

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

2008 - 2012



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Αθήνα 2008

Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Γραφείο Γενικού Γραμματέα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

**Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας
Συντονιστής Μονάδας: Αλέξης Ζορμπάς**

**Συντονίστρια Εθνικού Σχεδίου Δράσης
για τη Δημόσια Υγεία - Επιμέλεια: Έφη Σίμου**

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία Επιστημονική - Γνωμοδοτική Επιτροπή

Πρόεδρος **Γιάννης Κυριόπουλος**, Καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Μέλη **Γιάννης Αλαμάνος**, Αναπληρωτής Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Πατρών, Εργαστήριο Υγιεινής

Γιώργος Αρσένης, Επίκουρος Καθηγητής Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Νικόλαος Βακάλης, Κοσμήτωρ Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, Καθηγητής Τομέα Παρασιτολογίας, Εντομολογίας και Τροπικών Νόσων

Αλκιβιάδης Βατόπουλος, Καθηγητής Μικροβιολογίας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Γιάννης Δημολιάτης, Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Εργαστήριο Υγιεινής

Ιωάννης Ιωαννίδης, Καθηγητής Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Τζένη Κουρέα-Κρεμαστινού, Καθηγήτρια Δημόσιας Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Θεόδωρος Κωνσταντινίδης, Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Χρήστος Λιονής, Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Νίκος Μανιαδάκης, Επίκουρος Καθηγητής Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστήμιο Πειραιά

Παναγιώτης Μπεχράκης, Αναπληρωτής Καθηγητής Φυσιολογίας Αναπνοής Πανεπιστημίου Αθηνών

Κωνσταντίνος Μπουραντάς, Καθηγητής Αιματολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Ελπίδα Πάβη, Διευθύντρια Σπουδών, Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Θεόδωρος Παπαδημητρίου, Γενικός Διευθυντής Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων

Αναστασία Ρουμελιώτου, Καθηγήτρια Επιδημιολογίας και Βιοστατιστικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Γιάννης Τούντας, Αναπληρωτής Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Χρήστος Χατζηχριστοδούλου, Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Ευχαριστίες

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναγνωρίζει και ευχαριστεί τους επιστήμονες και εκπροσώπους της Κοινωνίας των Πολιτών, οι οποίοι με ενδιαφέρον και υπευθυνότητα κατέθεσαν τις επιστημονικές τους απόψεις και εμπλούτισαν το σχεδιασμό και το περιεχόμενο του παρόντος σχεδίου με κείμενα, δεδομένα, συστάσεις, διορθώσεις και προτάσεις.

Συγκεκριμένα ευχαριστούμε τους κ.κ.:

Η. Αγγελόπουλο, Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρική Σχολή, **Δ. Αγραφιώτη**, Καθηγητή Κοινωνιολογίας Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, **Ε. Αλεξοπούλου - Βράχνου**, Αναισθησιολόγο, Δ/ντρια Αναισθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου Ογκολογικού Νοσ. Ι.Κ.Α. «Γ. Γεννηματάς»/ Μέλος Ελληνικής Εταιρίας Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και μη Ασθενών (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α), **Π. Αλεξίου**, Πρόεδρο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, μέλος Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, **Ε. Αλευρίτου**, Πρόεδρο ΕΚ.ΠΟΙ.ΖΩ., **Ε. Αλφιέρη**, Παιδίατρο Αναπτυξιολόγο, Πανελλήνια Ένωση Σπάνιων Παθήσεων (Π.Ε.Σ.ΠΑ.), **Ε. Αναστασίου**, Αναισθησιολόγο, Δ/ντή Αναισθησιολογικού Τμήματος και Ιατρείου Πόνου Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο»/ Πρόεδρο Ελληνικής Εταιρίας Αλγολογίας (πρώην Ελληνική Εταιρία Πόνου), **Α. Αντωνιάδη**, Καθηγητή Μικροβιολογίας Τμήματος Ιατρικής Σχολής Επιστημών Υγείας Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, **Α. Αντωνιάδου**, Λέκτορα Δ' Παθολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. «Αττικόν», **Σ. Αντωνοπούλου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Διευθύντρια του Εργαστηρίου Βιολογίας, Πρόεδρο Τμήματος Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Αντιπρύτανη Οικονομικού Προγραμματισμού και Ανάπτυξης, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, **Ε. Αποστολοπούλου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια - Νοσηλεύτρια με αντικείμενο «Λοιμώξεις» στο Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, **Π. Αργυροπούλου - Πατάκα**, Καθηγήτρια Πνευμονολογίας Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., **Μ. Αστρίτη**, Παθολόγο, Λοιμωξιολόγο Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», **Α. Βαδαλούκα**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, Θεραπείας Πόνου και Φροντίδας Γ.Ν.Α. «Αρεταίειον»/ Πρόεδρο Ελληνικής Εταιρίας Παρηγορητικής και Συμπτωματικής Φροντίδας Καρκινοπαθών και μη Ασθενών (ΠΑΡΗ.ΣΥ.Α), **Α. Βακαλοπούλου**, Υπεύθυνη Επικοινωνίας Μονάδας Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας Υ.Υ.Κ.Α., **Γ. Βαλλιανάτο**, Μέλος μη-κυβερνητικής οργάνωσης, **Ι. Βάλτο**, Ιατρό Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., Προϊστάμενο τμήματος Προστασίας και Προαγωγής Δημόσιας Υγείας, Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής Υ.Υ.Κ.Α., μέλος της Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, **Μ. Βαρελή**, Υπεύθυνη Τμήματος Εκπαίδευσης ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Σ. Βασίλαρο**, Επίκουρο Καθηγητή, Πρόεδρο Ελληνικής Αντικαρκινικής Δράσης, **Α. Βεϊζή**, Ιατρό, Μέλος «Γιατροί Χωρίς Σύνορα» Ελλάδος, **Ε.Ν. Βελονάκη**,

Βιοπαθολόγο - Υγιεινολόγο, Ειδικό Κοινωνικής Ιατρικής, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, **Μ. Βιολάκη**, Επίτιμη Γενική Διευθύντρια Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, **Δ. Βλαντώνη**, Κοινωνική Ψυχολόγο, **Α. Βλάχο**, Αντιπύραρχο στο Πυροσβεστικό Σώμα, **Ε. Βογιατζάκη**, Διδάκτορα Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Εργαστηρίου, Γ.Ν.Α. «Πολυκλινική», **Ν. Βορροπούλου**, Ιατρό Παθολόγο, **Γ. Βουτσινά**, Μοριακό Βιολόγο, Ερευνητή, Ε.Κ.Ε.Φ.Ε. Δημόκριτος, Π.Ε.Σ.ΠΑ., **Δ. Βουτσινά**, Διευθύντρια Γ' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», **Δ. Βώρο**, Αναπληρωτή Καθηγητή Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Χειρουργό Γ.Ν.Α. «Αρεταίειον», **Ρ. Βώρου**, Ιατρό Βιοπαθολόγο, Υπεύθυνη Γραφείου Διερεύνησης Επιδημιών - Εκπαίδευσης Ζωοανθρωπονόσων και Τροφιμογενών Νοσημάτων, **Ν. Γαλανάκη**, Επίκουρο Καθηγητή Παθολογίας - Διευθύντρια Α' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων», **Ρ. Γαμβρό**, Χημικό, Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Συνδέσμου Ελληνικών Βιομηχανιών Τροφίμων (Σ.Ε.Β.Τ), **Π. Γαργαλιάνο - Κακόλυρη**, Διευθύντρια Α' Παθολογικής Κλινικής και Μονάδας Λοιμώξεων Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Εκπρόσωπο Ελληνικής Εταιρίας Μελέτης και Αντιμετώπισης του AIDS, **Θ. Γελαδάρη**, Πρόεδρο Συλλόγου Καρκινοπαθών Κατερίνης και Πιερίας «Η Αγία Αικατερίνη», **Ε. Γέρου**, Ψυχολόγο, Επιστημονικά Υπεύθυνη του Οικοτροφείου Β' Αττικής, **Σ. Γερουλάνο**, Εντατικολόγο - Χειρουργό, Διευθύντρια Μ.Ε.Θ. «Ω.Κ.Κ.», **Π. Γεωργιάδου**, Γενική Γραμματέα Συλλόγου Καρκινοπαθών Νομού Δράμας, **Ε. Γεωργοπούλου - Διαμαντίκα**, Οδοντίατρο, μέλος της Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, ως εκπρόσωπος του Ι.Κ.Α., **Ε. Γιαμαρέλλου**, Καθηγήτρια Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Δ' Παθολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. «Αττικόν», **Α. Γιαννίτσα**, Ψυχολόγο, Μέλος της Κίνησης ΠΡΟΤΑΣΗ, **Δ. Γιαννουκάκο**, Δ/ντή Ερευνών/ Υπεύθυνο Μοριακής Διαγνωστικής Ι.Ρ.Ρ.Π., Ε.Κ.Ε.Φ.Ε «Δημόκριτος», **Α. Γιαννούλια - Καραντανά**, Ινστιτούτο Υγείας Νοσοκομείο Παίδων «Αγ. Σοφία», **Γ. Γιαννουλόπουλο**, Μέλος του Σωματίου ασθενών του Ψ.Ν.Α. (Δαφνί) «Αλκυονίδες», **Ν. Γιατρομανωλάκη**, Πνευμονολόγο - Υπεύθυνο Ομάδας Εργασίας Φυματίωσης της Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας, **Σ. Γιουρούκο**, Παιδονευρολόγο, Αμ. Επίκουρο Καθηγητή Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Αγ. Σοφία», Π.Ε.Σ.ΠΑ., **Α. Γκίκα**, Αναπληρωτή Καθηγητή Παθολογίας Πανεπιστημίου Ηρακλείου Π.Γ.Ν. Ηρακλείου, **Α. Γκίκα**, Νοσηλεύτρια Λοιμώξεων Π.Γ.Ν. «Αττικόν», **Φ. Γκόμα**, Υπεύθυνη ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. Θεσσαλονίκης, **Γ. Γκράτζιου**, Επίκουρη Καθηγήτρια Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών, **Α. Γλάβα**, Πρόεδρο Συλλόγου Καρκινοπαθών Νομού Δράμας, **Α. Γλύμπη**, Προϊστάμενο τμήματος Στοματικής Υγείας στη Δ/ση Δημόσιας Υγιεινής του Υ.Υ.Κ.Α., μέλος Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, **Γ. Γούλιο**, Πρόεδρο Δ.Σ. Συμβουλίου Ελέγχου Επικοινωνίας, **Μ. Γρηγοροπούλου**, Πρόεδρο Συλλόγου Φίλων Γεν. Ογκολογικού Νοσοκομείου «Οι Άγιοι Ανάργυροι», **Χ. Γώγο**, Καθηγητή Λοιμώξεων Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου

Πατρών, **Γ. Δαΐκο**, Παθολόγο - Λοιμωξιολόγο, Επίκουρο Καθηγητή Παθολογίας - Λοιμώξεων Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», **Φ. Δαλαβέρη**, Προϊσταμένη Ειδικής Υπηρεσίας Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, **Ο. Δαληγγάρου**, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας «Υγεία», **Ν. Δέδε**, Μέλος μη-κυβερνητικής οργάνωσης «ΣΥΝΘΕΣΗ», **Ι. Δημάρατο**, Διοικητή Αντικαρκινικού - Ογκολογικού Νοσοκομείου Αθηνών «Ο Άγιος Σάββας», **Δ. Δημητριάδη**, Υγιεινολόγο, μέλος Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, **Γ. Διακογιάννη**, Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής Α.Π.Θ., **Ζ. Δούκα**, μέλος μη-κυβερνητικής οργάνωσης «ΑΝΑΣΑ», **Α. Δουκουδάκη**, Καθηγητή, Πρόεδρο Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, **Ε. Δρογκάρη**, Παιδίατρο Ειδική Νοσημάτων Μεταβολισμού, Επίκουρη Καθηγήτρια Α' Παιδ. Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Αγ. Σοφία», Π.Ε.Σ.ΠΑ., **Π. Ευσταθίου**, Πρόεδρο Σ.Φ.Ε.Ε., Διοικητή Ε.Κ.Ε.Π.Υ., **Α. Ζαΐμη**, Πρόεδρο Σωματείου «Ανακουφιστική Συμπονετική Παρηγορητική Αγωγή Ελλάς» (ΑΓΑΠΙΑΝ), **Κ. Ζαχαρία**, Αναπληρωτή Διευθυντή Πνευμονολογικής Κλινικής Γ.Ν. Τριπόλεως «Παναρκαδικό», **Λ. Ζέρβα**, Επίκουρη Καθηγήτρια Μικροβιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Εργαστηρίου Π.Γ.Ν. «Αττικών», **Χ. Ζηλίδη**, Διδάκτορα Κοινωνικής Ιατρικής για τη συμμετοχή του στη συγγραφή ειδικών κειμένων, **Ε. Ηλιάδη**, Γραμματέα Συλλόγου Καρκινοπαθών και Φίλων Νομού Αργολίδος (ΣΥ.ΚΑ.ΦΙ.ΑΡ.) «Η Αλληλεγγύη», **Κ. Θεοδοσάκη**, Πρόεδρο Ελληνικής Εταιρίας για την Κυστική Ινώδη Νόσο, Π.Ε.Σ.ΠΑ., **Μ. Θεοδωρίδου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής Τμήμα ΜΑΚΚΑ - Α' Παιδιατρική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, **Δ. Θεοδωρολέα**, Ιατρό, Διευθύνοντα Σύμβουλο Κλινικής «Αγ. Νικόλαος», **Β. Θεοδώρου**, Επίκουρο Καθηγητή Ορθοπαιδικής, Πρόεδρο ΕΥΘΥΤΑ, **Ε. Θηραίο**, Γενικό Ιατρό, Επιμελητή Ε.Σ.Υ. Κέντρου Υγείας Βάρης, **Ι. Ιατρού**, Αναπληρωτή Καθηγητή Γναθοχειρουργικής, μέλος Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, **Λ. Ιωαννίδου - Μουζάκα**, Επίκουρη Καθηγήτρια/ Γυναικολόγο - Ειδ. Μαστολόγο/ Πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρίας Μαστολογίας, **Ι. Καβαλιώτη**, Παιδίατρο - Λοιμωξιολόγο, Διευθυντή Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης, **Τ. Κακαλιούρα**, Ιατρό Δημόσιας Υγείας, Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής Υ.Υ.Κ.Α., **Μ. Κακούρο**, Οικονομολόγο της Υγείας, **Θ.Ε. Καλαμπόκα**, Ιατρό, Διδάκτορα Πανεπιστημίου Αθηνών, **Α. Καλαντζή - Αζίζι**, Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **Θ. Καλλίτση**, Υπεύθυνο Προγράμματος Συνδέσμου Φίλων Ασθενών του Ε.Α.Ν.Π. «Μεταξά», **Π. Καλούδη**, Αρχίατρο - Φυσιάτρο, **Σ. Κάλφα**, Αναπληρωτή Καθηγητή Προληπτικής Οδοντιατρικής στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, μέλος Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, **Κ. Καμπουράκη**, Ειδικό Συνεργάτη Μονάδας Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας, Πρόεδρο μη-κυβερνητικής οργάνωσης ACT UP HELLAS, Επιστημονικό Υπεύθυνο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το HIV/AIDS, **Σ. Καναβάκη**, Βιοπαθολόγο - Διευθύντρια Μικροβιολογικού Εργαστηρίου - Κέντρου Αναφοράς

Μικροβακτηριδίων Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», **Μ. Καναρίου**, τμήμα Ανοσολογίας - Ιστοσυμβατότητας, Νοσοκομείο Παίδων «Αγ. Σοφία», **Κ. Κανελλακοπούλου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **Ν. Καπλάνη**, Οδοντίατρο, πτυχιούχο Ε.Σ.Δ.Υ., μέλος Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, **Ε. Καραϊωσηφίδου**, Πρόεδρο Ελληνικής Εταιρίας Γενικής Παθολογίας και Παθολογικής Ανατομικής - Πανελλήνια Ένωση Παθολογοανατόμων, **Β. Καραδήμα**, Επίκουρο Καθηγητή Κλινικής Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Κρήτης, **Α. Καράμπελα**, Ψυχολόγο, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο «Δρομοκαϊτειο», Πρόεδρο της Πανελληνίας Ένωσης Νοσοκομειακών Ψυχολόγων, **Α. Καραμπίνη**, Εντατικολόγο, Διευθυντή Μ.Ε.Θ., Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», **Ν. Καραπάνο**, Διευθυντή Διεύθυνσης Φαρμάκων και Φαρμακείων, **Β. Καραπίντσιο**, Γενικό Γραμματέα Συλλόγου Καρκινοπαθών Εορδαίας, **Α. Καρατζά**, MD, MPA, επιστημονική υπεύθυνη του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις, **Π. Καρβέλα**, Ορθοδοντικό, μέλος Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, **Σ. Καρτάλη - Κτενίδου**, Καθηγήτρια Μικροβιολογίας Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Τμήματος Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, **Π. Καρύδη**, Καθηγητή Αντισεισμικής Τεχνολογίας Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου, **Α. Κατιδένιου**, Παιδοψυχίατρο, Σύμβουλο Ψυχικής Υγείας Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών, **Κ. Κατσιβαρβά**, Ψυχοπαιδαγωγό, Σύμβουλο - Στέλεχος Συμβουλευτικού Σταθμού Νέων Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Ν. Αχαΐας, **Α. Κατοίκη**, Πρόεδρο Οδοντιατρικού Συλλόγου Αθηνών, μέλος Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, **Ν. Κατσιλάμπρο**, Καθηγητή Παθολογίας και Διευθυντή Α΄ Προπαιδευτικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, **Θ. Καφρίτσα**, Εκπρόσωπο Υπουργείου Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων, **Δ. Κεντέρη**, Γενικό Ιατρό - Διευθυντή Κέντρου Υγείας Σαλαμίνας, **Ν. Κεφάλα**, Ψυχολόγο, μέλος μη-κυβερνητικής οργάνωσης «ΝΗΦΑΛΙΟΙ», **Ι. Κιουμή**, Πνευμονολόγο - Εντατικολόγο, Λέκτορα Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Υπεύθυνο Μονάδας Αναπνευστικών Λοιμώξεων Γ.Ν.Θ. «Παπανικολάου», **Κ. Κοζυράκη**, Επίκουρο Καθηγητή, μέλος Επιτροπής Λοιμώξεων Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, **Κ. Κόκκα**, Ιατρό, Πρόεδρο μη-κυβερνητικής οργάνωσης ΣΥΝΘΕΣΗ, **Β. Κοντέ**, Ιατρό - Παιδίατρο, Γραφείο HIV λοίμωξης ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Δ. Κοκκώνη**, μέλος της Μονάδας Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας του Υ.Υ.Κ.Α., **Ε. Κοντογεωργίου**, Γραμματέα Σωματείου «Ανακουφιστική Συμπονετική Παρηγορητική Αγωγή Ελλάς» (ΑΓΑΠΑΝ), **Β. Κοντοζαμάνη**, Πρόεδρο Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, **Γ. Κορατζάνη**, Παθολόγο - Λοιμωξιολόγο, Αναπληρωτή Διευθυντή Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», **Ε. Κουσκούνη**, Μικροβιολόγο Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Εργαστηρίου Γ.Ν.Α. «Αρεταίειο», **Α. Κούτελη**, Καθηγητή Παθολογίας, Διευθυντή Ε΄ Παθολογικής Κλινικής και Μονάδας Λοιμώξεων Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», **Γ.Κ. Κρεατσά**, Καθηγητή, Αντιπρύτανη και Πρόεδρο της Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Β. Κρέστο**, Διευθυντή Διατροφικής Πολιτικής και Ερευνών (Ε.Φ.Ε.Τ),

Α. Κύρλεση, Ιατρό Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., Γενική Διευθύντρια Δημόσιας Υγείας Υ.Υ.Κ.Α.,
Κ. Κωνσταντίνου, Διευθυντή Αντιφυματικού Ιατρείου Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτήρια»,
Σ. Κωνσταντόπουλο, Συννοσητή, Καθηγητή Πνευμονολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
Β. Κωστούλα, Επόπτρια Δημόσιας Υγείας, Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής, Υ.Υ.Κ.Α.,
Γ. Λαβράνο, Ιατρό, Επιστημονικό Συνεργάτη Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Μ. Λαζανά**, Διευθυντή Γ' Παθολογικής
Κλινικής και Μονάδας Λοιμώξεων Γ.Ν.Α. «Κοργιαλένειο - Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»,
Μ. Λάμπρου, Πρόεδρο Π.Ε.Σ.ΠΑ., Πρόεδρο Ελληνικής Εταιρίας Οζώδους Σκληρύνσεως,
Μ. Λαχανά, Διευθυντή Γ' Παθολογικής Κλινικής - Μ.Ε.Λ. «Ν.Ε.Ε.Σ.», Πρόεδρο
Ελληνικής Εταιρίας Λοιμώξεων, **Σ. Λεβειδιώτου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Μικροβιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, **Ν. Λεγάκη**, Καθηγητή
Μικροβιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Μ. Λελέκη**, Διευθυντή Β'
Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ», Εκπρόσωπο Ελληνικής
Εταιρίας Λοιμώξεων, **Χ. Λιάπη**, Επίκουρη Καθηγήτρια Φαρμακολογίας Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Ι. Λιάππα**, Καθηγητή Ψυχιατρικής Ε.Κ.Π.Α.,
«Αιγινήτειο» Νοσοκομείο, **Π. Λιτό**, Πρόεδρο Συλλόγου Καρκινοπαθών Εορδαίας,
Δ. Λουκά, Κτηνίατρο - Υγιεινολόγο, **Ν. Λυγιάκη**, Παιδοδοντίατρο, μέλος
Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, **Λ. Λύκουρα**, Καθηγητή Ψυχιατρικής, Β'
Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, **Φ. Μαγγανάρη**, Γενική Διευθύντρια
Ιδρύματος «Αριστείδης Δασκαλόπουλος», **Α. Μαγγίνα**, Διευθύντρια Μ.Ε.Θ., Γενικού
Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας «Αγ. Όλγα», **Ε. Μαγκλάρα - Κατσιλάμπρου**, Διαιτολόγο,
Μ. Μακρή - Φλωροπούλου, Πρόεδρο EUROPA DONNA HELLAS, **Ε. Μαλάμου**
- **Λαδά**, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Τμήματος Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών
«Γ. Γεννηματάς», Πρόεδρο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρίας, **Ε. Μαλτέζου**, Παιδίατρο,
Λοιμωξιολόγο, Υπεύθυνη Τμήματος Παρεμβάσεων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών
Υγείας, **Κ. Μάλφα - Νικολοπούλου**, Πρόεδρο του Συλλόγου Επιστημόνων Μαιών -
Μαιευτών Αθηνών, η οποία εκπροσώπησε όλους τους συλλόγους Μαιών - Μαιευτών
Ελλάδας, την Ελληνική Εταιρία Παιδικής και Νεανικής Γυναικολογίας, **Κ. Μαντζαβίνου**,
Ψυχολόγο, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Επιστημονική Υπεύθυνη
του Σχεδίου Δράσης για την Κατάθλιψη, **Μ. Μανωλά**, Γενική Διευθύντρια Πρόνοιας,
Μ. Μανωλαράκη, Πρόεδρο Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων - Τεχνολόγων
Διατροφής, **Μ. Μαραγκό**, Επίκουρο Καθηγητή Παθολογίας, Π.Γ.Ν. Πατρών,
Γ. Μαργαρίτη, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Τμήματος Γ.Ο.Ν. Κηφισιάς
«Αγ. Ανάργυροι», **Β. Μαργαριτίδου**, Πρόεδρο της Μ.Κ.Ο. Πρωτοβουλία Γυναίκα και
Υγεία, **Α. Μαργιόλη**, Πρόεδρο Ιατρών Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, **Θ. Μαρινάκη**,
Ιατρό Αιματολόγο, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», **Ε. Μαρίνη**, Βιοπαθολόγο, Επίτιμο Διευθυντή
Μικροβιολογικού Εργαστηρίου Κέντρου Αναφοράς Μυκοβακτηριδίων Γ.Ν.Ν.Θ.Α.
«Η Σωτήρια», **Χ. Μαρκόπουλο**, Αναπληρωτή Καθηγητή Χειρουργικής, Ιατρική
Σχολή Παν. Αθηνών/ Πρόεδρο Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρίας Μαστού (Ε.Χ.Ε.Μ.),

A. Μαστρογιαννάκη, Οικονομολόγο της Υγείας, **N. Μαυροειδή**, Παθολόγο, Ιατρό Δημόσιας Υγείας, **E. Μεσσαριτάκη**, Ψυχολόγο, μέλος μη-κυβερνητικής οργάνωσης «ΝΗΦΑΛΙΟΙ», **Π. Μήττα**, Πρόεδρο Συλλόγου Καρκινοπαθών Μακεδονίας - Θράκης, **Π. Μιχαήλ**, Πρόεδρο Κοινωφελούς μη-κερδοσκοπικής οργάνωσης Φίλων του Καρκίνου «Μείνε Δυνατός», **A. Μούγια**, Ψυχίατρο - Νευρολόγο, Υπεύθυνο Κλινικής Ψυχογηριατρικής Εταιρίας «Ο Νέστωρ», **Γ. Μουζά**, Επίκουρο Καθηγητή Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Κρήτης, Υπεύθυνο Διεπιστημονικού Κέντρου Αλκοολογίας Ιατρικής Σχολής Κρήτης, **A. Μουλιάρα**, Μέλος Συλλόγου Καρκινοπαθών Σερρών, **A. Μπαλάσκα**, Παθολόγο, Γραφείο Νοσοκομειακών Λοιμώξεων ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **X. Μπαρλιά**, Πρόεδρο Συλλόγου Καρκινοπαθών και Φίλων Νομού Αργολίδος (ΣΥ.ΚΑ.ΦΙ.ΑΡ.) «Η Αλληλεγγύη», **X. Μπαρτσόκα**, Παιδίατρο Ομότιμο Καθηγητή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Ε.Σ.ΠΑ., **B. Μπενέτου**, Ιατρό, Λέκτορα Υγιεινής και Επιδημιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **Σ. Μπεσμπέα**, Καθηγητή Χειρουργικής Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Αθηνών, Πρόεδρο Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας, **Θ. Μπισχνιώτη**, Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο», **M. Μποδοσάκη**, Πρόεδρο Ελληνικής Εταιρίας Γενικής Ιατρικής, **A. Μπόμπου**, Πρόεδρο Δ.Σ. μη-κυβερνητικής οργάνωσης «Κέντρο Ζωής», **X. Μπότση**, Ιατρό Πνευμονολόγο - Ανθρωπολόγο, Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων Ν. «Ανδρέας Συγγρός», Υπεύθυνη Διατομεακού Γραφείου HIV Λοίμωξης, Σ.Μ.Ν. και ESTHER, του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **B. Μπουκουβάλα**, Ψυχολόγο, Γενική Γραμματέα Συλλόγου Ελλήνων Ψυχολόγων, **Δ. Μπούρο**, Καθηγητή Πνευμονολογίας Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, **A. Μυλωνοπούλου**, Διοικητική Υπεύθυνη Εταιρίας Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Ψυχικής Υγείας, **K. Μυστακίδου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Πανεπιστημίου Αθηνών/ Α' Αντιπρόεδρο Ιδρύματος «Τζένη Καρέζη», Πρόεδρο της Ελληνικής Εταιρίας Ανακουφιστικής - Παρηγορητικής Αγωγής και Φροντίδας (Ε.Ε.Α.Π.Α.Φ), **Φ. Μωρόγιαννη**, Ψυχίατρο, Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Μέλος του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου για την αντιμετώπιση των Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής (ECED), **Φ. Νάτσιου**, Πρόεδρο Συλλόγου Καρκινοπαθών Βέροιας - Ημαθίας «Ο Άγιος Παρθένιος», **K. Ναυρίδη**, Καθηγητή, Τομέα Ψυχολογίας - Πρόγραμμα Ψυχολογίας, Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας, Πανεπιστημίου Αθηνών, **K. Νικολαΐδη**, Εκπρόσωπο Ι.Κ.Α., **Π. Νικολαΐδη**, Καθηγητή Παθολογίας - Νεφρολογίας, Αριστοτέλειου Παν/μίου Θεσσαλονίκης, Υπεύθυνο Μονάδας Λοιμώξεων Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», **O. Νικολάτου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Στοματολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, μέλος Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, **A. Νικολάου**, Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας Ειδικού Αντικαρκινικού, **O. Νικολάτου - Γαλίτη**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Μέλος Επιτροπής Λοιμώξεων Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, **Γ. Νικολόπουλο**, Αναπληρωτή Υπεύθυνο Γραφείου HIV Λοίμωξης ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Γ. Νοταρά**, Πρόεδρο ΚΕ.Θ.Ε.Α., **A. Νταβέλη**, Ορθοδοντικό, μέλος

Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, **Σ. Ξανθογεώργου**, μέλος μη-κυβερνητικής οργάνωσης «ΝΗΦΑΛΙΟΙ», **Ε. Ξηρουχάκη**, Αναπληρωτή Καθηγητή Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Α. Οικονομοπούλου**, Ιατρό ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Μ. Οικονόμου**, Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Υπεύθυνη Προγράμματος κατά του Στίγματος των Ψυχικών Διαταραχών «Αντι-στίγμα», Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., **Κ. Ουλή**, Αναπληρωτή Καθηγητή, Παιδοδοντίατρο με εξειδικευμένες γνώσεις και εμπειρία σε θέματα στοματικής υγείας του παιδικού πληθυσμού, μέλος Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, **Χ. Παπαγεωργίου**, Γενικό Διευθυντή Υπηρεσιών Υγείας, **Α. Πάγκαλη**, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Εργαστηρίου Γ.Ν.Α. Παίδων «Αγ. Σοφία», **Σ. Παναγοπούλου**, Γενική Διευθύντρια Υγείας, **Β. Πανή**, Αναπληρωτή Καθηγητή, Μέλος Επιτροπής Λοιμώξεων Οδοντιατρικής Σχολής Αθηνών, **Ο. Πανιάρα**, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», **Γ. Πανταζόπουλο**, Αστυνόμο - Διευθυντή Τροχαίας Καισαριανής, **Α. Πανταζοπούλου**, Προϊσταμένη Διεύθυνσης Δημόσιας Υγιεινής Υ.Υ.Κ.Α., **Χ. Παπαβαγγέλη**, Πρόεδρο Πανελληνίου Συλλόγου Νοσοκομειακών Διαιτολόγων, Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρία, **Α. Παπαγιαννοπούλου**, Ιατρό Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. - Υ.Υ.Κ.Α., **Μ. Παπαδάκη**, Πρόεδρο Συνδέσμου Ιατρικών Γενετιστών Ελλάδας, **Γ. Παπαδημητρίου**, Καθηγητή Ψυχιατρικής, Διευθυντή Α΄ Ψυχιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Ε. Παπαδημητρίου**, Ψυχολόγο, Υπεύθυνη Ανθρώπινου Δυναμικού Ινστιτούτου Ψυχοκοινωνικής Ανάπτυξης (Ι.Ψ.Α.), **Α. Παπαδιά**, Προϊσταμένη Γενικής Διεύθυνσης Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών, **Ν. Παπαδογιωργάκη**, Αναπληρωτή Καθηγητή Γναθοχειρουργικής, μέλος Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας, **Ι. Παπαδόπουλο**, Αναπληρωτή Καθηγητή Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», **Ι.Σ. Παπαδόπουλο**, Ορθοπαιδικό, Αναπληρωτή Καθηγητή Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρο της Επιτροπής, **Ε. Παπαδοπούλου**, Πρόεδρο του Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων - Διατροφολόγων, **Δ. Παπακωνσταντίνου**, Ιατρό, υποψήφια Διδάκτορα Πανεπιστημίου Πατρών, **Σ. Παπανικολάου**, Επιμελητή Β΄ Ιατρό Ε.Κ.Α.Β., **Ε. Παπαφράγκα**, Διευθυντή Μικροβιολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», **Γ. Παπαχαράλαμπος**, Αναπληρωτή Διευθυντή Αγγειοχειρουργικής Γενικού Νοσοκομείου Κ.Α.Τ., **Γ. Παπουτσάκη**, τ. Γενικό Διευθυντή Δημόσιας Υγείας του Υ.Υ.Κ.Α., **Δ. Παρασκευά**, Πρώην Υπεύθυνη Γραφείου HIV Λοίμωξης ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Δ. Πατάκα**, Καθηγητή Πνευμονολογίας, Πνευμονολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Παπανικολάου», **Γ. Πατσινακίδη**, Ψυχίατρο, Επιμελητή Α΄ Ε.Σ.Υ., Προϊστάμενο Κ.Ψ.Υ. Γενικού Νοσοκομείου Σάμου, **Α. Παυλή**, Γενικό Ιατρό, Υπεύθυνη Γραφείου Ταξιδιωτικής Ιατρικής ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., Επιστημονική Υπεύθυνη του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ταξιδιωτική Ιατρική, **Ι. Παυλοπούλου**, Υπεύθυνη Τμήματος Παρεμβάσεων στην κοινότητα ΚΕ.ΕΛ. Π.ΝΟ., **Θ. Πέππα**, Λοιμωξιολόγο, Αναπληρωτή Διευθυντή Ε.Σ.Υ. Γ.Ν. Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων», **Ε. Πετρίδου**, Λέκτορα Τμήματος Μικροβιολογίας και Λοιμωδών

Νόσων, Διευθύντρια Τμήματος Φαρμάκων, Εκπρόσωπο Εργαστηρίου Μικροβιολογίας Κτηνιατρικής Σχολής Επιστημών Υγείας Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, **Ε. Πετρίδου**, Καθηγήτρια Προληπτικής Ιατρικής και Επιδημιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Γ. Πετρίκκο**, Αναπληρωτή Καθηγητή Πανεπιστημίου Αθηνών, Παθολόγο-Λοιμωξιολόγο Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», **Β. Πετροχειλού**, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Τμήματος «Αλεξάνδρα», **Α. Πεφάνη**, Λοιμωξιολόγο, Επιμελήτη Α' Ε.Σ.Υ. Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», **Ι. Πιερουτσάκο**, Πρόεδρο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Σ. Πίνη**, Εκπρόσωπο Π.Ι.Σ., **Α. Πίντζα**, Διευθυντή Ερευνών, Εθνικού Ιδρύματος Ερευνών, **Ε. Πιτταδάκη**, Εκπαιδευτικό, Μέλος Δ.Σ. του Συλλόγου Προστασίας των Ελλήνων Αιμορροφιλικών (Σ.Π.Ε.Α.), **Ε. Πλατσούκα**, Μικροβιολόγο, Αναπληρώτρια Διευθύντρια Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», **Σ. Πλιατσκίδου**, Διευθύντρια Κ.Ψ.Υ. Ορεστιάδας, **Κ. Πνευματικάτου**, Υπεύθυνη του Ελληνικού Κέντρου για την Ψυχική Υγεία του Παιδιού και της Οικογένειας «Το Περιβολάκι», **Χ. Πολίτη**, Νομικό Σύμβουλο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Χ. Πουλόπουλο**, Διευθυντή ΚΕ.Θ.Ε.Α., **Α. Πρεφτίτση**, Δικηγόρο, Πρόεδρο Συλλόγου για την Κυστική Ίνωση, **Σ. Ράμμο**, Αναπληρωτή Καθηγητή Παιδοκαρδιολογίας, Διευθυντή Παιδοκαρδιολογικού Τμήματος «Ω.Κ.Κ.», **Β. Ραφτόπουλο**, Νοσηλεύτη Π.Ε., Γραφείο HIV λοίμωξης ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Κ. Ρέπα**, Ιατρό Αιματολόγο, 3ο Νοσοκομείο Ι.Κ.Α. Βραχείας Νοσηλείας, **Ε. Ρηλίδη**, Λοιμωξιολόγο, Αναπληρωτή Καθηγητή Παιδιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», **Χ. Ρούσσο**, Καθηγητή Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Ν. Σαλάκο**, Πρόεδρο μη-κυβερνητικής οργάνωσης «Ελληνικός Σύνδεσμος Οικογενειακού Προγραμματισμού», **Γ. Σαμώνη**, Ογκολόγο - Λοιμωξιολόγο, Καθηγητή Παθολογίας Π.Γ.Ν. Ηρακλείου, **Μ. Σαρμπάνη**, Ψυχολόγο, μέλος μη-κυβερνητικής οργάνωσης «ΝΗΦΑΛΙΟΙ», **Γ. Σαρόγλου**, Καθηγητή Παθολογίας - Λοιμώξεων, Πανεπιστήμιο Αθηνών Τμήμα Νοσηλευτικής, Μαιευτήριο Αθηνών «Έλενα Βενιζέλου», **Ν. Σιαφάκα**, Καθηγητή Πνευμονολογίας Παν. Κρήτης - Πρόεδρο Ελληνικής Πνευμονολογικής Εταιρίας, **Α. Σκουτέλη**, Διευθυντή Ε' Παθολογικής Κλινικής και Μ.Ε.Λ.Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», **Π. Σμέτη**, Νοσηλεύτρια, Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Χ. Σουλουκίδη**, Πρόεδρο Δ.Σ. Σωματείου Αλληλεγγύης Τρανσεξουαλικών και Τραβεστί Ελλάδος (Σ.Α.Τ.Τ.Ε.), **Δ. Σοφianού**, Διευθύντρια Μικροβιολογικού Εργαστηρίου Γ.Ν.Θ. «Ιπποκράτειο», **Γ. Σπάλα**, Πνευμονολόγο - Ιατρό ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Α. Σταμπουλή**, Επιστημονικό Συνεργάτη Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Θ. Σταύρου**, Παιδίατρο - Ογκολόγο, Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής Υ.Υ.Κ.Α., **Σ. Στεργιόπουλο**, Επίκουρο Καθηγητή Χειρουργικής, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», **Μ. Στοϊκίδου**, Προϊσταμένη του Τμήματος Επισκεπτών-τριών Υγείας, **Α. Στρούμπου**, Παιδίατρο, Πρόεδρο Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (Π.Ο.Σ.Ο.Ψ.Υ.), **Α. Συμεωνίδη**, Ιατρό Αιματολόγο, Επίκουρο Καθηγητή Πανεπιστημίου Πατρών, **Μ. Συμιακάκη**, Genzyme Hellas ΕΡΕ, **Β. Συριοπούλου**,

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών Γ.Ν.Α. Παίδων «Αγία Σοφία», **Β. Ταμβάκη**, Αναπληρωτή Διευθυντή Αντιφυματικού Ιατρείου Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτήρια», **Α. Τερζίδη**, Παιδίατρο, Επιστημονικό Συνεργάτη Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, **Ε. Τζάλα**, Υπεύθυνη Διατομεακού Γραφείου Βιοστατιστικής και Έρευνας, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), Επιστημονική Υπεύθυνη του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο, **Ι. Τζούτζα**, Αναπληρωτή Καθηγήτη, Μέλος Επιτροπής Λοιμώξεων Οδοντιατρικής, **Α. Τόσκα**, Επιμελήτη Α΄ Προπαιδευτικής Κλινικής Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», **Γ. Τουλούμη**, Επίκουρη Καθηγήτρια Βιοστατιστικής Παν/μίου Αθηνών, **Μ. Τουμπή**, Πρόεδρο Ελληνικής Ένωσης κατά της φυματίωσης και των νόσων του αναπνευστικού συστήματος, Διευθυντή της Πνευμονολογικής Κλινικής Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτήρια», **Δ. Τριχόπουλο**, Ακαδημαϊκό, Καθηγητή Πρόληψης του Καρκίνου του Παν/μίου HARVARD, **Α. Τριχοπούλου**, Ομότιμη Καθηγήτρια Διατροφής και Προληπτικής Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών και Πρόεδρο της Εθνικής Επιτροπής Διατροφικής Πολιτικής, **Ε. Τσάγκαρη**, Συντονίστρια Γραφείου Στρατηγικού Σχεδιασμού και Κέντρων ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. **Α. Τσακρή**, Καθηγήτη Μικροβιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, **Π. Τσαφταρίδη**, Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό», **Κ. Τσιντίρη**, Διευθυντή Πνευμονολογικής Κλινικής Νοσοκομείου «401 Γ.Ν.Α.», **Δ. Τσιτσιμελή**, Αναπληρωτή Διευθυντή Ακτινολογικού, Νοσοκομείο «Οι Άγιοι Ανάργυροι», **Μ. Τσόλια**, Υπεύθυνη του Αντιφυματικού Ιατρείου Γ.Ν. Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού», **Δ. Φιλιώτη**, Εκπρόσωπο Σ.Φ.Ε.Ε., **Ι. Φλώρο**, Εντατικολόγο, Αναπληρωτή Διευθυντή Ε.Σ.Υ. Γ.Ν.Α. «Ευαγγελισμός», **Ν. Φραγκιαδάκη**, Καθηγήτη Εφαρμογών του Τμήματος Ηλεκτρονικής του Τ.Ε.Ι. Κρήτης, **Γ. Χαλκούση**, Επιστημονική Διευθύντρια Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών (Ε.ΚΕ.Ψ.Υ.Ε.), **Σ. Χατζηαναστασίου**, Παθολόγο, Γραφείο Ταξιδιωτικής Ιατρικής ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., **Ν. Χατζηανδρέου**, Οδοντίατρο, μέλος Εθνικής Επιτροπής Στοματικής Υγείας ως εκπρόσωπος του Ι.Κ.Α., **Δ. Χατζηγεωργίου**, Ειδικό Παθολόγο Λοιμωξιολόγο, **Ε. Χατζηχαραλάμπους**, Πρόεδρο Πανελλήνιας Ένωσης Αμφιβληστροειδοπαθών Ελλάδος, Μέλος Π.Ε.Σ.ΠΑ., **Ε. Χιώτη**, Οδοντίατρο, **Α. Χονδροματίδου**, μέλος μη-κυβερνητικής οργάνωσης «ΑΝΑΣΑ», **Α. Χουρμουζιάδη**, Ψυχίατρο, Διευθυντή Κ.Ψ.Υ. Δράμας, **Σ. Χρηστίδη**, Ψυχίατρο - Αλκοολόγο, **Γ. Χριστοδούλου**, Καθηγητή Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρο Ελληνικού Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, Επίτιμο Πρόεδρο Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρίας, Πρόεδρο Επιτροπής Ηθικής της Παγκόσμιας Ψυχιατρικής Εταιρίας, Πρόεδρο της Ψυχιατρικής Εταιρίας Ανατολικής Ευρώπης και Βαλκανίων, **Γ. Χρύσο**, Λοιμωξιολόγο, Υπεύθυνο Μ.Ε.Λ. Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο».

Περιεχόμενα

Πρόλογος Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

σελ. 20

Πρόλογος Προέδρου Επιστημονικής Επιτροπής

σελ. 22

Εισαγωγή Συντονιστή Μονάδας Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

σελ. 24

Εισαγωγικό Σημείωμα

σελ. 26 1. Δικαίωμα στην Υγεία

σελ. 27 2. Δημόσια Υγεία

σελ. 29 3. Η Υπεροχή της Πρόληψης

σελ. 31 4. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

σελ. 32 5. Διάρθρωση της Ύλης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

σελ. 33 6. Επίμετρο

Ενότητα Α': Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα

Κεφάλαιο 1ο: Η Υγεία του Πληθυσμού

σελ. 39 1. Δημογραφικά Στοιχεία

σελ. 48 2. Θνησιμότητα

σελ. 73 3. Νοσηρότητα

σελ. 79 4. Η Υγεία του Παιδικού Πληθυσμού

σελ. 85 5. Ποιότητα Ζωής που Σχετίζεται με την Υγεία στους Ενηλίκους

σελ. 92 6. Παράγοντες Κινδύνου

σελ. 102 7. Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία

σελ. 109 8. Συμπεράσματα από τη Μελέτη «Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού»

σελ. 113 9. Αποτρεπτή Θνησιμότητα

σελ. 124 10. Η Σημασία των Ευρημάτων στην Πολιτική Υγείας

Κεφάλαιο 2ο: Φορείς και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα

σελ. 131 1. Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

σελ. 133 2. Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

σελ. 135 3. Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

σελ. 137 4. Άλλες Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας σε Τοπικό Επίπεδο

σελ. 138 5. Εθνικοί Οργανισμοί Δημόσιας Υγείας

Κεφάλαιο 3ο: Συνοπτική Ανασκόπηση της Νομοθεσίας

- σελ. 151 1. Από την Ίδρυση του Ελληνικού Κράτους Μέχρι το 1940
σελ. 153 2. Η Μεταπολεμική Περίοδος Μέχρι την Ίδρυση του Ε.Σ.Υ.
σελ. 154 3. Η Σύγχρονη Νομοθεσία για τη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα

Κεφάλαιο 4ο: Οι Κοινοτικές Κατευθύνσεις και οι Προτεραιότητες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

- σελ. 165 1. Οι Κοινοτικές Κατευθύνσεις για τη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα
σελ. 167 2. Οι Προτεραιότητες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007 - 2013

Κεφάλαιο 5ο: Αξιολόγηση Συστήματος Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα

- σελ. 171 1. Κριτήρια Αξιολόγησης
σελ. 173 2. Στελέχωση των Υπηρεσιών
σελ. 174 3. Πολιτικές, Προγράμματα και Δράσεις
σελ. 177 4. Πρόληψη Λοιμωδών Νοσημάτων
σελ. 178 5. Πρόληψη Χρόνιων Νοσημάτων και Ατυχημάτων
σελ. 179 6. Πολιτικές Προστασίας και Προαγωγής Υγείας
σελ. 181 7. Αντιμετώπιση Έκτακτων Απειλών
σελ. 182 8. Επιστημονική Υποστήριξη της Δημόσιας Υγείας
σελ. 182 9. Ανάλυση SWOT - Συμπεράσματα

Ενότητα Β': Η Δημόσια Υγεία στο Διεθνές Περιβάλλον

Κεφάλαιο 6ο: Οργανισμοί και Προγράμματα Δημόσιας Υγείας στο Διεθνές Περιβάλλον

- σελ. 199 1. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.)
σελ. 202 2. Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank)
σελ. 202 3. Πρόγραμμα Περιβάλλοντος Ηνωμένων Εθνών
(United Nations Environment Programme - U.N.E.P.)
σελ. 203 4. Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων (C.D.C.)
σελ. 205 5. Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Πρόληψη και τον Έλεγχο των Ασθενειών
(E.C.D.C.)
σελ. 207 6. Ένωση Παρατηρητηρίων Δημόσιας Υγείας
(A.P.H.O. - Association of Public Health Observatories)
σελ. 207 7. Οργανισμός Τροφίμων και Γεωργίας (F.A.O.)
σελ. 208 8. Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά (U.N.I.C.E.F.)

Κεφάλαιο 7ο: Διεθνείς Στρατηγικές και Τάσεις για τη Δημόσια Υγεία

- σελ. 211 1. Η Πολιτική για τη Δημόσια Υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση
σελ. 228 2. Οι Κατευθύνσεις και οι Στόχοι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Κεφάλαιο 8ο: Οργάνωση Συστημάτων Δημόσιας Υγείας σε Ευρωπαϊκές Χώρες

- σελ. 231 1. Σουηδία
σελ. 232 2. Φινλανδία
σελ. 233 3. Δανία
σελ. 235 4. Ολλανδία
σελ. 237 5. Γαλλία
σελ. 238 6. Γερμανία
σελ. 238 7. Ηνωμένο Βασίλειο

Κεφάλαιο 9ο: «Καλές Πρακτικές» στη Δημόσια Υγεία

- σελ. 241 1. Η Έννοια των «Καλών Πρακτικών»
σελ. 242 2. Τεκμηριωμένη Δημόσια Υγεία (Evidence Based Public Health)
σελ. 244 3. Κατευθυντήριες Οδηγίες (guidelines) στη Δημόσια Υγεία
σελ. 246 4. Συστήματα Καλών Πρακτικών στη Δημόσια Υγεία
σελ. 248 5. Οργάνωση και Περιεχόμενο Συστημάτων Καλών Πρακτικών στη Δημόσια Υγεία

Κεφάλαιο 10ο: Κατευθύνσεις και Προτεραιότητες Συστήματος Δημόσιας Υγείας με Βάση τη Διεθνή Εμπειρία

- σελ. 253 1. Οργάνωση των Πολιτικών Δημόσιας Υγείας
σελ. 256 2. Προτεραιότητες των Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

Ενότητα Γ': Στρατηγικός Σχεδιασμός

Κεφάλαιο 11ο: Στρατηγικός Σχεδιασμός

- σελ. 273 1. Πλαίσιο και Δεδομένα για την Ανάπτυξη Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα
σελ. 274 2. Όραμα
σελ. 274 3. Αποστολή
σελ. 274 4. Στρατηγική Τοποθέτηση
σελ. 274 5. Αρχές του Εθνικού Σχεδίου Δράσης
σελ. 276 6. Στρατηγικοί Στόχοι
σελ. 281 7. Αναμενόμενα Αποτελέσματα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία
σελ. 285 8. Αποτελέσματα στην Υγεία του Πληθυσμού

- σελ. 289 9. Αποτελέσματα στις Υπηρεσίες Υγείας
σελ. 292 10. Αποτελέσματα στη Δημόσια Υγεία
σελ. 296 11. Οικονομικά Αποτελέσματα
σελ. 300 12. Κοινωνικές Επιπτώσεις

Κεφάλαιο 12ο: Ανάλυση των Στρατηγικών Στόχων σε Δράσεις

- σελ. 305 Δράση 1. Πολιτικές και Στρατηγικές για τη Δημόσια Υγεία
σελ. 308 Δράση 2. Πολυτομεακή Ευθύνη για τη Δημόσια Υγεία
σελ. 314 Δράση 3. Η Υγεία του Πληθυσμού: Η Στρατηγική για την Αντιμετώπιση
Σημαντικών Παραγόντων Κινδύνου της Υγείας
σελ. 348 Δράση 4. Η Υγεία των Νέων
σελ. 350 Δράση 5. Υγιεινότερος Τρόπος Ζωής
σελ. 352 Δράση 6. Εκσυγχρονισμός, Συμπλήρωση και Κωδικοποίηση
των Υγειονομικών Διατάξεων και Εγκυκλίων
σελ. 353 Δράση 7. Διαχρονική Παρακολούθηση της Υγείας του Πληθυσμού
σελ. 355 Δράση 8. Υγειονομικός Χάρτης
σελ. 360 Δράση 9. Ισότητα στην Υγεία
σελ. 362 Δράση 10. Μηχανισμοί Ταχείας Αντίδρασης για την Αντιμετώπιση
Έκτακτων Κινδύνων και Απειλών
σελ. 365 Δράση 11. Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας
σελ. 367 Δράση 12. Αποτελεσματικότητα Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας
σελ. 370 Δράση 13. Ανάπτυξη των Ανθρώπινων Πόρων για τη Δημόσια Υγεία
σελ. 374 Δράση 14. Γνώση και Τεκμηρίωση
σελ. 376 Δράση 15. Ψηφιακή Σύγκλιση στη Δημόσια Υγεία
σελ. 379 Δράση 16. Η Δραστηριοποίηση των Κοινωνικών Εταίρων
για τη Δημόσια Υγεία

Παράρτημα

- σελ. 383 1. Διαδικασία Υλοποίησης
σελ. 386 2. Κοστολόγηση - Χρηματοδότηση των Δράσεων

Βιβλιογραφία

- σελ. 390

Πρόλογος Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Για τις ευρωπαϊκές κοινωνίες του 21ου αιώνα, είναι κεκτημένο ο στρατηγικός σχεδιασμός της πολιτικής να προηγείται των θεσμικών και νομοθετικών παρεμβάσεων. Με την πρακτική αυτή, τα σύγχρονα ευρωπαϊκά κράτη εξασφαλίζουν την ενσωμάτωση των θέσεων της Κοινωνίας των Πολιτών στην επίσημη πολιτική, κατοχυρώνουν τη διασύνδεση ανθρώπινων και οικονομικών πόρων για την υλοποίηση προγραμματικών στόχων, διασφαλίζουν τη γρήγορη εφαρμογή της νομοθεσίας και εγγυώνται τη δημιουργία απλών και διάφανων διαδικασιών.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012 είναι η πρώτη προσπάθεια που γίνεται στη χώρα μας για να αποκτήσουμε στοχευμένη και στρατηγικά σχεδιασμένη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Αποτελεί μια από τις βασικές προγραμματικές μας δεσμεύσεις και αναπτύσσει εξειδικευμένες και κοστολογημένες δράσεις για όλους τους κρίσιμους παράγοντες κινδύνου για τη Δημόσια Υγεία.

Με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία βάζουμε τέρμα στην αποσπασματική και άναρχη ανάπτυξη των υπηρεσιών της Δημόσιας Υγείας και ανοίγουμε ένα νέο κεφάλαιο στην εξέλιξη του ελληνικού κοινωνικού κράτους.

Αποκτούμε αξιόπιστα ερευνητικά και επιδημιολογικά στοιχεία για τη Δημόσια Υγεία στον τόπο μας, γεγονός που μας επιτρέπει να προχωρήσουμε στη σχεδιασμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Τοποθετούμε την πρόληψη στο επίκεντρο της λειτουργίας του κοινωνικού μας κράτους, αναδεικνύοντας τον καθοριστικό ρόλο που έχει η υπεύθυνη και συνεχής ενημέρωση των πολιτών για ζητήματα υγείας.

Θεμελιώνουμε ρεαλιστικούς ποιοτικούς και ποσοτικούς στόχους με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα υλοποίησης, εξασφαλίζοντας με αυτό τον τρόπο τη συνέχεια στην υλοποίηση της εθνικής πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία.

Δημιουργούμε νέες δομές και υπηρεσίες, καλύπτοντας χρόνια ελλείμματα στη δομή του δημόσιου συστήματος υγείας και κατοχυρώνοντας βασικά ανθρώπινα και κοινωνικά δικαιώματα.

Εξασφαλίζουμε την εξοικονόμηση πόρων στην υλοποίηση της πολιτικής μας, αίροντας την πρακτική του δημιουργικού αυτοσχεδιασμού, πετυχαίνοντας την οριζόντια συνεργασία μεταξύ των υπεύθυνων φορέων του κράτους και κερδίζοντας πολύτιμους οικονομικούς πόρους από εξειδικευμένα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Καθιστούμε την επιστημονική κοινότητα και τον εθελοντικό τομέα πολύτιμους συνεργάτες στη χάραξη και στην υλοποίηση της πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία, ενώ εξασφαλίζουμε τις συνθήκες που επιτρέπουν την οργανωμένη αξιοποίηση της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης.

Σε μία εποχή που σηματοδοτείται από ριζικές αλλαγές στον τρόπο ζωής και από νέες προκλήσεις για τη Δημόσια Υγεία, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία διαμορφώνει τις αναγκαίες προγραμματικές και χρηματοδοτικές προϋποθέσεις για να αποκτήσει η χώρα μας ένα ισχυρό δίκτυο υγειονομικής προστασίας και ασφάλειας.

Για να αποκτήσει η Ελλάδα ανθρωποκεντρική και σύγχρονη πολιτική για τη Δημόσια Υγεία.

Δημήτρης Λ. Αβραμόπουλος

Πρόλογος Προέδρου Επιστημονικής Επιτροπής

Είναι γενικά παραδεκτό, ότι η υγεία και η παιδεία συνιστούν τη θεμελιώδη προϋπόθεση για τη διατήρηση και τη βελτίωση του ανθρώπινου και διανοητικού κεφαλαίου στις σύγχρονες κοινωνίες και, κατά συνέπεια, προσδιορίζονται ως υψηλή κοινωνική προτεραιότητα.

Η Δημόσια Υγεία αποτελεί ένα κοινωνικό, πολιτικό και διοικητικό εγχείρημα διαχείρισης και ελέγχου των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία και βελτίωσης του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η σύγχρονη Δημόσια Υγεία βασίζεται σε επιστημονικά τεκμήρια, τα οποία αντλούνται από τα επιστημονικά πεδία της επιδημιολογίας, της δημογραφίας, τις συμπεριφορικές επιστήμες, τις επιστήμες της υγείας και του περιβάλλοντος και άλλες συναφείς επιστημονικές κατευθύνσεις.

Στη χώρα μας, κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχουν αναληφθεί θεσμικές πρωτοβουλίες μείζονος σημασίας (Ν. 2519/1997, Ν. 3172/2003, Ν. 3370/2005) με καινοτομικό πνεύμα και συγκλίνοντα χαρακτηριστικά.

Παρά το γεγονός αυτό, οι πολιτικές Δημόσιας Υγείας έχουν συγκυριακό, αποσπασματικό και ως εκ τούτου ατελέσφορο χαρακτήρα εξαιτίας -μεταξύ άλλων- της απουσίας μεσο-μακροπρόθεσμης στρατηγικής και της έλλειψης σαφούς πολιτικής κατεύθυνσης μεταξύ των επιστημόνων και των επαγγελματιών Δημόσιας Υγείας.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, σε συνδυασμό με τα Ειδικά Σχέδια Δράσης τα οποία αναφέρονται στην αντιμετώπιση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου για την υγεία και σημαντικών νοσολογικών καταστάσεων, συνιστούν μια απόπειρα επιστημονικής προσέγγισης και αποτελούν τη βάση για την ανάπτυξη της προβληματικής, ώστε να υπάρξουν τεκμηριωμένες και εφαρμόσιμες πολιτικές Δημόσιας Υγείας.

Με την έννοια αυτή, η πρωτοβουλία για την εκπόνηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης και των Ειδικών Σχεδίων Δράσης για τη Δημόσια Υγεία και η συνδρομή μεγάλου αριθμού διακεκριμένων γιατρών της ακαδημαϊκής κοινότητας και επιστημόνων της υγείας για τη σύνταξη και ολοκλήρωσή τους, αποτελεί μια σημαντική προσπάθεια επαναπροσδιορισμού της ισορροπίας ανάμεσα στην κλινική ιατρική και στη Δημόσια Υγεία, και συμβάλλει στον εμπλουτισμό εθνικής υγειονομικής πολιτικής.

Η συμβολή της Μονάδας Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των Μελών της Επιστημονικής και Γνωμοδοτικής Επιτροπής στην ολοκλήρωση αυτού του σπουδαίου έργου είναι εξαιρετική. Η επιτυχία

αυτού του εγχειρήματος συναρτάται από το βαθμό και την ένταση της επιστημονικής συζήτησης, του κοινωνικού διαλόγου, και της προσπάθειας εξειδίκευσης και βελτίωσης του σχεδίου και εμπλοκής των επιστημόνων της υγείας και των κοινωνικών εταίρων.

Καθηγητής Γιάννης Κυριόπουλος

Πρόεδρος Επιστημονικής - Γνωμοδοτικής Επιτροπής

Εισαγωγή Συντονιστή Μονάδας Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012, συνιστά το κύριο έργο της Μονάδας Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η μονάδα ιδρύθηκε ατύπως από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Δημήτρη Αβραμόπουλο και ακολουθεί το πρότυπο λειτουργίας αντίστοιχων μονάδων στρατηγικού σχεδιασμού που λειτουργούν ήδη με επιτυχία στα υπουργεία των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ομάδες στρατηγικού σχεδιασμού που είναι ενσωματωμένες στα υπουργεία εξασφαλίζουν τη σύνθεση επιστημονικών δεδομένων με τη δημόσια πολιτική, αναλαμβάνουν τη διαδικασία δημόσιας διαβούλευσης με την Κοινωνία των Πολιτών, αναπτύσσουν μακροπρόθεσμα προγράμματα και εξασφαλίζουν το συντονισμό του κυβερνητικού έργου.

Η Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας έχει ως κυρίαρχη αποστολή την ανάλυση των κοινωνικοοικονομικών δεδομένων που επηρεάζουν την εξέλιξη των δημόσιων συστημάτων υγείας, την εισαγωγή του στρατηγικού σχεδιασμού στη χάραξη των πολιτικών του υπουργείου και την παραγωγή καινοτόμων ιδεών και προτάσεων για ζητήματα που σχετίζονται με την πρόληψη, την προστασία της Δημόσιας Υγείας και την κινητοποίηση της εθελοντικής συμμετοχής.

Η ολοκλήρωσή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012 αποτελεί έργο καθοριστικής σημασίας για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στον τόπο μας.

Με το Σχέδιο Δράσης αποκτούμε εθνικούς ποσοτικούς και ποιοτικούς στόχους για τη Δημόσια Υγεία και εξασφαλίζουμε τη συνέχεια στην υλοποίηση της πολιτικής.

Κάνουμε ένα πολύ σημαντικό βήμα στην πορεία εξασφάλισης αξιόπιστων επιδημιολογικών δεδομένων και, με αυτό τον τρόπο, κερδίζουμε το στοίχημα της στόχευσης στη χάραξη των πολιτικών της οργανωμένης πολιτείας για τη Δημόσια Υγεία.

Τερματίζουμε την εποχή του «δημιουργικού αυτοσχεδιασμού», της άναρχης ανάπτυξης και της αποσπασματικότητας.

Αναδεικνύουμε τη συμμετοχή της Κοινωνίας των Πολιτών και της επιστημονικής κοινότητας, ύστερα από ενδελεχή δημόσια διαβούλευση για την κατάρτιση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, και προωθούμε τη συνεργασία του κοινωνικού μας κράτους με τον εθελοντικό τομέα για την υλοποίηση συγκεκριμένων δράσεων.

Θεμελιώνουμε ένα σύστημα Δημόσιας Υγείας που λειτουργεί με γνώμονα τις σύγχρονες κοινωνικές και πολιτισμικές αξίες και που, πάνω από όλα, κατοχυρώνει το δικαίωμα στην ενημέρωση και στην πρόληψη.

Εξοικονομούμε πολύτιμους οικονομικούς πόρους και δημιουργούμε νέες πηγές εσόδων για τη Δημόσια Υγεία με την κατάθεση αναλυτικού οικονομικού προϋπολογισμού που συνοδεύει την ανάπτυξη των προγραμμάτων και των δράσεων του σχεδίου.

Δημιουργούμε, τέλος, ένα ισχυρό πλαίσιο μέσα στο οποίο μπορούν να προσφέρουν όλες οι πολιτικές και κοινωνικές δυνάμεις του τόπου, με μοναδικό στόχο την προστασία της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και την προαγωγή της ποιότητας ζωής.

Αλέξης Ζορμπάς

Συντονιστής Μονάδας Στρατηγικής & Πολιτικών Υγείας

Σύμβουλος Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Εισαγωγικό Σημείωμα

1. Δικαίωμα στην Υγεία

Η υγεία αποτελεί ένα από τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα. Το κράτος θα πρέπει να εξασφαλίζει το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να απολαμβάνει το υψηλότερο εφικτό επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας, και οι σύγχρονες πολιτικές υγείας θα πρέπει να παρέχουν τις συνθήκες που θα επιτρέψουν την άσκηση αυτού του δικαιώματος.

Η μέριμνα του κράτους για τη λήψη μέτρων προστασίας της υγείας των πολιτών περιλήφθηκε ως κοινωνικό δικαίωμα στο άρθρο 21 παρ 3. του Συντάγματος, το οποίο ορίζει ότι: «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών...».

Το δικαίωμα για την προστασία της υγείας προβάλλεται επίσης στις διεθνείς συμβάσεις και διακηρύξεις:

Το άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (1948) επισημαίνει ότι: «όλοι έχουν δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο, το οποίο να επαρκεί για την υγεία και ευημερία των ίδιων, όπως και των οικογενειών τους, συμπεριλαμβανομένων της διατροφής, της ένδυσης, της στέγασης, της ιατρικής περίθαλψης και των αναγκαίων κοινωνικών υπηρεσιών, καθώς επίσης και το δικαίωμα ασφάλειας σε περίπτωση ανεργίας, ασθένειας, ανικανότητας, χηρείας, γήρατος, ή έλλειψης πόρων διαβίωσης εξαιτίας καταστάσεων πέρα από τις δυνατότητές τους...».

Ο Καταστατικός Χάρτης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας αναφέρει: «η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας αποτελεί ένα από τα βασικά δικαιώματα κάθε ανθρώπου άσχετα από τη φυλή, τη θρησκεία, τις πολιτικές πεποιθήσεις και την οικονομική ή κοινωνική κατάσταση».

Ο Ευρωπαϊκός Καταστατικός Χάρτης του Συμβουλίου της Ευρώπης, ο οποίος κυρώθηκε με τον Ν. 1426/1984 στο άρθρο 11 και υπό τον τίτλο «Δικαίωμα για προστασία της υγείας» ορίζει ότι: «για την εξασφάλιση της αποτελεσματικής άσκησης του δικαιώματος για προστασία της υγείας, τα συμβαλλόμενα μέρη αναλαμβάνουν την υποχρέωση να λαμβάνουν είτε απευθείας, είτε με τη συνεργασία δημόσιων και ιδιωτικών οργανώσεων, κατάλληλα μέτρα που θα αποσκοπούν ιδίως: 1. Να εξαφανίζουν κατά το δυνατό τα αίτια μη ικανοποιητικής υγείας. 2. Να προβλέπουν συμβουλευτικές υπηρεσίες και υπηρεσίες διαφώτισης σε ό,τι αφορά τη βελτίωση της υγείας και την ανάπτυξη της συναισθηματικής και ατομικής ευθύνης στον τομέα της υγείας. 3. Να προλαβαίνουν, κατά το δυνατό, τις επιδημικές και άλλες ασθένειες».

Η Ευρωπαϊκή Ένωση, με τη Συνθήκη του Μάαστριχτ (άρθρο 129) αναγνώρισε ότι:

«Η κοινότητα συμβάλλει στην εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης ζωής, ενθαρρύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών και, εάν είναι απαραίτητο, ενισχύοντας τη δράση τους. Η δράση της Κοινότητας αφορά στην πρόληψη των ασθενειών, κυρίως αυτών που θεωρούνται μεγάλη μάστιγα, συμπεριλαμβανομένης και της τοξικομανίας, ευνοώντας την έρευνα σχετικά με τα αίτια και τη μετάδοσή τους, καθώς και την ενημέρωση και την εκπαίδευση στον τομέα της υγείας. Οι απαιτήσεις στον τομέα της προστασίας της υγείας αποτελούν συνισταμένη των άλλων πολιτικών της Κοινότητας».

Το ενδιαφέρον της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία των πολιτών της καταδεικνύεται επίσης από τη διακριτή και λεπτομερή αναφορά, στη Δημόσια Υγεία, της Συνθήκης του Άμστερνταμ. Η αναφορά στη Δημόσια Υγεία γίνεται σε διάφορα άρθρα της συνθήκης, κυρίως όμως στα άρθρα 3 και 152. Ιδιαίτερα, στο άρθρο 152 ορίζεται ότι: «κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Η δράση της Κοινότητας, η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της Δημόσιας Υγείας, καθώς και στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία. Η δράση αυτή καλύπτει την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών τους, της μετάδοσης και της πρόληψής τους, καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας.

Η Κοινότητα συμπληρώνει τη δράση των κρατών-μελών για τη μείωση της βλάβης που προκαλούν στην υγεία τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης και της πρόληψης».

2. Δημόσια Υγεία

Σύμφωνα με τον Ν.3370/2005 άρθρο 1 και 2 «Η Δημόσια Υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ως Δημόσια Υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής...» «Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της Δημόσιας Υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία. Στην ευρύτερη έννοια της Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνονται, επίσης, ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων...».

Σε γενικές γραμμές, η Δημόσια Υγεία αναφέρεται στην «υγεία του πληθυσμού», και η εφαρμογή της είναι θέμα κυρίως «πολιτικής επιλογής» (Κρεμαστινού, 2007).

Διαχρονικά έχουν καταγραφεί πολλοί ορισμοί για τη Δημόσια Υγεία, οι κυριότεροι εκ των οποίων παρατίθενται στη συνέχεια του κειμένου.

Το 1923, ο Winslow διατύπωσε έναν ορισμό της Δημόσιας Υγείας που ακόμα και στις μέρες μας είναι σύγχρονος: «Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να επιμηκύνεται η ζωή, να προάγεται η φυσική υγεία και η αποδοτικότητα του ανθρώπου, μέσα από την οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας για την εξυγίανση του περιβάλλοντος, τον έλεγχο των λοιμωδών νόσων, την εκπαίδευση κάθε ατόμου στην ατομική υγιεινή, την οργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών υγείας για την πρόωπη διάγνωση και προληπτική θεραπεία των νόσων και την ανάπτυξη μιας «κοινωνικής μηχανής» που να εξασφαλίζει σε κάθε άτομο ένα επίπεδο ζωής ικανό για τη διατήρηση της υγείας του».

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

Το 1998 στην Αγγλία, στο Acheson Report, επαναδιατυπώθηκε ο ορισμός ως εξής: «Δημόσια Υγεία είναι η επιστήμη και η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος, να προάγεται η υγεία και να επιμηκύνεται η ζωή, μέσα από οργανωμένη προσπάθεια της κοινωνίας» (Independent Inquiry into Inequalities in Health Report, 1998).

Το 2004, οι Bearglehole & Bonita αναφέρουν ότι: «Δημόσια Υγεία είναι η συλλογική δράση για αειφόρο ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού».

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι το αντικείμενο της Δημόσιας Υγείας συνίσταται στην ολιστική βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Αποτελεί ένα σύνολο γνώσεων και πρακτικών, που τοποθετείται ανάμεσα στο διοικητικό μηχανισμό και την άσκηση των επαγγελματιών υγείας. Το αντικείμενό της αφορά επίσης στην κατάκτηση της γνώσης μέσω της έρευνας. Η Δημόσια Υγεία στηρίζεται σε διάφορες επιστήμες και τεχνικές όπως η ιατρική, η επιδημιολογία και η βιο-στατιστική, η δημογραφία και οι κοινωνικές επιστήμες, οι οποίες συντελούν στο να διερευνηθεί το επίπεδο υγείας και νοσηρότητας του πληθυσμού και να παραχθούν και να αξιολογηθούν μέτρα που προτείνονται από τους ειδικούς, με σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του.

Οι βασικές λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας συνίστανται ιδίως:

- Στην παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν.
- Στην προστασία και προαγωγή της υγείας, καθώς και στην πρόληψη ασθενειών.
- Στο σχεδιασμό και στην αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.
- Στην προάσπιση των αναγκών υγείας των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.

- Στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων και άλλων υψηλής επικράτησης νοσημάτων, και στην αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απρόβλεπτων ειδικών συνθηκών.

Τέλος, οι δράσεις της Δημόσιας Υγείας επικεντρώνονται:

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

3. Η Υπεροχή της Πρόληψης

Η ηθική και λογική υπεροχή των προληπτικών μέτρων που αναφέρονται στη δημόσια και ατομική υγεία, σε αντιπαράθεση με τη θεραπεία και την αποκατάσταση, είναι καλά τεκμηριωμένες στη διεθνή βιβλιογραφία. Παρόλο που το τελευταίο στη θεωρία φαίνεται σχετικά εύκολο, στην πράξη μέχρι τώρα έχει καταστεί εξαιρετικά δύσκολο. Η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, οι λανθασμένες διατροφικές συνήθειες και επιλογές, η έλλειψη άσκησης, η παχυσαρκία, το άγχος και η έλλειψη μέτρων ασφαλείας κατά την οδήγηση, είναι μερικοί από τους παράγοντες που προκαλούν νόσους και ατυχήματα που ευθύνονται για το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων στις δυτικές και άλλες υπό ανάπτυξη κοινωνίες. Σήμερα, είναι γνωστό ότι οι παραπάνω παράγοντες προκαλούν καρκίνο, καρδιαγγειακά και άλλα χρόνια νοσήματα, αναπηρία και υποβάθμιση της ποιότητας ζωής, παρόλα αυτά πολύ λίγοι άνθρωποι λαμβάνουν ενεργό ρόλο στην προάσπιση της υγείας τους. Αυτό κυρίως συμβαίνει γιατί η γνώση που λαμβάνουμε σε θέματα υγείας δεν «μεταφράζεται» πάντα σε αντίστοιχη συμπεριφορά και στάσεις που προασπίζουν και βελτιώνουν την υγεία, αλλά και γιατί, εκτός των αλλαγών, που θα πρέπει να γίνουν σε ατομικό επίπεδο, θα πρέπει να ληφθούν και να εφαρμοστούν μέτρα Δημόσιας Υγείας σε ευρύτερη κλίμακα. Το τελευταίο γίνεται καλύτερα αντιληπτό στην περίπτωση των εμβολιασμών, ένα μέτρο του οποίου η αποτελεσματικότητα και η συνεισφορά είναι αποδεδειγμένη στη βελτίωση του γενικού επιπέδου της υγείας του πληθυσμού. Για παράδειγμα, ακόμα και πριν 50 χρόνια που ήταν σε έξαρση η διφθερίτιδα, εκατοντάδες παιδιά θα έπρεπε να εμβολιαστούν κατά της διφθερίτιδας, ώστε να προληφθεί ο θάνατος έστω και ενός παιδιού (μέγιστο ποσοστό εμβολιαστικής κάλυψης).

Επιπλέον, ένα άτομο δεν είναι πάντα σε θέση να αποφασίζει μόνο του για τον τρόπο ζωής του, επειδή αυτό εξαρτάται από πολλούς και ποικίλους εξωτερικούς παράγοντες.

Σύμφωνα με τον Maynard (WHO 1991), οι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι: το εισόδημα, ο πλούτος, η εκπαίδευση, η φροντίδα υγείας, οι εργασιακές πρακτικές, οι πρακτικές του ελεύθερου χρόνου, η οικογενειακή υποστήριξη, η στέγαση, η διατροφή, η χρήση εθιστικών ουσιών.

Η καλή υγεία του πληθυσμού αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ευημερία του, αλλά και τη διαθεσιμότητα του παραγωγικού-εργατικού δυναμικού και αντίστροφα. Η αλληλεξάρτηση μεταξύ οικονομικής ανάπτυξης και υγείας έχει ιστορικά διαπιστωθεί. Όπως χαρακτηριστικά δήλωσε η Dr. Gro Harlem Brundtland κατά την ομιλία της για την 50η Επέτειο της Οικουμενικής Διακήρυξης των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων στο Παρίσι (1998): «η φτώχεια οδηγεί σε χαμηλό επίπεδο υγείας και το χαμηλό επίπεδο υγείας γεννά τη φτώχεια. Όπου εμφανίζεται δομική φτώχεια και χαμηλό επίπεδο υγείας, θα υπάρχει επίσης χαμηλό επίπεδο ανάπτυξης και χαμηλό επίπεδο ανθρωπίνων δικαιωμάτων» (στο Karski το 2000). Μια διαπίστωση που, χρόνια πριν, ο Σ. Δοξιάδης έφερνε στο προσκήνιο δηλώνοντας ότι: «οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία δεν είναι τα μικρόβια, οι ιοί ή ο καρκίνος, αλλά η φτώχεια, η άγνοια και η εκμετάλλευση του ανθρώπου από άνθρωπο» (Δοξιάδης 1997). Κατά συνέπεια, καμία υπηρεσία υγείας δεν θα μπορέσει να ανταποκριθεί στις ανάγκες της σύγχρονης εποχής, ούτε να αντιμετωπίσει σύγχρονα προβλήματα αν δεν αναγνωριστεί η μεγάλη σημασία που έχουν οι κοινωνικές συνθήκες των οικονομικά ασθενών, και αν δεν βελτιωθεί η ζωή τους.

Επιπλέον, τα μέτρα και τα προγράμματα για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας θα πρέπει να είναι στο πρώτο πλάνο οποιασδήποτε εθνικής στρατηγικής του τομέα υγείας, και οι σύγχρονες πολιτικές υγείας θα πρέπει να έχουν την προοπτική τους στον άνθρωπο, πάνω και πέρα από οργανωμένα, συγκρουόμενα ή επενδυμένα συμφέροντα.

Σκοπός των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να είναι η βελτίωση και η προαγωγή της υγείας των πολιτών, δίνοντάς τους τις απαραίτητες πληροφορίες, ενδυναμώνοντάς τους να παραμείνουν υγιείς, κάνοντας την καλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Επιπλέον, σκοπός των υπηρεσιών υγείας είναι να χαράζουν στρατηγική (μέτρα πρόληψης, νομοθεσία) που θα πρέπει να ακολουθηθεί, ώστε να εξασφαλιστεί το μέγιστο επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού.

Για το λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαίος ο προσανατολισμός των συστημάτων Δημόσιας Υγείας στην πραγματική έννοια της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας και της ποιότητας ζωής. Η αξία μιας τόσο πλατιάς θεώρησης έγκειται στην κινητοποίηση όλων των μέσων για την εξουδετέρωση των κινδύνων που απειλούν την υγεία και για την εξάλειψη των γενικότερων επιπτώσεων που απορρέουν από τις βλάβες της, και προϋποθέτει ολοκληρωμένο σχεδιασμό Εθνικής Πολιτικής Δημόσιας Υγείας που θα στοχεύει σε συγκεκριμένες επιδιώξεις. Επιδιώξεις, οι οποίες δεν θα προγραμματίζονται απλώς, αλλά θα ελέγχονται για την εφαρμογή τους και, πολύ περισσότερο, θα αξιολογούνται για την αποτελεσματικότητά τους.

4. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

«...Η Εθνική Στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία αποβλέπει στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και ποιότητας ζωής του πληθυσμού και δεν περιορίζεται στις δράσεις προστασίας του πληθυσμού από παράγοντες κινδύνου. Η Εθνική Στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία καθορίζει τους μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους της, περιγράφει τις δράσεις και τις παρεμβάσεις, προσδιορίζει τους φορείς, τους τομείς και τα επίπεδα της διοίκησης που έχουν την ευθύνη για την πολυτομεακή και διατομεακή εφαρμογή της» (Ν 3370/2005 άρθρο 4., παρ 1).

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία είναι το πρώτο σχέδιο εθνικής στρατηγικής στην υγειονομική ιστορία της χώρας, το οποίο θέτει ξεκάθαρα τους στόχους της πολιτείας για την προάσπιση και προαγωγή της υγείας των κατοίκων και, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, θα υποβληθεί από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη Βουλή για έγκριση.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία σχεδιάστηκε μετά από ανάλυση των διαθέσιμων επιδημιολογικών δεδομένων, τις κατευθύνσεις της πολιτικής και διοικητικής ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τη γνωμοδότηση και συναίνεση της επιστημονικής κοινότητας και της Κοινωνίας των Πολιτών, και είναι προϊόν εκτεταμένης δημόσιας διαβούλευσης με όλα τα συμβαλλόμενα μέρη. Επιπλέον, ο σχεδιασμός βασίστηκε στις κατευθυντήριες οδηγίες, στους στόχους και στη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αναφορικά με τη Δημόσια Υγεία.

Το Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία αποτελείται από ένα συνολικό σχέδιο δράσης, το οποίο θέτει οριζόντιους στόχους και πολιτικές για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας, και από 16 ειδικά σχέδια δράσης, τα οποία προτείνουν στρατηγική και δράσεις για την ολιστική διαχείριση και αντιμετώπιση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του Ελληνικού πληθυσμού.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία στοχεύει στην αποτελεσματική προστασία και προαγωγή υγείας, μέσω της διαμόρφωσης μέτρων, προγραμμάτων, δομών και σύγχρονης αντίληψης για την πρόληψη.

Τα ειδικά Εθνικά Σχέδια Δράσης για την αντιμετώπιση σημαντικών ζητημάτων Δημόσιας Υγείας είναι:

1. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο.
2. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS.
3. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία.
4. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά.
5. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές.
6. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία.

7. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη.
8. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα.
9. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία.
10. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα.
11. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα.
12. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα.
13. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία.
14. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία.
15. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις.
16. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

Το σύνολο των προτεινόμενων δράσεων των επιμέρους σχεδίων δράσης προϋπολογίστηκε ολιστικά, σε συνάρτηση τόσο με τις επικαλυπτόμενες δράσεις όλων των σχεδίων, όσο και με τις οριζόντιες δράσεις του συνολικού σχεδίου, με στόχο την άρση των αλληλοεπικαλύψεων και τη δημιουργία ενός οριζόντιου και ολιστικού προϋπολογισμού για τη Δημόσια Υγεία.

5. Διάρθρωση της Ύλης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία διαρθρώνεται, από άποψη περιεχομένου, σε 3 ενότητες και 12 κεφάλαια.

Η πρώτη ενότητα αναφέρεται στη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα. Στην ενότητα αυτή καταγράφονται:

- Τα σύγχρονα δεδομένα που αφορούν στην εκτίμηση της υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού. Συγκεκριμένα, αναφέρονται: δημογραφικά στοιχεία, στοιχεία για τη θνησιμότητα, νοσηρότητα, παράγοντες κινδύνου, αιτίες χαμένων χρόνων αναμενόμενης ζωής, υγεία του παιδικού πληθυσμού, δείκτες ποιότητας ζωής και αποτρεπτής θνησιμότητας, καθώς και τα κυριότερα συμπεράσματα μελετών που αφορούν στην αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού.
- Η αποστολή και οι αρμοδιότητες των φορέων και υπηρεσιών που δραστηριοποιούνται στον τομέα της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα.
- Η νομοθεσία που διέπει τις υπηρεσίες, τα προγράμματα και τους οργανισμούς της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα.
- Οι κοινοτικές κατευθύνσεις και οι προτεραιότητες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στο Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς (Ε.Σ.Π.Α.) 2007 - 2013.
- Η αξιολόγηση του συστήματος Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα, αναλύοντας τα πλεονεκτήματα, τις αδυναμίες, τις ευκαιρίες και τους κινδύνους που προκύπτουν για το σχεδιασμό και την εφαρμογή Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία.

Η δεύτερη ενότητα αναφέρεται στη Δημόσια Υγεία στο Διεθνές Περιβάλλον. Στην ενότητα αυτή καταγράφονται:

- Οι σημαντικότεροι οργανισμοί και τα προγράμματα της Δημόσιας Υγείας διεθνώς.
- Οι διεθνείς στρατηγικές και τάσεις στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, με ιδιαίτερη έμφαση στη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας σε επιλεγμένους τομείς της Δημόσιας Υγείας.
- Οι βασικές αρχές οργάνωσης των συστημάτων Δημόσιας Υγείας σε Ευρωπαϊκές χώρες όπως η Σουηδία, Φινλανδία, Δανία, Ολλανδία, Γαλλία, Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο.
- Η έννοια των καλών πρακτικών και των κατευθυντήριων οδηγιών, καθώς και η συμβολή τους στην ανάπτυξη και υλοποίηση τεκμηριωμένης Δημόσιας Υγείας.
- Οι κατευθύνσεις και οι προτεραιότητες συστημάτων Δημόσιας Υγείας με βάση τη διεθνή εμπειρία και πρακτικές.

Η τρίτη ενότητα αναφέρεται στο Στρατηγικό Σχεδιασμό του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία. Στην ενότητα αυτή:

- Επιχειρείται αναλυτική παρουσίαση του οράματος, της αποστολής των αξιών και των στρατηγικών στόχων που διέπουν το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, ενώ πραγματοποιείται εκτενής αναφορά στα αναμενόμενα αποτελέσματα από την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.
- Πραγματοποιείται η ανάλυση των στρατηγικών στόχων σε δράσεις, ενέργειες, φορείς και χρονοδιάγραμμα υλοποίησης.
- Περιγράφεται η διαδικασία και ο μηχανισμός υλοποίησης των προτεινόμενων δράσεων και η συνοπτική κοστολόγησή τους.

Αναλυτικά κείμενα των 16 επιμέρους σχεδίων δράσης και των αντίστοιχων οικονομο-τεχνικών μελετών υπάρχουν διαθέσιμα στην ιστοσελίδα www.ygeianet.gov.gr.

6. Επίμετρο

Η μείωση της γενικής θνησιμότητας στις αναπτυγμένες χώρες αντανακλά τη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, καθώς και την αποτελεσματική πρόληψη νοσημάτων και έλεγχο παραγόντων κινδύνου, μέσω εκστρατειών πρόληψης, προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, παρεμβατικών κοινοτικών και εθνικών προγραμμάτων. Επίσης, έχει αποδειχτεί ότι μέτρα και προγράμματα που επικεντρώνονται στους τομείς της πρόληψης και γενικότερα της Δημόσιας Υγείας, μπορούν να επηρεάσουν θετικά τους δείκτες υγείας και ευημερίας του γενικού πληθυσμού.

Οποιαδήποτε προσπάθεια εφαρμογής της προτεινόμενης Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία θα πρέπει να λάβει υπόψη καινούριες τάσεις και πρακτικές, και να αποφύγει τον κίνδυνο επανάληψης λαθών που μπορεί να πηγάζουν είτε από έλλειψη

προοπτικής, είτε από τη μη εποικοδομητική υιοθέτηση μοντέλων που έχουν εφαρμοστεί σε άλλες χώρες. Οποιαδήποτε μηχανιστική μεταφορά των τεχνικών και μεθόδων και, ακόμα περισσότερο, των υγειονομικών προτύπων που έχουν εφαρμοστεί σε άλλες χώρες, δεν διασφαλίζει την αποτελεσματικότητα της εθνικής πολιτικής για την υγεία, ενώ αντίθετα μπορεί να δημιουργήσει σύνθετα προβλήματα, καθώς και να προσκρούσει σε εγκατεστημένες συμπεριφορές χρηστών και προμηθευτών.

Η τάση που επικρατεί σήμερα διεθνώς είναι η μετατόπιση της δράσης από τις εθνικές εντολές σε δημοτικό και περιφερειακό επίπεδο, καθώς και η ενίσχυση συμμαχιών διαφόρων κοινωνικών εταίρων. Επιπλέον, η Δημόσια Υγεία δεν θα πρέπει να είναι μόνο αρμοδιότητα των υπηρεσιών υγείας, αλλά θα πρέπει να δοθεί έμφαση στην κοινωνική συμμετοχή και στην υποκίνηση κινήματος για την υγεία, ενώ οι κεντρικές αρμοδιότητες θα πρέπει να περιοριστούν στη χάραξη στρατηγικής και στη διευκόλυνση σύναψης «συμμαχιών» και διατομεακών συνεργασιών, που θα βοηθήσουν στην καλύτερη υλοποίηση των προτεινόμενων μέτρων.

Οι πολιτικοί, και όλοι όσοι λαμβάνουν αποφάσεις σε όλα τα επίπεδα, θα πρέπει να κατανοήσουν ότι αποτελεσματικές και ποιοτικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, που εξασφαλίζουν υψηλό επίπεδο υγείας του πληθυσμού, μπορούν να εξασφαλιστούν μόνο μέσα από κοινές διατομεακές και διακλαδικές δράσεις, σε σχεδόν όλες τις πλευρές της κοινωνικής και οικονομικής ζωής.

Το μεταβατικό στάδιο στο οποίο βρίσκονται οι χώρες της κεντρικής και ανατολικής Ευρώπης, υπό το πρίσμα της διεύρυνσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η γενικότερη διεθνής οικονομική συγκυρία και η αναπόφευκτη παγκοσμιοποίηση ανθρώπων και αγαθών, θέτει ερωτήματα για τις επιπτώσεις που θα υπάρξουν στο «κεκτημένο» στον τομέα της υγείας.

Νέα πεδία, νέες αρχές, νέες προοπτικές και νέοι παράγοντες αναδεικνύονται, που πρέπει να ληφθούν υπόψη για να συνδιαμορφώσουμε αλλά και να ανταποκριθούμε αποτελεσματικά στις νέες εξελίξεις. Μέσα σε αυτό το περιβάλλον, το σύστημα ζητά αποδοτικότερη και αποτελεσματικότερη διαχείριση των ήδη περιορισμένων πόρων, καλύτερη ανταπόκριση στις επιθυμίες των πολιτών και στη διαχείριση των μειζόνων παραγόντων κινδύνου, και αναζητά την υγειονομική του ταυτότητα.

Η στρατηγική βάσει της οποίας σχεδιάστηκε το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία έχει ως αφετηρία τη γνώση αυτών των νέων κοινωνικών, οικονομικών, πολιτικών και πολιτισμικών δεδομένων, και ως επιδίωξη να καταστήσει την υγεία και την κοινωνική προστασία το βασικότερο παράγοντα επίτευξης υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής, κοινωνικής συνοχής και ανάπτυξης.

Έφη Σίμου

**Συντονίστρια Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία
Επιστημονική Συνεργάτης Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας**

Ενότητα Α'

Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα

«...**ὑγιεία**
τίμιον
ἄλλ' εὐμετάστατον...»

Πλούταρχος, 45 - 120 μ.Χ.

Κεφάλαιο 1ο

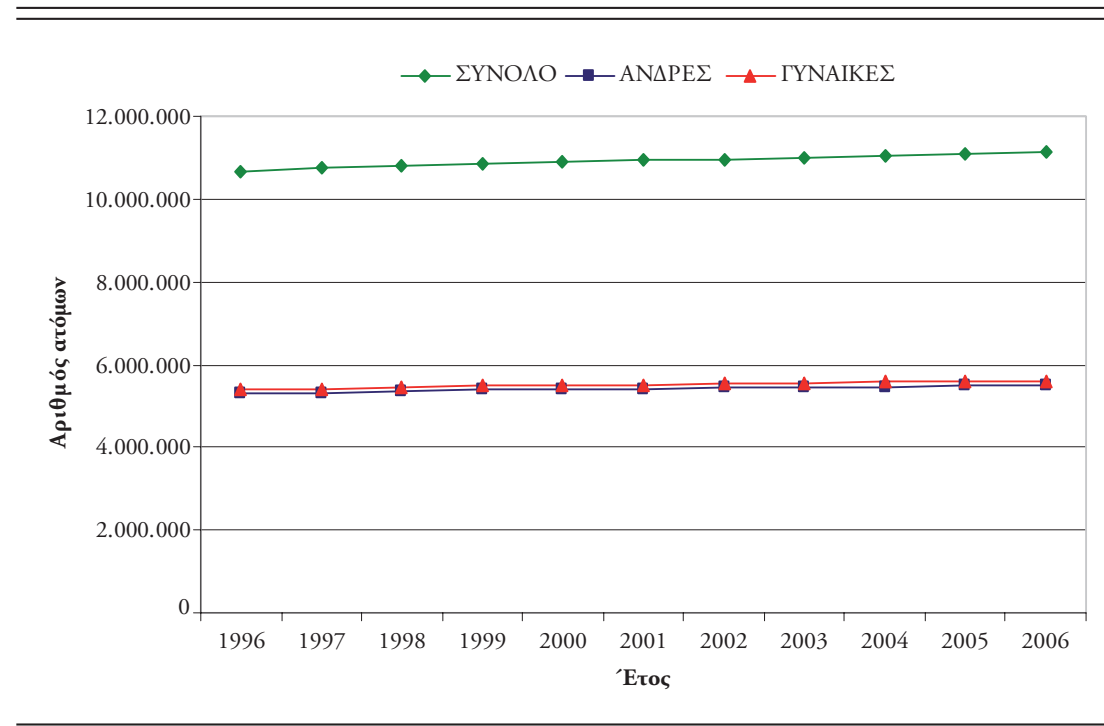
Η Υγεία του Πληθυσμού

Το παρόν κεφάλαιο βασίστηκε στη μελέτη «Η Υγεία του Ελληνικού πληθυσμού», η οποία εκπονήθηκε από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, με συντονιστή της ερευνητικής ομάδας τον Αν. Καθηγητή κων Γ. Τούντα (2007) και στη μελέτη της «Αποτρεπτής θνησιμότητας», η οποία εκπονήθηκε από τον Τομέα Οικονομικών Υγείας της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, με συντονιστή της ερευνητικής ομάδας τον Καθηγητή κων Γ. Κυριόπουλο (2008).

1. Δημογραφικά Στοιχεία

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.), ο πληθυσμός της Ελλάδας, την 1η Ιανουαρίου του 2006, ανερχόταν σε 11.125.179 άτομα. Από αυτά, τα 5.508.165 ήταν άνδρες και τα 5.617.014 γυναίκες. Τα τελευταία 10 χρόνια, ο συνολικός πληθυσμός της χώρας αυξήθηκε κατά 4,2% (Σχήμα 1.1).

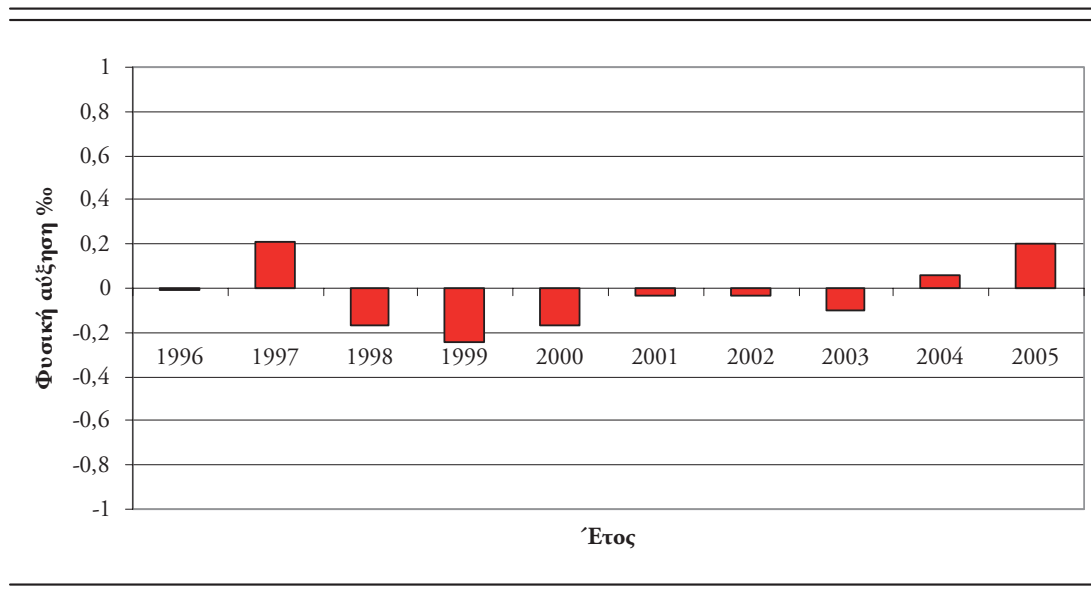
Σχήμα 1.1 Πληθυσμός της Ελλάδας την 1η Ιανουαρίου των ετών 1996 - 2006, κατά φύλο.



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Η αύξηση του πληθυσμού αποδίδεται κυρίως στη μετανάστευση, καθώς η αναπαραγωγικότητα του ελληνικού πληθυσμού κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Το 2004, ο δείκτης ολικής γονιμότητας (αριθμός παιδιών ανά ζεύγος) ήταν μόλις 1,3, ενώ στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.), ο αντίστοιχος δείκτης ήταν 1,49. Την τελευταία δεκαετία, η φυσική αύξηση του πληθυσμού, δηλαδή ο δείκτης που προκύπτει από τη διαφορά μεταξύ των γεννήσεων και των θανάτων, κυμαίνεται στην Ελλάδα, κοντά στο μηδέν. Το 1996, για πρώτη φορά έλαβε αρνητική τιμή. Συγκριτικά, αναφέρεται ότι στις αρχές της δεκαετίας του 1980, η φυσική αύξηση του ελληνικού πληθυσμού ήταν μεγαλύτερη από 3‰ (Σχήμα 1.2).

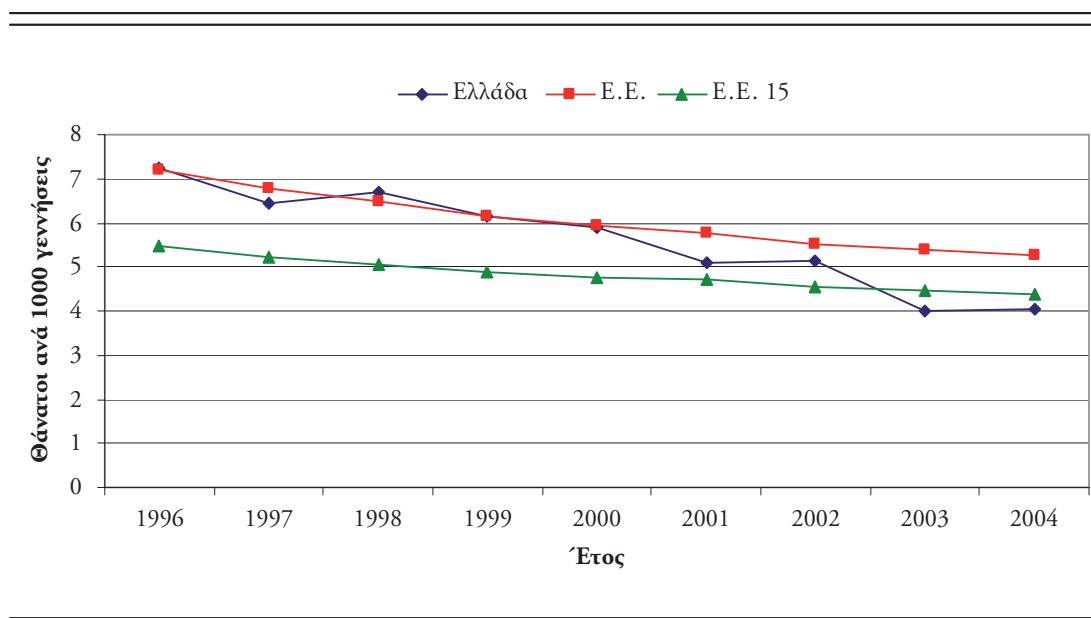
Σχήμα 1.2 Φυσική αύξηση του ελληνικού πληθυσμού (1996 - 2005).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

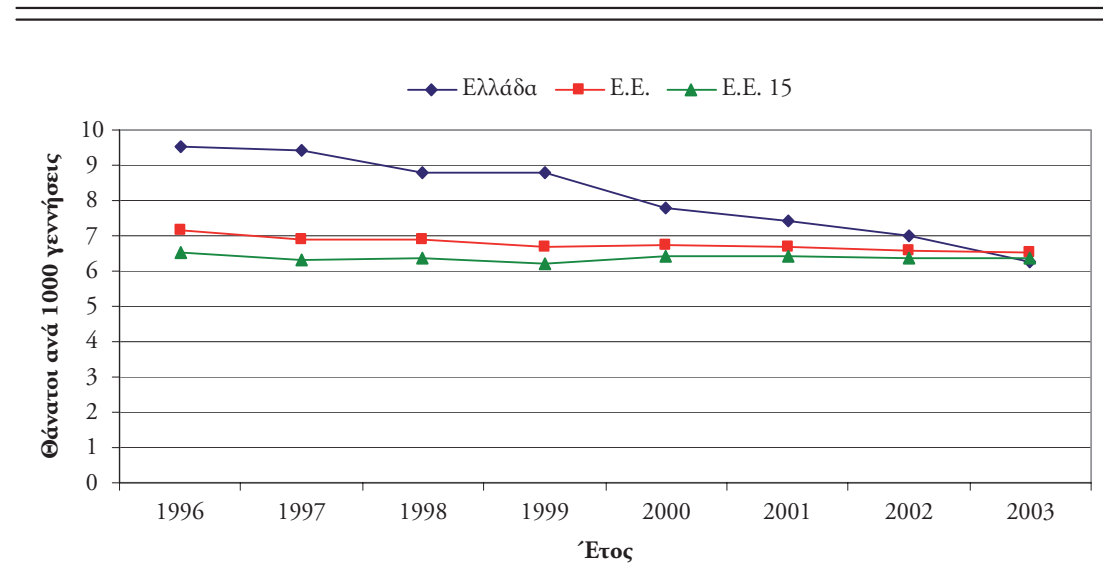
Κατά τη διάρκεια της ίδιας χρονικής περιόδου, σημαντική μείωση έχουν σημειώσει η βρεφική και περιγεννητική θνησιμότητα, με τους αντίστοιχους δείκτες να κυμαίνονται σε επίπεδα χαμηλότερα από τους μέσους όρους, τόσο της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 27 κρατών, όσο και των 15 κρατών που αποτελούσαν την Ε.Ε. πριν τη διεύρυνση του 2004 και του 2007 (Ε.Ε.-15) (Σχήμα 1.3, Σχήμα 1.4).

Σχήμα 1.3 Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

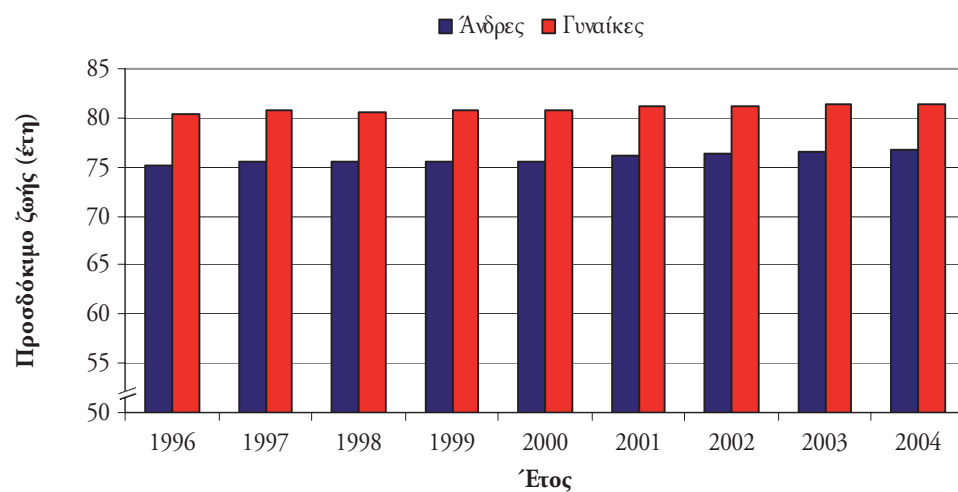
Σχήμα 1.4 Περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 - 2003)



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Η μείωση της βρεφικής και περιγεννητικής θνησιμότητας, κατά κύριο λόγο, και η μείωση της θνησιμότητας σε όλες τις ηλικίες, συνέβαλαν στην αύξηση του μέσου χρόνου ζωής των Ελλήνων. Έτσι, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση διαμορφώθηκε, το 2004, στα 76,67 έτη για τους άνδρες και στα 81,46 έτη για τις γυναίκες, εμφανίζοντας μικρή αλλά σταθερή αυξητική τάση (Σχήμα 1.5).

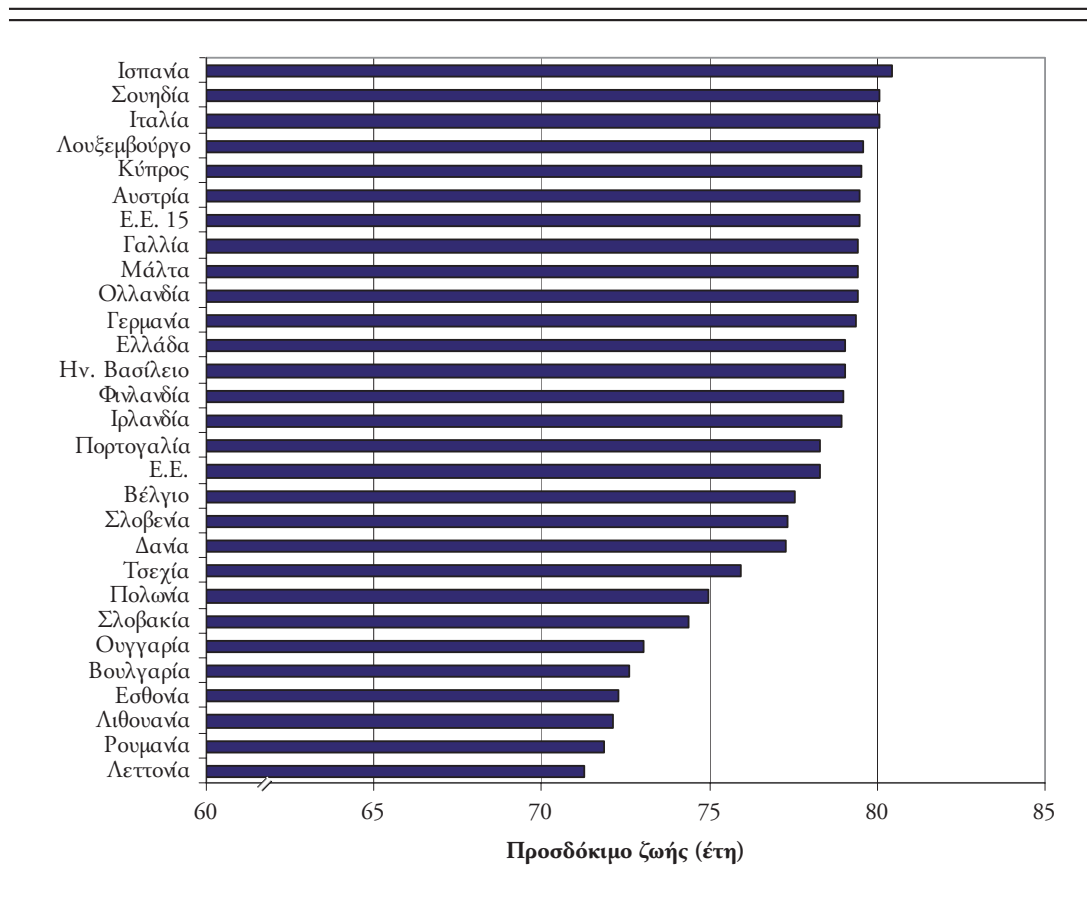
Σχήμα 1.5 Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα, κατά φύλο (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

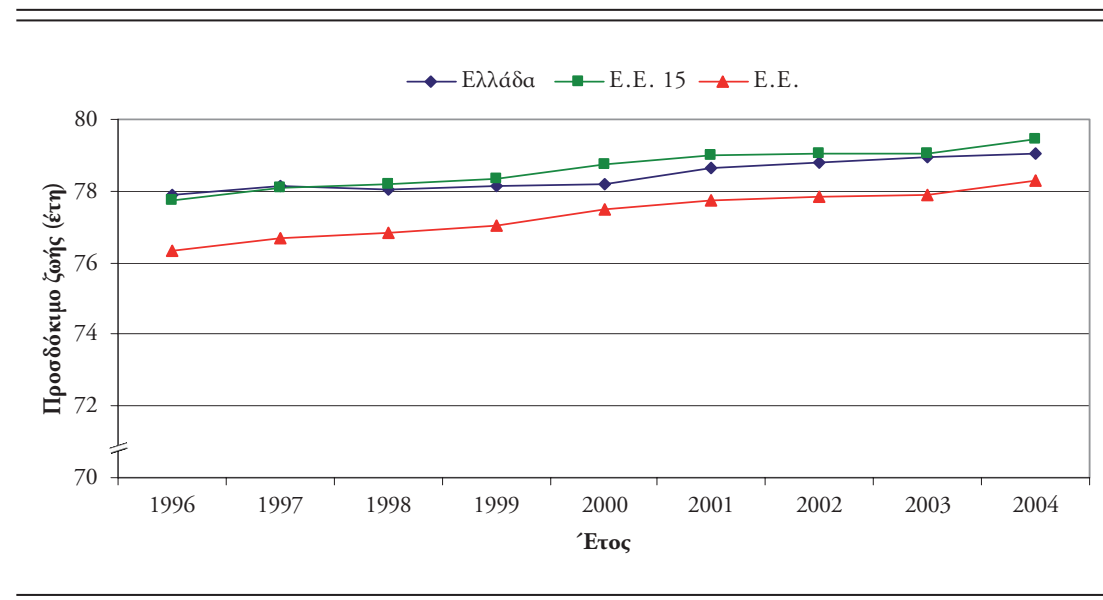
Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, η Ελλάδα, με προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση τα 79,05 έτη, κατατασσόταν 11η στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 2004 (Σχήμα 1.6), ενώ το 1996 βρισκόταν στην 5η θέση, με προσδόκιμο ζωής 77,79 έτη και το 1991 στη 2η θέση με 77,32 έτη. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι η αύξηση γίνεται με βραδύτερο ρυθμό στην Ελλάδα, σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση, και χάνεται βαθμιαία η προνομακική θέση της χώρας στην παγκόσμια κατάταξη του προσδόκιμου ζωής (Σχήμα 1.7).

Σχήμα 1.6 Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

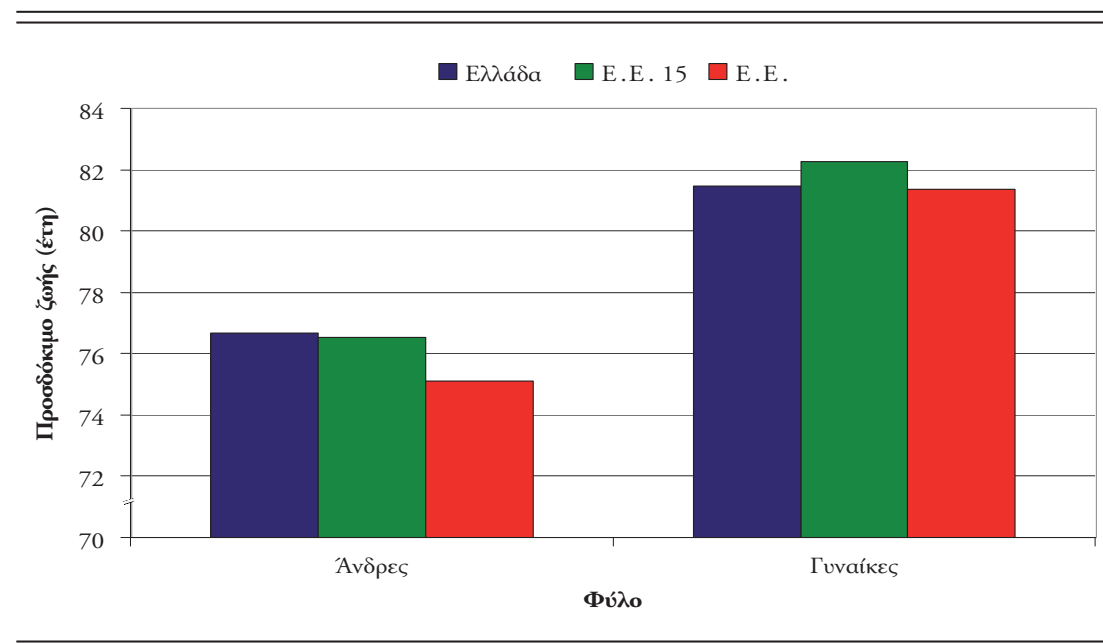
Σχήμα 1.7 Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 - 2004)



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Αξιοσημείωτο είναι ότι οι Έλληνες άνδρες εμφανίζουν υψηλότερο προσδόκιμο ζωής από το μέσο όρο των ανδρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Ευρώπης των 15, ενώ η κατάταξη των Ελληνίδων γυναικών είναι χαμηλότερη. Ωστόσο, σε απόλυτους αριθμούς, οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες σε όλες τις χώρες της Ευρώπης, κυρίως λόγω της μεγαλύτερης πρώιμης θνησιμότητας των ανδρών από τροχαία ατυχήματα (Σχήμα 1.8).

Σχήμα 1.8 Προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, κατά φύλο, σε Ελλάδα και Ε.Ε. (2004)

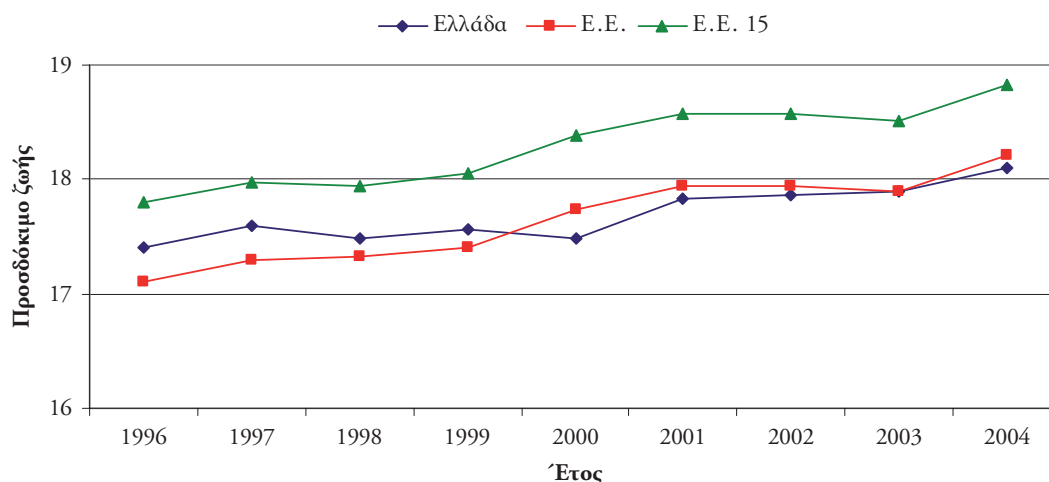


Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση δεν οφείλεται μόνο στη μείωση της βρεφικής και περιγεννητικής θνησιμότητας. Η μείωση της θνησιμότητας και στις μεγαλύτερες ηλικίες καθίσταται εμφανής από την αύξηση του προσδόκιμου ζωής για άτομα ηλικίας 65 ετών. Ωστόσο, η Ελλάδα, με προσδόκιμο ζωής 18,1 έτη στην ηλικία των 65 ετών, βρίσκεται σήμερα κάτω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ μέχρι το 1999 ήταν υψηλότερα (Σχήμα 1.9). Το 1990, το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα, στην ηλικία των 65 ετών, ήταν 17,07 έτη και στην Ε.Ε. 16,47 έτη. Έκτοτε, η Ε.Ε. παρουσιάζει σταθερά μεγαλύτερο ρυθμό αύξησης από την Ελλάδα.

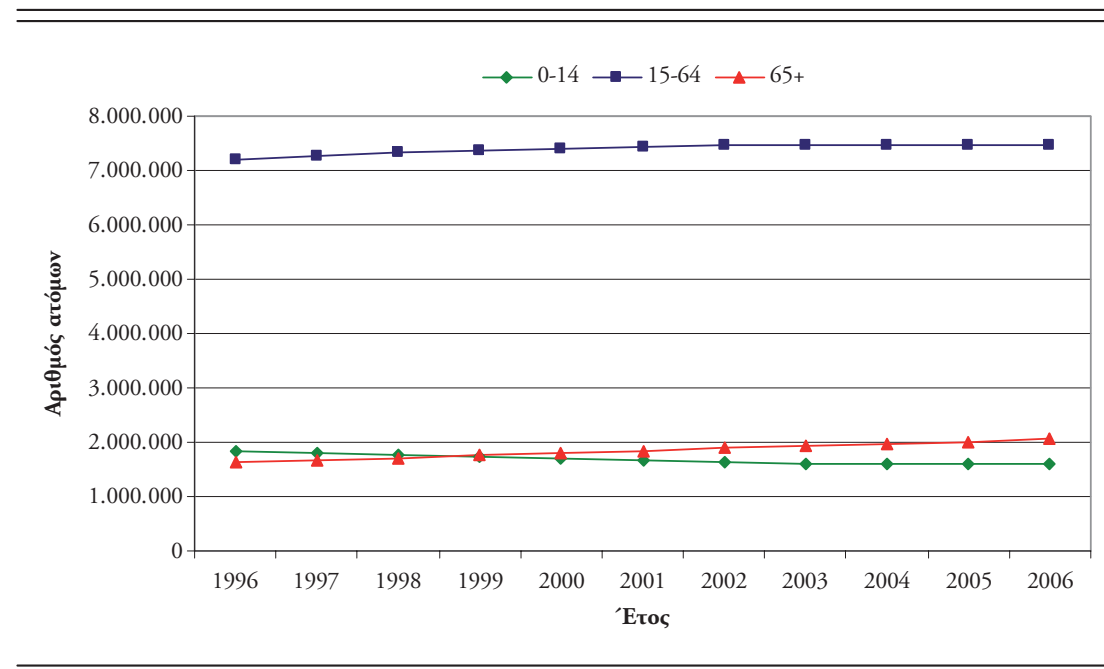
Η μείωση της γεννητικότητας, σε συνδυασμό με την επιμήκυνση της διάρκειας ζωής, έχουν ως αποτέλεσμα τη δημογραφική γήρανση του ελληνικού πληθυσμού. Ο αριθμός των ατόμων ηλικίας ως 14 ετών μειώνεται σταθερά, ενώ αντίθετα, το ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία άνω των 65 παρουσιάζει βαθμιαία αύξηση. Έτσι, ενώ το 1983, στην ηλικιακή ομάδα 0-14 ετών ανήκε το 21,6% του πληθυσμού, το 2006 το αντίστοιχο ποσοστό ήταν μόλις 14,3%. Για την ομάδα άνω των 65 ετών, το ποσοστό αυξήθηκε από 13,3%, το 1983, σε 18,5% το 2006 (Σχήμα 1.10).

Σχήμα 1.9 Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών, σε Ελλάδα και Ε.Ε. (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

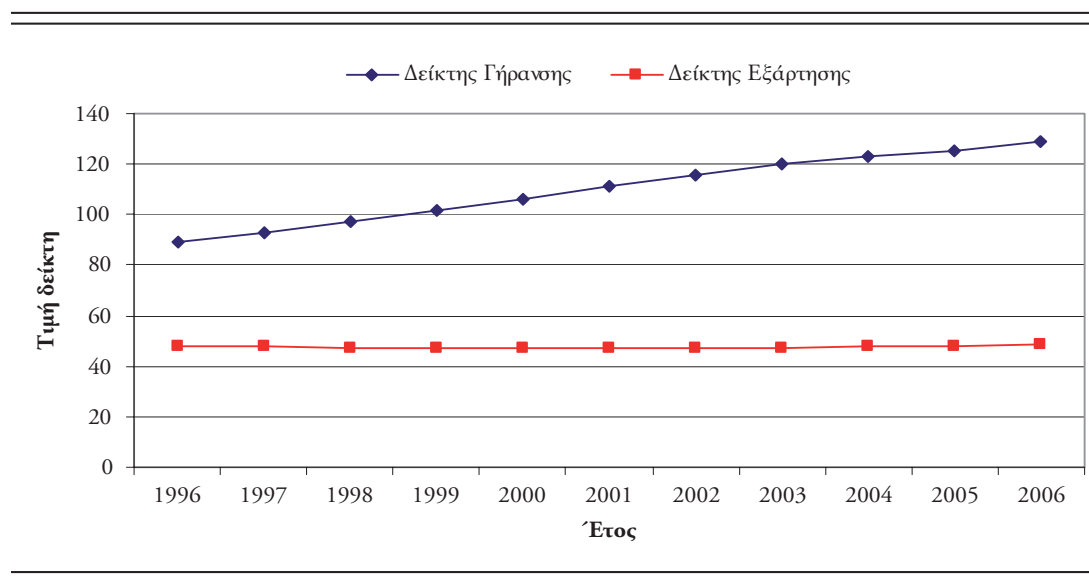
Σχήμα 1.10 Εξέλιξη του πληθυσμού της Ελλάδας, κατά ηλικιακή ομάδα (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Δείκτες της δημογραφικής σύνθεσης ενός πληθυσμού είναι ο δείκτης γήρανσης και ο δείκτης εξάρτησης. Ο δείκτης γήρανσης προκύπτει από την εκατοστιαία αναλογία του πληθυσμού με ηλικία άνω των 65 ετών, προς τον πληθυσμό με ηλικία κάτω των 14 ετών. Ο δείκτης εξάρτησης είναι η εκατοστιαία αναλογία του οικονομικά μη ενεργού πληθυσμού (ηλικιακές ομάδες 0-14 και άνω των 65 ετών) προς τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό ηλικίας 15-64 ετών. Ο δείκτης γήρανσης έχει αυξηθεί κατά 45,5% μέσα σε μια δεκαετία, φτάνοντας στο 129,31, το 2006. Αντίθετα, ο δείκτης εξάρτησης παραμένει περίπου σταθερός, με τιμή 48,91 για το 2006, γιατί η αύξηση των ηλικιωμένων αντισταθμίζεται από τη μείωση του αριθμού των παιδιών (Σχήμα 1.11).

Σχήμα 1.11 Εξέλιξη των δεικτών γήρανσης και εξάρτησης στην Ελλάδα (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Η μεταβολή της σύνθεσης του ελληνικού πληθυσμού συμβαδίζει με τις αλλαγές που παρατηρούνται στις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες και αναμένεται να ακολουθήσει παρόμοια πορεία και στις επόμενες δεκαετίες. Προβλέπεται ότι αυτή η εξέλιξη θα οδηγήσει σε αύξηση της ζήτησης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας λόγω των αυξημένων αναγκών των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά σε νοσήματα φθοράς και χρόνια προβλήματα υγείας.

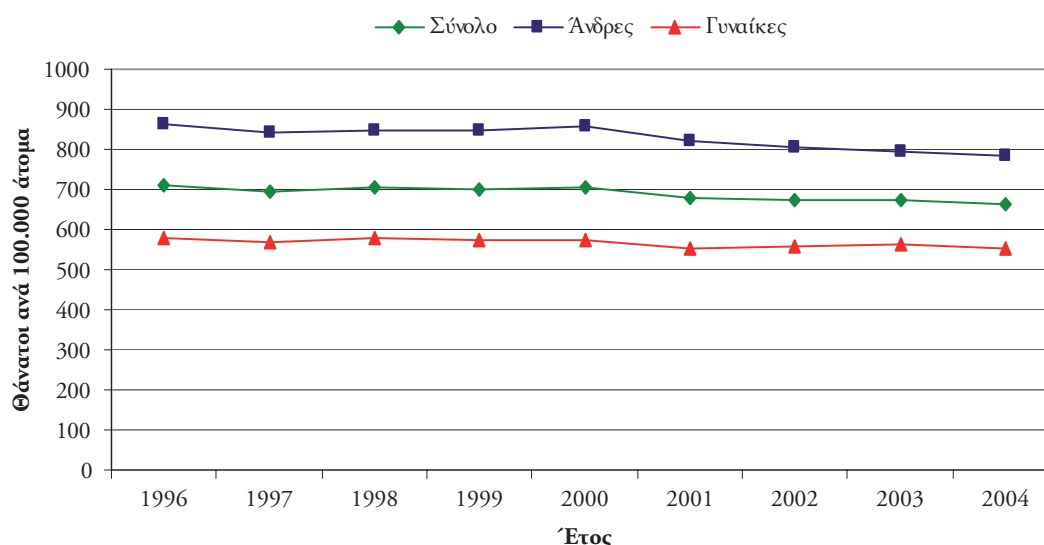
2. Θνησιμότητα

2.1 Γενική Θνησιμότητα

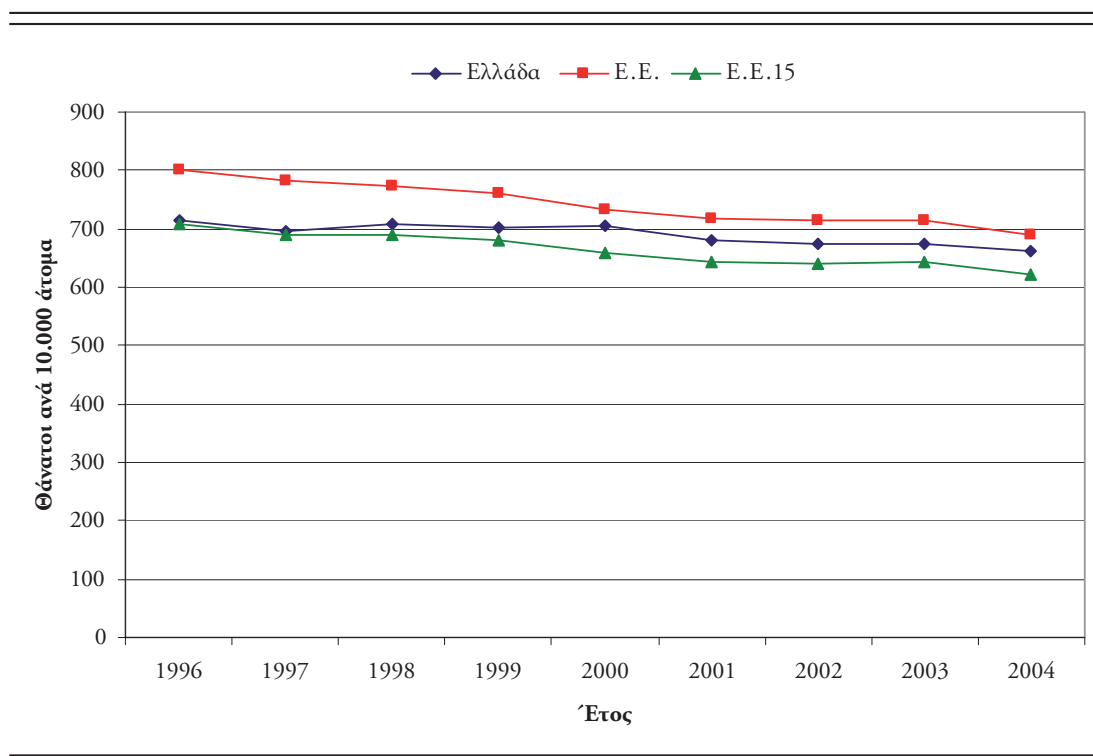
Στοιχεία για τη θνησιμότητα του ελληνικού και του ευρωπαϊκού πληθυσμού παρέχονται από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Οι δείκτες θνησιμότητας είναι προτυπωμένοι κατά ηλικία, ως προς τον ευρωπαϊκό πληθυσμό. Έτσι, είναι δυνατό να πραγματοποιηθούν συγκρίσεις μεταξύ πληθυσμών που έχουν διαφορετική ηλικιακή σύνθεση. Όλοι οι δείκτες εκφράζονται ως αριθμός θανάτων σε πληθυσμό 100.000 ατόμων. Οι ειδικοί δείκτες αναφέρονται σε 100.000 άτομα του ίδιου φύλου και ηλικίας.

Η γενική θνησιμότητα από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα το 2004 ήταν 662,82 ανά 100.000 πληθυσμού. Για τους άνδρες, η γενική θνησιμότητα ήταν 784,05 και για τις γυναίκες 552,94 ανά 100.000. Τόσο η συνολική, όσο και η κατά φύλο γενική θνησιμότητα, έχουν σταθερή πτωτική πορεία τα τελευταία χρόνια (Σχήμα 2.1). Μόνη εξαίρεση αποτελεί η ομάδα ηλικιών άνω των 75, όπου δεν παρατηρείται μείωση. Ωστόσο, η πτώση αυτή συμβαίνει με βραδύτερους ρυθμούς σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τάση που παραμένει σταθερή από το 1990 και μετά. Η Ελλάδα το 2004 είχε υψηλότερο δείκτη γενικής θνησιμότητας σε σχέση με το μέσο όρο των 15 παλαιότερων μελών της Ε.Ε. (662,82 έναντι 620,75 ανά 100.000) και, τα επόμενα χρόνια, αν συνεχιστούν οι ίδιοι ρυθμοί μείωσης, αναμένεται να βρεθεί πάνω και από το μέσο όρο της Ε.Ε., που είναι σήμερα 690,89 (Σχήμα 2.2).

Σχήμα 2.1 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα, συνολικά και κατά φύλο (1996 - 2004).



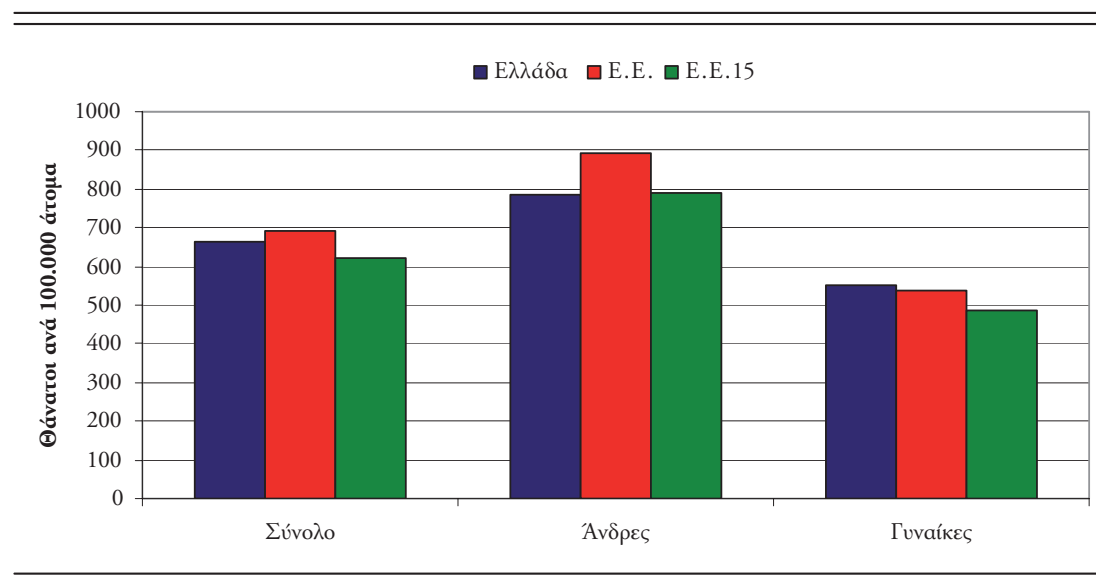
Σχήμα 2.2 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από όλες τις αιτίες στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Όπως και στο προσδόκιμο ζωής, έτσι και στη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, οι Έλληνες άνδρες κατέχουν καλύτερη θέση στον ευρωπαϊκό χώρο συγκριτικά με τις Ελληνίδες γυναίκες. Η θνησιμότητα από όλες τις αιτίες στους άνδρες είναι μικρότερη από το μέσο όρο των ανδρών της Ε.Ε. (784,05 έναντι 890,22 ανά 100.000), ενώ ο αντίστοιχος δείκτης για τις γυναίκες ξεπερνά το μέσο όρο της Ε.Ε. (552,94 έναντι 536,51 ανά 100.000) (Σχήμα 2.3).

Σχήμα 2.3 Προτυπωμένη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες, συνολικά και κατά φύλο, στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

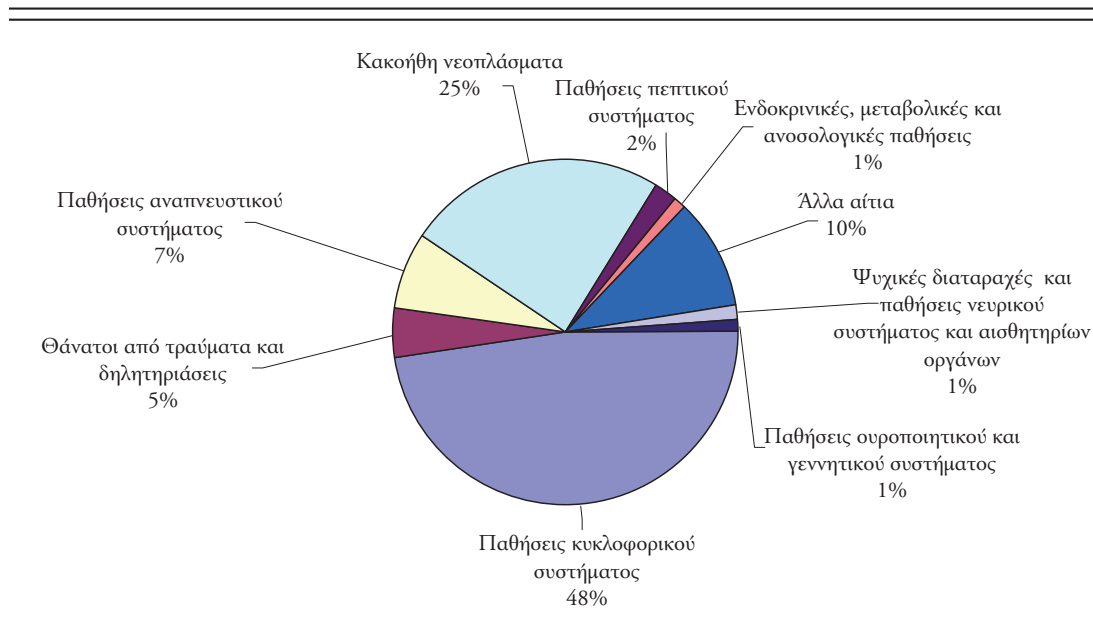
Σε ό,τι αφορά την πιθανότητα θανάτου στις ηλικίες 15-59, μετά το 1970 παρουσιάζεται αύξηση στους άνδρες και μείωση στις γυναίκες. Ο ρυθμός μείωσης στις γυναίκες έχει επιβραδυνθεί την τελευταία δεκαετία.

2.2 Ειδική Θνησιμότητα, κατά αιτία και ηλικία

2.2.1 Κύριες αιτίες θανάτου

Οι κύριες αιτίες θανάτου στον ελληνικό πληθυσμό, με φθίνουσα σειρά, είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τα κακοήθη νεοπλάσματα, οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και οι εξωτερικές αιτίες που προκαλούν τραύματα και δηλητηριάσεις. Το 2004, το 48% των θανάτων στην Ελλάδα οφειλόταν σε νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, ενώ τα κακοήθη νεοπλάσματα ήταν υπεύθυνα για το 25% των θανάτων, με τις υπόλοιπες αιτίες να ακολουθούν με αρκετά μικρότερα ποσοστά (Σχήμα 2.4).

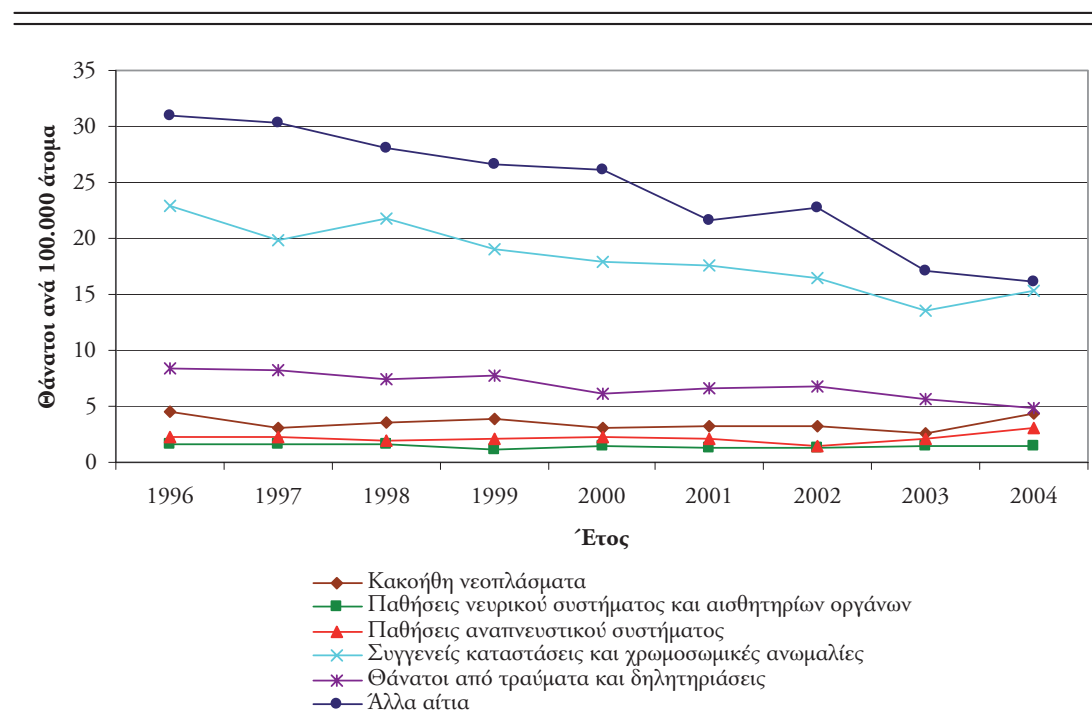
Σχήμα 2.4 Κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα (2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

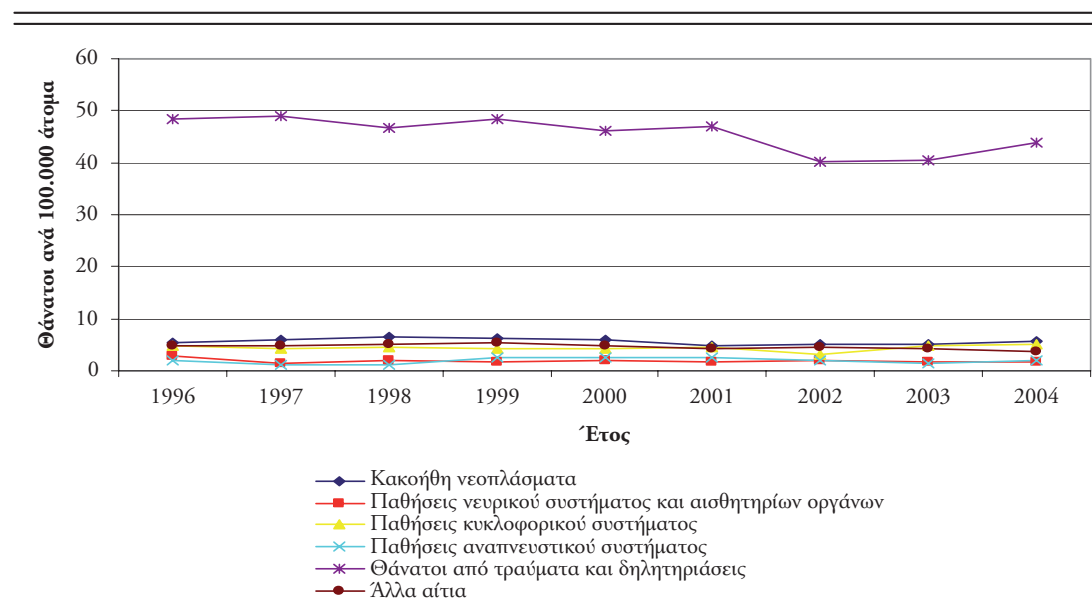
Στην ηλικιακή ομάδα 0-14 ετών, η κύρια αιτία θανάτου είναι οι συγγενείς καταστάσεις και οι χρωμοσωμικές ανωμαλίες, οι οποίες όμως αφορούν κυρίως στα βρέφη (ηλικία ως 1 έτους). Για παιδιά μεγαλύτερα του έτους, κύρια αιτία θνησιμότητας είναι οι τραυματισμοί και οι δηλητηριάσεις από εξωτερικές αιτίες, συνήθως από ατυχήματα (Σχήμα 2.5). Τα ατυχήματα κατέχουν την πρώτη θέση στις αιτίες θνησιμότητας και στις δύο επόμενες ομάδες ηλικιών, 15-29 και 30-44 ετών (Σχήματα 2.6 και 2.7). Στις ηλικίες 45-59 ετών, πρώτη αιτία θανάτου είναι οι κακοήθεις νεοπλασίες (Σχήμα 2.8), ενώ από την ηλικία των 60 και μετά, τα νοσήματα του κυκλοφορικού αναδεικνύονται σε βασική αιτία θνησιμότητας για τον ελληνικό πληθυσμό (Σχήματα 2.9 και 2.10).

Σχήμα 2.5 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας στην ηλικιακή ομάδα 0-14 ετών, κατά αιτία θανάτου, στην Ελλάδα (1996 - 2004).



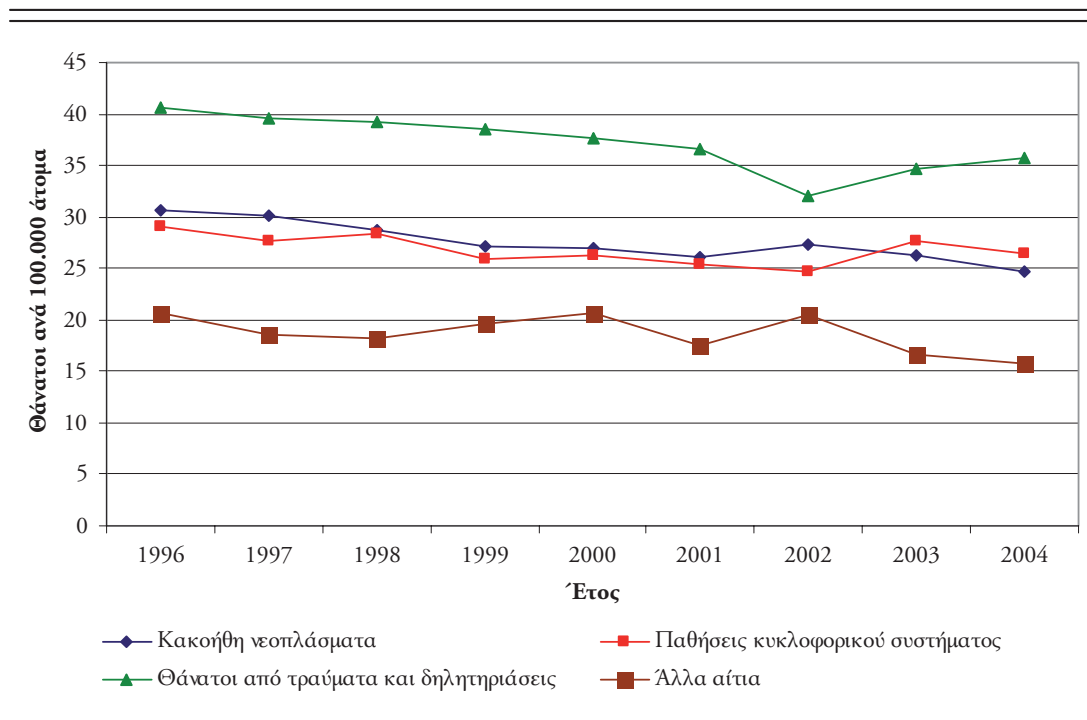
Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 2.6 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας στην ηλικιακή ομάδα 15-29 ετών, κατά αιτία θανάτου, στην Ελλάδα (1996 - 2004).



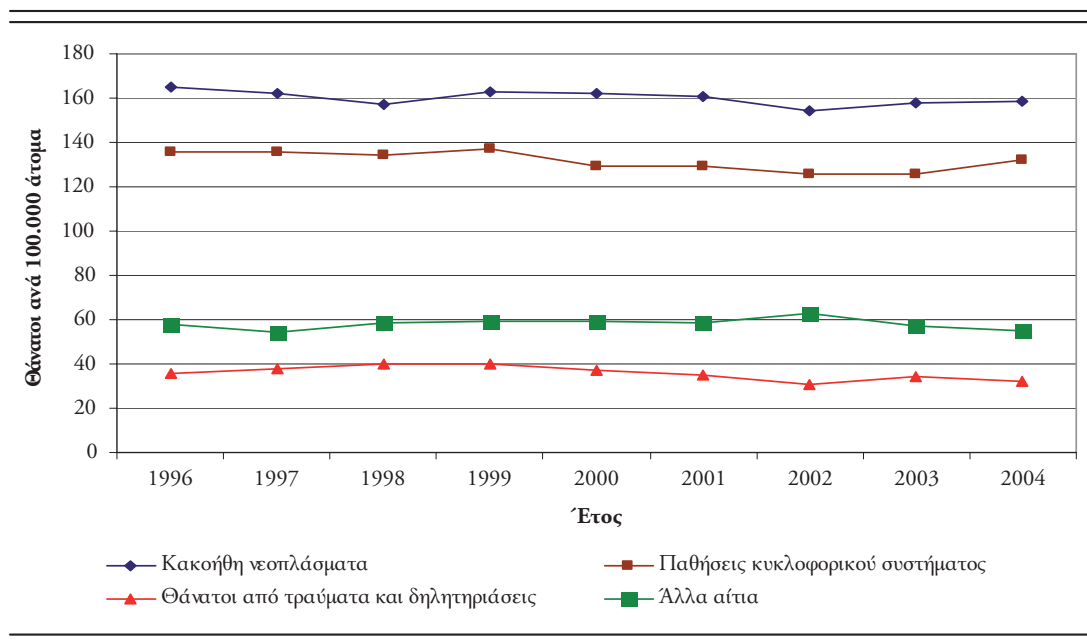
Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 2.7 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας στην ηλικιακή ομάδα 30-44 ετών, κατά αιτία θανάτου, στην Ελλάδα (1996 - 2004).



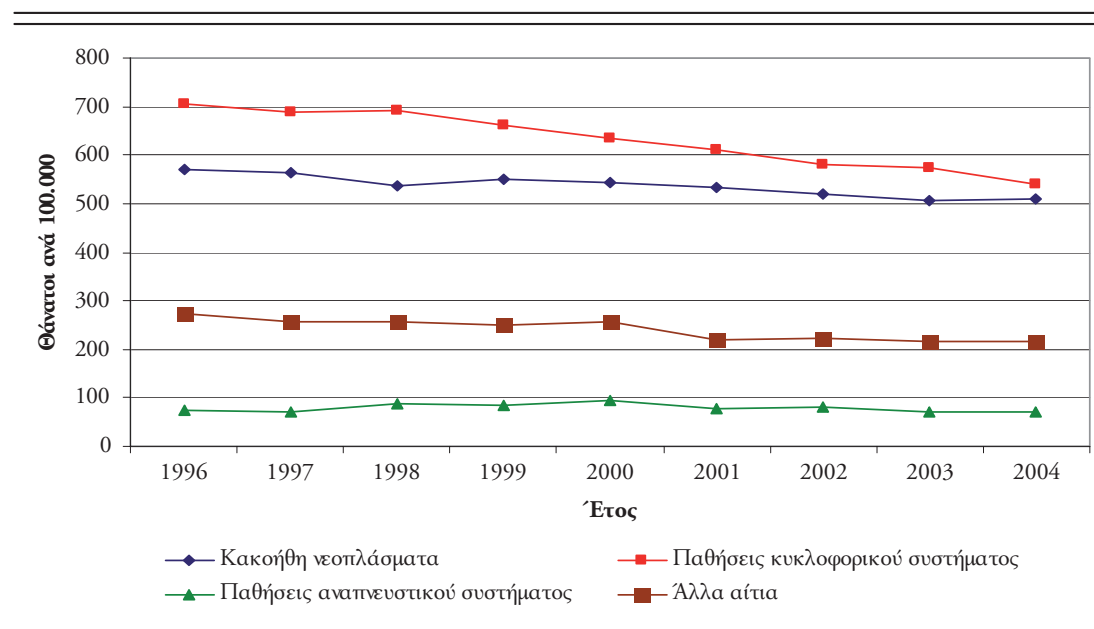
Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 2.8 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας στην ηλικιακή ομάδα 45-59 ετών, κατά αιτία θανάτου, στην Ελλάδα (1996 - 2004).



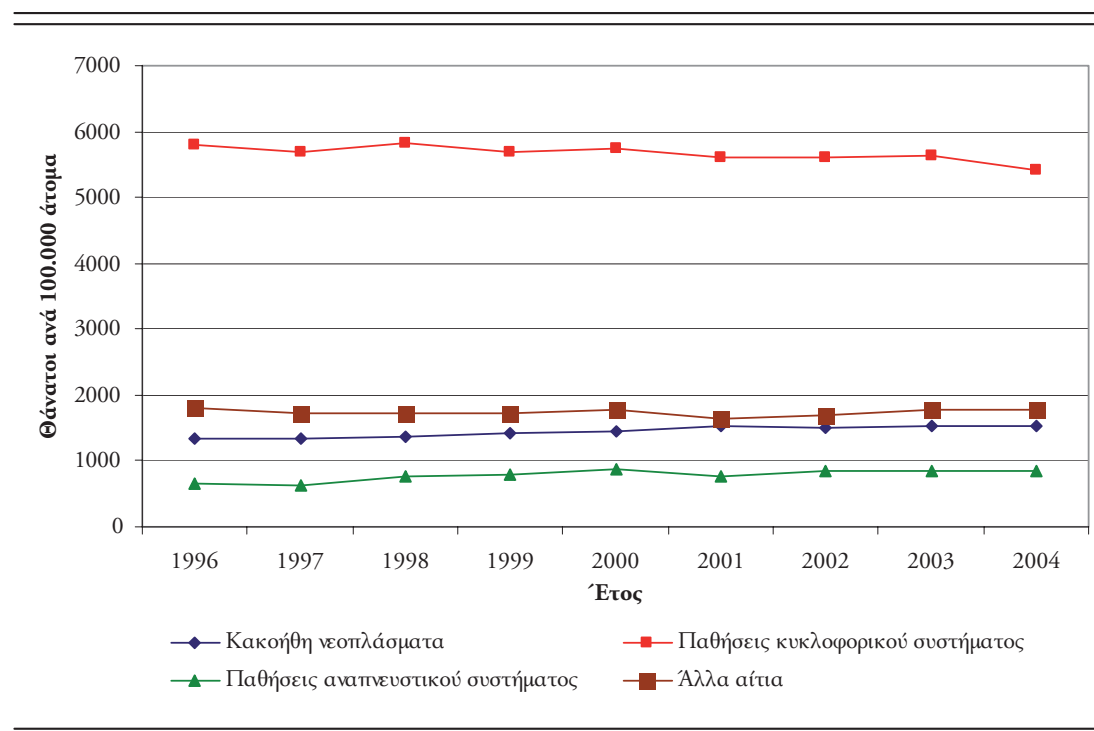
Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 2.9 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας στην ηλικιακή ομάδα 60-74 ετών, κατά αιτία θανάτου, στην Ελλάδα (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 2.10 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας στην ηλικιακή ομάδα άνω των 75 ετών, κατά αιτία θανάτου, στην Ελλάδα (1996 - 2004).



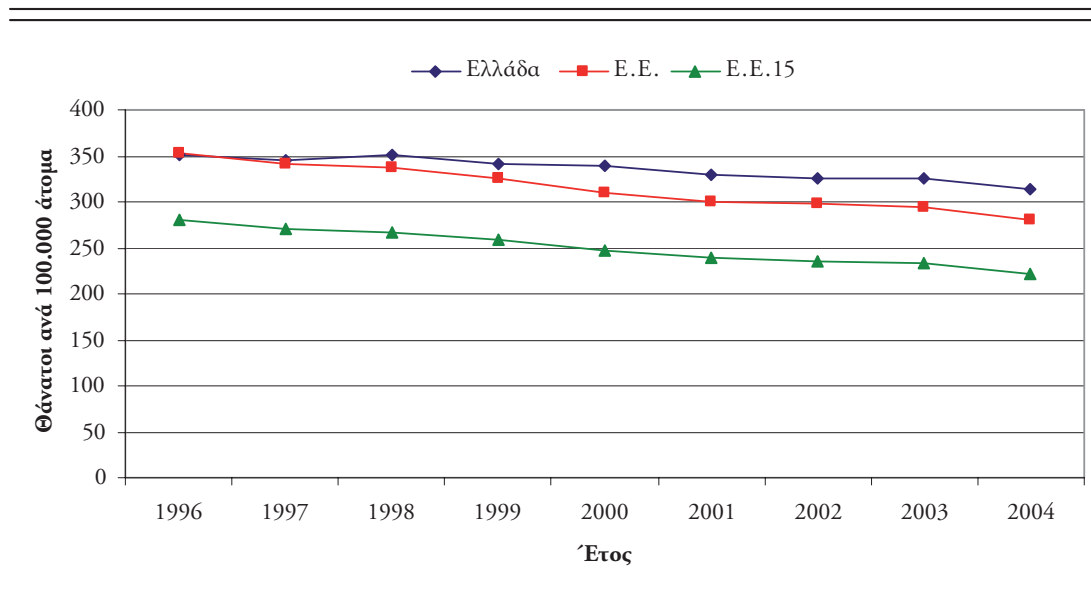
Πηγή: Τούντας και συν. 2007

2.2.2 Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος

Η θνησιμότητα από νοσήματα του κυκλοφορικού εμφανίζει μείωση στην Ελλάδα, αυτά όμως παραμένουν η πρώτη αιτία θανάτου. Το 2004, η προτυπωμένη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα ήταν 313,97 ανά 100.000 άτομα. Οι άνδρες έχουν υψηλότερη θνησιμότητα σε σχέση με τις γυναίκες (343,3 έναντι 284,4 ανά 100.000) σε όλες τις ηλικίες.

Ο ρυθμός μείωσης της θνησιμότητας από νοσήματα του κυκλοφορικού είναι χαμηλότερος στην Ελλάδα, αν συγκριθεί με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Την τελευταία εικοσαετία, η μείωση στην Ελλάδα είναι της τάξης του 10,9%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την Ε.Ε. είναι 35,7%. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η σημερινή θνησιμότητα της Ελλάδας να υπερβαίνει αυτή της Ε.Ε. (313,97 έναντι 279,44 ανά 100.000) (Σχήμα 2.11). Η ελάττωση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις στην Ελλάδα την περίοδο 1996 - 2004 ήταν 10,5%, ενώ την αμέσως προηγούμενη οκταετία 1988 - 1996 ήταν 6,6%.

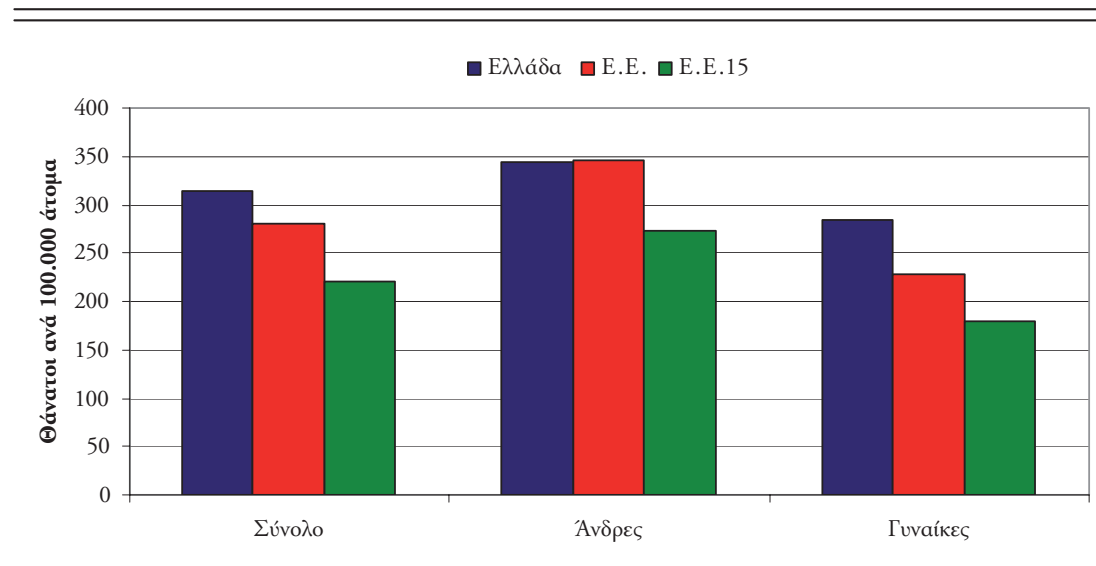
Σχήμα 2.11 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από νοσήματα του κυκλοφορικού στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Οι Έλληνες άνδρες έχουν θνησιμότητα από καρδιαγγειακά που προσεγγίζει το μέσο όρο της Ε.Ε. (343,3 έναντι 345,06 ανά 100.000). Οι γυναίκες όμως, στην Ελλάδα, έχουν θνησιμότητα από καρδιαγγειακά πολύ μεγαλύτερη από τη μέση ευρωπαϊκή (284,4 έναντι 227,96 ανά 100.000). Στο γεγονός αυτό οφείλεται, σε μεγάλο βαθμό, και η μη ικανοποιητική θέση της χώρας ως προς τα νοσήματα του κυκλοφορικού (Σχήμα 2.12).

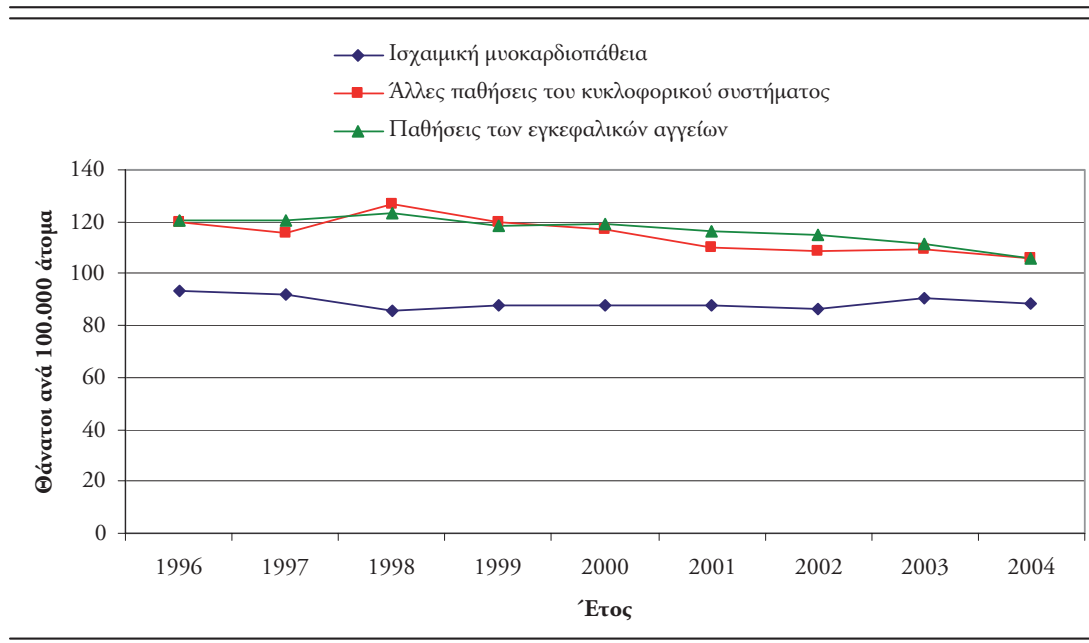
Σχήμα 2.12 Προτυπωμένη θνησιμότητα από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, συνολικά και κατά φύλο, σε Ελλάδα και Ε.Ε. (2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Από τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, συχνότερη αιτία θανάτου αποτελούν οι παθήσεις εγκεφαλικών αγγείων, ενώ ακολουθεί η ισχαιμική καρδιοπάθεια. Ωστόσο, το 35,2% των θανάτων από καρδιαγγειακά αποδίδεται σε άλλες αιτίες (Σχήμα 2.13). Το τελευταίο αυτό γεγονός, έρχεται σε αντίθεση με τα στοιχεία που υπάρχουν για τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε., όπου η ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι η κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Επίσης, στην Ελλάδα, η θνησιμότητα από άλλες παθήσεις του κυκλοφορικού είναι σχεδόν διπλάσια από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, με τη διαφορά να είναι ακόμη μεγαλύτερη στα άτομα άνω των 75 ετών. Έτσι, δημιουργούνται ερωτήματα σχετικά με την ακρίβεια των καταγεγραμμένων στοιχείων, ιδιαίτερα όταν αυτά αφορούν σε θανάτους ηλικιωμένων.

Σχήμα 2.13 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από τα κύρια νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος στην Ελλάδα (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Μεταξύ ισχαιμικής καρδιοπάθειας και παθήσεων των εγκεφαλικών αγγείων, πάντως, η πρώτη είναι συχνότερη σε όλες τις ηλικίες, με εξαίρεση την ηλικιακή ομάδα άνω των 75 ετών, όπου η θνησιμότητα από νοσήματα των εγκεφαλικών αγγείων είναι σχεδόν διπλάσια της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια (Πίνακας 2.1).

Πίνακας 2.1 Προτυπωμένη θνησιμότητα (θάνατοι ανά 100.000 άτομα της ίδιας ηλικίας) από ισχαιμική καρδιοπάθεια και παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων στην Ελλάδα, κατά ηλικία (2004).

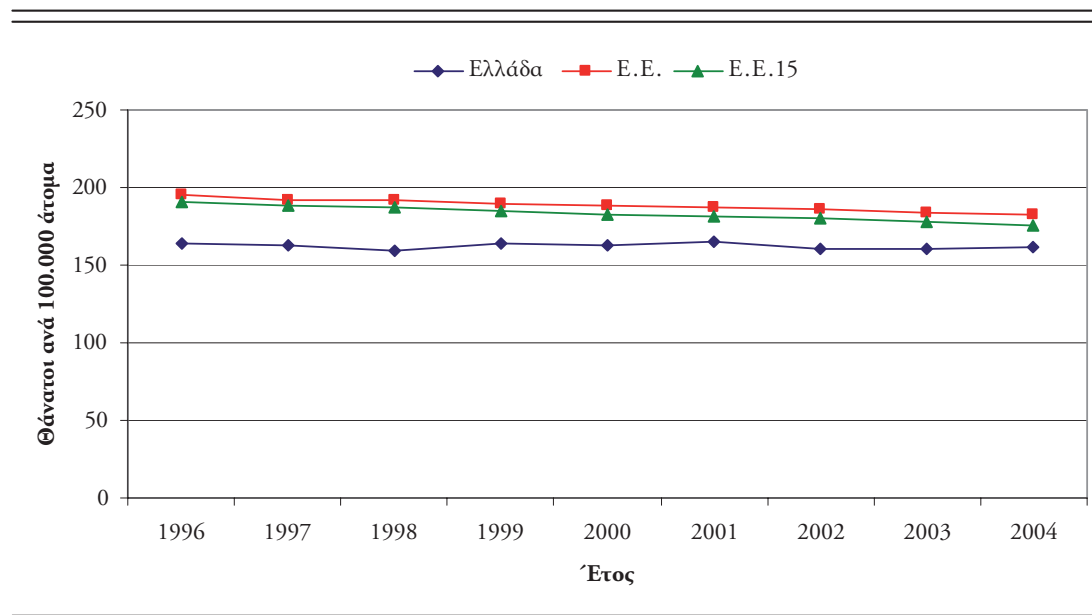
Ηλικιακή ομάδα	Ισχαιμική καρδιοπάθεια	Παθήσεις εγκεφαλικών αγγείων
0-14	0	0,06
15-29	2,58	1,24
30-44	15,88	4,99
45-59	84,23	24,18
60-74	221,28	155,19
75+	1028,42	2019,72

Πηγή: Τούντας και συν. 2007

2.2.3 Κακοήθη νεοπλασμάτα

Η προτυπωμένη θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλασμάτα στην Ελλάδα είναι μικρότερη από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και ανερχόταν, το 2004, σε 161,9 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους, έναντι 182,43 στην Ε.Ε. Ωστόσο, ο ρυθμός με τον οποίο μειώνεται η θνησιμότητα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι μεγαλύτερος απ' ό,τι στον ελληνικό χώρο, όπου η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλασμάτα παραμένει στα ίδια περίπου επίπεδα τα τελευταία 20 χρόνια, με μικρές διακυμάνσεις (161,14 το 1985 και 161,9 ανά 100.000, το 2004) (Σχήμα 2.14). Μελετώντας τα στοιχεία κατά ηλικιακή ομάδα, παρατηρείται μείωση της θνησιμότητας στις ηλικίες ως 75 ετών και μια αξιοσημείωτη αύξηση από τα 75 έτη και μετά.

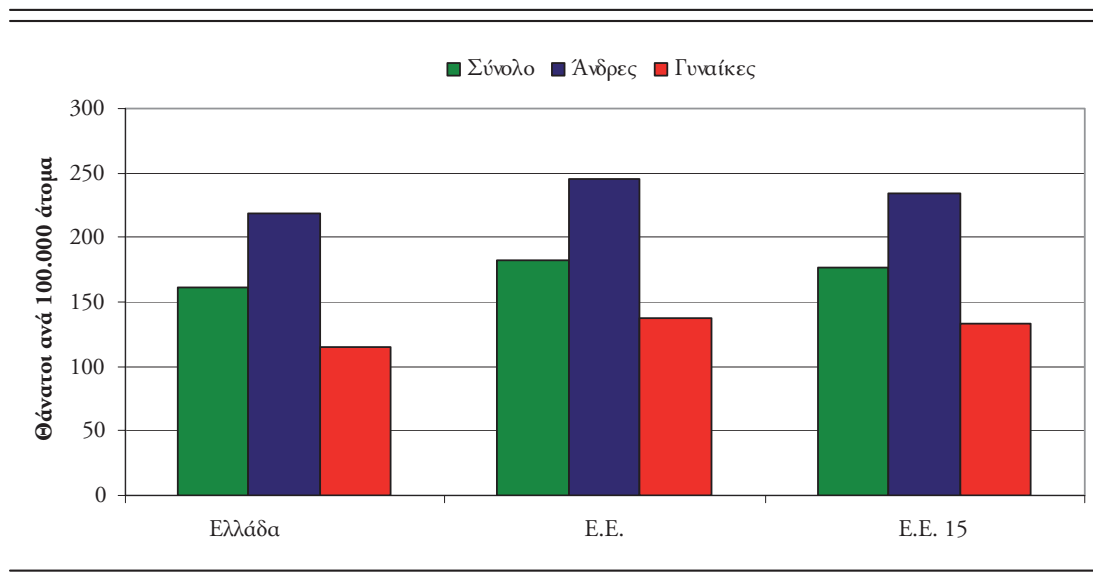
Σχήμα 2.14 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλασμάτα στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Οι άνδρες, τόσο στην Ελλάδα όσο και στην Ευρώπη, εμφανίζουν πολύ υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλασμάτα, σε σύγκριση με τις γυναίκες. Στην Ελλάδα, οι άνδρες έχουν δείκτη θνησιμότητας 218,84 ανά 100.000 και οι γυναίκες 114,7, διαφορά συγκρίσιμη με αυτή που παρατηρείται συνολικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Σχήμα 2.15). Αξίζει να τονιστεί ότι στην ηλικιακή ομάδα 30-44 ετών, η θνησιμότητα των γυναικών είναι υψηλότερη απ' ό,τι των ανδρών, εξαιτίας της αυξημένης επίπτωσης του καρκίνου του μαστού.

Σχήμα 2.15 Προτυπωμένη θνησιμότητα κακοήθων νεοπλασμάτων, συνολικά και κατά φύλο, στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (2004).

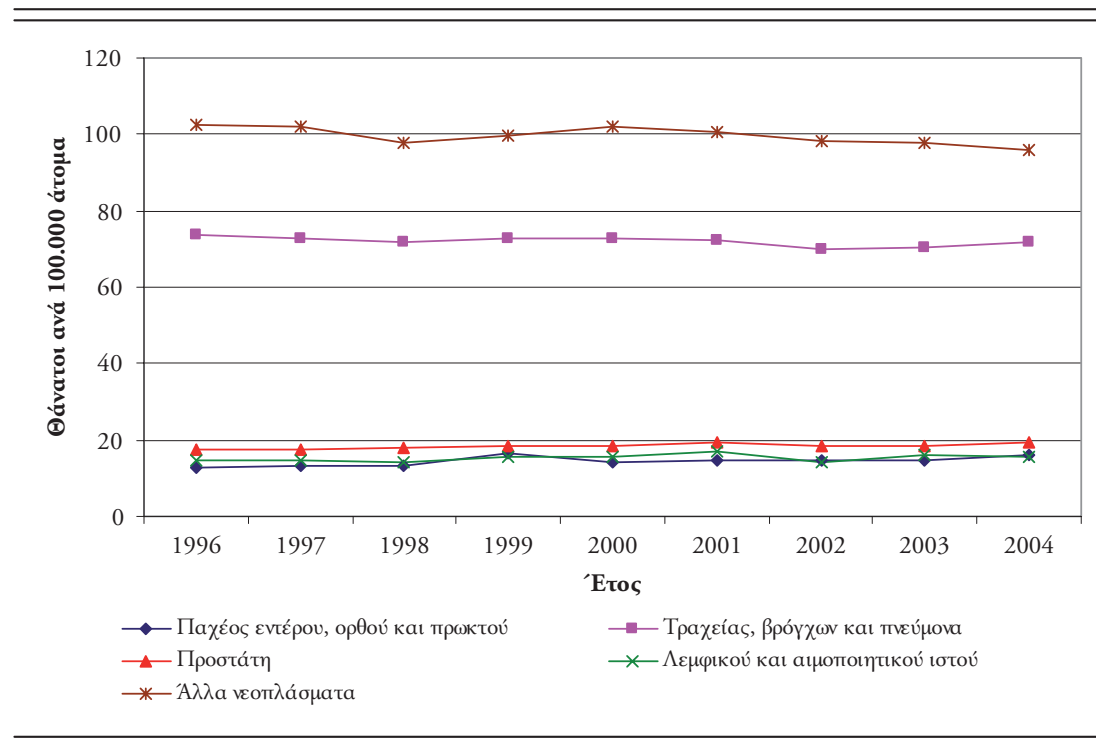


Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Μελέτη της κατά ηλικία θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα, δείχνει ότι στις ηλικίες από 0-29 ετών, κυριότερη αιτία θανάτου είναι τα νεοπλάσματα του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού. Από την ηλικία των 30 ετών και μετά, κυρίαρχη θέση καταλαμβάνουν οι νεοπλασίες του αναπνευστικού συστήματος. Μεταξύ 30 και 59 ετών, σημαντική είναι η θνησιμότητα από τον καρκίνο του μαστού στις γυναίκες, ενώ από τα 75 έτη και μετά, σε σημαντικές αιτίες θνησιμότητας εξελίσσονται τα νεοπλάσματα του παχέος εντέρου και του προστάτη, για τον ανδρικό πληθυσμό.

Στους άνδρες, η πρώτη αιτία θανάτου μεταξύ των κακοήθων νεοπλασμάτων, είναι τα νεοπλάσματα της τραχείας, των βρόγχων και των πνευμόνων, με μεγάλη διαφορά από τη δεύτερη, που είναι ο καρκίνος του προστάτη (Σχήμα 2.16). Η Ελλάδα απέτυχε να μειώσει ουσιαστικά την επίπτωση των νεοπλασμάτων του αναπνευστικού συστήματος στους άνδρες, καθώς τα τελευταία 15 χρόνια, η ελάττωση της θνησιμότητας από νεοπλάσματα του αναπνευστικού ήταν μόλις 3,2%. Στο ίδιο χρονικό διάστημα, η αντίστοιχη μείωση στην Ευρωπαϊκή Ένωση ήταν 15,7%. Στον ελληνικό ανδρικό πληθυσμό, η θνησιμότητα παρουσίασε μικρή αύξηση 1,1% την περίοδο 1990-1996 και πτώση 2,4% την περίοδο 1996 - 2004.

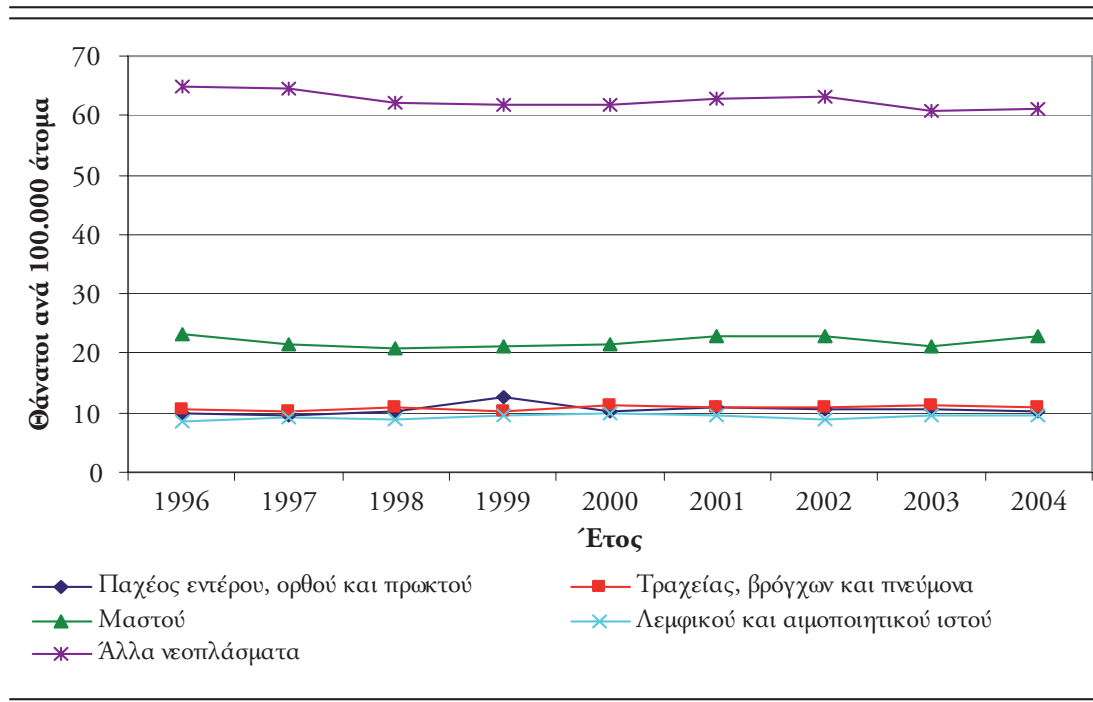
Σχήμα 2.16 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από τα κύρια κακοήθη νεοπλασμάτα στους άνδρες, στην Ελλάδα (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Στις γυναίκες, τα κακοήθη νεοπλασμάτα που προκαλούν συχνότερα το θάνατο είναι τα νεοπλασμάτα του μαστού και ακολουθούν τα νεοπλασμάτα του αναπνευστικού συστήματος, του παχέος εντέρου και του λεμφικού και αιμοποιητικού ιστού (Σχήμα 2.17). Στα νεοπλασμάτα της τραχείας, των βρόγχων και του πνεύμονα, η θνησιμότητα στο γυναικείο φύλο είναι μικρότερη απ' ό,τι στο ανδρικό. Κατά τα τελευταία 15 χρόνια, η θνησιμότητα στις γυναίκες από αυτά, όχι μόνο δεν μειώθηκε, αλλά αυξήθηκε κατά 10,7%. Συγκρινόμενη, ωστόσο, με την αύξηση κατά 27,9% που σημειώθηκε στην Ε.Ε., η αύξηση χαρακτηρίζεται ως σχετικά περιορισμένη, αν και είναι ανησυχητικό το ότι αποτελεί σταθερό φαινόμενο από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 και μετά. Για τις κακοήθεις νεοπλασίες του μαστού, αξίζει να σημειωθεί η αύξηση της θνησιμότητας στις γυναίκες άνω των 75 ετών (από 87,47 το 1990 σε 120,38 το 1996 και σε 179,87 το 2004), η οποία και αναχαιτίζει την πτωτική τάση που παρατηρείται στις νεότερες ηλικίες.

Σχήμα 2.17 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από τα κύρια κακοήθη νεοπλάσματα στις γυναίκες, στην Ελλάδα (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Με εξαίρεση τα κακοήθη νεοπλάσματα του αναπνευστικού συστήματος και της ουροδόχου κύστης, η Ελλάδα εμφανίζει χαμηλότερη θνησιμότητα από την Ευρωπαϊκή Ένωση στις επιμέρους κατηγορίες κακοήθων νεοπλασιών. Εντούτοις, η πορεία της θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα στην Ελλάδα δεν ακολουθεί την πτωτική πορεία που εδραιώνεται στην Ευρώπη, για τις περισσότερες από τις κατηγορίες κακοηθειών. Χαρακτηριστική είναι η περίπτωση των ατόμων με ηλικία μεγαλύτερη από 75 έτη, όπου μόνο η θνησιμότητα από καρκίνο του στομάχου δεν παρουσιάζει αύξηση. Η μεγάλη θνησιμότητα της ομάδας αυτής παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συνολικής εικόνας του ελληνικού πληθυσμού.

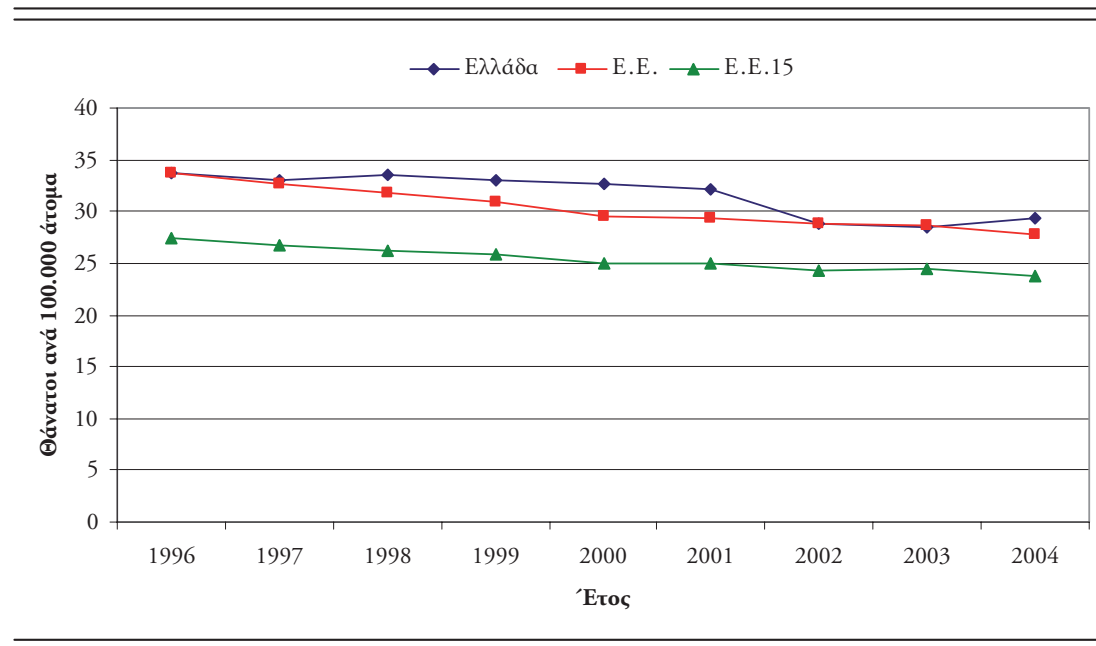
2.2.4. Ατυχήματα

Μία από τις σπουδαιότερες κατηγορίες αιτίων θνησιμότητας είναι τα τραύματα και οι δηλητηριάσεις, που προκαλούνται από εξωτερικές αιτίες. Με εξαίρεση τις αυτοκτονίες και τις ανθρωποκτονίες, που αποτελούν, εξάλλου, ένα πολύ μικρό κομμάτι της κατηγορίας αυτής, τα τραύματα και οι δηλητηριάσεις είναι αποτελέσματα ατυχημάτων.

Μετά από μια αύξηση την περίοδο 1992 - 1995, η προτυπωμένη θνησιμότητα από ατυχήματα ακολουθεί μια ελαφρά πτωτική πορεία στην Ελλάδα κατά την τελευταία δεκαετία. Η τάση προς ελάττωση των θανάτων παρατηρείται και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε λίγο μεγαλύτερο βαθμό. Το 2004, η προτυπωμένη θνησιμότητα από ατυχήματα ήταν 29,3 ανά 100.000 άτομα, στον ελληνικό πληθυσμό, και 27,85 στην Ευρωπαϊκή

Ένωση, ενώ ο μέσος όρος των 15 παλαιών κρατών της Ένωσης διαμορφώθηκε μόλις στο 23,69 (Σχήμα 2.18).

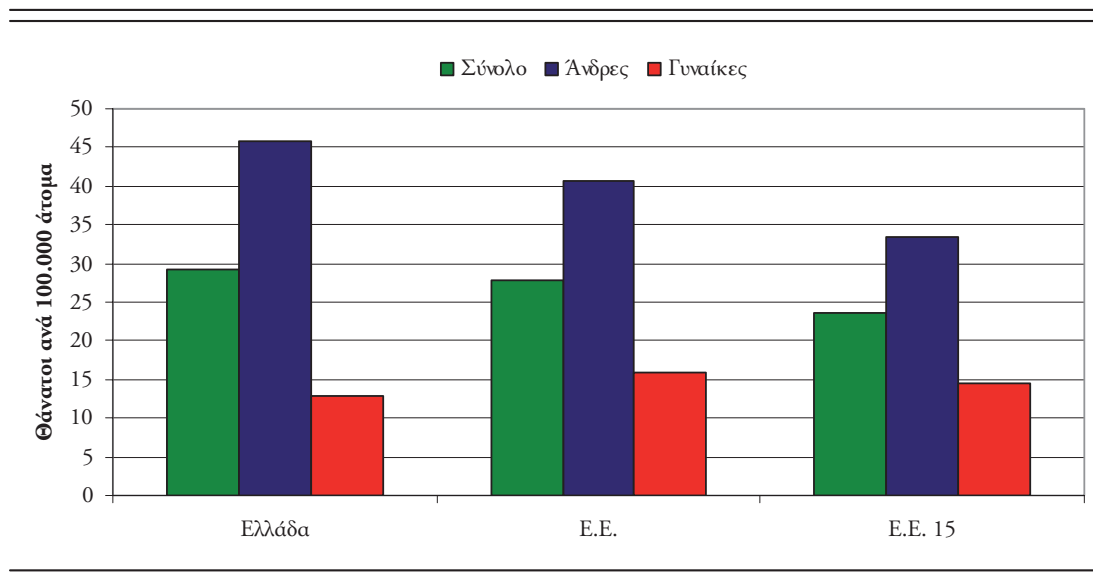
Σχήμα 2.18 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από ατυχήματα, στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Μεταξύ ανδρών και γυναικών, παρατηρείται μεγάλη διαφορά στη θνησιμότητα από ατυχήματα. Στην Ελλάδα, αλλά και στην Ευρώπη, οι άνδρες σκοτώνονται πολύ συχνότερα εξαιτίας ατυχημάτων, αν και στην Ελλάδα το φαινόμενο είναι εντονότερο. Το 2004, η προτυπωμένη θνησιμότητα των Ελλήνων ανδρών ήταν 45,84 και των γυναικών 12,96 ανά 100.000 άτομα (Σχήμα 2.19). Η ελάττωση της θνησιμότητας και των δύο φύλων, δεν έχει μεταβάλλει ουσιαστικά το μέγεθος αυτής της διαφοράς από το 1990 και μετά.

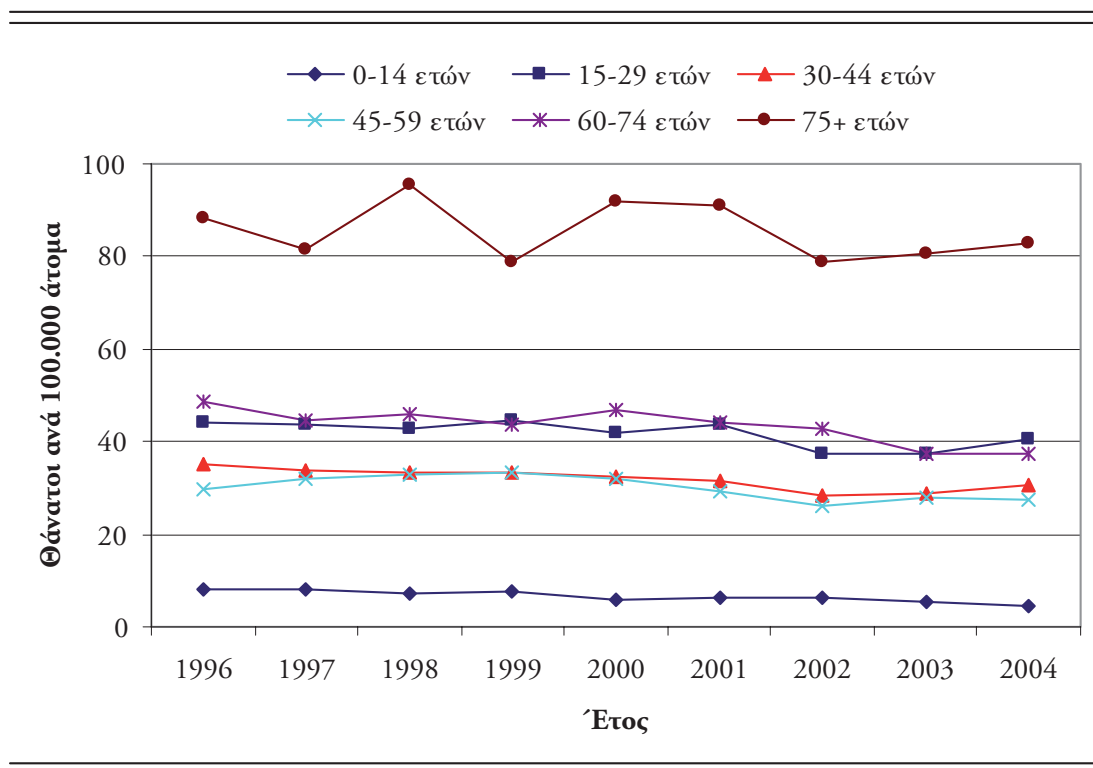
Σχήμα 2.19 Προτυπωμένη θνησιμότητα από ατυχήματα, συνολικά και κατά φύλο, σε Ελλάδα και Ε.Ε. (2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Τη μεγαλύτερη θνησιμότητα από ατυχήματα παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι άνω των 75 ετών. Ακολουθούν τα άτομα 15-29 ετών και 60-74 ετών. Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, η θνησιμότητα εμφανίζει πτωτική πορεία (Σχήμα 2.20).

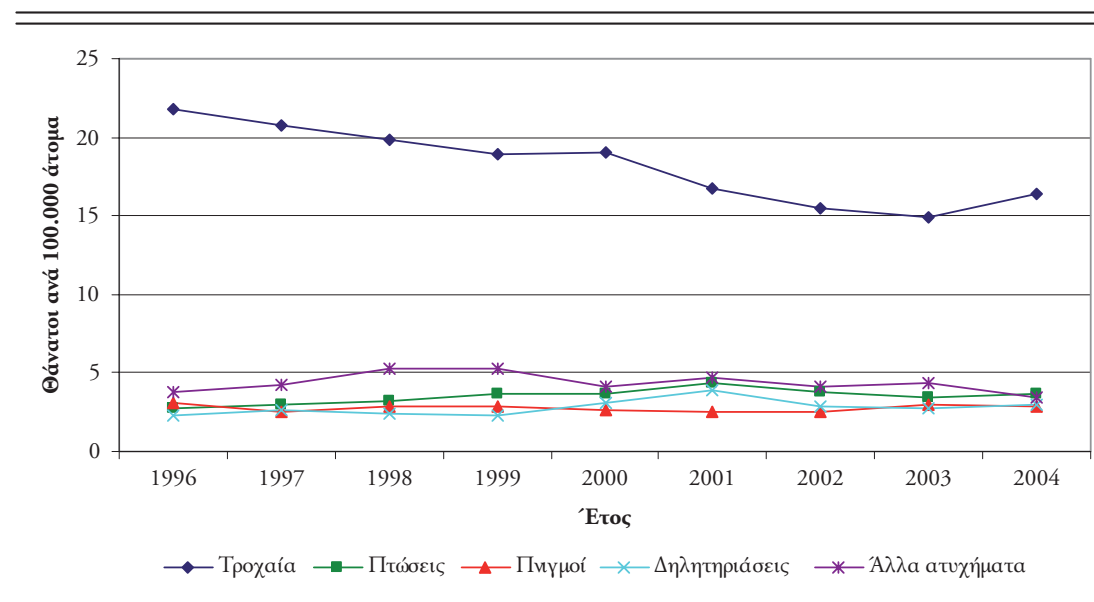
Σχήμα 2.20 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από ατυχήματα, κατά ηλικιακή ομάδα, στην Ελλάδα (1996 - 2004)



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

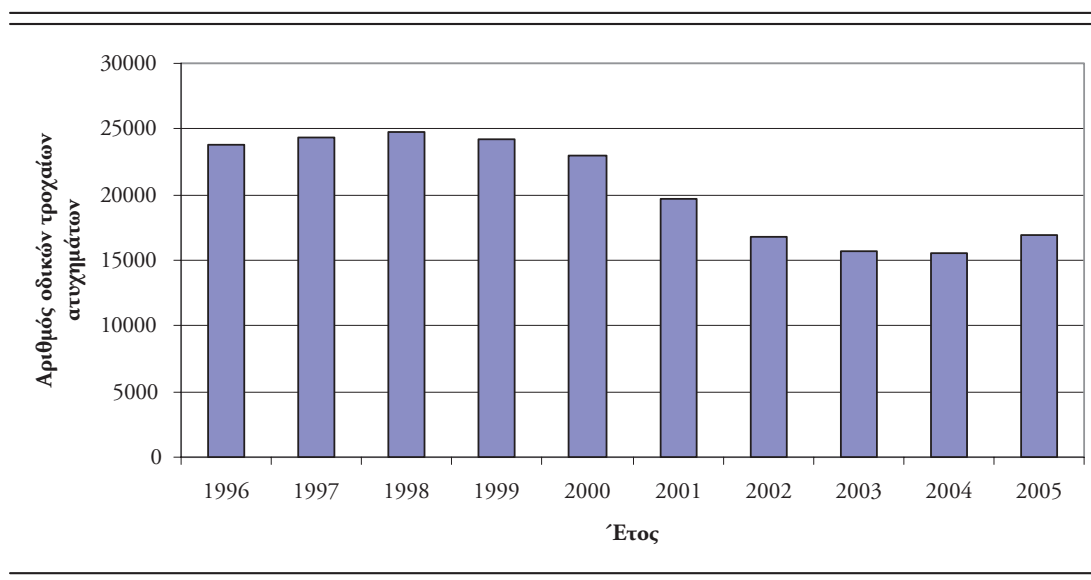
Μεταξύ των ατυχημάτων, ασφαλώς την κυρίαρχη θέση καταλαμβάνουν τα τροχαία ατυχήματα. Το 55,9% των θανάτων από ατυχήματα, οφείλονται σε τροχαία. Άλλες συχνές αιτίες είναι οι πτώσεις, οι δηλητηριάσεις και οι πνιγμοί (Σχήμα 2.21). Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, η θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα κατέχει την πρώτη θέση, παρά την εμφανή μείωση των τελευταίων ετών. Η μείωση της θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα, από 21,82 το 1996 σε 16,38 ανά 100.000 άτομα το 2004, οφείλεται στην αξιοσημείωτη ελάττωση των οδικών τροχαίων ατυχημάτων (Σχήμα 2.22). Την τριετία 1993-1996 είχε προηγηθεί αύξηση των θανάτων από 18,18 σε 21,82 ανά 100.000 άτομα. Παρά τη βελτίωση, όμως, η Ελλάδα βρίσκεται ακόμη πολύ υψηλότερα από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο, καθώς η θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα το 2004 στην Ε.Ε. ήταν 10,45 ανά 100.000 άτομα.

Σχήμα 2.21 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από ατυχήματα, κατά είδος ατυχήματος, στην Ελλάδα (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 2.22 Εξέλιξη του αριθμού των οδικών τροχαίων ατυχημάτων στην Ελλάδα (1996 - 2005).

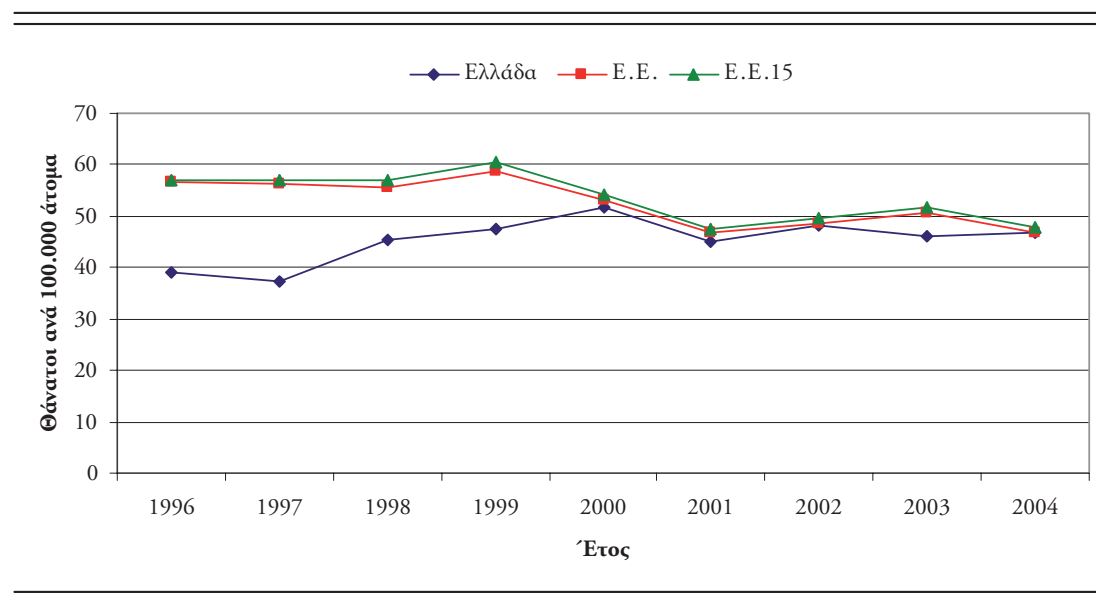


Πηγή: Τούντας και συν. 2007

2.2.5 Άλλες κατηγορίες νοσημάτων

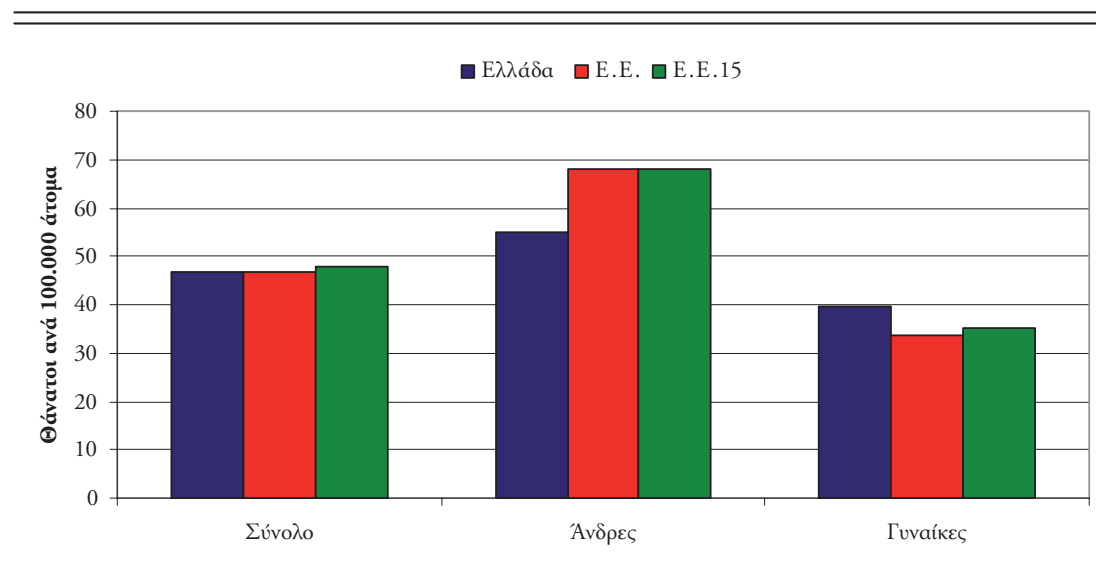
Η θνησιμότητα από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος στην Ελλάδα, την τελευταία πενταετία κυμαίνεται στα ίδια επίπεδα με την Ευρωπαϊκή Ένωση. Το 2004, η προτυπωμένη θνησιμότητα ήταν για την Ελλάδα 46,61 και για την Ε.Ε. 46,9. Διαχρονικά, μετά από μια περίοδο αύξησης, μετά το 2000 εμφανίζει μια ελαφρά πτωτική τάση. Το 1990, ο δείκτης θνησιμότητας ήταν στην Ελλάδα 39,35 και, το 1996, 39,09 ανά 100.000 άτομα (Σχήμα 2.23). Η θνησιμότητα των ανδρών είναι μεγαλύτερη από των γυναικών σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, σε Ελλάδα και Ευρώπη. Ωστόσο, οι Έλληνες άνδρες έχουν χαμηλότερη θνησιμότητα από τους Ευρωπαίους και οι Ελληνίδες γυναίκες υψηλότερη από τις Ευρωπαίες (Σχήμα 2.24). Από τα νοσήματα του αναπνευστικού, σημαντικότερη αιτία θανάτου είναι η πνευμονία, μέχρι την ηλικία των 44 ετών, ενώ στις μεγαλύτερες ηλικίες, την πρώτη θέση έχει η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.

Σχήμα 2.23 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, σε Ελλάδα και Ε.Ε. (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 2.24 Προτυπωμένη θνησιμότητα από νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος, συνολικά και κατά φύλο, σε Ελλάδα και Ε.Ε. (2004).

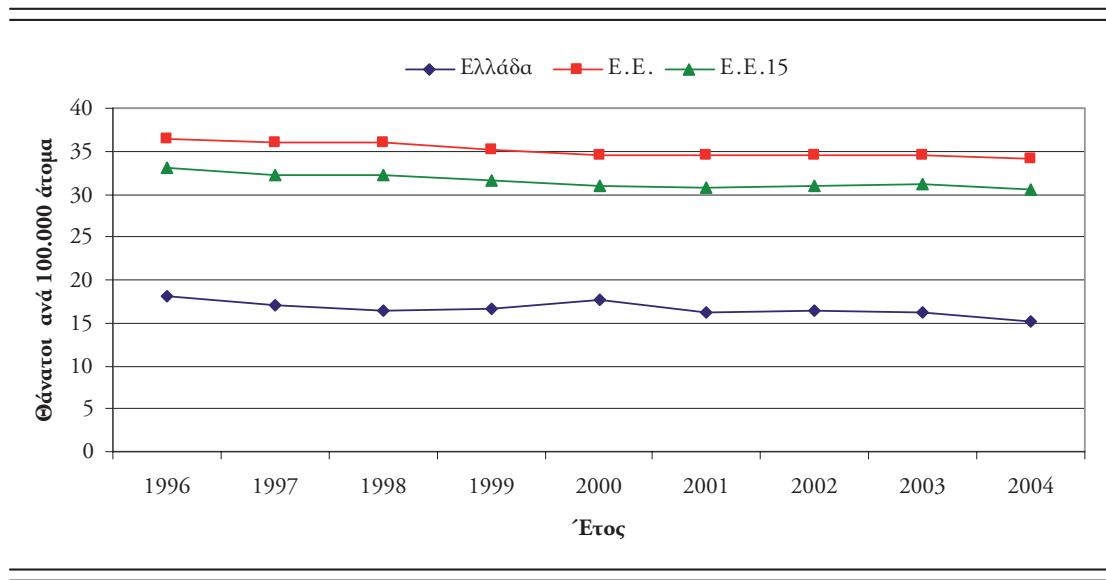


Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος προκαλούν στην Ελλάδα λιγότερους θανάτους, σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση. Το 2004, η προτυπωμένη θνησιμότητα για τα νοσήματα αυτά ήταν 15,09 στην Ελλάδα και 34,07 στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ανά 100.000 κατοίκους. Οι άνδρες διατηρούν υψηλότερους δείκτες θνησιμότητας από τις γυναίκες, με τη θνησιμότητα να μειώνεται τα τελευταία χρόνια σε Ελλάδα και σε Ευρώπη (Σχήμα 2.25). Εξάιρεση αποτέλεσε για την Ελλάδα η τριετία 1991 - 1993,

όταν παρατηρήθηκε μεγάλος αριθμός θανάτων από νοσήματα του πεπτικού, με τη θνησιμότητα να φτάνει το 1992 τους 21,23 θανάτους ανά 100.000 (από 17,89 το 1990). Από τις παθήσεις του πεπτικού, οι σπουδαιότερες, ως προς τον αριθμό των θανάτων που προκαλούν, είναι οι χρόνιες ηπατοπάθειες και η κίρρωση του ήπατος, καθώς και τα έλκη στομάχου και δωδεκαδακτύλου, όπου η επιμέρους επιδημιολογική εικόνα είναι παρόμοια με αυτή που περιγράφηκε συνολικά για το πεπτικό σύστημα.

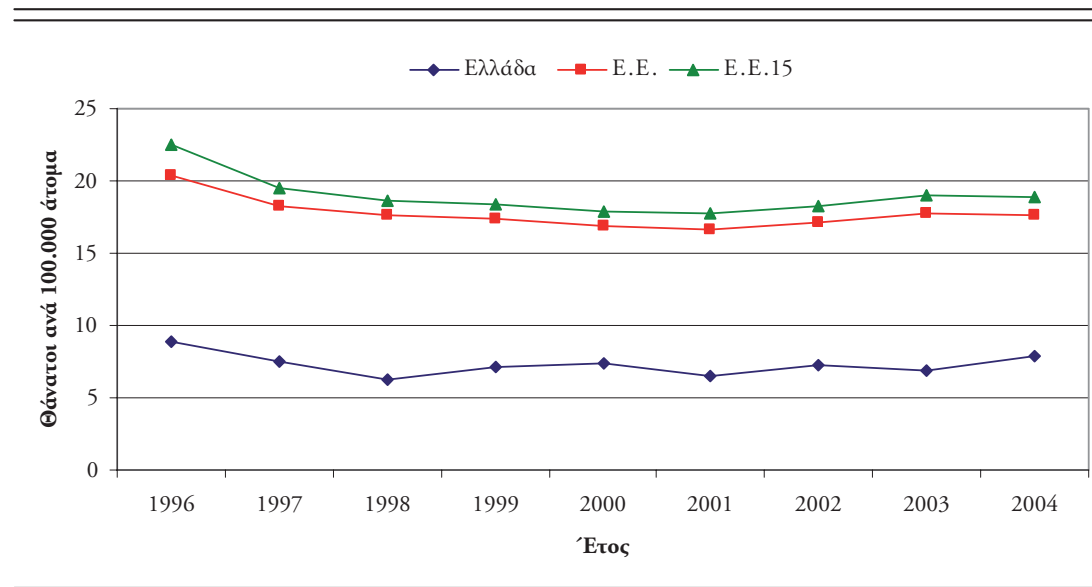
Σχήμα 2.25 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από παθήσεις του πεπτικού συστήματος, σε Ελλάδα και Ε.Ε. (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Η θνησιμότητα από ενδοκρινικά, μεταβολικά και ανοσολογικά νοσήματα είναι σε χαμηλά επίπεδα στην Ελλάδα, συγκρινόμενη με την Ευρωπαϊκή Ένωση, και εμφανίζει μικρές διακυμάνσεις κατά τα τελευταία χρόνια. Το 2004, η θνησιμότητα στην Ελλάδα ήταν 7,87 και στην Ε.Ε. 17,57 ανά 100.000 άτομα (Σχήμα 2.26). Το 1990 ήταν 8,11 και το 1996 8,86 θάνατοι ανά 100.000 άτομα.

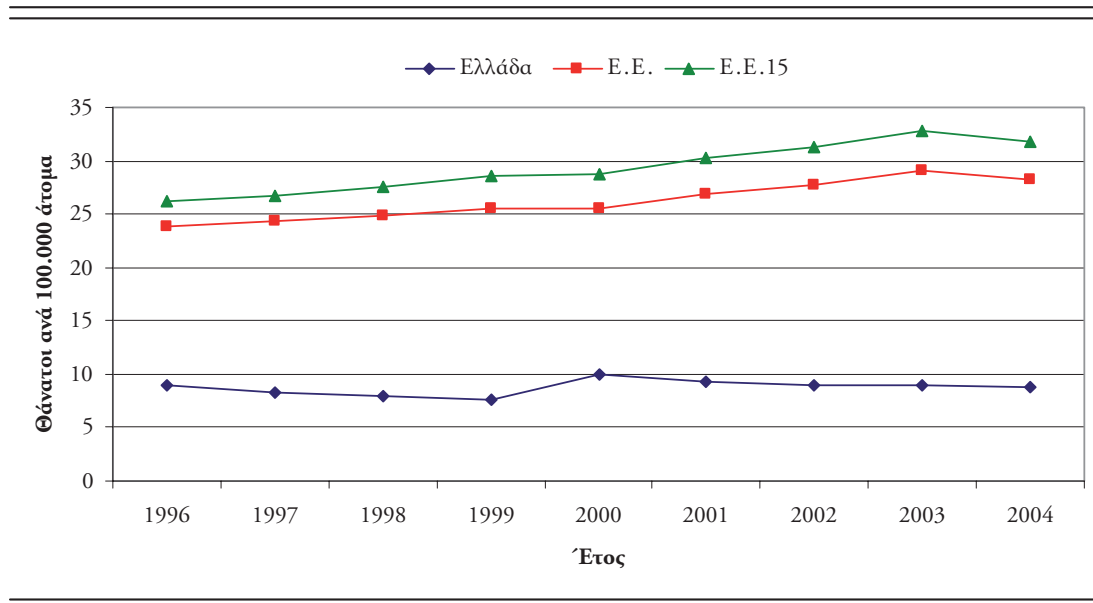
Σχήμα 2.26 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από ενδοκρινικά, μεταβολικά και ανοσολογικά νοσήματα, σε Ελλάδα και Ε.Ε. (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Ψυχικές διαταραχές και παθήσεις νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων θεωρούνται υπεύθυνες για 8,84 θανάτους ανά 100.000 άτομα στην Ελλάδα, κάθε χρόνο. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, ο δείκτης θνησιμότητας είναι 28,18. Η πλεονεκτική θέση της Ελλάδας βελτιώνεται ακόμα περισσότερο καθώς, εδώ και δύο δεκαετίες, η θνησιμότητα στην Ευρώπη έχει αυξητική τάση, με την Ελλάδα να ακολουθεί αντίστροφη πορεία, η οποία διαπιστώνεται και στα δύο φύλα (Σχήμα 2.27). Η πρώτη τριετία της δεκαετίας του 1990 χαρακτηρίστηκε από αύξηση της θνησιμότητας από ψυχικές διαταραχές, παθήσεις του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων στην Ελλάδα. Ακόμα και τότε, όμως, δεν ξεπέρασε τους 12,08 θανάτους ανά 100.000 άτομα.

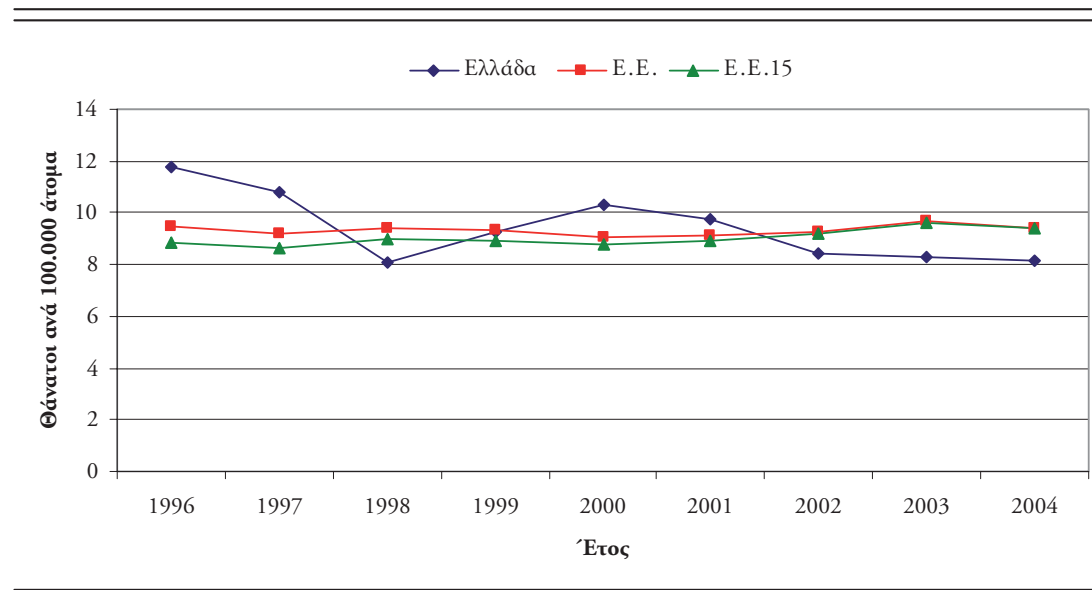
Σχήμα 2.27 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από ψυχικές διαταραχές και παθήσεις νευρικού συστήματος και αισθητηρίων οργάνων, σε Ελλάδα και Ε.Ε. (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Τέλος, στα νοσήματα του ουροποιητικού και γεννητικού συστήματος, παρατηρείται ελάττωση του προτυπωμένου δείκτη θνησιμότητας από το 1996, όταν η Ελλάδα βρισκόταν υψηλότερα από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Το 2004, η προτυπωμένη θνησιμότητα από παθήσεις του ουροποιητικού και γεννητικού συστήματος ήταν στην Ελλάδα 8,18 και στην Ευρωπαϊκή Ένωση 9,42 ανά 100.000 κατοίκους (Σχήμα 2.28). Το 1990, ο δείκτης για την Ελλάδα ήταν 15,77 και το 1996 11,77 θάνατοι ανά 100.000 άτομα, με το μέσο όρο της Ε.Ε. να κυμαίνεται από 11,61 (1990) ως 9,5 (1996), την ίδια χρονική περίοδο.

Σχήμα 2.28 Εξέλιξη της προτυπωμένης θνησιμότητας από παθήσεις του ουροποιητικού και γεννητικού συστήματος, σε Ελλάδα και Ε.Ε. (1996 - 2004).



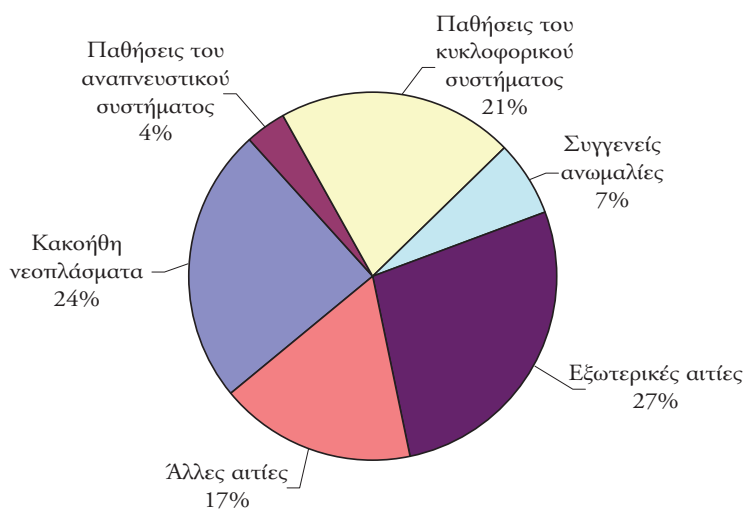
Πηγή: Τούντας και συν. 2007

2.3 Πρώιμη Θνησιμότητα

Για την εκτίμηση της πρώιμης θνησιμότητας σε έναν πληθυσμό, έχει αναπτυχθεί η έννοια των χαμένων χρόνων αναμενόμενης ζωής. Πρακτικά, πρόκειται για έναν δείκτη που εκφράζει την πρώιμη θνησιμότητα, λαμβάνοντας υπ' όψη τους θανάτους που συμβαίνουν σε ηλικία μικρότερη από ένα ηλικιακό όριο. Στη συνέχεια, ο αριθμός των ετών που χωρίζουν την ηλικία θανάτου από το ηλικιακό αυτό όριο θεωρείται χαμένος χρόνος ζωής. Αθροίζοντας το σύνολο των απωλειών, υπολογίζεται ο δείκτης χαμένων χρόνων αναμενόμενης ζωής. Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α.) ορίζει ως ηλικιακό όριο τα 70 έτη. Για να εξασφαλιστεί η συγκρισιμότητα μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών, ο υπολογιζόμενος δείκτης είναι προτυπωμένος και αναφέρεται σε πληθυσμό 100.000 ατόμων.

Στην Ελλάδα, στο συνολικό πληθυσμό, οι θάνατοι από εξωτερικές αιτίες (κυρίως τα ατυχήματα) είναι υπεύθυνες για το 27% των χαμένων χρόνων ζωής. Ακολουθούν τα κακοήγη νεοπλάσματα με 24% και τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, με 21%. Συγγενείς ανωμαλίες και παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος είναι υπεύθυνες για μικρότερες απώλειες χρόνων ζωής (Σχήμα 2.29).

Σχήμα 2.29 Αιτίες χαμένων χρόνων αναμενόμενης ζωής ανά 100.000 άτομα στον ελληνικό πληθυσμό (2003).

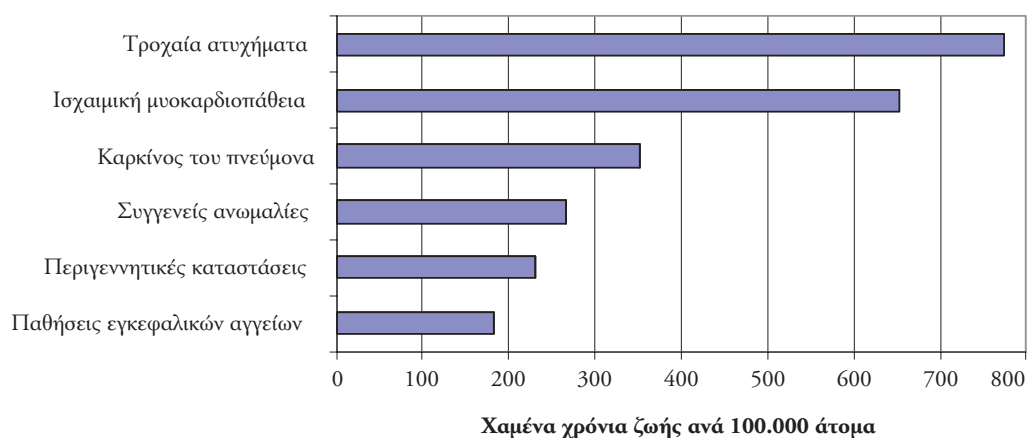


Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Αν μελετηθούν οι επιμέρους αιτίες κατά φύλο, διαπιστώνεται ότι η εικόνα διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στους άνδρες, κύρια αιτία απώλειας χρόνων αναμενόμενης ζωής είναι τα τροχαία ατυχήματα και δεύτερη η ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια. Ακολουθεί ο καρκίνος του πνεύμονα, οι συγγενείς ανωμαλίες και οι περιγεννητικές καταστάσεις, ενώ επόμενη κατά σειρά αιτία είναι οι παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων (Σχήμα 2.30).

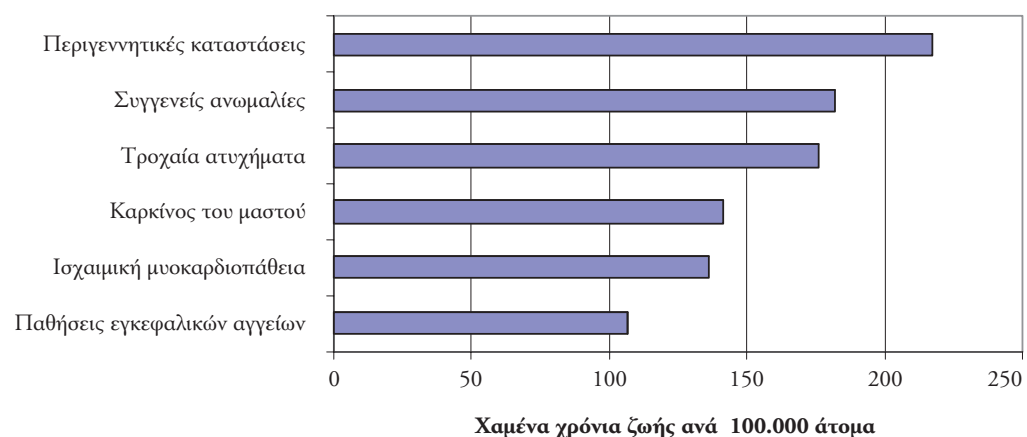
Στις γυναίκες, η απώλεια χρόνων αναμενόμενης ζωής είναι πολύ μικρότερη απ' ό,τι στους άνδρες, λόγω κυρίως της σημαντικά μικρότερης θνησιμότητας των γυναικών από τροχαία ατυχήματα. Έτσι εξηγείται και το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής τους. Μετά τις περιγεννητικές καταστάσεις και τις συγγενείς ανωμαλίες, που καταλαμβάνουν τις δύο πρώτες θέσεις, η σημαντικότερη αιτία απώλειας χρόνων ζωής είναι για τις γυναίκες τα τροχαία ατυχήματα. Σημαντική θέση καταλαμβάνει ο καρκίνος του μαστού, ενώ στη συνέχεια, ακολουθούν τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, δηλαδή η ισχαιμική μυοκαρδιοπάθεια και οι παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων (Σχήμα 2.31).

Σχήμα 2.30 Σημαντικότερες αιτίες χαμένων χρόνων αναμενόμενης ζωής στον ανδρικό πληθυσμό της Ελλάδας, ανά 100.000 άτομα του ίδιου φύλου (2003).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 2.31 Σημαντικότερες αιτίες χαμένων χρόνων αναμενόμενης ζωής στο γυναικείο πληθυσμό της Ελλάδας, ανά 100.000 άτομα του ίδιου φύλου (2003).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Η εκτίμηση της πρόωμης θνησιμότητας, μέσω του δείκτη των χαμένων χρόνων αναμενόμενης ζωής, επιτρέπει την καλύτερη εκτίμηση των προβλημάτων υγείας ενός πληθυσμού, λειτουργώντας συμπληρωματικά στους δείκτες ειδικής, κατά αιτία, θνησιμότητας. Αυτό συμβαίνει διότι ο δείκτης λαμβάνει υπ' όψη και την ηλικία κατά την οποία συμβαίνει ο θάνατος. Έτσι, οι σημαντικότερες σύμφωνα με αυτόν αιτίες θανάτου διαφέρουν, τουλάχιστον ως προς τη βαρύτητα, με τις αιτίες θανάτου που αναγνωρίζονται

με τη μελέτη των δεικτών θνησιμότητας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η κεντρική σημασία που δίνει στα τροχαία ατυχήματα, αλλά και στις καταστάσεις που προκαλούν θανάτους στη βρεφική και παιδική ηλικία, όπως οι συγγενείς ανωμαλίες.

Τα δεδομένα που εξάγονται από τη μελέτη των δεικτών χαμένων χρόνων ζωής, πρέπει, σε συνδυασμό με τα υπόλοιπα στοιχεία που υπάρχουν σχετικά με τη θνησιμότητα, να χρησιμοποιούνται κατάλληλα για τη λήψη αποφάσεων πολιτικής υγείας και για την ιεράρχηση των προτεραιοτήτων, κατά το σχεδιασμό προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας.

3. Νοσηρότητα

Οι δείκτες νοσηρότητας είναι δύσκολο να υπολογιστούν με ακρίβεια για την Ελλάδα, γιατί τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία δεν είναι επαρκή. Για την εκτίμηση της νοσηρότητας του ελληνικού πληθυσμού χρησιμοποιούνται κυρίως δείκτες των υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι μπορούν να εκτιμηθούν με μεγαλύτερη ακρίβεια. Αξιοποιούνται κυρίως τα στοιχεία από την καταγραφή των νοσηλεύομενων ασθενών και, συγκεκριμένα, τα στοιχεία των εξελθόντων ασθενών.

Ένας άλλος τρόπος προσέγγισης του ζητήματος της νοσηρότητας είναι με τον υπολογισμό του Προσδόκιμου Υγιούς Ζωής (Healthy Life Expectancy) και δεικτών όπως τα Χρόνια Ζωής Απαλλαγμένα από Ανικανότητα (Disability Adjusted Life Years, DALY's). Το Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής είναι πολύπλοκο στον υπολογισμό του, αλλά δίνει μία εικόνα της συνολικής νοσηρότητας ενός πληθυσμού και του βαθμού στον οποίο η αύξηση του προσδόκιμου ζωής συνοδεύεται και από βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Τα DALY's υπολογίζονται με βάση τα απωλεσθέντα χρόνια ζωής εξαιτίας πρόωρου θανάτου και τα χρόνια υγιούς ζωής ανάλογα με τη διάρκεια διαφόρων προβλημάτων υγείας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), η κυριότερη αιτία απώλειας Χρόνων Ζωής Απαλλαγμένων από Ανικανότητα στην Ελλάδα είναι τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, με δεύτερη την ισχαιμική καρδιοπάθεια. Μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ακολουθεί η κατάθλιψη, που θεωρείται υπεύθυνη για την απώλεια του 8% των DALY's που χάνονται ετησίως (Πίνακας 3.1). Χαρακτηριστική είναι η παρουσία, στις δέκα σημαντικότερες αιτίες απώλειας DALY's, πολλών χρόνιων, μη θανατηφόρων νοσημάτων και καταστάσεων, που επιβαρύνουν σημαντικά την υγεία χωρίς να εμφανίζονται στις στατιστικές θνησιμότητας. Τέτοιες περιπτώσεις είναι η απώλεια ακοής, οι άνοιες και η κατάθλιψη.

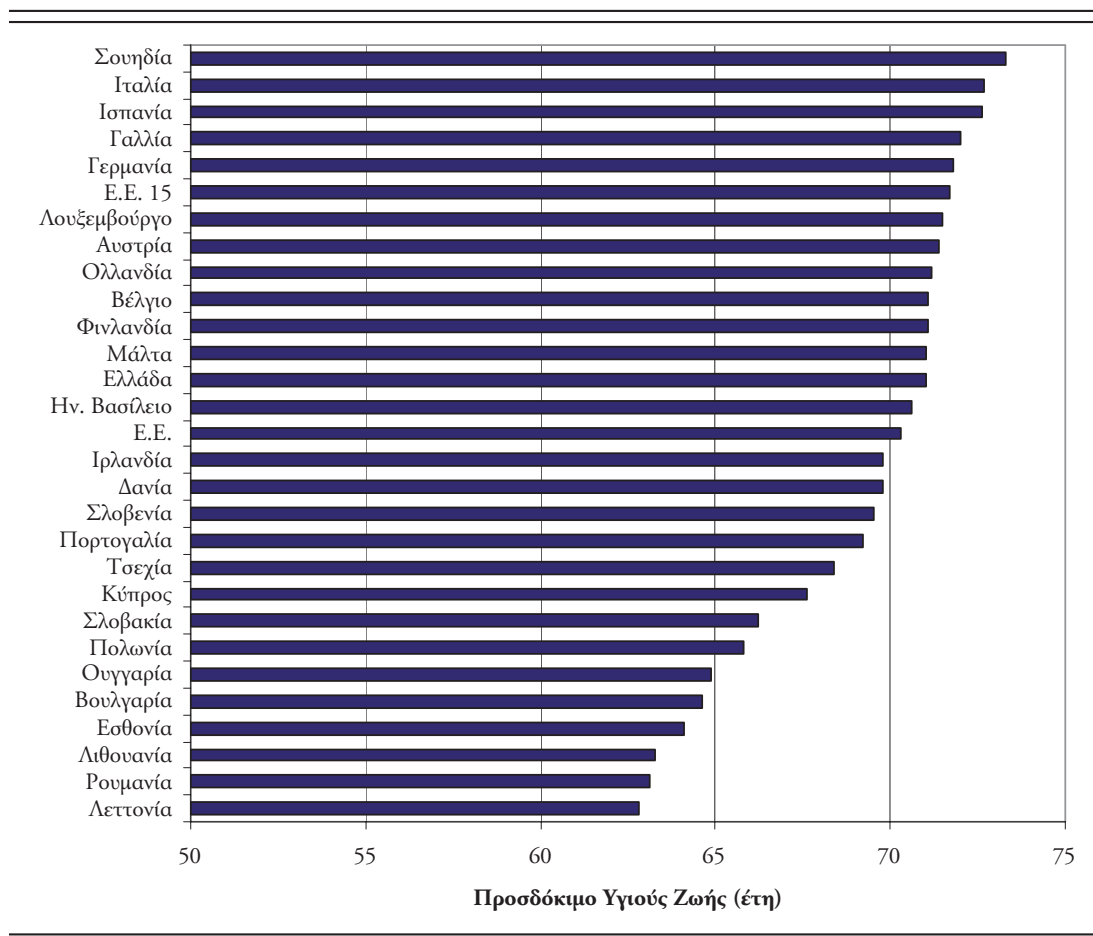
Πίνακας 3.1 Συχνότερες αιτίες απώλειας χρόνων ζωής απαλλαγμένων από ανικανότητα στην Ελλάδα (2002).

Αιτία	Αριθμός DALY's	Ποσοστό επί του συνόλου
Όλες οι αιτίες	1.393.137	100,0%
Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια	130.517	9,4%
Ισχαιμική καρδιοπάθεια	111.885	8,0%
Κατάθλιψη	72.775	5,2%
Τροχαία ατυχήματα	51.404	3,7%
Απώλεια ακοής, μη συγγενής	50.397	3,6%
Alzheimer και λοιπές άνοιες	50.146	3,6%
Καρκίνος τραχείας, βρόγχων, πνεύμονα	48.553	3,5%
Κατάχρηση αλκοόλ	48.424	3,5%
Σακχαρώδης Διαβήτης	38.437	2,8%
Οστεοαρθρίτιδα	32.509	2,3%

Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Ως προς το Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής, η Ελλάδα βρίσκεται σε σχετικά καλή θέση στην παγκόσμια κατάταξη. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς του Π.Ο.Υ. για το έτος 2002, η Ελλάδα έχει μέσο Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής κατά τη γέννηση 71 έτη (69,1 για τους άνδρες και 72,9 για τις γυναίκες). Αυτή η επίδοση την κατατάσσει 21η παγκοσμίως και 11η στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Σχήμα 3.1). Σύμφωνα με τα ανωτέρω, είναι φανερό ότι τουλάχιστον για την Ελλάδα, η διάρκεια της υγιούς ζωής είναι ανάλογη με το προσδόκιμο ζωής, στο οποίο επίσης υπερτερούν οι γυναίκες. Συνολικά, υπολογίζεται ότι οι Έλληνες άνδρες παραμένουν υγείς στο 91,1% της ζωής τους και οι Ελληνίδες γυναίκες στο 90% της ζωής τους. Η μικρή αυτή διαφορά μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο και εμφανίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα.

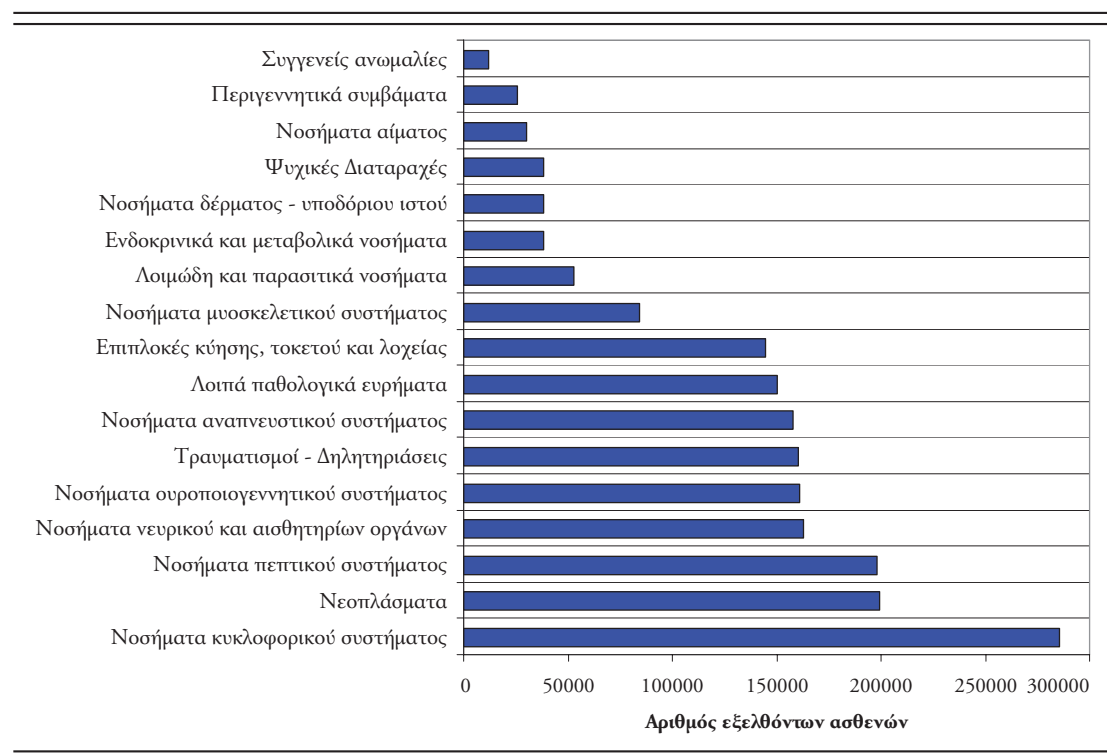
Σχήμα 3.1 Προσδόκιμο υγιούς ζωής κατά τη γέννηση στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2002).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

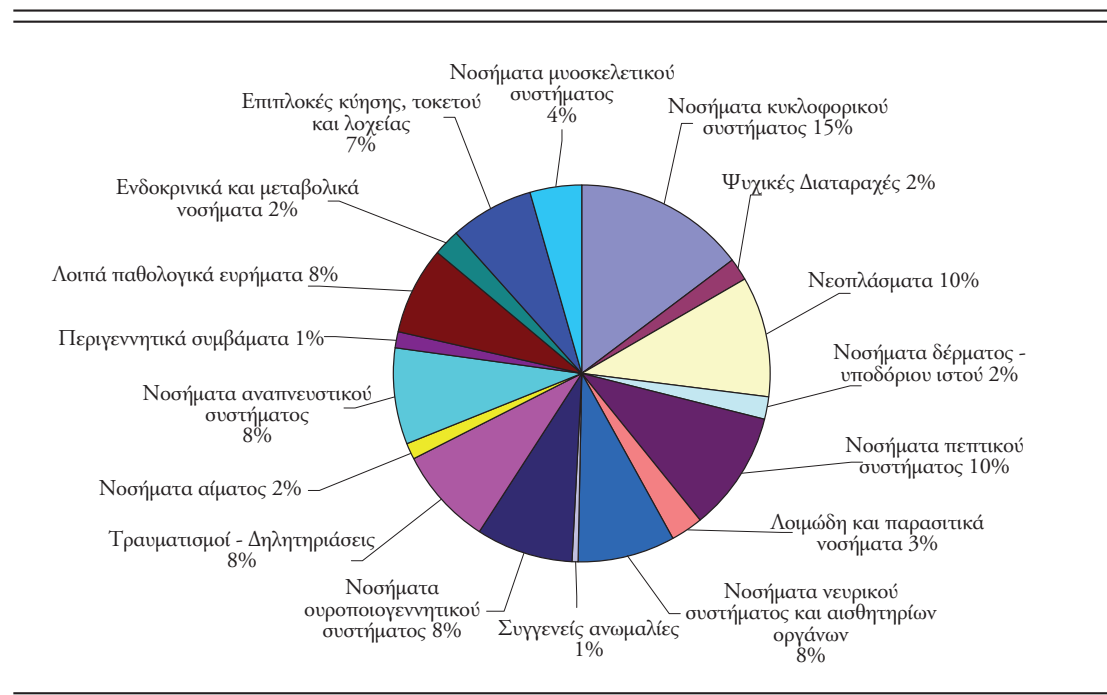
Οι κυριότερες αιτίες νοσηλείας του ελληνικού πληθυσμού ήταν, το 2003, τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (285.760 εισαγωγές), τα νεοπλάσματα (199.149 εισαγωγές) και οι παθήσεις του πεπτικού συστήματος (198.162 εισαγωγές). Στη συνέχεια της κατάταξης εμφανίζονται τα νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων, οι παθήσεις του ουροποιογεννητικού συστήματος, οι τραυματισμοί και οι δηλητηριάσεις από εξωτερικές αιτίες, και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (Σχήμα 3.2). Στη συνέχεια, παρατίθενται και τα ποσοστά κάθε κατηγορίας παθήσεων επί του συνόλου των εισαγωγών στα ελληνικά νοσοκομεία το έτος 2003 (Σχήμα 3.3).

Σχήμα 3.2 Αριθμός εξελθόντων ασθενών, κατά κατηγορία αιτιών νοσηλείας, στην Ελλάδα (2003).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 3.3 Ποσοστιαία κατανομή των εξελθόντων ασθενών, κατά κατηγορία πάθησης, στην Ελλάδα (2003).

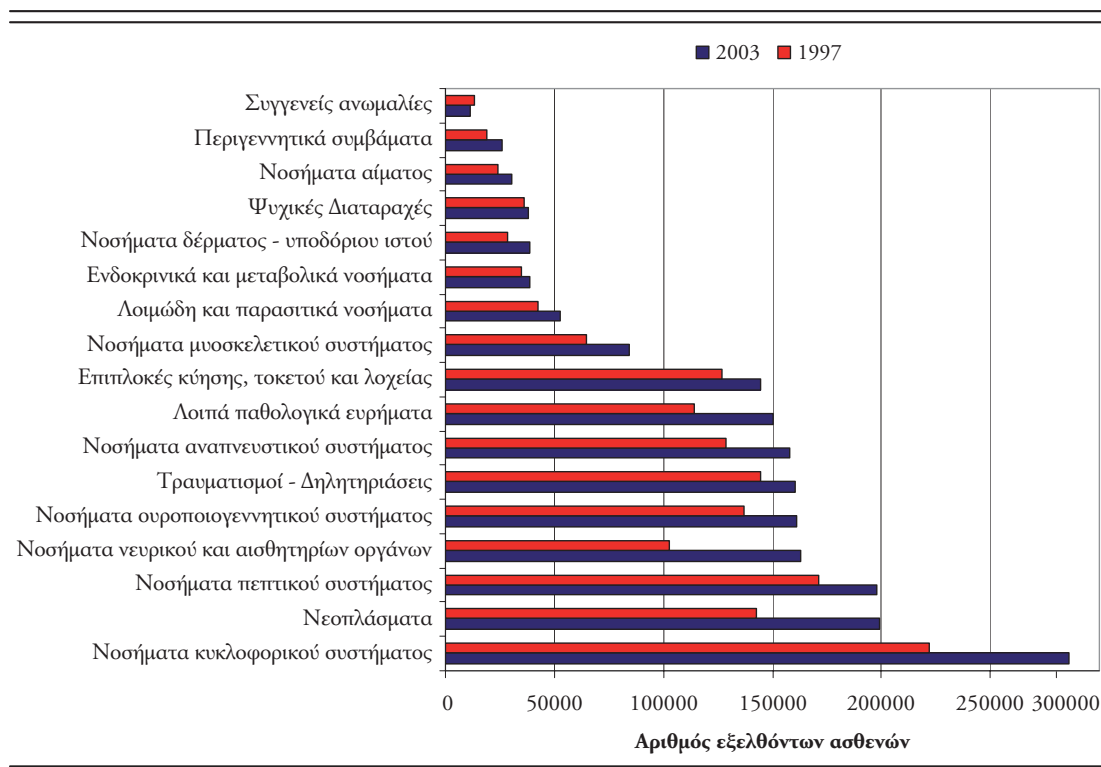


Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Συγκρίνοντας τα πιο πρόσφατα στατιστικά στοιχεία εξελθόντων ασθενών με τα αντίστοιχα του 1997, παρατηρείται μια μεταβολή στην κατάταξη των νοσολογικών

κατηγοριών, ως προς τον αριθμό των εισαγωγών. Τα νεοπλάσματα, από 4η αιτία το 1997 ανεβαίνουν στη 2η θέση και τα νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων από την 9η στην 4η θέση. Επίσης, από τη συγκριτική μελέτη των στοιχείων του 1997 και του 2003, διαπιστώνεται ότι οι τραυματισμοί και οι δηλητηριάσεις, που οφείλονται συνήθως σε ατυχήματα, το 1997 ήταν η 3η συχνότερη αιτία εισαγωγής σε νοσοκομείο, ενώ το 2003 ήταν μόλις η 6η. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι, τόσο συνολικά όσο και ανά κατηγορία νοσημάτων, ο αριθμός των εξελθόντων αυξήθηκε στη διάρκεια της χρονικής περιόδου που εξετάζεται. Ο συνολικός αριθμός εισαγωγών στα ελληνικά νοσοκομεία ήταν 1.552.940 το 1997 και έφτασε το 1.940.512 το 2003, σημειώνοντας αύξηση κατά 20% (Σχήμα 3.4).

Σχήμα 3.4 Αριθμός εξελθόντων ασθενών, κατά κατηγορία αιτιών νοσηλείας, στην Ελλάδα (1997, 2003).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Παρά τη χρησιμότητά τους, τα στοιχεία σχετικά με τη νοσοκομειακή περίθαλψη των ασθενειών δεν περιγράφουν πλήρως το νοσολογικό φάσμα ενός πληθυσμού. Πολλά νοσήματα, από αυτά που αναφέρονται ως κύριες αιτίες νοσηρότητας στον Πίνακα 3.1, αντιμετωπίζονται, ως επί το πλείστον, εξωνοσοκομειακά, και είναι δυσχερής η ικανοποιητική καταγραφή τους. Εξάλλου, καθώς ο πληθυσμός γηράσκει, ο επιπολασμός των νοσημάτων φθοράς που δεν αντιμετωπίζονται νοσοκομειακά αυξάνεται.

Το 2006 πραγματοποιήθηκε από το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής σχολής του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών και από το Ινστιτούτο

Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, η έρευνα Hellas Health I σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού. Σύμφωνα με τα ευρήματά της, το 3,3% των Ελλήνων δηλώνει ότι εμφανίζει κάποια ψυχική ή σωματική αναπηρία. Στις ηλικίες άνω των 55 ετών, το ποσοστό φτάνει το 7%. Συνολικά, το 35% του ελληνικού πληθυσμού δηλώνει ότι πάσχει από κάποιο χρόνια νόσημα. Πρώτη σε συχνότητα είναι η αρτηριακή υπέρταση (16% του πληθυσμού) και ακολουθούν η υπερχοληστεριναιμία (9,1%), η οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος (6,1%) και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II (6%). Οι αγχώδεις διαταραχές δηλώνονται ως το πέμπτο συχνότερο χρόνια νόσημα (4%), ενώ από καρδιακή ανεπάρκεια δηλώνει ότι πάσχει το 3,1% του πληθυσμού.

Οι γυναίκες δηλώνουν ότι πάσχουν από χρόνια νόσημα σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες (39,6% έναντι 30,7%). Με εξαίρεση τα καρδιαγγειακά νοσήματα, σε όλα τα επιμέρους χρόνια νοσήματα, το ποσοστό είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες. Αξιοσημείωτες περιπτώσεις είναι η οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος και οι αγχώδεις διαταραχές, όπου οι γυναίκες δηλώνουν πάσχουσες σε υπερτριπλάσιο ποσοστό σε σχέση με τους άνδρες (Πίνακας 3.2).

Πίνακας 3.2 Συχνότητα χρόνιων νοσημάτων, συνολικά και κατά φύλο, στην Ελλάδα (2006).

Χρόνια νοσήματα	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Αρτηριακή υπέρταση	16,0%	14,5%	17,4%
Υπερχοληστεριναιμία	9,1%	6,6%	11,3%
Οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος	6,1%	2,7%	9,2%
Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II	6,0%	5,0%	6,9%
Αγχώδεις διαταραχές	4,0%	1,9%	5,9%
Καρδιακή ανεπάρκεια	3,1%	3,1%	3,1%
Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου	2,8%	2,5%	3,1%
Ισχαιμική καρδιοπάθεια	1,7%	2,9%	0,6%
Άσθμα	1,6%	1,4%	1,7%
Κατάθλιψη	1,5%	1,0%	1,9%
Χρόνια βρογχίτιδα ή εμφύσημα	1,1%	0,6%	1,5%
Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	1,0%	1,2%	0,8%
Σακχαρώδης διαβήτης τύπου I	0,4%	0,8%	0,0%

Χρόνια νοσήματα	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Άλλο	8,3%	5,2%	11,1%
Τίποτα	57,7%	62,7%	53,1%
Δ.Α.	7,0%	6,6%	7,3%

Πηγή: Τούντας και συν. 2007

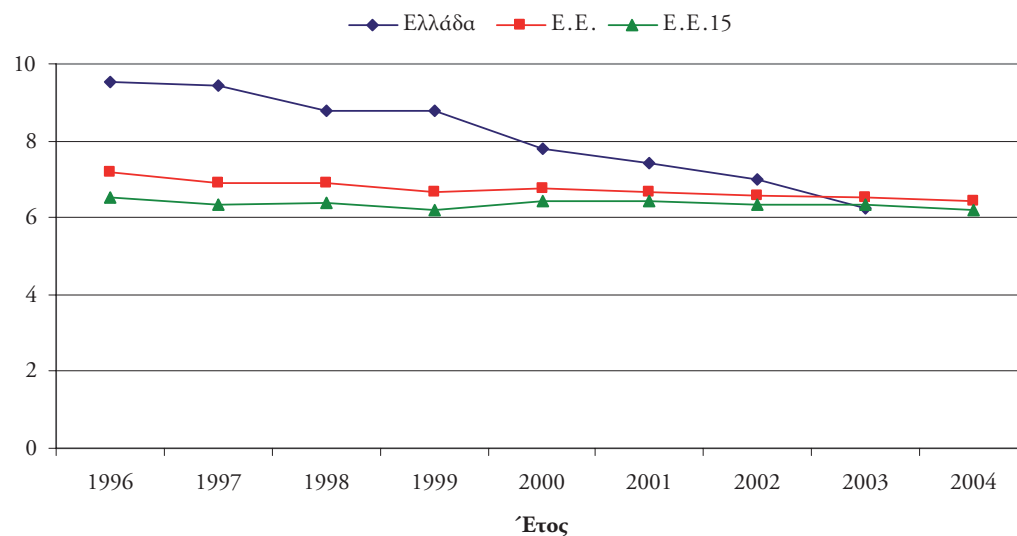
4. Η Υγεία του Παιδικού Πληθυσμού

4.1 Περιγεννητική Θνησιμότητα

Ο δείκτης περιγεννητικής θνησιμότητας καθορίζεται, μεταξύ άλλων, από την ποιότητα της προγεννητικής και περιγεννητικής φροντίδας, από τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της κύησης και της λοχείας, και από το επίπεδο προστασίας της μητρότητας που παρέχει μια κοινωνία. Ωστόσο, η ανάπτυξη εξειδικευμένων μονάδων παροχής φροντίδας στα νεογνά έχει οδηγήσει στην παράταση του χρόνου κατάληξης των νεογνών με σοβαρά προβλήματα υγείας.

Η περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα ελαττώνεται σταθερά τα τελευταία 30 χρόνια, κυρίως λόγω της βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., από 25,8 ανά 1.000 γεννήσεις το 1975, έφτασε στο 6,26 ανά 1.000 γεννήσεις το 2003. Αυτή η επίδοση φέρνει την Ελλάδα χαμηλότερα από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο οποίος την ίδια χρονιά, ήταν 6,54 ανά 1.000 γεννήσεις (Σχήμα 4.1). Η εξέλιξη αυτή αντικατοπτρίζει τη βελτίωση των συνθηκών προγεννητικής και περιγεννητικής φροντίδας τις τελευταίες δεκαετίες. Παρόλα αυτά, η Ελλάδα παρουσιάζει ακόμα έναν από τους υψηλότερους δείκτες περιγεννητικής θνησιμότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 15.

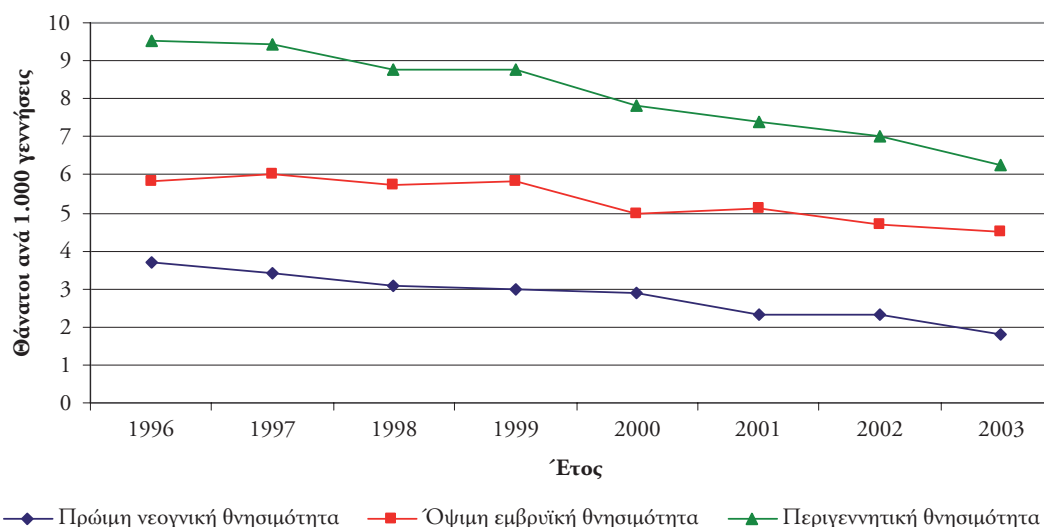
Σχήμα 4.1 Εξέλιξη της περιγεννητικής θνησιμότητας στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Η μείωση της περιγεννητικής θνησιμότητας αντανακλά την αντίστοιχη ελάττωση της όψιμης εμβρυϊκής και της πρώιμης νεογνικής θνησιμότητας (Σχήμα 4.2). Από το 1996 ως το 2003, η πρώιμη νεογνική θνησιμότητα μειώθηκε κατά 51,6% και η όψιμη εμβρυϊκή κατά 23,1%. Επομένως, η μείωση του δείκτη περιγεννητικής θνησιμότητας αποδίδεται, κατά μείζονα λόγο, στους λιγότερους θανάτους νεογνών κατά την πρώτη εβδομάδα της ζωής.

Σχήμα 4.2 Εξέλιξη της πρώιμης νεογνικής, της όψιμης εμβρυϊκής και της περιγεννητικής θνησιμότητας στην Ελλάδα (1996 - 2003).



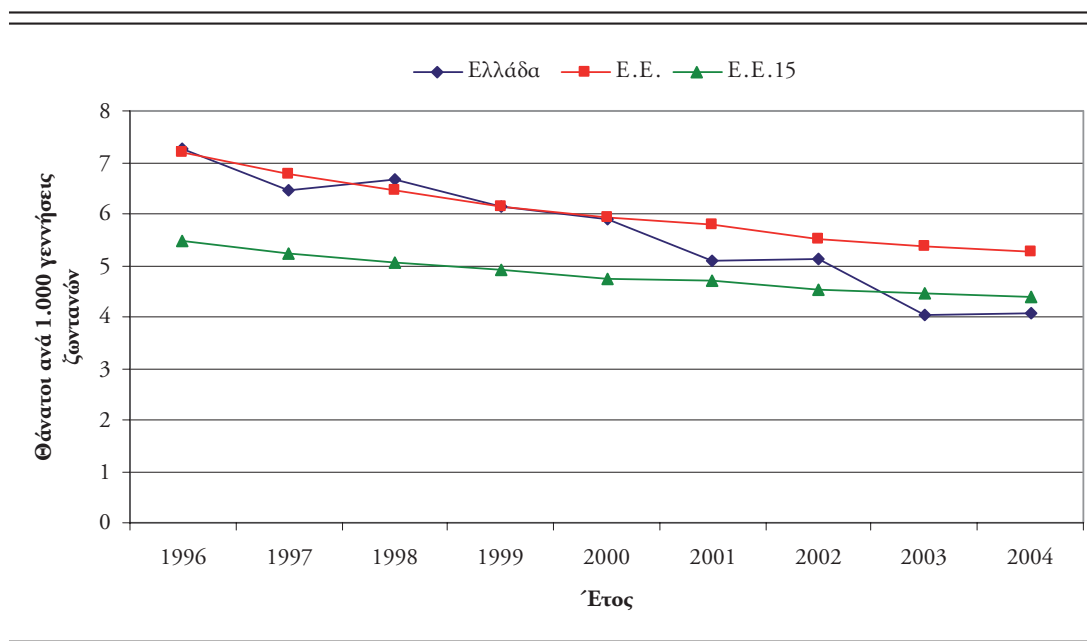
Πηγή: Τούντας και συν. 2007

4.2 Βρεφική Θνησιμότητα

Ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας υπολογίζεται ως ο αριθμός των θανάτων κατά το πρώτο έτος της ζωής ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών. Είναι ένας από τους ευρύτερα χρησιμοποιούμενους επιδημιολογικούς δείκτες και θεωρείται ότι ανταποκρίνεται με αξιόπιστο τρόπο, στο επίπεδο ιατροκοινωνικής ανάπτυξης ενός κράτους.

Η βρεφική θνησιμότητα ελαττώνεται ραγδαία και σταθερά στην Ελλάδα κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Από το 29,6‰ το 1970, έφτασε στο 4,06‰ το 2004 (Σχήμα 4.3). Η Ελλάδα έχει κατορθώσει να έχει χαμηλότερο δείκτη από πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και των 15 παλαιότερων μελών της (5,27‰ και 4,37‰ αντίστοιχα).

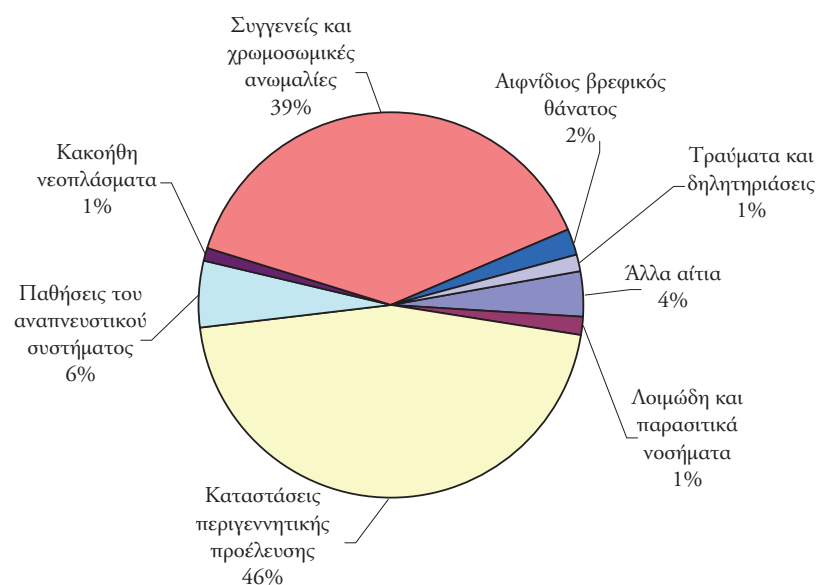
Σχήμα 4.3 Εξέλιξη της βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα και στην Ε.Ε. (1996 - 2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

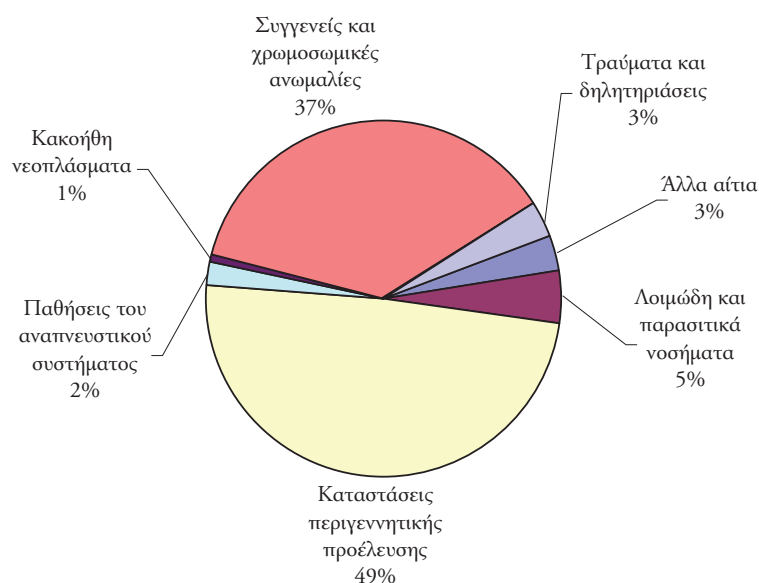
Οι κυριότερες αιτίες βρεφικής θνησιμότητας είναι τα προβλήματα της περιγεννητικής περιόδου και οι συγγενείς και χρωμοσωμικές ανωμαλίες. Οι δύο αυτές κατηγορίες είναι υπεύθυνες για το 85% της βρεφικής θνησιμότητας. Το 2004, το 6% της βρεφικής θνησιμότητας αποδιδόταν σε παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, ενώ μικρότερη συμμετοχή είχαν ο αιφνίδιος βρεφικός θάνατος, οι τραυματισμοί και οι δηλητηριάσεις, τα λοιμώδη νοσήματα και τα κακοήθη νεοπλάσματα (Σχήμα 4.4). Συγκρίνοντας με την αντίστοιχη κατανομή του 1996, γίνεται αντιληπτή η μείωση που έχει επιτευχθεί στους θανάτους από λοιμώδη νοσήματα και εξωτερικές αιτίες (τραύματα και δηλητηριάσεις), ενώ τα αναπνευστικά νοσήματα είναι, αναλογικά, συχνότερα σήμερα. Οι καταστάσεις περιγεννητικής προέλευσης και οι συγγενείς ανωμαλίες παραμένουν διαχρονικά οι δύο κύριες αιτίες θανάτου στη βρεφική ηλικία (Σχήμα 4.5).

Σχήμα 4.4 Ποσοστιαία κατανομή των κυριότερων αιτιών βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα (2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 4.5 Ποσοστιαία κατανομή των κυριότερων αιτιών βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα (1996).



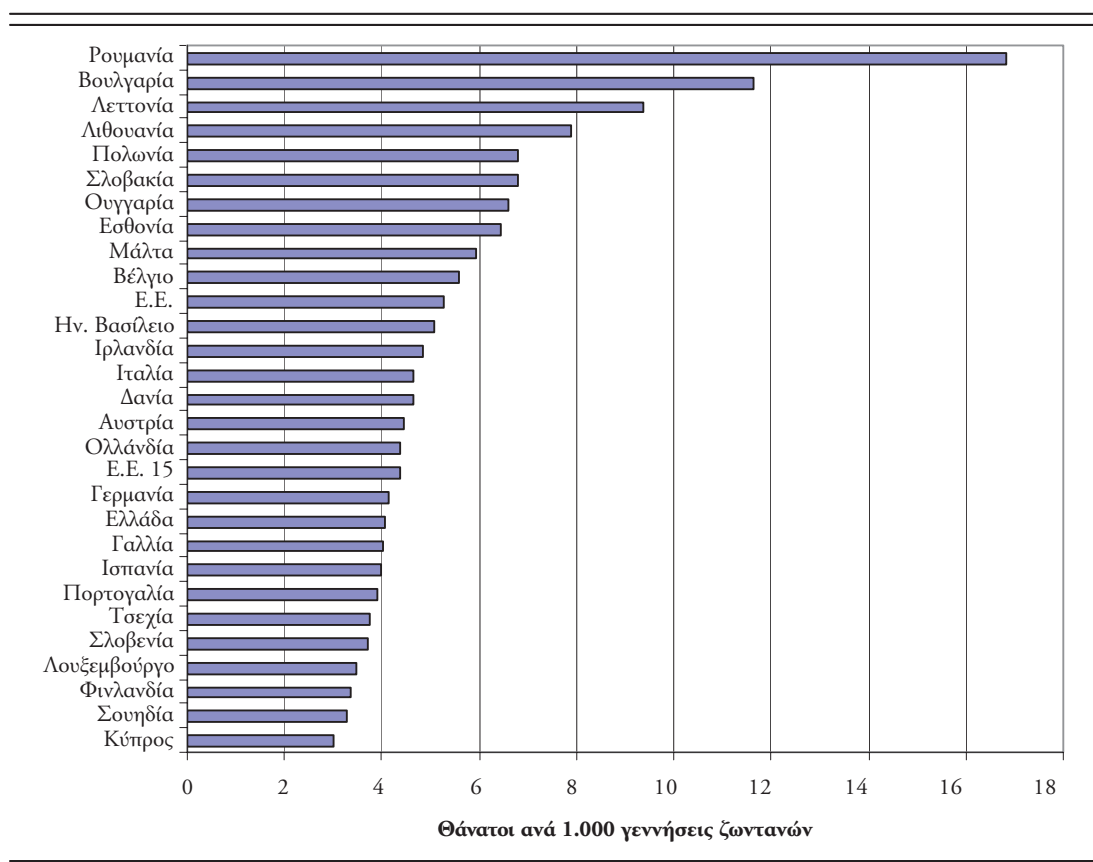
Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Μετά τη μεγάλη μείωση του δείκτη βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα, η χώρα κατέχει ικανοποιητική θέση στην κατάταξη των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συγκεκριμένα, για το έτος 2004, είχε το δέκατο χαμηλότερο δείκτη βρεφικής θνησιμότητας, μεταξύ των 27 κρατών που είναι σήμερα μέλη της. Στην πρώτη θέση βρίσκεται η Κύπρος, ενώ

τις υψηλότερες τιμές εμφανίζουν τα νέα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Ρουμανία και η Βουλγαρία (Σχήμα 4.6).

Στην Ελλάδα, η βρεφική θνησιμότητα βελτιώνεται με ταχύτερους ρυθμούς σε σχέση με την περιγεννητική. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι επηρεάζεται περισσότερο από την άνοδο του κοινωνικού και οικονομικού επιπέδου του πληθυσμού μιας χώρας, ενώ η βελτίωση της περιγεννητικής θνησιμότητας απαιτεί, επιπλέον, την ανάπτυξη και παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, την οργάνωση του συστήματος εντοπισμού των κήσεων υψηλού κινδύνου, και τη βελτίωση των υποδομών και των διαδικασιών μεταφοράς επιτόκων και νεογνών.

Σχήμα 4.6 Βρεφική θνησιμότητα στα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2004).

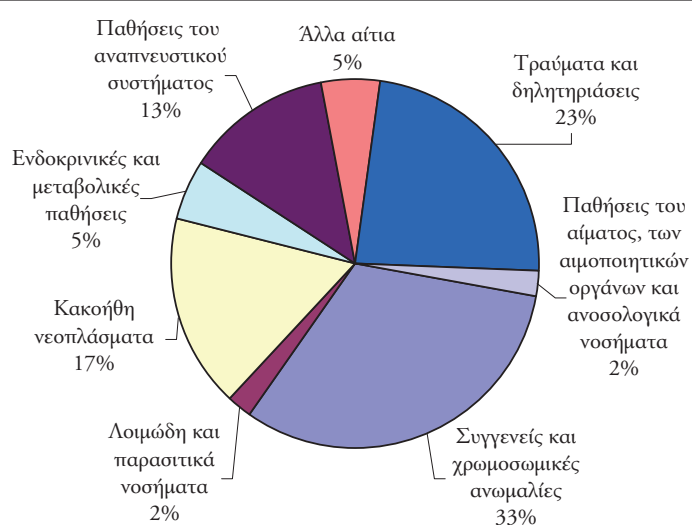


Πηγή: Τούντας και συν. 2007

4.3 Θνησιμότητα στις ηλικίες 1-14 ετών

Οι κυριότερες αιτίες θνησιμότητας στις ηλικίες 1-4 ετών εξακολουθούν να είναι συγγενείς και χρωμοσωμικές ανωμαλίες, οι οποίες προκαλούν το 33% των θανάτων. Σημαντική αιτία θνησιμότητας αποτελούν τα τραύματα και οι δηλητηριάσεις από εξωτερικές αιτίες (23% των θανάτων). Ακολουθούν τα κακοήθη νεοπλάσματα και οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος, ενώ οι υπόλοιπες αιτίες συνεισφέρουν λιγότερο (Σχήμα 4.7). Το πρότυπο αυτό ισχύει σε γενικές γραμμές συνολικά στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Σχήμα 4.7 Ποσοστιαία κατανομή κύριων αιτιών θανάτου στην Ελλάδα, στις ηλικίες 1-4 ετών (2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

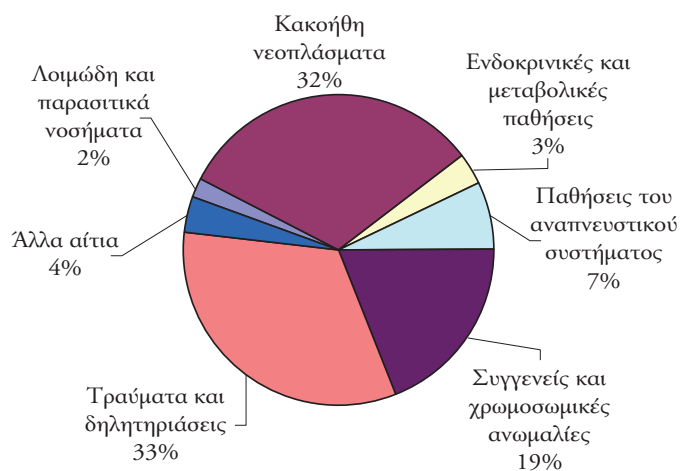
Στην αμέσως επόμενη ομάδα ηλικιών, από 5 ως 14 ετών, οι συγγενείς και χρωμοσωμικές ανωμαλίες υποχωρούν στην τρίτη θέση, ενώ οι περισσότεροι θάνατοι προκαλούνται από τραύματα και δηλητηριάσεις και από κακοήθη νεοπλάσματα (33% και 32% των θανάτων αντίστοιχα). Μικρότερα ποσοστά αντιστοιχούν στις παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος και σε ενδοκρινικές και μεταβολικές παθήσεις (Σχήμα 4.8).

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε όλη την παιδική ηλικία, η μεγάλη πλειονότητα των τραυματισμών και των δηλητηριάσεων είναι συνέπεια ατυχήματος. Παρά τη μεγάλη συμμετοχή των ατυχημάτων στην αιτιολογία της παιδικής θνησιμότητας, οι θάνατοι από ατυχήματα έχουν μειωθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα. Μέσα σε 15 έτη, από το 1989 ως το 2004, η προτυπωμένη θνησιμότητα από ατυχήματα σε άτομα ηλικίας ως 14 ετών μειώθηκε από 13,28 ανά 100.000 άτομα σε 4,54 ανά 100.000. Η πτώση της τάξης του 65,8% είναι ασφαλώς αξιοσημείωτη, και επιτρέπει στην Ελλάδα να συμβαδίζει με τους αντίστοιχους δείκτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Εξαιτίας αυτής της μείωσης, η αναλογική συμμετοχή των ατυχημάτων στη συνολική θνησιμότητα της παιδικής ηλικίας είναι σήμερα μικρότερη απ' ό,τι στο παρελθόν. Για

τις ηλικίες 1-4 ετών, τα ατυχήματα ήταν υπεύθυνα για το 30,6% των θανάτων το 1990, για το 28,3% το 1996 και για το 23,4% το 2004. Για τα παιδιά 5-14 ετών, τα ποσοστά ήταν 46,4% το 1990, 38,2% το 1996 και 32,8% το 2004.

Σχήμα 4.8 Ποσοστιαία κατανομή κύριων αιτιών θανάτου στην Ελλάδα, στις ηλικίες 5-14 ετών (2004).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

5. Ποιότητα Ζωής που Σχετίζεται με την Υγεία στους Ενηλίκους

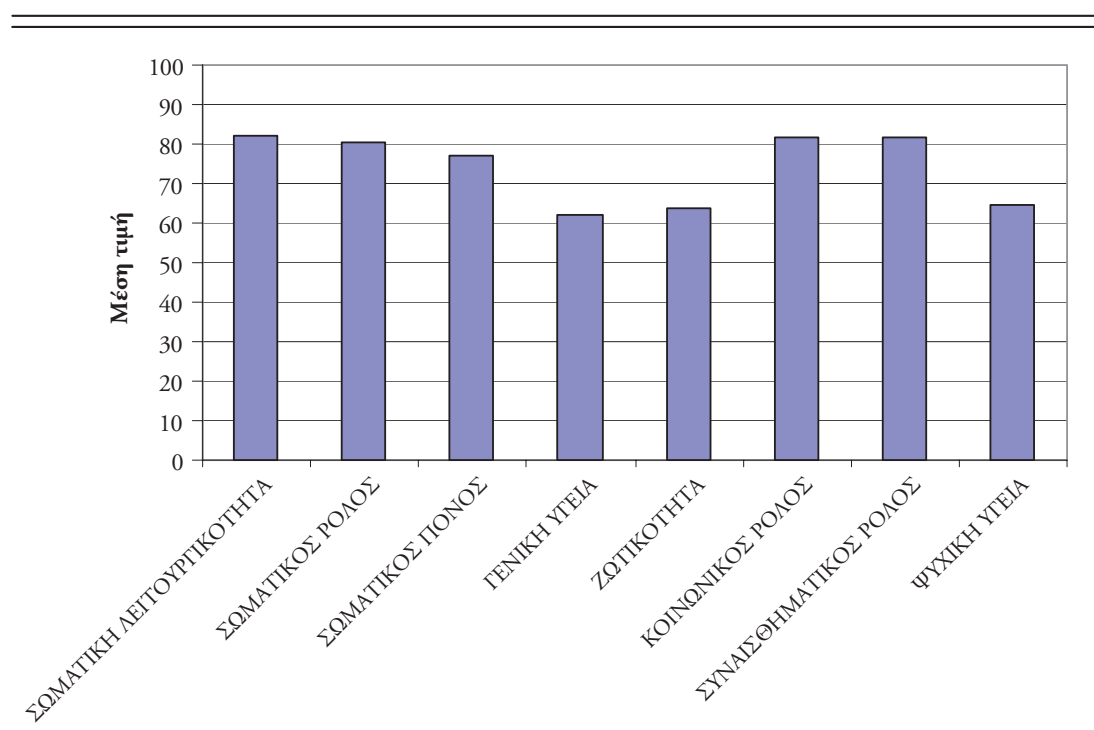
Σύμφωνα με τον καταστατικό χάρτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας. Σύμφωνα με τον ορισμό, η υγεία αποτελεί σύνθετο βιολογικό και ψυχο-κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο, πέρα από τις παραδοσιακές βιολογικές διαστάσεις, περιλαμβάνει και τις έννοιες της ευεξίας και της λειτουργικότητας. Η εξέλιξη αυτή δημιούργησε την ανάγκη μέτρησης της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, εννοιών που σχετίζονται με την υποκειμενική αντίληψη του ανθρώπου και υπερβαίνουν τη δυνατότητα των κλασικών σωματικών δεικτών να μετρούν με αντικειμενικότητα και ακρίβεια το επίπεδο υγείας ενός ατόμου.

Για να εκπληρωθεί αυτή η ανάγκη αναπτύχθηκε η έννοια της «Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία». Πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία περιλαμβάνει δείκτες των νοητικών, συναισθηματικών, σωματικών, κοινωνικών και συμπεριφορικών συνιστωσών της ευεξίας και της λειτουργικότητας, λαμβάνοντας υπ' όψη τον τρόπο με τον οποίο γίνονται αντιληπτές από το ίδιο το άτομο. Ο υπολογισμός των δεικτών

γίνεται με τη χρήση ειδικών εργαλείων μέτρησης, κυρίως ερωτηματολογίων γενικής φύσης, όπως το Short Form Health Survey-36 (SF-36), το EuroQol κ.ά.

Με την έρευνα Hellas Health I, που πραγματοποιήθηκε το 2006 χρησιμοποιώντας το SF-36, εκτιμήθηκε η Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία στον ελληνικό πληθυσμό (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής 2006). Με το SF-36 μετρούνται 8 διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Στην κλίμακα 0-100, η διάσταση της σωματικής λειτουργικότητας είχε μέση τιμή 82, ο σωματικός ρόλος 80,5, ο σωματικός πόνος 77,24, η γενική υγεία 62,02, η ζωτικότητα 63,93, ο κοινωνικός ρόλος 81,53, ο συναισθηματικός ρόλος 81,86 και η ψυχική υγεία 64,41 (Σχήμα 5.1).

Σχήμα 5.1 Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία στην Ελλάδα (2006).

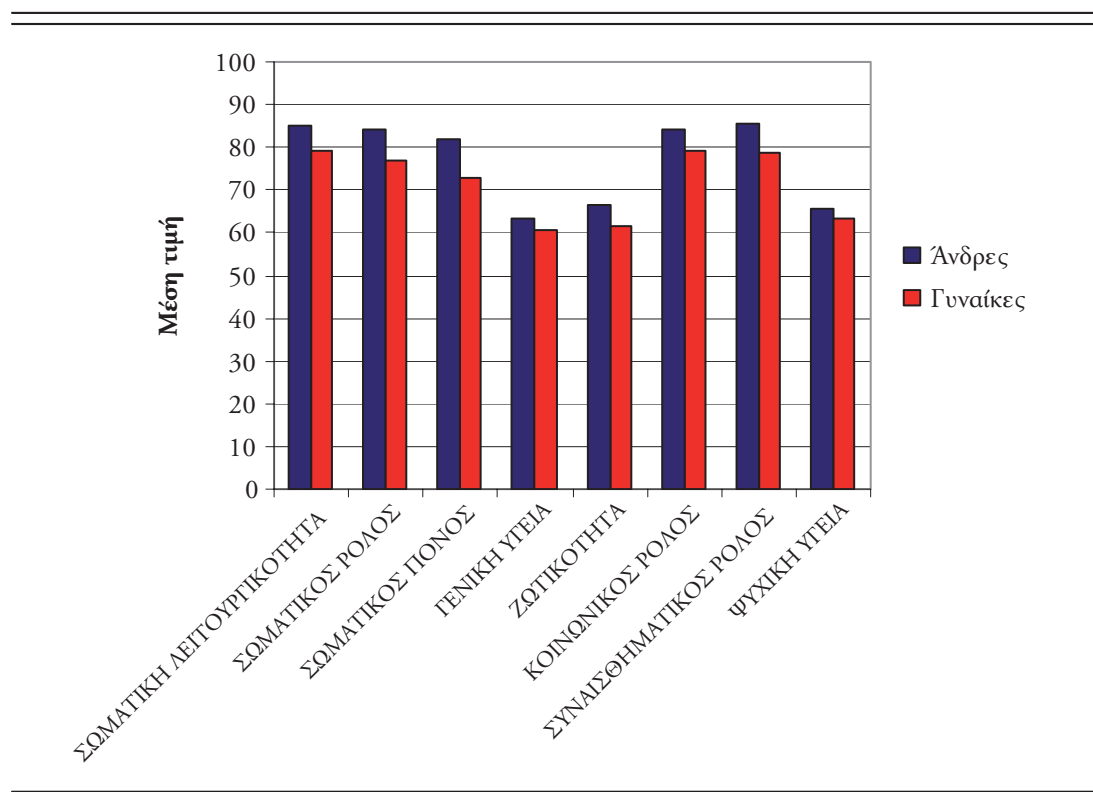


Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Οι άνδρες υπερτερούν των γυναικών σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Ο δείκτης στον οποίο παρατηρείται η μεγαλύτερη διαφορά είναι ο σωματικός πόνος (81,83 έναντι 72,79), ενώ η μικρότερη απόσταση μεταξύ των δύο φύλων εντοπίζεται στην ψυχική υγεία (65,42 έναντι 63,48) (Σχήμα 5.2).

Μελετώντας τις ηλικιακές ομάδες του ελληνικού πληθυσμού ως προς την ποιότητα ζωής, εντοπίζεται μια σαφής μείωση όλων των δεικτών της με την αύξηση της ηλικίας. Εκτός από τις σωματικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, οι οποίες είναι λογικό να επηρεάζονται σημαντικά από την αύξηση της νοσηρότητας, αξιοσημείωτες είναι και οι διαφορές στις διαστάσεις που αφορούν στον συναισθηματικό και κοινωνικό ρόλο (Πίνακας 5.1). Διακύμανση των δεικτών ποιότητας ζωής εντοπίζεται και μεταξύ των διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών τάξεων, αλλά και ανάλογα με την επαγγελματική απασχόληση.

Σχήμα 5.2 Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία κατά φύλο, στην Ελλάδα (2006).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Πίνακας 5.1 Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία κατά ηλικιακή ομάδα, στην Ελλάδα (2006).

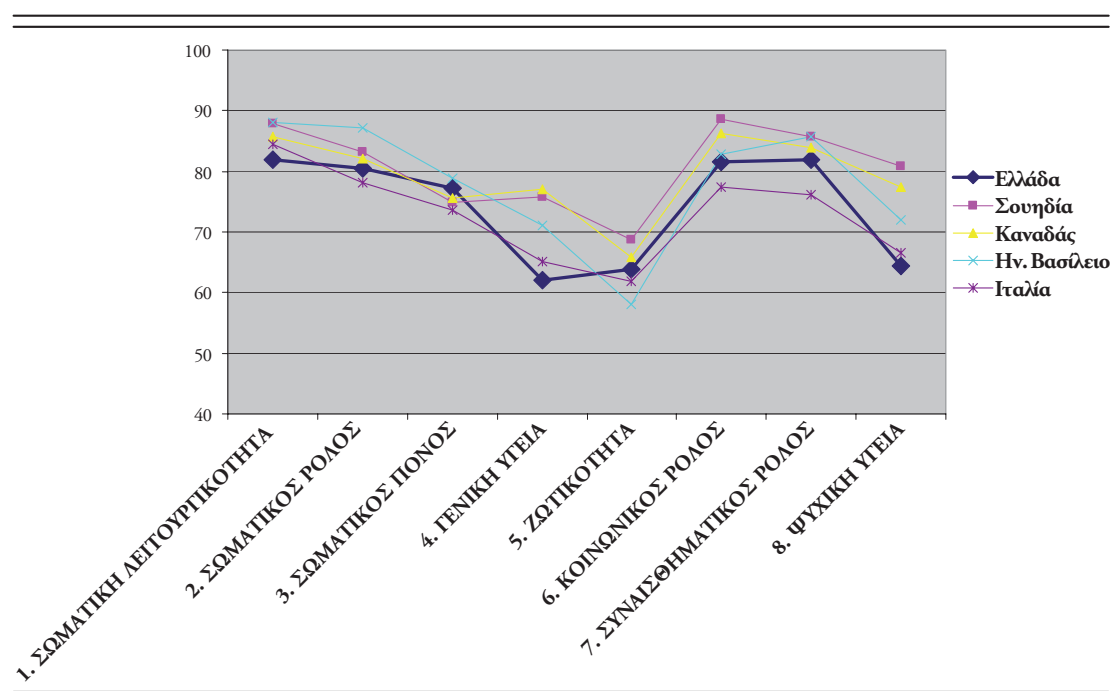
ΔΕΙΚΤΕΣ	Ηλικία					
	18-24 ετών	25-34 ετών	35-44 ετών	45-54 ετών	55-64 ετών	65 ετών και άνω
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	97,35	96,81	93,56	85,53	72,40	56,65
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	95,65	96,35	92,92	83,61	69,67	54,80
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	90,70	88,25	81,92	79,25	68,43	62,03
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	68,70	68,11	64,56	62,85	57,63	53,93
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	75,48	72,92	68,08	63,54	56,03	52,77
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	91,74	90,74	87,71	83,44	75,17	66,69
ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	96,23	91,89	87,59	78,81	76,89	66,96

ΔΕΙΚΤΕΣ	Ηλικία					
	18-24 ετών	25-34 ετών	35-44 ετών	45-54 ετών	55-64 ετών	65 ετών και άνω
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	70,89	68,69	66,58	63,21	58,27	60,73

Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Τα ευρήματα της μελέτης σχετικά με τις πληθυσμιακές ομάδες που εμφανίζουν διαφορές στην ποιότητα ζωής συμφωνούν με αντίστοιχες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε άλλες χώρες της Ευρώπης τα τελευταία χρόνια, με χρήση του SF-36. Πρέπει να σημειωθεί ότι σε σύγκριση με χώρες όπως η Γερμανία, η Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, ο ελληνικός πληθυσμός εμφανίζει χαμηλότερο επίπεδο γενικής υγείας (Σχήμα 5.3). Ο τομέας όμως στον οποίο μειονεκτεί περισσότερο σε σχέση με τις ανωτέρω χώρες, είναι η ψυχική υγεία. Ένας δείκτης στον οποίο η Ελλάδα φαίνεται να βρίσκεται σε καλύτερη θέση, είναι ο σωματικός πόνος. Στις υπόλοιπες διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία, παρατηρούνται μικρές διαφορές ανάμεσα στον ελληνικό πληθυσμό και τους κατοίκους άλλων ευρωπαϊκών κρατών, για τα οποία είναι διαθέσιμα συγκρίσιμα στοιχεία.

Σχήμα 5.3 Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία σε 5 χώρες.



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

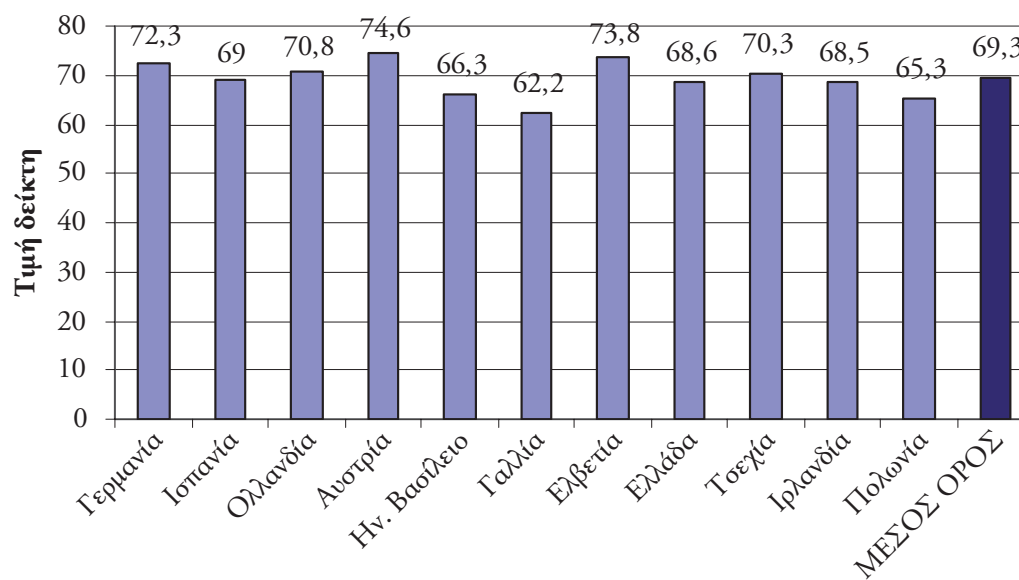
5.1 Ποιότητα Ζωής που Σχετίζεται με την Υγεία στους Εφήβους

Σύμφωνα με τα στοιχεία έρευνας που πραγματοποίησε το Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο πλαίσιο διευρωπαϊκής μελέτης για την ποιότητα ζωής των εφήβων, την περίοδο 2003-2005, οι Έλληνες έφηβοι μαθητές δηλώνουν φτωχότερη ποιότητα ζωής σε πολλούς τομείς της ζωής τους, σε σχέση με συνομηλικούς τους Ευρωπαίους. Στη μελέτη συμμετείχαν 1.200 έφηβοι μαθητές (12-18 ετών) και οι γονείς τους από όλη την Ελλάδα, οι οποίοι συμπλήρωσαν τα ειδικά ερωτηματολόγια KIDSCREEN (Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Πανεπιστημίου Αθηνών, 2007).

Οι Έλληνες έφηβοι δήλωσαν σε πολύ μικρότερο ποσοστό ότι έχουν έναν επαγγελματία υγείας που μπορεί να τους παρέχει εμπιστευτικές συμβουλές, εφόσον το χρειαστούν. Από τους εφήβους που επισκέφθηκαν κάποιον επαγγελματία υγείας μέσα στις τελευταίες 4 εβδομάδες, το μεγαλύτερο ποσοστό το έκανε για λόγους κάποιας οξείας ασθένειας ή ενόχλησης, ενώ πολύ λίγοι επισκέφθηκαν κάποιον επαγγελματία υγείας για προληπτικό έλεγχο. Αξιοσημείωτο είναι ότι στην Ελλάδα δεν αναφέρθηκε καθόλου η επίσκεψη σε σύμβουλο ψυχοκοινωνικής υγείας (π.χ. ψυχοθεραπευτή) κατά τους τελευταίους 12 μήνες, αν και 1,2% των εφήβων αντιμετωπίζουν ψυχολογικές διαταραχές και 1,2% άλλες αναπτυξιακές και μαθησιακές δυσκολίες, σύμφωνα με τις δηλώσεις των γονέων τους. Επίσης, ιδιαίτερα χαμηλά είναι τα ποσοστά επίσκεψης σε σχολικό επαγγελματία υγείας σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Δημοκρατία της Τσεχίας και η Πολωνία, σε σχέση με την Αυστρία, τη Γαλλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, καθρεπτίζοντας την περιορισμένη ανάπτυξη του θεσμού της πρόληψης στην κοινότητα. Σε σχέση με τη χρηματοδότηση της επίσκεψης σε επαγγελματία υγείας κατά τις τελευταίες 4 εβδομάδες, οι Έλληνες γονείς δήλωσαν το μεγαλύτερο ποσοστό αυτοχρηματοδότησης της επίσκεψης.

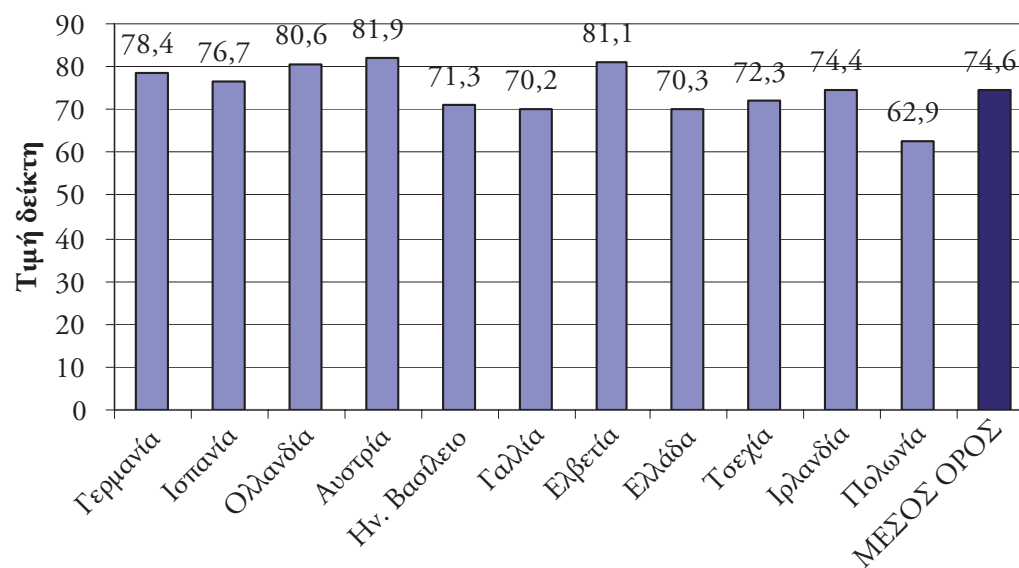
Γενικότερα, οι Έλληνες έφηβοι μαθητές δηλώνουν μέτρια σωματική ευεξία, που είναι κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο, αν και πιο κάτω από τις χώρες της Δυτικής Ευρώπης (Σχήμα 5.4), ενώ σε σύγκριση με τους περισσότερους Ευρωπαίους συνομηλικούς τους, οι Έλληνες έφηβοι μαθητές δηλώνουν φτωχότερη ποιότητα ζωής όσον αφορά στην ψυχική τους ευεξία (Σχήμα 5.5).

Σχήμα 5.4 Σωματική ευεξία σε εφήβους μαθητές, κατά χώρα, στην Ευρώπη (2003 - 2005).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 5.5 Ψυχική ευεξία σε εφήβους μαθητές, κατά χώρα, στην Ευρώπη (2003 - 2005).



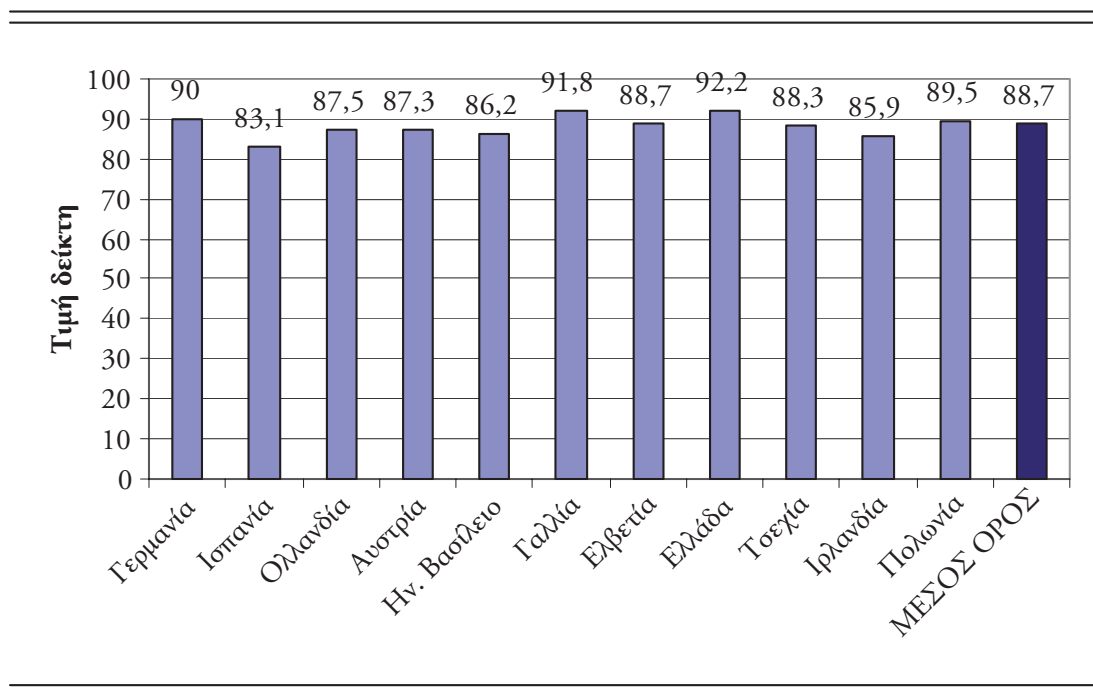
Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Οι μαθητές στην Ελλάδα δηλώνουν σημαντικά φτωχότερη ποιότητα ζωής, όσον αφορά στην αυτονομία τους, γεγονός που πιθανώς αποδίδεται στο υπερφορτωμένο εξωσχολικό πρόγραμμα, που δεν τους επιτρέπει να διαθέτουν το δικό τους χρόνο για κοινωνικές σχέσεις και ψυχαγωγία.

Παράλληλα, σε σύγκριση με τους περισσότερους Ευρωπαίους συνομηλίκους τους, οι Έλληνες έφηβοι μαθητές δηλώνουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής όσον αφορά στη σχέση τους με τους γονείς και τους συνομηλίκους τους. Ενδεικτικά, 22,3% των εφήβων δήλωσε ότι οι γονείς τους έχουν αρκετό χρόνο να διαθέσουν γι' αυτούς «ποτέ ή σπάνια», ενώ το 20% δήλωσαν ότι «ποτέ ή σπάνια» μπορούν να μιλήσουν στους γονείς τους όταν το θέλουν. Στις αντίστοιχες ερωτήσεις, που απάντησαν οι γονείς, μόνο το 11,8% των γονέων δήλωσαν ότι «σπάνια ή ποτέ» δεν έχουν αρκετό χρόνο για να διαθέσουν για το παιδί ενώ μόνο ένα 7% των γονέων δήλωσαν ότι το παιδί τους δεν μπορεί να τους μιλήσει όποτε θέλει.

Φτωχότερη ποιότητα ζωής δηλώνουν οι Έλληνες μαθητές και στο ζήτημα των σχέσεων με τους συνομηλίκους τους. Αντίθετα, κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο βρίσκονται στη διάσταση Σχολικό Περιβάλλον, ενώ στη διάσταση Κοινωνική Αποδοχή (εκφοβισμός) στο σχολικό περιβάλλον, οι μαθητές στην Ελλάδα δηλώνουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους Ευρωπαίους (Σχήμα 5.6).

Σχήμα 5.6 Εκφοβισμός - κοινωνική αποδοχή στο σχολείο σε εφήβους μαθητές, κατά χώρα, στην Ευρώπη (2003 - 2005).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Στην ερώτηση για την ποιότητα ζωής σε σχέση με τους οικονομικούς πόρους των εφήβων, οι Έλληνες έφηβοι βρίσκονται στο μέσο όρο σε σχέση με την ικανοποίηση από τα οικονομικά τους. Ωστόσο, σύμφωνα με την ευρωπαϊκή κλίμακα οικονομικής ευημερίας της οικογένειας, οι Έλληνες έφηβοι μαθητές υπολείπονται των Ευρωπαίων συνομηλίκων τους σε σημαντικούς δείκτες οικονομικής ευημερίας.

Συγκεκριμένα, το 40% των εφήβων μαθητών στην Ελλάδα δεν έχει ηλεκτρονικό

υπολογιστή στο σπίτι -το μεγαλύτερο ποσοστό στις χώρες που πραγματοποιήθηκε η έρευνα. Επίσης, το 31,6% των εφήβων μαθητών στην Ελλάδα δεν έχει το δικό του υπνοδωμάτιο. Μόνο χώρες της Ανατολικής Ευρώπης, όπως η Δημοκρατία της Τσεχίας και η Πολωνία, ξεπερνούν αυτό το ποσοστό. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της οικογένειας καθορίζει, σε μεγάλο βαθμό, την ποιότητα ζωής που δηλώνουν οι Έλληνες έφηβοι σε όλες τις διαστάσεις της, με εξαίρεση τη διάσταση της αυτονομίας. Όπως αναμένεται, χειρότερη ποιότητα ζωής δηλώνουν οι έφηβοι των οποίων οι οικογένειες δεν βρίσκονται σε καλή οικονομική κατάσταση.

Το φύλο αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής. Τα κορίτσια δήλωσαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε πολλές διαστάσεις της. Η εφηβεία και η έναρξη της εμμηνόρρυσιας μπορεί να εξηγούν ως ένα βαθμό τη φτωχότερη σωματική και ψυχική ποιότητα ζωής που δηλώνουν τα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια. Επίσης, τα κορίτσια αντιμετωπίζουν εντονότερη πίεση εξαιτίας των περισσότερων κοινωνικών απαιτήσεων σχετικά με το σώμα και την εμφάνισή τους. Ακόμη, όσον αφορά στη χαμηλή επίδοση των κοριτσιών στη διάσταση της αυτονομίας, φαίνεται ότι τα αγόρια εξακολουθούν να έχουν περισσότερα προνόμια από τα κορίτσια.

6. Παράγοντες Κινδύνου

6.1 Εισαγωγή

Τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας των αναπτυγμένων χωρών, στις οποίες ανήκει και η Ελλάδα, συσχετίζονται αιτιολογικά με τον τρόπο ζωής και το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, υπεύθυνα για το 48% των θανάτων στον ελληνικό πληθυσμό, έχουν ως βασικούς παράγοντες κινδύνου την κακή διατροφή, την έλλειψη σωματικής άσκησης, την παχυσαρκία και το κάπνισμα, παράγοντες που είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις καθημερινές συνήθειες. Η δεύτερη αιτία θανάτου, τα κακοήθη νεοπλασμάτα, οφείλονται επίσης σε σημαντικό ποσοστό στη συμπεριφορά και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Αντίστοιχοι ισχυρισμοί μπορούν να τεκμηριωθούν για την πλειονότητα των νοσημάτων που καθορίζουν το νοσολογικό πρότυπο που επικρατεί στην Ελλάδα. Έτσι, είναι προφανής η ανάγκη μελέτης των παραγόντων κινδύνου στο πλαίσιο της προσπάθειας κατανόησης και βελτίωσης του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η αρτηριακή υπέρταση ήταν ο υπεύθυνος παράγοντας κινδύνου για το 25% των θανάτων που συνέβησαν στην Ελλάδα το 2002, ενώ στο κάπνισμα οφειλόταν το 19,3% των θανάτων. Ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου παρουσιάζονται επίσης η υψηλή χοληστερόλη, η παχυσαρκία, η καθιστική ζωή και η μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (Πίνακας 6.1).

Πίνακας 6.1 Ποσοστό θανάτων που αποδίδεται στους κύριους παράγοντες κινδύνου, στην Ελλάδα (2002).

Παράγοντας κινδύνου	Ποσοστό επί του συνόλου
Αρτηριακή Υπέρταση	25,0%
Κάπνισμα	19,3%
Υψηλή χοληστερόλη	11,6%
Υψηλός Δ.Μ.Σ.	8,3%
Καθιστική ζωή	5,0%
Χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών	3,9%
Ατμοσφαιρική ρύπανση	0,6%
Μη ασφαλές σεξ	0,5%
Επαγγελματικά καρκινογόνα	0,4%
Ναρκωτικά	0,3%

Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Αν, αντί της θνησιμότητας, μελετηθούν τα Χρόνια Ζωής Απαλλαγμένα από Ανικανότητα (DALY's), τόσο η κατάταξη, όσο και τα ποσοστά των υπεύθυνων παραγόντων κινδύνου μεταβάλλονται. Έτσι, λαμβάνοντας υπ' όψη και την προκαλούμενη νοσηρότητα, ο πιο επιβλαβής παράγοντας κινδύνου είναι το κάπνισμα, καθώς εκτιμάται ότι σε αυτό οφείλεται το 12,9% των χαμένων DALY's. Η αρτηριακή υπέρταση είναι υπεύθυνη για το 11,8%, το υπερβάλλον βάρος για το 8,5% και η υψηλή χοληστερόλη για το 7,6% των απωλειών. Αξίζει να τονιστεί η παρουσία της κατάχρησης αλκοόλ και της χρήσης ναρκωτικών μέσα στους 10 κυριότερους παράγοντες κινδύνου (Πίνακας 6.2).

Πίνακας 6.2 Ποσοστό απώλειας Χρόνων Ζωής Απαλλαγμένων από Ανικανότητα (DALY's) που αποδίδεται στους κύριους παράγοντες κινδύνου, στην Ελλάδα (2002).

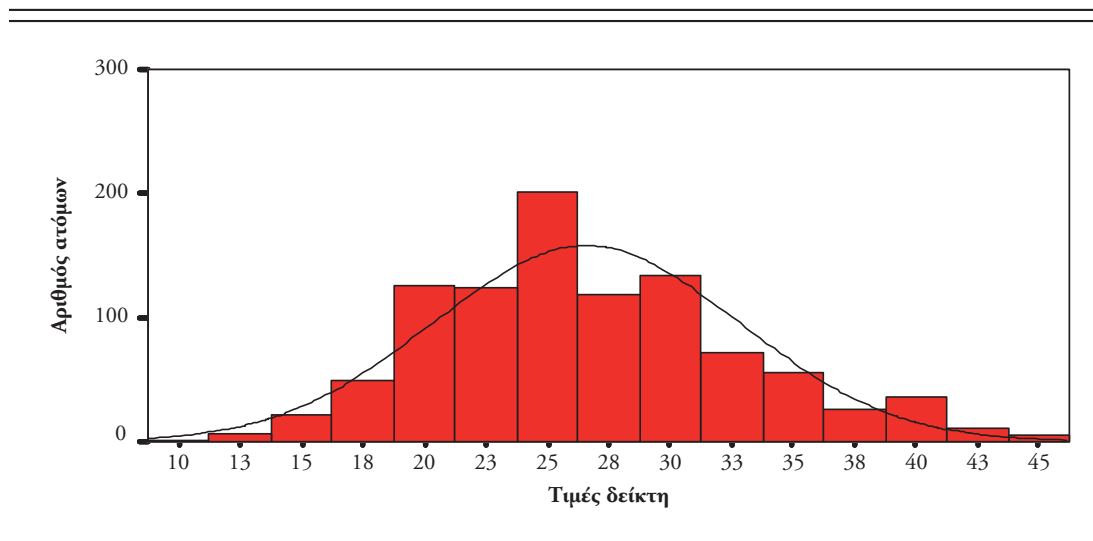
Παράγοντας κινδύνου	Ποσοστό επί του συνόλου
Κάπνισμα	12,9%
Αρτηριακή Υπέρταση	11,8%
Υψηλός Δ.Μ.Σ.	8,5%
Υψηλή χοληστερόλη	7,6%
Κατάχρηση αλκοόλ	4,3%
Καθιστική ζωή	3,5%
Χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών	2,6%
Ναρκωτικά	1,7%
Μη ασφαλές σεξ	0,8%
Έλλειψη σιδήρου	0,5%

Πηγή: Τούντας και συν. 2007

6.2 Διατροφή

Η διατροφή του ελληνικού πληθυσμού, παρά τις μεταβολές που παρατηρήθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες, εξακολουθεί να προσεγγίζει την κλασική προστατευτική «μεσογειακή δίαιτα». Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας Hellas Health I, όπου χρησιμοποιήθηκε δείκτης ισορροπημένης διατροφής, με κατώτατο όριο ικανοποιητικών τιμών το 28, ο ελληνικός πληθυσμός έχει μέση τιμή 26,6 (Σχήμα 6.1).

Σχήμα 6.1 Δείκτης ισορροπημένης διατροφής σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού (2006).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σύμφωνα με τα ευρήματα, η μέση κατανάλωση ψαριού και θαλασσινών είναι περίπου 100 γρ./εβδομάδα, η μέση κατανάλωση κοτόπουλου είναι 100 γρ./εβδομάδα, ενώ η μέση κατανάλωση κόκκινου κρέατος φτάνει τα 140 γρ./εβδομάδα. Σύμφωνα με τα πρότυπα της Μεσογειακής Διατροφής, η κατανάλωση ψαριού και θαλασσινών θα πρέπει να είναι 300-360 γρ. εβδομαδιαίως, η κατανάλωση πουλερικών περίπου 240 γρ./εβδομάδα και η κατανάλωση κόκκινου κρέατος μόνο 60 γρ. εβδομαδιαίως. Παράλληλα, η κατανάλωση οσπρίων και ξηρών καρπών αγγίζει μόλις το 25% της συνιστώμενης ποσότητας. Όσον αφορά στα δημητριακά, η μέση κατανάλωση είναι περίπου 4 μερίδες, δηλαδή η μισή της συνιστώμενης.

Όσον αφορά στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η μέση κατανάλωση είναι 2 φρούτα και 2 μερίδες λαχανικών την ημέρα, δηλαδή κατά 50% χαμηλότερη της συνιστώμενης. Η μέση κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων (γάλα, τυρί και γιαούρτι) είναι περίπου 2 μερίδες την ημέρα και είναι σύμφωνη με τις αρχές της Μεσογειακής Διατροφής. Η μέση κατανάλωση των γλυκών είναι περίπου 2 μερίδες ανά εβδομάδα, με ένα σημαντικό ποσοστό των νέων ηλικίας 18-34 ετών να καταναλώνουν περισσότερες από 3 μερίδες γλυκών εβδομαδιαίως.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα σχετικά με την εστίαση εκτός οικίας, με ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 43% να δηλώνει ότι τρώει τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα εκτός οικίας. Οι άντρες (50%), τα υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα (60%), οι ανύπαντροι (66%) και οι νέοι ηλικίας 18-24 ετών (70%) είναι οι ομάδες του πληθυσμού που τρώνε πιο συχνά εκτός οικίας.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι περίπου το 52% των ατόμων είχαν πρωινό περισσότερες από τις μισές μέρες της εβδομάδας ενώ το 1/3 των ερωτηθέντων δεν καταναλώνει ποτέ πρωινό. Η συνήθεια του πρωινού σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «ψυχική

υγεία» της Ποιότητας Ζωής. Δηλαδή, τα άτομα που συνηθίζουν να παίρνουν τακτικά πρωινό, δηλώνουν σημαντικά καλύτερη ψυχική υγεία σε σχέση με τα άτομα που δεν τρώνε πρωινό.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Ο.Ο.Σ.Α. για το 2003, οι Έλληνες καταναλώνουν, κατά μέσο όρο 422,7 κιλά φρούτων και λαχανικών το χρόνο, ποσότητα που κατατάσσει την Ελλάδα πρώτη μεταξύ των 15 παλαιότερων κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης, με 3.666 θερμίδες ανά ημέρα, ο ελληνικός πληθυσμός βρίσκεται στην 5η θέση σε ό,τι αφορά στην πρόσληψη θερμίδων. Η μέση κατανάλωση ζάχαρης το 2003 ήταν για την Ελλάδα 35,2 κιλά κατ' άτομο ετησίως. Μόνο 4 χώρες είχαν χαμηλότερη κατανάλωση στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 15. Μεταξύ των ίδιων κρατών, η Ελλάδα ήταν δεύτερη στην ημερήσια πρόσληψη πρωτεϊνών (117,2 γρ./άτομο) και έκκτη στην ημερήσια πρόσληψη λίπους (144,9 γρ./άτομο).

Τα ευρήματα της μελέτης EPIC επιβεβαιώνουν την υψηλή, σε σχέση με τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και ελαιόλαδου από τον ελληνικό πληθυσμό. Επίσης, οι Έλληνες άνδρες φαίνεται να ακολουθούν το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής σε μεγαλύτερο βαθμό και να έχουν μεγαλύτερη ενεργειακή πρόσληψη από τις Ελληνίδες γυναίκες.

Με την κακή διατροφή συνδέεται και ο υψηλός επιπολασμός της υπερχοληστεριναιμίας στον ελληνικό πληθυσμό. Σύμφωνα με την Hellas Health I, το 9,1% του πληθυσμού δηλώνει ότι έχει υψηλές τιμές χοληστερόλης, ενώ οι εκτιμήσεις του Π.Ο.Υ. αποδίδουν στην υπερχοληστεριναιμία περισσότερους από 12.000 θανάτους ετησίως.

6.3 Κάπνισμα

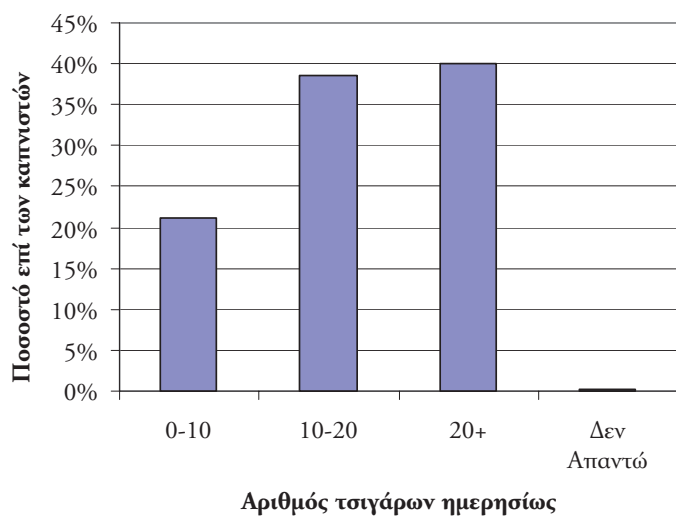
Τα κάπνισμα στην Ελλάδα παραμένει σε πολύ υψηλά επίπεδα, εμφανίζοντας μια σχετική αυξητική τάση από το έτος 2000 και για τα δύο φύλα. Σύμφωνα με στοιχεία της Hellas Health I, του 2006, το 40% των Ελλήνων είναι καπνιστές και, συγκεκριμένα, το 49,9% των ενήλικων ανδρών και το 30,8% των ενήλικων γυναικών καπνίζουν σε καθημερινή βάση (Πίνακας 6.3). Τέσσερις στους δέκα καπνιστές καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως (Σχήμα 6.2).

Πίνακας 6.3 Ποσοστά καπνιστών στην Ελλάδα, κατά φύλο και ηλικία (2006).

Κάπνισμα	ΦΥΛΟ			ΗΛΙΚΙΑ					
	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65+
Ναι, κάθε μέρα	40,0%	49,9%	30,8%	44,3%	50,8%	53,9%	47,0%	34,7%	16,5%
Ναι, καμιά φορά	3,1%	2,5%	3,6%	3,5%	3,2%	1,7%	7,3%	2,7%	1,3%
Όχι, καθόλου	56,9%	47,6%	65,5%	52,2%	45,9%	44,4%	45,7%	62,7%	82,1%

Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 6.2 Ένταση καπνίσματος στους καθημερινούς καπνιστές, στον ελληνικό πληθυσμό (2006).

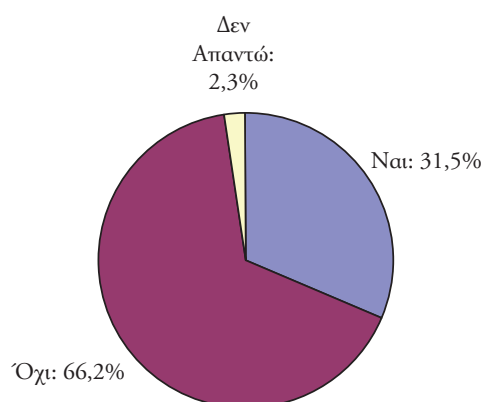


Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Στάσιμα παραμένουν και τα ποσοστά των νέων (18-34 ετών) που καπνίζουν, σε σύγκριση με ευρωπαϊκή μέτρηση προ πενταετίας. Συγκεκριμένα, το 44,3% των νέων καπνίζουν καθημερινά. Το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) εκτιμά ότι το 24,6% των μαθητών ηλικίας 14-17 ετών καπνίζει καθημερινά, αν και το ποσοστό των εφήβων που έχουν καπνίσει τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους είναι σχετικά χαμηλό σε σχέση με άλλα κράτη της Ευρώπης (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. 2005). Όλα τα παραπάνω ποσοστά φέρνουν την Ελλάδα στην κορυφή της λίστας των χωρών με τα υψηλότερα ποσοστά καπνιστών πανευρωπαϊκά και ανάμεσα στις υψηλότερες θέσεις διεθνώς.

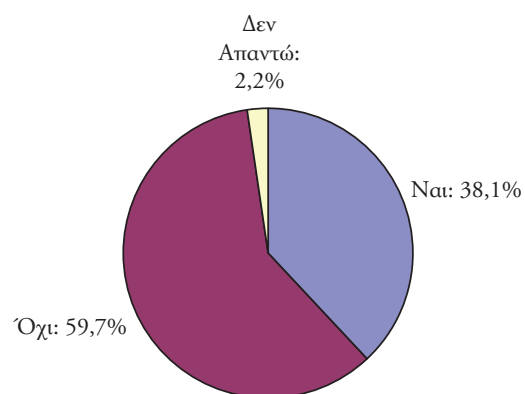
Εξάλλου, σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. για το έτος 2000, η μέση κατανάλωση τσιγάρων στην Ελλάδα ήταν 2.457,17 κατ' άτομο ετησίως, ενώ ο αντίστοιχος δείκτης στην Ευρωπαϊκή Ένωση ανερχόταν σε 1.661,64 κατ' άτομο ετησίως. Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί και το παθητικό κάπνισμα, καθώς από τους μη καπνιστές και τους περιστασιακούς καπνιστές, το 31,5% δηλώνει ότι εκτίθεται σε καπνό στο σπίτι (Σχήμα 6.3) και το 38% στην εργασία (Σχήμα 6.4). Συνολικά, σύμφωνα με τον Πίνακα 6.1, πάνω από 20.000 Έλληνες πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας του καπνίσματος (19,3% των θανάτων).

Σχήμα 6.3 Παθητικό κάπνισμα στο σπίτι, στον ελληνικό πληθυσμό (2006).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 6.4 Παθητικό κάπνισμα στην εργασία, στον ελληνικό πληθυσμό (2006).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

6.4 Αλκοόλ

Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα κυμαίνεται σε χαμηλά, σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση, επίπεδα. Ωστόσο, όπως φαίνεται και στον Πίνακα 6.2, η κατάχρηση οινοπνεύματος είναι υπεύθυνη για ένα αξιόλογο ποσοστό της νοσηρότητας στον ελληνικό πληθυσμό. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η μέση κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα ήταν, το 2003, 7,68 λίτρα κατ' άτομο ετησίως. Συγκριτικά, ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης ήταν, το ίδιο έτος, 9,11 λίτρα κατ' άτομο ετησίως. Περίπου ένας στους πέντε Έλληνες δηλώνει ότι πίνει περισσότερες από 4 μερίδες οινοπνευματωδών ποτών την εβδομάδα.

Το Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ.) εκδίδει ετήσιες εκθέσεις για τη χρήση ναρκωτικών και οινοπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα στοιχεία για το έτος 2004, δύο στους τρεις Έλληνες ηλικίας 12-64 ετών είχαν πει κάποιο οινοπνευματώδες ποτό στο χρονικό διάστημα των 30 ημερών που προηγήθηκαν της έρευνας. Το 29,8% δήλωσε ότι πίνει τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα, ενώ το 12,8% ανέφερε περιστατικό μέθης τον τελευταίο χρόνο. Το ποσοστό των ατόμων που δηλώνει ότι έκανε χρήση αλκοόλ μέσα στο έτος εμφανίζει μικρή μείωση κατά την εικοσαετία 1984-2004, κυρίως στον εφηβικό πληθυσμό. Οι Έλληνες έφηβοι, αν και εμφανίζουν σχετικά υψηλό ποσοστό κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών, που τους κατατάσσει στην πρώτη δεκάδα μεταξύ των κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρουσιάζουν μικρά ποσοστά προβληματικής χρήσης. Μεταξύ των εφήβων, τα περιστατικά μέθης, αν και αυξήθηκαν τη δεκαετία 1993-2003, παραμένουν σε πολύ χαμηλά επίπεδα, αν συγκριθούν με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μόλις 2% των εφήβων αναφέρει τουλάχιστον 10 περιστατικά μέθης τον τελευταίο μήνα, την ώρα που σε χώρες όπως η Δανία και η Ιρλανδία τα ποσοστά είναι 34% και 29% αντίστοιχα (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. 2005).

Παρά τα ευνοϊκά επίσημα στοιχεία, πρέπει να σημειωθεί ότι η λήψη αλκοόλ γίνεται, σήμερα, περισσότερο μέσω της κατανάλωσης ποτών με υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλ, ενώ παλαιότερα, η κύρια μορφή κατανάλωσης ήταν στην Ελλάδα το κρασί.

Τα τελευταία χρόνια, μετά το 2000, έγινε προσπάθεια πρόληψης των τροχαίων ατυχημάτων που σχετίζονται με το οινόπνευμα. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι οι έλεγχοι της Τροχαίας για μέθη αυξήθηκαν από 365.388 το 2000 σε 1.281.102 το 2004, ενώ το ποσοστό των θετικών ελέγχων μειώθηκε από 8,3% σε 3,2% των οδηγών που ελέγχθηκαν. Το 2000, τα τροχαία ατυχήματα που σχετίζονται με τη λήψη οινοπνευματωδών ποτών ήταν 19,41 ανά 100.000 κατοίκους, ενώ το 2004 είχαν ήδη μειωθεί στα 13,12 ανά 100.000 κατοίκους. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, όπου επίσης παρατηρείται πτωτική πορεία, ο αριθμός ατυχημάτων ήταν, το 2004, 19,48 ανά 100.000 άτομα.

6.5 Παχυσαρκία

Ένας από τους πλέον εύχρηστους δείκτες εκτίμησης του σωματικού βάρους είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος-Δ.Μ.Σ. (Body Mass Index, BMI). Σύμφωνα με την κατάταξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τα άτομα με Δ.Μ.Σ. μεγαλύτερο του 25kg/m² χαρακτηρίζονται ως υπέρβαρα, ενώ από τα 30kg/m² και πάνω, κατατάσσονται ως παχύσαρκα.

Τρεις μεγάλες και πρόσφατες έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό εκτίμησαν ότι ο μέσος Δ.Μ.Σ. των Ελλήνων είναι μεταξύ 26,2-26,4kg/m², με τους άνδρες να έχουν μέσο Δ.Μ.Σ. 27,4kg/m² και τις γυναίκες 25,3kg/m². Τα στοιχεία από τις ίδιες μελέτες δείχνουν ότι η μέση τιμή του Δ.Μ.Σ. αυξάνεται με την ηλικία, ενώ και οι έγγαμοι εμφανίζονται υπέρβαροι και παχύσαρκοι σε μεγαλύτερα ποσοστά από τους άγαμους. Το φαινόμενο αυτό αποδίδεται σε μεγάλο βαθμό στη μεγαλύτερη μέση ηλικία των παντρεμένων. Επίσης, τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων είναι χαμηλότερα μεταξύ των ατόμων υψηλού μορφωτικού και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Το ποσοστό των παχύσαρκων στον ελληνικό πληθυσμό ήταν, το 2006, 16,4% (14,3% στους άνδρες και 18,3% στις γυναίκες). Αν συνυπολογιστούν και οι υπέρβαροι, το ποσοστό του πληθυσμού με μη φυσιολογικό βάρος ανέρχεται στο 57,7% (Πίνακας 6.4). Ο αριθμός αυτός καθιστά τον ελληνικό πληθυσμό έναν από τους πιο υπέρβαρους στην Ευρώπη. Μεταξύ των 15 παλαιότερων μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, μόνο το Ηνωμένο Βασίλειο εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό.

Πίνακας 6.4 Δείκτης Μάζας Σώματος (σε kg/m²) στον ελληνικό πληθυσμό (2006).

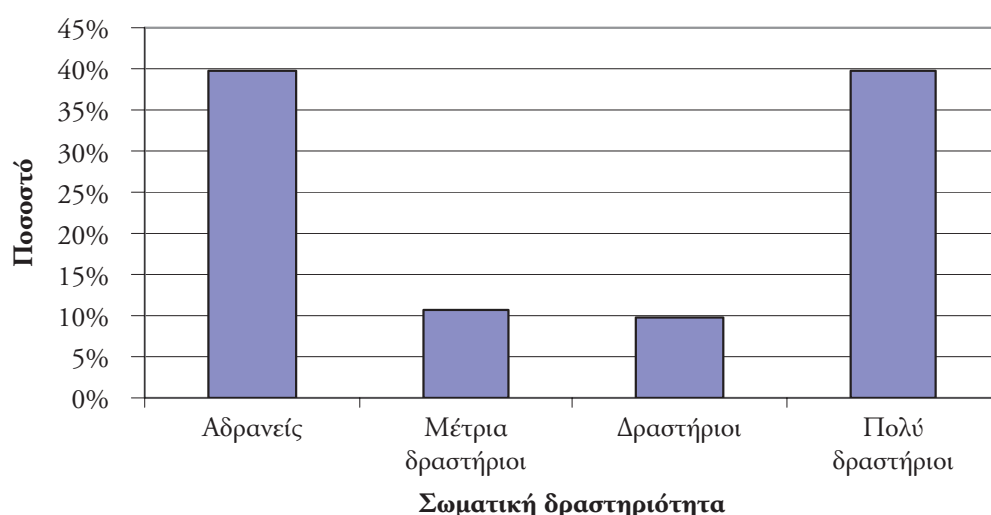
ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
<25	42,3%	37,6%	46,7%
25-29,9	41,3%	48,1%	34,9%
>30	16,4%	14,3%	18,3%

Πηγή: Τούντας και συν. 2007

6.6 Σωματική άσκηση

Η έλλειψη σωματικής άσκησης είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για πολλά νοσήματα, με κυριότερα τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος. Σύμφωνα με τα ευρήματα της Hellas Health I, το 2006 το 34,5% των ανδρών και το 44,7% των γυναικών στον ελληνικό πληθυσμό δήλωσαν αδρανείς (Σχήμα 6.5). Αντιθέτως, τα άτομα που δήλωσαν ότι έχουν συχνή (2-3 φορές την εβδομάδα) έντονη σωματική δραστηριότητα δήλωσαν και σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, σε όλες τις διαστάσεις της. Οι έγγαμοι, οι κάτοικοι των αστικών περιοχών, όσοι ανήκουν σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και οι συγκριτικά μεγαλύτεροι σε ηλικία, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά σωματικής αδράνειας.

Σχήμα 6.5 Σωματική δραστηριότητα στον ελληνικό πληθυσμό (2006).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

6.7 Ναρκωτικά

Οι εκτιμήσεις του Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. για τη χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών στην Ελλάδα το 2004 αναφέρουν ότι το 8,6% του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών έχει κάνει χρήση παράνομης ουσίας μία ή περισσότερες φορές στη ζωή του. Υψηλότερα ποσοστά εμφανίζουν οι άνδρες (13,3% έναντι 3,9% των γυναικών) και τα άτομα ηλικίας 18-35 ετών (12,2%). Πρόσφατη χρήση, δηλαδή χρήση μέσα στους 12 τελευταίους μήνες, αναφέρει το 4,6% του πληθυσμού 18-24 ετών και το 2,9% του πληθυσμού 25-35 ετών. Το μεγαλύτερο μέρος της χρήσης παράνομων ουσιών αφορά στην κάνναβη. Διαχρονικά, η χρήση ναρκωτικών ουσιών παρουσίασε σημαντική αύξηση στο διάστημα 1984 - 1998 και στη συνέχεια ακολουθεί πτωτική πορεία.

Μεταξύ των μαθητών ηλικίας 14-17 ετών, η κάνναβη είναι η πιο δημοφιλής παράνομη ουσία. Το 10% των μαθητών αυτής της ηλικίας δηλώνει ότι έχει κάνει χρήση ναρκωτικών

τουλάχιστον μία φορά στη ζωή του. Συγκριτικά, το 1984 και το 1993, το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 8,3% και το 1998 είχε φτάσει το 15,2%. Σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι Έλληνες έφηβοι εμφανίζουν μικρά ποσοστά χρήσης, ιδιαίτερα κάνναβης. Η μόνη κατηγορία στην οποία φαίνεται να βρίσκονται ψηλότερα από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο είναι τα εισπνεόμενα.

Το 2004, οι βεβαιωθέντες θάνατοι από ναρκωτικά ήταν 226, αν και οι καταγραφές είναι ελλιπείς, ενώ θάνατοι από AIDS, ηπατίτιδα και άλλα νοσήματα που σχετίζονται με τη χρήση ναρκωτικών, δεν συμπεριλαμβάνονται σε αυτόν τον αριθμό. Από το 2001, όταν οι θάνατοι από ναρκωτικά ήταν 321, παρατηρείται μια σαφής πτώση. Ωστόσο, η θνησιμότητα είναι πολύ αυξημένη σε σχέση με τις αρχές της δεκαετίας του 1990, καθώς τα στοιχεία του 1993 αναφέρονται σε μόλις 78 βεβαιωθέντες θανάτους από παράνομες ουσίες.

7. Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία

Η σχέση του εισοδήματος με το επίπεδο υγείας έχει τεκμηριωθεί με πολλές παρατηρήσεις, σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο εισόδημα, την κοινωνική θέση και την υγεία είναι πολύπλοκη, ωστόσο είναι προφανές ότι η υψηλή κοινωνικοοικονομική θέση συσχετίζεται με καλύτερη υγεία. Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία αυξάνονται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, όπως καταδεικνύεται από σχετικές έρευνες. Οι ανισότητες περιλαμβάνουν το επίπεδο υγείας, την έκθεση σε κινδύνους και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της πανελλαδικής έρευνας Hellas Health I, τα χρόνια νοσήματα είναι πιο συχνά στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις σε σύγκριση με τις ανώτερες (36,9% έναντι 30,4%) (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2006). Σε ορισμένα δε νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η διαφορά είναι σχεδόν διπλάσια (6,2% έναντι 3%) (Πίνακας 7.1).

Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται και στις μετρήσεις της «Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την υγεία», όπου τα άτομα με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο εμφανίζουν καλύτερους δείκτες από τα άτομα των χαμηλότερων στρωμάτων, τόσο στη γενική υγεία, όσο και στις υπόλοιπες διαστάσεις της ποιότητας ζωής (Σχήμα 7.1). Το ίδιο ισχύει και για τους εφήβους μαθητές. Σύμφωνα με τη μελέτη του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών για την ποιότητα ζωής των Ελλήνων εφήβων μαθητών (12-18 ετών), η οικονομική κατάσταση της οικογένειας καθορίζει, σε μεγάλο ποσοστό, την ποιότητα ζωής που δηλώνουν οι έφηβοι. Οι μαθητές από οικογένειες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο δηλώνουν καλύτερη ποιότητα

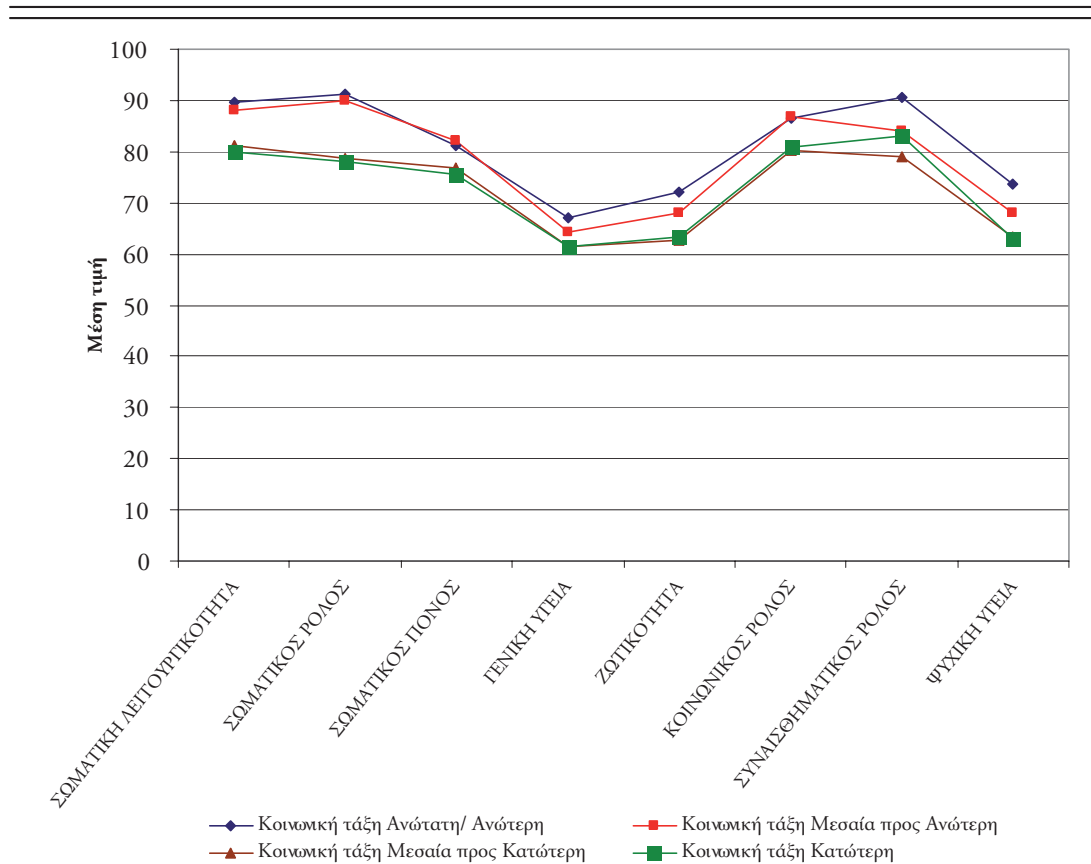
ζωής σε όλες τις διαστάσεις εκτός από την αυτονομία (Σχήμα 7.2). Τιμές στους δείκτες ποιότητας ζωής που προσεγγίζουν το 100 σημαίνουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πίνακας 7.1 Ποσοστό (%) πληθυσμού που δηλώνει χρόνια νόσημα, κατά κοινωνικοοικονομική τάξη, στην Ελλάδα (2006).

Νόσημα	Κοινωνικοοικονομική τάξη		
	Ανώτερη/ Μέση	Κατώτερη	Σύνολο
Οποιοδήποτε χρόνια νόσημα	30,4%	36,9%	35,8%
Καρδιαγγειακά ή συναφή	20,8%	24,6%	24,0%
Υπέρταση	12,5%	16,7%	16%
Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II	3,0%	6,2%	5,7%
Υπερχοληστεριναιμία	7,1%	9,4%	9,1%

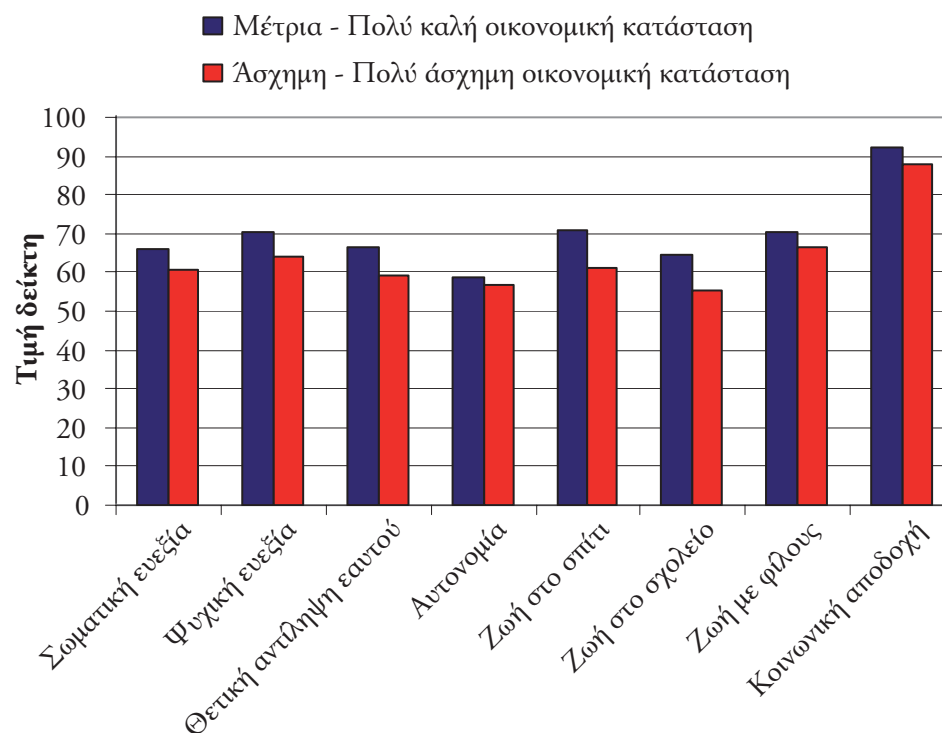
Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 7.1 Ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, κατά κοινωνικοοικονομική τάξη, στην Ελλάδα (2006).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Σχήμα 7.2 Ποιότητα Ζωής σε εφήβους μαθητές (12-18 ετών), κατά οικονομική κατάσταση της οικογένειας, στην Ελλάδα (2003 - 2005).



Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου είναι επίσης μεγαλύτερη για τα άτομα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης. Η διατροφή τους απέχει από το πρότυπο της ισορροπημένης «μεσογειακής διατροφής» περισσότερο απ' ό,τι των ατόμων που ανήκουν στην ανώτερη και ανώτατη τάξη. Επιπλέον, εμφανίζουν συχνότερα προβλήματα αϋπνίας. Δεν θα πρέπει να παραγνωρίζεται και το γεγονός ότι, κατά κανόνα, οι εργαζόμενοι της κατώτερης κοινωνικής τάξης εκτίθενται σε επαγγελματικούς κινδύνους σε μεγαλύτερο βαθμό.

Ανισότητες καταγράφονται και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ενώ το 80% των ατόμων των ανώτερων εισοδηματικών στρωμάτων είχαν επαφή με επαγγελματίες υγείας τον τελευταίο χρόνο, το αντίστοιχο ποσοστό για τα κατώτερα στρώματα ήταν 65%. Στη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων, διαφορές διαπιστώνονται σε όλες τις κατηγορίες, με πιο σημαντικές τη μέτρηση του PSA (41,4% έναντι 19,7%) και τη δακτυλική εξέταση (37,9% έναντι 8,2%) (Πίνακας 7.2). Ανάλογες διαφορές παρατηρούνται και μεταξύ των ασφαλισμένων βασικών ταμείων, όπου παρατηρήθηκε μεγαλύτερη συχνότητα προληπτικών εξετάσεων στους ασφαλισμένους στο δημόσιο σε σχέση με τους ασφαλισμένους στο Ι.Κ.Α. και στον Ο.Γ.Α.

Τα αίτια των μεγάλων κοινωνικών ανισοτήτων στη χρήση των υπηρεσιών υγείας ανάγονται, στην Ελλάδα, κυρίως στην πολυδιάσπαση των ταμείων και στις άνισες παροχές τους, καθώς και στη συνεχή υποβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Πίνακας 7.2 Ποσοστό διενέργειας προληπτικών εξετάσεων κατά κοινωνικοοικονομική τάξη, στην Ελλάδα (2006).

Προληπτική εξέταση	Κοινωνικοοικονομική τάξη				
	Ανώτερη	Μέση προς ανώτερη	Μέση προς κατώτερη	Κατώτερη	Σύνολο
Μέτρηση αρτηριακής πίεσης	93,0%	85,6%	84,8%	82,5%	84,9%
Ηλεκτροκαρδιογράφημα	73,7%	71,2%	67,3%	66,9%	68,0%
Μέτρηση χοληστερόλης	84,2%	75,7%	70,3%	73,3%	72,8%
Μέτρηση σακχάρου	84,2%	74,8%	71,6%	75,2%	74,0%
Μέτρηση PSA	41,4%	19,0%	23,5%	19,7%	22,6%
Δακτυλική εξέταση	37,9%	14,5%	13,4%	8,2%	13,2%
Κυτταρολογική εξέταση Παπανικολάου	85,7%	78,7%	68,6%	65,8%	69,4%
Μαστογραφία	50,0%	57,4%	41,6%	41,9%	43,6%
Ψηλάφηση μαστού (από γιατρό)	81,5%	74,5%	54,9%	52,5%	57,1%

Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Οι ανισότητες στην υγεία καθίστανται έκδηλες και σε γεωγραφικό επίπεδο. Οι δείκτες υγείας διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των διαφόρων διοικητικών περιφερειών της Ελλάδας. Οι ανισότητες μεταξύ περιφερειών ερμηνεύονται από τις διαφορετικές κοινωνικές, οικονομικές και βιολογικές συνθήκες που επικρατούν, από τη μη ορθολογική κατανομή των πόρων υγείας σε όλη την έκταση της χώρας και, βεβαίως, από τις τοπικές ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής. Στον Πίνακα 7.3 φαίνονται οι μεγάλες διακυμάνσεις μεταξύ των περιφερειών της Ελλάδας ως προς το εισόδημα, την ανεργία και τη γενική θνησιμότητα, από όλες τις αιτίες.

Από τα στοιχεία αυτά, δεν μπορεί να τεκμηριωθεί άμεση συσχέτιση ανάμεσα στα

οικονομικά μεγέθη και τη θνησιμότητα. Κάτι τέτοιο είναι λογικό, από τη στιγμή που η εξάρτηση δεν είναι άμεση. Το οικονομικό επίπεδο επιδρά σε σχέση και με άλλους κοινωνικούς παράγοντες, όπως η εκπαίδευση, η κατοικία, η κοινωνική συνοχή και η ασφάλιση. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι η περιοχή με την υψηλότερη προτυπωμένη θνησιμότητα (768,3 ανά 100.000 κατοίκους), η περιφέρεια Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, έχει το χαμηλότερο κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) στην Ελλάδα. Η χαμηλότερη θνησιμότητα παρατηρείται στην Ήπειρο (620,3 ανά 100.000 κατοίκους) και είναι 19,3% μικρότερη από τη θνησιμότητα της Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης.

Πίνακας 7.3 Κατά κεφαλή Α.Ε.Π. (2004), ανεργία (2004) και προτυπωμένη θνησιμότητα από όλες τις αιτίες (μέσος όρος τριετίας 2000 - 2002) στην Ελλάδα, κατά γεωγραφική περιφέρεια.

Περιφέρειες της Ελλάδας	Κατά κεφαλή Α.Ε.Π. (Ευρώ)	Ανεργία	Προτυπωμένη Θνησιμότητα (ανά 100.000 κατοίκους)
	2004	2004	2000-2002
Στερεά Ελλάδα	21.113	12,8%	684
Αττική	16.353	9,1%	693,4
Νότιο Αιγαίο	15.971	8,7%	635
Δυτική Μακεδονία	15.967	16,6%	668
Βόρειο Αιγαίο	15.685	9,3%	664,4
Κρήτη	15.038	7,7%	622,5
Κεντρική Μακεδονία	14.862	12,0%	704,6
Θεσσαλία	14.046	9,9%	706,8
Πελοπόννησος	14.041	9,1%	648,8
Ιόνια νησιά	13.931	11,4%	666,7
Ήπειρος	12.606	11,2%	620,3
Δυτική Ελλάδα	11.885	12,5%	671,8
Ανατολική Μακεδονία-Θράκη	11.392	13,2%	768,3
Σύνολο της χώρας	15.222	10,5%	686,1

Διαφορές μεταξύ των περιφερειών της χώρας δεν παρατηρούνται μόνο ως προς το γενικό δείκτη θνησιμότητας από όλες τις αιτίες. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα κατέχουν παντού την πρώτη θέση μεταξύ των αιτιών θανάτου, αλλά το ποσοστό συμμετοχής τους διαφέρει από περιφέρεια σε περιφέρεια. Έτσι, η Ανατολική Μακεδονία και η Θράκη έχουν το υψηλότερο ποσοστό καρδιαγγειακών νοσημάτων (51,7% των θανάτων οφείλεται σε παθήσεις του κυκλοφορικού), ενώ το μικρότερο ποσοστό παρατηρείται στην Κρήτη, όπου μόλις το 43,1% των θανάτων αποδίδεται σε καρδιαγγειακά νοσήματα. Αντίστοιχες διαπιστώσεις μπορούν να γίνουν και για τις άλλες αιτίες θανάτου. Στην Κεντρική Μακεδονία, το 25,2% των θανάτων συμβαίνει εξαιτίας κακοήθων νεοπλασμάτων, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα Ιόνια νησιά είναι 21%. Η Ήπειρος εμφανίζει τη μεγαλύτερη ποσοστιαία συμμετοχή των ατυχημάτων στη συνολική θνησιμότητα, με 5,3%, και το Βόρειο Αιγαίο τη μικρότερη, με 3,8% (Πίνακας 7.4).

Πίνακας 7.4 Προτυπωμένη θνησιμότητα ανά 100.000 κατοίκους στην Ελλάδα, κατά νοσολογική κατηγορία και κατά γεωγραφική περιφέρεια (μέσος όρος τριετίας 2000 - 2002).

Περιφέρειες της Ελλάδας	Σύνολο	Κακοήθη νεοπλάσματα	Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος	Ατυχήματα
Ανατολική Μακεδονία-Θράκη	768,3	170,6	397,2	35,4
Κεντρική Μακεδονία	704,6	177,4	353	27,9
Δυτική Μακεδονία	668	162,2	333,1	26,2
Θεσσαλία	706,8	168,2	350,6	30,7
Ήπειρος	620,3	145,3	293,3	33
Ιόνια νησιά	666,7	139,8	330	32,6
Δυτική Ελλάδα	671,8	152,5	326,9	31,8
Στερεά Ελλάδα	684	151,5	338,8	34,4
Πελοπόννησος	648,8	144,9	319,1	30,2
Αττική	693,4	168,3	325,2	32,8
Βόρειο Αιγαίο	664,4	152,6	306	25,5
Νότιο Αιγαίο	635,2	154,4	305,1	25,9

Περιφέρειες της Ελλάδας	Σύνολο	Κακοήθη νεοπλασμάτα	Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος	Ατυχήματα
Κρήτη	622,5	148,2	268,4	28,8
Σύνολο της χώρας	686,1	163	331	31,1

Πηγή: Τούντας και συν. 2007

Τέλος, ανισότητες παρατηρούνται και ως προς τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, μεταξύ των γεωγραφικών περιφερειών (Πίνακας 7.5). Η Αττική έχει μεγάλο αριθμό γιατρών και κλινών (65,13 και 56,39 ανά 10.000 κατοίκους αντίστοιχα) και δέχεται ασθενείς και από άλλες περιοχές της χώρας. Αντίθετα, περιοχές όπως η Στερεά Ελλάδα υστερούν τόσο σε γιατρούς όσο και σε κλίνες. Η Θράκη έχει ικανοποιητικό αριθμό γιατρών (41,06 ανά 10.000 κατοίκους), αλλά λίγες κλίνες (32,43 ανά 10.000 κατοίκους). Γενικά, διαπιστώνονται πολύ μεγάλες διακυμάνσεις στην κατανομή και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας ανάμεσα σε διαφορετικές -ακόμα και γειτονικές- περιοχές της Ελλάδας.

Πίνακας 7.5 Αριθμός γιατρών και κλινών ανά 10.000 κατοίκους στην Ελλάδα, κατά γεωγραφική περιφέρεια (2005).

Περιφέρειες της Ελλάδας	Γιατροί (2005)	Κλίνες (2004)
Θράκη	41,06	32,43
Μακεδονία	47,46	49,33
Θεσσαλία	38,19	45,85
Ήπειρος	52,11	44,69
Ιόνια νησιά	33,32	44,51
Στερεά Ελλάδα	29,04	27,98
Πελοπόννησος	38,27	30,45
Αττική	65,13	56,39
Νησιά Αιγαίου	35,88	34,24
Κρήτη	50,34	48,38
Σύνολο της χώρας	50,26	46,71

Πηγή: Τούντας και συν. 2007

8. Συμπεράσματα από τη Μελέτη «Η Υγεία του Ελληνικού Πληθυσμού»

- Τα τελευταία 10 χρόνια (1996 - 2006) ο συνολικός πληθυσμός της χώρας αυξήθηκε κατά 4,2%, κυρίως λόγω της μετανάστευσης.
- Η ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών αυξήθηκε από 13,3% στο σύνολο του πληθυσμού το 1983, σε 18,5% το 2006, με αποτέλεσμα την περαιτέρω δημογραφική γήρανση του πληθυσμού.
- Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση διαμορφώθηκε, το 2004, στα 76,67 έτη για τους άντρες και στα 81,46 έτη για τις γυναίκες, εμφανίζοντας μικρή αυξητική τάση, κυρίως λόγω της μείωσης της περιγεννητικής και βρεφικής θνησιμότητας.
- Η Ελλάδα, σε ό,τι αφορά το προσδόκιμο ζωής, κατατάσσόταν το 2004 στην 11η θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ το 2001 κατείχε την 7η θέση και το 1991 τη 2η.
- Το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών στην Ελλάδα, βρίσκεται πλέον κάτω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ μέχρι το 1999 ήταν υψηλότερο.
- Η γενική θνησιμότητα παρουσιάζει σταθερή μείωση τόσο για τους άντρες όσο και για τις γυναίκες, όμως η μείωση αυτή είναι με βραδύτερους ρυθμούς σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Οι κύριες αιτίες θανάτου στην Ελλάδα είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (48%), τα κακοήθη νεοπλασμάτα (25%), τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (7%) και τα ατυχήματα (5%).
- Τα ατυχήματα κατέχουν την πρώτη θέση στις ηλικίες μέχρι 44 ετών, οι κακοήθεις νεοπλασίες στις ηλικίες 45-59 ετών και τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος στις ηλικίες άνω των 60 ετών.
- Η θνησιμότητα από νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος εμφανίζει μείωση στην Ελλάδα, ο ρυθμός όμως μείωσης είναι βραδύτερος απ' ό,τι στις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με αποτέλεσμα να υπερβαίνει αυτή της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Από τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, τη συχνότερη αιτία θανάτου αποτελούν οι παθήσεις των εγκεφαλικών αγγείων και ακολουθεί η ισχαιμική καρδιοπάθεια, ενώ στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η ισχαιμική καρδιοπάθεια είναι η πρώτη αιτία θανάτου. Η διαφορά αυτή πιθανόν να οφείλεται σε λάθη καταγραφής των αιτίων θανάτου, ιδιαίτερα στα ηλικιωμένα άτομα άνω των 75 ετών.
- Η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλασμάτα στην Ελλάδα είναι μικρότερη από το μέσο όρο της Ε.Ε. και παραμένει σταθερή την τελευταία 20ετία ενώ στην Ευρωπαϊκή Ένωση μειώνεται στο διάστημα αυτό.
- Η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλασμάτα στους άντρες είναι σχεδόν διπλάσια απ' ό,τι στις γυναίκες, λόγω της μεγάλης συχνότητας των νεοπλασμάτων του αναπνευστικού συστήματος εξαιτίας του καπνίσματος.
- Στις γυναίκες, τα νεοπλασμάτα του μαστού αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου από νεοπλασμάτα και ακολουθούν τα νεοπλασμάτα του αναπνευστικού συστήματος.

- Η θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλασμάτα του αναπνευστικού συστήματος και της ουροδόχου κύστης είναι υψηλότερη από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ στα υπόλοιπα νεοπλασμάτα, η θνησιμότητα είναι χαμηλότερη.
- Η θνησιμότητα από ατυχήματα είναι πολύ μεγαλύτερη στους άντρες απ' ό,τι στις γυναίκες και βρίσκεται άνω του μέσου όρου της Ε.Ε., παρά το γεγονός ότι ακολουθεί πρωτική τάση.
- Το 55,9% των θανάτων από ατυχήματα οφείλονται στα τροχαία, τα οποία όμως παρουσιάζουν σημαντική μείωση μετά το 1996.
- Τα ατυχήματα είναι υπεύθυνα για το 27% των χαμένων χρόνων ζωής, που εκφράζουν την πρόωμη θνησιμότητα, και ακολουθούν τα κακοήθη νεοπλασμάτα (24%) και τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (21%).
- Στους άντρες, η κύρια αιτία χαμένων χρόνων ζωής είναι τα ατυχήματα και ακολουθεί η ισχαιμική καρδιοπάθεια και ο καρκίνος του πνεύμονα, ενώ στις γυναίκες προηγούνται οι περιγεννητικές καταστάσεις και ακολουθούν οι συγγενείς ανωμαλίες και τα τροχαία ατυχήματα.
- Στο Προσδόκιμο Υγιούς Ζωής, η Ελλάδα με 71 έτη (69,1 για τους άντρες και 72,9 για τις γυναίκες) το 2002, κατέχει την 21η θέση διεθνώς και την 11η στην Ευρωπαϊκή Ένωση.
- Οι κύριες αιτίες νοσηλείας του ελληνικού πληθυσμού ήταν, το 2003, τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος (15%), τα νεοπλασμάτα (10%) και τα νοσήματα του πεπτικού συστήματος (10%).
- Σε σχέση με το 1997, τα νεοπλασμάτα, από την 4η θέση βρίσκονται στην 2η, και τα νοσήματα του νευρικού συστήματος και των αισθητηρίων οργάνων από την 9η στην 4η θέση.
- Κατά την περίοδο 1997 - 2003, ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών αυξήθηκε τόσο συνολικά (20%) όσο και ανά κατηγορία νοσημάτων.
- Το 35% του ενήλικου ελληνικού πληθυσμού πάσχει από ένα χρόνια νόσημα. Προηγείται σε συχνότητα η υπέρταση και ακολουθούν η υπερχοληστεριναιμία, οι αρθρίτιδες, ο σακχαρώδης διαβήτης και οι αγχώδεις διαταραχές.
- Η περιγεννητική θνησιμότητα στην Ελλάδα ελαττώνεται σταθερά τα τελευταία 30 χρόνια. Το 2003 ήταν 6,26 ανά 1.000 γεννήσεις, ενώ ο μέσος όρος στην Ευρωπαϊκή Ένωση την ίδια χρονιά ήταν 6,54.
- Μεγαλύτερη μείωση παρουσιάζει ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας. Από 29,6‰ το 1970, έφτασε στο 4,06‰ το 2004, που είναι χαμηλότερος του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (5,27‰).
- Οι κυριότερες αιτίες βρεφικής θνησιμότητας είναι τα προβλήματα της περιγεννητικής περιόδου και οι χρωμοσωματικές ανωμαλίες.
- Σε σύγκριση με το 1996 έχει επιτευχθεί μείωση στους θανάτους από λοιμώδη νοσήματα και εξωτερικές αιτίες.
- Παρά το γεγονός ότι οι θάνατοι από ατυχήματα στην παιδική ηλικία έχουν μειωθεί κατά 65,8% τα τελευταία 15 χρόνια, συνεχίζουν να αποτελούν την πρώτη αιτία της παιδικής θνησιμότητας.
- Η Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την Υγεία στον ενήλικο ελληνικό πληθυσμό παρουσιάζει χαμηλές τιμές στις διαστάσεις της γενικής υγείας

(62,02/100) και της ψυχικής υγείας (64,41/100) και σχετικά υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις του κοινωνικού ρόλου (81,53/100) και του συναισθηματικού ρόλου (81,86/100).

- Οι άντρες υπερτερούν των γυναικών και στις 8 διαστάσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, ενώ σε όλες τις διαστάσεις υπάρχει μείωση με την αύξηση της ηλικίας.
- Οι Έλληνες εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές στη διάσταση της γενικής υγείας και κυρίως στη διάσταση της ψυχικής υγείας σε σύγκριση με χώρες όπως η Γερμανία, η Ιταλία και το Ηνωμένο Βασίλειο, και υπερτερούν στη διάσταση του σωματικού πόνου.
- Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία στους Έλληνες εφήβους υστερεί άλλων ευρωπαϊκών χωρών στις περισσότερες διαστάσεις, κυρίως στην ψυχική ευεξία και υπερτερεί μόνο στις διαστάσεις του σχολικού περιβάλλοντος και του κοινωνικού αποκλεισμού.
- Η υπέρταση ευθύνεται για το 25% του συνόλου των θανάτων, το κάπνισμα για το 19,3%, η υψηλή χοληστερόλη για το 11,6%, ο υψηλός Δείκτης Μάζας Σώματος για το 8,3%, η καθιστική ζωή για το 5% και η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών για το 3,9%.
- Σε ό,τι αφορά στα Χρόνια Ζωής Απαλλαγμένα από Ανικανότητα (DALY's), ο πιο επιβλαβής παράγοντας κινδύνου είναι το κάπνισμα (12,9%) και ακολουθούν η αρτηριακή υπέρταση (11,8%), ο υψηλός Δ.Μ.Σ. (8,5%) και η υψηλή χοληστερόλη (7,6%), η κατάχρηση αλκοόλ (4,3%), η καθιστική ζωή (3,5%) και η χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (2,6%).
- Η διατροφή των Ελλήνων παρουσιάζει σημαντικές αποκλίσεις της τάξης του 50% από τις βασικές προδιαγραφές της Μεσογειακής Δίαιτας.
- Ο δείκτης ισορροπημένης διατροφής είναι 26,6 με κατώτατο όριο ικανοποιητικών τιμών το 28.
- Η εστίαση εκτός οικίας είναι ιδιαίτερα συχνή, ενώ 1 στους 3 Έλληνες δεν λαμβάνει το πρωινό γεύμα.
- Παρόλα αυτά, η διατροφή των Ελλήνων παραμένει ικανοποιητική σε σύγκριση με τις άλλες αναπτυγμένες χώρες, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, όπου κατέχουμε την 1η θέση.
- Η Ελλάδα κατέχει στο κάπνισμα μία από τις υψηλότερες θέσεις διεθνώς.
- Το 40% των ενήλικων ελλήνων είναι καπνιστές (49,9% των ανδρών και το 30,8% των γυναικών), με αυξητικές τάσεις και στα δύο φύλα τα τελευταία χρόνια.
- Το 24,6% των μαθητών ηλικίας 14-17 ετών καπνίζει καθημερινά, ενώ στάσιμα παραμένουν την τελευταία 5ετία τα ποσοστά των νέων 18-34 ετών που καπνίζουν.
- Σημαντικό πρόβλημα αποτελεί και το παθητικό κάπνισμα καθώς, από τους μη-καπνιστές, το 31,5% δηλώνει ότι εκτίθεται σε κάπνισμα στο σπίτι και το 38% στην εργασία.
- Συνολικά, πάνω από 20.000 Έλληνες πεθαίνουν κάθε χρόνο εξαιτίας του καπνίσματος.
- Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα κυμαίνεται σε σχετικά χαμηλά επίπεδα σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση.

- Περίπου 1 στους 5 Έλληνες δηλώνει ότι πίνει περισσότερο από 4 μερίδες οινοπνευματωδών ποτών την εβδομάδα.
- Μεταξύ των εφήβων, τα περιστατικά μέθης, αν και αυξήθηκαν τη δεκαετία 1993 - 2003, παραμένουν σε χαμηλά επίπεδα σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Ο μέσος Δείκτης Μάζας Σώματος των Ελλήνων είναι μεταξύ 26,2-26,4 kg/m², όταν η ανώτερη φυσιολογική τιμή είναι 25 kg/m².
- Το ποσοστό του πληθυσμού με αυξημένο σωματικό βάρος ανέρχεται στα 57,7%, γεγονός που μας κατατάσσει στη 2η χειρότερη θέση μετά το Ηνωμένο Βασίλειο, μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15.
- Σε ό,τι αφορά τη σωματική άσκηση, το 34,5% των ανδρών και το 44,7% των γυναικών στον ενήλικο πληθυσμό, δηλώνουν σωματικά αδρανείς.
- Το 8,6% του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 12-64 ετών έχει κάνει χρήση παράνομης ναρκωτικής ουσίας. Υψηλότερα ποσοστά εμφανίζουν οι άντρες (13,3% έναντι 3,9% των γυναικών), και τα άτομα ηλικίας 18-35 ετών (12,2%).
- Διαχρονικά, η χρήση παράνομων ναρκωτικών παρουσίασε σημαντική αύξηση στο διάστημα 1984 - 1998 και στη συνέχεια παρουσίασε πτωτική πορεία.
- Σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, οι Έλληνες έφηβοι εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά χρήσης, ιδιαίτερα κάνναβης.
- Σημαντικές κοινωνικές ανισότητες παρουσιάζουν οι δείκτες υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Τα χρόνια νοσήματα είναι πιο συχνά στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (36,9%) σε σύγκριση με τις ανώτερες (30,4%).
- Σε ορισμένα νοσήματα, όπως στον σακχαρώδη διαβήτη, η διαφορά είναι σχεδόν διπλάσια (6,2% έναντι 3%).
- Αντίστοιχες διαφορές παρατηρούνται και σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία.
- Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και στους παράγοντες κινδύνου διατροφής, άσκησης, αϋπνίας, κ.ά. -πλην του καπνίσματος, που είναι πιο συχνό στα ανώτερα στρώματα- σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες.
- Ανισότητες στην υγεία παρατηρούνται και κατά γεωγραφικές περιοχές, με την Αν. Μακεδονία και Θράκη, που έχει το χαμηλότερο κατά κεφαλήν Α.Ε.Π., να παρουσιάζει τον υψηλότερο δείκτη γενικής θνησιμότητας (768,3 ανά 100.000 κατοίκους) και το υψηλότερο ποσοστό καρδιαγγειακών νοσημάτων.

9. Αποτρεπτή Θνησιμότητα

9.1 Εισαγωγή

Η έννοια της αποτρεπτής θνησιμότητας (avoidable mortality) αποτελεί ένα από τα πλέον σύγχρονα εργαλεία για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας σε έναν δεδομένο πληθυσμό, επιτρέποντας την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων για τη συνολική συνεισφορά της φροντίδας υγείας στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Holland 1988). Η προσέγγιση αυτή χρησιμοποιεί τους ήδη διαθέσιμους δείκτες θνησιμότητας και βασίζεται στην έννοια των θανάτων από συγκεκριμένες αιτίες, οι οποίοι θα μπορούσαν να αποφευχθούν μέσω κατάλληλων προληπτικών παρεμβάσεων ή να αποτραπούν με την παρουσία αποτελεσματικής και έγκαιρης φροντίδας.

Η αποτρεπτή θνησιμότητα αποτελεί το μέγεθος το οποίο ορίζεται από το τμήμα της παρατηρούμενης θνησιμότητας που οφείλεται σε νόσους (ως αιτίες θανάτου), οι οποίες στη δεδομένη χρονική στιγμή θεωρούνται ως ιάσιμες (Nolte και McKee 2004). Υπό την έννοια αυτή, η αποτρεπτή θνησιμότητα αποτελεί το τμήμα εκείνο της θνησιμότητας που θεωρητικά τουλάχιστον θα μπορούσε να αποτραπεί στο βαθμό που εφαρμόζονταν όλες οι γνωστές και καθιερωμένες στη δεδομένη χρονική στιγμή πρακτικές της ιατρικής επιστήμης και τεχνικής.

Τα πλεονεκτήματα από τη χρήση της αποτρεπτής θνησιμότητας ως μεγέθους αποτύπωσης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας σε μεγάλους πληθυσμούς, σε σχέση με τα κλασικά μεγέθη, όπως η γενική θνησιμότητα, η κατά επιλεγμένες αιτίες θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης, είναι πολλά και σημαντικά (Ruzicka 1990). Συγκεκριμένα, η χρήση της αποτρεπτής θνησιμότητας σε σχέση με τους κλασικούς δείκτες της γενικής θνησιμότητας ή του προσδόκιμου επιβίωσης, παρουσιάζει το πλεονέκτημα του μη επηρεασμού από την επίπτωση νοσημάτων που ούτως ή άλλως (ανεξαρτήτως των εφαρμοζόμενων παρεμβάσεων) θα οδηγούσαν στο θάνατο ένα μέρος του υπό διερεύνηση πληθυσμού. Παράλληλα, η αποτρεπτή θνησιμότητα δεν επηρεάζεται από την ηλικιακή σύνθεση του υπό εξέταση πληθυσμού, καθώς στις πολύ μεγάλες ηλικιακές κατηγορίες, ένας σημαντικός αριθμός νοσημάτων θεωρούνται ανίατα.

Παράλληλα, η αποτρεπτή θνησιμότητα δεν επηρεάζεται -τουλάχιστον σε τόσο σημαντικό βαθμό- από φαινόμενα του τύπου του φαινομένου «γενεάς» ή «κοορτής» (cohort phenomenon). Ιδιαίτερα συχνά στη μεταπολεμική περίοδο, ισχυροί περιβαλλοντικοί παράγοντες δημιούργησαν εντός του ιδίου πληθυσμού, γενεές-υποσύνολα του πληθυσμού με διαφορετικά χαρακτηριστικά τρόπου ζωής και άρα τρωτότητας σε μια σειρά από νοσολογικούς παράγοντες. Το γεγονός αυτό επηρεάζει την αποτύπωση της γενικής θνησιμότητας του συνολικού πληθυσμού, ο οποίος περιλαμβάνει γενεές με διαφορετικά διακριτά χαρακτηριστικά.

Η αποτρεπτή θνησιμότητα υπερέχει σαφώς έναντι της ειδικής κατά αιτία θνησιμότητας, καθώς αποτυπώνει μια γενική συνισταμένη της αποτελεσματικότητας του συνόλου των

υπηρεσιών υγείας στον υπό εξέταση πληθυσμό και όχι μιας και μόνης θεραπευτικής ή διαγνωστικής παρέμβασης, η οποία στοχεύει σε μια συγκεκριμένη νόσο. Παράλληλα, η χρήση του δείκτη της αποτρεπτής θνησιμότητας επιτρέπει τη συνθετική αποτύπωση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από παρεμβάσεις που είτε συνδέονται μεταξύ τους, είτε εφαρμόζονται σε μια πλειάδα νοσολογικών καταστάσεων (π.χ. διαγνωστικές μέθοδοι, θεραπευτικές παρεμβάσεις επείγουσας ιατρικής και εντατικής θεραπείας). Τέλος, με τη χρήση του δείκτη της αποτρεπτής θνησιμότητας συνυπολογίζεται η πιθανότητα που έχει μια θεραπευτική παρέμβαση για μια συγκεκριμένη νόσο να αποτρέψει μεν το θάνατο από τη νόσο αυτή, αλλά πιθανώς να τον επιταχύνει από μια διαφορετική παρεμπίπτουσα νόσο, η οποία αφενός ίσως να μην επισυνέβαινε, αφετέρου να θεωρείται εξίσου ιάσιμη στη δεδομένη χρονική στιγμή.

Η έννοια της αποτρεπτής θνησιμότητας, όπως χρησιμοποιείται τα τελευταία 30 χρόνια, διατυπώθηκε από τον καθηγητή David Rutstein της ιατρικής σχολής του πανεπιστημίου Harvard των Η.Π.Α. κατά τη δεκαετία του 1970 (Rutstein et al. 1976). Ο Rutstein εισήγαγε την έννοια των «άσκοπων πρόωρων θανάτων», προτείνοντας έναν κατάλογο από καταστάσεις οι οποίες δεν θα έπρεπε να συνεπάγονται το θάνατο υπό την προϋπόθεση της έγκαιρης και αποτελεσματικής ιατρικής φροντίδας.

Σύμφωνα με τον Rutstein, η έννοια της ιατρικής φροντίδας αναφέρεται στην ευρύτερη διάσταση της πρόληψης, της θεραπείας και της φροντίδας, και περιλαμβάνει την «...εφαρμογή όλης της σχετικής ιατρικής γνώσης [...], τις υπηρεσίες όλου του ιατρικού σώματος και των άλλων επαγγελματιών υγείας, οργανισμούς και εργαστήρια, κρατικούς, εθελοντικούς και κοινωνικούς φορείς, καθώς και την ευθύνη της συνεργασίας του ίδιου του ατόμου.» Με βάση τον ευρύ αυτό ορισμό, ο Rutstein, με τη βοήθεια των συνεργατών του, επέλεξε πάνω από 90 καταστάσεις (sentinel health events), οι οποίες πληρούσαν τις σχετικές προϋποθέσεις. Κάθε ασθένεια, ανικανότητα ή θάνατος που βρίσκεται σε άμεση αιτιακή σχέση με τις καταστάσεις αυτές, θεωρήθηκε ότι μπορούσε να προληφθεί ή/ και να θεραπευθεί με την κατάλληλη και έγκαιρη ιατρική φροντίδα.

Η αιτιακή σχέση που συνδέει το θάνατο με την ιατρική φροντίδα αποτελεί ένα πρώτο σημείο ενδιαφέροντος. Στην εργασία του, ο Rutstein διατυπώνει τη θέση ότι η αλυσίδα των ευθυνών για την πρόληψη μιας ασθένειας ή ενός θανάτου είναι πολύπλοκη. Πράγματι, η άσκοπη εμφάνιση μιας ασθένειας και κατ' επέκταση ενός θανάτου με αιτία την ασθένεια αυτή, μπορεί να αποτελεί συνέπεια μιας σειράς παραγόντων που εκτείνονται από την κρατική υποχρηματοδότηση σε συγκεκριμένους τομείς του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, στους ανεπαρκείς διοικητικούς μηχανισμούς των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, έως την πλημμελή φροντίδα εκ μέρους του θεράποντος ιατρού.

Σύμφωνα με τον Westerling (1996), η ελλιπής διάγνωση και η ανεπαρκής περίθαλψη θεωρούνται ως οι πλέον σημαντικοί, από ιατρικής απόψεως, παράγοντες για την άσκοπη εμφάνιση ενός θανάτου. Όμως, επίσης σημαντικοί παράγοντες θεωρούνται οι τυχόν καθυστερήσεις στην αναζήτηση ιατρικής περίθαλψης εκ μέρους του άμεσου

οικογενειακού περιβάλλοντος, ή ακόμα και μια σειρά εξωιατρικών παραγόντων, όπως οι θρησκευτικές αντιλήψεις της οικογένειας ή οι στάσεις και αντιλήψεις ασθενών και συγγενών για την αναγκαιότητα της θεραπείας. Κατά συνέπεια, ο ιατρός δεν μπορεί να φέρει την αποκλειστική ευθύνη για τα ενδεχόμενα σφάλματα που συγκροτούν την αλυσίδα των γεγονότων που οδηγεί σε ένα θάνατο. Εντούτοις, ο Rutstein θεωρεί το ρόλο του ιατρού καθοριστικό και σε κοινωνικό επίπεδο, εφόσον είναι εκείνος ο οποίος «...θα προσφέρει την επαγγελματική καθοδήγηση», ενημερώνοντας την κοινότητα σχετικά με τον τρόπο αποφυγής δυσάρεστων γεγονότων.

Ο Rutstein συνέλαβε την ιδέα ότι οι πληροφορίες σχετικά με τις καταστάσεις-αιτίες θανάτου, τις οποίες περιέλαβε στον κατάλογο που συνέταξε, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως κριτήριο για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας που προσφέρεται από φορείς ή οργανισμούς ή ακόμα από συγκεκριμένους τομείς παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ακολουθώντας αυτή τη λογική, ο αρχικός κατάλογος των αιτιών θανάτου του Rutstein δεν περιορίστηκε σε καταστάσεις για τις οποίες ο ρόλος της ιατρικής φροντίδας είναι προφανής, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της σκληροκοιτίτιδας, αλλά περιλαμβάνει και καταστάσεις για τις οποίες η συμβολή της ιατρικής φροντίδας θεωρείται κατά κανόνα πως είναι μικρή, όπως για παράδειγμα στον καρκίνο του πνεύμονα. Όντως ο θάνατος από καρκίνο των πνευμόνων μπορεί να οφείλεται σε μια σειρά παραγόντων που εκτείνονται από τις συμπεριφορές και στάσεις του ασθενή, όπως για παράδειγμα η απροθυμία του να διακόψει το κάπνισμα, η επίδραση του εξωτερικού κοινωνικού περιβάλλοντος (π.χ. στις καθισματικές δηλώσεις των κατασκευαστών και των διαφημιστών), έως το έλλειμμα στην προληπτική πολιτική (π.χ. η απουσία ενός αποτελεσματικού προγράμματος υγειονομικής ενημέρωσης στα δημόσια σχολεία και στην κοινότητα). Σπανιότερα δε, ο θάνατος από τον καρκίνο των πνευμόνων οφείλεται σε ένα ενδεχόμενο σφάλμα του ιατρού στο στάδιο της διάγνωσης ή σε αυτό της θεραπείας.

Ο κατάλογος του Rutstein περιλαμβάνει δυο κατηγορίες καταστάσεων, με την πρώτη κατηγορία να αφορά καταστάσεις για τις οποίες, έστω και μια περίπτωση ασθένειας, ανικανότητας ή πρόωρου θανάτου, να θεωρείται ένα γεγονός το οποίο προκαλεί εύλογα ερωτηματικά, στο βαθμό που κατά γενική πεποίθηση, με το δεδομένο επίπεδο ιατρικής γνώσης και τεχνικών, το γεγονός αυτό δεν θα έπρεπε να συμβεί, όπως για παράδειγμα σε περιπτώσεις θανάτου από καρκίνο του τραχήλου της μήτρας.

Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει καταστάσεις-αιτίες θανάτου για τις οποίες η κατάλληλη ιατρική φροντίδα θεωρείται ότι συμβάλλει στη μείωση της επίπτωσής τους. Εντούτοις, ο θάνατος εκ των αιτιών αυτών δεν θεωρείται ότι μπορεί πάντα να προληφθεί ή να θεραπευθεί, τουλάχιστον σε επίπεδο μεμονωμένων περιστατικών.

Επιπλέον, κάθε κατάσταση κατηγοριοποιήθηκε ανάλογα με το αν η άσκοπη ασθένεια ή ανικανότητα ή ο πρόωρος θάνατος θεωρούνται ικανά να αποτραπούν είτε μέσω της

θεραπείας είτε μέσω της πρόληψης. Κατά συνέπεια, η διφθερίτιδα ως κατάσταση η οποία δυνητικά θα μπορούσε να επιφέρει το θάνατο, θεωρείται προλαμβανόμενη μέσω της ανοσοποίησης, ενώ ο άσκοπος πρόωρος θάνατος ως αποτέλεσμα της κατάστασης αυτής μπορεί να θεωρηθεί ικανός να αποφευχθεί είτε μέσω της ανοσοποίησης, είτε μέσω της χορήγησης της κατάλληλης φαρμακευτικής θεραπείας. Επίσης, για κάποιες καταστάσεις ορίστηκε συγκεκριμένο ηλικιακό εύρος, όπως για παράδειγμα οι θάνατοι που οφείλονται σε οξείες αναπνευστικές λοιμώξεις σε ηλικία μικρότερη των 50 ετών. Η πρωτοπόρα αυτή εργασία του Rutstein πραγματοποιήθηκε στα μέσα της δεκαετίας του 1970, όταν βρισκόταν σε χρήση η 8η έκδοση της Διεθνούς Ταξινόμησης Ασθενειών (International Classification of Diseases/ICD) για τον καθορισμό των αιτιών θανάτου. Το 1977 (Rutstein et al. 1977) και το 1980 (Rutstein et al. 1980) ο Rutstein προχώρησε στη σύνταξη και έκδοση αναθεωρημένων καταλόγων με αιτίες θανάτου και καταστάσεις που σχετίζονταν με την άσκοπη, πρόωρη ασθένεια, την ανικανότητα και το θάνατο, με βάση την 9η έκδοση ICD. Στους καταλόγους αυτούς που ακολούθησαν την πρώτη έκδοση του 1976, ο Rutstein έλαβε υπ' όψη του τα νέα θεραπευτικά δεδομένα και τις εξελίξεις στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι κατάλογοι αυτοί αποτέλεσαν τη βάση για όλες τις παρεμφερείς εργασίες σχετικά με τη μελέτη της αποτρεπτής θνησιμότητας.

Οι πρόσφατες μελέτες πάνω στην αποτρεπτή θνησιμότητα, επικεντρώνονται ολοένα και περισσότερο στη διάκριση ανάμεσα στις καταστάσεις-αιτίες θανάτου που επιδέχονται ιατρική παρέμβαση διαμέσου της δευτεροβάθμιας πρόληψης και θεραπείας (θεραπεύσιμη θνησιμότητα/ treatable conditions) και σε εκείνες που επιδέχονται παρεμβάσεις, οι οποίες υλοποιούνται εκτός του άμεσου πεδίου των υπηρεσιών υγείας, όπως οι δημόσιες υγειονομικές πολιτικές (προλαμβανόμενη θνησιμότητα/ preventable conditions) (Nolte και McKee 2004). Η διάκριση αυτή υιοθετήθηκε τόσο από τον Rutstein όσο κι από την συγγραφική ομάδα του Άτλαντα της Αποτρεπτής Θνησιμότητας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας.

Ωστόσο, ο Westerling ήταν ο πρώτος που καθόρισε λεπτομερώς τις διαφορές μεταξύ των εννοιών θεραπεύσιμη (treatable) και προλαμβανόμενη (preventable) θνησιμότητα, εφαρμόζοντας την προσέγγιση αυτή στη μελέτη της αποτρεπτής θνησιμότητας στη Σουηδία (Westerling 1992), (Westerling 1993), (Westerling et al. 1996).

Αρκετή συζήτηση γίνεται σήμερα για τη μεταβολή της κατάστασης της υγείας του ελληνικού πληθυσμού στο πλαίσιο των αλλαγών των τελευταίων δεκαετιών στο συνολικό επιδημιολογικό πρότυπο της χώρας. Σημείο ενδιαφέροντος αποτελεί και η χρησιμοποιούμενη μεθοδολογία για την εκτίμηση των μεταβολών αυτών, υπό το πρίσμα της απουσίας συστηματικών καταγραφών που αφορούν στο σύστημα και τις προσδιοριστικές παραμέτρους της υγείας του ελληνικού πληθυσμού, δεδομένα τα οποία θα επέτρεπαν την εξαγωγή στέρεων συμπερασμάτων. Είναι γνωστή η έλλειψη της συστηματικής καταγραφής δεδομένων νοσηρότητας, εκτός αυτών που αφορούν

νοσοκομειακές εισαγωγές, που θα έδιναν μια σαφή εικόνα της αλλαγής στο επίπεδο της υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Ο δείκτης της αποτρεπτής θνησιμότητας (avoidable mortality) αποτελεί ένα κατάλληλο εργαλείο για την εκτίμηση τόσο του επιπέδου υγείας, όσο και της αξιολόγησης των υπηρεσιών φροντίδας ενός συστήματος υγείας. Η εννοιολογική σύνδεση του επιπέδου και των υπηρεσιών υγείας υποδηλώνεται από τον ίδιο τον ορισμό της αποτρεπτής θνησιμότητας που τη διακρίνει ως το τμήμα εκείνο της θνησιμότητας το οποίο, δυνητικά τουλάχιστον, θα μπορούσε να αποτραπεί στο βαθμό στον οποίο εφαρμόζονταν όλες οι γνωστές και τεκμηριωμένες, σε μία δεδομένη χρονική στιγμή, πρακτικές της ιατρικής επιστήμης και τεχνικής (Nolte and McKee 2004).

Στα δεδομένα που παρουσιάζονται στη συνέχεια παρουσιάζεται, για πρώτη φορά στην Ελλάδα, η μέτρηση, καταγραφή και αποτύπωση των δεικτών αποτρεπτής θνησιμότητας κατά την περίοδο 1980 - 2003, προκειμένου να αξιολογηθεί το επίπεδο υγείας στην Ελλάδα και η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας στη χώρα.

9.2 Προτυποποιημένη Αποτρεπτή Θνησιμότητα

Πίνακας 9.1 Διαχρονική εξέλιξη των προτυποποιημένων δεικτών της αποτρεπτής θνησιμότητας 1980 - 2003.

Έτος	Προτυποποιημένη Συνολική Αποτρεπτή Θνησιμότητα (θάνατοι ανά 100.000)	Προτυποποιημένη Θεραπεύσιμη Αποτρεπτή Θνησιμότητα (θάνατοι ανά 100.000)	Προτυποποιημένη Προλαμβανόμενη Αποτρεπτή Θνησιμότητα (θάνατοι ανά 100.000)
1980	232,23	127,06	51,77
1981	222,98	118,95	50,75
1982	222,29	110,13	56,85
1983	226,52	112,53	57,96
1984	221,36	108,72	57,35
1985	220,70	103,40	59,78
1986	206,86	94,87	57,11
1987	213,32	95,86	56,59
1988	204,86	89,15	55,94
1989	211,80	91,14	59,01
1990	205,97	84,52	61,40
1991	201,96	82,79	61,13
1992	206,23	84,66	61,51

Έτος	Προτυποποιημένη Συνολική Αποτρεπτή Θνησιμότητα (θάνατοι ανά 100.000)	Προτυποποιημένη Θεραπεύσιμη Αποτρεπτή Θνησιμότητα (θάνατοι ανά 100.000)	Προτυποποιημένη Προλαμβανόμενη Αποτρεπτή Θνησιμότητα (θάνατοι ανά 100.000)
1993	202,75	84,03	60,05
1994	202,46	83,74	61,81
1995	207,98	82,88	63,01
1996	210,64	83,50	64,95
1997	209,20	83,50	62,64
1998	204,33	82,34	61,78
1999	209,00	83,32	62,85
2000	204,23	80,48	62,50
2001	193,28	76,08	58,18
2002	187,07	75,43	54,58
2003	184,17	70,37	54,63

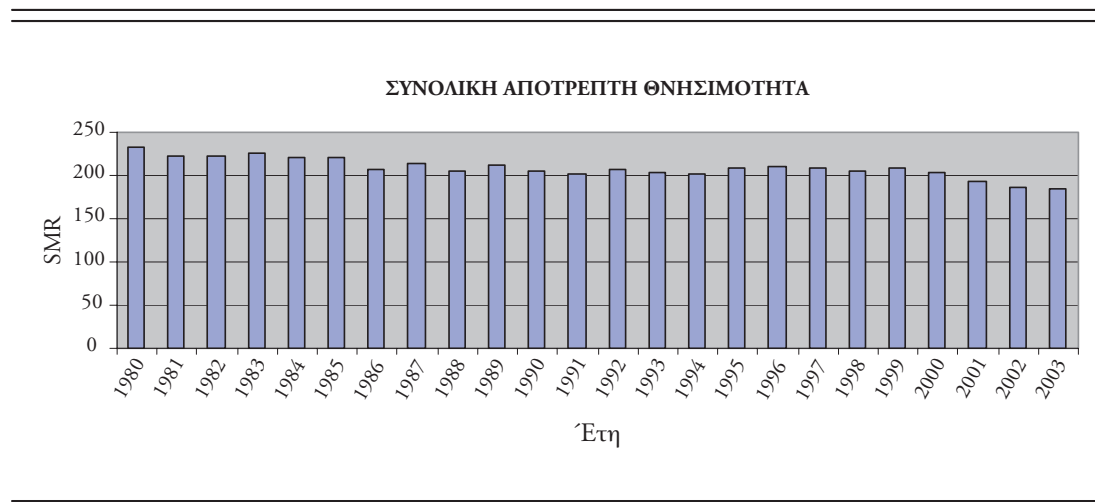
Πηγή: Κυριόπουλος και συν. (2008)

Τα αποτελέσματα του παραπάνω πίνακα συνοψίζονται στα εξής:

Καταγράφεται μείωση της συνολικής αποτρεπτής θνησιμότητας κατά 20,69% σε χρονικό διάστημα 23 ετών. Το 1980 καταγράφηκαν 232,23 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους, ενώ το 2003 οι θάνατοι ανέρχονταν σε 184,17 ανά 100.000 κατοίκους.

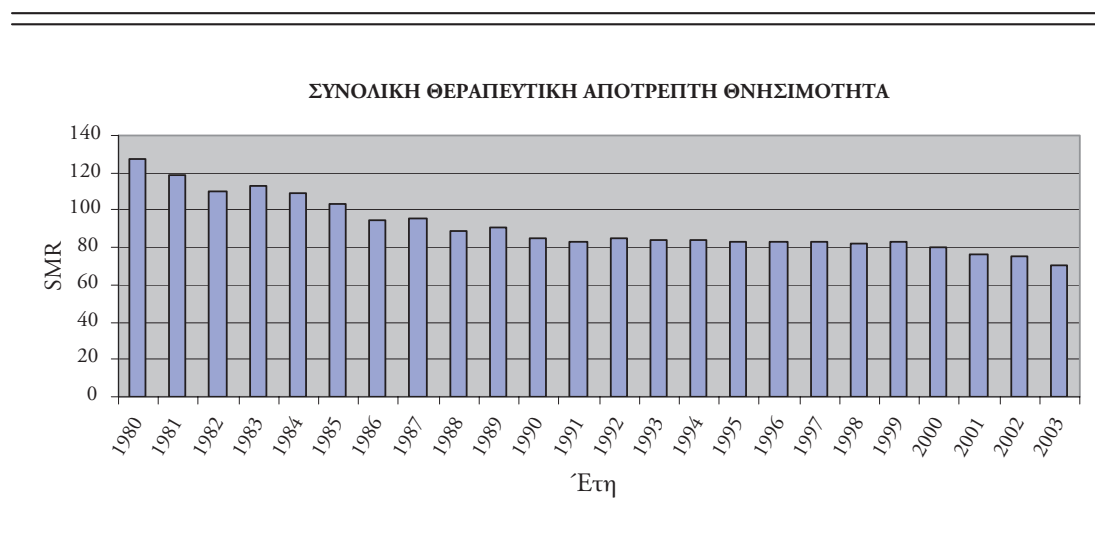
Επίσης, πτωτική τάση παρουσιάζει η θεραπεύσιμη θνησιμότητα, με 127,06 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους το 1980 έναντι 70,37 θανάτων ανά 100.000 κατοίκους το 2003. Αντίθετα, η προλαμβανόμενη αποτρεπτή θνησιμότητα παρουσιάζει αύξηση για το μεγαλύτερο μέρος του υπό μελέτη χρονικού διαστήματος: από 51,77 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους το 1980, ο δείκτης φτάνει στους 63,01 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους το 1995, ενώ από το 2000 και μετά ο δείκτης μειώνεται για να φτάσει το 2003 σε 54,63 θανάτους ανά 100.000 κατοίκους. Το στοιχείο αυτό αποτελεί ένα πρώτο προειδοποιητικό σήμα σε ό,τι αφορά στις προτεραιότητες των πολιτικών υγείας στη χώρα μας, υποδηλώνοντας ότι στην Ελλάδα δίνεται ακόμη και σήμερα μεγαλύτερο βάρος στη θεραπεία και αντιμετώπιση των ασθενειών παρά στην πρόληψή τους. Τα διαγράμματα 9.1 έως 9.3 που ακολουθούν, αποτυπώνουν την τάση των δεικτών αποτρεπτής θνησιμότητας.

Διάγραμμα 9.1 Προτυποποιημένη συνολική αποτρεπτή θνησιμότητα 1980 - 2003.



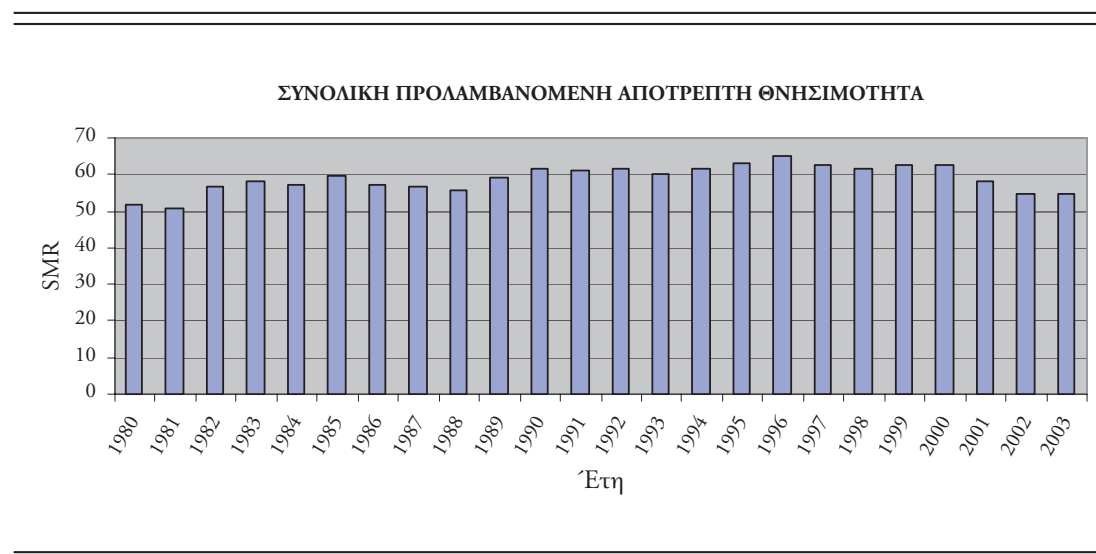
Πηγή: Κυριόπουλος και συν. (2008)

Διάγραμμα 9.2 Προτυποποιημένη θεραπεύσιμη αποτρεπτή θνησιμότητα 1980 - 2003.



Πηγή: Κυριόπουλος και συν. (2008)

Διάγραμμα 9.3 Προτυποποιημένη προλαμβανόμενη αποτρεπτή θνησιμότητα 1980 – 2003.



Πηγή: Κυριόπουλος και συν. (2008)

Η παρατηρούμενη πτωτική τάση, τόσο της συνολικής αποτρεπτής, όσο και της θεραπεύσιμης αποτρεπτής θνησιμότητας για το χρονικό διάστημα 1980 - 2003, δεν φαίνεται να ισχύει και για την προλαμβανόμενη αποτρεπτή θνησιμότητα.

Η συνολική αποτρεπτή θνησιμότητα εμφανίζει διακυμάνσεις μέχρι το έτος 1999 και σαφή καθοδική τάση, ιδιαίτερα στα τελευταία έτη της υπό μελέτης περιόδου. Η θεραπεύσιμη αποτρεπτή θνησιμότητα εμφανίζεται επίσης πτωτική ιδιαίτερα στα πρώτα έτη της υπό μελέτης περιόδου και μέχρι το 1990, όπου παρουσιάζει εικόνα επιπέδωσης έως το έτος 2000. Από το έτος αυτό και μέχρι το τέλος της υπό μελέτης περιόδου σημειώνεται και πάλι μείωση.

Αντίθετη εικόνα παρουσιάζει η προλαμβανόμενη αποτρεπτή θνησιμότητα, εμφανίζοντας αύξηση με μικρές διακυμάνσεις από το 1980 έως τα μέσα της δεκαετίας του 1990. Από το έτος 1996 και μέχρι το τέλος της υπό μελέτη περιόδου παρατηρείται τάση μείωσης, ιδιαίτερα κατά την τελευταία πενταετία. Σε κάθε περίπτωση, η διαφορά της προλαμβανόμενης αποτρεπτής θνησιμότητας μεταξύ των ετών 1980 και 2003 αποτελεί αρνητική εξέλιξη, αλλά και ανησυχητική ένδειξη σχετικά με την αποτελεσματικότητα των προληπτικών πολιτικών που εφαρμόζονται στη χώρα μας. Η περαιτέρω ανάλυση των αιτιών θανάτου που συγκροτούν την προλαμβανόμενη αποτρεπτή θνησιμότητα ενισχύει την υπόθεση αυτή.

Διάγραμμα 9.4 Συνολική αποτρεπτή θνησιμότητα ως ποσοστό επί της συνολικής γενικής θνησιμότητας 1980 - 2003.



Πηγή: Κυριόπουλος και συν. (2008)

Στο διάγραμμα 9.4 αποτυπώνεται η διαχρονική ποσοστιαία συμβολή της συνολικής θνησιμότητας στη γενική θνησιμότητα. Η συγκεκριμένη επιλογή έγινε με το σκεπτικό ότι στην υποθετική περίπτωση της απουσίας οποιασδήποτε άμεσης επίδρασης των φροντίδων υγείας στη διαμόρφωση της θνησιμότητας, θα έπρεπε να δεχτούμε ότι ο ρυθμός της μείωσης της αποτρεπτής θνησιμότητας θα ταυτιζόταν με αυτόν της μη αποτρεπτής θνησιμότητας. Κατά συνέπεια, η ποσοστιαία συμμετοχή της αποτρεπτής θνησιμότητας στη συνολική θνησιμότητα, αποτελεί έναν έμμεσο δείκτη της άμεσης επίδρασης των φροντίδων υγείας στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, τουλάχιστον σε όρους θνησιμότητας.

Το γεγονός ότι εκτός από την πτωτική τάση της γενικής θνησιμότητας (από όλες τις αιτίες θανάτου), τεκμηριώνεται σαφής και στατιστικά σημαντική πτωτική τάση του μέρους εκείνου της θνησιμότητας που θεωρείται ως αποτρεπτή, αποτελεί σαφή ένδειξη της προσδιοριστικής συμμετοχής του συνόλου των παρεμβάσεων (θεραπευτικών και προληπτικών) των υπηρεσιών υγείας-πρόνοιας στην πτώση αυτή της γενικής θνησιμότητας κατά τη διάρκεια της περιόδου 1980 - 2003. Το συγκεκριμένο εύρημα είναι ανάλογο με τα ευρήματα αντίστοιχων ερευνών, οι οποίες αφορούν στη μελέτη της αποτρεπτής θνησιμότητας σε οικονομικά αναπτυγμένες χώρες (Poikolainen and Escola 1986), (Westerling 1992), (Mackenbach et al. 1998), (Niti - Ng 2001).

9.3 Ανάλυση της Κατά Αιτία Θανάτου

9.3.1 Προλαμβανόμενη Αποτρεπτή Θνησιμότητα 1980 - 2003

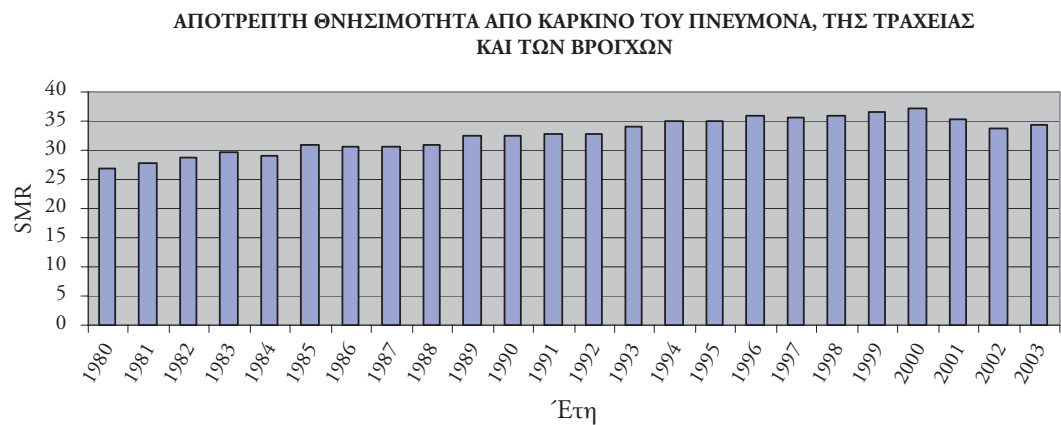
Η διαχρονική εξέλιξη των αιτιών θανάτου που συγκροτούν την προλαμβανόμενη αποτρεπτή θνησιμότητα αποτυπώνεται στον Πίνακα 9.2 και στα διαγράμματα 9.5, 9.6 και 9.7 που ακολουθούν.

Πίνακας 9.2 Διαχρονική εξέλιξη των προτυποποιημένων δεικτών των αιτιών θανάτου που συγκροτούν την προλαμβανόμενη αποτρεπτή θνησιμότητα 1980 - 2003.

Έτος	Προτυποποιημένη Αποτρεπτή Θνησιμότητα από Κακοήθη Νεοπλάσματα του Πνεύμονα, της Τραχείας και των Βρόγχων (θάνατοι ανά 100.000)	Προτυποποιημένη Αποτρεπτή Θνησιμότητα από Κίρρωση Ήπατος (θάνατοι ανά 100.000)	Προτυποποιημένη Αποτρεπτή Θνησιμότητα από Τροχαία Ατυχήματα (θάνατοι ανά 100.000)
1980	26,78	8,03	16, 95
1985	31,06	7,66	21, 05
1990	32,42	6,44	22, 53
1995	35,15	4,55	25, 14
2000	37,30	4,57	20, 61
2003	34,41	4,27	15, 94

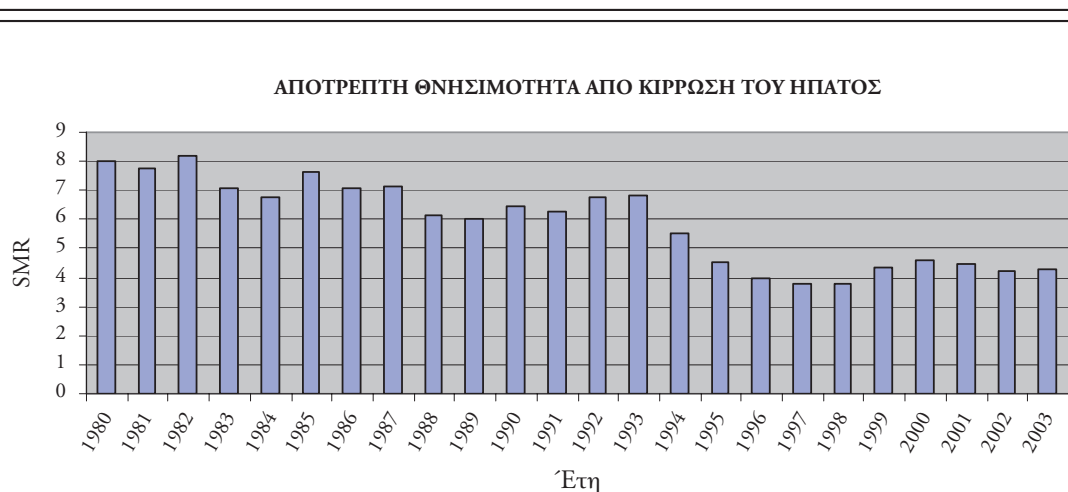
Πηγή: Κυριόπουλος και συν. (2008)

Διάγραμμα 9.5 Προτυποποιημένη αποτρεπτή θνησιμότητα από κακοήθη νεοπλάσματα του πνεύμονα, της τραχείας και των βρόγχων 1980 - 2003.



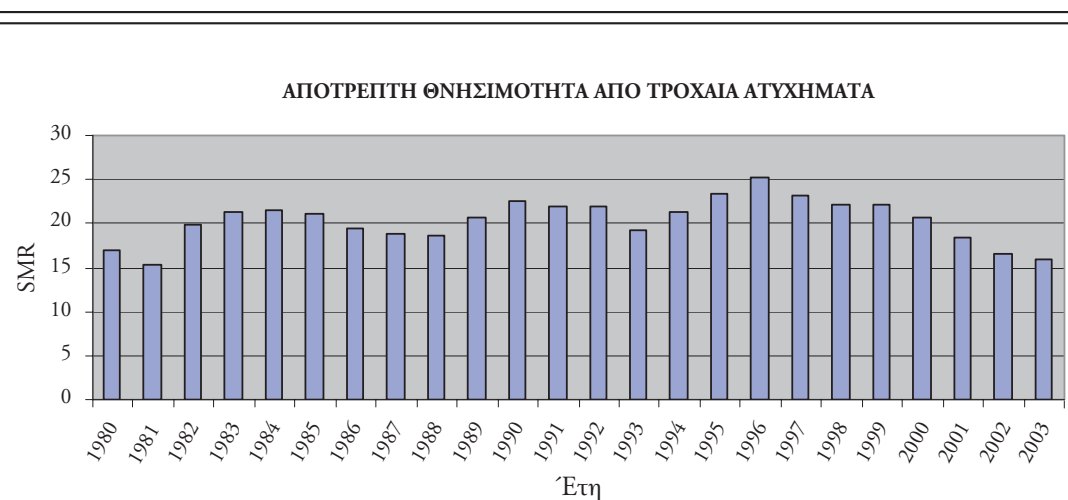
Πηγή: Κυριόπουλος και συν. (2008)

Διάγραμμα 9.6 Προτυποποιημένη αποτρεπτή θνησιμότητα από κίρρωση ήπατος 1980 - 2003.



Πηγή: Κυριόπουλος και συν. (2008)

Διάγραμμα 9.7 Προτυποποιημένη αποτρεπτή θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα 1980 - 2003.



Πηγή: Κυριόπουλος και συν. (2008)

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης σε επίπεδο αιτιών θανάτου της προλαμβανόμενης αποτρεπτής θνησιμότητας, παρατηρούνται τα εξής:

- Ανοδική τάση της αποτρεπτής θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλάσματα του πνεύμονα, της τραχείας και των βρόγχων.
- Καθοδική τάση της αποτρεπτής θνησιμότητας από κίρρωση ήπατος.
- Αρχικά ανοδική και εν συνεχεία καθοδική τάση κατά τα τελευταία έτη της εξεταζόμενης περιόδου, της αποτρεπτής θνησιμότητας από τροχαία ατυχήματα.

10. Η Σημασία των Ευρημάτων στην Πολιτική Υγείας

10.1 Εισαγωγή

Τα κύρια ευρήματα της μελέτης εστιάζονται στη μεταβολή της αποτρεπτής θνησιμότητας από νοσήματα που συνοδεύονται από υψηλή νοσηρότητα και αναπηρία (κακοήθεις νεοπλασίες, νοσήματα του επονομαζόμενου μεταβολικού συνδρόμου κ.λπ.). Τα νοσήματα αυτά αποτελούν κάποιες από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στον αναπτυσσόμενο κόσμο, και συνδέονται άρρηκτα με τον τρόπο ζωής και τους ευρύτερους κοινωνικοοικονομικούς προσδιοριστές στις κοινωνίες αυτές, αλλά και με την επάρκεια, τη διαθεσιμότητα και τη χρήση των κατάλληλων θεραπευτικών και προληπτικών παρεμβάσεων.

10.2 Η Υγειονομική Σημασία των Ευρημάτων

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης της αποτρεπτής θνησιμότητας στο χρονικό διάστημα 1980 - 2003, παρατηρείται σαφής πτωτική τάση της συνολικής αποτρεπτής θνησιμότητας. Το γεγονός αυτό αποτελεί σαφή ένδειξη της προσδιοριστικής συμμετοχής του συνόλου των παρεμβάσεων (θεραπευτικών και προληπτικών) των υπηρεσιών στην εξέλιξη αυτή της γενικής θνησιμότητας κατά την περίοδο 1980 - 2003. Το γεγονός αυτό επικυρώνεται από την παρατηρούμενη αντίστοιχη πτωτική τάση της συνολικής αποτρεπτής θνησιμότητας ως ποσοστού της θνησιμότητας από όλες τις αιτίες. Η πτωτική αυτή τάση αποτυπώνει μια πραγματική μείωση των παρατηρουμένων θανάτων που μπορούσαν να αποτραπούν μέσω των κατάλληλων παρεμβάσεων και όχι ένα παρεπόμενο μιας γενικότερης πτώσης της θνησιμότητας που θα συμπαρέσυρε και το μέρος της εκείνο που θεωρείται αποτρέψιμο.

Ωστόσο, ενώ διαπιστώνεται κατά την εν λόγω χρονική περίοδο πτωτική τάση της θεραπεύσιμης αποτρεπτής θνησιμότητας, δεν φαίνεται να ισχύει το ίδιο και για την προλαμβανόμενη αποτρεπτή θνησιμότητα. Το εύρημα αυτό δικαιολογείται με βάση την περίοδο που παρεμβάλλεται (latency period) ανάμεσα στην εφαρμογή των όποιων προληπτικών μέτρων και στην εμφάνιση του όποιου αποτελέσματος σε επίπεδο δεικτών θνησιμότητας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ανάλυσης σε επίπεδο αιτιών θανάτου που συγκροτούν την προλαμβανόμενη αποτρεπτή θνησιμότητα για το χρονικό διάστημα 1980-2003, η τάση της αποτρεπτής θνησιμότητας από κακοήθη νεοπλασμάτα του πνεύμονα, της τραχείας και των βρόγχων είναι ανοδική, ενώ η τάση της αποτρεπτής θνησιμότητας από κίρρωση ήπατος είναι καθοδική. Η δε αποτρεπτή θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα παρουσιάζεται καθοδική μόνο κατά τα τελευταία έτη της περιόδου 1980 - 2003.

Όσον αφορά στις επιμέρους επιλεγμένες αιτίες που συνδιαμορφώνουν τη θεραπεύσιμη αποτρεπτή θνησιμότητα, η εικόνα που παρουσιάζεται εμφανίζεται μάλλον πολύ ευνοϊκότερη για τον ελληνικό πληθυσμό. Η τεχνολογική έκρηξη που πραγματοποιήθηκε

στις εφαρμογές στη θεραπευτική κατά τη χρονική αυτή περίοδο, αλλά και η σημαντική αύξηση της διαθεσιμότητας και συνακόλουθα της χρησιμοποίησης των παρεμβάσεων αυτών, θα πρέπει να θεωρηθούν πιθανότατα οι καθοριστικότεροι παράγοντες για τη διαμόρφωση αυτής της τάσης.

Εντούτοις, και παρά τη γενικά θετική εικόνα, δεν λείπουν και ορισμένες λιγότερο ευνοϊκές διαπιστώσεις αναφορικά με τις εφαρμοζόμενες παρεμβάσεις στη χώρα μας, οι οποίες θα άξιζαν περισσότερη προσοχή και περαιτέρω διερεύνηση. Οι διαπιστώσεις αυτές θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν σε δύο βασικές ομάδες: Πρώτον, ερωτηματικά προκαλεί η συγκριτικά μικρότερη διαχρονική μείωση της αποτρεπτής θνησιμότητας στην Ελλάδα σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, με τη χώρα μας να υστερεί ακόμα και σε σχέση με μερικές χώρες του Μεσογειακού Νότου, όπως η Ισπανία και η Ιταλία, οι οποίες εμφανίζουν ιδιαίτερα θετικές επιδόσεις από τη δεκαετία του 1990 και μετά (Simonato et al. 1998), (Treurniet et al. 2002), (Boyle et al. 2003). Δεύτερον, ανησυχία προκαλούν οι υστερήσεις που παρατηρούνται στη χώρα μας στον έλεγχο της θνησιμότητας από συγκεκριμένες αιτίες θανάτου που συναποτελούν τη θεραπεύσιμη αποτρεπτή θνησιμότητα. Οι δύο αυτές διαπιστώσεις αποτελούν μια καλή αφετηρία περαιτέρω διερεύνησης και εξαγωγής χρήσιμων συμπερασμάτων στο πλαίσιο αναθεώρησης της συνολικής πολιτικής για την υγεία, όπως αυτή εφαρμόστηκε από τη δεκαετία του 1980 έως σήμερα.

10.3 Επιπτώσεις στην Πολιτική Υγείας

θα πρέπει κανείς να δεχθεί ότι το πλέον σημαντικό γεγονός αναφορικά με το ζήτημα της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας θα μπορούσε να θεωρηθεί η συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στα μέσα της δεκαετίας του 1980. Στο πλαίσιο της προσπάθειας οικοδόμησης του κράτους πρόνοιας, η οποία συντελέστηκε στη χώρα μας με τη συνήθη διαφορά φάσης σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας με γνώμονα την καθολική πρόσβαση, και την παροχή φροντίδας με βάση την ανάγκη, αποτέλεσε σημείο καμπής στη σύγχρονη υγειονομική ιστορία της χώρας. Εντούτοις, το εγχείρημα, ατελές στις επιδιώξεις του και ατελέσφορο στους επιδιωκόμενους στόχους, γρήγορα αντιμετώπισε τα πρώτα (χρηματοδοτικά) αδιέξοδα. Η λύση της αυξανόμενης συμμετοχής του ιδιωτικού φορέα σε ένα σύστημα κατ' όνομα δημόσιο, οδήγησε μεν στη γιγάντωση του ιδιωτικού τομέα, ενώ δεν φάνηκε να παράγει επιθυμητό κοινωνικό όφελος, επιτείνοντας τις ανισότητες και δημιουργώντας εικόνα αποδιοργάνωσης.

Το φαινόμενο αυτό φάνηκε να επηρεάζει ιδιαίτερα τις δημόσιες πολιτικές πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Η ανάγκη περιορισμού των δαπανών και ανακατανομής των υγειονομικών πόρων, σηματοδότησαν τη μεταβολή των πολιτικών προτεραιοτήτων και τον αναπροσανατολισμό της υγειονομικής πολιτικής από την ανάγκη υγείας στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Το κλίμα αυτό δεν ευνοεί την ανάπτυξη πολιτικών πρόληψης, αγωγής

υγείας και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από μακρύ χρόνο εμφάνισης των όποιων αποτελεσμάτων τους. Παράλληλα, η εκρηκτική διάχυση της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, καθώς επίσης και οι διευρυνόμενες προσδοκίες των πολιτών, οι οποίοι έχουν πλέον γαλουχηθεί σε μια υγειονομική πραγματικότητα έκφρασης των προτιμήσεών τους μέσω ιδίων πληρωμών, διαμορφώνουν μια πολυδιάστατη και δυναμική -σχεδόν χαώδη- κατάσταση.

Οι εξελίξεις αυτές επιβάλλουν την αναγκαιότητα της διαρκούς προσαρμογής των πολιτικών, ώστε να αντεπεξέρχονται στη σύνθετη φύση των προβλημάτων στο χώρο της υγείας στο πλαίσιο μιας νέας συνολικής επαναδιαπραγμάτευσης της φύσης και του χαρακτήρα του υγειονομικού συστήματος. Ο προσδιορισμός των προτεραιοτήτων, η διαμόρφωση των πολιτικών υγείας και η λήψη των αποφάσεων στην υγειονομική πολιτική, προαπαιτούν στιβαρή ερευνητική τεκμηρίωση. Υπό το πρίσμα αυτό, ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η συνοπτική αναφορά μέρους των ερευνητικών ευρημάτων με στόχο την πληροφόρηση και ενημέρωση των υπευθύνων για το σχεδιασμό και τη λήψη αποφάσεων της υγειονομικής πολιτικής, των επιστημόνων και των επαγγελματιών υγείας, και βεβαίως των κοινωνικών εταίρων και των πολιτών, οι οποίοι έχουν το αυτονόητο δικαίωμα και συμφέρον εμπλοκής στη διαμόρφωση της υγειονομικής πολιτικής.

Η γενική πτωτική τάση των δεικτών της αποτρεπτής θνησιμότητας στην Ελλάδα και ιδιαίτερα στη θεραπεύσιμη αποτρεπτή θνησιμότητα κατά τη διάρκεια της περιόδου 1980 - 2003, αντανακλά τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων παρεμβάσεων, ιδίως σε θεραπευτικό επίπεδο. Όπως είναι αναμενόμενο, τα επιφερόμενα αποτελέσματα των προληπτικών παρεμβάσεων εμφανίζονται με χρονική υστέρηση λόγω του κατά τεκμήριο μεγαλύτερου λανθάνοντος χρονικού διαστήματος που μεσολαβεί από την εφαρμογή τους μέχρι την εμφάνιση απτών αποτελεσμάτων σε σχέση με τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ωστόσο, στην όλη εικόνα της εξέλιξης της αποτρεπτής θνησιμότητας στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της εν λόγω χρονικής περιόδου, εντοπίζονται ορισμένα ανησυχητικά σημεία, τα οποία συνιστούν ταυτόχρονα και ενδείξεις σχετικές με την αναγκαιότητα της εντατικοποίησης των προσπαθειών αναστροφής των υφιστάμενων τάσεων. Οι τάσεις που εντοπίζονται σε συγκεκριμένες αιτίες και που αποτελούν σημείο προβληματισμού θα μπορούσαν να ομαδοποιηθούν σε τρεις βασικές κατηγορίες:

- Αυξητικές τάσεις για μια σειρά από κακοήθεις νεοπλασίες, όπως του πνεύμονα, της τραχείας και των βρόγχων και ο καρκίνος του κόλου και του ορθού. Θα πρέπει να επισημανθεί το γεγονός ότι και σε άλλες επιμέρους αιτίες της θεραπεύσιμης αποτρεπτής θνησιμότητας, οι οποίες αποτελούν αντικείμενο της εν εξελίξει έρευνας όπως οι νεοπλασίες του δέρματος πλην κακοήθους μελανώματος, ο καρκίνος των όρχεων και τα λεμφώματα τύπου Hodgkin, παρατηρούνται οι ίδιες ανησυχητικές τάσεις.
- Σχετική στασιμότητα ή σημαντική υστέρηση στην πτώση των δεικτών της αποτρεπτής θνησιμότητας σε μια σειρά από νοσήματα ή αιτίες θανάτου όπως τα τροχαία ατυχήματα, η ισχαιμική καρδιοπάθεια και οι κακοήθεις νεοπλασίες του μαστού και του τραχήλου της μήτρας.

- Επανάκαμψη των δεικτών της αποτρεπτής θνησιμότητας από σακχαρώδη διαβήτη και υπέρταση. Η τάση αυτή φαίνεται να ακολουθεί έντονα ανοδική πορεία κατά τη διάρκεια της τελευταίας πενταετίας.

Οι παραπάνω παρατηρούμενες τάσεις φαίνεται να έχουν κοινό παρονομαστή τουλάχιστον σε ό,τι αφορά στην ανάλυση των αιτιών που τις προκαλούν, ο οποίος δεν μπορεί να είναι άλλος από τις αδυναμίες των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες εντοπίζονται κυρίως στο επίπεδο της πρόληψης και της προαγωγής της υγείας του ελληνικού πληθυσμού. Η έλλειψη συγκροτημένου συστήματος πρόληψης, η συγκριτική υποτίμηση της ενασχόλησης με την πρόληψη ακόμα και εντός των υφιστάμενων δομών πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η υστέρηση στη συστηματική εφαρμογή τεχνικών πρόωμης διάγνωσης και εντοπισμού για ολόκληρο τον ελληνικό πληθυσμό και η αδυναμία ελέγχου συμπεριφορικών και υγεινοδιαιτητικών παραγόντων όπως το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ, η έλλειψη φυσικής άσκησης και η παχυσαρκία, ιδιαίτερα σε νεαρές ηλικιακές κατηγορίες, φαίνεται να ενέχονται αιτιολογικά στο σύνολο των προαναφερομένων προβληματικών σημείων. Ασφαλώς, η εφαρμογή ανάλογων πολιτικών πρόληψης και η προαγωγή της Δημόσιας Υγείας δεν μπορεί να εξαντλούνται σε στενά χρονικά όρια, αφού αποτελούν προσπάθειες με μακρό χρόνο ανάδειξης των αποτελεσμάτων. Ακόμη δε και στην περίπτωση της εφαρμογής ανάλογων πολιτικών, απαιτείται ιδιαίτερη προσπάθεια και επιμονή για την εξουδετέρωση του φαινομένου του «παράδοξου της πρόληψης», σύμφωνα με το οποίο οι παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στα πλαίσια δημόσιων πολιτικών υγείας μπορούν να επιτύχουν μεγάλο όφελος σε όρους συνολικής υγείας για τον πληθυσμό, αλλά ίσως προσφέρουν μικρό όφελος σε ατομικό επίπεδο. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε λανθασμένη πρόσληψη της σημασίας της πρόληψης από τα άτομα τα οποία βρίσκονται σε καλό επίπεδο υγείας (WHO 2002). Υπό το πρίσμα αυτό, η αξία της παρούσας μελέτης έγκειται στην ανάδειξη με ανάγλυφο τρόπο της αναγκαιότητας συγκρότησης μιας Εθνικής Προληπτικής Στρατηγικής για την Υγεία του ελληνικού πληθυσμού, η οποία θα πρέπει να καθοριστεί με βάση συγκεκριμένους στόχους και να εφαρμοστεί με συγκροτημένη μεθοδολογία παρέμβασης σε όλα τα επίπεδα του συστήματος των υπηρεσιών υγείας της χώρας μας.

Η συγκριτική μελέτη των δεικτών της αποτρεπτής θνησιμότητας από τις επιλεγμένες επιμέρους αιτίες θανάτου αναδεικνύει και το διαχρονικά μεταβαλλόμενο φάσμα της θνησιμότητας. Το γεγονός αυτό με τη σειρά του υποδηλώνει την αναγκαιότητα μηχανισμών παρακολούθησης των διαχρονικών μεταβολών και αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων παρεμβάσεων στην υγεία, καθώς κάποιες αιτίες που αποτέλεσαν στο παρελθόν κυρίαρχους κινδύνους για τη Δημόσια Υγεία μπορεί σήμερα να αντιμετωπίζονται πλέον ικανοποιητικά, κάποιες άλλες αναδύονται εξελισσόμενες σε σοβαρές απειλές, ενώ ορισμένες άλλες που μπορεί να θεωρούνται ως πλέον ικανές να αντιμετωπιστούν, επανεμφανίζονται με διαφοροποιημένα

χαρακτηριστικά. Κατά συνέπεια, η επιδημιολογική επαγρύπνηση οφείλει να αποτελεί θεμελιακό χαρακτηριστικό των σύγχρονων παρεμβάσεων για τη Δημόσια Υγεία και συστατικό κάθε σχεδιασμού ενός ολοκληρωμένου συστήματος υπηρεσιών υγείας.

Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδηλώνουν την πιθανή ύπαρξη και άλλων διαρθρωτικών αδυναμιών στην εφαρμογή συγκροτημένων εθνικών στρατηγικών πρόληψης κατά τη διάρκεια της εν λόγω χρονικής περιόδου. Παράγοντες όπως η έλλειψη συγκροτημένου συστήματος πρόληψης, η υστέρηση στη συστηματική εφαρμογή τεχνικών πρόωμης διάγνωσης και η αδυναμία ελέγχου συμπεριφορικών και υγεινοδιαιτητικών παραγόντων, φαίνεται να ενέχονται αιτιολογικά στη διαμόρφωση των παρατηρούμενων τάσεων της αποτρεπτής θνησιμότητας. Οι διαπιστώσεις αυτές υποδεικνύουν την αναγκαιότητα για περαιτέρω έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο, μέσω μηχανισμών μόνιμης επιδημιολογικής επαγρύπνησης.

«...η Δημόσια Υγεία είναι **ΕΠένδυση**
για τη διατήρηση και βελτίωση
του ανθρώπινου κεφαλαίου
της χώρας...»

Νόμος 3370/2005

Κεφάλαιο 2ο

Φορείς και Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα

1. Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Με βάση τις ισχύουσες διατάξεις των νόμων 3172/2003 και 3370/2005, οι Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας είναι οι εξής:

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

1.1 Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας

Από το 2005 στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει συσταθεί και λειτουργεί η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, η οποία έχει την πολιτική ευθύνη της χάραξης, άσκησης και εποπτείας της πολιτικής Δημόσιας Υγείας, καθώς και της λειτουργίας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Η αποστολή και οι αρμοδιότητες της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας είναι:

- Η καθοδήγηση και υποστήριξη του συστήματος Δημόσιας Υγείας.
- Η διαμόρφωση των κατάλληλων προϋποθέσεων για τη δημιουργία ενός ισχυρού και αποτελεσματικού συστήματος Δημόσιας Υγείας.
- Η επίβλεψη και η καθοδήγηση της δημιουργίας νέων οργανισμών ή επέκτασης των υφιστάμενων οργανισμών και υπηρεσιών στη Δημόσια Υγεία.
- Η ανάπτυξη στενής συνεργασίας με τις υπηρεσίες περίθαλψης και φροντίδας για θέματα Δημόσιας Υγείας.
- Η συνεργασία με άλλα Υπουργεία για την ανάπτυξη διατομεακών πολιτικών και προγραμμάτων για τη Δημόσια Υγεία.
- Η συνεργασία με τους Γενικούς Γραμματείς της Περιφέρειας για την προώθηση και βελτίωση των παρεμβάσεων στη Δημόσια Υγεία.

1.2 Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.)

Το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.), ιδρύθηκε αρχικά με το Ν. 3172/2003. Στη συνέχεια, με το Ν. 3370/2005 μετατράπηκε σε ανεξάρτητη αρχή, με κύρια αποστολή την εποπτεία της εφαρμογής της νομοθεσίας στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. υπάγεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αλλά ως ανεξάρτητη αρχή, έχει δικό του προϋπολογισμό και λειτουργία και δεν υπόκειται σε οποιονδήποτε διοικητικό έλεγχο. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. είναι επιστημονική, εποπτική, συντονιστική, γνωμοδοτική και διαιτητική αρχή, που στηρίζεται και λειτουργεί με βάση αποδεδειγμένες, τεκμηριωμένες και αναγνωρισμένες γνώσεις στο χώρο της Δημόσιας Υγείας. Οι αρμοδιότητες του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. είναι οι εξής:

- Ασκεί την επιστημονική εποπτεία των φορέων Δημόσιας Υγείας που εποπτεύονται διοικητικά από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και εναρμονίζει επιστημονικά, το προγραμματικό τους έργο, μέσα στο πλαίσιο και τις προτεραιότητες της εθνικής πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία.
- Συντάσσει ετήσια αναφορά για την κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού, η οποία υποβάλλεται στη βουλή.
- Γνωμοδοτεί για θέματα Δημόσιας Υγείας, είτε αυτεπάγγελτα, είτε κατόπιν ερωτήματος του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Διευθετεί προβλήματα που προκύπτουν από την επικάλυψη αρμοδιοτήτων των φορέων Δημόσιας Υγείας.
- Αξιολογεί την ποιότητα των ενεργειών διαχείρισης κρίσεων από τους εμπλεκόμενους φορείς και αποτιμά τη συμμόρφωσή τους με συστάσεις και κατευθυντήριες οδηγίες.
- Συνεργάζεται με αντίστοιχες αρχές άλλων κρατών, οργανισμούς και ιδρύματα, σε ζητήματα που άπτονται των αρμοδιοτήτων της και εισηγείται, σχετικά στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Συμμετέχει στον καθορισμό των στοιχείων και δεικτών που συλλέγονται από τον υγειονομικό χάρτη, σχετικά με την υγεία των πολιτών και τη χρήση και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

- Συντάσσει ετήσια έκθεση πεπραγμένων, η οποία υποβάλλεται στη Βουλή των Ελλήνων.

1.3 Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας

Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας είναι αρμόδια για την υλοποίηση μέτρων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, τον έλεγχο των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και την εποπτεία της εφαρμογής των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την προστασία της Δημόσιας Υγείας.

Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- Καταρτίζει εισηγήσεις για τη δημιουργία πολιτικών και στρατηγικών Δημόσιας Υγείας.
- Ελέγχει τους φορείς που είναι αρμόδιοι για την εφαρμογή των πολιτικών Δημόσιας Υγείας.
- Ασκεί την εποπτεία των φορέων Δημόσιας Υγείας που εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Συνεργάζεται με το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. και το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων στη διαχείριση του κινδύνου και στη λήψη αποφάσεων ταχείας αντίδρασης.
- Τηρεί Μητρώο Λειτουργών Δημόσιας Υγείας και Μητρώο Εμπειρογνομόνων Δημόσιας Υγείας.
- Εφοδιάζει τα όργανα και τους υπαλλήλους που ασκούν υγειονομικούς ελέγχους με τα απαραίτητα έγγραφα για την εκτέλεση των καθηκόντων τους, όπως αυτά καθορίζονται με υπουργικές αποφάσεις.
- Συντονίζει και εποπτεύει τα Δίκτυα Δημόσιας Υγείας, τα οποία περιλαμβάνουν εργαστήρια, κλινικές και μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την επιστημονική παρακολούθηση, τον έλεγχο και την αντιμετώπιση ενός νοσήματος ή παράγοντα κινδύνου ή απειλής με υψηλή προτεραιότητα για τη Δημόσια Υγεία.

2. Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

2.1 Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας

Οι Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας ιδρύθηκαν για πρώτη φορά με τους νόμους 2503 και 2517 του 1997, ως Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας ενταγμένες στον οργανισμό των αντίστοιχων περιφερειών. Με τις Υ.Α. 357/1998 και 509/1999, καθορίστηκαν οι οργανικές θέσεις προσωπικού τους. Στη συνέχεια, με το Ν. 3172/2003 οι υπηρεσίες αυτές μετονομάστηκαν σε Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας. Με το Ν. 3370/2005, οι Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας διαιρέθηκαν σε δύο, εκ των οποίων το μεν τμήμα πρόνοιας παρέμεινε στις περιφέρειες, ενώ η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας περιήλθε στην αρμοδιότητα της αντίστοιχης

Υγειονομικής Περιφέρειας. Μετά τη συγχώνευση των 17 Υγειονομικών Περιφερειών σε 6 Υγειονομικές Περιφέρειες, παραμένει ασαφές εάν επήλθε και αντίστοιχη συγχώνευση των Περιφερειακών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας.

Σκοπός και αρμοδιότητες. Η Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας υλοποιεί στην περιφέρεια τις πολιτικές και τις παρεμβάσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, εποπτεύει τις Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, ενώ οργανώνει, μόνη της ή σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, ειδικά προγράμματα για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας, είτε στο σύνολο της περιφέρειας είτε σε συγκεκριμένα τμήματα, περιοχές ή ομάδες του πληθυσμού.

Ειδικότερα, οι αρμοδιότητες της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας είναι:

- Η προστασία και η προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην αντίστοιχη Υγειονομική Περιφέρεια.
- Η παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού της περιφέρειας, ο προσδιορισμός των αναγκών Δημόσιας Υγείας και ο καθορισμός στόχων.
- Η ανάπτυξη προγραμμάτων, δράσεων και πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, περιβαλλοντικής, δημόσιας και επαγγελματικής υγιεινής.
- Ο συντονισμός των δραστηριοτήτων των φορέων Δημόσιας Υγείας της περιφέρειας στο πλαίσιο της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία.
- Η μελέτη και πρόταση μέτρων για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της περιφέρειας.
- Η μελέτη και πρόταση ρυθμίσεων κατάλληλων για την προστασία του πληθυσμού από ατυχήματα.

Σε περίπτωση εμφάνισης κινδύνου για τη Δημόσια Υγεία, ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να εκδίδει περιφερειακές υγειονομικές διατάξεις για την προστασία της Δημόσιας Υγείας, οι οποίες μπορούν να έχουν ισχύ είτε στο σύνολο, είτε σε μέρος της συγκεκριμένης περιφέρειας ή να έχουν καθορισμένη διάρκεια ισχύος.

Οι διαδοχικές αλλαγές στο διοικητικό καθεστώς των περιφερειακών υπηρεσιών και η ανεπαρκής στελέχωσή τους δεν επέτρεψαν την ανάπτυξή τους, με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες αυτές να μην έχουν λειτουργήσει μέχρι σήμερα.

2.2 Περιφερειακά Συμβούλια Δημόσιας Υγείας

Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια, προβλέπεται η συγκρότηση Περιφερειακού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας, στο οποίο προεδρεύει ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και μετέχουν οι προϊστάμενοι των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, των υπηρεσιών το έργο των οποίων σχετίζεται με τη Δημόσια Υγεία και με των υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας.

Το Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- Συντονίζει τις δράσεις Δημόσιας Υγείας όλων των συμμετέχοντων φορέων και υπηρεσιών της περιφέρειας.
- Γνωμοδοτεί, εισηγείται ή αποφασίζει για κάθε θέμα σχετικό με την ανάπτυξη υπηρεσιών, προγραμμάτων και δράσεων Δημόσιας Υγείας στην περιφέρεια.
- Γνωμοδοτεί για κάθε ερώτημα σχετικό με τη Δημόσια Υγεία, το οποίο τίθεται από τα όργανα διοίκησης της συγκεκριμένης περιφέρειας.
- Γνωμοδοτεί για κάθε ερώτημα σχετικό με τη Δημόσια Υγεία, το οποίο τίθεται από τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις ή τις Δημοτικές Αρχές της συγκεκριμένης περιφέρειας.

Λόγω των προαναφερθέντων διαδοχικών αλλαγών στην οργανική ένταξη των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, τα περισσότερα Περιφερειακά Συμβούλια Δημόσιας Υγείας δεν κατέστη ακόμη δυνατό να συγκροτηθούν.

3. Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων (Δ.Υ.Ν.Α.) αποτελούν συνέχεια των Νομαρχιακών Διευθύνσεων Υγιεινής, οι οποίες έχουν μακρά ιστορική διαδρομή και σημαντική συμβολή στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

3.1 Υπηρεσιακή Ένταξη και Οργανική Διάρθρωση

Η ίδρυση υπηρεσιών υγιεινής σε νομαρχιακό επίπεδο έχει τις ρίζες της στον 19ο αιώνα. Μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο αποτέλεσαν για δεκαετίες τον κύριο μηχανισμό Δημόσιας Υγείας της χώρας, ως αποκεντρωμένες υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Με αυτή την υπηρεσιακή ένταξη, η οργανική διάρθρωση και οι αρμοδιότητές τους καθορίστηκαν για τελευταία φορά το 1989, με το Π.Δ. 224/1989.

Με την ίδρυση της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης (Ν.Α.) με το Ν. 2218/1994, όλες οι υπηρεσίες και οι αρμοδιότητες των Νομαρχιακών Διευθύνσεων Υγείας και Πρόνοιας περιήλθαν στην αντίστοιχη Ν.Α. Οι κατά νομούς Ν.Α. απέκτησαν δικούς τους οργανισμούς, στους οποίους περιέλαβαν τις προϋπάρχουσες νομαρχιακές υπηρεσίες. Στην πλειονότητά τους οι διάφορες Ν.Α. διατήρησαν την ίδια δομή και τις ίδιες αρμοδιότητες των υφιστάμενων υπηρεσιών. Για το λόγο αυτό, το προϋπάρχον Π.Δ. 224/1989 «Οργάνωση Νομαρχιακών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας» προσδιόρισε σε μεγάλο βαθμό και την εικόνα των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας μετά την ίδρυση της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης.

Τέλος, με το Ν. 3172/2003, θεσμοθετήθηκε ένα ενιαίο πλαίσιο οργανισμού των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, προς το οποίο θα πρέπει να προσαρμοστούν όλες οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις. Εντούτοις, από την ψήφιση του Ν. 3172/2003, δεν

υπήρξαν -μέχρι τώρα- μεταβολές στους υφιστάμενους οργανισμούς των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και συμμόρφωση προς τις διατάξεις του νόμου 3172. Σχεδόν το σύνολο των Δ.Υ.Ν.Α. διατηρούν τη διάρθρωση που υιοθέτησαν στον πρώτο τους οργανισμό, όπως αυτός περιγράφεται στο Π.Δ. 224/1989.

Οι ισχύουσες αρμοδιότητες έχουν καθοριστεί στους οργανισμούς των Δ.Υ.Ν.Α. με βάση το Π.Δ. 224/1989:

- Εφαρμογή υγειονομικού κανονισμού και υγειονομικών διατάξεων.
- Έλεγχος υγιεινής ύδρευσης και αποχέτευσης.
- Έλεγχος τροφίμων και καταστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος.
- Εφαρμογή διατάξεων για την προστασία των εργαζομένων.
- Περιβαλλοντική, αστική και αγροτική υγιεινή, έλεγχος διάθεσης αποβλήτων.
- Έκδοση αδειών για τα ανωτέρω.
- Έκδοση αδειών και έλεγχος καλής λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών.
- Έκδοση αδειών και έλεγχος λειτουργίας εργαστηρίων, φαρμακείων, οδοντιατρείων και φυσικοθεραπευτηρίων.
- Χορήγηση αδειών άσκησης επαγγελματιών υγείας και έλεγχος αυτών.
- Εφαρμογή προγραμμάτων εμβολιασμών και προληπτικής ιατρικής.
- Εφαρμογή προγραμμάτων προστασίας μητέρας - παιδιού.
- Εφαρμογή προγραμμάτων για τα χρόνια και δυσίατα νοσήματα.
- Δήλωση, καταγραφή και επιδημιολογική έρευνα λοιμωδών νοσημάτων και επιδημιών.
- Αγωγή και προαγωγή υγείας.

Επιπλέον, με βάση το Ν. 3172/2003, οι Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας μπορούν:

- α) Να υλοποιούν προγράμματα Δημόσιας Υγείας που οργανώνονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή από άλλα Υπουργεία, το κόστος των οποίων βαρύνει απευθείας τον προϋπολογισμό του αντίστοιχου υπουργείου.
- β) Να υλοποιούν έκτακτα προγράμματα Δημόσιας Υγείας, τα οποία εκτελούνται με έκτακτη χρηματοδότηση.
- γ) Να υλοποιούν προγράμματα Δημόσιας Υγείας που χρηματοδοτούνται από πόρους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- δ) Να οργανώνουν αυτοτελώς ή σε συνεργασία με τις αντίστοιχες Περιφερειακές Υπηρεσίες, ειδικά προγράμματα για την προστασία και προαγωγή της Δημόσιας Υγείας στην περιοχή της αρμοδιότητάς τους, που να απευθύνονται σε ειδικές ομάδες του πληθυσμού.

4. Άλλες Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας σε Τοπικό Επίπεδο

4.1 Αρμοδιότητες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης που Αφορούν στη Δημόσια Υγεία

Οι Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης ασκούν ορισμένες αρμοδιότητες σημαντικές για τη Δημόσια Υγεία, μεταξύ των οποίων περιλαμβάνονται:

- Η ύδρευση.
- Η αποχέτευση και η διαχείριση των υγρών αποβλήτων.
- Η δημόσια καθαριότητα.
- Η αποκομιδή και διάθεση των απορριμμάτων.
- Οι κολυμβητικές δεξαμενές.
- Οι λαϊκές αγορές.
- Οι βρεφονηπιακοί και παιδικοί σταθμοί.
- Τα γηροκομεία και τα Κέντρα Περίθαλψης Ηλικιωμένων.
- Η διενέργεια προγραμμάτων μυοκτονίας και εντομοκτονίας.

Οι νόμοι 3172 και 3370 αναφέρονται στις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, με σκοπό να προσδιορίσουν νομοθετικά, ότι η Τοπική Αυτοδιοίκηση, κατά την άσκηση των προαναφερθέντων δραστηριοτήτων πραγματοποιεί έργο Δημόσιας Υγείας και συνεπώς οι δραστηριότητες αυτές διέπονται και πρέπει να ελέγχονται ως προς την τήρηση των διατάξεων που αφορούν στη Δημόσια Υγεία.

4.2 Δραστηριότητες Δημόσιας Υγείας από Υπηρεσίες Υγείας

Τέλος, σε τοπικό επίπεδο, δραστηριότητα σε κάποιους τομείς της Δημόσιας Υγείας και κυρίως στον τομέα των εμβολιασμών, αναπτύσσουν τα Κέντρα Υγείας και τα υποκαταστήματα του Ιδρύματος Κοινωνικής Ασφάλισης.

4.3 Άλλες Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Στο έργο της Δημόσιας Υγείας μετέχουν και σειρά άλλων υπηρεσιών, είτε του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, είτε αρμοδιότητας άλλων Υπουργείων, όπως οι Κτηνιατρικές Υπηρεσίες (που έχουν ουσιώδη συμβολή στον έλεγχο των ζωοανθρωπονόσων και στην υγιεινή των ζωικών τροφίμων), οι Υπηρεσίες των Υπουργείων Αγροτικής Ανάπτυξης (πρώην Γεωργίας), Ανάπτυξης (πρώην Εμπορίου) και η Αγορανομία στον έλεγχο των τροφίμων, του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας στον τομέα της υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας, του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων στην Αγωγή Υγείας κ.λπ.

5. Εθνικοί Οργανισμοί Δημόσιας Υγείας

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

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων ιδρύθηκε το 1992, ως Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου, με την επωνυμία «Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.)», αποτελώντας τον εθνικό φορέα για την πρόληψη και τη θεραπευτική αντιμετώπιση των ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων, με έμφαση στο σύνδρομο επίκτητης ανοσοποιητικής ανεπάρκειας (AIDS), τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και τις ιογενείς ηπατίτιδες.

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

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

Στις αρμοδιότητες του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. συμπεριλαμβάνονται:

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

5.2 Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας και Κέντρα Αναφοράς

5.2.1 Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας

Το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.) ιδρύθηκε το 1920. Μέχρι το 2005, λειτουργούσε υπό την άμεση ευθύνη του Υπουργείου Υγείας, ως οργανική μονάδα αυτού, υπαγόμενη στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας. Από το 2005, με το 3370/2005, η

αρμοδιότητά του περιήλθε στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Σκοπός του εργαστηρίου είναι:

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

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

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

5.2.2 Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας

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

- Η εργαστηριακή υποστήριξη του έργου των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην περιφέρειά του.

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

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

5.2.3 Κέντρα Αναφοράς

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

5.2.4 Άλλα Εργαστήρια

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

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

5.3 Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού (Ι.Υ.Π.) ιδρύθηκε το 1965. Είναι Ν.Π.Ι.Δ. εποπτευόμενο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το οποίο διοικείται από διοικούσα επιτροπή, που ορίζεται από τον υπουργό. Στο ινστιτούτο λειτουργεί επίσης και το επιστημονικό συμβούλιο, το οποίο αποτελείται από τους διευθυντές των διευθύνσεων και τομέων του.

Σκοπός του Ι.Υ.Π. είναι να παρέχει εξειδικευμένο έργο πρόληψης και Δημόσιας Υγείας και να αναπτύξει ερευνητική και εκπαιδευτική δραστηριότητα στο πεδίο της υγείας του παιδιού.

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

Ειδικότερα, η δραστηριότητά του περιλαμβάνει:

- α) Εξειδικευμένο κλινικό-εργαστηριακό έργο με έμφαση στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση, αντιμετώπιση και γενετική συμβουλευτική νοσημάτων με σοβαρές συνέπειες:
 - Προληπτικός έλεγχος των νεογέννητων όλης της χώρας.
 - Κληρονομικά μεταβολικά νοσήματα.
 - Άλλες γενετικές παθήσεις.
 - Διαταραχές μεταβολισμού των οστών.
 - Ενδοκρινικά νοσήματα.
- β) Εξειδικευμένο έργο κοινωνικής και αναπτυξιακής παιδιατρικής, ψυχικής υγείας, πρωτοβάθμιας φροντίδας, προαγωγής της υγείας και της ποιότητας ζωής του παιδιού και της οικογένειας:
 - Εκτίμηση και καταγραφή του επιπέδου υγείας των παιδιών στην Ελλάδα.
 - Μελέτη και υποστήριξη Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.
 - Μελέτη περιβαλλοντικών και κοινωνικών επιδράσεων στη σωματική και ψυχική υγεία και στην ανάπτυξη του παιδιού.
 - Αγωγή και προαγωγή υγείας του παιδιού και της οικογενειακής υγείας.
 - Μελέτη και πρόληψη της κακοποίησης - παραμέλησης του παιδιού.
 - Αναπτυξιακή παιδιατρική.
 - Σχολική υγεία και προαγωγή υγείας στα σχολεία.
 - Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κοινοτική ανάπτυξη.
 - Παιδική προστασία και προώθηση των δικαιωμάτων του παιδιού.

5.4 Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur

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

Το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur αποτελεί Ανεξάρτητο Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού

Δικαίου, το οποίο εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τη Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας, και από το Γαλλικό Ινστιτούτο Pasteur. Το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur διοικείται από εννεαμελές διοικητικό συμβούλιο, με συμβουλευτικό όργανο το Επιστημονικό Συμβούλιο του Ινστιτούτου, πού αποτελείται από 6 μέλη.

Σύμφωνα με το πρώτο καταστατικό λειτουργίας του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur, όπως αυτό καθορίστηκε με Β.Δ. της 26/4/1919, οι σκοποί του ινστιτούτου είναι οι εξής:

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

Η σύγχρονη λειτουργία του ινστιτούτου βασίζεται στο Ν. 390/1976, με τον οποίο κυρώνεται η σύμβαση της 24/10/1975 μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του Γαλλικού Ινστιτούτου Pasteur.

Η μελέτη λοιμωδών νόσων παραμένει ένας από τους βασικούς άξονες των ερευνητικών δραστηριοτήτων του ινστιτούτου. Ταυτόχρονα έχουν αναπτυχθεί και οι τομείς της ανοσοβιολογίας και της νευροβιολογίας, όπου υπάρχει σημαντική συμβολή στην κατανόηση της παθογένειας και της θεραπευτικής αντιμετώπισης αυτοάνοσων ή νευροεκφυλιστικών νοσημάτων. Βασική επιδίωξη για το ινστιτούτο αποτελεί η αξιοποίηση των ευρημάτων της βασικής έρευνας προς την ανάπτυξη νέων θεραπευτικών προσεγγίσεων, εμβολίων νέας γενιάς και αξιόπιστων διαγνωστικών μεθόδων.

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

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

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

Η Υγειονομική Σχολή Αθηνών, με το Νόμο Ν. 2194/1994, άρθ. 3 που συμπληρώθηκε με τις διατάξεις του Ν. 2517/1997 και του Ν. 2920/2001 (ΦΕΚ 131 τεύχος Α') μετονομάζεται σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.), αποτελεί εκπαιδευτικό

και ερευνητικό ίδρυμα με τη μορφή Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου, με πλήρη διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Οι τίτλοι σπουδών που απονέμει αποτελούν μεταπτυχιακούς τίτλους ειδίκευσης διάρκειας ενός έτους στη Δημόσια Υγεία και στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

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

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

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

Σκοπός της είναι:

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

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

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

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

Ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.) ιδρύθηκε με το Ν. 2741/1999. Είναι Ν.Π.Δ.Δ. που τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Ανάπτυξης.

Ο Ε.Φ.Ε.Τ. αποτελεί τον κύριο φορέα ελέγχου τροφίμων στον Ελλαδικό χώρο. Σύμφωνα με τον ιδρυτικό του νόμο, η αποστολή του Ε.Φ.Ε.Τ. είναι:

- Η προστασία του καταναλωτή με τη διασφάλιση της εισαγωγής, της παραγωγής και της διακίνησης υγιεινών τροφίμων.
- Η πιστοποίηση της ποιότητας και η ποιοτική αναβάθμιση των τροφίμων.

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

Στη συνέχεια, με την ενσωμάτωση στην Ελληνική Νομοθεσία της οδηγίας 93/43/Ε.Ο.Κ. σχετικά με την υγιεινή των τροφίμων, [Κ.Υ.Α. 487 «Υγιεινή των τροφίμων σε συμμόρφωση με την Οδηγία 93/43/ΕΚ του Συμβουλίου» (ΦΕΚ 1219/Β/04.10.00)], ορίστηκε ο Ε.Φ.Ε.Τ. ως ο επίσημος οργανισμός ο οποίος θα ελέγχει τη σωστή ανάπτυξη, εφαρμογή και τήρηση των συστημάτων διασφάλισης υγιεινής των τροφίμων (Η.Α.Σ.Σ.Ρ.), υποχρεωτικών σε όλες τις επιχειρήσεις που ασχολούνται με τον τομέα των τροφίμων. Επιπλέον, με την Κ.Υ.Α. 588/2000 (ΦΕΚ 1375/2000), συγκροτήθηκε στον Ε.Φ.Ε.Τ. Επιστημονική Επιτροπή για τη διαμόρφωση και παρακολούθηση προγράμματος ελέγχου και παρουσίας Γενετικά Τροποποιημένων Οργανισμών (Γ.Τ.Ο.) στα διάφορα τρόφιμα και συστατικά τροφίμων.

Η αποστολή του Ε.Φ.Ε.Τ. σε ότι αφορά στην προστασία του καταναλωτή, στην πιστοποίηση της ποιότητας και στην αποτροπή φαινομένων νοθείας και παραπλάνησης του καταναλωτή περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- Τη διεξαγωγή συστηματικών επιθεωρήσεων σε επιχειρήσεις τροφίμων για τον έλεγχο της τήρησης των κανόνων Ορθής Υγιεινής Πρακτικής και Ορθής Βιομηχανικής Πρακτικής, καθώς και των συστημάτων διασφάλισης υγιεινής των τροφίμων (Η.Α.Σ.Σ.Ρ.).
- Το συστηματικό έλεγχο των τροφίμων κατά τη διακίνηση, εμπορία και διάθεσή τους.
- Την παροχή τεχνικής βοήθειας προς τους παραγωγικούς κλάδους, μέσω της έκδοσης οδηγιών υγιεινής και σεμιναρίων.
- Την αντιμετώπιση των διάφορων διατροφικών κρίσεων.
- Τη διαμόρφωση ελληνικών θέσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την εισήγηση για τη διαμόρφωση εθνικής νομοθεσίας σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την επικοινωνία με τον καταναλωτή με σκοπό την πληροφόρησή του και την εκπαίδευσή του σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την προστασία του καταναλωτή από παραπλανητικές εμπορικές πρακτικές ή από τη νόθευση τροφίμων.
- Το συντονισμό των νομαρχιακών υπηρεσιών που ασκούν έλεγχο σε θέματα ασφάλειας τροφίμων.
- Την εγκατάσταση περισσότερο αποτελεσματικών συστημάτων αξιολόγησης, παρακολούθησης και διαχείρισης διατροφικών κινδύνων.

Οι έλεγχοι του Ε.Φ.Ε.Τ. περιλαμβάνουν:

- Ελέγχους που αφορούν στα οργανοληπτικά χαρακτηριστικά.
- Ελέγχους που αφορούν στα συστατικά και στις πρόσθετες ουσίες.
- Ελέγχους των σημάτων καταλληλότητας.
- Ελέγχους που αφορούν στις μικροβιολογικές προδιαγραφές.
- Ελέγχους που αφορούν στην παρουσία χημικών και φυσικών ρυπαντών και ραδιενέργειας.
- Ελέγχους που αφορούν στην ποιότητα ή/και νοθεία.
- Ελέγχους που αφορούν στη σωστή επισήμανση.

- Ελέγχους που αφορούν στην παραπλανητική διαφήμιση, παρουσίαση.
- Ελέγχους υλικών που έρχονται σε επαφή με τα τρόφιμα.

5.7 Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

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

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

5.8 Εθνικό Κέντρο Έρευνας Φυσικών Επιστημών «Δημόκριτος»

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

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

Οι επιστημονικές δραστηριότητες του κέντρου υλοποιούνται μέσω οκτώ διοικητικά αυτόνομων ινστιτούτων, τα οποία είναι:

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

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

Από το σύνολο των προαναφερθέντων δραστηριοτήτων, αυτές που έχουν άμεση σχέση με τη Δημόσια Υγεία είναι οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την εφαρμογή των εθνικών και διεθνών κανονισμών ακτινοπροστασίας. Ο «Δημόκριτος» είναι ο μοναδικός και αποκλειστικός φορέας που είναι εξουσιοδοτημένος για την επιστημονική και τεχνική υποστήριξη της τήρησης των κανονισμών ακτινοπροστασίας σε όλη τη χώρα.

Οι δραστηριότητες αυτές αναφέρονται στους παρακάτω τομείς:

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

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

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

- Το σχεδιασμό, την προώθηση, το διυπουργικό συντονισμό και την εφαρμογή εθνικής πολιτικής σχετικά με την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ουσιοεξαρτημένων ατόμων.
- Τη μελέτη του προβλήματος των ουσιοεξαρτήσεων σε εθνικό επίπεδο, την παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων πληροφοριών και την ευαισθητοποίηση του κοινού.
- Την ίδρυση και αποτελεσματική λειτουργία κέντρων πρόληψης, θεραπευτικών μονάδων και κέντρων κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

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

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

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

Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ. έχει αναπτύξει ένα δίκτυο υπηρεσιών, το οποίο διευρύνεται συνεχώς, ώστε να καλυφθούν κατά το δυνατόν οι πολύπλευρες ανάγκες σε θέματα πρόληψης, θεραπείας, κοινωνικής και επαγγελματικής ενσωμάτωσης και μείωσης της βλάβης.

Το δίκτυο υπηρεσιών του Ο.ΚΑ.ΝΑ. περιλαμβάνει υπηρεσίες, προγράμματα και δράσεις στους τομείς:

- πρόληψης
- θεραπείας
- κοινωνικής επανένταξης
- άμεσης πρόσβασης και
- υποστηρικτικές υπηρεσίες.

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

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

Το Ε.Κ.Ε.Β.ΥΛ. δραστηριοποιείται στη διενέργεια των εργαστηριακών δοκιμών και ελέγχων σε ιατροτεχνολογικά προϊόντα, για λογαριασμό του Ε.Ο.Φ., με βάση ευρωπαϊκά και διεθνή πρότυπα, ενώ από το 1998 το κέντρο πιστοποιεί ιατροτεχνολογικά προϊόντα και χορηγεί τη σήμανση CE.

Το Ε.Κ.Ε.Β.ΥΛ. έχει διαπιστευτεί από το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ.), ως προς το πρότυπο EN 45012, για την πιστοποίηση Συστημάτων Διασφάλισης Ποιότητας Εταιριών, με Πεδίο Εφαρμογής και τον Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Μέριμνας, και ως προς το πρότυπο EN 45011, για τη πιστοποίηση ιατροτεχνολογικών προϊόντων.

Το Ε.Κ.Ε.Β.ΥΛ. δραστηριοποιείται στο χώρο της υγείας και εστιάζει στην ιατρική τεχνολογία. Λειτουργεί ως:

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

Από τις δραστηριότητες αυτές, εκείνες που σχετίζονται κατά κύριο λόγο με τη Δημόσια Υγεία είναι ο Ποιοτικός Έλεγχος Ιατροτεχνολογικών Προϊόντων.

Το Ε.Κ.Ε.Β.ΥΛ. διαθέτει σύγχρονα εργαστήρια ποιοτικού ελέγχου ιατροτεχνολογικών προϊόντων στα οποία διεξάγονται εργαστηριακοί έλεγχοι με βάση ευρωπαϊκά και διεθνή πρότυπα (EN, EurPh, ISO κ.ά.).

5.11 Εθνικό Κέντρο Διαβήτη (Ε.ΚΕ.ΔΙ.)

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

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

στο καταστατικό του, το Ε.ΚΕ.ΔΙ. έχει ως σκοπό τη συστηματική αντιμετώπιση και παρακολούθηση, το συντονισμό και την υποβοήθηση των ενεργειών για την έρευνα, την πρόληψη και τη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη και των επιπλοκών του.

Στο πλαίσιο αυτό, η αποστολή του κέντρου αναφέρεται στα εξής:

- Στην υποστήριξη και στο συντονισμό της παροχής πρωτοβάθμιων και νοσοκομειακών υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης και νοσηλείας στους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη.
- Στην υποβοήθηση και στο συντονισμό των Εξωτερικών Διαβητολογικών Ιατρείων και Διαβητολογικών Κέντρων που λειτουργούν σε όλη τη χώρα.
- Στην παρακολούθηση της πορείας των επιπλοκών της νόσου, καθώς και στην αξιολόγηση των επιδημιολογικών στοιχείων.
- Στη διεξαγωγή και συντονισμό ερευνητικών προγραμμάτων στο πεδίο του σακχαρώδη διαβήτη.
- Στην υποβολή εισηγήσεων στο Υπουργείο Υγείας για ερευνητικά προγράμματα και διαμόρφωση πολιτικών με σκοπό την αντιμετώπιση του διαβήτη.
- Στην παροχή ενημέρωσης στους γιατρούς και στο νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό, σε θέματα γύρω από το σακχαρώδη διαβήτη και τη διαφώτιση του κοινού με στόχο την καλύτερη πρόληψη της νόσου.
- Στη συνεργασία με τις κρατικές υπηρεσίες, ερευνητικά ιδρύματα, διεθνείς οργανισμούς και επιστημονικές εταιρίες, που έχουν δραστηριότητες συναφείς προς τους σκοπούς του κέντρου.
- Στην οργάνωση συνεδρίων, διαλέξεων, ανακοινώσεων καθώς και κάθε είδους επιστημονικής και ερευνητικής δραστηριότητας σχετικής με το αντικείμενο του.
- Στην ίδρυση και λειτουργία Πρότυπου Εργαστηρίου Μοριακής Βιολογίας με ερευνητικό αντικείμενο σχετικό με το διαβήτη.
- Στη χορηγία υποτροφιών για τη μετεκπαίδευση σε ερευνητικά κέντρα του εσωτερικού ή εξωτερικού.
- Στην έκδοση βιβλίων ή περιοδικών εκδόσεων.

«...το κράτος **μεριμνά**
για την υγεία
των πολιτών...»

Άρθρο 21, παρ. 3 του Συντάγματος

Κεφάλαιο 3ο

Συνοπτική Ανασκόπηση της Νομοθεσίας

1. Από την Ίδρυση του Ελληνικού Κράτους Μέχρι το 1940

Οι πρώτες προσπάθειες οργάνωσης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα εμφανίζονται ήδη από τα πρώτα χρόνια της ίδρυσης του ελληνικού κράτους.

Το 1833, η Γραμματεία των Εσωτερικών επιφορτίζεται, μεταξύ άλλων, με τα καθήκοντα της «Υγειονομικής Αστυνομίας» και αναλαμβάνει να ιδρύσει την πρώτη υγειονομική υπηρεσία της χώρας. Παράλληλα, με το Διάταγμα της 30.10.1833 θεσπίζεται ο θεσμός του νομίατρου, ως υπεύθυνου για τα υγειονομικά θέματα κάθε νομού.

Το 1836, με Διάταγμα της 31.12.1836 «Περί εμποδισμού της μεταδόσεως των μολυσματικών αρρωστιών», θεσπίζεται μια σειρά μέτρων για την καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων. Το 1845, ψηφίζεται ο «Υγειονομικός νόμος» ΚΒ'/1845, ο οποίος αποτελεί τον πρώτο ολοκληρωμένο υγειονομικό κανονισμό και παράλληλα, ο νόμος ΚΓ'/1845 «Περί υγειονομικών αρχών εν γένει», ο οποίος καθορίζει την οργάνωση των υγειονομείων και λοιμοκαθαρηρίων στα λιμάνια της χώρας.

Από τα μέσα του 19ου αιώνα και μέχρι τις αρχές του 20ου, παρατηρείται μία μακρά περίοδος στασιμότητας τόσο για τις υγειονομικές υπηρεσίες, όσο και για την πρόοδο της υγειονομικής νομοθεσίας. Το 1870, ο θεσμός του νομίατρου καταργείται και σταδιακά

ακολουθεί η κατάργηση των επαρχιακών γιατρών και των εμβολιαστών.

Το 1914, ψηφίζεται ο νόμος 346/1914 «Περί επιβλέψεως της Δημοσίας Υγείας», ο οποίος αποτελεί την πρώτη αξιόλογη προσπάθεια αναδιοργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών, με διατάξεις τόσο για την κεντρική υγειονομική υπηρεσία που ανήκει ακόμη στην αρμοδιότητα του Υπουργείου των Εσωτερικών, όσο και για τις περιφερειακές υγειονομικές υπηρεσίες των νομών της χώρας.

Το 1922, με το Ν. 2882, ιδρύεται για πρώτη φορά το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας, που αποτελεί σταθμό στην εξέλιξη των υγειονομικών υπηρεσιών.

Τον επόμενο χρόνο, με το Ν.Δ. της 28.10.1923 «Περί οργανώσεως της περιφερικής υγειονομικής υπηρεσίας», επιχειρείται αναδιοργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών των νομών και ο διορισμός νομιάτρων, αφού οι προβλεπόμενοι από το Ν. 346/1914 δεν διορίστηκαν ποτέ.

Στις 12.1.1926 το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας καταργείται και οι αρμοδιότητές του επανέρχονται στο Υπουργείο Εσωτερικών, ενώ οι υπηρετούντες νομιάτροι απολύονται. Τον Αύγουστο όμως του ίδιου χρόνου, με Ν.Δ. της 28.8.1926, το Υπουργείο επανιδρύεται και οι απολυθέντες νομιάτροι επιστρέφουν στις θέσεις τους.

Το 1928, ιδρύεται αυτοτελές Υφυπουργείο Υγιεινής μέσα στο Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Το ίδιο έτος η κυβέρνηση Ελευθερίου Βενιζέλου με Υπουργό Υγείας το γιατρό Α. Παππά και Υφυπουργό Υγιεινής τον Απόστολο Δοξιάδη αποφασίζει τη ριζική αναδιοργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και απευθύνεται στην Κοινωνία των Εθνών στο Τμήμα Διεθνούς Υγείας. Επιτροπή από ξένους εμπειρογνώμονες επισκέπτεται τη χώρα και στις αρχές του 1929 παραδίδει την έκθεση της στην ελληνική κυβέρνηση. Η έκθεσή της περιελάμβανε 148 επιμέρους εκθέσεις, οι οποίες συνέδεαν τις συνθήκες υγιεινής με τις δημογραφικές, οικονομικές και οικιστικές συνθήκες κάθε περιοχής. Τα συμπεράσματα είχαν διεθνές αντίκτυπο καθώς έγιναν αντικείμενο διπλωματικής αλληλογραφίας στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Χαρακτηριστικά αναφέρεται: «Η Ελλάδα είναι επικίνδυνη χώρα από άποψη υγιεινής... για την Ευρώπη γενικότερα». (Κρεμαστινού 2007).

Με το νόμο 4172 του 1929, το Υφυπουργείο Υγιεινής μετατρέπεται σε αυτοτελές Υπουργείο. Το ίδιο έτος, με το Ν.4333/1929, ιδρύεται το Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών και με το νόμο 4069/1929 ιδρύεται η Υγειονομική Σχολή Αθηνών.

Το 1934, ψηφίζεται ο Ν. 6008/1934 «Περί οργανώσεως της Περιφερειακής Υγειονομικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως» με τον οποίο επιχειρείται αναδιοργάνωση των περιφερειακών υπηρεσιών.

Το 1940, με τον Αναγκαστικό Νόμο 2588/1940 «Περί μετονομασίας του Υπουργείου Υγιεινής και Αντιλήψεως και οργανώσεως των υπηρεσιών αυτού» γίνεται τροποποίηση στον οργανισμό του υπουργείου.

Με σκοπό την αντιμετώπιση πολλαπλών υγειονομικών προβλημάτων, από το 1862 ξεκίνησε η ίδρυση διαφόρων επανορθωτικών, προληπτικών και προστατευτικών ιδρυμάτων.

Συγκεκριμένα δημιουργήθηκαν:

- Τα φρενοκομεία, που ιδρύθηκαν με νόμο του 1862. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Κέρκυρας και το Αιγινήτειο.
- Τα λωβοκομεία ή λεπροκομεία, που ιδρύθηκαν με το Νόμο 6/7/1872. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται το Λεπροκομείο της Σάμου και το Λεπροκομείο της Σπιναλόγκα.
- Τα οφθαλματρεία.
- Τα ιδρύματα κατά της φυματίωσης, όπως το θεραπευτήριο «Η Σωτηρία», το οποίο ιδρύθηκε με διάταγμα του 1902.
- Τα ιδρύματα κατά των αφροδισίων νόσων, όπως το νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός», το οποίο ιδρύθηκε με το νόμο 3354/1909.
- Νοσοκομεία, όπως το θεραπευτήριο «Ο Ευαγγελισμός» (1881), το Αρεταίειο (1906), η Πολυκλινική Αθηνών (1914), το νοσοκομείο του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (1917) και το Νοσοκομείο Λοιμωδών Νόσων (1920).
- Τα λοιμοκαθατήρια και τα υγειονομεία (1845) τα απολυμαντήρια, το Λυσοιατρείο και Δαμαλιδοκομείο Αθηνών (1914) (Κρεμαστινού 2007).

2. Η Μεταπολεμική Περίοδος Μέχρι την Ίδρυση του Ε.Σ.Υ.

Αμέσως μετά τον πόλεμο και την απελευθέρωση, με το Ν. 8/1944, το προπολεμικό ενιαίο Υπουργείο Εθνικής Πρόνοιας διαχωρίζεται στα Υπουργεία Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Τον επόμενο χρόνο, τα δύο Υπουργεία επανενώνονται και τρεις μήνες μετά, διαχωρίζονται και πάλι.

Το 1951, με το Ν. 1671/1951, συστήνεται εκ νέου το ενιαίο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας.

Το 1953 ψηφίζεται το Ν.Δ. 2592/1953 «Περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», με το οποίο καθορίζεται η οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Το 1960, με το Β.Δ. 682/1960 «Περί οργάνωσης του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας» επανακαθορίζεται ο οργανισμός του υπουργείου.

Το 1964 με το Ν.Δ. 4372/1964 δημιουργήθηκε ανεξάρτητο Υπουργείο Υγιεινής, το οποίο λίγο αργότερα με τον Α.Ν. 7/1967 συγχωνεύθηκε και πάλι ως Γενική Διεύθυνση Υγιεινής στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας, το οποίο με το Ν.Δ. 1/1968 μετονομάστηκε σε Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Στη μεταπολιτευτική περίοδο, με το Π.Δ. 544/1977 «Περί Οργανισμού του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών» καθορίζεται η οργάνωση και οι αρμοδιότητες των κεντρικών και Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Το 1983 ψηφίζεται ο Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», που αποτελεί το θεμελιώδη νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τη βάση της σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

3. Η Σύγχρονη Νομοθεσία για τη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα

Το νομικό πλαίσιο που ισχύει σήμερα για τη Δημόσια Υγεία καθορίζεται από μια σειρά νομοθετημάτων που έχουν θεσπισθεί κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Από πλευράς περιεχομένου, η νομοθεσία για τη Δημόσια Υγεία μπορεί να διακριθεί σε πέντε μέρη:

- α) Τη νομοθεσία για τις Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.
- β) Τη νομοθεσία για τις Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.
- γ) Τη νομοθεσία για τις Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.
- δ) Τη νομοθεσία για τους Εθνικούς Οργανισμούς που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία.
- ε) Τη νομοθεσία για το περιεχόμενο και τα μέτρα προστασίας της Δημόσιας Υγείας.

3.1 Η Νομοθεσία για τις Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Η Νομοθεσία για τις Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας αναφέρεται ουσιαστικά στον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, στον οποίο εντάσσονται οι Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Κατά τη μεταπολιτευτική περίοδο μέχρι σήμερα, έχουν υπάρξει δύο προεδρικά διατάγματα, τα οποία καθόρισαν τον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας (με την εκάστοτε ονομασία του) και επιπλέον δύο νόμοι που αφορούν ειδικά στη Δημόσια Υγεία και οι οποίοι επέφεραν αλλαγές στον ισχύοντα Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, ιδίως σε ότι αφορά στις Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Τα νομοθετήματα αυτά είναι τα εξής:

Το Π.Δ. 138/1992 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΦΕΚ 68Α'/1992).

Το Π.Δ. 95/2000 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (ΦΕΚ 76Α'/2000).

Το Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 197Α'/2003).

Το Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).

Ο ισχύον οργανισμός του Υπουργείου Υγείας είναι αυτός που καθορίζεται με βάση το Π.Δ. 95/2000 και τις τροποποιήσεις που επέφεραν σε αυτό, σε ότι αφορά στις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, οι νόμοι 3172/2003 και 3370/2005.

Ειδικότερα, με το Ν. 3172/2003:

- Θεσπίστηκε η συγκρότηση του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.) ως του ανώτατου επιστημονικού και γνωμοδοτικού οργάνου για τα θέματα της Δημόσιας Υγείας.
- Επιδιώχθηκε η οργάνωση της διατομεακής συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία, με τη συγκρότηση της Διαγραμματειακής Συντονιστικής Δημόσιας Υγείας.
- Συστήθηκε στο Υπουργείο Υγείας η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, στην οποία εντάχθηκαν όλες οι διευθύνσεις που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία.
- Καθορίστηκε η δομή, οι αρμοδιότητες και ο τρόπος λειτουργίας των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Με το Ν. 3370/2005:

- Ιδρύθηκε Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας στο υπουργείο.
- Επαναπροσδιορίστηκε η διάρθρωση και οι αρμοδιότητες της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας.
- Περιήλθαν στην αρμοδιότητα των Υγειονομικών Περιφερειών οι Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των περιφερειών.

Με βάση τις ισχύουσες διατάξεις, η δομή των Κεντρικών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας της χώρας είναι η εξής:

- Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης λειτουργεί η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, η οποία έχει την πολιτική ευθύνη της χάραξης, άσκησης και εποπτείας της πολιτικής Δημόσιας Υγείας, καθώς και της λειτουργίας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Οι Κεντρικές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας του υπουργείου είναι συγκροτημένες σε μία γενική διεύθυνση, τη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, στην οποία υπάγονται πέντε διευθύνσεις και δύο αυτοτελή τμήματα.

3.2 Η Νομοθεσία για τις Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Με την ίδρυση της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και τη μεταβίβαση σε αυτή των αρμοδιοτήτων Υγείας και Πρόνοιας, το Υπουργείο Υγείας έμεινε στην ουσία χωρίς εκτελεστικό μηχανισμό στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, αφού πλην της κεντρικής υπηρεσίας, όλες οι άλλες υπηρεσίες ανήκουν πλέον στη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Το πρόβλημα αυτό επιχειρήθηκε να λυθεί το 1997, με την ίδρυση των 13 Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, οι οποίες ανήκαν στις αντίστοιχες περιφέρειες της χώρας. Η νομοθεσία που διέπει τις Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας καθορίζεται με τα εξής νομοθετήματα:

Το Ν. 2503/1997 «Διοίκηση, οργάνωση, στελέχωση της περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων για την τοπική αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 107Α'/1997).

Το Ν. 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 165Α'/1997).

Την Υ.Α. Δ3α/οικ.357/1998 «Σύσταση θέσεων προσωπικού στις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας» (ΦΕΚ 435Β'/1998).

Την Υ.Α. Δ3α/οικ.509/1999 «Σύσταση θέσεων προσωπικού στις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας» (ΦΕΚ 1593Β'/1999).

Το Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 197Α'/2003).

Το Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).

Ειδικότερα, με τους νόμους 2503 και 2519 του 1997, σε κάθε περιφέρεια ιδρύθηκαν Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας, οι οργανικές θέσεις προσωπικού των οποίων καθορίστηκαν στη συνέχεια με τις Υ.Α. 357/1998 και 509/1999.

Με το Ν. 3172/2003 οι Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας των Περιφερειών μετονομάστηκαν σε Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας, ενώ καθορίστηκαν με σαφήνεια η εσωτερική διάρθρωση, οι αρμοδιότητες και ο τρόπος λειτουργίας τους.

Στη συνέχεια, με το Ν. 3370/2005, οι Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας διαιρέθηκαν σε δύο, εκ των οποίων το μεν Τμήμα Πρόνοιας παρέμεινε στις Περιφέρειες, ενώ η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας περιήλθε στην αρμοδιότητα της αντίστοιχης Διοίκησης Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.).

Τέλος, στο Ν. 3527/2007, με τον οποίο οι 17 Δ.Υ.ΠΕ. συγχωνεύθηκαν σε 6 Υγειονομικές Περιφέρειες, δεν διευκρινίζεται αν επέρχεται αντίστοιχη συγχώνευση και στις Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας.

Σύμφωνα με το Ν. 3172/2003 και τις τροποποιήσεις του με βάση το Ν. 3370/2005, κάθε Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

- α) Τμήμα Υπηρεσιών και Επαγγελματιών Υγείας.
- β) Τμήμα Προστασίας και Προαγωγής Περιβάλλοντος.
- γ) Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας.
- δ) Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης.

3.3 Η Νομοθεσία για τις Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Όπως αναφέρθηκε, η Νομοθεσία για τις Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας έχει τις ρίζες της στην ίδρυση του Ελληνικού κράτους. Εντούτοις, η σύγχρονη φυσιογνωμία των νομαρχιακών υπηρεσιών καθορίστηκε από μια σειρά νομοθετημάτων, τα οποία είναι τα εξής:

Το Π.Δ. 544/1977 «Περί Οργανισμού του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών» (ΦΕΚ 178Α'/1977).

Το Π.Δ. 224/1989 «Οργάνωση Νομαρχιακών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας» (ΦΕΚ 104Α'/1989).

Το Ν. 2218/1994 «Ίδρυση Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ90Α'/1994).

Το Ν. 2240/1994 «Συμπλήρωση διατάξεων για τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 153Α'/1994).

Το Π.Δ. 51/2001 «Οργάνωση και λειτουργία του Οργανισμού Περιθαλψής Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)» (ΦΕΚ 41Α'/2001).

Το Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 197Α'/2003).

Το Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).

Ειδικότερα, με το Π.Δ. 544/1977 και στη συνέχεια με το Π.Δ. 224/1989, καθορίστηκε η δομή, η διάρθρωση και οι αρμοδιότητες των Νομαρχιακών Διευθύνσεων Υγιεινής, όταν αυτές ανήκαν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας.

Στη συνέχεια, με την ίδρυση της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης με το Ν. 2218/1994, όλες οι υπηρεσίες και οι αρμοδιότητες των Νομαρχιακών Διευθύνσεων Υγείας και Πρόνοιας περιήλθαν στη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Με βάση τους δύο νόμους για τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση, οι Ν.Α. απέκτησαν δικούς τους οργανισμούς, στους οποίους περιέλαβαν τις προϋπάρχουσες νομαρχιακές υπηρεσίες.

Με το Π.Δ. 51/2001 και την ίδρυση του Ο.Π.Α.Δ., οι νομαρχιακές υπηρεσίες απαλλάχθηκαν από τις αρμοδιότητες περίθαλψης των δημοσίων υπαλλήλων και απέκτησαν την τελική μορφή και τις σημερινές τους αρμοδιότητες.

Τέλος, με το Ν. 3172/2003 καθορίζεται ένα ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, για όλες τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις.

3.4 Η Νομοθεσία για τους Οργανισμούς Δημόσιας Υγείας

Παράλληλα με την εξέλιξη της νομοθεσίας για τις Κεντρικές και Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, έχει συγκροτηθεί σταδιακά στη χώρα ένα νομικό πλαίσιο που αφορά μία σειρά οργανισμών Δημόσιας Υγείας, οι οποίοι ιδρύθηκαν και λειτουργούν σήμερα στην Ελλάδα, και οι οποίοι εξυπηρετούν τις ανάγκες και τις λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας. Οι ρίζες του νομικού αυτού πλαισίου βρίσκονται στις δεκαετίες του 1910 και 1920, οπότε είχε προβλεφθεί για πρώτη φορά η ίδρυση του Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur, η ίδρυση του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας, και η ίδρυση της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών (μετέπειτα Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας).

Για να παρακολουθήσουμε καλύτερα το περιεχόμενο της νομοθεσίας αυτής, επιλέχθηκε η παρουσίαση των διαφόρων νομοθετημάτων, αντίστοιχα με τον οργανισμό Δημόσιας Υγείας.

3.4.1 Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας

Η ίδρυση του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.) πραγματοποιήθηκε το 1920 και είναι ένας από τους πρώτους υποστηρικτικούς μηχανισμούς της Δημόσιας Υγείας. Το νομικό πλαίσιο που καθόρισε την πρόσφατη οργανική και λειτουργική πραγματικότητα του Κ.Ε.Δ.Υ. προσδιορίζεται από τα εξής νομοθετήματα:

Το Π.Δ. 95/2000 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (ΦΕΚ 76Α'/2000).

Το Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 197Α'/2003).

Το Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).

Συγκεκριμένα, με το Π.Δ. 95/2000 και το Ν. 3172/2003, το Κ.Ε.Δ.Υ. λειτουργεί ως υπηρεσιακή μονάδα του Υπουργείου Υγείας, αρχικά σε επίπεδο τμήματος και στη συνέχεια σε επίπεδο διεύθυνσης. Στη συνέχεια, με το Ν. 3370/2005, η αρμοδιότητα του Κ.Ε.Δ.Υ. μεταφέρεται από το Υπουργείο Υγείας στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), καθεστώς με το οποίο λειτουργεί σήμερα.

3.4.2 Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας

Η ίδρυση των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) προβλέπεται από το Ν. 2519/1997. Το νομικό πλαίσιο που καθόρισε την οργανική και λειτουργική τους κατάσταση από την ίδρυσή τους και εξής, προσδιορίζεται από τα εξής νομοθετήματα:

Το Ν. 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 165Α'/1997).

Το Π.Δ. 95/2000 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (ΦΕΚ 76Α'/2000).

Το Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 197Α'/2003).

Το Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).

Συγκεκριμένα, με το Ν. 2519/1997, τα Π.Ε.Δ.Υ. ιδρύονται ως αποκεντρωμένες μονάδες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Με το Ν. 3172/2003, εντάσσονται στον οργανισμό των περιφερειών, ως τμήματα των αντίστοιχων διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας των περιφερειών. Τέλος, με το Ν. 3370/2005 η αρμοδιότητα των Π.Ε.Δ.Υ. περιέρχεται στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.).

3.4.3 Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur

Το Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur (Ε.Ι.Ρ.) ιδρύθηκε με το Β.Δ. της 26/4/1919.

Η σύγχρονη λειτουργία του βασίζεται στο:

Ν. 390/1976 «Περί κυρώσεως της εν Αθήναις την 24ην Οκτωβρίου 1975 υπογραφείσης Συμβάσεως μεταξύ της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας και του Ινστιτούτου Pasteur Παρισίων περί του εν Αθήναις Ελληνικού Ινστιτούτου Pasteur (Ίδρυμα Β. Ζαχάρωφ)» (ΦΕΚ 202Α/1976).

Ο Ν. 390/1976 καθορίζει τη νομική μορφή, το σκοπό, την οργάνωση και τη διοίκηση του, καθώς και τον τρόπο συνεργασίας μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και του Γαλλικού Ινστιτούτου Pasteur.

3.4.4 Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Η ίδρυση της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών προβλέπεται για πρώτη φορά το 1925, με το Ν.Δ. της 6.9.1925, το οποίο δεν ενεργοποιήθηκε. Στη συνέχεια, με το Ν. 4333/1929, ιδρύεται το Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών και η Υγειονομική Σχολή μέσα σ' αυτό.

Το 1981, καθορίστηκε με Π.Δ. η διάρθρωση της σχολής. Μέχρι το 1994, η Υγειονομική Σχολή Αθηνών λειτουργούσε ως αποκεντρωμένη μονάδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Από το 1994, διαμορφώθηκε το νομικό πλαίσιο που διέπει τη σημερινή λειτουργία της, με τους ακόλουθους νόμους:

Το Π.Δ. 1233/1981 «Περί οργανώσεως και λειτουργίας της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών και περί προσόντων και διαδικασίας διορισμού του προσωπικού αυτής» (ΦΕΚ 306Α/1981).

Το Ν. 2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 34Α/1994).

Το Ν. 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 165Α/1997).

Το Ν. 2920/2001 «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 131Α/2001).

Συγκεκριμένα, το μεν Π.Δ. 1233/1981 καθορίζει την εσωτερική διάρθρωση της σχολής, ενώ με τις διατάξεις των τριών ανωτέρω νομοθετημάτων, η Υγειονομική Σχολή Αθηνών, μετονομάζεται σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.), αποτελεί εκπαιδευτικό και ερευνητικό ίδρυμα με τη μορφή Ν.Π.Δ.Δ. και αποκτά διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

3.4.5 Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού

Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού ιδρύθηκε το 1965. Η λειτουργία του ινστιτούτου διέπεται από τις διατάξεις του:

Π.Δ. 867/1979 «Περί του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού» (ΦΕΚ 249Α'/1979).

Το Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).

Το Π.Δ. 867/1979 καθορίζει το σκοπό, τη διοίκηση, την οργάνωση και τον τρόπο λειτουργίας του ινστιτούτου, ενώ με το άρθρο 12 του Ν. 3370/2005 εντάχθηκε στο καθεστώς των ερευνητικών ιδρυμάτων.

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

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων ιδρύθηκε το 1992, με την επωνυμία Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.). Το κέντρο απέκτησε τη σημερινή του μορφή και επωνυμία με το Ν. 3370/2005. Το νομικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία του καθορίζεται από τις ακόλουθες διατάξεις:

Το Ν. 2071/1992 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας» (ΦΕΚ 123Α'/1992).

Το Π.Δ. 358/1992 «Οργάνωση - Λειτουργία - Αρμοδιότητες του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων» (ΦΕΚ 179Α'/1992).

Την Υπουργική Απόφαση Υ1/οικ.5028 «Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας του Κ.Ε.Ε.Λ.» (ΦΕΚ 831Β'/2001).

Το Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).

Το άρθρο 21 του Ν. 2071/1992 προβλέπει την ίδρυση του Κέντρου Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων, ο οργανισμός του οποίου καθορίστηκε με το Π.Δ. 358/1992. Με το Ν. 3370/2005, το Κ.Ε.Ε.Λ. μετονομάζεται σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, αποκτά νέα οργανική διάρθρωση και αρμοδιότητες, ενώ ενσωματώνονται σε αυτό το Κεντρικό και τα Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας, καθώς και το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών.

3.4.7 Οργανισμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)

Ο Οργανισμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών ιδρύθηκε το 1993. Το νομικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία του καθορίζεται με το νόμο:

N. 2161/1993 «Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων του Ν. 1729/1987»
 «Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις»
 (ΦΕΚ 119Α'/1993).

Ο Ν. 2161/1993 καθορίζει το σκοπό, τη δομή και τη διοίκηση του Ο.ΚΑ.ΝΑ., τις υπηρεσίες και τα προγράμματα που αναπτύσσει, τον τρόπο της συνεργασίας του με την Τοπική και Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση και άλλους φορείς.

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

Ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.) ιδρύθηκε το 1999.

Η βασική νομοθεσία που διέπει τη λειτουργία του είναι η εξής:

Το Ν. 2741/1999 «Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων» (ΦΕΚ 199/28-09-1999).

Το Π.Δ. 223/2000 «Οργανισμός του Ενιαίου Φορέα Ελέγχου Τροφίμων»
 (ΦΕΚ 192Α'/2000).

Το Ν. 3066/2002 «Σύσταση φορέα εγγυοδοσίας μικρών και πολύ μικρών επιχειρήσεων...
 και άλλες διατάξεις»
 (ΦΕΚ 252Α'/2002 - Κεφάλαιο Ε' Τροποποιήσεις του Ν. 2741/1999).

Η Κ.Υ.Α. 487/2000 «Υγιεινή των τροφίμων σε συμμόρφωση με την Οδηγία 93/43/ΕΚ του Συμβουλίου» (ΦΕΚ 1219 Β'/2000).

Η Υ.Α. 764/2001 «Συνεργασία Ε.Φ.Ε.Τ. με τους φορείς που διενεργούν ελέγχους
 στον τομέα τροφίμων» (ΦΕΚ 14 Β'/2001).

Η Κ.Υ.Α. Υ2/2600/2001 «Ποιότητα του νερού ανθρώπινης κατανάλωσης,
 σε συμμόρφωση προς την οδηγία 98/83/Ε.Κ. του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης της
 3ης Νοεμβρίου 1998» (ΦΕΚ 892 Β'/2001).

Ο Ε.Φ.Ε.Τ. ιδρύθηκε με το Ν. 2741/1999, ενώ με το Π.Δ. 223/2000 καθορίστηκε ο οργανισμός του. Η Κ.Υ.Α. 487/2000 όρισε τον Ε.Φ.Ε.Τ. ως τον επίσημο φορέα για την εφαρμογή του HACCP στην Ελλάδα, ενώ η Κ.Υ.Α. 2600/2001 τον όρισε ως συναρμόδιο για τα θέματα ελέγχου του νερού ανθρώπινης κατανάλωσης. Η Υ.Α. 764/2001 καθορίζει τον τρόπο συνεργασίας του Ε.Φ.Ε.Τ. με τις συναρμόδιες υπηρεσίες και φορείς που διενεργούν ελέγχους τροφίμων.

3.4.9 Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.)

Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) ιδρύθηκε το 1983, με το Ν. 1316/1983. Το νομικό πλαίσιο που διέπει τη λειτουργία του έχει διαμορφωθεί μέσα από μια σειρά νομοθετημάτων και νομοθετικών ρυθμίσεων, τα σημαντικότερα των οποίων είναι:

Ο Ν. 1316/1983 «Ίδρυση, οργάνωση και αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας (Ε.Φ.), της Κρατικής Φαρμακαποθήκης (Κ.Φ.) και τροποποίηση και συμπλήρωση της φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 3Α'/1983).

Ο Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143Α'/1983).

Το Π.Δ. 317/1984 «Καθορισμός των ειδικών τυπικών προσόντων των επιστημονικών συνεργατών με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων» (ΦΕΚ 115Α'/1984).

Το Π.Δ. 142/1989 «Οργανισμός Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων» (ΦΕΚ 68Α'/1989).

Ο Ν. 1965/1991 «Τροποποίηση και συμπλήρωση των κειμένων διατάξεων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 146Α'/1991).

Ο Ν. 2737/26.08.1999 «Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 174 Α'/1999) (άρθ. 32, προσόντα Προέδρου Δ.Σ.).

Υ.Α. αριθμ.2/92492/0022/13.01.2000 «Ρύθμιση δικαιωμάτων υπαλλήλων Ε.Ο.Φ. για τη διεκπεραίωση και εκτέλεση χημικών και διοικητικών διεργασιών καθώς και του εκτελωνισμού των προϊόντων αρμοδιότητας Ε.Ο.Φ.» (ΦΕΚ 50Β'/2000).

Ο Ν. 3204/2003 «Τροποποίηση και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (άρθρα 17, 18, 19, 20 ορισμός μελών Δ.Σ. Ε.Ο.Φ. αμοιβή αυτών) (ΦΕΚ 296 Α'/2003).

Ο Ν. 3209/2003 «Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (ΦΕΚ 304 Α'/2003).

3.5 Η Νομοθεσία για την Προστασία της Δημόσιας Υγείας

Η Νομοθεσία για την Προστασία της Δημόσιας Υγείας εκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα τομέων που επηρεάζουν την υγεία. Πολλές σημαντικές για τη Δημόσια Υγεία διατάξεις περιέχονται σε νομοθετήματα που συνήθως δεν νοούνται ως νομοθετήματα Δημόσιας Υγείας (π.χ. οι τεχνικές προδιαγραφές ασφάλειας των προϊόντων, η ασφάλεια των οχημάτων, τα αγροτικά φάρμακα κ.λπ.). Ενδεικτικά αναφέρονται οι κάτωθι τομείς:

- Υγιεινή της ύδρευσης.
- Υγιεινή των τροφίμων.
- Προστασία και υγιεινή του περιβάλλοντος.
- Ακτινοπροστασία.
- Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας.

Λόγω της πολυπλοκότητας, του εύρους και της σημαντικότητας των θεμάτων που άπτονται της προστασίας της Δημόσιας Υγείας, αναλυτική κωδικοποίηση της Υγειονομικής Νομοθεσίας, προτείνεται να πραγματοποιηθεί στη δράση 6 του παρόντος Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

«...η κοινότητα συμβάλλει
στην εξασφάλιση
ενός υψηλού επιπέδου προστασίας
της ανθρώπινης ζωής,
ενθαρρύνοντας τη **συνεργασία**
μεταξύ
των κρατών-μελών και, εάν είναι απαραίτητο,
ενισχύοντας τη δράση τους...»

Άρθρο 129 της Συνθήκης του Μάαστριχ, 1992

Κεφάλαιο 4ο

Οι Κοινοτικές Κατευθύνσεις και οι Προτεραιότητες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

1. Οι Κοινοτικές Κατευθύνσεις για τη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα

Στο πρόγραμμα δράσης στον τομέα της υγείας, την περίοδο 2007 - 2013, προτείνονται για την Ελλάδα μια σειρά δράσεων Δημόσιας Υγείας, οι οποίες είναι συναφείς με τη γενική στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Δεδομένου ότι η υλοποίηση του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου προϋποθέτει τη σύγκλιση των δράσεων προς τους γενικούς στόχους και τις στρατηγικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι αναγκαίο οι προτάσεις της Ευρωπαϊκής Ένωσης να ληφθούν υπ' όψη κατά το σχεδιασμό ενός προγράμματος δράσης.

Οι προτάσεις δράσεων στον τομέα της Δημόσιας Υγείας κατανέμονται στους κάτωθι τομείς:

1. Παρακολούθηση της υγείας

- Επιδημιολογική παρακολούθηση και έλεγχος των ασθενειών και απειλών για την υγεία του πληθυσμού.
- Ανάπτυξη και υλοποίηση επιδημιολογικών ερευνών.

2. Βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

- Αναδιοργάνωση και ενίσχυση της ικανότητας των φορέων Δημόσιας Υγείας και διασύνδεσή τους σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.
- Δημιουργία ανεξάρτητης υπηρεσίας με αντικείμενο την έρευνα και αξιολόγηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Κατάρτιση, εφαρμογή, αξιολόγηση και αναθεώρηση Σχεδίων Δράσης για την αντιμετώπιση των αναγκών και των απειλών, καθώς και για τη διασφάλιση της λειτουργικής διασύνδεσης των φορέων.

3. Προώθηση της διασύνδεσης και συνεργασίας των φορέων Δημόσιας Υγείας

- Δημιουργία δικτύων για την επιδημιολογική παρακολούθηση και έλεγχο των ασθενειών και απειλών για την υγεία του πληθυσμού.
- Δημιουργία δικτύων για παρεμβάσεις πρόληψης, αλλά και για τη συντονισμένη ανταπόκριση των φορέων Δημόσιας Υγείας.

4. Πολιτικές διασφάλισης της ποιότητας στη Δημόσια Υγεία

- Ανάπτυξη και εφαρμογή κοινών προτύπων για εργαστήρια και κέντρα αναφοράς, με τελικό σκοπό την εφαρμογή ολοκληρωμένου προγράμματος πιστοποίησης των εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας.
- Στοχευμένες ενέργειες διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

5. Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού

- Αναβάθμιση δεξιοτήτων εργαζομένων και νεοπροσλαμβανομένων επαγγελματιών του τομέα, σε εξειδικευμένα αντικείμενα.

6. Αγωγή και προαγωγή υγείας

Παροχή υποστήριξης για την υλοποίηση προγραμμάτων ενημέρωσης/ ευαισθητοποίησης του κοινού σε θέματα Δημόσιας Υγείας, όπως ενδεικτικά:

- Στοματική υγεία για παιδιά και εφήβους.
- Καταπολέμηση της παχυσαρκίας των παιδιών και των νέων μητέρων.
- Καταπολέμηση του καπνίσματος στις νέες ηλικίες.
- Καταπολέμηση του αλκοολισμού και των εξαρτησιογόνων ουσιών.

7. Περιβαλλοντική υγεία

Διασύνδεση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με την Τοπική Αυτοδιοίκηση για:

- Την ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των απορριμμάτων.
- Την προστασία του περιβάλλοντος.
- Τη διασφάλιση των υγειονομικών συνθηκών των κοινοχρήστων χώρων.

2. Οι Προτεραιότητες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007 - 2013

Το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007 - 2013 (Ε.Σ.Π.Α.) αποτελεί το σημείο αναφοράς για τον προγραμματισμό των χρηματοδοτήσεων των Ταμείων της Ευρωπαϊκής Ένωσης στην Ελλάδα, για την περίοδο 2007 - 2013 και αποτελεί τη συνέχεια του Κοινοτικού Πλαισίου Στήριξης για τη Δ΄ προγραμματική περίοδο.

Το Ε.Σ.Π.Α. εκπονήθηκε στο πλαίσιο της νέας στρατηγικής προσέγγισης για την Πολιτική Συνοχής της Ευρωπαϊκής Ένωσης, σύμφωνα με την οποία το Ε.Σ.Π.Α. «...εξασφαλίζει ότι η συνδρομή από τα ταμεία συμβαδίζει με τις κοινοτικές στρατηγικές κατευθυντήριες γραμμές για τη συνοχή και προσδιορίζει το σύνδεσμο μεταξύ των κοινοτικών προτεραιοτήτων, αφενός και του εθνικού προγράμματος μεταρρυθμίσεων αφετέρου».

Για τη διαμόρφωση του Ε.Σ.Π.Α. 2007 - 2013 ως εγγράφου προγραμματισμού, αξιοποιήθηκαν προτάσεις, κατευθύνσεις και πολιτικές επιλογές σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, που υπεβλήθησαν στο Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών.

Οι αποφάσεις του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου του Δεκεμβρίου του 2005, με τις οποίες διασφαλίστηκαν οι πόροι της Ευρωπαϊκής Πολιτικής Συνοχής για τη χώρα, οι νέοι Κανονισμοί των Ταμείων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και οι Στρατηγικές Κατευθυντήριες Γραμμές για την Πολιτική Συνοχής, αποτέλεσαν το πλαίσιο στο οποίο βασίστηκαν, μεταξύ των άλλων, οι εθνικές αρχές προκειμένου να προσεγγίσουν τις βασικές παραμέτρους του αναπτυξιακού προγραμματισμού και να καταρτίσουν το Ε.Σ.Π.Α.

Επιπλέον, κατά τη διαμόρφωση των βασικών στρατηγικών επιλογών - προτεραιοτήτων, ελήφθησαν υπ' όψη τα κυριότερα έγγραφα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, που αναφέρονται στην αναθεωρημένη Στρατηγική της Λισσαβόνας και στο Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων για την Ανάπτυξη και την Απασχόληση 2005 - 2008, που συνιστούν τις κεντρικές μακροπρόθεσμες επιλογές για την Ευρωπαϊκή Ένωση, με τις οποίες πρέπει να συγκλίνει και η αναπτυξιακή πολιτική του νέου Ε.Σ.Π.Α.

Παράλληλα, η αναπτυξιακή στρατηγική διαμορφώθηκε και με γνώμονα εθνικές πολιτικές που διατυπώνονται σε στρατηγικά έγγραφα, όπως η Εθνική Έκθεση Στρατηγικής για την Κοινωνική Προστασία και την Κοινωνική Ένταξη 2006 - 2008, η Ψηφιακή Στρατηγική 2006 - 2013, το «Σχέδιο Ανάπτυξης Μεταφορών 2007 - 2013 και εικοσαετίας», το Εθνικό Σχέδιο Στρατηγικής Αγροτικής Ανάπτυξης της Ελλάδας 2007 - 2013 κ.λπ.

Η διάρθρωση του Αναπτυξιακού Προγράμματος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την περίοδο 2007 - 2013, βασίζεται σε τρεις πυλώνες:

- Α' πυλώνας: Προστασία της Δημόσιας Υγείας και ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- Β' πυλώνας: Βελτίωση της ανταποδοτικότητας του υγειονομικού συστήματος.
- Γ' πυλώνας: Ολοκληρωμένη Ανάπτυξη της Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ειδικότερα και σύμφωνα με τις κατευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Σχέδιο Προγράμματος Ανάπτυξης του Τομέα για τη Δ' Προγραμματική περίοδο 2007 - 2013), οι δράσεις στο τομέα της βελτίωσης και προάσπισης της Δημόσιας Υγείας είναι:

- Η παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, καθώς και των παραγόντων που την επηρεάζουν και την επιβαρύνουν.
- Η επιδημιολογική αξιολόγηση και καταγραφή των σημαντικότερων ασθενειών που εμφανίζονται στον ελληνικό πληθυσμό.
- Η καταγραφή και βελτίωση του τρόπου ζωής του πληθυσμού, με στόχο την πιο υγιεινή διαβίωση.
- Η συνεχής ενημέρωση του πληθυσμού για θέματα υγείας και υγιεινής.
- Ο ανασχεδιασμός, ο συντονισμός και η αξιολόγηση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού.
- Η καταγραφή, αξιολόγηση και κάλυψη των βασικών αναγκών υγείας του πληθυσμού.
- Η παρακολούθηση και ο έλεγχος των μολυσματικών ασθενειών και η παρεμπόδιση εξάπλωσής τους (αν και όπου εμφανιστούν).
- Ο έλεγχος των φυσικών πόρων, των αποβλήτων, της ατμοσφαιρικής ρύπανσης, με στόχο την περιβαλλοντική υγεία.
- Ο αυξημένος υγειονομικός έλεγχος στις πύλες εισόδου της χώρας και στις περιοχές με αυξημένο τουρισμό από το εξωτερικό.
- Η δημιουργία δικτύου υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας που θα καλύπτει αποτελεσματικά όλα τα ανωτέρω, σε συνεργασία υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας (Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας στην περιφέρεια, Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας στη νομαρχία, δημοτικές υπηρεσίες) με τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και τις αντίστοιχες νοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.

Στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, οι προβλεπόμενες δράσεις στοχεύουν στο γενικότερο εθνικό στόχο της εξασφάλισης σε μακροχρόνια βάση υψηλού επιπέδου υγείας και της ευεξίας του συνόλου του πληθυσμού της χώρας. Οι μελλοντικές προσπάθειες βελτίωσης και ανάπτυξης του συστήματος Δημόσιας Υγείας θα έχουν ως κεντρικό στόχο μια ολοκληρωμένη εθνική και περιφερειακή στρατηγική Δημόσιας Υγείας, που θα προασπίζει την υγεία του πληθυσμού, θα μειώνει τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα, μέσω κατάλληλων συλλογικών δράσεων.

Για την περίοδο 2007 - 2013, για τον τομέα της υγείας δεν θα υπάρχει διακριτό Επιχειρησιακό Πρόγραμμα και οι σχετικές δράσεις θα υλοποιηθούν μέσα από τα Τομεακά και Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα.

Η ιδιαιτερότητα αυτή αλλάζει τον τρόπο προσέγγισης του προγραμματισμού στον τομέα της υγείας και ειδικότερα της Δημόσιας Υγείας, διαμορφώνοντας τις ακόλουθες ιδιαίτερες ανάγκες:

- Η εκπλήρωση των στόχων του προγράμματος δράσης για τη Δημόσια Υγεία πρέπει να γίνει μέσω των άλλων Επιχειρησιακών Προγραμμάτων.
- Οι δράσεις που θα προβλεφθούν για τη Δημόσια Υγεία θα πρέπει να προσαρμοστούν και να ενταχθούν στους άξονες δράσεις των υπάρχοντων Τομεακών και Περιφερειακών Επιχειρησιακών Προγραμμάτων.
- Πρέπει να καθοριστεί ο κανονισμός και οι διαδικασίες μέσω των οποίων οι δράσεις για τη Δημόσια Υγεία θα εντάσσονται στα Τομεακά και Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα.
- Πρέπει να καθοριστεί και να οργανωθεί ο μηχανισμός συντονισμού και παρακολούθησης της υλοποίησης των δράσεων Δημόσιας Υγείας που εντάσσονται στα διάφορα Επιχειρησιακά Προγράμματα.

Στην τελική διαμόρφωση του Ε.Σ.Π.Α., οι δράσεις για τη Δημόσια Υγεία κατανέμονται σε αρκετά επιχειρησιακά προγράμματα. Ενδεικτικά αναφέρονται τα εξής:

- Οι δράσεις που σχετίζονται με την ανάπτυξη των δημόσιων υπηρεσιών θα πρέπει να ενταχθούν στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανάπτυξη της Διοικητικής Ικανότητας της Δημόσιας Διοίκησης».
- Οι δράσεις που έχουν σχέση με την ανάπτυξη των υποδομών Δημόσιας Υγείας εντάσσονται στα Περιφερειακά Επιχειρησιακά Προγράμματα.
- Οι δράσεις που αφορούν στην περιβαλλοντική υγιεινή εντάσσονται στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Περιβάλλον και Αειφόρος Ανάπτυξη».
- Ένα μεγάλο μέρος των δράσεων για τη Δημόσια Υγεία και ιδίως αυτές που αποσκοπούν στην προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, έχουν περιληφθεί στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού» και συγκεκριμένα στους άξονες προτεραιότητας 5.1 - 5.3.
- Οι δράσεις που αφορούν στην πληροφορική οργάνωση της Δημόσιας Υγείας εντάσσονται στο Επιχειρησιακό Πρόγραμμα «Ψηφιακή σύγκλιση».

«...τρώσας
καὶ
ἰάσεται...»

Ὅμηρος

Κεφάλαιο 5ο

Αξιολόγηση Συστήματος Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα

1. Κριτήρια Αξιολόγησης

Για να επιχειρηθεί μια κριτική αξιολόγηση του δικτύου των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας, είναι αναγκαίο να προσδιοριστεί ένα πλαίσιο κριτηρίων που θα επιτρέπει τη μεθοδολογικά δομημένη και κατά το δυνατό αξιόπιστη και πλήρη σύγκριση του υφιστάμενου δικτύου υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με ένα σύνολο δεικτών ή τομέων που προσδιορίζουν τα επιμέρους στοιχεία του.

Μια ρεαλιστική και επιστημονικά αποδεκτή προσέγγιση είναι, να επιδιώξει κανείς την αξιολόγηση του συστήματος Δημόσιας Υγείας μέσω της ικανότητάς του να υλοποιεί τους σκοπούς, τις λειτουργίες και τους στόχους της Δημόσιας Υγείας.

Μια τέτοια οπτική προσανατολίζει τη μεθοδολογία μας, στην απάντηση ενός ερωτήματος: «Ποιο είναι το περιεχόμενο της Δημόσιας Υγείας και σε ποιο βαθμό οι υπάρχουσες υπηρεσίες ανταποκρίνονται σ' αυτό;»

Η οπτική αυτή μας επιτρέπει να χρησιμοποιήσουμε ως κριτήριο, αυτό που η διεθνής επιστημονική κοινότητα, η διεθνής επιστημονική πρακτική και η σύγχρονη νομοθεσία στην Ελλάδα αποδέχονται σήμερα ως «περιεχόμενο» ή «αποστολή» της Δημόσιας Υγείας.

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών με βάση την προσέγγιση αυτή, προϋποθέτει αναφορά στην κατανομή των ρόλων και των αρμοδιοτήτων κάθε υπηρεσίας και πρακτικά σημαίνει ότι το υφιστάμενο πλέγμα υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας θα πρέπει να αξιολογηθεί σε σχέση με την αποστολή που κάθε υπηρεσία είναι «εντεταλμένη» να εκπληρώσει.

Σε αυτή τη μεθοδολογική βάση, λαμβάνοντας υπ' όψη τις αρμοδιότητες και τους ρόλους των υπηρεσιών, όπως αυτές αναπτύχθηκαν στο κεφάλαιο 2 του παρόντος και ανεξάρτητα από τις ενδεχόμενες αποκλίσεις που απορρέουν από ένα τόσο εκτεταμένο οργανωτικά και λειτουργικά δίκτυο υπηρεσιών, η αποστολή και το περιεχόμενο των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας μπορεί να κωδικοποιηθεί με βάση τις παρακάτω παραμέτρους:

Πολιτικές υγείας

- Χάραξη πολιτικών Δημόσιας Υγείας και καθορισμός στόχων.
- Προώθηση διατομεακής συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία.
- Καθορισμός προτεραιοτήτων και παρεμβάσεων στη Δημόσια Υγεία.
- Περιφερειακή οργάνωση και δράση.

Ανάπτυξη συστημάτων επιτήρησης της υγείας

- Ανάπτυξη μηχανισμών συλλογής και επεξεργασίας στοιχείων.
- Στατιστικές υγείας.
- Επιδημιολογική παρακολούθηση.
- Προσδιορισμός αναγκών υγείας.

Πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων

- Εμβολιασμοί.
- Πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων.
- Εντοπισμός, διερεύνηση και αντιμετώπιση επιδημιών.
- Εργαστηριακή υποστήριξη.

Πρόληψη χρόνιων νοσημάτων και ατυχημάτων

- Μείωση παραγόντων κινδύνου για αγγειακές και μεταβολικές παθήσεις και καρκίνο.
- Αγωγή και προαγωγή υγείας.
- Δευτερογενής πρόληψη καρκίνου και άλλων χρόνιων νοσημάτων.
- Πρόληψη ατυχημάτων.

Προαγωγή υγείας

- Υγεία μητέρας-παιδιού.
- Ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία.
- Προγράμματα Δημόσιας Υγείας σε ευπαθείς και ειδικές ομάδες του πληθυσμού.
- Προγράμματα για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.
- Επαγγελματική υγεία.

- Ψυχική υγεία και πρόληψη χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Περιβαλλοντική υγιεινή.
- Φυσική και κοινωνική αποκατάσταση.

Παρακολούθηση και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας

- Σχεδιασμός, προγραμματισμός και αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας.
- Εκτίμηση των συνεπειών στη Δημόσια Υγεία από τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης, της βιολογίας και της γενετικής.

Αντιμετώπιση έκτακτων απειλών

- Ανάπτυξη μηχανισμών ταχείας αντίδρασης.
- Αντιμετώπιση απειλών.
- Αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απρόβλεπτων καταστάσεων.

Επιστημονική υποστήριξη της Δημόσιας Υγείας

- Εκπαίδευση και έρευνα στη Δημόσια Υγεία.
- Επιστημονική τεκμηρίωση των δράσεων.

2. Στελέχωση των Υπηρεσιών

Η ικανότητα των υπηρεσιών να εκπληρώσουν την αποστολή και το ρόλο τους συναρτάται απόλυτα από το ανθρώπινο δυναμικό που διαθέτουν. Για το λόγο αυτό, η στελέχωση των υπηρεσιών αποτελεί σημαντικό κριτήριο αξιολόγησης.

Πριν επιχειρήσει να εξετάσει κανείς αυτό καθεαυτό το έργο των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα, είναι απαραίτητο να έχει προηγουμένως μία εικόνα για τους ανθρώπινους πόρους του συστήματος.

Με βάση τα δεδομένα που αφορούν στις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας που καλούνται σύμφωνα με την υφιστάμενη νομοθεσία να παίξουν τον ουσιαστικότερο ρόλο στην εποπτεία και εφαρμογή μέτρων και πολιτικών Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας, παρατηρούμε ότι:

- Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και οι πέντε διευθύνσεις που υπάγονται σε αυτή, διαθέτουν συνολικά περίπου 14 γιατρούς Δημόσιας Υγείας (συμπεριλαμβανομένων των διευθυντών), 2 Επισκέπτες Υγείας και μόλις 7 Επόπτες Δημόσιας Υγείας.
- Στις Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, Γιατροί Δημόσιας Υγείας υπηρετούν μόνο σε 5 από τις 13 περιφέρειες. Σε όλες τις περιφερειακές υπηρεσίες δεν υπηρετεί κανένας Επόπτης Δημόσιας Υγείας, Επισκέπτης Υγείας, Υγιεινολόγος Μηχανικός, Κτηνίατρος, ή άλλο επάγγελμα Δημόσιας Υγείας. Από τις 40 θέσεις γιατρών Δημόσιας Υγείας

που προκηρύχθηκαν, καλύφθηκαν μόλις οι 15, ενώ οι υπόλοιπες έμειναν κενές. Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, καμία περιφερειακή υπηρεσία δεν έχει ακόμη αρχίσει να υφίσταται και να λειτουργεί, πλην ίσως της Αττικής.

- Από τις 55 Νομαρχιακές Διευθύνσεις Υγιεινής, οι 33 δεν διαθέτουν κανένα Γιατρό Δημόσιας Υγείας (Νομίατρο) και εξυπηρετούνται από κάποιον αποσπασμένο γιατρό του Ε.Σ.Υ. ή ακόμη και αγροτικό γιατρό. Στη συντριπτική πλειονότητα των υπόλοιπων 22 νομών, υπάρχει ένας μόνο Γιατρός Δημόσιας Υγείας και σε ελάχιστες μόνο περιπτώσεις περισσότεροι του ενός.
- Σε όλη τη χώρα υπηρετούν μόλις 338 Επόπτες Δημόσιας Υγείας, που αποτελούν μόλις το 50% των προβλεπόμενων θέσεων. Υπάρχουν αρκετοί νομοί με μόνο 1 ή 2 Επόπτες Δημόσιας Υγείας. Περισσότερο δυσμενής είναι η κατάσταση σε ότι αφορά στις Επισκέπτριες Υγείας, ο αριθμός των οποίων σε όλη τη χώρα είναι μόλις 73.

Τέλος, η αριθμητική ανεπάρκεια επιβαρύνεται από την ποιοτική και επιστημονική ανεπάρκεια του διαθέσιμου προσωπικού, δεδομένου ότι δεν υπάρχει σήμερα κανένας μηχανισμός που να εξασφαλίζει τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση και τη συνεχή επιστημονική του αναβάθμιση.

3. Πολιτικές, Προγράμματα και Δράσεις

Επιχειρώντας μία αξιολόγηση με βάση το κριτήριο «κατά πόσο εκπληρώνεται η αποστολή και οι στόχοι της Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας», θα επιδιώξουμε παρακάτω μια σύντομη αναφορά σε μερικούς από τους τομείς δραστηριότητας της Δημόσιας Υγείας.

3.1 1ο Κριτήριο Αξιολόγησης: Πολιτικές Δημόσιας Υγείας

Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας

Η ιδέα της κατάρτισης Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία θεσμοθετήθηκε για πρώτη φορά στη χώρα μας με το Ν. 3172/2003 και στη συνέχεια με το Ν. 3370/2005. Συγκεκριμένα, το άρθρο 4 του Ν. 3172 και στη συνέχεια τα άρθρα 6 - 8 του Ν. 3370 θεσμοθετούν μια διαδικασία για την κατάρτιση μίας Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία, η οποία:

- Καθορίζει τους μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους της Δημόσιας Υγείας.
- Περιγράφει τις δράσεις και τις παρεμβάσεις σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής που επηρεάζουν τη Δημόσια Υγεία.
- Προσδιορίζει τους φορείς, τους τομείς και τα επίπεδα της διοίκησης που έχουν την ευθύνη για την πολυτομεακή και διατομεακή εφαρμογή

- αυτής και τη διεπιστημονική και τεκμηριωμένη προσέγγιση.
- Δεσμεύει όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς της Δημόσιας Υγείας για την υλοποίηση της.

Παρά τη ρητή αυτή νομοθετική πρόβλεψη, μέχρι τη σύνταξη του παρόντος καμία ενέργεια ή πρωτοβουλία δεν είχε αναληφθεί προς την κατεύθυνση αυτή.

Περιφερειακή οργάνωση

Η υλοποίηση της περιφερειακής οργάνωσης στη Δημόσια Υγεία, σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει, προβλέπεται ότι θα πραγματοποιείται μέσω της οργάνωσης και λειτουργίας των Περιφερειακών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας. Όπως ήδη αναφέρθηκε, οι Περιφερειακές Υπηρεσίες δεν έχουν ακόμη συγκροτηθεί και πρακτικά δεν λειτουργούν.

Διατομεακή συνεργασία

Σύμφωνα με το Ν. 3370/2005, η διατομεακή συνεργασία για τη Δημόσια Υγεία αποτελεί αρμοδιότητα του Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας, ο οποίος έχει την ευθύνη: (α) της συνεργασίας με τα άλλα Υπουργεία για την ανάπτυξη διατομεακών πολιτικών και προγραμμάτων για τη Δημόσια Υγεία και (β) της συνεργασίας με τους Γενικούς Γραμματείς της Περιφέρειας για την προώθηση και βελτίωση των παρεμβάσεων στη Δημόσια Υγεία.

Στο περιφερειακό επίπεδο, η προώθηση της διατομεακής συνεργασίας προβλέπεται μέσω (α) των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και (β) των Περιφερειακών Συμβουλίων Δημόσιας Υγείας. Όπως όμως ήδη αναφέρθηκε, οι Περιφερειακές Υπηρεσίες και τα Περιφερειακά Συμβούλια Δημόσιας Υγείας δεν έχουν συγκροτηθεί και λειτουργήσει μέχρι σήμερα (με ελάχιστες εξαιρέσεις), με αποτέλεσμα στο πεδίο της διατομεακής συνεργασίας να μην υπάρχει ακόμα οργανωμένη δραστηριότητα.

3.2 2ο Κριτήριο Αξιολόγησης: Επιτήρηση της Υγείας

Πηγές δεδομένων για την υγεία

Οι φορείς που κατά κύριο λόγο έχουν την ευθύνη της συλλογής και επεξεργασίας των στατιστικών στοιχείων για τη Δημόσια Υγεία στη χώρα μας, είναι:

- Η Υπηρεσία Στατιστικής της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας Ελλάδος που λειτουργεί στο Υπουργείο Υγείας.
- Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (Ε.Σ.Υ.Ε.).
- Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

Η Ε.Σ.Υ.Ε. εκδίδει σε ετήσια βάση:

1. Τη «Στατιστική Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής» το περιεχόμενο της οποίας αναφέρεται στη νοσηλευτική κίνηση των νοσοκομείων, στις αιτίες νοσηλείας και στη στατιστική των υποχρεωτικά δηλούμενων λοιμωδών νοσημάτων.

2. Τη «Στατιστική της Φυσικής Κίνησης του Πληθυσμού της Ελλάδας», η οποία περιλαμβάνει τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων για τις γεννήσεις, τους θανάτους, τις αιτίες θανάτου και αποτελεί την κύρια πηγή στοιχείων για τους δείκτες υγείας, ιδίως σε ότι αφορά στη θνησιμότητα.

Παλαιότερα η Ε.Σ.Υ.Ε. δημοσίευε την «Ετήσια Στατιστική Έρευνα του Καρκίνου», η οποία όμως διακόπηκε, λόγω σοβαρών προβλημάτων στην ποιότητα και αξιοπιστία των συλλεγόμενων πληροφοριών. Στη συνέχεια, η αντίστοιχη δραστηριότητα ασκήθηκε ανεπιτυχώς από το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών (Ε.Α.Ν.) με αποτέλεσμα έως και σήμερα να μην υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα για τη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και την επιβίωση από καρκίνο στη χώρα μας.

Η επιδημιολογική επιτήρηση των λοιμωδών και η συλλογή, επεξεργασία και παρουσίαση των στοιχείων που αφορούν σ' αυτά γίνεται από τις υπηρεσίες του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Οι παραπάνω πηγές παρέχουν λιγοστά εν γένει στοιχεία, τα οποία είναι ανεπαρκή για να εξασφαλίσουν την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού και παρότι δεν έχει πραγματοποιηθεί μελέτη αξιολόγησης της πληρότητας και της εγκυρότητας των στοιχείων που παρέχουν, γενική είναι η παραδοχή ότι τα στοιχεία παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα από πλευράς πληρότητας, εγκυρότητας και αξιοπιστίας.

Γενικότερα σε ότι αφορά πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές δεδομένων υγείας εντοπίζονται ανεπάρκειες στους ακόλουθους τομείς:

- Δεν υπάρχει καμία συστηματική πηγή ή καταγραφή στοιχείων για την παρακολούθηση των παραγόντων κινδύνου και των λοιπών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία. Καταγράφονται αποσπασματικές ενέργειες από εργαστήρια εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, τα οποία δημοσιεύουν επιμέρους μελέτες για παράγοντες κινδύνου ή αναφορές που αποτελούν δευτερογενή επεξεργασία των δεδομένων της Ε.Σ.Υ.Ε. για τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα.
- Δεν υπάρχουν δεδομένα για τη νοσηρότητα από καρκίνο ή από άλλα χρόνια νοσήματα.
- Δεν υπάρχουν δεδομένα που να επιτρέπουν την παρακολούθηση των δεικτών υγείας σε περιφερειακό ή νομαρχιακό επίπεδο.
- Δεν υπάρχουν δεδομένα που να επιτρέπουν την παρακολούθηση της υγείας σε συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες και να επιτρέπουν την ανίχνευση και παρακολούθηση κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.

Επεξεργασία και ανάλυση των στοιχείων

Η επεξεργασία και ανάλυση των διαθέσιμων στοιχείων για την υγεία βρίσκεται σε πρωτόλειο επίπεδο. Είναι χαρακτηριστικό ότι βρίσκει κανείς πολύ περισσότερο επεξεργασμένα στοιχεία για την Ελλάδα στις εκδόσεις των Ηνωμένων Εθνών ή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, παρά στις εκδόσεις της Ε.Σ.Υ.Ε.

4. Πρόληψη Λοιμωδών Νοσημάτων

Εμβολιασμοί

Η καταγραφή σε εθνικό επίπεδο του εμβολιαστικού επιπέδου των παιδιών ανάλογα με την ηλικία που συστήνεται κάθε εμβόλιο (εμβολιαστική κάλυψη), είναι κρίσιμη για την επιλογή του κατάλληλου σχήματος εμβολισμών που θα εφαρμοστεί, αλλά και για το σχεδιασμό της κατάλληλης στρατηγικής για την κάλυψη των αναγκών. Στην Ελλάδα δεν γίνεται συστηματική και συνεχής καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού, ενώ τα διαθέσιμα δεδομένα προέρχονται από κατά τόπους μελέτες που έχουν χαρακτήρα αδρής προσέγγισης, κυρίως λόγω μεθοδολογικών περιορισμών και δεν δίνουν συγκρίσιμα μεταξύ τους αποτελέσματα. Εντούτοις το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, έχει εκπονήσει δύο μελέτες πανελλαδικής εμβέλειας, το 1998 και το 2001. Με βάση τα δεδομένα των μελετών αυτών, η κάλυψη του ελληνικού πληθυσμού κυμαινόταν κατά τα έτη 2000 - 2001 στο επίπεδο 86-88% για κάθε ένα από τα εμβόλια της βασικής σειράς του εθνικού προγράμματος εμβολιασμού.

Δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα από τα οποία να προκύπτουν ποσοστά εμβολιαστικής κάλυψης σε κοινωνικά ευπαθείς ομάδες ή για την περίπτωση των αναμνηστικών δόσεων εμβολίων ενηλίκων. Παρ' όλα αυτά, εύλογα θα μπορούσε να κάνει κάποιος την υπόθεση ότι τα αντίστοιχα ποσοστά θα είναι χαμηλότερα στους αντίστοιχους πληθυσμούς.

Διερεύνηση επιδημιών

Σε κεντρικό επίπεδο, για τη διερεύνηση και αντιμετώπιση επιδημιών, το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. διατηρεί τηλεφωνική γραμμή 24ωρης ετοιμότητας και διαθέτει τη δυνατότητα οργάνωσης ομάδας Επιδημιολογικής Παρέμβασης, με ειδικούς επιστήμονες και υλικοτεχνική υποδομή, η οποία σε συνεργασία με τις Τοπικές και τις Κεντρικές Υπηρεσίες Υγείας μεριμνά για την αντιμετώπιση μιας επιδημίας. Πέραν της δυνατότητας αυτής, σε περιφερειακό επίπεδο δεν υπάρχει καμία αντίστοιχη δραστηριότητα.

Η διερεύνηση των επιδημικών εκρήξεων είναι γενικά ιδιαίτερα δυσχερής, ιδίως σε τοπικό επίπεδο, ενώ η απαιτούμενη εργαστηριακή υποστήριξη για τη διερεύνηση των επιδημιών δεν είναι εξασφαλισμένη.

Επιδημιολογική επαγρύπνηση

Η μοναδική πρωτοβουλία επιδημιολογικής επαγρύπνησης στη χώρα είναι το δίκτυο έγκαιρης προειδοποίησης που προσπαθεί να οργανώσει το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. μέσω του διαδικτύου και μίας τηλεφωνικής γραμμής 24ωρης ετοιμότητας.

Σε περιφερειακό επίπεδο δεν υπάρχει οποιαδήποτε σχετική δραστηριότητα, με αποτέλεσμα η επιδημιολογική επαγρύπνηση και η ενημέρωση για τα εκάστοτε επιδημιολογικά δεδομένα να είναι ανεπαρκής ή ανύπαρκτη.

5. Πρόληψη Χρόνιων Νοσημάτων και Ατυχημάτων

Προγράμματα για τη μείωση των παραγόντων κινδύνου

Σε εθνικό επίπεδο, η δραστηριότητα για τη μείωση των παραγόντων κινδύνου περιορίζεται στη μερική εφαρμογή των δασμολογικών και απαγορευτικών πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πέραν αυτών, μέχρι το 2008 δεν υπήρξε οποιοδήποτε εθνικό πρόγραμμα δράσεων, είτε για τον περιορισμό του καπνίσματος, είτε για οποιονδήποτε άλλο καθοριστικό παράγοντα της υγείας (διατροφή, αλκοόλ, σωματική άσκηση, παχυσαρκία κ.λπ.). Τη στιγμή της συγγραφής του παρόντος σχεδίου βρίσκεται σε εξέλιξη νομοσχέδιο για την αντιμετώπιση του καπνίσματος και της αλόγιστης χρήσης αλκοόλ, καθώς και εκτεταμένο πρόγραμμα δράσεων και παρεμβάσεων για την πλήρη απαγόρευση του καπνίσματος σε κλειστούς χώρους.

Επίσης, σε νομαρχιακό επίπεδο, καμία υπηρεσία Δημόσιας Υγείας δεν υλοποιεί οποιοδήποτε οργανωμένο και συνεχές πρόγραμμα αγωγής υγείας ή άλλων δράσεων για τους παράγοντες κινδύνου.

Αγωγή υγείας

Η αγωγή υγείας είναι ένας τομέας στον οποίο ασκείται περιορισμένη δραστηριότητα, σε επιλεγμένους μόνο τομείς. Σε πολλούς τομείς δεν ασκείται καμία συστηματική δραστηριότητα, παρά μόνο ευκαιριακά. Οι υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας έχουν μικρή ή ελάχιστη συμμετοχή στις δραστηριότητες αυτές. Πρακτικά, καμία υπηρεσία Δημόσιας Υγείας δεν έχει υλοποιήσει ένα ολοκληρωμένο και συστηματικό πρόγραμμα αγωγής υγείας για την πρόληψη των χρόνιων νοσημάτων, το αλκοόλ, τα ναρκωτικά, την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, την πρόληψη των ατυχημάτων ή τη στοματική υγιεινή.

Σε ορισμένους τομείς, οι ασκούμενες δραστηριότητες Αγωγής Υγείας έχουν ανατεθεί θεσμικά σε φορείς που δεν έχουν σχέση με τη Δημόσια Υγεία. Έτσι, η Αγωγή Υγείας στα σχολεία ανατίθεται πλέον σε εκπαιδευτικούς, ενώ η πρωτογενής πρόληψη κατά των ναρκωτικών έχει επίσης αποσπαστεί και αυτονομηθεί από τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και έχει ανατεθεί σε ανεξάρτητα νομικά πρόσωπα που λειτουργούν υπό την εποπτεία του Ο.ΚΑ.ΝΑ.

Δευτερογενής πρόληψη καρκίνου και άλλων χρόνιων νοσημάτων

Στη δευτερογενή πρόληψη του καρκίνου και άλλων χρόνιων νοσημάτων καμία υπηρεσία Δημόσιας Υγείας δεν υλοποιεί οποιοδήποτε πρόγραμμα screening, ούτε είναι σε θέση να υλοποιήσει, λόγω ανεπαρκείας κατευθυντήριων οδηγιών και εξειδικευμένου προσωπικού. Η μακρόχρονη απραξία τείνει να διαμορφώσει την πεποίθηση ότι η

δευτερογενής πρόληψη δεν είναι αρμοδιότητα της Δημόσιας Υγείας. Με αποτέλεσμα να καταγράφονται εξαιρετικά χαμηλά ποσοστά γυναικών που κάνουν προληπτικό pap-test ή μαστογραφία.

Ανιχνευτικά προγράμματα νεογνική ηλικίας

Τα ανιχνευτικά προγράμματα της νεογνικής ηλικίας που αποβλέπουν στην έγκαιρη ανίχνευση κληρονομικών νοσημάτων, υλοποιούνται στη χώρα μας με ενιαίο κεντρικό σχεδιασμό και με μεγάλη αποτελεσματικότητα από το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.

Πρόληψη ατυχημάτων

Οι πολιτικές που αναπτύχθηκαν μέχρι σήμερα στον τομέα της πρόληψης των ατυχημάτων αφορούν: (α) στις πολιτικές οδικής ασφάλειας που υλοποιούνται από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης και (β) στις πολιτικές πρόληψης των εργατικών ατυχημάτων που εφαρμόζονται από το Υπουργείο Εργασίας. Η συμμετοχή της Δημόσιας Υγείας στον τομέα της πρόληψης των ατυχημάτων είναι περιορισμένη.

6. Πολιτικές Προστασίας και Προαγωγής Υγείας

Προγράμματα προστασίας και προαγωγής υγείας σε ειδικές ομάδες

Η δραστηριότητα για την ανάπτυξη προγραμμάτων προστασίας και προαγωγής της υγείας σε ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, σε ομάδες με αυξημένες ανάγκες, σε μετανάστες, και σε κοινωνικά μειονεκτούσες πληθυσμιακές ομάδες είναι εξαιρετικά περιορισμένη και σε κάθε περίπτωση μπορεί να χαρακτηριστεί ευκαιριακή, όπως για παράδειγμα η κατά καιρούς ανάληψη δράσεων για τον εμβολιασμό του πληθυσμού των αθίγγανων. Σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο δεν υλοποιείται κάποιο ολιστικό πρόγραμμα δράσεων το οποίο να απευθύνεται σε ειδικές ομάδες. Επίσης, κανένα αντίστοιχο πρόγραμμα δεν εφαρμόζεται προς την κατεύθυνση της μείωσης των ανισοτήτων στην υγεία.

Επαγγελματική υγεία

Στον τομέα της επαγγελματικής υγείας, έχουν γίνει σημαντικά βήματα στην οικοδόμηση ενός νομικού πλαισίου για την υγιεινή και την ασφάλεια, μέσω της υιοθέτησης και ενσωμάτωσης στην ελληνική νομοθεσία των σχετικών κοινοτικών οδηγιών.

Παρά την ύπαρξη ενός ικανοποιητικού νομικού πλαισίου, και τη συστηματική

δουλειά του Ινστιτούτου Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας προς την κατεύθυνση της τεκμηρίωσης και της παροχής επιστημονικής κάλυψης, η πραγματικότητα είναι δυσμενής. Οργανωμένες Υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας υπάρχουν σε ελάχιστες μόνο μεγάλες επιχειρήσεις. Ακόμη και ο δημόσιος τομέας λειτουργεί κατά κανόνα χωρίς την τήρηση των σχετικών υποχρεώσεων.

Περιβαλλοντική και Δημόσια Υγιεινή

Στον τομέα της Δημόσιας και Περιβαλλοντικής Υγιεινής, λόγω ποιοτικών ανεπαρειών των υπηρεσιών, οι σημαντικότερες δραστηριότητες έχουν μεταπέσει σε απλή γραφειοκρατική διεκπεραίωση εγγράφων. Για παράδειγμα η επιστημονική αξιολόγηση των μελετών «διάθεσης υγρών αποβλήτων» που υποβάλλονται στις Διευθύνσεις Υγιεινής των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων ή η αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης των βιολογικών καθαρισμών, είναι πρακτικά ανέφικτο να γίνουν σε οποιονδήποτε νομό. Αντίστοιχα, δεν πραγματοποιείται συστηματική τήρηση και παρακολούθηση των στοιχείων, σχετικά με τη μικροβιολογική και χημική κατάσταση των ποσίων νερών κάθε πόλης ή χωριού, ώστε να μπορούν να υποδειχθούν τρόποι ελέγχου και αποτελεσματικά μέτρα πρόληψης.

Ασφάλεια τροφίμων

Ο έλεγχος των τροφίμων και των επιχειρήσεων τροφίμων αποτελεί αρμοδιότητα του Ε.Φ.Ε.Τ., αλλά και των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Η ευθύνη του συντονισμού των προγραμμάτων ελέγχου ανήκει στον Ε.Φ.Ε.Τ. Η λειτουργία του Ε.Φ.Ε.Τ. επέτρεψε, ώστε στον τομέα της ασφάλειας των τροφίμων να γίνουν σημαντικά βήματα σε ότι αφορά:

- Στην υποστήριξη και υποβοήθηση των επιχειρήσεων στην εφαρμογή κατάλληλων προδιαγραφών και καλών πρακτικών.
- Στον τομέα του ελέγχου των κρίσιμων σημείων ασφάλειας κατά την επεξεργασία των τροφίμων.
- Στον τομέα της πιστοποίησης των επιχειρήσεων.

Εντούτοις, το ελεγκτικό έργο περιορίζεται από τη στελεχιακή ανεπάρκεια τόσο των νομαρχιακών υπηρεσιών, όσο και των περιφερειακών υπηρεσιών του Ε.Φ.Ε.Τ.

7. Αντιμετώπιση Έκτακτων Απειλών

Οργάνωση μηχανισμών ταχείας αντίδρασης

Η μοναδική προσπάθεια οργάνωσης μηχανισμού ταχείας αντίδρασης σε απειλές ή έκτακτες ανάγκες Δημόσιας Υγείας είναι αυτή που αναπτύχθηκε από το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. σε συνεργασία με το Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων, στο πλαίσιο της προετοιμασίας των Ολυμπιακών Αγώνων. Ο μηχανισμός αυτός περιλαμβάνει μια βάση 24ωρης ετοιμότητας, με ανοικτή τηλεφωνική γραμμή συνεχούς συνεργασίας με αρμόδιους φορείς, τη συνεργασία με τα δίκτυα επιτήρησης, σύστημα επικοινωνίας με τα εφημερεύοντα νοσοκομεία και δυνατότητα συγκρότησης ομάδων παρέμβασης.

Πέραν του κεντρικού αυτού μηχανισμού, σε περιφερειακό επίπεδο δεν υπάρχουν αντίστοιχες πρωτοβουλίες ή δράσεις με στόχο την έγκαιρη ανίχνευση τοπικών αναγκών.

Σε ότι αφορά στην ασφάλεια των τροφίμων, λειτουργεί ο ευρωπαϊκός μηχανισμός ταχείας αντίδρασης, με την ευθύνη του Ε.Φ.Ε.Τ.

Αντιμετώπιση απειλών

Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. έχει την ευθύνη της ανταπόκρισης των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε συμβάντα βιοτρομοκρατίας με στόχο την ανίχνευση, την επιδημιολογική επιτήρηση, τη γρήγορη εργαστηριακή διάγνωση και την εφαρμογή των μέτρων ελέγχου. Η δραστηριότητα αυτή συνεπικουρείται από τη λειτουργία ενός δικτύου συνδρομικής επιτήρησης, το οποίο παρέχει τη δυνατότητα συλλογής πληροφορίας σε πραγματικό χρόνο.

Σε περιφερειακό επίπεδο, δεν έχει καταγραφεί καμία αντίστοιχη δραστηριότητα ή πρωτοβουλία και καμία οργανωμένη δυνατότητα αντιμετώπισης απειλών.

Αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απρόβλεπτων καταστάσεων

Με όμοιο τρόπο είναι οργανωμένη και η αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απρόβλεπτων καταστάσεων για τη Δημόσια Υγεία. Το σύστημα στηρίζεται στο μηχανισμό ταχείας αντίδρασης του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και του Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων. Σε περιφερειακό ή τοπικό επίπεδο, δεν παρατηρείται καμία αντίστοιχη δραστηριότητα ή πρωτοβουλία.

8. Επιστημονική Υποστήριξη της Δημόσιας Υγείας

Η επιστημονική υποστήριξη της Δημόσιας Υγείας παρέχεται κυρίως από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, τα Πανεπιστημιακά Εργαστήρια Υγιεινής ή Κοινωνικής Ιατρικής, το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού και το ΚΕ.ΕΛ.ΠΝ.Ο. Οι προαναφερθέντες φορείς παρέχουν και την εκπαιδευτική υποστήριξη των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, έργο στο οποίο συμμετέχουν επίσης το Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής και το Τμήμα Επισκεπτών-Επισκεπτριών Υγείας του Τ.Ε.Ι. Αθηνών.

Προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης οργανώθηκαν στο πλαίσιο του Γ' Κ.Π.Σ. Συγκροτημένη ερευνητική στρατηγική και οργανωμένη έρευνα για τη Δημόσια Υγεία δεν υφίσταται. Τέλος, δεν υπάρχει κανένας μηχανισμός και καμία πρωτοβουλία για την επιστημονική τεκμηρίωση των δράσεων Δημόσιας Υγείας και για την έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών ή εγχειριδίων καλής πρακτικής.

9. Ανάλυση SWOT - Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, το επίπεδο λειτουργίας των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας προσδιορίζεται αφενός από τη στελεχιακή τους ανεπάρκεια που περιγράφηκε προηγουμένως και αφετέρου από τη μεγάλη έλλειψη πόρων, υποδομών και επιστημονικο-τεχνικής υποστήριξης.

Η ανάπτυξη στελεχιακής πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία (παραγωγή στελεχιακού δυναμικού, πολιτική προσλήψεων, σύστημα κινήτρων και αντικινήτρων, συνεχιζόμενη εκπαίδευση κ.λπ.) είναι κεφαλαιώδους σημασίας για τη χώρα, λόγω του εξαιρετικά ανεπαρκούς ανθρώπινου δυναμικού, το οποίο διαθέτει σήμερα η Δημόσια Υγεία.

Ακόμη, η υλοποίηση πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία προϋποθέτει την εξασφάλιση από την πολιτεία των απαιτούμενων πόρων και την εγγύηση ότι οι πόροι θα διατεθούν για το συγκεκριμένο σκοπό.

Παράλληλα, το επίπεδο διοικητικής ικανότητας του συστήματος Δημόσιας Υγείας είναι χαμηλό και ανεπαρκές. Η ανάγκη για τη διαμόρφωση πολιτικής που θα στοχεύει στην εξασφάλιση υψηλού βαθμού διοικητικής ικανότητας είναι επιτακτική.

Τέλος, σε πολλούς τομείς, η αναποτελεσματικότητα των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας περιπλέκεται με την ευρύτερη αναποτελεσματικότητα της κρατικής μηχανής, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που απαιτούν διατομεακή συνεργασία.

Στις ενότητες που προηγήθηκαν, επιχειρήθηκε μία λεπτομερής καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος του συστήματος Δημόσιας Υγείας.

Στην ενότητα αυτή, με τη βοήθεια της μεθόδου SWOT Analysis (Strengths - Weaknesses - Opportunities - Threats), θα συγκεκριμενοποιήσουμε τα κρίσιμα σημεία που είναι απαραίτητο να ληφθούν υπ' όψη στη χάραξη μιας στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία, προσανατολισμένης στην επίτευξη των σκοπών και των στόχων της.

Η ανάλυση SWOT είναι ένα εργαλείο στρατηγικού σχεδιασμού, το οποίο αποσκοπεί στο να αναλύσει και να ενσωματώσει στο στρατηγικό σχεδιασμό τα δεδομένα για τις δυνατότητες ενός οργανισμού ή προγράμματος, καθώς και τα δεδομένα για τις ευκαιρίες και τις απειλές του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Ως πλεονεκτήματα, θεωρούνται τα ισχυρά σημεία του συστήματος, τα οποία θα πρέπει να αξιοποιηθούν και να καταβληθεί προσπάθεια διατήρησής τους.

Ως αδυναμίες θεωρούνται τα αδύνατα σημεία του συστήματος, για τα οποία θα πρέπει να ληφθούν μέτρα βελτίωσης.

Ως ευκαιρίες θεωρούνται οι παράγοντες και τα στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος του συστήματος Δημόσιας Υγείας, τα οποία θα πρέπει να εκμεταλλευθεί και να αξιοποιήσει μέσα από τη νέα στρατηγική για την επίτευξη της αποστολής του.

Ως κίνδυνοι, θεωρούνται οι παράγοντες ή τα στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος που θα πρέπει να ανησυχήσουν το σύστημα Δημόσιας Υγείας και που εγκυμονούν κινδύνους να οδηγήσουν σε απόκλιση από την αποστολή του αν δεν ενεργοποιηθούν μηχανισμοί για τη λήψη μέτρων αντιμετώπισής τους.

Η ανάλυση που ακολουθεί είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς μπορεί να βοηθήσει καθοριστικά το σύστημα να συνδυάσει τις δυνάμεις του με τις ανάγκες που διαμορφώνονται εξ' αιτίας του εξωτερικού περιβάλλοντος, ενώ παράλληλα παρέχει τις βάσεις για την εξουδετέρωση των εσωτερικών αδυναμιών (ή τον περιορισμό τους), καταφέροντας έτσι να αποφύγει, τις όποιες απειλές προέρχονται από το περιβάλλον στο οποίο λειτουργεί.

Με βάση την ανάλυση που προηγήθηκε, στο παρακάτω σχήμα συνοψίζονται τα κύρια σημεία που αντιπροσωπεύουν τα πλεονεκτήματα και τις αδυναμίες του εσωτερικού περιβάλλοντος του συστήματος και παράλληλα τις ευκαιρίες και τους κινδύνους του εξωτερικού περιβάλλοντος.

Σχήμα 1: SWOT ANALYSIS του Συστήματος Δημόσιας Υγείας

	ΘΕΤΙΚΑ	ΑΡΝΗΤΙΚΑ
ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	<p>ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ (STRENGTHS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Επαρκές νομικό πλαίσιο. • Διαθεσιμότητα επιστημονικού δυναμικού σε Ε.Σ.Δ.Υ. και Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι. • Επιτυχής εμπειρία επιδημ/κής επιτήρησης Ολυμπ. Αγώνων. • Εμπειρία και αποτελεσματικότητα ορισμένων Οργανισμών Δημόσιας Υγείας. • Εμπειρία ορισμένων Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. • Ασφαλιστική κάλυψη εμβολίων και εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου. • Ύπαρξη δομών και υπηρεσιών σε παρεμφερείς τομείς της Δημόσιας Υγείας. 	<p>ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ (WEAKNESSES)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Απουσία εθνικής πολιτικής και εθνικών στόχων. • Ανεπαρκείς πόροι για τη Δημόσια Υγεία. • Ανυπαρξία Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. • Ανεπάρκεια προσωπικού. • Ανεπαρκή συστήματα διοίκησης. • Ανεπαρκής εργαστηριακή υποστήριξη. • Ανεπαρκής επιτήρηση της υγείας. • Έλλειψη επιδημιολογικών δεδομένων. • Απουσία υποστηρικτικών εκθέσεων και αναφορών. • Απουσία πολιτικών πρόληψης και προαγωγής υγείας. • Απουσία επιστημονικής υποστήριξης των υπηρεσιών. • Ανεπαρκής συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. • Απουσία διατομεακής συνεργασίας και συντονισμού.
ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	<p>ΕΥΚΑΙΡΙΕΣ (OPPORTUNITIES)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007 - 2013 (Δ' Κ.Π.Σ.). • Ευρωπαϊκή στρατηγική 2007 - 2013. • Αναδιοργάνωση των υπηρεσιών Δ.Υ. με βάση το Ν. 3370/2005. • Σύνδεση των υπηρεσιών Δ.Υ. με τις υπηρεσίες υγείας. • Περιφερειακή αναδιοργάνωση της χώρας. • Δυνατότητα μεταφοράς τεχνογνωσίας από Ευρωπαϊκή Ένωση και Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. 	<p>ΚΙΝΔΥΝΟΙ (THREATS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμένη ενεργοποίηση για δράση. • Δημοσιονομικοί περιορισμοί. • Γραφειοκρατία της δημόσιας διοίκησης. • Περιορισμένη ανταπόκριση για διατομεακή συνεργασία. • Απώλεια κοινοτικών πόρων. • Νέες απειλές για τη Δημόσια Υγεία.

9.1 Πλεονεκτήματα

1. Επαρκές νομικό πλαίσιο

Το νομικό πλαίσιο που έχει διαμορφωθεί με βάση τους νόμους 3172/2003 και 3370/2005 μπορεί να θεωρηθεί ως επαρκές για την αναδιοργάνωση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Ειδικότερα:

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

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

2. Διαθεσιμότητα επιστημονικού δυναμικού σε Ε.Σ.Δ.Υ. και Α.Ε.Ι./Τ.Ε.Ι.

Σε γενικές γραμμές, η Ε.Σ.Δ.Υ., τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και ορισμένοι από τους οργανισμούς Δημόσιας Υγείας της χώρας διαθέτουν καλά εκπαιδευμένο και έμπειρο επιστημονικό δυναμικό, το οποίο θα μπορούσε με κατάλληλο τρόπο να αξιοποιηθεί για την αναδιοργάνωση του συστήματος Δημόσιας Υγείας.

3. Επιτυχής εμπειρία επιδημιολογικής επιτήρησης Ολυμπιακών Αγώνων

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

- Την επιδημιολογική επιτήρηση.
- Την ταχεία αναγνώριση τυχόν αύξησης της νοσηρότητας, επιδημίας ή συμβάντος που μπορεί να σχετίζεται με βιοτρομοκρατική ενέργεια.
- Την ανάπτυξη δικτύου έγκαιρης προειδοποίησης και ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση ενδεχόμενων κινδύνων που απειλούν τη Δημόσια Υγεία.
- Την οργάνωση κατάλληλων παρεμβάσεων για την ταχεία αντιμετώπισή τους.

4. Εμπειρία και αποτελεσματικότητα ορισμένων οργανισμών Δημόσιας Υγείας

Ορισμένοι από τους οργανισμούς Δημόσιας Υγείας, και ιδίως το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, η Ε.Σ.Δ.Υ., ο Ε.Φ.Ε.Τ., ο Ο.ΚΑ.ΝΑ., διαθέτουν πολύτιμη εμπειρία στον τομέα της δραστηριότητάς τους και έχουν σημειώσει σημαντικό βαθμό αποτελεσματικότητας. Η αξιοποίηση της εμπειρίας αυτής μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην προώθηση προγραμμάτων και δραστηριοτήτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας, στην επιστημονική αναβάθμιση και υποστήριξη των νομαρχιακών και δημοτικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και στη διάχυση επιστημονικής γνώσης και τεχνογνωσίας σε ολόκληρο το σύστημα Δημόσιας Υγείας.

5. Εμπειρία Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

Ορισμένες από τις Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, διαθέτουν μακρά και πολύτιμη εμπειρία στην «πρώτης γραμμής» άσκηση της Δημόσιας Υγείας και στα πρακτικά προβλήματα και ανάγκες που αυτή αντιμετωπίζει. Η εμπειρία των υπηρεσιών αυτών και των στελεχών τους, συνήθως δεν αξιοποιείται, θεωρούμενη ότι απέχει από την επιστημονική εγκυρότητα. Παρ' όλα αυτά όμως, αποτελεί μια δεξαμενή εμπειριών και πρακτικής γνώσης, που μπορεί να προσφέρει πολύτιμη βοήθεια στην κατανόηση και αντιμετώπιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει η «πρώτης γραμμής» άσκηση της Δημόσιας Υγείας.

6. Ασφαλιστική κάλυψη εμβολίων και εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου

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

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

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

9.2 Αδυναμίες του Συστήματος Δημόσιας Υγείας

1. Απουσία εθνικής πολιτικής και εθνικών στόχων για την υγεία

Η απουσία εθνικής πολιτικής και συγκεκριμένων εθνικών στόχων για την υγεία αποτελεί μια θεμελιώδη αδυναμία του συστήματος με πολύ καθοριστικές συνέπειες για τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Μία εθνική πολιτική υγείας που οικοδομείται με επίκεντρο την προστασία την υγείας, οφείλει να λαμβάνει υπ' όψη της και να προσανατολίζει τις δράσεις της σε όλους τους περιβαλλοντικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία στη σύγχρονη κοινωνία. Ένας τέτοιος αναπροσανατολισμός της πολιτικής υγείας έχει καταλυτικές συνέπειες στον τρόπο λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, στις προτεραιότητες και στη χρηματοδότηση των επιμέρους δραστηριοτήτων στην υγεία. Είναι σαφές, ότι μια τέτοια προσέγγιση μεταβάλλει ριζικά τον τρόπο με τον οποίο γίνεται αντιληπτή η πολιτική υγείας και μεταφέρει τη συζήτηση και τις προτεραιότητες από το επίπεδο της περίθαλψης, στο επίπεδο της Δημόσιας Υγείας. Η απουσία εθνικής πολιτικής υγείας και εθνικών στόχων στερεί από το σύστημα Δημόσιας Υγείας τη δυναμική, τους στόχους και τους πόρους για την ανάπτυξή του.

2. Ανεπαρκείς πόροι για τη Δημόσια Υγεία

Ο προϋπολογισμός και γενικότερα οι πόροι για τη Δημόσια Υγεία είναι τόσο περιορισμένοι, ώστε η ανεπάρκειά τους να θέτει σε αμφιβολία τη δυνατότητα υλοποίησης της αποστολής τους. Παράλληλα, η φύση των δραστηριοτήτων Δημόσιας Υγείας είναι τέτοια που - πλην εξαιρέσεων - δεν οδηγεί αυτόματα σε ζήτηση υπηρεσιών από μέρους των πολιτών και συνεπώς αποστερεί το σύστημα από την κοινωνική εκείνη πίεση η οποία θα μπορούσε να συμπαρασύρει τη διάθεση πόρων. Οι πόροι απορροφώνται κατά κανόνα από το «αδηφάγο» νοσοκομειακό σύστημα, κάτω από την κοινωνική πίεση που η λειτουργία του δημιουργεί.

Η διασφάλιση των αναγκαίων οικονομικών και άλλων πόρων για τη Δημόσια Υγεία είναι ευθύνη της κεντρικής διοίκησης και συνδέεται με την εθνική πολιτική και τους εθνικούς στόχους για την υγεία.

3. Ανυπαρξία Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

Η έλλειψη περιφερειακής οργάνωσης και η ανυπαρξία Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας αποτελούν μια από τις σημαντικότερες αδυναμίες του συστήματος. Η ανυπαρξία Περιφερειακών Υπηρεσιών αποστερεί το σύστημα από τους φορείς του περιφερειακού συντονισμού και της περιφερειακής διατομεακής συνεργασίας. Δεδομένου μάλιστα ότι οι Νομαρχιακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας δεν ανήκουν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, πρακτικά το σύστημα Δημόσιας Υγείας δεν διαθέτει εκτελεστικό μηχανισμό, παρά μόνο κεντρική διοίκηση.

4. Ανεπάρκεια προσωπικού

Η ανεπάρκεια του προσωπικού, όπως ήδη τονίστηκε, αποτελεί την πλέον ορατή αδυναμία του συστήματος, με καταλυτικές συνέπειες στη λειτουργία του:

- Η κεντρική υπηρεσία αδυνατεί να ανταποκριθεί στην αποστολή της.
- Οι περιφερειακές υπηρεσίες δεν λειτουργούν.
- Οι νομαρχιακές υπηρεσίες λειτουργούν υποτυπωδώς.
- Τα συστήματα επιτήρησης της υγείας δεν λειτουργούν.

Τα προγράμματα Δημόσιας Υγείας δεν εφαρμόζονται ή εφαρμόζονται πλημμελώς.

Η αντιμετώπιση της αδυναμίας αυτής αποτελεί μια θεμελιακή προϋπόθεση για την ανασυγκρότηση του συστήματος Δημόσιας Υγείας.

5. Ανεπαρκή συστήματα διοίκησης

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

6. Ανεπαρκής εργαστηριακή υποστήριξη

Η υπολειτουργία του Κ.Ε.Δ.Υ. και η μη λειτουργία των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας αποστερούν το σύστημα από την αναγκαία εργαστηριακή υποστήριξη. Επίσης, η έλλειψη συνεργασίας με τα κτηνιατρικά εργαστήρια, το Χημείο του Κράτους, τον Ε.Φ.Ε.Τ., τους οργανισμούς Δημόσιας Υγείας και τα εργαστήρια των Α.Ε.Ι. και των δημόσιων νοσοκομείων αποστερεί τελικά το σύστημα από κάθε δυνατότητα εργαστηριακής υποστήριξης.

7. Ανεπαρκής επιτήρηση της υγείας και απουσία επιδημιολογικών δεδομένων

- Η συστηματική επιτήρηση της υγείας μέσω της διαχρονικής παρακολούθησης δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας είναι ανεπαρκής. Τα διαθέσιμα στοιχεία είναι λιγοστά, δυσεύρετα και υπόκεινται σε κριτική από άποψη πληρότητας, εγκυρότητας και αξιοπιστίας.
- Η επιτήρηση της υγείας συγκεκριμένων πληθυσμιακών ομάδων και η ανάλυση των υφιστάμενων ανισοτήτων στην υγεία είναι επίσης ανύπαρκτη.
- Η επιτήρηση των καθοριστικών της υγείας κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και των παραγόντων κινδύνου είναι ανύπαρκτη. Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν, παρά μόνο ευκαιριακά από μεμονωμένες μελέτες για το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ,

- τη διατροφή, την παχυσαρκία.
- Τα δίκτυα επιτήρησης των λοιμωδών νοσημάτων που συντονίζει το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. παρουσιάζουν αρκετές αδυναμίες οργάνωσης και λειτουργίας.
- Η επιτήρηση του βαθμού υλοποίησης των προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας (εμβολιαστική κάλυψη, ποσοστό γυναικών που κάνουν μαστογραφία ή pap-test κ.λπ.) είναι επίσης ανύπαρκτη.

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

8. Απουσία υποστηρικτικών εκθέσεων και αναφορών

Η απουσία επαρκών επιδημιολογικών δεδομένων συνοδεύεται επίσης από την απουσία των αναγκαίων επιστημονικών εκθέσεων και αναφορών, που αναλύουν και αξιολογούν τα στοιχεία και οδηγούν στην εξαγωγή συμπερασμάτων, σχετικά με τα κύρια προβλήματα υγείας των διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων, τις τάσεις που παρουσιάζουν, τους κινδύνους που αναφύονται και τα ενδεικνύμενα μέτρα αντιμετώπισης. Οι επιστημονικές εκθέσεις και αναφορές είναι το εργαλείο για τη χάραξη των πολιτικών και προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας. Είναι χαρακτηριστικό, ότι αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει διαθέσιμη καμία μελέτη, έκθεση ή αναφορά για την κατάσταση υγείας σε περιφερειακό επίπεδο, ή σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες (π.χ. αγροτικό πληθυσμό, νησιά, μετανάστες, άτομα με αναπηρία κ.λπ.). Η αδυναμία αυτή εμποδίζει την ανίχνευση προβλημάτων και τη χάραξη πολιτικών.

9. Έλλειψη ενιαίου σχεδιασμού για πολιτικές πρόληψης και προαγωγής υγείας

Η απουσία συγκεκριμένων πολιτικών πρόληψης και προαγωγής της υγείας, ιδίως σε ότι αφορά στα χρόνια νοσήματα και στους κύριους παράγοντες κινδύνου, αποτελεί μια σημαντική αδυναμία του συστήματος. Αντίθετα, στους τομείς, όπου αναπτύχθηκαν παρόμοιες πολιτικές, όπως για παράδειγμα στα ανιχνευτικά προγράμματα της νεογνικής ηλικίας και στους εμβολιασμούς, σημειώθηκαν εντυπωσιακά αποτελέσματα.

10. Απουσία επιστημονικής υποστήριξης των υπηρεσιών

Παρά την ύπαρξη αξιόλογου επιστημονικού δυναμικού στα εκπαιδευτικά ιδρύματα και στους οργανισμούς Δημόσιας Υγείας της χώρας, παρατηρείται παντελής απουσία

επιστημονικής υποστήριξης του έργου των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Η «επιστημονική τεκμηρίωση», οι «κατευθυντήριες οδηγίες», τα «πρωτόκολλα ενεργειών» και οι «καλές πρακτικές στη Δημόσια Υγεία» είναι έννοιες άγνωστες στο σύστημα Δημόσιας Υγείας της χώρας. Από τη σκοπιά των λειτουργιών της Δημόσιας Υγείας, εάν κάποιος αναζητήσει οποιαδήποτε επιστημονική τεκμηρίωση, βοήθεια ή επιστημονική υποστήριξη για οποιοδήποτε θέμα Δημόσιας Υγείας, δεν υπάρχει καμιά δυνατότητα να βρει οποιαδήποτε βάση δεδομένων ή οτιδήποτε άλλο διαθέσιμο, παρά μόνο σε προσωπικό επίπεδο.

11. Ανεπαρκής συνεργασία μεταξύ των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

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

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

12. Απουσία διατομεακής συνεργασίας και συντονισμού

Αντίστοιχη με την παραπάνω αδυναμία αποτελεί και η απουσία διατομεακής συνεργασίας και συντονισμού με άλλους τομείς δραστηριότητας και υπηρεσίες το έργο των οποίων επηρεάζει τη Δημόσια Υγεία (κτηνιατρικές, περιβαλλοντικές, αστυνομικές, εκπαιδευτικές κ.λπ.). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η κατάσταση δυσχεραίνεται αν αναλογιστούμε τη μη αντιστοιχία των Υγειονομικών με τις Διοικητικές Περιφέρειες. Οι αιτίες της αδυναμίας αυτής είναι αντίστοιχες με τις προαναφερθείσες και συγκεκριμένα:

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

9.3 Ευκαιρίες

1. Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007 - 2013.

Το Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007 - 2013 (Δ' προγραμματική περίοδος) αντιπροσωπεύει τη σημαντικότερη ευκαιρία για την ανασυγκρότηση του συστήματος Δημόσιας Υγείας, για δύο λόγους:

- Έχει καθορισμένους στόχους και δράσεις για τη Δημόσια Υγεία, οι οποίοι μάλιστα τελούν υπό τον ευρωπαϊκό έλεγχο της υλοποίησής τους.
- Μπορεί να εξασφαλίσει σημαντικούς πόρους για τη Δημόσια Υγεία.

2. Ευρωπαϊκή στρατηγική 2007 - 2013

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

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

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

3. Αναδιοργάνωση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με βάση τους νόμους 3172/2003 και 3370/2005

Η αναδιοργάνωση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με βάση το νόμο 3370/2005 συνιστά μια σημαντική ευκαιρία για το σύστημα Δημόσιας Υγείας.

- Η ενεργοποίηση της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας και της διατομεακής συνεργασίας που αυτή μπορεί να κινητοποιήσει.
- Η ενεργοποίηση όλων των διευθύνσεων και αρμοδιοτήτων της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας.
- Η ίδρυση και ενεργοποίηση των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Η οργάνωση της συνεργασίας μεταξύ όλων των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Η οργάνωση της διατομεακής συνεργασίας σε περιφερειακό επίπεδο.
- Η αξιοποίηση του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.

Μπορούν να αποδειχθούν σε σημαντικές ευκαιρίες για την ανασυγκρότηση της Δημόσιας Υγείας.

4. Σύνδεση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με τις Υπηρεσίες Υγείας

Η διοικητική υπαγωγή των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών και η ένταξή τους μέσα στο περιβάλλον του συστήματος

υγείας προσφέρει σημαντικές ευκαιρίες για εξασφάλιση πόρων, προσωπικού, τεχνογνωσίας, εργαστηριακής και επιστημονικής υποστήριξης στις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Επιπλέον, εξασφαλίζει τη δυνατότητα ανάθεσης αρμοδιοτήτων Δημόσιας Υγείας σε άλλες υπηρεσίες υγείας, συντονισμού και συνεργασίας με τα Κέντρα Υγείας και τις αντίστοιχες συναφείς δομές του Ι.Κ.Α.

5. Περιφερειακή αναδιοργάνωση της χώρας

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

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

6. Δυνατότητα μεταφοράς τεχνογνωσίας από Ευρωπαϊκή Ένωση και Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

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

9.4. Κίνδυνοι

1. Περιορισμένη ενεργοποίηση

Η προϊστορία των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών στον τομέα της Δημόσιας Υγείας έχει δείξει ότι ο σημαντικότερος κίνδυνος που αντιμετωπίζουν οι εκάστοτε προσπάθειες για την αναδιοργάνωση της Δημόσιας Υγείας είναι ο κίνδυνος αδράνειας ή περιορισμένης ενεργοποίησης των εμπλεκόμενων φορέων, τόσο αυτών που λαμβάνουν τις αποφάσεις, όσο και των ίδιων των υπηρεσιών. Ο κίνδυνος αυτός είναι εγγενής στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας, γιατί η Δημόσια Υγεία λόγω της φύσης της, δεν προκαλεί μεγάλη ζήτηση υπηρεσιών από τον πληθυσμό, η οποία να ασκεί κοινωνική πίεση για την ενίσχυση των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Η αντιμετώπιση του κινδύνου αυτού μπορεί να επιτευχθεί με:

- Την επίδειξη αποφασιστικής πολιτικής βούλησης για την προώθηση των απαιτούμενων δράσεων σε κεντρικό, περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο.
- Την άμεση εποπτεία και παρακολούθηση της υλοποίησης των αποφάσεων

από το Υπουργείο Υγείας και τις Υγειονομικές Περιφέρειες.

- Την ανάληψη συγκεκριμένων πρωτοβουλιών και πολιτικών για τη διασφάλιση της υλοποίησης των δράσεων.

2. Δημοσιονομικοί περιορισμοί

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

- Την κατάρτιση ενός συγκεκριμένου προϋπολογισμού εσόδων και εξόδων για τα προγράμματα και τις δράσεις Δημόσιας Υγείας.
- Τη δέσμευση των απαιτούμενων πόρων από τον κρατικό προϋπολογισμό και τα περιφερειακά προγράμματα του Ε.Σ.Π.Α.
- Την αναζήτηση πρόσθετων πόρων από ανταποδοτικές υπηρεσίες και προγράμματα.

3. Γραφειοκρατία της δημόσιας διοίκησης

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

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

4. Περιορισμένη ανταπόκριση για διατομεακή συνεργασία

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

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

- Την ανάληψη συγκεκριμένων πρωτοβουλιών και πολιτικών για την εφαρμογή στην πράξη της διατομεακής συνεργασίας, σε επιλεγμένους τομείς προτεραιότητας.

5. Απώλεια κοινοτικών πόρων

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

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

6. Νέες απειλές για τη Δημόσια Υγεία

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

- Την αποτελεσματική αντιμετώπιση των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία.
- Την αντιμετώπιση αναδυόμενων κινδύνων.
- Την αντιμετώπιση νέων επιδημικών νοσημάτων.
- Την αντιμετώπιση κινδύνων από αιφνίδια γεγονότα.
- Την αντιμετώπιση απειλών από την πιθανή χρήση ή τυχαία διασπορά βιολογικών και χημικών επιβλαβών παραγόντων.
- Την κατανόηση του νέου επιδημιολογικού προτύπου και των νέων αναγκών υγείας.

Ενότητα Β'

Η Δημόσια Υγεία στο Διεθνές Περιβάλλον

«...κατά τον καθορισμό και
την εφαρμογή όλων των **ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ**
και δράσεων της Κοινότητας,
εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία
της υγείας του ανθρώπου...»

Άρθρο 152 της Συνθήκης του Άμστερνταμ, 1997

Κεφάλαιο 6ο

Οργανισμοί και Προγράμματα Δημόσιας Υγείας στο Διεθνές Περιβάλλον

1. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.)

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) είναι ένας διεθνής οργανισμός που λειτουργεί στο πλαίσιο του Ο.Η.Ε. και είναι αρμόδιος για το συντονισμό σε διεθνές επίπεδο των συνεργασιών και δραστηριοτήτων προστασίας της Δημόσιας Υγείας. Ιδρύθηκε το 1948, ως συνεχιστής και κληρονόμος του έργου του Γραφείου Υγείας της Κοινωνίας των Εθνών, που λειτούργησε πριν το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο.

Η αποστολή του Π.Ο.Υ., όπως καθορίζεται στο καταστατικό του, είναι «η επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας από τους λαούς». Κύρια αποστολή του είναι η μάχη κατά των ασθενειών, κατά των βασικών λοιμωδών νοσημάτων και η προαγωγή του γενικού επιπέδου υγείας των λαών σε όλο τον κόσμο. Μέλη του Π.Ο.Υ. είναι όλα τα κράτη μέλη του Ο.Η.Ε., αλλά μπορούν να μετέχουν και κράτη που δεν είναι μέλη του Ο.Η.Ε. Σήμερα ο Π.Ο.Υ. έχει 193 μέλη, εκ των οποίων 2 είναι εκτός Ο.Η.Ε.

Η διοίκηση του Π.Ο.Υ. ασκείται από:

- την Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας (World Health Assembly) που αποτελεί το ανώτατο αποφασιστικό όργανο του Π.Ο.Υ. και αποτελείται από τους εθνικούς αντιπροσώπους των κρατών-μελών,
- το Εκτελεστικό Συμβούλιο του Π.Ο.Υ. (Executive Board), που αποτελείται από 34 μέλη τα οποία διορίζονται από την Παγκόσμια Συνέλευση,

- το Γενικό Διευθυντή, που επιλέγεται επίσης από την Παγκόσμια Συνέλευση.

Η διοικητική δομή του Π.Ο.Υ. αποτελείται από την κεντρική διοίκηση και έξι Περιφερειακά Γραφεία (Αφρικής, Ευρώπης, ΝΑ Ασίας, Ανατολικής Μεσογείου, Δυτικού Ειρηνικού και Αμερικής). Επίσης, ο Π.Ο.Υ. διαθέτει γραφεία σε 147 χώρες-μέλη, η αναγκαιότητα ύπαρξης των οποίων καθορίζεται από τις ίδιες τις χώρες.

Ο Π.Ο.Υ. συντονίζει μία σειρά προσπαθειών και πρωτοβουλιών σε όλο το φάσμα της Δημόσιας Υγείας. Η δραστηριότητά του είναι καταρχήν ιδιαίτερα σημαντική στο πεδίο των λοιμωδών νοσημάτων, όπου:

- Συντονίζει τις προσπάθειες για τον έλεγχο επιδημιών διεθνούς σημασίας, όπως το SARS, το AIDS και η ελονοσία, ενώ παράλληλα οργανώνει και προγράμματα που αποσκοπούν στην ανοσοποίηση και στη θεραπευτική αντιμετώπιση των νοσημάτων αυτών.
- Συντονίζει τις προσπάθειες για την παραγωγή νέων εμβολίων, όπως κατά της ελονοσίας, της σχιστοσυστομίας, του δάγγειου πυρετού, και της γρίπης.
- Συντονίζει προγράμματα που αποσκοπούν στην εκρίζωση ορισμένων νοσημάτων, όπως της πολιομυελίτιδας.
- Συντονίζει προγράμματα παραγωγής διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων και φαρμάκων, για νοσήματα που ενδημούν κυρίως στον τρίτο κόσμο.

Στον τομέα της προαγωγής της υγείας, ο Π.Ο.Υ. αναπτύσσει προγράμματα για:

- Τη βελτίωση της υγιεινής της ύδρευσης.
- Την προώθηση της υγιεινής διατροφής σε διεθνές επίπεδο.
- Τον περιορισμό του καπνίσματος.
- Τον έλεγχο των επιπτώσεων στην υγεία από τα ηλεκτρομαγνητικά πεδία.
- Την ανάπτυξη προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου διαφόρων ασθενειών και ιδίως του καρκίνου, καθώς και μια σειρά άλλων δραστηριοτήτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

Στον τομέα της επιστημονικής υποστήριξης και τεκμηρίωσης, ο Π.Ο.Υ. ασκεί μια σειρά σημαντικών δραστηριοτήτων, όπως:

- Τη διεθνή ταξινόμηση των νόσων και των αιτίων θανάτου.
- Τη διατήρηση και συνεχή ενημέρωση του Καταλόγου Βασικών Φαρμάκων (Essential Drug List).
- Την επιστημονική και ιατρική αξιολόγηση των ψυχοφαρμάκων.
- Την έκδοση σειρών εκθέσεων ανασκόπησης και αξιολόγησης των υπάρχοντων διαγνωστικών και θεραπευτικών δυνατοτήτων.
- Την έκδοση σειρών επιστημονικής αξιολόγησης της επικινδυνότητας διαφόρων επιβλαβών επαγγελματικών παραγόντων.
- Την έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών για τον έλεγχο και την αντιμετώπιση διάφορων νοσημάτων.

Ο Π.Ο.Υ. έχει επιδείξει μια ιδιαίτερη συμβολή στον τομέα της ανάπτυξης πολιτικών και εθνικών στρατηγικών υγείας, καθώς και στον τομέα της επιστημονικής υποστήριξης

των στρατηγικών αυτών. Στο πεδίο αυτό, ο Π.Ο.Υ. προσφέρει:

- Την ανάπτυξη και υπόδειξη μεθόδων, κριτηρίων και δεικτών για την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού.
- Τη στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων υγείας των κρατών-μελών.
- Τη διατήρηση της σημαντικότερης διεθνούς βάσης δεδομένων για την υγεία.
- Την οργάνωση ειδικών βάσεων δεδομένων για την παρακολούθηση επιμέρους διεθνών ή εθνικών προγραμμάτων ή στρατηγικών υγείας.
- Την έκδοση της ετήσιας Έκθεσης για την Υγεία στον Κόσμο (World Health Report).
- Την έκδοση εκθέσεων με τα δεδομένα για την υγεία σε επιμέρους τομείς προτεραιότητας.

Ο Π.Ο.Υ. συνεργάζεται στενά σε διεθνές επίπεδο με μια σειρά μη κυβερνητικών οργανισμών που δραστηριοποιούνται στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας, με τους οποίους συγκροτεί ένα δίκτυο που λειτουργεί υπό την εποπτεία και το συντονισμό του.

Οι οργανισμοί αυτοί είναι:

- Το Πρόγραμμα για την Κατάλληλη Τεχνολογία στην Υγεία (Program for Appropriate Technology in Health - PATH), που έχει σκοπό την παραγωγή της κατάλληλης βιοϊατρικής τεχνολογίας για την εξυπηρέτηση των στόχων της στρατηγικής Υγεία για Όλους.
- Τη Διεθνή Πρωτοβουλία για το Εμβόλιο του AIDS (International AIDS Vaccine Initiative - IAVI).
- Το πρόγραμμα Φάρμακα για την Ελονοσία (Medicines for Malaria Venture - MMV).
- Την Παγκόσμια Συμμαχία για την Ανάπτυξη Φαρμάκων κατά της Φυματίωσης (Global Alliance for TB Drug Development - TB Alliance).
- Το Παγκόσμιο Ίδρυμα για το Εμβόλιο της Φυματίωσης (Aeras Global TB Vaccine Foundation - Aeras).
- Τη Διεθνή Συνεργασία για τα Microbicides (International Partnership for Microbicides - IPM) που στοχεύει στην παραγωγή βιολογικών παρασκευασμάτων για την πρόληψη των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Τη Διεθνή Πρωτοβουλία για το Εμβόλιο του Παιδικού Δάγγειου Πυρετού (Pediatric Dengue Vaccine Initiative - PDVI).
- Το Ίδρυμα για Καινοτομικές Νέες Διαγνωστικές Μεθόδους (Foundation for Innovative New Diagnostics - FIND).
- Το Ινστιτούτο για την Υγεία Όλου του Πληθυσμού (Institute for OneWorld Health - IOWH), που έχει σκοπό την παραγωγή ασφαλών και αποτελεσματικών φαρμάκων για τα λοιμώδη νοσήματα στον τρίτο κόσμο.
- Την Πρωτοβουλία Φάρμακα για Παραμελημένες Ασθένειες (Drugs for Neglected Diseases Initiative - DNDi).

Πέραν των ανωτέρω, ο Π.Ο.Υ. συνεργάζεται στενά με όλους τους άλλους διεθνείς και εθνικούς οργανισμούς Δημόσιας Υγείας, επιδιώκοντας στην προώθηση της παγκόσμιας συνεργασίας και αλληλεγγύης για την υγεία.

2. Παγκόσμια Τράπεζα (World Bank)

Η Παγκόσμια Τράπεζα είναι μια σημαντική πηγή οικονομικής και τεχνικής βοήθειας για τις αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου. Αποτελείται από 2 Ινστιτούτα Ανάπτυξης με 185 χώρες-μέλη, την Παγκόσμια Τράπεζα για Ανοικοδόμηση και Ανάπτυξη (International Bank for Reconstruction and Development, IBRD) και την Παγκόσμια Ένωση Ανάπτυξης (International Development Association, IDA).

Η αποστολή τους είναι η μείωση της παγκόσμιας φτώχειας και η βελτίωση των συνθηκών επιβίωσης. Το Ινστιτούτο για την Ανοικοδόμηση και την Ανάπτυξη εστιάζει στις λιγότερο φτωχές χώρες, ενώ η Παγκόσμια Ένωση Ανάπτυξης στις πολύ φτωχές χώρες του κόσμου. Και τα δύο Ινστιτούτα προσφέρουν δάνεια με χαμηλά επιτόκια και επιδοτήσεις στις αναπτυσσόμενες χώρες για τη βελτίωση της εκπαίδευσης, της υγείας, των υποδομών, καθώς και για άλλους κατά περίπτωση επιμέρους σκοπούς.

Όσον αφορά στη Δημόσια Υγεία η αποστολή της Παγκόσμιας Τράπεζας είναι:

- Η συμμετοχή σε διεθνείς πρωτοβουλίες, οι οποίες θα βοηθήσουν τις χώρες να πετύχουν τους στόχους τους σχετικά με την προστασία της Δημόσιας Υγείας.
- Η διαχείριση και διάχυση της πληροφορίας σε θέματα Δημόσιας Υγείας.
- Η μείωση της φτώχειας και των ανισοτήτων.
- Η παροχή συμβουλευτικών υπηρεσιών για την ενδυνάμωση των συστημάτων υγείας των χωρών.

3. Πρόγραμμα Περιβάλλοντος Ηνωμένων Εθνών (United Nations Environment Programme - UNEP)

Το πρόγραμμα Περιβάλλοντος Ηνωμένων Εθνών αποτελεί τη διοικητική αρχή του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών είναι αρμόδιο για τις περιβαλλοντικές δραστηριότητες του Ο.Η.Ε. και ιδρύθηκε το 1972. Η διοίκησή της ασκείται: (α) από ένα Διοικητικό Συμβούλιο με 58 μέλη, στα οποία εκπροσωπούνται όλες οι περιφέρειες της υφηλίου και (β) από το Γενικό Διευθυντή της.

Το πρόγραμμα είναι οργανωμένο σε 6 περιφερειακά γραφεία, ενώ διαθέτει και μια σειρά γραφείων σε επιμέρους χώρες.

Αποστολή του προγράμματος είναι η παρακολούθηση των κλιματικών συνθηκών σε διεθνές επίπεδο και η ανάδειξη των προβλημάτων και απειλών που ανακύπτουν από την πορεία των περιβαλλοντικών ζητημάτων. Η δραστηριότητά του καλύπτει ένα ευρύ φάσμα τομέων, που εκτείνονται από τη μόλυνση της ατμόσφαιρας, μέχρι τα κάθε είδους οικοσυστήματα.

Η δραστηριότητά του αναπτύσσεται μέσα από 7 τμήματα (Divisions) τα οποία είναι:

- Το Τμήμα Έγκαιρης Προειδοποίησης και Αξιολόγησης (Early Warning and Assessment).
- Το Τμήμα Εφαρμογής Περιβαλλοντικής Πολιτικής (Environmental Policy Implementation).
- Το Τμήμα Τεχνολογίας, Βιομηχανίας και Οικονομίας (Technology, Industry and Economics).
- Το Τμήμα Περιφερειακής Συνεργασίας (Regional Cooperation).
- Το Τμήμα Περιβαλλοντικής Νομοθεσίας και Συμβάσεων (Environmental Law and Conventions).
- Το Τμήμα Παγκόσμιου Συντονισμού των Υπηρεσιών Περιβάλλοντος (Global Environment Facility Coordination).
- Το Τμήμα Επικοινωνιών και Δημόσιας Πληροφόρησης (Communications and Public Information).

Δραστηριότητες

Το πρόγραμμα περιβάλλοντος των Ηνωμένων Εθνών αναπτύσσει περιβαλλοντικές πολιτικές σε διεθνές επίπεδο και βοηθά τις αναπτυσσόμενες χώρες να αναπτύξουν με επιστημονική επάρκεια και αποτελεσματικότητα τις δικές τους εθνικές περιβαλλοντικές πολιτικές.

Η δραστηριότητά του αναφέρεται:

- Στην παρακολούθηση των συνθηκών του περιβάλλοντος σε παγκόσμιο επίπεδο.
- Στην παρακολούθηση των κλιματικών αλλαγών.
- Στην παρακολούθηση και αντιμετώπιση της ρύπανσης του αέρα.
- Στην παρακολούθηση της ρύπανσης και μόλυνσης των νερών.
- Στην παρακολούθηση των επιπτώσεων των διαφόρων τεχνολογικών δραστηριοτήτων στο περιβάλλον.
- Στην παρακολούθηση των οικοσυστημάτων.

Η δραστηριότητα του προγράμματος συνδέεται με τη Δημόσια Υγεία σε όλους τους τομείς που αφορούν στην επίδραση του φυσικού περιβάλλοντος στην υγεία του ανθρώπου, δηλαδή σε όλο το εύρος της Περιβαλλοντικής Υγιεινής. Οι πλέον χαρακτηριστικές δραστηριότητες είναι τα προγράμματα για την εξυγίανση της ύδρευσης και την εξασφάλιση υγιεινού νερού σε χώρες του τρίτου κόσμου και τα προγράμματα για την ασφαλή διαχείριση των τοξικών αποβλήτων.

4. Κέντρο Ελέγχου Νοσημάτων (C.D.C.)

Το C.D.C. είναι ένας από τους κυριότερους οργανισμούς του Υπουργείου Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών, αποστολή του οποίου είναι η προστασία της Δημόσιας Υγείας και της ασφάλειας όλων των Αμερικανών και η συμβολή στην παροχή ουσιαστικών

υπηρεσιών προστασίας της υγείας του πληθυσμού.

Το C.D.C. ιδρύθηκε το 1946 για να βοηθήσει στον έλεγχο της ελονοσίας. Έκτοτε, το C.D.C. έχει παραμείνει στην πρώτη γραμμή των προσπαθειών για τη Δημόσια Υγεία και έχει μια πρωτοπόρα και παγκόσμια συμβολή στην αποτροπή και στον έλεγχο των μολυσματικών και χρόνιων ασθενειών, των τραυματισμών, των κινδύνων των εργασιακών χώρων, και των απειλών της περιβαλλοντικής υγείας.

Σήμερα, το C.D.C. αναγνωρίζεται παγκοσμίως για την υλοποίηση ερευνών και μελετών πάνω σε όλα τα θέματα Δημόσιας Υγείας. Οι κατευθυντήριες οδηγίες, τις οποίες εκδίδει αποτελούν πρότυπο εφαρμογής σε διεθνές επίπεδο.

Η αποστολή και ο ρόλος του C.D.C. είναι η προαγωγή της Δημόσιας Υγείας και της ποιότητας ζωής, μέσω του ελέγχου και της πρόληψης των ασθενειών, των τραυματισμών και της αναπηρίας, στοχεύοντας:

- Στον έλεγχο της Δημόσιας Υγείας.
- Στην ανίχνευση και στην έρευνα των προβλημάτων υγείας.
- Στην πραγματοποίηση ερευνών για την ενίσχυση της πρόληψης.
- Στην ανάπτυξη και υποστήριξη των πολιτικών Δημόσιας Υγείας.
- Στην εφαρμογή στρατηγικών πρόληψης.
- Στη διαφύλαξη ενός υγιούς περιβάλλοντος.
- Στην παροχή εκπαιδευτικής κατάρτισης.

Οι παραπάνω άξονες είναι και ο βασικός κορμός της αποστολής του C.D.C. Το C.D.C. αποτελείται από 7 κέντρα, καθένα από τα οποία έχει συγκεκριμένο αντικείμενο και εξειδίκευση και αναλαμβάνει μια ορισμένη ομάδα από τις δραστηριότητες αυτές.

Στην υλοποίηση της αποστολής του, το C.D.C. συνεργάζεται με επιστημονικούς φορείς από ολόκληρη την Αμερική και τις άλλες χώρες. Τα βήματα που απαιτούνται για να ολοκληρώσουν αυτή την αποστολή είναι βασισμένα στην επιστημονική επάρκεια, και στο καλά εκπαιδευμένο επιστημονικό προσωπικό.

Τα κέντρα του C.D.C. είναι τα ακόλουθα:

1. Κέντρο για την Περιβαλλοντική Υγεία και Πρόληψη Τραυματισμών (Center for Environmental Health and Injury Prevention), το οποίο περιλαμβάνει τις ακόλουθες δομές:

- National Center for Environmental Health (NCEH).
- Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR).
- National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC).

2. Κέντρο Πληροφοριών και Υπηρεσιών Υγείας (Center for Health Information and Services), το οποίο περιλαμβάνει τις ακόλουθες δομές:

- National Center for Health Statistics (NCHS).
- National Center for Public Health Informatics (NCPHI).
- National Center for Health Marketing (NCHM).

3. Κέντρο Προαγωγής Υγείας (Center for Health Promotion), το οποίο περιλαμβάνει τις ακόλουθες δομές:

- National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities (NCBDDD).
- National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP).

- Office of Genomics and Disease Prevention.

4. Κέντρο Λοιμωδών Νοσημάτων (Center for Infectious Diseases), το οποίο περιλαμβάνει τις ακόλουθες δομές:

- National Center for Infectious Diseases (NCID).
- National Immunization Program (NIP).
- National Center for HIV, STD, and TB Prevention (NCHSTP).
- Office for Global Health.
- Office for Terrorism Preparedness & Emergency Response.
- National Institute for Occupational Safety and Health.

Μέσα από τους παραπάνω φορείς, το C.D.C. αναπτύσσει δραστηριότητα σε μια σειρά άλλων προγραμμάτων, δραστηριοτήτων και αντικειμένων σχετικών με τη Δημόσια Υγεία.

Τα κυριότερα από τα προγράμματα αυτά αφορούν στα παρακάτω:

- Βιοτρομοκρατία.
- Γενετικές ανωμαλίες.
- Πρόληψη του καρκίνου.
- Πρόληψη χρόνιων παθήσεων.
- Περιβαλλοντική υγεία.
- Παγκόσμια υγεία.
- Προαγωγή υγείας.
- HIV/AIDS.
- Ανοσοποιητικό σύστημα.
- Μολυσματικές ασθένειες.
- Πρόληψη τραυματισμών.
- Επαγγελματική ασφάλεια και υγεία.

5. Ευρωπαϊκό Κέντρο για την Πρόληψη και τον Έλεγχο των Ασθενειών (E.C.D.C.)

Το E.C.D.C. είναι ένας νεοσύστατος οργανισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ο οποίος δημιουργήθηκε για να βοηθήσει στην ενίσχυση των δραστηριοτήτων, ενάντια στις μολυσματικές ασθένειες, όπως η γρίπη, το SARS και το HIV/AIDS.

Το E.C.D.C. δημιουργήθηκε την άνοιξη του 2004 ύστερα από εισήγηση του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, προκειμένου να αντιμετωπίσει τη ραγδαία εξάπλωση των μολυσματικών ασθενειών. Το E.C.D.C. είναι ένας μικρός, αλλά αποτελεσματικός φορέας. Λειτουργεί σε συνεργασία με άλλους εθνικούς οργανισμούς προστασίας της Δημόσιας Υγείας σε ολόκληρη την Ευρώπη, σκοπεύοντας στην ενίσχυση και ανάπτυξη συστημάτων επιτήρησης ασθενειών και έγκαιρης προειδοποίησης.

Σύμφωνα με τον κανονισμό αριθ. 851/2004 (Ε.Κ.), που αναφέρεται στην ίδρυση του Ευρωπαϊκού Κέντρου για την Πρόληψη και τον Έλεγχο Ασθενειών, ο σκοπός του E.C.D.C. καθορίζεται ως εξής:

- Να ενισχυθεί η ικανότητα της κοινότητας και των κρατών-μελών της για την προστασία της ανθρώπινης υγείας μέσω της πρόληψης και του ελέγχου της ανθρώπινης ασθένειας. Ο οργανισμός θα προσδιορίσει και θα αξιολογήσει τις τρέχουσες και αναδυόμενες απειλές στην ανθρώπινη υγεία από τις μεταδοτικές ασθένειες.
- Σε περιπτώσεις εξάρσεων ασθενειών αγνώστου προέλευσης, που μπορούν να διαδοθούν εντός ή εκτός της κοινότητας, το κέντρο θα λειτουργήσει κατά βούληση έως ότου είναι γνωστή η πηγή της προέλευσης. Σε περιπτώσεις εξάρσεων, που σαφώς δεν προκαλούνται από μεταδοτικές ασθένειες, το κέντρο θα λειτουργεί μόνο σε συνεργασία με την αρμόδια αρχή κατόπιν έκκλησης από αυτή.

Κατά τη διάρκεια της αποστολής του, το κέντρο, θα λαμβάνει πλήρως υπ' όψη τις ευθύνες των κρατών-μελών, της επιτροπής και των άλλων κοινοτικών φορέων, και των ευθυνών των διεθνών οργανισμών που δρουν στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, προκειμένου να εξασφαλίζεται η συνοχή και η οργανωμένη δράση του.

Το E.C.D.C. αποτελείται από τρεις επιμέρους μονάδες, οι οποίες είναι οι εξής:

- Μονάδα για την Επιτήρηση και την Επικοινωνία (Unit for Surveillance and Communication).
Ο κύριος στόχος της Μονάδας για την Επιτήρηση και την Επικοινωνία είναι η βαθμιαία ανάληψη της ευθύνης για την παρακολούθηση των μεταδοτικών ασθενειών σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συνεργαζόμενη με το επιστημονικό προσωπικό εθνικών ιδρυμάτων παρακολούθησης σε ολόκληρη την Ευρώπη, μέσω των σύγχρονων συστημάτων, συλλέγει και αναλύει τα στοιχεία και τις πληροφορίες, με σκοπό τη λήψη αποφάσεων και πολιτικών για Δημόσια Υγεία στην Ευρώπη.
- Μονάδα για την Ετοιμότητα και την Άμεση Αντίδραση (Unit for Preparedness and Response).
Ο κύριος στόχος της Μονάδας για την Ετοιμότητα και την Άμεση Αντίδραση είναι η παρακολούθηση των ανερχόμενων απειλών για την υγεία μέσα και έξω από τα σύνορα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η έγκαιρη αξιολόγηση του κινδύνου και ο συντονισμός για έγκαιρη αντιμετώπιση από αντίστοιχες απειλές. Οι παραπάνω δραστηριότητες επιτυγχάνονται μέσω του Συστήματος Έγκαιρης Προειδοποίησης και Απάντησης (Early Warning and Response System/EWRS), αλλά και μέσω της οργάνωσης διάφορων επιμορφωτικών προγραμμάτων για τη Δημόσια Υγεία και με την υποστήριξη και τη συμμετοχή του επιστημονικού προσωπικού αναλόγων φορέων των κρατών-μελών.
- Μονάδα για τις Επιστημονικές Συμβουλές (Unit for Scientific Advice).
Ο κύριος στόχος της συγκεκριμένης μονάδας είναι η παραγωγή και προώθηση τεχνικών και επιστημονικών συμβουλών. Η διαδικασία αυτή ολοκληρώνεται με έναν ισχυρό επιστημονικό πυρήνα, μέσα στο κέντρο, σε συνδυασμό με τη συνεργασία επιστημόνων από τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε τομείς όπως η μικροβιολογία, η επιδημιολογία, οι κλινικές μολυσματικές ασθένειες, και άλλες επιστήμες.

6. Ένωση Παρατηρητηρίων Δημόσιας Υγείας (A.P.H.O. - Association of Public Health Observatories)

Η Ένωση Παρατηρητηρίων Δημόσιας Υγείας (A.P.H.O. - Association of Public Health Observatories) αποτελείται από οκτώ Παρατηρητήρια Δημόσιας Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Έχει σκοπό να δημιουργήσει ένα δίκτυο συζήτησης και συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία, με κύριες κατευθύνσεις:

- Την ανάπτυξη κοινών μεθοδολογιών στην προσέγγιση των διάφορων προβλημάτων Δημόσιας Υγείας.
- Τη διάχυση επιστημονικά τεκμηριωμένων «καλών πρακτικών» στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας.
- Την προώθηση της συνεργασίας στη Δημόσια Υγεία.

Οι κύριοι τομείς δραστηριότητας των συμμετεχόντων παρατηρητηρίων είναι:

- Η εκπόνηση τακτικών εκθέσεων για την υγεία του πληθυσμού κάθε περιοχής.
- Η παρακολούθηση δεικτών υγείας σε συγκεκριμένους τομείς (αλκοόλ, ψυχική υγεία, σεξουαλική υγεία, ανισότητες κ.λπ.).
- Η ανάπτυξη μοντέλων για τη μελέτη της συχνότητας των διάφορων νοσημάτων.
- Η έκδοση τεχνικών εγχειριδίων και οδηγιών.
- Η οργάνωση βάσεων δεδομένων και πηγών πληροφοριών για την υγεία.
- Η ανάπτυξη μεθοδολογικών εργαλείων.

7. Οργανισμός Τροφίμων και Γεωργίας (F.A.O.)

Ο F.A.O. αποτελεί ειδική οργάνωση του Ο.Η.Ε., η οποία συντονίζει το Παγκόσμιο Πρόγραμμα Τροφίμων και αποτελεί την κύρια βάση πληροφοριών αναφορικά με την παραγωγή, τις εισαγωγές και τις εξαγωγές τροφίμων και τις διατροφικές συνήθειες σε κάθε κράτος-μέλος. Επίσης στο πλαίσιο του Ο.Η.Ε. λειτουργεί η Διαρκής Επιτροπή για τη Διατροφή (Standing Committee on Nutrition), η οποία ασχολείται με τα διατροφικά προβλήματα του πλανήτη, αποτελώντας σημείο σύγκλισης και εναρμόνισης ιδεών και πολιτικών στο σχετικό επίπεδο. Κοινή δραστηριότητα του Π.Ο.Υ. και του F.A.O. αποτελεί ο Codex Alimentarius που ασχολείται με τη θέσπιση προτύπων του διεθνούς εμπορίου τροφίμων. Ο F.A.O. είναι πηγή γνώσεων σε τεχνικά θέματα και προσφέρει στα μέλη του τη δυνατότητα να αντιμετωπίσουν μαζί τεχνικά προβλήματα στον τομέα της γεωργίας και της διατροφής.

Η διοικητική δομή του F.A.O. αποτελείται από:

- Τη γενική συνέλευση, η οποία καθορίζει τον προϋπολογισμό, τις πολιτικές, εγκρίνει τα προγράμματα εργασίας, και απευθύνει συστάσεις στα κράτη-μέλη και στους διεθνείς οργανισμούς.
- Το συμβούλιο, το οποίο επιτελεί λειτουργίες, που αφορούν στην παγκόσμια κατάσταση τροφίμων και γεωργίας.
- Τη γραμματεία.

Στα όργανα του F.A.O. ανήκουν επίσης διάφορες επιτροπές κυριότερες εκ των οποίων είναι η Επιτροπή Προγράμματος, η Επιτροπή Αλιείας, η Επιτροπή Δασών, η Επιτροπή για την Επισιτιστική και Διατροφική Ασφάλεια, η Επιτροπή του Κώδικα Τροφίμων κ.ά.

8. Ταμείο των Ηνωμένων Εθνών για τα Παιδιά (U.N.I.C.E.F.)

Η U.N.I.C.E.F. αποτελεί εξέλιξη της UNDR (United Nations Relief and Rehabilitation Administration) μια οργάνωση που ιδρύθηκε το 1943, με σκοπό την παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας στα θύματα του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Το 1946 ελήφθη η απόφαση διάλυσης της UNDR και μετά από πολλές προσπάθειες η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών δημιούργησε την U.N.I.C.E.F., η οποία παραμένει η οργάνωση που βοηθά εκατομμύρια παιδιά σε όλο τον κόσμο, μέσω εξειδικευμένων προγραμμάτων παιδικής προστασίας.

«...οι μεγαλύτεροι εχθροί για την υγεία
δεν είναι τα μικρόβια,
οι ιοί ή ο καρκίνος,

αλλά **η φτώχεια**,
η άγνοια και η εκμετάλλευση
του ανθρώπου από άνθρωπο...»

Σ. Δοξιάδης, 1917 - 1991

Κεφάλαιο 7ο

Διεθνείς Στρατηγικές και Τάσεις για τη Δημόσια Υγεία

1. Η Πολιτική για τη Δημόσια Υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Η κοινή αντίληψη και πεποίθηση των κρατών-μελών ότι αντιμετωπίζουν κοινά προβλήματα στον τομέα της υγείας (γήρανση πληθυσμού, κρίση ασφαλιστικών συστημάτων) και κοινές απειλές (βιοτρομοκρατία, αναβίωση μεταδοτικών νοσημάτων) οδήγησε, παρά την παραδοχή ότι «η υγεία παραμένει ζήτημα του κάθε κράτους» στην αναγνώριση της Δημόσιας Υγείας ως σημαντικής και καθοριστικής παραμέτρου για την ευημερία και την ανάπτυξη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η υπογραφή της συνθήκης του Μάαστριχ το 1992, έβαλε την Δημόσια Υγεία στην πολιτική ατζέντα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το άρθρο 129 της συνθήκης αναφέρεται ειδικά στην προστασία της Δημόσιας Υγείας και ιδίως στην πρόληψη και συγκεκριμένα αναφέρει:

1. Η κοινότητα συμβάλλει στην εξασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης ζωής ενθαρρύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών και εάν είναι απαραίτητο, ενισχύοντας τη δράση τους. Η δράση της κοινότητας αφορά στην πρόληψη των ασθενειών και κυρίως αυτών που θεωρούνται μεγάλη μαστίγα, συμπεριλαμβανομένης και

- της τοξικομανίας, ευνοώντας την έρευνα σχετικά με τα αίτια και τη μετάδοσή τους, καθώς και την ενημέρωση και την εκπαίδευση στον τομέα της υγείας. Οι απαιτήσεις στον τομέα της προστασίας της υγείας αποτελούν συνισταμένη των άλλων πολιτικών της κοινότητας.
2. Τα κράτη-μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνάρτηση με την επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματά τους, στους τομείς που αναφέρονται στην παράγραφο 1. Η επιτροπή μπορεί να λάβει, σε στενή σχέση με τα κράτη-μέλη, οποιαδήποτε πρόσφορη πρωτοβουλία για την προαγωγή αυτής της συνεργασίας.
 3. Η κοινότητα και τα κράτη-μέλη ενισχύουν τη συνεργασία με τρίτες χώρες και τις διεθνείς οργανώσεις που έχουν αρμοδιότητες στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.
 4. Προκειμένου να συμβάλει στην πραγμάτωση των στόχων του άρθρου αυτού, το συμβούλιο εκδίδει, αποφασίζοντας κατά τη διαδικασία του άρθρου 189B και μετά από γνωμοδότηση της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής και της Επιτροπής των Περιφερειών, πράξεις ενίσχυσης - ενθάρρυνσης, αποκλειόμενης οποιασδήποτε εναρμόνισης των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών-μελών.

Το ενδιαφέρον της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία των πολιτών της καταδεικνύεται επίσης από τη διακριτή και λεπτομερή αναφορά, στη Δημόσια Υγεία, της Συνθήκης του Άμστερνταμ. Η αναφορά στη Δημόσια Υγεία γίνεται σε διάφορα άρθρα της συνθήκης, κυρίως όμως στα άρθρα 3 και 152. Ιδιαίτερα στο άρθρο 152 ορίζεται ότι:

1. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της κοινότητας, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου. Η δράση της κοινότητας, η οποία συμπληρώνει τις εθνικές πολιτικές, αποβλέπει στη βελτίωση της Δημόσιας Υγείας, καθώς και στην πρόληψη της ανθρώπινης ασθένειας σε όλες τις μορφές της και στην αποτροπή των πηγών κινδύνου για την ανθρώπινη υγεία. Η δράση αυτή καλύπτει την καταπολέμηση των μεγάλων πληγών της ανθρωπότητας στον τομέα της υγείας, ευνοώντας τη διερεύνηση των αιτιών τους, της μετάδοσης και της πρόληψής τους, καθώς και την ενημέρωση και τη διαπαιδαγώγηση στον τομέα της υγείας. Η κοινότητα συμπληρώνει τη δράση των κρατών-μελών για τη μείωση της βλάβης που προκαλούν στην υγεία τα ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένης της ενημέρωσης και της πρόληψης.
2. Η κοινότητα ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ των κρατών-μελών στους τομείς που αναφέρει το παρόν άρθρο και εν ανάγκη, στηρίζει τη δράση τους. Τα κράτη-μέλη συντονίζουν μεταξύ τους, σε συνδυασμό με την επιτροπή, τις πολιτικές και τα προγράμματα τους στους τομείς που αναφέρονται στην παράγραφο 1. Η επιτροπή μπορεί να αναλαμβάνει, σε στενή επαφή με τα κράτη-μέλη, κάθε χρήσιμη πρωτοβουλία για την προώθηση του συντονισμού αυτού.
3. Η κοινότητα και τα κράτη-μέλη ευνοούν τη συνεργασία με τις τρίτες χώρες και τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς σε θέματα Δημόσιας Υγείας.
4. Το συμβούλιο ενεργώντας σύμφωνα με τη διαδικασία του άρθρου 251 και μετά από διαβούλευση με την Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή

και την Επιτροπή των Περιφερειών, συμβάλλει στην υλοποίηση των στόχων του παρόντος άρθρου θεσπίζοντας:

- Μέτρα με υψηλές προδιαγραφές όσον αφορά στην ποιότητα και στην ασφάλεια των οργάνων και των ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, του αίματος και των παραγώγων του. Αυτά τα μέτρα δεν εμποδίζουν τα κράτη-μέλη να διατηρούν ή να εισάγουν αυστηρότερα προστατευτικά μέτρα.
 - Κατά παρέκκλιση από το άρθρο 37, μέτρα στον κτηνιατρικό και φυτο-υγειονομικό τομέα με άμεσο στόχο την προστασία της Δημόσιας Υγείας.
 - Μέτρα ενθάρρυνσης της προστασίας και της βελτίωσης της υγείας του ανθρώπου εκτός οποιασδήποτε εναρμόνισης των νομοθετικών και κανονιστικών διατάξεων των κρατών-μελών. Το συμβούλιο, αποφασίζοντας με ειδική πλειοψηφία μετά από πρόταση της επιτροπής, διατυπώνει επίσης συστάσεις για τους σκοπούς του παρόντος άρθρου.
5. Η δράση της κοινότητας που αναπτύσσεται στον τομέα της Δημόσιας Υγείας θα σέβεται πλήρως τις αρμοδιότητες των κρατών-μελών, σε ό,τι αφορά στην οργάνωση και στην παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών και της ιατρικής περίθαλψης. Ειδικότερα, τα μέτρα που αναφέρονται στην παράγραφο 4(α) δεν θίγουν τις εθνικές διατάξεις περί δωρεάς ή ιατρικής χρήσεως οργάνων και αίματος.

1.1 Η Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον Τομέα της Δημόσιας Υγείας

Στη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας και συγκεκριμένα από το 1998 και εξής, η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει αναπτύξει μια στρατηγική στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, η οποία περιλαμβάνει δύο κύρια στοιχεία:

1. Ένα πλαίσιο δράσης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, το οποίο περιλαμβάνει το «κοινοτικό πρόγραμμα δράσης» στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.
2. Την υλοποίηση μίας ολοκληρωμένης διατομεακής στρατηγικής για την υγεία, με οριζόντιες δράσεις που αποσκοπούν στο να εξασφαλίσουν ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της υγείας, κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή των άλλων κοινοτικών πολιτικών.

«Πλαίσιο Δημόσιας Υγείας»

Το πλαίσιο της Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει τις δράσεις που αφορούν ειδικά στη Δημόσια Υγεία και αποσκοπούν:

- Στη βελτίωση της πληροφόρησης σχετικά με την υγεία.
- Στην εξασφάλιση ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση των απειλών κατά της υγείας.
- Στον έλεγχο των καθοριστικών παραγόντων της υγείας.
- Το πλαίσιο Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει ακόμα μία σειρά μέτρων σε άλλους επιμέρους τομείς που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία, όπως:
 - Την πρόληψη και τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών, με τη λειτουργία ενός δικτύου επιδημιολογικής παρακολούθησης και ελέγχου των μεταδοτικών ασθενειών, που καθιερώθηκε από το 1999 και έχει διεθνή διάσταση.
 - Την πρόληψη της τοξικομανίας, για την οποία υπάρχει ειδικό σχέδιο δράσης.

- Την καταπολέμηση του καπνίσματος και συμπληρωματικές δραστηριότητες, όπως η επιβολή αυστηρότερων κανόνων, όσον αφορά στην παρασκευή, στην προβολή και στην πώληση προϊόντων καπνού.
- Την ποιότητα και ασφάλεια των οργάνων και των ουσιών ανθρώπινης προέλευσης, με την επεξεργασία και εκπόνηση σχετικής νομοθεσίας.
- Το αίμα και τα παράγωγά του, με τον καθορισμό προτύπων ποιότητας και ασφάλειας, τη δημιουργία ευρωπαϊκού δικτύου εποπτείας και την προώθηση της βέλτιστης χρήσης του αίματος και των παραγώγων του.
- Τα κτηνιατρικά και φυτο-υγειονομικά μέτρα, με ένα πλέγμα πολιτικών που αναφέρονται στην ασφάλεια των τροφίμων.
- Τη δημιουργία ενός ευρωπαϊκού φόρουμ της υγείας, ως μηχανισμού που θα επιτρέπει τη συνεχή διαβούλευση όλων των παραγόντων της Δημόσιας Υγείας που λαμβάνουν μέρος στην κατάρτιση της πολιτικής για την υγεία.

«Ολοκληρωμένη διατομεακή στρατηγική Δημόσιας Υγείας»

Η ολοκληρωμένη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη Δημόσια Υγεία, εκτός από το «πλαίσιο Δημόσιας Υγείας», επιδιώκεται να εξασφαλιστεί με τη στενή σύνδεση με ενέργειες και πρωτοβουλίες που λαμβάνονται σε άλλους τομείς πολιτικής και επηρεάζουν την υγεία, όπως η ενιαία αγορά, η προστασία των καταναλωτών, η κοινωνική προστασία, η απασχόληση και το περιβάλλον. Η υλοποίηση αυτής της ολοκληρωμένης πολιτικής επιδιώκεται με τους ακόλουθους τρόπους:

- Από το 2001, οι προτάσεις και οι πολιτικές άλλων τομέων που σχετίζονται με την υγεία, περιλαμβάνουν επεξεργασία και τεκμηρίωση, η οποία εξηγεί τον τρόπο και το λόγο για τον οποίο τα θέματα υγείας θα πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη, καθώς και τις πιθανές επιπτώσεις στην υγεία.
- Επιδιώκεται η καθιέρωση συγκεκριμένων κριτηρίων και μεθόδων για την αξιολόγηση της κάθε πολιτικής σε σχέση με τον αντίκτυπό της στην υγεία.
- Το πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας προβλέπει τη δυνατότητα διεξαγωγής από κοινού ενεργειών σε συνεργασία με άλλα κοινοτικά προγράμματα και φορείς.
- Επιδιώκεται ενίσχυση των μηχανισμών που εγγυώνται το συντονισμό δραστηριοτήτων σχετικών με την υγεία.

1.2 Οι Προτεραιότητες της Πολιτικής της Περιόδου 2000 - 2008

Το 2000 η Ευρωπαϊκή Ένωση ανακοίνωσε τη στρατηγική για την Δημόσια Υγεία, της περιόδου 2000 - 2008, που εστιάζει σε τρεις προτεραιότητες (COM 2000/285 τελικό):

1) Βελτίωση της πληροφόρησης και της γνώσης για την υγεία, που να απευθύνεται σε όλα τα επίπεδα της κοινωνίας

Εφαρμογή ενός συνεκτικού συστήματος ενημέρωσης για την υγεία, το οποίο να παρέχει στους αρμόδιους χάραξης πολιτικής, στους επαγγελματίες στο χώρο της υγείας και στο ευρύ κοινό τα βασικά στοιχεία και τις πληροφορίες που απαιτούνται για την προάσπιση και προαγωγή της υγείας τους.

2) Θέσπιση ενός μηχανισμού ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση των μεγάλων απειλών κατά της υγείας

Ανάπτυξη ενός μηχανισμού ταχείας και αποτελεσματικής αντίδρασης για την αντιμετώπιση των απειλών κατά της Δημόσιας Υγείας που προέρχονται, από λοιμογόνους παράγοντες.

3) Αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας

Βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού, μέσω της μείωσης των πρόωρων θανάτων και της αντιμετώπισης σημαντικών παραγόντων κινδύνου. Στο πλαίσιο αυτό επιδιώκεται η καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία, ιδίως των παραγόντων που αφορούν στον τρόπο ζωής, όπως η διατροφή και η σωματική δραστηριότητα, καθώς και των περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως η έκθεση σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία, στην ηχορύπανση ή στη χημική μόλυνση.

Παράλληλα με τις προτεραιότητες του προγράμματος, η πολιτική Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατευθύνεται προς τρεις επιπλέον κατευθύνσεις:

1. Προώθηση της έρευνας για τη Δημόσια Υγεία

Η Ευρωπαϊκή Ένωση χρηματοδοτεί έρευνες που αποσκοπούν στην προστασία της Δημόσιας Υγείας.

2. Διατομεακή στρατηγική

Το ενδιαφέρον για την υγεία χαρακτηρίζει ένα μεγάλο φάσμα των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης της περιόδου 2000 - 2008, όπως η κοινωνική πολιτική και η πολιτική για την απασχόληση (περιλαμβανομένης της υγείας και της ασφάλειας στην εργασία), η πολιτική για την ενιαία αγορά και η περιβαλλοντική πολιτική.

3. Πληροφορική

Συγχρόνως, η Ευρωπαϊκή Ένωση αναπτύσσει τις σχέσεις μεταξύ της πληροφορικής και της υγείας. Σύνδεσμοι δεδομένων υψηλής ταχύτητας καθιστούν δυνατή τη δικτύωση των επαγγελματιών στον τομέα της υγείας στο σύνολο των κρατών-μελών και παρέχουν στους ασθενείς πρόσβαση σε ειδικευμένους ιατρούς, οι οποίοι μπορεί να βρίσκονται πολλά χιλιόμετρα μακριά τους (τηλεϊατρική).

1.3 Η Πολιτική Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Περίοδο 2008 - 2013

Στις 6 Απριλίου 2005, η επιτροπή ενέκρινε την απόφαση για τη θέσπιση προγράμματος κοινοτικής δράσης στον τομέα της υγείας και της προστασίας των καταναλωτών για την περίοδο 2007 - 2013. Η κύρια καινοτομία αυτού του προγράμματος έγκειται στη συνδυασμένη προσέγγιση ως προς την υγεία και την προστασία των καταναλωτών, με σκοπό να αξιοποιηθούν οι συνέργιες και να εξασφαλιστεί η μεγαλύτερη αποδοτικότητα

των ενεργειών που σχετίζονται με μία σειρά τομέων υγείας.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει στόχους ταξινομημένους σε τρεις κατηγορίες:

- Στόχοι που αφορούν κοινές δράσεις και συνέργειες.
- Στόχοι του προγράμματος Δημόσιας Υγείας.
- Στόχοι που αφορούν στην προστασία του καταναλωτή.

1) Ενίσχυση συνεργιών με άλλους τομείς

Οι στόχοι που αφορούν στην ενίσχυση των συνεργιών, μέσω κοινών ενεργειών και μέσων, είναι:

- Προστασία των πολιτών από τους κινδύνους και τις απειλές, όπως για παράδειγμα απειλές για την υγεία που έχουν επιπτώσεις στην κοινωνία συνολικά, μη ασφαλή προϊόντα, αθέμιτες εμπορικές πρακτικές κ.ά.
- Αύξηση της ικανότητας των πολιτών να λαμβάνουν συνειδητές αποφάσεις σε θέματα υγείας.
- Ένταξη των στόχων της πολιτικής που εφαρμόζεται στους τομείς της υγείας και των καταναλωτών και σε άλλες κοινοτικές πολιτικές.

2) Ενίσχυση δράσεων υγείας

Οι στόχοι που αφορούν στο πρόγραμμα Δημόσιας Υγείας είναι:

- Η προστασία των πολιτών από τις απειλές για την υγεία.
- Η προώθηση πολιτικών, που οδηγούν σε υγιέστερο τρόπο ζωής.
- Η συμβολή στη μείωση της επίπτωσης σημαντικών νόσων στην Ευρωπαϊκή Ένωση.
- Η συμβολή στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων και αποδοτικότερων συστημάτων υγείας.
- Η υποστήριξη των ανωτέρω στόχων με την παροχή πληροφοριών για θέματα υγείας και τη διενέργεια σχετικών αναλύσεων.

3) Προστασία του καταναλωτή

Οι στόχοι που αφορούν στο πρόγραμμα δράσης για την προστασία του καταναλωτή είναι:

- Καλύτερη κατανόηση των καταναλωτών και των αγορών.
- Καλύτερη νομοθεσία για την προστασία των καταναλωτών.
- Βελτίωση των διαδικασιών επιβολής και παρακολούθησης και των μέσων έννομης προστασίας.
- Καλύτερα ενημερωμένοι, εκπαιδευμένοι και υπεύθυνοι καταναλωτές.

Επιπλέον, στις 23 Οκτωβρίου του 2007, σύμφωνα με την απόφαση 1350/2007/Ε.Κ., εγκρίθηκε μία νέα στρατηγική με τίτλο «Μαζί για την Υγεία: Μία Στρατηγική Προσέγγιση για την Ευρωπαϊκή Ένωση, 2008 - 2013».

Η νέα στρατηγική θεσπίζει ένα ευρύ στρατηγικό πλαίσιο δράσης σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης και καθορίζει τις κατευθύνσεις για την επόμενη δεκαετία. Οι δράσεις που καλύπτει δεν αφορούν μόνο στον τομέα της υγείας, αλλά και σε όλους τους τομείς της πολιτικής για την υγεία. Η προτεινόμενη στρατηγική συμβάλλει στο να αποκτήσει η υγεία μεγαλύτερη σημασία στο πλαίσιο άλλων πολιτικών, δίνοντας έμφαση στη σχέση μεταξύ της υγείας και της οικονομικής ευημερίας και αναγνωρίζοντας το δικαίωμα

των ατόμων να έχουν λόγο σε θέματα που αφορούν στην υγεία τους και στη φροντίδα υγείας που λαμβάνουν.

Η νέα στρατηγική επικεντρώνεται σε τέσσερις αρχές, οι οποίες αποτελούν τη βάση για τους τρεις στρατηγικούς στόχους που θα βρίσκονται στο επίκεντρο της προσοχής τα επόμενα χρόνια.

1η Αρχή: Στρατηγική με βάση κοινές αξίες για την υγεία

Τον Ιούνιο του 2006, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης δημοσίευσε δήλωση σχετικά με τις κοινές αξίες και αρχές που πρέπει να διέπουν τα συστήματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι γενικές αξίες της καθολικότητας, της πρόσβασης σε ποιοτική περίθαλψη, της ισοτιμίας και της αλληλεγγύης.

Η μείωση των ανισοτήτων όσον αφορά στην υγεία αποτελεί μία από τις προτεραιότητες του προγράμματος. Παρά το γεγονός ότι η ζωή πολλών Ευρωπαίων είναι καλύτερη και μεγαλύτερη σε διάρκεια, σε σχέση με τις παλαιότερες γενιές, υπάρχουν μεγάλες ανισότητες μεταξύ, αλλά και στο εσωτερικό των κρατών-μελών. Για παράδειγμα, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για τις γυναίκες παρουσιάζει διαφορές της τάξης των 9 ετών μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και 13 ετών για τους άνδρες. Τα ποσοστά της βρεφικής θνησιμότητας σε ορισμένες χώρες είναι έως και έξι φορές μεγαλύτερα. Η νέα στρατηγική θα πρέπει να συμβάλλει στον εντοπισμό των ανισοτήτων και στην ενθάρρυνση της ανταλλαγής βέλτιστων πρακτικών στην προσπάθεια αντιμετώπισής τους.

2η Αρχή: «Η υγεία είναι το μεγαλύτερο αγαθό»

Η υγεία του πληθυσμού είναι προϋπόθεση για την οικονομική παραγωγικότητα και ευημερία. Το 2005, τα Έτη Υγιούς Ζωής συμπεριλήφθηκαν στους διαρθρωτικούς δείκτες της Λισαβόνας, γεγονός που υπογράμμισε τη σημασία του προσδόκιμου ζωής του πληθυσμού με καλή υγεία ως κύριου παράγοντα οικονομικής ανάπτυξης.

Οι δαπάνες για την υγεία αποτελούν οικονομική επιβάρυνση, αλλά το πραγματικό κόστος για την κοινωνία είναι οι άμεσες και έμμεσες δαπάνες, που συνδέονται με την κακή κατάσταση υγείας λόγω μη επαρκών επενδύσεων στους σχετικούς τομείς. Εκτιμάται ότι η ετήσια οικονομική επιβάρυνση λόγω της στεφανιαίας νόσου ενδέχεται να αντιστοιχεί στο 1% του Α.Ε.Π. και το κόστος των ψυχικών διαταραχών στο 3-4% του Α.Ε.Π. (Λευκή Βίβλος Μαζί για την υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της Ε.Ε. για την περίοδο 2008 - 2013, Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Βρυξέλλες 23.10.2007).

Η αύξηση της διάρκειας υγιούς ζωής με την πρόληψη των ασθενειών και την προώθηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής συμβάλλει στην αντιμετώπιση των προκλήσεων της στρατηγικής της Λισαβόνας, όσον αφορά στην κοινωνία της γνώσης και στη βιωσιμότητα των δημόσιων οικονομικών.

3η Αρχή: «Συμπερίληψη» της υγείας σε όλες τις πολιτικές

Η πολιτική για την υγεία δεν είναι η μόνη πολιτική που αποσκοπεί στην προστασία της Δημόσιας Υγείας. Και άλλες πολιτικές της ευρωπαϊκής κοινότητας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, όπως για παράδειγμα η περιφερειακή και περιβαλλοντική πολιτική, η φορολογία του καπνού, οι κανονιστικές ρυθμίσεις που διέπουν τα φαρμακευτικά προϊόντα και τα τρόφιμα, η υγεία των ζώων, η έρευνα και καινοτομία στον τομέα της υγείας, ο συντονισμός των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, η υγεία και ασφάλεια στην εργασία καθώς και ο συντονισμός των αρμόδιων οργανισμών και υπηρεσιών για τις εισαγωγές.

Ο συντονισμός με τις άλλες κοινοτικές πολιτικές, έχει καθοριστική σημασία για την εφαρμογή μιας ισχυρής κοινοτικής πολιτικής για την υγεία. Η συμπερίληψη της υγείας σε άλλες πολιτικές σημαίνει επίσης συμμετοχή νέων εταίρων. Η ευρωπαϊκή κοινότητα θα συνάψει εταιρικές σχέσεις για την προώθηση των στόχων της στρατηγικής με τις μη-κυβερνητικές οργανώσεις, τη βιομηχανία, τους ακαδημαϊκούς κύκλους και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

4η Αρχή: Ενδυνάμωση της φωνής της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσον αφορά στην υγεία σε παγκόσμιο επίπεδο

Σε παγκοσμιοποιημένο κοινωνικό γίγνεσθαι είναι πλέον δύσκολο να διαχωριστούν οι εθνικές ενέργειες ή οι ενέργειες σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης από την παγκόσμια πολιτική. Η Ευρωπαϊκή Ένωση μπορεί να συμβάλει στην προαγωγή της παγκόσμιας υγείας μέσω της διάδοσης των αξιών, της πείρας και της εμπειρογνομοσύνης της. Με τη δράση της μπορεί να στηρίξει τις προσπάθειες να εξασφαλιστεί η συνοχή μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών πολιτικών υγείας για την επίτευξη των παγκόσμιων στόχων υγείας.

Με βάση τις αρχές που προαναφέρονται, οι στόχοι που επιδιώκονται μέσω των δράσεων του προγράμματος 2008 - 2013 είναι:

- Επίτευξη υψηλού επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και μεγαλύτερης ισότητας σε θέματα υγείας σε ολόκληρη την κοινότητα.
- Πρόληψη των ασθενειών και διαταραχών και εξάλειψη των πηγών κινδύνου για την υγεία με σκοπό την καταπολέμηση της νοσηρότητας και της πρόωρης θνησιμότητας.
- Απόκτηση και διάδοση γνώσεων και πληροφοριών σχετικά με την υγεία.

Η υλοποίηση των στόχων του προγράμματος θα γίνει μέσω της δημιουργίας και λειτουργίας ενός μόνιμου συστήματος παρακολούθησης της υγείας. Το σύστημα αποσκοπεί στην παραγωγή συγκρίσιμων πληροφοριών, σχετικά με την υγεία και τη συμπεριφορά του πληθυσμού, τις ασθένειες και τα συστήματα υγείας. Θα βασίζεται σε πανευρωπαϊκούς δείκτες που συμφωνούνται από κοινού, όσον αφορά στον ορισμό τους, στη συλλογή στοιχείων και στη χρήση τους. Το σύστημα θα είναι συμπληρωματικό προς τις δραστηριότητες του κοινοτικού στατιστικού προγράμματος και τις εργασίες που

εκτελούνται στις κοινοτικές υπηρεσίες και σε διεθνείς οργανισμούς, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης.

Τα κράτη-μέλη πρέπει να συμμετέχουν ενεργά στην εφαρμογή της στρατηγικής. Για το σκοπό αυτό, η ευρωπαϊκή επιτροπή θα παρουσιάσει ένα νέο μηχανισμό δομημένης συνεργασίας και συντονισμού μεταξύ των κρατών-μελών. Ο μηχανισμός αυτός θα περιλαμβάνει μία νέα δομή, όπου τα κράτη-μέλη θα αντικαθιστούν ορισμένες από τις υφιστάμενες επιτροπές. Η επιτροπή θα προσδιορίσει τα ζητήματα προτεραιότητας, θα καθορίσει δείκτες, θα παρέχει κατευθυντήριες γραμμές και συστάσεις, θα προωθήσει την ανταλλαγή ορθών πρακτικών, θα εκτιμήσει την πρόοδο και θα παρέχει ευκαιρίες δραστηριοποίησης σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο. Η επιτροπή επίσης, θα υποστηρίξει τη δράση των κρατών-μελών, αναπτύσσοντας εταιρικές σχέσεις και αξιοποιώντας την πείρα οργάνων, όπως το φόρουμ για την υγεία, το ευρωπαϊκό φόρουμ για το αλκοόλ και την υγεία και την πλατφόρμα για τη διατροφή, τη σωματική άσκηση και την υγεία.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση διασφαλίζει την προστασία της υγείας και της ασφάλειας των πολιτών με τη διενέργεια διεξοδικών αξιολογήσεων των κινδύνων. Η αξιολόγηση των κινδύνων παρέχει τις επιστημονικές συμβουλές, στις οποίες βασίζονται οι προτάσεις της επιτροπής, σχετικά με μέτρα και πολιτικές που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία και την ασφάλεια των πολιτών ή να έχουν αντίκτυπο στο περιβάλλον. Οι κοινοτικές διαδικασίες επιστημονικής εμπειρογνωμοσύνης, βασίζονται στις αρχές της επιστημονικής αριστείας, της ανεξαρτησίας και της διαφάνειας.

Το νέο πρόγραμμα δράσης στη Δημόσια Υγεία:

- ενισχύει τα τρία σκέλη του προηγούμενου προγράμματος (πληροφόρηση, απειλές και καθοριστικοί παράγοντες) και
- δημιουργεί τρία νέα σκέλη: (α) αντιμετώπιση των απειλών, (β) πρόληψη των νόσων και (γ) συνεργασία μεταξύ των συστημάτων υγείας.

1) Ενίσχυση της επιτήρησης και του ελέγχου των απειλών για την υγεία

Η ίδρυση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (E.C.D.C.) αποτελεί το βασικό βήμα. Το E.C.D.C. θα πραγματοποιεί αναλύσεις, θα διενεργεί αξιολογήσεις, θα παρέχει συμβουλές για τους κινδύνους, τους οποίους εγκυμονούν οι μεταδοτικές νόσοι και θα ενισχύσει την ικανότητα αντιμετώπισής τους. Οι ενέργειες που θα αναληφθούν βάσει του προγράμματος και οι δραστηριότητες του E.C.D.C. θα είναι συμπληρωματικές και θα τονώσουν τις προσπάθειες των κρατών-μελών. Το E.C.D.C. θα υποστηρίζει επίσης τις εργασίες των διεθνών οργανισμών για τον έλεγχο των μεταδοτικών νόσων. Το πρόγραμμα, σε συνδυασμό με το «σκέλος της πληροφόρησης», θα καλύπτει την παρακολούθηση και την επιτήρηση των απειλών που δεν εμπίπτουν στο πλαίσιο των

καθηκόντων του E.C.D.C., και ιδίως τις απειλές που συνδέονται με τους φυσικούς και χημικούς παράγοντες. Θα μετουσιώσει την έρευνα σε πρακτικές μεθοδολογίες και θα εφαρμόσει την απόφαση για τη δημιουργία κοινοτικού δικτύου παρακολούθησης, τις οδηγίες για το αίμα, τους ιστούς και τα κύτταρα και τις πολιτικές εμβολιασμού. Για να αναπτυχθούν στην Ευρωπαϊκή Ένωση διαγνωστικές ικανότητες για τους παθογόνους παράγοντες χρειάζεται μια ευρωπαϊκή εργαστηριακή δομή αναφοράς για τους σπάνιους ή τους υψηλού κινδύνου παθογόνους παράγοντες. Θα θεσπιστούν κριτήρια για την αξιολόγηση της απόδοσης αυτών των εργαστηρίων. Τέλος, σκοπός της δράσης θα είναι να βοηθήσει τα κράτη-μέλη και τις υποψήφιας χώρες να εφαρμόσουν τους διεθνείς κανονισμούς υγείας.

2) Αντιμετώπιση των απειλών για την υγεία

Το σκέλος αυτό αποσκοπεί στο να αναπτυχθούν τεχνικά και επιχειρησιακά μέσα που να επιτρέπουν στην Ευρωπαϊκή Ένωση να προετοιμάζεται και να αντιμετωπίζει με επιτυχία τις απειλές για την υγεία, ώστε να ελαχιστοποιείται η πιθανή επίπτωση/ μετάδοση του στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Οι εργασίες που θα πραγματοποιηθούν στο πλαίσιο αυτού του σκέλους του προγράμματος, θα ενισχύσουν την αποτελεσματικότητα των εθνικών δομών και πόρων μέσω μίας δράσης που θα αποσκοπεί: στη βελτίωση του τρόπου διαχείρισης των κινδύνων και των σχεδίων επείγουσας επέμβασης για τις έκτακτες ανάγκες στον τομέα της υγείας, στη διευκόλυνση των κοινοποιήσεων συναγερμού και παρακολούθησης και του συντονισμού των ενεργειών, σε περιπτώσεις έκτακτων αναγκών στον τομέα της υγείας, στη βελτίωση των ικανοτήτων προπαρασκευής και άμεσης επέμβασης για τις έκτακτες ανάγκες στον τομέα της υγείας, με έμφαση στην πρόβλεψη συγκεκριμένων μηχανισμών, στη διάθεση υγειονομικών μέσων και στη διευκόλυνση της δικτύωσης και της ανταλλαγής εμπειριών και βέλτιστων πρακτικών.

Με τον τρόπο αυτό, θα βοηθήσει τα κράτη-μέλη να αναπτύξουν τις υποδομές τους, την ικανότητά τους και τα μέσα συντονισμού που απαιτούνται για να αντιμετωπίσουν μια απειλή, π.χ. οργανώνοντας δίκτυα, εκπαιδευόντας εμπειρογνώμονες και καταρτίζοντας σχέδια αντιμετώπισης έκτακτων αναγκών στον τομέα της υγείας. Επιπλέον, οι φυσικές ή οι ανθρωπογενείς καταστροφές που έχουν συνέπειες για την υγεία απαιτούν για παράδειγμα, την αποστολή εμπειρογνώμωνων του τομέα της υγείας και ιατρικού εξοπλισμού, πράγμα που προϋποθέτει την ύπαρξη μηχανισμών προγραμματισμού και συντονισμού για την κινητοποίηση, την ανάπτυξη και τη χρησιμοποίηση πόρων υγείας σε περιπτώσεις έκτακτων αναγκών και κρίσεων στον τομέα της υγείας.

3) Προαγωγή της υγείας με την αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων

Η προαγωγή της καλής υγείας απαιτεί την αντιμετώπιση τόσο των επιβλαβών για την

υγεία παραγόντων που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και τους εθισμούς (π.χ. κάπνισμα, οινόπνευμα, ανθυγιεινή διατροφή) όσο και των ευρύτερων καθοριστικών για την υγεία παραγόντων κοινωνικοοικονομικής και περιβαλλοντικής φύσης. Η γενική προσέγγιση που ακολουθείται για την επίτευξη αυτού του στόχου συνίσταται σε μια σειρά κοινοτικών στρατηγικών για την αντιμετώπιση των σημαντικότερων καθοριστικών παραγόντων, όπως η διατροφή και η παχυσαρκία, η κατάχρηση οινόπνευματος, το κάπνισμα και τα ναρκωτικά, καθώς επίσης το HIV/AIDS και η αναπαραγωγική υγεία.

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, όπως η φτώχεια και οι συνθήκες εργασίας, θα αντιμετωπιστούν με ενέργειες που θα αποσκοπούν στη διάδοση βέλτιστων πρακτικών και στη συνεκτίμηση των ανισοτήτων που υπάρχουν στον τομέα της υγείας στις άλλες πολιτικές. Οι περιβαλλοντικές ενέργειες θα στηριχθούν στο πρόγραμμα δράσης που εφαρμόζεται στους τομείς του περιβάλλοντος και της υγείας για την περίοδο 2004 - 2010 και θα επικεντρωθούν στην ποιότητα του αέρα στους εσωτερικούς χώρους, στον καπνό του τσιγάρου, στον ατμοσφαιρικό αέρα και στις συνέπειες για την υγεία που συνδέονται με το περιβάλλον.

Δεδομένου ότι πολλά προβλήματα έχουν την αφετηρία τους στην παιδική ηλικία, θα εφαρμοστεί μια προσέγγιση κύκλου ζωής προκειμένου να ληφθεί ιδιαίτερη μέριμνα για την υγεία των νέων. Επιπλέον, θα προταθούν ενέργειες που θα αφορούν στον αντίκτυπο της γήρανσης στην υγεία και στις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης.

Τέλος, η επιτροπή θα αναπτύξει θεματικές πλατφόρμες, στις οποίες θα συμμετέχουν τα κράτη-μέλη και οι εμπλεκόμενοι στα θέματα αυτά φορείς, και θα αναλάβει ενέργειες για συγκεκριμένους, καθοριστικούς για την υγεία παράγοντες.

4) Πρόληψη των νόσων και των τραυματισμών

Μερικές νόσοι, συμπεριλαμβανομένων των ψυχικών νόσων, του καρκίνου και των καρδιαγγειακών παθήσεων, αντιπροσωπεύουν σημαντικό ποσοστό του συνόλου των νόσων, που πλήττουν τους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι ενέργειες για την αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων, θα πρέπει να συμπληρωθούν με την ανάληψη ενεργειών για την αντιμετώπιση αυτών των νόσων, όταν η προσέγγιση αυτή προσφέρει προστιθέμενη αξία ή όταν η ανάληψη διασυννοριακής δράσης δικαιολογείται από άποψη αποδοτικότητας, όπως συμβαίνει με τις σπάνιες νόσους. Οι σχετικές ενέργειες περιλαμβάνουν την παροχή υποστήριξης για τη δευτεροβάθμια πρόληψη, όπως για παράδειγμα τη διενέργεια προληπτικών εξετάσεων και την έγκαιρη ανίχνευση των νόσων μέσω της ανταλλαγής ορθών πρακτικών, της εκπόνησης μελετών και της δημιουργίας δικτύων. Προβλέπονται επίσης συνέργειες με το 7ο πρόγραμμα-πλαίσιο για την έρευνα.

Για να διευκολυνθεί η μείωση των ατυχημάτων και των τραυματισμών, θα προταθούν προληπτικές ενέργειες, εκστρατείες και μία στρατηγική, που θα επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες ομάδες κινδύνου και σε συγκεκριμένες καταστάσεις.

5) Ανάπτυξη συνεργειών μεταξύ των εθνικών συστημάτων υγείας

Η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί πρωτίστως ευθύνη των κρατών-μελών, αλλά η συνεργασία σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης μπορεί να ωφελήσει τους ασθενείς και τα συστήματα υγείας, που αντιμετωπίζουν κοινές προκλήσεις, όπως για παράδειγμα τις προόδους της ιατρικής, τη γήρανση του πληθυσμού, την κινητικότητα των ασθενών και των επαγγελματιών. Η επιτροπή διευκολύνει τη συνεργασία μέσω των συνεδριάσεων της ομάδας υψηλού επιπέδου για τις υπηρεσίες υγείας και την ιατρική περίθαλψη, καθώς και μέσω της ανοικτής μεθόδου συντονισμού. Η αποδοτική συνεργασία απαιτεί τη διάθεση πόρων, όπως για παράδειγμα για την οργάνωση και τη λειτουργία δικτύων και την πραγματοποίηση αναλύσεων.

Η κοινοτική συνδρομή θα περιλαμβάνει τη διευκόλυνση της διασυνοριακής παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, την ανταλλαγή πληροφοριών, την προώθηση της ασφάλειας των ασθενών, την παροχή υποστήριξης για την οργάνωση ενός κοινοτικού συστήματος κέντρων αναφοράς και την παροχή πληροφοριών για τις υπηρεσίες υγείας. Θα υπάρξουν συμπληρωματικές ενέργειες με το 7ο πρόγραμμα-πλαίσιο για την έρευνα και με το Σχέδιο Δράσης για την «Ηλεκτρονική Υγεία» (e-Health).

6) Παραγωγή και διάδοση περισσότερων και καλύτερων πληροφοριών για την υγεία στους πολίτες, στους εμπειρογνώμονες του τομέα της υγείας και στους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, θα πρέπει να αναπτυχθεί μία βάση τεκμηρίωσης για τη συλλογή, την ανάλυση και τη διάδοση συγκρίσιμων και αξιόπιστων πληροφοριών για την υγεία στους πολίτες και στους φορείς χάραξης πολιτικής. Η παραγωγή και διάδοση καλύτερων πληροφοριών προϋποθέτει την επέκταση των υφιστάμενων εργασιών, προκειμένου να αναπτυχθεί ένα σύστημα παρακολούθησης της υγείας που να παρέχει στοιχεία χρήσιμα για όλες τις δραστηριότητες στον τομέα της υγείας, χρησιμοποιώντας, εν ανάγκη, το κοινοτικό στατιστικό πρόγραμμα.

Η επίτευξη αυτού του στόχου προϋποθέτει την ανάπτυξη των υπαρχόντων δεικτών και την εφαρμογή νέων εργαλείων για τη συλλογή των σχετικών στοιχείων, τη διεξαγωγή μιας ευρωπαϊκής έρευνας για τον τομέα της υγείας, την καλύτερη ενημέρωση των πολιτών μέσω μιας διαδικτυακής πύλης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία, την πραγματοποίηση εκστρατειών απευθυνόμενων στους νέους, τη δημιουργία δικτύων και την παροχή πληροφοριών για τις σπάνιες νόσους. Περιλαμβάνει επίσης, την ενίσχυση των αναλύσεων σε θέματα υγείας και την υποστήριξη των μέσων ηλεκτρονικής υγείας.

1.4 Οι Πολιτικές της Ε.Ε. σε Επιλεγμένους Τομείς της Δημόσιας Υγείας

1. Ο καρκίνος

Ο καρκίνος είναι μια από τις κυριότερες αιτίες θανάτου στην Ευρώπη και ένας από τους πρώτους τομείς στους οποίους η Ευρωπαϊκή Ένωση ανέπτυξε πολιτική. Οι ενέργειες της Ε.Ε. στον τομέα αυτό ανήκουν στο πλαίσιο του γενικού προγράμματος δράσης Δημόσιας Υγείας, το οποίο αντικατέστησε το Σχέδιο Δράσης για την Καταπολέμηση του Καρκίνου, το οποίο είχε εγκριθεί για την περίοδο 1996 - 2000 (Ευρώπη κατά του Καρκίνου).

Επιπλέον, στις 2 Δεκεμβρίου 2003, το Συμβούλιο δημοσίευσε σύσταση σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου (2003/878/Ε.Κ.) με την οποία κλήθηκαν τα κράτη-μέλη να αναλάβουν δράση όσον αφορά:

- Στην εφαρμογή των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου.
- Στην καταγραφή και στη διαχείριση των δεδομένων του προσυμπτωματικού ελέγχου.
- Στην κατάρτιση.
- Στην εισαγωγή νέων εξετάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου λαμβάνοντας υπ' όψη τα αποτελέσματα της διεθνούς έρευνας.

2. Καταπολέμηση του καπνίσματος

Από τις διάφορες μορφές καρκίνου, ιδιαίτερη προσοχή αποδίδεται στους καρκίνους που οφείλονται στο κάπνισμα, οι οποίοι ευθύνονται για περισσότερους από 500.000 θανάτους στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Προκειμένου να καταπολεμηθεί αυτή η επιδημία, η Ευρωπαϊκή Ένωση ξεκίνησε μια πλήρη και ενεργητική αντικαπνιστική εκστρατεία, η οποία καθορίζεται με την έγκριση δύο βασικών οδηγιών:

- Μία οδηγία που εγκρίθηκε τον Ιούνιο του 2001, σχετικά με την παραγωγή, την παρουσίαση και την πώληση προϊόντων καπνού. Αυτή η οδηγία προβλέπει την ανώτατη περιεκτικότητα των τσιγάρων σε πίσσα, νικοτίνη και μονοξείδιο του άνθρακα, διατάξεις σχετικά με τις υποχρεωτικές προειδοποιήσεις, καθώς και την ονομασία ορισμένων προϊόντων καπνού.
- Μία οδηγία που εγκρίθηκε το Μάιο του 2003, σχετικά με τη διαφήμιση και τη χορηγία των προϊόντων καπνού. Αυτό το σημαντικό μέτρο αποσκοπεί στην απαγόρευση της διαφήμισης προϊόντων καπνού σε έντυπες εκδόσεις, σε ραδιοφωνικές εκπομπές και σε υπηρεσίες της κοινωνίας της πληροφορίας. Επίσης, απαγορεύει τη χορηγία εκδηλώσεων που έχουν διασυννοριακή επίδραση και έχουν σκοπό την προώθηση προϊόντων καπνού.

3. Το AIDS και οι άλλες μεταδοτικές νόσοι

Το 1996, η Ευρωπαϊκή Ένωση ανέπτυξε το πρώτο πρόγραμμα δράσης για την πρόληψη του AIDS και ορισμένων μεταδοτικών νόσων (1996 - 2000). Στη συνέχεια, οι ενέργειες του προγράμματος αυτού ενσωματώθηκαν στο πρόγραμμα δράσης για τη Δημόσια

Υγεία 2003 - 2008. Η πολιτική για την πρόληψη του AIDS και των άλλων μεταδοτικών νοσημάτων περιλαμβάνει τα εξής:

- Επιδημιολογική παρακολούθηση. Η Ευρωπαϊκή Ένωση δημιούργησε ένα δίκτυο επιδημιολογικής παρακολούθησης και έλεγχου των μεταδοτικών νόσων, σκοπός του οποίου είναι η ανάπτυξη στενής συνεργασίας μεταξύ των κρατών-μελών και η ενίσχυση του συντονισμού στον τομέα των σοβαρών μεταδοτικών νόσων.
- Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων. Επιπλέον, το 2004 ιδρύθηκε το Ευρωπαϊκό Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων (E.C.D.C.) με σκοπό την ενίσχυση της ικανότητας αντιμετώπισης των επιδημικών εκρήξεων από την πλευρά της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα κύρια καθήκοντά του είναι η επιδημιολογική επιτήρηση, ένα σύστημα έγκαιρου συναγερμού και αντίδρασης, επιστημονικές γνωμοδοτήσεις και μέτρα για την υποστήριξη και την ανάπτυξη της ετοιμότητας στην περίπτωση νέων απειλών για την υγεία.
- Μέτρα και πολιτικές για τρίτες χώρες. Η ευρωπαϊκή επιτροπή έλαβε πολυάριθμα μέτρα σχετικά με την αντιμετώπιση των μεταδοτικών νόσων στις αναπτυσσόμενες χώρες, συμπεριλαμβανομένου προγράμματος δράσης για να επιταχυνθεί η καταπολέμηση ορισμένων μεταδοτικών νόσων, μεταξύ των οποίων και το AIDS, και ενός κανονισμού του Ιουλίου του 2003 σχετικά με την καταπολέμηση των νόσων που οφείλονται στη φτώχεια (HIV/AIDS, φυματίωση και ελονοσία) στις αναπτυσσόμενες χώρες.

4. Η τοξικομανία

Παρ' όλο που στο τέλος της δεκαετίας του 1990 φαίνεται ότι σταθεροποιήθηκε η κατανάλωση των λεγόμενων «σκληρών» ναρκωτικών (κοκαΐνη, ηρωίνη) και η θνησιμότητα που οφείλεται στη χρήση ναρκωτικών, η κατανάλωση ναρκωτικών εξακολουθεί να είναι ευρεία. Το 2005 εκτιμάται ότι στην Ευρωπαϊκή Ένωση υπήρχαν σχεδόν 2 εκατομμύρια προβληματικοί χρήστες. Η κατανάλωση ναρκωτικών, όπως η κάνναβη και οι αμφεταμίνες είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στους νέους, ενώ είναι γνωστό ότι οι έφηβοι χρησιμοποιούν συχνά διαλύτες. Εξάλλου, αυξάνεται η κατάχρηση φαρμάκων, που συνδυάζονται συχνά με την κατανάλωση αλκοόλ, από τους ενήλικες.

Η στρατηγική της κοινότητας για την καταπολέμηση της τοξικομανίας αποτελείται από δύο κύρια μέρη: (α) την καταπολέμηση του λαθρεμπορίου ναρκωτικών (τελωνιακή συνεργασία κ.λπ.) και (β) τις πτυχές που συνδέονται άμεσα με τη Δημόσια Υγεία (εκστρατείες ενημέρωσης κ.λπ.).

Η ευρωπαϊκή επιτροπή το Μάιο του 1999 υπέβαλε, δεύτερο Σχέδιο Δράσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Καταπολέμηση των Ναρκωτικών για την περίοδο 2000 - 2004. Το σχέδιο ορίζει συγκεκριμένες προτεραιότητες:

- Καταπολέμηση της χρήσης και της παραγωγής κάνναβης, αμφεταμινών και χαπιών έκστασης.
- Εφαρμογή ολοκληρωμένου σχεδίου για την καταπολέμηση της αστικής εγκληματικότητας, ιδίως των νέων.
- Ενέργειες στον τομέα της υγείας (καταπολέμηση της ηπατίτιδας), του κοινωνικού αποκλεισμού και της ποινικής δικαιοσύνης.

- Προετοιμασία της διεύρυνσης με τη συμμετοχή των υποψήφιων για προσχώρηση χωρών στα προγράμματα του ΟΕΔΤ (Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία) και της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της τοξικομανίας.

Το Δεκέμβριο του 2004, το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο ενέκρινε τη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τα ναρκωτικά για την περίοδο 2005 - 2012, η οποία θέτει ορισμένους σημαντικούς στόχους: επίτευξη υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας και της ευεξίας με τη συμπλήρωση της δράσης των κρατών-μελών στον τομέα της πρόληψης και της μείωσης της χρήσης ναρκωτικών και της τοξικομανίας, εξασφάλιση υψηλού επιπέδου ασφάλειας για το ευρύ κοινό με μέτρα κατά της παραγωγής ναρκωτικών και της διασυννοριακής διακίνησης ναρκωτικών, ενίσχυση των μηχανισμών συντονισμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης για να εξασφαλιστεί ότι τα μέτρα που λαμβάνονται σε εθνικό, περιφερειακό και διεθνές επίπεδο είναι συμπληρωματικά.

Στο πλαίσιο αυτό, στις 14 Φεβρουαρίου 2005, η ευρωπαϊκή επιτροπή εξέδωσε ανακοίνωση σχετικά με το Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά για την περίοδο 2005 - 2008. Ο κύριος στόχος αυτού του Σχεδίου Δράσης είναι η μείωση του επιπολασμού της χρήσης ναρκωτικών στον πληθυσμό των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η μείωση της κοινωνικής ζημίας και της ζημίας στην υγεία, η οποία προκαλείται από τη χρήση ναρκωτικών στις κοινωνίες μας.

Η στενή συνεργασία μεταξύ των διάφορων εμπλεκόμενων επιπέδων (διεθνές, εθνικό, περιφερειακό κ.λπ.) έχει ουσιαστική σημασία. Για το σκοπό αυτό, το 1993 ιδρύθηκε το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία. Σκοπός αυτού του Παρατηρητηρίου είναι να παρέχει αξιόπιστα δεδομένα, ώστε να υπάρξει συνολική εικόνα του φαινομένου των ναρκωτικών και της τοξικομανίας, καθώς και των συνεπειών τους στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η Ευρωπαϊκή Αστυνομική Υπηρεσία είναι αρμόδια για τις δραστηριότητες που αφορούν στο εμπόριο ναρκωτικών.

5. Το Αλκοόλ

Όσον αφορά στο αλκοόλ, το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης ενέκρινε, τον Ιανουάριο του 2001, σύσταση για την εξέταση του προβλήματος του υψηλού ποσοστού θανάτων σε οδικά ατυχήματα λόγω της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ. Σε αυτό το κείμενο συνιστάται μέγιστη επιτρεπόμενη περιεκτικότητα αλκοόλ στο αίμα για τους οδηγούς. Κατόπιν, για να αντιμετωπιστεί η ανησυχητική αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ από νέους και εφήβους, το συμβούλιο ενέκρινε, τον Ιούνιο του 2001, σύσταση για την ευαισθητοποίηση όλων των τομέων της κοινωνίας σχετικά με αυτό το πρόβλημα. Παράλληλα, το συμβούλιο ενέκρινε ακόμη μία σύσταση όπου γίνεται έκκληση για την προετοιμασία μίας ολοκληρωμένης κοινοτικής στρατηγικής για τη μείωση των ζημιών που συνδέονται με το αλκοόλ.

6. Το ντόπινγκ

Τα πρώτα μέτρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το ντόπινγκ εγκρίθηκαν στα τέλη της δεκαετίας του 1990, με ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 17ης Δεκεμβρίου 1988. Το Δεκέμβριο του 1999, η επιτροπή υπέβαλε πρόταση για ένα Κοινοτικό Σχέδιο Δράσης για την καταπολέμηση του ντόπινγκ, το οποίο ανέπτυξε μία συνεκτική στρατηγική για την καταπολέμησή του σε κοινοτικό επίπεδο. Το πρόγραμμα βασίζεται στην παραδοχή ότι το ντόπινγκ στον αθλητισμό δεν αποτελεί πλέον μεμονωμένη ενέργεια, αλλά συστηματικές και οργανωμένες μεθόδους που επωφελούνται από την επιστημονική πρόοδο και οφείλονται στην υπερβολική εμπορευματοποίηση του αθλητισμού και στα συνδεδεμένα χρηματοοικονομικά συμφέροντα.

Το Δεκέμβριο του 2000 οι αρχηγοί κρατών και κυβερνήσεων ενέκριναν μια σειρά από μέτρα με στόχο τη συνδρομή της Ευρωπαϊκής Ένωσης στο έργο του Παγκόσμιου Οργανισμού Κατά του Ντόπινγκ (WADA) και της εντατικοποίησης της καταπολέμησης του ντόπινγκ.

7. Η διανοητική υγεία

Η σημασία της προαγωγής της διανοητικής υγείας και η αναγκαιότητα για δράση με πιο αποτελεσματικό και συντεταγμένο τρόπο σε ευρωπαϊκό επίπεδο υπογραμμίστηκαν πολλές φορές. Στο πλαίσιο αυτό, το Νοέμβριο του 2001, το συμβούλιο ενέκρινε μια σειρά συμπερασμάτων σχετικών με την καταπολέμηση των προβλημάτων που συνδέονται με το στρες και την κατάθλιψη, στα οποία υπογραμμίζει τη μεγάλη σημασία, για όλες τις ηλικιακές ομάδες, και καλεί τα κράτη-μέλη να λάβουν μέτρα με σκοπό την πρόληψη. Τον Ιούνιο του 2003 εγκρίθηκαν επίσης τα συμπεράσματα σχετικά με την καταπολέμηση του στίγματος και των διακρίσεων. Το συμβούλιο αναγνωρίζει ότι τα προβλήματα διανοητικής υγείας μπορεί να ενισχύσουν τον κίνδυνο του κοινωνικού αποκλεισμού και ότι ο στιγματισμός και οι διακρίσεις έχουν αρνητικές συνέπειες που επηρεάζουν την πορεία και την έκβαση της διανοητικής νόσου. Συνεπώς, κάνει έκκληση για συγκεκριμένες ενέργειες, ώστε να βελτιωθεί η κοινωνική ένταξη και να καταπολεμηθούν οι διακρίσεις και ο στιγματισμός.

8. Η Βιοτρομοκρατία

Ύστερα από διάφορα περιστατικά βιολογικής τρομοκρατίας που έχουν αντιμετωπίσει πρόσφατα ορισμένες χώρες, η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει επίγνωση του επείγοντος της κατάστασης και της ανάγκης να απαντήσει σε αυτά τα επεισόδια, εξετάζοντας τα μέσα που είχαν στη διάθεσή τους για να προλάβουν και να αντιμετωπίσουν τις απειλές. Έτσι, τον Ιούνιο του 2003 ενέκρινε μια ανακοίνωση σχετικά με την ετοιμότητα και την αντιμετώπιση επιθέσεων με βιολογικούς και χημικούς παράγοντες. Η ανακοίνωση αναφέρεται στη δράση της Ευρωπαϊκής Ένωσης κατά της βιοτρομοκρατίας και τονίζει τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο τομέας της υγείας, σχετικά με την ετοιμότητα ανταπόκρισης, έγκαιρης αντίχρευσης και αντιμετώπισης.

9. Η υγεία και η ασφάλεια των τροφίμων

Όπως ήδη τονίστηκε, η ασφάλεια των τροφίμων αποτελεί πλέον θέμα που ανησυχεί τους Ευρωπαίους πολίτες. Τον Ιανουάριο του 2000 η επιτροπή ενέκρινε τη «Λευκή Βίβλο» σχετικά με την ασφάλεια των τροφίμων, που ορίζει ένα σύνολο αναγκαίων ενεργειών για τη συμπλήρωση και τον εκσυγχρονισμό της κοινοτικής νομοθεσίας σε αυτό τον τομέα, με στόχο την εξασφάλιση υψηλότερου επιπέδου ασφαλείας των τροφίμων.

Για την περίοδο 2007 - 2013, η κοινοτική πολιτική συμπεριλαμβάνει σε ενιαίο πρόγραμμα τις δράσεις για την υγεία και τις δράσεις για την προστασία του καταναλωτή. Οι στόχοι του προγράμματος αναφέρονται αφενός σε ενέργειες με τον τομέα της υγείας και αφετέρου σε ειδικές προτεραιότητες για την ασφάλεια των τροφίμων και των λοιπών προϊόντων, τη νομοθεσία για την προστασία του καταναλωτή, τη βελτίωση των διαδικασιών έννομης τάξης και την εκπαίδευση και ενημέρωση των καταναλωτών.

10. Μέτρα προστασίας

Τα μέτρα προστασίας αφορούν σε πολλούς τομείς και περιλαμβάνουν ενέργειες για την προστασία και την παρακολούθηση της υγείας.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση ενέκρινε πολυάριθμα μέτρα για να εξασφαλιστεί η προστασία των πολιτών από αυτούς τους κινδύνους που σχετίζονται με ορισμένες ιατρικές θεραπείες. Πρόκειται κυρίως για την προστασία των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και των ασθενών που εκτίθενται σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία κατά τη διάρκεια ιατρικής εξέτασης.

Η ποιότητα και η ασφάλεια του αίματος και των προϊόντων του αίματος έχουν ιδιαίτερη σημασία σε αυτόν τον τομέα και η κοινότητα έχει ήδη εγκρίνει οδηγία με ειδικές διατάξεις για τα φάρμακα με παράγωγα ανθρώπινου αίματος ή πλάσματος. Τον Ιανουάριο του 2003 η Ευρωπαϊκή Ένωση, για να εξασφαλίσει μεγαλύτερη προστασία, ενέκρινε οδηγία για τη θέσπιση προτύπων ποιότητας και ασφαλείας του αίματος και των συστατικών του. Το εν λόγω κείμενο έχει σκοπό την εξασφάλιση της ποιότητας και της ασφαλείας του αίματος και των συστατικών του σε ολόκληρη την «αλυσίδα μετάγγισης αίματος», δηλαδή σε όλα τα στάδια από τη συλλογή έως τη χρήση αυτών των υλών.

Υπό το ίδιο πρίσμα, το Μάρτιο του 2004 εγκρίθηκε μια οδηγία σχετικά με τον καθορισμό προτύπων ποιότητας και ασφαλείας όσον αφορά στους ιστούς και στα κύτταρα ανθρώπινης προέλευσης.

2. Οι Κατευθύνσεις και οι Στόχοι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

2.1 «Υγεία για Όλους μέχρι το 2000»

Ο Γενικός Διευθυντής του Π.Ο.Υ. H. Mahler, πεπεισμένος ότι ο Π.Ο.Υ. θα έπρεπε να προωθήσει τη δική του δράση για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας των κατατρεγμένων, ήταν ο εμπνευστής της στρατηγικής «Υγεία για Όλους μέχρι το 2000». Η στρατηγική αυτή ήταν η συνέχεια της διακήρυξης που υιοθετήθηκε στη Διάσκεψη της Alma - Ata το 1978 για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στην οποία υπογραμμίζεται ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελεί μέρος τόσο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, όσο και της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και είναι το μέσο για την καθιέρωση ενός επιπέδου υγείας αποδεκτό από όλους.

Η στρατηγική «Υγεία για Όλους» βασίστηκε στις πέντε ακόλουθες αρχές:

- Στην ισότητα στην παροχή και κατανομή της φροντίδας υγείας.
- Στην ενεργό συμμετοχή του πληθυσμού στην υγειονομική ανάπτυξη.
- Στην παραδοχή ότι η προαγωγή υγείας και η πρόληψη των ασθενειών πρέπει να έχουν την ίδια βαρύτητα και αναγνώριση όπως η θεραπεία.
- Στην παραδοχή ότι η τεχνολογία θα πρέπει να βασίζεται σε στέρεες επιστημονικές βάσεις και το κόστος της να είναι προσιτό.
- Στην παραδοχή ότι όλοι οι τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας έχουν άμεση επίδραση στην υγεία.

Στο Ευρωπαϊκό γραφείο του Π.Ο.Υ. η νέα στρατηγική «Υγεία για Όλους μέχρι το 2000» εγκρίθηκε το 1980 στην 34η Περιφερειακή Επιτροπή για την Ευρώπη και το 1984 υιοθετήθηκαν 38 στόχοι μαζί με ένα κατάλογο δεικτών ως κριτήρια αξιολόγησης της προόδου. Το 1991 οι στόχοι και οι δείκτες αναθεωρήθηκαν, ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της εποχής. Για την εξασφάλιση της εφαρμογής των στόχων αποφασίστηκε η συστηματική παρακολούθηση και αξιολόγηση των στόχων κάθε τρία χρόνια. Τα αποτελέσματα της τελευταίας (1997) αξιολόγησης έδειξαν ότι δεν επιτεύχθηκαν πλήρως οι στόχοι των προηγούμενων αξιολογήσεων. Οι στόχοι που είχαν τεθεί ίσως ήταν περισσότερο φιλόδοξοι απ' όσο θα έπρεπε, ενώ πολλοί από αυτούς δεν ανταποκρινόντουσαν στις ιδιαίτερες ανάγκες των χωρών, δεδομένου ότι πολλές χώρες είχαν επιτύχει καλύτερα αποτελέσματα πολύ πριν την υιοθέτησή τους, ενώ για άλλες χώρες οι στόχοι ήταν πολύ πέρα από τα προβλήματα που έπρεπε άμεσα να αντιμετωπιστούν (Κρεμαστινού 2007).

2.2 Υγεία για όλους στον 21ο αιώνα «Υγεία 21»

Η λήξη του «Υγεία για Όλους το 2000» και η ανάγκη για προσαρμογή της παγκόσμιας πολιτικής υγείας στις σημερινές απαιτήσεις, οδήγησαν την 48η παγκόσμια συνέλευση υγείας το 1995 να υιοθετήσει την απόφαση WHA48.16 με στόχο την ανάπτυξη μιας νέας Παγκόσμιας Πολιτικής Υγείας που να ανταποκρίνεται στις αλλαγές και τις

προκλήσεις του 21ου αιώνα. Η πολιτική «Υγεία για Όλους στον 21ο αιώνα», όπως διαμορφώθηκε το Μάιο του 1998 στην 51η Παγκόσμια Συνέλευση Υγείας είχε στόχο την πραγματοποίηση του οράματος «Υγεία για όλους».

Συγκεκριμένα οι στόχοι της νέας στρατηγικής συνοψίζονται στη συνέχεια:

1. Μείωση του χάσματος του συνολικού επιπέδου υγείας μεταξύ των κρατών-μελών.
2. Ισότητα στην υγεία, με τη μείωση του χάσματος στην υγεία μεταξύ των διάφορων κοινωνικοοικονομικών τάξεων.
3. Υγιές ξεκίνημα, με τη βελτίωση της υγείας των νεογνών, βρεφών και παιδιών.
4. Βελτίωση της υγείας των νέων.
5. Βελτίωση της υγείας των ατόμων άνω των 65 ετών.
6. Βελτίωση της ψυχικής υγείας.
7. Μείωση των μεταδοτικών νοσημάτων.
8. Μείωση των χρόνιων νοσημάτων.
9. Μείωση των κακώσεων από βία και ατυχήματα.
10. Υγιεινό και ασφαλές περιβάλλον.
11. Υγιεινότερος τρόπος ζωής.
12. Μείωση των επιπτώσεων από καπνό, αλκοόλ και ναρκωτικά.
13. Υγιείς κοινωνικά, φυσικά και εργασιακά χώροι διαμονής.
14. Πολυτομεακή ευθύνη για την υγεία.
15. Ολιστική αντιμετώπιση των υπηρεσιών υγείας.
16. Ποιότητα φροντίδας.
17. Χρηματοδότηση των υπηρεσιών με βάση την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα.
18. Ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων.
19. Έρευνα και γνώση για την υγεία.
20. Κινητοποίηση εταίρων για την υγεία.
21. Ανάπτυξη εθνικών, περιφερειακών και τοπικών στρατηγικών για τη στρατηγική «Υγεία 21».

«...Δημόσια Υγεία
είναι η επιστήμη και
η τέχνη να προλαμβάνεται η νόσος,
να προάγεται η υγεία και
να επιμηκύνεται η ζωή,

μέσα από **οργανωμένη**
προσπάθεια
της κοινωνίας...»

Independent Inquiry into Inequalities in Health Report, 1998

Κεφάλαιο 8ο

Οργάνωση Συστημάτων Δημόσιας Υγείας σε Ευρωπαϊκές Χώρες

1. Σουηδία

Αρμόδιο για τη χάραξη και την παρακολούθηση του πλαισίου των πολιτικών Δημόσιας Υγείας στη Σουηδία είναι το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Η εφαρμογή των πολιτικών Δημόσιας Υγείας ασκείται από τα συμβούλια, τα οποία αποτελούν ένα είδος περιφερειακών κυβερνητικών διοικήσεων. Κάθε περιφερειακό συμβούλιο έχει ένα τμήμα Δημόσιας Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για την παρακολούθηση των επιδημιολογικών δεδομένων, το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας και την προαγωγή της πρόληψης και προαγωγής υγείας.

Η άσκηση της πολιτική Δημόσιας Υγείας υποβοηθείται από τους ακόλουθους εθνικούς οργανισμούς:

1. Το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας (National Institute for Public Health - NIPH), το οποίο είναι υπεύθυνο για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, καθώς και για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία.
2. Την Εθνική Επιτροπή Δημόσιας Υγείας, που είναι υπεύθυνη για την χάραξη των πολιτικών Δημόσιας Υγείας.
3. Την Επιτροπή Εθνικών Στόχων, η οποία έχει την ευθύνη για τον καθορισμό των εθνικών στόχων για την υγεία.
4. Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας (National Board

of Health and Social Welfare), που είναι αρμόδιο για τη σύνταξη μιας έκθεσης, κάθε τριετία, για την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, τα προβλήματα υγείας, τους παράγοντες κινδύνου, την κατανομή των πόρων.

Το 2003, η Σουηδία καθόρισε μία Εθνική Πολιτική Υγείας, η οποία έθεσε ως μείζονα στόχο «τη διασφάλιση κοινωνικών συνθηκών που προστατεύουν την υγεία, με ίσους όρους για ολόκληρο τον πληθυσμό». Η Εθνική Πολιτική καθόρισε μία σειρά προτεραιοτήτων, χωρίς όμως να έχουν καθοριστεί μετρήσιμοι ποσοτικοί στόχοι για κάθε μια από αυτές τις προτεραιότητες. Συγκεκριμένα οι στόχοι της Εθνικής Πολιτικής Υγείας είναι:

- Η συμμετοχή της κοινωνίας.
- Η οικονομική και κοινωνική ασφάλεια.
- Η διασφάλιση υγιών συνθηκών διαβίωσης στην παιδική και εφηβική ηλικία.
- Η υγιέστερη ζωή κατά την εργασία.
- Τα υγιή και ασφαλή προϊόντα κατά την εργασία.
- Η Ιατρική περίθαλψη που ενεργά προάγει την υγεία.
- Η αποτελεσματική προστασία από τα λοιμώδη νοσήματα.
- Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία.
- Οι υγιείς διατροφικές συνήθειες και τα ασφαλή τρόφιμα.
- Η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.
- Η μείωση της χρήσης καπνού και αλκοόλ.
- Η μείωση των καταστροφικών συνεπειών από τα τυχερά παιχνίδια.
- Η μείωση των παράνομων ουσιών και του ντόπινγκ.

Στη Σουηδία καταγράφεται υψηλός βαθμός διατομεακής συνεργασίας και συμμετοχής στη διαμόρφωση και στην υλοποίηση της πολιτικής υγείας, με τη συμμετοχή μη κυβερνητικών οργανισμών, περιφερειακών συμβουλίων, κοινοτήτων, πανεπιστημίων και συνδικαλιστικών ενώσεων.

2. Φινλανδία

Υπεύθυνο για τη νομοθεσία και την παρακολούθηση της εθνικής πολιτικής Δημόσιας Υγείας στη Φινλανδία είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων. Η άσκηση όμως της πολιτικής είναι αρμοδιότητα των τοπικών κοινοτικών αρχών, που καθορίζουν τις προτεραιότητες και παρέχουν τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.

Από το 1972, έχει ιδρυθεί στη χώρα ένα ισχυρό δίκτυο Κέντρων Υγείας, που ανήκουν στις τοπικές κοινότητες και διαθέτουν σημαντική αυτονομία έναντι της κεντρικής πολιτικής. Τα Κέντρα Υγείας έχουν την ευθύνη για την παροχή ενός συνόλου υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας, πρόληψης, προαγωγής της υγείας και Δημόσιας Υγείας σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Τα κύρια χαρακτηριστικά του φινλανδικού μοντέλου είναι:

- Η οικοδόμηση της υγείας σε κοινοτικό επίπεδο.
- Η ενοποίηση της παροχής υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, πρόληψης και

προαγωγής της υγείας με την πρωτοβάθμια φροντίδα, μέσω των Κέντρων Υγείας.

Σε εθνικό επίπεδο, η πολιτική Δημόσιας Υγείας υποβοηθείται από τους ακόλουθους οργανισμούς:

1. Το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας (KTL), που είναι υπεύθυνο για την εποπτεία και την προαγωγή της υγείας και για την πραγματοποίηση των απαραίτητων ερευνών για την παροχή πληροφόρησης σε αυτούς που λαμβάνουν τις αποφάσεις.
2. Το Φινλανδικό Κέντρο Προαγωγής Υγείας, που είναι αρμόδιο για την προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων μη κυβερνητικών οργανισμών και άλλων φορέων.
3. Η Διατομεακή Εθνική Επιτροπή Δημόσιας Υγείας, η οποία αξιολογεί τα προγράμματα και θέτει τους στόχους.
4. Το Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Ανάπτυξης (STAKES), το οποίο συμμετέχει στην αξιολόγηση των πολιτικών.

Η Φινλανδία είναι από τις χώρες που έχουν από νωρίς υιοθετήσει τις κατευθύνσεις του Π.Ο.Υ. για την οικοδόμηση εθνικών πολιτικών. Το 2001, καθορίστηκε η Εθνική Πολιτική Υγείας, η οποία καθορίζει ως μείζονες προτεραιότητες: (α) την αύξηση του υγιούς προσδόκιμου επιβίωσης και (β) τη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Η Εθνική Πολιτική θέτει συγκεκριμένους στόχους για την επόμενη δεκαπενταετία και συνοδεύεται από 26 κατευθυντήριες οδηγίες, που καθορίζουν όλα όσα πρέπει να γίνουν σε επιμέρους κοινωνικούς ή επιστημονικούς τομείς, προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι.

Ο σχεδιασμός και η υλοποίηση της εθνικής πολιτικής στηρίζεται σε ορισμένες αρχές και προϋποθέσεις, οι οποίες προβάλλουν την ολιστική αντιμετώπιση της υγείας και τον έντονα διατομεακό χαρακτήρα της δράσης και είναι:

- Ανάληψη διατομεακών δράσεων.
- Εμπλοκή του ιδιωτικού τομέα.
- Ενσωμάτωση της κοινωνικής διάστασης σε όλες τις πολιτικές.
- Παρακολούθηση της προόδου, μέσω δεικτών υγείας.
- Κάλυψη όλων των πτυχών της καθημερινής ζωής.
- Υιοθέτηση μιας προσέγγισης, η οποία θα αφορά σε όλη τη διάρκεια ζωής ενός ατόμου.

3. Δανία

Στη Δανία, το Υπουργείο Υγείας είναι υπεύθυνο για τις επιτελικές κυρίως αρμοδιότητες και ειδικότερα για τη νομοθεσία για τη Δημόσια Υγεία, το σχεδιασμό και συντονισμό προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής της υγείας και επίσης για έναν αριθμό

ιστιτούτων και οργανισμών, που έχουν ως αποστολή την υποβοήθηση του σχεδιασμού και της άσκησης της εθνικής πολιτικής Δημόσιας Υγείας.

Η παροχή των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και η εφαρμογή των προγραμμάτων και πρωτοβουλιών πρόληψης και προαγωγής της υγείας είναι αρμοδιότητα των περιφερειακών συμβουλίων των καντονιών. Οι κοινότητες είναι υπεύθυνες για έναν αριθμό προγραμμάτων πρόληψης και δημόσιας υγείας, σχολικής υγείας, κοινωνικής φροντίδας, που μαζί με τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας, χρηματοδοτούνται από την τοπική φορολογία.

Οι εθνικοί οργανισμοί που σχετίζονται με το σχεδιασμό και την άσκηση της πολιτικής δημόσιας υγείας στη Δανία είναι:

1. Το Εθνικό Συμβούλιο Υγείας, το οποίο παρέχει υποστήριξη στις τοπικές αρχές και στις επαγγελματικές οργανώσεις υγείας και συμμετέχει στο σχεδιασμό και στην παρακολούθηση της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας.
2. Το Εθνικό Γραφείο Τροφίμων που επιβλέπει τη νομοθεσία που σχετίζεται με τα τρόφιμα και παρακολουθεί τη βιομηχανία τροφίμων.
3. Το Ινστιτούτο Κλινικής Επιδημιολογίας, που αναλαμβάνει τη διεξαγωγή ερευνών υγείας και την έρευνα για το επίπεδο υγείας, τους παράγοντες κινδύνου, τις υπηρεσίες υγείας και την πρόληψη και προαγωγή της υγείας.
4. Το Συμβούλιο Πολιτικής Προαγωγής Υγείας, το οποίο σχεδιάζει, αναπτύσσει και υλοποιεί προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας.
5. Το Συμβούλιο για το Κάπνισμα και την Υγεία, το οποίο έχει την ευθύνη για την πολιτική και τα μέτρα κατά του καπνίσματος.

Από το 1999 έχει υιοθετηθεί το Κυβερνητικό Πρόγραμμα για τη Δημόσια Υγεία και την Προαγωγή της Υγείας 1999 - 2008, το οποίο βασίζεται σε 5 κύριους άξονες δράσης για την υλοποίησή του:

- Ανάπτυξη πολιτικών προαγωγής υγείας σε όλα τα επίπεδα.
- Νέες υπηρεσίες προς τον πληθυσμό.
- Επαγγελματικές οδηγίες και πλάνα δράσης.
- Ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών και τεκμηριωμένων καλών πρακτικών.
- Οικονομικά κίνητρα για την υλοποίηση.

Η δομή του προγράμματος συνοψίζεται παρακάτω:

Κύριοι στόχοι

- Αύξηση του προσδόκιμου και της ποιότητας ζωής.
- Βελτίωση της ισότητας στην υγεία.

Άξονες δράσης

- Πολιτικές προαγωγής υγείας σε όλα τα επίπεδα.
- Νέες υπηρεσίες προς τον πληθυσμό.
- Επαγγελματικές οδηγίες και πλάνα δράσης.
- Ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών και καλών πρακτικών.
- Οικονομικά κίνητρα για την υλοποίηση.

Τομείς παρέμβασης

- Κάπνισμα
- Κατάχρηση αλκοόλ
- Σωματική άσκηση
- Διατροφή
- Παχυσαρκία
- Τροχαία ατυχήματα
- HIV/AIDS
- Κατάχρηση ουσιών

Ομάδες ηλικιών

- Παιδιά
- Νέοι
- Πολίτες

Περιοχές δράσης

- Σχολεία
- Χώροι εργασίας
- Τοπικές κοινότητες
- Υπηρεσίες υγείας

4. Ολλανδία

Στην Ολλανδία το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Αθλητισμού έχει την ευθύνη της νομοθεσίας για τη Δημόσια Υγεία, καθώς και για τη διασφάλιση καθοδήγησης και υποστήριξης στο έργο των τοπικών κοινοτήτων. Η παροχή υπηρεσιών είναι ευθύνη των κοινοτήτων. Με νόμο του 1990, για την προαγωγή της πρόληψης, όλες οι κοινότητες έχουν ιδρύσει Τμήμα Υγείας και είναι υπεύθυνες για την εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής, συμπεριλαμβανομένης της αγωγής υγείας, των προγραμμάτων προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου.

Η πολιτική Δημόσιας Υγείας υποστηρίζεται από ορισμένους εθνικούς οργανισμούς, όπως:

1. Το Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, το οποίο δίνει κατευθύνσεις και συστάσεις για τα προγράμματα πρόληψης.
2. Το Εθνικό Ινστιτούτο Προαγωγής της Υγείας και Πρόληψης, το οποίο παρέχει επιστημονική υποστήριξη, αναπτύσσοντας προληπτικά μέτρα και μεθόδους.
3. Το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας και Περιβαλλοντικών Θεμάτων (RIVM), το οποίο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην έρευνα και παρακολούθηση δεικτών υγείας και περιβαλλοντικών δεικτών.

Το 2001 υπογράφηκε το Εθνικό Συμβόλαιο για τη Δημόσια Υγεία, από τα Υπουργεία Υγείας και Εσωτερικών, τις κοινότητες και την Ένωση Κοινοτικών Υπηρεσιών Υγείας.

Οι προτεραιότητες του συμβολαίου είναι:

- Ενίσχυση των υποδομών Δημόσιας Υγείας
- Μείωση των ανισοτήτων στην υγεία.
- Ενίσχυση των υγιών τρόπων ζωής.

Σε ότι αφορά στον τρόπο υλοποίησης του συμβολαίου, ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στη διατομεακή δράση και στην επιστημονική τεκμηρίωση των παρεμβάσεων.

Παράλληλα, ένα ειδικό πρόγραμμα με την επωνυμία «Τεκμηριωμένο Ολλανδικό Πρόγραμμα για τις Ανισότητες στην Υγεία» καθορίζει 11 επιμέρους στόχους που αναφέρονται στις ακόλουθες 4 κύριες προτεραιότητες:

- α) Τη μείωση των ανισοτήτων στην εκπαίδευση και στο εισόδημα.
- β) Τη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων των προβλημάτων υγείας στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση.
- γ) Τη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην υγεία.
- δ) Τη βελτίωση της προσβασιμότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας για τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες.

Το 2003, καθορίστηκαν για πρώτη φορά, συγκεκριμένοι στόχοι για μια Εθνική Πολιτική Υγείας, οι οποίοι έχουν ορίζοντα επίτευξης μέχρι το 2020 και οι οποίοι είναι:

Νοσήματα

- Στεφανιαία Νόσος
- Αιφνίδια προσβολή
- Καρδιακή ανεπάρκεια
- Καρκίνος πνευμόνων
- Καρκίνος στήθους
- Καρκίνος εντέρου
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Κατάθλιψη
- Άγχος
- Άσθμα
- Χρόνια πνευμονική νόσος
- Αυχεναλγία και οσφυαλγία
- Αρθρίτιδες
- Ρευματισμοί

Δημόσια Υγεία

- Λοιμώδη νοσήματα
- Φροντίδα υγείας παιδιών και νέων
- Πληθυσμιακές έρευνες
- Πρόληψη τραυματισμών
- Ασφάλεια τροφίμων και διατροφή
- Περιβαλλοντική υγιεινή
- Διαχείριση κρίσεων και φροντίδα

5. Γαλλία

Η συνολική ευθύνη για τη Δημόσια Υγεία στη Γαλλία ανήκει στο Υπουργείο Υγείας. Με νόμο του 2003, έχει καθοριστεί μια κατανομή αρμοδιοτήτων, η οποία στοχεύει στο να εμπλέξει περισσότερους εταίρους στη Δημόσια Υγεία. Με τον ίδιο νόμο, θεσπίζεται η ίδρυση Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, που αναλαμβάνουν ουσιαστικές αρμοδιότητες σε ότι αφορά στην επιδημιολογική εποπτεία, στην πρόληψη και στην αγωγή υγείας σε περιφερειακό επίπεδο. Εντούτοις, ο καθορισμός των πολιτικών Δημόσιας Υγείας, των στόχων και των επιμέρους προγραμμάτων αποτελεί αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας.

Στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας δραστηριοποιούνται μια σειρά επιστημονικών οργανισμών, μεταξύ των οποίων σημαντικότεροι είναι:

1. Το Εθνικό Γραφείο Εποπτείας, που είναι υπεύθυνο για την ανίχνευση και την πρόβλεψη των ασθενειών.
2. Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Ιατρικών Ερευνών, το οποίο αναλαμβάνει κατά κύριο λόγο την έρευνα στη Δημόσια Υγεία.
3. Το Εθνικό Ινστιτούτο Πρόληψης και Αγωγής Υγείας, το οποίο συμμετέχει στη διαμόρφωση των αντίστοιχων πολιτικών και προγραμμάτων.
4. Η Ανώτατη Επιτροπή Δημόσιας Υγείας, που είναι αρμόδια για τη διαμόρφωση και εισήγηση των προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας.

Αν και μέχρι πρόσφατα η Γαλλία δεν είχε διαμορφώσει μια καθορισμένη εθνική πολιτική υγείας, το 2003 καθορίστηκε μια στρατηγική, η οποία βασίζεται στις ακόλουθες κατευθύνσεις:

- α) Βελτίωση της διαδικασίας διαμόρφωσης των πολιτικών Δημόσιας Υγείας.
- β) Βελτίωση της εποπτείας επί της υγείας και των μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα μεθόδων και προγραμμάτων.
- γ) Αύξηση της υπευθυνότητας (accountability) της κυβέρνησης.
- δ) Καθορισμός του πλαισίου εφαρμογής.
- ε) Εμπλοκή του κοινού στην εφαρμογή των προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας.
- στ) Καθορισμός 5-ετούς προγράμματος Δημόσιας Υγείας, για την επίτευξη μιας σειράς στόχων σε όλους τους τομείς.

Το πρόγραμμα καθορίζει περίπου 100 συγκεκριμένους στόχους σε επιμέρους τομείς προτεραιότητας της Δημόσιας Υγείας, που αναφέρονται είτε σε συγκεκριμένα προβλήματα Δημόσιας Υγείας, είτε σε παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία.

6. Γερμανία

Το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας της Γερμανίας έχει μάλλον μικρό ρόλο στη διαμόρφωση και υλοποίηση των πολιτικών Δημόσιας Υγείας. Το μεγαλύτερο μέρος των αρμοδιοτήτων Δημόσιας Υγείας ανήκει στις τοπικές κυβερνήσεις των κρατιδίων. Μετά το 2000, ένα μερίδιο αρμοδιοτήτων ανήκει και στους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης, οι οποίοι καλύπτουν ορισμένα προγράμματα πρόληψης. Η συγκεκριμένη διάρθρωση ρόλων και αρμοδιοτήτων καθιστά κύριους φορείς σχεδιασμού και υλοποίησης των προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας τις τοπικές κυβερνήσεις. Η κάθε είδους διατομεακή συνεργασία ή δράση καθορίζεται σε περιφερειακό επίπεδο, χωρίς να υπάρχουν εθνικές κατευθύνσεις.

Σε κάθε κρατίδιο υπάρχουν κατά κανόνα τοπικοί φορείς που εμπλέκονται στο σχεδιασμό, στην επιστημονική υποστήριξη και στην υλοποίηση των πολιτικών και προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας. Σε ομοσπονδιακό επίπεδο, υπάρχει ένας αριθμός επιστημονικών οργανισμών, μεταξύ των οποίων οι σημαντικότεροι που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία είναι:

1. Το Ομοσπονδιακό Ινστιτούτο Φαρμακευτικών και Ιατρικών Προϊόντων έχει την ευθύνη για την ασφάλεια φαρμάκων και ιατρικών προϊόντων.
2. Το Ινστιτούτο Λοιμωδών και μη Λοιμωδών Νοσημάτων (Robert Koch Institute).
3. Το Ομοσπονδιακό Κέντρο Αγωγής Υγείας.
4. Το Γερμανικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης.
5. Το Advisory Council for Concerted Action in Health Care παρέχει υποστήριξη στην παρακολούθηση και μελέτη της υγείας, των οικονομικών τάσεων και των μεταρρυθμίσεων στην υγεία.

Η διάρθρωση της χώρας σε κρατίδια με ισχυρή αυτονομία στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής εμποδίζει την ανάπτυξη εθνικών πολιτικών υγείας. Οι πολιτικές και οι στόχοι καθορίζονται σε επίπεδο κρατιδίου. Το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας έχει αναπτύξει λίγα εθνικά προγράμματα, όπως είναι για παράδειγμα η εθνική καμπάνια για το AIDS.

7. Ηνωμένο Βασίλειο

Ο σχεδιασμός της πολιτικής και των προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας. Οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας ανήκουν στην αρμοδιότητα των Περιφερειακών Διοικήσεων Υγείας (Regional Health Authorities) της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (NHS). Κάθε περιφερειακή διοίκηση έχει Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, η οποία έχει υπό την εποπτεία της, τις τοπικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.

Οι αρμοδιότητες των Περιφερειακών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας συμπεριλαμβάνουν και τις δραστηριότητες κοινωνικής φροντίδας. Στην Ουαλία, οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας είναι συγκροτημένες σε ξεχωριστή αυτοτελή «Εθνική Υπηρεσία Δημόσιας Υγείας της Ουαλίας».

Η οργάνωση των προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας και ο καθορισμός των εθνικών προτεραιοτήτων και στόχων αποτελεί αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και του NHS. Οι περιφερειακές και τοπικές υπηρεσίες εξειδικεύουν και προσαρμόζουν τους εθνικούς στόχους στα περιφερειακά και τοπικά δεδομένα και έχουν την ευθύνη για την υλοποίηση των προγραμμάτων και την παροχή των υπηρεσιών.

Η άσκηση της Δημόσιας Υγείας υποστηρίζεται από μια σειρά επιστημονικών οργανισμών εθνικής εμβέλειας, μεταξύ των οποίων είναι:

1. Το Γραφείο Προστασίας της Υγείας (Health Protection Agency), το οποίο παρέχει επιστημονική υποστήριξη στην οργάνωση των προγραμμάτων προαγωγής υγείας.
2. Το Εθνικό Ινστιτούτο Κλινικής Αριστείας (National Institute for Clinical Excellence), το οποίο είναι επιφορτισμένο με την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών για την τεκμηριωμένη άσκηση της Δημόσιας Υγείας.
3. Το Γραφείο Προτύπων Τροφίμων (Food Standards Agency), το οποίο έχει την ευθύνη για τα ποιοτικά standards των τροφίμων.
4. Το National Institute for Biological Standards and Control, το οποίο αποσκοπεί στην προστασία της Δημόσιας Υγείας με την προτυποποίηση και τον έλεγχο βιολογικών προϊόντων.
5. Το Γραφείο Εθνικής Στατιστικής (Office for National Statistics), το οποίο εξασφαλίζει την παροχή στατιστικών δεδομένων.

Το 2004 δημοσιεύθηκε από το Υπουργείο Υγείας το πλαίσιο της εθνικής πολιτικής υγείας «Choosing Health», το οποίο καθορίζει τις προτεραιότητες και τους τομείς παρέμβασης που αφορούν στη μείωση των ανισοτήτων, στην υγεία των παιδιών, στις ατομικές συνήθειες και στους τρόπους ζωής, στην περιβαλλοντική υγεία, στην υγεία των υπερηλίκων, στην ψυχική υγεία. Σε πολλούς από τους τομείς αυτούς καθορίζονται συγκεκριμένοι ποσοτικοί στόχοι και ο χρονικός ορίζοντας υλοποίησής τους.

«...η ιατρική δεν έχει το περιθώριο να απομακρυνθεί από τον άνθρωπο, στην αντίθετη περίπτωση το τίμημα που θα πρέπει να καταβάλει θα είναι

η δραματική ρήξη με το **ανθρώπινο βίωμα** [...]

Ο άνθρωπος δεν μπορεί να αποδεχτεί το να γίνει αντικείμενο μιας γνώσης και μιας πρακτικής που τον αγνοούν ως προσωπικότητα...»

Lido Valdre, 1995

Κεφάλαιο 9ο

«Καλές Πρακτικές» στη Δημόσια Υγεία

1. Η Έννοια των «Καλών Πρακτικών»

Η έννοια των «Καλών Πρακτικών» (Best Practice) στο χώρο της βιομηχανίας, έχει ήδη διαδρομή ενός περίπου αιώνα. Το 1911 ο Taylor έλεγε ότι ανάμεσα στις διάφορες τεχνικές, μεθόδους, διαδικασίες ή τρόπους με τους οποίους μπορεί να γίνει μια εργασία, υπάρχει πάντα μια τεχνική - μέθοδος, η οποία επιτυγχάνει τα καλύτερα και ταχύτερα αποτελέσματα.

Οι «Καλές Πρακτικές στη Δημόσια Υγεία» συνίστανται στην αναζήτηση και εφαρμογή εκείνων των μεθόδων και διαδικασιών που εξασφαλίζουν το καλύτερο αποτέλεσμα, στον ελάχιστο χρόνο και με τους ελάχιστους δυνατούς πόρους.

Ο παραπάνω εισαγωγικός ορισμός προσδιορίζει τέσσερα χαρακτηριστικά σε μια «Καλή Πρακτική» Δημόσιας Υγείας:

- α) Την επιστημονική εγκυρότητα της μεθόδου ή τεχνικής σε σύγκριση με άλλες παρόμοιες.
- β) Την καταλληλότητα της μεθόδου για το συγκεκριμένο σκοπό.
- γ) Την αποτελεσματικότητα της μεθόδου σε σύγκριση με τις άλλες.
- δ) Την αποδοτικότητα σε σχέση με τους χρησιμοποιούμενους πόρους και το διατιθέμενο χρόνο.

Στο πεδίο των ιατρικών επιστημών, η επιλογή της εγκυρότερης, καταλληλότερης,

αποτελεσματικότερης και αποδοτικότερης μεθόδου δεν είναι ούτε αυτονόητη ούτε εύκολη. Προϋποθέτει μια διαδικασία συνεχούς αξιολόγησης της υπάρχουσας επιστημονικής γνώσης και των συνεχώς παραγόμενων νέων επιστημονικών δεδομένων, ο όγκος των οποίων καθιστά την αξιολόγηση αυτή εξαιρετικά δυσχερή. Ο προβληματισμός αυτός έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη μιας σειράς τεχνικών, που αποσκοπούν στην αναζήτηση της «καλύτερης κάθε φορά πρακτικής» με την καλύτερη επιστημονική τεκμηρίωση σε ότι αφορά στην αποτελεσματικότητά της.

Η πρώτη συστηματική απόπειρα αξιολόγησης της υπάρχουσας επιστημονικής γνώσης στο χώρο της πρόληψης και προαγωγής της υγείας εκδηλώθηκε στον Καναδά το 1979, από το Task Force on the Periodic Health Examination και είχε σαν στόχο την επιλογή των «καλύτερων πρακτικών» σε ότι αφορά στις προληπτικές εξετάσεις. Δέκα χρόνια αργότερα, το 1989 μια αντίστοιχη εργασία στις Η.Π.Α., από το U.S. Preventive Services Task Force, έδωσε μια νέα ώθηση στον καθορισμό των «Καλών Πρακτικών» στο χώρο της πρόληψης και προαγωγής της υγείας. Οι δύο αυτές πρωτοβουλίες, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της «Τεκμηριωμένης Ιατρικής», έδωσαν το έναυσμα για μια πλειάδα προσπαθειών που σηματοδοτούν μια νέα δυναμική στο χώρο της Δημόσιας Υγείας.

Οι κύριες στρατηγικές Best Practice in Public Health είναι οι εξής:

1. Η Τεκμηριωμένη Δημόσια Υγεία (Evidence based Public Health).
2. Οι κατευθυντήριες οδηγίες στη Δημόσια Υγεία (Guidelines).
3. Τα συστήματα «Καλών Πρακτικών» στη Δημόσια Υγεία.

2. Τεκμηριωμένη Δημόσια Υγεία (Evidence Based Public Health)

Η θεμελιώδης στρατηγική αναζήτησης των «καλύτερων πρακτικών» στο πεδίο της ιατρικής και της Δημόσιας Υγείας είναι η καλούμενη «Τεκμηριωμένη Ιατρική» (Evidence Based Medicine - EBM) και ειδικότερα στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας, η Τεκμηριωμένη Δημόσια Υγεία (Evidence Based Public Health). Η Τεκμηριωμένη Δημόσια Υγεία αποσκοπεί στο να εξασφαλίσει, ότι η λήψη των αποφάσεων για τον τρόπο παρέμβασης σε κάθε ζήτημα Δημόσιας Υγείας, θα στηρίζεται στην καλύτερη υπάρχουσα επιστημονική τεκμηρίωση για τον τρόπο παρέμβασης.

Με την έννοια αυτή, η Τεκμηριωμένη Δημόσια Υγεία επικεντρώνεται ακριβώς στην αναζήτηση της «καλύτερης πρακτικής» σε κάθε συγκεκριμένο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας.

Η Τεκμηριωμένη Δημόσια Υγεία είναι ουσιαστικά μια στρατηγική ποιότητας, αφού το κρίσιμο σημείο στην όλη προσπάθεια είναι ακριβώς η αξιολόγηση της ποιότητας της υπάρχουσας επιστημονικής τεκμηρίωσης.

Σε πρακτικό επίπεδο, η άσκηση Τεκμηριωμένης Ιατρικής συνίσταται στα εξής:

1. Τοποθέτηση της κατάλληλης ερώτησης.
2. Αναζήτηση της καλύτερης επιστημονικής τεκμηρίωσης.
3. Αξιολόγηση της τεκμηρίωσης.
4. Εφαρμογή της τεκμηριωμένης γνώσης στην πράξη.
5. Αξιολόγηση της εφαρμογής και του αποτελέσματος.

Η γενικευμένη εφαρμογή της παραπάνω στρατηγικής έχει ορισμένες προϋποθέσεις:

1. Την ύπαρξη μιας μεθοδολογίας αξιολόγησης της γνώσης.
2. Την ύπαρξη ενός δικτύου επιστημόνων που προβαίνουν στη συστηματική αξιολόγηση της γνώσης.
3. Την τεχνική οργάνωση όλων αυτών, ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν εύκολα και γρήγορα στην καθημερινή πράξη.

Οι παραπάνω προϋποθέσεις, για να υλοποιηθούν σε πρακτικό επίπεδο, οδηγούν στις εξής αναγκαιότητες:

1. Στην ανάγκη να συμφωνηθεί από τους επιστήμονες η μεθοδολογία αξιολόγησης της γνώσης.
2. Στην ανάγκη να οικοδομηθεί ένα δίκτυο επιστημόνων που προβαίνουν σε συνεχή και συστηματική αξιολόγηση της γνώσης.
3. Στην ανάγκη να οργανωθούν βάσεις δεδομένων για την υπάρχουσα τεκμηρίωση σε κάθε τομέα.
4. Στην ανάγκη να οργανωθεί σε πληροφορική βάση η γενικευμένη χρήση και αξιοποίηση της τεκμηρίωσης στην καθημερινή πράξη.

Η σημαντικότερη βάση δεδομένων Τεκμηριωμένης Ιατρικής είναι η Cochrane Library, η οποία οργανώνει και ενοποιεί σε ενιαίο πλαίσιο όλη τη δραστηριότητα που αναπτύσσεται διεθνώς στον τομέα αυτό.

Πρέπει να υπογραμμισθεί ότι η Τεκμηριωμένη Ιατρική δεν αποτελεί μια στρατηγική που περιορίζεται στενά στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας. Αντίθετα, έχει πολύ ευρύτερη εφαρμογή σε όλους τους τομείς της κλινικής ιατρικής, από όπου άλλωστε και ξεκίνησε. Δηλαδή, η Τεκμηριωμένη Ιατρική αποτελεί μια στρατηγική διασφάλισης της ποιότητας σε ολόκληρο το σύστημα υγείας, όπου η συμβολή της είναι πολλαπλή και περιλαμβάνει:

1. Διασφάλιση υψηλού επιπέδου υπηρεσιών για όλους τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας.
2. Περιορισμό των κινδύνων, παρενεργειών και επιπλοκών από την ιατρική πρακτική.
3. Περιορισμό των ιατρικών λαθών και της κακής ιατρικής πρακτικής (malpractice).
4. Αύξηση αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και εν γένει του συστήματος υγείας.
5. Αποδοτική διαχείριση των πόρων.

3. Κατευθυντήριες Οδηγίες (guidelines) στη Δημόσια Υγεία

Οι κατευθυντήριες οδηγίες (guidelines) είναι κείμενα που αποσκοπούν στο να κατευθύνουν τα κριτήρια και τις αποφάσεις των επαγγελματιών υγείας για την ορθότερη διαχείριση των ασθενών τους, σε συγκεκριμένα πεδία της ιατρικής, σύμφωνα με την υπάρχουσα επιστημονική γνώση. Οι κατευθυντήριες οδηγίες συνοψίζουν τα σημαντικότερα αποδεδειγμένα στοιχεία σχετικά με:

- την πρόληψη,
- τη διάγνωση,
- τη θεραπεία,
- την πρόγνωση,
- τον τρόπο αντιμετώπισης του ασθενή ή του προβλήματος και
- τον τρόπο παροχής των φροντίδων.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες εκδίδονται συνήθως από μεγάλες επιστημονικές οργανώσεις ή εθνικούς οργανισμούς, και βασίζονται σε επισταμένη μελέτη και αξιολόγηση της υπάρχουσας επιστημονικής βιβλιογραφίας. Οι κατευθυντήριες οδηγίες οργανώνονται σε βάσεις δεδομένων που είναι διαθέσιμες μέσω του διαδικτύου.

Στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας, το περιεχόμενο των κατευθυντηρίων οδηγιών είναι κατάλληλα προσαρμοσμένο στις ιδιαιτερότητες της Δημόσιας Υγείας. Οι κατευθυντήριες οδηγίες παρέχουν ένα επιστημονικά τεκμηριωμένο τρόπο αντίδρασης και αντιμετώπισης σε κάθε συγκεκριμένο πρόβλημα Δημόσιας Υγείας, και από την άποψη αυτή αντιπροσωπεύουν μια στρατηγική «best practice» στη Δημόσια Υγεία.

Οι σημαντικότερες πρωτοβουλίες βάσεων δεδομένων για κατευθυντήριες οδηγίες διεθνώς είναι:

1) National Guidelines Clearinghouse (NGC)

Το National Guidelines Clearinghouse (NGC) είναι μια βάση δεδομένων κατευθυντηρίων οδηγιών, βασισμένων σε επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση, η οποία αποτελεί πρωτοβουλία του Agency for Healthcare Research and Quality του Υπουργείου Υγείας των Η.Π.Α. Η βάση δεδομένων δημιουργήθηκε σε συνεργασία με την American Medical Association. Το περιεχόμενό της περιλαμβάνει το σύνολο των κατευθυντηρίων οδηγιών που έχουν αναπτυχθεί από όλες τις αμερικανικές επιστημονικές εταιρίες στο χώρο της υγείας.

Σκοπός του NGC είναι να παρέχει στους γιατρούς και τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας ένα ενοποιημένο σύστημα αντικειμενικών και τεκμηριωμένων κατευθυντηρίων οδηγιών και να διευκολύνει τη διάχυση και τη χρήση του στην καθημερινή πράξη.

Τα στοιχεία-κλειδιά της φυσιογνωμίας της βάσης δεδομένων είναι:

- η ύπαρξη οργανωμένων περιλήψεων για όλες τις οδηγίες,
- η δυνατότητα άμεσης σύνδεσης με το πλήρες κείμενο,

- η δυνατότητα απόκτησης των οδηγιών σε μορφή pdf και
- η ύπαρξη ενός εργαλείου που δίνει τη δυνατότητα σύγκρισης και σύνθεσης μεταξύ των διαφόρων οδηγιών.

2) Guidelines International Network (GIN)

Το Guidelines International Network (GIN) είναι μια διεθνής ένωση οργανισμών που αποσκοπούν στην ανάπτυξη και χρήση κατευθυντήριων οδηγιών στο χώρο της υγείας, η οποία ιδρύθηκε το 2002. Η ένωση έχει τρεις κύριες δραστηριότητες:

- Την ανάπτυξη και διατήρηση μίας βάσης δεδομένων, η οποία παρέχει πρόσβαση σε ένα μεγάλο αριθμό κατευθυντήριων οδηγιών που παράγονται από τους φορείς που είναι μέλη της, καθώς και από διεθνείς επιστημονικούς οργανισμούς.
- Την οργάνωση ενός αρχείου διαρκούς απογραφής όλων των κατευθυντήριων οδηγιών.
- Τη σταδιακή ανάπτυξη της βάσης δεδομένων σε διάφορες γλώσσες. (Η λειτουργία της βάσης είναι συνδρομητική).

3) National Institute for Clinical Excellence (NICE)

Το National Institute for Clinical Excellence είναι ένας ανεξάρτητος οργανισμός της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS), ο οποίος είναι υπεύθυνος για την παροχή εθνικών οδηγιών για την προαγωγή της υγείας και της καλής ιατρικής πρακτικής στη χώρα. Το NICE παράγει κατευθυντήριες οδηγίες σε τρεις διακριτούς τομείς της υγείας:

- Στη Δημόσια Υγεία, στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας, που απευθύνεται κυρίως σε όσους εργάζονται σε τομείς που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία.
- Στις τεχνολογίες υγείας, επιδιώκοντας την αξιολόγηση και τεκμηρίωση της ορθής χρήσης των διαθέσιμων ιατρικών τεχνολογιών, προϊόντων και διαδικασιών.
- Στην κλινική πράξη, σχετικά με την κατάλληλη θεραπεία και φροντίδα συγκεκριμένων ασθενειών.

Το NICE διατηρεί μια οργανωμένη βάση δεδομένων, ελεύθερης πρόσβασης, η οποία παρέχει αντίστοιχες δυνατότητες με εκείνες του NGC (περιλήψεις, πλήρες κείμενο, δυνατότητα download) και επιπλέον τις οδηγίες σε συνοπτική διαγραμματική μορφή. Και οι τρεις παραπάνω βάσεις δεδομένων για κατευθυντήριες οδηγίες έχουν ξεχωριστό τμήμα για τη Δημόσια Υγεία.

4. Συστήματα Καλών Πρακτικών στη Δημόσια Υγεία

Στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας, κάθε πρόβλημα εξετάζεται υπό το πρίσμα της επίδρασης σε πληθυσμιακό επίπεδο. Αυτό καθιστά τις μεθόδους παρέμβασης όχι απλώς «τεχνικές», αλλά «πολιτικές», που δεν μπορούν να υλοποιηθούν από ένα μεμονωμένο άτομο ή επιστήμονα. Η ύπαρξη επιστημονικής τεκμηρίωσης δεν είναι πάντα αρκετή για να οδηγήσει στην άμεση εφαρμογή της «καλύτερης πρακτικής», αφού η «καλύτερη πρακτική» μπορεί να είναι μια σύνθετη πολιτική. Επομένως, σε πολλά προβλήματα Δημόσιας Υγείας, η ύπαρξη επιστημονικής τεκμηρίωσης ή κατευθυντήριων οδηγιών μπορεί να αποδειχθεί ανεπαρκής για την αντιμετώπιση του προβλήματος, ενώ να κριθεί ως πιο σημαντικός ο τρόπος οργάνωσης των παρεμβάσεων στα διάφορα προβλήματα Δημόσιας Υγείας. Αυτό οδήγησε στην ανάγκη ανάπτυξης πιο σύνθετων συστημάτων «Καλών Πρακτικών στη Δημόσια Υγεία», που εκτός από την επιστημονική τεκμηρίωση συμπεριλαμβάνουν και τον καταλληλότερο τρόπο υλοποίησης των απαιτούμενων παρεμβάσεων και πολιτικών.

Τα συστήματα «Καλών Πρακτικών στη Δημόσια Υγεία» που είναι σε ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια, έχουν διπλή υπόσταση, καθώς αποτελούν ταυτόχρονα:

- α) Στρατηγική ποιότητας και επιστημονικής τεκμηρίωσης.
- β) Στρατηγική οργάνωσης των παρεμβάσεων και πολιτικών.

Τα σημαντικότερα συστήματα «Καλών Πρακτικών στη Δημόσια Υγεία» είναι:

1. Το «Best Practice in Health Promotion and Diseases Prevention» του Καναδά.
2. Το Interactive Domain Model (IDM).
3. Το Evidence Based Practice for Public Health στις Η.Π.Α.
4. Το πρόγραμμα «Getting Evidence into Practice» της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

1) «Best Practice in Health Promotion and Diseases Prevention»

Το πλέον οργανωμένο και περιεκτικό σύστημα «Καλών Πρακτικών» στη Δημόσια Υγεία είναι αυτή τη στιγμή του Καναδά. Το σύστημα αποτελείται από 8 συστατικά τμήματα, τα οποία είναι τα εξής:

- Παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού.
- Προσδιορισμός των καθοριστικών παραγόντων της υγείας.
- Τεκμηρίωση των αποφάσεων.
- Αύξηση των επενδύσεων σε δράσεις που προστατεύουν την υγεία.
- Εφαρμογή πολλαπλών στρατηγικών.
- Προώθηση της διατομεακής συνεργασίας.
- Λειτουργία μηχανισμών που προάγουν τη συμμετοχή του κοινού.
- Επίδειξη, αξιολόγηση και κατανομή ευθυνών σε σχέση με τα αποτελέσματα.

Κάθε ένα από τα παραπάνω συστατικά μέρη έχει καθορισμένη δομή και περιεχόμενο.

Κάθε συστατικό τμήμα υποστηρίζεται από όλο το απαιτούμενο υλικό και πληροφορίες,

με άμεση δυνατότητα σύνδεσης (link). Το όλο σύστημα είναι οργανωμένο σε μια ενιαία βάση δεδομένων του διαδικτύου, με ελεύθερη πρόσβαση.

2) «Interactive Domain Model» (IDM)

Το «Interactive Domain Model» είναι ένας οδηγός «Καλών Πρακτικών» στην προαγωγή της υγείας, που έχει αναπτυχθεί με τη συνεργασία διάφορων επιστημονικών οργανώσεων. Ο κύριος προσανατολισμός του είναι οι μέθοδοι προαγωγής της υγείας. Η προσέγγιση του IDM πέραν της επιστημονικής τεκμηρίωσης των δράσεων, επιχειρεί να συμπεριλάβει στην «Καλή Πρακτική» και ορισμένα άλλα κριτήρια, όπως:

- Αξίες, αντιλήψεις, στόχους και ηθικές παραμέτρους που επηρεάζουν κάθε πρόβλημα.
- Κατανόηση του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος.
- Πρακτικές σε διαφορετικά επίπεδα της Δημόσιας Υγείας.
- Μοντέλα σχεδιασμού και αξιολόγησης της «Καλής Πρακτικής».

3) «Evidence Based Practice for Public Health» (EBPPH)

Το Evidence Based Practice for Public Health, αποτελεί ένα ενοποιημένο σύστημα που έχει οικοδομηθεί με βάση τη γενικότερη εμπειρία και πρακτική του Evidence Based Medicine, από το Πανεπιστήμιο της Μασαχουσέτης στις Η.Π.Α., το οποίο συμπεριλαμβάνει:

- Κατευθυντήριες οδηγίες για τη Δημόσια Υγεία.
- Συστηματικές ανασκοπήσεις.
- Εργαλεία αναζήτησης βιβλιογραφίας.
- Αρχείο καλών πρακτικών.

Οι «Καλές Πρακτικές» που περιλαμβάνει είναι προγράμματα, παρεμβάσεις και πολιτικές που έχουν εφαρμοστεί στην πράξη και έχουν αξιολογηθεί ως επιτυχείς και κατάλληλες για να υιοθετηθούν και σε άλλα πεδία. Η βάση δεδομένων «Καλών Πρακτικών» χωρίζεται σε δύο μέρη: Το πρώτο μέρος αναφέρεται σε γενικά προγράμματα Δημόσιας Υγείας, ενώ το δεύτερο μέρος είναι επικεντρωμένο σε προγράμματα που αφορούν στα παιδιά. Η δομή της βάσης είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες και τα δεδομένα των Η.Π.Α. και ειδικά το τμήμα των «Καλών Πρακτικών» παρουσιάζει μικρότερη χρηστικότητα για άλλες εφαρμογές.

4) «Getting Evidence into Practice»

Η ανάγκη ανάπτυξης «Καλών Πρακτικών» στη Δημόσια Υγεία είναι πλέον κατανοητή και στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το «Getting Evidence into Practice» είναι ένα πρόγραμμα που χρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και έχει σκοπό:

- Να ενισχύσει τη βάση τεκμηρίωσης για τη Δημόσια Υγεία και την προαγωγή της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, μέσω της ανάπτυξης πρωτοκόλλων ομοφωνίας σε θέματα Δημόσιας Υγείας.
- Να αναπτύξει και να δημοσιοποιήσει κατευθυντήριες οδηγίες

για την εφαρμογή της υπάρχουσας τεκμηρίωσης, έτσι ώστε η υπάρχουσα επιστημονική τεκμηρίωση να περάσει στην πράξη.

- Να παράγει επικαιροποιημένες ανασκοπήσεις σε καίρια θέματα Δημόσιας Υγείας και να επικαιροποιεί την υπάρχουσα γνώση για την προαγωγή της υγείας.

Το πρόγραμμα αποσκοπεί στην προώθηση της συνεργασίας μεταξύ των διάφορων φορέων Δημόσιας Υγείας στον ευρωπαϊκό χώρο. Η συνεργασία αυτή θα εξασφαλίσει μια συντονισμένη κοινή προσπάθεια στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας, έτσι ώστε στα επόμενα χρόνια να διαμορφωθούν οι συνθήκες για την υλοποίηση κοινών προγραμμάτων και δράσεων στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

5. Οργάνωση και Περιεχόμενο Συστημάτων Καλών Πρακτικών στη Δημόσια Υγεία

Λαμβάνοντας ως πρότυπο τη δομή του συστήματος «Best Practice in Health Promotion and Diseases Prevention», καθώς και την εμπειρία των άλλων στρατηγικών καλών πρακτικών, το περιεχόμενο ενός παρόμοιου συστήματος είναι το εξής:

1. Παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού

Οποιαδήποτε «Καλή Πρακτική» στη Δημόσια Υγεία είναι αδύνατη εάν δεν έχει εξασφαλιστεί και οργανωθεί ένα σύστημα συνεχούς παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού.

Η παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού περιλαμβάνει:

- Ένα καθορισμένο σύνολο δεικτών υγείας, οι οποίοι παρακολουθούνται συστηματικά.
- Μια σειρά από τακτικές πηγές πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, που είναι απαραίτητες για τον υπολογισμό των δεικτών.
- Μια σειρά από τακτικές εκθέσεις για την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, που συνίσταται στην ανάλυση των δεικτών υγείας, σε ότι αφορά στα επιλεγμένα πεδία της Δημόσιας Υγείας και στην εξέλιξη των σημαντικότερων προβλημάτων Δημόσιας Υγείας.

2. Προσδιορισμός των καθοριστικών παραγόντων της υγείας

Το τμήμα αυτό αναφέρεται στον προσδιορισμό και στην παρακολούθηση των ποικίλων περιβαλλοντικών, φυσικών, κοινωνικών, συμπεριφορικών ή άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και περιλαμβάνει τρία σκέλη:

- Τη συστηματική αξιολόγηση των επιστημονικών δεδομένων για την επίπτωση των διαφόρων παραγόντων στην υγεία του πληθυσμού.

- Ένα σύνολο δεικτών για τη μέτρηση των καθοριστικών παραγόντων της υγείας.
- Μια σειρά από τακτικές εκθέσεις για την πορεία των επιπτώσεων των καθοριστικών παραγόντων για την υγεία.

3. Τεκμηρίωση των αποφάσεων

Το σκέλος της επιστημονικής τεκμηρίωσης των αποφάσεων σε σχέση με τις δράσεις Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει:

- Τον καθορισμό κριτηρίων για την αξιολόγηση της υπάρχουσας επιστημονικής γνώσης.
- Τη συστηματική ανασκόπηση της υπάρχουσας επιστημονικής τεκμηρίωσης.
- Τη συστηματική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των μεθόδων παρέμβασης στη Δημόσια Υγεία.
- Την ανάπτυξη πολιτικών για τη διάχυση και διάδοση της επιστημονικής τεκμηρίωσης, σε όλους όσους σχετίζονται με τα προβλήματα της Δημόσιας Υγείας.
- Την ανάπτυξη βάσης δεδομένων για τις τεκμηριωμένες μεθόδους παρεμβάσεων στη Δημόσια Υγεία.

4. Αύξηση των επενδύσεων σε δράσεις που προστατεύουν την υγεία

Το σκέλος αυτό του συστήματος «Καλών Πρακτικών» αναφέρεται στις μεθόδους που μπορούν να βοηθήσουν την αύξηση των επενδύσεων, πρωτοβουλιών και προσπαθειών για δράσεις που τεκμηριωμένα προστατεύουν την υγεία, ανεξαρτήτως του τομέα στον οποίο αναφέρονται. Το σκέλος αυτό περιλαμβάνει:

- Τον καθορισμό των κριτηρίων επιλογής των προτεραιοτήτων για τις επενδύσεις που θα γίνουν σε δράσεις που προστατεύουν την υγεία.
- Την εξισορρόπηση μεταξύ των βραχυπρόθεσμων και των μακροπρόθεσμων δράσεων που έχουν προστατευτικό αποτέλεσμα στη υγεία.
- Τον επηρεασμό δράσεων σε άλλους τομείς, εκτός του τομέα υγείας, που μπορούν να έχουν προστατευτικό αποτέλεσμα στην υγεία.

5. Εφαρμογή πολλαπλών στρατηγικών

Η ανάγκη προστασίας της Δημόσιας Υγείας επιβάλλει την εφαρμογή πολλαπλών στρατηγικών, σε διάφορα επίπεδα και ποικίλους τομείς. Ένα σύστημα «Καλών Πρακτικών» στη Δημόσια Υγεία πρέπει να περιλαμβάνει απαραίτητως το στοιχείο των πολλαπλών στρατηγικών, λόγω της πολλαπλότητας των παραγόντων που επηρεάζουν τη Δημόσια Υγεία. Η ανάπτυξη πολλαπλών στρατηγικών περιλαμβάνει:

- Τον καθορισμό των κατάλληλων παρεμβάσεων σε κάθε επίπεδο και σε κάθε τομέα.
- Την κατάρτιση πολυτομεακών στρατηγικών και πολυτομεακών προγραμμάτων δράσης.
- Την ανάπτυξη και εφαρμογή πολυτομεακών μεθόδων παρέμβασης και δράσης.
- Την ανάπτυξη διαδικασιών συντονισμού μεταξύ των πολλαπλών στρατηγικών.

6. Προώθηση της διατομεακής συνεργασίας

Η ανάπτυξη πολλαπλών στρατηγικών συνδέεται άρρηκτα με την προώθηση της διατομεακής συνεργασίας. Παραδοσιακά, άλλοι κοινωνικοί τομείς η δραστηριότητα των οποίων επηρεάζει άμεσα την υγεία έχουν μικρό ποσοστό συμμετοχής στις δράσεις Δημόσιας Υγείας, γεγονός που αποτελεί τροχοπέδη στην επίτευξη της μέγιστης αποτελεσματικότητας. Η διατομεακή συνεργασία αποτελεί προϋπόθεση για την επίτευξη του βέλτιστου αποτελέσματος. Η προώθηση της διατομεακής συνεργασίας περιλαμβάνει:

- τη συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων φορέων στο σχεδιασμό,
- τον καθορισμό στόχων για όλους, διακριτών και κατανοητών από όλους τους εμπλεκόμενους,
- την υποστήριξη της άμιλλας μεταξύ των εμπλεκόμενων, αλλά ταυτόχρονα και
- την υποστήριξη των συμμαχιών και συνεργασιών,
- την υποστήριξη πολιτικών που προάγουν την υγεία σε όλους τους τομείς,
- τη συνεργασία όχι μόνο στην υλοποίηση, αλλά και στην ηγεσία και στη διοίκηση των δράσεων και προγραμμάτων.

7. Λειτουργία μηχανισμών που προάγουν τη συμμετοχή του κοινού

Η εφαρμογή των μέτρων και μεθόδων Δημόσιας Υγείας απαιτεί σε ένα μεγάλο φάσμα τομέων, τη συμμετοχή του κοινού. Η ανάπτυξη «Καλών Πρακτικών» Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει ως συστατικό στοιχείο τη λειτουργία μηχανισμών που έχουν σαν σκοπό την προαγωγή της συμμετοχής του κοινού. Οι μηχανισμοί αυτοί στοχεύουν:

- Στην πληροφόρηση του κοινού.
- Στην προσέλκυση του ενδιαφέροντος του κοινού.
- Στην εφαρμογή πολιτικών ενίσχυσης της συμμετοχής του πληθυσμού.

8. Επίδειξη αποτελεσμάτων, αξιολόγηση και κατανομή ευθυνών σε σχέση με τα αποτελέσματα.

Τέλος, ένα σύστημα «Καλών Πρακτικών» στη Δημόσια Υγεία περιλαμβάνει ως βασικό στοιχείο την επίδειξη και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και τη δημόσια λογοδοσία (accountability) για τα αποτελέσματα αυτά. Το στοιχείο αυτό περιλαμβάνει:

- Τον καθορισμό ενός πλαισίου δημόσιας λογοδοσίας και κατανομής ευθυνών (accountability) σε σχέση με τα αποτελέσματα.
- Τον καθορισμό στόχων που θα επιτρέπουν την αξιολόγηση του βαθμού επίτευξής τους.
- Την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και του βαθμού επίτευξης των στόχων.
- Την κατάλληλη δημοσιότητα των στόχων, των αποτελεσμάτων και των ευθυνών.

Σχήμα 9.1 Συστατικά στοιχεία ενός συστήματος «Καλών Πρακτικών» στη Δημόσια Υγεία.

1. Παρακολούθηση της υγείας	Δείκτες υγείας Πηγές πληροφοριών Τακτικές εκθέσεις για την υγεία
2. Προσδιορισμός των καθοριστικών παραγόντων της υγείας	Δείκτες μέτρησης των παραγόντων Τακτικές εκθέσεις για τις επιπτώσεις στην υγεία
3. Τεκμηρίωση αποφάσεων	Κριτήρια αξιολόγησης της γνώσης Ανασκόπηση επιστημονικής τεκμηρίωσης Αξιολόγηση αποτελεσματικότητας μεθόδων Διάχυση των γνώσεων Βάση δεδομένων τεκμηριωμένων πρακτικών
4. Δράσεις που προστατεύουν την υγεία	Κριτήρια επιλογής προτεραιοτήτων Βραχυπρόθεσμες - μακροπρόθεσμες δράσεις Επηρεασμός δράσεων σε άλλους τομείς
5. Πολλαπλές στρατηγικές	Καθορισμός παρεμβάσεων Κατάρτιση πολυτομεακών στρατηγικών Εφαρμογή πολυτομεακών προγραμμάτων Εφαρμογή πολυτομεακών μεθόδων Συντονισμός
6. Διατομεακή συνεργασία	Συμμετοχή στο σχεδιασμό Καθορισμός στόχων διακριτών σε όλους Υποστήριξη της άμιλλας Υποστήριξη των συμμαχιών Υποστήριξη πολιτικών που προάγουν την υγεία Συνεργασία στη διοίκηση/ ηγεσία
7. Συμμετοχή του κοινού	Προσέλκυση του ενδιαφέροντος του κοινού Εφαρμογή πολιτικών ενίσχυσης της συμμετοχής
8. Επίδειξη, αξιολόγηση & κατανομή ευθυνών για τα αποτελέσματα	Πλαίσιο λογοδοσίας για τα αποτελέσματα Καθορισμός στόχων Αξιολόγηση Δημοσιότητα

«...όλοι έχουν
δικαίωμα

σε ένα βιοτικό επίπεδο,
το οποίο να επαρκεί
για την υγεία και ευημερία των ίδιων,
όπως και των οικογενειών τους,
συμπεριλαμβανομένων της διατροφής,
της ένδυσης, της στέγασης, της ιατρικής περίθαλψης
και των αναγκαίων κοινωνικών υπηρεσιών,
καθώς επίσης και το δικαίωμα ασφάλειας
σε περίπτωση ανεργίας, ασθένειας, ανικανότητας,
χηρείας, γήρατος,
ή έλλειψης πόρων διαβίωσης
εξαιτίας καταστάσεων
πέρα από τις δυνατότητές τους...»

Άρθρο 25 της Οικουμενικής Διακήρυξης
των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, 1948

Κεφάλαιο 10ο

Κατευθύνσεις και Προτεραιότητες Συστήματος Δημόσιας Υγείας με Βάση τη Διεθνή Εμπειρία

1. Οργάνωση των Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

Συνοψίζοντας τα δεδομένα από τη διεθνή εμπειρία και πρακτική, διαπιστώνεται ότι οι κύριες κατευθύνσεις των συστημάτων Δημόσιας Υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες, σε ό,τι αφορά (α) τις οργανωτικές παραμέτρους και (β) τους στόχους και τις προτεραιότητες της Δημόσιας Υγείας, είναι οι ακόλουθες:

1. Εθνική Πολιτική Δημόσιας Υγείας με στόχους

Στη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, έχει αρχίσει να εκδηλώνεται σε πολλές χώρες μια τάση για την οικοδόμηση Εθνικών Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, με συγκεκριμένους στόχους για την υγεία και για τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Η τάση αυτή ενθαρρύνεται ιδιαίτερα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας.

Η διαμόρφωση μιας Εθνικής Πολιτικής Υγείας περιλαμβάνει τρία αλληλένδετα μέρη:

- Την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού και των παραγόντων που την καθορίζουν.
- Τη διαμόρφωση εθνικών στόχων για την υγεία του πληθυσμού.
- Την ανάπτυξη πολιτικών υλοποίησης των εθνικών στόχων και διαχείρισης των επιμέρους προβλημάτων υγείας.

2. Διατομεακή συνεργασία

Η διατομεακότητα των δράσεων για τη Δημόσια Υγεία αποτελεί μια από τις θεμελιώδεις κατευθύνσεις των σύγχρονων πολιτικών Δημόσιας Υγείας. Η διατομεακή συνεργασία επιβάλλεται από την ίδια τη φύση των προβλημάτων της Δημόσιας Υγείας και τον πολυπαραγοντικό χαρακτήρα των παραμέτρων που την επηρεάζουν. Η άσκηση της πολιτικής Δημόσιας Υγείας στηρίζεται στη διατομεακότητα των δράσεων που απαιτούνται για την προστασία της υγείας και κατανέμει ρόλους, αρμοδιότητες και στόχους σε όλο το εύρος των τομέων που καθορίζουν την υγεία.

3. Περιφερειακή οργάνωση και δράση

Όλες οι σύγχρονες πολιτικές υγείας, ακόμη και σε μικρές πληθυσμιακά χώρες, στηρίζονται στην περιφερειακή οργάνωση των υπηρεσιών και προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας και στην περιφερειακή-τοπική οργάνωση των δράσεων. Η ύπαρξη οργανωμένων περιφερειακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας αποτελεί θεμελιακή οργανωτική προτεραιότητα διεθνώς.

Η περιφερειακή δομή και λειτουργία του συστήματος Δημόσιας Υγείας συγκεντρώνει όλα τα πλεονεκτήματα της περιφερειακής στρατηγικής ανάπτυξης, διευκολύνει τη διατομεακή συνεργασία και τη λήψη σύνθετων αποφάσεων, και μπορεί να κινητοποιεί περισσότερους κοινωνικούς συντελεστές στην υλοποίηση των πολιτικών και προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας. Η περιφερειακή οργάνωση των δομών και προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας αποτελεί επίσης κατεύθυνση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

4. Ανάπτυξη συστημάτων επιτήρησης της υγείας

Στο επιστημονικό και τεχνοκρατικό επίπεδο, η βάση όλων ανεξαιρέτως των πολιτικών και των συστημάτων Δημόσιας Υγείας είναι η ανάπτυξη ισχυρών και αξιόπιστων συστημάτων επιτήρησης της υγείας του πληθυσμού και των παραγόντων που την καθορίζουν.

Τα συστήματα επιτήρησης περιλαμβάνουν (i) καθορισμένους δείκτες υγείας που παρακολουθούνται σε συστηματική βάση, (ii) πηγές στοιχείων για τον υπολογισμό των δεικτών και (iii) συστηματική και τακτική ανάλυση των στοιχείων για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Κύρια οργανωτικά χαρακτηριστικά των συστημάτων επιτήρησης:

- Είναι οργανωμένα κατά τρόπο που να παρέχουν όλες τις πληροφορίες όχι μόνο σε εθνικό, αλλά και σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.
- Παρέχουν στοιχεία τόσο για τους δείκτες υγείας, όσο και για τους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία.
- Συνοδεύονται από την απαιτούμενη επιστημονική τεκμηρίωση και υποστήριξη για την ανάλυση και αξιολόγηση των στοιχείων.
- Εξασφαλίζουν δημοσιότητα και πλήρη προσβασιμότητα στα στοιχεία και στην ανάλυσή τους.

5. Οργάνωση εθνικών επιστημονικών οργανισμών Δημόσιας Υγείας

Σε όλες τις χώρες έχουν οργανωθεί και λειτουργούν υψηλού επιπέδου επιστημονικοί οργανισμοί υποστήριξης των πολιτικών Δημόσιας Υγείας. Τα αντικείμενα δραστηριότητας που κατ' ελάχιστον έχουν οι οργανισμοί αυτοί, είναι:

- Η παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, η επιστημονική ανάλυση των στοιχείων και η παρακολούθηση της εκδήλωσης νέων απειλών για την υγεία.
- Η επιστημονική υποστήριξη της χάραξης πολιτικών και προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας, πρόληψης και προαγωγής της υγείας, καθώς και προγραμμάτων διατομεακής δράσης.
- Η επιστημονική υποστήριξη και τεκμηρίωση των τρόπων δράσης στη Δημόσια Υγεία και η ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών και πρωτοκόλλων δράσης με βάση «καλές πρακτικές».
- Η επιστημονική υποστήριξη των δράσεων Δημόσιας Υγείας σε συγκεκριμένους τομείς υψηλής προτεραιότητας, όπως νέα λοιμώδη νοσήματα, ο καρκίνος, οι αγγειοπάθειες και οι κύριοι συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, διατροφή κ.λπ.).

6. Ανάπτυξη πολιτικών ποιότητας, επιστημονικής τεκμηρίωσης και διαδικασιών καλής πρακτικής

Οι περισσότερες αναπτυγμένες χώρες, αναπτύσσουν ειδικές πολιτικές ποιότητας και επιστημονικής τεκμηρίωσης των τρόπων παρέμβασης και δράσης στη Δημόσια Υγεία.

Οι πολιτικές αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Την ίδρυση επιστημονικών οργανισμών επιφορτισμένων ειδικά με τα θέματα ποιότητας και επιστημονικής εγκυρότητας.
- Την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών, προτύπων «καλών πρακτικών» και πρωτοκόλλων δράσης.
- Την ανάπτυξη βάσεων δεδομένων με κατευθυντήριες οδηγίες και «καλές πρακτικές» στη Δημόσια Υγεία.
- Την οργάνωση μηχανισμών αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των προγραμμάτων και δράσεων Δημόσιας Υγείας.

7. Ανάπτυξη μηχανισμών ταχείας αντίδρασης και αντιμετώπισης απειλών για τη Δημόσια Υγεία

Η οργάνωση των σύγχρονων συστημάτων Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει συνήθως και την ανάπτυξη ενός μηχανισμού ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση αιφνίδιων απειλών για τη Δημόσια Υγεία. Στο επίπεδο μάλιστα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, οι μηχανισμοί ταχείας αντίδρασης συνεργάζονται με σκοπό τη συγκρότηση ενός διεθνούς δικτύου συνεργασίας για την ταχεία αντίδραση. Η ταχεία αντίδραση στην αντιμετώπιση απειλών αποτελεί και μια από τις κατευθύνσεις και προτεραιότητες της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.

2. Προτεραιότητες των Πολιτικών Δημόσιας Υγείας

1. Επιτήρηση της υγείας και των παραγόντων που την καθορίζουν

Η επιτήρηση της υγείας προβάλλει διεθνώς όχι μόνο ως οργανωτική παράμετρος των πολιτικών Δημόσιας Υγείας, αλλά και ως μια από τις θεμελιώδεις προτεραιότητες των πολιτικών αυτών, προφανώς λόγω της καίριας σημασίας της στον προσδιορισμό των προβλημάτων και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που επιτυγχάνονται με τις διάφορες δράσεις.

2. Πρόληψη λοιμωδών νοσημάτων

Η πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων παραμένει μια από τις πρώτες προτεραιότητες των πολιτικών Δημόσιας Υγείας, τόσο στις διάφορες χώρες, όσο και μεταξύ των διεθνών οργανισμών. Η υψηλή προτεραιότητα των λοιμωδών νοσημάτων οφείλεται σε μια σειρά παραγόντων, όπως η εμφάνιση νέων νοσημάτων (AIDS, SARS κ.λπ.), η επανεμφάνιση παλαιών σημαντικών νοσημάτων (φυματίωση κ.ά.).

3. Μείωση παραγόντων κινδύνου για χρόνια νοσήματα

Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες και σε όλους τους διεθνείς οργανισμούς υγείας και στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η μείωση των σημαντικότερων παραγόντων κινδύνου του σύγχρονου τρόπου ζωής, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ, η διατροφή και η παχυσαρκία, αποτελούν απόλυτες προτεραιότητες.

Οι προτεραιότητες αυτές συνοδεύονται διεθνώς από συγκεκριμένους στόχους που πρέπει να επιτευχθούν σε ό,τι αφορά τη μείωση των παραγόντων αυτών.

Η ανάπτυξη πολιτικών για τη μείωση των παραγόντων κινδύνου συνδέεται διεθνώς (α) με προγράμματα αγωγής υγείας, πρόληψης και προαγωγής της υγείας, και (β) διατομεακές δράσεις και πολιτικές για τον καπνό, το αλκοόλ, τα τρόφιμα κ.λπ. Σε μερικές χώρες αποδίδεται τόση σημασία, ώστε να ανατίθενται οι πολιτικές αυτές σε οργανισμούς που ασχολούνται αποκλειστικά με την αποστολή αυτή.

4. Πρόληψη καρκίνου

Η πρωτογενής και δευτερογενής πρόληψη του καρκίνου αποτελεί κοινή προτεραιότητα σε όλες τις πολιτικές Δημόσιας Υγείας και μια από τις κύριες προτεραιότητες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σε ό,τι αφορά την πρωτογενή πρόληψη, οι πολιτικές περιστρέφονται γύρω από τον περιορισμό του καπνίσματος και της προστασίας από καρκινογόνους χημικούς, φυσικούς και βιολογικούς παράγοντες.

Σε ό,τι αφορά τη δευτερογενή πρόληψη, οι περισσότερες χώρες αναπτύσσουν ειδικά εθνικά προγράμματα προσυμπτωματικής ανίχνευσης και έγκαιρης διάγνωσης

τουλάχιστον για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας, ενώ πολλές χώρες αναπτύσσουν προγράμματα δευτερογενούς πρόληψης για άλλους καρκίνους, όπως του παχέος εντέρου, του προστάτη και του δέρματος.

5. Πρόληψη αγγειακών παθήσεων

Η πρόληψη των καρδιοπαθειών και των λοιπών αγγειακών παθήσεων, που αντιπροσωπεύουν περίπου το 50% του συνόλου των θανάτων στις αναπτυγμένες χώρες, συγκαταλέγεται ανάμεσα στις κύριες προτεραιότητες Δημόσιας Υγείας διεθνώς. Η επίτευξη ενθαρρυντικών αποτελεσμάτων από προγράμματα και πολιτικές πρωτογενούς πρόληψης, (κυρίως μέσω του περιορισμού του καπνίσματος, της υγιεινής διατροφής, της πρόληψης της παχυσαρκίας και της σωματικής άσκησης), έδωσαν ώθηση σε πολιτικές πρωτογενούς πρόληψης. Οι πολιτικές αυτές αποβλέπουν αφενός στην τροποποίηση των συγκεκριμένων παραγόντων κινδύνου και αφετέρου στην πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση παθολογικών καταστάσεων που συνδέονται με τα νοσήματα αυτά, όπως του σακχαρώδη διαβήτη, της υπερχοληστεριναιμίας και της υπέρτασης.

6. Πρόληψη ατυχημάτων

Το γεγονός ότι τα ατυχήματα αποτελούν μια από τις κύριες αιτίες πρόωμης θνησιμότητας και «απολεσθέντων ετών ζωής», και είναι κατ' εξοχή προλήψιμα προβλήματα υγείας, έχει οδηγήσει όλες τις ευρωπαϊκές χώρες και την Ευρωπαϊκή Ένωση να εντάξουν στις πρώτες προτεραιότητες Δημόσιας Υγείας την πρόληψη των ατυχημάτων.

Οι πολιτικές πρόληψης είναι κατ' εξοχή διατομεακές πολιτικές, που αναπτύσσονται στα πεδία της οδικής ασφάλειας, της ασφάλειας στην εργασία και της σχολικής αγωγής.

7. Αντιμετώπιση έκτακτων απειλών

Η αντιμετώπιση των έκτακτων απειλών για την υγεία, όπως η βιοτρομοκρατία, οι φυσικές καταστροφές, οι επιδημίες και τα προβλήματα υγείας από τη μετανάστευση, έχει αναδειχθεί τα τελευταία χρόνια σε μια από τις σημαντικότερες προτεραιότητες της Δημόσιας Υγείας.

8. Μείωση ανισοτήτων

Η μείωση των ανισοτήτων στην υγεία αποτελεί προτεραιότητα κατ' εξοχή της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ενώ έχει περιληφθεί πλέον στις προτεραιότητες αρκετών ευρωπαϊκών χωρών.

Οι πολιτικές για τη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία περιλαμβάνουν διατομεακές δράσεις που σχετίζονται με την εργασία, το εισόδημα, τις συνθήκες διαβίωσης, την παροχή υπηρεσιών υγείας κ.λπ. ή επικεντρώνονται σε συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου (π.χ. κάπνισμα, ναρκωτικά, αλκοόλ).

...από το παρελθόν μέχρι σήμερα...



Βούλα Παπαϊωάννου
Συσσίτιο
σε κέντρο διανομής γάλακτος
του Διεθνούς Ερυθρού Σταυρού.
Αθήνα, 1942 - 43.
© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη



Βούλα Παπαϊωάννου
Νοσοκομείο του Ελληνικού
Ερυθρού Σταυρού.
Αθήνα, 1940.

© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη

Βούλα Παπαϊωάννου
Συσσίτιο
σε κέντρο διανομής γάλακτος
του Διεθνούς Ερυθρού Σταυρού.
Αθήνα, 1942 - 43.

© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη



Βούλα Παπαϊωάννου
Θηλασμός, 1945 - 47.
© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη

Βούλα Παπαϊωάννου
Κινητό ιατρείο, 1945 - 46.
© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη



Βούλα Παπαϊωάννου
Οικογένεια αντλεί νερό
από μαγανοπήγαδο.
Βόλος, Αύγουστος 1946.

© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη

Βούλα Παπαϊωάννου
Παρασκευή ψωμιού
με αλεύρι που έφθασε
με τη συμβολή της UNRRA.
1945 - 46.

© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη



Βούλα Παπαϊωάννου
Κέντρο υποδοχής ομήρων
της UNRRA.
Αθήνα, 1945.
© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη

Βούλα Παπαϊωάννου
Εξέταση
σε κέντρο διανομής γάλακτος
του Διεθνούς Ερυθρού Σταυρού.
Αθήνα, 1942 - 43.
© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη



Βούλα Παπαϊωάννου
Γιατρός στη βρεφοδόχο
του Δημοτικού Βρεφοκομείου.
Αθήνα, 1945 - 46.

© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη

Βούλα Παπαϊωάννου
Γιατρός εξετάζει
πρόωρα γεννημένα μωρά
στο Δημοτικό Βρεφοκομείο.
Αθήνα, 1945 - 46.

© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη



Βούλα Παπαϊωάννου
Ζύγισμα βρέφους
σε κέντρο διανομής γάλακτος
του Διεθνούς Ερυθρού Σταυρού.
Αθήνα, 1942 - 43.
© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη

Βούλα Παπαϊωάννου
Κέντρο γάλακτος Διεθνούς
Ερυθρού Σταυρού.
Αθήνα, 1942-43.
© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη



Βούλα Παπαϊωάννου
Εκπαιδευόμενες νοσοκόμες
στο Ιπποκράτειο νοσοκομείο.
Αθήνα, π.1945.

© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη

Βούλα Παπαϊωάννου
Σισμανόγλειο νοσοκομείο,
μικροβιολογικό εργαστήριο
(Σ. Παπαεμμανουήλ)
Αθήνα, 1945.

© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη



Βούλα Παπαϊωάννου
Σιμανόγλειο νοσοκομείο,
μαγειρείο.
Αθήνα, 1945.

© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη

Βούλα Παπαϊωάννου
Ιατρείο νοσοκομείου
του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού.
Αθήνα, 1940.

© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη



Δημήτρης Χαρησιάδης
Εργαστήριο ισοτόπων
Νοσοκομείου «Αλεξάνδρα».
Αθήνα, 1957.

© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη

Βούλα Παπαϊωάννου
Νοσηλεύόμενες κοπέλες
στο πρεβεντόριο Βούλας,
π.1945.

© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη



Δημήτρης Χαρησιάδης
Εγχείρηση καρδιάς
από τον χειρουργό κ. Μίχα
στις 23 Φεβρουαρίου 1957.
(πάνω και κάτω)

© Φωτογραφικό Αρχείο Μουσείου Μπενάκη

Ενότητα Γ'

Στρατηγικός Σχεδιασμός

«...πιστεύω,
έντούτοις, ότι και τὰ πρόχειρα ἀκόμα μέτρα,
πού, σύμφωνα μέ τίς περιστάσεις,
θά ἐπιτραπεῖ νά πραγματοποιήσει σύντομα
ἡ Ὑγειονομική μας Ὑπηρεσία,
δέν πρέπει νά ἐφαρμοστοῦν σπασμωδικά,
ἀλλά ἀντίθετα
ἐπιβάλλεται ν' ἀποτελέσουν «τμήματα» κάποιου
σχεδίου πού θά καθοδηγήσει
τήν ἐπιδίωξη τοῦ Κράτους.
Καί αὐτή ἀκόμα ἡ πρόχειρη βοήθεια,
πού παρέχεται στήν Ἑλλάδα ἀπό τό ἔξωτερικό,
πρέπει νά πλαισιωθεῖ μέσα σέ κάποιο

σχέδιο,
ώστε ν' ἀποδόσει
μονιμότερες ὠφέλειες...»

Ν.Κ. Λούρος, Σεπτέμβριος 1945

Κεφάλαιο 11ο

Στρατηγικός Σχεδιασμός

1. Πλαίσιο και Δεδομένα για την Ανάπτυξη Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα

Με βάση τις ελληνικές και ευρωπαϊκές τάσεις, πολιτικές και δεδομένα για τη Δημόσια Υγεία, αναπτύχθηκε ο στρατηγικός σχεδιασμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

Συγκεκριμένα, στα κεφάλαια που προηγήθηκαν πραγματοποιήθηκε εκτενής αναφορά σε μια σειρά θεμάτων Δημόσιας Υγείας, όπως:

- Οι ανάγκες υγείας του ελληνικού πληθυσμού και οι τάσεις που τις χαρακτηρίζουν.
- Η υφιστάμενη κατάσταση του συστήματος Δημόσιας Υγείας και τα αποτελέσματα της ανάλυσης SWOT.
- Η ευρωπαϊκή στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία.
- Οι σύγχρονες διεθνείς τάσεις και «καλές πρακτικές» στη Δημόσια Υγεία.
- Οι κατευθύνσεις και οι στόχοι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.
- Οι κατευθύνσεις του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (Ε.Σ.Π.Α. 2007 - 2013) για τη Δημόσια Υγεία.

2. Όραμα

Το όραμα που κατευθύνει την ανάπτυξη του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, είναι αφενός η δημιουργία ενός πολιτισμού που θα προάγει την πρόληψη και την ποιότητα ζωής, και αφετέρου η ολοκληρωμένη ανάπτυξη μέτρων, δράσεων και προγραμμάτων για την προστασία των πολιτών, από παράγοντες κινδύνου και καταστάσεις που προκαλούν σημαντικά προβλήματα υγείας και υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής τους.

3. Αποστολή

Η αποστολή του σχεδίου δράσης είναι η οικοδόμηση μιας πολύπλευρης, ολοκληρωμένης και οριζόντιας πολιτικής για την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, καθώς και η εφαρμογή όλων των αναγκαίων δράσεων, πολιτικών και νομοθετικών ρυθμίσεων, μέσω ενός αποτελεσματικού υγειονομικού και κοινωνικού συστήματος παρεμβάσεων και επικοινωνίας.

4. Στρατηγική Τοποθέτηση

Με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, επιδιώκουμε τον επαναπροσανατολισμό του υγειονομικού συστήματος:

- Από την άγνοια στην έγκυρη ενημέρωση.
- Από τη θεραπεία στην πρόληψη και στην πρόιμη παρέμβαση.
- Από τη νοσοκομειακή περίθαλψη στην κοινοτική φροντίδα.
- Από την αποτελεσματικότητα στη συνέργεια.
- Από το γραφειοκρατικό γιγαντισμό των υπηρεσιών στην ευελιξία.
- Από την παθητική διαχείριση, στην παραγωγική και συντονισμένη διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.
- Από τη θεωρία στην ενίσχυση της έρευνας και της αξιολόγησης.

5. Αρχές του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η υγειονομική δημοκρατία εκφράζεται μέσα από τη λειτουργία του συστήματος Δημόσιας Υγείας που αποκεντρώνει ευθύνες, εξασφαλίζει την πρόσβαση όλων στις δημόσιες υγειονομικές υπηρεσίες και κινητοποιεί τη συμμετοχή όλων στη διαχείριση των πολιτικών και δράσεων. Σε αυτό το πλαίσιο δεν χωρούν οι αποκλεισμοί, η αδιαφάνεια,

ο φόβος και οι ολιγαρχίες των οργανωμένων επενδυμένων ή συγκρουόμενων συμφερόντων. Η υγειονομική δημοκρατία είναι αντίληψη, πολιτισμός και διοικητική πρακτική. Η υγειονομική δημοκρατία είναι η απάντηση της οργανωμένης πολιτείας σε όλα τα ζητήματα της Δημόσιας Υγείας που συνδέονται άμεσα με τις προκλήσεις της παγκόσμιας εποχής. Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον προστατευμένο από παράγοντες κινδύνου που μπορούν να τους προκαλέσουν ασθένεια, τραυματισμό, αναπηρία και μείωση του επιπέδου ποιότητας ζωής. Στο παραπάνω πλαίσιο, οι αρχές που διέπουν το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία είναι:

Γνώση

Η ενίσχυση της έρευνας και η εξασφάλιση των απαραίτητων ποιοτικών και ποσοτικών στοιχείων που πρέπει να διαθέτουμε για να χαράξουμε πολιτική. Η ενίσχυση των ερευνητικών μας υποδομών, η ενίσχυση των μηχανισμών της επιτήρησης και της παρακολούθησης. Η χώρα επενδύει στην έρευνα και στην εκπαίδευση.

Συνέχεια

Με το Εθνικό Σχέδιο Δράσης, η χώρα μας αποκτά για πρώτη φορά προγραμματισμό και στόχευση στη χάραξη των πολιτικών της, και με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζει τη συνέχεια στην υλοποίηση της πολιτικής.

Διασύνδεση

Πολιτικές για τη Δημόσια Υγεία που βασίζονται στη διασύνδεση των υπηρεσιών που μέχρι τώρα λειτουργούσαν αυτόνομα και ανεξάρτητα. Συνεργασία όλων των φορέων για την επίτευξη κοινών στόχων. Ολιστική αντιμετώπιση της πολιτικής για τη Δημόσια Υγεία, με αποτέλεσμα την εξοικονόμηση πόρων.

Συνεργασία

Το κράτος μόνο του δεν μπορεί να εξασφαλίσει την αναγκαία αποτελεσματικότητα στον αγώνα για την αλλαγή του υγειονομικού προτύπου και τη διαμόρφωση κινήματος πρόληψης. Ως οργανωμένη πολιτεία έχουμε να κερδίσουμε πολλά από τη δράση και την εμπειρία των μη-κυβερνητικών οργανώσεων και των κοινωνικών εταίρων, την υλοποίηση της πολιτικής Δημόσιας Υγείας.

Ισότητα

Η έμπρακτη ενίσχυση της ίσης ωφελιμότητας όλων από τον υγειονομικό ιστό και τις υγειονομικές πολιτικές της χώρας. Η πολιτική για τη Δημόσια Υγεία αποκτά το κοινωνικό εύρος που της αρμόζει. Επεκτείνουμε τις δράσεις σε όλες τις κοινωνικές ομάδες και ιδιαίτερα σε ευπαθείς πληθυσμούς. Εξασφαλίζουμε το δικαίωμα της ίσης

πρόσβασης στην πληροφόρηση για θέματα υγείας και το δικαίωμα της ίσης πρόσβασης σε υπηρεσίες.

Πρόληψη και Ποιότητα Ζωής

Προτείνουμε ολοκληρωμένη δέσμη πολιτικών και μέτρων πρόληψης, με σκοπό να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισης επιβαρυντικών παραγόντων κινδύνου. Αλλάζουμε τον προσανατολισμό του υγειονομικού συστήματος. Από την ιατροκεντρική αντιμετώπιση, προχωράμε στην προληπτική «συμπεριφορά» των πολιτών και των υπηρεσιών. Για πρώτη φορά θεσμοθετούμε σταθερή ενημέρωση και εκπαίδευση των πολιτών για θέματα αγωγής υγείας, με στόχο την έγκυρη και αμερόληπτη πληροφόρηση και εκπαίδευση για τις συνέπειες των επιβαρυντικών παραγόντων κινδύνου στην υγεία τους. Επιδιώκουμε καλύτερη ποιότητα ζωής για όλους.

Ασφάλεια

Ενισχύουμε την υγειονομική ασφάλεια της κοινωνίας και την προστατεύουμε από την επανεμφάνιση παλαιών και την εμφάνιση νέων απειλών για την υγεία.

Ηθική

Στοχεύουμε σε πολιτικές που εγγυώνται τη διαφάνεια και τη χρηστή διαχείριση πόρων. Επενδύουμε στην πιστοποίηση, και στους κώδικες ηθικής και δεοντολογίας.

Κοινωνική Αλληλεγγύη

Επιδιώκουμε άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων και διατήρηση της οικογενειακής και κοινωνικής συνοχής. Συγκεκριμένες πολιτικές και δράσεις ενσωματώνουν στο σύστημα Δημόσιας Υγείας κοινωνικά αποκλεισμένες ομάδες.

Οικονομική Αποτελεσματικότητα

Προτείνουμε χρηστές διοικητικές πρακτικές, με σκοπό την καλύτερη δυνατή διαχείριση των πόρων του συστήματος.

6. Στρατηγικοί Στόχοι

Η ανάπτυξη ενός στρατηγικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία συνίσταται στη διαδικασία με την οποία επισημαίνονται τα σημερινά και μελλοντικά κρίσιμα θέματα της Δημόσιας Υγείας και καθορίζονται κατάλληλοι τρόποι προσέγγισής τους, λαμβάνοντας υπ' όψη τους περιορισμούς και τις ευρύτερες πολιτικές της χώρας.

Με βάση τα δεδομένα που αναλύθηκαν στα προηγούμενα κεφάλαια και τη συνθετική τους αξιολόγηση, οι προτεραιότητες που αναδεικνύονται, επιβάλλουν τον προσδιορισμό των παρακάτω στρατηγικών στόχων:

Στόχος 1. Εφαρμογή Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία

Η διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής για την υγεία και την αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων που την επηρεάζουν, ο καθορισμός συγκεκριμένων στόχων και η ιεράρχηση προτεραιοτήτων σε καίριους τομείς της υγείας του πληθυσμού, αποτελεί διεθνώς τη σύγχρονη και ολοκληρωμένη κατεύθυνση για την προαγωγή και προστασία της Δημόσιας Υγείας. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης προτείνει μια ολοκληρωμένη στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία. Σημαντικός όμως κρίσιμος παράγοντας για την επιτυχή υλοποίησή της είναι η ιεράρχηση προτεραιοτήτων και η εξασφάλιση του μηχανισμού που θα δραστηριοποιήσει τις αντίστοιχες υπηρεσίες, την επιστημονική κοινότητα και την Κοινωνία των Πολιτών, να εργαστούν με όραμα και πίστη για την επίτευξη των στόχων της και την υλοποίηση των προτεινόμενων δράσεων.

Στόχος 2. Πολυτομεακή Ευθύνη για την υγεία

Η Δημόσια Υγεία είναι πολυτομεακή και σε αυτή εμπλέκονται φορείς και υπηρεσίες των Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Περιβάλλοντος, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνικής Άμυνας, Αγροτικής Ανάπτυξης και Εμπορίου. Η λειτουργική διασύνδεση και συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών θα πρέπει να εμπλέκει και να αφορά οποιοδήποτε πεδίο ή λειτουργία αποσκοπεί στην εκπλήρωση της αποστολής της Δημόσιας Υγείας, και στην αποτελεσματική, άμεση ή μακροπρόθεσμη προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού.

Στόχος 3. Υλοποίηση στρατηγικής για τον περιορισμό της νοσηρότητας και θνησιμότητας του γενικού πληθυσμού.

Η υλοποίηση της στρατηγικής για τον περιορισμό της νοσηρότητας και θνησιμότητας του γενικού πληθυσμού βασίζεται σε δύο κυρίως άξονες:

1ος Άξονας: Έλεγχος καθοριστικών παραγόντων κινδύνου που ευθύνονται για την πρόκληση νοσημάτων, όπως ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά και τα λοιμώδη νοσήματα, και καταστάσεων όπως η πρόκληση ατυχημάτων:

Συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου:

- Μείωση του καπνίσματος.
- Περιορισμός της κατανάλωσης οινοπνεύματος.
- Υιοθέτηση υγιεινών προτύπων και συνηθειών διατροφής.
- Περιορισμός της χρήσης ναρκωτικών.
- Ασφαλής οδική συμπεριφορά και αποφυγή της οδήγησης υπό την επήρεια οινοπνεύματος.
- Ασφαλής σεξουαλική συμπεριφορά.
- Καλή στοματική υγιεινή.

Παθολογικοί παράγοντες κινδύνου:

- Μείωση του επιπολασμού του σακχαρώδη διαβήτη.
- Περιορισμός της υπέρτασης.

- Μείωση της συχνότητας της υπερχοληστεριναιμίας.
- Έλεγχος της παχυσαρκίας.

Οι ποιοτικοί και ποσοτικοί στόχοι που αφορούν τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου, καθώς και τα ποσοστά συμμετοχής τους στη νοσηρότητα και θνησιμότητα, αναφέρονται αναλυτικά στο κεφάλαιο του στρατηγικού σχεδιασμού των ειδικών σχεδίων δράσης.

2ος Άξονας: Ενίσχυση και ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η ενίσχυση και ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης θα επιτευχθεί κυρίως μέσω:

- Της ανάπτυξης των προγραμμάτων πρόληψης στα Κέντρα Υγείας.
- Της οργάνωσης εξειδικευμένων προγραμμάτων ανίχνευσης και αντιμετώπισης παθολογικών καταστάσεων και παραγόντων κινδύνου στα Κέντρα Υγείας.
- Της ίδρυσης συμβουλευτικών κοινοτικών υπηρεσιών για τα ναρκωτικά και τις εξαρτήσεις.
- Της οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την κατάθλιψη και τις λοιπές ψυχικές διαταραχές.
- Της αναβάθμισης του ρόλου των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών στα προγράμματα εμβολιασμών και στην πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων.
- Της βελτίωσης των προγραμμάτων πρόληψης για τη στοματική υγεία.
- Της συμμετοχής των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών στις δράσεις για την αναπαραγωγική υγεία.
- Της βελτίωσης της προνοσοκομειακής φροντίδας, μέσω των ειδικών δράσεων για την αναδιοργάνωση και ενίσχυση του Ε.Κ.Α.Β.
- Της ενίσχυσης και βελτίωσης των καρδιολογικών κλινικών στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.
- Της δημιουργίας δικτύου προτύπων καρδιολογικών κέντρων αναφοράς στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία.
- Της αναδιοργάνωσης του τρόπου νοσοκομειακής αντιμετώπισης των τραυματισμών.
- Της ίδρυσης κλινικών σωματικής απεξάρτησης και ειδικών μονάδων για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων στα νοσοκομεία.
- Της βελτίωσης των δυνατοτήτων διαγνωστικής και θεραπευτικής προσπέλασης σπάνιων νοσημάτων, με τη δημιουργία εθνικών κέντρων αντιμετώπισης σπάνιων παθήσεων.

Στόχος 4. Η Υγεία των Νέων

Η επένδυση στην υγεία από τα πρώτα χρόνια αποδίδει σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Τα σημαντικά θεμέλια της ζωής ενός ενήλικα εντοπίζονται τόσο στην προγεννητική ζωή, όσο και στα πρώτα χρόνια της ζωής, όπου μαθαίνει να ζει με υγιεινές επιλογές που προστατεύουν και προάγουν την υγεία του.

Στόχος 5. Ενημέρωση για την επίτευξη υγιεινότερου τρόπου ζωής

Οι μείζονες παράγοντες κινδύνου για την υγεία στην εποχή μας, δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν αποκλειστικά με ατομικές πρωτοβουλίες και επιλογές, αλλά απαιτούνται ολιστικές δράσεις ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των πολιτών, καθώς

και παρεμβατικά προγράμματα πρωτογενούς πρόληψης, τα οποία θα εξασφαλίσουν τη διαμόρφωση νέων κοινωνικών προτύπων και συμπεριφορών που θα προάγουν την υγεία.

Στόχος 6. Διαχρονική και συστηματική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού

Η έγκυρη, πλήρης και διαχρονική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού και των καθοριστικών παραγόντων κινδύνου, αποτελεί μια σημαντική προτεραιότητα όλων των σύγχρονων ευρωπαϊκών και διεθνών στρατηγικών για τη Δημόσια Υγεία. Η ύπαρξη αξιόπιστου και σταθερού συστήματος παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού θα επιτευχθεί με την ανασυγκρότηση των υφιστάμενων και τη δημιουργία νέων συστημάτων καταγραφής και ανάλυσης επιδημιολογικών δεδομένων.

Συγκεκριμένα, ο στόχος αυτός θα επιτευχθεί μέσω:

- Της αναδιοργάνωσης ολόκληρου του μηχανισμού συλλογής και ανάλυσης πληροφοριών για την υγεία, με τους δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας και για τους παράγοντες κινδύνου, με τη βελτίωση των πρωτογενών και δευτερογενών πηγών, των μηχανισμών συλλογής και του τρόπου επεξεργασίας των στοιχείων.
- Της ολοκλήρωσης του Υγειονομικού Χάρτη.
- Της καθιέρωσης της Κάρτας Υγείας.
- Της εκπόνησης εθνικής μελέτης αναφοράς για την κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού.
- Της αναδιοργάνωσης του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών και του συστήματος παρακολούθησης του καρκίνου.
- Της βελτίωσης του συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης των λοιμωδών νοσημάτων και της δημιουργίας επιδημιολογικού κέντρου αναφοράς.
- Της ανάπτυξης επιδημιολογικών κέντρων αναφοράς και δικτύων για την επιδημιολογική επιτήρηση.
- Της οργάνωσης ενός εθνικού συστήματος διατροφικής εποπτείας.
- Της ίδρυσης παρατηρητηρίου περιβαλλοντικής υγείας και παρατηρητηρίου κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.

Στόχος 7. Ισότητα στην υγεία

Η φτώχεια αποτελεί το μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου για την υγεία και οι ανισότητες στην υγεία λόγω του διαφορετικού εισοδήματος αποτελούν σοβαρή κοινωνική αδικία.

Στόχος 8. Μηχανισμοί ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απειλών

Η ανάπτυξη μηχανισμών επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απειλών κατά της υγείας αποτελεί έναν από τους θεμελιώδεις άξονες της ευρωπαϊκής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία και κοινή κατεύθυνση όλων των σύγχρονων συστημάτων Δημόσιας Υγείας. Η προτεραιότητα αυτή περιλαμβάνει επιπλέον τη διακρατική δικτύωση και συνεργασία των μηχανισμών ταχείας αντίδρασης στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στόχος 10. Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας

Η παροχή των υπηρεσιών του τομέα Υγείας υπόκειται σε τυποποίηση διαδικασιών, σύμφωνα με τις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις, και στο βαθμό που η τυποποίηση αυτή απαιτείται για τη διασφάλιση της διαλειτουργικότητας μεταξύ των Μονάδων Υγείας και των λοιπών φορέων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και για τη διασφάλιση μιας διαρκούς και συνεχιζόμενης ποιοτικής φροντίδας και αποκατάστασης.

Στόχος 11. Αποτελεσματικότητα Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

Η ικανότητα αποτελεσματικής υλοποίησης της αποστολής των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές συνιστώσες της επιτυχίας του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, αλλά και της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας ολόκληρου του συστήματος Δημόσιας Υγείας.

Στόχος 12. Ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων για τη Δημόσια Υγεία

Η Δημόσια Υγεία είναι ένας κατεξοχήν τομέας έντασης εργασίας, και κατά συνέπεια το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί την κύρια κινητήρια δύναμη και την κύρια επένδυση. Παράλληλα, αποτελεί το κρισιμότερο «αδύνατο» σημείο του συστήματος Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας. Γι αυτούς τους λόγους, η ανάπτυξη και η ποιοτική αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού αναδεικνύεται σε καίρια προτεραιότητα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.

Στόχος 13. Γνώση και Τεκμηρίωση

Ενίσχυση της επιστημονικής ποιότητας και εγκυρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από όλες τις υπηρεσίες και οργανισμούς Δημόσιας Υγείας, σε κεντρικό, περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο, με την ανάπτυξη και την εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων και συστημάτων τεκμηρίωσης και καλών πρακτικών.

Στόχος 14. Δραστηριοποίηση των Κοινωνικών Εταίρων για τη Δημόσια Υγεία

Η εφαρμογή των δράσεων και των ρυθμίσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία απαιτεί πολλούς συνεργάτες και υποστηρικτές που θα πιστέψουν στο όραμα της διαρκούς προσπάθειας για την προάσπιση και προαγωγή της ποιότητας ζωής και της υγείας των πολιτών.

7. Αναμενόμενα Αποτελέσματα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία

Η εφαρμογή της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία αναμένεται να έχει σημαντικά αποτελέσματα σε πολλά επίπεδα των υπηρεσιών υγείας και της ποιότητας ζωής των πολιτών, αφού για πρώτη φορά η Ελλάδα θα αποκτήσει μια ολοκληρωμένη και συνεκτική πολιτική για την προστασία και την προαγωγή της Δημόσιας Υγείας, με θετικές συνέπειες τόσο για την υγεία του πληθυσμού, μέσω της μείωσης των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας, που οφείλονται σε σημαντικούς παράγοντες κινδύνου, όσο και για τις υπηρεσίες υγείας και την κοινωνία στο σύνολό της.

Ειδικότερα, με την εφαρμογή των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης αναμένεται:

- Μείωση της άκαιρης (πρώιμης) θνησιμότητας του πληθυσμού.
- Μείωση της νοσηρότητας.
- Βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού.
- Μείωση της συχνότητας των σημαντικότερων παραγόντων κινδύνου.
- Βελτίωση του γενικού επιπέδου υγείας και του επιπέδου υγειονομικής πληροφόρησης του πληθυσμού.

Επιπλέον, αναμένονται θετικά αποτελέσματα στην οργάνωση, λειτουργία και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας στους παρακάτω τομείς:

- Στην αναβάθμιση και βελτίωση της λειτουργίας του δικτύου των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Στην αναβάθμιση της λειτουργίας και βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών υγείας.
- Στην ανάπτυξη μηχανισμών επιστημονικής τεκμηρίωσης και διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Σημαντικά αποτελέσματα αναμένονται στις υπηρεσίες και στα προγράμματα Δημόσιας Υγείας, ιδίως σε ό,τι αφορά την αναδιοργάνωση, βελτίωση της λειτουργίας και αύξηση της αποτελεσματικότητάς τους. Τα αποτελέσματα αυτά θα εκδηλωθούν τουλάχιστον στους ακόλουθους τομείς:

- Στη βελτίωση της παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού.
- Στην ανάπτυξη και βελτίωση των μηχανισμών ταχείας αντίδρασης.
- Στην ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας.
- Στην ανάπτυξη πολιτικής και δικτύων πρόληψης και προαγωγής υγείας (health promotion - screening).
- Στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Στην ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Στην ανάπτυξη μηχανισμών επιστημονικής τεκμηρίωσης και διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Στη βελτίωση της διεθνούς συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία και της σύγκλισης με τις πολιτικές Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Σε οικονομικό επίπεδο, αναμένονται οφέλη στους ακόλουθους τομείς:

- Στην εξοικονόμηση και ορθολογική κατανομή πόρων.
- Στη βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων υγείας.
- Στη μείωση των ιδιωτικών δαπανών και της επιβάρυνσης των νοικοκυριών σε τομείς περίθαλψης και χρήσης φαρμάκων.

Τέλος, η εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης αναμένεται να έχει σημαντικές κοινωνικές επιπτώσεις, οι κυριότερες από τις οποίες αφορούν:

- Στην άμβλυνση των κοινωνικών και περιφερειακών ανισοτήτων στην υγεία.
- Στον περιορισμό του κοινωνικού στιγματισμού και στη βελτίωση της κοινωνικής επανένταξης στους χρήστες ουσιών.
- Στην προώθηση της δημόσιας λογοδοσίας σε θέματα υγείας.
- Στην αύξηση της κοινωνικής συμμετοχής στην προστασία της υγείας.
- Στη βελτίωση των δημογραφικών παραμέτρων του ελληνικού πληθυσμού.

Πίνακας 1. Αναμενόμενα αποτελέσματα της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΔΡΑΣΕΙΣ-ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ
I. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	Μείωση άκαιρης (πρώιμης) θνησιμότητας	Δράσεις για την πρόληψη και αντιμετώπιση ατυχημάτων, καρκίνου, καρδιαγγειακών, λοιμωδών νοσημάτων, αναπαραγωγική υγεία.
	Μείωση νοσηρότητας	Δράσεις για την πρόληψη των ατυχημάτων, καρκίνου, καρδιαγγειακών, λοιμωδών και σπανίων νοσημάτων, στοματική υγεία, αναπαραγωγική υγεία, ναρκωτικά.
	Βελτίωση ποιότητας ζωής	Περιορισμός αναπηριών, Περιορισμός «μη ποιοτικών» ετών ζωής.
	Μείωση συχνότητας παραγόντων κινδύνου.	Δράσεις πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.
II. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	Βελτίωση λειτουργίας Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας.	Δράσεις για προγράμματα και νέες υπηρεσίες στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
	Αύξηση αποτελεσματικότητας νοσοκομειακής περίθαλψης.	Δράσεις για νέες μονάδες και υπηρεσίες, εκσυγχρονισμός των νοσοκομείων, ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού, μηχανοργάνωση, διαδικασίες ποιότητας.
	Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού υπηρεσιών υγείας.	Εκπαίδευση, κατάρτιση, επιστημονική υποστήριξη.
	Επιστημονική τεκμηρίωση - διασφάλιση ποιότητας.	Φορείς πιστοποίησης, βάσεις τεκμηρίωσης, κατευθυντήριες οδηγίες, πιστοποίηση υπηρεσιών.
III. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	Βελτίωση της παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού.	Δράσεις για αναδιοργάνωση του μηχανισμού συλλογής πληροφοριών, του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών, του συστήματος Επιδημιολογικής Επιτήρησης, λειτουργία του «Υγειονομικού Χάρτη» της χώρας και Παρατηρητηρίων Δημόσιας Υγείας.
	Βελτίωση αποτελεσματικότητας υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.	Δράσεις για ανασυγκρότηση υπηρεσιών και εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας, Ε.Σ.Δ.Υ., ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., Ινστιτούτων, ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού, πληροφοριακή οργάνωση.
	Εκσυγχρονισμός Υγειονομικής Νομοθεσίας.	Δράσεις για κωδικοποίηση διατάξεων και ολοκλήρωση νομοθετικού πλαισίου.
	Ανάπτυξη μηχανισμών ταχείας αντίδρασης.	Δράσεις για ενίσχυση μηχανισμών ταχείας αντίδρασης, υγειονομική αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών, ενίσχυση Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	ΔΡΑΣΕΙΣ-ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ
III. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	Ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού Δημόσιας Υγείας.	Εκπαίδευση, κατάρτιση, επιστημονική υποστήριξη.
	Ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας.	Δημιουργία εθνικών δικτύων αγωγής υγείας, ίδρυση διαδικτυακών πύλων πληροφόρησης και αγωγής υγείας, εθνικές εκστρατείες πληροφόρησης του πληθυσμού.
	Ανάπτυξη πολιτικής και δικτύων πρόληψης και προαγωγής υγείας.	Δράσεις για οργάνωση εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου και προγραμμάτων για την αντίχευση σπάνιων νοσημάτων.
	Επιστημονική τεκμηρίωση και διασφάλιση ποιότητας υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.	Βάσεις τεκμηρίωσης, κατευθυντήριες οδηγίες, πιστοποίηση υπηρεσιών.
	Βελτίωση διεθνούς συνεργασίας - σύγκλιση με Ε.Ε. και Π.Ο.Υ.	Διεθνής συνεργασία για τα ναρκωτικά, αντιμετώπιση απειλών, έλεγχος παραγόντων κινδύνου.
IV. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	Εξοικονόμηση πόρων υγείας.	Δράσεις για τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου και την πρόληψη, που θα οδηγήσουν σε μείωση των δαπανών ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.
	Βελτίωση αποδοτικότητας.	Δράσεις για ενοποίηση στρατηγικών πρόληψης, ορθολογική κατανομή πόρων, οργάνωση και εκσυγχρονισμό υπηρεσιών, εφαρμογή πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών, ανάπτυξη ανθρώπινου δυναμικού, διαδικασίες ποιότητας, μηχανοργάνωση και λειτουργικό εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών.
	Μείωση ιδιωτικών δαπανών και επιβάρυνσης των νοικοκυριών.	Μείωση των δαπανών για καπνό, αλκοόλ, παράνομη προμήθεια ναρκωτικών, αντιμετώπιση παχυσαρκίας.
	Περιορισμός κοινωνικών δαπανών.	Περιορισμός κοινωνικών δαπανών περίθαλψης, πρόωρης συνταξιοδότησης, περιορισμός της απώλειας παραγωγικότητας.
V. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	Άμβλυση κοινωνικών και περιφερειακών ανισοτήτων.	Παρατηρητήριο ανισοτήτων, δράσεις για τον περιορισμό των περιφερειακών και κοινωνικών ανισοτήτων.
	Αντιμετώπιση στιγματισμού και αύξηση κοινωνικής επανένταξης.	Δράσεις αντιμετώπισης στιγματισμού, κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης και αποκατάστασης.
	Προώθηση δημόσιας λογοδοσίας.	Προώθηση της διαφάνειας, της δημοσιότητας και της δημόσιας λογοδοσίας στις υπηρεσίες υγείας.
	Αύξηση κοινωνικής συμμετοχής.	Δράσεις πληροφόρησης και προώθησης του κοινωνικού εθελοντισμού.
	Βελτίωση δημογραφικών παραμέτρων.	Μείωση υπογονιμότητας και υπογεννητικότητας.

8. Αποτελέσματα στην Υγεία του Πληθυσμού

8.1 Μείωση της Αποτρεπτής Θνησιμότητας

Η εφαρμογή των Εθνικών Σχεδίων Δράσης για τη Δημόσια Υγεία αναμένεται να οδηγήσει σε ουσιαστική μείωση των δεικτών θνησιμότητας από νοσήματα ή καταστάσεις τα οποία, με συγκεκριμένα μέτρα και προληπτικές παρεμβάσεις, θα μπορούσαν να προληφθούν:

- Μείωση των θανάτων από τροχαία ατυχήματα, σε ποσοστό περίπου 20%. Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν στη χώρα μας την κύρια αιτία θανάτου στις νεότερες ηλικίες και την πρώτη αιτία χαμένων ετών ζωής, ιδίως στους άνδρες, ενώ στις γυναίκες αποτελούν τη δεύτερη αιτία χαμένων ετών ζωής μετά τον καρκίνο.
- Μείωση της θνησιμότητας από ισχαιμική καρδιοπάθεια στις ηλικίες κάτω των 65 ετών. Η θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιοπάθεια στις ηλικίες κάτω των 65 ετών αποτελεί ίσως τη σημαντικότερη κατηγορία αποτρεπτής θνησιμότητας. Στην Ελλάδα ευθύνεται για το 14,8% του συνόλου των θανάτων και για το 8% των χαμένων ετών ζωής. Οι περισσότερες χώρες της δυτικής Ευρώπης έχουν επιτύχει τις δύο τελευταίες δεκαετίες σημαντική μείωση της θνησιμότητας από τη νόσο, σε ποσοστά που φθάνουν έως και το 24%, σε αντίθεση με τη χώρα μας, στην οποία η αντίστοιχη θνησιμότητα σημείωσε ανοδική πορεία. Είναι σαφές ότι υπάρχουν πολύ σημαντικά περιθώρια για την αντιστροφή της τάσης και τη μείωση των θανάτων από ισχαιμική καρδιοπάθεια. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα θα είναι προϊόν της συνδυασμένης δράσης σε πολλούς τομείς, τόσο στη Δημόσια Υγεία και στην πρόληψη, όσο και στη θεραπεία και στην αποφυγή υποτροπών. Χαρακτηριστικά αναφέρεται: ο έλεγχος των παραγόντων κινδύνου, η προώθηση προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, η ενίσχυση των θεραπευτικών υπηρεσιών, οι ειδικές δράσεις για τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και του ανθρώπινου δυναμικού.
- Μείωση των θανάτων από καρκίνο. Η θνησιμότητα από καρκίνο στις ηλικίες αποτελεί αποδεδειγμένα μια από τις σημαντικότερες αιτίες αποτρεπτής θνησιμότητας. Τα Εθνικά Σχέδια Δράσης για την αντιμετώπιση του καρκίνου και των παραγόντων κινδύνου που συνδέονται με τον καρκίνο (διατροφή, περιβάλλον, αλκοόλ, αναπαραγωγική και σεξουαλική υγεία κ.λπ.), σε συνδυασμό με τις δράσεις για την εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) και την αναβάθμιση των θεραπευτικών υπηρεσιών και των ειδικών κέντρων για την αντιμετώπιση του καρκίνου, θα οδηγήσουν σε μείωση της συχνότητας εκδήλωσης νέων κρουσμάτων και σε βελτίωση της πρόγνωσης εκείνων που εκδηλώνονται.
- Μείωση των θανάτων από λοιμώδη νοσήματα. Τα λοιμώδη είναι τα κατ'έξοχην προλήψιμα νοσήματα της Δημόσιας Υγείας. Τα ειδικά Σχέδια Δράσης για την αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων και των νοσοκομειακών λοιμώξεων θα οδηγήσουν στην εφαρμογή μιας εκτεταμένης δέσμης μέτρων, που θα έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση των θανάτων από σημαντικά νοσήματα ή κατηγορίες νοσημάτων, όπως οι ηπατίτιδες, η φυματίωση και οι νοσοκομειακές λοιμώξεις. Αντίστοιχα αποτελέσματα αναμένονται μεσο-μακροπρόθεσμα και από το Σχέδιο Δράσης για την αντιμετώπιση του HIV/AIDS.

- Μείωση της θνησιμότητας από νοσήματα που σχετίζονται με το αλκοόλ, τη διατροφή, το κάπνισμα, τη ρύπανση του περιβάλλοντος. Εκτός από την επίπτωση που έχουν οι εν λόγω παράγοντες κινδύνου στην εκδήλωση της ισχαιμικής καρδιοπάθειας και στην εμφάνιση αρκετών μορφών καρκίνου, σχετίζονται επιπλέον και με μια σειρά άλλων σοβαρών νοσημάτων ή καταστάσεων, όπως οι αποφρακτικές πνευμονοπάθειες και η αλκοολική κίρρωση του ήπατος. Η εφαρμογή των αντίστοιχων Σχεδίων Δράσης για τον έλεγχο των παραπάνω παραγόντων κινδύνου θα έχει ως αποτέλεσμα και τη μείωση της αντίστοιχης θνησιμότητας.
- Μείωση της θνησιμότητας από νοσοκομειακές λοιμώξεις. Η εφαρμογή της πολιτικής για τον έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των θανάτων που οφείλονται σε νοσοκομειακές λοιμώξεις και την αλόγιστη κατανάλωση αντιβιοτικών.
- Μείωση της βρεφικής και περιγεννητικής θνησιμότητας. Η υλοποίηση του Σχεδίου Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία θα οδηγήσει σε περαιτέρω μείωση της βρεφικής και της περιγεννητικής θνησιμότητας στη χώρα.

8.2 Μείωση της Νοσηρότητας

Οι βασικοί δείκτες νοσηρότητας, και συγκεκριμένα η συχνότητα εμφάνισης νέων κρουσμάτων («επίπτωση») και το συνολικό ποσοστό πασχόντων από μια νόσο σε συγκεκριμένη χρονική στιγμή («επιπολασμός»), αποτελούν σημαντικό μέτρο της κατάστασης της υγείας ενός πληθυσμού, αφού περιγράφουν τη δυναμική των διαφόρων ασθενειών στον πληθυσμό.

Η εφαρμογή των Εθνικών Σχεδίων Δράσης για τη Δημόσια Υγεία θα έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της νοσηρότητας σε σημαντικούς τομείς της υγείας του πληθυσμού.

Ειδικότερα, θα έχει ως αποτέλεσμα:

- Τη μείωση της επίπτωσης και του επιπολασμού σοβαρών λοιμωδών νοσημάτων, όπως η φυματίωση, οι ηπατίτιδες, και οι ζωοανθρωπονόσοι, εξαιτίας της εφαρμογής μιας σειράς δράσεων για την ευρεία εφαρμογή μέτρων πρόληψης και αποτελεσματικής θεραπείας. Επίσης, τη μείωση της νοσηρότητας των ταξιδιωτών και του κινδύνου εκδήλωσης μιας σειράς σπάνιων νοσημάτων.
- Τον περιορισμό της διασποράς του HIV/AIDS, ως αποτέλεσμα του ειδικού Σχεδίου Δράσης για την αντιμετώπιση της νόσου, καθώς και τη μείωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.
- Τη μείωση της συχνότητας εκδήλωσης νοσοκομειακών λοιμώξεων, με την εφαρμογή της κατάλληλης πολιτικής χρήσης αντιβιοτικών, καθώς και ειδικών δράσεων για την πρόληψη και τον έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων.
- Τη μείωση των κρουσμάτων ισχαιμικής καρδιοπάθειας, μέσω της εφαρμογής μιας σειράς δράσεων για τον έλεγχο των παραγόντων κινδύνου και την εφαρμογή προγραμμάτων ελέγχου των παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, διατροφή κ.λπ.) και πρόληψης, σε μεγάλη κλίμακα. Επίσης, τον περιορισμό των υποτροπών και τη βελτίωση της πρόγνωσης των κρουσμάτων ισχαιμικής καρδιοπάθειας, ως αποτέλεσμα των ειδικών δράσεων για τη βελτίωση και αναβάθμιση των θεραπευτικών υπηρεσιών και τη δημιουργία πρότυπων καρδιολογικών κέντρων.

- Τη μείωση της νοσηρότητας από καρκίνο, ως αποτέλεσμα των Εθνικών Σχεδίων Δράσης για την αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου, του καπνίσματος, την προώθηση της υγιεινής διατροφής, τη διασφάλιση της περιβαλλοντικής υγείας, τον έλεγχο της κατανάλωσης οινοπνεύματος και της προώθησης του μαζικού εμβολιασμού για τον ιό HPV. Θα έχει επίσης ως αποτέλεσμα την έγκαιρη ανίχνευση, θεραπεία και βελτίωση της πρόγνωσης μιας σειράς καρκίνων, αφενός εξαιτίας των ειδικών δράσεων για την εφαρμογή εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) για τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας, του μαστού, του προστάτη, του παχέος εντέρου και του δέρματος, και αφετέρου λόγω της αναβάθμισης των θεραπευτικών υπηρεσιών αντιμετώπισης του καρκίνου.
- Τη μείωση της νοσηρότητας που συνδέεται με συμπεριφορικούς παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, διατροφή, αλκοόλ, κ.λπ.), όπως χρόνιων αποφρακτικών πνευμονοπαθειών, ηπατοπαθειών, παχυσαρκίας, αλκοολισμού, παθήσεων του πεπτικού συστήματος.
- Τη μείωση της νοσηρότητας από κατάθλιψη και μια σειρά από άλλες ψυχικές διαταραχές, που αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας του πληθυσμού, μέσω της εφαρμογής μιας σειράς δράσεων αγωγής υγείας, πρόληψης, θεραπείας και συνεχούς ιατρικής παρακολούθησης, οι οποίες δράσεις θα υλοποιηθούν στο πλαίσιο του Σχεδίου Δράσης για την Κατάθλιψη.
- Τη μείωση της νοσηρότητας των συστηματικών χρηστών ναρκωτικών. Οι συστηματικοί χρήστες ναρκωτικών παρουσιάζουν αυξημένη νοσηρότητα και υποφέρουν από διάφορες σωματικές και ψυχικές παθήσεις που συχνά απαιτούν πολυήμερη νοσηλεία στο νοσοκομείο, ενώ παράλληλα παρουσιάζουν αυξημένη νοσηρότητα και από ορισμένα σοβαρά λοιμώδη νοσήματα, όπως ηπατίτιδα και AIDS. Η μείωση της συχνότητας της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών, η οποία θα επιτευχθεί αφενός μέσω της εφαρμογής μιας ευρείας πολιτικής πρόληψης και αφετέρου μέσω της αύξησης των προγραμμάτων και των θέσεων υποκατάστασης και στεγνής απεξάρτησης, θα οδηγήσει σε μείωση της αντίστοιχης νοσηρότητας, καθώς και των σχετικών δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης.
- Τη μείωση της νοσηρότητας που σχετίζεται με την αναπαραγωγική λειτουργία, καθώς και της νοσηρότητας της περιγεννητικής περιόδου, μέσω των δράσεων που περιλαμβάνονται στο Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική Υγεία.
- Τη μείωση της νοσηρότητας και των απώτερων συνεπειών και αναπηριών από εξωτερικές κακώσεις και ατυχήματα. Η αναμενόμενη μείωση στον τομέα αυτό θα είναι τουλάχιστον ίσου μεγέθους με την αναμενόμενη μείωση της αντίστοιχης θνησιμότητας.
- Τη μείωση της νοσηρότητας των ταξιδιωτών, ως αποτέλεσμα των δράσεων που περιλαμβάνονται στο Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία.
- Τον ουσιαστικό περιορισμό της νοσηρότητας από νοσήματα των δοντιών και της στοματικής κοιλότητας. Η προώθηση προγραμμάτων πρόληψης θα οδηγήσει σε σημαντική μείωση της νοσηρότητας από τερηδόνα και άλλα οδοντοστοματικά νοσήματα.

8.3 Βελτίωση της Ποιότητας Ζωής του Πληθυσμού

Η επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων στο σύγχρονο επιδημιολογικό πρότυπο έχει αναδείξει το ζήτημα της ποιότητας ζωής σε καίριας σημασίας παράμετρο του επιπέδου υγείας. Η Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας έχει σχεδιαστεί με προσανατολισμό τη βελτίωση της ποιότητας της καθημερινής ζωής των πολιτών. Τα κυριότερα αναμενόμενα οφέλη είναι:

- Η μείωση της συχνότητας και της βαρύτητας των αναπηριών, τόσο εξαιτίας εξωτερικών κακώσεων, όσο και από παθολογικά αίτια. Το Σχέδιο Δράσης για τα ατυχήματα περιλαμβάνει σειρά ενεργειών που αποσκοπούν αφενός στην πρόληψη των ατυχημάτων και αφετέρου στη βελτίωση της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης. Οι δράσεις αυτές θα οδηγήσουν με τη σειρά τους σε αντίστοιχη μείωση της συχνότητας και της βαρύτητας των αναπηριών. Ομοίως, οι δράσεις που προβλέπονται για την πρόληψη, παρακολούθηση και αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, του σακχαρώδη διαβήτη και της υπέρτασης, η αύξηση της αποτελεσματικότητας της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και η βελτίωση των δυνατοτήτων έγκαιρης προνοσοκομειακής φροντίδας, θα οδηγήσουν σε περιορισμό της συχνότητας και βαρύτητας των αναπηριών που οφείλονται σε παθολογικά αίτια.
- Ο περιορισμός των απώτερων συνεπειών των χρόνιων νοσημάτων. Πολλά από τα χρόνια νοσήματα είναι δυνατόν να παρουσιάσουν απώτερες επιπλοκές με σημαντικές λειτουργικές συνέπειες. Η εφαρμογή των μέτρων για την αντιμετώπιση των διαφόρων χρόνιων νοσημάτων, η ανάπτυξη θεραπευτικών πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών, θα οδηγήσουν σε περιορισμό των απώτερων επιπλοκών των νοσημάτων αυτών.
- Η βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας και της δυνατότητας αυτοεξυπηρέτησης των υπερηλίκων και των χρονίως πασχόντων. Η μείωση της νοσηρότητας, των παραγόντων κινδύνου και της αναπηρίας, θα έχει σαν αποτέλεσμα τη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας των υπερηλίκων και των χρονίως πασχόντων, και τη διασφάλιση της δυνατότητας εκπλήρωσης των κοινωνικών τους ρόλων.
- Η βελτίωση της ψυχικής υγείας, της κοινωνικής ζωής και της ποιότητας ζωής των πασχόντων από κατάθλιψη και άλλα ψυχικά νοσήματα, με την αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας παρακολούθησης των πασχόντων και την οργάνωση δικτύου συμβουλευτικών υπηρεσιών. Η προτεινόμενη λειτουργία κέντρων ημέρας αλλά και επιδοτούμενων μορφών κοινωνικής οικονομίας, είναι μια σημαντική διέξοδος για τη δημιουργική απασχόληση και την επαγγελματική αποκατάσταση των ανθρώπων με ψυχική νόσο, με σκοπό την ένταξή τους στους ρυθμούς της κοινωνικής ζωής.
- Η βελτίωση της ψυχικής υγείας, της κοινωνικής ζωής και της ποιότητας ζωής των πρώην χρηστών ναρκωτικών, μέσω της οργάνωσης των κατάλληλων υποστηρικτικών υπηρεσιών. Η συστηματική ανάπτυξη μορφών επιχειρηματικότητας που θα ευνοούν την εργασιακή επανένταξη πρώην χρηστών ναρκωτικών, θα αποτελέσει σημαντική διέξοδο για τους πρώην χρήστες, αλλά και θα βοηθήσει την κοινωνία να αντιμετωπίσει το στιγματισμό και τον αποκλεισμό των πρώην χρηστών.
- Η προστασία και βελτίωση της αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας του πληθυσμού, παραμέτρων σημαντικών για την ψυχοκοινωνική υγεία του πληθυσμού, αλλά και η επίλυση του έντονου δημογραφικού προβλήματος της χώρας μας.

8.4 Μείωση της Συχνότητας των Σημαντικότερων Παραγόντων Κινδύνου

Η Εθνική Στρατηγική Δημόσιας Υγείας εμπεριέχει ένα ολοκληρωμένο σχέδιο για τη μείωση της συχνότητας των σημαντικότερων παραγόντων κινδύνου για την υγεία του πληθυσμού. Πέντε από τα επιμέρους σχέδια της Εθνικής Στρατηγικής (για το κάπνισμα, το αλκοόλ, τη διατροφή, τα ναρκωτικά και το περιβάλλον) είναι ειδικά προσανατολισμένα προς την κατεύθυνση αυτή, ενώ άλλα τέσσερα σχέδια (για τα ατυχήματα, το AIDS, την αντιμετώπιση των καρδιοπαθειών, την αναπαραγωγική υγεία και τη στοματική υγεία) περιλαμβάνουν μεγάλα τμήματα δράσεων που αποσκοπούν στη μείωση των παραγόντων κινδύνου.

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα αφορούν στη μείωση τόσο των συμπεριφορικών, όσο και των παθολογικών παραγόντων κινδύνου και ειδικότερα:

Συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου:

- Στη μείωση του καπνίσματος.
- Στον περιορισμό της κατανάλωσης οινοπνεύματος.
- Στην υιοθέτηση υγιεινών προτύπων και συνηθειών διατροφής.
- Στον περιορισμό της χρήσης ναρκωτικών.
- Στην ασφαλή οδική συμπεριφορά και στην αποφυγή της οδήγησης υπό την επήρεια οινοπνεύματος.
- Στην ασφαλή σεξουαλική συμπεριφορά.
- Στη στοματική υγιεινή.

Παθολογικοί παράγοντες κινδύνου:

- Στη μείωση του επιπολασμού του σακχαρώδη διαβήτη.
- Στον περιορισμό της υπέρτασης.
- Στη μείωση της συχνότητας της υπερχοληστεριναιμίας.
- Στον έλεγχο της παχυσαρκίας.
- Στον περιορισμό της παιδικής παχυσαρκίας.

9. Αποτελέσματα στις Υπηρεσίες Υγείας

9.1 Αναβάθμιση της Λειτουργίας των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η εφαρμογή της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία θα έχει άμεσα και αισθητά αποτελέσματα στη λειτουργία και στην αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ιδίως σε τομείς προτεραιότητας της Εθνικής Στρατηγικής, όπως η αγωγή υγείας και η πρόληψη, η αντιμετώπιση των εξαρτήσεων, η αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, η αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Ειδικές δράσεις που θα οδηγήσουν στο αποτέλεσμα αυτό, είναι:

- Η ανάπτυξη των προγραμμάτων πρόληψης στα Κέντρα Υγείας.

- Η οργάνωση εξειδικευμένων προγραμμάτων ανίχνευσης και αντιμετώπισης παθολογικών καταστάσεων και παραγόντων κινδύνου στα Κέντρα Υγείας.
- Η ίδρυση συμβουλευτικών κοινοτικών υπηρεσιών για τα ναρκωτικά και τις εξαρτήσεις.
- Η οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την κατάθλιψη και τις λοιπές ψυχικές διαταραχές.
- Η αναβάθμιση του ρόλου των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών στα προγράμματα εμβολιασμών και στην πρόληψη των λοιμωδών νοσημάτων.
- Η βελτίωση των προγραμμάτων πρόληψης για τη στοματική υγεία.
- Η συμμετοχή των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών στις δράσεις για την αναπαραγωγική υγεία.

9.2 Βελτίωση της Αποτελεσματικότητας της Νοσοκομειακής Περίθαλψης

Η εφαρμογή της Εθνικής Στρατηγικής αναμένεται να οδηγήσει στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης, ως αποτέλεσμα μιας σειράς συνδυασμένων δράσεων και ενεργειών που θα οδηγήσουν:

- Στη βελτίωση της προνοσοκομειακής φροντίδας, μέσω των ειδικών δράσεων για την αναδιοργάνωση και ενίσχυση του Ε.Κ.Α.Β.
- Στην ενίσχυση και βελτίωση των καρδιολογικών κλινικών στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.
- Στη δημιουργία δικτύου προτύπων καρδιολογικών κέντρων αναφοράς στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία.
- Στην αναδιοργάνωση του τρόπου νοσοκομειακής αντιμετώπισης των τραυματισμών.
- Στην ίδρυση κλινικών σωματικής απεξάρτησης και ειδικών μονάδων για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων στα νοσοκομεία.
- Στη βελτίωση των δυνατοτήτων διαγνωστικής και θεραπευτικής προσπέλασης σπάνιων νοσημάτων, με τη δημιουργία εθνικών κέντρων αντιμετώπισης σπάνιων παθήσεων.

Παράλληλα, η ολοκλήρωση της μηχανογράφησης των υπηρεσιών υγείας θα συμβάλει στη βελτίωση της συνολικής αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας.

9.3 Ανάπτυξη Ανθρώπινου Δυναμικού των Υπηρεσιών Υγείας

Η εφαρμογή της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία θα οδηγήσει σε μια σημαντική ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού των υπηρεσιών Υγείας, μέσα από ένα ευρύ φάσμα δράσεων, που θα έχουν ως αποτέλεσμα:

- Την οργάνωση της δια βίου εκπαίδευσης του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας.
- Την εξασφάλιση της συνεχούς επιστημονικής υποστήριξης για την εκπαίδευση του προσωπικού.
- Την εξειδικευμένη κατάρτιση μεγάλου αριθμού στελεχών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως στην προτυποποιημένη διαχείριση των παθολογικών παραγόντων κινδύνου

(σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, υπερχοληστεριναιμία), στις μεθόδους πρόληψης, στην παρακολούθηση και διαχείριση των χρονίως πασχόντων, στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε πρωτοβάθμιο επίπεδο.

- Την ανάπτυξη εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού σε συγκεκριμένους τομείς, όπως στις μεθόδους διακοπής του καπνίσματος, στις μεθόδους υγιεινής διατροφής.
- Την εξειδικευμένη και προσανατολισμένη σε συγκεκριμένους στόχους κατάρτιση μεγάλου αριθμού στελεχών του νοσοκομειακού τομέα, όπως στην αντιμετώπιση τραυματισμών, στην προτυποποιημένη διαχείριση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και άλλων παθολογικών καταστάσεων, στην ορθή νοσοκομειακή μικροβιακή πρακτική.

9.4 Επιστημονική Τεκμηρίωση και Διασφάλιση Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας

Η εφαρμογή της Εθνικής Στρατηγικής θα έχει ως αποτέλεσμα τη συγκρότηση ολοκληρωμένης πολιτικής επιστημονικής τεκμηρίωσης και διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η πολιτική αυτή περιλαμβάνει (α) τον καθορισμό εθνικού φορέα και πολιτικής πιστοποίησης, (β) την ίδρυση βάσεων δεδομένων και βάσεων τεκμηρίωσης, (γ) την έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών, (δ) την οργάνωση ειδικών συστημάτων διασφάλισης ποιότητας, όπως για παράδειγμα των ιατρικών εργαστηρίων.

Ειδικότερα, περιλαμβάνει:

- Την ίδρυση του Κέντρου Πιστοποίησης Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και την εφαρμογή πολιτικής για την πιστοποίηση των υπηρεσιών υγείας.
- Τη δημιουργία εθνικής βάσης δεδομένων με κατευθυντήριες οδηγίες και καλές θεραπευτικές πρακτικές, προσβάσιμης από το σύνολο των δημόσιων και ιδιωτικών υπηρεσιών και φορέων υγείας της χώρας, μέσω αντίστοιχου δικτυακού τόπου.
- Την έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών για τη θεραπευτική αντιμετώπιση συγκεκριμένων παθολογικών καταστάσεων ή παραγόντων κινδύνου (υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμίες).
- Την ανάπτυξη θεραπευτικών πρωτοκόλλων και τον καθορισμό κριτηρίων φαρμακευτικής αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών.
- Την προώθηση διαδικασιών πιστοποίησης και διαπίστευσης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.
- Την πιστοποίηση των ιδιωτικών θεραπευτικών καρδιολογικών κέντρων.
- Την πιστοποίηση της ποιότητας των οδοντιατρικών υπηρεσιών.
- Την εξειδικευμένη πιστοποίηση των ιδιωτικών θεραπευτικών μονάδων για τη θεραπεία και απεξάρτηση από τα ναρκωτικά.

10. Αποτελέσματα στη Δημόσια Υγεία

10.1 Βελτίωση της Παρακολούθησης της Υγείας του Πληθυσμού

Η βελτίωση της παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού θα είναι το αποτέλεσμα των ειδικών δράσεων που θα αναληφθούν για το σκοπό αυτό. Ειδικότερα:

- Της αναδιοργάνωσης ολόκληρου του μηχανισμού συλλογής και ανάλυσης πληροφοριών για την υγεία, με τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας και για τους παράγοντες κινδύνου, με τη βελτίωση των πρωτογενών και δευτερογενών πηγών, των μηχανισμών συλλογής και του τρόπου επεξεργασίας των στοιχείων.
- Της ολοκλήρωσης του Υγειονομικού Χάρτη.
- Της καθιέρωσης της Κάρτας Υγείας.
- Της εκπόνησης εθνικής μελέτης αναφοράς για την κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού.
- Της αναδιοργάνωσης του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών και του συστήματος παρακολούθησης του καρκίνου.
- Της βελτίωσης του συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης των λοιμωδών νοσημάτων και της δημιουργίας επιδημιολογικού κέντρου αναφοράς.
- Της ανάπτυξης επιδημιολογικών κέντρων αναφοράς και δικτύων για την επιδημιολογική επιτήρηση.
- Της οργάνωσης ενός εθνικού συστήματος διατροφικής εποπτείας.
- Της ίδρυσης παρατηρητηρίου περιβαλλοντικής υγείας και παρατηρητηρίου κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.

10.2 Βελτίωση της Αποτελεσματικότητας των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

Οι δράσεις της Εθνικής Στρατηγικής σε ό,τι αφορά την αναδιοργάνωση και αναβάθμιση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, τη λειτουργική τους διασύνδεση και την υποστήριξή τους με ένα σύγχρονο και ολοκληρωμένο νομοθετικό πλαίσιο, θα οδηγήσουν στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Αυτό θα είναι το αποτέλεσμα μιας συνδυασμένης δέσμης προγραμμάτων και δράσεων που αναφέρονται:

- Στην ανασυγκρότηση και ενίσχυση της λειτουργίας του Κεντρικού και των Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας.
- Στην ενίσχυση των υποδομών και του εξοπλισμού των κεντρικών και νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Στην αναδιοργάνωση, ενίσχυση των υποδομών και στην πιλοτική λειτουργία των περιφερειακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Στην ενίσχυση των υποδομών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.
- Στην ενίσχυση και αναβάθμιση των υποδομών του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.
- Στην ενίσχυση και αναβάθμιση των υποδομών και λειτουργιών του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού.
- Στην ενίσχυση και αναβάθμιση των υποδομών και λειτουργιών του Εργαστηρίου Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Δημόσιας Υγείας των Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι.

- Στην ενίσχυση των Διασυνοριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας.
- Στην προώθηση της οργανωτικής και λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, με το σύνολο των υπηρεσιών που επηρεάζουν τη Δημόσια Υγεία (υπηρεσίες περιβάλλοντος, κτηνιατρικής, εμπορίου, καθαριότητας κ.λπ.).
- Στην πληροφοριακή οργάνωση της Δημόσιας Υγείας.

10.3 Εκσυγχρονισμός της Υγειονομικής Νομοθεσίας

Ο εκσυγχρονισμός της Υγειονομικής Νομοθεσίας περιλαμβάνει:

- Την κωδικοποίηση των διατάξεων για τη Δημόσια Υγεία και τον εκσυγχρονισμό του νομοθετικού πλαισίου.
- Την ολοκλήρωση του νομοθετικού πλαισίου για την εφαρμογή μέτρων Δημόσιας Υγείας.
- Τη νομοθετική θέσπιση και εφαρμογή μέτρων και πολιτικών Δημόσιας Υγείας, όπως η επέκταση της απαγόρευσης του καπνίσματος, η εφαρμογή μέτρων για την ασφάλεια και τη σήμανση των τροφίμων, η εφαρμογή μέτρων προστασίας της περιβαλλοντικής υγείας.

10.4 Ανάπτυξη και Βελτίωση Μηχανισμών Ταχείας Αντίδρασης

Η ανάπτυξη μηχανισμών ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απειλών κατά της υγείας αποτελεί έναν από τους θεμελιώδεις άξονες της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία, και κοινή κατεύθυνση όλων των σύγχρονων συστημάτων Δημόσιας Υγείας. Η εφαρμογή της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία θα έχει αποτελέσματα προς τρεις κατευθύνσεις:

- Στην ουσιαστική ενίσχυση και διεύρυνση των υφιστάμενων μηχανισμών επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης σε έκτακτους κινδύνους και απειλές, σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.
- Στην ανάπτυξη και ενίσχυση του μηχανισμού που είναι επιφορτισμένος με την υγειονομική αντιμετώπιση μαζικών καταστροφών και ειδικών καταστάσεων.
- Στην ανάπτυξη των υποδομών επιδημιολογικού φραγμού στις εισόδους της χώρας.

Τα παραπάνω θα επιτευχθούν ως το αποτέλεσμα των ειδικών δράσεων που προβλέπονται για:

- Την ενίσχυση των υποδομών και του εξοπλισμού του κεντρικού μηχανισμού ταχείας αντίδρασης.
- Την ανάπτυξη νέων περιφερειακών μηχανισμών ταχείας αντίδρασης στη Θεσσαλονίκη.
- Την επέκταση των υποδομών και την ενίσχυση των δυνατοτήτων του Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας.
- Τη διαμόρφωση υποδομών επιδημιολογικού φραγμού σε αεροδρόμια και λιμάνια που αποτελούν εισόδους της χώρας.
- Την ανάπτυξη των υποδομών και του εξοπλισμού για τη δυνατότητα αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών.

10.5 Ανάπτυξη Στρατηγικής και Δικτύων Αγωγής Υγείας

Η εφαρμογή της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία θα οδηγήσει για πρώτη φορά στην ανάπτυξη μιας ολοκληρωμένης στρατηγικής αγωγής υγείας και στην ανάπτυξη μιας σειράς δικτύων για το σκοπό αυτό. Οι σημαντικότερες δράσεις που θα συμβάλλουν προς την κατεύθυνση αυτή είναι:

- Η ίδρυση του Εθνικού Κέντρου Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων (Ε.Κ.Α.Ε.), το οποίο θα αποτελέσει τον εθνικό φορέα πρόληψης και αγωγής υγείας κατά των ναρκωτικών, του καπνίσματος και του αλκοόλ.
- Η δημιουργία εθνικού δικτύου αγωγής υγείας σε όλη τη χώρα, για την πρόληψη των εξαρτήσεων.
- Η δημιουργία δικτύου αγωγής υγείας στα Κέντρα Υγείας και γενικά στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Η ανάπτυξη ολοκληρωμένου προγράμματος αγωγής υγείας για την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση «Η Ζωή έχει Χρώμα».
- Η ίδρυση των κατάλληλων διαδικτυακών πυλών πληροφόρησης και αγωγής υγείας του πληθυσμού.
- Η καθιέρωση των εθνικών εκστρατειών πληροφόρησης του πληθυσμού.

10.6 Ανάπτυξη Πολιτικής και Δικτύων Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας (health promotion - screening)

Η εφαρμογή της Εθνικής Στρατηγικής θα έχει παράλληλα ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη συγκροτημένης πολιτικής και δικτύων πρόληψης και προαγωγής υγείας, με κατεύθυνση την οργάνωση εθνικών προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου. Αυτό θα επιτευχθεί μέσα από τις ειδικές δράσεις που προβλέπονται για την οργάνωση:

- Εθνικών, περιφερειακών και τοπικών προγραμμάτων screening για την ανίχνευση των παραγόντων κινδύνου για καρδιοπάθειες, και ειδικότερα για την ανίχνευση της υπέρτασης, του σακχαρώδη διαβήτη και της υπερχοληστεριναιμίας.
- Εθνικών, περιφερειακών και τοπικών προγραμμάτων screening για την προσυμπτωματική ανίχνευση του καρκίνου.
- Προγραμμάτων δευτερογενούς πρόληψης διατροφικών διαταραχών.
- Εθνικών προγραμμάτων για την ανίχνευση κληρονομικών και άλλων σπάνιων νοσημάτων.

10.7 Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού της Δημόσιας Υγείας

Το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί τον πλέον καθοριστικό παράγοντα της Δημόσιας Υγείας, αλλά συγχρόνως και την κρισιμότερη αδυναμία της Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας. Η εφαρμογή της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία θα οδηγήσει στην ποιοτική αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού της Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα, μέσα από ένα ευρύ φάσμα δράσεων που θα έχουν ως αποτέλεσμα:

- Την αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού που υπηρετεί τη Δημόσια Υγεία.

- Τη βελτίωση της γνωστικής και επιστημονικής υποδομής, των δεξιοτήτων, και της εκτελεστικής ικανότητας των στελεχών.
- Την αύξηση του αριθμού των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και των στελεχών υγείας που θα τα παρακολουθούν.
- Την ανάπτυξη και αναμόρφωση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στον τομέα της Δημόσιας Υγείας.
- Την αναμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών και τη διασφάλιση της ποιότητας των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων.
- Τη διάχυση της γνώσης σε όλο το δίκτυο υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Τη βελτίωση των εκπαιδευτικών υποδομών και των προγραμμάτων σπουδών στη Δημόσια Υγεία.
- Την ανάπτυξη εξειδικευμένων στελεχών και επαγγελματικών ομάδων για επιμέρους τομείς της Δημόσιας Υγείας, όπως για την αγωγή και προαγωγή υγείας, το περιβάλλον, τα εργαστήρια Δημόσιας Υγείας, την αναπαραγωγική υγεία, την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων.
- Την εξασφάλιση υψηλού επιπέδου κατάρτισης των στελεχών της Δημόσιας Υγείας, καθώς και την κατάρτιση των στελεχών άλλων τομέων σε θέματα Δημόσιας Υγείας.
- Την οργάνωση συστήματος δια βίου εκπαίδευσης των στελεχών της Δημόσιας Υγείας και την εξασφάλιση της επιστημονικής υποστήριξης της δια βίου εκπαίδευσης.
- Την κατάρτιση σημαντικού αριθμού εκπαιδευτικών σε τομείς που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία.

10.8 Ανάπτυξη Μηχανισμών Επιστημονικής Τεκμηρίωσης και Διασφάλισης της Ποιότητας των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

Ένας τομέας αποτελεσμάτων καίριας σημασίας για τη Δημόσια Υγεία θα είναι η ανάπτυξη μηχανισμών επιστημονικής τεκμηρίωσης και διασφάλισης της ποιότητας κατά την άσκηση της Δημόσιας Υγείας. Στον τομέα αυτό περιλαμβάνονται (α) βάσεις τεκμηρίωσης, (β) μηχανισμοί πιστοποίησης, (γ) έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών και (δ) οργάνωση ειδικών συστημάτων διασφάλισης ποιότητας. Ειδικότερα, περιλαμβάνονται:

- Η ανάπτυξη εθνικής βάσης δεδομένων για κατευθυντήριες οδηγίες και καλές πρακτικές σε επιμέρους τομείς της Δημόσιας Υγείας, η οποία θα είναι προσπελάσιμη μέσω του διαδικτύου, από όλη τη χώρα.
- Η βελτίωση της πρόσβασης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας σε βάσεις δεδομένων.
- Η έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων προβλημάτων Δημόσιας Υγείας.
- Η έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών και ο καθορισμός προτύπων για βασικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου.
- Η έκδοση κατευθυντήριων οδηγιών για την αντιμετώπιση και διαχείριση των προβλημάτων Δημόσιας Υγείας και τη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου.
- Η πιστοποίηση των εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας.
- Η πιστοποίηση των θεραπευτικών προγραμμάτων για τους χρήστες ναρκωτικών.
- Η πιστοποίηση των φορέων αντιμετώπισης της παχυσαρκίας και

των συμβουλευτικών υπηρεσιών διατροφής και διαιτολογίας.

- Η οργάνωση μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας για τις υπηρεσίες και τους φορείς των οποίων το έργο επηρεάζει τη Δημόσια Υγεία.

10.9 Βελτίωση της Διεθνούς Συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία και της Σύγκλισης με τις Πολιτικές της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας

Στα αναμενόμενα αποτελέσματα της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία περιλαμβάνεται και η βελτίωση της διεθνούς συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία και της σύγκλισης των εθνικών πολιτικών με τις αντίστοιχες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Ειδικότερα:

- Η εναρμόνιση με τις ευρωπαϊκές οδηγίες σε ό,τι αφορά την επιδημιολογική επιτήρηση και τη συνεργασία για την αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων.
- Η διεθνής συνεργασία για την αντιμετώπιση των ναρκωτικών.
- Η σύγκλιση και διεθνής συνεργασία σε ό,τι αφορά τις πολιτικές ενάντια στο κάπνισμα και στο αλκοόλ.
- Η προώθηση της συνεργασίας στη στρατηγική για τον έλεγχο των σημαντικών παραγόντων κινδύνου.
- Η διεθνής συνεργασία σε ό,τι αφορά τις πολιτικές για το περιβάλλον.
- Η βελτίωση της διεθνούς συνεργασίας για την αντιμετώπιση εκτάκτων κινδύνων και απειλών.

11. Οικονομικά Αποτελέσματα

11.1 Εξοικονόμηση Πόρων Υγείας

Η εφαρμογή της Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία θα έχει πολύ σημαντικά αποτελέσματα σε ό,τι αφορά την εξοικονόμηση δημόσιων αλλά και ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Τα σημαντικότερα από αυτά είναι τα ακόλουθα:

- Περιορισμός των δαπανών για την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, το κόστος των οποίων εκτιμάται ότι φθάνει στη χώρα μας περίπου στα 2 δισ. Ευρώ ετησίως. Τα Εθνικά Σχέδια Δράσης για το κάπνισμα, το αλκοόλ, την παχυσαρκία και το περιβάλλον, καθώς και το Σχέδιο Δράσης για την πρόληψη και την αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών νοσημάτων, θα οδηγήσουν σε σημαντική μείωση των δαπανών ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης, αφενός μέσω της εφαρμογής των προγραμμάτων πρόληψης και μείωσης της νοσηρότητας και, αφετέρου, μέσω βελτίωσης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών υπηρεσιών και της συνακόλουθης μείωσης των υποτροπών και επιπλοκών.
- Περιορισμός των δαπανών για την αντιμετώπιση του καρκίνου, το κόστος των οποίων υπολογίζεται σε 1,1 δισ. Ευρώ ετησίως. Τα Σχέδια Δράσης για το κάπνισμα, το αλκοόλ, την υγιεινή διατροφή και το περιβάλλον,

καθώς και το Σχέδιο Δράσης για την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του καρκίνου, θα οδηγήσουν σε μείωση των δαπανών περίθαλψης του καρκίνου, ως αποτέλεσμα κυρίως προγραμμάτων και δράσεων πρωτογενούς πρόληψης, έγκαιρης ανίχνευσης και βελτίωσης της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής αντιμετώπισης των πασχόντων.

- Περιορισμός των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών νοσηλείας για άλλα νοσήματα που συνδέονται με το κάπνισμα και το αλκοόλ. Ένα επιπλέον μέρος των δημόσιων, αλλά και των ιδιωτικών δαπανών υγείας, αφορά νοσήματα που συνδέονται αιτιολογικά με το κάπνισμα και την κατανάλωση οινοπνεύματος, πέραν του καρκίνου και των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η μείωση του καπνίσματος και της κατανάλωσης οινοπνεύματος, η οποία θα επιτευχθεί μέσω των δράσεων των αντίστοιχων σχεδίων, θα οδηγήσει μεσοπρόθεσμα σε ουσιαστικό περιορισμό των αντίστοιχων δαπανών νοσηλείας.
- Περιορισμός των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών νοσηλείας για νοσήματα που συνδέονται με την παχυσαρκία και τη μη υγιεινή διατροφή, ως αποτέλεσμα των δράσεων του σχεδίου για τη διατροφή.
- Περιορισμός των δαπανών νοσοκομειακής αντιμετώπισης των κακώσεων και ατυχημάτων. Σύμφωνα με στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε., ο αριθμός των εξελθόντων ασθενών το 2007 λόγω ατυχημάτων και δηλητηριάσεων έφτανε τους 160.397, με βάση τα οποία εκτιμάται ότι το άμεσο κόστος νοσηλείας ξεπερνά τα 250 εκατ. Ευρώ ετησίως. Η εφαρμογή του Σχεδίου Δράσης για την πρόληψη των ατυχημάτων θα οδηγήσει σε μια σημαντική μείωση των αντίστοιχων δαπανών περίθαλψης, η οποία θα φτάσει τουλάχιστον το 20% των δαπανών αυτών.
- Περιορισμός των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης και νοσηλείας των νοσοκομειακών λοιμώξεων και των επιπλοκών τους. Η εφαρμογή του Σχεδίου Δράσης για τον έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων θα έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της συχνότητας των νοσοκομειακών λοιμώξεων και τη μείωση των αντίστοιχων δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης. Παράλληλα, η εφαρμογή της πολιτικής ορθολογικής χρήσης των αντιβιοτικών θα οδηγήσει σε σημαντικό περιορισμό του συνόλου των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης, και ιδίως της νοσοκομειακής φαρμακευτικής περίθαλψης. Το επιπλέον κόστος που προκύπτει στη νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα μας εξαιτίας των νοσοκομειακών λοιμώξεων και της παράτασης του χρόνου νοσηλείας εξαιτίας αυτών, υπολογίζεται σε περίπου 1 δις. Ευρώ ετησίως.
- Περιορισμός του άμεσου κόστους ιατροφαρμακευτικής αντιμετώπισης των λοιμώξεων, εξαιτίας της εκτεταμένης εφαρμογής μέτρων πρόληψης και αντιμετώπισης των λοιμογόνων παραγόντων.
- Περιορισμός των δημόσιων δαπανών για τη νοσηλεία της κατάθλιψης και των λοιπών ψυχικών διαταραχών. Η εφαρμογή των δράσεων πρόληψης και η αναδιοργάνωση του τρόπου παρακολούθησης και θεραπευτικής αντιμετώπισης των πασχόντων με επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα και με αντίστοιχο περιορισμό των νοσοκομειακών φροντίδων μόνο στο αναγκαίο επίπεδο, αναμένεται να οδηγήσουν σε περιορισμό των δαπανών νοσηλείας της κατάθλιψης και των λοιπών ψυχικών διαταραχών.
- Περιορισμός των δημόσιων δαπανών για τη νοσηλεία χρηστών ναρκωτικών. Οι συστηματικοί χρήστες ναρκωτικών παρουσιάζουν

αυξημένη νοσηρότητα και υποφέρουν από διάφορες σωματικές και ψυχικές παθήσεις που συχνά απαιτούν πολυήμερη νοσηλεία στο νοσοκομείο, ενώ παράλληλα παρουσιάζουν αυξημένη νοσηρότητα και από ορισμένα σοβαρά λοιμώδη νοσήματα, όπως ηπατίτιδα και AIDS. Η μείωση της συχνότητας της προβληματικής χρήσης ναρκωτικών, η οποία θα επιτευχθεί αφενός μέσω της εφαρμογής μιας ευρείας πολιτικής πρόληψης και αφετέρου μέσω της αύξησης των προγραμμάτων και των θέσεων υποκατάστασης και στεγνής απεξάρτησης, θα οδηγήσει σε μείωση της αντίστοιχης νοσηρότητας, καθώς και των σχετικών δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης.

- Περιορισμός των ιδιωτικών κυρίως δαπανών οδοντιατρικής περίθαλψης, οι οποίες αντιπροσωπεύουν περίπου το 1/3 των συνολικών ιδιωτικών δαπανών υγείας. Η προώθηση των μέτρων Δημόσιας Υγείας για τη φθορίωση και των προγραμμάτων πρόληψης, θα οδηγήσει σε σημαντική μείωση της νοσηρότητας από τερηδόνα και άλλα στοματικά νοσήματα, με αποτέλεσμα τη μείωση των αντίστοιχων ιδιωτικών δαπανών.
- Περιορισμός των δημόσιων και των ιδιωτικών δαπανών νοσηλείας για νοσήματα που συνδέονται με τη ρύπανση του περιβάλλοντος, τις υδατογενείς λοιμώξεις, ως αποτέλεσμα της εφαρμογής των δράσεων που προβλέπονται για την προώθηση της περιβαλλοντικής υγείας.

11.2 Βελτίωση της Αποδοτικότητας των Πόρων Υγείας

- Η ορθολογική κατανομή των υπηρεσιών και των πόρων για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων και κυρίως των καρδιοπαθειών και του καρκίνου, θα βελτιώσει σημαντικά την αποδοτικότητα των αντίστοιχων δαπανών.
- Η ενίσχυση των καρδιολογικών κλινικών στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και η δημιουργία δικτύου προτύπων καρδιολογικών κέντρων αναφοράς στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, θα βελτιώσει την αποδοτικότητα των υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ.
- Η αναδιοργάνωση του τρόπου νοσοκομειακής αντιμετώπισης των τραυματισμών και η συνακόλουθη μείωση των επιπλοκών και των απώτερων συνεπειών, θα συμβάλουν στην αύξηση της αποδοτικότητας των πόρων που διατίθενται για την αντιμετώπιση των κακώσεων.
- Η βελτίωση των δυνατοτήτων διαγνωστικής και θεραπευτικής προσπέλασης σπάνιων νοσημάτων, με τη δημιουργία κέντρων αναφοράς σπάνιων παθήσεων, θα έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγική αξιοποίηση των πόρων που διατίθενται και τη βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας των προγραμμάτων και υπηρεσιών.
- Η πολιτική για τον έλεγχο των νοσοκομειακών λοιμώξεων και την ορθολογική χρήση αντιβιοτικών θα οδηγήσει σε αύξηση της αποδοτικότητας των νοσοκομειακών δαπανών.
- Η εφαρμογή ενός συνόλου πρωτοκόλλων και κατευθυντήριων οδηγιών στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων θα βελτιώσει σημαντικά την αποδοτικότητα των πόρων που διατίθενται για τους αντίστοιχους σκοπούς.
- Η εφαρμογή μιας σειράς δράσεων για την τεκμηριωμένη άσκηση της ιατρικής και τη διασφάλιση της ποιότητας των πρωτοβάθμιων και των νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, θα οδηγήσει σε ένα σύστημα διαδικασιών που θα διασφαλίζουν την αποτελεσματικότητα

των προγραμμάτων και υπηρεσιών, εξασφαλίζοντας έτσι μια υψηλή αποδοτικότητα των επενδύσεων και των πόρων που διατίθενται για την υγεία.

- Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού της Δημόσιας Υγείας και του Ε.Σ.Υ. θα οδηγήσει σε αύξηση της αποδοτικότητας των πόρων που διατίθενται για τη Δημόσια Υγεία και τις υπηρεσίες υγείας.
- Η χάραξη ενιαίας Στρατηγικής Δημόσιας Υγείας στο πεδίο των εξαρτήσεων (ναρκωτικά-αλκοόλ-κάπνισμα) θα οδηγήσει σε σημαντική εξοικονόμηση και βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων από την ορθολογική διαχείριση που θα επιτευχθεί στη χρήση των υπηρεσιών. Το Εθνικό Κέντρο Αντιμετώπισης των Εξαρτήσεων θα αναλάβει το συντονιστικό ρόλο των προγραμμάτων πρόληψης για τις εξαρτήσεις, υλοποιώντας στοχευμένες παρεμβάσεις στο γενικό πληθυσμό, καθώς και ειδικές ενέργειες εκπαίδευσης και κατάρτισης για εκπαιδευτικούς και επαγγελματίες υγείας.
- Η ίδρυση των κλινικών και των μονάδων για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων (αλκοολογικά ιατρεία, κλινικές αποτοξίνωσης) στα νοσοκομεία και η λειτουργία τους στο πλαίσιο του Ε.Σ.Υ., ώστε να είναι προσβάσιμες από το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, αξιοποιούν ήδη υπάρχοντες πόρους (κτιριακή υποδομή και ανθρώπινο δυναμικό) του συστήματος υγείας, και αυξάνουν την αποδοτικότητά του.
- Η αναδιοργάνωση των υπηρεσιών και των εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας, θα έχει ως άμεσο αποτέλεσμα τη βελτίωση της οικονομικής αποδοτικότητας των υπηρεσιών και των προγραμμάτων Δημόσιας Υγείας.
- Η ολοκλήρωση της μηχανογράφησης των υπηρεσιών υγείας θα έχει καταλυτικές συνέπειες στη βελτίωση της αποδοτικότητας ολόκληρου του συστήματος υγείας, των προμηθειών του και της εν γένει οικονομικής του διαχείρισης.

11.3 Μείωση των Ιδιωτικών Δαπανών και της Επιβάρυνσης των Νοικοκυριών

Η εφαρμογή της Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία θα έχει πολύ σημαντικά αποτελέσματα σε ό,τι αφορά τον περιορισμό μιας σειράς άμεσων και έμμεσων ιδιωτικών δαπανών και την αντίστοιχη ανακούφιση των νοικοκυριών. Τα σημαντικότερα από αυτά είναι τα ακόλουθα:

- Περιορισμός των ιδιωτικών δαπανών για προμήθεια προϊόντων καπνού και αλκοολούχων ποτών. Σύμφωνα με την Έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών της Ε.Σ.Υ.Ε. 2004/5, η προμήθεια προϊόντων καπνού απορροφά ετησίως 2,83 δισ. Ευρώ (3,3% των συνολικών ιδιωτικών δαπανών των νοικοκυριών), ενώ η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών απορροφά ετησίως 593,7 εκατ. Ευρώ (0,7% των συνολικών δαπανών των νοικοκυριών). Ο περιορισμός της κατανάλωσης προϊόντων καπνού και αλκοολούχων, ο οποίος θα επιτευχθεί μέσω των δράσεων και των προγραμμάτων πρόληψης των αντίστοιχων επιχειρησιακών σχεδίων, θα οδηγήσει σε σημαντική εξοικονόμηση ιδιωτικών πόρων και σημαντική ανακούφιση των νοικοκυριών.
- Περιορισμός των δαπανών για παράνομη αγορά ναρκωτικών. Είναι γνωστό ότι το λαθρεμπόριο ναρκωτικών απορροφά πολλές εκατοντάδες εκατομμυρίων Ευρώ από τους πόρους των χρηστών και

των οικογενειών τους. Η εφαρμογή της στρατηγικής πρόληψης και των προγραμμάτων απεξάρτησης θα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της χρήσης ναρκωτικών και τον ουσιαστικό περιορισμό των δαπανών για παράνομη προμήθεια ναρκωτικών.

- Περιορισμός των δαπανών για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Είναι γνωστό ότι η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας απορροφά ένα σημαντικό ποσό ιδιωτικών δαπανών, για τη συμμετοχή σε κέντρα αδυνατίσματος ή για διαιτολογικές υπηρεσίες. Η μείωση του ποσοστού παχυσαρκίας, η οποία θα προκύψει ως αποτέλεσμα των δράσεων του επιχειρησιακού σχεδίου για τη διατροφή, θα οδηγήσει σε περιορισμό των δαπανών αυτών και σε σημαντική εξοικονόμηση ιδιωτικών πόρων.

11.4 Μείωση Κοινωνικών Δαπανών

- Περιορισμός των κοινωνικών δαπανών για την περίθαλψη και τη φροντίδα των χρονίως πασχόντων και ιδίως των πασχόντων από καρκίνο, καρδιοπάθειες, κατάθλιψη, σωματικές αναπηρίες. Η φροντίδα των χρονίως πασχόντων, είτε στο οικογενειακό περιβάλλον είτε σε ειδικά ιδρύματα, αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό κόστος για τις οικογένειες που έχουν μέλη χρονίως πάσχοντες. Η εφαρμογή της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία θα έχει ως έμμεσο αποτέλεσμα τον περιορισμό των δαπανών αυτών και την αντίστοιχη ανακούφιση των νοικοκυριών.
- Περιορισμός του κόστους πρόωρης συνταξιοδότησης για λόγους αναπηρίας και του κόστους των αντίστοιχων κοινωνικών υπηρεσιών. Η μείωση της αναπηρίας από ατυχήματα, ψυχικές διαταραχές και παθολογικές αιτίες που θα προκύψει από την εφαρμογή των αντίστοιχων Σχεδίων Δράσης, θα έχει ως συνέπεια και τον περιορισμό των δαπανών πρόωρης συνταξιοδότησης.
- Περιορισμός των οικονομικών και κοινωνικών επιπτώσεων από τη μείωση της επαγγελματικής δραστηριότητας, τη μείωση της παραγωγικότητας και την απουσία από την εργασία, εξαιτίας της νοσηρότητας, της πρόωρης θνησιμότητας και της αναπηρίας. Η απώλεια παραγωγικής ζωής εξαιτίας των παραγόντων αυτών έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στα ίδια τα άτομα και στις οικογένειές τους, όσο και στο σύνολο της εθνικής οικονομίας. Η μείωση της νοσηρότητας και της αναπηρίας που θα προκύψει από το σύνολο των σχεδίων και των δράσεων της Εθνικής Στρατηγικής θα επιτύχει σημαντικό περιορισμό των επιπτώσεων αυτών.

12. Κοινωνικές Επιπτώσεις

12.1 Άμβλυνση Περιφερειακών και Κοινωνικών Ανισοτήτων

Η εφαρμογή της Εθνικής Στρατηγικής Δημόσιας Υγείας θα οδηγήσει σε μείωση τόσο των περιφερειακών όσο και των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.

- Η ίδρυση του Εθνικού Παρατηρητηρίου Κοινωνικοοικονομικών

Ανισοτήτων στην υγεία θα εξασφαλίσει για πρώτη φορά τη συστηματική παρακολούθηση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και στην αποτελεσματικότητα των προσπαθειών για τη μείωσή τους.

- Ο περιορισμός των περιφερειακών ανισοτήτων θα προκύψει ως αποτέλεσμα όλων των οριζόντων δράσεων που θα αναπτυχθούν σε όλες τις περιφέρειες της χώρας, όπως η εφαρμογή μεγάλου αριθμού προγραμμάτων αγωγής υγείας, τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και μέσω της εκπαίδευσης, των προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου, του εθνικού δικτύου πρόληψης εξαρτήσεων, των μέτρων προστασίας της Δημόσιας Υγείας, τα οποία θα υλοποιηθούν χωρίς διακρίσεις, σε όλες τις περιφέρειες της χώρας. Επίσης, θα προκύψει ως αποτέλεσμα της αναβάθμισης των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και των θεραπευτικών υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ. σε όλες τις περιφέρειες. Η παροχή ίσης και υψηλού επιπέδου πληροφόρησης σε όλο τον πληθυσμό και η εξασφάλιση ίσων δυνατοτήτων πρόσβασης στα προγράμματα πρόληψης και στις υπηρεσίες υγείας, θα συμβάλλουν επίσης σημαντικά στην άμβλυνση των περιφερειακών ανισοτήτων.
- Ο περιορισμός των κοινωνικών ανισοτήτων θα επιτευχθεί μέσω των ειδικών δράσεων που προβλέπονται για δράσεις αγωγής υγείας και πρόληψης στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις, μέσω της βελτίωσης της Δημόσιας Υγείας και της κάλυψης των υπο-εξυπηρετούμενων κοινωνικών ομάδων, καθώς και μέσω των ειδικών δράσεων για την προστασία της Δημόσιας Υγείας μεταναστών, τσιγγάνων, ομάδων του πληθυσμού που βρίσκονται σε εξάρτηση και απομονωμένων πληθυσμιακών ομάδων. Παράλληλα, η ανάληψη ειδικών δράσεων για τον περιορισμό των παραγόντων κινδύνου (ιδίως του καπνίσματος, της κατανάλωσης οινοπνεύματος και της χρήσης ουσιών) στους μετανάστες και στις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις, θα οδηγήσουν επίσης σε περιορισμό των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, ενώ αντίστοιχο αποτέλεσμα θα έχουν και τα προγράμματα απεξάρτησης που θα αναπτυχθούν στις φυλακές.

12.2 Περιορισμός του Κοινωνικού Στιγματισμού και Βελτίωση της Κοινωνικής Επανάταξης

Τα ειδικά μέτρα κατά του κοινωνικού στιγματισμού των πρώην χρηστών ναρκωτικών, καθώς και των ατόμων με ψυχικές παθήσεις, τα οποία προβλέπεται να αναπτυχθούν στο πλαίσιο των αντίστοιχων σχεδίων της Εθνικής Στρατηγικής, θα οδηγήσουν σε περιορισμό του κοινωνικού αποκλεισμού και των διακρίσεων. Τα προγράμματα κοινωνικής και επαγγελματικής επανάταξης των πρώην χρηστών ναρκωτικών, καθώς και τα αντίστοιχα προγράμματα για τους πάσχοντες από ψυχικές διαταραχές, θα βελτιώσουν σημαντικά τις δυνατότητες κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης των ατόμων αυτών.

12.3 Δημόσια Λογοδοσία

Ένα σημαντικό αποτέλεσμα από την εφαρμογή των Εθνικών Σχεδίων Δράσης θα είναι η ανάπτυξη για πρώτη φορά μηχανισμών διαφάνειας και δημόσιας λογοδοσίας για τη Δημόσια Υγεία, σε σχέση με τα αποτελέσματα που επιτεύχθηκαν.

Η προώθηση της δημοσιότητας, της διαφάνειας και της δημόσιας λογοδοσίας θα είναι

αποτέλεσμα των ειδικών δράσεων που προβλέπονται για τη δημιουργία πυλών (portals) και ειδικών δικτυακών τόπων ενημέρωσης και λογοδοσίας στο διαδίκτυο, την οργάνωση ειδικών fora, την έκδοση εντύπων, την οργάνωση δημόσιων εκδηλώσεων και ειδικών προγραμμάτων ενημέρωσης μέσω των μαζικών μέσων επικοινωνίας. Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στις ειδικές δράσεις για την προώθηση της διαφάνειας και της δημόσιας λογοδοσίας στον τομέα των εξαρτήσεων.

Η δημοσιότητα, η διαφάνεια και η λογοδοσία, θα αποτελέσουν ένα σύγχρονο μηχανισμό ελέγχου και διασφάλισης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, που δημιουργεί κίνητρα, προάγει την κοινοτική συμμετοχή, ενισχύει την εμπιστοσύνη του πληθυσμού στο σύστημα Δημόσιας Υγείας και οδηγεί σε πολλαπλασιαστικά αποτελέσματα.

12.4 Κοινωνική Συμμετοχή

Τα εκτεταμένα προγράμματα πληροφόρησης του πληθυσμού, οι δράσεις για την προώθηση και αξιοποίηση του κοινωνικού εθελοντισμού και οι δράσεις της Κοινωνίας των Πολιτών, θα οδηγήσουν σε αύξηση της ευαισθητοποίησης και της κοινωνικής συμμετοχής σε φλέγοντα θέματα υγείας, όπως τα ναρκωτικά, το κάπνισμα, το αλκοόλ, η αγωγή υγείας, η πρόληψη των ατυχημάτων, η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Η αύξηση της κοινωνικής ευαισθητοποίησης και συμμετοχής θα διευκολύνει την κοινωνική αποδοχή των προγραμμάτων και θα βελτιώσει την αποτελεσματικότητά τους.

12.5 Βελτίωση Δημογραφικών Παραμέτρων

Η εφαρμογή του Σχεδίου Δράσης για την Αναπαραγωγική Υγεία αναμένεται να έχει σημαντικά αποτελέσματα στη βελτίωση ορισμένων καίριων δημογραφικών παραμέτρων της χώρας. Η αντιμετώπιση των αμβλώσεων, η ανάπτυξη των συμβουλευτικών υπηρεσιών, η βελτίωση των δυνατοτήτων διερεύνησης και αντιμετώπισης της στειρότητας και η ενίσχυση της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, παράλληλα με τις ειδικές δράσεις πληροφόρησης και αγωγής υγείας, θα οδηγήσουν σε μείωση της υπογονιμότητας και υπογεννητικότητας του πληθυσμού. Η αντιμετώπιση της υπογεννητικότητας θα συμβάλλει στην ανακοπή της παρατηρούμενης γήρανσης του πληθυσμού και στην αποκατάσταση της δημογραφικής ισορροπίας.

«...Δημόσια Υγεία
είναι η συλλογική δράση
για **αειφόρο ανάπτυξη**
της υγείας του πληθυσμού...»

R. Beaglehole - R. Bonita, 2004

Κεφάλαιο 12ο

Ανάλυση των Στρατηγικών Στόχων σε Δράσεις

Δράση 1. Πολιτικές και Στρατηγικές για τη Δημόσια Υγεία

Περιγραφή

Η διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής για την υγεία και την αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων που την επηρεάζουν, καθώς και ο καθορισμός συγκεκριμένων στόχων και η ιεράρχηση προτεραιοτήτων σε καίριους τομείς της υγείας του πληθυσμού, αποτελούν διεθνώς τη σύγχρονη και ολοκληρωμένη κατεύθυνση για την προαγωγή και προστασία της Δημόσιας Υγείας. Η χάραξη εθνικής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία προϋποθέτει:

- Τον προσδιορισμό των πραγματικών αναγκών του γενικού πληθυσμού και των προσδιορισμό των καθοριστικών παραγόντων κινδύνου.
- Τον προσδιορισμό των μέσων και των πόρων αντιμετώπισης των προβλημάτων αυτών.
- Τον καθορισμό συγκεκριμένων στόχων που πρέπει να επιτευχθούν.
- Τη διαμόρφωση προγραμμάτων δράσης για την επίτευξη των στόχων.
- Την παρακολούθηση και αξιολόγηση της πορείας υλοποίησης της στρατηγικής και του βαθμού επίτευξης των στόχων.

Σύμφωνα με το άρθρο 6 του Ν. 3370/2005, οι πολιτικές και οι στρατηγικές Δημόσιας Υγείας διαμορφώνονται σύμφωνα με τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και

της ισότητας και βασίζονται στις ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Στη διατομεακή συνεργασία σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, στο σχεδιασμό και στις εφαρμογές σε πληθυσμιακή βάση, στη δημιουργία ενιαίων διατομεακών πολιτικών και προγραμμάτων.
2. Στη διεπιστημονική προσέγγιση και στις παρεμβάσεις στους καθημερινούς χώρους ζωής και εργασίας και στην ενεργό συμμετοχή του πολίτη.
3. Στη χρησιμοποίηση επιστημονικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων με καθορισμένους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους.
4. Στην αντιμετώπιση των κοινωνικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και στον αποτελεσματικό έλεγχο και στη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου.
5. Στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, στην άρση των ανισοτήτων, την ικανοποίηση των αναγκών των φτωχών και ευπαθών ομάδων και στην προαγωγή υγιών τρόπων ζωής.

Στο πλαίσιο της εθνικής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία, διαμορφώνεται το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, το οποίο υποβάλλεται στο Κοινοβούλιο. Η Μονάδα Στρατηγικής και Πολιτικών Υγείας κατά τη διάρκεια του 2008 προχώρησε στην εκπόνηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, το οποίο αποτελείται από το παρόν Σχέδιο και από 16 επιπλέον ειδικά Σχέδια Δράσης ανά παράγοντα κινδύνου.

Σημαντικός και κρίσιμος παράγοντας για την επιτυχή υλοποίηση του πρώτου Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία είναι η δραστηριοποίηση υπηρεσιών και μηχανισμών, οι οποίες θα εργαστούν με όραμα και πίστη για την επίτευξη των στόχων του. Για το λόγο αυτό, θα πρέπει να προβλεφθεί η ενίσχυση των δυνατοτήτων των κεντρικών οργάνων που έχουν την αρμοδιότητα σχεδιασμού της πολιτικής Δημόσιας Υγείας, δηλαδή της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας, της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας, να χαράξουν εθνική πολιτική και να θέσουν εθνικούς στόχους για τη Δημόσια Υγεία στη χώρα.

Στόχοι

- Ενίσχυση των κεντρικών οργάνων και υπηρεσιών και φορέων για την επιτυχή υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ενεργοποίηση του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας.
- Μηχανισμός υποστήριξης της υλοποίησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.
- Προώθηση της κοινωνικής διαβούλευσης για τη Δημόσια Υγεία, με απώτερο σκοπό, τη διασφάλιση της μέγιστης κοινωνικής συναίνεσης, συνεργασίας και συμμετοχής στο σχεδιασμό και στην υλοποίηση της πολιτικής Δημόσιας Υγείας, σε περιφερειακό, εθνικό, ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο. Η σημασία της δράσης συνδέεται με το διατομεακό και

τον κοινωνικό χαρακτήρα της Δημόσιας Υγείας, κινείται στο πνεύμα της ευρωπαϊκής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία και στο πλαίσιο των κατευθύνσεων του Π.Ο.Υ. για οικοδόμηση κοινωνικών συμμαχιών στην υγεία.

- Ενέργειες δημοσιότητας και εκδηλώσεων δημόσιας διαβούλευσης.
- Αξιολόγηση επίτευξης στόχων σε τακτικά χρονικά διαστήματα.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστημιακές Σχολές.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Ενεργοποίηση Ε.ΣΥ.Δ.Υ.

2008 - 2010: Βελτίωση υποδομών.

2009 - 2012: Μηχανισμός υποστήριξης.

2008 - 2012: Ενέργειες κοινωνικής διαβούλευσης.

Ανά 2 έτη: Αξιολόγηση.

Δράση 2: Πολυτομεακή Ευθύνη για τη Δημόσια Υγεία

Περιγραφή

Η Δημόσια Υγεία είναι πολυτομεακή και σε αυτή εμπλέκονται φορείς και υπηρεσίες των Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνικής Άμυνας, Ανάπτυξης, Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων. Η λειτουργική διασύνδεση και συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών επιβάλλεται να εμπλέκει και να αφορά σε οποιοδήποτε πεδίο ή λειτουργία αποσκοπεί στην εκπλήρωση της αποστολής της Δημόσιας Υγείας και στην αποτελεσματική, άμεση ή μακροπρόθεσμη προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού. Επιπλέον, η λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας δεν περιορίζεται μόνο μεταξύ των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, αλλά θα πρέπει να περιλαμβάνει τη διασύνδεση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με υπηρεσίες υγείας. Τέλος, μια αποτελεσματική προσέγγιση για την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας απαιτεί από όλους τους τομείς της κοινωνίας να είναι υπεύθυνοι για τις επιπτώσεις των πολιτικών και των προγραμμάτων τους για την υγεία και να αναγνωρίζουν τα οφέλη που αποκομίζουν με την προαγωγή και την προστασία της. Η λειτουργική διασύνδεση θα πρέπει να περιλαμβάνει:

1. Τη λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, σε κεντρικό, περιφερειακό, νομαρχιακό και τοπικό επίπεδο.
2. Τη λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με τις υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ., νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας, και τις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας.
3. Τη λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας με την κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το σημείο αυτό αφορά ιδιαίτερα στη συνεργασία μεταξύ Υπουργείου και Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, δεδομένου ότι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης δεν έχει διοικητική ευθύνη επί των υπηρεσιών αυτών, οι οποίες ανήκουν στη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση.

Ειδικότερα, η λειτουργική διασύνδεση έχει ιδιαίτερη σημασία στους ακόλουθους τομείς:

1. Στην επιδημιολογική επιτήρηση και παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού, στην οποία η λειτουργική διασύνδεση εξασφαλίζει την εγκυρότερη και πληρέστερη συλλογή των πληροφοριών, τη δήλωση των λοιμωδών νοσημάτων, την αποτελεσματική λειτουργία των δικτύων επιδημιολογικής επιτήρησης, την εμπλοκή περισσότερων εργαστηριακών και κλινικών τμημάτων στα συστήματα επιτήρησης και καταγραφής περιστατικών. Παράλληλα, εξασφαλίζει την αμφίδρομη αξιοποίηση των στοιχείων από τις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες μπορούν να διαθέτουν

άμεσα πληροφορίες για την έκταση των διαφόρων προβλημάτων, την πορεία των σημαντικότερων λοιμωδών και χρόνιων νοσημάτων, την αιφνίδια εμφάνιση επιδημιών ή έκτακτων απειλών για την υγεία, και τη λήψη μέτρων προστασίας της Δημόσιας Υγείας.

2. Στην οργάνωση προγραμμάτων μαζικού προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου για χρόνια νοσήματα (screening), η φύση των οποίων είναι τέτοια που απαιτεί υποχρεωτικά τη συνεργασία των υπηρεσιών, την εξασφάλιση της απαιτούμενης εργαστηριακής υποστήριξης, καθώς και των αναγκαίων θεραπευτικών υπηρεσιών.
3. Στην οργάνωση και υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμών, αγωγής υγείας, πρόληψης και προαγωγής υγείας, σε συνεργασία με τα Κέντρα Υγείας και τις άλλες μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
4. Στη συνεργασία μεταξύ των Νομαρχιακών και Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στο πεδίο της δημόσιας και περιβαλλοντικής υγιεινής, στη διασφάλιση των όρων υγιεινής στα καταστήματα και επιχειρήσεις υγειονομικού ενδιαφέροντος κ.λπ.
5. Στην οργάνωση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και κατάρτισης του προσωπικού, τόσο των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, όσο και των μονάδων υγείας.
6. Στην αξιολόγηση των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας και στον ορθολογικό προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τις πραγματικές ανάγκες σε προγράμματα, μέτρα και δράσεις.

Το υφιστάμενο νομικό πλαίσιο περιλαμβάνει συγκεκριμένες ενέργειες και όργανα που αποσκοπούν στην επίτευξη της λειτουργικής διασύνδεσης και συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία, όπως:

1. Τα Περιφερειακά Συμβούλια Δημόσιας Υγείας, όπως αυτά προβλέπονται από τις διατάξεις του Ν. 3370/2005. Σύμφωνα με το νόμο, το Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας συντονίζει τις δράσεις Δημόσιας Υγείας όλων των συμμετεχόντων φορέων και υπηρεσιών της περιφέρειας και γνωμοδοτεί για κάθε σχετικό ερώτημα που τίθεται από τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις ή τις Δημοτικές Αρχές της συγκεκριμένης περιφέρειας.
2. Λειτουργική διασύνδεση και συνεργασία μονάδων υγείας με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας. Σύμφωνα με το άρθρο 26 του Ν. 3370/2005, δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της υγείας που αναπτύσσονται από Κέντρα Υγείας, μπορούν να σχεδιάζονται σε συνεργασία με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας σε νομαρχιακό ή και περιφερειακό επίπεδο και να εντάσσονται στο στρατηγικό σχεδιασμό και στις προτεραιότητες της περιφέρειας. Επίσης, τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. συνεργάζονται με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας του νομού ή της περιφέρειας, συμμετέχοντας στη σύνταξη της αναφοράς υγείας και στο σχεδιασμό παρεμβάσεων Δημόσιας Υγείας.
3. Συντονισμός Πολιτικών και Δράσεων Δημόσιας Υγείας. Σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 3172/2003 συγκαλείται η Διαγραμματειακή Συντονιστική Δημόσιας Υγείας με σκοπό τη διαμόρφωση ενιαίας κατεύθυνσης της Δημόσιας Υγείας και την επίλυση σχετικών ζητημάτων διατομεακού χαρακτήρα.

Παρά την ύπαρξη νομοθετικού πλαισίου, μέχρι σήμερα δεν έχει επιτευχθεί αποτελεσματική διασύνδεση και συνεργασία των εμπλεκόμενων στην υλοποίηση δράσεων Δημόσιας Υγείας υπηρεσιών. Η λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών δεν μπορεί να αποτελεί μια προαιρετική δραστηριότητα «καλής θέλησης» ή «αλληλεγγύης» μεταξύ των υπηρεσιών και προαιρετικής εφαρμογής της κείμενης νομοθεσίας. Θα πρέπει να αποτελέσει μέθοδο διοίκησης και λειτουργίας προς την κατεύθυνση της αύξησης της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών. Συνεπώς, η οργάνωση της λειτουργικής διασύνδεσης πρέπει να προσεγγίζεται αυστηρά με όρους σύγχρονης διοίκησης υπηρεσιών και όχι ως μια πρωτοβουλία αλληλοβοήθειας.

Η προσέγγιση της λειτουργικής διασύνδεσης μέσα από την οπτική αυτή, τοποθετεί το ζήτημα της οργάνωσης της λειτουργικής διασύνδεσης ως ένα ζήτημα ανάπτυξης στρατηγικής συμμαχιών για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων, το οποίο υπόκειται στους κανόνες και στη μεθοδολογία της σύγχρονης και αποτελεσματικής διοίκησης.

Στόχοι

- Αποτελεσματική συνεργασία των υπηρεσιών.
- Διασφάλιση της συμπληρωματικότητας των δράσεων.
- Κινητοποίηση πρόσθετων ανθρώπινων και τεχνολογικών πόρων.
- Εξασφάλιση διαθεσιμότητας προσωπικού και τεχνογνωσίας όλων των ειδικοτήτων.
- Αύξηση της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων.
- Βελτίωση των μέτρων Δημόσιας Υγείας στις μονάδες υγείας.
- Αύξηση της κάλυψης του πληθυσμού με υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.
- Ορθολογική οργάνωση, διαχείριση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.
- Επίτευξη οικονομικών κλίμακας.

Ενέργειες Υλοποίησης

Καθορισμός θεσμικού (στις περιπτώσεις που υπάρχουν κενά), οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου λειτουργικής διασύνδεσης και συντονισμού, το οποίο θα πρέπει να λαμβάνει υπ' όψη τα κάτωθι:

Αναθεώρηση υφιστάμενων νομοθετικών διατάξεων. Η λειτουργική διασύνδεση των υπηρεσιών προϋποθέτει το κατάλληλο νομικό πλαίσιο και τη σαφή πολιτική βούληση για την υλοποίησή της. Για το λόγο αυτό κρίνεται αναγκαία η προσεκτική μελέτη και αναθεώρηση του υφιστάμενου νομικού πλαισίου, με σκοπό τη συμπλήρωση παραλείψεων και την αλλαγή διατάξεων που δεν αποδείχτηκαν αποτελεσματικές στο συντονισμό της συνεργασίας όλων των εμπλεκόμενων υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Επιπλέον, και όπως ιστορικά έχει αποδειχθεί στη χώρα μας, η απλή ύπαρξη του κατάλληλου νομικού πλαισίου δεν αποτελεί επαρκή συνθήκη για την ανάπτυξη της λειτουργικής συνεργασίας και διασύνδεσης των υπηρεσιών, εάν δε συνοδεύεται από την αναγκαία πολιτική βούληση για την υλοποίησή της. Η πολιτική βούληση αναφέρεται:

1. Στο επίπεδο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπου εκφράζεται με τις σχετικές αποφάσεις, εντολές, οδηγίες και ελέγχους

της πολιτικής ηγεσίας προς τους φορείς και τις διοικήσεις τους, καθώς και με πολυεπίπεδες υποστηρικτικές ενέργειες από τις κεντρικές υπηρεσίες του Υπουργείου προς τους εποπτευόμενους και συνεργαζόμενους φορείς.

2. Στο επίπεδο των διοικήσεων των Υγειονομικών Περιφερειών, οι οποίες έχουν αφενός την αρμοδιότητα της Δημόσιας Υγείας μέσω των Περιφερειακών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας και αφετέρου την ευθύνη του συντονισμού μεταξύ των νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας.
3. Στο επίπεδο των διοικήσεων των νοσοκομείων, οι οποίες πρέπει να λάβουν τα απαραίτητα μέτρα και να εκδώσουν αποφάσεις για να εποπτεύσουν με συνέπεια τις ενέργειες που πρέπει να υλοποιηθούν στο πλαίσιο της λειτουργικής διασύνδεσης.
4. Στο επίπεδο των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, οι οποίες θα πρέπει να επιδιώξουν να συμμετέχουν ενεργητικά σε κάθε επίπεδο συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία και να δώσουν τις σχετικές εντολές στις υπηρεσίες τους.

Αποφάσεις που να δεσμεύουν τους φορείς. Η οργάνωση της λειτουργικής διασύνδεσης και συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ. είναι σκόπιμο να μην περιορίζεται σε «πρωτοβουλιακού» χαρακτήρα συνεργασίες μεμονωμένων στελεχών, αλλά να είναι αποτέλεσμα αποφάσεων των διοικητικών οργάνων των φορέων, δηλαδή αποφάσεων που να δεσμεύουν τους φορείς ως προς την ανάληψη υποχρεώσεων για τη διάθεση των απαιτούμενων μέσων και την υλοποίηση των δράσεων. Οι δεσμευτικές αποφάσεις των διοικητικών οργάνων πρέπει να είναι συγκεκριμένες και να περιγράφουν με επάρκεια τον τρόπο υλοποίησης των δράσεων και το ρόλο των εμπλεκόμενων υπηρεσιών.

Καθορισμός προτεραιοτήτων και στόχων. Η οργάνωση της λειτουργικής διασύνδεσης και συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία πρέπει να εξυπηρετεί συγκεκριμένες προτεραιότητες και να έχει συγκεκριμένους στόχους. Η απλή διακήρυξη της πρόθεσης συνεργασίας δεν είναι αρκετή για να οδηγήσει σε αποτελέσματα.

Οι προτεραιότητες και οι στόχοι της συνεργασίας θα πρέπει:

1. Να καθορίζονται με βάση τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.
2. Να είναι ρεαλιστικοί και να μπορούν να εξυπηρετηθούν από τις υφιστάμενες υπηρεσίες.
3. Να είναι εξίσου κατανοητοί και αποδεκτοί από όλους τους εμπλεκόμενους. Οι πιθανότητες επίτευξης λειτουργικής συνεργασίας σε στόχους που επιβάλλονται από οποιονδήποτε, χωρίς να γίνουν αποδεκτοί από όλους, είναι εξαιρετικά μικρές και το αποτέλεσμα της συνεργασίας επισφαλές.

Πρόγραμμα δράσης. Ο καθορισμός των προτεραιοτήτων και των στόχων πρέπει να συνοδεύεται από την κατάρτιση ενός συγκεκριμένου προγράμματος δράσης, το οποίο θα περιλαμβάνει:

- τις κύριες δράσεις που θα αναληφθούν,
- την ποσοτική έκφραση των στόχων κάθε δράσης,
- τους φορείς που θα τους υλοποιήσουν,
- την κατανομή ρόλων για την υλοποίηση κάθε δράσης,
- τους ανθρώπινους, τεχνολογικούς και οικονομικούς πόρους που θα χρησιμοποιηθούν,
- τον ενδεχόμενο προϋπολογισμό και τη χρηματοδότηση κάθε δράσης του προγράμματος,
- το χρονοδιάγραμμα των ενεργειών,
- το μηχανισμό συντονισμού και παρακολούθησης του προγράμματος,

- καθώς και τον υπεύθυνο συντονισμού,
- τη διαδικασία αξιολόγησης του προγράμματος,
 - τη διαδικασία ενημέρωσης των διοικήσεων και της κοινωνίας, όπου αυτό απαιτείται.

Κατανομή αρμοδιοτήτων. Η οργάνωση της λειτουργικής διασύνδεσης και συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία επιβάλλει τη συγκεκριμένη κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων. Η κατανομή αρμοδιοτήτων δεν πρέπει να αφορά μόνο στο σκέλος της υλοποίησης των δράσεων, αλλά και στο σκέλος της διοίκησης και του συντονισμού. Πρέπει δηλαδή να αποφεύγεται με κάθε τρόπο ένα μοντέλο συνεργασίας το οποίο επιβάλλει μόνο «υποχρεώσεις» σε έναν εμπλεκόμενο, χωρίς να του αναγνωρίζει δικαίωμα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, δηλαδή στη διοίκηση.

Κανόνες και διαδικασίες. Η οργάνωση της λειτουργικής διασύνδεσης και συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία πρέπει να διέπεται από συγκεκριμένους κανόνες και διαδικασίες για τον τρόπο της υλοποίησής της. Η αναγκαιότητα αυτή είναι θεμελιώδης, δεδομένου ότι ο συγκεκριμένος τρόπος διασυνδετικής λειτουργίας των υπηρεσιών είναι εκτός της καθημερινής πρακτικής και της δεδομένης εμπειρίας των υπηρεσιών, ώστε να αναπαραχθεί αυτόματα. Η σαφής και συμφωνημένη περιγραφή των διαδικασιών εκτέλεσης των επιμέρους ενεργειών αποτελεί το μόνο τρόπο που μπορεί να εξασφαλίσει την απρόσκοπτη υλοποίησή τους. Ο καθορισμός των διαδικασιών απαντά σε πολυάριθμα απλά ερωτήματα, τα οποία ανακύπτουν σε κάθε συνεργασία μεταξύ υπηρεσιών.

Ανάθεση συντονισμού. Η οργάνωση της λειτουργικής διασύνδεσης και συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία στο πλαίσιο μιας λογικής σύγχρονης διοίκησης, επιβάλλει τη συγκεκριμένη ανάθεση του συντονισμού της σε ορισμένο πρόσωπο ή ορισμένο όργανο. Η ανάθεση του συντονισμού πρέπει να γίνει κατά τρόπο, ώστε ο υπεύθυνος συντονισμού:

1. Να διαθέτει τα προσόντα για την άσκηση του συντονισμού.
2. Να έχει την επίσημη και με αποφάσεις των αρμόδιων οργάνων διατυπωμένη αποδοχή του συντονιστικού του ρόλου από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς.
3. Να έχει την απαιτούμενη εξουσιοδότηση για τη λήψη αποφάσεων και την άσκηση των αρμοδιοτήτων συντονισμού.
4. Να ελέγχεται περιοδικά για την ικανοποιητική άσκηση των αρμοδιοτήτων συντονισμού.

Περιοδική παρακολούθηση και αξιολόγηση. Η υλοποίηση του προγράμματος δράσης στο πλαίσιο της λειτουργικής διασύνδεσης και συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία πρέπει να υφίσταται συστηματική παρακολούθηση και περιοδική αξιολόγηση σε ότι αφορά στην αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητά του, στο βαθμό προόδου των προβλεπόμενων δράσεων και ενεργειών, καθώς και στο βαθμό επίτευξης των στόχων της. Η διαδικασία αυτή πρέπει να είναι συμφωνημένη εκ των προτέρων και να εντάσσεται σε συγκεκριμένο χρονοδιάγραμμα. Οφείλει ακόμη να μην είναι μια «διαδικασία χωρίς συνέπειες», αλλά να συνοδεύεται από τις απαραίτητες διορθωτικές κινήσεις ή αποφάσεις.

Απόδοση ευθυνών. Η περιοδική και η τελική αξιολόγηση της προόδου και των αποτελεσμάτων της λειτουργικής συνεργασίας για τη Δημόσια Υγεία πρέπει να συνοδεύεται από την απαιτούμενη αναγνώριση, αλλά και απόδοση ευθυνών.

Η λειτουργική διασύνδεση και συνεργασία μεταξύ δημόσιων φορέων και μετά από σχετικές αποφάσεις των οργάνων διοίκησης, δε συνιστά μια οικειοθελή και προαιρετική κοινωνική πρωτοβουλία, αλλά αποτελεί υπηρεσιακό καθήκον και υποχρέωση.

Η αναγνώριση της αποτελεσματικότητας και η απόδοση ευθυνών απορρέουν ακριβώς

από την υπηρεσιακή φύση της συνεργασίας, αλλά και αναδεικνύουν τη σοβαρότητα και τη σημασία της συνεργασίας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υγειονομικές Περιφέρειες, Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Υπουργείο Περιβάλλοντος, Χωροταξίας και Δημοσίων Έργων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστημιακές Σχολές.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2010: Θεσμικό, οργανωτικό, λειτουργικό πλαίσιο.

2008 - 2010: Πρότυπα και διαδικασίες.

2008 - 2010: Ενέργειες διαβούλευσης.

Δράση 3. Η Υγεία του Πληθυσμού: Η Στρατηγική για την Αντιμετώπιση Σημαντικών Παραγόντων Κινδύνου της Υγείας

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία είναι το πρώτο σχέδιο εθνικής στρατηγικής στην υγειονομική ιστορία της χώρας, το οποίο θέτει ξεκάθαρα τους στόχους της πολιτείας για την προάσπιση και προαγωγή της υγείας των κατοίκων της χώρας και, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, θα υποβληθεί από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη Βουλή για έγκριση.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία σχεδιάστηκε μετά από ανάλυση των διαθέσιμων επιδημιολογικών δεδομένων, τις κατευθύνσεις της πολιτικής και διοικητικής ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τη γνωμοδότηση και συναίνεση της επιστημονικής κοινότητας και της Κοινωνίας των Πολιτών και είναι αποτέλεσμα εκτεταμένης δημόσιας διαβούλευσης με όλα τα συμβαλλόμενα μέρη. Επιπλέον, ο σχεδιασμός βασίστηκε στις κατευθυντήριες οδηγίες, στους στόχους και στη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αναφορικά με τη Δημόσια Υγεία.

Το Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία αποτελείται από ένα συνολικό σχέδιο, το οποίο περιγράφει τους τομείς της Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας και θέτει οριζόντιους στόχους και πολιτικές για τη βελτίωση και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας, και από 16 ειδικά Σχέδια Δράσης, τα οποία προτείνουν στρατηγική και δράσεις για την ολιστική διαχείριση και αντιμετώπιση καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του ελληνικού πληθυσμού.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία στοχεύει στην αποτελεσματική προστασία και προαγωγή υγείας, μέσω της διαμόρφωσης μέτρων, προγραμμάτων, δομών και σύγχρονης αντίληψης για την πρόληψη.

Τα ειδικά Εθνικά Σχέδια Δράσης για την αντιμετώπιση σημαντικών ζητημάτων Δημόσιας Υγείας είναι:

- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το HIV/AIDS.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ναρκωτικά.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα.

- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Μεταδοτικά Νοσήματα.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

Το σύνολο των προτεινόμενων δράσεων των ειδικών Σχεδίων Δράσης προϋπολογίστηκε ολιστικά, σε συνάρτηση τόσο με τις επικαλυπτόμενες δράσεις άλλων σχεδίων, όσο και με τις οριζόντιες δράσεις του συνολικού σχεδίου, με στόχο την άρση των αλληλοεπικαλύψεων και τη δημιουργία ενός οριζόντιου και ολιστικού προϋπολογισμού για τη Δημόσια Υγεία.

Συνοπτική παρουσίαση των στόχων και των δράσεων των ειδικών Εθνικών Σχεδίων Δράσης παρουσιάζονται στην συνέχεια του κειμένου, ενώ αναλυτικά κείμενα των σχεδίων και των αντίστοιχων οικονομοτεχνικών μελετών υπάρχουν διαθέσιμα στην ιστοσελίδα www.ygeianet.gov.gr.

Δράση 3.1 Υγιεινή Διατροφή

Η διάδοση και η υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών αποτελεί καθοριστικό παράγοντα προάσπισης της ατομικής υγείας, καθώς και βασικό συντελεστή προαγωγής της Δημόσιας Υγείας. Η δραστική αλλαγή του σύγχρονου τρόπου ζωής, η μείωση του ελεύθερου χρόνου, η μετεξέλιξη της οικογενειακής δομής και η επακόλουθη υιοθέτηση νέων διατροφικών συνηθειών, που οδηγούν στην κατανάλωση έτοιμου και τυποποιημένου φαγητού, είναι μια από τις πιο σοβαρές προκλήσεις για τη Δημόσια Υγεία στη σημερινή εποχή (WHO 2005). Την ίδια στιγμή, η συστηματική καλλιέργεια αισθητικών προτύπων που αποκλίνουν από μια υγιή στάση ζωής, σε συνδυασμό με την εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας, αυξάνουν τη συχνότητα νοσημάτων, που συνδέονται με διατροφικές διαταραχές.

Στην Ελλάδα τα σύγχρονα διατροφικά πρότυπα ακολουθούν μια πορεία που μας απομακρύνει όλο και περισσότερο από την επιθυμητή κατεύθυνση (Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος 2008). Η θερμιδική πρόσληψη έχει φθάσει στην κορυφή της Ευρώπης, η κατανάλωση λιπιδίων βρίσκεται σε ιστορικά υψηλά επίπεδα, ενώ οι χαμηλοί δείκτες θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και ορισμένους καρκίνους που συνδέονται με τη διατροφή είναι πλέον παρελθόν. Τα μόνα στοιχεία που μπορούν να επιτρέψουν μια συγκρατημένη αισιοδοξία είναι η αυξημένη κατανάλωση φυτικών τροφίμων και ορισμένα στοιχεία της διατροφικής παράδοσης, εφόσον και αυτά μπορέσουν να αξιοποιηθούν. Τα δεδομένα αυτά καθιστούν επιτακτική την ανάγκη ανάληψης στοχευμένων πρωτοβουλιών και δράσεων, που θα φέρουν τη διατροφική πολιτική στο επίκεντρο της εθνικής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία.

Σκοπός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές είναι η θεμελίωση μιας ολοκληρωμένης πολιτικής για την προώθηση της υγιεινής διατροφής, την καταπολέμηση της παχυσαρκίας και τη μείωση όλων των διατροφοεξαρτώμενων νοσημάτων στο γενικό πληθυσμό, και η ανάδειξη και αξιοποίηση της παραδοσιακής ελληνικής διατροφής, ως παράγοντα προάσπισης της υγείας.

Στους στόχους του Εθνικού Σχεδίου Δράσης περιλαμβάνονται:

- Η ανάπτυξη συστήματος παρακολούθησης της εξέλιξης και των χαρακτηριστικών της διατροφής στην Ελλάδα, των τάσεων στη συχνότητα της παχυσαρκίας, καθώς και των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.
- Μέχρι το 2012, ανακοπή στην τάση αύξησης της μέσης θερμιδικής πρόσληψης στο σύνολο του πληθυσμού και μέχρι το 2020 περιορισμός της θερμιδικής πρόσληψης κατά 10%.
- Μέχρι το 2012, αύξηση της κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, οσπρίων και ανεπεξέργαστων καρπών και μείωση της κατανάλωσης ζάχαρης.
- Μέχρι το 2012, ανακοπή στην τάση αύξησης της κατανάλωσης λιπιδίων και μέχρι το 2020, περιορισμός της λιπιδιακής πρόσληψης κατά 20%.
- Στοχευμένες δράσεις, ώστε μέχρι το 2012 να ανακοπεί η τάση αύξησης της θερμιδικής και λιπιδιακής πρόσληψης στα παιδιά και μέχρι το 2020 να μειωθεί στο επίπεδο των συστάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Διατροφή και τις Διατροφικές Διαταραχές

1ος Άξονας: Πρόληψη - Προώθηση Υγιεινών Διαιτητικών Επιλογών

- Δράση 1: Προώθηση της Επισήμανσης των Τροφίμων
 Δράση 2: Μέτρα για τη Διαφήμιση και το Marketing
 Δράση 3: Αύξηση της Κατανάλωσης Οσπρίων, Λαχανικών και Ψαριών και Μείωση της Κατανάλωσης Κρέατος.
 Δράση 4: Εφαρμογή των Αρχών Σωστής Διατροφής στην Ομαδική Τροφοδοσία (Ευθύνης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης)
 Δράση 5: Ασφάλεια των Τροφίμων
 Δράση 6: Ενημέρωση του Γενικού Πληθυσμού για την Υγιεινή Διατροφή και τη Σωματική Δραστηριότητα
 Δράση 7: Δράσεις Ενημέρωσης για την Πρόληψη των Διατροφικών Διαταραχών (Νευρική Ανορεξία - Βουλιμία)
 Δράση 8: Προώθηση Προτύπων και Συμπεριφορών Υγιεινής Διατροφής και Σωματικής Άσκησης στα Παιδιά και στους Νέους για την Πρόληψη της Παιδικής Παχυσαρκίας
 Δράση 9: Το 5λεπτο του Φρούτου.
 Δράση 10: Προώθηση Υγιεινών Διατροφικών Προτύπων και Συμπεριφορών στους Χώρους Εργασίας
 Δράση 11: Πρόληψη Διαταραχών Πρόσληψης της Διατροφής

2ος Άξονας: Έγκαιρη Διάγνωση και Θεραπεία

- Δράση 1: Ενίσχυση και Επέκταση της Λειτουργίας των Ιατρείων Παχυσαρκίας στο Πλαίσιο του Ε.Σ.Υ.
- Δράση 2: Πιστοποίηση Ιδιωτικών Φορέων Αντιμετώπισης της Παχυσαρκίας και Συμβουλευτικών Υπηρεσιών Διατροφής - Διαιτολογίας
- Δράση 3: Δημιουργία Δικτύου Φροντίδας για την Αντιμετώπιση των Διαταραχών της Διατροφής
-
-

3ος Άξονας: Διατομεακή Συνεργασία για μια Εθνική Διατροφική Πολιτική

- Δράση 1: Διατομεακή Συνεργασία για την Επίτευξη των Στόχων της Εθνικής Διατροφικής Πολιτικής
- Δράση 2: Συνεργασία με τη Βιομηχανία και το Εμπόριο Τροφίμων
- Δράση 3: Συνεργασία για την Αντιμετώπιση του Περιβάλλοντος που Προκαλεί Παχυσαρκία
-
-

4ος Άξονας: Επιστημονική Υποστήριξη, Παρακολούθηση και Αξιολόγηση

- Δράση 1: Ερευνητικά Προγράμματα
- Δράση 2: Ο Υγειονομικός Χάρτης
- Δράση 3: Εκπαίδευση Στελεχών Υγείας στην Πρόληψη και Αντιμετώπιση των Διατροφικών Διαταραχών
- Δράση 4: Εθνικό Μητρώο Διαιτολόγων - Διατροφολόγων

Δράση 3.2 Η Αντιμετώπιση του Καρκίνου

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, 1 στους 3 κατοίκους του πλανήτη θα προσβληθεί από καρκίνο σε κάποια στιγμή της ζωής του (WHO 2008b). Ο καρκίνος μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία και μας αφορά όλους, παρ' ότι η συχνότητα εμφάνισής του είναι υψηλότερη στους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας. Στη χώρα μας, με βάση τα στοιχεία της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας (Ε.Σ.Υ.Ε. 2006), ο καρκίνος αποτελεί τη 2η αιτία θανάτου (24,4%) μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα (29,4%), ενώ αυξητική τάση παρουσιάζει τόσο η συνολική, όσο και η κατά αιτία θνησιμότητα από καρκίνο (IARC 2008).

Τα δεδομένα αυτά, σε συνδυασμό με την αύξηση της συχνότητας των παραγόντων κινδύνου που προκαλούν καρκίνο, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, ο σύγχρονος τρόπος ζωής με την υιοθέτηση ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών, η έλλειψη άσκησης, η δραματική αλλαγή του περιβάλλοντος, υπαγορεύουν τη λήψη άμεσων και δραστικών μέτρων για τον έλεγχο και περιορισμό του καρκίνου.

Σκοπός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο είναι η συστράτευση όλων των επιστημονικών και κοινωνικών δυνάμεων που μάχονται κατά του καρκίνου, η διάδοση προληπτικού πολιτισμού κατά του καρκίνου, η ανάδειξη της σημαντικότητας της έγκαιρης διάγνωσης και η ποιοτική αναβάθμιση των θεραπευτικών ογκολογικών δομών της χώρας.

Η θεμελίωση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο, έρχεται να καλύψει το κενό που συνεχώς μεγάλωνε τα τελευταία χρόνια, καθώς, ενώ αυξανόταν το ειδικό βάρος της νοσοκομειακής/ θεραπευτικής ιατρικής, η πρόληψη περιοριζόταν κυρίως στο διαγνωστικό - εργαστηριακό τομέα. Η επιδίωξη αυτή συνεπάγεται αλλαγές στις πολιτικές του κράτους και των αντίστοιχων υπηρεσιών για τον καρκίνο, τη δημιουργία μιας ενιαίας πολιτικής πρόληψης και επικοινωνίας σε πανεθνικό επίπεδο, την ανάπτυξη ατομικής ευθύνης και δεξιοτήτων αντίστασης σε πρότυπα συμπεριφοράς που βλάπτουν την υγεία, την ενίσχυση των κοινωνικών δομών και της κοινωνικής υποστήριξης, την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας που εμπλέκονται στη διάγνωση, τη θεραπεία και στην αποκατάσταση του καρκίνου, την οργανωτική διασύνδεση του εθελοντικού τομέα με το υγειονομικό σύστημα για τον καρκίνο, καθώς και την οριζόντια συνεργασία των υπηρεσιών υγείας μεταξύ τους.

Στους στόχους του Εθνικού Σχεδίου Δράσης περιλαμβάνονται:

- Η ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος καταγραφής των νέων περιπτώσεων και θανάτων από καρκίνο, για τη συλλογή έγκαιρης και έγκυρης πληροφορίας, με σκοπό την ορθολογιστική αντιμετώπιση των πόρων για την υγεία και τη χάραξη στοχευμένης αντικαρκινικής πολιτικής.
- Η συστηματική παρακολούθηση των διαχρονικών τάσεων της κατά αιτίας θνησιμότητας και νοσηρότητας από καρκίνο.
- Η δημιουργία βασικών δεικτών απόδοσης (key performance indicators) ανά μονάδα, τμήμα ή κέντρο που εμπλέκεται στη διάγνωση και στη θεραπεία του καρκίνου για την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών.
- Η ανακοπή στην αυξητική τάση της συνολικής θνησιμότητας από καρκίνο και μέχρι το 2020 μείωσή της κατά 10%.
- Η ανακοπή στην αυξητική τάση της κατά αιτία θνησιμότητας από τους πιο συχνούς τύπους καρκίνου, όπως καρκίνος του πνεύμονα, του μαστού, του παχέος εντέρου και του προστάτη, και μέχρι το 2020 μείωση της κατά αιτία θνησιμότητας, κατά μέσο όρο 10%.
- Η ανακοπή στην αυξητική τάση της συχνότητας καπνίσματος.
- Η ανακοπή στην αυξητική τάση της συχνότητας κατανάλωσης αλκοόλ.
- Η αύξηση της πρόσληψης φρούτων και λαχανικών και μείωση της θερμιδικής και λιπιδιακής πρόσληψης μέχρι το 2020 κατά 10% στους ενήλικες και κατά 20% στα παιδιά.
- Η αύξηση της 5ετούς επιβίωσης κατά 5% ανά πενταετία με την εφαρμογή έγκαιρης διάγνωσης και αποτελεσματικών θεραπειών.
- Μέχρι το 2012, αύξηση της προσβασιμότητας των πολιτών σε υπηρεσίες πληθυσμιακού προσυμπτωματικού ελέγχου (screening).
- Μέχρι το 2012, αναβάθμιση, αναδιοργάνωση και πιστοποίηση όλων των υπηρεσιών υγείας που εμπλέκονται στην πρόληψη, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση του καρκίνου.
- Μέχρι το 2012, εξειδίκευση και πιστοποίηση όλων των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στη διάγνωση, στη θεραπεία και στη διαχείριση του καρκίνου.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Καρκίνο

1ος Άξονας: Έρευνα

- Δράση 1: Οργάνωση και Λειτουργία του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών (E.A.N.)
 Δράση 2: Χαρτογράφηση Γονιδιακών Αλλοιώσεων σε Ογκολογικούς Ασθενείς
 Δράση 3: Αξιοποίηση Υπαρχόντων Δικτύων και Σύνδεση με Υπάρχουσες Βάσεις Δεδομένων
 Δράση 4: Ερευνητικά Προγράμματα

2ος Άξονας: Πρόληψη

- Δράση 1: Εθνική Αντικαρκινική Εκστρατεία
 Δράση 2: Πρόγραμμα Αγωγής Υγείας στα Σχολεία «Η Ζωή Έχει Χρώμα»
 Δράση 3: Εθνικός Διαδικτυακός Κόμβος για τον Καρκίνο
 Δράση 4: Μείωση της Επίπτωσης Καρκίνου που Σχετίζεται με το Κάπνισμα
 Δράση 5: Μείωση της Επίπτωσης Καρκίνου που Σχετίζεται με το Αλκοόλ
 Δράση 6: Μείωση της Επίπτωσης Καρκίνου που Σχετίζεται με τους Διατροφικούς Παράγοντες
 Δράση 7: Μείωση της Έκθεσης στην Ηλιακή (UV) Ακτινοβολία
 Δράση 8: Μείωση της Επίπτωσης του Καρκίνου που Σχετίζεται με Λοιμώδεις Παράγοντες

3ος Άξονας: Έγκαιρη Διάγνωση

- Δράση 1: Εθνικές Συστάσεις για τη Διενέργεια Πρόληπτικού - Προσυμπτωματικού Ελέγχου
 Δράση 2: Δημιουργία Εθνικών Προγραμμάτων Προσυμπτωματικού - Πληθυσμιακού Ελέγχου
 Δράση 3: Δημιουργία Κέντρων Πρόληψης και Έγκαιρης Διάγνωσης
 Δράση 4: Δημιουργία Κινητών Μονάδων για την Εφαρμογή του Προσυμπτωματικού Πληθυσμιακού Ελέγχου (screening) σε Απομακρυσμένες Περιοχές της Χώρας
 Δράση 5: Αξιολόγηση Κέντρων που Παρέχουν Προσυμπτωματικό - Πληθυσμιακό Έλεγχο

4ος Άξονας: Πιστοποίηση και Αναβάθμιση Υπηρεσιών

- Δράση 1: Θέσπιση Προδιαγραφών Πιστοποίησης Όλων των Υπηρεσιών που Εμπλέκονται στη Διάγνωση και στη Θεραπεία για τον Καρκίνο
 Δράση 2: Θέσπιση Κριτηρίων Εξειδίκευσης του Προσωπικού Υγείας
 Δράση 3: Πιστοποίηση - Αναβάθμιση Ογκολογικών Κλινικών
 Δράση 4: Πιστοποίηση - Αναβάθμιση Ακτινοδιαγνωστικών/ Ακτινοθεραπευτικών Τμημάτων
 Δράση 5: Βελτίωση της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών σε Παιδιά και Έφηβους με Καρκίνο

5ος Άξονας: Διαχείριση και Φροντίδα της Νόσου του Ασθενούς και της Οικογένειάς του

- Δράση 1: Προστασία Ατομικών Δικαιωμάτων Ασθενών
 Δράση 2: Δημιουργία (Μικτών) Ξενώνων Φιλοξενίας
 Δράση 3: Λειτουργία Ιατρικών Πόνου
 Δράση 4: Δημιουργία Υπηρεσιών «Κατ' Οίκον Νοσηλείας»
 Δράση 5: Ίδρυση Μονάδων Παροχής Ανακουφιστικής - Παρηγορητικής Φροντίδας
 Δράση 6: Ίδρυση και Λειτουργία Ξενώνων Νοσηλευτικής Φροντίδας και Ανακουφιστικής Αγωγής Ασθενών Τελικού Σταδίου (Hospices)
 Δράση 7: Έναρξη Λειτουργίας Ειδικού Κέντρου Αποθεραπείας Ασθενών με Καρκίνο - Παιανία Αττικής

6ος Άξονας: Εκπαίδευση

- Δράση 1: Εκπαίδευση των Ογκολογικών Ασθενών και των Συγγενών τους
 Δράση 2: Εκπαίδευση Προσωπικού Υγείας

Δράση 3.3 Η Μείωση της Συχνότητας των Καρδιαγγειακών Νοσημάτων

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα σήμερα αποτελούν μεγάλο ιατρικό, αλλά και κοινωνικό, πρόβλημα, καθώς κατέχουν την πρώτη θέση στις αιτίες θανάτου μεταξύ ανδρών και γυναικών τόσο στην Ευρώπη (2733rd Employment Social Policy Health and Consumer Affairs Council Meeting -Luxemburg- 1 and 2 June 2006), όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο, με τη χώρα μας να συγκαταλέγεται πλέον στο δυσμενή κατάλογο των χωρών που πλήττονται περισσότερο.

Με βάση τα στοιχεία του Π.Ο.Υ., το 80% των πρόωρων θανάτων προκαλούμενων από καρδιαγγειακά νοσήματα και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, θα μπορούσαν να αποφευχθούν με υγιεινή διατροφή, συστηματική φυσική δραστηριότητα και διακοπή του καπνίσματος (WHO 2003a).

Η στρατηγική του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα κινείται προς αυτή την κατεύθυνση. Προτείνει δηλαδή τη θεμελίωση μιας ολοκληρωμένης και βιώσιμης οριζόντιας πολιτικής με σκοπό:

- Την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Την αποτελεσματική θεραπεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Την αποδοτική και ποιοτική λειτουργία των υπηρεσιών που εμπλέκονται στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Την υλοποίηση των αναγκαίων πολιτικών και δράσεων μέσω στοχευμένων προγραμμάτων και παρεμβάσεων.

Στους στόχους του Εθνικού Σχεδίου Δράσης περιλαμβάνονται:

- Η σταδιακή και μετρήσιμη μείωση της νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα έως και 10% μέχρι το 2012.
- Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης των ασθενών και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους.
- Η αύξηση της προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου (screening).
- Η αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των υπηρεσιών που εμπλέκονται στην πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.
- Η ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών που εμπλέκονται στην πρόληψη, στη θεραπεία και στην αποκατάσταση των καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα

1ος Άξονας: Πρωτογενής Πρόληψη - Έλεγχος και Περιορισμός των Παραγόντων Κινδύνου

- Δράση 1: Υγιεινή Διατροφή - Πρόληψη της Παχυσαρκίας
- Δράση 2: Περιορισμός του Καπνίσματος
- Δράση 3: Περιορισμός της Κατανάλωσης Αλκοόλ
- Δράση 4: Ανάπτυξη Ολοκληρωμένων Προγραμμάτων Πρόληψης και Προαγωγής Υγείας σε Παιδιά και Νέους
- Δράση 5: Ανάπτυξη Προγραμμάτων Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας στους Εργασιακούς Χώρους
- Δράση 6: Εκστρατεία Πληροφόρησης και Αγωγής Υγείας του Γενικού Πληθυσμού
- Δράση 7: Εκστρατεία Ενημέρωσης για την Προαγωγή της Σωματικής Δραστηριότητας

2ος Άξονας: Δευτερογενής Πρόληψη - Προσυμπτωματικός Πληθυσμιακός Έλεγχος Παθολογικών Παραγόντων Κινδύνου

- Δράση 1: Εθνικά, Περιφερειακά και Τοπικά Προγράμματα για την Έγκαιρη Διάγνωση και τον Έλεγχο της Υπέρτασης
- Δράση 2: Εθνικά, Περιφερειακά και Τοπικά Προγράμματα για την Έγκαιρη Ανίχνευση και Έλεγχο του Σακχαρώδη Διαβήτη
- Δράση 3: Εθνικά, Περιφερειακά και Τοπικά Προγράμματα για την Έγκαιρη Ανίχνευση και τον Έλεγχο της Υπερχοληστεριναιμίας

3ος Άξονας: Αναβάθμιση Ποιότητας Θεραπευτικών Υπηρεσιών

- Δράση 1: Δευτεροβάθμια Περίθαλψη - Ενίσχυση και Βελτίωση των Καρδιολογικών Κλινικών στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.
- Δράση 2: Τριτοβάθμια Περίθαλψη - Δίκτυο Πρότυπων Καρδιολογικών Κέντρων Αναφοράς στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία
- Δράση 3: Πιστοποίηση Ιδιωτικών Θεραπευτικών Μονάδων

4ος Άξονας: Διατομεακή Συνεργασία

- Δράση 1: Διατομεακή Συνεργασία για την Προώθηση της Υγιεινής Διατροφής και τον Έλεγχο της Παχυσαρκίας
- Δράση 2: Διατομεακή Συνεργασία για το Κάπνισμα και το Αλκοόλ
- Δράση 3: Διατομεακή Συνεργασία στην Πληροφόρηση και Αγωγή Υγείας

5ος Άξονας: Έρευνα

- Δράση 1: Ερευνητικά Προγράμματα

Δράση 3.4 Η Μείωση των Μεταδοτικών Νοσημάτων

Στην Ευρώπη η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, ο συστηματικός εμβολιασμός και η εφαρμογή πολλών και διαφορετικών προληπτικών μέτρων είχε ως αποτέλεσμα την αποτελεσματική καταπολέμηση των μεταδοτικών νοσημάτων και τη σημαντική

μείωση του ποσοστού θνησιμότητας και νοσηρότητας που οφείλεται σε αυτά τα νοσήματα. Όμως η εύκολη και ταχεία μετακίνηση πληθυσμών, η μη εξάλειψη ορισμένων μεταδοτικών νοσημάτων, η επανεμφάνιση άλλων που είχαν εκριζωθεί και η εμφάνιση νέων υποδεικνύει και επιβάλλει την ανάγκη συνεχούς επαγρύπνησης και επιτήρησης των μεταδοτικών νοσημάτων.

Στους παράγοντες που ευθύνονται για την επανεμφάνιση παλαιών μεταδοτικών νοσημάτων συμπεριλαμβάνονται:

- Η μαζική και γρήγορη μετακίνηση του πληθυσμού με αερομεταφορές.
- Η μη ελεγχόμενη είσοδος μεταναστών και υπηκόων τρίτων χωρών στη χώρα μας.
- Η ανάπτυξη ανθεκτικότητας αρκετών μικροβίων στα αντιβιοτικά, λόγω κατάχρησης των τελευταίων.
- Τα λάθη στη στρατηγική κατά την εφαρμογή ευρέων προγραμμάτων εμβολιασμών, όπως εφησυχασμός και έλλειψη επιδημιολογικής εποπτείας στις υπηρεσίες υγείας μετά την αρχική ραγδαία μείωση των κρουσμάτων. Η ανεπαρκής καταγραφή της εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού - στόχου, η παρατηρούμενη αδυναμία προσπέλασης μειονοτικών ομάδων (π.χ. αθίγγανοι), η λανθασμένη επιλογή σχημάτων εμβολιασμών κ.λπ. (Λάγγας 2002).
- Η απουσία εκτεταμένων προγραμμάτων προσυμπτωματικού ελέγχου (screening) του πληθυσμού για νοσήματα, όπως η φυματίωση.

Ο αποτελεσματικός έλεγχος των μεταδοτικών νόσων στηρίζεται στην αποτελεσματική και συνεχή επιτήρηση. Ένα σύστημα επιδημιολογικής επιτήρησης που λειτουργεί ικανοποιητικά σε εθνικό επίπεδο είναι απαραίτητο για τη λήψη μέτρων για τον έλεγχο των λοιμώξεων, που αποτελούν προτεραιότητα και είναι ο ακρογωνιαίος λίθος του μηχανισμού λήψης αποφάσεων σε όλες τις χώρες. Η ανάπτυξη και ενδυνάμωση των εθνικών συστημάτων επιτήρησης απαιτεί μια ουσιαστική και μακρόχρονη δέσμευση ανθρώπινου δυναμικού και πόρων, που συνήθως ξεκινά με μια συστηματική εκτίμηση των δραστηριοτήτων του εθνικού συστήματος επιτήρησης.

Προς αυτή την κατεύθυνση έχει σχεδιαστεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων, το οποίο στοχεύει :

- Στην ανάπτυξη και επέκταση των συστημάτων επιτήρησης και καταγραφής των λοιμωδών κρουσμάτων, για τη συλλογή έγκαιρης και έγκυρης πληροφορίας, με σκοπό την άμεση παρέμβαση και πρόληψη των επιδημιών.
- Στη συστηματική παρακολούθηση των διαχρονικών τάσεων, ανά μεταδοτικό νόσημα.
- Στη συστηματική παρακολούθηση των γεωγραφικών διαφοροποιήσεων, ανά μεταδοτικό νόσημα.
- Στην επαγρύπνηση για την ανάδυση νέων νοσημάτων.
- Στην ανίχνευση ομάδων του πληθυσμού, που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο.
- Στην τακτική αξιολόγηση και επαναπροσδιορισμό των συστημάτων επιτήρησης και επιδημιολογικής παρακολούθησης, ώστε να ανταποκρίνονται στα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων

1ος Άξονας: Αναδιοργάνωση Υπηρεσιών

- Δράση 1: Ενίσχυση Υπηρεσιών Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Αναφορικά με την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων
- Δράση 2: Αναβάθμιση των Υπηρεσιών των Διευθύνσεων Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων (Δ.Υ.Ν.Α.) ως προς την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων
- Δράση 3: Αναδιοργάνωση των Κέντρων Αναφοράς και του Δικτύου Μικροβιολογικών Εργαστηρίων
- Δράση 4: Ανασυγκρότηση και Ενίσχυση της Λειτουργίας του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.) και Ενεργοποίηση Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.)
- Δράση 5: Δημιουργία Παρατηρητηρίου Υγείας των Μεταναστών και των Προσφύγων
- Δράση 6: Ενίσχυση του Γραφείου για τα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
- Δράση 7: Ενίσχυση του Γραφείου για τη Φυματίωση στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.
- Δράση 8: Αναδιοργάνωση - Ενίσχυση Υπηρεσιών που Εμπλέκονται στην Πρόληψη και στη Θεραπεία της Φυματίωσης

2ος Άξονας: Μέτρα και Προγράμματα

- Δράση 1: Προγράμματα Πρόληψης και Θεραπείας στους Χώρους Υποδοχής Μεταναστών
- Δράση 2: Θέσπιση Κριτηρίων Επιλογής για την Εισαγωγή ενός Νέου Εμβολίου
- Δράση 3: Εκπόνηση Μελετών Κόστους - Ωφέλειας
- Δράση 4: Εθνικό Αρχείο Εμβολιασμών
- Δράση 5: Σύσταση Δικτύου Επιτήρησης Παρενεργειών από τα Εμβόλια
- Δράση 6: Εκπόνηση Κατευθυντήριων Οδηγιών
- Δράση 7: Εμβολιαστική Κάλυψη Επαγγελματιών Υψηλού Κινδύνου
- Δράση 8: Εμβολιαστική Κάλυψη Ευπαθών Ομάδων Λόγω Ηλικίας ή Γενικής Κατάστασης Υγείας
- Δράση 9: Εμβολιαστική Κάλυψη Μειονοτικών Ομάδων, Τσιγγάνων και Μεταναστών

Δράση 3.5 Η Μείωση των Επιπτώσεων του Καπνίσματος

Το κάπνισμα είναι ένα φαινόμενο το οποίο έλαβε διαστάσεις παγκόσμιας πανδημίας στη διάρκεια του 20ου αιώνα. Λαμβάνοντας υπ' όψη τις καταστρεπτικές συνέπειες του καπνού στο καρδιαγγειακό, στο αναπνευστικό και στα άλλα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, σε συνδυασμό με την εξάρτηση, την οποία προκαλεί εξαιτίας της νικοτίνης, το κάπνισμα είναι ίσως ο βλαπτικότερος παράγοντας για την υγεία του ανθρώπου και η κυριότερη αιτία πρόωμης θνησιμότητας στις ανεπτυγμένες χώρες (Office for Official Publications of the European Communities 2004).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εκτιμά ότι το ένα τρίτο του παγκόσμιου ενήλικου

πληθυσμού, δηλ. 1,1 δισεκατομμύρια άνθρωποι, είναι καπνιστές και ότι ο καπνός προκαλεί 3,5 εκατομμύρια θανάτους ετησίως σε παγκόσμιο επίπεδο, ποσοστό που ισοδυναμεί με 10.000 θανάτους την ημέρα από ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι οφειλόμενοι στο κάπνισμα θάνατοι είναι περισσότεροι από το άθροισμα των θανάτων από πυροβόλα όπλα, τα ναρκωτικά, τις αυτοκτονίες, το AIDS και τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα. Με τον τρέχοντα ρυθμό εξέλιξης, μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 2020, οι θάνατοι θα έχουν αυξηθεί σε περίπου 10 εκατομμύρια ετησίως. Το κάπνισμα προκαλεί τουλάχιστον 25 απειλητικές για τη ζωή ασθένειες ή ομάδες ασθενειών και αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου σε οκτώ από τις 16 κύριες αιτίες θανάτου ανθρώπων ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών. Επίσης, το άμεσο και το έμμεσο κόστος της θεραπείας των νοσημάτων που σχετίζονται με το κάπνισμα αποτελεί τεράστια επιβάρυνση για τον προϋπολογισμό της υγείας παγκοσμίως (WHO 2007).

Λαμβάνοντας υπ' όψη ότι μια υπεύθυνη κοινωνική πολιτική οφείλει να δημιουργήσει ένα περιβάλλον στο οποίο το κάπνισμα δε θα θεωρείται πλέον φυσιολογικό, θα ενθαρρύνει τους καπνιστές να μειώσουν ή να σταματήσουν το κάπνισμα, θα τους στηρίζει κατά τη διαδικασία απεξάρτησης από το κάπνισμα και θα αποτρέπει τα παιδιά και τους νέους από το να αρχίσουν να καπνίζουν, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για το Κάπνισμα προτείνεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως μια αποτελεσματική και ολοκληρωμένη στρατηγική για την αντιμετώπιση του προβλήματος και ως το κατάλληλο σχέδιο για την υλοποίηση και την εφαρμογή στη χώρα μας της ευρωπαϊκής και της παγκόσμιας στρατηγικής κατά του καπνίσματος.

Σκοπός του Σχεδίου Δράσης είναι η οικοδόμηση μιας πολύπλευρης και ολοκληρωμένης πολιτικής για την πρόληψη και την καταπολέμηση του καπνίσματος, καθώς και η εφαρμογή των αναγκαίων δράσεων, πολιτικών και νομοθετικών ρυθμίσεων, στη βάση στοχευμένων προγραμμάτων, μέσω ενός αποτελεσματικού υγειονομικού και κοινωνικού συστήματος παρεμβάσεων και επικοινωνίας.

Στους στόχους του σχεδίου περιλαμβάνονται:

- Η ανάδειξη των κοινωνικών προκλήσεων που σηματοδοτεί η καπνιστική επιδημία και η οικοδόμηση ενός διαρκούς και καθημερινού αγώνα ενάντια στο κάπνισμα από το σύνολο της ελληνικής κοινωνίας.
- Η ανάδειξη νέων κοινωνικών προτύπων και αξιών για μια κοινωνία απαλλαγμένη από το κάπνισμα.
- Η ανάπτυξη οργανωτικών δομών, που θα αναλάβουν να ανταποκριθούν με επιτυχία στον κομβικό τους ρόλο για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.
- Η ανάπτυξη ενός συστήματος παρακολούθησης της εξέλιξης και των χαρακτηριστικών της καπνιστικής συνήθειας, καθώς και των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.
- Μέχρι το 2012 μετρήσιμη μείωση (10%) του ποσοστού καπνιστών στο γενικό πληθυσμό.

- Μέχρι το 2012, ουσιαστική και μετρήσιμη μείωση (15%) του ποσοστού καπνιστών στον πληθυσμό ηλικίας άνω των 15 ετών.
- Στοχευμένες δράσεις, ώστε μέχρι το 2012, να έχει μειωθεί το ποσοστό έναρξης του καπνίσματος στους εφήβους κατά 20% σε σχέση με τα σημερινά επίπεδα.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το Κάπνισμα

1ος Άξονας: Πρόληψη

- Δράση 1: Εθνικός Φορέας Πρόληψης του Καπνίσματος
 Δράση 2: Προειδοποιητική Σήμανση Επικινδυνότητας
 Δράση 3: Περιορισμός της Πρόσβασης των Νέων στα Προϊόντα Καπνού
 Δράση 4: Επέκταση της Απαγόρευσης του Καπνίσματος σε Δημόσιους Χώρους και Βελτίωση της Εποπτείας Εφαρμογής
 Δράση 5: Εφαρμογή της Σταδιακής Απαγόρευσης του Καπνίσματος σε Δημόσιους Χώρους
 Προώθηση της Ιδέας του «Καθαρού Από Καπνό Περιβάλλον»
 Δράση 6: Εθνικό Δίκτυο Πρόληψης
 Δράση 7: Εκστρατεία Ενημέρωσης του Γενικού Πληθυσμού για το Κάπνισμα
 Δράση 8: Αγωγή Υγείας στα Σχολεία
 Δράση 9: Αγωγή Υγείας στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση
 Δράση 10: Πρόγραμμα Τηλεσυμβουλευτικής «Quit line 1031»
 Δράση 11: Εθνικός Δικτυακός Τόπος για τις Εξαρτήσεις
 Δράση 12: Διεθνές Πρόγραμμα «Quit and Win - Κερδίζω Κόβοντας το Κάπνισμα»

2ος Άξονας: Θεραπεία - Απεξάρτηση

- Δράση 1: Αντικαπνιστικά Ιατρεία στο Ε.Σ.Υ.
 Δράση 2: Προώθηση της Παροχής Φαρμακευτικής Θεραπείας Απεξάρτησης
 Δράση 3: Ένταξη των Ιδιωτικών Αντικαπνιστικών Ιατρείων στους Φορείς Παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

3ος Άξονας: Συντονισμός, Διατομεακή Συνεργασία και Κοινωνική Συμμετοχή

- Δράση 1: Διατομεακή Συνεργασία Κατά του Καπνίσματος
 Δράση 2: Κοινωνική Συμμετοχή και Αλλαγή Κοινωνικών Προτύπων και Συμπεριφορών Σχετικά με το Κάπνισμα

4ος Άξονας: Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση

- Δράση 1: Ο Υγειονομικός Χάρτης
 Δράση 2: Εκπαίδευση Στελεχών Υγείας στις Μεθόδους Διακοπής Καπνίσματος
 Δράση 3: Εκπαίδευση Στελεχών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

Δράση 3.6 Η Μείωση των Επιπτώσεων από το Αλκοόλ

Η επιβλαβής και παρατεταμένη κατανάλωση αλκοολούχων ποτών έχει επιπτώσεις στην υγεία και στην κοινωνική ζωή του ατόμου, διαμέσου της τοξίκωσης (οξείας μέθης), της εξάρτησης και των άλλων βιοχημικών επιπτώσεων της αλκοόλης, ενώ παράλληλα, συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση των τραυματισμών, των χαμένων εργατοωρών και των συνεπακόλουθων θανάτων ή αναπηριών. Επιπλέον, η κατανάλωση αλκοόλ έχει σημαντικές κοινωνικές επιπτώσεις, που αφορούν στο περιβάλλον των χρηστών και στις οικογένειές τους. Είναι χαρακτηριστικό ότι το υπολογιζόμενο κοινωνικό κόστος λόγω προβλημάτων αλκοόλ, εκφρασμένο ως ποσοστό του Ακαθάριστου Εθνικού Προϊόντος (Α.Ε.Π.), ανέρχεται στο 3% (Klingemann 2001).

Το αλκοόλ, εκτός από ουσία εξάρτησης, αποτελεί και την αιτία 60 περίπου διαφορετικών ασθενειών και ιατρικών καταστάσεων, συμπεριλαμβάνοντας τραυματισμούς, ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, γαστρεντερικά προβλήματα, καρκίνο, καρδιαγγειακά νοσήματα, ανοσολογικές διαταραχές, αναπνευστικά νοσήματα, σκελετικές και μυϊκές παθήσεις, αναπαραγωγικές διαταραχές και περιγεννητικές καταστάσεις με αυξημένο κίνδυνο προωρότητας και ελλιποβαρών νεογνών.

Από στοιχεία του Εθνικού Κέντρου Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν.), φαίνεται ότι περίπου 200.000 άτομα στην Ελλάδα πάσχουν από αλκοολική εξάρτηση και 5.000 θάνατοι οφείλονται σε αιτίες που σχετίζονται με την κατάχρηση αλκοόλ (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ. 2007).

Από την οπτική της Δημόσιας Υγείας, τα παραπάνω δεδομένα επιβάλλουν την αντιμετώπιση του αλκοόλ ως σημαντικού παράγοντα κινδύνου και οδηγούν στην ανάγκη ανάπτυξης μιας συγκροτημένης στρατηγικής για την αντιμετώπισή του. Μιας στρατηγικής η οποία θα αντιμετωπίζει το αλκοόλ:

- ως ένα συστατικό ποτών, τα οποία είναι κοινωνικώς αποδεκτά και αποτελούν μέρος της κοινωνικής και πολιτιστικής μας παράδοσης, αλλά ταυτόχρονα και
- ως μια ψυχοτρόπο ουσία, η οποία είναι σε θέση να προκαλέσει σοβαρά οργανικά, ψυχικά και κοινωνικά προβλήματα, καθώς και σοβαρή εξάρτηση.

Η προσέγγιση αυτή επιβάλλει ένα Σχέδιο Δράσης που, λαμβάνοντας υπ' όψη τις κοινωνικές και πολιτισμικές παραμέτρους, θα αποβλέπει αφενός στην προστασία του πληθυσμού και στον περιορισμό της χρήσης και της επιβλαβούς χρήσης και αφετέρου στη μείωση των βλαπτικών συνεπειών που προκαλούνται από αυτό.

Σκοπός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι η οικοδόμηση μιας πολύπλευρης και ολοκληρωμένης πολιτικής για την πρόληψη και αντιμετώπιση των αρνητικών επιπτώσεων του αλκοόλ, καθώς και η εφαρμογή των αναγκαίων δράσεων, πολιτικών και νομοθετικών ρυθμίσεων.

Στους στόχους του Σχεδίου περιλαμβάνονται:

- Η αύξηση της επίγνωσης του κινδύνου, που σχετίζεται με την κατανάλωση

οινοπνευματωδών ποτών στο γενικό πληθυσμό και σε ειδικές κατηγορίες του πληθυσμού, όπως οι έγκυες, οι μετανάστες και οι ανήλικοι, οι ηλικιωμένοι, άτομα που λαμβάνουν φάρμακα, άτομα εξαρτημένα από αλκοόλ.

- Η ανάδειξη νέων κοινωνικών προτύπων και αξιών για μια κοινωνία απαλλαγμένη από τις βλαβερές συνέπειες του αλκοόλ.
- Η ανάπτυξη κριτικής σκέψης για την κατανάλωση αλκοόλ και ανάπτυξη «ατομικής αυτονομίας» στην πίεση που ασκείται από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Η μείωση της μέσης κατά κεφαλή κατανάλωσης αλκοόλ κατά 15%. Στοχευμένες δράσεις, ώστε μέχρι το 2012 να έχει μειωθεί το ποσοστό κατανάλωσης αλκοόλ στους εφήβους και στους νέους κατά 20% σε σχέση με τα σημερινά επίπεδα. Η μείωση των τροχαίων ατυχημάτων που συνδέονται με το αλκοόλ κατά 20%. Η υπολογίσιμη μείωση των βλαπτικών συνεπειών στην υγεία από την κατανάλωση αλκοόλ. Η μείωση των κινδύνων που σχετίζονται με το αλκοόλ στους χώρους εργασίας και στην οικογένεια.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τον Περιορισμό των Βλαπτικών Συνεπειών του Αλκοόλ στην Υγεία

1ος Άξονας: Πρόληψη

- Δράση 1: Εθνικός Φορέας Πρόληψης για το Αλκοόλ
 Δράση 2: Εθνικό Δίκτυο Πρόληψης
 Δράση 3: Νέο Νομοθετικό Πλαίσιο για την Κατανάλωση Αλκοολούχων Ποτών
 Δράση 4: Κοινωνική Ευθύνη στη Διαφήμιση και στην Προβολή
 Δράση 5: Προειδοποιητική Σήμανση Επικινδυνότητας και Ασφαλούς Κατανάλωσης
 Δράση 6: Προστασία των Νέων από το Αλκοόλ, Ενδυνάμωση Στάσεων και Προληπτικών Συμπεριφορών
 Δράση 7: Περιορισμός της Οδήγησης υπό την Επήρεια Αλκοόλ
 Δράση 8: Περιορισμός της Κατανάλωσης Αλκοόλ στους Χώρους Εργασίας
 Δράση 9: Εθνική Εκστρατεία Ενημέρωσης
 Δράση 10: Αγωγή Υγείας στα Σχολεία
 Δράση 11: Εθνικός Δικτυακός Τόπος για τις Εξαρτήσεις
 Δράση 12: Πρόγραμμα Τηλεσυμβουλευτικής «Quit line 1031»

2ος Άξονας: Θεραπεία - Απεξάρτηση

- Δράση 1: Δημόσιες Κλινικές Αποτοξίνωσης
 Δράση 2: Θεραπευτικές Υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ.
 Δράση 3: Πιστοποίηση Ιδιωτικών Θεραπευτικών Μονάδων
 Δράση 4: Συμβουλευτικές Κοινοτικές Υπηρεσίες

3ος Άξονας: Επανένταξη και Αποκατάσταση

- Δράση 1: Προγράμματα Επαγγελματικής Επανένταξης
 Δράση 2: Καταπολέμηση Κοινωνικού Στιγματισμού

4ος Άξονας: Διατομεακή Συνεργασία και Κοινωνική Συμμετοχή

Δράση 1: Διατομεακή Συνεργασία για το Αλκοόλ
 Δράση 2: Κοινωνική Συμμετοχή

5ος Άξονας: Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση

Δράση 1: Ο Υγειονομικός Χάρτης
 Δράση 2: Ανάπτυξη Εθνικής Βάσης Δεδομένων και Κάρτα Υγείας
 Δράση 3: Εφαρμογή Μηχανογράφησης στα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και στα Εξωτερικά Ιατρεία Επειγόντων Περιστατικών
 Δράση 4: Εκπαίδευση Στελεχών Υγείας
 Δράση 5: Εκπαίδευση Στελεχών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

Δράση 3.7 Η Αντιμετώπιση των Ναρκωτικών

Η χρήση και η διακίνηση ναρκωτικών ουσιών είναι μία διαρκής κρίση που προσβάλλει τον ιστό της κοινωνία μας και διακυβεύει το ανθρώπινο μέτρο του πολιτισμού μας. Η κοινωνική κρίση των ναρκωτικών προσβάλλει την οικογενειακή δομή, εξαντλεί την παραγωγική δυναμική, απειλεί την κοινωνική συνοχή και δοκιμάζει την ισχύ των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στη χώρα μας.

Τα ναρκωτικά είναι ένα βαθύτατα κοινωνικό πρόβλημα. Πέρα των επιβλαβών επιδράσεων στον ίδιο το χρήστη, η χρήση ναρκωτικών έχει παράλληλα και σοβαρές επιπτώσεις στο περιβάλλον του χρήστη και στο κοινωνικό σύνολο. Ανάμεσα σε αυτές περιλαμβάνονται πολυάριθμα ατυχήματα, αυτοκτονίες, εγκληματικότητα, αποχή από την εργασία και μείωση παραγωγικότητας, διάλυση οικογενειών και δυσμενείς επιδράσεις στην ανάπτυξη των παιδιών με ναρκομανείς γονείς (EMCDDA 2006).

Πρώτιστο μέλημα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι η αποσαφήνιση του ρόλου και των αρμοδιοτήτων όλων των εμπλεκόμενων φορέων και η ανάπτυξη ενός ποιοτικού υγειονομικού και κοινωνικού δικτύου για την περίθαλψη των συνανθρώπων μας, που αντιμετωπίζουν όλο το φάσμα της εξάρτησης από τις ναρκωτικές ουσίες.

Οι κυρίαρχες μεταρρυθμιστικές τομές που προτείνει το Σχέδιο Δράσης είναι η ανάπτυξη οριζόντιας πολιτικής για την καταπολέμηση των εξαρτήσεων, η αποσαφήνιση και η δημιουργία ενός σταθερού κύκλου θεραπείας που σηματοδοτείται από την οργανική σύνδεση των προγραμμάτων υποκατάστατων με τα «στεγνά» προγράμματα, η ένταξη των προγραμμάτων υποκατάστατων του Ο.ΚΑ.ΝΑ. στο Ε.Σ.Υ., η δημιουργία ενός ενιαίου και εθνικού προϋπολογισμού για τα ναρκωτικά, που θα ξεπερνά τις αδιέξοδες και κοστοβόρες αλληλοεπικαλύψεις, και η θεμελίωση σταθερών και στοχευμένων εκστρατειών πρόληψης και ενημέρωσης.

Προς αυτή την κατεύθυνση, προτείνεται η μετεξέλιξη του Ο.ΚΑ.ΝΑ. σε κεντρικό όργανο για την υλοποίηση της πολιτικής κατά των εξαρτήσεων, στο πλαίσιο των

κατευθύνσεων που θέτει το Εθνικό Σχέδιο Δράσης, η αφοσίωσή του στην ενεργητική πολιτική πρόληψης και η αποσύνδεσή του από τη θεραπευτική διαδικασία.

Το Σχέδιο Δράσης προτείνει επίσης τη δημιουργία εθνικού συντονιστικού οργάνου παρά τω Πρωθυπουργώ, με κύρια αρμοδιότητα το συντονισμό της αναγκαίας διυπουργικής συνεργασίας που απαιτείται για την υλοποίηση των στόχων του Σχεδίου Δράσης και τη συνεχή αξιολόγηση της πορείας του έργου.

Στους στόχους του Σχεδίου Δράσης περιλαμβάνονται:

- Η καθολική εξασφάλιση του δικαιώματος στη θεραπεία και η εξαφάνιση της λίστας αναμονής για τις θεραπείες υποκατάστασης.
- Η ουσιαστική διασύνδεση των προγραμμάτων υποκατάστασης με πρόγραμμα ψυχοκοινωνικής στήριξης, ώστε να ολοκληρώνονται οι θεραπείες υποκατάστασης βάσει συγκεκριμένου χρονοδιαγράμματος (κύκλος θεραπείας 2 ετών) και να μπορούν οι θεραπευόμενοι να συνεχίσουν σε προγράμματα επανένταξης.
- Η ενίσχυση των θεραπευτικών προγραμμάτων ψυχικής απεξάρτησης («στεγνά» προγράμματα), ώστε να δημιουργούνται για το κοινωνικό σύνολο τα ανταποδοτικά οφέλη από την κοινωνική επανένταξη των χρηστών.
- Η εύκολη πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες πρόληψης και ενημέρωσης.
- Η εξασφάλιση επιπλέον οικονομικών πόρων για προληπτική πολιτική, μέσα από την οργανωτική αναδιάρθρωση του συστήματος.
- Η συνολική μείωση της ζήτησης εξαρτησιογόνων ουσιών και ιδιαίτερα η στοχευμένη αντιμετώπιση της ζήτησης από τους νέους και τις νέες της κοινωνίας μας.
- Η καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού και η κινητοποίηση της Κοινωνίας των Πολιτών στη μάχη κατά της εξάρτησης.
- Η δημιουργία σταθερού πλαισίου συνεργασίας με όλους τους συναρμόδιους φορείς, τον κόσμο της παραγωγής και της εργασίας για την κοινωνική επανένταξη των πρώην χρηστών.

Άξονες και δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Ναρκωτικά

1ος Άξονας: Πρόληψη

Δράση 1: Εθνική Εκστρατεία Πρόληψης

Δράση 2: Εθνικό Δίκτυο Πρόληψης

Δράση 3: Αγωγή Υγείας στα Σχολεία

Δράση 4: Πρόληψη για τις Εξαρτήσεις στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση

Δράση 5: Ενημέρωση και Εκπαίδευση Γονέων

Δράση 6: Εθνικός Δικτυακός Τόπος για τις Εξαρτήσεις

Δράση 7: Προγράμματα Πρόληψης στην Κοινότητα και στο Δρόμο: «Προσέγγιση»

Δράση 8: Πρόγραμμα Τηλεσυμβουλευτικής «Quit line 1031»

Δράση 9: Ετήσιο Φεστιβάλ Ενάντια στα Ναρκωτικά

Δράση 10: Προγράμματα Πρόληψης και Ενημέρωσης σε Κοινωνικά Ευπαθείς Ομάδες

2ος Άξονας: Θεραπεία

- Δράση 1: Πρώτη Φροντίδα
- Δράση 2: Θεραπευτικό Πρόγραμμα Υποκατάστατων
- Δράση 3: Ενίσχυση «Στεγνών» Προγραμμάτων
- Δράση 4: Διασύνδεση Προγράμματος Υποκατάστατων με τα «Στεγνά» Προγράμματα
- Δράση 5: Δημόσιες Κλινικές Αποτοξίνωσης
- Δράση 6: Προγράμματα Απεξάρτησης στις Φυλακές
- Δράση 7: Κινητές Μονάδες Βοήθειας
- Δράση 8: Πιστοποίηση Θεραπευτικών Προγραμμάτων
- Δράση 9: Λειτουργία Προγράμματος για Ενήλικες και Έφηβους Χρήστες Εξαρτησιογόνων Ουσιών «ΑΘΗΝΑ - ΖΩΗ»

3ος Άξονας: Επανάταξη

- Δράση 1: Κέντρα Επανάταξης και Ανάπτυξη Κοινωνικών Δικτύων
- Δράση 2: Χάρτα Δικαιωμάτων του Χρήστη
- Δράση 3: Πρόγραμμα για την Καταπολέμηση του Κοινωνικού Στίγματος
- Δράση 4: Προγράμματα Επαγγελματικής Κατάρτισης
- Δράση 5: Συνήγορος του Χρήστη
- Δράση 6: Ειδικές Ρυθμίσεις για Κοινωνική Επανάταξη

4ος Άξονας: Έρευνα - Εκπαίδευση - Τεκμηρίωση

- Δράση 1: Ο Υγειονομικός Χάρτης
- Δράση 2: Ανάπτυξη Εθνικής Βάσης Δεδομένων και Κάρτα Υγείας
- Δράση 3: Ερευνητικά Προγράμματα
- Δράση 4: Ετήσιο Επιστημονικό Συνέδριο για τις Εξαρτήσεις
- Δράση 5: Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Ε.Κ.Α.Ε.
- Δράση 6: Πρόγραμμα Εκπαίδευσης ΚΕ.Θ.Ε.Α.
- Δράση 7: Πρόγραμμα Εκπαίδευσης Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας

5ος Άξονας: Διατομεακή Συνεργασία και Κοινωνική Συμμετοχή

- Δράση 1: Συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης
- Δράση 2: Συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων
- Δράση 3: Συνεργασία με το Υπουργείο Δικαιοσύνης
- Δράση 4: Συνεργασία με το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας
- Δράση 5: Συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Αμύνης
- Δράση 6: Συνεργασία με το Υπουργείο Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων

Δράση 3.8 Η Προστασία της Υγείας από τους Περιβαλλοντικούς Κινδύνους

Η σχέση μεταξύ περιβάλλοντος και υγείας είναι στενή και πολύπλοκη. Η σύνθετη, μακροχρόνια και αθροιστική έκθεση σε φυσικούς, μικροβιακούς και χημικούς ρυπαντές στο νερό, στον αέρα, στα απόβλητα, στο έδαφος, στα διάφορα καταναλωτικά προϊόντα καθώς και στα κτίρια, μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία.

Η προστασία της Δημόσιας Υγείας από την απειλή περιβαλλοντικών παραγόντων, συνδέεται άμεσα με τη διασφάλιση των συνθηκών υγιεινής του φυσικού και κοινωνικού

περιβάλλοντος και την ενίσχυση των περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν θετικά την υγεία. Οι περιβαλλοντικές απειλές κατά της υγείας αφορούν στις παθογόνες επιδράσεις βιολογικών, χημικών και φυσικών παραγόντων. Η ρύπανση του αέρα έχει βραχυχρόνιες και μακροχρόνιες βλαπτικές επιδράσεις στην υγεία. Η ποιότητα του νερού είναι επίσης εξαιρετικά σημαντική για την υγεία, προκαλώντας επιδράσεις τόσο μέσω της άμεσης κατανάλωσης πόσιμου νερού, όσο και μέσω της διατροφικής αλυσίδας. Άλλοι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για επιδράσεις στην υγεία είναι η ύπαρξη και διασπορά στο περιβάλλον τοξικών και ραδιενεργών ουσιών, καθώς και η κακή διαχείριση μολυσματικών αποβλήτων, η οποία οδηγεί σε διασπορά και ανάπτυξη εστιών μόλυνσης του πληθυσμού. Τα ειδικά νοσοκομειακά απόβλητα δημιουργούν μία σειρά προβλημάτων και απειλών κατά της υγείας, γιατί μπορεί να περιλαμβάνουν τοξικά, μολυσματικά και ραδιενεργά στοιχεία (WHO 2006).

Υπάρχουν δεδομένα για την επίπτωση στην υγεία περιβαλλοντικών κινδύνων σε σχέση με 85 από τα 102 νοσήματα ή τραυματισμούς. Τα δεδομένα αυτά έχουν ιδιαίτερη σημασία στους σχεδιαστές των πολιτικών υγείας, αλλά και σε αυτούς που υλοποιούν αυτές τις πολιτικές. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία, προτείνεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ως μια αποτελεσματική και ολοκληρωμένη στρατηγική, με σκοπό τον περιορισμό της επίδρασης των αντίστοιχων παραγόντων στην υγεία μας και τη μακροπρόθεσμη προστασία της υγείας των παιδιών, και πολλαπλά κοινωνικά και οικονομικά οφέλη επιπρόσθετα στα οφέλη της υγείας, τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα.

Στους στόχους του Εθνικού Σχεδίου περιλαμβάνονται:

- Η μείωση των δεικτών για νοσολογικά φορτία του πληθυσμού, που οφείλονται σε περιβαλλοντικούς κινδύνους με την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.
- Η μελέτη των περιβαλλοντικών κινδύνων που επηρεάζουν το νοσολογικό φορτίο κατά κατηγορία νοσημάτων.
- Ο προσδιορισμός της σχέσης μεταξύ των περιβαλλοντικών κινδύνων και των προκαλούμενων νοσημάτων.
- Η ίδρυση συστήματος παρακολούθησης των διαχρονικών τάσεων του νοσολογικού φορτίου περιβαλλοντικής αιτιολογίας και της αποτελεσματικότητας των δράσεων.
- Η πρόληψη της έκθεσης της υγείας των εργαζομένων σε περιβαλλοντικούς κινδύνους κατά την εργασία τους.
- Η συστηματική μελέτη της αλλαγής του κλίματος και των συνεπειών του στο περιβάλλον και στην υγεία των πολιτών.
- Η συστηματική ενημέρωση του γενικού πληθυσμού και ιδιαιτέρως ευάλωτων κοινωνικών ομάδων για τις επιπτώσεις των περιβαλλοντικών κινδύνων στην υγεία.
- Η δημιουργία συστήματος πληροφόρησης του πληθυσμού για την υγεία σε σχέση με το περιβάλλον.
- Η συνεργασία με ευρωπαϊκούς και παγκόσμιους θεσμούς και φορείς (European Environmental and Health Committee, WHO κ.λπ.).

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία

1ος Άξονας: Ενίσχυση της Έρευνας - Τεκμηρίωσης - Εκπαίδευσης

- Δράση 1: Παρατηρητήριο Περιβαλλοντικής Υγείας
 Δράση 2: Οργανωτική και Λειτουργική Διασύνδεση Περιβαλλοντικών Υπηρεσιών
 Δράση 3: Ανασυγκρότηση και Ενίσχυση της Λειτουργίας του Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.) και Ενεργοποίηση Περιφερειακών Εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.)
 Δράση 4: Διερεύνηση των Επιπτώσεων των Κλιματολογικών Αλλαγών στην Υγεία
 Δράση 5: Διερεύνηση της Επίδρασης της Ηλεκτρομαγνητικής Ακτινοβολίας στην Υγεία
 Δράση 6: Εκπαίδευση - Εξειδίκευση Ειδικών Επαγγελματικών Ομάδων
 Δράση 7: Εκπαίδευση Στελεχών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στην Υλοποίηση Προγραμμάτων Περιβαλλοντικής Εκπαίδευσης

2ος Άξονας: Ενίσχυση της Πληροφόρησης - Ευαισθητοποίησης για την Επίδραση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων στην Υγεία

- Δράση 1: Εβδομάδα Περιβαλλοντικής Ευαισθητοποίησης Πολιτών: «Ευ-περιβάλλον»
 Δράση 2: Εθνική Εκστρατεία Ενημέρωσης
 Δράση 3: Αγωγή Υγείας στα Σχολεία
 Δράση 4: Έκδοση Κατευθυντήριων Οδηγιών - Προτύπων για Βασικούς Περιβαλλοντικούς Παράγοντες που Απειλούν την Υγεία
 Δράση 5: Μείωση της Έκθεσης στην Ηλιακή (UV) Ακτινοβολία

3ος Άξονας: Μέτρα Πρόληψης - Παρέμβασης και Έγκαιρης Διάγνωσης Περιβαλλοντικών Κινδύνων

- Δράση 1: Επέκταση της Απαγόρευσης Καπνίσματος στους Δημόσιους Χώρους και Βελτίωση της Εποπτείας Εφαρμογής
 Δράση 2: Εναρμόνιση των Ευρωπαϊκών Οδηγιών και Συστάσεων και Αναθεώρηση Θεσμικού Πλαισίου για την Πρόληψη των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία
 Δράση 3: Χημική Ασφάλεια
 Δράση 4: Θόρυβος και Υγεία
 Δράση 5: Ασφάλεια Ύδρευσης
 Δράση 6: Ενίσχυση του Εξοπλισμού των Περιφερειακών και Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας για την Παρακολούθηση Περιβαλλοντικών Παραγόντων
 Δράση 7: Προστασία της Παιδικής Ηλικίας
 Δράση 8: Προστασία της Υγείας των Εργαζομένων (Έμφαση στις Υπηρεσίες Υγείας)

4ος Άξονας: Διαχείριση Νοσοκομειακών Αποβλήτων

- Δράση 1: Προώθηση Συμμαχιών για τη Δημιουργία Υποδομών για την Ασφαλή Διαχείριση Επικίνδυνων Μολυσματικών και Τοξικών Νοσοκομειακών Αποβλήτων
 Δράση 2: Δημιουργία Υποδομών και Εγκαταστάσεων Διαχείρισης των Μολυσματικών Αποβλήτων στα Νοσοκομεία
 Δράση 3: Δημιουργία Μονάδων Διαχείρισης των Μολυσματικών Αποβλήτων στις Μονάδες Υγείας του Ιδιωτικού Τομέα
 Δράση 4: Δημιουργία Πιλοτικού Δικτύου Περισυλλογής και Διαχείρισης Μολυσματικών Αποβλήτων και Απορριμμάτων που Προέρχονται από Οδοντιατρικές Πράξεις

Δράση 3.9 Η Πρόληψη του HIV/AIDS

Το AIDS υπολογίζεται, σύμφωνα με στοιχεία του 2007, ότι είναι υπεύθυνο για 25 εκατομμύρια θανάτους από το 1981, όταν δηλαδή για πρώτη φορά διαπιστώθηκε η ύπαρξή του, ενώ το 2006 κόστισε τη ζωή περισσότερων από τρία εκατομμύρια (3.000.000) ανθρώπων. Ο συνολικός αριθμός οροθετικών παγκοσμίως έχει ξεπεράσει τα σαράντα εκατομμύρια (40.000.000). Μέχρι την 31/10/2007, στην Ελλάδα έχουν δηλωθεί 8.584 περιστατικά οροθετικών ατόμων, συμπεριλαμβανομένων 2.829 περιπτώσεων AIDS, από τους οποίους οι θάνατοι ασθενών με AIDS ανέρχονται στους 1.552. Για το έτος 2007 (τελευταίο έτος για το οποίο υπάρχουν τελικά στοιχεία) αναφέρθηκαν 420 νέα περιστατικά HIV, 48 νέες περιπτώσεις AIDS και 30 θάνατοι. Συνολικά από τα 8.584 περιστατικά HIV, τα 6.876 ήταν άνδρες σε ποσοστό 80,1%, οι γυναίκες ήταν 1.660 (19,3%), ενώ για ένα μικρό ποσοστό το φύλο δεν έχει καταγραφεί. Σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, η σεξουαλική επαφή αποτελεί τον κυριότερο τρόπο μετάδοσης του ιού (WHO 2008).

Το όραμα που κατευθύνει την ανάπτυξη των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, είναι η δυναμική εναρμόνιση της πολιτικής που ακολουθείται στην Ελλάδα για την καταπολέμηση του ιού, με βάση τα ποιοτικά και ποσοτικά δεδομένα που έχει θέσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και η UNAIDS για το AIDS, και η ανάπτυξη υπεύθυνης στάσης ζωής, με έμφαση στη σημασία της πρόληψης από το σύνολο της ελληνικής κοινωνίας. Σκοπός του Σχεδίου Δράσης είναι η θεμελίωση οριζόντιας και ολιστικής πολιτικής για την καταπολέμηση του AIDS, καθώς και η εφαρμογή των αναγκαίων δράσεων, πολιτικών και νομοθετικών ρυθμίσεων με τις ανάγκες και τον προϋπολογισμό των προγραμμάτων παρέμβασης.

Στους στόχους του Σχεδίου περιλαμβάνονται:

- Η οργανωτική ενίσχυση με ανθρώπινο δυναμικό του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), έτσι ώστε να ανταποκριθεί με επιτυχία στον κομβικό του ρόλο για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.
- Η άμεση εναρμόνιση με τους διεθνείς δείκτες που αφορούν στο νόσημα.
- Στοχευμένες δράσεις ώστε μέχρι το 2010 το 95% των νεαρών ατόμων να έχει ενημερωθεί αποτελεσματικά για το HIV/AIDS.
- Ενθάρρυνση του ανώνυμου και εμπιστευτικού test για HIV/AIDS με την απαραίτητη συμβουλευτική σε όλα τα γεωγραφικά διαμερίσματα της χώρας, ώστε μέχρι το 2010 τουλάχιστον το 70% των ατόμων 18 - 64 ετών να γνωρίζει αν έχει μολυνθεί ή όχι.
- Η μείωση μέχρι 25% των νέων HIV μολύνσεων στις ομάδες με συμπεριφορές υψηλού κινδύνου και στους νέους ηλικίας 15 - 24 ετών.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για το HIV/AIDS

1ος Άξονας: Πρόληψη

- Δράση 1: Πρόληψη στο Γενικό Πληθυσμό
 Δράση 2: Πρόληψη στον Πληθυσμό των Γυναικών
 Δράση 3: Πρόληψη της Μετάδοσης από τη Μητέρα στο Παιδί
 Δράση 4: Πρόληψη στους Νέους Ηλικίας 15 - 24 Ετών
 Δράση 5: Υποστήριξη Οροθετικών
 Δράση 6: Πρόληψη Μετάδοσης στον Ιατρονοσηλευτικό Χώρο
 Δράση 7: Πρόληψη για τους Άνδρες Ομο/Αμφιφυλόφιλους
 Δράση 8: Πρόληψη στα Εκδιδόμενα Άτομα
 Δράση 9: Ενίσχυση της Στρατηγικής Μείωσης των Κινδύνων στην Ομάδα των Χρηστών Εξαρτησιογόνων Ουσιών
 Δράση 10: Πρόληψη HIV Λοίμωξης και των Λοιπών Σ.Μ.Ν., στους Φυλακισμένους
 Δράση 11: Δημιουργία Παρατηρητηρίου Υγείας των Μεταναστών και των Προσφύγων
 Δράση 12: Προγράμματα Πρόληψης και Έγκαιρης Διάγνωσης στους Χώρους Υποδοχής Μεταναστών
 Δράση 13: Διάγνωση/ Θεραπεία των Σ.Μ.Ν. και του HIV/AIDS, για τους Ανασφάλιστους, Οικονομικά Αδύνατους και Μετανάστες
 Δράση 14: Γραφείο για τα Σ.Μ.Ν. στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και Σύνδεσή του με το Γραφείο της HIV Λοίμωξης
 Δράση 15: Γραφείο για τη Φυματίωση στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και Σύνδεσή του με το Γραφείο της HIV Λοίμωξης
 Δράση 16: Εταιρική Κοινωνική Ευθύνη και Ανάπτυξη των Εθελοντικών Προγραμμάτων

2ος Άξονας: Έρευνα - Εκπαίδευση

- Δράση 1: Ανάπτυξη Ερευνητικών Δραστηριοτήτων για την Πρόληψη και την Καταπολέμηση της Πανδημίας του HIV/AIDS
 Δράση 2: Εκπαίδευση Ιατρονοσηλευτικού Προσωπικού/ Φροντιστών Ασθενών, Δικηγόρων και Δικαστών

3ος Άξονας: Παρακολούθηση/ Θεραπεία της Διάκρισης

- Δράση 1.: Πρόβλεψη για Παιδιά και Εφήβους
 Δράση 2: Ενεργοποίηση του Θεσμού της Κατ' Οίκον Νοσηλείας
 Δράση 3: Οροθετικότητα και Ειδικά Προβλήματα Αυτοεξυπηρέτησης

4ος Άξονας: Μάχη Κατά του Ρατσισμού και της Διάκρισης

- Δράση 1: HIV/AIDS και Ανθρώπινα Δικαιώματα

Δράση 3.10 Η Μείωση των Τραυματισμών από Ατυχήματα

Τα ατυχήματα αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου σε παιδιά και νέους, και την τρίτη αιτία σε όλες τις ηλικίες μετά τα καρδιαγγειακά και τις κακοήθειες. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, 200.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο, και περίπου 100 παιδιά έως 14 ετών

κάθε εβδομάδα, εξαιτίας των ατυχημάτων.

Στην Ελλάδα χάνονται ετησίως περίπου 4.500 ζωές λόγω των κακώσεων, στην πλειοψηφία τους από ακούσιες βλάβες (~4.000), ενώ οι θανατηφόρες εκούσιες βλάβες -αυτοπρόκλητες ή ετεροπρόκλητες- αποτελούν το 10% (Χάνδανος 2007). Η πρώτη αιτία χαμένων ετών αναμενόμενης ζωής σε Έλληνες είναι τα τροχαία, ενώ στις Ελληνίδες αυτά κατέχουν τη δεύτερη θέση μετά τα κακοήθη νεοπλάσματα. Αυξημένος κίνδυνος θανατηφόρου ακούσιας κάκωσης παρατηρείται σε άτομα ηλικίας 65 και άνω, όπου ο δείκτης θνησιμότητας φθάνει στους 106 θανάτους ανά 100.000 άτομα, στην ενήλικη ζωή (60 ανά 100.000 άτομα) και στους νέους (74 ανά 100.000 άτομα). Οι άντρες διατρέχουν 3,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο για θανατηφόρο κάκωση σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Ανάμεσα στις διάφορες ακούσιες κακώσεις, οι κακώσεις από τροχαία κατέχουν την πρώτη θέση (60%), ενώ οι πτώσεις και οι πνιγμοί βρίσκονται στη δεύτερη και στην τρίτη θέση. Ο κίνδυνος διαφοροποιείται ανάλογα με την ηλικία: σε παιδιά, εφήβους και νέους 1 έως 24 ετών, τα τροχαία αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου από κάκωση, ενώ στην τρίτη ηλικία οι πτώσεις ευθύνονται για τους περισσότερους θανάτους από ακούσιες κακώσεις.

Αξιοσημείωτα, παρατηρείται μία πτωτική τάση κάποιων ειδών κακώσεων τα τελευταία χρόνια σε παιδιά και νέους, και συγκεκριμένα των κακώσεων από τροχαία, των πνιγμών και της βίας, ενώ οι θάνατοι από δηλητηριάσεις αυξήθηκαν.

Η εφαρμογή πολιτικών πρόληψης των ατυχημάτων σε εθνικό πλαίσιο έχει σκοπό την ανάπτυξη ενιαίας εθνικής πολιτικής για τα ατυχήματα για την άμεση, ουσιαστική και μετρήσιμη βελτίωση όλων των δεικτών επίπτωσης και θνησιμότητας που οφείλεται σε κάθε είδους ατύχημα.

Στους στόχους του Εθνικού Σχεδίου Δράσης περιλαμβάνονται:

- Η μείωση σε ποσοστό 20% (2008 - 2012) των θανάτων από ατυχήματα με την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.
- Η ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης που βασίζονται στη σωστή ερμηνεία και χρήση των επιδημιολογικών δεδομένων.
- Η ανάπτυξη κατάλληλου νομικού πλαισίου προκειμένου να ενδυναμωθεί η νομοθεσία σχετικά με την ασφάλεια των πολιτών, και ιδιαίτερα των νέων.
- Η συστηματική παρακολούθηση των διαχρονικών τάσεων της κατά αιτίας θνησιμότητας από τα ατυχήματα.
- Η βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών προνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης για τους τραυματίες.
- Η διασύνδεση όλων των φορέων που ασχολούνται με τα ατυχήματα σε όλα τα επίπεδα (καταγραφή, αντιμετώπιση, ενημέρωση κ.λπ.), προκειμένου να αναπτυχθεί ενιαία και συντονισμένη δράση.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τα Ατυχήματα

1ος Άξονας: Συστηματική Καταγραφή και Έγκαιρη Επαγρύπνηση - Έρευνα

- Δράση 1: Εθνικό Μητρώο Τραύματος
 Δράση 2: Δημιουργία Συστήματος Έγκαιρης Προειδοποίησης για την Πρόκληση Ατυχημάτων (Early Warning System)

2ος Άξονας: Πρόληψη, Μέτρα, Παρεμβάσεις

- Δράση 1: Εθνική Εκστρατεία Ενημέρωσης
 Δράση 2: Αλκοόλ και Οδήγηση - Φάρμακα και Οδήγηση
 Δράση 3: Παθήσεις και Οδική Ασφάλεια
 Δράση 4: Πτώσεις στο Ίδιο Επίπεδο
 Δράση 5: Προγράμματα Αγωγής Υγείας στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
 Δράση 6: Αξιολόγηση Υφιστάμενης Νομοθεσίας και Συμπλήρωση Ελλείψεων Νομοθετικού - Θεσμικού Πλαισίου - Εφαρμογή των Νόμων

3ος Άξονας: Διαχείριση Τραυματία

- Δράση 1: Αντιμετώπιση του Τραυματία στον Τόπο του Ατυχήματος: Μεταφορά - Πρόσβαση - Παραλαβή από το Νοσοκομείο
 Δράση 2: Πρόληψη Βλαβών Υγείας από Μακροχρόνια Παραμονή σε Νοσοκομείο

4ος Άξονας: Εκπαίδευση

- Δράση 1: Εκπαίδευση Πληρωμάτων Ε.Κ.Α.Β.
 Δράση 2: Ψυχικές Πρώτες Βοήθειες σε Ατυχήματα
 Δράση 3: Εκπαίδευση Στελεχών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης στην Πρόληψη των Ατυχημάτων
 Δράση 4: Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

5ος Άξονας: Συντονισμός - Διατομεακή Συνεργασία

- Δράση 1: Συντονισμός Εθνικής Πολιτικής
 Δράση 2: Διατομεακή Συνεργασία

Δράση 3.11 Η Προστασία της Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας

Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία δεν αφορούν μόνο σε μια νόσο, αλλά σε ένα ευρύ φάσμα ζητημάτων υγείας και ανθρώπινων δικαιωμάτων. Παρά το γεγονός ότι η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει αυξητικά τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας παγκοσμίως, με εξαίρεση την ευαισθητοποίηση που υπάρχει απέναντι στον ιό HIV και στην αντιμετώπισή του, το αντικείμενο της αναπαραγωγικής υγείας δεν έχει γίνει ευρέως αποδεκτό ως ζήτημα

που αφορά στην παγκόσμια κοινότητα. Ενδεικτικό της σοβαρότητας του θέματος είναι ότι ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας αναγνώρισε το μη ασφαλές σεξ ως το δεύτερο πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου για πρόκληση νόσου, αναπηρίας, ή ακόμα και θανάτου στις αναπτυσσόμενες χώρες, και ως ένατο στις ανεπτυγμένες χώρες (Ezzati 2002).

Είναι γεγονός ότι το φάσμα των καταστάσεων που συναποτελούν την ολότητα της έννοιας αναπαραγωγική υγεία δεν είναι πάντα εύκολο να προσδιοριστεί. Επιπλέον, η θνητότητα που σχετίζεται με την αναπαραγωγή, συχνά δε μετρείται επαρκώς και γενικά υποτιμάται λόγω του κοινωνικού στίγματος που προκαλεί. Έτσι για παράδειγμα, η γέννηση ενός νεκρού νεογνού δεν προκαλεί απώλεια, ούτε ενός έτους χαμένης ζωής λόγω της πρόωρης θνησιμότητας ή ανικανότητας (DALY's), αλλά στην πραγματικότητα προκαλεί μείζονα προβλήματα στην κοινωνική και ψυχολογική υγεία της γυναίκας. Επιπλέον, ο δείκτης DALY's μετρά το θάνατο, τη νόσο και την αναπηρία, χωρίς να κάνει καμία αναφορά στην αξία προληπτικών παρεμβάσεων, όπως του οικογενειακού προγραμματισμού.

Τα προβλήματα που αφορούν στην αναπαραγωγική υγεία και στην προάσπισή της δεν είναι τόσο απλό να αντιμετωπιστούν, γιατί συνδέονται και έχουν επιπτώσεις στο κοινωνικό, μορφωτικό, οικονομικό, οικογενειακό περιβάλλον των ατόμων που τα υφίστανται. Για παράδειγμα, οι ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες κατά την εφηβεία μπορούν να οδηγήσουν σε μειωμένες εκπαιδευτικές ευκαιρίες, τόσο για τη μητέρα όσο και για το παιδί.

Επιπλέον η σχέση μεταξύ των ζητημάτων ανάπτυξης και αναπαραγωγικής υγείας, σε σχέση πάντα με τα ανθρώπινα δικαιώματα, άλλαξαν τον προσανατολισμό κυβερνήσεων και μη-κυβερνητικών οργανώσεων, από τις κλασσικές πολιτικές ελέγχου του μεγέθους του πληθυσμού σε καθορισμό και διαμόρφωση προγραμμάτων οικογενειακού προγραμματισμού, που βασίζονται πρωταρχικά στην προάσπιση των αναγκών και δικαιωμάτων των ατόμων. Η σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία είναι κρίσιμη για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη των κοινοτήτων και εθνών και ένα κύριο συστατικό μιας ισόρροπης κοινωνίας.

Σε αυτό το πλαίσιο, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία στοχεύει στη βελτίωση τόσο των ποσοτικών, όσο και των ποιοτικών δεικτών που χαρακτηρίζουν το επίπεδο αναπαραγωγικής και σεξουαλικής υγείας ενός σύγχρονου κράτους.

Στους στόχους του Σχεδίου περιλαμβάνονται:

- Η μείωση του αριθμού των αμβλώσεων.
- Η αύξηση της χρήσης και της μεγιστοποίησης της προσβασιμότητας στις υπηρεσίες και στα μέσα αντισύλληψης για όλο τον ελληνικό πληθυσμό.
- Η μεγιστοποίηση του αριθμού του πληθυσμού που έχει γνώση των ζητημάτων οικογενειακού προγραμματισμού.
- Η βελτίωση της διαθεσιμότητας των δομών που παρέχουν υπηρεσίες αντιμετώπισης της υπογονιμότητας.

- Η περαιτέρω μείωση της μητρικής, περιγεννητικής και νεογνικής θνησιμότητας.
- Η μείωση της επίπτωσης και του επιπολασμού του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας (μέσω της ορθολογικής χρήσης, σε ευρεία βάση του πληθυσμού, του εμβολίου κατά του ιού HPV).
- Η μείωση της οικογενειακής βίας και των κρουσμάτων σεξουαλικής κακοποίησης.
- Η μείωση των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία

1ος Άξονας: Πολιτικές και Μέτρα

- Δράση 1: Μέτρα για την Προστασία της Αναπαραγωγικής Υγείας
 Δράση 2: Νομοθετικές Πρωτοβουλίες για την Καθιέρωση Κινήτρων για τη Μείωση της Υπογεννητικότητας
 Δράση 3: Νομοθετικές Πρωτοβουλίες για τη Διαμόρφωση του Θεσμικού Πλαισίου Λειτουργίας των Κέντρων Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής

2ος Άξονας: Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση του Γενικού Πληθυσμού

- Δράση 1: Εθνική Εκστρατεία Ενημέρωσης για την Αναπαραγωγική και Σεξουαλική Υγεία
 Δράση 2: Αγωγή Υγείας στα Σχολεία
 Δράση 3: Ανάπτυξη Ευέλικτων Ομάδων Ενημέρωσης με Σκοπό την Κάλυψη του Συνόλου της Ελληνικής Επικράτειας
 Δράση 4: Δημιουργία Ειδικών Μονάδων Ψυχολογικής Υποστήριξης σε Χώρους με «Ειδικό Ενδιαφέρον»
 Δράση 5: Ειδικά Προγράμματα Εκπαίδευσης για Ζητήματα Αναπαραγωγικής Υγείας σε Ειδικά Διαπολιτισμικά Περιβάλλοντα

3ος Άξονας: Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση

- Δράση 1: Ανάπτυξη του Εθνικού Κέντρου Έρευνας για την Προαγωγή της Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας
 Δράση 2: Αξιοποίηση Υπαρχόντων Δικτύων και Ερευνητικών Υποδομών
 Δράση 3: Εκπαίδευση Εργαζόμενων στις Υπηρεσίες Υγείας που Δραστηριοποιούνται σε Θέματα Προαγωγής της Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας
 Δράση 4: Εκπαίδευση Στελεχών Πρωτοβάθμιας - Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης σε Θέματα Προαγωγής της Αναπαραγωγικής και Σεξουαλικής Υγείας

Δράση 3.12 Η Προστασία της Στοματικής Υγείας

Η στοματική υγεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα της γενικής υγείας του ατόμου. Η σύγχρονη επιστημονική προσέγγιση αντιμετωπίζει τη στοματική υγεία όχι απλώς ως την υγεία των δοντιών και των ούλων, αλλά ως την απουσία χρόνιου στοματοπροσωπικού πόνου, καρκίνου της στοματικής κοιλότητας και του φάρυγγα, συγγενών ανωμαλιών και κάθε άλλης νόσου ή διαταραχής, η οποία επηρεάζει το κρανιοπροσωπικό σύμπλεγμα.

Στη χώρα μας παρατηρείται βελτίωση των δεικτών στοματικής υγείας την τελευταία εικοσαετία, όμως εμφανίζονται σημαντικές περιφερειακές ανισότητες στη στοματική υγεία, αλλά και υστέρηση σε σχέση με τις χώρες της Ευρώπης (Ε.Ο.Ο. 2005). Η λειτουργία του συστήματος παροχής οδοντιατρικής φροντίδας στη χώρα μας χαρακτηρίζεται από υψηλό κόστος και χαμηλή αποτελεσματικότητα, ενώ παράλληλα συντηρεί τις ανισότητες στη στοματική υγεία. Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην αναποτελεσματική λειτουργία είναι η έλλειψη εθνικής πολιτικής για τη στοματική υγεία και η αδράνεια στον τομέα της προαγωγής της στοματικής υγείας.

Το Σχέδιο Δράσης για τη Στοματική Υγεία στοχεύει στη βελτίωση της στοματικής υγείας του συνόλου του πληθυσμού, μέσω της επικέντρωσης στην πρόληψη των νόσων του στόματος και στην ανάπτυξη αποδοτικών, αποτελεσματικών και ποιοτικών υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας. Στοχεύει, επίσης, στην ελαχιστοποίηση της επίδρασης των στοματικών και κρανιοπροσωπικών νόσων στην ψυχική και κοινωνική υγεία, δίνοντας έμφαση στην προαγωγή στοματικής υγείας και μειώνοντας τις στοματικές νόσους μεταξύ των ιδιαίτερων πληθυσμιακών ομάδων που είναι επιβαρυνμένες με τις νόσους αυτές.

Στους στόχους του Εθνικού Σχεδίου περιλαμβάνονται:

- Η προαγωγή της στοματικής υγείας του πληθυσμού με σκοπό την επίτευξη των στόχων που έθεσε η Υποεπιτροπή Προαγωγής και Αγωγής Στοματικής Υγείας
- Η μείωση των ανισοτήτων στη στοματική υγεία.
- Η αύξηση της προσβασιμότητας των πολιτών στις υπηρεσίες οδοντιατρικής περίθαλψης.
- Η αναβάθμιση της παρεχόμενης οδοντιατρικής περίθαλψης.
- Η ανάπτυξη της διατομεακής συνεργασίας και της κοινωνικής συμμετοχής στη στοματική υγεία.
- Η εισαγωγή των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας.
- Η ανάπτυξη συστημάτων πιστοποίησης των παρεχομένων υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας.
- Η προαγωγή της διά βίου εκπαίδευσης του οδοντιατρικού δυναμικού.
- Η βελτίωση των δυνατοτήτων χάραξης και παρακολούθησης των πολιτικών που αφορούν στη στοματική υγεία.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Στοματική Υγεία

1ος Άξονας: Πρόληψη - Προαγωγή της Στοματικής Υγείας

Δράση 1: Προαγωγή της Στοματικής Υγείας Παιδιών Προσχολικής και Σχολικής Ηλικίας

Δράση 2: Προαγωγή της Στοματικής Υγείας Ενηλίκων στους Χώρους Εργασίας

Δράση 3: Προαγωγή της Στοματικής Υγείας Ατόμων Τρίτης Ηλικίας

Δράση 4: Προαγωγή της Στοματικής Υγείας Ευπαθών Ομάδων

Δράση 5: Εκστρατεία Πληροφόρησης του Πληθυσμού

Δράση 6: Αύξηση της Πρόσληψης Φθορίου από τον Πληθυσμό

2ος Άξονας: Πιστοποίηση Υπηρεσιών - Περίθαλψη σε Ειδικές Ομάδες Πληθυσμού

Δράση 1: Πιστοποίηση της Ποιότητας της Παρεχόμενης Οδοντιατρικής Φροντίδας
 Δράση 2: Βελτίωση της Οδοντιατρικής Περίθαλψης Ειδικών Ομάδων του Πληθυσμού
 Δράση 3: Αναβάθμιση της Ασφαλιστικής Κάλυψης της Οδοντιατρικής Περίθαλψης

3ος Άξονας: Διατομεακή Συνεργασία

Δράση 1: Βελτίωση της Περιβαλλοντικής Επίδοσης της Παρεχόμενης Οδοντιατρικής Περίθαλψης

4ος Άξονας: Έρευνα - Εκπαίδευση - Τεκμηρίωση

Δράση 1: Ανάπτυξη της Τεκμηριωμένης (evidence-based) Οδοντιατρικής
 Δράση 2: Προαγωγή της Δια Βίου Εκπαίδευσης των Οδοντιάτρων
 Δράση 3: Προαγωγή της Εκπαίδευσης των Οδοντιάτρων στις Τεχνολογίες Πληροφορικής Επικοινωνιών (Τ.Π.Ε.)

Δράση 3.13 Η Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας περιγράφει την ψυχική υγεία ως «μια κατάσταση ευεξίας, στην οποία το άτομο πραγματοποιεί τις δυνατότητές του/ της, μπορεί να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του/ της». Η κακή ψυχική υγεία συνεπάγεται προβλήματα ψυχικής υγείας και ένταση, δυσλειτουργία που συνδέεται με αγωνία, συμπτώματα και διαγνώσιμες διανοητικές διαταραχές, όπως η σχιζοφρένεια και η κατάθλιψη.

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Π.Ο.Υ. (δείκτης DALY's), η κατάθλιψη παγκοσμίως κατέχει σήμερα την 4η θέση χαμένων ετών ζωής από πρόωρη θνησιμότητα ή ανικανότητα, ενώ το 2020 θα καταλάβει τη 2η θέση παγκοσμίως, και στις δυτικές κοινωνίες την 1η, ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας. Μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους οκτώ άνδρες αναπτύσσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή στη ζωή τους, σύμφωνα με τα υπάρχοντα διεθνή στοιχεία. Για τη χώρα μας, πρακτικά αυτό σημαίνει ότι ανά πάσα στιγμή πάσχει από κατάθλιψη το 8% του πληθυσμού κατά μέσο όρο (Π.Ο.Υ. 2002).

Η κατάθλιψη, όπως και οι περισσότερες ψυχικές παθήσεις, μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσει κανείς τις πρώτες ενδείξεις και τα συμπτώματα της κατάθλιψης, καθώς και το να έχει πρόσβαση από νωρίς σε μία αποτελεσματική θεραπευτική αγωγή.

Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Κατάθλιψη αποτελεί την οργανωμένη και συστηματική στρατηγική του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος της κατάθλιψης, και έχει ως στόχο να βελτιώσει τις υπάρχουσες πολιτικές και τις παρεχόμενες υπηρεσίες ψυχικής υγείας και να αναδείξει

όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με την πρωτογενή και δευτερογενή πρόληψη για την κατάθλιψη.

Στους στόχους του σχεδίου περιλαμβάνονται:

- Η καταπολέμηση του κοινωνικού στιγματισμού, των προκαταλήψεων και της απομόνωσης, καθώς και η κινητοποίηση της Κοινωνίας των Πολιτών στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.
- Ο έλεγχος των παραγόντων κινδύνου κατάθλιψης και η μείωση των περιστατικών κατάθλιψης.
- Η ενδυνάμωση παραγόντων ψυχικής ανθεκτικότητας για την προστασία από την κατάθλιψη.
- Η εύκολη πρόσβαση των πολιτών σε υπηρεσίες πρόληψης, ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης.
- Η ανάπτυξη δεξιοτήτων για την υποβοήθηση των ατόμων με στόχο την έγκαιρη αναγνώριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.
- Η καθολική εξασφάλιση του δικαιώματος στην πρόωπη παρέμβαση και θεραπεία.
- Η βελτίωση των δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας, ώστε να ανταποκρίνονται σωστά σε άτομα που αναζητούν βοήθεια.
- Η εξασφάλιση επιπλέον οικονομικών πόρων για προληπτική πολιτική, μέσα από την οργανωτική αναδιάρθρωση του συστήματος.
- Η δημιουργία σταθερού πλαισίου συνεργασίας και εμπλοκής με όλους τους συναρμόδιους φορείς, τον κόσμο της παραγωγής και της εργασίας για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και συνεπώς την προαγωγή της ψυχικής υγείας.
- Η ενίσχυση της έρευνας σε εθνικό, ευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο για την καλύτερη κατανόηση της κατάθλιψης και των επιρροών της στη ζωή των ανθρώπων, αποσκοπώντας στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων μεθόδων πρόληψης και παρέμβασης.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Κατάθλιψη

1ος Άξονας: Πρόληψη

- Δράση 1: Εθνική Εκστρατεία Ενημέρωσης του Γενικού Πληθυσμού
 Δράση 2: «Ας Μιλήσουμε για την Κατάθλιψη»
 Δράση 3: Προστασία των Νέων από την Κατάθλιψη
 Δράση 4: Αγωγή Υγείας στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση
 Δράση 5: Εθνικός Δικτυακός Τόπος για τις Ψυχικές Διαταραχές
 Δράση 6: Αγωγή Κοινότητας για την Κατανόηση των Σημαδιών της Κατάθλιψης
 Δράση 7: Πρόληψη της Κατάθλιψης στους Εκπαιδευτικούς της Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης

2ος Άξονας: Έγκαιρη Διάγνωση

- Δράση 1: Έγκαιρος Προληπτικός Έλεγχος Γενικού Πληθυσμού
 Δράση 2: Προληπτικός Έλεγχος σε Συγκεκριμένες Κοινωνικές Ομάδες Υψηλού Κινδύνου
 Δράση 3: Εξασφάλιση Μέσων για την Έγκαιρη Διάγνωση και τον Έλεγχο της Κατάθλιψης
 Δράση 4: Προώθηση και Πιλοτική Εφαρμογή Τηλεδιάσκεψης - Ηλεκτρονικής Ψυχιατρικής Παρέμβασης (Η.Ψ.Π.)

3ος Άξονας: Θεραπεία

Δράση 1: Προγράμματα Θεραπείας στο Ε.Σ.Υ.

Δράση 2: Καθορισμός Κριτηρίων Συνταγογράφησης και Διαθεσιμότητας Ψυχοτρόπων Φαρμάκων

4ος Άξονας: Διατομεακή Συνεργασία

Δράση 1: Συντονισμός

Δράση 2: Διατομεακή Συνεργασία Κατά της Κατάθλιψης

5ος Άξονας: Έρευνα - Τεκμηρίωση - Εκπαίδευση

Δράση 1: Εκπαίδευση Προσωπικού των Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Δράση 2: Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας και Ηλικιωμένοι

Δράση 3: Ερευνητικά Προγράμματα

Δράση 4: Η Εφαρμογή της Μηχανογράφησης στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας

Δράση 3.14 Η Φροντίδα για τις Σπάνιες Παθήσεις

Οι σπάνιες παθήσεις είναι ασθένειες που απειλούν τη ζωή ή επιφέρουν χρόνια αναπηρία. Χαρακτηρίζονται από χαμηλή συχνότητα εμφάνισης και μεγάλη ετερογένεια. Στην πλειοψηφία τους είναι γενετικής φύσεως ασθένειες, συμπεριλαμβανομένων, μεταξύ άλλων, συγγενών δυσπλασιών, σπάνιων μορφών παιδικού καρκίνου, καθώς και αιματολογικών, αυτοάνοσων, δερματολογικών, ενδοκρινολογικών, καρδιολογικών, αναπνευστικών, γαστρεντερικών, μεταβολικών, νευρολογικών και νευρομυϊκών, ορθοπαιδικών και οφθαλμολογικών νοσημάτων (French Ministry of Health 2004).

Σύμφωνα με τις υφιστάμενες επιστημονικές γνώσεις, 8.000 διαφορετικές σπάνιες ασθένειες προσβάλλουν έως και 6% του συνολικού πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Δηλαδή, περίπου 15 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρωπαϊκή Ένωση (των 27) και 880.000 Έλληνες προσβάλλονται ή πρόκειται να προσβληθούν από μια σπάνια ασθένεια (Ε.Σ.Υ.Ε. 2004).

Η έλλειψη ειδικών πολιτικών υγείας για τις σπάνιες ασθένειες και η ελλιπής ευαισθητοποίηση, επαγρύπνηση και συνεργασία από την πλειοψηφία των ιατρών και των υπηρεσιών υγείας, «εξηγούν» τις καθυστερημένες διαγνώσεις και τη δυσχερή πρόσβαση στην περίθαλψη. Το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια αυξημένες σωματικές, ψυχολογικές και διανοητικές επιπτώσεις, ανεπαρκείς θεραπείες, καθώς και απώλεια εμπιστοσύνης στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Παρ' όλα αυτά, ορισμένες σπάνιες ασθένειες μπορούν να είναι συμβατές με ένα φυσιολογικό τρόπο ζωής, εφόσον διαγνωστούν εγκαίρως και αντιμετωπιστούν καταλλήλως.

Η βελτίωση στην παροχή υγειονομικής φροντίδας για τις σπάνιες παθήσεις αποτελεί μία μεγάλη πρόκληση για τη Δημόσια Υγεία, λόγω της έλλειψης επιδημιολογικών δεδομένων

και δεδομένων που αξιολογούν και αποτιμούν τις συνέπειες αυτών των παθολογιών για την ποιότητα της ζωής των ασθενών και των οικογενειών τους, και τις υφιστάμενες ανάγκες στους τομείς της διάγνωσης και της θεραπείας.

Η προτεραιότητα του Σχεδίου Δράσης είναι να διασφαλίσει ισοτιμία στη διάγνωση, τη θεραπεία και την παροχή φροντίδας σε ανθρώπους πάσχοντες από σπάνια ασθένεια, μέσω οκτώ στρατηγικών στόχων:

- Αναγνώριση της ιδιαιτερότητας των σπάνιων παθήσεων.
- Συστηματική παρακολούθηση της επιδημιολογίας των σπάνιων παθήσεων και καταγραφή των ασθενών με σπάνιες παθήσεις στην Ελλάδα.
- Βελτίωση της ενημέρωσης των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού, αναφορικά με τις σπάνιες παθήσεις.
- Ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών που εμπλέκονται στην έγκαιρη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση ασθενών από σπάνιες παθήσεις.
- Αύξηση της πρόσβασης των πολιτών σε υπηρεσίες προσυμπτωματικού πληθυσμιακού ελέγχου (screening).
- Προώθηση της έρευνας και καινοτομιών αναφορικά με σπάνιες παθήσεις, ειδικότερα για νέες και αποτελεσματικότερες θεραπείες.
- Ανταπόκριση στις ειδικές ανάγκες των ατόμων που πάσχουν από σπάνιες παθήσεις.
- Δημιουργία ενιαίας πλατφόρμας δράσης σε εθνικό επίπεδο στον τομέα των σπάνιων παθήσεων και συμμετοχή στο αντίστοιχο Ευρωπαϊκό Δίκτυο.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τις Σπάνιες Παθήσεις

1ος Άξονας: Έγκαιρη Διάγνωση

Δράση 1: Θέσπιση Νομοθετικού Πλαισίου Προσυμπτωματικού Πληθυσμιακού Ελέγχου (screening) για τις Σπάνιες Παθήσεις

Δράση 2: Βελτίωση της Διαθεσιμότητας και Προσβασιμότητας σε Διαγνωστικές Δοκιμασίες και Γενετική Συμβουλευτική

2ος Άξονας: Θεραπεία

Δράση 1: Δημιουργία Εθνικών Προτύπων Κέντρων Εξειδίκευσης και Θέσπιση Πιστοποιημένων Συμβούλων για τις Σπάνιες Παθήσεις

Δράση 2: Βελτίωση Διαδικασιών Διαθεσιμότητας Ορφανών Φάρμακων

3ος Άξονας: Πρόνοια

Δράση 1: Ανταπόκριση στις Ειδικές Ανάγκες των Ατόμων που Πάσχουν από Σπάνιες Παθήσεις και των Οικογενειών τους

Δράση 2: Αναγνώριση του Οικονομικού Κόστους των Σπάνιων Παθήσεων

4ος Άξονας: Έρευνα

Δράση 1. Εθνικό Αρχείο Σπάνιων Παθήσεων

Δράση 2. Προώθηση Έρευνας για τις Σπάνιες Παθήσεις

5ος Άξονας: Εκπαίδευση

Δράση 1. Βελτίωση της Πληροφόρησης και της Γνώσης Ασθενών και Συγγενών τους
 Δράση 2. Εκπαίδευση Επαγγελματιών Υγείας για Ακριβέστερη και Ταχύτερη Διαγνωστική Διερεύνηση και Καλύτερη Θεραπευτική Αντιμετώπιση

6ος Άξονας: Ανάπτυξη Στρατηγικής που Βασίζεται στην Εταιρική Σχέση

Δράση 1: Δημιουργία Εθνικής Πλατφόρμας και Ενεργός Συμμετοχή στο Ευρωπαϊκό Δίκτυο για τις Σπάνιες Παθήσεις

Δράση 3.15 Η Μείωση των Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων και της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά

Η μικροβιακή αντοχή στα αντιβιοτικά και το συνδεδεμένο με αυτή πρόβλημα των λοιμώξεων σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, αποτελεί πρόκληση για το Σύστημα Υγείας κάθε κοινωνίας κυρίως γιατί:

- Η (αναλογική) αύξηση των λοιμώξεων που οφείλονται σε ανθεκτικούς στα αντιβιοτικά μικροοργανισμούς είναι πλέον ραγδαία σε όλο σχεδόν τον κόσμο, σε σημείο που συζητείται η επικείμενη επιστροφή της κλινικής ιατρικής στην προ των αντιβιοτικών περίοδο.
- Οι λοιμώξεις αυτές είναι δυσάτητες, αυξάνουν τον ανθρώπινο πόνο, το κοινωνικό και οικονομικό κόστος της περίθαλψης, και γενικά αποτελούν παράγοντα υποβάθμισης των υπηρεσιών υγείας.
- Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις από ανθεκτικούς στα αντιβιοτικά μικροοργανισμούς αποτελούν σημαντική επιπλοκή της νοσοκομειακής νοσηλείας και ως εκ τούτου βασική παράμετρο και δείκτη ποιότητας της παρεχόμενης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και των παρεχομένων από το σύστημα υγείας υπηρεσιών.
- Σε μεγάλο βαθμό, η μικροβιακή αντοχή μπορεί να θεωρηθεί παρενέργεια αυτής καθ' εαυτής της λειτουργίας του συστήματος υγείας.
- Ο βασικός παράγοντας για τη δημιουργία ανθεκτικών μικροοργανισμών είναι η χρήση των αντιβιοτικών, ενώ βασικός παράγοντας για τη διασπορά τους είναι η κακή υγιεινή.
- Οι νοσοκομειακές λοιμώξεις και η διασπορά των ανθεκτικών μικροοργανισμών είναι συνήθως παρενέργεια της νοσηλείας στο νοσοκομείο (WHO 2001).

Η αντιμετώπιση των δύο αυτών προβλημάτων είναι πρόκληση για όλο το σύστημα υγείας στο βαθμό που απαιτεί αλλαγές, τόσο επιστημονικές, ιατρικές, νοσηλευτικές, όσο και πολιτικές, διοικητικές και οργανωτικές. Σκοπός του παρόντος Εθνικού Σχεδίου Δράσης είναι η ελάττωση της μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά έως το 2012 κατά 50%, καθώς και η συστηματική και διαχρονική προσπάθεια να πλησιάσει σε επίπεδο ανάλογο των χωρών της υπόλοιπης Ευρώπης.

Στους στόχους του Εθνικού Σχεδίου Δράσης περιλαμβάνονται:

- Η ολοκλήρωση του συστήματος επιτήρησης της μικροβιακής αντοχής και ειδικότερα η εγκατάσταση δικτύου τυποποίησης και παρακολούθησης

- της διασποράς των μικροοργανισμών.
- Η ανάπτυξη συστήματος επιτήρησης των νοσοκομειακών λοιμώξεων στα ελληνικά νοσοκομεία.
 - Η εφαρμογή των πολιτικών ορθολογικής χρήσης των αντιβιοτικών τόσο στην ιατρική, όσο και εκτός ιατρικής (παράμετρο της οποίας αποτελεί και η παρακολούθηση της κατανάλωσης αντιβιοτικών).
 - Η εφαρμογή των πολιτικών πρόληψης των λοιμώξεων και της διασποράς των μικροοργανισμών και ειδικότερα η διακοπή της μετάδοσης από την Κτηνοτροφία - Γεωργία.
 - Η ανάπτυξη της έρευνας, που είναι απαραίτητη για τη διερεύνηση των ζητημάτων που αφορούν στη μοριακή επιδημιολογία, την κλινική αντιμετώπιση, τις οικονομικές και κοινωνικές προεκτάσεις της μικροβιακής αντοχής στα αντιβιοτικά.
 - Η πλήρης ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας και του γενικού πληθυσμού.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Αντιμετώπιση της Μικροβιακής Αντοχής στα Αντιβιοτικά και των Λοιμώξεων σε Χώρους Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

1ος Άξονας: Έρευνα - Τεκμηρίωση

Δράση 1: Έρευνα

Δράση 2: Ανάλυση και Υιοθέτηση Δεικτών Παρακολούθησης της Μικροβιακής Αντοχής και των Νοσοκομειακών Λοιμώξεων

Δράση 3: Καταγραφή της Κατανάλωσης Αντιβιοτικών

Δράση 4: Επιτήρηση της Μικροβιακής Αντοχής

Δράση 5: Επιτήρηση Νοσοκομειακών Λοιμώξεων

Δράση 6: Καταγραφή Μικροβιακής Αντοχής και Χρήσης Αντιβιοτικών στην Κτηνοτροφία, στη Γεωργία και στα Τρόφιμα

2ος Άξονας: Ενημέρωση - Εκπαίδευση

Δράση 1: Πρόληψη της Διασποράς (infection control)

Δράση 2: Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση Εμπλεκόμενων Φορέων

3ος Άξονας: Πολιτικές και Μέτρα

Δράση 1: Πολιτική Χρήσης Αντιβιοτικών στον Άνθρωπο

Δράση 2: Διοικητικά Μέτρα - Συντονισμός Φορέων

Δράση 3.16 Η Προστασία των Ταξιδιωτών στο Διεθνές Περιβάλλον

Ο αριθμός των ταξιδιωτών κάθε χρόνο αυξάνει, ενώ το εύρος των προορισμών διευρύνεται όλο και περισσότερο, καθώς οι ταξιδιώτες στις μέρες μας προτιμούν όλο και πιο απομακρυσμένους και εξωτικούς προορισμούς. Τα διεθνή ταξίδια συνεχώς

αυξάνονται, καθώς όλο και περισσότεροι άνθρωποι ταξιδεύουν για επαγγελματικούς και κοινωνικούς λόγους ή για αναψυχή. Ενδεικτικά, το 1950 ο αριθμός των διεθνών ταξιδιωτών σε παγκόσμιο επίπεδο ήταν μόνο 50 εκ., το 1970 οι ταξιδιώτες αυξήθηκαν στα 150 εκ., και το 2001 έφτασαν στα 693 εκ. Μόνο το 1999, 75 εκ. κάτοικοι ανεπτυγμένων χωρών επισκέφθηκαν αναπτυσσόμενες χώρες, ενώ τα επόμενα χρόνια ο αριθμός αυτός παρουσίασε εκθετική αύξηση (UNWTO 2008).

Ο διαρκώς αυξανόμενος αριθμός των ταξιδιών και η αύξηση του εύρους των προορισμών σε συνδυασμό με την ελάττωση του απαιτούμενου χρόνου για την κάλυψη των αποστάσεων, δημιούργησαν παγκοσμίως την ανάγκη ανάπτυξης ενός νέου τομέα στην ιατρική, την Ταξιδιωτική Ιατρική. Από τους περασμένους αιώνες ήταν γνωστά στοιχεία για μετάδοση νοσημάτων, όπως η πανώλη, ο κίτρινος πυρετός ή η σύφιλη, μέσω ιεραποστολών και εξερευνητών που ταξίδευαν σε χώρες εκτός Ευρώπης (Murphy & Nathanson 1994). Σε αυτά, τις τελευταίες δεκαετίες, ήρθαν να προστεθούν και νέα, αναδυόμενα νοσήματα όπως η HIV λοίμωξη και η πολυανθεκτική ελονοσία. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του SARS: η νόσος, μέσα σε διάστημα λίγων μόλις εβδομάδων, επεκτάθηκε σε όλον τον κόσμο μέσω των ταξιδιωτών απειλώντας τη Δημόσια Υγεία (Lee et al. 2003, Rotanen et al. 2003). Σημαντικότερα εξάλλου, από πλευράς κινδύνου θνητότητας για τον ταξιδιώτη, είναι τα ατυχήματα και η έξαρση προϋπάρχουσας νόσου.

Ο σκοπός του στρατηγικού σχεδιασμού για την ταξιδιωτική υγεία είναι η αποτύπωση της υφιστάμενης κατάστασης στην Ελλάδα, η ανάδειξη των ελλείψεων και αντιμετώπιση τους που αποσκοπεί στη διαφύλαξη της υγείας του Έλληνα και αλλοδαπού ταξιδιώτη και, κατ' επέκταση, στην προάσπιση της Δημόσιας Υγείας.

Στους στόχους του σχεδίου περιλαμβάνονται:

1. Η αγωγή υγείας του πληθυσμού, όσον αφορά στο ταξίδι και στην καλλιέργεια του προφίλ του «υγιούς ταξιδιώτη».
2. Η πλήρης εκτίμηση και διαχείριση κινδύνου του ταξιδιώτη πριν το ταξίδι με έγκυρες οδηγίες, εμβολιαστική κάλυψη και ανθελνοσοσιακά φάρμακα.
3. Η αντιμετώπιση προβλημάτων του ταξιδιώτη που επιστρέφει σε περίπτωση που νοσεί.
4. Η διαφύλαξη της Δημόσιας Υγείας από εισαγόμενα νοσήματα.

Άξονες και Δράσεις του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Ταξιδιωτική Υγεία

1ος Άξονας: Υπηρεσίες Ταξιδιωτικής Ιατρικής

Δράση 1: Αναβάθμιση των Υφιστάμενων Δομών στις Διευθύνσεις Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων (Δ.Υ.Ν.Α.)

Δράση 2: Λειτουργία Νέων Δομών στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Δράση 3: Λειτουργία Ιατρείων Ταξιδιωτικής Ιατρικής στο Πλαίσιο Ιατρείων Λοιμώξεων ή Παθολογικών Ιατρείων σε Νοσηλευτικά Ιδρύματα σε Όλη τη Χώρα

Δράση 4: Λειτουργία Δικτύου Εργαστηρίων για Τροπικά Νοσήματα

Δράση 5: Λειτουργία Συντονιστικού Κέντρου του Δικτύου Ταξιδιωτικής Ιατρικής στο Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων

Δράση 6: Νομοθετικές Ρυθμίσεις

2ος Άξονας: Ενημέρωση - Ευαισθητοποίηση

Δράση 1: Ευαισθητοποίηση, Ενημέρωση, Εκπαίδευση και Αγωγή Υγείας του Ταξιδιώτη

Δράση 2: Συνεργασία και Δικτύωση (Τουριστικές Επιχειρήσεις: ΗΑΤΤΑ, Ε.Ο.Τ.)

3ος Άξονας: Έρευνα - Εκπαίδευση

Δράση 1: Έρευνα για Νοσήματα που Σχετίζονται με το Ταξίδι

Δράση 2: Εκπαίδευση

Δράση 4. Η Υγεία των Νέων

Η επένδυση στην υγεία από τα πρώτα χρόνια αποδίδει σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Τα σημαντικά θεμέλια της ζωής ενός ενήλικα εντοπίζονται τόσο στην προγεννητική ζωή, όσο και στα πρώτα χρόνια της ζωής τους όπου μαθαίνει να ζει με υγιεινές επιλογές που προστατεύουν και προάγουν την υγεία του. Η προτεινόμενη δράση στοχεύει στην εξέλιξη του προγράμματος ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης «Η Ζωή Έχει Χρώμα», σε σταθερό πρόγραμμα αγωγής υγείας για όλα τα σχολεία της χώρας και για όλες τις θεματικές ενότητες που αφορούν στην προώθηση της υγείας των παιδιών και των νέων.

Στόχοι

- Η θεμελίωση για πρώτη φορά στην υγειονομική ιστορία της χώρας σταθερού προγράμματος αγωγής υγείας στα σχολεία της χώρας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.
- Η ενδυνάμωση των προστατευτικών παραγόντων που επιδρούν στη συμπεριφορά των ανθρώπων, και κυρίως των νέων, όσον αφορά στην υγεία.
- Η προώθηση υγιών στάσεων και θετικών συμπεριφορών.
- Η καθιέρωση της ταυτότητας της αγωγής υγείας (αρχές, περιεχόμενο και μεθοδολογία) στο σχολείο.
- Η διαμόρφωση κατάλληλου σχολικού περιβάλλοντος που προάγει την υγεία για όλο το ανθρώπινο δυναμικό του.
- Η προαγωγή της φυσικής, προσωπικής, συναισθηματικής, γνωστικής και κοινωνικής ανάπτυξης των μαθητών, ώστε να αποφασίζουν και να ενεργούν υπεύθυνα και συνειδητά για θέματα που αφορούν στην υγεία και στην προστασία τους.
- Ο εφοδιασμός όλων των μαθητών με τις απαραίτητες δεξιότητες και γνώσεις.

Ενέργειες

- Παραγωγή στοχευμένου εκπαιδευτικού υλικού (έντυπο και ψηφιακό υλικό, διαδραστικά παιχνίδια) για τους μαθητές και τους καθηγητές της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.
- Κατάρτιση κοινού σχεδίου δράσης με το Υπουργείο Εθνική Παιδείας και Θρησκευμάτων, για την ένταξη του προγράμματος αγωγής υγείας στο μαθησιακό κορμό των σχολείων.
- Συστηματική παρακολούθηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής δράσεων/ προγραμμάτων αγωγής υγείας με δυνατότητα αναπροσαρμογή τους όταν κρίνεται αναγκαίο.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Πανεπιστημιακές Σχολές με ειδίκευση στον τομέα της αγωγής υγείας.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Σχεδιασμός και υλοποίηση.

2009 - 2012: Συστηματική εφαρμογή στα σχολεία.

2012: Αξιολόγηση.

Δράση 5. Υγιεινότερος Τρόπος Ζωής

Περιγραφή

Σημαντικά ζητήματα Δημόσιας Υγείας, επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από κοινωνικές πολιτικές και περιβάλλοντα, τα οποία άλλοτε υποστηρίζουν συμπεριφορές και πρακτικές που συνεισφέρουν στην επίλυση του προβλήματος και άλλοτε αποτυγχάνουν να καλλιεργήσουν ατομικές επιλογές για την επίλυση ενός προβλήματος. Οι μείζονες παράγοντες κινδύνου για την υγεία στην εποχή μας, δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν αποκλειστικά με ατομικές πρωτοβουλίες και επιλογές, και πρόσφατα άρχισε να γίνεται κατανοητή η σπουδαιότητα των ευρύτερων κοινωνικών τάσεων και πολιτικών, που μπορεί να επηρεάσουν αποτελεσματικά την ατομική συμπεριφορά και να γίνεται ξεκάθαρο ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζουν αυτές τις παραμέτρους ως θεμελιώδη στοιχεία των παρεμβάσεών τους και των στρατηγικών πρόληψης. Σήμερα οι περισσότεροι μελετητές συμφωνούν ότι τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης έχουν αποκτήσει πρωταγωνιστικό ρόλο στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης και κοινωνικών προτύπων και είναι γεγονός ότι οι άνθρωποι περισσότερο από ποτέ βασίζονται στην ποικιλότητα και στον πλουραλισμό τους για να ενημερωθούν. Η ενημέρωση που προσφέρουν στο κοινό έχει αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή και στον προσανατολισμό των ατόμων στο κοινωνικό γίγνεσθαι, διαπίστωση που από το 1922 είναι γνωστή ως ο «προσδιορισμός της κοινωνικής πραγματικότητας από εικόνες που προσλαμβάνουμε μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης». Είναι επίσης γεγονός ότι ο γενικός πληθυσμός έχει περιορισμένη πρόσβαση στην επιστημονική γνώση και ο ρόλος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης αποδεικνύεται ιδιαίτερα ουσιαστικός στην προβολή και στη διάδοση αυτής της γνώσης. Επιτυχημένες εκστρατείες ενημέρωσης που πραγματοποιήθηκαν σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στις Η.Π.Α., αποδεικνύουν τον καθοριστικό ρόλο τους στην αλλαγή συμπεριφορών και κοινωνικών προτύπων σε θέματα υγείας. Δεν μπορούμε να πούμε με βεβαιότητα ότι οι εκστρατείες πρόληψης μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης κρίνονται απόλυτα επιτυχημένες, κυρίως λόγω του κόστους μελετών αξιολόγησης τους, αλλά και της δυσκολίας να μετρηθεί η διείσδυση των μηνυμάτων της καμπάνιας στο γενικό πληθυσμό. Φαίνεται όμως ότι όταν τα μηνύματα των εκστρατειών απευθύνονται σε ένα καλά στοχευμένο πληθυσμό που μοιράζεται κοινά γεωγραφικά, δημογραφικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά, καθώς και κοινά χαρακτηριστικά ως προς το πρόβλημα που προβάλλεται, έχουν μεγαλύτερη επιτυχία στο να διαμορφώσουν ένα νέο και πιο υγιεινό τρόπο ζωής και μια συστηματικά προγραμματισμένη προαγωγή της υγείας σε όλη τη διάρκεια της ζωής.

Στόχοι

1. Βελτίωση των γνώσεων του πληθυσμού, αναφορικά με σημαντικούς παράγοντες κινδύνου.

2. Βελτίωση των στάσεων και συμπεριφορών του πληθυσμού, ως προς την αντιμετώπιση και διαχείριση σημαντικών παραγόντων κινδύνου.
3. Βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας της ζωής.
4. Δημιουργία κοινωνικών προτύπων και «κουλτούρας» πρόληψης.
5. Υιοθέτηση υγιεινότερου και προστατευτικού για την υγεία τρόπου ζωής.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Ανάπτυξη επικοινωνιακού πλάνου, σχεδιασμός και υλοποίηση εκστρατειών πρόληψης και προαγωγής υγείας για μείζονες παράγοντες κινδύνου. Ο σχεδιασμός των εκστρατειών πρόληψης θα πρέπει να γίνει ολιστικά, λαμβάνοντας υπ' όψη τις επικαλύψεις, τις συνεργικές ενέργειες και τα πολλαπλασιαστικά οφέλη που μπορεί να προκύψουν από την εφαρμογή διαφορετικών εκστρατειών, που στοχεύουν σε διαφορετικούς παράγοντες, οι οποίοι όμως σε πολλές περιπτώσεις αφορούν στην αντιμετώπιση κοινών καταστάσεων και ασθενειών.
- Συγκεκριμένα στο πλαίσιο υλοποίησης των 16 ειδικών Σχεδίων Δράσης, προτείνεται ο σχεδιασμός και υλοποίηση των εκστρατειών ενημέρωσης, για τους παρακάτω παράγοντες και καταστάσεις κινδύνου:
 - Ναρκωτικά
 - Κάπνισμα
 - Αλκοόλ
 - Καρδιαγγειακά Νοσήματα
 - Ατυχήματα
 - Στοματική Υγεία
 - Αναπαραγωγική - Σεξουαλική Υγεία
 - Περιβαλλοντικοί Κίνδυνοι και Υγεία
 - Καρκίνος
 - Διατροφή
 - Κατάθλιψη

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Πανεπιστημιακές Σχολές με ειδίκευση στον τομέα της αγωγής υγείας, μη-κυβερνητικές οργανώσεις, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Σχεδιασμός.

2009 - 2012: Υλοποίηση ανά θεματική κατηγορία.

2012: Αξιολόγηση.

Δράση 6. Εκσυγχρονισμός, Συμπλήρωση και Κωδικοποίηση των Υγειονομικών Διατάξεων και Εγκυκλίων

Περιγραφή

Καταγραφή όλων των υφιστάμενων νομοθετημάτων σχετικά με τη Δημόσια Υγεία. Κατάργηση απηρχαιωμένων διατάξεων, αποσαφήνιση επικαλύψεων και συμπλήρωση, όπου απαιτείται, με βάση τα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα.

Στόχοι

- Εκσυγχρονισμός του νομοθετικού πλαισίου, καλύτερη και αποτελεσματικότερη εφαρμογή του.
- Κατάρτιση κώδικα διατάξεων που αφορούν στη Δημόσια Υγεία.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Καταγραφή του υφιστάμενου νομικού πλαισίου σε Ελλάδα και σε Ευρωπαϊκή Ένωση.
- Σύγκριση με την ανάλογη νομοθεσία άλλων κρατών.
- Έκδοση συμπληρωματικών - διορθωτικών νομοθετημάτων αν και όπου απαιτείται (π.χ. έκδοση εθνικών συστάσεων πρόληψης).
- Γραπτή και ηλεκτρονική κωδικοποίηση των διατάξεων που αφορούν στη Δημόσια Υγεία και οργάνωση μόνιμης βάσης κωδικοποιημένων διατάξεων Δημόσιας Υγείας.
- Σύνταξη και διανομή οδηγού δικαιωμάτων των πολιτών, αναφορικά με τη Δημόσια Υγεία.
- Κωδικοποίηση υπαλληλικών διατάξεων στον τομέα της υγείας.
- Γραπτή και ηλεκτρονική κωδικοποίηση των διατάξεων που αφορούν στη Δημόσια Υγεία και οργάνωση μόνιμης βάσης κωδικοποιημένων διατάξεων σε ότι αφορά στο ανθρώπινο δυναμικό του δημόσιου τομέα υγείας.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, άλλοι φορείς με αποδεδειγμένη εμπειρία στην κωδικοποίηση της Υγειονομικής Νομοθεσίας.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2012: Διαδικασία αποδελτίωσης - εκσυγχρονισμού νομοθεσίας.

2010 - 2012: Νομοθετικές ρυθμίσεις.

Δράση 7. Διαχρονική Παρακολούθηση της Υγείας του Πληθυσμού

Περιγραφή

Η έγκυρη, πλήρης και διαχρονική παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού και των καθοριστικών παραγόντων κινδύνου, αποτελεί μια σημαντική προτεραιότητα όλων των σύγχρονων ευρωπαϊκών και διεθνών στρατηγικών για τη Δημόσια Υγεία. Η ύπαρξη αξιόπιστου και σταθερού συστήματος παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού είναι περισσότερο επιτακτική στην περίπτωση της χώρας μας, η οποία παραδοσιακά στερείται ερευνητικής «κουλτούρας» στη συλλογή δεδομένων και στη διατήρηση αρχείων επιδημιολογικού ενδιαφέροντος.

Το σύστημα παρακολούθησης της υγείας πρέπει να είναι σε θέση παρέχει δεδομένα για:

- Την κατάσταση της υγείας και τα κύρια προβλήματα υγείας σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.
- Τους καθοριστικούς παράγοντες κινδύνου.
- Τη διαχρονική παρακολούθηση της υγείας.
- Την κατάσταση της υγείας ευπαθών κοινωνικών ομάδων.
- Την ανίχνευση ειδικών παραγόντων και συνθηκών που βάζουν σε κίνδυνο την υγεία του πληθυσμού.
- Τη διαπίστωση κοινωνικών ανισοτήτων στη νοσηρότητα, θνησιμότητα και πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Στόχοι

1. Η εκπόνηση πανελλαδικής μελέτης για την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο.
2. Η αναδιοργάνωση του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών.
3. Η βελτίωση και επέκταση του συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης λοιμωδών νοσημάτων.
4. Η υλοποίηση του Υγειονομικού Χάρτη.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Διενέργεια εθνικής μελέτης για την κατάσταση της υγείας του ελληνικού πληθυσμού, η οποία θα χρησιμοποιείται ως μελέτη - αναφορά για το σχεδιασμό και τη χάραξη πολιτικής υγείας και θα πραγματοποιείται κάθε δύο χρόνια. Η μελέτη θα πρέπει να αναφέρεται σε μεγάλο δείγμα του πληθυσμού, ώστε να παρέχει δεδομένα για τις πραγματικές ανάγκες και την κατάσταση της υγείας του πληθυσμού σε εθνικό, περιφερειακό, νομαρχιακό και τοπικό επίπεδο.
- Αναδιοργάνωση του Εθνικού Αρχείου Νεοπλασιών. Η δράση περιγράφεται αναλυτικά στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο.
- Βελτίωση και επέκταση του συστήματος επιδημιολογικής επιτήρησης και παρακολούθησης των λοιμωδών νοσημάτων. Η δράση περιγράφεται αναλυτικά στο Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Πρόληψη των Μεταδοτικών Νοσημάτων.

- Η υλοποίηση του Υγειονομικού Χάρτη της χώρας, όπως περιγράφεται στη Δράση 8 του παρόντος κεφαλαίου.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, ερευνητικά κέντρα εκπαιδευτικών ιδρυμάτων, Πανεπιστημιακές Σχολές με συναφή αντικείμενα, μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2009: Εκπόνηση μελέτης της υγείας ελληνικού πληθυσμού.

2008 - 2012: Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών.

2008 - 2012: Υγειονομικός Χάρτης.

2008 - 2012: Βελτίωση του συστήματος Επιδημιολογικής Επιτήρησης Λοιμωδών Νοσημάτων.

Δράση 8. Υγειονομικός Χάρτης

Περιγραφή

Βασική παράμετρος για την επίτευξη των στόχων ενός αποτελεσματικού συστήματος υπηρεσιών υγείας και για την ορθολογική του διαχείριση, είναι η ύπαρξη έγκυρης πληροφόρησης για τις πραγματικές ανάγκες σε δομές, προσωπικό, εξοπλισμό, μέτρα και προγράμματα. Για τον προσδιορισμό αυτών των αναγκών, απαιτείται ο σχεδιασμός και η υλοποίηση ενός συστήματος ομοιογενούς καταγραφής, επεξεργασίας και ανάλυσης δεδομένων, που θα παρέχει χωροταξικά κατανεμημένη και έγκυρη πληροφόρηση, σχετικά με την υφιστάμενη κατάσταση του συστήματος υγείας και πρόνοιας, καθώς και τεκμηριωμένη πρόβλεψη για τις ανάγκες υγείας και κοινωνικής φροντίδας του πληθυσμού.

Σκοπός της υλοποίησης του Υγειονομικού Χάρτη είναι η ανάπτυξη της απαιτούμενης οργανωτικής, θεσμικής και πληροφοριακής υποδομής για την συστηματική συλλογή, διαχείριση και επεξεργασία δεδομένων με γεωγραφική αναφορά που θα παρέχει άμεση, έγκυρη και χαμηλού κόστους πληροφόρηση για τον πολίτη και για τη χάραξη και την άσκηση πολιτικής σε περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, βάσει των πραγματικών αναγκών υγείας του ελληνικού πληθυσμού.

Ο Υγειονομικός Χάρτης αφορά στη μελέτη και στην υλοποίηση ενός συστήματος οργανωτικού και θεσμικού πλαισίου και της πληροφοριακής - γεωγραφικής υποδομής για:

1. τη συλλογή δεδομένων από πρωτογενείς και δευτερογενείς πηγές του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα, άμεσα ή έμμεσα σχετιζόμενες με την υγεία και την πρόνοια,
2. την επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων και τον προσδιορισμό συγκεκριμένου αριθμού δεικτών, που αποτελούν προτεραιότητα για το Υπουργείο και αφορούν στην κατανομή, στη χρήση και στην επάρκεια πόρων υγείας και πρόνοιας, στη χρήση των υπηρεσιών και στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, και
3. τη διάθεση δεικτών και δεδομένων σε διάφορες κατηγορίες χρηστών (πολίτες, ερευνητές, επαγγελματίες υγείας και πρόνοιας, στελέχη δημόσιων υπηρεσιών), βάσει συγκεκριμένων κριτηρίων πρόσβασης.

Το έργο αντιμετωπίζει τεχνολογικά θέματα, αλλά ασχολείται και με το οργανωτικό, λειτουργικό και θεσμικό πλαίσιο και θα προτείνει ανασχεδιασμό υπαρχόντων ή δημιουργία νέων οργανωτικών και διοικητικών δομών, θεσμικών και λειτουργικών διαδικασιών.

Οι βασικές ενότητες πληροφοριών που θα περιλαμβάνονται στον Υγειονομικό Χάρτη είναι οι ακόλουθες:

Δομές υγείας και πρόνοιας του δημοσίου, ιδιωτικού τομέα και των μη-κυβερνητικών οργανώσεων: δομές υγείας και πρόνοιας, οργανωτική διάρθρωση και υποδομή, παρεχόμενες υπηρεσίες, βιοϊατρικός και λοιπός εξοπλισμός, κλάδος και ειδικότητες ανθρώπινου δυναμικού κ.λπ.

Χρήση υπηρεσιών: υπηρεσίες ανά είδος επιλεγμένων περιστατικών, φορέα παροχής, έκβαση, όγκο παραγόμενων υπηρεσιών και κόστος αυτών, αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και καταλληλότητα σε σχέση με τις προσδιορισμένες ανάγκες κ.λπ.

Επιδημιολογικά στοιχεία: θνησιμότητα, νοσηρότητα, προσδόκιμο επιβίωσης, τρόπος ζωής και συμπεριφοράς, όπως το κάπνισμα, η χρήση τοξικών ουσιών, η σεξουαλική συμπεριφορά, οι διατροφικές συνήθειες, η φυσική δραστηριότητα κ.λπ.

Στοιχεία περιβάλλοντος: στοιχεία που αφορούν στην υγιεινή του περιβάλλοντος, όπως οι μορφές και οι πηγές μόλυνσης του αέρα, του ύδατος, του εδάφους κ.λπ.

Δημογραφικά στοιχεία: φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εισόδημα, οικογενειακές δαπάνες, επάγγελμα, τομέας απασχόλησης, ασφάλιση, ηλικία, εκπαίδευση, εθνικότητα κ.λπ.

Στόχοι

- Ολιστική διαχείριση δεδομένων υγείας και πρόνοιας.
- Ορθολογική κατανομή πόρων.
- Ορθολογική χάραξη και άσκηση στρατηγικής υγείας.
- Η αξιολόγηση, μέσω συγκριτικών μελετών, της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας και του κόστους του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των ενίοτε βελτιωτικών παρεμβάσεων.
- Η παρακολούθηση των δεικτών υγείας του πληθυσμού.
- Η έκδοση και δημοσιοποίηση περιοδικών αναφορών επιδημιολογικών δεδομένων.

Ενέργειες Υλοποίησης

1. Οργανωτικό - Θεσμικό Πλαίσιο

- Μελέτη οργανωτικού - θεσμικού πλαισίου.
Η μελέτη θα πρέπει να προχωρήσει στον προσδιορισμό του κατάλληλου οργανωτικού σχήματος που θα εξασφαλίσει την απρόσκοπτη αναπαραγωγή και ανανέωση του έργου και την εύκολη και γρήγορη διάθεση του πληροφοριακού υλικού του. Πιο συγκεκριμένα, η μελέτη θα πρέπει να αναδείξει και να προσδιορίσει:
 1. Το είδος των συνδιαλλαγών και των σχέσεων των μελών του δικτύου.
 2. Τους όρους πρόσβασης στις βάσεις πληροφοριών του κεντρικού ή των κεντρικών φορέων, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των μελών του δικτύου, τους όρους ανταλλαγής και τα συναφή.
 3. Τα πεδία πιθανών συνεργασιών που θα προωθήσουν τους στόχους του δικτύου και θα διευκολύνουν τη λειτουργία των συμμετεχόντων φορέων και οργανισμών.
- Ανάπτυξη βασικής οργανωτικής υποδομής για άμεση συλλογή δεδομένων βάσει κοινών προτύπων.
- Ενεργοποίηση και ευαισθητοποίηση ατόμων και φορέων, τόσο στη συστηματική - ομοιογενή συλλογή και επικαιροποίηση στοιχείων υγείας και κοινωνικής φροντίδας, όσο και στη χρήση στοιχείων στη λήψη αποφάσεων.

- Δημιουργία μηχανισμού αξιολόγησης της μεθοδολογίας συλλογής δεδομένων (αλληλεπίδραση περιφέρειας - κέντρου) αποτελούμενο από όλα τα εμπλεκόμενα μέρη.
- Αναζήτηση μηχανισμών αξιολόγησης της αξιοπιστίας των δεδομένων που συλλέγονται από διάφορες πηγές.
- Δημιουργία συνεργασιών, με στόχο την ανάλυση και κατανόηση της υφιστάμενης κατάστασης, καθώς και τη διαμόρφωση κατάλληλου περιβάλλοντος για την υλοποίηση και αξιοποίηση του έργου.
- Σύσταση Συντονιστικού Γραφείου Υγειονομικού Χάρτη.
Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, με την επιστημονική εποπτεία της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, θεσμοθετεί το Συντονιστικό Γραφείο Υγειονομικού Χάρτη, το οποίο θα αποτελέσει τον κρίκο της αξιόπιστης διάθεσης πληροφοριών του τομέα υγείας και της επικοινωνίας ανάμεσα στις αρμόδιες κρατικές υπηρεσίες και στις μονάδες υγείας. Ο στόχος του Συντονιστικού Γραφείου Υγειονομικού Χάρτη είναι να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στις ανάγκες των κάτωθι ομάδων:
 - α. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και οι διοικήσεις των Δ.Υ.Π.Ε., και λοιπών εποπτευόμενων από αυτό φορέων: η πληροφορία πρέπει να υποστηρίζει την ανάπτυξη πολιτικών και τη λήψη αποφάσεων, καθιστώντας διαθέσιμα, επικαιροποιημένα και αξιόπιστα στοιχεία που αφορούν στην υγεία του πληθυσμού και στη λειτουργία του Ε.Σ.Υ. και των μονάδων του.
 - β. Επαγγελματίες υγείας: η πληροφορία πρέπει να στοχεύει στην υποστήριξη του κλινικού τους έργου. Η πληροφορία πρέπει επίσης να υποστηρίζει τις διαδικασίες κλινικών αποφάσεων και τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση, καθιστώντας διαθέσιμους οδηγούς, αποτελέσματα αξιολόγησης ιατρικής τεχνολογίας, βάσεις δεδομένων, υλικό κλινικής τεκμηρίωσης της φροντίδας, βέλτιστες πρακτικές, κλινικές οδηγίες και συστάσεις.
 - γ. Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας, ασφαλιστικοί οργανισμοί και λοιποί φορείς χρηματοδότησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας: η πληροφορία πρέπει να υποστηρίζει την ανάπτυξη πολιτικών και τη λήψη αποφάσεων, καθιστώντας διαθέσιμα επικαιροποιημένα και αξιόπιστα στοιχεία που αφορούν στις ανάγκες κάλυψης και στο κόστος της περίθαλψης του πληθυσμού, καθώς και στοιχεία μέσω των οποίων μπορεί να ελέγχεται η χρήση των υπηρεσιών του τομέα υγείας και των πόρων Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας.
 - δ. Πολίτες: η πληροφορία πρέπει να υποστηρίζει τους πολίτες στις αποφάσεις που αφορούν στη διαχείριση της προσωπικής υγείας και να παρέχει αντικειμενικά στοιχεία για τη διαθεσιμότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών. Η πληροφορία πρέπει επίσης να υποστηρίζει τις πολιτικές αγωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και να διαμορφώνει το βέλτιστο πλαίσιο για την ατομική φροντίδα.
 - ε. Διεθνείς και ευρωπαϊκοί οργανισμοί: η πληροφορία πρέπει να καλύπτει όλες τις απαιτήσεις για ανταλλαγή πληροφοριών του τομέα υγείας με ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς.

Το Σύστημα του Υγειονομικού Χάρτη καθίσταται προσβάσιμο από τις προαναφερθείσες ομάδες χρηστών, σύμφωνα με τα θεσμοθετημένα επίπεδα διαβάθμισης της πληροφορίας και των πολιτικών πρόσβασης και δημοσιότητας.

Η τροφοδότηση του συστήματος, με την πληροφορία που απαιτείται για την ανάπτυξη και διαρκή ενημέρωσή του, από τους φορείς παροχής υπηρεσιών του τομέα υγείας είναι υποχρεωτική. Η συλλογή της πληροφορίας, γίνεται σύμφωνα με εθνικά πρότυπα κωδικοποίησης και ταξινόμησης και συνόλων πληροφορίας που προκύπτουν από τυποποιημένες ροές εργασίας.

Τα συστήματα συλλογής δεδομένων που θα συνεισφέρουν στη συνεχή τροφοδότηση και επικαιροποίηση του Συντονιστικού Γραφείου του Υγειονομικού Χάρτη είναι:

- Το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών.
- Τα δίκτυα επιδημιολογικής επιτήρησης του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.
- Ηλεκτρονικός φάκελος και κάρτα υγείας.
- Οι βάσεις δεδομένων των πανεπιστημιακών ερευνητικών κέντρων.
- Το Εθνικό Κέντρο Ιατροβιοτεχνολογικού Εξοπλισμού.
- Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων.
- Ο Ο.ΚΑ.ΝΑ.
- Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού.
- Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος.
- Τα ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων και άλλων εποπτευόμενων φορέων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Εποπτευόμενοι από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης φορείς παραγωγής πρωτογενών δεδομένων.

Η διαβίβαση πληροφορίας προς το Συντονιστικό Γραφείο Υγειονομικού Χάρτη, συμπεριλαμβανομένης αυτής που αφορά σε προσωπικά στοιχεία πολιτών, υπόκειται στη νομοθεσία περί Προσωπικών Δεδομένων και τους περιορισμούς που τίθενται με βάση τα επίπεδα πρόσβασης και τους κανονισμούς δημοσιότητας.

Το περιεχόμενο της πληροφορίας, τα επίπεδα διαβάθμισης, οι πολιτικές και οι κανονισμοί πρόσβασης και δημοσιότητας, αποτελούν αντικείμενο Στρατηγικού Σχεδιασμού που καθορίζονται από ειδική μελέτη.

2. Πληροφοριακό - Γεωγραφικό Σύστημα

- Σχεδιασμός, ανάπτυξη και υλοποίηση πληροφοριακών και γεωγραφικών συστημάτων.
- Διασύνδεση βάσεων δεδομένων και αυτοματοποίηση διαδικασίας παραγωγής δεικτών υγείας και υπηρεσιών υγείας.

3. Δημιουργία Ιστοσελίδας - Help Desk

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστημιακές Σχολές.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Θεσμικό - Οργανωτικό.

2008 - 2012: Γεωγραφικά - πληροφοριακά συστήματα.

2008 - 2012: Συλλογή δεδομένων.

2009 - 2012: Παραγωγή δεικτών.

Δράση 9. Ισότητα στην Υγεία

Περιγραφή

Η φτώχεια αποτελεί το μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου για την υγεία και οι ανισότητες στην υγεία, λόγω του διαφορετικού εισοδήματος, αποτελούν σοβαρή κοινωνική αδικία. Η σύγχρονη προβληματική για τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία θεμελιώθηκε με την έκθεση «Black Report» του Βρετανικού Υπουργείου Υγείας, η οποία δημοσιεύτηκε το 1980 (Inequalities in Health 1980). Σύμφωνα με τα δεδομένα της μελέτης, η θνησιμότητα ήταν διπλάσια στα άτομα των κατώτερων κοινωνικών τάξεων απ' ότι στα άτομα της ανώτερης κοινωνικής τάξης. Μέχρι σήμερα, πλήθος μελετών επιβεβαιώνουν τα ευρήματα της αρχικής μελέτης, ως προς το ρόλο που διαδραματίζει η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου στο νοσολογικό φορτίο από συγκεκριμένα νοσήματα, αλλά και στην δυνατότητα και στην ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες πρόληψης, περίθαλψης και αποκατάστασης.

Η συγκεκριμένη δράση αποβλέπει στη δημιουργία Παρατηρητηρίου Κοινωνικών Ανισοτήτων στη Υγεία και εντάσσεται στο πλαίσιο των στρατηγικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τον περιορισμό των κοινωνικών ανισοτήτων στη Δημόσια Υγεία, σε έκθεση του οποίου καταγράφεται ότι «Μέχρι το έτος 2020 το χάσμα στην υγεία μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων στο εσωτερικό των χωρών θα πρέπει να μειωθεί τουλάχιστον κατά το ένα τέταρτο σε όλες τις χώρες, μέσω της σημαντικής βελτίωσης του επιπέδου της υγείας των μειονοτικών ομάδων».

Ειδικότερα σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ.:

- Το χάσμα στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων θα πρέπει να μειωθεί τουλάχιστον κατά 25%.
- Οι τιμές των μειζόνων δεικτών νοσηρότητας, ανικανότητας και θνησιμότητας στις ομάδες στην κοινωνικοοικονομική πυραμίδα θα πρέπει να κατανέμονται με μεγαλύτερη ισότητα.
- Η αναλογία του πληθυσμού που ζει στη φτώχεια θα πρέπει να μειωθεί σημαντικά.
- Οι άνθρωποι που έχουν ειδικές ανάγκες, ως αποτέλεσμα της υγείας τους, θα πρέπει να προστατευτούν από τον αποκλεισμό και να τους δοθεί εύκολη πρόσβαση στην κατάλληλη φροντίδα.

Στόχοι

- Καταγραφή των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.
- Άμβλυση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία.

Ενέργειες Υλοποίησης

Η δράση περιλαμβάνει τη δημιουργία Παρατηρητηρίου ανίχνευσης, προσδιορισμού και ανάλυσης των κοινωνικών ανισοτήτων στη Δημόσια Υγεία, το οποίο θα μπορεί να υποδείξει προτάσεις και μέτρα περιορισμού των παρατηρούμενων ανισοτήτων ανά κοινωνικοοικονομικές ομάδες πληθυσμού.

Απαραίτητες ενέργειες για τη σύσταση του Παρατηρητηρίου αποτελούν:

- Ο ορισμός του θεσμικού και οργανωτικού πλαισίου λειτουργίας του.
- Μελέτη για την οργάνωση του Παρατηρητηρίου, στην οποία θα προσδιορίζεται ο σκοπός του, η οργάνωση και λειτουργία του, το αντικείμενο και τα παραδοτέα της λειτουργίας του, ο μηχανισμός εποπτείας του Παρατηρητηρίου.
- Η ίδρυση και οργάνωση του Παρατηρητηρίου από άποψη υποδομών και στελέχωσης.
- Μηχανισμός αξιολόγησης της λειτουργίας του Παρατηρητηρίου από εξωτερικό αξιολογητή, μετά από ορισμένο διάστημα λειτουργίας του (2 ή 3 χρόνια).

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Θεσμικό - οργανωτικό πλαίσιο.

2009 - 2010: Υποδομές - Στελέχωση - Εξοπλισμός.

2012: Εξωτερική αξιολόγηση λειτουργίας.

Δράση 10. Μηχανισμοί Ταχείας Αντίδρασης για την Αντιμετώπιση Έκτακτων Κινδύνων και Απειλών

Περιγραφή

Η ανάπτυξη μηχανισμών επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απειλών κατά της υγείας αποτελεί έναν από τους θεμελιώδεις άξονες της ευρωπαϊκής στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία και κοινή κατεύθυνση όλων των σύγχρονων συστημάτων Δημόσιας Υγείας. Η προτεραιότητα αυτή περιλαμβάνει επιπλέον τη διακρατική δικτύωση και συνεργασία των μηχανισμών ταχείας αντίδρασης στο επίπεδο της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η ανάπτυξη των μηχανισμών επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης στην Ελλάδα στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, συγκλίνει απόλυτα με την ευρωπαϊκή στρατηγική και την προσαρμογή της χώρας μας σε αυτή.

Στο πλαίσιο της παρούσας δράσης, προβλέπονται δράσεις, οι οποίες στοχεύουν προς δύο κατευθύνσεις:

- Στην ενίσχυση και διεύρυνση των υφιστάμενων μηχανισμών επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης σε έκτακτους κινδύνους και απειλές, σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.
- Στην ανάπτυξη των υποδομών επιδημιολογικού φραγμού στις εισόδους της χώρας.

Στόχοι

- Η ενίσχυση των δυνατοτήτων και των υποδομών του Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας για τη διαχείριση μαζικών καταστροφών και ταχείας αντίδρασης σε έκτακτους κινδύνους και απειλές.
- Η εκπόνηση εφαρμοσμένων μελετών για την περιφερειακή οργάνωση της επαγρύπνησης και ταχείας υγειονομικής αντίδρασης στις λοιπές περιφέρειες της χώρας.
- Η ανάπτυξη και πιλοτική λειτουργία περιφερειακού μηχανισμού επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης στη Θεσσαλία, εν όψει των Μεσογειακών Αγώνων του 2013.
- Ο εκσυγχρονισμός των αεροϋγειονομείων και η διαμόρφωση χώρων και εξοπλισμού επιδημιολογικού φραγμού σε 7 τουλάχιστον διεθνή αεροδρόμια, και η εγκατάσταση συστημάτων πληροφορικής και επικοινωνίας σε 12 τουλάχιστον αεροδρόμια.
- Η διαμόρφωση χώρων επιδημιολογικού φραγμού σε τουλάχιστον 10 λιμάνια και η προμήθεια εξοπλισμού και η εγκατάσταση συστημάτων πληροφορικής και επικοινωνίας σε τουλάχιστον 15 λιμάνια.

Ενέργειες Υλοποίησης

Ενίσχυση υποδομών και εξοπλισμού του κεντρικού μηχανισμού επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης σε έκτακτους κινδύνους και απειλές.

Η δράση στοχεύει στη βελτίωση των δυνατοτήτων επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης σε έκτακτους κινδύνους και απειλές για τη Δημόσια Υγεία, που διαθέτει η χώρα. Περιλαμβάνει ενέργειες ενίσχυσης των υποδομών, του εξοπλισμού και των λειτουργικών συστημάτων του υφιστάμενου μηχανισμού ταχείας αντίδρασης. Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες ανάπτυξης υποδομών, εξοπλισμού, λειτουργικών συστημάτων και δικτύωση για τη διασφάλιση της ενδεδειγμένης διαχείρισης σε περιπτώσεις φυσικών καταστροφών και μειζόνων παραγόντων κινδύνου.

Μελέτη για την περιφερειακή οργάνωση της ταχείας υγειονομικής αντίδρασης στις λοιπές περιφέρειες της χώρας.

Η δράση στοχεύει στην εκπόνηση εφαρμοσμένων μελετών σε κάθε ευρύτερη αναπτυξιακή περιφέρεια, για τον τρόπο οργάνωσης και ανάπτυξης των περιφερειακών μηχανισμών επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης.

Ανάπτυξη και πιλοτική λειτουργία περιφερειακού μηχανισμού επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης στη Θεσσαλία, εν όψει των Μεσογειακών Αγώνων το 2013.

Η δράση στοχεύει στην οργάνωση και πιλοτική λειτουργία ενός περιφερειακού μηχανισμού επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης στη Θεσσαλία, εν όψει των Μεσογειακών Αγώνων του 2013 που θα γίνουν στο Βόλο και στη Λάρισα.

Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες ανάπτυξης υποδομών, εξοπλισμού και λειτουργικών συστημάτων, πιλοτική λειτουργία και πιλοτική συνεργασία με τους εθνικούς και διεθνείς μηχανισμούς ταχείας αντίδρασης.

Τα αναμενόμενα φυσικά αποτελέσματα της δράσης είναι:

1. Η οργάνωση περιφερειακού μηχανισμού επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης στη Θεσσαλία.
2. Η εξασφάλιση των απαιτούμενων υποδομών και συστημάτων.
3. Η οργάνωση των περιφερειακών δικτύων επιδημιολογικής επιτήρησης.
4. Η πιλοτική λειτουργία του μηχανισμού.
5. Η διασύνδεση και δικτύωση του μηχανισμού με τους αντίστοιχους εθνικούς μηχανισμούς που λειτουργούν υπό την ευθύνη του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και του Εθνικού Κέντρου Επιχειρήσεων Υγείας, καθώς και με ευρωπαϊκούς μηχανισμούς επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης.

Αεροϋγειονομία: διαμόρφωση χώρων και εξοπλισμού επιδημιολογικού φραγμού στα διεθνή αεροδρόμια.

Η δράση στοχεύει στην ενίσχυση των υγειονομικών υποδομών και των αεροϋγειονομείων για την εξασφάλιση συνθηκών επιδημιολογικού φραγμού στα κύρια διεθνή αεροδρόμια της χώρας. Περιλαμβάνει ενέργειες διαμόρφωσης κατάλληλων χώρων, προμήθειας εξοπλισμού και εγκατάστασης συστημάτων πληροφορικής και επικοινωνίας για τη διασφάλιση του επιδημιολογικού φραγμού στα κύρια διεθνή αεροδρόμια της χώρας.

Τα αναμενόμενα φυσικά αποτελέσματα της δράσης είναι:

1. Η διαμόρφωση χώρων επιδημιολογικού φραγμού σε 7 τουλάχιστον αεροδρόμια.
2. Η προμήθεια εξοπλισμού και η εγκατάσταση συστημάτων πληροφορικής και επικοινωνίας σε τουλάχιστον 12 αεροδρόμια.

Λιμάνια: διαμόρφωση χώρων και εξοπλισμού επιδημιολογικού φραγμού σε κεντρικά λιμάνια της χώρας.

Η δράση στοχεύει στην ενίσχυση των υγειονομικών υποδομών για την εξασφάλιση συνθηκών επιδημιολογικού φραγμού στα κύρια επιβατικά λιμάνια της χώρας. Περιλαμβάνει ενέργειες διαμόρφωσης κατάλληλων χώρων, εξοπλισμού και συστημάτων πληροφορικής και επικοινωνίας για τη διασφάλιση του επιδημιολογικού φραγμού στα κύρια επιβατικά λιμάνια.

Τα αναμενόμενα φυσικά αποτελέσματα της δράσης είναι:

1. Η διαμόρφωση χώρων επιδημιολογικού φραγμού σε τουλάχιστον 10 λιμάνια.
2. Η προμήθεια εξοπλισμού και η εγκατάσταση συστημάτων πληροφορικής και επικοινωνίας σε τουλάχιστον 15 λιμάνια.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας, περιφερειακοί μηχανισμοί ταχείας αντίδρασης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Αεροδρόμια, Λιμενικές αρχές.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2010: Μελέτες.

2009 - 2011: Εξοπλισμός.

2009 - 2012: Υποδομές.

Δράση 11. Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας

Περιγραφή

Η παροχή των υπηρεσιών του τομέα υγείας υπόκειται σε τυποποίηση διαδικασιών, σύμφωνα με τις προδιαγεγραμμένες απαιτήσεις και στο βαθμό που η τυποποίηση αυτή απαιτείται για τη διασφάλιση της διαλειτουργικότητας μεταξύ των μονάδων υγείας και των λοιπών φορέων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τη διασφάλιση μιας διαρκούς και συνεχιζόμενης ποιοτικής φροντίδας και αποκατάστασης.

Στόχοι

Η παρούσα δράση αναφέρεται στην σύσταση Κέντρου Πιστοποίησης Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας, το οποίο αναλαμβάνει τη συνολική ευθύνη της εκπόνησης του εθνικού σχεδιασμού για την ποιότητα, της προώθησης πρακτικών διοίκησης ποιότητας και της αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών του τομέα υγείας και συγκεκριμένα:

- Καθορίζει τις εθνικές προτεραιότητες της τυποποίησης για τον τομέα της υγείας.
- Κοινοποιεί, διαχέει και προωθεί τα εθνικά πρότυπα και τις ελληνικές προδιαγραφές του τομέα υγείας και υποστηρίζει τις μονάδες υγείας κατά την εφαρμογή τους.
- Λαμβάνει μέτρα για την προώθηση βέλτιστων πρακτικών διοίκησης ποιότητας και της πιστοποίησης των συστημάτων ποιότητας και της αξιολόγησης των υπηρεσιών από ανεξάρτητους οργανισμούς.
- Αξιολογεί την ποιότητα των υπηρεσιών του τομέα υγείας στη βάση των στοιχείων και αναφορών του Υγειονομικού Χάρτη.
- Δημοσιοποιεί στοιχεία αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών του τομέα υγείας.
- Συνεργάζεται με εθνικούς, διεθνείς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς σε θέματα ποιότητας και αξιολόγησης των υπηρεσιών και των τεχνολογιών του τομέα υγείας.
- Καθορίζει τις εθνικές προτεραιότητες ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας, βάσει των προγραμματισμένων δράσεων εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Εγκρίνει το σχεδιασμό των προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης, αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Συνεργάζεται με το Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Προστασίας, τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και με άλλους εκπαιδευτικούς οργανισμούς της χώρας, σε θέματα προσδιορισμού των αναγκών της αγοράς εργασίας του τομέα υγείας, καθώς και των απαιτούμενων γνώσεων, δεξιοτήτων και συμπεριφορών, στη βάση του διαρκούς εκσυγχρονισμού του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των στοιχείων και πληροφοριών του Υγειονομικού Χάρτη.
- Λαμβάνει μέτρα για την προώθηση βέλτιστων πρακτικών εξειδίκευσης,

συνεχιζόμενης κατάρτισης και δια βίου εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας και της πιστοποίησης των αντίστοιχων εκπαιδευτικών συστημάτων και δεξιοτήτων.

- Συνεργάζεται με εθνικούς, διεθνείς και ευρωπαϊκούς οργανισμούς σε θέματα ανάπτυξης ανθρώπινου δυναμικού του τομέα υγείας.
- Αξιοποιεί πόρους που διατίθενται για δράσεις επιμόρφωσης στον τομέα υγείας από κοινοτικά και εθνικά επιχειρησιακά προγράμματα και άλλες πηγές χρηματοδότησης.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Νομοθετική ρύθμιση για τη σύσταση και οργανωτική και λειτουργική διάρθρωση του Κέντρου Πιστοποίησης Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας.
- Μελέτη στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού.
- Υποδομές - Εξοπλισμός.
- Στελέχωση.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστημιακές Σχολές.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2009: Νομοθετική ρύθμιση.

2009 - 2010: Μελέτη στρατηγικού σχεδιασμού.

2010 - 2012: Υποδομές - Στελέχωση.

Δράση 12. Αποτελεσματικότητα Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

Περιγραφή

Η ικανότητα αποτελεσματικής υλοποίησης της αποστολής των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές συνιστώσες της επιτυχίας του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, αλλά και της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας ολόκληρου του συστήματος Δημόσιας Υγείας.

Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες στελέχωσης και ενίσχυσης των υποδομών, του εξοπλισμού, των συστημάτων και της λειτουργίας των κεντρικών, περιφερειακών και νομαρχιακών υπηρεσιών, εργαστηρίων και οργανισμών Δημόσιας Υγείας, με σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητάς τους.

Στην περιγραφή της παρούσας δράσης δεν περιλαμβάνονται ενέργειες για την ενίσχυση των υποδομών του Εθνικού Φορέα Ελέγχου Τροφίμων, λόγω αρμοδιότητας άλλου υπουργείου, καθώς και υποδομών και εξοπλισμού που περιλαμβάνονται στα ειδικά Σχέδια Δράσης.

Στόχοι

- Αναβάθμιση υποδομών και λειτουργιών της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας, της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας.
- Αναβάθμιση υποδομών και λειτουργιών των Περιφερειακών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας.
- Αναβάθμιση υποδομών και λειτουργιών των νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και η ανάπτυξη νέων λειτουργιών και υπηρεσιών από τις υπηρεσίες αυτές.
- Αναβάθμιση των υποδομών και λειτουργιών του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.
- Αναβάθμιση υποδομών και λειτουργιών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας ως προς το ερευνητικό της έργο.
- Αναβάθμιση των υποδομών και λειτουργιών του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού.
- Αναβάθμιση υποδομών και λειτουργιών των εργαστηρίων επιδημιολογίας, υγιεινής και Δημόσιας Υγείας των Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι.
- Η βελτίωση του έργου των Διασυνοριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας και η ενίσχυση της προστασίας της Δημόσιας Υγείας στις διασυνοριακές ζώνες.

Ενέργειες Υλοποίησης

Αναβάθμιση υποδομών και λειτουργιών των κεντρικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες στελέχωσης και ενίσχυσης - αναβάθμισης των υποδομών, συστημάτων και λειτουργιών και προμήθειας εξοπλισμού των κεντρικών

υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, δηλαδή της Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας, της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας.

Αναβάθμιση υποδομών και λειτουργιών των Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες στελέχωσης, ενίσχυσης των υποδομών, του εξοπλισμού και των συστημάτων των Περιφερειακών Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας.

Αναβάθμιση υποδομών και λειτουργιών των υποδομών και της λειτουργίας των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες στελέχωσης και ενίσχυσης των υποδομών, του εξοπλισμού των συστημάτων όλων των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Αναβάθμιση υποδομών και λειτουργιών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες ενίσχυσης των υποδομών, του εξοπλισμού των ερευνητικών εργαστηρίων της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

Αναβάθμιση υποδομών και λειτουργιών του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες προμήθειας εξοπλισμού, ενίσχυσης και αναβάθμισης των υποδομών, συστημάτων και λειτουργιών του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

Αναβάθμιση υποδομών και λειτουργιών του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού.

Η δράση αποβλέπει στην ενίσχυση και στον εκσυγχρονισμό των υποδομών και του εξοπλισμού του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού, με σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητάς του, και περιλαμβάνει ενέργειες προμήθειας επιστημονικού και εργαστηριακού εξοπλισμού και συστημάτων και βελτίωση των υποδομών και λειτουργιών του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού.

Αναβάθμιση υποδομών και λειτουργιών των Εργαστηρίων Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Δημόσιας Υγείας των Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι.

Η δράση αποβλέπει στην ενίσχυση και τον εκσυγχρονισμό των υποδομών και του εξοπλισμού των εργαστηρίων υγιεινής, επιδημιολογίας και Δημόσιας Υγείας, με σκοπό τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητάς τους και περιλαμβάνει ενέργειες προμήθειας επιστημονικού και εργαστηριακού εξοπλισμού και συστημάτων και βελτίωση των υποδομών και λειτουργιών των αντίστοιχων εργαστηρίων.

Διασυνοριακά Κέντρα Δημόσιας Υγείας (ΔΙ.ΚΕ.Δ.Υ.).

Η δράση αποβλέπει στην ενίσχυση των υφιστάμενων και στη δημιουργία νέων -όπου απαιτείται, βάσει ανάλυσης των αναγκών κατά περιοχές- Διασυνοριακών Κέντρων Δημόσιας Υγείας, τα οποία θα αποτελέσουν αμυντικό μηχανισμό διασφάλισης της Δημόσιας Υγείας σε ζωτικές ζώνες ασφάλειας γύρω από τα σύνορα της χώρας. Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες ενίσχυσης του έργου των ΔΙ.ΚΕ.Δ.Υ. καθώς και παροχή τεχνικής βοήθειας στις διασυνοριακές ζώνες σε περιπτώσεις φυσικών ή ανθρωπογενών καταστροφών.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων, Διευθύνσεις Υγείας Περιφερειών και Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, Υγειονομικές Περιφέρειες, Διασυνοριακά Κέντρα Δημόσιας Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, εκπαιδευτικά ιδρύματα.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2012: Στελέχωση.

2008 - 2010: Προμήθεια εξοπλισμού.

2008 - 2011: Πληροφοριακά συστήματα.

Δράση 13. Ανάπτυξη των Ανθρωπίνων Πόρων για τη Δημόσια Υγεία

Περιγραφή

Η Δημόσια Υγεία είναι ένας κατεξοχήν τομέας έντασης εργασίας και, κατά συνέπεια, το ανθρώπινο δυναμικό αποτελεί την κύρια κινητήρια δύναμη και την κύρια επένδυση. Παράλληλα, και όπως αποδείχτηκε από την ανάλυση της υφιστάμενης κατάστασης σε προηγούμενο κεφάλαιο του παρόντος, αποτελεί το κρισιμότερο «αδύνατο» σημείο του συστήματος Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας. Για αυτούς τους λόγους η ανάπτυξη και η ποιοτική αναβάθμιση του ανθρώπινου δυναμικού αναδεικνύεται σε καίρια προτεραιότητα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.

Το προτεινόμενο Σχέδιο Δράσης επιχειρεί να εισάγει μια νέα φιλοσοφία και ένα σύγχρονο τρόπο διοίκησης και λειτουργίας του συστήματος Δημόσιας Υγείας στη χώρα μας. Η επιτυχία του εγχειρήματος σχετίζεται άμεσα με την κατανόηση της αποστολής και του οράματός του, από το σύνολο του προσωπικού που εργάζεται στις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, αλλά και των συναφών τομέων που σχετίζονται με τη Δημόσια Υγεία. Προϋπόθεση για την αποτελεσματική εφαρμογή του Σχεδίου Δράσης είναι η κατάρτιση του άμεσα ή έμμεσα εμπλεκόμενου ανθρώπινου δυναμικού στις μεθόδους πρόληψης και προαγωγής υγείας, καθώς και στο σύγχρονο τρόπο διοίκησης και λειτουργίας της Δημόσιας Υγείας, αλλά και η ευαισθητοποίηση του προσωπικού στη φιλοσοφία και στο όραμα του Εθνικού Σχεδίου Δράσης. Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού θα πρέπει να περιλαμβάνει δράσεις που να καλύπτουν όλο το φάσμα της εκπαίδευσης από την παραγωγή στελεχών, μέχρι τη δια βίου εκπαίδευση και την εναρμόνιση με τα σύγχρονα επιδημιολογικά δεδομένα.

Στόχοι

- Η βελτίωση της γνωστικής και επιστημονικής υποδομής των στελεχών που εργάζονται σε υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας σε κεντρικό, περιφερειακό, νομαρχιακό και τοπικό επίπεδο.
- Η διάχυση της γνώσης σε όλο το δίκτυο υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
- Η βελτίωση των δεξιοτήτων και της εκτελεστικής ικανότητας των στελεχών Δημόσιας Υγείας στην προστασία και στην προαγωγή της Δημόσιας Υγείας.
- Η βελτίωση των δεξιοτήτων και της εκτελεστικής ικανότητας των στελεχών Δημόσιας Υγείας στη μεθοδολογία επιδημιολογικής διερεύνησης λοιμωδών δεδομένων.
- Η βελτίωση των γνώσεων των στελεχών Δημόσιας Υγείας στην τήρηση και συστηματική καταγραφή δεδομένων.
- Η διασφάλιση της ποιότητας των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων.
- Η ουσιαστική και μετρήσιμη αύξηση του αριθμού των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και των συμμετεχόντων σ' αυτά στελεχών υγείας.
- Η αξιολογημένη και μετρήσιμη βελτίωση της ποιότητας των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Ενέργειες Υλοποίησης

Αναμόρφωση των προγραμμάτων προπτυχιακών σπουδών των ιατρικών σχολών και των Τμημάτων Δημόσιας Υγείας και Επισκεπτών Υγείας, με έμφαση στη Δημόσια Υγεία.

Η δράση έχει σκοπό να προωθήσει την αναμόρφωση, διεύρυνση και εκσυγχρονισμό των προγραμμάτων σπουδών, με έμφαση στη σύγχρονη Δημόσια Υγεία, στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας.

Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες που είναι απαραίτητες για την αναμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών και την προώθηση των μεταπτυχιακών σπουδών στη Δημόσια Υγεία, όπως ανάπτυξη υποδομών, προμήθεια συστημάτων, απόκτηση τεχνογνωσίας, επιστημονική υποστήριξη, προώθηση εθνικών και διεθνών συνεργασιών, ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, συναντήσεις ομάδων εργασίας με υπεύθυνους σχολών, συναντήσεις με αρμόδιους προγραμμάτων σπουδών του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

Ανάπτυξη και αναβάθμιση των μεταπτυχιακών σπουδών στη Δημόσια Υγεία.

Η δράση έχει ως στόχο την αξιολόγηση της επάρκειας και της ποιότητας των υφιστάμενων μεταπτυχιακών σπουδών στη Δημόσια Υγεία, την εισήγηση για επέκταση και ενίσχυση των προγραμμάτων που θα κριθούν αποτελεσματικά μέσω της περαιτέρω ανάπτυξης των υποδομών τους, αγοράς εξοπλισμού, προώθηση εθνικών και διεθνών συνεργασιών και ομάδων εργασίας για ανταλλαγή τεχνογνωσίας σε θέματα επιδημιολογίας και Δημόσιας Υγείας.

Έρευνα των εκπαιδευτικών αναγκών και εκπόνηση στρατηγικού σχεδίου εκπαίδευσης στελεχών Δημόσιας Υγείας.

Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες διερεύνησης των εκπαιδευτικών αναγκών των στελεχών Δημόσιας Υγείας, οργάνωση ομάδων εργασίας και εκπόνηση μελέτης για ένα στρατηγικό σχέδιο οργάνωσης της εκπαίδευσης των στελεχών Δημόσιας Υγείας.

Εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων κατάρτισης προσωπικού υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Η δράση στοχεύει στην κατάρτιση του προσωπικού των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας, ώστε να εξασφαλισθεί η επάρκεια του στελεχιακού δυναμικού των υπηρεσιών για την προώθηση των σύγχρονων πολιτικών και στρατηγικών Δημόσιας Υγείας.

Περιλαμβάνει ενέργειες κατάρτισης των στελεχών των κεντρικών, περιφερειακών και νομαρχιακών υπηρεσιών υγείας, με εκπαιδευτικά προγράμματα, εκπαιδευτικό υλικό, οργάνωση επιδείξεων και πιλοτικών εκπαιδευτικών ενεργειών, πρακτική εκπαίδευση σε εργαστηριακές, επιδημιολογικές και προληπτικές μεθόδους και τεχνικές, συμμετοχή σε συνέδρια και σεμινάρια κ.λπ.

Εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για στελέχη πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Η δράση αποτελεί συνέχεια και βασική προϋπόθεση υλοποίησης των επιμέρους Εθνικών Σχεδίων Δράσης για την αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία. Σε κάθε Σχέδιο Δράσης παρουσιάζονται αναλυτικά οι ενέργειες κατάρτισης, ανά θεματικό πεδίο και ανά κατηγορία επαγγελματιών υγείας, που κρίνονται απαραίτητες για την επιτυχή υλοποίηση του αντίστοιχου Σχεδίου Δράσης.

Εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για στελέχη Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.

Η δράση αναφέρεται στις ενέργειες κατάρτισης που κρίνονται αναγκαίες για την υλοποίηση των δράσεων αγωγής υγείας σε σχολεία Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης, στο πλαίσιο υλοποίησης των επιμέρους Εθνικών Σχεδίων Δράσης. Σε κάθε Σχέδιο Δράσης προσδιορίζονται επακριβώς οι ενέργειες και το είδος κατάρτισης που αφορούν στους εκπαιδευτικούς.

Ίδρυση και πιλοτική λειτουργία της Εθνικής Σχολής Αγροτικής Υγιεινής Θεσσαλίας.

Η δράση έχει σκοπό την αξιοποίηση ενός ιστορικού συγκριτικού πλεονεκτήματος της Θεσσαλίας στον τομέα της Δημόσιας Υγείας, που είναι η επί 20ετία λειτουργία της Πειραματικής Υγειονομικής Μονάδας Θεσσαλίας και της Σχολής Αγροτικής Υγιεινής. Η πιλοτική λειτουργία της Εθνικής Σχολής Αγροτικής Υγιεινής θα ενισχύει καταλυτικά την κατάρτιση και την εκπαίδευση στη Δημόσια Υγεία στη χώρα μας, ιδιαίτερα στον τομέα της αγροτικής υγείας, που αφορά στο μεγαλύτερο συγκριτικά με τις άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης ποσοστό πληθυσμού. Η δράση θα οδηγήσει στην ανάπτυξη ενός μηχανισμού δια βίου εκπαίδευσης στη Δημόσια Υγεία, ο οποίος θα απευθύνεται σε όλο το ανθρώπινο δυναμικό των φορέων που παρέχουν υπηρεσίες ή ενεργοποιούνται σε τομείς που επηρεάζουν τη Δημόσια Υγεία στον αγροτικό χώρο.

Η δράση περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες που απαιτούνται για την οργάνωση και την πιλοτική λειτουργία της Σχολής για διάστημα 5 ετών, με την εκπαιδευτική και επιστημονική ευθύνη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας και την αναζήτηση της επιστημονικής συνεργασίας και υποστήριξης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο της παρούσας δράσης θα πρέπει να πραγματοποιηθούν:

- Μελέτη επιχειρησιακού σχεδίου για την οργάνωση, διοίκηση, επιστημονική υποστήριξη και λειτουργία της Σχολής.
- Εφαρμογή του επιχειρησιακού σχεδίου σε ότι αφορά στην οργάνωση, στις υποδομές, στη στελέχωση και στη διοίκηση της Σχολής.
- Ολοκλήρωση τριών τουλάχιστον εκπαιδευτικών κύκλων λειτουργίας της Σχολής.
- Αξιολόγησης της πιλοτικής λειτουργίας της Σχολής μετά το τέλος του προγράμματος.

Ενεργοποίηση της σύστασης του σώματος λειτουργών Δημόσιας Υγείας.

Σύμφωνα με το αρθ. 5 Ν. 3370/2005 συστήνεται Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας με χαρακτήρα διεπιστημονικό, του οποίου τα μέλη πρέπει να διαθέτουν ειδικές σπουδές ή και προϋπηρεσία στο χώρο της Δημόσιας Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται τα κριτήρια και η διαδικασία ένταξης στο Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας των διαφόρων επαγγελματιών υγείας. Η παρούσα δράση προβλέπει την ενεργοποίηση του σώματος λειτουργών Δημόσιας Υγείας με όλες τις οργανωτικές και λειτουργικές ενέργειες που απαιτούνται για την άμεση και αποτελεσματική λειτουργία του.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Α.Ε.Ι./ Τ.Ε.Ι. με εκπαιδευτικό αντικείμενο Δημόσια Υγεία - Επιδημιολογία - Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας - Οικονομικά Υγείας.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2011: Αναμόρφωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχολών.

2008 - 2012: Εκπόνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

2008 - 2011: Ίδρυση Σχολής Αγροτικής Υγιεινής.

2008 - 2010: Σύσταση σώματος λειτουργών Δημόσιας Υγείας.

Δράση 14. Γνώση και Τεκμηρίωση

Περιγραφή

Η προτεινόμενη δράση αποβλέπει στην ενίσχυση της επιστημονικής ποιότητας και εγκυρότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από όλες τις υπηρεσίες και οργανισμούς Δημόσιας Υγείας, σε κεντρικό, περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο, με την ανάπτυξη και εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων και συστημάτων τεκμηρίωσης και καλών πρακτικών.

Στόχοι

1. Η δημιουργία εθνικής βάσης δεδομένων με «κατευθυντήριες οδηγίες» και «καλές πρακτικές» για όλα τα θέματα Δημόσιας Υγείας.
2. Η ανάπτυξη evidence - based συστημάτων, που θα διευκολύνουν τους επαγγελματίες υγείας στη λήψη αποφάσεων.
3. Η δημιουργία εθνικής διαδικτυακής πύλης για τη Δημόσια Υγεία.

Ενέργειες Υλοποίησης

Δημιουργία εθνικής βάσης δεδομένων με «κατευθυντήριες οδηγίες» και «Καλές Πρακτικές» στη Δημόσια Υγεία.

Η δράση έχει ως στόχο τη δημιουργία ενός μηχανισμού που θα παρέχει, άμεσα μέσω του διαδικτύου, σε όλες τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας της χώρας, επιστημονικά έγκυρες και σαφείς οδηγίες και κατευθύνσεις για τον ενδεδειγμένο τρόπο χειρισμού και αντιμετώπισης συγκεκριμένων θεμάτων και προβλημάτων Δημόσιας Υγείας, με σκοπό τη βελτίωση της επιστημονικής εγκυρότητας και αποτελεσματικότητας των δράσεων Δημόσιας Υγείας. Η δράση δεν αφορά μόνο στη στείρα παραγωγή υλικού, αλλά στη δημιουργία ενός σύγχρονου συστήματος λήψης αποφάσεων στα πρότυπα ευρωπαϊκών οργανισμών και προγραμμάτων (π.χ. NICE).

Η δράση περιλαμβάνει μελέτη για τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας της βάσης δεδομένων, ενέργειες προμήθειας συστημάτων και ανάπτυξης του κατάλληλου λογισμικού, προώθηση διεθνών συνεργασιών, συλλογή και αξιολόγηση διεθνών προτύπων, κατευθυντήριων οδηγιών και «Καλών Πρακτικών», οργάνωση δικτύου επιστημονικών συνεργασιών για την ανάπτυξη κατευθυντήριων οδηγιών και καλών πρακτικών.

Η ανάπτυξη evidence - based συστημάτων που θα διευκολύνουν τους επαγγελματίες υγείας στη λήψη αποφάσεων.

Η δράση έχει ως στόχο τη διασφάλιση της δυνατότητας πρόσβασης σε ειδικά διαμορφωμένες βάσεις δεδομένων που θα παρέχουν τεχνογνωσία σε μια ευρεία κατηγορία θεμάτων υγείας, επιδημιολογίας, πρόληψης, αγωγής υγείας κ.λπ. με σκοπό την επιστημονική αναβάθμιση και τη συνεχή επιστημονική ενημέρωση του ανθρώπινου δυναμικού της Δημόσιας Υγείας.

Η δημιουργία εθνικής διαδικτυακής πύλης για τη Δημόσια Υγεία.

Δημιουργία διαδικτυακού χώρου, στον οποίο θα αναρτούνται συστηματικά και διαχρονικά όλα τα θέματα «Καλών Πρακτικών», κατευθυντήριων οδηγιών και evidence - based πρακτικών και όπως αυτά αναλύονται στα 16 ειδικά Σχέδια Δράσης.

Λειτουργική διασύνδεση όλων των συστημάτων με το πληροφοριακό σύστημα του Υγειονομικού Χάρτη.**Φορείς Υλοποίησης**

Πανεπιστημιακές Σχολές (ιδιαίτερη έμφαση στην ανάπτυξη συστημάτων λήψης αποφάσεων και πληροφορικής), επιστημονικές ιατρικές εταιρίες και ινστιτούτα, μη-κυβερνητικές οργανώσεις.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2010: Βάση δεδομένων «Καλών Πρακτικών».

2008 - 2010: Ανάπτυξη συστημάτων και «Καλών Πρακτικών».

Δράση 15. Ψηφιακή Σύγκλιση στη Δημόσια Υγεία

Περιγραφή

Η δράση αποβλέπει στην αξιοποίηση των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνίας (Τ.Π.Ε.) στο πεδίο της Δημόσιας Υγείας. Οι δράσεις που περιλαμβάνει στοχεύουν προς δύο κατευθύνσεις:

- Στη βελτίωση της διοικητικής ικανότητας των δημόσιων υπηρεσιών και φορέων Δημόσιας Υγείας.
- Στη βελτίωση της καθημερινής ζωής των πολιτών, που εξυπηρετούνται ή που συναλλάσσονται με τις υπηρεσίες και τους φορείς Δημόσιας Υγείας.

Οι προτεινόμενες δράσεις αφορούν στις κεντρικές, περιφερειακές και νομαρχιακές υπηρεσίες, καθώς και στους εθνικούς οργανισμούς Δημόσιας Υγείας και περιλαμβάνουν ενέργειες ανάπτυξης υποδομών, συστημάτων, δικτύων και εφαρμογών πληροφορικής και επικοινωνίας.

Στόχοι

1. Η ενίσχυση της πληροφορικής οργάνωσης και η ανάπτυξη της χρήσης τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας από τις κεντρικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας (Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας).
2. Η ενίσχυση της πληροφορικής οργάνωσης και η ανάπτυξη της χρήσης τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας από τις περιφερειακές και νομαρχιακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και τους οργανισμούς Δημόσιας Υγείας.
3. Η δικτυακή διασύνδεση των υπηρεσιών και οργανισμών Δημόσιας Υγείας σε εθνικό επίπεδο.
4. Η πληροφορική οργάνωση και η ανάπτυξη εφαρμογών για την υλοποίηση των επιμέρους μέτρων προστασίας της Δημόσιας Υγείας.
5. Η προώθηση της αλληλεπίδρασης και συνεργασίας των φορέων δημόσιας και ιδιωτικής υγείας, με σκοπό την προστασία της Δημόσιας Υγείας, στους τομείς της επιδημιολογικής επιτήρησης, της αντιμετώπισης έκτακτων αναγκών, της πρόληψης και της ανταλλαγής πληροφοριών.
6. Η οργάνωση της ηλεκτρονικής κατάρτισης και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού Δημόσιας Υγείας.

Ενέργειες Υλοποίησης

Πληροφορική ενίσχυση των κεντρικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ως φορέα άσκησης πολιτικής.

Η δράση αποβλέπει στη βελτίωση της διοικητικής ικανότητας των κεντρικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ως φορέα άσκησης πολιτικής, μέσω της ενίσχυσης και επέκτασης των συστημάτων και εφαρμογών

των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας. Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες ανάπτυξης υποδομών και συστημάτων πληροφορικής και επικοινωνίας, ανάπτυξη λογισμικού και εφαρμογών, πληροφορική κατάρτιση του προσωπικού, οργάνωση βάσεων δεδομένων για την υποστήριξη των διοικητικών λειτουργιών της Δημόσιας Υγείας. Τα αναμενόμενα αποτελέσματα της δράσης είναι:

1. Η μελέτη και η ανάπτυξη λογισμικού και εφαρμογών υποστήριξης των διοικητικών λειτουργιών της Δημόσιας Υγείας.
2. Η μελέτη και η ανάπτυξη λογισμικού και εφαρμογών υποστήριξης των περιφερειακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.
3. Η πληροφορική εκπαίδευση του προσωπικού των κεντρικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Διασύνδεση κεντρικών, περιφερειακών και νομαρχιακών υπηρεσιών και οργανισμών Δημόσιας Υγείας.

Η δράση αποβλέπει στην αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία των κεντρικών, περιφερειακών και νομαρχιακών υπηρεσιών και οργανισμών Δημόσιας Υγείας, μέσω της πληροφορικής και επικοινωνιακής τους δικτύωσης και διασύνδεσης. Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες για την προμήθεια και την εγκατάσταση του εξοπλισμού και των συστημάτων πληροφορικής και επικοινωνίας που είναι αναγκαία για τη δικτύωση όλων των κεντρικών, περιφερειακών και νομαρχιακών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας καθώς και των οργανισμών Δημόσιας Υγείας (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., Ε.Σ.Δ.Υ., Ε.Φ.Ε.Τ., Κ.Ε.Δ.Υ., Π.Ε.Δ.Υ., Δ.Υ.Ν.Α. κ.λπ.) σε εθνική κλίμακα.

Τα αναμενόμενα αποτελέσματα της δράσης είναι:

1. Η ανάπτυξη εθνικού δικτύου πληροφορικής και επικοινωνίας για τη Δημόσια Υγεία.
2. Η σύνδεση όλων των υπηρεσιών και οργανισμών Δημόσιας Υγείας στο εθνικό δίκτυο.

Ενίσχυση της αλληλεπίδρασης των φορέων δημόσιας και ιδιωτικής υγείας με σκοπό την προστασία της Δημόσιας Υγείας.

Η δράση έχει σκοπό να ενθαρρύνει και να προωθήσει τη συνεργασία των ιδιωτικών μονάδων υγείας με το δημόσιο, με σκοπό την προστασία της Δημόσιας Υγείας, και αποβλέπει στη δικτυακή οργάνωση και διασύνδεση μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών φορέων υγείας, την πληροφορική και επικοινωνιακή υποστήριξη της ανταλλαγής πληροφοριών, και της συμμετοχής σε δίκτυα επιδημιολογικής επιτήρησης και άλλες κοινές ενέργειες. Οι κύριοι τομείς στους οποίους αναφέρεται η δικτυακή διασύνδεση αφορούν:

- στην επιδημιολογική επιτήρηση,
- στην αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών και καταστροφών,
- στην πρόληψη επιδημιών και χρόνιων νοσημάτων,
- στη διασφάλιση της ποιότητας και
- στην ανταλλαγή κλινικών πληροφοριών για τους ασθενείς.

Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες ενίσχυσης των υποδομών και ανάπτυξης δικτύων, λογισμικού και εφαρμογών, εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού των ιδιωτικών μονάδων υγείας, καθώς και ενέργειες προώθησης της συνεργασίας και αλληλεπίδρασης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

Τα αναμενόμενα φυσικά αποτελέσματα της δράσης είναι:

1. Η πληροφορική δικτύωση μεταξύ των ιδιωτικών μονάδων υγείας με το δημόσιο.
2. Η δικτυακή συνεργασία μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικών μονάδων υγείας για την επιδημιολογική επιτήρηση.
3. Η ανάπτυξη πληροφορικών λειτουργιών ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων υγείας.
4. Η δικτυακή οργάνωση για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών ή μαζικών καταστροφών.
5. Η δικτυακή διασύνδεση για τη διασφάλιση της ποιότητας.

Ενέργειες ηλεκτρονικής κατάρτισης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης ανθρώπινου δυναμικού Δημόσιας Υγείας.

Η δράση αποβλέπει στη βελτίωση και ενίσχυση της ηλεκτρονικής κατάρτισης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού του τομέα της Δημόσιας Υγείας. Η δράση περιλαμβάνει ενέργειες και προγράμματα ηλεκτρονικής κατάρτισης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στις τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνίας, καθώς και ηλεκτρονικής κατάρτισης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στις ειδικές εφαρμογές των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας στη Δημόσια Υγεία.

Τα αναμενόμενα φυσικά αποτελέσματα της δράσης είναι:

1. Η ανάπτυξη προγραμμάτων κατάρτισης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στις τεχνολογίες πληροφορικής και επικοινωνίας στο ανθρώπινο δυναμικό της Δημόσιας Υγείας.
2. Η ανάπτυξη προγραμμάτων ηλεκτρονικής κατάρτισης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στις ειδικές εφαρμογές των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας στη Δημόσια Υγεία.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Δ.Υ.Π.Ε. - περιφερειακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και οργανισμοί Δημόσιας Υγείας, συλλογικοί ιδιωτικοί φορείς, επιχειρήσεις και ομάδες επιχειρήσεων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Χρονοδιάγραμμα

2008 - 2010: Διαγωνισμοί προμήθειας εξοπλισμού.

2008 - 2010: Διαγωνισμοί πληροφοριακών συστημάτων.

2009 - 2012: Ενέργειες κατάρτισης.

Δράση 16. Η Δραστηριοποίηση των Κοινωνικών Εταίρων για τη Δημόσια Υγεία

Η εφαρμογή των δράσεων και των ρυθμίσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία απαιτεί πολλούς συνεργάτες και υποστηρικτές που θα πιστέψουν στο όραμα της διαρκούς προσπάθειας για την προάσπιση και προαγωγή της ποιότητας ζωής και της υγείας των πολιτών. Η βούληση για εθελοντική συνεισφορά υπάρχει. Απόδειξη είναι το έργο πολλών μη-κυβερνητικών οργανισμών και σωματείων, που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας και της πρόνοιας, όμως η προσπάθεια αυτή δεν είναι πάντα οργανωμένη. Η βούληση για ενίσχυση των δράσεων από πολλούς και διαφορετικούς τομείς της ελεύθερης αγοράς επίσης υπάρχει. Απόδειξη είναι η πληθώρα προγραμμάτων, καλών πρακτικών και υποδομών περίθαλψης και φροντίδας που αναπτύσσονται με την ενίσχυση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Η υιοθέτηση μιας συντονισμένης και αποτελεσματικής στρατηγικής, που βασίζεται στην εταιρική σχέση όλων των φορέων σε συνδυασμό με αξιοποίηση της κοινωνικής συμμετοχής, αποτελεί τη σύγχρονη προσέγγιση του προβλήματος.

Στόχοι

- Δημιουργία μιας δυναμικής ομάδας δράσης.
- Δημιουργία ενός σαφούς και αξιόπιστου συστήματος για την παρακολούθηση των δεσμεύσεων και την υλοποίηση των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου.
- Ανταλλαγή ιδεών και ορθών πρακτικών μεταξύ των εταίρων και της Κοινωνίας των Πολιτών.
- Βελτίωση δεσμών και διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ των διαφόρων φορέων.
- Ανάπτυξη κοινών μηνυμάτων και ενημερωτικών εκστρατειών.

Ενέργειες Υλοποίησης

- Προώθηση οργάνωσης συντονιστικού μηχανισμού για την υλοποίηση δράσεων με την υποστήριξη εθελοντών και εταιρικής κοινωνικής ευθύνης.
- Δημιουργία πολυμερών εταιρικών σχέσεων σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο για τη Δημόσια Υγεία.
- Ενθάρρυνση και υποστήριξη δράσεων εθελοντισμού.
- Νομοθετικές ρυθμίσεις με στόχο:
 - α. Το θεσμικό πλαίσιο για την ίδρυση και λειτουργία των απαραίτητων οργανισμών, επιτροπών για την ολοκληρωμένη λειτουργία του νέου δομημένου εθελοντικού κινήματος στην Ελλάδα.
 - β. Το θεσμικό πλαίσιο για τον ακριβή καθορισμό των καθηκόντων των εθελοντών, όπου εμπλέκονται για αποδοτικότερη προσφορά των παρεχόμενων υπηρεσιών και πιο ξεκάθαρη ρύθμιση των υποχρεώσεών τους.
 - γ. Το θεσμικό πλαίσιο για το σύστημα δωρεών.

- δ. Φορολογικά κίνητρα (φορολογικές απαλλαγές) για εταιρικές δωρεές και δωρεές πολιτών σε χρηματική αξία και σε είδος.

Φορείς Υλοποίησης

Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μη-κυβερνητικές οργανώσεις, επιστημονικές εταιρίες, επιχειρήσεις, Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης.

Χρονοδιάγραμμα

2009 - 2010: Καθορισμός νομοθετικών ρυθμίσεων.

2009 - 2012: Δράσεις συνέργειας κοινωνικών εταίρων.

«...για να πετύχει τὸ ἔθνικὸ αὐτὸ ἔργο
δὲν εἶναι δηλ. ἀρκετὸ νὰ γίνῃ θέμα κομματικοῦ
ἢ κυβερνητικοῦ μονάχα προγράμματος.

Καὶ τὸ σχέδιο καὶ οἱ προϋποθέσεις του
δὲν πρέπει νὰ ὑποφέρουν ἀπὸ κοινοβουλευτικὲς καὶ
κομματικὲς ἐπιδράσεις καὶ ἀντιδράσεις,
ἂν ποτὲ ἀποφασίζοταν ἡ ἐφαρμογὴ του [...]

Καί, τέλος,
ὅποια ἀπόφαση παρθεῖ,
πρέπει μὲ τὴν κοινὴ συμφωνία ὅλων τῶν κομμάτων

νὰ γίνῃ **Ἐθνικὸ Κτῆμα,**

σεβαστὸ χωρὶς ἐξαιρέση
ἀπ' ὅλες τὶς κυβερνήσεις καὶ τὰ κόμματα...»

N.K. Λούρος, Σεπτέμβριος 1945

Παράρτημα

Διαδικασία Υλοποίησης

1. Διαδικασία Υλοποίησης

1.1 Συντονισμός της Υλοποίησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης

Η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων, ο συντονισμός και η παρακολούθηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα ανατεθεί στην Εθνική Συντονιστική Επιτροπή για τη Δημόσια Υγεία. Η επιτροπή θα περιλαμβάνει μέλη από όλους του εμπλεκόμενους στην υλοποίηση του Σχεδίου Δράσης φορείς, σε κεντρικό, περιφερειακό και νομαρχιακό επίπεδο. Τα μέλη της επιτροπής θα πρέπει να καλύπτουν όλα τα γνωστικά αντικείμενα και πεδία της Δημόσιας Υγείας. Η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή θα διαθέτει έναν πρόεδρο και ένα συντονιστή. Η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή θα υποστηρίζεται από δύο υποεπιτροπές:

- Επιτροπή η οποία θα αποτελείται από τους επιστημονικούς συμβούλους των 16 ειδικών Σχεδίων Δράσης.
- Επιτροπή η οποία θα αποτελείται από εκπροσώπους των μη-κυβερνητικών οργανώσεων και της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης, οι οποίοι θα μεταφέρουν τη στρατηγική, τις δράσεις και τα χρονοδιαγράμματα υλοποίησης στους αντίστοιχους φορείς.

Η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, θα διαθέτει μια μόνιμη Γραμματεία - Συντονιστικό Κέντρο, το οποίο θα υποστηρίζεται

από το μηχανισμό υποστήριξης (τεχνικός σύμβουλος) που προβλέπεται στο Κεφάλαιο 12 και Δράση 1 του παρόντος.

Οι αρμοδιότητες της Εθνικής Συντονιστικής Επιτροπής είναι:

- Η ιεράρχηση προτεραιοτήτων υλοποίησης των προτεινόμενων δράσεων.
- Ο κεντρικός σχεδιασμός των δράσεων με συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα υλοποίησης.
- Η παρακολούθηση της υλοποίησης των προτεινόμενων δράσεων.
- Η μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας των δράσεων, μέσω του συντονισμού σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.
- Η εξασφάλιση της επικουρικότητας και συμπληρωματικότητας των δράσεων, σε εθνικό και διεθνές επίπεδο.
- Η διασφάλιση της διατομεακής συνεργασίας και η προώθηση της κοινής δράσης, της αλληλοβοήθειας και της συνεργασίας των φορέων.
- Η εξασφάλιση της διεθνούς συνεργασίας, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των διεθνών οργανισμών.
- Η προαγωγή της κοινωνικής συμμετοχής, της συνευθύνης και της ενεργοποίησης της Κοινωνίας των Πολιτών σύμφωνα με τις κατευθύνσεις της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία.
- Η διαφάνεια και η διασφάλιση των δυνατοτήτων κοινωνικού ελέγχου.
- Η προβολή της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία μέσω της δημιουργίας ενός κοινωνικού φόρουμ διαλόγου και δημόσιας λογοδοσίας, στο οποίο θα μετέχουν όλοι οι δημόσιοι και κοινωνικοί φορείς που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό.
- Η τακτική δημοσιοποίηση και δημόσια συζήτηση των στόχων, των δράσεων και της ετήσιας έκθεσης προόδου του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.
- Η διοργάνωση ετήσιου προγράμματος εθνικών και περιφερειακών εκδηλώσεων δημόσιας διαβούλευσης και κοινωνικής συμμετοχής.
- Η εξασφάλιση παροχής δεδομένων και πληροφοριών για το δημόσιο διάλογο.
- Η έκδοση ετήσιας εθνικής αναφοράς αξιολόγησης και προόδου.

Η θητεία της Εθνικής Επιτροπής θα είναι όση και η διάρκεια του Σχεδίου Δράσης, χωρίς να υπόκειται σε πολιτικές μεταβολές.

1.2 Πολιτική εποπτεία

Η Εθνική Συντονιστική Επιτροπή, θα συνεργάζεται άμεσα με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας και το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας και θα λογοδοτεί στο Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας και στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για την πορεία υλοποίησης του Σχεδίου Δράσης.

1.3 Σύστημα ελέγχου και αξιολόγησης - δημόσια διαβούλευση

Η υλοποίηση του Σχεδίου Δράσης θα συνοδεύεται από μια διαρκή διαδικασία ελέγχου και αξιολόγησης, με σκοπό τον επαναπροσδιορισμό των στόχων και τον

επανασχεδιασμό των δράσεων, για την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας του Σχεδίου. Η επιστημονική εποπτεία του συστήματος ελέγχου και παρακολούθησης θα πραγματοποιείται από την Εθνική Συντονιστική Επιτροπή. Η διαδικασία ελέγχου και αξιολόγησης είναι συνδεδεμένη:

- (α) με τους δείκτες παρακολούθησης του Σχεδίου Δράσης και
- (β) με τη διαρκή διαδικασία δημόσιας λογοδοσίας για την πορεία του Σχεδίου Δράσης και των αποτελεσμάτων του.

Το σύστημα ελέγχου και αξιολόγησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης θα είναι λειτουργικά συνδεδεμένο με την πληροφοριακή βάση του Υγειονομικού Χάρτη. Στόχοι του συστήματος παρακολούθησης και αξιολόγησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία είναι:

- Η δημιουργία συστήματος συλλογής στοιχείων και δεικτών παρακολούθησης για τη συνεχή και συστηματική παρακολούθηση και αξιολόγηση της προόδου του Σχεδίου Δράσης.
- Η βελτίωση της εγκυρότητας και πληρότητας των στοιχείων.
- Η βελτίωση της συγκρισιμότητας των στοιχείων με τα αντίστοιχα διεθνή.

Για την επίτευξη των στόχων του συστήματος παρακολούθησης:

- Καθορίζονται οι δείκτες για την παρακολούθηση της υλοποίησης των δράσεων. Καθορίζονται οι πηγές των στοιχείων, ο τρόπος συλλογής και επεξεργασίας των στοιχείων.
- Οργανώνεται ο μηχανισμός συλλογής των στοιχείων από όλους τους φορείς.
- Καθιερώνεται η έκδοση ετήσιας εθνικής αναφοράς αξιολόγησης και προόδου, η οποία υποβάλλεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, στο Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας και στο Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας.
- Εξασφαλίζεται η διαφάνεια των στοιχείων παρακολούθησης και αξιολόγησης της προόδου με τη δημοσιοποίηση όλων των δεδομένων στην ιστοσελίδα του Υγειονομικού Χάρτη.
- Προωθείται και ενισχύεται η διασύνδεση και συνεργασία με τον Π.Ο.Υ. στον τομέα της παρακολούθησης και επίτευξης των δεικτών παρακολούθησης.

Η επιτροπή υποχρεούται να υποβάλει ετήσια έκθεση πεπραγμένων και αξιολόγησης πορείας και υλοποίησης δράσεων στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και να δημοσιοποιεί τα αποτελέσματά της στο διαδίκτυο και στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, με στόχο την αποτελεσματικότερη και έγκυρη ενημέρωση του πληθυσμού, αναφορικά με την επίτευξη των στόχων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.

2. Κοστολόγηση και Χρηματοδότηση των Δράσεων

Ο συνολικός προϋπολογισμός των δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία ανέρχεται σε 721.552.576 Ευρώ. Ειδικότερα ο προϋπολογισμός κάθε δράσης του σχεδίου παρουσιάζεται στον Πίνακα 5, ενώ στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται η κατανομή του προϋπολογισμού του Εθνικού Σχεδίου Δράσης σε βάθος πενταετίας.

Αναλυτική οικονομοτεχνική μελέτη του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία παρουσιάζεται στην ιστοσελίδα του Υγειονομικού Χάρτη: www.ygeianet.gov.gr.

Πίνακας 5: Συνολικός προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης ανά δράση.

ΔΡΑΣΗ	ΤΙΤΛΟΣ ΔΡΑΣΗΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΣΕ €
1	ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	7.420.710
2	ΠΟΛΥΤΟΜΕΑΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	1.000.000
3	Η ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ: Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	670.586.716
4	Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ	1.950.000
5	ΥΓΙΕΙΝΟΤΕΡΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ*	
6	ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ, ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΚΑΙ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ ΚΑΙ ΕΓΚΥΚΛΙΩΝ	500.000
7	ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	600.000
8	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ	4.969.968
9	ΙΣΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	1.646.491
10	ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΑΧΕΙΑΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΚΑΙ ΑΠΕΙΛΩΝ	2.363.749
11	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	1.145.067
12	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	11.680.000
13	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	4.934.448
14	ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ	5.858.865
15	ΨΗΦΙΑΚΗ ΣΥΓΚΛΙΣΗ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	4.950.000
16	Η ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	1.946.563
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ		721.552.576

*Ο προϋπολογισμός της δράσης συμπεριλαμβάνεται στη δράση 3 «Η Υγεία του Πληθυσμού: η Στρατηγική για την Αντιμετώπιση Σημαντικών Παραγόντων Κινδύνου», στην οποία προβλέπονται σχετικές επικοινωνιακές εκστρατείες.

Πίνακας 6: Προϋπολογισμός του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για κάθε έτος εφαρμογής.

ΕΤΟΣ	ΠΟΣΟ ΣΕ €
2008	1.000.000
2008	181.220.847
2008	182.794.694
2008	176.645.821
2008	179.891.215
ΣΥΝΟΛΟ	721.552.576

Επίσης, στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι πηγές χρηματοδότησης των προβλεπόμενων δράσεων του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία και στον Πίνακα 8 η ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους ανά πηγή χρηματοδότησης.

Πίνακας 7: Πηγές χρηματοδότησης του Εθνικού Σχεδίου Δράσης.

ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ				
ΔΡΑΣΗ	Ε.Σ.Π.Α. ΣΕ €	ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ ΣΕ €	Ε.Κ.Ε. ΣΕ €	
1	ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	4.000.000	3.420.710	
2	ΠΟΛΥΤΟΜΕΑΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	1.000.000		
3	Η ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ: Η ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΗΜΑΝΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	408.018.794	254.087.559	8.480.363
4	Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΕΩΝ	1.950.000		
5	ΥΓΙΕΙΝΟΤΕΡΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ*			
6	ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ, ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΚΑΙ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ ΚΑΙ ΕΓΚΥΚΛΙΩΝ	500.000		
7	ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	600.000		
8	ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ	4.969.968		

ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ				
ΔΡΑΣΗ	Ε.Σ.Π.Α. ΣΕ €	ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ ΣΕ €	Ε.Κ.Ε. ΣΕ €	
9	ΙΣΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	1.646.491		
10	ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΤΑΧΕΙΑΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΚΤΑΚΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΩΝ ΚΑΙ ΑΠΕΙΛΩΝ	2.363.749		
11	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	1.145.067		
12	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ	11.680.000		
13	ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΠΟΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	4.934.448		
14	ΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ	5.858.865		
15	ΨΗΦΙΑΚΗ ΣΥΓΚΛΙΣΗ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	4.950.000		
16	Η ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ	1.946.563		
ΣΥΝΟΛΟ ΑΝΑ ΠΗΓΗ:		455.563.944	257.508.269	8.480.363
ΠΟΣΟΣΤΟ (%) ΑΝΑ ΠΗΓΗ:		63,14%	35,69%	1,17%

*Ο προϋπολογισμός της δράσης συμπεριλαμβάνεται στη δράση 3 «Η Υγεία του Πληθυσμού: η Στρατηγική για την Αντιμετώπιση Σημαντικών Παραγόντων Κινδύνου», στην οποία προβλέπονται σχετικές επικοινωνιακές εκστρατείες.

Πίνακας 8: Ετήσια κατανομή του εκτιμώμενου κόστους σε Ευρώ ανά πηγή χρηματοδότησης.

ΠΗΓΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	2008	2009	2010	2011	2012	ΣΥΝΟΛΟ
Ε.Σ.Π.Α.		120.562.767	120.268.658	108.183.460	105.658.992	454.673.878
ΚΡΑΤ. ΠΡΟΫΠ/ΣΜΟΣ	1.000.000	58.545.080	60.405.036	66.339.921	72.108.299	258.398.336
Ε.Κ.Ε.		2.113.000	2.121.000	2.122.440	2.123.923	8.480.363
ΣΥΝΟΛΟ	1.000.000	181.220.847	182.794.694	176.645.821	179.891.215	721.552.576

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.). (2004) **Στατιστικές Υγείας και Κοινωνικής Πρόνοιας**. Αθήνα, Ελλάδα.

Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.). (2006) **Θάνατοι στην Ελλάδα κατά το έτος 2006, κατά ηλικία θανόντος και αιτία θανάτου**. (Internet), Ελλάδα. Διαθέσιμα στοιχεία στο: [http:// www.statistics.gr](http://www.statistics.gr).

Δοξιάδης, Σπ. (1997) **Ένας γιατρός σκέπτεται και γράφει**. Εκδόσεις Ερμής Ε.Π.Ε., Αθήνα, σελ. 15.

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. (2005) **Ε.Κ.ΤΕ.Π.Ν. 2004, Ετήσια Έκθεση για την κατάσταση των ναρκωτικών και των οινόπνευματων στην Ελλάδα**. Αθήνα.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2006) **Ετήσια έκθεση 2006: Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών στην Ευρώπη**. Λισαβόνα.

Ε.Ο.Ο. (Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία) (2005) **Πρόγραμμα Προαγωγής και Καταγραφής της Στοματικής Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού. Αποτελέσματα Επιδημιολογικής Έρευνας Νόσων του Στόματος**. Αθήνα.

Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος. (2008) **Πανελλήνια ποσοτική έρευνα για τη συμπεριφορά του Έλληνα καταναλωτή.**

Διαθέσιμη στο: <http://www.iad.gr/ver2/site/content.php?sel=126>.

Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής. (2006) **Μελέτη Hellas Health I.**

Karski, J. (2000) **Η προαγωγή της υγείας και τα ανθρώπινα δικαιώματα.**

Στο «**Η Δημόσια Υγεία σε Μετάβαση**», τόμος 2, έκδοση του Υ.Υ.Κ.Α. και της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας στο πλαίσιο του προγράμματος INTERREG II για τη Δημόσια Υγεία στα Βαλκάνια.

Κρεμαστινού - Κουρέα, Τζ. (2007) **Δημόσια Υγεία: Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές.** Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα.

Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Πανεπιστημίου Αθηνών. (2007) **Μελέτη KIDSCREEN.**

Κυριόπουλος, Γ., Ζάβρας, Δ., Νικολαΐδης, Γ., Ολλανδέζος, Μ., Κωνσταντινίδης, Θ., Λιονής, Χ., Γελαστοπούλου, Ε. (2008) **Μελέτη Αποτρεπτικής Θνησιμότητας (1980-2003).** Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Οικονομικών της Υγείας (υπό έκδοση).

Λάγγας, Δ. (2002) **Μείζονες παράγοντες κινδύνου Δημόσιας Υγείας στον παιδικό πληθυσμό.** Στο Δημολιάτης, Γ., Κυριόπουλος, Γ., Λάγγας, Δ., Φιλαλήθης, Τ. (επιμ.). «**Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα**». Αθήνα. Εκδόσεις Θεμέλιο. Σειρά: Κοινωνία και Υγεία.

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.). (2002) **Ψυχική Υγεία: Νέα αντίληψη, νέα φροντίδα. Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία 2001.** Ελληνική έκδοση υπ' ευθύνη της Δ/σης Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Αθήνα, (Internet). Διαθέσιμο στο: <http://www.who.int/whr/2001>.

Τούντας, Γ. και συνεργάτες. (2007) **Η υγεία του ελληνικού πληθυσμού 1997-2006.** Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Διαθέσιμο στο <http://www.neahygeia.gr/index.php>.

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Beaglehole, R., Bonita, R. (2004) **Public Health at the Crossroads: Achievements and Prospects.** Cambridge University Press.

Boyle, P., D'Onofrio, A., Maisonneuve, P., Severi, G., Robertson, C., Tubiana, M. and Veronesi, U. (2003) **“Measuring progress against cancer in Europe: has the 15% decline targeted for 2000 come about?”** Annals of Oncology 14: 1312-1325.

Ezzati, M., Lopez, A.D., Rodgers, A., Vander-Hoorn, S. & Murray, C.J. and the

comparative risk assessment collaborating group. (2002) **Selected major risk factors and global and regional burden of disease**. Lancet; 360, pp. 1347-1360.

French Ministry of Health. (2004) **French National Plan for Rare Diseases 2005 - 2008 "Ensuring equity in the access to diagnosis, treatment, and provision of care"**. France.

Holland, W.W. (ed.) (1998) **"European Community atlas of avoidable death"**. Commission of the European Communities Health Services Research Series No3. Oxford, Oxford University Press.

International Agency for Research on Cancer (IARC). (2008) **Cancer Mondial**. (Internet), France. Available at <http://www-dep.iarc.fr>.

Independent Inquiry into Inequalities in Health Report - The Acheson Report (1998). London: The Stationery Office.

Inequalities in health - Report of a Research Working Group - The Black Report (1980). DHSS, London. Available at: <http://www.sochealth.co.uk/history/black.htm>.

Klingemann, H. (2001) **Alcohol and its social consequences: the forgotten dimension**. WHO, Regional Office for Europe.

Lee, N., Hui, D., Wu, A., Chan, P., Cameron, P., Joynt, G.M., Ahuja, A., Yung, M.Y., Leung, C.B., To, K.F., Lui, S.F., Szeto, C.C., Chung, S. & Sung, J.J. (2003) **A major outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong**. N Engl J Med. 2003; 348(20), pp. 1986-94.

Mackenbach, J.P., Kunst, A.E., Looman, C.W.N., Habbema, J.F.D., Van der Maas, P.J. (1988) **Regional differences in mortality from conditions amenable to medical interventions in The Netherlands: a comparison of four time periods**. J Epidem Commun Health, 42:325-332.

Maynard, A. (1991) **Developing the health care market**. The Economic Journal, 101:1277-86.

Murphy, G.G. & Nathanson, N.M. (1994) **New and Emerging Virus Diseases**. Seminars in Virology 1994; 5, pp. 87-102.

Niti, M., Ng, T.P. (2001) **Temporal trends and ethnic variations in amenable mortality in Singapore 1965 - 1994: the impact of health care in transition**. Int J Epidemiol, 30:966-73.

Nolte, E., McKee, M. (2004) **"Does health care save lives? Avoidable mortality revised"**. The Nuffield Trust, London.

Office for Official Publications of the European Communities. (2004) **Tobacco or health in the European Union. Past, present and future**.

The ASPECT Consortium. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.

Poikolainen, K., Eskola, J. (1986) **“The effect of health services on mortality: Decline in death rates from amendable and non-amendable causes in Finland, 1969 - 1981”**. Lancet, 1, 199-202.

Potanen, S.M., Low, D.E. & Henry, B. (2003) **Identification of Severe Acute Respiratory Syndrome in Canada**. N Engl J Med 2003; 348(20), pp. 1995-2005.

Rutstein, D.D., Berenberg, W., Chalmers, T.C., Child, C.G. Fishman, A.P., Perrin, E.B. (1976) **“Measuring the quality of medical care”**. New England Journal of Medicine, 294, 582 - 588.

Rutstein, D.D., Berenberg, W., Chalmers, T.C., Child, C.G. Fishman, A.P., Perrin, E.B. (1977) **“Measuring the quality of medical care: revision of table of indexes”**. New England Journal of Medicine, 297:508.

Rutstein, D.D., Berenberg, W., Chalmers, T.C., Fishman, A.P., Perrin, E.B., Zuidema, G.D. (1980) **“Measuring the quality of medical care second revision of table of indexes”**. New England Journal of Medicine, 302:1146.

Ruzicka, L.T., Lopez, A.D. (1990) **“The use of cause-of-death statistics for health situation assessment: National and international experiences”**. World Health Statistical Quarterly, 43, 249-258.

Simonato, L., Ballard, T, Bellini, P., Winkelmann, R. (1998) **Avoidable mortality in Europe 1955-1994: a plea for prevention**. J Epidemiol Comm Health, 52:624-30.

Treurniet, H.F., Looman, C.W.N., Van der Maas, P.J., Mackenbach, J.P. (1999) **Variations in avoidable mortality: a reflection of variations in incidence?** Int J Epidemiol 28:225-232.

UNWTO. (2008) **Facts and Figures**.

Available at: http://www.world-tourism.org/market_research/facts/menu.html.

Westerling, R. (1993) **Indicators of avoidable mortality in health administrative areas in Sweden 1974 - 1985**. Scand J Soc Med, 3:176-187.

Westerling, R.(1996) **Studies of avoidable factors influencing death: a call for explicit criteria**. Qual Health Care, 5:159-165.

Westerling, R., Gullberg, A., Rosen, M. (1996) **Socioeconomic differences in avoidable mortality in Sweden 1986 - 1990**. Int J Epidemiol, 25:560-7.

Westerling, R., Smedby, B. (1992) **The European Community ‘avoidable death indicators’ in Sweden 1974 - 1985**. Int J Epidemiol, 21:502-10.

WHO. (2001) **Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance.**

Available at: <http://www.who.int/csr/resources/publications/drugresist/en/EGlobalStrat.pdf>.

WHO. (2002) **Global Database on Child Growth and Malnutrition.** Geneva:

World Health Organization; (διαθέσιμο στο URL: <http://www.who.int/nutgrowthdb>).

Ημερομηνία πρόσβασης 23/5/2007.

WHO. (2003a) **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.**

Report of a Joint AHO/FAO Exper. Geneva.

WHO. (2005) **The European health report.** Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO. (2006) **Preventing Disease through Healthy Environments - Towards an estimate of the environmental burden of disease.** Geneva.

WHO. (2007) **The European Tobacco Control Report.** Copenhagen. WHO Regional Office for Europe.

WHO - Regional office for Europe. (2008) **World Health Organisation Regional office for Europe (EURO WHO).** (Internet), Denmark.

Available at www.euro.who.int.

WHO. (2008b) **WHO Global Infobase.** (Internet), Switzerland.

Available at <http://www.who.int/infobase/report.aspx>.

Winslow, C.E.A. (1923) **Evolution and Significance of the Modern Public Health.**

Campaign, Arno, New York.

Ελληνική Νομοθεσία

Ν.Δ. της 30.10.1833, Δημιουργία Υγειονομικής Αστυνομίας - Γραμματεία

Υπ. Εσωτερικών.

Ν.Δ. της 31.12.1836, «Περί εμποδισμού της μεταδόσεως των μολυσματικών αρρωστιών».

Ν. ΚΒ'/1845, «Υγειονομικός νόμος».

Ν. ΚΓ'/1845, «Περί υγειονομικών αρχών εν γένει».

Ν. 346/1914, «Περί επιβλέψεως της Δημοσίας Υγείας».

Ν. 2882/1922, Ίδρυση για πρώτη φορά του Υπουργείου Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας.

Ν.Δ. της 28.10.1923, «Περί οργανώσεως της περιφερικής υγειονομικής υπηρεσίας».

Ν.Δ. της 25.8.1928, Σύσταση Υφυπουργείου Υγιεινής.

Ν. 4172/1929, Μετατροπή του Υφυπουργείου Υγιεινής σε Υπουργείο Υγιεινής -

Παράλληλη ύπαρξη Υπουργείου Πρόνοιας και Αντιλήψεως.

Ν. 4333/1929, Ίδρυση του Υγειονομικού Κέντρου Αθηνών.

- Ν. 6008/1934, «Περί οργανώσεως της Περιφερειακής Υγειονομικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως».
- Α. Ν. 2588/1940, Μετονομασίας του Υπουργείου Υγιεινής και Αντιλήψεως σε «Υπουργείον Εθνικής Πρόνοιας».
- Ν. 8/1944, Διαχωρισμός του Υπουργείου Εθνικής Πρόνοιας στα Υπουργεία Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας.
- Α.Ν. 1671/1951, Σύσταση εκ νέου του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας.
- Ν.Δ. της 26.4.1951, Μεταφορά αρμοδιοτήτων Οικισμού - Ανοικοδομήσεως από το Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας στο Υπουργείο Δημοσίων Έργων.
- Ν.Δ. 2592/1953, «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως».
- Β.Δ. 682/1960, «Περί οργανώσεως του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας».
- Β.Δ. 451/1962 «Περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως των διατάξεων περί Ιδιωτικών Κλινικών, Εργαστηρίων και Οδοντιατρείων», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 108Α'/1962.
- Β.Δ. 521/1963, «Περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως του υπ' αριθμ. 451/1962
- Β.Δ. «Περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως των διατάξεων περί Ιδιωτικών Κλινικών, Εργαστηρίων και Οδοντιατρείων» δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 145Α'/1963.
- Ν. Γ3α/761/1968, «Περί ποιότητας του πόσιμου ύδατος».
- Ν. 390/1976, «Περί κυρώσεως της εν Αθήναις την 24ην Οκτωβρίου 1975 υπογραφείσης Συμβάσεως μεταξύ της Κυβερνήσεως της Ελληνικής Δημοκρατίας και του Ινστιτούτου Παστέρ Παρισίων περί του εν Αθήναις Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ (Ίδρυμα Β. Ζαχάρωφ)», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 202Α'/1976.
- Π.Δ. 544/1977, «Περί Οργανισμού του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 178Α'/1977.
- Π.Δ. 867/1979, «Περί του Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 249Α'/1979.
- Υ.Α. Α1β/4841/1979, «Ποιότητα των εμφιαλωμένων νερών».
- Π.Δ. 1233/1981, «Περί οργανώσεως και λειτουργίας της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών και περί προσόντων και διαδικασίας διορισμού του προσωπικού αυτής», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 306Α'/1981.
- Ν. 1397/1983, «Εθνικό Σύστημα Υγείας», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 143Α'/1983.
- Ν. 1316/1983, «Ίδρυση, οργάνωση και αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας (Ε.Φ.), της Κρατικής Φαρμακαποθήκης (Κ.Φ.) και τροποποίηση και συμπλήρωση της φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 3Α'/1983.
- Π.Δ. 433/1983, «Κυκλοφορία στο εμπόριο φυσικών μεταλλικών νερών».
- Υγειονομική διάταξη ΑΙβ/8577/1983, «Υγειονομικός έλεγχος επιχειρήσεων υγειονομικού ενδιαφέροντος», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 526Β'/1983.
- Π.Δ. 317/1984, «Καθορισμός των ειδικών τυπικών προσόντων των επιστημονικών

- Συνεργατών με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων» δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 115Α'/1984.
- Ν. 1568/1985, «Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 177Α'/1985.
- Π.Δ. 289/1986, «Υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων σε χώρους εργασίας που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας» (ΦΕΚ 129Α'/1986).
- Κ.Υ.Α., Ποιότητα του πόσιμου νερού σε συμμόρφωση με την οδηγία 80/778 Ε.Κ., δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ Β'53/1986.
- Ν. 1650/1986, «Προστασία του περιβάλλοντος», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 160Α'/1986.
- Κ.Υ.Α. 1100/1987, «Κώδικας Τροφίμων και Ποτών» , δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 788Β'/1987.
- Π.Δ. 29/1987, «Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 8Α'/1987.
- Π.Δ. 294/1988, «Ελάχιστος χρόνος απασχόλησης τεχνικού ασφαλείας και γιατρού εργασίας, επίπεδο γνώσεων και ειδικότητα τεχνικού ασφαλείας για τις επιχειρήσεις...», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 138Α'/1988.
- Κ.Υ.Α. 88555/3293/1988, «Υγιεινή και ασφάλεια του προσωπικού του Δημοσίου, των Ν.Π.Δ.Δ. και των Ο.Τ.Α.», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 721Β'/1988.
- Π.Δ. 142/1989, Σύσταση του «Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 68Α'/1989.
- Π.Δ. 224/1989, «Οργάνωση Νομαρχιακών υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 104Α'/1989.
- Υ.Α. 69269/1990, «Κατάταξη έργων και δραστηριοτήτων ... για μελέτες περιβαλλοντικών επιπτώσεων ...» , δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 678Β'/1990.
- Ν. 1965/1991, «Τροποποίηση και συμπλήρωση των κειμένων διατάξεων του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.) και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 146Α'/1991.
- Π.Δ. 47/1991, «Όροι, προϋποθέσεις, και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 93Α'/1991.
- Π.Δ. 517/1991, «Τεχνικές προδιαγραφές, απαραίτητος ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ. «όροι, προϋποθέσεις, και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών» δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 202Α'/1991.
- Ν. 2071/1992, Ίδρυση του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.
- Ν. 2071/1992, «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 123Α'/1992.
- Π.Δ. 138/1992, «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 68Α'/1992.
- Π.Δ. 358/1992, «Οργάνωση - Λειτουργία - Αρμοδιότητες του Κέντρου Ελέγχου

- Ειδικών Λοιμώξεων», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 179Α'/1992.
- Ν. 2161/1993, «Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων του Ν. 1729/1987 - Καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών, προστασία των νέων και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 119Α'/1993.
- Ν. 2194/1994, «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 34Α'/1994.
- Ν. 2218/1994, Ίδρυση Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 90Α'/1994.
- Ν. 2240/1994, «Συμπλήρωση διατάξεων για τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 153Α'/1994.
- Π.Δ. 17/1996, Μέτρα για την βελτίωση της ασφάλειας και της υγείας των εργαζομένων σε συμμόρφωση με τις οδηγίες 89/391/ΕΟΚ και 91/383/ΕΟΚ», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 11Α'/1996.
- Ν. 2503/1997, Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας - Ίδρυση.
- Ν. 2517/1997, Περιφερειακές Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας - Ίδρυση.
- Ν. 2503/1997, «Διοίκηση, Οργάνωση, στελέχωση της Περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων για την τοπική αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ107Α'/1997.
- Ν. 2519/1997, «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 165Α'/1997.
- Υ.Α. Δ3α/οικ.357/1998, «Σύσταση θέσεων προσωπικού στις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 435Β'/1998.
- Κ.Υ.Α. 329/1998, «Τροποποίηση του ΠΔ 433, σε συμμόρφωση προς την οδηγία 96/70»
- Υ.Α. Δ3α/οικ.509/1999, «Σύσταση θέσεων προσωπικού στις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 1593Β'/1999.
- Ν. 2741/1999, «Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων» δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 199/28.09.1999.
- Ν. 2737/26.08.1999, «Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 174 Α'/1999.
- Κ.Υ.Α 1624/1999, Έγκριση δέσμης προληπτικών εξετάσεων και υπηρεσιών που παρέχονται στους ασφαλισμένους του δημοσίου και των ασφαλιστικών οργανισμών, δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 2053Β'/1999.
- Υ.Α. 2/92492/0022/13.01.2000, «Ρύθμιση δικαιωμάτων υπαλλήλων Ε.Ο.Φ. για τη διεκπεραίωση και εκτέλεση χημικών και διοικητικών διεργασιών καθώς και του εκτελωνισμού των προϊόντων αρμοδιότητας Ε.Ο.Φ.», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 50Β'/2000.
- Π.Δ. 95/2000, «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας», δημοσιεύτηκε

στο ΦΕΚ 76Α'/2000.

Π.Δ. 95/2000, Ισχύον οργανισμός του Υπουργείου Υγείας.

Π.Δ. 223/2000, «Οργανισμός του Ενιαίου Φορέα Ελέγχου Τροφίμων», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 192Α'/2000.

Κ.Υ.Α. 487/2000, «Υγιεινή των τροφίμων σε συμμόρφωση με την Οδηγία 93/43/Ε.Κ. του Συμβουλίου», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 1219 Β'/2000.

Π.Δ. 225/2000, «Καθορισμός κριτηρίων κατά περιφέρεια και περιοχή, όρων, προϋποθέσεων, τεχνικών προδιαγραφών, απαραίτητου εξοπλισμού, επιστημονικού και λοιπού προσωπικού, για την έγκριση σκοπιμότητας και την ίδρυση και λειτουργία Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης εκτός Νοσοκομείων», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 194Α'/2000.

Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών, που υπάγονται στις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 8 του Ν. 2345/95...» δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 199Α'/2000.

Κ.Υ.Α. Υ2/2600/2001, «Ποιότητα του νερού ανθρώπινης κατανάλωσης, σε συμμόρφωση προς την οδηγία 98/83/Ε.Κ.», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 892Β'/2001.

Π.Δ. 51/2001, «Οργάνωση και λειτουργία του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 41Α'/2001.

Ν. 2920/2001, «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας και άλλες διατάξεις», ΦΕΚ 131Α'/2001.

Ν. 2955/ 2001, Προμήθειες Νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των ΠΕ.Σ.Υ. και άλλες διατάξεις, δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 256 Α'.

Υ.Α. Υ1/οικ.5028/2001, Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας του Κ.Ε.Ε.Λ., δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 831Β'/2001.

Υ.Α. 764/2001, «Συνεργασία Ε.Φ.Ε.Τ. με τους φορείς που διενεργούν ελέγχους στον τομέα τροφίμων», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 14 Β'/2001.

Κ.Υ.Α. Υ2/2600/2001, «Ποιότητα του νερού ανθρώπινης κατανάλωσης, σε συμμόρφωση προς την οδηγία 98/83/Ε.Κ. του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης της 3ης Νοεμβρίου 1998», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 892 Β'/2001.

Κ.Υ.Α. 1014(ΦΟΡ)94/2001, «Έγκριση Κανονισμών Ακτινοπροστασίας», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 216Β'/2001.

Π.Δ. 84/2001, «Όροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 70Α'/2001.

Κ.Υ.Α. 1014(ΦΟΡ)94/2001, «Έγκριση Κανονισμών Ακτινοπροστασίας», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 216Β'/2001.

Ν. 3066/2002, «Σύσταση Φορέα εγγυοδοσίας μικρών και πολύ μικρών επιχειρήσεων... και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 252Α'/2002 - Κεφάλαιο Ε' Τροποποιήσεις του Ν. 2741/1999.

- N. 3010/2002, «Τροποποίηση διατάξεων του Ν. 1650 για την προστασία του περιβάλλοντος», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 91/2002.
- N. 3172/2003, «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 197Α'/2003.
- N. 3172/2003, Τροποποιήσεις του Π.Δ. 95/2000.
- N. 3204/2003, «Τροποποίηση και συμπλήρωση της Νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (άρθρα 17,18,19,20 ορισμός μελών Δ.Σ. Ε.Ο.Φ. αμοιβή αυτών), δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 296 Α'/2003.
- N. 3209/2003, «Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 304 Α'/2003.
- N. 3227/2004, «Τροποποίηση του Ν. 3144/2003, επέκταση νομοθεσίας στο ένστολο προσωπικό των Ε.Δ. και συμπλήρωση διατάξεων του Ν. 1568/1985 «Υγιεινή και Ασφάλεια των εργαζομένων» σε θέματα που αφορούν στον Γιατρό Εργασίας και Τεχνικό Ασφαλείας», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 31Α'/2004.
- N. 3370/2005, «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις», δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 196Α'/2005.
- N. 3370/2005, Τροποποιήσεις του Π.Δ. 95/2001.
- N. 3527/2007, Συγχώνευση των 17 Δ.Υ.Π.Ε. σε 6 υγειονομικές περιφέρειες.

Ευρωπαϊκοί Κανονισμοί και Οδηγίες

Ε.Κ. 851/2004 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του συμβουλίου της 21ης Απριλίου 2004 για την ίδρυση του Ευρωπαϊκού Κέντρου Πρόληψης και Ελέγχου Νόσων.

Λευκή Βίβλος - Μαζί για την Υγεία: Στρατηγική προσέγγιση της Ε.Ε. για τη περίοδο 2008 - 2013, Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Βρυξέλλες 23/10/2007.

Ε.Κ. 878/2003, Σύσταση του Συμβουλίου, της 2ας Δεκεμβρίου 2003, σχετικά με τον προσυμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου.

COM 2000/285 on the health strategy of the European Community.

Δικτυακοί Τόποι

Διεθνείς Οργανισμοί

- An Introduction to Evidence-Based Public Health.
www.pitt.edu/~super1/lecture/lec18061/index.htm.
- Best Practices for Chronic Disease Prevention and Health Promotion
www.idmbestpractices.ca/idm.php?content=resources-world/.
- Center for Evidence Based Medicine (www.cebm.net/).
- Centers for Disease Control and Prevention (www.cdc.gov/).
- European Centre for Disease Prevention and Control

ec.europa.eu/health/ph_overview/strategy/ecdc/ecdc_en.htm.

- European health for all database [database online]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://hfadb.who.dk/hfa>).
- European Commission, DG Health and Consumers, Public Health Agency http://ec.europa.eu/health/index_en.htm.
- Evidence Based Medicine on line. (<http://ebm.bmj.com/>).
- Evidence-based practice for Public Health www.phpartners.org/tutorial/04-ebph/index.html.
- Executive Agency for Health and Consumers <http://ec.europa.eu/eahc/index.html>.
- Guidelines International Network (GIN) (www.gin2007.org/).
- Guidelines International Network (www.openclinical.org/prj_gin.html).
- Health Promotion and Disease Prevention Program (www.ihs.gov/hpdp/).
- IDM (Interactive Domain Model) Best Practices for health promotion, public health and Disease Prevention www.idmbestpractices.ca/.
- OECD health database http://lysander.sourceoecd.org/vl=5686612/cl=29/nw=1/rpsv/statistic/s37_about.htm?jnlissn=99991012.
- World Health Organisation, www.who.int.
- World Health Organisation - Regional Office for Europe <http://www.euro.who.int/>.

Εθνικοί Οργανισμοί

- Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας www.nsph.gr.
- Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων www.eof.gr.
- Ελληνικό Ινστιτούτο Pasteur www.pasteur.gr.
- Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων www.efet.gr.
- Ε.Σ.Υ.Ε. www.statistics.gr.
- Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού www.ich.gr.
- Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων www.keel.org.gr; www.keelpno.org.

Εικαστική Επιμέλεια:

Β. Αναστασίου, Τ. Βασιλακάκη, Ε. Βασιλείου, Ε. Γεωργή, Ε. Διακουμάκου,
Κ. Θεοδωρόπουλος, Γ. Καρασούλας, Γ. Κώστογλου, Ν.Ν. Κώστογλου, Κ. Μπάλλιου,
Χ. Ράττας, Ε. Ταραμπέ.



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

