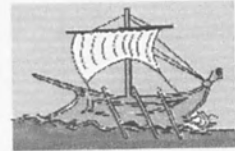




ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ.  
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΔΗΜΟΥ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2007



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ.  
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΔΗΜΟΥ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	
ΑΡ. ΕΙΣ.	57876
COMP.	39346
ΤΑΞΙΝ.	362.109495 ΚΑΛ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ	

Πειραιάς, 2007



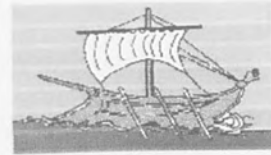
00157876



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΤΟΠΙΚΗ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ.  
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΜΕΛΕΤΗΣ ΔΗΜΟΥ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ

Επόπτης :  
Δρ. Βοζίκης Αθανάσιος

Μέλη:

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ	
ΑΡ. ΕΞ.	
COMP.	
ΤΑΞΙΝ.	
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ	

Μελέτη για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2007

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την συνεισφορά τους στην παρούσα εργασία, θα ήθελα να ευχαριστήσω:

Την Αντιδήμαρχο Κοινωνικής Μέριμνας του Δήμου Κερατσινίου, κα Τσοτσάνη-Δριτσάκου και τον Αντιδήμαρχο Παιδείας και Δημοσίων Σχέσεων, για την βοήθεια που μου προσέφεραν.

Τη Διευθύντρια του Κ.Κ.Π.Π.Ι. του Δήμου Κερατσινίου κα. Κοντού, για την ενημέρωση και το έντυπο υλικό που παρείχε.

Την κλινική κοινωνικό λειτουργό – ψυχοθεραπεύτρια του Κ.Κ.Π.Π.Ι κα. Κολιοπούλου Αικατερίνη, για την πληροφόρηση και την διάθεση συνεργασίας που επέδειξε.

Την Ακαδημία Γενικής Ιατρικής, για την ευγενική προσφορά ελληνικής αρθρογραφίας.

Ιδιαίτερα θερμές ευχαριστίες στον υπεύθυνο καθηγητή μου κο. Βοζίκη Αθανάσιο, για την επίδειξη υπομονής, κατανόησης και ορθής συμβουλευτικής.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα, αποτελεί εδώ και δεκαετίες, θέμα πολιτικού διαλόγου και αιτία έντονων αντιπαραθέσεων. Η υπάρχουσα κατάσταση κρίνεται προβληματική, λόγω των ελλείψεων που παρατηρούνται. Το «κενό» των παρεχόμενων υπηρεσιών αρχίζει να καλύπτει σταδιακά η τοπική αυτοδιοίκηση, μέσω της ανάπτυξης και παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η παρούσα εργασία περιγράφει την υφιστάμενη κατάσταση που χαρακτηρίζει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα και τις δομές που ήδη λειτουργούν στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της τοπικής αυτοδιοίκησης. Παρουσιάζονται τα συστήματα πρωτοβάθμιας περίθαλψης της Αγγλίας και των Σκανδιναβικών χωρών καθώς και η εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης σε αυτά. Επίσης, εξετάζεται η ανάπτυξη ανάλογων υπηρεσιών από τους πρωτοβάθμιους Ο.Τ.Α. της Ελλάδας. Αναλύεται το «πλέγμα» των υγειονομικών υπηρεσιών που έχει αναπτύξει ο Δήμος Κερατσινίου και παρατίθενται μέτρα για την περαιτέρω ανάπτυξή τους. Τέλος, προτείνονται μέτρα για την αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την εντονότερη ενεργοποίηση των Ο.Τ.Α. της χώρας.

### ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Τοπική Αυτοδιοίκηση, Δήμοι, Γενικός ιατρός, Κέντρο Υγείας

## SUMMARY

The structure of primary health care in Greece, has been for decades subject of political dialogue and cause of intense juxtapositions. The existing situation is judged problematic, because of the lacks that are observed. The “gap” of the provided services is covered progressively by the local government, via the growth and benefit of primary health care services. The present thesis describes the subordinate situation that characterizes primary health care in Greece and the structures that function already in the frame of competences of local government. The systems of primary health care in England and the Nordic countries are presented and the entanglement of local government in them. Also, the growth of proportional services from local government of first degree in Greece is examined. The network of sanitary services that Municipality of Keratsini has developed, is analyzed and measures for their further growth are mentioned. Finally, measures are proposed for the upgrade of primary health care and for intensive activation of the Greek local government organisations.

### KEYWORDS:

Primary health care, Local government, Municipalities, General doctor, Health center

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

#### ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Π.Φ.Υ. – ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1.1.	Ορισμός της υγείας	1
1.2.	Προσεγγίσεις στην υγεία	1
1.3.	Προσδιοριστικοί παράγοντες επιπέδου υγείας	2
1.4.	Ορισμός πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας	4
1.5.	Εννοιολογικές διακρίσεις – αποσαφηνίσεις	7
1.6.	Νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα	8
1.7.	Τα Κέντρα Υγείας	11
1.7.1.	Σκοπός των Κέντρων Υγείας	11
1.7.2.	Στόχος των Κ.Υ.	12
1.8.	Ο γενικός γιατρός	13
1.8.1.	Ορισμός	13
1.8.2.	Τα οφέλη από της άσκηση της γενικής ιατρικής	14
1.8.3.	Οι δεξιότητες του γενικού ιατρού	15
1.8.4.	Σύντομη εξέλιξη του θεσμού	18
1.8.5.	Ο γενικός-οικογενειακός γιατρός στην Ελλάδα	19
1.8.5.1.	Ιστορικά στοιχεία	19
1.8.5.2.	Περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης (λειτουργική προσέγγιση)	21
1.8.6.	Τα προβλήματα της γενικής ιατρικής στην Ελλάδα	21
1.9.	Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα	22
1.9.1.	Γενικά χαρακτηριστικά	22
1.9.2.	Η κεντρική οργάνωση της Π.Φ.Υ.	23
1.9.3.	Οι πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ.	24
1.9.3.1.	Το Ε.Σ.Υ.	24
1.9.3.2.	Τα ασφαλιστικά ταμεία	25
1.9.3.3.	Η τοπική αυτοδιοίκηση	26
1.9.3.4.	Ο ιδιωτικός τομέας	26

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1	Η συνταγματική κατοχύρωση της Τ.Α. στην Ελλάδα.	31
2.2	Οι Ο.Τ.Α. α' βαθμού	34
2.2.1	Συνενώσεις και υφιστάμενη κατάσταση	34
2.2.2	Ο Δημοτικός και Κοινοτικός Κώδικας	35
2.3	Οι ΟΤΑ β' βαθμού	36
2.4	Κοινωνική πολιτική, υγεία και τοπική αυτοδιοίκηση	37
2.4.1	Γενικά	37
2.4.2	Η Π.Φ.Υ. στην τοπική αυτοδιοίκηση	38
2.4.2.1	Βασικές νομοθετικές διατάξεις	38
2.4.2.2	Προνοιακές δομές – δομές υγείας	39
2.4.2.2.1	Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)	40
2.4.2.2.2	Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (Κ.Δ.Α.Π.)	41
2.4.2.2.3	Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)	41
2.4.2.2.4	Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»	41
2.4.2.2.5	Τα δημοτικά ιατρεία	42

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Η Π.Φ.Υ. ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

3.1.	Το μοντέλο της Αγγλίας	44
3.1.1.	Η αυτοδιοίκηση στην Αγγλία	44
3.1.2.	Το σύστημα υγείας της Αγγλίας	46
3.2.	Το μοντέλο της Σουηδίας	51
3.2.1.	Η αυτοδιοίκηση στη Σουηδία	51
3.2.2.	Υγεία και Π.Φ.Υ. στη Σουηδία	52
3.3.	Το μοντέλο της Νορβηγίας	57
3.3.1.	Το αυτοδιοικητικό μοντέλο της χώρας	57
3.3.2.	Η Π.Φ.Υ. στη Νορβηγία	58
3.4.	Το μοντέλο της Φιλανδίας	63
3.4.1.	Το αυτοδιοικητικό μοντέλο της χώρας	63



**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4****Π.Φ.Υ ΚΑΙ Τ.Α.. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

4.1. Μελέτες περιπτώσεων Δήμων	68
4.1.1. Οι Δήμοι της Αττικής	68
4.1.1.1. Ο Δήμος Αθηναίων	68
4.1.1.2. Ο Δήμος Χολαργού	69
4.1.1.3. Ο Δήμος Αγίας Παρασκευής	70
4.1.1.4. Ο Δήμος Ιλίου	71
4.1.1.5. Ο Δήμος Αγίας Βαρβάρας	72
4.1.1.6. Ο Δήμος Αιγάλεω	72
4.1.1.7. Ο Δήμος Βύρωνα	73
4.1.1.8. Ο Δήμος Κηφισιάς	74
4.1.1.9. Ο Δήμος Παλλήνης	75
4.1.1.10. Ο Δήμος Αργυρούπολης	77
4.1.1.11. Ο Δήμος Νέας Ιωνίας	78
4.1.1.12. Ο Δήμος Λυκόβρυσης	79
4.1.1.13. Ο Δήμος Δάφνης	79
4.1.1.14. Ο Δήμος Πεύκης	80
4.1.1.15. Ο Δήμος Αγίου Ιωάννη Ρέντη	81
4.1.1.16. Ο Δήμος Περάματος	82
4.1.1.17. Ο Δήμος Καλυβίων	83
4.1.2. Οι Δήμοι της Περιφέρειας	84
4.1.2.1. Ο Δήμος Ροδίων	84
4.1.2.2. Ο Δήμος Ελευθερίου – Κορδελιού	85
4.1.2.3. Ο Δήμος Ιωαννίνων	85
4.1.2.4. Ο Δήμος Σοφάδων	86
4.1.2.5. Ο Δήμος Αμπελώνας Λάρισας	86
4.1.2.6. Ο Δήμος Βόλου	87
4.1.2.7. Ο Δήμος Πόρου	87
4.1.2.8. Ο Δήμος Μουρεσίου	88

4.2. Το Διαδημοτικό Δίκτυο Δομών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ο.Τ.Α.	91
4.2.1. Γενικά	91
4.2.2. Διοίκηση, μέλη και οργανωτική δομή του Δικτύου	91
4.2.3. Σκοπός σύστασης	92
4.2.4. Στόχοι της σύστασης	93
4.2.5. Δράσεις του Δικτύου	94

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Ο ΔΗΜΟΣ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ

5.1. Ιστορικά στοιχεία	96
5.2. Χωροταξική τοποθέτηση	97
5.3. Δημογραφικά στοιχεία	97
5.3.1. Πληθυσμιακή εξέλιξη	97
5.3.2. Αλλοδαπός πληθυσμός	101
5.3.3. Εκπαιδευτικό επίπεδο	103
5.3.4. Απασχόληση και ανεργία	105
5.4. Η φροντίδα υγείας στο Δήμο Κερατσινίου	108
5.4.1 Η νοσοκομειακή περίθαλψη	108
5.4.2. Η Π.Φ.Υ. στο Κερατσίνι	108
5.4.2.1. Οι υπηρεσίες του Ι.Κ.Α.	108
5.4.2.2. Οι υπηρεσίες του Π.Ι.Κ.Π.Α.	109
5.4.2.3. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων	110
5.5. Δομές Υγείας-Πρόνοιας του Δήμου	110
5.5.1. Γραφείο Κοινωνικής Μέριμνας	110
5.5.2. Γραφείο Υγιεινής και Ασφάλειας των εργαζομένων	111
5.6. Το Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας και Προληπτικής Ιατρικής (Κ.Κ.Π.Π.Ι.)	111
5.6.1. Γενικά	111
5.6.2. Σύσταση	112
5.6.3. Διοίκηση	112
5.6.4. Στελέχωση	112
5.6.5. Δομές του Κέντρου	115
5.6.5.1. Ο Συμβουλευτικός Σταθμός	116
5.6.5.2. Ο Απογευματινός Παιδικός Σταθμός	118

5.6.5.3. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»	118
5.6.5.4. Το πρόγραμμα «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας»	119
5.6.5.5. Τα Δημοτικά Ιατρεία	119
5.6.6. Απολογισμός δράσεων των υπηρεσιών του Κ.Κ.Π.Π.Ι. περιόδου 2003-2006	120
5.6.7. Χρήση υπηρεσιών Κ.Κ.Π.Π.Ι. έτους 2006	123
5.6.8. Δικτύωση Κέντρου	124
5.7. Ανάλυση S.W.O.T. Κ.Κ.Π.Π.Ι	124
5.8. Συμπεράσματα – Προτάσεις	125

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

6.1. Συμπεράσματα	132
6.2. Προτάσεις	135

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ, ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ, ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Σελ.

## ΕΙΚΟΝΕΣ

<i>Εικόνα 1.1</i>	Οι οικογενειακοί ιατροί στην Ελλάδα	20
<i>Εικόνα 1.2</i>	Δαπάνες υγείας και σύνθεσή τους	27

## ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

<i>Διάγραμμα 1.1</i>	Σκοποί της Π.Φ.Υ.	6
<i>Διάγραμμα 1.2</i>	Υπηρεσίες ενός Κέντρου Υγείας (Ν. 1397/1983)	13
<i>Διάγραμμα 1.3</i>	Οι βασικές δεξιότητες του γενικού ιατρού	16
<i>Διάγραμμα 1.4</i>	Διεύθυνση Π.Φ.Υ. του Υ.Υ.Κ.Α.	23
<i>Διάγραμμα 2.1</i>	Διάκριση Τ.Α. το 1822	31
<i>Διάγραμμα 2.2</i>	Διαίρεση επικράτειας κατά Καποδίστρια	32
<i>Διάγραμμα 3.1</i>	Η Τ.Α. στην Αγγλία το 1894	44
<i>Διάγραμμα 3.2</i>	Το σύστημα υγείας στη Σουηδία	54
<i>Διάγραμμα 3.3</i>	Οργάνωση υπηρεσιών υγείας στην Τ.Α. της Φιλανδίας	64
<i>Διάγραμμα 4.1.</i>	Οργανωτική δομή Δ.Δ.Υ. & Κ.Α.	92
<i>Διάγραμμα 5.1</i>	Οργανωτική δομή Κ.Κ.Π.Π.Ι.	115

## ΠΙΝΑΚΕΣ

<i>Πίνακας 1.1</i>	Διαστάσεις-προβλήματα σχετικά με την ανάπτυξη της γενικής ιατρικής στην Ελλάδα	22
<i>Πίνακας 1.2.</i>	Δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα	24
<i>Πίνακας 1.3</i>	Αριθμός μονάδων Π.Φ.Υ, ιατρών και επισκέψεων κατά το έτος 1993	28
<i>Πίνακας 1.4</i>	Υπηρεσίες Π.Φ.Υ., παρεχόμενες από το Ε.Σ.Υ. (2002)	29
<i>Πίνακας 3.1</i>	Δημόσια και ιδιωτική συμμετοχή στις προσωπικές υπηρεσίες υγείας κατά τα έτη 1993-2002 στη Σουηδία (εκατ. \$)	57

<i>Πίνακας 4.1</i>	Ειδικότητες πολυϊατρείων Δήμου Αθηναίων	68
<i>Πίνακας 4.2</i>	Καθεστώς εργασίας και αριθμός προσωπικού κατά ειδικότητα στα δημοτικά ιατρεία του Δήμου Χολαργού	70
<i>Πίνακας 4.3</i>	Τμήματα δημοτικών ιατρείων Δήμου Αγίας Παρασκευής	71
<i>Πίνακας 4.4</i>	Ιατρικές ειδικότητες δημοτικών ιατρείων Παλλήνης	76
<i>Πίνακας 4.5</i>	Ιατρικές ειδικότητες δημοτικών ιατρείων Λυκόβρυσσης	79
<i>Πίνακας 4.6</i>	Ιατρικές ειδικότητες Δήμου Πεύκης	81
<i>Πίνακας 4.7</i>	Συγκεντρωτικός πίνακας δομών υγείας των εξεταζόμενων Ο.Τ.Α.	90
<i>Πίνακας 5.1</i>	Πληθυσμιακή εξέλιξη Δήμου Κερατσινίου	97
<i>Πίνακας 5.2</i>	Σύνθεση ηλικιακών ομάδων αλλοδαπού πληθυσμού κατά έτος	102
<i>Πίνακας 5.3</i>	Δικαιούχοι περίθαλψης Ι.Κ.Α. (2001) ευρύτερης περιοχής Κερατσινίου	109
<i>Πίνακας 5.4</i>	Αριθμός, ειδικότητες και ποσοστά (%) επί του συνόλου των εργαζομένων στο Κ.Κ.Π.Π.Ι.	113
<i>Πίνακας 5.5</i>	Εργασιακό καθεστώς προσωπικού Κ.Κ.Π.Π.Ι.	114
<i>Πίνακας 5.6</i>	Επισκέψεις και κατηγορία εξυπηρετούμενων στο Κ.Κ.Π.Π.Ι. το 2006	123
<i>Πίνακας 5.7</i>	Ανάλυση S.W.O.T. Κ.Κ.Π.Π.Ι.	125

## ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

<i>Γράφημα 1.1</i>	Επισκέψεις ανά φορέα παροχής ως ποσοστό επί του συνόλου των επισκέψεων της Π.Φ.Υ. κατά το έτος 1993	28
<i>Γραφ. 2.1.1 &amp; 2.1.2</i>	Ποσοστό Δήμων και Κοινοτήτων προ και μετά την εφαρμογή του Ν. 2539/97	35
<i>Γράφημα 3.1</i>	Γενικοί ιατροί στην Αγγλία	47
<i>Γράφημα 3.2</i>	Πυκνότητα γενικών ιατρών στην Αγγλία (ανά 1000 κατοίκους)	48
<i>Γράφημα 3.3</i>	Ποσοστό γενικών ιατρών επί του συνόλου (Αγγλία)	48
<i>Γράφημα 3.4</i>	Ποσοστιαία συμμετοχή (%) των δαπανών υγείας στο ΑΕΠ (Αγγλία)	49

<i>Γράφημα 3.5</i>	Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Αγγλία (εκατ. \$)	49
<i>Γράφημα 3.6</i>	Δημόσια εξωνοσοκομειακή δαπάνη στην Αγγλία (εκατ. \$)	50
<i>Γράφημα 3.7</i>	Εξέλιξη δημόσιας δαπάνης για προσωπικές υπηρεσίες υγείας στην Αγγλία (εκατ. \$)	50
<i>Γράφημα 3.8</i>	Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στη Σουηδία (εκατ. \$)	54
<i>Γράφημα 3.9</i>	Γενικοί ιατροί στη Σουηδία (1970-2002)	55
<i>Γράφημα 3.10</i>	Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ της Σουηδίας (1980-2001)	56
<i>Γράφημα 3.11</i>	Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στη Σουηδία (1970-2002)	56
<i>Γράφημα 3.12</i>	Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στη Σουηδία (εκατ. \$)	57
<i>Γράφημα 3.13</i>	Γενικοί ιατροί στη Νορβηγία	60
<i>Γράφημα 3.14</i>	Πυκνότητα γενικών ιατρών ανά 1000 κατοίκους στη Νορβηγία	60
<i>Γράφημα 3.15</i>	Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ της Νορβηγίας	61
<i>Γράφημα 3.16</i>	Δημόσια και ιδιωτική συμμετοχή στις δαπάνες υγείας της Νορβηγίας (εκατ. \$)	62
<i>Γράφημα 3.17</i>	Δημ.- ιδιωτ. συμμετοχή στις δαπάνες προσωπικών υπηρεσιών υγείας στη Νορβηγία (εκατ. \$)	62
<i>Γράφημα 3.18</i>	Ιδιωτική και δημόσια δαπάνη για κατ' οίκον υπηρεσίες υγείας στη Νορβηγία	63
<i>Γράφημα 3.19</i>	Γενικοί ιατροί στη Φιλανδία	65
<i>Γράφημα 3.20</i>	Δημόσια και ιδιωτική συμμετοχή στο σύνολο των δαπανών υγείας στη Φιλανδία (εκατ. \$)	66
<i>Γράφημα 3.21</i>	Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη προσωπικών υπηρεσιών υγείας στη Φιλανδία (εκατ. \$)	66
<i>Γράφημα 3.22</i>	Δημόσια και ιδιωτική συμμετοχή στην εξωνοσοκομειακή δαπάνη στη Φιλανδία (εκατ. \$)	67
<i>Γράφημα 3.23</i>	Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη υπηρεσιών υγείας	

	κατ' οίκον στη Φιλανδία (εκατ. \$)	67
<i>Γράφημα 5.1</i>	Ποσοστιαία μεταβολή πληθυσμού Δήμου Κερατσινίου περιόδου 1941- 2001	98
<i>Γράφημα 5.2</i>	Ηλικιακή και κατά φύλο σύνθεση πραγματικού πληθυσμού Δήμου Κερατσινίου	99
<i>Γράφημα 5.3</i>	Ποσοστιαία Μεταβολή Πραγματικού Πληθυσμού 1991-2001 Δήμου Κερατσινίου ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα	100
<i>Γράφημα 5.4</i>	Ποσοστιαία σύνθεση πραγματικού πληθυσμού Δήμου Κερατσινίου ανά κατηγορία οικογενειακής κατάστασης (2001)	101
<i>Γράφημα 5.5</i>	Κατανομή αλλοδαπού πληθυσμού κατά ήπειρο προέλευσης	101
<i>Γράφημα 5.6</i>	Ποσοστιαία μεταβολή αλλοδαπού πληθυσμού ανά ηλικιακή ομάδα	102
<i>Γράφημα 5.7</i>	Ποσοστό συμμετοχής αλλοδαπών στον πραγματικό πληθυσμό σε επίπεδο Χώρας, Περιφέρειας και Δήμου το έτος 2001	103
<i>Γράφημα 5.8</i>	Εκπαιδευτικό επίπεδο πραγματικού πληθυσμού το έτος 2001	104
<i>Γράφημα 5.9</i>	Ποσοστιαία μεταβολή εκπαιδευτικού επιπέδου Δήμου Κερατσινίου (1991-2001)	104
<i>Γράφημα 5.10</i>	Οικονομικά ενεργός και μη οικονομικά ενεργός πληθυσμός 1991-2001 στο Δήμο σε απόλυτα μεγέθη	105
<i>Γράφημα 5.11</i>	Ποσοστό ανεργίας κατά φύλο τα έτη 1991 & 2001	106
<i>Γράφημα 5.12</i>	Ποσοστό Συμμετοχής στην απασχόληση ανά φύλο 2001 στο Δήμο Κερατσινίου και την Περιφ. Αττικής (ως ποσοστό στο σύνολο των απασχολούμενων το 2001)	107
<i>Γράφημα 5.13</i>	Ποσοστό (%) εργαζομένων ανά φύλο στο Κ.Κ.Π.Π.Ι.	113
<i>Γράφημα 5.14</i>	Ποσοστά εργαζομένων ανά κατηγορία ειδικοτήτων στο Κ.Κ.Π.Π.Ι.	114

## ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

Α.Μ.Ε.Α.:	Άτομα με Ειδικές Ανάγκες
Δ.Δ.Υ. & Κ.Α.:	Διαδημοτικό Δίκτυο Δομών και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Ε.Ε.Σ.:	Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
Ε.Σ.Υ.:	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ι.Κ.Α.:	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Κ.Υ.:	Κέντρο Υγείας
Κ.Υ.Α.Τ.:	Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου
Μ.Κ.Ο.:	Μη Κυβερνητική Οργάνωση
Ν.Π.Δ.Δ.:	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ν.Π.Ι.Δ.:	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
Ο.Λ.Π.:	Οργανισμός Λιμένος Πειραιώς
Ο.Τ.Α.:	Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Π.Ι.Κ.Π.Α.:	Πατριωτικό Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας και Αντίληψης
Π.Φ.Υ.:	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Τ.Α.:	Τοπική Αυτοδιοίκηση
Υ.Υ.Κ.Α.:	Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ελλάδα, κατά τη δεκαετία του '70, εκδηλώθηκαν οι πρώτες προσπάθειες για ανασυγκρότηση και βελτίωση του υγειονομικού συστήματος, στη βάση της ισότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Έκτοτε, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί πεδίο ποικιλόμορφων θεωρήσεων και προσεγγίσεων, χωρίς ωστόσο να έχει αποδοθεί ακόμη ουσιαστική λύση στην προβληματική κατάσταση που παρουσιάζει.

Μέχρι σήμερα, οι προσπάθειες αυτές χαρακτηρίζονται αρνητικά από αρκετούς, κρίνοντας τις μεταρρυθμίσεις εκ του αποτελέσματος. Η δυστοκία των ασθενών για την οργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι έκδηλη, καθώς παρατηρείται «κενό» στις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι ελλείψεις που εμφανίζονται σε υλικοτεχνική υποδομή και ανθρώπινους πόρους, χρήζουν το σύστημα αναποτελεσματικό, χωρίς στοιχεία ποιότητας και συνέχειας.

Την υπολειτουργία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης της χώρας, υποκαθιστούν σταδιακά οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης, κυρίως οι πρωτοβάθμιοι. Μέσω πληθώρας δράσεων -αρχικά προνοιακών- πρόληψης και προαγωγής της υγείας, παρέχουν στους δημότες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με απώτερο στόχο τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και την επίτευξη κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης.

Στην παρούσα εργασία καταβάλλεται προσπάθεια καταγραφής της υφιστάμενης κατάστασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και των δράσεων που αναπτύσσουν οι φορείς της αυτοδιοίκησης.

Συγκεκριμένα, στο Κεφάλαιο 1 καταγράφεται η δομή της πρωτοβάθμιας φροντίδας στην Ελλάδα, παραβάλλεται το νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας της, καταγράφονται οι πάροχοι των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και αναλύεται το πλαίσιο λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των γενικών ιατρών.

Το Κεφάλαιο 2 αναφέρεται στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης και τις δομές τις οποίες αναπτύσσουν, προκειμένου να παράσχουν υπηρεσίες τόσο προνοιακού χαρακτήρα όσο και πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω -κυρίως- της πρόληψης.

Στο Τρίτο Κεφάλαιο αναλύεται ο συσχετισμός της τοπικής αυτοδιοίκησης με την παροχή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης που έχουν αναπτυχθεί στις χώρες της Αγγλίας και του Σκανδιναβικού βορρά.

Το Κεφάλαιο 4 καταγράφει δομές υγείας που έχουν αναπτυχθεί σε Δήμους τόσο της περιοχής του λεκανοπεδίου Αττικής όσο και της Περιφέρειας. Παράλληλα, παρουσιάζεται το Διαδημοτικό Δίκτυο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και οι δράσεις που έχει αναλάβει στον τομέα της υγείας.

Στο Κεφάλαιο 5 γίνεται λεπτομερής ανάλυση των δομών και δράσεων πρωτοβάθμιας φροντίδας που λειτουργούν και εφαρμόζονται στο Δήμο Κερατσινίου και προτείνονται μέτρα για την βελτίωση των υφιστάμενων και την ανάπτυξη νέων δράσεων, που θα χαρακτηρίζονται από συνέχεια και ποιότητα.

Τέλος, στο Κεφάλαιο 6 πραγματοποιείται συνολική αξιολόγηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη χώρα και προτείνονται μέτρα για την ανάπτυξη της καθώς και για την αναβάθμιση του ρόλου που μπορεί να διαδραματίσει η τοπική αυτοδιοίκηση στην παροχή πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Π.Φ.Υ. – ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

#### 1.1. Ορισμός της υγείας

Η υγεία (health) και η αρρώστια (disease), ως εννοιολογικά περιεχόμενα, λαμβάνουν από τις κοινωνίες κατά καιρούς διαφορετικές θεωρήσεις, βασιζόμενες στις χρονικές περιόδους και τις κοινωνικές συνθήκες που επικρατούν σε αυτές. Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό πολυδιάστατο, τόσο ως προς τους παράγοντες διαμόρφωσης όσο και ως προς τις επιπτώσεις στο άτομο αλλά και στο κοινωνικό σύνολο εν γένει.

Κατόπιν αλληπάλληλων συζητήσεων και αναθεωρήσεων, επικράτησε ο ορισμός που έδωσε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.), σύμφωνα με τον οποίο υγεία είναι «η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας» (W.H.O., 1958). Ωστόσο, αρκετοί χαρακτηρίζουν τον ορισμό ανεπαρκή, καθώς συνυπολογίζει το περιβάλλον και την βιολογική προδιάθεση του ατόμου ως προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας.

Ο λειτουργικός ορισμός του Parsons καθορίζει ως υγεία, την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους, ενώ ο βιοματικός ορισμός, κατά Kelman, επικεντρώνει την έννοια της υγείας στο τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή από το ίδιο το άτομο (Ελληνας, 2005).

#### 1.2. Προσεγγίσεις στην υγεία

Αρχικά, το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας, προσεγγιζόμενο από την βιολογική σκοπιά και μόνο, ήταν ιδιαίτερα περιορισμένο καθώς, ως υγεία οριζόταν η απουσία νόσου ή αναπηρίας και ως αρρώστια αντίστοιχα, η διαταραχή της συνεργασίας των οργάνων του ανθρώπινου σώματος.

Σύμφωνα με την κοινωνικό-οικονομική προσέγγιση, «η υγεία, ως ικανή και αναγκαία συνθήκη, αποτελεί προϋπόθεση ύπαρξης και λειτουργίας του ανθρώπινου κεφαλαίου και κατ' επέκταση εξασφαλίζει τη συνέχεια της παραγωγικής διαδικασίας» (Θεοδώρου κ.α., 2001). Το επίπεδο υγείας του ατόμου είναι άμεσα εξαρτώμενο από ένα

σύνολο τόσο επίκτητων όσο και συγγενών παραγόντων. Έτσι, η υγεία εμφανίζεται ως αποτέλεσμα των δράσεων του ατόμου με το κοινωνικό σύνολο, δεν είναι δηλαδή ανεξάρτητη από την κοινωνική ανάπτυξη και την οικονομική ευημερία του συνόλου στο οποίο το άτομο εντάσσεται.

Η προσέγγιση αυτή, ισχυροποιείται μέσα από τα πορίσματα ποικίλων μελετών που έχουν πραγματοποιηθεί. Μέσα από τις έρευνες αυτές, έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα που διαβιούν σε περιβάλλον στο οποίο λαμβάνουν χώρα ταχύρρυθμες κοινωνικές και οικονομικές μεταβολές, αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας ασθένειας. Στις περιπτώσεις αυτές ενισχύεται και η σημασία των υποστηρικτικών κοινωνικών υπηρεσιών.

Η κοινωνιολογική προσέγγιση μελετά ένα άρρωστο άτομο και τις σχέσεις του με το κοινωνικό σύνολο στο οποίο εντάσσεται. Συγκεκριμένα, οι σχέσεις του εξαρτώνται άμεσα από το πόσο υγιές ή άρρωστο είναι το ίδιο το άτομο. Συνεπώς, πέραν των βιολογικών χαρακτηριστικών που συνοδεύουν μία ασθένεια, υπάρχουν και χαρακτηριστικά της που συνδέονται άρρηκτα με την κοινωνική έκφραση και μπορούν να απειλήσουν την κοινωνική ισορροπία και αρμονία.

Από τη σκοπιά της πολιτισμικής προσέγγισης, η υγεία και η διασφάλισή της, εξετάζονται διαχρονικά. Πιο συγκεκριμένα, καθορίζεται ότι *«η στάση του κοινωνικού σώματος απέναντι στην αρρώστια και την υγεία εξαρτάται άμεσα από το πολιτισμικό περιβάλλον στο χώρο και στο χρόνο»* (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Τέλος, η πολιτική προσέγγιση διακρίνει το αγαθό της υγείας σε ιδιωτικό οικονομικό και σε δημόσιο-κοινωνικό. Οι υποστηρικτές της πρώτης θεώρησης ισχυρίζονται ότι οι καταναλωτές και οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας εξισορροπούν τις δυνάμεις τους και δημιουργούν μία κατάσταση ισορροπίας στην αγορά. Αντίθετα, οι υποστηρικτές της υγείας ως δημόσιο-κοινωνικό αγαθό, θεωρούν ότι βασικό κριτήριο παροχής υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να είναι η αγοραστική δύναμη του καταναλωτή, αλλά οι υγειονομικές του ανάγκες.

### **1.3. Προσδιοριστικοί παράγοντες επιπέδου υγείας**

Από όλα τα παραπάνω, συνάγεται το συμπέρασμα ότι το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού εξαρτάται από ένα σύνολο αιτιολογικών παραγόντων, άμεσα συνδεδεμένων και αλληλοεξαρτώμενων. Σημαντικότεροι εξ αυτών είναι οι ακόλουθοι:

#### **1. Βιολογικοί και κληρονομικοί παράγοντες.**

2. Ο τρόπος ζωής και άσκησης και οι διατροφικές συνήθειες.
3. Το οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου.
4. Το εκπαιδευτικό και μορφωτικό περιβάλλον.
5. Οι περιβαλλοντικές και κλιματολογικές συνθήκες.
6. Η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Η διάγνωση της ασθένειας είναι σχετικά εύκολη υπόθεση, συγκρινόμενη τουλάχιστον με τη διάγνωση της υγείας, που -όπως αποδεικνύεται- είναι περισσότερο πολύπλοκη διαδικασία. Για την μέτρηση της υγείας, χρησιμοποιούνται δείκτες, δηλαδή «συγκεκριμένοι αριθμοί που απορρέουν από δοκιμασίες, κατάλληλα δομημένες ώστε να μετρούν πραγματικά αυτό που υποτίθεται ότι μετρούν, με ακρίβεια και συνέπεια. Η χρησιμότητα των δεικτών έγκειται στο γεγονός ότι επιτρέπουν τη μακροχρόνια παρακολούθηση της εξέλιξης ενός φαινομένου και επομένως συμβάλλουν στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης σκοπών και στόχων» (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Σύμφωνα με τον πλέον πρόσφατο ορισμό που έχει γίνει αποδεκτός (παρ. 1.1.), επιχειρείται σύζευξη της αρνητικής με τη θετική προσέγγιση της υγείας. Για το λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί δύο κατηγορίες δεικτών, οι αρνητικοί και οι θετικοί. Μερικοί από αυτούς είναι η θνησιμότητα, η βρεφική θνησιμότητα και η νοσηρότητα, και το προσδόκιμο επιβίωσης<sup>1</sup>.

Ωστόσο, η θνησιμότητα από μόνη της, μπορεί να αποτελέσει «παραπλανητικό» δείκτη, καθώς δεν συνυπολογίζει το βιοτικό επίπεδο της κοινωνικής ομάδας στην οποία και πραγματοποιείται ο υπολογισμός. Αυτό συμβαίνει επειδή δεν λαμβάνεται υπόψη η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού. Έτσι το ποσοστό βρεφικής θνησιμότητας και το προσδόκιμο επιβίωσης λειτουργούν συμπληρωματικά, προσφέροντας μία πιο ασφαλή εκτίμηση (Σακέλλης, 2001).

Παράλληλα, έχουν αναπτυχθεί και σύνθετοι δείκτες υγείας όπως τα ποιοτικά σταθμισμένα έτη ζωής (Quality Adjusted Life Years – QALY's) και τα σταθμισμένα με την ανικανότητα έτη ζωής (Disability Adjusted Life Years – DALY's) ή αλλιώς, σταθμισμένα σε σχέση με την πλήρη υγεία έτη (Health Adjusted Life Years – HALY's) (Οικονόμου, 2004).

<sup>1</sup> Το προσδόκιμο επιβίωσης παρουσιάζει μία μέση εκτίμηση των αναμενόμενων χρόνων ζωής των ατόμων μίας συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας και υπολογίζεται ανά φύλο και ηλικία, με συννηθέστερη την προσδοκόμενη ζωή κατά τη γέννηση.

#### 1.4. Ορισμός Π.Φ.Υ.

Η Π.Φ.Υ. (primary health care) δεν είχε πάντα το ίδιο περιεχόμενο, καθώς ο ρόλος της καθοριζόταν από τις εκάστοτε κοινωνικές αρχές και αξίες και το επιδημιολογικό πρότυπο που επικρατούσε σε κάθε κοινωνία, σε διάφορες χρονικές περιόδους.

Ο πλέον πρόσφατος ορισμός είναι αυτός που αποδόθηκε στη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα (1978). Σύμφωνα με αυτόν, η Π.Φ.Υ. μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση ή τη διατήρηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στον οποίο και παρέχονται οι υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, ο ορισμός αναφέρει:

*«Η Π.Φ.Υ. είναι βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμισθούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η Π.Φ.Υ. αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικότερου κοινωνικό-οικονομικού οικοδομήματος. Η Π.Φ.Υ. φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας» (Θεοδώρου κ.α., 2001).*

Και συνεχίζεται στη Διακήρυξη ότι *«Η Π.Φ.Υ. ... αποτελεί το πρώτο επίπεδο επαφής των ατόμων, της οικογένειας και της κοινωνίας με το εθνικό σύστημα υγείας, φέρνοντας την φροντίδα υγείας όσο πιο κοντά γίνεται και στο χώρο που ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι και αποτελεί το πρώτο βασικό στοιχείο μιας συνεχιζόμενης διαδικασίας της φροντίδας υγείας... Αυτή απευθύνεται στα κύρια προβλήματα υγείας της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής υγείας, θεραπείας και αποκατάστασης...»<sup>2</sup>.*

<sup>2</sup> «Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self-reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country's health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.», Διακήρυξη Άλμα-Άτα, 6-12 Σεπτέμβρη 1978, άρθρο VI.

Τα βασικά στοιχεία της Π.Φ.Υ. είναι:

1. Η αγωγή της υγείας, δηλαδή «η εκπαιδευτική διαδικασία η οποία αποβλέπει στην διαμόρφωση (ή και τροποποίηση) προτύπων συμπεριφοράς που οδηγούν στην προάσπιση, προαγωγή και βελτίωση του επιπέδου υγείας» (Κουρή-Ζαραφωνίτη, 1987). Διακρίνεται σε επίσημη και ανεπίσημη.
2. Η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη διαφόρων νοσημάτων.
3. Η παροχή πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας.
4. Η αποκατάσταση.

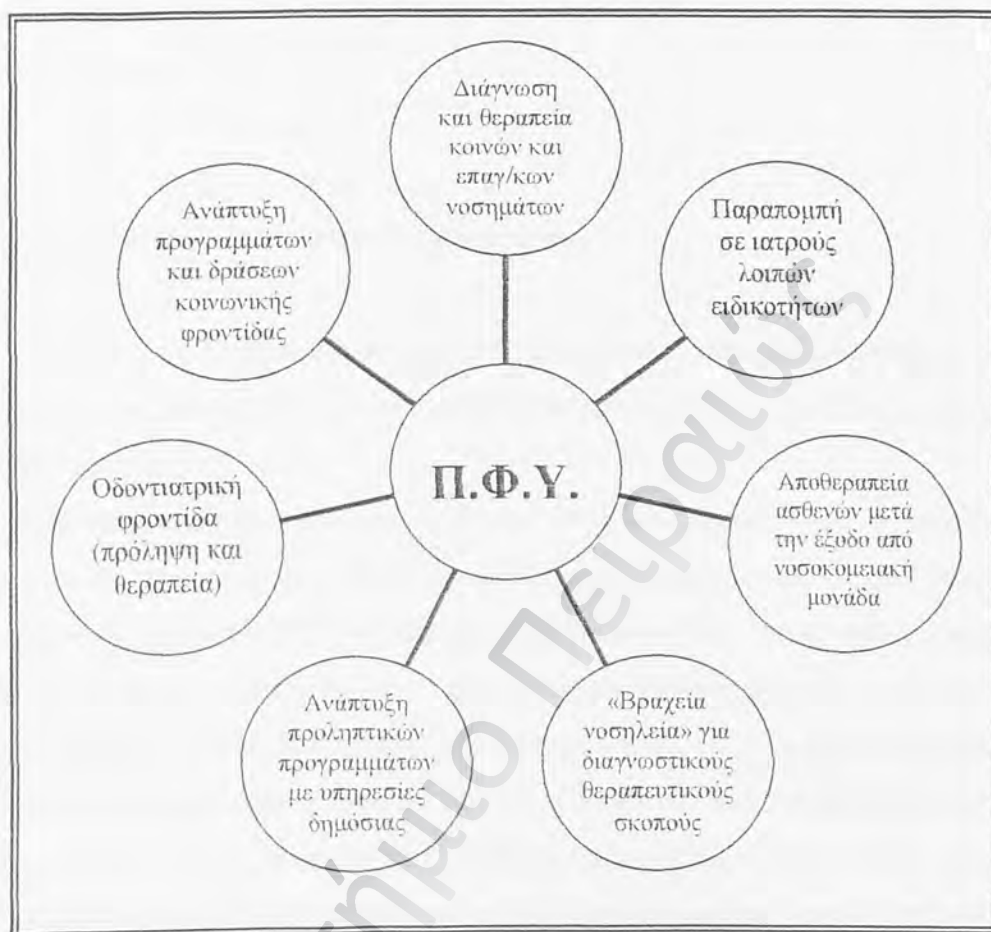
Επίσης, βασικό χαρακτηριστικό της Π.Φ.Υ., είναι η λειτουργία του πάροχου ιατρού ή της ομάδας σε έναν συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης. Η ευαισθητοποίηση αποτελεί βασική δράση, προκειμένου να αναπτυχθεί η κοινωνική αλληλεγγύη και αποτελεί βασική διαφοροποίηση από τις υπηρεσίες που προσφέρουν τα Κ.Υ., τα οποία, όπως παρουσιάζεται παρακάτω, δημιουργήθηκαν με μια νοσοκομειοκεντρική αντίληψη και στελεχώθηκαν με προσωπικό μη εκπαιδευμένο στην Π.Φ.Υ. (Μπένος, 1995).

Η Διακήρυξη της Άλμα-Άτα προβάλλει και προωθεί το σύγχρονο οργανωτικό πνεύμα των υπηρεσιών υγείας, που δεν σχετίζεται με τις πρακτικές των τελευταίων δεκαετιών και αφορά:

- την ενθάρρυνση των τοπικών κοινωνιών (τοπικό επίπεδο) και της οικογένειας για παροχή φροντίδας υγείας και
- την απομάκρυνση από τη δευτεροβάθμια φροντίδα, με έμφαση στη μείωση του νοσοκομειοκεντρικού χαρακτήρα της υγείας (Μωραΐτης, 2006).

Συγκεντρωτικά, οι σκοποί της Π.Φ.Υ., θα μπορούσαν να αποδοθούν με το ακόλουθο διάγραμμα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.1  
Σκοποί της Π.Φ.Υ.



Η Π.Ο.Υ., στη Διακήρυξη για την παγκόσμια υγεία, που υιοθετήθηκε κατά την 51<sup>η</sup> Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας, το Μάιο του 1998, αναφέρεται στην προσπάθεια των κρατών μελών να εξασφαλίσουν την Π.Φ.Υ. στους πολίτες τους, δηλώνοντας έτσι συμπόρευση με τους στόχους που τέθηκαν στη Διακήρυξη της Άλμα-Άτα.

Όπως περιγράφεται και στο πρόγραμμα της Οργάνωσης, «Υγεία 21: Υγεία για όλους στον 21<sup>ο</sup> αιώνα», σύμφωνα με τον 15<sup>ο</sup> στόχο, που αναφέρεται σε έναν ολοκληρωμένο τομέα υγείας (Π.Ο.Υ., 2002) θα πρέπει, μέχρι το 2010:

1. Ποσοστό τουλάχιστον 90% των χωρών να έχουν οργανωμένα συστήματα Π.Φ.Υ. (comprehensive primary health care services), που θα εξασφαλίζουν τη συνέχεια της φροντίδας, μέσα από δομές άρρηκτα συνδεδεμένες με τις νοσοκομειακές μονάδες (δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες).
2. Τουλάχιστον ισότιμο ποσοστό (90%) οφείλει να έχει, μέχρι το 2010, στελεχώσει το προαναφερόμενο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας με οικογενειακούς γιατρούς και νοσοκόμες (family health physicians and nurses). Αξιοσημείωτο



είναι το γεγονός της αναφοράς στην τοπική κοινωνία και την εμπλοκή της στο σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών Π.Φ.Υ..

3. Σε αντίστοιχο ποσοστό, θα πρέπει να αναπτυχθούν μηχανισμοί ενεργοποίησης των πολιτών.

### 1.5. Εννοιολογικές διακρίσεις-αποσαφηνίσεις

Θα πρέπει να γίνει διάκριση της Π.Φ.Υ. από την *πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα* (*primary medical care*) και την *εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή φροντίδα* (*outpatient ή ambulatory care*).

Η πρώτη εκφράζει μία ευρεία έννοια που δεν αφορά μόνο νοσούντες αλλά απευθύνεται και σε υγιή άτομα, μέσω των διαδικασιών ενημέρωσης και πρόληψης.

Αντίθετα, η *πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη* αφορά μόνο άτομα που έχουν νοσήσει και έχουν εκδηλώσει τα συμπτώματα κάποιας νόσου. Σύμφωνα μάλιστα με τον κλασσικό ορισμό, η πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα είναι «... η ιατρική παρέμβαση που στοχεύει στη διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών, για την αντιμετώπιση των οποίων δεν είναι απαραίτητη η εισαγωγή και παραμονή στο νοσοκομείο, η οποία παρέχεται στον άρρωστο από τον οικογενειακό του γιατρό γενικής ιατρικής, χωρίς να πρέπει να απομακρυνθεί από τον τόπο κατοικίας ή εργασίας του» (Μωραΐτης, 2006). Αποτελεί λοιπόν ένα υποσύστημα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται συνολικά σε ένα άτομο και δεν μπορεί, αν αυτονομηθεί, να θεωρηθεί επαρκής για την αντιμετώπιση της ασθένειας κάποιου ατόμου.

Μολονότι, οι δύο αυτές έννοιες διαφοροποιούνται αρκετά, μεταξύ τους υπάρχουν κοινά σημεία, τα οποία προσδιορίζονται από τη μορφή των προσφερόμενων υπηρεσιών και από το είδος των αναγκών που αποσκοπούν να καλύψουν (Σαρρής, 2001).

Τέλος, η *εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή ή προνοσοκομειακή φροντίδα*, αναφέρεται στις περιπτώσεις εκείνες των ασθενών που δεν χρειάζεται να εισαχθούν σε κάποιο νοσοκομείο ώστε να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα τους. Η θεραπεία μπορεί να επιτευχθεί με υπηρεσίες που θα παρασχεθούν από μεμονωμένους γιατρούς, ομάδες ιατρών (*practice group*) ή ειδικές μονάδες (*ambulatories ή outpatient departments*). Η έγκαιρη διάγνωση παίζει ουσιαστικό ρόλο καθώς θα επιτρέψει την εφαρμογή αποτελεσματικής, εξωνοσοκομειακής θεραπευτικής αγωγής (Παρασκευόπουλος, 2006).

## 1.6. Νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα.

Το νομοθετικό πλαίσιο που διαμορφώνεται διαχρονικά στον ελλαδικό χώρο και αναφέρεται στη λειτουργία της Π.Φ.Υ., είναι ιδιαίτερα πλούσιο.

Ο Α.Ν. 965/37 αποτελεί την πρώτη κρατική παρέμβαση που αποσκοπούσε στη δημιουργία ενός δικτύου εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών. Για το σκοπό αυτό ο νόμος προέβλεπε τη συγκρότηση κρατικών πολυϊατρείων σε πόλεις και υγειονομικούς σταθμούς στις αγροτικές κοινωνίες. Κριτήριο σύστασης και λειτουργίας αποτελούσε ο πληθυσμός των τοπικών κοινωνιών καθώς προβλεπόταν η δημιουργία ενός υγειονομικού σταθμού για πληθυσμό περιοχών 5.000 έως 8.000 κατοίκους.

Άμεση προέκταση του προηγούμενου, θεωρήθηκε το Ν.Δ. 2592/1953, που καθόριζε ότι η Π.Φ.Υ. στις αγροτικές περιοχές θα παρέχεται από τους «Κοινοτικούς Υγειονομικούς Σταθμούς» που θα ιδρύονταν επίσης με βάση πληθυσμιακά κριτήρια<sup>3</sup>. Ωστόσο, οι ευθύνες που θα αναλάμβαναν οι Σταθμοί ήταν ιδιαίτερα μεγάλες συγκρινόμενες με τον αριθμό τους, γεγονός που επισφράγισε την ανάγκη επέκτασης των υγειονομικών υπηρεσιών των μη αστικών περιοχών.

Λίγο αργότερα, το Ν.Δ. 3487/1955 «Περί κοινωνικών ασφαλίσεων των αγροτών», όριζε την ίδρυση και λειτουργία Αγροτικών Ιατρείων, Α' και Β' τάξης<sup>4</sup> και θεσμοθετούσε τον αγροτικό ιατρό.

Μολονότι τα παραπάνω νομοθετήματα εμφανίζουν μια προδιάθεση οργάνωσης της Π.Φ.Υ., εντούτοις, μέχρι το 1974 η πολιτική υγείας χαρακτηρίζεται από ασάφεια και αναποτελεσματικότητα. Ο τομέας της υγείας, συνακολουθούμενος από αυτόν της παιδείας, αρχίζουν να αποκτούν προτεραιότητα στις πολιτικές αποφάσεις. Στις προσπάθειες αλλαγής συνηγορούν κι οι ώριμες κοινωνικές συνθήκες που «επιτάσσουν» μια δραστική και συνολική παρέμβαση, που θα οδηγούσε σταδιακά, στη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου δημόσιου συστήματος υγείας. Ωστόσο, σε πολιτικό επίπεδο, υπήρχαν ακόμη σθεναρές αντιστάσεις (Ταβλαντά κ.α., 2006).

Χαρακτηριστικό παράδειγμα των αντιδράσεων αυτό αποτελεί το **νομοσχέδιο Δοξιάδη** το 1981 που τιτλοφορείτο «Μέτρα προστασίας της υγείας». Το εν λόγω νομοσχέδιο αποτελούσε τομή για την Π.Φ.Υ. στη χώρα, καθώς προέβλεπε την ίδρυση

<sup>3</sup> Αφορούσε Σταθμούς δυναμικότητας 6 κλινών για συνδέσμους κοινοτήτων με πληθυσμό 5.000 έως 8.000 κατοίκους και αργότερα, το Ν.Δ. 4111/1960, όριζε τη δημιουργία και λειτουργία Υγειονομικών Σταθμών δυναμικότητας μέχρι 15 κλίνες, σε κωμοπόλεις άνω των 5.000 κατοίκων.

<sup>4</sup> Τα Αγροτικά Ιατρεία Α' τάξης αφορούσαν πληθυσμό μεγαλύτερο των 3.000 κατοίκων και εκείνα της Β' τάξης, πληθυσμό μικρότερο των 3.000 κατοίκων.

Κέντρων Υγείας στην έδρα κάθε τομέα υγείας. Τα Κ.Υ. θα λειτουργούσαν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νομαρχιακών νοσοκομείων, ενώ θα υπήρχε σποραδική κατάτμησή τους σε αγροτικά ιατρεία και τμήματα ανάρρωσης. Ωστόσο, το νομοσχέδιο αυτό αποτέλεσε αφορμή σημαντικών διαξιφισμών –ακόμα και εσωκομματικών- και για το λόγο αυτό ποτέ δεν ψηφίστηκε.

Στο Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», στο άρθρο 5, παρ. 1, πραγματοποιείται διάκριση της Π.Φ.Υ. από τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια αντίστοιχα. Στα άρθρα 14 και 15, ορίζονται οι αρμοδιότητες των Κ.Υ. και των περιφερειακών ιατρείων (Κρεμαλής, 2004). Τα άρθρα 17 και 18 αναφέρονται στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των Κ.Υ. αστικών και μη αστικών περιοχών, ενώ το επόμενο άρθρο (19) περιγράφει τον τρόπο διασύνδεσης τους με τις νοσοκομειακές μονάδες.

Αξιίζει να σημειωθεί πως οι προβλέψεις του νόμου που αναφέρονταν στις αστικές περιοχές, δεν υλοποιήθηκαν, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται κατακερματισμός των υπηρεσιών, διαφοροποίηση στην παροχή των φροντίδων και ανισότητες τόσο στο εύρος όσο και στην ποιότητά τους (Υ.Υ.Π.Κ.Α., 1994).

Ο Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», διεύρυνε το αντικείμενο της Π.Φ.Υ.. Όπως αναφέρεται στο Κεφ. Β, άρθρο 12, παρ. 1, η Π.Φ.Υ. συγκροτείται από «ιατρικές και νοσηλευτικές καθώς και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες, που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση βλαβών της υγείας, που δεν απαιτούν νοσηλεία σε νοσοκομείο» (Κρεμαλής, 2004).

Στην παρ. 2 του ίδιου νόμου, ως πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ., αναφέρονται:

- Οι γενικοί ιατροί, οι παθολόγοι και ιατροί λοιπών ειδικοτήτων, που εργάζονται σε Κ.Υ. και υγειονομικούς σταθμούς.
- Οι γιατροί των ασφαλιστικών οργανισμών.
- Οι οδοντίατροι.
- Το νοσηλευτικό προσωπικό και οι επισκέπτριες που εργάζονται σε υπηρεσίες παροχής Π.Φ.Υ..

Διακρίνοντας τους πάροχους σε δημόσιους και ιδιωτικούς, το άρθρ. 13 ορίζει πως η Π.Φ.Υ., μπορεί να παρασχεθεί και από ιδιωτικά:

- ιατρεία και οδοντιατρεία,
- πολυϊατρεία και πολυοδοντιατρεία,
- διαγνωστικά εργαστήρια και
- εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης.

Τέλος, υπηρεσίες Π.Φ.Υ. μπορούν να παρασχεθούν και από κινητές μονάδες που συστήνονται με διάφορες διαδικασίες ανά περίπτωση (άρθρο 14).

Στη συνέχεια, ο Ν. 2194/1994 μετατρέπει τα κέντρα υγείας σε αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των γενικών νομαρχιακών νοσοκομείων. Ταυτόχρονα, οι υγειονομικοί σταθμοί μετατρέπονται σε περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας.

Το άρθρο 6 του Ν. 2345/1995 «*Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις*», αναφέρεται στα Ειδικά Κέντρα Υγείας, ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων, καθώς και στα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας ή των νοσοκομείων.

Επίσης, τα Κεφάλαια Ε' και ΣΤ' του Ν. 2519/1997 «*Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Ε.Σ.Υ. και οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*», στα άρθρα 26, 27 και 31-33, περιλαμβάνουν διατάξεις που αφορούν τη ρύθμιση θεμάτων των αγροτικών ιατρείων, τη δημιουργία πολυδύναμων περιφερειακών ιατρείων, τα «*Δίκτυα Π.Φ.Υ.*» (φορείς παραγωγής και διανομής Π.Φ.Υ. που χαρακτηρίζονται από αυτοτέλεια και αυτοδιοίκηση και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας) (Μωραΐτης, 2000) και τους οικογενειακούς γιατρούς. Ο νόμος αποτελεί μία σημαντική προσπάθεια αναβάθμισης της Π.Φ.Υ. μέσα από τη δημιουργία Δικτύων και την σταδιακή εισαγωγή του οικογενειακού γιατρού ως πρώτο βήμα προς τη δημιουργία Ενιαίου Φορέα Υγείας.

Τέλος αξίζει να αναφερθεί η Υ.Α. Γ3/οικ. 1677/2001, η οποία καθορίζει επακριβώς τις προϋποθέσεις, τον σχεδιασμό και τις διαδικασίες παροχής υπηρεσιών νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον, όπως αυτές ορίζονται στο άρθρο 6 του Ν. 2716/1999.

Γίνεται εύκολα κατανοητό από τα παραπάνω ότι οι εκάστοτε νόμοι και ρυθμιστικές πράξεις δεν απέβλεπαν στην οργάνωση ενός ενιαίου συστήματος Π.Φ.Υ. αλλά αποτελούσαν σπασμωδικές κινήσεις διόρθωσης ή κάλυψης κενών προηγούμενων νομοθετημάτων. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει την έλλειψη πολιτικής βούλησης, καθώς οποιαδήποτε ριζική τομή στο σύστημα Π.Φ.Υ. της χώρας θα προκαλέσει σοβαρές αναταράξεις και ανακατατάξεις με ιδιαίτερο πολιτικό κόστος.

## 1.7. Τα Κέντρα Υγείας (Κ.Υ.)

### 1.7.1. Σκοπός των Κ.Υ.

Σύμφωνα με το άρθρο 15 του Ν. 1397/1983, σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης είναι:

1. Η παροχή Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης του και όσων προσωρινά διαμένουν σε αυτήν.
2. Η εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας και πρόληψης του Υ.Υ.Κ.Α..
3. Η νοσηλεία και παρακολούθηση των αρρώστων, που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο στο σπίτι.
4. Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.
5. Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς, σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή νοσοκομείο.
6. Η παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας.
7. Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής.
8. Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
9. Η ιατρική της εργασίας.
10. Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας.
11. Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, με διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις.
12. Η εκπαίδευση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού.
13. Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
14. Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δε λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους, καθοριζόμενης της περιοχής με απόφαση του οικείου νομάρχη.
15. Η συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση καθώς και με ιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες της περιοχής για αποδοτικότερη προσφορά υπηρεσιών Π.Φ.Υ..

### 1.7.2. Στόχος των Κ.Υ.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες των Κ.Υ., στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και φροντίδας, μέσα από το πρίσμα της σύγχρονης αντίληψης προσανατολίζονται στα εξής:

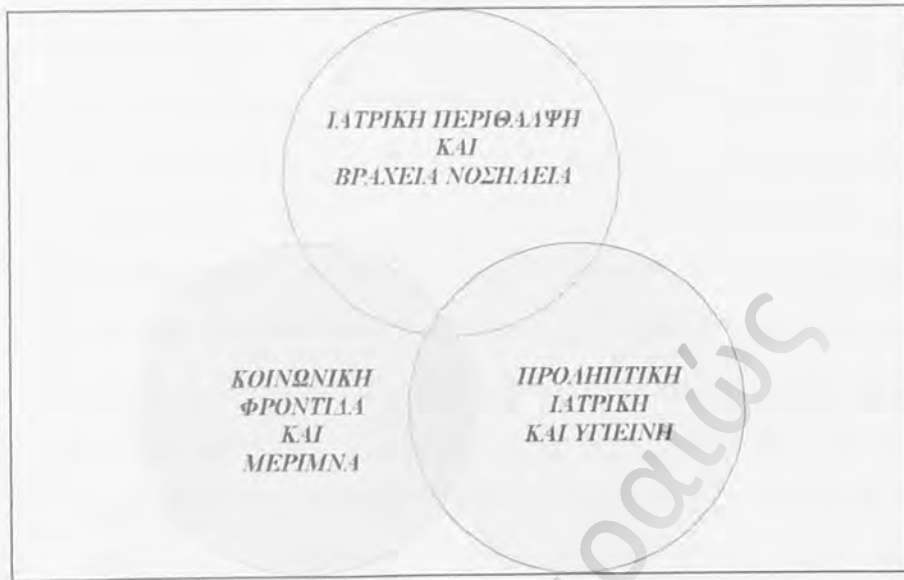
1. *Στην πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη και βραχεία νοσηλεία*, που αναφέρονται στη διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων, τραυματισμών καθώς και επαγγελματικών ασθενειών. Αφορά επίσης την αποθεραπεία και αποκατάσταση (φυσική και κοινωνική) του ασθενή μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο.
2. *Στη διαδικασία προληπτικής ιατρικής και υγιεινής* που περιλαμβάνει δράσεις όπως:
  - τη διενέργεια εμβολιασμών,
  - τον προσυμπτωματικό έλεγχο,
  - τον έλεγχο συνθηκών υγιεινής (ατομικής και περιβαλλοντικής),
  - το διατροφικό έλεγχο,
  - την πρόληψη και αντιμετώπιση τοπικών χρόνιων και ενδημικών νοσημάτων,
  - την προσχολική και σχολική υγιεινή,
  - την υγιεινή της εργασίας,
  - και την αγωγή υγείας με τη συμμετοχή της κοινότητας (Καλομοίρη, 2006).
3. *Στην κοινωνική φροντίδα και μέριμνα*. Συνήθως, μέσω αντίστοιχων προγραμμάτων, υλοποιούνται δράσεις<sup>5</sup> που αφορούν την κατ' οίκον περίθαλψη ασθενών που χαρακτηρίζονται από χρόνια νοσήματα και την παροχή κοινωνικής φροντίδας και ενίσχυσης σε πληθυσμιακές ομάδες που καταγράφουν από ιδιαίτερα προβλήματα.

Διαγραμματικά οι υπηρεσίες αυτές απεικονίζονται ως ακολούθως:

<sup>5</sup> Οι δράσεις αυτές αφορούν κυρίως:

- τη μελέτη και προληπτική υποστήριξη ευπαθών κοινωνικών ομάδων που χαρακτηρίζονται από δυσμενείς κοινωνικό-οικονομικές και ψυχολογικές συνθήκες
- την ενημέρωση των τοπικών πληθυσμών σε θέματα που αναφέρονται στην ψυχική υγεία, τις οικογενειακές σχέσεις και την κοινωνική ζωή,
- την ψυχοκοινωνική υποστήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους, τόσο κατά τη διάρκεια εκδήλωσης της νόσου όσο και κατά το στάδιο της αποθεραπείας, της αποκατάστασης και της επαναπροσαρμογής τους στο κοινωνικό περιβάλλον.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.2  
Υπηρεσίες ενός Κέντρου Υγείας (N. 1397/1983)



## 1.8. Ο γενικός-οικογενειακός ιατρός

### 1.8.1. Ορισμός

Οι γενικοί/οικογενειακοί γιατροί αποτελούν τον κύριο άξονα λειτουργίας της Π.Φ.Υ.. Είναι εξειδικευμένοι και αναπτύσσουν διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς, καθώς είναι οι προσωπικοί τους ιατροί. Διαθέτουν επαγγελματική υπευθυνότητα απέναντι στα μέλη της κοινότητας την οποία υπηρετούν και συνυπολογίζουν ψυχολογικούς, σωματικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και υπαρξιακούς παράγοντες κατά την άσκηση των καθηκόντων τους. Οι γενικοί ιατροί «...εξασκούν τον επαγγελματικό ρόλο τους προάγοντας την υγεία, προλαμβάνοντας τη νόσο και παρέχοντας θεραπεία, φροντίδα ή παρηγοριά. Αυτό επιτυγχάνεται είτε απευθείας είτε διαμέσου των υπηρεσιών άλλων σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας και τους διαθέσιμους -μέσα στην κοινότητα όπου υπηρετούν- πόρους, υποβοηθώντας τους ασθενείς, όπου χρειάζεται, στην αξιολόγηση αυτών των υπηρεσιών» (WONCA, 2002).

Ένας ορισμός της γενικής ιατρικής είναι αυτός που διατύπωσε το Leeuwenhorst Group, σύμφωνα με τον οποίο «ο γενικός ιατρός είναι ο πτυχιούχος Ιατρικής που έχει άδεια να παρέχει προσωπική, πρωτοβάθμια και συνεχή φροντίδα σε άτομα, οικογένειες και πληθυσμό ανεξάρτητα από ηλικία, φύλο και ασθένεια» (Λιόνης, 2002).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση των Γενικών Ιατρών (UEMO) ορίζει ότι καθήκον του γενικού γιατρού είναι «να παρέχει στα άτομα ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας από την αρχή

της ζωής τους μέχρι τον θάνατο και να τα συμβουλεύει για όλα τα θέματα της υγείας, ανεξαρτήτων ηλικίας, φύλου, εθνικότητας και θρησκείας».

Ωστόσο, ο ορισμός αυτός θεωρείται πως δεν αποδίδει πλήρως το περιεχόμενο της Γενικής Ιατρικής και πρόσφατα στο *British Medical Journal*, διατυπώθηκε ένας άλλος ορισμός που συνοπτικά αναφέρει ότι «ο γενικός γιατρός είναι ο ειδικά εκπαιδευμένος στο να εργάζεται στην πρώτη γραμμή ενός συστήματος φροντίδας υγείας και στο ν' αναλαμβάνει τα αρχικά βήματα για την φροντίδα υγείας οποιουδήποτε προβλήματος υγείας, που οι ασθενείς μπορεί να έχουν. Ο γενικός γιατρός φροντίζει άτομα σε μια κοινωνία, ανεξάρτητα από την νόσο του ασθενούς ή άλλα προσωπικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά και χρησιμοποιεί τους διαθέσιμους πόρους του συστήματος φροντίδας και υγείας για το καλύτερο όφελος των ασθενών. Ο γενικός γιατρός απασχολείται με αυτόνομα άτομα στους τομείς της πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, φροντίδας και ανακούφισης, χρησιμοποιώντας και ενσωματώνοντας τις επιστήμες της Βιοϊατρικής, και Ιατρικής Ψυχολογίας» (Βερυκοκίδης, 2003).

Οι γενικοί ιατροί, πέρα από τα ποιοτικά στοιχεία που συγκεντρώνουν, από άποψη αποτελεσματικότητας, χαρακτηρίζονται ως «ειδικότητα-μοχλός», καθώς αποτελούν την «πρώτη επαφή», την «είσοδο» του ασθενή στο σύστημα υγείας. Έτσι, μπορούν να καλύπτουν τις ανάγκες των ατόμων με καταπολέμηση των αιτιών της ασθένειας στην πηγή τους, αποφεύγοντας –αν είναι εφικτό– την παραπομπή του ασθενή στη δευτεροβάθμια φροντίδα (Θεοδώρου, 1993).

Θα πρέπει να σημειωθεί πως, μολονότι οι όροι «γενικός» και «οικογενειακός» χρησιμοποιούνται ταυτόσημα, εντούτοις ο πρώτος αναφέρεται στο είδος της εκπαίδευσης και ο δεύτερος στον τρόπο άσκησης των καθηκόντων τους.

### 1.8.2. Τα οφέλη από την άσκηση γενικής ιατρικής

Το βασικότερο όφελος που βιβλιογραφικά αναφέρεται από την άσκηση της γενικής ιατρικής, είναι η μείωση του κόστους της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Ωστόσο υπάρχει και πληθώρα επιπρόσθετων οφελών που σχετίζονται με την πληροφόρηση για το επίπεδο υγείας του πληθυσμού.

Στην Ελλάδα, οι κύριες πηγές άντλησης ανάλογων πληροφοριών είναι τα δεδομένα θνησιμότητας και οι στατιστικές (Ε.Σ.Υ.Ε., νοσοκομεία). Ωστόσο και οι δύο πηγές:



1. Αντιμετωπίζουν προβλήματα μεθοδολογίας.
2. Δεν ενδείκνυνται για τη μελέτη της συχνότητας και του μεγέθους χρόνιων νοσημάτων (υπέρταση, βρογχικό άσθμα, σακχαρώδης διαβήτης), με αποτέλεσμα στοιχεία όπως ο επιπολασμός να μην γνωστοποιούνται.
3. Δεν αναγνωρίζουν τα νοσήματα που επιφέρουν αναπηρίες και χαρακτηρίζονται από ποικίλες κοινωνικές και ψυχολογικές προεκτάσεις (νόσος Alzheimer, οστεοπόρωση).
4. Δεν περιγράφουν την φυσική πορεία ενός νοσήματος, καθώς η καταγραφή είναι περιστασιακή και η φροντίδα συχνά ασυνεχής.

Σύμφωνα με διάφορες έρευνες που έχουν διεξαχθεί κατά καιρούς, η γενική ιατρική, έχει κατορθώσει να ξεπεράσει πολλά από αυτά τα προβλήματα (Λιόνης, 2002).

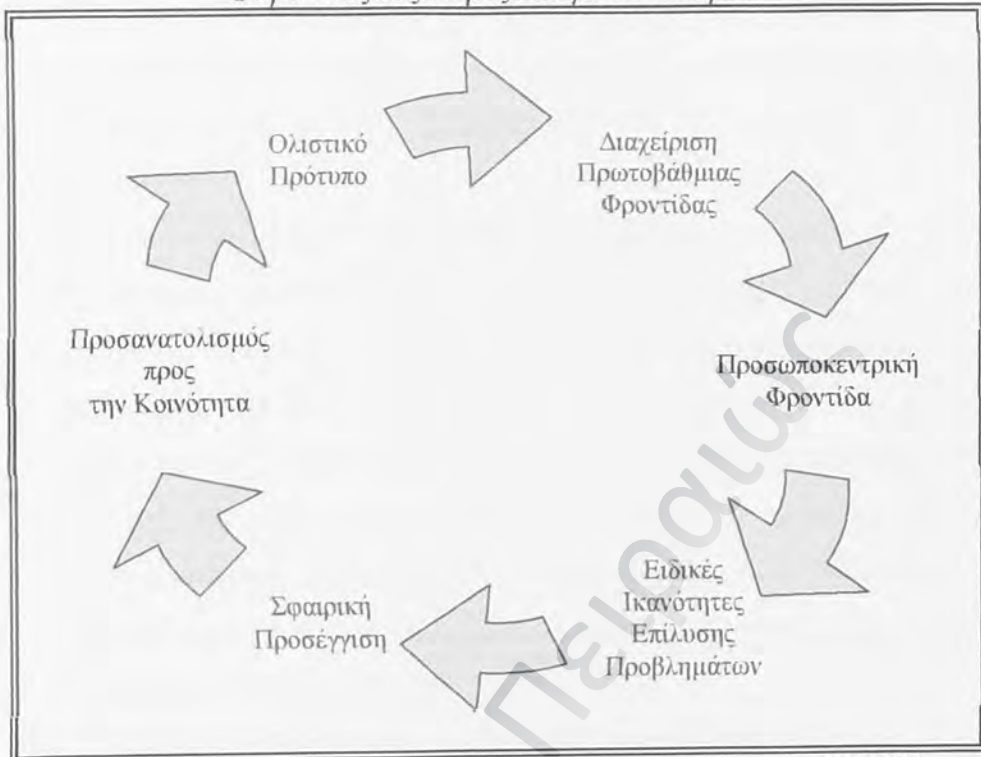
Συγκεκριμένα:

- ✓ Βοήθησε στην αναγνώριση και μελέτη των πιο συχνά εμφανιζόμενων νοσημάτων, για τα οποία οι νοσούντες καταφεύγουν στα Κ.Υ..
- ✓ Εκτιμήθηκε το μέγεθος των χρόνιων νοσημάτων καθώς και το μέγεθος και η συχνότητα νοσημάτων που διαφεύγουν συνήθως της διάγνωσης της Π.Φ.Υ..
- ✓ Απέδωσε μετρήσιμους δείκτες της θνησιμότητας κατά ηλικία, φύλο και αιτία θανάτου, στις περιοχές ευθύνης των Κ.Υ..
- ✓ Βοήθησε στον εντοπισμό μη γνωστών νοσημάτων.
- ✓ Ενίσχυσε την οργάνωση και παρακολούθηση των εμβολιασμών σε πληθυσμούς.
- ✓ Βοήθησε στην ανάπτυξη επιδημιολογικών ερευνών και τη μελέτη συγκεκριμένων νοσημάτων.

### 1.8.3. Οι δεξιότητες του γενικού ιατρού

Σύμφωνα με τον ευρωπαϊκό ορισμό, οι γενικοί ιατροί θα πρέπει να συγκεντρώνουν 6 βασικές δεξιότητες, όπως αυτές παρουσιάζονται στο ακόλουθο σχέδιο. Οι δεξιότητες αυτές είναι αλληλοσυμπληρούμενες και βρίσκονται σε συνεχή ανατροφοδότηση, ενώ παράλληλα, η έλλειψη κάποιας εξ αυτών, καταλύει το ρόλο του γενικού ιατρού.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.3  
Οι βασικές δεξιότητες του γενικού ιατρού



ΠΗΓΗ: «Ο ευρωπαϊκός ορισμός της γενικής/οικογενειακής ιατρικής», WONCA.

Κάθε μία εξ αυτών των δεξιοτήτων, συγκεντρώνει ειδικά χαρακτηριστικά που διακρίνουν τους γενικούς ιατρούς (WONCA, 2002). Συγκεκριμένα:

1. Η *διαχείριση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας* σημαίνει ότι:
  - a. Ο γενικός γιατρός αποτελεί φυσιολογικά<sup>6</sup> το πρώτο σημείο επαφής ενός ασθενή με το σύστημα υγείας, χωρίς να υφίστανται περιορισμοί στην πρόσβαση.
  - b. Παράλληλα, χρησιμοποιεί αποδοτικά τους πόρους που διαθέτει μέσω της συντονισμένης φροντίδας και αναπτύσσει συνεργασίες με λοιπούς επαγγελματίες του χώρου. Συνεπώς, αναλαμβάνει ένα διττό συντονιστικό ρόλο, καθώς προσπαθεί να επιτύχει οικονομικά αποδοτική χρήση και καλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ταυτόχρονα συμβουλεύει τον ασθενή, παρέχοντας του πληροφόρηση για τις διαδικασίες που πρέπει να ακολουθήσει μέσα στο σύστημα υγείας (π.χ. αποφυγή επίπονων και κοστοφόρων προληπτικών ιατρικών εξετάσεων).

<sup>6</sup> Χρησιμοποιείται αυτός ο όρος, προκειμένου να αποσαφηνιστεί η έννοια της καθημερινής χρήσης ιατρικών περιστατικών από αυτή του επείγοντος περιστατικού που χρήζει άμεσης ιατρικής παρέμβασης.

2. Η *ανθρωποκεντρική φροντίδα*, περιλαμβάνει:

- a. Την ανάπτυξη μίας καθαρά εξατομικευμένης προσέγγισης του ατόμου και της οικογένειάς του. Κατ' επέκταση ξεπερνάται η λανθάνουσα αντιμετώπιση του ασθενή ως επιπρόσθετο «περιστατικό» και η μετατροπή του σε σημείο αναφοράς.
- b. Τη διάθεση μίας διαδικασίας προσωπικής συνέντευξης, με καθαρά θεραπευτικό σκοπό, μέσω της οποίας η επικοινωνία μεταξύ ασθενή και γιατρού καθίσταται ιδιαίτερα αποτελεσματική και αποκτά διαχρονικό χαρακτήρα. Βασικές προϋποθέσεις ωστόσο αποτελούν η επικοινωνιακή ικανότητα του γιατρού και η καλή διάθεση συνεργασίας του ασθενή.
- c. Την υπευθυνότητα του γιατρού για παροχή συνεχόμενης φροντίδας σε μακροπρόθεσμο διάστημα, όπως αυτή υπαγορεύεται κάθε φορά από τις ανάγκες του ασθενή. Ο γιατρός είναι επίσης υπεύθυνος για την εξασφάλιση παροχής φροντίδας υγείας καθ' όλο το 24ωρο.

3. Οι *ειδικές ικανότητες επίλυσης προβλημάτων* συμπεριλαμβάνουν:

- a. Την ικανότητα του γενικού γιατρού να λαμβάνει αποφάσεις, που θα προσδιορίζονται άμεσα τόσο από την έννοια του επιπολασμού όσο και από τις επιπτώσεις των ασθενειών στην τοπική κοινότητα όπου δραστηριοποιείται.
- b. Την εκ παραλλήλου διαχείριση τόσο των οξέων όσο και των χρόνιων προβλημάτων υγείας των ασθενών, από τον γιατρό. Η ταυτόχρονη απάντηση σε αρκετές απαιτήσεις καθιστά αναγκαία μία ιεραρχική διαχείριση των προβλημάτων, η οποία συνυπολογίζει τις προτεραιότητες τόσο του ασθενούς όσο και του ιατρού.

Σημειώνεται πως για την ανθρωποκεντρική φροντίδα, το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α., απέδωσε το 2000 τον ακόλουθο ορισμό: «είναι η ιατρική φροντίδα που στοχεύει στη συνεργασία μεταξύ των ιατρών, των ασθενών και των οικογενειών τους (όποτε απαιτείται), προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι θεραπευτικές αποφάσεις που λαμβάνονται σέβονται τις προσδοκίες, τις ανάγκες, τις προτιμήσεις των ασθενών με την εκπαίδευση και τη βοήθεια που χρειάζονται, προκειμένου να πάρουν αποφάσεις και να συμμετάσχουν ενεργά στη φροντίδα τους» (Τσίμτσιου, 2006).

4. Η *σφαιρική προσέγγιση* αφορά:

- a. Τη δυνατότητα διαχείρισης ασθενειών που εμφανίζονται με διαφορετικό τρόπο σε κάποιο πρώιμο στάδιο της εξέλιξης τους και οι οποίες ενδέχεται να χρήζουν κατεπείγουσας παρέμβασης.

b. Την προαγωγή της υγείας μέσα από κατάλληλες και αποτελεσματικές παρεμβάσεις, που θα βασίζονται σε ισχυρές ενδείξεις -όποτε αυτό καθίσταται εφικτό- αποφεύγοντας την πρόκληση βλαβών και την κατασπατάληση των περιορισμένων πόρων υγείας.

5. Ο *προσανατολισμός προς την κοινότητα*, αναφέρεται στην ιδιαίτερη ευθύνη που φέρει ο γενικός ιατρός για το γενικότερο επίπεδο υγείας του πληθυσμού της κοινότητας στην οποία και δραστηριοποιείται.

Σύμφωνα τέλος με το *ολιστικό πρότυπο*, ο γενικός ιατρός θα πρέπει να διαχειρίζεται προβλήματα υγείας στις σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και υπαρξιακές διαστάσεις τους. Για το λόγο αυτό λειτουργεί και ως συνδετικός «κρίκος» και συντονιστής των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Συμεωνίδης, 2000).

#### 1.8.4. Σύντομη εξέλιξη του θεσμού

Προπομποί του όρου «γενικός ιατρός» θεωρούνται ο «δημοσιεύων» ιατρός της αρχαιότητας και ο «αρχίατρος» που εμφανίζεται στα χρόνια του Βυζαντίου. Στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, αποδίδεται στον όρο, η χρήση που πραγματοποιείται και σήμερα.

Οι τεχνολογικές ανακαλύψεις που σημειώνονται στα μέσα του 20<sup>ου</sup> αιώνα, παραγκωνίζουν το ρόλο του γενικού ιατρού, καθώς θεωρήθηκε αποδοτικότερη για την ιατρική, η στροφή και η έμφαση στην τεχνολογία και την εξειδίκευση. Αποτέλεσμα αυτής της θεώρησης ήταν η σημαντική μείωση των γενικών ιατρών και η αύξηση των ειδικευμένων (Θεοδώρου, 1993).

Η «ιατρικοποίηση» ωστόσο, εξαιτίας της εξειδίκευσης και της έλλειψης του ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα του ιατρού, σε συνδυασμό με την κρίση των συστημάτων υγείας στις αρχές της δεκαετίας του '70, έδωσαν εκ νέου ώθηση στη γενική ιατρική. Αποτέλεσμα αυτής της αντίδρασης είναι, οι γενικοί γιατροί να αποτελούν σήμερα την κινητήριο δύναμη των συστημάτων υγείας πολλών κρατών ανά την υφήλιο.

Μολονότι παλαιότερα οι γενικοί γιατροί ήταν συνήθως παθολόγοι ή χωρίς ειδικότητα, πλέον είναι απόφοιτοι της γενικής ιατρικής, που απαιτεί συνήθως 2-4 χρόνια ειδίκευση στις βασικές ειδικότητες.

## 1.8.5. Ο γενικός-οικογενειακός ιατρός στην Ελλάδα

### 1.8.5.1. Ιστορικά στοιχεία

Η Ελλάδα συνακολούθησε τις χώρες της πρώην Ανατολικής Ευρώπης, στην ανάπτυξη της γενικής ιατρικής, μετά τις πολιτικές εξελίξεις που σημειώθηκαν σε αυτές.

Έτσι, η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής θεσπίζεται επίσημα με το Ν.Δ. 4111/1960 που όριζε διάρκεια εκπαίδευσης τους δεκαοχτώ (18) μήνες. Το 1981, η ειδικότητα αυξήθηκε χρονικά από ένα σε δύο έτη. Αργότερα, το Π.Δ. 80/1985 προσέθεσε έναν ακόμη χρόνο στη διάρκεια εκπαίδευσης, ενώ με το Π.Δ. 415/94, η ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής απαιτούσε τετραετή διάρκεια φοίτησης (Γεωργιάδης κ.α., 1996).

Το 1970, το σχέδιο «Εθνική Πολιτική Υγείας» του Α. Πάτρα αναφέρεται στο γενικό ιατρό και στην ελεύθερη επιλογή αυτού από τους ασθενείς. Το Ν.Δ. 1204/1972 «Περί θεραπόντων ιατρών ΙΚΑ» αναφέρεται στην ειδικότητα των οικογενειακών ιατρών που μπορούν να είναι είτε γενικοί ιατροί είτε παθολόγοι. Λίγα χρόνια αργότερα (1976), το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕ.Π.Ε.), στην έκθεση για την υγεία στο Πρόγραμμα Αναπτύξεως 1976-1980, υπογραμμίζει τη χρησιμότητα του γενικού ιατρού στην αποτελεσματική λειτουργία ενός εθνικού συστήματος υγείας.

Ο Ν. 2889/2001 καθιερώνει τον «προσωπικό γιατρό» και ορίζει πως τέτοια θέση δύνανται να καταλάβουν όλοι οι γιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας καθώς και άλλων συναφών ειδικοτήτων που εργάζονται στα ασφαλιστικά ταμεία και στον ιδιωτικό τομέα κατόπιν βραχείας εκπαίδευσης.

Ο γενικός/οικογενειακός ιατρός εμφανίζεται για πρώτη φορά στην Ελλάδα το 1960 στο Περιφερειακό Ιατρείο του Ι.Κ.Α. στα Χανιά. Δύο χρόνια αργότερα, η ειδικότητα εμφανίζεται και σε άλλες περιοχές, όπως η Κέρκυρα, ο Βόλος, τα Πατήσια, η Νίκαια. Το 1979 στην Ελλάδα, καταγράφονται μόλις 66 γενικοί ιατροί, ενώ η ειδικότητα τους αποκτήθηκε εξαιτίας της πολυετούς εμπειρίας τους σε αγροτικό ιατρείο ή υγειονομικό σταθμό. Το 1993 ο αριθμός τους ανέβηκε στους 200 και το 2003 αγγίζουν τους 1.200, καλύπτοντας δηλαδή ποσοστό περίπου 2% επί του συνόλου του ιατρικού σώματος. Ωστόσο υπολογίζεται ότι θα πρέπει να φτάσουν τους 6.000 για να καλυφθούν πλήρως οι ανάγκες του πληθυσμού της χώρας (Βερνικοκίδης, 2003).

Πρόσφατη μελέτη της Ε.Σ.Δ.Υ. ανεβάζει τον αριθμό των γενικών ιατρών στις 7.000. Παράλληλα, υποστηρίζεται πως στην περιφέρεια της πρωτεύουσας, μόλις το 0,4% του ιατρικού σώματος έχει αυτή την ειδικότητα και αναφέρεται ότι σε κάθε Έλληνα γενικό ιατρό αναλογούν 10.000 άτομα. Για την κάλυψη των αναγκών στην ειδικότητα

αυτή, απαιτείται αύξηση του αριθμού τους κατά 619%, όταν οι λοιπές ειδικότητες -λόγω κορεσμού- πρέπει να μειωθούν μέχρι και 34%<sup>7</sup>.

ΕΙΚΟΝΑ 1.1  
Οι οικογενειακοί ιατροί στην Ελλάδα



ΠΗΓΗ: Αναδημοσίευση από «ΤΑ ΝΕΑ», φύλλο της 02/05/2006

Ο ανεπαρκής λοιπόν αριθμός γενικών ιατρών θεωρείται μία από τις βασικές αιτίες της αναποτελεσματικότητας των προσπαθειών συγκρότησης ενός αποδοτικού συστήματος υγείας στη χώρα. Ως λόγοι της ανεπάρκειας, θα μπορούσαν να αποδοθούν:

- το χαμηλό κοινωνικό και επαγγελματικό status της ειδικότητας και η υποτιμημένη εικόνα του, τόσο από το ιατρικό σώμα όσο και από τους ασθενείς,
- η περιορισμένη επαγγελματική εξέλιξη και οι χαμηλές αποδοχές,
- η περιορισμένη κρατική ενίσχυση της ειδικότητας σε επίπεδο εκπαίδευσης καθώς και σε επίπεδο οικονομικής ενίσχυσης και κυρίως
- η αδυναμία της ειδικότητας να αφομοιώσει τα ιδανικά που πραγματικά υπηρετεί.

<sup>7</sup> Κουκλάκη Δέσποινα, «Οικογενειακός, αλλά άγνωστος. Στην Ευρώπη τον θεωρούν απαραίτητα γιατρό, στην Ελλάδα αντιστοιχεί ένας στους 10.000», Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ», φύλλο της 02/05/2006.

#### 1.8.5.2. Περιγραφή της υφιστάμενης κατάστασης (λειτουργική προσέγγιση)

Πέραν της αριθμητικής ανεπάρκειας των γενικών ιατρών που προαναφέρθηκε, υπάρχει και μία πληθώρα παραγόντων που δυσχεραίνουν την ορθή άσκηση της γενικής ιατρικής. Αυτοί είναι:

1. Η ενασχόληση τους στη περίθαλψη και όχι στην Π.Φ.Υ..
2. Η μη χρησιμοποίηση από μέρους τους κατευθυντήριων οδηγιών.
3. Η απορρόφησή τους στη συνταγογράφηση ως βασικό καθήκον.
4. Το μικρό ποσοστό συμμετοχής τους σε προγράμματα παροχής φροντίδας κατ' οίκον.
5. Η μη εμπλοκή τους σε παρεμβάσεις προληπτικού χαρακτήρα και προαγωγής της υγείας του πληθυσμού (Σουλιώτης κ.α., 2003).

Όλοι οι παραπάνω παράγοντες δυσχεραίνουν σημαντικά το έργο των γενικών ιατρών, οι οποίοι διαθέτουν το θεωρητικό υπόβαθρο για ποικιλόμορφη ενεργοποίηση στα όρια των τοπικών κοινωνιών που δραστηριοποιούνται, με αποτέλεσμα να καθίστανται αναποτελεσματικοί.

#### 1.8.6. Τα προβλήματα της γενικής ιατρικής στην Ελλάδα

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο κλάδος της γενικής ιατρικής στην Ελλάδα και αποτελούν τροχοπέδη για την ανάπτυξη της επιστήμης, μπορούν να συμπυκνωθούν στον ακόλουθο πίνακα.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1.1

*Διαστάσεις – προβλήματα σχετικά με την ανάπτυξη της γενικής ιατρικής στην Ελλάδα*

1. Απουσία πρακτικών οδηγιών και κατευθυντηρίων γραμμών
2. Απουσία διαγνωστικών εργαλείων και μέσων διαλογής
3. Απουσία προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης
4. Απουσία διαδικασιών συστηματικής ανασκόπησης της βιβλιογραφίας (ηλεκτρονικής ή μη)
5. Απουσία ενιαίου συστήματος καταχώρησης και ανάλυσης της πληροφορίας στην Π.Φ.Υ.
6. Αποσπασματική ανάμιξη σε προγράμματα έρευνας κατάλληλων στην Π.Φ.Υ και στη Γενική Ιατρική
7. Αδυναμία τεκμηρίωσης της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης της γενικής ιατρικής και ελάχιστη ανάμιξη σε τυχαιοποιημένες και ελεγχόμενες κλινικές δοκιμές
8. Απουσία κριτηρίων αξιολόγησης της κλινικής αξιολόγησης στη γενική ιατρική
9. Έλλειψη ενός ενιαίου συστήματος μέτρων και δεικτών παρακολούθησης και αξιολόγησης της εκπαίδευσης της ειδικότητας στη γενική ιατρική
10. Έλλειψη ενός μεταπτυχιακού προγράμματος στη γενική ιατρική και στην Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

ΠΗΓΗ: Αναδημοσίευση από Σουλιώτης - Λιόνης

### 1.9. Η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

#### 1.9.1. Γενικά χαρακτηριστικά

Η Π.Φ.Υ. στη χώρα μας, παρουσιάζει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

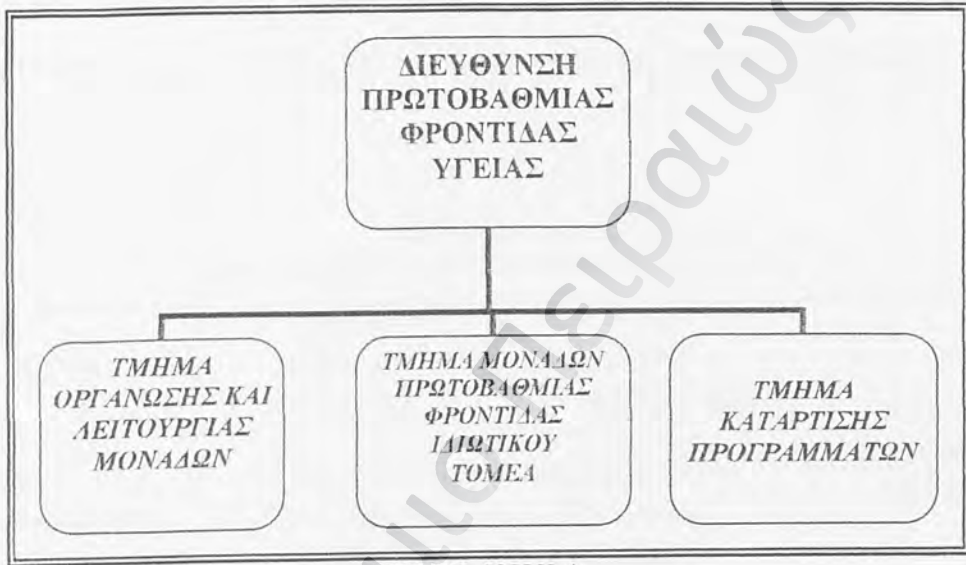
1. Υπάρχει ένα άτυπο «δίκτυο» που αποτελείται από τα Κ.Υ. και τα πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α..
2. Οι φορείς που δεν διαθέτουν δικές τους υπηρεσίες υγείας, καλύπτουν τους ασφαλισμένους τους με συμβάσεις με ιδιωτικά κέντρα και γιατρούς. Ωστόσο, δεν υπάρχει καμία διασφάλιση τόσο της ποιότητας όσο και της επάρκειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ απουσιάζει η προληπτική και μετανοδοκομειακή φροντίδα.
3. Το κενό της δημόσιας Π.Φ.Υ., οδηγεί στην έντονη επενδυτική δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα στην εξωνοδοκομειακή περίθαλψη.



1.9.2. Η κεντρική οργάνωση της Π.Φ.Υ.

Σε κεντρικό επίπεδο, οι προτεραιότητες και η στρατηγική για την ανάπτυξη υπηρεσιών Π.Φ.Υ., αφορούν την αντίστοιχη Διεύθυνση του Υ.Υ.Κ.Α., η οργανωτική δομή της οποίας παρουσιάζεται στο ακόλουθο διάγραμμα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1.4  
Διεύθυνση Π.Φ.Υ. του Υ.Υ.Κ.Α.



ΠΗΓΗ: Υ.Υ.Κ.Α.

Το *Τμήμα Οργάνωσης και Λειτουργίας Μονάδων*, έχει σαν κύριο έργο τη μελέτη και τον προγραμματισμό των μονάδων Π.Φ.Υ.. Σχεδιάζει την ανάπτυξη και την χωροταξική κατανομή τους, ενώ προγραμματίζει τα πάσης φύσεως θέματα που σχετίζονται με τη λειτουργία των μονάδων (ωράριο λειτουργίας, ιατρικό προσωπικό, εξοπλισμός, νοσήλια κλπ).

Το *Τμήμα Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Ιδιωτικού Τομέα*, είναι υπεύθυνο για τη χορήγηση αδειών ίδρυσης και λειτουργίας αντίστοιχων μονάδων σε ιδιωτικούς φορείς (διαγνωστικά κέντρα, διαιτολογικά γραφεία κλπ). Καθορίζει τις προϋποθέσεις και προδιαγραφές, ευθύνεται για τον έλεγχο των ανωτέρω φορέων και τηρεί το ανάλογο μητρώο.

Το *Τμήμα Κατάρτισης Προϋπολογισμών*, εκτελεί τις πάσης φύσεως αρμοδιότητες που σχετίζονται με την Π.Φ.Υ., εφαρμόζει αντίστοιχα προγράμματα σε ειδικές

πληθυσμιακές ομάδες και ελέγχει τα προγράμματα πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης στα Κέντρα Υγείας, στα Περιφερειακά Ιατρεία και στο σπίτι<sup>8</sup>.

### 1.9.3. Οι πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ.

Οι πάροχοι υπηρεσιών Π.Φ.Υ., συγκροτούνται από «ένα μωσαϊκό φορέων, οι οποίοι έχουν αναπτυχθεί στα πλαίσια τεσσάρων βασικών δομών» (Οικονόμου, 2004), που αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα. Κύριο στοιχείο διάκρισης αποτελούν οι πηγές χρηματοδότησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.2  
Δομές παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα

Ε.Σ.Υ.	Ταμεία κοινωνικής ασφάλισης	Τοπική αυτοδιοίκηση	Ιδιωτικός τομέας
Κέντρα υγείας Περιφερειακά ιατρεία Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων	Πολυϊατρεία Συμβεβλημένοι ιδιώτες προμηθευτές	Δημοτικά ιατρεία Προνοιακές υπηρεσίες	

#### 1.9.3.1. Το Ε.Σ.Υ.

Εδώ περιλαμβάνονται τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων για τα αστικά κέντρα. Ο κρατικός προϋπολογισμός είναι η κυριότερη πηγή χρηματοδότησης και σε μικρό ποσοστό τα ασφαλιστικά ταμεία.

Η αποδοτικότητα και η λειτουργική ικανότητα των Κ.Υ. της χώρας είναι περιορισμένες εξαιτίας των ελλείψεων που καταγράφονται σε θέματα στελέχωσης, χρηματοδότησης και οργανωτικής δομής. Είναι χαρακτηριστικό πως το 2006, καταγράφονται 2.250 κενές θέσεις στα Κ.Υ.<sup>9</sup> Επιπρόσθετα, ο ρόλος τους και οι δράσεις,

<sup>8</sup> Για περισσότερες πληροφορίες, βλ. σχετ. <http://www.mohaw.gr/gr/theministry/minservices/protobathmia>

<sup>9</sup> Κουκλάκη Δέσποινα, «Απαξιώνουν το Ε.Σ.Υ. μειώνοντας τις δαπάνες για την υγεία», Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ», φύλλο της 28/07/2007.

όπως τελικά αναπτύχθηκαν, δεν προσέδωσαν στα Κ.Υ. τη δυνατότητα να λειτουργήσουν ως προαγωγοί της δημόσιας υγείας (Οικονόμου, 2004).

Το 1994 τα Περιφερειακά Ιατρεία απέσπασαν ποσοστό 5%, τα Κ.Υ. ποσοστό 7,5% και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ποσοστό 11,2%, επί του συνόλου των επισκέψεων. (Υ.Υ.Π.Κ.Α., 1994).

### 1.9.3.2. Τα ασφαλιστικά ταμεία

Τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν συστήσει δικά τους πολυϊατρεία. Μέσω αυτών, παρέχουν στους ασφαλισμένους τους τις αναγκαίες ιατρικές φροντίδες για βασικές ιατρικές δεξιότητες, σε καθημερινή βάση. Η πλειοψηφία αυτών ανήκει και λειτουργείται από το Ι.Κ.Α. για τους ασφαλισμένους του, ενώ πληθώρα μικρότερων ταμείων, έχουν αναπτύξει δικά τους πολυϊατρεία, κυρίως στο αστικό συγκρότημα της Αθήνας και παρέχουν ανάλογες υπηρεσίες.

Ωστόσο, υπάρχει και αριθμός ταμείων που δεν διαθέτουν δικές τους υπηρεσίες. Σε αυτές τις περιπτώσεις συμβάλλονται με ιδιώτες ιατρούς όπου και καταφεύγουν οι ασφαλισμένοι ή χρησιμοποιείται το σύστημα της αποζημίωσης του ασθενή<sup>10</sup>.

Η χρηματοδότησή τους προέρχεται κυρίως από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες Π.Φ.Υ. περιλαμβάνουν:

- ✓ την ιατρική περίθαλψη,
- ✓ τις παρακλινικές – εργαστηριακές εξετάσεις,
- ✓ τη φαρμακευτική περίθαλψη,
- ✓ την οδοντιατρική περίθαλψη,
- ✓ τις παροχές πρόσθετης περίθαλψης.

Μολονότι αυτές οι παροχές καλύπτονται από όλα τα ασφαλιστικά ταμεία, εντούτοις, ο τρόπος διάθεσης και το εύρος ποικίλουν, καθώς:

- η ελεύθερη επιλογή του ιατρού δεν αναγνωρίζεται από όλους τους φορείς,
- η οδοντιατρική περίθαλψη σε κάποιους είναι ιδιαίτερα περιορισμένη και σε κάποιους άλλους διευρυμένη και τέλος

<sup>10</sup> Στην περίπτωση συμβεβλημένου ιατρού, αυτός αμείβεται κατά πράξη και περίπτωση, δηλαδή σύμφωνα με τον αριθμό των επισκέψεων και των ιατρικών πράξεων. Στην περίπτωση μη συμβολής ταμείων και ιατρών, ο ασθενής επισκέπτεται ιδιώτη ιατρό, ο οποίος κοστολογεί τις υπηρεσίες του σύμφωνα με την κρίση του και τις επικρατούσες τιμές της αγοράς. Κατόπιν ο ασθενής αποζημιώνεται από τον ασφαλιστικό φορέα του, σύμφωνα με τις επίσημες τιμές που καθορίζει το Υπουργείο Υγείας.

- οι παροχές πρόσθετης περίθαλψης ποικίλλουν ανάλογα με τα οικονομικά του φορέα (Τούντας, 2001).

Το Ι.Κ.Α. κάνει χρήση των δικών του υποδομών και ανθρώπινων πόρων. Το 1994, στα πολυϊατρεία του καταγράφηκε ποσοστό επισκέψεων 38,75%, επί του συνόλου των επισκέψεων στις μονάδες Π.Φ.Υ. και ποσοστό 2,50% στα πολυϊατρεία των υπόλοιπων ταμείων.

Το Δημόσιο και ο Ο.Α.Ε.Ε. είναι φορείς συμβεβλημένοι με πληθώρα ιδιωτών ιατρών. Ο Ο.Γ.Α. χρησιμοποιεί τις υποδομές του Ε.Σ.Υ., ενώ ο Οίκος Ναύτου χρησιμοποιεί ένα πολυϊατρείο στον Πειραιά και παράλληλα συνεργάζεται με ιδιώτες γιατρούς και διαγνωστικά κέντρα.

#### 1.9.3.3. Η τοπική αυτοδιοίκηση

Οι Δήμοι τα τελευταία χρόνια, έχουν προχωρήσει στη σύσταση δημοτικών ιατρείων, στα οποία παρέχονται περιορισμένου όγκου και εύρους υπηρεσίες για τους δημότες που διαβιούν εντός των στενών, γεωγραφικών, δημοτικών ορίων. Πέραν των ιατρείων, ανάλογες υπηρεσίες παρέχονται και μέσα από προνοιακού τύπου υποδομές.

Οι προσφερόμενες υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν, ενώ τα έξοδα για τη συντήρηση των δομών αυτών καλύπτονται είτε από τη δημοτική φορολογία (συνήθως με τη μορφή των ανταποδοτικών τελών και όχι με την επιβολή ειδικού φόρου) είτε από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω του Υπουργείου Εσωτερικών.

#### 1.9.3.4. Ο ιδιωτικός τομέας

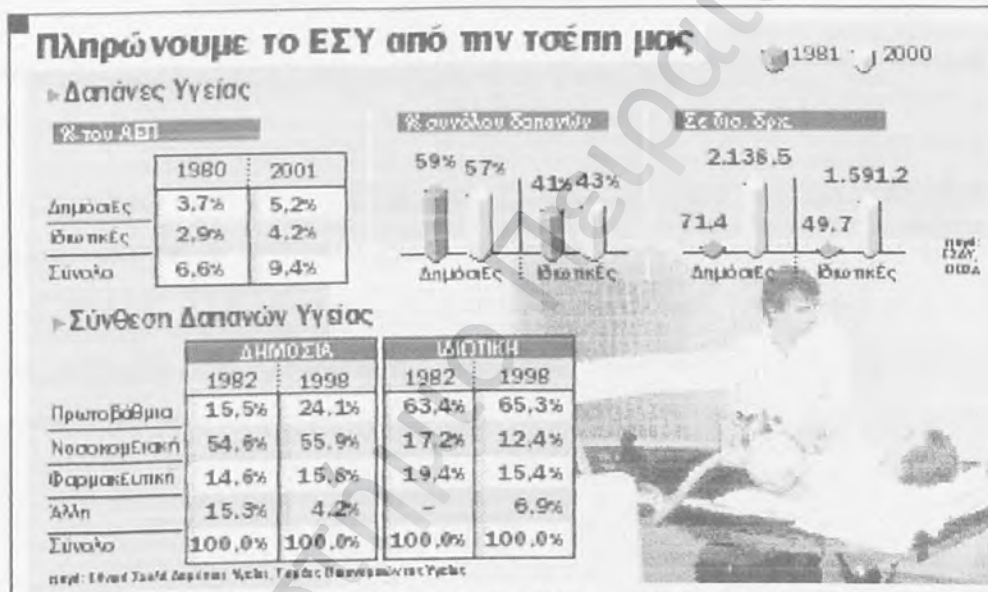
Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τα πάσης φύσεως διαγνωστικά κέντρα, τα ιδιωτικά θεραπευτήρια, τους ιδιώτες ιατρούς. Τα τελευταία χρόνια, στον ελλαδικό χώρο, η δράση του ιδιωτικού τομέα και η συμβολή του στην Π.Φ.Υ. χαρακτηρίζεται από σημαντική αύξηση, γεγονός που αποτελεί έκφραση της δυσπιστίας του Έλληνα καταναλωτή υπηρεσιών υγείας στο Ε.Σ.Υ..

Πηγές χρηματοδότησης αποτελούν τα ασφαλιστικά ταμεία και το οικογενειακό εισόδημα των νοικοκυριών. Σύμφωνα με υπολογισμούς, το ποσό που δαπανούν κατά μέσο όρο τα νοικοκυριά για υπηρεσίες Π.Φ.Υ. –είτε συμπληρωματικά είτε πέρα από την

ασφαλιστική κάλυψη- είναι 2,45 εκατ. €, που αντιστοιχεί σε 28% περίπου των συνολικών δαπανών υγείας (Σουλιώτης κ.α., 2003).

Σύμφωνα με έρευνα της Ε.Σ.Δ.Υ., το 60% των δαπανών των νοικοκυριών αποδίδονται για οδοντιατρική φροντίδα που δεν παρέχει το Ε.Σ.Υ., καθώς και στην ιατρική και νοσοκομειακή φροντίδα. Αντίστοιχο φαινόμενο παρατηρείται και στις δαπάνες για Π.Φ.Υ., γεγονός που προκαλεί σειρά προβλημάτων και αποτελεί συνάμα πηγή κοινωνικών ανισοτήτων<sup>11</sup>.

ΕΙΚΟΝΑ 1.2  
Δαπάνες υγείας και σύνθεσή τους



ΠΗΓΗ: Αναδημοσίευση από «ΤΑ ΝΕΑ», φύλλο της 17/11/2003

Στον ακόλουθο πίνακα καταγράφονται οι μονάδες Π.Φ.Υ., ο αριθμός των γιατρών που υπηρετούσαν σε αυτές και εκτιμήσεις για τον αριθμό των επισκέψεων που πραγματοποιήθηκαν κατά το έτος 1993.

<sup>11</sup> Κουκλάκη Δέσποινα, «Ακριβή μου υγεία... 1,6 τρις. δρχ. από την τσέπη των Ελλήνων για... δωρεάν περίθαλψη», Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ», φύλλο της 17/11/2003.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3

Αριθμός μονάδων Π.Φ.Υ, ιατρών και επισκέψεων κατά το έτος 1993

		Αριθμός Μονάδων	Αριθμός Ιατρών	Αριθμός επισκέψεων	Ποσοστό (%) επισκέψεων
Ε.Σ.Υ.	Περιφ. Ιατρεία, Κ.Υ., Εξωτερικά ιατρεία	1.407	1.837	4.000.000	5%
		170	1.568	6.000.000	7,5%
		119		9.000.000	11,2%
Ασφαλιστικά Ταμεία	Πολυϊατρεία Ι.Κ.Α.	242	5.228	31.000.000	38,75%
	Πολυϊατρεία άλλων Ταμείων	21	348	2.000.000	2,50%
Τοπική Αυτοδιοίκηση <sup>12</sup>	Υπηρεσίες Πρόνοιας Ιατρεία		200	500.000	0,62%
Ιδιωτικός Τομέας	Ιδιότες ιατροί Διαγν. κέντρα και εργαστήρια		19.500	27.500.000	34,40%

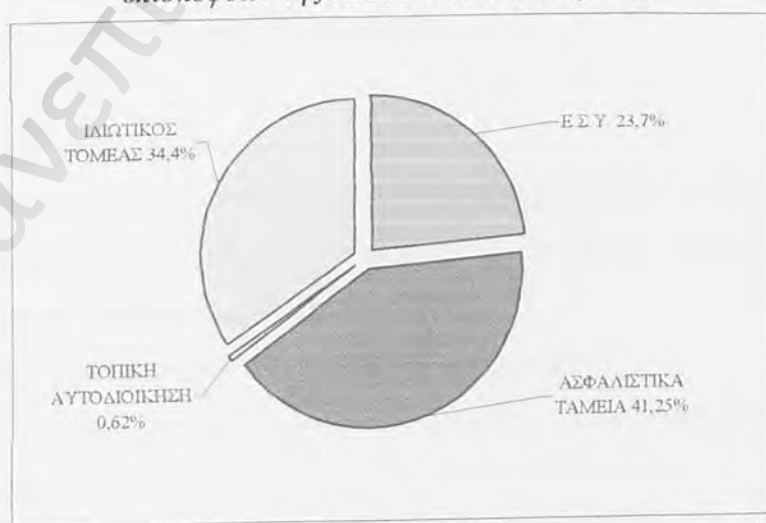
ΠΗΓΗ: Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1994.

Κρίνοντας από τον αριθμό των επισκέψεων που πραγματοποιήθηκαν στα πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α., γίνεται εύκολα αντιληπτό πως παραμένει ο βασικός πάροχος υπηρεσιών Π.Φ.Υ., ακολουθούμενος από τον ιδιωτικό τομέα.

Αντίστοιχα, το παρακάτω γράφημα αποτυπώνει τις επισκέψεις που πραγματοποιήθηκαν ανά πάροχο υπηρεσιών Π.Φ.Υ. κατά το έτος 1993, ως ποσοστό επί του συνόλου.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1.1

Επισκέψεις ανά φορέα παροχής ως ποσοστό επί του συνόλου των επισκέψεων της Π.Φ.Υ. κατά το έτος 1993



ΠΗΓΗ: Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1994.

<sup>12</sup> Τα αριθμητικά δεδομένα που αφορούν την τοπική αυτοδιοίκηση και τον ιδιωτικό τομέα αποτελούν εκτιμήσεις.

Στον Πίνακα 1.3 καταγράφονται τα Κ.Υ. και τα Περιφερειακά Ιατρεία της χώρας, ανά Υγειονομική Περιφέρεια, για το έτος 2002.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3

Υπηρεσίες Π.Φ.Υ., παρεχόμενες από το Ε.Σ.Υ.<sup>13</sup> (2002)

Πε.Σ.Υ.	Πληθυσμός αναφοράς	Κέντρα Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία
Α' Αττικής	1.062.945	-	-
Β' Αττικής	1.509.417	9	9
Γ' Αττικής	1.189.448	5	13
Α' Κεν. Μακεδονίας	786.963	20	113
Β' Κεν. Μακεδονίας	1.074.954	11	80
Αν. Μακ. και Θράκης	610.254	14	115
Δυτ. Μακεδονίας	302.750	7	88
Ηπείρου	352.420	16	109
Θεσσαλίας	754.393	20	158
Νησιών Ιονίου	214.274	8	53
Δυτ. Ελλάδας	739.118	18	140
Στερεάς Ελλάδας	607.855	15	148
Πελοποννήσου	632.955	26	186
Βορείου Αιγαίου	204.158	7	62
Α' Νοτίου Αιγαίου	111.181	7	41
Β' Νοτίου Αιγαίου	190.564	4	35
Κρήτης	601.159	14	127
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>10.944.808</b>	<b>201</b>	<b>1.478</b>

ΠΗΓΗ: Υ.Υ.Κ.Α. 2002, Αναδημοσίευση από Οικονόμου Χ.

Σύμφωνα με άλλη πηγή (Παρασκευόπουλος, 2006), οι μονάδες Π.Φ.Υ. της χώρας, παρουσιάζουν τα ακόλουθα ποσοτικά στοιχεία:

- ✓ 190 Κ.Υ.,
- ✓ 1.351 Περιφερειακά ιατρεία,
- ✓ 200 πολυϊατρεία εκ των οποίων τα 150 αποτελούν μονάδες του Ι.Κ.Α.,
- ✓ 300 ιατρεία (100 Ι.Κ.Α., 60 Π.Ι.Κ.Π.Α., 50 δημοτικά και 90 διάφορων ασφαλιστικών ταμείων).

Στην Περιφέρεια Αττικής κατά το 2006 λειτουργούν<sup>14</sup>:

- 10 Κ.Υ. τα οποία παρουσιάζουν ελλείψεις τόσο σε υλικοτεχνική υποδομή όσο και σε ιατρικό προσωπικό,

<sup>13</sup> Στον Πίνακα δεν περιλαμβάνονται οι ψυχιατρικές δομές.

<sup>14</sup> «Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Αττικής», Προγραμματική Περίοδος 2007-2013, Αθήνα, Μάρτιος 2007, σελ. 38.

- Η Πολυκλινική του Ολυμπιακού Χωριού, ως πρωτοβάθμια υπηρεσία υγείας ευρύτερου Δημόσιου Τομέα,
- Τρία (3) Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (Βύρωνα, Σαλαμίνας και Ελευσίνας),
- 20 Περιφερειακά ιατρεία,
- Ένα (1) Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο,
- Ένα (1) Ειδικό Κέντρο Υγείας και
- 12 Κέντρα Ημέρας που λειτουργούν από Νοσοκομεία και Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου συνεργαζόμενα με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στον τομέα της ψυχικής υγείας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

#### 2.1. Η συνταγματική κατοχύρωση της τοπικής αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα

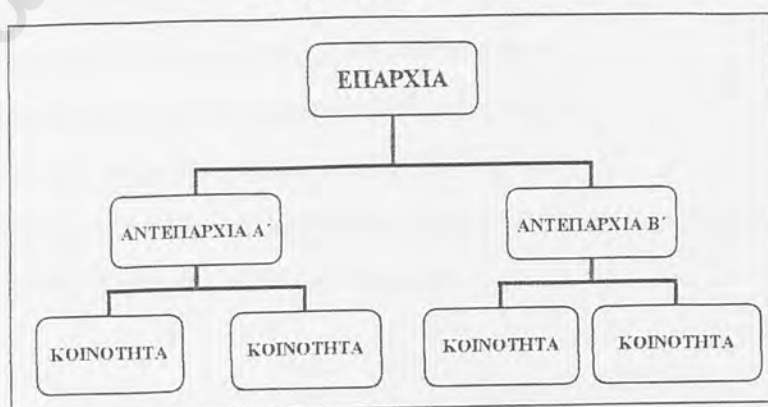
Η Ελλάδα, διακρίνεται για το αυτοδιοικητικό της σύστημα από τα χρόνια της αρχαιότητας, οπότε και ο θεσμός -σύμφωνα με τη μυθολογία- αναπτύχθηκε από τον Θησέα. Ωστόσο, ιδρυτής του θεσμού θεωρείται ο Αθηναίος πολιτικός Κλεισθένης, που διαίρεσε την Αθηναϊκή Πολιτεία σε δήμους, αποδίδοντας ξεχωριστά προσωνύμια σε καθέναν από αυτούς και διοικητική αυτοτέλεια.

Η λειτουργία του θεσμού συνεχίστηκε και στα χρόνια της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας. Κατά την περίοδο της Τουρκοκρατίας η τοπική διοίκηση ασκείτο από τους αιρετούς περιφερειακούς προεστούς, που παρουσίαζαν σχέση εξάρτησης από την τουρκική αρχή και τους δημογέροντες.

Η Α' Εθνοσυνέλευση της Επιδάυρου (20.12.1821), καταργεί τις παλιές κοινότητες, αποσκοπώντας στην ενοποίηση της διοίκησης και στην καταπολέμηση του τοπικιστικού πνεύματος.

Μολονότι το Σύνταγμα της 1<sup>ης</sup> Ιανουαρίου 1882 (Προσωρινό Πολίτευμα της Ελλάδος) δεν περιέλαβε το θεσμό της τοπικής αυτοδιοίκησης στις διατάξεις του, ο Ν. 12 της 30<sup>ης</sup> Απριλίου 1882, ενέκρινε τον Οργανισμό των Ελληνικών Επαρχιών, που διέκρινε την τοπική αυτοδιοίκηση, όπως αυτή αποτυπώνεται στο διάγραμμα που ακολουθεί.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.1  
Διάκριση Τ.Α. το 1822



Η διοίκηση της επαρχίας ανατίθεται στον έπαρχο και της αντεπαρχίας στον αντέπαρχο ομοίως, οι οποίοι ορίζονται και δεν εκλέγονται. Οι κοινότητες διοικούνται από τους δημογέροντες, οι οποίοι ήταν εκλεγμένοι και άνηκαν στους επιφανείς οικονομικά κατοίκους της περιοχής. Ωστόσο, αυτός ο νόμος εφαρμόστηκε στα νησιά του Αιγαίου, εξαιρουμένων της Ύδρας, των Σπετσών και των Φαρών.

Η Β' Εθνοσυνέλευση που πραγματοποιήθηκε στο Άστρος, καθόρισε την υποδιαίρεση των επαρχιών σε πόλεις, κωμοπόλεις και χωριά και όρισε στους εκλεγμένους δημογέροντες καθήκοντα διοικητικά, δημοσιονομικά και δικαστικά.

Σοβαρή προσπάθεια οργάνωσης της κοινοτικής αυτοδιοίκησης, επεχείρησε ο Καποδίστριας, ο οποίος διαίρεσε την επικράτεια σε τμήματα<sup>15</sup>, αυτά σε επαρχίες και κάθε μία από αυτές σε πόλεις, κωμοπόλεις και χωριά.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2.2  
Διαίρεση επικράτειας κατά Καποδίστρια



Το Δεκέμβριο του 1833, το Β.Δ. «Περί συστάσεως των Δήμων», αποτυπώνει μία προσπάθεια οργάνωσης του ελληνικού συστήματος αυτοδιοίκησης, βάσει των ευρωπαϊκών προτύπων και ιδίως του γαλλικού. Έτσι δημιουργούνται 457 δήμοι, που αφορούσαν τρεις κατηγορίες:

1. Δήμοι με πληθυσμό τουλάχιστον 10.000 κατοίκων.
2. Δήμοι με πληθυσμό τουλάχιστον 2.000 κατοίκων και
3. Δήμοι με πληθυσμό μικρότερο των 2.000 κατοίκων.

Το Σύνταγμα του 1844, αναγνώρισε έμμεσα το δήμο, ως μονάδα αυτοδιοίκησης, ενώ αυτό του 1864 αναγνώρισε το θεσμό επίσημα.

<sup>15</sup> Η Πελοπόννησος διαιρέθηκε σε επτά (7) τμήματα, τα νησιά σε έξι (6) και η Στερεά Ελλάδα, όταν απελευθερώθηκε, σε δύο (2).

Ο Ν. ΔΝΖ' του 1912, που ίσχυσε δύο χρόνια αργότερα, «Περί συστάσεως δήμων και κοινοτήτων», άλλαξε το τοπίο στο χώρο της αυτοδιοίκησης, διακρίνοντας τους δήμους σε αστικούς (δήμους) και σε αγροτικούς (κοινότητες).

Η πρώτη, πλήρης επίσημη κατοχύρωση του θεσμού της τοπικής αυτοδιοίκησης, πραγματοποιήθηκε με το άρθρο «104 του Συντάγματος της Τριαντακονταμελούς Συνταγματικής Επιτροπής του 1925, που περιλήφθηκαν με ορισμένες τροποποιήσεις στο αρθρ. 107 του Συντάγματος του 1927», (Μπέσιλα-Βήκα, 2004), όπου και ορίζονται δύο βαθμίδες αυτοδιοίκησης.

Αργότερα, το άρθρο 99 του Συντάγματος του 1952, καθιερώνει ρητά την τοπική αυτοδιοίκηση: «η διοικητική οργάνωση του κράτους βασιζέται εις την αποκέντρωση και την τοπικήν αυτοδιοίκησην ως νόμος ορίζει. Η εκλογή των δημοτικών και κοινοτικών αρχών θα γίνεται δια καθολικής ψηφοφορίας».

Το αυτοδιοίκητο των δήμων και των κοινοτήτων, βάσει του προαναφερθέντος άρθρου, καθορίστηκε με το ν.δ. 2888/1954 «περί κυρώσεως του σχεδίου δημοτικού και κοινοτικού κώδικος».

Κατόπιν, στο Σύνταγμα του 1975, το άρθρο 102<sup>16</sup> περιέλαβε διατάξεις για την κατοχύρωση του θεσμού της αυτοδιοίκησης, αποδίδοντας και τα πέντε ουσιώδη χαρακτηριστικά της:

<sup>16</sup> Συγκεκριμένα, το άρθρο 102, αναφέρει:

1. «Η διοίκηση των τοπικών υποθέσεων ανήκει στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτου και δεύτερου βαθμού. Υπέρ των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης συντρέχει τεκμήριο αρμοδιότητας για τη διοίκηση των τοπικών υποθέσεων. Νόμος καθορίζει το εύρος και τις κατηγορίες των τοπικών υποθέσεων, καθώς και την κατανομή τους στους επί μέρους βαθμούς. Με νόμο μπορεί να ανατίθεται στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης η άσκηση αρμοδιοτήτων που συνιστούν αποστολή του Κράτους.
2. Οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης έχουν διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Οι αρχές τους εκλέγονται με καθολική και μυστική ψηφοφορία, όπως νόμος ορίζει.
3. Με νόμο μπορεί να προβλέπονται για την εκτέλεση έργων ή την παροχή υπηρεσιών ή την άσκηση αρμοδιοτήτων των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης αναγκαστικοί ή εκούσιοι σύνδεσμοι οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης που διοικούνται από αιρετά όργανα.
4. Το Κράτος ασκεί στους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης εποπτεία που συνίσταται αποκλειστικά σε έλεγχο νομιμότητας και δεν επιτρέπεται να εμποδίζει την πρωτοβουλία και την ελεύθερη δράση τους. Ο έλεγχος νομιμότητας ασκείται, όπως νόμος ορίζει. Πειθαρχικές ποινές στα αιρετά όργανα της τοπικής αυτοδιοίκησης, εκτός από τις περιπτώσεις που συνεπάγονται αυτοδικαίως έκπτωση ή αργία, επιβάλλονται μόνο ύστερα από σύμφωνη γνώμη Συμβουλίου που αποτελείται κατά πλειοψηφία από τακτικούς δικαστές, όπως νόμος ορίζει.
5. Το Κράτος λαμβάνει τα νομοθετικά, κανονιστικά και δημοσιονομικά μέτρα που απαιτούνται για την εξασφάλιση της οικονομικής αυτοτέλειας και των πόρων που είναι αναγκαίοι για την εκπλήρωση της αποστολής και την άσκηση των αρμοδιοτήτων των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης με ταυτόχρονη διασφάλιση της διαφάνειας κατά τη διαχείριση των πόρων αυτών. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την απόδοση και κατανομή, μεταξύ των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης, των φόρων ή τελών που καθορίζονται υπέρ αυτών και εισπράττονται από το Κράτος. Κάθε μεταβίβαση αρμοδιοτήτων από κεντρικά ή περιφερειακά όργανα του Κράτους προς την τοπική αυτοδιοίκηση συνεπάγεται και τη μεταφορά των αντίστοιχων πόρων. Νόμος ορίζει τα σχετικά με τον καθορισμό και την είσπραξη τοπικών εσόδων απευθείας από τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης.»

1. Την ύπαρξη των Ο.Τ.Α. ως εδαφικών Ν.Π.Δ.Δ..
2. Την άμεση εκλογή των οργάνων τους.
3. Την αυτοτέλεια τους.
4. Την κρατική εποπτεία.
5. Τη διαχείριση των τοπικών υποθέσεων από τους Ο.Τ.Α..

## 2.2. Οι Ο.Τ.Α. α' βαθμού

### 2.2.1. Συνενώσεις και υφιστάμενη κατάσταση

Η πρώτη βαθμίδα της τοπικής αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα συγκροτείται από τους Δήμους και τις Κοινότητες. Οι Ο.Τ.Α. αυτής της βαθμίδας είναι Ν.Π.Δ.Δ., έχουν συνταγματική κατοχύρωση, ενώ ο θεσμός τους κατοχυρώνεται και από τον Ευρωπαϊκό Χάρτη Τοπικής Αυτονομίας, που κυρώθηκε με το Ν. 1850/1989 (ΦΕΚ 144, τ. Α') (Πουλής, 2007).

Κύριο χαρακτηριστικό της πρωτοβάθμιας αυτοδιοίκησης στη χώρα ήταν η πολυδιάσπαση της, γεγονός που δημιουργούσε προβλήματα τόσο στην παροχή των υπηρεσιών προς τους πολίτες όσο και στην αξιοποίηση των πόρων (υλικών και άυλων).

Από το 1981 καταβάλλονται προσπάθειες αντιμετώπισης του προβλήματος αυτού με νομοθετικές ρυθμίσεις, οι οποίες είναι:

- ✓ Ο Ν. 1416/84 για τους αναπτυξιακούς συνδέσμους και τις ασχεδίαστες και εθελοντικές συνενώσεις.
- ✓ Ο Ν. 1622/86 για τις εθελοντικές συνενώσεις με ένα οργανωμένο πλαίσιο σχεδιασμού και
- ✓ Ο Ν. 2218/94 με τα συμβούλια περιοχής.

Τα αποτελέσματα όλων αυτών των προσπαθειών δεν ήταν ιδιαίτερα ικανοποιητικά, καθώς δεν υπήρξε κρατική συμμετοχή αλλά μόνο δημοτική ευθύνη, ενώ δεν υπήρξε πρόβλεψη για ένα μεσοχρόνιο ολοκληρωμένο πρόγραμμα υποστήριξης των νέων θεσμών και την εφαρμογή αναγκαίων μέτρων πολιτικής.

Η σημαντικότερη θεσμική εφαρμογή πραγματοποιήθηκε με το Ν. 2539/97 (Πρόγραμμα «Ι. Καποδίστριας»), με τον οποίο συρρικνώθηκε σημαντικά ο αριθμός των πρωτοβάθμιων Ο.Τ.Α. της χώρας. Συγκεκριμένα οι Δήμοι αυξήθηκαν από 438 σε 900 και οι Κοινότητες μειώθηκαν από 5.387 σε 133, μειώνοντας τον συνολικό αριθμό των Οργανισμών από 5.825 (1996) σε 1.033 (1997) (Ε.Ι.Α.Ε., 2001).

Ο νόμος αυτός προέβλεπε την παράλληλη ενίσχυση των δημοτικών κοινωνικών υποδομών. Συγκεκριμένα, στο Υποπρόγραμμα 3 («Τοπικές Δημόσιες Επενδύσεις», το Μέτρο 4 «Βελτίωση και συμπλήρωση του κοινωνικού εξοπλισμού υπερτοπικής σημασίας»), αφορούσε τη βελτίωση και συμπλήρωση του κοινωνικού εξοπλισμού υπερτοπικής (διακοινοτικής) σημασίας, περιλαμβάνοντας υποδομές όπως βρεφονηπιακοί σταθμοί, αγροτικά ιατρεία, Κ.Α.Π.Η.)<sup>17</sup>.

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ 2.1.1 και 2.1.2  
Ποσοστό Δήμων και Κοινοτήτων προ και μετά την εφαρμογή του Ν. 2539/97



ΠΗΓΗ: «Η δημόσια διοίκηση στην Ελλάδα»

Αξίζει να σημειωθεί πως το σχέδιο «Ι. Καποδίστριας», μολονότι αποτελεί την σημαντικότερη και «βαθύτερη τομή» στο αυτοδιοικητικό σχήμα της χώρας, ακόμη και σήμερα χαρακτηρίζεται αρνητικά και αμφισβητείται η αποτελεσματικότητά του. Βασικότερος λόγος για την αμφισβήτηση αυτή είναι ο καταναγκαστικός χαρακτήρας των συνενώσεων (Τομαρά-Σιδέρη, 1999).

#### 2.2.2. Ο Δημοτικός και Κοινοτικός Κώδικας

Ο Δημοτικός και Κοινοτικός Κώδικας (Δ.Κ.Κ.) που ισχύει είναι ο Ν. 3463/2006 (ΦΕΚ Α' 114/8.6.2006). Το Γ' Μέρος του Κώδικα αναφέρεται στις αρμοδιότητες των Δήμων και Κοινοτήτων και τον τρόπο άσκησής τους.

Πιο συγκεκριμένα, στο άρθρο 75, παρ. γ, εδάφιο 10, αναφέρεται ως αρμοδιότητα η «μέριμνα και η λήψη μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας», χωρίς ωστόσο

<sup>17</sup> [http://www.ypes.gr/kapodistriasis/greek/kapo/fr\\_prog.htm](http://www.ypes.gr/kapodistriasis/greek/kapo/fr_prog.htm)

να γίνεται καμία αναφορά σε προληπτική ιατρική και προαγωγή της υγείας με την ευρεία έννοια του όρου<sup>18</sup>.

Στο ίδιο άρθρο, η παρ. ε, αναφέρεται σε δράσεις που σχετίζονται με πολιτικές κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης. Ονοματίζονται οι διάφορες ευπαθείς ομάδες που ενδεχομένως διαβιούν στα στενά οικιστικά όρια ενός δήμου και ορίζεται ρητά η υποχρέωση των Ο.Τ.Α. να συμμετάσχουν σε προγράμματα και δράσεις που στοχεύουν στην άρση του κοινωνικού αποκλεισμού και στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης αυτών των ομάδων (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 2006).

### 2.3. Οι Ο.Τ.Α. β' βαθμού

Η δευτεροβάθμια αυτοδιοίκηση στη χώρα μας αποτελείται από τις νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις, που είναι επίσης αυτοδιοικούμενα κατά τόπον Ν.Π.Δ.Δ.. Διακρίνονται σε απλές και ενιαίες ή διευρυμένες<sup>19</sup>.

Συνολικά έχουν συγκροτηθεί 47 Νομαρχίες με τα Επαρχία ορισμένων εξ αυτών και 3 διευρυμένες Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις με 7 νομαρχιακά διαμερίσματα (Τσέκος, 2005).

Ο ρόλος τους είναι κυρίως γνωμοδοτικός/συντονιστικός και εποπτικός, χωρίς να υπάρχει ιδιαίτερη πρόβλεψη δράσεων που σχετίζονται με την Π.Φ.Υ. ή πόρων που να σχετίζονται για την ανάπτυξη αντίστοιχων υπηρεσιών.

Στην Ελλάδα, οι κοινωνικές υπηρεσίες καταλαμβάνουν το ¼ των αρμοδιοτήτων της νομαρχιακής αυτοδιοίκησης. Στις αρμοδιότητές τους περιλαμβάνονται:

- η εκπόνηση και εφαρμογή κοινωνικών προγραμμάτων (π.χ., για την προστασία της μητρότητας, της παιδικής ηλικίας, των ατόμων με ειδικές ανάγκες, των χρονίως πασχόντων, των προσφύγων και των επαναπατριζόμενων),
- η ίδρυση κέντρων παροχής κοινωνικών υπηρεσιών,
- η επιχορήγηση ιδρυμάτων κοινωνικής πρόνοιας (γηροκομεία, κλπ) και

<sup>18</sup> Συγκεκριμένα στην παρ. 10 του άρθρου αναφέρεται, «... ο υγειονομικός έλεγχος των δημοτικών και κοινοτικών δεξαμενών νερού, ο υγειονομικός έλεγχος των καταστημάτων και επιχειρήσεων που λειτουργούν στην περιφέρειά τους, ο έλεγχος της ηχορύπανσης, της κοινής ησυχίας και της εκπομπής ρύπων, θορύβων και άλλων επιβαρύνσεων του περιβάλλοντος από τροχοφόρα, η περισυλλογή και εν γένει η μέριμνα για τα αδέσποτα ζώα και η δημιουργία καταφυγίων, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία».

<sup>19</sup> «Απλές» χαρακτηρίζονται οι νομαρχίες που η δικαιοδοσία ευθύνης τους περιορίζεται στα στενά γεωγραφικά όρια ενός νομού. «Ενιαίες» ή «διευρυμένες» όταν η περιοχή ευθύνης τους ξεπερνά τα γεωγραφικά όρια περισσότερων της μίας νομαρχίας, οι οποίες και αποτελούν τα νομαρχιακά της διαμερίσματα.

- η παροχή οικονομικής ενίσχυσης ή επείγουσας περίθαλψης σε άτομα, οικογένειες ή ομάδες που βρίσκονται εκτάκτως σε κατάσταση ανάγκης.

Αξιοσημείωτες είναι και οι αρμοδιότητες αδειοδότησης ιδρυμάτων παιδικής πρόνοιας, καθώς και μη κερδοσκοπικών νομικών προσώπων για ηλικιωμένους και άτομα με ειδικές ανάγκες, σύμφωνα με την ειδικότερη σχετική νομοθεσία. Επίσης οι νομαρχιακές αυτοδιοικήσεις μπορούν, αυτόνομα ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες περιφερειακές υπηρεσίες:

- να υλοποιούν προγράμματα που οργανώνονται από άλλους φορείς για την προστασία και προαγωγή της δημόσιας υγιεινής στην περιοχή της αρμοδιότητάς τους (π.χ. εμβολιασμοί, πρόληψη λοιμωδών και αφροδισίων νοσημάτων),
- να υλοποιούν προγράμματα οικογενειακού προγραμματισμού, προληπτικής ιατρικής και οδοντιατρικής,
- να αναλαμβάνουν την οργάνωση δράσεων εθελοντικής αιμοδοσίας.

Τέλος, οι Ν.Α. είναι αρμόδιες για την χορήγηση αδειών ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών, οδοντιατρείων, μικροβιολογικών εργαστηρίων, φαρμακείων και συναφών καταστημάτων (Γετίμης κ.α., 2005).

## 2.4. Κοινωνική πολιτική, υγεία και τοπική αυτοδιοίκηση

### 2.4.1. Γενικά

Οι οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις στο παγκόσμιο στερέωμα και στον ελλαδικό χώρο τα τελευταία χρόνια, χαρακτηρίζονται από όξυνση, με αποτέλεσμα την εμφάνιση φαινομένων όπως η περιθωριοποίηση και ο κοινωνικός αποκλεισμός.

Ταυτόχρονα, το βάρος της αντίδρασης απέναντι σε αυτά τα φαινόμενα σταδιακά μετατοπίζεται προς την τοπική αυτοδιοίκηση, η οποία καλείται να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση πολιτικών κοινωνικής προστασίας<sup>20</sup> και στη

<sup>20</sup> Με τον όρο «κοινωνική προστασία» νοούνται όλες οι «παρεμβάσεις δημόσιων ή ιδιωτικών φορέων που έχουν ως σκοπό να ανακουφίσουν τα νοικοκυριά και τα άτομα από το φόρτο ενός καθορισμένου συνόλου κινδύνων ή αναγκών, υπό τον όρο ότι δεν χρησιμοποιείται καμία ταυτόχρονη αμοιβαία ρύθμιση ούτε ατομική ρύθμιση. Ο κατάλογος των κινδύνων ή αναγκών που μπορεί να δικαιολογήσουν παρεμβάσεις κοινωνικής προστασίας έχει, κατά συνθήκη, ως εξής: ασθένεια ή/και υγειονομική περίθαλψη αναπηρία γήρας επιζώντες οικογένεια/παιδιά ανεργία στέγαση κοινωνικός αποκλεισμός που δεν κατατάσσεται αλλού». Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 458/2007 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 25<sup>ης</sup> Απριλίου 2007, σχετικά με το ευρωπαϊκό σύστημα ολοκληρωμένων στατιστικών κοινωνικής προστασίας (Esspros), Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, φύλλο L113/3, 30/04/2007.

δημιουργία ανάλογων συστημάτων<sup>21</sup>. Με τη μορφή παροχών<sup>22</sup> η Τ.Α. οφείλει να ενισχύσει τις κοινωνικά ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού και να συνεισφέρει στη βελτίωση του γενικού επιπέδου υγείας και ζωής των δημοτών.

Έτσι λοιπόν, οριοθετείται το πλαίσιο άσκησης κοινωνικής πολιτικής που περιλαμβάνει την «κάθε είδους δυνατότητα για το σχεδιασμό και τη δημιουργία δομών και προγραμμάτων που (θα) προσφέρουν στους δημότες υπηρεσίες σε μια σειρά αντικείμενα, όπως:

- α. υγεία,
- β. πρόνοια,
- γ. εκπαίδευση,
- δ. πολιτισμός,
- ε. απασχόληση,
- στ. περιβάλλον» (Πολύζος, 2006).

Το πλαίσιο λειτουργίας και εφαρμογής των δύο πρώτων τομέων είναι αρκετά συγκεκριμένο στην τοπική αυτοδιοίκηση, καθώς οι δράσεις πρόνοιας συνήθως συνοδεύονται και από δράσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Στην παράγραφο που ακολουθεί, παρατίθεται μικρή αναφορά σε νομοθετήματα που σχετίζονται με ανάληψη δράσεων υγείας από την Τ.Α.. Κατόπιν, αναλύονται οι δράσεις άσκησης κοινωνικής πολιτικής που εμπεριέχουν και πρακτικές εφαρμογής πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

#### 2.4.2. Η Π.Φ.Υ. στην τοπική αυτοδιοίκηση

##### 2.4.2.1. Βασικές νομοθετικές διατάξεις

Μερικές από τις νομοθετικές διατάξεις που αφορούν δράσεις άσκησης κοινωνικής πολιτικής από τους Ο.Τ.Α. α' βαθμού (Ε.Ε.Τ.Α.Α., 1995) και οι οποίες περιλαμβάνουν και δράσεις Π.Φ.Υ. είναι οι ακόλουθες:

- Το Π.Δ. 57/73 «Περί λήψεως μέτρων κοινωνικής προστασίας των οικονομικά αδυνάτων κλπ» και σε εκτέλεση αυτού οι Υ.Α. Κοιν. Υπο. 7826/73, 7827/73,

<sup>21</sup> «Ιδιαίτερο σύνολο κανόνων, το οποίο υποστηρίζεται από μία ή περισσότερες θεσμικές μονάδες και το οποίο διέπει τη χορήγηση παροχών κοινωνικής προστασίας και τη χρηματοδότησή τους». Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 458/2007.

<sup>22</sup> «Μεταβιβάσεις, σε χρήμα ή σε είδος, από τα συστήματα κοινωνικής προστασίας σε νοικοκυριά και σε άτομα προκειμένου να τα ανακουφίσουν από το βάρος ενός ή περισσότερων καθορισμένων κινδύνων ή αναγκών». Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 458/2007.



7828/73 και 8645/74, που προέβλεπαν την παροχή κρατικής κοινωνικής προστασίας σε ευπαθείς ομάδες. Παράλληλα προβλεπόταν η σύσταση Τοπικών Επιτροπών Κοινωνικής Προστασίας και Λογαριασμού Πρώτων Κοινωνικών Βοηθειών στους Ο.Τ.Α. α' βαθμού καθώς και τη δυνατότητα παροχής ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

- Το Ν.Δ. 162/73 «Περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων», που προέβλεπε ως θεσμούς προστασίας την περίθαλψη κατ' οίκον, σε οίκους ευγηρίας, σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων και σε κέντρα προστασίας γήρατος.
- Ο Ν. 1397/83 (Ε.Σ.Υ.), προέβλεπε τη συμμετοχή εκπροσώπου της Τ.Α.:
  - στα Δ.Σ. των κρατικών νοσοκομείων,
  - στα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) και
  - στα Εποπτικά Συμβούλια των Ν.Π.Ι.Δ. των νοσοκομείων.

Ωστόσο, οι διατάξεις αυτές καταργήθηκαν με το Ν. 2072/92.

- Ο Ν. 2072/92 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση Συστήματος Υγείας» που προέβλεπε τη σύσταση Νομαρχιακής Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (Ν.Ε.Σ.Α.Υ.), στην έδρα κάθε νομού, πλην της Αττικής. Επιπρόσθετα, προέβλεπε τη δυνατότητα ίδρυσης κέντρων αποθεραπείας και αποκατάστασης ατόμων που πάσχουν από νοητικές ή σωματικές αναπηρίες, στα οποία θα παρέχονταν υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας.
- Ο Ν. 2082/92 «Αναδιοργάνωση της Κοινωνικής Πρόνοιας και Καθιέρωση Νέων Θεσμών Κοινωνικής Προστασίας», προέβλεπε μεταξύ άλλων:
  - την κατ' οίκον κοινωνικής προστασίας και την ενεργοποίηση των κοινωνικών βοηθών, μέσω της υλοποίησης προγραμμάτων εκπαίδευσης,
  - τη δυνατότητα λειτουργίας υπηρεσιών διημέρευσης ατόμων με ειδικές ανάγκες, με ίδιες δαπάνες του Ο.Τ.Α. (άρθρο 35) και
  - τη δυνατότητα συνεργασίας με τις μονάδες Π.Φ.Υ. και πρόληψης για την αποδοτικότερη προσφορά των υπηρεσιών τους.

#### 2.4.2.2. Προνοιακές δομές – Δομές υγείας

Οι προνοιακές δομές που περικλείουν δράσεις υγείας και λειτουργούν στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της Τ.Α., υλοποιούνται από:

- ✓ υφιστάμενες επιχειρήσεις των Ο.Τ.Α., οι οποίες έχουν ως σκοπό τους την κοινωνική ανάπτυξη ή πρόνοια,
- ✓ υφιστάμενες διαδημοτικές επιχειρήσεις των Ο.Τ.Α. α΄ βαθμού,
- ✓ Δήμους και Κοινότητες που δεν έχουν συστήσει επιχειρήσεις όπως οι παραπάνω φορείς και εφαρμόζουν τις προβλεπόμενες ενέργειες μέσω δημοτικών ή κοινοτικών επιχειρήσεων ή διαδημοτικών επιχειρήσεων ή αστικών εταιρειών ομόρων πρωτοβάθμιων Ο.Τ.Α. που έχουν συσταθεί από αυτούς.

Οι δομές αυτές λειτουργούν από την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση, απευθύνονται σε ειδικές, τοπικές πληθυσμιακές ομάδες, με αποτελέσματα που διαχέονται στο σύνολο της τοπικής κοινωνίας (Σκαμνάκης, 2007). Αυτοί οι προνοιακοί σχηματισμοί είναι οι ακόλουθοι:

#### 2.4.2.2.1. Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)

Ένας από τους παλαιότερους θεσμούς άσκησης κοινωνικής πολιτικής των Ο.Τ.Α. πρώτου βαθμού είναι τα Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων). Τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν την πρώτη παρέμβαση στον τομέα της ανοικτής υγείας. Ως θεσμός εγκαινιάστηκε το 1979 από εθελοντικούς φορείς. Το 2002 λειτουργούσαν περίπου 700 Κ.Α.Π.Η. σε όλη τη χώρα.

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες που ορίζει το πλαίσιο λειτουργίας τους, αποτελούν «κράμα» των παραδοσιακών υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής και της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τις προνοιακές υπηρεσίες ανοικτού τύπου (Αμίτσης, 2001). Συγκεκριμένα, στα Κ.Α.Π.Η. πραγματοποιούνται απλές ιατρικές εξετάσεις (μέτρηση σακχάρου και αρτηριακής πίεσης) αλλά και πράξεις προαγωγής της υγείας (εμβολιασμοί, φυσιοθεραπείες, εργοθεραπείες). Παράλληλα εκτελούνται προγράμματα παροχής κατ' οίκον βοήθειας, ενώ υπάρχει φροντίδα για ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη.

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα Κ.Α.Π.Η. της επικράτειας το 2000, ποσοστό 73,9% αναπτύσσει προγράμματα αγωγής της υγείας, 67,7% υλοποιεί προγράμματα φυσιοθεραπείας για τα μέλη του, 39% αναπτύσσει προγράμματα εργοθεραπείας και ποσοστό 54,2% υλοποιεί το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» (Γεωργούση κ.α., 2002).

#### 2.4.2.2.2. *Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (Κ.Δ.Α.Π.)*

Τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών (Κ.Δ.Α.Π.) είναι μονάδες που απευθύνονται σε παιδιά ηλικίας 6-12 χρόνων, τα οποία εμφανίζουν ελαφράς μορφής κινητικά ή αισθητηριακά προβλήματα. Για την επίτευξη των σκοπών λειτουργίας τους, τα Κ.Δ.Α.Π. αναπτύσσουν συνεργασίες με τοπικούς –και όχι μόνο- φορείς, προκειμένου τα παιδιά αυτά να έχουν μία πλήρη ψυχολογική υποστήριξη, ομαλή κοινωνικοποίηση και υγιεινή απασχόληση.

Αντίστοιχη δομή αποτελούν τα Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με Αναπηρία (Κ.Δ.Α.Π. – ΜεΑ.)

#### 2.4.2.2.3. *Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)*

Τα Κ.Η.Φ.Η. είναι μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων που χαρακτηρίζονται από ανικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και η ανάπτυξή τους πραγματοποιείται σε αστικές και ημιαστικές περιοχές. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες περιλαμβάνουν:

- ✓ νοσηλευτική φροντίδα,
- ✓ ατομική υγιεινή,
- ✓ προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης και
- ✓ προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων.

Τα Κ.Η.Φ.Η. αναπτύσσουν συνεργασίες με μονάδες υγείας και πρόνοιας της περιοχής λειτουργίας τους, με το Ε.Κ.Α.Β. και κυρίως με τα κατά τόπους Κ.Α.Π.Η., λειτουργώντας συμπληρωματικά (Υ.Υ.Π.Κ.Α., 2003).

#### 2.4.2.2.4. *Πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»*

Το «Βοήθεια στο σπίτι» είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που λειτουργεί στο πλαίσιο των περιφερειακών προγραμμάτων του Γ' Κ.Π.Σ. και έχει σαν στόχο την παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες. Εγκαινιάστηκε το 1994. Το 1996 πραγματοποιήθηκε η εφαρμογή του σε

πυλοτικό επίπεδο και το 1997 τυποποιήθηκε και θεσμικά, οπότε και επιλέχθηκαν οι 102 πρωτοβάθμιοι Ο.Τ.Α. που θα συμμετείχαν.

Προτεραιότητα δίδεται σ' αυτούς που:

- δεν εξυπηρετούνται πλήρως,
- χηρίζουν ιδιαίτερης φροντίδας,
- διαβιούν μοναχικά ή είναι εγκαταλεημένοι και
- δεν διαθέτουν επαρκείς οικονομικούς πόρους.

Απώτερος στόχος των παρεμβατικών δράσεων είναι η παραμονή αυτών των ατόμων στο κοινωνικό τους περιβάλλον και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται είναι:

- ✓ η συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική στήριξη,
- ✓ η ιατρική παρακολούθηση, νοσηλευτική μέριμνα και φυσικοθεραπεία στο σπίτι ή όπου αλλού αυτή παρέχεται,
- ✓ η βοήθεια στην ατομική υγιεινή
- ✓ και άλλες υπηρεσίες που κρίνονται αναγκαίες και σχετίζονται με την καθημερινότητα των υποβοηθούμενων ατόμων.

Το 2002 διευθύνθηκε το πεδίο εφαρμογής του προγράμματος με την ένταξη υπηρεσιών τηλεβοήθειας (Αμίτσης, 2001) που θα παρέχονταν στους συμμετέχοντες.

Το πρόγραμμα στελεχώνεται από καταρτισμένα στελέχη και ειδικούς επιστήμονες όπως κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και οικογενειακούς βοηθούς, ενώ υπάρχει δυνατότητα πλαισίωσης και από εθελοντές. Μέσω του προγράμματος εξασφαλίζεται στενή συνεργασία με τους αρμόδιους τοπικούς φορείς και το ιατρικό προσωπικό, ενώ επιτυγχάνεται διασύνδεση με τα νοσοκομεία και τις άλλες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.

#### 2.4.2.2.5. Τα δημοτικά ιατρεία

Τα δημοτικά ιατρεία είναι ένας θεσμός ο οποίος έχει αναπτυχθεί ιδιαίτερα την τελευταία πενταετία.

Πρόκειται για υπηρεσίες που είτε οργανώνονται από τους δήμους άμεσα, ως Ν.Π.Ι.Δ., είτε λειτουργούν στο πλαίσιο κάποιας δημοτικής επιχείρησης με αντικείμενο συνήθως την κοινωνική μέριμνα. Στην πρώτη περίπτωση εποπτεύονται από το

δευτεροβάθμιο φορέα, στα διοικητικά όρια του οποίου υπάγονται οι εγκαταστάσεις των ιατρείων, ενώ στη δεύτερη από το Δ.Σ. της επιχείρησης και το δήμο.

Η στελέχωση τους βασίζεται κατά κύριο λόγο στην εθελοντική συμμετοχή. Ελάχιστες μονάδες δημοτικών ιατρείων είναι στελεχωμένες με μόνιμο προσωπικό, τόσο ιατρικό και νοσηλευτικό όσο και διοικητικό.

Οι υπηρεσίες προς τους δημότες παρέχονται δωρεάν. Προσφέρεται πληθώρα πρωτοβάθμιων ιατρικών πράξεων. Ταυτόχρονα, τα ιατρεία αναλαμβάνουν δράσεις ενημερωτικού χαρακτήρα προς τις τοπικές κοινωνίες στις οποίες και δραστηριοποιούνται.

Ωστόσο, μολονότι πολλοί δήμοι εκδηλώνουν ενδιαφέρον για σχεδιασμό και ενεργοποίηση ανάλογων υπηρεσιών, εκλείπει το νομικό πλαίσιο που θα επιτρέψει την ανάπτυξη του θεσμού και που –μέχρι στιγμής- αποτελεί τροχοπέδη, κυρίως λόγω των περιορισμένων πόρων των δήμων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### Η Π.Φ.Υ. ΣΕ ΑΛΛΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

#### 3.1. Το μοντέλο της Αγγλίας

##### 3.1.1. Η αυτοδιοίκηση στην Αγγλία

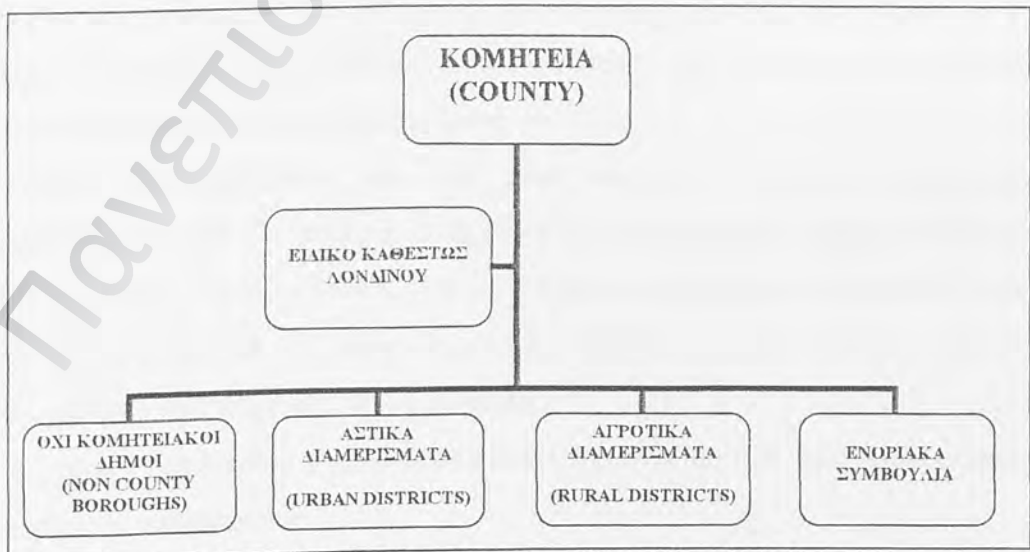
Η Αγγλία, θεωρείται κοιτίδα του κοινοβουλευτικού συστήματος και της τοπικής διακυβέρνησης. Ήδη, από τον Μεσαίωνα, η διοικητική διαίρεση της χώρας διακρίνεται από τις κομητείες (counties) και τους αστικούς συνοικισμούς (boroughs).

Στη χώρα αυτή, οι «Local Government Acts» του 1888 και 1894, κατάργησαν το θεσμικό πλαίσιο του περασμένου αιώνα και δημιούργησαν ένα πιο ορθολογικό σύστημα τοπικής διακυβέρνησης, σύμφωνα με το οποίο συστάθηκαν 45 κομητείες και 79 κομητειακοί δήμοι (Μπεσίλα-Βήκα, 2004).

Κομητειακοί δήμοι ήταν οι πιο μεγάλες πόλεις της χώρας. Λειτουργούσαν ανεξάρτητα από τις κομητείες και είχαν γενική αρμοδιότητα για όλα τα θέματα που αφορούσαν την περιοχής ευθύνης τους. Η διάρθρωση της περιφερειακής διοίκησης των κομητειών παρουσιάζεται στο ακόλουθο διάγραμμα.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.1

Η Τ.Α. στην Αγγλία το 1894



ΠΗΓΗ: Μπεσίλα-Βήκα Ευρυδίκη, «Τοπική Αυτοδιοίκηση»

Με την ανάληψη της φροντίδας υγείας από το αγγλικό Ε.Σ.Υ., η τοπική αυτοδιοίκηση απέδωσε ιδιαίτερη βαρύτητα στις κοινωνικές υπηρεσίες καθώς και την εκπαίδευση (Wollmann, 2004).

Το αυτοδιοικητικό σύστημα που προαναφέρθηκε, χαρακτηριζόμενο από πολυπλοκότητα κατανομής αρμοδιοτήτων, έλλειψη προσαρμοστικότητας του μεγέθους των Ο.Τ.Α. και άλλα αρνητικά στοιχεία, εγκαταλείφθηκε με την «Local Government Act» του 1972, που εφαρμόστηκε την 1<sup>η</sup> Απριλίου 1974 και ισχύει μέχρι σήμερα.

Πλέον, υπάρχουν 8 Περιφέρειες όπου στην κάθε μια υπάρχει ένα Περιφερειακό Συμβούλιο και ένας Περιφερειακός Αναπτυξιακός φορέας (Γετίμης κ.α., 2005).

Υπάρχουν 34 επαρχίες όπου η κάθε μια καλύπτει ένα πληθυσμό της τάξης των 500.000-1.500.000 κατοίκων. Οι βασικοί πόροι των επαρχιών προέρχονται από κρατικές επιχορηγήσεις, σε ποσοστό περίπου 40%, και ακολουθούν οι φόροι που καλύπτουν περίπου το 30% των εσόδων. Οι επαρχίες, όπως και οι δήμοι, λειτουργούν διοικητικά με βάση ένα σύστημα το οποίο στηρίζεται σε επιτροπές.

Σε κάθε επαρχία υπάρχουν συνήθως 4-14 δήμοι (καλύπτοντας ο καθένας περίπου 100.000 κατοίκους), οι οποίοι καλύπτουν μικρότερες περιοχές και προσφέρουν υπηρεσίες. Το σύνολο των δήμων είναι 238. Τέλος, μερικές περιοχές εκτός από δήμους διαθέτουν συμβούλια πόλης και ενορίες, τα οποία καλύπτουν πληθυσμό κάτω των 30.000 κατοίκων.

Παράλληλα, λειτουργούν 36 μητροπολιτικά συμβούλια στις μεγάλες αστικές περιοχές της Αγγλίας, εκτός Λονδίνου. Τα συμβούλια αυτά προσφέρουν όλες τις δημοτικές υπηρεσίες. Στο Λονδίνο, δημιουργήθηκε μια διευρυμένη μητροπολιτική αυτοδιοίκητη μορφή, η οποία θεσμοθετήθηκε το 2000.

Αξίζει να σημειωθεί ότι το αυτοδιοικητικό σύστημα του Λονδίνου, διαφοροποιείται σημαντικά καθώς περιλαμβάνει το συμβούλιο της μείζονος περιοχής του Λονδίνου (Greater London Council) και 32 δημοτικά συμβούλια (Common Council of the City of London). Στα 32 αυτά δημοτικά συμβούλια έχουν ανατεθεί και όλες οι υπηρεσίες κοινωνικής μέριμνας και προστασίας.

Οι πηγές χρηματοδότησης της αυτοδιοίκησης στην Αγγλία, προέρχονται από:

- κρατικές επιχορηγήσεις,
- non domestic rates,
- δημοτικούς φόρους και
- πρόστιμα και διάφορα άλλα τέλη.

### 3.1.2. Το σύστημα υγείας της Αγγλίας

Το σύστημα υγείας της Αγγλίας (NHS – National Health System) είναι δημόσιο, καθώς απουσιάζουν τα ασφαλιστικά ταμεία και η κρατική παρέμβαση είναι έντονη. Στηρίχτηκε στην ιδέα του λόρδου Beveridge (1942), ψηφίστηκε ως νόμος από την κυβέρνηση των Εργατικών το 1946 και εφαρμόστηκε το 1948.

Πριν την ψήφιση του νόμου, «η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται μόνο στους εργαζόμενους που ήταν ασφαλισμένοι σε ταμεία, ενώ οι υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης παρέχονταν από δημοτικά νοσοκομεία και φιλανθρωπικά ιδρύματα, τα οποία χρέωναν μόνο εκείνους που μπορούσαν να πληρώσουν, τους δε υπόλοιπους νοσήλευαν δωρεάν» (Θεοδώρου κ.α., 2001).

Αρχικά οι δήμοι είχαν την ευθύνη για διάφορες ιατρικές υπηρεσίες όπως η νοσηλευτική και οι κατ' οίκον ιατρικές επισκέψεις. Ωστόσο, το 1991, η Τ.Α. αποδυναμώθηκε, καθώς μέρος των αρμοδιοτήτων τους μεταφέρθηκαν στις «συμπράξεις» δημοτικών αρχών (Green et al., 2007), ενώ τα νοσοκομεία απέκτησαν ημι-αυτόνομο χαρακτήρα. Οι συμπράξεις αυτές και κυρίως οι μορφές συνεργασίας μεταξύ των υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών -ιδίως για τα άτομα τρίτης ηλικίας- που έχουν αναπτυχθεί, δεν έχουν επιφέρει ακόμα τα επιθυμητά αποτελέσματα (Rummery et al., 2003).

Στο βρετανικό σύστημα υγείας, από το 1948, η Π.Φ.Υ. παρέχεται κυρίως από τους γενικούς-οικογενειακούς γιατρούς (general practitioners – family doctors). Αυτοί είναι ειδικευμένοι σε θέματα γενικής ιατρικής και εμφανίζονται να λειτουργούν μόνοι ή ομαδικά (group practice) ή ως απασχολούμενοι στα Κ.Υ., παρέχοντας υπηρεσίες θεραπείας, πρόληψης και αγωγής της υγείας. Η άσκηση του επαγγέλματος τους πραγματοποιείται στα ιατρεία τους, ενώ η αναλογία γενικών ιατρών και ασθενών στη χώρα είναι περίπου 1 (ένας) ιατρός προς 1.800 άτομα.

Οι γενικοί γιατροί λειτουργούν συμβαλλόμενοι με το κράτος και πληρώνονται από τις Περιφερειακές Αρχές Υγείας (Regional Health Authorities) με αμοιβή κατά κεφαλή, με αμοιβή κατά πράξη και περίπτωση ή με χορήγηση βασικού επιδόματος (Μαργιόλη κ.α., 1993).

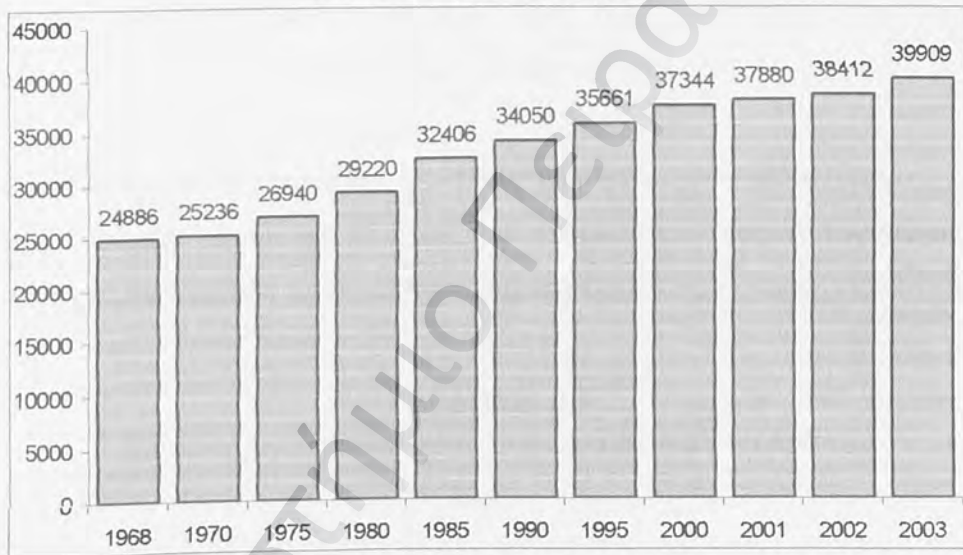
Χαρακτηρίζονται από άρτια οργάνωση και καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό της αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα του NHS. Αυτό συμβαίνει επειδή αποτελούν το «φίλτρο» για την είσοδο του ασθενή στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, καθώς απαιτείται γνωμάτευσή του και παραπομπή.



Ο ρόλος τους στο σύστημα είναι διττός, καθώς παρέχουν Π.Φ.Υ και παράλληλα αγοράζουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας για τους ασθενείς τους, καταβάλλοντας το ανάλογο αντίτιμο στα νοσοκομεία, με βάση τα συμβόλαια cost per case. Με τον τρόπο αυτό οι γενικοί γιατροί έχουν τη δυνατότητα να ζητούν πιο ποιοτικές και αποδοτικότερες υπηρεσίες υγείας για τους ασθενείς τους (Υφαντόπουλος κ.α., 2005).

Στο ακόλουθο γράφημα παρουσιάζεται η εξέλιξη των γενικών ιατρών στην Αγγλία από το 1968 μέχρι το 2003. Η συνεχής αυξητική τάση που καταγράφουν αποδεικνύει την ιδιαίτερη σημασία τους εντός του NHS.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.1  
Γενικοί ιατροί στην Αγγλία



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

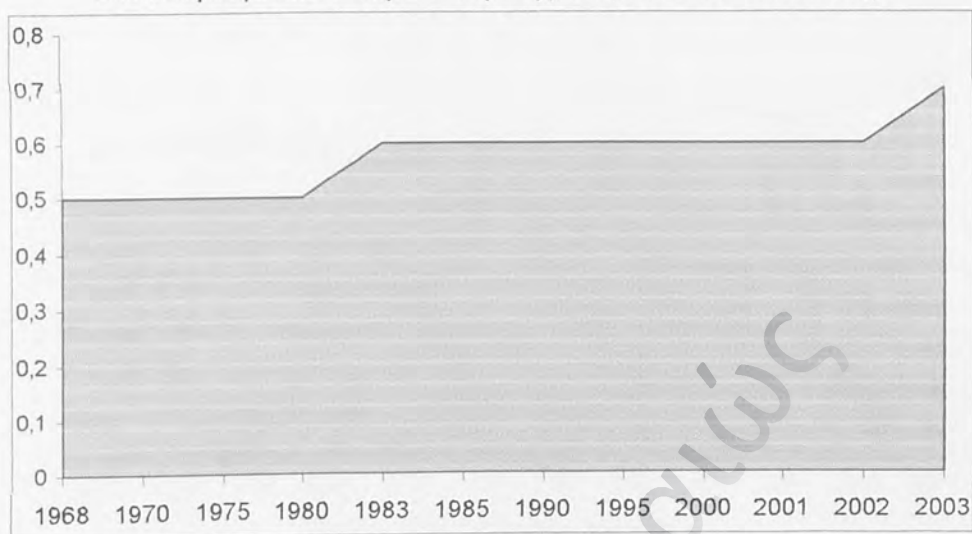
Το βοηθητικό προσωπικό των γενικών ιατρών το 1996 ήταν 76.000 και το 2006 ο αριθμός τους είχε αυξηθεί αρκετά. Συγκεκριμένα οι νοσηλευτές των γενικών ιατρών αυξήθηκαν κατά 5.900 άτομα και το υπόλοιπο βοηθητικό προσωπικό κατά 16.300 άτομα<sup>23</sup>.

Η πυκνότητα των γενικών ιατρών στη χώρα, παρουσιάζει μικρή αύξηση μεταξύ 1980-1983 και διατηρείται στα ίδια επίπεδα μέχρι το 2000 (Γράφημα 3.2.). Μετά το 2003 η πυκνότητα αυξάνεται ελάχιστα και αγγίζει το ποσοστό 0,7 γιατρών ανά 1000 κατοίκους.

<sup>23</sup> The Information Center, "Staff in the NHS, 2006. An overview", Part of the Government Statistical Service, 2006, p. 5.

### ΓΡΑΦΗΜΑ 3.2

*Πυκνότητα γενικών ιατρών στην Αγγλία (ανά 1000 κατοίκους)*

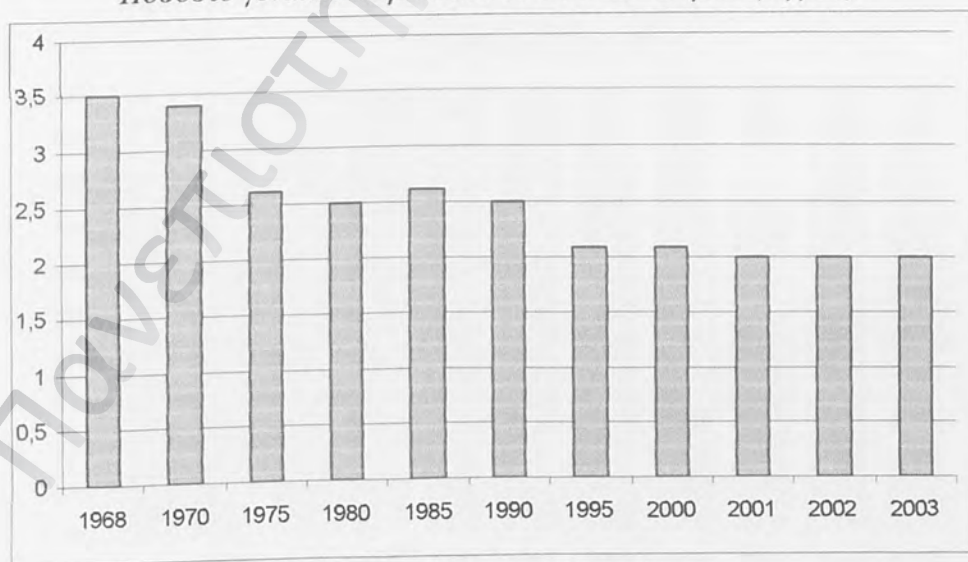


ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Το γράφημα που ακολουθεί (3.3) αποτυπώνει με τον πλέον εμφανή τρόπο τη μείωση των γενικών ιατρών ως ποσοστό του συνόλου των ιατρών της χώρας, με την πάροδο του χρόνου. Δηλαδή καταγράφεται αύξηση και στους γιατρούς ειδικοτήτων.

### ΓΡΑΦΗΜΑ 3.3

*Ποσοστό γενικών ιατρών στο σύνολο των ιατρών (Αγγλία)*



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Οι δαπάνες υγείας στην Αγγλία παρουσιάζουν αυξητική τάση τις τελευταίες δεκαετίες, ξεκινώντας από 5% του ΑΕΠ το 1980 και καταλήγοντας στο 6,2% το 2001, καταγράφοντας μικρές αυξομειώσεις στο ενδιάμεσο διάστημα.

### ΓΡΑΦΗΜΑ 3.4

Ποσοστιαία συμμετοχή (%) των δαπανών υγείας στο ΑΕΠ (Αγγλία)

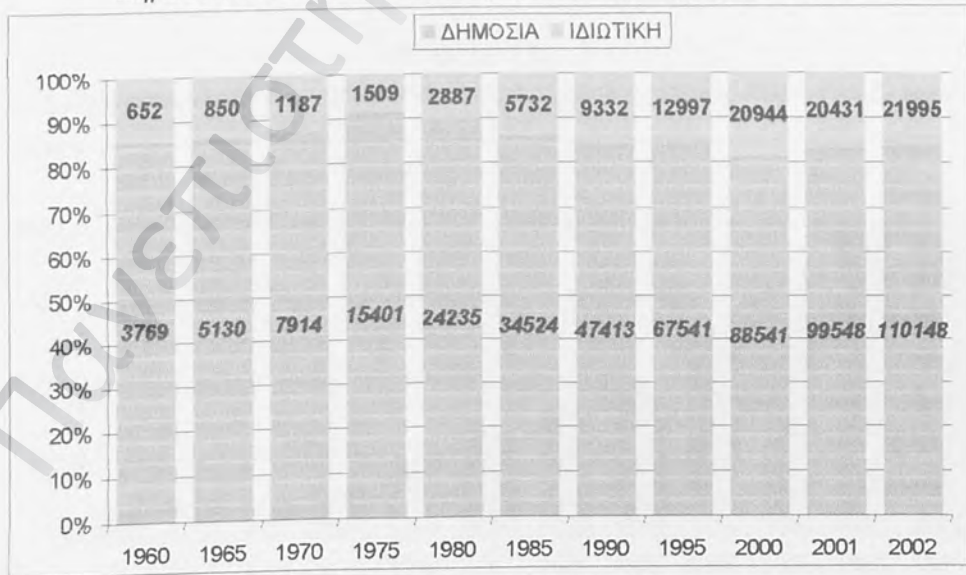


ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Η συνολική δαπάνη υγείας στη χώρα αυξήθηκε σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Ωστόσο η συμμετοχή του κράτους σε αυτές, σε γενικά επίπεδα παραμένει σταθερή (περίπου 85%) με εξαίρεση το 2000, όπου και μειώθηκε ελαφρώς (κατά 3 περίπου εκατοστιαίες μονάδες).

### ΓΡΑΦΗΜΑ 3.5

Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Αγγλία (εκατ. \$)

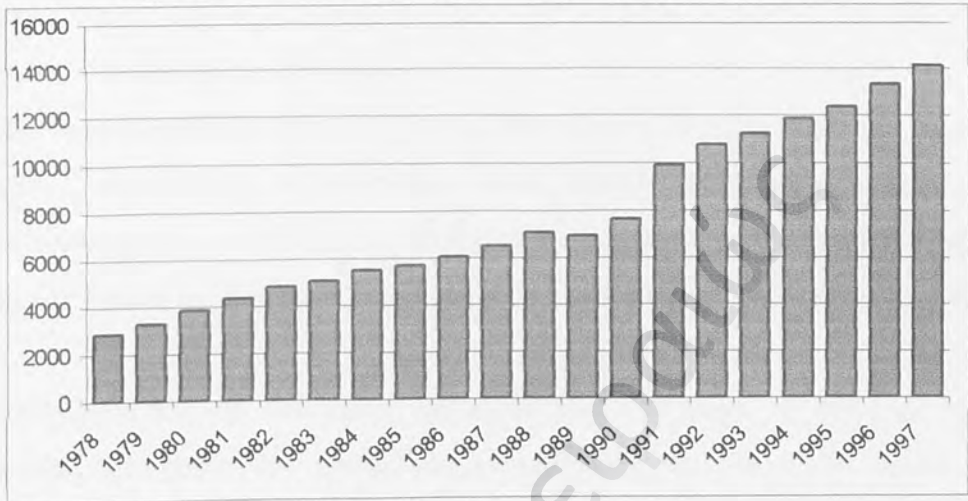


ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Το 1999 οι δαπάνες για προσωπικές υπηρεσίες υγείας άγγιξαν τα 89.367 εκατομμύρια δολάρια, εκ των οποίων το μεγαλύτερο μέρος (84,54%) καλύφθηκε από κρατικές δαπάνες και το υπόλοιπο (15,46%) από ιδιώτες.

Το Γράφημα 3.6 αποτυπώνει την αύξηση των εξωνοσοκομειακών δαπανών στη χώρα διαχρονικά, με σημαντικότερη την αύξηση που καταγράφεται τη διετία 1990-1991.

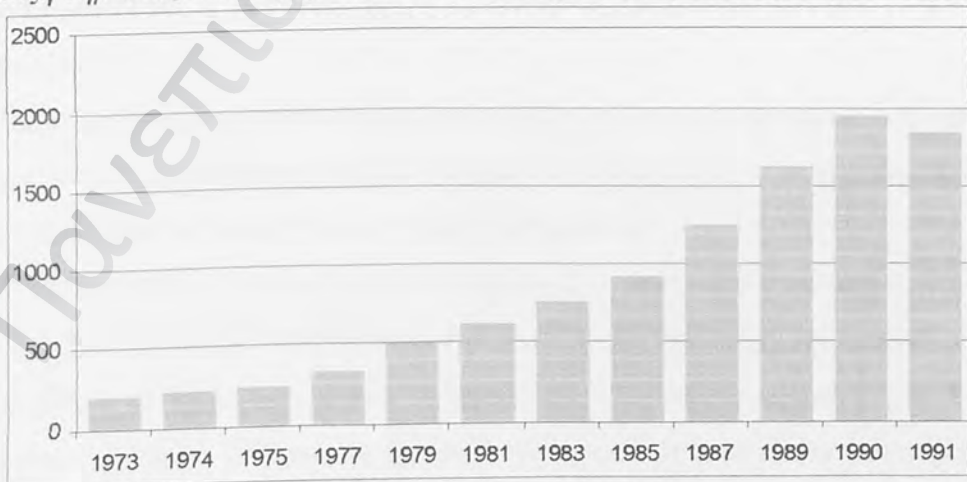
**ΓΡΑΦΗΜΑ 3.6**  
*Δημόσια εξωνοσοκομειακή δαπάνη στην Αγγλία (εκατ. \$)*



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Τέλος, αύξηση παρουσιάζουν και οι δαπάνες για προσωπικές υπηρεσίες υγείας στην Αγγλία, που καλύπτονται αποκλειστικά από το κράτος, μέχρι το 1991, οπότε και σημειώνουν μείωση για πρώτη φορά (Γράφημα 3.7).

**ΓΡΑΦΗΜΑ 3.7**  
*Εξέλιξη δημόσιας δαπάνης για προσωπικές υπηρεσίες υγείας στην Αγγλία (εκατ. \$.)*



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Οι υγειονομικές υπηρεσίες της χώρας χρηματοδοτούνται από την εθνική φορολογία, ενώ οι κοινωνικές υπηρεσίες από την εθνική και την τοπική φορολογία παράλληλα.

## 3.2. Το μοντέλο της Σουηδίας

### 3.2.1. Η αυτοδιοίκηση στη Σουηδία

Η Σουηδία είναι παραδοσιακά ενωτική αλλά εμφανώς αποκεντρωμένη χώρα, στην οποία η κεντρική κυβέρνηση ασκεί μόνο τις υπουργικές λειτουργίες και εκτελεί εκ παραλλήλου και ορισμένες διοικητικές.

Η τοπική αυτοδιοίκηση της χώρας διακρίνεται σε τρία επίπεδα. Αριθμούνται συνολικά 2 περιφέρειες, 19 ανώτερες αρχές (*landstingskommuner*) ομότιμες των ελληνικών νομαρχιών και 289 δήμοι (*kommuner*). Επίσης υπάρχει το νησί Gotland στη θάλασσα της Βαλτικής, που χαρακτηρίζεται από αυτόνομη μορφή διοίκησης (*Bäck et al.*, 2004).

Ο θεσμός της αυτοδιοίκησης εγκαθιδρύθηκε στη χώρα το 1862 με την Local Government Act, βάσει της οποίας δημιουργήθηκαν περίπου 2.500 δήμοι. Σε δύο διαδοχικές μεταρρυθμίσεις συγχώνευσης (1952 και 1974), ο αριθμός των δήμων μειώθηκε εντυπωσιακά (από 2.500 το 1951 σε 278 το 1974), καταλήγοντας το 2000 στον αριθμό που ισχύει μέχρι και σήμερα (*Montin*, 2000). Κύριος στόχος της συρρίκνωσης ήταν η εξεύρεση πόρων για την οικοδόμηση του κράτους πρόνοιας.

Οι περισσότεροι δημόσιοι στόχοι εκπληρώνονται από τα δύο επίπεδα της εκλεγμένης τοπικής αυτοδιοίκησης. Οι νομοί είναι αρμόδιοι για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας, ενώ οι δήμοι εκπληρώνουν ένα ευρύ πεδίο ευθυνών, στο οποίο συμπεριλαμβάνονται η εκπαίδευση, οι κοινωνικές υπηρεσίες και οι εγκαταστάσεις δημόσιας χρήσης.

Οι αρχές στα δύο επίπεδα είναι ανεξάρτητες η μία από την άλλη, ενώ αποδίδεται σαφής έμφαση στο νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας και άσκησης των αρμοδιοτήτων τους, ιδίως σε ότι αφορά την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών.

Η αυτονομία της τοπικής αυτοδιοίκησης στη χώρα είναι άμεση απόρροια της δυνατότητας επιβολής φόρων στους δημότες, για τις παρεχόμενες υπηρεσίες<sup>24</sup>. Το 1993 για παράδειγμα οι δημοτικοί φόροι κάλυψαν το 55% των δημοτικών και 81% των νομαρχιακών εξόδων. Συνεπώς η κρατική ενίσχυση της αυτοδιοίκησης, μέσω των επιχορηγήσεων, είναι σχετικά μικρή.

<sup>24</sup> Πρόκειται για φόρους εισοδήματος των μισθών των εργαζομένων, το ύψος των οποίων καθορίζεται από τις κομητείες για συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

### 3.2.2. Υγεία και Π.Φ.Υ. στη Σουηδία

Το σουηδικό σύστημα υγείας κατατάσσεται στα εθνικά συστήματα υγείας, καθώς ο κρατικός μηχανισμός είναι αρμόδιος για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως της οικονομικής τους βάσης.

Η υγειονομική περίθαλψη της χώρας οργανώνεται σε τρία επίπεδα: το εθνικό, το περιφερειακό και το τοπικό. Το περιφερειακό επίπεδο, μέσω των νομαρχιακών συμβουλίων, από κοινού με την κεντρική κυβέρνηση, αποτελεί τη βάση του συστήματος, ενώ βασικό χαρακτηριστικό του είναι ο υψηλός βαθμός αποκέντρωσης.

Συγκεκριμένα, οι 20 νομαρχίες, μέσω των συμβουλίων τους, και μία τοπική αρχή, έχουν την κύρια ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας, τόσο της πρωτοβάθμιας όσο και της δευτεροβάθμιας καθώς και της οδοντιατρικής φροντίδας. Η πρωτοβάθμια υγεία απορροφά το 20% του προϋπολογισμού, το 45% η νοσοκομειακή, το 4% η οδοντιατρική φροντίδα και οι υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας (ψυχιατρική φροντίδα, ιατρική φροντίδα κλπ), το 18% του προϋπολογισμού.

Συνήθως, οι νομαρχίες διακρίνονται σε περιοχές ευθύνης, οι οποίες διοικούνται από εκλεγμένα συμβούλια (Rae, 2005). Η Σουηδία διαιρείται σε έξι μεγάλες περιοχές ιατρικής φροντίδας, μέσα στις οποίες τα νομαρχιακά συμβούλια συνεργάζονται για να παράσχουν στον πληθυσμό εξειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες (Glenngard et al., 2005).

Η αρχική σύσταση των νομαρχιακών συμβουλίων το 1864, προέβλεπε την παροχή υπηρεσιών υγείας. Το 1928 τους εκχωρείται η ευθύνη για τις υπηρεσίες οξείας νοσηλείας και το 1960, η ευθύνη αντίστοιχα για την οργάνωση και διοίκηση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων. Το 1967 ο έλεγχος των ψυχιατρικών νοσοκομείων περνά στα νομαρχιακά συμβούλια και το 1983 τους παραχωρείται η πλήρης ευθύνη σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας.

Τα έτη 1991 και 1992 αποτελούν σταθμούς για τους ΟΤΑ πρώτου βαθμού της χώρας. Συγκεκριμένα το 1991, υλοποιήθηκαν τα πρώτα προγράμματα για την πλήρη οργάνωση και παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. από τους δήμους. Δεν υπήρχε υποχρεωτικός χαρακτήρας ανάληψης αυτής της πρωτοβουλίας από τους δήμους και έτσι, στην τριετία που ακολούθησε, εντάχθηκαν στο πρόγραμμα αυτό πέντε (5) δήμοι, μεταξύ των οποίων και αυτός της Στοκχόλμης<sup>25</sup>.

<sup>25</sup> Βασικός στόχος των προγραμμάτων αυτών, ήταν η αύξηση της αποτελεσματικότητας από τη χρησιμοποίηση των υφιστάμενων πόρων και η δημιουργία μίας εσωτερικής αγοράς για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, που αποσκοπούσε στην ενίσχυση του ρόλου του ασθενή μέσα στο σύστημα υγείας.

Το 1992, πραγματοποιήθηκε η μεταρρύθμιση του Adel (Adel reform), που στόχευε στην αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στα άτομα τρίτης ηλικίας. Συγκεκριμένα, η μεταρρύθμιση προέβλεπε η Τ.Α. να αναλάβει πέραν των υπηρεσιών κατ' οίκον και τις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας για τους ηλικιωμένους που ζούσαν σε ιδρύματα. Έτσι, ο ηλικιωμένος ασθενής που έβγαινε από το νοσοκομείο αποτελούσε οικονομική ευθύνη του δήμου. Σε περίπτωση που ο τελευταίος δεν έβρισκε τρόπο φροντίδας για τον ηλικιωμένο, τότε οι νοσοκομειακές δαπάνες βάρυναν εξ ολοκλήρου τον Ο.Τ.Α. (Lofgren, 2002)<sup>26</sup>.

Στους δήμους της χώρας λειτουργούν Κ.Υ. επανδρωμένα με ιατρικό προσωπικό, νοσοκόμες, χειρουργεία, μαιευτήριο, παιδιατρικό τμήμα, φυσιοθεραπεία και άλλα τμήματα, καθώς και κέντρα οδοντιατρικής φροντίδας για νέους και ηλικιωμένους. Παράλληλα, σε αυτούς επαφίεται η μέριμνα για την κοινωνική πρόνοια για άτομα ηλικιωμένα, χρονίως πάσχοντες και άτομα με ειδικές ανάγκες.

Των Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού της χώρας, σε θέματα υγείας προϊότανται:

- ✓ το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων,
- ✓ η Εθνική Επιτροπή Υγείας και Πρόνοιας,
- ✓ το Ινστιτούτο Ανάπτυξης και Προγραμματισμού Υπηρεσιών Υγείας (SPRI),
- ✓ το Συμβούλιο Ελέγχου της Ποιότητας της Ιατρικής Τεχνολογίας
- ✓ οι Οργανισμοί<sup>27</sup> και
- ✓ οι Περιφέρειες.

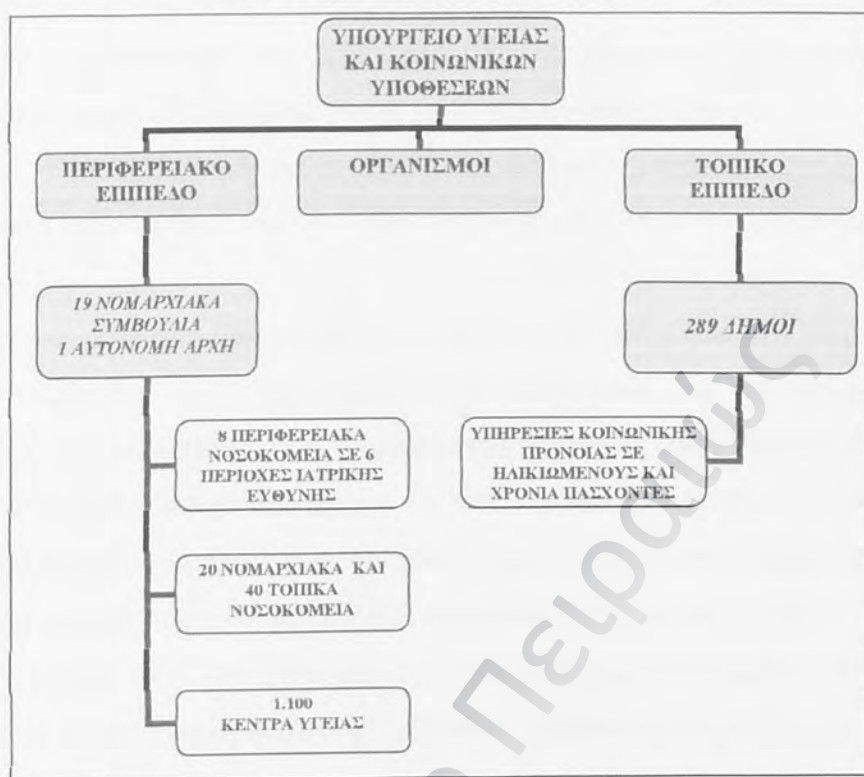
Συνοπτικά, η δομή του σουηδικού συστήματος υγείας αποτυπώνεται στο διάγραμμα που ακολουθεί.

<sup>26</sup> Αποτέλεσμα αυτής της μεταρρύθμισης ήταν η μείωση του μέσου χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο και χρήσης κλινών. Το 1992, ο μέσος χρόνος ήταν 10,1 ημέρες παραμονής και το 1998 ο μέσος χρόνος είχε μειωθεί στις 6,6 ημέρες. Ωστόσο, η μεταρρύθμιση είχε και αρνητικά αποτελέσματα, όπως κακή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών από συμβεβλημένους ιδιωτικούς φορείς.

<sup>27</sup> Ως οργανισμοί αναφέρονται οι ακόλουθοι:

- ✓ Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Ευεξίας (National Board of Health and Welfare),
- ✓ Συμβούλιο Ιατρικής Ευθύνης (Medical Responsibility Board),
- ✓ Υπηρεσία Ιατρικών Προϊόντων (Medical Products Agency),
- ✓ Σουηδικό Συμβούλιο Τεχνολογίας (Swedish Council on Technology),
- ✓ Ajiol:oghsh sthn Ygeionomik:h Front:ida (Assessment in Health Care),
- ✓ Συμβούλιο Φαρμακευτικών Ωφελειών (Pharmaceutical Benefits Board),
- ✓ Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας (National Institute of Public Health) και
- ✓ Σουηδική Υπηρεσία Κοινωνικής Ασφάλισης (Swedish Social Insurance Agency).

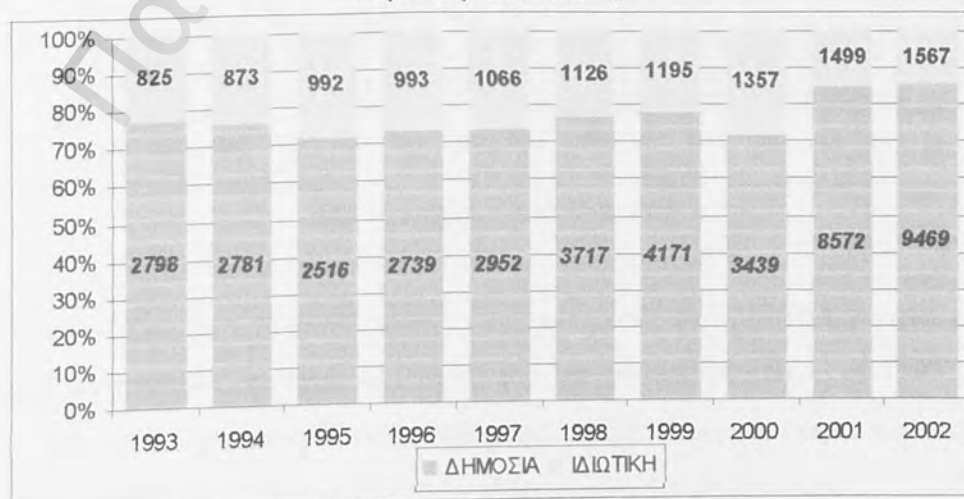
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.2  
Το σύστημα υγείας στη Σουηδία



ΠΗΓΗ: Αναδημοσίευση από «Health Systems in Transition»

Οι δαπάνες για την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε εξωνοσοκομειακή φροντίδα, καλύπτονται κατά κύριο λόγο από το κράτος, με μικρή ιδιωτική συμμετοχή (Γράφημα 3.8). Μάλιστα, μετά το 2000, η ιδιωτική συμμετοχή χαρακτηρίζεται από σημαντική μείωση.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.8  
Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στη Σουηδία (εκατ. \$)



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005



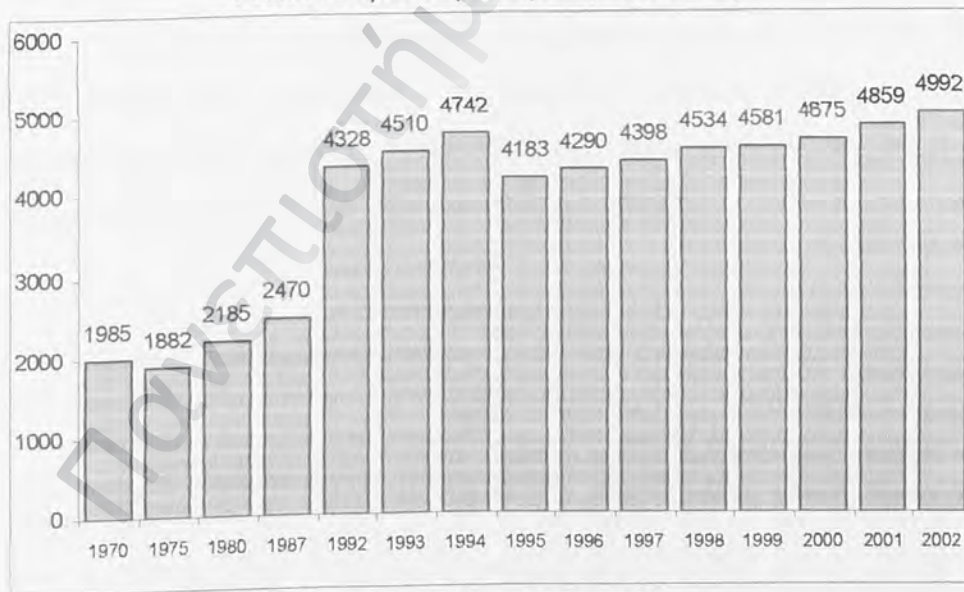
Το σύστημα της Π.Φ.Υ. της χώρας, συγκροτείται από τις ακόλουθες δομές:

1. Τα Κέντρα Υγείας, που στελεχώνονται με γενικούς γιατρούς, γυναικολόγο, παιδίατρο, ορθοπαιδικό και ψυχίατρο. Το νοσηλευτικό προσωπικό που τα στελεχώνει περιλαμβάνει νοσηλεύτριες, μαιέες και φυσιοθεραπευτές.
2. Τα Κέντρα για τη Μητέρα και το Παιδί. Σε αυτά πραγματοποιούνται εμβολιασμοί, περιοδικοί προληπτικοί έλεγχοι (check up) και προληπτικοί ακτινοδιαγνωστικοί έλεγχοι.

Το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται κατά κύριο λόγο από την φορολογία. Τα νομαρχιακά συμβούλια και οι δήμοι επιβάλλουν τους ανάλογους φόρους εισοδήματος στον πληθυσμό που καλύπτουν με τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Επίσης, απορροφούν πόρους από τις κρατικές επιχορηγήσεις και τις δαπάνες των χρηστών του συστήματος.

Η εξέλιξη του αριθμού των γενικών ιατρών στη χώρα, παρουσίασε έντονη αυξητική τάση μεταξύ των ετών 1987-1992, που συνεχίζεται με μικρότερη ένταση και τα επόμενα δύο χρόνια. Το 1995 καταγράφεται η πρώτη σημαντική μείωση των γενικών ιατρών, η οποία όμως εξισορροπήθηκε με σταδιακές, αλληπάλληλες αυξήσεις.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.9  
Γενικοί ιατροί στη Σουηδία (1970-2002)



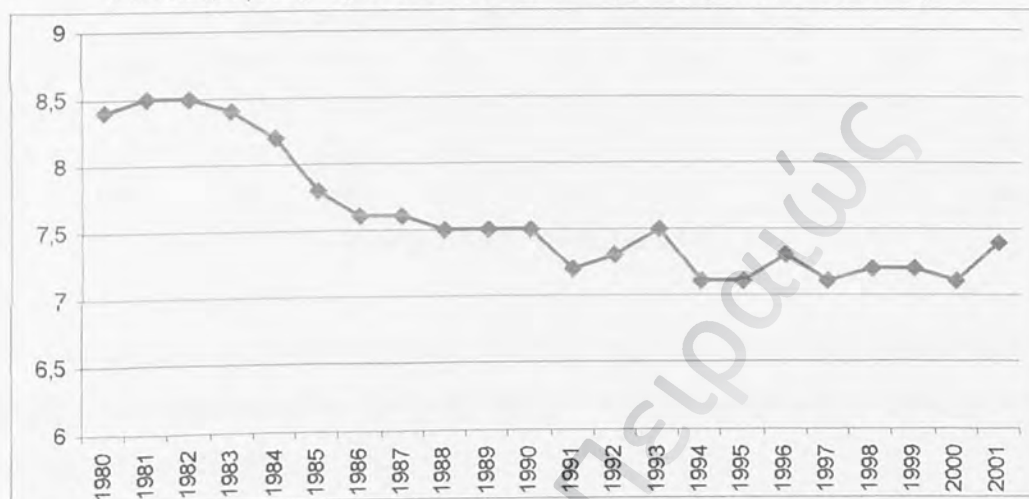
ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Η πυκνότητα των γενικών ιατρών στη χώρα, από το 1970 (0,2 γιατροί ανά 1000 κατοίκους) καταγράφει συνεχείς αυξήσεις, για να φτάσει το μέχρι το 1992 τους 0,5 γιατρούς ανά 1000 κατοίκους. Έκτοτε και μέχρι το 2001, η πυκνότητα αυτή παρέμεινε αμετάβλητη, οπότε και αυξήθηκε στους 0,6 ιατρούς ανά 1.000 κατοίκους.

Οι δαπάνες υγείας στη χώρα, ως ποσοστό του ΑΕΠ, παρουσιάζουν συνεχή μείωση, όπως φαίνεται και στο γράφημα που ακολουθεί, καταγράφοντας συνολική μείωση στην εικοσαετία 1980-2001 κατά 1 εκατοστιαία μονάδα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.10

Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ της Σουηδίας (1980-2001)



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Εξετάζοντας τις δαπάνες υγείας με το κριτήριο της δημόσιας και ιδιωτικής συμμετοχής, συνάγεται το συμπέρασμα ότι, η δημόσια συμμετοχή αρχικά μεταβαλλόταν με ρυθμούς εντονότερους από αυτούς της ιδιωτικής, επιβεβαιώνοντας τον προνοιακό χαρακτήρα της κρατικής μηχανής. Μακροπρόθεσμα όμως αυτό άλλαξε και η ιδιωτική συμμετοχή αυξήθηκε περίπου στο 15% των δαπανών υγείας.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.11

Δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στη Σουηδία (1970-2002)



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Η δημόσια δαπάνη για προσωπικές υπηρεσίες υγείας μειώνεται από 87,29% το 1992 σε 85,80% το 2002. Αντίστοιχα, οι ιδιωτικές δαπάνες για προσωπικές υπηρεσίες υγείας μειώθηκαν από 12,71% το 1992 σε 14,20% το 2002.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1

Δημόσια και ιδιωτική συμμετοχή στις προσωπικές υπηρεσίες υγείας κατά τα έτη 1993-2002 στη Σουηδία (εκατ. \$)

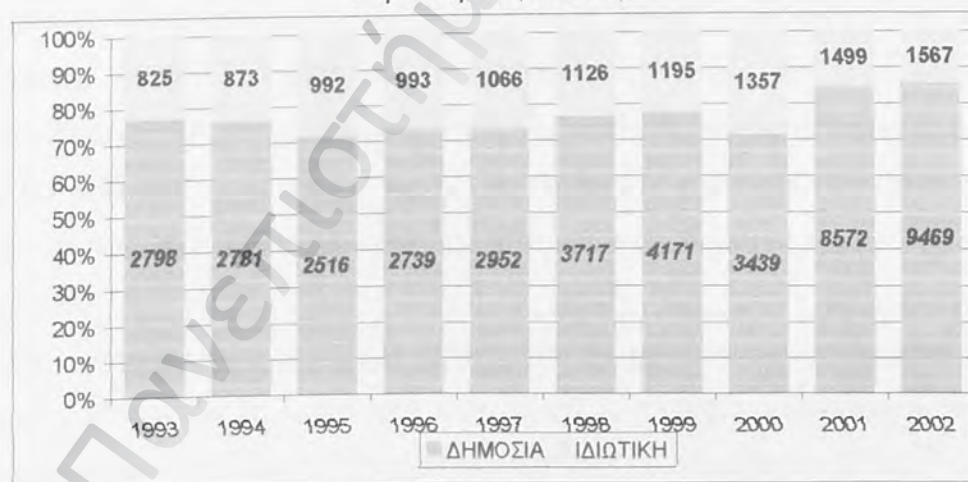
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	13658	13801	14532	15506	15681	16482	17664	19111	20331	21986
<b>ΔΗΜΟΣΙΑ</b>	11922	12022	12577	13511	13462	14123	15152	16334	17347	18864
<b>ΙΔΙΩΤΙΚΗ</b>	1736	1780	1954	1994	2218	2359	2512	2777	2984	3122

ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Παράλληλα, η συμμετοχή του κράτους (ως ποσοστό) στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, αρχικά παρουσίασε μείωση, ενώ από το 2000 μέχρι και το 2002, κατέγραψε σημαντική αύξηση (Γράφημα 3.12).

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.12

Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη εξωνοσοκομειακής περιθαλψης στη Σουηδία (εκατ. \$.)



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

### 3.3. Το μοντέλο της Νορβηγίας

#### 3.3.1. Το αυτοδιοικητικό μοντέλο της χώρας

Το νορβηγικό Σύνταγμα του 1814, δεν αναφερόταν στους δήμους και τις νομαρχίες, οι οποίοι διοικητικά και λειτουργικά καθορίζονται από το Κοινοβούλιο της

χώρας. Η «Πράξη του Αλντερμαν» το 1837 καθόρισε τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις της τοπικής αυτοδιοίκησης στη χώρα<sup>28</sup>.

Σήμερα, η Νορβηγία αυτοδιοικητικά διακρίνεται σε δύο επίπεδα αυτοδιοίκησης, αριθμώντας συνολικά 434 δήμους και 19 νομαρχίες (Hanssen, 2004). Μοναδική εξαίρεση αποτελεί η πρωτεύουσα (Οσλο) που έχει διττό ρόλο, ταυτισμένης νομαρχίας και δήμου ταυτόχρονα. Οι δήμοι δεν υπάγονται στην εποπτεία των νομαρχιών, μολονότι αναπτύσσουν κοινές δράσεις, κυρίως στον τομέα του περιφερειακού σχεδιασμού.

Αρκετοί δήμοι έχουν εισαγάγει το θεσμό των τοπικών συμβουλίων<sup>29</sup>, προκειμένου να καλύπτουν διοικητικά πιο άμεσα, γεωγραφικές υποδιαιρέσεις της περιοχής ευθύνης τους.

### 3.3.2. Η Π.Φ.Υ. στη Νορβηγία

Το σύστημα υγείας, όπως και στις λοιπές Σκανδιναβικές χώρες, χαρακτηρίζεται από έντονη αποκέντρωση.

Βασικότερη πηγή εσόδων για την κάλυψη των υγειονομικών αναγκών είναι και στη Νορβηγία, όπως και στις λοιπές Σκανδιναβικές χώρες, η φορολογία των δημοτών. Επιπρόσθετα, η εθνική κυβέρνηση επιχορηγεί τους νομούς και τους δήμους που οργανώνουν υπηρεσίες υγείας. Προϋποθέσεις της απόδοσης επιχορηγήσεων είναι αφενός η συμβολή των Ο.Τ.Α. με ιδίους πόρους και αφετέρου η ενσωμάτωση των εργασιών δημόσιας υγείας στο σύστημα προγραμματισμού των δημοτικών και νομαρχιακών συμβουλίων<sup>30</sup>.

Οι νομαρχίες είχαν για πολλά χρόνια τον έλεγχο των νοσοκομειακών μονάδων και ήταν υπεύθυνες για τη λειτουργία τους. Ωστόσο, το 2002, η κυβέρνηση της χώρας τους απέσπασε αυτή την αρμοδιότητα για πολλαπλούς λόγους (Hagen, 2006)<sup>31</sup>.

Ωστόσο, οι αλλαγές του 2002 δεν επηρέασαν τις υπηρεσίες Π.Φ.Υ., που εξακολουθούν να παρέχονται από τους δήμους. Συγκεκριμένα, οι δημοτικές υγειονομικές

<sup>28</sup> Ministry of Local Government and Regional Development, "Local Government in Norway", Information Brochure, p. 4.

<sup>29</sup> Συνήθως έχουν συμβουλευτικό χαρακτήρα. Ωστόσο στις μεγαλύτερες πόλεις, τα συμβούλια είναι πολιτικά αρμόδια για ένα ευρύ φάσμα αρμοδιοτήτων που σχετίζεται με τις υγειονομικές υπηρεσίες, τον τομέα της πρόνοιας και της κοινωνικής αλληλεγγύης, τους παιδικούς σταθμούς και την πρωτοβάθμιας εκπαίδευση.

<sup>30</sup> "National Health Plan for Norway", Proposition to the Storting No. 1 (2006-2007), Chapter 6, p. 14-15.

<sup>31</sup> Κύριοι λόγοι ήταν οι μεγάλες λίστες αναμονής, η έλλειψη ισότητας στη νοσοκομειακή περίθαλψη και η έλλειψη οικονομικής υπευθυνότητας από την πλευρά των νομαρχιών.

υπηρεσίες περιλαμβάνουν τις υπηρεσίες γενικών ιατρών, κλινική παρακολούθηση ασθενών, υπηρεσίες φυσιοθεραπείας, υπηρεσίες επισκεπτών υγείας και μαιών, οίκους ευγηρίας και στέγαση με εικοσιτετράωρη παρακολούθηση, τις ιατρικές υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης και τη μεταφορά του ιατρικού προσωπικού.

Επιπρόσθετα, οι δημοτικές υπηρεσίες υγείας είναι υπεύθυνες τόσο για δράσεις πρόληψης σε συνεργασία με τα κέντρα υγείας όσο και για την ανάπτυξη συνεργασιών με τις σχολικές υγειονομικές επιτροπές. Έτσι, καταλήγουν να διαδραματίζουν έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην προάσπιση της υγείας στην περιοχή ευθύνης τους<sup>32</sup>.

Συγκεκριμένα, οι σχετικές δράσεις που αναπτύσσουν, περιλαμβάνουν:

1. Προώθηση της υγείας και πρόληψη των ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης της οργάνωσης και διοίκησης των σχολικών υγειονομικών υπηρεσιών, των Κ.Υ., την υγειονομική περίθαλψη παιδιών που παρέχεται κατ' οίκον από τους επισκέπτες ιατρούς, τις μαιές που εργάζονται στα Κ.Υ. και τους παθολόγους. Τα Κ.Υ. προσφέρουν εξετάσεις εγκυμοσύνης και παρέχουν εμβολιασμούς.
2. Διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση, που περιλαμβάνει την ευθύνη για την περίθαλψη από τους γενικούς ιατρούς (συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης), φυσιοθεραπείες και νοσηλευτικές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένων των επισκεπτών υγείας και των μαιών).
3. Νοσηλευτική φροντίδα εντός και εκτός των ιδρυμάτων, ευθύνη για νοσηλευτικές υπηρεσίες κατ' οίκον, και γενικότερα εξω-ιδρυματικές υπηρεσίες<sup>33</sup>.

Από το 1912 οι γενικοί ιατροί υπάγονταν στην κεντρική διοίκηση. Το 1984, η διαχείριση της Π.Φ.Υ. ανατέθηκε στους δήμους, οι οποίοι έπρεπε να αποφασίσουν για τον τρόπο αποζημίωσης των γενικών ιατρών που θα απασχολούσαν<sup>34</sup>.

Μεταξύ 1987 και 1992, ποσοστό 35-38% των γενικών ιατρών καταγράφονται ως δημόσιοι υπάλληλοι και ποσοστό 51-53% είχε συνάψει συμβόλαιο με τους τοπικούς φορείς. Οι υπόλοιποι είτε δεν είχαν συνάψει συμβόλαιο είτε ήταν εκπαιδευόμενοι. Μέχρι το 2001, μόνο ένα ποσοστό 15% παρέμειναν με υπαλληλική σχέση στην άμεση διαχείριση της Τ.Α., ενώ το ποσοστό των ιδιωτών ιατρών αυξήθηκε αντίστοιχα στο 74% του συνόλου (Liam, 2003).

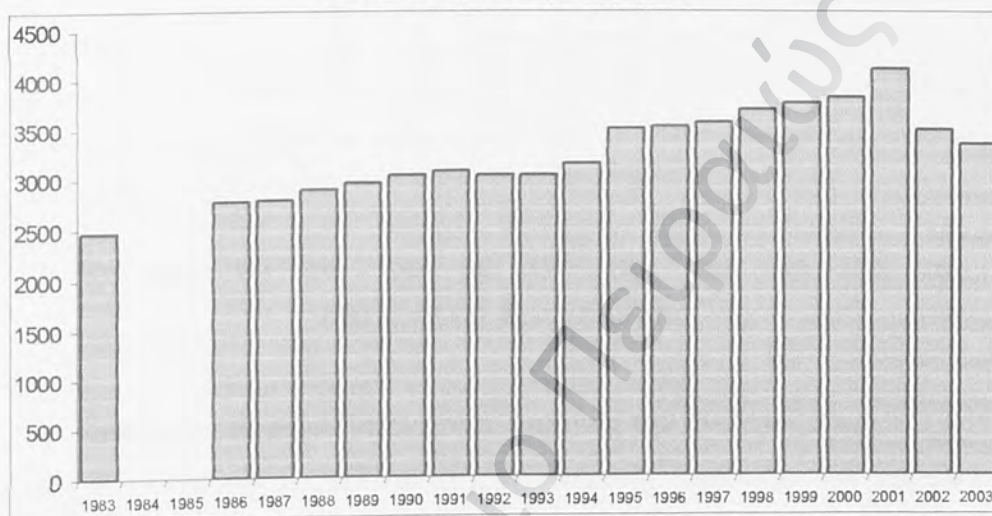
<sup>32</sup> "National Health Plan for Norway", p. 25-26.

<sup>33</sup> Βλ. σχετ. [http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks\\_5520.aspx](http://www.helsetilsynet.no/templates/ArticleWithLinks_5520.aspx).

<sup>34</sup> Οι επιλογές αφορούσαν είτε την πρόσληψη των γενικών ιατρών ως δημοσίους υπαλλήλους είτε την αποζημίωση τους μέσω διαπραγματεύσεων μεταξύ των δήμων και του σώματος των ιατρών. Όσοι θα προσλαμβάνονταν ως δημόσιοι υπάλληλοι θα απολάμβαναν μισθό σε μόνιμη βάση, ενώ οι υπόλοιποι που θα ιδιώτευαν, θα λάμβαναν αποδοχές που θα συνίστανται από έναν συνδυασμό βασικών προνομίων και αποζημιώσεων κατά πράξη.

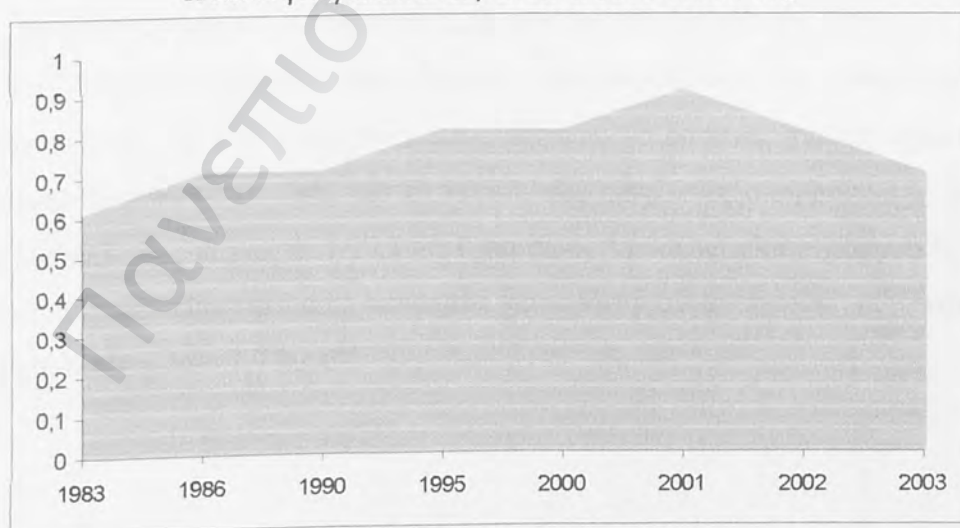
Η εξέλιξη του αριθμού των γενικών γιατρών στη χώρα και η πυκνότητά τους, αποτυπώνονται στα ακόλουθα γραφήματα. Αξιοσημείωτη είναι η μείωση που σημειώνεται κατά τη διετία 2001-2003. Το 2001 οι γενικοί ιατροί αποτελούν το 1,8% του ιατρικού προσωπικού της χώρας και το ποσοστό αυτό μειώνεται το 2002 στο 1,5%, για να καταλήξει το 2003 στο 1,4%.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.13  
Γενικοί ιατροί στη Νορβηγία



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.14  
Πυκνότητα γενικών ιατρών ανά 1000 κατοίκους



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στη χώρα ως ποσοστό του ΑΕΠ σημειώνει αυξητική τάση κυρίως με ελαφρές μειώσεις κατά περιόδους. Έτσι, από 5,9% το 1980 οι

δαπάνες υγείας καταλήγουν στο 6,8% του ΑΕΠ της Νορβηγίας το 2001. Η υψηλότερη τιμή τους καταγράφεται το 1998 με 7,2% του ΑΕΠ.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.15  
Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό (%) του ΑΕΠ της Νορβηγίας



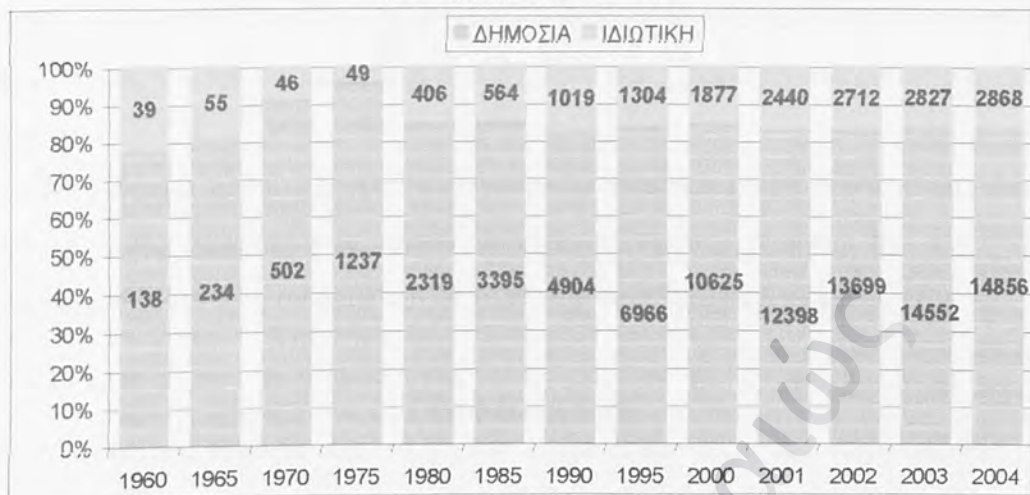
ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Το παραπάνω γράφημα αποτυπώνει εμφανώς την αυξητική τάση της κατανομής πόρων προς την υγεία, ως αποτέλεσμα της οικονομικής ανάπτυξης και την έλλειψη της ανάγκης συρρίκνωσης του δημόσιου τομέα και της συμμετοχής του. Τις δύο περασμένες δεκαετίες η χώρα απολάμβανε μία ισχυρή οικονομία που εξασφάλιζε και τους πόρους για την αύξηση των δαπανών υγείας. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, ανακύπτουν οικονομικές πιέσεις, γεγονός που απαιτεί αναπροσαρμογή των δαπανών (Calltorp, 1999).

Το 2003, οι δαπάνες των δήμων που αφορούσαν τις υπηρεσίες υγείας απορρόφησαν το 4% των συνολικών τους εξόδων, οι δαπάνες για τη φροντίδα των ηλικιωμένων απέσπασε το 28% και οι κοινωνικές υπηρεσίες απορρόφησαν το 7% σε σύνολο δαπανών της τάξεως των 19,8 δις € περίπου. Αντίστοιχα, οι νομαρχιακές δαπάνες για κοινωνικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες απορρόφησαν αντίστοιχα 11% και 4%, σε σύνολο εξόδων περίπου 3,9 δις €<sup>35</sup>.

<sup>35</sup> Ministry of Local Government and Regional Development, p. 8-9.

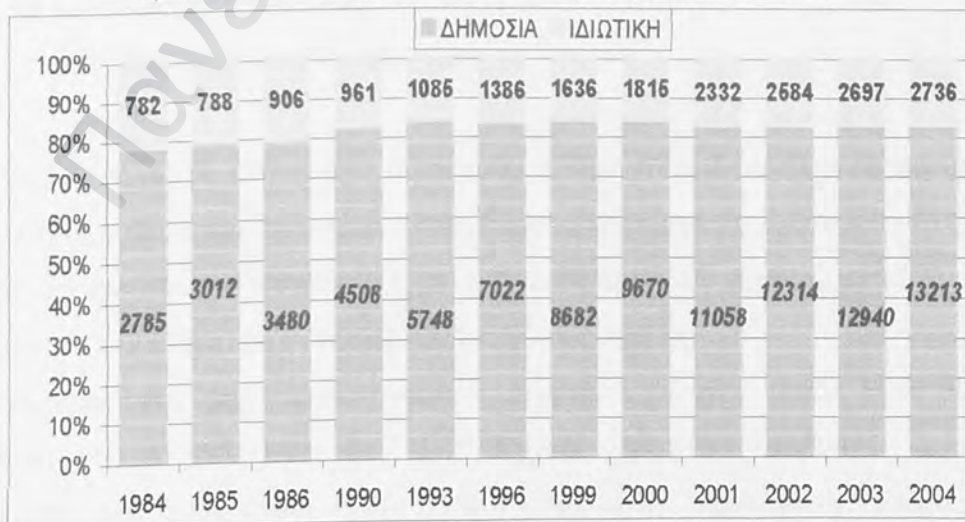
ΓΡΑΦΗΜΑ 3.16  
 Δημόσια και ιδιωτική συμμετοχή στις δαπάνες υγείας  
 της Νορβηγίας (εκατ. \$)



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1960 και μέχρι το 1975, η δημόσια συμμετοχή στις δαπάνες υγείας της χώρας κατέγραφε συνεχή αύξηση, για να ωθήσει το 1975 την ιδιωτική συμμετοχή στο 5% περίπου. Στην πενταετία που ακολούθησε σημειώθηκε αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης στο 15% περίπου, ποσοστό που διατηρείται ελαφρώς αυξημένο μέχρι και το 2004. Παράλληλα, οι ιδιωτικές δαπάνες για προσωπικές υπηρεσίες υγείας, από το 1984 (21,92%) σημειώνουν μείωση επί του συνόλου των δαπανών προσωπικών υπηρεσιών καταλήγοντας το 2004 στο 17,16% (Γράφημα 3.16).

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.17  
 Δημ.- ιδιωτ. συμμετοχή στις δαπάνες  
 προσωπικών υπηρεσιών υγείας στη Νορβηγία (εκατ. \$)



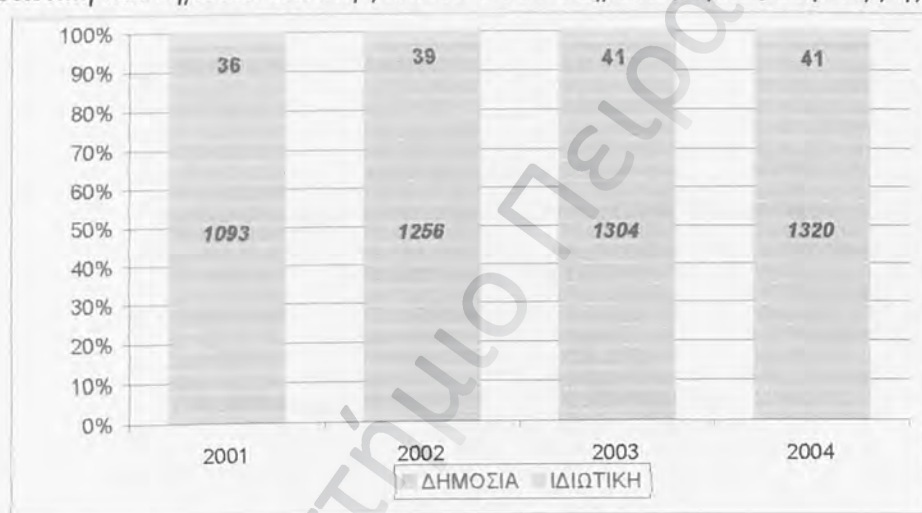
ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005



Η εξωνοσοκομειακή δαπάνη στη χώρα, διακρινόμενη σε δημόσια και ιδιωτική, δεν παρουσιάζει ιδιαίτερες μεταβολές (Πίνακας 3.2), πέραν της ασθενούς αύξησης της ιδιωτικής συμμετοχής. Έτσι, ενώ το 2001 η δημόσια δαπάνη είναι 62,26% και η ιδιωτική 37,74%, το 2004 η πρώτη μειώνεται στο 61,74% και η δεύτερη αυξάνεται στο 38,26% αντίστοιχα.

Το γράφημα που ακολουθεί αποτυπώνει το ιδιαίτερα μικρό ποσοστό της ιδιωτικής συμμετοχής στις δαπάνες κατ' οίκον υπηρεσιών υγείας, γεγονός που ενισχύει την πολιτική του «κράτους πρόνοιας» και σε αυτή την σκανδιναβική χώρα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.18  
Ιδιωτική και δημόσια δαπάνη για κατ' οίκον υπηρεσίες υγείας στη Νορβηγία



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

### 3.4. Το μοντέλο της Φινλανδίας

#### 3.4.1. Το αυτοδιοικητικό μοντέλο της χώρας

Σύμφωνα με το φινλανδικό σύνταγμα, η Φινλανδία διαιρείται σε περιφερειακό επίπεδο στους νομούς και σε τοπικό, στους δήμους, οι οποίοι και διατηρούν το δικαίωμα επιβολής φόρων για την ικανοποίηση των σκοπών τους. Οι αρχικοί αυτοί δήμοι είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη συνεργασιών με άλλους δήμους.

Συγκεκριμένα δημιουργούν «κοινές δημοτικές αρχές» (local joint municipal authorities) που αποτελούνται από 2-10 δήμους, ώστε να αποδοθούν λύσεις στα προβλήματα που ανακύπτουν στην Π.Φ.Υ. και στην εκπαίδευση. Επίσης, έχουν

σχηματιστεί 79 λειτουργικές περιοχές που διαχειρίζονται θέματα προγραμματισμού, αντιπροσώπευσης και εφαρμογής προγραμμάτων εξ ονόματος των δήμων στην περιοχή.

Στο περιφερειακό επίπεδο, οι νομοί, συγκροτούνται από τρεις (3) αυτόνομες δημοτικές αρχές. Έτσι υπάρχουν 19 νομαρχιακά συμβούλια (regional councils) που διαχειρίζονται θέματα περιφερειακού προγραμματισμού και 20 περιφερειακές περιοχές νοσοκομείων (regional hospital districts) που ευθύνονται για την πρόσθετη υγειονομική περίθαλψη καθώς και τη διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων που λειτουργούν εντός των διοικητικών τους ορίων. Επίσης, έχουν δημιουργηθεί 17 περιοχές ευθύνης για την φροντίδα των ατόμων με ειδικές ανάγκες (regional districts for care of the disabled) (Sandberg, 2004).

Σχηματικά, η οργάνωση και δομή της τοπικής αυτοδιοίκησης στη χώρα μπορεί να αποδοθεί με το διάγραμμα που ακολουθεί.

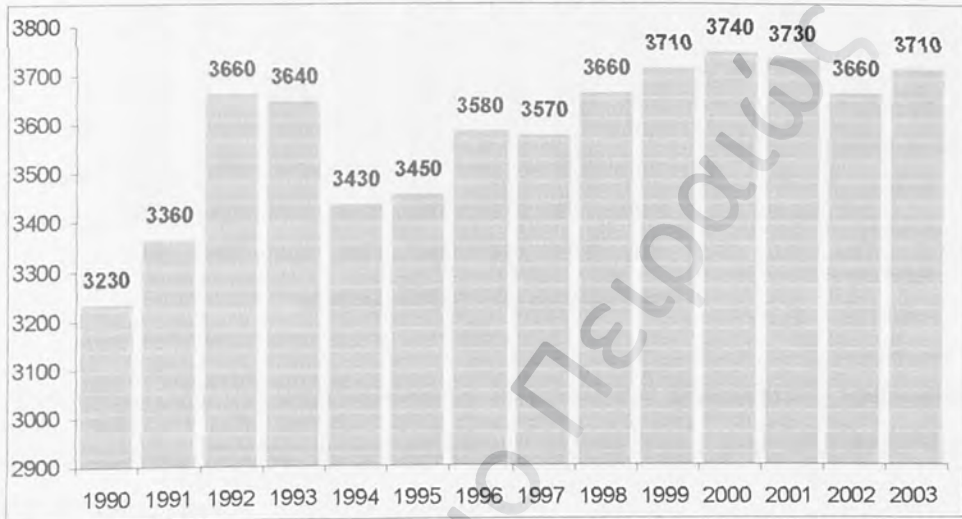
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3.3  
Οργάνωση υπηρεσιών υγείας στην Τ.Α. της Φιλανδίας



### 3.4.2. Η Π.Φ.Υ. στη Φιλανδία

Ο αριθμός των γενικών ιατρών της χώρας χαρακτηρίζεται από αυξομειώσεις στις αρχές της δεκαετίας του '90, οι οποίες όμως σημείωσαν ανάκαμψη από το 1995, με εξαίρεση το 2001 και το 2002.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3.19  
Γενικοί ιατροί στη Φιλανδία



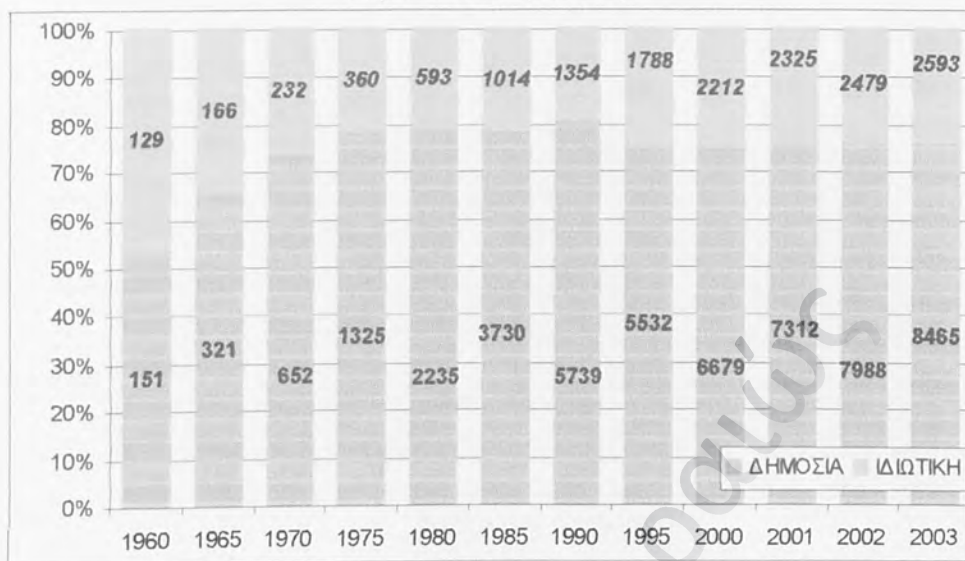
ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Η πυκνότητα των γενικών ιατρών της χώρας το 1996 ήταν 0,6 ιατροί ανά 1000 κατοίκους, ενώ τον επόμενο χρόνο ανεβαίνει σε αναλογία 0,7 ιατρών ανά 1000 κατοίκους, ποσόστωση που παραμένει αμετάβλητη μέχρι και το 2003.

Οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, το 1980 είναι 5%, για να «σκαρφαλώσουν» το 1991 στο 7,3% και μετά από συνεχείς μειώσεις να φτάσουν το 2001 στο 5,3% του ΑΕΠ.

Η συμμετοχή του δημόσιου τομέα στο σύνολο των δαπανών υγείας το 1960 αγγίζει το 53,93% (Γράφημα 3.19). Με διαδοχικές αυξήσεις φτάνει το 1991 το 81,07% για να ακολουθήσουν μειώσεις που οδηγούν τη δημόσια συμμετοχή το 2001 να καταλήγει στο 76,55% των δαπανών υγείας.

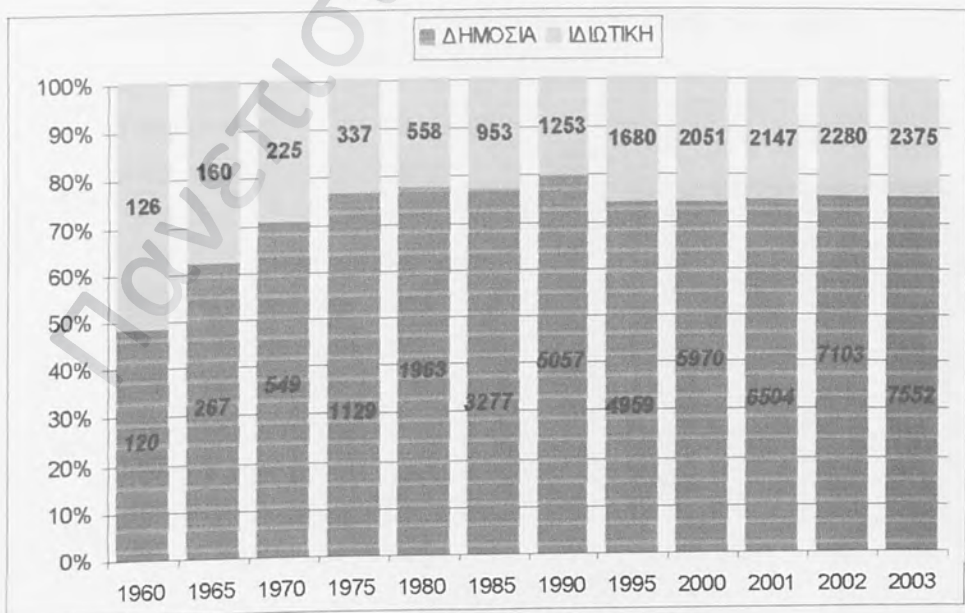
**ΓΡΑΦΗΜΑ 3.20**  
*Δημόσια και ιδιωτική συμμετοχή στο σύνολο των δαπανών υγείας  
 στη Φιλανδία (εκατ. \$)*



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

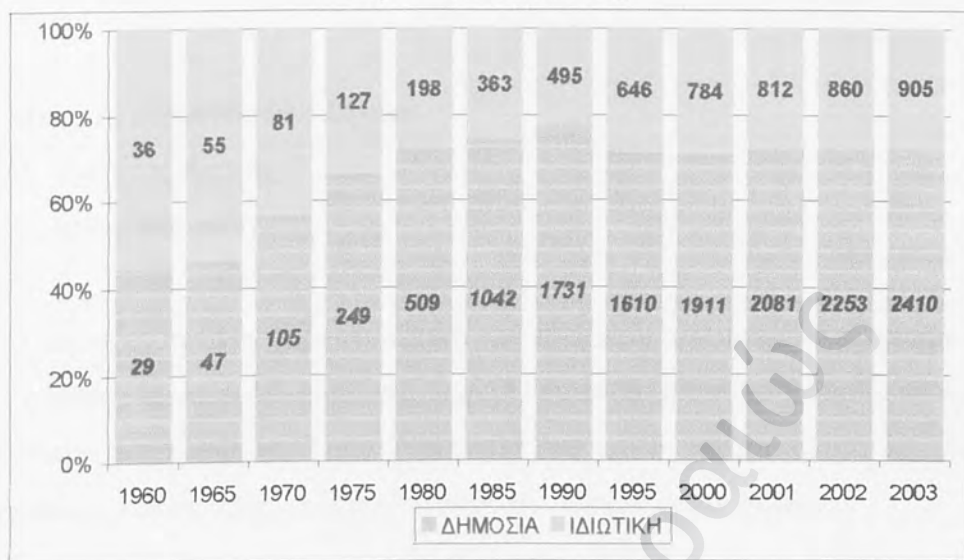
Αντίστοιχη εξέλιξη σημειώνουν οι δαπάνες για προσωπικές υπηρεσίες υγείας καθώς και οι δαπάνες για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, όπως φανερώνουν τα γραφήματα 3.21 και 3.22 αντίστοιχα.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 3.21**  
*Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη προσωπικών υπηρεσιών υγείας  
 στη Φιλανδία (εκατ. \$)*



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

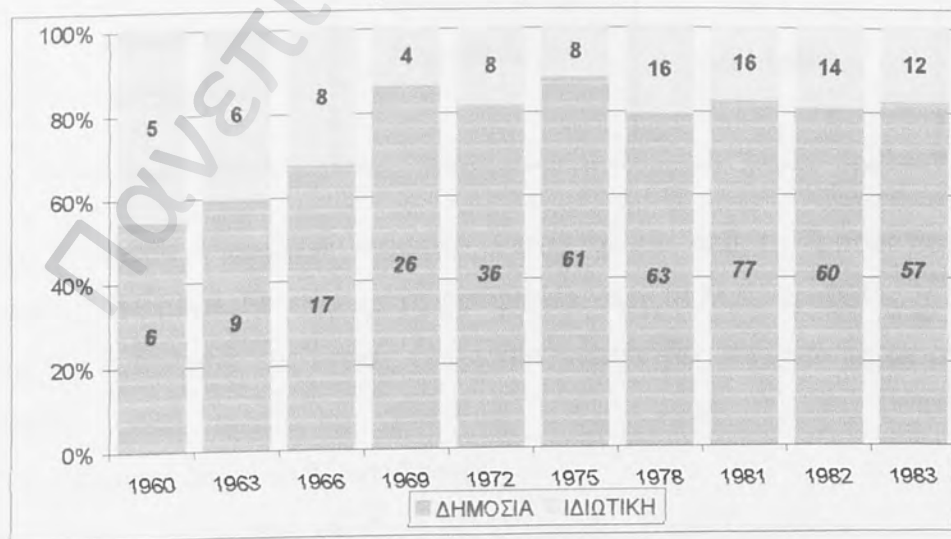
**ΓΡΑΦΗΜΑ 3.22**  
*Δημόσια και ιδιωτική συμμετοχή στην εξωνοσοκομειακή δαπάνη στη Φιλανδία (εκατ. \$)*



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

Οι ιδιωτικές δαπάνες για κατ' οίκον υπηρεσίες υγείας στη χώρα, με βάση τα υπάρχοντα στοιχεία, ως ποσοστό επί του συνόλου, από το 1960 μειώνονται σημαντικά και περιορίζονται μέχρι το 1975 στο 10% περίπου, για να καταλήξουν το 1983 στο 18% περίπου.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 3.23**  
*Δημόσια και ιδιωτική δαπάνη υπηρεσιών υγείας κατ' οίκον στη Φιλανδία (εκατ. \$)*



ΠΗΓΗ: OECD, Health Data 2005

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Π.Φ.Υ. ΚΑΙ Τ.Α.. Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

#### 4.1. Μελέτες περιπτώσεως Δήμων

##### 4.1.1. Οι Δήμοι της Αττικής

##### 4.1.1.1. Ο Δήμος Αθηναίων

Ο Δήμος Αθηναίων χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα οργανωμένη υπηρεσία παροχής Π.Φ.Υ.. Διαθέτει συνολικά 7 δημοτικά ιατρεία, τα οποία είναι διαμοιρασμένα στα 6 από τα 7 δημοτικά διαμερίσματα. Τόσο οι ιατρικές όσο και οι εργαστηριακές εξετάσεις που πραγματοποιούνται σε αυτά, παρέχονται εντελώς δωρεάν στους δημότες.

Τα ιατρεία στελεχώνονται από 62 γιατρούς<sup>36</sup> διαφόρων ειδικοτήτων και 30 παραϊατρικών ειδικοτήτων καθώς και νοσηλευτικό προσωπικό. Οι διατιθέμενες ειδικότητες είναι:

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1  
Ειδικότητες πολυιατρείων Δήμου Αθηναίων

Παθολόγοι Ορθοπαιδικοί Παιδίατροι Οδοντίατροι Γυναικολόγοι	Κυτταρολόγοι, Καρδιολόγοι, Μικροβιολόγοι, Δερματολόγοι,	Χειρουργοί, Οφθαλμίατροι ΩΡΛ και Μαστολόγος
--	--	--

Το έργο των δημοτικών ιατρείων ενισχύεται και από τη λειτουργία Κινητής Διαγνωστικής Μονάδας. Επίσης, με τη συνεργασία των Μ.Μ.Ε. προβάλλονται θέματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας, ενώ έχουν αναπτυχθεί συνεργασίες με διάφορους φορείς, όπως:

- την Ελληνική Εταιρεία Μαστολογίας,
- το Κέντρο Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Γυναικών «Ελλη Λαμπέτη»,

<sup>36</sup> Οι γιατροί αυτοί υπολείπονται κατά 39 άτομα του αριθμού που προβλέπεται στον Ο.Ε.Υ. του Δήμου Αθηναίων. Βλ. σχετ. άρθρο «Σκανδαλίδης: Κέντρα Υγείας τα δημοτικά ιατρεία», Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ», φύλλο της 25/07/2006.

- το Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Οι παραπάνω δράσεις ενισχύονται και από τη λειτουργία του Κέντρου Πρόληψης και Αγωγής Υγείας «Αθήνα Υγεία». Στόχος της λειτουργίας του είναι η προώθηση δράσεων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης μαθητών, γονέων και καθηγητών, ενώ σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ, λειτουργεί 4 Κέντρα Πρόληψης κατά των εξαρτησιογόνων ουσιών.

Επιπρόσθετα, στο Δήμο λειτουργεί και ειδικό Γραφείο το οποίο είναι υπεύθυνο για την εφαρμογή του Προγράμματος «Υγιείς Πόλεις». Ευθύνεται για το σχεδιασμό της πολιτικής του Δήμου σε θέματα υγείας και περιβάλλοντος, εκπονεί μελέτες σχετικά με τις συνθήκες ζωής στην πόλη και γενικότερα έχει συμβουλευτικό ρόλο σε θέματα που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των δημοτών.

Τέλος, ο Δήμος πραγματοποιεί πληθώρα προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν οι 1.600 δωρεάν γυναικολογικές εξετάσεις (800 μαστογραφίες και 800 τεστ Παπ) που προσέφεραν τα ιδιωτικά νοσοκομεία «Μητέρα», «Υγεία» και «Λητώ». Τετρακόσιες εξετάσεις (200 + 200) μοιράστηκαν σε εργαζόμενες του Δήμου, οι οποίες ουδέποτε είχαν υποβληθεί και οι υπόλοιπες μοιράστηκαν στα δημοτικά διαμερίσματα για τους δημότες<sup>37</sup>.

#### 4.1.1.2. Ο Δήμος Χολαργού<sup>38</sup>

Ο Δήμος Χολαργού, στο πλαίσιο της προληπτικής ιατρικής, λειτουργεί δημοτικά ιατρεία. Αυτά στελεχώνονται από γιατρούς που απασχολούνται είτε με σύμβαση χρόνου είτε σε εθελοντική βάση. Οι ειδικότητες και ο αριθμός τους παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί.

<sup>37</sup> «Σφήνα» στο Ε.Σ.Υ. από τον δήμαρχο Αθηναίων». Εφημερίδα «Καθημερινή», φύλλο της 09/03/2007.

<sup>38</sup> [http://www.holargos.gr/common\\_utilities.surgeries.php](http://www.holargos.gr/common_utilities.surgeries.php)

## ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2

Καθεστώς εργασίας και αριθμός προσωπικού κατά ειδικότητα στα δημοτικά ιατρεία του Δήμου Χολαργού

ΣΥΜΒΑΣΗ ΧΡΟΝΟΥ		ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	
Ειδικότητα	Αριθμός	Ειδικότητα	Αριθμός
Παθολόγος	1	Ογκολόγος	1
Παιδίατρος	1	Οφθαλμίατρος	1
Γυναικολόγος	1	Νευρολόγος	1
Ψυχολόγος	1	Ορθοπαιδικός	1
Νοσηλεύτες	1	Γυναικολόγος	1

Τα ιατρεία είναι υπεύθυνα για την πραγματοποίηση εμβολιασμών και οι επισκέψεις πραγματοποιούνται κατόπιν ραντεβού με τους ασθενείς. Παράλληλα πραγματοποιούνται δράσεις όπως επισκέψεις ιατρών σε σχολεία της περιοχής και η πιστοποίηση της υγιούς κατάστασης των μαθητών της περιοχής, με τη χρήση ειδικής κάρτας υγείας.

Επίσης ο Δήμος εφαρμόζει και προγράμματα προληπτικής οδοντιατρικής μέσω της λειτουργίας οδοντιατρείου που στελεχώνεται από δύο οδοντιάτρους καθώς και από επιτόπιες επισκέψεις αυτών στα σχολεία της περιοχής.

### 4.1.1.3. Ο Δήμος Αγίας Παρασκευής<sup>39</sup>

Στην περιοχή της Αγίας Παρασκευής, λειτουργούν δύο δημοτικά ιατρεία, τα οποία διαθέτουν τις ακόλουθες ειδικότητες:

<sup>39</sup> <http://www.agiaparaskevi.gr/html/yegeia.html#1>



ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3

Τμήματα δημοτικών ιατρείων Δήμου Αγίας Παρασκευής

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αγγειολογικό</li> <li>• Βιοχημικό εργαστήριο</li> <li>• Γαστρεντερολογικό</li> <li>• Γυναικολογικό</li> <li>• Δερματολογικό</li> <li>• Διαβητολογικό</li> <li>• Διαιτολογικό</li> <li>• Ενδοκρινολογικό</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Καρδιολογικό</li> <li>• Κυτταρολογικό</li> <li>• Μαστού</li> <li>• Μικροβιολογικό εργαστήριο</li> <li>• Νευρολογικό</li> <li>• Νεφρολογικό</li> <li>• Ορθοπεδικό</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ουρολογικό</li> <li>• Παθολογικό</li> <li>• Παιδιατρικό</li> <li>• Πνευμονολογικό – σπιρομετρήσεις</li> <li>• Ρευματολογικό</li> <li>• Χειρουργικό</li> <li>• ΩΡΛ</li> </ul>
---	--	---

Ταυτόχρονα στα ιατρεία λειτουργούν:

- ✓ το Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού
- ✓ το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας
- ✓ το Τμήμα Ψυχοπροφυλακτικής εγκύων γυναικών
- ✓ το Τμήμα Ελέγχου Οστεοπόρωσης
- ✓ Ιατρείο ψυχολόγου και
- ✓ το Τμήμα κλιμακτηρίου-εμμηνόπαυσης.

Βασική δράση του Δήμου είναι και η Τράπεζα Αίματος που στοχεύει στην ενημέρωση των κατοίκων για την αναγκαιότητα της αιμοδοσίας και στην εξασφάλιση αποθεμάτων αίματος για τους δημότες.

#### 4.1.1.4. Ο Δήμος Τίλου

Στο Δήμο λειτουργεί από το 1996 η Δημοτική Επιχείρηση Ανάπτυξης-Πολιτισμού (Δ.Ε.Α.Π.). Από το 2000, η επιχείρηση εφαρμόζει το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», που εξυπηρετεί 200 περίπου άτομα τρίτης ηλικίας, με επιτελείο κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών και οικιακών βοηθών.

Στην διοικητική ευθύνη της Δ.Ε.Α.Π. υπάγονται και τα δημοτικά ιατρεία. Η στελέχωση τους βασίζεται στην εθελοντική εργασία και η εξυπηρέτηση πραγματοποιείται κατόπιν τηλεφωνικής συνεννόησης.

Τέλος, στους χώρους των ιατρείων πραγματοποιούνται εξετάσεις σακχάρου, χοληστερίνης καθώς και γυναικολογικές εξετάσεις (τεστ ΠΑΠ).

#### 4.1.1.5. Ο Δήμος Αγίας Βαρβάρας<sup>40</sup>

Ο Δήμος Αγίας Βαρβάρας υλοποιεί προγράμματα δράσης για ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και για παροχή κατ' οίκον υπηρεσιών. Παράλληλα λειτουργεί δημοτική τράπεζα αίματος. Επίσης, πραγματοποιεί ενημερωτικές και προληπτικές κινήσεις με σκοπό την ευαισθητοποίηση των δημοτών σε θέματα υγείας.

Βασικό ρόλο σε όλες αυτές τις προσπάθειες διαδραματίζει το Κέντρο Πρόληψης Εξάρτησης και Αγωγής Υγείας. Το Κέντρο αναπτύσσει δραστηριότητες πρωτογενούς πρόληψης στην περιοχή μέσω ειδικών προγραμμάτων αγωγής υγείας σε συνεργασία με το ΥΠ.Ε.Π.Θ. και τον Ο.ΚΑ.ΝΑ.. Επιπρόσθετα, μέσω σεμιναρίων ενεργοποιεί όλο τον τοπικό πληθυσμό.

#### 4.1.1.6. Ο Δήμος Αιγάλεω<sup>41</sup>

Ο Δήμος Αιγάλεω πραγματοποιεί δράσεις υγείας μέσω της Κοινωνικής Υπηρεσίας, των δημοτικών ιατρείων και του Συμβουλευτικού Κέντρου.

Η Κοινωνική Υπηρεσία του Δήμου, ιδρύθηκε το 1995 και έκτοτε εφαρμόζει δράσεις όπως:

- Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» για ηλικιωμένους και ΑΜ.Ε.Α..
- Εθελοντική αιμοδοσία που πραγματοποιείται δύο φορές το χρόνο.

Παράλληλα ο Δήμος έχει ιδρύσει και λειτουργεί από το 1998 δημοτικά ιατρεία, στα οποία λειτουργούν τα ακόλουθα τμήματα:

- ✓ Παθολογικό
- ✓ Ορθοπαιδικό
- ✓ Φυσικοθεραπείας
- ✓ Νευρολογικό
- ✓ Γυναικολογικό

<sup>40</sup> <http://www.agiavarvara.gr/indexgreek.htm>

<sup>41</sup> <http://www.egaleo.gr/index.htm>

- ✓ Διαβητολογικό και
- ✓ Κέντρο Οικογενειακού Προγραμματισμού.

Τα Δημοτικά Ιατρεία συνεργάζονται για εξετάσεις με τα δημόσια νοσοκομεία, ενώ όλες οι υπηρεσίες τους παρέχονται δωρεάν.

Επιπρόσθετα, σε επίπεδο ψυχοκοινωνικών υποστηρικτικών δομών, λειτουργεί το Συμβουλευτικό Κέντρο, οι δράσεις του οποίου εστιάζουν στην ενημέρωση και την ψυχολογική υποστήριξη ατόμων που αντιμετωπίζουν προσωπικά, οικογενειακά, ψυχολογικά ή κοινωνικά προβλήματα.

#### 4.1.1.7. Ο Δήμος Βύρωνα<sup>42</sup>

Ο Δήμος Βύρωνα αποτελεί μια εξαιρετική περίπτωση οργάνωσης και παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ., καθώς από το 2004 λειτουργεί το πρώτο Κ.Υ. αστικού τύπου (Κ.Υ.Α.Τ.) στη χώρα.

Στο Κέντρο λειτουργούν τα ακόλουθα ιατρεία:

1. Γενικής/οικογενειακής ιατρικής (4 ιατρεία)
2. Επειγόντων περιστατικών
3. Διαχείρισης χρόνιων νοσημάτων
4. Παιδιατρικής
5. Εμβολίων
6. Πρόληψης παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου
7. Συνταγογράφησης
8. Εκπαίδευσης ασθενών
9. Μαιευτικής και γυναικολογικής φροντίδας
10. Οικογενειακού προγραμματισμού και
11. Οδοντιατρείο.

Επίσης, το Κέντρο διαθέτει μικροβιολογικό εργαστήριο και πραγματοποιεί τις ακόλουθες εξετάσεις:

- γενική εξέταση αίματος
- βιοχημικές εξετάσεις
- μέτρηση ηλεκτρολυτών ορού

<sup>42</sup> <http://www.hcvyrone.gr/index.php>

- ανάλυση αερίων αίματος.

Σημαντικό στοιχείο αποτελεί ο θάλαμος βραχείας νοσηλείας ασθενών, που αποτελείται από τρεις (3) κλίνες και εξυπηρετεί καθημερινά περίπου 22 άτομα, διευκολύνοντας έτσι τις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες.

Βασικό κομμάτι των υπηρεσιών του Κέντρου είναι η παροχή κατ' οίκον νοσηλείας και φροντίδας. Μέσω αυτής της δραστηριότητας, οι υπηρεσίες υγείας μεταφέρονται στα άτομα και στην οικογένεια, στο χώρο που ζουν, με σκοπό τη διατήρηση, προαγωγή ή αποκατάσταση της υγείας τους.

Σε καθημερινή βάση, με ραντεβού, πραγματοποιούνται σε πολίτες του Βύρωνα κατ' οίκον επισκέψεις για νοσηλεία και φροντίδα από μία ομάδα του Κέντρου από απαρτίζεται από ένα ιατρό, μία επισκέπτρια υγείας και μία νοσηλεύτρια.

Σημαντικό στοιχείο για το σχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών αποτελεί το γραφείο Βιοστατιστικής, στο οποίο γίνεται καταγραφή -σε ηλεκτρονική μορφή- όλων των δεδομένων που αφορούν τα νοσήματα και τους ασθενείς που προσέρχονται στο Κ.Υ.. Επίσης διενεργούνται αναλύσεις όλων των μεταβλητών για την σύνταξη επιδημιολογικών δελτίων για τα κυριότερα νοσήματα, με σκοπό την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών αλλά και αρτιότερη και πιο ολοκληρωμένη προαγωγή της υγείας στην περιοχή ευθύνης.

Τέλος, το πλαίσιο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ολοκληρώνεται με το γραφείο Προληπτικής Ιατρικής, Προαγωγής και Αγωγής της Υγείας. Το γραφείο αυτό υλοποιεί προγράμματα σε συνεργασία με:

- σχολεία πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης,
- ομάδες εργαζομένων υψηλού κινδύνου,
- κοινωνικούς ξενώνες – οικοτροφεία,
- Κ.Α.Π.Η..

#### 4.1.1.8. Ο Δήμος Κηφισιάς<sup>43</sup>

Από το 1987 λειτουργεί στο Δήμο Κηφισιάς πολυϊατρείο, η στελέχωσή του οποίου πραγματοποιείται από εθελοντές ιατρούς της τοπικής κοινωνίας. Το πολυϊατρείο, στον τομέα της πρόληψης υλοποιεί τις παρακάτω δράσεις:

<sup>43</sup> <http://www.kifissia.gr/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=5>

- Συνεργασία με την Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, (από το Δεκέμβριο του 2004) με στόχο την πρόληψη του καρκίνου του μαστού και του παχέως εντέρου. Για την υλοποίηση του προγράμματος, ένας χειρουργός μαστού και δύο ηπατολόγοι- γαστρεντερολόγοι εξετάζουν τους δημότες, μετά από τηλεφωνική προσυνηννόηση, στους χώρους των ιατρείων.
- Συνεργασία με την Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών, (από το Μάρτιο του 2006), αποτέλεσμα της οποίας είναι η ίδρυση και λειτουργία ιατρείου μνήμης. Στόχος της παρούσας υπηρεσίας είναι η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση και θεραπεία των διαταραχών μνήμης και ανοϊκών συνδρόμων. Το εν λόγω ιατρείο στελεχώνεται από νευρολόγο και νευροψυχολόγο, οι οποίοι κάνουν ειδικά τεστ μνήμης κάθε Παρασκευή.
- Από τον Φεβρουάριο του 2007 ο Δήμος ξεκίνησε τη λειτουργία ιατρείου πόνου σε συνεργασία με έναν ιατρό αναισθησιολόγο. Σκοποί του Ιατρείου είναι η αντιμετώπιση του χρόνιου, καλοήθους και κακοήθους πόνου. Ειδικότερα αντιμετωπίζονται: πόνοι κακοήθων νοσημάτων, αυχενικά σύνδρομα, οσφυαλγίες- ισχιαλγίες, οξύς έρπης ζωστήρας, μυοσκελετικά σύνδρομα, αρθρίτιδες κ.α.

Αξιωματική είναι και η λειτουργία του Κέντρου Κοινωνικής Πολιτικής του Δήμου, που συμμετέχει και εφαρμόζει πληθώρα προγραμμάτων συμβουλευτικής και ψυχοκοινωνικής υποστήριξης («Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας», «Βοήθεια στο Σπίτι», Κέντρο Πρόληψης «Προνόη»). Επίσης, στο πλαίσιο ευαισθητοποίησης σε θέματα αγωγής υγείας υλοποιεί ένα ολοκληρωμένο επιμορφωτικό πρόγραμμα διατροφικής αγωγής με κεντρικό στόχο, την πρόληψη της παχυσαρκίας και των επακόλουθων επιπλοκών της στα μέλη της τοπικής κοινότητας.

#### 4.1.1.9. Ο Δήμος Παλλήνης<sup>44</sup>

Το Σεπτέμβριο 2005, ο Δήμος Παλλήνης ξεκίνησε τη λειτουργία Δημοτικών Ιατρείων. Στους χώρους του παρέχονται δωρεάν υπηρεσίες σε επίπεδο προληπτικής ιατρικής, ενημέρωσης και Π.Φ.Υ., κυρίως στις ευπαθείς ομάδες των δημοτών (άποροι, ανασφάλιστοι, ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ, άτομα της τρίτης ηλικίας).

<sup>44</sup> Μερτζάνος Γεώργιος, «Δημοτικά Ιατρεία Παλλήνης», *Δήμων Υγεία*, τευχ. 2, Απρίλιος - Ιούνιος 2006, σελ. 8.

Η λειτουργία των ιατρείων στηρίζεται στην εθελοντική προσφορά 30 ιατρών, 18 συνολικά ειδικοτήτων, οι οποίες είναι:

#### ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4

##### Ιατρικές ειδικότητες Δημοτικών Ιατρείων Παλλήνης

✓ δερματολόγος,	✓ χειρουργός,
✓ πλαστικός χειρουργός,	✓ πνευμονολόγος,
✓ ορθοπαιδικός,	✓ παθολόγος,
✓ διαιτολόγος,	✓ γαστρεντερολόγος,
✓ καρδιολόγος,	✓ ουρολόγος,
✓ γυναικολόγος,	✓ ενδοκρινολόγος,
✓ ορθοδοντικός,	✓ οφθαλμίατρος,
✓ παιδίατρος,	✓ ψυχολόγος,
✓ διαβητολόγος,	✓ κοινωνική λειτουργός

ΠΗΓΗ: «*Λήμων Υγεία*»

Αποδίδοντας έμφαση στην πρόληψη σημαντικών σύγχρονων παθήσεων, οι υπεύθυνοι λειτουργίας των ιατρείων συνέστησαν:

- 3 ιατρεία μαστού και 2 γυναικολογικά ιατρεία στα οποία παρέχεται και δωρεάν λήψη Pap Test,
- ιατρείο διακοπής καπνίσματος και
- διαιτολογικό ιατρείο.

Επιπλέον, στο πλαίσιο της συνεχούς ενημέρωσης των δημοτών διεξάγονται ιατρικές ημερίδες ανά 2μηνο. Μέχρι τώρα έχουν πραγματοποιηθεί οι παρακάτω:

1. Παθήσεις προστάτη - Στυτική δυσλειτουργία - Ακράτεια ούρων στις γυναίκες.
2. Παθήσεις μαστού.
3. Σακχαρώδης διαβήτης.
4. Οστεοπόρωση.

Τέλος, ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται και στη λειτουργία του ψυχολογικού τμήματος των ιατρείων, το οποίο έχει αναπτύξει συνεργασία με όλους τους τοπικούς φορείς, προκειμένου να παράσχει τις υπηρεσίες του με το μεγαλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Πραγματοποιεί ποικίλες δράσεις (ημερίδες, ενημερωτικές προβολές κλπ), συναντήσεις με γονείς και εκπαιδευτικούς, ενώ για αιτήματα που ξεπερνούν τις αρμοδιότητές του, καθοδηγεί και παραπέμπει τους αιτούντες στους αρμόδιους φορείς.

#### 4.1.1.10. Ο Δήμος Αργυρούπολης<sup>45</sup>

Ο Δήμος Αργυρούπολης, έχει συστήσει τις ακόλουθες μονάδες υγείας – πρόνοιας:

1. Κέντρο Πρόληψης, που ευθύνεται για την υλοποίηση δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στην ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα πρόληψης και προαγωγής της ψυχικής υγείας.
2. Γραφείο παροχής κοινωνικών υποστηρικτικών υπηρεσιών, που προσφέρει συμβουλευτική υποστήριξη ευπαθών ομάδων που απειλούνται ή πλήττονται με αποκλεισμό από την αγορά εργασίας και κατ' επέκταση με κοινωνικό αποκλεισμό.
3. Δημοτική Επιχείρηση κοινωνικού χαρακτήρα (Κέντρο Εκπαίδευσης & Επιμόρφωσης Στελεχών Εφαρμογής, Κ.Ε.Ε.Σ.Ε.). Μέσω αυτής υλοποιούνται πολλά προγράμματα πρόληψης όπως προληπτικός οδοντιατρικός έλεγχος στους μαθητές, εμβόλιο BCG κατά της φυματίωσης και άλλα.

Παράλληλα, ο Δήμος υλοποιεί και πληθώρα προγραμμάτων, όπως:

- Έλεγχος στίγματος μεσογειακής αναιμίας, που γίνεται κάθε χρόνο στους μαθητές της Γ' Λυκείου, σε συνεργασία με το Κέντρο μεσογειακής αναιμίας.
- Σεμινάρια σε εκπαιδευτικούς και μαθητές, με θέμα την σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία των μαθητών. Για την ορθή εκτέλεση αυτών των σεμιναρίων έχει αναπτυχθεί συνεργασία με το Κέντρο Σεξουαλικής και Αναπαραγωγικής Υγείας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (ΚΕ.Σ.Α.Υ.).
- Πρόγραμμα «Αγωγής Υγείας και Προαθλητικού Ελέγχου» που στοχεύει στην πρόληψη του αιφνίδιου θανάτου των νέων και των αθλητών που ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Εξετάζονται όλοι οι εγγεγραμμένοι στους αθλητικούς συλλόγους της πόλης και όσοι συμμετέχουν στο ελεύθερο πρόγραμμα της πισίνας του Δημοτικού Κολυμβητηρίου.
- Διατροφική παρέμβαση σε παχύσαρκα παιδιά, κατά την οποία ειδική ομάδα πραγματοποιεί λήψη ιστορικού ως προς τις αθλητικές και διαιτητικές συνήθειες των εξεταζόμενων, καθώς και εκτίμηση της ανάπτυξης με τη μέτρηση των σωματομετρικών χαρακτηριστικών. Για τα παχύσαρκα παιδιά οργανώνεται παρέμβαση από διαιτολόγο.

<sup>45</sup> Κοσικίδης Γεώργιος, «Δήμος Αργυρούπολης. Η υγεία του», Δήμων Υγεία, τευχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 2006, σελ. 9-10.

- Πρόγραμμα «Προστάτεψε την υγεία σου» που απευθύνεται στο γυναικείο πληθυσμό και αφορά στην πρόληψη του καρκίνου μαστού και του τραχήλου της μήτρας, μέσω του τεστ ΠΑΠ και της ψηλάφησης μαστού.
- Διάγνωση δυσλεξίας και άλλων μαθησιακών δυσκολιών από έναν ειδικό παιδαγωγό – σχολικό ψυχολόγο, ο οποίος στη συνέχεια ενημερώνει τους γονείς για τη διάγνωση και παρέχει τις ανάλογες κατευθύνσεις.
- Συμβουλευτική υποστήριξη παιδιών και οικογενειών, που λειτουργεί συμπληρωματικά στο προηγούμενο και υλοποιείται από εξειδικευμένους ψυχολόγους.
- Δράση εθελοντικής αιμοδοσίας που πραγματοποιείται τρεις φορές το χρόνο, σε συνεργασία με το Τμήμα Αιμοδοσίας του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Αθηνών.

#### 4.1.1.11. Ο Δήμος Νέας Ιωνίας<sup>46</sup>

Ο Δήμος Νέας Ιωνίας, στο πλαίσιο της ανάπτυξης και εφαρμογής προγραμμάτων υγείας για τους Δημότες του, έχει προχωρήσει στις παρακάτω δράσεις:

1. Προληπτικές παθολογικές εξετάσεις, οδοντιατρικούς ελέγχους και γενικότερα πρόγραμμα πρόληψης στα παιδιά:
  - a. των δημοτικών σχολείων και παιδικών σταθμών της περιοχής, σε συνεργασία με το Νοσοκομείο Παίδων Αγλαΐα Κυριακού και
  - b. στα παιδιά και στα στελέχη της δημοτικής κατασκήνωσης στο Αλεποχώρι, σε συνεργασία με το ΚΕΘΕΑ.
2. Σπιρομέτρηση πνευμόνων και μετρήσεις αερίων αίματος στα μέλη των ΚΑΠΗ.
3. Λειτουργία Δημοτικής Τράπεζας Αίματος, σε συνεργασία με το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών «Γεώργιος Γεννηματάς».
4. Λειτουργία της «Σχολής Γονέων» για τη βελτίωση της ενδοοικογενειακής επικοινωνίας μέσω της παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών από εξειδικευμένους συνεργάτες.
5. Διοργάνωση ημερίδων ενημερωτικού χαρακτήρα.
6. Λειτουργία Κέντρου Πρόληψης Τοξικοεξάρτησης, σε συνεργασία με τον Ο.ΚΑ.ΝΑ..

<sup>46</sup> Βλασσός Παναγιώτης. «Δήμος Νέας Ιωνίας, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής». Δήμων Υγεία, τευχ. 2, Απρίλιος – Ιούνιος 2006, σελ. 10.



#### 4.1.1.12. Ο Δήμος Ανκόβρυσης<sup>47</sup>

Στο Δήμο λειτουργούν πολυϊατρεία, σε ενοικιαζόμενο χώρο, τα οποία στελεχώνονται από ιατρούς, μία νοσηλεύτρια και διοικητικό προσωπικό (4 άτομα) που εργάζονται σε εθελοντική βάση. Οι προσφερόμενες ιατρικές ειδικότητες είναι οι εξής:

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.5  
Ιατρικές ειδικότητες Δημοτικών Ιατρείων Ανκόβρυσης

Ειδικότητα	Άτομα	Ειδικότητα	Άτομα
Καρδιολόγος	1	Παιδίατρος	1
Παθολόγος	2	Γαστρεντερολόγος	1
Ορθοπαιδικός	2	Ουρολόγος	1
Οδοντίατρος	3	Ω.Ρ.Λ.	1
Γυναικολόγος	1	Παιδίατρος	1
Πνευμονολόγος	1		

ΠΗΓΗ: «*Δήμων Υγεία*»

Εθελοντικά επίσης δραστηριοποιούνται τρεις (3) ψυχολόγοι, ένας (1) κλινικός ψυχολόγος, ένας (1) νευρολόγος, ένας (1) λογοπεδικός και ένας (1) ειδικός εκπαιδευτικός. Αξιοσημείωτη είναι και η ιδιωτική συμμετοχή στο κόστος και τη σύσταση των ιατρείων, καθώς το οδοντιατρείο και το οφθαλμιατρείο εξοπλίστηκαν από προσφορές ιδιωτών.

#### 4.1.1.13. Ο Δήμος Δάφνης<sup>48</sup>

Ο Δήμος Δάφνης λειτουργεί σε δωδεκάωρη καθημερινή βάση τα δημοτικά ιατρεία, τα οποία στελεχώνονται από:

- έναν (1) γενικό ιατρό,
- δύο (2) νοσηλεύτριες,
- ένα (1) ψυχολόγο,
- μία (1) φυσιοθεραπεύτρια και

<sup>47</sup> Παπαδημούλη – Βατσακλή Ευαnthία, «*Δήμος Ανκόβρυσης. Πρόληψη υγείας*», *Δήμων Υγεία*, τευχ. 2, Απρίλιος – Ιούνιος 2006, σελ. 13.

<sup>48</sup> Μπουρνελές Νικόλαος, «*Δημοτικά Ιατρεία Δήμου Δάφνης. Συμβουλευτικός Σταθμός Προτοβάθμιας Φροντίδας – Πρόληψης*», *Δήμων Υγεία*, τευχ. 5, Φεβρουάριος-Απρίλιος 2007, σελ. 11.

- πληθώρα ιατρών, όπως νευρολόγος, ψυχίατρο, δερματολόγο, παιδίατρο, γαστρεντερολόγο, διαιτολόγο, οι οποίοι εργάζονται σε εθελοντική βάση.
- Τα ιατρεία σχεδιάζουν και πραγματοποιούν προγράμματα, όπως:
- έλεγχος οστεοπόρωσης,
  - έλεγχος κατάθλιψης σε εξειδικευμένες κατηγορίες (διαζευγμένες, μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες),
  - σπιρομέτρηση και κατάταξη Χρονίων Αποφρακτικών Πνευμονοπαθειών,
  - ενημέρωση σχετικά με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, κύρια στους μαθητές,
  - διαιτολογική ενημέρωση και έλεγχο σε ειδικές ομάδες πληθυσμού (διαβητικοί, παχύσαρκοι, νεφροπαθείς),
  - κατ' οίκον ενημέρωση των συγγενών για την κινητική συμπεριφορά των παραπληγικών-ημιπληγικών από φυσιοθεραπεύτρια,
  - οδοντιατρικό προληπτικό έλεγχο σε μαθητές,
  - ενημέρωση και έλεγχο των μαθητών ως προς τους κανόνες εμβολιασμού.

#### 4.1.1.14. Ο Δήμος Πεύκης<sup>49</sup>

Το 1996 ιδρύθηκε στο Δήμο Πεύκης το «Συμβουλευτικό Πολυϊατρείο Δήμου Πεύκης – Κέντρο Κοινωνικής Μέριμνας (ΚΕ.ΚΟΙ.ΜΕ)», με στόχο την πληρέστερη και αμεσότερη περίθαλψη των δημοτών.

Οι ειδικότητες που δραστηριοποιούνται στο Πολυιατρείο είναι οι εξής:

<sup>49</sup> <http://www.dimospfkis.gr/>

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.6  
 Ιατρικές ειδικότητες Δήμου Πεύκης

Ιατρικές ειδικότητες		Λοιπές ειδικότητες	
Αγγειοχειρουργός	Οφθαλμίατρος		
Θωρακολόγος	Αιματολόγος		
Καρδιολόγος	Παθολόγος		
Αλλεργιολόγος	Κυτταρολόγος		
Παιδίατρος	Γαστρεντερολόγος		
Νευροχειρουργός	Παιδοψυχίατρος	Διαιτολόγος	Παιδοψυχολόγος
Γενικός	Ογκολόγος	Λογοπεδικός	Ψυχολόγος
Χειρουργός	Γυναικολόγος	Φυσιοθεραπευτές	Κοιν. Λειτουργός
Πλαστικός	Πνευμονολόγος	Νοσηλεύτρια	
χειρουργός	Ορθοδοντικός		
Οδοντίατρος	Διαβητολόγος		
Δερματολόγος	Ψυχίατρος		
Ρευματολόγος	ΩΡΛ		
Ορθοπεδικός	Ουρολόγος		

Το Κέντρο υλοποιεί επίσης διάφορα προγράμματα προληπτικού ελέγχου και ενημέρωσης σε θέματα αγωγής της υγείας στους δημότες<sup>50</sup>, όπως:

- καρδιολογικό έλεγχο σε μαθητές Λυκείου,
- πνευμονολογικό έλεγχο σε άτομα τρίτης ηλικίας,
- έλεγχο μαστού και τεστ Παπ στο γυναικείο πληθυσμό,
- οδοντιατρικό έλεγχο και screening οστικής μάζας.

#### 4.1.1.15. Ο Δήμος Αγίου Ιωάννη Ρέντη<sup>51</sup>

Ο Δήμος Ρέντη διαθέτει την παλιότερη Δημοτική Τράπεζα Αίματος.

Στο πλαίσιο της προληπτικής ιατρικής, ο Δήμος πραγματοποιεί τα εξής προγράμματα:

<sup>50</sup> [http://www.dimospfkis.gr/iatrio/Iatr\\_Yp\\_iatrio.html](http://www.dimospfkis.gr/iatrio/Iatr_Yp_iatrio.html)

<sup>51</sup> <http://www.cityofrentis.gr/newsite/general.asp?pageId=12>

1. Σε συνεργασία με το Π.Ι.Κ.Π.Α. εξέταση των παιδιών των δημοτικών σχολείων από ορθοπεδικό, παιδίατρο και οφθαλμίατρο και τυχόν ελλείψεις που ανακύπτουν σε εμβολιασμούς πραγματοποιούνται από το Π.Ι.Κ.Π.Α. δωρεάν.
2. Σε συνεργασία με τους τοπικούς οδοντιάτρους και κινητή μονάδα εξετάζονται τα παιδιά παιδικών σταθμών, νηπιαγωγείων και δημοτικών σχολείων της περιοχής, ενώ διδάσκονται και κανόνες στοματικής υγιεινής. Η δράση αυτή ξεκίνησε το 1995.
3. Από το 1998 με τη συνεργασία του Ε.Ε.Σ. διοργανώνονται μαθήματα Α' Βοηθειών.

#### 4.1.1.16. Ο Δήμος Περάματος<sup>52</sup>

Το Κέντρο Υγείας Περάματος, όπου στεγάζεται και ο Σταθμός Α' βοηθειών, κατασκευάστηκε το 1997 σε χώρο και με χρήματα που διέθεσε ο Ο.Λ.Π..

Στο σταθμό Α' βοηθειών υπάρχει ένα ασθενοφόρο επιφυλακής, που καλύπτει και τις ανάγκες της ναυπηγοεπισκευαστικής ζώνης. Με υπουργική απόφαση, το Κ.Υ. λειτουργεί σαν παράρτημα του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Νίκαιας, χωρίς ακόμη να έχει στελεχωθεί με τους απαραίτητους γιατρούς.

Στα Δημοτικά Ιατρεία του Δήμου Περάματος λειτουργεί Δημοτική Τράπεζα Αίματος και Πρόγραμμα Πρόληψης Γυναικολογικού Καρκίνου, σε συνεργασία με τον Όμιλο Εθελοντών κατά του Καρκίνου, το Νοσοκομείο «Μεταξά» και το Π.Ι.Κ.Π.Α.. Συγκεκριμένα πραγματοποιούνται οι εξής ιατρικές εξετάσεις:

- Τέστ Παπανικολάου,
- πλήρης γυναικολογικός έλεγχος και
- ψηλάφηση μαστού.

Μετά από πολύμηνες διαδικασίες, τον Ιούλιο του 2006, ο Δήμος, προχωρώντας ένα ακόμα βήμα, στο πλαίσιο της κοινωνίας της πληροφορίας και της αμεσότερης και πιο ποιοτικής εξυπηρέτησης των δημοτών, προκήρυξε διαγωνισμό προκειμένου να συστήσει διαγνωστική τηλεϊατρική μονάδα (Ντικμπασάνη, 2006), η οποία εγκαταστάθηκε στο Κ.Υ. της περιοχής.

Η προμήθεια του εξοπλισμού εντάχθηκε στο Ε.Π. Οικονομικής και Κοινωνικής Αναζωογόνησης Δήμου Περάματος, στο πλαίσιο της κοινοτικής πρωτοβουλίας URBAN II.

<sup>52</sup> <http://www.perama.gr>

Ενδεικτικές παρεχόμενες υπηρεσίες (Μπάκαβος κ.α., 2004), περιλαμβάνουν:

- ✓ τηλεδιάγνωση,
- ✓ τηλεθεραπεία,
- ✓ τηλεκαρδιολογία (κυρίως με κατ' οίκον φροντίδα),
- ✓ τηλεεκπαίδευση,
- ✓ τηλεσυμβουλευτική,
- ✓ τηλεγενική ιατρική,
- ✓ τηλεοδοντιατρική.

#### 4.1.1.17. Ο Δήμος Καλυβίων<sup>53</sup>

Στο Δήμο Καλυβίων Αττικής, από το Μάρτιο του 2006 λειτουργεί (άτυπα) Κ.Υ.Α.Τ., στο οποίο στεγάζονται εργαστήρια και ιατρεία των περισσότερων ειδικοτήτων (ακτινολογικό, μικροβιολογικό, καρδιολογικό, παιδιατρικό κ.α), ενώ υπάρχει και τμήμα για επείγοντα περιστατικά.

Το Κέντρο στελεχώνεται από είκοσι (20) περίπου άτομα, γιατρούς (ειδικευμένους, επισκέπτες) και νοσηλευτές. Μεταξύ των ιατρικών ειδικοτήτων που καλύπτει το Κ.Υ. είναι ορθοπαιδικός, πνευμονολόγος, καρδιολόγος, παιδίατρος, γυναικολόγος (πραγματοποιεί και τεστ ΠΑΠ) ενώ άμεσα επίκειται η στελέχωσή του με ΩΡΛ και οδοντίατρο. Όλοι αυτοί, είναι αποσπασμένοι από κεντρικά νοσοκομεία ή με ετήσιες συμβάσεις έργου (επικουρικοί γιατροί) ή ειδικευόμενοι γιατροί.

Για την πλήρη λειτουργία του Κέντρου πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον πέντε μόνιμοι ειδικευμένοι γιατροί Γενικής Ιατρικής ή Παθολογίας και περίπου δεκαπέντε νοσηλευτές.

Το Κ.Υ.Α.Τ. Καλυβίων είναι συμβεβλημένο με τα περισσότερα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ σύντομα θα προχωρήσει σε συνεργασία και με το Ι.Κ.Α. που καλύπτει το 70% των ασφαλισμένων στην περιοχή. Όσον αφορά τους ασφαλισμένους του Τ.Ε.Β.Ε., το Κ.Υ. καλύπτει μόνο τα επείγοντα περιστατικά.

Στους 4 μήνες λειτουργίας του, το Κ.Υ. δέχθηκε 2.500 περίπου επισκέψεις και εξυπηρέτησε 476 επείγοντα περιστατικά. Μόνο στο μικροβιολογικό τμήμα έγιναν 580

<sup>53</sup> [http://www.kalivia.gr/index.asp?a\\_id=189](http://www.kalivia.gr/index.asp?a_id=189)

εξετάσεις. Τη μεγαλύτερη επισκεψιμότητα κατέγραψαν οι γενικοί γιατροί, ακολουθούμενοι από το παιδιατρικό και το μικροβιολογικό τμήμα.

Στο πλαίσιο της προαγωγής υγείας το Κ.Υ. λειτούργησε Σχολείο Άσθματος, υλοποιώντας το πρόγραμμα «Γνώση και Άσθμα». Σκοπός του προγράμματος ήταν να ενημερωθούν οι ασθματικοί ασθενείς και οι συγγενείς αυτών και να εκπαιδευτούν σωστά, προκειμένου να απολαμβάνουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

#### 4.1.2. Οι Δήμοι της Περιφέρειας

##### 4.1.2.1. Ο Δήμος Ροδίων<sup>54</sup>

Στο Δήμο Ροδίων λειτουργεί η αστική μη κερδοσκοπική Εταιρεία Κοινωνικής Φροντίδας και Ανάπτυξης, που σκοπό λειτουργίας έχει τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και διαχείριση υπηρεσιών και δράσεων κοινοτικής ανάπτυξης, κοινωνικής φροντίδας, πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

Στο πλαίσιο λοιπόν επίτευξης των στόχων της, η Εταιρεία είναι υπεύθυνη για:

- Το Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.), το οποίο παρέχει νοσηλευτικές υπηρεσίες και δημιουργική απασχόληση σε άτομα τρίτης ηλικίας που δεν δύνανται να αυτοεξυπηρετηθούν.
- Το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» μέσω του οποίου παρέχεται κατ' οίκον κοινωνική υποστήριξη, νοσηλευτικές και ιατρικές πράξεις και οικογενειακή βοήθεια από ειδικούς, με σκοπό τα ηλικιωμένα άτομα να παραμείνουν στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον και να αποφευχθεί η χρήση ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού.
- Το Κέντρο Δημιουργικής Απασχόλησης Παιδιών με Ειδικές Ανάγκες (Κ.Δ.Α.Π. Μ.Ε.Α.), η λειτουργία του οποίου προσβλέπει στη δημιουργική απασχόληση μέσω προγραμμάτων έκφρασης και ψυχαγωγίας, άσκησης λόγου, ανάπτυξης ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων άθλησης και σωματικής αγωγής.

<sup>54</sup> [http://www.rhodes.gr/portal\\_gr/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=591](http://www.rhodes.gr/portal_gr/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=591)

#### 4.1.2.2. Ο Δήμος Ελευθερίου-Κορδελιού<sup>55</sup>

Ο Δήμος Ελευθερίου-Κορδελιού, πραγματοποιεί ετησίως τρεις αιμοδοσίες. Παράλληλα, οργάνωσε φυσικοθεραπευτήριο, που αρχικά απευθυνόταν μόνο στα μέλη του Κ.Α.Π.Η.. Στο κτίριο στέγασης του φυσικοθεραπευτηρίου, μεταφέρθηκαν και τα πολυιατρεία του Ι.Κ.Α., προκειμένου να υπάρχει άμεση πρόσβαση.

Επίσης, στο χώρο του Κ.Α.Π.Η., καθημερινά σχεδόν, ιατρός παρέχει τις υπηρεσίες του στα μέλη και στους ασφαλισμένους του Ο.Γ.Α. και του Ι.Κ.Α.. Πρόσφατα εγκαταστάθηκε τηλεκαρδιογράφος σε συνεργασία με μεγάλο κέντρο τηλεϊατρικής στην Αθήνα. Ο τηλεκαρδιογράφος αυτός έχει τη δυνατότητα να στέλνει καρδιογράφημα 24 ώρες το 24ωρο στο ιατρικό κέντρο στην Αθήνα, το οποίο επεξεργάζεται ειδικό επιτελείο καρδιολόγων, κατευθύνοντας εν συνεχεία τον ασθενή ανάλογα με το πρόβλημα που παρουσιάζει.

Επιπρόσθετα, στο πλαίσιο της ενημέρωσης, ο Δήμος διοργανώνει δράσεις όπως η ημερίδα με θέμα «Ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας & καρκίνος του μαστού», ενώ χρησιμοποιεί την ιστοσελίδα του Δήμου ως μέσο ενημέρωσης διαφόρων ιατρικών θεμάτων, π.χ. η οσφυαλγία και η αντιμετώπισή της.

Τέλος, εφαρμόζεται το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι», στο οποίο απασχολείται και νοσηλεύτρια που παρέχει συμβουλευτική υγιεινής, εξέταση ζαχάρου, πίεσης, περιποίηση κατακλίσεων κλπ. Ο συνολικός αριθμός των ατόμων που έχουν εξυπηρετηθεί από το πρόγραμμα στα 3 χρόνια της λειτουργίας του είναι 76 ηλικιωμένα άτομα.

#### 4.1.2.3. Ο Δήμος Ιωαννίνων<sup>56</sup>

Το Δημοτικό Ιατρείο του Δήμου Ιωαννίνων στοχεύει στην παροχή δωρεάν υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στους υπαλλήλους του εργοταξίου και της καθαριότητας, λόγω των ακατάλληλων συνθηκών εργασίας τους. Στελεχώνεται από μία νοσηλεύτρια και μερικές από τις αρμοδιότητές του είναι:

- Η προληπτική ιατρική.
- Ο εμβολιασμός των ασθενών (εμβόλια ηπατίτιδας Α, Β, τετάνου).
- Η παροχή πρώτων βοηθειών και η μέτρηση πίεσης και σακχάρου.

<sup>55</sup> <http://www.elefterio-kordelio.gr/index.php?menuid=43>

<sup>56</sup> [http://www.ioannina.gr/dim\\_iatreia.htm](http://www.ioannina.gr/dim_iatreia.htm)

#### 4.1.2.4. Ο Δήμος Σοφάδων<sup>57</sup>

Στο Δήμο Σοφάδων έχει συσταθεί και λειτουργεί το «*Ιατροκοινωνικό κέντρο για την εξυπηρέτηση των τσιγγάνων*». Είναι πρόγραμμα που υλοποιεί η Δημοτική Επιχείρηση Μελετών, Κατασκευών, Ανάπτυξης και Αγροτικών Εκμεταλλεύσεων του Δήμου Σοφάδων (Δ.Ε.Μ.Κ.ΑΝ.Α.Ε.Σ.) το οποίο συγχρηματοδοτείται κατά 75% από το Ευρωπαϊκό Ταμείο Περιφερειακής ανάπτυξης (Ε.Τ.Π.Α.) της Ευρωπαϊκής Ένωσης και κατά 25% από το Ελληνικό Δημόσιο που σαν σκοπό έχει την καταπολέμηση του αποκλεισμού των κοινωνικά ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.

Το Κέντρο έχει ως κύριο σκοπό την παροχή ιατροκοινωνικής φροντίδας, προωθείται δηλαδή η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η κοινωνική προστασία των δημοτών τσιγγάνων στους Σοφάδες, με απώτερο σκοπό την κοινωνική τους ένταξη<sup>58</sup>.

Το Κέντρο στελεχώνεται από έναν ιατρό, μία κοινωνιολόγο, μία νοσηλεύτρια και έναν γυμναστή, ενώ έχει αναπτύξει συνεργασία με το Κ.Υ. της περιοχής, για τον εμβολιασμό των τσιγγανόπαιδων.

Επίσης, στο Δήμο πραγματοποιούνται από το 2003, δράσεις εθελοντικής αιμοδοσίας, ενώ λειτουργεί και το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» το οποίο εξυπηρετεί 70 ηλικιωμένους.

#### 4.1.2.5. Ο Δήμος Αμπελώνας Λάρισας<sup>59</sup>

Ο Δήμος Αμπελώνα διαθέτει δύο Περιφερειακά ιατρεία, το ένα βρίσκεται στην έδρα του και το άλλο στο δημοτικό διαμέρισμα Δελερίων. Στο Περιφερειακό ιατρείο Αμπελώνα υπηρετούν δυο γιατροί επιμελητές Α', με ειδικότητα γενικής ιατρικής δυο νοσηλεύτριες και ένας αγροτικός γιατρός.

Το ιατρείο διαθέτει και οδοντιατρείο με πλήρως οργανωμένο σύστημα περιθαλψής. Ασχολείται με την πρόληψη παθήσεων της στοματικής κοιλότητας και

<sup>57</sup> [http://www.sofades.gr/default.asp?id=112&mmu=71&LangID=Greek\\_Iso](http://www.sofades.gr/default.asp?id=112&mmu=71&LangID=Greek_Iso)

<sup>58</sup> Τα Ιατροκοινωνικά Κέντρα αποτελούν πλέον πραγματικότητα για τον ελλαδικό χώρο, καθώς προχωρούν στη σύστασή τους και άλλοι Δήμοι, όπως η Θήβα, η Νέα Αλικαρνασός, η Νέα Ιωνία Βόλου, ο Δήμος Φαρσάλων, ο Δήμος Άνω Λιοσίων, ο Δήμος Γαστούνης, οι Δήμοι Χαλκιδέων και Ορεστιάδος, το Διδυμότειχο, η Αλεξανδρούπολη κ.α.. Για περισσότερες πληροφορίες βλ. σχετ. <http://www.info3kps.gr/showproclamation.asp?ID=827> ή <http://www.info3kps.gr>

<sup>59</sup> <http://www.ampelona.gr/main.asp?id=12>



επιμελείται και φροντίζει για την στοματική υγιεινή των παιδιών, πραγματοποιώντας δυο φορές το χρόνο, στα δημοτικά σχολεία της περιοχής, έλεγχο και φθορίωση.

#### 4.1.2.6. Ο Δήμος Βόλου<sup>60</sup>

Ο Δήμος Βόλου το 1992, προέβη στη σύσταση του Δημοτικού Οργανισμού Υγείας και Κοινωνικών Θεμάτων (Δ.Ο.Υ.Κ.), που είναι ο κύριος προνοιακός φορέας του Δήμου.

Στον τομέα της αγωγής και προαγωγής της υγείας, ο Δ.Ο.Υ.Κ. έχει μέχρι σήμερα υλοποιήσει δράσεις για τον περιορισμό του καπνίσματος, την υγιεινή διατροφή και την προώθηση της φυσικής άσκησης, την πρόληψη των ατυχημάτων, κλπ. Επίσης έχει πρωτοστατήσει στην υλοποίηση του προγράμματος «Υγιείς Πόλεις» και «Σχολεία προαγωγής της υγείας».

Την παρούσα περίοδο, βρίσκονται σε εξέλιξη δύο μεγάλα προγράμματα που αφορούν:

- τον έλεγχο και τη καταγραφή του επιπέδου υγείας στα Δημοτικά σχολεία και
- την ολοκληρωμένη εφαρμογή σε Λύκεια, προγράμματος σεξουαλικής αγωγής.

#### 4.1.2.7. Ο Δήμος Πόρου<sup>61</sup>

Ο Δήμος Πόρου σε συνεργασία με τη Δημοτική Επιχείρηση Πολιτισμού και Ανάπτυξης Πόρου, έχει σχεδιάσει και υλοποιεί ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα παροχής υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών, μέσω της σύστασης Δημοτικών Ιατρείων.

Οι γιατροί του Κέντρου συνεργάζονται με τους ιατρούς του Περιφερειακού Ιατρείου του Κ.Υ., ενώ σε εβδομαδιαία βάση πραγματοποιείται αιμοληψία στα ιατρεία του κτιρίου Π.Ι.Κ.Π.Α., που συντηρεί και τη Δημοτική Τράπεζα Αίματος. Τα τμήματα που λειτουργούν στα Δημοτικά Ιατρεία είναι:

- φυσιοθεραπευτήριο,
- γενικής ιατρικής,

<sup>60</sup> <http://www.volos-city.gr/ecportal.asp?id=177&nt=19&lang=1>

<sup>61</sup> Σπυρίδων Σπύρος, «Δήμος Πόρου. Η υγεία των πολιτών πρώτη προτεραιότητα του Δήμου», Δήμων Υγεία, τευχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 2006, σελ. 11.

- παθολογικό,
- γαστρεντερολογικό και
- αιμοληψίας.

Παράλληλα, με δημοτικά έξοδα:

1. διαμορφώθηκε ειδικός χώρος, μέσα στο κτίριο Π.Ι.Κ.Π.Α., για τη λειτουργία σταθμού Πρώτων Βοηθειών.
2. Επισκευάστηκε και εξοπλίστηκε ασθενοφόρο που παραχωρήθηκε από το Τζάνειο Νοσοκομείο,
3. Ενισχύθηκε ο «Σύλλογος Φίλων Κέντρου Υγείας» για την αγορά ασθενοφόρου.

Επίσης ο Δήμος πραγματοποιεί κατ' οίκον μετρήσεις σακχάρου και αρτηριακής πίεσης, ενώ, από την άνοιξη του 2003, υλοποιεί πρόγραμμα παιδοοδοντιατρικής, από την οδοντίατρο του Κ.Υ. Γαλατά, το οποίο περιλαμβάνει οδοντιατρικό έλεγχο και φθορίωση των δοντιών όλων των παιδιών του παιδικού σταθμού και των δημοτικών σχολείων της περιοχής.

#### 4.1.2.8. Ο Δήμος Μουρεσίου<sup>62</sup> (Μαγνησίας)

Στο Δήμο λειτουργεί ο Δημοτικός Οργανισμός Κοινωνικών Θεμάτων και Υγείας (Δ.Ο.Κ.Θ.Υ.). Σκοπός της ίδρυσης και λειτουργίας της επιχείρησης είναι η ουσιαστική και ολοκληρωμένη παρέμβαση του Δήμου στον κοινωνικό τομέα και στον τομέα υγείας.

Ειδικότερα σκοποί της επιχείρησης είναι:

- Η προώθηση και επέμβαση σε θέματα που έχουν άμεση σχέση με την υγεία και τις συνθήκες διαβίωσης των κατοίκων του Δήμου.
- Η ανάπτυξη συνεργασιών με φορείς για την εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου αξιοπρεπούς διαβίωσης σε κάθε πρόσωπο που κατοικεί στα διοικητικά όρια του Δήμου.

Σε συνεργασία με το νοσοκομείο του Βόλου, πραγματοποιείται εθελοντική αιμοδοσία σε τακτά χρονικά διαστήματα, κατορθώνοντας έτσι να συντηρείται Δημοτική Τράπεζα Αίματος. Παράλληλα, υλοποιούνται και άλλες δράσεις, όπως Test Pap για το γυναικείο πληθυσμό του Δήμου.

<sup>62</sup> [http://www.dimosmouresiou.gr/organ\\_details.asp?id=6](http://www.dimosmouresiou.gr/organ_details.asp?id=6)



ΠΙΝΑΚΑΣ 4.7

Συγκεντρωτικός πίνακας δομών υγείας των εξεταζόμενων Ο.Τ.Α.

	ΚΑΠΗ	ΚΑΔΠ	«ΒΟΗΘΕΙΑ ΕΤΟ ΣΠΗΤ»	Κ.Η.Φ.Η	ΔΗΜ ΕΠΙΧ/ΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ	ΔΗΜΟΤΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	ΕΦΑΡΜ. ΤΗΛΕ-ΙΑΤΡΙΚΗΣ	ΠΡΟΔΗΠΤΙΚΕΣ ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΕ Σ ΔΡΑΣΕΙΣ	ΔΗΜΟΤΙΚΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΑΙΜΑΤΟΣ	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΕΣ ΜΕ ΦΟΡΕΙΣ
ΑΘΗΝΑΙΩΝ	✓		✓			✓		✓		✓
ΧΟΛΑΓΡΟΥ	✓					✓				
ΑΓ.ΠΛΑΡΑΣΚΕΥΗΣ	✓					✓			✓	
ΙΛΙΟΥ	✓		✓			✓				
ΑΙΤΑΣ ΒΑΡΒΑΡΑΣ	✓		✓			✓		✓		✓
ΑΓ.ΑΙΔΕΩ	✓					✓				
ΒΥΡΩΝΑ	✓					✓				
ΚΗΦΙΣΙΑΣ	✓					✓				✓
ΠΑΛΛΗΝΗΣ	✓					✓				
ΑΡΤΥΡΟΥΠΟΛΗΣ	✓					✓				✓
ΝΕΑΣ ΙΩΝΙΑΣ	✓					✓			✓	✓
ΔΥΚΟΒΡΥΣΗΣ	✓					✓				✓
ΔΑΦΝΗΣ	✓					✓				
ΠΕΥΚΗΣ	✓					✓				
ΑΓΙΟΥ ΙΩ.ΑΝΝΗ	✓					✓				✓
PENTH	✓					✓			✓	
ΠΕΡΑΜΑΤΟΣ	✓					✓				✓
ΚΑΛΥΒΙΩΝ	✓					✓				
ΡΟΔΙΩΝ	✓	✓	✓	✓		✓				
ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ-ΚΟΡΑΙΕΙΟΥ	✓		✓					✓		
ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ	✓					✓				
ΣΟΦΗΛΙΩΝ	✓		✓							
ΑΜΠΕΛΩΝΑ	✓									
ΒΟΛΟΥ	✓					✓			✓	
ΠΟΡΟΥ	✓					✓			✓	
ΜΟΥΡΕΣΙΟΥ	✓					✓				✓

## 4.2. Το Διαδημοτικό Δίκτυο Δομών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Ο.Τ.Α. (Intermunicipality Health and Welfare Network)

### 4.2.1. Γενικά

Η λειτουργία των δομών υγείας από τους Ο.Τ.Α. διακρίνεται από δύο βασικά χαρακτηριστικά. Αφενός από την πολυπλοκότητα της λειτουργίας τους και αφετέρου από την έλλειψη θεσμικού πλαισίου που θα επιτρέψει την ανάπτυξη μηχανισμών πρόληψης της υγείας, μέσω της Τ.Α..

Η σύσταση λοιπόν του Δ.Δ.Υ. & Κ.Α. Ο.Τ.Α., το 2005, αποτελεί την πρώτη οργανωμένη προσπάθεια των δημοτικών αρχών του τόπου για την αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων.

### 4.2.2. Διοίκηση, μέλη και οργανωτική δομή του Δικτύου

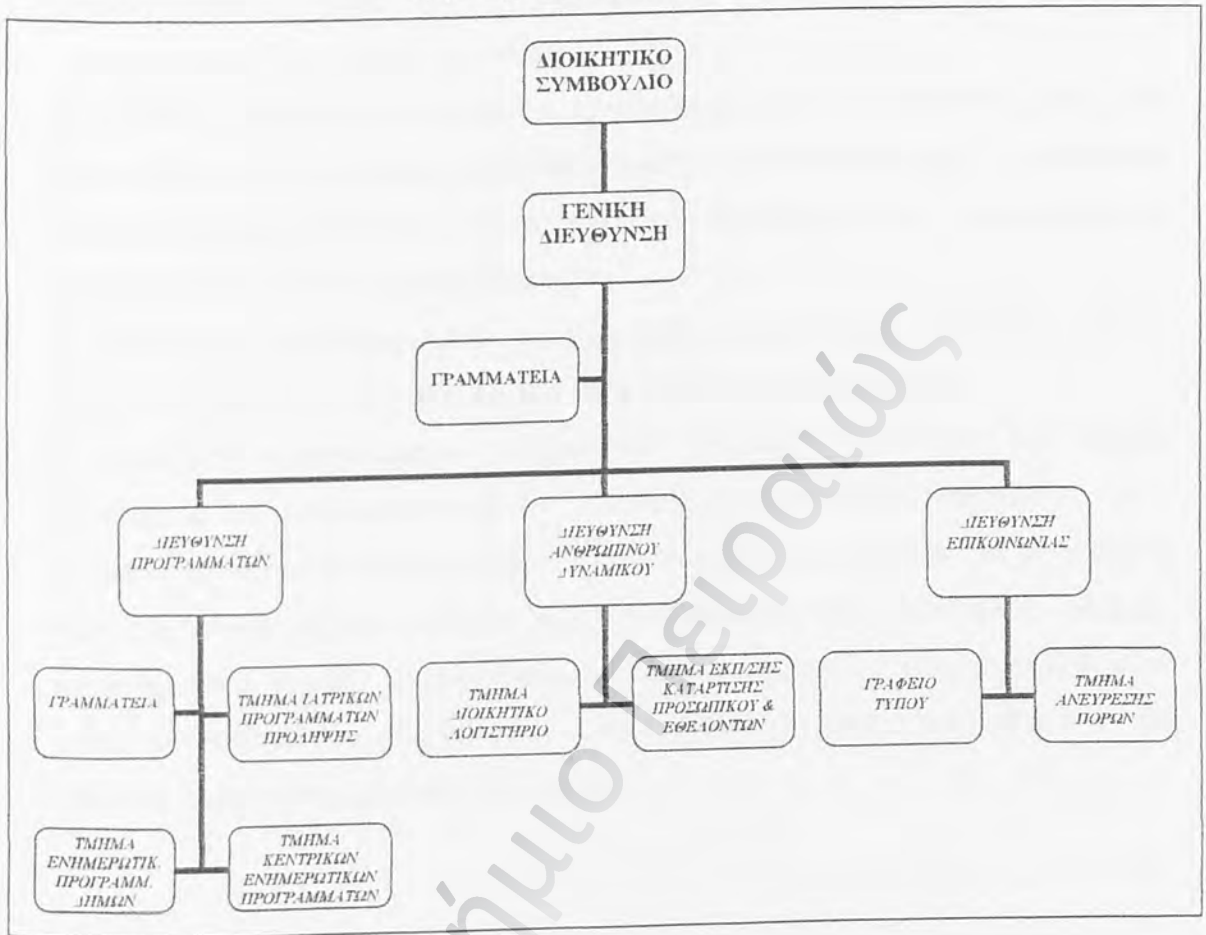
Το Δίκτυο στεγάζεται σε ιδιόκτητο κτίριο στην διοικητική περιφέρεια του Δήμου Αμαρουσίου. Στο ίδιο κτίριο στεγάζεται και το Γραφείο Εθελοντών του Δήμου, καθώς η λειτουργία του Δικτύου, αποδίδει ιδιαίτερη βαρύτητα στην εθελοντική δράση και συμμετοχή.

Το Δίκτυο ήδη αριθμεί 32 Δήμους-μέλη και εκκρεμούν οι διαδικασίες ένταξης για την συμμετοχή και άλλων 23<sup>63</sup>, οι οποίοι δεν αποτελούν μόνο Δήμους της Αττικής, αλλά και της περιφέρειας. Το έκδηλο ενδιαφέρον τους για ένταξη στο Δίκτυο σηματοδοτεί πλέον την ανάγκη για οργάνωση ορθά δομημένων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής μέριμνας που θα παρέχονται υπό την αποκλειστική λειτουργία και εποπτεία των Ο.Τ.Α..

Η διοίκηση ασκείται από 11μελές Συμβούλιο, ενώ η διοικητική διάρθρωση των υπηρεσιών του, καταγράφεται στο διάγραμμα που ακολουθεί.

<sup>63</sup> Μέλη του Δ.Δ.Υ & Κ.Α. Ο.Τ.Α. είναι οι Δήμοι Αγ. Παρασκευής, Αναργύρων, Αλίμου, Αμαρουσίου, Αργυρουπόλεως, Βύρωνα, Γαλατσίου, Δάφνης, Ελληνικού, Ζωγράφου, Ηρακλείου, Κασσαριανής, Καματερού, Κηφισιάς, Κορυδαλλού, Λυκόβρυσης, Μελισσίων, Μεταμόρφωσης, Ν. Ιωνίας, Ν. Καματερού, Νεστόρος (Μεσσηνία), Παλλήνης, Πετρούπολης, Πεύκης, Πόρου, Υδρούσας (Ανδρός), Υμηττού, Χαϊδαρίου, Χαλανδρίου, Ψυχικού και η Κοινότητα Κρυονερίου.  
Υπό ένταξη είναι οι Δήμοι Αγ. Δημητρίου, Αιγάλεω, Ανω Λιοσίων, Αχαρνών, Βάρης, Βέροιας, Ευεργετούλας, Λέσβου, Γλυφάδας, Ιωλκού, Μαγνησίας, Κερατέας, Κυθήρων, Μεγάρων, Μεσολογγίου, Μουδανιών και η Κοινότητα Θρακομακεδόνων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4.1  
 Οργανόγραμμα Δ.Δ.Υ. & Κ.Α.



#### 4.2.3. Σκοπός σύστασης

Σύμφωνα με το καταστατικό του Δ.Δ.Υ. & Κ.Α., οι σκοποί της σύστασης, μπορούν να συνοψισθούν στους ακόλουθους:

1. Η αναβάθμιση των δομών υγείας και κοινωνικής μέριμνας που ήδη λειτουργούν σε Δήμους και η παροχή τεχνογνωσίας για την δημιουργία αντίστοιχων δομών σε Δήμους ή Κοινότητες που δεν λειτουργούν παρόμοιες δομές.
2. Η συνεργασία με τα αρμόδια Υπουργεία για τη δημιουργία ενιαίου θεσμικού πλαισίου λειτουργίας των δομών υγείας και η επιδίωξη αναβάθμισης και διευκόλυνσης της λειτουργίας τους.
3. Η ενημέρωση σχετικά με τα νέα θέματα που προκύπτουν στον τομέα της πρόληψης της υγείας και στον τομέα της κοινωνικής μέριμνας.

4. Η διοργάνωση εκδηλώσεων (ομιλίες, ημερίδες, συνέδρια κλπ) με θεματολογία σχετική με την με την πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και την κοινωνική μέριμνα στα όρια των Ο.Τ.Α. μελών του Δικτύου.
5. Η υποβολή προτάσεων και η υλοποίηση προγραμμάτων στον τομέα της υγείας και κοινωνικής μέριμνας με φορείς χρηματοδότησης το ελληνικό δημόσιο, ευρωπαϊκούς πόρους ή δωρεές και χορηγίες. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού, μπορεί το Δίκτυο να συμπράττει ως εταίρος σε κοινοπραξίες.
6. Η προώθηση της συνεργασίας με διάφορους οργανισμούς υγείας και φορείς κοινωνικής μέριμνας, που λειτουργούν στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό.
7. Η οργάνωση προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής, προαγωγής της υγείας, προστασίας του περιβάλλοντος και αντιμετώπισης κοινωνικών προβλημάτων.
8. Η ανάληψη πρωτοβουλιών για τη σύναψη διεθνών συνεργασιών με αξιόπιστους φορείς της κοινωνίας των πολιτών (όπως Μη Κυβερνητικούς Οργανισμούς –Μ.Κ.Ο., αναπτυξιακούς φορείς, Πανεπιστημιακά Δίκτυα, αγροτικούς συνεταιρισμούς), με στόχο την ουσιαστική βελτίωση του οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου των κατοίκων τους και τη μείωση της φτώχειας.

#### 4.2.4. Στόχοι της σύστασης

Το όραμα των φορέων που εμπλέκονται ως ενεργά μέλη στις διαδικασίες και τις δράσεις του Δ.Δ.Υ. & Κ.Α., αποτυπώνονται στους ακόλουθους στόχους:

1. Την αξιοποίηση της πρόσφατης συμφωνίας μεταξύ Υ.Υ.Κ.Α. και Δ.Δ.Υ. & Κ.Α. στον τομέα της πρόληψης, ώστε το Δίκτυο να αποτελέσει θεσμικό Σύμβουλο του Υπουργείου στα θέματα αυτά. Μέσο για την επίτευξη του στόχου αυτού αποτελεί η διοχέτευση των κρατικών ενισχύσεων σε προγράμματα των Δήμων - μελών.
2. Την ανάπτυξη συνεργασιών με δημόσιους οργανισμούς και ιδιωτικούς φορείς σε θέματα πρόληψης προς όφελος των Δήμων στους οποίους εδρεύουν οι οργανισμοί και οι φορείς αυτοί.
3. Την ανάπτυξη συνεργασιών 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.

4. Την επίσημη συμμετοχή σε Ευρωπαϊκά όργανα χάραξης πολιτικής και σχεδιασμού προγραμμάτων σε θέματα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.
5. Το σχεδιασμό και την εκτέλεση κοινών προγραμμάτων με Μ.Κ.Ο. που δραστηριοποιούνται στο τομέα της υγείας και της κοινωνικής αλληλεγγύης στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.
6. Την ανάρτηση επιστημονικών ανακοινώσεων και δημοσιεύσεων σε συνέδρια και έγκριτα επιστημονικά περιοδικά, με βάση τα στοιχεία που θα έχουν συλλεχθεί από τις δράσεις του Δικτύου.
7. Το σχεδιασμό και την υλοποίηση προγραμμάτων κατάρτισης εργαζομένων και εθελοντών των Δήμων.
8. Τη μετατροπή της Εφημερίδας «Δήμων Υγεία» που εκδίδει το Διαδημοτικό Δίκτυο σε ισχυρό διμηνιαίο βήμα διαδημοτικού διαλόγου για την πρόληψη της υγείας των πολιτών.

#### 4.2.5. Δράσεις του Δικτύου

Το Δ.Δ.Υ. & Κ.Α. Ο.Τ.Α., στη σύντομη λειτουργία του, έχει ήδη επιδείξει σημαντικό έργο προς την υλοποίηση των στόχων και σκοπών δράσης του. Συγκεκριμένα:

- ✓ Πραγματοποίησε τρία (3) ετήσια συνέδρια με θεματολογία που σχετίζεται με την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας.
- ✓ Υπέγραψε μνημόνιο με το Υ.Υ.Κ.Α., σύμφωνα με το οποίο:
  - Το Υπουργείο δεσμεύεται για την ανάπτυξη θεσμικού πλαισίου.
  - Κύρια διαδραστικά πεδία ορίζονται η προληπτική ιατρική και η ψυχική υγεία.
- ✓ Κατόρθωσε να εγκριθεί πρόγραμμα STAGE, σε συνεργασία με τον Ο.Α.Ε.Δ., στο οποίο θα απασχοληθούν 120 άνεργοι νέοι. Με την πρωτοβουλία αυτή:
- ✓ Έδωσε τη δυνατότητα σε είκοσι πέντε (25) Δήμους να δημιουργήσουν Μονάδες Πρόληψης και Αγωγής Υγείας, μέσα από τη λειτουργία των οποίων:
  - θα εξυπηρετηθεί πλήθος πολιτών,
  - θα δοκιμαστεί ένα ενιαίο μοντέλο εφαρμογής μηχανισμών πρόληψης για την υγεία από την Τ.Α. και
  - θα ενισχυθεί ο κοινωνικός ρόλος της Τ.Α. μέσα από τη δημιουργία των νέων θέσεων εργασίας.



- ✓ Ανέλαβε το Καινοτόμο Σχέδιο Ανάπτυξης «Ευ Ζην»<sup>64</sup> το οποίο θα παρέχει υπηρεσίες πρόληψης για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων. Οι απαιτούμενοι πόροι θα απορροφηθούν από το Δ' Κ.Π.Σ..
- ✓ Εκδίδει τριμηνιαίο ενημερωτικό περιοδικό, στο οποίο γίνεται ανάλυση θεμάτων προληπτικής αγωγής και πρωτοβάθμιας φροντίδας και ενημέρωση για τις δράσεις των Δήμων-μελών του Δικτύου.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

---

<sup>64</sup> Το «Ευ Ζην» αποτελεί μία διαδημοτική συνεργασία στους τομείς υγείας και περιβάλλοντος και αναφέρεται στην ανάπτυξη και επέκταση των δραστηριοτήτων και των παρεχόμενων υπηρεσιών του Δικτύου με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των κατοίκων του Λεκανοπεδίου.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### Ο ΔΗΜΟΣ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ

#### 5.1. Ιστορικά στοιχεία

Η ιστορία του Δήμου Κερατσινίου, χάνεται στα βάθη των αιώνων. Η γέννηση του οικισμού χρονολογείται από διάφορα ευρήματα στην 3<sup>η</sup> χιλιετία π.Χ., με την επωνυμία «Θυμαιτάδαι». Στα χρόνια του χρυσού αιώνα, ο οικισμός ενσωματώθηκε με τους υπόλοιπους Έλληνες που εγκαταστάθηκαν στον Πειραιά, παρουσιάζοντας παρακμή, χωρίς ωστόσο να εμφανίσει εγκατάλειψη, τουλάχιστον μέχρι την ρωμαϊκή κατάκτηση (148-146 π.Χ.).

Στα χρόνια της Τουρκοκρατίας, οι Κερατσινιώτες μετακινούνται βίαια προς τη Σαλαμίνα, προ του κινδύνου της σφαγής τους από τους Τούρκους.

Στα τέλη του 18ου αιώνα το παλιό χωριό Κερατσίνι, είχε περιέλθει στην κυριότητα της μονής Φανερωμένης Σαλαμίνας, η οποία αναγκάστηκε να το εκχωρήσει (1822) σε Τούρκους κτηματίες, εξαιτίας των δύσκολων περιστάσεων και των κακών οικονομικών της. Ως μετόχι της μονής, οι κολίγοι της ξαναέκτισαν μερικά σπίτια στην ίδια περιοχή, αλλά όχι στην ίδια θέση.

Ο Γ. Καραϊσκάκης εμφανίζεται στην περιοχή Ταμπούρια του Δήμου και μετά το θάνατο του, οι αγωνιστές και οι κάτοικοι τρέπονται σε φυγή εγκαταλείποντας το χωριό στους Τούρκους του Κιουταχί, που το έκαψαν και ολοκλήρωσαν τις ζημιές που είχαν υποστεί τα σπίτια από την εγκατάσταση των Ελλήνων μαχητών (1827).

Έτσι το Νέο Χωριό Κερατσίνι παραμένει έρημο μέχρι το 1830 που αναχώρησαν οι Τούρκοι από την Αττική, οπότε και οι απέραντες αυτές εκτάσεις του Κερατσινίου - Δραπετσώνας - Καραβά αγοράστηκαν από Αθηναίους και Πειραιώτες (Κουλουριώτες).

Από το 1870 αρχίζει νέο κύμα μόνιμης εγκατάστασης στο Νέο Χωριό Κερατσίνι, που από το 1840 είχε περιέλθει στο Δήμο Αθηναίων. Η έντονη αγοραστική δραστηριότητα γης στην περιοχή, είχε ως αποτέλεσμα τη συγκρότηση σε πραγματικό χωριό του Κερατσινίου.

Έτσι, μετά την άφιξη των προσφύγων της Μ. Ασίας ο νεοσυσταθείς τότε δήμος του 1934, ονομάστηκε Δήμος Αγίου Γεωργίου Κερατσινίου.

## 5.2. Χωροταξική τοποθέτηση

Ο Δήμος Κερατσινίου βρίσκεται στο νοτιοδυτικό τμήμα του πολεοδομικού συγκροτήματος της Πρωτεύουσας. Οι όμοροι Δήμοι είναι αυτός του Χαϊδαρίου (βόρεια), οι Δήμοι Νίκαιας και Πειραιά (ανατολικά), ο Δήμος Δραπετσώνας (νότια) και ο Δήμος Περάματος (δυτικά)<sup>65</sup>.

## 5.3. Δημογραφικά στοιχεία

### 5.3.1. Πληθυσμιακή εξέλιξη

Σύμφωνα με τις απογραφές της Ε.Σ.Υ.Ε. κατά την περίοδο 1940-2001, ο πληθυσμός του Δήμου Κερατσινίου, διαμορφώνεται ως ακολούθως:

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1  
Πληθυσμιακή εξέλιξη Δήμου Κερατσινίου

ΑΠΟΓΡΑΦΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΜΕΤΑΒΟΛΗ
1940	36.358	3.376
1951	39.734	21.939
1961	61.673	-1.901
1971	59.772	14.407
1981	74.179	-2.197
1991	71.982	4.900
2001	76.102	

ΠΗΓΗ: Στοιχεία Δήμου Κερατσινίου

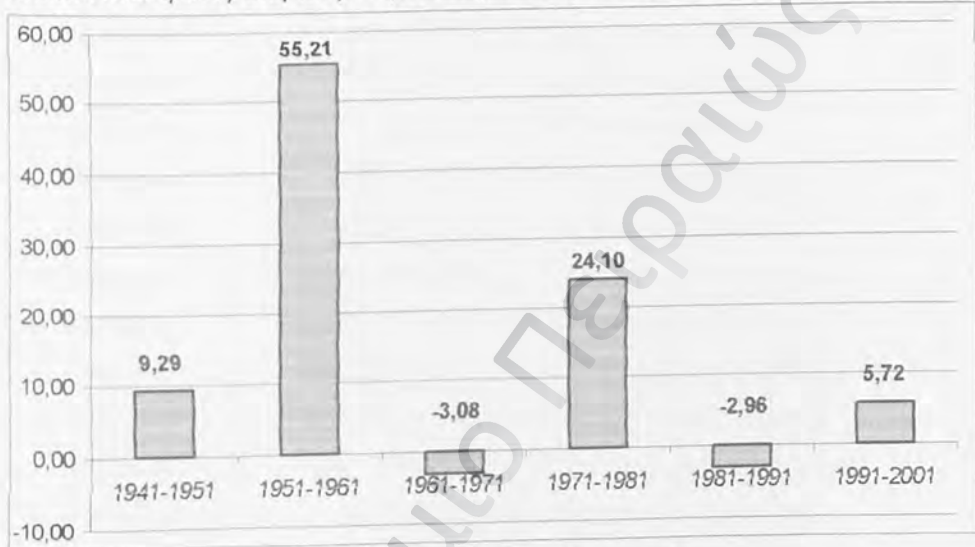
<sup>65</sup> Δήμος Κερατσινίου, «Αναθεώρηση Γενικού Πολεοδομικού Σχεδίου Δήμου Κερατσινίου», Στάδιο Β2, Πρόταση, σελ. 9.

Η μεταβολή του πραγματικού πληθυσμού<sup>66</sup> του Κερατσινίου, σύμφωνα με την τελευταία απογραφή το έτος 2001, παρουσίασε αύξηση της τάξης του 5,72% σε σχέση με την αντίστοιχη απογραφή του 1991. Διαγραμματικά, η μεταβολή του πληθυσμού παρουσιάζεται στο ακόλουθο γράφημα.

Η ποσοστιαία μεταβολή του δημοτικού πληθυσμού, για την περίοδο 1941-2001, αποτυπώνεται στο ακόλουθο γράφημα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5.1

Ποσοστιαία μεταβολή πληθυσμού Δήμου Κερατσινίου περιόδου 1941- 2001



ΠΗΓΗ: Στοιχεία Δήμου Κερατσινίου

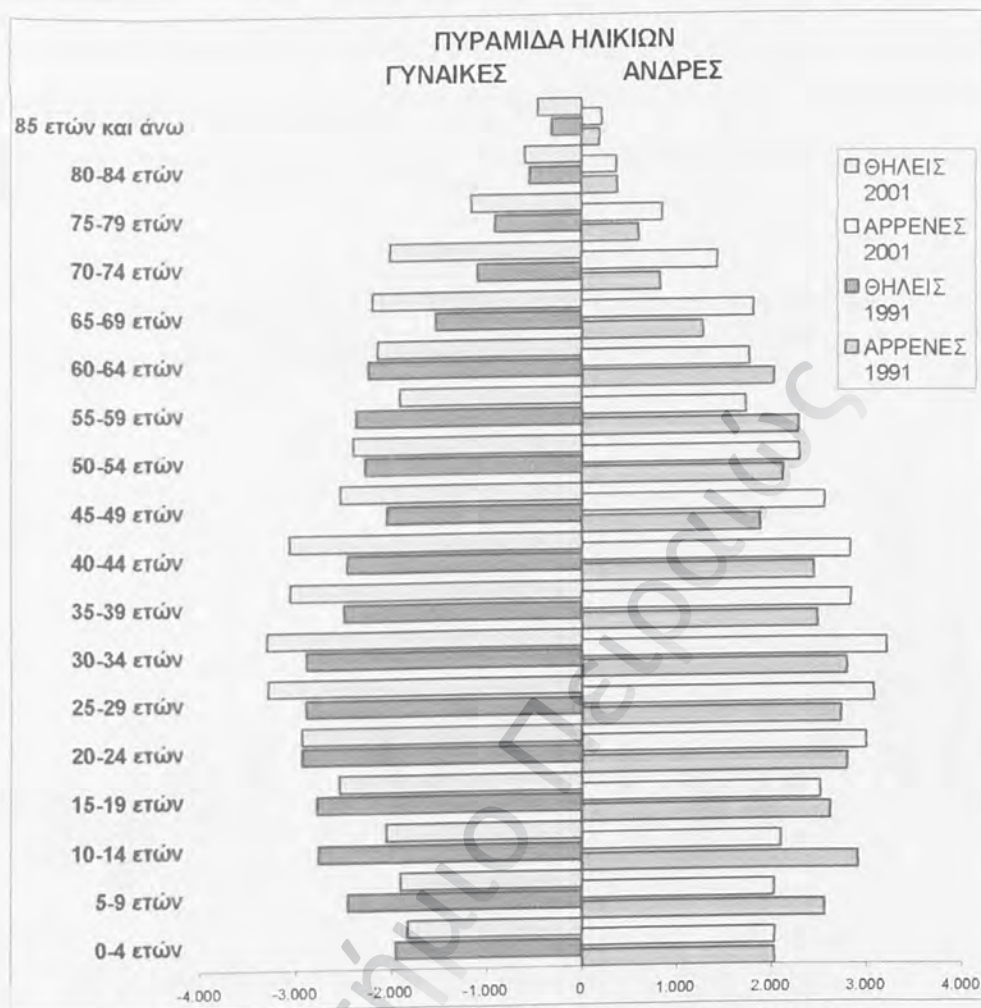
Στο παραπάνω διάγραμμα είναι ολοφάνερές οι σημαντικές αυξητικές τάσεις που καταγράφονται τις δεκαετίες 1951-1961 και 1971-1981, ενώ σημαντικότερη μείωση σημειώνεται τη δεκαετία 1961-1971.

Η σύνθεση του πραγματικού πληθυσμού του Δήμου Κερατσινίου, αναφορικά με το φύλο, παρουσιάζει σχετική σταθερότητα με το γυναικείο φύλο να υπερτερεί του ανδρικού που αποτελεί το 48,15% του συνόλου και το γυναικείο το υπόλοιπο 51,85%, το 2001 (το 1991 οι γυναίκες αποτελούσαν το 51,44% και οι άντρες το 48,56% του πληθυσμού).

<sup>66</sup> Σύμφωνα με την Ε.Σ.Υ.Ε. η έννοια του Πραγματικού Πληθυσμού υποδηλώνει το σύνολο των ατόμων τα οποία βρίσκονταν στα όρια της επικράτειας την ώρα 0:00 Σαββάτου προς Κυριακή την ημέρα της απογραφής. Ως τόπος απογραφής του πραγματικού πληθυσμού θεωρείται ο τόπος διανυκτέρευσης κατά την παραπάνω ώρα. Διαφέρει από το νόμιμο που ορίζεται στη βάση του Δήμου ή της Κοινότητας όπου κάποιος ανήκει καθώς και από το μόνιμο που ορίζεται στη βάση του τόπου μόνιμης ή συνήθους διαμονής του απογραφόμενου.

## ΓΡΑΦΗΜΑ 5.2

Ηλικιακή και κατά φύλο σύνθεση πραγματικού πληθυσμού Δήμου Κερατσινίου



Ο δείκτης γήρανσης<sup>67</sup> στο Δήμο Κερατσινίου παρουσιάζει κατά τις τελευταίες δεκαετίες μια συνεχή αυξητική τάση, γεγονός που καταδεικνύει το ευρύτερο πρόβλημα υπογεννητικότητας και το οποίο απεικονίζεται με το χαρακτηριστικότερο τρόπο στο προηγούμενο γράφημα της πληθυσμιακής πυραμίδας του 1991-2001. Ο δείκτης ουσιαστικά εκτοξεύεται κατά το διάστημα της δεκαετίας 1991-2001 και από 76 ηλικιωμένους που αντιστοιχούσαν σε 100 παιδιά το 1991, διαμορφώνεται στους 92,97 ηλικιωμένους το 2001 εμφανίζοντας αύξηση της τάξης των 16,96 ηλικιωμένων ανά 100 παιδιά. Το γεγονός αυτό γίνεται απόλυτα κατανοητό εάν παρατηρήσει κανείς την πληθυσμιακή μείωση που παρουσιάζεται το συγκεκριμένο διάστημα στις ηλικιακές

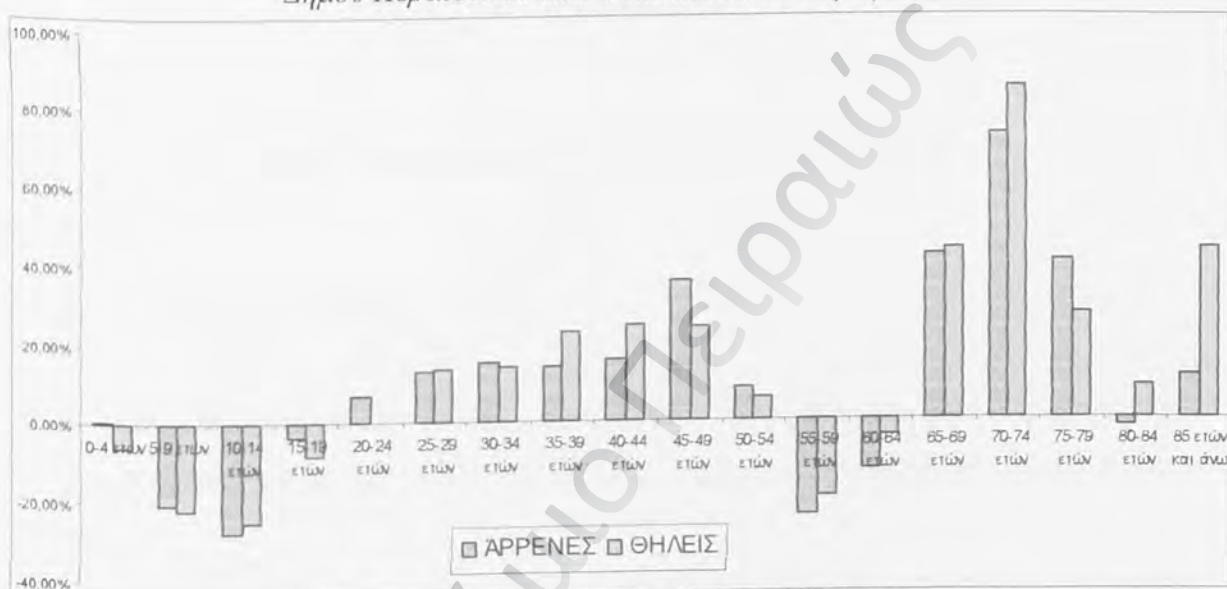
<sup>67</sup> Ο Δείκτης Γήρανσης εκφράζει την αντιστοιχία των ηλικιωμένων (65 ετών και άνω) σε μια περιοχή στη δεδομένη χρονική περίοδο σε 100 παιδιά (ηλικία 0-14). Υπολογίζεται από τη σχέση:

$$\Delta\Gamma = \frac{\text{Αριθμός ατόμων 65 και άνω}}{\text{Αριθμός ατόμων (0-14)}} \times 100$$

ομάδες 0-14 ετών και την παράλληλη αύξηση των ηλικιακών ομάδων που ανήκουν στις κατηγορίες άνω των 65 ετών, όπως αποτυπώνονται και στο γράφημα που ακολουθεί.

Ο δείκτης εξάρτησης<sup>68</sup> μέσω του οποίου εκφράζεται ποσοτικά η αντιστοιχία των θεωρουμένων ως «εξαρτημένων μελών» του πληθυσμού ως προς τον αριθμό των ατόμων που βρίσκονται στην εργάσιμη ηλικία, για το 2001, στο Δήμο είναι 43,53%.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5.3  
Ποσοστιαία Μεταβολή Πραγματικού Πληθυσμού 1991-2001  
Δήμος Κερατσινίου ανά Φύλο και Ηλικιακή Ομάδα



ΠΗΓΗ: Ιδία επεξεργασία στοιχείων Ε.Σ.Υ.Ε. (1991, 2001)

Το παραπάνω γράφημα, σε συνδυασμό με την ηλικιακή πυραμίδα επιβεβαιώνει το φαινόμενο της γήρανσης του τοπικού πληθυσμού. Συγκεκριμένα παρατηρείται μείωση των ατόμων νεαρής ηλικίας (0-24 ετών), μικρές αυξήσεις στις ηλικίες 25-49 ετών και ιδιαίτερα σημαντικές αυξήσεις στα άτομα των μη παραγωγικών ηλικιών.

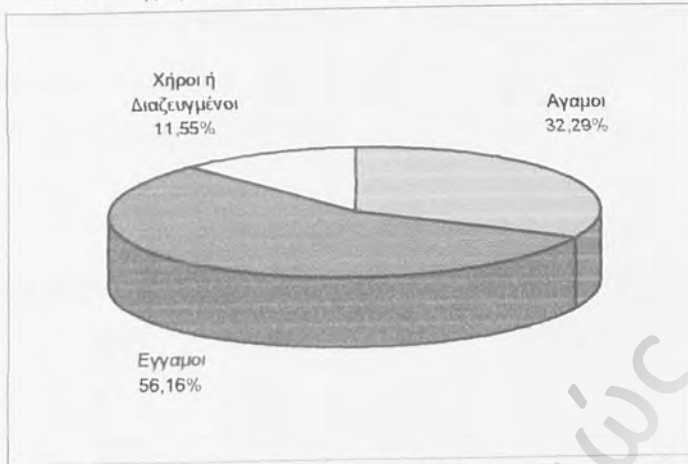
Το 2001, η πλειοψηφία των δημοτών καταγράφονται ως έγγαμοι (38.358 άτομα). Δεύτερη έρχεται η ομάδα των αγάμων (22.051 άτομα) και τρίτη η ομάδα των χήρων ή διαζευγμένων (7.891 άτομα).

<sup>68</sup> Ο δείκτης εξάρτησης εκφράζει την αντιστοιχία των θεωρουμένων ως εξαρτημένων μελών του πληθυσμού (ηλικιακές ομάδες 0-14 και 65 και άνω) ως προς τον αριθμό των ατόμων που βρίσκονται στην εργάσιμη ηλικία (15-64 ετών). Υπολογίζεται από τη σχέση:

$$\Delta E = \frac{\text{Αριθμός ατόμων (0-14) + (65 και άνω)}}{\text{Αριθμός ατόμων (15-64)}}$$

#### ΓΡΑΦΗΜΑ 5.4

Ποσοστιαία σύνθεση πραγματικού πληθυσμού Δήμου Κερατσινίου ανά κατηγορία οικογενειακής κατάστασης (2001)



ΠΗΓΗ: Ιδία επεξεργασία στοιχείων Ε.Σ.Υ.Ε. (Απογραφή 2001)

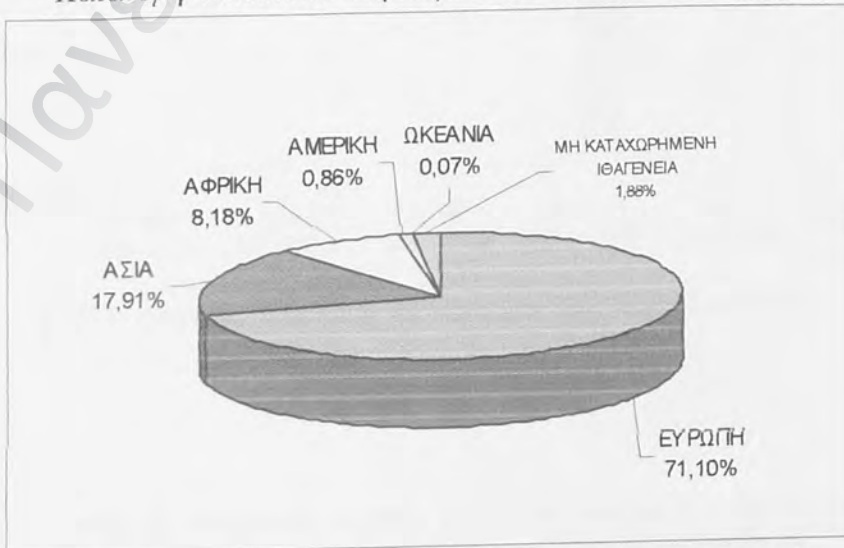
#### 5.3.2. Αλλοδαπός πληθυσμός

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Υπηρεσίας Αλλοδαπών και Μετανάστευσης του Δήμου Κερατσινίου, οι αλλοδαποί της περιοχής, φτάνουν τον Μάιο του 2006 τα 6.018 άτομα.

Κύριος χώρος προέλευσης είναι ο ευρωπαϊκός, ακολουθούμενος από την Αφρική και την Ασία (Γράφημα 5.5). Η ομάδα των Αλβανών είναι η πολυπληθέστερη, καθώς απαρτίζει το 61,62% του αλλοδαπού πληθυσμού, που αντιστοιχεί σε 3.708 άτομα.

#### ΓΡΑΦΗΜΑ 5.5

Κατανομή αλλοδαπού πληθυσμού κατά ήπειρο προέλευσης



ΠΗΓΗ: Υπηρεσία Αλλοδαπών και Μετανάστευσης Δήμου Κερατσινίου

Η εξέλιξη κατά ηλικιακή ομάδα των αλλοδαπών παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί. Η ομάδα των ατόμων ηλικίας 0-14 ετών, παρουσιάζει σχετικά σταθερή μείωση και αντίστοιχη αύξηση καταγράφουν οι ομάδες των αλλοδαπών που ανήκουν στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό του Δήμου, σημειώνοντας συνολική αύξηση, την περίοδο 2001-2006, της τάξεως του 11,09%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.2

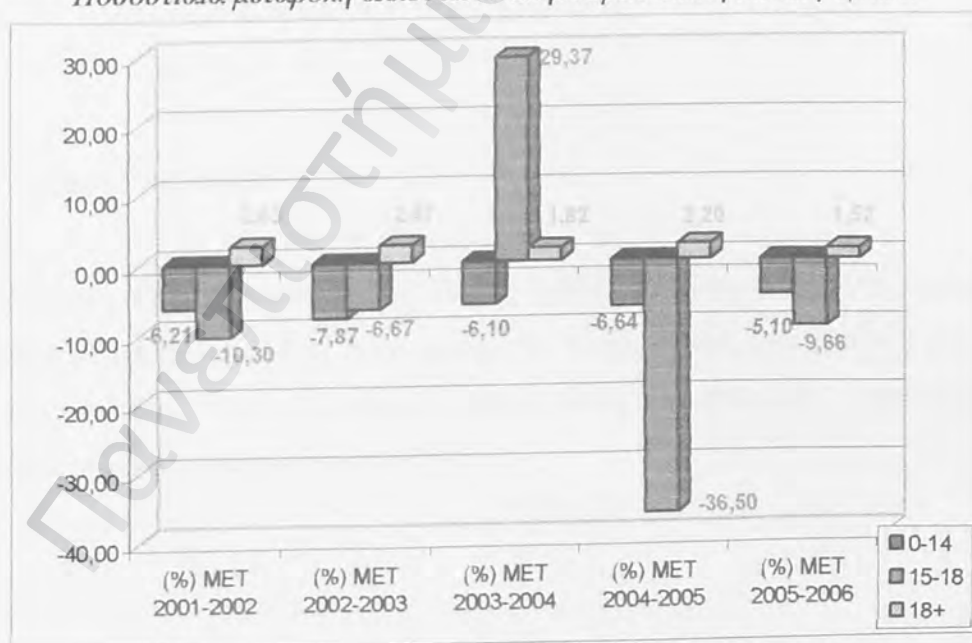
Σύνθεση ηλικιακών ομάδων αλλοδαπού πληθυσμού κατά έτος

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0-14	854	801	738	693	647	614
15-18	301	270	252	326	207	187
18+	3190	3274	3355	3416	3491	3544
ΧΩΡΙΣ ΗΜΕΡΟΜΗΝ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ	1673	1673	1673	1673	1673	1673
ΣΥΝΟΛΟ	6018 <sup>69</sup>	6018	6018	6018	6018	6018

ΠΗΓΗ: Υπηρεσία Αλλοδαπών και Μετανάστευσης Δήμου Κερατσινίου

ΓΡΑΦΗΜΑ 5.6

Ποσοστιαία μεταβολή αλλοδαπού πληθυσμού ανά ηλικιακή ομάδα



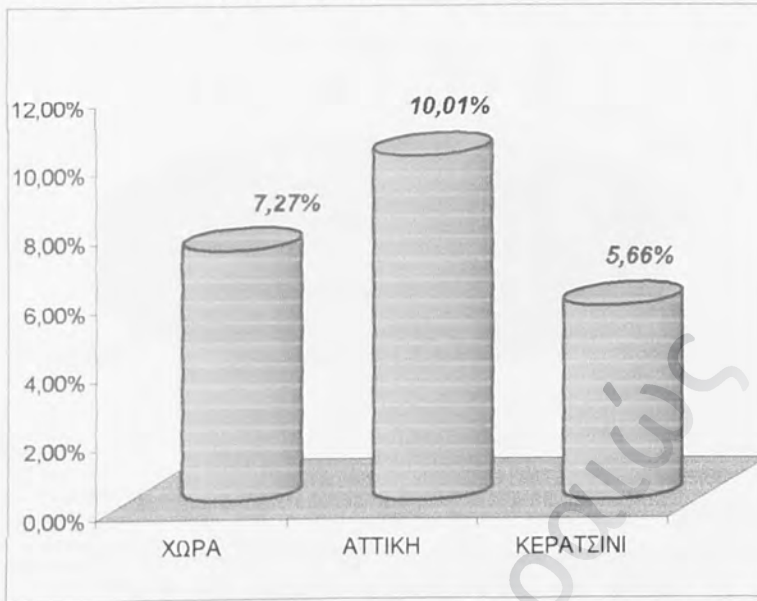
ΠΗΓΗ: Υπηρεσία Αλλοδαπών και Μετανάστευσης Δήμου Κερατσινίου

<sup>69</sup> Σημειώνεται ότι κατά την απογραφική περίοδο, η Ε.Σ.Υ.Ε. κατέγραψε 4.309 άτομα. Αν θεωρηθεί δεδομένο αυτό το νούμερο, τότε οι αλλοδαποί στο Δήμο σημείωσαν αύξηση κατά 39,66%, ποσοστό που διαφέρει σημαντικά από την αντίστοιχη μεταβολή της περιόδου 1991-2001.



### ΓΡΑΦΗΜΑ 5.7

Ποσοστό συμμετοχής αλλοδαπών στον πραγματικό πληθυσμό σε επίπεδο Χώρας, Περιφέρειας και Δήμου το έτος 2001



ΠΗΓΗ: Ιδία επεξεργασία στοιχείων Ε.Σ.Υ.Ε. (Απογραφή 2001)

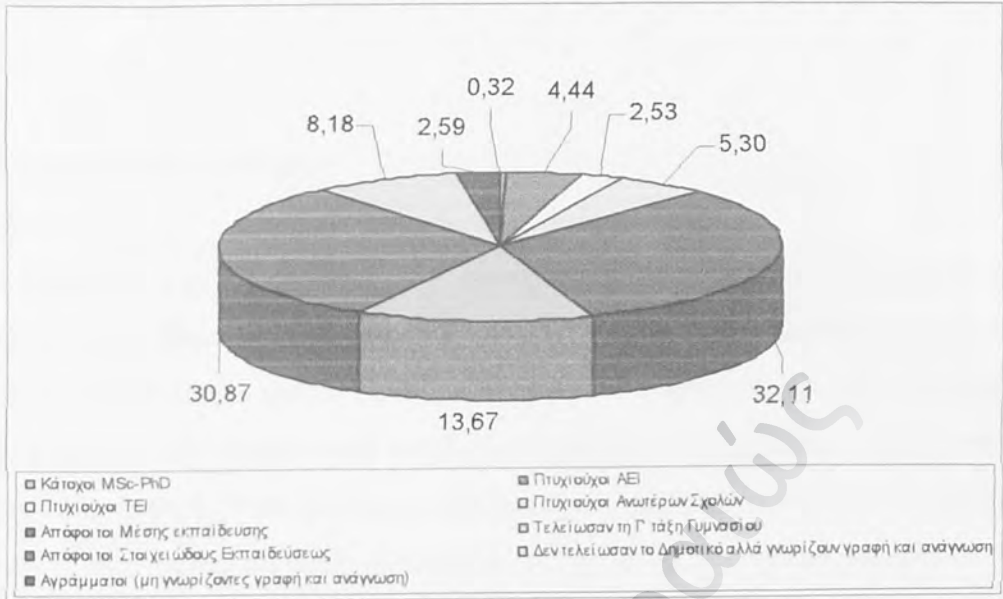
Το παραπάνω γράφημα αποτυπώνει τη συμμετοχή των αλλοδαπών στο συνολικό πληθυσμό του Δήμου, με ποσοστό 5,66% που υστερεί σαφώς από το αντίστοιχο της χώρας (7,27%) και της Περιφέρειας Αττικής (10,01%).

#### 5.3.3. Εκπαιδευτικό επίπεδο

Στο Δήμο Κερατσινίου, πρώτη είναι η ομάδα των αποφοίτων μέσης εκπαίδευσης, ακολουθούμενη από τις ομάδες των αποφοίτων στοιχειώδους εκπαίδευσης και κατόπιν της υποχρεωτικής. Οι πτυχιούχοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης γενικότερα δεν συγκεντρώνουν ικανοποιητικό ποσοστό.

### ΓΡΑΦΗΜΑ 5.8

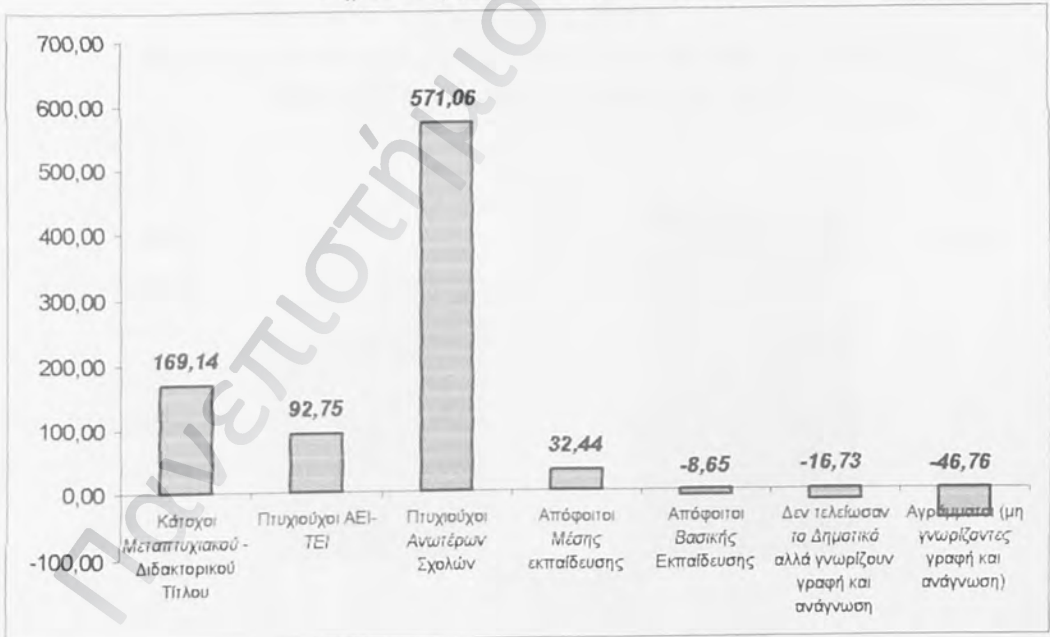
Εκπαιδευτικό επίπεδο πραγματικού πληθυσμού το έτος 2001



ΠΗΓΗ: Ιδία επεξεργασία στοιχείων Ε.Σ.Υ.Ε. (2001)

### ΓΡΑΦΗΜΑ 5.9

Ποσοστιαία μεταβολή εκπαιδευτικού επιπέδου  
Δήμου Κερατσινίου (1991-2001)



ΠΗΓΗ: Ιδία επεξεργασία στοιχείων ΕΣΥΕ

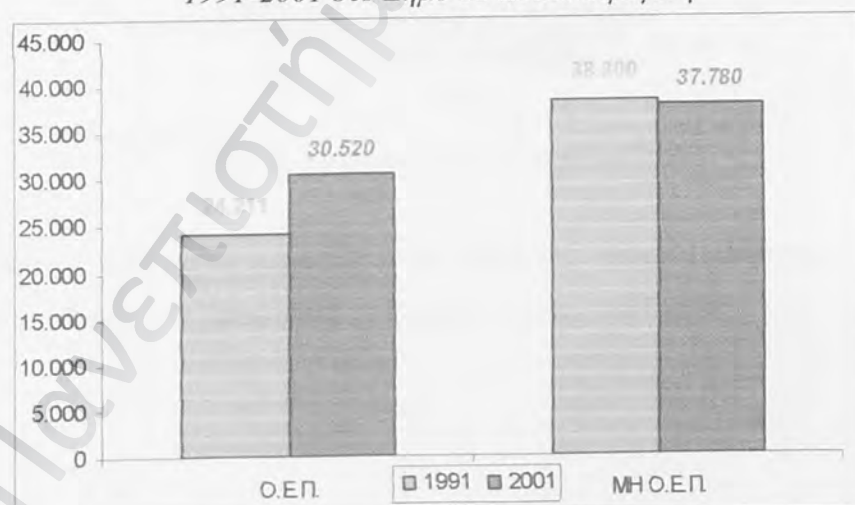
Κατά τη δεκαετία 1991-2001 οι πτυχιούχοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και ανώτερων σχολών, σημειώνουν σημαντικές αυξήσεις, οι οποίες αν συνυπολογισθούν με τη μείωση των αγράμματων και των αποφοίτων βασικής εκπαίδευσης, τότε συνάγεται το

συμπέρασμα ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο του Δήμου χαρακτηρίζεται από συνεχή βελτίωση.

#### 5.3.4. Απασχόληση και ανεργία

Σύμφωνα με τα στοιχεία της απογραφής του 1991, ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός του Δήμου, ανερχόταν σε 24.211 άτομα ήτοι 33,63% του συνολικού πραγματικού πληθυσμού του. Το 2001, ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός στο Κερατσίνι ανέρχεται στα 30.520 άτομα ή στο 40,1% του πραγματικού πληθυσμού, παρουσιάζοντας μία σχετική αύξηση 6,47 εκατοστιαίων μονάδων σε σχέση με την προηγούμενη περίοδο. Το 1991, ο οικονομικά μη ενεργός πληθυσμός<sup>70</sup> είναι 38.300 άτομα δηλαδή το 53,21% του πραγματικού πληθυσμού, ενώ το 2001 φτάνει το ποσοστό 49,64% του πραγματικού πληθυσμού, παρουσιάζοντας ελάχιστη διαφοροποίηση σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5.10  
Οικονομικά ενεργός και μη οικονομικά ενεργός πληθυσμός  
1991-2001 στο Δήμο σε απόλυτα μεγέθη



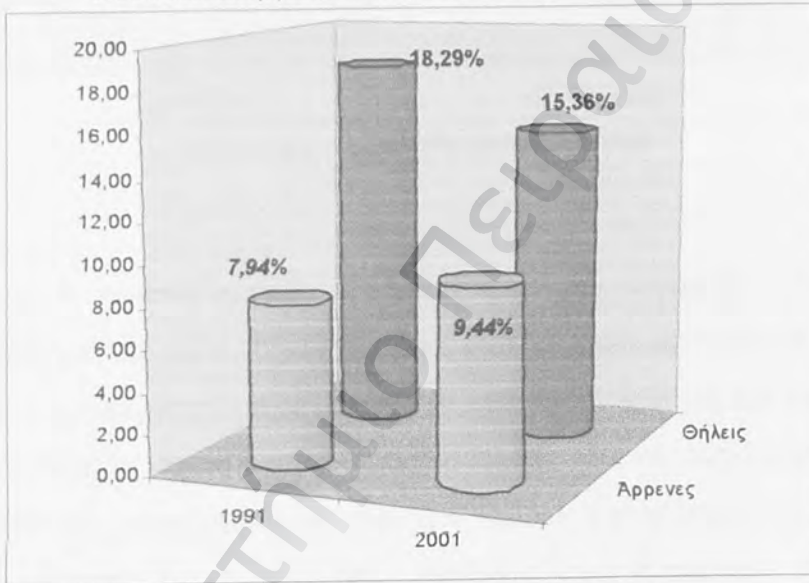
ΠΗΓΗ: Ιδία επεξεργασία στοιχείων Ε.Σ.Υ.Ε.

<sup>70</sup> Οικονομικώς μη ενεργοί χαρακτηρίζονται σύμφωνα με την Ε.Σ.Υ.Ε. τα άτομα ηλικίας από 10 έως και 65 ετών και άνω που δήλωσαν κατά την ημέρα της απογραφής ότι δεν εργάζονται και ούτε ζητούσαν εργασία.

Η μακρόχρονη διάρκεια της ανεργίας και η συνεχιζόμενη ποσοστιαία αύξησή της αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό του φαινομένου στο Δήμο Κερατσινίου. Το έτος 1991, οι άνεργοι αποτελούσαν το 10,88% του οικονομικά ενεργού πληθυσμού, ποσοστό που παρουσιάζει σταθερή αύξηση φτάνοντας στο 11,52% το 2001.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας 1991-2001, σημειώνεται αντιστροφή της συμμετοχής των φύλων στο ποσοστό ανεργίας. Συγκεκριμένα, οι άνδρες παρουσιάζουν αύξηση κατά 1,5 εκατοστιαία μονάδα και οι γυναίκες αντίστροφα, μειώνουν το ποσοστό τους κατά 2,93 εκατοστιαίες μονάδες.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5.11  
Ποσοστό ανεργίας κατά φύλο τα έτη 1991 & 2001

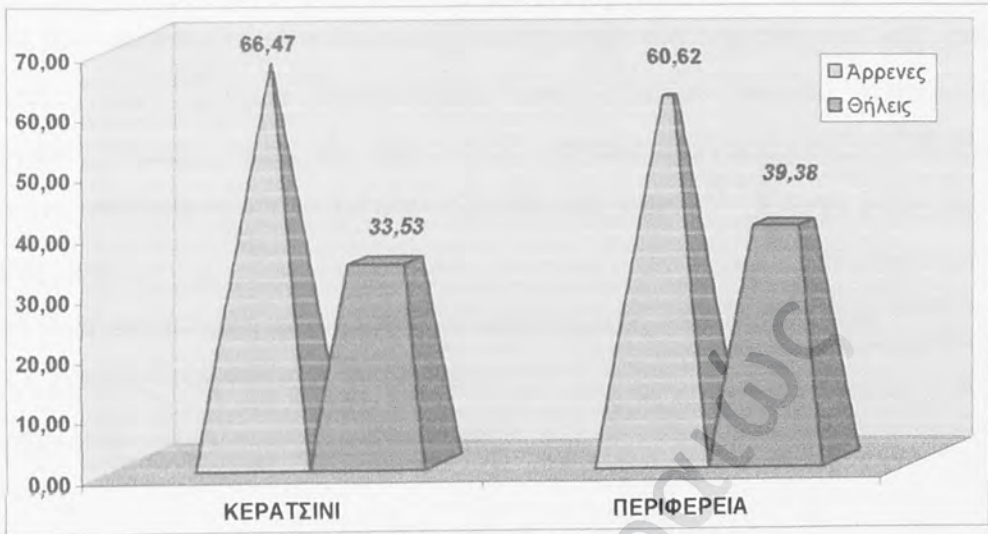


ΠΗΓΗ: Ιδία Επεξεργασία στοιχείων ΕΣΥΕ

Μολονότι η ανεργία εμφανίζεται να θίγει τον ανδρικό πληθυσμό, εντούτοις οι άνδρες συμμετέχουν με μεγαλύτερα ποσοστά στον απασχολούμενο πληθυσμό του Δήμου.

### ΓΡΑΦΗΜΑ 5.12

Ποσοστό συμμετοχής στην απασχόληση ανά φύλο 2001  
στο Δήμο Κερατσινίου και την Περιφέρεια Αττικής  
(ως ποσοστό στο σύνολο των απασχολουμένων το 2001)



ΠΗΓΗ: Ιδία Επεξεργασία στοιχείων ΕΣΥΕ

Όπως είναι γνωστό, η υγεία εξαρτάται τόσο από το εργασιακό και οικιστικό περιβάλλον, όσο και από τις συνθήκες και τον τρόπο ζωής που προκύπτουν από αυτό.

Για το Δήμο Κερατσινίου δεν υπάρχουν στατιστικά στοιχεία και επιδημιολογικές έρευνες όσον αφορά τη σχέση υγείας – περιβάλλοντος, που να επιτρέπουν την εξαγωγή συμπερασμάτων για εμφανιζόμενες ασθένειες, νοσηρότητα πληθυσμού, κλπ.

Σε ότι αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο Κερατσίνι, παρατηρούνται ελλείψεις, τόσο σε προσωπικό όσο και σε αναγκαία ιατρικά τμήματα, για την κάλυψη των αναγκών της Π.Φ.Υ..

## 5.4. Η φροντίδα υγείας στο Δήμο Κερατσινίου

### 5.4.1. Η νοσοκομειακή περίθαλψη

Η δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας των δημοτών του Κερατσινίου, καλύπτεται από τις μονάδες του Τζάνειου Νοσοκομείου στον Πειραιά και το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας. Και οι δύο αυτές μονάδες, αντιμετωπίζουν σοβαρότατα προβλήματα στο επίπεδο των προσφερόμενων υπηρεσιών<sup>71</sup>. Κύριοι λόγοι αυτής της αδυναμίας είναι:

1. Η ιδιαίτερα μεγάλη γεωγραφική ενότητα στην οποία απευθύνονται.
2. Οι ελλιπείς υλικοτεχνικές υποδομές.
3. Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού.

### 5.4.2. Η Π.Φ.Υ. στο Κερατσίνι

#### 5.4.2.1. Οι υπηρεσίες του Ι.Κ.Α.

Τα ζητήματα της Π.Φ.Υ. σε τοπικό επίπεδο, καλύπτονται από τις εξής μονάδες:

1. Τα ιατρεία του Ι.Κ.Α. Αμφιάλης, τα οποία στεγάζονται σε ενοικιαζόμενο κτίριο, σύγχρονης κατασκευής, συνολικής επιφάνειας 2.470 τ.μ. Στεγάζει διοικητικές υπηρεσίες, ιατρεία για όλες τις ειδικότητες εκτός από ακτινολογικό, καθώς και μικροβιολογικό εργαστήριο.
2. Το υποκατάστημα Ι.Κ.Α. Κερατσινίου στη γειτονιά των Ταμπουριών, το οποίο στεγάζεται σε ενοικιαζόμενο κτίριο επιφάνειας 200 τ.μ. και διοικητικά υπάγεται στο Ι.Κ.Α. Αγίας Σοφίας Πειραιά.
3. Τα ιατρεία του Ι.Κ.Α. που χωροθετούνται στην περιοχή της Ευγένειας και στεγάζονται σε ενοικιαζόμενο χώρο 100 τ.μ.. Διοικητικά υπάγονται στο Ι.Κ.Α. Δραπετσώνας, εξυπηρετώντας ωστόσο και ασφαλισμένους του ταμείου που κατοικούν στις περιοχές του Κερατσινίου.

Στον Πίνακα που ακολουθεί, καταγράφονται οι δικαιούχοι περίθαλψης του Ι.Κ.Α. το 2001, για τα υποκαταστήματα των περιοχών Αμφιάλης και Καμινίων καθώς και των όμορων Δήμων Πειραιά, Δραπετσώνας, Νίκαιας και Περάματος.

<sup>71</sup> Δήμος Κερατσινίου, «Α' Φάση Γενικού Πολεοδομικού Σχεδίου», σελ. 59-62.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 5.3

Δικαιούχοι Περιθάλψης Ι.Κ.Α. (2001) ευρύτερης περιοχής Κερατσινίου

	ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ	ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΙΟΥΧΙΣΤΕΙΟΥΧΟΙ	ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ
<b>ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΕΙΡΑΙΑ</b>	<b>141.084</b>	<b>151.463</b>	<b>292.547</b>	<b>74.289</b>	<b>40.583</b>	<b>114.872</b>	<b>407.419</b>
Αγ. Σοφία	18.050	22.050	40.100	10.630	6.078	16.708	56.808
Πειραιά	36.144	35.811	71.955	17.322	10.073	27.395	99.350
Αμφιάλη	14.003	13.257	27.530	4.901	2.168	7.069	34.599
Δραπετσώνας	12.300	13.560	25.860	4.665	2.512	7.177	33.037
Καμινίων	22.826	26.854	49.680	5.450	3.150	8.600	58.280
Νικαίας	15.838	15.254	31.092	13.700	7.220	20.920	52.012
Περάματος	3.490	4.362	7.852	3.008	1.504	4.512	12.364
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>122.651</b>	<b>131.148</b>	<b>254.069</b>	<b>59.676</b>	<b>32.705</b>	<b>92.381</b>	<b>346.450</b>

ΠΗΓΗ: ΙΚΑ, Δ/ση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής, 2001

## 5.4.2.2. Οι υπηρεσίες του Π.Ι.Κ.Π.Α.

Το Π.Ι.Κ.Π.Α. προσέφερε σημαντικές υπηρεσίες Π.Φ.Υ., τουλάχιστον στο Κερατσίνι. Η εξυπηρέτηση των πολιτών -ανεξαρτήτως ασφαλιστικού ταμείου- και κυρίως οι προσφερόμενες υπηρεσίες προς τους ανασφάλιστους, είναι ιδιαίτερα σημαντική λειτουργία για μία περιοχή όπως το Κερατσίνι, που συγκεντρώνει σημαντικό ποσοστό ατόμων που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες.

Ωστόσο, η μακρόχρονη ταλάντευση της διοίκησης για τη μορφή του θεσμού οδήγησε στην συρρίκνωσή των υπηρεσιών του. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το υποκατάστημα στην περιοχή της Ευγένειας, που καταργήθηκε λόγω έλλειψης προσωπικού.

Συνεπώς, σήμερα, οι ανάγκες των δημοτών, καλύπτονται από τα υποκατάστημα Π.Ι.Κ.Π.Α. Αμφιάλης και Κερατσινίου (Ταμπούρια), τα οποία στεγάζονται σε ενοικιαζόμενους χώρους. Η κτιριακή υποδομή του πρώτου υποκαταστήματος κρίνεται μέτρια και ικανοποιητική από αυτή του δεύτερου. Και τα δύο, μετά την κατάργηση του φορέα ως αυτόνομου νομικού προσώπου, υπάγονται στο Αττικό Νοσοκομείο που εδρεύει στο Δήμο Χαϊδαρίου.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως, τα εν λόγω υποκαταστήματα, εξυπηρετούνται από έναν μόνο γιατρό, με αποτέλεσμα να υπάρχει στοιχειώδης κάλυψη των αναγκών.

#### 5.4.2.3. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων

Οι δημότες Κερατσινίου, καταφεύγουν επίσης στα εξωτερικά ιατρεία του Τζάνειου νοσοκομείου Πειραιά καθώς και του Γενικού νοσοκομείου Νίκαιας. Επίσης, εντός των διοικητικών ορίων του Δήμου, στεγάζεται παράρτημα των εξωτερικών ιατρείων του Τζάνειου, το οποίο στελεχώνεται από πληθώρα ειδικοτήτων και λειτουργεί πρωινές ώρες κατά τις εργάσιμες ημέρες.

### 5.5. Δομές Υγείας – Πρόνοιας του Δήμου

#### 5.5.1. Γραφείο Κοινωνικής Μέριμνας

Το Γραφείο Κοινωνικής Μέριμνας, υπάγεται στη Διεύθυνση Διοικητικών Υπηρεσιών του Δήμου. Μερικοί από τους βασικούς στόχους λειτουργίας του είναι:

1. Η άσκηση δημοτικής κοινωνικής πολιτικής και η στήριξη -συμβουλευτικά και παραπεμπτικά- των ατομικών περιστατικών που εμφανίζονται.
2. Η φροντίδα για την οργάνωση σεμιναρίων – διαλέξεων σχετικά με θέματα υγείας και πρόληψης.
3. Η ενασχόληση και η μελέτη ανάπτυξης μεθοδολογίας και προγραμμάτων που αφορούν ευπαθείς ομάδες (τρίτη ηλικία, άτομα με ειδικές ανάγκες κλπ) και η οργάνωση ερευνητικών προγραμμάτων σε συνεργασία με δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.
4. Η επιμέλεια σύνταξης και διανομής πληροφοριακών εντύπων.
5. Η συνεργασία με το Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας και Προληπτικής Ιατρικής για την οργάνωση και πραγματοποίηση προγραμμάτων μέριμνας, υγείας και συμβουλευτικής υποστήριξης κοινωνικών ομάδων και για την καλή λειτουργία των τμημάτων του Κέντρου.
6. Η οργάνωση και λειτουργία της Δημοτικής Τράπεζας Αίματος.



7. Η οργάνωση της φυσιοθεραπείας και της ειδικής γυμναστικής για την οστεοπόρωση, που απευθύνεται στα μέλη των Κ.Α.Π.Η. του Δήμου.
8. Η οργάνωση προληπτικών προγραμμάτων για την αναβάθμιση του επιπέδου υγείας των δημοτών.

Ο ετήσιος ρυθμός εξυπηρέτησεως του Γραφείου είναι περίπου 300 άτομα.

#### 5.5.2. Γραφείο Υγιεινής και Ασφάλειας των εργαζομένων

Ο Δήμος, σύμφωνα με τις διατάξεις των Ν. 1586/1985 και 3144/2003 περί Υγιεινής και Ασφάλειας των εργαζομένων, υποχρεούται να εξασφαλίζει την παροχή των υπηρεσιών ενός τεχνικού ασφαλείας και ενός γιατρού εργασίας.

Στις αρμοδιότητες αυτών, πέραν των όσων αναφέρονται στην ασφάλεια και υγιεινή των εργαζομένων, συμπεριλαμβάνονται:

- ✓ Η μελέτη των χώρων και των συνθηκών εργασίας καθώς και η παροχή συμβουλών για τη βελτίωσή τους και την πρόληψη των εργατικών ατυχημάτων.
- ✓ Η ενημέρωση των εργαζομένων για τους κινδύνους που προέρχονται από την εργασία τους και υπόδειξη τρόπων πρόληψής.
- ✓ Η μέτρηση αρνητικών παραγόντων υγείας που υπάρχουν στο εργασιακό περιβάλλον.
- ✓ Ο τακτικός και έκτακτος ιατρικός έλεγχος των εργαζομένων.
- ✓ Η παροχή πρώτων βοηθειών σε περίπτωση ατυχήματος ή αιφνίδιας νόσου.
- ✓ Ο προγραμματισμός εμβολιασμού των εργαζομένων.
- ✓ Η τήρηση ιατρικού και επιχειρησιακού αρχείου.
- ✓ Η κατάρτιση και εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης των εργαζομένων σε θέματα υγιεινής και ασφάλειας.

#### 5.6. Το Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας και Προληπτικής Ιατρικής (Κ.Κ.Π.Π.Ι.)

##### 5.6.1. Γενικά

Το Κ.Κ.Π.Π.Ι. αποτελεί αμιγή δημοτική επιχείρηση. Είναι δηλαδή Ν.Π.Ι.Δ. και συστήθηκε το 1996 (ΦΕΚ 1032/τ.Β'/12-11-1996). Λειτουργεί σε ενοικιαζόμενο τριώροφο κτίριο επί της οδού Ελ. Βενιζέλου, στην περιοχή της Ανάλυσης.

### 5.6.2. Σύσταση

Σκοπός της σύστασης είναι:

- ✓ η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής μέριμνας και πρόνοιας στους δημότες που χρήζουν αυτών,
- ✓ η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής,
- ✓ η συνέχιση της λειτουργίας της υπάρχουσας στο Δήμο Τράπεζας Αίματος και
- ✓ γενικότερα η προστασία και προαγωγή της υγείας των δημοτών και η προστασία ευπαθών ομάδων του πληθυσμού, όπως παιδιά, γυναίκες, ηλικιωμένοι, άτομα με ειδικές ανάγκες κλπ.

### 5.6.3. Διοίκηση

Η διοίκηση του Κέντρου ασκείται από επταμελές (7) Δ.Σ., τα μέλη του οποίου εκλέγονται από το Δημοτικό Συμβούλιο. Η σύσταση παρουσιάζει την ακόλουθη δομή:

- τέσσερα (4) μέλη που είναι αιρετοί εκπρόσωποι του Δήμου,
- δύο (2) μέλη που είναι δημότες ή κάτοικοι του Δήμου και διαθέτουν εμπειρία και γνώσεις σχετικές με το αντικείμενο και εκ των οποίων ο ένας εκπροσωπεί κοινωνικό φορέα του Δήμου και
- έναν (1) εκπρόσωπο των εργαζομένων της επιχείρησης.

### 5.6.4. Στελέχωση

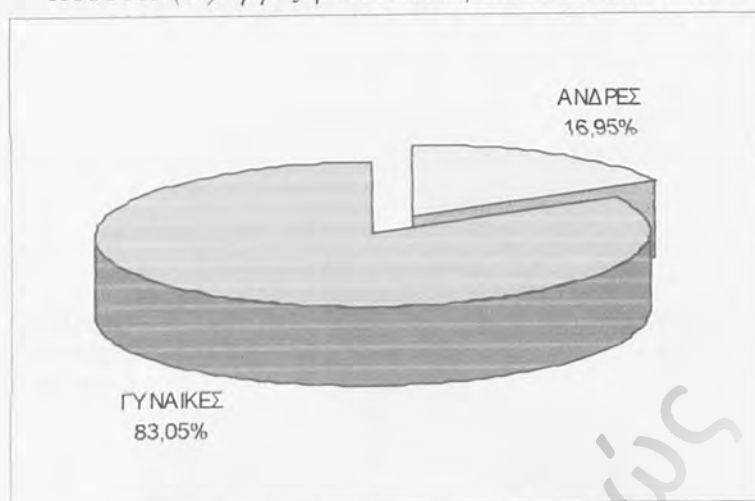
Στο Κέντρο εργάζονται συνολικά 59 άτομα., εκ των οποίων οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία των εργαζομένων (49 άτομα) έναντι των ανδρών (10 άτομα).

Στο Γράφημα απεικονίζονται τα ποσοστά των εργαζομένων στο Κέντρο ανά φύλο. Επίσης, οι ειδικότητες και τα αντίστοιχα ποσοστά επί του συνόλου των εργαζομένων<sup>72</sup>, αποτυπώνονται στον Πίνακα 5.3.

<sup>72</sup> Τα αριθμητικά δεδομένα αφορούν το προσωπικό που καταγράφηκε την 8<sup>η</sup> Μαρτίου 2007.

### ΓΡΑΦΗΜΑ 5.13

Ποσοστό (%) εργαζομένων ανά φύλο στο Κ.Κ.Π.Π.Ι.



ΠΗΓΗ: Ίδια επεξεργασία στοιχείων Κ.Κ.Π.Π.Ι.

### ΠΙΝΑΚΑΣ 5.4

Αριθμός, ειδικότητες και ποσοστά (%) επί του συνόλου των εργαζομένων στο Κ.Κ.Π.Π.Ι.

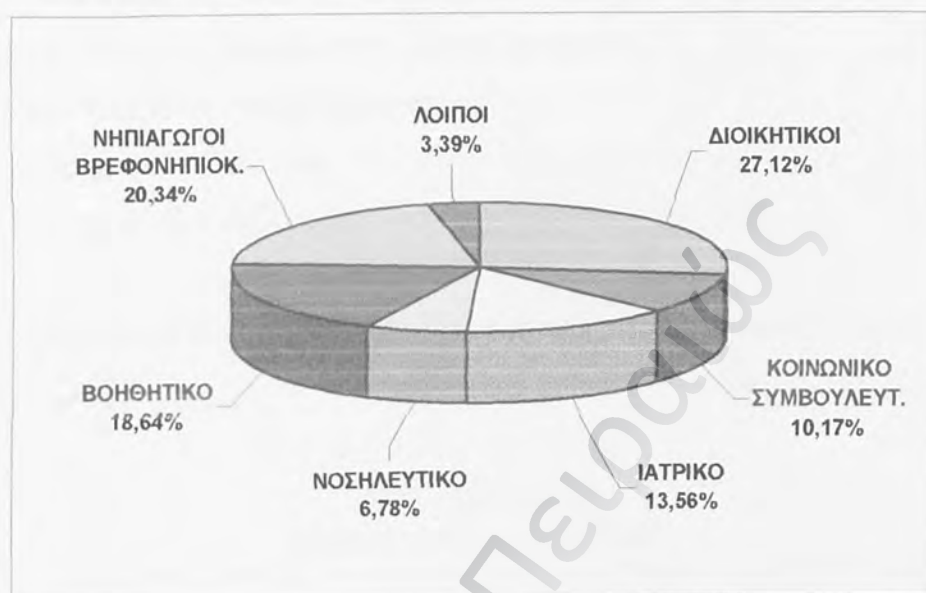
Ειδικότητες	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό (%)
Παιδίατρος	1	1,69
Νοσηλεύτες	3	5,08
Ψυχολόγοι	3	5,08
Σχολ. Ψυχολόγοι	1	1,69
Κλιν. Ψυχολόγοι	1	1,69
Λογοθεραπευτές	1	1,69
Λογοπεδικός	1	1,69
Κοινωνικοί λειτουργοί	6	10,17
Νηπιαγωγός	9	15,25
Βοηθ. Νηπιαγωγού	2	3,39
Βοηθ. Βρεφονηπιοκόμου	1	1,69
Φροντιστές Α.Μ.Ε.Α.	1	1,69
Καθηγ. Φυσικής αγωγής	2	3,39
Διευθύντρια	1	1,69
Υπάλληλοι γραφείου	12	20,34
Χειριστές ΗΥ	1	1,69
Βοηθ. Λογιστή	1	1,69
Οικιακοί βοηθοί	7	11,86
Υπαλ. καθαριότητας	2	3,39
Βοηθ. Μάγειρα	1	1,69
Εργατοτεχνίτες	1	1,69
Κλητήρες	1	1,69
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>59</b>	<b>100,00</b>

ΠΗΓΗ: Ίδια επεξεργασία στοιχείων Κ.Κ.Π.Π.Ι.

Συνοψίζοντας τις παραπάνω ειδικότητες σε επτά (7) κατηγορίες, προκύπτουν τα ποσοστά που παρουσιάζονται στο Γράφημα 5.14.

ΓΡΑΦΗΜΑ 5.14

Ποσοστά (%) εργαζομένων ανά κατηγορία ειδικοτήτων στο Κ.Κ.Π.Π.Ι.



ΠΗΓΗ: Ίδια επεξεργασία στοιχείων Κ.Κ.Π.Π.Ι.

Το εργασιακό καθεστώς των εργαζομένων καταγράφεται στον κάτωθι πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.5

Εργασιακό καθεστώς προσωπικού Κ.Κ.Π.Π.Ι.

	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Αορίστου χρόνου (Α.Σ.Ε.Π. Π.Δ. 164/2004)		14	14
Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» - Αορίστου χρόνου		2	2
Αορίστου χρόνου – Ο.Α.Ε.Δ.	4	2	6
Αορίστου χρόνου – Α.Σ.Ε.Π. (Ο.Α.Ε.Δ. Α.Μ.Ε.Α.)	3	3	6
Αορίστου χρόνου	1	17	18
«Βοήθεια στο σπίτι» - Ορισμένου χρόνου (Περιφέρεια)		4	4
Συμβάσεις με παροχή υπηρεσιών	2	7	9
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>10</b>	<b>49</b>	<b>59</b>

ΠΗΓΗ: Ίδια επεξεργασία στοιχείων Κ.Κ.Π.Π.Ι.

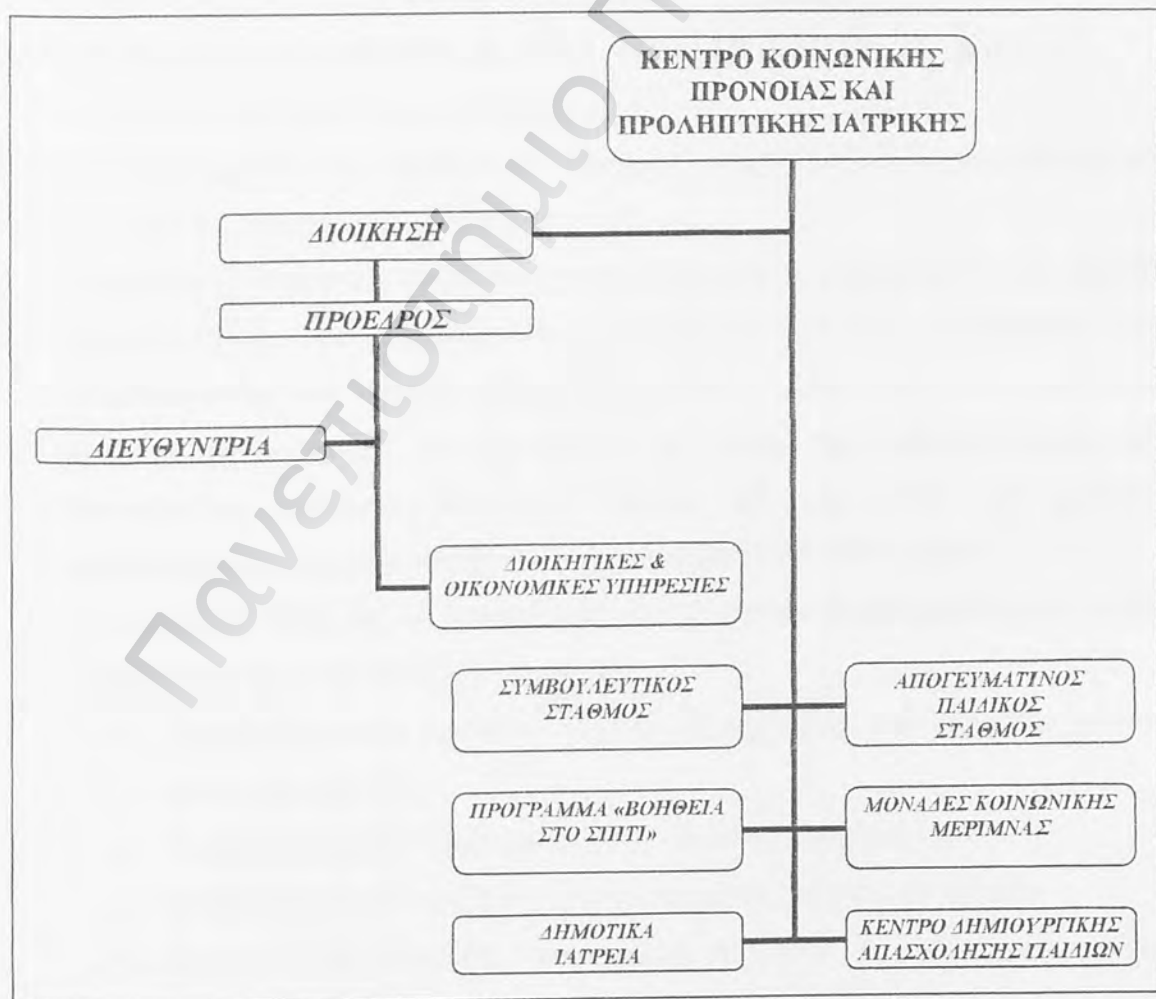
### 5.6.5. Δομές του Κέντρου

Στο Κέντρο λειτουργούν οι ακόλουθες δομές-υπηρεσίες:

1. ο Συμβουλευτικός Σταθμός,
2. ο Απογευματινός Παιδικός Σταθμός,
3. τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» (Α' και Β'),
4. οι Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας,
5. τα Δημοτικά Ιατρεία, και
6. τα Α' και Β' Κ.Δ.Α.Π..

Η οργανωτική δομή και οι παρεχόμενες υπηρεσίες του Κ.Κ.Π.Π.Ι. αποτυπώνονται στο Διάγραμμα 5.1.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5.1  
Οργανωτική δομή Κ.Κ.Π.Π.Ι.



### 5.6.5.1. Ο Συμβουλευτικός Σταθμός

Η λειτουργία του Συμβουλευτικού Σταθμού ορίζεται το Μάιο του 1994 και η ανάπτυξη του συντελέστηκε σε δύο φάσεις. Αρχικά λειτουργούσε με την υποστήριξη ομάδας εξωτερικών συνεργατών και τον Ιούλιο του 1997 εντάχθηκε στο νεοσύστατο Κ.Κ.Π.Π.Ι., αναβαθμίζοντας έτσι τη λειτουργία του μέσω της απασχόλησης νέων ειδικοτήτων και την αυτόνομη διοικητική δομή του.

Στόχος του Σταθμού είναι η προαγωγή της ψυχοκοινωνικής υγείας των δημοτών μέσω της πρόληψης, της ευαισθητοποίησης του τοπικού πληθυσμού, της έγκαιρης παρέμβασης και της θεραπευτικής αντιμετώπισης (αν είναι εφικτό).

Οι δραστηριότητες του Σταθμού, αφορούν:

- ✓ την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των δημοτών σε θέματα ψυχικής υγείας,
- ✓ την υλοποίηση προγραμμάτων που απευθύνονται στα παιδιά που φοιτούν στα δημοτικά σχολεία της περιοχής,
- ✓ την υποδοχή περιστατικών και τη διαγνωστική εκτίμηση και
- ✓ τη βραχεία θεραπευτική αντιμετώπιση (στην πλειοψηφία των περιπτώσεων).

Οι επιμέρους υπηρεσίες του Σταθμού είναι:

1. Η *Κοινωνική Υπηρεσία*. Αποτελεί το «συνδετικό κρίκο» ανάμεσα στους δημότες και την τοπική κοινότητα και τον Σταθμό.

Η δράση της υπηρεσίας συνίσταται στην ακρόαση των προβλημάτων, την παροχή συμβουλευτικής και υποστηρικτικής θεραπείας και την παραπομπή των ενδιαφερομένων σε λοιπούς φορείς. Παράλληλα συμμετέχει στην οργάνωση δραστηριοτήτων αγωγής της κοινότητας, με στόχο την ευαισθητοποίηση των δημοτών σε σύγχρονα κοινωνικά θέματα, ενώ οργανώνει και υλοποιεί προγράμματα κοινωνικής ενίσχυσης εύλωτων πληθυσμιακών ομάδων.

2. Η *Ψυχολογική Υπηρεσία*. Οι δραστηριότητες της υπηρεσίας πραγματοποιούνται από ψυχολόγους και συνίστανται στα ακόλουθα:

- Ψυχοδιαγνωστική εκτίμηση παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας καθώς και ενηλίκων.
- Ψυχομετρική αξιολόγηση με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων.
- Ψυχολογική υποστήριξη παιδιών και ενηλίκων σε ατομικό επίπεδο.
- Παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης σε γονείς, τα παιδιά των οποίων παρακολουθούν θεραπευτικά προγράμματα στο Σταθμό.

- Λειτουργία ομάδων ευαισθητοποίησης γονέων σε θέματα ανάπτυξης και διαπαιδαγώγησης παιδιών και ενδοοικογενειακών σχέσεων.
  - Λειτουργία ομάδων ενηλίκων με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά (ύπαρξη μέλους με ψυχική ασθένεια κλπ).
3. Η *Εργοθεραπεία*, που αποσκοπεί στην αντιμετώπιση προβλημάτων μάθησης, γνωστικών και κινητικών διαταραχών, καθώς και διαταραχών συμπεριφοράς σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας. Το πρόγραμμα στοχεύει στην:
- Έγκαιρη αναγνώριση μαθησιακών δυσκολιών και στην πρώιμη αντιμετώπισή τους.
  - Ομαλή ένταξη του παιδιού στο σχολικό πλαίσιο όταν κριθεί ικανό.
  - Συμβουλευτική γονέων για την απαραίτητη συνέχιση της αγωγής στο σπίτι.
  - Παρέμβαση στο σχολικό χώρο.
4. Η *Λογοθεραπεία*, που στοχεύει στην πρόληψη, διάγνωση και αντιμετώπιση όλων των διαταραχών του λόγου, σε όλα τα άτομα, ανεξάρτητα από την ηλικία τους. Αρχικά πραγματοποιείται διάγνωση του προβλήματος με διάφορες μεθόδους και κατόπιν ξεκινά η θεραπευτική αγωγή που ο λογοπεδικός του Σταθμού συστήνει.
5. Η *Ειδική Φυσική Αγωγή* που στοχεύει στην προώθηση της φυσιολογικής ψυχοσωματικής ανάπτυξης του παιδιού και την ανάπτυξη ομαδικού πνεύματος, μέσα από επιλεγμένες αθλητικές δραστηριότητες. Η υπηρεσία αυτή υλοποιεί προγράμματα κινητικής αποκατάστασης, στα οποία περιλαμβάνονται:
- ✓ Θεραπευτικά προγράμματα, όπου με ειδικές δραστηριότητες συμβάλλουν στην θεραπευτική αποκατάσταση και
  - ✓ Αναπτυξιακά προγράμματα που βασίζονται στις ατομικές ανάγκες των παιδιών. Σκοπός τους είναι να βελτιώσουν τις κινητικές δεξιότητες, την φυσική κατάσταση, την συναισθηματική και κοινωνική ισορροπία.
6. Η *Αγωγή της Κοινότητας*, στην οποία συμμετέχουν όλοι οι συνεργάτες του Σταθμού. Περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων που αφορούν την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση των δημοτών σε θέματα ψυχικής υγιεινής.
7. Η *Λέσχη Φιλίας ατόμων με ψυχική νόσο*. Έργο της υπηρεσίας είναι η καταβολή προσπάθειας αποασυλοποίησης και επανένταξης στην κοινότητα ατόμων που πάσχουν από ψυχική νόσο. Πέραν των κοινωνικών δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται για τους νοσούντες, υλοποιείται και συμβουλευτική υποστήριξη για τα μέλη των οικογενειών τους.

### 5.6.5.2. Ο Απογευματινός Παιδικός Σταθμός

Είναι ο μοναδικός παιδικός σταθμός προς εξυπηρέτηση των παιδιών των δημοτών. Βασικός στόχος είναι η κοινωνικοποίηση και η υγιής ανάπτυξη των παιδιών μέσα από διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα.

Στα παιδιά, το Κ.Κ.Π.Π.Ι., παρέχει ιατρική παρακολούθηση σε εβδομαδιαία βάση καθώς και συμβουλευτική υποστήριξη στους γονείς, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τυχόν προβλήματα στην ανάπτυξη των παιδιών τους.

### 5.6.5.3. Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»

Ο Δήμος Κερατσινίου, μέσω του Κέντρου, υλοποιεί δύο προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι», παρέχοντας κατ' οίκον υπηρεσίες σε άτομα τρίτης ηλικίας τα οποία δεν μπορούν να διατηρήσουν την αυτονομία τους. Στο πρόγραμμα συμμετέχουν κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλεύτρια και οικογενειακοί βοηθοί.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί εκτός από την ευθύνη οργάνωσης του προγράμματος είναι υπεύθυνοι για την κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη των εργαζομένων. Απώτερος στόχος είναι η καταπολέμηση του αποκλεισμού που βιώνουν αυτά τα άτομα και η ευαισθητοποίηση των ατόμων που εμπλέκονται στο άμεσο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον.

Η νοσηλευτική φροντίδα συνίσταται σε:

- ✓ λήψη νοσηλευτικού ιστορικού,
- ✓ αξιολόγηση κατάστασης υγείας,
- ✓ μέτρηση ζωτικών σημείων,
- ✓ προσδιορισμό επιπέδου σακχάρου στο αίμα,
- ✓ χορήγηση ενημερωτικού υλικού για προβλήματα υγείας,
- ✓ καθορισμό διαιτολογίου σε συνεργασία με διαιτολόγο νοσοκομείου,
- ✓ λήψη μέτρων για πρόληψη κατακλίσεων και φροντίδα αυτών,
- ✓ διεκπεραίωση διαδικασιών για συνταγή φαρμάκων,
- ✓ ενεσθεραπεία,
- ✓ εκτέλεση αντιγριπτικού εμβολιασμού και
- ✓ συνοδεία ασθενών σε ιατρεία του Ι.Κ.Α., νοσοκομεία κοκ.



Η οικογενειακή βοηθός φροντίζει για την ατομική καθαριότητα των μελών του προγράμματος και διεκπεραιώνει τις οικιακές εργασίες.

#### 5.6.5.4. Το πρόγραμμα «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας»

Είναι πρόγραμμα, που λειτουργεί στο Γ' Κ.Α.Π.Η. από το 2000 και στηρίζεται στη δραστηριοποίηση κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών και οικογενειακών βοηθών.

Στόχος του είναι η παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας, σε μη αυτοεξυπηρετούμενους πολίτες, ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρίες. Προτεραιότητα δίδεται σε αυτούς που διαβιούν μόνοι τους και το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή ζωή τους και μέσω της ενδυνάμωσης, να αποκτήσουν τη μέγιστη δυνατή αυτονομία και κοινωνική ευημερία.

Ο ρόλος του νοσηλευτή συνίσταται στη ρύθμιση νοσηλευτικών και υγειονομικών αναγκών, όπου είναι εφικτό να καλύπτονται.

#### 5.6.5.5. Τα Δημοτικά Ιατρεία

Τα Δημοτικά Ιατρεία έχουν στόχο να παρέχουν ιατρική παρακολούθηση στους δημότες, που είναι ανασφάλιστοι και έχουν πολύ χαμηλό εισόδημα.

Στελεχώνονται από τις παρακάτω ειδικότητες:

1. *Ειδικό Παθολόγο*, με τις ακόλουθες αρμοδιότητες:
  - i. Εξέταση και παρακολούθηση ασθενών με οξεία και χρόνια παθολογικά νοσήματα.
  - ii. Ανάπτυξη προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής για μείζονα νοσήματα με διαλέξεις ενημερωτικού χαρακτήρα.
  - iii. Εφαρμογή προγραμμάτων ελέγχου πληθυσμού για νοσήματα με επιδημιολογικό ενδιαφέρον.
  - iv. Διεξαγωγή ερευνητικών εργασιών για τη δημιουργία του επιδημιολογικού προφίλ του δημοτικού πληθυσμού.

2. *Παιδιάτρο*, που παρέχει τα ακόλουθα:

- i. Προληπτική παιδιατρική εξέταση σε παιδιά-δημότες Κερατσινίου, διαμέσου της συνεργασίας με τα σχολεία της περιοχής.
- ii. Παρακολούθηση παιδιών που ανήκουν σε ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού (άποροι, ανασφάλιστοι).
- iii. Παροχή δωρεάν εμβολιασμού, σε συνεργασία με τους «Φαρμακοποιούς του Κόσμου».

3. *Ψυχιατρική ομάδα*, συγκροτούμενη από τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο, τον κοινωνικό λειτουργό, των εργοθεραπευτή κ.α.. Η ομάδα αντιμετωπίζει τα εξής:

- i. Γενικευμένος άγχος.
- ii. Διαταραχή πανικού.
- iii. Φοβίες και καταθλίψεις.
- iv. Ψυχογενή ανορεξία και βουλιμία.
- v. Προβλήματα αντίληψης, σκέψης, προσοχής, συγκέντρωσης.
- vi. Αλκοολισμό και πληθώρα σύγχρονων νοσημάτων που εφάπτονται στη σφαίρα της ψυχικής υγιεινής.

5.6.6. *Απολογισμός δράσεων των υπηρεσιών του Κ.Κ.Π.Π.Ι. περιόδου 2003-2006*<sup>73</sup>

Το 2006, στο Σταθμό εξυπηρετήθηκαν 295 νέα περιστατικά, ενώ, όπως προκύπτει από το εβδομαδιαίο φύλλο διανομής περιστατικών, για επανεκτίμηση προσήλθαν 55 παλιά περιστατικά. Κατά την τετραετία 2003-2006, προσήλθαν συνολικά 1.315 νέα περιστατικά και επιπρόσθετα 250 περιστατικά για επανεκτίμηση. Συνολικά από το 1994 έχουν εξυπηρετηθεί περίπου 3.500 περιστατικά, ενώ προσφέρθηκαν υπηρεσίες σε 1.566 δημότες καθώς και σε μέλη των οικογενειών τους ή στο σύνολο της οικογένειας σε αρκετές περιπτώσεις.

Για το έτος 2003, τα προγράμματα του Σταθμού που περιλαμβάνουν δράσεις Π.Φ.Υ., είναι:

- ✓ Το πιλοτικό πρόγραμμα φροντίδας και δημιουργικής απασχόλησης για δημότες με νοητικά, νευρολογικά και ψυχικά προβλήματα.

<sup>73</sup> Οι δράσεις που αναφέρονται είναι τμήμα των δράσεων, καθώς για τους σκοπούς του παρόντος γίνεται εστίαση στις δράσεις που σχετίζονται με την Π.Φ.Υ. και την προαγωγή της.

- ✓ Το ολοκληρωμένο πρόγραμμα προληπτικής ιατρικής για παιδιά δημοτικών σχολείων, σε συνεργασία με την Παιδιατρική Κλινική του Γ.Ν.Ν. Νίκαιας.
- ✓ Ο δωρεάν γυναικολογικός έλεγχος για τον γυναικείο πληθυσμό του Δήμου.
- ✓ Η ενεργοποίηση του τοπικού ιατρικού σώματος για προσφορά υπηρεσιών σε εθελοντική βάση, που μέσω της τήρησης πρωτοκόλλων, οδήγησε στην αναβίωση των δημοτικών ιατρείων.

Το 2004, ο θεσμός των δημοτικών ιατρείων ισχυροποιείται. «Κλειδιά» για την ενίσχυση αυτή υπήρξαν η θεσμοθέτηση της «κάρτας ελεύθερης πρόσβασης» για τους άπορους και ανασφάλιστους δημότες και η διεύρυνση του άτυπου «δικτύου» εθελοντών ιδιωτών γιατρών. Η κάρτα χορηγείται με βάση συγκεκριμένα κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια και εξασφαλίζει στους δικαιούχους δωρεάν ιατρική παρακολούθηση από εθελοντές ιδιώτες γιατρούς και ελεύθερη πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες του Κέντρου. Απώτερος στόχος της ενεργοποίησης αυτού του «μέτρου» είναι η ανάπτυξη ενός δικτύου Π.Φ.Υ. και πρόνοιας για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες του Δήμου.

Επίσης το ίδιο έτος ξεκινά και η συνεργασία με τη συμβουλευτική μονάδα άμεσης πρόσβασης του θεραπευτικού προγράμματος «Νόστος».

Παράλληλα το 2004, πραγματοποιήθηκαν:

- Εμβολιασμός παιδιών σχολικής ηλικίας που ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, σε συνεργασία με τους «Φαρμακοποιούς του Κόσμου» και τη Λεόντειο Σχολή.
- Προγράμματα φυσιοθεραπείας για Α.Μ.Ε.Α. και θεραπευτικές ασκήσεις για τους ηλικιωμένους.
- Πρόγραμμα γυναικολογικής φροντίδας που περιελάμβανε Pap-test και εξέταση μαστού.
- Επιμόρφωση εθελοντών δημοτών για παροχή Α' βοηθειών, σε συνεργασία με τον Ε.Ε.Σ.
- Προληπτικές εξετάσεις στους αθλούμενους δημότες που κάνουν χρήση των δημοτικών αθλητικών εγκαταστάσεων.
- Φιλοξενία γραφείου Alzheimer, με ενημερωτικό χαρακτήρα.
- Πρόγραμμα συμβουλευτικής διαιτολογίας.

Το 2005, πραγματοποιείται ημερίδα με θέμα «Πρόληψη ατυχημάτων – Παροχή πρώτων βοηθειών» και πενθήμερη πολυεπίπεδη παρέμβαση για το θέμα των ναρκωτικών, που περιλάμβανε:

- Ενημερωτικές επισκέψεις σε φαρμακεία και καταστήματα της περιοχής και
- Δημιουργία ομάδας ευαισθητοποίησης ιερών και γονέων Γυμνασίων και Λυκείων του Δήμου.

Παράλληλα:

- I. Πραγματοποιήθηκε πρόγραμμα συναντήσεων-συζητήσεων με τους ψυχολόγους του Κέντρου και ενίσχυση της πρωτογενούς πρόληψης, μέσω της ενεργοποίησης του θεσμού των «ομάδων γονέων».
- II. Λειτουργήσε η «Λέσχη φιλίας» για τα άτομα που πάσχουν από ψυχική νόσο.
- III. Ενισχύθηκε το πρόγραμμα κοινωνικής στήριξης των ευάλωτων πληθυσμιακών ομάδων του Δήμου, μέσω της δωρεάν ιατρικής παρακολούθησης από εθελοντές ιδιώτες ιατρούς και την ελεύθερη πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες του Κέντρου.
- IV. Υλοποιήθηκε εκ νέου πρόγραμμα εμβολιασμού για ανασφάλιστα και άπορα παιδιά, σε συνεργασία με την οργάνωση «Φαρμακοποιοί του Κόσμου».

Το 2006, πραγματοποιήθηκαν εκδηλώσεις ενημερωτικού-παρεμβατικού χαρακτήρα σε συνεργασία με τη συμβουλευτική μονάδα άμεσης παρέμβασης του θεραπευτικού προγράμματος «Νόστος».

Επίσης αναπτύσσεται συνεργασία με την Μ.Κ.Ο. «Γιατροί του Κόσμου», στο πλαίσιο της οποίας οργανώθηκε και πραγματοποιήθηκε παρέμβαση με στόχο την ενημέρωση και εκπαίδευση των εφήβων και νέων της περιοχής σε θέματα ψυχικής υγείας, με τη χρήση των νέων τεχνολογιών (διαδίκτυο) και την ταυτόχρονη παρουσία της κινητής μονάδας «e-Κιβωτός» της Οργάνωσης.

Αυτή η δράση ευαισθητοποίησης αναφορικά με την ψυχική υγεία, συμπληρώθηκε με την συμμετοχή δύο (2) Γυμνασίων του Δήμου στο ευρωπαϊκό πρόγραμμα «Διαπροσωπικές σχέσεις και Ψυχική Υγεία του Εφήβου».

Ακόμα, στο πλαίσιο της συνεργασίας με τους «Φαρμακοποιούς του Κόσμου», χορηγήθηκαν από τους τελευταίους 300 σκευάσματα Kinder-Vital, προκειμένου να διατεθούν σε ανασφάλιστα παιδιά.

Επιπρόσθετα, υλοποιήθηκαν:

- Πρόγραμμα θεραπευτικής αποκατάστασης στο νερό.
- Πρόγραμμα άσκησης κατά της οστεοπόρωσης, με την συμμετοχή 110 γυναικών περίπου, στο χώρο δύο (2) Κ.Α.Π.Η..
- Το πρόγραμμα τηλεφωνικής εφημερίας, που ξεκίνησε τη λειτουργία του το προηγούμενο έτος (2005). Το πρόγραμμα αυτό, αφενός κατέστησε ταχύτατη και αποτελεσματική την διασύνδεση του δημότη με τις υπηρεσίες του σταθμού και

αφετέρου –συχνά- λειτούργησε ως μία άμεση θεραπευτική παρέμβαση σε περιπτώσεις κρίσεων.

Για την ικανοποίηση των στόχων του προγράμματος «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας»:

- ✓ Εκδόθηκαν βιβλιάρια απορίας και ανανεώθηκε ο χρόνος της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης των εγγεγραμμένων δημοτών, σε συνεργασία με την Πρόνοια Πειραιά.
- ✓ Εκδόθηκαν κάρτες ελεύθερης πρόσβασης για ανάπηρα μέλη στο Κέντρο και εφαρμόστηκε διασύνδεση για συνεδρίες με ψυχολόγο.
- ✓ Πραγματοποιήθηκαν στα μέλη του προγράμματος, αντιγριπτικός εμβολιασμός, μετρήσεις σακχάρου και αρτηριακής πίεσεως καθώς και κατ' οίκον επισκέψεις.
- ✓ Αναπτύχθηκε συνεργασία της νοσηλεύτριας με τον γιατρό εργασίας στο Δημαρχείο.
- ✓ Πραγματοποιήθηκαν συνεδρίες για τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. και του εξωτερικού προγράμματος.

#### 5.6.7. Χρήση υπηρεσιών Κ.Κ.Π.Π.Ι. έτους 2006

Το 2006, οι επισκέψεις ανά κατηγορία και υπηρεσία του Κ.Κ.Π.Π.Ι. που σημειώθηκαν, αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.6

Επισκέψεις και κατηγορία εξυπηρετούμενων στο Κ.Κ.Π.Π.Ι. το 2006

Υπηρεσία	Αριθμός ατόμων	Κατηγορία εξυπηρετούμενων
Δημοτικά Ιατρεία	434	Ανασφάλιστοι δημότες
Κ.Α.Α.Π. (2)	86	Παιδιά ηλικίας 3-12 ετών
Απογευμ. Παιδικός Σταθμός	45	Παιδιά ηλικίας 3-6 ετών
«Βοήθεια στο Σπίτι»	70	Ηλικιωμένοι, Α.Μ.Ε.Α., ψυχικά ασθενείς, μοναχικά άτομα
Μονάδα Κοινωνικής Μέριμνας	72	Ηλικιωμένοι, Α.Μ.Ε.Α., ψυχικά ασθενείς, μοναχικά άτομα
Συμβουλευτικός Σταθμός	350	Παιδιά, έφηβοι και ενήλικες

### 5.6.8. Δικτύωση Κέντρου

Το Κ.Κ.Π.Π.Ι του Δήμου Κερατσινίου, πέραν των Υπηρεσιών που στεγάζονται στο δημοτικό κατάστημα και τους λοιπούς δημοτικούς φορείς, για την επίτευξη των στόχων του, έχει αναπτύξει συνεργασία και με άλλους φορείς.

Η δικτύωση αυτή πραγματοποιείται κυρίως άτυπα με τηλεφωνική επικοινωνία ή απευθείας παραπομπή του ενδιαφερομένου. Σε λίγες περιπτώσεις αποστέλλεται παραπεμπτικό σημείωμα ή συνοδεύεται ο ενδιαφερόμενος.

Οι φορείς συνεργασίας και δικτύωσης, είναι οι ακόλουθοι:

- ✓ Δευτεροβάθμιες Υγειονομικές Υπηρεσίες:
  - Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών
  - Δρομοκαΐτειο Ψυχιατρείο
  - Νοσοκομεία Παιδών Πεντέλης και «Αγία Σοφία»
  - Γ.Ν.Ν. Νίκαιας
  - Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιά
  - Νοσοκομείο Λοιμωδών «Αγία Βαρβάρα»
- ✓ Κ.Ε.Θ.Ε.Α.:
  - Μονάδα Άμεσης Θεραπευτικής Κοινότητας «Νόστος»
- ✓ Λοιποί φορείς:
  - Νομαρχία Πειραιά, Δ/ση Κοινωνικής Αλληλεγγύης
  - Εταιρεία Αλτζχάϊμερ
  - Ο.Α.Ε.Δ.
  - Μ.Κ.Ο. «Γιατροί του Κόσμου» και «Φαρμακοποιοί του Κόσμου»
  - Κέντρο Κακοποιημένης Γυναίκας Πειραιά
  - Κ.Δ.Α.Υ. Πειραιά
  - Κ.Ψ.Υ. Πειραιά – Αιγάλεω

### 5.7. Ανάλυση S.W.O.T. Κ.Κ.Π.Π.Ι.

Για τους σκοπούς της μελέτης, πραγματοποιείται ανάλυση S.W.O.T. η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως σχεδιαστικό εργαλείο ανάπτυξης των παρεχόμενων υπηρεσιών του Κ.Κ.Π.Π.Ι..

**ΠΙΝΑΚΑΣ 5.7**  
*Ανάλυση S.W.O.T. Κ.Κ.Π.Π.Ι.*

<b>ΔΥΝΑΜΕΙΣ</b>	<b>ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Εξειδικευμένο προσωπικό σε θέματα πρόνοιας</li> <li>2. Συνδυαστική λειτουργία των τμημάτων</li> <li>3. Χωροταξική τοποθέτηση του Κέντρου</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ακαταλληλότητα του χώρου</li> <li>2. Έλλειψη μηχανοργάνωσης</li> <li>3. Περιορισμένοι οικονομικοί πόροι</li> <li>4. Ελλιπής υλικοτεχνική υποδομή</li> <li>5. Έλλειψη οργανωμένου πλαισίου προώθησης δράσεων.</li> <li>6. Σύγκυση αρμοδιοτήτων με Μονάδα Κοινωνική Φροντίδας του Δήμου</li> <li>7. Περιορισμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό</li> <li>8. Αυξανόμενη ζήτηση των παρεχόμενων υπηρεσιών</li> </ol>
<b>ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ</b>	<b>ΑΠΕΙΛΕΣ</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Θετικό διεθνές πλαίσιο ενθάρρυνσης της Π.Φ.Υ. μέσω της εφαρμογής προγραμμάτων κοινωνικών παρεμβάσεων και προαγωγής της υγείας</li> <li>2. Ανάπτυξη του θεσμού των Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου</li> <li>3. Αύξηση των αρμοδιοτήτων της Τ.Α.</li> <li>4. Ανάπτυξη του εθελοντισμού και εμπλουτισμός των υφιστάμενων συνεργασιών</li> <li>5. Πολιτική βούληση των τοπικών αρχών για περαιτέρω ανάπτυξη του θεσμού</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Έλλειψη ενισχυμένου θεσμικού πλαισίου</li> <li>2. Σύγκυση με δράσεις πρόνοιας και μη-αυτονόμηση των δράσεων υγείας</li> <li>3. Έλλειψη γραφείου ανεύρεσης πόρων και δωρεών</li> </ol>

**5.8. Συμπεράσματα – Προτάσεις**

Η πρωτοβουλία του Δήμου Κερατσινίου για την ανάπτυξη ενός δικτύου ολοκληρωμένης φροντίδας στην Π.Φ.Υ. είναι σημαντική. Αναγνωρίζοντας τις σοβαρές ελλείψεις που χαρακτηρίζουν το Δήμο στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας, προχώρησε στη σύσταση του Κ.Κ.Π.Π.Ι.

Οι δράσεις οι οποίες αναπτύχθηκαν στο πλαίσιο λειτουργίας του Κέντρου, προσανατολίζονται κυρίως στην ψυχολογική υγιεινή του ατόμου, την κοινωνική του ανάπτυξη, την ισορροπημένη παραμονή του στο κοινωνικό σύνολο και την επίτευξη

κοινωνικής αλληλεγγύης. Οι παρεμβάσεις υγείας που έχουν αναπτυχθεί, συνεπικουρούν στην προσπάθεια επίτευξης των προηγούμενων στόχων.

Εξάιρεση αποτελεί η λειτουργία των δημοτικών ιατρείων και ο θεσμός της «κάρτας ελεύθερης πρόσβασης» για τους ανασφάλιστους και άπορους δημότες.

Δεν υπήρξε μέριμνα για στελέχωση των ιατρείων με γενικούς ιατρούς, ενώ ο περιορισμένος χώρος των εγκαταστάσεων δεν επέτρεψε την εισαγωγή και άλλων ειδικοτήτων, ώστε να δημιουργηθεί πιο ολοκληρωμένο «πακέτο» ιατρικών υπηρεσιών. Το «κενό» αυτό εν μέρει καλύφθηκε από την προαναφερθείσα κάρτα, καθώς καλύπτει ανάγκες που ανήκουν σε ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες και όχι στο σύνολο των δημοτών.

Οι προσπάθειες λοιπόν που καταγράφονται, χαρακτηρίζονται από ασυνέχεια και ανεπάρκεια, τόσο στον όγκο όσο και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Δεν καταγράφεται κεντρικός, μακροπρόθεσμος σχεδιασμός παρά τμηματικός συντονισμός δράσεων, που περιορίζεται σε επίπεδο Υπηρεσίας.

Πιθανή αιτία είναι και η βούληση των τοπικών αρχόντων, καθώς δεν υπάρχει μέτρο επιβολής για την ανάπτυξη δράσεων που να αφορούν την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας. Συνεπώς άπτεται στην ευαισθησία της εκάστοτε δημοτικής αρχής η λειτουργία και η επέκταση των δραστηριοτήτων του Κέντρου.

Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι ο γιατρός εργασίας βρίσκεται στο Γραφείο υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων, μόνο μία φορά την εβδομάδα, ικανοποιώντας κυρίως ανάγκες συνταγογράφησης μόνο.

Για την άρση των παραπάνω περιοριστικών παραγόντων, θα πρέπει να υπάρξει μακροπρόθεσμος σχεδιασμός των υπηρεσιών, συνυπολογίζοντας τέσσερις βασικές παραμέτρους του κοινωνικού προφίλ των κατοίκων του Δήμου:

1. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης του δημοτικού πληθυσμού.
2. Την αυξητική τάση του αλλοδαπού πληθυσμού και τη μόνιμη εγκατάσταση πολλών εξ αυτών εντός των δημοτικών διοικητικών ορίων.
3. Το αυξανόμενο ποσοστό μακροχρόνιας ανεργίας, που οδηγεί σε φαινόμενα περιθωριοποίησης και κοινωνικού αποκλεισμού και κατ' επέκταση σε επιδείνωση του επιπέδου υγείας.
4. Τη βελτίωση του εκπαιδευτικού επιπέδου των δημοτών, καθώς όπως έχει αποδειχθεί, το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού αποτελεί συνάρτηση με ανάλογη σχέση και του εκπαιδευτικού επιπέδου. Συνεπώς πιθανότατα θα



υπάρξει αύξηση ζήτησης τόσο του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και της ποιότητας αυτών.

Για την περαιτέρω ανάπτυξη των δημοτικών υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας στο Δήμο Κερατσινίου, προτείνονται:

*1. Η δημιουργία Κέντρου Υγείας Αστικού Τύπου (Κ.Υ.Α.Τ.).*

Η κατασκευή και λειτουργία ενός Κ.Υ.Α.Τ. στο Δήμο Κερατσινίου, μπορεί να προσφέρει πολλαπλά οφέλη στην παροχή Π.Φ.Υ.. Συγκεκριμένα:

- I. Θα καλύψει τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες ζήτησης υπηρεσιών Π.Φ.Υ. που ανακύπτουν στην περιοχή.
- II. Θα υποκαταστήσει τις πεπαλαιωμένες και μη λειτουργικές υποδομές του κτιρίου στο οποίο στεγάζονται προς το παρόν τα δημοτικά ιατρεία.
- III. Θα αποσυμφορήσει τα εξωτερικά ιατρεία των υποκαταστημάτων του Ι.Κ.Α. που υπάρχουν στην περιοχή και θα βοηθήσει στην αμεσότερη εξυπηρέτηση των πολιτών.
- IV. Θα ευαισθητοποιήσει τους πολίτες για ενεργοποίηση και συμμετοχή τους στον προγραμματισμό και την υλοποίηση δράσεων πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

Το Κ.Υ.Α.Τ. μπορεί να λειτουργήσει υπό την εποπτεία μίας εκ των δύο δευτεροβάθμιων υγειονομικών μονάδων της περιοχής (Τζάνειο Πειραιά ή Κρατικό Νίκαιας).

Στο σχεδιασμό του θα πρέπει να περιληφθούν:

- ✓ Εξεταστήρια για πολλαπλές ειδικότητες, με κύρια αυτή της γενικής ιατρικής, ώστε να ενισχυθεί ο θεσμός.
- ✓ Μονάδα αποκατάστασης.
- ✓ Αίθουσα φυσιοθεραπείας.
- ✓ Αίθουσα βραχείας νοσηλείας και αντιμετώπισης έκτακτων περιστατικών.
- ✓ Χώρος πραγματοποίησης εργαστηριακών εξετάσεων.

*2. Προσπάθεια συγκρότησης οδοντιατρείου και σχεδιασμού προγραμμάτων προληπτικής οδοντιατρικής*

Ακολουθώντας το γενικότερο πλαίσιο προαγωγής της υγείας που ορίζει η Π.Φ.Υ. και ενισχύοντας τις δράσεις παρέμβασης, πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για συγκρότηση οδοντιατρείου που θα παρέχει οδοντιατρική περίθαλψη στους δημότες Κερατσινίου. Παράλληλα, πρέπει να οργανωθούν προγράμματα ενημέρωσης που θα

απευθύνονται σε πληθυσμούς-στόχους και θα στοχεύουν στην ενημέρωση για την επίτευξη ενός καλού επιπέδου στοματικής υγείας σε τοπικό επίπεδο.

### 3. Η μετεγκατάσταση των Υπηρεσιών του Κ.Κ.Π.Π.Ι.

Οι Υπηρεσίες του Κ.Κ.Π.Π.Ι. του Δήμου, μπορούν να μετεγκατασταθούν στο χώρο ενός μελλοντικού Κ.Υ.Α.Τ.. Με τον τρόπο αυτό:

- ✓ θα παρέχεται όλο το πλαίσιο της κοινωνικής στήριξης και υγειονομικής περίθαλψης των δημοτών σε ενιαίο χώρο και
- ✓ θα υπάρχει προγραμματισμός και συντονισμός ανάπτυξης των δράσεων που θα συμβάλλουν στην υγιή, κοινωνική ανάπτυξη των δημοτών.

### 4. Η άμεση προμήθεια ΗΥ και η μηχανογράφηση των υπηρεσιών

Όπως προαναφέρθηκε, πέραν των οικονομικών κυρίως υπηρεσιών του Κ.Κ.Π.Π.Ι., οι υπόλοιπες Υπηρεσίες δεν διαθέτουν σύστημα μηχανογράφησης. Για το λόγο αυτό θα πρέπει:

- I. Να εξοπλιστούν όλες οι Υπηρεσίες του Κέντρου με το απαιτούμενο hardware.
- II. Να τοποθετηθεί λογισμικό γραμματείας που θα αντικαταστήσει το υφιστάμενο χειρόγραφο σύστημα.
- III. Να δημιουργηθεί σύστημα ηλεκτρονικού φακέλου υγείας των ασθενών, που θα περιέχει στοιχεία όπως ηλικία του ασθενή, προηγούμενα νοσήματα και θεραπευτικές αγωγές που χορηγήθηκαν κοκ.
- IV. Να δημιουργηθεί η ηλεκτρονική διασύνδεση με τους φορείς συνεργασίας που θα επιτρέψει ταχύτερη εξυπηρέτηση.

Τα οφέλη που ανακύπτουν από την αγορά και εγκατάσταση hardware και ειδικού software είναι πολλαπλά. Συγκεκριμένα:

- a. Οι οικονομικές και διοικητικές υπηρεσίες του Κέντρου, μπορούν να οργανωθούν πιο αποτελεσματικά και σε μικρότερους χρόνους.
- b. Η υπηρεσία της τηλεφωνικής εφημερίας θα γίνει πιο αποδοτική.
- c. Οι υπάλληλοι του Κέντρου θα έχουν τη δυνατότητα εξαγωγής στατιστικών στοιχείων και δεικτών που αποτελούν απαραίτητα εργαλεία για το σχεδιασμό ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και θα χρησιμοποιηθούν από τους διοικούντες για περαιτέρω αξιολόγηση και προγραμματισμό των υπηρεσιών. Ως παράδειγμα αναφέρεται, η δημιουργία νοσολογικού προφίλ του Δήμου, σε

συνεργασία με τη Ληξιαρχική Υπηρεσία, που θα επιτρέψει το σχεδιασμό δράσεων ενημερωτικού χαρακτήρα.

- d. Η άμεση ενημέρωση των δημοτών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες ανά τακτά χρονικά διαστήματα.
- e. Η συνεχής προβολή των δράσεων του Κέντρου μέσω internet, που θα προσελκύσει τόσο εθελοντές για προσφορά εργασίας όσο και νέες δωρεές και προσφορές για περαιτέρω ανάπτυξη του προσφερόμενου έργου.

##### 5. Δημιουργία γραφείου εξεύρεσης πόρων και δωρεών

Το γραφείο αυτό είναι στρατηγικής σημασίας, καθώς, οι μέχρι τώρα χρηματοδοτήσεις των δράσεων, προέρχονταν από την Ε.Ε. και το ελληνικό δημόσιο. Συνυπολογίζοντας λοιπόν:

- a. τους περιορισμένους χρηματικούς πόρους,
- b. τη συρρίκνωση του κράτους-πρόνοιας,
- c. τις συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες για περισσότερες και πιο ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και
- d. την ανάγκη εδραίωσης της Π.Φ.Υ.,

θα πρέπει να ανευρεθούν νέες πηγές χρηματοδότησης. Με ορθή μεθοδολογία και προγραμματισμό μπορούν να αυξηθούν οι χρηματικές ροές και να αναπτυχθεί πληθώρα προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Θα πρέπει ωστόσο να υπάρξει λεπτομερής σχεδιασμός και ακριβής κατανομή των πόρων, καθώς οι πηγές χρηματοδότησης αυτής της μορφής χαρακτηρίζονται από ασυνέχεια.

##### 6. Προσπάθεια ανάπτυξης εφαρμογών τηλεϊατρικής

Η εφαρμογή των νέων τεχνολογιών στις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει ιδιαίτερη άνθηση τα τελευταία χρόνια. Για το λόγο αυτό, πρέπει να υπάρξει μέριμνα για την εγκατάσταση ανάλογου δικτύου και την χρήση των εφαρμογών της τηλεϊατρικής. Η χρήση της τηλεϊατρικής και η διασύνδεση του Κέντρου με μονάδες που ήδη χρησιμοποιούν ανάλογες εφαρμογές:

- a. Θα υποβοηθήσει την εγκυρότερη διάγνωση.
- b. Θα μειώσει σταδιακά το φαινόμενο της «δεύτερης ιατρικής γνώμης» που οδηγεί σε επιπρόσθετη οικονομική επιβάρυνση τους ασθενείς και θα αυξήσει το ποιοτικό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών, παρέχοντας εντονότερο αίσθημα βεβαιότητας και σιγουριάς στον ασθενή.

- c. Θα αναπτύξει τις συνεργασίες του Κέντρου με άλλους φορείς, όπως το Κ.Υ. του Δήμου Περάματος, το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο κλπ.
- d. Θα θέσει τις βάσεις για την ανάπτυξη ενός ευρύτερου δικτύου Π.Φ.Υ. που θα στηρίζεται και στις σύγχρονες μεθόδους της τηλεϊατρικής.

#### 7. Η άμεση αναζήτηση εθελοντών

Η λειτουργία του Κέντρου, σε ότι αφορά τις υγειονομικές υπηρεσίες, στηρίζεται στην εθελοντική προσφορά. Συνεπώς, πρέπει να αναζητηθούν νέες και να αναπτυχθούν οι υφιστάμενες συνεργασίες με τοπικούς ιατρούς, διαφόρων ειδικοτήτων, που θα εξασφαλίζουν ευρύτερο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, πρέπει να εξασφαλιστεί και η ποιότητα των παρεχόμενων –από τους εθελοντές ιατρούς- υπηρεσιών. Για το λόγο αυτό θα διατηρηθεί και θα εμπλουτιστεί ο θεσμός των πρωτοκόλλων.

#### 8. Η περαιτέρω ανάπτυξη της δικτύωσης

Η δικτύωση του Κέντρου με λοιπούς φορείς του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα, κρίνεται αρκετά ικανοποιητική. Ωστόσο, η διεύρυνση του υφιστάμενου δικτύου θα υποβοηθήσει σημαντικά το έργο του Κέντρου ενώ μπορεί να αποτελέσει αφορμή για τον εμπλουτισμό των δράσεων του. Θα αναβαθμιστούν και θα διευρυνθούν οι παρεχόμενες υπηρεσίες, μέσω της εισαγωγής του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, ενώ παράλληλα, θα προσφέρονται υψηλής προσπελασιμότητας και διαθεσιμότητας υπηρεσίες.

#### 9. Η παρότρυνση ενεργούς συμμετοχής των πολιτών

Ο σχεδιασμός υπηρεσιών υγείας είναι συμμετοχική διαδικασία, που πρέπει να χαρακτηρίζεται από δημοκρατικές αρχές, εποικοδομητικό διάλογο, συνεισφορά απόψεων και ανταλλαγή εμπειριών. Συνεπώς, η ενεργός συμμετοχή των πολιτών κρίνεται απαραίτητη, καθώς αυτοί είναι οι τελικοί χρήστες. Μέσω της συνεργασίας με τους κοινωνικούς φορείς του Δήμου, μπορούν να χαραχθούν πολιτικές και δράσεις προαγωγής της υγείας, οι οποίες θα βελτιώσουν και το βιοτικό επίπεδο των κατοίκων της περιοχής.

#### 10. Η συμμετοχή του Δήμου στο Δ.Δ.Υ. & Κ.Α.

Η συμμετοχή του Δήμου στο Διαδημοτικό Δίκτυο, θα εξασφαλίσει την ανταλλαγή εμπειριών και απόψεων από λοιπούς Δήμους της χώρας που έχουν αναπτύξει ανάλογες δράσεις και έχουν συστήσει φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Η εμπειρία αυτή θα οδηγήσει σε βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ ο Δήμος, μέσω του Κ.Κ.Π.Π.Ι.,

θα μπορεί να συμμετάσχει σε προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας, εθνικής εμβέλειας και υπερτοπικής σημασίας.

#### 11. Η συστηματική λειτουργία του Γραφείου Υγιεινής και Ασφάλειας των εργαζομένων

Κρίνεται αναγκαία η λειτουργία του εν λόγω Γραφείου άμεσα σε πενθήμερη βάση. Πρέπει να αναζητηθεί τρόπος πρόσληψης τεχνικού ασφαλείας που, σε συνεργασία με τον ιατρό εργασίας, θα παρέχουν τις υπηρεσίες τους στους δημοτικούς υπαλλήλους, κυρίως σε όσους εκτελούν εξωτερικές και επικίνδυνες για τη δημόσια υγεία εργασίες.

#### 12. Η έκδοση ειδικού ενημερωτικού εντύπου

Με το μέσο αυτό θα ενισχυθεί η δημοσιοποίηση των δράσεων του Δήμου και του Κ.Κ.Π.Π.Ι. στον τομέα της παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ.. Συνάμα, μπορεί να λειτουργήσει ως μέσο ενημέρωσης, με ανάπτυξη ποικίλης θεματολογίας που θα διαπραγματεύεται στις σελίδες του. Η έκδοση του εντύπου μπορεί να καθοριστεί σε τακτή βάση, π.χ. διμηνιαία ή τριμηνιαία έκδοση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

#### 6.1. Συμπεράσματα

Όπως παρουσιάζουν τα Κεφάλαια 1 και 3 του παρόντος, το ελληνικό σύστημα υγείας σημειώνει εξελακτική πορεία τις τελευταίες δεκαετίες, συνακολουθώντας τις λοιπές ανεπτυγμένες χώρες, με βραδύτερους ωστόσο ρυθμούς. Στις χώρες αυτές, η Π.Φ.Υ. αποτελεί βασικό συστατικό των υγειονομικών συστημάτων, χαρακτηριζόμενο από συνέχεια και ποιοτικές υπηρεσίες. Στα συστήματα όπου η πρωτοβάθμια φροντίδα αποτελεί τη βάση, ο γενικός γιατρός –είτε ιδιωτεύοντας είτε λειτουργώντας μέσα στα Κ.Υ.- διαδραματίζει έναν ιδιαίτερα διευρυμένο ρόλο. Συγκεκριμένα, συντονίζει τη συνεργασία με φορείς της πρωτοβάθμιας όσο και της δευτεροβάθμιας περίθαλψης, αποτελώντας τον πυρήνα διατομιακής και διεπιστημονικής συνεργασίας.

Ωστόσο, στην Ελλάδα του 21<sup>ου</sup> αιώνα, η Π.Φ.Υ. εξακολουθεί να αποτελεί την «αχίλλειο πτέρνα» του υγειονομικού συστήματος, παρουσιάζοντας τα ακόλουθα γενικά χαρακτηριστικά:

- ✓ απουσία του θεσμού του γενικού ιατρού και παράλληλη πληθωριστική παρουσία γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων,
- ✓ πολυκερματισμό και έλλειψη ουσιαστικού συντονισμού δραστηριοτήτων,
- ✓ ανυπαρξία μηχανισμού ελέγχου και χρηματοοικονομικής διαχείρισης,
- ✓ έλλειψη διασύνδεσης με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη,
- ✓ κάλυψη πληθυσμιακών αναγκών στα αστικά κέντρα, από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα υποκαταστήματα του Ι.Κ.Α. και ιδιώτες ιατρούς και στις ημιαστικές και αγροτικές περιοχές από τα Κ.Υ., τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και ιδιώτες ιατρούς επίσης.

Άμεσο αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης είναι η παροχή υπηρεσιών, που χαρακτηρίζονται ως ασυνεχείς και διακρίνονται από έλλειψη πληρότητας και ποιότητας. Αυτό αιτιολογείται και από τη συνεχή επιβάρυνση της νοσοκομειακής περίθαλψης και την υπέρμετρη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα στη χώρα.

Ως αιτιακοί παράγοντες αυτής της παρακμάζουσας κατάστασης, μπορούν να κατονομαστούν οι κάτωθι:

1. Η έλλειψη βούλησης από την πλευρά της πολιτείας και η πολιτική ασυνέχεια στις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες. Η εκάστοτε ηγεσία του Υ.Υ.Κ.Α. δυσκολεύεται να αντιταχθεί στις αντιδράσεις που επιφέρουν οι μέχρι τώρα προσπάθειες αναβάθμισης του ρόλου της Π.Φ.Υ.. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αντίδρασης που οδηγεί σε πολιτειακή «αναδίπλωση», αποτελούν οι γιατροί του Ι.Κ.Α. και η αναμενόμενη αντίδραση τους στην απορρόφηση των υποκαταστημάτων του Ιδρύματος από το Ε.Σ.Υ., που ενισχύεται και από το κενό που σημειώνει ο σχετικός νόμος.
2. Η έλλειψη κουλτούρας και εμπιστοσύνης των Ελλήνων πολιτών στο σύστημα υγείας. Οποιαδήποτε αλλαγή πραγματοποιείται, κρίνεται «καχύποπτα» και δύσπιστα από τους ιδιώτες, καθώς οι προγενέστερες προσπάθειες ανασυγκρότησης του συστήματος, δεν επέφεραν θεαματικά αποτελέσματα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αντίθετα, ο τρόπος εφαρμογής τους κατέληξε σε μεγαλύτερη επιβάρυνση για τα οικογενειακά εισοδήματα.
3. Η υποχρηματοδότηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών και η ταυτόχρονη οικονομική ενίσχυση της δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Ζωντανό παράδειγμα αποτελούν τα Κ.Υ. των αγροτικών και ημιαστικών περιοχών, τα οποία παρουσιάζουν ιδιαίτερες ελλείψεις σε υλικοτεχνική υποδομή και σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
4. Η αδράνεια που επιδεικνύεται από την πλευρά της πολιτείας για την ενεργοποίηση του θεσμού των Κ.Υ.Α.Τ., η λειτουργία των οποίων προβλέπεται από το 1983 (Ν. 1397/83 – Ε.Σ.Υ.). Σημειώνεται πως σήμερα λειτουργούν μόνο δύο, στο Δήμο Βύρωνα και στα Καλύβια Αττικής.
5. Η ανεπαρκής ανάπτυξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και η έλλειψη πολιτικής διεύρυνσης της ειδικότητας -σε επίπεδο εκπαίδευσης και κατάρτισης- ως απόρροια ιδιωτικών συμφερόντων. Αποτέλεσμα είναι ο ιδιαίτερα μειωμένος αριθμός αποφοίτων γενικής ιατρικής που καταγράφεται στη χώρα και η σχετική «απαξίωση» της ειδικότητας, τόσο από το κοινωνικό σύνολο όσο και από το ιατρικό σώμα.

Τα Κεφάλαια 2 και 4, καταγράφουν τη δράση που ανέλαβε τα τελευταία χρόνια η Τ.Α. στον τομέα της υγείας – πρόνοιας. Στο πλαίσιο διεύρυνσης των αρμοδιοτήτων της, η πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση, έχει επιδείξει σημαντική πρωτοβουλία για την ανάπτυξη των σχετικών υπηρεσιών, χωρίς ωστόσο αυτές να συνοδεύονται από ανάλογη μεταφορά πόρων. Στο πλαίσιο αυτό λοιπόν, οι Ο.Τ.Α. συγκροτούν ένα σύνολο παρεμβάσεων (προληπτικές δράσεις, σύσταση προνοιακών φορέων) που στοχεύουν στην βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των πληθυσμιακών ομάδων-στόχων στους οποίους απευθύνονται.

Απώτερος δε στόχος είναι η επίτευξη της κοινωνικής συνοχής και αλληλεγγύης των τοπικών πληθυσμών.

Η -μέχρι τώρα- κοινή λειτουργία των δομών υγείας και πρόνοιας, κατέδειξε την ανάγκη συνεργασίας των κοινωνικών και υγειονομικών υπηρεσιών, προκειμένου οι υλοποιούμενες παρεμβάσεις να αποδίδουν τα αναμενόμενα οφέλη. Μέσω της δημιουργίας ολοκληρωμένων δικτύων φροντίδας, οι Ο.Τ.Α. κατορθώνουν να επιτυγχάνουν τους στόχους τους. Ο δε πυρήνας της δραστηριοποίησης των πρωτοβάθμιων Ο.Τ.Α. της χώρας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, είναι διττός, καθώς εξασφαλίζουν αφενός ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας στον τοπικό πληθυσμό και αφετέρου την συνοχή της κοινωνίας που εντάσσεται στα διοικητικά του όρια. Σε περίπτωση μάλιστα ανάπτυξης διαδημοτικών συνεργασιών, οι δράσεις αυτές λαμβάνουν υπερτοπικό χαρακτήρα και δεν περιορίζονται στην περιοχή ευθύνης των δήμων μόνο.

Οι δομές που έχουν δημιουργηθεί και τα προνοιακά προγράμματα που υλοποιούνται (Κ.Α.Π.Η., Κ.Δ.Α.Π., Κ.Η.Φ.Η.), χρηματοδοτούνται είτε από τα Κ.Π.Σ. είτε από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Ο νέος θεσμός ο οποίος συμπληρώνει, με νοσηλικούς ρυθμούς, την υπολειπόμενη Π.Φ.Υ. στη χώρα, είναι τα δημοτικά ιατρεία, τα οποία διεκδικούν σθεναρά -στα μεγάλα αστικά κέντρα- να μετατραπούν σε Κ.Υ.Α.Τ.. Στις περισσότερες περιπτώσεις στελεχώνονται με γενικούς γιατρούς, το έργο των οποίων συνεπικουρείται από πλήθος ειδικοτήτων (γυναικολόγοι, οδοντίατροι, παθολόγοι, ορθοπαιδικοί κ.ο.κ.) οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε εθελοντική βάση.

Με την ανάπτυξη δράσεων παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. από την Τ.Α. αποκομίζονται βασικά οφέλη. Συγκεκριμένα:

1. Καλύπτεται το «κενό» της πρωτοβάθμιας φροντίδας που ανακύπτει από τον υφιστάμενο τρόπο λειτουργίας των αντίστοιχων μονάδων του Ε.Σ.Υ..
2. Ικανοποιούνται οι τοπικές πληθυσμιακές ανάγκες.
3. «Παροτρύνεται» η πολιτεία για επανασχεδιασμό του συστήματος που θα λειτουργεί αποκεντρωτικά και σε συλλογική βάση και
4. τονώνεται η πίστη των κατοίκων στην Τ.Α..

Το βασικό πλεονέκτημα των Ο.Τ.Α. έναντι του κρατικού μηχανισμού, είναι η αμεσότητα της αντίληψης και αντίδρασης. Βασική προϋπόθεση όμως είναι η ύπαρξη καναλιών επικοινωνίας και μηχανισμών αξιολόγησης των συνθηκών που επικρατούν.

Οι υφιστάμενες προσπάθειες ανάπτυξης υγειονομικών υπηρεσιών από τους Ο.Τ.Α., εμφανίζουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:



1. Αποτελούν μεμονωμένες προσπάθειες δημοτικών αρχών, χωρίς να εκφράζουν το σύνολο ή έστω την πλειοψηφία των πρωτοβάθμιων Ο.Τ.Α. της χώρας.
2. Ο κρατικός συγκεντρωτισμός είναι εμφανής, καθώς δεν υπάρχει νομικό πλαίσιο για την ενεργοποίηση των Ο.Τ.Α. προς αυτή την κατεύθυνση.
3. Δεν υπάρχει συλλογικός σχεδιασμός και στρατηγική στον συγκεκριμένο τομέα, επιβεβαιώνοντας έτσι το συγκεντρωτικό κράτος.
4. Οι πρωτοπόρες δράσεις λαμβάνουν ανεπαρκή έως και μηδενική χρηματοδότηση από την κεντρική διοίκηση.
5. Βασικό συστατικό τους είναι η εθελοντική προσφορά εργασίας από το ιατρικό σώμα, με αποτέλεσμα να αναλαμβάνουν βασικό και όχι επικουρικό ρόλο.

## 6.2. Προτάσεις

Κάθε μελλοντική μεταρρύθμιση που θα επιχειρηθεί, για την αναμόρφωση του συστήματος υγείας και την ουσιαστική ενεργοποίηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας ως -λειτουργικά- ουσιαστικό κομμάτι του συστήματος, θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από:

1. την πολιτική βούληση, σταθερότητα και συνέχεια,
2. την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών στον πολίτη και
3. τη ενεργό συμμετοχή τόσο των πολιτών όσο και του ιατρικού σώματος.

Μία δέσμη μέτρων, που μπορεί να υιοθετηθεί για την αναβάθμιση της Π.Φ.Υ. στη χώρα είναι:

1. Η ανάπτυξη και εφαρμογή πλήρως αποσαφηνισμένου νομοθετικού πλαισίου που θα ενισχύσει ιδιαίτερα την Π.Φ.Υ., μέσω της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας.
2. Η άμεση σύσταση Κ.Υ.Α.Τ. στις αστικές περιοχές. Με τον τρόπο αυτό θα αναπτυχθούν οι νέες δομές που απαιτούνται για την κάλυψη των υφιστάμενων κενών που παρατηρούνται στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα υποκαταστήματα του Ι.Κ.Α..
3. Η θεσμική ενίσχυση του γενικού/οικογενειακού γιατρού, δρώντας εκ παραλλήλου τόσο στην ενίσχυση της εκπαίδευσής τους όσο και στην λειτουργία τους μέσα στο σύστημα υγείας, αποσαφηνίζοντας παράλληλα τον τρόπο αποζημίωσής τους. Αυτό επιτυγχάνεται με:

- a. Αλλαγές στο εκπαιδευτικό σύστημα (προπτυχιακό και μεταπτυχιακό) της ιατρικής επιστήμης.
  - b. Επανεκπαίδευση υπαρχόντων ιατρών στη γενική ιατρική, προκειμένου να συμπληρωθούν άμεσα τα κενά, παρέχοντας τους κίνητρα.
4. Η θέσπιση της συνεχούς και ανατροφοδοτούμενης εκπαίδευσης όλου του προσωπικού που υπηρετεί στην Π.Φ.Υ., προκειμένου να μπορούν να ανταπεξέλθουν επιτυχώς στις υγειονομικές, επιστημονικές και κοινωνικό-οικονομικές εξελίξεις.
  5. Η απόδοση κινήτρων στο υπάρχον προσωπικό ώστε να στελεχωθούν οι απομακρυσμένες περιφερειακές μονάδες και να εξαλειφθούν οι περιφερειακές ανισοκατανομές στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
  6. Η επιμόρφωση και ενεργοποίηση του προσωπικού των Κ.Υ. για τη διενέργεια επιδημιολογικών μελετών, τα πορίσματα των οποίων θα χρησιμοποιηθούν στο σχεδιασμό προγραμμάτων προαγωγής της υγείας μελλοντικά.
  7. Η εφαρμογή προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου σε νοσήματα που παρουσιάζουν έξαρση σε συνεργασία με τους γενικούς ιατρούς και τα Κ.Υ..
  8. Η δημιουργία συστήματος ελέγχου των εμβολιασμών τόσο για τους μαθητές όσο και για ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες, προκειμένου να προστατευτεί η δημόσια υγεία.
  9. Η παράλληλη ανάπτυξη δράσεων ενίσχυσης ατόμων που εμφανίζουν ψυχολογικά νοσήματα και σωματικές αναπηρίες.
  10. Η δημιουργία και ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος καθώς και ικανοποίησης ασθενών, τα αποτελέσματα των οποίων θα χρησιμοποιούνται για οποιαδήποτε μελλοντική μεταρρύθμιση-διόρθωση του συστήματος.
  11. Η πλήρης μηχανοργάνωση των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και η ηλεκτρονική τους διασύνδεση.
  12. Η ανάπτυξη και διάδοση εφαρμογών τηλεϊατρικής.

Τέλος, ο ρόλος της Γ.Α. στην παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και η αναβάθμιση των υφιστάμενων δομών, μπορεί να εξασφαλιστεί με τους κάτωθι τρόπους:

- ✓ Εξεύρεση πόρων για τη συντήρηση και περαιτέρω εξέλιξη τόσο των προνοιακών δομών όσο και των δομών υγειονομικής περίθαλψης. Βασικό μέτρο θα μπορούσε

να αποτελέσει η επιβολή φορολογίας σε τοπικό επίπεδο, μέτρο το οποίο έχει εφαρμοστεί στις υπό εξέταση χώρες και έχει αποδώσει<sup>74</sup>.

- ✓ Ανάπτυξη θεσμικού πλαισίου για τη νομική κατοχύρωση των δημοτικών ιατρείων.
- ✓ Άμεση επέκταση των δράσεων των δημοτικών ιατρείων σε συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες, για παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας. Μακροπρόθεσμα, να προβλεφθεί η μετατροπή τους σε Κ.Υ.Α.Τ..
- ✓ Ενίσχυση των πόρων –υλικών και ανθρώπινων- των δημοτικών ιατρείων.
- ✓ Αξιοποίηση της εθελοντικής προσφοράς, με τρόπο επικουρικό και όχι ουσιαστικό, όπως συμβαίνει τώρα. Κι αυτό γιατί στην υφιστάμενη κατάσταση λειτουργίας, ελλοχεύει συνεχώς ο κίνδυνος της ασυνέχειας των παρεχόμενων υπηρεσιών, λόγω πιθανής διακοπής συνεργασίας των ιατρών.
- ✓ Διαδικτύωση των Ο.Τ.Α. μέσω ενιαίου φορέα (π.χ. Δ.Δ.Υ. & Κ.Α.) και ενίσχυση αυτού, θεσμική και οικονομική, από την πολιτεία. Με τον τρόπο αυτό θα υπάρξει ενιαίος σχεδιασμός, στρατηγική και όραμα, στοιχεία που εκλείπουν στην παρούσα φάση.
- ✓ «Αποκαθήλωση» της νομαρχιακής αυτοδιοίκησης από πράξεις τυπικού χαρακτήρα (έκδοση αδειών καταστημάτων) και ανάληψη πρωτοβουλίας για ουσιαστική δράση σε θέματα δημόσιας υγείας και πρόληψης.
- ✓ Επέκταση συνεργασιών με φορείς παροχής υγειονομικών υπηρεσιών και ερευνητικά κέντρα για την καταγραφή της υγείας των τοπικών πληθυσμών και τη διενέργεια ερευνών για ειδικό θέματα και νοσήματα.
- ✓ Δημιουργία συμπράξεων με ιδιωτικούς φορείς (διαγνωστικά κέντρα κλπ).
- ✓ Συντονισμός δράσεων Π.Ε.Σ.Υ.Π. (Δ.Υ.Π.Ε.) και Ο.Τ.Α. μέσω προγραμματικών συμβάσεων.
- ✓ Κατάρτιση δεικτών ποιότητας και συστήματος αξιολόγησης.

<sup>74</sup> Σημειώνεται ότι σε σχετική έρευνα που πραγματοποίησε το Τμήμα Διοικητικής Επιστήμης και Οικονομικών της Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, για τη διερεύνηση των τάσεων, απόψεων και αντιλήψεων των πολιτών σχετικά με το σύστημα υγείας της χώρας, ποσοστό 75,7% των ερωτηθέντων θεωρεί ότι η Τ.Α. μπορεί να αποδώσει αξιόπιστες λύσεις στα προβλήματα υγείας που εμφανίζουν οι ίδιοι. Παράλληλα, ποσοστό 70% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι προτίθεται να πληρώσει και σχετικό φόρο προς τους Ο.Τ.Α. για την ανάπτυξη των ανάλογων υπηρεσιών υγείας. Βλ. σχετ. άρθρο «Που υστερούν τα νοσοκομεία», Εφημ. ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ, φύλλο της 09/05/2004.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αμίτσης Γαβριήλ, «*Αρχές οργάνωσης και λειτουργίας του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας. Το Ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η Ευρωπαϊκή εμπειρία*», Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση, 2001.

Βερυκοκίδης Ιωάννης, «*Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και η εφαρμογή του στην Ελλάδα*», Διπλωματική εργασία, Πάτρα, Ε.Α.Π., Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», 2003.

Βλασσάς Παναγιώτης, «*Δήμος Νέας Ιωνίας, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής*», Δήμων Υγεία, τευχ. 2, Απρίλιος – Ιούνιος 2006.

Γετίμης Π. – Χλέπας Ν., «*Αρμοδιότητες και συγκρότηση της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα: Προοπτικές αναβάθμισης*», Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Αστικού Περιβάλλοντος και Ανθρώπινου Δυναμικού, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Νοέμβριος 2005.

Γεωργούση Ε. – Κυριόπουλος Γ., «*Τα εργασιακά χαρακτηριστικά των γενικών-οικογενειακών γιατρών στην Ελλάδα: Σκιαγράφηση των διαφοροποιήσεων εντός του συστήματος*», στο «*Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*», Αθήνα, Εκδ. Θεμέλιο, 1996, σσ. 120-134.

Γεωργούση Ε. – Οικονόμου Χ. – Δανιηλίδου Ν. – Κυριόπουλος Γ., «*Αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας από τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων*», στο «*Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα*», Αθήνα, Εκδ. Θεμέλιο, 2002, σσ. 164-182.

Δήμος Κερατσινίου, «*Α' Φάση Γενικού Πολεοδομικού Σχεδίου*».

Δήμος Κερατσινίου, «*Αναθεώρηση Γενικού Πολεοδομικού Σχεδίου Δήμου Κερατσινίου*», Στάδιο Β2, Πρόταση.

Ε.Ε.Τ.Α.Α., «*Κοινωνική πολιτική και τοπική αυτοδιοίκηση. Παρούσα κατάσταση και προοπτικές*», Αθήνα, 1995.

Ε.Ε.Τ.Α.Α., «*Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων*», Αθήνα, 2006.

Έλληνας Δημήτριος, «*Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθένειας σε σύστημα υγείας*», Επιθεώρηση Υγείας, Τόμ. 16, τευχ. 94, Μάιος-Ιούνιος 2005, σσ. 42-46.

Ελληνικό Ινστιτούτο Διοικητικών Επιστημών, «*Η δημόσια διοίκηση στην Ελλάδα*», Επιμ. Σπηλιωτόπουλος Μ., Μακρυνδημήτρης Αντ., Αθήνα, Εκδ. Σάκκουλα, 2001.

«*Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Αττικής*», Προγραμματική Περίοδος 2007-2013, Αθήνα, Μάρτιος 2007.

Θεοδώρου Μ., «*Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη στο ΙΚΑ. Συγκριτική διερεύνηση δύο προτύπων οργάνωσης οικογενειακού γιατρού*», Αθήνα, Ινστιτούτο Μελέτης και Οργάνωσης Συστημάτων Υγείας, 1993.

Θεοδώρου Μ. - Σαρρής Μ. - Σούλης Σ., «*Συστήματα Υγείας*», Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση, 2001.

Ι.Κ.Α., «*Δικαιούχοι περίθαλψης έτους 2001*», Αθήνα, Διεύθυνση Αναλογικών Μελετών και Στατιστικής, 2001.

Καλομοίρη Δημητρούλα, «*Μελέτη και αξιολόγηση της χρήσης και λειτουργίας των Κέντρων Υγείας, στο τομέα της παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις πληθυσμιακές ομάδες των ημιαστικών και αγροτικών περιοχών της Περιφέρειας Πελοποννήσου*», Διπλωματική εργασία, Πάτρα, Ε.Α.Π., Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πρόγραμμα σπουδών «*Διοίκηση Μονάδων Υγείας*», Μάιος 2006.

Κοσικίδης Γεώργιος, «*Δήμος Αργυρούπολης. Η υγεία του.*», *Δήμων Υγεία*, τευχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 2006.

Κουκλάκη Δέσποινα, «*Ακριβή μου υγεία... 1,6 τρις. δρχ. από την τσέπη των Ελλήνων για... δωρεάν περίθαλψη*», Εφημερίδα «*ΤΑ ΝΕΑ*», φύλλο της 17/11/2003.

Κουκλάκη Δέσποινα, «*Απαξιώνουν το Ε.Σ.Υ. μειώνοντας τις δαπάνες για την υγεία*», Εφημερίδα «*ΤΑ ΝΕΑ*», φύλλο της 28/07/2007.

Κουκλάκη Δέσποινα, «*Οικογενειακός, αλλά άγνωστος. Στην Ευρώπη τον θεωρούν απαραίτητα γιατρό, στην Ελλάδα αντιστοιχεί ένας στους 10.000*», Εφημερίδα «*ΤΑ ΝΕΑ*», φύλλο της 02/05/2006.

Κουρή-Ζαραφονίτη Τούλα, «*Η σημασία της Πρόληψης στην σύγχρονη εποχή και η συμβολή της αγωγής για την υγεία στην Πρόληψη*», *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Τομ. 2, τευχ. 3, 1987, σσ. 22-25.

Κρεμαλής Κωνσταντίνος, «*Το δίκαιο της υγείας*», Αθήνα, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2004, Τόμ. Α'.

Μαργιόλη Μαρία, Πρεβεζάνου Κωνσταντίνα, «*Μεγάλη Βρετανία. Το γνωστότερο Εθνικό Σύστημα Υγείας και οι μεταρρυθμίσεις του*», *Ιατρικό Βήμα*, Τεύχ. 33, Σεπτέμβριος - Οκτώβριος 1993, σσ. 38-45.

Μερτζάνος Γεώργιος, «*Δημοτικά Ιατρεία Παλλήνης*», *Δήμων Υγεία*, τευχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 2006.

Μπάκαβος Ι. - Αποστολάκης Ι., «*Υπηρεσίες Τηλεϋποστήριξης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*», *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, Τομ. 15, τευχ. 19, Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2004, σσ. 41-47.

Μπένος Αλέξης, «*Ανταγωνισμός ή αλληλεγγύη: Η πρόταση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*» στο «*Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*», Αθήνα, Εκδ. Θεμέλιο, 1995, σσ. 137-147.

Μπέσιλα-Βήκα Ευρυδίκη, «*Τοπική Αυτοδιοίκηση*», Αθήνα, Κ.Ε.ΔΙ.Τ.Α.Α., Πάντειο Πανεπιστήμιο, Εκδ. Σάκκουλας, 2004, Τομ. Α'.

Μπουρνελές Νικόλαος, «*Δημοτικά Ιατρεία Δήμου Δάφνης. Συμβουλευτικός Σταθμός Πρωτοβάθμιας Φροντίδας – Πρόληψης*», *Δήμων Υγεία*, τευχ. 5, Φεβρουάριος-Απρίλιος 2007.

Μωραΐτης Ευάγγελος, «*Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Εφικτή λύση ή ουτοπία*» στο «*Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*», Αθήνα, Εκδ. Θεμέλιο, 2000.

Μωραΐτης Ευάγγελος, «*Οι σύγχρονες τάσεις παροχής υπηρεσιών υγείας και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*», Σημειώσεις σπουδαστών Π.Μ.Σ. «Διοίκηση της Υγείας», Ιανουάριος 2006.

Ντικμπασάνη Γεωργία, Διπλωματική εργασία με θέμα «*Τηλεϊατρική στην Ελλάδα. Η περίπτωση του Σισμανόγλειου νοσοκομείου και η περίπτωση του Δήμου Περάματος Αττικής*», Πειραιάς, Π.Μ.Σ. «Διοίκηση της Υγείας», 2006.

Οικονόμου Χαράλαμπος, «*Πολιτικές υγείας στην Ελλάδα και τις ευρωπαϊκές κοινωνίες*», Αθήνα, Εκδ. Διόνικος, 2004.

Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, «*ΥΓΕΙΑ 21, Υγεία για όλους τον 21<sup>ο</sup> αιώνα*», Μετ.-Επιμ. Δημοσιάτης Γιάννης, Αθήνα, Εκδ. ΤΥΠΩΘΗΤΩ, 2002.

Παπαδημούλη – Βατσακλή Ευανθία, «*Δήμος Ανκόβρυσης. Πρόληψη υγείας*», *Δήμων Υγεία*, τευχ. 2, Απρίλιος – Ιούνιος 2006.

Παρασκευόπουλος Λεωνίδας, «*Συστήματα υγείας. Θέματα οργάνωσης και διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας*», Σημειώσεις διδασκαλίας, ΤΕΙ Καλαμάτας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας Πρόνοιας, Καλαμάτα 2006.

Πολύζος Νικόλαος, «*Υγεία και κοινωνική πολιτική στο Δήμο*», Διδακτικό βοήθημα, Τμήμα Δ.Μ.Υ.Π., Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, 2006.

Πουλής Παναγιώτης, «*Εισαγωγή στο Δημόσιο Δίκαιο*», Γ' έκδοση, Αθήνα-Κομοτηνή, Εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2007.

Σακέλλης Ιωάννης, «*Πληθυσμός και εργατικό δυναμικό στην Ελλάδα. Μορφολογία και διαχρονικές εξελίξεις*», Αθήνα, Εκδ. Μπένου, 2001.

Σαρρής Μάρκος, «*Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*», Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση, 2001.

Σκαμνάκης Χριστόφορος, «*Τοπική αυτοδιοίκηση και υπηρεσίες υγείας*» στο «*Πολιτική και Οικονομία της Υγείας*», Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής, Εκδ. Παπαζήση, 2007, σσ. 181-201.

«*Σκανδαλίδης: Κέντρα Υγείας τα δημοτικά ιατρεία*», Εφημερίδα «ΤΑ ΝΕΑ», φύλλο της 25/07/2006.

Σουλιώτης Κ. – Λιόνης Χ., «Λειτουργική ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Μια πρόταση για την άρση του αδιέξοδου», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμ. 20, τευχ. 5, 2003, σσ. 466-476.

Σπυρίδων Σπύρος, «Δήμος Πόρου. Η υγεία των πολιτών πρώτη προτεραιότητα του Δήμου», Δήμων Υγεία, τευχ. 2, Απρίλιος-Ιούνιος 2006.

Συμεωνίδης Αθανάσιος, «Ανθρώπινοι πόροι στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», στο «Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία», Αθήνα, Εκδ. Θεμέλιο, 2000, σσ. 79-88.

««Σφήνα» στο Ε.Σ.Υ. από τον δήμαρχο Αθηναίων», Εφημερίδα «Καθημερινή», φύλλο της 09/03/2007.

Ταβλαντά Μ. – Τζιάρου Κ. – Χασιώτη Α. – Λιάτας Δ. – Ταβλαντά Θ. – Ζαντόπουλος Γ.Ζ. – Πογιατζής Κ. – Ταβλαντάς Π., «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) στις επαρχίες Άργους-Ναυπλίας του Νομού Αργολίδας. Παρόν και προσδοκίες», Ιατρικό Βήμα, τευχ. Σεπτ.-Οκτώβρ. 2006, σσ. 68-75.

Τομαρά-Σιδέρη Ματούλα, «Η ελληνική τοπική αυτοδιοίκηση (κοινότητα βίου – κράτος – πολιτική)», Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση, 1999.

Τούντας Γιάννης, «Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας», Νέα Υγεία, τευχ. 31, Ιανουάριος-Μάρτιος 2001, σσ. 4-11.

Τσέκος Θεόδωρος, «Αρχές διοίκησης δημοσίων οργανισμών», Σημειώσεις μαθήματος, ΤΕΙ Καλαμάτας, Τμήμα Τοπικής Αυτοδιοίκησης, 2005.

Τσίμτσιου Ζ., «Η σχέση ιατρού-ασθενή και το ανθρωποκεντρικό μοντέλο ιατρικής πράξης: Μια πρόκληση για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τόμ. 18, τευχ. 1, 2006, σσ. 42-48.

Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, «Μελέτη για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Ανάλυση και δομή του συστήματος», Αθήνα, Ιούνιος 1994.

Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, «Οδηγός για την υλοποίηση και λειτουργία προνοιακών δομών και προγραμμάτων στο χώρο της τοπικής αυτοδιοίκησης», Αθήνα, Ιούλιος 2003.

Υφαντόπουλος Γ, Πολυγένη Δ., Τακουμάκης Ι., «Το βρετανικό σύστημα υγείας», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τομ. 22, τευχ. 1, 2005, σσ. 73-96.

WONCA, «Ο ευρωπαϊκός ορισμός της γενικής οικογενειακής ιατρικής», Επιμ. Μετ. Λιόνης Χ. – Συμεωνίδης Α., Μετ. Σπαθαράκης Γ., Ευρώπη, 2002.

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Bäck Henry, Johansson Folke, Tedros Adiam, «*The Swedish National Report, Participation, Leadership and Urban Sustainability*», Göteborg University, School of Public Administration and Department of Political Science, February 2004.

Calltorp Johan, “*Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway*”, Health Policy, Vol. 50, 1999, pp. 1-22.

Glenngard Anna, Hjalte Frida, Svensson Marianne, Anell Anders, Bankayskaite Vaida, “*Health Systems in Transition, Sweden*”, European Observatory of Health Systems and Policies, 2005.

Green A. et al., “*Primary Health Care and England: The coming of age of Alma Ata?*”, Health Policy, Vol. 80 (2007), pp. 11–31.

Hanssen Gro Sandkjær, Klausen Jan Erling, Vabo Signy Irene, “*Participation, Leadership and Urban Sustainability, National Report – Norway*”, Norwegian Institute for Urban and Regional Research, 2004.

Hagen Terge – Kaarboe Oddvar, “*The Norwegian hospital reform of 2002: Central government takes over ownership of public hospital*”, Health Policy, 76 (2006), pp. 320-333.

Lian Olaug, “*Convergence or Divergence? Reforming Primary Care in Norway and Britain*”, The Milbank Quarterly, Vol. 81, No. 2, 2003, pp. 305-330.

Lofgren Ragnar, «*The Swedish Health Care System: Recent Reforms, Problems, and Opportunities*», Public Policy Sources, Vol. 59, July 2002, pp. 1-48.

Ministry of Local Government and Regional Development, “*Local Government in Norway*”, Information Brochure.

Montin Stig, “*Between fragmentation and co-ordination: The changing role of local government in Sweden*”, Public Management, Vol. 2, Issue 1, 2000, pp. 1–23.

“*National Health Plan for Norway*”, Proposition to the storting No. 1, 2006-2007.

Rae David, “*Getting better value for money from Sweden's healthcare system*”, OECD, Economics Department, Working Papers No. 443, 20 Sept. 2005.

Rummery Kirstein, Coleman Anna, “*Primary health and social care services in the UK: progress towards partnership?*”, Social Science & Medicine, Vol. 56 (2003) , pp. 1773–1782.

Sandberg Siv, “*Local Government in Finland*”, Institute for Comparative Nordic Politics and Administration, Abo Akademi University, 2004.



The Information Center, "*Staff in the NHS, 2006. An overview*", Part of the Government Statistical Service, 2006.

Wollmann Hellmut, "*Local Government Reforms in Great Britain, Sweden, Germany and France: Between Multi-Function and Single-Purpose Organisations*", Local Government Studies, Vol. 30, No. 4, Winter 2004, pp. 639 – 665.

W.H.O., "*The First Ten Years of W.H.O.*", Annex Constitution of the W.H.O., Geneva, 1958.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

## ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

<http://ypes.gr>

<http://www.kedke.gr>

<http://www.mohaw.gr>

<http://www.elegeia.gr>

<http://www.info3kps.gr>

<http://www.statistics.gr>

[http://www.holargos.gr/common\\_utilities.surgeries.php](http://www.holargos.gr/common_utilities.surgeries.php)

<http://www.agiaparaskevi.gr/html/ygeia.html#1>

<http://www.agiavarvara.gr/indexgreek.htm>

<http://www.egaleo.gr/index.htm>

<http://www.hcvyrona.gr/index.php>

<http://www.kifissia.gr/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=5>

[http://www.dimospefkis.gr/iatrio/Iatr\\_Yp\\_iatrio.html](http://www.dimospefkis.gr/iatrio/Iatr_Yp_iatrio.html)

<http://www.cityofrentis.gr/newsite/general.asp?pageId=12>

<http://www.perama.gr>

[http://www.rhodes.gr/portal\\_gr/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=591](http://www.rhodes.gr/portal_gr/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=591)

<http://www.eleftherio-kordelio.gr/index.php?menuid=43>

[http://www.ioannina.gr/dim\\_iatreia.htm](http://www.ioannina.gr/dim_iatreia.htm)

[http://www.sofades.gr/default.asp?id=112&mnu=71&LangID=Greek\\_Iso](http://www.sofades.gr/default.asp?id=112&mnu=71&LangID=Greek_Iso)

<http://www.ampelona.gr/main.asp?id=12>

<http://www.volos-city.gr/ecportal.asp?id=177&nt=19&lang=1>

[http://www.dimosmouresiou.gr/organ\\_details.asp?id=6](http://www.dimosmouresiou.gr/organ_details.asp?id=6)

<http://www.keratsini.gr>