέρωση ή συλλογή πληροφορίας. Ακόμη, πρέπει να παρέχει τη δυνατότητα οριζόντιας διασύνδεσης με παρόμοια πληροφοριακά συστήματα που δε βρίσκονται στον ίδιο χώρο.

Γίνεται αναφορά στην είσοδο του χώρου της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της ηλεκτρονικής υγείας. Η ηλεκτρονική υγεία βρίσκει εφαρμογή στον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας, στις Ηλεκτρονικές Προμήθειες, στην Ηλεκτρονική Κάρτα Υγείας, στα Πληροφοριακά συστήματα νοσοκομείων, στην Ηλεκτρονική αποπληρωμή υπηρεσιών υγείας, στην Τηλεϊατρική, στο Ηλεκτρονικό κλείσιμο ραντεβού, στην Προστασία προσωπικών δεδομένων και στην Ηλεκτρονική συνταγογράφηση.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της ηλεκτρονικής υγείας είναι:

1. Αποτελεσματικότητα (Efficiency): Μια από τις υποσχέσεις της ηλεκτρονικής υγείας είναι να αυξήσει την αποδοτικότητα της ιατρικής περίθαλψης, μειώνοντας το κόστος. Ένας πιθανός τρόπος μείωσης του κόστους είναι η αποφυγή διπλών ή μη απαραίτητων διαγνωστικών ή θεραπευτικών διαδικασιών μέσω επικοινωνίας ανάμεσα στους φορείς υγείας και τον πολίτη.

2. Βελτίωση της ποιότητας περίθαλψης: Η αύξηση της αποδοτικότητας δεν μειώνει μόνο το κόστος αλλά βελτιώνει ταυτόχρονα και την ποιότητα. Η ηλεκτρονική υγεία μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης επιτρέποντας για παράδειγμα συγκρίσεις ανάμεσα στους παροχείς υγείας.
3. Επιστημονική τεκμηρίωση (Evidence based): Οι ενέργειες της ηλεκτρονικής υγείας πρέπει να τεκμηριώνονται με την έννοια ότι η αποδοτικότητά τους πρέπει να αποδεικνύεται με επιστημονικές μεθόδους.
4. Ενδυνάμωση πολιτών και ασθενών: Οι βάσεις δεδομένων υγείας και ο προσωπικός ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος καθίστανται προσβάσιμα από το διαδίκτυο. Ανοίγονται έτσι νέοι ορίζοντες για ανθρωποκεντρικά συστήματα υγείας και διευκολύνεται ο ασθενής στις επιλογές του.
5. Ενίσχυση της αλληλεπίδρασης: Ενθαρρύνεται η ανάπτυξη νέας σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία της υγείας, προς μια συνεργασία στην οποία οι αποφάσεις θα λαμβάνονται με κοινό τρόπο.
6. Συνεχής Εκπαίδευση: Επιτρέπεται η εκπαίδευση των γιατρών και του παραϊατρικού προσωπικού από online πηγές (συνεχής ιατρική εκπαίδευση) αλλά και των πολιτών (για παράδειγμα ιατρικές πληροφορίες πρόληψης).
7. Διευκόλυνση της ανταλλαγής πληροφορίας: Αναβαθμίζονται τα μέσα διακίνησης της ιατρικής πληροφορίας, και κατά συνέπεια της επικοινωνίας, με έναν προ-τυποποιημένο τρόπο ανάμεσα στους διάφορους φορείς υγείας. Με αυτό τον τρόπο προάγεται και η διαλειτουργικότητα. Δίνεται η δυνατότητα προσπέλασης και ελέγχου σε δεδομένα όλων των συστημάτων με την ταυτόχρονη ύπαρξη ενός ενιαίου σημείου διαχείρισης και διοίκησης.
8. Επέκταση της εμβέλειας της ιατρικής περίθαλψης: η παροχή υπηρεσιών υγείας μεταφέρεται πέρα από τα συμβατικά όρια, τόσο με τη γεωγραφική όσο και με τη μεταφορική έννοια του όρου. Οι πολίτες έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν online ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από διεθνείς παροχείς. Αυτές οι υπηρεσίες μπορεί να είναι απλά συμβουλευτικές ή και πιο ουσιαστικές, όπως για παράδειγμα η προμήθεια φαρμακευτικών προϊόντων.
9. Ασφάλεια: Η ηλεκτρονική υγεία περιλαμβάνει νέες μορφές αλληλεπίδρασης ασθενή – γιατρού και εμπεριέχει νέες προκλήσεις σε θέματα ασφάλειας, όπως για παράδειγμα, το ιατρικό απόρρητο.
10. Ισότητα: Η ενίσχυση της ισοτιμίας στην παροχή υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης είναι μια από τις υποσχέσεις της ηλεκτρονικής υγείας βασίζεται στη συνεχή ιατρική παρακολούθηση και προσαρμόζεται σύμφωνα με τις ανάγκες του πολίτη.

Ο όρος «παροχή υπηρεσιών υγείας» περιλαμβάνει μια πληθώρα εμπλεκόμενων προσώπων, φορέων και **διακινούμενης πληροφορίας**. Αφορά πολίτες, γιατρούς, νοσηλευτές και στελέχη της υγείας, υποδομές, νοσοκομεία, νοσηλευτήρια, μέσα επείγουσας μεταφοράς και σχετιζόμενες εταιρείες όπως φαρμακευτικές, εταιρείες ιατρικού εξοπλισμού, εκπαίδευσης στον τομέα της υγείας κ.λπ. Ο συνεκτικός ιστός των παραπάνω εμπλεκόμενων οντοτήτων είναι η πληροφορία που πρέπει να διακινήθει άμεσα και με ακρίβεια, όπου αυτή είναι απαραίτητη, αφενός για να διευκολύνει τη συνεργασία των φορέων μεταξύ τους και αφετέρου για την υποβοήθησή τους στη λήψη των σωστών αποφάσεων. Συγχρόνως, ευφυή περιβάλλοντα και συστήματα παρακολούθησης ζωτικών παραμέτρων με χρήση έξυπνων βιο-αισθητήρων που προκαλούν τη μικρότερη δυνατή δυσχέρεια στον ασθενή καθώς και ολοκληρωμένα συστήματα τηλεματικής επιτρέπουν σε ευαίσθητους, από πλευράς υγείας, πολίτες να έχουν έναν φυσιολογικό τρόπο ζωής.

Η υλοποίηση των παραπάνω, ακολουθώντας τις ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις αλλά διατηρώντας τον ευαίσθητο χαρακτήρα του χώρου της υγείας και της ποιότητας της ζωής, δημιουργεί νέα δεδομένα αλλά και νέα προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά αφορούν θέματα νομικής υφής, καχυποψίας και κουλτούρας αλλά και θέματα τεχνολογικής φιλοσοφίας και κατεύθυνσης.

Οι ηλεκτρονικές υπηρεσίες διευκολύνουν την καθημερινότητα των ασθενών και εργαζομένων και βελτιώνουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες. Σχεδόν σε όλες τις παραπάνω διαστάσεις προωθούνται συγκεκριμένες δράσεις τόσο στην Υγεία όσο και στην Κοινωνική Αλληλεγγύη.

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο αναγνωρίζονται μια σειρά από τάσεις που προδιαγράφουν την μελλοντική ζήτηση και το είδος των υπηρεσιών στον τομέα της ηλεκτρονικής Υγείας. Οι τάσεις αυτές δείχνουν ότι σε επίπεδο πολίτη-ασθενούς και επαγγελματία της υγείας, η πρόσβαση στην πληροφορία καθίσταται απαραίτητη για:

- Την αύξηση της συνειδητοποίησης των κινδύνων (π.χ. σχετικά με τις τροφές, τα μεταδιδόμενα νοσήματα) και την προώθηση της υγείας
- Την ισότητα στην παροχή υπηρεσιών υγείας για καλύτερη πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία
- Το ενδιαφέρον για τις νέες επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις
- Την αξιολόγηση της επίδρασης περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία
- Την προσωποποιημένη και συνεχή φροντίδα
- Τη διευκόλυνση της κατ' οίκον φροντίδας
- Τη βελτίωση της αντίδρασης σε επείγοντα περιστατικά



- Την ενδυνάμωση του ασθενούς και την αύξηση της συμμετοχής του στη λήψη αποφάσεων

Σε τεχνικό επίπεδο οι τάσεις είναι:

- Από την διακοπτόμενη στη συνεχή φροντίδα
- Από τις επεμβατικές στις μη επεμβατικές μετρήσεις
- Από τα παθητικά στα «ευφυή» μηχανήματα
- Από τις μεγάλες στις μικρές συσκευές (Atlantis & Vidano, 2007)

Οι τεχνολογικές αλλαγές επιταχύνονται σε δύο τομείς που επηρεάζουν το σύστημα υγείας, στον τομέα της ιατρικής και στον τομέα της πληροφορίας.

Το σύστημα υγείας έχει υιοθετήσει νέες μεθόδους τεχνολογιών, και στον τομέα των μηχανημάτων και της φαρμακευτικής. Κάποιες από τις πιο ενδιαφέρουσες νέες τεχνολογίες περιλαμβάνουν το σχεδιασμό τοπικών φαρμάκων, τα πλεονεκτήματα της απεικόνισης, των μικρο-επεμβάσεων, της γενετικής θεραπείας, των εμβολιασμών, των τεχνητών μελών, των διαγνωστικών μεθόδων παρασίτων και της απεικόνισης των γονιδίων.

Η επανάσταση της πληροφορίας και της επικοινωνίας θα εμφανιστεί στην επόμενη πενταετία στον τομέα της υγείας. Θεωρητικά τέσσερις κύριες περιοχές θα επηρεάσουν τον τομέα της υγείας και αυτές είναι η αυτοματοποίηση των βασικών επιχειρηματικών διαδικασιών, η διασύνδεση των κλινικών πληροφοριών, η ανάλυση δεδομένων και η τηλεϊατρική.

Η τεχνολογία και το διαδίκτυο έχουν ενεργό ρόλο στη ζωή μας, η ενημέρωση για θέματα υγείας είναι για πολλούς απλά η επίσκεψη σε μία σελίδα του ίντερνετ. Στα Δημοτικά Ιατρεία μπορεί να εφαρμοστεί ηλεκτρονικός φάκελος, η ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς καθώς επίσης και η επικοινωνία των πολιτών με τους επαγγελματίες υγείας και επιστημονικούς φορείς μέσω διαδικτύου και η δημιουργία ιστοσελίδας με ενημερωτικό υλικό σε θέματα υγείας.

#### 4.3.1.6 Παγκόσμια Διάσταση

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί μείζον θέμα στις κυβερνήσεις των χωρών παγκοσμίως. Το θέμα ξεκίνησε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο οποίος αποτελεί 183 χώρες μέλη. Την τελευταία δεκαετία, έγινε συνείδηση σε διεθνείς και κρατικούς οργανισμούς που ασχολούνται με την υγείας (όπως ο ΠΟΥ, και η UNICEF) σε κυβερνήσεις χωρών, πολιτικούς, οικονομολόγους και υγειονομικούς ότι: παρά τα τεράστια έξοδα για τη συντήρηση τέλεια εξοπλισμένων νοσοκομείων σε πολλές χώρες



του κόσμου, και παρά τη μεγάλη τεχνολογική ανάπτυξη και επιστημονική πρόοδο, δεν έχει σημειωθεί ανάλογη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού της γης. Η μεγάλη πλειονότητα των χωρών της Αφρικής, της ΝΑ Ασίας και της Α. Μεσογείου (που εκπροσωπούν το 45% του πληθυσμού του κόσμου) έχουν βρεφική θνησιμότητα μεγαλύτερη του 5 σε 1000 γεννημένα ζωντανά βρέφη και 44 χώρες στον κόσμο από τις οποίες 29 στην Αφρική, έχουν βρεφική θνησιμότητα μεγαλύτερη από 100 στα 1000 γεννημένα ζωντανά βρέφη.

Ενώ έχει πραγματικά παρουσιαστεί βελτίωση της υποδομής των υπηρεσιών υγείας, εντούτοις οι υπηρεσίες αυτές δε μπόρεσαν ακόμη να φτάσουν στα άτομα εκείνα που έχουν μεγαλύτερη ανάγκη, τόσο στις αγροτικές όσο και στις αστικές περιοχές. Στις αναπτυσσόμενες χώρες λόγω του τεράστιου κόστους των υπηρεσιών υγείας έχουν αρχίσει να συνειδητοποιούν ότι απαιτείται μία εντελώς νέα προσέγγιση για να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα υγείας του πληθυσμού, μία προσέγγιση που θα επιδιώκει τη διατήρηση της υγείας με καλά οργανωμένες υπηρεσίες πρόληψης της νόσου και όχι μόνο της θεραπείας (Κυριακίδου, 1998).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διακήρυξε στις κυβερνήσεις όλου του κόσμου μέσα στη δεκαετία του 1970 το δυναμικό σύνθημα «Υγεία για όλους το 2000». Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στις αρχές της δεκαετίας του '80 παρουσίασε το σχέδιο «Healthy cities», δηλαδή «Υγιείς Πόλεις» ώστε να παρέχει ένα φορέα αρχών, σε συνέχεια του σχεδίου «Υγεία για όλους», σε τοπικό επίπεδο. Το 1986 έντεκα πόλεις έγιναν μέλη του δικτύου υγιείς πόλεις. Το Πρόγραμμα αυτό δεσμεύει τους ΟΤΑ για βελτίωση του επιπέδου υγείας της πόλης, μέσω μίας διαδικασίας πολιτικής δέσμευσης θεσμικών αλλαγών, πλάνο που βασίζεται στη συνεργασία και τις καινοτόμες μελέτες. Πάνω από 1200 πόλεις, πάνω από 30 χώρες στον ΠΟΥ της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι «Υγιείς Πόλεις». Αυτές δεσμεύονται μέσω ενός εθνικού δικτύου εργασίας. Το πρόγραμμα αυτό είναι μία Παγκόσμια κίνηση και έχει εδραιωθεί και στις έξι περιφέρειες του ΠΟΥ.

Η δημιουργία Δημοτικών Ιατρείων στο Άργος θα αποτελέσει κίνητρο και σε άλλες πόλεις της χώρας μας να δημιουργήσουν ανάλογους οργανισμούς και να ενισχύσουν τον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντιδας υγείας.

#### 4.3.2 ΜΙΚΡΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΩΝ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ

Στην ανάλυση του κλαδικού (μικρο) περιβάλλοντος, πολύ χρήσιμο είναι το πλαίσιο των πέντε δυνάμεων της δομικής ανάλυσης μιας αγοράς (structural analysis of an

industry). Αυτό, γνωστό και ως μοντέλο του Porter , μας παρέχει έναν τρόπο να προσδιορίσουμε τη φύση του ανταγωνισμού στον κλάδο. Σύμφωνα με αυτό οι πέντε δυνάμεις που καθορίζουν τον ανταγωνισμό είναι α) η απειλή εισόδου νέων επιχειρήσεων στον κλάδο , β) η απειλή από υποκατάστατα προϊόντα και υπηρεσίες, γ) η διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών, δ) η διαπραγματευτική δύναμη των αγοραστών και ε) η ένταση του ανταγωνισμού μεταξύ των υπάρχουσών επιχειρήσεων.

Το ανταγωνιστικό περιβάλλον της επιχείρησης προσδιορίζεται από τις εξής δυνάμεις:

- 1) την απειλή εισόδου νέων επιχειρήσεων
- 2) τη διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών της επιχείρησης
- 3) τη διαπραγματευτική δύναμη των πελατών της επιχείρησης
- 4) την απειλή από τα υποκατάστατα προϊόντα και
- 5) την ένταση του ανταγωνισμού ανάμεσα στις ήδη υπάρχουσες επιχειρήσεις στον κλάδο.

Οι δυνάμεις αυτές προσδιορίζουν την ένταση και τη φύση του ανταγωνισμού στα πλαίσια ενός κλάδου αλλά και τις στρατηγικές που μπορεί να ακολουθήσουν οι επιχειρήσεις. Προσδιορίζει τον τρόπο που η δομή του κλάδου στον οποίο δραστηριοποιείται επηρεάζει τον ανταγωνισμό, ο οποίος με τη σειρά του καθορίζει και την κερδοφορία που μπορούν τα Δημοτικά Ιατρεία να επιτύχουν (Σχήμα 4.2).

#### 4.3.2.1 Απειλή εισόδου νέων επιχειρήσεων στον κλάδο

Τα Δημοτικά Ιατρεία λόγω του ότι θα είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου, δεν πρόκειται να αντιμετωπίσουν την κατάσταση αυτή.

#### 4.3.2.2 Διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών

Οι προμηθευτές των Δημοτικών Ιατρείων είναι οι φαρμακευτικές εταιρείες, οι εταιρείες παροχής υγειονομικού υλικού, οι εταιρείες παροχής ανάλωσιμων υλικών γραφείου καθώς και καθαριότητας.

Με τους προμηθευτές των φαρμακευτικών εταιρειών και των υγειονομικών υλικών μπορεί να γίνει συμφωνία για δωρεάν παροχή τους, με την αντίστοιχη διαφήμιση από τα Δημοτικά Ιατρεία με αφίσες και κατάλληλη προώθηση των προϊόντων τους. Οι εταιρείες για λόγους διαφήμισης και φοροαπαλλαγής επιδιώκουν τέτοιου είδους συνεργασίες, ειδικά με Δημοτικά Ιατρεία.

Με τους προμηθευτές των υπόλοιπων εταιρειών σημαντικό είναι να διαμορφωθεί καλή συνεργασία, και να εξεταστούν οι επιλογές των προτού την έναρξη της

συνεργασίας. Τα σημεία που φανερώνουν ότι η διαπραγματευτική δύναμη των προμηθευτών αυτών είναι μικρή – περιορισμένη, είναι το γεγονός ότι ο αριθμός τους είναι μεγάλος, ότι τους ενδιαφέρει η σύναψη συνεργασίας με τομείς του Δημοσίου και ότι υπάρχουν κοντινά υποκατάστατα προϊόντα, άρα και περισσότερες εναλλακτικές πηγές προμηθειών.

#### 4.3.2.3 Διαπραγματευτική Δύναμη Αγοραστών

«Πελάτες» των υπηρεσιών είναι οι κάτοικοι του Δήμου Άργους. Η αξιοπιστία των υπηρεσιών που θα παρέχονται από τα ιατρεία, καθώς και ο σεβασμός προς τον πολίτη, θα αυξάνει τη ζήτηση των υπηρεσιών. Ο αριθμός των πολιτών που θα χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες αναμένεται να είναι μεγάλος, άρα οι πολίτες θα έχουν μεγάλη διαπραγματευτική δύναμη. Οι πολίτες θα γνωρίζουν ότι οι υπηρεσίες θα παρέχονται με ένα ενδεικτικό κόστος (για δύο λόγους, για την αποφυγή της προκλητής ζήτησης και για την ενίσχυση του Νομικού Προσώπου), καθώς επίσης θα γνωρίζουν ακριβώς το είδος και την ποιότητα των υπηρεσιών που θα παρέχονται.

4.3.2.4 Απειλή από υποκατάστατα προϊόντα και ανταγωνισμός δεν υπάρχει στο περιβάλλον των Δημοτικών Ιατρείων λόγω της Νομικής τους υπόστασης. Δεν μπορεί να δημιουργηθεί κάποιος αντίστοιχος φορέας.



ΣΧΗΜΑ 4.2 Οι Πέντε Δυνάμεις του Porter.

Πηγή: Πανεπιστημιακές σημειώσεις Φαφαλιού (2006)

#### 4.4 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Το Εσωτερικό Περιβάλλον (Ε.Π.) αναφέρεται σε παραμέτρους, που χαρακτηρίζουν τα Δημοτικά Ιατρεία και τους προσδίδουν μία ιδιαίτερη προσωπικότητα. Πρόκειται για την δομή, το όραμα και τους πόρους του Νομικού αυτού Προσώπου ( Η δομή και το όραμα αναφέρθηκαν στο κεφάλαιο 3 ).

##### 4.4.1 Θεωρία των Πόρων και Ικανοτήτων

Η θεωρία των Πόρων και Ικανοτήτων είναι μία εσωστρεφής θεώρηση, η οποία δεν παραγνωρίζει τη σημασία του εξωτερικού περιβάλλοντος της επιχείρησης, όμως βασίζεται κυρίως στο εσωτερικό περιβάλλον της. Οι υποστηρικτές της θεώρησης αυτής διατείνονται ότι σε μία περίοδο που το εξωτερικό περιβάλλον των επιχειρήσεων



μεταβάλλεται με ταχείς ρυθμούς, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά κάθε επιχείρησης συνθέτουν μία περισσότερο σταθερή βάση για το σχεδιασμό και την εφαρμογή της στρατηγικής.

Οι Πόροι της επιχείρησης είναι οι υλικοί πόροι, οι ανθρώπινοι πόροι, τα συστήματα και οι άυλοι πόροι (Πίνακας 4.1).

Δεν αρκεί όμως για την επιχείρηση να διαθέτει πόρους, πρέπει τους πολύτιμους αυτούς πόρους να τους συνδυάζει και να δημιουργεί ικανότητες. Οι ικανότητες μπορούν να διαχωριστούν σε δύο κατηγορίες, τις *οριακές ικανότητες* και τις *θεμελιώδεις/μοναδικές* ικανότητες. Οι οριακές είναι ικανότητες τις οποίες είτε διαθέτουν και οι ανταγωνιστές είτε μπορούν εύκολα να τις μιμηθούν. Αντιθέτως, οι θεμελιώδεις ικανότητες είναι ικανότητες που δε διαθέτουν οι ανταγωνιστές και δε μπορούν εύκολα να τις μιμηθούν. Οι ικανότητες αυτές μπορούν να μας δώσουν διατηρήσιμο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και να μας οδηγήσουν σε στρατηγική ανταγωνιστικότητα.

#### 4.4.2 Ανταγωνιστικό πλεονέκτημα

Τα Δημοτικά Ιατρεία παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίας υγείας, από καταξιωμένους επαγγελματίες, με έντονο αίσθημα συνεργασίας, οργάνωσης και ολοκληρωμένης φροντίδας του ατόμου. Αυτό αυξάνει την εμπιστοσύνη του πολίτη έναντι των επαγγελματιών υγείας. Επίσης το ότι τα Δημοτικά Ιατρεία βρίσκονται σε κοντινή απόσταση από τον τόπο διαμονής και εργασίας των πολιτών, τα κάνει ελκυστικά στους πολίτες. Τέλος, το γεγονός ότι οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν για τους άπορους με ενδεικτική μικρή συμμετοχή των υπόλοιπων πολιτών, αυξάνει τη ζήτηση, διότι έχουν τη δυνατότητα να λάβουν υπηρεσίες υγείας και άπορα, ή ανασφάλιστα άτομα.

<b>ΥΛΙΚΟΙ ΠΟΡΟΙ</b>	
Χρηματοοικονομικοί Πόροι	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χρηματοδότηση από Δήμο Άργους</li> <li>- Χρηματοδότηση από Υπουργείο Εσωτερικών</li> <li>- Έσοδα από κυλικείο Δημοτικών Ιατρείων</li> <li>- Έσοδα ασφαλιστικές και φαρμακευτικές εταιρείες από διαφήμιση τους.</li> <li>- Εισφορές μελών</li> <li>- Δωρεές</li> </ul>
Φυσικοί Πόροι	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κτίριο Δημοτικών Ιατρείων (σε Δημοτικό κτίριο σε κεντρικό σημείο της πόλης) και ακίνητα του Νομικού Προσώπου</li> <li>- ιατρικός εξοπλισμός</li> <li>- υγιονομικό και λειτουργικό υλικό</li> </ul>
Ανθρώπινοι Πόροι	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Απασχολούμενο προσωπικό</li> <li>- Επίπεδο Εκπαίδευσης προσωπικού</li> <li>- Εμπειρία προσωπικού</li> <li>- Κρίση, αφοσίωση, ενόραση προσωπικού</li> <li>- προσαρμοστικότητα προσωπικού</li> <li>- το πλαίσιο των εργασιακών σχέσεων</li> </ul>
Οργανωτικοί Πόροι	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δομή των Δημοτικών Ιατρείων</li> <li>- Οργανόγραμμα</li> <li>- Διοίκηση και Οργάνωση</li> <li>- Στρατηγικός Σχεδιασμός</li> <li>- Διοίκηση Ολικής Ποιότητας</li> </ul>
<b>ΆΥΛΟΙ ΠΟΡΟΙ</b>	
Τεχνολογικοί Πόροι	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς</li> <li>- Ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς</li> <li>- Ιστοσελίδα στο διαδίκτυο για παροχή πληροφοριών σε θέματα υγείας και επικοινωνία με τους ασθενείς – πολίτες.</li> </ul>
Πόροι Καινοτομίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εργαζόμενοι με στρατηγικές διοικητικές ικανότητες</li> <li>- Επαγγελματίες υγείας που εργάζονται ομαδικά και παρέχουν ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας</li> <li>- Στατιστικές έρευνες</li> </ul>
Φήμη	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Φήμη των Δημοτικών Ιατρείων για παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας</li> <li>- Φήμη στους προμηθευτές για ομαλή συνεργασία</li> </ul>

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1 Υλικοί και Άυλοι Πόροι Δημοτικών Ιατρείων.

Πηγή: Παπαδάκης (2002), προσαρμοσμένο.

#### 4.5 ΑΝΑΛΥΣΗ S.W.O.T.

Βασικό εργαλείο του μοντέλου περιβαλλοντικής ανάλυσης είναι η ανάλυση δυνάμεων, αδυναμιών, ευκαιριών, απειλών ( strengths- weaknesses – opportunities – threats ή αλλιώς S.W.O.T. ). Η ανάλυση S.W.O.T. διερευνά το περιβάλλον (εσωτερικό και εξωτερικό ), και προσδιορίζει τα ισχυρά σημεία της επιχείρησης (strengths), τις αδυναμίες της ( weaknesses ), τις ευκαιρίες ( opportunities ) και τις απειλές ( threats ), που προέρχονται από αυτό. Με βάση τα συμπεράσματα που θα προκύψουν από την ανάλυση αυτή, θα μπορέσει να γίνει ο σχεδιασμός και η υλοποίηση της στρατηγικής (Πίνακας 4.2).

ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ	ΑΠΕΙΛΕΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ένταξη στο Πρόγραμμα «Υγείες Πόλεις»</li> <li>- Ένταξη στο Διαδημοτικό Δίκτυο</li> <li>- Επέκταση με παραρτήματα στα Δημοτικά Διαμερίσματα</li> <li>- Στρατηγικές συμμαχίες με προμηθευτές</li> <li>- Συγχώνευση Νομικών Προσώπων</li> <li>- Υιοθέτηση νέων τεχνολογιών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Σύναψη συμβάσεων εργασίας επαγγελματιών υγείας χωρίς διαδικασίες ΑΣΕΠ.</li> <li>- Συνεργασίες με Προμηθευτές χωρίς έρευνα αγοράς (λόγω γνωριμίας)</li> <li>- Ιδιωτικά Ιατρεία περιοχής</li> <li>- Δημιουργία ουρών αναμονής</li> <li>- Από Οικονομική Υπηρεσία του Δήμου Ανάλυση αναγκαιότητας Υπηρεσιών Υγείας σε Τοπικό Επίπεδο και σημασία σωστής διαχείρισης και εύρεσης πόρων για την ανάπτυξη του Δήμου</li> <li>- Συμφέροντα αιρετών</li> </ul>
ΔΥΝΑΜΕΙΣ	ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών</li> <li>- Παροχή δωρεάν υπηρεσιών σε άπορους</li> <li>- Ελάχιστο κόστος υπηρεσιών</li> <li>- Ισχυρή φήμη</li> <li>- Στενές σχέσεις με Δημοτική Αρχή και με Πανεπιστημιακούς και μη</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Εξάρτηση πόρων από Τοπική Αυτοδιοίκηση</li> <li>- Εξάρτηση πόρων από Δωρεές</li> <li>- Μεγάλη οικονομική επιβάρυνση</li> <li>- Χαμηλή κερδοφορία</li> <li>- Εξάρτηση από αιρετούς στην ανάπτυξη</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- κερδοσκοπικούς Φορείς</li> <li>- Ευκολία πρόσβασης</li> <li>- Ποικιλία ειδικοτήτων ιατρών</li> <li>- Παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας με συνεργασία των επαγγελματιών υγείας.</li> <li>- Συνταγογράφηση ασφαλιστικών ταμείων</li> <li>- Διοργάνωση ημερίδων και συνεδρίων</li> <li>- Ηλεκτρονικός Φάκελος και κάρτα</li> <li>- Ασφαλές και καθαρό περιβάλλον</li> <li>- Προώθηση εθελοντισμού στους ΟΤΑ</li> <li>- Ευέλικτη στρατηγική</li> </ul>	<p>και βελτίωση της λειτουργίας των Δημοτικών Ιατρείων</p>
---	--

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2 *Ανάλυση S.W.O.T. , Επεξεργασμένα στοιχεία*

#### 4.6 ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ

Στο στάδιο αυτό, η διοίκηση των Δημοτικών Ιατρείων προχωρεί στη χάραξη της στρατηγικής όπου θα βασιστεί. Οι ενέργειες και οι αποφάσεις των στελεχών κατά τη διάρκεια της διαδικασίας αυτής είναι μεγάλης σημασίας, καθώς και από τη σωστή σύλληψη της στρατηγικής εξαρτάται η δυνατότητα απόκτησης στρατηγικού πλεονεκτήματος έναντι του ανταγωνισμού.

Τα Δημοτικά Ιατρεία στο στάδιο αυτό σχεδιάζουν τις επιμέρους στρατηγικές τους. Αρχικά η επιχείρηση χαράζει την επιχειρηματική στρατηγική της (corporate strategy). Η επιχειρηματική στρατηγική καθορίζει και τους τρόπους διεξόδου σε νέες δραστηριότητες. Η επιχειρηματική / εταιρική στρατηγική βλέπει την επιχείρηση σε σύνολο και παρέχει γενικές κατευθύνσεις, ώστε να μπορέσει αυτή να πραγματοποιήσει τους αντικειμενικούς σκοπούς της και να φέρει εις πέρας την αποστολή της (Σχήμα 4.3).

Η στρατηγική των Δημοτικών Ιατρείων που υιοθετούν είναι η στρατηγική ανάπτυξης - οριζόντιας ολοκλήρωσης. Αυτό σημαίνει ότι τα Δημοτικά Ιατρεία θα προσπαθήσουν να αναπτυχθούν μέσω συγχώνευσης με τα εξής Νομικά Πρόσωπα



του Δήμου, της Κοινωνικής Πρόνοιας, του «Βοήθεια στο σπίτι» και του ΚΑΠΗ. Η οριζόντια ολοκλήρωση έχει ως στόχο την απόκτηση μονοπωλιακού πλεονεκτήματος στο συγκεκριμένο τομέα με αποτέλεσμα να εξαλειφете ο ανταγωνισμός. Με τη στρατηγική αυτή αυξάνονται τα έσοδα, μειώνεται το προσωπικό ( κοινό προσωπικό ), άρα και τα έξοδα μισθοδοσίας.

Η επιλογή της συγκεκριμένης στρατηγικής γίνεται διότι με τη συγχώνευση και την αναμενόμενη αύξηση των εσόδων και εκτιμώντας ότι υπάρχει διοικητικό ταλέντο και πολύ καλά οργανωμένο σύστημα διοίκησης μπορούν τα Δημοτικά Ιατρεία να ανατρέψουν τις αρνητικές προοπτικές που μπορεί να εμφανιστούν.



ΣΧΗΜΑ 4.3 Οριζόντια Ολοκλήρωση. Επεξεργασμένα στοιχεία

#### 4.7 ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗΣ

Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της ανάπτυξης συγκεκριμένων προγραμμάτων προϋπολογισμών και διαδικασιών. Η ορθή και σωστά συντονισμένη λειτουργία των επιμέρους αυτών εργαλείων, είναι αυτή που σε τελική ανάλυση καθορίζει αν μία σωστή στρατηγική θα πετύχει ή θα αποτύχει στην πράξη.

Η εφαρμογή της στρατηγικής στην πράξη είναι μία διαδικασία εξαιρετικά πολύπλοκη και σε καμία περίπτωση σύντομη χρονικά. Απαιτεί έλεγχο και επίπονες διαδικασίες λήψης σημαντικών αποφάσεων σχεδόν καθημερινά. Η εφαρμογή της στρατηγικής ουσιαστικά ασκείται από τα μεσαία και κατώτερα στελέχη με την άμεση εποπτεία και συνεργασία των ανώτερων στελεχών.

##### 4.7.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Πρόγραμμα είναι ο καθορισμός των επιμέρους διαδικασιών ή βημάτων που απαιτούνται για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου στρατηγικού σχεδίου. Ουσιαστικά, το πρόγραμμα ως λειτουργία προσανατολίζει, δίνει κατεύθυνση δράσης στην επιχείρηση.

Η εφαρμογή ενός προγράμματος μπορεί να σημαίνει σημαντικές αλλαγές. Πιθανές αλλαγές στα στρατηγικά σχέδια της επιχείρησης μεταφέρονται μέσω των προγραμμάτων και δρουν διαρθρωτικά στη συνολική οργάνωση και δομή της επιχείρησης.

Τα Δημοτικά Ιατρεία θα πρέπει σε ετήσια βάση να σχεδιάζουν πρόγραμμα με βάση τι έχουν επιτύχει και το όραμά τους. Στο πρώτο έτος λειτουργίας τους, το Πρόγραμμα περιλαμβάνει την οργάνωση και τις αρμοδιότητες των υπαλλήλων, τους πόρους, τις ικανότητες, τη στρατηγική (η οποία είναι αντιληπτή σε όλους τους εργαζομένους) που θα ακολουθηθεί και τον τρόπο εφαρμογής της.

#### 4.7.2 ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΣΟΔΩΝ - ΕΞΟΔΩΝ

Σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 200, 203 και 205 του Κ.Δ.Κ. (410/95 Π.Δ.), πρέπει να συνταχθεί ο Προϋπολογισμός Εσόδων Εξόδων του Νομικού Προσώπου των Δημοτικών Ιατρείων του πρώτου οικονομικού έτους λειτουργίας του σε βασικό και θεμελιώδες στοιχείο για την εύρυθμη και ομαλή λειτουργία του.

Ο προϋπολογισμός είναι η πρόβλεψη που θα υιοθετήσουν τα Δημοτικά Ιατρεία ως την πιο αντιπροσωπευτική για το μέλλον. Στην ουσία φανερώνει αν είναι σωστές οι προβλέψεις της Διοίκησης για το επιχειρηματικό περιβάλλον. Αν είναι σωστές τότε θα υπάρχει ισορροπία μεταξύ εσόδων και εξόδων.

Παραθέτουμε παρακάτω τις προβλεπόμενες δυνατότητες για τα έσοδα και τις δαπάνες που θα γίνουν από το Νομικό Πρόσωπο το πρώτο έτος λειτουργίας του.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	ΕΣΟΔΑ (σε € το έτος)
Επιχορήγηση Δήμου	20.000
Επιχορήγηση Υπουργείου Εσωτερικών	0.
Συμμετοχή μελών	288.000 (8.000πολίτες*3€*12μήνες)
Επιστροφή πάγιας προκαταβολής	5.000
Επιχορήγηση άλλων φορέων	0.
Δωρεές	0.
Ενοίκιο από κυλικείο	12.000
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΕΣΟΔΩΝ</b>	<b>348.000</b>
Χρηματικό Υπόλοιπο που μεταφέρεται στη Νέα χρήση	

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ	ΕΞΟΔΑ (σε € το έτος)
Αμοιβές ιατρών με σύμβαση έργου	30.000
Αποζημίωση & έξοδα κίνησης Δημοτικών Συμβούλων	2.500
Αμοιβές αιρετών	2.000
Δαπάνες Δεξιώσεων, Ημερίδων	4.000
Τακτικές αποδοχές (βασικός μισθός, δώρα εορτών, γενικά και ειδικά τακτικά επιδόματα) Μισθοδοσία διοικητικού, παραϊατρικού προσωπικού και βοηθητικού προσωπικού.	120.000
Αποζημίωση υπερωριακής εργασίας και για εξαιρεσιμες ημέρες και νυχτερινές ώρες και λοιπές πρόσθετες αμοιβές	8.000
Εργοδοτικές εισφορές προσωπικού με σύμβαση Δημοσίου Δικαίου ΙΚΑ	10.000
Εργοδοτικές εισφορές προσωπικού με σύμβαση έργου ΤΥΔΚΥ	9.000
Λοιπές παροχές σε είδος (ένδυση ιατρικού – παραϊατρικού προσωπικού)	2.000
Συντήρηση και επισκευή κτιρίων	500
Συντήρηση και επισκευή επίπλων και μηχανημάτων	2000
Δαπάνη εκπ/σης, επιμ/σης προσωπικού	3.500
Αποδοχές έκτακτου προσωπικού	2.000
Ασφάλιστρα γενικά	5.000
Τηλεφωνικά, Δημοσιεύσεις, Ταχυδρομικά	2.000
Προμήθεια καυσίμων για θέρμανση	1.000
Φωτισμός, ύδρευση	5.000
Προμήθειες γραφικής ύλης, εντύπων, κλπ	1000
Προμήθεια ειδών καθαριότητας	2000
Προμήθεια κεφαλαιουχικού εξοπλισμού	ΑΠΟ ΔΗΜΟ
Προμήθεια επίπλων	50.000

Προμήθεια αυτοκινήτου για κατ'οίκον νοσηλεία	15.000
Προμήθεια υπολογιστών και αναγκαίων ειδών μηχανογράφησης – ηλεκτρονικού φακέλου	20.000
Προμήθεια εξεταστηρίων	10.000
Ιατροφαρμακευτικός Εξοπλισμός ιατρείων	20.000
Εισφορά για διεκπεραίωση μισθοδοσίας	200
Δικαστικά έξοδα	1000
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>327.700</b>
Αποθεματικό κεφάλαιο	20.300
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3 Προβλεπόμενες δυνατότητες για τα έσοδα και τις δαπάνες των Δημοτικών Ιατρείων. Επεξεργασμένα – προσωρινά στοιχεία. (σε € και τρέχοντες τιμές).

Οι Κεφαλαιουχικές δαπάνες θα καλυφθούν εξ' ολοκλήρου από το Δήμο Άργους.

#### 4.7.3 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Διαδικασίες ονομάζουμε τις λειτουργίες εκείνες της επιχείρησης, οι οποίες μπορούν να υποδιαιρεθούν σε έναν συγκεκριμένο αριθμό επιμέρους απλών ενεργειών. Η βασική τους διαφορά από τα προγράμματα είναι ότι διακρίνονται από μεγαλύτερη συνοχή και αυτοματισμό στη λειτουργία τους, ενώ αντίθετα τα προγράμματα υποδιαιρούνται σε μικρότερες επιμέρους διαδικασίες.

#### 4.8 ΑΠΟΤΙΜΗΣΗ ΚΑΙ ΕΛΕΓΧΟΣ

Στο τελευταίο αυτό στάδιο, τα Δημοτικά Ιατρεία κάνουν αποτίμηση της υλοποίησης της στρατηγικής της για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και κρίνει αν τα αποτελέσματα αυτής είναι σύμφωνα με τους θεσπισθέντες στόχους.

Αρχικά έχουμε τον καθορισμό της χρονικής περιόδου που γίνεται ο έλεγχος. Στα Δημοτικά Ιατρεία ο έλεγχος θα επιτελείται σε ετήσια βάση ώστε να ελέγχεται όσο το δυνατόν καλύτερα, και σε περίπτωση απόκλισης από τους στόχους να γίνει άμεση αντιμετώπιση και επαναφορά.



Ο καθορισμός των στόχων είναι σημαντικός, ιδιαίτερα ως προς τη διατύπωσή τους, ώστε να είναι αντιληπτοί από όλους τους εργαζομένους. Οι στόχοι θα πρέπει να είναι ρεαλιστικοί και να ανταποκρίνονται στις δυνατότητές της. Οι στόχοι των Δημοτικών Ιατρείων είναι:

1. Η Παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
2. Η Άσκηση προληπτικής ιατρικής και φροντίδας
3. Η προαγωγή της υγείας
4. Η Κοινωνική συμμετοχή στις αποφάσεις που επηρεάζουν την υγεία
5. Η Ποιότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη στον τόπο όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και από καλά εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας.
6. Η Διεθνής συνεργασία για την επίλυση των προβλημάτων υγείας.
7. Η επιβίωση των Δημοτικών Ιατρείων
8. Η υιοθέτηση του θεσμού των Δημοτικών Ιατρείων από τους πολίτες
9. Η αποφυγή περιθωριοποίησης από την Τοπική Αυτοδιοίκηση
10. Η ένταξη της πόλης του Άργους στο Πρόγραμμα «Υγιείς Πόλεις» του ΠΟΥ και στο Διαδημοτικό Δίκτυο της Ελλάδας.
11. Η συγχώνευση των Νομικών Προσώπων του Δήμου, δηλαδή των Δημοτικών Ιατρείων με το ΚΑΠΗ, την Κοινωνική Πρόνοια και το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι».
12. Υιοθέτηση και εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας (e-health).
13. Δημιουργία ιστοσελίδας που να παρέχει πληροφορίες σε θέματα υγείας αλλά και επικοινωνία με τα Δημοτικά Ιατρεία και τους συνεργαζόμενους φορείς τους.
14. Επίσης η συλλογή στοιχείων που δείχνουν την πραγματική απόδοση της επιχείρησης είναι σημαντικό για τα Δημοτικά Ιατρεία, τα οποία πρέπει να οργανώσουν ένα αποτελεσματικό σύστημα μέτρησης της απόδοσής της, προκειμένου να έχουν πάντοτε στη διάθεσή τους αξιόπιστα στοιχεία σχετικά με τη λειτουργία τους.

Η Διοίκηση των Δημοτικών Ιατρείων θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τη σύγκριση απόδοσης και μεγεθών – στόχων, την εξαγωγή συμπερασμάτων, τη διεξαγωγή τυχόν διορθωτικών αλλαγών. Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τη σύγκριση των επιθυμητών στόχων με τα πραγματικά αποτελέσματα της επιχείρησης, μπορούν να οδηγήσουν στην ανάγκη για διορθωτικές κινήσεις είτε στις επιμέρους λειτουργίες της

παραγωγής, είτε και στον εκ νέου σχεδιασμό μέρους ή και ολόκληρης της στρατηγικής της επιχείρησης. Είναι δυνατόν, δηλαδή να διαπιστωθεί ότι ορισμένες στρατηγικές αποφάσεις ήταν από την αρχή λανθασμένες και να αποφασισθεί η εκ νέου διαμόρφωση της επιχειρησιακής στρατηγικής.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

### 5.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στις μέρες μας, η Πρωτοβάθμια Περιθαλψη Υγείας είναι σε κρίσιμο σημείο και έχουν εκδηλωθεί διάφορες απόψεις για αναδιοργάνωσή της, μιας και το σύστημα φαίνεται να απογοητεύει τους ανθρώπους τη στιγμή που το χρειάζονται περισσότερο. Η παροχή υψηλής ποιότητας πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ήταν και θα συνεχίσει να είναι αντικείμενο σημαντικής κοινωνικής πίεσης, όσο οι απαιτήσεις για τις υπηρεσίες υγείας συνεχίζουν να αυξάνονται. Γι' αυτό το λόγο, χρειάζονται νέοι τρόποι οργάνωσης και διαχείρισης της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, οι οποίοι θα βοηθήσουν να καλυφθούν οι ανάγκες του παρόντος και να αντιμετωπιστούν οι νέες ανάγκες που προβλέπεται να αναδειχθούν στο μέλλον.

Είναι γεγονός, ότι μεγάλη εμπιστοσύνη έχει δοθεί στον τομέα των Νοσοκομείων τόσο από το σύστημα υγείας, όσο και από τους πολίτες. Όμως, όπως αποδεικνύεται από την ανάλυση που κάναμε στην παρούσα εργασία, μία εναλλακτική μορφή πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορεί να παρέχει μια περισσότερο ευαίσθητη και δυναμική πρωτοβάθμια περίθαλψη, κοντά στον τόπο κατοικίας του πολίτη. Επομένως, χρειάζεται να αναπτυχθεί ένα σύστημα ολοκληρωμένο και συνδεδεμένο με την ευρύτερη έννοια της υγείας και του δικτύου κοινωνικής φροντίδας, που να ανταποκρίνεται στις επιθυμίες και ανάγκες των πολιτών περισσότερο από το ήδη υπάρχον σύστημα.

Οι ΟΤΑ έχουν δυνατότητα στον εντοπισμό των αναγκών της τοπικής κοινωνίας, στη δημιουργία ορθολογικά σχεδιασμένων υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο πρόληψης και στη διενέργεια αξιολόγησης του έργου της πρόληψης. Τα Δημοτικά Ιατρεία αποτελούν το πρώτο και ουσιαστικό βήμα του Δήμου του Άργους, καθώς και κάθε Δήμου, που θέλει να συμβάλει ενεργά στην πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας των Δημοτών. Η παροχή υπηρεσιών υγείας πλησίον του τόπου εργασίας και κατοικίας των πολιτών, καθώς και η κάλυψη των οικονομικά αδυνάτων θα γίνεται κάτω από τη φιλοσοφία του ΠΟΥ «Υγεία για Όλους». Η προσπάθεια για ένταξη της πόλης του Άργους στο Πρόγραμμα «Υγείες Πόλεις» του ΠΟΥ και στο Διαδημοτικό Δίκτυο έχει ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την προαγωγή της υγείας των πολιτών.

Ένα αναπόσπαστο κομμάτι της διαδικασίας των αλλαγών, που θα πρέπει να γίνουν στο σύστημα υγείας, είναι η αναδιοργάνωση του τομέα της πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας, με τέτοιο τρόπο ώστε να εδραιωθεί και να ενισχυθεί ο κεντρικός της ρόλος στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας και να αναγνωρισθεί η αξία της από τους πολίτες. Για την καλύτερη δυνατή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κρίνεται απαραίτητη η υιοθέτηση ενός στρατηγικού σχεδίου από τους αρμόδιους φορείς.

Ο καλός στρατηγικός σχεδιασμός, μπορεί να συμβάλει στην αύξηση των πιθανοτήτων βιωσιμότητας των Δημοτικών Ιατρείων.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## 5.2 ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Παρακάτω προτείνεται μία δέσμη μέτρων που ενισχύουν και προωθούν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας σε τοπικό επίπεδο και αποτελούν βασικά σημεία ενός στέρεα δομημένου στρατηγικού επιχειρησιακού σχεδιασμού:

- Συνεργασία των Δημοτικών Ιατρείων με Πανεπιστημιακούς και Επιστημονικούς φορείς για την υλοποίηση κοινών προγραμμάτων, όπως, για παράδειγμα, με το ερευνητικό κέντρο του Πανεπιστημίου Αθηνών, την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, τον ΟΚΑΝΑ, με το Κέντρο Στήριξης Γυναικών «Έλλη Λαμπέτη» κλπ, ώστε να εξυπηρετούνται άμεσα και δωρεάν οι ασθενείς που χρειάζονται στήριξη.
- Πρόσληψη εξειδικευμένου διοικητικού προσωπικού από το Δήμο, που θα αναλάβει την οργάνωση και τη διοίκηση των Δημοτικών Ιατρείων με στόχο τη βελτίωση, την ανάπτυξη και την ομαλή λειτουργία τους.
- Πρόσληψη εξειδικευμένου ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού ώστε να παρέχονται ποιοτικές και ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας.
- Το προσωπικό των Δημοτικών Ιατρείων να αποτελείται στην πλειονότητά του από μόνιμο προσωπικό και να υποβοηθάτε από προσωπικό με προγράμματα stage του ΟΑΕΔ, καθώς επίσης και από εθελοντές.
- Εισαγωγή πληροφοριακού συστήματος και μηχανογράφησης και εισαγωγή τεχνικών και εργαλείων της ηλεκτρονικής υγείας, με τη χρησιμοποίηση του ηλεκτρονικού φακέλου και ηλεκτρονικής κάρτας ασθενούς. Η τεχνολογία θα εξυπηρετήσει τις περισσότερες από τις λειτουργίες των Δημοτικών Ιατρείων, όπως είναι τα οικονομικά στοιχεία, ο κατάλογος των ασθενών, οι παραγγελίες και οι προμηθευτές των υλικών κλπ.
- Χρησιμοποίηση δεικτών, μέτρηση και παρακολούθηση των στατιστικών στοιχείων της πορείας των Δημοτικών Ιατρείων.
- Η υλοποίηση ενός προγράμματος ISO με την αντίστοιχη πιστοποίηση μόνον οφέλη προβλέπεται να έχει για τα Δημοτικά Ιατρεία. Αφενός θα προσδώσει κύρος και θα αυξήσει την εμπιστοσύνη των πολιτών, αφετέρου θα λύσει πολλά από τα προβλήματα, διοικητικά και λειτουργικά που παρουσιάζονται σε καθημερινή βάση και εμποδίζουν την ομαλή λειτουργία τους.
- Υιοθέτηση πολιτικής για την προώθηση της συνεχούς επιστημονικής υποστήριξης, τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και διαρκή επιστημονική ενημέρωση, την υποστήριξη στον τομέα του σχεδιασμού της οργάνωσης και της αξιολόγησης των

δραστηριοτήτων και την υποστήριξη της Γενικής Ιατρικής και της Κοινωνικής Νοσηλευτικής.

- Δημιουργία τμήματος πολιτικής πρόληψης κατά των ναρκωτικών, του αλκοολισμού, ασθενειών που στιγματίζουν την εποχή μας. Η πολιτική αυτή θα έχει ως στόχο την ενημέρωση εφήβων, γονέων και καθηγητών για τις ασθένειες αυτές, την παροχή πρώτων βοηθειών σε εξαρτημένα άτομα, την παρακίνησή τους για συμμετοχή σε προγράμματα απεξάρτησης, την ψυχολογική τους υποστήριξη και τη συνεργασία με μονάδες και προγράμματα απεξάρτησης, σεμινάρια για πρόληψη και τηλεφωνική γραμμή για βοήθεια.
- Δημιουργία τμήματος που θα ασχολείται με την πρόληψη και προαγωγή της υγείας. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με ενημέρωση, καθοδήγηση και εκμάθηση των πολιτών στο πώς να προλαμβάνουν ασθένειες και τις δυσμενείς καταστάσεις τους, αλλά και πώς μπορούν να βελτιώνουν την υγεία τους.
- Η ένταξη της πόλης της Άργους στο Πρόγραμμα «Υγιείς Πόλεις» του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO) μέσω των Δημοτικών Ιατρείων, που έχει ως σκοπό τη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής των πολιτών και την προαγωγή της υγείας τους. Στόχος του θεσμού αυτού είναι η μείωση των ανισοτήτων στον Τομέα της Υγείας, η έμφαση στην πρόληψη, η κοινωνική συμμετοχή σε αποφάσεις που επηρεάζουν την υγεία, ποιότητα στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρεχόμενη στην τόπο όπου οι πολίτες ζουν και εργάζονται, και Διεθνής συνεργασία για την επίλυση των προβλημάτων υγείας.

Τέλος, ευχή της συγγραφέως της παρούσας διπλωματικής αποτελεί οι παραπάνω αναφερόμενες προτάσεις να αποτελέσουν έναυσμα για σύνταξη ενός πιο ολοκληρωμένου επιχειρηματικού σχεδίου για τα Δημοτικά Ιατρεία.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

### *Έντοπη μορφή*

European eHealth Reserch Area, *ehealth priorities and strategies in European Countries*, Ehealth ERA Report 2007.

FOLLAND, GOODMAN, STANO, *The Economics of Health and Health care*, Fifth edition, Pearson Prentice Hall, 2007

Hamel G., and C.K. Prahalad (1993), *Strategy as Stretch and Leverage*, Harvard Business Review

INSTITUTE FOR THE FUTURE (USA), *Health and Health Care 2010, Health and Health Care Forecast*, Chapter 1, 2003.

G. JONSON, K. SHOLES, R. WHITTINGTON, *Exploring Corporate Strategy*, 7<sup>th</sup> edition, Pearson Education, 2007

KRAUSE DONALD, (1998) *Η τέχνη του πολέμου για στελέχη επιχειρήσεων*, Αθήνα. Εκδόσεις Κριτική

R. STUTELY., (2003) *Το Ιδανικό Επιχειρηματικό Σχέδιο*, Αθήνα, FT Prentice Hall – Εκδόσεις Παπασωτηρίου

THE LISBON REVIEW 2006, *Measuring Progress in Reform*, World Economic Forum.

W. Chan Kim, Renee Mauborgne, (2006) *Η Στρατηγική των Γαλάζιων Ωκεανών*, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική

ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ, (2006) *Πολιτική και Οικονομία της Υγείας, Στρατηγικός Σχεδιασμός – Οργάνωση και Διοίκηση – Οικονομική Λειτουργία – Τομεακές Πολιτικές*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήσης

ΠΑΠΑΔΑΚΗΣ ΒΑΣΙΛΗΣ, (2002) *Στρατηγική των Επιχειρήσεων – Ελληνική και Διεθνής εμπειρία*, Τόμος Α', Αθήνα, Εκδόσεις Μπένου

ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΣΤΑΣ, (2005) *Πως γίνεται μία επιστημονική εργασία*, Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική – Επιστημονική Βιβλιοθήκη

Γ.ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Χ. ΛΙΟΝΗΣ, Κ. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ, Γ. ΤΣΑΚΟΣ, (2003) *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο

ΣΟΥΛΗΣ ΣΩΤΗΡΗΣ, *Οικονομικά της Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση, 1999.

ΛΑΝΑΡΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, (2003) *Διοίκηση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*, 1' Έκδοση, Αθήνα

ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Β. ΝΙΚΟΛΑΟΣ, (2002) *Στρατηγικό Μάνατζμεντ*, Αθήνα, Εκδόσεις Γ.Μπένου, Α' Έκδοση

ΕΛΕΝΗ Θ. ΚΥΡΙΑΚΙΔΟΥ, (1998) *Κοινωνική Νοσηλευτική*, 3<sup>η</sup> Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ»

TIM HINDLE, (2003) *Εγχειρίδιο Στρατηγικής*, Αθήνα, Εκδόσεις Κέρκυρα

Ε.Ε.Τ.Α.Α., ΚΕΔΚΕ, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ, (2006) *Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων*, Αθήνα

ΤΑΒΛΑΝΤΑ Μ., ΤΖΙΑΡΟΥ Κ., ΧΑΣΙΩΤΗ Α., ΛΙΑΤΑΣ Δ., ΤΑΒΛΑΝΤΑ Θ., ΖΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ.Ζ., ΠΟΓΙΑΤΖΗΣ Κ., ΤΑΒΛΑΝΤΑΣ Π., *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στις επαρχίες Άργους – Ναυπλίας του Νομού Αργολίδας*, Ιατρικό Βήμα, Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2006.



ΤΖΑΝΑΚΑΡΗ Α., ΤΣΙΡΟΓΙΑΝΝΗ Θ., ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΥ Α., (2003) *Η Σχέση του Κέντρου Υγείας με την Τοπική Κοινωνία*, Διοικητική Ενημέρωση, Θεσσαλονίκη.

ΚΟΝΤΕΛΗ ΕΥΔΟΚΙΑ, *Τα δικαιώματα του ασθενούς σε επιλεγμένα Κέντρα Υγείας αγροτικών περιοχών της Κρήτης*, 2005, Μεταπτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ., ΣΑΡΡΗΣ Μ. (1997), *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Παπαζήσης, Αθήνα

ΛΙΟΝΗΣ Χ., ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ Μ.Π. (2000), *Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωσή της*, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τχ. 12, σ. 7-9.

ΦΑΦΑΛΙΟΥ ΕΙΡΗΝΗ (2006), *Επιχειρησιακή Στρατηγική. Πανεπιστημιακές σημειώσεις, στο ΠΜΣ «Διοίκηση της Υγείας» στο Πανεπιστήμιο Πειραιά και ΤΕΙ Πειραιά.*

Ατλαντίς και Vidano (2007), *Μελέτη για τη χρήση τεχνολογικών πληροφορικής και επικοινωνιών στον τομέα υγείας και πρόνοιας*, Έκδοση 5.

### Ηλεκτρονικής μορφής

HURDLE: THE BOOK ON BUSINESS PLANNING

( Διατίθεται στην ιστοσελίδα <http://www.hurdlebook.com/> )

Department of Health, Social Services and Public Safety, *Caring for People Beyond Tomorrow...*, A Strategic Framework for the development of Primary Health and Social Care for Individuals, Families and Communities in Northern Ireland, 2005.

(Διατίθεται στην ιστοσελίδα [www.dhsspsni.gov.uk](http://www.dhsspsni.gov.uk))

Organisation for Economic co-operation and development (OECD), *Briefing note for OECD Health Data 2007: How does Greece Compare*, (Διατίθεται στην ιστοσελίδα

[www.oecd.org](http://www.oecd.org))

The European Commission, Health and Consumer Protection, *Threats to health*, 2007.

(Διατίθεται στην ιστοσελίδα [http://ec.europa.eu/health/ph\\_threats\\_en.print.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_threats_en.print.htm))

ZOLLI ANDREW, *Demographics: The Population Hourglass*, Issue 103, Page 56.

March 2006. (Διατίθεται στην ιστοσελίδα [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com))

TIMMINSIN NICHOLAS, *Οι Δαπάνες υγείας ξεπερνούν το Παγκόσμιο ΑΕΠ*, The Financial Times Ltd, 28/09/2007

(Διατίθεται στην ιστοσελίδα [www-org.euro2day.gr/articles/134655](http://www-org.euro2day.gr/articles/134655))

ΓΑΛΑΝΗΣ Δ. , ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ Ν. , Πώς η Αργολίδα γέμισε νιτρικά, Εφημερίδα το Βήμα, 23/01/2000 (Διατίθεται στην ιστοσελίδα [www.tovima.dolnet.gr](http://www.tovima.dolnet.gr))

ΔΙΑΔΗΜΟΤΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ ΟΤΑ, *Ιστορικό , Σκοποί και Στόχοι Διαδημοτικού Δικτύου*, Αθήνα, 2007 (Διατίθεται στην ιστοσελίδα [www.ddv.gr](http://www.ddv.gr))

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας, *Απογραφή 2001, Δημογραφικά Στοιχεία Πληθυσμού* (Διατίθεται στην ιστοσελίδα [www.statistics.gr](http://www.statistics.gr))

ΙΔΡΥΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ, Εξέλιξη των Δαπανών Υγείας και Φαρμάκων στην Ελλάδα και στις χώρες τις Ε.Ε., Απρίλιος 2005. (Διατίθεται στην ιστοσελίδα [www.ioebe.gr](http://www.ioebe.gr))

ΚΟΥΡΕΜΕΝΟΣ Γ. ΗΛΙΑΣ, Κόστος Υγείας, Πραγματικό και Τεχνητό, 2007. (Διατίθεται στην ιστοσελίδα [www.isopoliteia.gr](http://www.isopoliteia.gr))

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, *Healthy cities and urban governance*, 2007 (Διατίθεται στην ιστοσελίδα [www.euro.who.int/healthy-cities](http://www.euro.who.int/healthy-cities))

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Σχέδιο Δράσης κατά των Ναρκωτικών 2007-2009, (Διατίθεται στην ιστοσελίδα [www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr))

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ, *Πρόταση για την Ανάπτυξη της Προτοβάθμιας Φροντίδας και την Ολοκλήρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα*, 2006 (Διατίθεται στην ιστοσελίδα [www.mohaw.gr](http://www.mohaw.gr))

1<sup>ο</sup> ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ: «Η Πρόληψη της Υγείας από Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα και τις χώρες της Ευρώπης», *Αποτελέσματα Συνεδρίου για την Πρόληψη στον Τομέα της Υγείας από τους Δήμους*, Νοέμβριος 2004. (Διατίθεται στην ιστοσελίδα [www.iator.gr/OTA/ota.htm](http://www.iator.gr/OTA/ota.htm))

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

### **ΔΙΑΔΗΜΟΤΙΚΟ ΔΙΚΤΥΟ**

Το Διαδημοτικό Δίκτυο είναι μία Επιστημονική, μη κερδοσκοπική εταιρεία που ιδρύθηκε από 21 Δήμους με κύριο σκοπό την προώθηση της Πρόληψης της Υγείας. Σήμερα αριθμεί 32 Δήμους μέλη ενώ κι' άλλοι Δήμοι έχουν εκδηλώσει το ενδιαφέρον τους να ενταχθούν. Επιπλέον έχει διευρύνει το πεδίο της δραστηριότητάς τους θεωρώντας ότι η Πρόληψη της Υγείας αφορά και δράσεις κοινωνικής πρόνοιας και περιβαλλοντικής προστασίας. Τέλος έχει ήδη εξασφαλίσει την επίσημη αναγνώριση του Υπουργού Υγείας μέσω Μνημονίου Συνεργασίας που έχει υπογραφεί με τον Υπουργό κ.Δημ.Αβραμόπουλο.

Η πολυπλοκότητα της λειτουργίας των Δομών Υγείας (ιατρικές υπηρεσίες, κοινωνικές, ψυχολογικές) στα πλαίσια των ΟΤΑ καθώς και η έλλειψη θεσμικού πλαισίου για την ανάπτυξη μηχανισμών πρόληψης της υγείας διαμέσου της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, ανέδειξαν την ανάγκη δημιουργίας ενός Διαδημοτικού Δικτύου με τη συμμετοχή των εκπροσώπων από όλους τους Δήμους, αρχικά της Αττικής, οι οποίοι έχουν Δομές Υγείας.

Η δραστηριότητα του Διαδημοτικού Δικτύου αναπτύχθηκε με άξονα τους παρακάτω σκοπούς:

- Η συνένωση των δυνάμεων των Δήμων στον τομέα της πρόληψης της υγείας για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους.
- Η ανάγκη δημιουργίας ενός ενιαίου πλαισίου λειτουργίας των Δομών Υγείας στους ΟΤΑ όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας στον τομέα της πρόληψης.
- Η ανάπτυξη προγραμμάτων Πρόληψης της Υγείας στους Δήμους - μέλη.
- Η διαδημοτική συνεργασία για τη διεκδίκηση πόρων, κρατικών και Ευρωπαϊκών.
- Η πραγματοποίηση ετήσιων συνεδρίων και τοπικών εκδηλώσεων για την ανάπτυξη θεμάτων πρόληψης της υγείας που αφορούν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση.



## Στόχοι

- Αξιοποίηση της πρόσφατης συμφωνίας μεταξύ **Υπουργείου Υγείας** και Διαδημοτικού Δικτύου Υγείας στο τομέα της Πρόληψης, ώστε το Δίκτυο να αποτελέσει θεσμικό Σύμβουλο του Υπουργείου στα θέματα αυτά. Διοχέτευση των κρατικών ενισχύσεων σε προγράμματα των Δήμων - μελών.
- Ανάπτυξη συνεργασιών με δημόσιους οργανισμούς και ιδιωτικούς φορείς σε θέματα **πρόληψης** (πχ υγεία και ασφάλεια των εργαζομένων, ανάληψη σχετικών προγραμμάτων Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης κλπ) προς όφελος των Δήμων όπου έχουν έδρα οι οργανισμοί και οι φορείς αυτοί.
- Επιδίωξη επίσημης συμμετοχής σε Ευρωπαϊκά όργανα χάραξης πολιτικής και σχεδιασμού προγραμμάτων σε θέματα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.
- Σχεδιασμός και εκτέλεση κοινών προγραμμάτων με ΜΚΟ που δραστηριοποιούνται στο τομέα της υγείας και της κοινωνικής αλληλεγγύης στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.
- Συνεργασία με επιστημονικούς φορείς Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας του Δημόσιου και του Ιδιωτικού τομέα με στόχο την πραγματοποίηση κοινών, για όλους τους Δήμους, προγραμμάτων ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης της κοινότητας.
- Μετατροπή της Εφημερίδας «**Δήμων Υγεία**» που εκδίδει το Διαδημοτικό Δίκτυο σε ισχυρό διμηνιαίο βήμα διαδημοτικού διαλόγου για την πρόληψη της υγείας των κατοίκων.
- Επιστημονικές **ανακοινώσεις και δημοσιεύσεις** σε συνέδρια και έγκριτα επιστημονικά περιοδικά, με βάση τα στοιχεία που θα έχουν συλλεχθεί από τις δράσεις του ΔΔΥ&ΚΑ ΟΤΑ
- **Προγράμματα κατάρτισης** εργαζομένων και εθελοντών των Δήμων - μελών που έχουν τα τυπικά προσόντα και θέλουν να συμμετάσχουν, μαζί με τους κάθε φορά ειδικούς επιστήμονες, στον τοπικό σχεδιασμό και την υλοποίηση των προγραμμάτων αυτών

Διατίθεται στην ιστοσελίδα του Διαδημοτικού Δικτύου [www.ddy.gr](http://www.ddy.gr)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2****ΤΡΑΠΕΖΑ ΝΟΜΙΚΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΔΣΑ  
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΟΘΕΤΗΜΑΤΟΣ**

<b>Είδος:</b>	ΝΟΜΟΣ
<b>Αριθμός:</b>	3235
<b>Έτος:</b>	2004
<b>ΦΕΚ:</b>	A 53 20040218
<b>Τέθηκε σε ισχύ:</b>	18.02.2004
<b>Ημ.Υπογραφής:</b>	17.02.2004
<b>Τίτλος:</b>	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
<b>Προοίμιο:</b>	Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΡΘΡΩΝ**

<b>Αρθρο:</b>	1
<b>Ημ/νία:</b>	18.02.2004
<b>Περιγραφή όρου θησαυρού:</b>	ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
<b>Τίτλος Αρθρου:</b>	Σκοπός, έννοια και περιεχόμενο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

**Κείμενο Αρθρου**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ 1. Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο πλαίσιο εφαρμογής του νόμου αυτού, νοείται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. 2. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με το σύστημα υγείας της χώρας, του οποίου αποτελεί αναπόσπαστο μέρος και υπηρετεί τους γενικούς και ειδικούς στόχους τού. 3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει: α. τις υπηρεσίες υγείας, που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, β. την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και το σχεδιασμό και υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας, γ. τον οικογενειακό προγραμματισμό, δ. τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού, ε. την οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική, στ. τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης, ζ. την παρακολούθηση χρόνιως πασχόντων, για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο, η. τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. 4. Το Κράτος με στόχο την κοινωνική ανάπτυξη και τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής εξασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της επικράτειας την πρόσβαση σε μια επαρκή δέσμη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. 5. Το σύστημα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποσκοπεί στην ικανοποίηση των παρακάτω αρχών: α.

της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας, β. της ισότητας στη φροντίδα, που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου, γ. της ολοκληρωμένης φροντίδας, δηλαδή της διαχείρισης των πιο συχνών νοσημάτων και προβλημάτων υγείας, καθώς και των πιο σημαντικών παραγόντων κινδύνου της υγείας, στο ιδιαίτερο περιβάλλον του ενδιαφερομένου, δ. του προσανατολισμού του συστήματος στο άτομο και στην οικογένεια του, μέσω μιας συντονισμένης και ελεγχόμενης παροχής φροντίδων, ε. της διαχείρισης ιατρό - ασφαλιστικών δεδομένων και πληροφοριών, με τρόπο που εξασφαλίζει την άμεση διαθεσιμότητα των πληροφοριών σε όλα τα σημεία του συστήματος υγείας, αλλά και την εμπιστευτικότητα τους, στ. της διαφύλαξης του δικαιώματος της ελεύθερης επιλογής οικογενειακού και προσωπικού ιατρού στο πλαίσιο του προγραμματισμού πρόσβασης στο σύστημα υγείας.

**Άρθρο:** 2

**Ημ/νία:** 18.02.2004

**Περιγραφή όρου θησαυρού:** ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ

**Τίτλος Άρθρου:** Παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

#### **Κείμενο Άρθρου**

1. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από: α. τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία, β. τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης (Ο.Κ.Α.), που μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας του οικείου Ο.Κ.Α, γ. τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., δ. τις μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, καθώς και ε. από άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. 2. Τα Κέντρα Υγείας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης εποπτεύονται και ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διαμέσου των αρμόδιων Πε.Σ.Υ.Π. ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους και την ποιότητα τους, όπως αυτή προσδιορίζεται κατά τη διαδικασία της πιστοποίησης των άρθρων 12 έως 14 του παρόντος νόμου και, μέσα σε έξι μήνες από την έκδοση της κοινής υπουργικής απόφασης της παρ. 3 του άρθρου 4 του νόμου αυτού, οφείλουν να προσαρμοστούν στους όρους, προϋποθέσεις και λοιπές ρυθμίσεις της απόφασης αυτής. Η πιο πάνω εποπτεία ασκείται και στις μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. 3. Οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης και Περίθαλψης μπορούν να συμβάλλονται μεταξύ τους για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους τους. Το περιεχόμενο και οι όροι των συμβάσεων υποβάλλονται προς έγκριση και έλεγχο στο αρμόδιο Πε.Σ.Υ.Π. 4. Για την άσκηση της εποπτείας και του ελέγχου, που προβλέπεται στις παραγράφους 2 και 3 του παρόντος, ιδρύεται σε κάθε Πε.Σ.Υ.Π. Γραφείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που υπάγεται στον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή και στελεγχώνεται από: δύο ιατρούς εκ των οποίων ο ένας έχει την ειδικότητα της γενικής ή κοινωνικής ιατρικής, έναν κοινωνικό λειτουργό, έναν ειδικό σε θέματα οικονομικών της υγείας, έναν νοσηλεύτη ή επισκέπτη υγείας. Η διοικητική υποστήριξη του Γραφείου εξασφαλίζεται από τις λοιπές υπηρεσίες του Πε.Σ.Υ.Π. 5. Στις αρμοδιότητες του Γραφείου αυτού ανήκει: α. ο σχεδιασμός και ο συντονισμός της παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιοχή ευθύνης των Πε.Σ.Υ.Π., β. ο έλεγχος της τήρησης του περιεχομένου και των προδιαγραφών λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, γ. η παρακολούθηση, υποστήριξη και αξιολόγηση της δέσμης παροχής φροντίδας υγείας, των υπηρεσιών του οικογενειακού και του



προσωπικού ιατρού, δ. η σύνταξη προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ε. η οργανωτική υποστήριξη του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, στ. η συνολική εποπτεία στο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και, γενικώς, ζ. κάθε ενέργεια που συμβάλλει στην αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

**Άρθρο:** 3  
**Ημ/νία:** 18.02.2004  
**Περιγραφή όρου θησαυρού:** ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ  
**Τίτλος Άρθρου:** Ειδικές πρόσθετες υπηρεσίες στα Κέντρα Υγείας

#### Κείμενο Άρθρου

1. Στα Κέντρα Υγείας, στα περιφερειακά ιατρεία και στα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία λειτουργεί σύστημα προγραμματισμού επισκέψεων με χρήση σύγχρονων μέσων ηλεκτρονικής και τηλεφωνικής επικοινωνίας. Το σύστημα αυτό καταγράφει αναλυτικά δεδομένα σε σχέση με τη ζήτηση των υπηρεσιών και τις προγραμματισμένες και διενεργηθείσες πράξεις. 2. Στις μονάδες υγείας της προηγούμενης παραγράφου που καλύπτουν απομακρυσμένες και δυσπρόσιτες περιοχές λειτουργεί σύστημα τηλεϊατρικής υποστήριξης, μετά από σχετική μελέτη σκοπιμότητας, καθώς και μελέτη κόστους, που διενεργούνται από τις αρμόδιες υπηρεσίες των Πε.Σ.Υ.Π. και εγκρίνονται από τα οικεία Διοικητικά Συμβούλιά τους. 3. Οι μονάδες υγείας της πρώτης παραγράφου του άρθρου αυτού μεριμνούν για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο σπίτι, για την παροχή υπηρεσιών ημερήσιας νοσηλείας, υπηρεσιών μετανοσοκομειακής φροντίδας και φυσικής αποκατάστασης και αποθεραπείας σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού ή σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών. Οι περιπτώσεις και οι προϋποθέσεις παροχής των υπηρεσιών αυτών, καθώς και το είδος αυτών καθορίζονται αναλόγως των τοπικών και γεωγραφικών συνθηκών με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. 4. Τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης λειτουργούν σε εικοσιτετράωρη βάση.

**Άρθρο:** 4  
**Ημ/νία:** 18.02.2004  
**Περιγραφή όρου θησαυρού:** ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ  
**Τίτλος Άρθρου:** Ίδρυση Κέντρων Υγείας

#### Κείμενο Άρθρου

1. Για την ίδρυση και λειτουργία των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης απαιτείται έγκριση σκοπιμότητας από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, έπειτα από γνώμη του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. 2. Για την έγκριση σκοπιμότητας λαμβάνονται υπόψη τα εξής στοιχεία: η αναγκαιότητα της ίδρυσης, τα πληθυσμιακά δεδομένα και, ιδίως, ο βαθμός συγκέντρωσης και αύξησης πληθυσμού της περιοχής στην οποία προτείνεται η ίδρυση, η γειννίαση με υπάρχουσες τέτοιες μονάδες, οι συνθήκες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης της περιοχής, η γειννίαση με νοσηλευτικές μονάδες και η επέκταση του συστήματος παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. 3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας



και του καθ' ύλην αρμόδιου κάθε φορά Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία ίδρυσης και λειτουργίας νέων Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης, οι όροι λειτουργίας τους, η στελέχωση τους κατά κατηγορίες ιατρικού, παραϊατρικού, επιστημονικού, διοικητικού και λοιπού προσωπικού, το είδος και το επίπεδο των παρεχόμενων από αυτούς υπηρεσιών, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

**Αρθρο:** 5  
**Ημ/νία:** 18.02.2004  
**Περιγραφή όρου θησαυρού:** ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ  
**Τίτλος Αρθρου:** Οργανισμός των Κέντρων Υγείας Ο.Κ.Α.

#### Κείμενο Αρθρου

1. Το Κέντρο Υγείας Ο.Κ.Α. λειτουργεί σύμφωνα με οργανισμό, που συντάσσεται και εγκρίνεται από τον φορέα διοικητικής υπαγωγής του, ο οποίος προηγουμένως υποβάλλεται στο οικείο Πε.Σ.Υ.Π., το οποίο περιορίζεται στον έλεγχο διασφάλισης του τρόπου παροχής των υπηρεσιών και της ποιότητάς τους. 2. Με τον οργανισμό καθορίζονται οι θέσεις του προσωπικού κατά κατηγορία και ειδικότητα, οι οργανικές μονάδες και οι αρμοδιότητες καθεμίας, το περιεχόμενο και η διαδικασία τήρησης προσωπικού φακέλου ασθενών, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

**Αρθρο:** 6  
**Ημ/νία:** 18.02.2004  
**Περιγραφή όρου θησαυρού:** ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ-ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
**Τίτλος Αρθρου:** Τομεοποίηση

#### Κείμενο Αρθρου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ - ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΣ ΙΑΤΡΟΣ 1. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας οργανώνεται στη βάση ενός τομεοποιημένου γεωγραφικά συστήματος, μέσα στα όρια του οικείου Πε.Σ.Υ.Π. 2. Η τομεοποίηση σχεδιάζεται και αποφασίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο του κάθε Πε.Σ.Υ.Π. και βασίζεται σε κριτήρια που συνδέονται με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού αναφοράς, τη διάρθρωση των δομών παροχής υπηρεσιών υγείας, τη μορφολογία της κάθε περιοχής και τις υφιστάμενες συγκοινωνιακές συνθήκες. 3. Με απόφαση του Δ.Σ. του κάθε Πε.Σ.Υ.Π. συγκροτούνται Ειδικές Τομεακές Επιτροπές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας για την υποβοήθηση του έργου του συντονισμού, της συνεργασίας και της διασύνδεσης των δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του οικείου Πε.Σ.Υ.Π., καθώς και της γενικότερης ανάπτυξης του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην περιοχή ευθύνης τους. Οι Επιτροπές είναι τριμελείς και αποτελούνται από: α) έναν ιατρό/Διευθυντή Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. με τον αναπληρωτή του, β) έναν ιατρό/Διευθυντή Κέντρου Υγείας Ο.Κ.Α. με τον αναπληρωτή του, γ) έναν επιστήμονα υγείας άλλης ειδικότητας που υπηρετεί σε Κέντρο Υγείας ανεξαρτήτως διοικητικής υπαγωγής, με τον αναπληρωτή του. 4. Τα μέλη των Επιτροπών είναι άμισθα, η θητεία τους τριετής και οι αρμοδιότητες τους περιλαμβάνουν:

α) την προαγωγή διατομεακών συνεργασιών, καθώς και συνεργασιών με δομές δευτεροβάθμιας περίθαλψης, β) την παρακολούθηση των δεικτών επάρκειας της κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού που κατοικεί στην περιοχή του τομέα ευθύνης τους, γ) τη σύνταξη προτάσεων ή γνωμοδοτήσεων για θέματα στελέχωσης και εξοπλισμού των Κέντρων Υγείας, καθώς και για τη συμπληρωματική λειτουργία τους με άλλες δομές.

**Άρθρο:** 7  
**Ημ/νία:** 18.02.2004  
**Περιγραφή όρου θησαυρού:** ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ  
**Τίτλος Άρθρου:** Οικογενειακός και Προσωπικός Ιατρός

### Κείμενο Άρθρου

1. Καθιερώνεται ο θεσμός του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού για όλους τους πολίτες της χώρας, στη βάση της τομεοποίησης του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. 2. Ο πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό, από εκείνους που υπηρετούν ή εργάζονται στο Κέντρο Υγείας της περιοχής του. Επίσης, δύναται να επιλέξει ιατρό που υπηρετεί ή εργάζεται σε άλλη περιοχή του ίδιου Πε.Σ.Υ.Π. μετά από έγκριση του ασφαλιστικού του φορέα. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ.Π., καθορίζεται ο ανώτατος αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ή προσωπικό ιατρό. 3. Καθήκοντα οικογενειακού ιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής. Ο ασφαλιστικός φορέας του δικαιούχου, μετά από εισήγηση του οικογενειακού ιατρού, μπορεί να επιτρέψει την επιλογή και προσωπικού ιατρού, κατόχου τίτλου άλλης ειδικότητας, για την αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων του δικαιούχου. 4. Σε περίπτωση που ο ασφαλιστικός οργανισμός του δικαιούχου έχει συμβληθεί με ιδιώτες ιατρούς οι οποίοι ασκούν καθήκοντα οικογενειακού ή προσωπικού ιατρού, τότε η επιλογή του ασφαλισμένου γίνεται μεταξύ των ιατρών αυτών που υποδεικνύονται από τον ασφαλιστικό του οργανισμό και παρέχουν τις υπηρεσίες τους στη συγκεκριμένη περιοχή. 5. Η αλλαγή του προσώπου του οικογενειακού ή του προσωπικού ιατρού του δικαιούχου είναι δυνατή μόνο μία φορά στη διάρκεια του έτους, όπως επίσης και κάθε άλλη φορά που συμφωνούν ο δικαιούχος και ο οικογενειακός ή ο προσωπικός ιατρός. 6. Ο ιατρός που έχει επιλεγεί από δικαιούχο, ως οικογενειακός ή προσωπικός ιατρός του, έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την επιλογή για σοβαρούς προσωπικούς ή επαγγελματικούς λόγους. 7. Η επιλογή του οικογενειακού ή και του προσωπικού ιατρού των ανηλίκων και όσων τελούν υπό δικαστική συμπαράσταση γίνεται από τα πρόσωπα που ορίζονται από τις σχετικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα. 8. Ο οικογενειακός ή ο προσωπικός ιατρός: α. παρέχει υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της ειδικότητας του, β. διαχειρίζεται το τμήμα του ιατρικού φακέλου που διατηρείται στο οικείο Κέντρο Υγείας, γ. παραπέμπει σε άλλον ιατρό, καθώς επίσης και σε νοσηλευτική μονάδα. 9. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων οικογενειακού και προσωπικού ιατρού σε ιατρούς των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ., ο τρόπος και η διαδικασία επιλογής του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού, ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενό τους, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ο τρόπος λειτουργίας του θεσμού στα Κέντρα Υγείας των Ο.Κ.Α. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομίας και Οικονομικών δύναται να καθορίζονται και οικονομικά κίνητρα κατά περίπτωση.

<b>Άρθρο:</b>	8
<b>Ημ/νία:</b>	18.02.2004
<b>Περιγραφή όρου θησαυρού:</b>	ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ΄ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ
<b>Τίτλος Άρθρου:</b>	Έργο Νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

**Κείμενο Άρθρου**

1. Κάθε οικογενειακός ή προσωπικός ιατρός Κέντρου Υγείας του Ε.Σ.Υ. ή των Ο.Κ.Α. συνεπικουρείται στο έργο του από νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας που υπηρετούν στα Κέντρα Υγείας αυτά. 2. Οι νοσηλευτές δύνανται να παρέχουν νοσηλευτικές υπηρεσίες και στο σπίτι του ασθενούς σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού ή σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών. 3. Στις περιπτώσεις της παραγράφου 4 του άρθρου 7 του νόμου αυτού, ιδιότες νοσηλευτές και επισκέπτες υγείας μπορούν να συνεπικουρούν τον οικογενειακό και προσωπικό ιατρό στο έργο του και να παρέχουν υπηρεσίες και στο σπίτι του ασθενούς σε ειδικές κατηγορίες πληθυσμού ή σε ειδικές περιπτώσεις ασθενειών, έπειτα από σχετική απόφαση του ασφαλιστικού οργανισμού του δικαιούχου. 4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων νοσηλευτή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε νοσηλευτές ή και επισκέπτες υγείας των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ., ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενό τους, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ο τρόπος λειτουργίας του θεσμού στα Κέντρα Υγείας των Ο. Κ. Α.

<b>Άρθρο:</b>	9
<b>Ημ/νία:</b>	18.02.2004
<b>Περιγραφή όρου θησαυρού:</b>	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ-ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ Ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και ηλεκτρονική κάρτα υγείας
<b>Τίτλος Άρθρου:</b>	υγείας

**Κείμενο Άρθρου**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ 1. Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος κάθε πολίτη της χώρας αποτελείται από ιατρικές πληροφορίες που παράγονται γι' αυτόν, σε οποιοδήποτε φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. 2. Σε κάθε Κέντρο Υγείας εγκαθίσταται πλήρης υποδομή για την τήρηση και ενημέρωση στοιχείων του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και για την πρόσβαση σε στοιχεία τα οποία τηρούνται σε άλλους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας όλων των κατοίκων που υπάγονται σε αυτό. Αντίστοιχη υποδομή οφείλουν να διαθέτουν και τα ιατρεία των ιδιωτών οικογενειακών ή και προσωπικών ιατρών, που έχουν σχετική σύμβαση με ασφαλιστικούς οργανισμούς. 3. Ο οικογενειακός και ο προσωπικός ιατρός υποχρεούται να ενημερώνει τους ηλεκτρονικούς ιατρικούς φακέλους των ασφαλισμένων που τον έχουν επιλέξει με τις πληροφορίες οι οποίες παράγονται από τον ίδιο. 4. Εισάγεται η ηλεκτρονική κάρτα υγείας του πολίτη για τη διευκόλυνση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, την αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και την άμεση εξασφάλιση παροχής αναγκαίων πληροφοριών και δεδομένων σχετικών με την υγεία που αφορούν στον κάτοχο της κάρτας. Η ηλεκτρονική κάρτα υγείας μπορεί να περιέχει και



άλλες πληροφορίες που διευκολύνουν την πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας. 5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται τα αναγκαία στοιχεία υποδομής, ο τύπος και το περιεχόμενο του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου ασφαλισμένου, οι συνθήκες ασφάλειας του συστήματος, οι βασικές πληροφορίες που θα περιέχονται στην ηλεκτρονική κάρτα υγείας, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

<b>Άρθρο:</b>	10
<b>Ημ/νία:</b>	18.02.2004
<b>Περιγραφή όρου θησαυρού:</b>	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ-ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ
<b>Τίτλος Άρθρου:</b>	Πρόσβαση στη βάση δεδομένων Η αρχή της εμπιστευτικότητας

#### Κείμενο Άρθρου

1. Πρόσβαση στις πληροφορίες του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας, έχουν: α. ο ίδιος ο πολίτης στο σύνολο των πληροφοριών, β. ο οικογενειακός και ο προσωπικός του ιατρός στο σύνολο των πληροφοριών, εκτός από τις πληροφορίες στις οποίες ο πολίτης αρνείται την πρόσβαση, γ. οι καθ' ύλην αρμόδιοι επαγγελματίες υγείας της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πληροφοριών του πολίτη στον οποίο παρέχει τις υπηρεσίες αυτές. 2. Η πρόσβαση στις πληροφορίες του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου και της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας ανηλίκων και όσων τελούν υπό δικαστική συμπαράσταση δίνεται με εξουσιοδότηση από τα πρόσωπα που ορίζονται από τις σχετικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα. 3. Για τη διενέργεια επιδημιολογικών, ιατρικών, οικονομικών, στατιστικών και λοιπών σχετικών αναλύσεων και για την αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται στους πολίτες, επιτρέπεται η χρήση των καταχωρημένων στους ηλεκτρονικούς ιατρικούς φακέλους δεδομένων μετά από συναίνεση του πολίτη ή χωρίς αυτήν, εφόσον δεν δημοσιοποιείται η ταυτότητα του.

<b>Άρθρο:</b>	11
<b>Ημ/νία:</b>	18.02.2004
<b>Περιγραφή όρου θησαυρού:</b>	ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ-ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ
<b>Τίτλος Άρθρου:</b>	Ποινικές κυρώσεις

#### Κείμενο Άρθρου

1. Όποιος με οποιονδήποτε τρόπο και χωρίς να έχει κανένα δικαίωμα λαμβάνει γνώση του περιεχομένου του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου ή αλλοιώνει ή καταστρέφει δεδομένα ή πληροφορίες που έχουν καταχωρηθεί σε αυτόν ή ανακοινώνει σε τρίτους στοιχεία ή μέρος από το περιεχόμενό τους, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών, εκτός εάν η πράξη αυτή τιμωρείται βαρύτερα με βάση άλλη διάταξη. 2. Όποιος υπεξάγει ηλεκτρονική κάρτα υγείας με σκοπό τη χρήση της χωρίς δικαίωμα, αλλοιώνει ή καταστρέφει στοιχεία της για οποιονδήποτε σκοπό ή καθιστά το περιεχόμενό της προσιτό σε μη δικαιούμενα πρόσωπα ή επιτρέπει σε αυτά να λαμβάνουν γνώση του περιεχομένου της ή εκμεταλλεύεται με οποιονδήποτε τρόπο το περιεχόμενό της, τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών, εκτός εάν η πράξη αυτή τιμωρείται βαρύτερα με βάση



άλλη διάταξη. 3. Όποιος υπεξάγει ή πλαστογραφεί ηλεκτρονική κάρτα υγείας με σκοπό να αποκτήσει ο ίδιος ή τρίτος πρόσβαση στο περιεχόμενο ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου ασφαλισμένου τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον δύο ετών, εκτός εάν η πράξη αυτή τιμωρείται βαρύτερα με βάση άλλη διάταξη.

**Άρθρο:** 12  
**Ημ/νία:** 18.02.2004  
**Περιγραφή όρου θησαυρού:** ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ  
**Τίτλος Άρθρου:** Περιεχόμενο πιστοποίησης

#### Κείμενο Άρθρου

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ** Τα Κέντρα Υγείας πιστοποιούνται κατά τη διαδικασία των άρθρων 13 και επόμενα, με βάση τα εξής κριτήρια: α. ιατρική υποδομή και εξοπλισμός, β. ξενοδοχειακή υποδομή και εξοπλισμός, γ. υποδομή μηχανογράφησης, δ. στελέχωση τόσο όσον αφορά τον αριθμό του προσωπικού όσο και τα απαιτούμενα ειδικότερα προσόντα και την εξειδίκευση του, ε. τήρηση των υγειονομικών διατάξεων και των μέτρων προστασίας των εργαζομένων και των ασθενών, στ. διαδικασίες πρόσβασης, ζ. ποιότητα έργου και εξυπηρέτηση κοινού, η. διασύνδεση των φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας τόσο μεταξύ τους όσο και με φορείς παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης, θ. ποιότητα τήρησης διαδικασιών.

**Άρθρο:** 13  
**Ημ/νία:** 18.02.2004  
**Περιγραφή όρου θησαυρού:** ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ  
**Τίτλος Άρθρου:** Φορέας πιστοποίησης

#### Κείμενο Άρθρου

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται ο φορέας πιστοποίησης των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. και των Ο.Κ.Α. Ο φορέας αυτός δύναται να ενεργεί τακτικούς και έκτακτους ελέγχους, επιτόπιες μεταβάσεις, καθώς και να χρησιμοποιεί κάθε πρόσφορο και αναγκαίο μέσο για την άσκηση των καθηκόντων του. 2. Στο τέλος κάθε έτους ο φορέας πιστοποίησης της πιο πάνω παραγράφου οφείλει να συντάσσει ετήσια έκθεση αξιολόγησης της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας του Ε.Σ.Υ. την οποία κοινοποιεί στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και στο αρμόδιο Πε.Σ.Υ.Π. Στην περίπτωση των Κέντρων Υγείας των Ο.Κ.Α. η έκθεση κοινοποιείται επιπλέον και στον Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθώς και στη Διοίκηση του Οργανισμού Κοινωνικής Ασφάλισης, στον οποίο υπάγεται διοικητικά το Κέντρο Υγείας.

**Άρθρο:** 14  
**Ημ/νία:** 18.02.2004  
**Περιγραφή όρου θησαυρού:** ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΣΥ  
**Τίτλος Άρθρου:** Συνέπειες πιστοποίησης

**Κείμενο Άρθρου**

1. Σε περίπτωση που ο φορέας πιστοποίησης του προηγούμενου άρθρου διαπιστώσει ότι Κέντρο Υγείας του Ε.Σ.Υ., το οποίο βρίσκεται υπό διαδικασία πιστοποίησης ή έχει ήδη πιστοποιηθεί αλλά επανελέγχεται, δεν πληροί τα κριτήρια του άρθρου 12 του παρόντος νόμου, ενημερώνει άμεσα τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος καθορίζει την προθεσμία συμμόρφωσης του Κέντρου Υγείας του Ε.Σ.Υ. από τη διαπίστωση της παράβασης. Στην περίπτωση των Κέντρων Υγείας των Ο.Κ.Α., η προθεσμία συμμόρφωσης καθορίζεται από κοινού από τους Υπουργούς Υγείας και Πρόνοιας και Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. 2. Σε περίπτωση μη συμμόρφωσης του Κέντρου Υγείας μέσα στην ταχθείσα προθεσμία, ο φορέας διοικητικής υπαγωγής οφείλει να υποδείξει άλλον τρόπο για την κάλυψη των αναγκών υγείας των κατοίκων της περιοχής, μέχρις ότου το Κέντρο Υγείας εναρμονιστεί με τους όρους της πιστοποίησης.

<b>Άρθρο:</b>	15
<b>Ημ/νία:</b>	18.02.2004
<b>Περιγραφή άρθρου θησαυρού:</b>	ΓΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ ΜΕΤΑΘΕΣΗ-ΑΠΟΣΠΑΣΗ-ΜΕΤΑΤΑΞΗ- ΠΡΟΣΩΠΟΠΑΓΗΣ ΘΕΣΗ (ΓΙΑΤΡΟΙ ΕΣΥ)
<b>Τίτλος Άρθρου:</b>	Ειδική διάταξη

**Κείμενο Άρθρου**

Για την κάλυψη των αναγκών σε προσωπικό, που προκαλούνται από το νόμο αυτόν, εφαρμόζονται οι διατάξεις της παρ. 11 του άρθρου 3 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ37Α').

<b>Άρθρο:</b>	16
<b>Ημ/νία:</b>	18.02.2004
<b>Τίτλος Άρθρου:</b>	Έναρξη ισχύος

**Κείμενο Άρθρου**

Η ισχύς του παρόντος νόμου αρχίζει από τη δημοσίευση του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά στις επί μέρους διατάξεις. Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεση του ως νόμου του Κράτους.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3**

Απόσπασμα από Κώδικα Δήμων και Κοινοτήτων για Νομικά Πρόσωπα Δήμων

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄  
ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΟΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ –  
ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ**

**Άρθρο 226  
Σύσταση ιδρύματος**

Δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα όπως, βρεφοκομεία, ορφανοτροφεία, γηροκομεία, μουσεία ή άλλα επιστημονικά ιδρύματα, συνιστώνται, ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ύστερα από απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, με προεδρικό διάταγμα, που ορίζει το σκοπό, τα όργανα της διοίκησης, τους πόρους, την περιουσία, που αφιερώνεται σε αυτό και το όνομα του ιδρύματος.

Το προεδρικό διάταγμα εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και του αρμοδίου καθ' ύλην Υπουργού, αφού τηρηθούν και οι ειδικές, για κάθε κατηγορία ιδρυμάτων, διατάξεις

**Άρθρο 226 του ΔΚΚ (Ν. 3463/2006)  
Σχετική Νομολογία**

Παραχώρηση από το Δημόσιο κυριότητας έκτασης σε Ίδρυμα, για την ανέγερση μουσείου. Κρίση ότι η παραχώρηση δεν είναι νόμιμη διότι γίνεται για χρήση που δεν προβλέπεται από το ρυθμιστικό σχέδιο. Ο μεταγενέστερος ορισμός της χρήσης αυτής με νόμο, δεν εγκυροποιεί τη διοικητική πράξη με την οποία έγινε η παραχώρηση. Η κύρωση με νόμο της προβλεπόμενης διοικητικής πράξης, που έγινε μετά την άσκηση της ένδικης αίτησης ακυρώσεως είναι αντισταγματική. (ΣτΕ 604/2002)

Δια της προσβαλλομένης υπουργικής αποφάσεως, εξεδηλώθη άρνηση προτάσεως προς έκδοση Π.Δ. εγκριτικού της συστάσεως του ιδρύματος, με την αιτιολογία ότι : ". . . στους ιδρυτές αυτού περιλαμβάνεται ο Δήμος και . . . , δεν μπορεί Δήμος ή Κοινότητα να συστήσει ίδρυμα διεπόμενο από τις διατάξεις του Α.Ν. 2039/1939 (το οποίο κατ' ανάγκη είναι ν.π.ι.δ.) ούτε να διαθέσει περιουσία για το σκοπό αυτό, αλλά μπορεί να συστήσει ίδρυμα σύμφωνα με τις διατάξεις του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα. Υπό τα εκτεθέντα όμως πραγματικά δεδομένα της υπό των αιτούντων από κοινού συστάσεως του ως άνω ιδρύματος και της παρ' εκατέρου ταύτης διαθέσεως προς τον σκοπόν τούτον της προπεριγραφείσης περιουσίας, συνέτρεχε κατ' αρχήν, εν προκειμένω, νόμιμη περίπτωση συστάσεως ιδρύματος ως νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου, επί τη βάσει των διατάξεων των άρθρων 108 και επ. του Αστικού Κώδικα, σε συνδυασμό προς τα άρθρα 95 παρ. 1 και 98 του Α.Ν. 2039/1939, μη αποκλειομένης της συστάσεως του Ιδρύματος κατ' εφαρμογή των ανωτέρω διατάξεων από μόνο το γεγονός ότι ένας των συνιδρυτών είναι οργανισμός τοπικής αυτοδιοικήσεως. (ΣτΕ 3034/1996),

**Άρθρο 227  
Διοίκηση**

1. Τα δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα διοικούνται από διοικητικό συμβούλιο που απαρτίζεται από τον δήμαρχο ή τον πρόεδρο της Κοινότητας ή άλλο αιρετό ή μη



πρόσωπο που ορίζεται από αυτούς ως πρόεδρος και από έξι (6) έως δέκα (10) μέλη που εκλέγονται από το δημοτικό ή κοινοτικό συμβούλιο. Ένα από τα μέλη αυτά εκλέγεται από το διοικητικό συμβούλιο ως αντιπρόεδρος του.

2. Μέλη του διοικητικού συμβουλίου του ιδρύματος εκλέγονται δύο τουλάχιστον δημοτικοί ή κοινοτικοί σύμβουλοι, εκ των οποίων ο ένας ορίζεται από τη μειοψηφία του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, ένας τουλάχιστον σύμβουλος τοπικού διαμερισματος στην περίπτωση που η έδρα του ιδρύματος βρίσκεται εντός αυτού, ένας εκπρόσωπος των εργαζομένων του ιδρύματος, εφόσον απασχολούνται περισσότεροι από δέκα (10) εργαζόμενοι. Ο ανωτέρω εκπρόσωπος προτείνεται από τη γενική συνέλευση των τακτικών υπαλλήλων εντός προθεσμίας δεκαπέντε (15) ημερών από τότε που θα αποσταλεί η σχετική πρόσκληση. Μέλη του διοικητικού συμβουλίου του ιδρύματος εκλέγονται και πρόσωπα που έχουν ανάλογη επαγγελματική ή κοινωνική δράση ή ειδικές γνώσεις ανάλογα με το σκοπό του ιδρύματος ή και πρόσωπα που είναι χρήστες των υπηρεσιών του ιδρύματος.

3. Σε περίπτωση που η μειοψηφία δεν υποδείξει σύμβουλο ή εκείνος που έχει υποδειχθεί παραιτήθηκε χωρίς να αντικατασταθεί εκλέγεται σύμβουλος της πλειοψηφίας.

4. Τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου απαιτείται να είναι Έλληνες πολίτες ή πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

5. Δεν επιτρέπεται να εκλεγούν ή να είναι μέλη του διοικητικού συμβουλίου ιδιώτες που έχουν στερηθεί τη διαχείριση της περιουσίας τους με τελεσίδικη δικαστική απόφαση ή που έχουν στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα με αμετάκλητη δικαστική απόφαση και για όσο διάστημα διαρκεί η στέρηση αυτή, καθώς και όσοι έχουν καταδικαστεί με αμετάκλητη δικαστική απόφαση ως αυτουργοί ή συμμετοχοί σε κακούργημα ή σε κάποιο από τα πλημμελήματα που αναφέρονται στο άρθρο 146.

6. Τα υφιστάμενα διοικητικά συμβούλια των δημοτικών και κοινοτικών ιδρυμάτων θα συνεχίσουν να λειτουργούν με την ίδια σύνθεση έως ότου προσαρμοστούν οι συστατικές τους πράξεις προς τις διατάξεις του παρόντος και πάντως όχι πέραν της λήξης της θητείας των μελών τους.

## Άρθρο 228

### Συμμετοχή δωρητών στη διοίκηση

1. Δωρητές ιδρυμάτων, που έχουν επιφυλάξει το δικαίωμα να συμμετέχουν αυτοπροσώπως ή με αντιπρόσωπο, είτε ως μέλη των διοικητικών συμβουλίων είτε να παρίστανται στις συνεδριάσεις αυτών, ασκούν τα δικαιώματα αυτά, όπως ορίζεται κάθε φορά με το προεδρικό διάταγμα σύστασης. Στην περίπτωση αυτή το προεδρικό διάταγμα σύστασης του ιδρύματος εκδίδεται και με πρόταση του Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών.

2. Οι διατάξεις της παραγράφου 1 εφαρμόζονται και όταν σε διάταξη τελευταίας βουλήσεως, με την οποία αφήνεται περιουσία σε ίδρυμα, έχουν επιφυλαχθεί ανάλογα δικαιώματα υπέρ των εκτελεστών της διαθήκης ή άλλων προσώπων.



**Άρθρο 229****Εκλογή και θητεία των μελών των διοικητικών συμβουλίων**

1. Η εκλογή των μελών του διοικητικού συμβουλίου γίνεται κάθε δύο χρόνια και λήγει σε κάθε περίπτωση με την εγκατάσταση των νέων μελών. Μέσα σε έναν μήνα από την εγκατάσταση των δημοτικών και κοινοτικών αρχών για την πρώτη διετία και έναν μήνα από τη λήξη της θητείας των μελών του διοικητικού συμβουλίου, το δημοτικό ή κοινοτικό συμβούλιο συνεδριάζει και εκλέγει με φανερή ψηφοφορία και απόλυτη πλειοψηφία του συνολικού αριθμού των μελών του τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου κάθε ιδρύματος. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις του άρθρου 92 ή των άρθρων 90 και 109.

2. Τα μη αιρετά μέλη του διοικητικού συμβουλίου πριν την εγκατάσταση ορκίζονται ενώπιον του δημάρχου.

3. Οι θέσεις μελών του διοικητικού συμβουλίου που μένουν κενές κατά τη διάρκεια της δημοτικής περιόδου καλύπτονται με μέλη που εκλέγει το δημοτικό ή κοινοτικό συμβούλιο μέσα σε οκτώ (8) ημέρες, αφοτό η θέση έμεινε κενή.

4. Τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου μπορούν να αντικατασταθούν κατά τη διάρκεια της θητείας τους, για σπουδαίο λόγο, σχετικό με τη λειτουργία του ιδρύματος, ύστερα από απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, που λαμβάνεται με την πλειοψηφία του συνόλου των μελών του.

5. Οι διατάξεις της παραγράφου 5 του άρθρου 73 εφαρμόζονται αναλόγως και για την αναπλήρωση των μελών του διοικητικού συμβουλίου.

**Άρθρο 230****Έξοδα παράστασης – Αποζημίωση μελών**

1. Το αξίωμα του μέλους του διοικητικού συμβουλίου είναι τιμητικό και άμισθο. Απαγορεύεται να παρέχεται αμοιβή στα μέλη του διοικητικού συμβουλίου για οποιαδήποτε υπηρεσία τους προς το ίδρυμα. Μέλη του διοικητικού συμβουλίου που ανήκουν στο προσωπικό του, με οποιαδήποτε σχέση, εισπράττουν τις αποδοχές τους.

2. Με απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομίας και Οικονομικών, ύστερα από γνώμη της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας μπορεί να καθορίζονται έξοδα παράστασης στον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο του διοικητικού συμβουλίου του ιδρύματος, όταν ο οικονομικός απολογισμός του προηγούμενου έτους υπερβαίνει τα τριακόσιες χιλιάδες ευρώ (300.000 €). Τα ανωτέρω έξοδα δεν μπορούν να υπερβαίνουν το πενήντα τοις εκατό (50%) των αντίστοιχων του οικείου δημάρχου ή προέδρου της Κοινότητας.

3. Στον πρόεδρο, στα μέλη του διοικητικού συμβουλίου και της εκτελεστικής επιτροπής, εκτός από τον δήμαρχο, τον αντιδήμαρχο, τον πρόεδρο του δημοτικού συμβουλίου και τον πρόεδρο της Κοινότητας, επιτρέπεται να καταβάλλεται αποζημίωση, για κάθε συνεδρίαση και μέχρι τρεις μηνιαίως, κατόπιν αποφάσεως του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Το ύψος της αποζημίωσης, για κάθε συνεδρίαση, ανέρχεται στο ένα τοις εκατό (1%) των μηνιαίων εξόδων παράστασης του οικείου δημάρχου ή προέδρου της Κοινότητας. Εάν ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος λαμβάνουν έξοδα παράστασης δεν δικαιούνται αποζημίωση για τη συμμετοχή τους στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου και της εκτελεστικής επιτροπής.

**Άρθρο 231****Αναπλήρωση του προέδρου - Απαρτία του διοικητικού συμβουλίου**

1. Αναπληρωτής του προέδρου του διοικητικού συμβουλίου είναι ο αντιπρόεδρος του.
2. Το διοικητικό συμβούλιο βρίσκεται σε απαρτία όταν τα παρόντα μέλη του είναι περισσότερα από τα απόντα. Στους παρόντες πρέπει να είναι ο πρόεδρος ή ο αντιπρόεδρος.
3. Οι διατάξεις της παραγράφου 5 του άρθρου 73 εφαρμόζονται και στην περίπτωση αυτή.

**Άρθρο 232****Εκτελεστική επιτροπή**

Σε κάθε ίδρυμα υπάρχει τριμελής εκτελεστική επιτροπή που αποτελείται από τον πρόεδρο ή τον αντιπρόεδρο και δύο μέλη του διοικητικού συμβουλίου.

Τα τακτικά, καθώς και δύο αναπληρωματικά μέλη της εκτελεστικής επιτροπής, εκλέγονται από το διοικητικό συμβούλιο με σχετική πλειοψηφία και η θητεία τους είναι διετής. Η εκλογή γίνεται ευθύς μόλις το διοικητικό συμβούλιο συγκροτηθεί σε σώμα.

**Άρθρο 233****Αρμοδιότητες**

1. Το διοικητικό συμβούλιο, ο πρόεδρος του και η εκτελεστική επιτροπή έχουν, ως προς τη διοίκηση του ιδρύματος, τις αρμοδιότητες δημοτικού συμβουλίου, δημάρχου και δημοτικής επιτροπής, αντιστοίχως.

2. Ο πρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου μπορεί με πράξη του που δημοσιεύεται σύμφωνα με την παράγραφο 3 του άρθρου 87 να μεταβιβάσει ορισμένες από τις αρμοδιότητές του σε μέλος της εκτελεστικής επιτροπής ή στον γενικό διευθυντή, που τυχόν προβλέπεται από τον οργανισμό του ιδρύματος ή σε άλλο ανώτατο ή ανώτερο υπάλληλό του.

**Άρθρο 234****Λειτουργία του διοικητικού συμβουλίου και εποπτεία**

1. Τα θέματα, τα σχετικά με τις εργασίες του διοικητικού συμβουλίου, την πρόσκληση των μελών του και της εκτελεστικής επιτροπής σε συνεδρίαση, την απαιτούμενη για τη λήψη αποφάσεως πλειοψηφία, τον έλεγχο και την εκτελεστότητα των αποφάσεών του, το κώλυμα συμμετοχής στις συνεδριάσεις, την αστική και πειθαρχική ευθύνη των οργάνων διοίκησής του ρυθμίζονται με ανάλογη εφαρμογή των σχετικών διατάξεων που αφορούν το δημοτικό συμβούλιο, τη δημοτική επιτροπή και τα μέλη τους.

2. Οι κανονισμοί λειτουργίας των ιδρυμάτων και οι οργανισμοί εσωτερικής υπηρεσίας καταρτίζονται από τα διοικητικά συμβούλια και εγκρίνονται από τα οικεία δημοτικά ή κοινοτικά συμβούλια.

3. Για τις αποφάσεις του διοικητικού συμβουλίου που αφορούν τον προϋπολογισμό, τον απολογισμό, την εκποίηση ή την ανταλλαγή ακινήτων ή την επιβάρυνσή τους με εμπράγματα δικαιώματα, την αποδοχή κληρονομιών και δωρεών που περιέχουν όρο, ή κληροδοσιών, καθώς και τη συνομολόγηση δανείων, απαιτείται προηγούμενη έγκριση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Οι αποφάσεις υποβάλλονται στον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας, αποστέλλονται μέσα σε δέκα (10) ημέρες, αφότου περιήλθε στο ίδρυμα η εγκριτική απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου.

**Άρθρο 235****Πόροι**

Πόροι των ιδρυμάτων είναι ιδίως:

- α) η ετήσια τακτική ή τυχόν έκτακτη επιχορήγηση του Δήμου ή της Κοινότητας,
- β) κάθε είδους εισφορές, επιχορηγήσεις, δωρεές, κληρονομίες και κληροδοσίες,
- γ) εισπράξεις από το αντίτιμο των πραγμάτων ή των υπηρεσιών, που παρέχουν τα ιδρύματα,
- δ) πρόσδοι από τη δική τους περιουσία, καθώς και από τη συμμετοχή τους σε προγράμματα.

**Άρθρο 236****Οικονομική διοίκηση**

1. Οι διατάξεις που ισχύουν για τους Δήμους και αφορούν τον οργανισμό της εσωτερικής υπηρεσίας, τον προϋπολογισμό, το οικονομικό έτος, τον απολογισμό, την ταμειακή υπηρεσία, τη διαχείριση, τα δάνεια και την περιουσία, εφαρμόζονται και στα ιδρύματα.

2. Εξαιρούνται από τη διάταξη της προηγούμενης παραγράφου τα ιδρύματα, που διέπονται από τους νόμους «περί εκκαθάρισεως και διοικήσεως των εις το κράτος και υπέρ κοινωφελών σκοπών καταλειπομένων κληρονομιών, κληροδοσιών και δωρεών», για τα οποία εξακολουθούν να ισχύουν οι διατάξεις των νόμων αυτών, εφόσον δεν τροποποιούνται από τον παρόντα.

3. Τα ιδρύματα, που παίρνουν επιχορήγηση από άλλες πηγές, την εγγράφουν χωριστά στα έσοδα του προϋπολογισμού. Αν η επιχορήγηση παρέχεται στα ιδρύματα για την εκπλήρωση ειδικού σκοπού, εγγράφεται αντίστοιχη πίστωση για το σκοπό αυτόν ιδιαιτέρως στα έξοδα του προϋπολογισμού.

4. Με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοικήσεως και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθορίζεται ο τρόπος της διαχείρισης φαρμάκων, τροφίμων και υλικού των ιδρυμάτων και ο έλεγχός της.

**Άρθρο 237****Κατάργηση**

1. Τα δημοτικά και κοινοτικά ιδρύματα καταργούνται με τον ίδιο τρόπο που συστάθηκαν και η περιουσία τους περιέρχεται στο Δήμο ή στην Κοινότητα που τα σύστησε. Τις ιδιωτικές περιουσίες, που έχουν περιέλθει στο ίδρυμα με πράξεις εν ζωή ή αιτία θανάτου, εξακολουθεί να διαθέτει ο Δήμος ή η Κοινότητα αποκλειστικά για τον ειδικό σκοπό για τον οποίο αφιερώθηκαν, με την επιφύλαξη και των διατάξεων που αφορούν την επωφελέστερη αξιοποίηση ή διάθεση του περιουσιακού στοιχείου που έχει καταληφθεί ή δωρηθεί για τον ίδιο ή άλλον κοινωφελή σκοπό.

2. Το προσωπικό που υπηρετεί στα ιδρύματα που καταργούνται, εντάσσεται στον οικείο Δήμο ή Κοινότητα κατά τις διατάξεις του άρθρου 318 του ν. 1188/1981, όπως ισχύει.

**Άρθρο 238****Ιδρύματα Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοικήσεως που συνενώνονται**

1. Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοικήσεως που προκύπτουν από συνένωση άλλων Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοικήσεως υπεισέρχονται αυτοδικαίως από την έναρξη της



λειτουργίας τους, σε όλα τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των Δήμων ή Κοινοτήτων που καταργούνται με τη συνένωση ως προς τα δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα του άρθρου 226, που έχουν συσταθεί από τους συνενομένους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

2. Τα ανωτέρω δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα περιέρχονται αυτοδικαίως στο νέο Οργανισμό Τοπικής Αυτοδιοίκησης από την έναρξη της λειτουργίας του.

3. Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή αυτού του άρθρου.

### Άρθρο 239

#### Σύσταση δημοτικών και κοινοτικών νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου

1. Τα δημοτικά και κοινοτικά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου συνιστώνται με απόφαση των οικείων δημοτικών ή κοινοτικών συμβουλίων. Σκοπός τους είναι η οργάνωση και η λειτουργία ορισμένης δημοτικής ή κοινοτικής υπηρεσίας με γνώμονα την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών των κατοίκων, όπως η σύσταση κέντρων κοινωνικής προστασίας, πνευματικών ή αθλητικών κέντρων, βιβλιοθηκών, μουσείων κ.ά..

2. Ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας διαπιστώνει τη νομιμότητα της σχετικής απόφασης του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου και εκδίδει την πράξη σύστασης του νομικού προσώπου, η οποία δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

3. Στην απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου για τη σύσταση του νομικού προσώπου ορίζονται το όνομα, ο σκοπός, η περιουσία και οι πόροι.

#### Άρθρο 239 του ΔΚΚ (Ν. 3463/2006)

##### Σχετική Νομολογία

Φορέας παροχής συγκοινωνιακού έργου με τα μέσα μαζικής μεταφοράς στην περιοχή Αθηνών, Πειραιώς και Περιχώρων, είναι, κατ' αρχήν, ο Ο.Α.Σ.Α.(και κατ' εξαίρεση Ο.Τ.Α. που βρίσκονται στην περιοχή της αρμοδιότητάς του) και, πάντως, όχι τα Κ.Τ.Ε.Λ., στα οποία ανήκει η εξυπηρέτηση των αστικών και υπεραστικών γραμμών των λοιπών - πλην της νήσου Ρόδου - περιοχών της χώρας. Ενόψει αυτού, χωρίς έννομο συμφέρον ζητείται με την κρινόμενη αίτηση από το Κ.Τ.Ε.Λ. η ακύρωση της αποφάσεως του Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας περί συστάσεως Οργανισμού δημοτικής συγκοινωνίας στην εδαφική περιφέρεια του Δήμου. Και τούτο διότι με την προσβαλλόμενη απόφαση δεν θίγεται, το επιτελούμενο κατά το νόμο, από τα Κ.Τ.Ε.Λ. συγκοινωνιακό έργο. (ΣτΕ 133/2005)

Η πέραν της προβλεπόμενης στη συστατική πράξη επιχορήγηση σε ν.π.δ.δ. που έχει συστήσει ο Δήμος, είναι νόμιμη, διότι βρίσκει έρεισμα στο άρθρο 262 (Σημ: ήδη άρθρο 202 Ν. 3463/2006) του Δ.Κ.Κ. (ΕλΣ Πράξη VII Τμ. 64/2006, βλ. αντ. Πράξη VII Τμ. 55/2005)

Η μελέτη και εφαρμογή κοινωνικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση σχετικών αναγκών ή/και την προαγωγή των κοινωνικών συμφερόντων των Ο.Τ.Α. α' βαθμού και μπορεί να ασκείται είτε μέσω των ιδίων υπηρεσιών αυτού είτε μέσω δημοτικού νομικού προσώπου, επιλογή που εναπόκειται στη διακριτική του ευχέρεια. (ΕλΣ Πράξη VII Τμ. 26/2006)



Παρέχεται στους Δήμους η δυνατότητα να συστήνουν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, των οποίων ο σκοπός συνίσταται στην άσκηση ορισμένων αρμοδιοτήτων, που σύμφωνα με το Δημοτικό και Κοινοτικό Κώδικα ανήκουν στους Δήμους, προκειμένου να ικανοποιηθεί καλύτερα και αποτελεσματικότερα ορισμένη τοπική ανάγκη. Στην απόφαση του Δημοτικού Συμβουλίου περί σύστασης του νομικού προσώπου πρέπει να αιτιολογείται κατ' αρχήν η αναγκαιότητα τόσο της σύστασης αυτού, όσο και της παραχώρησης αρμοδιοτήτων από το Δήμο στο νομικό πρόσωπο. Στην ίδια απόφαση πρέπει να εξειδικεύεται ρητώς και επαρκώς ο σκοπός του νομικού προσώπου, προκειμένου να ελεγχθεί, εάν αυτός αφορά την οργάνωση ορισμένης δημοτικής υπηρεσίας. Δεν είναι σύνηθες η σύσταση ν.π.δ.δ. και συνεπώς δεν είναι σύνηθες η επιχορήγηση που παρέχεται σ' αυτό, εφ' όσον οι σκοποί αυτού βρίσκονται εκτός του κύκλου αρμοδιοτήτων της τοπικής αυτοδιοίκησης. Η σύσταση νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, με σκοπό την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, την υλοποίηση προγραμμάτων για την αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων, την ανάδειξη της ισοτιμίας της γυναίκας κλπ, δεν είναι νόμιμη, διότι οι αρμοδιότητες αυτές εμπίπτουν στην έννοια των γενικών κρατικών υποθέσεων, αφού δεν περιορίζονται στα χωρικά πλαίσια του συγκεκριμένου Δήμου αλλά συνάπτονται αμέσως προς τη γενική πολιτική και αφορούν ολόκληρο το κράτος. (ΕλΣ Πράξη VII Τμ. 16/2006)

#### Άρθρο 240

##### Διοίκηση νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου

1. Τα δημοτικά ή κοινοτικά νομικά πρόσωπα διοικούνται από το διοικητικό συμβούλιο, που αποτελείται από πέντε έως δεκαπέντε μέλη, τα οποία μαζί με τους αναπληρωτές τους ορίζονται από το δημοτικό ή κοινοτικό συμβούλιο. Μέλη του διοικητικού συμβουλίου είναι ο δήμαρχος ή ο πρόεδρος της κοινότητας, δημοτικοί ή κοινοτικοί σύμβουλοι και δημότες ή κάτοικοι που είναι χρήστες των υπηρεσιών του νομικού προσώπου ή που έχουν ανάλογη επαγγελματική ή κοινωνική δράση ή ειδικές γνώσεις, ανάλογα με το σκοπό του νομικού προσώπου, καθώς και ένας εκπρόσωπος των εργαζομένων του νομικού προσώπου, εφόσον αυτό απασχολεί περισσότερους από δέκα (10) εργαζομένους. Ο ανωτέρω εκπρόσωπος προτείνεται από τη γενική συνέλευση των τακτικών υπαλλήλων εντός προθεσμίας δεκαπέντε (15) ημερών από τότε που θα αποσταλεί η σχετική πρόσκληση. Ένα τουλάχιστον εκ των μελών του διοικητικού συμβουλίου ορίζεται από τη μειοψηφία του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Εάν τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου είναι περισσότερα από πέντε (5), δύο (2) τουλάχιστον από αυτά ορίζονται από τη μειοψηφία του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Σε περίπτωση που η μειοψηφία δεν ορίσει συμβούλους ή εκείνοι που έχουν οριστεί παραιτηθούν, χωρίς να αντικατασταθούν, μετέχουν σύμβουλοι της πλειοψηφίας. Στις περιπτώσεις που το νομικό πρόσωπο λειτουργεί στην περιφέρεια τοπικού διαμερίσματος ένα μέλος προτείνεται από το οικείο συμβούλιο. Μετά τον ορισμό των μελών το δημοτικό συμβούλιο εκλέγει από τα μέλη αυτά τον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου. Στην περίπτωση που μέλος έχει ορισθεί, από το δημοτικό ή κοινοτικό συμβούλιο, ο δήμαρχος ή ο πρόεδρος της Κοινότητας, αυτός αυτοδικαίως καθίσταται και πρόεδρος αντιστοίχως, του διοικητικού συμβουλίου.

Η θητεία των μελών του διοικητικού συμβουλίου του νομικού προσώπου ορίζεται με την απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Λήγει πάντοτε με την εγκατάσταση του νέου διοικητικού συμβουλίου. Τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου μπορούν να αντικατασταθούν κατά τη διάρκεια της θητείας τους, με απόφαση δημοτικού συμβουλίου για σοβαρό λόγο που ανάγεται στην άσκηση των καθηκόντων τους.

Τον πρόεδρο του διοικητικού συμβουλίου σε περίπτωση απουσίας ή κωλύματος αναπληρώνει ο αντιπρόεδρος. Το νομικό πρόσωπο εκπροσωπείται στα δικαστήρια και σε κάθε δημόσια αρχή από τον πρόεδρο του διοικητικού συμβουλίου και όταν αυτός κωλύεται ή απουσιάζει από τον αντιπρόεδρο.

2. Οι διατάξεις των άρθρων 227 παράγραφος 5, 234, 235 και των παραγράφων 1 και 3 του άρθρου 236 εφαρμόζονται και στα νομικά πρόσωπα αυτά. Τα θέματα, τα σχετικά με τη λειτουργία του νομικού προσώπου ρυθμίζονται με κανονισμούς που εγκρίνουν τα δημοτικά ή κοινοτικά συμβούλια. Τα νομικά πρόσωπα, αν δεν διαθέτουν ταμειακή υπηρεσία, εξυπηρετούνται από την ταμειακή υπηρεσία του οικείου Οργανισμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης.

### Συγτική Νομολογία

#### Άρθρο 241

#### Συγχώνευση – Κατάργηση νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου

1. Η συγχώνευση δημοτικών ή κοινοτικών νομικών προσώπων σε ένα νομικό πρόσωπο, συναφούς σκοπού, γίνεται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, που εκδίδεται ύστερα από απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Από τη δημοσίευση της ανωτέρω απόφασης για τη συγχώνευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, το νέο νομικό πρόσωπο, στο οποίο συγχωνεύθηκαν τα άλλα, υποκαθίσταται αυτοδικαίως και χωρίς καμία άλλη διατύπωση, σε όλα εν γένει τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των συγχωνευθέντων νομικών προσώπων, εξομοιούμενο με καθολικό διάδοχο.

Με απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου καθορίζονται οι αναγκαίες θέσεις του προσωπικού που υπηρετεί στα παραπάνω δημοτικά ή κοινοτικά νομικά πρόσωπα, οι οποίες μεταφέρονται αυτοδικαίως στο νέο δημοτικό ή κοινοτικό νομικό πρόσωπο. Τυχόν πλεονάζουσες θέσεις μεταφέρονται με τον ίδιο τρόπο στον οικείο Δήμο ή Κοινότητα. Στις θέσεις αυτές με την ίδια απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου εντάσσεται, αυτοδικαίως, το προσωπικό με την ίδια σχέση με την οποία υπηρετούσε στα συγχωνευόμενα νομικά πρόσωπα.

Οι εκκρεμείς δίκες συνεχίζονται από το νέο νομικό πρόσωπο χωρίς καμία ειδικότερη διατύπωση για τη συνέχιση από αυτό.

2.α. Είναι δυνατόν επίσης δημοτικά ή κοινοτικά πρόσωπα να συγχωνεύονται με δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα, εφόσον επιδιώκουν τον ίδιο ή παρεμφερή κοινωφελή σκοπό. Περίουσία, κατά την έννοια του άρθρου 96 παρ. 1 του α.ν. 2039/1939 (ΦΕΚ 455 Α') εξακολουθεί και μετά τη συγχώνευση να αποτελεί κεφάλαιο αυτοτελούς διαχείρισης, διακεκριμένο από την υπόλοιπη περιουσία, το οποίο διέπεται από τις διατάξεις του ανωτέρω αναγκαστικού νόμου.

β. Η ανωτέρω συγχώνευση γίνεται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, που εκδίδεται ύστερα από απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Από τη δημοσίευσή της τα δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα υποκαθίστανται αυτοδικαίως, σε όλα τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των συγχωνευθέντων νομικών προσώπων. Οι εκκρεμείς δίκες συνεχίζονται από τα ιδρύματα.

γ. Οι θέσεις του προσωπικού των απορροφώμενων δημοτικών ή κοινοτικών νομικών προσώπων μεταφέρονται αυτοδικαίως στα δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα και εντάσσονται στους Οργανισμούς Εσωτερικής Υπηρεσίας τους. Η ένταξη γίνεται με



απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του ιδρύματος σε αντίστοιχη κενή οργανική θέση και ειδικότητα και, σε περίπτωση που δεν υπάρχουν, σε προσωποπαγή θέση. Το ανωτέρω προσωπικό εξακολουθεί να διέπεται από το μισθολογικό και ασφαλιστικό καθεστώς κύριας, επικουρικής ασφάλισης και πρόνοιας που είχε πριν από την έναρξη ισχύος του άρθρου αυτού.

δ. Με την ίδια διαδικασία της περ. β' της παρούσης, η κυριότητα και κάθε άλλο εμπράγματο δικαίωμα επί του συνόλου της κινητής και ακίνητης περιουσίας των νομικών προσώπων που συγχωνεύονται, περιέρχεται στα δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα. Για καθένα από τα ακίνητα που περιέρχονται στην περιουσία του, το διοικητικό συμβούλιο καταρτίζει σχετική πράξη από την οποία προκύπτει η ταυτότητα του ακινήτου. Η πράξη αυτή αποτελεί μεταγγραψτέο τίτλο και καταχωρίζεται ατελώς στα οικεία βιβλία των Υποθηκοφυλακείων. Οι ιδιωτικές περιουσίες που έχουν περιέλθει στα ανωτέρω ιδρύματα εξακολουθούν και μετά τη συγχώνευση να διατίθενται αποκλειστικά για το σκοπό, για τον οποίο αφιερώθηκαν.

ε. Οι δαπάνες λειτουργίας και συντήρησης, καθώς και οι δαπάνες μισθοδοσίας του προσωπικού των δημοτικών ή κοινοτικών νομικών προσώπων, μετά τη συγχώνευσή τους με δημοτικά ή κοινοτικά ιδρύματα και μέχρι το τέλος του οικονομικού έτους που πραγματοποιείται η συγχώνευση, βαρύνουν τους προϋπολογισμούς των ιδρυμάτων, στους οποίους μεταφέρονται οι πιστώσεις των απορροφώμενων Ν.Π.Δ.Δ. με απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Για τα επόμενα έτη οι σχετικές πιστώσεις εγγράφονται στους προϋπολογισμούς των δημοτικών ή κοινοτικών ιδρυμάτων.

3. Νομικά πρόσωπα του άρθρου αυτού, που συστήθηκαν με οποιονδήποτε τρόπο, καταργούνται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας, ύστερα από απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Από τη δημοσίευση της απόφασης κατάργησης, η τυχόν περιουσία τους περιέρχεται αυτοδικαίως στο Δήμο ή την Κοινότητα, που τα σύστησε.

4. Νομικά πρόσωπα τα οποία μετά την πάροδο διετίας από την έναρξη ισχύος του παρόντος ή δύο έτη μετά τη δημοσίευση της συστατικής τους πράξης δεν έχουν συντάξει προϋπολογισμό και απολογισμό για δύο διαδοχικά οικονομικά έτη, καταργούνται. Η σχετική πράξη κατάργησης εκδίδεται από τον Γενικό Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας.

5. Το προσωπικό που υπηρετεί στα νομικά πρόσωπα, που καταργούνται, εντάσσεται στον οικείο Δήμο ή Κοινότητα κατά τις διατάξεις του άρθρου 318 του ν. 1188/ 1981, όπως ισχύει.

## Άρθρο 242

### Έξοδα παράστασης – Αποζημίωση μελών

1. Στον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο του διοικητικού συμβουλίου του νομικού προσώπου επιτρέπεται να καταβάλλονται έξοδα παράστασης, ύστερα από απόφαση του οικείου δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου, όταν ο οικονομικός απολογισμός του προηγούμενου έτους υπερβαίνει τις τριακόσιες χιλιάδες ευρώ (300.000 €). Το ύψος των εξόδων παράστασης καθορίζεται με απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομίας και Οικονομικών, μετά από γνώμη της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας. Τα ανωτέρω έξοδα δεν μπορούν να υπερβαίνουν το πενήντα τοις εκατό (50%) των αντίστοιχων του οικείου Δημάρχου ή Προέδρου της Κοινότητας.

2. Στον πρόεδρο και στα μέλη του διοικητικού συμβουλίου του νομικού προσώπου, εκτός από τον δήμαρχο, τον αντιδήμαρχο, τον πρόεδρο του δημοτικού συμβουλίου και τον πρόεδρο της Κοινότητας, επιτρέπεται να καταβάλλεται αποζημίωση για κάθε συνεδρίαση, και έως τρεις (3) συνεδριάσεις το μήνα, ύστερα από απόφαση του δημοτικού ή κοινοτικού συμβουλίου. Το ύψος της αποζημίωσης για κάθε συνεδρίαση ανέρχεται στο ένα τοις εκατό (1%) των μηνιαίων εξόδων παράστασης των δημάρχων ή των προέδρων της Κοινότητας αντίστοιχα. Εάν ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος λαμβάνουν έξοδα παράστασης δεν δικαιούνται αποζημίωση για τη συμμετοχή τους στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4

### ΣΤΟΧΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ

#### ΣΤΟΧΟΣ 1

Παροχή υπηρεσιών που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών, να είναι προσβάσιμες από όλους ανεξαρτήτως οικονομικής δυνατότητας και να περιλαμβάνουν ένα ευρύτερο πεδίο υπηρεσιών στην κοινότητα.

Αντικείμενο 1. Παροχή στους πολίτες σε λιγότερο από 24 ώρες την κατάλληλη και δίκαια πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες υγείας.

Αντικείμενο 2. Παροχή περιεκτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την κατάλληλη προσβασιμότητα για τους πολίτες όχι μόνο για ιατρικές υπηρεσίες, αλλά και υπηρεσίες από επαγγελματίες παραϊατρικών επαγγελμάτων. Παράλληλη συνεργασία και διακομιδές σε γενικά νοσοκομεία εκτάκτων περιστατικών άμεσα.

Αντικείμενο 3. Ανάπτυξη ενός εύρους πολλαπλών πειθαρχικών αποτιμήσεων και υπηρεσιών θεραπείας πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Αντικείμενο 4. Δημιουργία και υλοποίηση ενός εύρους στρατηγικών για τη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας.

Αντικείμενο 5. Σχεδιασμός και εφαρμογή πλάνων για αντιμετώπιση χρόνιων καταστάσεων.

Αντικείμενο 6. Ανάπτυξη και υλοποίηση στρατηγικών για παροχή αποτελεσματικών πελατοκεντρικών υπηρεσιών που να βασίζονται στην κοινότητα για άτομα με ειδικές ανάγκες και ψυχιατρικές ασθένειες.

Αντικείμενο 7. Δημιουργία νέων οργανωτικών δομών πρόληψης για αντιμετώπιση αναγκών των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο (λόγω εργασίας, τρόπου ζωής, κληρονομικότητας).

Στόχος 2. Ανάπτυξη ουσιαστικής – αποτελεσματικής συνεργασίας της διοίκησης και των επαγγελματιών υγείας, εντός ορίων, για παροχή αποτελεσματικότερης και ολοκληρωμένης ομαδικής εργασίας.

Αντικείμενο 1. Ανάπτυξη και εφαρμογή πολλαπλών ειδικεύσεων πρωτοκόλλων και επαγγελματικών κριτηρίων για την εξασφάλιση ότι οι πολίτες θα δέχονται την κατάλληλη φροντίδα και τη θεραπεία από ικανούς επαγγελματίες υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες τους.

Αντικείμενο 2. Ανάπτυξη μοντέλων κοινωνικής φροντίδας αποκατάστασης, με τα οποία τα άτομα θα ανακτούν και θα διατηρούν την ανεξαρτησία τους καθώς επίσης και θα επιτυγχάνουν καλύτερη ποιότητα ζωής αποφεύγοντας την πολύ ήμερη παραμονή τους στο νοσοκομείο.

Αντικείμενο 3. Ανάπτυξη και οργάνωση της φροντίδας υγείας και θεραπείας στο σπίτι για διευκόλυνση της αποτελεσματικής εκπλήρωσης των σχεδίων των νοσοκομείων.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

### ΑΡΧΕΣ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΟΥ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΔΗΜΟΤΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ

- 1) Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας που θα παρέχονται, θα επικεντρώνονται στις ανάγκες των πολιτών, των οικογενειών και της κοινωνίας.
- 2) Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας θα πρέπει να παρέχονται στην κοινότητα και θα ασχολούνται με την κατανόηση και εκπλήρωση των αναγκών της κοινότητας.
- 3) Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, με τη σύμφωνη γνώμη των χρηστών, θα οργανώνουν τις πληροφορίες για την κατάσταση υγείας των ασθενών, ώστε οι χρήστες των υπηρεσιών να μη χρειάζεται να επαναλαμβάνουν το ιστορικό τους σε κάθε επίσκεψη στα Δημοτικά Ιατρεία.
- 4) Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, θα είναι εύκολα προσβάσιμες, ανταποκρινόμενες στις ανάγκες των πολιτών, ολοκληρωμένες, ευέλικτες και καινοτόμες στον τρόπο που χειρίζονται τις ανάγκες των πολιτών, των οικογενειών και των κοινοτήτων.
- 5) Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας δε θα περιορίζονται από τον παραδοσιακό τρόπο προσέγγισης και αντιμετώπισης του ασθενούς από κάθε επαγγελματία υγείας ξεχωριστά. Η προσέγγιση θα γίνεται ομαδικά στην παροχή υποστήριξης, φροντίδας και θεραπείας με σκοπό τη μεγιστοποίηση του οφέλους.
- 6) Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας θα είναι ολιστικές στη φύση τους, επιτελώντας την όσο το δυνατόν πληρέστερη αποτίμηση των αναγκών των πολιτών και φέρνοντας στην επιφάνεια το πιο κατάλληλο εύρος υπηρεσιών για να επωφεληθούν οι πολίτες και οι κοινότητες.
- 7) Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας θα αφοσιώνονται στις ανάγκες των πολιτών, θα υποστηρίζουν την προαγωγή υγείας, την πρόληψη της ασθένειας και θα βοηθούν στο να κατανοήσουν οι πολίτες την υγεία τους και πως θα τη χειριστούν καλύτερα.

- 8) Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας θα οργανώνουν και θα συντονίζουν τη διαδρομή του ασθενούς μεταξύ των μονάδων Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- 9) Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας θα παρέχουν υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας και θα λειτουργούν με πίστη στις αρχές, εντιμότητα, επαγγελματισμό και υπευθυνότητα.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς